

# 中国海洋大学文件

海大字〔2015〕12号

---

## 关于印发《中国海洋大学 学生医疗管理暂行办法》的通知

全校各单位：

《中国海洋大学学生医疗管理暂行办法》业经校长办公会审议通过，现予以印发，请遵照执行。

特此通知。

- 附件：
1. 青岛市社会医疗保险门诊大病病种目录
  2. 门诊大病统筹金年度支付限额标准及说明
  3. 青岛市市级社会医疗保险承担异地转诊业务医院名单
  4. 门诊大病联网审批定点医疗机构名单
  5. 纳入特药、特材救助的药品和医用耗材

6. 不纳入大病医疗救助范围的自费费用
7. 青岛市及市南区社会保险经办机构（社保办）联系方式

中国海洋大学  
2015年9月8日

# 中国海洋大学学生医疗管理暂行办法

## 第一章 总 则

第一条 根据《青岛市社会医疗保险办法》（青岛市人民政府令第235号）、《青岛市人力资源和社会保障局关于实施大病医疗救助制度有关问题的意见》（青人社发〔2014〕24号）、《关于完善社会医疗保险门诊大病管理有关问题的通知》（青人社字〔2014〕75号）、《青岛市人力资源和社会保障局社会医疗保险异地医疗管理办法》（青人社字〔2014〕78号）、《青岛市人力资源和社会保障局社会医疗保险意外伤害保障管理办法》（青人社字〔2014〕83号）、《中国海洋大学学生医疗管理办法（试行）》（海大财字〔2007〕26号）的相关规定，结合我校具体情况，特修订本办法（以下简称《办法》）。

第二条 适用对象包括：

（一）取得中国海洋大学学籍的在校全日制普通高等学历教育本科生及非在职研究生（以下简称大学生）适用本《办法》；

（二）新生在取得学籍、经学校采集参保信息并缴费后，方可享受本《办法》所规定的医疗保障；

（三）大学生自办理离校手续，并按学籍管理规定注销学籍之日起停止享受大学生医疗保障待遇。

## 第二章 医疗管理

第三条 关于管理机构：

（一）学校成立由分管校领导任组长，由教务处、学生工作处、研究生院、财务处、后勤集团及校医院等部门主要负责人组成的学生医疗管理领导小组，负责研究解决学生医疗管理中的有

关问题；学生医疗管理领导小组下设办公室，办公室设在校医院；

（二）校医院预防保健科落实专人负责日常医疗管理和医疗补助审核；如遇特殊情况应报请校医疗管理领导小组讨论决定；

（三）后勤集团计财科负责学生医疗补助的结算，每半年同学校财务处结算一次。

#### 第四条 关于就诊管理：

（一）在校医院就诊、转诊及申请医疗补助时，均须出示本人医保卡、校园智能卡，方能享受医保待遇；

（二）大学生不得借用他人医保卡看病，一旦发现，取消双方当事人医疗保障待遇。

#### 第五条 关于登记和注册：

（一）学生工作处、研究生工作部应于每年9月30日前，将符合医疗保障制度的适用对象，按照青岛市人力资源和社会保障局的规定组织制作学生基本信息表交到财务处和校医院，校医院在青岛市人力资源和社会保障局规定的时间内，为本校符合规定的学生集中办理登记手续；

（二）学生在集中登记以后，办理入学、转学或退学、复学的，由教务处、研究生院提供相关的书面证明材料，由校医院指定专人在每月的月初到青岛市有关部门办理补登记手续或者注销登记。

### 第三章 投 保

第六条 大学生社会医疗保险费（含基本医疗保险费和大病医疗保险费）标准是每人每年520元，其中青岛市财政补贴440元，学校利用国家拨款缴纳60元，学校自筹20元。

### 第四章 待 遇

第七条 社会医疗保险待遇包括基本医疗保险待遇、大病医

疗保险待遇和大病医疗救助（包括大额救助、特药特材救助和特殊医疗救助）待遇。

一个年度内，大学生在定点医药机构发生的住院、门诊大病医疗费用，基本医疗保险统筹基金最高支付限额分别为 20 万元和 18 万元；大病医疗保险资金最高支付限额为 60 万元；大额救助最高支付限额为 10 万元，特药特材救助暂不设最高支付限额。

