



医保政策应知应会手册

2022年2月

目 录

第-	一篇 待边	B保障······	•••••1
第-	-章 职	工医保	2
	第一节	基本概念	2
	第二节	参保登记	6
	第三节	个人账户	17
	第四节	住院保障	20
	第五节	门诊慢特病	24
	第六节	大额救助	32
	第七节	大病保险	33
	第八节	生育保障	35
	第九节	长期护理险	40
第二	二章 居民	民医保	51
	第一节	基本概念	51
	第二节	参保登记	53
	第三节	住院保障	56
	第四节	门诊慢特病	57
	第五节	普通门诊	63
	第六节	两病保障	64
	第七节	大病保险	66
	第八节	生育保障	68

第三章 电	.子凭证	69
第四章 昇	地就医	73
第五章 意	₹外伤害	83
第六章 特	殊群体	86
第一节	离休等人员	86
第二节	未成年居民	88
第三节	苯丙酮尿症患者	90
第二篇 医	药服务	92
第一节	药品目录	93
第二节	医保支付	98
第三节	谈判药品	101
第三篇 基金	金监管	106
第四篇 价	各招采	122
第一节	价格管理	123
第二节	带量采购	130
第五篇 经	办业务	144
第六篇 综	合	158
第七篇 法	律法规及监管文件	166
第一节	社会保险法(节选)	167
第二节	中华人民共和国医师法(节选)	182
第三节	基本医疗卫生和健康促进法(节选)	197

	第四节	医疗保障基金使用监督管理条例(全文)	203
	第五节	医疗保障行政处罚程序暂行规定(全文)	220
	第六节	山东省医疗保障基金监督管理办法(全文)	243
	第七节	医疗机构管理条例(全文)	252
	第八节	基本医疗保险用药管理暂行办法(全文)	263
	第九节	医疗机构医疗保障定点管理暂行办法 (全文	()
			276
	第十节	零售药店医疗保障定点管理暂行办法(全文	()
			297
	第十一节	关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗	7检
		查的指导意见的通知(全文)	315
	第十二节	处方管理办法(全文)	326
	第十三节	长期处方管理规范(试行)	343
附录	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		353
	附件1	职工医保门诊慢特病病种及限额标准	354
	附件 2	居民医保门诊慢特病病种及限额标准	359

第一篇 待遇保障

第一章 职工医保

第一节 基本概念

1. 职工基本医疗保险的概念

答:职工基本医疗保险是国家为补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度。通过用人单位和个人缴费,建立医疗保险统筹基金和个人账户。参保人员患病就诊时发生的医疗费用由医疗保险统筹基金和个人共同负担,以避免或减轻劳动者因患病、治疗等所带来的经济风险。

2. 职工医疗保险制度体系包括哪些内容?

答: 我市职工医疗保险制度体系包括: 基本医疗保险制度、大额救助金制度、大病保险及补充医疗保险制度。这四项制度相互衔接、相互补充,有效保障了参保职工的医疗需求。前三项制度是所有参保职工都能享受到的保障。补充医疗保险制度,不是强制性的,国家鼓励有条件的单位在参加基本医疗保险的基础上建立补充医疗保险制度,补充医疗保险费在工资总额 4%以内的部分,可直接从成本中列支,补充医疗保险办法经单位职工代表大会或职工大会讨论通过后即可以实施。

职工基本医疗保险、大额救助金制度是烟台市市级统筹,全市统一政策;职工大病保险制度是省级统筹,全省统一政策;补充医疗保险,目前是各区市和各单位根据自己的经济发展状况单独确定,我市目前大部分区市机关和部分企事业单位已经建立了自己的补充医疗保险制度。

3. 职工基本医疗保险制度的沿革?

答: 我市的医疗保障制度是在上个世纪 50 年代初期建 立起来的,包括机关事业单位的公费医疗制度和国有企业单 位的劳保医疗制度,这种公费、劳保医疗制度在保障职工身 体健康和维护社会稳定等方面发挥了积极作用。70年代末 我国开始改革开放, 随着改革的不断深入, 传统医疗保险制 度存在的问题日益突出,已难以解决职工的基本医疗问题。 为了改变这种计划经济体制下形成的、由国家和单位包揽下 来的公费及劳保医疗制度,建立适应市场经济体制要求的、 用人单位和职工个人共同负担的医疗保险制度,1998年12 月14日,国务院发布了《关于建立城镇职工基本医疗保险 制度的决定》(国发[1998]44号),标志着我国的医疗 保险制度改革进入了一个新的时期一社会医疗保险时期。 2000年9月,烟台市政府根据国发[1998]44号及省里的 文件精神,制定下发了《烟台市城镇职工基本医疗保险制

度实施办法》,规定:凡驻我市城镇的所有用人单位(包 括机关、事业单位)都必须参加基本医疗保险,基本医疗 保险实行县市区统筹。同时确定采取分批、逐步纳入的方 式,首先在市直和芝罘区、莱州市、招远市辖区内的企业 和企业化管理事业单位进行试点,其他县市区逐步实施。 2002年7月,市直及13个县市区全面启动并进入实施阶 段,大部分县市区机关、企事业单位职工也都陆续参加了 职工基本医疗保险。2011年12月,按照国家、省提高统 筹层次的要求,烟台市人民政府发布第123号政府令,将 我市城镇职工、居民基本医疗保险及职工生育保险的统筹 层次由县市区单独统筹提升为烟台市市级统筹,在全市范 围内统一了筹资标准、待遇水平等政策规定,提高了保障 水平,增强了基金统筹互济和抗风险能力。我市的基本医 疗保险和职工生育保险的市级统筹工作,在全省率先做到 了"六个统一"的要求,特别是基金做到了真正意义上的 统收统支。2017年11月,烟台市人民政府下发第138号 政府令,出台《烟台市职工基本医疗保险实施办法》《烟 台市居民基本医疗保险实施办法》,对我市医疗保险政策 进行了调整。目前我市所有机关、企事业单位职工全部纳 入职工基本医疗保险保障范围,实现了职工基本医疗保险 制度上的全覆盖。

4. 职工基本医疗保险的基本原则有哪些?

答:主要包括:一是医疗保险水平要与本市经济发展水平和各方面承受能力相适应;二是基金要按"以收定支,收支平衡,略有结余"的原则筹集使用;三是基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合;四是基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担,退休人员不需缴纳医疗保险费;五是城镇所有用人单位及其职工均要参加基本医疗保险;六是全市范围内统一参保范围和项目、统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程、统一信息管理。

除以上六个基本原则外,还有两个原则性的规定:一是基本医疗保险实行定点医疗制度,除急诊、急救外,参保人员在烟台市域内就诊的,应到定点医疗机构就诊。用社保卡里的个人账户金就医购药也需要到定点医疗机构或定点药店;异地居住(工作)或因病到烟台市域外就医的,按规定也应选当地的定点医院就医。二是只有符合基本医疗保险、工伤保险、生育保险《药品目录》和《诊疗项目及服务设施目录》规定的医疗费用才能纳入医疗保险统筹基金支付范围。医疗保险统筹基金支付范围是指:一

是《药品目录》中的甲类药品和乙类药品个人自付比例以上部分。二是《诊疗项目及服务设施目录》中诊疗项目、服务设施个人自付比例以上至最高支付限额以内部分。

5. 什么是医疗保险起付标准和最高支付限额?

答:起付标准是参保人员在定点医疗机构发生的"三个目录"内的医疗费用,自己要先承担的那部分费用,起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。根据医疗机构等级不同、门诊或住院情况不同,起付标准也各不相同。

最高支付限额指的是参保人在一个年度内累计能从基本医保基金获得的最高报销金额。

第二节 参保登记

6. 职工基本医疗保险如何参保缴费?

答:职工基本医疗保险(以下简称职工医保)费由用人单位和职工共同缴纳,每个月由用人单位代扣代缴。灵活就业人员通过医保部门完成参保登记后,通过税务部门进行申报缴费。

7. 职工基本医疗保险的缴费基数及比例是多少?

答: 自 2020 年开始职工生育保险合并至职工基本医

疗保险统一征缴。企业单位按本单位职工工资总额的7.8%、机关事业单位按本单位职工工资总额的7.3%缴纳,在职职工按本人工资的2%缴纳职工医保费。灵活就业人员按上年度社会平均工资60%-300%选择缴费基数,每月按缴费基数的5.6%缴纳职工医保费。退休人员不缴费。

8. 退休人员医疗保险最低缴费年限是多少?

答: (1) 最低缴费年限

根据省医保局、财政厅、税务局《关于进一步规范基本医疗保险参保缴费和待遇支付有关问题的通知》(鲁医保发〔2021〕54号)中规定的参保职工享受退休人员基本医保待遇的最低缴费年限(含视同缴费年限)为"男职工30年、女职工25年,未达规定的统筹地区,2025年底前过渡到位"的要求,我市自2026年1月1日起将男职工、女职工的职工医保最低缴费年限由25年、20年调整为30年、25年,2025年12月31日前仍按原规定执行。

(2) 未达到医疗保险最低缴费年限的退休人员

参保职工达到法定退休年龄、未达到职工医保最低缴 费年限的,根据本人意愿,可从以下两种方式中自主选择 享受职工医保或居民医保待遇:

1. 选择一次性缴费的,缴费比例由 9%下调为 7%。参

— 7 *—*

保职工办理退休手续的同时按职工医保最低缴费基数 7% 的比例一次性缴费至最低缴费年限的,自退休次月起按规定享受退休人员医保待遇。退休时未完成一次性缴费的参保职工,一年内按缴费时职工医保最低缴费基数 7%的比例一次性缴费至最低缴费年限的,自退休次月起补发个人账户金、发生的医疗费按规定支付;超过一年的,自缴费到账次月起按规定享受退休人员医保待遇。

- 一次性缴费的年限不计发个人账户金,只计算职工医 保缴费年限。
- 2. 选择继续以在职职工身份按月缴费至职工医保最低缴费年限的,缴费期间按规定享受在职职工医保待遇。

不选择上述两种缴费方式的参保职工,可选择参加居 民基本医疗保险(以下简称居民医保),按规定享受居民 医保待遇。

9. 职工基本医疗保险待遇享受条件?

答:在我市首次参加职工医保的人员(含无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员,以下统称灵活就业人员),自缴费的次月起享受职工医保待遇。首次参加职工医保的人员是指在我市既往无职工医保参保缴费记录的人员。灵活

— 8 **—**

就业人员在我市参加职工医保不受户籍限制。

中断缴费3个月以上重新参保的职工依法参加职工医保并连续缴费满3个月的(不含补缴年限),按规定享受职工医保和生育医疗费报销待遇;连续缴费不满3个月的,不享受职工医保和生育医疗费报销待遇。中断缴费不满3个月的,重新参保缴费后按规定享受职工医保和生育待遇,中断期间不享受待遇。

职工医保和生育保险合并征缴,参加我市职工医保的在职职工生育保险随医疗保险统一参保缴费。女职工生育当月连续足额缴费满 12 个月的,由医疗保障经办机构按月发放生育津贴。生育当月连续缴费不满 12 个月的,待用人单位连续缴费满 12 个月后,自次月起按月补发生育津贴。

以个人身份挂档缴费的灵活就业人员及领取失业金的失业登记人员、军队自主择业人员不参加生育保险。

10. 我市职工医疗保险参保范围有哪些?

答: 我市范围内各类机关事业单位、企业、有雇工的个体工商户、社会团体、民办非企业单位等用人单位和其在职职工,均应当按照属地原则参加职工医疗保险; 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

—9—

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,由个人按规定自主申报缴纳基本医疗保险费。

全市分设市直、芝罘区、福山区、莱山区、牟平区、 蓬莱区、海阳市、莱阳市、栖霞市、龙口市、招远市、莱 州市、开发区、高新区、长岛综合试验区等15个医疗保 险经办机构。

11. 职工基本医疗保险缴费基数是如何确定的?

答: 职工基本医疗保险缴费基数根据缴费工资确定。

- (1)企业单位应按照职工本人上年度月工资总额为职工申报下一年度的缴费工资。"工资总额"即本单位在报告期(年度)内直接支付给本单位全部职工的劳动报酬的总额,包括计时工资、计件工资、奖金、津贴和补贴、加班加点工资、特殊情况下支付的工资。工资总额是税前工资,包括单位从个人工资中直接为其代扣代缴的房费、水费、电费、住房公积金和社会保险基金个人缴纳部分等。当职工缴费工资低于或高于医保部门规定的保底、封顶线时,其缴费基数确定为保底或封顶基数。
- (2) 灵活就业人员在保底封顶基数之间自行选择缴费基数。

(3) 机关事业单位职工缴费基数按相关规定执行。

自 2022 年起,每年省人力资源和社会保障厅会同省 医疗保障局下发全省全口径城镇单位就业人员平均工资 公告次月起,统一按公告的平均工资调整基本医疗保险缴 费基数"封顶保底线";公告之日的当月前(含公告当月) 继续按上一年度公布的平均工资执行基本医疗保险缴费 基数"封顶保底线"。

12. 单位职工医保缴费基数是否可以和养老保险缴费 基数不一致?

答:根据山东省医疗保障局和山东省人力资源和社会保障厅联合印发的《关于公布 2019 年度职工基本医疗保险缴费基数有关问题的通知》(鲁医保发〔2019〕59号)规定,职工基本医疗保险缴费基数与职工基本养老保险执行统一缴费基数。

单位应按照同一标准向医保和人社部门申报缴费工资。

13. 灵活就业人员医疗保险缴费标准是多少?

答: 灵活就业人员在保底封顶基数之间自行选择缴费基数后,按5.6%的比例缴纳划入基本医疗保险统筹基金部分的医疗保险费,不建立个人账户。

14. 新单位如何进行职工医保参保缴费?

答:新单位成立后,应先通过属地医疗保险经办机构办理单位医疗保险参保登记,再办理职工医保参保登记, 最后按月缴纳职工医保费。

15. 单位如何办理医疗保险参保登记?

答: (1) 机关事业单位: 向单位属地医疗保险经办机构提供《非企业单位社会保险基本信息登记表》、《事业单位法人证》或《统一社会信用代码证》(副本)、单位成立批文复印件进行参保登记。

- (2)企业单位:通过市场监管部门"一网通办"系统注册的企业,医保经办机构直接通过数据共享获取企业注册信息,自动为企业办理参保登记。未通过市场监管部门"一网通办"系统注册的企业,向归属地医疗保险经办机构提供《企业(个体工商户)社会保险补充信息登记表》办理医疗保险信息完善、开通"烟台市医疗保障单位网上服务系统"等事项。
- (3)社会团体、民办非企业等非企业性质单位:除了向属地医疗保险经办机构提供《非企业单位社会保险基本信息登记表》外,另需根据单位性质提供《社会团体法人登记证书》、《民办非企业单位登记证书》、教育部门

— 12 —

颁发的《社会力量办学许可证》、司法部门颁发的《律师事务所执业证书》或部队开具的《缴纳企业社会保险介绍信》。

16. 如何办理职工医保参保登记?

答:已通过公共就业与人才服务中心办理劳动用工备案的企业、个体工商户、社会团体、民办非企业,已取得人力资源社会保障部门或编办出具的增员通知单、行政介绍信或报到证的机关事业单位,可通过 "烟台市医疗保障局"官网一政务服务—公共服务—单位服务—医疗保障单位网上服务—业务事项—在职增员(批量在职增员)或在职减员(批量在职减员)办理职工医保参保登记,也可通过属地医疗保险经办机构业务窗口办理此项业务。

17. 单位如何按月缴纳职工医保费?

答:完成单位参保登记和职工参保登记的单位,每月通过"烟台市医疗保障局"官网—政务服务—公共服务—单位服务—医疗保障单位网上服务—业务事项—应缴信息查询(医保缴费)生成本单位医疗保险缴费单据,或通过属地医疗保险经办机构自助设备、业务窗口生成缴费单据,最后通过税务部门完成缴费。

18. 参保单位如何申报、修改缴费基数?

— 13 —

答:通过"烟台市医疗保障局"官网—政务服务—公 共服务—单位服务—医疗保障单位网上服务—业务事项 一缴费基数申报功能,按规定为职工申报缴费工资,医保 系统根据保底封顶线生成缴费基数。基数申报错误需要重 新修改的,未生成缴费单据的可通过上述操作再次进行基 数申报;已生成缴费单据未缴费的,向归属地医保经办业 务窗口提交书面申请作废单据并删除缴费计划后,再次进 行基数申报;已完成缴费的,向医疗保险经办机构提出书 面申请并提供工资明细等相关材料认定缴费基数后,由医 保业务经办人员修改缴费基数。

19. 单位如何办理职工医保退休?

答:单位为职工办理职工基本养老保险退休手续后, 凭养老保险退休审批表或退休待遇核定表,至属地医疗保 险经办机构办理职工医疗保险退休待遇认定。

20. 单位经营地址或属地发生变更后,是否可变更医疗保险缴费所属经办机构?

答:单位经营地址或属地发生变更后,可向原属地医疗保险经办机构申请变更医疗保险参保缴费经办机构。

21. 大额医疗救助和长期护理保险的缴费标准是多少? 如何缴费?

答:大额医疗救助和长期护理保险实行按年度参保缴费,大额医疗救助 36 元/年、长期护理保险 30 元/年。单位职工、退休职工等计发医疗个人账户人员,费用从每年首次计发的医疗个人账户中扣缴;灵活就业人员每年通过税务部门自主申报缴费。

22. 如何办理职工医保关系转移?

答:参保人员或用人单位提交基本医疗保险关系转移申请,可通过全国统一的医保信息平台直接提交申请,也可通过线下方式在转入地或转出地经办机构窗口申请;转出地或转入地医疗保险经办机构成功受理转移申请后,通过医保信息平台完成转移接续手续。省内办理时限缩短至9个工作日,跨省转移办理时限缩短至15个工作日,实现"跨省通办"。

23. 离退休职工死亡后,如何办理职工医保减员业务?

答:离退休职工死亡后,亲属可联系单位,由单位通过"烟台市医疗保障局"官网—政务服务—公共服务—单位服务—医疗保障单位网上服务—业务事项—医疗离退休减少(死亡)办理职工医保减员;亲属也可通过向属地医疗保险经办机构业务窗口提供死亡证明办理职工医疗

— 15 —

保险减员并按规定结清医保个人账户余额。

24. 如何查询职工医保个人缴费情况?

答:除在医疗保险经办机构窗口查询外,还可通过"烟台市医疗保障局"微信公众号—医保服务—办事大厅—我要查询—职工医疗缴费查询,进行个人缴费情况查询。

25. 灵活就业人员如何办理参保登记和中止参保登记?

答:灵活就业人员可通过"烟台市医疗保障局"微信公众号—医保服务—办事大厅—我要办事—医疗保险—"灵活就业人员基本医疗保险参保登记"或"灵活就业人员医疗保险中断登记"办理参保登记或中止参保登记业务。也可通过常住地或户籍所在地医疗保险经办机构的业务窗口办理。

26. 灵活就业人员如何进行缴费?

答:完成参保登记的灵活就业人员可直接通过"山东税务社保费缴纳"微信小程序—灵活就业—医保自主申报功能,选择灵活就业人员基本医疗保险、职工大额医疗补助保险、长期护理保险三个险种缴费。也可通过各经办机构税务窗口缴费(支持刷卡、微信、支付宝、现金、银行签约代扣等)。

27. 灵活就业人员预缴费用后是否可办理退费?如何办理退费?

答: 灵活就业人员预缴费用期内实现再就业时,可自就业当月进行退费; 发生死亡时,可自死亡次月进行退费; 主观需要退费时,可自申请退费时间次月进行退费。

办理灵活就业人员退费时,通过"烟台市医疗保障局"官网—医保动态—通知公告—"关于职工医疗保险相关业务常用表格下载的通知"—医疗业务常用表格.rar,下载并填写"医疗保险费退费申请表"后向属地医疗保险经办机构申请退费。

第三节 个人账户

28. 个人账户是怎样划入的?

答: 职工医保基金由统筹基金和个人账户构成。职工个人缴纳的全部基本医疗保险费及用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分,划入个人账户。

29. 个人账户金的划入标准是多少?

答: 个人账户金按照"效率优先、兼顾公平、适当照顾老年人"的原则,按以下标准划入: 35 周岁以下(不含35 周岁)在职职工月划入额=本人月缴费工资×2.3%; 35

周岁以上至 45 周岁以下(不含 45 周岁)在职职工月划入 额=本人月缴费工资×2.7%; 45 周岁以上在职职工月划入 额=本人月缴费工资×3.4%; 退休人员月划入额=本人年龄×1.5元。

30. 个人账户的支付范围包括哪些?

答:职工个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、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。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。(此外,个人账户可支付烟台市民健康保,今后将推进使用个人账户支付居民医保缴费。)

31. 什么情况下可以申请医保个人账户一次性提取?

答:参保人员发生以下情况,可办理个人账户结清手续:

- (一)调离烟台市行政区域;
- (二) 死亡;
- (三) 出国定居;

(四)办理省外异地居住手续的退休人员。

32. 如何办理医保个人账户一次性提取?

答: (1) 现场办理: 转移接续参保人员可以持本人身份证或社保卡、本人名下银行账户到医保经办窗口现场办理; 死亡参保人员可由家属持本人和死亡参保人的身份证或社保卡、死亡参保人名下银行账户到医保经办窗口现场办理。

(2) 网上办理: 转移接续参保人员可以关注"烟台市医疗保障局"微信公众号,在"医保服务"—"办事大厅"—"我要办事"—"个人账户一次性支取"中上传本人身份证或社保卡、本人名下银行账户办理。

33. 如何查询医保个人账户金收支和余额信息?

答: (1) 登录"烟台市医疗保障局"微信公众号, 或通过"烟台市医疗保障局"官网的个人网上服务系统查 询;

- (2) 定点医药机构的医保电子凭证设备自助查询;
- (3) 医保经办服务大厅自助设备上查询;
- (4) 医保经办服务大厅窗口由工作人员代为查询。

第四节 住院保障

34. 什么是起付标准、最高支付限额?

答:按照"医保基金与参保人员共同负担医疗费"的原则,参保人员在定点医药机构发生的合规医疗费,自己要先承担一部分后,医保基金才按规定比例报销。个人先负担的医疗费数额标准,就是"起付标准"。

最高支付限额指在一个医疗年度内基本医疗保险统 筹基金支付参保人员医疗费用的最高数额。最高支付限额 以外的费用基本医保不能报销,参保人可以通过参加补充 医保、商业保险等办法解决。

35. 职工医保住院起付标准是多少?

答:自2021年1月1日起,职工医保住院起付标准为:一级医院200元,二级医院500元,三级医院800元;第二次住院按50%执行;第三次及以后住院每次按100元执行。恶性肿瘤患者,在一个医疗年度内多次因放疗、化疗、靶向药物治疗住院发生的医疗费用,只扣一次起付标准。入、出院时间不在同一年度的,以入院时间计算。

36. 职工医保住院报销比例是多少?

答: 在职职工在一个医疗年度内, 因病住院发生的符合规定的医疗费用, 在起付标准以上的部分纳入医保报销,

一级医院,起付标准以上至最高支付限额的部分按 90%支付;二级医院,起付标准以上至最高支付限额的部分按 90%支付;三级医院实行分段累进制报销:起付标准以上至 10000 元(含)的部分按 85%支付、10000 元以上至最高支付限额的部分按 90%支付。退休人员在上述支付比例的基础上再提高 5 个百分点。

三级医院住院医疗费分段累进制报销计算时,累进费用为本年度参保职工已结算的历次住院和门诊慢特病医疗费中统筹基金支付范围内的累计医疗费用。

37. 通过急诊住院的,在急诊发生的费用可以报销吗?

答: 医疗机构根据《关于进一步明确急诊抢救医疗费用纳入医保基金支付范围的通知》(烟社保发〔2015〕5号)要求,对于符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用,审核通过后纳入医保基金支付范围。在住院结算后,医疗机构会根据系统生成的医疗统筹登记号录入符合规定的急诊抢救费用,参保地医保经办机构审核通过后通过社会化发放拨付该笔费用。

38. 医保核酸检测费用支付范围有哪些?

答:根据《关于做好新冠病毒核酸检测费用保障工作的通知》(鲁医保发〔2020〕41号)、《关于做好新冠病毒核酸检测费用医保支付结算工作的通知》(烟医保中心发〔2020〕6号)要求,在各级医疗机构发热门诊发生的核酸检测费用,符合门诊结算有关政策规定的,纳入门诊结算支付;不符合门诊结算政策规定及超过门诊结算支付限额的,医保基金不予支付。新住院发生的及入院前新冠病毒核酸检测规定有效期之内的门诊核酸检测费用纳入本地住院结算支付。除因疫情防控要求必须单独检测的,鼓励医疗机构优先使用混合检测,尤其是住院人群定期检测和门诊健康人群检测。

39. 参保人员住院就医结算流程是什么?

答: 参保人员在我市定点医疗机构出示"医保电子凭证"、"社会保障卡"、"身份证"任选其中一种皆可办理住院登记手续。符合政策规定的住院医疗费用实行即时结算,参保人员出院时在定点医疗机构只需支付个人自付部分。

40. 住院期间是否可以报销门诊费用?

答:以下情况住院期间发生的门诊费用可以合并到住院费用中一起报销:

— 22 —

- (1) 住院期间使用国谈药品的(双渠道管理药品)
- (2)因医疗机构医疗技术、药品配备及设备条件限制无法满足患者诊疗需求的,经所在医疗机构审核备案后外出就医的。

41. 住院使用谈判药品报销流程是什么?

答:参保人员住院使用谈判药品,经审核备案后,按住院相关政策结算。住院期间因医疗机构备药不足的,经医院医保部门备案登记后,在其他"三定"医疗机构、特药零售药店发生的"双渠道"谈判药品费用由医疗机构负责合并住院费用一并结算。

42. 透析患者住院期间所在的医院无法透析,在外院的透析费用是否可以报销?

答:透析患者住院期间所在的医院无法满足透析治疗需求的,经医院医保部门备案登记后,在其他符合条件的 定点医疗机构发生的透析费用合并住院费一并报销。

43. 在非发热门诊做的核酸检测,在检测有效期内住院,核酸检测如何报销?

答:参保人员在非发热门诊新冠病毒核酸检测的,在 核酸检测有效时间段内登记住院的,医疗机构门诊退费, 同时住院医嘱录入"核酸检测"项目,其门诊新冠病毒核 酸检测报告单原件须贴入住院病历, 医保基金支付部分通过系统一并拨付给医疗机构。

第五节 门诊慢特病

44. 什么是职工门诊慢特病?

答: 职工门诊慢特病是指经医疗保障经办机构确认备案,需要长期门诊治疗,其费用由统筹基金按规定比例支付的部分疾病,我市职工门诊慢特病病种分为甲类和乙类,共计77种。其中,甲类16种、乙类61种。

45. 职工医保门诊慢特病待遇标准是多少?

答: 职工医保甲类门诊慢特病患者发生的符合规定的门诊医疗费用,由统筹基金按 85%支付。慢性肾功能衰竭(肾衰竭期)患者的门诊血液透析费用、腹膜透析费用及器官移植后服用环孢素 A 的费用在上述基础上再提高 10%。血液透析在包干结算医疗机构个人负担每次为 20 元、在定额结算医疗机构,个人负担金额每次为 33.15 元。

乙类门诊慢特病实行起付标准和限额管理。年度起付标准为 300 元 (癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍不设起付标准)。乙类门诊慢特病患者发生的符合规定的门诊医疗费用,在起付标准以上部分按 80%支付,

— 24 —

一个医疗年度内不能超过该门诊慢特病病种最高支付限 额。

参保职工认定两种乙类门诊慢特病的,一个医疗年度 只计算一个起付标准。

46. 职工医保门诊慢特病病种和支付限额是多少?

答: 见附件1。

47. 哪些门诊慢特病费用不能报销?

答:门诊慢特病患者的下列门诊医疗费,基本医疗保险统筹基金不予支付:

- (1)参保人住院治疗、医疗专护期间发生的;
- (2)与认定病种无关的治疗及检查检验费;
- (3)违反国家、省医保规定所发生的。

以上相关事项,市级医疗保障经办机构将根据国家 "放管服"改革及上级医保经办服务要求,持续优化、动 态调整。

48. 门诊慢特病申办流程及注意事项有哪些?

答: (1) 申办条件。符合门诊慢特病(甲、乙类)病种范围和认定标准的参保人员均可按规定申办。乙类门诊慢特病最多可申办 2 种,按最先认定的两个病种享受待遇。

同种类型及保障待遇重合的门诊慢特病(简称"互斥

- 病种")不得重复办理,因病情进展符合办理甲类门诊慢 特病的,原乙类门诊慢特病待遇应予以终止。
- (2) 申办材料和途径。参保人申办门诊慢特病,应 提供身份证或社会保障卡、近一年之内的病历材料原件或 有效复印件(包括住院病历或门诊病历、相关检查检验报 告等)。实行有效期管理的病种,参保人应在有效期内申 办。申办时提供的病历材料时限超过一年的,还需补充近 期的就诊记录及相关检查检验报告,通过以下途径办理:
- ①定点医疗机构办理:患者在确诊的定点医疗机构医保管理办公室(医保服务专区、医保服务站)提交申办材料,经具备副主任医师以上职称的医保医师或科室主任填写《烟台市基本医疗保险门诊慢特病申请表》,医保办审核盖章、通过医保平台上传申请表及相关病历材料,按规定进行办理。
- ②网上办理:在异地医疗机构确诊白血病、全身各系统恶性肿瘤、再生障碍性贫血、消化性溃疡、血友病、经皮冠状动脉支架植入术后、心脏移植术后、心脏瓣膜置换术后、骨髓移植术后 9 类疾病的患者,可通过"烟台市政务服务网"在线提交门诊慢特病申办材料,并查询办理结果。

- ③邮寄办理:在异地居住或异地医疗机构确诊的患者,可将申办材料通过快递等方式寄往参保地医保经办机构办理。
- ④医保经办机构办理:无法通过以上方式办理的参保人,可持相关证件、经确诊疾病的定点医院盖章的《烟台市基本医疗保险门诊慢特病申请表》(异地确诊的不需提供)、病历材料至参保地医保经办机构办理或委托他人代办。
- (3)待遇起始日期的确定。参保人按病历材料要求时限办理门诊慢特病,经住院治疗确诊的,待遇起始日期为出院日期次日;经门诊治疗确诊的,待遇起始日期为确诊当日。超出病历材料要求时限的,待遇起始日期为申办当日。
 - (4) 办理时限。
 - ①即时办结病种(70种)

白血病,慢性肾功能衰竭(已规律透析)、肾(肝) 移植术后、颅内肿瘤(良性)(36个月),椎管内肿瘤(良性)(36个月),全身各系统恶性肿瘤,重度烧伤(36个月),慢性肺源性心脏病(肺、心功能失代偿期),系统性红斑狼疮,再生障碍性贫血,股骨头坏死(36个月),精

神障碍、糖尿病、消化性溃疡(12个月),类风湿关节炎, 慢性肾炎或肾病综合征,强直性脊柱炎,甲亢(Graves病) (18 个月),慢性阻塞性肺疾病(COPD),原发性血小板 减少性紫癜,原发性血小板增多症,血友病,运动神经元 病,帕金森病,重症肌无力,格林-巴利综合征(12个月), 癫痫,系统性硬化病,银屑病,心肌梗死,苯丙酮尿症(四 氢生物蝶呤缺乏型 BH4), 经皮冠状动脉支架置入术后(18 个月),心脏移植术后,心脏瓣膜置换术后,冠状动脉旁 路移植术后(18个月),颅内颈内及椎动脉支架置入术后 (18 个月),锁骨下动脉支架置入术后(18 个月),桥 本氏甲状腺炎,甲状腺功能减退症,骨髓移植术后(36个 月),骨髓增生异常综合症,自身免疫性溶血性贫血,肝 豆状核变性, 真性红细胞增多症, 原发性骨髓纤维化症, 多发性肌炎(PM),皮肌炎(DM),原发性醛固酮增多症, 自身免疫性肝炎,脊髓空洞症,肺间质纤维化,干燥综合 症,白癜风,溃疡性结肠炎(24个月),骨软化病,白塞 病(BD),大动脉炎(TA),结节性多动脉炎(PAN), 显微镜下多血管炎 (MPA), 肉芽肿性多血管炎 (GPA), 管性 痴呆, 克罗恩病, 线粒体病, 癫痫所致精神障碍, 精神发 育迟滞伴发精神障碍,肺结核(24个月),肺外其他部位

结核(24个月),耐多药结核和广泛耐药结核(24个月),慢性乙型病毒性肝炎,慢性丙型病毒性肝炎(24个月),肝硬化代偿期。

②非即时办结病种

慢性肾功能衰竭(未行规律透析)、脑出血后遗症、脑梗塞后遗症、糖尿病合并并发症、慢性心力衰竭(心功能III级以上)、肝硬化失代偿期、脑出血脑梗死后遗症(生活部分自理者)、原发性高血压、心功能II级。

非即时办结病种需经专家现场审核。参保人可随时申报,每季度审核办理一次,由医学专家和医保工作人员审核确认后办理备案手续。其中,对于确诊时年满70周岁或病情符合直接准入情况的参保人,可减免专家现场审核环节。

有下列情形之一的,需经医学专家现场审核:

- (1) 提供的病历材料其客观性及真实性存在疑点的;
- (2)病历材料不完整或疾病诊断不准确的;
- (3)患者经系统康复治疗后病情与门诊慢特病认定标准可能存在不一致的。

49. 参保人员如何选择门诊慢特病定点医疗机构?

答: 医药机构开展基本医疗保险门诊慢特病业务,需

取得住院定点资格(含门诊慢特病定点资格)或特药定点药店资格。

参保人可根据本人申报病种的诊治需要和病情轻重,本着就近方便的原则,自主选择一所具有定点资格的医疗机构,并签订服务协议书。精神类疾病患者需定点在精神专科医院或具有精神专科病房的综合性医院;慢性乙、丙型病毒性肝炎(含由病毒性肝炎引起的肝硬化代偿期、失代偿期)患者需定点在传染病专科医院或设立传染病房的综合性医院;结核病患者可在结核病防治机构范围内自主选择一所定点医疗机构;定点已选择血液透析中心的慢性肾功能衰竭患者,其它病种可再选择一所定点医疗机构。上述患者选择定点在设立专科病房综合性医院的,其它病种可再选择一所定点医疗机构。

50. 参保人员如何办理定点医疗机构变更?

答:参保患者在原定点医疗机构就医满 12 个月的,可自愿变更到新的定点医疗机构。在与原定点医疗机构结清医疗费用后,持本人身份证或社会保障卡、《门诊慢特病病历》到符合变更条件的定点医疗机构签订服务协议书,定点医疗机构即时办理变更手续,并将协议书上传备

-30

案。

51. 门诊慢特病患者就医结算流程是什么?

答: (1)患者在本人定点医疗机构发生的合规门诊 医疗费实行即时结算。

- (2) 定点医疗机构应满足已签约门诊慢特病患者的 诊疗需求,因本医疗机构医疗技术、药品配备及设备条件 限制无法满足患者诊疗需要的,由经治医师提出建议,本 医疗机构备案,患者可到具有相关门诊慢特病定点资格的 医疗机构就医、购药,并先行垫付相关费用,就诊结束后 持病历、检查检验报告单、发票等材料到本人定点医疗机 构审核结算。
- (3)职工乙类门诊慢特病采用起付标准和限额管理, 一个医疗年度内不能超过支付限额。医疗年度是指自然年度(1-12月),门诊慢特病患者第一个医疗年度,是从批复的执行时间到当年12月31日。
- (4)门诊慢特病患者每次就诊,医师应如实书写诊疗记录,诊疗记录应与患者认定的病种相符,不相符的诊疗费用不予报销。
- (5)门诊慢特病专用病历本由患者本人保管,不得 转借或涂改;为防止门诊慢特病专用病历本被盗用,请勿

将其交由协议医疗机构保管;遗失或用完,需持有效证件 向医保经办机构申请补、换发。

- (6)同时患有甲类门诊慢特病和乙类门诊慢特病的患者,就诊时应要求定点医疗机构要将甲类门诊慢特病和乙类门诊慢特病费用分别开具票据。即时上传,患者(或亲属)要在门诊票据和结算单上签字。
- 52. 长期异地居住参保人临时回参保地门诊慢特病医疗费用如何报销?

答:门诊慢特病参保人员办理了长期异地居住备案的,临时回参保地发生符合政策规定的医疗费用,个人首先负担10%,剩余部分按本地门诊慢特病政策报销。

第六节 大额救助

53. 职工医保年度最高支付限额是多少?

答: 我市职工医保在一个医疗年度内, 统筹基金支付住院费用、门诊慢特病(甲类和乙类门诊慢特病)门诊费用、国家谈判药品门诊用药保障费用不能超过最高支付限额, 年度最高支付限额为 25 万元。

54. 什么是职工大额救助金制度?

答: 职工大额救助金是对超过职工医保统筹基金最高

支付限额以上部分的合规医疗费,给予一定比例报销的医疗保障制度。职工大额救助金由个人缴纳。在职职工和退休人员年初按年度一次性缴纳大额救助金,标准为每人每年36元。超出职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额25万元后,再由大额救助金按90%比例支付,最高支付限额为40万元。

第七节 大病保险

55. 什么是大病保险?

答:大病保险是在基本医疗保险的基础上,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排,可进一步放大保障效用,是基本医疗保险制度的拓展、延伸和补充。目的是解决广大人民群众因病致贫、因病返贫、避免重大疾病而陷入经济困难的惠民政策。

56. 职工大病保险的保障范围有哪些?

答:职工大病保险的保障对象为职工医保的参保人员。保费由职工医保基金统一支付,标准为每人每年 20元,参保职工和单位无需另行缴费。职工大病保险建立按医疗费用额度补偿机制,对参保职工一个医疗年度发生的住院医疗费用,经基本医疗保险、大额救助金报销后,个

— 33 —

人累计负担的合规医疗费用超过起付标准的部分,由职工 大病保险按比例补偿。

57. 职工大病保险按额度补偿政策是怎样规定的?

答:起付标准为1.6万元,个人负担的合规医疗费用1.6万元以上(含1.6万元)、5万元以下的部分给予70%补偿;5万元以上(含5万元)部分给予80%的补偿。一个医疗年度内,大病保险最高支付限额为60万元。

58. 职工大病保险特殊药品补偿政策是怎样规定?

答:职工大病保险对参保职工使用特药后发生的费用,实行单独补偿,自2021年1月1日起,起付标准为2万元,起付标准以上部分(含2万元)给予80%的补偿,一个医疗年度内,职工大病保险资金最高给予40万元的补偿。

59. 职工大病保险罕见病用药保障政策是怎样规定的?

答:自2021年1月1日起,对治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病三种罕见病必需的特殊疗效药品费用制定单独的支付政策,单独列支费用,起付标准为2万元,2万元以上至40万元以下的部分按照80%比例予以补偿,40万元(含)以上的部分按照85%比例予以补偿,一个医疗年

— 34 —

度内每人最高补偿90万元。

第八节 生育保障

60. 职工生育保险待遇申领条件有哪些?

答: (1)符合国家人口和计划生育政策生育或实施计划生育手术的。

- (2) 女职工生育当月连续缴纳基本医疗保险和生育保险满 3 个月(含异地转移接续时限,不含补缴时限)的,享受生育医疗费用支付待遇。
- (3) 女职工自本地参保缴费之日起,生育当月连续足额缴费满 12 个月的,由医疗保障经办机构按月发放生育津贴。生育当月连续缴费不满 12 个月的,待用人单位连续缴费满 12 个月后,自次月起按月补发。

61. 职工生育保险待遇包括哪些?

