

# 荆门市医疗保障局文件

荆医保发〔2023〕28号

## 关于进一步规范全市基本医疗保险 门诊慢特病保障工作的通知

各县（市、区）医疗保障局，局属单位，相关协议医药机构，各商业保险承保机构：

为稳步提高基本医疗保险门诊特殊疾病、门诊慢性病（以下简称门诊慢特病）保障水平，不断满足基本医疗保险（以下简称基本医保）参保人员门诊医疗需求，根据《省医疗保障局关于进一步加强全省基本医疗保险门诊慢特病保障工作的通知》（鄂医保发〔2023〕21号）和《省医疗保障局关于印发〈湖北省基本医疗保险门诊慢特病经办服务规程（试行）〉的通知》（鄂医保发〔2023〕33号）相关要求，结合实际，决定进一步规范全市基本医疗保险门诊慢特病相关政策及服务管理等工作。现就有关事项通知如下：

### 一、调整门诊慢特病病种

将全市门诊慢特病病种调整到与全省保持一致，严格执行《湖北省基本医疗保险门诊慢特病病种目录》（以下简称《病种目录》）所明确的病种名称、细分名称和病种代码等，以及《湖北省基本医疗保险门诊慢特病准入标准》所规定的准入标准，适用于全市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的全体参保人员。具体病种为：

**（一）门诊特殊疾病。**包括恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排异治疗、重性精神病、血友病、苯丙酮尿症、地中海贫血、结核病、孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性等病种（含治疗方式）。

**（二）门诊慢性病。**包括慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、糖尿病、再生障碍性贫血、高血压、病毒性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿性关节炎、冠心病、重症肌无力、强直性脊柱炎、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、系统性硬化症、慢性骨髓炎、风湿性心脏病、支气管哮喘、癫痫、脑瘫、慢性阻塞性肺疾病、特发性肺间质纤维化、阿尔兹海默病、甲状腺功能异常、慢性心力衰竭，以及心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后等病种（含治疗方式）。

我市自行确定的肺动脉高压病种，不再新增待遇享受人员，原相关待遇享受人员暂时保留其资格和待遇。

## 二、明确门诊慢特病保障范围

纳入门诊慢特病保障范围的药品、检查、检验、治疗、医用

材料，严格按照国家及省药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准有关规定执行。所使用的药品、诊疗项目、医用材料必须与门诊慢特病病种的临床诊疗规范相符，不相符的费用不纳入门诊慢特病支付范围。

政策范围内的门诊慢特病医疗费用经基本医保报销后，个人自付费用纳入职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险和医疗救助保障范围。

### 三、统一门诊慢特病待遇标准

（一）符合享受门诊慢特病待遇条件的参保人员，按规定发生的政策范围内门诊医药费用，不设起付标准，不区分甲类、乙类项目费用，由基本医保统筹基金按比例支付。

（二）按自然年度（1月1日至12月31日）设置门诊慢特病统筹基金最高支付限额，并按以下口径执行：

1.门诊慢性病按病种设置统筹基金最高支付限额；门诊特殊疾病不单独设置统筹基金最高支付限额，其应由统筹基金支付的费用，纳入住院统筹基金最高支付限额计算范围。

2.统筹基金最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

3.同时患有多个门诊慢特病且均符合省规定准入标准时，按各病种类别，分别确定统筹基金最高支付限额：多个病种均为门诊慢性病的，在待遇水平最高病种统筹基金最高支付限额的基础上适当增加支付限额，省规定原则上不超过其他一个病种限额标准的50%，我市暂定按职工医保1000元、居民医保500元的标

准增加实际统筹基金最高支付限额；多个病种均为门诊特殊疾病的，多个病种应由统筹基金支付的费用，累计纳入住院统筹基金最高支付限额计算范围；多个病种同时包含门诊慢性病、门诊特殊疾病的，按前两种情形分别执行。

各病种统筹基金支付比例及最高支付限额标准，由市医保部门统一规定（见附件3）。不得以定额划入个人账户的形式支付门诊慢特病待遇。

#### 四、优化门诊慢特病经办服务管理

执行湖北省基本医疗保险门诊慢特病经办服务规程，做好待遇申请、资格认定、就医管理、复审管理、费用结算等工作，为参保人员提供快捷、便利的服务。

**（一）待遇申请。**精减申报资料，方便参保人员申办门诊慢特病待遇。参保人员填写《荆门市门诊慢特病病种待遇认定申请表》（样表见附件5），可通过“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付小程序、湖北医保服务平台个人网厅等线上渠道提交表格及相关资料，也可向市、县（市、区）政务服务大厅，或者乡镇（街道）和村（社区）党群服务中心的医保窗口提交表格及相关资料。

医保经办机构收到申请后，核定资料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知需补齐材料，且补齐资料时间不计入办结时限。窗口受理的，窗口工作人员当场告知受理结果；网上受理的，申请人可通过线上渠道查询受理状态。

未达到省规定门诊慢特病准入标准的，在病情没有变化，且不能提供新的病历资料和相关检查检验结果的情况下，不得重复

申请。

**(二) 资格认定。** 申请受理后，从受理之日起，10个工作日内完成专家鉴定、结果告知等程序。其中：

属于恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、系统性红斑狼疮、血友病、苯丙酮尿症、脑瘫、孤独症和心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后等8种门诊慢特病病种，经二级及以上医疗机构明确诊断且提交资料齐全的，由医保经办机构实行备案管理，从受理备案之日起，按规定享受门诊慢特病相关待遇。

其他门诊慢特病病种，医保经办机构通过省医疗保障信息平台，将申请信息推送至门诊慢特病定点医疗机构，由其传递至申请病种相关领域的鉴定专家，鉴定专家在3天内完成鉴定，并由鉴定专家所在门诊慢特病定点医疗机构内部医保管理部门复核盖章后，按规定上传鉴定结果至省医疗保障信息平台。医保经办机构根据鉴定专家意见，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予以确认。参保人员自确认之日起按规定享受门诊慢特病相关待遇。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。

积极探索通过政府购买服务的方式，引入第三方机构承担门诊慢特病待遇的申请受理、资料审核、专家鉴定、结果告知和医疗行为监管等工作。

**(三) 就医管理。** 门诊特殊疾病就医购药，实行定点签约服务管理，参保患者自愿选择1家定点门诊医疗机构作为本人签约服务机构，一定1年，其中，少数特殊疾病可选择门诊慢特病定点药店作为签约服务机构。因治疗必须到签约服务机构外就医购

药时，可凭签约服务机构责任医师开具的处方到其他定点门诊医药机构或“双通道”定点药店就医购药，所发生的费用纳入签约服务机构结算金额计算范围。

其他门诊慢特病就医购药，实行处方管理，参保患者凭门诊慢特病责任医师开具的处方，在门诊慢特病定点药店和定点门诊医疗机构之间自由选择购药。

严格执行《国家卫生健康委办公厅 国家医保局办公室关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17号）有关规定，在保障用药安全、有效、适宜的前提下，门诊慢特病患者凭长期处方或治疗方案，在门诊慢特病定点药店、定点医疗机构购买药品，一次性购药用量最长不超过12周。门诊慢特病药店购药管理具体办法，由市医保部门另行制定。

参保患者同时发生门诊慢特病费用、单独支付药品费用和普通门诊费用时，定点医药机构应当分别开具处方，分类出具票据，分开结算费用。

医保部门应当与确定的门诊慢特病定点医药机构签订协议，在协议中明确门诊慢特病定点医药机构的义务与违约责任。门诊慢特病定点医疗机构、定点零售药店和责任医师在全省范围内互认。

**（四）复审管理。**建立以门诊慢特病待遇享受资格定期复审为主要方式的动态管理机制。恶性肿瘤门诊治疗（含门诊放化疗）、慢性肾功能衰竭（含透析）、结核病，糖尿病、再生障碍性贫血、病毒性肝炎、脑血管病后遗症、慢性骨髓炎、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、甲状腺功能异常、慢性心力衰竭等病种，

设置2年、3年或5年的待遇享受资格复审期限。参保人员应在复审期限截止前6个月内申请复审，复审期间仍按原病种继续享受相应待遇。开发信息系统提示功能，提醒参保人员按时申请资格复审。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。复审所需资料、受理窗口、办理流程和办结时限等，与待遇申请环节相一致。复审结果确定后，按照复审结果执行。

