

云南省医保政策问答手册

YUN NAN SHENG YI BAO ZHENG CE WEN DA SHOU CE



云南省医疗保障局

2020年5月

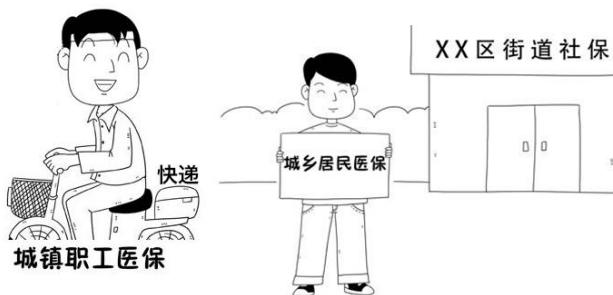
为了能让广大参保人更直观、便捷地了解医保政策，国家医疗保障局编制印发《医保政策问答手册》，区分参保缴费、待遇及报销、医保电子凭证、异地就医等八大类别，对医保政策进行了解答。云南省医疗保障局结合全省医保政策实际和广大参保人关心、疑惑的问题，对国家医保局已经发布的《医保政策问答手册》内容进行适当拓展延伸，编写了“一图读懂医保政策 106 问”系列图册。欢迎大家结合自己的实际情况，“对号入座”解决自身在参保和享受待遇过程中遇到的问题。

目 录

一、参保缴费.....	1
(一)城镇职工基本医疗保险参保缴费.....	4
(二)城乡居民基本医疗保险参保缴费.....	8
二、待遇及报销.....	15
(一)城镇职工基本医疗保险待遇及报销.....	27
(二)城乡居民基本医疗保险待遇及报销.....	31
三、医保电子凭证.....	34
四、异地就医.....	47
五、医保药品.....	53
六、生育保险.....	72
七、医疗救助.....	76
八、基金监管.....	80
九、医保扶贫.....	87
十、新冠肺炎疫情期间医疗保障及经办服务政策措施.....	90
十一、阶段性减征及缓缴基本医疗保险费政策措施.....	98

一、参保缴费

问 1.基本医疗保险有哪些类型？



答：基本医疗保险是面向我国所有公民的社会保险制度，无论有没有工作，都能参加医保。目前我国基本医保有两种：城镇职工基本医疗保险（简称：职工医保）、城乡居民基本医疗保险（简称：居民医保）。

职工医保主要面向单位的职工（机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位），如果有了正式工作，就能够在单位参加职工医保；进城务工的农民工也有权参加职工医保，只要是有就业单位、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。

如果不是单位职工，参加医保有两个选择：第一个是参加城乡居民基本医疗保险，能够在个人缴费基础上享受财政补助；第二个还是职工医保，灵活就业人员（包括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以及其他灵活就业人员）也可参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。职工医保在缴纳规定年限后能够享受退休免缴待遇。

大家可以根据自身的实际情况和需求，自行选择参加职工医保还是居民医保。

问 2. 为什么要参加医保？



答：我们每个人生活中都面临着不确定的疾病风险，参加基本医疗保险可以化解不可预知的疾病风险所带来的灾难性医疗支出，让我们的生活获得持续、稳定的安全感。基

本医疗保险的原则是互助共济，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”。

问 3.参加医保缴了费却没有用到是不是亏了？

答：国家建立基本医疗保险制度就是运用保险的“大数法则”，实施互助共济，用大家一起出的钱帮助生病的人抵御疾病医疗带来的费用风险。医保对于每个参保人来讲都是公平的——只要参加了医保，在生病的时候就能够通过医保获得医疗费用的报销；因对疾病及疾病带来的费用风险难以预测，以前没用到医保，不代表以后都用不到，参保人以后在生病需要用钱的时候，医保可以报销很多钱，这时也就是“人人为我”了。

知道吗？生病前我是开小汽车的…



例如：包工头小王拒绝参加医保，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。所以参加医保绝对不亏，大家不仅要参保，还要及时参保，才能避免不可预知的疾病风险对事业、家庭、生活带来的影响。

问 4.城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险有什么区别？

答：首先，缴费多少不同。职工医保每月缴费一次，居民医保每年缴费一次；累计算下来，职工医保每年缴费会更多。**其次**，享受待遇不同。职工医保缴费多，享受的待遇也要比居民医保高一些，比如报销比例高一些，还有个人账户可以用来在门诊看病、药店买药。**最后**，职工医保在缴纳规定年限后能够享受退休免缴待遇。居民医保不存在免缴待遇，每年必须按时缴费才能够享受待遇。



(一) 城镇职工基本医疗保险参保缴费

问 5. 如何参加职工医保？

答：职工医保主要面向单位的职工，进城务工的农民工也包含在内，只要是在就业单位、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。

灵活就业人员（包括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以及其他灵活就业人员）也可参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。

问 6. 参保单位及个人如何缴费，应缴医疗保险费有哪些？

答：职工医保每月缴费一次，由用人单位和职工共同缴纳。退休人员个人不缴费，在职职工个人应当缴纳的医保费由用人单位代扣代缴，用人单位应当按月将缴纳医保的明细情况告知本人。

应缴的医疗保险费为以下两项：

(1) 基本医疗保险费（含生育保险费）：职工缴纳的基本医疗保险费为本人工资收入的 2%，用人

『(一).城镇职工基本医疗保险参保缴费』

单位缴纳的基本医疗保险费为职工工资总额的 7.5% 至 12%;

(2) 城镇职工大病补充医疗保险费: 由单位和个人共同负担。

问 7. 单位参加城镇职工基本医疗保险缴费基数如何确定?

答: 用人单位应缴基本医疗保险费的基数为本单位上年度职工月平均工资总额, 职工缴纳基本医疗保险费的基数为本人上年度月平均工资收入。全省除临沧市外, 职工本人上年度月平均工资收入超过统筹地区上年度职工月平均工资 300% 的, 以 300% 作为缴费基数; 低于 60% 的, 以 60% 作为缴费基数。

问 8. 社会上有些企业把节省经费的脑筋打歪了, 在招人的时候会说每月多发给员工一点儿工资, 就不给员工缴纳基本医疗保险了。这样可以吗?





答：坚决不可以！

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，如果职工生了重病，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 9. 如果单位不给职工缴纳医保，职工该如何维护自己的权益？



答：一般来说，职工的五项社会保险是单位一起缴纳的（其中包含医保），如果单位拒绝给职工缴纳医保，很可能其他社保也没有缴纳。职工可以这样维护自己的权益：

第一，与单位交涉或协商。如果工作单位不为员工办理社会保险，员工可以向单位工会反映，请求工会出面与单位管理层进行协商解决；没有工会组织的，员工代表可直接和公司高层进行协商和沟通。

第二，提起劳动仲裁。与公司协商不能解决问题的，可向当地劳动仲裁部门提起仲裁。

第三，提起诉讼。对仲裁结果不服，或是单位拒不履行仲裁决定的，可依法向当地人民法院提起诉讼。

要注意以下几点：

第一，合法维权。千万不要采取过激行为，做有违法律底线的事情。

『(一).城镇职工基本医疗保险参保缴费』

第二，积极收集有关证据。比如劳动合同、出勤记录，工资记录、工作牌等相关书面证据或是音像证据。

第三，法律援助。在员工维权过程中，员工属于弱势的一方，可向当地司法部门申请法律援助服务。

总之，如果用人单位不为员工办理社保，经过协商和交涉仍拒不改正的，属于违法行为，员工有权根据有关法律法规的精神，采取合法行动，维护自身的合法权益。

问 10.单位给职工缴纳医保，能否只要单位出钱、职工个人不出钱？



答：也是不行的。职工医保的缴费，单位和职工个人双方都要负责。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

『(二).城乡居民基本医疗保险参保缴费』

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。

所以大家在参加职工医保的同时，自己也是需要缴费的。退休人员参加基本医疗保险，个人不缴纳基本医疗保险费。



(二) 城乡居民基本医疗保险参保缴费

问 11. 哪些人员可以参加居民医保？

答：除城镇职工以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、在校就读学生、在园儿童、婴幼儿、新生儿、宗教教职人员、长期投资经商和务工的外来人员的未成年子女、以及国家和我省规定的其他人员都纳入城乡居民参保范围。

问 12. 如何参加城乡居民基本医疗保险？

答：(1) 本州、市户籍新参保人员，本人携带身份证、户口簿，于每年居民医保参保期到就近、就便的社区居委会办理参保业务。续保人员也可通过微信公众号云南省网上税务局自助缴费。

非本州、市户籍新参保人员，本人携带身份证、在参保地办理的《云南省居住证》，于每年居民医保参保期到居住的社区居委会办理参保业务。未成年人可凭父母亲在参保地的《云南省居住证》办理参保手续。续保人员可通过微信公众号云南省网上税务局自助缴费。

『(二).城乡居民基本医疗保险参保缴费』

本州、市户籍城乡低保对象、城乡重度残疾人、城镇低收入家庭 60 周岁以上的老年人及未成年人、农村五保供养对象、农村独生子女的父母及年龄不满 18 周岁的独生子女、只生育了两个女孩且采取了绝育措施的农村夫妻，需提交民政、残联、人口与计生等相关部门出具的有效证件或证明材料。

问 13.城乡居民已办理参保登记之后如何缴纳医疗保险参保费？

答：从 2019 年开始，税务部门负责城乡居民医疗保险费的征收工作；医保部门负责城乡居民的参保登记、实收处理并牵头做好财政补助汇算工作，不再办理缴费业务。已办理参保登记的城乡居民缴费人可通过线上缴费、线下缴费的方式缴纳费款。线上缴费方式为：缴费人可关注“云南省网上税务局”微信公众号或下载“云南税务”APP、“云南农信”APP 自助完成在线缴费；线下缴费方式为：缴费人可前往省农村信用合作社联合社及其下辖机构（含农村商业银行、农村合作银行），通过银行柜面、银行 ATM 机缴纳费款；也可前往村（居）委会代征点，通过农信社 POS 机刷卡缴纳城乡居民医保。新参保的需先到乡镇（街道）社区办理参保登记后，按上述方法缴费。

问 14. 省属在昆高校大学生新参保如何办理？

答：每年9月至12月，由省属在昆各高校提交大学生参保基础信息统一申办。学校需提交材料：1. 学校新参保：正式书面申请；学校成立批文复印件；学校统一社会信用代码登记证复印件；单位开户银行许可证。2. 学生新参保：新参保登记表，个人信息电子数据；学生花名册。

问 15. 新生儿如何参加城乡居民医疗保险？

答：参保地户籍新生儿，落户后由监护人带其户口本册到社区办理参保核定手续；非参保地户籍新生儿，落户后由监护人带其户口本册和父母在参保地办理的《云南省居住证》到社区办理参保核定手续。

问 16. 城乡居民医保有国家补贴！这项“福利”大家知道吗？



『(二).城乡居民基本医疗保险参保缴费』

答: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。所以有些人2019年参加居民医保的时候,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 17.近年来,为什么城乡居民医保的缴费金额不断提高?

