

全民参保百问百答

淮安市医疗保障局

目 录

参保意愿类

- 一、为什么要参加基本医保，参加医保有什么好处？1
- 二、青壮年群体身体健康还需要参保吗？4
- 三、现在身体健康先不缴，等到生病了再参加居民医保可以吗？6
- 四、每年都参保，没使用是不是就吃亏了？7
- 五、医保仅对大病有用，日常小病小痛自己能负担得起，得大病的概率又低，有必要参保吗？8
- 六、大学生为什么要参加居民医保？9
- 七、孩子出国留学了，居民医保还需要继续缴纳吗？10
- 八、年纪大了，还有必要参保吗？10
- 九、脱贫人口、低收入人口等经济脆弱群

体，有必要参保吗？	11
十、多子女家庭能不能只给老人、小孩参保？	11
十一、在外地工作应参加哪类医保？ ...	12
十二、参保是自愿的还是强制的？	12
十三、如果不参保，会有什么影响？ ...	13

参保缴费类

十四、2026 年度淮安城乡居民医保个人缴费标准是多少？	18
十五、在线缴费时该选择“2025 年”还是“2026 年”？	18
十六、首次参加居民基本医疗保险，可以直接缴费吗？	18
十七、为什么居民医保筹资标准需要提高？	19
十八、缴纳的居民医保费都用在哪些方面？	20
十九、城乡居民错过集中征缴时间还可以参保吗？	22

二十、短期经济困难,无力及时缴纳保费,今年先不交医保可行吗?	22
二十一、跟以前的新农合相比,现在的居民医保是不是太贵了?	23
二十二、城乡居民大病保险需要单独缴费吗?	26
二十三、缴费后还能办理退保退费吗?	26
二十四、如何查询缴费记录?	27
二十五、为什么医保不能和车险交强险一样,不出险降低点费用?	28
二十六、居民医保与职工医保有哪些不同?	28
二十七、可以在两地同时缴纳城乡居民医保,享受双重保障吗?	30
二十八、城乡居民医保缴费异常应怎样办理?	30
二十九、城乡居民医保缴费方式有哪些?	31
三十、职工医保个人账户可为哪些近亲属缴纳居民医保费?	31

三十一、新生儿什么时候可以办理参保？	32
三十二、大学生参保缴费标准是多少？怎样参保缴费？	32
三十三、老年人参加居民医保有优惠吗？	33
三十四、老年群体、出行不便人群，线下跑腿太麻烦，线上又不会操作怎么办？	33
三十五、流动人口不在老家，应如何参保？	33
三十六、怎么判断是否属于连续参保？	34
三十七、什么时间缴纳居民医保费？缴费后什么时间享受医保待遇？	34
三十八、集中缴费期后还能缴费吗？待遇享受期有区别吗？	35
三十九、今年的居民医保参保有哪些特别要注意的？	35
四十、反正过了集中缴费期也能参保，等别人都参保了，再办理也不晚吧？	36
四十一、集中缴费期内，新增低收入困难	

群众也有资助政策吗？	36
------------------	----

参保流程类

四十二、居民医保只能在户籍所在地参保吗？	40
四十三、哪些人群应当参加城乡居民基本医疗保险？	40
四十四、如何帮助家人缴纳居民医保费？	40
四十五、在常住地和就业地参保有什么新规定？	41
四十六、为什么要激活医保码？	41
四十七、如何为老人、孩子绑定医保码？	42
四十八、参保人员在办理参保时，没有登记信息怎么办？	43
四十九、之前参加过城乡居民医保，还需重新办理参保登记吗？	44
五十、什么是亲情账户，亲情账户可以给家人代缴居民医保费用吗？	44

五十一、什么是职工医保个人账户家庭共济？	45
五十二、职工医保个人账户家庭共济应该怎么办？	45
五十三、脱贫人口和困难人口，还能享受全额资助政策吗？	46
五十四、大学生医保怎么报销？	46
五十五、大学生在家参保还是在学校参保呢？	47
五十六、大学生毕业后如何继续参保？	48
五十七、低收入困难群众参加居民医保有什么优惠政策吗？	49
五十八、灵活就业人员可以参加什么类型的医疗保险？	49
五十九、参加居民医保的人员若中途就业参加职工医保，居民医保如何衔接？	50

保障内容类

六十、参加居民医保能保什么？能报销多少钱？	52
-----------------------------	----

六十一、急诊费用可以报销吗？	57
六十二、意外伤害能报销吗？为什么有些人报不了？	57
六十三、什么是门诊特殊病，门诊特殊病和普通门诊有何区别？	58
六十四、哪些人可以办理门诊特殊病认定呢？	58
六十五、参保人员如何申请门诊特殊病资格？	59
六十六、新生儿参保有哪些便民举措吗？	59
六十七、参加居民医保后能否享受生育医疗费用报销？	60
六十八、医疗救助对象的范围有哪些？ .	60
六十九、医保药品目录中的甲类、乙类药品有什么区别？	61
七十、为什么要设门诊起付线？到什么等级医疗机构就医报销最高？	62
七十一、为什么有时目录内的药品，医保不给报销？	62

七十二、为什么有的医保目录内的药品在 基层医疗机构买不到?	64
七十三、不能享受医保报销政策的情形有 哪些?	64
七十四、新生儿参保是自出生之日起享受 一年医保待遇吗?	65
七十五、新生儿参保可以享受哪些优惠政 策?	66
七十六、老年人患慢性病需要长期吃药, 在村卫生室看病拿药,医保能当场报销吗?	66

保障水平类

七十七、居民医保的连续参保激励政策是 什么?	68
七十八、常说的医保起付线和封顶线是什 么意思? 为什么要设置起付线和封顶线? ...	68
七十九、交了医保,看病时医疗费用真的 更低吗?	69
八十、参加医保可以缓解看病贵问题 吗?	70

异地就医结算类

- 八十一、异地就医人员有哪些?72
- 八十二、大学生假期在家里可以使用医保
吗?72
- 八十三、参加居民医保,在外地住院能报
销吗?73
- 八十四、办理异地就医是什么流程? ...73

报销类

- 八十五、如何享受一站式结算报销? ...76
- 八十六、可以直接使用家人的医保卡就医
吗?76
- 八十七、是否必须去定点医院就医才能报
销?76
- 八十八、以前因材料不全、等待时间长、
流程复杂导致报销疲惫不堪,现在还这样
吗?77

等待期类

- 八十九、为什么专门设定居民医保非集中缴费期缴费和断缴人员的等待期?80
- 九十、以前新农合有个人账户,现在居民医保为什么没有?80
- 九十一、新生儿参保是否有等待期? ...81
- 九十二、现役军人转业后,参加医保有等待期吗?81

基金安全类

- 九十三、年年交医保,从来没用上自己交的钱会被滥用吗?84

医保与商保类

- 九十四、买了商业学生意外保险(学生平安险),还需要参加医保吗?88
- 九十五、只买学生商业学生意外保险(学生平安险),不买医保会有什么风险?88
- 九十六、为什么医保的费用相对商业学生意外保险(学生平安险)较高?89

- 九十七、已经参加了医保，还可以买商业学生意外保险（学生平安险）吗？90
- 九十八、商业保险（如学生平安险、百万医疗险）可以替代医保吗？90
- 九十九、居民医保与商业学生意外伤害险有什么不同？91
- 一百、参加了当地的惠民保，还需要参加医保吗？92

参保意愿类

一、为什么要参加基本医保，参加医保有什么好处？

习近平总书记强调，“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧。”目前，我国已基本实现全民医保，建成了世界上最大的基本医疗保障网。国家鼓励全民参加基本医保，是为了维护全体居民的健康权益。基本医保不分年龄、不论病史为广大群众提供了基本、可靠和安全的医疗保障，确保广大群众能够及时就医，医疗费用能够得到分摊，参加基本医保能有效防范“因病致贫、因病返贫”风险。我国医保优势很多，以居民医保为例，具体体现在五个方面：

一是防风险。2024年参保居民医保人员平均住院率21.7%，而2024年全国居民医保三级、二级、一级及以下医疗机构（含未定级）的次均住院费用分别为11956元、5852元、2730元，10年居民医保参保费用加起来都不及一次住院报销费用。

二是保障全。参加居民医保后不仅享受基

本医保门诊报销、门诊特殊病报销、住院报销，还能同时享受大病保险报销，城乡居民因大病住院无需申请自动报销，所以很多居民有受益却没感觉，困难群众还可以享受医疗救助。此外，医保部门还能监督医疗机构规范诊疗行为，防止过度诊疗等违法违规行为。

三是成本低。按照目前居民医保缴费标准，平均每天 1.2 元，每月 30 多元，群众能用低成本获得对自己健康的保障。

四是补助多。所有参保群众都能享受国家普惠性参保财政补助，参保是自己交小头，国家补大头，2025 年我市人均财政补助标准增加 30 元，达到每人不低于 730 元，年财政补助达 26.4 亿元。对于符合条件的困难群众，我市还资助参保，每年超过 42 万人。

