

兰州市人力资源和社会保障局 兰州市财政局 文件

兰人社发〔2017〕59号

关于印发《兰州市城镇基本医疗保险 特殊疾病长期门诊就医管理 实施意见》的通知

各县区人社局、市医保局、市社保局、局信息办、各定点医疗机构，相关定点零售药店：

现将重新修订的《兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊就医管理实施意见》印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行，在执行过程中遇到相关问题请及时与兰州市人力资源和社会保障局

会保障局或兰州市医疗保险局联系。

兰州市人力资源和社会保障局



公开属性：主动公开

兰州市人力资源和社会保障局办公室

2017年3月16日印发

规范性文件登记号：LZ[2017]11-RSJ1

兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期 门诊就医管理实施意见

为切实保障参保人员的根本权益，减轻特殊疾病患者的经济负担，保证医保基金的合理安全运行，现对全市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊管理提出如下实施意见。

一、范围及对象

凡参加兰州市城镇基本医疗保险的参保人员（含职工、居民），因特殊疾病需长期门诊治疗的，可按相关规定申请办理特殊疾病长期门诊（原称特殊疾病门诊或长期门诊）。

二、特殊疾病长期门诊病种

- （一）恶性肿瘤放疗；
- （二）恶性肿瘤膀胱灌注化疗；
- （三）乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗；
- （四）抗肿瘤药物及相关检查；
- （五）器官移植抗排异治疗；
- （六）慢性肾衰竭透析治疗；
- （七）慢性肾衰竭（非透析阶段）；
- （八）糖尿病伴慢性并发症；
- （九）原发性高血压（有合并症者）；
- （十）类风湿性关节炎（活动期）；
- （十一）慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）；
- （十二）血友病；

- (十三) 再生障碍性贫血;
- (十四) 肝豆状核变性;
- (十五) 癫痫;
- (十六) 精神分裂症;
- (十七) 脑血管意外(脑出血、脑梗塞)后遗症期;
- (十八) 强直性脊柱炎;
- (十九) 重症帕金森氏病;
- (二十) 心境障碍(情感性精神障碍);
- (二十一) 冠心病介入治疗术后;
- (二十二) 慢性心力衰竭(除外肺心病所致);
- (二十三) 心脏瓣膜置换术后的抗凝治疗;
- (二十四) 慢性肺源性心脏病;
- (二十五) 支气管哮喘(急性发作期);
- (二十六) 重型系统性红斑狼疮;
- (二十七) 苯丙酮尿症;

(一)-(二十六)项为参保职工申办特殊疾病长期门诊病种,(一)-(十八)、(二十七)项为参保居民申办特殊疾病长期门诊病种。其中,(二十七)项仅限于十八周岁及以下参保居民申办。

三、审批标准及诊疗范围(具体内容见附件1)

四、待遇支付时限及统筹基金最高支付限额(具体内容见附件2)

五、申报和确认

(一)申报流程。凡符合特殊疾病长期门诊病种的参保人员，需办理特殊疾病长期门诊治疗者，在兰州市人社局网站下载打印或到各县（区）医保经办机构服务大厅窗口现场领取《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊申请表》（附件3），按说明填写完整（患多种疾病的，应按所患主要病种填报，最多申报两种疾病），加盖选定门诊治疗的定点医疗机构医保办公章，并附本人医保卡复印件和病情证明资料，按规定时间前报送至各县（区）医保经办机构。

(二)申报所需的病情证明材料（具体内容见附件4）

1. 初次申办或待遇期满续办者：须提供兰州市医保经办机构认定的定点医院半年内的体检资料（附门诊病历）或住院病历。异地安置人员提供安置地（或参保地）定点医疗机构的体检资料或住院病历。

2. 所有初次申办或待遇期满续办高血压（伴合并症）或糖尿病伴慢性并发症的参保人员须提供近半年内认定体检医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者），住院病历不再作为申办资料申请特殊疾病长期门诊。

3. 初次申办或待遇期满续办恶性肿瘤相关病种、器官移植抗排异治疗、心脏瓣膜置换术后抗凝治疗、冠心病介入治疗术后、慢性心力衰竭（除外肺心病所致）、重症帕金森氏病、血友病、肝豆状核变性、脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期等病种须提供与所申报病种相关的住院病历。其中恶性肿瘤膀胱灌注化疗、乳腺癌或前列腺癌的内分泌治疗、抗肿瘤药物及相关检查须

提供近半年内的住院病历，恶性肿瘤放疗须提供近一周内的住院病历。慢性肾衰竭透析治疗初次申办时须提供近三个月的住院病历，待遇期满续办时可提供近一个月的透析记录单和肾功检查单，并加盖医院医保办公章。脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期病种限初次发病半年后患者申办，初次申办时须提供初次发病及申办前一月内的住院病历，待遇期满续办时须提供申办前三个月住院病历。申办苯丙酮尿症者须提供甘肃省妇幼保健院出具的《苯丙酮尿症诊断证明书》、确诊化验单。

4. 支气管哮喘（急性发作期）、类风湿性关节炎（活动期）、慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）等病种初次申办或待遇期满续办者均须提供近三个月内的住院病历或体检资料（附门诊病历）。强直性脊柱炎初次申办或待遇期满续办者需须提供近一年的住院病历或体检资料。

5. 确因身体原因（偏瘫、截瘫、恶性肿瘤晚期、下肢残疾、70 岁以上患慢性病生活不能自理）无法提供上述资料者，须提供既往住院病历或体检资料及社区证明。

（三）审批确认

1. 县（区）医保经办机构审核。参保人员将申办资料于每月 10 日前报送至县（区）医保经办机构服务大厅窗口，县（区）医保经办机构根据申报信息填报《兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊花名册》（附件 5）后交专家组初审，初审合格的资料由主管领导签字后报送至兰州市医保经办机构。

2. 市医保经办机构审核确认。市医保经办机构审核科对申报

资料进行复审，复审合格的资料报主管领导签字确认后，由业务科室依据申报人社会保障卡号将审批信息录入社会保障系统，审批结果反馈至县（区）医保经办机构，由县（区）医保经办机构打印《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗审批单》（见附件6），并通知参保人员。

3. 部分特殊病种即时审批。申办恶性肿瘤放疗、慢性肾衰竭透析治疗、器官移植抗排异治疗、苯丙酮尿症、聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）等特殊疾病长期门诊病种时，如无特殊情况，县（区）及市医保经办机构应即时审批。

4. 审批资料归档。复审确认后，市医保经办机构将所有审批资料全部返还县（区）医保经办机构，未审批通过资料退还参保人员，审批通过资料由县（区）医保经办机构存档，以备随时核查。存档期为所审批病种相应的待遇支付时限，最长不超过十年。

5. 从严审核。在审核过程中，市、县（区）医保经办机构审核专家必须实事求是，严禁弄虚作假，严格按照特殊疾病长期门诊病种审核标准及诊疗范围进行审批，确保审核的真实性、客观性。参保人员因资料不全或对审批结果有异议的，应在15个工作日内，向县（区）医保经办机构提出复审申请，由县（区）医保经办机构再次向市医保经办机构报送。

六、就医管理

（一）定点医疗机构管理

1. 特殊疾病长期门诊就医实行病种定点医疗机构管理制度。符合条件的特殊疾病长期门诊参保人员，应根据自己的意愿

自主选择一家市医保经办机构认定的定点医疗机构作为特殊疾病门诊就医的就诊点。该医疗机构要为参保人员建立门诊诊疗档案，并详细记录参保人员的诊疗情况。接诊医师应认真核实参保人员身份，杜绝冒名顶替现象发生，并依据“因病施治、合理用药”的原则，在现行《甘肃省城镇职工基本医疗保险和生育保险诊疗项目目录》、《甘肃省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》及《甘肃省城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见》（以下简称三项目录）范围内，根据参保人员审批病种合理制定诊疗计划，并对参保人员在治疗期内需要使用的药品名称、规格、用量、用法等予以明确，一次处方给药量最长不超过 30 天。

