亳州市医疗保障局关于印发亳州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法（试行）的通知

亳医保〔2021〕9号

各县、区医疗保障局，市医疗保障综合服务管理中心：

现将《亳州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

亳州市医疗保障局

2021年6月17日

（此件公开发布）

亳州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法（试行）

第一章　总则

第一条　为推动建立更加公平适度的基本医疗保险待遇保障机制，规范基本医疗保险门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）管理，减轻参保人员门诊医疗费用负担，提高基本医疗保险基金使用效率，根据《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》（以下简称《病种目录》）等规定，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条　本办法适用于亳州市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）门诊慢特病管理。

第三条　坚持以人民为中心，立足“保障基本”的功能定位，适应基本医疗保险基金运行实际，结合临床医药技术发展现状，建立健全门诊慢特病病种纳入、认定管理、待遇保障、经办服务等制度体系，实现科学、规范、精细化管理。

第四条　市级医疗保障行政部门负责建立健全门诊慢特病

管理制度，加强全市门诊慢特病管理和监督。各县区医疗保障行政部门负责本区域内的门诊慢特病管理及组织实施。

第五条　市级医疗保障经办机构负责指导全市门诊慢特病经办服务与管理工作，并做好市直职工医保门诊慢特病经办管理。各县区医疗保障经办机构负责病种认定、待遇支付、费用结算和协议管理等工作。

第二章　病种管理

第六条　职工医保与居民医保执行全省统一的《病种目录》，实行I类、II类疾病管理（见附件1）。我市原有不在《病种目录》范围内且国家已赋病种编码的门诊慢特病病种（居民：脊髓空洞症、股骨头无菌性坏死、腰椎间盘突出、雷诺氏病等；职工：子宫内膜异位症、雷诺氏病等），原则上设置3年过渡期，过渡期继续按原规定享受保障待遇，不再增加新的人员；过渡期后不再享受政策待遇。

第七条　纳入《病种目录》的疾病应综合考虑下列条件：

（一）临床诊断明确，诊疗方案明确，且《基本医疗保险药品目录》有相应的治疗药品；

（二）本省发病率高，需要长期门诊治疗；

（三）病情较重但已过急性期，可在门诊维持治疗；

（四）其他需要考虑的情形。

第八条　省级医疗保障行政部门对《病种目录》进行动态调整，市、县区不得自行调整。

第九条　市级医疗保障行政部门根据各地申请、全市疾病谱、参保人员医疗保障需求、医保基金收支情况和中长期支撑能力等因素，向省级医疗保障行政部门适时提出增加或调出病种申请。

第三章　病种认定

第十条　严格执行全省统一的《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》（以下简称《认定标准》）（附件5）。

第十一条　参保人员可通过线下（医保经办机构服务窗口或委托受理的定点医疗机构）、线上（安徽省政务服务亳州分厅、“皖事通”APP）提交门诊慢特病认定申请，由医保经办机构进行初审。初审通过的，由市、县区医保经办机构组织实施，自受理之日起20个工作日内完成审核认定，并将审核认定结果及时告知申请人；初审不通过的，不予受理并告知原因、作好记录。

第十二条　申请门诊慢特病认定需提交如下材料：

（一）本人身份证（户口簿）或社保卡复印件；

（二）亳州市基本医疗保险门诊慢特病申请表（附件3）；

（三）按《认定标准》提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等。其中：住院病历为3年内、门诊病历为1年内，其

他资料与病历相符。

第十三条　各地建立由高级职称医学专家组成的专家库，根据病种设立若干专家组。组织认定时，应从专家库抽取专家，依据《认定标准》实施认定并出具认定意见，医保经办机构审核确认。原则上，同一病种年度内只能申请认定一次。

对有手术记录且诊断明确、符合认定标准的恶性肿瘤、血管支架术后、心脏冠脉搭桥术后、器官移植术后、慢性肾衰竭（尿毒症期）应即时办结。

第十四条　对认定为门诊慢特病人员，市、县区医保经办机构发证并及时将慢特病信息维护到医保结算系统。

第十五条　市、县区医保经办机构应充分运用信息化手段，逐步通过医保信息系统或互联网等方式，受理参保人员门诊慢特病申请、认定。将参保人员在定点医疗机构联网结算的就诊记录等作为门诊慢特病认定材料，逐步减少书面证明材料。

第十六条　市、县区医保经办机构要建立门诊慢特病动态管理机制。对参保人员死亡、用药异常、待遇享受期满、康复治愈、参保关系转移（转外、转内）等情形实行动态管理。

（一）每季度与公安、民政大数据比对一次，发现死亡的及时调出，取消相应待遇。

（二）对未用药、用药过少或短期集中购药等异常情形，进

行重点筛查监管。发现不符合门诊慢特病标准的，及时取消相应待遇。

（三）待遇享受期满且未按规定复审或康复治愈的，及时调出，取消相应待遇。

（四）参保关系省内市外转入或市内转移的，即时办结并享受门诊慢特病待遇；省外转入的，重新认定；市内转出的，及时调出，取消相应待遇。

第十七条　门诊慢特病认定应坚持客观公正原则，主动接受相关部门的监督，如发现违规行为依规追责。门诊慢特病认定不得向申报人收取任何认定手续费用（现场需医院检查收取的费用除外）。

