

LXDR-2024-0020001

历下政办发〔2024〕1号

**济南市历下区人民政府办公室
关于印发济南市历下区部分人员公费医疗
管理实施细则的通知**

各街道办事处，区政府各部门（单位）：

《济南市历下区部分人员公费医疗管理实施细则》已经区政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市历下区人民政府办公室

2024年4月18日

（此件公开发布）

济南市历下区部分人员公费医疗管理 实施细则

为健全和完善我区公费医疗管理制度，保障未参加公费医疗改革的离、退休人员（以下简称公费医疗人员）医疗待遇，做好公费医疗并轨医疗保险的过渡工作，经研究特制定《济南市历下区部分人员公费医疗管理实施细则》，具体内容如下：

一、人员范围

历下区未参加公费医疗改革的离休干部、六级以上革命伤残军人、民政代管退休人员及无军籍代管退休人员。

二、定点医疗机构

历下区人民医院是区属公费医疗人员就医的定点医疗机构。

三、三大目录

我区公费医疗人员就医参照济南市医疗保险规定，统一执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》。

四、医疗费报销办法

（一）报销比例。离休干部、六级以上革命伤残军人的医疗费，属报销范围的，据实报销。退休人员在定点医疗机构就医，凡属目录内甲类药品及诊疗费用，按 90% 报销；恶性肿瘤、尿毒症、器官移植抗排异治疗，按 95% 报销；发生在非定点医疗机构的急症费用及经批准的转诊、转院医疗费，经审核后符合规定的费用，按 80% 报销；特殊病种如精神病、传染病等可转诊

至专科医院住院治疗，所发生的医药费按定点医疗机构的报销比例予以报销；在定点医疗机构和非定点医疗机构发生的乙类药品及诊疗费用，按 80% 报销。

（二）结算方式。我区公费医疗人员在定点医疗机构就医，由本人凭公费医疗证、就诊卡挂号，持大病历到相应科室就诊，实行记账管理，结算时支付个人承担部分。在非定点医疗机构就医实行先现金垫付后审核报销的管理办法。

（三）报销办法。

1. 定点医疗机构记账经费报销程序及时间。每月 10 日前，定点医疗机构将上月发生在本院的费用明细汇总后报送至区医疗保险事业中心，经审核后区医疗保险事业中心将符合规定的费用向区财政局递交申请报告，月底前拨付到位。

2. 个人医疗费用的报销程序及时间。在非定点医疗机构发生的合规医疗费用，每月报销一次，其医疗费于每月 5 日前，由单位汇总后先报定点医疗机构公费医疗管理办公室审核；同月 10—15 日，各单位汇总后报送区医疗保险事业中心，逾期不送的，转次月报销。年末，本年度应报未报费用可合并于次年第一季度费用中予以一次性扫尾报销。

（四）定点医疗机构医疗服务及医药管理。定点医疗机构应严格遵循医疗保障、卫生健康部门有关规定，为公费医疗人员提供基本医疗服务，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费，不断提高公费医疗经费使用绩效，严格控制公费医疗人

员个人负担比例和医疗费用不合理增长。

定点医疗机构严格按照现行有效的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施项目范围，为公费医疗人员提供合理、必要的基本医疗服务。优先及合理使用目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材（含植入类医疗器械）。超出目录和支付标准范围的费用，不予报销。

五、定点医疗机构住院管理

1. 我区公费医疗人员病情需要住院治疗时，病人携带病历、住院票、公费医疗证、就诊卡到定点医疗机构办理有关住院手续，实行记账管理，出院结算时支付个人承担部分。

2. 定点医疗机构要严格掌握出、入院指征，按照诊疗规范向公费医疗人员提供合理、必要的医药服务，如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医。

3. 定点医疗机构应保证公费医疗人员知情同意权，主动提供住院费用结算单和住院费用日清单；建立并执行自费项目知情确认制度，除急诊、抢救等特殊情形外，发生目录范围以外的医疗费用，须经本人或其近亲属、监护人同意签字并留存备查，未经病人同意擅自使用自费及乙类药品，加重病人经济负

担的，由责任人承担相应费用。

六、关于急症、转诊、转院问题

1. 因患急症需在外院门诊就诊的患者，仅限 1—3 日急症处方，三日内携带病历、检查结果和发票到定点医疗机构公费医疗管理办公室审核登记；因病情需要必须在外院住院治疗者，应在三个工作日内到定点医疗机构公费医疗管理办公室办理登记，病情稳定后应立即转回定点医疗机构治疗。特殊情况下，先打电话报备，后补报材料。

2. 因病情需要转诊转院的患者，经定点医疗机构就诊科室主任提出申请，定点医疗机构公费医疗管理办公室同意，院长签字后方可到指定医院就诊或住院治疗。出院后携带公费医疗证、住院发票原件、转诊协议书、住院费用明细单及病历复印件到定点医疗机构公费医疗管理办公室审核签字。

3. 非急症、未经转诊转院，在外院擅自检查、治疗和住院发生的医疗费用，一律不予报销。

七、异地安置人员医疗费用的报销

由本人提出书面申请并经所在单位证明，到定点医疗机构公费医疗管理办公室办理相关手续。在当地指定医院发生的医药费按定点医疗机构的报销比例予以报销。

八、建立大额医疗费二次支付制度及报销绿色通道

为保障公费医疗人员的基本医疗及生活需求，参照济南市医疗保险相关规定建立大额医疗费二次支付制度，执行《关于

进一步健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的若干政策措施》《济南市职工基本医疗保险实施细则》标准。

畅通报销绿色通道，财政局设立专项周转资金 50 万元，对于因病在非定点医疗机构治疗、阶段性医疗费超过 10 万元的患者及时予以报销，审核渠道不变。

九、公费医疗经费年度定额及超支的核算办法

公费医疗经费按照财政预算、定额管理的办法执行。民政代管退休人员、无军籍代管退休人员每人每年 10000 元；离休干部、六级以上革命伤残军人每人每年 60000 元，超定额费用由财政和定点医院按 8：2 比例分担。

十、管理和审核制度

区医疗保障局、区财政局负责对定点医疗机构政策执行和药品管理等情况进行监督检查。

十一、相关事项

各公费医疗单位要认真负责，积极配合，把公费医疗相关政策传达到每一位公费医疗人员。

本细则自印发之日起施行，有效期至 2029 年 4 月 17 日，原规定与本细则不一致的，以本细则为准。