

公费医疗就医指引

(2016 年版)

一、适用人群

广东省公费医疗、广州市公费医疗、越秀区公费医疗、海珠区公费医疗、开发区公费医疗、荔湾区公费医疗、天河区公费医疗、黄埔区公费医疗、白云区公费医疗、南沙区公费医疗、番禺区公费医疗、中山大学眼科中心统筹、中山大学北校区统筹。

二、就医管理

1、患者凭公费医疗证、社保卡和记账单以及有效证件作为就医凭证，如家属代患者交费或取药的，结算人员核对患者及代办人身份证件。

2、患者在我院就医（专科医院），无需办理选点，在专科医院治疗非相应专科疾病仍需办理选点（如市公医患者需要在我院取非肿瘤药品或慢性疾病药品等，需到市公医办办理选点）。

3、公医患者记帐结算支付范围按《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广东省城镇职工基本医疗保险诊疗项目范围》和《广东省城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》（即“三个目录”）执行。

4、公医患者就医结算，凭公费医疗证或社保卡和记账单作为结算依据，结算人员按规定先记帐后再向公医办申报结算。

三、普通门（急）诊、留观

1、患者在我院普通门诊（即非恶性肿瘤、非指定慢性病）时，同一天不得超过 2 个诊次，每诊次药费限额 100 元以内；中山大学北校区统筹每诊次药费限额 200 元以内；中山大学眼科中心统筹每诊次药费限额 300 元；省公医每次门诊药费的记账金额在 300 元范围内（抗肿瘤治疗及辅助治疗二级目录内用药、介入、透析以及器官移植后抗排斥治疗等除外）。

2、每次门诊处方为急性疾病不超过 3 日量；一般疾病不超过 7 日量；患有特殊慢性疾病且病情稳定需长期服用同一类药物的不超过 15 日量。省公医患者门诊用药：急性病不超过 3 日，一般疾病为 4—7 日，慢性疾病、老年疾病需长期不间断服药者，门诊用药量可适当延长，但最长不超过 14 日量。

3、急诊（留观）患者转入住院治疗所发生的医疗费用与普通住院费用一并计算，并按普通住院待遇记账结算。

四、门诊指定慢性病（门慢）

1、患者在门诊就医，公医证如选定我院为普通门诊定点医院，可享受指定慢性病门诊报销待遇，每诊次只能享受 1 个病种待遇，3 种相应专科用药，且每诊次药量不超过 15 日量，每月累计药量不超过当月总天数用量，每个病种每月累计不超过 3 个诊次。

2、住院期间不能享受门诊指定慢性病待遇。

五、特殊病种

1、申请条件：以下条件必须同时满足

患者类别	申请条件 1	申请条件 2
市公医、越秀、荔湾、海珠、南沙、开发区、黄埔区、番禺区公医	确诊为恶性肿瘤	门诊或住院使用二级目录内药品
天河区		门诊或住院使用二级目录内药品 或门诊放疗