答: (1) 生育津贴。本市行政区域内的各类企业、 实行企业化管理的事业单位及城镇有雇工的个体工商户, 参保女职工生育享受生育津贴。机关事业单位女职工生育 不享受生育津贴,按照规定享受产假期间的工资正常发 放,福利待遇不变,所需经费按原渠道列支。

(2) 生育医疗费。包括女职工因怀孕、生育发生的

检查费、接生费、手术费、住院费、药费和治疗费和因生育引起疾病的医疗费。

- (3) 计划生育手术医疗费。包括职工实施放置(取出) 官内节育器、皮下埋植术、取出皮埋术、流产术、引产术、绝育及复通手术所发生的医疗费用;
- (4)参加生育保险男职工配偶未就业的,符合人口和计划生育政策规定的生育医疗费用。

62. 生育保险待遇支付标准是多少?

答: (1) 生育医疗费用。

生育医疗费用等待期与基本医疗保险等待期一致。女职工生育当月连续缴纳基本医疗保险和生育保险满 3 个月(含异地转移接续时限,不含补缴时限)的,享受生育医疗费用支付待遇。

缴纳生育保险的女职工住院分娩时发生的生育、生育 引起疾病和合并疾病的医疗费用纳入生育保险支付范围, 由协议定点医疗机构按规定与参保职工据实结算,产前检 查费实行定额支付,标准为 800 元,与生育医疗费用合并 支付。

(2) 生育津贴。

生育津贴为所在用人单位上年度职工月平均工资除

以30天乘以产假天数,产假天数按照国家规定执行:

女职工正常生育的产假津贴为 98 天,难产符合剖宫产指征实行剖宫产的增加 15 天,多胞胎生育的每多生育一个婴儿增加 15 天。

女职工怀孕未满 4 个月流产的,享受 15 天产假津贴; 怀孕满 4 个月流产(含引产及死胎娩、取出)的,享受 42 天产假津贴。

《山东省人口与计划生育条例》规定增加的产假、护理假,视为出勤,工资由用人单位照发,福利待遇不变。 生育津贴和工资不重复享受。

(3) 计划生育手术医疗费用。

包括放置(取出)官内节育器、皮下埋植术、取出皮埋术、流产术、引产术、绝育及复通手术所发生的医疗费用,实行按项目定额支付。

具体支付标准为: 妊娠不满 4 个月以下流产的, 定额为 400 元; 妊娠 4 个月以上流产(含引产及死胎娩出)的, 定额为 900 元; 放置(取出)宫内节育器的, 定额为 180 元; 皮下埋植术、取出皮埋术, 定额为 120 元; 绝育手术的, 定额为 1200 元; 复通手术的, 定额为 1500 元。

(4)下列住院发生的医疗费用按基本医疗保险规定

支付。

- ①女职工因生育引起和合并其他疾病住院未分娩的;
- ②符合入院指征计划生育手术需入院治疗的(含死胎后行剖官产取出的)。
 - (5) 女职工异地生育发生符合规定的生育医疗费用。
- ①女职工异地生育实行定额结算,定额结算标准为4300元(含产前检查费);
- ②生育合并和引起疾病医疗费用,按基本医疗保险异地就医管理规定执行。
 - (6) 女职工符合异地计划生育手术生育医疗费。
- ①按生育定额结算的,参照本地计划生育手术定额标准进行支付;
- ②符合入院指征的异地计划生育手术按基本医疗保险异地就医管理规定执行。
- (7)参加生育保险的男职工配偶未就业的。其符合 计划生育政策规定且无法享受其他生育医疗费待遇(补助)的,按照女职工异地生育医疗费定额支付标准的 50% 享受生育补助金。

63. 剖官产有哪些规定?

答:协议定点医疗机构应根据相关规定,严格掌握剖

宫产指征,提高自然分娩率。"难产的增加15天产假" 是指经定点医疗机构诊断,符合剖宫产手术指征,确需实施剖宫产生育的;无指征自行要求实施剖宫产手术的,按 正常生育标准计发生育津贴。

64. 生育就诊是如何规定的?

答:生育保险纳入医疗保险定点协议管理范围。除急诊急救外,参加生育保险的职工应当到定点医疗机构就医。自2021年12月1日起,异地工作或回原籍到统筹区域外定点医疗机构就诊的,取消女职工异地生育备案手续。

65. 参保人员在境外生育是否享受生育保险待遇?

答:符合计划生育政策的,可以申领生育津贴,境外发生的生育医疗费不报销。

66. 女职工领取生育津贴期间中断参保的,续保后是 否继续享受待遇?

答: 女职工在领取生育津贴期间,单位未按时缴纳生育保险费的,生育津贴暂停发放,单位正常缴费后继续发放。

67. 女性参保居民生育时,其配偶参加了职工医保, 是否可以享受相关生育保险待遇? 答:可以,但不能重复享受待遇。参加生育保险男职工的配偶未就业的,符合计划生育政策规定生育且未享受其他生育医疗待遇的,按照异地生育医疗费定额补助标准50%享受生育补助金。

第九节 长期护理保险

68. 建立长期护理保险制度的意义?

答:第一,是国家应对人口老龄化战略部署的专项制度安排。2000年起,我国步入老龄化社会,2019年老龄化率升至18%,今后一段时期将迎来老年人口快速增长期。探索建立长期护理保险制度是完善失能人员长期护理保障的重要制度安排。

第二,有利于补齐社会保障制度体系短板。长期护理保险制度是在老龄化加深、长期施行独生女子政策、城镇化进程加快、人员流动性增加的背景下作出的弥补社会保障体系空白的制度安排,是新时代增强人民福祉的重要措施。

第三,有力促进护理服务体系的供给侧改革和高质量 发展。目前护理人员缺口大,职业化水平低。长期护理保 险制度在增强失能人员护理服务可及性的同时,为护理务 业、健康产业持续发展提供了有力支撑,吸引了大量劳动力,形成与相关产业协同发展的良好局面。

第四,有利于增进家庭和谐、维护公序良俗。在当下小家庭、坐班工作模式下,失能人员日常照护事关家庭成员的生产生活,占用劳动资源。健全制度保障,在一定程度上可解放家庭成员,化解家庭矛盾,促进家庭和谐,推进传统美德和公序良俗的传承。

69. 什么是职工长期护理保险?

答:职工长期护理保险制度(以下简称"长期护理保险")是以社会互助共济方式筹集资金,对因年老、疾病、伤残等原因导致长期丧失自理能力,经评定达到一定护理需求等级的参保职工,为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务的社会保险制度。

70. 职工长期护理保险的保障对象有哪些?

答:凡参加职工基本医疗保险的职工和退休人员(以下简称参保职工),纳入职工长期护理保险覆盖范围。正常享受职工基本医疗保险待遇的参保职工,经评定后符合条件的,自核准之日起享受长期护理保险待遇。

71. 职工长期护理保险筹资标准是多少?

答:长期护理保险由职工医保统筹基金、个人缴费、

财政补助、福彩公益金合理分担,并接受企业、单位、慈善机构等社会团体和个人的捐助,其中个人缴费原则上不低于筹资总额的 30%。

目前,我市按每人每年100元的标准筹集,其中:职工医保统筹基金划拨60元,财政补助5元,福彩公益金5元,个人缴费30元。其中个人缴费部分由医疗保障经办机构年初从医疗保险个人账户金中一次性代扣代缴;没有个人账户金的,个人在缴纳社会保险费时一并缴纳。

建档立卡贫困人口、城乡最低生活保障对象、重度残疾人、年满 49 周岁(含)计划生育特殊家庭父母及三级以上伤残独生子女等群体的个人缴费部分由县市区政府(管委)给予全额资助。

72. 职工长期护理保险保障方式有哪些?

答: 经评定符合条件的参保职工享受长期护理保险待遇, 其保障方式分为医疗专护(以下简称专护)、医养院护(以下简称院护)、巡查护理(包括居家护理,简称巡护)。

(1)专护。指定点医护机构开设医疗专护区,为符合医疗专护准入条件的参保职工提供24小时连续医疗护理服务。

- (2)院护。是指定点医护机构开设医养院护区,为符合院护准入条件的参保职工提供24小时连续在院照护服务。
- (3)巡护。指由定点医护机构定期指派医疗或护理人员,为符合巡护准入条件的参保职工定期提供巡诊照护服务。

73. 职工长期护理保险待遇支付范围有哪些?

答:长期护理保险重点保障长期处于失能、失智状态的参保职工与基本生活密切相关的医疗护理等所需服务和日常生活照料费用,分为"基础护理费用"和"日常照护费用"。

"基础护理费用"主要是指与医疗护理密切相关的护理费用,包括诊疗费、护理费、巡护费等费用。"日常照护费用"主要是指参保职工发生的与日常生活照料相关的费用,包括生活护理指导、洗发、擦浴等。

74. 职工长期护理保险服务项目有哪些?

答:长期护理保险项目分为基础护理服务和日常照护服务两大类。基础护理项目包括生命体征监测、血糖监测、口腔护理等 30 项;日常照护服务包括擦浴、头面部清洁、洗发等 18 项。护理对象如需医护机构提供护理计划外项

目或超出护理计划服务量之外的服务, 所需费用由个人承担。

75. 职工长期护理保险待遇报销比例是多少?

答: 经评定享受长期护理保险待遇的人员,发生符合规定的基础护理费用(含参保职工在享受医疗专护待遇期间发生的符合规定的基本医疗保险费用),由长期护理保险资金和保障对象按比例分担,个人负担10%,长期护理保险资金负担90%。日常照护费用以"照护服务包"的形式予以保障,个人不负担照护费用。

76. 职工长期护理保险待遇支付标准是多少?

答:长期护理保险费用实行定额包干、限额支付与按项目付费等灵活的费用结算模式。由商业保险机构与定点 医护机构按月结算,不支付给个人。

(1)资金承担的基础护理费用。

①专护和院护

专护、院护的"基础护理费用"实行按床日定额包干的结算办法,由商业保险机构与定点医护机构按月结算,定点医护机构统筹使用。每床日包干标准为:专护:二级以上医疗机构护理需求四级、五级分别为190元/人/天、210元/人/天,一级医疗机构、护理院护理需求四级、五

— 44 —

级分别为 150 元/人/天、170 元/人/天,合并甲类门诊慢特病的按 10 元/人/天标准予以补偿;院护:护理需求三级、四级、五级分别为 30 元/人/天、40 元/人/天、50 元/人/天。

②巡护

巡护的"基础护理费用"实行限额支付的结算办法, 每床月统筹支付限额为护理需求三级、四级、五级分别为 600元/人/天、800元/人/天、1000元/人。商业保险 机构根据服务情况与定点医护机构按月结算。

(2)资金承担的日常照护费用。

以"照护服务包"的形式进行结算,实行按月打包付费,付费标准为450元/人/月。

77. 享受长期护理保险待遇同时是否可以享受基本医保待遇?

答:参保职工在享受医疗专护待遇期间,原由基本医疗保险支付的门诊慢特病待遇改由长期护理保险资金支付。参保职工在享受院护和巡护待遇期间可同时享受基本医疗保险门诊慢特病待遇。因病住院期间不享受长期护理保险待遇。

78. 哪些费用不纳入职工长期护理保险资金支付范

围?

答:下列费用不纳入长期护理保险资金支付范围。

- (1) 应当由其他社会保险基金支付的;
- (2) 应当由第三人负担的;
- (3)已经纳入残疾人保障、军队伤残抚恤、精神疾 病防治等国家法律规定范围的护理项目和费用;
- (4)正在享受长期护理保险待遇的参保职工未经本 人定点医护机构批准到定点医护机构以外发生的费用;
 - (5)统筹区域外发生的费用;
 - (6) 法律法规规定的其他不予支付的费用。

79. 职工长期护理保险待遇申请标准是什么?

答:参保职工因疾病、年老、伤残等原因导致生活不能自理已达或预期达六个月以上,基本情况稳定,需要长期护理的,本人或其委托人、监护人可通过手机微信端直接申报,或按规定向定点医护机构提交相关材料进行申请。通过评估对象或其监护人、代理人自行评估填写《长期护理失能等级自评表》,当达到规定等级时方可申请长期护理失能等级评估。综合日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力3个一级指标等级,通过组合法综合确定评估对象长期护理失能等级。长期护理失能等级分0级

(基本正常)、1级(轻度失能)、2级(中度失能)、3级(重度失能Ⅰ级)、4级(重度失能Ⅱ级)、5级(重度失能Ⅲ级)、5级(重度失能Ⅲ级)六个级别。符合规定条件的,可按规定申请长期护理服务,享受长期护理保险待遇。

- (一)申请专护的,评定护理需求等级应为四-五级, 且符合以下条件之一:
- (1) 终末期恶性肿瘤(呈恶病质状态)且存在较高 医疗技术支持需求的;
- (2)因病情需要长期保留气管套管、胆道外引流管、 造瘘管、深静脉置管等管道(不包括鼻饲管及导尿管), 且定期对创面进行处理的;
- (3)需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的;
- (4)因各种原因导致昏迷,短期住院治疗不能好转的;
- (5) 患各种严重不可逆性疾病且全身瘫痪、截瘫、偏瘫,双下肢肌力或单侧上下肢肌力均为 0- I 级,需要长期支持治疗的;
 - (6) 术后仍需要长期住院维持治疗的;
 - (7) 其他经医疗保障经办机构认定符合专护条件的。

- (二)申请院护应符合以下条件之一:
- (1)患有以下慢性疾病:脑卒中后遗症(至少一侧下肢肌力为 0-III级)、帕金森氏病(晚期)、类风湿性关节炎晚期(多个关节严重变形)或其他严重慢性病影响持物和行走、植物人状态;
- (2)需要长期保留胃管、尿管、气管套管、胆道外 引流管、造瘘管、深静脉置管等各种管道;
 - (3) 骨折长期不愈合, 合并其他慢性疾病的;
 - (4)达到专护申请标准的;
 - (5)因各种原因(除精神障碍外)导致重度失智的;
 - (6) 其他经医疗保障经办机构认定符合院护条件的。

(三)申请巡护

符合长期护理保险待遇准入标准并由参保职工本人或其委托人、监护人提出申请的。

80. 专护、院护、巡护三种护理服务模式如何变更?

答:定点医护机构应当建立专护与院护、巡护服务双向互转制度,对经评估确认护理需求等级发生变化的,要根据基本情况变化办理相关手续。对基本情况发生变化的,经评估不再符合待遇享受条件的,报送商业保险机构确认后,及时办理撤床手续;需要提高护理需求等级的,应当按

规定重新提出申请,必要时及时转住院治疗。定点医护机构 未按规定组织动态评估且影响参保人员待遇享受或使不符 合条件的继续享受待遇的,应当承担有关责任。

81. 职工长期护理保险失能评定申请材料有哪些?

答: (1)申请人和委托人(或监护人)的身份证。

(2) 住院病历、门诊就诊记录或可证明失能失智状态的其他材料。

82. 职工如何申请长期护理保险待遇?

答: (1) 现场申请:申请长期护理保险待遇的参保 职工,可以根据个人护理需求,自愿选定一所长期护理保 险定点医护机构,并向其提供相关申请材料。定点医护机 构受理并接收申请材料后,对申请人的身份信息、享受基 本医疗保险待遇及长期护理保险个人缴费等情况进行识 别,并就申报材料的真实性、有效性进行确认。经审核符 合要求的,指导申请人或其监护人、代理人填写《长期护 理失能等级自评表》、《长期护理失能等级评估申请表》, 申请人或其监护人、代理人应当对定点医护机构受理申请 及接收评定结论的资格予以认可并签字确认。

(2) 网上申请:通过关注"烟台市医疗保障局"微信公众号,绑定个人账号信息,根据个人实际情况自行填

写《长期护理失能等级自评表》,自评通过后,填写《长期护理失能等级评估申请表》并上传住院病历或门诊就诊记录等相关可证明失能失智的材料,定点医护机构经办人员后台在系统里进行初审工作,初审通过后提出失能等级评估申请。参保职工等待失能等级评估结果过程中,可通过"微信公众号"查询进度,评估结果可通过微信公众号或定点医护机构管理端获取。申请人或其监护人、代理人应当对定点医护机构受理申请及接收评定结论的资格予以认可并签字确认。

83. 医疗和护理机构如何申请长期护理保险定点资格?

答:符合准入条件的医护机构可以向所在区市医疗保障经办机构提出申请。市医疗保障经办机构按照方便群众、公开公正、公平竞争、择优选择的原则,可以委托第三方机构,依据条件标准组织综合评估、协商谈判,确定定点医护机构名单,公示无异议后及时向社会公布。

— 50 —

第二章 居民医保

第一节 基本概念

84. 我市居民医疗保险制度包括哪些?

答:居民医疗保险制度包括居民基本医疗保险制度和居民大病保险制度。这两项制度相互衔接、相互补充,切实减轻了参保居民的医疗负担。居民基本医疗保险是烟台市市级统筹,全市统一政策;居民大病保险是省级统筹,全省统一政策。

85. 居民基本医疗保险制度的沿革?

答: 我市目前的居民基本医疗保险制度是由原城镇居民基本医疗保险制度和原新农村合作医疗制度整合而来的。新农合制度是 2003 年建立的,由卫生部门主管,初衷是建立"以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度",实行县市区单独统筹。城镇居民基本医疗保险是 2008 年建立的,由人社部门主管,按照国务院《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》要求,建立的是"以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险制度",也是县市区单独统筹,2012 年按照上级要求实行烟台市市级统筹,在全市统一了居民医保政策,提高了基金的抗风险能力和使用效率。2014 年,按

照省里统一部署,我市城镇居民医保和新农合进行制度整合,业务归人社部门主管,市政府下发第130号政府令,出台《烟台市居民基本医疗保险暂行办法》,标志着我市城乡居民可以公平享有基本医疗保险待遇。2017年底,我们对居民的基本医疗保险政策进行了修订完善,《烟台市居民基本医疗保险实施办法》以烟台市人民政府第138号令的形式发布实施。

86. 居民基本医疗保险的基本原则是什么?

答:全覆盖、保基本、多层次、可持续,筹资标准和保障水平与全市经济社会发展水平相适应;坚持总体规划、统筹城乡、整合资源、提高效率;坚持以收定支,收支平衡,略有结余。

87. 居民基本医疗保险待遇支付范围包括哪些?

答:住院医疗保障、门诊慢特病医疗保障、普通门诊 医疗保障、生育医疗保障、未成年居民意外伤害门诊医疗 保障、国家谈判药品门诊用药保障费用。支付范围应符合 国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设 施目录范围和支付标准及社会保险法律、法规的有关规 定。

— 52 —

第二节 参保登记

88. 居民基本医疗保险参保范围有哪些?

答:按照《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》相关规定:公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位和职工按照国家规定缴纳职工基本医疗保险费。城乡居民按照规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。

烟台市行政区域内不属于职工基本医疗保险参保范 围的城乡居民,具体指:

- (1)具有本市户籍的农村居民、城镇非从业居民及不享受职工基本医疗保险待遇的退休人员、领取失业保险 待遇期满的失业人员。
- (2)本市各类学校在校学生,包括驻烟台市行政区域内的各类全日制普通高校、民办高校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本(专)科生、研究生。
- (3)由本市各级公安机关签发居住证的非本市户籍人员及其非本市户籍未成年子女。

89. 居民医保筹资方式是什么?

答:居民医保筹资采用个人缴费和财政补助相结合的方式。

90.2022 年居民医保个人缴费标准是多少?

答: 2022 年度居民个人缴费标准分两档: 一档为每人每年 370 元, 二档为每人每年 520 元。

各类学校(含各类全日制高等院校)在校学生个人缴费标准为每人每年170元;其他未成年居民(以下统称未成年居民)每人每年370元。未成年居民均享受二档缴费对应的居民基本医疗保险待遇。

成年居民可根据经济条件和医疗保障需求,自愿选择 缴费档次,享受相应档次的待遇。其中,特殊群体按二档 缴费,其个人缴费部分统一由各级政府(管委)给予资助。 特殊群体具体由当地民政、残联等部门负责与医保经办机 构统一办理参保登记,税务机关进行征收。

建档立卡贫困人口个人缴费部分统一由各级政府(管委)给予资助。

已缴纳的居民医保费在进入待遇享受期后不办理退费。

91. 居民医保参保缴费期是何时?

答:每年9-12月份为下一年度的居民医保集中参保缴费期(具体以公布时间为准)。参保居民应于集中缴费期内缴纳下一年度的居民医保费,享受相应年度居民医保待遇。未在集中缴费期内缴费的居民,可以补缴当年的医保费

用,2022年补缴标准为个人缴费与政府补助标准之和,自补缴之日起3个月后发生的医疗费用纳入居民医保保障范围。

新生儿出生当年的居民医保费,应当自出生之日起6个月内办理参保手续并按出生当年的年缴费标准缴纳,新生儿可自出生之日起享受出生当年的居民医保待遇。遇集中缴费期,可同时缴纳出生当年和出生次年两年的居民医保费;未在集中缴费期内缴纳的可延长至出生后6个月内。出生6个月以上不满12个月参保缴费的,自缴费的次月起享受居民医保待遇;出生12个月及以上参保缴费的,按普通居民缴费及享受待遇相应政策规定执行。

92. 居民医保待遇保障期是怎么规定的?

答: 在集中缴费期内缴费的参保居民,待遇保障期为次年1月1日至12月31日。

在集中缴费期外缴费的参保居民,自缴费之日起3个月后进入待遇保障期。

各类全日制高等院校在校学生的居民医保待遇保障 期与普通居民相同,新生第一学期如在外地已参加居民医 保,按异地居住人员办理异地就医手续。

93. 居民医保参保缴费手续如何办理?

答: 各类学校(含各类全日制高等院校)在校学生由

学校负责集中办理参保登记手续;特殊群体等医保帮扶对 象参加居民医保由民政、残联、乡村振兴等部门提供人员 名单,户籍地医保经办机构为其统一办理参保登记手续; 其他居民有两种参保缴费方式:

- (1) 续保的居民,无需办理参保登记,直接通过税 务征收渠道缴费。
- (2)新参保居民通过烟台市医疗保障局微信公众号办理参保登记或持户口簿、身份证到户籍地镇街人社所办理参保登记。

非本市户籍人员及其非本市户籍未成年子女可持居住证到居住地镇街人社所办理参保登记手续。

第三节 住院保障

94. 居民医保住院起付标准是多少?

答:自2021年1月1日起,居民医保住院起付标准为:一级医院300元,二级医院500元,三级医院800元;第二次住院按50%执行;第三次及以后住院每次按100元执行。恶性肿瘤患者,在一个医疗年度内多次因放疗、化疗、靶向药物治疗住院发生的医疗费用,只扣一次起付标准。入、出院时间不在同一年度的,以入院时间计算。

95. 居民医保住院报销比例是多少?

答:参保居民在一个医疗保险年度内,因病住院发生的符合规定的医疗费用,在起付标准至最高支付限额以内的,根据医院等级按以下标准支付:

- (1)按一档缴费的,自 2021年12月1日始,在实施基本药物制度的一级医院发生的住院医疗费用按 90%比例支付,在未实施基本药物制度的一级医院住院的按 70%支付;二级医院按 58%支付;三级医院按 45%支付。
- (2)按二档缴费的,自2021年12月1日始,一级医院按90%比例支付,二级医院按72%支付,三级医院按60%支付。

96. 居民基本医保年度最高支付限额是多少?

答: 我市参保居民在一个医疗年度内,年度最高支付限额一档缴费为 18 万元、二档缴费及各类在校大学生、未成年居民为 22 万元。

第四节 门诊慢特病

97. 什么是居民门诊慢特病?

答:居民门诊慢特病是指经医疗保障经办机构确认备案,需要长期门诊治疗,其费用由统筹基金按规定比例支

付的部分疾病,我市居民门诊慢特病病种分为甲类和乙类,共计67种。其中,甲类16种、乙类51种。

98. 居民医保门诊慢特病待遇标准是多少?

答: (1) 甲类门诊慢特病

居民医保甲类门诊慢特病患者发生的符合规定的门诊医疗费用,年度起付标准为300元,一、二档缴费的报销比例分别为40%、60%,一档缴费的不能超过年度最高支付限额、二档缴费的无最高支付限额。

其他起付标准和支付比例情况如下:慢性肾功能衰竭 (肾衰竭期)患者的门诊血液透析费用、腹膜透析费用及 器官移植后服用环孢素 A 的费用在上述基础上再提高 10%; 血液透析在包干结算医疗机构个人负担金额居民一档每 次为 160 元、居民二档为 84 元,在定额结算医疗机构个 人负担金额居民一档每次为 199.5 元,居民二档为 107.3 元;

(2) 乙类门诊慢特病

乙类门诊慢特病门诊实行起付标准和限额管理。乙类门诊慢特病年度起付标准: 300元。乙类门诊慢特病患者发生的符合规定的门诊医疗费用,在起付标准以上部分,一、二档缴费的报销比例分别为 35%、50%,一个医疗年度

内不能超过该门诊慢特病病种最高支付限额。

其他起付标准和支付比例情况如下:

- ①糖尿病慢性并发症居民一档缴费的,其支付比例为50%;
- ②慢性乙(丙)肝、肺结核、肺外其他结核、肝硬化 居民一档二档缴费的,其支付比例均为 60%;
- ③血友病,居民一档、二档缴费的支付比例分别为50%、65%。
- ④癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍不设起付标准,居民一档、二档缴费的均按 70%比例支付。

上述门诊慢特病病种不能超过该病种最高支付限额 (癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍一档、 二档缴费的均按 70%比例支付、年最高支付限额为 10000 元)。

同时享受甲类和乙类门诊慢特病待遇的,一个医疗年 度内只负担一个起付线。

99. 门诊慢特病申办流程及注意事项有哪些?

答: (1) 申办条件

符合门诊慢特病(甲、乙类)病种范围和认定标准的参保居民均可按规定申办。乙类门诊慢特病只能认定最先

申请办理的1个病种。

同种类型及保障待遇重合的门诊慢特病(简称"互斥病种")不得重复办理,因病情进展符合办理甲类门诊慢特病的,原乙类门诊慢特病待遇应予以终止。

(2) 申办材料、途径

参保人申办门诊慢特病,应提供身份证或社会保障 卡、近1年之内的病历材料原件或有效复印件(包括住院 病历或门诊病历、相关检查检验报告等)。实行有效期管 理的病种,参保人应在有效期内申办。申办时提供的病历 材料时限超过一年的,还需补充近期的就诊记录及相关检 查检验报告,通过以下途径办理:

①定点医疗机构办理:患者在确诊的定点医疗机构医保管理办公室(医保服务专区、医保服务站)提交申办材料,经具备副主任医师以上职称的医保医师或科室主任填写《烟台市基本医疗保险门诊慢特病申请表》,医保办审核盖章、通过医保平台上传申请表及相关病历材料,按规定进行办理。

②网上办理:在异地医疗机构确诊白血病、全身各系统恶性肿瘤、再生障碍性贫血、消化性溃疡、血友病、经皮冠状动脉支架植入术后、心脏移植术后、心脏瓣膜置换

术后、骨髓移植术后 9 类疾病的患者,可通过"烟台市政务服务网"在线提交门诊慢特病申办材料,并查询办理结果。

- ③邮寄办理:在异地居住或异地医疗机构确诊的患者,可将申办材料通过快递等方式寄往参保地医保经办机构办理。
- ④医保经办机构办理:无法通过以上方式办理的参保人,可持相关证件、经确诊疾病的定点医院盖章的《烟台市基本医疗保险门诊慢特病申请表》(异地确诊的不需提供)、病历材料至参保地医保经办机构办理或委托他人代办。

(3) 待遇起始日期的确定

参保人按病历材料要求时限办理门诊慢特病,经住院治疗确诊的,待遇起始日期为出院日期次日;经门诊治疗确诊的,待遇起始日期为确诊当日。超出病历材料要求时限的,待遇起始日期为申办当日。

(4) 办理时限

①即时办结病种(61种)

白血病,慢性肾功能衰竭(已规律透析)、肾(肝) 移植术后、颅内肿瘤(良性)(36 个月),椎管内肿瘤(良 性)(36个月),全身各系统恶性肿瘤,重度烧伤(36个 月),慢性肺源性心脏病(肺、心功能失代偿期),系统 性红斑狼疮,再生障碍性贫血,股骨头坏死(36个月),精 神障碍,糖尿病慢性并发症,类风湿关节炎,甲亢(Graves 病)(18个月),原发性血小板减少性紫癜,原发性血小 板增多症,血友病,运动神经元病,重症肌无力,格林-巴利综合征(12个月),癫痫,系统性硬化病,银屑病, 心肌梗死, 苯丙酮尿症(四氢生物蝶呤缺乏型 BH4), 心 脏移植术后,心脏瓣膜置换术后,桥本氏甲状腺炎,甲状 腺功能减退症,骨髓移植术后(36个月),骨髓增生异常 综合症,自身免疫性溶血性贫血,肝豆状核变性,真性红 细胞增多症,原发性骨髓纤维化症,多发性肌炎(PM), 皮肌炎(DM),原发性醛固酮增多症,自身免疫性肝炎, 脊髓空洞症, 肺间质纤维化, 干燥综合症, 白癜风, 溃疡 性结肠炎(24个月),骨软化病,白塞病(BD),大动脉 炎(TA), 结节性多动脉炎(PAN), 显微镜下多血管炎(MPA), 肉芽肿性多血管炎(GPA),管性痴呆,克罗恩病,线粒体 病,癫痫所致精神障碍,精神发育迟滞伴发精神障碍,肺 结核(24个月), 肺外其他部位结核(24个月), 耐多 药结核和广泛耐药结核(24个月),慢性乙型病毒性肝炎,

慢性丙型病毒性肝炎(24个月),肝硬化代偿期。

②非即时办结病种

慢性肾功能衰竭(未行规律透析)、脑出血后遗症、脑梗塞后遗症、糖尿病合并并发症、慢性心力衰竭(心功能 III 级以上)、肝硬化失代偿期、脑出血脑梗死后遗症(生活部分自理者)、心功能 II 级。

非即时办结病种需经专家现场审核。参保人可随时申报,每季度审核办理一次,由医学专家和医保工作人员审核确认后办理备案手续。其中,对于确诊时年满70周岁或病情符合直接准入情况的参保人,可减免专家现场审核环节。

有下列情形之一的,需经医学专家现场审核:

- (1) 提供的病历材料其客观性及真实性存在疑点的;
- (2)病历材料不完整或疾病诊断不准确的;
- (3)患者经系统康复治疗后病情与门诊慢特病认定标准可能存在不一致的。

第五节 普通门诊

100. 居民普通门诊如何报销?

答:参保居民因多发病、常见病在签约的基层定点医

疗机构门诊就医发生的符合规定的医疗费,不设起付标准,由统筹基金按50%的比例支付,实行限额管理,年最高支付限额一档缴费为200元,二档缴费为350元。

101. 普通门诊定点医疗机构如何办理改签?

答:参保居民普通门诊需签约一个基层定点医疗机构。患者在原定点医疗机构就医满 12 个月的,符合条件的可自愿变更到新的定点医疗机构。

第六节 两病保障

102. 居民"高血压、糖尿病"申报流程及准入标准是什么?

答: "两病"患者的门诊保障管理标准以医学诊断标准为依据。符合"两病"准入标准的参保居民,需提供明确的一级及以上医院规范的门诊病历原件或有效住院病历复印件、相关检查检验报告单。在"两病"政策实施前已经医疗机构确诊的,可提供既往诊断明确的门诊病历原件或有效住院病历复印件及相关检查检验报告单进行申请。符合政策规定的"两病"患者提交有效资料后,由定点医疗机构为其办理建档、管理手续。

(一)糖尿病

符合糖尿病临床诊断标准,有明确的一级及以上医院 规范的门诊或住院病历;

确认要点:

- 1. 糖尿病症状, 任意时间血浆葡萄糖
- 11. 1mmo1/L (200mg/d1) 或空腹血浆葡萄糖 (FPG) ≥ 7. 0mmo1/L (126mg/d1) 或 0GTT 实验中, 2hPG 水平≥ 11. 1mmo1/L (200mg/d1)。
 - 2. 规范使用降糖药物治疗。

(二)高血压

符合高血压临床诊断标准,有明确的一级及以上医院 规范的门诊或住院病历。

确认要点:

- 1. 采用经核准的水银柱或电子血压计,测量安静休息 坐位时上臂肱动脉部位血压。
- 2. 非同日三次血压测量数值,收缩压≥140mmHg和(或)舒张压≥90mmHg。
 - 3. 规范使用降压药物治疗。
 - 103. 居民"高血压、糖尿病"待遇保障标准是多少? 答:一个自然年度内,参保居民在定点医疗机构门诊

发生的符合规定的药费按 60%比例支付,不设起付标准。 年最高支付限额为:高血压患者为 400 元,糖尿病患者(含使用胰岛素)为 600 元,同时患有"两病"的患者为 800 元。

104. 居民高血压、糖尿病"两病"如何报销?

答: "两病"患者在签约定点医疗机构发生的符合规 定的门诊药品费用即时结算,只需支付个人自付的药品费 用。

105. 已办理门诊慢特病糖尿病的参保居民,是否还可以申请糖尿病普通门诊保障?

答:已被纳入为门诊慢特病的糖尿病参保居民,根据 个人自愿原则,可以继续执行原门诊慢特病政策;放弃其 享受糖尿病门诊慢特病待遇的,可以申请享受糖尿病门诊 用药保障待遇(一个自然年度内,参保居民只能享受1种 糖尿病的门诊保障待遇)。

第七节 大病保险

106. 居民大病保险保障范围有哪些?

答:居民大病保险的保障对象为已居民医保的参保人员。保费由居民基本医疗保险基金统一支付,标准为每人

每年 90 元,居民无需另行缴费。居民大病保险采取按医疗费用额度补偿的办法,对居民一个医疗保险年度发生的住院、门诊慢特病医疗费用,经基本医疗保险补偿后,个人累计负担的合规医疗费用超过起付标准的部分,由居民大病保险按比例补偿。

107. 居民大病保险按额度补偿政策是怎么规定的?

答: 普通居民起付标准为 1.6 万元, 个人负担的合规 医疗费用 1.6 万元(含)以上、10 万元以下的部分给予 60%补偿; 10 万元(含)以上、20 万元以下的部分给予 65% 的补偿; 20 万元(含)以上、30 万元以下的部分给予 70% 的补偿; 30 万元(含)以上的部分给予 75%的补偿。一个 医疗年度内,居民大病保险最高支付限额为 40 万元。

自 2022 年 4 月 1 日起,低保对象、特困人员、返贫致贫人口居民大病保险的起付标准为 8000 元, 个人负担的合规医疗费用 8000 元以上(含 8000 元)、10 万元以下的部分给予 65%的补偿; 10 万元以上(含 10 万元)、20万元以下的部分给予 70%的补偿; 20 万元以上(含 20 万元)、30 万元以下的部分给予 75%的补偿; 30 万元以上(含 30 万元)的部分给予 80%的补偿,上述人员居民大病保险不设年度最高支付限额。

<u>-- 67 --</u>

108. 居民大病保险特殊药品补偿政策是怎么规定的?

答:居民大病保险对居民使用特药后发生的费用,实行单独补偿,起付标准为2万元,起付标准以上部分(含2万元)给予80%的补偿,一个医疗年度内,居民大病保险资金最高给予40万元的补偿。贫困人口使用大病保险特药不设起付标准。

109. 居民大病保险罕见病用药保障政策是怎么规定的?

答:对治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病等 3 种罕见病必需的特殊疗效药品费用制定单独的支付政策,单独列支费用,起付标准为 2 万元, 2 万元-40 万元以下的部分支付 80%, 40 万元(含)以上的部分支付 85%,一个医疗年度内每人最高支付 90 万元。

第八节 生育保障

110. 女性参保居民生育时是否享受生育补助?

答: 参保居民符合计划生育政策的孕产妇产前检查、 住院分娩实行定额支付,标准为每人每次1000元。

第三章 电子凭证

111. 医保电子凭证有哪些功能?

答: 医保电子凭证是国家信息平台自动生成的个人身份识别码, 具有方便快捷、应用广泛、异地通用、安全可靠的特点, 与实体卡和其他电子卡相比, 医保电子凭证有四个优点:

- (1)方便快捷。医保电子凭证不依托实体卡,参保人员可通过国家医保 APP,或者通过微信、支付宝等第三方渠道激活使用。
- (2)应用场景丰富。医保电子凭证广泛应用于医保查询、参保登记、报销支付等各类场景中,一张电子凭证可以服务于所有的医保业务场景。
- (3)全国通用。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成,标准全国统一,跨区域互认,参保人员可以依此在全国办理有关医保业务,可以说"一码在手,医保无忧"。
- (4)安全可靠。医保电子凭证通过实名和实人认证, 采用国产加密算法,数据加密传输,动态二维码展示,确 保了个人信息和医保基金使用安全。为方便参保人员使用

医保电子凭证,国家医疗保障局开发了国家医保服务平台 APP,参保人员可在各大主流 APP 商城、应用商店下载使用。

112. 医保电子凭证有哪些用途?

答: 医保电子凭证是由国家医保信息平台统一签发生成的医保身份识别电子介质,具有方便快捷、应用广泛、异地通用、安全可靠的特点。

- (1) 定点医院识别身份就医报销一站式服务;
- (2) 在定点医药机构支付就医购药费;
- (3) 医保个人账户查询及修改个人基本信息;
- (4)办理医保业务,标准统一,全国跨区域互认,办理参保缴费、异地就医、关系转移接续等医保业务全国通行;
- (5)个人账户家庭共济,职工参保人激活电子凭证后,绑定自己的近亲属(配偶、父母、子女)可以实现个人账户余额供家庭成员共用。

113. 医保电子凭证设备具有哪些功能?

答:全市所有定点医药机构均配备了医保电子凭证识别设备,通过该设备支持医保电子凭证扫码或社保卡、身份证刷卡读取参保人身份信息,且具备多项自助功能:一

是修改、重置个人账户支付密码;二是查询医保个人账户余额;三是修改医保信息系统预留的手机号码。

114. 如何申领、激活医保电子凭证?

答: (1) 登陆"烟台市医疗保障局"微信公众号,在 "医保服务"菜单点击"医保电子凭证"申领-进入"医 保电子凭证"小程序后,点击"去激活"—输入微信支付 密码后,进入激活页面,填写个人信息,点击"授权激活" 进行人脸识别验证—人脸识别完成后,即成功申领"医保 电子凭证"。

- (2) 打开"支付宝"一搜索"医保电子凭证"一点击"立即激活"一激活成功后即成功申领"医保电子凭证"。
- (3) 手机下载"国家医保服务 APP"—点击"立即注册",填写个人信息—通过"人脸识别"验证后即可登陆成功—点击"医保电子凭证"—输入预留手机号获取验证码即可成功申领"医保电子凭证"。
- (4)对无智能手机的参保人(如老人或小孩),可由家属通过"国家医保服务平台"APP开通"医保亲情账户",为其激活医保电子凭证。

115. 如何修改医保个人账户的支付密码?

答: 医保个人账户支付初始密码为: 身份证最后7位

数的前6位。初始密码不能直接进行个人账户支付,首次使用前必须修改初始密码。修改密码途径有以下几种:

- (1) 定点医药机构的电子凭证设备屏幕上自助修改密码。
- (2) "烟台市医疗保障局" 微信公众号或"官方网站"个人网上服务系统。
 - (3) 医保经办大厅自助设备或经办窗口。

116. 医保电子凭证支付密码忘记怎么办?

答: (1) 参保人本人在医保电子凭证设备屏幕上通过人脸识别认证方式重置密码。

- (2) 登录烟台市医疗保障局微信公众号重置密码。
- (3)全市各医保经办服务大厅现场办理密码重置。

第四章 异地就医

117. 异地就医是什么?

