

# 南京医科大学文件

南医大校〔2018〕70号

---

## 关于修订印发《南京医科大学教职工 公费医疗管理办法》的通知

各学院、部门、直属单位、附属医院：

为确保全校教职工及部分教职工子女有限的医疗费用得到合理使用，进一步遏制公费医疗经费的超支势头。根据省、市公费医疗的有关规定，结合我校实际情况，特修订《南京医科大学教职工公费医疗管理办法》，现予以印发，请各单位遵照执行。

特此通知。



# 南京医科大学教职工公费医疗管理办法

为确保全校教职工及部分教职工子女有限的医疗费用得到合理使用，进一步遏制公费医疗经费的超支势头。根据省、市公费医疗的有关规定，结合我校实际情况，制定本规定。

## 一、基本原则

(一) 合理用药，节约开支。

(二) 国家、学校和个人三者利益兼顾，由三方共同承担医疗费。

## 二、适用范围

(一) 在本校前期工作的在职教职工。

(二) 本校离、退休教职工。

(三) 参加统筹医疗的职工子女。

## 三、校内就诊规定

(一) 享受公费医疗的本校各类人员患病应首先在校门诊部就诊。就诊时一律凭本人病历本先挂号后就诊。未带病历者一律自费，其医疗费不予报销。急诊者可按高于应付医疗费的金額交付押金，随后再补办手续。

(二) 各类人员的病历不得转借他人使用。否则，将追究当事人的相关责任。

(三) 在校门诊部就诊者，医生处方量一般不超过三日量，慢性病不超过半月量（离退休人员不超过一月量）。凡超过规定

量者，药房有权拒发，并追究处方医生责任。在用量有效期内不得在五台校区、江宁校区及离退休门诊之间重复开药，一经发现，医药费按实额加倍支付，并视情节轻重进行处理。就诊者不得指名开药。经治医师不得开与疾病无关的药品，一经发现其费用由就诊者和医生共同承担。

#### 四、校外就诊规定

（一）享受公费医疗的各类人员需转院就诊者，须由门诊部经治医师同意并开具转诊单，方可到挂钩医院诊治，未经批准在外院就诊的医疗费一律自付。

（二）我校挂钩医院为：南医大一、二附院、附属脑科医院、附属口腔医院、省中医院、附属肿瘤医院、附属南京医院、附属妇产医院、附属儿童医院、中国医学科学院皮肤病研究所、附属逸夫医院、附属眼科医院。

（三）个别特殊疾病患者必须转至非挂钩医院就诊时，经申请批准后方可就诊，其医疗费自付 50%。非挂钩医院必须是县、区级以上医院。

（四）因疾病在本市不能诊治，确需转外省（市）医疗机构就诊者，必须有挂钩医院的转诊证明，再由本人和所在部门提出申请，经校门诊部核实，分管校领导批准后方可转外省（市）诊治，其医药费一律凭转诊证明、病历、指定医院发票及明细帐按挂钩医院规定比例报销，交通费、食宿费等由本人自理。

(五) 在职职工或离退休人员因病、身边无直系亲属照顾确需回原籍或外地就诊，必须由本人申请，所在部门审核同意，经校公费医疗领导小组批准并在门诊部备案，方可在当地一所乡镇以上综合医院或社区卫生服务中心就近诊治，医疗费按挂钩医院规定比例报销。凡不履行此手续，医药费全部自理。

## 五、急诊

(一) 各类人员在非门诊时间，到校门诊部就诊均作急诊处理。

(二) 享受公费医疗人员，急诊可在就近公立医院就诊（凭急诊病历、急诊证明及发票报销）。急诊确需及时住院者，应委托他人来校门诊部办理相关手续。

(三) 因公外出急诊，可在就近公立医院就诊，回校后凭病历急诊证明，按挂钩医院规定比例报销（自购药品一律不予报销）。由部门自行组织的集体考察、参观、旅游期间发生的急、重病或食物中毒等可在就近公立医院就诊，回校后凭相关证明报销 70%。

(四) 凡享受公费医疗人员外出探亲（包括寒、暑假）、访友期间，若患病可在当地公立医院就诊。返校后，凭病历、发票及处方第二联按国家核拨的个人月医药费（75 元/人/月）的二倍报销，超出部分自理。如急诊即转医院治疗或抢救，必须手续齐全，其医疗费报销标准视同非挂钩医院。

