

导 语

为进一步推进我市基本医疗保险政策的全面普及，提升人民群众对我市基本医疗保险政策的知晓度，区医保局制作了重庆市基本医疗保险常见政策问答手册。

本手册主要就我市基本医疗保险中常见的涉及参保、待遇、救助、生育险、长护险和基金监管等六个方面的政策内容进行了梳理，共提炼出 58 个问题，通过一问一答的方式，一一作出了对应解答。

希望本手册可为群众在日常生活中使用医保政策提供帮助。

重庆市大渡口区医疗保障局

2022 年 4 月

重庆市基本医疗保险常见政策 58 问

（以下问答所依据的政策文件截至 2022 年 4 月，若日后有新政策出台，旧政策废止的，严格按新政策执行，特此声明）

目 录

一、参保缴费（共 14 问）

- 第 1 问：哪些人群可以参加居民医保（1）
- 第 2 问：怎么购买居民医保（页码）
- 第 3 问：居民医保筹资标准和待遇享受期限是怎么样
的（页码）
- 第 4 问：居民医保缴费时间段不同有差异吗
- 第 5 问：新生儿怎么参保
- 第 6 问：大学生怎么购买居民医保
- 第 7 问：困难家庭是否有必要购买居民医保.....
- 第 8 问：个人身份怎样参加职工医保
- 第 9 问：个人身份参加职工医保的缴费标准是怎样的
- 第 10 问：职工医保个人账户划入标准是怎样的
- 第 11 问：医保卡怎样进行关联使用
- 第 12 问：职工医保的需要终身缴费吗
- 第 13 问：居民医保如何折算职工医保缴费年限
- 第 14 问：如何在网上打印参保证明

二、待遇报销（共 15 问）

第 15 问：医疗保险可以享受哪些医保待遇

第 16 问：居民医保住院和普通门诊的报销标准是怎样的

第 17 问：职工医保住院的报销标准是怎样的

第 18 问：住院报销备案有哪些要求

第 19 问：市外就医如何报销

第 20 问：市内转诊转院如何办理

第 21 问：居民医保特殊疾病的病种范围有哪些

第 22 问：居民医保特殊疾病门诊如何报销

第 23 问：职工医保特殊疾病的病种范围有哪些

第 24 问：职工医保特殊疾病门诊如何报销

第 25 问：个人身份参加职工医保能否办理特病

第 26 问：特殊疾病患者如何选择就诊医疗机构

第 27 问：何为“两病”患者

第 28 问：办理了居民医保的“两病”患者如何报销

第 29 问：办理了职工医保的“两病”患者如何报销

三、医疗救助（共 3 问）

第 30 问：医疗救助的范围包括哪些

第 31 问：普通疾病的医疗救助包括哪些

第 32 问：重特大疾病的医疗救助包括哪些

四、生育保险（共 4 问）

第 33 问：关于生育保险的参保

第 34 问：参保职工何时可以享受生育保险待遇

第 35 问：生育医疗费用如何报销

第 36 问：生育保险的待遇和报销标准是怎样的

五、长期护理保险（共 14 问）

第 37 问：长期护理保险（以下简称长护险）的概念和施行时间

第 38 问：长护险的覆盖人群包括哪些

第 39 问：在职职工长护险的缴费标准和缴费方式是怎样的

第 40 问：个人身份参加职工医保人员长护险的缴费标准和缴费方式是怎样的

第 41 问：正常享受职工医保退休待遇人员长护险的缴费标准和缴费方式是怎样的

第 42 问：享受长护险待遇条件有哪些

第 43 问：申请失能评估条件有哪些

第 44 问：如何申请失能评估

第 45 问：申请失能评估需提供资料有哪些

第 46 问：评估工作时限是多久

第 47 问：长护险待遇享受的方式和标准是怎样的

第 48 问：长护险待遇费用怎么结算

第 49 问：应当停止待遇享受的情况有哪些

第 50 问：长护险的动态监管机制是怎样的

六、基金监管举报（共 8 问）

第 51 问：定点医疗机构的欺诈骗保行为有哪些

第 52 问：定点零售药店的欺诈骗保行为有哪些

第 53 问：针对参保人的欺诈骗保行为有哪些

第 54 问：医保经办机构的欺诈骗保行为有哪些

第 55 问：举报渠道有哪些

第 56 问：怎样才能获得举报奖励

第 57 问：举报奖励标准是怎样的

第 58 问：举报有风险吗

一、参保缴费（共 14 问）

1.问：哪些人群可以参加居民医保？

答：具有重庆市户籍或持有我市居住证的市外户籍居民，凡未参加职工医保的，均可购买居民医保。

2.问：如何购买居民医保？

答：如果是已经在本市参保登记过的居民，可以通过重庆市电子税务局（网页中搜索“重庆税务”）、支付宝、微信、渝快办、重庆农商行 APP、云闪付等方式线上缴费或者在本地镇街社保所（公共服务中心）或者村（社区）线下缴费即可。

如果还没有进行过参保登记，需先办理参保登记后再缴费。参保登记办理有两种方式可以选择。一是现场办理：参保人可以持身份证、户口簿、居住证明等材料（市外户籍的人员，还需要持有居住证）在户籍地或居住地的镇街、村（社区）医保经办窗口办理居民医保参保缴费，也可以到医保服务大厅参保窗口办理参保手续。二是网上办理：登录“重庆市医疗保障局”微信公众号或者“渝快办”官网选择参保区县、镇街、村（社区），后点击“居民参保”中的“城乡居民参保登记”，按要求填入参保人员信息即可完成参保登记。

