

宣威市中医医院

新型农村合作医疗基本医疗保险

工 作 手 册

(2015 版)

宣威市中医医院医保办 制

第一章 总则

本工作手册内容包括宣威市中医医院医疗工作中涉及的新型农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、工伤保险相关政策、规定、注意事项、禁止事项、违规责任追究以及医院职工所涉及的养老保险、工伤保险、生育保险、医疗保险、互助医疗的政策、待遇、所需条件。其中对于缴费基数、缴费比例、缴费金额、报销比例、起付线、自费比例、支付限额、报销病种等各年可能有所变动，本手册中所提为2015年执行标准，如有变动，以有关部门政策、文件、通知为准。

第二章 医疗服务监督管理

一、新型农村合作医疗监督管理（《宣威市2015年新型农村合作医疗实施方案（试行）第六章）：

第三十二条 新农合定点医疗机构要与市合管办签订《宣威市新农合定点医疗机构服务协议书》。办理减免补偿时要严格“五查五核实”即：查病人，核实病人参合身份；查病情，核实住院指标；查处方，核实用药目录；查病历，核实住院管理；查清单，核实收费标准。各定点医疗机构不按规定审核减免的补偿资金，由市合管办在上报补偿资金中扣除，并按有关规定处罚。

1、接诊医生要严格遵守《执业医师法》的有关规定，严格执行各项医疗技术操作规程，合理治疗；严禁开大额处方和价格较高

的临床促销针药，更不得以任何理由推诿拒绝病人，影响合作医疗的有效开展。

2、医护人员要按医疗文书要求写清楚病情证明及病历，要按医疗原则诊断治疗，提高医疗水平，改善服务态度，诚信服务，取信于民；努力创建群众满意医院。

3、严格执行住院费用 1 日清单制度，药品、医用耗材和医疗服务名称、数量、单价、金额要告知病人或家属，用药及治疗项目、手术部位名称、收费项目标准等要登记详细，医药费用与用药明细表、发票金额相符。努力降低患者的医药费用，自费药品不能超过住院病人总医药费用的 10%，使用目录以外的自费药品的，必须经过患者或患者家属知情同意并签字。

4、实行入院病人网上日报制度。如患者病情危急，未带身份证、合作医疗证的必须

在 3 日以内审核录入，不在规定时间内审核登录入院信息的，不予认可补偿事实。

第三十三条 各定点医院院长对本院新农合减免补偿事实的真实性、合理性负责，严格住院标准，严禁医护人员及经办人员有下列违规行为：

1、允许或纵容冒名就诊、挂名住院、编造假处方、假病历套取合作医疗基金的；

2、接诊医护人员不审核参合人员的合作医疗证和身份证，造成借证看病就诊、领取新农合补偿资金的；

3、不记载病历或病历记载不清楚、不完整，所记载病历与发生的医疗费用不符或发生的医疗费与病情不符的；

4、接诊时不审阅参合人员以前病历记载，非诊疗需要进行检查、治疗或重复检查、治疗的；

5、违反收费规定，擅自提高收费标准，分解收费项目，住院期间处方医生指使患者到门诊拿药或药房购药的；

6、不按处方药品剂量规格给药或将新农合基金支付范围内的药品串换成其他药品、生活用品和保健食品的；

7、违反新农合用药目录将自费药品与列入新农合用药范围的药品混淆计价的；

8、医务人员不合理检查、诊断、治疗发生的医疗费用；

9、其他违反新农合管理规定，造成新农合基金损失的。

定点医疗机构发生以上行为，造成合作医疗资金流失的，由卫生行政主管部门追究定点医疗机构责任，所发生的补偿资金由定点医疗机构承担，并按管理协议进行处罚。

二、城镇基本医疗保险就医管理（宣威市城镇基本医疗保险定点医疗机构服务协议（医院）第二章）：

第十条 乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、保证质量的原则。严格掌握住院指征，严禁参保人员住院体检。

第十一条 参保人员在乙方就医发生医疗事故时，按现行“医疗事故处理条例”的规定处理，乙方须在鉴定为医疗事故之日起10日内告知甲方。乙方多次发生医疗事故并造成严重后果的，甲方可单方面解除协议。

第十二条 参保人员就医时，乙方应认真进行身份和社会保障IC卡识别，从人与卡、卡与病、病与药、药与量、量与费等方面，审核参保人员应当享受的医疗保险待遇。审查参保人员的社会保障IC卡时，要根据甲方

提供的参保人员信息审查该卡是否有效，核查所持社会保障 IC 卡与其身份是否相符，发现无效卡或与身份不符时，乙方应拒绝记账并扣留其社会保障 IC 卡，并及时告知甲方。

第十三条 乙方应严格执行本地区关于特殊慢性病管理的规定，依据疾病诊断标准，认真做好特殊慢性病及其诊治项目的审核工作，并做好记录与管理，不得随意提高、降低标准或弄虚作假。

第十四条 乙方必须为参保人员就医提供符合基本医疗保险政策规定的服务设施和住院床位，参保患者住院实行一人一床。

第十五条 乙方应严格入院、出院标准，规范入院、出院手续。不得拒收病人、挑选病人；不得分解住院人次、挂床住院、冒名住院；不得诱导参保人员住院；不得将不符合住院要求的参保人员收入住院。参保人员

平均住院天数严格执行卫生行政部门的有关规定。

第十六条 乙方应及时为符合条件的参保人员办理入院、出院手续。不得强迫未达到出院标准的参保患者出院，由此造成的不良后果由乙方负责。若达到出院标准而参保人员拒绝出院的，乙方应自通知其出院之日起，停止计帐，按自费病人处理，并在 2 日内将有关情况告知甲方。

第十七条 外伤患者须到甲方处办理住院垫付证明，乙方应在外伤患者病历中如实写明外伤原因，不得将违法犯罪、他伤、交通事故、工伤等由第三方支付医疗费用列入医保支付。

第十八条 乙方应严格控制转诊转院。

1、限于技术和设备条件不能诊治的疾病，应按有关规定及时为参保人员办理转诊

转院手续，对符合转诊转院条件，乙方未及时转诊转院造成参保人员不良后果的，乙方应承担相应的责任。

2、不得将有能力诊治的参保患者转出，不得推诿高额费用重症患者。否则，转出后发生的医疗费用由乙方支付（病情已过危险期，经参保人或其家属的同意，转入级别较低的定点医疗机构的情况除外）。

第十九条 参保人员出院后由于同一疾病在 15 日内重复住院的，其住院医疗费用甲方不予结算，由乙方承担。医院职工在本院住院的，须在办理入院后 2 日内向甲方报备，未报备的，其住院医疗费用甲方不予结算，由乙方承担。

第二十条 乙方向参保人员提供超出基本医疗保险支付范围的医疗服务，包括药品、诊疗项目和服务设施及特需服务等，需由参

保人员全部或部分承担费用时，应事先征得参保人员或其家属同意并签订自费协议书，逐项填写使用量、疗程和费用等相关内容。由于未签订自费协议而发生费用纠纷的，应由乙方承担责任。乙方不得以任何理由让住院病人到门诊缴纳住院期间应由医保支付的医疗费。

