

安徽省胸科医院简介

安徽省胸科医院始建于1982年，前身是由省立医院呼吸科整体迁入组建成立的安徽省结核病医院，与安徽省结核病防治研究所合署办公，二块牌子一套机构，1992年7月更名为安徽省肺科医院，2011年7月再次更名为安徽省胸科医院，隶属于安徽省卫生健康委员会。近年来，医院秉承“立足胸科、做强专科、特色优先、综合发展”的理念，以建“省内一流、全国知名”的专科医院为发展目标，现成为以诊治肺、心、食管、气管、纵隔疾病为主的集医疗、教学、科研为一体的三级专科医院。是安徽省结核病诊疗中心，安徽省结核病专科医疗联合体和安徽省结核病专业质量控制中心牵头单位，安徽医科大学教学医院(胸科临床学院)，上海市心血管病研究所、上海市肺科医院协作医院，德国海德堡大学附属胸科医院战略协作医院，中国医师协会呼吸内镜医师培训基地。

医院位于合肥市蜀山区绩溪路397号，地处市中心位置，交通便捷，占地57亩，建筑面积57000平方米，目前开放病床1300张，在职职工1038人，拥有胸外科江淮名医和正副主任医师64人，其中安徽医科大学兼职教授、副教授19人，硕士研究生导师3人。设有急诊医学科、结核科、心胸外科、胸外科、普外科、内科、心血管内科、呼吸内科、肿瘤科、肿瘤放疗科、放射介入科、介入肺脏病科等25个临床科室和手术室、麻醉科、内镜诊疗中心、功能检查中心、病理科、医学影像中心、放疗中心、临床检验中心、药剂科等医技辅助科室。以及具有专科优势的安徽省肺结节诊治中心、安徽省分子病理诊断中心、安徽省胸科医院健康体检中心和国家药物临床试验机构。

主要承担全省重症肺结核、耐药肺结核及复杂的结核病合并症诊治；胸部肿瘤、纵隔、消化道、心血管疾病、呼吸系统其他疾病的内外科、介入、放射治疗以及普通内、外科疾病诊疗。结核科、胸外科、呼吸内科和肿瘤内科等四

大学科均为安徽省临床重点学科；结核病流行病学为省级预防医学重点学科，结核病参比实验室为省级重点实验室；介入肺脏病科和在原放射介入科的基础上成立的放射介入微创诊治中心同为我院最具特色的重点专科。目前，胸外科是我院发展最快的一个重点学科，已经走在安徽省胸外科的前沿，可以进行如：支气管肺动脉双袖式肺叶切除术、气管隆突切除重建再造术、心包内处理肺血管中央型肺癌扩大根治术、颈胸腹三切口食道癌根治术、结肠空肠代食管术；全腔镜下食管癌根治术、单孔胸腔镜下肺叶切除、肺癌根治术、单孔胸腔镜全肺切除术、袖式肺叶切除术和肺段切除术；免插管自主呼吸麻醉下胸腔镜肺叶切除手术；剑突下单孔胸腔镜下双侧胸交感神经链切断治疗手汗症、巨大纵隔肿瘤切除、人工血管置换术、胸腔镜下胸腺扩大切除治疗重症肌无力、胸腔镜下结核性脓胸清除术等所有胸外科高难手术，今年又成功开展了全省首例双肺移植手术，填补了我省在终末期肺病治疗上的空白。介入肺脏病科开展的经支气管镜毛刷采样、支气管肺泡灌洗、TBLB、C-TBNA、EBUS-TBNA、经支气管镜微波、高频电刀、APC、冷冻、球囊扩张、支气管支架植入以及胸膜疾病的胸腔镜检查等。针对难治性哮喘的“支气管热成形术”、气道内恶性肿瘤的“消融治疗”、“光动力治疗”、良性、结核性气道狭窄的治疗，以及对肺癌手术后和放疗后并发症的处理等技术达到国内先进水平，省内首家引进的国际上最先进的电磁导航系统，极大提高了肺部病变的诊断准确率，利用电磁导航开展微创穿刺、精准定位，可实现“诊断—定位—手术”一体化治疗；放射介入微创诊治中心常规开展血管性和非血管性介入诊疗，如CT引导下的穿刺活检、局部给药、微波消融、碘-125粒子植入，DSA引导下支架植入、肿瘤动脉灌注化疗和栓塞术、静脉输液港植入等特色项目；标准化的参比实验室作为全省唯一的结核病重点实验室，和美国BD公司合作创建了“分枝杆菌检测示范化实验室”，能够快速、准确检测结核杆菌和检测结核杆菌对抗结核一线、二线及新药的药物敏感性，利用新技术开展结核分枝杆菌的快速诊断和菌阴肺结核的诊断等。医院成立的安徽省肺结节诊治中心、安徽省分子病理诊断中心和安徽省胸科医院体检中心，实现了肺小结节一体化的精准诊治，从肺结节的早期

