附件 1

安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（2023 版）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
| 重复收费 | 1 | “普通心脏 M 型超声检查 ”、“普通二维超声 心动图 ”与“心脏彩色多普勒超声 ”同时收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“心脏彩色多普勒超 声检查 ”与“普通心脏 M 型超声检查、普通二维超声心动 图 ”不得同时收取费用。 |  |
| 2 | 单次手术中， “经皮冠状动脉内支架置入术 （STENT） ”与 “ 经皮冠状动脉腔内成形术 （PTCA） ”同时收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“经皮冠状动脉内支 架置入术（STENT） ℽ（编码 320500003），项目内涵为：放 置冠脉内支架而进行的球囊预扩张和支架打开后的支架内 球囊高压扩张及术前的靶血管造影。计价说明： 以扩张一支 冠脉血管为基价，扩张多支血管加收 20%。 |  |
| 3 | 单次手术“经皮冠状动脉内溶栓术 ”与“冠状 动脉造影术 ”同时收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“经皮冠状动脉内溶 栓术 ”（编码 320500011）的项目内涵包含“冠状动脉造影 ”。 |  |
| 4 | 行“冠状动脉搭桥术 ”，同时又收取搭桥血管 材料的获取术费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“冠状动脉搭桥术 ” （编码 330802003）的项目内涵包含搭桥血管材料的获取术。 |  |
| 5 | 仅行“经皮超选择性动脉造影术 ”，或者行“经 皮选择性动脉造影术 ”，同时收取两项费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“经皮选择性动脉造  影术 ”不含脑血管及冠状动脉。  根据《全国医疗服务价格项目规范》（2012 年版），“经皮 超选择性动脉造影术 ”仅适用于经皮穿刺插管超选择性肝动 脉(肝叶、肝段)造影。 |  |
| 6 | 收取经腹腔镜手术费，同时又收取腹腔镜加收 费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，已注明为经腹腔镜手 术或操作，定价时已增加了使用腹腔镜成本。 |  |
| 7 | 收取经宫腔镜手术费，同时又收取宫腔镜加收 费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，已注明为经宫腔镜手 术或操作，定价时已增加使用宫腔镜成本。 |  |
| 8 | 收取“手术使用电钻加收 ”费，同时又收取非 除外耗材“扩孔钻 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，已注明项目为“手术 使用电钻加收 ”费，定价时已包含使用电钻成本。 |  |
| 9 | 收取静脉输液费，同时又收取一次性注射器等 费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，可以收取留置针，专 用输液器（ 一次性避光输液器，一次性精密过滤输液器，一 次性使用自动止液输液器），但不得再收取其它耗材费。 |  |

