

目 录

- 一、我院医保基本情况
- 二、我国社会保障体系
- 三、医保政策解读——起付线
- 四、医保政策解读——报销比例
- 五、医保政策解读——大额、大病医疗保险
- 六、医保政策解读——大病补充医疗保险
- 七、医保政策解读——医用材料报销
- 八、医保政策解读——铜陵市按病种收费标准
- 九、医保政策解读——慢性病
- 十、医保政策解读——恶性肿瘤门诊放化疗
- 十一、医保政策解读——贫困人口
- 十二、医保政策解读——意外伤害
- 十三、医保政策解读——异地就医
- 十四、就医管理——工伤
- 十五、就医管理——离休干部
- 十六、就医管理——诊疗服务
- 十七、就医管理——药品、诊疗项目管理
- 十八、安徽省飞行检查违规行为认定标准

铜陵市中医医院医保基本情况

医院级别：三级甲等中医医院

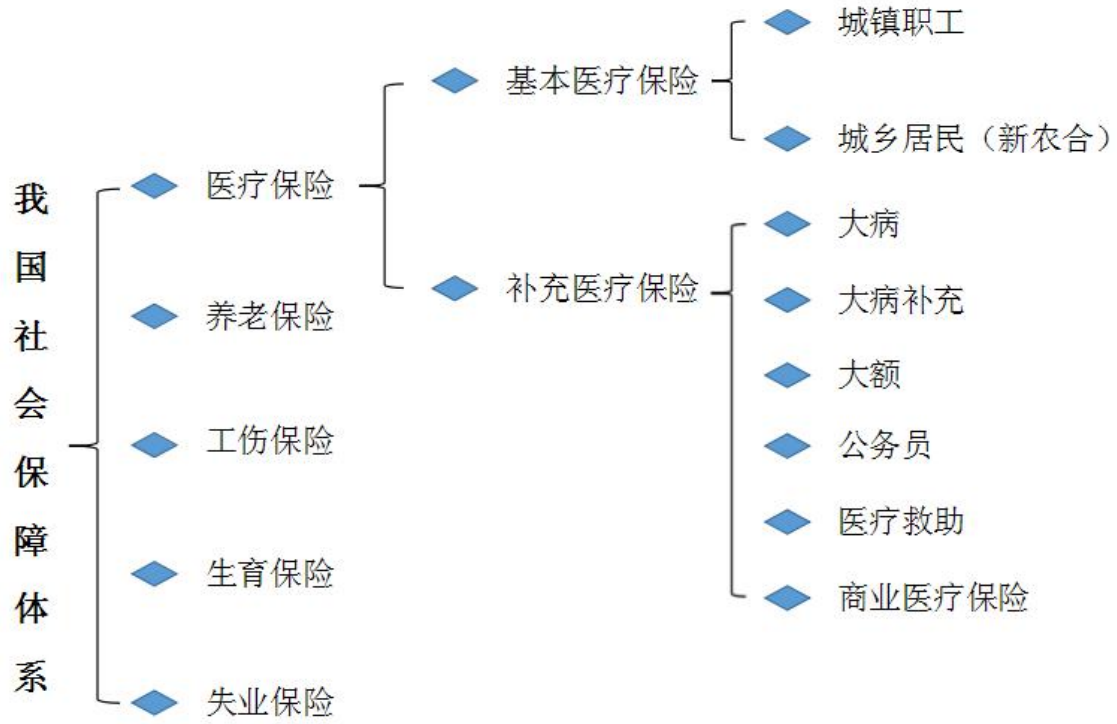
铜陵市、义安区、枞阳县城镇职工基本医疗保险定点医疗机构

铜陵市、义安区、枞阳县城乡居民医疗保险定点医疗机构

铜陵市工伤保险定点医疗机构

全国异地就医联网结算定点医疗机构

我国社会保障体系



医保政策解读——起付线

铜陵市各类医保：

类别 医院 等级	城镇职工医保				城乡居民医保	
	第一次 住院	第二次 住院	第三次 及以上	单病种	每次住院	单病种
一级	300 元	150 元	0	0	200 元	0
二级	500 元	250 元	0	0	400 元	0
三级	700 元	350 元	0	0	700 元	0

枞阳县城乡居民：

五保户住院补偿，不设起付线。重点优抚对象及低保对象住院补偿，免除参合年度内首次住院起付线。恶性肿瘤放化疗、脑瘫康复治疗患者等需要分疗程间断多次住院的特殊慢性病患者，在同一参合年度内同一医院治疗的，只设一次起付线。

医保政策解读——报销比例

铜陵市：

普通住院报销比例

类别 医院 等级	城镇职工医保				城乡居民医保
	起付线至 1 万元		1 万至 8 万元		起付线及以上部分
	退休	在职	退休	在职	
一级	97%	94%	98%	97%	85%
二级	94%	91%	97%	96%	75%
三级	90%	87%	96%	95%	70%

按病种收费医保基金支付比例表

类别 医院等级	城镇职工医保		城乡居民医保	
	基金支付	个人支付	基金支付	个人支付
二级	90%	10%	75%	25%
三级	85%	15%	70%	30%
三级甲等	80%	20%	65%	35%