第四章　支付范围

第十八条　执行《安徽省基本医疗保险门诊慢特病用药目录》（以下简称《用药目录》），并根据省级要求实行动态调整。《用药目录》内的医药费用由医保基金按规定支付。

第十九条　以下药品不纳入《用药目录》：

（一）未纳入《基本医疗保险药品目录》的药品；

（二）与门诊慢特病病种门诊治疗无关的药品；

（三）明确不得在门诊使用的药品；

（四）辅助类或滋补类的药品；

（五）其他不适宜门诊使用的药品等。

第二十条==《用药目录》内药品的限定支付范围按《基本医疗保险药品目录》规定执行。市级医疗保障经办机构负责《用药目录》编码的维护。

第二十一条==门诊慢特病病种的诊疗项目和医用耗材暂按现行规定执行。如省级调整相应政策，我市及时按新规定执行。

第五章　保障待遇

第二十二条　经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过之日起享受门诊慢特病保障待遇。

第二十三条　参保人员在医保定点医药机构发生的慢特病门诊医药费用，按下列医保待遇规定执行：

（一）起付线及报销比例

I类门诊慢特病：居民与职工起付线均为 200 元且年度内计算一次。居民报销比例为省内 60%、省外 50%；职工报销比例为 80%。

II类门诊慢特病：居民起付线按省内就诊最高类别医疗机构住院标准、省外 2000 元，年度内计算一次；职工起付线按就诊最高类别医疗机构住院标准，年度内计算一次。居民与职工报销比例均按当次就诊医疗机构普通住院政策执行。

（二）支付限额

I类门诊慢特病每季度封顶线900元，年度累计支付限额3000元（两种及以上病种年度支付限额不累加）（附件2）。II类门诊慢特病年度累计支付限额为基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

第二十四条　参保人员被认定为多种门诊慢特病病种的，享受待遇时年度内只计算一次起付线。

第二十五条　II类门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。

第二十六条　对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的门诊慢特病，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至3个月，医保可实行按长期处方结算。

第二十七条　各地可探索建立门诊慢特病的基层就医费用统筹保障、护理依赖型疾病的基金包干管理等医保支付方式，引导实现分级诊疗。

第二十八条　建立健全全市医保信息系统，参保人员门诊慢特病医药费用实行联网即时结算。暂未开通异地门诊慢特病直接结算的地区，应提高退休异地安置人员、长期驻外人员等参保群体手工报销结算的便捷性。

第六章　服务管理

第二十九条　经参保地医疗保障经办机构确认，门诊慢特病参保人员应选择能够满足治疗需要、方便就医配药的医保定点医药机构进行门诊治疗。鼓励各地创新服务机制，为参保人员提供更加便捷、高效的服务。有条件的可探索开展处方外配医保结算服务。

慢特病人员在谈判“双通道”药店购药，发生的药品费用按定点医院门诊慢特病医保支付标准执行。

第三十条　参保人员应遵守门诊慢特病管理相关规定，有以下情形的，给予相应处理：

（一）采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的，追回医保基金，给予相应处罚，情节严重的，移交司法机关处理；

（二）经查实不符合门诊慢特病病种认定条件的，取消慢特病待遇资格；

（三）其他违法违规行为，按有关规定处理。

第三十一条　市、县区医疗保障经办机构应将门诊慢特病管理纳入定点医药机构、医保医师协议管理范畴，加强对门诊慢特病病种认定、医疗服务等行为的日常管理和监督检查。定点医药机构要完善内部管理制度，医保医师要严格认定、合理诊疗、科学施治，严禁超剂量、超范围开具处方等违规行为。

第三十二条　各地要加强门诊慢特病政策的宣传解释，提高

政策知晓度。加强门诊慢特病管理内控制度建设，加强对定点医药机构、医保医师的监督稽核。优化经办服务管理体系，确保业务经办的规范有序和优质高效。

第七章　附则

第三十三条　本办法由市级医疗保障行政部门负责解释，自2021年5月1日起施行。

附件

1.亳州市基本医疗保险门诊慢特病病种范围

2.亳州市基本医疗保险门诊慢特病病种支付限额及待遇（复审）期限

3.亳州市基本医疗保险门诊慢特病申请表

4.亳州市基本医疗保险门诊慢特病不予认定告知书

5.安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准

附件 1：

亳州市基本医疗保险门诊慢特病病种范围

I类（40 种）：高血压、心功能不全、冠心病、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、慢性乙型肝炎、慢性肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、癫痫、帕金森病、类风湿性关节炎、重症肌无力、结核病、特发性血小板减少性紫癜、系统性硬化症、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩侧索硬化症、支气管哮喘、肾病综合征、多发性肌炎、皮肌炎、干燥综合征、结节性多动脉炎、脑瘫（≤14 岁）、精神障碍、特发性肺纤维化、自身免疫性肝病、肢端肥大症、阿尔茨海默病（老年痴呆）、青光眼、重度特应性皮炎。