第三章 严禁事项及注意事项

一、严禁事项

1、严禁冒名就诊、挂名住院、挂床住院、分解住院；

2、严禁编造假处方、假病历；

3、严禁为降低人均住院费用收治未达住院标准的患者；

4、严禁接诊医护人员不审核患者医保卡（合作医疗证）和身份证，造成借证看病就诊、领取报销资金；

5、严禁不记载病历或病历记载不清楚、不完整，所记载病历与发生的医疗费用不符或发生的医疗费与病情不符的；

6、严禁接诊时不审阅患者以前的病历记载，非诊疗需要进行检查、治疗或重复检查、治疗的。

7、严禁违反收费规定，擅自提高收费标准，分解收费项目。

8、严禁不按处方药品剂量规格给药或将医保基金（新农合基金）支付范围内的药品串换成其他药品、生活用品和保健食品的；

9、严禁违反医保（新农合）用药目录将自费药品与列入医保（新农合）用药范围的药品混淆计价的；

10、严禁医务人员不合理检查、诊断、治疗；

11、严禁止不符合急诊抢救标准的报销情况发生；

12、严禁冒名代签、重复报销、虚假报销、超标准报销、超封顶线报销；

13、严禁挪用、贪污医保（新农合）基金。

14、严禁对《宣威市城镇基本医疗保险定点医疗机构服务协议》和《宣威市新型农村合作医疗实施方案》中不予报销减免的情况进

行报销减免；

15、严禁对手续、证件不齐全的患者进行减免补偿。

16、严禁对于同时参加职工基本医疗保险。或居民基本医疗保险及新型农村合作医疗的进行多次报销；

17、严禁同一病人在同级医院互相转诊；

18、严禁患者住院期间发生的检查费用、药品费用列入门诊处理；

19、严禁门诊转住院及推诿病人的问题发生。

二、注意事项

1、2015 年医保人均住院费用 6000.00 元，新农合人均住院费用 3800.00 元。

2、医保患者自费药品不能超过住院费用总额 3%，新农合患者自费药品不能超过住院费用总额 10%。

3、医保患者 15 日内、新农合患者 30 日内不得以同一病因在同一医院住院两次及以上。

4、外伤患者应在病历中如实写明致伤原因（住院证后外伤患者自行写明致伤原因且签名捺印），且主治医生有责任告知患者须在入院 3 日内将《新农合住院患者意外伤害原因调查认证书》（新农合）或《医保住院（门诊抢救）申报保证书》（医保）交主管医生放于病历中备查，并在出院时交结算处。

5、医护人员每日应告知患者用药情况及金额。

6、使用目录外自费药品或“降消”项目基本医疗服务项目外的项目，必须经患者或其家属知情同意并签字。

7、新农合患者必须入院 3 日内审核录入新农合信息。

8、乡镇参合患者到我院住院需在 3 日内

开具《宣威市定点医疗机构参合患者转诊审批表》交主管医生放于病历中备查，并在出院时交结算处。

9、“降消”项目剖宫产率为 20%。

10、医保及新农合患者住院期间应随身携带医保卡、合作医疗证、身份证备查。

三、曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构十不准

1、不准冒名顶替住院，挂靠住院，挂床住院，分解住院。杜绝将门诊自费检查和自购药品与病情无关的费用列入住院费用报销。杜绝将住院出院超量带药或将超量带药列入住院费用报销。杜绝为非定点医疗机构或承包租赁科室提供新农合管理信息系统服务。

2、不准门诊处方超控制标准和借证看病。

3、不准降低住院指征收治患者住院或将

符合出院标准应予出院的患者继续滞留住院，小病大治，过度检查，重复检查、过度治疗。杜绝违反诊疗规范和超范围执业。

4、不准利用新农合信息管理系统串换、篡改《新农合诊疗目录》和《新农合用药目录》中的药品和诊疗项目。

5、不准推诿、拒收符合住院条件的患者住院。

6、不准利用医托、虚假广告、虚假宣传、免费体检、免费食宿、违规义诊等形式诱导参合群众住院。杜绝编造假病历、假处方虚报费用。杜绝滞留合作医疗证，患者出院当天必须上传出院信息。

7、不准违反医疗服务价格政策、超诊疗项目提高收费标准乱收费、分解收费，私立收费项目。

8、不准不履行即时结报协议。定点医疗

机构要不折不扣执行转诊制度和住院清单制度，开展即时结报的定点医疗机构不得手工结报新农合费用。

9、不准违反药品价格和基本药物制度政策，擅自提高药品价格。

10、不准与参合人员合伙套取基金或直接冒用参合人员信息，采取伪造病历、处方、收费票据以及虚增费用等手段套取或变相套取基金。

第四章 法律责任及责任追究

一、新型农村合作医疗

(一)《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》第六章：

第三十九条 定点医疗机构发生违法违规行为的，对主要负责人和直接责任人，建议有关部门按照法定程序和人事管理权限，视情节轻重，给予警告、记过、降低岗位等级或撤职、开除等行政处分。涉嫌犯罪的，移送相关部门依法追究法律责任。

第四十条 定点医疗机构截留、挪用新型农村合作医疗基金的，按《云南省新型农村合作医疗基金财务管理暂行办法》有关规定处理。

第四十一条 在协议履行期内，按照协议约定，定点医疗机构发生下列违规行为之

一，应责令改正，造成不合理医药费用支出的，由定点医疗机构承担，合作医疗基金不予支付；同时，视情节轻重，给予约谈主要负责人、暂停6个月新农合即时结报的处理。

1、将不符合住院标准的参合农民收住入院的，或将符合出院标准应予出院的参合农民继续滞留住院的，或不具备基本诊治条件，截留参合农民住院的；

2、非诊疗需要进行过度检查治疗或重复检查治疗的，使用非本病种治疗药物的；

3、不记载病历或病历记载不清楚、不完整，导致发生的医疗费用不符的，或发生的医疗费与病情不符的；

4、违反医疗服务价格政策，擅自提高收费标准、分解项目收费、私立项目收费的；

5、违反药品价格政策，擅自提高药品价格的；

6、使用自费药品及诊疗项目，未履行告知、签字手续的；

7、不执行医药费用分担共付制，不收或减收参合患者应自付的医药费用的；

8、经新农合定点医疗机构监督管理委员会抽查发现执业资格人数达不到《医疗机构基本设置标准》人员设置规定的。

第四十二条 在协议履行期内，按照协议约定，定点医疗机构发生以下违规行为之一，应责令改正，造成新农合基金流失的，责令定点医疗机构将所流失的基金交还新农合基金专户；同时，视情节轻重，给予通报批评、暂停 12 个月新农合即时结报的处理。

1、采用虚假宣传、未经批准的义诊、免费检查以及其它不正当手段诱骗参合农民住院的；

2、不核对患者身份，造成冒名就诊或住

院，导致新农合基金流失的；

3、将新农合基金不予支付的目录外药品和诊疗项目串换为目录内的，或将其他药品、生活用品、保健食品和用品等串换成新农合基金支付范围内药品的，或搭车开药的；

4、不严格执行住院补偿费用即时结报制度，未经批准进行手工结报的；

5、将新农合病人一次住院分解成二次甚至二次以上，住院期间允许、要求新农合住院病人到门诊做大型检查、到门诊药房取药；

6、在新农合定点资格有效期内经新农合定点医疗机构监督管理委员会抽查累计二次发现执业资格人数达不到《医疗机构基本设置标准》人员设置规定的。

第四十三条 在协议履行期内，按照协议约定，定点医疗机构有下列情形的，应责令改正，情节严重的，应解除定点医疗服务协

议，取消其定点医疗机构的资格，并向社会公告。涉嫌犯罪的，移交相关部门依法处理。

1、出具与新农合补偿有关的虚假医学证明，造成新农合基金流失的；

2、伪造虚假医疗文书、票据等，造成新农合基金流失的；

3、医疗机构与参合人串通或者医疗机构直接冒用参合农民姓名，采取伪造病历、处方、收费票据以及虚增费用等手段涉嫌套取或变相套取新农合基金经查实的；

4、发生出租承包科室、超范围执业的；

5、在新农合定点资格有效期内经新农合定点医疗机构监督管理委员会抽查累计三次发现执业资格人数达不到《医疗机构基本设置标准》人员设置规定的。

（二）《宣威市 2015 年新型农村合作医疗实施方案》（试行）第八章：

第三十九条 实行新农合违规违纪责任追究制。各级新农合医疗管理经办机构、医疗机构及其工作人员违反新农合政策规定必须实行责任追究。

第四十条 违反新农合基金管理规定，骗取、截留、挪用新农合医疗基金的，根据有关法律法规的规定追究责任人的相应责任；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第四十一条 新农合定点医疗经办机构虚报、伪造票据、冒领新农合资金及审核把关不严，造成基金流失的，根据有关法律法规的规定给予定点医疗机构停业整顿、取消定点资格处罚并责令其追回损失、缴入新农合基金专户并追究当事人的相应责任；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第四十二条 定点医疗机构医护人员违反规定和采用其它手段套骗合作医疗基金