3.问：2022 年我市的居民医保筹资标准是多少？待遇享

受期限如何？

答：2022 年我市居民医保个人缴费标准为一档 320 元/人、二档 695 元/人。2022 年居民医保集中参保期为 2021 年 12 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日，居民在集中参保期内参保并完成缴费的，从 2022 年 1 月 1 日起享受待遇。2022 年 3 月 1 日及以后参保缴费的，从其缴费之日起，有 90 天的待遇等待期，等待期满后正常享受待遇至 2022 年 12 月 31 日。

4.问：为什么居民医保 7 月份及以后缴费要比 7 月份前高那么多？

答：居民医保缴费由个人缴费和财政补助两部分组成。在 6 月 30 日前参保缴费的，其财政补助部分由国家财政承担，7 月 1 日至 9 月 30 日参保缴费的，财政补助部分将由参保群众自行承担。以参加 2022 年居民医保为例：在 2021 年 12 月 1 日至 2022 年 6 月 30 日期间参保缴费的群众，只需要缴纳个人缴费部分，即一档 320 元/人、二档 695 元/人，财政补助部分（580 元/人·年）由国家财政承担；在 2022 年 7 月 1 日至 2022 年 9 月 30 日期间参保缴费的群众，缴费标准为一档 900 元/人、二档 1275 元/人，其中的财政补助部分（580 元/人·年）由参保人自行承担。

5.问：宝宝出生 1 个多月了，现在生病需要住院，该如

何办理医保？

答：针对我市新生儿（即出生 90 天内）参保的情况，可以选择按相关规定办理独立参保缴费，也可以随已参加我市居民医保并缴费的法定监护人共同享受居民医保报销额度限额（**无需再另行缴费**）。办理要求：持户口簿（主页、增减页和本人页）、居住证明等材料到户籍地或居住地的镇街、村（社区）医保经办窗口办理参保缴费，也可到医保服务大厅参保窗口办理参保手续。新生儿参保后，待遇有效期为出生之日起至出生当年 12 月 31 日 24 时。

6.问：我家里孩子正在读大学，我可以给他购买居民医保吗？

答：大学生可以在学校参加大学生医保，如果错过了大学生医保的缴费时间，也可向户籍地或居住地申请参加普通居民医保。以户籍为重庆市的大学生参加本市 2022 年居民医保为例：大学生医保一档缴费 280 元/人、二档 655 元/人，待遇享受期为 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日；普通居民医保的标准则是一档缴费 320 元/人、二档 695 元/人，待遇享受期为 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日（在集中参保期内完成参保并缴费的）。如果是在重庆市外就读大学，当地居民医保的参保缴费和待遇报销等要求和标准以学校所在地省市的具体政策为准。

需要特别说明的是：在渝高校大学生参保以学校为单位负责组织。

7.问：2022 年的居民医保参保费用又增加了，家庭人口多的家庭，即使参加居民医保一档，费用也多，家庭困难，不想缴费了。这种想法对不对？有没有相关的政策支持？

答：当然不对。家庭困难的居民更应该参保，一旦生病，医保可以减轻家庭的经济负担。而且，我市针对低收入人口专门出台了参保资助政策，针对不同困难群体，实行了全额或按比例资助参保，减轻困难群众缴费压力。

8.问：如果没有正式的工作单位，能不能以个人身份参加职工医保？

答：可以。应当满足以下条件：

- 1.具有我市户籍，年满 16 周岁以上的城乡居民。
- 2.具有本市以外户籍的以下人员（两个条件满足其中一个即可）：年满 16 周岁以上，且男未年满 60 周岁、女未年满 55 周岁，在我市灵活就业的人员；

已在我市参加城镇企业职工基本养老保险并按月享受基本养老待遇的无用人单位退休人员。

9.问：我市 2022 年以个人身份参加职工医保缴费标准是多少？

答：2022 年，以个人身份参加职工医保：一档缴费标准为 2670 元/年·人；二档缴费标准为 5874 元/年·人。另外，应当同时参加长期护理保险（缴费标准和缴费方式详见政策问答第 37 问）。

10.问：职工医保每月个人账户划入的标准是怎样的？

答：按照参保缴费模式，分为两种情况，详见下表：

表 1：单位参保职工个人账户划拨情况

2022 年单位参保人员的个人账户划拨			
人员类别	个账划拨组成		月划入金额
	个人缴纳部分	单位缴纳部分	(以缴费基数 3699 元/月为例)
35 岁以下	职工实际缴费基数×2 %	职工实际缴费基数×1.3 %	实际缴费基数×3.3 % (3699×3.3%=122.07 元)
35 至 44 岁	职工实际缴费基数×2 %	职工实际缴费基数×1.5 %	实际缴费基数×3.5 % (3699×3.5%=129.47 元)
45 岁至退休	职工实际缴费基数×2 %	职工实际缴费基数×1.7 %	实际缴费基数×3.7 % (3699×3.7%=136.86 元)
退休人员 (年限缴满后)	2018 年平均工资（6814 元）的 60%（4088.4 元）作为基数。计算公式为： $4088.4 \times 4\% - 5$ （扣除每月大额医保缴费）。若 2018 年 12 月锁定时点个人账户划入基数高于 4088.4 元的，按照锁定时点个人账户实际划入基数执行，计算方式同上。		按照 2018 年平均工资进行计算的划拨： $6814 \times 60\% \times 4\% - 5 = 158.54$ 元。 按照锁定时点个人账户实际划入基数计算的划拨可带入上述公式进行计算。

例：李某今年 48 岁，单位在职人员，2022 年实际缴费基数为每月 4000 元，其个人账户每月划入金额计算方式为：

4000 元 $\times$ 0.037=148 元。（需要特别注意的是：不同年龄段的人员，根据上述表格所列的不同情况据实计算后，还应扣除每月的长期护理保险缴费）

