# 第八部分医保体检中心管理工作制度

## 一次性使用无菌器械及低值卫生耗材采购管理制度

一、严格执行《医疗器械监督管理条例》、《一次性使用无菌医疗器械监督管理法》及政府集中采购规定，原则按照云南省省级政府集中招标中标目录进行采购，建立严格的“索证”制度。

二、科室新业务需求，云南省省级政府集中招标中标目录中没有所需耗材，科室提出申请报设备科，经设备科、院领导审核批准后，设备科组织值材使用科室、医务科、感染办公室、纪监审室共同调研后与供货商谈判、备案执行。

三、一次性注射器、输液器、针头等卫生耗材申请由医院供应室按全院使用情况作出周计划，填写“凤庆县中医医院装备医疗器 械申请表”申请必须写清楚名称、规格、生产厂家、数量等内容，由供应室护士长签字后交设备科汇总，设备科耗材采购员按汇总清单通知供货商供货。

四、各部门必须在每月25日前填写下月的常用卫材、低值品及易耗品购置申请表，并由科主任签署意见后交设备科，尽量避免零星采购。

五、各科室改用其它品牌一次性耗材或新购进入人体或接触血液、粘膜的一次性耗材（即第三类医疗器械），必须填写出申请材料报感染办及院领导批复后，与云南中医学附属医院装备医疗器械申请表一并交设备办理。

六、一次性医疗用品不得重复使用，使用后并按院内感染管理要求处置。

七、科室不得擅自购置器械及卫生材料，未经许可不得试用一次性卫生耗材。

八、感染管理办公室定期抽检一次性卫生耗材质量标准。

## 医疗设备正常使用保障制度

一、科室对医疗设备必须建立使用管理责任制，指定专人管理．严格使用登记，保证帐、物、卡相符，并保持仪器设备处于良好状态。

二、新进仪器设备在使用前需经设备科安装、调试、验收、组织操作、使用培训后方可进行独立使用。未经验收设备或限制使用设备，科室擅自使用或违反使用造成的不良后果科室自己承担。

三、设备一旦交付科室后，必须在一个月内投入使用，闲置不用或效益论证虚报的设备将收取增值费和加倍的折旧费，直至投入使用为止；正常使用的设备只收取折旧费。

四、仪器设备在投入使用之前，使用部门必须拟定操作规程及使用管理方法表熟悉操作规程的人员不得操作设备。

五、任何仪器设备，不得带电搬动、插拔电缆，严禁带故障和超负荷运转，在使用过程中操作人员不得擅自离开，若发生异常必须立即停机查找原因，必要时通知设备维修人员协助检查。仪器损坏需修理的，可按规定报修。

六、使用部门必须注意设备的安全和保养，做好防尘防晒、防潮、防震、防腐等工作。

七、实习、进修、参观及无关人员未经主管人员允许．不得擅自操作设备，违者必须追究当事人和设备所在部门主管人的责任。

八、仪器设备必须保证完整无缺．即使破损零部件必须经设备科鉴定后方可丢弃。

九、凡属临床、科研仪器设备，科室间调剂使用，需征得所属科室主任同意，相相互办理交接手续，用完及时交还：对暂时没有使用的设备，所属科室不得借故不许调剂使用。

十、任何部门或个人未经院领导或设备科允许．不得以任何借口将仪器设备私自带出院外使用，违者严肃查办。贵重仪器设备，原则上不外借其他医院或单位使用，特殊情况须经分管院领导批准，由设备科办理相关手续。

十一、为确保手术的安全，使用部门必须在术前一天检查设备，并有记录备查。

十二、为保证抢救设备的完好率，各部门检查抢救设备每周不少于一次，并有记录可查。

十三、设备科按等级医院管理要求对设备使用情况进行考核，对管理不力的科室报院领导批准实行质控处罚，对闲置而其他科室适用的设备有权报院领导收回或调拨。

十四、设备科每周一配专人对全院各临床科室进行医疗设备运行状况查房，并记录查房情况，发现问题及时处理。

十五、国家法定长假日前，设备科负责人亲自带领科室查房人员对全流各临床科室医疗设备运行状况实地检查，重点检查急救设备完好情况，发现问题，及时处理保证节假日期间、急救设备处于最好状怒。

## 基本医疗保险、离休干部、新型农村合作医疗服务管理制度

 为进一步建立和完善我院对城镇职工、城镇居民、省属大学生、离休干部、工伤’新型农村合作医疗（以下简称新农台）等定点医疗机构的管理，促进医院服务水平和服务质量的提高，规范医疗服务行为，抑制不合理费用的发生，根据《云南省省级机关事业单位职工医疗保险实施办法》、《凤庆县城镇职工基本医疗保险暂行规定》、《云南省高等学校大学生基袁医疗保险实施细则》（试行）、《云南省省级事业单位及在昆中央、省属用人单位离休干部医疗管理暂行办法》、《昆明市市直机关、事业、企业单位离休干部医疗保障实施细则》、《昆明市城镇居民基本医疗保险实施办法》、《省级管理单位工伤医疗管理实施细则》、《昆明市机关事业单位工作人员二伤生育医疗费用管理试行办法》、《云南省新型农村合作医疗定点医疗机构管理暂行办》、《2012年省直城镇职工基本医疗保险住院费“总额预算、质量考核、按月拨付、季度结算”结算办法》、《昆明市城镇职工基本医疗保险住院费用“总量控制、质信双评、考核付费”结算办法》及医院与各级医保中心、各县新农合合管办签订的《定点医疗机构服务协议》等有关规定，并结合我院实际，制定本制度。

