



HBGS-2026-3

惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局 惠州市市场监督管理局关于 关于延用《惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局 关于基本医疗保险门诊特定病种 的管理办法》的通知

惠医保规〔2026〕1号

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、市场监督管理局，惠东县人力资源和社会保障局，大亚湾、仲恺区教育文化卫生健康局，市医疗保障事业管理中心，市社保局大亚湾、仲恺分局，各定点医药机构：

经研究，《关于印发〈惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局关于基本医疗保险门诊特定病种的管理办法〉的通知》（惠医保发〔2021〕40号）延用至2028年6月14日。

附件：关于印发《惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局关于基本医疗保险门诊特定病种的管理办法》的通知

惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局

惠州市市场监督管理局

2026年4月24日



HBGS-2021-7

关于印发《惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局关于基本医疗保险门诊特定病种的管理办法》的通知

惠医保发〔2021〕40号

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、市场监督管理局，市社会保险基金管理局及各分局，各定点机构：

现将《惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局关于基本医疗保险门诊特定病种的管理办法》印发给你们，请遵照执行。

惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局

惠州市市场监督管理局

2021年6月11日



惠州市医疗保障局 卫生健康局 市场监督管理局关于基本医疗保险门诊特定病种的管理办法

惠府〔2026〕11号

第一条 为进一步完善基本医疗保险政策，减轻基本医疗保险参保人的门诊医药费用负担，规范门诊特定病种管理，根据《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（粤医保规〔2020〕4号）、《广东省医疗保障局关于广东省基本医疗保险门诊特定病种准入标准（试行）的通知》（粤医保函〔2020〕483号）和《惠州市人民政府关于印发〈惠州市社会基本医疗保险办法〉的通知》（惠府〔2021〕1号）的有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称门诊特定病种（以下简称门特）是指诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病。

本办法所称门特政策内费用是指治疗该疾病所必需的已纳入医保支付范围的药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等。其中，治疗高血压和糖尿病的药品目录按省规定执行（其它病种省有目录规定的按省规定执行）。

本办法所称门特待遇确认机构是指由医保经办机构根据相关规定选定的为参保人确认门特待遇的门特指定定点医疗机构。

本办法所称门特定点机构是指与医保经办机构签订服务协议并为享受门特待遇的参保人提供门特就医购药服务的定点医疗机构和定点零售药店的总称。

第三条 市医疗保障行政部门负责门特政策的制定和组织实施，负责门特定点机构的准入标准的拟定，市、县（区）医疗保障行政部门负责开展行政监督检查。市、县（区）医保经办机构负责门特的经办管理服务，对门特待遇确认机构和门特定点机构进行协议管理并协助医疗保障行政部门开展监督检查。卫生健康部门负责对医疗机构进行监督和管理，规范医疗行为，加强基层卫生医疗机构建设，为参保人提供优质的基本医疗服务。市场监督管理部门根据职责做好零售药店的监督管理，确保零售药店为参保人提供质量可靠的药械服务。



第四条 门特病种范围结合我市已实施的病种和省医疗保障局统一的病种范围确定，并实行分类管理。原则上每个病种设定医药费用年度限额或根据疗程设置总限额（以下简称限额）和病种有效期；病种有效期内医保基金支付治疗所发生的政策内医药费用不设起付标准，由统筹基金按规定比例支付，并与统筹基金年度累计最高支付限额合并计算。

第五条 门特病种限额原则上应按一个年度内的最高支付限额的月（或季）平均数逐月（或季）使用，不可跨年度使用。与门特病种疾病诊疗无关的医药费用，医保基金不予支付。

第六条 按病种分值付费的门特病种由医保经办机构与门特定点机构单独结算，年度清算时结算总额不超过医保基金应付总额，超支不补；医保经办机构可参照住院费用结算的有关规定实行按月预拨。医疗机构的系数分别为：一级医院（含按一级医院标准进行收费管理的医疗机构）0.6、二级医院0.8、三级医院1.0。

