

# 前 言

为了让广大患者更直观、便捷地了解医保政策，我院医保物价科编写了《滁州市医疗保障政策解答》，对医保政策及业务办理进行了详细解答。

# 目录

前言	1
一、参保缴费	3
二、待遇及报销	5
(一) 城镇职工基本医疗待遇及报销	9
(二) 城乡居民基本医疗待遇及报销	13
(三) 异地就医	17
(四) 意外伤害	19
三、慢性病待遇及认定标准	22
四、生育保险	29
五、城乡医疗救助	30
六、职工医保门诊共济保障	32
七、基金监管	34
八、智慧医保	35
九、医保医师管理细则	37
十、国家医保谈判药品“双通道”备案	44
附件一：滁州市国家谈判药品“双通道”零售药店名单	45
附件二：滁州市国家谈判药品外购申请备案表	46
十一、2024年常用限制支付药品明细	47

## 一、参保缴费

**问 1：基本医疗保险有哪些类型？**

答：基本医疗保险是面向我国所有公民的社会保险制度，无论有没有工作，都能参加医保。目前我国基本医保有两种：城镇职工基本医疗保险（以下简称：职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称：居民医保）。职工医保主要面向单位的职工（机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位），如果有了正式工作，就能够在单位参加职工医保；进城务工的农民工也有权参加职工医保，只要有就业单位、签订劳动合同并与企业建立稳定劳动关系的劳动者，用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任，为其参加职工基本医疗保险。

如果不是单位职工，参加医保有两个选择：第一个是参加居民医保，能够在个人缴费基础上享受财政补助；第二个还是职工医保，灵活就业人员（包括无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员）也可参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。职工医保在缴纳规定年限后能够享受退休医保待遇。大家可以根据自身的实际情况和需求，自行选择参加职工医保还是居民医保。

## **问 2：城乡居民如何缴纳城乡居民医保费？**

答：城乡居民基本医疗保险实行按年缴费制度，参保居民应在集中参保缴费期内足额缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费。集中参保缴费期为每年 9 月 1 日至 12 月 31 日，享受城乡居民基本医疗保险待遇的时间为次年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。新参保居民可通过“安徽医保公共服务”微信小程序参保登记，后跳转税务平台缴费；在校大学生由学校统一代收代缴；续保人员直接在税务平台“社保缴费”微信小程序缴费。

## **问 3：参保登记时间截止后出生的新生儿如何参保？**

答：新生儿实行“落地”参保，新生儿监护人应当在新生儿出生后 3 个月以内，凭借居民户口簿或居住证到户籍所在地或居住地的乡镇（街道办事处公共服务中心）办理城乡居民医疗保险参保缴费手续，参保后可享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。

## 二、待遇及报销

**问 4：什么是医保的“三个目录”？**

答：由于医保基金有限，不可能覆盖所有的医疗需求，因此为保障参保人员的基本医疗用药需求，合理控制医疗费用支出，规范基本医疗保险用药、诊疗等方面的管理，保证基本医疗保险制度的健康运行，医疗保障部门规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目和医疗服务设施的报销范围，俗称“三个目录”。参保人员使用药品、发生诊疗项目或使用医疗服务设施发生的费用，如果属于“三个目录”内的，可以按规定进行报销；不属于“三个目录”内的，基本医保不予报销。

**问 5：什么是“起付线”和“封顶线”？对医保报销有什么影响？**

答：起付线是指医保基金的起付标准，俗称“门槛费”，参保人员在定点医疗机构实际发生的政策范围内的医疗费用，自己要先承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。

封顶线是指医保基金的最高支付限额，即参保人员在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额。封顶线以外的医疗费用，可由大病补充保险按规定进行报销。一个保险年度内，城镇职工医疗保险基金可报销基数实累计封顶（含普通慢性病门诊、特殊慢性病门诊、普通住院、按病种

付费及大额医疗救助），封顶线 300000 元。城乡居民基金  
保险报销额度实行累计封顶（含分娩住院、意外伤害住院、  
特殊慢性病门诊及按病种付费等），封顶 300000 元。

**问 6：这些情况下，医保不能报销，您都知道吗？**

答：我国《社会保险法》第三十条规定下列医疗费用不  
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。

其他不符合医保政策的医疗费用也不纳入基本医疗保  
险基金支付范围。

**问 7：如何计算住院报销金额？**

答：住院报销金额=（政策范围内医药费用一起付线）  
×报销比例。

**问 8：参保人的医保报销费用，如果超出基本医保封顶  
线的费用怎么办？**

答：超过基本医保封顶线的部分，可根据实际医疗费用  
负担情况，纳入职工大病保险和城乡居民大病保险范围。大  
病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，主要对大病患者  
高额医疗费用在基本医保支付基础上再给予进一步支付。

**问 9：同样是医保参保人，为什么有时候报销比例不一样？**

答：可能有以下几种情况：

（一）不同等级的医疗机构，报销比例有所差异。

从效率上讲，有序就医是社会最优选择，国家鼓励患者小病在基层医院看，大病再去大医院看。医保部门为了对患者起到引导作用，设定在基层医院的起付线比大医院低，基层医院报销比例比在大医院高。因此同样类型的参保人在不同等级的医疗机构里产生的医疗费用，报销比例会不同。

（二）在就诊的医疗机构等级相同的条件下，职工医保和居民医保的报销比例不同。

由于职工医保与居民医保这两个险种在参保和筹资上有差别，职工医疗保险年均缴费要几千元，居民医疗保险年人均缴费只有几百元，因此报销待遇不同。在就诊的医疗机构的等级相同的情况下，报销的比例也不同，职工医保的报销比例要高一些。

（三）在医疗机构和参保类型都相同的情况下，职工医保的参保人是否在职也会对报销比例有影响。

一般来说，职工医保的参保人，退休人员的报销比例比在职职工的高。在同等级的情况下，公立医院和民营医院报销比例一致。医保政策规定，只要是在定点医疗机构就医，报销比例只与参保人的身份（职工、居民，在职、退休等）