2

— —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 10 | 收取临床化学检查类项目（编码开头为 2503） 费，同时加收“各类特殊采血管 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，临床化学检查类项目 （编码开头为 2503）内涵包含“各类特殊采血管 ”。 |  |
| 11 | 收取“住院中医辨证论治 ”费，同时又收取“住 院诊察 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“住院诊察费 ”指医 务人员对住院患者进行的日常诊察工作； “住院中医辨证论 治 ”指由中医、中西医结合医务人员对住院患者提供的中医 诊疗服务。二者均属于住院诊察类收费，不应同时收取。 |  |
| 12 | 收取“ 中药蒸汽浴治疗 ”费，同时又收取“ 中 药熏洗治疗、中药熏药治疗 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 中药蒸汽浴治疗 ” 费与“ 中药熏洗治疗、中药熏药治疗 ”费不应同时收取。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业资质、仪器设备 及使用、诊疗记录和患者方签字 确认等情况进行复核， 以防虚构 诊疗项目或虚记、虚增收费。 |
| 13 | 收取“温针灸治疗 ”费，同时又收取“普通针 刺 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，收取“温针灸治疗 ” 费，不再收取“普通针刺 ”费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业资质、设备耗材 进销存及使用、诊疗记录和患者 方签字确认等情况进行复核， 以 防虚构诊疗或虚记、虚增收费。 |
| 14 | 收取“普通电针治疗 ”费，同时又收取“普通 针刺 ”、“特殊穴位针刺 ”、“特殊手法针刺 ” 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，收取“普通电针治疗 ” 费用不应再收取“普通针刺 ”、“特殊穴位针刺 ”、“特殊 手法针刺 ”费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业资质、耗材进销 存及使用、诊疗记录和患者方签 字确认等情况，进行复核， 以防 虚构诊疗项目或虚记、虚增收费。 |
| 分解（重复） 收费 | 15 | 将“血液透析滤过 ”项目分解为“血液透析 ”、 “血液滤过 ”，并同时收费。 | 根据《全国医疗服务价格项目规范》（2012 年版）规定，“血 液透析滤过 ”项目内涵：使用血液透析滤过机和相应管路， 将病人血液引出体外并利用血液滤过器进行血液透析加滤 过治疗，从血液滤过器前或者后注入在线产生的置换液。需 要置换液滤过装置。 |  |
| 16 | 行 CRRT 治疗，收取连续性血液净化费同时又收 取血液滤过、血液透析滤过费。 | 根据《全国医疗服务价格项目规范》（2012 版），连续性肾 脏替代治疗（CRRT）含连续性血液滤过、连续性血液透析、 连续性血液透析滤过、缓慢单纯超滤、高容量血液滤过、缓 慢低流量每日透析等。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 17 | 收取“血液灌流 ”费，同时又收取“血液透析 ” 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“血液灌流 ”项目内  涵含透析、透析液。 |  |
| 18 | 收取“支气管舒张试验”费，同时又以“肺通气功 能检查”“床边简易肺功能测定”等方式收取项目 内涵已包含的2 次肺通气功能测定费。 | 根据《省项目价格目录（2022 版）》，“支气管舒张试验 ”  项目内涵包含肺通气功能测定 2 次。  “肺通气功能检查 ”含最大通气量。 |  |
| 19 | 收取“麻醉中监测 ”费，同时又以“气道阻力 测定 ”“持续呼吸功能检测 ”等方式重复收取 “麻醉中监测 ”项目内涵已包含的呼吸功能测 定费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“麻醉中监测 ”项目内 涵包含心电图、脉搏氧饱和度、脑氧饱和度（增加）、 心率变 异分析、ST 段分析、无创血压、 呼气末二氧化碳、呼吸频率、 潮气量、 分钟通气量、气道压、肺顺应性、呼气末麻醉药浓度、 体温、有创血压、中心静脉压、氧浓度、肌松、脑电双谱指数。 “持续呼吸功能检测 ”项目内涵含潮气量、气道压力、顺应性、 压力容积、Pol、最大吸气压。 |  |
| 20 | 收取“上消化道造影 ”费，同时收取“食管造 影 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“上消化道造影 ”项  目内涵包含食管、 胃、十二指肠造影。 |  |
| 21 | 行“人工膝关节表面置换术 ”，与手术步骤过 程项目“关节滑膜切除术、膝关节清理术、半 月板切除术、髌韧带成形术、髂胫束松解术、 下肢血管探查术、髌骨半脱位外侧切开松解术、 股骨下端截骨术、胫骨高位截骨术 ”同时收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“人工膝关节表面置换 术 ”项目内涵适于膝关节器质性病变的治疗。切除病变膝关节 关节面，松解、修复病变的关节软组织，置换人工膝关节表面 假体经膝关节前路切开，显露病变的膝关节，清除增生的骨赘 和瘢痕，切除病变的关节滑膜，按下肢的冠状轴线、矢状轴线 和膝关节的旋转轴线进行精确的截骨，根据病人关节的特点进 行个性化的软组织平衡处理，调整截骨后的屈伸间隙，并使之 相等，安放假体试模测试完全合适之后，使用骨水泥安装人工 膝关节表面假体，用抗生素盐水加压冲洗术野，放置引流，缝 合，有可能在术中使用 X 透视或导航。不含术中 X 线透视、 导航。 |  |
| 22 | 行“脊柱椎间融合器植入植骨融合术 ”，与手 术步骤过程项目“脊髓和神经根粘连松解术、 胸腰椎骨折切开复位内固定术、椎管扩大减压 术 ”同时收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“脊柱椎间融合器植 入植骨融合术 ”包含脊髓神经根松解、椎板切除减压、脊髓 探查、骨折切开复位等操作步骤过程。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 23 | 收取“根尖切除术 ”费，同时又收取“根尖搔 刮术 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“根尖切除术 ”项目 内涵包含根尖搔刮、根尖切除、倒根充、根尖倒预备。 |  |
| 24 | 收取“骨穿刺术 ”费，同时又收取“活检 ”、 “加压包扎 ”或“弹性绷带 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“骨穿刺术 ”含活检、 加压包扎及弹性绷带。 |  |
| 25 | 收取“运动疗法 ”费，同时又收取项目内涵“全 身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、 器械训练、步态平衡功能训练、呼吸训练 ”费。 “运动疗法 ”与“偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合 训练 ”同时收取 2 项及以上费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“运动疗法 ”的项目 内涵包括全身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、器 械训练、步态平衡功能训练、呼吸训练。限器质性病变导致 的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者，与偏瘫、脑瘫 或截瘫肢体综合训练同时使用时，只支付其中一项。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、诊 疗记录和患者方签字确认等情况 进行复核， 以防将康复诊疗项目 分解或虚记、虚增收费。 |
| 26 | 静脉输血时收取一次性输血器带针等非除外耗 材费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，静脉输血中除外内容 无输血器。 |  |
| 27 | 心脏介入手术收取“一次性使用冠状动脉造影 注射器、一次性使用连通板、造影剂推入器、 压力延长管 ”等非除外耗材费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，该类医用材料均不应 单独收费并纳入医保基金支付结算。 |  |
| 28 | 血液透析、连续性血液净化中非除外耗材（ 一 次性使用透析护理包、透析干粉、肝素帽、废 液袋、干粉桶置换液等）及生理盐水单独收取 费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，该类医用材料均不应 单独收费并纳入医保基金支付结算。 |  |
| 串换收费 | 29 | 将“指脉氧监测 ”串换为“血氧饱和度监测 ” 收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 血氧饱和度监测 ” 收费标准高于“指脉氧监测 ”。医疗机构实际提供的服务为 指脉氧监测。 |  |
| 30 | 将“胎心监测 ”串换为“胎儿心电图 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》， “胎儿心电图 ”收 费标准高于“胎心监测 ”。医疗机构实际提供的服务为胎心 监测。 |  |
| 31 | 将“显微摄影术 ”串换为“病理体视学检查与 图象分析 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 病理体视学检查 与图象分析 ”（计价标准为 100 元/次）、“显微摄影术 ” （计价标准为 45 元/每视野）。医疗机构实际提供的服务为 显微摄影术。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 32 | 将低标准收费的检验方法串换为高标准收费的 检验方法。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》规定，应按实际项目（方 法）收费，不得将医保可支付低收费项目串换，套高收费项 目。 |  |
| 33 | 将未使用金标法开展的检验项目按金标法收 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，使用“ 金标法 ”的 检验项目收费标准高于未使用“金标法 ”的检验项目。医疗 机构实际提供的检验项目并未使用金标法。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备或耗材进销存及使用、诊 疗记录和患者方签字确认等情况 进行复核， 以防串换诊疗项目或 虚记、虚增收费。 |
| 34 | 将临床使用的国产仪器、试剂串换为进口仪器、 进口试剂，并加收费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、医用设备或耗材进行收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备或耗材进销存及使用、诊 疗记录和患者方签字确认等情况 进行复核， 以防串换诊疗项目或 虚记、虚增收费。 |
| 35 | 将“细菌涂片检查 ”串换为“体液细胞学检查 与诊断 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》， “ 体液细胞学检查 与诊断 ”（计价标准 60 元/例） ， “细菌涂片检查 ”（计 价标准为 10 元/项） 。医疗机构实际提供服务为细菌涂片检 查。 | 应按实际开展项目（方法）收费。 |
| 36 | 行有创性血流动力学监测（床旁），将“心电、 压力连续示波监测 ”串换为“心排血量测定 ” 收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，有创性血流动力学监 测（床旁） （编码 310702001）分为心电、压力连续示波监 测（计价标准为 30 元/小时）及心排血量测定（计价标准为 800 元/次）。 | 应按实际开展项目（方法）收费。 |
| 37 | 将“低频脉冲电治疗 ”串换为“ 中频脉冲电治 疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 中频脉冲电治疗 ” 收费标准高于“低频脉冲电治疗 ”。医疗机构实际提供的服 务为低频脉冲电治疗。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防将不同的诊疗项目串换， 并套用高标准收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 38 | 将“护架烤灯 ”串换为“ 电磁波热疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 电磁波热疗 ”（计 价标准为 204 元/次）、“护架烤灯 ”（计价标准为 2.4 元/ 千瓦时）。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防将不同的诊疗项目串换， 并套用高标准收费。 |
| 39 | 将“可见光治疗 ”串换为“红光治疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“可见光治疗 ”（计 价标准为 9.6 元/每个照射区） 、“红光治疗 ”（计价标准 为 30 元/每个部位），应按实际项目（方法）收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防将不同的诊疗项目串换， 并套用高标准收费。 |
| 40 | 将“周围神经毁损术 ”（疼痛科） 串换为“周 围神经嵌压松解术 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“周围神经毁损术 ”  属于 3 类，为医保基金不予支付项目。 | 不得将医保基金不予支付项目串 换为支付项目，进行收费。 |
| 41 | 将“腰骶部潜毛窦切除术 ”串换为“肛周常见 疾病手术治疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“腰骶部潜毛窦切除 术 ”属于 3 类，为医保基金不予支付项目。 | 不得将医保基金不予支付项目串 换为支付项目，进行收费。 |
| 42 | 将“经皮肿瘤射频消融术 ”串换为“射频消融 术 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“经皮肿瘤射频消融 术 ”属于 3 类，为医保基金不予支付项目。 | 不得将医保基金不予支付项目串 换为支付项目，进行收费。 |
| 43 | 将“ 围术期体温保护 ”串换为“血液加温治疗 ” 收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 围术期体温保护 ”  属于 3 类，为医保基金不予支付项目。 | 不得将医保基金不予支付项目串 换为可支付项目，进行收费。 |
| 44 | 将“微波治疗 ”等项目串换为“深部热疗 ”收 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“微波治疗 ”（计价 标准为 24 元/每部位）、“深部热疗 ”（计价标准为 240 元 /次）。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防将不同的诊疗项目串换， 并套用高标准收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 45 | 将“ 电子灸治疗（或温针灸治疗) ”串换为“天 灸治疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》， “天灸治疗 ”收费 标准高于“ 电子灸治疗（或温针灸治疗) ”。  医疗机构实际提供的服务为电子灸治疗（或温针灸治疗)。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备或耗材进销存及使用、诊 疗记录和患者方签字确认等情况 进行复核， 以防串换诊疗项目或 虚记、虚增收费。 |
| 46 | 将“普通针刺 ”、“针刺运动疗法 ”串换为“温 针灸治疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版） 》， “普通针刺 ”为 44 元/次， “针刺运动疗法 ”为 30 元/次， “温针灸治疗 ”为 50 元/次。  收取“温针灸治疗 ”费，不应另收取“普通针刺 ”费。 应按照实际开展的诊疗项目（方法）收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、耗 材进销存及使用、诊疗记录和患 者方签字确认等情况进行复核， 以防串换诊疗项目或虚记、虚增 收费。 |
| 47 | 将“ 中药熏药 ”串换为“ 中药熏洗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》， “ 中药熏洗 ”收费 标准高于“ 中药熏药 ”。医疗机构实际提供的服务为中药熏 药。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、耗 材进销存及使用、诊疗记录和患 者方签字确认等情况进行复核， 以防串换诊疗项目或虚记、虚增 收费。 |
| 48 | 将“ 中药熏药 ”或“ 中药熏洗 ”串换为“ 中药 蒸气浴治疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 中药蒸气浴治疗 ” 收费标准高于“ 中药熏洗 ”“ 中药熏药 ”。医疗机构实际 提供的服务为中药熏洗或中药熏药。 |
| 49 | 将“ 中医定向透药疗法 ”串换为“穴位贴敷疗 法 ”收费。 | 根据《省项目目录（2018 版）》，“ 中医定向透药疗法 ”支 付分类为 3，为医保基金不予支付项目。  根据《省价格项目目录（2022 版）》规定，“穴位贴敷疗法 ” 支付分类为 1，为医保基金支付项目。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、耗 材进销存及使用、诊疗记录和患 者方签字确认等情况进行复核， 以防将不属于医保基金支付项目 串换为可支付诊疗项目收费。 |
| 50 | 将“ 中药热奄包治疗 ”，串换为“ 中药封包治 疗 ”收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 中药热奄包治疗 ” （计价标准 15 元/每部位），“ 中药封包治疗 ”（计价标准 为 35 元/每部位）。医疗机构实际提供服务为中药热奄包治 疗。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业资质、耗材进销 存及使用情况、诊疗记录和患者 方签字确认等进行复核， 以防虚 构诊疗项目或虚记、虚增收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 51 | 将“热磁疗贴 ”“膏药贴 ”“雷火灸贴 ”等医 用耗材串换为“穴位贴敷治疗 ”“雷火灸 ”等 相应的治疗项目收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，中医治疗项目有明确 的项目内涵和操作规范。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、耗 材进销存及使用、诊疗记录和患 者方签字确认等情况进行复核， 以防将不可支付的耗材串换为医 保可支付项目收费。 |
| 过度诊疗 | 52 | 未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套 开展，如：“C-反应蛋白 ”与“超敏 C-反应蛋 白 ”，“粪便常规 ”与“粪寄生虫镜检 ”、“粪 寄生虫卵集卵镜检 ”、“粪寄生虫卵计数 ”同 时收费。 | 应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。 |  |
| 53 | 未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套 开展，开展尿常规检查时,同时收取尿沉渣定量 费用的人次比例过高。 |  |
| 54 | 未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套 开展，开展血常规检查时，同时收取网织红细 胞计数(Ret)费用的人次比例过高。 |  |
| 55 | 未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套 开展，开展血气分析检查时,同时收取钾测定、 钠测定、氯测定、血清碳酸氢盐测定测定、直 接胆红素、总胆红素、葡萄糖测定等费用的人 次比例过高。 |  |
| 56 | 住院患者中，收取疼痛综合评定、康复评定、 日常生活能力评定费用的人次比例过高。 | 应依据诊疗规范合理开展康复类治疗。 |  |
| 超标准收费 | 57 | 未按实际发生次数收取“血透监测 ”费用，  “血透监测 ”次数大于（血液透析、血液灌流、 血液滤过、血液透析滤过、连续性血液净化等） 频次之和。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 58 | 行介入手术，收取“换药（大）、换药（特大）ℽ 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“换药（大） ”指符 合下列任一情况者：感染伤口，缝合 11-30 针伤口拆线，中 度烧伤伤口，多个褥疮，皮瓣移植物伤口，大棉垫 1-2 块， 渗出 50-100 毫升伤口等。消毒铺巾，更换敷料，引流物， 包扎固定。  “换药（特大） ”指符合下列任一情况者：特殊感染伤口， 缝合 30 针以上伤口拆线，重度及特重度烧伤伤口，多个褥 疮感染，体表大于 10%的皮瓣移植物及化学武器伤口，特殊 部位伤口(会阴、切口裂开、内脏、软组织及皮下)，纱布需 50 块以上者，大棉垫 3 块以上，渗出大于 100 毫升伤口等。 消毒铺巾，更换敷料，引流物，包扎固定。 |  |
| 59 | 仅行局部麻醉收取“麻醉中监测 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“麻醉中监测 ”项目 内涵包含心电图、脉搏氧饱和度、脑氧饱和度（增加）、 心 率变异分析、ST 段分析、无创血压、 呼气末二氧化碳、呼 吸频率、潮气量、 分钟通气量、气道压、肺顺应性、呼气 末麻醉药浓度、体温、有创血压、中心静脉压、氧浓度、肌 松、脑电双谱指数。  行局部麻醉无需“麻醉中监测 ”，不应收取“麻醉中监测 ” 费。 |  |
| 60 | 收取“ 四肢血管彩色多普勒超声 ”费，增加一 个肢体按全价收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，增加一个肢体只能加 收 60 元。 |  |
| 61 | “C 型臂术中透视 ”超使用时长收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》“C 型臂术中透视 ”150 元/半小时，不足半小时按半小时计。 |  |
| 62 | 通过无机盐氧化比色法（含钒酸盐氧化法、改 良 J-G 法和 3,5-二氯苯重氮四氟硼酸盐法等通 过分光光度比色）开展“血清总胆红素测定 ”、 “血清直接胆红素测定 ”时，超标准收取速率 法加收费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》 ，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 63 | 未达到保护性隔离条件，收取“保护性隔离护 理 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“保护性隔离护理 ” 指用于抵抗力低或极易感染患者的护理。了解患者病情及血 象，评估病情及合作情况等，洗手，戴口罩、帽子，穿隔离 衣，戴手套，做好解释取得配合，注意保护患者，患者用物 经消毒后带入房间，餐具每日消毒，便后清洁肛门，每日房 间紫外线空气消毒，定期做隔离 环境的细菌学采样检测，  限制探视。 |  |
| 超 范 围 执 业 （资质不符） | 64 | 无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取 “麻醉分析 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“麻醉分析 ”属精神  专科治疗项目。 | 施治对象为精神类疾病患者，其 诊疗服务的提供者应为精神专科 医师。 |
| 65 | 无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取 “眼动检查 ”或“脑功能检查 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“ 眼动检查 ”和“脑  功能检查 ”属精神专科特殊检查项目。 |
| 66 | 无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取 “暴露和半暴露疗法 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“暴露和半暴露疗法 ” 属精神专科治疗项目。 |
| 67 | 无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取 “韦氏智力测验 ”“智能电针治疗 ”脑电治疗 ” “宗氏抑郁自评量表 ”“精神科 A 类量表 ”“精 神科 B 类量表 ”“精神科 C 类量表 ”测查及各 种能力测验等精神、心理类诊疗项目费用。 | 不得无资质开展诊疗服务，并纳入医保基金结算支付。 | 施治对象为精神类疾病患者，其 诊疗服务的提供者应为精神专科 医师。 |
| 68 | 无中医、康复等相应资质开展诊疗服务，收取 中医、康复治疗费用。 | 不得无资质开展诊疗服务，并纳入医保基金结算支付。 |  |
| 违法或  不合理支付 | 69 | 将依法应当由工伤保险基金支付的费用，违法 违规纳入医保基金支付结算。 | 根据《中华人民共和国社会保险法》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。 ” | 将依法不应由医保基金支付的费 用，纳入医保支付结算，涉嫌违 法违规。 |
| 70 | 将依法应当由第三人负担的医疗费用，违法违 规纳入医保基金支付结算。 |
| 71 | 将医疗纠纷、医疗事故产生的医疗费用，违法 违规纳入医保基金支付结算。 |
| 72 | 将积累科研资料的“病理大体标本摄影 ”费用 纳入医保支付。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，积累科研资料的摄影 不得计费，并纳入医保基金支付。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
| 虚构医疗服务 | 73 | 无紫外线治疗仪器，收取“紫外线治疗 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核， 以虚构诊疗项目进行收费。 |
| 74 | 无微波电子针灸仪，收取“微波针治疗 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防虚构诊疗项目进行收费。 |
| 75 | 未开展电磁波热疗，收取“ 电磁波热疗 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防虚构诊疗项目进行收费。 |
| 76 | 行“血透监测 ”时，未行“动脉内压力监测 ”， 收取“动脉内压力监测 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“血透监测 ”项目内 涵包含“血温、血压、血容量、在线尿素监测 ”。 | 应按实际开展诊疗项目、次数收 费，不得虚构或虚增收费。 |
| 77 | 未行“超声检查实时录象 ”而收取该项目费用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、医 用设备进销存及使用、诊疗记录 和患者方签字确认等情况进行复 核，以防虚构诊疗项目进行收费。 |
| 78 | 未行“肺动脉压和右心房压力监测 ”收取该费 用。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数等收费，不得虚构或虚增收费。 |  |
| 79 | 行“呼气试验（碳 14） ”检验，并未行幽门螺 杆菌培养，收取“幽门螺杆菌培养及鉴定 ”费。 | 根据《省项目价格目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数等收费，不得虚构或虚增收费。 |  |
| 80 | 未设药物集中配置中心，收取“抗肿瘤化疗药 物/肠外营养液集中配置 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 81 | 无“重症监护 ”服务设施，收取“重症监护 ” 费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。 |  |
| 82 | 未行麦吉尔疼痛问卷评定、视觉模拟评分法评 定、慢性疼痛状况分级，无人工报告，收取“疼 痛综合评定 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“疼痛综合评定 ”项 目内涵：进行麦吉尔疼痛问卷评定，视觉模拟评分法评定， 慢性疼痛状况分级等，对患者疼痛的部位、程度、性质、频 率和对日常生活的影响等方面进行综合评定。需有人工报 告。 | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、诊 疗护理相关记录和患者方签字确 认等情况进行复核， 以防虚构诊 疗项目进行收费。 |
| 83 | 未行康复治疗，收取“ 日常生活能力评定 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“日常生活能力评定 ” 在“康复类治疗 ”项目内，并计价说明规定“限本目录所列 康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。 ” | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、诊 疗护理相关记录和患者方签字确 认等情况进行复核， 以防虚构诊 疗项目进行收费。 |
| 84 | 未行康复治疗，收取“康复评定 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，康复评定计价说明， “有明确的功能障碍；评定由 3 名以上专业人员开展，至 少包含两个评估项目；一个住院周期收费不超过三次；两次 评定间隔时间不短于 14 天。 ” | 结合现场检查，对病历、医嘱和 执业范围、执业人员及资质、诊 疗护理相关记录和患者方签字确 认等情况进行复核， 以防虚构诊 疗项目进行收费。 |
| 医保管理 不规范 | 85 | 医院外送第三方检测、检验报告真实性，与患 者相关信息不一致，存在两名以上患者的心电 图、超声、CT 诊断报告、图像一致，甚至有性 别、体征混淆等情况。 | 根据《医疗保障基金使用监督管理条例》，此行为涉嫌虚构 检查、治疗项目，或伪造医疗文书。 |  |
| 86 | 进销存管理不规范，药品、耗材销售数量与其 实际采购数量、期初库存数量之和不符，账实 不符。 | 根据《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议》（2022 版）， 第 22 条“ 乙方严格按照有关规定购进、使用、管理药品和 医用耗材，建立购进、销售、库存（简称“进销存 ”）电子 台账，留存相关凭证和票据。 电子台账一般应包括：通用名 称、编码、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产 地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等 信息，确保其使用的可追溯性， 甲方可以根据医保管理的需 要调查了解上述信息。”  第 75 条“未开展药品、医用耗材进销存管理，或者未建立 药品、医用耗材的进销存电子台账以及留存相关凭证、票据 的。” |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | 87 | 不按规定采购并优先使用国家和省开展集中带 量采购的药品和医用耗材。 | 按照《安徽省公立医疗卫生机构药品耗材设备集中招标采购 办法》（皖卫药〔2015〕6 号），公立医疗机构应在省级药械 采购平台采购十大类高值医用耗材。  根据《国家医保局 国家发展改革委 工业和信息化部 财 政部 国家卫生健康委 市场监管总局 国家药监局 中央 军委后勤保障部关于开展国家组织高值医用耗材集中带量 采购和使用的指导意见》（医保发〔2021〕31 号），所有公立 医疗机构（含军队医疗机构）均应按规定参加高值医用耗材 集中带量采购，医保定点社会办医疗机构可按所在省（自治 区、直辖市）的相关规定， 自愿参加集中带量采购。  医疗机构应优先采购集中采购中选产品，制定优先使用中选 产品的院内诊疗路径，并按采购合同完成约定采购量。医务 人员应在合理诊疗原则下，优先使用中选产品。对不按规定 采购和使用中选产品的医疗机构，在公立医院绩效考核、医 保总额指标制定、定点协议管理考核、医疗机构负责人目标 责任考核中予以惩戒。 |  |
| 其它问题 | 88 | 非心脏电生理内手术收取“射频消融术 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“射频消融术 ”（编 码：310702004）3600 元/次，属于 310702 心脏电生理诊查 类目。 |  |
| 89 | 静脉注射阿替普酶溶栓收取“经皮静脉内溶栓 术 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“经皮静脉内溶栓术 ” （编码为 320100008），32 分类为经血管介入治疗。 |  |
| 90 | 行纤维胃镜检查时，通过染色筛查幽门螺杆菌， 收取“幽门螺杆菌培养及鉴定 ”费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，应按实际诊疗项目、 次数、耗材收费，不得虚构、虚增项目收费。 |  |
| 91 | 细菌培养结果为阴性的情况下，仍收取“常规 药敏定性试验 ”、“常规药敏定量试验 ”、“联 合药物敏感试验 ”等费用。 | 细菌培养阴性，无需行药敏试验，不符合诊疗逻辑。 |  |
| 92 | “深部热疗 ”按部位收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“深部热疗 ”项目计  价单位为“次 ”。 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | | 93 | 行“ 中频、低频脉冲电治疗 ”等物理治疗（编 码开头 3401）时，按部位进行收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，明确该项目的计价单 位为“次 ” |  |
| 94 | “小针刀治疗 ”计价单位为“每个部位 ”，实 际按“进针点，穴位反应点 ”超量收费。 | 根据《省价格项目目录（2022 版）》，“小针刀治疗 ”的计  价单位为“每个部位 ”。 |  |
| 超医保 限定  支付用 药 | I | 95 | 盐酸芬戈莫德胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 10 岁及以上患者复发型多 发性硬化(RMS)的患者。 | 乙 TX203 |
| 96 | 奥法妥木单抗注射液、西尼莫德片、富马酸二 甲酯肠溶胶囊超医保限定范围支付。 | 根据《国家医保药品目录》，限成人复发型多发性硬化的患 者。 | 奥法妥木单抗注射液 乙 TX204 西尼莫德片 乙 TX202  富马酸二甲酯肠溶胶 乙 TX219 |
| 97 | 拉那利尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 12 岁及以上患者预防遗传 性血管性水肿(HAE)发作。 | 乙 TX65 |
| 98 | 贝那鲁肽注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 2 型糖尿病。 | 乙 TX22 |
| 99 | 非奈利酮片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 2 型糖尿病相关的慢性肾脏 病成人患者。 | 乙 TX69 |
| 100 | 波生坦分散片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 3-12 岁特发性或先天性肺 动脉高压患者。 | 乙 TX71 |
| 101 | 诺西那生钠注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于治疗 5q脊髓性肌萎 缩症。 | 乙 TX222 |
| 102 | 氟达拉滨超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 B 细胞慢性淋巴细胞白血病 或滤泡淋巴瘤。 | 乙 ★(762) |
| 103 | 麦格司他胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 C 型尼曼匹克病患者。 | 乙 TX30 |
| 104 | 骨化三醇超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中、重度骨质疏松；肾性骨 病； 甲状旁腺功能减退症。 | 乙 161 |
| 105 | 康莱特软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中晚期肺癌。 | 乙 926 |
| 106 | 益肺清化膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期肺癌。 | 乙 947 |
| 107 | 回生口服液、化癥回生口服液超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中晚期肺癌和肝癌。 | 化癥回生口服液 乙 923  回生口服液 乙 924 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 108 | 水飞蓟素超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中毒性肝脏损害 | 乙 60 |
| 109 | 氟替美维吸入粉雾剂、乌美溴铵维兰特罗吸入 粉雾剂、茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂用胶囊 (茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂)超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中重度慢性阻塞性肺病。 | 氟替美维吸入粉雾剂 乙 TX253 乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂 乙 TX249  茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂用 胶囊(茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾 剂)  乙 TX250 |
| 110 | 利塞膦酸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中重度骨质疏松。 | 乙 926 |
| 111 | 恩替卡韦颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限乙型肝炎。 | 乙 TX114 |
| 112 | 丹鹿胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限乳腺增生。 | 乙 1030 |
| 113 | 清开灵注射液、肿节风注射液、鱼腥草注射液、  苦黄注射液、茵栀黄注射液、止喘灵注射液、 刺五加注射液、香丹注射液、丹参注射液、脉 络宁注射液、冠心宁注射液、血塞通注射液、 血栓通注射液、注射用血栓通(冻干)、康莱特 注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构。 | 清开灵注射液 甲 ★(89) 肿节风注射液 乙 ★(123)  鱼腥草注射液 乙 134  苦黄注射液 乙 ★(161)  茵栀黄注射液 甲 ★(152) 止喘灵注射液 乙 ★(293) 刺五加注射液 乙 ★(323)  香丹注射液 甲 499  丹参注射液 甲 512  脉络宁注射液 甲 522  冠心宁注射液 乙 ★(558) 血塞通注射液 甲 550  血栓通注射液 甲 551  注射用血栓通(冻干) 甲 ★ (551)  康莱特注射液 乙 TZ59 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 114 | 瓜蒌皮注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，在二级及以上医疗机构并有冠 心病稳定型心绞痛明确诊断证据的患者。 | 乙 590 |
| 115 | 参麦注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有急 救、抢救临床证据或肿瘤放化疗证据的患者。 | 甲 427 |
| 116 | 苦碟子注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明 确冠心病、心绞痛、脑梗塞诊断的患者。 | 乙 537 |
| 117 | 注射用丹参多酚酸盐超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明 确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者。 | 乙 TZ47 |
| 118 | 舒血宁注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明 确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者。 | 乙 575 |
| 119 | 疏血通注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明 确的缺血性脑血管疾病急性发作证据的重症患者。 | 乙 564 |
| 120 | 心脉隆注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构慢性心 力衰竭患者。 | 乙 TZ41 |
| 121 | 肾康注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构慢性肾 功能衰竭的患者。 | 乙 ★(750) |
| 122 | 喘可治注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构支气管 哮喘急性发作的患者。 | 乙 278 |
| 123 | 黄芪注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构病毒性 心肌炎患者。 | 乙 ★(324) |
| 124 | 艾迪注射液、复方苦参注射液、通关藤注射液 (消癌平注射液)、鸦胆子油乳注射液超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构中晚期 癌症。 | 艾迪注射液 乙 915  复方苦参注射液 乙 921  通关藤注射液(消癌平注射液) 乙 929  鸦胆子油乳注射液 乙 930 |
| 125 | 双黄连注射液注射用双黄连(冻干)、热毒宁注 射液、喜炎平注射液、痰热清注射液超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构重症患 者。 | 双黄连注射液注射用双黄连(冻 干) 乙 ★(14)  热毒宁注射液 乙 116  喜炎平注射液 乙 118  痰热清注射液 乙 131 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 126 | 血必净注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构重症患 者的急救抢救。 | 乙 TZ48 |
| 127 | 氘丁苯那嗪片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限治疗成人：与亨廷顿病有关 的舞蹈病；迟发性运动障碍。 | 乙 TX230 |
| 128 | 门冬氨酸钾镁超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限低钾血症引起的心律失常或 洋地黄中毒引起的心律失常。 | 乙 177 |
| 129 | 蒙脱石、洛哌丁胺、罗红霉素、右旋布洛芬、 水合氯醛灌肠剂、西替利嗪、左西替利嗪、地 氯雷他定、炎宁糖浆、潞党参口服液、健胃消 食片、化积颗粒(口服液)、一捻金、一捻金胶 囊、五福化毒丸(片)、消风止痒颗粒、头孢托 仑匹酯颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童。 | 蒙脱石 乙 ★(75)  洛哌丁胺 乙 ★(78)  罗红霉素 乙 ★(645)  右旋布洛芬 乙 894  水合氯醛灌肠剂 乙 TX232 西替利嗪 乙 ★(1171)  左西替利嗪 乙 ★(1174)  地氯雷他定 乙 ★(1166)  炎宁糖浆 乙 120  潞党参口服液 乙 327  健胃消食片 乙 ★(638)  化积颗粒(口服液) 乙 644  一捻金、一捻金胶囊 乙 649 五福化毒丸(片) 乙 874  消风止痒颗粒 乙 1213  头孢托仑匹酯颗粒 乙 TX102 |
| 130 | 小儿碳酸钙 D3 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童佝偻病。 | 乙 167 |
| 131 | 阿莫西林超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童及吞咽困难患者。 | 甲 ★(590) |
| 132 | 人生长激素(重组人生长激素)超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童生长激素缺乏症。 | 乙 560 |
| 133 | 右旋糖酐铁超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童缺铁性贫血。 | 乙 ★(234) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 134 | 大株红景天胶囊(片)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有冠心病、心绞痛的明确诊 断证据。 | 乙 470 |
| 135 | 脑血疏口服液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限出血性中风急性期及恢复早 期。 | 乙 587 |
| 136 | 奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂Ⅰ超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限活动性十二指肠溃疡或胃食 管反流病。 | 乙 TX2 |
| 137 | 汉防己甲素超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限单纯硅肺和煤硅肺。 | 乙 ★(906) |
| 138 | 左卡尼汀超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限原发性肉碱缺乏症患者或因 罕见病导致的继发性肉碱缺乏症患者(以国家相关部门公布 的罕见病目录为准)。 | 乙 ★(549) |
| 139 | 斑蝥酸钠维生素 B6 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期原发性肝癌、晚期肺癌。 | 乙 784 |
| 140 | 参一胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限原发性肺癌、肝癌化疗期间 使用。 | 乙 TZ61 |
| 141 | 金复康口服液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限原发性非小细胞肺癌。 | 乙 940 |
| 142 | 富马酸伏诺拉生片、替戈拉生片超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限反流性食管炎。 | 富马酸伏诺拉生片 乙 TX4 替戈拉生片 乙 TX5 |
| 143 | 依那普利叶酸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确同型半胱氨酸水平升 高证据的原发性高血压。 | 乙 395 |
| 144 | 脉络通、脉络通片(胶囊、颗粒)超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限周围血管血栓性病变。 | 乙 475 |
| 145 | 麦考酚钠、西罗莫司超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植后的抗排异反应。 | 麦考酚钠 乙 858  西罗莫司 乙 859 |
| 146 | 咪唑立宾超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植后的排异反应。 | 乙 874 |
| 147 | 百令胶囊、百令片、金水宝片(胶囊)、至灵胶 囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植抗排异、肾功能衰 竭及肺纤维化。 | 百令胶囊 乙 TZ27  百令片 乙 394  金水宝片(胶囊) 乙 395  至灵胶囊 乙 397 |

