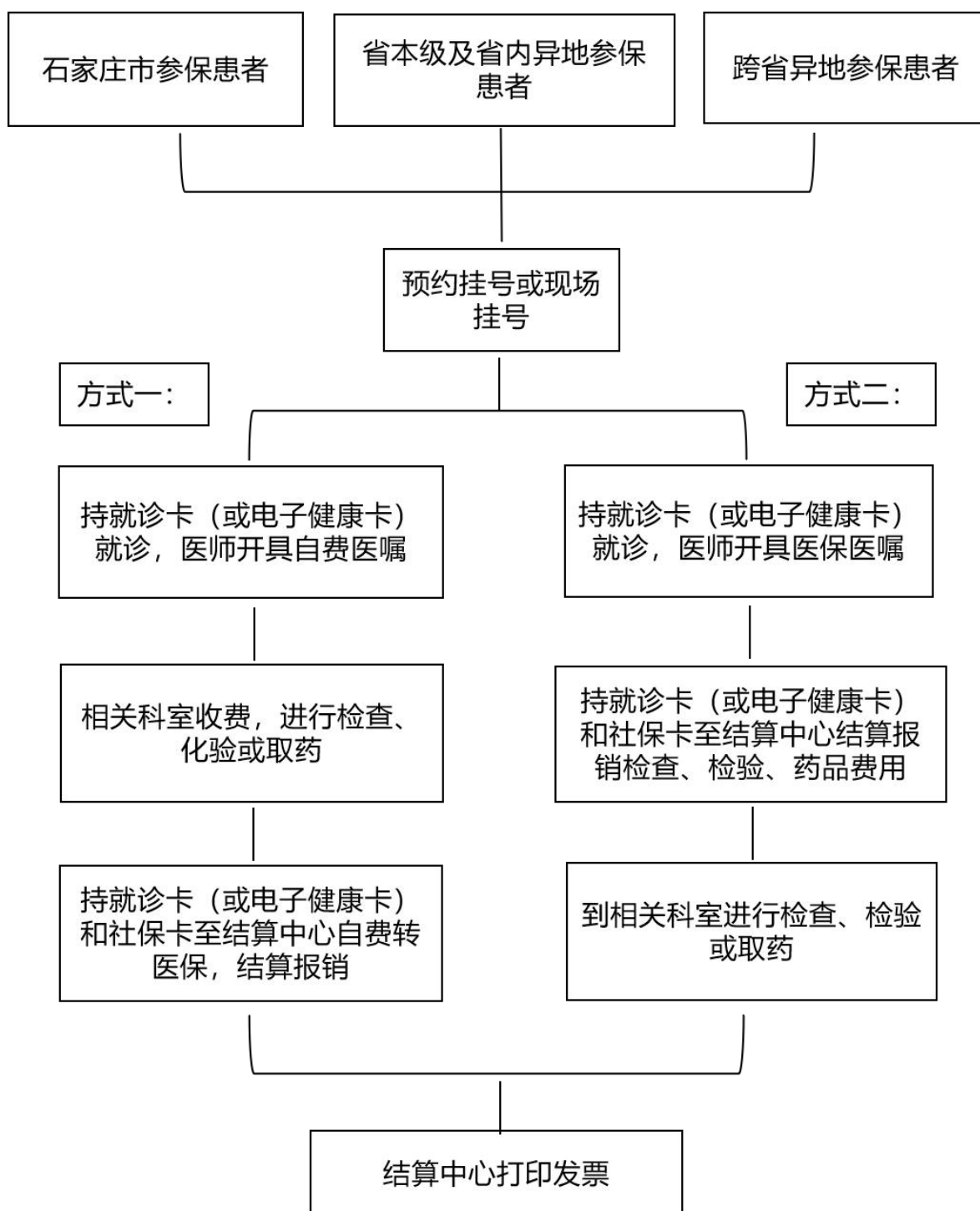


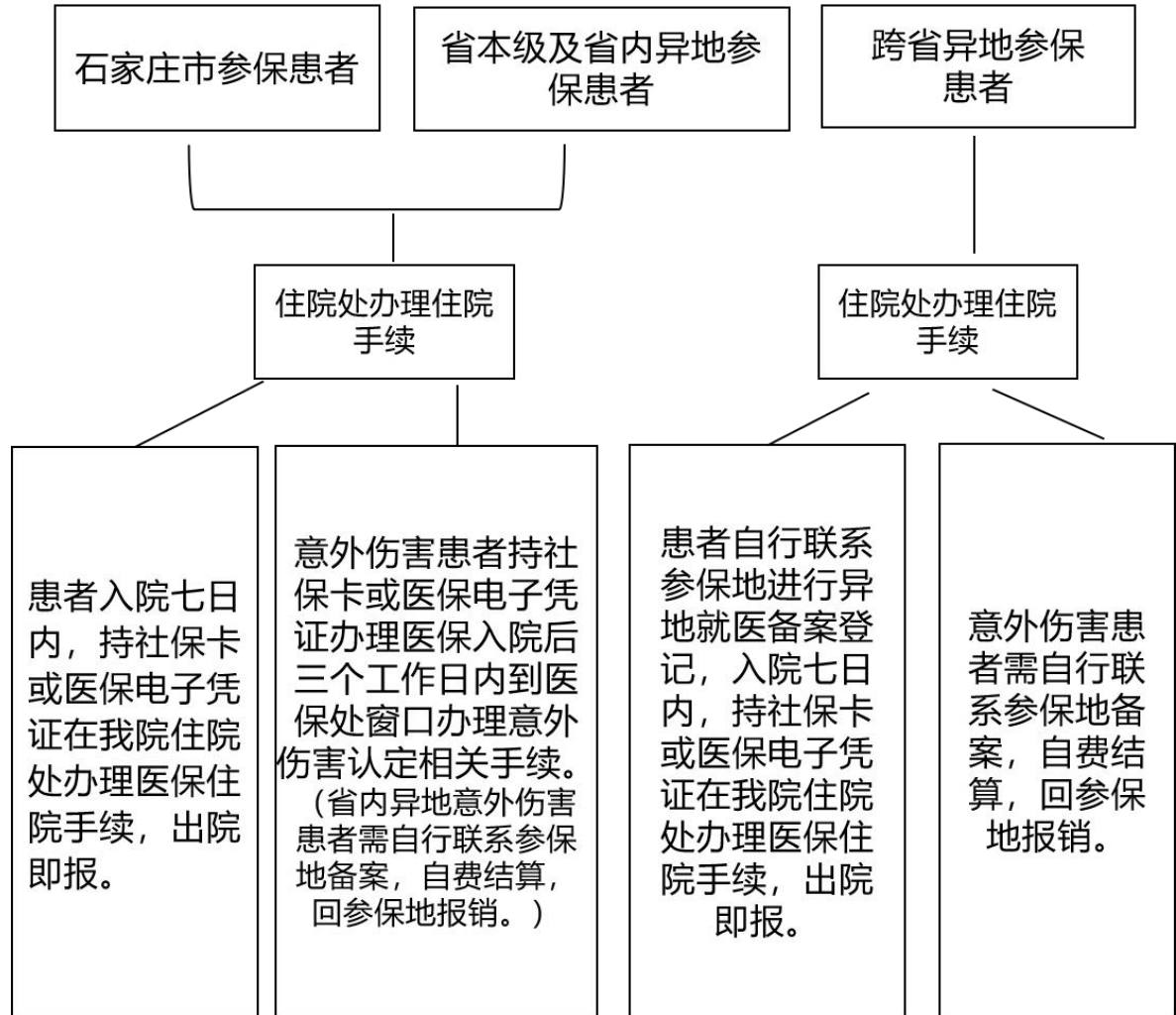
医保相关知识及政策

一、医保患者就诊流程

医保患者门诊就诊流程图



医保患者住院就诊流程图



二、基本医保知识

1、如何避免冒用社保卡？

认真核验社保卡是否与本人相符，拒绝冒名使用社保卡就诊。

2、医保对用药的限制性原则有哪些？

(1) 严格执行《处方管理办法》，遵循基本医疗原则，能国产不进口、能一般检查不特殊检查、能低不高、能少不多。

(2) 同一代抗菌素首选甲类、乙类药，同类药中首选有效、价低的药品。即能用国产药就不用进口药，能用一种药就不用两种药，能用简单药就不用复杂药，关键看疗效。有效药不一定贵，贵药不一定有效。

(3) 严格限制性用药指征，杜绝无指征滥用。

①标注了适应症的药品，应有相应的临床体征、化验单和辅助检查依据，以及相应的临床诊断依据；

②标注限二线用药的，必须有一线用药无效或不能耐受的依据；

3、参保患者入出院办理需要注意什么？

(1) 严格住院标准，避免轻病住院、挂名住院或将不符合急、危、重症参保人收住 ICU、CCU 等病房。

(2) 符合住院的参保患者不得拒收。如以各种借口推诿参保人（尤其是急、危、重症者）的，科室要承担拒收所造成的责任。

