



扫描二维码关注国家医保局和深圳医保
微信公众号，获取更多医保知识！

深圳市医疗保障局
2020年5月编制



医保知识全知道 ~



深圳市医疗保障局
2020年5月





为进一步做好医保政策宣传工作，加深广大群众对医保政策的理解，深圳市医疗保障局编制了《深圳医保政策问答手册》（以下简称《手册》）。《手册》不力求覆盖范围大而全，而是按照答疑解惑、让群众喜闻乐见的原则，选取了群众最关心的典型问题 40 余个，分为参保缴费、医保待遇、生育待遇、异地就医、医保电子凭证、医疗救助和医疗监督七个类别，以生动、群众化的语言进行了回答，并配以漫画。

目录

CONTENTS

一、参保缴费	01
二、医保待遇	07
三、生育待遇	23
四、异地就医	30
五、医保电子凭证	37
六、医疗救助	38
七、基金监督	43

一、参保缴费



问题一

问 1. 老张达到法定退休年龄后随迁入户深圳市，且没有按月领取退休金，他能参加深圳的医疗保险吗？



答 1. 老张达到法定退休年龄后随迁入户深圳市，且没有按月领取职工养老保险待遇（或退休金）的，可以参加深圳市的基本医疗保险一档，由其本人以本市上年度在岗职工月平均工资的 11.7%（含地方补充医疗保险费率）按月缴费。

问题二

问2. 小曹是深圳户籍非从业居民,其缴纳医疗保险是如何规定的?



答2. 达到法定退休年龄前具有本市户籍且年满 18 周岁的非从业居民,参加基本医疗保险一档的,在本市上年度在岗职工月平均工资的 40% 至 300% 之间选择缴费基数,其中男性未满 60 周岁、女性未满 50 周岁的,按缴费基数的 8.2% (含地方补充医疗保险费率) 缴费;男性满 60 周岁、女性满 50 周岁的,按缴费基数的 11.7% (含地方补充医疗保险费率) 缴费。

达到法定退休年龄前具有本市户籍且年满 18 周岁的非从业居民,参加基本医疗保险二档的,以本市上年度在岗职工月平均工资为缴费基数,按缴费基数的 0.8% (含地方补充医疗保险费率) 缴费。

 问题三

问 3. 老王随迁入了深圳户籍，他在原户籍地参加了农村合作医疗，停交当地农村合作医疗之后，可以在深圳参加医疗保险吗？



答 3. 达到法定退休年龄后随迁入户深圳市且没有按月领取职工养老保险待遇（或退休金）的人员，可申请参加深圳市的基本医疗保险一档。

 问题四

问 4. 张小姐家小孩今年参加了少儿医保，想知道少儿医保的扣费账号是哪个？



注意啦！如果
少儿办理了金融社
保卡且金融功能已
激活，医疗保险费
将通过金融社保卡
银行账号进行划扣
噢！

答 4. 在园在校少儿的医疗保险费通过学校代缴。非在园在校少儿首次参保的，通过监护人的银行账号代扣医疗保险费，需要注意的是，如果少儿办理了金融社保卡且金融功能已激活，后续的医疗保险费将通过其金融社保卡银行账号进行划扣。张小姐可登录深圳市医疗保障局官网的个人网上服务系统或“深圳医保”微信公众号查看扣费账号。



问题五

问 5. 小李想打印个人参保证明，怎么打印？



答 5. 可通过深圳市医疗保障局官网的个人网上服务系统打印近两年的参保证明，或者带上身份证（或金融社保卡）到就近的自助服务终端上打印近两年的参保证明及历年缴费明细。



