

附件 1

张掖市基本医疗保险门诊慢特病病种和待遇支付标准

序号	类别	病种代码	病种名称	职工		城乡居民		复审期限
				支付比例 (%)	支付限额 (元)	支付比例 (%)	支付限额 (元)	
1	I 类	M06900	类风湿性关节炎	85	6000	70	4000	10 年
2		M07200	强直性脊柱炎	85	6000	70	4000	10 年
3		M01628	糖尿病伴有并发症(2 种以内)	85	5000	70	3000	长期
4		M01629	糖尿病伴有并发症(3 种及以上)	85	7000	70	5000	长期
5		M01702	甲状腺功能亢进症	85	3000	70	3000	3 年
6		M01701	甲状腺功能减退症	85	2000	70	2000	长期
7		M01800	苯丙酮尿症	85	14000	70	14000	长期
8		M01915	克汀病	85	2000	70	2000	长期
9		M00205	慢性活动性肝炎	85	6000	70	4000	2 年
10		M06201	肝硬化失代偿期	85	10000	70	10000	5 年
11		M04803	脑血管病后遗症	85	5000	70	3000	3 年

序号	类别	病种代码	病种名称	职工		城乡居民		复审期限
				支付比例 (%)	支付限额 (元)	支付比例 (%)	支付限额 (元)	
12		M03200	重症肌无力	85	5000	70	5000	3年
13	I类	M02400	阿尔茨海默病	85	4000	70	4000	5年
14		M02601	脑瘫	85	10000	70	10000	5年
15		M02500	癫痫	85	4000	70	4000	3年
16		M02300	帕金森病	85	4000	70	4000	5年
17		M02101	精神分裂症	85	4000	70	4000	10年
18		M02103	偏执性情感障碍	85	4000	70	4000	10年
19		M02105	癫痫性精神病	85	4000	70	4000	10年
20		M02102	双向障碍	85	4000	70	4000	10年
21		M02104	分裂情感障碍	85	4000	70	4000	10年
22		M02106	精神发育迟滞所致精神障碍	85	4000	70	4000	10年
23		M02207	儿童孤独症	-	-	70	4000	5年
24		M02205	器质性精神病	85	4000	70	4000	10年
25		M02203	躁狂症	85	4000	70	4000	10年

序号	类别	病种代码	病种名称	职工		城乡居民		复审期限
				支付比例 (%)	支付限额 (元)	支付比例 (%)	支付限额 (元)	
26		M02202	抑郁症	85	4000	70	4000	10年
27		M04100	肺源性心脏病	85	5000	70	4000	3年
28	I类	M05300	慢性阻塞性肺疾病	85	5000	70	4000	3年
29		M05400	支气管哮喘	85	3500	70	3000	3年
30		M00101	耐药性结核病	85	6000	70	4000	2年
31		M00105	肺结核	85	3000	70	2000	1年
32		M01301	原发性免疫性血小板减少症	85	5000	70	3000	1年
33		M08401	冠状动脉搭桥术后状态	85	6000	70	4000	5年
34		M08405	具有其他心脏瓣膜置换	85	6000	70	4000	长期
35		M08402	冠状动脉支架置入术后状态	85	6000	70	4000	5年
36		M08403	血管支架植入术后状态	85	6000	70	4000	5年
37		M04600	冠心病	85	5000	70	3000	5年
38		M04301	慢性心力衰竭	85	7000	70	6000	长期
39		M03914	高血压(高危)	85	5000	70	3000	长期

序号	类别	病种代码	病种名称	职工		城乡居民		复审期限	
				支付比例 (%)	支付限额 (元)	支付比例 (%)	支付限额 (元)		
40		M01913	克山病	85	2000	70	2000	长期	
41		M07800	慢性肾功能衰竭	85	10000	70	10000	长期	
42		M07807	慢性肾脏病	85	6000	70	5000	3年	
43	I类	M07600	慢性肾炎	85	6000	70	5000	3年	
44		M07700	肾病综合征	85	10000	70	10000	3年	
45		M07401	股骨头坏死	85	6000	70	5000	2年 (患侧行髋关节置换术后, 复审时不再认定为门诊慢特病。)	
46		M08800	大骨节病	85	2000	70	2000	2年	
47		M11700	氟骨病	85	2000	70	2000	2年	
48		M00401	布鲁氏菌病	85	2000	70	2000	3年	
49		M00406	包虫病	85	2000	70	2000	3年	
50		M00407	疟疾	85	2000	70	2000	3年	
51		M00408	黑热病	85	2000	70	2000	3年	
52		M00400	其他传染病和寄生虫病	85	2000	70	2000	3年	
53		M11101	砷中毒	85	2000	70	2000	3年	
54		II类	M08001	女性盆腔炎	85	3000	70	3000	2年

序号	类别	病种代码	病种名称	职工		城乡居民		复审期限
				支付比例 (%)	支付限额 (元)	支付比例 (%)	支付限额 (元)	
55	I 类	M07101	系统性红斑狼疮	90	8000	80	8000	3 年
56		M07102	系统性红斑狼疮伴并发症	90	10000	80	10000	5 年
57		M01200	血友病	90	60000	80	60000	长期
58		M00800	白血病门诊治疗	90	10000	80	10000	1 年
59		M01102	再生障碍性贫血	90	20000	80	20000	1 年
60		M07803	血液透析	90	80000	80	80000	长期
61		M07804	腹膜透析	90	60000	80	60000	长期
62		M00500	恶性肿瘤门诊治疗	90	10000	80	10000	2 年
63		M00501	恶性肿瘤 (放化疗)	90	10000	80	10000	2 年
64		M08300	器官移植抗排异治疗	90	80000	80	80000	长期

附件 2

甘肃省基本医疗保险门诊 慢特病病种认定标准及复审期限

一、类风湿性关节炎

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内与所申请病种相符合的住院病历或医保定点医疗机构的体检资料，资料需满足以下第2或第3条。且有风湿专科副主任医师以上的诊断证明、专科诊疗计划；

2. RF阳性或抗ccp抗体阳性，需同时满足：（1）手关节X线显示有类风湿关节炎表现（骨侵蚀破坏等），或B超或核磁显示3个及3个以上关节有滑膜炎或骨侵蚀破坏（2）需满足血沉、C反应蛋白、B超或核磁有滑膜炎三者中至少1项异常；

3. RF阴性和ccp抗体均阴性，需同时满足：（1）手关节X线显示有类风湿关节炎表现（骨侵蚀破坏等），或B超或核磁显示5个及5个以上关节有滑膜炎或骨侵蚀破坏（2）需满足血沉、C反应蛋白均升高。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 关节肿胀疼痛、晨僵时间大于30分钟；
2. 关节肿胀或积液、有关节滑膜炎表现；
3. 血沉、C反应蛋白增高。

（三）门诊诊疗范围

1. 糖皮质激素、非甾体抗炎药、抗风湿慢作用药物、生物制剂、JAK抑制剂、抗风湿中成药；
2. 对症治疗的药物；
3. 治疗期间毒、副反应的治疗；
4. 治疗期间的相关检查。

（四）复审期限

每10年复审一次。

二、强直性脊柱炎

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或医保定点医疗机构的体检资料，资料需满足以下第2条或者第3条，且有副主任以上医师诊断证明者、专科诊疗计划；

2. HLA-B27阳性，且满足以下3项中1项：（1）X线证实的III-IV级单侧骶髂关节炎或II级双侧骶髂关节炎（2）X线证实脊柱竹节样改变（颈、腰椎生理曲度明显变直，脊柱呈“竹节状”，椎体小关节间隙大部分消失，前纵、后纵、侧、棘上及棘间等韧带骨化，见“手推车辙征”）（3）MRI提示骶髂关节活动性（急性）炎症，高度提示与SpA相关的骶髂关节炎；

3. HLA-B27阴性，且满足以下3项中1项：（1）X线证实的III-IV级单侧骶髂关节炎或II级双侧骶髂关节炎（2）X线证实脊柱竹节样改变（颈、腰椎生理曲度明显变直，脊柱呈“竹节

状”，椎体小关节间隙大部分消失，前纵、后纵、侧、棘上及棘间等韧带骨化，见“手推车辙征”）（3）MRI提示骶髂关节活动性（急性）炎症，高度提示与SpA相关的骶髂关节炎，并X血沉（ESR）或CRP升高。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 中重度炎性腰背部疼痛，明确的外周关节炎（膝关节、踝关节、足跟部炎症）；
2. 血沉或c反应蛋白升高。

（三）门诊诊疗范围

1. 非甾体抗炎药、抗风湿慢作用药物、生物制剂、JAK抑制剂、抗风湿中成药；
2. 对症治疗的药物；
3. 治疗期间毒、副反应的治疗；
4. 治疗期间的相关检查。

（四）复审期限

每10年复审一次。

三、糖尿病伴有并发症（2种以内）、糖尿病伴有并发症（3种及以上）

（一）申报资料

1. 须提供患者本人近半年医保定点医疗机构的体检资料；
2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 相关的辅助检查资料：需提供住院资料（血糖监测记录、糖化血红蛋白结果、病例首页及出院记录），或提供3次以上门

诊就诊记录及糖化血红蛋白、胰岛功能结果；

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 达到国内现行的糖尿病诊断标准；

2. 至少合并下列一项慢性并发症：（1）糖尿病心血管病变：高血压、心衰（心功能不全）、冠心病的临床检查证据（2）脑血管病变：有脑卒中临床诊断及头CT或脑核磁显示脑血管病变（3）糖尿病肾病：随机尿UACR ≥ 30 mg/g或UAER ≥ 30 ug/min，或eGFR <60 mL \cdot min⁻¹ \cdot (1.73m²)，在3-6个月内重复检查，有2次异常（4）糖尿病视网膜病变：眼底检查诊断糖尿病视网膜病变，或检查有明显糖尿病黄斑水肿（5）糖尿病神经病变：有客观检查的异常如：神经肌电图、感觉神经定量、体感诱发电位（6）糖尿病足病：膝以下溃疡伴周围神经病变或下肢血管病变 ABI <0.9 （7）其中视网膜病变II期及以上和感觉神经检查振动阈值18伏以上）；或有如下之一者：糖尿病视网膜病变III期及以上；糖尿病肾病IV期（24小时尿蛋白定量 >0.5 g/24小时）及以上伴eGFR <60 mL \cdot min⁻¹ \cdot (1.73m²)。

