

目录

CONTENTS

一、参保缴费·····	1
二、待遇及报销·····	9
三、医保电子凭证·····	30
四、异地就医·····	46
五、医保药品·····	54
六、生育保险·····	58
七、医疗救助·····	61
八、基金监管·····	64

一、参保缴费

问题一

问 1. 富裕乡负责社保费用征收的公务员，近期天天催乡里的小张缴纳居民医保费用。小张表示：自己收入比较少，以前每年都缴纳医保费用，2017年自己缴了190元，2018年缴了220元；听说2019年费用又涨到250元。但自己从来没看过病，感觉钱都白缴了，所以不愿意缴费。小张的想法对吗？



答 1. 我们每个人都面临着不确定的疾病风险，医保就是用来防范化解医疗费用风险的。基本原则是互助共济，健康的人帮助

生病的人，大家每人都拿出一小部分钱放到一起，汇成一个大的基金池，给有需要的人用，也就是“我为人人，人人为我”。小张以前没用到医保，不代表以后都用不到，等到小张生病需要用钱的时候也可以获得医保的保障，用的就是这个基金池中大家一起出的钱。比如邻村的小王拒绝参加医保，去年得了癌症，结果全部自费，四处借钱，掏了20多万元，事后算算如果参加医保，可能自己只需要掏几万元，后悔得不得了。所以小张参加医保绝对不亏。



另外，小张参加的是城乡居民医保，实行政府补贴和个人缴费相结合的筹资机制。与个人缴费相比，在整个居民医保的筹资结构中，财政补贴占了大头。2017年国家为每位参保人补贴了450元，2018年国家为每位参保人补贴了490元，2019年国家为每位参保人补贴了520元。所以小张2019年参加居民医保虽然个人缴费为250元，但最终的医保参保费用至少有770元，可以说个人实际只缴纳了较小的比例，国家在帮助居民参保方面投入更大。

问题二

问 2. 小王在一个私营企业工作。老板说，每月多发给你一点工资用来看病，就不给你缴纳基本医疗保险了。这样可以吗？



答 2. 不可以。首先，用人单位有为职工参加职工医保的法定义务。根据《社会保险法》，所有用人单位，包括企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工，都要参加职工基本医疗保

险，不给员工缴纳医保是违法的。其次，如果不缴纳医保，就会无法享受医保的保障，如果小王生了重病，无法享受医保待遇，他个人的损失绝不是老板多发的一点工资能弥补的。所以，绝对不应同意老板不缴纳医保的想法。



问题三

问 3. 张师傅在某企业连续工作 20 年，是公司的老员工了。张师傅跟企业领导讲，我都干了这么多年了，退休前的 10 几年我个人不缴纳基本医疗保险费了，公司缴费就行了。这样缴费行吗？

领导啊，我都干了这么多年了，退休前的十几年我个人就不缴纳基本医疗保险了，公司给我缴吧。

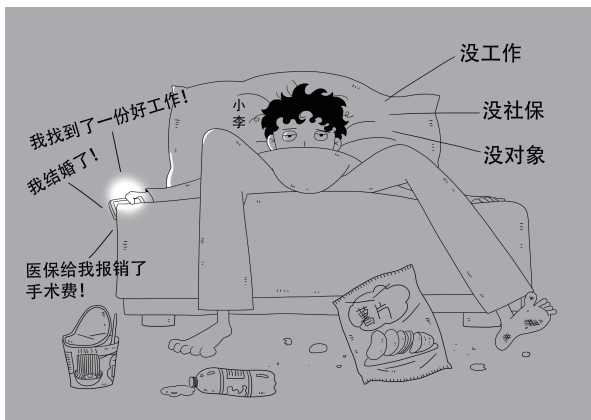
不行啊老张。社保法和其他基本医保的规定都说得很明白，职工的医疗保险是单位和职工共同缴纳的，也就是说咱们个人也有参保缴费的义务，法律是这么说的，咱们可不能违法~



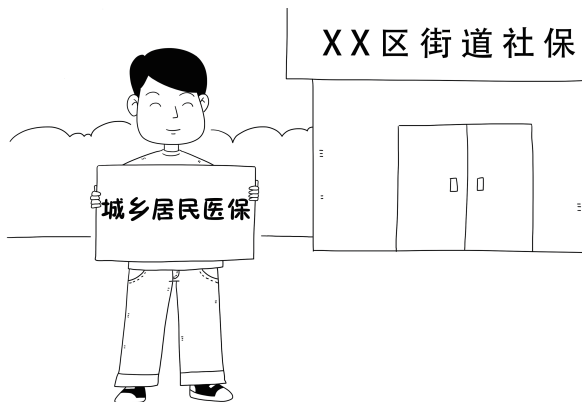
答 3. 不行。根据《社会保险法》和基本医保有关规定，所有用人单位及其职工，都应按属地原则参加所在统筹地区的职工基本医疗保险，由用人单位和职工共同缴纳基本医疗保险费。在用人单位为职工参保缴费的同时，**个人也有缴费的义务。**

问题四

问 4. 小李大学毕业后一直没有找到满意的工作，看到往日的同学都已陆续就业成家，看病还有国家医保报销，自己很是羡慕。小李这种情况是否只有正式工作了，才能从单位参保并缴纳医保费用？



答4. 没有工作也可以参加医保。目前我国基本医保有两种：职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。小李大学毕业因为暂时没有找到工作，可以将档案转到辖区街道社保所。小李参保可以有两个选择，一是**参加城乡居民基本医疗保险，在个人缴费基础上享受财政补助**。二是小李可以根据实际情况（无雇工的个



体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员)，按照《社会保险法》第二十三条第二款规定，以个人身份参加职工基本医疗保险，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

猪肉便宜咯！

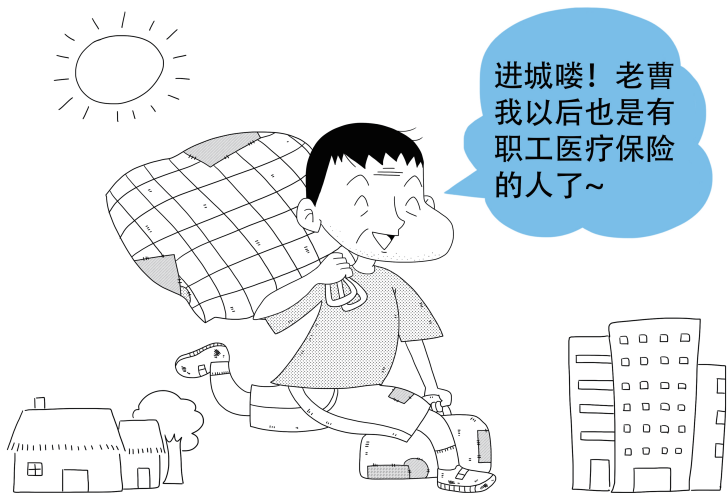


职工医保

问题五

问 5. 40 多岁农村居民老曹在老家未参加任何医疗保险，近期与某市劳务公司签订了一年的劳动合同，他能参加职工基本医疗保险吗？

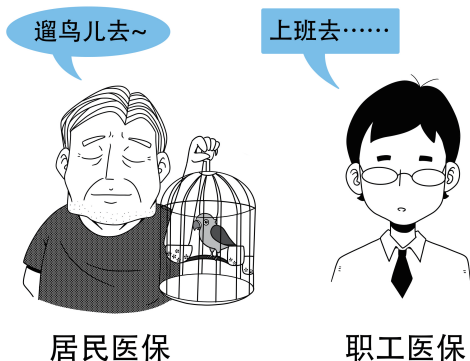
答 5. 可以。进城务工的农村居民有权参加基本医疗保险。老曹作为有就业单位、签订劳动合同并与企业建立稳定劳动关系的劳动者，用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任，为其参加职工基本医疗保险。