和医疗机构的级别有关，与医疗机构的公立、民营属性无关。因此参保人完全不用担心去民营医院看病报销得少，可以根据自己的需要来选择医院。

**问 10：城镇职工和城乡居民医保诊疗项目如何报销？**

答：按照《安徽省医疗服务价格项目目录（2022 版）》（皖医保发〔2022〕5 号）执行。根据基本医疗保险管理需要，《项目目录》设置治疗、检查、综合等 3 个医保统计类型以及完全支付、部分支付、不予支付等 3 个医保支付类型。其中：完全支付类项目全部纳入可报销费用政策范围，部分支付类项目按部分支付类项目按 70%—90%的比例纳入可报销费用政策范围（各统筹地区根据基金承受能力确定具体比例），不予支付类项目不纳入可报销费用政策范围。



## （一）城镇职工基本医疗待遇及报销

**问 11：参加职工基本医疗保险可以享受哪些待遇？**

答：（1）门诊慢特病医疗费用统筹基金支付；

（2）住院医疗费用统筹基金支付；

（3）门诊统筹

（4）个人账户划拨；

（5）职工基本医疗保险待遇基础上，享受职工大额医疗费用补充保险待遇。

**问 12：职工医保参保人员在市内定点医疗机构住院治疗时，起付线及报销比例是多少？**

答：职工医保市内定点医疗机构起付线及报销比例（异地安置人员在安置地定点医疗机构起付线及报销比例与相同）：

定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至9万元（含）		年度内基本医疗可报销基数9-30万元（大额医疗费用补助）	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	300元	90%	92%	90%	
二级医疗机构	500元	88%	90%		
三级医疗机构	700元	85%	88%		

退休人员住院起付线按上述类别医疗机构起付线的70%执行。

**问 13：职工医保参保人员在市外医疗机构住院时，起付线及报销比例是多少？**

答：参保的城镇职工确因病情需要及本市定点医院诊疗水平所限，必须转诊、转院的，应办理转诊、转院手续。

(1) 参保人员已在本市二级及以上医院办理转诊、转院手续，前往市域外定点医疗机构治疗的，报销比例按市域内同级别医疗机构和人员类别分别下降 10 个百分点，享受以下报销待遇：

定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至 9 万元（含）		年度内基本医疗可报销基数 9-30 万元（大额医疗费用补助）	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	700 元	80%	82%	80%	
二级医疗机构	700 元	78%	80%		
三级医疗机构	700 元	75%	78%		

退休人员住院起付线按上述类别医疗机构起付线的 70% 执行。

(2) 参保人员无手续转院或自行转院（除急诊、急救或属参保人员长期居住外地），前往市域外定点医疗机构治疗的，报销比例再降低 10 个百分点，享受以下报销待遇：

定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至9万元(含)		年度内基本医疗可报销基数9-30万元(大额医疗费用补助)	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	700元	70%	72%	70%	
二级医疗机构	700元	68%	70%		
三级医疗机构	700元	65%	68%		

退休人员住院起付线按上述类别医疗机构起付线的70%执行。

市域外非定点医疗机构起付线1000元,报销比例为60%。对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销,保底报销比例为60%。保底报销实行负面清单制度。

**问 14: 城镇职工医疗保险大病保险的报销范围、计算方式、起付线及报销比例是什么?**

答: 城镇职工大病保险的报销范围: 一个保险年度内, 参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分, 大病保险基金分费用段按比例报销。

城镇职工大病保险的计算公式: 大病保险报销金额=(参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用-负面清单费用-基本医保基金支付金额-基本医保起付线-大病保险起付线)×对应分段报销比例。

城镇职工大病保险起付线: 一个保险年度计1次起付线, 大病保险起付线为26286元。

城镇职工大病保险报销比例: 大病保险起付线以上至5万元(含5万元)以内段, 报销比例60%; 5—10万元(含

10 万元) 段, 报销比例 65%; 10—20 万元 (含 20 万元) 段, 报销比例 75%; 20 万元以上段, 报销比例 80%, 上不封顶。

注: 城镇职工大病保险与职工基本医疗保险已实现一站式结算合并支付, 不需参保人员二次办理。

## （二）城乡居民基本医疗保险待遇及报销

**问 15：什么是居民医保？**

答：居民医保是整合城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）两项制度，建立统一的居民医保（以下简称城乡居民医保）制度，是推进医药卫生体制改革、实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平正义、增进人民福祉的重大举措，对促进城乡经济社会协调发展、全面建成小康社会具有重要意义。

**问 16：参保对象有哪些？**

答：具有本市户籍且不属于职工医保参保范围的城乡居民，均应依法参加本市居民医保。

非本市户籍但持有本市居住证的城乡居民以及本市行政区域内各类全日制高等学校、中等职业学校、中小学校的在册学生和托幼机构的在园幼儿（以下统称在校学生），也应依法参加本市居民医保。

本市范围内城乡居民不得重复参保、不得重复享受医保待遇。

**问 17：大病保险需要另加“大病保险”保费吗？起付线是多少？有“封顶线”吗？报销比例是多少？**

答：1、不需要。大病保险所需资金每年从居民医保统筹基金累计结余中划入，参保人个人不用缴费。

2、大病保险起付线 1.5 万元。

3、参保居民患大病发生高额医疗费用，基本医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用超过 1.5 万元(不含起付线)的部分给予适度补偿，分段累计报销，起付线以上至 5 万元按 60%、5-10 万元按 65%、10-20 万元按 75%、20 万元以上按 80%，上不封顶。

注：城乡居民大病保险与基本医疗保险已实现一站式结算合并支付，不需参保人员二次办理。

**问 18：居民医保住院时，起付标准、报销比例、最高支付限额是多少？**

答：1、参保人员住院治疗时，起付标准与报销比例：  
市内一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；市内二级和县级医疗机构起付线 500 元，报销比例 80%；市内三级（市属）医疗机构起付线 700 元，报销比例 70%；市内三级（省属）医疗机构 1000 元，报销比例 65%。

2、一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底报销比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

**问 19：转诊到市外住院时，起付标准、报销比例是多少？**

答：参保的城乡居民确因病情需要及本市定点医院诊疗水平所限，必须转诊、转院的，应办理转诊、转院手续。到省内

市外住院治疗的，按照市内医疗机构类别起付线增加 1 倍，报销比例降低 10 个百分点。

到省外医疗机构住院治疗的，起付线按当次住院总费用 20% 计算，不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 10000 元，报销比例 55%。其中，参保人员在南京市异地联网结算平台内三级医院住院的，起付线按 2000 元执行，报销比例为 55%。未经转诊到市外住院治疗的，报销比例（含保底报销）再降低 10 个百分点。