答:适度提高个人缴费标准是国家从长远考虑解决城乡居民“病有所医”作出的重要决策。之前,全省城乡居民个人缴费标准为220元/人,各级财政补助是490元/人。2019年个人缴费新增30元,达到每人每年250元;城乡居民医保人均财政补助标准也同步新增30元,达到每人每年不低于520元。并且2019年城乡居民医保新增财政补助一半用于提高大病保险保障能力(在2018年人均筹资标准上增加15元),原则上,大病保险人均筹资标准不低于65元,大病保险由城乡居民基本医保基金划拨,个人不缴费。国家适度提高缴费标准,对于个人而言是好事,个人多交30,财政就再给大家补助30,大病保险还不用单独买,受益的还是咱老百姓。

问 18.什么是居民大病保险？怎么缴费？

答：城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，主要对参保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。参加城乡居民基本医疗保险的人员，不用额外缴费，同时参加居民大病保险，享受城乡居民大病保险规定的相关待遇。对参保居民经基本医保支付后，个人负担的合规医疗费用给予保障。大病保险起付线原则上按全省上一年度居民人均可支配收入的 50% 确定。云南省 2019 年大病保险起付线为 10000 元，报销比例不低于 60%。加大大病保险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 个百分点以上，全面取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线，进一步减轻大病患者、困难群众医疗负担。对于贫困人口或低保对象等符合条件的困难群体，还可以申请获得相应医疗救助。

问 19.如果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获得医疗保障？

答：政府有相应的帮扶措施。根据《社会保险法》《社会救助暂行办法》及有关规定，城乡居民医保实行国家普遍性财政补助和个人缴费相结合的筹资方式，对低保对象、特困人员、农村建档立卡贫困人口等个人缴费有困难的城乡困难群众，政府对其个人缴

『(二).城乡居民基本医疗保险参保缴费』

费部分给予补贴。其中，特困人员给予全额资助，城乡低保对象、丧失劳动能力的一二级重度残疾人、低收入家庭中的60周岁以上的贫困老年人和未成年人，按照每人每年120元的标准定额资助；25个边境县、市一线行政村的农村居民，以及经批准的迪庆州、怒江州除农村低保对象和特困供养人员外的农村居民参保缴费给予每人每年70元的定额资助；居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象，按照个人缴费标准实行全额资助参保。其中，在医疗救助资金中定额资助120元，不足部分由优抚对象医疗补助资金资助。对符合多种资助参保条件的，按“就高”原则给予资助参保。将孤儿纳入城乡医疗救助制度覆盖范围，适当提高救助水平，参保费用可通过城乡医疗救助制度解决。

问 20.城乡居民、城镇职工基本医疗保险关系转移接续？

答：（一）居民医保转接职工医保

已缴纳了当年城乡居民基本医疗保险费的参保人，在其待遇期内随用人单位或以灵活就业人员身份参加城镇职工基本医疗保险的，在享受城镇职工医疗保险待遇之前，按城乡居民医疗保险政策规定享受医疗保险待遇。在享受城镇职工医疗保险待遇后，不再享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 职工医保转接居民医保

1. 职工参保人每年 1 月 1 日至 6 月 25 日转接城乡居民基本医疗保险的参保人享受财政补助，按当年规定的个人缴费标准缴纳城乡居民基本医疗保险费；每年 6 月 26 日至 12 月 25 日转接当年城乡居民基本医疗保险的参保人不享受财政补助，按当年个人缴费标准连同财政补助标准全额缴纳城乡居民基本医疗保险费。

2. 城镇职工停保后可转接城乡居民基本医疗保险。城镇职工转接城乡居民基本医疗保险，在办理职工医保停保手续的次月底前办理转接城乡居民基本医疗保险并缴费的，自原职工医保关系中止时享受当年城乡居民医疗保险待遇（即中断期间享受居民医保待遇）。次月底后转接参加城乡居民基本医疗保险的，自参保的次月起享受城乡居民医保待遇，中断期间不享受医保待遇。

3. 对办理职工医保停保手续的参保人，打印“医疗保险关系接续告知单”，内容如下：城镇职工医疗保险参保人×××，你已于×年×月×日（此时间设为办理当日的日期）办理了停保手续，请在×年×月×日（此时间设为办理当日月次月 15 日）前到属地医保中心办理城乡居民或城镇职工医疗保险接续手续，并按政策规定缴纳医疗保险费，以保证你按政策规定享受医疗保险待遇。×××医疗保险中心，×年×月×日。

二、待遇及报销

问 21. 医保可以报销哪些医疗费用？



答：一般情况下，医保费用的报销遵循以下规则，只要负责这些规则的医疗费用，就可以报销：

正常享受待遇期内（医保没断缴）；

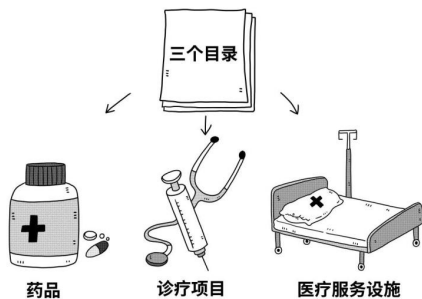
在定点医疗机构就医；

符合“三个目录”范围；

在起付线以上和封顶线之内。

相对的，在规则外的费用就不可以报销。

问 22.什么是医保的“三个目录”？



答：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。目前常见病、多发病的主要治疗用药都已纳入目录。

医保药品目录中的药品还分“甲类”和“乙类”，两个分类的药品在计算报销金额时，纳入报销范围的比例也不同。医保药品目录内的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。参保人使用乙类药品时，要先按比例扣除一定的个人自付费后，将余下费用再纳入报销范围，按规定比例报销。

问 23.什么是“起付线”和“封顶线”？



答：起付线指的是医保基金的起付标准，目的是避免门诊可以看的小病去住院，不合理消耗大家筹集的医保基金，具体是参保人员在定点医疗机构实际发生在“三个目录”内的住院医疗费用，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200元到1000元不等。

『二.待遇及报销』

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。

问 24.如何计算医保报销金额？

我只需要支付
3440元~



简单来说：

医保报销的钱=

【(甲类药品的全部费用
+ 乙类药品扣除自付部分
+ 其他符合医保规定的费用)
- 起付线】
× 相应报销比例

答：参保人就医后，发生了药品、诊疗等费用，其中药品又包括甲类药品和乙类药品，那么报销的方法是：乙类药扣除先自付后的费用，加上甲类药全部费用，再加上诊疗等费用中符合医保规定的费用，可用于累计参保人当年的起付线。对于超过起付线、未达封顶线的费用，依据患者本人参保类型、就医医院级别等按规定比例报销。

简单来说：医保报销的钱=（甲类药品的全部费用+乙类药品扣除自付的费用+其他符合医保报销的费用-起付线）×相应的报销比例。

问 25.参保人的医保报销费用，如果超出基本医保封顶线的费用怎么办？



20多万的治疗费…超出医保的封顶线了…家里哪有多余钱啊…太难了我真的太难了……

答：超过基本医保封顶线的部分，可根据实际医疗费用负担情况，纳入职工大病保险和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。

我省职工大病补充保险政策范围内费用支付比例达到 90%，封顶线各统筹区不同，最高可达到 41 万。城乡居民大病保险政策范围内费用支付比例达到 60%，封顶线为 15 万左右。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。

如果参保人是贫困人口或低保对象，还可以申请获得相应医疗救助。

问 26.同样是医保参保人，为什么有时候报销比例不一样？



答：可能有以下几种情况：

（一）不同等级的医疗机构，报销比例有所差异。

从效率上讲，有序就医是社会最优选择，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，而且基层医院的起付线也设置得比大医院低。因此同样类型的参保人在不同等级的医疗机构里产生的医疗费用，报销比例会不同。

（二）在就诊的医疗机构等级相同的条件下，职工医保和居民医保的报销比例不同。由于职工医保与居民医保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，因此报销待遇不同。在就诊的医疗机构的等级相同的情况下，报销的比例费用也不同，职工医保的报销比例要高一些，报销的钱也多一些。

（三）在医疗机构和参保类型都相同的情况下，职工医保的参保人是否在职也会对报销比例有影响。一般来说，职工医保的参保人，退休人员的报销比例比在职职工的高。

（四）在同等级的情况下，公立医院和民营医院报销比例一致。医保政策规定，只要是在定点医疗机构就医，报销比例只与参保人的身份（职工、居民，在职、退休等）和医疗机构的级别有关，与医疗机构的公立、民营属性无关。