问题六

问 6. 小赵是深圳户籍非从业居民，想以“个人缴费”形式参加医疗保险，可以自助办理参保和缴费吗？

手机上就可以操作，
真方便！



答 6. 可以，小赵可以通过深圳市医疗保障局官网的个人网上服务系统、“深圳医保”微信公众号、自助服务终端办理个人参保和缴费业务。

 问题七

问 7. 小康离开深圳市去别的城市工作了，如何打印参保缴费凭证呢？

答 7. 小康可通过以下方式打印参保缴费凭证：

1. 登录深圳市医疗保障局官网 – 进入个人网上服务系统 – 转移申请管理 – 医疗保险关系转出 – 申请打印参保缴费凭证（带电子章）；
2. 持身份证或金融社保卡通过自助服务终端机打印；
3. 持身份证或金融社保卡前往社保机构受理窗口打印。

二、医保待遇



问题八

问 8. 小杨是公司职工，她发现医疗收费票据上显示有个人账户支付金额。什么是个人账户？个人账户的用途有哪些？



答 8. 基本医疗保险一档参保人建立个人账户，用于支付参保人门诊基本医疗费用、地方补充医疗费用、在定点零售药店凭本市市内定点医疗机构医生开具的处方购买医疗保险目录范围内药品的费用。此外，根据《深圳市社会医疗保险办法》规定，基本医疗保险一档参保人个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资 5% 的，超过部分可用于支付以下费用：（一）本人在定点零售药店购买基本医疗保

险和地方补充医疗保险药品目录范围内的非处方药品费用；（二）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属在定点医疗机构就诊时自付的基本医疗费用、地方补充医疗费用；（三）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属的健康体检、预防接种费用；（四）国家、广东省及本市规定的其他医疗费用。



问题九

问 9. 老张在医院住院的时候，听别人说住院天数有限制。老张很疑惑，医保真有这样的规定吗？



答 9. 为了防止过度医疗，我市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。

问题十

问 10. 王大爷遵守交通规则走在路上被一辆电动车撞倒了，对方全责，对方表示要带王大爷去医院检查，王大爷说没关系自己有医保，让对方赶紧去上班。王大爷这种做法对吗？



答 10. 王大爷的做法是错误的。根据《深圳市社会医疗保险办法》第六十九条的规定，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，医疗保险基金不予支付。也就是说，王大爷这种情况应该由肇事者承担医疗费用。

问题十一

问 11. 如果撞倒王大爷的肇事者逃逸了，目前找不到，那么王大爷看病治疗只能自己掏钱吗？



答 11. 在上述情况中，如果肇事者逃逸无法找到，医保基金可按照相关规定先行支付王大爷的医疗费用。根据《深圳市社会医疗保险办法》第六十九条第二款规定：“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，参保人可按国家有关规定申请先行支付。”



问题十二

问 12. 参保人发生住院医疗费用时，经常会接触到“起付线”、“封顶线”这两个概念，到底是什么意思呢？



答 12.起付线指的是医保基金的起付标准，参保人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《深圳市社会医疗保险办法》第五十五条，参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，未超过起付线的由参保人支付；超过起付线的部分，分别由基本医疗保险大病统筹基金和地方补充医疗保险基金按规定支付。起付线按照医院级别设定，市内一级以下医院为 100 元，二级医院为 200 元，三级医院为 300 元；市外医疗机构已按规定办理转诊或备案的为 400 元，未按规定办理转诊或备案的为 1000 元。参保人转诊到不同医院住院治疗的，分别计算起付线。

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医保年度内累计能从医保基金获得的最高支付金额。

问题十三

问 13.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 13. 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医保目录。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。



问题十四

问 14. 张先生听说一家民营医保定点医疗机构治疗消化不良很好，但不知道是否与公立医疗机构记账比例一致？

听说这里治疗消化不良效果不错，报销比例会不会比公立医院少呢？



大爷，报销比例是一样的，您放心！



答 14. 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（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，一档参保人记账比例比二、三档参保人要高，退休人员的报销比例比在职职工要高。