医保政策解读

医疗保险基金组成

个人账户：主要用于支付门诊医疗费用及药店购买药品及医疗用品的费用。包括支付住院医疗费中个人负担部分。

统筹基金：主要支付住院医保范围内除个人支付外的医疗费用，下有“门槛”，上有“封顶”。

封顶线：城镇职工：0-8 万元属于基本医疗，超过 8 万元的进入大额保险，30 万元封顶。城乡居民（新农合）：25 万元。

铜陵市床位费支付限额：

一级医院 25 元、二级医院 30 元、三级医院 35 元。

医保政策解读——大额、大病医疗保险

铜陵市：

大额医疗保险			大病医疗保险	
(城镇职工、公务员)			(城镇职工、城乡居民)	
分段费用		报销比例	分段费用	报销比例
大额	8万—10万元	90%	10万元以内 (扣除起付线)	60%
特大额	10万—30万元	95%	10万—20万元	70%
8万元以下属于基本医疗保险			20万元以上	80%

大病保险：

- 1、起付线：一个保险年度内计1次起付线，我市为2万元。
- 2、封顶线：省内医疗机构大病保险封顶线为30万元，省外医疗机构大病保险封顶线20万元，两者不叠加计算。一个保险年度内，大病保险合规费用中既含省内医疗机构医药费用又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构大病保险封顶线。
- 3、计算方法：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-基本医保已报销金额-基本医保起付线-大病保险起付线）*分段报销比例

医保政策解读——大病补充医疗保险

参保人员患病发生的住院医疗费用，经城镇职工基本医疗保险、城镇职工大额医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇职工及城乡居民大病保险按规定报销后，由大病补充医疗保险对个人负担的合规医疗费用再次给予报销。

分段费用	报销比例
1万-5万元（含5万元）	50%
5万-10万元（含10万元）	60%
10万-15万元（含15万元）	70%
15万-20万元（含20万元）	80%
20万元以上	90%

医保政策解读——医用材料报销比例

人工器官、体内置放材料和一次性医用材料报销政策：医用材料费用合并计算，实行分段按比例支付。

金额（元）	个人先自付比例	金额（元）	个人先自付比例
200 元以下	10%	1 万—1.5 万	35%
201—500	15%	1.5 万—2 万	40%
501—1000	20%	2 万—3 万	50%
1001—5000	25%	3 万元以上	60%
5001—1 万	30%		

备注：个人自付后余下费用再按我市基本医疗保险规定比例予以报销。

医保政策解读——按病种收费标准

铜陵市按病种收费标准及范围

1、首批 109 个病种实行按病种收费，实行最高限价管理。按病种收费标准实行差别化的收费政策，分三级甲等医院、三级医院和二级医院确定收费标准，以促进分级诊疗。凡主诊断、主操作符合实行按病种收费的基本医疗保险参保人员及自费患者均应纳入按病种收费范围。

2、按病种收费标准包含患者住院期间所发生的诊断与治疗等全部费用，即从患者入院，按病种治疗管理流程接受规范化诊疗最终达到疗效标准出院，整个过程中所发生的诊断、治疗、手术、麻醉、检查检验、护理以及床位、药品、医用材料等各种费用。凡纳入按病种收费管理的病例，医院不得在病种费用外另行收费。凡二级以上公立医院接诊纳入国家临床路径管理的病例实行按病种收费，入径率要达到 50%以上，完成率要达到 70%。

3、自愿选择单人间、双人间以及特需病房，其床位费超出基本医疗保险支付标准部分，不纳入单病种限额标准，由患者个人负担。

附件 1:

铜陵市按病种收费病种及收费标准

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
1	髋关节骨性关节炎（单侧）	髋关节置换术	29650	31500	33600
2	腰椎管狭窄	椎板减压内固定加椎间融合术（单节段）	28250	30000	32000
3	腰椎管狭窄	椎板减压内固定加椎间融合术（多节段）	38800	41250	44000
4	腰椎间盘突出症	经椎间孔镜单纯腰椎间盘突出髓核摘除术	14300	15200	16200
5	腰椎间盘突出症	突出髓核摘除内固定加融合术（单节段）	28250	30000	32000
6	腰椎间盘突出症	突出髓核摘除内固定加融合术（多节段）	38800	41250	44000
7	垂体腺瘤	垂体瘤切除术	25200	26600	28000
8	单纯性阑尾炎	阑尾切除术	5040	5320	5600
9	单纯性阑尾炎	经腹腔镜阑尾切除术	5760	6080	6400
10	鼻出血	外科手术治疗	2100	2210	2340
11	良性前列腺增生（手术）	外科手术治疗	10350	10900	11500
12	II 型糖尿病	内科治疗	3300	3600	3900
13	慢性阻塞性肺疾病	内科治疗	5610	6210	6630
14	老年性白内障（单侧）	外科手术治疗	4400	4800	5200