表 2：以个人身份参加职工医保人员的个人账户划拨（仅限二档参保人员）

2022 年以个人身份参加职工医保人员的个人账户划拨				
人员类别		2022 年缴费基数	划入比例	2022 年 月划入金额
35 岁以下		4450 元/月	3.3%	146.85 元
35 至 44 岁		4450 元/月	3.5%	155.75 元
45 岁至法定退休年龄前		4450 元/月	3.7%	164.65 元
退休人员 (缴费期内)	按年缴费	4450 元/月	4%	178 元
	一次性趸交	6106 元/月	4%	244.24 元
(缴费期满的)退休人员		6814 元/月 $\times$ 60%	4%	158.54 元（已扣除 5 元/月大额医保费用）

例：李某今年 60 岁，个体二档退休人员，2022 年缴费基数为每月 4450 元，其个人账户每月划入金额计算方式为：4450 元 $\times$ 0.04=178 元。（需要特别注意的是：不同年龄段的人员，根据上述表格所列的不同情况据实计算后，还应扣除每月的长期护理保险缴费）

11.问：参保人能否使用他人的职工医保个人账户余额？如何使用？

答：可以，我市职工医保可以与居民医保办理个人账户

关联，也可以与职工医保办理个人账户关联。个人账户关联有线下和线上两种办理方式。一是**线下办理**：提供人持本人和使用人的居民身份证、社会保障卡原件前往参保地医保经办机构办理；二是**线上办理**：微信关注“重庆市医疗保障局”公众号并注册，点击左下角“服务大厅”，点击进入“服务”页面，下滑至“个账服务”，点击“医疗保险个人账户关联与取消”即可办理。关联后，参保人即可使用提供人的医保个人账户进行就医、购药等方面的支出。请注意，1个医保账户1次只能关联1人。

12.问：职工医保需要终身缴费才能享受医保待遇吗？

答：我市的职工医保缴费目前包括基本医疗保险费和大额医保费。大额医保费（5元/月）需要终生缴纳。基本医疗保险费在同时满足以下条件后，可以不再缴纳，仍享受医保待遇：

- 1.按月领取退休待遇或职工基本养老保险待遇；
- 2.职工医保累计缴费年限(含视同缴费年限)男满30年、女满25年,且在我市的职工医保实际缴费年限不少于10年。

缴费年限未达到法定退休年龄的，需继续缴费至达到法定退休年龄。

13.问：如果以前参加居民医保，后面又改为参加职工医保，原来居民医保的缴费年限可以折算成职工医保的缴费年

限累计计算吗？

答：参加我市居民医保的缴费年限，按 12.5%的比例只能折算为职工一档医保缴费年限。折算不足整月的，向上取整计算。职工和居民实际缴费年限不得重复计算。

例：李某 2019 年 10 月退休，其到医保经办机构办理退休业务时查询到 2014 年至 2018 年只参加了居民医保，其居民医保缴费年限折算为职工一档医保缴费年限的计算方式为： $5 \text{ 年} \times 12.5\% = 0.625 \text{ 年}$ ， $12 \text{ 月/年} \times 0.625 \text{ 年} = 7.5 \text{ 月}$ ，向上取整后，折算为职工医保的缴费年限为 8 个月。

14.问：医保参保证明可以网上打印吗？

答：可以。微信关注“重庆市医疗保障局”公众号并注册；注册成功后，点击左下角“服务大厅”，进入“重庆市医疗保障公共服务平台”，点击下方“服务”；服务页下滑至“打印服务”，点击“参保证明打印”；根据需要进行选择“缴费开始日期”和“缴费结束日期”，然后点击“下载”。目前一次打印最多不超过 12 个月，如需要多年证明的，需分次分时间段下载打印。参保证明 PDF 文件生成后，发送到电脑上打印即可。

二、待遇报销（共 15 问）

15.问：我市参加了医疗保险（包含居民医保和职工医保）

的人员可享受哪些医保待遇？

答：参加了居民医保的人员可享受住院报销、普通门诊统筹报销和特殊疾病门诊报销三个方面的待遇。

参加了职工医保的人员可享受住院报销、特殊疾病门诊报销和个人账户（个人身份参加职工医保一档的人员不建立个人账户）三个方面的待遇。

16.问：居民医保参保人住院及普通门诊的报销标准是怎样的？

答：详见下表：

2022 年重庆居民医保待遇报销标准						
	就医机构		住院		门诊	
门槛费	一级		100 元/次		无	
	二级		300 元/次		200 元/次	
	三级		800 元/次		/	
			一档	二档	一档	二档
统筹报销	报销比例	一级	80%	85%	60%	
		二级	70%	75%	40%	
		三级	50%	55%	/	
	支付限额		80000 元	120000 元	300 元	500 元
未成年人	未成年的住院报销比例多 5%。					

孕产妇 报销	符合国家计生政策的生育，产前检查报销 100 元/人、住院分娩定额补助 400 元/人（联网结算）。	
大病报销	报销比例	住院和特殊疾病门诊中的重大疾病经居民医保统筹报销后，符合医保范围的自付费用超过一定额度（2022 年 15412 元/人·年），按 60% 报销。
	支付限额	20 万元/人·年

居民医保住院报销举例：周某是居民一档参保人，在某一级医院住院治疗（一级医院住院门槛费 100 元），本次住院医疗总费用共计 10000 元，其中属于医保报销范围内的费用为 5100 元，成年人应享受报销 $(5100-100) \times 80\%=4000$ 元，自付 6000 元；未成年人应享受报销 $(5100-100) \times 85\%=4250$ 元，自付金额为 5750 元。

居民医保普通门诊报销举例：罗某是居民一档参保人，在某二级医院门诊就医（二级医院门诊统筹门槛费 200 元），本次门诊治疗总费用共计 800 元，其中属于医保报销范围内的费用为 500 元，门诊应享受统筹报销金额为 $(500-200) \times 40\%=120$ 元，自付金额为 680 元。

