**济宁市医疗保障局** **济宁市卫生健康委员会**

**文件**

济医保发〔2024〕21号



**关于规范门诊慢特病和门诊药品单独支付** **病种管理服务工作的通知**

各县(市、区)医疗保障局、卫生健康局，兖矿能源集团股 份有限公司人力资源服务中心，市直各定点医药机构，市医 保局机关各科室、市医疗保险事业中心：

为贯彻落实《中共山东省委山东省人民政府贯彻落实 〈中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉的实 施意见》、《中共济宁市委济宁市人民政府关于深化医疗保障 制度改革的实施意见》等文件精神，推动建立更加公平适度 的门诊基本医疗保障待遇机制，进一步增强制度的均衡性和 可及性，做好门诊慢特病保障政策的过渡衔接，根据《关于

规范统一全省门诊慢特病基本病种提高慢特病医疗保障能力 的通知》(鲁医保发〔2022〕42号)等规定要求，现就规范统 一门诊慢特病基本病种和门诊药品单独支付病种，进一步提 高医疗保障能力有关事项通知如下。

**一、病种及保障范围**

我市门诊慢特病保障实行按病种管理，包括门诊慢特病 基本病种(以下简称门诊慢特病病种，分为甲类病种和乙类病 种)和门诊药品单独支付病种(以下简称单独支付病种)。

我市执行全省统一的《山东省基本医疗保险门诊慢特病 基本病种目录及认定标准》(以下简称《门诊慢特病基本病种 目录》,详见附件1)和《门诊药品单独支付病种目录》(以下 简称《单独支付病种目录》,详见附件2)。自2025年1月1 日起，我市超出省《门诊慢特病基本病种目录》和《单独支 付病种目录》的病种，不再新增享受该病种待遇的资格认定 人员，相关费用可通过普通门诊统筹予以适当解决；2025年 1月1日前，已办理资格认定的参保人员，可暂时保留其资格 和待遇。

随着普通门诊统筹待遇水平稳步提升、医保目录谈判常态 化开展和集中带量采购药品耗材降价等政策的落实，根据省要求 做好门诊慢特病制度与普通门诊统筹等制度衔接，逐步实现由病 种保障向费用保障过渡，提升制度的均衡性和可及性。

**二** **、申报与认定流程**

(一)门诊慢特病和单独支付病种申报

参保人员可通过“爱山东”APP、 “济宁医保”小程序等 线上渠道提交申请，也可通过参保地医保经办机构、基层医 保工作站和定点医疗机构提出申请并提供以下资料：

1. 《济宁市基本医疗保险门诊慢特病及门诊药品单独支 付病种认定申请表》(附件3);

2.与申请病种相关的病历及相关材料等； 3.其他需提供的材料。

(二)门诊慢特病和单独支付病种认定

门诊慢特病的认定，由医保经办机构统一组织或医保经 办机构委托具有相应资质的医疗机构组织认定，认定标准依 据《门诊慢特病基本病种目录》。单独支付病种的认定，由参 保人员所在的参保地医保经办机构委托具有资质的医疗机构 依据相应临床诊断，结合病历材料、症状体征、临床表现等 进行认定。

甲类病种随时认定，乙类病种和单独支付病种认定时间 应不超过20个工作日。医保经办机构或经委托的定点医疗机 构收到参保人员申请材料后，应组织有资质的医疗专家进行 审核并出具审核意见。申请人对初次认定结果有异议的，可 于结果告知之日起10日内向医保经办机构提出复核申请，医 保经办机构组织专家进行复核，出具最终认定结果。经认定 为慢特病或单独支付病种的参保人员，由医保经办机构发放 相关证明，并将参保人员认定信息录入医保信息系统。如有 病情变化或补充相关材料的，可再次申请认定；经认定为医

保门诊慢特病或单独支付病种人员，因病情需增加病种的， 按以上流程办理。

**三、待遇保障标准**

(一)门诊慢特病待遇

纳入门诊慢特病管理范围的参保人员，在定点医药机构 门诊就医购药发生的与认定病种相关医疗费用由医保基金按 照规定支付，并相应享受职工大额医疗费用补助、公务员医 疗补助、居民医保大病保险以及医疗救助待遇。参保人员因 病情需住院治疗的，住院期间不享受门诊慢特病待遇。