的，责令追回损失，按协议管理处罚，当事人解除聘用合同；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十三条 参合人或他人伪造、涂改医疗收费单据或合作医疗证、借证看病和冒名顶替、诈骗合作医疗减免补偿基金，造成合作医疗基金流失的，除追回补偿资金外，取消其当年享受合作医疗政策的资格，并按有关规定严肃处理，构成犯罪的依法追究刑事责任。

二、城镇基本医疗保险（宣威市城镇基本医疗保险定点医疗机构服务协议（医院）第六章）

第四十三条 乙方在医疗服务中出现违反医疗保险政策和本协议规定情形的，甲方除拒付违规费用外，视情节轻重、违规次数、

造成影响及基金损失程度，有权对乙方分别作出如下处理：批评、通报批评、责令限期整改、扣除违规费用 2-5 倍违约金，暂停医保信息系统或终止服务协议，提请人力资源和社会保障行政部门取消医保定点资格处理等。同时可对违规事项直接责任人作出要求其书面检查、批评、通报批评、暂停或终止其医保服务资格等处理。

第四十四条 本协议中的“违规费用”及“违约金”，由甲方在乙方应得的医疗保险基金中直接抵扣，并入基本医疗保险基金。已经支付的有权予以追回或在下期结算时予以扣除，并入基本医疗保险基金。

第四十六条 乙方在医疗服务过程中有下列情形之一的，甲方除拒付违规费用，按违规费用的 2 倍扣除乙方违约金外，并可对乙方作出批评、通报批评、责令限期整改处理：

1、将不属于医保支付范围的医疗费用纳入医保支付范围的；

2、不执行药品目录、诊疗项目、服务设施标准，更改系统内支付信息的；

3、超出卫生行政部门批准的诊疗项目及准入的医疗技术进行医疗服务的；

4、未核对参保人员身份导致他人冒名就医并造成医保基金流失的；

5、诱导或强迫参保人员使用目录外的药品、医疗材料、诊疗项目，增加参保人员自费比例的；

6、将普通门诊纳入门诊急诊抢救结算，或者不保存门诊抢救用药、检查、治疗等相关记录的；

7、由于人为因素，传送到甲方的信息与乙方的信息及病历档案资料不符的；

8、医师执业地点、执业类别、执业范围

与注册不符的；

9、超适应症、超剂量使用药物、串换药品、过度检查、重复检查、滥做辅助性治疗的；

10、超标准收费、重复收费、套项目收费、分解收费、出院带检查及治疗的；

11、其他与上述情形类似的违反医疗保险政策规定的行为。

第四十七条 乙方在医疗服务过程中有下列情形之一的，甲方除拒付违规费用，按违规费用的 5 倍扣除乙方违约金外，并可对乙方作出责令限期整改，暂停乙方医保信息系统 1-3 个月的处理：

1、乙方发生第四十六条所列的违规情形之一，经甲方处理后拒不整改的；

2、将医疗保险结算系统延伸到本院外，为分支机构和未取得定点资格的医疗机构提供社会保障 IC 卡结算服务的，或为无定点资

格的零售药店或医疗机构提供社会保障 IC 卡代刷卡服务和提供有关票据的；

3、超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址提供医疗服务项目，并发生医保费用结算的；

4、规避结算管理办法，将住院期间的诊疗项目和使用的药品、耗材等让参保人员到门诊或院外自费的；

5、任意减免住院费用个人支付部分的，或以提供免费就餐、发放礼品、勾结医托等形式组织、诱导参保人员住院的；

6、将医疗机构或科室承包给个人或其他单位，或者以转包、合作经营、独立经营核算等方式变相改变经营主体，并以本医疗机构名义开展诊疗活动，且发生医保费用结算的；

7、串换药品、医用耗材和物品、替换诊疗项目的；

8、无床位住院、挂床住院、分解住院、无入院指征住院、让未达到出院标准的参保人员提前出院的；

9、其他违反医保政策及医疗、药事管理有关规定，情节严重的。

第四十八条 乙方在医疗服务过程中有下列情形之一的，甲方除拒付违规费用，按违规费用的 5 倍扣除乙方违约金外，并可对乙方作出责令限期整改，暂停乙方医保信息系统 3-6 个月的处理：

1、推诿、拒收有能力、有条件诊治的参保人员，造成恶劣影响的；

2、使用无相应执业资格证的医务人员独立当班为参保人员提供医疗服务的；

3、提供的药品中出现假药、劣药的；

4、弄虚作假，应付审核稽核的。

第四十九条 乙方在医疗服务过程中有

下列情形之一的，甲方除按第四十六条、第四十七条、第四十八条内容规定拒付违规费用，扣除相应违约金的处理外，报人力资源和社会保障行政部门批准后，甲方可终止服务协议、关闭医保信息系统：

1、虚拟住院、伪造医疗文书或以其它形式虚假上传、申报费用骗取医保基金的；

2、暂停医保信息系统期间未进行整改或不按要求整改的；

3、年度内发生三次及以上医疗事故并被有关部门通报、造成严重后果的；

4、受到卫生行政部门吊销《医疗机构执业许可证》处罚的；

5、协议年度内发生违规行为，被审核、稽核查处，第二次需要给予暂停医保信息系统处理的；

6、严重违反医保政策有关规定、应予

以终止服务协议、取消定点资格的；

第五十条 乙方有下列情形之一的，甲方
可暂停医保信息系统进行处理，处理无效的
可终止服务协议。

1、无故拖延调查时间的、拒不提交资料
或涂改、销毁与调查事件有关材料的；

2、辱骂、殴打、威胁调查人员的；

3、其他严重影响甲方行使调查权的行为。

第五十一条 乙方有以下情形之一的，参
保人员当次住院全部费用（含自付、自费部
分）为违规费用：

1、无床位住院、挂床住院、分解住院、
无入院指征住院、让未达到出院标准的参保
人员提前出院的；

2、同一床位同时收治 2 名（含）以上参
保人员的；

3、超标准收费、分解收费、套项目收费

或过度检查、重复检查、出院带检查及治疗金额超过 500 元的；

4、对治疗、检查、检验、用药、手术等病历记录弄虚作假的；

5、无医嘱行治疗、检查、检验、用药、手术等医疗行为的。

6、为参保患者提供的药品中出现假药、劣药的。

第五章 新型农村合作医疗

一、参保覆盖范围及缴费标准

1、覆盖范围：宣威市行政区域内的农村居民都可参加新农合（以下简称参合人），以家庭户为单位整户参加，包括外出经商、务工的农民。已参加城镇居民基本医疗保险的，不能重复参加新农合和重复报账补偿。已孕妇女在参加新农合的情况下，当年出生婴儿可随参合母亲享受新农合住院减免补偿政策，封顶线合并计算。