19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 148 | 炔雌醇环丙孕酮超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限多囊卵巢综合症。 | 乙 533 |
| 149 | 维生素 AD 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限夜盲症、儿童佝偻病。 | 乙 165 |
| 150 | 芪骨胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限女性绝经后骨质疏松症。 | 乙 1189 |
| 151 | 龙牡壮骨颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限小儿佝偻病。 | 乙 1188 |
| 152 | 利多卡因凝胶贴膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限带状疱疹患者。 | 乙 TX226 |
| 153 | 芍杞颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限弱视。 | 乙 1061 |
| 154 | 克霉唑阴道膨胀栓超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于念珠菌性外阴阴道病。 | 乙 TX90 |
| 155 | 替罗非班超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性冠脉综合征的介入治疗。 | 乙 196 |
| 156 | 小儿清热宣肺贴膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性支气管炎患儿。 | 乙 262 |
| 157 | 舒肝宁注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性肝炎、慢性肝炎活动期 的患者。 | 乙 164 |
| 158 | 乌司他丁超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性胰腺炎、慢性复发性胰 腺炎患者 | 乙 182 |
| 159 | 降纤酶、纤溶酶超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性脑梗死的急救抢救。 | 降纤酶 乙 203  纤溶酶 乙 204 |
| 160 | 三磷酸腺苷、纳美芬注射剂、辅酶 A 注射剂、 辅酶 Q10 注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急救、抢救。 | 三磷酸腺苷 乙 1236  纳美芬注射剂 乙 959  辅酶 A 注射剂 乙 1232  辅酶 Q10 注射剂 乙 1233 |
| 161 | 因卡膦酸二钠(英卡膦酸二钠)超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限恶性肿瘤骨转移并有明显癌 痛的患者。 | 乙 931 |
| 162 | 艾米替诺福韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于慢性乙型肝炎成人 患者的治疗。 | 乙 TX112 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 163 | 醋酸钙超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限慢性肾功能衰竭所致的高磷 血症。 | 乙 173 |
| 164 | 参乌益肾片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限慢性肾衰竭患者。 | 乙 TZ28 |
| 165 | 布地格福吸入气雾剂、格隆溴铵福莫特罗吸入 气雾剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限慢性阻塞性肺疾病。 | 布地格福吸入气雾剂 乙 TX252 格隆溴铵福莫特罗吸入气雾剂 乙 TX251 |
| 166 | 脯氨酸恒格列净片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限成人 2 型糖尿病患者。 | 乙 TX27 |
| 167 | 醋酸艾替班特注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于治疗成人、青少年和≥2 岁儿童的遗传性血管性水肿(HAE)急性发作。 | 乙 TX64 |
| 168 | 利那洛肽胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限成人便秘型肠易激综合征 (IBS-C)。 | 乙 TX12 |
| 169 | 艾尔巴韦格拉瑞韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于治疗成人慢性丙型肝 炎(CHC)感染。 | 乙 TX115 |
| 170 | 人凝血酶原复合物注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限手术大出血和肝病导致的出 血；乙(B)型血友病或伴有凝血因子Ⅷ抑制物的血友病患者。 | 乙 227 |
| 171 | 多烯磷脂酰胆碱注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限抢救或肝功能衰竭。 | 乙 ★(49) |
| 172 | 达依泊汀α注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限接受血液透析的成人慢性肾 脏病患者(CKD)的贫血。 | 乙 TX55 |
| 173 | 牛肺表面活性剂注射剂、猪肺磷脂注射剂超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新生儿。 | 牛肺表面活性剂注射剂 乙 1180 猪肺磷脂注射剂 乙 1181 |
| 174 | 阿法骨化醇超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新生儿低钙血症。 | 乙 ★(159) |
| 175 | 榄香烯注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限癌性胸腹水患者。 | 乙 ★(785) |
| 176 | 维生素 A 棕榈酸酯眼用凝胶剂超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有 Sjogren's 综合征、神经 麻痹性角膜炎、暴露性角膜炎的患者。 | 乙 1214 |
| 177 | 人表皮生长因子[重组人表皮生长因子(酵母)] 滴眼剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确角膜溃疡或角膜损伤 的患者。 | 乙 ★(443) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 178 | 他克莫司滴眼剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有眼睑结膜巨大乳头增殖的 患者。 | 乙 ★(496) |
| 179 | 门冬氨酸钾镁注射剂、门冬氨酸钾镁木糖醇注 射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限洋地黄中毒引起的心律失常 患者。 | 门冬氨酸钾镁注射剂 乙 ★ (177)  门冬氨酸钾镁木糖醇注射液 乙 TX63 |
| 180 | 注射用艾普拉唑钠超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，消化性溃疡出血。 | 乙 TX1 |
| 181 | 九味镇心颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确的焦虑症诊断证据。 | 乙 439 |
| 182 | 吡非尼酮超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限特发性肺纤维化。 | 乙 873 |
| 183 | 乙磺酸尼达尼布软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限特发性肺纤维化(IPF)或系 统性硬化病相关间质性肺疾病(SSc-ILD)患者。 | 乙 877 |
| 184 | 地诺前列酮、卡前列素氨丁三醇注射剂、益母 草注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限生育保险。 | 地诺前列酮 乙 507  卡前列素氨丁三醇注射剂 乙 509  益母草注射液 乙 ★(963) |
| 185 | 来迪派韦索磷布韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗成人和 12 至 <18 岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。 | 乙 TX116 |
| 186 | 复方蟾酥膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期癌性疼痛。 | 乙 937 |
| 187 | 华蟾素注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限癌症疼痛且吞咽困难者。 | 甲 ★(913) |
| 188 | 氯膦酸二钠片、氯膦酸二钠注射剂、帕米膦酸 二钠注射剂、帕米膦酸二钠葡萄糖注射剂超医 保限定范围支付。 | 根据《国家医保药品目录》，限癌症骨转移。 | 氯膦酸二钠 乙 927  氯膦酸二钠注射剂  乙 ★(927)  帕米膦酸二钠注射剂 乙 928 帕米膦酸二钠葡萄糖注射剂乙 ★（928） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 189 | 溴芬酸钠滴眼剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限眼部手术后炎症。 | 乙 1191 |
| 190 | 归芪活血胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限神经根型颈椎病。 | 乙 1161 |
| 191 | 胰激肽原酶注射剂、胰激肽原酶超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有糖尿病诊断且有微循环障 碍临床证据的患者。 | 胰激肽原酶注射剂 乙 ★(353) 胰激肽原酶 乙 353 |
| 192 | 艾地骨化醇软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限绝经后女性骨质疏松症。 | 乙 TX29 |
| 193 | 富马酸贝达喹啉片、德拉马尼片超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限耐多药结核患者。 | 富马酸贝达喹啉片 乙 696 德拉马尼片 乙 TX111 |
| 194 | 利鲁唑口服混悬液、依达拉奉注射液、依达拉 奉氯化钠注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肌萎缩侧索硬化。 (ALS)。 | 利鲁唑口服混悬液乙 TX247 依达拉奉注射液 乙 1098  依达拉奉氯化钠注射液 乙 1099 |
| 195 | 促肝细胞生长素注射剂、谷胱甘肽片超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝功能衰竭。 | 促肝细胞生长素注射剂 乙 48 谷胱甘肽 乙 52 |
| 196 | 精氨酸谷氨酸注射液、门冬氨酸鸟氨酸注射剂 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝性脑病。 | 精氨酸谷氨酸注射液 乙 TX10 门冬氨酸鸟氨酸注射剂 乙 55 |
| 197 | 慈丹胶囊、肝复乐片(胶囊)、金龙胶囊、槐耳 颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝癌。 | 慈丹胶囊 乙 918  肝复乐片(胶囊) 乙 922  金龙胶囊 乙 925  槐耳颗粒 乙 938 |
| 198 | 腺苷蛋氨酸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝硬化所致肝内胆汁淤积患 者或妊娠期肝内胆汁淤积患者。 | 乙 183 |
| 199 | 腺苷蛋氨酸注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝硬化所致肝内胆汁淤积或 妊娠期肝内胆汁淤积，且无法口服的患者。 | 乙 ★(183) |
| 200 | 醋酸兰瑞肽缓释注射液(预充式)超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肢端肥大症，按说明书用药。 | 乙 TX92 |
| 201 | 紫龙金片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肺癌。 | 乙 931 |
| 202 | 罗沙司他胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于慢性肾脏病(CKD) 引起的贫血, 包括透析及非透析患者。 | 乙 TX53 |