II类（23 种）：慢性丙型肝炎、再生障碍性贫血、白血病、血友病、恶性肿瘤（门诊治疗、放化疗、靶向治疗）、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后（抗排异治疗）、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化、肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后、肺动脉高压、多发性硬化、黄斑性眼病、ANCA 相关血管炎、先天性免疫蛋白缺乏症、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病、骨

髓增生性疾病。

附件 2：

亳州市基本医疗保险门诊慢特病病种支付限额及待遇（复审）期限

序号	病种名称	细分名称	医保系统编码	基金年支付限额		享受（复审）期限	分类
				职工	居民		
1	高血压	高血压	M03900	3000	3000	长期	I
		高血压伴并发症	M03904	3000	3000	长期	I
2	心功能不全		M04300	3000	3000	长期	I
3	冠心病		M04600	3000	3000	长期	I
4	脑卒中		M04800	3000	3000	长期	I
5	慢性阻塞性肺疾病		M05300	3000	3000	长期	I
6	克罗恩病		M06000	3000	3000	长期	I
7	溃疡性结肠炎		M06501	3000	3000	长期	I
8	慢性乙型肝炎		M00201	3000	3000	长期	I
9	慢性丙型肝炎	慢性丙型肝炎（非1b型）	M00203	参照住院	参照住院	1 年	II
		慢性丙型肝炎（1b型）	M00204	参照住院	参照住院	1 年	II
10	慢性肾脏病		M07807	3000	3000	长期	I
11	糖尿病	糖尿病	M01600	3000	3000	长期	I
		糖尿病胰岛素治疗	M01601	3000	3000	长期	I

序号	病种名称	细分名称	医保系统编码	基金年支付限额		享受（复审）期	分类
12	甲状腺功能亢进症		M01702	3000	3000	3 年	I
13	甲状腺功能减退症		M01701	3000	3000	长期	I
14	癫痫		M02500	3000	3000	长期	I
15	帕金森病		M02300	3000	3000	长期	I
16	类风湿性关节炎		M06900	3000	3000	长期	I
17	重症肌无力		M03200	3000	3000	长期	I
18	结核病	结核病	M00100	3000	3000	2 年	I
		耐药性结核病	M00101	3000	3000	3 年	I
19	特发性血小板减少性紫癜		M01301	3000	3000	长期	I
20	系统性硬化症		M07105	3000	3000	2 年	I
21	晚期血吸虫病		M00402	3000	3000	长期	I
22	银屑病	银屑病	M06700	3000	3000	2 年	I
23	白癜风		M10500	3000	3000	长期	I
24	艾滋病		M00300	3000	3000	长期	I
25	白塞氏病		M07107	3000	3000	长期	I
26	强直性脊柱炎		M07200	3000	3000	长期	I
27	肌萎缩侧索硬化症		M02800	3000	3000	长期	I
28	支气管哮喘		M05400	3000	3000	2 年	I
29	肾病综合征		M07700	3000	3000	2 年	I
30	多发性肌炎		M07103	3000	3000	长期	I
31	皮肌炎		M07104	3000	3000	长期	I
32	干燥综合征		M07106	3000	3000	长期	I
33	结节性多动脉炎		M05001	3000	3000	长期	I

序号	病种名称	细分名称	医保系统编码	基金年支付限额		享受（复审）期	分类
34	脑瘫		M02601	3000	3000	2 年(≤14 岁)	I
35	再生障碍性贫血		M01102	参照住院	参照住院	3 年	II
36	白血病		M00800	参照住院	参照住院	2 年	II
37	血友病	血友病	M01200	参照住院	参照住院	长期	II
		血友病重型	M01213	参照住院	参照住院	长期	II
38	精神障碍		M02000	3000	3000	长期	I
39	恶性肿瘤	恶性肿瘤门诊治疗	M00500	参照住院	参照住院	长期	II
		恶性肿瘤（放化疗）	M00501	参照住院	参照住院	2 年	II
		恶性肿瘤治疗（靶向治疗）	M00507	参照住院	参照住院	2 年	II
40	慢性肾衰竭（尿毒症期）		M07805	参照住院	参照住院	长期	II
41	器官移植术后	器官移植术后抗排异治疗	M08300	参照住院	参照住院	长期	II
		肾移植抗排异治疗	M08301	参照住院	参照住院	长期	II
		肝移植抗排异治疗	M08304	参照住院	参照住院	长期	II

