

河北省《省直职工医疗、生育保险现金医疗费用审核报

销管理暂行办法》

(如有调整以正式文件为准)

第一条根据《中华人民共和国社会保险法》、《河北省省直职工基本医疗保险实施细则》（冀政办〔2001〕2号）、《河北省省直生育保险实施细则》（冀劳社〔2008〕70号）有关规定，制定本办法。

第二条参保人员就医可发生现金医疗费用的范围：参保人员因急诊抢救转接住院、转诊、转院（北京、天津、上海）、在职常驻外地和异地安置发生的医疗费用；二等乙级及其以上革命伤残军人、工伤发生的医疗费用（国家机关或财政性资金基本保证事业单位）；计划生育发生的医疗费用；非因工意外伤害住院发生的医疗费用；政策规定门诊治疗可按住院报销的；因故障和年末更新个人帐户信息省医疗保险网络停用期间等急诊发生的医疗费用。

第三条现金发生的医疗费用从基本医疗保险基金中支付必须为河北省医疗保险管理中心（以下简称省医保中心）输入微机管理系统的医疗保险药品目录内的各种用药；基本医疗保险诊疗项目的各种诊疗；基本医疗保险医疗服务设施和支付标准的各种医疗服务。

第四条现金医疗费用报销审核需提供的资料：医疗保险证卡、正规票据、费用总明细原件（盖章）、诊断证明书原件、出院小结原件、整套住院病历复印件（盖骑缝章）、门诊病历、处方，检查、化验报告单，转诊、转院审批单，非因工意外伤害认定书和特检特治审批单的原件等相关资料。外地出差、探亲急诊需提供省医保中心的急诊备案审批手续和单位出具的证明。报销凭证必须有财政监制章和医院收费章。定点医疗机构的票据必须为省医保中心统一制定的微机票据。

第五条 3月到11月的5日至15日为现金报销单据审核时间；10日至15日为微机录入时间（节假日不顺延）。12月份现金报销单据审核时间为15日至25日，微机录入时间为20日至25日。

参保人员当月发生的现金医疗费用，原则上在下月报销。异地或特殊情况可适当延长，但不可超过一个季度。所有现金费用不可跨年度报销。

第六条参保单位专、兼职负责医疗保险工作的人员，到省医保中心办理现金医疗费用报销等事宜时，必须持有省医保中心统一制作的经办证，将本单位参保人员需审核报销现金医疗费用的所有资料（见第四条）收集整理后，到省医保中心审核报销，参保人员个人到省医保中心报销不予受理。

第七条下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的。

第八条下列情况医疗保险基金不予支付费用：

(一)服务项目类

- 1、挂号费、会诊费、出诊费、导医服务等；

2、检查治疗加急费、点名手术附加费、自请特别护士等特需医疗服务费；

3、病历工本费、微机查询、各种帐单工本费等；

4、就（转）诊交通费、急救车费等；

5、空调费、取暖费、电视费、电话费、电炉费、电冰箱费、婴儿保温箱费、食品保温箱费和损坏公物赔偿以及水、电、气费等；

6、陪护费、陪床费、护工费、洗理费、药浴费、消毒费、理发费、洗涤费等；

7、门诊煎药费、中药加工费；

8、文娱活动费、报刊杂志费、健身活动费；

9、膳食费；

10、卫生餐具、脸盆、口杯、卫生纸、床单、枕套、扫床巾、尿布等一次性物品的费用；

11、肥皂水、清洗剂、垃圾袋、灭蚊药器等生活用品的费用；

12、其他生活服务费用。

(二)药品品种类

- 1、健字和营养滋补作用的药品；
- 2、部分可以入药的动物及动物脏器，干（水）果类；
- 3、用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂；
- 4、各类药品中的果味制剂、口服泡腾剂；
- 5、血液制品（特殊适应症与急救、抢救除外）、免疫蛋白类制品。