1.居民医保门诊慢特病待遇

(1)起付标准：一个自然年度内，居民医保基金支付的 起付标准为500元；在中医医疗机构定点的，起付标准为400 元；尿毒症、血友病和严重精神障碍不设起付标准。门诊慢 特病的起付标准与住院起付标准分别计算。

(2)支付比例：甲类病种居民基本医疗保险基金支付比 例为70%,乙类病种在一、二、三级医疗机构支付比例分别 为65%、55%、45%(肺结核、肺外其他部位结核、慢性乙 型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、肝硬化、耐多药结核 和广泛耐药结核等病种在一、二、三级医疗机构的支付比例 为65%、60%、60%)。

(3)最高支付限额：一个自然年度内，甲类病种居民基 本医疗保险基金最高支付限额为15万元，乙类病种最高支付 限额为6000元；同时患有甲类和乙类慢特病的，按甲类病种

政策进行支付。耐多药结核和广泛耐药结核门诊慢特病医保 基金年度最高支付限额与住院合并计算。

2.职工医保门诊慢特病待遇

(1)起付标准： 一个自然年度内，职工医保基金支付的 起付标准为1000元；在中医医疗机构定点的，起付标准为 900元；尿毒症、血友病和严重精神障碍不设起付标准。门诊 慢特病的起付标准与住院起付标准分别计算。

(2)支付比例：甲类病种职工基本医疗保险基金支付比 例为85%,乙类病种支付比例为75%;同时患有甲类和乙类 病种的，按甲类病种支付比例进行支付。

(3)最高支付限额： 一个自然年度内，门诊慢特病费用 最高支付限额与住院费用合并计算。

(二)单独支付病种待遇

省文件规定的单独支付病种在我市原慢特病病种范围的， 享受相应的职工医保和居民医保慢特病待遇；省文件规定的 单独支付病种未在我市原慢特病病种范围的，门诊单独支付 药品费用按照职工医保和居民医保乙类慢特病待遇报销，单 独支付药品原则上限国家谈判药品(含谈判协议期满后药 品)。经认定患有单独支付病种的参保人员，相应享受职工大 额医疗费用补助、公务员医疗补助、居民医保大病保险以及 医疗救助待遇。参保人员因病情需住院治疗的，住院期间不 享受单独支付药品待遇。

同时患有单独支付病种和门诊慢特病病种的，医疗费用

合并计算，起付标准、支付比例和最高支付限额按合并病种 中待遇水平高的确定，其中单独支付病种未在我市原慢特病 病种范围的医保基金仅支付药品费用。

(四)罕见病待遇

戈谢病、庞贝氏病、法布雷病为《关于将部分罕见病特效 药品纳入我省大病保险保障范围的通知》(鲁医保发〔2020〕84 号)规定的罕见病，继续执行罕见病待遇政策。

(五)异地就医待遇

异地就医人员在定点医疗机构发生的门诊慢特病和单独 支付病种医疗费用，按我市异地就医政策执行。 一个自然年 度内，参保人员发生的符合医保支付范围的异地医疗费用与 我市医疗费用累加计算。

**四、费用结算**

(一)定点医药机构端结算

1. 联网即时结算。参保人员在定点医药机构就医发生的 费用，按政策规定实行“一站式”联网即时结算，参保人员 只承担个人负担部分。

2.先垫后付结算。因病情需要，经定点医药机构同意后 转诊到其他医保定点医药机构发生的政策范围内费用，凭病 历等材料，由转出医药机构负责结算，并将相关医疗费用如 实录入医保信息系统。

**(二)医保经办机构端结算**

1.在定点医疗机构发生的门诊慢特病医疗费用实行总额

预算管理，建立以总额预算管理为主，实行按人头、按病种 结算、门诊APG 支付等复合型支付方式。凡是增加市内县域 外门诊慢特病定点人数的定点医疗机构，医保经办机构按照 同级同类医疗机构甲、乙类慢特病种(含单独支付病种)的 医保基金平均支付额和增加人数计算，增加当年度基金决算 总控额度。

2.异地参保人员在我市定点医疗机构联网报销的费用， 由市级医保经办机构统一结算；我市参保人员在市外定点医 疗机构联网报销的费用，经省级清算后，由就医地医保经办 机构统一结算；我市参保人员在异地发生的未联网报销费用， 要通过手工(零星)报销方式做好门诊慢特病和单独支付病 种待遇保障 。

