商医保发〔2021〕10号

商洛市医疗保障局

关于规范城乡居民门诊慢特病

医疗保障办法的通知

各县区医保局、商洛高新区(商丹园区)社区管理局、市医保经办处、各定点医疗机构、各参保单位:

为规范我市城乡居民基本医疗保险门诊慢特病管理工作,着力提供方便快捷的服务，经市局党组会研究决定，从2021年5月1日起,适当增加门诊慢特病保障范围、简化经办程序、缩短办理时限。现将有关事项通知如下:

一、适用范围

参加商洛市城乡居民基本医疗保险的城乡居民(以下简称“参保人员”)。

二、病种范围及费用限额

纳入我市城乡居民医疗保障的门诊慢特病，在《关于印发城乡居民基本医疗保障待遇清单和门诊慢特病统筹办法的通知》（商医保发〔2019〕50号）（以下称《通知》）原22种疾病基础上，新增12种，总数已达34种。具体情况见下表。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种名称** | **待遇有效期（年）** | **年度基金支付限额（元／年）** | **基金支付比例** |
| 1 | 大骨节病▲ | 2 | 660 | 70% |
| 2 | 中重度氟骨症▲ | 2 | 660 |
| 3 | 慢型克山病▲ | 2 | 1500 |
| 4 | 帕金森病 | 5 | 1200 | 60% |
| 5 | 阿尔茨海默症 | 5 | 1200 |
| 6 | 骨关节炎(仅限膝关节)▲ | 2 | 1200 |
| 7 | 原发性高血压病(限《ISH2020国际高血压实践指南》2级) | 5 | 1800 |
| 8 | 脑梗死后遗症 | 5 | 2200 |
| 9 | 脑出血后遗症 | 5 | 2200 |
| 10 | 系统性红斑狼疮 | 5 | 2200 |
| 11 | 支气管哮喘 | 5 | 2200 |
| 12 | 糖尿病(限伴有并发症) | 5 | 2400 |
| 13 | 再生障碍性贫血▲ | 2 | 2400 |
| 14 | 慢性阻塞性肺疾病 | 5 | 2400 |
| 15 | 慢性活动性肝炎▲ | 2 | 3000 |
| 16 | 精神分裂症 | 5 | 3000 |
| 17 | 双相情感障碍 | 5 | 3000 |
| 18 | 肾病综合症▲ | 2 | 3000 |
| 19 | 类风湿关节炎 | 5 | 3000 |
| 20 | 冠状动脉硬化性心脏病 | 5 | 3000 |
| 21 | 甲状腺功能亢进▲ | 2 | 3000 |
| 22 | 甲状腺功能减退▲ | 2 | 3000 |
| 23 | 耐药肺结核▲ | 2 | 4000 | 70% |
| 24 | 尘肺病 | Ⅰ期 | 5 | 2100 |
| Ⅱ期 | 5 | 3600 |
| Ⅲ期 | 5 | 4200 |
| **序号** | **病种名称** | **待遇有效期（年）** | **年度基金支付限额（元／年）** | **基金支付比例** |
| 25 | 脑性瘫痪 | 5 | 4800 | 60% |
| 26 | 肝硬化(失代偿期) | 5 | 5000 |
| 27 | 动脉血管内支架植入术后▲ | 1 | 6000(仅限支架术后第一年必须的辅助药物治疗) |
| 28 | 白血病 | 5 | 10000 |
| 29 | 恶性肿瘤门诊放化疗 | 5 | 按市医保局商医保发﹝2020﹞53号）通知第三条第(十五)款规定执行:不设起付线，按60%支付。 |
| 30 | 器官移植术后抗排斥治疗 | 5 | 15000 | 60% |
| 31 | 慢性肾功能衰竭 | 腹膜透析 | 5 | 35000 | 按市医保局商医保发〔2020〕53号通知执行 |
| 血液透析 | 5 | 医疗费用定额为二级医院530元/次、三级医院550元/次 | 按市医保局商医保发〔2020〕22号通知执行 |
| 32 | 苯丙酮尿症（PKU) | 4岁以下(含) | 5 | 10500 | 按市医保局、市卫健委商医保发〔2020〕57号 通知执行 |
| 4-15岁(含) | 5 | 11900 |
| 15-18岁(含) | 5 | 14000 |
| 33 | 四氰生物蝶呤缺乏症(BH4D) | 4岁以下(含) | 5 | 11200 |
| 4-15岁(含) | 5 | 12600 |
| 15-18岁(含) | 5 | 14000 |
| 34 | 血友病 | 7岁以下(含) | 5 | 28000 | 按市医保局商医保发〔2019〕47号通知执行 |
| 7岁以上(不含)轻型 | 5 | 35000 |
| 7岁以上(不含)中型、重型 | 5 | 56000 |

