

转发市医改办关于连云港市 城镇职工基本医疗保险 12 个文件的通知

连政办发〔2000〕101 号

各县、区人民政府，市各委、办、局，市各直属单位：

现将市医改办拟定的《连云港市城镇职工基本医疗保险个人帐户管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险卡（IC 卡）管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录》《连云港市城镇职工医疗保险医疗服务设施范围和支付标准管理办法》《连云港市城镇职工医疗保险费用结算办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险特殊病种、特殊医疗、慢性病管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险家庭病床管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险转外和居外医疗管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗救助基金管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店计算机网络管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》《连云港市城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理办法》12 个文件转发给你们，请认真贯彻执行。

二 000 年七月十九日

连云港市城镇职工基本医疗保险个人帐户管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、个人帐户的建立

医疗保险经办机构依据参保单位填报的有关资料，经审核确认后，为参保人员建立个人帐户，并制发统一的职工医疗保险证和保险卡。

二、个人帐户资金的划入

个人帐户资金来源：

- 1、按职工个人上年度工资收入的 2% 缴纳部分；
- 2、用人单位缴纳基本医疗保险费中按不同年龄段划入部分。

在职职工个人帐户（包括个人缴纳和参保单位缴纳划入部分）占本人上年度工资收入的比例分别为：

35 周岁以下（含 35 周岁）的 3%；

35 周岁以上至 45 周岁以下（含 45 周岁）的 3.5%；

45 周岁以上的 4%。

退休（职）人员按本人上年度养老金总额的 5% 划入个人

连云港市行政规范性文件

帐户。

在职职工个人帐户的划入比例，由医疗保险经办机构每年年初依据参保人员当时年龄情况统一确定。

在职职工退休（职）时，用人单位应当及时办理参保人员类别变更手续。参保人员从批准退休（职）的次月起停止缴纳基本医疗保险费，享受退休（职）人员基本医疗保险待遇。

三、个人帐户的使用范围

个人帐户主要用于门诊费用和住院医疗费用的自付部分。职工医疗费用个人自费部分，不得从个人帐户中支付。个人帐户不足支付时，由个人现金支付。

个人帐户限用于支付职工本人的医疗费。参保人员将本人帐户资金用于他人就诊结算，要追回其所用的医疗保险资金，并停止其享受基本医疗保险待遇 6 个月。

四、个人帐户的管理

个人帐户由医疗保险经办机构根据单位的缴费情况，先缴后划。

欠缴基本医疗保险费的单位，从次月起暂停该单位在职职工和退休（职）人员享受社会统筹基金的支付待遇；对其停止记载个人帐户资金，不计算参保人员缴费年限。待补齐欠费和滞纳金后，方可恢复其待遇享受资格，补记个人帐户。

个人帐户的本金和利息归参保人员个人所有。个人帐户

连云港市行政规范性文件

的计算年度为当年的 1 月 1 日至当年的 12 月 31 日。每年 12 月 31 日，由医疗保险经办机构根据参保人员个人帐户使用情况，按居民活期存款利率，对个人帐户余额统一计息。

医疗保险经办机构负责个人帐户基金的管理，接受参保单位或参保人员对个人帐户使用情况的查询。

五、个人帐户的继续使用、转移和继承

参保人员与用人单位因解除或终止劳动关系等原因暂时中断缴纳医疗保险费时，其个人帐户结余资金可继续使用。

参保人员调离我市，其个人帐户结余资金可随同转移。

参保人员死亡，其个人帐户结余资金可依法继承。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险卡 (IC 卡) 管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、医疗保险经办机构（以下简称“经办机构”）为参保职工建立个人帐户。为了便于计算机管理，统一采用 IC 卡制做《职工基本医疗保险卡》（以下简称“IC 卡”）。IC 卡记录参保职工的个人资料和个人帐户信息，以确定每位参保职工的个人身份。

二、参保职工在定点医疗机构就诊或在定点药店购药时，必须持 IC 卡，以便在 IC 卡上读取或记录有关信息。

三、参保职工在定点医疗机构住院期间，IC 卡不得在其他定点医疗机构内同时使用。

四、IC 卡仅限参保职工本人使用，不得转借（包括占用）他人使用。如因转借或占用造成医疗保险基金损失的，除向责任人追回医疗费用外，同时停止其享受基本医疗保险待遇 6 个月。

五、参保职工发生工作变更或待遇变更时，参保单位（或参保职工）必须及时持 IC 卡和相关材料，到经办机构办理有

关手续。

六、参保职工应当妥善保管 IC 卡。如有遗失，必须持有相关身份证明立即到经办机构办理挂失和补办手续。挂失前个人帐户的损失，由持卡人本人承担。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险