五是服务好。除特殊情况外，参保人无需拿着一堆票据来回奔波进行手工报销，在定点医药机构可以享受直接结算的便捷，还可异地就医，只需线上或线下提前备案，即可在外地就医直接结算。而且我市已放开参保户籍限

制，大家可以凭居住证在常住地参加居民医保。

二、青壮年群体身体健康还需要参保吗？

需要。理由如下：

一是从为自己着想的角度考虑，青壮年要积极参加医保。人吃五谷杂粮，谁也不能保证不生病。疾病风险的不确定性和偶发性，是谁也无法掌控的。从中青年住院率数据看，除了15-24岁年龄段低于10%外，其他年龄段均在10%以上。次均费用均在7000元以上，最高费用甚至达到几百万元。一场突如其来的大病，导致家底一夜掏空，后续的治疗费只好求助亲朋好友，这样的案例确实也在我们身边真实发生过。青壮年不缴纳医保，就像是在社会上“裸奔”，抗风险能力极其脆弱，一旦发生疾病和意外，给自己和家庭带来的就是灾难性的重创。参加基本医保，就是给自己加了一道保障，极大增强了抵抗疾病风险的能力。

二是从减轻经济负担的角度考虑，青壮年

要积极参加医保。个人花 440 元购买一年的基本医疗保险，平均每天仅需一块多钱，就能给自己和家人买一份安心和保障，这个账其实很好算。如果在单位就业，还应依法参加职工医保，保障程度更高，且个人账户还可以为参保近亲属家庭共济使用。现在住院一次要花费几千元，如果不参加医保、这些费用都要个人自己承担，对于每个人、每个家庭都是一笔不小的开支。很多青壮年都是家庭的主要劳动力和收入来源，一旦生病就会影响家庭收入。一年缴纳 440 元、住院一次报销的钱就远超自己十多年缴纳的医保费。居民医保作为政府主办的社会医疗保险，不以营利为目的，是一项惠民性政策。对于广大参保人来说，这是国家给予的民生保障，是参与国民收入二次分配的一个途径。

三是从对家人和社会负责的角度考虑，青壮年要积极参加医保。基本医疗保险坚持公平普惠，通过大数法则分散疾病带来的风险，实现全体参保人中患病与健康人群之间的互助

共济。有的人认为自己身体好、不会生病，缴费就算白交了，只给家里老人和孩子缴纳医保。青壮年是家庭顶梁柱，倒下就会给家庭带来极大的负担。另外如果大家都这么想、这么做，只给老人、孩子和有病的人缴纳医保，医保基金就会收不抵支、医保制度就不可持续，自己的老人、孩子生病了也就无法享受医保待遇。人人为我，我为人人。自己不生病，但缴纳的医保费实际上是在给自己的老人、孩子和其他生病的人使用；同样，当自己需要看病报销时，其他不生病的人缴纳的医保费也给自己使用了。参加基本医保是负有社会责任感的具体体现，众人拾柴火焰高、众人划桨开大船，参保缴费就是大家团结一心、你我互帮互助，共同抵御风险。

三、现在身体健康先不缴，等到生病了再参加居民医保可以吗？

不可以！对于未在集中征缴期完成居民医保参保手续以及中断缴费后重新参保的人员，

实行 2 个月的等待期。在此期间，即使已缴纳保险费用，也需等待 2 个月后才能享受报销待遇，期间产生的医疗费用将不予报销。疾病不等人，为避免在生病时没有保障，建议在集中缴费期就进行缴费，按时完成参保手续，对于连续参保 4 年的人员，之后每多缴 1 年，居民大病保险报销封顶线提升 5000 元。

参保缴费好比买彩票，不能开奖了再买；买车险，不能撞车了再投保。大家都生病了再参保，那就没有医保了，对正常参保的人也不公平。

四、每年都参保，没使用是不是就吃亏了？

不吃亏，不生病才是最大的福气！首先，参加医保所获得的不仅是一份保障，还援助了他人，对缓解他人的困境作出了积极贡献，这既是中华民族儿女互帮互助的优良传统，更是积德的善举。其次，自 2025 年起，我市将对未使用基金报销的居民医保参保人实施激励措

施，若在当年未发生报销，次年将根据规定提升居民大病保险的最高支付限额 5000 元。第三，对于持续参保的个人，也有相应的激励政策，连续参保满四年之后，从第五年开始，每多参保一年，根据规定可提升居民大病保险的最高支付限额 5000 元。正如购买车险，是对未来风险的一种预防和准备，没用上说明我们又平平安安、健健康康地度过了一年。

五、医保仅对大病有用，日常小病小痛自己能负担得起，得大病的概率又低，有必要参保吗？

有必要。概率低不等于 0 概率，既然有概率，落到每个人头上都是 100%，谁能保证自己不是那个 100%？个人花 400 多元购买一年的基本医疗保险，平均每天仅需一块多钱，就能给自己和家人买一份安心和保障，这个账其实很好算。现在住院一次医保也能报销几千元，如果不参加医保，这些费用都要个人自己承担，对于每个人、每个家庭都是一笔不小的

开支。很多青壮年都是家庭的主要劳动力和收入来源，一旦生病就会影响家庭收入。一年缴纳 400 多元，住院一次报销的钱等于花了自己十多年缴纳的医保费。居民医保作为政府主办的社会医疗保险，不以营利为目的，是一项惠民性政策。对于广大参保居民来说，这是国家给予的民生保障。

六、大学生为什么要参加居民医保？

《基本医疗卫生与健康促进法》规定，公民有依法参加基本医疗保险权利和义务，大学生作为公民，也应该依法参加基本医疗保险。

大学生是社会的中坚力量，虽然发病率较低，但疾病也有可能让一个家庭陷入深渊。一旦得了大病，大学生没收入，更需要医保。参加居民医保能为大学生提供健康保障，解除医疗疾病后顾之忧，切实减轻学生及家庭的经济负担。对学校而言，学生参加医保，也有利于维护学校安全稳定，更好保障学生身体健康，促进人才培养。

七、孩子出国留学了，居民医保还需要继续缴纳吗？

需要。留学期间，建议正常缴纳国内的居民医保，按照规定，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期2个月。也就是说，如果孩子在境外期间没有参加国内医保，回国后一旦生病，再参保就需要等待2个月，才能享受医保报销政策。为了孩子回国后看病报销不受影响，即使人在境外，也千万不要忘了按时参加国内医保。

八、年纪大了，还有必要参保吗？

有必要。老年阶段是健康保障的关键时期，现代医疗技术已能有效改善老年常见病、慢性病的治疗效果，显著提升生活质量。医保不仅覆盖日常门诊，住院费用，还包含高血压、糖尿病等慢性病管理服务，可大幅减轻家庭经

济负担。疾病风险不分年龄，参保是对自身健康的重要保障，也是避免“因病致贫”的理性选择。建议积极参保，安享政策福利与晚年健康。

九、脱贫人口、低收入人口等经济脆弱群体，有必要参保吗？

有必要。建议坚持缴纳，越是经济脆弱的群体越应该参保，因为一旦发生风险，产生的医疗费用可能是保费的几十倍甚至上百倍。医保是防止因病致贫返贫的关键防护网，持续参保才能有效抵御突发重病风险，防止因病返贫致贫。我市对医疗救助对象和丧失劳动能力的残疾人等困难群体给予全额资助参保。

十、多子女家庭能不能只给老人、小孩参保？

不能。每个人都有生病的概率，家庭人口越多，发生疾病的概率累加后风险越高，更有必要全家参保。家庭中有参加职工医保的，可

利用职工医保的个人账户为近亲属代缴医保费用。

十一、在外地工作应参加哪类医保？

与单位有稳定劳动关系的，应随单位参加职工医保，由单位和个人共同缴费。其他劳动者可以灵活就业人员身份缴费参加职工医保，也可参加就业地居民医保，在个人缴费基础上享受居民医保财政补助。还可选择参加户籍地基本医保，进行异地就医备案后，在工作地看病直接报销。

十二、参保是自愿的还是强制的？

中国公民应该依法参保《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第八十二条规定：“公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务”。依法参保既是您的权利，更是您的义务。“依法参保、覆盖全民”，这是党中央、国务院对人民群众健康和医疗保障工作的高度重视，

也是为了减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。“没有健康的身体，一切无从谈起”。建议您树立健康风险意识，转变观念，依法参保。

十三、如果不参保，会有什么影响？

如果不参保将失去：

1.失去财政补贴 730 元。

2.失去普通门诊保障待遇。目前我市已建立居民医保普通门诊统筹，参保人每个年度可以享受 300 元的门诊报销待遇，报销比例达到 50%，一些常见病的日常用药完全可以通过门诊解决。