2. 部分特殊疾病病种的就医管理

（1）恶性肿瘤。恶性肿瘤放疗、乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗、膀胱灌注化疗、抗肿瘤药物及相关检查者，必须在市医保经办机构认定的具备放化疗资质的医疗机构进行诊疗。定点医疗机构肿瘤科副高级以上（含副高级）职称医师为患者制定详细的诊疗计划（化疗包括药品名称、规格、剂量、用法、疗程；放疗包括部位、次数、疗程；内分泌治疗包括药物名称、规格、剂量、用法、疗程等），并严格按照诊疗计划进行诊治。医疗机构要为患者建立门诊诊疗档案，并及时存档，医保经办机构组织专家不定期进行检查。

（2）器官移植抗排异治疗。器官移植抗排异治疗参保人员须在市医保经办机构认定的医疗机构中选择一家作为门诊治疗

定点医院。该类患者的抗排异用药及辅助用药必须由患者本人选定的医疗机构的副高级以上（含副高级）职称医师开具处方并签字（一式两份），同时由所选定医疗机构医保办审核盖章，报市医保经办机构审核备案后，方可在选定的医疗机构或市医保经办机构认定的定点药店购药。相关定点医疗机构、定点药店必须建立器官移植患者的用药档案，以备核查。

（3）慢性肾衰竭透析治疗。慢性肾衰竭透析治疗的参保人员须在市医保经办机构认定的定点医疗机构进行透析治疗。定点医疗机构严格按照医保规定的标准收费，并为参保人员建立透析档案（包括每次的透析记录、辅助用药处方及收费清单均由参保人员或委托代理人签字），医保经办机构不定期进行核查。

（4）聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）治疗。聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）治疗，仅限于丙型活动性肝炎使用，须在市医保经办机构认定的定点医疗机构进行诊治。参保患者使用聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）治疗时，由定点医疗机构指定专家出具专用处方，定点医疗机构医疗保险办公室签署意见并盖章后到市医保经办机构由审核专家审批，住院期间每次最多审批2支，门诊治疗每次审批不超过12支，终身只审批48支。

（5）苯丙酮尿症的治疗。根据《甘肃省苯丙酮尿症患儿治疗费用城乡居民医疗保险报销实施方案》规定，甘肃省妇幼保健院、兰州市妇幼保健院为我市参保居民苯丙酮尿症诊断和治疗的定点医疗机构。定点医疗机构购买并管理替代食品，在药房单独设置专柜或专区存放，同时要确定专人负责苯丙酮尿症患儿诊疗项

目及价格的公示，按要求填写《甘肃省苯丙酮尿症患儿管理卡》，留存患儿相关证件复印件、苯丙酮尿症诊断证明书、治疗处方、发票存根等资料。

3. 乙类诊疗项目管理。定点医疗机构对确因病情需要使用《三项目录》内乙类药品和诊疗项目时须征得患者同意并签字，并将签字单保存在门诊治疗档案内，以备随时核查。

4. 定点医疗机构的变更。一经选定的定点医疗机构原则上在有效待遇支付期限内不能变更。因居住地迁移、病情需要等原因确需变更的，由本人提出申请，填写《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊定点医疗机构变更申请表》（附件7），并提供相关证明（居住地迁移者提供社区证明，病情需要者提供原定点医疗机构出具的无法提供相关诊疗措施的证明并加盖医保办公章），经县（区）医保经办机构、市医保经办机构审核同意后予以变更。原则上一个自然年度内只能变更一次。

（二）特殊疾病长期门诊定点药店管理

经市医保经办机构审核认定为特殊疾病长期门诊的定点药店，须确保特殊疾病长期门诊用药的品种、质量和安全，合理控制药品服务成本和药品价格，提高销售药品服务质量。须由执业药师严格按照《处方管理办法》的相关规定调剂给药，不规范的处方不予发药。无定点医疗机构医保办公章和外购专用章的处方，不予发药。不得冒用定点医疗机构处方为参保人员开药。

（三）特殊疾病长期门诊参保人员管理

1. 参保人员就医程序。特殊疾病长期门诊参保人员就医时，

须持《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗审批单》、社会保障卡、身份证在选定的定点医疗机构诊治和购药。如需到药店购药者，须由已选定医疗机构的医师开具处方，并加盖该医疗机构医保办公章和外购专用章，方可前往市医保经办机构认定的长期门诊定点药店刷卡购药。无医保办公章和外购章的，产生的费用不予报销。

2. 特殊原因给药。因公出差、探亲等特殊原因外出的参保人员，填写《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊超量带药申请表》（附件8），并由市医保经办机构审核同意后，可开具最长不超过180天的药量。苯丙酮尿症患儿家长凭治疗处方购买替代食品，原则上每次购买一个月的治疗量，路途较远的患儿，可酌情购买2-3月治疗量。

3. 区域外购药。本行政区域内的参保人员不允许到兰州市行政区域以外购药，否则发生的费用个人自理。

4. 异地人员门诊就医。参保职工异地安置人员应在居住地由本人所选择的三至五家定点医疗机构内选择一家医疗机构作为特殊疾病长期门诊治疗的定点医院。异地安置人员应按参保地特殊疾病门诊的相关规定就医。

5. 特殊疾病长期门诊参保人员住院。患者因病住院期间不能申办特殊疾病门诊。已经审批的，暂停享受特殊疾病长期门诊有关待遇。出院后在待遇支付期内可继续特殊疾病长期门诊的诊治。

6. 建立退出机制。已审批为特殊疾病长期门诊的参保人员，

有下列情形之一的，终止其享受特殊疾病长期门诊相关待遇。

(1) 治疗后所患疾病好转、康复，待遇期满未续办的；

(2) 审批后超过 3 个月未进行特殊疾病诊治的，或出现中断治疗达到 3 个月以上的；

(3) 未按医保相关规定按时缴纳参保费用的；

(4) 违反医疗保险管理相关规定并受到市、县（区）医保局处罚的。

七、费用结算

（一）设定起付标准

基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗，按照相关的医保政策要求设定起付标准。城镇职工不分医疗机构等级，执行统一的起付标准，每年 600 元。城镇居民以所选医疗机构的现行住院起付标准执行。长期门诊起付标准根据病种限额支付方式按月（年）分摊。

（二）报销比例

特殊疾病长期门诊治疗严格执行《三项目录》。结算时按审批病种诊治发生的门诊医疗费用扣除起付标准、个人使用《三项目录》以外自费药品和诊疗项目费用及《三项目录》内乙类药品和诊疗项目自付费用（城镇职工自付乙类药品和诊疗项目的 10%，城镇居民自付乙类药品和诊疗项目的 20%，）后按比例报销。聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）治疗费用，不计入慢性病毒性活动性肝炎、肝硬化（失代偿期）所确定的年度内统筹基金最高支付限额。按本意见规定以体检资料进行初次申办或待遇期满续

办的病种，在申办时提供了真实有效的门诊体检资料（附体检费用发票原件），并审核通过者，免除第一个审批年度的起付标准。

1. 城镇职工。参保城镇职工报销时，符合医保支付范围的医疗费用统筹基金支付 70%，个人自付 30%。其中，肾衰竭透析治疗医保统筹基金支付 90%，个人自付 10%；器官移植抗排异治疗医保统筹基金支付 80%，个人自付 20%。