诊疗项目目录

一、基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目

(一) 服务项目类

1、挂号费、院外会诊费(含会诊人员的差旅费、招待费和生活补助费)、病历工本费等。

2、出诊费、保温箱费、非医嘱的护理费、单独炮制膏、丸、散剂的加工费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费,上门检查和治疗所增收的医疗费用。

(二) 非疾病治疗项目类

1、各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术、检查治疗费用以及使用矫形、健美器具的一切费用,如治疗雀斑、色素沉着、口吃、兔唇、白发的费用;隆鼻、隆乳、矫正斜视的费用;单眼皮改双眼皮、脱痣、穿耳、平疣、按摩美容、洁牙、镶牙、牙列不整矫治、色斑牙治疗等。

2、各种减肥、增胖、增高项目。

3、非医疗保险经办机构组织的各种体检、预防、保健性的诊疗、预防接种、疾病普查、普治社会调查、疾病跟踪随访的各种费用;各种会议中的会务医疗费;开展除害灭病的各种

连云港市行政规范性文件

费用。

4、医疗咨询费（包括心理咨询、健康咨询等）、医疗鉴定费、经络诊断仪以及微循环检查仪等检查费、各种健康预测费和生命信息治疗费。

（三）诊疗设备及医用材料类

1、应用正电子发射断层扫描装置（PET）、立体定向放射装置（x-刀、-刀）电子CT、眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行的检查、治疗项目。

2、眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。

3、各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械,如:助听器、按摩器、各种家用检测和治疗仪器听诊器、血压器、叩诊锤、各种磁疗用品费、各种牵引带、拐杖、皮（钢）背甲、腰围、钢头颈、肾托冒托、护膝带、疝气带、人造肛门袋、畸形鞋垫、药枕、药垫、冷热敷袋等费用。

4、省物价部门规定不可单独收费的一次性医用材料。

（四）治疗项目类

1、各类器官或组织移植的器官源或组织源，

2、除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植。

3、近视眼矫形术。

连云港市行政规范性文件

4、气功疗法、音乐疗法、保健性的营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目。

（五）其他

1、各种不育（孕）症、性功能障碍的诊疗项目。

2、各种科研性、临床验证性的诊疗项目。

3、各种司法鉴定、劳动鉴定。

4、由于打架、斗殴、酗酒、吸毒和交通肇事、医疗事故发生的费用。

5、住院床位费中超过核定普通床位费部分。

6、在治疗期间与患者病情无关的药品检查、治疗费用等。

7、出国和赴港、澳、台地区所发生的医疗费用。

8、除急诊和经批准转院外,到非定点医疗机构就医的医疗费用:到非定点药店购药的药品费。

9、工伤、职业病、女职工生育、集体食物中毒等其他不属于职工医疗保险基金开支范围的费用。

10、单位自行组织或个人确定的疗养费、康复中心、老年公寓的康复治疗、医疗护理等费用。

11、故意自伤自残所发生的医疗费用。

12、其他由职工基本医疗保险管理部门规定不应在职工基本医疗保险基金中支付的费用。

连云港市行政规范性文件

二、基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目范围

（一）诊疗设备及医用材料类

1、应用 X-射线计算机体层摄影装置（CT）、心脏及血管造影线机（含数字减影设备）、核磁共振成像装置（MRI）单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）、彩色多普勒仪、医疗直线加速器等大型医疗设备进行的检查、治疗项目。

2、体外震波碎石与高压氧治疗。

3、心脏起搏器、人工关节、人工晶体、人工喉、血管支架等体内置换的人工器官、体内置放材料。

4、省物价部门规定的可单独收费的一次性医用材料。

（二）治疗项目类

1、血液透析、腹膜透析。

2、肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植。

3、心脏激光打孔、心脏射频消融、抗肿瘤细胞免疫疗法和快中子治疗项目。

（三）省劳动保障部门规定的价格昂贵的医疗仪器与设备的检查、治疗项目和医用材料。

连云港市城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围 和支付标准管理办法

为了确定基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准,根据劳动和社会保障部制定的《关于确定城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见》(劳社部发〔1999〕22号),制定本办法:

一、基本医疗保险医疗服务设施是指由定点医疗机构提供的,参保人员在接受诊断、治疗和护理过程中必需的生活服务设施。

二、基本医疗保险医疗服务设施费用主要包括住院床位费及门(急)诊留观床位费。对已包含在住院床位费或门(急)诊留观床位费中的日常生活用品、院内运输用品和水、电等费用,基本医疗保险基金不另行支付,定点医疗机构不得再向参保人员单独收费。

三、基本医疗保险基金不予支付的生活服务项目和服务设施费用,主要包括:

(一)就(转)诊交通费、急救车费;