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
15	老年性白内障（双侧）	外科手术治疗	7700	8400	9100
16	鼻中隔偏曲	外科手术治疗	6300	6650	7000
17	扁桃体炎	外科手术治疗	5040	5320	5600
18	初治肺结核	内科治疗	3740	4080	4420
19	大隐静脉曲张（单侧）	外科手术治疗	4150	4920	5330
20	大隐静脉曲张（双侧）	外科手术治疗	5060	5520	5980
21	胆囊结石伴急、慢性胆囊炎	外科手术治疗	7560	7980	8400
22	胆囊结石伴急、慢性胆囊炎 （腹腔镜手术）	外科手术治疗	9450	9980	10500
23	胆总管结石	外科手术治疗	14400	15200	16000
24	短暂性脑缺血发作	内科治疗	3740	4080	4420
25	脑梗死	内科治疗	6600	7200	7800
26	肺癌（手术）	外科手术治疗	28350	29900	31500
27	肺癌化疗	内科治疗	7150	7800	8450
28	支气管肺炎	内科治疗	2310	2440	2570
29	腹股沟疝	外科手术治疗	5670	5980	6300

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
30	肝硬化	内科治疗	7150	7800	8450
31	肝硬化腹水	内科治疗	7150	7800	8450
32	高血压脑出血	内科治疗	6400	6982	7564
33	原发性高血压	内科治疗	3150	3436	3723
34	睾丸鞘膜积液	外科手术治疗	4150	4360	4570
35	功能失调性子宫出血	内科治疗	3960	4320	4680
36	宫颈癌	外科手术治疗	13050	13770	14500
37	骨痹（骨关节病）	中医治疗	5390	5880	6370
38	混合痔	外科手术治疗	4050	4275	4500
39	血栓性外痔	外科手术治疗	3960	4320	4680
40	胃十二指肠溃疡	内科治疗	3150	3320	3500
41	慢性胃炎	内科治疗	2750	3000	3250
42	轻症急性胰腺炎	内科治疗	6490	7080	7670
43	甲状腺良性肿瘤	外科手术治疗	7470	7880	8300
44	结节性甲状腺肿	外科手术治疗	7470	7880	8300
45	类风湿性关节炎	内科治疗	3850	4200	4550
46	精索静脉曲张（单侧）	外科手术治疗	4290	4680	5070

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
47	精索静脉曲张（双侧）	外科手术治疗	4840	5280	5720
48	卵巢良性肿瘤	外科手术治疗	7650	8070	8500
49	慢性鼻窦炎	外科手术治疗	7560	7980	8400
50	慢性乙型肝炎	内科治疗	5170	5460	6110
51	肾癌	外科手术治疗	14850	15670	16500
52	肾结石	外科手术治疗	9450	9980	10500
53	慢性心力衰竭	内科治疗	6270	6840	7410
54	毛细支气管炎	儿科治疗	1980	2160	2340
55	支气管扩张症	内科治疗	5040	5310	5600
56	支气管哮喘	内科治疗	3520	3840	4160
57	支气管炎	内科治疗	3990	4200	4420
58	面瘫	中医治疗	3300	3600	3900
59	脑出血	内科治疗	8800	9600	10400
60	盆腔炎	内科治疗	2750	3000	3250
61	手足口病	儿科治疗	2100	2210	2340
62	乳腺癌	外科手术治疗	11000	12000	13000
63	上呼吸道感染	儿科治疗	1430	1560	1690

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
64	声带息肉	外科手术治疗	5040	5320	5600
65	十二指肠溃疡出血	内科治疗	5250	5530	5840
66	食管癌化疗	内科治疗	6380	6960	7450
67	食管癌（手术）	外科手术治疗	36900	38950	41000
68	输尿管中下段结石	外科手术治疗	8250	9000	9750
69	痛风	内科治疗	5060	5520	5980
70	突发性耳聋	内科治疗	3150	3320	3500
71	胃癌（手术）	外科手术治疗	25200	26600	28000
72	胃癌（中医）	内科治疗	7040	7680	8320
73	胃癌化疗	内科治疗	5610	6120	6630
74	下肢静脉曲张（单侧）	外科手术治疗	4150	4920	5330
75	下肢静脉曲张（双侧）	外科手术治疗	5060	5520	5980
76	消渴病	中医治疗	3300	3600	3900
77	新生儿 ABO 溶血症	儿科治疗	7040	7680	8320
78	前列腺癌	外科手术治疗	12600	13300	14000
79	血管性头痛	内科治疗	2200	2400	2600
80	轮状病毒性肠炎	儿科治疗	1650	1800	1950

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
81	腰椎间盘突出症	内科治疗	3080	3360	3640
82	翼状胬肉	外科手术治疗	2860	3120	3380
83	直肠癌	外科手术治疗	28800	30400	32000
84	子宫平滑肌瘤	外科手术治疗	8100	8550	9000
85	子宫腺肌瘤	外科手术治疗	8100	8550	9000
86	自发性气胸	外科手术治疗	22050	23270	24500
87	支气管肺癌	全肺切除术	28800	30400	32000
88	支气管肺癌	肺段切除术	28800	30400	32000
89	支气管肺癌	经胸腔镜肺段切除术	29700	31350	33000
90	支气管肺癌	肺叶切除术	28800	30400	32000
91	支气管肺癌	经胸腔镜肺叶切除术	29700	31350	33000
92	膀胱肿瘤	经腹腔镜膀胱部分切除术	10800	11400	12000
93	膀胱肿瘤	经尿道膀胱肿瘤电切除术	10800	11400	12000
94	甲状腺癌	甲状腺癌根治术	9450	9980	10500
95	甲状腺癌	甲状腺癌扩大根治术	9450	9980	10500
96	结肠癌	根治性结肠癌切除术	25200	26600	28000
97	结肠癌	扩大根治性结肠癌切除术	25200	26600	28000