2. 城镇居民。参保城镇居民报销时，符合医保支付范围的医疗费用统筹基金支付 50%，个人自付 50%。其中，肾衰竭透析治疗及器官移植抗排异治疗医保统筹基金支付 65%，个人自付 35%；苯丙酮尿症治疗限额内（2 万元/人/年）报销比例为 70%，每人每年实际补偿封顶线为 1.4 万元。城镇居民基本医疗保险统筹报销参保年度内封顶线为 3 万元，用于支付当年的住院费用、特药费用及特殊疾病长期门诊诊疗费用。城镇居民大病保险政策按《关于印发甘肃省开展城乡居民门诊慢特病大病保险工作实施方案（试行）的通知》〔甘医改办发〔2016〕1 号〕执行。

3. 两种特殊疾病门诊的支付方式。患多个疾病的参保人员，可同时申办两个特殊疾病长期门诊病种；本年度内医保基金最高支付限额在单一病种最高支付限额标准（执行高标准）的基础上增加 500 元。

4. 公务员补助。市直及区属公务员长期门诊特殊疾病医疗费用个人自付部分，按照《关于调整市直单位公务员医疗补助标准的通知》（兰人社发〔2012〕76 号）的有关规定进行补助。

（三）结算模式

患者在诊治、购药时刷卡自动结算。属于个人自付的费用由个人账户或现金支付，属医保基金支付的费用，由市医保经办机构核拨给各定点医疗机构及指定的定点零售药店。除血友病、恶性肿瘤放疗、抗肿瘤药物及相关检查、心脏瓣膜置换术后抗凝治疗、慢性肺源性心脏病、支气管哮喘（急性发作期）、苯丙酮尿症等病种按年结算外，其余病种均实行按月限额结算模式。器官移植抗排异治疗实行两个阶段两个限额的结算方式，术后两年内一个限额，两年后一个限额。血友病特殊疾病门诊参保人员发生的门诊费用先由本人全额垫付，于次年3月31日前持购药处方、发票、清单前往市医保经办机构相关科室按比例审核报销费用。

（四）异地安置人员特殊疾病门诊结算

异地安置及长期驻外人员的特殊疾病长期门诊，按本意见中的相关规定申办，病种最高支付限额须按参保地标准执行。发生的门诊医疗费用先由本人垫付，每半年将资料报送参保地所属县（区）医保经办机构审核后报市医保经办机构结算一次。慢性肾衰竭透析治疗、器官移植抗排异治疗、聚乙二醇干扰素（派罗欣或佩乐能）治疗的参保患者治疗及药品费用按参保地标准执行。

（五）支付说明

参保人员审批后确定的病种按医保基金最高支付月（年）限额享受特殊疾病长期门诊待遇，未审批的病种发生的费用不予支付。

八、违规处罚

（一）市医保经办机构加强对特殊疾病长期门诊定点医疗机

构和药店的监督和核查。如定点医疗机构和药店有违规行为的，按照《兰州市基本医疗保险就医诊疗监督管理办法》（兰医保〔2012〕34号）的相关规定予以处理，情节严重的，依照《社会保险法》相关规定处理。

（二）参保人员因弄虚作假取得特殊疾病长期门诊待遇，或违反《兰州市基本医疗保险就医诊疗监督管理办法》第五章第十三条中任意一项者，除按相关规定处理外，市医保经办机构应当停止其特殊疾病长期门诊待遇1年。

九、意见实施的相关说明

1. 本意见自2017年4月1日起执行，有效期5年。

2. 本意见实施之日起，初次申办或待遇期满续办特殊疾病长期门诊的参保人员，须按本意见规定申办并享受待遇。

3. 本意见实施之日起，参保人员按原相关规定已审批的特殊疾病长期门诊病种，支付待遇期未届满的，可按原规定支付费用（居民起付标准按现行政策执行），直至原支付待遇期满，也可按本意见的相关规定重新申办。取消的病种和诊疗项目，期满后不再审批。

4. 本意见实施之日起，参保人员按原相关规定已审批两个特殊疾病长期门诊病种的，有一个病种支付待遇期满，或在一个病种基础上新增第二个病种的，无论另一病种支付待遇时限是否到期，两个病种均须重新提供完整资料，按本意见的相关规定同时申办。

5. 本意见实施过程中，如遇上级有关政策调整，按上级有关

文件精神修订后实施。

附件: 1. 兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊病种审核标准及诊疗范围

2. 兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊病种待遇支付一览表

3. 兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊审批表

4. 兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊申办需提供的资料

5. 兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊审批花名册

6. 兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗审批单

7. 兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊定点医疗机构变更申请表

8. 兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊超量带药申请表

附件 1

兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊 审批标准及诊疗范围

一、恶性肿瘤放疗；恶性肿瘤膀胱灌注化疗；乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗；抗肿瘤药物治疗及相关检查

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内（恶性肿瘤放疗者须提供一周内的住院病历）与所申报病种相符合的住院病历（须提供病理诊断资料及影像学资料），待遇期满续办者提供既往的与所申报病种相符合的住院病历和近期的门诊病历。但无论是初次申办或续办，均须提供定点医疗机构专科副主任医师以上（含副主任医师）开具的详细的诊疗计划（包括放疗次数、放疗剂量、放疗部位、放疗周期等；化疗所需要的药品名称、剂量、使用时间、使用方法及化疗周期等；口服内分泌治疗的药品名称、剂量、使用方法、服用周期等）。诊疗计划须由科主任签字并加盖医院公章。

2. 组织学、细胞学、影像学诊断资料。

（二）门诊治疗指征

经二级以上医院确诊为恶性肿瘤，需要在门诊长期治疗的。

（三）门诊诊疗范围

1. 恶性肿瘤放疗包括：近距离照射放疗、直线加速器放疗、直线加速器适型治疗、立体定向放疗（ γ -刀、X-刀）；

2. 恶性肿瘤膀胱灌注化疗;
3. 前列腺癌和乳腺癌的内分泌治疗药物;
4. 抗肿瘤药物及相关检查,包括口服化疗药、疼痛治疗及中成药治疗;放化疗不良反应(白细胞和血小板减少)的治疗;治疗期间及治疗后的相关检查。

备注:10年以上(不包括10年)无复发的不予审批,时间以首次确诊资料为准。

二、器官移植抗排异治疗

(一) 申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供包含器官移植手术记录在内的完整住院病历;
2. 有关临床资料及实验室检查资料;
3. 定点医院相关科室出具的抗排异治疗计划,并有专科副主任医师以上(含副主任医师)开具处方并加盖医院公章。

(二) 门诊治疗指征

经三级定点医疗机构确认为器官移植术后,需要在门诊进行抗排异治疗的患者。

(三) 门诊诊疗范围

1. 器官移植抗排异治疗的药物;
2. 器官移植抗排异治疗期间必需的支持治疗及并发症治疗;
3. 器官移植抗排异治疗期间的相关检查。

三、慢性肾衰竭透析治疗

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供近三个月与所申报病种相符合的住院病历及出院之后的门诊透析记录并加盖医院公章；待遇期满续办者提供近一个月的门诊透析记录单及肾功能检查单，并加盖医院公章；