（三）门诊诊疗范围

1. 胰岛素胰岛素类似物、GLP-1受体激动剂和口服降糖药；

2. 糖尿病并发症的相关治疗；

3. 治疗期间的相关检查（血糖监测、糖化血红蛋白、血脂、肾功能、尿常规、尿 UACR、UAER、ALB、eGFR、眼底检查、胰

岛功能、周围神经病变检查、周围血管病变检查等糖尿病及并发症的相关检查)。

(四) 复审期限

长期。

四、甲状腺功能亢进症

(一) 申报资料

1. 初次申报或续报须提供患者本人近三个月医保定点医疗机构完整的临床资料及实验室检查(血甲状腺功能测定)资料;

2. 医保定点医疗机构相关科室主治医师以上(含主治医师)出具的治疗计划。

(二) 治疗指征(认定标准)

1. 经二级以上医保定点医疗机构确诊的甲状腺功能亢进症,需要在门诊长期治疗;

2. 除外亚急性甲状腺炎、产后甲状腺炎、HCG相关性甲状腺毒症。

(三) 门诊诊疗范围

1. 甲状腺功能亢进症的药物治疗,核医学治疗,及手术后的维持治疗;

2. 甲状腺功能亢进症的并发症治疗,如:甲亢性心脏病、白细胞减少(含粒细胞缺乏)、甲状腺相关眼病、与甲亢相关的肝损害皮肤损害、甲亢危象前期、甲亢危象等;

3. 甲状腺功能亢进症治疗期间的相关检查。

(四) 复审期限

每3年复审一次。

五、甲状腺功能减退症

（一）申报资料

1. 初次申报或续报须提供患者本人近三个月医保定点医疗机构完整的临床资料及实验室检查（血甲状腺功能测定）资料；
2. 医保定点医疗机构相关科室主治医师以上（含主治医师）出具的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 经二级以上医保定点医疗机构确诊的甲状腺功能减退症，需要在门诊长期治疗；
2. 除外口服药物引起的一过性甲减、妊娠期甲减（待分娩 6 周后重新评估甲状腺功能）、产后甲状腺炎、亚急性甲状腺炎。

（三）门诊诊疗范围

1. 需要长期替代的药物治疗；
2. 甲状腺功能减退症治疗期间的相关检查。

（四）复审期限

长期。

六、苯丙酮尿症

（一）申报资料

1. 须提供患者本人医保定点医疗机构的体检资料；
2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 相关的辅助检查资料：①血液中苯丙氨酸（Phe）浓度持续 $> 120 \mu\text{mol/L}$ (2 mg/dL)；②苯丙氨酸（Phe）/酪氨酸（Tyr）

比值> 2; ③基因检测发现两个PAH等位基因均存在致病变异;

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上(含主治医师)签名的诊疗计划。

(二) 治疗指征(认定标准)

所有确诊患儿均为门诊治疗。

(三) 门诊诊疗范围

1. 包括因治疗疾病所行检查、替代食品、四氢叶酸和神经递质类药物;

2. 替代食品种类包括无苯丙氨酸奶粉(配方粉、营养粉)、米粉、米、面和蛋白粉等。

(四) 复审期限

长期。

七、克汀病

(一) 申报资料

1. 须提供患者本人近半年医保定点医疗机构的体检资料;

2. 相关的临床资料, 包括病史、症状、体征等;

3. 相关的辅助检查资料;

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上(含主治医师)签名的诊疗计划。

(二) 治疗指征(认定标准)

符合下列 1项, 伴或不伴有2、3项:

1. 患者出生和居住在碘缺乏地区, 同时具有不同程度的精神发育迟滞, $IQ \leq 54$;

2. 神经系统障碍：运动神经障碍、不同程度的听力障碍、不同程度的言语障碍；

3. 甲状腺功能障碍：不同程度的体格发育障碍，不同程度的克汀病形象（傻笑、眼距宽、鼻梁塌，常伴有软耳、腹膨隆和脐疝等），不同程度的甲减（粘液性水肿等），实验室检查提示甲状腺激素水平减低，X线提示骨龄落后和骨骺愈合延迟。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗心力衰竭药物治疗，包括利尿剂、 β 阻滞剂、ACEI，醛固酮拮抗剂等药物；

2. 抗心律失常药物治疗；

3. 抗血小板及抗凝治疗；

4. 治疗期间及治疗前后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

八、慢性活动性肝炎

（一）申报资料

1. 须提供患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或医保定点医疗机构的体检资料；

2. 相关病史、症状、体征等；

3. 肝功；乙肝三系统、HBV-DNA；抗-HCV、HCV-RNA；影像学及其他相关的各项检查资料；

4. 医保定点医疗机构相关科室副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划；

5. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

(二) 治疗指征 (认定标准)

1. 乙肝: 三系统和HBV-DNA提示患者乙肝病毒感染, 并处于活动期 (HBV-DNA $\geq 20\text{IU/ml}$), 或 (1) 年龄 >30 岁 (2) 肝硬化家族史 (3) 肝癌家族史;

2. 丙肝: 抗-HCV、HCV-RNA提示丙肝病毒感染, 并处于活动期 (HCV-RNA $\geq 10^3$);

3. 有肝炎的症状、体征和肝功能异常, 或病毒相关肝外损害。

满足以上任何一条均可。

(三) 门诊诊疗范围

1. 病因治疗;
2. 治疗期间的相关检查;
3. 抗病毒药物及保肝药。

(四) 复审期限

每2年复审一次。

九、肝硬化失代偿期

(一) 申报资料

1. 须提供患者本人近一年的与所申请病种相符合的住院病历或完整的门诊病历;

2. 医保定点医疗机构消化科副主任医师以上 (含副主任医师) 签名的治疗计划;

3. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

（二）治疗指征（认定标准）

肝功能损害、腹水、低蛋白血症、抗肝炎病毒、抗血栓、肝性脑病、食管胃底静脉曲张、门脉高压性胃病、感染等治疗或需要维持治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 保肝、利尿、抗病毒、纠正低蛋白血症、抗凝、纠正肝性脑病、抑酸、保护胃粘膜抗感染等药物；
2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

（四）复审期限

每5年复审一次。

十、脑血管病后遗症

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供患者本人在医保定点医疗机构证明脑血管病的住院病历，包含相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；
2. 辅助检查资料：头部CT或MRI；
3. 二级及以上医保定点医疗机构神经内科副主任医师（含副主任医师）及以上签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有急性脑血管病史6月以上，并经头颅CT、MRI明确提示病变部位；
2. 合并下列各项症状之一：（1）偏瘫（2）失语（3）吞咽障碍（4）共济失调（5）血管性认知障碍达到痴呆诊断标准6个

月以上。

（三）门诊诊疗范围

1. 脑血管疾病及原发疾病的相关药物治疗；
2. 后遗症及并发症的药物对症治疗；
3. 后遗症期治疗的相关检查。

（四）复审期限

每3年复审一次。

备注：将血管性痴呆合并至脑血管病后遗症。

十一、重症肌无力

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供患者本人近3月内与所申报病种相符合的住院病历，待遇期满续办者提供既往的与所申报病种相符合的住院病历和近期的门诊病历或医保定点医疗机构的体检资料；

2. 二级及以上医保定点医疗机构神经内科副主任医师（含副主任医师）诊疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 临床表现符合国内指南“重症肌无力”诊断；
2. 重症肌无力自身抗体或神经肌肉电生理检查或胸腺影像学等其中的一项。
3. 需长期门诊维持治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 胆碱酯酶抑制剂；

2. 口服免疫抑制剂（如硫唑嘌呤和他克莫司等）；
3. 生物靶向制剂，如国内外指南高等级推荐的单抗类药物：利妥昔单抗等；
4. 防止及治疗并发症的相关药物；
5. 治疗期间的相关检查。

（四）复审期限

每3年复审一次。

十二、阿尔兹海默病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供6月内与所申报病种相符合的住院病历；待遇期满续办者如无近6月的住院病历，可提供与所申报病种相符合的门诊病历，并提供近期的购药发票、清单，并加盖医保定点医疗机构公章；

2. 二级及以上医保定点医疗机构神经内科副主任医师（含副主任医师）以上签名的门诊治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 患者须符合阿尔茨海默病临床诊断标准：（1）临床表现符合阿尔茨海默病的症状，可以伴随精神行为异常，有MMSE量表或ADScog量表评估支持（2）日常生活不能自理（3）检查显示符合有以下一项：a、头颅CT或MRI显示海马萎缩；b、脑脊液或血清生物标志物A β ₄₂下降、总tau(t-tau)或磷酸化tau(p-tau)升高，或三者同时符合；c、直系亲属中有已证实的常染色体显性遗传突变导致的阿尔茨海默症（4）需要排除抑郁

症等所致假性痴呆和正常颅压脑积水等可逆性痴呆等；

2. 需长期门诊维持治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 改善认知障碍（盐酸多奈哌齐、盐酸美金刚和甘露特纳等）和抗精神类药物；

2. 相关检查费用。

（四）复审期限

每5年复审一次。

十三、脑瘫

（一）申报资料

1. 初次申办或续办者需提供患者本人近半年内二级以上专科或综合医院的住院康复病历及二级以上专科或综合医院儿童康复科、儿科或神经科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明；待遇期满续办资料同上；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征等）；