筛查到多学科 (MDT) 权威评估，从影像学的三维重建到微创介入的精准取材，从分子病理的准确报告到最佳个性化治疗方案的制定，以及 CT 引导下精准定位和胸外科一站式的单孔胸腔镜下微创手术，为实现我省肺癌早期诊断和精准医疗时代奠定了坚实的基础。

医院拥有 3.0T 超导磁共振，直线加速器、64 排 128 层排螺旋 CT、DSA、DR、数字化三维断层乳腺摄影机、高清超声支气管镜、内科胸腔镜、高清硬质支气管镜，介入呼吸病快速诊断平台、氩气刀、CO₂ 冷冻治疗仪，支气管热成形治疗仪、内窥镜冷热治疗平台、支气管镜电磁导航系统、超高清 3D 胸腔镜、荧光胸腔镜、高清纵隔镜、高清染色电子胃镜，高频喷射呼吸机，大型心血管造影机 (DSA)、体外循环机、ECOM 人工心肺机，64 导电生理记录仪、射频消融仪、CCU 中央监护系统、主动脉内球囊反搏器、心脏除颤监护仪、急救用临时起搏器、遥测及远程心电监护系统、动态心电图及动态血压监测仪、全自动生化分析仪、全自动分支杆菌培养检测仪、细胞分析仪、血气分析仪、肺功能检查机和各类型呼吸机等先进的诊疗设备和即将引进的 PET-CT、SPECT 等多种大型医疗设备和高、精、尖的专科仪器，为胸科疾病的诊断、治疗、康复提供了有力保障，全面改善患者的医疗环境和就医体验。

医院秉承“仁爱、诚信、敬业、团结、奉献、创新”的精神，牢固树立“一切以患者为中心”的服务宗旨，锐意改革，不断进取。医院的发展方向在优化已有医疗技术的基础上，开展肺移植、肺减容术、冠脉搭桥、心脏瓣膜置换术、各类心血管疾病的介入诊治等，不断引进更先进的胸科诊断治疗新技术，开展科技攻关，保持省内领先，国内先进；医院立足于“发展靠专科、基础在综合”的发展思路，重点建设发展胸心外科、结核病、呼吸系统疾病、胸部肿瘤等学科临床和基础实验室；加强与兄弟省份胸科医院的院际交流，以打造紧密型专科医疗联合体和安徽省卫生健康适宜推广项目为抓手，指导省内市、县综合医院胸科建设，引领全省胸心内、外科学科健康有序发展。通过“内强素质，外树形象”，安徽省胸科医院正以改善医疗服务和提升群众就医获得感为抓手，以更新的精神面貌、更高超的医疗技术、更优美的服务环境，更优良的医风医德，为广大患者提供优质高效、方便快捷医疗保健服务。

目 录

CONTENT

医保类型	01
备案	03
转诊单	04
门槛费	05
报销比例	06
贫困户	08
出院结算部分疑问	09
慢性病卡	10
大病医保	11
外省病人想来安徽省胸科医院看病需要办理些手续?	12
异地安置	13
意外伤害的病人能不能在医院实时结算，哪些情况属于意外伤害?	16
哪些行为属于医院医保违法违规行为?	17
安徽省胸科医院工作人员“十不准”	18
安徽省胸科医院医保管理制度	19
医保费用管理制度	21

