

**威海市医疗保障局
威海市财政局
威海市卫生健康委员会
关于完善基本医疗保险门诊共济保障政策
的通知**

威医保发〔2023〕62号

各区市医疗保障局、财政局、卫生健康局，国家级开发区科技创新局、财政金融局、卫生健康管理部门，南海新区党群与人力资源部、财政与审计局、社会工作部，各医疗机构：

为进一步提升参保人员门诊共济保障待遇，根据《关于进一步优化完善职工基本医疗保险门诊共济保障有关政策的通知》（鲁医保发〔2023〕47号）、《威海市人民政府办公室关于印发威海市基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》（威政办发〔2022〕4号）文件精神，经市政府同意，现就完善基本医疗保险门诊共济保障政策的有关问题通知如下。

一、提高职工基本医疗保险普通门诊保障待遇

（一）下调起付标准。将参保职工普通门诊就医在一级（含一级以下及未定级，下同）、二级、三级医疗机构起付标准分别下调至200元、400元、600元。

（二）提高报销比例。在职职工在一级、二级、三级医疗机构普通门诊待遇支付比例分别提高至80%、70%、60%，退休职

工在一级、二级、三级医疗机构普通门诊待遇支付比例分别提至 85%、75%、65%。

（三）提高最高支付限额。将参保职工普通门诊年度最高支付限额由医疗费用最高支付限额调整为基金最高支付限额，将在职职工普通门诊医疗费用年度基本医疗保险基金最高支付限额提高至 3500 元、退休职工年度基金最高支付限额提高至 4500 元。超过基本医保年度支付限额以上的费用由大额医疗补助资金再按相应医疗机构级别支付比例给予 1000 元的补助。

（四）优化异地就医管理。参保人员临时外出就医发生的门诊费用中个人首先负担比例 10% 的部分，不再计入个人年度支付限额。

二、衔接优化门诊慢特病保障政策

（一）调整门诊慢特病病种。全市参保职工和居民门诊慢特病病种统一执行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，我市原有超出山东省基本病种目录范围的病种相关费用纳入普通门诊保障待遇支付范围。参保居民高血压、糖尿病非胰岛素治疗准入标准继续按照《威海市医疗保障局 威海市卫生健康委员会关于开展城乡居民高血压、糖尿病门诊治疗保障和健康管理专项行动的通知》（威医保发〔2021〕34 号）执行。门诊用药单独支付病种、居民普通门诊慢特病待遇按原政策执行。

（二）完善慢特病病种限额管理。参保职工门诊慢特病、参保居民特定门诊慢特病的年度支付限额与普通门诊待遇年度支付限额分别计算。参保职工和居民基本医保门诊慢特病中年度费

用标准为限额与住院合并计算的慢特病病种实行单独管理，参保人员备案其他病种按规定计算年度支付限额，二者间年度支付限额不调剂使用。

已纳入职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病待遇享受范围的参保人员，年度内申请认定新的慢特病病种后，其年度支付限额以原有病种对应年度支付限额按已使用月份折算，同新增病种后对应年度支付限额按剩余月份折算相加之和，作为参保人员门诊慢特病年度支付限额。

三、提升门诊就医购药便捷度

加快定点零售药店纳入门诊统筹管理进度，及时为符合条件的定点零售药店开通直接联网结算服务。进一步扩大门诊省内及跨省定点医疗机构联网结算范围，便利异地就医购药。深入开展群众看病就医不够便利问题专项整治，推动大型医疗机构设立便民门诊，实行挂号、就医、购药报销“一站式”服务；增加基层社区卫生机构常见病、多发病的医保目录内药品、基本药物品种和集中带量采购药品配备数量，更好满足参保人员用药需求。

调整普通门诊待遇的同时，继续推进职工个人账户计入办法调整，按照省定标准执行。参保职工普通门诊待遇根据经济社会发展和基金收支运行情况适时调整。

本通知自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 31 日。以往规定与本文件不符的，以本文件为准。国家、省另有规定的，从其规定。

附件：基本医疗保险门诊慢特病基本病种目录

威海市医疗保障局

威海市财政局

威海市卫生健康委员会

2023 年 12 月 26 日

附件

基本医疗保险门诊慢特病基本病种目录

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
1	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。	限额与住院合并计算
2	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。	5000

