

襄阳市职工基本医疗政策 讲解及热点问题解答

主题

01 序 言

02 医保政策相关概述

CONTENTS

03 个人账户进行改革的意义

04 职工基本医疗保险门诊共济要点解读

05 普通门诊统筹报销待遇

06 基本医疗保险参保缴费及待遇保障

07 个人帐户家庭共济如何绑定？

08 群众关注热点



01

序 言



序 言

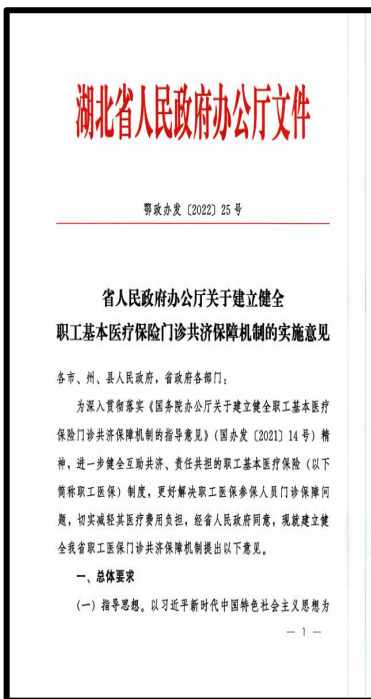
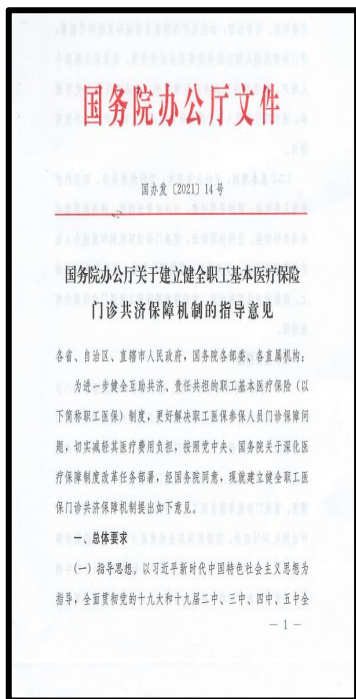


1998年建立职工医保伊始，我省实行的是统筹基金和个人账户相结合的保障模式，即“统筹基金保大病，个人账户保门诊”的模式。随着社会经济的发展，人民需求的提高，个人账户的**局限性**也逐步凸显，主要问题是**保障功能不足，共济性不够**，减轻负担效果不明显，有病的不够用，没病的不能用，另一方面存在**不法分子实施欺诈骗保**的现象。对此，国家开始探索开展门诊保障，部分省、市已开展职工门诊共济，在一定程度上保障了参保人门诊医疗需求。通过**调整统筹基金和个人账户结构**，进一步**增强基金的统筹保障功能**，提升基金的使用效率，**提高参保人门诊保障待遇和门诊医疗服务可及性**，增强基金的统筹保障功能。





出台背景



- 2021年，国务院办公厅出台了《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，国家医疗保障局办公室印发了《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案（2021-2023年）》，就做好职工基本医疗保险门诊保障工作提出了明确要求。
- 2022年5月31日，省人民政府办公厅印发了《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》，就职工基本医疗保险门诊保障工作提出了具体意见。
- 2022年12月28日襄阳市人民政府办公室印发了《襄阳市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》（襄政办发〔2022〕46号）（以下简称《实施细则》）。
- 襄阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制从2022年12月31日正式实施。





出台意义



本次制度改革的核心是门诊医疗费用从原有的个人积累式保障模式向基金共济式保障模式的转变，有三个方面的意义。

- 一是保障模式发生了变化，补齐了我国基本医疗保险门诊费用保障的制度短板，由原有的积累式走向了互助共济式。
- 二是提高基金使用效率，将沉淀的个人账户累计结余转变为实实在在的基金投入，真正用于参保患者特别是退休低收入老年人身上，用于对医疗服务的支付。
- 三是加大了对基层医疗服务的资源优化配置，支持基层医疗服务机构的发展和医疗资源利用。





《实施细则》主要内容

《实施细则》共有**6**章**31**条

- 明确门诊共济保障政策的制定依据、适应范围、基本原则
- 明确门诊共济保障待遇相关内容
- 明确改进个人帐户制度相关内容
- 明确费用支付、结算和服务管理等内容
- 明确了组织实施及实施时间