二、待遇及报销

问题六

问 6. 刘大爷参加了居民医保，小李参加了职工医保，他们参保后该如何享受医疗保险待遇？哪些费用可以报销？



答 6. 参保人在参加医疗保险后，在正常享受待遇期内于定点医药机构就医的，持社会保障卡进行刷卡即时结算。其中符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围的医疗费用，按照规定从基本医疗保险基金中支付。住院保障方面，职工医保和居民医保政策范围内住院费用都可按规定报销，统筹基金年最高支付限额分别达到当地职工年平均工资或居民年人均可支配收入的6倍左右。门诊保障方面，职工医保和居民医保普遍开展了门诊慢性病（特殊疾病）保障，居民医保还普遍开展了门诊费用统筹。

问题七

问 7. 赵大爷听说一种药可以治疗其胃病，要求医生给开。但医生说这药是自费药，医保不能报销。赵大爷说我一直在缴纳医保，医保不是覆盖所有药品吗，怎么会有自费药品呢？到底医保能够报销什么？



答 7. 由于医保基金有限，不可能覆盖所有的医疗需求，因此为保障参保人员的基本医疗用药需求，合理控制医疗费用支出，规范基本医疗保险用药、诊疗等方面的管理，保证基本医疗保险制度的健康运行，医疗保障部门规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目和医疗服务设施的报销范围，俗称“三个目录”。**参保人员使用药品、发生诊疗项目或使用医疗服务设施发生的费用，如**

果属于“三个目录”内的，可以按规定进行报销；不属于“三个目录”内的，医保不予报销。赵大爷开的是医保药品报销目录外的药品，所以无法报销。

目前常见病、多发病的主要治疗用药都已纳入目录。我们鼓励患者和医疗机构根据病情需要，优先选择医保药品目录中的药品。

问题八

问 小张临时到上海出差，并未办理到上海的异地就医备案。在出差途中，他突发急性腹痛，就近在某医保定点医院急诊就医，经治疗确诊为急性胃肠炎。小张属于参保职工，本次急诊医疗费用可以回到参保地区手工报销吗？



答 9. 可以。小张出院后可以凭医院开具的急诊证明材料和其他医疗费用相关票据回参保地手工报销。

按照国家政策，在医保定点医疗机构产生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用，应按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。需要注意的是，此类异地急诊就医，除当次的医疗收费票据外，就医者一定记得及时向就诊地医疗机构索取急诊证明、费用发票、药品处方和费用明细等报销所需的材料。当地定点医疗机构有义务为异地参保人员提供详实的相关材料，不得以任何理由拒绝为异地参保人员提供如药品处方等正当医疗文书材料，影响参保人员的医疗费用报销工作。**如果就医机构拒不提供，就医者可向就医地医保部门进行投诉举报。**

问题九

问 9. 小李分别在一家公立社区医院和一家民营医院购买了同一种药品，为什么价格不一样？

唉？怎么在公立医院和民营医院购买的同一种药价格不一样呢？

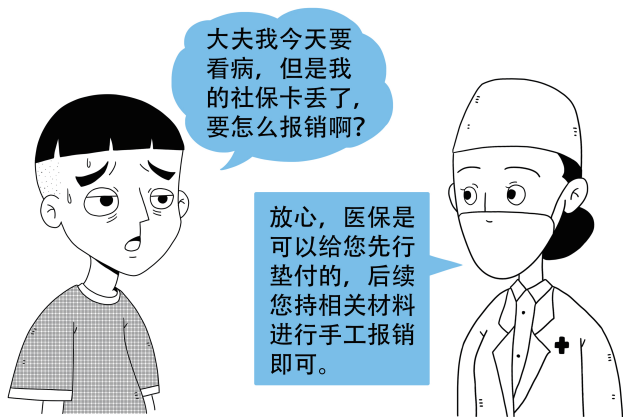


答 9. 2015年6月,国家改革药品价格形成机制,除少数特殊管制药品外,绝大部分药品价格实行市场调节,由经营者自主确定价格。影响药品实际交易价格的因素很多,公立医院和民营医院采购渠道不同,成本费用构成存在差异是客观现象,患者完全可以根据自身实际情况选择个人负担低的渠道购买药品。

例如,2018年下半年,国家在“4+7”城市(北京、上海、天津、重庆、沈阳、大连、厦门、广州、深圳、西安、成都)的公立医院开展国家组织药品集中采购和使用试点,试点的25个中选药品平均降价幅度达到52%。2019年9月,试点范围扩大到了全国,这些药品在全国公立医院的价格会明显低于民营医院。

问题十

问 10. 小李因为社保卡丢失,现在又急于看病,这次的医疗费用该如何进行报销?



答 10. 参保人员在门、急诊就医时应刷卡结算。在新参保未发卡、急诊未持卡、社会保障卡丢失、异地突发急诊、社保卡挂失、异地就医未能直接结算等情况时，**参保患者可先行垫付，后需持相关材料进行手工报销。**

需手工报销垫付的医疗费用时，参保人员一般应提供加盖地市级以上财政 / 税务监制章的费用收据联、与收据相对应的明细清单；除此之外，门诊就医的还需提供与收据相对应的处方联、急诊诊断证明，住院就医的还需提供出院记录、诊断证明等。**具体情况按照各参保地政策执行。**

问题十一

问 11. 赵大爷住院，药费一共花了 100 元。开的药都是医保目录内的药，但是都没有报销，赵大爷很不解，这是为什么？



答 11. 参保人通过基本医保报销医疗费用时，经常会接触到“起付线”“封顶线”这两个概念。

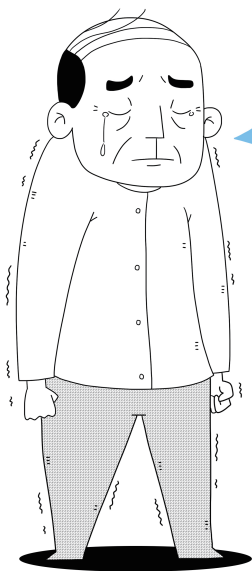
起付线指的是医保基金的起付标准，参保人员在定点医疗机构实际发生的“三个目录”内的医疗费用，自己要先承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。根据地区、医疗机构、门诊或住院等情况的不同，起付线标准也各不相同，从几百元到一千多元不等。

封顶线指的是医保基金的最高支付限额，也就是参保人在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额。封顶线以外的医疗费用，参保人可以通过参加补充医疗保险、商业医疗保险等办法解决。

由于本次赵大爷的药费没有达到起付线，所以医保未予报销。同理，如果赵大爷本年度从医保报销的费用已经超出了封顶线，则超过封顶线以上的医疗费用基本医保也是不能报销的。

问题十二

问 12. 老李参加的是居民医保，年初被查出来得了癌症，医生说治疗费用需要 20 多万元，经过城乡居民基本医保报销后个人负担仍然比较高。有没有什么其他方法降低老李的负担？



20多万的
治疗费…医保报
了之后自己还
是要掏不少…
家里哪有多
余钱啊…太难
了我真的太难
了……

答12. 城乡居民大病患者发生的高额医疗费用在政策范围内的个人负担部分，可根据实际医疗费用负担情况，纳入城乡居民大病保险范围。大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，主要对大病患者高额医疗费用在基本医保支付基础上再给予进一步支付。**对参保居民经基本医保支付后，超出大病保险起付线的费用，按规定纳入大病保险支付范围。**

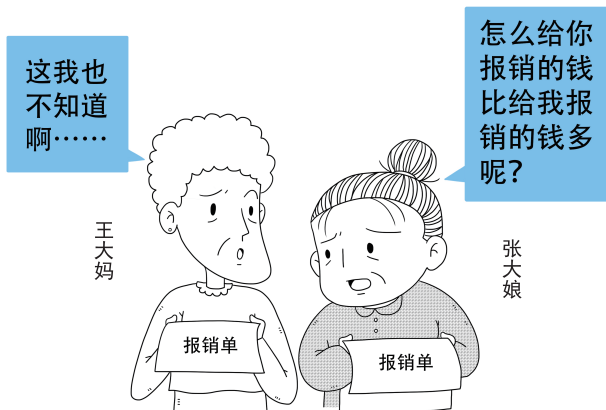
目前来看，大病保险政策范围内费用支付比例达到50%以上，并且保障水平在进一步提升，2019年《政府工作报告》明确“降低并统一大病保险起付线”“报销比例由50%提高到60%”。2019年4月国家医保局联合财政部印发《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，也明确起付线降低至上一年度居民人均可支配收入的50%，同时要求进一步加大对贫困