门诊慢特病各病种复审具体期限，执行省统一规定（见附件1）。

**（五）费用结算。**参保人员在定点医药机构进行门诊慢特病治疗、购药所发生的费用，应由参保人员个人承担的部分，由定点医药机构与参保人员直接结算；应由统筹基金承担的部分，由医保部门与定点医药机构按协议约定的标准定期结算。

积极探索对门诊慢特病实行按人头、按病种等多种结算方式。其中，针对门诊特殊疾病病种，由医保部门与各签约服务机构开展协商谈判，根据签约人数合理确定各个病种的统筹基金月结算限额或年结算限额，超过结算限额以上的费用，由签约服务机构承担，防止过度检查、过度用药。

**（六）异地就医。**门诊慢特病费用异地就医直接结算时，执行参保地规定的起付标准、统筹基金支付比例、年度最高支付限额等有关政策。省内异地直接结算时执行全省统一的基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录。跨省异地直接结算时执行就医地规定的支付范围及有关规定。

**（七）转移接续。**参保人员的参保关系在省内正常转移接续

时，门诊慢特病待遇享受资格实行互认，直接按转入地规定继续享受门诊慢特病相关待遇。

## 五、做好相关政策衔接

**（一）做好门诊慢特病和原门诊特殊慢性病政策的衔接。**对已取得《病种目录》内病种资格的参保人员，不需再次申请，继续享受该病种待遇，自2024年1月起，重新计算待遇享受资格期限。超出《病种目录》的病种终止执行，原已享受该病种待遇的参保人员继续保留资格，逐步消化退出。门诊慢特病异地就医对超出《病种目录》的病种不支持直接结算，原已享受该病种待遇的参保人员发生异地就医医疗费用的，凭有关资料到参保地医保经办机构办理手工（零星）报销。

**（二）做好门诊慢特病和普通门诊统筹及城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障的政策衔接。**普通门诊统筹、门诊慢特病费用不相互挤占，可分别享受待遇，不能重复享受待遇。未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病参保人员的门诊用药，职工医保参保人员通过普通门诊统筹和个人账户给予保障，居民医保参保人员纳入城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障。

**（三）做好门诊慢特病和国家医保谈判药品的政策衔接。**享受门诊慢特病待遇的参保人员使用湖北省“单独支付”药品时，按“单独支付”药品相关政策执行，其他费用纳入门诊慢特病管理。

## 六、加强监督管理

强化医保经办机构、定点医药机构在门诊慢特病资格认定、规范诊疗、合理使用医保基金等方面的责任，加强日常管理和监督检查，引导医保经办机构、医药机构优化内部管理，创新服务



模式。

**（一）严格评审管理。**对鉴定中弄虚作假的专家，取消门诊慢特病鉴定专家资格，并根据医保服务医生管理有关规定处理；对鉴定中以权谋私的工作人员，或以欺诈、伪造证明材料以及其他手段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》有关规定处理。

**（二）加强费用审核。**加强门诊慢特病的医疗费用审核，充分利用医保智能监控系统实现医疗费用初审全覆盖，并不断提高复审抽查比例。监督各定点医疗机构严格执行临床诊疗规范和医疗保险相关规定，提高医疗保险基金使用效率。对超范围诊疗用药等不合理费用，在结算时予以扣减，并按协议规定予以处罚。

**（三）规范医药服务。**门诊慢特病定点医药机构应要严格执行医保政策和服务协议规定，合理诊疗、合理用药，严禁超剂量、超范围开具处方等违规行为。同时，要为参保人员妥善保存病历、处方、购药记录等资料，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。

**（四）严查违规行为。**对违反门诊慢特病待遇保障管理政策规定，套取骗取医保基金的，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。

## 七、工作要求

**（一）精心组织实施。**加大对医保部门经办人员、医疗机构人员的培训力度，确保参保群众按规定及时享受门诊慢特病待遇。不断优化服务方式，创新服务举措，进一步提升医保经办管理服务精细化水平。同时，要统筹考虑专家评审等必要的费用支

出，足额安排经费预算。

**（二）强化宣传引导。**加强宣传引导，多种渠道、多种方式做好政策解读工作，及时回应参保群众关切，合理引导社会预期，营造良好的改革氛围，推动门诊慢特病政策顺利实施。

本通知自2024年1月1日起实施，《市人社局关于规范全市基本医疗保险特殊慢性病门诊医疗管理的通知》（荆人社〔2017〕20号）、《市医保局关于进一步优化全市基本医疗保险门诊慢特病病种待遇认定程序的通知》（荆医保发〔2022〕13号）、《市医保局关于调整全市基本医疗保险门诊慢特病管理办法的通知》（荆医保发〔2022〕21号）同时废止，以及此前相关政策规定与本通知不一致的，以本通知为准；本通知未涉及的，执行国家、省有关规定。

- 附件：1.湖北省基本医疗保险门诊慢特病病种目录；  
2.湖北省基本医疗保险门诊慢特病准入标准；  
3.荆门市基本医疗保险门诊慢特病支付比例、基金最高支付限额、申报资料及复审期限明细表；  
4.湖北省基本医疗保险门诊慢特病经办服务规程（试行）；  
5.荆门市门诊慢特病病种待遇认定申请表。

荆门市医疗保障局  
2023年11月28日



## 附件 1

## 湖北省基本医疗保险门诊慢特病病种目录

序号	病种名称	病种代码	细分名称	复审期限
1	恶性肿瘤门诊治疗	M00500	恶性肿瘤门诊治疗	5 年
		M00501	恶性肿瘤门诊放化疗	
2	慢性肾功能衰竭	M07800	慢性肾功能衰竭	5 年
		M07801	慢性肾功能衰竭透析	
3	器官移植抗排异治疗	M08300	器官移植抗排异治疗	不复审
		M08301	肾移植抗排异治疗	
		M08302	骨髓移植抗排异治疗	
		M08303	心移植抗排异治疗	
		M08304	肝移植抗排异治疗	
		M08305	肺移植抗排异治疗	
		M08306	肝肾移植抗排异治疗	
		M08311	干细胞移植抗排异治疗	
M08313	角膜移植抗排异治疗			
4	系统性红斑狼疮	M07101	系统性红斑狼疮	不复审
5	糖尿病	M01600	糖尿病	5 年
		M01611	糖尿病胰岛素治疗	
6	再生障碍性贫血	M01102	再生障碍性贫血	5 年
7	高血压	M03900	高血压	不复审
8	重性精神病	M02100	重性精神症	不复审
9	病毒性肝炎	M00200	病毒性肝炎	2 年
10	肝硬化	M06200	肝硬化	不复审
11	血友病	M01200	血友病	不复审
12	帕金森病	M02300	帕金森病	不复审

13	帕金森综合症	M02301	帕金森综合症	不复审
14	类风湿性关节炎	M06900	类风湿性关节炎	不复审
15	苯丙酮尿症	M01800	苯丙酮尿症	不复审
16	冠心病	M04600	冠心病	不复审
17	重症肌无力	M03200	重症肌无力	不复审
18	强直性脊柱炎	M07200	强直性脊柱炎	不复审
19	脑血管病后遗症	M04803	脑血管病后遗症	2年
20	肺源性心脏病	M04100	肺源性心脏病	不复审
21	系统性硬化症	M07105	系统性硬化症	不复审
22	地中海贫血	M01103	地中海贫血	不复审
23	慢性骨髓炎	M07300	慢性骨髓炎	2年
24	结核病	M00100	结核病	2年
		M00101	耐药性结核病	2年
25	风湿性心脏病	M03802	风湿性心脏病	不复审
26	支气管哮喘	M05400	支气管哮喘	3年
27	癫痫	M02500	癫痫	不复审
28	脑瘫	M02601	脑瘫	不复审, 至14周岁终结
29	慢性阻塞性肺疾病	M05300	慢性阻塞性肺疾病	5年
30	特发性肺间质纤维化	M05601	特发性肺间质纤维化	不复审
31	孤独症	M02207	儿童孤独症	不复审, 不设置终止年龄。
32	阿尔茨海默病	M02400	阿尔茨海默病	不复审
33	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后	M08418	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后	不复审
34	甲状腺功能异常	M01702	甲状腺功能亢进症	2年
35	生长激素缺乏症	M01902	儿童生长激素缺乏症	不复审, 至18周岁终结
36	肝豆状核变性	M01904	肝豆状核变性	不复审
37	慢性心力衰竭	M04301	慢性心力衰竭	5年