2、享受待遇：

（1）一年内在门诊或住院使用二级目录内的药物按住院比例记账；天河区公医的门诊放疗项目按住院比例记账。

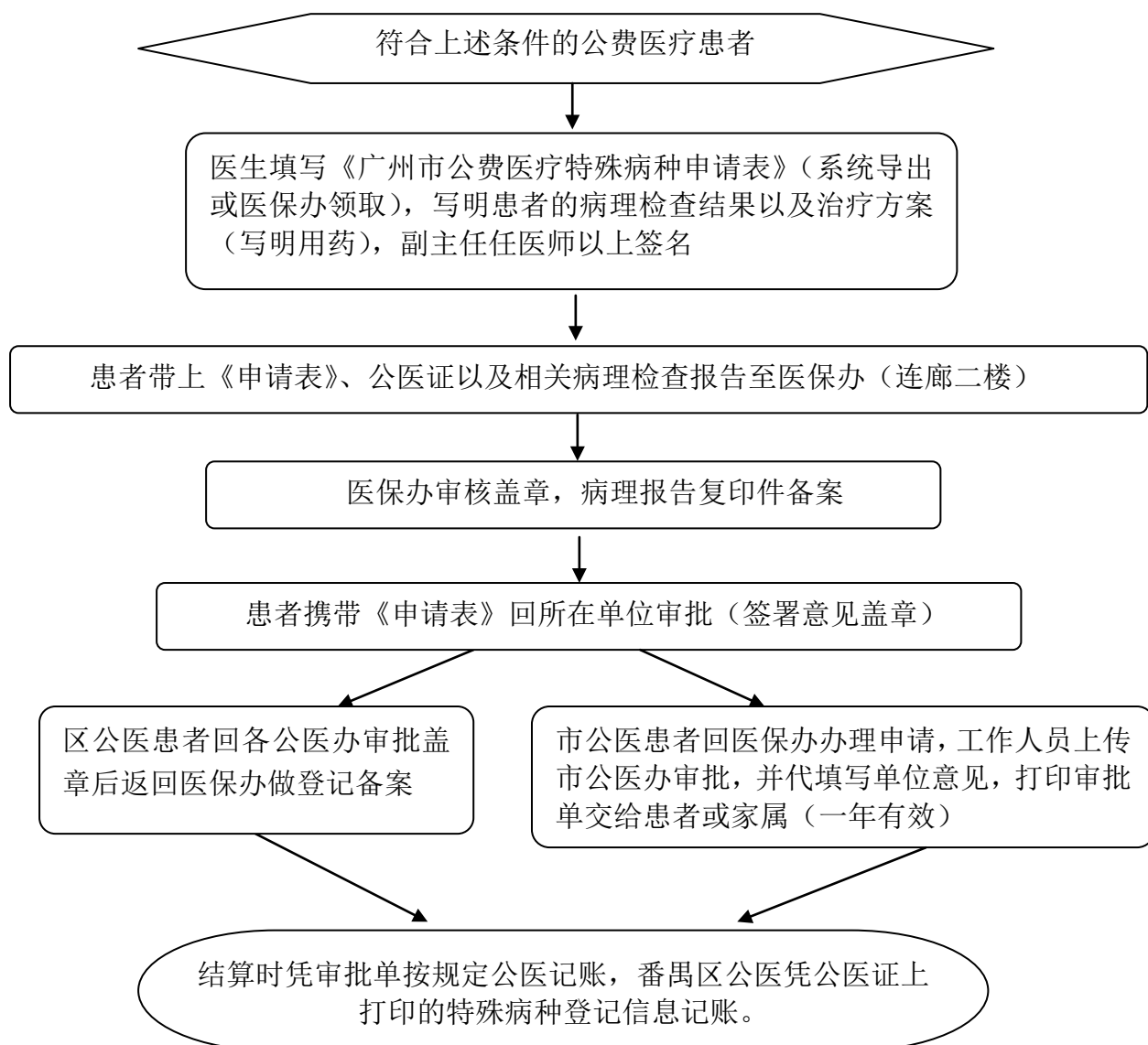
（2）特殊病种门诊不占普通门诊诊次、同时上述药品不设门诊药费限额及住院床日药费限额。