问题十五

问 15. 小陈是基本医疗保险二档参保人，在门诊就医上有什么规定吗？



基本医疗保险二档、三档参保人，应当选定本市一家社康中心作为门诊就医的定点医疗机构。

答 15. 基本医疗保险二档、三档参保人，应当选定本市一家社康中心作为门诊就医的定点医疗机构。14 周岁以下的基本医疗保险二档参保人，可选择一家社康中心或一家市内二级以下医院作为门诊就医的定点医疗机构。参保人可变更所选定的社康中心或其他定点医疗机构，自变更生效次月起在变更后的社康中心或定点医疗机构门诊就医。

问题十六

问 16.小王参加的是基本医疗保险二档，有没有门诊待遇的呢？



社区门诊统筹基金
在一个医疗保险年度
内支付总额最高不得
超过 1000 元。

答 16.有的。基本医疗保险二档、三档参保人在本市选定社康中心看门诊，享受以下待遇：

（1）属于基本医疗保险药品目录中甲类药品和乙类药品的，分别由社区门诊统筹基金按 80% 和 60% 的比例支付；

（2）属于基本医疗保险目录内单项诊疗项目或医用材料的，由社区门诊统筹基金支付 90%，但最高支付金额不超过 120 元。

（3）参保人因病情需要经结算医院同意转诊到其他医疗机构发生的门诊医疗费用，或因工外出、出差在非结算医院发生的急诊抢救门诊医疗费用，由社区门诊统筹基金按前款规定支付标准的 90% 报销。社区门诊统筹基金在一个医疗保险年度内（当年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日）支付总额最高不得超过 1000 元。

 问题十七

问 17.老李社保卡(个人账户)里的钱比较多,可以给家人使用吗?



答 17.可以的。基本医疗保险一档参保人个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资 5% 的,超过部分可用于本人及其已参加本市医保的配偶和直系亲属在定点医疗机构就诊时自付的目录范围内医疗费用或者健康体检、预付接种费用。

 问题十八

问 18.老王患有门诊大病,想知道门诊大病的报销比例与待遇是如何规定的?



答 18.享受门诊大病待遇时间与门诊大病认定申请时间或医保机构核准门诊大病时间挂钩：连续参保时间满 36 个月的，从其门诊大病认定申请之日起享受门诊大病待遇；连续参保时间未满 36 个月的，自市医保中心核准门诊大病之日起享受门诊大病待遇。

待遇支付比例与连续参保时间挂钩：连续参保时间未满 12 个月的，支付比例为 60%；满 12 个月未满 36 个月的，支付比例为 75%；满 36 个月的，支付比例为 90%。

问题十九

问 19.小李参加了深圳市社会医疗保险，还参加了其他地区的医疗保险，那小李在外地记账过的发票可以再拿来深圳报销吗？

答 19. 不能。根据《深圳市社会医疗保险办法》第七十条规定，参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请报销，已报销的凭证不予审核报销。

 问题二十

问 20. 小张参加了深圳基本医疗保险一档，听说到社康中心看病可享受优惠政策，是吗？

是的



答 20. 是的。基本医疗保险一档参保人在本市定点社康中心发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，70% 由其本人个人账户支付，30% 由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付，但口腔科治疗费用、康复理疗费用、大型医疗设备检查治疗费用及市政府规定的其他项目费用除外。



问题二十一

问 21. 小王平时看病比较多，社保卡（个人账户）里的钱常常不够用，有什么优惠政策吗？



答 21.基本医疗保险一档参保人连续参保满一年，社保卡里的钱用完后，在同一医疗保险年度内（从当年7月1日到次年6月30日）在深圳市定点医疗机构发生的个人自付门诊费用（不含按规定应自费部分费用）超过本市上年度在岗职工年平均工资5%的，超过部分的费用由基本医疗保险大病统筹基金或地方补充医疗保险基金按规定支付70%，参保人年满70周岁以上的支付80%。参保人在深圳市定点医疗机构刷社保卡就可享受此项医保待遇。