2. 临床表现：少尿、无尿；容量负荷增加导致的左心衰、急性肺水肿等；难以控制的高血压；难以纠正的酸中毒、尿毒症性心包炎、尿毒症性脑病，临床有明显尿毒症中毒症状。

3. 血常规、尿常规、生化全项、肌酐清除率报告单、甲状旁腺素及影像学诊断资料；

4. 定点医院肾病科主治医师以上（含主治医师）开具的需长期门诊透析计划的证明；

5. 近期的门诊透析记录单，并加盖医院公章；

6. 自行腹膜透析患者须提供定点医院出具的长期透析计划、透析记录单或透析处方、购药发票及清单，并加盖医院公章。

（二）门诊透析治疗的指征

实验室检查符合下列标准：患者属慢性肾脏病 5 期（肌酐清除率 $\leq 15\text{ml/min}$ 或血肌酐 $\geq 707\mu\text{mol/L}$ ）者；

（三）门诊诊疗范围

1. 透析治疗：血液透析费用（血透费、血透监测费、透析液、透析管路、一次性透析器、穿刺针、肝素）、腹膜透析液、透析器及透析管路、肝素帽；

2. 透析期间的相关治疗；

3. 透析前、透析期间的相关检查。

四、慢性肾衰竭（非透析阶段）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；
2. 有关临床资料：血常规、尿常规、生化全项、尿肾功、24小时尿蛋白定量、肌酐清除率报告单等检查资料；
3. 影像学诊断资料；
4. 定点医院肾病科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

任何原因导致的肾功能衰竭，内生肌酐清除率：男性 $\leq 25\text{ml/min}$ ，女性 $\leq 21.5\text{ml/min}$ ，不需要血液透析或腹膜透析者。

（三）门诊诊疗范围

1. 肾衰竭相关的药物治疗及结肠透析治疗；
2. 原发病的治疗；
3. 治疗期间相关的各项检查。

五、糖尿病伴慢性并发症

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年市医保经办机构认定医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）；
2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 相关的辅助检查资料：血糖及糖化血红蛋白检查报告单、并发症的相关资料（包括影像学资料、生化全项、尿肾功、24 小时尿蛋白定量、24 小时动态血压、眼底照相、震动感觉阈值等）；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 达到国内现行的糖尿病诊断标准；

2. 至少合并下列一项慢性并发症：

①冠心病：冠脉造影提示管腔狭窄（ $\geq 50\%$ ）和斑块，或心电图提示有心肌梗塞者；

②缺血性或出血性脑血管疾病：头颅 CT 提示脑出血、脑梗塞者；

③糖尿病肾病：尿白蛋白排泄率 $> 200\mu\text{g}/\text{min}$ 、尿白蛋白排泄量 $> 300\text{mg}/24$ 小时或血肌酐 $> 133\mu\text{mol}/\text{L}$ ；并有视网膜病变 II 度以上；排除其他原因导致的肾病。

④周围神经病变重度以上（VPT $>25\text{V}$ ）；

⑤糖尿病视网膜病变 III 度以上（白色软性渗出或出血斑）；

⑥糖尿病视网膜病变 II 度以上及周围神经病变中度以上（VPT $>20\text{V}$ ）；

⑦高血压合并至少一项并发症或靶器官受损；

⑧糖尿病足（达到外科换药的程度）。

（三）门诊诊疗范围

- (1) 胰岛素和口服降糖药;
- (2) 糖尿病并发症的相关治疗;
- (3) 治疗期间的相关检查。

六、原发性高血压病（伴合并症）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年市医保经办机构认定医院的体检资料(除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者);
2. 相关的临床资料,包括病史、症状、体征等;
3. 相关检查资料: 24 小时动态血压(体检报告必须提供)、心电图、生化全项、尿肾功、24 小时尿蛋白定量、眼底照相检查及影像学资料(X 线、心脏彩超、头颅 CT、血管彩超);
4. 定点医院专科主治医师以上(含主治医师)签名的诊疗计划;

（二）门诊治疗指征

血压 $> 160/95\text{mmHg}$ 同时合并以下至少一项临床合并症

- ① 冠心病: 冠脉造影提示管腔狭窄 ($\geq 50\%$) 和斑块, 或心电图提示有心肌梗塞者;
- ② 缺血性或出血性脑血管疾病: 头颅 CT 提示脑出血、脑梗塞者;
- ③ 高血压肾损害: 尿白蛋白排泄率 $> 200\mu\text{g}/\text{min}$ 、尿白蛋白排泄量 $> 300\text{mg}/24$ 小时或有血肌酐 $> 133\mu\text{mol}/\text{L}$; 排除其他原因导致的肾病。

④眼底出血或渗出，伴或不伴有视神经乳头水肿。

⑤颈动脉多发性斑块；

⑥心脏彩超提示左心室肥厚。

（三）门诊诊疗范围

1. 降压药物治疗；

2. 并发症治疗的相关药物。

七、类风湿性关节炎（活动期）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：血常规、血沉、类风湿因子、C反应蛋白、抗环胍氨酸抗体；

4. 关节影像学资料（X线片或关节B超）；

5. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

临床表现、类风湿因子阳性、血沉增快、C反应蛋白阳性、抗环胍氨酸抗体阳性、受累关节（多以双手关节为主）X线片及关节B超等资料中具备4项者。

（三）门诊诊疗范围

1. 药物：非甾体抗炎药、慢作用抗风湿药物、免疫抑制剂、

金制剂、糖皮质激素及抗风湿中成药;

2. 对症治疗;

3. 治疗期间的相关检查。

八、慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料;

2. 相关临床资料, 包括病史、症状、体征等;

3. 肝功、乙肝三系统、HBV-DNA 或抗-HCV、HCV-RNA、影像学及其他相关的各项检查资料;

4. 定点医院相关科室主治医师以上(含主治医师)签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 乙肝: 三系统和 HBV-DNA 提示患者被乙肝病毒感染, 并处于活动期 ($\text{HBV-DNA} \geq 10^3$), ALT, AST, GGT, TB 提示有肝损伤的证据;

2. 丙肝: 抗-HCV、HCV-RNA 提示丙肝病毒感染, 并处于活动期 ($\text{HCV-RNA} \geq 10^3$);

3. 肝硬化失代偿期: ①长期肝炎、肝硬化病史或住院经历; ②B 超显示肝硬化存在, 腹水存在; ③肝功能显示转氨酶升高、蛋白倒置等; ④门静脉高压, 食道、胃底静脉曲张, 低蛋白血症等体征。

(三) 门诊诊疗范围

1. 抗病毒药物及保肝药;
2. 肝硬化及并发症治疗的相关药物;
3. 治疗期间的相关检查;

4. 特别说明: 聚乙二醇干扰素仅限于丙型肝炎, 每周一支, 共 48 支。确需使用聚乙二醇干扰素治疗的参保患者由定点医疗机构指定专家出具专用处方, 定点医疗机构医保办签署意见并盖章后到市医保经办机构由专家组审批, 住院期间每次最多审批 2 支, 门诊治疗每次审批不超过 12 支, 终身只审批 48 支。

九、血友病

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历, 待遇期满续办者如无近半年的住院病历, 可提供既往与所申报病种相符合的住院病历。

2. 我省三甲级以上定点医院血液科副主任医师以上(含副主任医师)开具的诊断证明及诊疗计划;

(二) 门诊诊疗范围

抗血友病球蛋白(因子VIII)、重组人凝血因子VIII或IX。

(三) 报销办法

参保人员无须申报, 费用先自付, 于次年 3 月 31 日前持申报资料、购药处方、发票、清单前往市医保经办机构相关科室按比例审核报销费用。

十、再生障碍性贫血

(一) 申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料;
2. 临床资料, 包括病史、症状、体征等;
3. 周围血象: 血常规、网织红细胞计数等;
4. 骨髓穿刺检查资料;
5. 定点医院血液科副主任医师以上(含副主任医师)签名的治疗计划。