第七条 门特实施备案管理，患有门特规定病种的参保人可到门特待遇确认机构申请门特待遇，经确认符合条件的由门特待遇确认机构出具《惠州市基本医保门诊特定病种待遇确认书》，并及时将确认信息上传医保信息系统备案。参保人自门特待遇确认的当月起享受门特待遇。

第八条 参保人享受门特待遇时应根据各病种的有效期限办理继续享受门特待遇的手续（以下简称续期）。“长期享受”的，无需每年办理续期；有待遇享受有效期规定的，参保人应在有效期到期当月到原待遇确认机构办理续期，超过时限或原治疗方案不再适应继续实施的需重新申请确认。

第九条 门特定点医疗机构（含符合规定的互联网医院）在不违反卫生健康部门处方管理规定和相关病种临床诊疗规范的前提下，按照“因病施治、合理用药”的原则，经主诊医生评估后，可根据病情需要将门特单次处方医保用药量放宽至12周。外配处方有效期，按国家和省有关规定执行。

第十条 享受门特待遇的参保人，在经卫生健康部门批准开展互联网诊疗活动且与医保经办机构签订服务协议选定定点医疗机构（以下简称定点互联网医院），发生的网上诊查费与政策内药品费用一并由医保基金按规定比例支付，参保人只支付应由个人支付的部分；应由医保基金支付的部分由医保经办机构与该医疗机构结算。其中，网上诊查费的支付标准为该医院普通门诊诊查费收费标准（执行“一般诊疗费”



支付政策的，按规定标准执行），高出部分由参保人自负。

第十一条 享受可在门特药店购药待遇的参保人可凭经批准开展互联网诊疗活动的医疗机构在线开具的处方，到门特定点药店配药。药品费用中属于医保支付的部分，由医保经办机构与门特定点药店结算，参保人只支付应由个人支付的部分。

第十二条 定点互联网医院和门特定点药店委托第三方或自行为参保人提供药品配送服务的，配送费用不纳入医保支付范围。

第十三条 门特待遇确认机构和门特定点机构应严格执行门特的相关政策和服务协议规定，不得通过串换药品、串通病人伪造病历和检查资料等违规行为骗取医保基金。构成犯罪的，依法追究刑事责任。同时应当建立完整的就医、待遇确认和购药登记等制度，做到诊疗、处方、配药、配送可追溯、可监管。

第十四条 门特待遇确认机构原则上应为在本院就诊的符合门特待遇准入标准的参保人办理门特待遇确认；同时也应为持其它定点医疗机构就医资料的参保人办理门诊待遇确认，并应严格遵守卫生健康部门有关检查结果互认的规定，不应要求参保人重复做相同检查。

第十五条 门特待遇确认机构违规为参保人员办理门特审核确认的，参保人发生的相应门特医药费用，由负责确认的门特待遇确认机构承担，医保基金不予支付。

医保经办机构应在服务协议中根据有关法律法规和规章明确门特费用结算规则，内容包括违规扣款标准、责任医师应承担的责任等。

第十六条 市、县（区）医疗保障行政部门要加强对门特的监督管理，充分运用“制度+科技”的手段，切实做好门特的日常管理和重点监测。

医保经办机构要切实加强门特待遇核查，发现门特定点机构出现违规行为的，按照协议及相关的法律法规予以处理，情节严重的，取消其门特定点机构资格；达到符合移交行政部门的，由行政部门依法处理；构成犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

第十七条 门特定点医疗机构应优先采购使用《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《国家基本药物目录》内药品以及国家集中采购和通过一致性评价的药品，不得借费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量限制等理由，要求参保人到院外购药或自费购药。

第十八条 2021年1月1日零时起诊断为高血压或糖尿病并同时享受其它门特病种待遇的，可不在本人选定的门诊定点机构就医购药，所产生符合规定的医药费用由



经办机构分别与定点机构结算，个人只需支付应由本人负担的部分。

参保人经确认享受2项及以上门特待遇时，其中有1项属于不设年度限额门特病种待遇的，其他有年度限额的按其限额另外计算（按最高病种限额结算）。

第十九条 已办理异地就医备案手续的参保人，可按就医地相关规定确认和享受门特待遇，在当地定点机构发生符合规定应由医保基金支付的医药费用由医保经办机构按省规定的异地就医结算办法结算，应由个人支付的部分由参保人自付。按分值付费的病种，由医保经办机构按项目结算的方式与当地定点机构结算。按规定办理转诊（院）手续的可同步在转往的医疗机构享受门特待遇。