23

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 203 | 人促红素[重组人促红素(CHO 细胞)]注射剂、 重组人促红素- β(CHO 细胞)注射剂超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肾性贫血、非骨髓恶性肿瘤 化疗引起的贫血。 | 人促红素[重组人促红素(CHO 细 胞)]注射剂 乙 246  重组人促红素- β(CHO 细胞)注 射剂 乙 247 |
| 204 | 人白介素-2(重组人白介素-2)注射剂、重组人 白介素-2(125Ala)[人白介素-2(125Ala)]注射 剂、人白介素-2(I)[重组人白介素-2(Ⅰ)]注射 剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肾细胞癌、黑色素瘤、癌性 胸腹腔积液。 | 人白介素-2(重组人白介素-2)注 射剂 乙 849  重组人白介素-2(125Ala)[人白 介素-2(125Ala)]注射剂 乙 ★ (849)  人白介素-2(I)[重组人白介素 -2(Ⅰ)] 乙 ★(849) |
| 205 | 注射用醋酸奥曲肽微球超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥 大症，按说明书用药。 | 乙 TX91 |
| 206 | 二甲硅油口服液体剂、西甲硅油口服液体剂超 医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限胃肠镜检查和腹部影像学检 查。 | 二甲硅油口服液体剂 乙 ★(26) 西甲硅油口服液体剂 乙 27 |
| 207 | 川蛭通络胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限脑梗塞恢复期 | 乙 695 |
| 208 | 多拉米替片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限艾滋病。 | 乙 TX129 |
| 209 | 恩曲他滨、齐多夫定注射剂、利匹韦林片、注 射用艾博韦泰、洛匹那韦利托那韦片、奈韦拉 平齐多拉米双夫定片、齐多拉米双夫定片超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限艾滋病病毒感染。 | 恩曲他滨 乙 710  齐多夫定注射剂 乙 ★(714) 利匹韦林片 乙 718  注射用艾博韦泰 乙 TX125  洛匹那韦利托那韦片 乙 723  奈韦拉平齐多拉米双夫定片 乙  TX124  齐多拉米双夫定片 乙 722 |
| 210 | 胃痞消颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确诊断证据的萎缩性胃 炎患者。 | 乙 639 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 211 | 阿利沙坦酯片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于轻、中度原发性高血压的 治疗。 | 乙 TX78 |
| 212 | 阿齐沙坦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，高血压。 | 乙 TX79 |
| 213 | 碳酸镧咀嚼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限透析患者高磷血症。 | 乙 1258 |
| 214 | 伊班膦酸注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限重度骨质疏松或恶性肿瘤骨 转移并有明显癌痛的患者。 | 乙 930 |
| 215 | 美罗培南注射剂、利奈唑胺、利奈唑胺葡萄糖 注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限重症感染的治疗。 | 美罗培南注射剂 乙 632  利奈唑胺 乙 673  利奈唑胺葡萄糖注射剂 乙 ★ (673) |
| 216 | 达托霉素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有证据支持的金黄色葡萄球 菌菌血症(含右心心内膜炎)。 | 乙 669 |
| 217 | 左卡尼汀注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限长期血透患者在血透期间使 用。 | 乙 549 |
| 218 | 安替可胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限食管癌。 | 乙 916 |
| 219 | 特利加压素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限食管静脉曲张出血抢救。 | 乙 184 |
| 220 | 阿仑膦酸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限骨质疏松。 | 乙 924 |
| 221 | 局方至宝丸、紫雪、紫雪胶囊(颗粒)超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限高热惊厥急救、抢救时使用。 | 局方至宝丸 乙 300  紫雪、紫雪胶囊(颗粒) 甲 297 |
| 222 | 人免疫球蛋白注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限麻疹和传染性肝炎接触者的 预防治疗。 | 乙 736 |
| 223 | 人免疫球蛋白(pH4)注射剂超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限原发性免疫球蛋白缺乏症； 新生儿败血症；重型原发性免疫性血小板减少症；川崎病； 全身型重症肌无力；急性格林巴利综合征。 | 乙 735 |
| 224 | 灯盏花素注射液、注射用灯盏花素超医保限定 范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明 确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者。 | 乙 ★（549） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 225 | 红花注射液、生脉注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有急 救抢救临床证据的患者。 | 红花注射液 乙 535  生脉注射液 甲 ★（429） |
| 226 | 牛碱性成纤维细胞生长因子(重组牛碱性成纤 维细胞生长因子)外用冻干制剂、牛碱性成纤维 细胞生长因子(重组牛碱性成纤维细胞生长因 子)凝胶剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限Ⅱ度烧伤。 | 牛碱性成纤维细胞生长因子(重 组牛碱性成纤维细胞生长因子) 外用冻干制剂 乙 442  牛碱性成纤维细胞生长因子(重 组牛碱性成纤维细胞生长因子) 凝胶剂 乙 ★（442） |
| 227 | 还原型谷胱甘肽(谷胱甘肽)注射剂超医保限定 范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限药物性肝损伤或肝功能衰竭。 | 乙 53 |
| 228 | 氢醌、A 型肉毒毒素注射剂、人用狂犬病疫苗 (Vero 细胞)注射剂、人用狂犬病疫苗(地鼠肾 细胞)注射剂、人用狂犬病疫苗(人二倍体细胞) 注射剂、胸腺法新注射剂、疤痕止痒软化乳膏 (软化膏)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限工伤保险。 | 氢醌 乙 495  A 型肉毒毒素注射剂 乙 734  人用狂犬病疫苗(Vero 细胞)注 射剂 乙 741  人用狂犬病疫苗(地鼠肾细胞)注 射剂、人用狂犬病疫苗(人二倍体 细胞)注射剂 乙 ★(741)  胸腺法新注射剂 乙 855  疤痕止痒软化乳膏(软化膏) 乙 1199 |
| II | 229 | 关黄母颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，补益肝肾，滋阴降火。用于女 性更年期综合征(绝经前后诸证)中医辨证属肝肾阴虚证，症 见烘热汗出，头晕，耳鸣，腰膝酸软或足跟痛，少寐多梦， 急躁易怒等。 | 乙 TZ66 |
| 230 | 泊沙康唑注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 18 岁和 18 岁以上重度免疫 缺陷患者。 | 乙 TJ10 |
| 231 | 芪明颗粒、双丹明目胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 2 型糖尿病视网膜病变单纯 型。 | 芪明颗粒 乙 1060  双丹明目胶囊 乙 1063 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 232 | 克立硼罗软膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，适用于 2 岁及以上轻度至中度 特应性皮炎患者的局部外用治疗。 | 乙 TX88 |
| 233 | 环孢素滴眼液(Ⅲ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 4 岁及以上儿童和青少年的 严重性春季角结膜炎。 | 乙 TX269 |
| 234 | 人凝血因子Ⅸ超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于凝血因子Ⅸ缺乏症(B 型血 友病)患者的出血治疗。 | 乙 TX48 |
| 235 | 食道平散超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中晚期食道癌所致食道狭窄 梗阻的患者。 | 乙 TZ58 |
| 236 | 康艾注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构说明书 标明恶性肿瘤的中晚期治疗。 | 乙 TZ60 |
| 237 | 人纤维蛋白原超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限低纤维蛋白原血症致活动性 出血。 | 乙 228 |
| 238 | 琥珀酰明胶、羟乙基淀粉 130/0.4 电解质超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限低血容量性休克或手术创伤、 烧伤等引起的显著低血容量患者。 | 琥珀酰明胶 乙 248  羟乙基淀粉 130/0.4 电解质 乙 251 |
| 239 | 重组人凝血因子 IX 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童乙(B)型血友病；成人 乙(B)型血友病限出血时使用。 | 乙 232 |
| 240 | 重组人凝血因子Ⅷ超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童甲(A)型血友病；成人 甲(A)型血友病限出血时使用。 | 乙 231 |
| 241 | 伏立康唑超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确的重度免疫缺陷诊断 并发严重真菌感染的临床证据； 曲霉菌肺炎或中枢神经系统 感染。 | 乙 ★(679) |
| 242 | 参龙宁心胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限冠心病和成年人恢复期病毒 型心肌炎出现的轻度或中度室性过早搏动见上述证候者。 | 乙 TZ32 |
| 243 | 环孢素滴眼液(Ⅱ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品可促进干眼症患者的泪液 分泌，适用于与角结膜干燥症相关的眼部炎症所导致的泪液 生成减少的患者。 | 乙 TX268 |
| 244 | 复方黄黛片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限初治的急性早幼粒细胞白血 病。 | 乙 TZ57 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 245 | 榄香烯超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期食管癌或晚期胃癌改善 症状的辅助治疗。 | 乙 785 |
| 246 | 齐拉西酮注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限精神分裂症患者的急性激越 症状。 | 乙 ★(1022) |
| 247 | 宁心宝胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限难治性缓慢型心律失常患者 使用。 | 乙 396 |
| 248 | 养正消积胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝癌采用肝动脉介入治疗术 后的辅助治疗。 | 乙 946 |
| 249 | 吡拉西坦注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限脑外伤所致的脑功能障碍患 者，支付不超过 14 天。 | 乙 1093 |
| 250 | 复方氨基酸注射液(18AA- Ⅴ-SF)超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于营养不良，低蛋白血症及 外科手术前后。 | 乙 TX57 |
| 251 | 降脂通络软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，活血行气，降脂祛浊。用于高 脂血症属血瘀气滞证者，症见胸胁胀痛、心前区刺痛、胸闷、 舌尖边有瘀点或瘀斑、脉弦或涩。 | 乙 TZ56 |
| 252 | 酮咯酸氨丁三醇注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限手术后疼痛或严重急性疼痛 的短期治疗。 | 乙 883 |
| 253 | 培门冬酶注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，儿童急性淋巴细胞白血病患者 的一线治疗。 | 乙 825 |
| 254 | 生长抑素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限胰腺手术，支付不超过 5 天； 严重急性食道静脉曲张出血，支付不超过 5 天。 | 乙 567 |
| 255 | 曲克芦丁注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新发的缺血性脑梗死，支付 不超过 14 天。 | 乙 ★（358） |
| 256 | 骨化三醇注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肾透析并有低钙血症的患者。 | 乙 ★(161) |
| 257 | 银杏叶提取物注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限缺血性心脑血管疾病急性期 住院患者；限耳部血流及神经障碍患者。支付不超过 14 天。 | 乙 ★（325） |
| 258 | 银杏达莫注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限缺血性心脑血管疾病急性期 住院患者，支付不超过 14 天。 | 乙 324 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 259 | 人血白蛋白注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限抢救、重症或因肝硬化、癌 症引起胸腹水的患者，且白蛋白低于 30g/L。 | 乙 250 |
| 260 | 聚乙二醇干扰素α-2a 注射液超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限丙肝、慢性活动性乙肝，连 续使用 6 个月无效时停药，连续使用不超过 12 个月。 | 乙 843 |
| 261 | 哌柏西利胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限激素受体(HR)阳性、人表皮 生长因子受体 2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌。 | 乙 TJ11 |
| 262 | 注射用益气复脉(冻干)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构冠心病 心绞痛及冠心病所致左心功能不全 II-III 级的患者，单次 住院最多支付 14 天。 | 乙 TZ34 |
| 263 | 注射用黄芪多糖超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构肿瘤患 者，单次住院最多支付 14 天。 | 乙 TZ62 |
| 264 | 注射用丹参多酚酸、银杏内酯注射液、银杏二 萜内酯葡胺注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构脑梗死 恢复期患者，单次住院最多支付 14 天。 | 注射用丹参多酚酸 乙 TZ46 银杏内酯注射液 乙 TZ49  银杏二萜内酯葡胺注射液 乙 TZ50 |
| 265 | 肠内营养剂(TPF-D)口服混悬剂、肠内营养剂 (TPF-D)乳剂、肠内营养剂(TPF-DM)口服混悬剂 超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限糖尿病患者。需经营养风险 筛查，明确具有营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养 的住院患者时方予支付。 | 肠内营养剂(TPF-D)口服混悬剂 乙 1219  肠内营养剂(TPF-D)乳剂 乙 ★ (1219)  肠内营养剂(TPF-DM)口服混悬 剂） 乙 1220 |
| 266 | 复方氨基酸(9AA)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肾功能不全的患者。需经营 养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用“肠 内营养剂 ”补充足够营养的住院患者方予支付。 | 乙 257 |
| 267 | ω-3 鱼油脂肪乳超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限重度炎症及感染的患者。需 经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用 “肠内营养剂 ”补充足够营养的住院患者方予支付。 | 乙 260 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 268 | 复方氨基酸(15AA-II)/葡萄糖(10%)电解质注 射液、结构脂肪乳(20%)/氨基酸(16)/葡萄糖 (13%)注射液、中长链脂肪乳/氨基酸（16）/ 葡萄糖（36%）注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，需经营养风险筛查，明确具有 营养风险，且不能经饮食或“肠内营养剂 ”补充足够营养的 住院患者方予支付。 | 复方氨基酸(15AA-II)/葡萄糖 (10%)电解质注射液 乙 TJ4  结构脂肪乳(20%)/氨基酸(16)/ 葡萄糖(13%)注射液 乙 TX60  中长链脂肪乳/氨基酸（16）/葡 萄糖（36%）注射液 乙 TX59 |
| 269 | 托拉塞米超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限需迅速利尿或不能口服利尿 剂的充血性心力衰竭患者。 | 乙 ★(341) |
| 270 | 胞磷胆碱氯化钠、胞磷胆碱葡萄糖、胞磷胆碱 (胞二磷胆碱)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限出现意识障碍的急性颅脑外 伤和脑手术后患者，支付不超过 14 天。 | 乙 ★(1092) |
| 271 | 达罗他胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，适用于治疗有高危转移风险的 非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者。 | 乙 TX198 |
| 272 | 瑞维鲁胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限转移性激素敏感性前列腺癌 (mHSPC)患者。 | 乙 TX199 |
| 273 | 注射用醋酸地加瑞克超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限需要雄激素去势治疗的前列 腺癌患者。 | 乙 TX200 |
| 274 | 磷酸芦可替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中危或高危的原发性骨髓纤 维化(PMF)、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化(PPV-MF) 或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化(PET-MF)的患者。 | 乙 TX167 |
| 275 | 苯环喹溴铵鼻喷雾剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于改善变应性鼻炎引 起的流涕、鼻塞、鼻痒和喷嚏症状。 | 乙 TX248 |
| 276 | 美金刚超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限吞咽困难且明确诊断的中重 度至重度阿尔茨海默型痴呆。 | 乙 ★(1082) |
| 277 | 特立氟胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限常规治疗无效的多发性硬化 患者。 | 乙 865 |
| 278 | 盐酸奥普力农注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限其他药物疗效不佳的急性心 力衰竭的短期静脉治疗。 | 乙 309 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 279 | 注射用重组人尿激酶原、注射用重组人组织型 纤溶酶原激酶衍生物超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性心肌梗死发病 12 小时 内使用。 | 注射用重组人尿激酶原 乙 TX39 注射用重组人组织型纤溶酶原激 酶衍生物 乙 TX38 |
| 280 | 川芎嗪超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性缺血性脑血管疾病，支 付不超过 14 天。 | 乙 323 |
| 281 | 重组细胞因子基因衍生蛋白注射液超医保限定 范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 HBeAg 阳性的慢性乙型肝炎 患者。 | 乙 TX131 |
| 282 | 马来酸阿伐曲泊帕片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限择期行诊断性操作或者手术 的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者。 | 乙 TX47 |
| 283 | 肾康栓超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确慢性肾功能衰竭诊断 的患者。 | 乙 750 |
| 284 | 奥雷巴替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 T315I 突变的慢性髓细胞白 血病慢性期或加速期的成年患者。 | 乙 TX183 |
| 285 | 德谷胰岛素利拉鲁肽注射液超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限血糖控制不佳的成人 2 型糖 尿病患者。 | 乙 TX15 |
| 286 | 注射用罗普司亭超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限对其他治疗(例如皮质类固 醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18 周岁)慢性原发 免疫性血小板减少症(ITP)患者。 | 乙 TX51 |
| 287 | 盐酸可洛派韦胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限基因 1、2、3、6 型成人慢 性丙型肝炎。 | 乙 TX118 |
| 288 | 古塞奇尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限适合系统性治疗的成人中重 度斑块状银屑病。 | 乙 TX217 |
| 289 | 茚达格莫吸入粉雾剂(Ⅱ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限未能充分控制的成年哮喘患 者。 | 乙 TX256 |
| 290 | 依奇珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于治疗适合系统治疗或 光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者。 | 乙 TX216 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 291 | 阿普米司特片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限符合接受光疗或系统性治疗 指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。 | 乙 TX210 |
| 292 | 聚桂醇注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限消化道严重出血。 | 乙 224 |
| 293 | 度普利尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限对传统治疗无效、有禁忌或 不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。 | 乙 TX87 |
| 294 | 阿布昔替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限其他系统治疗(如激素或生 物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应 性皮炎成人患者。 | 乙 TX89 |
| 295 | 环硅酸锆钠散超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗成人高钾血症。 使用限制：因起效迟缓，本品不应该用于危及生命的高钾血 症的紧急治疗。 | 乙 TX272 |
| 296 | 参莲胶囊(颗粒)、复方红豆杉胶囊、消癌平丸、 消癌平颗粒（通关藤颗粒）、消癌平片（通关 藤片）、消癌平胶囊（通关藤胶囊）、消癌平 口服液（通关藤口服液）、威麦宁胶囊、鸦胆 子油软胶囊(口服乳液)、安康欣胶囊、参丹散 结胶囊、康力欣胶囊、芪珍胶囊超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中晚期癌症。 | 参莲胶囊(颗粒) 乙 917  复方红豆杉胶囊 乙 920  消癌平丸、消癌平颗粒（通关藤 颗粒）、消癌平片（通关藤片）、 消癌平胶囊（通关藤胶囊）、消 癌平口服液（通关藤口服液） 乙 928  威麦宁胶囊 乙 927  鸦胆子油软胶囊(口服乳液) 乙 ★(930)  安康欣胶囊 乙 934  参丹散结胶囊 乙 935  康力欣胶囊 乙 941  芪珍胶囊 乙 942 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 297 | 人干扰素α1b(重组人干扰素α-1b)注射剂、人 干扰素α2a(重组人干扰素α-2a)注射剂、人干 扰素α2a[重组人干扰素α-2a(酵母)]注射剂、 人干扰素α2b(重组人干扰素α-2b)注射剂、人 干扰素α2b[重组人干扰素α-2b(假单胞菌)] 注射剂、人干扰素α2b[重组人干扰素α-2b(酵 母)]注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、 肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性 活动性乙肝连续使用 6 个月无效时停药，连续使用不超过 12 个月。 | 人干扰素α1b(重组人干扰素α -1b)注射剂 乙 845  人干扰素α2a(重组人干扰素α -2a)注射剂 乙 846  人干扰素α2a[重组人干扰素α -2a(酵母)]注射剂 乙 ★(846) 人干扰素α2b(重组人干扰素α -2b)注射剂 乙 847  人干扰素α2b[重组人干扰素α -2b(假单胞菌)]注射剂 乙 ★ (847)  人干扰素α2b[重组人干扰素α -2b(酵母)]注射剂 乙 ★(847) |
| 298 | 注射用利培酮微球(Ⅱ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于治疗急性和慢性精神分裂 症以及其它各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的  阴性症状。可减轻与精神分裂症有关的情感症状。 | 乙 TX229 |
| 299 | 盐酸乙酰左卡尼汀片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限临床确诊的糖尿病周围神经 病变患者。 | 乙 TX31 |
| 300 | 注射用尤瑞克林超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新发的急性中度缺血性脑卒 中患者，应在发作 48 小时内开始使用，支付不超过 21 天。 | 乙 TX241 |
| 301 | 山梨醇铁注射剂、蔗糖铁注射剂超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限不能经口服补铁的缺铁性贫 血患者。 | 山梨醇铁注射剂 乙 239  蔗糖铁注射剂 乙 240 |
| 302 | 甲苯磺酸多纳非尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于既往未接受过全身系 统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。 | 乙 TX171 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 303 | 司来帕格片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 WHO 功能分级 II 级-III 级 的肺动脉高压(WHO 第 1 组)的患者。 | 乙 TX34 |
| 304 | 曲前列尼尔注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肺动脉高压(PAH，WHO 分类 1)。 | 乙 TX37 |
| 305 | 脑心安胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中重度脑梗塞、冠心病心绞 痛患者。 | 乙 TZ38 |
| 306 | 八味芪龙颗粒、芪芎通络胶囊超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中风病中经络(轻中度脑梗 塞)恢复期患者。 | 八味芪龙颗粒 乙 TZ36  芪芎通络胶囊 乙 TZ40 |
| 307 | 右丙亚胺(右雷佐生)注射剂超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限在使用多柔比星后并有心脏 损害临床证据。 | 乙 1261 |
| 308 | 奥扎格雷注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新发的急性血栓性脑梗死， 支付不超过 14 天。 | 乙 213 |
| 309 | 多磺酸粘多糖软膏剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限由静脉输液或注射引起的血 栓性静脉炎。 | 乙 356 |
| 310 | 天麻素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限无法口服的血管神经性头痛 或眩晕症患者，支付不超过 14 天。 | 乙 ★(1097) |
| 311 | 葛根素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限视网膜动静脉阻塞或突发性 耳聋患者，支付不超过 14 天。 | 乙 314 |
| 312 | 氯苯唑酸软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗成人野生型或 遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病(ATTR-CM)，以减 少心血管死亡及心血管相关住院。 | 乙 TX246 |
| 313 | 甘露特钠胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于轻度至中度阿尔茨海默病， 改善患者认知功能。 | 乙 TX239 |
| 314 | 多奈哌齐口腔崩解片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限明确诊断的阿尔茨海默病 | 乙 ★(1079) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 315 | 盐酸恩沙替尼胶囊、布格替尼片、塞瑞替尼胶 囊、洛拉替尼片、盐酸阿来替尼胶囊超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳 性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌(NSCLC)。 | 盐酸恩沙替尼胶囊 乙 TX172  布格替尼片 乙 TX181  塞瑞替尼胶囊 乙 TX157  洛拉替尼片 乙 TX180  盐酸阿来替尼胶囊 乙 TX158 |
| 316 | 重组人血管内皮抑制素注射液超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期非小细胞肺癌患者。 | 乙 TX185 |
| 317 | 地舒单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限绝经后妇女的重度骨质疏松 (60mg (1.0ml)/支(预充式注射器))；  限不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨 巨细胞瘤(120mg/1.7mL/支)。 | 乙 TX221 |