**第一章总则**

第一条 严格执行医保、新农合医疗相关的法律、法规及部门规章+认真履行与各级医保中心、各县新农台合管办签订的《定点医疗机构服务协议》。

第二条 坚持“以病人为中心”，本着“因病施治、合理检查、合理用药、合规收费、保证质量”的原则，以规范的医疗服务行为和良好的服务态度，为参加医疗保险、新农合的参保、参统、参合人员提供高效优质的诊疗服务。

第三条 接诊参保、参统、参台患者，接诊医生应认真核对其身份、证件（医保卡、“特慢病”就诊证、“门诊大病”就诊证、医疗照顾人员干部就诊证、离休干部就诊证、新型农村合作医疗证等），确保人、卡、证相符及病种的识别，杜绝冒名就医、冒名住院。

第四条 参保、参统、参合药品支付范围必须与医保、离休干部、新农合库中的信息相吻合，不吻合的视为自费药品：一次性耗材，含普通耗材和特残耗材（含200元以上），如人工器官，必须按规定正确分类维护。

第五条 严格执行明码标价的有关规定，向住院参保、参统、参合人员提供：注明支付类别的《住院费用明细清单》；主动向门、急诊参保人员提供检查、治疗、药品等费用清单，提供的清单要及时、清晰、准确、真实。

第六条 因病情需要转到外院治疗的人员，由所在科室主任提出申请报请医务科批准经分管院长审核后，到医疗保险办公室备案，方可转院：因病情需要转外省治疗的人员，需经三家二甲医院同意转外治疗并报经所属医保中心批准。参保人员省外就医的转诊率不得超过全年出院人次的1‰。

第七条 医院因受技术和设备条件限制不能诊治的疾病，医生应按有关规定及时为参保、参统、参台人员办理转诊、转院手续，对符合转诊、转院条件而医生未及时转诊造成参保、参统、参合人员损害的，医生按卫生行政部门的规定承担相应的责任，医生将有能力诊治的人员转出的‘病情已过危险期，经医保中心、合管办及参保、参统、参合人员同意转入级别较低的定点医疗机构的情况除外）。转出后的医疗费用由医生自行承担。

第八条 医院因技术和设备的限制，参保、参统、参合人员因病情需要到外院进行检查治疗的，经治医生应写出到院外检查、治疗的申请，经科主任批准，医务科同意，方可到院外检查治疗，报账时，提供检查发票、检查明细，经医保办批准后到财务科核准物价，符合支付范围的诊疗项目予以录入该人员的住院费用中，且到外院检查、治疗的报告单需附在病历内，检查中发生的药品、耗材等费用不予报销。

第九条 参保、参统、参合人员在医院就诊和住院时发生医疗差错或事故，其所在科室立即报告医务科，并到医疗保险办公室、新农合管理办公室备案。

第十条 科室应按各级医保中心的要求将参保人员医疗费用信息准确及时的传递，传递信息必须在费用发生的24小时内完成（网缩故障应及时通知信息中心），最迟不得超过72小时。

第十一条 因科室示按《云南省非营利性医疗服务价格》（试行）（云发改收费[2005]556号）中已明确不能收费的项目，多收少收、记录缺漏等情况造成的扣款，治疗从科室收入中扣除，药品从奖金由扣除。

第十一条 慢性病、特殊病、门诊大病审批表必须由专科副高以上人员填写，只有达到标准方能出具证明及填写审批表并做详细的资料管理登记由利三任审核签名并盖章后到医疗保险办公室盖章。凡弄虚作假者将取消医生诊断“两特病”的审核确认权。

第十二条 科室应加强出入院管理、不得降低入院指征收治病人、不得挂床住院、不得分解住院、不得拒收重症病人、不得以“达到结算标准”为由要求尚未达到出麓标准的参保、参统、参合患者转院或出院。

第十三条 科室新购置大型仪器设备、新开展医疗服务项目，需向医保中心申请，由科室递交申请及相关说明书至医保办，医保办上交医保由心备案。

第十四条 科室医保监察员应认真履行“医保监察员职责”及时向本科塞医护人员传达医保、新农合相关政策，并认真检查出院病历，发现问题及时纠正。各科室医保监察员要做好工作记录，每月核算科室费用，协助科主任、护士长做好医保、新农合各项管理工作。科室更换医保监察员需报医疗保险办公室，经考核通过后方可更换，医保监察员原则上担任时间不能少于1年。

第十五条 参保、参'统、参合患者出院后，科室应及时将其病历送至病案室归档，医保办在收到医保中心的《医疗保险经办机构病历抽取清单》后科室按期下流程推取病历：



第十六条 购进药品及耗材后，应建立完整、真实的购进记录、保存相关 销售凭证并建立相应的购销存台帐，以备医保中心检查。

第十七条 以下各章医保、新农合不支付或扣款的项目，药品从科室奖金中扣除，其余从成本中扣除。

**第二章 城镇职工基本医疗保险管理**

第十八条 门诊管理

一、各级医护人员严格掌握医疗原则，遵循职业道德，不准开“搭车方、大处方、人情方”。合理利用参保人员就诊前的检查结果，避免重复检查，不得开与病情无关的检查，治疗及药品。一般疾病用药不超过三日量，慢性疾病不超过七日量，行动不便的最长不超过二周量的原则给药，品种数不得超过4个的原则给药，若因特殊情况须一次开药量超过15日，需到医保办审批并备案，但最长不超过30日量，注射剂当日开当日用。