3.失去门诊特殊病待遇。目前我市居民门诊特殊病病种达到 33 种，如果不参保，将失去门诊特殊病待遇。

4.失去住院报销待遇。我市居民医保住院封顶线 24 万元，政策范围内报销比例达到 70% 左右。

5.失去居民大病报销待遇。居民大病保险

不用另行缴费，参加基本医保，自动享受大病报销待遇。

6.失去医疗救助待遇。医疗救助的方式是对救助对象经基本医疗保险、大病保险和其它补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承担的符合规定的基本医疗自负费用给予补助。

7.失去医保监管的帮助。有医保监管的情况下，医疗机构和医务人员医疗行为相对更加规范，过度医疗和医疗不足远远少于医保外诊疗行为，且一旦遇到医保费用方面的纠纷，可以向医保部门投诉和求助。

8.失去国谈药品和集采药品的价格优惠。创新药通过医保药品谈判进入医保目录后，价格大幅下降。没有医保就享受不到叠加医保报销的优惠价格。

9.失去新生儿的优惠政策。新生儿在出生后90天内参保，可以享受自出生之日的医保报销。

10.失去生育医疗费用报销待遇。不仅参加职工医保可以报销生育医疗费用，参加居民医

保同样可以报销生育医疗费用。

11.失去商保直接结算的机会。很多商保产品与基本医保快速结算，快速理赔，没有基本医保，还需要自己拿着各种单据找商保手工报销。

12.失去其他社会资源机构救助机会。医保与慈善、工会等众多社会组织合作构建多层次医疗保障体系，相关机构会对符合条件的防返贫监测对象开展及时救助。

13.失去“连续参保激励和基金零报销激励”。从2025年起，对连续参保满4年的人员，每多参保1年，即可提高居民大病保险最高支付限额5000元。当年基金零报销人员，次年也可以提高居民大病保险最高支付限额5000元。这个奖励远离于个人缴费的440元。

参保缴费类

十四、2026年度淮安城乡居民医保个人缴费标准是多少？

2026年居民医保个人缴费标准与2025年持平。持居住证参加当地居民医保的群众，也和当地居民按同等标准享有财政补助。

十五、在线缴费时该选择“2025年”还是“2026年”？

2026年居民医保集中征缴期为2025年10月至12月，选择“2026年”缴费的医疗待遇享受时间是2026年1月1日至2026年12月31日。

十六、首次参加居民基本医疗保险，可以直接缴费吗？

可以，但需先进行参保登记。

1.线下办理：携带身份证、户口本、居住证或新生儿《出生医学证明》等有效身份证件至户口所在地或常住地的县区医保经办机构、

镇村两级医保服务站点、乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）党群服务中心等办理参保登记手续。

2.线上办理：参保人可通过江苏医保云APP、江苏政务服务网、淮安市医保局微信公众号等方式线上办理参保登记手续。

十七、为什么居民医保筹资标准需要提高？

城乡居民基本医疗保险采取财政补助和个人缴费相结合的定额筹资模式，近年来，国家不断加大财政投入，动态调整筹资水平，不断优化筹资结构。目前我市财政补助占年度筹资的62%以上。居民医保筹资水平逐年调增，既有稳步提高待遇水平的制度需要，也是应对医药技术快速进步医药费用持续增长、居民医疗需求逐步释放带来的基金支出压力的客观需要，一是医疗费用在增长，根据国家医保局公布的数据显示，近年来医药费用年增幅在11%左右，2023年与2013年相比，全国次均

住院费用由 7442 元上涨到 10316 元，十年间涨幅约 39%；全国次均门诊费用由 206 元上涨到 362 元，涨幅约 75%；全国人均就诊次数由 5.4 次提高到 6.8 次，增幅约 26%。二是医保待遇水平在提高，随着经济社会发展，新医药、新技术广泛应用，药品目录等医保报销范围不断扩大，门诊待遇保障水平持续提高。如果居民医保缴费不增加，还维持在原来的缴费水平，医保基金就会不可持续，新技术、新药品就无法纳入医保报销，群众就医就无法有效保障。只有在每年增加财政补贴的同时，适当提高居民缴费标准，才能有效支撑医保制度可持续发展。

十八、缴纳的居民医保费都用在哪些方面？

近年来，随着医保改革不断推进，居民医保待遇保障水平不断提高，缴纳的医保费全部都用于提高参保居民医保待遇，完完全全是取之于民用之于民。

一是用于扩大医保目录报销范围。扩大医保目录就是增加医保可报销的药品、医疗服务项目、医用耗材的品种等。医保药品目录实行每年动态调整，承受着医疗技术的快速进步，每年都把一些新药品纳入医保目录范围，很多临床必需、价格昂贵的创新药可以报销了，更多的罕见病药物也纳入了报销范围。过去医保目录内药品只有 300 种，而现在医保目录内药品平均每年增加 100 多种，2024 年达到 3159 种。纳入医保的新器械、新耗材、新服务也变多了，例如辅助生殖、人工耳蜗等。

二是用于提高参保居民的待遇保障水平。过去参保居民患有高血压、糖尿病，只有重症患者并达到门诊特殊病标准的才能医保报销，现在居民医保参保的高血压、糖尿病轻症患者也可以按规定享受治疗用药的医保报销待遇。

三是用于提升参保居民的异地就医便捷性。过去参保居民离开本县看病就医，需要办理转诊转院手续并备案，否则医保无法报销，现在跨省异地就医备案直接结算也越来越方

便。

十九、城乡居民错过集中征缴时间还可以参保吗？

可以。居民错过集中征缴期，可以补缴，按缴费标准一次性缴纳当年医保费后，需在等待期满后才可以享受居民医保待遇，等待期期间产生的医疗费用不予报销。享受待遇时间至当年的12月31日。为了保障自身权益，建议在集中缴费期及时完成参保。

二十、短期经济困难，无力及时缴纳保费，今年先不交医保可行吗？

不可行。经济越困难，抵御风险能力越差，越需要参保。疾病发生具有不确定性、心存侥幸中断参保，正好赶上突发疾病的悲剧比比皆是，困难的经济雪上加霜。从2025年开始，断缴再参保会有等待期，而且连续参保满4年的人员可提高大病保险的最高支付限额，如果

断缴，前期积累的连续参保激励将降低，别因为一时困难放弃这么重要的保障。

二十一、跟以前的新农合相比，现在的居民医保是不是太贵了？

2016年起，新农合和城镇居民医保整合为“城乡居民医保”，虽然缴费标准提高了，但实际上我们获得的待遇也在提升：**一**是对群众的保障范围显著拓展。2003年“新农合”建立初期，能报销的药品只有300余种，治疗癌症等重大疾病的用药几乎不能报销，罹患大病的患者治疗手段非常有限。目前，我国医保药品目录内包含药品已达3159种，涵盖肿瘤等慢性病、罕见病、精神病等多个领域。特别是许多新药好药在国内上市后不久就可以按规定纳入医保目录。**二**是各类现代医学检查诊疗技术更加可及。患者享受到的医学检查、诊疗手段朝着数字化、智能化、精准化方向大幅迈进，彩超、CT、核磁共振等高新设备迅速普及，辅助生殖无痛手术、微创手术等过去高高在上、遥不可

及的诊疗技术日益普及并纳入医保报销范围，广大参保患者享受了更加优质的医疗服务。三是群众的就医报销比例显著提高。我市居民医保的政策范围内住院费报销比例达到 70%左右，群众的就医负担明显减轻，而这必然带来医保筹资标准的提高。同时，随着我国人口老龄化程度加深、群众医疗需求的提升、医疗消费水平的提高，也需要加强医保基金筹集，为群众提供稳定可持续的保障。四是对群众的服务能力水平跨越式提升。目前，居民医保参保群众不仅可以在本县（区）、本市、本省份享受就医报销，还可以在定点医疗机构享受跨省住院费用直接结算服务，为广大在异地生活、旅游、工作的群众看病就医提供了坚实保障。此外，我市城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制从无到有，让群众不再为买药钱操心，2025 年我市帮助约 93.57 万城乡居民“两病”患者减轻用药负担超 4483.8 万元。“医疗救助制度”仅 2024 年一年就惠及低收入人口就医超 117.46 万人次，帮助减轻医疗费用负担

超 3.18 亿元。

20 年间，居民医保人均筹资标准虽然增加了 430 元，但医疗保障水平和服务的提升为群众带来的收益却远不是这 430 元可计量的。事实上，为了支撑医保服务能力和水平的大幅度提升，国家在对居民个人每年参保缴费标准进行调整的同时，财政对居民参保的补助进行了更大幅度的上调。2003 年-2025 年，国家财政对居民参保的补助从每年人均不低于 10 元增长到不低于 700 元。一位居民如果在 2017 年-2026 年连续参保，个人缴费共计 3720 元，而 2024 年居民医保次均住院费用 7408 元，也就是说 10 年的医保缴费远不及住一次院的开支。除非保证 10 年没有大病，否则连续的医保缴费是更划算的选择。