## 六、医疗费承担标准

(一) 药品报销范围：严格按《江苏省基本医疗保险药品目录》执行。对不属公费医疗报销范围内的费用，一律不予报销。

(二) 离休人员、两院院士在公费医疗规定范围内的医疗费实报实销。西医诊察费最高支付标准为 35 元/次，中医辨证论治费最高支付标准为 38 元/次。

(三) 享受公费医疗人员（不含离休人员），在本校门诊部就诊，医疗费自付比例按三个年龄档次执行：

年龄（岁）	自付比例（%）
<45	10
≥45	8
退休人员	3

(四) 享受公费医疗人员（不含离休人员），在校外就诊（挂钩医院门诊），其可报销范围的医疗费（其中西医诊察费最高支付标准为 9 元/次，中医辨证论治费最高支付标准为 12 元/次。），按三个年龄档次自付：

年龄（岁）	自付比例（%）
<45	20
≥45	15
退休人员	10

(五) 严格掌握报销范围内乙类药品的报销。凡使用《江苏省基本医疗保险药品目录》中乙类药，报销自付比例在原基础上上浮 15%。

(六) 各类人员确因抢救急需使用超出范围的药品，经审批属于抗生素等治疗用药按 60% 报销，离休人员、恶性肿瘤病人按 70% 报销。特殊用药如果每支药品超出千元以上，自付比例上浮 10%。保健类药品一律不报销。

(七) 凡需推拿就诊者报销医疗费 50%；按摩、气功、美容（包括口腔美容）治疗不予报销。

(八) 凡取得国家劳动、民政、卫生主管部门工伤证明或证书者，其医疗费全额报销。与工伤无关的疾病，个人按规定承担医疗费用。

(九) 凡诊断明确并有医院证明的精神病患者，与本病有关的检查治疗，其费用全额报销。

(十) 甲类传染病人的医疗费用全额报销。

(十一) 恶性肿瘤病人在手术、放疗、化疗期间（需持医院证明）的医疗费用全额报销；恢复期的医疗费用按规定比例报销。

(十二) 急危重病人住 ICU 等监护病房，各种监护费 5 天以内按常规报销，超过 5 天自付比例在原基础上上浮 20%。离休人员 10 天内按常规报销，超过 10 天自付比例在原基础上上浮 10%。危急重病人不能进食需使用脂肪乳、氨基酸、水乐维他等营养剂者，需办审批手续。5 天内按规定比例报销，超过 5 天按 70% 报销。使用人体白蛋白费用自理。

(十三) 临终前抢救的医疗费用全额报销。

(十四) 因病确需安装人工心脏起搏器、人工晶体、人工髌关节等，按国产产品价格规定个人自付比例报销(国产产品价格：人工心脏起搏器不超过 10000 元；人工晶体不超过 600 元；人工髌关节不超过 4000 元)。心血管支架安装按 40%报销。进口产品比照国产价按规定比例报销，超出部分个人自理。进口产品无类似国家品型的，报销其费用的 40%。

(十五) 因病需要进行高压氧治疗者，使用多人舱治疗按规定比例报销，使用单人舱治疗按 60%报销。

(十六) 使用某些特殊医疗器材如：镇痛泵、吻合器、进口钢板、螺丝钉、疝囊补片等，离休人员按 70%报销，其他人员按 50%报销(省医保医疗文件中规定不能报销的器材除外)。

(十七) 心脏手术费用最高限额规定如下：冠状动脉搭桥术 30000 元；冠状动脉造影 5000 元；冠状动脉气囊扩张成形术 20000 元；单瓣置换术 20000 元；双瓣置换术 30000 元。离休人员按 70%报销，其他人员按 50%报销，超过限额费用的自理。

(十八) 住院期间的床位费最高标准为 50 元/床日，处级以下离休干部床位费最高标准为 60 元/床日。根据苏干保(92)1 号文规定，现任、离任校领导；1990 年以前取得正高职称人员；享受国务院特殊津贴人员；享受厅、局级待遇的离休干部，可住干部病房，床位费最高标准为 80 元/床日(住省人民医院干部病房最高标准为 150 元/日)，享受副省(部)级医疗待遇离休干部

住套间 200 元/天。超出部分自理。实际床位费低于支付标准的，以实际床位费按规定报销比例执行。

(十九) 经批准设立的家庭病床（每期不得超过三个月）的医疗费报销在原规定基础上自付比例上浮 10%。长期住院病人（1 年以上）床位费、护理费、治疗费均需自付 30%。

(二十) 个人（不含离休人员）年医疗费用不超过 4 万，超出部分个人承担 15%。

## 七、不属于公费医疗经费开支的范围

(一) 各种不属于公费医疗报销的自费药品，异型包装药品，未经批准的外购药品。

(二) 未经校门诊部批准，自找医疗单位或医师诊治的，私自去疗养、康复、休养的医药费用。

(三) 社会办医机构、私人开业医生的一切医疗费。

(四) 出诊费、伙食费、特别营养费、住院陪护费、护工费、特护费、婴儿费、保温箱费、产妇卫生费、押瓶费、输血押金费、取暖费、空调费、水电费、电话费、电视费、电冰箱费、中药煎药费、单独炮制的膏剂、丸剂的药材费、加工费、一次性用品费等。