2、缴费标准：2015 年按照 90.00 元/人/年的标准缴纳参合费。当年缴费，下年使用，有效期 1 年。农村独生子女的父母及年龄不满 18 周岁的独生子女，只生育了 2 个女儿采取绝育措施的夫妻，应由个人缴纳的参合费用按规定由省、市、县三级财政分担。

二、参合人员就医待遇

(一) 门诊：门诊减免只能在本乡（镇、街道）行政区域内的乡、村两级定点医疗机构进行现场减免。

1、门诊报销需提供资料：身份证（户籍证明）、合作医疗证。

2、村级卫生所门诊平均处方值不超过 35 元，当场减免 50%，每人每天门诊减免额不能超过 17.5 元。

3、乡（镇）卫生院、街道卫生服务中心门诊平均处方值不超过 45 元，当场减免 50%，每人每天门诊减免额不能超过 22.5 元。

4、参合人每人每年门诊减免累计限额 200 元。

5、双龙参合患者在所属村卫生服务站及双龙街道社区卫生服务中心享受药品“零差率”。

（二）门诊急诊抢救（交医院合管办）：
参合人在定点医疗机构急诊抢救治疗的费用，按住院补偿标准进行补偿（急诊抢救治疗3日以内）。

（三）普通住院。

1、住院报销患者需提供资料：合作医疗证、身份证（没有办理第二代身份证的老人及儿童必须持有《户口簿》或户籍证明）、《新农合住院患者意外伤害原因调查认证书》（外伤患者）。

2、住院起付线及报销比例。

（表见下页）

住院起付线及报销比例

医院等级	起付线	报销比例
乡（镇、街道）级定点医院	200.00	80%
县（市、区）级定点医院住院	400.00	70%
地（州、市）级定点医院住院	600.00	55%
省级定点医疗机构住院 （含曲靖市外住院）	1000.00	50%
备注： 1、床位费支付标准：13.00 元/天。 2、乙类药品自付比例：3% 3、最高支付限额：120000.00 元/年（个人年度累计负担的政策内医疗费用超过 7000.00 元的部份进入“大病医疗保险”报销）。		

大病医疗保险报销比例

个人负担金额（元）	报销比例
7000-20000	50%
20000-40000	55%
40000-65000	60%
65000-100000	65%
>100000	70%
备注：1、年度累计补偿最高限额 200000 元	

3、到定点医疗机构就诊的参合农民，200元以下的医用耗材国产或进口都可报销，200元以上的医用耗材只能报销国产的，使用进口耗材须向患者解释清楚，并征得同意签字后方可使用，自付费用。

4、实行“初诊制度”和“双向转诊转院制度”。

(1) 参合患者在定点的乡镇（街道社区）初诊治疗，再根据病情需要逐级转诊。在宣威市级住院的患者，需持有《宣威市定点医疗机构参合患者转诊审批表》。患者需到曲靖市级及以上医院机构住院治疗的，需使用全省统一的转诊审批表，经市合管办审批同意后方可转诊，对急、危、重病人，患者可直接到市级及以上医疗机构抢救治疗，三日内凭医疗疾病证明补办转诊手续。

(2) 宣威市合管办委托市一院、市二院、市中医医院、市妇幼保健院、市来宾医院、

鹏程中医医院、锦森康复医院、云峰医院、求实医院、精神病专科医院、田坝煤矿医院、羊场煤矿医院合管办就地就近审核办理《云南省新型农村合作医疗转诊转院治疗审批表》。市级定点医疗机构只能开转院证明到云南省卫生厅、曲靖市卫生局确定的新农合定点医疗机构；没有经过县（市、区）级定点医院转诊转院证明，自行到其他医院住院的新农合不予报销。

（3）参合患者由上一级医疗机构转回下一级医疗机构进行康复治疗时，持上级医院开具的下行转诊审批表经市合管办审批同意，可取消起付线。

（4）因探亲、访友、外出务工等原因未经转诊审批在异地住院治疗的，需持户口所在地村委会出具的外出探亲、访友或务工证明，可按程序即时接报。

（5）《宣威市新型农村合作医疗转诊治疗审批表》（见下页）

宣威市新型农村合作医疗 转诊治疗审批表

申请转诊医院：

姓名：	性别：	年龄：
合作医疗证号：		身份证号：
科别：	床号：	住院号： 入院日期：
住址：宣威市		乡（镇） 村 组
一、主要诊断： 二、转院理由及目的： 三、建议转往何处治疗：	申请医师签名： 乡（镇）卫生院（街道社区卫生服务中心） 意见（签章） 年 月 日 参合病人或其委托人签字： 年 月 日	
注： 1、凡需转诊至宣威市级定点医疗机构者，均需填具此转诊审批表。未经批准而自行转诊的，其医疗费用一律自理；因病情危急的，需于就医后7日内补办手续，否则费用不予报销。 2、本表一式二份，转出医疗机构和转入医疗机构（由参合农民入院时提交）各留一份。		

(6) 外伤患者需在入院一周内向住院科室领取《新农合住院患者意外伤害原因调查认证书》（样表见下页），填写受伤原因及经过后，由所在村（居）委会落实签名盖章，出院结算时作为外伤可报销范围证明交医院结算处。

新农合住院患者意外伤害原因 调查认证书

就诊医院：宣威市中医医院

住院科室：

姓 名		性 别		身份证号	
联系电话		临床诊断		医疗证号	
本人或家属受伤经过描述	签字（手印）： 年 月 日				
村居委会意见	联系电话： 签字（盖章）： 年 月 日				
双龙合管办意见：			宣威市合管办意见：		
签字： 年 月 日			签字： 年 月 日		

使用自费药品和医用耗材告知同意书

科室：_____ 姓名：_____ 性别：___ 年龄：___ 住院号：_____

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据有关规定，下列药品（材料）不属于或者部分不属于社会基本医疗保险、大病统筹、新农合报销范围或不属于“降消”项目基本医疗服务项目，此种药品（材料）的费用须由患者个人承担。患者自愿选择是否使用此种自费药品（材料）。

序号	自费药品 医用耗材	患者、患者家属或患者法定监护人、授权委托人意见： 有关使用此种药品（材料）的必要性及需要患者个人承担费用的情况，医生已经向我们详细告知。 （患者或患者家属同意使用与否分别在下列两栏签名认可）		医生 签名	签名 日期
		我同意使用，并同意个人承担此药品（材料）的费用。 （患者签名）	我不同意使用此药品（材料），对由此发生的一切后果自行承担责任。（患者签名）		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

注：关于药品和耗材其他告知内容详见具体的使用说明书。

外伤诊治补偿补充说明：

根据《宣威市 2015 年新型农村合作医疗诊疗实施方案（试行）》，凡因工（公）伤、打架斗殴、交通事故、故意犯罪、酗酒、吸毒服毒、自杀他杀、医疗事故及其他有第三者或其他赔付责任的医疗费用，均不属于合作医疗报销范围。为明确病因，确立是否属于补偿范围，患者或家属就外伤诊治补偿签名认可本认证书内容及以下说明条款：

1、医疗机构应为患者提供政策告知服务及《意外伤害原因调查认证书》，并根据合作医疗政策按规定为患者办理住院费用补偿手续。

2、患者应为医疗机构提供真实的受伤原因和当时情形，按照相关规定填写《意外伤害原因调查认证书》并经所在村居委会认证。如果发现隐瞒实情，骗取补偿款的，市合管

办将依法追回新农合补偿款并追究患者及村居委会认证人员责任。

农村孕产妇住院分娩采用“住院分娩单病种费用包干”的方式。

分娩限价及报销金额

医院等级	分娩限价			新农合报销金额			“降消”项目报销金额		
	顺产	难产	剖宫产	顺产	难产	剖宫产	顺产	难产	剖宫产
乡级医院	950	950	1650	550	550	1250	400	400	400
县级医院	1650	1650	2200	1250	1250	1800	400	400	400
市外医院	按照住院补偿标准执行								