二、认真书写“慢性病”、“特殊病”专用病历本，“两特病”门诊用药不得超出《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录》的范围，严格按照《昆明地区城镇职工基本医疗保险“慢性病”、“特殊病”门诊用药范围》（2011年11月的新版本）执行，对不符合用药范围的门诊药费扣款，从奖金中扣减。“两特病”门诊处方必须单独存放。

三、慢性病、特殊病人员门诊诊治、开药必须到专科进行，每次就诊给药原则上不超过十五日的剂量，患有多种慢性病的，用药以一种主要疾病为主，辅助用药要严格控制，与病情无关的检查，治疗不能使用慢特病基金（可以使用个人账户），使用了视为不合理费用，扣款从科室中扣减。

四、分清门诊抢救和急诊医疗，经抢救后需收治入院的参保人员，接诊医生应告知参保人员交付一定数额的押金至收费室，门诊和住院费用连续结算。收住院后请勿让参保人员自行至门诊交付现金，否则由此产生的费用由接诊医生自行承担，抢救不需住院的可直接办理结算手续。

第十九条 住院管理

一、科室办理入院手续时，认真核对参保人员的医保卡，身份证是否与人相符，杜绝冒名顶替住院，入院时必须刷卡，如有特殊情况不能当时刷卡的，必须在3天内补刷。入院不足24小时的患者，不能作为住院病人处理。

二、参保人员因病情需要做特殊检查，特殊治疗及使用特殊材料或贵重抢救药品，由经治医生提出意见，科主任 签署意见并签名，经参保人员或家属签署意见并签名方可进行检查。拟申请检查的项目须与诊断相吻合。

三、科室应建立参保人员知情认制度，向参保人员提供需由个人承担全部或部分费用的医疗服务：包括药品、诊疗项目和服务设施及特需服务等，应事先征得参保人员或其家属的同意并签字，并逐项写自费协议书，注明使用量、疗程和费用相关内容，由于未签名自费协议而发生费用纠纷的，由科室承担相关费用。

四、参保人员住院期间，病情需要会诊的，由所在科室提出，进行院内会诊；若院内会诊不能解决的，经报医务科批准后，再请院外会诊。会诊后的处理意见，若主管医生采纳的意见应在医嘱中记录，并在病程记录中反映，未记录的视为不采纳会诊意见。跨科室做治疗的由治疗科室提供治疗项目明细清单（治疗单）。会诊费按《云南省城镇职工基本医疗保险诊疗项目服务设施支付范围》（2006年第一版）院内支付，院外不支付（会诊单上签名的医生，需注明职称）。

五、各科室应严格控制转诊转院条件，转外地就医须由主会医师提出转诊转院意见，并由另外两所定点三级医院主任医师会诊，由提出转诊转院申请的医师填写《昆明市城镇职工基本医疗保险转外就医审批表》，由医院医疗保险办公室审核后患者报市医保中心审批备案。