## 附件 2

# 湖北省基本医疗保险门诊慢特病准入标准

### 一、恶性肿瘤门诊治疗

符合以下（一）、（二）标准之一的：

（一）经病理学、细胞学检查结果诊断明确。

（二）根据影像学检查、临床实验室、肿瘤标志物及多学科会诊后经二级及以上医疗机构确诊为恶性肿瘤（含白血病）的。

（三）根据不同确诊患者的治疗方式，病种认定分为下列 2 类：

1.恶性肿瘤门诊治疗：无需或不适宜进行放化疗，但仍需长期或定期门诊进行其他方式治疗。

2.恶性肿瘤门诊放化疗。

### 二、慢性肾功能衰竭

（一）慢性肾功能衰竭

按照临床诊疗规范确诊为慢性肾脏病，同时符合下列标准之一的：

1.估算的肾小球滤过率(eGFR)≤59(ml/min)或肌酐清除率(Ccr)<50(ml/min)。

2.血肌酐(Scr)≥178μmol/L。

（二）慢性肾功能衰竭透析

按照临床诊疗规范确诊为慢性肾衰竭终末期或慢性肾脏病 5 期(CKD),同时符合下列标准之一的:

1.估算的肾小球滤过率(eGFR) $<15(\text{ml}/\text{min})$ 或肌酐清除率(Ccr) $<15(\text{ml}/\text{min})$ 且经临床认定需长期透析治疗的;

2.血肌酐(Scr) $\geq 707(\mu\text{mol}/\text{L})$ 且经临床认定需长期透析治疗的;

3.已进行腹膜透析治疗或血液透析治疗。

### 三、器官移植抗排异治疗

有器官(含骨髓)移植手术史,且需要进行门诊抗排异治疗的。

### 四、系统性红斑狼疮

按照临床诊疗规范确诊为系统性红斑狼疮的。

### 五、糖尿病

按照临床诊疗规范确诊为糖尿病,同时出现以下临床表现之一的:

(一)糖尿病所致皮肤软组织感染导致溃烂或坏疽迁延半年以上;糖尿病所致截肢或截趾。

(二)有明确 ASCVD(动脉粥样硬化性心血管疾病)病史的糖尿病患者,且心功能 II 级(含)以上,经超声心动图检查证实 LVEF $<40\%$ 。

ASCVD 病史包括既往心肌梗死或不稳定型心绞痛、稳定型心绞痛、冠状动脉血运重建术后等。

(三) 糖尿病肾脏疾病: 肾小球滤过率(GFR) $\leq 30\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$ ; 或 UACR $>300\text{mg}/\text{g}$  且 eGFR $<60\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$ 。

(四) 眼底检查符合糖尿病视网膜病变(II期及以上)改变, 或糖尿病性白内障, 或中重度黄斑水肿。

(五) 神经电生理检测符合糖尿病周围神经病变的改变。

(六) 糖尿病性周围血管病变: 血管狭窄程度 $\geq 50\%$ 或闭塞。

## 六、再生障碍性贫血

按照临床诊疗规范确诊为再生障碍性贫血, 同时符合下列标准的:

(一) 血常规检查: 血象具备下列三项中的两项: ①中性粒细胞计数(ANC) $<0.5\times 10^9/\text{L}$ ;②网织红细胞绝对值 $<20\times 10^9/\text{L}$ ;③血小板计数(PLT) $<20\times 10^9/\text{L}$ 。

(二) 骨髓穿刺: 多部位(不同平面)骨髓增生减低或重度减低;小粒空虚, 非造血细胞(淋巴细胞、网状细胞、浆细胞、肥大细胞等)比例增高;巨核细胞明显减少或缺如;红系、粒系细胞均明显减少。骨髓细胞增生程度 $<$ 正常的 25%;如 $\geq$ 正常的 25%但 $<50\%$ , 则残存的造血细胞应 $<30\%$ 。

(三) 骨髓活检(髂骨):全切片增生减低, 造血组织减少, 脂肪组织和(或)非造血细胞增多, 网硬蛋白不增加, 无异常细胞。

(四) 排除引起全血细胞减少的其他疾病。

(五) 提供近三月内血象检查结果提示处于治疗期。

## 七、高血压

按照临床诊疗规范确诊为高血压 3 级,同时出现以下临床表现之一的:

(一) 急性心肌梗死、陈旧性心肌梗死;其他类型冠心病(经冠脉造影或冠脉 CTA 证实: 冠状动脉狭窄 $\geq 70\%$ 或重度狭窄)。

(二) 心功能 II 级(含)以上,且超声心动图检查证实: 左心室舒张末期内径 $\geq 6\text{cm}$ ,LVEF $< 40\%$ 。

(三) 经 CT/MRI 证实的缺血性或出血性脑血管疾病,并遗留有较重的神经功能缺损:

1.偏瘫,肌力 III 级及以下;

2.言语功能障碍: 完全性失语、不完全性失语、严重构音障碍;

3.已确诊的血管性痴呆: MMSE 评分小于等于 15 分;

4.吞咽功能障碍(球麻痹):VFSS 评分小于 6 分或者洼田饮水试验 4 级及以上;

5.小脑性共济失调(平衡功能障碍):Berg 平衡功能评分小于 40 分;

6.血管性帕金森病。

以上六项符合一项即可。

(四) 肾脏疾病(糖尿病肾病、血肌酐升高男性 $> 133\mu\text{mol/L}$ 或女性 $> 124\mu\text{mol/L}$ ,临床蛋白尿 $> 300\text{mg}/24\text{h}$ )。

(五) 血管疾病(主动脉夹层)。

(六) 高血压性视网膜病变(出血或渗出,视乳头水肿)。



## 八、重性精神病

同时符合以下标准者：

（一）有重性精神疾病史。

（二）符合精神疾病的诊断标准中重性精神病界定条件，包括以下类别疾病：

1.重症精神病（包括精神分裂症、心境障碍、器质性精神障碍）。

按照临床诊疗规范确诊为精神分裂症、心境障碍、器质性精神障碍的（伴有精神症状，需要使用精神类药物治疗的，包括癫痫相关精神行为障碍）。

2.精神发育迟滞（伴有精神症状的）。

按照临床诊疗规范确诊为精神发育迟滞（智力障碍），需要用精神类药物控制的精神行为异常。

3.持久性妄想性障碍，即偏执性精神障碍。

4.分裂情感性障碍。

（三）应持有精神病或精神卫生学执业资格的、精神病专科医院或二级甲等（含）以上综合医院精神科主治医师（含）以上医师签署的精神类疾病出院证明书或门诊诊断证明书。

## 九、病毒性肝炎

具备其中一项条件者：

（一）按照临床诊疗规范确诊为乙型肝炎，同时符合下列标准之一的：

1.血清 HBV-DNA 阳性的慢性 HBV 感染者，ALT 持续异常 (>ULN)且排除其他原因导致的 ALT 升高。

2.HBV-DNA 阳性且存在肝硬化的客观依据。

3.血清 HBV-DNA 阳性、ALT 正常患者，有以下情形之一：

(1)肝组织学存在明显的肝脏炎症( $\geq$ G2)或纤维化( $\geq$ S2)；

(2)ALT 持续正常，但有肝硬化/肝癌家族史且年龄>30 岁；

(3)ALT 持续正常，无肝硬化/肝癌家族史但年龄>30 岁，经肝纤维化无创诊断技术检查或肝组织学检查，存在明显肝脏炎症或纤维化；

(4)有 HBV 相关的肝外表现(肾小球肾炎、血管炎、结节性多动脉炎、周围神经病变等)。

(二)按照临床诊疗规范确诊为丙型肝炎，且 HCV-RNA 阳性。

## 十、肝硬化

具备其中一项条件者：

(一)肝硬化失代偿期。

按照临床诊疗规范确诊为肝硬化，同时出现以下肝功能失代偿临床表现的：

1.肝功能减退：消化吸收不良、营养不良、黄疸、出血和贫血、内分泌失调、不规则发热、低白蛋白血症。

2.门静脉高压：门腔侧支循环形成、脾功能亢进及脾大、浆膜腔积液。

3.并发症：消化道出血、胆石症、感染、肝性脑病、门静脉血栓或海绵样变、电解质和酸碱平衡紊乱、肝肾综合征、肝肺综合征、原发性肝癌。

## （二）慢性重度肝炎。

按照临床诊疗规范确诊为自身免疫性肝病或需长期治疗的遗传代谢性肝病，且病程半年以上。

## 十一、血友病

按照临床诊疗规范确诊为血友病 A、血友病 B 或血管性血友病之一的。

## 十二、帕金森

同时符合以下标准的：

（一）有临床表现诊断依据。主要表现：有运动迟缓、静止性震颤、肌强直或姿势步态异常等运动障碍，也可合并嗅觉减退、睡眠障碍、自主神经功能障碍及精神障碍等症状。

（二）排除特发性震颤、继发性帕金森综合征、遗传变异性帕金森综合征和多系统变性帕金森叠加综合征。

## 十三、帕金森综合症

同时符合以下标准的：

（一）符合临床表现诊断依据。主要表现：有运动迟缓、静止性震颤、肌强直或姿势步态异常等运动障碍，也可合并嗅觉减退、睡眠障碍、自主神经功能障碍及精神障碍等症状。

（二）排除特发性震颤。

(三)符合以下任何一项:

1.继发性帕金森综合征,如感染、脑炎、药物、中毒、脑血管病、外伤等;

2.遗传变性性帕金森综合征,如常染色体显性遗传路易小体病、亨廷顿病、肝豆状核变性,苍白球黑质红核色素变性、脊髓小脑变性、家族性基底节钙化、家族性帕金森综合征伴周围神经病、神经棘红细胞增多症等;

3.多系统变性帕金森叠加综合征,如进行性核上性麻痹、多系统萎缩、帕金森综合征-痴呆-肌萎缩性侧索硬化复合征、皮质基底节变性、偏侧萎缩-偏侧帕金森综合征等。

#### 十四、类风湿性关节炎

按照临床诊疗规范确诊为类风湿性关节炎,且X线检查符合以下任何一项明确诊断标准的:

(一)III期:关节面出现虫蚀样改变。

(二)IV期:关节半脱位和关节破坏后的纤维性和骨性强直。

#### 十五、苯丙酮尿症

按照临床诊疗规范确诊为普通型苯丙酮尿症或四氢生物蝶呤缺乏症的。

#### 十六、冠心病

按照临床诊疗规范确诊为冠心病,因冠心病导致心力衰竭且心力衰竭达到难治性终末期阶段:纽约心脏病学会(NYHA)心功

能分级达到 IV 级，伴心源性恶病质。心脏超声显示为心脏重度扩大，左室大小超过 6.5cm,射血分数低于 35%。

### 十七、重症肌无力

同时具备（一）、（二）、（三）其中任意一项和（四）、（五）、（六）其中的任何一项：

（一）受累骨骼肌无力，朝轻暮重。

（二）肌疲劳试验阳性。

（三）药物试验阳性：新斯的明 0.5-1mg 肌肉注射，30-60 分钟眼肌的肌力明显好转。

（四）肌电图重复电刺激：低频刺激(通常用 3HZ)肌肉动作电位幅度很快地递减 10%以上为阳性。

（五）血清抗乙酰胆碱抗体阳性。

（六）单纤维肌电图：可见兴奋传导延长或阻滞，相邻电位时间差(Jitter)值延长。

### 十八、强直性脊柱炎

同时符合以下标准的：

（一）放射学标准(骶髂关节炎分级标准):双侧 $\geq$ II 级或单侧 III-IV 级骶髂关节炎。

（二）临床标准满足以下条件之一：

- 1.腰痛、晨僵 3 个月以上，活动改善，休息无改善；
- 2.腰椎额状面和矢状面活动受限；
- 3.胸廓活动度低于相应年龄、性别的正常人。

## 十九、脑血管病后遗症

脑出血、蛛网膜下腔出血、脑梗死、脑良性肿瘤、颅脑或脊髓损伤等经 CT/MRI 证实的缺血性或出血性脑血管病病史、颅脑或脊髓损伤病史或出院小结，且具备以下条件其中之一者：

（一）偏瘫，肌力Ⅲ级及以下。

（二）言语功能障碍：完全性失语、不完全性失语、严重构音障碍。

（三）已确诊的血管性痴呆：MMSE 评分小于等于 15 分。

（四）吞咽功能障碍(球麻痹):VFSS 评分小于 6 分或者洼田饮水试验 4 级及以上。

（五）小脑性共济失调(平衡功能障碍):Berg 平衡功能评分小于 40 分。

（六）血管性帕金森病。

（七）颅脑外伤、脊髓外伤、脊髓肿瘤、脊柱裂引起的感觉运动自主神经功能异常，主要表现为神经源性膀胱、截瘫、肠道及肌骨功能障碍。

已根据高血压准入标准的第（三）条办理了高血压的，不得重复办理脑血管后遗症。

## 二十、肺源性心脏病

同时符合以下标准：

（一）具有慢性阻塞性肺疾病等慢性胸肺疾病史。

（二）按照临床诊疗规范确诊为慢性肺源性心脏病，同时符

合以下临床表现:

- 1.呼吸衰竭;
- 2.右心衰竭。

## 二十一、系统性硬化症

同时符合以下标准:

(一)有近半年的门诊治疗(不少于2次)或住院诊断、治疗系统性硬化症的记录,需记载有病情和抗硬化症药物的使用。

(二)有消化、心血管、呼吸、肾脏并发症之一:

1.消化道并发症须同时具有二项:

- (1)吞咽困难、舌活动受限及其住院或门诊病史资料;
- (2)X线或胃肠镜检查有食道、胃肠道蠕动消失,提示食道、胃肠道纤维化或狭窄、梗阻、排空障碍表现。

2.心血管并发症须同时具有二项:

(1)近半年内有心包炎或心肌病变或心内膜炎或肺动脉高压的住院病史资料;

(2)有心电图、心脏X线、超声心动图检查异常依据。

3.呼吸道并发症须同时具有三项:

- (1)进行性呼吸困难住院病史资料;
- (2)肺部高分辨CT或X线提示肺间质纤维病变报告单;
- (3)肺功能测定异常。

4.肾脏并发症须同时具有三项:

(1)有肾损害依据如蛋白尿、高血压,或进入肾功能不全

期住院或门诊病史资料;

(2) 近三月内血清肌酐  $Scr > 177 \mu\text{mol/L}$  检验单;

(3) 三个月内尿素氮  $> 14.3 \text{mmol/L}$  检验单。

## 二十二、地中海贫血

同时符合以下标准:

(一) 地中海贫血基因测序结果显示存在地贫基因。

(二) 胎儿血红蛋白 (HbF) 增高或出现血红蛋白 H (HbH)。

## 二十三、慢性骨髓炎

同时具备以下三项条件者:

(一) 有急性骨髓炎病史或开放性骨折病史。

(二) 局部症状具备其一:

1. 窦道流脓, 经久不愈或时愈时发;

2. 局部肢体增粗、变形, 皮肤色素沉着, 薄而缺乏弹性, 皮下组织增厚变硬;

3. 急性发作时, 伤口周围出现红、肿、热、痛;

(三) X 线显示骨质破坏, 有包壳、死腔和死骨形成。大部分骨质破坏及骨质增生并存。

## 二十四、结核病

符合以下标准之一。

(一) 结核病

肺结核(含结核性胸膜炎)及肺外结核(包括骨结核、淋巴结核、结核性脑膜炎、腹腔结核等各器官结核)活动期需门诊长期



抗痨药物治疗者，并既往有结核病住院病史且诊断明确的。

## （二）耐药结核病

符合以下标准之一：

1.有2种或以上抗结核药耐药试验阳性。

2.经耐药结核病定点救治医院病原学证实利福平耐药的出院患者，需门诊长期抗痨治疗，并既往有结核病住院病史且诊断明确的。

## 二十五、风湿性心脏病

按照临床诊疗规范确诊为风湿性心脏病，风湿性心脏病心力衰竭达到难治性终末期阶段具备其中3项者：

（一）纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级达到IV级；

（二）胸部正位片可见心影明显扩大，心胸比(C/T) $>0.8$ 或者肺淤血或者胸腔积液；

（三）心电图出现各种心律失常或者房室增大；

（四）心脏彩超提示心脏瓣膜损害，左室舒张末径(LVEDD) $\geq 6.5\text{cm}$ 、或者射血分数(EF) $\leq 35\%$ 、或者二尖瓣/主动脉瓣严重狭窄(瓣口面积 $\leq 1.0\text{cm}^2$ )等。