问题二十二

问 22.小李最近感冒了，想去药店买点感冒药，请问可以使用社保卡（个人账户）在药店买吗？

答 22.小李是基本医疗保险一档参保人，其个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分可用于本人在定点零售药店购买医疗保险药品目录范围内的非处方药品。

问题二十三

问 23. 老丁患有高血压、糖尿病，想知道有没有什么针对这些慢性病的优惠政策？



我市符合高血压、糖尿病用药的参保人，享受“两病”门诊用药专项待遇噢！

答 23. 有的。我市符合高血压、糖尿病（简称“两病”）用药的参保人，享受“两病”门诊用药专项待遇：

（一）基本医疗保险一档“两病”参保人在医疗保险定点社康中心发生的“两病”药品门诊费用，由基本医疗保险大病统筹基金按规定的基数支付 50%；

（二）基本医疗保险二、三档“两病”参保人年度社区门诊统筹基金限额用完后，在选定的社康中心发生的“两病”药品门诊费用，由基本医疗保险大病统筹基金按规定的基数支付 50%；

（三）“两病”参保人在本市社会医疗保险定点医疗机构中的基层医疗机构签订家庭医生服务协议，接受慢病健康管理服务的，由签约家庭医生开具的“两病”药品门诊费用，由基本医疗保险大病统筹基金按规定的基数支付 80%。

三、生育待遇



问题二十四

问 24. 阿美想去国外待产，那她在国外发生的生育医疗费用可以报销吗？还能领生育津贴吗？

答 24. 根据《广东省职工生育保险规定》规定，职工在国外或港澳台地区发生的医疗费用不纳入生育保险支付范围，所以阿美在国外发生的生育医疗费只能自己承担。

如果阿美为我市用人单位职工，累计参加生育保险满一年，符合国家规定的计划生育政策，用人单位已垫付生育津贴的，用人单位可以按规定申领生育津贴。

问题二十五

问 25. 单位要给新来的员工缴社保，老板只给女员工购买生育保险，不给男员工购买生育保险，可以吗？



用人单位有为
所有职工参加生
育保险的法定义
务。

答 25. 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。

 问题二十六

问 26. 郭姐已经 53 岁了，还没退休，在单位正常参保，郭姐还需要缴交生育保险吗？

答 26. 根据《广东省职工生育保险规定》规定，所有用人单位的全部职工和雇工都要参加生育保险，并享受生育保险待遇，所以单位应该按规定为郭姐参加生育保险。

 问题二十七

问 27. 刘姐已经退休了，每月领取退休工资，也不用缴生育保险了，那发生了生育医疗费用，她能享受生育保险待遇吗？

我都退休了，还能享受生育保险待遇吗？

退休前按时足额参加生育保险，可以报销生育费用的。



答 27. 刘姐退休前已按时足额参加生育保险了，在达到法定退休年龄后发生的生育医疗费用，均可以享受生育一次性定额报销待遇。

 问题二十八

问 28. 花花失业了，突然发现怀孕了，花花想去医院检查到孩子出生都需要花很多钱，怎么办啊？

答 28. 如果花花的丈夫在深圳市的用人单位参加了生育保险，花花可以按照广东省及深圳市生育保险相关规定享受未就业配偶生育医疗费用待遇。

问题二十九

问 29. 小蔡的老婆享受了未就业配偶生育医疗费用待遇，那小蔡的老婆还能领生育津贴吗？



答 29. 不能。因为生育津贴是职工本人按规定享受产假或计划生育手术休假期间，用人单位按照职工原工资标准逐月垫付的工资，小蔡的老婆不是用人单位的在职职工，所以不能领生育津贴。