(三)非疾病治疗项目类

- 1、各种美容项目；
- 2、各种整容、矫形和生理缺陷治疗项目；
- 3、糖尿病决策支持系统、睡眠呼吸监测系统、微量元素检测、骨密度测定、人体信息诊断、电脑选择最佳妊娠期、胎儿性别与胎儿发育检查等诊疗项目；
- 4、各种减肥、增胖、增高、健美、戒烟的诊疗项目；
- 5、各种健康体检项目；
- 6、各种预防保健性的诊疗项目；
- 7、各种医疗咨询、各种预测、各种鉴定、健康指导等项目；

8、超过规定标准的住院床位费。

(四)诊疗设备及医用材料类

1、细胞刀、正电子发射断层装置 PET、电子束 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、义眼、义齿、义肢、助听器、健脑器、皮（钢）背心、钢围腰、钢头颈、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、拐杖、轮椅、畸形鞋垫、药枕、药垫、热敷袋、压脉带、输液网、提睾带、疝气带、护膝带、人工肛袋等器具；

3、各种家用检查检测仪（器）、治疗仪（器）、理疗仪（器）、按摩器和磁疗用品等治疗器械；

4、采用不符合国家或省有关医疗仪器、设备和医用材料管理监督规定的医疗仪器、设备和医用材料开展的诊疗项目；

5、物价部门规定不可单独收费的一次性医用材料；

6、未报经省医保中心批准使用的 1000 元以上的一次性医用材料费用。

(五)治疗项目类

1、各类器官或组织移植的器官源或组织源及获取器官源、组织源的相关手术等；

2、除肾脏、肝脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其它器官或组织移植；

3、前列腺增生微波（射频）治疗、氩抗激光血管内照射（血疗）、麻醉手术后镇痛新技术（止痛床）、内镜逆行阑尾造影术等诊疗项目；

4、镶牙、种植牙、洁牙、牙列不整矫正、黄黑牙、牙缺损、色斑牙、烤磁牙等诊疗项目；

5、气功疗法、音乐疗法、催眠疗法、磁疗法、水吧疗法、氧吧疗法、体位疗法、心理治疗法与暗示疗法（精神病人除外）、食疗法、营养疗法等辅助治疗项目；

6、各种不育（孕）症、性功能障碍的诊疗项目；

7、各种科研、教学、临床验证性的诊疗项目。

(六)其他

- 1、工伤保险不予认定的故意犯罪；醉酒或者吸毒；自残或自杀；法律、行政法规规定的其他情形。
- 2、未报经省医保中心批准，参保人员在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- 3、未经定点医疗机构医保办审核（盖章）、报经省医保中心批准，参保人员住院期间在其它医疗机构发生的检查、治疗等医疗费用；
- 4、报销凭证复印件、票据丢失后补开证明的医疗费用；
- 5、检查、治疗、用药项目与病历、处方不符的医疗费用；
- 6、参保病人出院带药一般性疾病超过 7 日量、慢性疾病超过 15 日量、中草药超过 7 剂量、针剂注射液的费用；门诊慢性病超剂量、超品种的不予报销；
- 7、所提供的费用明细未能表明是何种检查、治疗、何种药品，只笼统的分为检查、化验、治疗、中药、西药的费用；

8、疗养发生的费用；

9、没有物价部门批文，或未按规定收费以及未经省医保中心核准开展的新检查诊疗项目和医疗服务设施的收费；

10、未报省医保中心批准，定点医疗机构配制的各种医疗制剂。

11、医疗保险服务协议限定的不予支付费用。

第九条下列情况基本医疗保险支付部分费用：

（一）200 元以上的医保范围内的各种单项检查、治疗（个人先负担 10%）

（二）诊疗设备及医用材料类（个人先负担 10%）

1、应用 r-刀、x-刀、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）、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、消融术等大型医疗仪器进行的检查治疗。