答: 异地就医是指参保人员在参保地行政区域以外或 异地长期居住人员临时返回参保地发生的医疗行为(不含 境外医疗),包含异地住院治疗、异地普通门诊治疗、异 地门诊慢特病治疗、医保卡省内"一卡通行"。

异地住院治疗是指参保人员在参保地行政区域以外或异地长期居住人员临时返回参保地发生的住院医疗行为(不含境外医疗)。

异地普通门诊治疗是指参保人员在参保地行政区域 以外或异地长期居住人员临时返回参保地发生的非门诊 慢特病或与备案门诊慢特病病种不符的普通门诊医疗行 为(不含境外医疗)。烟台参保职工暂无普通门诊待遇。

异地门诊慢特病治疗是指参保人员在参保地行政区域以外或异地长期居住人员临时返回参保地发生的已备案门诊慢特病治疗行为(不含境外医疗)。

医保卡省内"一卡通行"是指我省参保人员持医保电 子凭证和社保卡通过全省医疗保障个人账户异地支付系 统,在医保协议管理定点医疗机构和零售药店就医购药 时,实现使用医保个人账户便捷支付。

118. 异地就医人员是如何分类的?

答: 2022 年 1 月 1 日起, 异地就医人员类别调整优化为两类:

- (1) "异地长期居住人员"一般指异地居住、生活、工作6个月以上的人员。
- (2) "临时外出就医人员"指转诊转院、自行外出就医人员,因出差、探亲、旅游等临时外出就医人员。

119. 异地就医待遇保障政策是怎样规定?

答: (1) "异地长期居住人员"待遇政策。办理备案后在长期居住地就医,一次备案长期有效,享受与参保地就医相同的医保报销比例;在备案的长期居住地以外就医,按临时外出就医政策执行。

- (2) "临时外出就医人员"待遇政策。自 2022 年 1 月 1 日起,发生的符合政策规定的医疗费用,个人首先负 担 10%,剩余部分根据就诊医疗机构级别,按我市医保待 遇政策结算;其中回参保地临时就医的住院和门诊执行参 保地管理政策。
- (3)取消定点医疗机构签约限制。参保人员省内跨 市、跨省异地就医不受签约医疗机构范围和等级限制,均

可享受门诊统筹待遇,并可在就医地联网定点医疗机构实现联网结算,异地报销金额与本地报销金额合并计算,不超过当年度门诊统筹报销额度。

(4)取消异地就医定点医疗机构数量限制。异地就 医直接 备案到就医地,不再备案到具体医疗机构,参保 人可在备案的就 医地所有联网的普通门诊和住院定点医 疗机构中自主选择就医,并实现直接结算;取消参保人门 诊慢特病异地就医定点医疗机构数量限制。

120. 异地长期居住人员如何办理备案手续?

答:通过登录烟台市医疗保障(http://ybj.yantai.gov.cn)、烟台市医疗保障局微信公众号、国家医保服务平台 APP、国家医保服务平台微信小程序、鲁医保小程序等各种掌办、网办途径办理,在提交时勾选《烟台市基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》,进行签名承诺。受条件限制无法自助办理的,参保人员可携带身份证或社保卡原件,到参保地医保经办机构现场办理(代办人代办的还需携带代办人身份证)。

121. 临时外出就医人员如何办理备案手续?

答:自2022年1月1日起,省内跨市"临时外出就 医人员"住院、普通门诊、门诊慢特病就医一律取消备案

— 75 —

手续,在国家异地联网平台医疗机构就医发生的费用直接联网结算。

跨省"临时外出就医人员"可通过烟台市医疗保障局官网(http://ybj.yantai.gov.cn)、烟台市医疗保障局微信公众号、国家医保服务平台 APP、国家医保服务平台微信小程序、鲁医保小程序等各种掌办、网办途径办理,也可拨打参保地医保经办机构电话或到参保地医保经办机构或到医保工作站现场办理。

122. 如何通过微信公众号办理异地就医备案?

答: 登陆 "烟台市医疗保障局"微信公众号,绑定个人信息后,依次点击医保服务—办事大厅—我要办事一异地就医备案—在线办理,根据自己的实际情况,选择相应的异地就医备案场景(若跨省异地就医,进入"跨省备案"模块;若省内跨市异地就医,进入"省内备案"模块;若在异地居住、生活、工作6个月以上,选择"异地长期居住备案";若跨省临时外出就医,在"跨省备案"模块下选择"临时外出就医备案"),选择备案就医地及备案时间,在线提交。

123. 通过微信公众号办理异地就医备案后,如何查询结果?

答:自2022年1月1日起,异地就医备案无需经办审核,在线提交成功即备案成功,即时享受异地就医待遇,但系统本身若存在有效备案或存在备案时间交叉等情况,则本次备案系统会自动审核不通过。因此,参保人员提交备案申请后需进入一我的进度一已办结一异地就医备案审核结果一查看备案情况,如系统审核备案未通过,会详细备注原因。

124. 如何通过国家医保服务平台 APP 办理异地就医备案?

答: 国家医保服务平台 APP 仅支持办理跨省异地就医备案业务,点击一异地就医一异地就医备案申请,依次选择为自己备案或为他人备案,选择参保地、就医地,选择参保身份,选择备案类型,填写备案信息,查看个人承诺书并绘制签名后保存并提交,即时查看开通结果。

125. 如何在线为他人代办异地就医备案登记?

答: 登陆"烟台市医疗保障局"微信公众号及国家 医保服务平台 APP (仅支持办理跨省异地就医备案业务) 均支持为他人办理异地就医备案业务。

"烟台市医疗保障局"微信公众号办理流程:点击— 用户中心一个人账号管理—添加成员,填写备案人信息

— 77 —

后,选择扫脸登录或短信验证登陆,登陆成功后切换为备案人账号,进入"异地就医备案"模块,为他人代办异地就医备案业务。

通过"国家医保服务平台"APP办理流程:依次点击一异地就医一异地就医备案申请一为他人备案一就医地选择一参保险种一备案类型一点击选择家庭成员,选择已绑定家庭成员(未绑定的,需先添加家庭成员)后,点击"开始备案",在线填写备案信息并提交,即时查看备案结果。

126. 异地长期居住人员备案如何终止或变更? (网上暂未实现,目前支持现场办理和电话办理)

答: "异地长期居住人员" 备案终止方式: 备案时间超过 6 个月的,可通过公共服务渠道自行终止备案; 备案时间不足 6 个月的,由参保地医保经办机构审核办理。

办理"异地长期居住人员"备案后,在备案有效期内 (备案未满6个月)确需回参保地就医的,按以下原则处理: 通过提交备案就医地户籍证明、居住证或单位工作证明等 材料,申请将长期异地就医备案变更回参保地的,享受与 参保地同等的医保待遇;未提供上述有关证明材料,单纯 采用个人承诺方式备案的,按"临时外出就医人员"医保 待遇政策执行。"异地长期居住人员"备案超过6个月需变更长期异地就医地的,可申请终止原长期异地就医备案,根据实际就医需求重新办理异地就医备案。

127. 跨省异地就医如何联网结算?

答:参保人可持社保卡或医保电子凭证在备案的就医 地所有联网的普通门诊或住院定点医疗机构中自主选择 就医,并实现联网结算。目前烟台暂未开通跨省门诊慢特 病联网结算。

128. 省内异地就医如何联网结算?

答:参保人可持身份证、社保卡或医保电子凭证在省 内所有联网的普通门诊、门诊慢特病或住院定点医疗机构 中自主选择就医,并实现联网结算。

129. 医疗费用在异地直接联网结算报销依据是什么?

答: 概括为"就医地目录、参保地政策"。就医地目录是指参保人异地就医执行就医地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准。参保地政策是指参保人异地就医执行参保地医保基金起付线、支付比例和最高支付限额。

130. 未联网结算费用如何报销?

— 79 —

答:参保人员在异地定点医疗机构发生的合规医疗费用未直接联网结算的,需个人全额支付后在烟台市范围内就近选择代传协议定点医疗机构办理费用审核和代传报销工作。报销时,需提供本人身份证或社会保障卡、医疗费用票据原件、医疗费用明细清单(加盖医疗机构业务专章),必要时还需提供住院病历复印件(加盖医疗机构业务专章)及第三方赔付材料等,代办人代办的还需提供代办人身份证。

异地医疗费手工报销办理时限: 法定 30 个工作日, 承诺 10 个工作日。

131. 异地医疗费用发票丢失后如何报销?

答:参保人员或代办人携带由就医医疗机构提供的原始发票存根复印件(加盖医疗机构公章或财务专用章)、医疗费用明细清单到参保地医保经办机构填写《烟台市基本医疗保险职工(居民)住院(门诊、生育)费用发票丢失备案表》和书面承诺书,经审核属实的,由经办机构盖章确认后,在烟台市范围内就近选择代传协议定点医疗机构办理代传报销工作。提供原始发票存根复印件确有困难的,应当提供医疗机构出具的相关证明材料(加盖医疗机构公章或财务专章)。

— 80 —

132. 省内临时外出就医提示重复参保如何办理?

答:通过微信或支付宝搜索"鲁医保",进入"鲁医保"小程序后绑定个人信息,点击—我要办事—参保地选择—在线办理,将参保地切换为当前参保地。

133. 异地外伤住院费用如何报销?

答:异地外伤住院发生的医疗费用,需个人全额支付后,携带本人身份证或社会保障卡、医疗费用票据原件、医疗费用明细清单(加盖医疗机构业务专章)、住院病历复印件(加盖医疗机构业务专章)及第三方赔付材料等到参保地医保经办机构办理外伤审批,审批后携上述材料及外伤审批表在烟台市范围内就近选择代传协议定点医疗机构办理费用审核和代传报销工作。

134. 职工异地生育医疗费用如何报销?

答:参保人员在异地定点医疗机构发生的生育医疗费,可通过登陆"烟台市医疗保障局"微信公众号,点击一医保服务—办事大厅—我要办事—生育医疗费结算,线上申请报销,受条件限制无法网上自助办理的,也可到参保地医保经办机构或就近到烟台市范围内生育代传定点医疗机构现场审核报销。报销时需提供计划生育手册(准生证)、发票原件、病历复印件(加盖医疗机构业务专章)、

银行卡复印件,无计划生育手册(准生证)的职工提供个人承诺书1份,参保男职工配偶无工作的,须提供无工作个人承诺书1份,代办人代办的还需提供代办人身份证。申报异地计划生育医疗费的需提供结婚证、发票原件、出院记录或门诊病历(加盖医疗机构业务专章)。

135. 职工异地生育或异地流产的,生育津贴如何申领?

答:参保人员按规定办理异地生育医疗费或异地流产 费用审核报销后,符合生育津贴发放条件的,将按月拨付 至本人社保卡金融账户内。

136. 哪些医药机构可实现医保卡"一卡通行"刷卡消费?

答:在省内所有张贴"医保卡全省'一卡通行'"标识和"医保卡省内·跨省刷卡结算"的定点医疗机构和零售药店,参保人都可以持医保电子凭证和社保卡消费医保个人账户。

第五章 意外伤害

137. 什么是意外伤害?

答: 意外伤害是指因意外导致身体受到伤害的事件, 是外因的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害 的客观事件。

138. 参保人发生意外伤害住院就医报销流程?

答: 医疗机构收治意外伤害参保人员时, 首诊医生需如实书写医疗文书, 详细记录意外伤害的原因、受伤经过等, 由参保人员或家属签字确认; 参保人或委托代理人如实填写《意外伤害情况说明表》, 并签字确认。

医疗机构负责对意外伤害情况进行审核,属于医保支 付范围的,在医院结算报销;对明确不属于医保支付范围 的,不支付相关医疗费用;对于需进一步确认的,将电子 材料或纸质材料提交归属地医疗保险经办机构进一步核 查,待核实后按规定支付患者相关费用。

139. 参保人发生交通事故的意外伤害住院就医需要提供哪些材料?

答:发生交通事故的意外伤害,需提供《道路交通事故认定书》,有责任划分的需提供具有法律效力的责任划

分文书或第三方支付凭证等材料。走法律流程的,需提供 人民法院出具的相关材料。

140. 参保人工作中(与用人单位之间属于劳动关系) 发生的意外伤害住院就医由基本医疗保险支付的需提供 哪些材料?

答:参保人工作中发生的意外伤害,申请工伤保险不 予认定的,需提供工伤保险不予认定的文书;用人单位认 为不属于工伤保险情形的,需提供单位开具的证明文书和 参保人本人的承诺书。

141. 参保人因意外伤害住院,承担部分责任的,怎样 报销结算?

答:《社会保险基金先行支付暂行办法》第二条规定:参加基本医疗保险的职工或者居民由于第三人的侵权行为造成伤病的,其医疗费应当由第三人按照确定的责任大小依法承担。超过第三人责任部分的医疗费用,由基本医疗保险基金按照国家规定执行。

参保人需提供具有法律效力的责任划分文书或第三方支付凭证等材料,医疗机构根据文书中的比例划分确定基本医疗应报销的比例;需计算医保承担支付比例的,根据第三方费用分担额度计算,医保承担支付比例=(住院

总费用-第三方承担医疗费用)/总住院费用。根据医保承担支付比例,医保支付范围额度=参保人纳入统筹范围费用×医保承担支付范围比例,部分自负费用同样按照承担的费用比例划分。

142. 未成年意外伤害门诊如何报销?

答:参保未成年居民(包括各类在校学生)因意外伤害发生的符合规定的门诊医疗费,超过60元以上的部分,由统筹基金支付90%,一个医疗年度内最高支付限额为3000元。一个医疗年度只负担一次门诊起付线。

143. 不纳入医保支付范围的意外伤害有哪些?

答: (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。
- (五)参保人因吸毒戒毒、使用管制药品(遵医嘱用药除外)、打架斗殴、寻衅滋事、醉酒驾驶机动车及其他违反刑法、宪法行为发生的意外伤害医疗费用不纳入医保支付范围。

第六章 特殊群体

第一节 离休等人员

144. 离休干部等特殊群体的范围及筹资标准是多少?

答:由医疗保障部门负责医疗保障正常参保的离休干部、建国前老工人、一至六级伤残军人,特殊群体人员市直实行年度定额缴纳医疗保险费,医疗待遇统筹层次为县级统筹。

2022年市直离休干部医疗费筹集标准每人每年 62000元,建国前老工人医疗费筹集标准每人每年 26000元、一至六级伤残军人医疗费筹集标准每人每年 39600元。

145. 离休干部等特殊群体医疗费报销范围是什么?

答: 医疗费用在国家、省规定的范围内(用药目录、 诊疗项目、服务设施范围和支付标准),据实报销。目录 内药品、护理费和门诊诊查费不受支付条件限制。

146. 离休干部等特殊群体住院床位费报销标准是多少?

答:享受二类保健待遇的离休干部、建国前老工人、 一至六级伤残军人,最高标准为55元/天;享受一类保健 待遇的离休干部,最高标准为70元/天;享受重点保健待遇的离休干部,最高标准为160元/天。

147. 离休干部等特殊群体在市域内住院就医报销流程是什么?

答: 离休等特殊群体在烟台市内的定点医疗机构住院就医,需要用本人的身份证办理医保登记,出院时可即时联网结算,只缴纳个人自付部分。

未参照市直实行年度定额缴纳一至六级伤残军人医疗费的区市,一至六级伤残军人在出院结算时,按照职工基本医保报销待遇,剩余部分到参保地的医保经办机构二次报销。

148. 市直离休干部等特殊群体在市直离休干部门诊 定点联网结算医疗机构就医报销流程是什么?

答: 离休干部等特殊群体需选择一家定点的医疗机构 签订服务协议,在协议定点的医疗机构发生的门诊费用直 接联网结算,如果协议定点医疗机构不能提供离休等特殊 群体需要的诊疗或药品,经协议定点医疗机构备案登记 后,发生的其他定点医疗机构的门诊费用,由协议定点医 疗机构代传报销。

149. 市直离休干部等特殊群体在未实现联网结算定

点医疗机构签约的,发生的门诊费用报销流程是什么?

答: 离休干部等特殊群体可以在烟台市选择一家定点 的医疗机构代传费用报销,也可将病历、处方和有效票据 交给所在单位到参保地医保经办机构报销。

150. 离休干部等特殊群体因突发病情,在非定点医疗机构发生的急诊抢救费用如何报销?

答:提供急诊病历、处方和有效票据,由协议定点的 医疗机构代传,无协议定点医疗机构的,由所在单位到参 保地医保经办机构报销。

第二节 未成年居民

151. 未成年居民特殊保障范围有哪些?

答: (1)14周岁(含)以下儿童患急性白血病、先天性心脏病、唇腭裂三种疾病,实行定点救治、规范诊疗、限额管理、全额支付。限额以内的医疗费用由居民医保和医疗救助按比例分担,其中居民医保承担80%,医疗救助承担20%,超出限额部分由医疗机构承担。急性白血病包括急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病;先天性心脏病包括先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭和先天性肺动脉瓣狭窄;唇腭裂包括单侧性动脉导管未闭和先天性肺动脉瓣狭窄;唇腭裂包括单侧

唇裂、双侧唇裂、单侧腭裂、双侧腭裂、鼻畸形(矫正术)和牙槽突裂。

(2)对参加居民医保的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实施医疗康复全额保障。参加我市居民医保且经残疾人联合会认定的本市户籍未满17周岁(含17周岁)的脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童(以下简称脑瘫等残疾儿童)和孤独症儿童,个人或监护人提出医疗康复申请,经二级及以上公立医疗机构出具诊断证明,且评估有康复指征的,纳入医疗康复保障范围。

脑瘫儿童协议定点医疗康复机构: 莱州市妇幼保健医院、牟平区中医医院、海阳市中医医院、蓬莱市中医医院、 莱阳市复健医院、烟台东方医院、芝罘区妇幼保健医院、 芝罘区凤凰台医院、滨州医学院烟台附属医院,龙口康乐 希医院;

孤独症儿童协议定点医疗康复机构: 莱州市妇幼保健 医院、滨州医学院烟台附属医院;

智力残疾儿童协议定点医疗康复机构:滨州医学院烟台附属医院。

0-6岁(含)脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童,门诊(日间病房)康复、住院康复的日(床日)费用,居民基本医

疗保险基金分别按照 120 元、140 元标准承担。7-17 岁(含)脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童,门诊(日间病房)康复、住院康复的日(床日)费用,居民基本医疗保险基金分别按照 90 元、110 元标准承担。脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童医疗康复居民基本医疗保险基金保障期按每个医疗年度(自然年度)内不超过一个训练周期 270 天计算。

第三节 苯丙酮尿症患者

152. 苯丙酮尿症患者有哪些特殊保障政策?

答: (1) 苯丙酮尿症和四氢生物蝶呤(BH4) 缺乏症纳入各地医保门诊慢特病种管理, 对发生符合医保支付范围的诊查、治疗和药品费用执行参保地病种管理政策。

(2)苯丙酮尿症患者治疗所需特殊食品(限制苯丙氨酸成份的配方粉、米、面等)费用纳入医疗救助范围。对18岁及以下苯丙酮尿症患者相关费用按不低于100%的比例救助,年度救助限额为2万元;18岁以上苯丙酮尿症患者相关费用按75%的比例救助,年度救助限额为1.8万元。

四氢生物蝶呤(BH4)缺乏症患者治疗用的"盐酸沙丙蝶呤"继续执行大病保险特效药保障政策。对符合大病保险倾斜政策的医保帮扶对象使用大病保险特药不设起付

— 90 —

标准。

153. 苯丙酮尿症患者的药费及特殊食品处方时间是如何规定的?

答:由卫健部门负责指导定点医疗机构指定专科门诊和医生负责苯丙酮尿症患者的治疗管理,严格执行临床路径或相关技术规范,根据患者病情确定相应的诊疗措施,开具治疗药品和特殊治疗食品的处方,原则上每次开具处方不得超过3个月的治疗量。

第二篇 医药服务

第一节 药品目录

154. 我市目前执行哪个版本《药品目录》?

答:基本医疗保险药品目录全称《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》是基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金支付药品费用的标准。《药品目录》分为凡例、西药、中成药、协议期内谈判药品、中药饮片五部分。凡例是对《药品目录》的编排格式、名称剂型规范、限定支付范围等内容的解释和说明;西药部分包括了化学药品和生物制品;中成药部分包含了中成药和民族药;协议期内谈判药品部分包括谈判协议有效期内的西药、中成药;中药饮片部分包括医保基金予以支付的饮片范围以及不得纳入医保基金支付的饮片范围。为提高医保基金的使用效益,《药品目录》对部分药品规定了限定支付范围。

155. 什么是基本医疗保险药品目录?

答:基本医疗保险药品目录全称《国家基本医疗保险、 工伤保险和生育保险药品目录》是基本医疗保险、工伤保 险和生育保险基金支付药品费用的标准。《药品目录》分 为凡例、西药、中成药、协议期内谈判药品、中药饮片五 部分。凡例是对《药品目录》的编排格式、名称剂型规范、 限定支付范围等内容的解释和说明;西药部分包括了化学 药品和生物制品;中成药部分包含了中成药和民族药;协议期内谈判药品部分包括了尚处于谈判协议有效期内的药品;中药饮片部分包括医保基金予以支付的饮片范围以及地方不得调整纳入医保基金支付的饮片范围。为提高医保基金的使用效益,《药品目录》对部分药品的医保支付范围进行了限定。2021年目录中西药部分1273个,中成药部分1312个,协议期内谈判药品部分275个(西药213个、中成药62个),共计2860个。

156. 什么是基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施目录?

答:基本医疗保险诊疗项目目录是指医疗技术劳务项目和使用医疗仪器、设备与医用材料进行的诊断、治疗项目的目录,临床诊疗必需、安全有效、费用适宜且制定了收费标准的诊疗项目。如护理费、血液透析、核磁共振(MRI)等。但是挂号费、种植牙、美容、整容、减肥、增高项目等不纳入医保基金支付。

基本医疗保险医疗服务设施目录是指由定点医疗机构提供的,在诊断、治疗和护理过程中必需的生活服务设施项目目录。 如住院床位费、门诊留观床位费等。但是急救车费、取暖费、中药材加工费等不纳入医保基金支付。

— 94 —

157. 什么是医保"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, 保障基本医疗保险制度的运行,医保部门规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目、医疗服务设施的支付范围,俗称"三个目录"。参保人使用药品、诊疗项目、医疗服务设施发生的费用,如果属于"三个目录"内的,可以按规定进行支付;不属于"三个目录"内的,医保基金不予支付。如:不纳入药品目录的增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品医保基金不予支付。

目前常见病、多发病的主要治疗用药都已纳入目录。 我们鼓励参保人员和定点医疗机构根据病情需要,优先选 择医保药品目录内的药品。

158. 什么是医保甲、乙类药品?

答:基本医疗保险将药品目录内的药品分为甲类药品、乙类药品两部分。甲类药品是由国家统一制定的、临床治疗必需,使用广泛,疗效好,同类药物中价格低的药物,使用这类药物所发生的费用全额纳入基本医疗保险基金报销范围,按基本医疗保险的规定支付费用。乙类药品

是可供临床治疗选择使用、疗效好,同类药品中比甲类药品价格高的药品,基本医疗保险基金支付部分费用。使用这类药品产生的费用先由参保人员自付一定比例的费用后,余下的费用再纳入基本医疗保险基金报销范围,并按基本医疗保险的规定支付费用。具体的自付比例根据各地政策和具体药品而有所不同。

159. 什么是药品的首先自付比例?

答:参保人员使用药品目录内药品时区分甲、乙类,使用甲类药品发生的费用,直接按基本医疗保险有关规定支付;使用乙类药品发生的费用,先由参保人员自付规定的比例,再按基本医疗保险的有关规定支付。目前,我市乙类药品自付比例分为四档,职工分别为0%、5%、10%、15%,居民分别为0%、5%、15%、25%。乙类药品的自付比例,根据我市医保基金收支状况及临床用药情况,适时进行调整。

160. 药品的限定支付范围是什么?

答:限定支付范围,是指符合规定情况下参保人员发生的药品费用,可按规定由基本医疗保险或生育保险基金支付。例如:标注了适应症的药品,是指参保人员出现适应症限定范围情况并有相应的临床体征及症状、实验室和

— 96 —

辅助检查证据以及相应的临床诊断依据,使用该药品所发生的费用可按规定支付。

161. 哪些医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围?

答:《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。

医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不支付或者 无法确定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本 医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

162. 什么是医疗机构制剂?

答: 医疗机构制剂,是指医疗机构根据本单位临床需要经批准而配制、自用的固定处方制剂。医疗机构配制的制剂,应当是市场上没有供应的品种。纳入医保基金支付范围的医疗机构制剂,应当是经药品监督管理部门批准或备案,取得医疗机构制剂注册批件或者备案号的治疗性医疗机构制剂,并符合临床必需、安全有效、价格合理等基

本条件。

第二节 医保支付

163. 什么是医保支付标准?

答: 医保支付标准全称为基本医疗保险支付标准,是 指医保基金支付医保目录内药品、医疗服务项目、耗材费 用(以下简称项目)所设定的标准。参保人员使用医保支 付标准以内的项目,由医保基金和参保人员按规定比例分 担。参保人员使用价格高于支付标准的药品,超出支付标 准的部分由参保人员自付,支付标准以内部分由医保基金 和参保人员按规定比例分担。

药品的医保支付标准目前主要有三个形成机制:一是 集中带量药品在相应采购规则下形成的以中选价格为支 付标准的机制;二是国家谈判药品以谈判价格为支付标准 的机制;三是非集采非国家谈判药品的量价加权为支付标 准的机制,如"两病"中的部分药品、国家支付标准改革 试点中的部分药品等。

164. 为什么要进行医保支付方式改革?

答: 当前我们面临经济下行带来的基金筹资增长压力增大,人口老龄化及医药科技进步带来的医疗费用增长加

— 98 —

速,传统付费方式与新型医疗服务体系、新技术新业态冲突等现状,经济下行带来的基金筹资增长压力增大。医疗保障制度要实现可持续发展,必须逐步从以增量为主转为更加关注存量、从被动买单转为主动作为、从碎片化转为更强调统一性。大力推进医保支付方式改革,就是实现"三个转变"的重要措施。

165. 什么是医保 DRG 付费?

答: DRG 是疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups) 的缩写,是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRG 实质上是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将患者分入若干诊断组进行管理的体系。按疾病诊断相关分组(DRG)付费是世界公认的较为先进和科学的支付方式之一,是有效控制医疗费用不合理增长,建立公立医院运行补偿新机制,实现医保患三方共赢和推进分级诊疗促进服务模式转变的重要手段。

166. 什么是 DRG 权重?

答: DRG 权重 (RW) 是对每一个 DRG 依据其资源消耗程度所给予的权值, 反映该 DRG 的资源消耗相对于其它

疾病的程度。DRG 权重是反映不同 DRG 组资源消耗程度的相对值,数值越高,反映该病组的资源消耗越高,反之则越低。计算方法:某 DRG 权重=该病组中病例的例均费用/所有病例的例均费用。

167. 什么是 DRG 费率?

答:即为分配到每一权重上的可能消耗的住院费用,通俗的讲就是每一个权重,医保预计会支付的金额。计算方法:在完成了 DRG 分组并确定了 DRG 的权重后,根据历史数据测算各类试点医院预计 DRG 出院病人数和总权重,并根据医保年度预算基金额度和预期支付比例推算出年度医保病人总费用,再以总权重为系数将年度病人总费用分配到每一权重上,即计算出各类医院的费率。

168. 什么是医保按床日付费?

答:按床日付费指根据患者住院天数进行医保支付的一种付费机制。主要用于长期、慢性病的住院,如精神障碍等疾病的长期住院康复治疗。

169. 什么是医保总额预付?

答:总额预付,是指医保总额控制、包干使用、超支分担的支付方式。主要根据区域内基金收支情况、医疗机构就诊情况、社会经济发展水平等因素,预测区域内年度

— 100 —

医保补偿总额, 医保经办机构根据预算总额定期拨付。

170. 什么是按人头付费?

答:按人头付费是指根据医疗机构服务的人口数和规定的人均定额标准,预先向医疗机构支付的固定费用。主要用于生活、居住地相对固定,能够长期在同一家医疗机构定点就医的患者,如普通门诊、"两病"等医疗服务。

171. 什么是按病种付费?

答:按病种付费是指根据疾病分类方法,将疾病按诊断或其他因素分为若干组,并根据相应的价格向医疗机构支付的付费方式。按疾病诊断相关分组(DRG)付费其实也是按病种付费的一种形式。

第三节 谈判药品

172. 什么是谈判药品?

答:国家医保局会同人力资源社会保障部组织专家 按程序开展的国家医保药品目录准入谈判,谈判成功的 药品认可度高,新上市且临床价值高,涉及癌症、罕见 病、肝炎、糖尿病、耐多药结核、风湿免疫、心脑血管、 消化等 10 余个临床治疗领域,全国统一的支付标准, 多个"贵族药"开出平民价,上述谈判成功的药品统称 为谈判药品,纳入基本医疗保险基金支付。

山东省谈判药品(大病特药)纳入大病保险审核支付。

173. 为什么要建立国家医保谈判药品门诊用药保障机制?

答:基于我市门诊保障制度的现状,为做好国家谈 判药品落地工作,我市从国谈药品中选取适宜门诊治疗、 使用周期较长、疗程费用较高以及临床路径清晰、适用条 件明确的药品,纳入门诊用药保障范围,切实解决对国谈 药品有门诊使用需求参保群众的门诊报销渠道问题。

174. 医保谈判药品门诊用药保障机制政策有哪些?

答: (1)保障对象。参加我市职工医保、居民医保并正常享受待遇,确需使用国谈药品且符合药品限定支付范围的参保人员。

(2)保障品种。从国谈药品中选取适宜门诊治疗、 使用周期较长、疗程费用较高以及临床路径清晰、适用条 件明确的药品,纳入门诊用药保障范围,目前已经有44种 (名单附后)。

市医保局将根据国谈药品的增减情况、医保基金收支

情况及门诊保障政策调整情况适时动态调整国谈药品门诊用药保障品种。

保障标准:

- ①起付标准。参保人员门诊使用国谈药品暂不设起付 线。
- ②报销比例。参保职工门诊使用国谈药品时个人按规 定比例自付后的合规药费部分,由职工医保统筹基金按 80%的比例支付。

参保居民门诊使用国谈药品时个人按规定比例自付 后的合规药费部分,一档、二档缴费的由居民医保统筹基 金分别按40%、60%的比例支付。

纳入慈善赠药的参保人员发生的费用, 医保基金不予 支付。

- ③年最高支付限额:一个医疗年度内,国谈药品的年基金支付金额与住院医疗费、门诊慢特病医疗费合并计入统筹基金年最高支付限额,不计入参保人员乙类门诊慢特病年最高支付限额。
- 175. 什么是"双通道"药品? 定点医药机构有哪些?

答:对临床必需、疗效确切、限制支付条件明确的国

谈药品,实行定点医疗机构和特药定点零售药店"双通道" 保障。

目前,我市"双通道"药品共有175种,需要审核的谈判药品为97种门诊慢病、罕见病保障药品和44种门诊用药保障机制药品,剩余34种谈判药品不需要审核。

烟台市"双通道"药品定点医药机构包括烟台毓璜顶医院、烟台市烟台山医院、中国人民解放军联勤保障部队第970 医院、烟台市中医医院、烟台市莱阳中心医院、烟台市关阳中心医院、烟台市会上医院、烟台市合山医院、烟台市心理康复医院等51 家医疗机构和烟台国药大药房有限公司、烟台漱玉平民大药房有限公司毓璜顶店、烟台润药大药房有限公司、烟台润药大药房有限公司、烟台润药大药房有限公司、烟台河、烟台中医世家医药连锁有限公司庆善街店、烟台中医世家医药连锁有限公司八十九分店、烟台开生医药有限公司四十二分店8家特药定点零售药店。

176. "三定"管理审核、备案谈判药品范围有哪些?

答: "三定"管理,即定医疗机构、定责任医师、定零售药店。

177. 谈判药品赠药政策是怎么规定的?

答:参保人员使用一定数量谈判药品后符合赠药条件的,由定点药店负责具体管理,并协助参保人员按规定向慈善合作机构申请赠药。赠药不属于医保支付范围,医保基金不予支付。

第三篇 基金监管

178. 党和国家主要领导人就医疗保障基金监管作出了哪些指示批示?

答: 党中央、国务院高度重视医保基金安全。2018年 12月20日, 习近平总书记做出重要批示, 勿使医保基金 成为新的"唐僧肉"、任由骗取,要加强监管。李克强总 理明确指出,要依法严肃查处各种骗取医保基金行为,全 面排查基金管理漏洞,拿出有效的监管措施。2019年1月 10日,国务院副总理韩正在国务院医疗保障工作座谈会上 强调,确保医保基金安全,是医保部门的首要职责,要坚 持堵漏洞、强监管、重处罚、严震慑,确保基金安全可控。 2020年1月15日,习近平总书记在十九届中央纪委四次 全会上再次强调: "要坚决查处医疗机构内外勾结欺诈骗 保行为,建立和强化长效监管机制"。3月5日发布的《中 共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,明 确提出要织密扎牢医保基金监管的制度笼子,改革完善医 保基金监管体制,加强医保基金监管能力建设,确保基金 运行稳健持续。4月27日中央全面深化改革委员会第十三 次会议审议通过了《关于推进医疗保障基金监管制度体系 改革的指导意见》强调, 医保基金是人民群众的"看病钱"、 "救命钱",一定要管好用好。要坚持完善法治、依法监

管,坚持惩戒失信、激励诚信,构建全领域、全流程的基金安全防控机制,维护社会公平正义,促进医疗保障制度健康持续发展。

2020年6月1日实施的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》指出: "应当提高医疗保障监管能力和水平,对纳入基本医疗保险基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用加强监督管理,确保基本医疗保险基金合理使用、安全可控"。

2021年1月15日,李克强总理签署第735号国务院令,颁布我国首部《医疗保障基金使用监督管理条例》,5月1日起实施。《条例》对医保部门、经办机构、定点医药机构和参保人员医保基金使用行为作出了明确规范,对各类套保骗保行为加大了处理处罚力度。《条例》的出台改变了我国医疗保障基金监管领域缺乏专门法律法规的状况,为更加有效实施医保基金监管、切实维护基金安全提供了法治保障。

习近平总书记的重要指示批示、党中央国务院的重大 决策部署,为我们做好新形势下医保基金监管工作指明了 方向,提供了根本遵循,坚定了信心决定。

179. 医疗保障基金使用中常见的违法违规行为有哪

些?

答:现阶段,医疗保障领域的违法违规违约行为可以分为三类。

第一类是欺诈骗保行为,根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第40条规定的定点医药机构以下行为:

- (一)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;
- (二)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医 学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;
 - (三)虚构医药服务项目;

第 41 条规定的个人以下行为:

- (一)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;
- (二)通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、 医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;
- (三)虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施了《条例》第38条规定行为之一,造成医疗保障基金损失的,按照欺诈骗保行为进行处理。

第二类是造成医疗保障基金损失的行为。主要包括:

《条例》第38条规定的医药机构以下行为:

- (一)分解住院、挂床住院;
- (二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、 超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;
 - (三) 重复收费、超标准收费、分解项目收费;
 - (四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
- (五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转 卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供 便利;
- (六)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳 入医疗保障基金结算;
 - (七)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

《条例》规定的个人以下行为:

- (一)将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;
- (二) 重复享受医疗保障待遇;
- (三)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受 返还现金、实物或者获得其他非法利益。

第三类是违反服务协议的行为,除《条例》内规定的 违法行为之外,其余医保服务协议内有规定的行为。主要 包括:各种形式的诱导住院、低指征入院、超医保支付限 定用药、出院超量带药、带检查或治疗项目出院等。

180. 医保基金使用常见的违法违规行为有哪些? 怎样处理?

答: (一)诱导住院、低指征住院

表现: 医疗机构通过宣传免费查体、车接车送、夸大病情、减免个人自付费用、提供免费食宿、返现回扣等形式,诱导哄骗患者住院治疗,甚至以扶贫的名义上门拉病号。将明显不需要住院治疗的患者,扩大病情收治入院,并通过开展大量检查检验治疗来骗取医保基金。

政策: 医保基金是老百姓的"治病救命钱", 要给真正需要的人用, 不能因为不花钱就随便住院, 更不能进行体检式、疗养式住院, 否则将追究欺诈骗保相关责任!