17.问：职工医保参保人住院的报销标准是怎样的？

答：详见下表：

2022 年重庆职工医保待遇报销标准			
	就医机构	在职职工	退休职工
门槛费	一级	200 元/次	
	二级	440 元/次	
	三级	880 元/次	

统筹报销	报销比例	一级	90%	95%
		二级	87%	
		三级	85%	
	支付限额	2021 年的统筹基金最高支付限额为 4.7 万元，以后会根据全市职工社会平均工资增长、大额医保基金承受能力等情况适时调整。		
大额报销	报销比例	一级	100%	
		二级		
		三级		
	支付限额	50 万元/人·年		

例：李某是某单位的在职职工，在某三级医院住院治疗（三级医院住院门槛费880元），本次医疗总费用共计20000元，其中属于医保报销范围内的费用为10880元，若该人员全年医保报销累计未超过4.7万元，该参保人应享受报销 $(10880-880) \times 85\% = 8500$ 元，自付11500元；若该人员全年医保基金累计支付已超过4.7万元，则本次应享受报销 $(10880-880) \times 100\% = 10000$ 元，自付10000元。

18.问：参保人住院报销有备案要求吗？

答：当参保人属于以下住院就医情况时，有备案要求。

居民医保参保人在市内非参保地三级定点医疗机构住院的，应当在其住院之日起 5 个工作日内，向各区（县）医保局办理备案登记手续；未经备案的，住院起付线提高 5%，同时报销比例下降 5%。

职工医保参保人在市内主城 9 区以外的三级定点医疗机

构住院，应当在其住院之日起5个工作日内，向各区（县）医保局办理备案登记手续；未经备案的，住院起付线提高5%，同时报销比例下降5%。

19.问：参保人在市外就医后如何进行报销？

答：按市外就医所在医院是否联网，可以分为以下两种情况：

在市外联网结算医院就医：一是先备案；二是选定点：跨省就医前，通过国家医保APP、重庆市医疗保障局微信公众号或者致电各区县医保经办机构进行备案和查询联网定点医疗机构信息；三是持卡就医报销：凭本人社保卡办理入院登记和出院结算，可享联网直接报销。

市外非联网结算医院就医：一是先备案，选择就医医院；二是住院就医出院时，先个人全额垫付医疗费用，再将住院就医相关资料交至参保地医保局申请报销；三是办理了异地特病的参保人，在异地特病定点医院就医后将特病门诊就医的相关资料交至参保地医保局申请报销。

20.问：市内转诊转院如何处理？

答：根据病情需要，参保人办理市内转诊转院，由治疗机构办理“转院出院”，参保人在7日内在转入医院就医，转入医院在医保系统中识别转院信息后，办理转入住院。参保人转往上级医疗机构的，应补足门槛费差额。

21.问：纳入我市居民医保特殊疾病的病种有哪些？

答：重大疾病有 13 种，具体如下：

（1）血友病；（2）再生障碍性贫血；（3）恶性肿瘤的放疗（化）疗和晚期的镇痛治疗；（4）肾功能衰竭的门诊透析治疗；（5）肾脏、肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗；（6）严重多器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）；（7）艾滋病机会性感染；（8）唇腭裂；（9）儿童先天性心脏病；（10）儿童白血病；（11）地中海贫血（中、重型）；（12）肺移植术后的抗排异治疗；（13）阿尔茨海默病。

慢性病有 14 种，具体如下：

（1）高血压病：1 级高血压中高危和很高危、2 级高血压、3 级高血压；（2）糖尿病 1 型、2 型；（3）冠心病；（4）精神分裂症、心境障碍（抑郁躁狂症）、偏执性精神障碍、分裂情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍；（5）肝硬化（失代偿期）；（6）系统性红斑狼疮；（7）脑血管意外后遗症（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症）；（8）结核病；（9）风湿性心瓣膜病；（10）类风湿性关节炎；（11）慢性肺源性心脏病；（12）慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿；（13）甲亢；（14）慢性乙型肝炎病毒（HBV）感染。

22.问：办理了居民医保特殊疾病的参保人特病门诊如何报销？

答：办理了特殊疾病的参保人实行门诊定点就医，发生符合医保政策的特殊疾病门诊医疗费用按以下标准和比例进行报销：

（1）重大疾病：重大疾病门诊医药费报销实行与住院相同的报销比例和起付线。重大疾病门诊起付线一年计算1次（一年内到不同等级医疗机构就医的以最高等级计算），封顶线与住院合并计算，直至当年的报销封顶线。

（2）慢性疾病：慢性疾病门诊医药费不设报销起付线，实行按比例、限额的办法。每次报销比例为一级医疗机构80%、二级60%、三级40%，年报销限额为1000元/人·年，同时患两种或两种以上特殊疾病的，每增加一种，年报销限额增加200元。

23.问：纳入我市职工医保特殊疾病的病种有哪些？

答：目前共有24类特殊疾病：

（1）恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗；（2）肾功能衰竭病人的透析治疗；（3）肾脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗；（4）糖尿病1型、2型（4种并发症：肾病、视网膜病变、神经病变、糖尿病足）；（5）系统性红斑狼疮；（6）高血压病（1级高血压中高危和很高危、2级高血压、3级高血压）（3种并发症：肾病、眼病、心脏病）；

(7) 冠心病；(8) 风湿性心瓣膜病；(9) 脑血管意外后遗症（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症）；(10) 支气管哮喘、慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病；(11) 肝硬化（失代偿期）；(12) 再生障碍性贫血；(13) 精神分裂症、心境障碍（抑郁躁狂症）、偏执性精神障碍、分裂情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍；(14) 结核病（治疗期为一年）；(15) 血友病；(16) 重度前列腺增生；(17) 类风湿性关节炎（4种并发症：血管炎、肺间质病变、周围神经病变、骨质疏松）；(18) 帕金森病；(19) 肌萎缩侧索硬化症；(20) 骨髓增殖性疾病（真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤维化症）；(21) 丙型肝炎（治疗期为六个月）；(22) 慢性乙型病毒性肝炎；(23) 肺移植术后的抗排异治疗；(24) 阿尔茨海默病。

