医保小知识

1. **基本医疗保险**是国家立法实施的覆盖城乡全体就业和非就业人口，公平普惠保障人民群众基本医疗需求的制度安排，包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

2. **基本医保待遇政策**主要分为门诊待遇、住院待遇。

3. **职工基本医保个人账户**只能用于支付在定点医疗机构或定点零售药店发生的，符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围内的医药费用。个人账户原则上不得提取现金，禁止用于医疗保障以外的其他消费支出。

4. **居民医保的待遇**主要包括住院和门诊特殊病待遇、门诊慢性病、门诊统筹待遇。与职工医保相比，由于居民医保没有建立个人账户，因此普遍建立了门诊统筹，对门诊发生的符合规定的药品和诊疗费用由门诊统筹基金支付，以减轻参保居民医药费用负担。

5. **个人自付**是指实际发生的医疗费用中，属于政策范围内费用并扣除基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助等报销后由个人支付的部分。

6. **个人自费**是指实际发生的医疗费用中不属于政策范围内费用而由个人支付的部分，包含基本医保目录范围外药品和诊疗项目（耗材）费用、超限价标准项目（耗材）费用以及按规定不予支付的医疗服务设施费用。

7. **欺诈骗保**是指定点医药机构、医保经办机构以及参保个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的行为。

8. **定点医疗机构及其工作人员欺诈骗保行为**：

一是虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保障基金的；

二是为参保人员提供虚假发票的；

三是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；

四是为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

五是为非定点医药机构提供刷卡结算服务的；

六是违反医疗保障身份凭证实名制管理要求，为冒名就医或住院提供服务，骗取医保基金的；

七是串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医疗保障基金支出的；

八是定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗保行为。

9. **参保人员欺诈骗保行为：**

一是伪造假医疗服务票据，骗取医疗保障基金的；

二是将本人的医疗保障身份凭证转借他人就医或持他人医疗保障身份凭证冒名就医的；

三是非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等的；

四是涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。

10.**不纳入基本医保基金支付范围的医疗费用**：

一是从工伤保险基金中支付的；

二是应当有第三人负担的；

三是应当由公共卫生负担的；

四是在境外就医的。