问题三十

问 30. 小刘是公司的财务，想知道公司员工做了计划生育手术，单位申请生育津贴的假期天数怎么计算？



听我说，单位申请生育津贴的假期天数是这样计算的。

答 30. 根据《女职工劳动保护特别规定》、《广东省职工生育保险规定》，假期天数为：

(1) 女职工生育享受产假：顺产的，98 天；难产的，增加 30 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天；怀孕未满 4 个月终止妊娠的，根据医疗机构的意见，享受 15 天至 30 天产假；怀孕 4 个月以上 7 个月以下终止妊娠的，享受 42 天产假；怀孕满 7 个月终止妊娠的，享受 75 天产假；

(2) 享受计划生育手术休假：取出宫内节育器的，1 天；放置宫内节育器的，2 天；施行输卵管结扎的，21 天；施行输精管结扎的，7 天；施行输卵管或者输精管复通手术的，14 天。同时施行两种节育手术的，合并计算假期。

职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励增加的产假或者看护假期间，单位按照规定发放工资，但是这些假期职工是不享受生育津贴的。



问题三十一

问 31. 单位为员工参加了生育保险，员工能享受哪些生育医疗费用待遇呢？

答 31. 职工可以享受的生育医疗费用包括符合国家和省规定的产前检查的费用，终止妊娠的费用，分娩住院期间的接生费、手术费、住院费、药费及诊治妊娠合并症、并发症的费用；还有计划生育的医疗费用，如职工放置或者取出宫内节育器，施行输卵管、输精管结扎或者复通手术、人工流产、引产术等发生的医疗费用。原来有这么多的项目，真好。

四、异地就医

问题三十二

问 32. 李阿姨是深圳户籍，在深圳退休后，跟随子女在北京长期居住。听说国家现在开通了异地就医直接结算，在北京看病可以直接刷卡，不用再垫钱后拿着单据回深圳报销了，想知道自己能不能办理异地就医备案？

真有这事？！



听说国家现在开通了异地就医直接结算，在北京住院不用再垫钱后拿着单据回深圳报销了。

答 32. 李阿姨可以在我市办理异地就医备案手续。目前，我市已开通省内和跨省异地就医住院费用直接结算，符合下列条件之一的人员，可以办理异地就医备案手续：一是深户未达到法定退休年龄参保人在国内市外（不含港、澳、台地区）长期居住的人员；二是达到法定退休年龄参保人在国内市外（不含港、澳、台地区）长期居住的人员；三是本市直通车企业参保人长期派驻国内市外（不含港、澳、台地区）的人员。除上述三类人群以外，在深圳参保的非深圳户籍的外来就业创业人员，单位外派到国内省外其他地市（不含港、澳、台地区）或因故返回原户籍地的，也可申请办理跨省异地就医直接结算的备案，方便直接结算。



问题三十三

问 33. 在深圳退休的李阿姨随子女长期居住北京，她的异地就医备案手续该怎么办？



答 33. 可以通过以下三种方式进行异地就医备案：（1）通过深圳医保局官网个人网上服务系统办理；（2）通过电话传真至深圳医保分中心办理；（3）本人或委托他人到深圳市内就近的区、街道行政服务大厅的窗口办理。所需资料如下：

①《深圳市异地就医备案登记表》或《深圳市外来就业创业人员跨省异地就医备案登记表》（窗口办理或电话传真办理时提供）；

②身份证；

③被委托人的身份证；

④委托书。

注意：半年以内 ≥ 2 次备案且备案到不同就医地或者为限制人员的，除上述材料外，还需提供长期居住证明/单位派遣证明。

问题三十四

问 34. 李阿姨在网上提交异地就医备案申请后，怎么查询办理结果？



答 34. 可以登录“深圳市医疗保障局一个人网上服务系统（<https://sipub.sz.gov.cn/hspms/>）—查询服务—待遇信息查询”查询办理结果。