因此参保人完全不用担心去民营医院看病报销得少，可以根据自己的需要来选择医院。

问 27. 这些情况下，医保不能报销，您都知道吗？

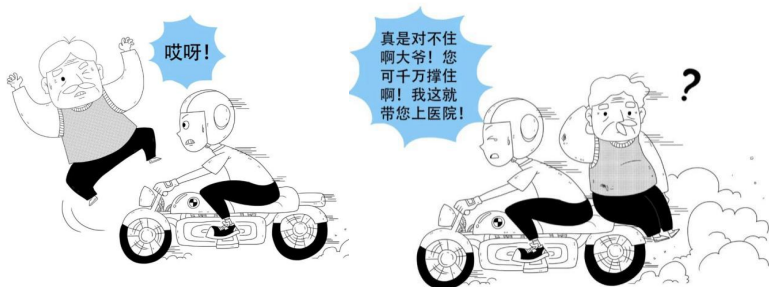
答：我国《社会保险法》第三十条规定下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （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。



『二.待遇及报销』

比如：因打架斗殴产生的医疗费，就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。如果医院在治疗费用结算时使用了医保报销，则医院的行为是违法的。



再如：自己无过错情况下发生的车祸。一般来说，医保不能报销。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。如果有第三方责任人的情况下，参保人自行到医院就医，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。

问 28.如果参保人发生车祸，第三方责任人逃逸，目前找不到，医疗费用只能自己出吗？



答：如果肇事者逃逸无法找到，医保基金可以先行支付参保人的医疗费用。根据《社会保险法》第三十条第二款规定：“医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。”

问 29.参保人在非定点医疗机构发生的门诊抢救医疗费可以报销吗？

答：参保人在非定点医疗机构的门诊抢救医疗费用由本人垫付，凭门诊抢救病历、病危通知单、检查报告、化验单、复式处方（二种以上的药品应标注每项药品的价格）和门诊发票到所属医保经办机构审核结算。参保人在非定点医疗机构门诊抢救后，符合住院标准的，待病情平稳后，应转入定点医疗机构住院治疗。

问 30.城镇职工和城乡居民医保诊疗项目如何报销？

答：城镇职工和城乡居民医保诊疗项目分别按甲类、乙类和丙类进行规定，甲类诊疗项目按统筹地区政策规定比例报销；乙类诊疗项目个人先支付 10%，再按统筹地区政策规定比例报销；丙类诊疗项目医保不予支付，由个人自费。由医疗机构自主定价的新增诊疗项目，医保不予支付，由个人自费。

问 31.参保人使用医保医用耗材如何报销？

答：医疗机构在开展诊疗项目时，针对部分一次性医用耗材要单独收取费用，对单独收取费用的耗材，医保分别按甲类、乙类和丙类进行管理。甲类耗材为

『二.待遇及报销』

200 元以下的国产和进口耗材，乙类耗材为 200 元以上国产耗材，丙类耗材为 200 元以上进口耗材。

参保人使用医保医用耗材报销区分城镇职工和城乡居民。在开展医保支付的诊疗项目时，城镇职工参保人使用甲类耗材，按统筹地区政策规定比例报销；使用乙类耗材，个人先自付 10%，再按统筹地区政策规定比例报销；使用丙类耗材，个人先自付 20%，再按统筹地区政策规定比例报销。对医保不予支付的诊疗项目，无论使用哪类耗材，医保均不予报销。

在开展医保支付的诊疗项目时，城乡居民参保人使用甲类耗材，按统筹地区政策规定比例报销；使用乙类耗材，个人先自付 10%，再按统筹地区政策规定比例报销；使用丙类耗材，由个人自费。对医保不予支付的诊疗项目，无论使用哪类耗材，医保均不予报销。

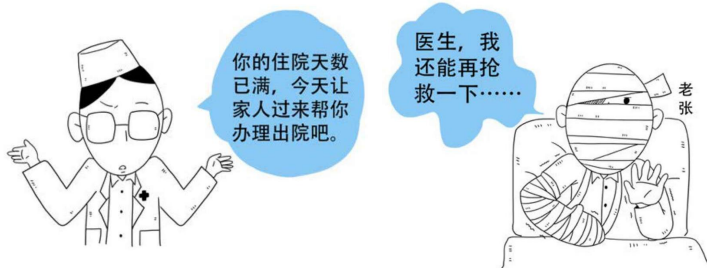
问 32.如果社保卡丢失，医疗费用应如何报销？



『二.待遇及报销』

答：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底联、急诊诊断证明，住院就医的还需提供出院诊断证明等。具体情况按照各参保地政策执行。

问 33.医生说医保对住院天数有限制，要求住院 14 天后先办理出院，然后自费 7 天之后再次办理入院，医保有这样的规定吗？



『(一).城镇职工基本医疗保险待遇及报销』

答：为了防止过度医疗，有的地方医保部门会对医疗机构进行平均住院费用的评价，但并未对费用进行限制，更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。



(一) 城镇职工基本医疗保险待遇及报销

问 34.参加职工医保后，参保人能够享受怎样的报销待遇？

答：个人账户，可以用于药店购药，也可在定点医院门诊和住院时使用。统筹基金，只支付门诊特检、“两特病”门诊待遇和住院医疗费用，且是按照一定的比例支付，并有“起付线”和“封顶线”。

从我省医保报销平均情况看，住院保障方面，职工医保政策范围内住院费用报销比例达到83%左右，统筹基金年最高支付限额（“封顶线”）达到当地职工年平均工资的6倍左右。门诊保障方面，职工医保普遍开展了门诊慢性病、特殊病保障。

问 35.什么是城镇职工基本医疗保险个人账户，每月个人账户怎样划入，划入比例是多少？

答：城镇职工基本医疗保险个人账户是以参保人名义建立的保险账户，属个人所有，由个人按照基本

『(一).城镇职工基本医疗保险待遇及报销』

医疗保险的有关规定使用。个人账户实行社会保障卡管理，也就是大家通常称的医保卡，不得提取现金，个人账户的资金和利息归个人所有，可以结转和继承。

个人账户的划入比例按各统筹区明确比例执行。

问 36.参保人员如何到定点零售药店配药或购药？

答：参保人员可凭处方及社会保障卡到定点零售药店按规定配药或购买医保个人账户支付范围内物品，费用直接由定点零售药店划扣社会保障卡上个人账户资金。个人账户使用完后，由参保人员使用现金支付。

问 37.职工医保“特殊慢性病”、“特殊疾病”病种范围有哪些？

答：目前我省列入职工医保统筹基金支付的门诊“特殊病”有6种，“门诊慢性病”有26种。

门诊特殊病病种为：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植术后抗排异治疗、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、血友病。

门诊慢性病病种为：精神病（精神病分裂症、情感性精神障碍）、癫痫、帕金森氏病（震颤麻痹）、冠心病、支气管扩张、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、慢性心力衰竭、脑血管意外（脑出血、脑梗塞）、糖尿病、肝硬化、老年性前列腺增生Ⅱ—Ⅲ度、慢性

『(一).城镇职工基本医疗保险待遇及报销』

肾小球肾炎、肾病综合症、活动性肺结核病、慢性活动性肝炎、原发或继发性高血压 II—III 级、类风湿关节炎、甲状腺机能亢进（减退）、阿尔茨海默病、系统性硬化症、干燥综合症、重症肌无力、强直性脊柱炎、原发性青光眼、运动神经元病。

问 38.职工医保参保人员特殊病、慢性病是否需要选择定点医疗机构，门诊用药范围与用药量如何规定？

答：目前，我省已取消门诊特殊病、慢性病门诊选点就医政策，参保人无需再选择定点医疗机构。仅对“慢性肾功能衰竭”病种人员享受门诊透析包干结算待遇的，仍需选择 1 家门诊透析包干结算定点医疗机构享受包干结算待遇，在其它开通特殊病门诊权限的定点医疗机构就诊的，享受特殊病待遇，超出职工医疗保险特殊病、慢性病的门诊用药范围的统筹基金不予支付。同时，将特殊病、慢性病门诊开药量的管理调整为对参保人员在自然年度内的总量进行监控和管理。

问 39.职工医保保障的 20 种重大疾病有哪些？可以享受什么待遇？

答：职工医保参保人在二级以上定点医疗机构住院治疗疾病诊断为肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、子宫癌、肝癌、胰腺癌、慢

『(一).城镇职工基本医疗保险待遇及报销』

性粒细胞白血病、非霍奇金淋巴瘤、血友病、急性心肌梗死、脑梗塞、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、脑出血、终末期肾病（尿毒症）、重性精神病 20 种疾病列入重大疾病病种。20 种重大疾病的住院医疗费用，政策范围内住院报销比例提高到 90%，且没有最高支付限额限制。

问 40.中断缴费后，还能享受医保待遇吗？

答：中断缴费后，从中断次月起，就不能享受住院、门诊特检、“两特病”等报销待遇，但仍可以在药店使用个人账户买药。

问 41.中断缴费后，医疗保险年限会清零吗？

答：中断缴费后，医疗保险缴费年限是不会清零的，因为在长期的医疗保险缴费过程中，可能会因为各种原因导致中断缴费，但实际的缴费年限都是可以累计计算的，不会随医保中断缴费而清零。



(二) 城乡居民基本医疗保险待遇及报销

问 42.参加居民医保后，参保人能够享受怎样的报销待遇？

答：参保人在参加居民医疗保险后，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。从我省医保报销平均情况看，住院保障方面，居民医保政策范围内住院费用报销比例达到 75%左右，统筹基金年最高支付限额达到当地居民年人均可支配收入的 6 倍左右。门诊保障方面，居民医保普遍开展了门诊慢性病、特殊病保障，以及门诊费用统筹。