处理:《烟台市基本医疗保险服务协议(医疗机构)》 第 63 条规定,严禁定点医疗机构通过虚假宣传、违规减 免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式,诱导参保人员 就医;严禁将不符合入院指征的参保人员收治入院。对于 发现的诱导住院和低指征入院行为,医保部门将责令改 正,追回已支付的违规费用,视情节予以暂停拨付、拒付 违规费用、中止协议。

(二)分解住院

表现: 医院让住院费用高、治疗时间长的患者强制出院,并在短时间内因同一疾病或相同症状再次办理入院,主观将参保人员应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。

政策: 医保部门绝对没有针对患者住院天数和治疗费用的规定,患者是否应该出院,应由医生根据患者病情作出专业判断。对住院时间比较长、费用高的患者,有些医院通过"一刀切"的做法要求患者出院再重新住院,这是不合理的。

处理:如果医院存在上述行为,经审核被认定为分解 住院的,依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第 38 条规定,医保部门将责令改正,追回损失的医保基金,并 处1倍以上2倍以下的罚款。拒不改正或者造成严重后果 的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年 以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

(三)挂床住院

表现: 医疗机构为患者办理了住院手续,实际未按照住院诊疗标准进行规范化管理,或允许患者无特殊情况下不在院(床)累计3天以上。根据《烟台市基本医疗保险服务协议》规定,医保部门将以下情况认定为挂床住院:

参保人员办理入院登记后,医院无正当理由,在 48 小时内未上传住院信息或一周(含)以上无病程记录的;参保人员入院 48 小时内,未按照住院病人的诊疗标准进行规范化管理,病历资料中缺入院记录、首程记录、长期医嘱、临时医嘱等资料的;参保人员住院期间同一床位同时有两人及以上人员的;参保人员住院期间无固定床位的或与主管医师、护士及参保人员提供的床位号不符的;参保人员住院期间无正当理由不在院的;其他违反医保有关规定被视为挂床住院行为的。

政策:根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第15条,医疗机构不得挂床住院。如果医院存在上述行为,经审核被认定为挂床住院的,依据《医疗保障基金监督管理条例》第38条规定,医保部门责令改正,追回损失的医保基金,并处1倍以上2倍以下的罚款。拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

(四)不合理收费(重复收费、超标准收费、分解项目收费)

表现: 重复收费是重复收取某项目费用; 分解收费是指将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费, 或

将诊疗项目内涵中已包含的内容单独计费,最常见的表现 形式是将一个手术的某个步骤,分解为一个新的手术再次 收取费用。超标准收费是指超过规定的价格标准、数量标 准进行收费,且超出部分纳入医保结算。

政策规定:《医疗保障基金使用监督管理条例》第 15 条规定,定点医药机构及其工作人员不得重复收费、超标准收费、分解项目收费。依据《医疗保障基金监督管理条例》第 38 条规定,对于发现的违规收费行为,医疗保障行政部门将责令其改正,追回损失的医保基金,处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款; 拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务; 违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

(五) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施

表现: 串换分为两类,一是目录外项目串换,指将不在医保报销范围内的项目串换为医保目录内名称和价格标准进行医保结算;二是低价项目高套,指不执行原药品、诊疗项目、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准,将低价项目套用高价项目的价格标准结算。

政策:《医疗保障基金使用监督管理条例》第15条

规定,定点医药机构及其工作人员不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第 38 条规定,医疗保障行政部门将责令改正,追回损失的医保基金,并处1倍以上2倍以下的罚款。拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

(六)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、 超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务

表现: 医疗机构为患者开展与疾病无关、无治疗依据 及不符合诊疗规范的检查检验和治疗。套餐式检查是指无 疾病指征的情况下,以组套形式开展检查、化验项目。

政策:《基本医疗卫生与健康促进法》第五十四条规定,医疗卫生人员应当遵循医学科学规律,遵守有关临床诊疗技术规范和各项操作规范以及医学伦理规范,使用适宜技术和药物,合理诊疗,因病施治,不得对患者实施过度医疗。《医疗保障基金使用监督管理条例》第15条规定,定点医药机构及其工作人员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。对于卫健部门和医保部门认定的过度诊疗行为,按照《医疗保障

基金使用监督管理条例》第 38 条规定, 责令改正, 追回 损失的医保基金, 并处 1 倍以上 2 倍以下的罚款。拒不改 正或者造成严重后果的, 责令定点医药机构暂停相关责任 部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服 务; 违反其他法律、行政法规的, 由有关主管部门依法处 理。

(七)虚构医药服务项目

表现:虚构没有真实开展的医疗服务项目上传医保报销,从而骗取医疗保障基金。例如没有开展某项手术却收取手术费用,没有做某个检查却收取检查费用,没有开具某种药品却收取药品费用。

政策: 医疗机构虚构医疗服务项目,多收取患者费用,同时骗取医保基金,是比较恶劣的欺诈骗保行为。《医疗保障基金使用监督管理条例》第 20 条规定,定点医药机构及其工作人员不得虚构医药服务项目骗取医疗保障基金使用监督管理条例》第 40 条规定,医疗保障行政部门将责令退回,处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款;责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至由医疗保障经办机构解除

服务协议;有执业资格的,由有关主管部门依法吊销执业资格。涉嫌刑事犯罪的,将移送司法机关。对定点医药机构主要责任人,也将移交纪检监察机关。

(八) 零售药店常见违规行为

1. 用医保卡个人账户购买生活用品、保健品、充值会员卡等

政策:根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》,个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、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。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。更不得用于购买生活用品、保健品,充值会员卡等。

2. 串换药品

药店为了吸引参保人消费,将不允许报销的保健品、 生活用品等串换为可报销的药品上传报销,骗取医保基 金。

3. 套取现金

定点药店将个人账户金违规提取现金返还参保人,或者将个人账户金充值到会员卡中,再从会员卡中提现。

4. 盗取个人账户

不法药店、医疗机构通过各种手段大量违规留存参保 人员医保卡,然后盗刷。

处理:按照《烟台市基本医疗保险服务协议》给予约 谈并要求限期整改,未在规定时限内整改的,视情节轻重 中止服务协议。

(九)个人违规问题

个人有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正;造成医疗保障基金损失的,责令退回;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月:

- 1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;
- 2. 重复享受医疗保障待遇;
- 3. 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还 现金、实物或者获得其他非法利益。

个人以骗取医疗保障基金为目的,实施了前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失的;或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;或者通过伪造、变造、隐匿、

涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的,除依照前款规定处理外,还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。涉嫌刑事犯罪的,移送司法机关处理。

181. 我市打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励制度是什么?

答: 1. 出台背景: 为进一步鼓励举报欺诈骗取医疗保障基金行为,切实保证医疗保障基金安全,根据《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)、省医疗保障局、省财政厅《关于印发<山东省打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则>的通知》(鲁医保发〔2021〕21号)等法律法规和政策规定,2021年7月,市医疗保障局、市财政局制定《烟台市打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》。

- 2. 发放条件:举报人对医保经办机构及其工作人员、 定点医药机构及其工作人员、以及参保人员等涉嫌欺诈骗 取医疗保障基金行为进行举报,提供相关证据及线索,经 查证属实,符合以下情况的,予以奖励。
 - (一)举报情况经查证属实,造成医疗保障基金损失,

或因举报避免医疗保障基金损失;

- (二)提供的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握;
 - (三) 选择愿意得到举报奖励。
- 3. 奖励金额: 医疗保障部门可按举报线索中查实欺诈骗保金额的一定比例,对符合条件的举报人予以奖励,最高额度不超过10万元,奖励标准计算不足200元的,给予200元奖励。
- (一)举报定点医疗机构及其工作人员欺诈骗保行为 并且查证属实,按照不超过查实欺诈骗保金额的 3%奖励。
- (二)举报定点零售药店及其工作人员欺诈骗保行为 并且查证属实,按照不超过查实欺诈骗保金额的 3%奖励。
- (三)举报参保人员欺诈骗保行为并且查证属实,按照 不超过查实欺诈骗保金额的 5%奖励。
- (四)举报医保经办机构工作人员欺诈骗保行为并且 查证属实,按照不超过查实欺诈骗保金额的 5%奖励。
- (五)举报其他欺诈骗取医疗保障基金行为并且查证 属实,按照不超过查实欺诈骗保金额的 2%奖励。
- 4. 发放程序: 市医保经办机构和区市医疗保障部门负责对查实举报事项的举报人有关信息进行核实、奖励金初

审和申请上报。市医疗保障行政部门对是否予以奖励进行 复审,对于符合奖励条件的,通知举报人到指定地点办理 领奖手续。

第四篇 价格招采

第一节 价格管理

182. 医药价格管理的作用是什么?

答: 医药价格管理是政府宏观调控医疗服务供需平衡的手段, 医药价格政策对推动医疗卫生事业健康发展, 提高人民群众生活质量, 促进社会经济建设和社会文明具有重要的作用。

183. 我市药品价格管理的现状是什么?

答: 2009年,建立了国家基本药物制度,国家、省公布了国家基本药物零售指导价格。同年,经国务院同意,国家发展改革委会同国家卫生计生委、人力资源社会保障部等部门联合发出《关于印发推进药品价格改革意见的通知》,决定从 2015年6月1日起,除麻醉药品和第一类精神药品仍由实行最高出厂价格和最高零售价格管理外,对其他药品政府定价均予以取消,不再实行最高零售限价管理,按照分类管理原则,通过不同的方式由市场形成价格。公立医疗机构药品销售价格以实际进价为基础加不超过15%进销差率确定。公立医院医药价格改革后,所有公立医院全部取消药品加成,实行零差率销售药品;中药饮片仍按实际进价加 25%进销差率销售。非公立医院根据市场需求自主确定药品销售价格。我市于 2016 年取消公立

医疗机构药品(中药饮片除外)加成,2019年取消公立医疗机构医用耗材加成。

184. 什么是医疗服务价格?

答: 医疗服务价格是对医疗服务作为商品交换所采取的一种价格形式,本质上是医疗服务价值的货币表现,是医疗机构对患者服务的医疗服务项目的收费标准,包括门诊、住院、各项检查、治疗、检验、手术项目等的收费价格。由于医疗服务属于公共产品的范畴,医疗服务不同时分别。因而医疗服务不同时给予一定形式的财政补贴。因而医疗服务价格不是通过市场供求的调节自发形成的,而是采用不完全生产价格模式,即由政府有关部门通过理论价格,再根据国民经济的发展水平和居民的承受能力等来确定价格的水平,因此医疗服务价格一般低于医疗服务价值。医疗服务价格是医疗机构组织收入的主要渠道,是医疗机构弥补医疗支出的主要方式。

185. 医疗服务价格管理的特点有哪些?

答:由于医疗服务具有医患信息不对称、资源流动的局限性以及价格需求的弱弹性等特性,医疗服务价格管理相对于其他价格管理存在以下特点:

— 124 —

- (1)专业技术强。随着医疗技术的进步,医疗服务学科分类日益深化和细致,医疗项目越设越多,而且价格内涵也日新月异。要对医疗服务价格做出正确决策,必须对各类医疗服务有一个总体了解,掌握其运行规律。
- (2)综合性强。定价过程必须综合考虑各方面的因素,除了成本因素以外,还要考虑行业的性质、政府的财力、医疗保障体制的状况、群众的承受能力等等,医疗服务价格决策是一个综合因素的决策过程。
- (3)社会敏感性强。由于社会对医疗服务的认识和 定性有一个不断完善变化的过程,疾病本身的发生变化也 带有极大的偶发性,价格的高低事关群众和医院利益以及 医保基金的安全,因此价格管理应适应社会要求和疾病规 律作适时调整。
- (4)价格的成本推动性比较明显。由于人们对身体健康和生命的存在关注度高,因此医学新技术和发明总是最先最快被应用,医疗服务的成本总是处在不断上升的过程中,从而推动价格的上涨。因此在医疗服务价格管理时,要掌握好成本补偿的度,既不能完全依赖成本定价,使定价违背当地经济发展程度和群众承受能力,也不能管制过严,使医疗事业失去应有的补偿和发展能力。

186. 我国医疗服务价格管理体制是什么?

答: 国家统一制定医疗服务价格项目,各省制定具体项目价格,我省实行省、市两级管理。

187. 我国医疗服务价格管理形式有哪些?

答: 医疗服务价格实行政府指导价和市场调节价相结合的管理方式,公立医院开展的基本医疗服务实行政府指导价格,市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务项目实行市场调节价格;非公立医院开展的所有医疗服务均实行市场调节价格。

188. 我市医疗服务项目如何分类?

答: 我市现行的医疗服务价格是根据《全国医疗服务价格项目规范》(2001年版和2007年修改版)制定的,共计医疗服务项目4200多项,采用五级分类法进行分级,其中第一级分为综合诊疗类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医及民族医诊疗类。每类下设二至四级分类,第五级为医疗服务价格终极项目。其中临床诊疗类中"临床各系统诊疗"和"手术治疗"两类参照国际疾病分类(ICD-9-CM)的分类格式,按照解剖部位从上至下,由近端至远端,由浅层至深层的原则排列。

医疗服务价格设项目编码、项目名称、项目内容、除

外内容、计价单位、价格和说明七个栏目。项目编码采用采用顺序码,设为 9 位。从左至右第 1 位为一级分类码,第 2 位为二级分类码,第 3-4 位为三级分类码,第 5-6 位为四级分类码,第 7-9 位为项目顺序码。部分类别因项目分类简单,无第三、四级分类,分类编码记为"00"。项目名称为中文标准名称,部分项目名称中在括号内列出英文名称或缩写。项目内涵用于价格项目的服务范围、内容、方式和手段。除外内容指在项目中需要另行收费的药物、特殊医用消耗材料和组织器官移植的供体等。计价单位指提供项目服务时的基本计价方式。说明指本项目在定价时需要特殊说明的相关事宜。

189. 我市非公立医疗机构现行医疗服务价格政策是如何规定的?

答: 2014年6月1日起,国家发改委、原卫生计生委、 人力资源和社会保障部联合下文,放开了非公立医疗机构 医疗服务价格,其提供的所有医疗服务价格实行市场调 节,由医院根据实际情况自行确定,要求各地不得以任何 方式对非公立医疗机构医疗服务价格进行不当干预。属于 营利性质的非公立医疗机构,可自行设立医疗服务价格项 目;属于非营利性质的非公立医疗机构,应按照《全国医 疗服务价格项目规范》设立服务项目。

190. 公立医疗机构医疗服务价格是如何制定的?

答:公立医疗机构医疗服务价格实行政府指导价,按 照分级管理的原则,由省市医疗保障部门分别制定省级、 市级及以下公立医疗机构医疗服务价格最高标准。

191. 非公立医疗机构医疗服务价格如何管理?

答: 非公立医疗机构医疗服务价格实行市场调节,医保定点非公立医疗机构医疗服务价格按照协议规定执行。

192. 为什么公立和民营药品价格不一样?

答: 2015年6月,国家改革药品价格形成机制,除少数特殊管制药品外,绝大多数药品价格实行市场调节,由经营者自主确定价格。影响药品实际交易价格的因素很多,公立医院和民营医院采购渠道不同,成本费用构成存在差异是客观现象,患者完全可以根据自身实际情况选择个人负担低的渠道购买药品。

如: 2018 年下半年,国家集中采购,25 个中选药品平均降幅59%,2019年12 月在烟台落地,这些药品在公立医院的价格会低于民营医院。

193. 公立医疗机构中药饮片加价率是多少?

答:公立医疗机构销售中药饮片,以实际购进价格为

基础,按顺加不超过25%的加价率制定销售价格。

194. 零售药店药品价格是如何确定的?

答:零售药店药品价格由其自主确定,并向社会公示药品价格。

195. 医疗服务项目分为哪四大类?

答:综合诊疗类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医及民族医诊疗类。

196. 一条完整的医疗服务价格包含哪些内容?

答:包括项目编码、项目名称、项目内容、除外内容、计价单位、价格和说明七部分。

197. 公立医疗机构的哪些医疗服务项目实行市场调节价?

答:市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务项目实行市场调节价格。例如知名专家诊察费、口腔正畸治疗类、医疗美容类等项目和特需医疗服务等均实行市场调节价格。

198. 医疗服务价格调整中,需要有针对性地提高哪些项目价格? 降低哪些项目价格?

答: 重点提高能够体现医务人员劳务价值的项目价格, 例如护理费、手术费等, 降低物耗占比高的检验检查

类项目价格, 例如大型设备检查、生化检验等。

199. 目前仍由国家制定最高出厂价格和最高零售价格的药品有哪些?

答: 麻醉药品和第一类精神药品。

200. 门诊诊察费主要包括哪些?

答: 普通门诊诊察费、专家门诊诊察费(包括副主任 医师、主任医师、知名专家)、急诊诊察费、门急诊留观 诊察费。

201. 床位费主要包括哪些?

答:病房床位费(包括四人以上间、三人间、二人间、 单间、套间)、层流洁净病房床位费、监护病房床位费、 特殊防护病房床位费、急诊观察床位费。

第二节 带量采购

202. 什么是集中带量采购?

答:集中带量采购是指由医保部门组织、监管和指导, 公立医疗机构组成采购联合体,按照药品或医用耗材年度 总用量的一定比例作为约定采购量,向生产企业承诺完成 采购量并保证回款,通过以量换价,降低药品价格。

203. 为什么要开展集中带量采购?

答:为深化医药卫生体制改革,完善药品价格形成机制,缓解患者看病难、用药贵、负担重的问题,2019年1月1日,国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》,选择北京等11个城市作为试点,正式推开药品集中带量采购工作。2019年11月,国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发《关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革若干政策措施》,文件充分肯定了药品集中带量采购对降低虚高药价、减轻群众负担的积极推动作用,同时也对推进医改不断深化、巩固公立医院破除以药补医成果、促进医药行业健康发展发挥积极作用。

204. 集中带量采购的意义是什么?

答:带量采购最直接的效应就是减轻患者费用负担。一是通过带量采购显著降低药品价格,患者负担明显减轻,原来吃不起的药现在吃得起了,这是老百姓最直接的福利,深受老百姓欢迎。二是净化行业生态环境的重要举措。集中带量采购后,药品质量和疗效由行业内关注变为全社会关注,促使企业由过度依赖销售转变为回归成本和质量竞争,从根本上改善了医药行业生态环境。三是促进药品生产流通企业优化重组。集中带量采购,带动了药品生产、流通、使用、监管等各个环节的改革,推动了药品生产、流通、使用、监管等各个环节的改革,推动了药品

— 131 —

生产流通领域的结构调整、优化整合,促进了医药产业健康发展。四是推动"三医联动"的重要切入口。降低药品价格后,医保基金形成的结余用于公立医院内部改革,实现了结余留用与薪酬分配制度改革协同。同时,医保、医疗、医药等部门各司其职、协同联动,形成共同推进改革的良好局面。

205. 集中带量采购的药品质量怎样?

答: 国家采购相当于一次"大团购",把全国的用量集合成一个大采购包并承诺采购量;中标药企的销量能得到保证,药企只需要做好药品的生产供应,省去了公关、销售等中间环节的投入,因此有了比较大的降价空间。

国家各部门采取了多项监管措施保障所采购药品质量。

一是建立严格的入围标准。将药品质量作为参加带量 采购的前提条件,以通过质量和疗效一致性评价作为仿制 药入围标准。实现用药质量的整体提升,同时也避免在竞 争中出现"劣币驱逐良币"现象。一致性评价全称是仿制 药质量和疗效一致性评价,既包括质量,也包括疗效,在 药品的原辅料、生产工艺、质量检测和疗效等方面均有严 格标准。

二是加强对中选品种全流程质量监管。药品中选后,

药品监管部门将强化监督检查和产品抽检,提高抽检频次,加强全生命周期质量监管,确保降价不降质,让群众用上质量和疗效放心的药品。

三是夯实企业责任。企业是药品质量和供应的第一责任人,必须对药品的质量负责。加大违法违规企业追责力度,中选药品如果出现严重质量问题,则列入"违规名单",取消该企业的中选资格。同时视情节轻重取消其在列入"违规名单"之日起2年内参与各地药品采购活动的资格。

为了给社会吃下"定心丸",2021年6月,在国家医保局组织指导下,一项基于11万份北京三甲医院真实病历的研究公布结果。研究收集了20余家在京医疗机构的真实临床诊疗数据,覆盖大型三甲医院、专科医院和社区医疗机构,结果显示,14个通过仿制药一致性评价的集采中选仿制药与原研药在临床上具有等效性,不良反应无统计学差异。

206. 我市参加集中带量采购药品和医用耗材的医药 机构有哪些?

答:全市所有公立医疗机构、驻烟军队医疗机构和参照执行公立医疗机构医保政策的民营医疗机构要全部参加,鼓励医保协议定点社会办医疗机构和零售药店自愿参加。

207. 目前国家共落地多少批次药品集中带量采购结果, 共多少种药品?

答: 5 批次 218 种药品。

208. 目前国家共组织几次高值集中带量采购,分别是什么耗材?

答:两次,分别是冠脉支架和人工关节。

209. 截止 2021 年底山东省共组织多少批次药品和耗材集中带量采购? 分别是多少种?

答: 药品: 两批次 89 种药品; 医用耗材: 两批次 10 类高值医用耗材。

210. 国家组织第一批药品集中带量采购的基本情况 是什么?

答: 2018年11月,《国家组织药品集中采购试点方案》正式通过,确定将在北京、上海、天津、重庆4个直辖市和广州、深圳、西安、大连、成都、厦门7个城市进行带量采购,涉及31个指定规格的采购品种。2018年12月,"4+7"带量采购中选结果在上海出炉。国家联采办公布的情况显示,31个试点通用名药品25个中选,其中包括23种国产药品,2种国外药品,成功率81%。2019年3月底前采购结果陆续在11个试点城市落地。2019年9月4+7试点方案在全国扩围,山东省于2019年12月1日

执行集采结果,25种药品涉及到心血管系统、消化系统、肿瘤等常见慢性病,心血管系统药物10种,全身用抗感染药物3种,神经系统药物6种,抗肿瘤药物3种,呼吸系统药物1种,消化道药物1种,肌肉骨骼系统药物1种。平均价格降幅59%,最高降幅达96.8%。"格列卫"的仿制药甲磺酸伊马替尼胶囊在列。患者由原研药的每盒7000多元,每年大约需17万元,降为仿制药每盒586.39元,每年药品费用只需约1.4万元。 患者常吃的降血脂用药阿托伐他汀钙片从单片3.7元降至0.12元,每年药费由2362.36元降至87.36元。

211. 国家组织第二批药品集中带量采购的基本情况 是什么?

答: 2020年1月17日,第二批国家集采药品产生了32种药品的中选结果。根据省医保局统一安排,4月15日,全省各相关医疗机构将全部启动采购和使用工作。第二批国家集采32种药品主要为用于治疗高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病、重大疾病的药品,从全国看,平均降价53%,从我省看,与2018年山东省药品集中采购平台挂网价相比平均降价74.45%,其中降幅超过90%的药品达到了5种。如常用退热镇痛药对乙酰氨基酚片(规格为0.5g*12片),原挂网价格为14.4元,降价后价格为0.59元,降价幅度

达 95.9%; 再如糖尿病患者常用的阿卡波糖片(规格为50mg*15片/板*2板),原研厂家德国拜耳的价格由 61.29 元下降为 5.42 元,降幅为 91.16%,实现了原研药价格低于仿制药,另一种常见降糖药格列美脲片(规格为 1mg*10片/板*3板),由 34.58 元降为 1.61 元,降价幅度达到了 95.34%。较大幅度的降价将显著降低患者负担。

212. 国家组织第三批药品集中带量采购的情况是什么?

答: 2020年11月16日起,烟台市开始落地执行第三批国家组织药品集中采购中选结果。此次中选药品共有55种(阿那曲唑片、阿哌沙班片、注射用阿扎胞苷、盐酸氨基葡萄糖片、盐酸氨溴索片、奥氮平口崩片、奥美拉唑肠溶胶囊、布洛芬缓释胶囊、地氯雷他定片、多潘立酮片、盐酸二甲双胍缓释片等),涉及高血压、糖尿病、肿瘤疾病、精神疾病、抗感染等多个治疗领域,平均降幅达53%,如临床用药量较大的糖尿病用药盐酸二甲双胍片,规格为0.5g*60片,原挂网价格为每盒65.8元,这次降价后价格为每盒3.4元,降幅达95%;降尿酸常用药非布司他片规格为40mg*16片,原挂网价格每盒为143.51元,降价后的价格为16.48元,降幅达89%。

213. 国家组织第四批药品集中带量采购的基本情况

是什么?

答: 2021年5月21日起,第四批国家组织药品集中采购中选结果在我市落地实施。此次中选药品共45个品种,涉及高血压、糖尿病、消化道疾病、精神类疾病、恶性肿瘤等多个治疗领域,中选药品降价明显,平均降幅52%。一些患者的常用药品、抗癌药品费用负担将大幅降低。以盐酸氨溴索注射液为例,此前我省挂网价格为5.99元/支,国家集采中选后价格为0.799元/支,降幅达86%,再比如帕瑞昔布注射剂,此前我省挂网价格为68元/支,国家集采中选后价格为3.5元/支,降幅近95%。

214. 国家组织第五批药品集中带量采购的基本情况 是什么?

答: 2021年10月15日起,第五批国家集采61种中选药品在我市正式落地实施。第五批国家集采是历次国家组织药品集采品种数量最多的一次,中选的61种药品平均降价56%,部分药品降价幅度超90%。例如:正大天晴药业的注射用地西他滨(25mg*1瓶/盒)由1820.44元降至90.8元,降幅95%,江苏奥赛康药业有限公司的注射用艾司奥美拉唑钠(40mg*10瓶/盒)由572.90元降至37元,降幅93.54%。预计全市年可节约医疗支出约6000万元。此次集采品种覆盖高血压、冠心病、糖尿病、消化道疾病

等常见病、慢性病用药,以及肺癌、乳腺癌、结直肠癌等重大疾病用药,具体来看,包括抗生素类的头孢呋辛注射剂、头孢曲松注射剂、头孢他啶注射剂、头孢唑林注射剂,消化领域的埃索美拉唑(艾司奥美拉唑)注射剂,抗肿瘤药物多西他赛注射剂,麻醉类药物罗哌卡因注射剂等,相关患者治疗费用将明显降低。

215. 国家组织高值医用耗材冠脉支架集中带量采购的基本情况是什么?

答: 国家组织高值医用耗材冠脉支架集中带量采购,2020年11月5日在天津产生拟中选结果。2021年1月1日在烟台落地实施。此次带量冠脉支架集中带量采购中选产品10个。经过本次集采,支架价格从均价1.3万元左右下降至700元左右。涉及8家中外生产企业、10个品种,中位价700元左右。与2019年相比,相同企业的相同产品平均降价93%,国内产品平均降价92%,进口产品平均降价95%。

216. 我省参加省级联盟集中带量采购落地情况是什么?

答: 2021年1月1日落地执行京津冀"3+N"省级联盟人工晶体集中带量采购结果,与集采前相比,平均降幅达 50%, 2022年1月1日开始执行第二个采购周期,价格

进一步下降,中选品种也较 2021 年有所增加。

2022年1月15日落地执行京津冀"3+N"联盟冠脉药物球囊带量联动采购中选产品采购结果。与集采前相比, 平均降幅达65%。

217. 山东省集中带量采购落地情况怎样?

答: 2021年2月1日落地执行山东省第一批39个药品集中带量采购结果,与集采前相比,平均降幅达67.30%。

2021年3月30日落地执行山东省第一批高值医用耗材(冠脉介入类快速交换扩张球囊、人工髋关节、可吸收硬脑(脊)膜补片、套管穿刺器、心脏起搏器5类)集中带量采购结果,与集采前相比,平均降幅达84.35%。

2022年1月17日执行山东省第二批50个药品集中带量采购结果,与集采前相比,平均降幅达45.81%。

218. 我市牵头组织市级联盟医用耗材集中带量采购情况怎样?

答: 2019年11月14日,我市牵头由烟台、青岛、淄博、潍坊和威海组成的五市采购联盟,组织开展了医用耗材集中带量采购工作,对输液器、留置针、预冲式导管冲洗器三大类19个品规普通医用耗材进行谈判议价,平均降价幅度达63.72%,单品最高降幅86.5%,最低降幅37.31%,多个品种创下全国范围内地市级联合采购最低

价。进口产品,整体降价幅度超过50%。

219. 我市参与市级联盟医用耗材集中带量采购情况 怎样?

答: 2020年8月1日,淄博、青岛、烟台、潍坊、威海、德州和东营等7市采购联盟组织开展的医用耗材集中带量采购结果在烟台落地执行,涉及注射器、导尿管、导尿包、吸氧装置、采血针5类,平均降价幅度达60.87%。

2021年1月1日,淄博、青岛、烟台、潍坊、威海、 德州和东营等7市采购联盟组织开展的医用耗材集中带量 采购结果在烟台落地执行,涉及血液滤过器、透析器、回 路管、护理句、透析浓缩液等,平均降价幅度达 26.99%。

220. 我市组织集中带量采购情况怎样?

答: 2020年4月1日, 我市组织开展的医用耗材集中带量采购结果落地执行, 涉及接骨板、髓内钉、外固定、骨针线缆4类, 平均降价幅度达73.43%。

2020年8月1日,我市组织开展的"糖尿病、高血压" 两病药品集中带量采购结果落地执行,涉及糖尿病、高血 压10个药品,平均降幅23.4%。

2020年8月1日,我市组织开展的液体类药品集中带量采购结果落地执行,涉及氯化钠、葡萄糖、甘露醇、乳酸钠林格等四大类,平均降价幅度达50.09%。

2020年8月1日,我市组织开展的医用耗材集中带量 采购结果落地执行,涉及预扩、后扩球囊2类,平均降价 幅度达71.44%。

221. 高值医用耗材主要包括哪些?

答:血管介入类、非血管介入类、骨科植入、神经外科、电生理类、起搏器类、体外循环及血液净化、眼科材料、口腔材料等

222. 低值医用耗材主要包括哪些?

答: 手术室常用医用耗材、医用 X 射线附属设备耗材、 注射穿刺器械、医用高分子材料制品及周边耗材、医用卫 生材料及敷料等。

223. 降糖集采药品主要有哪些?

答:格列美脲、格列吡嗪、格列齐特、阿卡波糖、二甲双胍、维格列汀、卡格列净、恩格列净、瑞格列奈、那格列奈、米格列醇。

224. 降压集采药品主要有哪些?

答:福辛普利、赖诺普利、依那普利、培哚普利、卡 托普利、贝那普利、缬沙坦,氯沙坦,厄贝沙坦,坎地沙 坦,奥美沙坦,替米沙坦、氨氯地平、吲达帕胺、富马酸 比索洛尔片、酒石酸美托洛尔片、厄贝沙坦氢氯噻嗪片, 缬沙坦氨氯地平片(I)、缬沙坦氢氯噻嗪片。

225. 药品和耗材集中带量采购医保基金为什么要结余留用? 结余留用资金适用范围有哪些?

答:为进一步提升医疗机构和医务人员参与改革的积极性,全面实行药品集中带量采购,并以药品集中采购为突破口,推进"三医联动"改革,将国家集中带量采购降价后的药品费用与医保支付的预算基金差额,经考核后按一定比例奖励返给公立医疗机构,结余留用的性质是参与改革的激励金,不是药品降价的补偿金。

结余留用资金仅适用于集中带量采购的医保目录内药品。

226. 什么叫药品的"一致性评价"?

答: 2016年2月6日,《国务院办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》由国务院办公厅发布,《意见》是为了提升我国制药行业整体水平,保障药品安全性和有效性,促进医药产业升级和结构调整,增强国际竞争能力而制定的法规。所谓通过一致性评价的仿制药是与原研药具有相同的活性成分、剂型、给药途径和治疗作用的药品。开展仿制药质量和疗效一致性评价工作,要求已经批准上市的仿制药品,要在质量和疗效上与原研药品能够一致,临床上与原研药品可以相互替代。这项工作有利于为医药费用,对提升我国制药行业发展质量,保障

药品安全性和有效性,促进医药产业升级和结构调整,增强国际竞争能力,都具有十分重要的意义。

227. 未中选药品能在医疗机构销售吗?

答:约定采购量是指医疗机构报送的需求量按一定比例(一般为50%-80%)计算确定,这部分用量必须采购中选药品。未中选药品仍可在约定采购量之外的用量进行采购和使用,并非不能销售。医疗机构既要严格落实协议期内中选药品约定采购量或采购金额,又要保障群众多样化用药需求,不搞"一刀切"停用未中选药品。

第五篇 经办服务

228. 什么是定点医药机构?

答:定点医药机构是指经统筹地区医疗保障行政部门审查,并与医疗保险经办机构签订协议确定的,为社会医疗保险参保人员提供医药服务,并承担相应责任的医药机构。目前,我市已有300余家定点医院、3700余家定点零售药店可供参保人员自主选择,就医更加便捷。

国家医疗保障局于 2021 年公布的《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》,规定符合条件的医疗机构和零售药店可以通过申请签订医保协议纳入医保定点管理,并明确了协议签订的基本条件和流程。两份文件规定,只有具备了一定的经营许可资质以及配备医药护专业技术人员等基本条件的医药机构方可申请医保定点。

229. 实行医药机构定点制度的意义?

答: 新的"两定办法"通过简化申请条件、优化评估流程、完善协商谈判机制,推动扩大医疗资源供给,为公众提供更加适宜且优质的医疗和药品服务。通过定点管理,促进竞争,可以使医、患、保三方受益。一是有利于提高医疗卫生资源的利用效率,加快推进分级诊疗步伐,促进医疗卫生事业的健康发展;二是有利于提高医疗服务

质量,改善服务态度,使参保人员获得良好的医疗服务; 三是有利于提高医疗保障基金使用效率,降低医疗服务成本,控制医疗费用的过快增长,促进医疗保险事业的发展。

总之, 医药机构实行定点管理是和谐医保患关系的一项重要措施, 对于保障参保人员的医疗需求具有十分重要的意义。

230. 医药机构申请定点协议管理的办理流程是什么?

答: (1) 医药机构提出申请。

- (2) 审核评估: 医保经办机构或委托第三方组织专家通过审核书面材料和实地察看等方式, 对申报的医药机构进行评估。
- (3)结果公示:评估结果在医疗保障局微信公众号、 门户网站等公示5个工作日。
- (4)协商谈判:由医保经办机构与拟新增的协议管理医疗机构进行协商谈判,主要内容包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、基金支付方式(统筹基金支付和个人账户支付)、审核结算办法、违约情形和责任、协议时效及争议处理等。
 - (5) 协议签订:协商一致的,医保经办机构与新增

协议管理医疗机构签订服务协议,并向社会公布名单,同时开展医保培训并验收。

231. 医疗机构申请定点协议管理需要准备哪些材料?

答: (1) 《烟台市医保定点医药机构申请表》;

- (2) 医疗机构执业许可证(副本)或中医诊所备案证(副本)或军队医疗机构为民服务许可证照复印件,事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书或营业执照复印件;
- (3)卫生技术人员执业证、专业技术职称证原件, 工作人员花名册(盖章的 PDF 版和电子版),花名册内 容包括姓名、性别、身份证号、人员类别(如医师、护士、 药学、影像、检验等)、职称、所在科室、备注(如在职、 退休、自主择业、劳务派遣、第二执业等);
- (4) 法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证 复印件;
- (5) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本;
 - (6) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料;
 - (7) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报

告:

(8) 医疗服务场所的不动产权证或租赁合同(协议) 原件,户外正面照片和室内各科室的全景电子视频;

(9) 其他:

- ①申请妇产专业的,同时提供《母婴保健技术服务执业许可证》副本原件;
- ②申请血液透析、康复、全科医学、重症医学(ICU)、 妇产(含终止妊娠)、疼痛诊疗等专业的,同时提供医师、 护士等人员相关专业进修、培训证原件;
- ③申请门诊慢特病定点的,同时填写门诊慢特病收治申请审核表;
- ④工作人员为劳务派遣的,同时提供医疗机构与劳务派遣公司签订的劳务派遣合同原件,自主择业的,提供自主择业相关证件原件等;
- ⑤配备大型医疗仪器的,同时提供大型医疗仪器设备清单(包括名称、型号、数量、购进时间等)及配置许可证原件。

以上材料可以通过部门协查、信息共享获取的,申请单位可不再提供。

232. 零售药店申请定点协议管理需要准备哪些材

料?

- 答: (1) 《烟台市医保定点医药机构申请表》;
- (2)药品经营许可证、营业执照(副本)和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件;
- (3) 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及 其劳动合同复印件,工作人员花名册(盖章的 PDF 版和 电子版),花名册内容包括姓名、性别、身份证号、人员 类别(如执业(中)药师、药师(士)、营业员等)、备 注(如在职、退休、劳务派遣、自主择业等);
 - (4) 医保专(兼) 职管理人员的劳动合同复印件;
- (5)与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;
 - (6) 与医保有关的信息系统相关材料;
- (7) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;
- (8)经营场所的不动产权证或租赁合同(协议)原件,户外正面照片和室内全景电子视频;
 - (9) 其他:
- ①工作人员为劳务派遣的,需提供零售药店与劳务派 遣公司签订的劳务派遣合同原件,自主择业的,提供自主

择业相关证件原件等;

②申请谈判药(特药)定点的,需提供取得谈判药(特药)品种经销权的证明材料及物流、配送、销售条件的书面报告。

以上材料可以通过部门协查、信息共享获取的,申请单位可不再提供。

233. 申请定点医药机构协议管理时限是怎么规定的?

答: 医保经办机构按规定向社会公布医保定点医疗机构的申请条件,所需材料、受理时间、受理地点、受理时限等信息。

符合条件的医药机构提出定点申请,经办机构应即时 受理。对申请材料内容不全的,经办机构自收到材料之日 起5个工作日内一次性告知医药机构补充。

自受理申请材料之日起,评估时间不超过3个月,医 药机构补充材料时间不计入评估期限。

234. 申请"双通道"定点零售药店应具备哪些条件?

答: (1) 已取得本市医保定点零售药店资格,具有 国谈药品(省大病保险谈判药品)管理服务经验的企业集 团或连锁药品销售单位的下属 DTP 专业药房,有健全的质 量管理体系,近2年内无违反医保规定被通报批评、扣除 违规金额、暂停服务协议或解除服务协议的情形,以及市 场监管、卫生健康等相关部门处罚的情形;

- (2)交通便利,具有一定的规模,店面的实际经营面积不少于100平方米,满足药品分区分类管理要求,设置"双通道"药品仓储专区(包括常温区、冷藏区等),具有用于药品销售、顾客休息、药学服务、医保结算等专用区域;
- (3) 具备稳定的"双通道"药品供应保障能力,并取得至少20种实行"双通道"管理的药品经销权;
- (4) 具备冷链药品储存、配送设施设备,如:冷库、冷藏箱、保温箱等各种必要设备,具备全程冷链质量管理标准操作规范,有全市范围内药品冷链配送服务能力,配备至少1名专职配送人员,并按要求准时送达,确保患者在医疗操作规范时间内完成药物使用;
- (5)设置药品服务专门岗位,配备至少2名专职执业药师并能熟练掌握"双通道"药品的相关药学信息,提供处方审核和调配、合理用药指导等服务,不得兼职或挂名,确保营业时间有药师在岗;
 - (6)设置专职负责人,熟知药品管理要求,店内管理

制度完善,建立患者满意度评价制度;能够为参保患者建立购取药档案,一人一档,随时接受检查;

- (7)贯彻执行国家医保信息业务编码标准,建立"双通道"药品质量安全全程监管和"进、销、存"全流程记录管理制度,实现电子追溯,纳入医保信息化全程监管;真实、全面、准确、实时上传药品数据和结算费用;
- (8)有24小时视频监控系统,具备完善的参保患者 购药视频采集系统,能够对购药人员进行身份识别或确 认,具备实时上传能力,相关视频资料至少保存2年;
- (9) 法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

"双通道"定点零售药店应持续符合以上条件,对不符合有关条件的,视情予以限期整改、中止或解除服务协议。

235. 申请"双通道"定点零售药店评估流程是什么?

答: 拟申请承担"双通道"药品医保结算业务的定点零售药店,按照以上条件先行自评,自评认为满足条件的,可提供《承诺书》、《烟台市"双通道"定点零售药店申请表》、"双通道"药品供应清单、自评报告及相关佐证材料向所在区(市)医疗保险经办机构提出申请,区(市)

— 152 —

医疗保险经办机构负责对申请资料进行审核,符合条件的 纳入评估范围;市医疗保险经办机构定期组织相关专业人员进行现场评估。评估结果包括合格和不合格,对于评估合格的,纳入拟签订"双通道"医保协议的零售药店名单,并由市医疗保险经办机构统一向社会公示、公布。对于评估不合格的应告知其理由,提出整改建议。自结果告知送达之日起,整改3个月后可再次组织评估,评估仍不合格的,1年内不得再次申请。

"双通道"药店的变更、续签按照定点零售药店协议管理规定执行。

236. 申请定点协议管理的医护机构应具备哪些条件?

答:申请定点协议管理的医护机构应当取得卫健、民政、市场监管等部门相关证照,军队医疗机构还应经军队主管部门批准开展有偿医疗服务。机构内部各项管理制度健全,配备合理数量的医护人员、养老护理人员,机构及人员按规定参加社会保险。

(一)符合基本医疗保险住院协议管理定点医疗机构 可申请成为医疗专护定点医护机构,同时应符合以下要求:

- 1. 专护床位数不少于 10 张,每床至少配备 0.7 名专职医疗护理人员,其中第一执业地点医师至少有 3 名,且至少一名具有副高级专业技术职称;注册护士至少 4 名,护理员至少 3 名,还可根据收治对象的疾病需求,由其他专科医师进行定期巡诊,处理各专科医疗问题。每增加 10 张床位,至少增加 1 名注册护士和 2 名护理员;每增加 20 张床位,至少增加 1 名专职执业医师。
- 2. 应当配备与开展诊疗业务相应的药师、技师、临床营养师、康复治疗师等医技人员。
- 3. 有必要的医疗护理用具及设备,有物品、环境的消毒和灭菌设备,有洗澡设施。
- (二)有医疗资质的养老机构可申请成为院护定点医护机构,同时应符合以下要求:
- 1.院护床位数不少于 20 张,每床至少配备 0.5 名专职医疗护理人员,其中第一执业地点医师至少有 2 名,且至少一名具有中级专业技术职称;注册护士至少 3 名,护理员至少 5 名,还可根据收治对象的疾病需求,由其他专科医师进行定期巡诊,处理各专科医疗问题。每增加 20 张床位,至少增加 1 名连册护士和 2 名护理员;每增加 40 张床位,至少增加 1 名专职或兼职执业医师。

- 2. 应当配备与开展诊疗业务相应的药师、技师、临床营养师、康复治疗师等医技人员。
- 3. 有必要的医疗护理用具及设备,有物品、环境的消毒和灭菌设备,有洗澡设施。
- (三)基本医疗保险定点协议管理医疗机构(包括社区卫生服务机构)可申请成为巡护定点医护机构,同时应符合以下要求:

至少配备第一执业地点医师 2 名, 其中至少 1 名为中级专业技术职称和 1 名中医类别执业医师; 至少配备注册护士 2 名, 护理员至少 2 名, 并按工作需要配备必要的康复治疗人员。巡护的护理对象每增加 20 人, 应当增加 1 名提供服务的注册护士; 每增加 40 人, 应当增加 1 名提供服务的执业医师。

(四)无医疗资质的养老机构,按照就近原则,可选择一家基本医疗保险定点协议管理医疗机构建立医养联合体,签订医疗合作服务协议,在人员、设施等方面实现功能融合、资源共享。医疗保险经办机构对其人员、设备、规模等基本条件进行评估,符合条件的确认为定点医护机构,探索提供院护、巡护等护理服务模式。

上述申请成为定点的医护机构增加的第二执业地点

执业医师不得超过 2 名,医护人员年龄原则上不得超过 70 周岁。定点医护机构应当根据营业范围、人员设备情况以及承办能力,合理安排和承接护理保险业务。专护定点医护机构可承担专护、院护、巡护业务;院护定点医护机构可承担院护、巡护业务。

237. 申请定点协议管理的医护机构需提交哪些材料?