第六章 各类保险缴费及报销政策

一、缴费基数和缴费比例

职工医疗保险			养老保险			工伤保险		生育保险		附加商业保险			互助医疗	
缴费基数 元	缴费比例		缴费基数 元	缴费比例		缴费基数 元	缴费比例	缴费基数 元	缴费比例	缴费金额 (元)		缴费金额 (元)		
	单位	个人		单位	个人					单位	单位	个人	续保	新保
2133	10%	2%	2390	20%	8%	2130	0.6%	2390	1%	160	60	80	100	

备注：缴费基数均为 2015 年基数，以后各年均以人社部门发布金额为准

二、职工医疗保险事项

(一) 基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险

费，全部计入个人帐户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人帐户。单位缴纳的基本医疗保险费，按参保人员年龄，以不同比例划入个人帐户：年龄在 45 周岁以下的划入本人工资总额的 2%，年龄在 45 周岁及其以上的划入本人工资总额的 3%，退休人员划入本人基本养老金总额的 4%。

（二）缴费年限

1、参加城镇职工基本医疗保险的人员退休时，其缴费年限男满 30 年、女满 25 年的可以享受城镇职工基本医疗保险规定的退休人员医疗保险待遇，即退休人员本人和单位不再为其缴纳基本医疗保险费。缴费年限含实际缴费年限和视同缴费年限，视同缴费年限指参保人 2003 年 1 月 1 日以前符合国家和省规定认可的连续工龄或工作年限。

2、参保人员退休时缴费年限未达上述规定最低年限，应以本人退休前一个月的缴费基数和参保地的单位缴费费率一次性补缴满上述规定的缴费年限后，享受城镇职工基本医疗保险规定的退休人员医疗保险待遇。补缴的医疗保险费不划入个人账户。

三、参保职工就医待遇

(一) 门诊

1、普通门诊：门诊基本医疗费由定点医疗机构或定点零售药店垫支并从个人账户下账，超出个人账户的费用由定点医疗机构直接收取现金。参保人员患病就医购药时，应自觉遵守《基本医疗保险用药范围管理暂行办法》及相关药品目录、《基本医疗保险诊疗项目管理暂行办法》及诊疗项目目录和《基本医疗保险生活服务设施支付标准及管理办

法》，超出基本医疗范围的费用由个人负担，严禁用个人账户支付，也不计入当年个人自付限额。

2、门诊急诊抢救（交医保中心，本院职工交医院医保科）

报销范围：抢救后转住院或抢救无效死亡的报销三天内抢救费用。

报销标准：参照普通住院报销

需提供资料：社会保障卡、身份证、门诊发票、门诊处方、病情证明

3、特殊病及慢性病门诊：

（1）特殊病：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植后抗排异治疗、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、血友病。

（2）慢性病：精神病（精神分裂症、感性精神障碍）、癫痫、帕金森氏病（震颤麻痹）、冠心病、支气管扩张、支气管哮喘、

慢性阻塞性肺疾病肺心病、慢性心力衰竭、脑血管意外（脑出血、脑梗塞）、糖尿病、肝硬化、老年性前列腺增生（Ⅱ°、Ⅲ°）、慢性肾小球肾炎、肾病综合症、活动性肺结核病、慢性活动性肺炎、原发或继发性高血压、类风湿关节炎、甲状腺机能亢进（减退）、阿尔兹海默病、系统性硬化症、干燥综合症、重症肌无力、强直性脊柱炎、原发性青光眼、运动神经元病。

（3）报销待遇：

①门诊医疗费用实行限额管理，不设起付线。

②门诊特殊病（不需放化疗的癌症、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮）患者，统筹基金每人每年报销限额 5000 元，在报销限额内，每次发生的医药费统筹基金报销 90%，个人自付 10%。

统筹限额=（（报销限额/12）×享受月数）/0.9。

③门诊单一慢性病患者统筹基金每人每月报销限额 208.33 元，每增加一个病种，报销增加 104.16 元，统筹基金每年最高报销 5000 元，在报销限额内，每次发生的医药费统筹基金报销 80%，个人自付 20%。

首个病种统筹限额=（（报销限额/12）×享受月数）/0.8。

第二个病种及以上统筹限额=第一个病种限额+（（报销限额/12）×享受月数）/0.8

④特殊病慢性病患者住院期间不享受门诊医疗补助待遇。

⑤特殊病慢性病患者全年住院费用总额超过年度基本医疗保险统筹基金最高支付限额，当年不再享受特殊病慢性病门诊医疗待遇。

⑥享受了特殊病待遇的人员不再享受慢性病待遇，享受了特殊病视同住院待遇的人

员不再享受特殊病门诊待遇。

(4) 注意事项:

①每次门诊开药量原则上不超过一个月用量。

②2015年1月起门诊特殊病、慢性病医疗费用按季享受待遇。

(二) 住院

1、普通住院

(1) 住院报销患者需提供资料: 社会保障卡、身份证、请假条(在职人员)、缴费证明(个人缴费)、《医保住院(门诊抢救)审报保证书》(外伤患者)。

(2) 住院起付线及报销比例:(表见下页)

住院起付线及报销比例

医院等级	起付线		报销比例			床位费支付标准	
	第一次	第二次	在职人员	退休人员	离休人员	在职退休	离休人员
一级医院	400.00	200.00	85%	87%	100%	15.00	50.00
二级医院	500.00	300.00	85%	87%	100%	20.00	50.00
三级医院	600.00	400.00	85%	87%	100%	30.00	50.00
市外医院	600.00	400.00	80%	82%	100%	30.00	50.00

备注：

- 1、离休人员无起付线。
- 2、乙类药品自付比例：3%。
- 3、器官购置、材料、特殊检查先自付 10%，其余部分再按基本医疗保险的有关规定执行。
- 4、统筹基金最高支付限额：60000.00 元/年（统筹基金超过全年最高支付限额的部份进入“附加商业医疗保险”报销）。

医保住院（门诊抢救）申报保证书

姓 名		性 别		年 龄		住 院 日 期	年 月 日
医保卡号				身份证号			
单 位				联系电话			
诊 断							
收住科室				科	床		

保证：该患者此次就医不属于以下情况所致：

- (1) 工伤；
- (2) 交通事故；
- (3) 打架、斗殴；
- (4) 酗酒、集体食物中毒；
- (5) 自伤、自残、自杀；
- (6) 他杀及意外伤害事故；
- (7) 其他不属于基本医疗保险支付范围的疾病。

如有欺瞒行为，其医药费及由此引起的一切不良后果由本人及本单位负责。

患者签名：_____

家属签名：_____

与患者的关系：_____

患者单位意见（盖章）

年 月 日

2、70 周岁以上（含 70 周岁）老年人

（1）住院、急诊抢救及门诊慢性病、特殊病起付线按现行政策减半收取。

（2）取消乙类药品和特殊检查、特殊诊疗的个人先自付比例。

（3）政策范围内住院费用报销比例达 80%，达不到 80%的由医疗保险统筹基金补足差额部份。

3、按病种结算住院

（1）执行政策：《曲靖市城镇职工基本医疗保险病种结算办法》。

（2）报销比例：统筹基金支付 90%，个人支付 10%。

（3）注意事项：

①按病种结算的范围和费用支付标准，全市统一执行。

②凡纳入按病种结算管理的患者住院期

间所发生的各项医疗费用，即从患者确诊入院，按规定的临床路径规范诊疗，达到临床路径疗效标准出院的整个过程所发生的诊查、化验、检查、床位、治疗、手术、护理、药品、医疗耗材（国产常用耗材）等，定点医疗机构不得在病种结算费用外另行收费（床位费超标部分、陪床费等按政策规定应由患者个人支付的服务设施费用，以及患者自行选择的非常用耗材所产生的费用，不纳入病种结算，定点医疗机构可向参保患者另行收取）。