问 43.城镇职工、城乡居民转接基本医疗保险的最高支付限额是多少？

答：城乡居民转接职工医保或城镇职工转接居民医保，一个自然年度内，享受两项保险待遇的最高支付限额不超过城镇职工医疗保险的最高支付限额。

问 44.城镇职工、城乡居民转接基本医疗保险的经办权限是什么？

答：（1）参保人跨制度转接城镇职工、城乡居民基本医疗保险，只在各医保经办机构办理，社区不设经办权限。

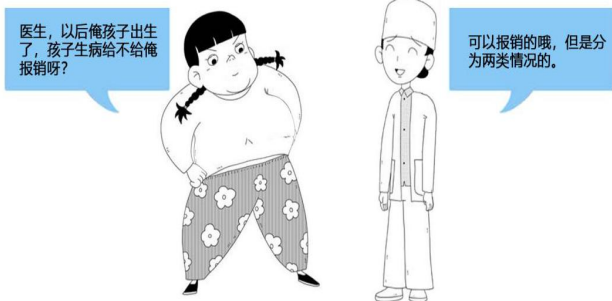
（2）参保人在统筹区域内跨县区接续居民医保（职工转居民以及居民停保后接续居民等），可在新参保地办理停保、续保手续，不必到原参保地办理。

问 45.居民医保待遇享受是什么时间？



答：城乡居民基本医疗保险以一个自然年度为一个保险责任期。按规定时间缴纳城乡居民基本医疗保险的参保人，按自然年度享受城乡居民基本医疗保险待遇和大病保险待遇。已进入医疗保险待遇期的，个人缴费不退费。

问 46.刚出生的婴儿，在医院看病发生的费用是否能报销？



答：可以报销，但分为两类情况，

一类是婴儿的父母都参加了我省城乡居民医保，婴儿在医院看病发生的医疗费用，就可以随父母报销；

另一类是父母都没有参加我省城乡居民医保，只要婴儿出生三个月内，缴纳城乡居民医保参保费后，就可以按城乡居民医保政策报销医疗费用。在此，也特别说明一下，新出生的婴儿不受城乡居民参保缴费期限限制，出生三个月内都可缴费参保。

问 47.城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病门诊用药待遇有哪些？

答：我省完善城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病门诊用药保障，通过依托二级及以下基层医疗机构，

『三. 医保电子凭证』

统筹“两病”用药成本、用药规范、用药供应各环节，将未纳入门诊慢性病的“两病”患者降血压、降血糖用药纳入门诊统筹保障范围，政策范围内比例按50%支付。

三、医保电子凭证

问 48. 什么是医保电子凭证？

答：医保电子凭证是由国家医保局统一签发，为全国医保参保人员生成的、唯一的医保身份识别电子介质，是全国医保线上业务唯一身份凭证。具备安全可靠、认证唯一等重要特点。

医保电子凭证有哪些用途？与实体卡相比有哪些优势？



答: 医保参保人可以通过医保电子凭证享受各类在线医疗保障服务, 包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药支付等, 无需再携带其他实体卡, 实现“一码在手, 医保无忧”。

医保电子凭证与实体卡或其他相比有四个突出优点:

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, 银行 APP、微信、支付宝等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, 参保人可以凭证在全国办理有关医保业务。

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。

问 49.日常生活中，医保电子凭证能为我们提供的这些高效、便捷的服务你都知道吗？



答：便捷一：无需排队等候，滑动指尖“掌上办”

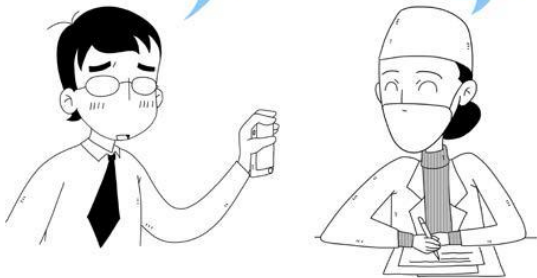
通过手机激活自己的医保电子凭证，看病、取药过程中只需要扫码或刷脸进行医保身份的确认、医保结算，就可以进入下一个环节，不需要到窗口排队。

除此之外，如果只需要购买非处方药，可以到药店通过医保电子凭证扫码或刷脸购药。

便捷二：异地就医备案不用愁，滑动指尖“轻松办”

医生我河北的，医保电子凭证在这里能用不？

可以用！



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。

医保电子凭证异地就医备案流程如下：



1. 点击快速备案按钮



2. 根据提示选择对应内容开始申请



3. 仔细阅读备案告知书

4. 填写实际备案信息
点击提交

5. 提交成功后可耐心等待审批

6. 也可通过APP随时
查询审批进度

问 50. 云南什么时候才能申领医保电子凭证，让广大参保人享受到移动支付、线上服务的便捷？

答：2020年5月15日，我省医保电子凭证正式上线启用，在全国率先实现支持刷脸、扫二维码、医院诊间结算、建档立卡贫困人口四重保障“一站式”结算就医购药服务新体验。目前，云南省本级、昆明、昭通和大理4个统筹区7家医院1527家药店实现医保电子凭证上线应用，昆明市主要大型连锁药店实现全覆盖。参保群众可通过国家医保服务平台APP、一部手机办事通、微信、支付宝、银行APP等多渠道激活使用电子凭证，享受各类在线医疗保障服务，包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药支付等，并实现药店买药、挂号就医、费用结算、异地就医等功能。同时，我们将加快推动医保电子凭证的推广、普及和应用，力争2021年底前实现全省各统筹区医保电子凭证应用全覆盖。

问 51. 没有申领或激活医保电子凭证，之前办理的社保卡还可以看病买药吗？

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：可以用社保卡正常就医购药。建议在家人或者医院、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 52. 如何领取、激活医保电子凭证？

原来医保电子凭证可以直接在手机上激活啊，真方便！



答：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服务平台 APP、一部手机办事通、微信、支付宝、银行 APP 等，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

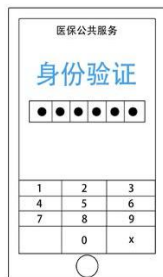


4. 医保电子凭证

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：



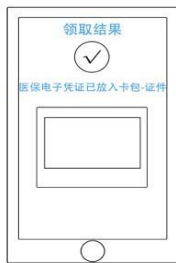
1. 服务介绍页



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. 卡详情页



4. 展示凭证二维码进行支付



5. 支付结果展示

四、异地就医

问 53. 什么叫异地就医？哪些情况可以异地就医？

答：异地就医是指参加基本医疗保险参保人员，在参保地以外（不包括国外及港、澳、台地区）医疗保险定点医药机构的就医购药行为。

基本医疗保险参保人员在下列情况下可异地就医：

- （1）因病情需要，转诊到参保地以外定点医院治疗的；
- （2）因公出差或探亲休假的参保人在参保地以外突发疾病、急诊抢救的；
- （3）异地安置的退休人员、异地长期居住的人员、常驻异地工作人员、异地转院人员；
- （4）其它符合参保地办理异地就医的情况。

问 54.如何办理异地就医？

医生，俺是河南里，如何办理异地就医？

办理异地就医分为三步，首先要在参保地医保经办机构备案，然后你要选择接入国家异地就医结算系统的医院，最后要带上全国统一标准的社会保障卡。



答：（1）参保人员使用医疗保险个人账户门诊就医、药店购药，不需要办理登记备案。

（2）参保人员在异地住院医疗、异地门诊特殊病、慢性病就医、其他涉及医疗保险统筹基金支付的就医需要向参保地医保经办机构办理异地就医备案手续。

（3）参保人员异地就医备案可以在参保地医保经办机构现场办理，也可以拨打参保地医保经办机构的备案电话进行备案，还可以使用云南省“一部手机办事通”、国家医疗保障手机 APP、微信备案小程序进行备案。

（4）参保人员异地就医可以带上全国统一标准的社会保障卡，也可以使用医保电子凭证在异地就医定点医药机构进行直接结算。

问 55.异地就医如何结算住院费用？

答：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，备案成功后，您就可以在备案就医地市所有的异地就医定点医疗机构持卡住院直接结算。

问 56.异地就医结算政策很复杂吗？

答：异地就医政策很简单，三句话十五个字。

1. 就医地目录。包括基本医疗保险的药品目录、诊疗项目、服务设施标准。

2. 参保地待遇。异地就医执行参保地的起付线、支付比例和最高支付限额。

3. 就医地管理。就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理，包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等。

比如：小张在海南工作，父亲老张（在云南参加医保）跟随小张一起生活。为了方便在海南看病，老张申请了异地就医长期备案。

2017年5月，老张在海南选择的异地定点医院住院，就使用了异地就医平台直接结算。（老张医保关系在云南，老张在海南住院，医保目录按海南的规定执行，但住院起付线、报销比例等仍按照云南规定执行）。老张不仅节省了报销医疗费用的往返时间和路费，还不用拿出一大笔钱垫资，非常便利。

问 57.现在有哪些定点医疗机构可以直接结算？

答：目前，全国所有省份和统筹地区已全部接入国家异地就医结算系统并联网运行，已经有 27608 家定点医疗机构接入国家异地就医结算系统。国家医保局还将继续扩大异地就医直接结算定点医疗机构范围，在三级医疗机构已基本入网的基础上，逐步将更多符合条件的基层医疗机构纳入异地就医直接结算范围，方便异地就医。（跨省异地住院直接结算医院名单可查询网址 fuwu.nhsa.gov.cn）

问 58.公务员医疗补助、城镇职工大病医疗保险、城乡居民大病保险等报销费用可在跨省异地就医定点医疗机构一并结算吗？

答：可以实行“一单制”结算。参保人员异地就医时，只需结算应由个人承担的费用。

问 59.未办理异地就医备案，突发的异地定点医疗机构急诊费用可以报销吗？

答：可以。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，

『四.异地就医』

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、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，就医者可向当地医保部门投诉。

问 60.异地就医票据遗失是否可以报销？



答：可以。由于参保人自身原因造成垫付票据丢失的，可按照参保地相关政策办理遗失票据补办手续，补票后按照垫付报销流程办理。

问 61.城乡居民省内异地住院费用如何结算？

答：按照“参保地待遇、就医地管理”原则，省内异地住院费用不需要个人全额垫付费用，可到参保地医保经办机构现场办理备案手续，也可拨打参保地备案电话开通异地结算系统，在开通异地联网的定点医疗机构持社会保障卡直接结算，个人只需支付自己承担的费用。