3.在市直定点医疗机构联网报销的费用由市级医保经办 机构进行结算，在县级定点医疗机构联网报销的费用由各县 级医保经办机构进行结算，市级医保经办机构进行统一清算。

**五** **、就医管理**

(一)定点管理

1.本地定点管理。经认定纳入门诊慢特病和单独支付病 种管理的参保人员， 一个自然年度内原则上定点到参保地辖 域内一家定点医药机构就诊。患有两类或两类以上不相关联 疾病且首选医院不具备诊治条件的，经参保地医保经办机构 同意，可另外选择其他医疗机构就医，每名患者选择定点医 疗机构最多不超过3家，原则上就医定点医疗机构一个自然

年度不得变更。精神疾病和传染性疾病须选择精神病专科、 传染病专科医疗机构或设有精神疾病、传染性疾病病房的综 合医疗机构作为定点医疗机构。持实际居住地长期居住证、 由于医疗条件限制县域内无法治疗需转诊的、其他特殊情况 可定点在县域外的本市内定点医疗机构，并填写《济宁市基 本医疗保险门诊慢特病及单独支付病种市内转诊审批表》(附 件4)提交至参保地医保经办机构办理相关手续。

2.异地定点管理。异地就医直接备案到就医地，不再备 案到具体医疗机构。参保人员门诊慢特病省内跨市异地就医 定点医疗机构数量不做限制；门诊慢特病跨省联网结算备案 的定点医疗机构数量，按国家和省规定执行。

**(二)就医管理**

1.实行实名就医。各定点医药机构负责对就诊的门诊慢 特病和单独支付病种患者身份及对应病种进行核实确认，由 医保支付资格人员为患者进行门诊治疗、用药指导。

2.规范就医收费。定点医疗机构要严格掌握门诊检查、 治疗及用药范围，做到合理用药、合理检查、合理收费。定 点医疗机构为门诊慢特病和单独支付病种患者开具处方，医 师资格、开具处方量等应按照《处方管理办法》、《长期处方 管理规范(试行)》等相关规定执行。长期处方应按照《山 东省长期处方管理实施细则》规定，根据患者诊疗需要，长 期处方的处方量一般在4周内；病情稳定的患者可适当延长，

最长不超过12周。

(三)建立退出机制

已认定为门诊慢特病或单独支付病种的参保人员，有下 列情况之一的，终止其享受门诊慢特病或单独支付病种待遇 的资格 。

1.所患病种治愈的；

2.参保人员主动要求取消所患病种待遇的，本人签署承 诺书后，可终止其享受待遇的资格；患有精神类疾病的参保 人员，由其监护人签署承诺书；

3.违反医疗保险政策规定应取消医保待遇资格的； 4.本人死亡的；

5.其他应取消病种待遇资格情形的。

**六** **、经办服务和基金监督**

(一)大力推进服务事项下沉。进一步简化经办服务流 程，加强基层医保服务站建设，将门诊慢特病和单独支付病 种认定材料受理、认定结果通知、证件发放等业务逐步下沉 到医保服务站，按照省医保局“四个最”、“六统一”的要求， 统一医保经办事项办事流程。

(二)加强信息化建设。各级医保经办机构、各定点医药 机构要加强门诊慢特病和单独支付病种医保信息系统建设， 探索实现全流程信息化管理。开展网上办、掌上办，建立一 体化的信息管理平台，内设电子处方系统、患者用药跟踪系

统、经办管理系统等子系统，逐步实现一网通办。围绕医保 支付资格人员、医院医保办、定点药点、经办机构建立全新 的信息协作体系，方便群众办理各项业务。同时提高医保基 金管控能力，实现事前、事中、事后全流程监管。

(三)加大内控管理力度。各级医保经办机构要加强对门 诊慢特病和单独支付病种基金预算管理，合理安排基金支出 计划，应将门诊慢特病和单独支付病种管理纳入定点医药机 构协议管理范畴，加强对门诊慢特病病种和单独支付病种认 定、医疗服务等行为的日常管理和监督检查。

**(四)强化就医管理服务。**各定点医药机构要健全完善管 理制度，严格控制不合理费用支出；医保支付资格人员要严 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；做好《药品目录》内的药品供应，确保药品质量， 严禁销售假药、劣药、过期药；切实为门诊慢特病患者提供 优质便捷的服务。