注:标有▲号的病种待遇有效期为2年（其中“动脉血管内支架植入术后”为1年），未标▲号的病种待遇有效期为5年。

慢性病补助按认定病种年度基金支付限额确定,认定多个门诊慢性病病种的,每多一种疾病，年度基金支付限额增加380元，最多增加760元。

三、保障办法

**（一）经二级及以上公立医院确诊鉴定、医保经办机构认定确认的上述34种慢性病和特殊疾病(以下简称“慢特病”)的门诊医疗费用，实行限额保障，起付线为零。**参保患者在定点医疗机构发生的门诊医疗费用，在支付限额以下部分，均以政策范围内的实际费用为基数，按规定比例支付，且不超过基金支付限额。

**（二）将未纳入34种门诊慢特病保障范围的其它罕见病，亦纳入门诊慢特病保障范围。**凡我市户籍并参加我市基本医疗保险满3年；或年龄不满3周岁，但其父母一方参加我市基本医疗保险满3年的患者。经全国罕见病诊疗协作网成员医院确诊并纳入国家目录的罕见病，按《罕见病诊疗指南（2019年版）》实施治疗的政策范围内医疗费用，设置起付线2000元，起付线以上、支付限额以下部分，医保统筹基金按60%比例支付，年支付限额由县区医保中心视具体病种提出意见，报市医保经办处确定，年最高不超过20400元。

**（三）大骨节病、中重度氟骨症、慢型克山病三种地方病。**仅限在陕西省人民医院、西安交通大学第一附属医院、西安交通大学第二附属医院、西安市红会医院四所省级地方病救治定点医疗机构和商洛市中心医院、商洛市中医医院、各县区人民医院、各县区中医医院等20所定点医疗机构产生的，或凭其处方在定点医药机构产生的政策范围内医疗费用，方可纳入报销范围。

四、资格认定

**（一）办理程序**

参保人员持申请资料(见附件4)并填写《商洛市城乡居民医保门诊慢特病病种待遇认定申请表》(见附件1)，所在村社区卫生室(站)、镇办卫生院(卫生服务中心)负责收集；镇办卫生院加注意见后，报由县区医保经办机构受理汇总，并负责审核，组织鉴定、认定。罕见病持《商洛市部分罕见病参保患者就医登记表》(见附件2)、《商洛市部分罕见病参保患者复查评估表》(见附件3)，按上述程序申请县区医保经办机构认定。

1. **鉴定要求**

慢特病鉴定须由两名相关专业医师(其中副主任医师不少于1名)，按照本通知《商洛市城乡居民医保门诊慢特病鉴定标准》（见附件7）进行鉴定，作出鉴定结论并签名；各县区医保经办机构可将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的二级及以上定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，医保经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管。

**（三）认定确认**

1.鉴定结果经县区医保经办机构审核认定后，应及时将相关信息录入医保门诊慢特病管理系统，并报市医保经办处备案。同时，发给患者门诊慢特病治疗通知书或卡，并通知到各镇办卫生院(卫生服务中心)。