问 62.跨省异地就医住院费用直接结算需要具备哪些条件？

答：1.办理跨省异地就医备案登记手续。

2.已领取加载金融功能的社会保障卡，并可以正常使用。

3.跨省异地住院就医的定点医疗机构已开通全国异地就医直接结算功能。

满足上述三个条件可实现跨省异地就医住院医疗费用直接结算。

问 63.异地门诊可以直接结算吗？

答：参保人在开通省内异地结算的定点医院，发生的门诊费用，可以直接结算，另外，在开通省内异地结算的定点药店也可直接购药结算，无需备案。

『五. 医保药品』

目前，我省已实现省本级、昆明市、曲靖、昭通、大理、丽江、楚雄等州与西南片区四川、重庆、贵州、西藏的跨省异地就医门诊联网直接结算。年内将全省16个州、市全部接入西南片区跨省异地就医直接结算。目前，西南片区5省（市、自治区）已开通可以直接结算定点医药机构500家，下一步将逐步扩大到全省有条件的定点医药机构。

五、医保药品

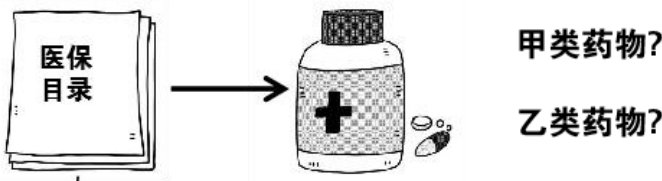
问 64. 医保药品目录是怎么确定的？

答：在综合考虑医保基金承受能力、参保人负担水平和临床用药需求的情况下，根据药品治疗领域、药理作用、功能主治等进行分类，由国家在全国范围内组织专家，对同类药品按照药物经济学原则进行比较，优先选择有充分证据证明其临床必需、安全有效、价格合理的品种，并优先考虑国家基本药物、癌症及罕见病等重大疾病治疗用药、慢性病用药、儿童用药、急救抢救用药等，最终确定医保药品目录。

问 65. 医保药品目录中有多少种药？

答：目前，2019 版国家医保药品目录共计 2709 个药，其中：西药 1279 个，中成药 1316 个（含民族药 93 个），协议期内谈判药 114 个（含西药 91 个，中成药 23 个）。

问 66. 医保药品目录中标注的“甲类”药品、“乙类”药品是什么意思？



答：“甲类”的药品是临床治疗必需的，使用广泛，效果好，同类药品中价格低的药品。

“乙类”的药品是可供临床治疗选择使用，效果好，同类药品中比“甲类”药品的价格略高的药品。参保人在使用“乙类”的药品时要先自付一定比例的费用后再纳入医保报销，“甲类”和“乙类”均由国家统一制定。

比如：某参保人就医后，发生了药品、诊疗等费用，其中药品又包括甲类药品和乙类药品，那么报销

『五. 医保药品』

方法是：乙类药扣除自付后的费用，加上甲类药全部费用，再加上诊疗等费用中符合医保规定的费用，可用于累计参保人当年的起付线。对于超过起付线、未达封顶线的费用，依据患者本人参保类型、就医医院级别等按规定比例报销。

简单来说：医保报销的钱 = (甲类药品的全部费用 + 乙类药品扣除自付的费用 + 其他符合医保报销的费用 - 起付线) × 相应的报销比例。

假设城镇职工老郭某次就医住院发生了医保目录范围内的诊疗等费用 2000 元，甲类药品费用 3000 元，乙类药品费用 5000 元，乙类药品的个人先自付比例是 10%，当地起付线是 1300 元，城镇职工医保在该级别医院的报销比例为 80%。

那么报销方法是：

甲类药全部费用 3000 元，加上将乙类药品扣除个人先自付外的其余费用 4500 元 (乙类药品自付部分为 $5000 \times 10\% = 500$ 元)，再加上符合医保规定的诊疗等费用 2000 元，合计 9500 元。扣除 1300 元的起付线，纳入报销范围的费用是 8200 元。则本次老郭的医疗费用，医保能够报销 $8200 \times 80\% = 6560$ 元，老郭需要自己承担 3440 元 (起付线 1300 元 + 乙类药自付的 500 元 + 医保政策范围内按比例由个人负担的 1640 元)。

问 67. 哪些药品不能纳入基本医疗保险的用药范围？



答：以下药品不能纳入基本医疗保险的用药范围：主要起营养滋补作用的药品；部分可以药用的动物及动物内脏，干（水）果类；用中药材和中药饮片泡制的酒制剂；各类药品中的果类制剂、口服泡腾片；血液制品、蛋白类制品（特殊适应症与急救、抢救除外）；国家医保部门规定的基本医疗保险基金不予支付的药品。

问 68. 什么是国家谈判药品？

答：国家谈判药品是国家通过与国内外药企谈判的形式，对临床必需、疗效确切，但价格较为昂贵，按照现有市场价格纳入医保目录可能给医保基金带来一定风险的专利、独家药品，达成协议价格，通过多轮谈判后，最终确定相关药品的价格及支付标准，并纳入《医保药品目录》按乙类药品报销，个人先自付比例由各地自行确定。按照规定，协议期为两年，期满后将按照国家最新的医保药品支付标准调整。

问 69. 国家谈判药品有哪些？

答：国家分别于 2017 年、2018 年分两批公布了 36 个谈判药和 17 个抗癌药，又于 2019 年新增了 70 个谈判药。谈判成功的药品多为近年来新上市且具有较高临床价值的药品，涉及癌症、罕见病、肝炎、糖尿病、耐多药结核、风湿免疫、心脑血管、消化等 10 余个临床治疗领域。谈判价格平均降幅为 60.7%。其中，三种丙肝治疗用药降幅平均在 85% 以上，肿瘤、糖尿病等治疗用药的降幅平均在 65% 左右。

问 70. 国家谈判药品报销的标准是什么？

答：国家谈判药品按照乙类药品管理，执行全国统一的支付标准，由基本医疗保险和参保人员共同负担。参保人员按照《云南省医疗保障局 云南省人力资源和社会保障厅关于落实 2019 年国家基本医疗保险工伤保险和生育保险药品目录有关问题的通知》（云医保〔2019〕166 号）规定，根据不同药品规定的自付比例，先自付 10%—40% 后，再按照参保地政策给予报销。

问 71. 云南省城镇职工和城乡居民住院用药范围及报销比例有哪些？

答：云南省城镇职工、城乡居民住院医保用药范围及报销比例，自 2020 年 1 月 1 日起严格按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的通知（医保发〔2019〕46 号）和云南省医保局规定的超范围药品执行（超范围药品指 2016 版、2018 版我省医保药品目录中超出 2019 版国家医保药品目录的部分）。其中甲类药品不设个人先自付比例，乙类药品城镇职工个人先自付 3%，再按照统筹区的相关规定给予报销。城乡居民基本医疗保险个人先自付比例按《云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生健康委关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》（云人社发〔2016〕310 号）规定执行，按照统筹区的相关规定给予报销。

问 72.云南省城镇职工和城乡居民医保慢特病用药范围有哪些？

答：云南省城镇参保职工慢特病用药范围，严格按照云人社〔2013〕264号文件规定的26种慢性病和6种特殊病所对应的用药范围执行，并按规定享受慢特病待遇；城乡参保居民慢特病用药范围，严格按照云人社〔2016〕310号文件规定的14个慢性病12个特殊病所对应的慢特病用药范围执行，并按规定享受慢特病待遇。2020年上半年，云南省医保局将对城镇职工、城乡居民慢特病病种及用药范围进行规范统一。

问 73.为什么同一种药品在不同医疗机构购买，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：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。

问 74.目前一些药品还没有在医保目录内，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？

『五. 医保药品』

答：会的。国家医保部门一直在努力扩大医疗保障的保障范围，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医保药品目录，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，最新版国家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。

问 75. 什么是国家组织药品集中采购？



答：国家统一组织，全国各省（市、区）组成采购联盟，在原研药、参比制剂以及通过质量和疗效一致性的药品中遴选药品，并汇总医疗机构药品采购需求量进行集中采购、以量换价，最终目的是让群众以比较低廉的价格用上质量好的药品。

问 76. 云南省药品集中采购的实施范围是哪些？

答：全省公立医疗机构（含基层医疗机构）、军队医院，医保定点社会办医疗机构、医保定点零售药店自愿参加。

问 77.目前，云南省落地的集中采购中选药品有哪些？

答：

国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围

云南省中选品种（第一批）

序号	药品通用名	剂型	规格包装	计价单位	中选企业	中选价格(元)
1	阿托伐他汀钙片	片剂	10mg*28片	盒	兴安药业有限公司	3.6
2	瑞舒伐他汀钙片	片剂	10mg*14片	盒	南京正大天晴制药有限公司	4.18
3	硫酸氢氯吡格雷片	片剂	75mg*7片	盒	乐普药业股份有限公司	20.85
4	厄贝沙坦片	片剂	150mg*12片	盒	瀚晖制药有限公司	3.91
	厄贝沙坦片	片剂	75mg*12片	盒	瀚晖制药有限公司	2.3
5	苯磺酸氨氯地平片	片剂	5mg*14片	盒	国药集团容生制药有限公司	0.84
6	恩替卡韦分散片	片剂(分散片)	0.5mg*21片	盒	苏州东瑞制药有限公司	3.83