(五)规范就医行为。经认定为门诊慢特病和单独支付病 种的参保人员要严格执行医疗保险政策规定，已办理的门诊 慢特病和单独支付病种待遇仅限本人就医使用，不得转借他 人。不得冒用他人身份信息或伪造病历文书、不得使用虚假 发票等手段骗取医保基金。

(六)严格责任追究。医保经办机构、定点医药机构、参 保人员出现违反医疗保险政策规定的情形，依照有关法律、

行政法规和《医疗保障基金使用监督管理条例》等，给予相 应处理 。

**七、有关要求**

(一)规范统一门诊慢特病和单独支付病种工作是贯彻落 实党的二十大和二十届三中全会精神，坚持以人民为中心的 发展思想，着力解决人民群众急难愁盼问题的重要举措。各 县(市、区)要高度重视，细化落实措施，做好政策衔接过 渡。要加大对政策的解读力度，做好宣传解释，争取广大群 众理解支持，营造良好舆论氛围，推动工作顺利实施。

(二)本通知自2025年1月1日起施行，原我市门诊慢特 病和单独支付病种相关规定与本通知不一致的，按照本通知 执行；国家和省有新规定的按其执行。

济宁市医疗保障局 济宁市卫生健康委员会

2024年12月20日

**附件1**

**基本医疗保险门诊慢特病基本病种目录及认定标准**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序** **号** | **病种** **类别** | **病种名称** | **认定标准** |
| 1 | 甲类 | 恶性肿瘤的 门诊治疗 | 恶性肿瘤的门诊治疗符合以下条件之一： 1.经病理学或细胞学诊断明确；  2.未经病理学或细胞学诊断，但根据病史、症状、体征，结合X线、B 超、CT、磁共振、内窥镜、实验室等辅助检查，经二级及以上医疗机构 临床诊断为恶性肿瘤(需提供诊断证明)。  3.对于部分需要按恶性肿瘤处理的占位性病变，需提交术后复发转移或 放化疗等的相关病历资料。 |
| 2 | 甲类 | 血友病 | 1.符合血友病临床症状、体征。有家族史的，符合X染色体连锁隐性遗 传规律。  2.实验室检查  (1)凝血酶原时间(PT)正常、激活的部分凝血活酶时间(APTT) 延长，轻型血友病患者APTT仅轻度延长或正常。  (2)血友病A患者FVⅢ:C减低或缺乏，VWF:Ag正常。血友病B患者  FIX:C减低或缺乏。根据患者凝血因子活性水平可将血友病分为重型 (<1IU/dl)、中间型(1-5 IU/dl)和轻型(5-40 IU/dl)。  (3)血友病患者确诊时应进行凝血因子Ⅲ或区的抑制物检测。 符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 3 | 甲类 | 白血病 | 1.符合白血病临床表现；  2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 4 | 甲类 | 再生障碍性 贫血 | 1.符合再生障碍性贫血临床症状、体征； 2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 5 | 甲类 | 尿毒症透析 治疗 | 1.各种原因造成慢性肾脏损伤，并出现肾功能异常达到尿毒症期； 2.需长期透析治疗；  3.有二级及以上医疗机构出具的病历资料。 |
| 6 | 甲类 | 严重精神障碍 | 严重精神障碍(包含精神分裂症、分裂情感性精神障碍、偏执型精神障 碍、双相情感障碍、癫痫伴发精神障碍、精神发育迟缓伴发精神障碍、 伴有严重冲动伤人行为的其他精神障碍)。  1.符合国际疾病分类中精神与行为障碍相关疾病诊断标准；  2.提供精神专科医疗机构或二级及以上综合医疗机构诊断证明。 |
| 7 | 甲类 | 生长激素  缺乏症 | 1.经三级医疗机构专科诊断为生长激素缺乏症。  2.实验室检查生长激素(GH)、胰岛样生长因子(IGF-1)、GH剌激 试验结果符合诊断标准。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | 甲类 | 组织或器官 移植(抗排 异 治 疗 ) | 有组织或器官移植的手术记录和病例。 |
| 9 | 甲类 | 脑瘫、视力、  听力、言语、  智力、肢体等  残疾儿童和孤  独症儿童康复  治疗 | 由二级及以上公立医疗机构出具诊断证明，且经评估有康复适应指征的 0-17周岁脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿 童。 |