3、省公医、市公医离休人员无需办理，白云区公医患者暂时按特殊用药流程申请，不办理该项业务。

4、越秀、天河、黄埔、番禺区公医的特殊病种业务仅限于在我院申请和使用；市公医、海珠、荔湾、南沙及开发区公医则可以全市通用。

5、非小细胞肺癌靶向治疗特殊病种详见非小细胞肺癌靶向治疗就医指引。

特殊病种申办流程：

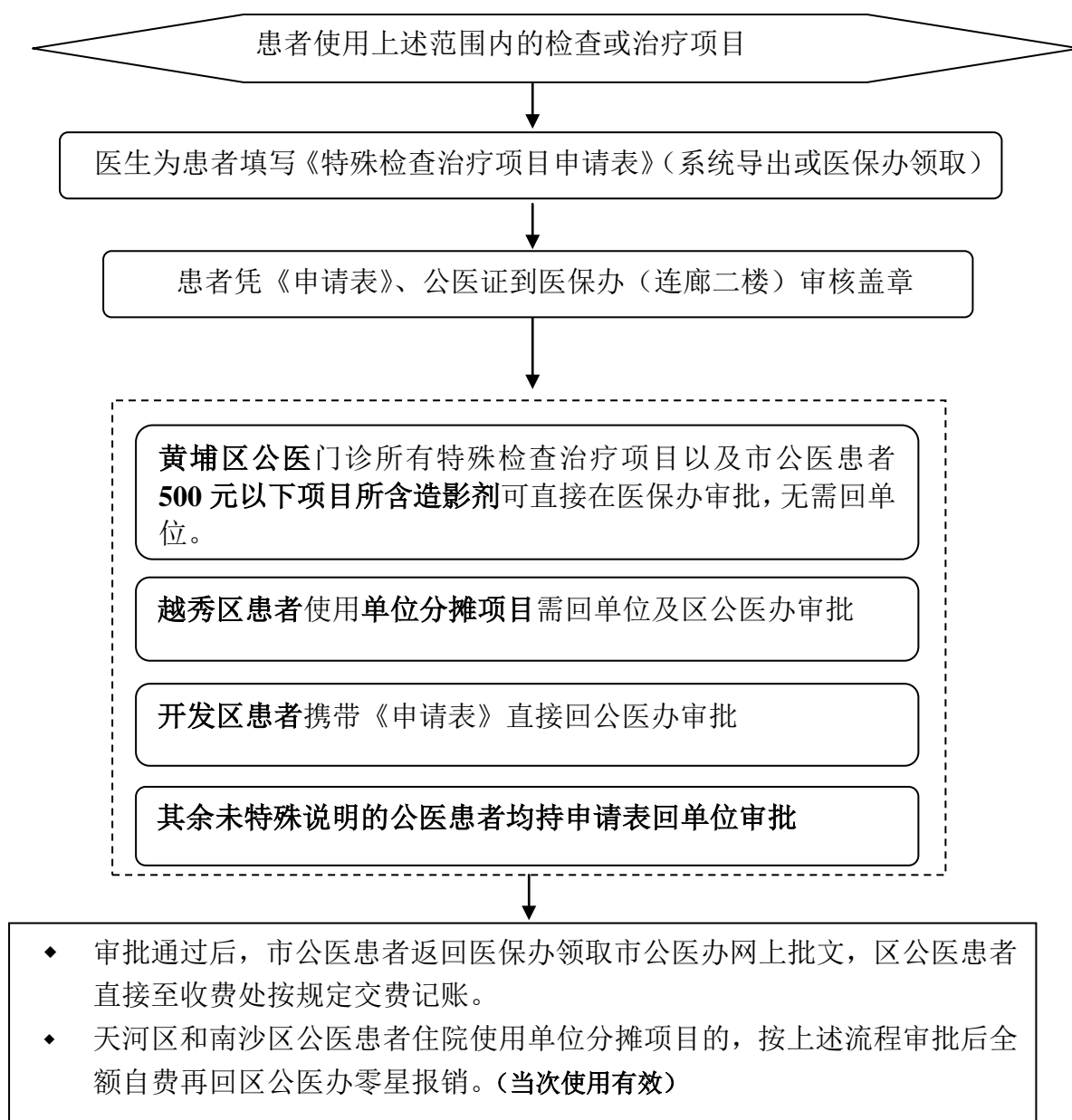


六、特殊检查/治疗项目

1. 申请范围

门诊特殊检查/治疗项目		住院单位分摊项目
患者类别	项目范围	
省公医 市公医	(1) 单项 500 元及以上的检查治疗项目； (2) 所有造影剂（不分价格）。	(1) 市公医、开发区、荔湾区、黄埔区、越秀区、海珠区、番禺区：安装心脏起搏器术、脏器移植（肾、骨髓移植）、心脏瓣膜置换术、冠状动脉成形术、支架植入术、射频消融术、介入栓塞化疗术、各类造影术（统称“市公医项目”）； (2) 天河区、南沙区：市公医项目+骨科人工内固定材料+单项费用超3000 元的检查治疗项目。
越秀、荔湾、海珠、开发区公医	500 元及以上的检查治疗项目（番禺区以项目单价计，其他以项目总价计）	
南沙、天河区、白云区	300 元及以上的检查治疗项目（以项目总价计）	
黄埔区公医	费用超过 500 元的以下项目：CT、MR、ECT、彩超、24 小时动态心电图、人工晶体和体外碎石、X 刀治疗、伽马刀治疗及生物免疫治疗。	
北校区统筹	门诊或住院使用单项超 200 元的检查项目及单项超 300 元的治疗项目时都需先回学校公费医疗管理部门办理审批后再缴费	
眼科医院统筹	使用单项超 300 元以上的检查治疗项目时需先回医院公费医疗管理部门办理审批后再缴费记账	