(二)空调费、电视费、电话费、卫生费、证书费、档案袋费、担架费、押瓶费、婴儿保温箱费、食品保温箱费、电炉

连云港市行政规范性文件

费、电冰箱费及损坏公物赔偿费；

（三）陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费；

（四）膳食费；

（五）一次性病员服、枕头、凉席、痰盂、脸盆、热水瓶等；

（六）文娱活动费以及其他特需生活服务费用。

四、基本医疗保险住院床位费支付标准,按照物价部门规定的普通住院病房床位费标准确定。

基本医疗保险门（急）诊留观床位费支付标准按物价部门规定的收费标准确定,但不得超过基本医疗保险住院床位费支付标准。

五、定点医疗机构要公开床位收费标准和基本医疗保险床位费支付标准,在安排病房或门（急）诊留观床位时,应当将所安排的床位费标准告知参保人员或家属。参保人员可以根据定点医疗机构的建议,自主选择不同档次的病房或门（急）诊留观床位。由于床位紧张或其他原因,定点医疗机构必须把参保人员安排在超标准病房时,应当首先征得参保人或其家属的同意。

六、参保人员的实际床位费低于基本医疗保险住院床位费支付标准的,以实际床位费按基本医疗保险的规定支付;高于基本医疗保险住院床位费支付标准的,在支付标准以内的费用,

连云港市行政规范性文件

按基本医疗保险的规定支付.超出部分由参保人员自负。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工医疗保险费用结算办法

根据劳动和社会保障部《关于加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理的意见》（劳社部发〔1999〕23号）和《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、结算原则

坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”和“保障职工基本医疗”的原则，推动医院内部改革，建立医院内部自我管理、自我约束的良性运行机制，合理有效地利用卫生资源，提高医院综合效益，促进医院健康有序发展，确保职工医疗保险制度改革顺利进行。

二、结算办法

对定点零售药店和定点医疗机构门诊医疗费用实行个人帐户内资金按实结算的办法；对定点医疗机构住院费用实行均值结算、总额控制、动态调整的办法。

（一）均值结算。医疗保险经办机构根据各定点医疗机构前4年住院费均值情况，考虑增长因素，核定各定点医疗机构住院费均值。住院费均值是指医疗总费用与出院总人次之比（个人1年内累计医疗费用最高支付限额以上部分不计入医疗总费用，由医疗保险经办机构与定点医疗机构按实结算）。

定点医疗机构按月申报参保出院病人的有关结算资料，医疗保

连云港市行政规范性文件

险经办机构审核后，以核定住院费均值结付定点医疗机构医疗费用。医疗保险经办机构实际支付时，需扣除参保职工按规定自付部分。

各定点医疗机构应于每月 10 日之前将上月的出院参保病人有关结算资料报医疗保险经办机构审核。

（二）总额控制。医疗保险经办机构年初按照医疗保险的有关规定，制定基金预算，每月支付的医疗费用控制在预算总额内。定点医疗机构当月应结费用总额小于控制总额时，按应结费用据实结算；当月应结费用总额大于控制总额时，按各定点医疗机构应结费用分别占应结费用总额的比例分配，不得超总额分配。年末统筹基金预算有结余时，医疗保险经办机构根据定点医疗机构工作情况，对在本年度内按月预结时因超总量而未能结付部分按比例补偿；年末统筹基金预算没有结余时，不予补偿。

（三）动态调整。医疗保险经办机构根据上一年的住院费实际情况，可对各定点医疗机构的核定均值进行适当调整。

（四）参保职工一年内医疗费用累计最高支付限额以上部分由医疗救助基金解决，按医疗救助基金管理办法的规定执行。

三、定点医疗机构、定点零售药店每月按时报送有关资料后，医疗保险经办机构审核后按 90% 支付，其余 10% 待年终考

连云港市行政规范性文件

核后按有关规定支付。

四、定点医疗机构应当坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理收费”，规范医疗行为，提供优质服务。对违反医疗保险有关规定的，给予如下处理：

（一）凡虚报均值的，一经查实，除扣除虚报部分的费用，按基本医疗保险的有关规定给予通报批评，情节严重的，取消定点资格。

（二）凡以均值限制参保人员的合理就诊权利，不因病施治，搞分解住院、推诿病人的，除扣回首诊医院收取的起付金额，全额返还给参保病人，给患者所造成的一切不良后果，由该定点医疗机构负责，情节严重的，取消定点资格。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险

特殊病种、特殊医疗、慢性病管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法：

一、特殊病种

- （一）甲类传染病（鼠疫、霍乱）；
- （二）狂燥型精神病；
- （三）实施计划生育手术。

以上三类特殊病种的专科门诊（含急诊、留观）或在专科医院住院符合基本医疗保险报销范围的费用，由医疗保险统筹基金全额结付。参保职工持基本医疗保险证、历、卡直接与定点医疗机构结算。