序号	病种名称	主操作（治疗方式）	收费标准(元)		
			二级医院	三级医院	三级甲等医院
98	结肠癌	经腹腔镜结肠癌根治术	28800	30400	32000
99	胫骨平台骨折	胫骨骨折切开复位内固定术	18900	19950	21000
100	踝关节骨折（单踝）	踝关节骨折切开复位内固定术	12600	13300	14000
101	股骨干骨折	股骨干骨折切开复位内固定术	22050	23270	24500
102	股骨干骨折	股骨干骨折闭合复位髓内针内固定术	22050	23270	24500
103	直肠息肉	经内镜直肠良性肿物切除术	3990	4200	4440
104	腹膜透析	治疗周期 2 个月	12500	12500	12500
105	脑瘫康复（<3 岁）	训练周期 6 个月	6000		
106	脑瘫康复（3~6 岁）	训练周期 3 个月	3000		
107	听力语言障碍康	训练周期 10 个月	9000		
108	偏瘫康复	训练周期 3 个月	16000		
109	项痹病（神经根型颈椎病）	中医治疗	2530	2760	2990

注：以上标准诊疗过程中涉及植入医用耗材以国产耗材为准。

医保政策解读——慢性病

一、病种设置

常见慢性病：干燥综合症、冠心病（心肌梗塞）、甲状腺功能减退、甲状腺功能亢进、慢性活动性肝炎、慢性溃疡性结肠炎、慢性肾功能不全失代偿期、慢性肾炎、慢性阻塞性肺气肿及肺心病、脑出血及脑梗塞恢复期、帕金森病、结核病、心脏病并发心功能不全（Ⅱ级以上）、有并发症的高血压病、有并发症的糖尿病、重症肌无力、支气管哮喘、免疫性血小板减少性紫癜、强直性脊柱炎、股骨头坏死、结节性多动脉炎、中枢性尿崩症、肾病综合症、银屑病、白癜风、白塞氏病、前列腺增生

特殊慢性病种：肝豆状核变性、血友病、多发性硬化症等罕见病病种；恶性肿瘤放化疗、肾功能衰竭血液透析、器官移植抗排异治疗、耐多药肺结核、腹膜透析等。

二、费用结算

（一）常见慢性病门诊医疗费用补助不设起付线，职工先使用完个人帐户，余下至该病种最高补助限额的医疗费用按 80%报销。城乡居民在该病种最高补助限额内的医疗费用按 60%报销。

（二）常见慢性病患者一年内如住院，住院一次扣减当月（跨月只记一个月）门诊医疗费用补助。

（三）参保人员患有两种或两种以上的慢性病种，年度报销限额以最高者计算，每增加一个病种增加 500 元，最高增加 1000 元。

（四）患有特殊慢性病种不享受上述补助，按下列政策处理。

1、肝豆状核变性、血友病、多发性硬化症等罕见病就医：所发生费用按照《关于我市罕见病患者医疗费用的处理办法》（铜人社[2011]252号）规定报销。

2、恶性肿瘤门诊放化疗、组织器官移植手术后抗排异治疗、耐药药肺结核、腹膜透析，超出起付标准的门诊医疗费用，比照住院费用处理。

3、肾功能衰竭血液透析发生的医疗费用按《关于血液透析实行门诊定额结算的通知》（铜人社[2012]193号）文件执行。

慢性病就诊注意事项：

1. 患者需携带《慢性病种证》、医保卡；
2. 医生根据病种及慢性病药品目录开处方；
3. 治疗非慢性病的药品不予报销；
4. 两种以上慢性病的，需开具两张处方。

铜陵市 2020 年最新慢性病病种编码及补助金额

序号	慢性病病种新编码表	2020 年病种名称	职工支付额度 (元)	居民支付额度 (元)
1	YDMM0024	癫痫	2500	2500
2	YDMM0063	恶性肿瘤	4000	3500
3	YDMM0028	风湿(类风湿)性关节炎	3000	3000
4	YDMM0051	精神障碍(非重性)	2500	2500
5	YDMM0033	干燥综合症	2400	2000
6	YDMM0003	冠心病	2500	2500
7	YDMM0023	甲状腺功能减退	2000	1800
8	YDMM0022	甲状腺功能亢进	2400	2000
9	YDMM0013	慢性活动性肝炎	6000	5000
10	YDMM0011	慢性溃疡性结肠炎和克罗恩病	3000	3000
11	YDMM0019	慢性肾功能不全失代偿期	3200	3000
12	YDMM0017	慢性肾炎	3200	3000
13	YDMM0008	慢性阻塞性肺疾病	2000	2000
14	YDMM0006	脑出血及脑梗死(恢复期)	2400	2000
15	YDMM0025	帕金森病	3000	2500
16	YDMM0044	结核病	2000	1800
17	YDMM0002	慢性心功能不全	2500	2500
18	YDMM0001	高血压病(II、III级)	2400	2000
19	YDMM0021	糖尿病	2400	2000
20	YDMM0040	重症肌无力	3200	3000
21	YDMM0010	支气管哮喘	2500	2500
22	YDMM0055	特发性血小板减少性紫癜	3000	3000
23	YDMM0037	强直性脊柱炎	3000	2500
24	YDMMTL02	股骨头坏死	2800	2500
25	YDMM0036	结节性多动脉炎	2800	2500
26	YDMM0043	中枢性尿崩症	3200	3000
27	YDMM0018	肾病综合症	2500	2500
28	YDMM0046	银屑病	3000	3000
29	YDMM0047	白癜风	2400	2000