## 二十六、支气管哮喘

具备以下（一）、（二）、（三）、（四）项或（四）、（五）项条件者：

（一）反复发作的喘息、气急、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。

(二) 发作时双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的哮鸣音，呼气音延长。

(三) 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

(四) 除外其他疾病引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。

(五) 临床表现不典型者应有下列三项中至少一项阳性：

1. 支气管激发试验或运动试验阳性；
2. 支气管舒张试验阳性；
3. 昼夜 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。

## 二十七、癫痫

临床表现：由不同病因所引起的，脑部神经元高度同步化异常放电导致的，发作性、短暂性，也可表现为刻板性的脑功能失调；呈反复发作，慢性倾向；不同癫痫类型有不同的临床表现；

脑电图检查，尤其是长程脑电图，多有异常放电表现，但也可无异常；头部影像学检查，如 CT、MRI 以及有关生化检查，可以协助诊断及寻找病因。

同时具备以下癫痫诊断标准：

(一) 临床表现特点为：发作性、短暂性、重复性、刻板性的脑功能失调。

(二) 脑电图检查，头部影像学检查，以及有关生化检查，部分有阳性发现。

(三) 必要时可进一步诊断癫痫发作类型或综合征以及癫痫

发作病因。

(四) 排除其他疾病，如晕厥、假性癫痫、发作性睡病、基底动脉型偏头痛、短暂性脑缺血发作、低血糖症、热性惊厥、过度换气综合征。

## 二十八、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。

## 二十九、慢性阻塞性肺疾病

同时具备以下三项者：

(一) 有慢性咳嗽、咳痰、气喘病史在两年以上；慢性支气管-肺组织、胸廓或肺血管病变的病历记录。

(二) 肺功能检查： $FEV_1/FVC < 70\%$ ， $FEV_1 \leq 80\%$ 预计值。

(三) X线、ECG、CT等检查排除其他疾病。

## 三十、特发性肺间质纤维化

同时具备以下三项条件者：

(一) 经住院或门诊明确诊断。

(二) CT报告单：提示典型特发性肺纤维化表现。

(三) 肺功能报告：提示限制性通气功能障碍、弥散量降低。

## 三十一、孤独症

按照临床诊疗规范确诊为孤独症谱系障碍的。

## 三十二、阿尔茨海默病

同时具备以下几项：

(一) 有明确的阿尔茨海默病(老年痴呆)门诊或住院病历资料(需记载有病情和治疗方案)。

(二) 符合阿尔茨海默病(老年痴呆)症状标准:

1.符合器质性精神障碍的诊断标准;

2.全面性智能性损害:

(1) 记忆损害(学习新知识或回忆既往掌握的知识能力受损);

(2) 至少存在以下1项认知功能损害:失语(言语障碍)、失用(运动功能正常但不能执行有目的的活动)、失认(感觉功能正常但不能识别或区分感知对象)、执行功能障碍(如:计划、组织、推理和抽象思维能力);

3.上述2的(1)和2的(2)项的认知功能缺损导致明显的社会或职业功能损害,并显著低于病前水平;

4.缓慢起病,认知功能进行性下降;

5.排除其他中枢神经系统疾病、躯体疾病和药物滥用所致痴呆;

6.认知功能损害不是发生在谵妄期;

7.认知功能障碍不能用其他轴I的精神障碍(如抑郁症和精神分裂症)解释。

(三) 严重标准:日常生活和社会功能明显受损。

(四) 病程标准:起病缓慢,病情发展虽可暂停,但难以逆转。

(五)排除标准：排除脑血管病等其他脑器质性病变所致智能损害、抑郁症等精神障碍所致的假性痴呆、精神发育迟滞，或老年人良性健忘症。

(六)具备开展神经内科或精神病专科诊疗资格的三级医疗机构或市州统筹区最高级别医疗机构出具的疾病诊断证明书。

### **三十三、心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后**

符合以下标准之一者：

(一)心脏瓣膜置换或介入瓣植入手术术后，经医疗机构确认需要在门诊进行长期药物治疗的患者。

(二)心脏冠脉搭桥术后，经医疗机构确认需要在门诊进行长期药物治疗的患者。

(三)血管介入手术治疗后，经医疗机构确认需要在门诊进行长期药物治疗的患者。

### **三十四、甲状腺功能异常**

符合以下标准之一者：

(一)同时具备：

- 1.经二级及以上医院诊断确诊；
- 2.TLAb 抗体；
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；
- 4.甲状腺影像彩超提示有病理改变。

(二)按照临床诊疗规范确诊为甲状腺功能亢进性心脏病，

同时出现心脏排出量增加导致的心力衰竭且射血分数 $<40\%$ ,并排除其他原因引起的心力衰竭。

### 三十五、生长激素缺乏症

同时具备以下条件:

(一) 身高落后于同龄、同性别正常健康儿童身高的第3百分位数[减1.88个标准差(-1.88s)]或减2个标准差(-2s)以下。

(二) 年生长速率 $<7\text{cm}/\text{年}$ (3岁以下); $<5\text{cm}/\text{年}$ (3岁-青春前期); $<6\text{cm}/\text{年}$ (青春后期)。

(三) 匀称性矮小,面容幼稚。

(四) 智力发育正常。

(五) 骨龄落后于实际年龄。

(六) 两项GH药物激发GH峰值均 $<10\mu\text{g}/\text{L}$ 。

(七) 血清胰岛素样生长因子 I(IGFI)水平低于正常。

### 三十六、肝豆状核变性

同时具备以下二项条件者:

(一) 明确的肝豆状核变性的住院或诊断: 包括血清CP降低、肝功能异常、K-F环阳性。

(二) 神经系统症状: 包括锥体外系症状或者智能障碍或者精神异常。

### 三十七、慢性心力衰竭

同时具备以下三项条件者:

(一) 既往有心力衰竭症状和体征。

(二) 既往有利钠肽水平升高： $\text{BNP} \geq 35\text{ng/L}$  或  $\text{NT-proBNP} \geq 125\text{ng/L}$ 。

(三) 心脏超声心动图，至少有以下其中一项：

1.  $\text{EF} < 50\%$ ;

2. 心腔异常扩大;

3.  $\text{E/E}' > 15$ , 或  $\text{E/A} < 1$ ;

4. 中或重度心室肥厚/瓣膜狭窄或反流。

不与冠心病、肺源性心脏病、风湿性心脏病重复办理。

附件 3

荆门市基本医疗保险门诊慢特病支付比例、基金最高支付限额、申报资料及复审期限明细表

序号	病种名称	病种代码	细分名称	职工医保		居民医保		申报资料	复审期限	备注
				支付比例	基金最高支付限额(元)	支付比例	基金最高支付限额(元)			
1	恶性肿瘤门诊治疗	M00500	恶性肿瘤门诊治疗	90%		75%		出院小结、诊断证明、病理检查、影像学检查、肿瘤未愈、转移、复发或新发需继续治疗的近期病史资料。	5年	
		M00501	恶性肿瘤门诊化疗	90%		75%				
2	慢性肾功能衰竭透析	M07801	慢性肾功能衰竭透析	90%		80%		出院小结、诊断证明、肾功能、近期透析治疗的病史资料。	5年	
		M08300	器官移植抗排斥治疗							
3	器官移植抗排斥治疗	M08301	肾移植抗排斥治疗		与职工医保共用住院统筹基金最高支付限额		与居民医保共用住院统筹基金最高支付限额	出院小结、诊断证明、手术记录单、术后需长期抗排斥药物治疗的病史资料。	不复审	特殊疾病
		M08302	骨髓移植抗排斥治疗							
		M08303	心移植抗排斥治疗							
		M08304	肝移植抗排斥治疗	90%		75%				
		M08305	肺移植抗排斥治疗							
		M08306	肝肾移植抗排斥治疗							
4	重症精神病	M02100	重症精神病	90%		65%		出院小结、诊断证明、近期病史资料。	不复审	
		M01200	血友病	90%		65%				
5	血友病	M01200	血友病	90%				出院小结、诊断证明、血常规、出血时间、凝血因子检测等、近期病史资料。	不复审	
6	苯丙酮尿症	M01800	苯丙酮尿症	---	---	75%		新生儿期筛查血 Phe 浓度、血 DHPR 检测及尿蝶呤谱分析（仅限于城乡居民医保 0-18 岁患儿）。	不复审	