24.问：办理了职工医保特殊疾病的参保人特病门诊如何报销？

答：办理了特殊疾病的参保人实行门诊定点就医，发生符合医保政策的特殊疾病门诊医疗费用按以下标准和比例进行报销：

特殊疾病 病种	门槛费	统筹基金 支付	大额基金 支付	备注
------------	-----	------------	------------	----

		报销比例	支付限额	报销比例	支付限额	
恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗；肾功能衰竭病人的透析治疗；器官移植术后的抗排异治疗	一级医院： 200元/年 二级医院： 440元/年 三级医院： 880元/年	90%	4.7万元	100%	50万	特病支付限额与住院合并计算。 重度前列腺增生全年门诊支付限额为1000元/年。 慢性乙型病毒性肝炎、阿尔茨海默病全年门诊支付限额为6000元/年。
其他特病		80%				

例：李某为职工医保参保人员，已办理了肾衰竭特殊疾病，在某二级医院进行肾衰竭透析的门诊治疗（二级医院住院门槛费440元），此次门诊医疗费用共计10000元，其中符合医保报销范围内的费用为8440元，若该人员全年医保报销累计未超过4.7万，该参保人应享受报销 $(8440-440) \times 90\% = 7200$ 元，自付2800元。若该人员全年医保基金累计支付已超过4.7万元，则本次应报销 $(8440-440) \times 100\% = 8000$ 元，自付2000元。

25.问：个人身份参加职工医保能否办理特病？

答：以个人身份参加职工医保一档的人员可申请办理4种特病，分别为：恶性肿瘤、肾移植后抗排异治疗、肾功能衰竭透析治疗、血友病。以个人身份参加职工医保二档的人员可申请办理全部24种特病。

26.问：职工或居民特殊疾病患者应当如何选择就诊医疗机构？

答：特殊疾病实行门诊定点就医。参保人可自行选择 1 所二级医院和 1 所一级医院作为本人特殊疾病门诊定点医疗机构，其中重大疾病患者可换 1 所市内三级医院；对患有三种以上特殊疾病的，可选择 3 所定点医院，其中 1 所三级医院。参保人选定的特殊疾病定点医疗机构一年内不得变更。

27.问：何为“两病”患者？

答：凡符合中国高血压、糖尿病防治指南标准，需长期门诊用药的患者，即为“两病”患者。

28.问：办理了居民医保的“两病”患者门诊如何报销？

答：居民医保的“两病”患者可分为两类：一是纳入“两病”门诊用药保障一类管理的一级高血压低危组及继发性高血压患者（以下简称一类管理对象）；二是纳入“两病”门诊用药保障二类管理的一级高血压中危组及以上高血压患者、糖尿病患者（以下简称二类管理对象）。

办理了居民医保“两病”的患者在我市所有医保定点医疗机构发生的符合保障范围规定的药品和检验检查费用，不设门槛费，按规定的报销比例、限额报销后，剩余费用由本人承担。

具体报销的比例及限额详见下表：

“两病”管理对象	使用项目	定点医疗机构	报销比例
一、二类管理对象	集中带量采购药品	二级及以下	100%
一类管理对象	非集中带量采购药品	二级及以下	60%
二类管理对象		一级	80%
		二级	60%
		三级	40%
二类管理对象	门诊检查检验	一级	80%
		二级	60%
		三级	40%
报销限额	一类管理对象500元/人·年；二类管理对象1000元/人·年		

29.问：办理了职工医保“两病”的患者门诊如何报销？

答：办理了职工医保“两病”的患者在我市所有医保定点医疗机构（含社区卫生服务站）或定点零售药店发生的符合保障范围规定的药品和检验检查费用，扣除门槛费按规定的报销比例、限额报销后，剩余费用由本人承担。

具体报销的比例及限额详见下表：

使用项目	定点医疗机构	门槛费	报销比例
集中带量采购药品	二级及以下	无	100%

	三级	880元	80%
非集中带量采购药品、 检查检验项目	一级	无	80%
	二级	无	
	三级	880元	
报销限额	(1) 随用人单位参加职工医保人员及以个人身份参加职工医保二档人员：患有高血压或患有糖尿病的年报销限额为 1400 元/人·年，同时患有高血压和糖尿病的报销限额为 2800 元/人·年。(2) 以个人身份参加职工医保一档人员：患有高血压或患有糖尿病的年报销限额为 1000 元/人·年，同时患有高血压和糖尿病的报销限额为 2000 元/人·年。		

三、医疗救助（共 3 问）

30.问：我区医疗救助对象的范围包括哪些？

答：分为三类人群：

一是重点救助对象。范围包括城乡低保对象、特困供养人员（含城市“三无”人员和农村五保对象、城乡孤儿和事实无人抚养困境儿童）；

二是低收入救助对象。范围包括在乡重点优抚对象（不含 1-6 级残疾军人）、城乡重度（一、二级）残疾人员、民政部门建档的特殊困难人员（包括城镇低收入家庭 60 周岁以上的老年人）；

三是因病致贫重病患者。范围包括发生高额医疗费用、

超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者。

31.问：普通疾病的医疗救助包括哪些？

答：分为门诊和住院救助两种情况：

一是普通疾病门诊救助

（1）对城市“三无”人员、城乡孤儿、事实无人抚养困境儿童、农村五保对象以及城乡低保对象中的 80 岁以上老年人和需院外维持治疗的重残重病人员，每年给予 800 元的限额门诊救助；