| 318 | 维莫非尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限治疗经 CFDA 批准的检测方 法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素 瘤。 | 乙 TX168 |
| 319 | 尼妥珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限与放疗联合治疗表皮生长因 子受体(EGFR)表达阳性的 III/IV 期鼻咽癌。 | 乙 TX141 |
| 320 | 参芪扶正注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构；与肺 癌、 胃癌放化疗同步使用并有血象指标低下及免疫功能低下 证据的患者。 | 乙 936 |
| 321 | 醒脑静注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有中 风昏迷、脑外伤昏迷或酒精中毒昏迷抢救的患者。 | 乙 303 |
| 322 | 注射用重组人脑利钠肽超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构用于规 范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗，单次住 院支付不超过 3 天。 | 乙 TX66 |
| 323 | 参附注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构有阳气 虚脱的急重症患者。 | 甲 213 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  | III | 324 | 盐酸埃克替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.本品单药适用于治疗表皮生 长因子受体(EGFR)基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小 细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗；2.本品单药可适用于治疗既 往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细 胞肺癌(NSCLC)，既往化疗主要是指以铂类为基础的联合化疗； 3.本品单药适用于 II-IIIA 期伴有表皮生长因子受体(EGFR)基 因敏感突变非小细胞肺癌(NSCLC)术后辅助治疗；4.不推荐本 品用于 EGFR 野生型非小细胞肺癌患者。 | 乙 TX179 |
| 325 | 注射用阿替普酶超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性心肌梗死发病 12 小时 内、脑梗死发病 3 小时内的溶栓治疗，超过说明书规定用药 时限的不予支付。 | 乙 TX40 |
| 326 | 甲磺酸阿帕替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.本品单药用于既往至少接受 过 2 种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合 部腺癌患者。患者接受治疗时应一般状况良好。2.本品单药 用于既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的 晚期肝细胞癌患者。 | 乙 TX161 |
| 327 | 海曲泊帕乙醇胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.本品适用于既往对糖皮质激 素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减 少症(ITP)成人患者，使血小板计数升高并减少或防止出血。 本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的 ITP 患者；  2.本品适用于对免疫抑制治疗(IST)疗效不佳的重型再生障 碍性贫血(SAA)成人患者。基于一项 II 期单臂试验的结果附 条件批准本适应症。该适应症的完全批准将取决于正在进行 的确证性临床试验的结果。 | 乙 TX50 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 328 | 甲苯磺酸尼拉帕利胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.本品适用于晚期上皮性卵巢癌、 输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓 解或部分缓解后的维持治疗；2.本品适用于铂敏感的复发性上皮 性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完 全缓解或部分缓解后的维持治疗。 | 乙 TX188 |
| 329 | 依洛尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.降低心血管事件的风险：在 已有动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗 死、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最大耐受剂量 的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者 在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其 他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子 型家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常：可作为饮食的 辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性和 非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗， 以降低低密度脂 蛋白胆固醇(LDL-C)水平：在接受最大耐受剂量的他汀类药 物治疗仍无法达到 LDL-C 目标的患者中，与他汀类药物、或 者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药 物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法 联合用药；3.纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或 12 岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗 法和其他降低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)治疗(例如他汀类 药物、依折麦布、LDL 分离术)合用，用于患有纯合子型家族 性高胆固醇血症(HoFH)且需要进一步降低 LDL-C 的患者。 | 乙 TX84 |
| 330 | 枸橼酸伊沙佐米胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.每 2 个疗程需提供治疗有效 的证据后方可继续支付；2.由三级医院血液专科或血液专科 医院医师处方；3.与来那度胺联合使用时，只支付伊沙佐米 或来那度胺中的一种。 | 乙 824 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 331 | 注射用盐酸兰地洛尔超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.手术过程中发生的下列快速 性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过 速；2.手术后循环系统动态监护时发生的快速性心律失常的 紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速；3.心功能 不全患者发生下列快速性心律失常的治疗：心房纤颤、心房 扑动。 | 乙 TX74 |
| 332 | 阿利西尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.心血管事件预防：在确诊为 动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、 卒中、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。通过：与最大耐 受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗 法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用 药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包 括杂合子型家族性和非家族性)和混合型血脂异常：可作为 饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子型 家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗， 以降低 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。在接受最大耐受剂量的 他汀类药物治疗仍无法达到 LDL-C 目标的患者中，与他汀类 药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在 他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他 降脂疗法联合用药。 | 乙 TX85 |
| 333 | 沙库巴曲缬沙坦钠片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.以沙库巴曲缬沙坦计 50mg、 100mg、200mg：用于射血分数降低的慢性心力衰竭(NYHA Ⅱ -Ⅳ级，LVEF≤40%)成人患者，降低心血管死亡和心力衰竭 住院的风险。沙库巴曲缬沙坦钠片可代替血管紧张素转化酶 抑制剂(ACEI)或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)，与其他心 力衰竭治疗药物合用。2.以沙库巴曲缬沙坦计 100mg、200mg： 用于治疗原发性高血压。 | 乙 TX81 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 334 | 阿加曲班注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.用于发病 48h 内的缺血性脑 梗死急性期病人的神经症状(运动麻痹)， 日常活动(步行、 起立、坐位保持、饮食)的改善；  2.用于对慢性动脉闭塞症(血栓闭塞性脉管炎、 闭塞性动脉 硬化症)患者的四肢溃疡、静息痛及冷感等的改善。 | 乙 207 |
| 335 | 氟唑帕利胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.用于既往经过二线及以上化 疗的伴有胚系 BRCA 突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、 输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗；2.用于铂敏感的复发 性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂 化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。 | 乙 TX189 |
| 336 | 尼洛替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.用于治疗新诊断的费城染色体 阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)慢性期成人患者及 2 岁以上的 儿童患者；2.用于对既往治疗(包括伊马替尼)耐药或不耐受的费 城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)慢性期或加速期成人 患者以及慢性期 2 岁以上的儿童患者。 | 乙 TX164 |
| 337 | 阿帕他胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，1.转移性内分泌治疗敏感性前 列腺癌(mHSPC)成年患者；2.有高危转移风险的非转移性去 势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者。 | 乙 TX197 |
| 338 | 索凡替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品单药适用于无法手术切除 的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好(G1、G2) 的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。 | 乙 TX178 |
| 339 | 注射用全氟丁烷微球超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品仅用于诊断使用：注射用 全氟丁烷微球是一种超声造影剂，用于肝脏局灶性病变血管 相和 Kupffer 相的超声成像。 | 乙 TX276 |
| 340 | 二甲双胍恩格列净片(Ⅰ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品配合饮食控制和运动，适 用于正在接受恩格列净和盐酸二甲双胍治疗的 2 型糖尿病成 人患者，用于改善这些患者的血糖控制。 | 乙 TX17 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 341 | 达雷妥尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于：1.与来那度胺和 地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗 既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者；2.单药 治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者，患者既往接受过 包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗 时出现疾病进展。 | 乙 TX149 |
| 342 | 环泊酚注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于：消化道内镜检查 中的镇静；全身麻醉诱导。 | 乙 TX225 |
| 343 | 玛巴洛沙韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，本品适用于 12 周岁及以上单 纯性甲型和乙型流感患者，包括既往健康的患者以及存在流 感并发症高风险的患者。 | 乙 TX134 |
| 344 | 司美格鲁肽注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于成人 2 型糖尿病患 者的血糖控制：在饮食控制和运动基础上，接受二甲双胍和 /或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人 2 型糖尿病患者。 适用于降低伴有心血管疾病的 2 型糖尿病成人患者的主要心 血管不良事件(心血管死亡、非致死性心肌梗死或非致死性 卒中)风险。 | 乙 TX25 |
| 345 | 乌司奴单抗注射液(静脉输注)超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于对传统治疗或肿瘤 坏死因子α(TNF- α)拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的 成年中重度活动性克罗恩病患者。 | 乙 TX215 |
| 346 | 注射用两性霉素 B 胆固醇硫酸酯复合物超医保 限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于患有深部真菌感染 的患者；因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量的两性霉 素 B 的患者，或已经接受过两性霉素 B 治疗无效的患者均可 使用。 | 乙 TX107 |
| 347 | 阿贝西利片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于激素受体(HR)阳性、 人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺 癌：1.与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初 始内分泌治疗；2.与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治 疗后出现疾病进展的患者。 | 乙 TX176 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 348 | 甲磺酸艾立布林注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于既往接受过至少两 种化疗方案的局部晚期或转移性乳腺癌患者。既往的化疗方 案应包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物。 | 乙 TX191 |
| 349 | 艾诺韦林片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于与核苷类抗逆转录 病毒药物联合使用，治疗成人 HIV-1 感染初治患者。 | 乙 TX127 |
| 350 | 奥布替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗：1.既往至少 接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者；2.既往至 少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋 巴细胞淋巴瘤(SLL)患者。上述适应症分别基于一项单臂临 床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本品的完全批 准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。 | 乙 TX175 |
| 351 | 索磷维伏片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗既往接受过含 直接抗病毒药物(DAA)方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化 (Child-Pugh A)的成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。 | 乙 TX119 |
| 352 | 康替唑胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于治疗由对本品敏感 的金黄色葡萄球菌(甲氧西林敏感和耐药的菌株)、化脓性链 球菌或无乳链球菌引起的复杂性皮肤和软组织感染。  为减少细菌耐药的发生，确保康替唑胺及其他抗菌药物的疗 效，本品应仅用于治疗已确诊或高度怀疑由敏感菌引起的感 染。本品不适用于治疗革兰阴性菌感染。如确诊或怀疑合并 有革兰阴性菌感染，建议联合应用抗革兰阴性菌药物进行治 疗。  在选择或调整抗菌药物治疗方案时，应考虑进行细菌培养和 药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对本品的敏感 性。如果没有这些试验的药敏数据做参考，则应根据当地细 菌耐药性和抗菌药物敏感性等流行病学情况进行经验性治 疗。在获得以上药敏结果之前可以先使用本品进行治疗，获 得药敏结果后再选择进行针对性的病原治疗。 | 乙 TX106 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 353 | 比克恩丙诺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品适用于作为完整方案治疗 人类免疫缺陷病毒 1 型(HIV-1)感染的成人，且患者目前和 既往无对整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦产生病 毒耐药性的证据。 | 乙 TX126 |
| 354 | 氨吡啶缓释片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于改善多发性硬化合并 步行障碍(EDSS 评分 4-7 分)的成年患者的步行能力。 | 乙 TX245 |
| 355 | 阿加糖酶α注射用浓溶液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于确诊为法布雷病(α- 半乳糖苷酶 A 缺乏症)患者的长期酶替代治疗。本品适用于 成人、儿童和青少年。尚未确定本品在 0-6 岁儿童中的安全 性和有效性。 | 乙 TX33 |
| 356 | 索磷布韦维帕他韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品用于治疗成人慢性丙型肝 炎病毒(HCV)感染。 | 乙 TX117 |
| 357 | 注射用贝利尤单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品与常规治疗联合，适用于 在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如：抗 dsDNA 抗体 阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分≥8)的活动性、 自身抗 体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5 岁及以上患者。 | 乙 TX207 |
| 358 | 注射用泰它西普超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品与常规治疗联合，适用于 在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如：抗 ds-DNA 抗体 阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分≥8)的活动性、 自身抗 体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)成年患者。该适应症是基于 一项接受常规治疗仍具有高疾病活动的系统性红斑狼疮成 年患者的 II 期临床试验结果给予的附条件批准。本适应症 的完全获批将取决于确证性随机对照临床试验能否证实本 品在该患者人群的临床获益。 | 乙 TX208 |
| 359 | 泊马度胺胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品与地塞米松联用，适用于 既往接受过至少两种治疗(包括来那度胺和一种蛋白酶体抑 制剂)，且在最后一次治疗期间或治疗结束后 60 天内发生疾 病进展的成年多发性骨髓瘤患者。 | 乙 TX218 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 360 | 奥妥珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品与化疗联合，用于初治的 II 期伴有巨大肿块、III 期或 IV 期滤泡性淋巴瘤成人患者， 达到至少部分缓解的患者随后用奥妥珠单抗维持治疗。 | 乙 TX148 |
| 361 | 海博麦布片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，本品作为饮食控制以外的辅助 治疗，可单独或与 HMG-CoA 还原酶抑制剂(他汀类)联合用于 治疗原发性(杂合子家族性或非家族性)高胆固醇血症，可降 低总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、载脂蛋白 B(Apo B)水平。 | 乙 TX83 |
| 362 | 达可替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，单药用于表皮生长因子受体 (EGFR)19 号外显子缺失突变或 21 号外显子L858R 置换突变的局 部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗。 | 乙 TX174 |
| 363 | 恩替卡韦口服溶液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，恩替卡韦适用于病毒复制活跃， 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)持续升高或肝脏组织学显示有 活动性病变的慢性成人乙型肝炎的治疗(包括代偿及失代偿 期肝病患者)。也适用于治疗 2 岁至<18 岁慢性 HBV 感染代偿 性肝病的核苷初治儿童患者，有病毒复制活跃和血清 ALT 水 平持续升高的证据或中度至重度炎症和/或纤维化的组织学 证据。 | 乙 TX113 |
| 364 | 水合氯醛/糖浆组合包装超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，儿童检查、操作前的镇静、催 眠。 | 乙 TX235 |
| 365 | 化湿败毒颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，化湿解毒，宣肺泄热。用于湿 毒侵肺所致的疫病，症见发热、咳嗽、乏力、胸闷、恶心、 肌肉酸痛、咽干咽痛、食欲减退、 口中粘腻不爽等。 | 乙 TZ20 |
| 366 | 磷酸依米他韦胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，磷酸依米他韦胶囊需与索磷布 韦片联合，用于治疗成人基因 1 型非肝硬化慢性丙型肝炎。 磷酸依米他韦胶囊不得作为单药治疗。 | 乙 TX122 |
| 367 | 马来酸奈拉替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，适用于人类表皮生长因子受体 2(HER2)阳性的早期乳腺癌成年患者，在接受含曲妥珠单抗 辅助治疗之后的强化辅助治疗。 | 乙 TX177 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 368 | 艾考恩丙替片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，适用于治疗人类免疫缺陷病毒 -1(HIV-1)感染的且无任何与整合酶抑制剂类药物、恩曲他 滨或替诺福韦耐药性相关的已知突变的成人和青少年(年龄 12 岁及以上且体重至少为 35kg)。 | 乙 TX123 |
| 369 | 金花清感颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，疏风宣肺，清热解毒。用于单 纯型流行性感冒轻症，中医辨证属风热犯肺证者，症见发热， 头痛，全身酸痛，咽痛，咳嗽，恶风或恶寒，鼻塞流涕，舌 质红，舌苔薄黄，脉数。在新型冠状病毒肺炎的常规治疗中， 可用于轻型、普通型引起的发热、咳嗽、乏力。 | 乙 TZ19 |
| 370 | 注射用磷酸左奥硝唑酯二钠超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，为减少耐药菌的产生，保证磷 酸左奥硝唑酯二钠、左奥硝唑、奥硝唑及其他抗菌药物的有 效性，磷酸左奥硝唑酯二钠只用于治疗或预防已证明或高度 怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方 案时，应考虑细菌培养和药敏试验结果。如果没有这些试验 的数据做参考，则应当根据当地流行病学和病原菌敏感性进 行经验性治疗。  在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病 原菌，确定其对该抗菌药物的敏感性，在获得以上药敏结果 之前可以先使用该抗菌药物进行治疗，得到药敏结果后再选 择进行针对病原菌的治疗。  在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌 是否对抗菌药物持续敏感，并在细菌出现耐药性后能够及时 发现。  本品仅适用于不宜口服给药的患者。  本品适应症为：  1.本品适用于治疗肠道和肝脏严重的阿米巴病；2.本品适用 于治疗奥硝唑敏感厌氧菌引起的手术后感染；3.本品适用于 预防外科手术导致的敏感厌氧菌感染。 | 乙 TX105 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 371 | 苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，为减少耐药菌的产生，保证奈 诺沙星及其他抗菌药物的有效性，本品只用于治疗已证明或 高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治 疗方案时，应考虑细菌培养和药敏试验的结果。如果没有这 些试验的数据做参考，则应根据当地流行病学和病原菌敏感 性进行经验性治疗。  在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病 原菌，确定其对本品的敏感性。在获得以上检验结果之前可 以先使用本品进行治疗，得到检验结果之后再选择适当的治 疗方法。  在此类中的其他药物相同，使用本品进行治疗时，在治疗期 间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗 菌药物持续敏感，并在细菌出现耐药性后能够及时发现。  本品可用于治疗对奈诺沙星呈现敏感的肺炎链球菌、金黄色 葡萄球菌、流感嗜血杆菌、副流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、 肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌以及肺炎支原体、肺炎衣原体 和嗜肺军团菌所致的成人(≥18 岁)社区获得性肺炎。  在使用本品时可依据患者病情严重程度及耐受性选用注射 剂或口服制剂,也可选用治疗初期予以注射剂静脉输注,病 情趋缓解后继以口服给药的序贯疗法。 | 乙 TX95 |
| 372 | 依维莫司片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限： 1. 既往接受舒尼替尼或 索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者； 2.不可切除 的、局部晚期或转移性的、分化良好的(中度分化或高度分 化)进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者； 3. 无法手术切除 的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃 肠道或肺源神经内分泌肿瘤(NET)成人患者；4. 需要治疗干 预但不适于手术切除的结节性硬化症(TSC)相关的室管膜下 巨细胞星形细胞瘤(SEGA)成人和儿童患者；5. 用于治疗不 需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪 瘤(TSC-AML)成人患者；6. 来曲唑或阿那曲唑治疗失败后的 激素受体阳性、表皮生长因子受体-2 阴性、绝经后晚期女性 乳腺癌患者。 | 乙 TX205 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 373 | 司库奇尤单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限： 1. 银屑病：用于治疗符 合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成年 及体重≥50kg 的 6 岁及以上儿童患者；2. 强直性脊柱炎： 用于常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者。 | 乙 TX213 |
| 374 | 乌帕替尼缓释片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.12 岁及以上患者难治性、 中重度特应性皮炎的二线治疗；  2.活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗；  3.中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗。 | 乙 TX209 |
| 375 | 康柏西普眼用注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限 :1.50 岁以上的湿性年龄相 关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力 损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害；4.继发于 视网膜静脉阻塞(RVO)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网 膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤。应同时 符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专 科 医 院 医 师 处 方 ； 2. 首 次 处 方 时 病 眼 基 线 矫 正 视 力 0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT(全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像)证据； 4.每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西 普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。 | 乙 TX265 |
| 376 | 曲美替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.BRAF V600 突变阳性不 可切除或转移性黑色素瘤：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者； 2.BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合甲磺 酸达拉非尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患 者完全切除后的辅助治疗；3.BRAF V600 突变阳性的转移性 非小细胞肺癌：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。 | 乙 TX169 |