『五. 医保药品』

7	草酸艾司西酞普兰片	片剂	10mg*7片	盒	四川科伦药业股份有限公司	29.89
8	盐酸帕罗西汀片	片剂	20mg*20片	盒	浙江华海药业股份有限公司	31.18
9	奥氮平片	片剂	10mg*7片	盒	江苏豪森药业集团有限公司	43.6
10	头孢呋辛酯片	片剂	250mg*8片	盒	广州白云山天心制药股份有限公司	3.87
11	利培酮片	片剂	1mg*30片	盒	常州四药制药有限公司	3.6
12	吉非替尼片	片剂	250mg*10片	盒	齐鲁制药(海南)有限公司	257
13	福辛普利钠片	片剂	10mg*14片	盒	中美上海施贵宝制药有限公司	11.8
14	厄贝沙坦氢氯噻嗪片	片剂	(150mg+12.5mg)*14片	盒	浙江华海药业股份有限公司	14.67
15	赖诺普利片	片剂	10mg*28片	盒	浙江华海药业股份有限公司	6.45
16	富马酸替诺福韦二吡呋酯片	片剂	300mg*30片	盒	齐鲁制药有限公司	8.7
17	氯沙坦钾片	片剂	50mg*14片	盒	浙江华海药业股份有限公司	14.7

『五. 医保药品』

18	马来酸依那普利片	片剂	10mg*16片	盒	扬子江药业集团江苏制药股份有限公司	8.93
19	左乙拉西坦片	片剂	250mg*30片	盒	浙江京新药业股份有限公司	71.79
20	甲磺酸伊马替尼胶囊	胶囊	100mg*60粒	盒	正大天晴药业集团股份有限公司	586.39
21	孟鲁司特钠片	片剂	10mg*5片	盒	Merck Sharp & Dohme B.V. (Merck Sharp & Dohme Ltd.) (杭州默沙东制药有限公司分包装)	19.38
22	蒙脱石散	散剂	3g*15袋	盒	湖南华纳大药厂股份有限公司	4.16
23	注射用培美曲塞二钠	注射剂	100mg/支	盒	四川汇宇制药有限公司	798
	注射用培美曲塞二钠	注射剂	500mg/支	盒	四川汇宇制药有限公司	2735.83
24	氟比洛芬酯注射液	注射剂	5ml: 50mg*5支	盒	武汉大安制药有限公司	109.75
25	盐酸右美托咪定注射液	注射剂	2ml: 0.2mg*4支	盒	扬子江药业集团有限公司	532

『五. 医保药品』

序号	药品通用名	剂型	规格包装	计价单位	生产企业	中选价格(元)
1	醋酸阿比特龙片	片剂	0.25g*120片	盒	正大天晴药业集团股份有限公司	2800
2	阿德福韦酯片	片剂	10mg*30片	盒	齐鲁制药有限公司	27
3	阿卡波糖片	片剂	50mg*30片	盒	拜耳医药保健有限公司	5.42
4	阿莫西林胶囊	胶囊剂	0.25g*24粒	盒	湖南科伦制药有限公司	1.73
5	阿奇霉素片	片剂	0.25g*6片	盒	浙江华润三九众益制药有限公司	6.13
6	安立生坦片	片剂	5mg*10片	盒	江苏豪森药业集团有限公司	229
7	奥美沙坦酯片	片剂	20mg*7片	盒	北京福元医药股份有限公司	12.23
8	富马酸比索洛尔片	片剂	2.5mg*18片	盒	成都苑东生物制药股份有限公司	6.15
9	对乙酰氨基酚片	片剂	0.5g*100片	盒	四川省通园制药集团有限公司	5.59

『五. 医保药品』

10	盐酸多奈哌齐片	片剂	5mg*7片	盒	重庆植恩药业有限公司	7.96
11	氟康唑片	片剂	50mg*30片	盒	四川科伦药业股份有限公司	7.49
12	福多司坦片	片剂	0.2g*20片	盒	宜昌东阳光长江药业股份有限公司	13.08
13	格列美脲片	片剂	1mg*10片	盒	重庆康刻尔制药有限公司	0.53
14	甲硝唑片	片剂	0.2g*21片	盒	四川科伦药业股份有限公司	1.84
15	聚乙二醇4000散	散剂	10g*10袋	盒	重庆赛诺生物药业股份有限公司	8.45
16	坎地沙坦酯片	片剂	4mg*14片	盒	天地恒一制药股份有限公司	3.8
17	盐酸克林霉素胶囊	胶囊剂	0.15g*10粒	盒	四川科伦药业股份有限公司	1.76
18	铝碳酸镁咀嚼片	片剂	0.5g*36片	盒	重庆华森制药股份有限公司	9.46
19	美洛昔康片	片剂	7.5mg*7片	盒	上海勃林格殷格翰药业有限公司	3.43

『五. 医保药品』

20	盐酸莫西沙星片	片剂	0.4g*3片	盒	Bayer AG (拜耳医药保健有限公司分包装)	11.82
21	盐酸曲美他嗪缓释片	缓释片	35mg*14片	盒	齐鲁制药有限公司	11.2
22	琥珀酸索利那新片	片剂	5mg*10片	盒	四川国为制药有限公司	29.89
23	他达拉非片	片剂	20mg*5片	盒	长春海悦药业股份有限公司	235.17
24	盐酸特拉唑嗪胶囊	胶囊剂	2mg*48粒	盒	扬子江药业集团江苏制药股份有限公司	13.4
25	替吉奥胶囊	胶囊剂	20mg*28粒	盒	齐鲁制药有限公司	218.6
26	头孢氨苄胶囊	胶囊剂	0.25g*60粒	盒	华北制药河北华民药业有限责任公司	5.11
27	头孢拉定胶囊	胶囊剂	0.25g*50粒	盒	山东鲁抗医药股份有限公司	6.06
28	辛伐他汀片	片剂	20mg*60片	盒	山德士(中国)制药有限公司	10.08
29	异烟肼片	片剂	0.1g*100片	盒	西南药业股份有限公司	3.39

『五. 医保药品』

30	吲达帕胺片	片剂	2.5mg*20 片	盒	国药集团工业有 限公司	1.39
31	注射用紫杉醇（白蛋白结合型）	注射剂	100mg*1 支	盒	江苏恒瑞医药股 份有限公司	780
32	盐酸左西替利嗪片	片剂	5mg*24片	盒	湖南九典制药股 份有限公司	1.38

问 78. 药品集中采购政策落地后，普通老百姓将享受到哪些实实在在的优惠呢？

答：从中选药品政策落地情况来看，我省第一批 25 个中选药品中选价格平均降幅 64.04%，预计每年可节约采购资金近 7 亿元。广大群众将切实享受到改革带来的实惠，尤其是慢性病和重病患者获得感强烈，如慢性乙型肝炎的治疗用药恩替卡韦、高血压治疗用药苯磺酸氨氯地平、用于治疗转移性非小细胞肺癌的吉非替尼，降幅均在 80% 以上。药品集中带量采购工作给广大群众带来的实惠，能够从药价中明显感受到，买同样的药，花钱更少了，这是实实在在的好处。

问 79. 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，那会不会便宜没好货，是否会对疾病的治疗有影响呢？



答：降价对药品质量不会有影响。

国家试点相当于一次“大团购”，把全国的用量集合成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

『五.医保药品』

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，明确中选企业是保障质量和供应的第一责任人，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。

从目前采购供应实际情况来看，25种集中采购药品的药价大幅下降，没有出现有质量问题的反映。

问 80.集中带量采购中选的药品同样可以医保报销吗？

答：可以的。对于集中采购的药品，在医保目录范围内的以集中采购价格作为医保支付标准，原则上同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，医保基金按相同的支付标准结算。患者使用价格高于支付标准的药品，超出支付标准的部分由患者自付，如患者使用的药品价格与中选药品集中采购价格差异较大，将渐进调整支付标准，在2—3年内调整到位。

问 81.集中采购中选药品落地了，作为慢性病患者还能买到非中选的进口药品等其他药品吗？

答：可以的。集中采购要求坚持以人民为中心，保障临床用药需求，确保药品质量及供应。全省各级医院既要保证中选药品用量，又可以通过省药品集中采购平

『六.生育保险』

台继续采购其他价格适宜的挂网品种，确保患者用药需求。患者可以根据临床诊断结果，结合个人用药习惯自主选择所需药品。

问 82.老百姓在哪里可以买到降价的放心药？

答：目前，全省各公立医院（含基层医疗机构）、军队医院均可购买到降价的中选药品。下一步，各大连锁药店、社会办医疗机构也将陆续供应低价的中选药品。

六、生育保险

问 83.生育保险与职工医保合并实施，是不是就没有生育保险了？



【六.生育保险】

答：不是。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 84.怎么参加生育保险，参保人能享受那些待遇？

答：目前，我省实施了生育保险和职工医保合并实施，参加职工医保的人员，同步就参加生育保险了。生育保险费由用人单位缴纳，职工个人不用缴纳。

参保人员享受的生育保险待遇，包括生育、计划生育医疗费用和生育产假津贴、计划生育手术休假津贴。生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。

问 85.男性职工是否可以不参加生育保险？



答：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险权益，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？

问 86.我是一名参加省本级医保的参保人，我老婆生小孩的费用可以自己拿发票到医保中心报销吗？产检费用能报销吗？

答：目前，省医保中心对手工报销生育费用服务流程进行了优化，参保职工在报销生育费用时参保人可以自己到医保中心报销，需提交生产住院发票、出院证明或诊断证明、男职工报销配偶生育费用的需提供本人书写的配偶失业情况说明书到省医保中心报销。报销的费用，可以直接打款到参保人个人银行卡账户。参保职工报销生育费用，采用的是包干价格支付，顺产 6000 元包含了生育费用 2500 元、产前检查费 1500 元、营养费用 2000 元。剖腹产费用 8500 元包含了生育费用 5000 元、产前检查费 1500 元、营养费用 2000 元。还有就是计划生育费用报销未对生育地进行限制，除境外（包括港澳台）生产费用外都可以报销。