第二十条 参保人应自觉遵守有序就医的相关规定，不得要求医生开具与疾病治疗无关的药品或超出诊疗规范的治疗等；申请待遇确认时，应如实提供相应的就诊资料；以提供虚假材料或其他欺骗手段取得门特待遇的，依照有关法律法规的规定处理。

第二十一条 原市门诊特定病种的有关规定与本办法不一致的，按照本办法执行。

第二十二条 本办法自2021年6月15日起实施，有效期5年。

附件：惠州市基本医疗保险门诊特定病种确认标准及待遇标准表（试行）



附件

惠州市社会基本医疗保险门诊特定病种确认标准及待遇标准表（试行）

分类	序号	病种名称	诊断标准	提供资料	条件	待遇标准		时限	备注	
						限额	报销比例			
							职工			居民
一类	1	儿童白血病	1. 有贫血、出血、发热与感染等表现； 2. 有肝、脾、淋巴结肿大或绿色瘤等浸润表现； 3. 血常规异常； 4. 骨髓涂片原始加幼稚细胞的比例 ≥ 25%。	第一次二级以上医院住院病历及出院小结，骨髓及血常规检查结果。如有放、化疗的，同时提供住院放、化疗治疗清单。	符合第4项，或有1-3项。	4000	95%	55%	长期享受	
	2	慢性粒细胞白血病	1. 骨髓涂片检查诊断“慢性粒细胞白血病”； 2. 染色体核型分析：t(9; 22)(q34; q11)； 3. Fish 检查证实存在 BCR-abl 融合基因。	相关检查资料。如有放、化疗的，同时提供住院放、化疗治疗清单。	至少符合第1、2或第1、3项。	4000	95%	55%	长期享受	
	3	再生障碍性贫血	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单		4000	95%	55%	2年内无需办理续期	



4	系统性红斑狼疮	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单		4000	95%	55%	长期享受	
5	艾滋病	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单		4000	95%	55%	长期享受	原艾滋病机会性感染
6	脑梗死	1. 有突然发病的病史。	提供就诊资料（住院病历或门诊病历，应包括症状、体征的记录，血脂、血糖，心电图、头颅CT或MRI、颈动脉彩超、心脏彩超、TCD等）。	第3项必须具备。如果CT或MRI诊断腔隙性脑梗死，必须有第2项。	4000	95%	55%	长期享受	
		2. 经头颅CT或MRI诊断脑梗死。							
		3. 有中枢神经系统局灶受损的症状和体征（如失语、吞咽障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、共济失调等），且与相应的脑血管支配区的缺血导致的损害相符合。							
7	冠心病	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	
8	慢性活动性肝炎（不含丙型肝炎）	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	2年内无需办理续期	
9	甲状	必须同时符合下列两项标准：	1. 提供甲状	同诊断	4000	95%	55%	长期享	



	腺功能亢进性心脏病	<p>1. 符合甲亢的诊断标准。</p> <p>(1) 具有多年甲状腺功能亢进病史。</p> <p>(2) 在甲状腺功能亢进得到有效控制后仍存在难治心律失常、心房纤颤及心脏扩大等症状，需长期药物治疗。</p>	<p>腺检查的相关资料，至少一年以上就医病历资料，包括住院、门诊资料。</p> <p>2. 提供心律失常或心房纤颤多次心电图检查资料、心脏彩超、胸片等检查资料。</p> <p>3. 多次化验检查结果。</p> <p>4. 心脏超声检查阳性结果（包括心脏扩大、心功能异常等）。</p>	<p>标准。</p> <p>第1项中两项全部符合，同时，第2项中至少有一项。</p>				受	
10	肝硬化失代偿期	<p>1. 有肝硬化的并发症。出现腹水，肝性脑病，感染，肝肾综合征或门静脉高压症引起的食管胃底静脉曲张或破裂出血、脾功能亢进等。</p> <p>2. 有明显肝功能异常及失代偿征象。血清白蛋白 <35g/L, A/G<1.0, 胆红素 >35umol/L, 血清 AST 和/或 ALT 升高, 凝血酶原活动度 <60%。</p> <p>3. B超、CT 或 MR 检查显示肝脏有肝硬化的声像。</p>	<p>住院或门诊病历资料，如肝功能检查以及B超或CT检查。</p>	<p>符合1、2项标准中任一项，且同时符合第3项标准的。</p>	4000	95%	55%	长期享受	
11	脑血管疾	<p>1. 脑血管疾病病史；</p>	<p>住院或门诊病历资料及</p>	<p>2项全部符</p>	4000	95%	55%	长期享受	原脑血管疾病及脑障碍性病变后遗症期