2.认定不符合条件的，应及时退回各镇办卫生院(卫生服务中心)，由镇办卫生院(卫生服务中心)及时通知申请人并说明原因。申请人对审核结论不服的，可以向县区医疗保障局申请复审。

3.罕见病，以罕见病诊疗协作网成员医院确诊结论为准，由县区医保经办机构确认，报市医保经办处备案。

4.除大骨节病、中重度氟骨症、骨关节炎(仅限膝关节)、慢型克山病、再生障碍性贫血、慢性活动性肝炎、肾病综合症、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、耐药肺结核等10种慢特病待遇有效期为2年、动脉血管内支架植入术后待遇有效期为1年外，其它23种慢特病的待遇有效期均为5年；患者需在待遇有效期满前3个月内申请复审认定。

5.门诊慢特病待遇认定办理时限，原则上不超过20个工作日。

**（四）待遇享受**

初次申报门诊慢特病资格通过后,除“动脉血管内支架植入术后”自手术出院后一年内产生的医药费用按规定比例支付外，其它病种均从县区医保经办机构认定通过的次月起，按本年度剩余月份的医保统筹基金支付限额(年度限额÷12×本年剩余月份数)，享受门诊慢特病补助待遇；复审认定通过的,连续享受门诊慢特病待遇。

五、费用结算

**（一）县区内就医直接结算**

慢特病门诊医疗费用，按照“县区管理、限额支付”，原则上在定点医疗机构直接结算。参保人员或委托人，持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、相关病种处方，到已与医保信息系统嵌入式联网、具备直接结算条件的定点医疗机构发生的、与认定病种相关的医疗费用，在支付限额内直接结算。统筹基金支付部分由医保经办机构与定点医药机构进行结算；个人自付部分由参保患者或其委托人，直接与定点公立医药机构即时结算。

1. **特殊情况回参保县区医保经办机构结算**

因急诊、异地就医、异地安置等特殊情况未能直接结算的，参保患者需携带《商洛市城乡居民医保门诊慢特病补助结算申报资料》（见附件5）经所在社区、村委会或卫生室(站)收集初审，所属镇办卫生院(卫生服务中心)复核后，报由县区医保经办机构申请报销。各县区医保经办机构可委托具备条件的镇办卫生院(卫生服务中心)按规定直接报销。办理时限，原则上不得超过30个工作日。

1. **结算办法**

原则上按自然年度(1月1日-12月31日)结算。应由医保统筹基金支付的门诊慢特病费用，原则要求在次年的3月底前结清，逾期未结付的视为自动放弃。

基金支付额=(政策范围内门诊医疗费用-起付线)×支付比例≤基金支付限额

六、管理要求

(一)门诊慢特病实行费用和用药量限额管理,每月购药基金支付费用不得超过其病种月限额的三倍，处方用药可根据病情需要，最长不得超过三个月。不在定点医疗机构购药及超出医保基金支付限额的，统筹基金不予支付。

(二)参保患者原则上应在定点医疗机构直接挂账结算门诊慢特病费用。患者在门诊慢特病认定及就医过程中存在弄虛作假等违规情况，或者挂账结算与所申报慢特病无关的医药费用，经查实，停止其剩余待遇享受期的门诊慢特病待遇，并追回已支付的基金。

(三)承担慢特病认定的各定点公立医疗机构应认真查验参保人员有效证件，做到人证相符；及时上传资格认定和费用结算信息；不得结算与病种无关的费用；做好相关资料及就医购药处方、发票、结算单据等存档保管工作。

(四)各定点医疗机构要做好门诊慢特病人员的一站式服务，不得以任何理由拒绝已经通过认定、并纳入医保门诊慢特病管理系统的参保患者的费用结算。具备条件的定点医疗机构可为慢特病人员提供药品配送服务。