医保宣传手册

医保政策相关问题及解答



一. 医保类型

问：医保类型有哪几种，我能不能在安徽省胸科医院住院直接报销，办理住院需提供哪些证件？

答：在我院可直接报销结算的医保类型如下：

1. 省直职工医保：

办理住院时，直接出示医保卡并告知入院登记人员“我是省医保”；

2. 市职工医保：

3. 居民医保：

①合肥市职工 / 居民医保，办理住院时，直接出示医保卡并告知入院登记人员“我是合肥市职工 / 居民医保”；

②其他市级职工 / 居民医保，患者如想在我院直接出院报销，须入院前或者入院前三天内向当地医保局备案，并在我院住院窗口登记医保，备案方式：1. 打电话备案（2号楼一楼住院窗口前有各地市医保局电话），2. 回当地医保局现场备案。备案时请用明确并文明的语

言表达，如“您好，我在安徽省胸科医院住院，请帮我备案，谢谢！”

4. 大学生医保：

①大学位置在合肥市内的大学生，办理住院时，直接出示身份证并告知入院登记人员“我是合肥某某大学学生”；

②大学位置在合肥以外的大学生，患者如想在我院直接出院报销，须入院前或者入院后向当地医保局备案：打电话备案（2号楼一楼住院窗口前有各地市医保局电话），或者回大学所在地医保局现场备案。

5. 省异地医保【包含合肥市及四县一区(长丰、肥西、肥东、庐江、居巢区) 以外的地、市、县、区农合、居民、职工】

目前，安徽省内除合肥市及四县一区绝大部分医保已合并（农合合并成居民医保）统称为省异地医保。

省异地医保病人需在参保地县医院或者中医院开转诊单，才能按照正常报销比例报销，否则将降低 10%~30% 的报销比例。

6. 跨省医保：

外省病人来我院住院需向当地医保部门备案，备案成功后来我院医保办登记医保，即可在我院出院实时报销。



二. 备案

问：备案是什么意思？

答：备案的定义：医保备案主要是为了基本医保跨地区异地或者跨省就医时住院费用直接结算。如患者从参保地要转诊到安徽省胸科医院住院，需在参保地医保中心备案，备案后在安徽省胸科医院就诊时直接采用医保结算报销。

问：哪些地区的病人来安徽省胸科医院住院需要备案，怎么备案？

答：除了省直职工、合肥市职工、合肥市居民、合肥市大学生医保不需要备案以外，其他地区医保病人都需要备案。

备案方式：

- ①患者可以通过电话备案
- ②网络备案（部分地区通过微信公众号（阜阳等地区）、政务服务网（芜湖等地区），具体咨询当地）
- ③现场备案（当地医保部门、有的地方在县医院或者中医院，具体咨询当地）。

我院在2号楼一楼医保办门口放置了三脚架备案电话。



三. 转诊单



问：病人往安徽省胸科医院住院要不要开转诊单，开转诊单是不是能提高报销比例，到哪里开转诊单？

答：需要开转诊单，尤其是贫困户。开具转诊单是为了保证正常的报销比例，不开转诊单可能会降低5%-30%左右报销比例，有些地区贫困户必须开转诊单才能按照贫困户的报销比例报销，具体哪些地区咨询当地医保部门。