序号	病种名称	细分名称	医保系统编码	基金年支付限额		享受（复审）期	分类
		造血干细胞移植抗排异治疗	M08302	参照住院	参照住院	长期	II
42	心脏瓣膜置换术后		M08404	参照住院	参照住院	长期	II
43	血管支架植入术后		M08403	参照住院	参照住院	长期	II
44	肝硬化		M06201	参照住院	参照住院	长期	II
45	肝豆状核变性		M01904	参照住院	参照住院	2 年	II
46	系统性红斑狼疮		M07101	参照住院	参照住院	长期	II
47	骨髓增生异常综合征		M00902	参照住院	参照住院	长期	II
48	心脏冠脉搭桥术后		M08401	参照住院	参照住院	2 年	II
49	特发性肺纤维化		M05601	3000	3000	长期	I
50	肺动脉高压		M04000	参照住院	参照住院	长期	II
51	自身免疫性肝病		M06100	3000	3000	长期	I
52	肢端肥大症		M01908	3000	3000	长期	I
53	阿尔茨海默病（老年痴呆）		M02400	3000	3000	长期	I
54	多发性硬化		M02900	参照住院	参照住院	长期	II
55	青光眼		M03600	3000	3000	长期	I

序号	病种名称	细分名称	医保系统编码	基金年支付限额		享受（复审）期	分类
56	黄斑性眼病		M03701	参照住院	参照住院	3 年	II
57	重度特应性皮炎		M11801	3000	3000	长期	I
58	ANCA 相关血管炎		M05000	参照住院	参照住院	长期	II
59	先天性免疫蛋白缺乏症		M08200	参照住院	参照住院	长期	II
60	生长激素缺乏症		M01902	参照住院	参照住院	≤18 岁	II
61	普拉德-威利综合征		M08202	参照住院	参照住院	长期	II
62	尼曼匹克病		M01903	参照住院	参照住院	长期	II
63	骨髓增生性疾病		M00906	参照住院	参照住院	长期	II

附件 3：

亳州市基本医疗保险门诊慢特病申请表

<table>
<tr><td rowspan="6">本人填写</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td rowspan="4">本人照片（近期免冠 1 寸）</td></tr>
<tr><td colspan="6">身份证编号：</td></tr>
<tr><td colspan="6">联系电话：</td></tr>
<tr><td>单位名称或住址</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">本人签名</td><td></td></tr>
<tr><td>申请病种</td><td colspan="6">1□高血压 2□冠心病 3□心功能不全 4□慢性阻塞性肺疾病 5□支气管哮喘 6□肺动脉高压 7□特发性肺纤维化 8□溃疡性结肠炎 9□克罗恩病 10□肝硬化 11□晚期血吸虫病 12□自身免疫性肝病 13□慢性肾脏病 14□肾病综合征 15□慢性肾衰竭（尿毒症期） 16□糖尿病 17□甲状腺功能亢进症 18□甲状腺功能减退症 19□肢端肥大症 20□脑卒中 2□癫痫 22□帕金森综合症 23□阿尔茨海默病（老年痴呆） 24□肝豆状核变性 25□重症肌无力 26□ 肌萎缩侧索硬化症 27□多发性硬化 28□青光眼 29□黄斑性眼病 30□银屑病 31□白癜风 32□重度特应性皮炎 33□精神障碍 34□慢性乙型肝炎 35□慢性丙型肝炎 36□结核病 37□艾滋病 38□类风湿性关节炎 39□强直性脊柱炎 40□系统性红斑狼疮 41□白塞氏病 42□系统性硬化症 43□干燥综合征 44□多发性肌炎 45□皮肌炎 46□结节性多动脉炎 47□ANCA 相关血管炎 48□先天性免疫蛋白缺乏症 49□生长激素缺乏症 50□普拉德-威利综合征 51□脑瘫 52□尼曼匹克病 53□心脏瓣膜置换术后 54□血管支架植入术后 55□心脏冠脉搭桥术后 56□器官移植术后 57□血友病 58□特发性血小板减少性紫癜 59□再生障碍性贫血 60□骨髓增生异常综合征 61□骨髓增生性疾病 62□白血病 63□恶性肿瘤</td></tr>
<tr><td>申报确认</td><td colspan="6">（简写申报病种序号、名称）：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">专家鉴定意见</td><td colspan="5">符合条件病种：____同意准入；不符合准入条件病种：____。</td><td colspan="2">待遇享受期限：
□ 年 个月
□长期</td></tr>
<tr><td colspan="2">不符合原因：</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">专家组签名：</td><td colspan="5">年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医保经办机构意见</td><td colspan="5">年 月 日</td></tr>
</table>

参保类别（□城镇职工医保、□城乡居民医保）

注：1、申报病种只限于上表所列病种，在序号处打√以表示所申报的病种。2、申报的病历材料予以封存保管不再返还，请申报者提前做好申报资料的复印事宜。

附件 4：

亳州市基本医疗保险门诊慢特病不予认定告知书

（式样）

_____：

依据《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》和《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》等相关规定，你申请的_____，经材料审核、专家认定，不符合门诊慢特病认定条件。

具体原因：_____

_____。

特此告知

经办机构（专用印章）

年　月　日

（本单由申请人保管）

依据《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》和《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》等相关规定，你申请的_____，经材料审核、专家认定，不符合门诊慢特病认定条件。

签收人（签字）:

（本单由牵头医院存档）

本通知一式两份，申请人和经办机构各执 1 份。

附件 5：

安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准

一、高血压

根据高血压是否伴有并发症，分为 2 类：

1．高血压。经二级及以上医院住院或门诊确诊，持续 1 年以上门诊降压治疗记录或合并 1 年以上 2 型糖尿病用药记录，需提供相应 1 年内每季度至少 1 次门诊病历或发票。

2．高血压伴并发症。经二级及以上医院住院确诊（或当地最高级别医疗机构疾病诊断证明），并合并有心（心肌梗死、充血性心力衰竭）、脑（脑出血、脑梗死、腔隙性脑梗死）、肾（血肌酐＞125μmol/L、肾移植术后、肾透析）或视网膜病变（出血或渗出或视乳头水肿）并发症其中之一。

二、冠心病

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≥50%。

三、心功能不全

行 CRT/CRT-D/ICD 心脏起搏器植入术后，或下列三条中符合两条的：

1．有器质性心脏病/心肌病病史，经二级及以上医疗机构住院确诊为心功能III-IV级；

2．心脏超声检查证实左室舒张末期内径（LVDd）男＞55 mm、女＞53 mm 和/或左室射血分数（LVEF）＜50％；

3．BNP 或 NT-pro-BNP 检查升高。

四、慢性阻塞性肺疾病

经二级及以上住院确诊，并符合下列条件：

1．肺功能检查：吸入支气管舒张剂后 FEV1/FVC＜0.70；

2．胸部 X 线检查或胸部 CT 检查相关诊断报告。

五、支气管哮喘

反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，抗过敏、解痉、平喘等药物有明显疗效，经二级及以上住院确诊，并符合下列情况之一：

1．支气管激发试验或舒张试验阳性；

2．昼夜 PEF 变异率≥20%；

3．发作时血液检查嗜酸粒细胞增高。

六、肺动脉高压

有相关临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，并符合下列条件的：

1．右心导管检查：静息状态下，平均肺动脉压≥25mmHg，肺毛细血管楔压≤15mmHg；

2．超声心动图检查：肺动脉收缩压≥40 mmHg；

3．胸片检查显示肺动脉高压症。

七、特发性肺纤维化

经三级及以上医疗机构住院确诊；提供影像学检测报告、肺功能检测报告或病理报告（3 项中 2 项）。

八、溃疡性结肠炎

有溃疡性结肠炎的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院综合检查后确诊。需提供肠镜、病理及影像学的相关检查报告。

九、克罗恩病

有克罗恩病的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院综合检查后确诊。需提供肠镜、病理及影像学的相关检查报告。

十、肝硬化

经二级及以上医院住院确诊各种原因导致的肝硬化，并符合下列中两项的：

1．肝功能异常：白蛋白＜35g/L、ALT、AST 或 ALP、GGT

高于正常值，或胆红素指标明显升高；

2．B 超或 CT：肝裂增宽，门脾静脉增宽，左右叶比例失调，肝表面凹凸不平，脾大，腹水等；

3．胃镜或钡餐：食管静脉曲张或食管胃底静脉曲张；

4．肝穿刺：有假小叶形成或纤维化表现；

5．B 超肝脏弹性成像测定值高于正常参考值。

十一、晚期血吸虫病

1．有血吸虫病疫水或疫区接触、生活史；

2．存在肝硬化的临床症状、体征或影像学依据，或存在血吸虫病引起的胃肠道症状或体征；

3．存在肠道、肝脏、脑组织或血清中病原学证据。

十二、自身免疫性肝病

因体内免疫功能紊乱引起的慢性肝病，具有相关临床表现，经二级及以上住院确诊，有下列抗体部分阳性：

抗核抗体（ANA）、抗平滑肌抗体（SMA）、抗肝肾微粒体（KLM）抗体或抗线粒体抗体（AMA），（或）伴有血 IgG 增高、肝功能异常或肝脏病理改变。

十三、慢性肾脏病

各种病因导致的肾功能不全，近半年内二级及以上医院住院确诊为慢性肾脏病，出现肾功能减退（GFR<60ml/min/1.73 m2）

及蛋白尿，且病程≥3 个月。

十四、肾病综合征

经二级及以上医院住院确诊为肾病综合征，尿蛋白≥3.5g/d 并且血浆蛋白＜30g/d。

十五、慢性肾衰竭（尿毒症期）

下列条件之一，需门诊进行规范透析治疗的：

1．非糖尿病慢性肾衰竭患者 GFR≤10ml/min，糖尿病慢性肾衰竭患者 GFR10～15ml/min；

2．反复出现药物难以控制的高钾血症（血钾≥6.5mmol/L）或严重代谢性酸中毒（HCO3～≤13mmol/L）；

3．药物难以纠正的高血容量性心衰；

4．尿毒症脑病；

5．严重的消化道症状、消化道出血。

十六、糖尿病

根据是否需要使用胰岛素治疗分为下列两类：

（一）**糖尿病**。经二级及以上医疗机构血糖检测确诊为糖尿病，并伴有视网膜病变（有微血管瘤、出血、渗出）、高血压病、冠心病、脑卒中、糖尿病肾病（尿蛋白增高或微量白蛋白高于正常）、肾功能不全或糖尿病肢端病其中之一，需要长期口服降糖药。