第八条 基本医疗保险统筹基金支付范围（以下称统筹支付范围），应当符合国家和省、市关于基本医疗保险用药范围、医疗服务项目范围、医疗服务设施范围和支付标准的规定及社会医疗保险法律、法规的有关规定。

第九条 基本医疗保险统筹基金支付的住院和门诊大病医疗费用设立起付标准。一、二、三级定点医疗机构起付标准分别为 200 元、500 元、800 元，社区定点医疗机构起付标准按照一级定点医疗机构执行。其中：

（一）大学生住院治疗，在一个年度内第一次住院的，起付标准按照 100% 执行；第二次住院的，起付标准按照 50% 执行；第三次及以上住院的，起付标准统一按照 100 元执行；

（二）大学生门诊大病治疗，在一个年度内负担一个起付标准；尿毒症透析治疗、器官移植、恶性肿瘤、精神病等门诊大病参保人个人负担的起付标准可以适当减免。

第十条 大学生在定点医疗机构住院发生的统筹支付范围内医疗费用，起付标准以上的部分，由基本医疗保险统筹基金按照以下标准支付：大学生在一、二、三级定点医疗机构住院，支付比例分别为 90%、85%、80%。

第十一条 建立门诊大病保障制度，设立限额和非限额管理病种，实行病种准入、定点医疗。门诊大病目录及限额见附件 1、附件 2。一个年度内，大学生在定点医疗机构发生的统筹支付范围内门诊大病医疗费用，起付标准以上的部分，由基本医疗保险

统筹基金按照以下标准支付：大学生门诊大病治疗，在一、二、三级定点医疗机构，支付比例分别为 90%、85%、80%。在社区定点医疗机构，支付比例按照一级定点医疗机构执行。超过病种限额标准以上的部分不予支付。

特供药店的起付标准及支付比例按照一级定点医疗机构执行。

定点在特供药店的器官移植患者，核准病种范围内所有门诊治疗的药品（恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析治疗费用除外）应在特供药店领取和结算。患者在定点医院就诊后，属门诊大病核准病种检查检验的相关费用，由本人垫付，凭门诊大病专用病历、处方、检查检验报告和定点医院发票，到特供药店结算；属门诊大病核准病种使用的药品，凭专用病历和处方到特供药店取药并即时结算。

门诊大病患者因核准病种急诊转住院治疗的急诊费用、急诊留观治疗的费用不得纳入门诊大病结算，但其中因核准门诊大病病种发生的急诊留观费用不足起付标准的，可纳入门诊大病结算。

第十二条 建立门诊统筹保障制度，实行定点签约、限额管理。大学生在校医院发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费用，由基本医疗保险统筹基金支付 70%，暂不设最高支付限额。使用基本药物发生的医疗费用，支付比例提高 10 个百分点。

第十三条 建立意外伤害医疗保障制度。大学生因意外伤害住院发生的住院医疗费用，由社会医疗保险基金按照社会医疗保险住院待遇标准支付；大学生因意外伤害发生的门急诊医疗费用，社会医疗保险统筹支付范围内超过 100 元以上的部分，由基本医疗保险基金按照 90% 的比例支付，年度最高支付 2000 元。

第十四条 因下列情形发生的意外伤害医疗费用，可纳入社会医疗保险基金支付范围：

（一）大学生在无责任人情况下发生的意外伤害；

(二) 经有关部门认定大学生承担部分责任的意外伤害;

(三) 因他人违法行为导致大学生伤害的刑事或治安案件,经人民法院判决、裁定后,责任人未能全部赔偿的或自伤害发生之日起满6个月案件未破获无法确定责任人的;

(四) 其他经人民法院判决、裁定后,责任人未能全部赔偿的。

第十五条 大学生发生的意外伤害符合第十四条规定,但有下列情形之一的,其意外伤害医疗费用不纳入社会医疗保险基金支付范围:

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

(二) 实施吸毒、使用管制药品(遵医嘱用药除外)、打架斗殴、醉酒滋事等违法行为所致的;

(三) 除本办法第十四条第(三)、(四)项规定的情形外,应当由责任人负担的;

(四) 机动车道路交通事故;

(五) 应当从工伤保险基金或生育保险基金中支付的;

(六) 应当由公共卫生负担的;