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
3	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 VIII 或 IX 的抑制物检测。 符合上述条件，经二级及以上医疗机构确诊。	限额与住院合并计算
4	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。	限额与住院合并计算
5	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。	7000
6	免疫性血小板减少性紫癜	1.符合免疫性血小板减少性紫癜临床表现； 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。	5000
7	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。	2000
8	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。	3000

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
9	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。	5000
10	高血压病并发症	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。	3000
11	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	4000
12	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。	3600
13	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。	2000
14	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；	按原政策执行
15	慢性肾脏病	1.慢性肾脏损伤病程超过三个月，24 小时尿蛋白定量至少两次检查，均 $\geq 1g$ ； 2.慢性肾脏损伤病程超过三个月，血清肌酐至少两次检查，均 $\geq 1.5mg/dl$ ； 经二级及以上医疗机构诊断并符合上述条件之一者。	6000

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
16	肾病综合征	经二级及以上医疗机构确诊为肾病综合征。	6000
17	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	20000
18	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。	3000
19	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。	3000
20	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症。	3000
21	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。	2500

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
22	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。	3000
23	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。	6000
24	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。	3000
25	慢性阻塞性肺疾病	1.出现相关临床表现，经三级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。	3600
26	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。	3600

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
27	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。	6000
28	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。	6000
29	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。	3000
30	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累，经二级及以上医疗机构确诊。	3000
31	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。	5000
32	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。	3000
33	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。	5000
34	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。	3000
35	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。	2500

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
36	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、儿童和青少年注意缺陷多动障碍） 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。	5000/3000 （药物维持治疗）
37	其他精神障碍	其他精神障碍（包含病种可按以下原则分类：1.脑损害和功能紊乱及躯体疾病所致的精神障碍，2.强迫症，3.抑郁症，4.恐怖症，5.焦虑症，6.血管性痴呆，7.持续性心境（情感）障碍，8.躯体形式障碍，9.分离（转换）性障碍，10.其他精神障碍。阿尔茨海默病不列在其中。） 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。	5000
38	组织或器官移植（抗排斥治疗）	有组织或器官移植的手术记录和病例	按原政策执行
39	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刺激试验结果符合诊断标准。	1000
40	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	按照鲁医保发〔2019〕26号文件执行	

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
41	肺结核、肺外其他部位结核	按照鲁医保发〔2021〕26号文件执行	3000
42	耐多药结核、广泛耐药结核	按照鲁医保发〔2021〕26号文件执行（包括单耐利福平结核）	限额与住院合并计算
43	慢性乙型病毒性肝炎	按照鲁医保发〔2021〕26号文件执行	4000/35000 （干扰素治疗）
44	慢性丙型病毒性肝炎	按照鲁医保发〔2021〕26号文件执行	4000
45	肝硬化	按照鲁医保发〔2021〕26号文件执行	6000
46	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	2500
47	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。	3000

序号	病种	认定标准	年度费用标准（元）
48	人类免疫缺陷（HIV）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>5000 CPs/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。	10000

备注：1.年度费用标准指该病种起付标准以上合规医疗费用额，根据病种诊疗费用、集中带量采购和医保基金承受能力等情况适时调整。

2.参保职工门诊慢特病和参保居民特定门诊慢特病的年度支付限额，统一按照本人实际备案的门诊慢特病病种年度费用标准计算。

3.参保人员备案两个及以上病种的，年度支付限额以备案病种中年度费用标准最高的病种为基数（最多不超过 3 个病种），按年度支付限额=第一病种年度费用标准+第二病种年度费用标准的 50%+第三病种年度费用标准的 40%之和确定。

4.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，尿毒症透析治疗，组织或器官移植（抗排异治疗）等病种待遇按原政策执行，上述病种不参与计算年度支付限额。

5.年度费用标准为“限额与住院合并计算”的慢特病病种实行单独管理，参保人员备案其他病种按规定计算年度支付限额，二者间支付限额不调剂使用。

6.已纳入职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病待遇享受范围的参保人员，年度内申请认定新的慢特病病种后，其年度支付限额以原有病种限额按已使用月份折算，同新增病种后限额按剩余月份折算相加的和，作为参保人员年度慢特病病种限额。