动态心电图、视 N 乳头立体照像、听觉诱发电位、运动心肺功能监护、脑磁图；

2、体外震波碎石与高压氧治疗项目；

3、物价部门规定的可单独收费的医保范围内的一次性医用材料；

4、医用材料费用。限使用国产医用材料，若使用进口医用材料，

其与国产医用材料差价部分，医疗保险统筹基金不予支付。异地人

员报销时，必须附有医院所购所需材料的发票复印件。

（三）治疗项目类（个人先负担 10%或 20%）

1、血液透析、腹膜透析、肿瘤放射治疗项目（个人先负担 10%）；

2、进行肾脏、肝脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植手术项目（个人先负担 10%）；

3、心脏起搏器、人工瓣膜、人工关节、人工晶体、各种支架、各种吻合器、各种导管、埋植式给药装置等体内置换的人工器官、体内置放材料及安装或放置手术项目（个人先负担 20%）；

4、心脏搭桥、心导管球囊扩张、心脏射频消融等手术项目（个人先负担 10%）；

5、腹腔镜与胸腔镜手术、心脏激光打孔术、前列腺电切术、肿瘤热疗法等项目（个人先负担 10%）；

6、各种微波、频谱、远红外线等辅助治疗项目（个人先负担 10%）；

7、血液制品。如全血、悬浮红细胞、洗涤红细胞、白细胞、血小板（机采血小板除外）、冰冻血浆及冷沉淀等有特殊适应症和抢救，经省医保中心审核批准的（个人先负担 10%）。

8、对特殊贵重医用材料实行最高限价，具体项目标准另见文件。

(四)医疗服务设施类

1、普通病房床位费每日不超过 40 元；

2、行政副厅级以上领导干部病房床位费每日不超过 150 元。

第十条下列情况为急诊抢救病种：

第一种：各种原因的休克

第二种：猝死复苏

第三种：神经系统危重急症

急性脑血管病；缺血性脑血管病；急性出血性脑血管病；昏迷（各种原因所致）、抽搐（包括各种类型癫痫）；各种脑炎和脑膜炎；脑动脉炎；海绵窦综合征；高血压脑病；急性脊髓炎；格林-巴利综合征；周期性麻痹；重症肌无力；多发性硬化（重度）；高血压导致的脑疝。

第四种：呼吸系统危重急症

急性呼吸衰竭；成人呼吸窘迫综合征；肺性脑病；大咯血；支气管哮喘；自发性气胸；急性脓胸；各种肺炎（重度）；肺脓肿；肺栓塞；肺动脉高压。

第五种：消化系统危重急症

急性胃肠炎；上消化道出血；下消化道出血；急性胃扩张；急性胰腺炎；消化道穿孔；急性胃、十二指肠溃疡伴穿孔；肠梗阻；急性胆囊炎；胆石病；急性胆管炎（重度）；阑尾炎；结肠炎；急性腹膜炎；消化道异物；急性肝功能衰竭；肝性脑病；肝脓肿。

第六种：循环系统危重急症

胸痛（包括肋间神经痛）；心力衰竭；心律失常（重度）；不稳定性心绞痛；心肌梗塞；高血压危象；主动脉夹层动脉瘤破裂；急性心包炎；急性心肌炎；感染性心内膜炎。

第七种：内分泌系统及新陈代谢疾病危重急症

垂体前叶机能减退危象；甲状腺功能亢进（重度）；甲状腺功能减退（重度）；肾上腺皮质危象；嗜铬细胞瘤（重度）；糖尿病酮症酸中毒；糖尿病高渗性昏迷；乳酸性酸中毒；低钠血症（重度）；低钾血症（重度）。

第八种：泌尿系统危重急症

重度血尿（包括无痛性）；泌尿系感染（重度）；尿潴留；少尿或无尿；泌尿系结石；急性肾功能衰竭；慢性肾功能衰竭；急性肾小球肾炎；溶血尿毒症性综合征；电解质紊乱；肾小管酸中毒；肾病综合征；肾动脉血栓形成；肾静脉血栓形成。