（二）糖尿病胰岛素治疗。I型糖尿病或因胰腺疾病，需要长期（半年以上）使用胰岛素治疗。

备注：1．无急性代谢紊乱（糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮高渗性昏迷等），应提供非同一天血糖检查结果；2．因急性疾病（如急性心肌梗死、脑中风等）住院时发现的高血糖疾病，应在病情稳定2周后重新检查；3．内分泌专科住院发现的高血糖应提供出院小结，非内分泌专科住院发现的高血糖应提供住院治疗期间的化验单；4．冠心病、脑卒中、糖尿病肾病（尿蛋白增高或微量白蛋白高于正常）或伴有肾功能不全、糖尿病肢端病需参保地（或就医地）最高级别医疗机构疾病诊断证明或相关科室检查报告。

十七、甲状腺功能亢进症

1．经二级及以上医院诊断确诊；

2．除外亚急性甲状腺炎症、产后甲状腺炎、HCG相关性甲状腺毒症和甲状腺高功能腺瘤；

3．当地最高级别医疗机构甲状腺素测定（T3、T4、FT3、FT4、TSH）检验报告异常。

十八、甲状腺功能减退症

1．经二级及以上医院诊断确诊；

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、亚急性甲状腺炎症；

3．当地最高级别医疗机构甲状腺素测定检验报告（T3、T4、TSH）。

十九、肢端肥大症

经二级及以上医院诊断确诊，需要长期使用生长抑素治疗的患者。免疫组化染色 GH（+），胰岛素生长因子-I水平升高。

二十、脑卒中

1．经住院诊断为脑出血或脑梗死，住院治疗后仍有意识障碍、中枢性面瘫、认知障碍、言语障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、吞咽困难、构音障碍、尿潴留或尿失禁等神经症状，经确诊为脑卒中后遗症，仍需继续治疗；

2．颅脑 CT、CTA、MRI、MRA、DSA 等检查发现相应的病灶，有脑血管狭窄或闭塞相关证据。

3．超声提示动脉硬化。

二十一、癫痫

经二级及以上医院神经内科专科医师确诊，各种原因导致的癫痫每年发作 2 次以上需要用药治疗者。

二十二、帕金森综合症

临床上出现静止性震颤或肌强直，并出现静止性震颤、肌强

直、运动迟缓、姿势步态异常四项主征其中两项的，并经二级及以上医院神经内科专科医师确诊，并需要开始抗帕金森病治疗的。

二十三、阿尔茨海默病（老年痴呆）

经三级医院或当地最高级别医院临床诊断为阿尔茨海默病，或其他各种原因脑病所致的痴呆患者。

二十四、肝豆状核变性

经住院或门诊确诊为肝豆状核变性，血清检查 CP 降低，伴有头部 CT、MRI、肝功能等异常或 K-F 环阳性、锥体外系症状、智力障碍或精神异常的表现。

二十五、重症肌无力

出现眼外肌或四肢肌或咽喉肌或呼吸肌等受累症状，经二级及以上医院临床确诊为重症肌无力，并符合下列条件之一的：

1．新斯的明（或腾喜龙）试验：阳性；

2．疲劳试验：阳性；

3．免疫学检测：AchR-Ab 滴度升高；

4．胸腺 CT 检查：显示胸腺瘤改变；

5．肌电图检查报告异常，重复电刺激低频或高频递减；

6．mas 受体阳性。

二十六、肌萎缩侧索硬化症

有肌无力、肌萎缩、吞咽困难等上或下运动神经元损害的临床症状，肌电图检查提示至少二个节段损害，经三级医院住院确诊，且病程≥3 个月。

二十七、多发性硬化

经脑脊液和核磁共振相应检查等，当地最高级别医院住院诊断确诊。

二十八、青光眼

经三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师诊断青光眼，不适宜手术治疗，需长期门诊治疗的患者。

二十九、黄斑性眼病

1．经三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师诊断，由于黄斑变性、糖尿病性黄斑水肿、脉络膜新生血管或视网膜静脉阻塞引起的视力损害；