(二) 门诊治疗指征

1. 周围血象显示全血细胞减少, 网织红细胞计数明显减少;
2. 骨髓象显示粒细和红系细胞减少, 淋巴细胞、浆细胞组织嗜碱细胞相对增多, 明确提示再生障碍性贫血。

(三) 门诊诊疗范围

1. 再生障碍性贫血的药物治疗、输血治疗、抗感染治疗;
2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

十一、肝豆状核变性

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历, 待遇期满续办者如无近半年的住院病历, 可提供既往与所申报病种相符合的住院病历, 并提供近期的购药处方、发票、清单及门诊病历, 并加盖医院公章。

2. 相关的检查资料: 铜代谢相关的生化检查, 血常规、尿常

规、肝功、肾功、肝脏 B 超、脑影像学检查等;

3. 三级以上定点医院神经内科副主任医师以上(含副主任医师)出具的诊疗计划。

(二) 门诊治疗指征

三级以上医院确诊为肝豆状核变性, 需长期在门诊治疗

(三) 门诊诊疗范围

1. 驱铜及阻止铜吸收的药物治疗;

2. 对症治疗的药物治疗。

十二、癫痫

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供患者本人近半年内的住院病历, 续办者提供市医保经办机构认定医院的体检资料和近期购药处方、发票、清单, 并加盖医院公章;

2. 患者具有发作性、短暂性、反复性抽搐, 意识丧失, 知觉障碍, 感觉异常, 行为异常, 情感异常或内脏症状, 经临床明确诊断、正规治疗两年以上不能控制病情, 个人生活需人照顾;

3. 脑电图、头颅 MR、MRS、SPECT 扫描检查支持本病诊断;

4. 定点医院专科主治医师以上(含主治医师)签名的治疗计划或开具的购药处方(须注明所用药物的名称、剂量、服用方

(二) 门诊治疗指征

根据上述诊断资料明确诊断为癫痫, 需长期门诊维持治疗者。

(三) 门诊诊疗范围

1. 抗癫痫的药物治疗及相关的对症治疗;
2. 其他特殊治疗 (如伽马刀等) 不在此范围。

十三、精神分裂症

(一) 申报资料

1. 初次申办或续办者须提供患者本人近半年内的精神专科的住院病历或兰州大学第二医院及兰州市第三人民医院由指定主治医师以上 (含主治医师) 同时开具的诊断证明;
2. 有关临床资料 (包括病史、症状、体征);
3. 定点医院专科主治医师以上 (含主治医师) 签名的治疗计划 (须注明所用药物的名称、剂量、服用方法)。

(二) 门诊治疗指征

符合精神分裂症诊断标准, 经住院或门诊系统治疗后仍需长期维持治疗的。

(三) 门诊诊疗范围

1. 抗精神病的相关药物;
2. 针对抗精神病药副作用的治疗;
3. 治疗期间的相关检查。

十四、脑血管意外 (脑出血、脑梗塞) 后遗症期 (发病半年以后)

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供患者本人初次发病及申办前一月内的与所申请病种相符合的住院病历, 待遇期满续办者须提供近三个月内的住院病历 (包括头部 CT 或 MRI)。

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 辅助检查资料：头部 CT 或 MRI；
4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 有急性脑血管病史，并经头颅 CT、MRI 明确提示病变部位。
2. 合并下列各项症状之一：
 - （1）偏瘫肌力 ≤ 3 级；
 - （2）截瘫肌力 ≤ 4 级；
 - （3）单肢瘫肌力 ≤ 3 级；
 - （4）与脑血管意外相关非肢体瘫的中度以上运动障碍（不能自行进食、大小便、洗漱、翻身和穿衣，但在他人帮助下可以完成）；
 - （5）运动性失语、吞咽障碍或智力障碍。

（三）门诊治疗范围

1. 脑血管疾病及原发疾病的药物治疗；
2. 后遗症及并发症的对症治疗及中医针灸治疗；
3. 后遗症期治疗的相关检查。

十五、强直性脊柱炎

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近一年内的与所申请病种相符合的住院病历或体检资料；
2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：X-线片、CT 片、HLA-B27 及类风湿因子检查单。

4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

符合临床标准、1项（及以上）放射学标准和相关实验室检查标准者。

（1）临床标准：

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、性别正常人。

（2）放射学标准：双侧 $\geq$ Ⅱ级以上或单侧Ⅲ～Ⅳ级骶髂关节炎。

（3）实验室检查标准：HLA-B27阳性，类风湿因子阴性

（三）门诊诊疗范围

1. 药物治疗及药物不良反应的对症治疗；

2. 疼痛的对症治疗；

3. 治疗期间及治疗期后的相关检查。

十六、重症帕金森氏病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供半年内与所申报病种相符合的住院病历；待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单

及定点医院门诊病历，并加盖医院公章；

2. 患者具有震颤、肌肉强制、运动徐缓、姿势维持障碍等临床症状，对生活有影响或不能自理；

3. 头部 CT 或 MRI 扫描等检查排除其他相关疾病；

4. 定点医院专科副主任医师（含副主任医师）以上签名的门诊治疗计划。

（二）门诊治疗指征

根据上述诊断资料明确为重症帕金森氏病，需长期门诊维持治疗者。

（三）门诊诊疗范围

抗震颤麻痹的药物治疗及相关的对症治疗。

十七、心境障碍（情感性精神障碍）

（一）申报资料

1. 初次申办或续办者须提供患者本人近半年内的住院病历或兰州大学第二医院及兰州市第三人民医院由指定主治医师（含主治医师）同时开具的诊断证明；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征）；

3. 定点医院精神科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划（须注明所用药物的名称、剂量、服用方法）。

（二）门诊治疗指征

1. 符合心境障碍诊断标准，经住院或门诊系统治疗后仍需长期维持治疗的，可申请特殊疾病门诊；

2. 器质性精神障碍及焦虑障碍不在此范围。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗躁狂或抗抑郁药物治疗；
2. 针对药物副作用的治疗；
3. 治疗期间的相关检查。

十八、冠心病介入治疗术后

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者必须提供包含介入治疗手术记录在内的完整住院病历；
2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；
3. 冠脉造影、支架、冠脉搭桥术（OPCAB）的影像学资料；
4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗；
5. 仅有影像学资料者，必须有定点医院专科副主任医师以上（含副主任医师）签字意见。

（二）门诊治疗指征

近期行支架植入或冠脉旁路移植术，须长期门诊治疗者。

（三）门诊诊疗范围

抗血小板聚集药、调脂药、 β -受体阻滞剂、ACEI 类药、ARB 类药。

十九、慢性心力衰竭（除外肺心病所致）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供近半年内与所申办病种符合的完整住院病历；
2. 临床资料：病史（心力衰竭的常见诱因包括：感染、心律

失常、血容量增加、过度劳累或情绪激动、治疗不当、原有心脏病加重或并发其他疾病)症状、体征等;

3. 常规检查: 血、尿常规、生化、甲状腺功能;

4. 血浆脑钠肽(BNP)和基末端脑钠肽前体(NT-proBNP)检查: 慢性心衰评价标准: NT-proBNP > 2000pg/ml、BNP > 400pg/ml 时, 支持慢性心衰的诊断; 心脏彩超或超声心动图(提示有心包、心肌或瓣膜疾病, 心房或者心室扩大, 左心室射血分数低于 55%, 无肺动脉高压)、心电图、X 线胸片检查及其他检查;