— 46 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 377 | 甲磺酸达拉非尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.BRAF V600 突变阳性不 可切除或转移性黑色素瘤：联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者；  2.BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合曲美 替尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全 切除后的辅助治疗；  3.BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合曲美替 尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患 者。 | 乙 TX170 |
| 378 | 西妥昔单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限： 1.RAS 基因野生型的转移 性结直肠癌；2.头颈部鳞状细胞癌。 | 乙 TX140 |
| 379 | 乌司奴单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.斑块状银屑病：本品适 用于对环孢素、 甲氨蝶呤(MTX)或 PUVA(补骨脂素和紫外线 A)等其他系统性治疗不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重 度斑块状银屑病患者；2.克罗恩病：本品适用于对传统治疗 或肿瘤坏死因子α(TNF- α)拮抗剂应答不足、失应答或无法 耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。 | 乙 TX214 |
| 380 | 甲磺酸阿美替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.表皮生长因子受体(EGFR) 外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转 移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；2.既往经 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进 展,并且经检测确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或 转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。 | 乙 TX154 |
| 381 | 甲磺酸伏美替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.表皮生长因子受体(EGFR) 外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转 移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；2.既往因 表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或 治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突 变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。 | 乙 TX173 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 382 | 甲磺酸奥希替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.表皮生长因子受体（EGFR） 外显子 19 缺失或外显子 21（L858R）置换突变的局部晚期或 转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者的一线治疗；2.既 往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI） 治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患 者的治疗。 | 乙 TX153 |
| 383 | 瑞戈非尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.肝细胞癌二线治疗；2. 转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。 | 乙 TX160 |
| 384 | 泽布替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.既往至少接受过一种治 疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者；2.既往至少接受过一种 治疗的成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤 (SLL)患者。分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果 附条件批准上述适应症，完全批准将取决于正在开展中的确 证性随机对照临床试验结果；3.既往至少接受过一种治疗的 成人华氏巨球蛋白血症(WM)患者。基于一项单臂临床试验的 主要缓解率结果附条件批准上述适应症，完全批准将取决于 正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。 | 乙 TX166 |
| 385 | 伊布替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.既往至少接受过一种治 疗的套细胞淋巴瘤(MCL)患者的治疗；2.慢性淋巴细胞白血 病/小淋巴细胞淋巴瘤(CLL/SLL)患者的治疗；3.华氏巨球蛋 白血症患者的治疗，按说明书用药。 | 乙 TX165 |
| 386 | 注射用恩美曲妥珠单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.接受了紫杉烷类联合曲 妥珠单抗为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗；2.限接受了紫杉烷类和曲 妥珠单抗治疗的 HER2 阳性、不可切除局部晚期或转移性乳 腺癌患者。 | 乙 TX150 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 387 | 注射用苯磺酸瑞马唑仑超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.结肠镜检查；2.全身麻 醉诱导与维持。 | 乙 TX234 |
| 388 | 注射用紫杉醇脂质体超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.卵巢癌的一线化疗及以 后卵巢转移性癌的治疗、作为一线化疗，也可与顺铂联合应 用；2.用于曾用过含阿霉素标准化疗的乳腺癌患者的后续治 疗或复发患者的治疗；3.可与顺铂联合用于不能手术或放疗 的非小细胞肺癌患者的一线化疗。 | 乙 TX137 |
| 389 | 注射用甲苯磺酸瑞马唑仑超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1. 胃镜、结肠镜检查的镇 静；2.全身麻醉的诱导和维持。 | 乙 TX233 |
| 390 | 注射用奥马珠单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.限经吸入型糖皮质激素 和长效吸入型β2-肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效 控制症状的中至重度持续性过敏性哮喘患者，并需 IgE(免疫 球蛋白 E)介导确诊证据；2.H1 抗组胺药治疗后仍有症状的 成人和青少年(12 岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。 | 乙 TX259 |
| 391 | 奥拉帕利片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.携带胚系或体细胞 BRCA 突变的(gBRCAm 或 sBRCAm)晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或 原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解 或部分缓解后的维持治疗； 2.铂敏感的复发性上皮性卵巢 癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全 缓解或部分缓解后的维持治疗； 3.携带胚系或体细胞 BRCA 突变(gBRCAm 或 sBRCAm)且既往治疗(包括一种新型内分泌药 物)失败的转移性去势抵抗性前列腺癌成人患者。 | 乙 TX187 |
| 392 | 特瑞普利单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.用于既往接受全身系统 治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗；2.用于既往 接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者 的治疗；3.用于含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗 12 个 月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。 | 乙 TX146 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 393 | 盐酸安罗替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.用于既往至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细 胞肺癌患者的治疗；对于存在表皮生长因子受体(EGFR)基因 突变或间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的患者，在开始盐酸安 罗替尼胶囊治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、 且至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发；2.用于腺泡 状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类 化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者的 治疗；3.用于既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复 发的小细胞肺癌患者的治疗；4.用于具有临床症状或明确疾 病进展的、不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌患者 的治疗。 | 乙 TX155 |
| 394 | 注射用维迪西妥单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.至少接受过 2 个系统化 疗的 HER2 过表达局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部 腺癌)；2.既往接受过含铂化疗且 HER2 过表达局部晚期或转 移性尿路上皮癌。 | 乙 TX192 |
| 395 | 替雷利珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.至少经过二线系统化疗 的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；2.PD-L1 高表 达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗 12 个月内进展的 局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗；3.不可手术切除的局 部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；4.表皮生长 因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴 性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌 的一线治疗；5.表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间 变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、既往接受过含铂方案化疗后疾 病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺 癌(NSCLC)成人患者， 以及 EGFR 和 ALK 阴性或未知的，既往 接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或 转移性鳞状 NSCLC 成人患者；6.至少经过一种全身治疗的肝 | 乙 TX145 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  |  |  | 细胞癌的治疗； 7.不可切除或转移性微卫星高度不稳定型 (MSI-H)或错配修复基因缺陷型(dMMR)的成人晚期实体瘤患 者：既往经过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗后出现 疾病进展的晚期结直肠癌患者；既往治疗后出现疾病进展且 无满意替代治疗方案的其他晚期实体瘤患者；8.既往接受过 一线标准化疗后进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管 鳞状细胞癌的治疗；9.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗。 |  |
| 396 | 信迪利单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.至少经过二线系统化疗 的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗;2.表皮生长因 子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴 性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC)的一线治疗；3.不可手术切除的局部晚期或转移性 鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；4.既往未接受过系 统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗；5.不可切 除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的一线治疗;6.不可 切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的一 线治疗。 | 乙 TX144 |
| 397 | 注射用卡瑞利珠单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限：1.至少经过二线系统化疗 的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；2.既往接受过 索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌的 治疗；3.表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋 巴瘤激酶(ALK)阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性 非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；4.既往接受过一 线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞 癌；5.既往接受过二线及以上化疗后疾病进展或不可耐受的 晚期鼻咽癌的治疗； 6.局部复发或转移性鼻咽癌的一线治 疗；7.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治 疗；8.局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。 | 乙 TX147 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 398 | 泊沙康唑肠溶片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 13 岁和 13 岁以上重度免疫 缺陷患者。 | 乙 TJ9 |
| 399 | 重组赖脯胰岛素、重组甘精胰岛素超医保限定 范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 1 型糖尿病患者；限其他短 效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者 | 重组赖脯胰岛素 乙 95  重组甘精胰岛素 乙 118 |
| 400 | 利司扑兰口服溶液用散超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 2 月龄及以上患者的脊髓性 肌萎缩症(SMA)。 | 乙 TX223 |
| 401 | 波生坦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限 WHO 功能分级 II 级-IV 级的 肺动脉高压(WHO 第 1 组)的患者。 | 乙 TX70 |
| 402 | 注射用罗特西普超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限β-地中海贫血成人患者。 | 乙 TX54 |
| 403 | 芬太尼超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限癌症疼痛患者或其他方法难 以控制的重度疼痛 | 乙 ★(937) |
| 404 | 非那吡啶超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限膀胱镜检查使用 | 乙 546 |
| 405 | 马来酸吡咯替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限表皮生长因子受体 2(HER2) 阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。 | 乙 TX163 |
| 406 | 左布比卡因注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限布比卡因注射剂不能耐受的 患者。 | 乙 951 |
| 407 | 来那度胺超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限曾接受过至少一种疗法的多 发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件：1.每 2 个疗程需 提供治疗有效的证据后方可继续支付；2.由三级医院血液专 科或血液专科医院医师处方 | 乙 876 |
| 408 | 维奈克拉片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限成人急性髓系白血病患者。 | 乙 TX193 |
| 409 | 可乐定贴剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限持续使用可乐定，且有因禁 食、吞咽困难等无法使用可乐定口服制剂的患者 | 乙 ★(321) |
| 410 | 白眉蛇毒血凝酶注射剂、矛头蝮蛇血凝酶注射 剂、蛇毒血凝酶注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限出血性疾病治疗的二线用药； 预防使用不予支付 | 白眉蛇毒血凝酶注射剂 乙 222 矛头蝮蛇血凝酶注射剂 乙 226 蛇毒血凝酶注射剂 乙 229 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 411 | 奥美沙坦酯氢氯噻嗪超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限对其它血管紧张素Ⅱ拮抗剂 治疗不能耐受的患者。 | 乙 404 |
| 412 | 奥美沙坦酯氨氯地平、替米沙坦氨氯地平超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限对其它血管紧张素Ⅱ拮抗剂 治疗不能耐受或疗效不佳的患者。 | 奥美沙坦酯氨氯地平 乙 410 替米沙坦氨氯地平 乙 411 |
| 413 | 达沙替尼超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限对伊马替尼耐药或不耐受的 慢性髓细胞白血病患者 | 乙 809 |
| 414 | 比阿培南注射剂、厄他培南注射剂、亚胺培南 西司他丁注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限多重耐药的重症感染 | 比阿培南注射剂 乙 631  厄他培南注射剂 乙 630  亚胺培 南 西 司他 丁注射剂 乙  633 |
| 415 | 艾愈胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限恶性肿瘤放化疗并有白细胞 减少的检验证据 | 乙 933 |
| 416 | 生白颗粒(口服液、合剂)、养正合剂超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限恶性肿瘤放化疗期间白细胞 检验指标明显低下。 | 生白颗粒(口服液 、合剂) 乙  943  养正合剂 乙 945 |
| 417 | 健脾益肾颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限恶性肿瘤放化疗血象指标低 下及免疫功能低下的患者 | 乙 939 |
| 418 | 猪苓多糖注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限恶性肿瘤化疗免疫功能低下 | 乙 ★(150) |
| 419 | 克林霉素棕榈酸酯口服液体剂超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限儿童或经口鼻饲管途径给药。 | 乙 ★(487) |
| 420 | 艾塞那肽注射液、度拉糖肽注射液、聚乙二醇 洛塞那肽注射液、利拉鲁肽注射液、利司那肽 注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二甲双胍等口服降糖药或胰 岛素控制效果不佳的 BMI≥25 的患者，首次处方时需由二级 及以上医疗机构专科医师开具处方。 | 艾塞那肽注射液 乙 TX19  度拉糖肽注射液 乙 TX23  聚 乙 二 醇洛塞那肽注射 液 乙  TX24  利拉鲁肽注射液 乙 TX20  利司那肽注射液 乙 TX21 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 421 | 利格列汀二甲双胍Ⅰ利格列汀二甲双胍Ⅱ 、沙 格列汀二甲双胍Ⅰ沙格列汀二甲双胍Ⅱ沙格列 汀二甲双胍Ⅲ、西格列汀二甲双胍Ⅰ西格列汀 二甲双胍Ⅱ、阿格列汀、利格列汀、西格列汀、 艾托格列净片、吉米沙星、西他沙星片、苹果 酸奈诺沙星胶囊、吗啉硝唑氯化钠注射液、左 奥硝唑氯化钠、伊达比星、屈昔多巴、罗匹尼 罗口服常释剂型、罗匹尼罗缓释控释剂型、雷 沙吉兰、恩他卡朋、恩他卡朋双多巴恩他卡朋 双多巴Ⅱ恩他卡朋双多巴Ⅲ恩他卡朋双多巴 Ⅳ、茚达特罗、依美斯汀、加替沙星、布林佐 胺溴莫尼定滴眼液、布林佐胺噻吗洛尔滴眼液、 贝美前列素滴眼剂、拉坦前列素滴眼剂、曲伏 前列素滴眼剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限二线用药。 | 利格列汀二甲双胍Ⅰ利格列汀二 甲双胍Ⅱ 乙 132  沙格列汀二甲双胍Ⅰ沙格列汀二 甲双胍Ⅱ沙格列汀二甲双胍Ⅲ 乙 134  西格列汀二甲双胍Ⅰ西格列汀二  甲双胍Ⅱ 乙 133  阿格列汀 乙 140  利格列汀 乙 141  西格列汀 乙 144  艾托格列净片 乙 TX26  吉米沙星 乙 655  西他沙星片 乙 658  苹果酸奈诺沙星胶囊 乙 TX94  吗 啉 硝 唑 氯 化 钠 注 射 液 乙 TX104  左奥硝唑氯化钠 乙 664  伊达比星 乙 795  屈昔多巴 乙 1002  罗匹尼罗口服常释剂型 乙 1008 罗匹尼罗缓释控释剂型 乙 ★ (1008)  雷沙吉兰 乙 1011  恩他卡朋 乙 1012  恩他卡朋双多巴恩他卡朋双多巴 Ⅱ恩他卡朋双多巴Ⅲ恩他卡朋双  多巴Ⅳ 乙 1013  茚达特罗 乙 1140  依美斯汀 乙 1173  加替沙星 乙 ★(1186)  布林佐胺 溴 莫尼 定滴 眼 液 乙  TX263  布林佐胺 噻 吗洛 尔滴 眼 液 乙  TX262  贝美前列素滴眼剂 乙 1196 拉坦前列素滴眼剂 乙 1201 曲伏前列素滴眼剂 乙 1202 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 422 | 人粒细胞刺激因子(重组人粒细胞刺激因子)注 射剂、人粒细胞巨噬细胞刺激因子(重组人粒细 胞巨噬细胞刺激因子)注射剂、重组人粒细胞刺 激因子(CHO 细胞)注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限放化疗后的骨髓抑制。 | 人粒细胞刺激因子(重组人粒细 胞刺激因子)注射剂 乙 841  人粒细胞巨噬细胞刺激因子(重 组人粒细胞巨噬细胞刺激因子) 注射剂 乙 842  重组人粒细胞刺激因子(CHO 细 胞)注射剂 乙 ★(841) |
| 423 | 格拉司琼注射剂、托烷司琼注射剂、注射用福 沙匹坦双葡甲胺超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限放化疗且吞咽困难的患者。 | 格拉司琼注射剂 乙 ★(43) 托烷司琼注射剂 乙 ★(45)  注射用福 沙 匹坦双葡 甲胺 乙  TJ1 |
| 424 | 人白介素-11(重组人白介素-11)注射剂、重组 人白介素-11(Ⅰ)注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限放化疗引起的严重血小板减 少患者。 | 人白介素-11(重组人白介素-11) 注射剂 乙 848  重组人白介素-11(Ⅰ)注射剂 乙 ★(848) |
| 425 | 冬凌草滴丸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限放疗后急性咽炎的轻症患者。 | 乙 TZ8 |
| 426 | 丁丙诺啡超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限非阿片类止痛剂不能控制的 慢性中重度疼痛的患者。 | 乙 967 |
| 427 | 甲磺酸氟马替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限费城染色体阳性的慢性髓性 白血病(Ph+ CML)慢性期成人患者。 | 乙 TX152 |
| 428 | 雷替曲塞注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚 期结直肠癌患者。 | 乙 760 |
| 429 | 注射用卡非佐米超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限复发或难治性多发性骨髓瘤 成人患者，患者既往至少接受过 2 种治疗,包括蛋白酶体抑 制剂和免疫调节剂：1.每 2 个疗程需提供治疗有效的证据后 方可继续支付；2.由三级医院血液专科或血液专科医院医师 处方。 | 乙 TX194 |
| 430 | 纳布啡注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限复合麻醉。 | 乙 965 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 431 | 结构脂肪乳(C6-24)注射剂超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限肝功能不全(严重肝功能不 全者除外)患者的二线用药。需经营养风险筛查，明确具有 营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂 ”补充足够营 养的住院患者方予支付。 | 乙 263 |
| 432 | 复方甘草甜素(复方甘草酸苷)注射剂、甘草酸 二铵注射剂、甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠注射 液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肝功能衰竭或无法使用甘草 酸口服制剂的患者。 | 复方甘草甜素(复方甘草酸苷)注 射剂 乙 ★(50)  甘草酸二铵注射剂 乙 ★(51)  甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠注射 液 乙 TX9 |
| 433 | 安宫牛黄丸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限高热惊厥或中风所致的昏迷 急救、抢救时使用。 | 甲 296 |
| 434 | 安脑丸(片)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限高热神昏、中风窍闭的急救、 抢救使用。 | 乙 298 |
| 435 | 小儿牛黄清心散超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限高热神昏的急救、抢救时使 用。 | 乙 TZ24 |
| 436 | 左西孟旦超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限规范治疗效果不佳的急性失 代偿性心力衰竭短期治疗。 | 乙 308 |
| 437 | 赛沃替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限含铂化疗后疾病进展或不耐 受标准含铂化疗的、MET 外显子 14 跳变的局部晚期或转移性 NSCLC 成人患者。 | 乙 TX182 |
| 438 | 甲苯磺酸艾多沙班片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限华法林治疗控制不良或出血 高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。 | 乙 TX42 |
| 439 | 西红花总苷片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限化疗产生心脏毒性引起的心 绞痛患者。 | 乙 TZ45 |
| 440 | 艾拉莫德超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限活动性类风湿关节炎患者的 二线治疗 | 乙 901 |
| 441 | 奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂(Ⅱ)超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限活动性良性胃溃疡。 | 乙 TX3 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 442 | 利鲁唑口服混悬液、依达拉奉注射液、依达拉 奉氯化钠注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肌萎缩侧索硬化(ALS)。 | 利鲁唑口服混悬液 乙 TX247 依达拉奉注射液 乙 1098  依达拉奉氯化钠注射液 乙 1099 |
| 443 | 注射用重组人 TNK 组织型纤溶酶原激活剂超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限急性心肌梗死发病 6 小时内 使用。 | 乙 TX41 |
| 444 | 艾曲泊帕乙醇胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往对糖皮质激素、免疫球 蛋白等治疗反应不佳的成人和 6 岁及以上儿童慢性免疫性 (特发性)血小板减少症(ITP)患者。 | 乙 TX49 |
| 445 | 瑞派替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往接受过 3 种或以上激酶 抑制剂(包括伊马替尼)的晚期胃肠间质瘤(GIST)成人患者。 | 乙 TX184 |
| 446 | 阿昔替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往接受过一种酪氨酸激酶 抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人 患者。 | 乙 815 |
| 447 | 优替德隆注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往接受过至少一种化疗方 案的复发或转移性乳腺癌患者。 | 乙 TX139 |
| 448 | 羟乙磺酸达尔西利片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往接受内分泌治疗后出现 疾病进 展 的激 素 受体 (HR) 阳 性 、 人 表 皮 生 长 因 子 受体 2(HER2)阴性的复发或转移性乳腺癌患者。 | 乙 TX195 |
| 449 | 西达本胺片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限既往至少接受过 1 次全身化 疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤(PTCL)患者。 | 乙 TX186 |
| 450 | 夫西地酸注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限甲氧西林耐药阳性球菌感染。 | 乙 ★(456) |
| 451 | 去甲万古霉素注射剂、万古霉素注射剂超医保 限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限甲氧西林耐药阳性球菌感染； 病原不明的中枢神经系统、心血管系统重症感染及菌血症。 | 去甲万古霉素注射剂 乙 659 万古霉素注射剂 乙 661 |
| 452 | 替考拉宁注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限甲氧西林耐药阳性球菌感染 的二线治疗。 | 乙 660 |
| 453 | 示踪用盐酸米托蒽醌注射液超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限甲状腺手术区域淋巴结或乳 腺癌前哨淋巴结的示踪。 | 乙 TX138 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 454 | 克唑替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限间变性淋巴瘤激酶（ALK） 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者或 ROS1 阳性的 晚期非小细胞肺癌患者。 | 乙 TX156 |