（2）对限额门诊救助对象以外的城乡低保对象和在乡重点优抚对象（不含 1 至 6 级残疾军人），每年给予 300 元的限额门诊救助。

二是普通疾病住院医疗救助

（1）重点救助对象：在一、二级医疗机构住院，医保报销后，属于医保政策范围内的自付费用，按 80%的比例给予救助；在三级医疗机构住院，按 70%的比例给予救助；

（2）其他救助对象：在一、二级医疗机构住院，医保报销后，属于医保政策范围内的自付费用，按 70%的比例给予救助；在三级医疗机构住院，按 60%的比例给予救助；

（3）全年救助封顶线为 12000 元。

32.问：重特大疾病的医疗救助包括哪些？

答：分为特殊病种和大额费用两种情况：

一是特殊病种医疗救助

（1）特殊病种：肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、严重多器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、再生障碍性贫血、终末期肾病（尿毒症）、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、重性精神病（精神分裂症、狂躁症、焦虑症等肇事肇祸精神病）、血友病、肝肾移植前透析和手术后抗排异治疗、白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、重症甲型 H1N1、1 型糖尿病、甲亢、唇腭裂、地中海贫血；

（2）报销比例：特殊病种住院治疗或门诊化疗、透析、输血治疗的医疗费用，经医保报销后，属于医保政策范围内的自付费用，重点救助对象、在乡重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人）按 70% 的比例救助；其他救助对象，按 60% 的比例救助；

儿童急性白血病和先天性心脏病按照《重庆市人民政府办公厅转发市卫生局等部门关于开展儿童重大疾病医疗保障试点工作实施意见的通知（渝办发〔2010〕263 号）》关于治疗定额付费标准和医疗救助标准实施救助；

（3）年救助封顶线（含住院和门诊）10 万元。

二是大额费用医疗救助

（1）特殊病种以外的其他疾病，在二级及以上医疗机构一次住院治疗费用（医疗保险政策范围内费用）超过 3 万元的，经医保报销后，属于医保政策范围内的自付费用，重

点救助对象、在乡重点优抚对象（不含1—6级残疾军人）按70%的比例救助；其他救助对象按60%的比例救助；

（2）年救助封顶线6万元；

（3）救助对象因违法犯罪、打架斗殴、酗酒、吸毒、交通事故等导致的重大疾病所发生的医疗费用不属于城乡医疗救助范围。

四、生育保险（共4问）

33.问：哪些人可以参加生育保险？生育保险是否可以个人单独参保？

答：随用人单位参加职工医保的人员，应同步参加生育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，个人不需要缴费；2017年我市生育保险与职工医保合并实施后，生育保险费并入职工基本医疗保险费，统一征缴。

生育保险只能随单位参保，个人无法购买，不能个人单独参保。

34.问：参保职工何时可享受生育保险待遇？

答：参保单位职工从参保单位为其连续足额缴满6个月生育保险费的次月起按照规定享受生育保险待遇。

35.问：生育医疗费用如何报销？

答：参保人需持本人居民身份证、社保卡或医保电子凭证、生育服务证等材料，在就近的医疗机构办理生育登记备案，备案后才可享受生育保险医疗费用（产前检查费、计划生育医疗费、遗传病基因检测费、生育及并发症医疗费）联网报销，符合政策规定的，按生育保险限额方式结算，超过限额部分，可以使用职工基本医疗保险个人账户结算。

异地发生的未联网结算的生育医疗费用，由参保人先行垫付，事后进行手工报销。生育医疗费手工报销及生育津贴申请材料由用人单位向参保地医疗保险经办机构提交。

36.问：生育保险待遇有哪些？报销标准是多少？

答：女性可以享受的生育保险待遇有：

（1）产前检查费；（2）符合政策分娩、终止妊娠的生育医疗费或计划生育手术费用；（3）生育并发症医疗费；（4）生育生活津贴；（5）遗传疾病基因检测费。

报销标准详见下表：

序号	项 目			一级 医院	二级 医院	三级 医院	备 注		
一	产 前 检 查			300	400	500	限额支付（低于限额的 按实报销）		
二	符合政策分娩 或终止妊娠		顺产或7个月 以上引产	1200	1400	1500			
		医疗 费	难产（产钳助 产、胎吸）	1800	2000	2100			
			剖宫产	2500	3000	3100			
			宫外孕	2500	3000	3100			
			怀孕4个月以 上7个月以下 流产或引产	650	800	850			
			怀孕4个月以 下流产	150	200	250			
三	生育并 发症医 疗费	限额 500 元内（含，下同）		500		限额支付（低于限额的 按实报销）			
		超过限额 部分	500 元—1500 元	生育保险基金支付 80%		累计分段按比例支付			
			1500 元—2500 元	生育保险基金支付 70%					
			2500 元—3500 元	生育保险基金支付 60%					
			3500 元以上	生育保险基金支付 50%					
四	计划生 育手术 费	放置（取出）宫骨节 育器		45	50	65	限额支付（低于限额的 按实报销）		
		皮下埋植术		50	70	80			
		取下皮下埋植术		45	55	65			
		绝育手术		90	100	110			
		输卵管结轧术		400	550	700			
		输精管结轧术		250	350	500			
		复通手术		1600	1800	2000			
		符合政策实施人工流 产手术		150	200	250			
五	生育生 活津贴	产假类别		正常 生育	难产	N 胎 胎 生 育	四 个 月 以 下 生 育	宫 外 孕	四 个 月 以 上 引 、 流 产
		产假标准		128 天	+15 天	+N×15 天	15 天	30 天	42 天
		津贴计算		生育津贴=生育上年度单位月平均工资÷30 天×应享受 产假天数					