患以上前二类疾病和施行计划生育手术的职工在诊治其他疾病（门诊、住院）时，按一般参保职工基本医疗保险规定办理。

二、特殊治疗

- （一）因病情需要进行肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植等，应当由具备该项治疗能力的定点医疗机构提出意见，经职工所在单位同意，报医疗保险经办机构审

连云港市行政规范性文件

核批准。

各类器官或组织移植的器官源或组织源的费用，基本医疗保险基金不予支付。移植过程中的治疗费用、移植后的抗排斥治疗费用，由参保职工个人自费 10%，再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

（二）因病情需要，凭二级以上定点医疗机构证明，经参保职工单位同意，报医疗保险经办机构审核批准安装的人工器官（如心脏起搏器、心脏瓣膜、冠状动脉支架、人工晶体、人工喉、人工关节等相关特殊贵重材料）所需费用，使用国产的，个人先自 10%；使用中外合资的，个人先自费 20%；使用进口的，个人先自费 30%，其余部分再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。安装人工器官过程中的住院医疗费用，由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

（三）体外震波碎石治疗胆道、泌尿系结石的费用，住院治疗的，个人先自费 10%，再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付；门诊治疗的，统筹基金报销 60%，个人自费 40%。

（四）急慢性肾功能衰竭和各类急性中毒等进行血液透

连云港市行政规范性文件

析、恶性肿瘤（白血病）进行放化疗、器官移植后服抗排斥药，在门诊治疗的基本医疗保险报销范围的费用，统筹基金报销85%，个人自费15%。年度内在门诊治疗以上疾病的医疗费用和住院医疗费用累计最高支付限额以上部分，由医疗救助基金解决。

（五）高压氧舱的住院治疗费用，个人先自费10%，再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

（六）心脏激光打孔、心脏射频消融、抗肿瘤细胞免疫疗法、快中子治疗的费用，个人先自费10%，再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

（七）以上特殊治疗项目中，凡未注明门诊治疗支付比例的，门诊治疗的医疗费用，统筹基金不予支付，凡属住院治疗的，其住院期间的医疗费用除上述自费部分外，符合医疗保险报销范围的由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

三、特殊检查

（一）在门诊进行核磁共振（MRI）、应用X-射线计算机体层摄影装置（CT）、心脏及血管造影X线机（含数字减影设备）、单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）、电子内镜、

连云港市行政规范性文件

彩色多普勒仪的检查项目，统筹基金报销 60%，个人自费 40%。

（二）在住院期间进行核磁共振（MRI）、应用 X-射线计算机体层摄影装置（CT）、心脏及血管造影 X 线机（含数字减影设备）、单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）、射频治疗、动态心电图、动态血压、动态脑电图、彩色多普勒仪，或其它一次性收费在 200 元以上（含 200 元）的检查项目，个人先自费 10%，再由医疗保险经办机构和参保职工个人按《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》规定的比例支付。

四、急诊抢救

在急诊科抢救死亡或转入住院者的急诊抢救费，统筹基金支付 85%，个人自费 15%。

五、门诊慢性疾病

在门诊治疗高血压病（Ⅱ、Ⅲ期）、糖尿病、肺源性心脏病、活动性肺结核、再生障碍性贫血、慢性活动性肝炎，其基本医疗保险报销范围内的医疗费用，个人在年内自费 800 元后，统筹基金支付 75%，个人自费 25%，统筹基金支付最高限额 2000 元。

六、门诊特殊治疗、特殊检查、慢性病项目的管理

（一）职工进行门诊特殊治疗、特殊检查时先由定点医院主诊专科医生填写《连云港市职工 医疗保险特殊检查、特殊治疗审批表》，经医务科审批后方可检查并报医疗保险经办机

连云港市行政规范性文件

构备案。急诊抢救病人可先作检查治疗，但需在一周内补办申报手续，待医疗结束后报销。

（二）慢性病的确认。患有规定范围内慢性病的参保职工需持二级以上医院诊断书（诊断书应有经治医生、科主任及医务科签署意见）及病历、检查资料等相关的医疗文书，经医疗保险经办机构审批后，方可享受慢性病补助。患有规定范围内慢性病的参保职工在诊治其它疾病（门诊、住院）时，按一般参保职工基本医疗保险规定办理。

（三）参保职工的门诊大病、慢性病、特检特疗、急诊抢救医疗费，先由职工现金支付，职工所在单位集中到医疗保险经办机构报销。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险 家庭病床管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、家庭病床收治对象：凡参保职工患病（如：恶性肿瘤晚期、脑血管病致瘫等需继续治疗的）符合住院条件，但因年老体弱行动不便不能住院治疗的。