(五)市、县区医保经办机构应加强对定点医疗机构的监督管理，通过实地检查、智能审核、视频监控等方式，及时发现违规问题并进行查处。

七、本通知自2021年5月1日起执行。此前相关规定与本通知不一致的，按本通知执行；已按商医保发〔2019〕50号《通知》通过认定且治疗有效期未满的，继续按原通知享受待遇；治疗有效期满需要继续治疗的，按本通知规定申请复审。

本通知涉及的政策，由市医保经办处负责指导第三方信息服务提供商，按时做好经办机构、定点医疗机构的医保结算信息系统更新维护工作；本通知由市医疗保障局负责解释，在执行过程中存在的问题，要及时向市医疗保障局反馈。

附件：

1.商洛市城乡居民医保门诊慢特病病种待遇认定申请表；

2.商洛市部分罕见病参保患者就医登记表；

3.商洛市部分罕见病参保患者复查评估表；

4.商洛市门诊慢特病资格认定申请资料；

5.商洛市城乡居民医保门诊慢特病补助结算申报资料；

6.陕西省第一批罕见病诊疗协作网医院名单；

7.商洛市城乡居民医保门诊慢特病鉴定标准。

商洛市医疗保障局

2021年3月8日

|  |
| --- |
| 抄送:省医疗保障局待遇保障处，市局各科室、局长、副局长 ，档(二) |
| 商洛市医疗保障局办公室 2021年3月8日印发 |

附件1

商洛市城乡居民医保门诊慢特病病种待遇认定申请表

 县区 镇办 村社区

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 申请时间 |  |
| 身份证号 |  | 申请病种 |  | 联系电话 |  |
| 申请治疗医院 |  |
| 病情摘要 |  |
| 诊断鉴定 |  接诊医师签字： 年 月 日  |
| 诊断鉴定 | 副主任医师签字： 年 月 日  |
| 医院医保科(办)意 见 | 签章： 年 月 日  |
| 经办机构认定(备案)意见 | 签章： 年 月 日  |

注：本表一式三份，县区经办机构、镇办卫生院及本人各一份。

附件2

商洛市部分罕见病参保患者就医登记表

申请日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **公民身份号码** |  | （一寸照片） |
| **性别** |  | **户籍** |  |
| **家庭住址** |  |
| **指定治疗医院** |  | **责任医师** |  |
|  |
| **申请人或监护人** |  | **联系电话：** |  |
| **疾病诊断****相关材料** | （以下内容由特药责任医师填写） |
| **申请人或监护人****(签字)** |  |
| **指定治疗医院意见** | 责任医生签字：年 月 日 | 医保科意见（盖章）：年 月 日 |
| **医保经办机构****意见** | 县区医保中心意见（盖章）：年 月 日 | 市医保经办处意见（盖章）：年 月 日 |

注：1.本表一式四份，参保患者、指定治疗医院、县区医保经办中心、市医保经办处各一份；

2.需提供材料：疾病诊断相关检査基因检测等以及诊断证明、病历、户口本等。

附件3

商洛市部分罕见病参保患者复查评估表

申请日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **公民身份号码** |  | **（一寸照片）** |
| **性别** |  | **户籍** |  |
| **家庭住址** |  |
| **指定治疗医院** |  | **责任医师** |  |
|  |
| **疾病诊断** |  | **确诊时间** |  |
| **药品名称** |  | **开始使用时间** |  |
| **指定治疗医院 评估意见** | 当前治疗方案： |
| 评估具体指标变化： |
| 是否继续用药： |
| 评估后特药用法用量： |
| 责任医师签字： 年 月 日  | 医保科（盖章）：年 月 日  |
| **医保经办机构****意见** | 县区医保中心意见（盖章）： 年 月 日  | 市医保经办处意见（盖章）： 年 月 日  |