七、医疗救助

问 87.什么是医疗救助？

答：医疗救助包括门诊救助、住院救助和重特大疾病医疗救助。

门诊救助的重点是因患慢性病需要长期服药，或者患重特大疾病需要在医保协议医疗机构长期门诊治疗，导致自付费用较高的医疗救助对象。

住院救助是医疗救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，对经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用，在年度救助限额内按不低于70%的比例给予救助。住院救助的年度最高救助限额由县级以上地方人民政府，根据当地救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况确定。目前救助对象实行属地管理，救助起付线、年度最高救助限额等救助标准主要由各统筹区自行确定。

目前我省将22个病种列入重特大疾病医疗救助保障范围，年度累计救助封顶线不低于10万元。

问 88. 哪些人可以获得医疗救助，医疗救助的标准是什么？



答：是否获得医疗救助，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，城乡低保对象、农村建档立卡贫困人口和其他县级以上人民政府认定的特殊困难人员。其中，特困人员、低保对象属于重点救助对象，具体由地方民政部门核准认定，农村建档立卡贫困人口由地方扶贫部门认定。2015年以来，各地还进一步拓展救助对象范围，逐步将低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等低收入对象纳入救助范围。大家可以向户籍所在地民政部门、扶贫部门咨询不同类别救助对象认定的具体标准和程序。

问 89.政府对贫困户有哪些医疗救助政策？



答：根据《社会保险法》《社会救助暂行办法》及有关规定，城乡居民医保实行国家普遍性财政补助和个人缴费相结合的筹资方式，对低保对象、特困人员、农村建档立卡贫困人口等个人缴费有困难的城乡困难群众，政府通过医疗救助对其个人缴费部分给予补贴。其中，特困人员给予全额资助，低保对象、建档立卡贫困人口给予定额资助。贫困人口可通过国家普遍性财政补助和特殊财政补贴的形式及时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，还可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 90.贫困户通过申请医疗救助能获得怎样的保障？



答: 根据医疗保障扶贫政策规定,农村建档立卡贫困人口全部纳入医疗救助范围。对农村建档立卡贫困人口经基本医保、大病保险支付后的政策范围内住院个人自付费用,医疗救助按照年度救助限额内不低于70%比例给予救助。对经救助后仍有困难的,各地还可根据救助基金筹集、困难群众需求等情况,进一步给予倾斜救助。像老周这样的贫困户,经申请、审核,符合救助条件就可以享受上述住院和门诊的救助政策。由于目前救助对象实行属地管理,救助起付线、年度最高救助限额等救助标准主要由各统筹区自行确定,建议老周向户籍所在地医疗保障部门咨询具体政策。

八、基金监管

问 91. 哪些行为是欺诈骗保？

答：定点医疗机构、定点药店、参保人员和医保经办人员都可能发生骗保行为。目前国家在大力打击欺诈骗保，以下这些都是欺诈骗保行为：



●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，骗取医保基金；
2. 为参保人员提供虚假发票；
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；
4. 为不属于医保范围的人员办理医保待遇；
5. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务；
6. 挂名住院；
7. 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出等……



●定点药店的骗保行为有：

1. 盗刷社保卡，为参保人员套取现金或购买化妆品、生活用品等非医疗物品；
2. 为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出；
3. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务；
4. 为参保人员虚开发票、提供虚假发票等……



●参保人员的欺诈骗保行为有：

1. 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金；
2. 将本人的社保卡转借他人就医或持他人社保卡冒名就医；
3. 非法使用社保卡，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利等……



●**医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为有：**

1. 为不属于医疗保障范围的人员办理医保待遇手续；
2. 违反规定支付医疗保障费用；
3. 经办机构工作人员参与欺诈骗取医保基金等……

参保人注意！自己的社保卡绝对不可以借给别人用！

社保卡只能本人就医使用。拿别人的社保卡去就医是欺诈骗保行为。一经发现，医保部门可按当地相关规定进行处理。一般来说，将追回医保基金，并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，情节严重的还将移交司法部门。

问 92.发现欺诈骗保行为应该怎么举报？去哪里举报？

答：●实名举报。可以到医保部门进行实名举报，如果你在昆明市可以到云南省医疗保障局基金监管处或云南省医疗保险基金管理中心举报，也可以到昆明市医疗保障局基金监管处或昆明市医疗保险管理局举报。

●写信举报。将举报信及相关书面材料邮寄至云南省医疗保障局或各地医保局。

●微信举报。扫二维码进入云南省医疗保障局微信公众号中的“举报投诉”栏目进行举报。



●电话举报。可以拨打云南省医疗保障局举报电话 0871-67195551 或 16 个州市举报投诉电话。

序号	地区	举报投诉电话
1	昆明	0871-63965526
2	曲靖	0874-3383213/3383219
3	玉溪	0877-2096008/2032950
4	保山	0875-2211620
5	昭通	0870-3189865
6	丽江	0888-8880268/8887009
7	普洱	0879-2121906
8	临沧	0883-2160063
9	楚雄	0878-3369183
10	红河	0873-3720311
11	文山	0876-2138853
12	版纳	0691-2128802/2143990
13	大理	0872-3063078
14	德宏	0692-2213739
15	怒江	0886-3630160
16	迪庆	0887-8881976

问 93. 举报欺诈骗保行为需要提供什么材料？

答：（一）举报人身份证明材料。如实名举报，需提供本人身份证明以及真实有效的联系方式等；如匿名举报，则不需提供；

（二）涉嫌虚假病历、发票、费用结算单等；

（三）各种人证、物证或录音录像等；

（四）其它能证明套取医保基金的相关资料。

问 94. 举报欺诈骗保行为还能获得奖励，大家知道吗？



答：为保障医保基金安全，鼓励社会各界举报骗保行为，我省于 2019 年制定了《云南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》，如果您举报的情况满足以下三个条件，根据不同情形，可获得 200 元至 10 万元的举报奖励金额。

『九.医保扶贫』

(一) 举报情况经查证属实，造成医疗保障基金损失或因举报避免医疗保障基金损失；

(二) 举报人提供的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门掌握；

(三) 举报人选择愿意得到举报奖励。

医保基金是我们大家的治病钱和救命钱，欢迎您参与监督和举报！

九、医保扶贫

问 95. 医保扶贫保障的是哪些人群？主要解决什么问题？

答：根据《云南省健康扶贫 30 条措施》，从 2017 年起，建立完善居民医保、大病保险、医疗救助、医疗费用兜底保障机制“四重保障措施”，确保建档立卡贫困人口 100% 参加基本医保和大病保险，确保医疗救助覆盖所有建档立卡贫困人口，努力让建档立卡贫困人口看得起病、方便看病、看得好病、尽量少生病，有效防止因病致贫、因病返贫。

问 96.脱贫攻坚期间建档立卡贫困人口能够享受哪些医保待遇？

答：对建档立卡贫困人口门诊、门诊慢特病、住院治疗方面制定了一系列保障措施。

一是患小病、常见病在门诊就医，年度医保报销封顶限额提高 5 个百分点，比如一般参保人在一个自然年度内门诊可报销 400 元，则建档立卡贫困人口可以报销 420 元。

二是对高血压 II—III 期、糖尿病、活动性结核病、癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、需要放化疗的颅内肿瘤、终末期肾病、器官移植、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血、精神分裂症、双向情感障碍症、帕金森氏病、血友病、儿童生长发育障碍、小儿脑瘫、重症肌无力、肌营养不良、运动神经元疾病、儿童免疫缺陷病等 28 种慢性病特殊病，门诊费用报销比例达到 80%（其中重性精神病和终末期肾病达到 90%）。

三是经规范转诊转院产生的住院医疗费用，经基本医保、大病保险、医疗救助等综合保障后，个人自付控制在总费用 10% 的水平，并且个人年度自付的医疗费用不超过当地农村居民人均可支配收入。就是说，如果建档立卡贫困人口一年看病下来，自己支付的医疗费用超过当地农村居民人均可支配收入水平，超出部分由政府帮助解决，避免因医疗费用负担问题而致贫、返贫，脱不了贫。

问 97. 建档立卡贫困人口参加居民医疗保险需要个人缴费吗？国家有补助吗？

答：云南省对建档立卡贫困人口参加居民医疗保险按照每人每年 180 元的标准，实行定额资助，其余部分由个人缴纳。

问 98. 建档立卡贫困人口过了缴费期还未缴费的，是否影响正常享受贫困人口医保待遇？都采取了哪些措施？

答：建档立卡贫困人口过了缴费期未及时缴费的，医保待遇不受影响。特别是 2020 年，根据新冠肺炎疫情防控形势，按照国家和省委、省政府部署安排，我省将 2020 年度城乡居民医保参保缴费截止期，由原来的 2 月底延长至 6 月 25 日，在此期间，同时，为方便包括建档立卡贫困人口在内的广大参保人，在疫情防控期间缴纳保费，医保部门积极会同税务部门，开通了网络、手机 APP 等缴费渠道，实现“指尖办”、“不见面办”，有效解决因新冠肺炎疫情影响缴费不便的问题。

尽管建档立卡贫困人口过了缴费期未及时缴费，医保待遇并不受影响，但为避免影响后续保障到位，建议尽快缴纳保费。

问 99.建档立卡户家庭新生儿和新识别建档立卡贫困人口可享受贫困人口医保待遇吗？

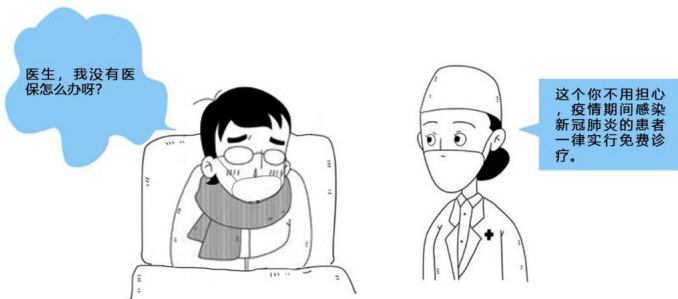
答:建档立卡户家庭新生儿和新识别建档立卡贫困人口，只需将相关材料提供当地医保经办机构，完成登记和信息标识，如还未参加城乡居民医保的，及时缴纳保费后（新生儿和新识别建档立卡贫困人口不受参保截止期限限制），就可以正常享受贫困人口医保待遇。