3. 医保定点医疗机构专科康复科室主治医师以上（含主治医师）签名的康复治疗计划（须注明康复项目、次数）。

（二）治疗指征（认定标准）

符合脑性瘫痪诊断标准，经住院或门诊系统康复后仍需长期康复维持治疗的。脑性瘫痪诊断标准：

1. 必备条件：（1）中枢性运动障碍持续存在（2）运动和姿势发育异常（3）反射发育异常（4）肌张力及肌力异常；

2. 辅助检查：（1）病史：早产、低体重、围产期缺氧史，

婴幼儿期各种原因导致的中枢神经系统损伤上述症状持续存在者(2)头颅影像学检查(MRI、CT和B超)(3)脑电图(EEG)(4)其他相关检查:有智力发育、语言、营养、生长和吞咽等障碍者进行智商/发育商及其他相关检查。

(三) 门诊诊疗范围

因脑性瘫痪及并发症引起的大运动、精细动作、语言、认知、社会适应、生活自理等领域发育落后,影响功能的康复治疗。1.运动疗法;2.作业治疗;3.物理因子疗法;4.引导式教育疗法;5.语言、认知训练;6.生活自理能力训练;7.社交、适应等。

(四) 复审期限

每5年复审一次。

十四、癫痫

(一) 申报资料

1.初次申办者须提供患者本人近1年内的住院病历,待遇期满续办者提供医保定点医疗机构的体检资料和3个月内购药发票、清单,并加盖医保定点医疗机构公章;

2.二级及以上医保定点医疗机构神经内科医师(包括小儿神经内科)及以上签名的治疗计划或开具的购药处方(须注明所用药物的名称、剂量、服用方法)。

(二) 治疗指征(认定标准)

- 1.依据指南推荐的癫痫诊断标准,临床明确诊断1年以上;
- 2.脑电图或头颅MR或SPECT检查或基因检测支持本病诊断;

3. 需要长期规范治疗的患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗癫痫的药物治疗及相关的对症治疗；
2. 相关检查费用。

（四）复审期限

每3年复审一次。

十五、帕金森病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供患者本人6月内与所申报病种相符合的住院病历；待遇期满续办者如无近6月的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的门诊病历，并提供近期的购药发票、清单，并加盖医保定点医疗机构公章；

2. 二级及以上医保定点医疗机构神经内科副主任医师（含副主任医师）以上签名的门诊治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 患者依据国内指南临床表现符合帕金森病诊断标准，对生活有影响；
2. 头部CT或MRI扫描等检查排除其他相关疾病；
3. 需要长期规范治疗的患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗帕金森病的药物治疗及相关的对症治疗，
2. 相关检查费用

（四）复审期限

每5年复审一次。

十六、精神分裂症、双向障碍、躁狂症、抑郁症、偏执性情感障碍、分裂情感障碍

（一）申报资料

1. 初次申报者须提供患者本人近半年内在精神病专科医院或二级及以上综合医院精神卫生科的住院病历，期满续办者如无近半年的住院病历，应提供与所申报病种相符合的三级精神病专科医院或三级综合医院精神卫生科的门诊病历，精神科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明，并提供近期的购药发票、处方，并加盖医院公章；

2. 精神科副主任医师（含副主任医师）以上签名的长期门诊诊疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

上述疾病符合国内教材或指南诊断标准，需要长期规范治疗的患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗精神病类药物治疗；
2. 该病种服药期间所需监测的检验检查等；
3. 促进精神康复、社会功能恢复的心理治疗、物理治疗等。

（四）复审期限

每10年复审一次。

备注：心境障碍包括双向障碍、躁狂症、抑郁症，再不作为一个病种单独列出。

十七、器质性精神病、精神发育迟滞所致精神障碍、癫痫性精神病

（一）申报资料

1. 初次申报者须提供患者本人近半年内在精神病专科医院或二级及以上综合医院精神卫生科的住院病历，期满续办者如无近半年的住院病历，可提供与所申报病种相符合的三级精神病专科医院或三级综合医院精神卫生科的门诊病历，精神科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明，并提供近期的购药发票、处方，并加盖医院公章；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征及相应的检查）

3. 精神科副主任医师（含副主任医师）以上签名的门诊治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 符合上述器质性疾病的诊断标准（指南或教材推荐）

2. 需要长期规范治疗的患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗精神病类药物治疗；

2. 原发性疾病的药物治疗

3. 服药期间所需监测的检验检查等；

4. 促进精神康复、社会功能恢复的心理治疗及物理治疗等。

（四）复审期限

每10年复审一次。

十八、儿童孤独症

（一）申报资料

1. 初次申办或续办者需提供患者本人近半年内二级以上专科医院或综合医院的住院康复病历及二级以上专科医院或综合医院儿童康复科、儿科或神经科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明；待遇期满续办资料同上；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征等）；

3. 医保定点医院专科康复科室主治医师以上（含主治医师）签名的康复治疗计划（须注明康复项目、次数）。

（二）治疗指征（认定标准）

符合儿童孤独症诊断标准，经住院或门诊系统康复后仍需长期康复维持治疗的。儿童孤独症诊断标准：

1. 询问病史：详细了解患儿的生长发育过程，包括运动、言语、认知能力、社会交流和社会互动、行为等的发育；

2. 精神检查（主要采用观察法）：孤独症核心症状：言语或非言语交流障碍；兴趣狭窄及重复刻板的行为；

3. 心理评估：孤独症行为量表(ABC)、克氏行为量表、CARS量表、ADHD量表、发育商(DQ)、智商(IQ)等评估；

4. 辅助检查：（1）头颅影像学检查（MRI、CT和B超）

（2）遗传代谢检查（3）脑电图（EEG）（4）其他相关检查：有智力发育、语言、营养、生长等障碍者进行智商/发育商及其他相关检查。

（三）门诊诊疗范围

因孤独症及共患病引起的社会交流和社会互动障碍、兴趣

狭窄及重复刻板的行为、言语和非言语的交流障碍，认知、大运动、精细动作、生活自理等领域的功能康复。1. 言语、认知训练；2. 行为矫治；3. 情绪管理；4. 运动疗法；5. 作业治疗；6. 物理因子疗法；7. 生活自理能力训练；8. 社交、适应能力训练等。

（四）复审期限

每5年复审一次。

十九、肺源性心脏病

（一）申报资料

提供二级及以上医保定点医疗机构近二年住院、门诊病历及相关检查资料，并加盖医保定点医疗机构公章的诊断证明及呼吸专业主治以上医师（含主治医师）制定并签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有慢性阻塞性肺疾病、其他支气管、肺部疾患，胸廓疾病和肺血管疾病的病史；
2. 有心肺功能不全的临床表现；
3. 胸部影像学资料（胸片或CT）、心电图、必须有超声心动图检查提示肺动脉高压、右心增大。

（三）门诊诊疗范围

1. 检查：血细胞分析；肝肾功能、肺功能、血糖、血脂、血电解质测定；心电图；血气分析；胸部CT/胸部X线；肺功能；心脏彩超；痰培养+药敏；BNP或NT-proBNP；呼出气一氧化氮测定；血氧饱和度监测；下肢静脉血管超声。

2. 治疗：用于慢性气道疾病的治疗药物；针对心衰药物同慢性心力衰竭治疗药物；基本的抗感染药物（细菌、真菌、病毒）。

（四）复审期限

每3年复审一次。

二十、慢性阻塞性肺疾病

（一）申报资料

提供二级及以上医保定点医疗机构近二年住院、门诊病历及相关检查资料，并加盖医保定点医疗机构公章的诊断证明及呼吸专业主治以上医师（含主治医师）制定并签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有慢性阻塞性肺疾病的危险因素；
2. 慢性咳嗽、咳痰或呼吸困难症状；
3. 有肺气肿的体征；
4. 胸部影像学检查（CT或胸片）提示双肺纹理增粗、紊乱、肺气肿、肺大泡等表现；
5. 肺功能检查：使用支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ 可以确认存在不可逆的气流受阻（排除其他疾病后）。

（三）门诊诊疗范围

1. 检查：血细胞分析；痰培养+药敏；肝肾功、电解质、血糖；肺功能检查；胸部CT/胸部X线；心电图；呼出气一氧化氮测定；血气分析；心脏彩超；血氧饱和度监测；下肢静脉血管超声。

2. 治疗：吸入药物（单纯支气管扩张剂、双支扩剂、三联制剂、吸入糖皮质激素+长效 β 2受体激动剂、吸入糖皮质激素+长效 β 2受体激动剂+长效胆碱能受体拮抗剂）；黄嘌呤类药物；止咳、祛痰药物；抗感染药物。

（四）复审期限

每3年复审一次。

二十一、支气管哮喘

（一）申报资料

提供二级及以上医保定点医疗机构近二年住院、门诊病历及相关检查资料，并加盖医保定点医疗机构公章的诊断证明及呼吸科主治医师以上（含主治医师）制定并签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 反复发作喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

2. 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

3. 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

4. 肺功能检查应至少具备以下一项试验阳性：(1) 支气管激发试验或运动试验阳性；(2) 支气管扩张试验阳性；(3) 最大呼气流量(PEF)日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$ 。

5. 除外其他疾病所引起的喘息、胸闷和咳嗽。

（三）门诊诊疗范围

1. 吸入糖皮质激素、沙丁胺醇气雾剂、异丙托溴胺、吸入糖皮质激素+长效 β 2受体激动剂、吸入糖皮质激素+长效 β 2受体激动剂+长效胆碱能受体拮抗剂、抗感染药物、止咳化痰药物、抗过敏药物、黄嘌呤类药物；