开具转诊单地点：大部分地区转诊单在县医院和县中医院特定的科室（如临床科室、医保科、医务科等）开具，具体科室咨询当地医院工作人员。

四. 门槛费

问：门槛费（起付线）是什么意思，是否每次住院都有门槛费，贫困户或者低保 / 五保户有没有门槛费？

答：门槛费（起付线）是报销底线（即一次住院花费超过门槛费以上的部分才开始报销），并不是医院额外向住院患者收取的一笔费用。

1. 省异地医保病人门槛费跟住院次数没有关系，当次住院有无门槛费取决于当次住院治疗的主要疾病种类及此病的治疗方式等。

目前我院：

① 安徽省异地（合肥以外的安徽省内地区）居民、职工门槛费为住院 2000 元（个别县区自行设定门槛费为 1000 元）

② 贫困户根据当地政策设定，有 2000 元 /1000 元 /0 元等几种情况。

③ 低保户：每年只免第一次住院门槛费，门槛费有 2000 元 /1000 元 /0 元等几种情况。

④ 五保户：全年免门槛费。

2. 安徽省省直职工门槛费：一年以内，第一次住院门槛费 600 元，第二次 300 元，之后门槛费为 0 元。

3. 合肥市职工门槛费：一年以内，第一次住院 600 元，以后每次 300 元。

4. 合肥市居民医保门槛费：每次 1000 元，A 证低保人员每年只免第一次住院门槛费。

5. 合肥市大学生医保及 18 岁以下居民医保门槛费：每次 500 元。

五. 报销比例

问：胸科医院的报销比例是多少，回家报销跟在本院报销比例是不是一样的？

答：

详细的报销比例等事项解答如下：

1. 省异地医保：不同疾病报销比例不同；同一种疾病治疗方式不同，报销比例不同，所以，住院期间无法准确知晓报销比例，只有出院结算后可知。例如：肺癌，肺癌根治术报销比例为 60%，肺癌放疗、化疗、同时放化疗报销比例为 50%，肺癌除了以上治疗方式以外均按照以下普通疾病报销公式报销：

安徽省异地（合肥市以外的安徽省内其他地区）居民的普通住院报销公式如下：

$(\text{住院总费用} - \text{门槛费} - \text{自费部分} - \text{自付部分}) \times \text{当地的报销比例}$ （比例具体咨询当地医保部门，各地不同） = 报销金额

2. 安徽省省直职工医保、市职工医保的报销公式如下：

$(\text{住院总费用} - \text{门槛费} - \text{自费部分} - \text{自付部分}) \times 90\%$ （退休 95%） = 报销金额

3. 合肥市居民医保、大学生医保的报销公式：

$(\text{住院总费用} - \text{门槛费} - \text{自费部分} - \text{自付部分}) \times 75\%$ = 报销金额

其中“自费部分”的含义为住院期间有些药物或者器材、服务项目完全不能报销，“自付部分”的含义为住院期间有些项目如乙类药品、

服务项目等部分不可报销，不可报销的这部分叫做“自付部分”。

回当地报销和在医院报销的比例问题：

医保报销是通过联网给各地医保病人实时结算，实际上是各地区医保中心给本地区参保人员报销，医院只是办理报销手续，并把各地医保报销的金额先行垫付给病人，所以在医院报销和在医院结算报销比例是一样的。

但是病人在县级、市级、省级等不同级别医院住院报销比例是不同的。



六、贫困户

1. 问：我是贫困户，我来胸科医院住院需要开转诊单吗？

答：与我院联网地区的省异地医保贫困户大部分地区需要开转诊单才能按照贫困户政策报销，否则按照普通患者报销方式报销，具体哪些县区贫困户必须开转诊单，以当地医保政策规定为准，需咨询当地医保部门。

2. 问：贫困户住院需要预交住院费吗？

答：贫困户已备案且在当地县医院或者中医院开转诊单后，入院时可不用交钱，出院时再补齐该承担的住院费用。无法在我院登记医保的贫困户，需自费住院，带回当地医保部门报销。

3. 问：贫困户的报销比例是多少？

答：贫困户报销比例：政策规定贫困户每年在省级医院住院，年累计自费部分不超过 10000 元，市级医院年累计自费部分不超过 5000 元，县级医院年累计自费不超过 3000 元。



七、出院结算部分疑问

1. 问：我出院的时候为什么拿不到报销的钱，或者说“医生或护士说我账户上还有钱，怎么结算的时候又让我补钱？”