建立健全门诊共济保障机制受益哪些人群？

全体职工医保参保人员

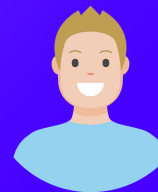
在职职工



退休人员



灵活就业人员及其他参加职工医保人员





02

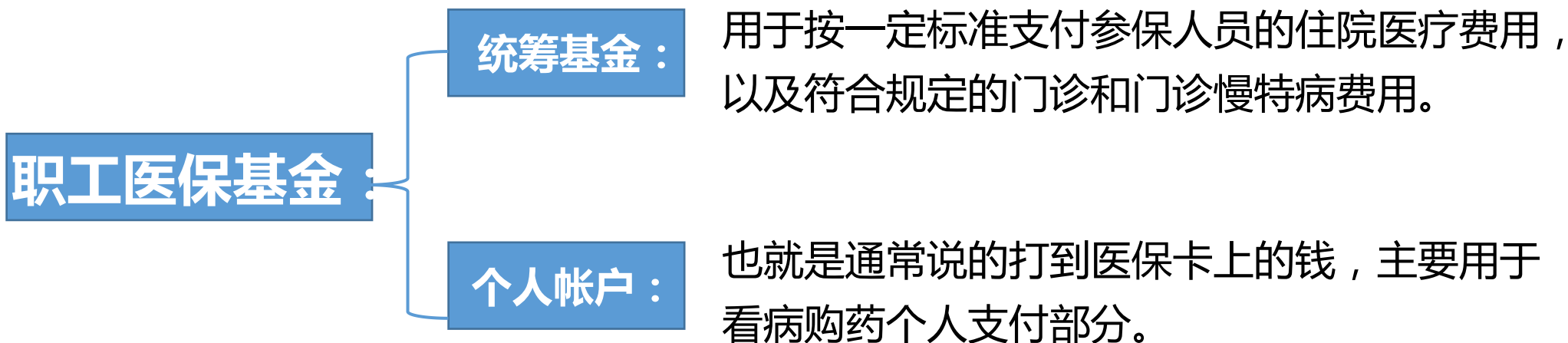
医保政策相关概述



2.1 医疗保险基本概念

基本医疗保险：包括职工医保和居民医保。

职工医保：为职工提供基本医疗保障的制度安排。由用人单位和职工共同缴纳保费，灵活就业人员由个人缴纳保费。



2.2 基本医疗保险

基本医疗保险的分类

基本医疗保险是按照国家规定缴纳一定比例的医疗保险费，在参保人因患病发生医疗费后，由医疗保险基金支付其医疗保险待遇的社会保险制度。



2.3 医疗保险待遇保障



医疗保险基本报销政策是：医保报销**目录内**，**起付线以上**，**封顶线以下**的医疗费用，在定点医疗机构就医可按规定**比例报销**。

起付线

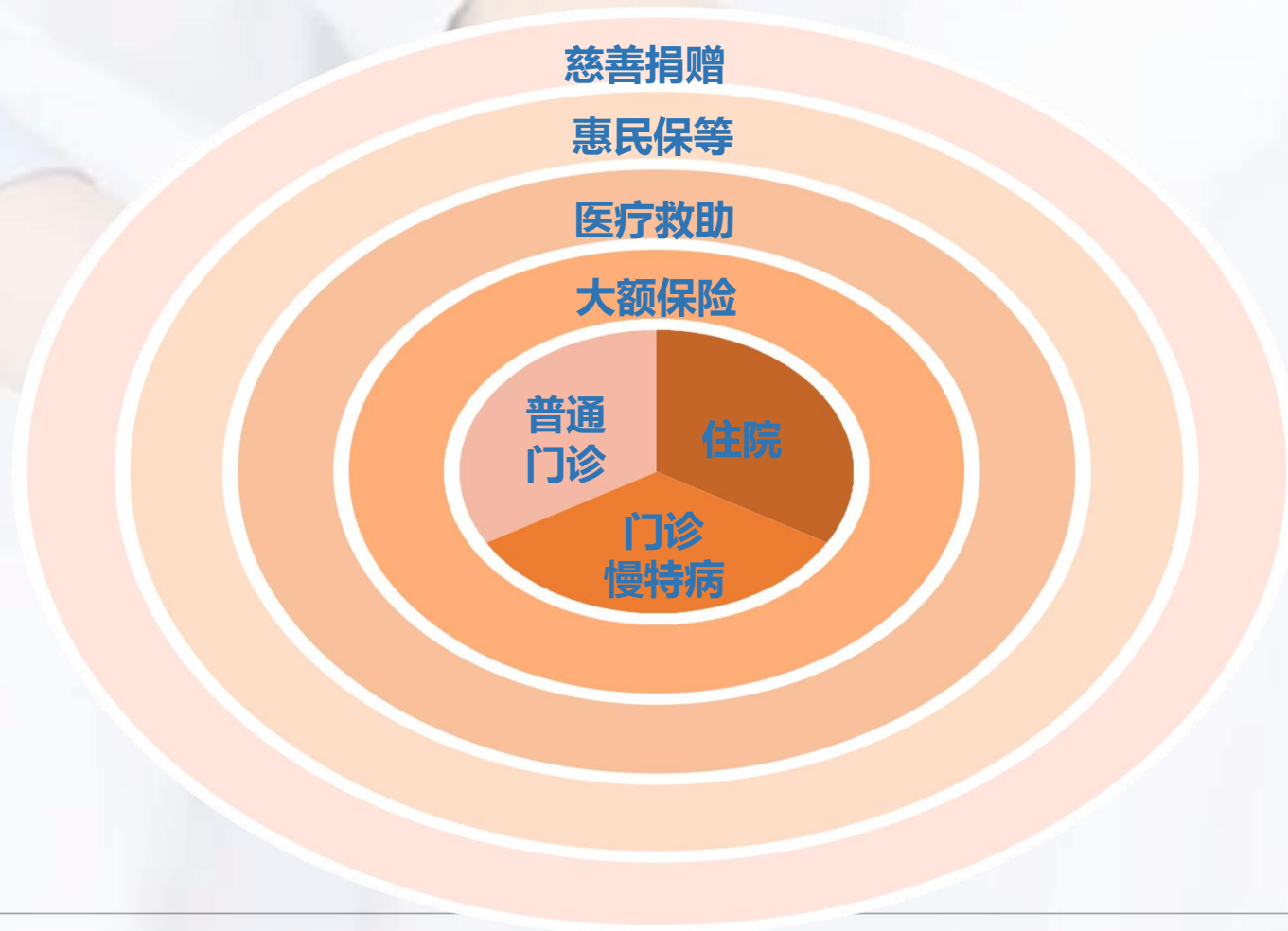
俗称“门槛费”，也是医保基金的起付标准。当看病时医疗费用超过起付门槛，医保才开始报销。低于起付线以下由患者自身承担，超过起付线以上部分由医保基金按规定比例报销。

封顶线

指医保基金的**最高支付限额**，也就是参保人在一个年度内，累计医保基金可以报销的最高额度。

2.4 改革后，现在的医疗保障体系

湖北省多层次医疗保障体系



2.5 改革后，参保人保障提升体现在哪些方面？

改革前

门诊费用不能报销

个人账户
只能本人使用

个人账户
仅用于看病和买药



改革后

门诊费用**纳入**报销

实现家庭共济，也就是不仅可以本人使用，
还可以**给家人使用**

可以继续看病买药，以后还可以本人和家人**缴纳职工大额保险、居民医保、长护险和购买惠民保**



03

个人账户进行改革的意义

The basic medical



3.1 为什么要建立个人账户？

职工医保建立之初，由于缺乏信息技术支撑，群众看病买药报销审核流程繁琐，为方便群众，国家设立了个人账户，门诊费用全部由个人账户支付，不够部分由个人承担，**门诊不报销**。