第九种：造血系统危重急症

急性溶血性贫血；各种贫血（重度）弥散性血管内凝血；血小板减少性紫癜（重度）；血友病；各类大出血（非外伤）；粒细胞缺乏症导致的感染；放化疗后骨髓抑制期；。

第十种：眼科危重急症

急性泪囊炎；卡他性结膜炎（重度）；细菌性角膜溃疡；眶蜂窝组织炎；眼眶脓肿；急性闭角性青光眼；葡萄膜炎；交感性眼炎；急性视网膜坏死综合症；视网膜中央动静脉阻塞；视网膜脱离：原发性视网膜脱离；继发性视网膜脱离。

第十一种：耳鼻喉科危重急症

耳源性脑膜炎；耳源性脑脓肿；乙状窦血栓性静脉炎；喉阻塞；喉水肿；气管、支气管异物；美尼尔氏综合征（梅尼埃病）；食管异物；急性喉炎；急性会厌炎；重度鼻出血(鼻衄)。

第十二种：其他危重急症

高热惊厥；肝肾功能衰竭；气性坏疽。

第十一条急诊抢救医疗费用报销。

（一）非定点医疗机构发生的急诊抢救实行备案审批制度。因病急诊抢救者，原则上应到本人定点医疗机构就诊。就近急诊抢救和急救中心急诊抢救的，病情稳定后，应及时转入本人定点医疗机构。门诊急救或住院抢救时间原则上不超过 3 天，在 3 天内应持该医院诊断证明、住院病案首页及入院记录<一式两份>到省医保中心办理审批手续。因病情危重确需延长抢救时间的，必须提供当前病情资料重新办理审批手续，一次延长时间为 3 天，否则所发生的医疗费用不予报销。

（二）急诊抢救只发生门诊医疗费用的，由个人帐户支付；急诊抢救（限三天内）接转住院发生的医疗费用，由医疗保险统筹基金按比例支付。

（三）37 种、9 类（种）慢性病病人急诊抢救的疾病与本人所持门诊慢性病证病种相同的，其发生的医疗费用可按门诊慢性病的有关规定审核报销；急诊抢救的疾病与个人所持门诊慢性病病种不符的，享受公务员医疗补助人员可参照非慢性病报销 2000 元的政

策执行。此外，只发生门诊费用的，由个人帐户支付，个人帐户无钱支付的，个人现金自负；急诊抢救接转住院发生的医疗费用，由医疗保险统筹基金按比例支付。

第十二条转诊、转院（北京、天津、上海）医疗费用报销。参保职工转院就医前，必须先到省医保中心办理审批手续，否则发生的医疗费用医疗保险统筹基金不予支付。

（一）转诊、转院手续的办理。先由省医疗保险定点医疗机构（只限河北省人民医院、河北医科大学第二、三、四医院）科主任或主任医师提出转诊意见,经医疗机构医保办审核（签字盖章），再报省医保中心审批。在职常驻外地和异地安置的退休人员转诊、转院，由个人所选较高一级(已在省医保中心备案)定点医疗机构副主任及以上医师提出转院（上一级）意见，再报省医保中心审批；

（二）转外就医仅限北京、天津、上海三直辖市市属和卫生部部属三级甲等医院及部队三级甲等医院，且须是当地医疗保险定点

医疗机构。在职常驻外地和异地安置的退休人员因当地医疗机构诊治困难的，经省医保中心批准后可转回省本级定点医疗机构就医；

（三）经批准转外就医（门诊检查、治疗、住院）发生的医疗费，均视为住院发生的医疗费用，按住院报销的有关规定执行，其个人分段负担的比例提高 30%。在职常驻外地和异地安置的退休人员在省本级定点医疗机构就医，其发生的门诊费用，不予报销，其住院发生的医疗费用个人分段负担的比例不再额外提高。

第十三条出差、外地进修、探亲期间医疗费用的报销。必须符合第九条、第十条所列的急诊适应症和相关规定，凭省医保中心急诊备案审批手续及第四条费用报销需提供的详细资料，到省医保中心审核报销。

第十四条在职常驻外地、异地安置人员住院医疗费用的报销。必须为本人选定的两所定点医疗机构中所发生的医疗费用。如为急诊抢救，需符合本办法第九条、第十条之规定。所附资料必须同第十二条的相关规定。