 注：本表一式四份，参保患者、指定治疗医院、县区医保中心、市医保经办处各一份。

附件4

商洛市门诊慢特病资格认定申请资料

**1、一般情况**

①医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

②所申报病种近两年内在二级及以上公立定点医疗机构住院病历复印件(如住院病历为两年以前的，需再提供近两年两次及以上门诊病历及相关检查阳性报告单)；

③二级及以上定点公立医疗机构诊断证明书复印件(二年内)；

**2、其他情况**

①医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

②对于苯丙酮尿症、甲状腺功能减退症、阿尔兹海默症等特殊疾病,如患者无住院病历可提供近三年三次以上门诊(抢救)病历复印件、门诊相关检査阳性报告单、化验单(原件)及需要持续用药治疗的证明材料进行申请；

③对于复审病种:可只提供近一年来一次及以上定点医疗机构门诊治疗病历、相关检査化验单(原件)及需要继续用药治疗的证明材料。

附件5

商洛市城乡居民医保门诊慢特病补助

结算申报资料

1、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

2、定点医药机构门诊收费票据报销联(收据联或发票联)原件、费用清单、处方底方和检査、化验报告单(复印件)；

3、《商洛市城乡居民医保门诊慢性病补助个人报销单》（见附件5.1）；

4、情况说明（进行异地就医备案人员及系统标识的驻外人员无需提供）；

5、如有电子发票,需提供《电子发票承诺书》（见附件5.2）。

附件5.1

商洛市城乡居民医保门诊慢性病补助个人报销单

单位名称(公章)： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 医保个人编码/身份证号 |  |
| 发票张数 |  | 发票金额 |  |
| 参保人确认签字 |  | 经办人员签字 | （单位、社区、学校经办人） |
| 审核扣除 |  | 审核人签字 |  |
| 备注 |  |