附：凤庆县中医医院抗菌药物分类目录

凤庆县中医医院抗菌药物分类目录

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品通用名 | 分级 | 剂型 | 规格 |
| 非限制使用 |
| 1 | 青霉素钠 | 非限制 | 注射剂 | 80万µ |
| 2 | 青霉素钠 | 非限制 | 注射剂 | 400万µ |
| 3 | 氨苄西林 | 非限制 | 注射剂 | 1g |
| 4 | 氨苄西林 | 非限制 | 胶囊 | 0.25\*24g |
| 5 | 阿莫西林克拉维酸钾 | 非限制 | 颗粒剂 | 156.25mg\*6 |
| 6 | 阿莫西林克拉维酸钾分散片 | 非限制 | 片剂 | 228.5mg\*24 |
| 7 | 阿莫西林钠克拉维酸钾 | 非限制 | 注射剂 | 0.6g(0.5:0.1) |
| 8 | 阿莫西林钠克拉维酸钾 | 非限制 | 注射剂 | 0.6g(0.5/0.1) |
| 9 | 头孢唑林钠（一代） | 非限制 | 注射剂 | 0.5g |
| 10 | 五水头孢唑颗粒（一代） | 非限制 | 注射剂 | 1g  |
| 11 | 头孢羟氨苄颗粒（一代） | 非限制 | 颗粒剂 | 0.125g\*20 |
| 12 | 头孢羟氨苄颗粒（一代） | 非限制 | 颗粒剂 | 2.5 g:0.25 g \*12 |
| 13 | 头孢克洛干混悬剂（二代） | 非限制 | 颗粒剂 | 125mg |
| 14 | 头孢克洛缓释片（二代） | 非限制 | 片剂 | 0.375g\*6 |
| 15 | 诺氟沙星胶囊 | 非限制 | 胶囊 | 0.1g\*24 |
| 16 | 磷霉沙星胶囊 | 非限制 | 注射剂 | 4.0g |
| 17 | 盐酸克林霉素 | 非限制 | 注射剂 | 300 mg |
| 18 | 红霉素 | 非限制 | 注射剂 | 0.25g |
| 19 | 红霉素 | 非限制 | 胶囊 | 125 mg \*24 |
| 20 | 阿奇霉素颗粒 | 非限制 | 颗粒剂 | 0.1 g \*6 |
| 21 | 阿奇霉素片 | 非限制 | 片剂 | 250 mg \*6 |
| 22 | 复方磺胺甲恶唑片 | 非限制 | 片剂 | 0.4g:80 mg |
| 23 | 柳氮磺吡啶肠溶片 | 非限制 | 片剂 | 0.25 g \*100 |
| 24 | 甲硝唑片 | 非限制 | 片剂 | 0.2 g \*21 |
| 25 | 甲硝唑氯化钠注射液 | 非限制 | 注射剂 | 0.5 g \*100ml |
| 26 | 甲硝唑磷酸二钠 | 非限制 | 注射剂 | 0.915 g |
| 限制使用 |
| 1 | 阿莫西林钠舒巴坦钠 | 限制 | 注射剂 | 0.75g |
| 2 | 哌拉西林钠地唑巴坦钠 | 限制 | 注射剂 | 0.5625 g |
| 3 | 哌拉西林钠地唑巴坦钠 | 限制 | 注射剂 | 4.5 g |
| 4 | 头孢硫脒（一代） | 限制 | 注射剂 | 1 g |
| 5 | 头孢硫脒（一代） | 限制 | 注射剂 | 0.5 g |
| 6 | 头孢替安（二代） | 限制 | 注射剂 | 1 g |
| 7 | 头孢替安（二代） | 限制 | 注射剂 | 0.5 g |
| 8 | 头孢地尼（三代） | 限制 | 注射剂 | 0.1 g |
| 9 | 头孢丙烯（三代） | 限制 | 胶囊 | 0.25 g \*12 |
| 10 | 头孢曲松钠（三代） | 限制 | 注射剂 | 1g  |
| 11 | 头孢哌酮钠舒巴坦钠（三代） | 限制 | 注射剂 | 0.5g |
| 12 | 头孢哌酮钠舒巴坦钠（三代） | 限制 | 注射剂 | 2.25 g（1.5：0.75） |
| 13 | 头孢他定（三代） | 限制 | 注射剂 | 1g |
| 14 | 头孢地素钠（三代） | 限制 | 注射剂 | 0.5g |
| 15 | 氨典南 | 限制 | 注射剂 | 2g |
| 16 | 左氧氟沙星 | 限制 | 胶囊 | 0.1g\*12  |
| 17 | 左氧氟沙星 | 限制 | 注射剂 | 0.2g\*100 ml |
| 18 | 氟罗沙星 | 限制 | 注射剂 | 0.2g |
| 19 | 甲磺酸帕珠沙星注射液 | 限制 | 注射剂 | 0.3g \*10 ml |
| 20 | 庆大霉素 | 限制 | 注射剂 | 4万µ |
| 21 | 阿奇霉素 | 限制 | 注射剂 | 2.5ml:0.25g |
| 22 | 克拉霉素 | 限制 | 片剂 | 250mg\*8 |
| 23 | 罗红霉素片 | 限制 | 片剂 | 0.15 g \*12 |
| 24 | 盐酸多西环素 | 限制 | 胶囊 | 0.1 g \*12 |
| 25 | 盐酸多西环素（奇立西） | 限制 | 注射剂 | 0.1 g |
| 26 | 四环素片 | 限制 | 片剂 | 0.25 g\*100 |
| 27 | 奥硝唑 | 限制 | 片剂 | 0.5 g \*12 |
| 28 | 奥硝唑 | 限制 | 注射剂 | 0.5 g \*5 ml |
| 29 | 伊曲康唑 | 限制 | 胶囊 | 0.1 g \*14 |
| 30 | 伊曲康唑胶囊 | 限制 | 胶囊 | 0.1 g \*7 |
| 31 | 盐酸特比萘芬 | 限制 | 片剂 | 250 mg \*7 |
| 32 | 氟康唑 | 限制 | 注射剂 | 100 mg \*50 ml |
| 特殊使用 |
| 1 | 头孢吡肟（四代） | 特殊 | 注射剂 | 0.5g |
| 2 | 头孢哌酮钠他唑巴坦钠（三代） | 特殊 | 注射剂 | 2.25（2 g:0.25） |
| 3 | 亚胺培南/西司他丁钠 | 特殊 | 注射剂 | 1.0（0.5 g:0.5 g）  |
| 4 | 美罗培南 | 特殊 | 注射剂 | 0.5g |
| 5 | 盐酸莫西沙星片 | 特殊 | 注射剂 | 400 mg \*3 |
| 6 | 盐酸莫西沙星 | 特殊 | 注射剂 | 250 ml:0.4 g:2g |
| 7 | 地红霉素肠溶片 | 特殊 | 注射剂 | 0.25g\*6 |
| 8 | 万吉霉素 | 特殊 | 注射剂 | 0.5g |

 六、各科室医生应根据卫生行政部门的规定和医学原则及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续．24小时内完成各种费用结算，不得拖延住院时间及时为符合出院条件的参保人员办理出院结算手续，否则所增加的医疗费用将由科室与医生共同承担，出院结算手续应在3天内完成。若参保人员拒绝出院应及时通知出入院处，自医生开出出院证之日起停止记账，按自费人员处理，并及时将有关情况书面通知医疗保险办公室；