答：只要在我院住院登记了医保的病人，为了减轻病人经济压力，少交现金住院，在住院期间系统自动将报销的金额当住院费给病人使用，但是住院期间的报销是不准确的，以出院时当地返回的结算金额为准，多退少补。所以许多病人出院时报销额度已在住院期间用完，有的需补交钱。

没有在我院登记医保的病人（没联网或者没备案等情况），需自费住院，出院后带着医院所给的出院记录、费用清单、总发票（发票非常重要，丢失后将无法补打，也就无法报销，请妥善保管！）

2. 问：医院出院清单上，“医保分担”、“个人分担”金额为什么与出院报销金额不一致？

答：出院清单是我院给病人打印的参考清单，不作为报销依据，“医保分担”、“个人分担”金额不准确。报销金额以病人医保所在地返回的结算单为准。如果病人想要知晓具体项目详细报销情况，需至当地医保部门咨询。



八、慢性病卡

1 问：慢性病卡到哪里办？办理慢性卡需提供哪些材料？慢性病卡如何报销？

答：(1) 办理方式：①合肥市居民医保、合肥市职工医保、大学生医保慢性病可通过手机微信号“合肥医保”，“业务办理”下的“门诊慢病（特殊病）”自行办理，所需材料根据公众号中提示拍照上传。（可扫背面二维码查询）

②合肥市以外的地区门诊慢性病种类回当地医院咨询，慢性病卡需在医保所在地公立医院申请办理，所需材料咨询当地定点医院，且必须在定点医院报销门诊慢性病所拿药物、检查等费用。外地慢性病人在我院拿门诊慢性病药，可将发票带回当地定点医院报销。

③安徽省直职工医保特慢病将以下材料带到定点医院医保办申请。
 ◆《安徽省直基本医疗保险慢性病门诊申请表》（在定点医院医保窗口申领）
 ◆本人社会保障卡
 ◆门诊病历、出院记录（或疾病诊断证明）（就医医院病案室复印）
 ◆与鉴定标准相对应的检查报告单和药品发票单据等。（就医医院病案室复印）

(2) 慢性病卡报销方式：①合肥市居民医保、合肥市职工医保、大学生医保慢性病卡申请成功后，携带医保卡至定点医疗机构开具慢性病药或者检查即可报销。特别提醒：在开具慢性病药或者检查时请主动向医生告知“开慢性病药”、“做慢性病检查”等。②合肥市以外其他地区回当地医保机构咨询。

2. 问：慢性病报销比例多少？有无门槛费？

答：根据病种不同，报销比例不同。我院医保办窗口网站设有各类慢性病报销比例。有门槛费，根据医保类型不同，门槛费不同。（可扫背面二维码查询）

九. 大病医保

问：是否只有得了大病才可办理大病医保，如何办理大病医保，到哪里办，大病医保怎么报销？

答：大病医保的定义：患者在一年内住院自付金额累计超过15000或20000元（各地规定不同），超过的部分地方医保再按照一定的比例给予报销，具体咨询当地医保部门。所以，大病医保不是得了大病才可报销，得了大病如果达不到金额也可报大病医保。目前大部分地区的大病医保都已纳入医保系统，达到金额起报标准后出院时自动报销，个别县区需将出院发票及小结、清单带回当地报销大病医保，具体县区需出院结算时咨询医保窗口。



十. 外省病人想来安徽省胸科医院看病需要办理哪些手续？

- 1 先在参保地医保机构进行备案（打电话或者现场），经办机构采集必要的信息。
- 2 你要选择接入国家异地就医结算系统的医院。
- 3 一定要带上全国统一标准的社会保障卡。



十一. 异地安置

在社会保险中，异地安置是指退休人员因户口迁移外地或在外地居住一年以上（退休异地安置），在职人员因工作需要（含成建制驻外办事机构工作人员、流动施工人员、学习进修人员等）在外地工作一年以上（在职长期驻外）。