	病后遗症	2. 急性期6个月后, 仍遗留以下症状或体征中的2种或2种以上的: 遗留有偏瘫半侧肢体障碍、肢体麻木偏盲失语, 或者交叉性瘫痪、交叉性感觉障碍、外眼肌麻痹、眼球震颤、构音困难、语言障碍、记忆力下降、口眼歪斜、吞咽困难、呛食呛水、共济失调、头晕头痛、二便障碍、发作性抽搐等。	实验室检查报告单。	合。					
12	帕金森病	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	
13	癫痫	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	
14	慢性肾功能不全(非透析治疗)	1. 具备慢性肾炎、糖尿病、高血压及其它可引起慢性肾脏疾病的病因。 2. 有尿毒症面容、乏力、失眠、食欲不振、皮肤瘙痒、尿素霜、水电解质及酸碱代谢紊乱、贫血、出血倾向、肾性骨营养不良、易发感染等症状。 3. 代偿期实验室检查正常, 失代偿期时血肌酐高于正常值及肾小球滤过率 < 60ml/min 持续3月以上; 或病史不足3月, 但有肾脏B超出现肾脏萎缩、皮髓分界不清等慢性化表现。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。	3项全部符合。	4000	95%	55%	长期享受	原慢性肾功能衰竭(尿毒症期)
15	类风湿关节炎	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	



16	慢性阻塞性肺疾病	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	原慢性阻塞性肺气肿并发反复肺感染
17	活动性肺结核	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	1年内无需办理续期	原肺结核活动期间
18	恶性肿瘤（非放射治疗）	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。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。	3项全部符合。	4000	95%	55%	2年内无需办理续期	
		2. 不能进行化学治疗、放射治疗。							
		3. 限恶性肿瘤镇痛治疗、恶液质病人的营养、支持等辅助治疗。							
19	重症肌无力	1、休息后可缓解的波动性肌无力：如眼睑下垂，复视；肌体近端无力和颈肌无力；延髓麻痹或呼吸肌无力。 2、肌电图检查如重复神经刺激或单纤维肌电图支持诊断。 3、有条件行抗乙酰胆碱抗体（AChR）或抗肌特异性受体酪氨酸激酶（MuSK）抗体阳性。	1、病历； 2、有神经内科专科资质二级以上医院提供的诊断证明； 3、肌电图结果； 4、近1-2个月治疗的记录。	符合“诊断标准”的1、2和3项	4000	95%	55%	长期享受	
20	骨髓增生异常综合征	临床诊疗规范确诊的，不需要放、化疗的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	2年内无需办理续期	原骨髓增生异常综合征（非放、化疗）