答: 具备申请定点协议管理规定条件的医护机构,可向所在区市医疗保险经办机构提出书面申请,并提交以下资料:

- (1)烟台市长期护理保险定点医护机构协议管理申请表;
 - (2)烟台市长期护理保险医护机构诚信承诺书。

238. 什么是互联网购药?

答: 互联网购药平台依托互联网技术,为参保人提供安全适宜的医疗服务。我市互联网购药平台与医保个人账户融合,以医保电子凭证为媒介,为参保人提供网上自助下单、医保线上支付和快递配送到家服务,极大提升群众就医购药的便捷度。

239. 如何进行互联网购药?

答: 1. 登陆"互联网购药平台"。关注"烟台市医疗保障局"微信公众号,登录并绑定个人信息后,在公众号首页→医保服务→办事大厅→我要办事→互联网+医保模块,点击"烟台互联网医保服务平台"→药店商城;

- 2. 自主选择"互联网购药"药店。目前,我市提供"互联网购药"服务定点药店共计1240家,参保人可自行选择;
- 3. 自助下单购买所需药品。打开线上药店小程序,自助选择药品;
- 4. 选择药品配送方式和支付方式。"互联网购药"平台支持到店自提和快递配送两种方式,参保人可根据实际情况自行选择;同时,参保人还可自主选择医保支付或自费支付,其中医保支付即通过医保电子凭证消费医保个人账户。如您选择医保支付方式,须先激活医保电子凭证,严格执行《烟台市医保服务协议》中规定的符合医疗保险个人账户支付服务的范围限《药品经营许可证》、《医疗器械经营许可证》的药品和医疗器械以及卫消字医疗用品,对于不在个人账户支付范围内的药品,含快递配送费,需自费支付。支付原则是先支付自费部分,再进行医保个人账户支付。
 - 5. 结算成功, 等待药品配送。

第六篇 综 合

240. 医疗保险的指导方针是什么?

答:《中华人民共和国社会保险法》第三条规定:"社会保险制度坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针,社会保险水平应当与经济社会发展水平相适应。"医疗保险作为我国社会保险制度中的一项,同样适用于该方针。

(一) 广覆盖

就是社会保险制度的覆盖面要广,使尽可能多的人纳入到社会保险制度中来。从我国推进社会保险制度建设的发展过程看,各项社会保险的覆盖面都是逐渐扩大的;从国有单位到非国有单位,从单位职工到个体工商户、灵活就业人员,从就业相关人员到非从业人员,从城镇人口到农村人口。基本养老保险和基本医疗保险覆盖全体居民,其目标是做到使人人"老有所养""病有所医"。

(二)保基本

就是社会保险制度的保障水平不应超越我国现阶段 的经济发展水平,以保障公民基本生活和基本需要为原 则。这是由我国现阶段经济发展水平决定的。确定各项社 会保险待遇,既要防止超出现实可能的过高标准造成国家 财政、用人单位和个人负担过重,又要避免有劳动能力的 人过分依赖社会保险而妨碍其主动性、创造性的发挥,"保 基本"是相对的,各项社会保险待遇应随着经济发展水平的提高而逐步提高。

党的十九大报告指出"按照兜底线、织密网、建机制的要求,全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系"。1998年底,《国务院出台《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,即著名的国发〔1998〕44号文件。这个文件已经成为中国基本医疗保险制度的奠基之作,也是我国医疗保险制度改革开山之作和基本遵循。44号文件最核心的原则就是"保基本",该文件明确指出,"根据财政、企业和个人的承受能力,建立保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度",并把"基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应"列为建立城镇职工基本医疗保险制度的第一项原则。

在中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度 改革的意见》中,首先明确地提出:坚持应保尽保、保障 基本。因此,保基本可以说是基本医保最重要的一个原则, 何谓"保基本"?或者说"保基本"到底是保什么?展开来 说,就是实现"五保":

一是保基本医疗需求。这是题中应有之义,首要之责。

所谓基本医疗需求,就是人们对于生命和健康的基本需求,就是根据"以收定支,收支平衡"的原则,"有多少钱办多少事",解决参保者的有效医疗需求。

二是保公平。基本医疗保险作为再分配的制度安排和 调节收入分配的工具,就是要缩小或者熨平初次分配中过 大的差距,体现社会公平。

三是保合理负担。基本医疗保险遵循的是责任分担、 风险共担、权利与义务相对应的原则,使政府、用人单位 和个人的医疗费用负担处于一个合理的、可承受、可持续 的水平(范围)。

四是保安全预期。基本医疗保险制度秉持制度公平、 机会公平的理念和目标。也就是"一人为大家,大家为一 人",这样,每个参保者都有安全预期,而无后顾之忧。

五是保社会安全。基本医疗保险制度是社会稳定和谐的"稳定器"和"安全网",把人民群众最关心、最直接、最现实的利益(基本医疗保障)解决好了,做到"应保尽保",社会安全就有可靠的群众基础。

对"保基本"存在两种不正确的倾向:一种是将"保基本"泛福利化,认为基本医保可以"包打天下",把它当作一个"筐",什么都往里装,好像一保可以"通吃",

可以"包打天下";一种是无视医疗技术进步和群众基本 医疗需求的变化,将"保基本"矮化,认为它既不保门诊 小病,又保不了大病。无论哪种倾向,都说明对基本医保 "保基本"的内涵和功能作用的理解、把握存在误读、误 区和误导,有必要进一步地再认识,廓清迷茫,正本清源。

(三)多层次

就是既要发展以政府为主要责任主体的社会保险,国家也要鼓励和支持建立补充保险(如企业年金和职业年金,补充医疗保险等)和发展各类商业保险,还要鼓励个人适当购买商业保险和合理储蓄社会保险,逐步形成以基本医疗保险制度为主体,以企业补充保险、商业健康保险为补充,社会医疗救助为托底的多层次医疗保障体系,以满足不同人群的需求。

(四)可持续

就是社会保险制度应当能够长期稳定的发展。特别是 应对人口老龄化高峰的影响,努力实现社会保险基金收支 长期平衡,以保证社会保险制度的稳定良性运行,也不给 用人单位和个人造成过重的缴费负担。

241. 为什么要参加医保?

答: 医保就是用来防范和化解医疗费用风险的,是为

老百姓看病就医提供医疗服务费用补偿,就是为了减轻老百姓的经济负担,让老百姓看得起病。医保本质在于互助共济,通俗的讲就是说健康的人帮助生病的人,每人拿出很少一点钱放到一起,汇成一个大的基金池,没准哪天你生病急需用钱了,这个基金池就是为你准备的,是你最好的保障,也就是"我为人人,人人为我"。

我们每个人都会面临各种不确定的疾病风险,现在用不到医保,不代表以后都用不到,等到生病需要用钱时,前提是个人参保缴费。如果一个人光有权利、没有义务,只享受医保待遇、不履行缴费责任,或者是有病时缴费、无病时拒缴,凡此种种投机取巧之举,无疑是在占其他参保人的便宜,侵害其他参保人的利益,既不道德,也不为政策所允许。

242. 基本医疗如何实行就医管理?

答: (1)实行基本医疗保险《药品目录》、《诊疗项目和医疗服务设施目录》管理。

- (2)实行定点医疗制度。除急诊、急救外,参保人 员在统筹地区范围内就医的,应到定点医疗机构就医。
 - (3) 实行基本医疗保险即时结算制度。

243. 参保人员如何降低个人医疗费自付比例?

答:一是可根据病情选择适当的医疗机构,就是通常说的小病进社区、大病按需进医院。门诊慢特病病种患者可以根据自身病情首选就近的社区卫生服务机构就医,社区卫生服务机构无法治疗的,再按需选择适当级别的医院就诊。二是在诊疗时尽量选择医保"三个目录"内的药品和诊疗项目。

244. 医保是否有"住院超过一定天数或者费用要求患者出院"的规定?

答: 医保部门没有针对患者住院天数和治疗费用的规定。患者是否应该出院,应由医生根据患者病情作出专业判断。对住院时间比较长、费用高的患者,有些医院通过"一刀切"的做法要求患者出院再重新住院,这是不合理的。

如果医院存在上述行为,经审核被认定为分解住院的,依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第 38 条规定,医保部门将责令改正,追回损失的医保基金,并处1倍以上2倍以下的罚款。拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

245、参保人反映药店药品价格过高,怎么处理?

答:根据《关于规范医疗机构药品加价率管理的通知》 (鲁价格二发〔2016〕78号)规定:非公立医疗机构和社会 零售药店销售药品,加价率由各医疗机构和药店自主制 定,并向社会公示药品价格。鼓励非公立医疗机构参照公 立医疗机构执行药品零差率销售政策。

第七篇 法律法规及相关文件

第一节 《社会保险法》节选

《中华人民共和国社会保险法》2010年10月28日第十一届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过,根据2018年12月29日第十三届全国人民代表大会常务委员会第七次会议《关于修改〈中华人民共和国社会保险法〉的决定》修正。

第二十三条 职工应当参加职工基本医疗保险,由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。 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可以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。

第二十四条 国家建立和完善新型农村合作医疗制度。

新型农村合作医疗的管理办法,由国务院规定。

第二十五条 国家建立和完善城镇居民基本医疗保险制度。

城镇居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补贴相

结合。享受最低生活保障的人、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等所需个人缴费部分,由政府给予补贴。

第二十六条 职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的待遇标准按照国家规定执行。

第二十七条 参加职工基本医疗保险的个人,达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的,退休后不再缴纳基本医疗保险费,按照国家规定享受基本医疗保险待遇;未达到国家规定年限的,可以缴费至国家规定年限。

第二十八条 符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用,按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。

第二十九条 参保人员医疗费用中应当由基本医疗保险基金支付的部分,由社会保险经办机构与医疗机构、药品经营单位直接结算。社会保险行政部门和卫生行政部门应当建立异地就医医疗费用结算制度,方便参保人员享受基本医疗保险待遇。

第三十条 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。

医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不支付或者 无法确定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本 医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

第三十一条 社会保险经办机构根据管理服务的需要,可以与医疗机构、药品经营单位签订服务协议,规范医疗服务行为。

医疗机构应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

第三十二条 个人跨统筹地区就业的,其基本医疗保险关系随本人转移,缴费年限累计计算。

第五十三条 职工应当参加生育保险,由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费,职工不缴纳生育保险费。

第五十四条 用人单位已经缴纳生育保险费的,其职工享受生育保险待遇;职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付。 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

第五十五条 生育医疗费用包括下列各项:

(一) 生育的医疗费用;

- (二) 计划生育的医疗费用;
- (三)法律、法规规定的其他项目费用。

第五十六条 职工有下列情形之一的,可以按照国家规定享受生育津贴:

- (一) 女职工生育享受产假;
- (二)享受计划生育手术休假;
- (三)法律、法规规定的其他情形。

生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。

第五十七条 用人单位应当自成立之日起三十日内凭营业执照、登记证书或者单位印章,向当地社会保险经办机构申请办理社会保险登记。社会保险经办机构应当自收到申请之日起十五日内予以审核,发给社会保险登记证件。

用人单位的社会保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的,应当自变更或者终止之日起三十日内,到 社会保险经办机构办理变更或者注销社会保险登记。

市场监督管理部门、民政部门和机构编制管理机关应 当及时向社会保险经办机构通报用人单位的成立、终止情况,公安机关应当及时向社会保险经办机构通报个人的出 生、死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第五十八条 用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工向社会保险经办机构申请办理社会保险登记。未办理社会保险登记的,由社会保险经办机构核定其应当缴纳的社会保险费。

自愿参加社会保险的无雇工的个体工商户、未在用人 单位参加社会保险的非全日制从业人员以及其他灵活就 业人员,应当向社会保险经办机构申请办理社会保险登 记。

国家建立全国统一的个人社会保障号码。个人社会保障号码为公民身份号码。

第五十九条 县级以上人民政府加强社会保险费的 征收工作。社会保险费实行统一征收,实施步骤和具体办 法由国务院规定。

第六十条 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳社会保险费,非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工应当缴纳的社会保险费由用人单位代扣代缴,用人单位应当按月将缴纳社会保险费的明细情况告知本人。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加社会保险的 非全日制从业人员以及其他灵活就业人员,可以直接向社 会保险费征收机构缴纳社会保险费。

第六十一条 社会保险费征收机构应当依法按时足额征收社会保险费,并将缴费情况定期告知用人单位和个人。

第六十二条 用人单位未按规定申报应当缴纳的社会保险费数额的,按照该单位上月缴费额的百分之一百一十确定应当缴纳数额;缴费单位补办申报手续后,由社会保险费征收机构按照规定结算。

第六十三条 用人单位未按时足额缴纳社会保险费的,由社会保险费征收机构责令其限期缴纳或者补足。

用人单位逾期仍未缴纳或者补足社会保险费的,社会保险费征收机构可以向银行和其他金融机构查询其存款账户;并可以申请县级以上有关行政部门作出划拨社会保险费的决定,书面通知其开户银行或者其他金融机构划拨社会保险费。用人单位账户余额少于应当缴纳的社会保险费的,社会保险费征收机构可以要求该用人单位提供担保,签订延期缴费协议。

用人单位未足额缴纳社会保险费且未提供担保的,社 会保险费征收机构可以申请人民法院扣押、查封、拍卖其 价值相当于应当缴纳社会保险费的财产,以拍卖所得抵缴 社会保险费。

第六十四条 社会保险基金包括基本养老保险基金、基本医疗保险基金、工伤保险基金、失业保险基金和生育保险基金。除基本医疗保险基金与生育保险基金合并建账及核算外,其他各项社会保险基金按照社会保险险种分别建账,分账核算。社会保险基金执行国家统一的会计制度社会保险基金专款专用,任何组织和个人不得侵占或者挪用。

基本养老保险基金逐步实行全国统筹,其他社会保险基金逐步实行省级统筹,具体时间、步骤由国务院规定。

第六十五条 社会保险基金通过预算实现收支平衡。 县级以上人民政府在社会保险基金出现支付不足时, 给予补贴。

第六十六条 社会保险基金按照统筹层次设立预算。除基本医疗保险基金与生育保险基金预算合并编制外,其他社会保险基金预算按照社会保险项目分别编制第六十七条 社会保险基金预算、决算草案的编制、审核和批准,依照法律和国务院规定执行。

第六十八条 社会保险基金存入财政专户,具体管理 办法由国务院规定。 第六十九条 社会保险基金在保证安全的前提下,按照国务院规定投资运营实现保值增值。

社会保险基金不得违规投资运营,不得用于平衡其他政府预算,不得用于兴建、改建办公场所和支付人员经费、运行费用、管理费用,或者违反法律、行政法规规定挪作其他用途。

第七十条 社会保险经办机构应当定期向社会公布参加社会保险情况以及社会保险基金的收入、支出、结余和收益情况。

第七十一条 国家设立全国社会保障基金,由中央财政预算拨款以及国务院批准的其他方式筹集的资金构成,用于社会保障支出的补充、调剂。全国社会保障基金由全国社会保障基金管理运营机构负责管理运营,在保证安全的前提下实现保值增值。

全国社会保障基金应当定期向社会公布收支、管理和投资运营的情况。国务院财政部门、社会保险行政部门、审计机关对全国社会保障基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第七十二条 统筹地区设立社会保险经办机构。社会保险经办机构根据工作需要,经所在地的社会保险行政部

门和机构编制管理机关批准,可以在本统筹地区设立分支机构和服务网点。

社会保险经办机构的人员经费和经办社会保险发生的基本运行费用、管理费用,由同级财政按照国家规定予以保障。

第七十三条 社会保险经办机构应当建立健全业务、 财务、安全和风险管理制度。

社会保险经办机构应当按时足额支付社会保险待遇。

第七十四条 社会保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取社会保险工作所需的数据,有关单位和个人应当及时、如实提供。

社会保险经办机构应当及时为用人单位建立档案,完整、准确地记录参加社会保险的人员、缴费等社会保险数据,妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。

社会保险经办机构应当及时、完整、准确地记录参加社会保险的个人缴费和用人单位为其缴费,以及享受社会保险待遇等个人权益记录,定期将个人权益记录单免费寄送本人。

用人单位和个人可以免费向社会保险经办机构查询、

核对其缴费和享受社会保险待遇记录,要求社会保险经办机构提供社会保险咨询等相关服务。

第七十五条 全国社会保险信息系统按照国家统一规划,由县级以上人民政府按照分级负责的原则共同建设。

第七十六条 各级人民代表大会常务委员会听取和审议本级人民政府对社会保险基金的收支、管理、投资运营以及监督检查情况的专项工作报告,组织对本法实施情况的执法检查等,依法行使监督职权。

第七十七条 县级以上人民政府社会保险行政部门 应当加强对用人单位和个人遵守社会保险法律、法规情况 的监督检查。

社会保险行政部门实施监督检查时,被检查的用人单位和个人应当如实提供与社会保险有关的资料,不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

第七十八条 财政部门、审计机关按照各自职责,对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第七十九条 社会保险行政部门对社会保险基金的 收支、管理和投资运营情况进行监督检查,发现存在问题 的,应当提出整改建议,依法作出处理决定或者向有关行 政部门提出处理建议。社会保险基金检查结果应当定期向社会公布。

社会保险行政部门对社会保险基金实施监督检查,有权采取下列措施:

- (一)查阅、记录、复制与社会保险基金收支、管理和投资运营相关的资料,对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存;
- (二)询问与调查事项有关的单位和个人,要求其对 与调查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料;
- (三)对隐匿、转移、侵占、挪用社会保险基金的行 为予以制止并责令改正。

第八十条 统筹地区人民政府成立由用人单位代表、 参保人员代表,以及工会代表、专家等组成的社会保险监督委员会,掌握、分析社会保险基金的收支、管理和投资运营情况,对社会保险工作提出咨询意见和建议,实施社会监督。

社会保险经办机构应当定期向社会保险监督委员会汇报社会保险基金的收支、管理和投资运营情况。社会保险监督委员会可以聘请会计师事务所对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况进行年度审计和专项审计。审

计结果应当向社会公开。

社会保险监督委员会发现社会保险基金收支、管理和投资运营中存在问题的,有权提出改正建议;对社会保险经办机构及其工作人员的违法行为,有权向有关部门提出依法处理建议。

第八十一条 社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员,应当依法为用人单位和个人的信息保密,不得以任何形式泄露。

第八十二条 任何组织或者个人有权对违反社会保险法律、法规的行为进行举报、投诉。

社会保险行政部门、卫生行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构和财政部门、审计机关对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉,应当依法处理;对不属于本部门、本机构职责范围的,应当书面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理,不得推诿。

第八十三条 用人单位或者个人认为社会保险费征 收机构的行为侵害自己合法权益的,可以依法申请行政复 议或者提起行政诉讼。 用人单位或者个人对社会保险经办机构不依法办理 社会保险登记、核定社会保险费、支付社会保险待遇、办 理社会保险转移接续手续或者侵害其他社会保险权益的 行为,可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

个人与所在用人单位发生社会保险争议的,可以依法申请调解、仲裁,提起诉讼。用人单位侵害个人社会保险权益的,个人也可以要求社会保险行政部门或者社会保险费征收机构依法处理。

第八十四条 用人单位不办理社会保险登记的,由社会保险行政部门责令限期改正;逾期不改正的,对用人单位处应缴社会保险费数额一倍以上三倍以下的罚款,对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

第八十五条 用人单位拒不出具终止或者解除劳动 关系证明的,依照《中华人民共和国劳动合同法》的规定 处理。

第八十六条 用人单位未按时足额缴纳社会保险费的,由社会保险费征收机构责令限期缴纳或补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金;逾期仍不缴纳的,由有关行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第八十七条 社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金支出的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;属于社会保险服务机构的,解除服务协议;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的,依法吊销其执业资格。

第八十八条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第八十九条 社会保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的,由社会保险行政部门责令改正;给社会保险基金、用人单位或者个人造成损失的,依法承担赔偿责任;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分:

- (一)未履行社会保险法定职责的;
- (二)未将社会保险基金存入财政专户的;
- (三)克扣或者拒不按时支付社会保险待遇的;
- (四)丢失或者篡改缴费记录、享受社会保险待遇记录等社会保险数据、个人权益记录的;

(五)有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

第九十条 社会保险费征收机构擅自更改社会保险费缴费基数、费率,导致少收或者多收社会保险费的,由有关行政部门责令其追缴应当缴纳的社会保险费或者退还不应当缴纳的社会保险费; 对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第九十一条 违反本法规定,隐匿、转移、侵占、挪用社会保险基金或者违规投资运营的,由社会保险行政部门、财政部门、审计机关责令追回;有违法所得的,没收违法所得;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第九十二条 社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分;给用人单位或者个人造成损失的,应当承担赔偿责任。

第九十三条 国家工作人员在社会保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

第九十四条 违反本法规定,构成犯罪的,依法追究 刑事责任。

第二节 中华人民共和国医师法(节选)

(2021年8月20日第十三届全国人民代表大会常务委员会第三十次会议通过)

第一章 总则

第二条 本法所称医师,是指依法取得医师资格,经注册在医疗卫生机构中执业的专业医务人员,包括执业医师和执业助理医师。

第七条 医师可以依法组织和参加医师协会等有关 行业组织、专业学术团体。

医师协会等有关行业组织应当加强行业自律和医师 执业规范,维护医师合法权益,协助卫生健康主管部门和 其他有关部门开展相关工作。

第二章 考试和注册

第十二条 医师资格考试成绩合格,取得执业医师资格或者执业助理医师资格,发给医师资格证书。

第十三条 国家实行医师执业注册制度。

取得医师资格的,可以向所在地县级以上地方人民政

府卫生健康主管部门申请注册。医疗卫生机构可以为本机构中的申请人集体办理注册手续。

除有本法规定不予注册的情形外,卫生健康主管部门 应当自受理申请之日起二十个工作日内准予注册,将注册 信息录入国家信息平台,并发给医师执业证书。

未注册取得医师执业证书,不得从事医师执业活动。

医师执业注册管理的具体办法,由国务院卫生健康主 管部门制定。

第十四条 医师经注册后,可以在医疗卫生机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业,从事相应的医疗卫生服务。

中医、中西医结合医师可以在医疗机构中的中医科、中西医结合科或者其他临床科室按照注册的执业类别、执业范围执业。

医师经相关专业培训和考核合格,可以增加执业范围。法律、行政法规对医师从事特定范围执业活动的资质条件有规定的,从其规定。

经考试取得医师资格的中医医师按照国家有关规定, 经培训和考核合格,在执业活动中可以采用与其专业相关 的西医药技术方法。西医医师按照国家有关规定,经培训 和考核合格,在执业活动中可以采用与其专业相关的中医 药技术方法。

第十五条 医师在二个以上医疗卫生机构定期执业的,应当以一个医疗卫生机构为主,并按照国家有关规定办理相关手续。国家鼓励医师定期定点到县级以下医疗卫生机构,包括乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心等,提供医疗卫生服务,主执业机构应当支持并提供便利。

卫生健康主管部门、医疗卫生机构应当加强对有关医师的监督管理,规范其执业行为,保证医疗卫生服务质量。

第十八条 医师变更执业地点、执业类别、执业范围等注册事项的,应当依照本法规定到准予注册的卫生健康主管部门办理变更注册手续。

医师从事下列活动的,可以不办理相关变更注册手续:

- (一)参加规范化培训、进修、对口支援、会诊、突 发事件医疗救援、慈善或者其他公益性医疗、义诊;
- (二)承担国家任务或者参加政府组织的重要活动 等;
 - (三)在医疗联合体内的医疗机构中执业。

第十九条 中止医师执业活动二年以上或者本法规

定不予注册的情形消失,申请重新执业的,应当由县级以上人民政府卫生健康主管部门或者其委托的医疗卫生机构、行业组织考核合格,并依照本法规定重新注册。

第二十条 医师个体行医应当依法办理审批或者备案手续。

执业医师个体行医,须经注册后在医疗卫生机构中执业满五年;但是,依照本法第十一条第二款规定取得中医 医师资格的人员,按照考核内容进行执业注册后,即可在 注册的执业范围内个体行医。

县级以上地方人民政府卫生健康主管部门对个体行 医的医师,应当按照国家有关规定实施监督检查,发现有 本法规定注销注册的情形的,应当及时注销注册,废止医 师执业证书。

第三章 执业规则

第二十二条 医师在执业活动中享有下列权利:

- (一)在注册的执业范围内,按照有关规范进行医学 诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件, 选择合理的医疗、预防、保健方案;
 - (二)获取劳动报酬,享受国家规定的福利待遇,按

照规定参加社会保险并享受相应待遇;

- (三)获得符合国家规定标准的执业基本条件和职业 防护装备;
 - (四)从事医学教育、研究、学术交流;
 - (五)参加专业培训,接受继续医学教育;
- (六)对所在医疗卫生机构和卫生健康主管部门的工作提出意见和建议,依法参与所在机构的民主管理;
 - (七)法律、法规规定的其他权利。

第二十三条 医师在执业活动中履行下列义务:

- (一)树立敬业精神,恪守职业道德,履行医师职责, 尽职尽责救治患者,执行疫情防控等公共卫生措施;
- (二)遵循临床诊疗指南,遵守临床技术操作规范和 医学伦理规范等;
- (三)尊重、关心、爱护患者,依法保护患者隐私和 个人信息;
- (四)努力钻研业务,更新知识,提高医学专业技术 能力和水平,提升医疗卫生服务质量;
- (五)宣传推广与岗位相适应的健康科普知识,对患者及公众进行健康教育和健康指导;
 - (六)法律、法规规定的其他义务。

第二十四条 医师实施医疗、预防、保健措施,签署有关医学证明文件,必须亲自诊查、调查,并按照规定及时填写病历等医学文书,不得隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁病历等医学文书及有关资料。

医师不得出具虚假医学证明文件以及与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

第二十五条 医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医师应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其明确同意;不能或者不宜向患者说明的,应当向患者的近亲属说明,并取得其明确同意。

第二十六条 医师开展药物、医疗器械临床试验和其 他医学临床研究应当符合国家有关规定,遵守医学伦理规 范,依法通过伦理审查,取得书面知情同意。

第二十七条 对需要紧急救治的患者, 医师应当采取 紧急措施进行诊治, 不得拒绝急救处置。

因抢救生命垂危的患者等紧急情况,不能取得患者或者其近亲属意见的,经医疗机构负责人或者授权的负责人 批准,可以立即实施相应的医疗措施。 国家鼓励医师积极参与公共交通工具等公共场所急 救服务; 医师因自愿实施急救造成受助人损害的, 不承担 民事责任。

第二十八条 医师应当使用经依法批准或者备案的 药品、消毒药剂、医疗器械,采用合法、合规、科学的诊疗方法。

除按照规范用于诊断治疗外,不得使用麻醉药品、医 疗用毒性药品、精神药品、放射性药品等。

第二十九条 医师应当坚持安全有效、经济合理的用药原则,遵循药品临床应用指导原则、临床诊疗指南和药品说明书等合理用药。

在尚无有效或者更好治疗手段等特殊情况下, 医师取得患者明确知情同意后,可以采用药品说明书中未明确但具有循证医学证据的药品用法实施治疗。医疗机构应当建立管理制度,对医师处方、用药医嘱的适宜性进行审核,严格规范医师用药行为。

第三十条 执业医师按照国家有关规定,经所在医疗卫生机构同意,可以通过互联网等信息技术提供部分常见病、慢性病复诊等适宜的医疗卫生服务。国家支持医疗卫生机构之间利用互联网等信息技术开展远程医疗合作。

第三十一条 医师不得利用职务之便,索要、非法收受财物或者牟取其他不正当利益;不得对患者实施不必要的检查、治疗。

第三十二条 遇有自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件等严重威胁人民生命健康的突发事件时,县级以上人民政府卫生健康主管部门根据需要组织医师参与卫生应急处置和医疗救治,医师应当服从调遣。

第三十三条 在执业活动中有下列情形之一的, 医师应当按照有关规定及时向所在医疗卫生机构或者有关部门、机构报告:

- (一)发现传染病、突发不明原因疾病或者异常健康事件;
 - (二)发生或者发现医疗事故;
- (三)发现可能与药品、医疗器械有关的不良反应或 者不良事件;
 - (四)发现假药或者劣药;
 - (五)发现患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡;
 - (六)法律、法规规定的其他情形。

第三十四条 执业助理医师应当在执业医师的指导下,在医疗卫生机构中按照注册的执业类别、执业范围执

业。

在乡、民族乡、镇和村医疗卫生机构以及艰苦边远地 区县级医疗卫生机构中执业的执业助理医师,可以根据医 疗卫生服务情况和本人实践经验,独立从事一般的执业活 动。

第三十五条 参加临床教学实践的医学生和尚未取得医师执业证书、在医疗卫生机构中参加医学专业工作实践的医学毕业生,应当在执业医师监督、指导下参与临床诊疗活动。医疗卫生机构应当为有关医学生、医学毕业生参与临床诊疗活动提供必要的条件。

第三十六条 有关行业组织、医疗卫生机构、医学院校应当加强对医师的医德医风教育。

医疗卫生机构应当建立健全医师岗位责任、内部监督、投诉处理等制度,加强对医师的管理。

第四章 培训和考核

第四十二条 国家实行医师定期考核制度。

县级以上人民政府卫生健康主管部门或者其委托的 医疗卫生机构、行业组织应当按照医师执业标准,对医师 的业务水平、工作业绩和职业道德状况进行考核,考核周 期为三年。对具有较长年限执业经历、无不良行为记录的 医师,可以简化考核程序。

受委托的机构或者组织应当将医师考核结果报准予 注册的卫生健康主管部门备案。

对考核不合格的医师, 县级以上人民政府卫生健康主管部门应当责令其暂停执业活动三个月至六个月, 并接受相关专业培训。暂停执业活动期满, 再次进行考核, 对考核合格的, 允许其继续执业。

第四十三条 省级以上人民政府卫生健康主管部门 负责指导、检查和监督医师考核工作。

第五章 保障措施

第四十八条 医师有下列情形之一的,按照国家有关规定给予表彰、奖励:

- (一)在执业活动中, 医德高尚, 事迹突出;
- (二)在医学研究、教育中开拓创新,对医学专业技术有重大突破,做出显著贡献;
- (三)遇有突发事件时,在预防预警、救死扶伤等工作中表现突出;
 - (四)长期在艰苦边远地区的县级以下医疗卫生机构

努力工作;

- (五)在疾病预防控制、健康促进工作中做出突出贡献:
 - (六)法律、法规规定的其他情形。

第四十九条 县级以上人民政府及其有关部门应当 将医疗纠纷预防和处理工作纳入社会治安综合治理体系, 加强医疗卫生机构及周边治安综合治理,维护医疗卫生机 构良好的执业环境,有效防范和依法打击涉医违法犯罪行 为,保护医患双方合法权益。

医疗卫生机构应当完善安全保卫措施,维护良好的医疗秩序,及时主动化解医疗纠纷,保障医师执业安全。

禁止任何组织或者个人阻碍医师依法执业,干扰医师正常工作、生活;禁止通过侮辱、诽谤、威胁、殴打等方式,侵犯医师的人格尊严、人身安全。

第五十三条 新闻媒体应当开展医疗卫生法律、法规和医疗卫生知识的公益宣传,弘扬医师先进事迹,引导公众尊重医师、理性对待医疗卫生风险。

第六章 法律责任

第五十四条 在医师资格考试中有违反考试纪律等

行为,情节严重的,一年至三年内禁止参加医师资格考试。

以不正当手段取得医师资格证书或者医师执业证书 的,由发给证书的卫生健康主管部门予以撤销,三年内不 受理其相应申请。

伪造、变造、买卖、出租、出借医师执业证书的,由 县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正,没收违法 所得,并处违法所得二倍以上五倍以下的罚款,违法所得 不足一万元的,按一万元计算;情节严重的,吊销医师执 业证书。

第五十五条 违反本法规定,医师在执业活动中有下列行为之一的,由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正,给予警告;情节严重的,责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书:

- (一)在提供医疗卫生服务或者开展医学临床研究中,未按照规定履行告知义务或者取得知情同意;
- (二)对需要紧急救治的患者,拒绝急救处置,或者由于不负责任延误诊治;
- (三)遇有自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件等严重威胁人民生命健康的突发事件时,不服从卫生健康主管部门调遣;

- (四)未按照规定报告有关情形;
- (五)违反法律、法规、规章或者执业规范,造成医疗事故或者其他严重后果。
- 第五十六条 违反本法规定,医师在执业活动中有下列行为之一的,由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正,给予警告,没收违法所得,并处一万元以上三万元以下的罚款;情节严重的,责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书:
 - (一) 泄露患者隐私或者个人信息;
- (二)出具虚假医学证明文件,或者未经亲自诊查、调查,签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件;
- (三)隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁病历等医学文 书及有关资料;
- (四)未按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、 精神药品、放射性药品等;
- (五)利用职务之便,索要、非法收受财物或者牟取 其他不正当利益,或者违反诊疗规范,对患者实施不必要 的检查、治疗造成不良后果;
 - (六)开展禁止类医疗技术临床应用。

第五十七条 违反本法规定,医师未按照注册的执业 地点、执业类别、执业范围执业的,由县级以上人民政府 卫生健康主管部门或者中医药主管部门责令改正,给予警 告,没收违法所得,并处一万元以上三万元以下的罚款; 情节严重的,责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至 吊销医师执业证书。

第五十八条 严重违反医师职业道德、医学伦理规范,造成恶劣社会影响的,由省级以上人民政府卫生健康主管部门吊销医师执业证书或者责令停止非法执业活动, 五年直至终身禁止从事医疗卫生服务或者医学临床研究。

第五十九条 违反本法规定,非医师行医的,由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令停止非法执业活动, 没收违法所得和药品、医疗器械,并处违法所得二倍以上 十倍以下的罚款,违法所得不足一万元的,按一万元计算。

第六十条 违反本法规定,阻碍医师依法执业,干扰 医师正常工作、生活,或者通过侮辱、诽谤、威胁、殴打 等方式,侵犯医师人格尊严、人身安全,构成违反治安管 理行为的,依法给予治安管理处罚。

第六十一条 违反本法规定, 医疗卫生机构未履行报告职责, 造成严重后果的, 由县级以上人民政府卫生健康

主管部门给予警告,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第六十二条 违反本法规定,卫生健康主管部门和其他有关部门工作人员或者医疗卫生机构工作人员弄虚作假、滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

第六十三条 违反本法规定,构成犯罪的,依法追究 刑事责任;造成人身、财产损害的,依法承担民事责任。

第七章 附则

第六十七条 本法自 2022 年 3 月 1 日起施行。《中华人民共和国执业医师法》同时废止。

第三节 《基本医疗卫生与健康促进法》节选

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》2019年12月28日,经十三届全国人大常委会第十五次会议表决通过,于2020年6月1日实施。

第一章 基本医疗卫生服务

第三十二条 公民接受医疗卫生服务,对病情、诊疗方案、医疗风险、医疗费用等事项依法享有知情同意的权利。

需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的, 医疗卫生人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况, 并取得其同意; 不能或者不宜向患者说明的, 应当向患者的近亲属说明, 并取得其同意。法律另有规定的, 依照其规定。

开展药物、医疗器械临床试验和其他医学研究应当遵守医学伦理规范,依法通过伦理审查,取得知情同意。

第二章 医疗卫生机构

第四十三条 医疗卫生机构应当遵守法律、法规、规

章,建立健全内部质量管理和控制制度,对医疗卫生服务质量负责。

医疗卫生机构应当按照临床诊疗指南、临床技术操作 规范和行业标准以及医学伦理规范等有关要求,合理进行 检查、用药、诊疗,加强医疗卫生安全风险防范,优化服 务流程,持续改进医疗卫生服务质量。

第三章 药品供应保障

第五十九条 国家实施基本药物制度,遴选适当数量的基本药物品种,满足疾病防治基本用药需求。

国家公布基本药物目录,根据药品临床应用实践、药品标准变化、药品新上市情况等,对基本药物目录进行动态调整。

基本药物按照规定优先纳入基本医疗保险药品目录。

国家提高基本药物的供给能力,强化基本药物质量监管,确保基本药物公平可及、合理使用。

第六十二条 国家建立健全药品价格监测体系,开展成本价格调查,加强药品价格监督检查,依法查处价格垄断、价格欺诈、不正当竞争等违法行为,维护药品价格秩序。

国家加强药品分类采购管理和指导。参加药品采购投标的投标人不得以低于成本的报价竞标,不得以欺诈、串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标。

第四章 资金保障

第八十二条 基本医疗服务费用主要由基本医疗保险基金和个人支付。国家依法多渠道筹集基本医疗保险基金,逐步完善基本医疗保险可持续筹资和保障水平调整机制。

公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位和职工按照国家规定缴纳职工基本医疗保险费。城乡居民按照规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。

第八十三条 国家建立以基本医疗保险为主体,商业健康保险、医疗救助、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的、多层次的医疗保障体系。

国家鼓励发展商业健康保险,满足人民群众多样化健康保障需求。

国家完善医疗救助制度,保障符合条件的困难群众获得基本医疗服务。

第八十四条 国家建立健全基本医疗保险经办机构与协议定点医疗卫生机构之间的协商谈判机制,科学合理确定基本医疗保险基金支付标准和支付方式,引导医疗卫生机构合理诊疗,促进患者有序流动,提高基本医疗保险基金使用效益。

第八十五条 基本医疗保险基金支付范围由国务院 医疗保障主管部门组织制定,并应当听取国务院卫生健康 主管部门、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部 门等的意见。

省、自治区、直辖市人民政府可以按照国家有关规定, 补充确定本行政区域基本医疗保险基金支付的具体项目 和标准,并报国务院医疗保障主管部门备案。

国务院医疗保障主管部门应当对纳入支付范围的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等组织开展循证医学和经济性评价,并应当听取国务院卫生健康主管部门、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部门等有关方面的意见。评价结果应当作为调整基本医疗保险基金支付范围的依据。

第五章 监督管理

第八十六条 国家建立健全机构自治、行业自律、政府监管、社会监督相结合的医疗卫生综合监督管理体系。

县级以上人民政府卫生健康主管部门对医疗卫生行 业实行属地化、全行业监督管理

第八十七条 县级以上人民政府医疗保障主管部门 应当提高医疗保障监管能力和水平,对纳入基本医疗保险 基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用加强监督管理, 确保基本医疗保险基金合理使用、安全可控。