3.1 为什么要改革个人账户？

改革个人账户（医保卡上的钱）是国家统一部署的一项医保改革。

- 职工医疗保险建立的初衷就是**共济互助**，也就是大家共同出力，一起帮助困难的、有需要的人。
- **我们每个人都会成为有需要的人。**
- 基金是用来给患病的人报销的，而**不是个人福利**。



3.1 为什么要改革个人账户？

长期以来，个人账户“生病的、年老工资少的不够用；年轻的、健康的沉淀多、用不了”



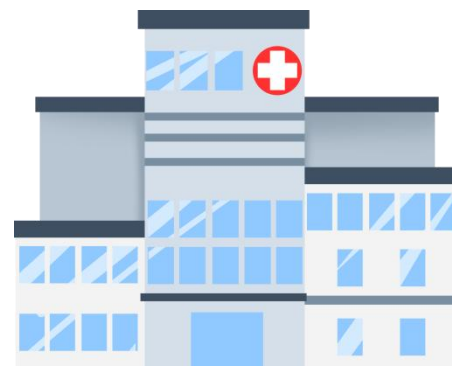
这就没有实现互助共济，不能满足患病群众和工资收入较低的老年人门诊报销需求。

3.1 为什么要改革个人账户？

当信息化和监管能力得到提升的时候，国家下定决心实施门诊共济改革，改革是在**不增加单位和个人负担**前提下，调整个人账户，建立门诊统筹制度，进一步提高职工门诊保障水平。



调整个人账户



建立普通门诊统筹制度



04

职工基本医疗保险 门诊共济要点解读

The basic medical



4.1 什么是职工门诊共济保障？

“共济”指的是什么？“共济”即共同帮助、共同保障。通俗来说，“门诊共济”有两重含义，职工医保基金分两大块：一是普通门诊统筹共济，就是大共济；二是个人账户共济（即家庭共济）就是小共济。

普通门诊统筹共济

现在实施的“门诊共济”最重要的改革就是发挥统筹基金的共济作用，普通门诊统筹共济，职工医保参保人的门诊费用由之前的职工个人账户保障，转变为现在的可以通过统筹基金的大池子来报销，实现了全体参保人的范围内的共济保障。

个人账户家庭共济

实施“门诊共济”后，职工个人账户的金额不再只能自己使用，家庭成员间可以共享，实现了家庭成员间的互相保障，参保职工个人账户可以由配偶、子女、父母共济使用，这是小共济。



4.2 什么是个人账户家庭共济呢？

个人帐户家庭共济

简单来说，就是职工医保参保人员作为**授权人**，可以把参加**职工医保或居民医保的父母、配偶、子女等6名家庭成员**绑定为互济关系，作为使用人。当参保职工的父母、配偶、子女就医时，若是**父母、配偶、子女个人账户余额不足或是没有余额**，结算时，系统将从授权人的个人账户余额支付医药费用。（具体绑定操作方法附在最后）



4.3 职工普通门诊统筹实施后个人帐户划拨变化



在职职工个人帐户划拨变化（含灵活就业人员）

- 职工医保个人账户划拨比例调整：**实施前**以本人参保缴费基数为基准，在职职工（含灵活就业人员）**分年龄段不同，个人账户划入比例不同**，45岁前按3.2%划入；45周岁以后按3.8%划入；正常享受医保待遇的退休人员按4%划入。**实施后**在职职工（含灵活就业人员）将统一调整为按照本人参保缴费基数的**2%**划入个人账户。
- 实施前后个人帐户划拨变化举例说明：例如在职职工陈某某，现年30岁，按照本人参保缴费基数为3450元，职工医保门诊统筹实施前每月账户划拨110.4元（基数3450*比例3.2%），实施后每月账户划拨**69**元（基数3450*比例2%）。



4.4 职工普通门诊统筹实施后个人帐户划拨变化



退休人员个人帐户划拨变化

- 2022年12月31日前达到医保缴费年限且办理了医保退休手续的**退休人员按95元/月**（襄阳市2021年基本养老金平均水平的2.5%确定）计入个人账户。
- 2022年12月31日起选择**一次性补缴**退休人员：在职期间按单建统筹方式参保的人员，退休后不划个人账户；在职期间按统账结合与单建统筹方式**混合参保**的人员，**退休后按95元/月计入个人账户**。（在职期间至少按统帐结合缴纳过一个月的医保）
- 退休继续缴费人员：在按月缴费期间，以**统账结合方式缴费**，按本人**缴费基数**的**2%划拨**个人账户；选择**单建统筹方式**缴费的补缴**不满足年限期间不划拨个人账户**。



4.5 医保卡上的钱变少了、吃亏了，是真的吗？

- 卡上的钱变少了，对个人来说，健康的时候看似“吃了亏”，但**保险的意义就在于防风险、保未知**。医保卡上的钱(个人账户余额)也是职工医保基金的组成部分，参保群众须按照医保规定使用。
- **以前**大家因为**医院检查费用贵，门诊又不报销**，身体不舒服了也不去医院做检查，而是凭以往看病的经验自行去药店购药解决，但是现在国家用**医保卡上减少的钱建立了门诊共济保障政策**，职工到门诊看病可以报销了，大家可以因病情需要去医院做检查，因病施治，**避免小病乱用药拖成大病**。
- 我们既要算眼前账，又要算长远账。年轻健康的，虽然看病不多，但每个人都有生病的时候，**靠个人卡上的钱是有限的**，需要大家的**互助共济来共同化解疾病的风险**，基金是用来给患病的人报销的，而**不是个人福利**，从长远来看还是获益的。
- 需要提示的是，**之前卡上积累的余额不会清零**，继续由个人按照规定使用。