2. 检查：血细胞分析；痰培养+药敏；肝肾功、电解质、血糖；肺功能检查；呼出气一氧化氮测定；胸部CT/胸部X线；心电图；血气分析；血氧饱和度监测。

（四）复审期限

每3年复审一次。

二十二、耐药性结核病

（一）申报资料

提供二级及以上医保定点医疗机构近一年内住院、门诊病历及相关检查资料，并加盖医保定点医疗机构公章的诊断证明及呼吸科主治以上医师（含主治医师）治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有或无结核病不规范治疗的病史；
2. 胸部影像学资料(胸片或CT)，显示活动性肺结核病变特征；
3. 痰或支气管肺泡灌洗液培养出结核分枝杆菌，其药敏实验或分子生物学检查证实，至少对一种或一种以上抗结核药物耐药。

（三）门诊诊疗范围

1. 检查：血常规检查、肾功能检查、血沉、PPD试验、痰

结核杆菌培养及药敏、结核病耐药基因检测、胸部X线/胸部CT、心电图；

2. 治疗: 抗结核药物、基本保肝药物、祛痰止咳药物。

(四) 复审期限

每2年复审一次。

二十三、肺结核

(一) 申报资料

提供二级及以上医保定点医疗机构近半年内住院、门诊病历及相关检查资料，并加盖医保定点医疗机构公章的诊断证明及呼吸科主治以上医师（含主治医师）治疗计划。

(二) 治疗指征（认定标准）

1. 有或无发热、乏力、咳嗽、咳痰等症状；

2. 胸部影像学检查(胸片或CT)资料，表述活动性肺结核病灶或胸腔积液；

3. 痰、支气管肺泡灌洗液或胸水中抗酸染色阳性，或培养出结核分枝杆菌，或肺、胸膜活检病理诊断结核；

4. 胸水常规生化提示为渗出液，胸水腺苷脱氨酶升高。

(三) 门诊诊疗范围

1. 检查：血常规检查；肝肾功能检查；痰抗酸染色；痰结核杆菌培养及药敏；胸部X线或胸部CT；心电图。

2. 治疗：一线抗结核药物(异烟肼、利福平或利福喷丁、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、链霉素)；基本保肝药；止咳、祛痰药物。

(四) 复审期限

每1年复审一次。

二十四、原发性免疫性血小板减少症

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或完整的门诊病历；

2. 医保定点医疗机构血液科副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划。

3. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

（二）治疗指征（认定标准）

诊断明确，需要治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 原发性免疫性血小板减少症的药物等治疗；

2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

（四）复审期限

每1年复审一次。

二十五、冠状动脉搭桥术后状态

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供医保定点医疗机构患者本人包含冠状动脉搭桥术手术记录在内的完整住院病历；

2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；

3. 医保定点医疗机构专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

同时符合下列两项：

1. 必须有冠状动脉造影或者冠状动脉CTA 证实的冠状动脉狭窄 $\geq 50\%$ ；或者有核医学检查证实的心肌缺血；
2. 有冠状动脉搭桥术病史。

（三）门诊诊疗范围

调脂治疗、抗血小板治疗、抗心律失常治疗、抗心力衰竭以及与该心脏病相关的治疗；治疗期间及治疗前后的相关检查。

（四）复审期限

每5年复审一次。

二十六、具有其他心脏瓣膜置换

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供医保定点医疗机构患者本人包含心瓣膜置换手术记录在内的完整住院病历；续办者原则上要求提供手术记录在内的住院病历，如因特殊原因无住院病历者，须提供患者本人近三个月的心脏彩超检查单及购药处方、清单、发票，并加盖医院公章；

2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；

3. 有显示瓣膜置换的影像学资料；

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有瓣膜病影像资料；

2. 有心脏瓣膜置换病史；

3. 有经导管瓣膜置入术史。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗凝、抗血小板、抗心力衰竭和心律失常治疗；
2. 与该心脏病相关的治疗；
3. 治疗期间及治疗前后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

二十七、冠状动脉支架置入术后状态

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人包含介入治疗手术记录在内的完整住院病历；
2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；
3. 医保定点医疗机构专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划；

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有心绞痛、急性心肌梗死、陈旧性心肌梗死病史；
2. 行冠脉支架植入术须长期门诊治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗血小板药、调脂药、 β -受体阻滞剂、ACEI类药、ARB类药；
2. 冠心病的相关检查及治疗。

（四）复审期限

每5年复审一次。

二十八、血管支架置入术后状态

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人包含介入治疗手术记录在内的完整住院病历；
2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；
3. 医保定点医疗机构专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有血管病病史；
2. 行血管支架植入术（含外周血管支架）须长期门诊治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗血小板治疗；
2. 血管病的相关检查及治疗。

（四）复审期限

每5年复审一次。

二十九、冠心病

（一）申报资料

1. 医保定点医疗机构患者本人病历（包括二级以上定点医疗机构门诊或住院病历复印件）；
2. 有关临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 心电图、运动负荷试验、超声心动图、冠脉造影/冠脉CTA等影像资料；

4. 血液生化资料（主要指血糖、血脂、肝肾功能等资料）；
5. 医保定点医疗机构专科主治医师以上医生为患者制定的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

经二级及以上医院确诊，并符合下列情况之一：

1. 心电图、24小时动态心电图、心脏负荷试验或心肌损伤标志物（心肌酶谱或肌钙蛋白）检查，符合冠心病特征的；
2. 典型临床表现，结合心电图符合急性心肌梗死特征，或经冠脉造影/冠脉CTA检查显示冠状动脉主干或其主要分支直径狭窄 $\geq 50\%$ 。

（三）门诊诊疗范围

1. 冠心病危险因素的治疗，包括控制高血压、调脂治疗等；
2. 缓解心绞痛，包括硝酸酯类制剂、 β 阻滞剂以及活血化瘀中药；
3. 抗血小板治疗；
4. 抗心律失常治疗。

（四）复审期限

每5年复审一次。

三十、慢性心力衰竭

（一）申报资料

1. 医保定点医疗机构患者本人病历（完整住院病历复印件）及二级以上医保定点医疗机构指定副主任医师以上医生出具的疾病诊断证明；

2. 慢性心力衰竭的临床资料，包括病史、症状和体征、病因和诱因；NYHA心功能 II-IV；

3. 原发性心脏病的临床资料，包括病史、症状和体征及实验室检查资料；1) 相关的实验室检查（如心电图、超声心动图、X 线等）资料；2) 鉴别诊断的相关资料，排除COPD、支气管哮喘等疾病。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 经二级及以上医保定点医疗机构确诊；

2. 有心力衰竭症状或体征；左心室扩大或室壁肥厚，左心室射血分数下降（ $EF < 50\%$ ）或保留（ $EF \geq 50\%$ ）， $EF \geq 50\%$ 时需有心脏舒张功能减退的证据，包括E/e' 升高、左心房容积增大、左心室质量增加、肺动脉高压等；血浆脑钠肽（BNP）和N基末端脑钠肽前体（NT-proBNP）升高。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗心力衰竭药物治疗，包括利尿剂、 β 阻滞剂、ACEI，醛固酮拮抗剂、ARNI 类药物；

2. 抗心律失常药物治疗；

3. 调脂、抗凝、抗血小板治疗；

4. 原发病的治疗，如高血压、冠心病、心房颤动等。

5. 治疗期间及治疗前后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

三十一、高血压（高危）

（一）申报资料

1. 患者本人病历（包括二级以上医保定点医疗机构门诊或住院病历复印件，病历中须有血压测量记录；高血压（高危）的认定必需有住院资料）；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征等；心电图、动态血压资料）、血液生化资料（主要指血糖、血脂、尿酸、肝肾功能等资料）、尿液检查资料；

3. 影像学资料（主要是心血管X线检查、头颅CT、冠脉造影/冠脉CT A、颈部超声、超声心动图以及眼底检查资料）。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 经二级以上医保定点医疗机构确认达到国内现行的原发性高血压的诊断标准，需要在门诊进行长期药物治疗的患者；

2. 根据《中国高血压防治指南2018年修订版》，按心血管危险因素将高血压分为低危、中危、高危和很高危4个层次；

3. 将高血压高危、很高危统称为高血压（高危），纳入门诊慢特病保障。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗高血压药物的治疗；
2. 靶器官损害及相关临床疾病的治疗；
3. 治疗期间及治疗前后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

三十二、克山病

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人与所申请病种相符合的住院病历或体检资料；
2. 相关的临床资料，包括流行病学史、病史、症状、体征；
3. 辅助检查资料：须提供证明存在心脏病（左心室增大或室壁变薄）及右心增大和肺动脉扩张的影像学资料（主要为超声心动图）、心电图、胸片等；
4. 医保定点医疗机构心内科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

同时符合下列各项：

1. 在克山病病区连续生活6个月以上，具有心肌病或心力衰竭以及严重心律失常的临床表现，心功能Ⅱ级以上；
2. 心电图、胸部X线或超声心动图诊断；
3. 排除心肌病在内的其他心脏疾病。

（三）门诊诊疗范围

1. 控制感染、平喘、扩张支气管、化痰、止咳药物；
2. 控制心力衰竭和心律失常的治疗，以及大剂量维生素C静脉注射等；
3. 治疗期间及治疗后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

三十三、慢性肾功能衰竭

（一）申报资料

1. 须提供患者本人近三月医保定点医疗机构与所申报病种相符合的临床资料（盖治疗医院印章）：（1）相关住院病历或体检资料，包括病史、症状、体征等（此项首次办理必备）（2）肾脏病相关检查资料：血常规、尿常规、不在同一天的两次尿蛋白定量（U-TP/24h）和/或尿白蛋白尿排泄率（AER）和/或尿白蛋白/肌酐比值（尿ACR）、血肌酐（SCr）、血尿素氮（BUN）、肾小球滤过率（eGFR）/或内生肌酐清除率（Ccr）、肾小管功能等（3）或有医学影像相关检查资料：双肾超声等（4）或有肾脏病理学诊断资料；