(3) 及时为符合临床出院标准的参保人办理出院。对该出院而拒不出院的参保人，及时报告医保办处理。

4、关于检查、治疗、材料与记录匹配问题需要注意什么？

严格遵循诊疗规范和医疗器械分类规则，病历中使用的各种检查、治疗项目要有针对性，有医嘱和完整的病程记录及相对应的检查报告单、诊疗单。植入体内的医用材料，应在病历中准确记录相关病情、使用种类及数量，并在病历中附上材料的条形码或标签。

5、石家庄市城乡居民住院医保的转院手续如何办理？

转院流程：因病情需转院的，开具《石家庄市城乡居民基本医疗保险转院审批表》→主治医师填写诊断及转院理由→副主任及其以上医师或科主任签字→医保办审核盖章→石家庄市医保中心审核盖章→到其他医院诊疗。

6、目前石家庄市城乡居民医保慢性病特种病有哪些？

(1) 心绞痛、(2) 慢性肾炎、(3) 肾病综合征、(4) 类风湿性关节炎、(5) 肺心病、(6) 风心病、(7) 心肌梗塞、(8) 慢性心力衰竭、(9) 高血压、(10) 脑血管病、(11) 癫痫病、(12) 重症肌无力、(13) 帕金森病、(14) 慢性肝炎、(15) 活动性肺结核、(16) 肝硬化、(17) 糖尿病、(18) 慢性肾功能衰竭、(19) 系统性红斑狼疮、(20) 精神障碍、(21) 新冠肺炎功能障碍。