05

普通门诊统筹 报销待遇

The basic medical



5.1 职工基本医疗保险普通门诊统筹报销政策如何？

- 职工医保待遇享受期内发生门诊费用的，符合政策的费用可以报销。具体报销政策为：一个自然年度内，在职职工普通门诊共济起付标准为500元，退休人员普通门诊共济起付标准为400元。在职人员门诊共济年度最高支付限额为2700元，退休人员为3100元。
- 起付标准以上、最高支付限额以内的费用报销比例为：在职职工在三级、二级、一级医疗机构报销比例分别为50%、60%、70%；退休人员分别为60%、70%、80%。外配处方药店购药按为其出具处方的定点医疗机构级别报销。

人员类别	年度起付线	年度最高支付限额	报销比例		
			一级医疗机构 (含诊所、村卫生室)	二级医疗机构	三级医疗机构
在职职工	500	2700	70%	60%	50%
退休人员	400	3100	80%	70%	60%



5.2 职工基本医疗保险普通门诊统筹报销流程是什么？



门诊统筹按照湖北省基本医疗保险药品目录、医用耗材和诊疗项目支付范围支付，**政策范围内**的医疗费用可享受职工门诊统筹报销待遇。职工医保参保人员按如下流程门诊就医就可以享受职工普通门诊报销：

如在医院门诊或诊所就诊的，参保人凭社保卡或医保电子凭证就诊，系统计算完成后，由个人负担的部分，可使用个人账户（含共济账户）或（和）现金与定点医疗机构结算。

处方流转信息平台上线前，**如在药店结算的**，参保人员持医疗机构开具的**门诊处方**，凭医保电子凭证或社会保障卡可在定点药店进行结算，享受职工门诊统筹待遇，**参保人员只支付按规定个人应负担费用。**

5.3 异地就医如何享受门诊统筹待遇？

政策内容

襄阳市职工医保参保人员在异地普通门诊就医结算时**无需办理备案**，在**开通联网结算的定点医药机构**凭医保电子凭证或社会保障卡直接结算，执行**就医地医保目录、参保地医保政策**。参保人员因故未直接结算，需全额垫付医疗费用（不使用个人账户支付），然后到参保地所属医保经办机构办理手工报销。



相关报销资料包括：

- ①医保电子凭证（或有效身份证件、社会保障卡）；
- ②医院收费票据；
- ③门急诊费用清单；
- ④处方底方；
- ⑤待遇享受人提供的银行账户资料。

报销资料

5.4不在待遇享受期的费用能报销吗？



不在待遇享受期（如暂停参保、欠费3个月以上、上月未核定等）发生的本地或异地门诊医疗费用，统筹基金不予报销，可使用个人账户金额支付。



灵活就业人员首次参保的前6个月、单位参保当月、终止参保等不可以享受门诊统筹待遇，也不可以使用个人账户支付门诊费用的。

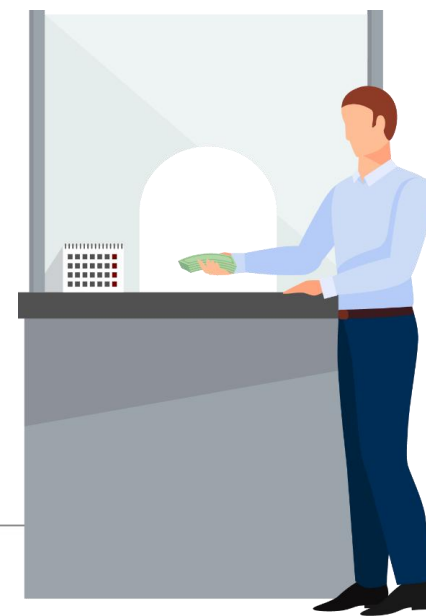
5.5 一个自然年度内起付标准、最高支付限额能连续计入吗？

①起付线采取年度累计的方式计算，即一个自然年度内，职工一次或多次在门诊就医的目录范围内费用累计超过500元（退休职工为400元）后，开始享受职工门诊统筹报销待遇。

②一个自然年度内，职工退休前和退休后的门诊统筹起付标准、最高支付限额连续计算。如退休前已经在门诊看病达到了500元起付标准，一年内退休后，看病直接报销，不需要再次达到400元起付标准。

③需要注意的是，**所有医保目录外费用不能计入起付标准。**

例如：王某为在职参保职工，普通门诊统筹起付标准500元，第一次就诊计入起付标准为400元，下次门诊只要超过100元的目录范围内费用即可达到门诊统筹起付标准，享受报销待遇。



5.6 普通门诊可以报销了，但会不会影响原有的门诊慢特病待遇？

这次新建立的门诊共济和门诊慢特病(俗称的门诊慢性病、规定病种)是**两项单独的**门诊保障政策，**分别记账，费用互不挤占**。

以前只有门诊慢特病（37种）的门诊费可以报销，不是门诊慢特病的，比如感冒、肠胃炎、查血、彩超、CT等都只能用医保卡上的钱，改革后这些门诊费用超过起付线部分也可以报销，由统筹基金支付。

现在，不仅门诊有报销政策，原来门诊慢特病的政策依然保留，取得资格的门诊慢特病患者仍可以按规定报销。但需要注意的是，同一笔医疗费用**不能重复享受**这两种待遇。

5.7 门诊共济政策前后参保职工的门诊医保待遇变化？

我市退休职工李某，门诊看病医疗费用一年共发生**2000元**。

时期	个账划入	一级医疗机构(含乡镇卫生院、社区卫生服务中心)				二级医疗机构				三级医疗机构			
		门诊报销	个账支付	现金支付	个账余额	门诊报销	个账支付	现金支付	个账余额	门诊报销	个账支付	现金支付	个账余额
改革前	1896 (158元/月)	0	1896	104	0	0	1896	104	0	0	1896	104	0
改革后	1140 (95元/月)	1280 (2000-400)*80%	720	0	420	1120 (2000-400)*70%	880	0	260	960 (2000-400)*60%	1040	0	100
差额	-756				524				364				204