在不断完善的医保制度的有力支持下，全国居民就需求快速释放，健康水平显著提升。据统计，2004 年-2024 年，我国医疗机构诊疗人次数从 40 亿人次增长至 101 亿人次；全国居民平均预期寿命从 2000 年的 70.8 岁增长到

2024 年的 79 岁。近 14 亿医保参保人享受更高水平的医疗条件、更大范围的医疗保障、更高比例的医保报销、更为便利的医保服务的背后，是中国医保制度为人民生命健康的保驾护航。

二十二、城乡居民大病保险需要单独缴费吗？

不需要。城乡居民大病保险是附加在基本医保框架内的第二重保障。只要参加了居民医保，就自动纳入了大病保险保障范围，大病保险就像是医保的“加强版”，是居民医保的“隐藏福利”，当不幸患上严重疾病，比如癌症，治疗费用往往非常高昂。在居民医保报销之后，如果符合居民大病保险报销条件，还能再进行二次报销，在出院结算时，自动启动补充报销，参保人员无需单独申请。

二十三、缴费后还能办理退保退费吗？

参保人在居民医保缴费后，在相应待遇享受期未开始前因重复缴费、参加职工医保或其他统筹地区居民医保的，可在暂停相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后，暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回；已通过医疗救助渠道享受参保缴费补贴的救助对象，需退回参保缴费补贴，通过其需要暂停的参保关系所在地缴费渠道依申请完成退费；灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费以后，中途就业随单位参加职工医保的，可依申请退回其就业后当年剩余月份以灵活就业人员身份缴纳的职工医保费。

二十四、如何查询缴费记录？

登录“国家医保服务平台”APP，点击【首页】-【缴费记录】或者【消费记录】即可查询您的医保缴费及使用明细，也可登录“江苏医保云”APP或“淮安市医保局”微信公众号查询相关信息。

二十五、为什么医保不能和车险交强险一样，不出险降低点费用？

基本医疗保险作为国家组织实施的社会保险，坚持公平普惠，通过大数法则分散疾病带来的风险，实现了全体参保人中患病与健康人群之间的互助共济，体现了共担共建共享原则。参保人无论健康还是患病都可以参保，既不能因患病而提高特定人群的缴费，也不宜因不患病而降低健康人群的缴费，以便更好发挥医保基金互助共济作用。但国家考虑到健康群众连续参保的合理诉求，通过提高居民大病保险最高支付限额来奖励连续参保和基金零报销人员，这样既回应了个人的愿望，在发生大病时能够享受到政策红利，也兼顾了基金平衡和全体参保人的利益。

二十六、居民医保与职工医保有哪些不同？

居民医保和职工医保是两种医疗保障制度，通俗来说，有以下几个方面的区别：

一是缴费对象不同。职工医保和居民医保分别覆盖就业人员和未就业人员。

二是缴费来源不同。居民医保筹资由个人缴费和政府补助相结合。职工医保由用人单位和个人共同承担缴费。

三是缴费水平不同。居民医保缴费标准由国家确定最低标准，各地执行时可以结合实际确定具体标准。职工筹资标准和工资水平挂钩，根据工资水平乘以当地职工医保费率计算。

四是缴费时间不同。居民医保有集中征缴期，一般在每年四季度集中缴费；集中征缴期前后也都可以缴费，但非集中征缴期缴费会有等待期。职工医保按月缴费，断保三个月后以灵活就业人员身份再次参保也会有等待期。

五是待遇水平不同。居民医保住院政策范围内报销比例在70%左右，职工医保85%左右。由于职工医保筹资水平高，门诊等待遇水

平也相对更好。

二十七、可以在两地同时缴纳城乡居民医保，享受双重保障吗？

不可以。基本医疗保险不允许重复参保，按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。参保人可以通过异地就医到非参保地看病就医，如需到新参保地办理参保的，需暂停原参保地参保关系。

二十八、城乡居民医保缴费异常应怎样办理？

出现缴费异常的主要原因一般有两种：一是新增参保人员或需调整参保缴费地的人员，系统没有人员信息，这就需参保人持个人有效身份证件（包括身份证、居住证、户口簿、新生儿《出生医学证明》等）到线下的医保窗口或线上渠道进行参保信息登记后缴费。二是医保系统中人员信息有误，参保人持个人有效身

份证件（包括身份证、居住证、户口簿、新生儿《出生医学证明》等）到线下的医保窗口或线上申请进行信息更新后缴费。

二十九、城乡居民医保缴费方式有哪些？

①线上缴费：1.微信、支付宝“江苏税务社保缴纳”小程序。2.个人账户家庭共济：“江苏医保云”APP——家庭共济模块。②线下缴费：1.银行网点：我市农商行、邮储银行、江苏银行、建设银行、农业银行、工商银行各网点。2.镇村两级医保服务站点。③高等院校、职业院校（含技工院校）学生医保，由学校统一代收代缴，缴费方式另行通知。

三十、职工医保个人账户可为哪些近亲属缴纳居民医保费？

按照《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办〔2024〕38号），职工医保个人账户可为近亲属缴纳居

民医保费用，具体包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、外子女、外孙子子女等。

三十一、新生儿什么时候可以办理参保？

新生儿在出生后 90 天内参保缴费的，从出生之日起享受基本医疗保险待遇；在出生次年参保缴费的，且仍在出生后 90 天内，如需享受从出生之日起的基本医疗保险待遇，需补缴出生当年的参保费用。特别需要明确的是，新生儿如果还没有名字，也可以用出生医学证明编号参保，并不需要起了名上了户口才参保。

三十二、大学生参保缴费标准是多少？怎样参保缴费？

2026 年度高等院校、职业院校（含技工院校）在校学生个人缴费标准确定为 440 元/人。学生参保登记工作由所在学校统一办理，其个

人缴费部分由学校代收代缴。

经各县区按规定认定为医疗救助对象的在校大学生，其个人缴费部分，按规定程序由财政予以全额补助。

三十三、老年人参加居民医保有优惠吗？

淮安市居民医保缴费统一标准，符合条件的困难老年人可享全额资助。

三十四、老年群体、出行不便人群，线下跑腿太麻烦，线上又不会操作怎么办？

对于出行不便和不会使用智能手机缴纳医保的老人，可以请家属代缴，参加职工医保的家属还可以通过职工医保个人账户代为缴费；也可以寻求社区工作人员帮助。

三十五、流动人口不在老家，应如何参保？

居民可在就业地或户籍地参保。流动人口

可以在就业地办理参保，通过“国家医保服务平台”APP 地方专区、江苏医保云 APP、江苏政务服务网、淮安市医保局微信公众号提交参保申请，审核通过后即可缴费；也可就近到政务服务中心、办税服务厅、指定银行网点等现场缴费。

三十六、怎么判断是否属于连续参保？

连续参保的年限从参加 2025 年居民医保起计算。以前年度是否参保，均不计入连续参保年限和断保年限。

参保人员已连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，出现中断缴费但时间不超过 3 个月的，缴费后不算断保人员。

三十七、什么时间缴纳居民医保费？缴费后什么时间享受医保待遇？

淮南市在 2025 年 10 月至 12 月份集中缴纳 2026 年居民医保费。

在集中缴费期缴费的，享受 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的居民医保待遇；除新生儿等特殊群体外，在非集中缴费期缴费有 2 个月的待遇等待期，待遇等待期结束后开始享受 2026 年的居民医保待遇，且医保不报销等待期发生的医疗费用。

三十八、集中缴费期后还能缴费吗？待遇享受期有区别吗？

参保人在集中缴费期内缴纳居民医保费，缴费后待遇享受期为 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日，未在集中缴费期内缴纳居民医保费，设置固定待遇等待期 2 个月，也就是自缴费之日起 2 个月内不能享受待遇，2 个月后恢复待遇享受，建议在集中参保期完成缴费，避免等待期间无法享受医保报销待遇。

三十九、今年的居民医保参保有哪些特别

要注意的？

一定要按时参保。从 2025 年起，未在集中征缴期参保和中断缴费人员再参保至少有 2 个月等待期。等待期就是交了钱要等 2 个月才能享受待遇。只要按时参保，不仅没有等待期，还能享受连续参保相关的奖励政策。所以请大家关注居民医保的缴费时间，积极参保。