2. 医保定点医疗机构副主任医师及以上或肾内科主治医师及以上职称签名开具的CKD（3b期-5期）或CRF（尿毒症期）的诊断证明；

3. 门诊非透析诊疗计划（含MDT或会诊意见）。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 达到国内现行CKD（3b期-5期）或CRF（尿毒症期）的诊断标准：（1）各种原因导致的慢性肾脏病（CKD），包括原发性肾小球疾病、遗传性肾小球肾炎、多囊肾，各种继发性肾脏病（高血压肾损害、糖尿病肾病、系统性红斑狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、ANCA血管炎相关性肾炎、尿酸性肾病、乙肝相关性肾炎）等，存在尿检异常（血尿、蛋白尿）（2）eGFR/CCr 45-30ml/min为CKD3b期； eGFR/CCr 29-15ml/min为CKD4期； eGFR/CCr <15ml/min为CKD 5期；

2. 应用非透析治疗或不愿接受HD/PD治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 原发病及并发症的基础治疗；
2. 符合疾病诊断的相关药物治疗；
3. 结肠透析治疗费（含药物及治疗费）；
4. 治疗期间的相关检查（包括眼底检查等）。

（四）复审期限

长期。

三十四、慢性肾脏病、慢性肾炎、肾病综合征

（一）申报资料

1. 须提供患者本人近三月医保定点医疗机构与所申报病种相符合的临床资料（盖治疗医院印章）：（1）相关住院病历或体检资料，包括病史、症状、体征等（2）肾脏病相关检查资料：血常规、尿常规、尿蛋白定量（U-TP/24h）和/或尿白蛋白尿排泄率（AER）和/或尿白蛋白/肌酐比值（尿ACR）（此项三个月内两次）、血肌酐（SCr）、血尿素氮（BUN）、肾小球滤过率（eGFR）/或内生肌酐清除率（Ccr）、肾小管功能等（3）或有医学影像相关检查资料：双肾超声等（4）或有肾脏病理学诊断资料（肾活检病理诊断为IgA肾病，尿蛋白定量虽未达到肾病综合征诊断标准，按肾病综合征支付）；

2. 医保定点医疗机构副主任医师及以上或肾内科主治医师及以上职称签名开具的CKD(1-3a期)或肾病综合征的诊断证明；

3. 门诊诊疗计划（含MDT或会诊意见）。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 达到国内现行CKD(1-3a期)或肾病综合征的诊断标准(符合以下两项指征之一): (1)各种原因导致的慢性肾脏病(CKD),包括原发性肾小球疾病、遗传性肾小球肾炎、多囊肾,各种继发性肾脏病(高血压肾损害、糖尿病肾病、系统性红斑狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、ANCA血管炎相关性肾炎、尿酸性肾病、乙肝相关性肾炎)等,存在尿检异常(血尿、蛋白尿),时间超过3个月 (2) GFR/CCr \geq 45ml/min, 时间超过3个月;

2. 符合肾病综合征诊断: 大量蛋白尿(24h尿蛋白定量 \geq 3.5g/d);低蛋白血症(血浆白蛋白 $<$ 30g/L); 或有水肿; 或有高脂血症(血清总胆固醇或甘油三酯高于正常值);

3. 或有肾脏病理学异常;

4. 或有影像学诊断异常资料。

（三）门诊诊疗范围

1. 各种原发及继发性肾脏病的基础治疗;

2. 肾脏病及其并发症的相关药物治疗(含抗凝剂、胃粘膜保护剂、钙剂等);

3. 符合疾病诊断(特别是病理诊断)的相关药物治疗(如免疫抑制剂等);

4. 治疗期间的相关检查(包括眼底检查等)。

（四）复审期限

每3年复审一次。

三十五、股骨骨坏死

（一）申报资料

1. 患者本人医保定点医疗机构病历(包括门诊病历或近期住院病历复印件)及二级以上医保定点医疗机构专科副主任医师以上医生的诊断证明;

2. 有关临床资料,包括病史、症状、体征等;

3. 影像学资料(包括CT或MRI及X线阳性检查结果);

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上医生为患者制定的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

临床特征:多以髌部、臀部或腹股沟区疼痛为主,偶尔伴有膝关节疼痛、髌关节内旋活动受限。常有髌部外伤史、皮质类固醇类药物应用史、酗酒史及潜水员等职业史。

1. X线片表现:早期可无异常,或明显的硬化带、囊性变。晚期可见股骨头塌陷,关节间隙变窄,沈通氏线不连续,出现骨性关节炎改变;

2. MRI影像: MRI检查对股骨头坏死具有较高的敏感性。表现为T1WI局限性软骨下线样低信号或T2WI“双线征”;

3. CT表现:通常可见股骨头星芒征缺失,负重区骨小梁缺失断裂,骨硬化带包绕囊变区或软骨下骨断裂,坏死骨与修复骨交错存在等征象;

4. 放射性核素检查:急性坏死期可见灌注缺损(冷区),坏死修复期可见热区中包含冷区,即“甜甜圈”改变;

5. 骨活检及病理表现:部分细胞有坏死迹象,骨小梁中空

腔比例超过 50%，相邻的小梁骨受累，部分骨髓坏死；

6. DSA: 早期可见静脉淤滞和血液回流受阻，中期可见动脉缺血，晚期可见动脉闭塞。

注：满足以上（1）、（2）或（3）即可确诊为股骨头坏死，（4）至（6）为辅助诊疗与治疗的检查方法。

（三）门诊诊疗范围

1. 抑制破骨细胞功能和促进成骨细胞功能的药物，如双磷酸盐类药物；

2. 抗凝、降脂、扩张血管、促进纤溶等药物；

3. 中药饮片、中成药及治疗性医疗机构制剂；

4. 治疗期前、治疗期间及治疗期后的相关检查。

（四）复审期限

每2年复审一次。

备注：患侧行髋关节置换术后，复审时不再认定为门诊慢特病。

三十六、大骨节病

（一）申报资料

1. 患者本人医保定点医疗机构病历（包括门诊病历或近期住院病历复印件）及二级以上医保定点医疗机构专科副主任医师以上医生的诊断证明；

2. 有关临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 关节的影像学资料（包括CT、MRI及X线阳性检查结果）；

4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上医生为患者制定的

治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 指末节弯曲；
2. 弓状指；
3. 疑似指节增粗；

4. 踝、膝关节疼痛。凡在疫区居住6个月以上的儿童，上述症状体征有2项以上（含2项）阳性并且对称性存在者，有诊断意义。如同时有X线改变，则可确认为早期。如干骺端X线改变与临床所见只有1项为阳性者，应作为早期观察对象，观察时间为6个月。X线诊断标准为：以掌指骨、腕骨、距跟骨和跖趾骨的X线照片为准：（1）钙化带变薄、模糊、中断、消失（2）凹陷硬化（3）钙化带再现（4）骺变形，骺线早期闭合；

5. 关节增粗，短指畸形。这里“钙化带”既指骺板软骨深层的临时钙化带，也包括骨骺和腕、跗骨骨化核周围肥大软骨细胞的钙化带。“钙化带再现”通常指骺板软骨坏死灶上方（骺侧）的软骨细胞继续生长分化，重新出现基质钙化的肥大细胞层，因而X线下重新出现一条钙化带。这是一种愈复现象，表示此处软骨不再发生坏死。

（三）门诊诊疗范围

1. 非甾体抗炎药；
2. 氨基葡萄糖；
3. 关节内注射玻璃酸钠；
4. 针灸、针刀；

5. 中药饮片、中成药及治疗性医疗机构制剂；
6. 治疗期前、治疗期间及治疗期后的相关检查。

（四）复审期限

每2年复审一次。

三十七、氟骨病

（一）申报资料

1. 患者本人医保定点医疗机构病历(包括门诊病历或近期住院病历复印件)及二级医保定点医疗机构专科副主任医师以上医生的诊断证明；
2. 有关临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 关节的影像学资料（包括CT、MRI及X线阳性检查结果）；
4. 医保定点医疗机构专科主治医师以上医生为患者制定的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 骨和关节持续性休息痛症状：四肢大关节、颈和腰等3个及以上部位具有不受季节、气候变化影响的持续性休息痛症状；
2. 关节活动受限：肘关节屈曲畸形，屈肘时中指不能触及同侧肩峰，经枕后中指不能触及对侧耳廓，经后背中指不能触及对侧肩胛下角，臂上举不到180度；下肢伸膝受限，下蹲困难，膝内翻或膝外翻畸形；颈部前屈、后伸、左右旋转受限；腰部前屈、后伸、左右旋转受限，脊柱变形；
3. 继发性神经损伤：因椎管、神经根管以及椎间孔狭窄造成的疼痛、麻木、肢体无力、跛行、大小便障碍、瘫痪等一系

列神经功能障碍；

4. 影像学检查：氟骨症患者可出现骨质硬化、骨质疏松、骨质软化、肌腱韧带附着处骨化、关节退行性改变等一般性X线征象，各征象可单独存在也可同时存在。典型X线征象特指：桡骨嵴增大、边缘硬化、表面粗糙；尺桡骨间膜骨化；胫腓骨间膜骨化；闭孔膜骨化；旋前圆肌附着处骨皮质松化；比目鱼肌肌腱骨化；骶棘韧带骨化；骶结节韧带骨化。

（三）门诊诊疗范围

1. 非甾体抗炎药；
2. 消炎镇痛类药；
3. 软骨保护剂；
4. 硒补充制剂，多元维生素片；
5. 氟排泄类药物：维生素及微量元素，如维生素C、维生素E；钙剂；镁盐；铝盐；硼制剂；
6. 中药饮片、中成药及治疗性医疗机构制剂；
7. 治疗期前、治疗期间及治疗期后的相关检查。