**十、新冠肺炎医疗保障及
经办服务政策措施**

问 100.疫情期间针对新冠肺炎医疗保障的人群范围有哪些？

答:疫情期间“新型冠状病毒感染肺炎”确诊病例、疑似病例，家属、陪护、医务人员及其他密切接触人员等均可享受医保待遇。

问 101.我省新型冠状病毒肺炎患者医疗费用如何结算？



答：按救治医院结算，不论本地或异地参保人员（不含境外回国人员），凡是经临床诊断为确诊或疑似的患者，治疗费用由医保部门与救治医院统一结算，结算比例为：医保支付 90%，个人负担 10%**部分**由财政补助，患者不需支付任何诊疗费用，让患者放心就医。

问 102.新冠肺炎疫情发生以来，我省采取了哪些具体举措助力疫情防控？

答：新型冠状病毒感染肺炎疫情发生以来，省医保局第一时间响应，第一时间行动，围绕确保患者不因费用问题影响及时就医，确保定点医疗机构不因支付政策影响救治“两个确保”总要求，及时与省财政

『十.新冠肺炎医疗保障及经办服务政策措施』

厅、省卫生健康委等部门专题研究医保特殊报销政策，及时制定出台了《关于做好新型冠状病毒感染肺炎医疗保障工作的紧急通知》（云医保〔2020〕8号）和《关于进一步做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情医疗保障工作的补充通知》（云医保〔2020〕10号）等7个政策文件，临时调整部分医保政策规定，特事特办，急事急办，开通新冠肺炎防控救治医保绿色通道，让患者放心就医、让医疗机构放心救治。

一是将救治所需药品、检测试剂、诊疗项目等临时纳入医保基金支付范围，不受现行医保药品、诊疗项目（耗材）、医疗服务设施等“三个目录”范围的限制。并将能有效防控新型冠状病毒感染肺炎的口罩、手套、棉签、消毒液、体温表等防控用品，纳入基本医疗保险个人账户支付范围；

二是发挥基本医疗保险、大病保险和医疗救助的保障作用，对“新型冠状病毒感染肺炎”疑似和确诊病例救治发生的医疗费用医保报销90%，个人负担10%部分由财政补助，个人不需支付任何诊疗费用。

三是各统筹区医疗保障部门根据实际情况先行预拨一定资金给集中救治定点医疗机构，并及时与医疗机构进行结算，保障资金拨付到位，切实减轻医院垫付资金压力。

四是支持就地就近就便治疗。在本省救治的，由就医地医保经办机构支付医疗费用。在省外救治的，

『十.新冠肺炎医疗保障及经办服务政策措施』

由各统筹区医保经办机构及时给予报销，个人垫付费用有困难的，由各统筹区医保部门及时帮助解决。

五是开通绿色通道，医保经办机构对集中救治定点医院医疗机构单独结算，第一时间审核、结算、拨付，保证救治工作进行。对救治“新型冠状病毒感染肺炎”的医疗费用单列预算，不受医保总额控制限制，年底根据疫情救治情况相应调整总额控制额度。

六是保障药品供应。用于救治“新型冠状病毒感染的肺炎”的药品，医疗机构均可先采购后备案，确保用药需要。

七是“新型冠状病毒感染的肺炎”防控用品临时纳入基本医疗保险个人账户支付范围，将医院先垫付后结算，临时调整为医保部门向定点救治医院先预拨，后按照医院救治账（清）单结算，并根据救治需要及时补拨资金，让医疗机构放心救治确诊患者；

八是将药品耗材等需通过省级招采平台采购，临时调整为在省级平台不能及时供应的情况下，可由医疗机构先在网下采购，第一时间应急使用，疫情结束后，医疗机构统一将网下采购的药品报同级卫生健康和医保部门备案。

九是全面推行医药费用网上对账。建议参保单位采取网上办、电话办、掌上办、邮寄办等不见面的方式办理医保业务。

十是放开特殊病、慢性病门诊就医限制。在疫情

『十.新冠肺炎医疗保障及经办服务政策措施』

防控期间，放开定点就医的限制，减轻疫情期间三级、二级医疗机构的接诊压力。

问 103.疫情期间未参保人员感染新型冠状病毒肺炎，医保如何保障？

答：疫情期间未参保人员感染新型冠状病毒肺炎，医保采取特殊报销政策，对确诊和疑似为新冠肺炎的患者一律实行免费诊疗（不含境外回国人员）。涉及医疗费用由就医地医保经办机构负责与救治医院结算，不纳入医院总额预算控制指标，救治结束后，由就医地经办机构及时为其办理参保缴费手续。

问 104.疫情期间异地就医患者，如何报销医疗费用？

答：疫情期间异地就医患者，与本地患者享受同样医保待遇，采取先救治后结算的方式，异地就医患者费用由就医地医保部门先行垫付。疫情结束后，涉及省内异地的，全省统一清算，涉及省外异地的，按照国家医保局组织统一进行清算。如结算时属于确诊或疑似患者的，其个人已垫付的诊疗费用，医保部门将会同卫生健康部门进行清算回退。对在省外救治的我省参保人员，如果个人垫付医疗费用有困难的，可向参保地经办机构反映。参保地医保经办机构核实情

况后，由省医保中心统一对接就医地医保经办机构，为其垫付医疗费用。

问 105.疫情防控期间，为方便办理医保业务，医保部门采取了哪些措施？

答：疫情防控期间，医保部门进一步优化医保经办服务：

一是创新服务方式，实行“不见面办”。大力推行“网上办”“掌上办”“电话办”“邮寄办”“预约办”等非接触式办理方式，倡导使用一部手机办事通、网站、微信公众号、12333 服务热线、银行网点、电子邮件、传真等不见面的方式，办理医疗保障参保缴费、医药费用对账、查询个人账户信息以及社保卡挂失补办、异地就医备案等各项业务。

二是建立“绿色通道”，实行“特事特办”。开辟集中收治新型冠状病毒感染肺炎患者的医疗机构协议管理、定点确立、资金拨付和结算等“绿色通道”，按照特事特办、急事急办的原则优先处理。凡卫生健康部门认定的定点救治医疗机构一律将其纳入医疗保险定点范围，及时开通医保结算系统，便于患者的收治和费用的结算。

三是优化办理流程，实行“简化办”。全面推行医药费用网上对账，精简并统一全省医药费用对账流

『十.新冠肺炎医疗保障及经办服务政策措施』

程，减少定点医药机构的跑腿负担。严格落实医保费用结算拨付时限，本月发生的医保费用次月结算拨付到位。调整服务质量保证金的核算管理模式，由年初扣减，调整为定点医药机构发生违反服务协议条款行为时再进行核算扣减。全面取消需要就医地医院和医保经办机构提供的所有证明盖章材料，切实做到便民服务。

四是积极支持“长处方”，实行“方便办”。在门诊处方管理上实行“长处方”政策，对高血压、糖尿病等慢性病患者，经诊治医生评估后，将处方用药量放宽至3个月，保障参保患者长期用药需求。并将此政策放宽至其他特殊病、慢性病病种，切实做到便民、利民，减少参保患者到医疗机构的配药次数。特殊病、慢性病门诊待遇申报可以采取先办理、先登记进医保信息系统享受待遇，后进行审核备案的方式进行。放开特殊病、慢性病门诊就医限制。同时，为满足慢性病参保人的购药需求，疫情期间临时开放45家定点零售药店，以满足慢性病参保人的购药需求。同时，省本级与昆明市级定点零售药店结果互认，对目前昆明市24家市级定点零售药店，开通省本级药店支付、省内异地等医保支付类别。昆明地区无论是省本级还是昆明市慢性病参保人，除可到定点医疗机构开药外，还可携带个人社保卡、“慢性病”就诊证到69家定点零售药店，购买3个月用药量的慢性病药品。

『十.新冠肺炎医疗保障及经办服务政策措施』

五是放宽办理时限，实行“延期办”。延期办理医疗保险关系接续、参保缴费、手工报销等业务，允许疫情结束后补办补缴，不收取滞纳金，不影响参保人员享受待遇。适当延长 2019 年度医药费用报销时限，减少疫情期间人员流动。

六是加强窗口防护，实行“放心办”。窗口服务实施预约办理制，分批分期办理。认真做好医疗保障经办大厅室内通风、卫生检测、清洁消毒等工作，消除经办场所疫情传播隐患，为参保群众提供安全整洁的服务环境。

十一、阶段性减征及缓缴基本医疗保险费政策措施

问 106.新冠肺炎疫情对经济造成较大影响,医保有什么措施帮助企业渡过难关吗?

答:为支持企业有序复工复产,努力将疫情对经济的影响降到最低,对我省基本医疗保险费实施“减、缓、延”等措施,帮助企业渡过难关。

一是自2020年2月起,对参保企业的职工医保单位缴费部分,实行最长5个月的减半征收。也就是说在减征期间,企业少交一半的医保费,但职工的医疗保障水平仍然保持不变。

二是对经减征等帮扶措施后,缴费仍有困难的企业,可申请最长6个月的缓缴。

三是将2020年度城乡居民医保的缴费截止期延长至2020年6月25日,防止城乡居民因疫情影响暂时无法缴纳城乡居民医保参保费而错过缴费期出现断保。只要6月25日前缴费的,都可以享受医保待遇。“减、缓、延”期间不影响参保人医保待遇享受。



扫描二维码关注
云南省医疗保障局
和
云南医疗保障
微信公众号