③参保患者符合《曲靖市城镇职工基本医疗保险病种结算标准》（见附表）所列疾病住院治疗的，不再支付住院起付标准费用以及基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录中规定的先自负费用。

④确诊为附表所列病种需住院治疗的，

定点医疗机构应告知参保患者并签订病种结算协议（《宣威市中医医院按病种结算诊疗协议书》），一式三份（一份附病历中，一份交患者，一份交结算处）。凡符合病种结算办法而未按照结算标准执行的，所发生的医疗费用，医保经办机构不予结算，相关责任由定点医疗机构自行承担。

⑤参保患者患两种及两种以上病种结算疾病需要一并治疗的，或者参保患者在诊疗过程中发现合并其他疾病需要同时治疗的，定点医疗机构征得医疗保险经办机构同意后，可不按病种结算。（填写：《宣威市中医医院城镇职工基本医疗患者不按病种结算的申请》交结算处）

⑥合理制定诊疗计划，按照临床路径，规范治疗，确保治疗效果。

⑦对于入院时未按病种结算办理的患

者，确认符合按病种结算，可在办理出院结算前由结算处转为按病种结算患者。

⑧实行病种结算办法的定点医疗机构不得将未达出院标准或治疗尚未完成的参保患者催赶出院。出院后15天内又因相同疾病（或相同疾病并发症）再次住院（包括入住其他定点医疗机构），医保经办机构拒付所发生的医疗费用

⑨实行病种结算办法的定点医疗机构必须严格执行卫生部门制定的疾病诊疗常规及相关要求，如治疗中发生意外，经鉴定为医疗事故的，所发生的费用由定点医疗机构自行承担。

⑩按病种结算办法发生的住院医疗费用，不纳入定点医疗机构年度人均费用考核指标。

曲靖市城镇职工基本医疗保险病种结算标准

序号	病种名称	计价单位	三级医疗机构			二级医疗机构			治疗类别
			病种结算标准	个人支付标准	统筹支付标准	病种结算标准	个人支付标准	统筹支付标准	
1	急性单纯性阑尾炎（行阑尾切除术）	例	4100	410	3690	3900	390	3510	手术
2	老年性白内障（行超声乳化白内障摘除术+人工晶体植入术）	单侧	6200	620	5580	5900	590	5310	手术
3	腹股沟疝（行择期手术治疗）	单侧	5800	580	5220	5500	550	4950	手术
4	胆囊切除术	例	8500	850	7650	8100	810	7290	手术
5	全髋关节置换术	例	46000	4600	41400	43700	4370	39330	手术
6	病窦性综合征（行永久性起搏器安置术）单腔	例	36000	3600	32400	34200	3420	30780	手术
	病窦性综合征（行永久性起搏器安置术）双腔	例	48000	4800	43200	45600	4560	41040	手术
7	行经皮冠状动脉内支架置入术（一个支架）	例	35000	3500	31500	33300	3330	29970	手术
	行经皮冠状动脉内支架置入术（两个支架）	例	46400	4640	41760	44100	4410	39690	手术
	行经皮冠状动脉内支架置入术（三个支架）	例	64000	6400	57600	56800	5680	51120	手术
8	子宫平滑肌瘤（行子宫切除术，含次全切、全切）	例	9100	910	8190	8600	860	7740	手术
9	卵巢良性肿瘤（行卵巢肿瘤剥、切除术）	例	6500	650	5850	6200	620	5580	手术
10	良性前列腺增生（行经尿道前列腺电切除术）	例	9500	950	8550	9000	900	8100	手术

4、附加商业医疗保险

(1) 报销范围：参保职工住院费用统筹基金超过 60000.00 元的部份。

(2) 报销比例：90%（不包含自费部份）。

(3) 最高支付限额：160000.00 元/年。

5、异地结算

(1) 参保职工在省内曲靖市外医院住院，请在入院后拨打宣威市医保中心电话：0874-6189607 开通异地结算。曲靖市外参保人员到我院住院需向对方医保中心申请开通异地结算。

(2) 外伤参保患者不实行异地结算，需要患者自费结算后回参保地医保中心结算。

6、医保其他事项

(1) 医保卡遗失或损坏，需带本人身份证向宣威市医保中心办理补卡，补卡费用 22.00 元。

(2) 医保卡密码遗忘或锁死，需带本人身份证向宣威市医保中心办理密码重置。

(3) 医院各科室对于辞职人员，务必于每月 20 日前报医院医保科，方能及时办理各类保险停保。

四、城镇居民基本医疗保险（简称：居民医保）

（一）参保覆盖范围及缴费标准

1、覆盖范围：本市行政区域内，不属于城镇职工基本医疗保险和新型农村合作医疗覆盖范围的学生、少年儿童和其他非从业城镇居民，城镇规划区范围内基本失地或完全失地的非从业人员和随同父母或子女从外地迁入本市并持有有效居住证居住在城镇的居民。

2、筹资标准（个人缴费与财政补助共同筹集）：

学生、少年儿童基本医疗保险每人每年90.00元。

其他城镇居民基本医疗保险每人每年210.00元。

60周岁以上老年居民基本医疗保险个人不缴费。

3、有关缴费事项：

(1) 全省参加城镇居民基本医疗保险人员，参保并按规定缴费后的次月，即按规定享受基本医疗保险待遇，参保时间和享受待遇时间不受财政补助结算时间限制。

(2) 新生儿凭身份证号码办理参保登记，缴费后次月按规定享受基本医疗保险待遇；新生儿出生三个月内参保缴费的，从出生之日起即享受基本医疗保险待遇。

(二) 参保居民就医待遇

1、门诊

(1) 普通门诊：参保人员在定点医疗机构门诊就医的门诊费用，符合云南省规定的城镇居民基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准的，由城镇居民门诊统筹基金按 25%比例报销(自费项目和自费药品除外)，一个统筹年度内门诊医疗费用累计最高报销限额为 400.00 元/人/年。三级定点医疗机构就诊的门诊费用不纳入门诊统筹报销范围。

(2) 门诊急诊抢救(交所属劳动保障所) 报销范围：抢救后转住院或抢救无效死亡的报销三天内抢救费用。

报销标准：参照普通住院报销。

需提供资料：社会保障卡、身份证、门诊发票、门诊处方、病情证明。

(3) 特殊病及慢性病门诊：

①恶性肿瘤(包括各种癌症、肉瘤、淋

巴瘤、多发性骨髓瘤、黑包素瘤、生殖细胞瘤、白血病及其他需要放、化疗的颅内肿瘤)；
报销项目：门诊放疗、门诊口服化疗。

②慢性肾功能衰竭；报销项目：门诊血液透析及腹膜透析治疗。

③器官移植（包括肾移植、肝移植、血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植、心肺移植）。

报销项目：术后门诊抗排异药物治疗。

④系统性红斑狼疮；报销项目：门诊药物治疗。

⑤再生障碍性贫血；报销项目：门诊药物治疗。

⑥精神分裂症及双相性感障碍症；报销项目：门诊药物治疗。

⑦癫痫；报销项目：门诊药物治疗。

⑧血友病；报销项目：门诊药物治疗。

⑨特殊病门诊统筹基金起付标准。

在一个自然年度内特殊病门诊医疗费实行一次起付标准：

二级医院 300.00 元；三级医院 600.00 元。

⑩特殊病门诊统筹基金报销比例（自费项目和自费药品除外）。

（4）成年人患上述特殊病门诊医疗费报销比例：二级医院报销 65%；三级医院报销 55%。

（5）学生儿童患白血病、血友病及恶性肿瘤门诊医疗费报销比例：二级医院报销 70%；三级医院报销 65%。

患上述规定的其他特殊病门诊医疗费按成年人报销比例执行。

（6）一个自然年度内特殊病门诊医疗费与住院医疗费合并计算，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的门诊医疗费，由大病补充医疗保险报销 70%。