恶性肿瘤放化疗、白血病、脑瘫康复等患者需要分疗程间段多次住院的特殊病患者，参保年度内同一医院只计一次起付线。

#### **问 20：意外伤害住院费用支付标准是多少？**

答：意外伤害住院医药费用中的可报销费用的起付线以上部分，按 40% 的比例给予补偿，年度封顶 30000 元，不实行保底报销政策，住院费用不纳入大病保险范畴。

注：因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院的，凭县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据，按普通住院报销政策执行。

#### **问 21：参保居民生育补助标准是多少？**

答：住院分娩：分娩（含剖宫产）住院定额补助 1000 元，分娩（含剖宫产）时有并发症、合并症的，1 万元以下

的按 40%报销，1 万元以上的按同级住院报销比例执行，但不再享受定额补助。



### (三) 异地就医

#### 问 22：市域外就医备案的相关规定？

1、参保人员患病需转至市外诊疗的，应符合下列条件：

(一) 我院难以救治的危急重病例

(二) 因诊疗条件限制，无法确诊的疑难复杂的病例

(三) 因其他技术、设备条件限制不能处置的病例

(四) 突发公共卫生和重大伤亡事件中，处理能力受限的病例

(五) 根据《传染病防治法》相关规定需特定处理的病例

#### 问 23：转诊手续如何办理？

(一) 医疗机构备案：符合转诊转院条件的，需开具《滁州市参保居民转诊转院审批表》，由科室经治医生提出申请，科主任同意后，再由我院医务科、医保办审核同意后方可办理异地转诊转院手续。危急重症患者可先转诊，7个工作日内补办转诊转院手续。

(二) 医保中心窗口备案：参保患者持社保卡现场备案。

(三) 网络备案：可通过安徽政务服务网、皖事通 APP、国家医保服务平台 APP 申报。

(四) 电话备案：只接受无转诊转院手续备案，可拨打 6629669 备案。

3、注意事项：除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未办理转诊手续在市域外就医的，报销比例（含保底比例）再降低 10 个百分点。急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历确定。参保人员务工（经商）地、长期居住地，依据务工（经商）地、长期居住地提供的劳动合同、居住证等认定。

#### (四) 意外伤害

**问 24：什么是意外伤害？**

答：意外伤害是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

**问 25：意外伤害门诊费用的支付对象和支付标准是什么？**

答：意外伤害门诊费用只针对在校学生发生的无责任人的意外伤害事故。其门诊医疗费用超过 50 元以上部分、医疗保险基金按 60%，支付每人每年最高支付限额为 3000 元。

**问26：参保人哪些情形发生的意外伤害医疗费用,可纳入基本医疗保险基金支付范围？**

答：（一）参保人在无他方责任情况下发生的意外伤害；

（二）经县级以上司法、仲裁等部门认定参保人承担部分责任的意外伤害，参保人应承担责任的医疗费用；

（三）依法应当由第三人负担的，经有关部门认定第三人不支付或者无法确定第三人的，依据《社会保险基金先行支付暂行办法》执行。

**问27：参保人发生的意外伤害哪些情形的，其意外伤害医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围？**

答：（一）有隐瞒、欺诈行为的，包括提供虚假外伤时间、地点、事故原因、救治经过、虚假证明材料以及伪造外伤医疗文书等；

（二）实施吸毒、打架斗殴、寻衅滋事等违法犯罪行为

所致的；

- （三）应当由第三人负担的；
- （四）应当从工伤保险基金中支付的；
- （五）应当由公共卫生负担的；
- （六）在境外发生的医疗费用。

**问28：哪些情形按照普通疾病相应的医保政策纳入支付范围，不按照意外伤害处理？**

答：（一）做为宿主或媒介的动物咬伤传播的病原体导致的相应疾病；

（二）无外伤史且因重度骨质疏松、肿瘤、结核等因素造成的病理性骨折；

（三）意外伤害后发生的与意外伤害无直接因果关系的并发症，如坠积性肺炎、褥疮等；

（四）因精神病、癫痫等疾病发作引起的意外伤害。

**问29：意外伤害如何申报？**

答：医生接诊时应及时告知意外伤害联网结算申报及审核程序，应在门（急）诊病历与住院病历中写明造成外伤的时间、地点、原因与救治经过。应当在入院后48小时内拨打意外伤害专线服务电话（0550-6724642）进行报案登记（节假日顺延）并填写《滁州市参保职工（居民）意外伤害申请表》。对于患者未及时报案，且床位医生也没有及时填写《滁州市参保职工（居民）

意外伤害申请表》的，其医疗费用医保基金不予支付，由床位医生承担。

### 三、慢性病待遇及认定标准

问 30: 城镇职工及城乡居民基本医疗门诊慢性病病种有哪些?

答:

序号	病种编码	病种名称	细分类	职工医保年度报销限额(元)	居民医保年度报销限额(元)	病种类别	关联性
1	M03900	高血压	高血压	4000	3500	I类	G1
	M03904		高血压并发症	8000	7000	I类	G1
2	M04600	冠心病		5000	4400	I类	G1
3	M04300	心功能不全		5000	4400	I类	G1
4	M04800	脑卒中		8000	7000	I类	G1
5	M02400	阿尔茨海默病 (老年痴呆)		8000	7000	I类	G1
6	M05300	慢性阻塞性肺疾病		12000	10500	I类	G2
7	M05400	支气管哮喘		5000	4400	I类	G2
8	M04000	肺动脉高压		12000	10500	I类	G2
9	M05601	特发性肺纤维化		12000	10500	I类	G2
10	M07200	强直性脊柱炎		8000	7000	I类	G3
11	M07106	干燥综合征		8000	7000	I类	G3
12	M07807	慢性肾脏病		12000	10500	I类	G4
13	M07700	肾病综合征		12000	10500	I类	G4
14	M06501	溃疡性结肠炎		8000	7000	I类	
15	M06000	克罗恩病		8000	7000	I类	
16	M00402	晚期血吸虫病		6000	5300	I类	
17	M06100	自身免疫性肝病		12000	10500	I类	
18	M01600	糖尿病	糖尿病	4000	3500	I类	
	M01601		糖尿病胰岛素治疗	8000	7000	I类	
19	M01702	甲状腺功能亢进症		6000	5300	I类	
20	M01701	甲状腺功能减退症		6000	5300	I类	
21	M02500	癫痫		6000	5300	I类	
22	M02300	帕金森病		6000	5300	I类	
23	M03200	重症肌无力		6000	5300	I类	
24	M02800	肌萎缩侧索硬化症		18000	15800	I类	
25	M03600	青光眼		6000	5300	I类	
26	M06700	银屑病	银屑病	20000	17500	I类	