人口的支付倾斜力度，贫困人口起付线降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，并全面取消建档立卡贫困人口封顶线，进一步减轻大病患者、困难群众医疗费用负担。湖北省贯彻落实国家部署确定起付线为 1.2 万元，起付线以上 3 万元（含）以下部分赔付 60%，3 万元以上 10 万元（含）以下部分赔付 65%，10 万元以上赔付 75%，年度最高支付限额原则上不低于 30 万元。贫困人口大病保险起付线为 5000 元、各段报销比例提高 5 个百分点，全面取消建档立卡贫困人口封顶线。

如果老李是贫困人口或低保对象，还可以申请获得相应医疗救助。

问题十三

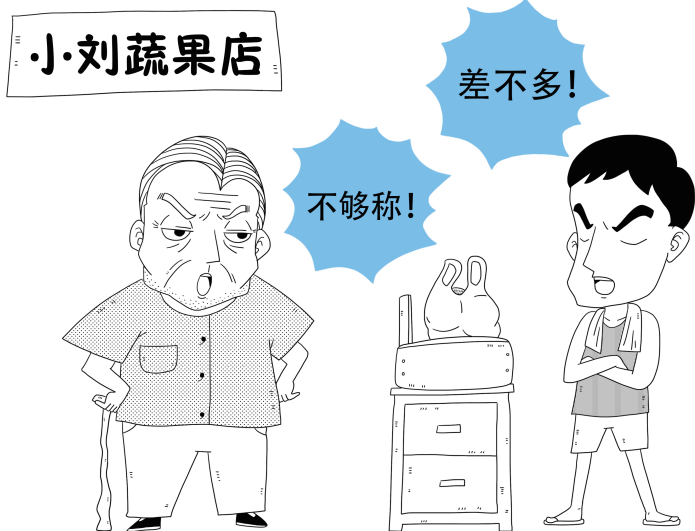
问 13. 富裕乡的张大娘参加的是城乡居民医保，县城的王大妈参加的是职工医保，两个人年龄相同，参保的医保类型不同。两人一起去医院开了同样的感冒药，可报销的费用不同，这是什么原因呢？

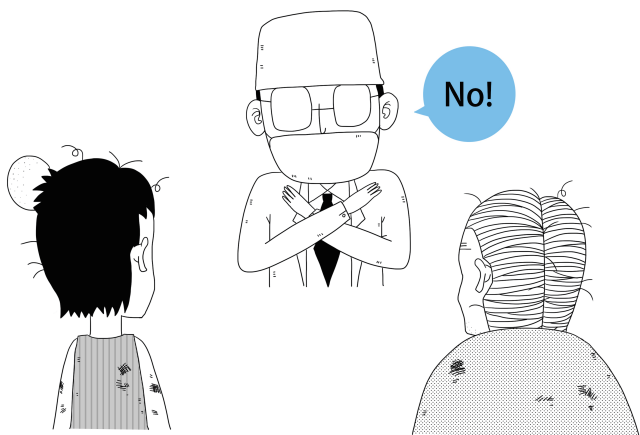


答 13. 因为张大娘参加的是城乡居民医疗保险，王大妈参加的是职工基本医疗保险，两个人参加的是不同类型的医保。由于职工基本医疗保险与城乡居民医疗保险这两个险种在参保和筹资上有差别，职工医疗保险年均缴费要几千元，居民医疗保险年人均缴费只有几百元，与缴费相对应的待遇也有差别，所以报销的费用也不同。

问题十四

问 14. 退休的老王在市场买菜时与卖菜青年小刘发生口角，最终两人扭打在一起，导致老王右手脱臼，小刘头部血肿。经众人调解后，两人同赴定点医疗机构外科治疗。接诊医生看了两人伤情并了解事由后，却说他俩治疗的医疗费用不能报销。老王参加的是职工医疗保险，目前应享受退休职工医疗费用报销待遇，卖菜青年小刘参加的是城乡居民保险也能享受相应的医疗费用报销，为什么医生说他俩治疗的医疗费用不能报销？





城乡居民医保

职工医疗保险

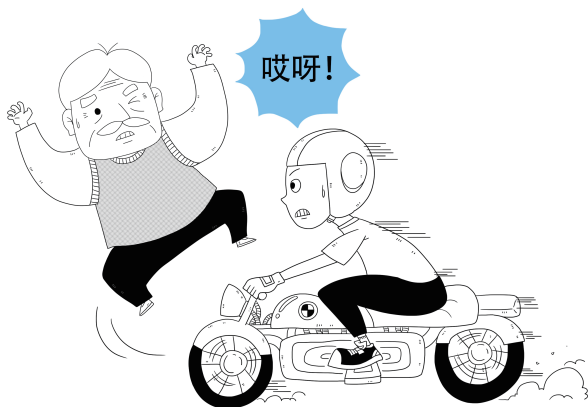
答14.我国《社会保险法》第三十条规定**下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围**：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的。老王和小刘虽然属于医疗保险的参保人群，但两人因打架斗殴产生的医疗费用属于上述不纳入基本医疗保险基金支付范围的“应当由第三人负担的”情形，因此不能予以基本医疗保险基金报销。如果医院在他俩的治疗费用结算时使用了医保报销，则医院的行为是违法的。



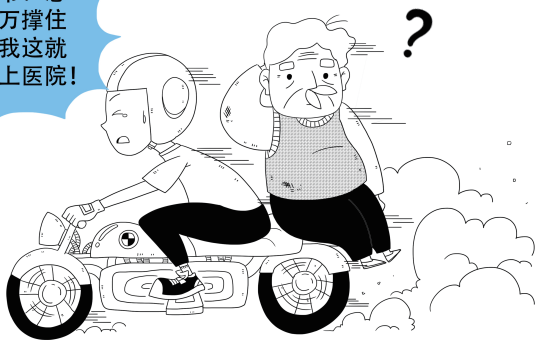
老王和小刘因打架斗殴产生的医疗费用属于“应当由第三人负担”的情形，医保不予报销。

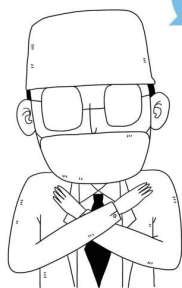
问题十五

问 15. 赵大爷走在路上被撞倒了，对方表示要带赵大爷去就医检查，赵大爷说没关系自己有医保，让对方赶紧去上班。赵大爷这种做法对吗？



真是对不起
啊大爷！您
可千万撑住
啊！我这就
带您上医院！





答 15. 赵大爷的做法是错误的。根据我国《社会保险法》第三十条的规定，交通事故等存在第三方责任人的情况，应由第三方责任人承担医疗费用，医保不能予以报销。也就是说，**赵大爷这种情况应该由肇事者承担医疗费用，医保不能报销。**

此外，如果赵大爷自行到医院就医时，不对医生说明受伤的真实原因，而是让医生按照自己意外跌倒等原因来给自己治疗并利用医保报销，**就涉及到了欺诈骗保，是违法行为。**



赵大爷被别人撞了，这种情况医保是不管的，应该由撞他的肇事者承担责任，负责赵大爷的医疗费用。

问题十六

问 16. 冯先生在上班途中被车撞倒，应由医保支付吗？



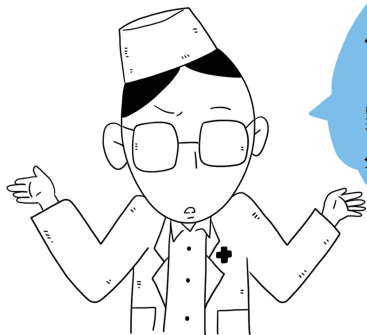
答 16. 上述情况中，冯先生因为是在上班途中发生交通事故。首先要按照事故的责任来确定医疗费用的支付主体。如果冯先生在交通事故责任认定中承担主要责任，则应由他个人承担医疗费用。如果是对方承担全部责任或主要责任，则由对方支付他的医疗费用；如果对方逃逸的，可由工伤保险先行支付他的医疗费用。