这里可以看出，职工门诊共济政策实施后，对发生的同样金额的医疗费，到基层医疗机构就医能报销更多，通过**差异化的报销政策**，即鼓励大家“**小病到社区**”，又对门诊费用较高的参保职工**提供了更加有力的保障**。

5.7门诊共济政策前后参保职工的门诊医保待遇变化？



湖北省医疗保险费用结算单

医疗机构：襄阳市中心医院万山分院 地区：襄城区 流水号：42060009000463228799

一、基本信息											
姓名		性别	女	年龄	58	身份证号					
人员类别	退休人员	特殊人员类型		参保地	襄阳市市本级	所在单位	襄阳市市本级灵活就业人员医保专用户3				
二、就医信息											
入院时间 (门、急诊时间)	2023-02-16	出院时间	2023-02-16	结算时间	2023-02-16	住院天数		就医地	襄城区		
医疗机构等级	二级	医疗类别	普通门诊	险种类型	职工基本医疗保险	结算方式	本地就医直接结算	备案类别			
出院诊断 (门、急诊诊断)							本年度第 0 次住院				
三、结算信息											
本次医药费用总额	1592.77	政策范围内费用	1590.27	甲类费用	959.25	个人自费(政策范围外费用)		2.50			
			乙类费用	631.02							
			乙类先自付	0.00							
			按比例自付	355.58							
本次起付线	400.00	个人自付	360.58	转诊先自付	0.00						
				目录内超限价	5.00						
医保统筹	基本医保(生育)统筹基金支付		829.69	个人负担		个人账户支付	个人账户支付	196.63	个人账户余额		0.00
补充保险	职工大额(病)支付		0.00								
	城乡居民大病支付		0.0								
	公务员医疗补助支付		0.0								
医疗救助	医疗救助支付		0.00				家庭共济支付	0.00			
长护保险	长期护理保险基金支付		0.0								
其他	企业补充保险支付		0.00			个人现金支付	566.45				
	其他资金支付		0.00								
医疗保障综合支付			829.69			合计	763.08	医院承担	0.00		
年度累计医药费用总额		年度累计统筹基金支付		年度累计大额(病)支付		年度累计企业补充(其他资金)支付		本年度累计个人负担			

单据打印时间： 2023年02月23日 09:57:46

2.13 门诊共济政策前后参保职工的门诊医保待遇变化？

湖北省医疗保险费用结算单

医疗机构：襄阳普天独活大药房连锁有限公司第一连锁店				地区：樊城区		流水号：420600G9000464884519				
一、基本信息										
		性别	男	年龄	76	身份证号				
人员类别	退休人员	特殊人员类型		参保地	襄阳市市本级	所在单位	中天爱百颐退休医疗预留户			
二、就医信息										
入院时间 (门、急诊时间)	2023-02-17	出院时间	2023-02-17	结算时间	2023-02-17	住院天数		就医地 樊城区		
医疗机构等级	未定级	医疗类别	普通门诊	险种类型	职工基本医疗保险	结算方式	本地就医直接结算	备案类别		
出院诊断 (门、急诊诊断)						本年度第 0 次住院				
三、结算信息										
本次医药费用总额	1765.40	政策范围内费用	1765.40		甲类费用	0.00	个人自费(政策范围 外费用)	0.00		
本次起付线	400.00	个人自付	273.08	乙类费用	1765.40					
				乙类先自付	0.00					
				按比例自付	273.08					
				转诊先自付	0.00					
				目录内超限价	0.00					
医保统筹	基本医保(生育)统筹基金支付		1092.32		个人负担	个人账户支付	个人账户支付	0.00	个人账户余额	0.00
补充保险	职工大额(病)支付		0.00							
	城乡居民大病支付		0.0							
	公务员医疗补助支付		0.0							
医疗救助	医疗救助支付		0.00			家庭共济支付	0.00			
长护保险	长期护理保险基金支付		0.0							
其他	企业补充保险支付		0.00							
	其他资金支付		0.00							
医疗保障综合支付			1092.32		合计		673.08		医院承担	0.00
年度累计医药费用总额		年度累计统筹基金支付		年度累计大额(病)支付		年度累计企业补充(其他资金)支付		本年度累计个人负担		

单据打印时间：2023年02月23日 10:09:53

改革前：个人账户158×12=1896 元
个人账户余额:1896-1765.4=130.6

改革后： 个人账户95×12=1140 元
个人账户余额:1140-673.08=466.92 元

改革前后医保待遇变化：
466.92-130.6=336.32元

具体有哪些情况会影响门诊统筹待遇享受呢？

- 未按月核定申报；
- 处于停保状态；
- 医保欠费三个月以上；
- 经相关部门批准退休后未及办理医保在职转退休业务（影响待遇标准）；
- 未缴纳退休一次性补缴费用。
- 门诊统筹待遇实行即时结算，事后不再补报门诊费用。





06

基本医疗保险参保缴费及待遇保障

The basic medical



6.1 参保缴费-职工医保（单位）

单位参保缴费

- 用人单位按照职工工资的一定比例缴纳职工医保，**费率为10.5%**，其中**单位缴纳8.5%**（含



6.2 参保缴费-职工医保（灵活就业人员）

灵活就业人员参保缴费

- 2022年度（2022年7月1日-2023年6月31日）灵活就业人员缴费基数**不再设定多个档次，只有一个档次**，缴费基数统一为3450元。
- **选择统账结合方式**参保的人员，费率由**9%调整为10%**，每月应缴金额352元。例如：2022年度，缴费基数为3450元，现在每月应缴费金额为： $3450 \times 10\% + 7$ 元（大病保险）=352元。
- **选择单建统筹方式**参保的人员，费率由**6%调整为8%**，每月应缴金额283元。例如：2022年度，缴费基数为3450元，现在每月应缴费金额为： $3450 \times 8\% + 7$ 元（大病保险）=283元
- 灵活就业人员参加职工医保，按月申报缴费。参保人**可预缴**当前医保年度内医保费，不支持跨年度预缴医保费。



