

关于印发《池州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》的通知

池医保秘〔2021〕27号

各县（区）医疗保障局、财政局，九华山风景区社会保障局、财政局、经济社会发展处，市医保中心，市属公立医疗机构：

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）》（皖医保秘〔2020〕132号）和《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》（皖医保秘〔2021〕36号），结合我市实际，现将《池州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。各地在实施过程中，遇到重大问题及时向市医保局报告。

池州市医疗保障局

池州市财政局

2021年4月30日

池州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病 管理办法（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，根据基本医疗保险政策有关规定，结合实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于池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统筹区域内的门诊慢特病管理工作，落实全市门诊慢特病管理政策。

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 按照《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录》（以下简称《病种目录》）和国家医保标准化要求，统一病种名称及内涵，职工医保与居民医保执行统一的《病种目录》，共计63种门诊慢特病病种，结合我市实际，将病种分为三类，具体为：

I类：高血压、冠心病、心功能不全、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、肺动脉高压、特发性肺纤维化、肝硬化、晚期血吸虫病、自身免疫性肝病、慢性肾脏病、肾病综合征、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、肢端肥大症、脑卒中、癫痫、帕金森综合症、阿尔茨海默病（老年痴呆）、重症肌无力、青光眼、银屑病、白癜风、精神障碍、慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、结核病、艾滋病、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、白塞氏病、系统性硬化症、干燥综合征、多发性肌炎、皮炎、结节性多动脉炎、ANCA相关血管炎、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、脑瘫、尼曼匹克病、特发性血小板减少性紫癜。

II类：溃疡性结肠炎、克罗恩病、肝豆状核变性、黄斑性眼病、系统性红斑狼疮、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、血友病、再生障碍性贫血、肌萎缩侧索硬化症、多发性硬化、重度特应性皮炎、结核病（耐药性）、恶性肿瘤（门诊治疗）。

III类：慢性肾衰竭（尿毒症期）、先天性免疫蛋白缺乏症、器官移植术后、骨髓增生异常综合征、骨髓增生性疾病、白血病、恶性肿瘤（放化疗、靶向治疗）。

第七条 各县区原有的、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，原则上3年内完成清理规范，同省定政策有序衔接；已认定门诊慢特病的人员继续按原规定享受保障待遇，但不再认定增加新的人员。

第八条 根据省医疗保障行政部门对《病种目录》的动态调整，确定全市纳入或调出的病种，各县区不得自行调整。

第九条 市医疗保障行政部门根据全市疾病谱、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 执行《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》）。

第十一条 参保人员按规定向参保地医保经办机构提交门诊慢特病认定申请。医保经办机构应按照相关规定与要求，对参保人员的申请组织审核认定，并将审核结果及时告知申请人。

第十二条 各医保经办机构组织认定时，原则上应抽取具有高级职称的医学专家组建专家组，专家组依据《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。

第十三条 各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。

第四章 支付范围

第十四条 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》），《用药目录》内的医药费用由医保基金按规定支付。

第十五条 《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。

第十六条 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，待省医疗保障行政部门制定门诊慢特病诊疗项目和医用耗材目录后执行。

第五章 保障待遇

第十七条 经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过起享受门诊慢特病保障待遇。

第十八条 门诊慢特病按不同类别，实行不同的起付线、报销比例和限额管理，其中职工医保门诊慢特病起付线为500元，Ⅰ类、Ⅱ类门诊慢特病报销比例分别为70%、80%，Ⅲ类门诊慢特病报销比例为本市治疗95%、转外治疗90%；居民医保Ⅰ类门诊慢特病起付线为150元，报销比例为60%，Ⅱ类、Ⅲ类门诊慢特病起付线和报销比例按照住院政策规定执行。各病种年度支付限额见附件1。门诊慢特病病种年度支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

第十九条 参保人员享受多种门诊慢特病病种待遇时，只计算一次起付线，以起付线最高的慢特病为准。门诊慢特病病种按类别分别确定年度支付限额。参保人员患有多种Ⅰ类慢性病的，以支付限额最高的病种为基础，每增加一个病种，职工和城乡居民医保分别增加1000元、500元，最高分别增加2000元和1000元；患有多种Ⅱ类慢性病的，按病种年度支付限额全额累加；Ⅲ类慢特病在基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内，不设置病种年度支付限额。参保人员多种慢特病（不含Ⅲ类）病种年度支付限额为Ⅰ类慢特病总支付限额与Ⅱ类慢特病总支付限额累加。

第二十条 参保人员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。职工大病保险合规医疗费用（含慢特病门诊、住院医疗）按照《池州市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（池政办〔2019〕15号）规定的“负面清单”执行。