7、石家庄市城乡居民基本医疗保险特殊病病种：

- (1) .需门诊放化疗的恶性肿瘤（含脑瘤）；
- (2) .需门诊治疗的白血病；
- (3) .需门诊透析的慢性肾衰竭；

- (4) . 需术后门诊抗排异治疗的器官移植；
- (5) . 需门诊治疗的血友病；
- (6) . 需门诊治疗的再生障碍性贫血；
- (7) . 需门诊治疗的肺动脉高压
- (8) . 需门诊治疗的重性精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）。

为全面落实省委办公厅、省政府办公厅《关于深入开展“我为群众办实事”实践活动聚焦办好10件民生实事的通知》精神，根据河北省医疗保障局统一部署，自2021年7月1起，我市门诊慢（特）病网上随时申报、医疗机构评审认定工作开始实施。

参保人员微信扫描“二维码”或搜一搜“河北智慧医保”，注册登录，选择“门慢门特申报”进入“河北省门诊慢性病特殊疾病申报平台”进行申报。或电脑网上登陆河北省医疗保障局官网（网址 <http://y1bzj.hebei.gov.cn/>），进入“个人网厅”申报平台进行申报。

参保人员需要在线注册，填报申报人基本信息和申报病种，同时上传原发病病历资料及所申报病种近一年的佐证材料（如门诊、住院病历资料和相关检查、化验等），自主选择具有认定资格的医疗机构，填写完整并线上提交后，申报人携带相关纸质病史资料到所选定门诊慢（特）病认定机构进行现场认定。

对于异地安置、常驻外地、年老或行动不便、运用智能技术困难、居住地偏远等本人不能到现场进行认定的特殊参保人员，可通过亲属、村卫生室、乡镇卫生院、社区居委会、参保人单位医保专管员等代办人负责完成网上申报；申报时需在系统中选择“特殊人员”选项，填报不能前往现场认定的具体原因并做出个人承诺，提交认定资料后，由医师直接在线上进行认定。

申报方式：

一、微信扫描“二维码”或搜一搜“河北智慧医保”，注册登录，选择“门慢门特申报”进入“河北省门诊慢性病特殊疾病申报平台”进行申报。

二、电脑网上登陆河北省医疗保障局官网（网址 <http://ylbj.hebei.gov.cn/>），进入“个人网厅”申报平台进行申报。



三、报销政策

石家庄市居民普通门诊医保待遇一览表

类别	年度起付线	年度最高支付限额	支付比例
普通病门诊	100 元	200 元	50%

石家庄市居民住院医保待遇一览表

医疗机构类别		起付线（元）	支付比例
县区	一级及以下	100	92%
	二级	400	80%
本市市区+省内	一级	200	90%
	二级	800	75%
其他市市区	市属三级	1000	65%
	省属三级	1500	60%
经备案、转往省外医保协议医疗机构		2000	50%

备注：连续参保年限与住院医疗费、特殊病病种的门诊的支付比例挂钩，从参保缴费的第二年起，每增加一个缴年年度，支付比例增加一个百分点，最高不超过 8 个百分点。

石家庄市居民大病保险待遇

大病保险年度限额 30 万元		
起付线（元）	起付线以上费用分段	报销比例
13400	0 至 10 万元	60%
	10 万元至 20 万元	70%
	20 万元以上至最高限额	80%

石家庄市城镇职工普通门诊医保待遇一览表

类别	参保人身份	年龄	起付线	最高限额	支付比例
普通病门诊	在职职工	<45岁	100	2000	60%
		>45岁	100	2500	60%
	退休职工	-	100	4000	70%

石家庄市城镇职工住院医保待遇一览表

医疗机构类别		起付线（元）	支付比例
县区	一级及以下	200	95%
	二级	300	90%
本市市区+省内	一级	200	95%
	二级	700	85%
其他市市区	市属三级	900	83%
	省属三级	1200	80%
经备案、转往省外医保协议医疗机构		1500	76%
备注：退休职工起付线在在职职工基础上降 100 元，支付比例比在职职工提高 3 各百分点			

石家庄市城镇职工大病保险待遇

大病保险年度限额 40 万元		
起付线（元）	起付线以上费用分段	报销比例
180000	0 至 1 万元	60%
	1 万元至 2 万元	65%
	2 万元至 3 万元	70%
	3 万元至 4 万元	80%
	4 万元以上至最高限额	90%

石家庄市慢性病特殊病待遇一览表

项目	慢性病		特殊病	
	职工医保	居民医保	职工医保	居民医保
病种数量	31	21	8	8
起付线（元）	200	200	0	0
报销比例	一级 90%	60%	90%	80%
	二级 85%	60%	90%	80%/血友病 85%
	三级 80%	60%	90%	80%
报销限额	18 种 2000 元， 12 种 3000 元， 多种慢性病最 高限额 5000 元	800-1500 不 等，多种慢性 病最高限额 3000 元	器官移植后第一年、第二年、第三 年医疗费限额分别为：6500/月、 5500/月、4500/月。再生障碍性贫 血的年度报销限额为 3 万元	
备注	新冠肺炎功能障碍 5000 元，支 付限额不与其他慢性病报销限 额合并计算；不设起付线。			