序号	病种名称	病种代码	细分名称	职工医保		居民医保		申报资料	复审期限	备注
				支付比例	基金最高支付限额(元)	支付比例	基金最高支付限额(元)			
7	地中海贫血	M01103	地中海贫血	90%	与职工医保共用住院统筹基金最高支付限额	65%	与居民医保共用住院统筹基金最高支付限额	诊断证明或出院记录, 基因测序显示, 血红蛋白电泳泳检查或遗传学, 分子生物学检查报告单。	不复审	
				90%		65%				
8	结核病	M00100 M00101	结核病 耐药性结核病	90%	与职工医保共用住院统筹基金最高支付限额	65%	与居民医保共用住院统筹基金最高支付限额	肺部X线/CT、痰菌涂片、痰菌培养、血常规、PPD试验等、近期病史资料。	2年	特殊疾病
				90%		65%			2年	
9	孤独症	M02207	儿童孤独症	90%		65%		诊断证明或出院记录	不复审	
10	生长激素缺乏症	M01902	儿童生长激素缺乏症	---	---	65%		诊断证明或出院记录, 门诊相关检测报告单, 脑CT报告(至18周岁终结)。	不复审	
11	肝豆状核变性	M01904	肝豆状核变性	90%	与职工医保共用住院统筹基金最高支付限额	65%		诊断证明或出院记录, 铜检测报告单	不复审	
12	慢性肾功能衰竭	M07800	慢性肾功能衰竭	90%	6000	65%	3500	出院小结、诊断证明、肾功能检验报告单。	5年	
13	系统性红斑狼疮	M07101	系统性红斑狼疮	90%	3500	65%	2600	出院小结、诊断证明、肾功能、血常规、血常规、免疫学检查、近期病史资料。	不复审	慢性病
				90%		65%				
14	糖尿病	M01600 M01611	糖尿病 糖尿病胰岛素治疗	90%	2850 3000	65%	1700 2000	出院小结、诊断证明、餐前餐后血糖、肾功能、尿常规、眼底检查等。	5年	
				90%		65%				
15	再生障碍性贫血	M01102	再生障碍性贫血	90%	5400	65%	3600	出院小结、诊断证明、血常规、骨髓象检查、近期病史资料。	5年	
16	高血压	M03900	高血压	90%	2650	65%	1200	出院小结、诊断证明、心电图、心脏彩超、颈动脉超声、肾功能、头颅影像学等。	不复审	

序号	病种名称	病种代码	细分名称	职工医保		居民医保		申报资料	复审期限	备注
				支付比例	基金最高支付限额(元)	支付比例	基金最高支付限额(元)			
17	病毒性肝炎	M00200	病毒性肝炎	90%	5400	65%	3900	出院小结、诊断证明、肝功能、凝血酶原时间、肝脏免疫学检查、肝脏影像学检查、近期病史资料。	2年	慢性 病
18	肝硬化	M06200	肝硬化	90%	5400	65%	3900	出院小结、诊断证明、肝功能、肝脏影像学检查、近期病史资料。	不复审	
19	帕金森病	M02300	帕金森病	90%	2850	65%	2000	出院小结、诊断证明、排除性检查、近期病史资料。	不复审	
20	帕金森综合症	M02301	帕金森综合症	90%	2850	65%	2000	出院小结、诊断证明、原发病相关检查、近期病史资料。	不复审	
21	类风湿性关节炎	M06900	类风湿性关节炎	90%	2850	65%	2000	出院小结、诊断证明、病变关节影像学、血沉、C反应蛋白、类风湿因子、免疫学检查、近期病史资料。	不复审	
22	冠心病	M04600	冠心病	90%	2850	65%	2000	诊断证明或出院记录；心脏彩超和超声心动图。诊断证明或出院记录；手术记录单，手术包括：冠状动脉旁路移植术及同期可能合并的室壁瘤切除术、室间隔穿孔修补术、二尖瓣置换/成形术等手术。	不复审	
23	重症肌无力	M03200	重症肌无力	90%	2850	65%	1500	出院小结、诊断证明、肌电图、近期病史资料。	不复审	
24	强直性脊柱炎	M07200	强直性脊柱炎	90%	2850	65%	2000	出院小结、诊断证明、骶髂关节和脊柱影像学检查、血沉、C反应蛋白、免疫学检查、近期病史资料。	不复审	
25	脑血管病后遗症	M04803	脑血管病后遗症	90%	2850	65%	1600	出院小结、诊断证明、影像学资料(头	2年	

序号	病种名称	病种代码	细分名称	职工医保		居民医保		申报资料	复审期限	备注
				支付比例	基金最高支付限额(元)	支付比例	基金最高支付限额(元)			
26	肺源性心脏病	M04100	肺源性心脏病	90%	2850	65%	1600	颅CT、MR、颈部血管彩超、DSA、CTA)。		
27	系统性硬化症	M07105	系统性硬化症	90%	3000	65%	2000	出院小结、诊断证明、胸部X线/CT、心电图、心脏彩超、血气分析, 近期病史资料。	不复审	
28	慢性骨髓炎	M07300	慢性骨髓炎	90%	2400	65%	1500	出院小结、诊断证明、血常规、尿常规、免疫学检查、相关影像学检查、近期病史资料。	不复审	
29	风湿性心脏病	M03802	风湿性心脏病	90%	2850	65%	1500	诊断证明或出院记录, X线片CT报告单	2年	慢性
30	支气管哮喘	M05400	支气管哮喘	90%	2000	65%	1200	诊断证明或出院记录, 胸片、心电图、心脏彩超检查结果和相应化验结果	不复审	性病
30	癫痫	M02500	癫痫	90%	2500	65%	1200	出院小结、诊断证明、肺部X线/CT、血气分析, 近期病史资料。	3年	
32	脑瘫	M02601	脑瘫	--	--	65%	6000	诊断证明或出院记录; 脑电图检查结果。	不复审	
33	慢性阻塞性肺疾病	M05300	慢性阻塞性肺疾病	90%	2200	65%	1500	诊断证明或出院记录(至14周岁终结)	不复审	
34	特发性肺间质纤维化	M05601	特发性肺间质纤维化	90%	3300	65%	2400	诊断证明或出院记录; 吸入支气管扩张剂后FEV1%pred 检查结果。	5年	
35	阿尔茨海默病	M02400	阿尔茨海默病	90%	2000	65%	1000	诊断证明或出院记录; 吸入支气管扩张剂后FEV1%pred 检查结果。	不复审	
								诊断证明或出院记录, 脑脊液检查、脑电图、颅脑CT、颅脑MRI。	不复审	

序号	病种名称	病种代码	细分名称	职工医保		居民医保		申报资料	复审期限	备注
				支付比例	基金最高支付限额(元)	支付比例	基金最高支付限额(元)			
36	甲状腺功能异常	M01702	甲状腺功能亢进症	90%	2000	65%	1000	出院记录；超声心动图，甲状腺素测定(T3、T4、FT3、FT4、TSH)检验。	2年	
37	慢性心力衰竭	M04301	慢性心力衰竭	90%	2200	65%	1400	出院记录，心脏彩超；胸部X线报告单。	5年	
38	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后	M08418	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后	90%	4000	65%	2500	手术记录；瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后随访记录；超声心动图；心电图；胸片；血常规；肾功能；电解质；凝血功能；影像学检查；出院记录；手术记录；病理报告单。	不复审	慢性病
39	肺动脉高压			90%	37800	75%	31500	不再新增	---	--

附件 4

## 省医疗保障局关于印发《湖北省基本医疗保险 门诊慢特病经办服务规程（试行）》的通知

各市、州、直管市、神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省基本医疗保险门诊慢特病经办服务规程（试行）》印发给你们，请遵照执行并制定实施细则。落实过程中如遇到重要事项要及时报告。

湖北省医疗保障局

2023 年 7 月 4 日

（此件公开发布）

# 湖北省基本医疗保险门诊慢特病 经办服务规程（试行）

## 第一章 总则

**第一条** 为贯彻落实《关于进一步加强全省基本医疗保险门诊慢特病保障工作的通知》文件精神，统一规范全省基本医疗保险门诊慢特病经办服务，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于湖北省职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险门诊慢特病经办服务。