(七) 在境外发生的医疗费用。

第十六条 大学生在境内异地转诊、异地急诊住院以及原籍治疗的,经社会保险经办机构核准后,在异地定点医疗机构发生的医疗费用,由社会医疗保险基金按照规定支付。

第十七条 大学生在定点医药机构发生的住院、门诊大病医疗费用,基本医疗保险统筹基金按照规定支付后,个人负担的下列费用纳入大病医疗保险资金支付范围:

(一) 符合统筹支付范围、超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用;

(二) 符合统筹支付范围、个人按照起付标准和自负比例负

担的医疗费用；

（三）乙类药品、医疗服务项目、医疗服务设施纳入统筹支付范围前个人按照自负比例负担的医疗费用。

第十八条 大学生个人负担的、符合本办法第十七条规定范围的医疗费用，由大病医疗保险资金按照以下标准支付：

（一）本办法第十七条第（一）项医疗费用，大学生支付比例为 80%，一个年度内最高支付 40 万元；

（二）本办法第十七条第（二）、（三）项医疗费用，在一个年度内累计超过大病医疗保险起付标准以上的部分，大学生支付比例为 60%。其中，尿毒症透析治疗、器官移植抗排异治疗参保人的大病医疗保险起付标准为 3000 元，超出起付标准以上的部分，大学生支付比例为 70%，一个年度内最高支付 20 万元。

大病医疗保险起付标准由市人力资源社会保障行政主管部门参考上年度本市城乡居民人均可支配收入，按照大病医疗保险资金以收定支的原则测算确定。

第十九条 大学生在享受基本医疗保险待遇和大病医疗保险待遇的同时，在定点医药机构发生的下列住院、门诊大病医疗费用纳入大病医疗救助资金支付范围：

（一）符合条件的大学生使用特药特材发生的医疗费用；

（二）基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和医疗服务设施目录外治疗必需的医疗费用；

（三）基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和医疗服务设施目录最高费用限额以上治疗必需的医疗费用。

第二十条 大学生个人负担的、符合本办法第十九条规定范围的医疗费用，由大病医疗救助资金按照以下标准支付：

（一）本办法第十九条第（一）项医疗费用纳入特药特材救助，支付比例为 70%；

（二）本办法第十九条第（二）、（三）项医疗费用以及第



(一) 项个人按照比例负担的医疗费用纳入大额救助。大额救助起付标准为 5 万元，一个年度内累计超出起付标准以上的部分，支付比例为 60%。抚恤定补优抚对象、低保和低保边缘家庭大学生不设大额救助起付标准。一个年度内大额救助最高支付 10 万元。

纳入特药、特材救助的药品和医用耗材见附件 5；非疾病治疗项目、特需医疗服务项目、主要起营养滋补作用的药品费用等不予纳入大病医疗救助范围，具体内容见附件 6。

符合条件的低收入家庭大学生在享受前款规定的特药特材救助和大额救助待遇基础上，按规定享受特殊医疗救助。

## 第五章 门急诊医疗管理

第二十一条 校医院为学校大学生的门诊统筹定点医疗机构，学生在校医院各校区门诊部就医发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费用，实行即时结算，由基本医疗保险统筹基金支付 70%，患者只交纳应由本人负担的费用。

第二十二条 在校医院各校区门诊部就医，大学生凭本人校园智能卡、医保卡及病历在校医院各门诊部实行“一卡通”挂号就诊，无病历或病历丢失，须买病历就诊。

在校医院就医，须挂号才能与医保中心联网结算。

第二十三条 关于在校外医院门急诊就医：

(一) 大学生在非门诊统筹定点医疗机构发生的普通门急诊医疗费，门诊统筹金不予支付；

(二) 因意外伤害发生的门急诊费用可按规定进行报销；

(三) 急诊观察住院必须符合卫生行政部门确定范围、标准和条件，且在医院急诊病房（日间病房）连续留观住院时间在 24 小时以上者（急诊抢救死亡者除外），不包括门诊急诊和在观察室（门诊室）门诊输液治疗者。如果大学生是在定点医院急诊直