附件5.2

电子发票承诺书

姓名： ，身份证号： ，现申请 （医疗机构/药店） 年 月 日的门诊医疗费用（电子发票）进行门诊慢性病报销，发票号码为 ，共计票据 张，合计金额： 元。

本人保证提供的电子发票信息真实、准确、完整、有效，不存在重复申报，如有虚假愿意承担一切法律责任。

承诺人（签名、指印）：

联系电话：

 年 月 日

附件6

陕西省第一批罕见病诊疗协作网医院名单

省级牵头医院: ①西安交通大学第一附属医院

成员医院: ②西安交通大学第二附属医院

③陕西省人民医院

④西京医院

⑤唐都医院

⑥西安市儿童医院

⑦西北妇女儿童医院

附件7

商洛市基本医疗保险门诊慢特病病种鉴定标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **门诊慢特病病种** | **鉴定标准** | **备注** |
| 1 | 大骨节病 | 1.临床诊断明确，有病区接触史及大骨节病的症状和体征；2.手骨X线拍片所见手指、腕关节骨关节面、干骺端临时钙化带和骺核的多发对称性凹陷、硬化、破坏及变形等改变可诊断本病。 |  |
| 2 | 中重度氟骨症 | 1.临床诊断明确，临床表现为氟骨症所具有的骨关节痛、肢体运动障碍或畸形，伴有氟斑牙(12岁以后迁入高氟区患者可没有氟斑牙)；2.影像学检查有氟骨症表现，如骨骼X线改变有骨硬化，骨周软组织钙化 的特征性改变；3.血、尿氟超过正常范围。 |  |
| 3 | 慢型克山病 | 1.临床诊断明确，具有克山病发病特点；2.具备以下1-3中的任何一条，并同时符合4-7中任何一条或其中一项表现，又能排除其他疾病：①心脏增大；②急性或慢性心功能不全的症状和体征；③快速或缓慢性心律失常；④心电图改变：⑴房室传导阻滞；⑵束支传导阻滞(不完全右束支传导阻滞除外)；⑶T波和（或）ST段改变；⑷Q-T间期明显延长；⑸多发或多源性室性期前收缩；⑹阵发性室性或室上性心动过速；⑺心房颤动或心房扑动；⑻P波异常(左、右房增大或双侧心房负荷增大)；⑤胸部X线改变：如心脏扩大；⑥超声心动图改变：如左心房、左心室内径扩大；射血分数(EF%)常降至40%以下；可有节段性室壁运动障碍；二尖瓣血流频谱A峰大于E峰；⑦心肌损伤标志物检查：⑴血清心肌肌钙蛋白I或T升高；⑵血清心肌酶肌酸激酶同工酶（CK-MB)含量增高。 |  |
| 4 | 帕金森病 | 1.经三甲医院确诊；2.有震颤舞蹈动作或动作僵硬、缓慢等之一帕金森综合症的临床表现。 |  |
| 5 | 阿尔茨海默病 | 1.经三级医院确诊，相关检查量表支持；2.必须有2种或2种以上区域认知功能障碍；3.进行性加重的记忆力及其他智能障碍；4.无明显认知功能障碍，可伴精神和行为异常；5.排除其他可导致进行性记忆和认知功能障碍的脑部疾病。 |  |
| 6 | 骨关节炎（仅限膝关节） | 1.有膝痛及该膝X相示有骨骜，是伴有下述任一条者：①年龄≥50岁；②受累膝僵硬＜30min；③有骨摩擦音。 |  |
| 7 | 原发性高血压病（限2级） | 按ISH指南临床确诊高血压2级，并具备下列并发症之一者：1.脑血管意外（包括腔隙性脑梗塞）或高血压脑病；2.心脏疾病（心肌梗塞、心绞痛、心力衰竭等）；3.高血压肾病；4.眼底出血，渗出或视乳头水肿。 | ISH指南（2020） |
| 8 | 脑梗死后遗症 | 1.既往有脑梗死病史；2.临床表现有肢体瘫痪（单个或偏侧肢体肌力S3级及以下）或感觉障碍、颅神经损害、失语等；3.影像学检查阳性结果。 |  |
| 9 | 脑出血后遗症 | 1.既往有脑出血病史；2.临床表现有肢体瘫痪（单个或偏侧肢体肌力S3级及以下）或感觉障碍、颅神经损害、失语等；3.影像学检查阳性结果。 |  |
| 10 | 系统性红斑狼疮 | 1.临床诊断明确；2符合美国风湿病学（ARA)诊断标准，并有一个或一个以上脏器损害的中、重度病人。 |  |