第二十一条 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，具体按照《慢性病长处方试点工作实施方案》（池卫健〔2019〕92号）执行。

第二十二条 建立慢性病康复退出机制。对待遇享受期限非“长期”的门诊慢特病，实行复审制度。相关就医资料证明已康复的、逾期未参加复审的、一年内未用药的、复审不符合认定标准的，有上述情形之一的，医保经办机构可取消其享受门诊慢特病待遇。复发或再次感染可重新申报，经评审认定后，重新享受门诊慢特病医疗待遇。

第二十三条 各县区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。

第二十四条 建立健全全市统一的医保信息系统，参保人员门诊慢特病医药费用实行联网即时结算。

第六章 服务管理

第二十五条 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、方便就医配药的门诊慢特病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。

第二十六条 参保人员确定的门诊慢特病医保定点医药机构，原则上一年内不得变更。参保人员因病情需要或居住地迁移等情形需要变更定点医药机构的，可向参保地医疗保障经办机构申请并办理变更手续。

第二十七条 参保人员应遵守门诊慢特病管理相关规定，有以下行为之一的，取消门诊慢特病待遇享受资格：

- （一）采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；
- （二）经查实不符合门诊慢特病病种认定条件的；
- （三）其他应取消门诊慢特病资格的情形。

第二十八条 各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、超范围处方等违规行为。

第二十九条 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，完善病种认定、待遇支付、费用结算、申诉处理等政策，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

第三十条 本办法由市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. 池州市基本医疗保险慢特病病种支付限额及待遇（复审）期限
2. 基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准

附件 1

池州市基本医疗保险慢特病病种支付限额及待遇（复审）期限

序号	病种名称		基金年度支付限额（元）		待遇享受 （复审） 期限	分类
			职工基本 医疗保险	城乡居民 基本医疗保险		
1	高血压	高血压	2500	2000	长期	I 类
		高血压伴并发症	5000	3000	长期	I 类
2	冠心病		3600	3000	长期	I 类
3	心功能不全		3600	3000	长期	I 类
4	慢性阻塞性肺疾病		3600	3000	长期	I 类
5	支气管哮喘		3600	3000	2 年	I 类
6	肺动脉高压		4200	3600	长期	I 类
7	特发性肺纤维化		3600	3000	长期	I 类
8	溃疡性结肠炎		8000	7000	长期	II 类
9	克罗恩病		8000	7000	长期	II 类
10	肝硬化		4200	3600	长期	I 类
11	晚期血吸虫病		3600	3000	长期	I 类
12	自身免疫性肝病		5000	4200	长期	I 类
13	慢性肾脏病		6000	5000	1 年	I 类
14	肾病综合征		8000	7000	2 年	I 类

序号	病种名称		基金年度支付限额（元）		待遇享受 （复审） 期限	分类
			职工基本 医疗保险	城乡居民 基本医疗保险		
15	慢性肾衰竭（尿毒症期）		参照住院	参照住院	长期	Ⅲ类
16	糖尿病	糖尿病	3600	3000	长期	I类
		糖尿病胰岛素治疗	5000	4200	长期	I类
17	甲状腺功能亢进症		3000	2400	2年	I类
18	甲状腺功能减退症		3000	2400	2年	I类
19	肢端肥大症		4800	4000	长期	I类
20	脑卒中		3600	3000	长期	I类
21	癫痫		3600	3000	长期	I类
22	帕金森病		5000	4200	长期	I类
23	阿尔茨海默病（老年痴呆）		5000	4200	长期	I类
24	肝豆状核变性		10000	8400	2年	Ⅱ类
25	重症肌无力		3600	3000	长期	I类
26	肌萎缩侧索硬化症		20000	18000	长期	Ⅱ类
27	多发性硬化		10000	8400	2年	Ⅱ类
28	青光眼		5000	4200	长期	I类
29	黄斑性眼病		18000	15000	长期	Ⅱ类
30	银屑病		3600	3000	2年	I类
31	白癜风		3600	3000	长期	I类