接转住院的，急诊费用纳入本次住院费用合并结算，出院时直接在医院联网结算。

## 第六章 本市住院就医管理

第二十四条 大学生在本市住院实行定点医疗，擅自到其他医疗机构就诊的费用不予报销。

第二十五条 本市住院治疗，学生凭本人的医保卡和身份证到定点医疗机构，联网确认参保身份及交费情况，办理住院手续。学生出院时，只需与医院结清应由个人负担部分的医疗费即可。

因各种原因不能在医院联网结算的，出院时携带住院病历、费用发票、费用明细以及其他相关证件和材料交至校医院，由校医院集中到医疗保险经办机构办理报销。如果住院时需要个人先垫付，学生本人又没有经济能力，可由院系分管负责人到校医院办公室办理借款手续。办理借款时，学生本人须按借款数额的20%交纳借款押金。

第二十六条 学生毕业前因病住院，学校派遣终止日之后仍未出院发生的住院费用，其费用累计到毕业后按一次住院累计计算，报销按本政策中相关规定办理，但以学校派遣终止日为界，之后不再受理借款。

## 第七章 门诊大病管理

第二十七条 门诊大病保障制度实行病种准入、定点医疗，分别设立限额管理病种和非限额管理病种。大学生申办门诊大病资格须符合门诊大病病种范围和审批标准（门诊大病病种见附件1，各病种审批标准另行制定），门诊大病联网审批定点医疗机构名单见附件4。

第二十八条 办理门诊大病证的材料要求及办理流程如下：

### （一）办理地点

根据自己的病情，应填写《青岛市社会医疗保险门诊大病申请审批表》，并携带有关申报材料，到市南区社保经办机构审批。

## （二）申办材料

1. 申请办理“高血压病合并心、脑、肾等并发症”及“糖尿病合并心、脑、肾、眼等并发症”病种须携带材料：

（1）有住院确诊的，确诊医院限定为三级医院。参保患者提供上述医院的住院病历以及并发症的客观检查材料，不需提供相关病种的长期门诊病历。

（2）没有住院确诊的，参保患者须提供二级及以上医院或校医院持续两年以上系统门诊确诊病历、治疗记录、相关用药明细及相关检查材料等。

2. 申请办理其他慢性门诊大病病种须提供：

（1）相关病种出院记录；

（2）两年或两年以上相关病种经门诊治疗病历及相关用药费用明细单；

（3）相关检查检验报告：如血糖化验单、CT报告单、B超报告、心电图、心血管造影报告等，作为相关病种及其合并症的诊断依据；

（4）一张一寸照片；

（5）青岛市社会保障卡。

3. 恶性肿瘤、器官移植、尿毒症、白血病四种大病要求提供：

（1）相关病种出院记录；

（2）相关检查检验报告，其中恶性肿瘤患者须提供病理检查报告单，器官移植患者须提供手术记录，尿毒症患者须提供三个月内三次以上肾功能检查化验单，白血病患者须提供骨髓检查报告；

（3）一张一寸照片；

（4）青岛市社会保障卡。

4. 须依赖胰岛素治疗的 1 型糖尿病参保患者，经住院确诊为 1 型糖尿病，提供相关的客观检查材料，可以参照“糖尿病合并心、脑、肾、眼等并发症”病种办理门诊大病。

### （三）办理流程

1. 首次办证：填写《青岛市社会医疗保险门诊大病申请审批表》，参保患者根据病情及就诊需要自主选择定点医疗机构，其中传染病、精神病、结核病必须选择相应的专科医院。市、各区（市）医疗保险服务大厅门诊大病窗口确认符合受理范围且初步认可申请材料完备后受理，工作人员对上述材料进行审核，按政策要求核定病种及统筹金支付限额。

2. 增加病种、重新办证：申请增加病种的，申报材料及审批程序与初次办理相同。对于被取消门诊大病资格的参保人如确需重新办理《门诊大病医疗证》，申报材料及审批程序与初次办理相同。

3. 审批时限：恶性肿瘤等 23 种特病病种可申请即时办理，增加病种审批时限为 7 个工作日，其他病种为 10 个工作日。

4. 初次办理恶性肿瘤、白血病、再生障碍性贫血、溶血性贫血、骨髓增生异常综合征、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤维化、过敏性紫癜并肾病、特发性血小板减少性紫癜、血友病、结核病大病病种的参保人，可以到符合规定的定点医院即时办理。各定点医疗机构仅办理门诊大病定点在本院的参保患者，申办肺结核病的门诊大病患者仅限在青岛市胸科医院和青岛市中心医院办理。