6.3 参保缴费-城乡居民

城乡居民参保缴费

- 未参加职工医保或其他医疗保障制度的城乡居民，均可参加，不受户籍地限制；
- 集中参保缴费，每年9月至12月为下一年居保参保缴费期；
- 困难群体按人员类别参保，个人缴费资金按规定给予全额或定额予以资助；
- 税务统一征收：楚税通、鄂汇办、税务服务大厅、代征银行网点（工商银行、农业银行、农商行）。



6.4 待遇保障—基本医疗（职工）

职工待遇



普通门诊待遇

在职职工每年普通门诊报销年限额为**2700元**，退休职工年限额为**3100元**

药店购药待遇

由个人账户支付

慢性病门诊待遇

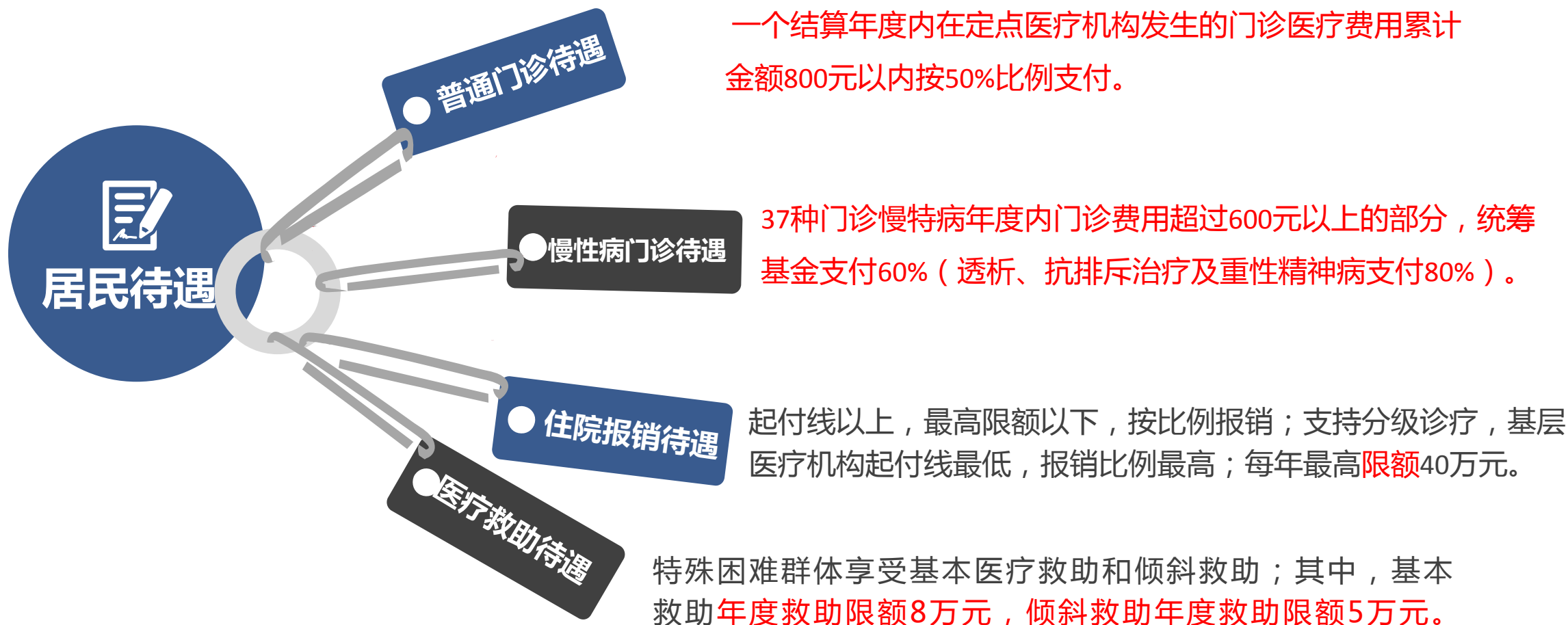
37种疾病享受门诊药费报销，按病种实行年限额报销，与住院报销合计每年最高可报销**55万元**

住院报销待遇

起付线以上，最高限额以下，按比例报销；支持分级诊疗，基层医疗机构起付线最低，报销比例最高；每年**最高**可报销**55万元**。



6.5 待遇保障—居民



6.6 待遇保障—生育（职工）

01

产前检查待遇

限额500元



02

生育医疗待遇



03

生育津贴待遇

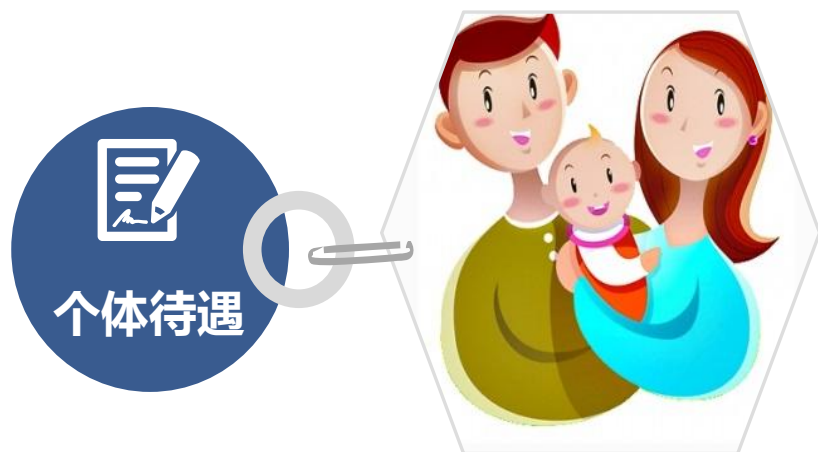
顺产按128天计发，
剖宫产按143天计发，
多胞胎的，每多生育1
个婴儿增加15天。
女职工怀孕未满4个月
流产的，享受15天产假；
怀孕满4个月不满7个
月流产的，享受42天产假。