门诊特殊检查治疗项目及住院单位分摊项目申办流程：



七、 特殊材料记账规定

患者类别	材料类别	记账规定
市公医、越秀区、 开发区、 海珠区、荔湾区、 黄埔区、 南沙区、番禺区	单项费用 ≥ 3000 元的 医保乙类材料，且未规 定最高支付限额。	3000 元 \leq 乙类材料 ≤ 50000 元，个 人先支付 10%后再按规定比例记账； 乙类材料 > 50000 元，个人先支付 20%后再按规定比例记账；
	规定最高支付限额的 材料： 人工晶体：1800 元； 心脏起搏器 50000 元； 血管支架 30000 元	不设先自付比例，低于限额按实际 费用纳入规定比例记账范围； 高出限额部分由患者个人负担
天河区、南沙区	单项费用超 3000 元的 材料费	按规定审批后先自费，回单位零星 报销。
省公医	单价大于 300 元的可 单独收费的一次性医 用材料	个人先支付 5%后再按规定比例记账
	同一治疗项目或同一 种材料费用 ≥ 30000 元	纳入报销范围的材料费用个人先自 付 5%（免自负人员除外），再扣除个 人自负比例后，公医记账 55%，单位 负担 45%。
	规定最高支付限额的 材料： 人工晶体：3000 元； 心脏起搏器 50000 元； 血管支架 30000 元	不设先自付比例，低于限额按实际 费用纳入规定比例记账范围； 高出限额部分由患者个人负担

八、 住院管理

1、患者因病情需要在我院住院治疗，应入院 5 个工作日内凭医院出具《广州市公费医疗住院备案申请表》回所在单位办理完住院备案手续(离休人员除外)；备案通过的，本次住院发生的医疗费用可按规定予以记帐结算（详见**住院备案流程**）。省公医、白云区公医、市公医患者无需办理住院备案手续。