21	心脏瓣膜置换	<p>1、有先天性或后天性心脏瓣膜病的症状；</p> <p>2、有心脏瓣膜病的体征；</p> <p>3、超声波检查显示心脏瓣膜中度或中度以上异常，心腔异常；</p> <p>4、X线胸片示心影及肺血管改变；</p> <p>5、心电图异常；</p> <p>6、个别病人有心导管检查或心血管造影显示血流动力学变化及瓣膜异常资料。</p>	<p>1、病历资料（包括胸片、心脏彩超报告，手术记录复印件）；</p> <p>2、近期治疗者提供出院记录或手术记录（有明确记载置入人工瓣膜包括机械瓣或生物瓣）及术后心脏彩超报告。</p>	符合“诊断标准”的1、2、3和4项，明确为置入人工瓣膜术后。	4000	95%	55%	长期享受	
22	慢性心功能不全	<p>1. 器质性心脏病病史，合并慢性心功能不全（包括左心功能不全、右心功能不全）；</p> <p>2. 胸部X线提示心影增大、肺淤血、肺水肿等；</p> <p>3. 血液 NT-proBNP，年龄 50 岁以下 > 450pg/ml；年龄 50-75 岁 > 900pg/ml；年龄 75 岁以上 > 1800pg/ml 或血液 BNP > 400pg/ml；</p> <p>4. 超声心动图提示心脏扩大，可能存在瓣膜狭窄或关闭不全，LVEF < 40% 或 LVEF ≥ 40%，合并左心室肥厚、心脏舒张功能异常；存在右心衰竭时可见三尖瓣环收缩期位移降低。</p>	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。	符合第 1 项标准，且同时符合第 2-4 项标准中任一项的。	4000	95%	55%	长期享受	按省文件新增



23	支气管哮喘	定点医疗机构按照支气管哮喘临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
24	强直性脊柱炎	定点医疗机构按照强直性脊柱炎临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
25	溃疡性结肠炎	定点医疗机构按照溃疡性结肠炎临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		4000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
26	克罗恩病	定点医疗机构按照克罗恩病临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		7000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
27	湿性年龄相关性黄斑变性	定点医疗机构按照湿性年龄相关性黄斑变性临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		15000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
28	糖尿病黄斑水肿	定点医疗机构按照糖尿病黄斑水肿临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		15000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
29	脉络膜新生血管	定点医疗机构按照脉络膜新生血管临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		15000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增



30	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	定点医疗机构按照视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		15000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
31	骨髓纤维化	定点医疗机构按照骨髓纤维化临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		15000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
32	肢端肥大症	定点医疗机构按照肢端肥大症临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		30000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
33	多发性硬化	定点医疗机构按照多发性硬化临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		70000	95%	55%	2年内无需办理续期	按省文件新增
34	C型尼曼匹克病	定点医疗机构按照C型尼曼匹克病临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		70000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
35	肺动脉高压	定点医疗机构按照肺动脉高压临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		78000	95%	55%	长期享受	按省文件新增
36	银屑病	定点医疗机构按照银屑病临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	55%	长期享受	按省文件新增



二类	37	糖尿病	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	75%	长期享受	2020年12月31日前已享受原特定门诊待遇的年限额为4000元,其中职工医保可在门特定点药店购药。如需申请无年度限额待遇,可到门特待遇确认机构重新申请。
	38	高血压	临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	75%	长期享受	
	39	耐多药肺结核	定点医疗机构按照耐多药肺结核(含利福平耐药肺结核)临床诊疗规范确诊的。	住院病历或门诊病历及相关检查报告单。		无年度限额	95%	95%	2年内无需办理续期	原耐药性肺结核(耐多药)
	40	慢性丙型肝炎	1. 丙型肝炎病史。 2. HCV RNA 持续阳性。	住院病历或门诊病历及相关检查报告单。	2项全部符合。	15000	95%	95%	6个月内无需办理续期或重新申请。	按省文件新增



41	聚乙二醇干扰素α-2a或α-2b注射液治疗慢性乙型、丙型肝炎	限慢性活动性乙肝、丙肝，连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月。	住院病历或门诊病历及相关检查报告单。		30000	95%	95%	6个月内无需办理续期	原慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素α-2a(或α-2b)注射液治疗）
42	骨髓增生异常综合征(放、化疗)	定点医疗机构按照骨髓增生异常综合征临床诊疗规范确诊，且需要进行放、化疗的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		30000	95%	95%	2年内无需办理续期	
43	内脏器官置换术及骨髓移植术后抗排斥治疗	有心脏、肺脏、肝脏、肾脏、造血干细胞移植术，且术后抗排斥治疗。	提供手术治疗病历资料及相关检查报告单。	2项全部符合。	50000	95%	95%	2年内无需办理续期	