27	M10500	白癜风		6000	5300	I类	
28	M00201	慢性乙型肝炎		12000	10500	I类	
29	M00203	慢性丙型肝炎	慢性丙型肝炎 (非1b型)	6000	5300	I类	
	M00204		慢性丙型肝炎 (1b型)	12000	10500	I类	
30	M00100	结核病	结核病	6000	5300	I类	
	M00101		耐药性结核病	20000	17500	I类	
31	M00300	艾滋病		6000	5300	I类	
32	M06900	类风湿性关节炎		6000	5300	I类	
33	M07107	白塞氏病		6000	5300	I类	
34	M07105	系统性硬化症		6000	5300	I类	
35	M07103	多发性肌炎		8000	7000	I类	
36	M07104	皮炎		8000	7000	I类	
37	M05001	结节性多动脉炎		8000	7000	I类	
38	M01301	特发性血小板减少性紫 癜		6000	5250	I类	
39	M90250	法布雷病		256000	224000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
40	M04207	甲状腺素蛋白淀粉样变 性心肌病		164000	144000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
41	M03118	亨廷顿舞蹈症		32000	28000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
42	M03117	视神经脊髓炎		32000	28000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
43	M02702	脊髓延髓肌萎缩症(肯 尼迪病)		32000	28000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
44	M90270	遗传性血管性水肿		24000	21000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
45	M03300	进行性肌营养不良症		7000	6000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
46	M11807	慢性荨麻疹	慢性荨麻疹(普 通型)	1800	2000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
	M11808		慢性荨麻疹(难 治型)	24000	27000	I类	不共享I类 门诊慢特病

							限额
47	M90258	脊髓性肌萎缩症		128000	112000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
48	M01103	$\beta$ -地中海贫血		100000	115000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
49	M03714	严重性春季角结膜炎		1800	2000	I类	不共享I类 门诊慢特病 限额
50	M06201	肝硬化		参照住院	参照住院	II类	
51	M07805	慢性肾衰竭(尿毒症期)	透析	参照住院	参照住院	II类	
52	M01908	肢端肥大症		参照住院	参照住院	II类	
53	M01904	肝豆状核变性		参照住院	参照住院	II类	
54	M02900	多发性硬化		参照住院	参照住院	II类	
55	M03701	黄斑性眼病		参照住院	参照住院	II类	
56	M11801	重度特应性皮炎		参照住院	参照住院	II类	
57	M02000	精神障碍		参照住院	参照住院	II类	
58	M07101	系统性红斑狼疮		参照住院	参照住院	II类	
59	M05000	ANCA相关血管炎		参照住院	参照住院	II类	
60	M08200	先天性免疫蛋白缺乏症		—	参照住院	II类	
61	M01902	生长激素缺乏症		—	参照住院	II类	
62	M08202	普拉德-威利综合征		—	参照住院	II类	
63	M02601	脑瘫		—	参照住院	II类	
64	M01903	尼曼匹克病		—	参照住院	II类	
65	M08404	心脏瓣膜置换术后		参照住院	参照住院	II类	
66	M08403	血管支架植入术后		参照住院	参照住院	II类	
67	M08401	心脏冠脉搭桥术后		参照住院	参照住院	II类	
68	M08300	器官移植术后(抗排异治疗)	器官移植术后抗排异治疗	参照住院	参照住院	II类	
	M08301		肾移植抗排异治疗	参照住院	参照住院	II类	
	M08304		肝移植抗排异治疗	参照住院	参照住院	II类	
	M08302		造血干细胞移植抗排异治疗	参照住院	参照住院	II类	
69	M01200	血友病	血友病	参照住院	参照住院	II类	
	M01213		血友病重型	参照住院	参照住院	II类	
70	M01102	再生障碍性贫血		参照住院	参照住院	II类	
71	M00902	骨髓增生异常综合征		参照住院	参照住院	II类	
72	M00906	骨髓增生性疾病		参照住院	参照住院	II类	



73	M00800	白血病		参照住院	参照住院	II类	
74	M00500	恶性肿瘤	恶性肿瘤治疗门诊治疗	参照住院	参照住院	II类	
	M00501		恶性肿瘤（放化疗）	参照住院	参照住院	II类	
	M00507		恶性肿瘤治疗（靶向治疗）	参照住院	参照住院	II类	

**问 31：门诊慢特病规范后病种如何分类？**

答：《滁州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》取消了我市现阶段门诊慢性病、特殊病的分类称谓，并调整为全省统一的慢特病病种（即不再区分普通慢性病和门诊特病，调整为慢特病 I 类和慢特病 II 类）。

**问 32：多病种叠加后的支付限额如何计算？**

答：管理办法分类设定城镇职工和城乡居民 I 类慢特病年度支付限额，进一步增强医疗保障待遇均衡性和可及性。参保人员患两种及以上 I 类慢特病的，以支付限额最高的病种为基数，每增加一种慢特病且所患病种为关联病种的，按照增加病种限额的 30% 增加支付额度；非关联病种按 60% 增加支付额度。

**问 33：基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定申请流程是什么？需提供什么材料？**

答：申报有 2 种方式，第一种可以线下申请，凡符合门诊慢特病鉴定标准的参保人员，可携带身份证和相应的病历资料，到我院慢性病窗口填写《滁州市基本医疗保险慢性病评审表》，工作人员对参保人员所提供的资料进行初步审核。

第二种可以通过安徽医保公共服务平台，皖事通及微信公众号等渠道线上申请，审批。

**问34：慢性病门诊管理相关规定。**

(1) 医保慢性病患者在我院享受门诊慢性病“一站式”结算报销，即持有慢性病证明患者，门诊购药结算时只需缴纳医保报销后个人支付部分费用即可。

(2) 患者就诊时，慢性病指定医生应严把患者身份核对，不得为非慢性病病人搭车进行门诊检查、治疗、用药。

(3) 门诊慢性病患者就医时，慢性病指定医生应严格按照门诊慢性病证上记载的病种为其进行检查、治疗、用药，不得超范围为其进行其他治疗。慢性病指定医生开药时应在HIS工作站通过历史就诊信息查询上次处方时间，杜绝重复开药的违规行为，对于未查询上次处方导致患者重复开药违规行为的，除了医保基金不予支付，医保中心还会对处方医生进行处罚。