河北省医保门诊待遇一览表

人员分类	省企业职工	基金支付比例	省直公务员	基金支付比例
45 岁以下	2000 元	50%	5000 元	80%
45 岁以上	3000 元		6000 元	
退休	3500 元	60%	8000 元	
医保基金统筹起付线（省企业职工/省直公务员）			100 元	
省医保（异地患者）门诊：医保报销以参保地政策为准。				

河北省医保住院待遇一览表

类别	起付线（元）	报销比例		封顶线
省企业职工	800（第二次起递减 20%，最低 200）	统筹支付 3 万内	在职 83%，退休 84%	基本医疗 20 万+大病限额 20 万（报销 85%）
		统筹支付 3-7 万	在职 85%，退休 86%	
		统筹支付 7-20 万	在职 87%，退休 88%	
省直公务员	480（第二次起递减 20%，最低 200）	在职 93%，退休 95%		无
七方面人	无	97%		无
异地患者	住院报销起付线及报销比例以参保地政策为准。			
生育	定额报销：顺产 2000 元，剖宫产 3000 元，难产 3500 元			

河北省医保特种病（5种）及限额

序号	特种病病种	省直公务员病种限额（元）	省企职工病种限额（元）
1	恶性肿瘤（放化疗）	无上限	40万
2	血友病	无上限	40万
3	肺动脉高压	无上限	40万
4	透析	<p>限额结算。1. 血液透析（包括血液透析、血液透析滤过和血液灌流）（1）定额结算。血液透析时必用的材料及治疗费用，定额标准依据医疗机构级别确定：三级医疗机构统筹支付定额标准460元/次，二级医疗机构统筹支付定额标准430元/次；血液透析滤过和血液灌流费用，统筹支付定额标准分别为800元/次、1000元/次，每人每月最多支付各两次。血液透析、血液透析滤过和血液灌流的定额费用，全部由统筹基金按定额标准支付。透析期间发生的与透析相关的化验、检查及药品费用，限额标准为每人每月2000元（备注：限额标准的2000元须为合规费用，即：乙类的先行自付部分之外的费用与甲类费用，不含超限价部分费用），由参保人员和统筹基金按比例支付：三级医疗机构，0—1000元，统筹基金支付80%，个人自付20%；1001—2000元，统筹基金支付60%，个人支付40%；2000元以上部分，个人自费。二级医疗机构，0—2000元，统筹基金支付80%，个人自付20%；2000元以上部分，个人自费。2. 腹膜透析（1）定额结算。腹膜透析时必用的透析液、碘伏帽发生的费用，定额标准32.1元/次，每日不超过四次。费用由统筹基金支付。（2）限额结算。腹膜透析期间发生的与透析相关的药品、化验、检查费用，按血液透析规定的限额结算办法结算。</p>	40万
5	器官移植抗排异治疗	无上限	40万

河北省企业职工慢性病（38种）及限额

序号	慢性病病种	基本医疗保险病种限额(元)	序号	慢性病病种	基本医疗保险病种限额(元)
1	高血压病	600	20	肾病综合征	1300
2	糖尿病	1200	21	白细胞减少症	1200
3	冠心病	900	22	血小板减少性紫癜	2000
4	脑血管病	500	23	系统性红斑狼疮	1200
5	恶性肿瘤	3500	24	心肌病（原发性）	800
6	支气管哮喘	1000	25	慢性肝炎（乙肝）	2000
				慢性肝炎（丙肝）	3500
7	甲状腺功能减退症	500	26	慢性肺源性心脏病	1500
8	消化性溃疡	500	27	重症肌无力	500
9	阻塞性肺气肿	1200	28	甲亢性心脏病	800
10	慢性房颤	600	29	再生障碍性贫血	3500
11	类风湿性关节炎（严重）	1300	30	骨髓增生异常综合征	1000
12	慢性肾功能衰竭	2000	31	运动神经元病	2800
13	震颤麻痹	2300	32	系统性硬皮病	1300
14	慢性肾小球肾炎	1000	33	多发性硬化	2000
15	肝硬化	3000	34	慢性骨髓炎	500
16	结核	600	35	原发性醛固醇增多症	500
17	慢性心功能衰竭	800	36	原发慢性肾上腺皮质功能减退症	500
18	股骨头坏死	1000	37	血友病	1000
19	精神分裂症	2300	38	皮质醇增多症	500