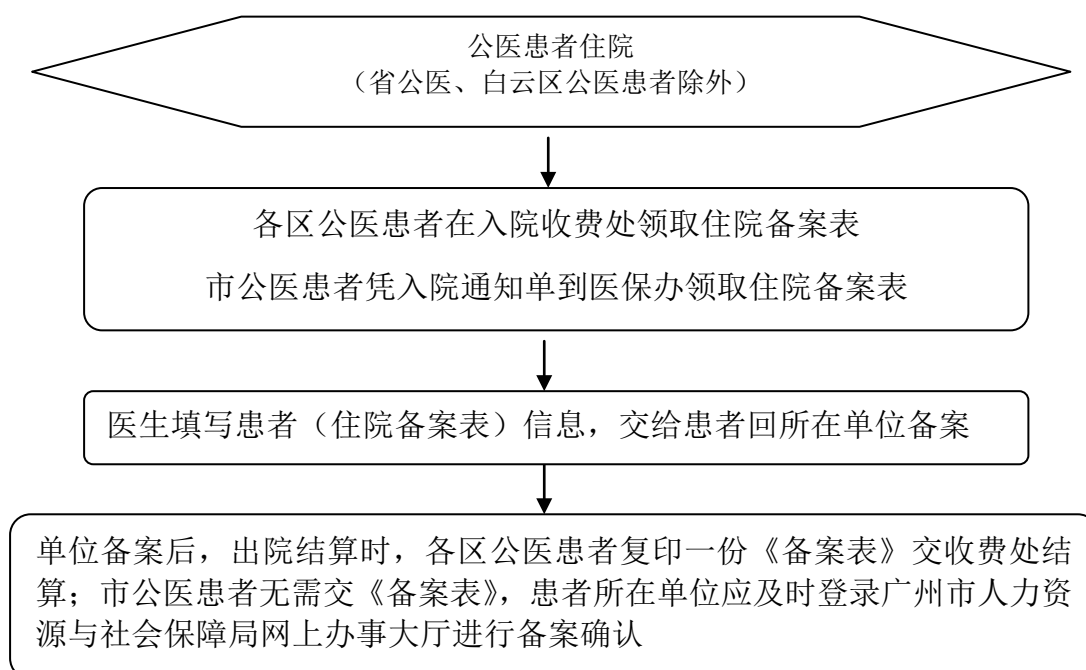
2、患者住院期间，可以享受“特殊病种（门特）”和“特殊检查/治疗”项目待遇。

3、已办理住院备案的患者，并已申办通过“特殊病种”的，住院期间因病情需要使用《抗肿瘤治疗药品范围》、《抗肿瘤辅助治疗药品范围》内的专科药品治疗以及特殊检查/治疗项目，除单位分摊项目外无需再审批（详见**住院单位分摊项目申办流程**）。使用“三个目录”范围内的其他药品，仍按原公费医疗有关规定执行。

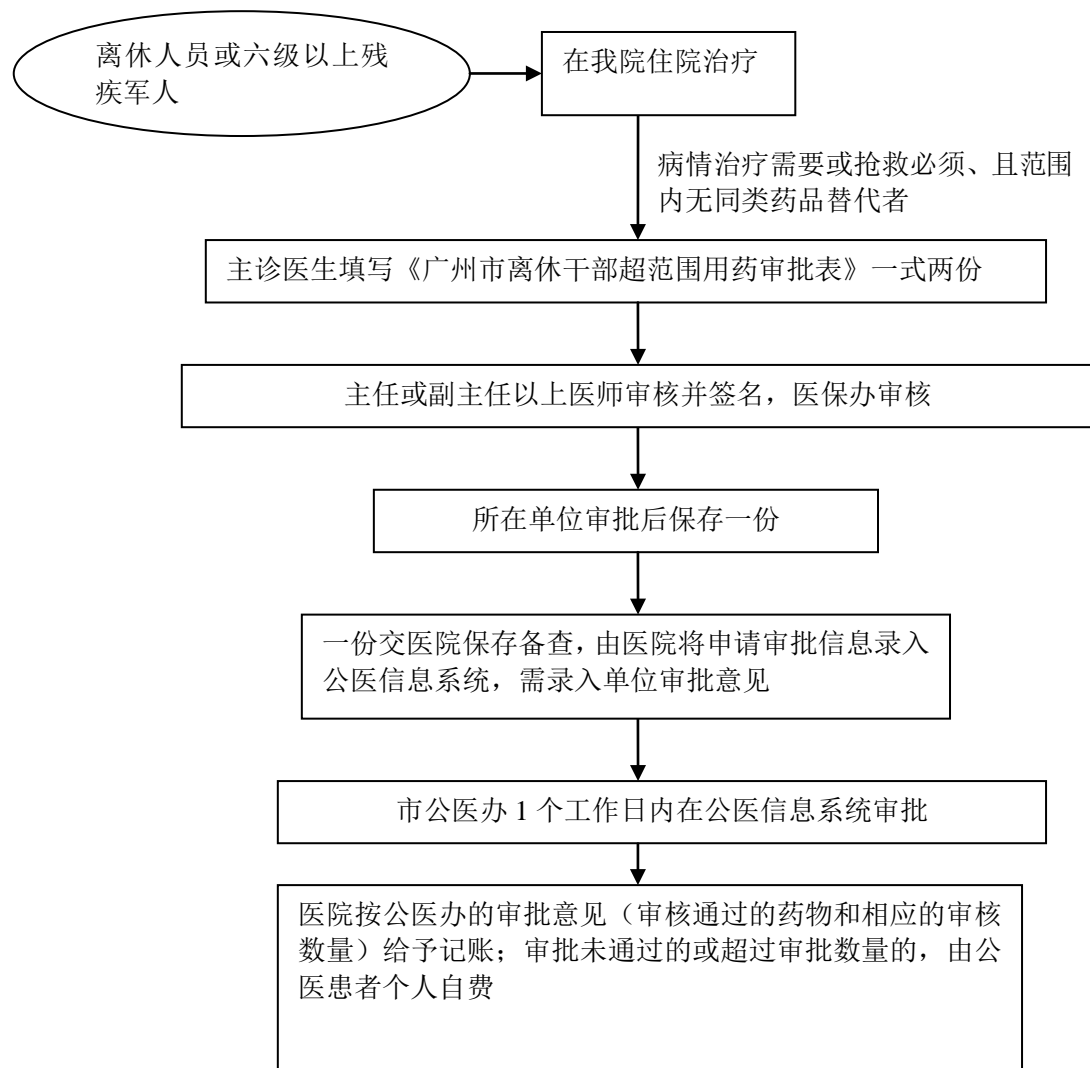
4、住院期间使用“三个目录”外的自费药品和诊疗项目，主治医师须先征得患者或家属的同意并签《自费项目知情同意书》；市公医离休干部患者使用超目录范围用药需说明属抢救治疗所需且目录内无可替代药品，并且需要办理相关审批手续后可以享受记帐待遇（详见**离休干部超目录流程**）。