四十、反正过了集中缴费期也能参保，等别人都参保了，再办理也不晚吧？

一是集中征缴期一般不会延长。二是对于未在集中征缴期完成参保手续以及中断缴费后重新参保的人员，将有至少 2 个月的等待期。

四十一、集中缴费期内，新增低收入困难群众也有资助政策吗？

按医疗救助对象动态调整日期，在享受救助待遇时限内的，可在符合条件的医疗机构“一站式”结算。因部门间信息共享时间差造成

救助对象在结算时未“一站式”结算的，患者可在医保部门权益确认后申请手工报销，确保医疗救助待遇应享尽享。我市对未参保的新增救助对象，及时资助参保，免除待遇等待期。

需要注意的是，一个自然年度内，因动态新增、退出或困难身份变动影响资助标准变化的已参保缴费低收入困难群众，个人已缴纳的参保费用不退回，已享受的资助参保补贴不调整。

参保流程类

四十二、居民医保只能在户籍所在地参保吗？

居民在户籍地或常住地都可以参保，但只能选择其一，不能重复参保。我市取消常住地参保的户籍限制，灵活就业人员、农民工、新就业形态从业人员等群体，通过“国家医保服务平台”APP 地方专区、或江苏医保云 APP、江苏政务服务网、淮安市医保局微信公众号完成参保登记，通过线上线下渠道到税务或银行完成缴费即可。

四十三、哪些人群应当参加城乡居民基本医疗保险？

未参加职工基本医疗保险且未享有国家其他医疗保障的公民应当参加城乡居民基本医疗保险。

四十四、如何帮助家人缴纳居民医保费？

分为线下和线上两种缴费方式。

线下缴费:持本人和代缴参保人有效身份证件到户籍所在地或长期居住地医保经办机构或银行网点进行缴费。

线上缴费:在微信、支付宝“江苏税务社保缴纳”小程序上,按照缴费步骤操作即可,参加职工医保的家属也可在“江苏医保云”APP—家庭共济模块给家人代缴。

四十五、在常住地和就业地参保有什么新规定?

我市落实持居住证参保政策,并鼓励外地户籍中小学生、学龄前儿童在常住地参加居民医保。鼓励大学生在学籍地参加居民医保。

四十六、为什么要激活医保码?

医保码由国家医疗保障信息平台统一生成,是参保人员医保身份识别的电子介质。医保码应用丰富、全国通用、安全可靠、方便快捷,参保群众通过实名认证激活后,在定点医

院和零售药店即可展码进行挂号、预约、查询、取药、取报告等。

四十七、如何为老人、孩子绑定医保码？

步骤 1： 安装并登录“国家医保服务平台”APP

1. 下载安装 APP： 在应用商店搜索并下载“国家医保服务平台”APP。

2. 注册或登录： 打开 APP，注册新账户或使用已有账户登录。

步骤 2： 进入业务办理

1. 点击“我的”： 进入 APP 主界面后，点击底部的“我的”选项。

2. 选择“业务办理”： 在“我的”页面中，找到并点击“业务办理”选项。

步骤 3： 选择绑定方式

1. 选择“身份证号绑定”： 在业务办理页面中，选择使用“身份证号绑定”的方式进行激活。

步骤 4： 添加家庭成员

1.点击“添加我的家庭成员”：在绑定页面中，找到并点击“添加我的家庭成员”选项。

2.输入相关信息：按照提示输入家庭成员的身份证号码、姓名等必要信息。

步骤 5：完成激活

1.提交信息：确认输入的信息无误后，提交申请。

2.完成绑定：系统会自动处理您的请求，完成医保码的绑定和激活。

亲情账户绑定：如果老人或孩子没有智能手机，可以通过“亲情账户”功能由家长或其他家庭成员代为绑定和管理。

四十八、参保人员在办理参保时，没有登记信息怎么办？

断保、新参保人员或参保信息变更（姓名、身份证、参保地等）的城乡居民，先办理参保登记手续后，再缴费。

参保人员可通过登录“国家医保服务平台”地方专区、江苏医保云 APP、江苏政务服

务网、淮安市医保局微信公众号等线上渠道办理参保登记，也可持有效身份证件（包括身份证、居住证，户口簿、护照等）到户籍地或常住地县区医保经办机构、镇村两级医保服务站点、乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）党群服务中心等办理参保登记手续，再通过线上或线下渠道进行缴费。

四十九、之前参加过城乡居民医保，还需重新办理参保登记吗？

不需要。已参加过城乡居民医保，并在医保信息系统有效登记的城乡居民，除登记信息有变更外，无需重新办理居民参保登记，直接按参保地规定办理缴费业务。

五十、什么是亲情账户，亲情账户可以给家人代缴居民医保费用吗？

医保亲情账户是国家医保服务平台推出的一项便民功能，允许用户将自己的医保电子

凭证与家人的账户绑定。绑定后，用户可以在手机上直接帮助家人（如老人、孩子等）完成医保相关的操作，无需家人亲自操作智能手机或记忆复杂的密码。

亲情账户不可以给家人代缴居民医保费用，亲情账户的核心功能是“展码”，解决的是就医时出示凭证的问题。

代缴居民医保费用可以通过“家庭共济”实现。

五十一、什么是职工医保个人账户家庭共济？

职工医保个人账户家庭共济是指职工基本医疗保险个人账户资金可以用于支付参保人员本人及其家庭成员（配偶、父母、子女）的符合规定的医疗费用，也可为近亲属缴纳居民医保费。

五十二、职工医保个人账户家庭共济应该怎么办？

参保人可通过“江苏医保云”APP“职工医保个人账户家庭共济”功能模块，实现线上办理，此外可以到线下医保大厅办理。要注意的是，主账户人和家庭成员只能加入一个家庭共济关系，变更需先退出现有关系。

五十三、脱贫人口和困难人口，还能享受全额资助政策吗？

根据《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，2021-2025年为脱贫攻坚过渡期。2026年原建档立卡低收入人口继续享受资助参保政策。

五十四、大学生医保怎么报销？

凭本人医保电子凭证或社会保障卡至定点医疗机构就医，相关待遇可直接刷码（卡）结算，也可进入江苏医保云APP“大学生服务专区”，点击右上角【刷医保码】扫码直接结算。

市外就医时,请提前办好异地备案。

(1) 若就医地为户籍所在地,或持有就医地有效期内的居住证,备案类型请选择“异地长期居住人员”

(2) 若有参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料, 备案类型请选“异地转诊人员”报销比例下降 5 个百分点;

(3) 若就医地不是户籍地且非长期居住地,备案类型请选择“其他临时外出就医人员”,在备案地发生的符合医保规定的医疗费用,报销比例下降 20 个百分点。

2、特殊情况未办理异地备案的,也可以由个人先行垫付,回准后携带相关材料到参保地医疗保障经办机构办理零星报销,按规定享受医保待遇。

五十五、大学生在家参保还是在学校参保呢?

按照《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》,鼓励大学生在

学籍地参加居民医保。也可以在户籍地参保，以自己就医，报销方便为准。

五十六、大学生毕业后如何继续参保？

大学生毕业后，在校期间缴纳的居民医保报销待遇将延续至年底，医疗保障不断档。毕业后参加工作的，应参加职工医保；选择自由职业和创业的，应当按照灵活就业人员参加职工医保，或在户籍地、常住地继续参加居民医保。

大学生毕业后，无论是选择参加工作，还是灵活就业，都需要按规定参加基本医疗保险，基本医保对降低看病负担，维护生命健康有着不可替代的作用。应届毕业生在进入新角色的同时，也要关注自己的参保情况。

参加职工医疗保险是国家对劳动者合法权益的保护，也是用人单位的法定义务。用人单位以试用期等为由不为员工缴纳医保的均属于违法行为。

五十七、低收入困难群众参加居民医保有什么优惠政策吗？

我市通过医疗救助的托底政策，对所有救助对象实施全额资助参保，实际上就是“免缴费”。

五十八、灵活就业人员可以参加什么类型的医疗保险？

对于未与用人单位建立劳动关系的新就业形态从业人员，有两种参保方式可供选择：**一是**以灵活就业人员身份参加职工医保。**二是**在户籍地或就业地参加居民医保。两种方式可自由选择，但同一时段只能选择参加一种。倡导以灵活就业人员身份参加职工医保，**一是**报销水平高，居民医保住院政策范围内报销比例在70%左右，职工医保85%左右，门诊等待遇水平也相对更好。**二是**职工医保缴费实行“缴费累计年限制”，灵活就业人员按规定累计缴纳职工医保满一定年限（男满25年、女满20

年)，达到法定退休年龄后，无需再继续缴费，即可终身享受职工医保退休待遇。而居民医保实行“按年缴费、缴一年保一年”，没有累计年限要求，即使达到退休年龄，仍需每年缴费才能享受当年待遇。

五十九、参加居民医保的人员若中途就业参加职工医保，居民医保如何衔接？

因就业原因，从居民医保到省内其他统筹地区参加职工医保的，参保人完成新的职工参保登记后，医保部门立即暂停原居民医保参保关系。

跨省参加职工医保的，应通过线上或线下渠道申请暂停原参保关系，或在办理新的参保关系登记时签订知情同意书，授权医保部门通过信息系统在完成基本医疗保险登记后直接暂停原参保关系。