(4) 开具相应慢性病药品时，要同时严格执行国家药品目录和安徽省基本医保慢性病用药目录，对不在药品目录相应范围内的药品，不得在慢性病处方开具。

(5) 用药应遵循：单一病种口服药原则上为同类药品两种，最多不超过三种，合并症状不得超过五种。

**问 35：慢性病认定后，哪些药可以报销？**

答：符合病情需要的国家基本医保药品目录内及药品限

制条件的药品可以报销。

**问 36：城乡居民门诊慢特病如何报销？**

答：限于一级以上医疗机构（含一级、社区卫生服务中心）发生的与鉴定疾病相关的门诊费用报销。居民医保 I 类门诊慢特病起付线为 150 元，报销比例为 65%，II 类门诊慢特病起付线 500 元，按当次就诊医疗机构住院比例报销；如果在本院就医时，出示身份证、医保卡或医保码，在医院直接结算。

**问 37：城镇职工门诊慢特病如何报销？带哪些材料？**

答：职工医保门诊慢特病起付线为 500 元，I 类门诊慢特病报销比例分别为 75%，II 类门诊慢特病按当次就诊医疗机构住院比例报销。按当次就诊医疗机构住院比例报销；如果在本院就医时，出示身份证、医保卡或医保码，在医院直接结算。

**问 38：门诊慢特病如何计算起付线？**

答：参保人员享受多种门诊慢特病待遇时，只计算一次起付线，以起付线最高的慢特病为准。

**问 39：门诊慢特病如何计算年度支付限额？**

答：门诊慢特病病种按类别分别确定年度支付限额。

同一病种根据病情严重程度分别设定限额，不同时享受。

参保人员患两种及以上 I 类慢特病的，以支付限额最高的病种为基数，每增加一种慢特病且所患病种为关联病种的，按照增加病种限额的 30% 增加支付额度；非关联病种按 60% 增加支付额度（见附件 1）。I 类慢特病职工医保年度最高支付限额为 20000 元，居民医保年度最高支付限额为 18000 元。

**问 40：门诊慢特病处方的最长时效是多少？**

答：对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的门诊慢特病，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至 3 个月，医保可实行长处方结算。特殊情况按相关要求执行。

**问 41：门诊慢特病有退出机制么？**

答：建立慢特病退出机制。参保人员一个年度内未进行慢特病门诊治疗的，停止享受慢特病门诊待遇。

**问 42：门诊慢特病哪些地方可以实行联网即时结算？**

答：符合异地就医相关规定的参保人员，门诊慢特病医药费用在省内实行联网即时结算；省外地区高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析和器官移植术后抗排异治疗 5 种门诊慢特病费用可享受跨省直接结算服务，其余病种在未联网即时结算情况下，暂实行自费结算，回参保地报销。

**问 43：哪些行为会取消门诊慢特病待遇享受资格？**

答：1. 采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；

2. 经查实不符合门诊慢特病病种认定条件的；
3. 其他应取消门诊慢特病资格的情形。

#### 四、生育保险

##### 问 44：居民医保生育补助标准是多少？

答：对于符合计划生育政策的参保的育龄妇女生育费用，定额补助 1000 元。产后并发症和合并症的可报销，费用 1 万元以下的按 40%比例补偿，1 万元以上的按同级医疗机构疾病住院补偿执行，但不再享受定额补助。

##### 问 45：职工生育医疗待遇享受标准是多少？

答：生育医疗费用实行定额结算，定额标准如下

生育类型	医院等级及定额费用	
生育顺产	三级	2000
	二级	1800
	一级	1500
生育剖宫产	三级	3200
	二级	3000
	一级	2500
多胎妊娠的生育医疗费，每增加 1 个胎儿增加 800 元。		
流产	300	
引产	1200	
上（取）环	150	
绝育术	800	
复通术	1200	

生育时有并发症、合并症的，执行普通住院待遇政策，不再享受生育定额支付标准。

## 五、城乡医疗救助

**问 46：什么是医疗救助？**

答：医疗救助包括资助参保、门诊救助、住院救助

（一）资助参保。对于重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分实施分类资助，予以全额或定额资助。

（二）住院救助。救助对象在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用中的个人自付部分予以救助。

（三）门诊救助。救助对象在定点医药机构发生的合规的门诊慢特病费用中的个人自付部分予以救助，病种范围按照安徽省基本医疗保险门诊慢特病目录执行。

**问 47：哪些人群可以享受医疗救助待遇？**

答：救助对象分为重点救助对象和依申请救助对象。重点救助对象：本市户籍中的特困供养人员（简称“特困人员”）、最低生活保障对象（简称“低保对象”）、返贫致贫人口、监测人口和低保边缘家庭。依申请救助对象：支出型困难家庭中因病致贫重病患者。

**问 48：资助参保“185”、大病保险“505”、医疗救助“876”分别代表着什么？**

答：资助参保“185”：“1”是指对特困人员参加居民医保的个人缴费，由医疗救助基金给以 100%资助；“8”是指对低保对象的个人缴费按 80%-90%定额资助；乡村振兴部

门认定的返贫致贫人口给予 70%—80%定额资助。“5”是指对监测人口的个人缴费按 50%定额资助。

大病保险“505”：“50”是指大病保险对特困人员、低保对象以及返贫致贫人口起付线较普通居民下降 50%；“5”是指大病保险分段报销比例全部提高 5 个百分点无封顶线。

医疗救助“876”：“8”是指经基本医疗保险，大病保险等报销后的个人自付合规医疗费用，特困人员按不低于 80%比例救助；“7”是指低保对象按不低于 75%比例救助；返贫致贫人口年度按 1500 元以上的部分 70%的比例救助）；“6”是指监测人口和低保边缘家庭均按 3000 元以上的部分不低于 60%比例救助。

**问 49：哪些医疗费用可以纳入医疗救助？**

答：救助对象在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后的个人自付部分按规定予以救助。

## 六、职工医保门诊共济保障

### 问 50：什么是门诊共济？

答：通过调整统筹基金和个人账户收入结构，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，将增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