例：周某是某单位女职工，在某三级医院顺产生下一活婴，本次住院医疗总费用共计 5000 元，其中 1500 元医疗费用直接在出院结算时享受联网报销；产前检查费用共计 800 元，符合报销 500 元，报销金额为 500 元；顺产产假为 128 天，该参保人员所在单位上年度月平均工资为 6000 元，核算该参保人员的生育津贴为 $6000 \div 30 \times 128 = 25600$ 元。

五、长期护理保险（共 14 问）

37.问：长期护理保险是指什么？从什么时候开始施行？

答：长期护理保险（以下简称长护险）是一项为失能人员提供长期护理服务保障的措施。

失能人员，是指因年老、疾病、伤残等原因，导致人体的某些功能部分或全部丧失，从而正常的活动能力受到限制或缺失的人员；

长期护理，是指在持续一段时间内，由他人给失能人员提供一系列基本生活照料和与之密切相关的医疗护理。

长护险政策 2019 年开始在我市试点，先期试点范围包括大渡口区、巴南区、垫江县和石柱县 4 个区县。从 2022 年 1 月 1 日起，试点扩大到重庆市全市范围。

38.问：长护险政策覆盖哪些人群？是不是可以自己选择是否参保长护险？

答：长护险覆盖我市所有区县职工医保参保人群。参加我市职工医保时必须同步参加我市长护险，不能选择不参加长护险。

39.问：在职职工长护险个人缴费标准是多少？怎样缴费？

答：在职职工的单位、个人缴费部分均以个人职工医保缴费基数为基数，分别按每人每月 0.1% 的费率缴纳。其中，个人缴费部分按月从其职工基本医疗保险个人账户中代扣代缴，单位缴费部分按月从医保基金中划拨。

40.问：以个人身份参加职工医保人员长护险的缴费标准是多少？怎样缴费？

答：按上年度全市在职职工医保实际平均缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 的费率缴纳。2022 年其缴费标准为 122 元/年·人。

缴费方式如下：

（1）参加职工医保一档的，由个人在按年缴纳医保费时同步一次性缴纳；

（2）参加职工医保二档的，每月从职工医保个人账户中代扣代缴。

41.问：正常享受职工医保退休待遇人员长护险的缴费标

准是多少？怎样缴费？

答：以上年度全市在职职工医保实际平均缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 费率缴纳。其中个人承担 0.1%，医保基金承担 0.1%。2022 年其缴费标准为 122 元/年·人，个人缴费部分为 61 元/年·人。

缴费方式如下：

（1）享受以个人身份参加职工医保一档待遇退休的，在按年缴纳职工大额医保费时同步一次性缴纳；

（2）其他人员按月从其职工基本医疗保险个人账户中代扣代缴。

42.问：享受长护险待遇的条件有哪些？

答：需要同时满足以下条件：

（1）经失能评估机构评估，失能等级达到重度失能；

（2）职工医保累计缴费满 15 年（含视同缴费年限）：缴满 15 年的，从评估结论下达的次月起开始享受待遇；未缴满 15 年的，需按不足年限一次性补缴长期护理保险费，从补足保费的次月起开始享受待遇。计算方式为：评估结论做出时当年以个人身份参加职工医保参保人员的长护险缴费标准×不足年限（2022 年度的补足缴费标准为 122 元/年·人）。

43.问：申请失能评估需要满足哪些条件？

答：应当同时满足以下条件：

(1) 申请时参保人应有含申请当月前连续参加我市职工医保 24 个月（含）以上的参保缴费记录（含视同缴费年限）；

(2) 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月（含）以上；

(3) 自行评估达到我市失能评估管理办法要求的 E、F、G 级；

(4) 距离上一次结论出具日期 6 个月（含）以上。

44.问：如何申请失能评估？

答：可通过以下两种方式申请失能评估：

一是线上申请：登录重庆医保 APP 中的居民长护险服务栏填报申请评估；

二是线下申请：到各区县长护险委托承办机构的经办窗口进行申请。一般来说，采取就近原则，即居家个人护理或居家上门护理的，在常住地区县进行申请；机构集中护理的，选择机构所属地区县进行申请。