问题三十五

问 35. 李阿姨已经办理了北京的异地就医备案手续，想知道怎么实现直接结算？

答 35. 办理了跨省异地就医备案后，要实现异地就医直接结算，参保人需持我市金融社保卡到当地联网国家平台的医疗机构就医，可以实现直接记账。

如果未办理备案或转诊，在广东省内异地就医时，深圳也允许在省内联网结算的医疗机构直接结算。只需凭借参保人本人金融社保卡或身份证即可就医。

问题三十六

问 36. 李阿姨患有高血压，需要经常到门诊开药，她办理了异地就医备案到北京后，在北京的门诊看病费用能否直接结算？



答 36. 目前我市已开通跨省和省内异地就医住院费用直接结算，尚未开通异地就医门诊费用直接结算。异地就医垫付的门诊费用，可以回深圳的行政服务大厅窗口或省外受理网点申请报销，也可以在深圳市医保局官网上申请预审核。预审核通过后按要求将资料邮寄到医保部门，完成报销申报手续。

问题三十七

问 37. 李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？

答 37. 根据人社部的要求，我市办理跨省异地就医备案时直接备案到就医地市或省份，在备案地的所有国家联网平台医疗机构住院，都可实现直接结算。备案人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的跨省定点医疗机构住院就医。

但现金报销和省内就医的，按照我市医保政策规定，符合办理异地就医备案条件的参保人，仍需选定一到三家当地定点医疗机构作为本人就医的医疗机构。在备案的医疗机构就医，应直接刷卡结算；因故未能结算时由本人先行垫付后再申请现金报销，按不高于本市医疗收费标准予以报销。

问题三十八

问 38. 李阿姨已经办理了跨省异地就医备案到北京，近期在北京医院住院治疗，出院时是按什么标准直接结算费用的？

答 38. 跨省异地就医直接结算执行就医地目录、参保地起付线封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

问题三十九

问 39. 李阿姨在北京的医疗机构住院治疗，出院结算时因医院系统故障无法刷卡结算，所以自行垫付了医疗费用，她想知道自行垫付的费用怎么报销？



答 39. 异地就医未直接结算的医疗费用，由其本人先行垫付后，到深圳的行政服务大厅窗口或省外受理网点申请报销。另外，我市已开通“市外就医的住院/门诊费用报销预审核”，参保人可以登录个人网上服务系统（网址：<https://sipub.sz.gov.cn/hspms/>）进行申请，并在预审核通过后将资料邮寄到医保部门，完成报销申报手续。

报销所需材料可登录“深圳市医疗保障局官网——办事指南——市外就医的门诊/住院医疗费用报销”进行查询。

五、医保电子凭证



问题四十

问 40. 小李作为深圳医保参保人，想知道医保电子凭证是什么？需要到行政服务大厅窗口领取和激活吗？

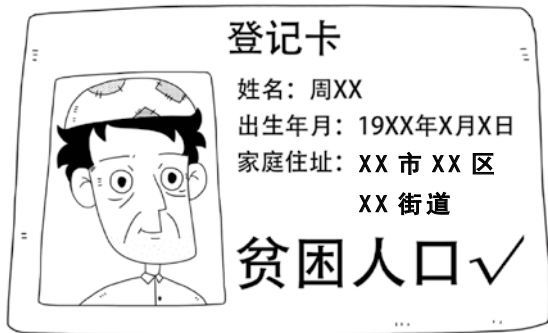


答 40. 医保电子凭证是全国医保线上业务唯一身份凭证，医保参保人可以通过医保电子凭证扫码就医、购药，无需再携带其他实体卡。参保人可通过关注“深圳医保”微信公众号，自助激活医保电子凭证，在支持医保电子凭证的定点医疗机构或零售药店扫码支付医疗费用，减少“接触式”刷医保卡的机会。

六、医疗救助

问题四十一

问 41.老周通过媒体得知深圳市对医疗救助对象有相关的政策扶持。老张觉得自己家的经济情况也很困难，想知道什么样的人群才能获得医疗救助？



答 41.我市医疗救助服务对象由民政部门根据《广东省困难群众医疗救助暂行办法》等相关条例进行确认。救助对象包括本市户籍已参加我市基本医疗保险的特困人员、非集中供养的孤儿、最低生活保障对象和低收入家庭成员。