### 问 51：门诊就医报销会有什么变化？

答：改革前，参保职工在普通门诊的就医费用由个人账户解决。改革后，普通门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金报销范围。

### 问 52：个人账户使用范围会有什么变化？

答：个人账户扩大到可支付职工配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。相关条件具备后，个人账户可用于配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

### 问 53：普通门诊费用的统筹支付标准？

答：一个自然年度内，职工在统筹区域发生的政策范围内普通门诊费用，统筹基金的起付标准和支付比例按下列规定执行：起付标准 800 元；一级定点医疗机构支付比例 60%，二级定点医疗机构支付比例 55%，三级定点医疗机构支付比例 50%；退休职工的支付比例高于在职职工 5 个百分点。职



工一个自然年度内普通门诊费用的统筹基金支付限额为2000元。支付限额不结转、不累加到次年度。

**问 54：如何享受门诊共济待遇？**

**答：**凭本人的医疗保障凭证（包括居民身份证、社会保障卡、医保电子凭证等）在有等级的定点医疗机构就医可直接累计，统筹支付剩余部分符合符合职工个人账户支付范围的，定点医药机构从个人账户中划扣；个人账户不足支付的，由个人支付。个人账户中没有余额的，也有通过医疗保障凭证在定点医疗机构直接结算，不然无法累计相关费用。

## 七、基金监管

**问 55：哪些行为是欺诈骗保？**

答：定点医疗机构的骗保行为有：

1. 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金；
2. 为参保人员提供虚假发票；
3. 将应由个人负担的医疗费用计入医疗保障基金支付范围；
4. 为不属于医保范围的人员办理医保待遇；
5. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务；
6. 挂名住院；

**问56：医保智能监控？**

答：医保智能审核系统每月对我院所有医保结算数据进行自动审核，每月医保中心将疑似违规数据反馈给医院，并要求在5个工作日将申诉材料反馈给医保中心，申诉材料要实事求是，理由要正当。对于医保政策有明确、具体规定的，没有争议的问题将不再接受申诉，直接扣款。对发现的严重违规问题按协议规定另行给予相应的处理。

## 八、智慧医保

**问 57、医保经办事项，网上办理渠道有哪些？**

- 答：1、安徽医保公共服务平台  
2、安徽政务服务网滁州厅医保局  
3、皖事通 APP  
4、国家医保服务平台 APP。

**问 58：什么是医保移动支付？**

答：医保移动支付是指“互联网+医保”充分融合医疗健康场景，参保人使用国家医保局授权的第三方渠道通过移动支付方式完成医保基金支付和个人支付，为就医参保群众提供的医保掌上服务。患者挂号无需前往医院，在手机上选择就诊医院，线上获取号源，完成挂号缴费，生成就诊二维码，即可按照就诊时间前往对应诊室就诊。就诊完成后无需前往收费处，手机端即可完成费用支付，前往药房通过手机出示就诊二维码即可完成取药过程，真正实现了让信息“多跑路”，让患者“少跑路”，有效缓解群众看病长时间排队的问题。

**问 59：医保移动支付使用流程**

答：第一步：使用医保电子凭证等多途径就诊方式去门诊医生站就诊，开立药品、检验、检查、治疗等医嘱。

第二步：关注我院微信公众号“凤阳县人民医院”

第三步：进入凤阳县人民医院微信公众号，点击正下方“就医指南”，选择“就诊服务”，点击“门诊缴费”，选择本次就诊就诊卡、如第一次使用请点击“添加就诊人”完善信息后，系统会根据身份证绑定卡号，弹出缴费界面点击“确定”，在弹出确认订单界面、点击“立即支付”，支付方式选择“医保移动支付”确认支付，医保电子凭证身份授权确认界面点击“同意授权”，在确认支付界面点击“去支付”，系统会优先扣除医保卡余额，余额不足的提示支付现金，立即支付即可。

第四步：支付完成后持就诊卡或医保电子凭证去药房拿药或者去检验检查科室等做相应检验、检查、治疗等。

注意事项：

医保移动支付功能目前仅支持普通门诊结算，省本级医保、异地医保、门诊慢特病、住院结算等功能暂未开放。

## 九、医保医师管理细则

**问60：具备哪些条件的定点医疗机构医师，可申请医保医师资格？**

答：（一）取得执业医师或执业助理医师资格，并按规定注册；

（二）具有良好的职业道德和医疗执业水平；

（三）熟悉并自觉遵守基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助、长期护理保险等医疗保障政策规定，愿意为基本医疗保险、生育保险参保人员提供医疗服务。

**问61：医保医师有哪些职责？**

答：（一）施诊时应认真核验参保人员相关身份信息，确保人证相符，防止冒名就诊、住院等现象；

（二）规范书写门（急）诊、住院病历和处方等医疗记录，确保医疗记录客观、全面、真实、准确、及时、完整；

（三）坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药。不开大处方，不诱导过度医疗，不降低服务质量。

（四）坚持首诊负责制，执行逐级转诊制度，不得推诿、拒收病人，不得以任何借口让参保人员提前或延迟出院；

（五）使用医疗保险目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施时，应当事先向参保人员或者其家属说明并经其同意，急诊、抢救等特殊情形除外。

（六）查看参保人员就诊记录，避免重复开药、重复检查，

并严格执行出院带药等相关规定；

(七)协助医疗保障部门做好医疗保障政策宣传工作，配合医疗保障部门工作人员的检查；

(八)协助医疗保障部门对医疗服务行为的规范性、合理性进行审核论证；

(九)其他按规定应当履行的职责。

**问62：医保医师有哪些情形的，经办机构应暂停或解除其服务协议？**

答：(一)被卫生健康行政部门吊销医师执业证书的；  
(二)严重违反医保政策相关规定的；  
(三)注销注册、收回医师执业证书的；  
(四)经办机构定期考核不合格的；  
(五)卫生健康行政部门定期考核不合格，责令暂停执业活动期限内的；

(六)被定点医疗机构停止处方权的；

(七)有骗取医保基金等违规行为的；

(八)其他应当终止医保医师服务协议的情形。

**问63：医保医师积分如何管理？**

答：经办机构对医保医师实行积分累计考核管理，每个自然年度初始分值为12分。医保医师有违规行为的，扣除相应的分值。扣分在自然年度内累加计算，每年度末扣分清零。医保医师因违规被暂停医保医师资格的时间不受自然年度