社保体系并未实现全国统筹，对这类人员需要通过特殊的异地安置手续来解决异地就医问题。

“异地就医”主要分为三种情况：

1、一次性的异地医疗，包括出差、旅游时的急性病治疗以及病人主动转移到外地就医，所产生的问题是不能及时结算医疗费用。

2、中短期流动、工作岗位不在参保地的人员的异地医疗，包括单位在各地的派驻人员、派驻机构在当地的聘用人员，还有一种情况是整个单位都处在流动状态，如建筑业等职工的就医，所产生的问题要么是不能参加医疗保险，要么是要垫付医疗费用。

3、长期异地安置的退休人员的医疗。包括退休后户口从工作地迁移到安置地的人员，也包括托靠子女无户口迁移的人员，所产生的问题表面上是就医结算不及时、不方便，个人负担重，实质是安置地的医疗待遇往往要好于参保地，异地安置人员感到就医待遇不平等。



扩展资料一

异地医保卡使用注意事项

医保卡异地使用可以使用，但是流程比较繁琐，如果证明材料不全的话，也是影响到报销的，甚至会无法报销费用，那就等同于医保卡失去了作用。

虽然医保卡可以用，但也是间接使用，并不像想象的与银行卡异地跨行使用需要扣除手续费一样。医保卡异地使用对于一些异地住院的外出人员来说，如需要报销费用的话，需要注意及时联系参保当地的医保中心，根据医保中心的提示住院收集证明材料，会方便一些。

异地安置办理流程：

1、统一申报办理。

符合条件的参保职工由所在单位经办人在办理当年度医疗保险申报登记时，持《异地安置人员信息表》统一申报办理。符合条件的参保居民在当年度参保续保时，持身份证件、异地《居住证》原件及复印件到医保中心领取并填写《异地安置人员信息表》后办理。详细可电话拨打 114 查询并咨询当地医保部门。

2、《异地安置人员信息表》内容必须填写准确、完整。

异地安置人员可在居住地选择不同级别基本医疗保险定点医疗机构（原则上应选择二级及以上公立医疗机构）作为住院治疗的定点医疗机构。所提供资料一式两份，一份交医保中心申报登记科，一份交医保中心医管科。

3、《异地安置人员信息表》实行年审制。

异地安置人员居住地址、定点医疗机构等信息内容需要变更的，可于次年申报缴费时进行变更，并重新填写《异地安置人员信息表》。

4、参保年度期限。

《异地安置人员信息表》只在参保年度内有效，出现断保情况后该表自动作废。断保后再次参保人员需重新办理登记手续。

扩展资料二

医保异地安置注意事项

- 1、办理异地就医备案的材料须真实、有效。若以欺诈、伪造证明材料的，将依据《社会保险法》等法律、法规，追究相关人员责任，情节严重者给社会保险基金造成损失的，依法承担赔偿责任。
- 2、生效日期为参保单位及参保居民到医保中心申办录入日期。
- 3、当年发生的医疗费用必须在次年1月20日之前申报，逾期将不予报销。
- 4、为保证直接结算，异地安置人员就医时请持身份证和社会保障卡。



十二. 意外伤害的病人能不能在医院实时结算，哪些情况属于意外伤害？



答：意外伤害的病人不能在医院实时报销，需自费住院，出院后带着发票、出院小结等回当地相关医保部门报销。

不能在医院实时报销的意外伤害如下：

自杀、自残、打架斗殴、酗酒、溺水、摔伤、骨折、吸毒、违法、医疗事故、交通事故、大面积食物中毒、职工工伤等不属于医保支付范围，对明确以上原因的住院病人，请医生在住院证右上角写明“自费”两字。对不明确或病人不理解的可以与医院医保办联系。

十三. 哪些行为属于医院医保违法违规行为?