序号	病种名称		基金年度支付限额（元）		待遇享受 （复审） 期限	分类
			职工基本 医疗保险	城乡居民 基本医疗保险		
32	重度特应性皮炎		18000	15000	2 年	Ⅱ 类
33	精神障碍		4800	4000	长期	I 类
34	慢性乙型肝炎		4200	3600	3 年	I 类
35	慢性丙 型肝炎	慢性丙型肝炎 （非 1b 型）	4800	4000	6 个月	I 类
		慢性丙型肝炎 （1b 型）	10000	8600	6 个月	I 类
36	结核病	结核病	4800	4000	2 年	I 类
		耐药性结核病	10000	8400	2 年	Ⅱ 类
37	艾滋病		4800	4000	长期	I 类
38	类风湿性关节炎		3600	3000	长期	I 类
39	强直性脊柱炎		3600	3000	长期	I 类
40	系统性红斑狼疮		5000	4200	长期	Ⅱ 类
41	白塞氏病		3600	3000	长期	I 类
42	系统性硬化症		3600	3000	长期	I 类
43	干燥综合征		8000	7000	长期	I 类
44	多发性肌炎		3600	3000	长期	I 类
45	皮炎		3600	3000	长期	I 类
46	结节性多动脉炎		3600	3000	长期	I 类

序号	病种名称		基金年度支付限额（元）		待遇享受 （复审） 期限	分类
			职工基本 医疗保险	城乡居民 基本医疗保险		
47	ANCA 相关血管炎		12000	10000	长期	I 类
48	先天性免疫蛋白缺乏症		参照住院	参照住院	长期	III 类
49	生长激素缺乏症		/	15000	≤18 岁	I 类
50	普拉德-威利综合征		18000	15000	长期	I 类
51	脑瘫		/	15000	≤14 岁、 2 年	I 类
52	尼曼匹克病		18000	15000	长期	I 类
53	心脏瓣膜置换术后		4800	4000	1 年	II 类
54	血管支架植入术后		4800	4000	1 年	II 类
55	心脏冠脉搭桥术后		4800	4000	1 年	II 类
56	器官移植术后	器官移植术后 抗排异治疗	参照住院	参照住院	长期	III 类
		肾移植抗排异治疗	参照住院	参照住院	长期	III 类
		肝移植抗排异治疗	参照住院	参照住院	长期	III 类
		造血干细胞移植 抗排异治疗	参照住院	参照住院	长期	III 类
57	血友病		20000	17000	长期	II 类
58	特发性血小板减少性紫癜		3600	3000	长期	I 类
59	再生障碍性贫血		24000	20000	长期	II 类
60	骨髓增生异常综合征		参照住院	参照住院	1 年	III 类

序号	病种名称		基金年度支付限额（元）		待遇享受 （复审） 期限	分类
			职工基本 医疗保险	城乡居民 基本医疗保险		
61	骨髓增生性疾病		参照住院	参照住院	1 年	Ⅲ类
62	白血病		参照住院	参照住院	2 年	Ⅲ类
63	恶性肿瘤	恶性肿瘤门诊治疗	5000	4200	长期	Ⅱ类
		恶性肿瘤（放化疗）	参照住院	参照住院	2 年	Ⅲ类
		恶性肿瘤治疗 （靶向治疗）	参照住院	参照住院	1 年	Ⅲ类

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 $> 125 \mu\text{mol/L}$ 、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分支直径狭窄 $\geq 50\%$ 。

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 $> 55\text{mm}$ 、女 $> 53\text{mm}$ 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 $\text{FEV}_1/\text{FVC} < 0.70$ ；
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 $\geq 20\%$ ；
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 $\geq 25\text{mmHg}$ ，

肺毛细血管楔压 $\leq 15\text{mmHg}$;

2. 超声心动图检查: 肺动脉收缩压 $\geq 40\text{mmHg}$;

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 $< 35\text{g/L}$ 、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($GFR < 60 \text{ml/min/1.73m}^2$)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 $\geq 3.5 \text{g/d}$ 并且血浆蛋白 $< 30 \text{g/d}$ 。

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 $GFR \leq 10 \text{ml/min}$ ，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 $\geq 6.5\text{mmol/L}$) 或严重代谢性酸中毒 ($\text{HCO}_3^- \leq 13\text{mmol/L}$);
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 $\geq 10\text{cm}^2$ 。

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，HBVDNA $\geq 10^5$ 拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBVDNA $\geq 10^4$ 拷贝/ml；②ALT $\geq 2 \times$ ULN；如 ALT $< 2 \times$ ULN，但肝组织学显示 Knode11HAI ≥ 4 ，或炎症坏死 $\geq G2$ ，或纤维化 $\geq S2$ 。

2. ①HBeAg 阳性，HBVDNA $\geq 10^5$ 拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBVDNA $\geq 10^4$ 拷贝/ml；②ALT \geq ULN 且年龄 > 40 岁者。

3. B 超或 CT 检查报告肝硬化或肝癌，HBVDNA $\geq 10^3$ 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 HCVRNA 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 β 2-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皮炎特异性抗体阳性; ②特征性皮炎。

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 \leq 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 \leq 14 周岁，需长期门诊康复治疗。

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、肝移植术后、造血干细胞移植术后等（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。