第二十九条 关于门诊大病患者就医流程：门诊大病患者就诊时，凭《门诊大病医疗证》到其定点医疗机构专门窗口登记，领取本人病历档案，定点医药机构工作人员应及时进行联网登记，确认是否正常缴费、卡证是否相符等。

第三十条 关于门诊大病资格年审：《门诊大病医疗证》年

度期满后由市、区（市）社会保险经办机构实行网上年审；门诊大病患者每年1月份到其所在的定点医药机构年审并打印门诊大病证；凡期满后无上年度医疗费结算信息的，系统自动终止其门诊大病资格。

**第三十一条 关于变更定点医疗机构：**

（一）门诊大病患者一个年度内只能变更一次定点医疗机构。

（二）需变更定点医疗机构的门诊大病患者，变更前须先与原定点医疗机构结算医疗费用，填写《青岛市社会医疗保险门诊大病定点变更申请表》，办理迁出手续，然后到拟转入的定点医疗机构办理迁入手续。

（三）门诊大病患者因病种变化，原定点医疗机构无法提供治疗，可按规定申请办理变更到上一级定点医院或专科医院。办理前，须与原定点医疗机构结算医疗费用，办理须到其参保地所在的市、区（市）社保经办机构办理，个人提出申请，审核通过后给予变更。

## **第八章 异地就医管理**

**第三十二条** 经社会保险经办机构核准，下列异地医疗产生的医疗费，可纳入社会医疗保险基金支付范围：

（一）异地转诊。大学生因本市医疗条件限制和疾病诊疗需要，转往异地医疗保险定点医院的住院治疗。

（二）异地急诊。大学生离开本市期间，因患急症在异地医疗保险定点医院的急诊留观或住院治疗。

（三）大学生原籍治疗。参加社会医疗保险的大学生，因病在原籍医疗保险定点医院住院治疗，以及因病休学期间的门诊大病治疗。

**第三十三条** 大学生办理异地转诊应同时具备以下条件：

(一) 所患疾病属疑难疾病，经承担转诊业务的医院（附件3）组织专家会诊，无法确诊的，或所患疾病受本市定点医院医疗技术和设备条件所限，无法进一步治疗的；

(二) 转往异地就诊的医院，应是当地社会医疗保险的定点医疗机构；

(三) 转往异地就诊的医院诊疗水平原则上应高于本市，每次转诊只能选择一所医院住院治疗。

第三十四条 大学生符合异地转诊条件的，按照以下程序办理：

(一) 大学生或委托人向承担转诊业务的医院提出申请，由主治及以上医师填写《青岛市社会医疗保险异地转诊审批表》（以下简称《异地转诊审批表》），经医院组织专家会诊并提出意见，医院医疗保险办公室审核登记，分管院长审查签字同意；

(二) 大学生或委托人携带《异地转诊审批表》，到社会保险经办机构办理审批手续，符合异地转诊规定的，给予核准。

第三十五条 参保人异地转诊发生的住院医疗费，社会医疗保险基金支付比例降低5个百分点。

第三十六条 符合异地转诊条件，但因特殊原因未按规定及时办理异地转诊手续的，参保人应在异地住院治疗出院6个月内，按以下程序办理：

(一) 参保人或委托人携带异地住院治疗的病历、医嘱、费用明细和有效票据等相关材料，到青岛市社保局提出申请；

(二) 社会保险经办机构工作人员按照异地转诊的规定，对参保人递交的异地住院治疗的相关材料进行审核，符合规定的，要求参保人填写《青岛市社会医疗保险异地未转诊审批表》（以下简称《异地未转诊审批表》），详细说明未转诊的原因及异地治疗的经过等情况；