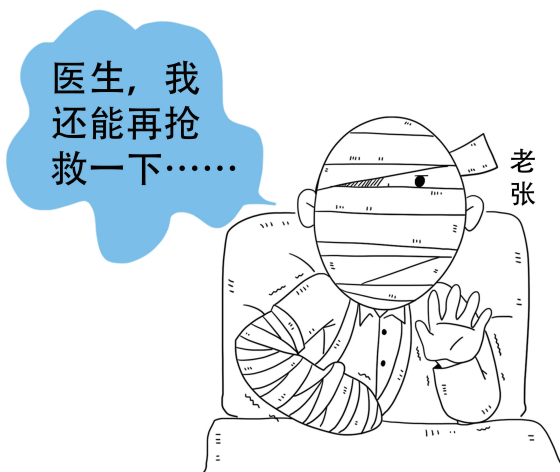
冯先生因为是在上班途中发生交通事故，属于工伤，因此产生的医疗费用属于“应当从工伤保险基金中支付的”，不纳入基本医疗保险支付范围，所以医保不予支付。

问题十七

问 17. 老张在医院住院的时候，医生说医保对住院天数有限制，要求他住院 14 天后先办理出院，然后自费 7 天之后再次办理入院。老张很疑惑，医保真有这样的规定吗？



你的住院天数已满，今天让家人过来帮你办理出院吧。



答 17. 湖北省没有对住院天数进行限制。住院天数是医疗机构根据患者病情及医院管理规定来确定的，医保部门不得干涉临床诊疗行为。

问题十八

问 18. 家住县城的杨光需要切除胆囊，县医院是二级医院，市中心医院是一家三甲医院，这两家医院都可以进行该手术。他觉得市医院的医疗质量比县医院好一些，但是家人来回照顾不方便，且市医院挂号及住院也更不容易。他现在很纠结，该怎样选择医院？



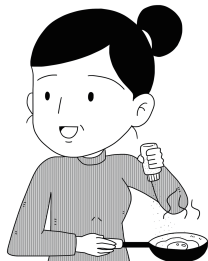
答 18. 杨光不仅要考虑上述因素，还可以考虑医保报销的经济因素。国家鼓励患者小病在基层医院看，大病再去大医院看。医保部门为了对患者起到引导作用，**在基层医院报销比例比在大医院高，有些地方基层医院的起付线也设置得比在大医院更低**，所以杨光如果在二级医院就医，报销的钱要比在三级医院的更多。杨光可以根据自身病情等情况，综合考虑，合理选择医疗机构就诊。

问题十九

问 19. 小杨是公司职工。她的医疗收费票据上，有个人账户支付的金额。什么是个人账户，个人账户的用途有哪些？

闺女啊，为啥妈的医疗票据里的“个人账户支付”金额是零呢？

因为您缴纳的是城镇居民医保呀。



您看我的医疗票据就有“个人账户支付”金额，因为我缴得是职工医保。

哦，跟我这啥区别？



答 19. 小杨是公司职工，应该参加职工基本医疗保险。职工基本医疗保险有个人账户。职工医保基金由统筹基金和个人账户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费又分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人账户。按照国家规定，个人账户基金用于支付在定点医疗机构或定点零售药店发生的，符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围内的医药费用。在实际使用中，职工医保个人账户主要是解决参保职工的普通门诊医疗费用，也可以用来支付住院医疗费用的个人自付部分，同时为职工年老多病时积累部分资金。



个人账户的钱主要是给我们这些职工支付去医院看门诊去药店买药的费用等等。就算现在用不上也可以留着给我们老了后有病的时候用。

哦，原来是这样~

三、医保电子凭证

问题二十

问 20. 杨丽萍是山东省济南市的市民，2019年11月24日，她有幸成为全国医保电子凭证的第一个申领者。医保电子凭证是什么？杨丽萍该怎么使用医保电子凭证？



答 20. 医保电子凭证是全国医保线上业务唯一身份凭证，医保参保人未来可以通过医保电子凭证扫码就医、购药，无需再携带其他实体卡。

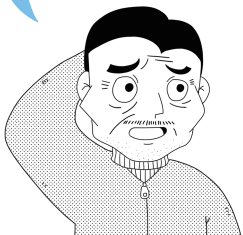
目前医保电子凭证已经在河北、吉林、黑龙江、上海、福建、山东、广东七个省（市）的部分城市陆续开通使用，未来将全国普及。目前在上述地区使用医保电子凭证和社保卡均可进行医保报销。

杨丽萍了解到，与实体卡或其他电子卡相比，医保电子凭证有四个突出优点。**一是方便快捷。**医保电子凭证不依托实体卡，参保人可通过国家医保 APP，或者通过微信、支付宝等经由国家医保局认证授权的第三方渠道激活使用，十分方便。**二是应用丰富。**医保电子凭证广泛应用于医保查询、参保登记、报销支付等医保各业务场景，一张电子凭证，可以办理所有的医保业务。**三是全国通用。**医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以使用凭证在全国办理有关医保业务，可以说“一码在手，医保无忧”。**四是安全可靠。**医保电子凭证通过实名和实人认证，采用国产加密算法，数据加密传输，动态二维码展示，确保了个人信息和医保基金使用安全。为方便参保人使用医保电子凭证，国家医疗保障局开发了相应的国家医保服务平台 APP，参保人可以在各大主流 APP 商城、应用商店下载使用。

问题二十一

问 21. 王大爷原来办理了社保卡，没有激活医保电子凭证，他以后仍然可以用社保卡去医院就诊吗？

我只有社保卡，没有医保电子凭证，是不是不能看病买药了啊？



放心，您是可以继续使用社保卡就医购药的。只是激活医保电子凭证后就不用再带社保卡了，可以避免丢失等麻烦~



答 21. 王大爷仍然可以用社保卡正常就医购药。如果他使用智能手机，建议王大爷在家人或者医院、药店工作人员帮助下，激活医保电子凭证，以后就不用带社保卡了，避免因丢失社保卡带来的补办手续和额外花费。