(7) 统筹基金最高支付限额：一个自然年度内特殊病门诊与住院医疗费合并计算，基本医疗保险统筹基金最高支付限额为30000.00元。大病补充医疗保险最高支付限额为60000.00元。

(8) 办理规定特殊病种的参保人员，只享受规定病种待遇的门诊医疗费用，不再享受其他疾病门诊统筹医疗待遇。

2、普通住院

(1) 住院报销患者需提供资料：社会保障卡、身份证、《医保住院（门诊抢救）审报保证书》（外伤患者）。

(2) 住院起付线及报销比例：

住院起付线及报销比例

医院等级	起付线（元）	报销比例
一级医院	100.00	90%
二级医院	300.00	80%
三级医院	500.00	60%
市外医院	800.00	60%

备注：

- 1、床位费支付标准：30.00 元/天。
- 2、乙类药品自付比例：3%。
- 3、器官购置、材料、特殊检查先自付 10%，其余部分再按基本医疗保险的有关规定执行。
- 4、统筹基金最高支付限额：30000.00 元/年（个人年度累计负担的政策内医疗费用超过 10000.00 元的部份进入“大病医疗保险”报销）。

大病医疗保险报销比例

个人负担金额（元）	报销比例
10000-20000	50%
20000-40000	55%
40000-65000	60%
65000-100000	65%
>100000	70%

备注：1、年度累计补偿最高限额 200000 元。

(2) 异地结算

对于宣威市外居民医保患者在我院住院的，暂不实行异地结算，需要患者自费结算后回当地劳动保障所进行报销。

(3) 生育医疗（交所属劳动保障所）

①城镇居民基本医疗保险参保人员符合计划生育政策的育龄妇女住院分娩医疗费用的产前检查费纳入城镇居民基本医疗保险基金支付范围。

②住院分娩医疗费用采取定额补贴，补贴标准：

分娩方式	报销金额
顺产	600.00
难产	1000.00
剖宫产	1500.00
多胎生育：在以上基础上增加 500.00 元	

③产前检查费纳入城镇居民基本医疗保险门诊统筹报销。

五、养老保险

(一) 领取条件

- 1、本人达到法定退休年龄并办理了退休手续。
- 2、所在单位和个人依法参加基本养老保险并履行缴费义务。
- 3、个人累计缴费时间满 15 年。

(二) 其他事项

- 1、养老保险可继承。
- 2、离职人员请到医院医保科领取《参加基本养老保险人员基本信息表》。

六、工伤保险

(一) 应当认定为工伤的情形

- 1、在工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害的。
- 2、工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故

伤害的。

3、在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的。

4、患职业病的。

5、因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的。

6、在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的。

（二）工伤申请时限：职工发生事故伤害或者按照职业病防治法规定被诊断、鉴定为职业病，所在单位应当自事故伤害发生之日或者诊断、鉴定为职业病之日起 30 日内，向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。

（三）工伤认定申请须提交的材料（本院职工交医院医保科）。

1、工伤认定申请表。

2、劳动者工伤报告表。

3、工伤制定医疗机构初次诊断证明或职业病诊断证明书（原件）。

4、单位事故调查报告或个人申请。

5、受伤职工本人身份证复印件。单位存在劳动关系的证明（劳动合同、上岗证、工资花名册、工号牌等）。

6、事故现场 2 人以上旁证材料（旁证人需按手印并附本人身份证复印件）。

7、其他材料。

七、生育保险

（一）职工生育保险待遇项目

1、生育或者计划生育假期的生活津贴。

2、生育或者计划生育的医疗费。

3、生育营养补助费。

4、法律、法规规定的其他项目。

(二) 生育时连续缴费满 6 个月以上的职工享受生育保险待遇。生育保险待遇由用人单位到经办机构申请。领取生育保险待遇时需提供下列材料（本院职工交医院医保科）：

1、人口计生部门出具的属于计划内生育的证明（准生证）。

2、职工的身份证。

3、医疗机构出具的相关医学证明（出生证）。

4、参保男职工申领待遇的，同时提供结婚证和配偶未就业证明。

5、病情证明。

6、出院证。

7、住院费用清单。

8、单位证明。

9、社会保障卡。

八、互助医疗

1、互助对象：凡云南省内参加职工基本医疗保险并同时参加大病补充医疗保险的在职职工和退休人员，按规定交纳互助金的，均可由单位工会统一组织参加活动。

2、互助期限：自然年度。

3、申请补助提供的材料：医院和医保部门出具的住院收费收据和费用结算单（本院职工交医院医保科）。

4、补助标准：按照职工住院发生的、在基本医疗保险、大病补充医疗保险和以各种方式办理的公务员补助等支付后的自付部份，扣除全自费和部份先自付医疗费用后，采取分段计算，累加支付的方法给予补助。

互助医疗补助标准

补助标准	补助比例
600.00<自付金额≤10000.00	30%
10000.00<自付金额≤100000.00	70%
100000.00<自付金额≤200000.00	90%
备注： 1、补助起付线：600.00 元 2、最低补助补助标准：50.00 元。	

第七章 临床科室医保、社保、新型农村合作医疗管理考核评分标准

管理考核评分标准（100分）

考核项目	考核内容	评分标准	分值
城镇 职工 医保 城镇 居民 医保 工伤 保险 (考 核各 临床 科室 40 分)	1、医保、工伤保险政策和住院注意事项宣传及告知。	科室醒目位置是否有医保、工伤保险政策及注意事项，抽查患者是否知晓。未公示1次扣1分，未告知1人扣0.5分，扣完为止。	2
	2、按时参加医保、工伤保险各类例会、培训、考试考核，及时传达有关医保、工伤保险政策、会议精神、学习内容等。	查会议记录签到表，传达记录及所发放文件是否齐全。每缺1次扣1分，扣完为止。	2
	3、医保人均住院费用超限率（按医院测算各科室人均费用计算）。	每月医保科核算超限率。每月超限价5%扣2分，扣完为止并承担相应费用。	6
	4、医保住院费用总额控制超限率（按医院测算各科室总额控制计算）	每月医保科核算超限率。每月超限价5%扣2分，扣完为止并承担相应费用。每月超总额控制5%扣2分，扣完为止并承担相应费用。	6
	5、医保住院自费药品率（<10%）。	每月医保科抽查自费药品率。每月超自费药品率1%扣1分，扣完为止并承担相应费用。	1
	6、医保人均住院天数（<16天）。	每月医保科核算人均住院天数。每月人均住院天数超10%扣1分，扣完为止并承担相应费用。	2
	7、医保、工伤保险是否存在挂床住院、冒名住院、不实住院、非医保和工伤保险报销范畴但以医保和工伤保险身份住院的情况。	人社局、社保中心、医保中心及医保科查实。查实1例扣4分，扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	12

(接上页)