二、申办手续：由参保职工本人申请，定点医院经治医师提出建议，医务科或家庭病床科填写《连云港市职工医疗保险家庭病床审批表》，由职工所在单位盖章同意后，经医疗保险经办机构审核同意，到定点医院办理建床手续。

三、家庭病床起付标准为 150 元，由参保职工自付，超过起付标准部分，个人分段按比例支付。家庭病床建床不超过 60 天，超过 60 天的，应当重新申办手续，重新计算起付标准。家庭病床的费用报销按市城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。

四、医疗保险经办机构对家庭病床实行定额结算，定额标准为每天每床 20 元，参保人员直接与定点医院结算按规定个

连云港市行政规范性文件

人自付部分及超定额部分，办理出院后，定额内统筹基金支付部分由定点医疗机构，持家庭病床通知书、审批表、病历、费用清单等到医疗保险经办机构结算，定点医院提供的费用清单中应注明检查费、化验费、治疗费、药品费等各项医疗费用。

五、凡接受家庭病床治疗的参保职工，个人自理上门诊疗费，由定点医疗机构直接向个人收取。

六、在家庭病床诊疗中，医患双方应严格执行医院规章制度和职工基本医疗保险的各项规定。参保职工在接受家庭病床治疗时，除急诊外不得在其他定点医疗机构发生同病种的医疗费用。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险转外和 居外人员医疗管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、转外就诊管理办法

（一）转外就诊条件

经本市市级医院会诊仍未确诊的疑难病症；因医疗需要，而本市又缺乏相应的医疗设备或专业技术人员，需转外检查、治疗者。

（二）转外就诊程序

市级定点医疗机构组织院内会诊后，由副主任以上医师或科主任签名出具病历摘要并附会诊结果，填写《连云港市职工医疗保险转外就诊审批表》，经患者或家属签名，送医院医务科审批盖章，再由患者单位签署意见，报市医疗保险经办机构审批后，方可转外就诊。

（三）转外就诊要求

1. 转外就诊原则是逐级转诊、本地可以诊治的不转、单纯赴外地配药的不转、已明确诊断的晚期恶性肿瘤和外伤性截瘫、麻疯病、精神病及传染病等不转。

连云港市行政规范性文件

2. 凡是向外转诊的,必须先经市内最高级别的医院或两所市内二级以上医院(包括专科医院)会诊确认后,方可办理转院手续。

3. 转外就诊医院原则上限于南京、上海和北京的公办市级以上的一所医院。

4. 定点医院对转外住院就诊患者,应当严格按医疗保险有关规定,控制掌握转外住院就诊标准。在办理转外住院就诊时应注明转院原因。定点医疗机构应建立转院登记制度,实行转院率指标考核,接受医疗保险行政管理部门和卫生行政部门的检查考核。

二、居外就诊管理办法

(一) 居外就诊范围

长期居住外地的参保职工(包括异地安置的退休人员和驻外地工作半年以上的在职人员),在市医疗保险经办机构确认的外地医疗机构进行诊治的。

(二) 居外就诊的管理

1. 长期居住外地的参保职工须向市医疗保险经办机构提出申请,填写《连云港市职工医疗保险参保职工居外就诊审批表》,并确定在外就诊的两所乡镇及其以上公办医院(一所就近医院,一所县级以上医院)。

2. 经批准后的长期居住外地职工,凡在指定医院就诊所发

连云港市行政规范性文件

生的医疗费用，按连云港市城镇职工基本医疗保险有关规定予以结付。如因病情需要转往当地其他公办医疗单位（包括专科医院）住院就诊，必须有指定就诊医疗单位转诊证明，并在15天内到市医疗保险经办机构补办转院手续。否则，所发生的医疗费用，市医疗保险经办机构不予结付。

3. 因公出差或准假外出的职工、回连探亲的居外人员，因患急、危重病临时在外住院，报销时必须出具单位证明，并附出院小结、住院医疗费用明细帐及有效票据，按有关规定审批报销。如发现弄虚作假，所发生的医疗费用不予结付，并根据有关规定给予必要的处罚。

三、转外和居外医疗费用的结付办法

（一）转外和居外医疗费用，先由个人支付，然后凭《连云港市职工医疗保险转外就诊审批表》或《连云港市职工医疗保险参保职工居外就诊审批表》、出院小结、住院医疗费用明细帐单及有效单据，于出院后15日内到市医疗保险经办机构按有关规定办理结付手续。