七、出院带药一般疾病不超过三日量，慢性疾病不超过七日量，行动不便的最长不超过二周用量，出院禁止带检查、治疗项目。

八、当月己出院的参保人员应在当月办理出院手，遵循出院结账不过月的原则。医嘱为“今日结账，明日出院”的人员，只能在第二天才能办理。若需当日结账的人员床位费出院当天不收。参保人员出院，科室应督促人员尽快结账。

九、科室按日输入每日清单明，并按时上传符合规定的数据。

十、科室每月按时报送省、市医保出院人员医疗费用拨付申请表，其内客需与实际住院情况相符，因填表错误造成的损失由科室自行承担。

十一、科室不得分解住院人，不得挂床住院。医保中心查实分解住院扣除的费用，由科室承担。需转科治疗的患者，相关科室不得以费用为由拒收病人，特殊情况需报医疗保险办公室审核、备案。

十二、科室应严格执行请销假制度，保证住院参保人员24小时在院率，三级定点医疗机构不低干95%。

十三、对于外伤人院的人员，需持单位（无工作单位的由参保地居委会）开具的治伤证明办理入院手续，科室核对后存于病历，以备检查。

十四、妥善保存门诊抢救记，两特病处方，应做到票据、费用清单、医嘱、治疗单（记录）和病程记录等“五吻合。

十六、医保中心抽查病历的不合理费用由科室承担，扣款涉及患者所住科室和其它科室的，由患者所住科室与其它科室协商一致后，以书面形式告知医保办该项目扣款由谁承担并需涉压科室主任签字；单病种超定额的部分扣除其科室收入，医保中心拨回节约部分计入科室成本。

十七、地州城镇职工住院，田患者本人电话当地医保中心，申请开通后刷卡住院，参照省级医保患者相关规定管理。治疗、用药等参照省医保的规定执行。

**第三章城镇居民基本医疗保险管理**

 第二十条“门诊大病”管理

一、城镇居民基压医疗保险参保人员就诊时，首诊医生应认真核对身份证件、医保卡或“门诊大病”就诊证及诊证上的相差信息，确保人、证、定点就诊医院相符。严格执行“门谚大病’管理规定，依据疾病谚断栎准．认真做好“门诊大病”病种及其诊疗项目的审核工作．并做好记录与管理：为“门诊大病”参保人员建立门诊就诊档案。接诊“门诊大病”人员时，须认真填写《昆明市城镇居民基本医疗保险“门诊大病”就诊病历本》，使用有标识的专用处方（注明“城镇居民门珍大病”字样）。

二、“门诊大病’用药范围参照《昆明地区城镇职工基本医疗保险“慢性病”、“特殊病”门诊用药范围》( 2011年11月的新版本，及昆人社通[2011] 28号文件执行。“门诊大病’人员就诊．医师应按病情需要给药，每次开药不得超过15日量。

第二十一条 住院管理

一、各科室医生在收治城镇居民参保人员住院时，凭定点首诊医疗机构开具的《昆明市镇居民基本医疗保险统筹区内转诊转院证明》收治，转诊证明由科室放入病历存档。无转诊证明，只能按自费收治，不能刷卡，刷卡后产生的费用由科室承担（急诊除外）。

二、首诊医师应严格核对参保人员的社会保障卡、本人身份证等相关就医凭证确保人、卡、证相符。成年参保居民恁社会保障卡和身份证就医，未成年居民凭社会保障卡就医，首诊医师应认真核对身份证或和社会保障卡．确保人、卡（证）相符。

三、各科室应严格控制转诊转院条件，所转医院级别不得低于转出医院级别，转外地就医须由主任医师提出转谚转院意见一并由另外两所定点三级医院三任医师会诊，由提出转诊转院申请的医师填写《昆明市城镇居民基本医疗保险转外就医审批表》，由医院医疗保险办公室审核后患者报市医保中心审批备案。

四、各科室向参保人员提供的药品要符合城镇居民基本医疗保险有关剂型、剂量的规定。与病情无关的检查、治疗视为不合理费用，按医保政策查一罚五的管理办法从科室奖金中扣减。

五、白内障手术、胆囊切除术、阑尾切除术、疝修补术、子宫切除手术、精神类疾病及慢性肾功能衰竭（门诊透析治疗）医保中心以“病种付费”方式与医院结算。若有以上项目，请各科室在报送费用拨付申请表时注明“城镇居民单病种”字样，因填写错误等造成的损失由科室承担。

六、科室每月一日（节假日顺延）按时报送居民医保出院人员医疗费用拨付申请表，其内容与实际住院情况相符，并注明“城镇居民基本医疗保险”字样，因过时不报、填表错误造成的损失由科室自行承担。

七、医保中心审核后查出的不合理费用，分清责任，由科室全额承担；扣款涉及患者所住科室和其它科室的．由患者所住科室与其它科室协商一致后，以书面形式告知医保办该项目扣款由谁承担。