| 455 | 注射用伊尼妥单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限接受过 1 个或多个化疗方案 的 HER2 阳性转移性乳腺癌患者。 | 乙 TX142 |
| 456 | 棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限接受过棕榈酸帕利哌酮注射 液(1 个月剂型)至少 4 个月充分治疗的精神分裂症患者。 | 乙 TX231 |
| 457 | 肠内营养粉(AA-PA)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限经营养风险筛查，明确具有 营养风险的 1 岁以下住院患儿。 | 乙 1230 |
| 458 | 多种油脂肪乳(C6～24)注射液超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限经营养风险筛查，明确具有 营养风险的肝功能不全(严重肝功能不全者除外)患者的二 线用药。消化道有功能患者使用时不予支付。 | 乙 TX56 |
| 459 | 腺苷钴胺注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限巨幼红细胞性贫血且有禁食 医嘱或因吞咽困难等，无法使用腺苷钴胺口服制剂的患者。 | 乙 ★(243) |
| 460 | 伊奈利珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限抗水通道蛋白 4(AQP4)抗体 阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)成人患者。 | 乙 TX211 |
| 461 | 异麦芽糖酐铁注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限口服铁剂无效或无法口服补 铁；或临床上需要快速补充铁。 | 乙 TX52 |
| 462 | 吗替麦考酚酯口服液体剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限口服吞咽困难的器官移植后 抗排异反应 | 乙 ★(857) |
| 463 | 奥司他韦颗粒剂、帕拉米韦氯化钠注射剂、盐 酸阿比多尔颗粒、法维拉韦片(又称 :法匹拉韦 片)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限流感重症高危人群及重症患 者的抗流感病毒治疗。 | 奥司他韦颗粒剂 乙 ★(719)  帕拉米韦氯化钠注射剂 乙 720 盐酸阿比多尔颗粒 乙 TX132  法维拉韦片(又称 :法匹拉韦片) 乙 TX133 |
| 464 | 海昆肾喜胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限慢性肾功能衰竭失代偿期非 透析患者或尿毒症早期非透析患者。 | 乙 799 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 465 | 倍氯福格吸入气雾剂、布地格福吸入气雾剂、 格隆溴铵福莫特罗吸入气雾剂超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限慢性阻塞性肺病。 | 倍氯福格吸入气雾剂 乙 TX255 布地格福吸入气雾剂 乙 TX251 格隆溴铵福莫特罗吸入气雾剂 乙 TX252 |
| 466 | 七叶皂苷注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限脑水肿的二线治疗，支付不 超过 10 天。 | 乙 ★(357) |
| 467 | 多种微量元素多种微量元素Ⅰ多种微量元素Ⅱ 注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限配合肠外营养用。 | 乙 1231 |
| 468 | 利扎曲普坦、舒马普坦、佐米曲普坦超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限偏头痛急性发作患者的二线 用药。 | 利扎曲普坦 乙 981  舒马普坦 乙 982  佐米曲普坦 乙 983 |
| 469 | 德谷门冬双胰岛素注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限其他胰岛素或口服药难以控 制的 2 型糖尿病患者。 | 乙 TX14 |
| 470 | 巴利昔单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植的诱导治疗。 | 乙 863 |
| 471 | 抗人 T 细胞兔免疫球蛋白注射剂、兔抗人胸腺 细胞免疫球蛋白注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植排斥反应高危人群 的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血。 | 抗人 T 细胞兔免疫球蛋白注射剂 乙 860  兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白注射 剂 乙 861 |
| 472 | 抗人 T 细胞猪免疫球蛋白注射剂超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限器官移植排斥反应高危人群 的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血； 原发性血小板减少性紫癜。 | 乙 862 |
| 473 | 聚乙二醇化人粒细胞刺激因子(聚乙二醇化重 组人粒细胞刺激因子)注射剂、硫培非格司亭注 射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限前次化疗曾发生重度中性粒 细胞减少合并发热的患者。 | 聚乙二醇化人粒细胞刺激因子 (聚乙二醇化重组人粒细胞刺激 因子)注射剂 乙 840  硫培非格司亭注射液 乙 TX201 |
| 474 | 注射用硫酸艾沙康唑超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限侵袭性曲霉病或侵袭性毛霉 病的成人患者。 | 乙 TX109 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 475 | 吡美莫司超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限轻中度特应性皮炎患者的二 线用药。 | 乙 492 |
| 476 | 本维莫德乳膏超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限轻中度稳定性寻常型银屑病 患者的二线治疗，需按说明书用药。 | 乙 TX86 |
| 477 | 托珠单抗注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限全身型幼年特发性关节炎的 二线治疗； 限诊断明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者。 | 乙 870 |
| 478 | 阿托西班注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限妊娠 24 周到 33 周，且有明 确早产指征者的二线用药。 | 乙 514 |
| 479 | 重组人血小板生成素注射液超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限实体瘤化疗后所致的血小板 减少症或原发免疫性血小板减少症(ITP)。 | 乙 TX45 |
| 480 | 地塞米松玻璃体内植入剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限视网膜静脉阻塞(RVO)的黄 斑水肿和糖尿病性黄斑水肿(DME)患者，并应同时符合以下 条件：  1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处 方；  2.首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；  3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT(全身情 况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像)证据；  4.每眼累计最多支付 5 支，每个年度最多支付 2 支。 | 乙 TX264 |
| 481 | 法罗培南颗粒剂、小儿法罗培南钠颗粒超医保 限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限头孢菌素耐药或重症感染儿 童患者。 | 法罗培南颗粒剂 乙 ★(634)  小儿法罗培南钠颗粒 乙 TX101 |
| 482 | 法罗培南超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限头孢菌素耐药或重症感染患 者。 | 乙 634 |
| 483 | 培唑帕尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限晚期肾细胞癌患者的一线治 疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。 | 乙 TX159 |
| 484 | 甲钴胺注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限维生素 B12 缺乏的巨幼红细 胞性贫血且有禁食医嘱或因吞咽困难等，无法使用甲钴胺口 服制剂的患者。 | 乙 ★(244) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 485 | 卡络磺钠(肾上腺色腙)注射剂超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限无法口服卡络磺钠(肾上腺 色腙)的患者。 | 乙 ★(225) |
| 486 | 多西环素注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限无法使用多西环素口服制剂 的患者。 | 乙 ★(586) |
| 487 | 小儿珠珀散(珠珀猴枣散)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限小儿发热痰鸣。 | 乙 192 |
| 488 | 丁苯酞氯化钠注射液、依达拉奉右莰醇注射用 浓溶液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新发的急性缺血性脑卒中患 者在发作 48 小时内开始使用，支付不超过 14 天。 | 丁苯酞氯化钠注射液 乙 TX244 依达拉奉右莰醇注射用浓溶液 乙 TX242 |
| 489 | 丁苯酞软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限新发的急性缺血性脑卒中患 者在发作 72 小时内开始使用，支付不超过 20 天。 | 乙 TX243 |
| 490 | 肝素封管液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限血液透析、体外循环、导管 术、微血管手术等操作中及某些血液标本或器械的抗凝处 理。 | 乙 ★(186) |
| 491 | 注射用维布妥昔单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限以下 CD30 阳性淋巴瘤成人 患者：  1.复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤(R/R sALCL )； 2.复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤(R/R cHL)；3.既往接 受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤 (pcALCL)或蕈样真菌病(MF)。 | 乙 TX151 |
| 492 | 阿柏西普眼内注射溶液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下疾病：1.50 岁以上的湿 性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引 起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼 科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼 基线矫正视力 0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需 有血管造影或 OCT(全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管 成像)证据；4.每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。 | 乙 TX266 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 493 | 雷珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下疾病：1.50 岁以上的湿 性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引 起的视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害； 4.继发于视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿引起的视力损 害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及 以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视 力 0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影 或 OCT(全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像)证据； 4.每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西 普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。 | 乙 TX267 |
| 494 | 帕妥珠单抗注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下情况方可支付，且支付 不超过 12 个月： 1.HER2 阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺 癌患者的新辅助治疗；2.具有高复发风险 HER2 阳性早期乳 腺癌患者的辅助治疗。 | 乙 TX143 |
| 495 | 曲妥珠单抗注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下情况方可支付：1.HER2 阳性的转移性乳腺癌；2.HER2 阳性的早期乳腺癌患者的辅助 和新辅助治疗，支付不超过 12 个月；3.HER2 阳性的转移性 胃癌患者。 | 乙 805 |
| 496 | 利奥西呱片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下情况方可支付：1.术后 持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)或不能 手术的 CTEPH，且(WHO FC)为 II-III 的患者；2.动脉性肺动 脉高压(PAH)且(WHO FC)为 II-III 患者的二线用药。 | 乙 TX72 |
| 497 | 泊沙康唑口服混悬液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下情况方可支付：1.预防 移植后(干细胞及实体器官移植)及恶性肿瘤患者有重度粒 细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染；2.伊曲康唑或氟康 唑难治性口咽念珠菌病；3.接合菌纲类感染。 | 乙 TX108 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 498 | 注射用英夫利西单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限以下情况方可支付：1.诊断 明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动 度下降低于 50%者；诊断明确的强直性脊柱炎(不含放射学前 期中轴性脊柱关节炎)NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下 降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方；2.对系统性治疗 无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书 用药；3.克罗恩病患者的二线治疗；4.中重度溃疡性结肠炎 患者的二线治疗。 | 乙 869 |
| 499 | 两性霉素 B 脂质体注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限因肾损伤或药物毒性而不能 使用有效剂量两性霉素 B 的患者。 | 乙 ★(677) |
| 500 | 果糖注射剂、果糖氯化钠注射剂超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限因胰岛素抵抗无法使用葡萄 糖的抢救患者，果糖总量每日不超过 50g。 | 果糖注射剂 乙 271  果糖氯化钠注射剂 乙 ★(271) |
| 501 | 盐酸艾司氯胺酮注射液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限用于与镇静麻醉药联合诱导 和实施全身麻醉。 | 乙 TX224 |
| 502 | 哌甲酯超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限由专科医生采用 DSM-IV 诊 断标准作出明确诊断的患者。 | 乙 ★(1076) |
| 503 | 乙酰半胱氨酸泡腾片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有大量浓稠痰液的慢性阻塞 性肺病(COPD)患者。 | 乙 ★(1151) |
| 504 | 拉米夫定、替比夫定超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有活动性乙型肝炎的明确诊 断及检验证据或母婴乙肝传播阻断。 | 拉米夫定 乙 713  替比夫定 乙 715 |
| 505 | 丙氨酰谷氨酰胺注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有禁食医嘱的患者，并符合 凡例对肠内外营养制剂的规定。 | 乙 281 |
| 506 | 贝前列素、沙格雷酯、西洛他唑超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有慢性动脉闭塞的诊断且有 明确的溃疡、间歇性跛行及严重疼痛体征的患者。 | 贝前列素 乙 193  沙格雷酯 乙 195  西洛他唑 乙 197 |
| 507 | 头孢硫脒注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确药敏试验证据的患者。 | 乙 610 |
| 508 | 莫西沙星注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确药敏试验证据的如下 感染：急性窦炎、下呼吸道感染、社区获得性肺炎、复杂性 腹腔感染 | 乙 ★(656) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 509 | 哌拉西林舒巴坦注射剂、哌拉西林他唑巴坦注 射剂、头孢替安注射剂、头孢西丁注射剂、拉 氧头孢注射剂、头孢哌酮舒巴坦注射剂、头孢 匹罗注射剂、氨曲南注射剂超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确药敏试验证据或重症 感染的患者。 | 哌拉西林舒巴坦注射剂 乙 604 哌 拉 西林他 唑 巴坦注射剂 乙 605  头孢替安注射剂 乙 615  头孢西丁注射剂 乙 617  拉氧头孢注射剂 乙 621  头孢哌酮舒巴坦注射剂 乙 624 头孢匹罗注射剂 乙 628  氨曲南注射剂 乙 629 |
| 510 | 艾普拉唑超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有十二指肠溃疡、反流性食 管炎诊断患者的二线用药。 | 乙 17 |
| 511 | 硒酵母超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有硒缺乏检验证据的患者。 | 乙 166 |
| 512 | 硫酸锌口服常释剂型、硫酸锌口服溶液剂超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有锌缺乏检验证据的患者。 | 硫酸锌口服常释剂型 乙 175  硫酸锌口服溶液剂 乙 ★(175) |
| 513 | 多粘菌素 B(多粘菌素)注射剂超医保限定范围 支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有药敏试验证据支持的多重 耐药细菌感染的联合治疗。 | 乙 662 |
| 514 | 安络化纤丸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有乙肝导致肝硬化的明确诊 断证据。 | 乙 138 |
| 515 | 壮骨止痛胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有原发性骨质疏松的诊断并 有骨痛的临床症状。 | 乙 1193 |
| 516 | 六味五灵片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有转氨酶增高的慢性乙肝患 者且经过中医辨证有符合说明书标明证候的。 | 乙 379 |
| 517 | 多种维生素(12)注射剂、小儿多种维生素注射 液(13)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限与肠外营养药物配合使用时 支付，单独使用不予支付。 | 多种维生素(12)注射剂 乙 170 小儿多种维生素注射液(13) 乙 TX61 |
| 518 | 脂溶性维生素Ⅰ脂溶性维生素Ⅱ超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限与脂肪乳、氨基酸等肠外营 养药物配合使用时支付，单独使用不予支付。 | 乙 169 |
| 519 | 定坤丹(丸)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限月经不调，行经腹痛。 | 乙 1021 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 520 | 巴瑞替尼片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限诊断明确的类风湿关节炎经 传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者，并需 风湿病专科医师处方。 | 乙 TX206 |
| 521 | 戈利木单抗注射剂、依那西普注射液超医保限 定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限诊断明确的类风湿关节炎经 传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者；诊断 明确 的强直性脊柱炎(不含放射学前期 中轴性脊柱关节 炎)NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并 需风湿病专科医师处方。 | 戈利木单抗注射剂 乙 867 依那西普注射液 乙 TX212 |
| 522 | 重组人Ⅱ型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白 注射剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限诊断明确的类风湿关节炎经 传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者；诊断 明确 的强直性脊柱炎(不含放射学前期 中轴性脊柱关节 炎)NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并 需风湿病专科医师处方。限成人重度斑块状银屑病。 | 乙 866 |
| 523 | 氨基己酸注射剂、氨基己酸氯化钠注射剂超医 保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限治疗血纤维蛋白溶解亢进引 起出血的患者。 | 乙 ★(216) |
| 524 | 注射用维得利珠单抗超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中度至重度活动性溃疡性结 肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。 | 乙 TX32 |
| 525 | 蒺藜皂苷胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》 ，限中风病中经络(轻中度脑梗 死)恢复期患者。 | 乙 TZ42 |
| 526 | 杜蛭丸超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中风病中经络恢复期患者。 | 乙 TZ37 |
| 527 | 他克莫司软膏剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限中重度特应性皮炎患者的二 线用药。 | 乙 496 |
| 528 | 养血饮口服液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肿瘤放化疗患者。 | 乙 944 |
| 529 | 养阴生血合剂超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限肿瘤放化疗患者且有白细胞 减少的检验证据。 | 乙 352 |
| 530 | 阿比多尔超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限重症流感高危人群及重症患 者的抗流感病毒治疗。 | 乙 724 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 531 | 呋喹替尼胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限转移性结直肠癌患者的三线 治疗。 | 乙 TX162 |
| 532 | 米非司酮米非司酮Ⅱ超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限子宫肌瘤患者和生育保险。 | 乙 541 |
| 533 | 复方氨基酸(15AA)注射剂、复方氨基酸复方氨 基酸(20AA)注射剂、复方氨基酸(6AA)注射剂超 医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，限有明确的肝硬化、重症肝炎 和肝昏迷诊断证据的患者。需经营养风险筛查，明确具有营 养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂 ”补充足够营养 的住院患者方予支付。 | 复 方 氨 基 酸 (15AA) 注 射 剂 乙  254  复方氨基酸复方氨基酸(20AA)注 射剂 乙 255  复方氨基酸(6AA)注射剂 乙 256 |
| 534 | 复方氨基酸(18AA)复方氨基酸(18AA- Ⅰ)复方 氨基酸(18AA- Ⅱ)复方氨基酸(18AA-Ⅲ)复方氨 基酸(18AA- Ⅴ)注射剂、小儿复方氨基酸(18AA- Ⅰ)小儿复方氨基酸(18AA- Ⅱ)注射剂、小儿复 方 氨 基 酸 (19AA- Ⅰ ) 注 射 剂 、 脂 肪 乳 (C14-24)[指大豆油]注射剂、 中/长链脂肪乳 (C6-24)注射剂、中/长链脂肪乳(C8-24)中/长 链脂肪乳(C8-24Ve)注射剂、脂肪乳氨基酸葡萄 糖注射剂、复方氨基酸(18AA-Ⅶ)注射剂超医保 限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，需经营养风险筛查，明确具有 营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂 ”补充足够营 养的住院患者方予支付。 | 复方氨基酸 (18AA)复方氨基酸 (18AA- Ⅰ)复方氨基酸(18AA- Ⅱ) 复方氨基酸(18AA-Ⅲ)复方氨基 酸(18AA- Ⅴ)注射剂 乙 252  小儿复方氨基酸(18AA- Ⅰ)小儿 复方氨基酸(18AA- Ⅱ)注射剂 乙 253  小儿复方氨基酸(19AA- Ⅰ)注射 剂 乙 258  脂肪乳(C14-24)[指大豆油]注射 剂 乙 259  中/长链脂肪乳 (C6-24)注射剂 乙 261  中/长链脂肪乳(C8-24)中/长链 脂肪乳(C8-24Ve)注射剂 乙 262 脂肪乳氨基酸葡萄糖注射剂 乙 264  复方氨基酸(18AA-Ⅶ)注射剂 乙 ★(252) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 535 | 肠内营养乳剂(SP)、肠内营养剂(SP)口服混悬 剂、肠内营养剂(TP)口服粉剂、肠内营养剂(TP) 口服混悬剂、肠内营养剂(TP)口服乳剂、肠内 营养剂(TPF)口服混悬剂、肠内营养剂(TPF)乳 剂、肠内营养剂(TPF-FOS)口服混悬剂、肠内营 养剂(TP-HE)乳剂、肠内营养剂(TP-MCT)口服混 悬剂、肠内营养剂(TPSPA)口服混悬剂、肠内营 养粉(AA)口服粉剂、短肽型肠内营养剂口服粉 剂、整蛋白型肠内营养剂口服粉剂超医保限定 范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，需经营养风险筛查，明确具有 营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养的住院患者方予 支付。 | 肠内营养乳剂(SP) 乙 TX271  肠内营养剂(SP)口服混悬剂 乙 1216  肠 内 营 养剂 (TP) 口 服 粉 剂 乙  1217  肠内营养剂(TP)口服混悬剂、肠 内营养剂(TP)口服乳剂 乙 ★ (1217)  肠内营养剂(TPF)口服混悬剂 乙 1218  肠 内 营 养 剂 (TPF) 乳 剂 乙 ★ (1218)  肠内营养剂(TPF-FOS)口服混悬 剂 乙 1221  肠内营养剂(TP-HE)乳剂乙 1223 肠内营养剂(TP-MCT)口服混悬剂 乙 1224  肠内营养剂(TPSPA)口服混悬剂 乙 1225  肠 内 营 养粉 (AA) 口 服 粉 剂 乙  1227  短肽型肠内营养剂口服粉剂 乙 1228  整蛋白型肠内营养剂口服粉剂 乙 1229 |
| 536 | 宣肺败毒颗粒超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，宣肺化湿，清热透邪，泻肺解 毒。用于湿毒郁肺所致的疫病。症见发热，咳嗽，咽部不适， 喘促气短，乏力，纳呆，大便不畅；舌质暗红，苔黄腻或黄 燥，脉滑数或弦滑。 | 乙 TZ21 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 537 | 盐酸拉维达韦片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，盐酸拉维达韦片联合利托那韦 强化的达诺瑞韦钠片和利巴韦林，用于治疗初治的基因 lb 型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。盐酸拉维达 韦片不得作为单药治疗。 | 乙 TX121 |
| 538 | 蛭蛇通络胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，益气活血，息风通络。用于中 风病中经络(轻中度脑梗塞)恢复期气虚血瘀证。症见半身不 遂，偏身麻木， 口舌歪斜，舌强语蹇， 自汗、气短乏力，脉 沉细涩或弦。 | 乙 TZ44 |
| 539 | 芪黄通秘软胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，益气养血，润肠通便。用于功 能性便秘证属虚秘者。 | 乙 TZ5 |
| 540 | 注射用全氟丙烷人血白蛋白微球超医保限定范 围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于常规超声心动图显影不够 清晰者，增强显像效果，增加病变识别率及病变定性的准确 性，增强左心室内膜边界的识别。 | 乙 TX275 |
| 541 | 咪达唑仑口服溶液超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于儿童诊断或治疗性操作前 以及操作过程中的镇静/抗焦虑/遗忘；也可用于儿童术前镇 静/抗焦虑/遗忘。 | 乙 TX236 |
| 542 | 帕米帕利胶囊超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于既往经过二线及以上化疗 的伴有胚系 BRCA(gBRCA)突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管 癌或原发性腹膜癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 113 例既往经过二线及以上化疗的伴有 gBRCA 突变的复发性 晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者中开展的开放 性、多中心、单臂、II 期临床试验结果给予的附条件批准。 该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性试验证实 本品在该人群的临床获益。 | 乙 TX190 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | | 序号 | 违法违规具体内容及行为表现 | 政策法规依据及释义 | 备注 |
|  |  | 543 | 注射用重组人凝血因子Ⅶa 超医保限定范围支 付 | 根据《国家医保药品目录》，用于下列患者群体出血的治疗， 以及外科手术或有创操作出血的防治：  1.凝血因子 VIII 或 IX 的抑制物>5 个 Bethesda 单位(BU)的 先天性血友病患者；预计对注射凝血因子 VIII 或凝血因子 IX，具有高记忆应答的先天性血友病患者；2.获得性血友病 患者；3.先天性凝血因子 VII(FVII)缺乏症患者；4.具有血 小板膜糖蛋白 IIb－IIIa(GPIIb－IIIa)和/或人白细胞抗原 (HLA)抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板 无力症患者。 | 乙 TX44 |
| 544 | 氨氯地平叶酸片(Ⅱ)超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，用于治疗伴有血浆同型半胱氨 酸水平升高的原发性高血压。氨氯地平降低血压，叶酸降低 血同型半胱氨酸水平，升高血叶酸水平。 | 乙 TX77 |
| 545 | 达诺瑞韦钠片超医保限定范围支付 | 根据《国家医保药品目录》，与盐酸拉维达韦片等联合用于 治疗初治的非肝硬化的基因 1b 型慢性丙型肝炎成人患者(用 法用量详见盐酸拉维达韦片说明书)。 | 乙 TX120 |