**第三条** 门诊慢特病病种目录、复审期限、准入标准由省医疗保障局负责制定，各市（州）统一执行。

**第四条** 门诊慢特病就医购药实行定点管理。门诊慢特病鉴定专家、定点医药机构和责任医师在全省范围内互认。门诊慢特病病种待遇享受资格在全省范围内互评互认。

**第五条** 各市（州）医保部门按照规程做好本统筹区门诊慢特病经办服务工作，建立本地门诊慢特病鉴定专家库，与门诊慢特病定点医药机构签订医保服务协议，做好本统筹区门诊慢特病定点医药机构和责任医师名单报备，开展本统筹区门诊慢特病定点医药机构和责任医师培训，加强门诊慢特病定点医药机构和责任医师诊疗服务行为监管。

## 第二章 病种待遇享受资格认定管理

**第六条** 门诊慢特病病种待遇享受资格根据病种准入标准进行分类管理。诊断明确、可以直接认定的病种实行备案管理；不能直接认定、需要专家鉴定的实行准入管理。

（一）对于恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、系统性红斑狼疮、血友病、苯丙酮尿症、脑瘫、孤独症和心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后等门诊慢特病病种，原则上经二级及以上定点医疗机构明确诊断的，统筹地区医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）按规定予以备案。

（二）对于其他门诊慢特病病种，由参保人员向医保经办机构提出申请，经门诊慢特病鉴定专家鉴定、所在门诊慢特病定点医疗机构内部医保管理部门复核盖章后，医保经办机构按规定办理门诊慢特病病种待遇享受资格登记。

**第七条** 门诊慢特病鉴定专家指经门诊慢特病定点医疗机构推荐、医保经办机构备案，为参保人员提供门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定服务的临床专家，原则上由二级及以上定点医疗机构的副高及以上职称医师担任，熟练掌握门诊慢特病鉴定相关政策和准入标准，独立开展门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定工作。鉴定专家所在的门诊慢特病定点医疗机构应建立完善的门诊慢特病鉴定内部工作机制和管理制度。

**第八条** 鉴定专家进行门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定时实行回避制度。有下列情形之一的，鉴定专家应主动申请回避：

- (一) 鉴定专家与参保人员存在利害关系的；
- (二) 其他可能影响公正鉴定的情形。

**第九条** 参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定办理流程。

(一) 申请。参保人员可通过“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序、湖北医保服务平台个人网厅等线上渠道，或各级医保服务窗口等途径向医保经办机构提交“基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定”申请（样表见附件），申请材料应符合《医疗保障经办政务服务事项清单》要求。

(二) 受理。医保经办机构收到申请后，核对材料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知需补正材料。窗口受理的，窗口人员当场告知受理结果；网上受理的，申请人可通过线上渠道查询受理状态。

医保经办机构受理符合第六条第一款的参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定申请后，查验材料是否符合所申请病种办理条件，符合办理条件的，按规定直接办理门诊慢特病病种待遇享受资格备案；不符合办理条件的，一次性告知原因。

(三) 鉴定。申请受理后，医保经办机构通过省医疗保障信息平台或其他方式、渠道，将申请信息推送至门诊慢特病定点医疗机构，由其传递至申请病种相关领域的鉴定专家，鉴定专家应在规定时间内完成鉴定，并由鉴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。



（四）确认。鉴定专家完成鉴定后，医保经办机构应当及时根据鉴定专家意见，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予以确认。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。鼓励各市（州）优化业务流程，进一步压减办理时限。

**第十条** 积极推进参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定办理流程中申请、受理、鉴定环节下放至定点医疗机构办理。

**第十一条** 对纳入门诊慢特病待遇保障范围的参保人员，待遇享受资格起始日期原则上以医保经办机构备案或确认通过的当日开始计算；待遇享受资格截止日期不超过该病种规定的复审期限，脑瘫待遇享受资格至 14 周岁终结，儿童生长激素缺乏症待遇享受资格至 18 周岁终结，其它复审期限为“不复审”的病种待遇享受资格长期有效。

**第十二条** 门诊慢特病年度最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年。年度内新增门诊慢特病病种限额标准按全年执行。

对同时患有多个门诊慢特病的：（1）多个病种均为门诊特殊疾病的，累计按照统筹地区基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额执行；（2）多个病种均为门诊慢性病的，在待遇水平最高病种限额的基础上，适当增加支付限额，原则上不超过其他一

个病种限额标准的 50%；（3）多个病种同时包括门诊特殊疾病、门诊慢性病的，门诊特殊疾病累计按照统筹地区基本医疗保险统筹基金最高支付限额执行，患一种门诊慢性病的按该病种最高支付限额执行，同时患有多个门诊慢性病的按照前述（2）执行。

**第十三条** 参保人应在复审期限截止前 6 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，复审所需资料原则上须提供近一年内的病历资料或检查资料。复审结果确定后，按照复审结果执行。

**第十四条** 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，应再次进行病种申请。

**第十五条** 参保人员通过伪造、变更或变造医疗文书等方式，骗取门诊慢特病病种待遇的，取消其相应门诊慢特病病种待遇，并按《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》有关规定处理。

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。

**第十六条** 鉴定专家未按政策规定的程序履行鉴定职责、未在规定时间内出具门诊慢特病鉴定意见的，由医保经办机构责令

鉴定专家及所在门诊慢特病定点医疗机构进行整改；鉴定专家未按照门诊慢特病准入标准出具鉴定意见、在鉴定中弄虚作假的，取消鉴定专家资格，两年内不得重新纳入，并将此情形纳入所在门诊慢特病定点医疗机构医保服务协议年度考核范畴；造成医疗保障基金损失的，予以追回。

### **第三章 三定管理**

**第十七条** 门诊慢特病就医购药实行定点管理，即：定门诊慢特病定点医疗机构、定门诊慢特病定点零售药店、定门诊慢特病责任医师。

**第十八条** 各市（州）医保部门要对外公开门诊慢特病定点医药机构申请条件和办理流程、办理时限；及时受理、评估、协商，达成一致并签订服务协议后及时为符合条件的定点医药机构开通门诊慢特病结算服务并对外公布；根据参保人就医购药需要，不断优化门诊慢特病定点医药机构服务布局。

各市（州）医保部门要指导门诊慢特病定点医疗机构按要求遴选确定门诊慢特病责任医师，并对外公布。

**第十九条** 各市（州）医保部门应及时在省医疗保障信息平台对本地门诊慢特病定点医药机构和责任医师进行标识，并进行动态更新维护，方便参保人员查询。

**第二十条** 定点医疗机构自愿向当地医保部门申请纳入门诊慢特病定点医疗机构范围。门诊慢特病定点医疗机构（以下简

称“定点医疗机构”)需满足以下条件:

(一)具备相应科室设置,须有卫生专业技术资格的执业医师(注册在本医疗机构),且执业范围与申请的病种相同或相近;

(二)具有与门诊慢特病诊疗相关的医疗设备和门诊慢特病诊疗相关的药品储备,能够保障门诊慢特病患者诊疗需求和用药需求;

(三)具有与门诊慢特病管理相配套的信息网络设备,能够及时监控、统计、上报信息;

(四)严格执行湖北省门诊慢特病相关政策,建立健全身份识别、就医管理、购药管理、费用结算、费用监控、违规处理等规章制度;

(五)设立专(兼)职岗位,工作人员应熟悉湖北省门诊慢特病政策;

(六)近一年内,未被医保部门暂停或中止定点医疗机构(含内设科室)医保服务协议;

(七)统筹地区规定的其他条件。

**第二十一条** 统筹地区定点零售药店可自愿向当地医保部门申请纳入门诊慢特病定点零售药店范围。门诊慢特病定点零售药店(以下简称“定点零售药店”)需满足以下条件:

(一)健全组织机构,完善内部制度规范,资质合规、信誉良好,设置专门服务岗位,配备专职人员;

(二) 建立药品质量安全全程监管和“进、销、存”全流程记录和管理制度，落实存储、配送、使用等环节安全责任，药品全流程可追溯，确保质量安全。按要求上传药品的“进、销、存”信息，确保医保用药安全合理；