第八十八条 县级以上人民政府应当组织卫生健康、 医疗保障、药品监督管理、发展改革、财政等部门建立沟 通协商机制,加强制度衔接和工作配合,提高医疗卫生资 源使用效率和保障水平。

第九十三条 县级以上人民政府卫生健康主管部门、 医疗保障主管部门应当建立医疗卫生机构、人员等信用记录制度,纳入全国信用信息共享平台,按照国家规定实施 联合惩戒。

第六章 法律责任

第一百零三条 违反本法规定,参加药品采购投标的投标人以低于成本的报价竞标,或者以欺诈、串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标的,由县级以上人民政府医疗保障主管部门责令改正,没收违法所得;中标的,中标无效,处中标项目金额千分之五以上千分之十以下的罚款,对法定代表人、主要负责人、直接负责的主管人员和其他责任人员处对单位罚款数额百分之五以上百分之十以下的罚款;情节严重的,取消其二年至五年内参加药品采购投标的资格并予以公告。

第一百零四条 违反本法规定,以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇,或者基本医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金支出的,由县级以上人民政府医疗保障主管部门依照有关社会保险的法律、行政法规规定给予行政处罚。

第四节 《医疗保障基金使用监督管理条例》(全文)

《医疗保障基金使用监督管理条例》(中华人民共和国国务院令第735号)已经2020年12月9日国务院第117次常务会议通过,现予公布,自2021年5月1日起施行。

第一章 总则

- 第一条 为了加强医疗保障基金使用监督管理,保障基金安全,促进基金有效使用,维护公民医疗保障合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》和其他有关法律规定,制定本条例。
- 第二条 本条例适用于中华人民共和国境内基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。
- 第三条 医疗保障基金使用坚持以人民健康为中心, 保障水平与经济社会发展水平相适应,遵循合法、安全、 公开、便民的原则。
- **第四条** 医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、 社会监督、行业自律和个人守信相结合。
 - 第五条 县级以上人民政府应当加强对医疗保障基

金使用监督管理工作的领导,建立健全医疗保障基金使用监督管理机制和基金监督管理执法体制,加强医疗保障基金使用监督管理能力建设,为医疗保障基金使用监督管理工作提供保障。

第六条 国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

第七条 国家鼓励和支持新闻媒体开展医疗保障法律、法规和医疗保障知识的公益宣传,并对医疗保障基金使用行为进行舆论监督。有关医疗保障的宣传报道应当真实、公正。

县级以上人民政府及其医疗保障等行政部门应当通过书面征求意见、召开座谈会等方式, 听取人大代表、政协委员、参保人员代表等对医疗保障基金使用的意见, 畅通社会监督渠道, 鼓励和支持社会各方面参与对医疗保障基金使用的监督。

医疗机构、药品经营单位(以下统称医药机构)等单位和医药卫生行业协会应当加强行业自律,规范医药服务行为,促进行业规范和自我约束,引导依法、合理使用医疗保障基金。

第二章 基金使用

第八条 医疗保障基金使用应当符合国家规定的支付范围。

医疗保障基金支付范围由国务院医疗保障行政部门依法组织制定。省、自治区、直辖市人民政府按照国家规定的权限和程序,补充制定本行政区域内医疗保障基金支付的具体项目和标准,并报国务院医疗保障行政部门备案。

第九条 国家建立健全全国统一的医疗保障经办管 理体系,提供标准化、规范化的医疗保障经办服务,实现 省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖。

第十条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度,做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作,并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况,接受社会监督。

第十一条 医疗保障经办机构应当与定点医药机构 建立集体谈判协商机制,合理确定定点医药机构的医疗保 障基金预算金额和拨付时限,并根据保障公众健康需求和 管理服务的需要,与定点医药机构协商签订服务协议,规 范医药服务行为,明确违反服务协议的行为及其责任。

医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

医疗保障行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

第十二条 医疗保障经办机构应当按照服务协议的 约定,及时结算和拨付医疗保障基金。

定点医药机构应当按照规定提供医药服务,提高服务质量,合理使用医疗保障基金,维护公民健康权益。

第十三条 定点医药机构违反服务协议的,医疗保障 经办机构可以督促其履行服务协议,按照服务协议约定暂 停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员 或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至解 除服务协议;定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈 述、申辩。

医疗保障经办机构违反服务协议的, 定点医药机构有

权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改,也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第十四条 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度,由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作,建立健全考核评价体系。

定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、 政策的培训,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及 时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十五条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定,核验参保人员医疗保障凭证,按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务,向参保人员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、购药。

定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围;除急诊、抢救等特殊情形外,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条 定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料,及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据,向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息,向社会公开医药费用、费用结构等信息,接受社会监督。

第十七条 参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、 购药,并主动出示接受查验。参保人员有权要求定点医药 机构如实出具费用单据和相关资料。

参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证,防止他人冒名使用。因特殊原因需要委托他人代为购药的,应当提供委托人和受托人的身份证明。

参保人员应当按照规定享受医疗保障待遇,不得重复 享受。

参保人员有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障 咨询服务,对医疗保障基金的使用提出改进建议。

第十八条 在医疗保障基金使用过程中,医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

第十九条 参保人员不得利用其享受医疗保障待遇

的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

定点医药机构不得为参保人员利用其享受医疗保障 待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他 非法利益提供便利。

第二十条 医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金。

第二十一条 医疗保障基金专款专用,任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第三章 监督管理

第二十二条 医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合,建立沟通协调、案件移送等机制,共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督,规范医疗保障

经办业务, 依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

第二十三条 国务院医疗保障行政部门负责制定服 务协议管理办法,规范、简化、优化医药机构定点申请、 专业评估、协商谈判程序,制作并定期修订服务协议范本。

国务院医疗保障行政部门制定服务协议管理办法,应 当听取有关部门、医药机构、行业协会、社会公众、专家 等方面意见。

第二十四条 医疗保障行政部门应当加强与有关部门的信息交换和共享,创新监督管理方式,推广使用信息技术,建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统,实施大数据实时动态智能监控,并加强共享数据使用全过程管理,确保共享数据安全。

第二十五条 医疗保障行政部门应当根据医疗保障 基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素, 确定检查重点,组织开展专项检查。

第二十六条 医疗保障行政部门可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。

对跨区域的医疗保障基金使用行为,由共同的上一级 医疗保障行政部门指定的医疗保障行政部门检查。

第二十七条 医疗保障行政部门实施监督检查,可以

采取下列措施:

- (一) 进入现场检查;
- (二)询问有关人员;
- (三)要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料,并作出解释和说明;
- (四)采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式 收集有关情况和资料;
- (五)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;
- (六)聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和 专业人员协助开展检查;
 - (七)法律、法规规定的其他措施。
- 第二十八条 医疗保障行政部门可以依法委托符合 法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。
- 第二十九条 开展医疗保障基金使用监督检查,监督 检查人员不得少于 2 人,并且应当出示执法证件。

医疗保障行政部门进行监督检查时,被检查对象应当 予以配合,如实提供相关资料和信息,不得拒绝、阻碍检 查或者谎报、瞒报。

第三十条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支

出的,在调查期间,医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施,防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的,经医疗保障行政部门主要负责人批准,医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查,属于骗取医疗保障基金支出的,依照本条例第四十条的规定处理;不属于骗取医疗保障基金支出的,按照规定结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的,医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用,由参保人员全额垫付。经调查,属于骗取医疗保障基金支出的,依照本条例第四十一条的规定处理;不属于骗取医疗保障基金支出的,按照规定结算。

第三十一条 医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前,应当听取当事人的陈述、申辩;作出行政处罚或者行政处理决定,应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

第三十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机 构、会计师事务所等机构及其工作人员,不得将工作中获 取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基 金使用监督管理以外的其他目的,不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

第三十三条 国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度,根据信用评价等级分级分类监督管理,将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统,按照国家有关规定实施惩戒。

第三十四条 医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果,加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度,接受社会监督。

第三十五条 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道,依法及时 处理有关举报投诉,并对举报人的信息保密。对查证属实 的举报,按照国家有关规定给予举报人奖励。

第四章 法律责任

第三十六条 医疗保障经办机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,对直接负责的主管人员和 其他直接责任人员依法给予处分:

- (一)未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度;
- (二)未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、 待遇审核及支付等职责;
- (三)未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、 结余等情况。
- 第三十七条 医疗保障经办机构通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。
- 第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,责令退回,处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款;拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:
 - (一)分解住院、挂床住院;
 - (二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、

超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

- (三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;
- (四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
- (五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转 卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供 便利;
- (六)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳 入医疗保障基金结算;
 - (七)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。
- 第三十九条 定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人; 拒不改正的,处1万元以上5万元以下的罚款; 违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:
- (一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者 没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;
- (二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、 病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库 记录等资料;
- (三)未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据;

- (四)未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障 基金使用监督管理所需信息;
- (五)未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;
- (六)除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;
- (七)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。
- 第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款; 责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至由医疗保障经办机构解除服务协议; 有执业资格的,由有关主管部门依法吊销执业资格:
- (一)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;
- (二)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医 学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;
 - (三)虚构医药服务项目;

(四)其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施了本 条例第三十八条规定行为之一,造成医疗保障基金损失 的,按照本条规定处理。

第四十一条 个人有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正;造成医疗保障基金损失的,责令退回;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月:

- (一)将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;
- (二)重复享受医疗保障待遇;
- (三)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受 返还现金、实物或者获得其他非法利益。

个人以骗取医疗保障基金为目的,实施了前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失的;或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的,除依照前款规定处理外,还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

第四十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机

构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的,没收违法所得,对有关责任人员依法给予处分;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

第四十三条 定点医药机构违反本条例规定,造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的,其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动,由有关部门依法给予处分。

第四十四条 违反本条例规定,侵占、挪用医疗保障基金的,由医疗保障等行政部门责令追回;有违法所得的,没收违法所得;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十五条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户;罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第四十六条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员,泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

第四十七条 医疗保障等行政部门工作人员在医疗保障基金使用监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私

舞弊的, 依法给予处分。

第四十八条 违反本条例规定,构成违反治安管理行为的,依法给予治安管理处罚;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

违反本条例规定,给有关单位或者个人造成损失的, 依法承担赔偿责任。

第五章 附则

第四十九条 职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理,参照本条例执行。

居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行,医疗保障行政部门应当加强监督。

第五十条 本条例自 2021年5月1日起施行。

第五节 《医疗保障行政处罚程序暂行规定》(全文)

《医疗保障行政处罚程序暂行规定》(国家医疗保障局令第4号)已经2021年6月11日第3次局务会议审议通过,现予以公布,自2021年7月15日起施行。

第一章 总则

第一条 为了规范医疗保障领域行政处罚程序,确保 医疗保障行政部门依法实施行政处罚,维护医疗保障基金 安全,保护公民、法人和其他组织的合法权益,根据《中 华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国行政强制法》 等法律、行政法规,制定本规定。

第二条 医疗保障领域行政处罚,适用本规定。

第三条 医疗保障行政部门实施行政处罚遵循公正、公开的原则。坚持以事实为依据,与违法行为的事实、性质、情节以及社会危害程度相当。坚持处罚与教育相结合,做到事实清楚、证据确凿、依据正确、程序合法、处罚适当。

第四条 医疗保障行政部门应当全面落实行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制

度。

第五条 执法人员与案件有直接利害关系或者有其他 关系可能影响公正执法的,应当回避。

当事人认为执法人员与案件有直接利害关系或者有 其他关系可能影响公正执法的,有权申请回避。

当事人提出回避申请的, 医疗保障行政部门应当依法审查。医疗保障行政部门主要负责人的回避, 由医疗保障行政部门负责人集体讨论决定; 医疗保障行政部门其他负责人的回避, 由医疗保障行政部门主要负责人决定; 其他有关人员的回避, 由医疗保障行政部门负责人决定。决定作出前, 不停止调查。

第六条 违法行为在二年内未被发现的,不再给予行政处罚;涉及公民生命健康安全且有危害后果的,上述期限延长至五年。

前款规定的期限,从违法行为发生之日起计算;违法行为有连续或者继续状态的,从行为终了之日起计算。

第七条 上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门实施的行政处罚,应当加强监督。

医疗保障行政部门法制机构对本部门实施的行政处罚,应当加强监督。

第八条 各级医疗保障行政部门可以依法委托符合法 定条件的组织开展行政执法工作。行政强制措施权不得委 托。

受委托组织在委托范围内,以委托行政机关的名义实施行政处罚,不得再委托其他组织或者个人实施行政处罚。

委托书应当载明委托的具体事项、权限、期限等内容。委托行政机关和受委托组织应当将委托书向社会公布。

委托行政机关对受委托组织实施行政处罚的行为应 当负责监督,并对该行为的后果承担法律责任。

第二章 管辖和适用

第九条 医疗保障领域行政处罚由违法行为发生地的县级以上医疗保障行政部门管辖。法律、行政法规、部门规章另有规定的,从其规定。

医疗保障异地就医的违法行为,由就医地医疗保障行政部门调查处理。仅参保人员违法的,由参保地医疗保障行政部门调查处理。

第十条 两个以上医疗保障行政部门因管辖权发生争议的,应当自发生争议之日起七个工作日内协商解决;

协商不成的,报请共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖;也可以直接由共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖。

第十一条 上级医疗保障行政部门认为有必要时,可以直接管辖下级医疗保障行政部门管辖的案件,也可以将本部门管辖的案件交由下级医疗保障行政部门管辖。法律、法规、规章明确规定案件应当由上级医疗保障行政部门管辖的,上级医疗保障部门不得将案件交由下级医疗保障行政部门管辖。

第十二条 医疗保障行政部门发现所查处的案件属于 其他医疗保障行政部门或其他行政管理部门管辖的,应当 依法移送。

受移送的医疗保障行政部门对管辖权有异议的,应当 报请共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖,不得再自 行移送。

第十三条 医疗保障行政部门实施行政处罚时,应当 责令当事人改正或者限期改正违法行为。

第三章 行政处罚的普通程序

第十四条 医疗保障行政部门对依据监督检查职权或

者通过投诉、举报、其他部门移送、上级交办等途径发现的违法行为线索,应当自发现线索或者收到材料之日起十五个工作日内予以核查,并决定是否立案;特殊情况下,经医疗保障行政部门主要负责人批准后,可以延长十五个工作日。

第十五条 立案应当符合下列标准:

- (一)有明确的违法嫌疑人;
- (二)经核查认为存在涉嫌违反医疗保障监督管理法 律、法规、规章规定,应当给予行政处罚的行为;
 - (三)属于本部门管辖。

符合立案标准的,应当及时立案。

第十六条 行政处罚应当由具有医疗保障行政执法资格的执法人员实施,执法人员不得少于两人。

执法人员应当文明执法,尊重和保护当事人合法权益。

第十七条 除依据《行政处罚法》第五十一条规定的可以当场作出的行政处罚外,医疗保障行政部门发现公民、法人或者其他组织有依法应当给予行政处罚的行为的,必须全面、客观、公正地调查,收集有关证据;必要时,依照法律、法规的规定,可以进行检查。

医疗保障行政部门及参与案件办理的有关单位和人员对调查或者检查过程中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私应当依法保密。不得将调查或者检查过程中获取、知悉的被调查或者被检查对象的资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监管管理以外的其他目的,不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

- **第十八条** 医疗保障行政部门开展行政执法,可以采取下列措施:
- (一)进入被调查对象有关的场所进行检查,询问与调查事项有关的单位和个人,要求其对有关问题作出解释说明、提供有关材料;
- (二)采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式 收集有关情况和资料;
- (三)从相关信息系统中调取数据,要求被检查对象 对疑点数据作出解释和说明;
- (四)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;
- (五)聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和 专业人员协助开展检查;

(六)法律、法规规定的其他措施。

第十九条 办案人员应当依法收集证据。证据包括:

- (一) 书证;
- (二)物证;
- (三)视听资料;
- (四)电子数据;
- (五)证人证言;
- (六) 当事人的陈述;
- (七)鉴定意见;
- (八)勘验笔录、现场笔录。

立案前核查或者监督检查过程中依法取得的证据材料,可以作为案件的证据使用。

对于移送的案件,移送机关依职权调查收集的证据材料,可以作为案件的证据使用。

证据经查证属实, 作为认定案件事实的根据。

第二十条 办案人员在进入现场检查时,应当通知当事人或者有关人员到场,并按照有关规定采取拍照、录音、录像等方式记录现场情况。现场检查应当制作现场笔录,并由当事人或者有关人员以逐页签名或盖章等方式确认。

无法通知当事人或者有关人员到场,当事人或者有关

人员拒绝接受调查及签名、盖章或者拒绝以其他方式确认的,办案人员应当在笔录或者其他材料上注明情况。

第二十一条 收集、调取的书证、物证应当是原件、原物。调取原件、原物有困难的,可以提取复制件、影印件或者抄录件,也可以拍摄或者制作足以反映原件、原物外形或者内容的照片、录像。复制件、影印件、抄录件和照片、录像由证据提供人核对无误后注明与原件、原物一致,并注明取证日期、证据出处,同时由证据提供人签名或者盖章。

第二十二条 收集、调取的视听资料应当是有关资料的原始载体。调取视听资料原始载体有困难的,可以提取复制件,并注明制作方法、制作时间、制作人等。声音资料应当附有该声音内容的文字记录。视听资料制作记录、声音文字记录同时由证据提供人核对无误后签名或者盖章。

第二十三条 医疗保障行政部门可以利用网络信息系统或者设备收集、固定违法行为证据。用来收集、固定违法行为证据的网络信息系统或者设备应当符合相关规定,保证所收集、固定电子数据的真实性、完整性。

医疗保障行政部门可以指派或者聘请具有专门知识

的人员,辅助办案人员对案件关联的电子数据进行调取。

收集、调取的电子数据应当是有关数据的原始载体。 收集电子数据原始载体有困难的,可以采用拷贝复制、委 托分析、书式固定、拍照录像等方式取证,并注明制作方 法、制作时间、制作人等。

医疗保障行政部门利用电子技术监控设备收集、固定 违法事实的,证据记录内容应符合法律、法规的规定。

第二十四条 办案人员可以询问当事人及其他有关单位和个人。询问应当个别进行。询问应当制作笔录,笔录应当交被询问人核对;对阅读有困难的,应当向其宣读。笔录如有差错、遗漏,应当允许其更正或者补充。涂改部分应当由被询问人签名、盖章或者以其他方式确认。经核对无误后,由被询问人在笔录上逐页签名、盖章或者以其他方式确认。办案人员应当在笔录上签名。

第二十五条 为查明案情,需要对案件相关医疗文书、 医疗证明等内容进行评审的,医疗保障行政部门可以组织 有关专家进行评审。

第二十六条 医疗保障行政部门在收集证据时,在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下,经医疗保障行政部门负责人批准,可以先行登记保存,并应当在七个工作

日内及时作出处理决定。

情况紧急,需要当场采取先行登记保存措施的,执法 人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报 告,并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应 当采取先行登记保存措施的,应当立即解除。

第二十七条 先行登记保存有关证据,应当当场清点, 开具清单,由当事人和办案人员签名或者盖章。清单交当 事人一份,并当场交付先行登记保存证据通知书。

先行登记保存期间, 当事人或者有关人员不得损毁、 销毁或者转移证据。

- **第二十八条** 对于先行登记保存的证据, 医疗保障行政部门可以根据案件需要采取以下处理措施:
- (一)根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保全措施;
 - (二)可依法采取封存措施的,决定予以封存;
- (三)违法事实不成立,或者违法事实成立但不予行 政处罚的,决定解除先行登记保存措施。

逾期未采取相关措施的,先行登记保存措施自动解除。

第二十九条 医疗保障行政部门对可能被转移、隐匿

或者灭失的资料,无法以先行登记保存措施加以证据保全,采取封存措施;采取或者解除封存措施的,应当经医疗保障行政部门负责人批准。

情况紧急,需要当场采取封存等行政强制措施的,执法人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报告,并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取行政强制措施的,应当立即解除。

第三十条 医疗保障行政部门实施封存等行政强制措施应当依照《中华人民共和国行政强制法》规定的程序进行,并当场交付实施行政强制措施决定书和清单。

第三十一条 封存的期限不得超过三十日;情况复杂的,经医疗保障行政部门负责人批准,可以延长,但是延长期限不得超过三十日。延长封存的决定应当及时书面告知当事人,并说明理由。

第三十二条 封存的资料应妥善保管,防止丢失、损毁、篡改和非法借阅;医疗保障行政部门可以委托第三人保管,第三人不得损毁、篡改或者擅自转移、处置。

第三十三条 有下列情形之一的, 医疗保障行政部门 应当及时作出解除封存决定:

(一) 当事人没有违法行为;

- (二) 封存的资料与违法行为无关;
- (三)对违法行为已经作出处理决定,不再需要封存;
- (四)封存期限已经届满;
- (五)其他不再需要采取封存措施的情形。

解除封存应当立即退还资料,并由办案人员和当事人 在资料清单上签名或者盖章。

第三十四条 医疗保障行政部门在案件办理过程中需要其他行政区域医疗保障行政部门协助调查取证的,应当出具书面协助调查函。被请求协助的医疗保障行政部门在接到协助调查函之日起十五日内完成相关协查工作。需要延期完成或者无法协助的,应当在期限届满前告知提出协查请求的医疗保障行政部门。

第三十五条 医疗保障行政部门应当依法以文字、音像等形式,对行政处罚的立案、调查取证、审核决定、送达执行等进行全部过程进行记录,归档保存。

第三十六条 案件调查终结,办案机构应当撰写案件调查终结报告,案件调查终结报告包括以下内容:

- (一) 当事人的基本情况;
- (二)案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况;

- (三)调查认定的事实及主要证据;
- (四)违法行为性质;
- (五)处理意见及依据;
- (六)其他需要说明的事项。

第三十七条 有下列情形之一,在医疗保障行政部门 负责人作出决定之前,应当进行法制审核,未经法制审核 或者审核未通过的,不得作出决定:

- (一)责令追回医保基金或者罚款数额较大的;
- (二)责令解除医保服务协议等直接关系到当事人或 第三人重大权益,经过听证程序的;
 - (三)案件情况疑难复杂、涉及多个法律关系的;
 - (四)涉及重大公共利益的;
- (五)法律、法规规定的其他需要审核的重大行政执法情形。

法制审核由医疗保障行政部门法制机构负责实施,同一案件的办案人员不得作为审核人员。

第三十八条 法制审核的主要内容包括:

- (一)行政执法主体是否合法,行政执法人员是否具备执法资格;
 - (二)是否具有管辖权;

- (三)案件事实是否清楚、证据是否充分;
- (四)定性是否准确;
- (五)适用依据是否正确;
- (六)程序是否合法;
- (七)处理是否适当;
- (八)行政执法文书是否完备、规范;
- (九)违法行为是否涉嫌犯罪、需要移送司法机关;
- (十) 其他需要合法性审核的内容。
- **第三十九条** 法制机构经对案件进行审核,区别不同情况提出书面意见和建议:
- (一)事实清楚、证据确凿充分、定性准确、适用法 律正确、处罚适当、程序合法的,提出同意的意见;
- (二)主要事实不清、证据不足的,提出继续调查或不予作出行政执法决定的意见;
- (三)定性不准、适用法律不准确和执行裁量基准不 当的,提出变更意见;
 - (四)超越执法权限或程序不合法的,提出纠正意见;
 - (五)认为有必要提出的其他意见和建议。

行政执法机构或办案人员应根据法制机构提出的上述第二项至第四项意见作出相应处理后再次进行法制审

核。

第四十条 法制机构收到相关资料后,于10个工作日内审核完毕。因特殊情况需要延长的,经法制机构负责人批准后可延长10个工作日,但不得超过法定时限要求。

行政执法机构或办案人员与法制机构对审核意见不一致时,法制机构可以组织有关专家、法律顾问或者委托第三方专业机构论证,将论证意见等相关材料提交医疗保障行政部门负责人,由医疗保障行政部门负责人组织集体讨论决定。

第四十一条 根据调查情况,拟给予行政处罚的案件, 医疗保障行政部门在作出行政处罚决定之前应当书面告 知当事人拟作出行政处罚决定的事实、理由及依据,并告 知当事人依法享有陈述权、申辩权。

医疗保障行政部门应当充分听取当事人陈述、申辩意见,对当事人提出的事实、理由和证据进行复核。

拟作出的行政处罚属于听证范围的,应当告知当事人 有要求举行听证的权利,当事人要求听证的,医疗保障行 政部门应当依法组织听证。

当事人提出的事实、理由或者证据成立的, 医疗保障行政部门应当予以采纳, 不得因当事人陈述、申辩或者申

请听证而加重行政处罚。

第四十二条 有下列情形之一的, 经医疗保障行政部门负责人批准, 中止案件调查, 并制作案件中止调查决定书:

- (一)行政处罚决定必须以相关案件的裁判结果或者 其他行政决定为依据,而相关案件尚未审结或者其他行政 决定尚未作出;
- (二)涉及法律适用等问题,需要送请有权机关作出 解释或者确认;
 - (三)因不可抗力致使案件暂时无法调查;
 - (四)因当事人下落不明致使案件暂时无法调查;
 - (五)其他应当中止调查的情形。

中止调查的原因消除后,应当立即恢复案件调查。

- **第四十三条** 医疗保障行政部门负责人经对案件调查 终结报告、法制审核意见、当事人陈述和申辩意见或者听 证报告等进行审查,根据不同情况,分别作出以下决定:
- (一)确有依法应当给予行政处罚的违法行为的,根据情节轻重及具体情况,作出行政处罚决定;
- (二)确有违法行为,但有依法不予行政处罚情形的, 不予行政处罚;

- (三)违法事实不能成立的,不得给予行政处罚;
- (四)依法应移送其他行政管理部门或者医疗保障经 办机构处理的,作出移送决定;
 - (五)违法行为涉嫌犯罪的,移送司法机关。

第四十四条 对下列情节复杂或者重大违法行为给予 行政处罚的案件,应当由医疗保障行政部门负责人集体讨 论决定:

- (一)涉及重大安全问题或者有重大社会影响的案件;
- (二)调查处理意见与法制审核意见存在重大分歧的 案件;
- (三)医疗保障行政部门负责人认为应当提交集体讨论的其他案件。

集体讨论应当形成讨论记录,集体讨论中有不同意见的,应当如实记录。讨论记录经参加讨论人员确认签字, 存入案卷。

第四十五条 适用普通程序办理的案件应当自立案之 日起九十日内作出处理决定。

因案情复杂或者其他原因,不能在规定期限内作出处 理决定的,经医疗保障行政部门负责人批准,可以延长三 十日。

案情特别复杂或者有其他特殊情况,经延期仍不能作 出处理决定的,应当由医疗保障行政部门负责人集体讨论 决定是否继续延期,决定继续延期的,应当同时确定延长 的合理期限,但最长不得超过六十日。

案件处理过程中,检测检验、鉴定、听证、公告和专 家评审时间不计入前款所指的案件办理期限。

第四十六条 医疗保障行政部门作出的行政处罚决定 应当按照政府信息公开及行政执法公示制度等有关规定 予以公开。公开的行政处罚决定被依法变更、撤销、确认 违法或者确认无效的,医疗保障行政部门应在三日内变更 行政处罚决定相关信息并说明理由。

第四十七条 具有下列情形之一的, 经医疗保障行政部门负责人批准, 终止案件调查:

- (一)涉嫌违法的公民死亡(或者下落不明长期无法调查的)或者法人、其他组织终止,并且无权利义务承受人等原因,致使案件调查无法继续进行的;
 - (二)移送司法机关追究刑事责任的;
 - (三)其他依法应当终止调查的。

对于终止调查的案件, 已经采取强制措施的应当同时

解除。

第四章 行政处罚的简易程序

第四十八条 违法事实确凿并有法定依据,对公民处以二百元以下、对法人或者其他组织处以三千元以下罚款或者警告的行政处罚的,可以当场作出行政处罚决定。

第四十九条 适用简易程序当场查处违法行为,办案人员应当向当事人出示执法证件,填写预定格式、编有号码的行政处罚决定书,并当场交付当事人。当事人拒绝签收的,应当在行政处罚决定书上注明。

第五十条 办案人员在行政处罚决定作出前,应当告知当事人拟作出的行政处罚内容及事实、理由、依据,并告知当事人有权进行陈述和申辩。当事人进行陈述和申辩的,办案人员应当记入笔录。

第五十一条 适用简易程序当场作出行政处罚决定的,办案人员应当在作出行政处罚决定之日起七个工作日内将处罚决定及相关材料报所属医疗保障行政部门备案。

第五章 执行与结案

第五十二条 依照本法规定当场作出行政处罚决定,

有下列情形之一的,办案人员可以当场收缴罚款:

- (一)依法给予一百元以下的罚款的;
- (二)不当场收缴事后难以执行的。

办案人员当场收缴罚款的,必须向当事人出具国务院 财政部门或者省、自治区、直辖市人民政府财政部门统一 制发的专用票据;不出具财政部门统一制发的专用票据 的,当事人有权拒绝缴纳罚款。

办案人员当场收缴的罚款,应当自收缴罚款之日起二个工作日内,交至医疗保障行政部门; 医疗保障行政部门 应当在二个工作日内将罚款缴付指定的银行。

第五十三条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户; 罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

行政处罚决定依法作出后,当事人应当在行政处罚决定规定的期限内予以履行。

当事人对行政处罚决定不服申请行政复议或者提起 行政诉讼的,行政处罚决定不停止执行。法律另有规定的 除外。

第五十四条 当事人确有经济困难,需要暂缓或者分期缴纳罚款的,应当提出申请。经医疗保障行政部门负责 人批准,同意当事人暂缓或者分期缴纳罚款的,医疗保障 行政部门应当书面告知当事人暂缓或者分期的期限以及罚款金额。

- **第五十五条** 当事人逾期不履行行政处罚决定的,作 出行政处罚决定的医疗保障行政部门可以采取下列措施:
- (一)到期不缴纳罚款的,每日按罚款数额的百分之 三加处罚款,加处罚款的数额不得超出罚款的数额;
- (二)依照《中华人民共和国行政强制法》的规定申请人民法院强制执行。

医疗保障行政部门批准暂缓、分期缴纳罚款的,申请 人民法院强制执行的期限,自暂缓或者分期缴纳罚款期限 结束之日起计算。

- **第五十六条** 有下列情形之一的, 医疗保障行政部门可以结案:
 - (一)行政处罚决定执行完毕的;
- (二)医疗保障行政部门依法申请人民法院强制执行 行政处罚决定,人民法院依法受理的;
 - (三)不予行政处罚等无须执行的;
 - (四) 医疗保障行政部门认为可以结案的其他情形。

办案人员应当填写行政处罚结案报告,经医疗保障行 政部门负责人批准后,予以结案。 **第五十七条** 医疗保障行政部门应当按照下列要求及 时将案件材料立卷归档:

- (一)一案一卷;
- (二) 文书齐全, 手续完备;
- (三)案卷应当按顺序装订。

第六章 期间、送达

第五十八条 期间以时、日、月计算,期间开始的时或者日不计算在内。期间不包括在途时间。期间届满的最后一日为法定节假日的,以法定节假日后的第一日为期间届满的日期。

第五十九条 行政处罚决定书应当在宣告后当场交付 当事人;当事人不在场的,医疗保障行政部门应当在七个 工作日内依照《中华人民共和国民事诉讼法》的有关规定, 将行政处罚决定书送达当事人。

当事人同意并签订确认书的, 医疗保障行政部门可以 采用传真、电子邮件等方式, 将行政处罚决定书等送达当 事人。

第七章 附则

第六十条 本规定中的"以上""以下""内"均包括本数。

第六十一条 外国人、无国籍人、外国组织在中华人民共和国领域内有医疗保障违法行为,应当给予行政处罚的,适用本规定,法律、法规另有规定的除外。

第六十二条 本规定自 2021 年 7 月 15 日起施行。

第六节《山东省医疗保障基金监督管理办法》(全文)

《山东省医疗保障基金监督管理办法》(山东省人民政府令第345号)已经2022年1月29日省政府第143次常务会议通过,现予公布,自2022年5月1日起施行。

山东省医疗保障基金监督管理办法

第一章 总则

- 第一条 为了加强医疗保障基金监督管理,保障基金安全,维护公民医疗保障合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规,结合本省实际,制定本办法。
- 第二条 本省行政区域内医疗保障基金的筹集与使用、经办与服务、监督检查等,适用本办法。

本办法所称医疗保障基金,包括基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等。

第三条 医疗保障基金监督管理应当坚持依法监管、协同高效、公开便民、保障安全的原则。

- 第四条 县级以上人民政府应当加强对医疗保障基金监督管理工作的领导,相关工作经费纳入本级财政预算;建立健全医疗保障基金监督管理机制和执法体制,加强医疗保障基金监督管理能力建设。
- **第五条** 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责 本行政区域医疗保障基金监督管理工作,其他有关部门按 照职责做好相关工作。
- 第六条 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法行为进行举报、投诉,有关部门、单位应当依法及时处理。

第二章 筹集与使用

第七条 基本医疗保险基金实行市级统筹,逐步实现省级统筹; 医疗救助基金由政府预算统筹安排,统筹层级与基本医疗保险基金统筹层级相协调。

医疗保障基金纳入财政专户管理,专款专用,实施预算绩效管理。

第八条 职工、城乡居民依法参加基本医疗保险,缴纳基本医疗保险费,不得重复参保。

医疗救助对象参加居民基本医疗保险的个人缴费部

分,可以由医疗救助基金给予补贴。

第九条 税务部门应当依法按时足额征收基本医疗保险费,并通过信息共享平台及时准确向医疗保障经办机构反馈征收等信息。

第十条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当执行医疗保障待遇清单制度,并对医疗保障药品、诊疗项目、医疗服务设施实行目录管理。

参保人员按照规定享受医疗保障待遇,不得重复享 受。

第十一条 签订服务协议的医疗机构和药品经营单位 (以下统称定点医药机构),应当履行服务协议,依法使 用医疗保障基金。

第十二条 建立长期护理资金多渠道筹集机制。长期护理资金可以按照一定比例或者额度从基本医疗保险基金中筹集。

对提出长期护理需求申请的参保人员,经评估认定符合条件的,可以由签订服务协议的护理机构按照服务协议 提供护理服务。

第十三条 定点医药机构应当落实医疗保障基金使用主体责任,完善内部管理制度,加强医疗保障信息化建

设,推行电子病历、医疗保障电子凭证等应用,提供优质便捷服务。

第十四条 定点医药机构应当健全医疗保障基金使用考核评价体系,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及时纠正违反规定使用医疗保障基金的行为。

第十五条 定点医药机构应当按照国家和省有关药品、医用耗材集中采购的规定,规范药品、医用耗材采购行为,及时结算支付货款,并完成集中带量采购中选产品约定采购量。

第十六条 职工基本医疗保险个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构就 医产生的由个人负担的医疗费用,以及购买药品、医疗器械、医用耗材产生的由个人负担的费用。

职工基本医疗保险个人账户不得用于公共卫生费用、 体育健身和养生保健消费等不属于医疗保障基金支付范 围的支出。

第三章 经办与服务

第十七条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应 当加强对所属的医疗保障经办机构和基金稽核机构的领

导, 指导、监督其依法履行职责。

第十八条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、信息、安全和风险管理制度,履行协议管理、基金拨付、待遇审核及支付等职责,完善医疗保障服务定点申请、专业评估、协议签订、协议履行、协议变更、协议处理等工作流程,推行网上办理。

第十九条 医疗保障经办机构应当规范经办流程,完善异地就医直接结算机制,推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助等费用的联网结算,提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

第二十条 医疗保障经办机构应当运用数据比对、筛查等方式,及时准确核实参保人员缴费、医疗保障待遇资格等信息。

第二十一条 医疗保障经办机构应当通过协商谈判, 与定点医药机构签订服务协议,约定服务内容、支付方式、 支付标准、年度费用总额及激励约束措施等内容。

第二十二条 定点医药机构为参保人员提供医疗服务,应当核验医疗保障凭证并向参保人员如实出具费用单据和相关资料,不得将应当由医疗保障基金支付的费用转由参保人员承担。

- **第二十三条** 定点医药机构开展互联网医疗服务所产生的相关费用,符合医疗保障基金支付范围的,由医疗保障经办机构按照规定进行结算支付。
- 第二十四条 定点医药机构为参保人员提供医疗服务,应当执行国家、省和统筹地区有关药品、医用耗材、医疗服务项目的价格和医疗保障支付标准等规定。

非公立医疗机构与医疗保障经办机构签订服务协议 的,其医疗保障支付标准参照同级同类公立医疗机构医疗 保障支付标准执行。

第四章 监督检查

- 第二十五条 县级以上人民政府医疗保障行政部门 应当通过日常抽查、现场核查、专家审查等方式,对纳入 医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用进行 监督,依法查处医疗保障经办机构、定点医药机构、参保 人员违法使用医疗保障基金的行为。
- 第二十六条 医疗保障经办机构按照服务协议约定, 对违反服务协议的定点医药机构可以暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务, 直至解除服务协议; 定

点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

第二十七条 定点医药机构认为医疗保障经办机构 违反服务协议的,可以要求医疗保障经办机构纠正,或者 提请医疗保障行政部门督促整改。

第二十八条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作,并对受委托组织进行指导和监督。

第二十九条 省、设区的市人民政府医疗保障行政部门应当建立医疗保障基金违法行为举报奖励制度,对实名举报并查证属实的,按照规定给予奖励。

第三十条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以会同公安、卫生健康、市场监督管理等部门建立联合检查、案件移送等工作机制,依法查处医疗保障基金违法行为。

第三十一条 县级以上人民政府医疗保障行政部门 可以聘请人大代表、政协委员、参保人员和新闻媒体代表 等担任社会监督员,参与医疗保障基金监督活动。

鼓励、支持新闻媒体对医疗保障基金筹集、使用、管理等活动进行监督。

第五章 法律责任

第三十二条 违反本办法规定的行为,法律、法规已 规定法律责任的,适用其规定。

第三十三条 违反本办法规定,定点医药机构未核验 参保人员医疗保障凭证且未如实出具费用单据和相关资料,或者将应当由医疗保障基金支付的费用转由参保人员 承担的,由医疗保障行政部门责令改正;违反其他法律、法规的,由有关主管部门依法处理。

第三十四条 医疗保障经办机构有下列行为之一的, 由医疗保障行政部门责令改正,对直接负责的主管人员和 其他直接责任人员依法给予处分:

- (一)对医疗保障基金违法行为隐瞒不报、谎报或者 拖延不报,造成严重后果的;
- (二)违反业务操作规程、信息管理规定,造成医疗保障基金损失和严重不良社会影响的;
- (三)泄露举报、投诉信息或者打击报复举报人、投诉人的;
- (四)未依法履行职责造成医疗保障基金损失的其他行为。

第三十五条 医疗保障、卫生健康、税务等部门未依

法履行医疗保障基金监督管理职责,或者有其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第六章 附 则

第三十六条 职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金的监督管理,参照本办法执行。

长期护理资金的管理按照国家有关规定执行, 医疗保障行政部门应当加强监督。

第三十七条 本办法自 2022 年 5 月 1 日起施行。

第七节 医疗机构管理条例(全文)

1994年2月26日中华人民共和国国务院令第149号发布,根据2016年2月6日《国务院关于修改部分行政法规的决定》修订。

第一章 总 则

- **第一条** 为了加强对医疗机构的管理,促进医疗卫生事业的发展,保障公民健康,制定本条例。
- 第二条 本条例适用于从事疾病诊断、治疗活动的医院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生所(室)以及 急救站等医疗机构。
- **第三条** 医疗机构以救死扶伤,防病治病,为公民的健康服务为宗旨。
- **第四条** 国家扶持医疗机构的发展,鼓励多种形式兴办医疗机构。
- **第五条** 国务院卫生行政部门负责全国医疗机构的监督管理工作。