问题二十二

问 22. 李勇作为医保参保人，他要怎样领取医保电子凭证？还需要亲自跑到当地的政务大厅办理领取和激活吗？

原来医保电子凭证可以直接在手机上激活啊，真方便！

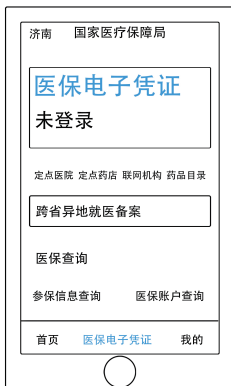


答 22. 不需要，医保电子凭证不依托于实体卡，参保人员可以直接通过国家医保 APP 或者微信、支付宝，自助进行人脸识别认证后激活使用。

流程如下

方法一：国家医保 APP

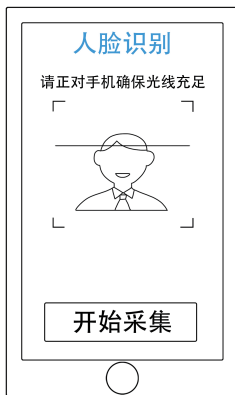
医保电子凭证激活流程：



1. 点击医保电子凭证
开始实人、实名认证



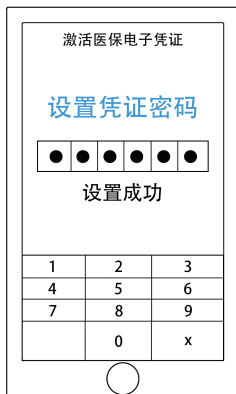
2. 填写姓名、身份证号
开始实名认证



3. 授权进行人脸识别认证



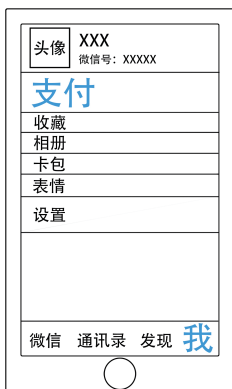
4. 点击激活按钮



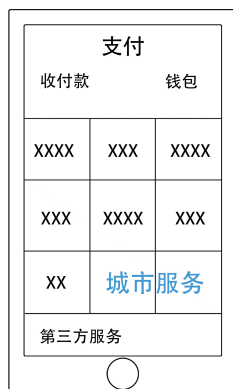
5. 设置凭证密码完成激活

方法二：微信

微信入口：



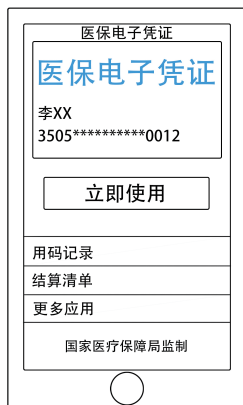
1. 支付



2. 城市服务

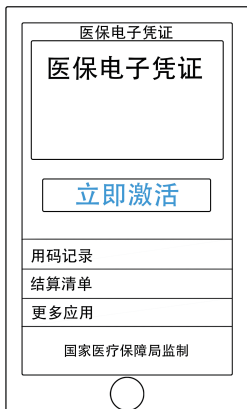


3.医保

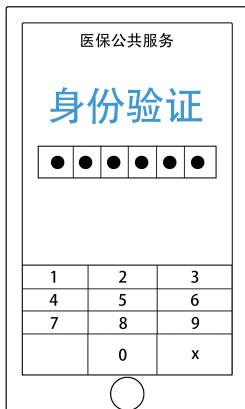


4.医保电子凭证

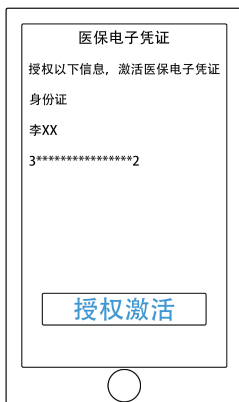
激活步骤：



1.立即激活



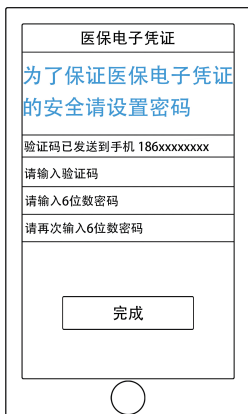
2.身份验证



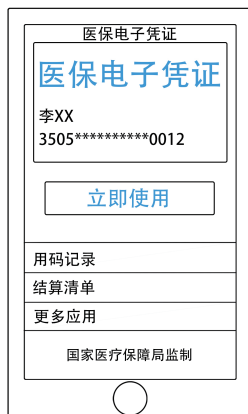
3. 授权激活



4. 人脸识别



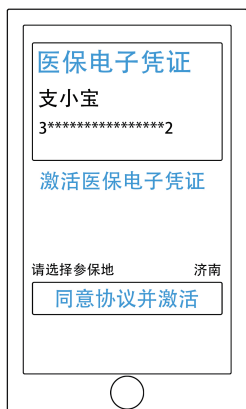
5. 设置密码



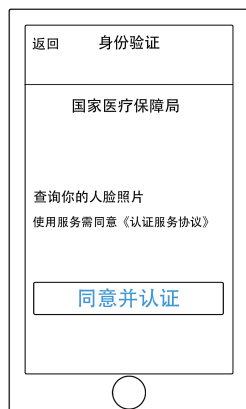
6. 激活成功

方法三：支付宝

支付宝入口：



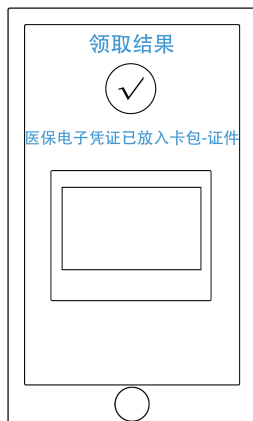
1.服务介绍页



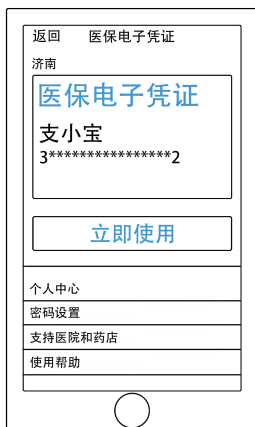
2.人脸授权



3.人脸认证

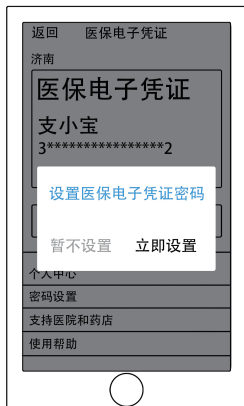


4.激活结果

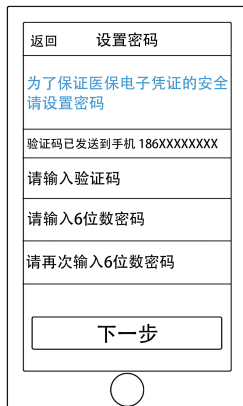


5. 卡详情页

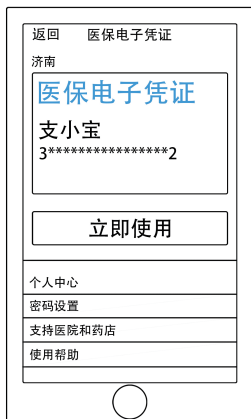
医保电子凭证使用流程：



1. 设置医保电子凭证密码



2. 密码设置页面



3. 详情页



4. 展示凭证二维码进行支付



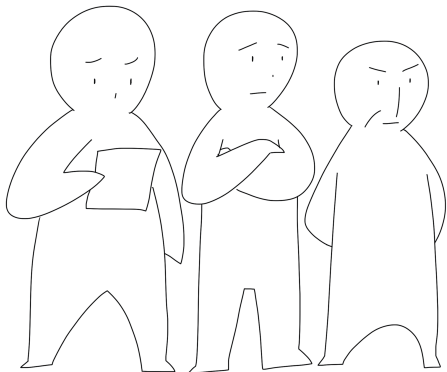
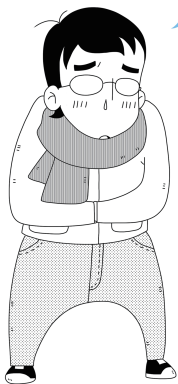
5. 支付结果展示

问题二十三

问 23. 李勇到医院看病，但挂号缴费窗口排着长队，李勇纠结应该继续看病还是赶回公司开重要会议。有什么办法可以帮他节约时间？

我的天这么多人啥时候才能排到我？待会儿还要开会啊这可咋整…

挂号缴费



答 23. 李勇可以通过手机激活自己的医保电子凭证，看病、取药过程中只需要扫码进行医保身份的确认、医保结算，就可以进入下一个环节，不需要到窗口排队了。

除此之外，李勇如果只需要购买非处方药，可以到药店进行医保电子凭证扫码购药，也能帮他节约时间赶上公司会议。

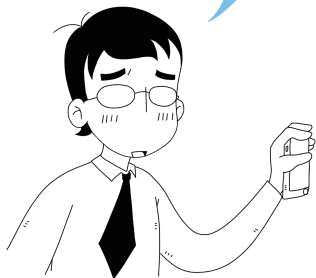


李勇可以通过手机激活自己的医保电子凭证，看病、取药只需扫码进行医保身份确认和医保结算，就可进入下一个环节，无需到窗口排队了。除此之外，李勇如果只需购买非处方药，可以到药店进行医保电子凭证扫码购药，能帮他节约时间赶上公司会议。