保障内容类

六十、参加居民医保能保什么？能报销多少钱？

参保居民被参保年度和政策规定享受医保待遇，包括普通门诊、“两病”门诊用药、慢性病特殊病门诊、普通疾病住院、生育分娩医疗费用、“双通道”药品、大病保险等医疗保障待遇。

（一）门诊医疗待遇

我市居民医保参保人员可以享受普通门诊统筹、“两病”门诊用药、门诊特殊病三类门诊医疗费用保障待遇。

1.普通门诊统筹

参保人员一个统筹年度内在基层医疗卫生机构发生的医保甲类药品（含基本药物）、一般诊疗费和其他符合规定的普通门诊（急诊）医疗费用和产前检查医疗费用，按以下比例支付：

起付线	报销比例		年度基金支付限额	
不设起付线	一般诊疗费	其他	普通参保人	纳入家庭医生签约管理

起付线	报销比例		年度基金支付限额	
0	70%	50%	300 元	400 元

2.“两病”门诊用药（高血压、糖尿病）

参保人员一个统筹年度内在基层定点医疗机构门诊治疗“两病”的政策范围内的药品费用，按以下比例支付：

起付线	报销比例	年度基金支付 限额 (1 个病种)	年度基金支付 限额 (2 个病种)
暂不设起付线	50%	800 元	1200 元

3.门诊特殊病

居民医保参保人员在门诊治疗门特病种发生的合规医疗费用，起付标准以上、限额标准以内的，分别由职工、居民医保基金按住院比例支付。

我市居民医保门特病种范围：省定病种 11 种，市定病种 21 种。

起付线	报销比例	年度基金支付限额
严重精神障碍患者：0 精神类疾病：300 元 其他病种：750 元	一级医院：85% 二级医院：75% 三级医院：65%	1.省定病种与住院费用共用年度支付限额，24 万元 2.我市保留病种仍执行原有限额标准

（二）住院医疗待遇

参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由居民医保基金按比例支付。

医院等级	起付线	报销比例	年度基金支付限额
一级医院	300 元	85%	240000 元
二级医院	600 元	75%	
三级医院	900 元	65%	
市外定点医院	1200 元	按异地就医政策执行	

（三）生育医疗待遇

参加我省基本医疗保险并处于待遇享受期的孕产妇，在定点医疗机构发生的住院分娩目录范围内费用，经基本医疗保险、大病保险与医疗救助按规定支付后，剩余个人自付部分由财政给予补助；在省内异地定点医疗机构结算住院分娩医疗费用时，实行“免备案、不降点”，无需办理异地就医备案手续，按照参保地异地报销待遇执行。

（四）日间手术

日间手术是指经手术并恢复观察后，在 48 小时内出院的诊疗服务模式。参保人员在市内一、二、三级定点医疗机构采用日间手术治疗的，结算时不设起付标准，根据我市基本医疗保险日间手术病种结算标准（另行制定），由居民医保基金分别支付 80%、75%、70%。

（五）“双通道”药品

参保人员在定点医疗机构和定点零售药店使用单独支付药品，按规定纳入医保统筹基金支付，居民医保支付比例不低于 60%。

（六）异地就医

1、异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地就医，发生的符合规定的医药费用，基本医疗保险基金的支付比例应与在参保地相应医药机构就医支付比例一致。2、按规定转诊到设区市外就医的参保人员，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上降低 5 个百分点。3、未按参保地规定办理备案手续的其他

临时外出人员，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上降低 20 个百分点。

（七）大病保险待遇

参保人员在一个结算年度内经居民医保基金支付后，个人负担的住院、门诊特定病种、日间手术合规医疗费用，超过大病保险起付标准的，由居民大病保险基金按以下比例支付：

参保人员类型	起付标准	报销比例
普通参保人员	18000 元	居民基本医疗保险基金支付后超过大病保险起付标准的合规医疗费用： 6 万元以下（含 6 万元）的部分，报销 60%； 6 万元至 10 万元（含 10 万元）的部分，报销 70%； 10 万元以上的部分，报销 85%。
医疗救助对象	9000 元	居民基本医疗保险基金支付后超过大病保险起付标准的合规医疗费用： 6 万元以下（含 6 万元）的部分，报销 65%； 6 万元至 10 万元（含 10 万元）的部分，报销 75%； 10 万元以上的部分，报销 90%。

一个自然年度内,大病保险支付限额为 50 万元。

六十一、急诊费用可以报销吗？

门诊急诊急救转住院的,经救治医院认定符合急诊急救的,该次发生的急诊费用与住院费用合并计算报销。

门诊急诊急救未住院的,该次发生的急诊费用按照当地基本医疗保险相关门诊待遇政策报销。

门诊急诊急救死亡的,该次发生的急诊费用按照当地基本医疗保险住院待遇政策报销。

六十二、意外伤害能报销吗？为什么有些人报不了？

分两种情况。第一种,如果无他方责任、无违法行为、无故意致伤行为,这样的意外伤害住院医药费用可以报销,其报销范围、起付线、报销比例与普通疾病住院的规定相同。第

二种，如果是由第三方责任造成的，发生的医疗费用医保不能报销。

六十三、什么是门诊特殊病，门诊特殊病和普通门诊有何区别？

门诊特定病种是指诊断明确、病情相对稳定、费用负担相对较重，需要长期在门诊治疗的慢性疾病。参保患者需携带完整的病史资料、诊断证明等相关材料，到定点医疗机构提出申请，经审核通过后，方可享受对应病种的门诊特定待遇。职工医保普通门诊统筹是参保人员在定点医疗机构发生的、符合基本医疗保险范围的普通门诊医疗费用，均可纳入统筹基金支付范围。该待遇无需提前办理申请、备案等手续，参保人员因日常疾病在门诊就医时，可直接按规定享受医保报销。

六十四、哪些人可以办理门诊特殊病认定呢？

参加本市职工基本医疗保险且处于正常参保状态的参保职工都可以申请办理。根据参保地规定门诊特定病种保障范围，对患有符合门诊特定病种认定条件的参保人员可按规定申请门诊特定病种认定，认定通过后在门诊就医时发生的符合门诊特定病种治疗的相关费用按门诊特定病种有关规定享受待遇。

六十五、参保人员如何申请门诊特殊病资格？

参保人员需向参保地定点医疗机构提出申请，经诊断认定和备案后，可享受门特待遇。已办理长期异地就医备案的参保人员，提供相关病史资料和门特申请表，可以通过现场办、网上办、邮寄办等方式进行申请，其门特费用在就医地可以实时联网结算。申请材料包括：门诊特定病种申报登记表、病历资料或检查资料（包括体检报告、出院小结、门诊病历等）。

六十六、新生儿参保有哪些便民举措吗？

我市医保部门与公安、卫健、人社部门配合，推动落实新生儿出生医学证明、户口登记、医保参保等“出生一件事”联办，新生儿出生即可办理医保参保，简化流程。

六十七、参加居民医保后能否享受生育医疗费用报销？

可以。参加我省基本医疗保险并处于待遇享受期的孕产妇，在定点医疗机构发生的住院分娩目录范围内费用，经基本医疗保险、大病保险与医疗救助按规定支付后，剩余个人自付部分由财政给予补助；在省内异地定点医疗机构结算住院分娩医疗费用时，实行“免备案、不降点”，无需办理异地就医备案手续，按照参保地异地报销待遇执行。

六十八、医疗救助对象的范围有哪些？

一类为特困人员，最低生活保障对象，困境儿童，符合条件的享受国家抚恤补助的优抚

对象，享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工，市、县区总工会核定的特困职工。

二类为低保边缘家庭成员，支出型困难家庭中的大重病患者，具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者，易肇事肇祸严重精神障碍患者。

六十九、医保药品目录中的甲类、乙类药品有什么区别？

甲类药品：是临床治疗必需、使用广泛、疗效好且较为经济的药品。甲类药品的费用全部进入基本医保报销范围，按照医保规定的比例报销。

乙类药品：是可供临床治疗选择使用、疗效好但比甲类药品价格高的药品。乙类药品需要个人先按一定比例承担部分费用后，剩余部分进入基本医保报销范围，报销比例根据各地政策和具体药品而有所不同。除甲类、乙类药品外，其他不在医保目录内的药品（丙类药品），

包括一些进口药品，特殊药品等，通常需要个人全部自付费用，医保不予报销。

七十、为什么要设门诊起付线？到什么等级医疗机构就医报销最高？

国家设置起付线是考虑到防止过度就医，避免“小病大看”，医疗资源浪费的问题。目前医保目录内已包含 3159 种药品，涵盖肿瘤、慢性病、罕见病、精神病等各个领域，常见病基本都有相应的治疗药品。住院费用目录内基金支付比例最高可达 90% 以上，可以有效降低医疗费用负担，相当于每年交一小部分费用，获得了高额的医疗保障，而且医保药品目录动态调整，未来会纳入更多新药好药。很多社区医院的门诊起付线并不高，一些小病小痛去社区医院就能看，报销比例也更高。