八、其余按照昆明市城镇职工基本医疗保险管理办法执行

**第四章省属驻昆高校大学生基本医疗保险服务管理**

第二十二条 特残病门诊管理

一、接诊享育特殊病门诊待遇的参保大学生，首诊医师必须严格核对参保人员的社会保障卡、学生证、特殊病就诊卡和专用病历手册等就医凭证，确保人、卡、定点医院相符。

二、参保人员在使用特殊病门诊待遇进行治疗时，其相应病种的用药范围参照《关于进一步规范特殊病慢性病门诊管理的通知》（云医保[2007]13号）的规定执行；

第二十三条 住院管理

一、各科室医生凭校医院或其学校指定的社区卫生服务由心出具的《省属大学生基本医疗保险首诊转院登记表》办理入院手续，并将转诊证明交存于病历中归档。因无转诊证明医保不予支付的扣款田科室承担。

二、首诊医师应严格核对参保人员的社会保障卡、本人身份证、学生证等相关就医凭证，确保人卡、证相符。

三、参保人员因急诊抢救入住来使用社会保障卡办理相关住院登记手续的各科室医师应督促参保人员在三个工作日内将本人社会保障卡、身份证和学生证交医院补办住院登记手续。

四、因急诊抢救后收治入院的参照城镇职工基本医疗保险执行。

五、严格控制转诊转院条件，参保人员因病情需要转外地治疗的，需由主任医师与其余两所三级定点医疗机构主任医师会诊后，由所在科室提出童见并填写《省属大学生基本医疗保险转省外住院审批表》．加盖医务科、医疗保险办公室印章后，报省医保中心办理，所转医院级别不得低于转出医院级别。

六、各科室于每月一日报送月度省市出院人员医疗费用拨付申请表（注明“大学生医保”字样）至医疗保险办公室，因过时、漏报造成的损失由科室自行承担。

七、医保中心审核后查出的不合理费用，由科室全额承担：科室禾填写自费项目而造成漏收费的，漏收部分由科室全额承担。

八、其余按省医保城镇职工基本医疗保险管理办法执行。

**第五章离休干部医疗保障工作管理**

 第二十四条 门诊管理

一、坚持因病施治、合理检查、合理用药的宗旨，不开人情方、大处方、严格执行用药范围：《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录）（2010年版）、《离休干部用药补充范围》（云保[2006]21号）（仅限五华、盘龙离休干部使用）；诊疗项目和服务设施标准按《云南省非营利性医疗服务价格（试行）》。云发改收费[2005] 556号）执行。

二、离休干部就诊时需出示云南省全体干部医疗保障证、干部就诊证、离休干部病历本，两证一并出示急诊除外，接诊医生应认真核对就诊人员身份后方可进行诊疗并按门诊病历书写规范填写病历率。

三、用药应严格规范一次处方量，按照急性病3天量、慢性病7天量、中草药7 天量，最长不超过两周用药量的原则给药。对离休干部特、慢性疾病自用药．每次处方2周的限量。离休干部开药必须用复式处方书写一并在处方上注明离休干部医疗保障证号，以便查证：治疗开复式治疗堕以作为报账凭证。市级离休干部刷卡。离退休干部门诊医药费一律提供机打发票，手工发票不予报销。因手工发票而产生的扣款由发票提供者承担。

四、离休干部门诊期间发生的超出规定用药及治疗范围所产生的费用由接诊医生在复式处方、治疗单上注明“自费" 字样，并经本人同意并签字确认，费用由本人负担。

五、非基本医疗保险特殊人员就诊时需出示特殊人员医疗证（其中二等乙级以上伤残军人还需带革命伤残军人证）。接诊医生应认真核对证件。

第二十五条 住院管理

一、省级离休干部住院凭我院医生开具的任院证办理住院手续。

二、币级离体干部住院凭我院医生开具的住院证入院处办理住院手续。离休干部保障证及本人身份证到出入院处办理出院手续。

三、区级离休干部、非基本医疗保险的特殊人员凭我院医生开具的住院证明、到门诊询问台领取“盘龙区非基本医疗’呆陆人员住院证明书”或“五华区特殊人员住院证明书”凡接诊医生填写并经医疗保险办公室盖章后，到堕位和匡匡保中心离休—i管理邵审批盖章后，附离体干部保障证、非基盎医疗保险特殊人员证书及身份证复！口件万可办理住院手续。

四、对于单位未向省医保中心交纳离休干部医疗保障基金的省级非财政离体干部住院时，需凭我院医生开具的住院证明离休干部保障证及本人身份证，持支票或现金办理入院手续，所产生的费用回单位报销。

五、以上人员治疗范围执行云南省发改委、云南省卫生厅《云南省非营利性医疗服务价格（试行）》（云发改收费[2005] 556号）、《云南省发展和改革委员会云南省卫生厅关于肠内高营养治疗等医疗服务项目试行价格的通知》（云发改收费[2008]1429号）、《云南省发展和改革委员会云南省卫生厅关于膀胱冲洗等医疗服务项目试行价格的通知》（云发改收费[2008]1868号）：用药范围执行《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录》( 2010年版)和《云南省公费、劳保医疗用药报销范围和补充用药（试行）》（1996-1997年版）。民政无军籍退休人员、民政优抚人员按医保政策享受住院床位费不超过20元，超出部分由患者自仔承担。合理检查、合理用药，使用抢救药品有相关用药指征，病程上要有记录。