县级以上地方人民政府卫生行政部门负责本行政区域内医疗机构的监督管理工作。

中国人民解放军卫生主管部门依照本条例和国家有关规定,对军队的医疗机构实施监督管理。

第二章 规划布局和设置审批

第六条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当 根据本行政区域内的人口、医疗资源、医疗需求和现有医 疗机构的分布状况,制定本行政区域医疗机构设置规划。

机关、企业和事业单位可以根据需要设置医疗机构,并纳入当地医疗机构的设置规划。

第七条 县级以上地方人民政府应当把医疗机构设置规划纳入当地的区域卫生发展规划和城乡建设发展总体规划。

第八条 设置医疗机构应当符合医疗机构设置规划和医疗机构基本标准。

医疗机构基本标准由国务院卫生行政部门制定。

第九条 单位或者个人设置医疗机构,必须经县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准,并取得设置医疗机构批准书。

第十条 申请设置医疗机构,应当提交下列文件:

(一)设置申请书;

- (二)设置可行性研究报告;
- (三)选址报告和建筑设计平面图。
- **第十一条** 单位或者个人设置医疗机构,应当按照以下规定提出设置申请:
- (一)不设床位或者床位不满 100 张的医疗机构,向 所在地的县级人民政府卫生行政部门申请;
- (二)床位在100张以上的医疗机构和专科医院按照省级人民政府卫生行政部门的规定申请。
- 第十二条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应 当自受理设置申请之日起 30 日内,作出批准或者不批准 的书面答复;批准设置的,发给设置医疗机构批准书。
- 第十三条 国家统一规划的医疗机构的设置,由国务院卫生行政部门决定。
- 第十四条 机关、企业和事业单位按照国家医疗机构 基本标准设置为内部职工服务的门诊部、诊所、卫生所 (室),报所在地的县级人民政府卫生行政部门备案。

第三章 登 记

第十五条 医疗机构执业,必须进行登记,领取《医疗机构执业许可证》。

第十六条 申请医疗机构执业登记,应当具备下列条件:

- (一)有设置医疗机构批准书;
- (二)符合医疗机构的基本标准;
- (三)有适合的名称、组织机构和场所;
- (四)有与其开展的业务相适应的经费、设施、设备 和专业卫生技术人员;
 - (五)有相应的规章制度;
 - (六)能够独立承担民事责任。

第十七条 医疗机构的执业登记,由批准其设置的人 民政府卫生行政部门办理。

按照本条例第十三条规定设置的医疗机构的执业登记,由所在地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门办理。

机关、企业和事业单位设置的为内部职工服务的门诊部、诊所、卫生所(室)的执业登记,由所在地的县级人民政府卫生行政部门办理。

第十八条 医疗机构执业登记的主要事项:

- (一) 名称、地址、主要负责人;
- (二) 所有制形式;
- (三) 诊疗科目、床位;
- (四)注册资金。

第十九条 县级以上地方人民政府卫生行政部门自 受理执业登记申请之日起 45 日内,根据本条例和医疗机 构基本标准进行审核。审核合格的,予以登记,发给《医 疗机构执业许可证》;审核不合格的,将审核结果以书面 形式通知申请人。

第二十条 医疗机构改变名称、场所、主要负责人、 诊疗科目、床位,必须向原登记机关办理变更登记。

第二十一条 医疗机构歇业,必须向原登记机关办理注销登记。经登记机关核准后,收缴《医疗机构执业许可证》。

医疗机构非因改建、扩建、迁建原因停业超过1年的, 视为歇业。

第二十二条 床位不满 100 张的医疗机构,其《医疗机构执业许可证》每年校验 1 次;床位在 100 张以上的医

疗机构,其《医疗机构执业许可证》每3年校验1次。校验由原登记机关办理。

第二十三条 《医疗机构执业许可证》不得伪造、涂改、出卖、转让、出借。

《医疗机构执业许可证》遗失的,应当及时申明,并向原登记机关申请补发。

第四章 执业

第二十四条 任何单位或者个人,未取得《医疗机构 执业许可证》,不得开展诊疗活动。

第二十五条 医疗机构执业,必须遵守有关法律、法规和医疗技术规范。

第二十六条 医疗机构必须将《医疗机构执业许可证》、诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于明显处所。

第二十七条 医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动。

第二十八条 医疗机构不得使用非卫生技术人员从 事医疗卫生技术工作。

第二十九条 医疗机构应当加强对医务人员的医德教育。

第三十条 医疗机构工作人员上岗工作,必须佩带载 有本人姓名、职务或者职称的标牌。

第三十一条 医疗机构对危重病人应当立即抢救。对限于设备或者技术条件不能诊治的病人,应当及时转诊。

第三十二条 未经医师(士)亲自诊查病人,医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或者死亡证明书等证明文件;未经医师(士)、助产人员亲自接产,医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。

第三十三条 医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时,必须征得患者同意,并应当取得其家属或者关系人同意并签字; 无法取得患者意见时,应当取得家属或者关系人同意并签字; 无法取得患者意见又无家属或者关系人在场,或者遇到其他特殊情况时,经治医师应当提出医疗处置方案,在取得医疗机构负责人或者被授权负责人员的批准后实施。

第三十四条 医疗机构发生医疗事故,按照国家有关规定处理。

第三十五条 医疗机构对传染病、精神病、职业病等 患者的特殊诊治和处理,应当按照国家有关法律、法规的 规定办理。 第三十六条 医疗机构必须按照有关药品管理的法律、法规,加强药品管理。

第三十七条 医疗机构必须按照人民政府或者物价部门的有关规定收取医疗费用,详列细项,并出具收据。

第三十八条 医疗机构必须承担相应的预防保健工作,承担县级以上人民政府卫生行政部门委托的支援农村、指导基层医疗卫生工作等任务。

第三十九条 发生重大灾害、事故、疾病流行或者其 他意外情况时,医疗机构及其卫生技术人员必须服从县级 以上人民政府卫生行政部门的调遣。

第五章 监督管理

第四十条 县级以上人民政府卫生行政部门行使下列监督管理职权:

- (一)负责医疗机构的设置审批、执业登记和校验;
- (二) 对医疗机构的执业活动进行检查指导;
- (三)负责组织对医疗机构的评审;
- (四)对违反本条例的行为给予处罚。

第四十一条 国家实行医疗机构评审制度,由专家组成的评审委员会按照医疗机构评审办法和评审标准,对医

疗机构的执业活动、医疗服务质量等进行综合评价。

医疗机构评审办法和评审标准由国务院卫生行政部门制定。

第四十二条 县级以上地方人民政府卫生行政部门 负责组织本行政区域医疗机构评审委员会。

医疗机构评审委员会由医院管理、医学教育、医疗、 医技、护理和财务等有关专家组成。评审委员会成员由县 级以上地方人民政府卫生行政部门聘任。

第四十三条 县级以上地方人民政府卫生行政部门根据评审委员会的评审意见,对达到评审标准的医疗机构,发给评审合格证书;对未达到评审标准的医疗机构,提出处理意见。

第六章 罚 则

第四十四条 违反本条例第二十四条规定,未取得《医疗机构执业许可证》擅自执业的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令其停止执业活动,没收非法所得和药品、器械,并可以根据情节处以1万元以下的罚款。

第四十五条 违反本条例第二十二条规定,逾期不校 验《医疗机构执业许可证》仍从事诊疗活动的,由县级以 上人民政府卫生行政部门责令其限期补办校验手续; 拒不校验的, 吊销其《医疗机构执业许可证》。

第四十六条 违反本条例第二十三条规定,出卖、转让、出借《医疗机构执业许可证》的,由县级以上人民政府卫生行政部门没收非法所得,并可以处以 5000 元以下的罚款;情节严重的,吊销其《医疗机构执业许可证》。

第四十七条 违反本条例第二十七条规定,诊疗活动超出登记范围的,由县级以上人民政府卫生行政部门予以警告、责令其改正,并可以根据情节处以3000元以下的罚款;情节严重的,吊销其《医疗机构执业许可证》。

第四十八条 违反本条例第二十八条规定,使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令其限期改正,并可以处以 5000 元以下的罚款;情节严重的,吊销其《医疗机构执业许可证》。

第四十九条 违反本条例第三十二条规定,出具虚假证明文件的,由县级以上人民政府卫生行政部门予以警告;对造成危害后果的,可以处以1000元以下的罚款;对直接责任人员由所在单位或者上级机关给予行政处分。

第五十条 没收的财物和罚款全部上交国库。

第五十一条 当事人对行政处罚决定不服的,可以依照国家法律、法规的规定申请行政复议或者提起行政诉讼。当事人对罚款及没收药品、器械的处罚决定未在法定期限内申请复议或者提起诉讼又不履行的,县级以上人民政府卫生行政部门可以申请人民法院强制执行。

第七章 附则

第五十二条 本条例实施前已经执业的医疗机构,应 当在条例实施后的6个月内,按照本条例第三章的规定, 补办登记手续,领取《医疗机构执业许可证》。

第五十三条 外国人在中华人民共和国境内开设医疗机构及香港、澳门、台湾居民在内地开设医疗机构的管理办法,由国务院卫生行政部门另行制定。

第五十四条 本条例由国务院卫生行政部门负责解释。

第五十五条 本条例自 1994 年 9 月 1 日起施行。1951 年政务院批准发布的《医院诊所管理暂行条例》同时废止。

第八节 基本医疗保险用药管理暂行办法(全文)

《基本医疗保险用药管理暂行办法》(国家医疗保障局第1号)已经国家医疗保障局局务会审议通过,现予公布,自2020年9月1日起施行。

基本医疗保险用药管理暂行办法

第一章 总则

- 第一条 为推进健康中国建设,保障参保人员基本用药需求,提升基本医疗保险用药科学化、精细化管理水平,提高基本医疗保险基金使用效益,推进治理体系和治理能力现代化,依据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规和《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,制定本暂行办法。
- 第二条 各级医疗保障部门对基本医疗保险用药范围的确定、调整,以及基本医疗保险用药的支付、管理和监督等,适用本办法。
 - 第三条 基本医疗保险用药范围通过制定《基本医疗

保险药品目录》(以下简称《药品目录》)进行管理,符合《药品目录》的药品费用,按照国家规定由基本医疗保险基金支付。《药品目录》实行通用名管理,《药品目录》内药品的同通用名药品自动属于基本医疗保险基金支付范围。

第四条 基本医疗保险用药管理坚持以人民为中心的 发展思想,切实保障参保人员合理的用药需求;坚持"保 基本"的功能定位,既尽力而为,又量力而行,用药保障 水平与基本医疗保险基金和参保人承受能力相适应;坚持 分级管理,明确各层级职责和权限;坚持专家评审,适应 临床技术进步,实现科学、规范、精细、动态管理;坚持 中西药并重,充分发挥中药和西药各自优势。

第五条 《药品目录》由凡例、西药、中成药、协议期内谈判药品和中药饮片五部分组成。省级医疗保障行政部门按国家规定增补的药品单列。为维护临床用药安全和提高基本医疗保险基金使用效益,《药品目录》对部分药品的医保支付条件进行限定。

第六条 国务院医疗保障行政部门负责建立基本医疗保险用药管理体系,制定和调整全国范围内基本医疗保险用药范围,使用和支付的原则、条件、标准及程序等,组

织制定、调整和发布国家《药品目录》并编制统一的医保 代码,对全国基本医疗保险用药工作进行管理和监督。国 家医疗保障经办机构受国务院医疗保障行政部门委托承 担国家《药品目录》调整的具体组织实施工作。

省级医疗保障行政部门负责本行政区域内的基本医疗保险用药管理,制定本地区基本医疗保险用药管理政策措施,负责《药品目录》的监督实施等工作。各省(自治区、直辖市)以国家《药品目录》为基础,按照国家规定的调整权限和程序将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入省级医保支付范围,按规定向国务院医疗保障行政部门备案后实施。

统筹地区医疗保障部门负责《药品目录》及相关政策的实施,按照医保协议对定点医药机构医保用药行为进行审核、监督和管理,按规定及时结算和支付医保费用,并承担相关的统计监测、信息报送等工作。

第二章 《药品目录》的制定和调整

第七条 纳入国家《药品目录》的药品应当是经国家药品监管部门批准,取得药品注册证书的化学药、生物制品、中成药(民族药),以及按国家标准炮制的中药饮片,

并符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条件。支持符合条件的基本药物按规定纳入《药品目录》。

第八条 以下药品不纳入《药品目录》:

- (一)主要起滋补作用的药品;
- (二)含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品;
- (三)保健药品;
- (四)预防性疫苗和避孕药品;
- (五)主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、 戒烟、戒酒等作用的药品;
- (六)因被纳入诊疗项目等原因,无法单独收费的药品;
- (七)酒制剂、茶制剂,各类果味制剂(特别情况下的儿童用药除外),口腔含服剂和口服泡腾剂(特别规定情形的除外)等;
 - (八)其他不符合基本医疗保险用药规定的药品。
- **第九条**《药品目录》内的药品,有下列情况之一的, 经专家评审后,直接调出《药品目录》:
- (一)被药品监管部门撤销、吊销或者注销药品批准证明文件的药品;
 - (二)被有关部门列入负面清单的药品;

- (三)综合考虑临床价值、不良反应、药物经济性等 因素,经评估认为风险大于收益的药品;
- (四)通过弄虚作假等违规手段进入《药品目录》的 药品;
 - (五)国家规定的应当直接调出的其他情形。
- 第十条《药品目录》内的药品,符合以下情况之一的, 经专家评审等规定程序后,可以调出《药品目录》:
- (一)在同治疗领域中,价格或费用明显偏高且没有 合理理由的药品;
 - (二)临床价值不确切,可以被更好替代的药品;
- (三)其他不符合安全性、有效性、经济性等条件的 药品。
- **第十一条** 国务院医疗保障行政部门建立完善动态调整机制,原则上每年调整一次。

国务院医疗保障行政部门根据医保药品保障需求、基本医疗保险基金的收支情况、承受能力、目录管理重点等因素,确定当年《药品目录》调整的范围和具体条件,研究制定调整工作方案,依法征求相关部门和有关方面的意见并向社会公布。对企业申报且符合当年《药品目录》调整条件的药品纳入该年度调整范围。

第十二条 建立《药品目录》准入与医保药品支付标准(以下简称支付标准)衔接机制。除中药饮片外,原则上新纳入《药品目录》的药品同步确定支付标准。

独家药品通过准入谈判的方式确定支付标准。

非独家药品中,国家组织药品集中采购(以下简称集中采购)中选药品,按照集中采购有关规定确定支付标准;其他非独家药品根据准入竞价等方式确定支付标准。

执行政府定价的麻醉药品和第一类精神药品,支付标准按照政府定价确定。

第十三条 中药饮片采用专家评审方式进行调整,其 他药品的调整程序主要包括企业申报、专家评审、谈判或 准入竞价、公布结果。

第十四条 建立企业(药品上市许可持有人,以下统称企业)申报制度。根据当年调整的范围,符合条件的企业按规定向国家医疗保障经办机构提交必要的资料。提交资料的具体要求和办法另行制定。

第十五条 国家医疗保障经办机构按规定组织医学、药学、药物经济学、医保管理等方面专家,对符合当年《药品目录》调整条件的全部药品进行评审,并提出如下药品名单:

- (一)建议新增纳入《药品目录》的药品。经专家评审后,符合条件的国家组织集中采购中选药品或政府定价药品,可直接纳入《药品目录》;其他药品按规定提交药物经济学等资料。
- (二)原《药品目录》内建议直接调出的药品。该类药品直接从《药品目录》中调出。
- (三)原《药品目录》内建议可以调出的药品。该类药品按规定提交药物经济学等资料。
- (四)原《药品目录》内药品建议调整限定支付范围 的。其中缩小限定支付范围或者扩大限定支付范围但对基 本医疗保险基金影响较小的,可以直接调整;扩大限定支 付范围且对基本医疗保险基金影响较大的,按规定提交药 物经济学等资料。
- 第十六条 国家医疗保障经办机构按规定组织药物经济学、医保管理等方面专家开展谈判或准入竞价。其中独家药品进入谈判环节,非独家药品进入企业准入竞价环节。谈判或者准入竞价成功的,纳入《药品目录》或调整限定支付范围;谈判或者准入竞价不成功的,不纳入或调出《药品目录》,或者不予调整限定支付范围。

第十七条 国务院医疗保障行政部门负责确定并印发

《药品目录》,公布调整结果。

第十八条 原则上谈判药品协议有效期为两年。协议期内,如有谈判药品的同通用名药物(仿制药)上市,医保部门可根据仿制药价格水平调整该药品的支付标准,也可以将该通用名纳入集中采购范围。协议期满后,如谈判药品仍为独家,周边国家及地区的价格等市场环境未发生重大变化且未调整限定支付范围或虽然调整了限定支付范围但对基本医疗保险基金影响较小的,根据协议期内基本医疗保险基金实际支出(以医保部门统计为准)与谈判前企业提交的预算影响分析进行对比,按相关规则调整支付标准,并续签协议。具体规则另行制定。

第十九条 对于因更名、异名等原因需要对药品的目录归属进行认定的,由国务院医疗保障行政部门按程序进行认定后发布。

第二十条 国务院医疗保障行政部门负责编制国家医保药品代码,按照医保药品分类和代码规则建立药品编码数据库。原则上每季度更新一次。

第三章 《药品目录》的使用

第二十一条 协议期内谈判药品原则上按照支付标准

直接挂网采购。协议期内,谈判药品的同通用名药品在价格不高于谈判支付标准的情况下,按规定挂网采购。其他药品按照药品招采有关政策执行。

第二十二条 在满足临床需要的前提下,医保定点医疗机构须优先配备和使用《药品目录》内药品。逐步建立《药品目录》与定点医疗机构药品配备联动机制,定点医疗机构根据《药品目录》调整结果及时对本医疗机构用药目录进行调整和优化。

第四章 医保用药的支付

- **第二十三条** 参保人使用《药品目录》内药品发生的 费用,符合以下条件的,可由基本医疗保险基金支付:
 - (一)以疾病诊断或治疗为目的;
- (二)诊断、治疗与病情相符,符合药品法定适应症 及医保限定支付范围;
- (三)由符合规定的定点医药机构提供,急救、抢救的除外;
- (四)由统筹基金支付的药品费用,应当凭医生处方或住院医嘱:
 - (五)按规定程序经过药师或执业药师的审查。

第二十四条 国家《药品目录》中的西药和中成药分为"甲类药品"和"乙类药品"。"甲类药品"是临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品。"乙类药品"是可供临床治疗选择使用,疗效确切、同类药品中比"甲类药品"价格或治疗费用略高的药品。协议期内谈判药品纳入"乙类药品"管理。

各省级医疗保障部门按国家规定纳入《药品目录》的 民族药、医疗机构制剂纳入"乙类药品"管理。

中药饮片的"甲乙分类"由省级医疗保障行政部门确定。

第二十五条 参保人使用"甲类药品"按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付;使用"乙类药品"按基本医疗保险规定的支付标准,先由参保人自付一定比例后,再按基本医疗保险规定的分担办法支付。

"乙类药品"个人先行自付的比例由省级或统筹地区 医疗保障行政部门确定。

第二十六条 支付标准是基本医疗保险参保人员使用《药品目录》内药品时,基本医疗保险基金支付药品费用的基准。基本医疗保险基金依据药品的支付标准以及医保支付规定向定点医疗机构和定点零售药店支付药品费用。

支付标准的制定和调整规则另行制定。

第五章 医保用药的管理与监督

第二十七条 综合运用协议、行政、司法等手段,加强《药品目录》及用药政策落实情况的监管,提升医保用药安全性、有效性、经济性。

第二十八条 定点医药机构应健全组织机构,完善内部制度规范,建立健全药品"进、销、存"全流程记录和管理制度,提高医保用药管理能力,确保医保用药安全合理。

第二十九条 将《药品目录》和相关政策落实责任纳入定点医药机构协议内容,强化用药合理性和费用审核,定期开展监督检查。将医保药品备药率、非医保药品使用率等与定点医疗机构的基金支付挂钩。加强定点医药机构落实医保用药管理政策,履行药品配备、使用、支付、管理等方面职责的监督检查。

第三十条 建立目录内药品企业监督机制,引导企业遵守相关规定。将企业在药品推广使用、协议遵守、信息报送等方面的行为与《药品目录》管理挂钩。

第三十一条 基本医疗保险用药管理工作主动接受纪

检监察部门和社会各界监督。加强专家管理,完善专家产生、利益回避、责任追究等机制。加强内控制度建设,完 善投诉举报处理、利益回避、保密等内部管理制度,落实 合法性和公平竞争审查制度。

第三十二条 对于调入或调出《药品目录》的药品,专家应当提交评审结论和报告。逐步建立评审报告公开机制,接受社会监督。

第六章 附则

第三十三条 凡例是对《药品目录》的编排格式、名称剂型规范、备注等内容的解释和说明。

西药部分, 收载化学药品和生物制品。

中成药部分, 收载中成药和民族药。

协议期内谈判药品部分,收载谈判协议有效期内的药品。

中药饮片部分,收载基本医疗保险基金予以支付的饮片,并规定不得纳入基本医疗保险基金支付的饮片。

第三十四条 各省(自治区、直辖市)医疗保障部门要参照本暂行办法,在国家规定的权限内,制定本省(自治区、直辖市)调整《药品目录》的具体办法。

第三十五条 发生严重危害群众健康的公共卫生事件 或紧急情况时,国务院医疗保障行政部门可临时调整或授 权省级医疗保障行政部门临时调整医保药品支付范围。

第三十六条 原则上《药品目录》不再新增 0TC 药品。 第三十七条 本办法由国务院医疗保障行政部门负责

解释,自2020年9月1日起施行。

第九节 医疗机构医疗保障定点管理暂行办法(全文)

《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)已经2020年12月24日第2次局务会议审议通过,现予以公布,自2021年2月1日起施行。

医疗机构医疗保障定点管理暂行办法

第一章 总 则

- 第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理,提高医疗保障基金使用效率,更好地保障广大参保人员权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《医疗机构管理条例》等法律法规,制定本办法。
- 第二条 医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心,遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则,加强医保精细化管理,促进医疗机构供给侧改革,为参保人员提供适宜的医疗服务。
 - 第三条 医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管

理政策,在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称"经办机构")、定点医疗机构进行监督。经办机构负责确定定点医疗机构,并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议(以下简称"医保协议"),提供经办服务,开展医保协议管理、考核等。定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策,按照规定向参保人员提供医疗服务。

第二章 定点医疗机构的确定

第四条 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置。

第五条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构,以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点:

- (一)综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族 医医院、专科医院、康复医院;
 - (二)专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院;

- (三)社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所(站)、村卫生室(所);
 - (四)独立设置的急救中心;
 - (五)安宁疗护中心、血液透析中心、护理院;
 - (六) 养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议,其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用,由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件:

- (一)正式运营至少3个月;
- (二)至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师;
- (三)主要负责人负责医保工作,配备专(兼)职医保管理人员;100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门,安排专职工作人员;
 - (四) 具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、

财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等;

- (五)具有符合医保协议管理要求的医院信息系统 技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息,为参保 人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医 疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库,按规 定使用国家统一的医保编码;
- (六)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。
- **第七条** 医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请,至少提供以下材料:
 - (一) 定点医疗机构申请表;
- (二)医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军 队医疗机构为民服务许可证照复印件;
- (三)与医保政策对应的内部管理制度和财务制度 文本;
 - (四)与医保有关的医疗机构信息系统相关材料;
- (五)纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

- (六)省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。
- **第八条** 医疗机构提出定点申请,统筹地区经办机构 应即时受理。对申请材料内容不全的,经办机构自收到 材料之日起 5 个工作日内一次性告知医疗机构补充。
- 第九条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构,以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起,评估时间不超过3个月,医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括:
- (一)核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证 或军队医疗机构为民服务许可证;
- (二)核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员 执业信息和医师第一注册地信息;
- (三)核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、 住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪 器设备;
- (四)核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度,卫生健康部门医疗机构评审的结果;

(五)核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应 将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合 格的,应将其纳入拟签订协议医疗机构名单,并向社会 公示。对于评估不合格的,应告知其理由,提出整改建 议。自结果告知送达之日起,整改3个月后可再次组织 评估,评估仍不合格的,1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上,根据实际情况,制定具体评估细则。

第十条 统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判,达成一致的,双方自愿签订医保协议。原则上,由地市级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

第十一条 统筹地区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息,包括名称、地址等,供参保人员选择。

第十二条 医疗机构有下列情形之一的,不予受理定

点申请:

- (一)以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等 非基本医疗服务为主要执业范围的;
- (二)基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定 的医药价格政策的;
 - (三)未依法履行行政处罚责任的;
- (四)以弄虚作假等不正当手段申请定点,自发现之 日起未满 3 年的;
- (五)因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3 年但未完全履行行政处罚法律责任的;
- (六)因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1 年或已满1年但未完全履行违约责任的;
- (七)法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议,未满5年的;
- (八)法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入 失信人名单的;
 - (九)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 定点医疗机构运行管理

第十三条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用,对经办机构履约情况进行监督,对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十四条 定点医疗机构应当严格执行医保协议,合理诊疗、合理收费,严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录,优先配备使用医保目录药品,控制患者自费比例,提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协 议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等,定点 医疗机构不得作为医保欠费处理。

第十五条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定,核验参保人员有效身份凭证,按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务,向参保人员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、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围;除急诊、抢救等特殊情形外,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施,严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标,执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

第十七条 定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策,优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购,并真实记录"进、销、存"等情况。

第十八条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第十九条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

- 第二十条 定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的 定点医疗机构标识。
- 第二十一条 定点医疗机构应按要求及时向统筹地区 经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息,包括疾病诊断及手术操作,药品、医用耗材、医疗服务项目费用 结算明细,医师、护士等信息,并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。

定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基 金使用监督管理及协议管理所需信息,向社会公开医药 费用、费用结构等信息。

- 第二十二条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作,接受医疗保障行政部门的监督检查,并按规定提供相关材料。
- 第二十三条 定点医疗机构应当优化医保结算流程, 为参保人员提供便捷的医疗服务,按规定进行医保费用 直接结算,提供费用结算单据和相关资料。为符合规定 的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定 可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购 药。

第二十四条 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作,遵守数据安全有关制度,保护参保人员隐私。定点医疗机构重新安装信息系统时,应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接,并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

- 第二十五条 经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况,从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理,经办机构对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。
- 第二十六条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程,制定经办规程,为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。
- 第二十七条 经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训,提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十八条 经办机构应当落实医保支付政策,加强 医疗保障基金管理。

第二十九条 经办机构应当建立完善的内部控制制度,明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

第三十条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理,通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用,原则上应当在定点医疗机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

定向定点医疗机构预付一部分医保资金,缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时,可以按国家规定预拨专项资金。

第三十二条 定点医疗机构违规申报费用,经审查核实的,经办机构不予支付。

第三十三条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用,为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外,参保人员在非定点医疗机构

就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

第三十四条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十五条 经办机构应遵守数据安全有关制度,保护参保人员隐私,确保医疗保障基金安全。

第三十六条 经办机构或其委托符合规定的第三方机构,对定点医疗机构开展绩效考核,建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定,省级医疗保障部门可制定具体考核细则,经办机构负责组织实施。

第三十七条 对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用,经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

第三十八条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的,可按协议约定相应采取以下处理方式:

(一)约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际

控制人;

- (二)暂停或不予拨付费用;
- (三)不予支付或追回已支付的医保费用;
- (四)要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金;
- (五)中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务;
 - (六)中止或解除医保协议。

第三十九条 经办机构违反医保协议的,定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改,也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的,可视情节相应采取以下处理方式:约谈主要负责人、限期整改、通报批评,对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法 规和规章的,依法依规进行处理。

第五章 定点医疗机构的动态管理

第四十条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要

负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时,应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十一条 续签应由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判,双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的,可续签医保协议;未达成一致的,医保协议到期后自动终止。

对于绩效考核结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式,固定医保协议相对不变,年度医保协议每年根据具体情况调整,简化签约手续。

第四十二条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定,中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束,未超过医保协议有效期的,医保协议可继续履行;超过医保协议有效期的,医保协议终止。

定点医疗机构可提出中止医保协议申请,经经办机构同意,可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日,定点医疗机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的,原则上医保协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的,经办机构应中止医保协议:

- (一)根据日常检查和绩效考核,发现对医疗保障基 金安全和参保人员权益可能造成重大风险的;
- (二)未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的;
 - (三)根据医保协议约定应当中止医保协议的;
 - (四)法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。
- **第四十三条** 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除,协议关系不再存续,协议解除后产生的医药费用,医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的,经办机构应解除医保协议,并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单:
- (一) 医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的;

- (二)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;
- (三)经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈 骗保行为的;
- (四)为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间 的医疗机构提供医保费用结算的;
- (五)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等,情节恶劣的;
- (六)被发现重大信息发生变更但未办理重大信息 变更的;
- (七)定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办 机构报告的;
- (八) 医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中, 发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的;
- (九)被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所 备案证的;
- (十)法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履 行医保协议约定,或有违法失信行为的;
- (十一)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政 处罚决定的;

- (十二)定点医疗机构主动提出解除医保协议且经 办机构同意的;
 - (十三)根据医保协议约定应当解除医保协议的;
- (十四)法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第四十四条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的,应提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机 构与定点医疗机构中止或解除医保协议,该医疗机构在 其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十五条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的,可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第四十六条 医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的,可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理,也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点医疗机构的监督

第四十七条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督,对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十八条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式,通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督,畅通举报投诉渠道,及时发现问题并进行处理。

第四十九条 经办机构发现违约行为,应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时,要及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情 形的,应当及时责令经办机构按照医保协议处理,经办 机构应当及时按照医保协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时,认为 经办机构移交相关违法线索事实不清的,可组织补充调 查或要求经办机构补充材料。

第七章 附则

第五十条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第五十一条 本办法中的经办机构是具有法定授权,实施医疗保障管理服务的职能机构,是医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议,为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判 而签订的,用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、 义务及责任等内容的协议。

第五十二条 国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本,国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。地市级及以上的

医疗保障行政部门及经办机构在此基础上,可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本及经办规程。 医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致, 医疗保障行政部门调整医保协议内容时, 应征求相关定点医疗机构意见。

第五十三条 本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释,自 2021年2月1日起施行。

第十节 零售药店医疗保障定点管理暂行办法(全文)

《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)已经2020年12月24日第2次局务会议审议通过,现予以公布,自2021年2月1日起施行。

零售药店医疗保障定点管理暂行办法

第一章 总则

- 第一条 为加强和规范零售药店医疗保障定点管理,提高医疗保障基金使用效率,更好地保障广大参保人员权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《中华人民共和国药品管理法》等法律法规,制定本办法。
- 第二条 零售药店医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心,遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则,加强医疗保障精细化管理,发挥零售药店市场活力,为参保人员提供适宜的药品服务。
 - 第三条 医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管

理政策,在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、 协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称"经办机构")、定点零售药店进行监督。经办机构负 责确定定点零售药店,并与定点零售药店签订医疗保障服 务协议(以下简称"医保协议"),提供经办服务,开展 医保协议管理、考核等。定点零售药店应当遵守医疗保障 法律、法规、规章及有关政策,按照规定向参保人员提供 药品服务。

第二章 定点零售药店的确定

第四条 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹地区定点零售药店的资源配置。

- **第五条** 取得药品经营许可证,并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点:
 - (一)在注册地址正式经营至少3个月;
- (二)至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师,且注册地在该零售药店所在地,药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内:

- (三)至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度 规定的专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用,并签 订1年以上劳动合同且在合同期内;
- (四)按药品经营质量管理规范要求,开展药品分类 分区管理,并对所售药品设立明确的医保用药标识;
- (五)具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度;
- (六)具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,为参保人员提供直接联网结算,建立医保药品等基础数据库,按规定使用国家统一医保编码;
- (七)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门 规定的其他条件。
- 第六条 零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障 定点申请,至少提供以下材料:
 - (一) 定点零售药店申请表;
- (二)药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件;
 - (三)执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及

其劳动合同复印件;

- (四)医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件;
- (五)与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;
 - (六)与医保有关的信息系统相关材料;
- (七)纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告:
- (八)省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。
- 第七条 零售药店提出定点申请, 统筹地区经办机构 应即时受理。对申请材料内容不全的, 经办机构自收到材 料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。
- 第八条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构,以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起,评估时间不超过3个月,零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括:
- (一)核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、 企业负责人或实际控制人身份证;

- (二)核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同;
 - (三)核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同;
- (四)核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财 务制度;
- (五)核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接 联网结算的条件;
 - (六)核查医保药品标识。

评估结果包括合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的,纳入拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由,提出整改建议。自结果告知送达之日起,整改3个月后可再次组织评估,评估仍不合格的,1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上,根据实际情况,制定具体评估细则。

第九条 统筹地区经办机构与评估合格的零售药店协商谈判,达成一致的,双方自愿签订医保协议。原则上由地市级及以上的统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双

方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

- **第十条** 统筹地区经办机构向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息,包括名称、地址等,供参保人员选择。
- **第十一条** 零售药店有下列情形之一的,不予受理定点申请:
 - (一)未依法履行行政处罚责任的:
- (二)以弄虚作假等不正当手段申请定点,自发现之 日起未满3年的;
- (三)因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3 年但未完全履行行政处罚法律责任的;
- (四)因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未 满1年或已满1年但未完全履行违约责任的;
- (五)法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严 重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议,未满 5 年的;
- (六)法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入 失信人名单的;
 - (七)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 定点零售药店运行管理

第十二条 定点零售药店具有为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用,对经办机构履约情况进行监督,对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。

第十三条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构,相关规定由统筹地区医疗保障部门另行制定。

经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议 约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等,定点零售 药店不得作为医保欠费处理。

第十四条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品,并真实记录"进、销、存"情况。

第十五条 定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格,遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

第十六条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药,药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。

外配处方必须由定点医疗机构医师开具,有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第十七条 定点零售药店应当组织医保管理人员参加 由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点零售药店应当组织开展医疗保障基金相关制度、 政策的培训,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及 时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十八条 定点零售药店在显著位置悬挂统一格式的 定点零售药店标识。

第十九条 定点零售药店应按要求及时如实向统筹地 区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及 费用信息,定期向经办机构上报医保目录内药品的"进、 销、存"数据,并对其真实性负责。

第二十条 定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作,接受医疗保障行政部门的监督检查,并按规定提供相关材料。

第二十一条 定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证,做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。为参保人员提

供医保药品费用直接结算单据和相关资料,参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的,应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十二条 定点零售药店应将参保人员医保目录内 药品外配处方、购药清单等保存2年,以备医疗保障部门 核查。

第二十三条 定点零售药店应做好与医保有关的信息系统安全保障工作,遵守数据安全有关制度,保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时,应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接,并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十四条 经办机构有权掌握定点零售药店的运行管理情况,从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十五条 经办机构应当完善定点申请、组织评估、 协议签订、协议履行、协议变更和解除等流程管理,制定 经办规程,为定点零售药店和参保人员提供优质高效的经 办服务。

第二十六条 经办机构应做好对定点零售药店医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训,提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十七条 经办机构应当落实医保支付政策,加强 医疗保障基金管理。

第二十八条 经办机构应当建立完善的内部控制制度,明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出集体决策制度。

第二十九条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理,通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保药品费用。对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核,按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用。原则上,应当在定点零售药店申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十条 定点零售药店经审查核实的违规医保费用,经办机构不予支付。

第三十一条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点零售药店发生的药品费用。

参保人员应凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药。不得出租(借)本人有效身份凭证给他人,不得套取医疗保障基金。在非定点零售药店发生的药品费用, 医疗保障基金不予支付。

第三十二条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点零售药店自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十三条 经办机构应遵守数据安全有关制度,保护参保人员隐私,确保医疗保障基金安全。

第三十四条 经办机构或其委托的第三方机构,对定点零售药店开展绩效考核,建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定,省级医疗保障部门可制定具体考核细则,经办机构负责组织实施。

第三十五条 经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的,可按医保协议约定相应采取以下处理方式:

- (一)约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人;
- (二)暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用;

- (三)要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约 金;
 - (四)中止或解除医保协议。

第三十六条 经办机构违反医保协议的,定点零售药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改,也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议 约定的,可视情节相应采取以下处理方式:约谈主要负责 人、限期整改、通报批评,对相关责任人员依法依规给予 处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的,依法依规进行处理。

第五章 定点零售药店的动态管理

第三十七条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息发生变更的,应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请,其他一般信息变更应及时书面告知。

第三十八条 续签应由定点零售药店于医保协议期满

前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统 筹地区经办机构和定点零售药店就医保协议续签事宜进 行协商谈判,双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况 等决定是否续签。协商一致的,可续签医保协议;未达成 一致的,医保协议解除。

第三十九条 医保协议中止是指经办机构与定点零售 药店暂停履行医保协议约定,中止期间发生的医保费用不 予结算。中止期结束,未超过医保协议有效期的,医保协议可继续履行;超过医保协议有效期的,医保协议终止。

定点零售药店可提出中止医保协议申请,经经办机构 同意,可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180 日,定点零售药店在医保协议中止超过180日仍未提出继 续履行医保协议申请的,原则上医保协议自动终止。定点 零售药店有下列情形之一的,经办机构应中止医保协议:

- (一)根据日常检查和绩效考核,发现对医疗保障基 金安全和参保人员权益可能造成重大风险的;
- (二)未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供 有关数据或提供数据不真实的;
 - (三)根据医保协议约定应当中止医保协议的;
 - (四)法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

- **第四十条** 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店之间的医保协议解除,协议关系不再存续,医保协议解除后产生的医药费用,医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的,经办机构应解除医保协议,并向社会公布解除医保协议的零售药店名单:
- (一)医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的;
 - (二)发生重大药品质量安全事件的;
 - (三)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;
- (四)以伪造、变造医保药品"进、销、存"票据和 账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式,骗取医疗保 障基金的;
- (五)将非医保药品或其他商品串换成医保药品,倒 卖医保药品或套取医疗保障基金的;
- (六)为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点 零售药店或其他机构进行医保费用结算的;
- (七)将医保结算设备转借或赠与他人,改变使用场 地的;
- (八)拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、 绩效考核等,情节恶劣的;

- (九)被发现重大信息发生变更但未办理变更的;
- (十)医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法 中,发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成 医疗保障基金重大损失的;
 - (十一)被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的;
- (十二)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处 罚决定的;
- (十三)法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定,或有违法失信行为的;
- (十四)因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表 人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店 其中一家分支零售药店被解除医保协议的,相同法定代表 人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解 除医保协议;
- (十五)定点零售药店主动提出解除医保协议且经经 办机构同意的;
 - (十六)根据医保协议约定应当解除协议的;
- (十七)法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。
 - 第四十一条 定点零售药店主动提出中止医保协议、

解除医保协议或不再续签的,应提前3个月向经办机构提出申请。地市级及以上的统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议,该零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十二条 定点零售药店与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的,可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理,也可提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点零售药店的监督

第四十三条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督,对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点零售药店的医保协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

第四十四条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式,通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行社会监督,畅

通举报投诉渠道,及时发现问题并进行处理。

第四十五条 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的,应当及时责令经办机构按照医保协议处理。定点零售药店违反法律法规规定的,依法依规处理。

第四十六条 经办机构发现违约行为,应当及时按照 医保协议处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时,要及时报 告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的,应当及时责令经办机构按照医保协议处理,经办机构 应当及时按照协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时,认为经办机构移交相关违法线索事实不清的,可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第七章 附则