(三) 社会保险经办机构对申报的异地医疗材料进行审批，

审批通过的，其医疗费纳入社会医疗保险报销范围，社会医疗保险基金支付比例降低 10 个百分点。

第三十七条 符合下列条件的异地急诊留观、住院治疗费用，经确认，按照本市住院待遇标准，纳入社会医疗保险基金支付范围报销：

（一）符合卫生行政部门相关规定的急诊范围、标准和条件，急诊连续留院观察时间在 24 小时以上（急诊抢救死亡者除外）或急诊住院治疗；

（二）治疗医院原则上为当地社会医疗保险定点医疗机构。

不符合急诊条件的医疗费，社会医疗保险基金不予支付。

第三十八条 在原籍发生的医疗费由本人先行垫付，治疗结束后，由本人（或委托人）来校医院填写《青岛市大学生原籍住院审批表》，并携带门急诊病历、住院病历（包括出入院记录、医嘱单、相关检查检验报告单、手术和麻醉记录、放疗记录单等）复印件、有效票据、费用明细清单等材料交至校医院，由校医院统一交至社会医疗保险经办机构进行审核报销。

第三十九条 异地医疗费用按青岛市社会医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和医疗服务设施等相关目录的规定审核报销。

第四十条 大学生可以选择原籍地的一所医疗保险定点医院作为因病休学期间的门诊大病定点医院，到青岛市社保局办理。

门诊大病医疗费一个年度内累计满 5000 元，即可申请报销。

第四十一条 大学生在原籍住院时因病情变化转往原籍之外的社会医疗保险定点医院治疗的，按异地转诊待遇报销。报销医疗费时，应提供原籍定点医院出具的转诊证明。

## 第九章 意外伤害就医管理

第四十二条 大学生因意外伤害发生的门急诊医疗费用，可

由个人先行垫付，治疗结束后，填写《青岛市社会医疗保险意外伤害情况说明表》，并提供相关证明材料交至校医院，包括门(急)诊病历、检验检查报告单的原件及复印件、有效票据等，然后由校医院统一送至青岛市社会保险经办机构审核。

第四十三条 大学生因意外伤害住院发生的住院医疗费用，由社会医疗保险基金按照社会医疗保险住院待遇标准支付。

第四十四条 大学生发生意外伤害，自事故发生之日起1年内未提出待遇支付申请的，社会保险经办机构不再受理。因案件诉讼或侦破等，能提供有关部门证明的除外。

## 第十章 学校医疗补助

第四十五条 学校设立学生医疗补助基金，对《办法》确定的适用对象所发生的符合本《办法》规定的住院和门诊大病医疗费用给予适当补助。住院已办理医保结算的学生，住院费用分别由市医保中心、学校和学生个人三方承担。学生在定点医院住院治疗，社会医疗保险范围内的实际支出与保险赔偿的差额部分，学校承担80%，学生负担20%。

学校医疗补助须经学生本人提出书面申请，学生所在院系审核同意后，校医院按规定审核。其中学校补贴额超过1万元的，须报医疗管理领导小组批准后方可实施。

第四十六条 学校不承担学生先天性疾病、胚胎性疾病、生理缺陷与入校前疾病的医疗费用。入校体检时或入校后发现此类情况，在学校录取的前提下，先与学校（由教务处、研究生院）签订医疗协议书，明确责权。有特异性体质的学生应告知学校及校医院，按以上规定办理。入学前就患有慢性病，在新生体检时隐瞒既往史者，原有慢性病的医疗费用原则上不予报销。



## 第十一章 附 则

第四十七条 学校大学生住院定点医疗机构有：青岛大学医学院附属医院及东院、青岛市立医疗集团、青岛市中心医院、传染病医院、401 医院及东部院区、青岛市胸科医院等。

第四十八条 大学生医疗保障的用药、诊疗项目和服务设施等的支付范围以及保障资金不予支付的情形，参照《青岛市社会保险办法》的有关规定执行。

第四十九条 本办法由学校医疗管理领导小组办公室负责解释。

第五十条 青岛市及市南区社会保险经办机构（社保办）联系方式见附件 7。

第五十一条 本办法自颁布之日起施行。《中国海洋大学学生医疗管理办法（试行）》（海大财字〔2007〕26 号）同时废止。

## 附件 1

# 青岛市社会医疗保险门诊大病病种目录

1. 尿毒症透析治疗
2. 恶性肿瘤
3. 器官移植
4. 白血病
5. 高血压病合并心、脑、肾等并发症
6. 脑卒中后遗症
7. 慢性心功能不全
8. 糖尿病合并心、脑、肾、眼等并发症
9. 特发性肺纤维化
10. 支气管哮喘
11. 支气管扩张症
12. 肾病综合征
13. 慢性肾功能不全
14. 再生障碍性贫血
15. 溶血性贫血
16. 骨髓增生异常综合征
17. 真性红细胞增多症
18. 原发性血小板增多症
19. 原发性骨髓纤维化
20. 过敏性紫癜并肾病
21. 特发性血小板减少性紫癜(原发性免疫性血小板减少症)
22. 尿崩症
23. 皮质醇增多症(库欣综合征)
24. 原发性醛固酮增多症
25. 类风湿性关节炎(活动期)