| 10 | 乙类 | 骨髓增生异常 综合征 | 符合血液病临床症状、体征；血液及骨髓等检查(包括骨髓穿刺和骨髓 活检)相应异常改变；经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 11 | 乙类 | 免疫性血小板 减少症 | 1.符合免疫性血小板减少症临床表现； 2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 12 | 乙类 | 原发性血小板 增多症 | 1.符合原发性血小板增多症临床表现； 2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 13 | 乙类 | 真性红细胞 增多症 | 1.符合真性红细胞增多症临床表现；  2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 14 | 乙类 | 原发性骨髓 纤维化 | 1.符合原发性骨髓纤维化临床表现；  2.血液及骨髓等相关检查相应异常改变。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 15 | 乙类 | 高血压病 伴并发症 | 经医疗机构确诊为高血压病，同时伴有心、脑、肾、眼并发症之一。 |
| 16 | 乙类 | 冠心病 | 经医疗机构确诊为冠心病，有不稳定心绞痛发作或心肌梗死病史，并符 合以下条件之一：  冠状动脉造影、冠状动脉CT、心肌损伤标志物、超声心动图、心脏负 荷试验、动态心电图异常改变。 |
| 17 | 乙类 | 肺源性心脏病 | 1.有慢阻肺或慢性支气管炎、肺气肿病史，或其他胸肺疾病病史； 2.符合临床症状和体征；  3.辅助检查：心电图、X线胸片、超声心动图有肺动脉增宽和右心增大 肥厚的征象。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 18 | 乙类 | 慢性心力衰竭 | 1.有导致心力衰竭的病史，符合心力衰竭的临床症状和体征；  2.心功能NYHA分级Ⅱ级以上(含Ⅱ级，患者体力活动受轻度及轻度以 上的限制);  3.影像学检查异常。  符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 19 | 乙类 | 慢性肾脏病 | 1.慢性肾脏损伤病程超过三个月，相应的临床检查报告包括血、尿影像 学或病理学检查异常；  2.GFR≤60ml/分且病程超过三个月。  经二级及以上医疗机构诊断并符合上述条件之一者。 |
| 20 | 乙类 | 肾病综合征 | 经二级及以上医疗机构确诊为肾病综合征。 |
| 21 | 乙类 | 重症肌无力 | 1.必要条件  具有典型重症肌无力临床特征(波动性肌无力),经二级及以上医院临  床确诊为重症肌无力。 2.参考条件  (1)新斯的明(或腾喜龙)试验：阳性；  (2)电生理学检查：RNS衰减10%;  (3)免疫学检测：AchR-Ab或其他相关性抗体MuSK-Ab、RyR-Ab、 Titin-Ab、LRP4-Ab滴度升高。  准入标准：必要条件一条+参考条件一条 |
| 22 | 乙类 | 脑出血(恢复 期、后遗症期) | 1.有高血压、脑出血病史且需要长期治疗的。 2.脑CT或磁共振提示脑出血。  3.有二级及以上医疗机构出具的住院病历。 |
| 23 | 乙类 | 脑梗死(恢复 期、后遗症期) | 1.临床出现相应的脑部神经系统症状及体征，二级及以上医疗机构诊断 为脑梗死(脑栓塞),住院治疗后仍遗有神经症状及体征需继续治疗的； 2.影像学检查提示脑梗死(脑栓塞)灶或颅内、颅外血管中重度狭窄。 |
| 24 | 乙类 | 帕金森病及 帕金森综合征 | 出现运动迟缓、静止性震颤、肌强直、姿势平衡障碍等临床表现，经二 级及以上医疗机构神经专科确诊为帕金森病及帕金森综合征。 |
| 25 | 乙类 | 癫痫 | 1.符合癫痫的临床表现并有明确的诊断；  2.脑电图检查符合癫痫诊断标准(阴性结果不能排除癫痫诊断); 3.有二级及以上医疗机构出具的治疗病历资料。 |
| 26 | 乙类 | 运动神经元病 | 1.出现肌无力、肌萎缩或球麻痹等临床症状，经二级及以上医疗机构确 诊为运动神经元病；  2.肌电图检查提示至少二个节段损害。  注：此病名包括肌萎缩性侧索硬化、进行性延髓麻痹、进行性脊肌萎缩 症及原发性侧索硬化等。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 27 | 乙类 | 肝豆状核变性 | 符合以下条件：  1.有锥体外系、智力障碍、精神异常、肝病临床表现；(必要条件) 2.血清铜蓝蛋白<200mg/L;(必要条件)  3.伴有头部CT、MRI、肝功能等异常或K-F环阳性。(参考条件) 经二级及以上医疗机构诊断。 |