问题二十四

问 24. 家在河北的李勇到广东出差，生病住院了，他的医保电子凭证可以用吗？

医生我河北的，医保电子凭证在这里能用不？

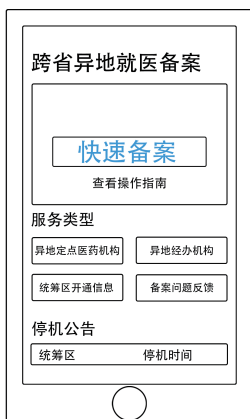


可以用！

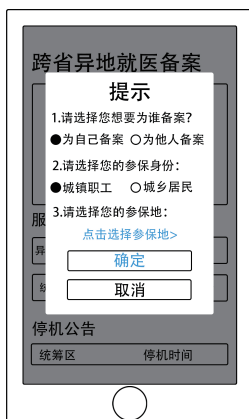


参保人用手机通过国家医保APP或微信、支付宝等官方授权渠道激活医保电子凭证并确认身份，然后进行异地就医备案。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以依此在全国办理有关医保业务。

答 24. 可以。李勇可以用手机通过国家医保 APP 或微信、支付宝等官方授权渠道激活医保电子凭证，确认参保人身份，然后进行异地就医备案。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以依此在全国办理有关医保业务。流程如下：



1. 点击快速备案按钮



2. 根据提示选择对应内容开始申请

快速跨省异地就医备案

备案信息

备案人姓名 XXX

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

● 已阅读备案登记告知书

我已同意并阅读

提交备案

3. 仔细阅读备案告知书

快速跨省异地就医备案

备案信息

备案人姓名 XXX

备案人身份证号 3*****2

备案类型

就医地

开始备案日期

联系人信息

联系人

联系电话

联系人地址

提交备案

4. 填写实际备案信息
点击提交

备案已提交

提交成功

备案申请流水号: XXXXXXXXXX

备案人: XXX

备案人身份证: XXXXXXXXXX

备案类型: 异地长期居住人员

参保地: XX市

就医地: XX市

返回首页

5. 提交成功后可耐心
等待审批

跨省异地就医备案状态

全部 申办中 已办结 被退回

XXX 申办中

身份证号: XXXXXXXXXX

备案类型: 异地长期居住人员

参保地: XX市

就医地: XX市

提交备案时间: 2019年X月X日

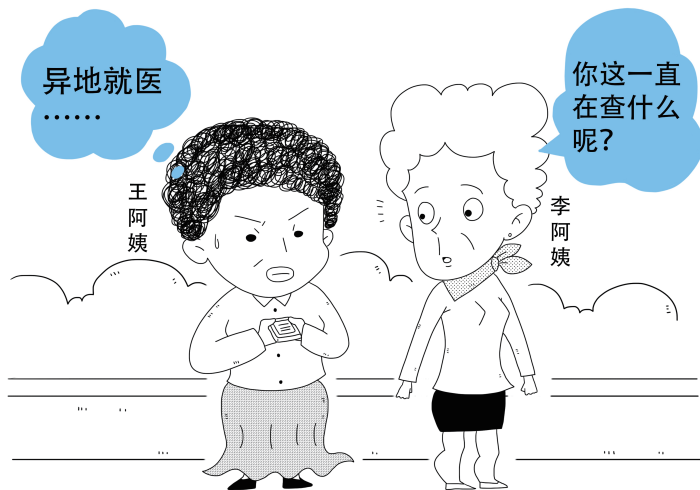
提交后预计两个工作日内完成审核, 请耐心等待

6. 也可通过APP随时
查询审批进度

四、异地就医

问题二十五

问 25. 王阿姨是辽宁人，在辽宁退休后，在北京长期居住给女儿带孩子。听说现在国家有异地就医的政策，可以在北京直接结算医疗费用，不用再拿着单据回辽宁报销，想知道自己能不能办理异地就医？



我这不是要去北京给闺女带孩子吗，不知道能不能办理个异地就医。

可以呀！我前两年去上海给儿子带孩子就办理过。



答 25. 王阿姨这种随子女在大城市长期居住的老年人都是可以办理异地就医的手续。从 2016 年起，全国都开始实施跨省异地就医住院费用直接结算。目前跨省异地就医住院费用直接结算主要覆盖四类人群，一是异地安置退休人员，也就是退休后在异地定居并迁入户籍的人员。比如回原籍居住的退休知青，退休前在工作地参保，现在退休回原籍居住了。二是异地长期居住人员，在异地居住生活且符合参保地规定的人员。比如王阿姨这种到北京这样的大城市，随子女居住，帮助带孩子的老年人。三是常驻异地工作人员，用人单位派驻异地工作的人员。比如有一些驻外的办事处，这些员工长期在外面工作。四是异地转诊人员，因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断，但是治疗水平有限，需要到外省就医的患者。另外，为方便外出务工农民和外来就业创业人员，这两类人也可以申请办理跨省异地就医住院费用直接结算。除了跨省异地就医住院费用可直接结算外，为方便参保人，各省、自治区也制定了本省区内部各地区之间的异地就医结算政策。

问题二十六

问 26. 王阿姨的异地就医直接结算手续该怎么办？

闺女啊，这异地就医的结算手续妈实在是搞不懂，你给妈好好瞅瞅这要咋整！



答 26. 异地就医直接结算办理程序很简单：

一是**办理备案**，要告知参保地医保部门自己因何原因、要去异地何处看病。如果王阿姨目前在辽宁老家，她可以携带社保卡到本人参保地的医保中心办理，按照参保地规定提交北京的居住证、个人承诺书等相关材料，直接备案到北京市。如果王阿姨目前不在老家，她可以通过老家医保部门开通的网上备案或电话备案渠道了解相关要求，按照要求通过 APP、传真、邮寄或电子邮件等方式提供相关材料给参保地医保中心，就可以完成备案手续。

二是**持卡就医**，王阿姨在完成备案手续后，只要携带社保卡就可以在北京开通的跨省定点医疗机构实现住院费用直接结算了。

妈我给您问过了啊，您要是在老家的话就拿社保卡和相关材料去老家的医保中心办理；您现在在北京了就通过网络、电话或者邮寄等方式给老家的医保中心备案就行，完成备案凭社保卡就可以在北京开通的跨省定点医疗机构结算了。



嗯，谢谢闺女，妈知道了！



问题二十七

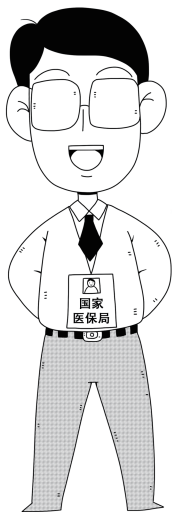
问 27. 王阿姨已经办理了北京的异地就医备案手续，在北京的门诊看病费用能否直接结算？



答 27. 目前跨省异地就医住院费用直接结算已经在全国普遍开展，**跨省异地就医门诊费用直接结算尚未在全国全面开展**。目前国家在积极探索推进此项工作。长三角地区（江苏、浙江、安徽、上海）已经于2018年9月启动了跨省异地就医门诊费用直接结算试点工作；京津冀地区和西南地区分别于2019年6月和12月启动了相关试点工作。

问题二十八

问 28. 王阿姨办理跨省异地就医结算备案时，需要指定到北京具体的某几家医院就医吗？



不需要。目前跨省异地就医备案只要求备案到就医地市就可以，不要求参保人选定就医地的定点医疗机构，参保人根据病情、居住地、交通等情况，按规定选择跨省定点医疗机构就医结算。对于到北京、天津、上海、重庆、海南和西藏就医的参保人，直接备案到相应省份即可。

答 28. 参保人备案时不需要指定具体的医院，只需要指定就医的地市，就可以在该地所有的跨省异地就医定点医疗机构直接结算住院费用。此外，对于要去北京、天津、上海、重庆、海南和西藏异地就医的参保人，只需要直接备案到这些省份。王阿姨这种情况，只需要备案到北京市，则她在北京市所有的跨省异地就医定点医疗机构发生的住院医疗费用都可以直接结算。全国各