| 11 | 支气管哮喘 | 1.临床诊断明确，具备以下①-③中的任何一条：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(FEV1增加15%以上,且FEV1绝对值增加>200ml)；③昼夜PEF变异率≥20%。 |  |
| 12 | 糖尿病(限伴有并发症) | 糖尿病伴并发症：⑴临床确诊糖尿病；⑵有急、慢性并发症（心、脑、肾、眼、周围神经病变、周围血管病变等并发症既往史）的临床表现及相应并发症检查资料；⑶糖尿病合并周围神经病变需附肌电或感应阈值检查报告（显示阳性）；⑷糖尿病合并周围血管病变需附下肢血管彩超提示有斑块形成。 |  |
| 13 | 慢性再生障碍性贫血 | 1.临床诊断明确，临床表现有进行性贫血，出血倾向、发热等；2.血常规、骨髓化验检查均提示再生障碍性贫血。 |  |
| **序号** | **门诊慢特病病种** | **鉴定标准** | **备注** |
| 14 | 慢性阻塞性肺疾病 | 1.临床相关诊断明确；2.影像学检查:两肺纹理增粗、紊乱，或呈网状或条索状、斑点状阴影、肺透亮度增加，肺气肿显著；3.呼吸功能检查:第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值减少（<70%）,最大通气量减少（低于预计值的80%）。 |  |
| 15 | 慢性活动性肝炎 | 1.临床相关诊断明确，肝炎病史6个月；2.实验室检查：近一年肝功能具有以下异常项目之一：①ALT>50IU/L, AST>50IU/L；②肝炎病毒抗原检测为阳性；③HBV-DNA阳性；④肝穿刺病理报告符合慢性活动性肝炎；3.病毒性肝炎病人：实验室检查项中②为必须满足项，且其他实验室检查项有异常之一；4.自身免疫性肝炎需伴有关节炎、肾炎、脉管炎、皮疹或干燥综合症等肝外器官表现及相关免疫功能检查及化验报告；5.肝纤维化指标＞＞3。 |  |
| 16 | 精神分裂症 | 1.具备精神专科病区的三级医院或二级及以上专科医院住院治疗记录；2.具备精神专科病区的三级医院或二级及以上专科医院二年以上门诊治疗记录；3.相关精神疾病检查的检测量表或实验室检查结果支持诊断。 |  |
| 17 | 双相情感障碍 | 1.具备精神专科病区的三级医院或二级及以上专科医院住院治疗记录；2.具备精神专科病区的三级医院或二级及以上专科医院二年以上门诊治疗记录；3.相关精神疾病检查的检测量表或实验室检查结果支持诊断。 |  |
| 18 | 肾病综合症 | 1.临床诊断明确；2.实验室检查支持诊断：大量蛋白尿（＞3.5g/24小时尿）及明显低蛋白血症（白蛋白＜30g/L)； |  |
| 19 | 类风湿关节炎 | 1.临床诊断明确；2.相关检查支持诊断并符合以下条件中任意四项：①晨僵（不少于6周）；②三个或三个以上关节肿（不少于6周）；③对称性关节肿（不少于6周）；④腕、掌指关节和近端指间关节肿（不少于6周）；⑤皮下结节；⑥手X光片改变；⑦类风湿因子阳性。 |  |
| 20 | 冠状动脉硬化性心脏病 | 1.临床确诊冠心病；2.心电图检查有心肌梗塞表现；3.冠状动脉造影或其他影像学检查提示有≥50%狭窄。 |  |
| 21 | 甲状腺功能亢进 | 1.临床诊断明确；2.甲状腺功能检查指标异常，TSH↓、FT4↑、FT3↑；3.B超检查甲状腺弥漫性肿大。 |  |
| 22 | 甲状腺功能减退 | 1.临床诊断明确；2.甲状腺功能检查指标异常，TSH↑、FT4↓、FT3↓。 |  |
| 23 | 耐药肺结核 | 1、具有肺结核常见临床表现（如咳嗽、咳痰、午后低热等）；2、影像学检查符合结核病改变；3、痰结核菌检查或结核菌素试验阳性，并且药敏试验提示对两种或者两种以上一线抗痨药具耐药性。 |  |