限制。

(一) 扣分规则

1. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣1分：

(1) 未按病历书写规范书写门诊、住院病历，病历记录不及时、不规范或无法辨认的；

(2) 不按规定查看既往就诊记录、记载门诊病历，导致重复配药、重复检查的；

(3) 违反医疗保险药品配药量、限制使用条件规定，或无充分理由超药品使用说明书范围用药的；

(4) 不执行门诊处方外配制度，拒绝为参保病人开具外配处方的；

(5) 使用需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等，未履行告知义务被参保人员投诉的；

(6) 不执行首诊负责制，推诿、拒收参保病人，以各种借口使参保人员提前或延迟出院的；

(7) 让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院的；

(8) 不按规定参加医疗保障部门或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训的；

(9) 其他违反医疗保障政策规定，未造成医保基金损失的情形。

2. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣2分：

(1) 未按规定核验就诊人员身份，导致冒名门诊就医的；

(2) 对因工伤、意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和经过的；

(3) 将服务编码转借给被暂停、解除或未签订服务协议医师开具医保处方的；

(4) 冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

(5) 医疗收费与病历记录、医疗服务不符的；

(6) 有分解检查、治疗、处方和收费等违规行为的；

(3) 违反医疗保险药品配药量、限制使用条件规定，或无充分理由超药品使用说明书范围用药的；

(4) 不执行门诊处方外配制度，拒绝为参保病人开具外配处方的；

(5) 使用需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等，未履行告知义务被参保人员投诉的；

(6) 不执行首诊负责制，推诿、拒收参保病人，以各种借口使参保人员提前或延迟出院的；

(7) 让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院的；

(8) 不按规定参加医疗保障部门或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训的；

(9) 其他违反医疗保障政策规定，未造成医保基金损失的情形。

2. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣2分：

(1) 未按规定核验就诊人员身份，导致冒名门诊就医的；



(2)对因工伤、意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和经过的；

(3)将服务编码转借给被暂停、解除或未签订服务协议的医师开具医保处方的；

(4)冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

(5)医疗收费与病历记录、医疗服务不符的；

(6)有分解检查、治疗、处方和收费等违规行为的；(7)不因病施治，过度医疗造成医保基金损失的；

(8)收治不符合入院治疗指征的参保人员的；

(9)不因病施治，门诊慢性(特殊)病用药与认定病种不符，造成医保基金损失的；

(10)开具与疾病无关的药品、检查治疗项目的；

(11)其他违反医疗保障政策规定，造成医保基金损失的行为。

3. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣6分：

(1)将医保目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施纳入医保基金支付的；

(2)故意不核实患者身份，导致冒名住院造成医疗保险基金损失的；

(3)故意为参保人员串换医疗保险药品、医疗服务项目，造成医疗保险基金损失的；

(4)故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较

大损失的；

(5)为参保人员提供医疗服务过程中，出现医疗责任事故造成参保人严重伤害的；

(6)其他违反医疗保障政策规定，造成医疗保险基金较大损失的行为。

4. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣12分：

(1)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的；

(2)被卫生健康行政部门吊销医师、助理医师或乡村医生执业证书，或被注销注册、收回执业证书的；

(3)通过编造医疗文书、出具虚假医疗证明、办理虚假住院等方式，骗取医疗保险基金的；

(4)为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开门诊、住院票据套取医疗保险基金的；

(5)故意曲解医保政策和管理规定，挑动参保人员集体上访，造成恶劣影响的；

(6)经经办机构定期考评不合格的；

(7)因违规行为，造成恶劣社会影响的；

(8)其他严重违反医疗保障政策规定，危害参保人员利益或造成医疗保险基金重大损失的行为。

(二)扣分处理

经办机构对违规医保医师作出扣分处理的，应书面告知

本人及所在定点医疗机构。一个自然年度内，医保医师累计扣分达到6分的，执业地经办机构应会同定点医疗机构对相关医师进行约谈，并做好约谈记录；累计扣分9-11分的，经办机构可暂停服务协议1-3个月；累计扣分达到12分的或连续三年违规扣分9分以上的，经办机构应与医保医师解除服务协议，经办机构自解除协议之日起一年内不再接受该医师重新签订服务协议的申请；一次性扣12分的，视情节严重程度，经办机构自解除协议之日起1-5年不得与其签订医保医师协议。

## 十、国家医保谈判药品“双通道”备案

**问 64：**国家医保谈判药品“双通道”备案如何处理？

答：参保患者在“双通道”定点医疗机构就诊时，医务人员通过院内系统查询患者所需国家医保谈判药品医院是否配备，需通过“双通道”定点零售药店外购的，应协助患者(或代理人)填写备案表，患者(或代理人)持备案表在医保办“一窗”完成医疗机构备案手续。不得让患者(或代理人)在医院医保办、医生诊室、护士站等来回跑路。

**问 65：**滁州市国家谈判药品“双通道”零售药店有那些？

答：滁州市国家谈判药品“双通道”零售药店名单及外购药审批表见下表

附件一：

## 滁州市国家谈判药品“双通道”零售药店名单

序号	药店名称	地址	联系电话
1	滁州市琅琊区颐心堂大药房	安徽省滁州市丰乐大道83-21 号	0550-3535359
2	国药控股安徽医药连锁有限公司滁州店	安徽省滁州市丰乐大道81-1 号,82-2 号	13956315630
3	滁州华巨百姓缘大药房连锁股份有限公司民泰店	安徽省滁州市明光路298 号	15056518848
4	滁州华巨百姓缘大药房连锁股份有限公司全椒华巨二十店	全椒县襄河镇内环南路晶禾学府苑 13 幢 102 号	0550-3835187
5	华润滁州医药有限公司德信行大药房鼓楼店	来安县新安镇青龙街古楼口	13855043257
6	滁州华巨百姓缘大药房连锁股份有限公司凤阳二店	凤阳县府城镇府东街 50号（老粮食局对面）	13865815158
7	天长市天康药房有限公司	天长市广陵路南侧东二凤南路西侧 111 号	0550-7309678
8	南京医药滁州天星药事服务有限公司定远县总院大药房	定远县定城镇安盐曲阳国际广场 5 号楼 108-109号, 204-205 号	18900502061
9	明光市德祥济生堂大药房连锁有限公司体育路店	明光市体育路 60-2 号	13865819210