序号	慢性病病种新编码表	2020 年病种名称	职工支付额度 (元)	居民支付额度 (元)
30	YDMM0035	白塞氏病	2400	2000
31	YDMMTL01	前列腺增生（慢性前列腺炎）	2400	2000
32	YDMM0034	硬皮病	3000	3000
33	YDMM0045	晚期血吸虫病	3000	3000
34	YDMM0038	弥漫性结缔组织病	4000	4000
35	YDMM0048	艾滋病机会性感染	3000	3000
36	YDMM0027	肌萎缩	3000	3000
37	YDMMTL03	脑膜瘤	3000	3000
38	YDMM0054	脑性瘫痪(小于七岁)	无此病种	3000

医保政策解读——恶性肿瘤门诊放化疗

一、根据《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》有关规定，将恶性肿瘤门诊放射治疗项目限定支付范围为核素内照射治疗和放射治疗。

二、根据《安徽省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2018年版)》(皖人社发〔2018〕24号)、《人力资源社会保障部关于将36种药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(人社部发〔2017〕54号)和《关于将17种抗癌药纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(医保发〔2018〕17号)有关文件规定，将恶性肿瘤门诊化学治疗药品限定支付范围为药品目录中西药部分分类为抗肿瘤药、内分泌治疗用药和选择性免疫抑制剂。

三、参保人员因所患恶性肿瘤在门诊放、化疗前后三日内必须进行的化验、检查和治疗等项目费用可纳入直接结算范围；通过其他特殊治疗方式如膀胱癌患者使用抗肿瘤药物进行膀胱冲洗、前列腺癌和乳腺癌患者进行内分泌治疗期间所发生的医疗费用比照执行。

四、相关科室收治门诊放化疗病人时应填写《铜陵市恶性肿瘤门诊放化疗申请表》，经医保办审核后与放化疗病历记录一起备案留存。靶向治疗药品由定点医疗机构中相应科室副主任以上资质的医师严格按适应症及疗程开具，超出适用范围和疗程的医药费用由医疗机构自行承担。

铜陵市恶性肿瘤门诊放化疗申请表

姓 名		年 龄		性 别	
身份证号码				联系电话	
参保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工		<input type="checkbox"/> 城乡居民		
疾病名称	申请时间				
以上由本人或家属填写					
本次治疗 方案	经治医师签字：				
需靶向治疗的应根据适用症（条件）填写相关病史、诊断依据、重要化验检查结果及处方用药明细等情况	经备案的副主任以上医师签名：				
医院医保 部门意见	医保办（章）				

*就诊结束后，本表需提交给医院缴费窗口留存，并按月报社保经办机构备查。

医保政策解读——贫困人口

铜陵市：

1、贫困人口（指建档立卡农村贫困人口，下同）在县域内普通门诊不设补偿起付线；乡镇卫生院、县级医院、市级医院、省级医院住院治疗的，补偿起付线分别降至 100 元、300 元、500 元、1000 元。

2、贫困人口大病保险起付线降至 0.5 万元。

3、贫困人口通过基本医保、大病保险、医疗救助等综合补偿后，在县域内个人年度自付不超过 0.3 万元，在市级个人年度自付不超过 0.5 万元，在省级个人年度自付不超过 1 万元，剩余部分合规医药费用实行政府兜底保障，2016 年 10 月 26 日执行（简称“351”）。贫困人口慢性病患者 1 个年度内门诊医药费用，经“三保障一兜底”综合医保补偿后，剩余合规费用由补充医保再报销 80%（简称“180”），自 2017 年 1 月 1 日起执行。

安徽省健康脱贫综合医疗保障负面清单

根据《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》《安徽省健康脱贫综合医疗保障实施细则》等制定本《清单》。因患者及其家属个人行为导致的过度医疗而发生的医药费用由患者自付；因医疗机构不合理检查、施治、用药等导致的过度医疗而发生的医药费用，由医疗机构承担；以上两类均不纳入健康脱贫兜底保障范围。