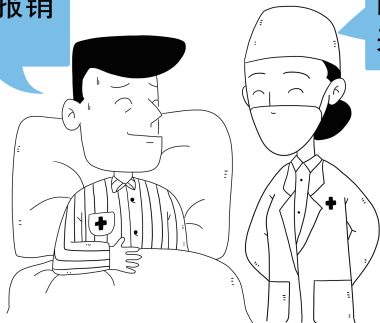
地的跨省异地就医定点医疗机构的名单可以在国家医保局网站查询（www.nhsa.gov.cn）。办理省内异地就医备案时，部分地区要求具体到某几家医院就医。

问题二十九

问 29. 小王是湖南的职工，医保参保地在湖南，但因工作需要常驻在上海，已经办理了跨省异地就医备案手续。他最近得了胃病，在上海住院治疗，出院直接结算时，他的医疗费用怎么报销？

大夫，请问我看病用的这些药是按照哪里的标准来报销的？

目前是按照上海的医保目录，湖南的待遇标准来报销的。



答 29. 小王的住院费用在直接结算时参照上海市的医保目录来看什么能报销、什么不能报销，按照湖南的具体报销政策来计算报销比例。

目前跨省异地就医住院费用直接结算主要报销政策可以概括为“**就医地目录、参保地政策**”。就医地目录是指参保人跨省就医原则上执行就医地支付范围，主要包括基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准。参保地政策是指参保人跨省就医原则上执行参保地支付政策，包括参保地医保基金的起付线、支付比例和最高支付限额。

五、医保药品

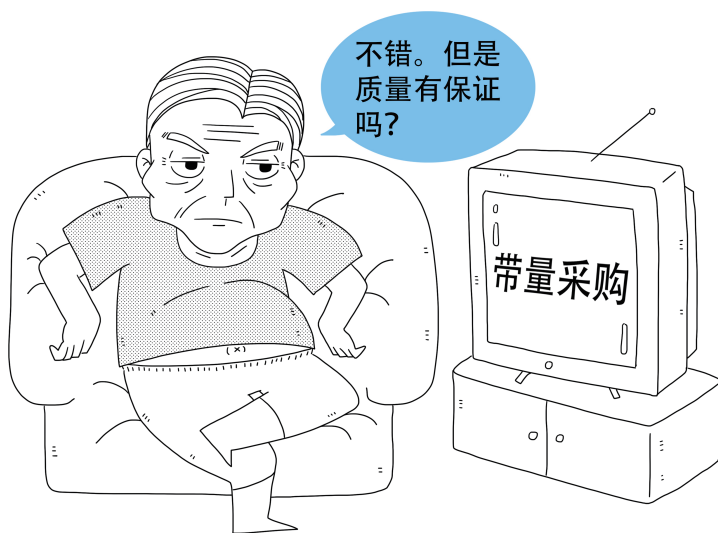
问题三十

问 30. 医保药品目录中标注的“甲”“乙”是什么意思？

答 30. 基本医疗保险出于管理需要，将医保药品目录内的药品分为甲、乙两类。甲类药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效好，同类药品中价格低的药品。参保人使用这类药品时，**可以全额纳入报销范围**，按规定比例报销。乙类药品是可供临床治疗选择使用、疗效好，同类药品中比甲类药品价格高的药品。参保人使用这类药品时，**要先按比例（各地不同）扣除一定的个人自付费用后，将余下费用再纳入报销范围，按规定比例报销。**

问题三十一

问 31. 老王听说最近国家组织的药品集中带量采购中选药品价格降幅很大，有的甚至达到 90% 以上。他很支持药品降价，但又担心降得这么厉害会不会便宜没好货，想知道对以后的治疗是否有影响？



答 31. 降价对药品质量不会有影响。

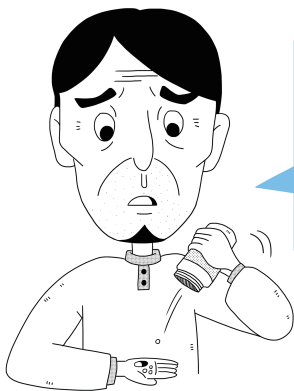
国家试点相当于一次“大团购”，把全国的用量集成为一个大采购包并承诺采购量；中标药企的销量能够得到保证，药企只需要做好药品的生产供应，省去了公关、销售等中间环节的投入，因此有了比较大的降价空间。

此外，国家各部门也采取了多项监管措施来保障所采购药品的质量：一是建立严格的入围标准，将药品质量作为参加带量采购的前提条件，以通过质量和疗效一致性评价作为仿制药入围标准；二是加强对中选品种全流程质量监管，提高抽检频次，加大违法违规企业追责力度；三是与药品生产企业签订协议，并建立企业库存和停产报告制度，动态了解企业生产情况，确保企业按照协议足量、及时供应药品。

从目前实际情况来看，25种集中采购药品的药价大幅下降，且药品质量非常稳定。

问题三十二

问 32. 老张现在服用的一些药品，但是没有在医保目录内，国家还会不会陆续将一些昂贵的救命救急的好药纳入医保？



唉，这药咋又吃完了？这么贵的药什么时候才能纳入医保啊？

答 32. 会的。国家医保部门一直在努力扩大医疗保险的保障范围，将越来越多的新药、好药纳入了医保药品目录，患者使用这些药品可以由医保基金报销。2017、2018、2019 年国家都调整扩大了药品目录，新增药品可以报销，其中不少是肿瘤靶向药、罕见病药和近年来新上市的创新药。对于临床价值高但价格昂贵或对基金影响较大的专利独家药品，医保部门还采取谈判准入的方式，力争将其纳入目录。2019 年药品谈判结束后，最新版医保药品目录中共收录药品 2709 个，不仅能够满足参保群众的基本医疗需求，而且对于癌症、罕见病、慢性疾病用药，儿童用药的保障能力有显著提升。下一步医保部门将进一步完善政策措施、健全保障机制，随着基金支持能力的提高将更多符合条件的药品纳入目录，不断提升保障水平。

六、生育保险

问题三十三

问 33. 大汪在网上看到新闻说生育保险与职工医保合并实施了，于是认为以后就没有生育保险了，他的理解对吗？



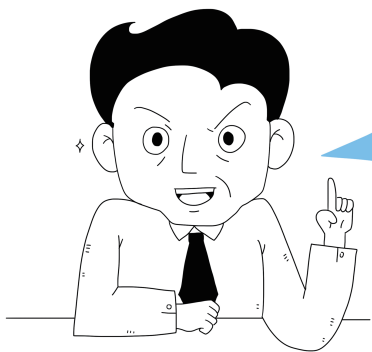
答 33. 这种理解是错误的。生育保险与职工医保是合并实施，不是“合并”。两险合并实施后，生育保险作为一项社会保险独立险种仍将保留，“五险”不会变“四险”。2019年初，国务院办公厅印发《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》，明确了“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”的总体思路。要求各地对两项保险统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务，改革推进过程中确保职工生育期间生育保险待遇不变，确保制度可持续。因此，两项保险合并实施，不会影响参保人员的待遇享受。

问题三十四

问 34. 小何是位刚从学校毕业、参加工作的男青年。他认为自己是男性，没有必要参加生育保险，希望单位不给他缴纳生育保险，多发点工资。这样可以吗？



答 34. 不可以。用人单位有为所有职工参加生育保险的法定义务。《社会保险法》第五十三条规定“职工应当参加生育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，职工不缴纳生育保险费”。**生育保险的设立就是为了保障女职工的生育待遇，促进男女平等就业。**这项制度建立以来，对维护女职工生育保障权益，促进妇女公平就业，均衡用人单位负担发挥了重要作用。