第十五条工伤医疗费用的报销。

- （一） 工伤人员必须为国家机关或财政性资金基本保证事业单位；
- （二） 必须持有省人力资源和社会保障部门核发的工伤认定书；
- （三） 必须为治疗本次工伤的医疗费用；旧伤复发需持有旧伤复发认定书后方能报销；
- （四） 审核报销时需按第四条内容提供相关资料。

第十六条生育及计划生育医疗费用的报销。

- （一） 常驻外地参保职工及男职工配偶在定点医疗机构发生生育费用，凭备案表原件、正规票据原件、费用总明细原件（盖章）、诊断证明书原件、出院小结原件、手术签字协议书和手术记录复印件（盖章）、婴儿出生医学证明原件及复印件；男职工配偶还需提供男职工医疗保险证及配偶身份证，到省医保中心办理审核报销；
- （二） 计划生育手术是指上环、取环、流产（国家准生或采取长效避孕措施）、结扎手术等。

第十七条二等乙级及其以上革命伤残军人医疗费用的报销。

（一）所在单位必须为国家机关或财政性资金基本保证事业单位；

（二）发生的医疗费用必须符合医疗保险的各项规定；

（三）转诊、转院、特检、特治必须履行医疗保险的各项审批手续；

（四）病历、处方、诊断证明书原件、出院小结原件、正规票据、费用总明细原件、整套住院病历复印件盖骑缝章等相关资料齐全；

（五）医疗费结算仍执行现金审核报销制度，票据必须为省医保中心统一印制的医保微机结算票据；

（六）就医必须是规定的个人两所门诊定点医疗机构和六所住院定点医疗机构。

第十八条因故障和年末更新个人帐户信息省医疗保险网络停用发生的急诊医疗费用的报销。

（一）因故障省医疗保险网络停用期间发生的急诊医疗费用，凭定点医疗机构医保办出具的证明，按医疗保险现金报销的有关规定审核报销；

（二）省医保中心年末更新个人帐户信息期间以及 12 月 15 日以后发生的未能及时报销的医疗费，在下年度第一次现金审核报销时报销。其报销个人负担的比例，不再按实际发生医疗费用的时间个人应负担的比例计算，全部按新年度发生的医疗费用审核报销；

第十九条医疗费用审核报销建立逐级签字制度。医疗费用金额 1000 元以上的，由医疗审核科科长审核（签字）批准；2000 元以上的科长审核把关后报中心主管副主任审核（签字）批准；5000 元以上的主管副主任审核把关后报中心主任审核（签字）批准。

第二十条医疗保险现金医疗费用审核报销工作人员要严格执行本办法,并接受上级有关部门的监督检查。对严重违规违纪，弄虚作假，造成医疗保险基金损失的，追回损失，并对责任人给予纪律处分，构成犯罪的，依法追究其法律责任。涉及定点医疗机构和定点

药店的，给予通报批评，年终考核酌情扣减保证金。情节严重的，除对有关责任人依法追究责任的，对定点医疗机构、定点药店取消其定点资格。

第二十一条非因工意外伤害住院费用的报销。

- （一）必须持有省医保中心核发的非因工意外伤害认定书；旧伤复发需持有旧伤复发认定书后方能报销；
- （二）必须为治疗本次非因工意外伤害的医疗费用；
- （三）审核报销时所提供资料符合第四条相关内容。

第二十二条三类疾病及政策内门诊治疗按住院报销发生的医疗费用报销。

- （一）三类疾病必须在本人所选定的定点医疗机构划卡发生的门诊医疗费用；
- （二）必须提供三类疾病病证，票据费用明细、病历检查及化验报告单、门诊病历本。

（三）年度内第一次报销，以本人门诊治疗定点医疗机构级别结算起付标准，以后不再支付起付标准，但费用累计纳入本人年度医疗保险统筹基金支付额度，超过部分医保基金不再支付。

第二十三条本暂行办法由省医保中心负责解释。