一、由医疗机构承担的清单

1. 医疗机构将不符合住院标准的患者收住入院，或将符合出院标准应予出院的患者继续滞留住院的，或不具备基本诊治条件而被留患者住院而产生的费用；

2. 非诊疗需要，进行过度检查治疗发生的费用，违反临床用药常规及联合用药规范超剂量、超品种用药的，医嘱外滥用药发生的费用；

3. 诱导患者在住院治疗期间到药房或门诊购药的费用（医保部门另行规定的情况除外）；

4. 违反医疗服务价格政策，擅自提高收费标准、分解项目收费、私立项目收费而产生的费用；

5. 将基本医保目录外药品和诊疗项目串换为目录内支付的费用；

6. 将生活用品、保健食品和用品串换成基本医保基金支付的费用；

7. 医疗机构与患者串通或者冒用建档立卡贫困参保人员身份

产生的医药费用；

8. 使用临床实验类药品、诊疗项目的费用；

9. 医疗事故造成的医药费用；

10. 其他违反贫困人口综合医保兜底保障规定产生的医药费用。

二、由患者承担的清单

1. 在非协议或暂停协议医药机构产生的医药费用(急诊急救除外)；

2. 符合出院标准或向下级医疗机构转诊条件,拒不出院或转诊产生的医药费用；

3. 患者经在重症监护病房治疗后,符合转普通病房继续治疗的,因患者或家属不愿意转科所产生的医药费用；

4. 入住特需病房、干部病房、VIP病房等产生的医药费用；

5. 膳食费、交通费(含救护车费)、生活护理费和其他特需医疗服务费；

6. 患者个人或家属自行要求的医药服务产生的费用；

7. 基本医保规定的单味使用不予支付的中药饮片及药材费用；

8. 各类器官、组织移植的器官源和组织源费用；

9. 各类非功能性整形与美容等产生的费用；

10. 其他违反贫困人口综合医保兜底保障管理规定产生的医药费用。

医保政策解读——意外伤害

医保规定：“参保人员因外伤等意外伤害至医院就医时，接诊医生在门诊或住院病历中须详细记录以下内容：参保人员所在单位、外伤发生的时间、地点、外伤发生的原因，是否涉及第三人及第三人名称、单位以及陪同人员等基本信息”。

1、铜陵市城镇职工，城乡居民：

- ①意外伤害发生有第三方责任人不给予报销；
- ②没有第三方责任人可即时结报。

2、义安区城镇职工：

- ①意外伤害有第三方责任人不给予报销；
- ②没有第三方责任人，病人在病区要填写《铜陵市义安区医疗保险外伤病人受伤原因承诺书》，放病历里归档留存，即可报销。

3、义安区城乡居民：一律带回去报销，后续治疗需拨打义安区医保电话 8877129，询问这个患者是否可以报销。

4、枞阳城乡居民：一律带回去报销，包括意外伤害后两年内后续治疗，例如：取钢板、骨折后的康复治疗等。住院时，患者本人或直系亲属需在 24 小时内（以入院时间为准）拨打报案电话 0562-3216272 备案。

5、无为、青阳城乡居民：一律带回参保地报销。

医保政策解读——异地就医

（一）异地就医流程

一、异地就医是指参保人在其参保统筹地区以外发生的就医行为。异地就医直接结算是指参保人出院时，只需支付个人负担的医疗费用，医保支付费用由医保部门与医院直接结算。

二、异地就医直接结算覆盖 4 类人员：异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员。

三、异地就医直接结算流程有 3 步，第一步：先备案：在参保地的医保经办机构备案，备案内容：异地就医的原因、就医地点及定点医疗机构的选择。第二步：选就医地：选择需要去看病的就医地，只要是就医地开通的异地就医定点医疗均可实现直接结算。第三步：持卡就医：就医时带上全国统一标准的社会保障卡。

（二）异地就医起付线及报销政策

一、到市域外（不含省外）医疗机构住院，起付线为二级（1000 元）报销比例 70%，三级（1400 元）报销比例 65%。到省外，起付线为当次住院总费用的 20%（不足 2000 元按 2000 元——10000 元），报销比例 60%，除急诊或者参保人员务工、长期居住外，未办理转诊手续、再降 10%的报销比例。

二、年度基本统筹基金封顶为 25 万元（含分娩、慢病、意外伤害、按病种付费）。

三、转外实行保底报销省内医疗机构为 45%，省外为 40%。

四、大病起付标准为 2 万，封顶为 20 万。

(三) 咨询电话

一、市本级（铜官区、郊区）联系电话：异地就医业务：5889780

二、枞阳县联系电话：异地就医业务：居民、职工：3227645、3253522

三、义安区联系电话：异地就医业务：8819895

就医管理——工伤

一、工伤患者门诊就医流程

1. 患者持工伤卡到收费处登记；
2. 收费处刷卡、打印“工伤职工旧伤复发门诊治疗申请表”；
3. 患者持“工伤职工旧伤复发门诊治疗申请表”到就诊医生处；
4. 医生诊治，常规书写病历，录入电子处方，在申请表中定点医疗机构意见栏填写“工伤治疗”和医生签字处签名；
5. 患者持有医生签字的“工伤职工旧伤复发门诊治疗申请表”到收费处记账；
6. 取药、检查、治疗。

二、工伤患者就诊注意事项：

1. 工伤职工旧伤复发门诊治疗申请表的眉栏部分系统自动打印，接诊医生根据申请表中患者的工伤诊断给予合理的治疗、检查；
2. 医生开具药品的量和治疗的天数均要<15天；
3. 滴丸类药品不给开；膏药类的少开；治疗项目不要过多；
4. 工伤职工治疗非工伤引发的疾病，不享受工伤医疗待遇，按照基本医疗保险办法处理。