问题四十二

问 42. 老张想知道被民政局认定为医疗救助对象后，还需要自己缴交医保费吗？深圳医保的缴费基数较高，政府有没有相应的措施能减轻老张的医保缴费压力？



答 42. 我市对医疗救助对象实行资助参保。根据《广东省困难群众医疗救助暂行办法》规定，对重点救助对象、低收入对象、建档立卡的贫困人员等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，给予全额资助。对重点救助对象、低收入救助对象等参加职工基本医疗保险的个人缴费部分，按照不低于资助参加城乡居民基本医疗保险的水平给予资助，保障其获得基本医疗保险服务。

 问题四十三

问 43. 老张年纪大了，又患有高血压和糖尿病，医疗费用花销大。老张想知道被认定为医疗救助对象后，可以享受什么样的医疗救助待遇呢？

答 43. 医疗救助对象在本市定点医疗机构门诊和住院治疗，或者在异地就医联网结算医疗机构住院，经基本医疗保险、地方补充医疗保险和重特大疾病补充医疗保险结算后，应当由个人在政策范围内自付部分的合规费用，按下列比例给予医疗救助：

（1）特困人员、孤儿救助比例为 100%；

（2）最低生活保障家庭成员、低收入家庭成员救助比例为 80%；

救助对象在一个医保年度内，医疗救助“一站式”结算的门诊和住院累计最高救助限额为 15 万元。

问题四十四

问 44. 老张最近生病在深圳住院，已经刷了医保卡进行结算了，剩余自费的部分，还能再报销吗？



答 44. 不可以，医疗救助对象在本市定点医疗机构门诊和住院治疗，经基本医疗保险、地方补充医疗保险和重特大疾病补充医疗保险结算后，应当由个人在政策范围内自付部分的合规费用已通过“一站式”直接进行结算。即医疗救助已经对可报销部分进行补助，剩余费用应由救助对象承担。

问题四十五

问 45. 同是医疗救助对象的老李长期跟着女儿女婿在外地居住，因为外地费用没办法使用深圳医保卡进行结算的，该如何享受医疗救助待遇呢？

外地费用
如何享受
医疗救助待
遇呢？

我市已基本实现省内和跨省异地住院医疗救助“一站式”结算，未能“一站式”结算的，先由个人垫付，再申请报销。



答 45. 我市已基本实现省内和跨省异地住院医疗救助“一站式”结算，救助对象在异地就医所产生的医疗费用未能进行“一站式”结算的，先由个人垫付，再凭有关单据和资料向医疗保障经办机构申请费用审核报销。救助对象应在医疗费用发生之日起 12 个月内提交材料办理报销手续，逾期不予受理。

七、基金监督

问题四十六

问 46. 李大爷发现有人欺诈骗保，该如何举报？



答 46. 李大爷可以通过来访、信函、12345 公开电话、12333 服务专线、市医疗保障行政部门公布的其他举报渠道等进行举报。



问题四十七

问 47. 李大爷举报了某医院存在欺诈骗保行为，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 47. 2020年2月，深圳市医保局与财政局联合宣布，建立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。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。李大爷举报的线索经过医保部门查实，该医院欺诈骗保的涉案金额达500万元，医保部门奖励了李大爷10万元。

问题四十八

问 48. 李大爷发现家门口的医院天天拉人用医保去住院、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，想了解哪些行为是欺诈骗保？



答 48. （一）涉及定点医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为：

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. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
6. 挂名住院的；
7. 串换药品、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。



(二) 涉及定点零售药店及其工作人员的欺诈骗保行为：1. 盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品的；2. 为参保人员串换药品、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。



（三）涉及参保人员的欺诈骗保行为：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。



（四）涉及医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为：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。



（五）其他欺诈骗取医疗保障基金的行为。