（四）复审期限

每2年复审一次。

三十八、其他传染病和寄生虫病、布鲁氏菌病、包虫病、疟疾、黑热病

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满待办者须提供半年经二级以上医保定点医疗机构确定的住院病历或体检资料；

2. 临床资料：流行病史、症状、体征；
3. 相关实验室检查资料（相关化验、血清学检查、病原学检查）；
4. 相关影像学资料；
5. 医保定点医疗机构传染病科或相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划或开具的购药处方（须注明所用的名称、剂量、服用方法），并加盖公章。

（二）治疗指征（认定标准）

诊断结合流行病史、临床表现、影像学特征和实验室检查（相关化验、血清学检查、病原学检查）结果综合诊断。上述四病按照近年我国传染病和寄生虫病诊断指南（试行）的要求标准加以确定。

（三）门诊诊疗范围

1. 针对病因，选用相关药物治疗；
2. 急性期治疗，局部和全身并发症的治疗；
3. 治疗期间和治疗后的相关检查。

（四）复审期限

每3年复审一次。

三十九、砷中毒

（一）申报资料

1. 在二级以上医保定点医疗机构就诊的住院或门诊病历；
2. 二级以上医保定点医疗机构主治医师及以上专科医师出具的有效诊断证明、诊疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 有砷化物的接触史；

2. 临床表现：恶心、呕吐、腹痛、腹泻、血尿、少尿、肾衰，严重中毒者可见中毒性脑病症状，肝损害，可出现黄疸，肝脾肿大，甚至肾衰，慢性砷中毒可见皮肤麻痹，皮炎，结膜炎。

（三）门诊诊疗范围

1. 针对病因，选用相关药物治疗；

2. 局部和全身并发症的治疗；

3. 治疗期间和治疗后的相关检查。

（四）复审期限

每3年复审一次。

四十、女性盆腔炎

（一）申报资料

1. 提供近3个月二级以上医保定点医疗机构就诊的住院或门诊病历；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：血常规、C反应蛋白、阴道分泌物检查或与性传播感染(sexually transmitted infection、STI)相关的病原微生物检测结果（病毒、淋球菌、沙眼支原体和衣原体等）、或子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据、或有腹腔镜手术及经腹手术描述输卵管表面明显充血、输卵管水肿、输卵管伞端或浆膜层有脓性渗出物等或病理检查结果提示有炎

性浸润的组织病理学证据；

4. 影像学资料：经阴道超声检查或MRI检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液，可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块；

5. 二级以上医保定点医疗机构主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 最低诊断标准：在性活跃期女性及其它存在STI风险者，如排除其他病因且满足以下条件之一者，应诊断PID并给予PID经验性治疗：（1）子宫压痛（2）附件压痛（3）宫颈举痛；

2. 附加标准：伴有下列其中一项者：口腔温度 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ ；子宫颈或阴道脓性分泌物；阴道分泌物显微镜检查有白细胞增多；红细胞沉降率升高；C反应蛋白水平升高；实验室检查证实有宫颈淋病奈瑟菌或沙眼衣原体感染；子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据；经阴道超声检查或MRI检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液，可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗菌药物治疗：（1）静脉药物治疗（2）非静脉药物治疗：肌肉注射、口服；

2. 中医、中药及物理治疗。

备注：妊娠期和哺乳期妇女禁用四环素类及喹诺酮类药物；物理治疗应注意禁忌证：1. 月经期及孕期；2. 生殖器官恶性肿瘤；3. 伴有出血；4. 心肝肾功能不全等内科合并症；5. 活动性

结核；6. 高热；7. 过敏性体质等情况均不宜物理治疗。

（四）复审期限

每2年复审一次。

四十一、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或医保定点医疗机构的体检资料；

2. 临床资料：病史、症状、体征等；

3. 检验资料：血常规、尿常规，血沉，自身抗体，补体。须满足抗核抗体阳性大于1:100，ds-DNA、抗SM抗体阳性、抗核小体抗体（ANuA）中必须有一项阳性；C3、C4有一项或两项降低；

4. 系统性红斑狼疮：肾活检资料阳性一项即可。系统性红斑狼疮伴并发症：肾活检阳性即可确诊；或24小时尿蛋白定量（UTP）大于0.5g/24小时；或者合并溶血性贫血（即coombs试验阳性）；

5. 影像学检查资料；

6. 医保定点医疗机构专科副主任医师以上（含主治医师）签名的诊断证明和专科治疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 癫痫发作、精神异常、脑血管病变；

2. 满足下列其中1项：蛋白尿异常、血尿、管型尿、肾活检

组织有活动性病变。系统性红斑狼疮伴并发症蛋白尿需满足尿蛋白>0.5g/24小时，或+++，或管型；

3. 溶血性贫血、血小板减少、白细胞减少；
4. 肺损害：肺间质纤维化、狼疮肺、肺动脉高压等。

（三）门诊诊疗范围

1. 糖皮质激素、免疫抑制剂及抗疟药等药物；
2. 对症治疗的药物；
3. 治疗期间毒、副反应的治疗；
4. 治疗期间的相关检查。

（四）复审期限

系统性红斑狼疮每3年复审一次，系统性红斑狼疮伴并发症每5年复审一次。

四十二、血友病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供医保定点医疗机构近两年内与所申报病种相符合的完整住院病历或门诊病历；
2. 医保定点医疗机构血液科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明及诊疗计划。

（二）治疗指征（认定标准）

按需治疗或预防治疗或康复治疗等。

（三）门诊诊疗范围

1. 血友病的替代治疗，替代用血制品、重组人凝血因子VIII或IX、重组人凝血因子VII等；

2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

四十三、白血病门诊治疗

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人近一年的与所申请病种相符合的住院病历或门诊病历；

2. 医保定点医疗机构血液科副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划。

3. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

（二）治疗指征（认定标准）

诊断白血病明确，需要治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 白血病的药物治疗、输血治疗、抗感染等治疗；

2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

（四）复审期限

每1年复审一次。

四十四、再生障碍性贫血

（一）申报资料

1. 须提供医保定点医疗机构患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或完整的门诊病历；

2. 医保定点医疗机构血液科副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划。

3. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

(二) 治疗指征 (认定标准)

血细胞减少或需要维持治疗。

(三) 门诊诊疗范围

1. 再生障碍性贫血的药物治疗、输血治疗、抗感染等治疗；
2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

(四) 复审期限

每1年复审一次。

四十五、血液透析、腹膜透析

(一) 申报资料

1. 须提供患者本人近三个月医保定点医疗机构与所申报病种相符合的临床资料 (盖治疗医院印章): (1) 相关住院病历或体检资料, 包括病史、症状、体征, 肾功能检查报告单 [血肌酐 (SCr)、血尿素氮 (BUN)、肾小球滤过率 (eGFR) 或内生肌酐清除率 (Ccr)] 等 (此项首次办理必备) (2) 住院或门诊透析治疗单 (居家腹膜透析患者, 须提供医保定点医疗机构出具的近三个月内的门诊长期透析计划、透析记录单或透析处方、购药发票及清单) (3) 或有相关辅助检查资料: 血常规、尿常规、血生化检查、甲状旁腺素报告单 (4) 或有医学影像相关检查资料: 双肾超声等;

2. 医保定点医疗机构副主任医师及以上签名的透析诊疗计划或肾内科主治医师及以上职称开具的慢性肾脏病 (CKD) 5期或慢性肾功能衰竭 (CRF) 尿毒症期的诊断及长期门诊透析计划

证明（含MDT或会诊意见）。

（二）治疗指征（认定标准）

达到国内现行慢性肾脏病(CKD5期)或慢性功能肾衰竭(CRF尿毒症期)的诊断标准，需要透析治疗者：

1. 肾小球滤过率(GFR)/内生肌酐清除率(Ccr) ≤ 15 ml/min;
2. 血肌酐(SCr) ≥ 707 μ mol/L、或糖尿病肾病(DKD) SCr ≥ 440 μ mol/L;
3. 临床难以纠正的相关并发症：严重水肿、低蛋白血症、电解质紊乱（高钾血症等）、酸中毒、充血性心力衰竭、肺水肿、尿毒症性心包炎、尿毒症性脑病等。

（三）门诊诊疗范围

1. 血液透析治疗(HD)：含血液透析治疗费、血透监测费、透析液、透析管路、一次性透析器、穿刺针；
2. 腹膜透析治疗(PD)：含腹透置管、腹透液、腹透外接管、腹透液引流袋、废液收集袋；
3. 透析患者相关药物治疗，包括基础疾病及并发症的治疗（含中、西药物，需提供治疗的实际病历及治疗票据，以下同）；
4. 透析治疗前后及透析期间的必要检查。

（四）复审期限

长期。

四十六、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤（放化疗）

（一）申报资料

1. 经医保定点医疗机构确诊的恶性肿瘤患者，提供相应的

病理检查报告单。特殊情况无法取得病理，需要提供定点医院加盖公章的诊断证明书或出院证明书；

2. 提供医保定点医疗机构患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或体检资料；

3. 医保定点医疗机构相关科室副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划；

4. 医保定点医疗机构加盖公章的诊断证明书。

（二）治疗指征（认定标准）

1. 经医保定点医疗机构确诊的恶性肿瘤患者，有相应的病理检查报告；

2. 特殊情况无法取得病理，需要根据临床症状、影像学检查、肿瘤标志物及多学科会诊后，经定点医院临床诊断为恶性肿瘤。

满足以上任何一条均可。

（三）门诊诊疗范围

1. 恶性肿瘤门诊治疗：无需或不适宜进行放化疗，但仍需长期进行内分泌治疗（主要是乳腺癌及前列腺癌）或者进行免疫治疗、靶向治疗或定期门诊检查或护理的恶性肿瘤患者；

2. 恶性肿瘤（放化疗）：包括各类肿瘤的化疗、放疗、灌注治疗。

（四）复审期限

每2年复审一次。

四十七、器官移植抗排异治疗

（一）申报资料

1. 有器官移植手术史（限心脏、肝、肺、肾、造血干细胞移植），提供器官移植术住院病历、手术记录；

2. 相关实验室检查资料（相关化验、血清学检查）或影像学检查等；

3. 医保定点医疗机构相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划和有效诊断证明。

（二）治疗指征（认定标准）

诊断结合病史、临床表现、实验室检查（相关化验、血清学检查）结果，需持续服用抗排异药物治疗的患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 针对病因，选用相关药物治疗；
2. 急性期治疗，局部和全身并发症的治疗；
3. 治疗期间和治疗后的相关检查。