工伤职工旧伤复发（门诊）治疗申请表

单位名称：

姓名		性别		年龄	
身份证号				工伤时间	
伤害部位			诊断结论		
就诊信息					
上次就诊时间		就诊医院		年度累计	次
定点医疗机构意见 （详细填写病史、诊断依据，检查项目及处方用药明细等情况）	医疗机构（章） 年 月 日 医生（签字）：				

注意事项：

- 1、就诊结束后，本表需提交给医院收费窗口留存；
- 2、治疗非工伤疾病所发生的费用，或不符合工伤报销范围的费用，工伤保险基金不予支付；
- 3、工伤门诊的同时，如需治疗非工伤疾病，属于医疗保险基金支付的，由医保基金支付。

就医管理——离休干部

1、在院老干部院外购药：

院外购药前跟医保处报备：患者姓名、病区、购药名称、用量、外院名称。

注意事项：老干部本子外出购药结束后需归还住院处。

2、在院老干部进行特殊治疗、使用特殊药品：

使用前向市委保健办备案：病区主治医师填写《老干部进行特殊治疗、使用特殊药品备案表》、科主任签字、医务处审核盖章、报备后方可使用。

3、报销流程：患者门诊开药、缴费后带门诊原始发票、发票明细及《老干部进行特殊治疗、使用特殊药品备案表》材料，自行到市委保健办报销。

铜陵市中医医院

住院老干部进行特殊治疗、使用特殊药品备案表

患者姓名：	住院号：	病区：	
患者病情说明：			
年 月 日			
主治医师：	(签字)	科主任：	(签字)
医务处盖章			

备注：请主治医师详细填写患者病情，主治医师、科主任签字后到医务处备案盖章。

就医管理——诊疗服务

一、诊疗原则

医疗机构应严格遵循医保和卫生健康行政部门有关规定，按照医疗服务质量管理与控制指标的要求，为参保人员提供合理检查、合理治疗、合理用药服务。

二、身份核验

参保人员就医时（包括挂号、诊治、记账收费、出入院和转诊转院等），医疗机构应当对其身份进行核验，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗保险费用结算。

三、出入院管理

医疗机构应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院指征的参保人员住院治疗；不得将不符合入院标准的参保人员收治住院；不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，参保人员拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算。

患者 15 天内再住院人数占出院人次的比例（复治率，不包括恶性肿瘤放化疗）不超过 0.5%。

四、就诊记录

医疗机构应当为参保人员就医建立病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。医疗机构应当做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗

护理单记录和票据、费用清单等相吻合。

五、知情同意权

参保人员住院期间需使用非医保范围内的药品、医疗服务项目、医用材料、特需服务等费用，须由参保人员个人全部负担的，医疗机构应事先征得参保人或其家属同意，并签字确认（无民事行为能力人、限制民事行为能力人等患者应当由其监护人签字确认），急诊、抢救等特殊情形除外。

六、外检外购

医疗机构应当充分利用参保人员在其他医疗机构所做的辅助检查结果，避免不必要的重复检查，增加参保人员负担。住院期间，医疗机构不得要求参保人员单独支付其院内或院外检查（验）、治疗以及药品、医用材料等各项费用，确因治疗需要发生的相关费用应由医疗机构开具票据，由医疗机构统一纳入医保结算。

医疗机构应当执行门诊处方外配制度，当其无法满足参保人员合理用药需求，或参保人员要求到定点零售药店购药的，医疗机构不得拒绝。外配处方应当书写规范、字迹工整，并加盖医疗机构专用章。

七、转诊转院

医疗机构应当建立健全双向转诊转院和转科制度，严格掌握统筹区外转诊转院标准。医疗机构确因医疗技术和设备条件限制，或参保人员要求转统筹地区外治疗的，医疗机构应按医保相关规定办理。

参保人员在住院期间需院内转科治疗的，医疗机构不得中途办理出院结算手续。

就医管理——药品和诊疗项目管理

一、基本原则

医疗机构应当严格按照安徽省基本医疗保险药品目录、安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录，以及医保支付标准和有关政策，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务。医疗机构应优先配备国家基本药物。

二、合理用药

医疗机构对参保人员用药应当严格掌握目录内部分药品的限定支付范围并留存用药依据便于医保核查。

医疗机构应当采取措施鼓励医师按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂型后缓（控）释剂型等原则选择药品；药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不宜叠加使用。

医疗机构的门诊处方一般不得超过 5 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量，对部分行动不便的不超过 2 周用；对患慢性病、老年病的参保人员或遇特殊情况，处方用量可适当延长，最多不超过 1 个月量，应在处方上注明理由。

医疗机构在参保人员出院时，可提供与疾病治疗有关的药品（限口服药），一般不超过 7 天量，长期慢性病不得超过 15 天量，品种数不得超过 4 个。不得带检查和治疗项目出院，出院带药的品种和数量必须在出院记录和出院医嘱中详细记录。

医疗机构不得事先将检查和治疗项目在住院结算，到门诊完成。

三、合理治疗

医疗机构应当加强合理用药、合理诊疗、合理检查管理，严格掌握各种药品、检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。

四、特殊药品、医用材料、服务项目

医疗机构应建立特殊药品、医用材料（含植入类医疗器械）和医疗服务项目内部管理制度，按国家、省和统筹地区医保政策相关规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