附件 2

《检查指引》（2023 版）编写说明

一、本次汇编的《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检 查指引（2023 版）》是对 2022 年编印的《安徽省医疗保障基金使 用违法违规问题检查指引（试行）》（以下统称《指引》）的补充和 完善，并行不悖。如《指引（试行）》与《指引（2023 版）》中的

界定和表述前后不一致的， 以《指引（2023 版）》为准。

二、《指引》所涉及的相关政策法规，均依据国家和省现行法 规与政策编纂，对发生在现行政策实施前的医保基金使用行为， 若原规定与现行政策不一致的，按检查时间段所适用的相关规定 执行。 涉及跨时间段前后政策界定不一致的，分别依照各自时间

段执行的政策规定。

三、《指引》不作为医疗行为规范，也不替代医疗保障相关政 策规定，主要供各级医保部门开展行政监管、经办机构开展稽核 检查、制定智能审核监控规则以及定点医疗机构开展自查时进行 机构参照使用。检查中要深入现场一线，对病历、 医嘱、病程记 录等医学文书资料和医疗机构及执业范围、执业人员及资质、药 品与耗材、仪器设备进销存及使用等情况进行复核， 当面沟通，

听取反馈，必要时对相关人员进行问询，根据检查情况综合判定。

四、《指引（2023 版）》中所列 “违法违规具体内容及行为表

现” 同步作为各统筹区医保经办机构、定点医疗机构日常审核结

算和医保智能监管系统的审核规则。

五、按照现行《国家医保药品目录（2022 版）》，鉴于目前我 省医疗保障智能监管子系统现有的智能审核与监控能力，有关医 保基金限定支付的范围和条件分为三种情形：能够全面实现智能

监控、可部分实现智能监控、暂不能实现智能监控。

医保智能监管子系统据此分类实施智能审核监控：

I.按限定支付范围和条件全面实施智能审核监控的药品（条 目序号为 95-228）；II.对限定支付范围和条件可部分实现智能审 核监控的药品（条目序号为 229-323）；III. 暂不能通过规则进行

智能审核监控的药品（条目序号为 324-545）。

对部分和暂不能实现智能审核监控的 II、III 类药品的超限定 支付用药，各统筹区医保部门及经办机构应当结合日常审核、现 场检查、数据筛查等方式加强重点监管。定点医疗机构要加强政 策宣传引导，做好事前提示和院内审核，指导和督促医务人员严

格按照医保限定支付政策规定执行。

六、《指引（2023 版）》共涉及 11 类、545 项内容，分别从“违 法违规类型”“违法违规具体内容及行为表现”“政策法规依据及

释义”方面对医保基金使用违法违规行为进行阐述。

2022 年《检查指引（试行）》所列 “ 常见医保违法违规行为 类型及具体表现形式”仍沿用，《指引（2023 版）》不作调整。若 其界定与国家相关规定不一致的， 以国家的规定为准。执行中发

现新的问题及需要完善的内容，及时总结反馈。

|  |  |
| --- | --- |
| 安徽省医疗保障局办公室 | 2023 年 4 月 13 日印发 |