| 28 | 乙类 | 阿尔茨海默病 | 1.符合阿尔茨海默病的诊断标准，经二级及以上医疗机构确诊。 2.排除其他疾病所致的认知功能障碍。 |
| 29 | 乙类 | 慢性阻塞性 肺疾病 | 1.出现相关临床表现，经二级及以上医院临床确诊为慢性阻塞性肺病：  (必要条件)  2.肺功能检查：吸入支气管扩张剂后，FEV1/FVC<70%,FEV1占预计值 的百分比<80%;(必要条件)  3.胸部X线或CT检查：肺气肿等影像表现。(参考条件) 经二级及以上医疗机构诊断并符合上述条件。 |
| 30 | 乙类 | 肺间质纤维化 | 1.出现进行性加重的呼吸困难等临床表现，经住院确诊为肺间质纤维化； (必要条件)  2.胸部HRCT检查：双肺网状改变，后期出现蜂窝肺，偶可伴毛玻璃影； (参考条件)  3.肺功能检查：肺容量降低、弥散功能障碍(Dlco%下降、Dlco/VA下 降)。(参考条件)  准入标准：必要条件一条+参考条件一条。  经二级及以上医疗机构诊断并符合上述条件。 |
| 31 | 乙类 | 系统性 红斑狼疮 | 符合国际系统性红斑狼疮分类标准，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 32 | 乙类 | 类风湿性 关节炎 | 符合类风湿性关节炎分类标准，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 33 | 乙类 | 多发性肌炎  (皮肌炎) | 临床出现慢性进展的对称性近端肌无力、肌肉疼痛、特征性皮疹等症状， 符合相应检验检查结果，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 34 | 乙类 | 系统性血管炎 | 系统性血管炎(大动脉炎、巨细胞动脉炎、结节性多动脉炎、川崎病、 显微镜下多血管炎、嗜酸性肉芽肿性多血管炎、肉芽肿性多血管炎、白 塞病、IgA血管炎)符合系统性血管炎分类标准，且合并皮肤之外的器 官受票，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 35 | 乙类 | 脊柱关节炎 (强直性 脊柱炎) | 符合国际脊柱关节炎分类标准，经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 36 | 乙类 | 系统性硬化症 (硬皮病) | 符合国际系统性硬化症(硬皮病)分类标准，且合并皮肤之外器官受累， 经二级及以上医疗机构确诊。 |
| 37 | 乙类 | 干燥综合征 | 符合国际干燥综合征分类标准，且合并口、眼之外器官受累，经二级及 以上医疗机构确诊。 |
| 38 | 乙类 | 糖尿病 | 符合糖尿病诊断标准，且合并急、慢性并发症之一者(I型糖尿病确诊 即可享受待遇)。  经二级及以上医疗机构确诊。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 39 | 乙类 | 股骨头坏死 | 1.符合股骨头坏死的临床表现，患侧未行髋关节置换手术； 2.影像学检查显示股骨头坏死。  经二级及以上医疗机构诊断并符合上述条件。 |
| 40 | 乙类 | 其他精神障碍 | 1.符合国际疾病分类中精神与行为障碍相关疾病诊断标准；  2.需提供明确诊断的精神专科医疗机构或二级及以上综合医疗机构近两 年内的住院病历复印件(住院时间需超过一周)。未经住院治疗的，需 有近期连续就诊超过三个月的精神专科医疗机构或二级及以上综合医 疗机构的门诊诊疗记录并同时提供该医院的诊断证明。 |
| 41 | 乙类 | 肺结核、肺外 其他部位结核 | 肺结核  具有县级及以上结核病定点医疗机构诊断证明，并符合以下条件之一： 1.肺部有异常阴影，痰或气管镜灌洗液抗酸杆菌或分枝杆菌培养或结核 杆菌DNA及病理证实的病原学阳性肺结核。  2.肺部有异常阴影，痰菌3次检查为阴性或培养阴性。满足以下任何一 条，即可诊断为菌阴肺结核。  (1)有肺结核相关症状或体征。  (2)PPD试验强阳性。  (3)r-干扰素释放试验阳性。  (4)肺外组织病理为结核病变。  (5)支气管镜下符合结核病改变。  (6)免疫学、分子生物学、生化酶检查，其中一项阳性，并排除其他 肺部疾病。  (7)经诊断性治疗证实有效的菌阴肺结核。  3.影像学提示胸腔积液(干性胸膜炎可无异常),同时满足以下任何一 条，即可确诊结核性胸膜炎：  (1)胸膜病理检查支持结核。  (2)胸水抗酸杆菌阳性2次。  (3)胸水抗酸杆菌阳性1次，结核分枝杆菌培养阳性1次。  (4)胸水结核分枝杆菌核酸检测阳性。  4.病原学阴性的结核性胸膜炎，胸水为渗出液、腺苷脱氨酶升高，同时 伴有PPD中度阳性或强阳性或r-干扰素释放试验阳性，或结核分枝杆菌 抗体阳性，即可临床诊断。  5.经诊断性治疗证实有效的结核性胸膜炎。  肺外其他部位结核  具有县级及以上结核病定点医疗机构诊断证明，并符合以下条件之一： 1.有肺结核病史或伴有其他器官结核病依据。  2.有结核病的全身症状和局部症状。  3.X线、CT、结核菌、免疫学、分子生物学、生化酶检查、病理检查，  其中一项阳性，或PPD试验中度阳性或强阳性，或r-干扰素释放试验阳性。 4.经诊断性治疗证实有效的肺外结核病。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 42 | 乙类 | 耐多药结核、 广泛耐药结核 | 1.耐多药结核(MDR-TB):患者感染的结核分支杆菌体外药敏试验证 实至少同时对异烟肼和利福平耐药的结核病；  2.广泛耐药性结核(XDR-TB):符合MDR/RR-TB的定义同时对任意 一种氟喹诺酮药物以及任意一种二线注射剂耐药的结核病。  注：氟喹诺酮药物包括：氧氟沙星、左氧氟沙星、莫西沙星；二线注射 剂包括：阿米卡星(链霉素)、卷曲霉素、卡那霉素、对氨基水杨酸。  (包括单耐利福平结核) |
| 43 | 乙类 | 慢性乙型 病毒性肝炎 | 1.有慢性乙型肝炎病毒感染史，HBsAg阳性，HBV DNA定量阳性，并 符合以下标准之一：  (1)ALT异常(≥ULN)并排除其他原因。  (2)肝组织学检查有明显炎症(≥G2)或纤维化(≥S2)。  (3)ALT持续正常(每3—6个月检查1次，持续12个月),年龄超  过30岁患者符合下述情况之一：有肝硬化或肝癌家族史；或无肝硬化或 肝癌家族史，但肝脏弹性测定或肝组织学检查有明显炎症(≥G2)或纤 维化(≥S2)。  (4)存在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)。  (5)HBsAg阳性，肝移植后或因为其他疾病需要应用免疫抑制剂治疗， 为防止乙肝发作需要长期抗病毒治疗的。  2.对于不符合上述1标准，或既往病史不清，缺乏上述抗病毒治疗依据， 但已遵医嘱应用抗病毒药物6个月以上，目前HBsAg阳性，HBV DNA  阳性或阴性，专科医生认为需继续抗病毒治疗者。 |
| 44 | 乙类 | 慢性丙型 病毒性肝炎 | 需同时具备以下条件：  1.HCV感染(HCV抗体或RNA阳性)超过6个月，或有6个月以前的  流行病学史，或感染日期不明但有ALT持续或间断异常或慢性肝病证 据(除外其他病因);  2.HCV RNA阳性。 |
| 45 | 乙类 | 肝硬化 | 有慢性肝病史，或病史不清，且符合下列表现之一： 1.肝组织活检病理符合肝硬化。  2.出现或曾经有过食道胃底静脉破裂出血或腹水或肝性脑病或肝肾综合 征等并发症。  3.曾在二级以上医院住院诊断为肝硬化。  4.符合以下5项中的2项及以上，并排除非肝硬化门静脉高压者：  (1)影像学检查显示肝硬化、腹水或门静脉高压征象之一。  (2)内镜检查显示食管胃底静脉曲张。  (3)肝脏硬度值测定符合肝硬化。  (4)血生化学检查显示白蛋白水平降低(<35g/L)和(或)PT延长(较 对照延长>3S)。  (5)血常规检查显示血小板计数<100X109/L。 |
| 46 | 乙类 | 神经系统良性 肿瘤门诊治疗 | 经二级及以上医疗机构住院或门诊明确诊断。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 47 | 乙类 | 进行性  肌营养不良 | 根据病史、临床表现、生化检查、肌电图检查、基因检测，部分病例可 肌肉活检明确诊断。  经二级及以上医疗机构诊断。 |
| 48 | 乙类 | 人类免疫缺陷 ( H I V ) 病 | 1.经疾病预防控制中心或者经认证的医疗机构确证实验室出具确证报 告，符合抗逆转录病毒治疗指征或既往已接收抗逆转录病毒治疗者。(必 要条件)  2.HIV抗体筛查试验有反应和核酸定性试验阳性；HIV抗体筛查试验有 反应和核酸定量试验>5000CPs/mL。(必要条件)  3.18月龄及以下儿童：为人类获得性免疫缺陷病毒感染母亲所生和人类 获得性免疫缺陷病毒分离实验结果阳性或两次人类获得性免疫缺陷病 毒核酸检测阳性(第二次需在出生6周后进行)、有医源性暴露史和人 类获得性免疫缺陷病毒分离实验结果阳性或两次人类获得性免疫缺陷 病毒核酸检测阳性。(必要条件)  准入标准：必要条件一条。 |

