



漯河市医疗保障局 医保政策问答

为进一步做好医保政策宣传工作,加深受益群众对医保政策的理解,国家医疗保障局编制了《医保政策问答手册》(以下简称《手册》)。

《手册》按照答疑解惑的原则,选取了群众最关心的典型问题40余个,分为参保缴费、待遇及报销、医保电子凭证、异地就医等8大类别,以生动的语言、群众喜闻乐见的形式进行了回答,并配以漫画。

今天,漯河市医疗保障局将《手册》里的问答进行了整理,在《漯河日报》上刊登,后续还将在《漯河日报》开辟专栏进行连载,以便很好地为了解医保政策提供参考和帮助。



扫描二维码关注漯河市医疗保障局微信公众号,获取更多医保知识。



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年费用又涨到了250元。但自己从来没有看过病,感觉钱都白缴了,所以不愿意缴费。小张的想法对吗?



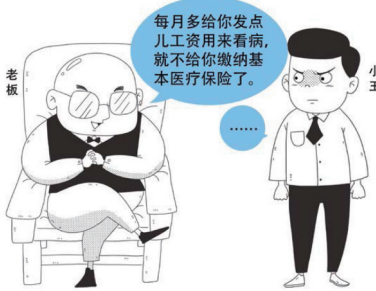
答1:我们每个人都面临着不确定的疾病风险,医保就是用来防范化解医疗费用风险的。基本原则是互助共济,健康的人帮助生病的人,大家都拿出了一小部分钱放到一起,汇成一个大的基金池,给有需要的人用,也就是“我为人人,人人为我”。小张以前没用到医保,不代表以后也用不到,等到小张生病需要用钱的时候也可以获得医保的保障,用的就是这个基金池中大家一起出的钱。比如邻村的小王拒绝参加医保,去年得了癌症,结果全部自费,四处借钱,掏了20多万元,事后算算如果参加医保,可能自己只需要掏几万元,后悔得不得了。所以小张参加医保绝对不亏。



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力度更大。

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,就会无法得到医保的保障,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,退休前的十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?



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

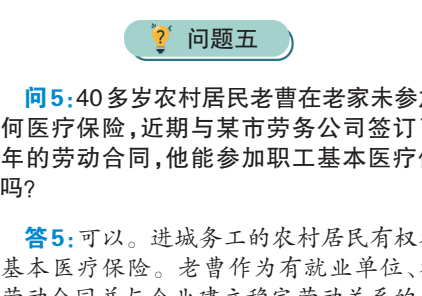
问4:小李大学毕业后一直没有找到满意的工作,看到往日的同学都已陆续就业成家,看病还有国家医保报销,自己很羡慕。小李这种情况是否只有正式工作了,才能从单位参保并缴纳医保费用?



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。



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劳动者,用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任,为老曹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。从全国总体情况看,住院保障方面,职工医保和居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达80%左右和70%左右,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他的胃病,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,不可能满足所有的医疗需求,因此为满足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产生的费用,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8:小吴在外地就医后,回参保地报销的时候发现垫付的医保票据不慎丢失,是否还可以进行报销?



答8:可以。由于参保人自身原因造成垫付票据丢失的,应参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。

问题九

问9: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、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翔实的相关材料,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,影响参保人员报销医疗费用。如果就医机构拒不提供,就医者可向当地医保部门进行投诉举报。

问题十

问10: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?



答10:2015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,对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)的公立医院设立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52%。2019年9月,试点范围扩大到全国,这些药品在全国公立医院的价格明显低于民营医院。

问题十一

问11: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报销?



答11:参保人员在门、急诊就医时刷社保卡结算。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。

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,住院就医的需提供出院诊断证明等。具体情况按照各参保地相关政策执行。

问题十二

问12:赵大爷因感冒去社区医院看病,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12:参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1000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,如果赵大爷本年度已经从医保报销了封顶线对应的金额,则其余的医疗费用基本医保也是不能报销的。

问题十三

问13:老李参加的是居民医保,年初被查出得了癌症,医生说治疗费用需要20多万元,超出了当地基本医保的封顶线。超出基本医保封顶线的部分都要老李自己出钱吗?有没有什么其他方法减轻老李的负担?



答13: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。

如果老李是贫困人口或低保对象,还可以申请相应医疗救助。

问题十四

问14:富裕乡的张大娘参加的是居民医保,县城的王大妈参加的是职工医保,两个人年龄不同,参保的医保类型不同。两人一起去医院开了同样的降压药,可报销的费用不同,这是为什么呢?



答14: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,职工医疗保险年人均缴费要几千元,居民医疗保险年人均缴费只有几百元,报销待遇不同,所以报销的费用也不同。

问题十五

问15:张先生听说一家民营医保定点医院治疗消化不良水平高,想去看病,但不知道是否与公立医疗机构报销比例一致?



答15: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。一般来说,职工的报销比例比居民的高,退休人员的报销比例比在职职工的高,级别越低的医院报销比例越高。只要是在定点医疗机构就医,张先生的报销比例通常只与他自己的参保身份和就医的医疗机构级别有关,完全不用担心去民营医院看病报销得少。

未完待续,敬请关注《漯河日报》卫生健康版。