安徽省飞行检查违规行为认定标准

一、挂床住院（低标准住院）

参保患者符合下列情况之一者，视为挂床住院：

- （一）参保患者住院治疗期间，离院仍正常工作或生活的；
- （二）定点医疗机构未在 24 小时内上传参保患者相关住院信息至医院 HIS 信息系统；
- （三）住院期间连续 48 小时无实质性诊疗的，或未按照《病历书写基本规范》完成住院病历的；
- （四）参保患者住院治疗期间，检查费用占住院总费用 80%以上的；
- （五）参保患者住院治疗期间，病历记录显示为一级护理，患者不在床接受治疗的（院内检查、治疗情况除外）；
- （六）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院患者管理规定，虽然符合住院指征，且办理了住院手续，但患者不住院接受治疗的；
- （七）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院标准《临床诊疗指南》，将可在门诊治疗的患者收治住院的；
- （八）其他可以认定的挂床住院行为。

二、诱导住院

造成医保基金流失，且符合下列情况之一的，视为诱导住院：

- （一）利用义诊活动、免费体检、违规减免费用、提供免费餐饮、免费接送等手段收治无住院指征的参保人员；
- （二）向参保人员宣传住院费用全额报销，引诱参保患者住院的；
- （三）故意夸大门诊检查、体检等结果，哄吓参保人员住院的；

(四) 其他诱导住院行为。

三、分解住院

以下情况都属于分解住院：

(一) 参保患者出院后 7 日内再次因同一病种入住同一所医院的（因突发危急重症入院、或相应疾病指南有具体规定的除外）；

(二) 为降低住院次均费用，医疗机构故意将病人在住院期间转科室办理多次住院手续；

(三) 其它属于分解住院的行为。

四、虚假住院

有下列情形之一，即视为虚假住院：

(一) 病程记录及医嘱与病情不符；

(二) 伪造病历内容；

(三) 病历中疾病名称及治疗记录与药品、护理记录不相符；

(四) 病历书写严重违反《病历书写规范》的行为；

(五) 利用参保人身份信息办理住院，而参保人未患病住院的行为；

(六) 其他属于虚假住院的情况。

五、过度医疗

过度医疗是指医疗机构或医务人员违反临床诊疗指南、疾病诊疗规范、临床路径等规范的诊疗行为，其范围包括过度治疗、过度检查、重复检查等：

(一) 过度治疗

1、违反《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》等临床药物治疗规范，住院患者无明显用药指征，不合理或超范围、

超剂量用药，或医疗机构有意使用高价药品；

2、不合理或超常规使用一次性耗材，或违反高值耗材使用管理制度，有意使用高值耗材；

3、违反《医疗技术临床应用管理办法》、手术分级和安全核查制度，放宽或降低手术指征实施手术治疗或频繁进行同一种医疗技术（静点或肌注药物、抢救、血气分析、抽取积液等特殊操作除外）。

（二）过度检查

进行与疾病诊断无关且非常规的辅助检查，或能够一次确诊却重复使用各种设备检查同种疾病，或有意选择费用高的辅助检查。

（三）重复检查

参保患者在治疗期间，无明显指征，医疗机构对其进行同一项目或类似项目多次检查；同一患者短期内多次住院且接受重复或类似检查的。

（四）其他过度医疗行为的。

六、不合理收费

不合理收费是指定点医疗机构违反医疗服务价格政策，或违反药品、耗材价格政策等收取费用的行为，通常分为：分解收费、超标准收费、重复收费、自立项目收费、套用项目收费等：

（一）分解收费

是指将医保目录内的一个收费项目分解为两个及以上不同项目进行收费。

（二）超标准收费

违反《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和分级定价等规定，

超出标准的收费行为。

(三) 自立项目收费

未通过主管部门的批准，自设项目收费的。

(四) 重复收费

违反《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和基本医疗操作规范，在同一治疗过程中，同种或同类收费项目，进行多次、重复收费的。

(五) 套用项目收费

用低标准的收费项目套用高标准的收费项目，或用无收费标准的项目套用相近相似的可医保报销收费项目。

(六) 虚记（多记）费用

参保患者病历中记录的医保范围内的药品、诊疗项目、检查项目、医用耗材、医疗服务设施等费用与患者实际治疗发生的费用不相符。

七、人证不符（冒名顶替）住院包括：

(一) 使用他人参保相关证明住院；

(二) 其他冒名顶替住院行为。

八、串换医保目录报销

具有下列情形之一的，视为串换：

(一) 将医保不予支付的医疗服务项目、药品、耗材等串换成医保目录内的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销；

(二) 将医保目录内低价的医疗服务项目、药品、耗材等换成医保目录内相近相似的高价的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销；

(三) 将自立的医疗服务项目串换成医保目录内的医疗服务项目进行报销。

九、留存医保卡、慢性病证等套现

协议医药机构留存参保人员的医保卡或慢性病证等,且存在下列情形之一的,视为套现;

- (一) 药店刷医保卡不购药而是套取医保基金;
- (二) 利用参保人卡、证,采取虚假住院或者虚假治疗等手段骗取基本医疗保险基金;
- (三) 利用参保人卡、证,采取其他方式套取医保基金行为。