（四）复审期限

长期。

附件3

甘肃省基本医疗保险门诊慢特病申请表

姓名		性别		年龄	
工作单位				联系电话	
身份证号				社保卡号	
申报病种 1			申报病种 2		
病历摘要 及临床指征	主管医师签字： 年 月 日				
专家审核 意见	专家签字： 年 月 日				
专家组组长 复审意见	专家签字： 年 月 日				
审核认定 结果	审核认定医院医保办盖章 年 月 日				

附件4

甘肃省基本医疗保险门诊慢特病认定审批表

审批编号			
申报人姓名		个人编号	
参保险种		统筹基金年度 支付限额	
病种名称			
病种编码			
有效期限			
审批认定医疗 机构及代码			
备 注			

注：有效期限到期后请及时按照申办流程重新申办相关手续。

附件5

甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表

姓名		性别		年龄	
工作单位（职工）				联系电话	
家庭住址					
身份证号				社保卡号	
原申报病种			新变更病种		
病历摘要 及临床指征	主管医师签字： 年 月 日				
专家审核 意见	专家签字： 年 月 日				
专家组组长 复审意见	专家签字： 年 月 日				
审核认定 结果	审核认定医院医保办盖章 年 月 日				

附件6

张掖市基本医疗保险门诊慢特病待遇申请鉴定汇总表

鉴定医疗机构（盖章）：

时间： 年 月 日

经办人：

联系方式：

序号	姓名	性别	身份证号	人员类型 (职工、居民)	职工：单位名称 居民：家庭住址	联系电话	病种名称	鉴定日期	鉴定结论 确认负责人	受理机构 (基层服务机构)	鉴定结果 (通过或未通过)
1											
2											
3											
4											
5											
6											

备注：1. 定点医疗机构应按城乡居民和城镇职工参保类型分别填报。

2. 本表一式两份，经医保经办机构审核盖章后留存一份、鉴定医疗机构留存一份。

附件 7

关于报送 2025 年张掖市市本级(或甘州区) 城镇职工、城乡居民门诊慢特病认定情况 的报告

(模板)

张掖市（甘州区）医疗保障服务中心：

根据张掖市医疗保障局《关于贯彻落实全省统一门诊慢特病保障政策的通知》（张医保发〔2024〕24号）精神，经各乡镇卫生院、社区卫生服务中心申报，我院组织医保医师认定，符合慢特病申报条件认定通过的有 人，其中：甘州区城镇职工 人，甘州区城乡居民 人。

附件：《张掖市基本医疗保险门诊慢特病待遇申请鉴定汇总表》

2025 年 月 日

2025年基本医疗保险门诊慢特病申报片区划分表

序号	乡镇街道	申报定点医疗机构名称	审核认定 定点医疗机构名称	
1	安阳乡	安阳乡卫生院	河西学院附属 张掖人民医院	
2	花寨乡	花寨乡卫生院		
3	大满镇	大满镇中心卫生院		
4		大满镇中心卫生院和平分院		
5	长安镇	长安镇中心卫生院		
6	西街街道	西街社区卫生服务中心		
7	南街街道	南街社区卫生服务中心		
8	市医保中心经办窗口			
9	上秦镇	上秦镇中心卫生院	张掖市中医院	
10	碱滩镇	碱滩镇卫生院		
		张掖农场职工医院		
11	党寨镇	党寨镇中心卫生院		
12		党寨镇中心卫生院甘里堡分院		
13	梁家墩镇	梁家墩镇卫生院		
14	东街街道	东街社区卫生服务中心		
15	火车站街道	火车站社区卫生服务中心		
16	小满镇	小满镇中心卫生院	甘州区人民医院	
17	龙渠乡	龙渠乡卫生院		
18	乌江镇	乌江镇中心卫生院		
19	明永镇	明永镇中心卫生院		
20	三闸镇	三闸镇卫生院		
21	靖安乡	靖安乡卫生院		
22	北街街道	北街社区卫生服务中心		
23	甘浚镇	甘浚镇中心卫生院		
24		甘浚镇中心卫生院西洞分院		
25	沙井镇	沙井镇中心卫生院	张掖市第二人民 医院	
26		沙井镇中心卫生院小河分院		
27	新墩镇	新墩镇卫生院		
28		滨河新区社区卫生服务中心		
29	平山湖乡	平山湖卫生院		
30	河西学院	河西学院附属张掖第二人民医院		

张掖市医疗保障局 张掖市财政局

文件

张医保发〔2024〕24号

关于贯彻落实全省统一 门诊慢特病保障政策的通知

各县区医疗保障局、财政局，市医保事务中心，市级定点医药机构：

按照《甘肃省医疗保障局关于统一规范全省基本医疗保险门诊慢特病保障范围和认定标准的通知》（甘医保发〔2023〕94号）、《甘肃省医疗保障局甘肃省财政厅关于印发全省基本医疗保险门诊慢特病待遇标准的通知》（甘医保发〔2024〕49号）、《甘肃省医疗保障局关于印发甘肃省基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程的通知》（甘医保发〔2024〕60号）等文件精神，决定执行全省统一的门诊慢特病保障政策，结合我市

实际，现就有关事项通知如下：

一、保障范围和对象

执行全省统一的门诊慢特病保障政策，将发病率高、治疗周期长、病情相对稳定、诊疗方案明确、临床路径清晰、长期或终身需在门诊治疗的疾病纳入门诊慢特病保障范围（详见附件1）。适用于我市职工基本医保和城乡居民基本医保参保人员。

二、病种范围和支付标准

（一）病种范围。纳入保障范围的病种分Ⅰ类和Ⅱ类，其中Ⅰ类是全省统一纳入的63个病种，Ⅱ类是我市根据基金承受能力在省级限定选择纳入实施的病种范围保留的1个原纳入病种（详见附件1）。门诊慢特病病种范围将依据省级政策及本市疾病谱特点、发病率等适时动态调整。认定标准执行《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准及复审期限》（详见附件2）。

（二）支付范围。申请门诊慢特病待遇的参保人员，应当先认定，后享受待遇。在符合条件的定点医药机构就医、购药，发生的政策范围内费用，按规定纳入门诊慢特病保障支付范围。门诊慢特病支付范围包括与疾病相关的符合基本医疗保险用药目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和支付标准内的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。门诊慢特病用药按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定执行。使用乙类药品、特殊材料和诊疗项目所发生的费用，参

保职工、居民先由个人分别自负10%、20%后再进行报销。

门诊慢特病保障不予支付范围包括：与认定门诊慢特病病种诊疗无关或目录外的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。住院期间发生的门诊慢特病医疗费用；国家和省上规定的其他不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用。

（三）支付标准。门诊慢特病不设起付标准，在相应病种年度最高支付限额内，职工医保、居民医保统筹基金分别按政策范围内费用的85%、70%报销；血友病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤（放化疗）、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、器官移植抗排异治疗、血液透析、腹膜透析共10个医疗费用高、参保人员负担重的病种，职工和城乡居民基本医疗保险门诊慢特病政策范围内支付比例分别为90%、80%。门诊慢特病统筹基金年度支付限额按病种分别设定（详见附件1），仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

对患多种门诊慢特病的参保人员，最多可申报两个门诊慢特病病种，个人门诊慢特病统筹基金年度累计最高支付限额为：两个病种中最高的限额（具体按最高病种限额分解到可享受月份的基金）与定额（500元）之和。

门诊慢特病待遇支付以自然年度为待遇享受周期，参保人员取得门诊慢特病身份后当月开始享受待遇。待遇享受开始日期以审核通过后，信息系统录入登记当日为准，待遇开始日期

之前发生的费用不予报销；待遇享受截止日期不超过该病种规定的复审期限。认定后的统筹基金年度支付限额为认定病种统筹基金年度最高支付限额月平均值乘以年内剩余月份，取整数确定。

（四）政策衔接。做好与原门诊慢特病、普通门诊统筹、“两病”门诊用药保障、“双通道”管理药品政策、住院医疗等待遇政策的衔接。

1. 本通知执行前已享受门诊慢特病待遇的参保人员，对照本通知病种范围，已认定的病种属于本通知病种或属于本通知合并的病种，参保人员不需再次申请认定，直接享受该病种或合并后病种待遇；已认定的病种属于本通知细分的病种，按细分病种最低标准享受待遇，参保人员有异议的，可申请重新认定。

2. 我市原自行制定不在本通知病种范围内的动静脉人工内痿成型术、残疾儿童康复治疗、椎间盘突出3个病种，按照2023年12月22日印发《关于停止受理认定部分门诊慢特病病种的通知》执行，2024年1月1日起不再申办；之前已享受残疾儿童康复治疗门诊慢特病待遇的参保人员，根据原始申办认定资料对照本通知相关病种认定标准合并至相应病种，享受相应病种待遇标准；之前享受椎间盘突出门诊慢特病待遇的参保人员，在2022年12月31日之前认定的人员已全部达到2年复审期限，2024年12月31日全部终止门诊慢特病保障待遇；2023年认定的人员按原政策规定执行复审期限（2年），达到复审期限不再