河北省直公务员慢性病（38种）及限额

序号	慢性病病种	基本医疗保险病种限额（元）	序号	慢性病病种	基本医疗保险病种限额（元）
1	恶性肿瘤	50000 元	20	甲亢性心脏病	8000 元
2	慢性阻塞性肺疾病	12000 元	21	甲状腺功能减退症	5000 元
3	慢性肺源性心脏病	15000 元	22	血脂醇增多症	5000 元
4	支气管哮喘	10000 元	23	原发性醛固酮增多症	5000 元
5	慢性心功能衰竭（Ⅱ级及以上）	8000 元	24	原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	2000 元
6	慢性房颤	6000 元	25	糖尿病	12000 元
7	高血压病（具有心、脑、眼底、肾、血管损害合并症之一）	6000 元	26	系统性红斑狼疮	12000 元
8	冠心病	9000 元	27	系统性硬皮病（系统性硬化症）	13000 元
9	心肌病（原发性）	8000 元	28	类风湿性关节炎	13000 元
10	消化性溃疡	5000 元	29	脑血管病	5000 元
11	慢性肝炎、乙肝/丙肝	20000 元/ 50000 元	30	多发性硬化	20000 元
12	肝硬化	30000 元	31	震颤麻痹	23000 元
13	慢性肾小球肾炎	10000 元	32	运动神经元病	28000 元
14	肾病综合征	13000 元	33	重症肌无力	5000 元
15	慢性肾功能衰竭（未达到透析程度）	20000 元	34	精神分裂症	23000 元
16	再生障碍性贫血	35000 元	35	结核病	6000 元/1.5 年
17	白细胞减少症	12000 元	36	股骨头坏死	10000 元
18	骨髓增生异常综合征	10000 元	37	慢性骨髓炎	5000 元
19	血小板减少性紫癜	20000 元	38	血友病	10000 元

四、意外伤害相关问题

1、接诊意外伤害患者要注意什么？

(1) 对疑似意外伤害的病人，首诊医生在病历记录中必须详细客观记录患者受伤的时间（精确到时分）、地点、原因及受伤经过、受伤部位等（如半小时前在骑电动车被汽车撞伤右腿外侧，此类有第三方责任的医保不报销），并不得随意更改病历。

(2) 对符合意外伤害住院条件的参保人，除上述要求外，还需患者填写《石家庄市医疗保险意外伤害住院登记表》

2、石家庄市医保意外伤害相关问题的解答

(1) 什么叫意外伤害？

意外伤害是指因遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的事件。

(2) 意外伤害主要包括哪些？

车祸、中毒、锐（钝）器伤、灼烫、冻伤、雷击、触电、酸碱等液体伤害、野兽或家禽袭击（注射疫苗除外）、碰撞伤、撞击伤、跌倒、坠落伤、坍塌、淹溺、火灾、辐射、爆炸等情形。

(3) 我院常见意外伤害有哪些？

异物（食道、支气管、耳道等）、外伤（头部、眼部等）、烫伤（消化道、皮肤等）、误食（药品、物品等）、骨折等情形。

(4) 办理意外伤害所需哪些材料？

▲意外伤害登记表各科可权利运行网下载或到医保办领取

●入院记录复印件 1 份

■门诊病历本复印件 1 份

◆X光片或CT片报告单复印件1份

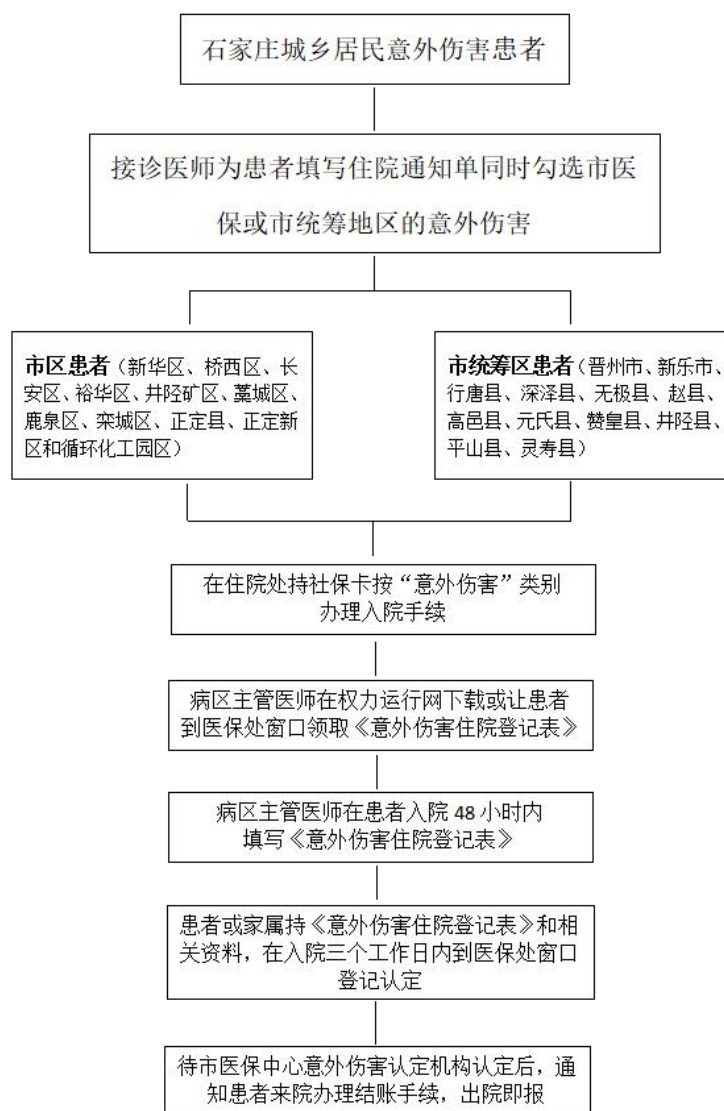
★病人及代办人身份证复印件（双面）1份

(5) 应注意的问题？

因疾病办理住院的患者在住院过程或手术过程中发现属于意外伤害的（如：按支气管肺炎收住院的后诊断为支气管异物），临床科室主管医生需及时电话告知医保办工作人员，并及时让患者家属持《意外伤害登记表》和相关材料报医保办公室。