2．基线矫正视力 0.05- 0.5；光感-0.5；

3．需有血管造影及光学相关断层扫描（OCT）证实黄斑区有新生血管，对于不适合做血管造影者，血管成像（OCTA）证实黄斑区有新生血管。

三十、银屑病

经二级甲等及以上皮肤专科医师确诊为银屑病，并且 BSA 面积＞5%且 PASI 评分＞5，中度至重度寻常型银屑病或关节型、

脓疱型或红皮病型。

对传统治疗无效、禁忌或不能耐受的患者可选择生物制剂治疗。

三十一、白癜风

经三级医院或当地最高级别医院皮肤科专科医师确诊为白癜风，并符合下列情况之一的：

1．皮肤累及面部、颈部或双手背；

2．皮损累及总面积≥10cm2。

三十二、重度特应性皮炎

经三级医院或当地最高级别医院皮肤科专科医师确诊，传统治疗无效、有禁忌或不耐受，需要用生物制剂进行治疗的中重度特应性皮炎患者。

三十三、精神障碍

1．经精神专科医院确诊的下列精神疾病：

①精神分裂症、脑器质性精神障碍、双相情感障碍、分裂情感性障碍、妄想性障碍；

②慢性难治性抑郁症、难治性强迫症、躁狂症、多动症、儿童孤独症；

③偏执性精神病、癫痫性精神病、精神发育迟缓伴发精神障碍；

④精神活性物质所致的精神障碍。

2．对于“心境障碍”或“抑郁障碍”需精神专科医院出具证明提示严重程度；

3．上述疾病需提供精神专科医院的诊断证明或出院小结。

三十四、慢性乙型肝炎

确需进行抗病毒治疗的乙肝患者，符合下列条件之一的：

1．①HBeAg 阳性，HBV DNA≥105 拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBV DNA≥104 拷贝/ml；②ALT≥2×ULN；如 ALT<2×ULN，但肝组织学显示 Knodell HAI≥4，或炎症坏死≥G2，或纤维化≥S2。

2．①HBeAg 阳性，HBV DNA≥105 拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBV DNA≥104 拷贝/ml；②ALT≥ULN 且年龄＞40 岁者。

3．B 超或 CT 检查报告肝硬化或肝癌，HBV DNA≥103 拷贝/ml。

4．已经在二级及以上具备资质的医疗机构开始 3 个月以上的规范抗病毒治疗，仍需继续治疗的。

三十五、慢性丙型肝炎

经传染病专科医院确诊，具有抗病毒治疗指征，需要按照临床诊疗规范进行抗病毒治疗。

抗-HCV 和 HCV RNA 阳性。根据临床分型分为 1b 型和非 1b 型。

本病种治疗终结后，再次申请需提供初治病例及复发的检查报告，经临床专家审核评估，需要继续进行抗病毒治疗的，可再次享受门诊待遇。

三十六、结核病

1．经专科医院或具备收治能力的二级甲等及以上综合性医院临床确诊为结核病；

2．具有相应部位结核病的影像学特征；

3．病理学或病原学标志阳性；

4．已实施抗结核治疗，需门诊进行规范抗结核治疗的。

耐药性结核患者需提供药敏检验报告和耐药治疗方案。

三十七、艾滋病

1．HIV 抗体筛查试验阳性和 HIV 补充试验阳性，或 HIV 分离试验阳性，经具备相应资质的医疗机构确诊的患者；

2．当地疾控部门出具 HIV 抗体确诊检测报告阳性的患者。

三十八、类风湿性关节炎

经二级及以上医院住院或风湿专科门诊确诊，并符合下列中两条的：

1．血沉异常升高或 CRP 升高；

2．类风湿因子或抗 CCP 阳性；

3．影像学检查骨关节及周围软组织特征性改变（至少有骨

质稀疏），或关节 B 超、MRI 关节滑膜炎。

三十九、强直性脊柱炎

1．出现 3 个月以上腰背痛、晨僵、脊柱活动受限等症状，活动后疼痛可缓解，但休息不能减轻；腰椎在前后和侧屈方向活动受限；胸廓扩展范围小于正常值；

2．影像学检查：双侧骶髂关节炎 2-4 级或单侧骶髂关节炎 3-4 级；或人类白细胞抗原 B27 测定（HLA-B27）阳性；

3．经二级及以上医院住院或风湿专科门诊确诊。

四十、系统性红斑狼疮

出现颧部红斑、盘状红斑、光敏感等临床表现，经三级及以上医院住院确诊，并符合下列条件之一：

1．出现口腔溃疡、关节炎、浆膜炎等症状；

2．出现精神系统或神经系统症状；

3．血液学异常（溶贫，血三系减少）；

4．免疫学异常（抗 ds-DNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或狼疮抗凝物、抗心磷脂抗体阳性，或抗β2-GP1 阳性）；

5．狼疮肾炎；

6．抗核抗体阳性。

四十一、白塞氏病

出现口腔、眼、生殖器溃疡及皮肤特征性皮损并反复发作与

缓解慢性过程，经三级医院或当地最高级别医院确诊，需要长期治疗的。

四十二、系统性硬化症

临床出现皮肤肿胀硬化、手指的凹陷性瘢痕或硬指、Raynaud征阳性、指趾尖端溃疡等临床表现，经三级医院或当地最高级别医院确诊，并符合下列条件之一的：

1．X 光检查：肺纤维化、食道运动功能障碍等内脏改变；

2．肺动脉高压或肾脏病变；

3．免疫学检测：抗 Scl-70（+），抗着丝点抗体（+）。

四十三、干燥综合征

经三级医院或当地最高级别医院确诊，并累及血液、肺、肾脏或肝脏等器官损害的相关检查或证明。

四十四、多发性肌炎

经三级医院或当地最高级别医院诊住院确诊，具备肌炎特异性抗体阳性，符合以下任何一项：①四肢近端肌痛肌无力；②肌电图示肌源性损害；③肌活检示肌纤维变性和炎症反应及结缔组织增生；④肌酶升高。