26. 系统性红斑狼疮
27. 结节性多动脉炎
28. 白塞氏病(贝赫切特病)
29. 系统性硬化症
30. 多发性(皮)肌炎
31. 脂膜炎
32. 癫痫
33. 帕金森氏病
34. 多发性硬化
35. 重症肌无力
36. 运动神经元病
37. 肢端坏疽
38. 股骨头缺血性坏死
39. 结核病
40. 精神病
41. 干燥综合征
42. 自身免疫性肝病
43. 肝豆状核变性
44. 颅内良性肿瘤综合治疗
45. 慢性乙型病毒性肝炎、肝硬化
46. 慢性丙型病毒性肝炎
47. 心、脑、大动脉血管疾病术后综合治疗
48. 血友病
49. 肢端肥大症
50. 原发性肺动脉高压
51. 四氢生物蝶呤缺乏症(BH4 缺乏症)
52. 强直性脊柱炎
53. 克罗恩病
54. 戈谢氏病

附件 2

## 门诊大病统筹金年度支付限额标准及说明

序号	病 种	统筹金支付限额(元)
1	高血压病合并心、脑、肾等并发症	3500
2	脑卒中后遗症	2500
3	慢性心功能不全	3800
4	支气管哮喘	2200
5	糖尿病合并心、脑、肾、眼等并发症	3500
6	特发性肺纤维化	2500
7	再生障碍性贫血	3800
8	支气管扩张症	2500
9	肾病综合征	5000
10	慢性肾功能不全	6000
11	心、脑、大动脉血管疾病术后综合治疗	3000
12	类风湿性关节炎(活动期)	2000
13	系统性红斑狼疮	6000
14	癫痫	2000
15	帕金森氏病	2500
16	肢端坏疽	3000
17	股骨头缺血性坏死	2500
18	自身免疫性肝病	6000
19	慢性乙型病毒性肝炎、肝硬化	8000
20	干燥综合症	6000
21	强直性脊柱炎	2000
22	克罗恩病	2000
23	戈谢氏病	2000
24	精神病	
25	尿毒症透析治疗	

26	恶性肿瘤	
27	器官移植	
28	白血病	
29	溶血性贫血	
30	颅内良性肿瘤综合治疗	
31	骨髓增生异常综合征	
32	真性红细胞增多症	
33	原发性血小板增多症	
34	原发性骨髓纤维化	
35	过敏性紫癜并肾病	
36	特发性血小板减少性紫癜	
37	重症肌无力	
38	尿崩症	
39	皮质醇增多症	
40	原发性醛固酮增多症	
41	结节性多动脉炎	
42	白塞氏病	
43	系统性硬化症	
44	多发性(皮)肌炎	
45	慢性丙型肝炎	
46	肢端肥大症	
47	脂膜炎	
48	多发性硬化	
49	运动神经元病	
50	结核病	
51	肝豆状核变性	
52	血友病	
53	原发性肺动脉高压	
54	四氢生物蝶呤缺乏症(BH4 缺乏症)	

附件 3

## 青岛市市级社会医疗保险 承担异地转诊业务医院名单

青岛大学附属医院  
青岛市市立医院  
青岛市海慈医疗集团  
青岛市中心医院  
中国人民解放军济南军区第四零一医院  
青岛市第八人民医院  
山东大学齐鲁医院(青岛)  
山东省眼科研究所  
青岛市妇女儿童医院  
青岛市第六人民医院  
青岛市精神卫生中心  
青岛市胸科医院  
青岛市城阳区人民医院  
青岛市黄岛区人民医院

## 附件 4

# 门诊大病联网审批定点医疗机构名单

1. 青岛大学附属医院
2. 青岛市市立医院
3. 青岛市海慈医疗集团
4. 中国人民解放军济南军区第四零一医院
5. 青岛市中心医院
6. 青岛市第八人民医院
7. 青岛市第五人民医院
8. 青岛市妇女儿童医疗保健中心
9. 青岛市胸科医院
10. 山东大学齐鲁医院（青岛）