复审，椎间盘突出门诊慢特病待遇自然终止。

3. 未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病(以下简称“两病”)居民医保参保人员的门诊用药，按现行“两病”门诊用药保障政策执行。

三、优化经办服务

各级医保经办机构要按照全省统一的门诊慢特病经办管理规程，组织定点医疗机构做好资格认定、就医管理、复审管理、费用结算等工作，在把好入口关的同时为参保人员提供快捷、便利的服务。

(一) 资格认定。

1. 认定机构。门诊慢特病认定由二级及以上定点医疗机构负责，具体认定医院由各县区医保经办机构审核确认，并向社会公布。认定医院应建立门诊慢特病认定内部工作机制和管理制度，成立负责门诊慢特病管理服务的专门科室，组成认定专家组，专家组由各相关临床科室副主任及以上医师、科室主任及分管副院长组建。

2. 办理流程。

(1) 申请。门诊慢特病实行随时申报、随时受理。认定所需材料包括身份证或社保卡复印件、《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病申请表》(详见附件3)以及申请病种认定所需的二级及以上定点医疗机构相关医疗证明材料。相关医疗证明材料主要是指住院病历复印件(加盖病案专用章)，部分病种可为门

诊病历及诊断证明（原件加盖有效专用章）。参保人员可通过“甘肃省医疗保障局”微信小程序、“甘肃省医保服务平台APP”进行线上申报，也可按照就近便民原则在居住地基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）或具有门诊慢特病认定资格的定点医疗机构门诊慢特病申报窗口提交相关资料。

（2）受理。线下窗口经办人员收到申请资料后，核对材料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知需补全材料；线上申请的申请人可通过线上渠道查询受理状态。

（3）鉴定。申请受理后，认定医院根据参保人员申请的病种以及提供的住院病历资料或检查检验资料，组织认定专家依据甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准进行评判，未提供相关病历资料的应进行相关检查、化验，综合研判后提出拟确认意见，由科室主任复审。认定专家应在规定时间内完成鉴定，并由认定专家所在门诊慢特病定点医疗机构按规定上传鉴定结果至省医疗保障信息平台。

（4）确认。由医疗机构鉴定通过的，同级医保经办机构在省医疗保障信息平台对参保人员门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定结果审核通过后，向患者出具《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病认定审批表》（详见附件4）。参保人员可通过线上或线下渠道查询门诊慢特病病种待遇认定办理情况。参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定应在20个工作日内办结。认定医院于每月5日前负责将上月认定情况（《张掖市基本医疗保险门诊慢

特病待遇申请鉴定汇总表》详见附件6)及相关资料,报送同级医保经办机构备案。

(二)就医管理。门诊慢特病就医购药实行定点管理。医保经办机构应按照“总量控制、布局合理、及时便民”的原则,根据定点医药机构服务能力和医保管理水平,确定门诊慢特病定点医药机构并签订服务协议,在协议中明确门诊慢特病定点医药机构和责任医师的义务与违约责任。

定点医疗机构和医保医师严格执行医保药品、诊疗等目录的规定,在门诊慢特病病种范围内,对治疗方案明确、病情稳定、需长期使用处方药的参保人员实行门诊慢特病医疗保障长期处方管理,诊治医师评估后可单次开具不超过12周用药量处方,医保基金按规定予以支付;对异地长期居住、60岁以上或行动不便的参保人员,可酌情放宽医保基金单次支付用药费用时间。

参保人员在门诊慢特病定点医药机构就医购药时,定点医药机构通过“5301接口”查询门诊慢特病备案信息,参保人员无需提供门诊慢特病审批表。在定点零售药店购药时需持医疗机构开具的外配处方。

(三)复审管理。建立门诊慢特病动态管理机制。参保人员应在复审期限截止日前3个月内申请复审,复审期间仍按原病种继续享受相应待遇。未在规定时间内提出复审申请的,复审期限截止后不再继续享受相应待遇。复审流程与申请流程一致,

复审结果确定后，按照复审结果执行。已取得本通知病种目录内门诊慢特病资格的参保人员，病种复审期限统一从2025年1月起重新计算。

（四）费用结算。参保人员在定点医药机构进行门诊慢特病就医购药的，由定点医药机构与参保人员进行直接结算，参保人员只需按规定支付应由个人自负的医疗费用，其他费用由医保经办机构与定点医药机构进行结算。

（五）异地就医。门诊慢特病费用异地就医直接结算时，执行就医地的目录（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材目录），执行参保地的政策（支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等）。已申办门诊慢特病的参保人员在省内异地就医购药时，无需备案，在就医地门诊慢特病定点医药机构直接结算。参保人员办理跨省异地就医备案，对开通门诊慢特病跨省直接结算的病种，可享受直接结算。未在就医地定点医疗机构直接结算的，由参保人员先行全额垫付费用，持发票和医疗费用明细清单等相关资料到参保地医保经办机构手工（零星）报销，报销时目录范围及报销政策均按参保地相关政策执行。办理跨省异地就医临时外出的参保人员自然年度内发生的门诊慢特病费用应在当年12月31日前报销，办理异地长期居住、异地安置及常驻异地工作备案的参保人员自然年度内发生的门诊慢特病费用可在次年3月31日前报销，且不计入次

年限额。

（六）转移接续。门诊慢特病认定结果全省范围内互认，参保人员在省内办理基本医保关系转移接续时，转入地和转出地均有同病种的，在一个自然年度内共用一个限额标准。转入地无同种病种的，门诊慢特病待遇自然终止。参保人员办理跨省基本医保关系转移接续时，原参保地门诊慢特病病种待遇自然终止，按甘肃省门诊慢特病病种认定标准重新认定，认定后按规定享受门诊慢特病待遇。

参保人员省内跨制度转移（职工转居民或居民转职工），门诊慢特病病种待遇享受资格不需要重新认定，正常参保后当月按转移后的参保类别开始享受门诊慢特病待遇，统筹基金年度支付限额为该病种统筹基金年度最高支付限额月平均值乘以本年内剩余月份。

（七）病种变更。参保人员因病情发展、身体变化等原因确需变更或新增病种的，需重新进行病种申请认定。

除血友病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤(放化疗)、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、器官移植抗排异治疗、血液透析和腹膜透析外，其余病种本年度内已产生费用的不予变更；本年度内未产生费用的门诊慢特病病种可做变更。病种变更时需填写《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表》（详见附件5），对原病种停止门诊慢特病待遇享受，按变更后病种限额及复审期限

享受待遇。

四、加强监督管理

(一) 严格认定管理。各级医保部门、医保经办机构要强化定点医疗机构在慢特病认定、规范诊疗、合理使用医保基金等方面的责任，加强对慢特病病种认定、医疗服务行为的日常管理和监督检查，对于发现的违规违法行为严肃处理。对认定中弄虚作假的专家，取消门诊慢特病鉴定专家资格，并根据医保医师管理有关规定处理；对鉴定中以权谋私的工作人员以及通过伪造、变更或变造医疗文书等方式骗取门诊慢特病待遇的参保人员，按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关规定处理。对纳入门诊慢特病待遇保障范围的参保人员，通过倒卖药品获得非法利益的，或将本人的医保凭证交给他人冒名使用的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规严肃处理，构成犯罪的，移交司法机关处理。

(二) 加强费用审核。各级医保部门、医保经办机构要要加强门诊慢特病的医疗费用审核，引入智能监控，完善审核规则，定期开展监督检查，严厉打击套取、骗取医保基金行为。对监督检查过程中发现的问题和违规行为，按相关法律法规和医保协议管理相关规定处理。

(三) 规范医药服务。门诊慢特病定点医药机构应严格执行医保政策和服务协议规定，严格执行实名就医购药管理规定，

坚持因病施治的原则，配备疗效确切、质价相符的药品，根据参保人员的门诊慢特病病种，合理检查、合理治疗、合理用药，为参保人员妥善保存处方、诊疗单据等资料，做到诊疗、处方、交易、配送等全流程可追溯、可监管。

五、工作要求

（一）加强组织领导。各县区医保局要高度重视，充分认识规范统一门诊慢特病政策的重要性，切实加强组织保障，周密组织实施，把贯彻落实门诊慢特病政策作为贯彻落实党的二十届三中全会精神的重要举措，做好政策衔接，确保平稳过渡。

（二）精心组织实施。各县区医保局、市医保事务中心要强化服务意识，优化服务方式，加大对具有门诊慢特病认定资格定点医疗机构的培训和指导力度，确保参保人员按规定应享尽享门诊慢特病待遇，推动政策落地实施。

（三）强化宣传引导。各县区要坚持正确舆论导向，多渠道、多方式做好宣传引导工作，对与原有政策和待遇标准有变化的，开展面对面的政策宣传和解读，及时回应社会关切，合理引导参保人员预期，为平稳推动工作营造良好社会氛围。

除确诊为苯丙酮尿症的城乡居民基本医保参保人员执行省卫健委等5部门印发的《关于进一步做好全省苯丙酮尿症患者医疗救治及医保报销等工作的通知》（甘卫妇幼函〔2024〕139号）外，以往门诊慢特病政策与本通知不一致的，以本通知为准。

本通知自 2025 年 1 月 1 日起执行。

- 附件： 1. 张掖市基本医疗保险门诊慢特病病种和待遇支付标准
2. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准及
 复审期限
3. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病申请表
4. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病认定审批表
5. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表
6. 张掖市基本医疗保险门诊慢特病待遇申请鉴定汇总表

张掖市医疗保障局

张掖市财政局

2024 年 12 月 3 日

抄送：省医疗保障局

张掖市医疗保障局办公室

2024 年 12 月 3 日印发