第四十七条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第四十八条 本办法中的经办机构是具有法定授权,

实施医疗保障管理服务的职能机构,是医疗保障经办的主体。

零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定, 领取药品经营许可证的药品零售企业。

定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议,为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

医保协议是指由经办机构与零售药店经协商谈判而 签订的,用于规范双方权利、义务及责任等内容的协议。

第四十九条 国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本,国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善协议管理。地市级及以上的医疗保障行政部门及经办机构在此基础上,可根据实际情况分别细化制定本地区的协议范本及经办规程。协议内容应根据法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致,医疗保障行政部门予以调整医保协议内容时,应征求相关定点零售药店意见。

第五十条 本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释,自 2021年2月1日起施行。

第十一节 进一步规范医疗行为促进合理医疗 检查的指导意见(全文)

《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》(国卫医发〔2020〕29号)已经中央全面深化改革委员会第十五次会议审议通过。经国务院同意,现印发你们,请认真贯彻执行。

国家卫生健康委 国家发展改革委

财政部 人力资源社会保障部

市场监管总局 国家医保局

国家中医药管理局 中央军委后勤保障部卫生局 2020年12月29日

关于进一步规范医疗行为促进合理医疗 检查的指导意见

为进一步规范医疗行为,促进合理检查,提高医疗资源利用效率,降低医疗费用,改善人民群众就医

体验,依据《基本医疗卫生与健康促进法》等法律法规,现提出如下指导意见。

- 一、加强医疗管理,进一步规范医疗行为
- (一)完善诊疗规范体系。国家卫生健康委组织制定国家临床诊疗指南、临床技术操作规范、合理用药指导原则、临床路径等。医疗机构要严格落实医疗管理的主体责任,加强对医务人员医疗行为规范性的监督管理,按照国家有关行业管理规定,将明确和化的各病种诊疗规范、用药指南、临床路径等,通过电子病历、知识库、智能审核等多种方式,以电子化形式嵌入医务人员工作站,促进合理检查、合理用药、合理治疗。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)
- (二)加强医疗行为管理。医务人员应当遵循医学科学规律,遵守有关临床诊疗技术规范和各项操作规范以及医学伦理规范,使用适宜技术和药物,合理诊疗,因病施治。医疗机构要建立大型医用设备检查适宜性点评制度,对检查的适应证、必要性、检查结果阳性率等进行评估并在机构内公示结果。充分发挥药师作用,加强处方审核和点评,重点加强国家监控

药物、抗菌药物、抗肿瘤药物、心血管类药物等使用情况监测。强化医疗技术准入、临床路径管理和卫生技术评估,逐步提高临床路径管理的入径率、完成率,降低变异率、退出率。2022年底前,三级医院50%出院患者、二级医院70%出院患者要按照临床路径管理。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

- 二、加强机制创新,进一步促进资源共享
- (一)推进检查结果互认。卫生健康部门要制定 医疗机构检查结果互认管理办法,明确互认机构范 围、条件、诊疗项目(内容)及技术标准等。开展医 疗检查的质量控制工作,原则上医疗质量控制合格并 符合技术要求的检查项目,医疗机构间要稳步实现结 果互认。省级卫生健康部门可联合制定医疗机构检查 结果互认的机构范围、条件、诊疗项目(内容)及技术标准等,逐步实现跨省域医疗机构间检查结果互 认。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后 勤保障部卫生局等按职责分工负责)
- (二)促进检查资料共享。医疗机构要加强以电 子病历为核心的信息化建设,逐步实现检查资料数字

化存储和传输。卫生健康部门要加强区域卫生信息平台建设,通过建立医疗机构检查资料数据库或"云胶片"等形式,推进检查资料共享。鼓励二级以上医疗机构面向区域内其他医疗机构提供检查服务。鼓励有条件的地区按照标准独立设置医学影像中心、医学检验中心、病理诊断中心,并统一纳入卫生健康部门医疗质量控制体系,为区域内医疗机构提供检查服务,实现资源共享。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

(三)加快医疗联合体内检查结果互认。加强紧密型城市医疗集团和县域医疗共同体建设,牵头医院要推进医疗联合体内信息互联互通,开展医疗检查的质量控制,通过互联网医院、互联网诊疗、远程医疗等方式,为患者提供便捷的检查服务,有条件的地方可以实施"基层检查、上级诊断"。2021年6月底前,紧密型城市医疗集团和县域医疗共同体内要实现检查资料共享和结果互认。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

三、加强监督管理,进一步推动落地见效

- (一)实施专项治理。开展为期一年的不合理医疗检查专项治理行动,对违法违规行为要依法依规处理。卫生健康部门会同市场监管、医保等有关部门制定工作方案,明确治理重点内容及有关要求,全面组织开展医疗机构自查自纠、地方主管部门监督检查,组织专家采取飞行检查、有因检查、随机抽查等方式进行监督管理,重点整治无依据检查和重复检查。(国家卫生健康委牵头,市场监管总局、国家医保局、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局参与)
- (二)加强信息化监测和监控。运用信息化手段对医疗机构检查结果互认和资料共享情况进行实时监测,对高值高频、群众反映突出的检查项目进行实时监控,逐步实现对不合理医疗检查的自动发现、自动提醒、自动干预。对通过监测和监控发现问题突出的医疗机构提出改进要求,促进医疗机构持续提高医疗检查合理性。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)
- (三)建立医疗检查监管长效机制。卫生健康部门要建立日常监督、整改落实的长效机制,将医疗检查纳入医疗服务监管、医疗质量管理、医疗卫生行业

综合监督等日常工作。要探索建立重点监控目录和超常预警制度,对费用较高的检查项目和明显不合理的检查行为进行重点监控。要定期通报高值高频检查项目监控情况,将结果与绩效考核、评审评价、评键生活,并对不合理检查及时预警并纠正。要建立健全信用评价体系和信息披露制度,加强对纳入医疗保障范围内的医疗检查行为和费用监管,及时查处违法违规行为。(国家卫生健康委、国家医保局、国家上健康委、国家医保局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

(四)强化责任追究和联动问责。建立违规医疗 检查的责任追究和问责机制。对于违反有关规定的医 疗机构和人员进行警示、约谈、责令整改、通报批评, 情节严重的依法依规追究相关责任。对问题严重、多 发或医保违规性质恶劣、涉案金额较大的医疗机构, 要严肃追究医疗机构有关负责人领导责任。对医疗机 构过度检查问题严重且监管不力的,要追究相关部门 负责人的责任。(国家卫生健康委、国家中医药局、 中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

四、落实改革措施,进一步优化政策环境

- (一)完善医疗机构绩效分配制度。医疗机构要建立公益性为导向的绩效分配制度,不得设置可能诱导过度检查和过度医疗的指标并将其与医务人员收入挂钩。要借鉴疾病诊断相关分组(DRGs)、以资源为基础的相对价值比率(RBRVS)等方法和经验,将技术水平、疑难系数、工作质量、检查结果阳性率、患者满意度等作为绩效分配重点考核指标,使医务人员收入真正体现劳动价值和技术价值,实现优绩效分配重点考核依据,引导医务人员坚持以中医为主的分配重点考核依据,引导医务人员坚持以中医为主的分配重点考核依据,引导医务人员坚持以中医为主的分配重点考核依据,引导医务人员坚持以中医为主的资源社会保障部、财政部、国家医保局、中央军委员等按职责分工负责)
- (二)科学配置大型医用设备。卫生健康部门要提高大型医用设备配置规划的科学性和约束性,配置规划要符合医学技术的先进性、适宜性和可及性,与医疗机构功能定位、临床服务需求相适应。鼓励配备大型医用设备的医疗机构为其他医疗机构提供相关服务,推进资源共享,提高使用效率。(国家卫生健康委、国家发展改革委、国家中医药局、中央军委后

勤保障部卫生局等按职责分工负责)

- (三)深化医疗服务价格改革。按照"总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位"的原则,稳妥有序试点探索医疗服务价格改革,建立科学确定、动态调整的价格形成机制,持续优化医疗服务价格结构。加快审核新增医疗服务价格项目。强化公立医疗机构医疗服务成本核算,医疗机构依法向医疗服务价格主管部门提供服务数量、成本、财务等数据。(国家医保局、国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)
- (四)深入推进医保支付方式改革。加快建立多元复合式医保支付方式,引导医疗机构主动控制成本,合理检查、合理用药、合理治疗,控制医疗费用不合理增长。健全符合中医药特点的医保支付方式。开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费国家试点,及时总结经验,稳步扩大改革范围。(国家医保局牵头,国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局、财政部等参与)
- (五)完善医疗机构运行考核管理。深入推进三级公立医院绩效考核,启动实施二级及以下公立医疗

机构绩效考核,持续优化绩效考核指标体系,加强信息支撑,完善考核结果分析、运用、公布等政策,逐步形成精准化、信息化、常态化的公立医疗机构绩效考核体系,并与非公立医疗机构监管有效衔接。强化政府投入与公立医疗机构绩效考核结果挂钩机制。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局、财政部牵头,地方各级人民政府按职责分工负责)

五、加强统筹推进,进一步做好组织实施

(一)强化党建引领。上级党组织要履行对医疗机构党建工作的领导、指导和监督责任。扎实推进党风廉政建设和行业作风建设,引导医务人员牢固树立全心全意为人民服务的理念,进一步增强规范医疗服务的思想自觉和行动自觉。强化监督执纪问责,将过度医疗检查问题纳入医疗机构纪检监察机构的度压疗检查问题纳入医疗检查过程和的腐败问题作为落实全面从严治党的重要内容。要加强公立医院党的建设,充分发挥公立医院党委等院级党组织把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。公立医院党政领导班子成员要落实"一岗双

责",加强对重点科室、岗位和人员的纪律约束和监督管理。发现违纪违规行为,要给予相关责任人党纪政纪处分。(国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责)

- (二)加强组织领导。各地要将规范医疗行为促进合理医疗检查作为民生领域重点工作内容,加强组织领导和督促指导,与深化医药卫生体制改革整体同步推进。国家卫生健康委会同相关部门对各地落实情况进行监督检查,指导各地及时研究解决相关问题。(国家卫生健康委、国家中医药局、地方各级人民政府按职责分工负责)
- (三)明确部门职责。加强部门协同联动,明确职责,分解任务,责任到人。卫生健康部门牵头总体工作,对医疗机构医疗行为进行监督管理,提升医疗检查规范化水平。中医药部门对中医医疗机构医疗行为加强监督管理。医保部门完善医疗服务价格政策,推进医保支付方式改革,严厉打击涉医疗检查欺诈骗保行为。(国家卫生健康委、国家中医药局、国家医保局等按职责分工负责)

(四)做好宣传引导。各地要及时准确解读政策,

加强宣传培训,提高政策知晓率,形成"政府领导、部门协同、社会广泛参与、群众支持配合"的良好局面。要密切关注并及时回应社会关切,合理引导社会预期,营造良好的改革氛围。(国家卫生健康委、国家中医药局、地方各级人民政府按职责分工负责)

第十二节 处方管理办法(全文)

《处方管理办法》(中华人民共和国卫生部令第 53号)已于2006年11月27日经卫生部部务会议讨论通过,现予发布,自2007年5月1日起施行。

处方管理办法

第一章 总则

- 第一条 为规范处方管理,提高处方质量,促进合理 用药,保障医疗安全,根据《执业医师法》、《药品管理 法》、《医疗机构管理条例》、《麻醉药品和精神药品管 理条例》等有关法律、法规,制定本办法。
- 第二条 本办法所称处方,是指由注册的执业医师和 执业助理医师(以下简称医师)在诊疗活动中为患者开具 的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人 员(以下简称药师)审核、调配、核对,并作为患者用药 凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

本办法适用于与处方开具、调剂、保管相关的医疗机

构及其人员。

第三条 卫生部负责全国处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

第四条 医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。

处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第二章 处方管理的一般规定

第五条 处方标准(附件1)由卫生部统一规定,处方格式由省、自治区、直辖市卫生行政部门(以下简称省级卫生行政部门)统一制定,处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

第六条 处方书写应当符合下列规则:

- (一)患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整,并 与病历记载相一致。
 - (二)每张处方限于一名患者的用药。
- (三)字迹清楚,不得涂改;如需修改,应当在修改 处签名并注明修改日期。

- (四)药品名称应当使用规范的中文名称书写,没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写; 医疗机构或者 医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号; 书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范,药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写,但不得使用"遵医嘱"、"自用"等含糊不清字句。
- (五)患者年龄应当填写实足年龄,新生儿、婴幼儿 写日、月龄,必要时要注明体重。
- (六)西药和中成药可以分别开具处方,也可以开具 一张处方,中药饮片应当单独开具处方。
- (七)开具西药、中成药处方,每一种药品应当另起 一行,每张处方不得超过5种药品。
- (八)中药饮片处方的书写,一般应当按照"君、臣、 佐、使"的顺序排列;调剂、煎煮的特殊要求注明在药品 右上方,并加括号,如布包、先煎、后下等;对饮片的产 地、炮制有特殊要求的,应当在药品名称之前写明。
- (九)药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规 用法用量使用,特殊情况需要超剂量使用时,应当注明原 因并再次签名。
 - (十)除特殊情况外,应当注明临床诊断。

- (十一)开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。
- (十二)处方医师的签名式样和专用签章应当与院内 药学部门留样备查的式样相一致,不得任意改动,否则应 当重新登记留样备案。

第七条 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位: 重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位; 容量以升(L)、毫升(m1)为单位; 国际单位(IU)、单位(U); 中药饮片以克(g)为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋 为单位;溶液剂以支、瓶为单位;软膏及乳膏剂以支、盒 为单位;注射剂以支、瓶为单位,应当注明含量;中药饮 片以剂为单位。

第三章 处方权的获得

第八条 经注册的执业医师在执业地点取得相应的 处方权。

经注册的执业助理医师在医疗机构开具的处方,应当 经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第九条 经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇、

村的医疗机构独立从事一般的执业活动,可以在注册的执业地点取得相应的处方权。

第十条 医师应当在注册的医疗机构签名留样或者 专用签章备案后,方可开具处方。

第十一条 医疗机构应当按照有关规定,对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权,药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后,方可 在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方,但不得为 自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神 药品调剂资格后,方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精 神药品。

第十二条 试用期人员开具处方,应当经所在医疗机构有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

第十三条 进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第四章 处方的开具

第十四条 医师应当根据医疗、预防、保健需要,按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵 守有关法律、法规和规章的规定。

第十五条 医疗机构应当根据本机构性质、功能、任 务,制定药品处方集。

第十六条 医疗机构应当按照经药品监督管理部门 批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品 的品种,注射剂型和口服剂型各不得超过2种,处方组成 类同的复方制剂1~2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型 和剂量规格药品的情况除外。

第十七条 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方。

第十八条 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的,由开具处方的医师注明有效期限,但有效期最长不得超过3天。

第十九条 处方一般不得超过7日用量;急诊处方一般不得超过3日用量;对于某些慢性病、老年病或特殊情况,处方用量可适当延长,但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按 照国家有关规定执行。

第二十条 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则,开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第二十一条 门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的,首诊医师应当亲自诊查患者,建立相应的病历,要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件:

- (一)二级以上医院开具的诊断证明;
- (二)患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证 明文件;
 - (三)为患者代办人员身份证明文件。

第二十二条 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外,麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

第二十三条 为门(急)诊患者开具的麻醉药品注射剂,每张处方为一次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂,每张处方为一次常用量;控 缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每 张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动 症时,每张处方不得超过15日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量; 对于慢性病或某些特殊情况的患者,处方用量可以适当延长,医师应当注明理由。

第二十四条 为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂,每张处方不得超过3日常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量。

第二十五条 为住院患者开具的麻醉药品和第一类

精神药品处方应当逐日开具,每张处方为1日常用量。

第二十六条 对于需要特别加强管制的麻醉药品,盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量,仅限于二级以上医院内使用;盐酸哌替啶处方为一次常用量,仅限于医疗机构内使用。

第二十七条 医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者,每3个月复诊或者随诊一次。

第二十八条 医师利用计算机开具、传递普通处方时,应当同时打印出纸质处方,其格式与手写处方一致;打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时,应当核对打印的纸质处方,无误后发给药品,并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第五章 处方的调剂

第二十九条 取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第三十条 药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查。

第三十一条 具有药师以上专业技术职务任职资格

的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导;药士从事处方调配工作。

第三十二条 药师应当凭医师处方调剂处方药品,非 经医师处方不得调剂。

第三十三条 药师应当按照操作规程调剂处方药品: 认真审核处方,准确调配药品,正确书写药袋或粘贴标签, 注明患者姓名和药品名称、用法、用量,包装;向患者交 付药品时,按照药品说明书或者处方用法,进行用药交待 与指导,包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第三十四条 药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整,并确认处方的合法性。

第三十五条 药师应当对处方用药适宜性进行审核, 审核内容包括:

- (一)规定必须做皮试的药品,处方医师是否注明过 敏试验及结果的判定;
 - (二)处方用药与临床诊断的相符性;
 - (三)剂量、用法的正确性;
 - (四)选用剂型与给药途径的合理性;
 - (五)是否有重复给药现象;
 - (六)是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁

忌;

(七)其它用药不适宜情况。

第三十六条 药师经处方审核后,认为存在用药不适 宜时,应当告知处方医师,请其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误,应当拒绝调剂,及时告知处方医师,并应当记录,按照有关规定报告。

第三十七条 药师调剂处方时必须做到"四查十对": 查处方,对科别、姓名、年龄;查药品,对药名、剂型、 规格、数量;查配伍禁忌,对药品性状、用法用量;查用 药合理性,对临床诊断。

第三十八条 药师在完成处方调剂后,应当在处方上签名或者加盖专用签章。

第三十九条 药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方,按年月日逐日编制顺序号。

第四十条 药师对于不规范处方或者不能判定其合 法性的处方,不得调剂。

第四十一条 医疗机构应当将本机构基本用药供应目录内同类药品相关信息告知患者。

第四十二条 除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外,医疗机构不得限制门诊就诊人员持处方

到药品零售企业购药。

第六章 监督管理

第四十三条 医疗机构应当加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

第四十四条 医疗机构应当建立处方点评制度,填写处方评价表(附件2),对处方实施动态监测及超常预警,登记并通报不合理处方,对不合理用药及时予以干预。

第四十五条 医疗机构应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告,限制其处方权; 限制处方权后, 仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的, 取消其处方权。

第四十六条 医师出现下列情形之一的,处方权由其 所在医疗机构予以取消:

- (一)被责令暂停执业;
- (二)考核不合格离岗培训期间;
- (三)被注销、吊销执业证书;
- (四)不按照规定开具处方,造成严重后果的;
- (五)不按照规定使用药品,造成严重后果的;
- (六)因开具处方牟取私利。

第四十七条 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第四十八条 除治疗需要外,医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第四十九条 未取得药学专业技术职务任职资格的 人员不得从事处方调剂工作。

第五十条 处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年,医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年,麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

处方保存期满后,经医疗机构主要负责人批准、登记 备案,方可销毁。

第五十一条 医疗机构应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况,按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记,登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

第五十二条 县级以上地方卫生行政部门应当定期 对本行政区域内医疗机构处方管理情况进行监督检查。 县级以上卫生行政部门在对医疗机构实施监督管理过程中,发现医师出现本办法第四十六条规定情形的,应当责令医疗机构取消医师处方权。

第五十三条 卫生行政部门的工作人员依法对医疗机构处方管理情况进行监督检查时,应当出示证件;被检查的医疗机构应当予以配合,如实反映情况,提供必要的资料,不得拒绝、阻碍、隐瞒。

第七章 法律责任

第五十四条 医疗机构有下列情形之一的,由县级以上卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》第四十八条的规定,责令限期改正,并可处以 5000 元以下的罚款; 情节严重的,吊销其《医疗机构执业许可证》:

- (一)使用未取得处方权的人员、被取消处方权的医师开具处方的;
- (二)使用未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师开具麻醉药品和第一类精神药品处方的;
- (三)使用未取得药学专业技术职务任职资格的人员 从事处方调剂工作的。

第五十五条 医疗机构未按照规定保管麻醉药品和

精神药品处方,或者未依照规定进行专册登记的,按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十二条的规定,由设区的市级卫生行政部门责令限期改正,给予警告;逾期不改正的,处5000元以上1万元以下的罚款;情节严重的,吊销其印鉴卡;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员,依法给予降级、撤职、开除的处分。

第五十六条 医师和药师出现下列情形之一的,由县级以上卫生行政部门按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十三条的规定予以处罚:

- (一)未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的 医师擅自开具麻醉药品和第一类精神药品处方的;
- (二)具有麻醉药品和第一类精神药品处方医师未按照规定开具麻醉药品和第一类精神药品处方,或者未按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则使用麻醉药品和第一类精神药品的;
- (三)药师未按照规定调剂麻醉药品、精神药品处方的。
- 第五十七条 医师出现下列情形之一的,按照《执业 医师法》第三十七条的规定,由县级以上卫生行政部门给 予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动;情节

严重的,吊销其执业证书:

- (一)未取得处方权或者被取消处方权后开具药品处方的;
 - (二)未按照本办法规定开具药品处方的;
 - (三)违反本办法其他规定的。
- 第五十八条 药师未按照规定调剂处方药品,情节严重的,由县级以上卫生行政部门责令改正、通报批评,给予警告;并由所在医疗机构或者其上级单位给予纪律处分。
- **第五十九条** 县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责的,由上级卫生行政部门责令改正。

第八章 附则

第六十条 乡村医生按照《乡村医生从业管理条例》的规定,在省级卫生行政部门制定的乡村医生基本用药目录范围内开具药品处方。

第六十一条 本办法所称药学专业技术人员,是指按照卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定,取得药学专业技术职务任职资格人员,包括主任药师、副主任药师、

主管药师、药师、药士。

第六十二条 本办法所称医疗机构,是指按照《医疗机构管理条例》批准登记的从事疾病诊断、治疗活动的医院、社区卫生服务中心(站)、妇幼保健院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生室(所)、急救中心(站)、专科疾病防治院(所、站)以及护理院(站)等医疗机构。

第六十三条 本办法自 2007 年 5 月 1 日起施行。《处方管理办法(试行)》(卫医发 [2004] 269 号)和《麻醉药品、精神药品处方管理规定》(卫医法 [2005] 436 号)同时废止。

第十三节 长期处方管理规范(试行)

规范长期处方管理,推进分级诊疗,保障医疗质量和 医疗安全,满足慢性病患者的长期用药需求,国家卫生健 康委、国家医保局组织制定了《长期处方管理规范(试行)》 (国卫办医发〔2021〕17号)。现印发给你们,请遵照执 行。

国家卫生健康委办公厅 国家医保局办公室 2021年8月10日

长期处方管理规范(试行)

第一章 总则

第一条 为规范长期处方管理,推进分级诊疗,促进合理用药,保障医疗质量和医疗安全,根据《执业医师法》 《药品管理法》《医疗机构管理条例》《麻醉药品和精神药品管理条例》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》等相关规定,制定本规范。 第二条 本规范所称长期处方是指具备条件的医师按照规定,对符合条件的慢性病患者开具的处方用量适当增加的处方。

第三条 长期处方适用于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者。

第四条 治疗慢性病的一般常用药品可用于长期处方。

第五条 医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒药品、麻醉药品、第一类和第二类精神药品、抗微生物药物(治疗结核等慢性细菌真菌感染性疾病的药物除外),以及对储存条件有特殊要求的药品不得用于长期处方。

第六条 地方卫生健康行政部门应当根据实际情况,制定长期处方适用疾病病种及长期处方用药范围。

第七条 本规范适用于全国各级各类医疗机构的长期 处方管理工作。

鼓励由基层医疗卫生机构开具长期处方,不适宜在基层治疗的慢性病长期处方应当由二级以上医疗机构开具。

第八条 国家卫生健康委负责全国长期处方的监督管理工作。

县级以上地方卫生健康行政部门负责本行政区域内长期处方的监督管理工作。

第二章 组织管理

第九条 医疗机构应当履行本机构长期处方管理的主体责任,建立健全本机构长期处方管理工作制度,保障医疗质量和医疗安全,满足患者用药需求。

第十条 开具长期处方的医疗机构,应当配备具有评估患者病情能力的医师、能够审核调剂长期处方的药师(含其他药学技术人员,下同)以及相应的设备设施等条件。

基层医疗卫生机构不具备相应条件的,可以通过远程会诊、互联网复诊、医院会诊等途径在医联体内具备条件的上级医疗机构指导下开具。

第十一条 根据患者诊疗需要,长期处方的处方量一般在 4 周内;根据慢性病特点,病情稳定的患者适当延长,最长不超过 12 周。

超过4周的长期处方,医师应当严格评估,强化患者教育,并在病历中记录,患者通过签字等方式确认。

第十二条 医疗机构应当按照卫生健康行政部门制定

的长期处方适用疾病病种及长期处方用药范围,为符合条件的患者提供长期处方服务。

第十三条 医疗机构可以在普通内科、老年医学、全科医学等科室,为患有多种疾病的老年患者提供"一站式" 长期处方服务,解决老年患者多科室就医取药问题。

第十四条 医疗机构开具长期处方,鼓励优先选择国家基本药物、国家组织集中采购中选药品以及国家医保目录药品。

第十五条 基层医疗卫生机构应当加强长期处方用药的配备,确保患者长期用药可及、稳定。

第十六条 地方卫生健康行政部门和医疗机构不得以费用控制、药占比、绩效考核等为由影响长期处方的开具。

地方卫生健康行政部门应当加强长期处方的审核、点评、合理用药考核等工作,长期处方产生的药品费用不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核,其他考核工作也应当视情况将长期处方进行单独管理。

第三章 长期处方开具与终止

第十七条 对提出长期处方申请的患者, 医师必须亲自诊查并对其是否符合长期处方条件作出判断。

医师在诊疗活动中,可以向符合条件的患者主动提出长期处方建议。

第十八条 医师应当向患者说明使用长期处方的注意 事项,并由其自愿选择是否使用;对不符合条件的患者, 应当向患者说明原因。

第十九条 首次开具长期处方前,医师应当对患者的既往史、现病史、用药方案、依从性、病情控制情况等进行全面评估,在确定当前用药方案安全、有效、稳定的情况下,方可为患者开具长期处方。首次开具长期处方,应当在患者病历中详细记录有关信息。

第二十条 原则上,首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具,或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。再次开具长期处方时,应当由二级以上医疗机构疾病相关专业医师,或基层医疗卫生机构医师开具。鼓励患者通过基层医疗卫生机构签约家庭医生开具长期处方。

边远地区或条件不具备的地区可适当放宽要求,具体要求由省级卫生健康行政部门根据实际情况另行规定。

第二十一条 医师应当根据患者病历信息中的首次开

具的长期处方信息和健康档案,对患者进行评估。经评估 认为患者病情稳定并达到长期用药管理目标的,可以再次 开具长期处方,并在患者病历中记录;不符合条件的,终 止使用长期处方。停用后再次使用长期处方的,应当按照 首次开具长期处方进行管理。

- **第二十二条** 出现以下情况,需要重新评估患者病情, 判断是否终止长期处方:
 - (一) 患者长期用药管理未达预期目标;
 - (二) 罹患其他疾病需其他药物治疗;
 - (三)患者因任何原因住院治疗;
 - (四)其他需要终止长期处方的情况。
- **第二十三条** 开具长期处方的基层医疗卫生机构与上级医院要做好衔接,通过信息化手段等方式建立患者处方信息共享和流转机制。
- 第二十四条 长期处方样式、内容应当符合《处方管理办法》中普通处方管理的要求。

第四章 长期处方调剂

第二十五条 医师开具长期处方后,患者可以自主选择在医疗机构或者社会零售药店进行调剂取药。

- 第二十六条 药师对长期处方进行审核,并对患者进行用药指导和用药教育,发放用药教育材料。基层医疗卫生机构不具备条件的,应当由医联体内上级医院的药师通过互联网远程进行处方审核或提供用药指导服务。
- 第二十七条 药师在审核长期处方、提供咨询服务、调剂药品工作时,如发现药物治疗相关问题或患者存在用药安全隐患,需要进行长期处方调整、药物重整等干预时,应当立即与医师沟通进行处理。
- 第二十八条 长期处方药品原则上由患者本人领取。特殊情况下,因行动不便等原因,可由熟悉患者基本情况的人员,持本人及患者有效身份证件代为领取,并配合做好相应取药登记记录。鼓励通过配送物流延伸等方式,解决患者取药困难问题。

第五章 长期处方用药管理

- 第二十九条 医疗机构应当对长期处方定期开展合理性评价工作,持续提高长期处方合理用药水平。
- 第三十条 基层医疗卫生机构应当将本机构开具的长期处方信息纳入患者健康档案,详细记录患者诊疗和用药记录。家庭医生团队应当对患者进行定期随访管理,对患

者病情变化、用药依从性和药物不良反应等进行评估,必 要时及时调整或终止长期处方,并在患者健康档案及病历 中注明。

第三十一条 医疗机构应当建立安全用药监测与报告制度。发生药品严重不良事件后,应当积极救治患者,立即向医务和药学部门报告,做好观察与记录。按照有关规定向有关部门报告药品不良反应等信息。

第三十二条 医疗机构应当加强对使用长期处方患者的用药教育,增加其合理用药知识,提高自我用药管理能力和用药依从性,并告知患者在用药过程中出现任何不适,应当及时就诊。

第三十三条 医疗机构应当指导使用长期处方患者对药物治疗效果指标进行自我监测并作好记录。鼓励使用医疗器械类穿戴设备,提高药物治疗效果指标监测的信息化水平。在保障数据和隐私安全的前提下,可以探索通过接入互联网的远程监测设备开展监测。

第三十四条 医疗机构应当指导使用长期处方患者,按照要求保存药品,确保药品质量。

第三十五条 医疗机构应当将长期处方患者的诊疗, 纳入医疗管理统筹安排, 严格落实有关疾病诊疗规范要

求,加强质量控制和管理,保障医疗质量和医疗安全。

第三十六条 鼓励有条件的地区通过开设微信公众号、患者客户端等互联网交互方式或途径,方便患者查询长期处方信息、药品用法用量、注意事项等。探索开展长期处方患者的用药提醒、随访、用药咨询等服务。

第六章 长期处方医保支付

第三十七条 各地医保部门支付长期处方开具的符合规定的药品费用,不对单张处方的数量、金额等作限制, 参保人按规定享受待遇。

第三十八条 各地在制定区域总额预算管理时,应当 充分考虑长期处方因素。

第三十九条 各地医保部门应当提高经办服务能力,方便各医疗机构、零售药店刷卡结算,为参保人提供长期处方医保报销咨询服务。加强智能监控、智能审核,确保药品合理使用。

第七章 附 则

第四十条 地方卫生健康行政部门应当会同医疗保障 部门制定辖区内长期处方管理实施细则后实施。 **第四十一条** 互联网医院提供长期处方服务,应当结合其依托的实体医疗机构具备的条件,符合医疗机构药事管理、互联网诊疗管理相关规定和本规范,加强医疗质量和安全监管。

第四十二条 基层医疗卫生机构,是指乡镇卫生院、 社区卫生服务中心(站)、村卫生室、医务室、门诊部和 诊所等。

第四十三条 本规范自印发之日起施行。

附 录

附件 1:

职工医保门诊慢特病病种及限额标准

甲类门诊慢特病病种

- 1. 白血病
- 2. 慢性肾功能衰竭(肾衰竭期)
- 3. 脑出血后遗症
- 4. 颅内肿瘤(良性)(36 个月)
- 5. 椎管内肿瘤(良性)(36 个月)
- 6. 全身各系统恶性肿瘤
- 7. 重度烧伤(36 个月)
- 8. 肝硬化失代偿期
- 9. 慢性肺源性心脏病 (肺、心功能失代偿期)
- 10.慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级以上)
- 11. 糖尿病合并并发症
- 12. 脑梗塞后遗症
- 13. 系统性红斑狼疮
- 14. 再生障碍性贫血
- 15. 股骨头坏死(行减压植骨手术后,行髋关节置换术前)(36

个月)

16. 精神障碍(精神分裂症、偏执性精神障碍、躁狂发作、双相障碍、抑郁发作、强迫症、分裂情感性障碍)

乙类门诊慢特病病	年度最高支付限额
1. 糖尿病	2000 元
2. 消化性溃疡(12个月)	1500 元
3. 类风湿关节炎	3000 元
4. 慢性肾炎及肾病综合征	3000 元
5. 强直性脊柱炎	4000 元
6. 甲状腺功能亢进症(Graves 病)	(18个月) 1500元
7. 慢性阻塞性肺疾病 (COPD)	3000 元
8. 原发性血小板减少性紫癜	3000 元
9. 原发性血小板增多症	3000 元
10. 血友病	50000 元
11. 运动神经元病	2000 元
12. 帕金森病	4000 元
13. 重症肌无力	3000 元
14. 格林-巴利综合征(12 个月)	2000 元
15. 癫痫	2000 元

16. 系统性硬化病	2000 元
17. 银屑病	2000 元
18. 脑出血、脑梗死后遗症(生活部分自理者)	2000 元
19. 原发性高血压(2级,高危以上)	1500 元
20.慢性心力衰竭(心功能Ⅱ级)	1800 元
21. 苯丙酮尿症	1500 元
(四氢生物蝶呤缺乏型 BH4)	30000 元
22. 经皮冠状动脉支架植入术后(18个月)	6000 元
23. 心脏移植术后	40000 元
24. 心脏瓣膜置换术后	1500 元
25. 冠状动脉旁路移植术后(18 个月)	6000 元
26. 颅内颈内及椎动脉支架植入术后(18个月)	6000 元
27. 锁骨下动脉支架植入术后(18个月)	6000 元
28. 桥本氏甲状腺炎	1500 元
29. 甲状腺功能减退症	1500 元
30. 骨髓移植术后(36 个月)	20000 元
31. 骨髓增生异常综合征	6500 元
32 自身体免疫性溶血性贫血	4000 元
33. 肝豆状核变性	3000 元
34. 真性红细胞增多症	4000 元

35. 原发性骨髓纤维化症	5000 元
36. 多发性肌炎 (PM)	3000 元
37. 皮肌炎 (DM)	4000 元
38. 原发性醛固酮增多症	2500 元
39. 自身免疫性肝炎	7000 元
40. 脊髓空洞症	3000 元
41. 肺间质纤维化	3000 元
42. 干燥综合征	4000 元
43. 白癜风	1500 元
44. 溃疡性结肠炎(24个月)	1500 元
45. 骨软化病	3000 元
46. 白塞病 (BD)	1500 元
47. 大动脉炎 (TA)	3000 元
48. 结节性多动脉炎 (PAN)	3000 元
49. 显微镜下多动脉血管炎(MPA)	3000 元
50. 肉芽肿性多动脉血管炎(GPA)	4000 元
51. 血管性痴呆	4000 元
52. 克罗恩病	4000 元
53. 线粒体病	10000 元
54. 癫痫所致精神障碍	10000 元

55. 精神发育迟滞伴发精神障碍	10000 元
56. 肺结核 (24 个月)	4000 元
57. 肺外其他部位结核(24个月)	4000 元
58. 耐多药结核和广泛耐药结核(24个月)	无限额
59. 慢性乙型病毒性肝炎	4000 元
60. 慢性丙型病毒性肝炎(24个月)	4000 元
61. 肝硬化代偿期	4000 元

附件 2:

居民医保门诊慢特病病种及限额标准

甲类门诊慢特病病种

年度最高支付限额

一档缴费 二档缴费 1. 白血病 4500 元 无限额 2.慢性肾功能衰竭(肾衰竭期) 19000 元 无限额 3. 脑出血后遗症 3500 元 无限额 4. 颅内肿瘤(良性)(36 个月) 无限额 3500 元 5. 椎管内肿瘤(良性)(36个月) 2000 元 无限额 6. 全身各系统恶性肿瘤 3000 元 无限额 7. 重度烧伤(36 个月) 3000 元 无限额 8. 肝硬化失代偿期 无限额 3500 元 9. 慢性肺源性心脏病(肺、心功能失代偿期) 无限额 1300 元 10.慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级以上) 1500 元 无限额 11. 糖尿病合并并发症 无限额 2000 元 12. 脑梗塞后遗症 1500 元 无限额 13. 系统性红斑狼疮 2500 元 无限额 14. 再生障碍性贫血 4000 元 无限额 15. 股骨头坏死(行减压植骨手术后, 2000 元 无限额 行髋关节置换术前)(36个月) 16. 精神障碍(精神分裂症、偏执性精神 10000 元 无限额 障碍、心境障碍、强迫症、分裂情感性障碍)

乙类门诊慢特病病种 年度最高支付限额 二档缴费 一档缴费 1. 糖尿病慢性并发症 800 元 1200 元 2. 类风湿关节炎 800 元 1200 元 3. 甲亢 (Graves 病) (18 个月) 600 元 900 元 4. 原发性血小板减少性紫癜 1300 元 1800 元 5. 原发性血小板增多症 800 元 1200 元 6. 血友病 10000 元 30000 元 7. 运动神经元病 800 元 1200 元 8. 重症肌无力 800 元 1200 元 9. 格林-巴利综合征(12个月) 800 元 1200 元 800 元 10. 癫痫 1200 元 11. 系统性硬化病 800 元 1200 元 12. 银屑病 800 元 1200 元 13. 脑出血、脑梗死后遗症 800 元 1200 元 (生活部分自理者) 14.慢性心力衰竭(心功能Ⅱ级) 800 元 1200 元 15. 苯丙酮尿症 1500 元 1500 元 (四氢生物蝶呤缺乏症) 30000 元 30000 元 16. 心脏移植术后 17000 元 25000 元 17. 心脏瓣膜置换术后 600 元 900元

600 元

600 元

900元

900 元

18. 桥本氏甲状腺炎

19. 甲状腺功能减退症

20. 骨髓移植术后(36 个月)	8000 元	12000 元
21. 骨髓增生异常综合症	2800 元	4000 元
22. 自身免疫性溶血性贫血	1700 元	2500 元
23. 肝豆状核变性	1300 元	1800 元
24. 真性红细胞增多症	1700 元	2500 元
25. 原发性骨髓纤维化症	2000 元	3000 元
26. 多发性肌炎 (PM)	1300 元	1800 元
27.皮肌炎 (DM)	1700 元	2500 元
28. 原发性醛固酮增多症	1000 元	1500 元
29. 自身免疫性肝炎	3000 元	4000 元
30. 脊髓空洞症	1300 元	1800 元
31. 肺间质纤维化	1300 元	1800 元
32. 干燥综合症	1700 元	2500 元
33. 白癜风	600 元	900元
34. 溃疡性结肠炎(24个月)	600 元	900元
35. 骨软化病	1300 元	1800 元
36. 白塞病 (BD)	600 元	900元
37. 大动脉炎 (TA)	1300 元	1800 元
38. 结节性多动脉炎 (PAN)	1300 元	1800 元
39. 显微镜下多血管炎 (MPA)	1300 元	1800 元
40. 肉芽肿性多血管炎(GPA)	1700 元	2500 元
41. 血管性痴呆	1700 元	2500 元
42. 克罗恩病	1700 元	2500 元

43. 线粒体病	4200 元	6000 元
44. 癫痫所致精神障碍	10000元	10000元
45. 精神发育迟滞伴发精神障碍	10000元	10000元
46. 肺结核 (24 个月)	4000 元	4000 元
47. 肺外其他部位结核(24个月)	4000 元	4000 元
48. 耐多药结核和广泛耐药结核	无限额	无限额
(24 个月)	力して仏教	/山下 (4)
49. 慢性乙型病毒性肝炎	4000 元	4000 元
50.慢性丙型病毒性肝炎(24个月)	4000 元	4000 元
51. 肝硬化代偿期	4000 元	4000 元