(6) 意外伤害办理流程是什么？

石家庄市意外伤害办理流程图



五、新生儿入院须知

1、新生儿（出生四个月内的）就诊时，首诊医生务必问清楚新生儿是否起名、是否已经办理社保卡，如果已经起名字，名字必须逐字填写准确。

2、石家庄市新生儿住院的具体规定（包括：新华区、桥西区、长安区、裕华区、井陉矿区、藁城区、鹿泉区、栾城区、正定县、正定新区和循环化工园区）。

①有名字有社保卡的，可直接持社保卡和住院通知单在住院处办理医保住院手续，患儿出院结账时可在医院直接报销。

②有名字没有社保卡的，办理住院登记时必须填写患儿自己的姓名。病区主管医生应主动告知患儿家长及时到户籍所在地居委会办理参保手续（且家长提供的名字必须与社保卡名字一致），患儿在住院期间提供社保卡的可即时在住院处办理自费转医保手续，患儿出院结账时可在医院直接报销。

③没有名字没有社保卡的，办理住院登记时填写某某之子或之女，病区主管医生应主动告知患儿家长及时到户籍所在地居委会办理参保手续，患儿出院时主管医生要让病人家属提供患儿出生医学证明及患儿父母双方身份证复印件留存病历。病区可在住院病历送至病案室后再通知患儿家长持社保卡及病历首页（标注某某为某某之子/女）在住院处办理自费转医保手续，医院结账直接报销。

3、石家庄所辖县（市）新生儿住院的具体规定（包括晋州市、新乐市、深泽县、无极县、赵县、高邑县、元氏县、赞皇县、井

胨县、平山县、灵寿县、行唐县)。

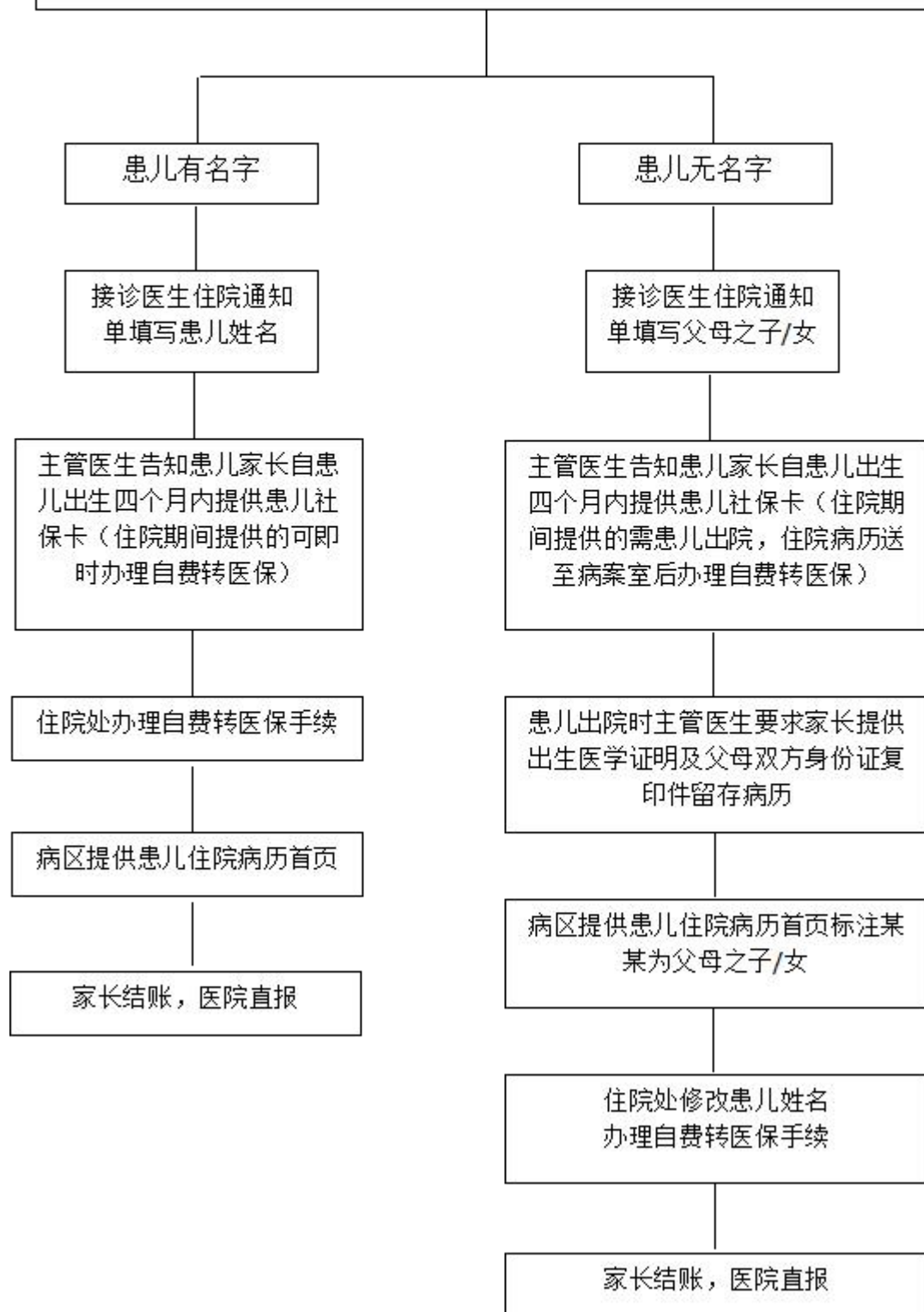
①有名字有社保卡的,可直接持社保卡及住院通知单在住院处办理医保住院手续,患儿出院结账时可在医院直接报销。