5. 定点医院专科主治医师以上(含主治医师)签名的治疗计划或开具的购药处方(须注明所用药物的名称、剂量、服用方法), 并加盖医院公章。

(二) 门诊治疗指征

C 期心衰, 除外肺心病所致者。

(三) 门诊诊疗范围

1. 针对心衰的原发病的治疗;
2. 针对心衰进行的改善血流动力学的药物、延缓心室重构的药物、抗凝和抗血小板治疗的药物;
3. 治疗期间的检查。

二十、心脏瓣膜置换抗凝治疗

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供包含心瓣膜置换手术记录在内的完整住院病历; 续办者原则上要求提供手术记录在内的住院病历, 如因特殊原因(病历丢失且手术时间在 15 年之前的、手术在省外

医院做的)无住院病历者,须提供近三个月的心脏彩超检查单及购药处方、清单、发票,并加盖医院公章;

2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料 ;
3. 有提示瓣膜置换的影像学资料;
4. 定点医院专科主治医师以上(含主治医师)签名的治疗计划。

(二) 门诊治疗指征

心脏瓣膜置换术后需要长期口服抗凝药的(特指机械瓣膜置换术后,生物瓣膜置换术不在此范围)。

(三) 门诊诊疗范围

1. 抗凝、抗心力衰竭和心律失常、扩血管的治疗;
2. 与该心脏病相关的原发疾病及继发疾病的治疗;
3. 治疗期间及治疗后的相关检查。

二十一、慢性肺源性心脏病

(一) 申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料;

2. 相关的临床资料,包括病史、症状、体征;

3. 辅助检查资料:①须提供能证明存在肺动脉高压及右心增大的影像学资料(主要为心脏彩超)、心电图、胸片等;②肺功能检查:肺功能显示通气和换气功能障碍;③动脉血气测定:晚期患者低氧血症或高碳酸血症并存;

4. 定点医院呼吸科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 近期症状、体征及 X 线、实验室检查显示呼吸道感染；
2. 近期症状和体征显示心功能不全；
3. 近期心电图检查显示新近出现的严重心律失常；
4. 稳定期治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 控制感染、平喘、扩张支气管、化痰、止咳药物；
2. 控制心力衰竭和心律失常的治疗；
3. 治疗期间及治疗后的相关检查。

二十二、支气管哮喘(急性发作期)

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 临床资料，病史、症状、体征等；
3. 血常规、心电图、影像学资料；
4. 肺功能检查和/或气道反应性测定、动脉血气分析、支气管舒张试验；

5. 定点医院呼吸科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 近期症状、体征及 X 线、实验室检查显示哮喘症状反复或加重;

2. 近期肺功能检查显示肺通气功能较前明显减退, 气道反应性测定结果较前明显异常 (必需的标准);

3. 支气管舒张实验试验阳性 (必需的标准)。

(三) 门诊诊疗范围

1. 各种平喘药物 (包括气道吸入剂)、控制呼吸道感染的药物;

2. 治疗期间相关的检查。

二十三、重型系统性红斑狼疮 (SLE)

(一) 申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料;

2. 临床资料: 病史、症状、体征等;

3. 检验资料: 血、尿常规, 血沉, 自身抗体, 补体, 标志性抗体、免疫球蛋白、生化全项等实验室检查资料;

4. 肾活检资料;

5. 影像学检查资料;

6. 定点医院专科主治医师以上 (含主治医师) 签名的治疗计划。

(二) 门诊治疗指征

1. 癫痫发作、精神异常、脑血管病变;

兰州市基本医疗保险定点医疗机构门诊特殊病种诊疗范围

序号	病种名称	诊疗范围	备注
1	2. 蛋白尿、血尿、管型尿、血肌酐升高、肾活检组织有活动性病变；		
2	3. 溶血性贫血、血小板减少、白细胞减少。		
3	4. 肺损害：肺间质纤维化、狼疮肺、肺动脉高压等。		
4	(三) 门诊诊疗范围		
5	1. 糖皮质激素、免疫抑制剂及抗疟药等药物；		
6	2. 对症治疗的药物；		
7	3. 治疗期间毒、副反应的治疗；		
8	4. 治疗期间的相关检查。		
9	二十四、苯丙酮尿症		
10	(一) 申报资料		
11	确诊的苯丙酮尿症患者家长申办时应携带城镇居民社会保		
12	障卡、身份证、户口本、甘肃省妇幼保健院出具的《苯丙酮尿症		
13	诊断证明书》、确诊化验单，到各县（区）医保经办机构办理特		
14	殊疾病门诊。在无特殊原因的情况下医保经办机构须立即办理。		
15	(二) 诊疗范围		
16	包括因治疗疾病所行检查、替代食品、四氢叶酸和神经递质		
17	类药物。替代食品种类包括无苯丙氨酸奶粉（配方粉、营养粉）、		
18	米粉、米、面和蛋白粉等。		
19	注：限年龄在 18 周岁及以下的苯丙酮尿症患者，治疗的定		
20	点医疗机构仅限于甘肃省妇幼保健院及兰州市妇幼保健院。		

附件2

兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊病种待遇支付一览表

序号	病 种	待遇支付年限(年)	职工支付限额(元)	居民支付限额(元)	备 注
1	恶性肿瘤放疗	1	28750元/年	18250元/年	职工和居民均可申办
2	恶性肿瘤膀胱灌注化疗	2	450元/月	300元/月	职工和居民均可申办
3	乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗	5	880元/月	560元/月	职工和居民均可申办
4	抗肿瘤药物治疗及相关检查	5	4200元/年	1200元/年	职工和居民均可申办
5	器官移植抗排斥治疗	10	暂按兰人社发〔2015〕232号文件执行		职工和居民均可申办
6	慢性肾衰竭透析治疗	10	暂按兰人社发〔2015〕232号文件执行		职工和居民均可申办
7	慢性肾衰竭(非透析阶段)	3	550元/月	360元/月	职工和居民均可申办
8	糖尿病伴慢性并发症	10	280元/月	175元/月	职工和居民均可申办
9	原发性高血压(有合并症者)	10	230元/月	150元/月	职工和居民均可申办
10	类风湿性关节炎(活动期)	3	170元/月	110元/月	职工和居民均可申办
11	慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化(失代偿期)	2	375元/月	235元/月	职工和居民均可申办, 聚乙二醇干扰素终身只审批48针, 限12个月
	聚乙二醇干扰素治疗(仅限于丙型肝炎)	1	4万元/年	2.3万元/年	
12	血友病	10	4.7万/年	3万/年	职工和居民均可申办
13	再生障碍性贫血	5	290元/月	190元/月	职工和居民均可申办
14	肝豆状核变性	10	340元/月	250元/月	职工和居民均可申办
15	癫痫	2	170元/月	150元/月	职工和居民均可申办
16	精神分裂症	5	185元/月	120元/月	职工和居民均可申办
17	脑血管意外(脑出血、脑梗塞)后遗症期	3	330元/月	250元/月	职工和居民均可申办
18	强直性脊柱炎	3	417元/月	417元/月	职工和居民均可申办
19	重症帕金森氏病	10	220元/月		仅限职工
20	心境障碍(情感性精神障碍)	2	185元/月		仅限职工
21	冠心病介入治疗术后	5	330元/月		仅限职工
22	慢性心力衰竭(除外肺心病所致)	2	290元/月		仅限职工
23	心脏瓣膜置换术后抗凝治疗	10	1800元/年		仅限职工
24	慢性肺源性心脏病	5	3400元/年		仅限职工
25	支气管哮喘(急性发作期)	2	2200元/年		仅限职工
26	重型系统性红斑狼疮	3	190元/月		仅限职工
27	苯丙酮尿症			1.4万元/年	仅限18岁及以下居民