**附件2**

**门诊药品单独支付病种目录**

1.银屑病

2. 中重度特应性皮炎

3.便秘型肠易激综合征(IBS-C) 4.克罗恩病

5.溃疡性结(直)肠炎 6.脊髓性肌萎缩症

7.亨廷顿舞蹈病

8.多发性硬化

9.遗传性血管性水肿(HAE) 10.C 型尼曼匹克病

11.肢端肥大症

12.子宫内膜异位症 13.黄斑病变

14.转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病

15.阵发性睡眠性血红蛋白尿症 16.非典型溶血性尿毒症综合征 17.血小板无力症

18.先天性凝血因子VⅢ(FVIⅡ)缺乏症 19.原发性酪氨酸血症

20.West 综合征/婴儿痉挛综合征 21.地中海贫血

22.迟发性运动障碍 23.Castleman 病

24.慢性非感染性葡萄膜炎

25.结节性硬化症 26.发作性睡病

27.视神经脊髓炎 28.重度哮喘

29.肺动脉高压

30. 戈谢病(罕见病)

31.庞贝氏病(罕见病) 32.法布雷病(罕见病)

**附件3**

**济宁市基本医疗保险门诊慢特病及** **药品单独支付病种认定申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男口女 | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 参保单位 |  | | 参保类别 | □职工□居民 | |
| 申请定点 |  | | 联系电话 |  | |
| 申请病种 | 申请人(签字): 年 月 日 | | | | |
| 医保办意见 | 意见：  (盖章) 年月 日 | | | | |
| 专家组  意见 | 初审专家(签字): 年 月 日 | | | | |
| 复审专家(签字): 年 月 日 | | | | |

备注：

1.鉴定时需提供材料：患者本人身份证或社保卡的复印件、定点医疗机构出具的 住院病历(复印件)、门诊病历、相关检查检验报告单等。

2. 申请病种请按照省规定的病种名称规范填写，有并发症的需注明，已享受待遇 的病种无需重复申请。

**附件4**

**济宁市基本医疗保险门诊慢特病及** **药品单独支付病种市内转诊就医审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | □ 男 □ 女 | | 参保类别 | 口职工 □居民 |
| 身份证号码 | |  | | | | | |
| 参保单位(村居、学校) | |  | | | | | |
| 现居住地址 | |  | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | |
| 门诊慢特病  (药品单独支付)病种 | |  | | | | | |
| 原定点医院 | |  | | | | | |
| 拟变更定点医院 | |  | | | | | |
| 变更医院理由 (二选一) | | □长期在参保 地以外居住 | | 单位或现居住地 社区(街道)意见 | 意见：  (盖章)  办理人(签名): 年 月 日 | | |
| □参保地医院  无法治疗的  疑难病症 | | 参保地二级以上 定点医院意见 | 意见：  (盖章)  办理人(签名): 年 月 日 | | |
| 参保地医疗保险经办机构意见：  (盖章) 年 月 日 | | | | | | | |

备注：

1.拟变更定点医院是指济宁市行政区域内参保地以外的定点医院。 2.选择定点医院后，原则上一个年度内不得变更。

3.本表一式三份，参保人员、定点医院、参保地医疗保险经办机构各一份。

|  |  |
| --- | --- |
| 济宁市医疗保障局办公室 | 2024年12月20日印发 |