6.7 待遇保障—生育（灵活就业人员）

灵活就业人员分娩享受生育医疗补助，最高2500元。

如果男方是城镇参保单位职工，分娩费用可以参照职工标准享受生育医疗费待遇。





07

个人帐户家庭共济 如何绑定？

The basic medical



7.1 怎样才能绑定医保个人账户共济关系？

下载“湖北智慧医保”APP，并绑定互济关系。具体操作如下：

注册获取医保电子凭证

实现个人账户共济，授权人与使用人均须先申领医保电子凭证。参保人员可在“湖北智慧医保”APP中依次点击“授权医保电子凭证”、“注册”、“去注册”，输入“验证码”、“手机号”、“手机验证码”，采集“密码”并“确认密码”后即可完成注册，获取医保电子凭证。



可扫描二维码使用浏览器安装湖北智慧医保APP

账号登录

在登录页面输入手机号、密码、验证码，点击登录按钮进行登录。

7.1 怎样才能绑定医保个人账户共济关系？

个人账户共济授权

(1) 在首页的“在线办理”模块—“个人账户互济”，进入后点击“互济账户授权”选项。

(2) 承诺书签订。仔细阅读承诺书内容后，可点击“下一步”，手动输入申明内容或点击“一键填入”，确认无误后点击“下一步”。

(3) 互济账户绑定。输入使用人的证件号码，可选填使用人手机号，选择与授权人关系确认无误后点击“提交”按钮进行绑定。

7.2 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？

医保电子凭证使用起来十分方便快捷，但给儿童、老人领取有点复杂，具体应该怎么操作呢，以儿童（少于16岁）医保电子凭证领取为例

1. 下载**国家医保服务平台APP**（注意：除了国家医保服务平台，目前微信、支付宝、银行APP暂未开通“亲情账户”功能。）父母一方通过“国家医保服务平台”APP激活医保电子凭证才可进行下一步。



7.2 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？

2.登录“国家医保服务平台”APP，进入主界面，点击右下角“我的”。



3.进入“我的”界面，点击“添加我的家庭成员”。



7.2 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？

4.进入“**绑定方式选择**”界面后要选择“**使用身份证号绑定**”，点击“**确认**”。（注：由于各地医保信息化建设水平存在差异，部分地区可能不支持使用“出生医学证明”绑定儿童的医保电子凭证，因此更加推荐选择“使用身份证号”绑定这一途径。）



绑定方式选择

☒ 使用身份证号绑定
如果被绑定人有身份证号，请使用身份证号进行绑定。

☐ 使用其他方式绑定
如果被绑定人有其他证件类型，请使用其他证件类型进行绑定。

常见问题

1、如果被绑定人未办理相关证件，可以使用相关证件号进行绑定吗？

答：可以。只要被绑定人有相关证件号即可通过此方式进行绑定。如果被绑定人大于16周岁，需要本人扫脸认证后，方可完成绑定。

一图读懂
亲情账号绑定

确认

7.2 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？

5.之后进入“家庭成员添加告知书”界面，阅读并同意后，选择“已阅读家庭成员添加告知书”，点击“我已阅读并同意”。



6.进入“添加家庭成员”界面，填写儿童的“姓名”、“身份证号”并选择“关系”——“子女”，点击“点击上传个人承诺书”。



7.3 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？

- 7.进入“个人承诺书生成”界面，点击“**个人承诺书生成**”。
- 8.进入“个人承诺书”界面，点击“**开始签名**”。
- 9.然后会进入“**温馨提示**”界面，认真阅读温馨提示后，点击“**确定**”。
- 10.在“**绘制签名**”界面，用手指在虚线框内绘制签名，再点击“**确定**”。
- 11.回到“**添加家庭成员**”界面，点击“**点击上传本人户口本**”。
- 12.进入“**拍照**”界面，点击“**拍照**”，拍摄户口本中的本人页。
- 13.回到“**添加家庭成员**”界面，点击“**点击上传被绑定人户口本**”。
- 14.进入“**拍照**”界面，点击“**拍照**”，拍摄儿童户口本中的本人页。
- 15.回到“**添加家庭成员**”界面，点击“**添加账户**”。
- 16.儿童的医保电子凭证就成功绑定到父母的手机上，点击进入医保电子凭证展码页即可使用。

7.3 怎样帮助老人、小孩领取医保电子凭证？



温馨提示

为老人绑定电子凭证流程上述流程相同，但因被绑定人大于16岁，还需本人扫脸认证后方可完成绑定。

7.4 绑定授权后怎么使用？

办理个人账户家庭共济后如何使用？

绑定授权成功后，使用人在本市定点医药机构发生的合规医药费用，持本人医保卡或医保电子凭证结算，结算时，优先使用本人个人账户余额，若余额不足或无余额时，系统将随机从授权人的个人账户余额支付。

哪些情况下可以允许个人账户共济？

职工：普通门诊、药店购药、门诊慢性病、住院

居民：定点医院门诊统筹、门诊慢性病、住院





08

群众关注热点

The basic medical



1、为什么居民医保费每年上涨？

- 医保缴费标准由国家根据经济社会发展水平、各方承受能力、基金收支平衡等因素**统一制定、调整**；
- **逐年扩大**保障范围，提高待遇水平的需要；
- 医药技术快速进步、医疗费用持续增长、居民医疗需求**逐步释放**；
- 帮助困难群众参加居民医保可通过医疗救助对纳入低保对象、特困人员、返贫致贫人员范围的**给予参保资助**。

国家医保局 财政部 文件 国家税务总局

医保发〔2021〕32号

国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2021
年城乡居民基本医疗保障工作的通知

一、继续提高城乡居民医保筹资标准

为支持巩固提高居民医保待遇水平，逐步扩大医保支付范围，2021年继续提高居民医保筹资标准。居民医保人均财政补助标准新增30元，达到每人每年不低于580元。同步提高居民医保个人缴费标准40元，达到每人每年320元。中央财政按规定对地方实行分档补助，对西部、中部地区分别按照80%、60%的比例进行补助，对东部地区各省分别按照一定比例进行补助。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位。进一步放开参加基本医疗保险的户籍限制，对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。