注: 城镇居民基本医疗保险统筹报销参保年度内封顶线为3万元

附件3

兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊申请表

姓 名		性别		年龄		人员类别	☐ 职工
							☐ 居民
所属县(区)	县(区)		镇(街道)		社区	社会保障卡号	
身份证号码				申请人联系电话			
申报病种名称	☐ *恶性肿瘤放疗 ☐ *恶性肿瘤膀胱灌注化疗 ☐ *乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗 ☐ *抗肿瘤药物治疗及相关检查 ☐ *器官移植抗排异治疗 ☐ *慢性肾衰竭透析治疗 ☐ *慢性肾衰竭(非透析阶段) ☐ *糖尿病伴慢性并发症 ☐ *原发性高血压(伴合并症) ☐ *类风湿性关节炎(活动期) ☐ *慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化(失代偿期) ☐ *血友病 ☐ *再生障碍性贫血 ☐ *肝豆状核变性 ☐ *癫痫 ☐ *精神分裂症 ☐ *脑血管意外(脑出血、脑梗塞)后遗症期(初次发病半年后) ☐ *强直性脊柱炎 ☐ 重症帕金森氏病 ☐ 心境障碍 ☐ 冠心病介入治疗术后 ☐ 慢性心力衰竭(除外肺心病所致) ☐ 心瓣膜置换术后抗凝治疗 ☐ 慢性肺源性心脏病 ☐ 支气管哮喘(急性发作期) ☐ 重型系统性红斑狼疮 ☐ *苯丙酮尿症 (城镇职工可申办除苯丙酮尿症外的所有病种,城镇居民可申办带*的病种)						
申报资料	☐ 住院病历	出院时间:				就诊医院:	
	☐ 体检	体检时间:				体检医院:	
就诊定点医院机构医保办意见	盖章 年 月 日						
县(区)医保经办机构专家审核意见	签字: 年 月 日						
县(区)医保经办机构意见	盖章: 年 月 日						
市医保经办机构专家审核意见	签字: 年 月 日						
市医保经办机构审核部门意见	签字: 年 月 日						

一、填表说明：

1、参保人员最多选择两个病种；2、参保人员按表中要求如实填写个人相关信息，部分内容在表中选择项前“□”打“√”；

二、所申办病种需要提供的资料：（一）、初次申办必须提供住院病历的病种：1 恶性肿瘤放疗、乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗、恶性肿瘤膀胱灌注化疗、抗肿瘤药物及相关检查：初次申办或待遇期满续办者均须提供近半年内（恶性肿瘤放疗者须提供近一周内的住院病历）与所申报病种相符合的住院病历（须提供病理诊断资料及影像学资料）；2 器官移植抗排斥治疗：初次申办或待遇期满续办者必须提供包含器官移植手术记录在内的完整住院病历；3 慢性肾衰竭透析治疗：初次申办者必须提供近三个月与所申报病种相符合的住院病历及出院之后的门诊透析记录并加盖医院公章，待遇期满续办者提供近一个月的透析记录单和肾功检查单，并加盖医院公章；4 心脏瓣膜置换术后抗凝治疗：初次申办或待遇期满续办者必须提供包含心脏瓣膜置换手术记录在内的完整住院病历，续办者原则上要求提供手术记录在内的住院病历，如因特殊情况（病历丢失且手术时间在15年之前的、手术在省外医院做的）无住院病历者，必须提供近三个月的心脏彩超检查单及购药处方、清单、发票，并加盖医院公章；5 冠心病介入治疗术后：初次申办或待遇期满续办者必须提供包含手术记录在内的完整住院病历；6 慢性心衰（除肺心病所致）：初次申办或待遇期满续办者必须提供半年内与所申报病种相符合完整住院病历；7 重症帕金森氏病：初次申办者必须提供半年内与所申报病种相符合的住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及门诊病历，加盖医院公章；8 血友病：初次申办者必须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历；9 肝豆状核变性：初次申办者必须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及门诊病历，并加盖医院公章；10 脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期：限初次发病半年后患者申办。初次申办者须提供患者本人初次发病及申办前一月内的与所申报病种相符合的住院病历，待遇期满续办者须提供近三个月内的住院病历（包括头部CT或MRI）。（二）、初次申办或待遇期满续办不需要提供住院病历的病种：1 糖尿病伴慢性并发症：必须提供半年内市医保经办机构认定医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）。体检资料中必查项：空腹血糖、餐后两小时血糖、糖化血红蛋白。选查项：尿肾功及24小时尿蛋白定量、血液生化、眼底照相及报告、震动感觉阈值测定、头颅CT、心电图、动态血压等，并附门诊病历；2 原发性高血压（伴合并症）：必须提供半年内市医保经办机构认定医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）。体检资料中必查项：24小时动态血压。选查项：眼底照相及报告、心电图、心脏彩超、颈部血管彩超、尿肾功及24小时尿蛋白定量、血液生化、头颅CT等，并附门诊病历；3 慢性肾衰竭（非透析阶段）：提供半年内与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括至少三次的肾功检查单、肌酐清除率报告单、尿常规、血常规、24小时尿蛋白定量、尿肾功，并附门诊病历；4 慢性肺源性心脏病：提供半年内住与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料主要包括肺功能、心脏彩超、心电图、胸片，并附门诊病历；5 支气管哮喘（急性发作）：初次申办或待遇期满续办者须提供近三个月与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括肺功能、支气管舒张试验、胸片、血常规、血气分析等，并附门诊病历；6 慢性病毒性活动性肝炎、肝硬化（失代偿期）：提供近三个月与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括腹部超声或腹部CT、血液生化、乙肝三系统、HBV-DNA、抗-HCV、HCV-RNA、肝纤维化指标、胃镜检查报告单等，并附门诊病历；7 类风湿性关节炎（活动期）：提供近三个月与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括类风湿因子、抗环瓜氨酸抗体、血沉、C反应蛋白、双手X线片或关节B超等，并附门诊病历；8 重型系统性红斑狼疮：提供半年内与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括自身抗体、补体、免疫球蛋白、血常规、尿常规、24小时尿蛋白定量、血液生化等，并附门诊病历；9 再生障碍性贫血：提供半年内与所申报病种相符合完整住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括血常规、网织红细胞、骨髓穿刺报告单，并附门诊病历；10 精神分裂症：提供半年内精神专科的住院病历，或兰大二院和兰州市三院指定医师同时开具的诊断证明并附门诊病历；11 心境障碍：提供半年内精神专科的住院病历，或兰大二院和兰州市三院同时开具的诊断证明并附门诊病历；12 癫痫：提供半年内与所申报病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料。体检资料包括脑电图及门诊病历，并附近期购药处方、发票、清单，并加盖医院公章；13 苯丙酮尿症：确诊的苯丙酮尿症患者家长申办时应携带城镇居民社会保障卡、身份证、户口本、甘肃省妇幼保健院出具的《苯丙酮尿症诊断证明书》、确诊化验单。14.强直性脊柱炎：初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近一年内的与所申报病种相符合的住院病历或体检资料。体检资料包括X-线片、CT片、HLA-27及类风湿因子检查单，并附门诊病历。

附件 4

兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊 申办所需资料

一、初次申办必须提供住院病历的病种

1. 恶性肿瘤放疗、乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗、恶性肿瘤膀胱灌注化疗、抗肿瘤药物及相关检查：初次申办或待遇期满续办者均须提供近半年（恶性肿瘤放疗者须提供近一周内的住院病历）与所申报病种相符合的住院病历（须含有病理诊断资料及影像学资料），且须提供定点医疗机构专科副主任医师以上（含副主任医师）开具的详细的诊疗计划（包括放疗次数、放疗剂量、放疗部位、放疗周期等；化疗所需要的药品名称、剂量、使用时间、使用方法及化疗周期等；口服内分泌治疗的药品名称、剂量、使用方法、服用周期等；相关抗肿瘤药物药品名称、剂量、使用方法、服用周期等）；诊疗计划须由科主任签字并加盖医院公章。