②有名字没有社保卡的,办理住院登记时必须填写患儿自己的姓名。病区主管医生应主动告知患儿家长及时到户籍所在地居委会办理参保手续(且家长提供的名字必须与社保卡名字一致),患儿在住院期间提供社保卡的可即时在住院处办理自费转医保手续,患儿出院结账时可在医院直接报销。

③没有名字没有社保卡的,主管医生告知患儿家长自患儿出生四个月内必须提供患儿社保卡(住院期间提供的需患儿出院,住院病例送至病案室后办理自费转医保),患儿出院时主管医生要求家长提供出生医学证明及父母双方身份证复印件留存病历内,病区提供患儿住院病历首页标注某某为父亲之子/女或母亲之子/女,住院处修改患儿姓名,自费转医保,家长结账,医院直报。

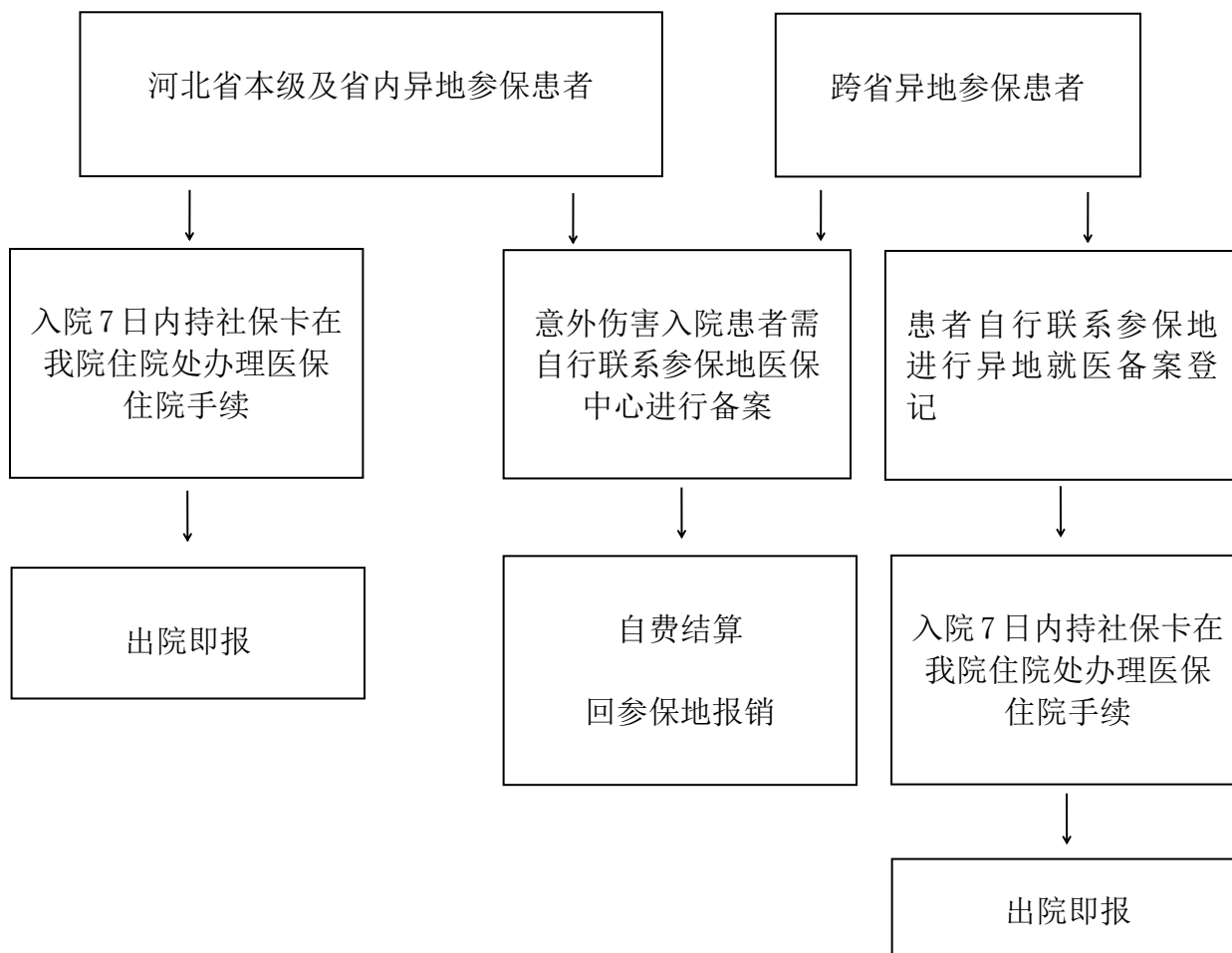
石家庄市新生儿住院报销流程图

市区（新华区、桥西区、长安区、裕华区、井陉矿区、藁城区、鹿泉区、栾城区、正定县、正定新区和循环化工园区）及市级统筹区患儿（晋州市、新乐市、行唐县、深泽县、无极县、高邑县、元氏县、赞皇县、赵县、井陉县、平山县、灵寿县）