六、离休干部入院后，各科室应将离体干部医疗保障证及门诊病历本收管，待办理完出院手续并交清个人自付部分后归还本人，以防止在住院期间发生门诊或其他医院的住院费用。在住院期间一旦发生门诊或其他医院的住院费用．经医保核实不予支付的费用，将由所住科室承担。一次住院超过2万元的需填报“大额医疗费预算审批衰”审批。

七、省级离休干部因病情需要做特殊检查、特殊治疗时，一次性单价在500元以上的必须到医疗保险办公室填写特殊项重审批表，若单价在1000元以上，附送价格批文（或海关报关单）发票及复印件．并报省至保中心审批。

八、因病情需要做特殊检查、特殊治疗时离体干部一次性单价在600元以上一其余非基本医疗保险人员300元以上市级离休干部特殊检查在1200元以上加特殊治疗在3000元以上，都必须到医疗保险办公室填写审批表并报所属医保中心审批。

九、五华区非基本医疗保险人员因病情需要做特殊检查、特殊治疗时，一次’性单价在600元以上必须到医疗保险办公室填写审批表，并报五华区医保中，。审批。

十、各科室应及时为符合出院条件的离体干部办理出院手续，不得无故拖延住院时间，增加住院医疗费。

十一、省级离休干部办理出院时由科室将离休干部个人自费部分按项目明细填写在结账单上，经离休干部部签字认可并由离休干部交清自费部分后与每日清单‘由患者签字认可）和结帐单，倒盘到出入院处办理出院手续其余按正常程序办理出院手续，经浩医生要将出院小结扼要地填写在《离休干部病历本》上，

十二、市圾离休干部办理出院，持市级离休干部保障卡办理出院，将结账单蔓出入院处办理出院手续由参统人员交清自费部分。

十三、五华区离休干部、非基本医疗保险人员办理出院时，填写“五华区特殊人员住院费用结算表”（3份）．由医生填写，同时附出院小结、出院证就谚医疗保障证、身份证复印件、费用结算表、每日清单1日患者签字认可）、结帐单和住院证明书，有特殊检查、特殊治疗( 600元以上)审批表的一同交出入5元处办理手续，由人员交清自费部分。

十四、盘龙区离休干部、特殊人员办理出院时，填写“盘龙区非基杰医疗保险人员住院费用结算表”（4份），由王管医生填写，同时附出院小结、出院证、就谚医疗保障证、身份证复印件、费用结算表、每日清单（由患者签字认可）、结账单和住院证明书一同交出入院处办理出院手续，由患者交清自费部分。

十五、离休干部、特殊人员在住院期间所产生的自费项目，必须征得思者同意并签字认可，费用由本人负担，科室应按项目明细填写在结账堕上，以免造成漏收费。

十六、科室医生在填写《住院人员费用明细表》时应将自费明细项目填写在表的下方，以便医保中心审查。

十七、各科室于每月一日（节假日顺延）将《云南省中医医院省市五华盘龙鬲休、工伤月报表》报医疗保险办公室困辽时不报、填表错误造成的损失由科室自行承担。

十八、任何科室不得为离休干部办理家庭病床或挂床住院，一经查实，所产生的费用，按十倍扩大法由科室承担。

十九、医保中心审核后查出的不合理费用，由科室全额承担。

二十、科室耒填写自费项目而造成漏收费的，漏收部分由科室全额承担。

**第六章工伤医疗管理**

一、县级单位的参保职工“因公受伤”或出示“工伤医疗卡”的就医者在专科就诊实行首诊负责制，接诊医生仔细询问就医者受伤原因、时间、地点及受伤部位等实事求是地记录在病历中。以备工伤认定及待遇审核支付对使用。

二、医院为市、县级工伤门诊就医人员认真填写门诊病历、出具检查单据，双联处方笺的其中一联及收费凭据，未提供者其医疗费由科室承担。

三、对工伤门诊就医带药时急性病3天量，慢性病7天量最长不超过2周。工伤长期门诊费用为每年2000元，每月160元。

四、工伤人员门诊医疗费一律提供机打发票，手工发票不予报销，否则因此所发生的扣款由提供手写发票者承担。

第二十七条 住院管理

一、严格执行《工伤保险住院服务标准》。如将不具备住院条件的工伤职工收住院，其医疗费用不支付，田科室承担。

二、省市级工伤职工住院时，妥善保存住病历备查，住院病历保存15年以上

三、首级工伤职工住院时须持工伤医疗卡、身份汪复印件、旧伤夏发的需填写《旧伤复发治疗审请袁》。经工伤职工单位盖章报省劳动保障厅批准后复印仕交医疗保险办公室及所住科室．方可办理住院；市级工伤职二住院时持《工伤医疗证》到医院出入院处登记并将医考证及身份证复印件交给住科室，由出入院处将工伤职工王院费用明细单输人计算机系统，上传到市医保中心．医保中心审核后与医院结算．未经批准产生的医疗费由科室承担。

四、工伤职工享受苦普通床位待遇标准，如因伤情需要住监护病，必须严格掌握适应症在病情缓解、生命指征及监护指标稳，符合条件，要转入普通病房的，凡未按规定任超标病房的，需经工伤八员同意，其超标部分的费用由科室通知工伤职工到出入院处自付。

五、合理检查、合理治疗、合理用药。工伤治疗用药严格控制在《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录 》（2010版）内，超范围检查、治疗、用药征得医务人员同意并签名后，出院时由工伤职工自付。