## 附件 5

# 纳入特药、特材救助的药品和医用耗材

### 一、纳入特药救助的药品

1. 达沙替尼片（施达赛）
2. 曲妥珠单抗注射液（赫赛汀）
3. 盐酸埃克替尼片（凯美纳（
4. 苹果酸舒尼替尼胶囊（索坦）
5. 盐酸沙丙蝶呤片（科望）
6. 注射用醋酸兰瑞肽（索马杜林）
7. 注射用重组人干扰素（ $\beta$ -1b）（倍泰龙）
8. 波生坦片（全可利）
9. 甲磺酸伊马替尼片（格列卫）
10. 盐酸厄洛替尼片（特罗凯）
11. 吉非替尼片（易瑞沙）
12. 西妥昔单抗注射液（爱必妥）
13. 克唑替尼胶囊（赛可瑞）
14. 重组人血管内皮抑制素注射液（恩度）
15. 注射用硼替佐米（万珂）
16. 培门冬酶注射液（艾阳）
17. 注射用依那西普（恩利）
18. 阿达木单抗注射液（修美乐）
19. 注射用英夫利西单抗（类克）
20. 注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体——抗体融合蛋白（益赛普）



21. 艾拉莫德片（艾得辛）
22. 注射用伊米昔酶（思而赞）
23. 注射用重组人凝血因子 IX（贝赋）
24. 碳酸镧咀嚼片（福斯利诺）

## 二、纳入特材救助的医用耗材

1. 脑深部电刺激疗法刺激器（美敦力 Aactiva®SC 脑深部电刺激疗法产品组套）
2. 722 实时动态胰岛素泵系统

## 附件 6

# 不纳入大病医疗救助范围的自费费用

1. 参保患者在非医疗保险定点医疗机构或非规定的定点医药机构发生的医疗费用；
2. 参保患者在定点医疗机构发生的医疗费用，未按有关规定的要求及规范的方式方法录入医疗保险信息管理系统的医疗费用；
3. 特药、特材救助的救助对象违反定点取药制度，擅自在非指定的定点医药机构购取大病医疗救助准入的特药、特材品种而发生的费用；
4. 违规在非本人门诊大病定点医院发生的门诊大病费用；
5. 长期医疗护理发生的个人自费费用；
6. 普通门诊统筹、健康与慢病管理发生的个人自费费用；
7. 各类生活护理费（如空调费、取暖费、陪护费等）；
8. 主要起营养滋补作用的药品（包括国家医疗保险药品目录中明确规定单方不予支付的名贵中药材）；
9. 特需医疗服务项目类（如点名手术附加费）；
10. 非疾病治疗项目类（如各种预防、保健性诊疗项目以及美容、非功能性整容等）；
11. PETCT 等范围外大型医疗设备进行的检查治疗项目；
12. 各种康复性器具；
13. 各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械；
14. 各类器官或组织移植的器官源或组织源；
15. 各种科研性临床验证性的诊疗项目；

16. 在港澳台及其它国家发生的医疗费用；
17. 非医嘱发生的、超适应症、超量使用等违规医疗费用；
18. 准入协议约定的救助周期用量限额以上部分的费用；
19. 特药、特材品种最高支付限额以上部分的费用。

附件 7

## 青岛市及市南区社会保险经办机构 ( 社保办 ) 联系方式

青岛市人力资源社会保障服务电话：12333  
市社会保险事业局（地址：福州南路 8 号）  
社保卡管理处：85716757（其它咨询）  
标准化管理处：:85769278（效能投诉）  
医疗保险资格处：85750045  
医疗保险住院处：85756033  
门诊大病与异地医疗处：85756036（大病）、86010871（异地）、  
85767550（外伤审批）  
医疗保险社区处：85763090  
市南社保分局（地址：福州南路 9 号 2 楼）  
基金相关：85971821  
医疗科（四楼）：66773803  
社保卡：85971820  
门诊大病：66773802

---

印制人：王 伟

校对入：邵明英

---

中国海洋大学党委办公室、校长办公室

2015 年 9 月 8 日印发

---