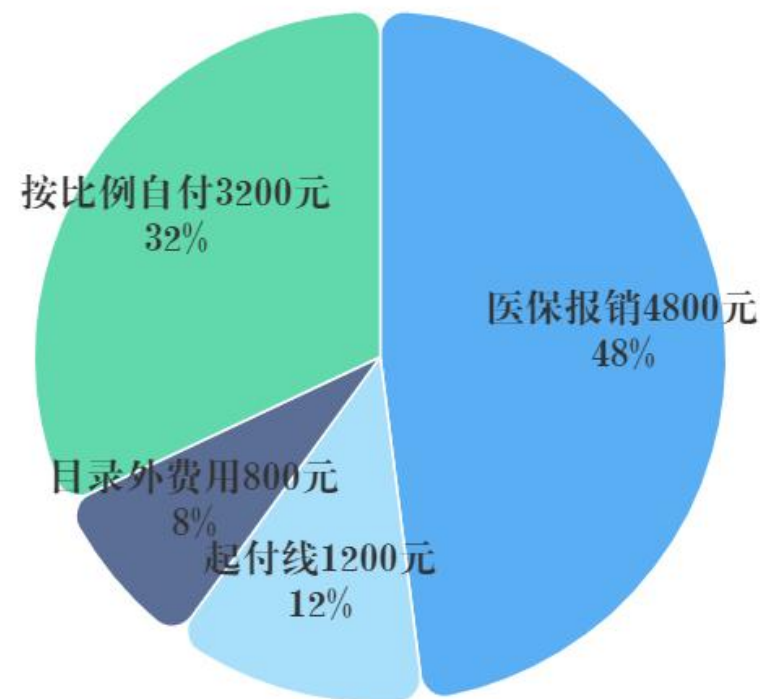
2、看病时为什么有的药品医保不报销？



- 基本医疗保险**保基本**，国家实行医保待遇**清单管理**；
- 医保报销**有目录**，目录内的按政策报销，目录外的自费；
- 医保目录由国家医保局**统一制定和调整**；
- 国家医保局通过召集医疗专家集中对药品、诊疗项目进行评审、谈判确定医保目录范围，能够满足常见、多发病的医疗需要。

3、为什么我的住院费实际报销比例偏低？

- 住院费中**目录外**的费用**不予报销**；
- 医保**起付线以内**的费用由**个人负担**；
- 医生**优先**使用目录内的药品、耗材，减轻病人负担。



4、医保规定住院15天必须出院，是真的吗？

- 医保部门**从未出台**过任何限制参保患者住院天数、住院费用的医保政策；
- 住院多少天是医生根据患者**病情需要及出院标准**来确定的；
- 医保部门**不干涉**临床诊疗行为。



5、我家经济困难怎样获得医疗救助？

- 医疗救助对象包括:特困人员、城乡低保、返贫致贫人口、因病致贫等困难人群;
- 特困人员、城乡低保由民政部门认定,返贫致贫人口、因病致贫人群由乡村振兴部门认定;
- 救助对象身份认定后通过信息共享,费用结算时和基本医疗保险“一单”结算。

6、我在北京给女儿带孩子，住院怎么报销？

- 参保居民在外地长期居住、工作的，需办理**异地就医备案**；
- 入院时，出示**医保电子凭证或社保卡**，办理医保登记；
- 出院时，在联网医院**直接报销**，只缴纳个人自付费用即可；
- 如果长期在外地居住，可在居住地**参加当地居民医保**。



7、我想把外地医保转回来，怎么办？

- 在**襄阳参保**，在**外地停保**，可申请转移；
- 线上申请：通过**湖北政务服务网**、**鄂汇办APP**申请；
- 线下申请：通过**政务大厅医保窗口**申报；
- 已办理医保**在职转退休**，**不能**办理基本医疗保险关系转移接续手续；
- **特别提醒**：建议选择缴费时间长的城市退休。



8、退休后医保要办理什么手续？



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

- 退休手续办理后及时办理医保人员类别转换手续；
- 如果不足医保缴费年限，可以办理补缴；

9、异地就医怎么办？

- 异地就医是指参保人员在襄阳市外就医，备案后可联网直接结算；
- 备案途径如下：



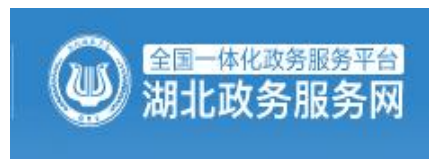
国家医保服务平台APP
(本人、他人、跨省)



国家异地就医备案微信小程序
(本人、跨省)



鄂汇办APP
(本人、他人、省内外)



湖北政务服务网
(本人、他人、省内外)

10、如何查询异地联网医院？

- 通过**国家医保服务平台APP**



11、“医保卡”是社保卡吗？

- 人们常说的“**医保卡**”就是**社保卡**，是由人社部统一制发，其中含有医保的结算功能；
- 医保部门**未单独制发过“医保卡”**；
- 国家医保局推广使用**医保电子凭证**，支持所有医保业务，包括脱卡支付，使用更便捷；
- 关注**襄阳医保局**微信公众号领取医保电子凭证。



12、办了异地就医，要回襄阳本地就诊还需要取消备案吗？

参保人员办理异地就医备案后，在备案有效期内确需回参保地就医无需撤销备案，可以在参保地享受医保结算服务，医保待遇与在本地就医一致。

>> 从哪些途径可以了解到最新的医保政策？



关注“襄阳医保局”微信公众号



下载抖音关注“襄阳医保”
官方帐号：29854073023

襄阳医保局网站

<http://ybj.xiangyang.gov.cn/>





中国医疗保障

CHINA HEALTHCARE SECURITY

襄阳市医疗保障局