医院医保违法违规行为:

1. 通过虚假宣传，或以体检等名目，诱导参保人员进行住院和诊疗；
2. 提供虚假医学诊断证明，为参保患者办理住院；
3. 伪造处方、病历等医疗文书与票据，或虚构医药服务，虚记、多记医药费用，骗取医疗保障基金支付；
4. 为参保人员办理挂名（床）或冒名住院、就诊；
5. 将应当由患者个人负担的药品、诊疗项目、医疗服务设施等费用，记入医保基金支付范围；为不属于医疗保障范围的非参保人员办理医保待遇；
6. 超出医保支付的范围（限定），将参保患者发生的不属于医疗保障基金支付的药品、诊疗项目、医疗服务设施等费用，通过串换、虚记等手段列入医保支付范围；
7. 擅自对参保患者提高收费标准；擅自设立或串换收费项目；分解、重复、套高标准收费；
8. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务；协助参保患者盗刷社保卡，或变现社保卡内个人帐户资金；
9. 其他违反医疗保障相关规定，造成基金损失。

十四. 安徽省胸科医院工作人员“十不准”

- 1、不准挂名住院、体检式住院、降低入院标准；
- 2、不准超标准收费、重复收费、分解收费、不合理检查；
- 3、不准串换药品、耗材、物品、诊疗等项目收费；
- 4、不准伪造医疗文书票据；
- 5、不准盗刷参保人员社保卡（身份证）；
- 6、不准虚增医疗服务；
- 7、不准超医保支付范围（限定）结算；
- 8、不准为不属于医疗保障范围的人员办理医保报销；
- 9、不准通过返还现金、免费食宿、减免费用等手段诱导参保人员住院；
- 10、其他医保违规违纪违法行为；



十五. 安徽省胸科医院医保管理制度

医保病人管理制度

1. 住院病人管理办法

(1) 住院收费处在办理入院手续时必须让病人出示医保卡或身份证件，核对收治医保病人情况、身份证件及医保证（卡）是否相符，根据住院证上病人或家属填写的费用类别办理入院手续，对急诊住院，病人未带“医保卡、身份证件”的病人，先做自费处理，再通知患者或家属第二天将医保卡或身份证件到住院收费处更改医保类别。

(2) 自杀、自残、打架斗殴、酗酒、溺水、摔伤、骨折、吸毒、违法、医疗事故、交通事故、大面积食物中毒、职工工伤等不属于医保支付范围，对明确以上原因的住院病人，请医生在住院证右上角写明“自费”两字。对不明确或病人不理解的可以与医院医保办联系。

(3) 收费项目必须与医嘱相符合，有费用发生的检查项目，要把检查结果附在住院病历中，保持病案的完整，以备医保中心、办的检查。

(4) 住院期间需自费项目，在电脑系统中都有是否是医保可报销项目，医生在使用前请向病人或家属讲明，签写知情同意书，以免造成麻烦。自费项目不得用其它项目名称替代收费。

(5) 病人费用必须按明细输入，不得按收费大项输入（如检查费、治疗费、材料费等）。

(6) 不管何种疾病，出院带药不得超过 15 天量（按药品说明书上的常规量计算）。

(7) 出院后需做的各项检查、治疗，包括换药，都不得记入病人住院费用中。

(8) 病人住院期间需转上级医院治疗的，应告知病人事先办理转院核准手续。患者应事先在医院开具转院申请表，由病人到医保中心办理核准手续。

(9) 对医保有关政策进行公示宣传。对参保患者的权利和义务、报销费用流程、转诊流程、用药目录和诊疗服务项目等进行了统一规范，在住院部大厅进行公示，让广大参合患者明明白白就医。