5、公医患者不得办理虚假冒名住院，不得办理挂床住院；如住院 90 天，应办理一次中途医疗费用记账结算；出院带药不超过 7 日量，不带检查单和治疗项目出院。

住院备案流程：



离休干部超目录范围用药申办流程：



说明：

- （1）凡符合条件住 ICU/CCU 的患者不受病种限制；
- （2）用药申请需提前办理，抢救用药需在 5 个工作日内补办完申请；
- （3）审批有效期为一个 住院周期；
- （4）《申请表》中“病情诊断和申请理由”栏应简明扼要说明病情治疗需要或抢救必须且范围内无同类药品替代。

九、附录

（一）指定慢性病（门慢）

高血压病、冠心病、慢性心力衰竭（心功能 III 级以上）、心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗、帕金森病、癫痫、糖尿病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、肝硬化（失代偿期）、慢性肾小球肾炎、慢性肾功能不全（非透析）、慢性阻塞肺疾病、精神分裂症、阿尔茨海默病、情感性精神病（躁狂发作、抑郁发作及双相障碍）。

（二）门诊特殊病种（门特）

恶性肿瘤治疗、尿毒症透析治疗、非小细胞肺癌靶向治疗、慢性丙型肝炎治疗、肾脏/肝脏移植术后抗排异治疗、慢性再生障碍性贫血、家庭病床、血友病、重型 β 地中海贫血、（心脏、肺脏、骨髓移植术后抗排异治疗）、耐多药肺结核、慢性乙型肝炎、小儿脑性瘫痪、艾滋病病毒感染。

（三）住院期间进行的特殊检查/治疗除单位分摊项目

安装心脏起搏器、脏器移植（肾、骨髓移植）、心脏瓣膜置换术、冠状动脉成形术、支架植入术、射频消融术、介入栓塞化疗术以及各类造影术等。

（四）公费医疗恶性肿瘤用药（二级目录）（略）

二级目录指《广州市公费医疗抗肿瘤治疗药品目录》及《广州市公费医疗抗肿瘤辅助治疗药品范围》。

（以上内容供参考，具体条款以相关文件为准）

医务处 医保办

2016 年 1 月 4 日