七十一、为什么有时目录内的药品，医保不给报销？

参保人员在定点医药机构，按照医保目录内药品的适应症和使用范围购药用药，超过起付线的部分都可以报销。超出范围的不予报销，常见有以下几种情况：

一是在非定点医药机构购药。根据医保政策规定，参保人员在定点医药机构就医发生的医疗费用，医保按照规定予以报销。在非定点医药机构发生的医疗费用（急诊除外），医保不予报销。

二是超出医保限定支付范围的用药。国家在发布医保药品目录时，会在部分药品后面增加限定支付范围，如限儿童、限生育保险、限工伤等内容，只有参保人在符合限定支付范围的情况用药时，医保才能报销。例如，多潘立酮（口服液体剂），医保药品目录规定限儿童或吞咽困难患者。也就是说，只有儿童或吞咽困难的成年患者使用这款药，医保才予以报销。

三是超出药品说明书适应症的用药。国家药监部门在批准药品上市时，都会核准该药品

的适应症范围，生产企业要在药品说明书上明确，当超出适应症范围使用该药品时，虽然是目录内的药品，医保也是不予报销的。

七十二、为什么有的医保目录内的药品在基层医疗机构买不到？

医保目录是动态调整的，目前医保目录内已包含 3159 种药品，涵盖肿瘤等慢性病、罕见病、精神病等各个领域，常见病基本都有相应的治疗药品，未来还会纳入更多新药好药。基层医疗机构受限于药房规模、基药配备占比等因素，配备药品数量有限，医保部门正积极探索云药房等解决办法。

七十三、不能享受医保报销政策的情形有哪些？

下列医疗费用不纳入居民医保基金支付范围：

- 1.应当从工伤保险基金中支付的；

- 2.应当由第三人负担的；
- 3.应当由公共卫生负担的；
- 4.在境外就医的；
- 5.国家和省规定不予补偿的其他情形。

七十四、新生儿参保是自出生之日起享受一年医保待遇吗？

不是的，按自然年度算！很多家长误以为新生儿办理一次参保缴费后，在孩子一周岁内都是待遇享受期。这是不对的！新生儿出生 90 天内参保，其待遇享受期自出生之日起至当年 12 月 31 日。

一定不要忘记参保新生儿下一年度的城乡居民医疗保险，尤其是在城乡居民医保集中参保期内出生的孩子！比如，您的孩子是 2025 年 2 月出生，您在 90 天内及时为其参保缴纳了 2025 年度城乡居民医保费，其待遇享受期是其出生之日起至 2025 年 12 月 31 日止。为了不断保，您还需要在 2025 年集中征缴期内为孩子缴纳 2026 年的参保费，这样，孩子才

能在 2026 年享受医保待遇。

七十五、新生儿参保可以享受哪些优惠政策？

新生儿参保后即可享受报销，不受待遇等待期限限制，而且在出生后 90 天内按规定参保缴费，自出生之日起所发生的符合规定的医疗费用均可纳入医保报销范围，也就是说新生儿在出生后 90 天内参保，从出生之日开始的医疗费用可以按规定追溯报销，进一步减轻宝爸宝妈的医疗费用负担。

七十六、老年人患慢性病需要长期吃药，在村卫生室看病拿药，医保能当场报销吗？

基本可以！2025 年全国 95% 以上的村卫生室都开通了医保直接结算。参保老人持社保卡或用医保码就医，系统自动计算报销金额，只需支付自费部分。

保障水平类

七十七、居民医保的连续参保激励政策是什么？

自 2025 年起，对断保人员再参保的，可降低居民大病保险最高支付限额；对连续参加居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，可提高居民大病保险最高支付限额。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年可提高居民大病保险最高支付限额。连续参保激励和零报销激励，每次提高限额均为 5000 元，累计提高总额不超过居民大病保险原封顶线的 20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

七十八、常说的医保起付线和封顶线是什么意思？为什么要设置起付线和封顶线？

起付线是指由医保基金支付的起付标准，简单来说，当我们在看病时达到一定的费用，才具有报销的资格，起付线以下由患者自身承

担，达到起付线标准以上部分则由医保基金按规定比例报销。起付线是费用分级负担、优先保障大病的基础性制度设计，可一定程度避免小病滥用医保资源。

封顶线是指医保基金的年度最高支付限额，也就是参保人在一个自然年度内累计能报销的基金最高额度。设置封顶线是为了防止极少数极高额病例耗尽基金池，影响大多数人基本保障。

七十九、交了医保，看病时医疗费用真的更低吗？

统计数据显示，医保患者医疗费用明显低于非医保患者。2024年居民医保次均住院费用7408元，而《2024年中国卫生健康统计年鉴》公布的综合医院住院病人次均医药费用为11007.2元。

为什么医保患者能享有更低医疗费用？**一是有监管**，医疗机构诊疗更规范。**二是有战略购买**，医保通过集采、谈判可以大幅降低药

耗费用。三是有综合保障的报销政策，政策范围内报销比例在70%左右。

如果大家感到自己的医保报销比例不及预期，可能是以下原因。一是受报销的起付线影响。发生小病，费用少，未达起价线，医保不报销。二是受目录外费用影响。医保以“保基本”为主，如果有自费项目，报销就相对少一些，医保部门会严格控制目录外项目的增长。三是受不同级别医疗机构影响。为促进分级诊疗，在基层的报销比例一定高于大医院。

八十、参加医保可以缓解看病贵问题吗？

可以。习近平总书记强调，“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧。”参加医保后，符合政策范围内的医药费用都可以按比例报销。像高血压、糖尿病等，还有门诊特殊病政策，进一步减轻医疗费用负担。除基本医保报销外，符合条件的还可以享受大病报销和医疗救助待遇。

异地就医结算类

八十一、异地就医人员有哪些？

异地就医人员包括“异地长期居住人员”和“临时外出就医人员”。异地长期居住人员包括异地安置退休人员、常驻异地工作人员、异地长期居住人员等长期在淮安市外工作、居住、生活的人员。临时外出就医人员包括异地转诊就医人员、异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。

八十二、大学生假期在家里可以使用医保吗？

大学生在学籍地、户籍地均可参保。建议大学生最好在学籍地参保，由于大学生绝大多数时间都在学校，使用更加方便。大学生假期，离开学校所在地，回到居住地，通过“江苏医保云”APP、“国家医保服务平台”APP 或微信小程序等完成异地备案后，就可享受异地医保直接报销。

八十三、参加居民医保，在外地住院能报销吗？

可以。参保人员异地就医，按参保地规定办理异地就医备案手续后，在已开通异地联网结算功能的定点医疗机构，可直接结算医疗费用。因特殊原因无法直接报销结算的，参保人可先垫付医疗费用，再带好相关材料前往参保地医保经办机构申请手工报销。

八十四、办理异地就医是什么流程？

参保人员外出就医前，请先完成异地就医备案。我们提供多种办理异地备案渠道：

经办窗口备案：各医保经办机构服务窗口、乡镇（街道）医保公共服务站、村（社区）医保公共服务点现场完成备案。

2.“不见面”备案：江苏医保云 APP、“淮安市医保局”微信公众号、苏服办 APP、江苏政务服务网。跨省就医备案也可以通过国家医保服务平台 APP、国家医保备案小程序备案。

3.定点医疗机构备案：我市有异地就医转诊资格的定点医疗机构通过异地转诊系统可为满足转诊条件和有转诊意愿的参保人上传异地备案资料。办理异地就医备案后，参保人员可在就医地刷社保卡或医保电子凭证就医直接结算，享受参保地医保待遇。异地急诊抢救人员视同已备案。

报销类

八十五、如何享受一站式结算报销？

居民医保参保人员在定点医疗机构住院治疗发生医疗费，在下列情况下，基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”即时结算报销，患者出院时只交纳个人自付部分。（1）在参保地市域内定点医疗机构住院治疗的；（2）办理了转诊和备案手续，并持医保卡、医保码跨市或跨省异地就医住院治疗的。

八十六、可以直接使用家人的医保卡就医吗？

不可以。医保是“本人参保，本人享受待遇”。即便是办理了家庭共济，参保人依然用自己的医保卡看病就医，按规定享受本人的医保待遇。不使用本人医保卡进行挂号就医是“冒名就医”，轻则暂停医疗费用联网结算，重则构成违法犯罪。