附件二：

## 滁州市国家谈判药品外购申请备案表

姓名		性别		年龄	
单位或住址					
身份证号				联系电话	
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 其他				
申请外购药店名称（非“双通道”零售药店不得填报）					
申请人签字（患者或监护人）：				申请日期：年月日	
药品使用场景	<input type="checkbox"/> 住院期间使用		住院诊断：		
			入院时间：年月日		住院号：
	<input type="checkbox"/> 门诊	门诊慢特病用	慢特病病种：		
申请谈判药品名称	通用名			药品类别	<input type="checkbox"/> 肿瘤靶向药品
	规格				<input type="checkbox"/> 非肿瘤靶向药品
谈判药品外购责任医师意见	谈判药品使用条件说明：				
	当前谈判药品使用方案及总药量：				
	当前方案起止时间：年月日至年月日 已使用量：本次外购药量： 责任医师签字：  年月日				
医院医保办审核意见	审核人：医院医保办盖章：				年月日

说明：1. 本表一式三份，参保患者、双通道零售药店、双通道医疗机构各一份；

2. 谈判药使用条件的诊断文书，包括诊断证明、影像报告、病理诊断、免疫组化报告、特殊化验指标结果报告单（其中使用抗肿瘤靶向药物的患者，以基因检测结果为指征的，应提交具备基因检测技术资质医疗机构出具的基因检测报告结果，以上资料须加盖病案或诊断管理专用印章）、门诊病历及出院小结等能够证明符合谈判药品使用条件的材料；

3. 在下列情况下，发生的谈判药品外购费用不予支付：

- (1) 未经责任医师开具外购申请和处方到零售药店购药的；
- (2) 在非谈判药外购管理医院住院，期间零售药店外购的；
- (3) 超出适应症、超出医保支付限制条件、违规配药等发生的费用；
- (4) 其他特别规定的。

## 2024年常用限制支付药品明细

23版目录类型	药品名称	剂型	2023版药品目录备注
西药	促肝细胞生长素	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	多烯磷脂酰胆碱	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	复方甘草甜素(复方甘草酸苷)	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	甘草酸二铵	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	谷胱甘肽	口服常释剂型	限肝功能异常患者。
西药	还原型谷胱甘肽(谷胱甘肽)	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	门冬氨酸鸟氨酸	注射剂	限血氨升高或肝性脑病的患者。
西药	异甘草酸镁	注射剂	限AST或ALT大于120U/L的患者。
西药	醋酸钙	口服常释剂型	限高磷血症。
西药	白眉蛇毒血凝酶	注射剂	限手术患者或产后出血患者。
西药	矛头蝮蛇血凝酶	注射剂	限手术患者或产后出血患者。
西药	蛇毒血凝酶	注射剂	限手术患者或产后出血患者。
西药	七叶皂苷	注射剂	支付不超过10天。
西药	米非司酮米非司酮II	口服常释剂型	限子宫肌瘤患者或生育保险
西药	人生长激素(重组人生长激素)	注射剂	限生长激素缺乏症。
西药	氟达拉滨	口服常释剂型	限接受过至少一个标准的含烷化剂方案治疗的B细胞性慢性淋巴
西药	氟达拉滨	注射剂	限接受过至少一个标准的含烷化剂方案治疗的B细胞性慢性淋巴
西药	枸橼酸伊沙佐米胶囊		限治疗已接受过至少一种既往治疗的多发性骨髓瘤成人患者。
西药	细胞刺激因子(聚乙二醇化重组人	注射剂	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
西药	戈利木单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1.诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs
西药	托珠单抗	注射剂	限：1.全身型幼年特发性关节炎的二线治疗；2;限诊断明确的
西药	来那度胺	口服常释剂型	限：1.与地塞米松合用，治疗此前未经治疗且不适合接受移植的
西药	乙磺酸尼达尼布软胶囊		限：1.特发性肺纤维化(IPF);2.系统性硬化病相关间质性肺疾升
西药	天麻素	注射剂	支付不超过14天。
中成药	双黄连注射液注射用双黄连(冻干)		限二级及以上医疗机构。

中成药	热毒宁注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	喜炎平注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	痰热清注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	舒肝宁注射液		限肝炎患者。
中成药	参附注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	喘可治注射液		限二级及以上医疗机构的支气管炎哮喘患者。
中成药	安宫牛黄丸		限清热解毒，镇惊开窍。用于热病，邪入心包，高热惊厥，神昏
中成药	醒脑静注射液		限二级及以上医疗机构并有中风昏迷、脑外伤昏迷或酒精中毒昏
中成药	百令片		限慢性支气管炎、慢性肾功能不全的患者。
中成药	金水宝片(胶囊)		限慢性支气管炎、慢性肾功能不全的患者。
中成药	至灵胶囊		限慢性支气管哮喘、慢性肾功能不全的忠者。
中成药	参麦注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	生脉注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	红花注射液		限二级及以上医疗机构。
中成药	苦碟子注射液		限二级及以上医疗机构的冠心病、心绞痛、脑梗塞患者。
中成药	灯盏细辛注射液		限二级及以上医疗机构的缺血性心脑血管疾病患者。
中成药	灯盏花素注射液		限二级及以上医疗机构的缺血性心脑血管疾病患者。
中成药	注射用灯盏花素		限二级及以上医疗机构的缺血性心脑血管疾病患者。
中成药	疏血通注射液		限二级及以上医疗机构缺血性心脑血管疾病的患者。
中成药	舒血宁注射液		限二级及以上医疗机构缺血性心脑血管疾病的患者。
中成药	黄芪注射液		限二级及以上医疗机构的病毒性心肌炎或心功能不全患者。
中成药	瓜蒌皮注射液		限二级及以上医疗机构的冠心病稳定型心绞痛患者。
中成药	华蟾素注射液		限肿瘤患者。
中成药	艾迪注射液		限二级及以上医疗机构癌症患者。
中成药	复方苦参注射液		限二级及以上医疗机构癌症患者。
中成药	化藏回生口服液		限肿瘤患者。



中成药	癌平片(通关藤片)、消癌平胶囊(通		限肿瘤患者。
中成药	通关藤注射液(消癌平注射液)		限二级及以上医疗机构的肿瘤患者。
中成药	鸦胆子油乳注射液		限二级及以上医疗机构癌症患者。
中成药	参芪扶正注射液		限二级及以上医疗机构癌症患者。