（二）转外和居外人员的门诊医疗费用，从个人帐户中支付，个人帐户不足部分由个人自费。

（三）居外人员住院的基本医疗保险范围内医疗费用，不高于本市同等级医院水平的部分，按基本医疗保险有关规定结算，高于本市同等级医院水平的部分，个人自费20%后，再按

连云港市行政规范性文件

基本医疗保险的有关规定结算。

(四)经批准转外住院发生的基本医疗保险范围内医疗费用，个人自费 20%后，再按照连云港市城镇职工基本医疗保险的有关规定与医疗保险经办机构结算。

(五)经批准转外和居外人员住院的基本医疗保险范围内医疗费用，超过最高支付限额以上部分由医疗救助基金解决。

(六)长期居住外地人员在市医疗保险经办机构确认备案的指定医疗机构发生的医疗费用，以及因公出差或准假外出人员在外发生的急诊住院医疗费用，其诊疗费、床位费、护理费等，超过本市规定最高标准的，按本市最高标准结付。

(七)市医疗保险经办机构对数额较大或有疑问的转外和居外医疗费用，需经调查核实后方可结付。凡未经批准自行住院发生的费用，市医疗保险经办机构一律不予结付。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工医疗救助基金管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

一、医疗救助基金的筹集与管理

（一）医疗救助基金是为解决参保职工基本医疗保险最高支付限额以上部分医疗费用而设立的专项医疗基金。

（二）医疗救助基金由参保职工和用人单位共同缴纳。参保单位按参保职工人数，每人每月缴纳 3 元；参保职工个人每月缴纳 3 元，在职职工由单位代扣代缴，退休职工由退休养老金发放单位代扣代缴。

（三）凡参加基本医疗保险的单位和个人均应参加医疗救助，按时缴费。医疗救助由用人单位统一参加，不接受个人参保。

（四）医疗救助基金纳入社会保障财政专户，由医疗保险经办机构单独列帐管理，专款专用。

（五）医疗救助基金坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，征缴标准随医疗费用水平的变化适时调整。

（六）参保职工在本市市区流动时，可在新单位继续参保；

连云港市行政规范性文件

跨市区流动时，缴费义务终止，救助责任同时终止。

（七）职工医疗费用超过最高支付限额以上部分的管理，仍按基本医疗保险的有关规定执行。

二、费用的结算

职工基本医疗保险最高支付限额以上至 100000 元以下的医疗费用，由救助基金支付 90%，个人支付 10%。

（一）长期住院治疗的职工所发生的医疗费用，由定点医疗机构先与个人结算，扣除职工个人承担的费用之后，再与医疗保险经办机构结算。

（二）恶性肿瘤（白血病）放化疗、肾功能衰竭透析、器官移植后服抗排斥药，在门诊治疗的基本医疗保险报销范围的医疗费用，由职工个人与定点医疗机构结算后，单位集中到医疗保险经办机构审核报销。

（三）转外和居外人员，超过最高支付限额以上医疗费用的结算按上款执行。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店计算机网络管理办法

根据《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，为加强对定点医疗机构和定点零售药店计算机网络的管理，制定本办法。

一、定点医疗机构应当采用客户机/服务器模式，建立内部计算机网络管理系统。服务器可以选用专用 PC 服务器，客户机台数可以根据业务量具体配备，应当尽量减少病人排队候诊的时间。

二、定点医疗机构必须配置市医疗保险经办机构提供的统一的 IC 卡读写器，配备打印机、不间断电源等设备，安装租用数据通信线路（如 DDN 专线、PSTN 拨号电话），确保与医疗保险经办机构计算机网络管理系统数据通讯的畅通。不得将通信线路挪作他用。

三、定点医疗机构必须使用统一的医疗保险管理软件或标准的数据应用接口，内容包括：门诊收费管理系统、住院收费管理系统、费用查询统计等。医疗保险经办机构负责对所提供的医保软件更新升级。

四、定点医疗机构计算机操作人员应具备计算机应用初级或初级以上水平，熟练掌握各种操作。经医疗保险经办机构专

连云港市行政规范性文件

业培训考核合格后上岗。

五、定点医疗机构的计算机专业人员，对本单位计算机系统做好定期检查、维护、保养工作。加强数据信息的安全管理，防范计算机病毒，定期备份各种数据信息，严格管理分配用户权限，做好日志监控等工作。

六、定点医疗机构计算机系统如出现异常情况，要及时向市医疗保险经办机构通报，并迅速采取措施排除故障，同时做好相应的记录。

七、医疗保险经办机构对定点医疗机构提供日常的技术支持和问题解答，不定期地检查定点医疗机构的计算机系统，对发现的问题，提出相应的整改意见。

八、对定点零售药店计算机网络管理参照对定点医疗机构的要求管理。

本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险 定点医疗机构管理办法

第一条 根据劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局制定的《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》及《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