八十七、是否必须去定点医院就医才能报

销？

是。非定点医疗机构的诊疗费用，医保基金一般不予报销。如果因病情需要转往非定点医院或上级医院治疗，应按照医保规定办理转诊手续，获得基金报销资格。遇到突发急诊，在就近医院救治是允许的，此类急诊费用可以按规定报销，但事后需及时向医保经办机构补办备案。

八十八、以前因材料不全、等待时间长、流程复杂导致报销疲惫不堪，现在还这样吗？

国家医保局已全面推行“医保码”直接结算，参保人通过支付宝或微信激活医保码后，在全国定点医院/药店就医购药时，只需扫码或扫脸完成身份核验、费用报销与个账扣款，全程无需填单、无需垫资、无需跑腿即可报销。

等待期类

八十九、为什么专门设定居民医保非集中缴费期缴费和断缴人员的等待期？

过去，部分人员选择性参保缴费，健康时不参保不缴费不作贡献，生病时参保缴费享受别人的贡献。如果不设置待遇等待期，越来越多人会选择生病才参保，最终损害的是全体参保人的利益。考虑到制度可持续性和对参保人的公平性，需要对断缴人员和未按时参保人员设定待遇等待期，在等待期里发生的医疗费用，医保将不予报销。实践也证明了待遇等待期设定的必要性。

九十、以前新农合有个人账户，现在居民医保为什么没有？

新农合制度建立之初，主要是保住院，对门诊没有保障，当时确实有个人账户，是为了方便参保人小病时自己买点药，但额度很低，保障功能非常有限，且与医保“风险共担”“互助共济”的核心理念不符，2009年后逐步取消了。

2016年起，新农合和城镇居民医保合并为“城乡居民医保”，一直坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，逐步建立了门诊统筹，小病也能报销了，就不再设置个人账户。

九十一、新生儿参保是否有等待期？

2024年，国家医保局会同教育部、卫健委、国务院妇儿工委、全国妇联等部门联合印发《关于开展儿童参加基本医疗保险专项行动的通知》，明确“新生儿原则上在出生后90天内按规定参保缴费，自出生之日起所发生的符合规定的医疗费用均可纳入医保报销范围”，也就是说新生儿在出生后90天内参保，从出生之日开始的医疗费用可以按规定追溯报销，进一步减轻宝爸宝妈的医疗费用负担。

九十二、现役军人转业后，参加医保有等待期吗？

退役后如就业参加职工医保，不设待遇等

待期；未就业可选择参加居民医保，或以灵活就业人员身份参加职工医保，自身份转换之日起 90 天内(含 90 天)参保并按规定缴费到账，不设待遇等待期。

基金安全类

九十三、年年交医保，从来没用上自己交的钱会被滥用吗？

不会。参保人的缴费每一分钱都用在了老百姓看病就医上。国家医保局采取了一系列强有力的监管举措，坚决守好人民群众的“看病钱救命钱”。

一是严厉打击欺诈骗保和违法违规行为。深入开展医保基金管理突出问题专项整治。聚焦欺诈骗保举报线索和大数据筛查线索相对集中的地区，聚焦医保基金使用管理风险较高的定点医药机构、参保人、医保经办机构等主体，深入开展集中整治。深入治理医保“回流药”历史顽疾。开展应用追溯码打击欺诈骗保和违法违规行为专项行动，曝光一批典型案例，强化警示教育。

二是构筑智能监管防线。随着医保基金监管力度的逐年加大，骗保手段也翻新升级，日益专业化、隐蔽化、团伙化。对此，国家医保局创新监管方式，强化大数据赋能，精准锁定违法违规行为，极大提高了监督检查的精度和

力度。同时，开展智能监督监管改革试点，分批次公布智能监管规则和知识点，帮助定点医药机构主动加强内控管理。

三是健全基金监管长效制度机制。强化法治建设，国家局在加快推进《医疗保障法》立法进程。推进行业自律，引导定点医药机构深入开展自查自纠，合理合规使用医保基金。建立医保支付资格管理制度，落实“监管到人”。建立医保与相关部门联查联办和联合惩戒的工作机制，凝聚监管合力。强化社会监督和宣传引导，拓宽信访举报渠道，落实举报奖励制度，广泛深入开展宣传活动，营造全社会共同守护医保基金安全的良好氛围。

四是鼓励引导社会监督。为积极鼓励、引导群众参与社会监督，切实织密基金监管网，有效构建社会共治格局。群众可以通过医保部门对外公布的网站、电话（0517-12393）、邮寄等多种渠道进行举报。此外，为进一步调动群众举报积极性，2023年2月22日起，淮安市医保局施行地方《违法违规使用医疗保障基金

举报奖励办法》，把针对所有违法违规使用医保基金行为的举报纳入奖励范围，规定按照案值的一定比例给予举报人一次性奖励，最高奖励 20 万元。

医保与商保类

九十四、买了商业学生意外保险（学生平安险），还需要参加医保吗？

需要。学生平安险是由各商业保险机构针对学生群体设置的保险产品，目的是保障学生在校期间的意外和医疗风险，通常保障范围较为简单，保额较低，且投保一般有门槛。医保是国家为社会全体参保人员就医看病建立的社会保险制度，其保障范围、保障水平、保障质量等均优于学生平安险，并且不设参保门槛。所以，即使购买了学生平安险，也需要参加医保。

九十五、只买学生商业学生意外保险（学生平安险），不买医保会有什么风险？

有风险。如不参加医保，一旦发生重大疾病，仅靠学生平安险的报销赔付，难以覆盖高额的医疗费用，而各地基本医保住院的封顶线普遍在 20 万元以上，远远高于学平险。基本医保还可以享受普通门诊保障待遇、门诊特殊病待遇、住院报销待遇、大病保险报销待遇、

医疗救助待遇、连续参保激励和基金零报销激励、全国就医联网结算保障等多项待遇。我市鼓励连续参保，如中断，将会产生固定等待期2个月，期间发生的医疗费用便无法报销。此外，就医时医疗机构收取参保人的每一分钱，都会有医保部门的监管，如不参加医保，就少了医保监管的帮助。

九十六、为什么医保的费用相对商业学生意外保险（学生平安险）较高？

这是因为相较学生平安险而言，医保的保障范围更广、待遇享受更优、报销流程更便捷。从保障范围看，学平险主要针对学生因意外伤害而产生的医疗费用，通常购买时还对学生的健康状况有所要求而学生参加的居民医保参保没有年龄和健康状况的限制，按规定享受的待遇包括普通门诊、“两病”门诊用药、门诊特殊病、住院、“双通道”药品、大病保险等医疗保障待遇。从待遇报销的比例看，学平险的报销限制较多，报销比例在50%起步；而居民医

保在政策范围内住院费用的报销比例达到70%左右。从报销流程看，学平险的报销通常需要提交医疗凭证和单据，报销存在一定的滞后性；而医保能够做到“即发生，即报销”的快速结算，在全国各地很多大医院住院还可以异地结算直接报销，十分便捷。比较起来，医保更具性价比。

九十七、已经参加了医保，还可以买商业学生意外保险（学生平安险）吗？

可以。目前，基本医保与商业保险互相补充，能更好满足群众多元的医疗保障需求。此外，多数学平险还会根据被保险人是否参与医保提供更优待遇。例如，参加居民医保的学生能够比未参加居民医保的学生享受更低的医疗免赔额，或者享受更高的医疗报销比例。

九十八、商业保险（如学生平安险、百万医疗险）可以替代医保吗？

不可以。商业保险基本都是划定年龄和限

定病种的，而居民医保是社会保险，是不管年龄多大，病有多重，都可参保。很多商业保险报销都是以居民医保参保为前提，在基本医疗保险报销后再进行报销。比较起来，居民医保最具性价比。居民医保缴费标准较低，参保不设门槛，没有年龄和健康状况的限制；在全国各地很多大医院住院还可以异地结算直接报销，非常方便。

九十九、居民医保与商业学生意外伤害险有什么不同？

居民医保是一种社会保险，面向全体居民，不论年龄大小，身体好坏都可参保。报销内容包括普通门诊、住院、门诊特殊病种等，通过直接结算或医保部门手工报销的方式进行报销，医保费用一般学生个人缴一部分，财政补大头。参加居民医保后可享受大病保险，无需另外缴费，报销封顶线可达到 24 万。

学生意外伤害保险是商业保险，侧重于意外伤害导致的医疗费用补贴，购买保险是有条

件的，通常针对学生群体，参保要求身体健康无大病，通过保险公司理赔，保险费用全由学生个人承担，一般报销费用在 10 万元左右。

一百、参加了当地的惠民保，还需要参加医保吗？

需要！很多惠民保都要有医保才能买，续保时也一样；而且如果生病，大部分也要先经过医保报销，否则报销比例会大大降低，甚至不予报销。此外，惠民保主要衔接医保，针对大病进行保障，但医保是大病小病都能报，生活中非常实用。

所以，建议大家即使有了惠民保，医保也要继续交。