(三) 按不超过医保支付标准的价格销售国家谈判药品；

(四) 完整记录门诊慢特病治疗相关药品使用信息并及时上传；

(五) 近一年内，未被医保部门暂停或中止定点零售药店医保服务协议；

(六) 统筹地区的其他有关要求。

**第二十二条** 门诊慢特病责任医师（以下简称“责任医师”）需满足以下条件：

(一) 原则上具有与门诊慢特病病种相关专业的副高及以上职称（根据当地实际可放宽到主治医师）；

(二) 能够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；

(三) 统筹地区规定的其他条件。

**第二十三条** 门诊慢特病定点医药机构（以下简称“定点医药机构”）存在以下情形之一的，退出门诊慢特病管理，两年内不再纳入：

(一) 伪造、变更或变造药品“进、销、存”票据和账目的；

(二) 要求或诱导参保人员到指定药店购药，造成不良社会影响的；

(三) 超过医保支付标准的价格销售国家谈判药品的；

(四) 为参保人员享受门诊慢特病医保待遇，提供虚假证明材料的；

(五) 为参保人员转卖门诊慢特病药品获取非法利益，提供便利的；

(六) 造成医保基金损失或严重不良社会影响的其他违法违规、违反定点医药机构医保服务协议的情形；

(七) 统筹地区规定的其他应退出门诊慢特病管理的情形。

**第二十四条** 责任医师存在以下情形之一的，退出门诊慢特病管理，两年内不再纳入：

(一) 未严格遵守临床诊疗指南、用药管理政策和规范，未按规定核验医保凭证、开具处方，经调查核实属实的；

(二) 在提供门诊慢特病医药服务过程中被举报、投诉，经调查核实且无正当理由的；

(三) 造成医保基金损失或严重不良社会影响的其他违法违规、违反定点医疗机构医保服务协议的情形；

(四) 统筹地区规定的其他应退出门诊慢特病管理的情形。

**第二十五条** 各市（州）医保部门要同步开通本地门诊慢特病定点医药机构的异地就医直接结算服务。

## 第四章 就医购药结算管理

**第二十六条** 定点医药机构应当执行实名就医购药管理规定，核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡，如实记录门诊慢特病就医购药情况，实时上传就诊、结算等信息。委托他人在定点医药机构购药的，定点医药机构应核验参保人员和代办人的有效身份证件，核验处方使用人与参保人员身份是否一致。登记代办人身份证件信息和有效联系方式，由代办人在结算单底联上签字确认。

**第二十七条** 定点医疗机构应坚持因病施治的原则，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。

**第二十八条** 定点医疗机构应严格遵守处方管理的相关规定，对符合条件的门诊慢特病患者可适当增加处方用量。定期开展处方审核和处方点评，严禁开人情方、大处方，严禁超剂量、超范围开药。

**第二十九条** 定点医药机构应充分配备基本医疗保险目录内药品，优先使用基本医保目录内药品、集采中选药品、协议期内谈判药品等疗效确切、价格适宜的药品。有条件的定点医药机构可以提供配送服务，配送费用不纳入医保支付范围。

**第三十条** 定点零售药店应按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定药品销售价格，并保持一定时期内价格水平相

对稳定。

**第三十一条** 定点零售药店应对外配处方进行审核，严格按照门诊慢特病责任医师开具的处方向参保人员提供药品服务，真实完整记录参保人员医疗费用、医保基金支付和个人账户支出情况，并留存外配处方、购药清单等2年备查。

**第三十二条** 参保人员在定点医药机构进行门诊慢特病就医购药的，由定点医药机构通过“14—门诊慢特病”医疗类别与参保人员进行直接结算，并为参保人员提供结算单和发票。参保人员只需按规定支付应由本人自负的医疗费用，其他费用由医保经办机构与定点医药机构按医保服务协议约定进行结算。

**第三十三条** 参保人员同时发生门诊慢特病费用、单独支付药品费用和普通门诊费用时，定点医药机构应当单独结算，分别开具处方和结算票据。

**第三十四条** 门诊慢特病费用暂按项目付费方式进行结算。各市（州）可结合实际，对门诊慢特病实行按人头、按病种等结算方式。

**第三十五条** 门诊慢特病费用异地就医直接结算时，执行就医地的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关规定。按照国家医保局统一部署，逐步推进门诊慢特病跨省异地就医直接



结算。

原则上，参保人门诊慢特病异地就医时应提前办理异地就医备案。参保人员因故未在定点医药机构直接结算成功的门诊慢特病合规医疗费用，定点医药机构核实相关情况 after，应协助为参保人员办理费用补录和结算；符合统筹区政策规定的，参保人员也可到参保地医保经办机构进行手工（零星）报销。

**第三十六条** 有条件的统筹区可将“互联网+”医疗服务纳入门诊慢特病待遇保障范围。互联网医疗机构所依托的实体医疗机构必须为统筹地区定点医疗机构且签订医保服务协议。

## 第五章 处方流转管理

**第三十七条** 药品处方流转是由定点医疗机构的责任医师开具处方，通过医保电子处方中心流转到定点零售药店。

**第三十八条** 各市（州）医保部门应用医保电子处方中心，指导和督促定点医药机构按要求及时完成信息系统升级改造，实现数据对接和信息互通。

**第三十九条** 省医疗保障信息平台完整保留参保人员诊疗过程中的电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

**第四十条** 原则上定点零售药店应从医保电子处方中心获取处方；定点医药机构未联通医保电子处方中心之前，参保人员凭定点医疗机构责任医师开具的处方在定点零售药店购买医保

目录内药品发生的费用由统筹基金按规定支付。各地可结合实际，加强处方流转的管理。定点零售药店须按规定留存处方。

## **第六章 监督管理**

**第四十一条** 各市（州）医保部门应在医保服务协议中明确门诊慢特病管理相关内容，明确双方的权利义务、违约责任；指导督促定点医疗机构加强对责任医师医疗服务行为的考核管理。

**第四十二条** 各市（州）医保部门应强化门诊慢特病费用审核，引入智能监控，完善细化规则，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服务协议管理相关规定处理。

**第四十三条** 各市（州）医保部门应加强对定点医药机构的现场检查，强化履约行为考核。

## **第七章 附则**

**第四十四条** 对本规程实施前已取得门诊慢特病病种目录范围内病种待遇享受资格的参保患者，除因病情明显变化或治疗方案重大调整等需进行复审或重新鉴定外，在复审期限前继续享受该病种待遇，无需重新鉴定。参保人员此前已享受的门诊慢特病病种待遇享受资格有效期自本统筹地区规程实施之日起重新计算。

**第四十五条** 参保人员在省内办理基本医疗保险关系转移接续时，本规程下发之后取得的门诊慢特病病种待遇享受资格随

参保关系一同转移，按转入地规定享受门诊慢特病待遇。

**第四十六条** 本规程由省医疗保障局负责解释，各市、州应根据本规程制定实施细则。国家、省有新规定，从其规定。

**第四十七条** 本规程自印发之日起执行，试行两年。

## 附件 5

## 荆门市门诊慢特病病种待遇认定申请表

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保
证件类型		证件号码			参保地区	
选择定点医院				选择定点药店		
申请人签名				联系电话		
门诊慢特病病种名称(代码)						
	(可添加病种)					
申报病种情况(符合诊断标准项目)	医师签名: 认定机构名称(盖章): 年 月 日					
审批意见						
备注						

## 填 报 说 明

1.诊断医师和参保人员应如实出具和提供病历资料，不得提供虚假证明，如提供虚假证明和病历资料的须，承担相应法律责任和征信后果。

2.申报资料：住院病历（复印件）和检查检验资料；无住院病历的，可提供近1年的门诊就医病历。

3.纳入荆门市基本医疗保险门诊慢特病病种范围的有恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排异治疗、重性精神病、血友病、苯丙酮尿症、地中海贫血、结核病、孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性等特殊疾病；慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、糖尿病、再生障碍性贫血、高血压、病毒性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿性关节炎、冠心病、重症肌无力、强直性脊柱炎、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、系统性硬化症、慢性骨髓炎、风湿性心脏病、支气管哮喘、癫痫、脑瘫、慢性阻塞性肺疾病、特发性肺间质纤维化、阿尔兹海默病、甲状腺功能异常、慢性心力衰竭，以及心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后等慢性病。

4.恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排异治疗、重性精神病、血友病、苯丙酮尿症、地中海贫血、结核病、孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性等11种特殊疾病或治疗方式需选择门诊慢特病定点药店或者定点门诊医疗机构，原则上一定1年。