第二条 本办法所称的定点医疗机构，是指经劳动保障行政部门审查，并经医疗保险经办机构确定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务的医疗机构。

第三条 定点医疗机构审查和确定的原则是：方便参保人员就诊并便于管理；兼顾专科与综合、中医与西医，注重发挥社区卫生服务机构的作用；促进医疗卫生资源的优化配置，提高医疗卫生资源的利用效率，合理控制医疗服务成本和提高医疗服务质量。

第四条 定点医疗机构应当具备下列条件：

- （一）符合区域医疗机构设置规划；
- （二）符合医疗机构评审标准；
- （三）遵守国家有关医疗服务管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度；

连云港市行政规范性文件

（四）严格执行国家、省、市物价部门规定的医疗服务和药品价格政策，经物价部门监督检查合格；

（五）严格执行基本医疗保险制度的有关政策规定，建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，配备必要的管理人员和设备；

（六）经卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》。

第五条 本办法第四条规定符合条件的下列类别医疗机构可申请定点资格：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、专科医院；

（二）中心卫生院、乡（镇）卫生院、街道卫生院、妇幼保健院；

（三）综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部；

（四）诊所、中医诊所、卫生所、医务室；

（五）专科疾病防治院（所、站）；

（六）经市级以上卫生行政部门批准设置的社区卫生服务机构。

第六条 定点医疗机构的确认需要经过下列程序：

（一）由愿意承担基本医疗保险工作的医疗机构提出书面

连云港市行政规范性文件

申请，并提供有关材料；

（二）劳动保障行政部门对申请机构进行审查，合格的发给定点医疗机构资格证书并向社会公布，供参保人员选择；

（三）参保人员在获得定点资格的医疗机构范围内，提出个人就医的定点医疗机构选择意向，由所在单位汇总后，统一报送医疗保险经办机构。医疗保险经办机构根据参保人的选择意向统筹确定定点医疗机构。

第七条 申请基本医疗保险定点服务的医疗机构，应向劳动保障行政部门提供以下各项材料：

（一）执业许可证副本；

（二）大型医疗仪器设备清单；

（三）上一年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、平均每一诊疗人次医疗费、住院人数、出院者平均住院日、平均每一出院者住院医疗费、出院者平均每天住院医疗费等），以及可承担医疗保险服务的能力；

（四）符合医疗机构评审标准的证明材料；

（五）药品监督管理局和物价部门监督检查合格的证明材料；

（六）劳动保障行政部门规定的其他材料。

第八条 医疗保险经办机构要与定点医疗机构签订包括

连云港市行政规范性文件

服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、医疗费用支付标准以及医疗费用审核与控制等内容的协议，明确双方责任、权力和义务。协议有效期为 1 年，任何一方违反协议，对方均有权解除协议，但必须提前 3 个月通知对方和有关参保人，并报劳动保障行政部门备案。

第九条 定点医疗机构必须按物价、卫生行政部门规定的收费标准进行收费，不得巧立名目乱收费。

第十条 定点医疗机构对参保人员必须使用医疗保险经办机构统一印制的证、表、卡、册，并对证、表、卡、册等填写清楚、书写规范，以便核查。

第十一条 定点医疗机构对凡属参保职工自负的医疗、生活用品等费用，不得计入基本医疗保险费用之内。

第十二条 定点医疗机构必须严格执行首诊负责制，不得推诿病人；认真执行《连云港市城镇职工医疗保险用药目录报销范围》，因病施治，合理用药，严格掌握用药量；不得搞重复住院、分解处方、乱检查。对参保职工就诊，必须核对其专用卡、证；凡需住院的，必须有单位证明，防止冒名顶替，弄虚作假。

第十三条 各定点医疗机构应根据逐级转诊的原则建立转诊制度。转外地就诊应当按《连云港市城镇职工基本医疗保险转外和居外人员医疗管理暂行办法》的规定办理。

连云港市行政规范性文件

第十四条 参保人员应当在选定的定点医疗机构就诊，有特殊情况需到定点零售药店购药时，医院应当提供方便，在医生签名的处方上给予盖章。除急诊和急救外，参保人员在非选定的定点医疗机构就诊发生的费用，不得从基本医疗保险基金中支付。

第十五条 定点医疗机构应当配备专（兼）职管理人员，与医疗保险经办机构共同做好定点医疗服务管理工作。对基本医疗保险参保人员的医疗费用要单独建帐，并按要求及时、准确地向医疗保险经办机构提供参保人员医疗费用的发生情况等有关信息。