考核项目	考核内容	评分标准	分值
城镇职工医保城镇居民医保工伤保险(考核各临床科室)	8、医保、工伤保险是否存在不合理检查、诊疗、药品、不实收费。	人社局、社保中心、医保中心及医保科查实。查实1例扣2分，扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	5
	9、是否存在病历书写不明情况(如“因外伤所致”)。	人社局、社保中心、医保中心及医保科查实。查实1例扣1分，扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	3
	10、对能出院不出院工伤患者是否及时通报医保科。	人社局、社保中心及医保科查实。查实一例扣1分，扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	1
新农合(考核各临床科室45分)	11、新农合政策、注意事项宣传及告知。	查科室醒目位置是否有新农合政策及注意事项，抽查患者是否告知。未公示1次扣1分，未告知1人扣0.5分，扣完为止。	2
	12、按时参加新农合各类例会、培训、考试考核，及时传达新农合保险有关政策、会议精神、学习内容等。	查会议记录签到表，传达记录及所发放文件是否齐全。每缺1次扣1分，扣完为止。	2
	13、新农合人均住院费用超限率(按医院测算各科室人均费用计算)。	每月医保科核算超限率。每月超限价5%扣2分，扣完为止并承担相应费用。	6
	14、新农合住院费用总额控制超限率(按医院测算各科室总额控制计算)。	每月医保科核算超限率。每月超总额控制5%扣2分，扣完为止并承担相应费用。	6

(接上页)

考核项目	考核内容	评分标准	分值
新农合 (考核各临床科室新农合)	15、新农合住院自费药品率(<10%)。	每月医保科抽查自费药品率。每月超自费药品率 1%扣 1 分,扣完为止并承担相应费用。	1
	16、是否存在新农合患者挂床住院、冒名住院、不实住院、非新农合减免范畴但以新农合身份住院的情况。	市合管办及医保科查实。查实 1 例扣 4 分,扣完为止并承担相应费用及责任。	12
	17、是否存在新农合患者不合理检查、诊疗、药品、不实收费。	市合管办及医保科查实。查实 1 例扣 1 分,扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	5
	18、入院三日内新农合信息录入率	市合管办及医保科查实。三日内未录入一人扣 1 分,扣完为止并承担相应费用及责任。	5
	19、新农合住院费用每日清单。	市合管办及医保科抽查患者是否知道每日住院费用。发现 1 例患者不知晓每日住院费用扣 0.5 分,扣完为止。	3
	20、是否存在病历书写不明情况(如“因外伤所致”)。	市合管办及医保科查实。查实 1 例扣 1 分,扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	3
“降消”项目 (考核妇产科) (5分)	21、是否存在符合规定但未施行“降消”项目情况。	市“降消”项目办查实及医保科查实。查实 1 例扣 1 分,扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	1

(接上页)

考核项目	考核内容	评分标准	分值
	22、“降消”项目住院超限价率(以市“降消”项目实施方案规定为准)。	医保科每月核算超限率。每月超总额控制5%扣1分,扣完为止并承担相应费用。	2
	23、“降消”项目产妇产难产、剖宫产率($\leq 20\%$)	医保科每月核算超限率。每月超1%扣0.1分,扣完为止并承担相应费用及责任。	2
收费 结算 (考 核结 算 处、 收费 处10 分)	24、信息管理系统录入是否真实、完善(包括医院HIS、医保系统、新农合系统)。	医保中心、市合管办及医保科查实。未真实录入完善1人扣0.5分,扣完为止并承担相应费用。	2
	25、各类报销、减免是否真实准确,住院发票、结算表、医保、新农合、“降消”项目资料是否齐备真实准确。	医保中心、市合管办、市“降消”项目办及医保科查实。查实1例扣1分,扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	2
	26、是否存在非报销、减免范畴但予以报销、减免情况。	医保中心、市合管办、市“降消”项目办及医保科查实。查实1例扣3分,扣完为止并承担相应不合理费用及责任。	3
	27、是否执行药品“零差率”(“零差率”仅对双龙新农合患者)。	市合管办及医保科查实。未执行1例扣2分,扣完为止并承担相应费用。	2
	28、有关部门通知结算是否按时完成。	医保中心、市合管办及医保科查实。未完成1次扣1分,扣完为止并承担相应费用。	1

考核指标解释：

1、本考核标准以市人社局、市卫生局、市医保中心、市社保中心、市合管办、市“降消”项目办下发的政策、文件以及医院相关规定为依据，本标准制定后有关政策有所变动，以变动后政策为准。

2、“医保”包括城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险、工伤保险。

3、所有科室，所有项目按月份考核。评分标准以百分计，与各科室相关的将按具体得分占考核项目总分比例换算为百分制分数（精确到百分位）。

4、医院“测算各科室人均费用”及“测算各科室总额控制”取最近两年平均值。

5、应人社局、医保中心、社保中心、合管办要求，外伤患者请在住院证及病历首页和首次病历中以患者或其家属自述写明致伤原因。

6、对病情能出院拒不出院的工伤患者，

请科室自通知其出院三天内停止记帐并通知医保科。

7、信息管理系统录入指 HIS 系统的入出院信息、医疗付款、医疗及药品信息、结算项目和金额等的录入（涉及所有科室），医保系统录入，新农合系统的入院信息、住院结算、废旧信息删除，“降消”项目录入等。

8、承担相应费用及责任是指因违反有关部门政策、纪律、法律法规或未完成本考核标准导致医院、患者的经济损失和违规责任科室、责任人所应承担的刑事和民事责任以及由此造成的不良后果。

9、以上考核内容未注明考核时限的均以有关部门不定期检查督查结果为准，事前不通知。

第七章 政策支持

本工作手册中未尽事宜参考下列相关政策、法律法规、规定：

一、《中华人民共和国社会保险法》。

二、《关于云南省机关事业单位缴纳养老保险费有关问题的通知》。

三、《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》。

四、《宣威市 2015 年新型农村合作医疗实施方案》（试行）。

五、《2015 年宣威市新型农村合作医疗平均住院费限价及住院补偿资金预算控制实施方案》（试行）。

六、《关于调整 2015 年新农合实施方案的通知》。

七、《严格执行国家基本药物制度、规

范社区卫生服务中心新型农村合作医疗运行的会议纪要》。

八、《曲靖市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》。

九、《曲靖市城镇居民基本医疗保险实施办法》（试行）。

十、《宣威市城镇基本医疗保险定点医疗机构服务协议（住院）》。

十一、《曲靖市城乡居民大病保险实施意见》（试行）。

十二、《曲靖市城镇职工基本医疗保险病种结算办法》。

十三、《宣威市中医医院综合目标管理考核办法》（试行）。

十四、《宣威市中医医院新型农村合作医疗管理办法》。

目 录

第一章 总则	1
第二章 医疗服务监督管理	3
一、新型农村合作医疗监督管理	3
二、城镇基本医疗保险就医管理	7
第三章 严禁事项及注意事项.....	12
一、严禁事项	12
二、注意事项	14
三、新农合定点医疗机构十不准	16
第四章 法律责任及责任追究.....	19
一、新型农村合作医疗	19
二、城镇基本医疗保险	25
第五章 新型农村合作医疗	34

一、参保覆盖范围及缴费标准	34
二、参合人员就医待遇	35
住院起付线及报销比例	37
大病医疗保险报销比例	37
新型农村合作医疗转诊治疗审批表...	40
住院患者意外伤害原因调查认证书...	42
使用自费药品和医用耗材告知同意书.	43
分娩限价及报销金额	45
第六章 各类保险缴费及报销政策.....	46
一、缴费基数和缴费比例	46
二、职工医疗保险事项	46
三、参保职工就医待遇	48
住院起付线及报销比例	53
医保住院（门诊抢救）申报保证书 ...	54

城镇职工基本医保病种结算标准 ..	59
四、城镇居民基本医疗保险	61
住院起付线及报销比例	67
大病医疗保险报销比例	67
五、养老保险	69
六、工伤保险	69
七、生育保险	71
八、互助医疗	72
互助医疗补助标准	74
第七章 管理考核评分标准	74
第七章 政策支持	81