| 24 | 尘肺病 | 1.有确切的职业性粉尘接触史；2.排除其他肺部疾病后有X射线胸片检查支持，按X胸片表现分期：①Ⅰ期尘肺：a）Ⅰ：有总体密集度1级的小阴影，分布范围至少达到两个肺区；b）Ⅰ+：有总体密集度1级的小阴影，分布范围超过4个肺区或有总体密集度2级的小阴影，分布范围达到4个肺区；②Ⅱ期尘肺：a）Ⅱ：有总体密集度2级的小阴影，分布范围超过4个肺区；或有总体密集度3级的小阴影，分布范围达到四个肺区；b）Ⅱ+：有总体密集度3级的小阴影，分布范围超过4个肺区，或有小阴影聚集，或有大阴影，但尚不够诊断为Ⅲ者；③Ⅲ期尘肺：a）Ⅲ：有大阴影出现，其长径不小于20mm，短径不小于10mm；b）Ⅲ+：单个大阴影的面积或多个大阴影面积的总和超过右上肺区面积者。 |  |
| 25 | 脑性瘫痪 | 1.提供相关病史资料，临床相关诊断明确；2.婴儿时期出现症状，表现为发育落后或各种运动障碍；3.有脑损伤神经学症状：脑损伤或脑发育缺陷为非进行性，中枢性运动障碍及姿势和运动模式异常及活动受限、发育性反射异常、肌张力异常；4.常伴随智力低下、言语障碍、惊厥、感知觉障碍及其它异常；5.需除外进行性疾病所致的中枢性瘫痪、正常儿的一过性运动发育滞后及肌病；6.头颅CT、MRI检查可见结构性改变。 |  |
| **序号** | **门诊慢特病病种** | **鉴定标准** | **备注** |
| 26 | 肝硬化（失代偿期） | 1.临床相关诊断明确，有慢性肝脏病史及脾大、脾功能亢进、侧支循环形成、腹水等门脉高压征象；2.满足以下2项：血浆蛋白≤5g/L，ALT＞2倍正常值，总胆红素＞34.2umol/L，凝血酶原活跃度＜60%；3.相关影像检查支持。 |  |
| 27 | 动脉血管内支架植入术后辅助药物治疗（限第一年） | 1.动脉血管内支架植入术病史（一年内）；2.切实需要辅助药物治疗。 |  |
| 28 | 白血病 | 1.在三级甲等医院确诊过白血病；2.临床表现有贫血、出血倾向、发热、骨痛、肝、脾淋巴结肿大等；3. 血常规、骨髓化验检查符合白血病诊断条件。 |  |
| 29 | 恶性肿瘤门诊放化疗 | 1.经病理学检查或影像学检查及相关化验，诊断明确为恶性肿瘤。2.需要进行放、化治疗。 |  |
| 30 | 器官移植术后服用抗排斥药 | 1.器官移植病史。2.需要进行抗排异治疗的。 |  |
| 31 | 慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析 | 1.符合第（1）至（3）项中一项以上指标，且同时符合第（4）至（7）项中一项以上指标。（1）肌酐清除率(Ccr)≤10ml/min，合并糖尿病时Ccr≤15m1/min；（2）血尿素氮≥28.6mmol/（80mg/dl）；（3）血肌肝≥707.2umol/l（8mg/dl）；（4）高钾血症K≥6.5mmol/L；（5）代谢性酸中毒HCO3≤16.74mmol/L；（6）有明显水潴留体征（严重浮肿、血压升高及充血性心力衰竭）；（7）有厌食、恶心、呕吐等明显尿毒症表现。2.需要进行腹膜（血液）透析治疗。 |  |
| 32 | 苯丙酮尿症(PKU) | 1.三级综合医院或专科医院临床明确诊断为苯丙酮尿症，新生儿筛查并复查发现血Phe浓度升高或出现相关临床表现；2.血Phe＞120umol/L(2mg/dl),Phe/Tyr＞2.0； 3.血Phe浓度、尿蝶呤谱分析及血DHPR测定等检测结果符合各类高苯丙氨酸血症。 |  |
| 33 | 四氢生物蝶呤缺乏症(BH4D) | 1.三级综合医院或专科医院临床明确诊断为四氢生物蝶呤缺乏症，新生儿筛查并复查发现除PKU特点外，表现为肌张力底下；2.血Phe＞120umol/L (2mg/dl) ，Phe/Tyr＞2.0；3.尿蝶呤谱异常、血DHPR活性降低、BH4负荷试验可阳性；4.相关基因突变。 |  |
| 34 | 血友病 | 1.有或无家族史，有家族史者符合性联隐形遗传规律；2.有关节、肌肉、深部俎织出血，活动过久、用 力、创伤或手术后异常出血史；3.实验室检查结果阳性；4.有明确（活动性）出血症状：如关节、肌肉、深部组织出血或实验室检查结果为Ⅷ因子活性检测＜25%、IX因子活性检查＜25%； 5.有严重并发症：如关节畸形、假性肿瘤等。须同时具备1.2.3.4项或1.2.3.5项。 |  |