第十六条 医疗保险经办机构有权对定点医疗机构参保人员医疗费用进行检查和审核。定点医疗机构有义务提供审核医疗费用所需要的全部诊治资料及帐目清单。

第十七条 劳动保障行政部门要组织卫生、物价等有关部门加强对定点医疗机构服务和管理情况的监督检查。对违反规定的定点医疗机构，劳动保障行政部门可视不同情况，责令其限期改正，或通报卫生行政部门给予批评，或取消定点资格。

第十八条 本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。

连云港市城镇职工基本医疗保险 定点零售药店管理办法

第一条 根据劳动和社会保障部、国家中医药管理局制定的《城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》及《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》，制定本办法。

第二条 本办法所称的定点零售药店，是指经劳动保障行政部门审查，并经医疗保险经办机构确定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供处方外配服务的零售药店。处方外配是指参保人员持定点医疗机构处方，在定点零售药店购药的行为。参保人员可以直接到定点零售药店选购非处方药。

第三条 定点零售药店审查和确定的原则是：保证基本医疗保险用药的品种和质量；引入竞争机制，合理控制药品服务成本；方便参保人员就诊后购药和便于管理。

第四条 定点零售药店应当具备下列资格和条件：

（一）持有《药品经营企业许可证》、《药品经营企业合格证》和《营业执照》，并经市药品监督管理部门年检合格；

（二）遵守《中华人民共和国药品管理法》及有关法规，有健全和完善的药品质量保证制度，能确保供药安全、有效和服务质量；

连云港市行政规范性文件

（三）严格执行国家、省规定的药品价格政策，经物价部门监督检查合格；

（四）具备及时供应基本医疗保险用药，所缺必备药品能在当日配齐，24 小时提供服务的能力；

（五）能保证营业时间内至少有 1 名药师在岗，营业人员需经市以上药品监督管理部门培训合格，持证上岗。做到审方、配方与复核分开，以免发错药；

（六）严格执行城镇职工基本医疗保险制度的有关政策规定，有规范的内部管理制度，配备必要的人员和设备，具有与医疗保险经办机构结算的条件。

第五条 愿意承担城镇职工基本医疗保险定点服务的零售药店，应当向劳动保障行政部门提出书面申请，并提供下列各项材料：

- （一）药品经营企业许可证、合格证和营业执照的副本；
- （二）药师以上药学技术人员的职称证明材料；
- （三）药品经营品种清单及上一年度业务收支情况；
- （四）药品监督管理、物价部门监督检查合格的证明材料；
- （五）劳动保障行政部门规定的其他材料。

第六条 劳动保障行政部门根据零售药店的申请及提供的各项材料，对零售药店的定点资格进行审查。

连云港市行政规范性文件

第七条 医疗保险经办机构在获得定点资格的零售药店范围内确定定点零售药店，统一发给定点零售药店标牌，并向社会公布，供参保人员选择购药。

第八条 医疗保险经办机构要与定点零售药店签订包括服务范围、服务内容、服务质量、药费结算办法以及药费审核与控制等内容的协议，明确双方的责任、权力和义务。协议有效期一般为 1 年。任何一方违反协议，对方均有权解除协议，但须提前通知对方和参保人，并报劳动保障行政部门备案。

第九条 定点零售药店必须做到下列要求：

（一）外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签名和定点医疗机构盖章。处方要有药师审核签字，并保存 2 年以备核查，以保证参保人员安全、有效地使用药品，杜绝药品销售中“以物代药”等不规范行为，防止参保人员用基本医疗保险基金购买非治疗药品，同时有利于分清定点医疗机构和定点零售药店在药事事故中的责任。

（二）配备专（兼）职管理人员，与医疗保险经办机构共同做好各项管理工作。对外配处方要分别管理、单独建帐。定点零售药店要定期向医疗保险经办机构报告处方外配服务及费用发生情况。

（三）规范进药渠道，从证、照齐全的厂、站等经营单位进货。

连云港市行政规范性文件

（四）对特殊管理的药品，按国家有关规定供应。

（五）对于自费药品和保健品的处方，要单独装订存放，以备核查。

第十条 医疗保险经办机构要按照基本医疗保险有关规定和与定点零售药店签订的协议，按时足额结算费用。对违反规定的费用，医疗保险经办机构不予支付。

第十一条 医疗保险经办机构有权对定点零售药店的处方外配服务及其费用发生情况进行检查、审核，定点零售药店有义务提供有关资料和帐目清单。

第十二条 劳动保障行政部门要组织药品监督管理、物价等部门，加强对定点零售药店处方外配服务和管理的监督检查。要对定点零售药店的资格进行年度审核。对违反规定的定点零售药店，劳动保障行政部门可视不同情况，责令其限期改正，或取消其定点资格。

第十三条 本办法自《连云港市城镇职工基本医疗保险实施细则》实施之日起执行。