(10) 扶贫患者严格执行国家扶贫的有关文件“先诊疗后付费”，并签署扶贫政策协议。

2、各有关科室在执行医保办管理制度时对医保患者按以下操作规定执行：

各有关科室工作人员发现用他人的医保证（卡）、身份证冒名就诊的或参保人员将本人的医保证（卡）、身份证转借他人使用等违反医保有关规定的骗保行为，立即报告医保办处理。

3. 住院部人员办理医保患者出院时

(1) 按医保规定结帐。

(2) 医保患者提供住院医疗费用汇总清单(注:加盖专用收费章)。

(3) 联网结算注意：取不到患者信息，无法结算，请与本院信息中心或与医保办联系，查询医保病人信息。

4、病房临床工作人员

(1). 核对收治医保病人情况、身份证件及医保证（卡）是否相符。

(2). 检查患者费用是否输入完整，核对医疗费用，查看患者有无漏费情况或多收、重复收费情况，如麻醉、手术、医技等科室通费；

(3). 医保患者原则上不允许中途结账，如有特殊情况，请与医院医保办联系确认后办理结算。

(4). 出院病人对住院费用有疑问时，请认真检查核对，由科室说明情况，如有疑义，及时和医保办联系。

(5). 病人预结帐时，应核对病人的费用情况，如床位费、护理费等；

(6). 住院期间病人对任何费用提出疑问时，病房护士要耐心、仔细解释。如有不详之处与医保办联系。

(7). 加强医保知识的学习，更好地掌握医保政策，提高服务质量。

5、与我院有协议的异地医保病人，已进入医保管理程序，也按此办法管理。

十六、医保费用管理制度

1、我院应实行多层协调、上下监控、分级实施的管理体制进行合理控制医疗费用。医院院领导授权，医保办作为牵头科室，联合医、药、护一线医务人员以及财务部门和相关管理部门，实行综合性控制措施。

2、医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规及严格执行医保《三个目录》，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度服务。严禁超量用药、超限用药、重复用药；严禁实施与病情不符的检查、治疗、用药；严禁分解处方、分解检查、分解住院。门诊医师严格遵循处方管理规定，杜绝不合理的退费、退药。住院医师严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

3、医保办负责密切监控异常收费，并进行定期检查。发现有普通疾病高收费等“异动”情况应立即进行严格的审核，将检查发现的问题直接反馈给相关科室和部门，并限期整改，查出有不根据病情诊治导致高费用现象的将酌情处罚。

4、相关部门应充分利用医院信息系统对医疗费用进行合理控制。医务科、医保办通过医院信息系统全程实时监控医保住院患者的治疗、检查等医疗服务情况以及费用情况，各临床科室主任及医生利用系统内部网掌握科室年度患者人均费用情况、月度患者人均费用现状、人次人头比、药占比、科室统筹基金费用是否超标等情况。

5、经管办负责严格贯彻和执行国家物价政策及各项物价标准，规范医疗收费行为，严禁分解收费、重复收费。各临床科室注重加强费用管理环节，核查住院病人的费用明细；采用一日明细清单，明确每日费用项目和金额。

6、药剂科负责加强控制不合理用药情况，控制药费增长。通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处，并加强医保病门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

7、医保办负责对合理控制的组织实施和管理工作。负责加强培训医务人员，及时普及医疗保险和新政策和控费技巧。通过各种医保宣传资料，定期集中全院人员和医生进行各类医保管理知识培训。

医保办必须对重点指标实行动态监管，严格控制医保中心给予我院的医保统筹基金预算，控制各项下一年度统筹基金预算指标和省办给予我院的控制指标。对住院时间比较长、费用比较高、超定额2倍以上的患者进行重点监控，跟进病例的治疗情况，对检查费用高、药品费用高的医生进行重点监控并进行及时沟通提示；及时进行医保政策讲解和指导，督促科室加以改进。确保真正实现多层协调、上下监控、分级管理的预期目的。医保办应充分利用医院信息系统“医保费用实时管理”功能，实时监测全院医保病人费用、均次费用、药占比、人次人头比、个人自付比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

医保办通过院例会通报、书面反馈等多种方式，每季、半年、全年将全院各科室总费用、均次费用、药占比、人次人头比、个人自付比例、超定额费用等指标及时反馈到科室负责人，使各科心中有数，可以更合理地控制费用。

8、实行严格的管理奖惩制度，医院每年对各临床科室进行年终医保考核评比，对费用情况、服务质量等进行考评，对成绩显著的科室全院通报表扬；对检查发现的违规行为视情节轻重给予相应扣当事人科室和责任人质控分的处罚。