生育保险的设立是为了保障女职工的生育待遇，促进男女就业平等。如果男性不缴这份钱，那岂不是所有的单位都会更倾向于用男性？那女性怎么找工作？

七、医疗救助

问题三十五

问 35. 老周是贫困户，实在无力缴纳每年的医疗保险费。政府有没有相应的措施帮助他获得医疗保障？



答 35. 政府有相应的帮扶措施。根据《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（鄂政发〔2017〕9号）的规定，对特困人员、孤儿、低保对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分通过医疗救助给予全额资助。根据《省委办公厅省政府办公厅印发〈关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施〉的通知》（鄂办发〔2019〕18号）的规定，对农村建档立卡贫困人口参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分实行差异参保补贴政策，具体补贴政策由各地自行确定。

像老周这样的贫困人口可通过参加城乡居民基本医疗保险。当其发生住院或门诊医疗费用时，按规定纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度保障，享受相应的住院及门诊费用报销和救助。

问题三十六

问 36. 张大姐觉得自己家里经济状况很困难，想知道自己是否能够获得医疗救助。那么，有哪些人可以获得医疗救助，标准是什么？

答 36. 张大姐是否能够获得医疗救助，主要看家庭经济状况和个人医疗费用负担情况。按照《社会救助暂行办法》及有关规定，医疗救助的对象范围主要包括：特困人员、孤儿、农村建档立卡贫困人口、低保对象、城市低收入救助对象（指城市低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众）、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。其中，特困人员、孤儿、低保对象、城市低收入救助对象（指低收入家庭的老年人、未成年人、重症患者、重度残疾人）由县（市、区）民政部门核准认定，农村建档立卡贫困人口由县（市、区）扶贫部门认定。张大姐可以向户籍所在地民政部门、扶贫部门、医保部门咨询不同类别救助对象认定的具体标准和程序。



八、基金监管

问题三十七

问 37. 目前国家在大力打击欺诈骗保，请问那些是属于欺诈骗保行为：



这医院不对劲啊，是不是在欺诈骗保？

暗中观察～

答 37. 定点医疗机构的骗保行为有：1. 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保障基金的；2. 为参保人员提供虚假发票的；3. 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；4. 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；5. 为非定点医疗机构提供刷卡记账服务的；6. 挂名住院的；7. 串换药品、医用耗材、物品、诊疗项目等骗取医疗保障基金支出的；8. 定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗保行为。



定点药店的骗保行为有：1. 盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买未获相关批号的保健食品、化妆品、生活用品的；2. 为参保人员串换药品、医用耗材、物品等骗取医疗保障基金支出的；3. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；4. 为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；5. 定点零售药店及其工作人员其他欺诈骗保行为。



参保人员的欺诈骗保行为有：1. 伪造假医疗服务票据，骗取医疗保障基金的；2. 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的；3. 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的；4. 涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。



医疗保障经办机构工作人员在履行医保基金监管职责时失职渎职行为有： 1. 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇手续的；2. 违反规定支付医疗保障费用的；3. 涉及经办机构工作人员的其他欺诈骗保行为。



问题三十八

问 38. 李大爷发现了一些线索，该如何举报？

答 38. 可以通过以下 3 种方式举报：**（1）电话**，拨打湖北省医疗保障局举报电话（027-87265900、027-87717662）或各市州医保保障部门举报投诉电话；**（2）微信**，进入湖北医保局微信公众号“互动”菜单下的“骗保举报”栏目进行举报；**（3）写信**，将举报信及相关书面资料邮寄至湖北省医疗保障局或各市州医疗保障局。

举报时要注意，举报人投诉举报应当提供真实有效涉嫌违法违规的具体行为和证据。提倡实名投诉举报。匿名举报，予以尊重。

您好，我要举报
骗保……



问题三十九

问 39. 李大爷举报了该医院，经过查实，该医院确实存在欺诈骗保行为。李大爷能获得什么奖励？

答 39. 2018年12月，国家医保局与财政部联合发文，建立了欺诈骗保举报奖励制度，提供欺诈骗保线索者最高奖励10万元。湖北省相应建立了举报奖励实施细则，对经查实的举报线索，按照涉案金额给予举报人一定比例的奖励金。

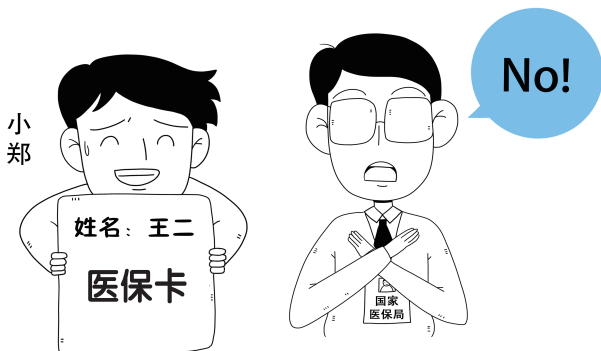
李大爷举报的线索真实、确凿，医保部门按照查实金额的2%进行奖励。

举报人为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，并提供可靠线索的，可适当提高奖励标准，最高不超过查实欺诈骗保金额的3%。



问题四十

问 40. 小王把自己的医保卡转借给自己同事小郑，小郑拿小王的医保卡去医院看病住院，并用医保卡到药店购买了生活用品，这涉及到哪些欺诈骗保行为？



答 40. 一是医保卡只限本人使用。医保卡出借或是存放在他处，会造成冒名住院、敛卡盗刷等欺诈骗保行为。二是医保卡个人账户可在定点零售药店购买药品、食健字号的保健食品、经卫生部门批准的消杀类产品、家用医疗器械及耗材的费用，但购买生活用品将涉嫌串换项目等欺诈骗保行为；三是定点零售药店将米、油等非医保目录生活用品串换为医保目录药品，这是严重的欺诈骗保行为。以上行为一经发现，将参保人纳入失信人员黑名单，影响参保人下一步享受医保待遇。将定点药店违规基金追回，情节严重的还将移交司法部门。

问题四十一

问 41. 李大爷发现家门口的医院采取免费体检、免费住院、免费治疗等宣传方式拉有医保卡的人去住院、做检查，包吃包住还有返现，他觉得不太对劲。李大爷怀疑这家医院骗保，这些涉及哪些欺诈骗保行为？

答 41. 一是诱导住院，通过虚假宣传、免费体检、减免门槛费、免费住院、赠送礼品等方式诱导参保人住院，进而套取医保基金行为；二是虚假住院：患者未诊疗，或仅有门诊诊疗但未住院，医院伪造住院医疗文书、诊疗项目、虚计费用，骗取医保基金；三是虚计医疗费用：患者没有该项检查、治疗、药品而虚计（伪造）该项诊疗项目费用，骗取医保基金和（或）参保人费用；四是挂名住院，又称“假住院”，办理住院手续后，未在医院接受住院治疗，医疗机构通过虚增诊疗项目，骗取医保基金；五是分解住院：住院期间发现其他科室相关问题，让患者办理出院，再

次办理入院手续的；进入大额医保后，结转周转重复住院的；出院后7天内同种疾病再次住院的。这些都是严重的欺诈骗保违法行为。

 问题四十二

问 42. 小马因为眼睛问题，在某医院住院，出院时，发现一些没有做的项目有计费，请问住院期间患者要如何掌握收费情况？

答 42. 一是分解收费：将一个项目收费分解成几个项目甚至是自立项目，或一个诊疗行为分解成几个诊疗行为收费；二是重复计费：病人在使用某一诊疗项目（含药品）后，主要通过增加相近或包含在内的项目，反复多次收取该诊疗项目费用；三是自立项目收费：没有该项名称而编造该项目收费；四是多计医疗费用：通过虚计患者诊疗次数（含药品、器械数量）、虚增诊疗部位、篡改计费方式等多计患者费用，骗取医保基金；五是串换项目收费：将非医保项目串换为医保项目。

住院时应对自己治疗和护理情况进行了解，对每日清单的内容中不清楚的地方要及时向医生或护士询问，发现有以上情况，可以向当地医保部门投诉举报。