(五) 各种整容、矫形、健美手术、治疗处置及药品等费用，以及使用矫形、健美器具的一切费用。安装假肢、假眼、配拐杖、畸形鞋垫、肾托、胃托、助听器、钢丝背心、各种围腰、钢头颈、



疝气带、护膝带、人造肛门袋、各种电子磁疗用品和按摩器具、药枕、镶牙、配镜（包括验光费）等费用。

（六）非我校组织的各种体检、预防服药、接种各种疫苗（狂犬疫苗等），不育症的检查及治疗费、医疗保险费（指医疗期间加收的保险费）、气功费、体疗费、医疗咨询费、经络诊断仪及微循环检查仪等检查费、优价费（医院自设的特护和优质优价床位费）。

（七）就医路费、急救车费、会诊费及会诊交通费。

（八）用于环境卫生、防暑降温等的药品费用。

（九）凡属医药科研项目的药品、制剂、检查、化验等费用。

（十）非手术或危重病恢复期进行疗养或康复医疗的住院床位费。

（十一）超过发生年度两个月的个人公费医疗费用。

（十二）因犯罪、打架、斗殴、酗酒、自伤自残、交通肇事、医疗过错（过失）等造成伤残所发生的一切费用。

（十三）出国探亲、考察、进修、讲学期间以及停薪留职人员的医药费用。

（十四）其他由当地公费医疗管理部门规定不应在公费医疗经费中报销的费用。

## **八、统筹医疗制度**

（一）本校教职工的十八周岁以下子女，其医药费由夫妻双方单位共同负担，实行“男单女双”（年份）的原则轮流负担。

(二) 独生子女统筹医疗收费办法 (财务处代扣) :

14 周岁以前, 不收取统筹医疗费, 14—18 岁独生子女每月缴统筹医疗费 5 元。

(三) 非独生子女统筹医疗收费办法:

18 周岁以内非独生子女每人每月缴统筹医疗费 5 元。

(四) 本校教职工的 18 岁以下遗属子女的统筹医疗关系应转入在世父 (母) 的一方, 若因故无法转入者, 可在我校参加统筹医疗。

(五) 超过 18 周岁, 无论有无工作, 均不得参加统筹医疗。

## **九、计划生育及分娩**

(一) 凡符合晚婚生育第一胎者, 分娩期间的住院费、医药费、新生儿的医药费、产前检查费一律自付 15%。

(二) 计划生育四项手术 (上环、取环、人流、结扎) 医疗费用全额报销, 进口环、药物流产、无痛人流等按普通手术费报销, 超出部分自理。

(三) 违反计划生育规定, 超计划或无计划生育者, 其分娩的医疗费用全部自理。

## **十、借款、报销制度**

(一) 凡享受学校公费医疗的各类人员, 住院治疗可向学校借支部分医药费; 非住院治疗, 学校不予借支医药费。

(二) 在非挂钩医院、外地医院住院治疗, 原则上不予借支医药费。

(三) 借支学校医药费一般为 3000 元，一次住院借支医药费超过 3000 元则需同时向学校交纳个人预付款，出院后与学校清帐，多退少补，不计利息。再次借款，应先结帐。若未及时结帐，再次借款，预付款比例上浮 10%。个人预付款的交纳比例见下表。

人员类别	个人预付款占借支款的比例
在职教职工	30%
享受统筹医疗的职工子女	30%
退休职工	20%
离休职工	0

(四) 实报实销人员可全额借支医药费。

(五) 一次住院累计借支 50000 元以上者，须经分管校领导签批后，学校方可借支。

(六) 住院治疗结束后 1 个月内，必须到学校财务处结帐。逾期不结帐者，按借款累计金额，每日加收 1% 的滞纳金。自第二个月起，以借款人工资的 60% 逐月扣还直至结清欠款。

(七) 根据“前帐不清，后帐不借”的财务管理制度，在借款人向学校借支的医药费未结清之前（含逐月扣还人员），学校不再予以借支医药费。

(八) 借支办法：借款人凭住院通知书，经门诊部审核符合借支医药费的管理规定，无拖欠医药费并确定借支数额后，方可办理有关手续。

(九) 享受公费医疗的各类人员在指定医院就诊的一律凭转诊单、病历、指定医院正式发票、住院者须有出院小结、住院医疗清单等在规定时间到规定地点按规定报销。代号药、新药须附药品说明书方可报销。如弄虚作假，一经查实，其费用全部自付，并视情节轻重予以处罚。

**十一、本办法自发布之日起实施。**原南医大后（2005）9号文同时废止。若国家、省颁布新的公费医疗改革方案，本办法将及时予以调整。

**十二、本办法由校公费医疗领导小组负责解释。**