2. 器官移植抗排异治疗：初次申办或待遇期满续办者须提供包含器官移植手术记录在内的完整住院病历。

3. 慢性肾衰竭透析治疗：初次申办者须提供近三个月与所申报病种相符合的住院病历及出院之后的门诊透析记录并加盖医院公章，待遇期满续办者提供近一个月的门诊透析记录单及肾功能检查单，并加盖医院公章。

4. 心脏瓣膜置换术后抗凝治疗：初次申办者须提供包含心瓣

膜置换手术记录在内的完整住院病历；续办者原则上要求提供手术记录在内的住院病历，如因特殊原因（病历丢失且手术时间在15年之前的、手术在省外医院做的）无住院病历者，须提供近三个月的心脏彩超检查单及购药处方、清单、发票，并加盖医院公章。

5. 冠心病介入治疗术后：初次申办或待遇期满续办者须提供包含支架植入或冠脉旁路移植手术记录在内的完整住院病历。

6. 慢性心力衰竭（除外肺心病所致）：初次申办或待遇期满续办者须提供近半年内与所申办病种符合的完整住院病历。

7. 重症帕金森氏病：初次申办者须提供半年内与所申报病种相符合的住院病历；待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及定点医院门诊病历，并加盖医院公章。

8. 血友病：初次申办者必须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历。

9. 肝豆状核变性：初次申办者必须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及门诊病历，并加盖医院公章。

10. 脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期：限初次发病半年后患者申办。初次申办者须提供患者本人初次发病及申办前一月内的与所申请病种相符合的住院病历，待遇期满续办者须提

供近三个月内的住院病历（包括头部 CT 或 MRI）。

二、初次申办或待遇期满续办不需要提供住院病历的病种

1. 糖尿病伴慢性并发症：须提供半年内市医保经办机构认定体检医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）。体检资料中必查项：空腹血糖、餐后两小时血糖、糖化血红蛋白。选查项：尿肾功及 24 小时尿蛋白定量、血液生化、眼底照相或造影报告、震动感觉阈值测定、头颅 CT 或 MRI、心电图、心脏彩超、动态血压等，并附门诊病历。

2. 原发性高血压（伴合并症）：须提供半年内市医保经办机构认定体检医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）。体检资料中必查项：24 小时动态血压。选查项：眼底照相或造影报告、心脏彩超、颈部血管彩超、心电图、尿肾功及 24 小时尿蛋白定量、血液生化、头颅 CT 或 MRI 等，并附门诊病历。

3. 慢性肾衰竭（非透析阶段）：须提供半年内与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括至少三次的肾功检查单、肌酐清除率报告单、尿常规、血常规、24 小时尿蛋白定量、尿肾功，并附门诊病历。

4. 慢性肺源性心脏病：须提供半年内住与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料主要包括肺功能、心脏彩超、心电图、胸片，并附门诊病历。

5. 支气管哮喘（急性发作期）：须提供近三个月与所申报病

种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括肺功能、支气管舒张试验、胸片、血常规、血气分析等，并附门诊病历。

6. 慢性病毒性活动性肝炎、肝硬化（失代偿期）：须提供近三个月与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括腹部超声或腹部 CT、血液生化、乙肝三系统、HBV-DNA、抗-HCV、HCV-RNA、肝纤维化指标、胃镜检查报告单等，并附门诊病历。

7. 类风湿性关节炎（活动期）：须提供近三个月与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括类风湿因子、抗环胍氨酸抗体、血沉、C 反应蛋白、双手 X 线片或关节 B 超等，并附门诊病历。

8. 重型系统性红斑狼疮：须提供半年内与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括自身抗体、补体、免疫球蛋白、血常规、尿常规、24 小时尿蛋白定量、血液生化等，并附门诊病历。

9. 再生障碍性贫血：须提供半年内与所申报病种相符合的完整住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括血常规、网织红细胞、骨髓穿刺报告单，并附门诊病历。

10. 精神分裂症：须提供半年内精神专科的住院病历，或兰大二院和兰州市三院指定医师同时开具的诊断证明并附门诊病历。

11. 心境障碍（情感性精神障碍）：须提供半年内精神专科的

住院病历，或兰大二院和兰州市三院同时开具的诊断证明并附门诊病历。

12. 癫痫：须提供半年内与所申报病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定体检医院的体检资料。体检资料包括脑电图及门诊病历，并附近期购药处方、发票、清单，并加盖医院公章。

13. 苯丙酮尿症：确诊的苯丙酮尿症患者家长申办时应携带城镇居民社会保障卡、身份证、户口本、甘肃省妇幼保健院出具的《苯丙酮尿症诊断证明书》、确诊化验单，到各县（区）医保经办机构办理特殊疾病门诊。

14. 强直性脊柱炎：初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近一年内的与所申请病种相符合的住院病历或体检资料。体检资料包括 X-线片、CT 片、HLA-27 及类风湿因子检查单，并附门诊病历。

定点体检医院医师根据患者的病情选择合理的体检项目，为患者建立门诊病历，详细记录患者病史、症状、体征及用药情况，并在检查单及门诊病历上加盖医院医保办公章。

兰州市__县(区)基本医疗保险特殊疾病长期门诊审批花名册()

县区(盖章): 填报时间: 年 月 日

序号	个人编号	姓名	社保卡号	住院或体检情况			治疗医院名称	申报时间	病种			初审	续办	县区专家审核意见	市医保局专家审核意见	备注
				出院时间	体检时间	医院名称			一	二	并发症					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

注：此表一式四份，县区专家意见栏需填写符合或者不符合，表头括号内填写职工或居民。

县区经办人： 县区分管局长： 市医保局审核组负责人： 市医保局审核组分管领导：

附件6

兰州市基本医疗保险特殊疾病 长期门诊治疗审批单

审批编号			
姓名		个人编号	
人员类别	职工(或居民)		
特殊门诊病种名称			
病种编码		年度支付限额	
审批有效期限	至		
申请医院名称			
备注			

注：请在所申请的医院、指定的药店诊治、购药。
 有效期到期前一个月重新申请办理。
 诊治、购药当时直接与医院、药店结算。
 同时审批两种病种,年度支付限额为两病种的最高限额+500/年。

日期:

附件7

兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊定点医院变更申请表

姓 名		性 别		年 龄		人员类别	☐ 职工 ☐ 居民
所属县区（单位）	县（区） 镇（街道） 社区（单位名称： ）						
身份证号					社会保障卡号		
已审批病种	1				2		
待遇支付期限	年 月 日至 年 月 日						
现就诊定点医院 机构医保办意见	盖章 年 月 日		变更就诊医疗 机构医保办意 见		盖章 年 月 日		
县（区）医保经 办机构意见	盖章（签字） 年 月 日						
市医保经办机构 意见	盖章（签字） 年 月 日						

注：表后附相关的证明材料

兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊超量带药审批表

日期： 年 月 日

姓名		性别		年龄	
单位名称				社保卡号	
定点医疗机构				申办病种	
有效期	年 月 日-- 年 月 日				
申请带药时间	年 月 日-- 年 月 日				
外出原因					
外出 出 证 明					
市医保局经办机构监督 部门意见	经办人： 负责人： 年 月 日				