四十五、皮肌炎

经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，符合下列情况之一：①肌炎特异性抗体阳性；②特征性皮疹。

四十六、结节性多动脉炎

经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，符合下列情况之一：①动脉造影显示动脉梗塞或动脉瘤形成；②B 超或 MRI 发现受累血管狭窄、闭塞或动脉瘤形成。

四十七、ANCA 相关血管炎

经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，MPO-ANCA 或 PR3-ANCA 阳性，符合下列 4 项中的 1 项：

1．鼻肺肾三联征；

2．肺肾累及；

3．鼻息肉、哮喘、肺非固定性浸润；

4．病理报告证实。

四十八、先天性免疫蛋白缺乏症

经三级医疗机构住院确诊为先天性免疫蛋白缺乏症，需要替代疗法补充抗体免疫蛋白的患者。

四十九、生长激素缺乏症

经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊，年龄≤18 周岁，需长期生长激素治疗的；有相应的检查确诊报告。

五十、普拉德–威利综合征

有明确的病史，伴有严重肥胖、性发育不良、智力轻度低下或特殊面容等典型临床表现；需提供分子遗传学确诊报告。

五十一、脑瘫

经二级及以上医院诊断为脑性瘫痪，年龄≤14 周岁，需长期门诊康复治疗的。

五十二、尼曼匹克病

经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊，提供分子遗传学确诊报告或符合下列 5 项中 3 项的。

1．肝脾肿大；

2．有或无神经系统损害或眼底樱桃红斑；

3．外周血淋巴细胞浆和单核细胞浆有空泡；

4．骨髓可找到泡沫细胞；

5．X 线肺部呈粟粒样或网状浸润。

五十三、心脏瓣膜置换术后

心脏瓣膜置换术后，需长期进行抗凝治疗的，需提供出院记录和手术记录单。

五十四、血管支架植入术后

血管支架（含外周血管支架）植入术后，需进行抗凝治疗的，需提供出院记录和手术记录单。

五十五、心脏冠脉搭桥术后

冠脉搭桥（支架）术后需长期行抗凝治疗的患者。

本病与冠心病待遇不重复享受。

五十六、器官移植术后

既往有严重脏器疾病史，经三级甲等医院住院手术移植异体器官（组织），移植后需长期服用抗排异药物治疗的。根据移植器官（组织）不同，分为肾移植术后、肝移植抗术后、造血干细胞移植抗术后等（其他）器官移植术后的抗排异治疗。需提供移植手术出院记录和移植手术记录单。

五十七、血友病

1．经三级医院或当地最高级别医院血液科专科医师确诊，需要在门诊接受凝血因子输入等相应治疗的。

2．需提供三级医院凝血因子活性检测报告。

凝血因子活性＜1%为重型血友病。

五十八、特发性血小板减少性紫癜

经二级及以上医院住院确诊，排除继发性血小板减少症，血小板检查减少或骨髓象检查异常。

五十九、再生障碍性贫血

经三级医院或当地最高级别医院诊断为慢性再生障碍性贫血或重型再生障碍性贫血（病情稳定期）。

六十、骨髓增生异常综合征

出现血液病临床症状，经三级医院或当地最高级别医院住院确诊为骨髓增生异常综合征，并符合下列条件之一的：

1．血象：全血细胞减少，或任 1.2 系细胞减少表现；

2．骨髓象：有三系、两系或任一系血细胞的病态造血。

六十一、骨髓增生性疾病

经三级医院或当地最高级别医院确诊为真性红细胞增多症、原发性血小板增多症或原发性骨髓纤维化，并有血象和骨髓象的检查结果，需在门诊长期用药治疗的。

六十二、白血病

典型的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院诊断为白血病，并经专科医师审核，确需门诊治疗的。需提供血液系统检查报告和上述医疗机构出具的诊疗方案。

六十三、恶性肿瘤

1．经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊为恶性肿瘤（含淋巴瘤、骨髓瘤），且肿瘤未愈、转移、复发或新发，有相应的病理检查或免疫组化检查报告，需继续门诊治疗的。

2．特殊情况无法取得病理确诊，根据临床症状、影像学检查、肿瘤标志物及多学科会诊后，经三级医院或当地最高级别医院住院诊断为恶性肿瘤，需要门诊治疗的。

3．恶性肿瘤根治术后，需临床严密随访的患者，需同时提供相应的手术治疗记录单和病理报告。

根据不同确诊患者的治疗方式，病种认定分为下列 3 类：

（1）恶性肿瘤（放化疗）：包括各类肿瘤的化疗、放疗、内分泌治疗、灌注治疗

（2）恶性肿瘤治疗（靶向治疗）：有相应靶向治疗药物，符合药物的适用范围，治疗药品在医保目录内，并需提供医疗机构出具的诊疗方案。

（3）恶性肿瘤门诊治疗：无需或不适宜进行放化疗或靶向治疗，但仍需要长期或定期门诊检查或护理的其他肿瘤（或肿瘤术后）患者。