六、科室要为符合出院条件的工伤职工及时办理出院，对故意拖延住院日期而增加的医疗费由科室及工伤职工自付。

七、工伤职工需转转院就医时，按照伤情治疗需要逐级转诊的原则，由主管医师将转诊理由填写《工伤转诊、赴外地就医申请审批表》，由医务科确认盖章，交工伤职工，报工伤职工单位及社保局批准。对不具备转院条件擅自转院的，其费用高科室承担，

八、工伤人员专病专治．伤病分开不属于此次二伤疾病范围的费用工伤不予支付。

**第七章新型农村合作医疗管理**

第二十八条 住院管理

一、严格掌握住院标准，不得拒收患者不得挑选患者不得分解住院人次，不得让患者挂床住院否则县（市、区）台管办拒付的医疗费将由科室承担。医生在开具住院证的同时，应认真审核参合人员的身份及新型农村合作医疗证，保证人、证相符并及时督促其到新农台管理办公室进行入院审批，如有特殊情况不能当时审批的，必须在7天内补审，否则出院不能参加即时生报。科室办理入院手续时，认真核对人员和合作医疗证是否相符，杜绝冒名顶替住院。

二、参台人员使用的药品目录为《云南省基本医疗保险、要伤保险和生育保险药品目录》（ 2010年版）。

三、参台人员诊疗范围执行《云南省新型农村合作医疗基瓜诊疗项目目录》（试行）

四、如治疗需要使用自费药品、非基本诊疗项目或医疗服务设施时，应先向参合人员或其家属告知、征得参台人员或其家属的同意并逐项填写自费告知书（一式两联）、签字按手印并将红联交患者，白联存病历。如因未告知人员造成纠纷或产生不合理费用，由科室负责。

五、新农合参合人员使用进口药品或材料不在新农台基金报销范围之内，按自费项目计算。进口材料单价在200元以下的纳人报销范围。

六、目录外用药及非基本诊疗项目的费用应控制在费月总额的15%以内。超出15%造成的扣款由科室自行承担。

七，因治疗需要使用贵重药品（300元以上，包括300元）一万元以上诊疗项目或医疗服务设施等须经新农合管理办公室审批方可使用，未经审批造成的不合理费用由科室自行承担。

八、各科室医生应根据卫生行政部]的规定和匡学原则及时为符合出院条件的参台人员办理出院手续，于24小时内完成各种费用结算手续，并告知参合人员先到新农合管理办公室进行即时结报。费用一经传至出入院处经出入院处审核后不得再随意更改，因更改导致的扣款，由科室自行负责。

九、参合人员病愈出院时带药控制在3日量，慢性病人员需带一般控制在7日量，出院禁止带检查、治疗。

十、科室每月1日前按时报送新型农村合作医疗上月出院人员医疗费用拨付申请表，其内容与实际住院情况相符，因填表错误造成的损失由科室自行承担。

## 健康体检中心／治未病中心保护参检者及患者隐私权制度和措施

为贯彻落实国家法律、法规和规章的有关规定，切实尊重和维护参检者及患者的合法权益，保护参检者及患者的隐私权，构建和谐医患关系，特制定保护参检者及患者的隐私制度与措施如下：

一、医务工作人员在为参检者及患者提供医疗卫生服务时应遵守以下制度规定：

（一）严格执行《执业医师法》第22条规：医师在执业活动中要关心、爱护、尊重参检者及患者，保护参检者及患者隐私；

《护士管理办法》第24条规定：护士在执业中得悉参检者及患者的隐私，不得泄露。

（二）救死扶伤，实行人道主义，时刻为参检者及患者着想，耐心细致地为参检者及患者提供科学的医疗及护理服务。

（三）为参检者及患者保守医疗秘密，实行保护性医疗，不泄露参检者及患者的隐私。

（四）尊重参检者及患者的人格与权利，对待参检者及患者不分民族、性别、职业、地位、财产状况，应一视同仁。

二、为使参检者及患者的隐私得到切实保护，医务人员应当做好如下措施

（一）了解参检者及患者的民族、信仰、风俗、习惯、忌语、使其在不违反医疗、护理规定的原则下得到尊重。

（二）医护人员未经参检者及患者本人或家属同意，不得私自向他人公开参检者及患者个人资料、病史，病程及诊疗过程资料。

（三）工作人员要注意言谈中不得擅自议论参检者及患者及家属的隐。

（四）对特殊疾病的参检者及患者，医护人员交接时不应交接医疗诊断，应为参检者及患者保守医密。

（五）对异性患者实施隐私处检查时，应有异性医护人员或家属陪伴。

（六）参检者及患者在更换衣物、翻身时，应尽量减少暴露．

（七）为参检者及患者检查时要拉帘或关闭诊疗室的门。

（八）体检检查室要尽量做到男、女患者分开。

（九）医护人员进行暴露性诊疗时，应加以遮挡或避免无关人员探视。

（十）对于院内或科室内安排的涉及参检者及患者隐私的参观、学习活动．应征得参检者及患者本人同意，并告之学习内容。

（十一）除实施医疗活动外，不得擅自查阅参检者及患者的病历，如因科研、教学需要查阅病历的，需经医务科同意，阅后应立即归还，不得泄露参检者及患者稳私。