六、异地结算

1、河北省医疗保险患者就诊流程图：



2、哪些地方属于异地结算？

辛集市、邢台市、邯郸市、张家港市、衡水市、沧州市、廊坊市、秦皇岛市、保定市、承德市、唐山市 11 个地区及其他省、市。

3、异地结算需注意事项有哪些？

异地患者就诊必须是在社保卡激活的状态下，河北省内异地患者无需备案，河北省外异地患者需联系参保地是否需要备案。住院处医保登记成功后，出院即可报销。

七、其他相关规定

医保基金不予报销的常见项目有哪些？

(1) 医疗服务类：门诊及住院病历工本费；门诊煎药费；

(2) 生活服务设施类

①就（转）诊交通费、会诊交通费、急救车费、担架员随急救车出诊费等；超标准的住院床位费用；陪护费、陪人床费、护工费、洗理费、伙食费、营养费、药膳费；特需服务的项目和服务设施费；

②使用空调、电视等费用；损坏公物的赔偿费用；

③尸体料理费、尸体冷藏费；

④各种与诊疗无直接关系的费用（如脸盆、口盅、餐具、牙具、拖鞋、卫生塑料袋、卫生纸费、尿布费、排尿排便器具费、清洁费、押瓶费等）。

(3) 非疾病治疗类

①各种美容、整形项目：如皮肤色素沉着、痤疮、疤痕美容、激光美容、脱痣、激光平疣、除纹身、除皱、雀斑、老年斑、洁牙、镶牙、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、穿耳洞等费用；

②各种矫形及生理缺陷的手术、检查治疗项目：如腋臭、兔唇、口吃、平足、牙列不整、义齿修复（包括桩冠、套冠、安装义齿）、种植牙、鼻鼾及各种非功能性整容、矫形手术等费用；

③各种健康体检：如婚前检查、旅游体检、出境体检、职业体检、疾病普查等项目费用；

④各种预防、保健性项目：如保健按摩、各种疫苗预防接种、

预防服药、预防注射以及疾病的普查普治和预测等费用；

⑤各种医疗鉴定：医疗事故鉴定、伤残等级鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定等费用。

(4) 诊疗设备及医用材料类

①糖尿病治疗仪、微循环检查仪、多功能锻炼仪等各种物理治疗与康复项目费用；

②各种康复、治疗器械：如助力器、助听器、眼镜、义齿、义眼、义肢等费用；

③各种自用的按摩、保健、治疗用品：颈托、腰托、疝气带、护膝带、护腰带、钢背心、钢腰围、钢头颈、热敷带、药带、药枕、药垫、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；

④市物价、卫生、财政规定不可单独收费的一次性医用材料费。

(5) 治疗项目类

①除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的人工器官安装和置换的费用；除骨、皮肤、血管移植以外的器官和组织移植费用；

②近视和斜视矫形术费用；戒烟、戒毒的费用。

(6) 其它

①各种不孕（育）症、性功能障碍的诊疗项目费用；

②违反计划生育的一切医疗费用，以及未婚患者的流产、引产、保胎、宫外孕、分娩等费用；

③住院期间使用不属于基本医保范围内的自费药品、自费诊

疗项目和自费材料的费用；以及挂名住院、冒名住院、不符合入院标准的费用；

④该出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切费用；或患者住院应由定点医院记帐而不记帐，然后拿费用单据要求报销的费用；

⑤因自杀、自伤、自残（精神病除外）、打架、斗殴、酗酒、吸毒等个人过错行为以及其他违法乱纪等行为引起的一切费用；

⑥因他人侵害行为造成伤害的医疗费用；

⑦由于交通事故、医疗事故以及其它责任事故引发的诊疗项目费用；

⑧不符合市外转诊和现金报销规定的项目费用；

⑨不符合市大型医疗设备检查和治疗项目管理办法规定的费用；

⑩各种教学性、科研性和临床验证性的诊疗项目费用；

⑪未经市卫生局、物价局、财政局正式批准的诊疗项目费用；

⑫未经社保核准使用的各类检查治疗项目费用；

⑬社保卡生效之前或遗失但未挂失期间所发生的一切医疗费用；

⑭上级主管部门有具体规定不列入报销范围的其他费用。

序号	栏目名称	栏目标题
1	医疗保险政策	医保患者就诊流程
2	医疗保险政策	基本医保知识
3	医疗保险政策	报销政策
4	医疗保险政策	意外伤害相关问题
5	医疗保险政策	新生儿入院须知
6	医疗保险政策	异地结算
7	医疗保险政策	其他相关规定