45.问：申请失能评估时需要提供什么资料？

答：需要提供以下资料：

(1) 《长期护理失能等级评估申请表》；

(2) 《长期护理失能等级自评表》；

(3) 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6

个月（含）以上的病历资料或其它相关证明材料（原件查验后退还，通过网络提交的，在现场评估时查验原件）；

（4）评估对象身份证明材料（原件查验后退还）。

46.问：整个评估工作的时限为多长？

答：评估流程为：申请、受理、现场评估、集中评估、公示、结论送达。整个评估工作在接到有效申请的次月完成。情况复杂的，最长不超过 60 天。

47.问：长护险待遇享受方式有哪些？标准为多少？

答：待遇享受人员可自愿在三种服务方式中选择：居家个人护理、居家上门护理、机构集中护理。

（1）居家个人护理指的是：由待遇享受人本人或监护人指定的个体服务人员，提供符合政策规定的护理服务，待遇标准为 40 元/日·人；

（2）居家上门护理：由待遇享受人本人或监护人指定的长护护理机构，上门提供符合政策规定的护理服务，待遇标准为 50 元/日·人；

（3）机构集中护理：由待遇享受人入住由本人或监护人指定的长护护理机构，提供符合政策规定的护理服务，待遇标准为 50 元/日·人。

48.问：长护险享受的待遇费用怎么结算？

答：护理待遇按日计算，由委托承办机构与长护护理机构、居家个人护理个体服务人员按月结算护理费用。

49.问：什么情况下，待遇享受人应当停止待遇享受？

答：有以下两种情况：

一是待遇享受人经治疗康复后，不再达到失能评估标准的，从次月起停止享受待遇；

二是待遇享受人死亡后，从死亡次日起停止享受待遇。

50.问：对于待遇享受人失能情况发生变化的情况，怎样进行监管？

答：长护险采取动态管理评估模式，经动态管理评估失能等级不符合条件的，按规定停止待遇享受。待遇享受人及其家属要积极配合长护险经办机构的日常巡察监管工作。

六、基金监管举报（共8问）

51.问：涉及定点医疗机构的欺诈骗保行为主要包括有哪些？

答：主要有以下几种情况：

- （1）违反物价管理规定收费；
- （2）允许或协助患者冒名就医，医患勾结或隐瞒不报；
- （3）通过串换药品、耗材、物品、诊疗项目等手段，

将医保基金支付范围以外的医疗费用纳入支付范围；

（4）虚列项目，虚增费用纳入医保基金支出；

（5）虚构医疗服务，伪造医疗文书和票据等资料，骗取医保基金；

（6）为非定点医疗机构提供刷卡记账服务或将非定点医疗机构发生的费用纳入医保基金结算；

（7）为参保人员提供虚假发票；

（8）为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇；

（9）挂名住院；

（10）诱导参保人住院的；

（11）其他法律法规和协议禁止的行为。

52.问：涉及定点零售药店的欺诈骗保行为包括有哪些？

答：主要有以下几种情况：

（1）将医保基金支付范围以外的物品纳入医保基金结算；

（2）通过虚设项目套取基金；

（3）为非定点医疗机构提供刷卡记账服务或将非定点零售药店发生的费用纳入医保基金结算；

（4）为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出的；

（5）为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；

(6) 诱导参保人购买化妆品、生活用品等医保基金支付范围以外物品的。

53.问：涉及针对参保人员的欺诈骗保行为包括有哪些？

答：主要有以下几种情况：

(1) 冒用、伪造他人的医疗保障待遇凭证在定点医药机构就医购药；

(2) 提供伪造、变造的票据或者有关证明材料骗取医保基金；

(3) 将本人医疗保障凭证出借给他人或定点医药机构使用，或者将本人的医疗保障待遇转让他人享受；

(4) 非法使用医疗保障凭证套现，以及套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的；

(5) 故意隐瞒第三人赔偿责任，同时获取第三人医疗费用赔偿和医保基金支付的；

(6) 其他法律法规禁止的行为。

54.问：涉及医疗保障经办机构人员的欺诈骗保行为有哪些？

答：主要有以下几种情况：

(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) 违反政策法规或协议规定支付医疗保障费用的；
- (3) 监守自盗、内外勾结骗取医保基金的；
- (4) 其他法律法规禁止的行为。

55.问：可以通过哪些途径和方式进行举报？

答：举报人可由本人或委托他人采取当面、信函、电话等方式进行实名举报或匿名举报。当面举报的，由举报人签字确认。

大渡口区医疗保障局打击欺诈骗取医保基金专项行动举报电话为 023-68871228；举报信及相关书面举报资料可邮寄至大渡口区医疗保障局服务监督科（重庆市大渡口区松青路 80 号，邮编 400000）；现场举报地址为大渡口区医疗保障局服务监督科（重庆市大渡口区松青路 80 号）。

56.问：举报有奖励吗？要如何才能获得举报奖励？

答：举报是有奖励的，需要同时满足以下四个条件：

一是举报人明确表示愿意得到举报奖励；

二是有明确的被举报对象和具体欺诈骗保行为；

三是举报人提供的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握；

四是举报情况经查证属实，已造成了医保基金损失或因举报避免医保基金遭受损失。

57.问：举报奖励的标准是怎样的？

答：可以分为以下几种情况：

（1）举报人举报欺诈骗保事项经查证属实，坚持精神奖励与物质奖励相结合原则，根据查证属实金额和举报人贡献大小给予适当奖励。每一举报案件奖励额度最低 500 元，最高不超过 10 万元。举报奖励资金，原则上应当采用非现金方式支付。

（2）举报奖励根据举报证据与违法事实查实结果，按照查实违规费用的 2% 进行奖励。如能详细提供被举报单位（人）的基本信息及其违法事实，已直接掌握证据并协助执法部门查处，举报情况与违法事实完全相符，按查实违规费用的 3% 进行奖励。

（3）举报人为定点医药机构内部人员或原内部人员的，按查实违规费用的 2.5% 进行奖励。如能详细提供被举报单位（人）的基本信息及其违法事实，已直接掌握证据并协助执法部门查处，举报情况与违法事实完全相符，按查实违规费用的 3.5% 进行奖励。

（4）举报人为定点医药机构竞争机构及其工作人员，按查实违规费用的 2.5% 进行奖励。如能详细提供被举报单位（人）的基本信息及其违法事实，已直接掌握证据并协助执法部门查处，举报情况与违法事实完全相符，按查实违规

费用的 3.5% 进行奖励。

（5）对举报人举报团伙性、全市性欺诈骗保线索，并能提供一定的直接证据，且已造成较大社会影响或者可能造成重大社会影响的，经查实，奖励金额原则上不少于 1 万元。

58.问：举报有泄密的风险吗？

答：医疗保障局依法保护举报人合法权益，不得泄露举报人相关信息。因泄露举报人相关信息损害举报人利益的，按相关规定处理。同时严禁虚假举报，举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法承担相应责任。让我们携起手来，共同发动一场打击欺诈骗保的“人民战争”，维护好医保基金的安全，推动我区医疗保障事业的健康发展！

政策咨询电话

居民医保参保咨询电话：（023）68082553

职工医保参保咨询电话：（023）68082553

待遇报销咨询电话：（023）68906258

医疗救助咨询电话：（023）68875636

生育保险咨询电话：（023）68950805

长期护理保险咨询电话：（023）68563800

基金监管投诉咨询电话：（023）68871228