44	血友病	定点医疗机构按照血友病临床诊疗规范确诊的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	95%	长期享受	
45	慢性肾功能衰竭(腹透治疗)	临床诊疗规范确诊,确需进行腹透治疗维持生命的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	95%	2年内无需办理续期	原慢性肾功能衰竭(尿毒症期的透析治疗);职工医保85分/月,居民医保128分/月。
46	慢性肾功能衰竭(血液透析治疗)	临床诊疗规范确诊,确需进行血透治疗维持生命的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	95%	2年内无需办理续期	原慢性肾功能衰竭(尿毒症期的透析治疗);职工医保9分/次,居民医保12分/次。
47	精神分裂症	诊断为精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍(偏执性精神病)、双相(情感)障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等6种重性精神疾病。	住院或门诊病历及相关检查报告单。		无年度限额	95%	95%	长期享受	原精神分裂症(共6类)
48	分裂情感性障碍								



49	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）							
50	双相（情感）障碍							
51	癫痫所致精神障碍							
52	精神发育迟滞伴发精神障碍							
53	地中海贫血	定点医疗机构按照地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成性贫血）临床诊疗规范确诊，且需要临床治疗的。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。		无年度限额	95%	95%	长期享受



54	恶性肿瘤 (化疗、内分泌治疗、免疫治疗、生物治疗)	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. 需要进行化学治疗、内分泌治疗、生物靶向药物治疗、免疫治疗。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。	2项全部符合。	无年度限额	95%	95%	2年内无需办理续期
55	恶性肿瘤 (放疗)	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. 需要进行放射治疗。	住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。	2项全部符合。	无年度限额	95%	95%	2年内无需办理续期
56	甲磺酸伊马替尼治疗慢性粒细胞白血病	1、骨髓涂片检查诊断“慢性粒细胞白血病”; 2、染色体核型分析: t(9; 22)(q34; q11); 3、Fish 检查证实存在 BCR-abl 融合基因。	1、住院或门诊的相关检查资料; 2、如有放、化疗的, 同时提供住院放、化疗治疗清单; 3、有近一年使用“甲磺酸伊马替尼”治疗的医嘱及诊断证明。	至少符合第1、2或第1、3项, 并明确使用“甲磺酸伊马替尼”治疗。	无年度限额	95%	95%	长期享受



57	甲磺酸伊马替尼治疗胃肠间质瘤	<p>1、对于组织学形态符合 GIST，同时 CD117 阳性的病例，可以做出 GIST 的诊断；</p> <p>2、对于组织学形态符合 GIST，但是 CD117 阴性和 DOG-1 阳性的肿瘤，可以做出 GIST 的诊断；</p> <p>3、组织学形态符合 GIST、CD117 和 DOG-1 均为阴性的肿瘤，应交由专业的分子生物学实验室检测是否存在 c-kit 或 PDGFRA 基因的突变，以协助明确 GIST 的诊断。如果存在该基因的突变，则可做出 GIST 的诊断；</p> <p>4、对于组织学形态符合 GIST，但 CD117 和 DOG-1 均为阴性，并且无 c-kit 或 PDGFRA 基因突变的病例，如果能够排除平滑肌肿瘤、神经源性肿瘤等其他肿瘤，可以做出 GIST 可能的诊断。</p>	<p>1、术后或活检病理报告；</p> <p>2、相关影像学资料；</p> <p>3、有近一年使用“甲磺酸伊马替尼”治疗的医嘱及诊断证明。</p>	<p>1、GIST 术后辅助治疗：中高危 GIST 患者；</p> <p>2、转移复发或不能切除 GIST 的治疗；</p> <p>3、术前治疗；</p> <p>4、同时明确使用“甲磺酸伊马替尼”治疗。</p>	无年度限额	95%	95%	长期享受	
58	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	<p>定点医疗机构确诊符合《广东省卫生健康委 广东省民政厅 广东省医疗保障局 广东省中医药局关于转发〈新冠肺炎出院患者主要功能障碍康复治疗方案〉的通知》（粤卫医函〔2020〕99号）规定的。</p>	<p>住院或门诊病历资料及实验室检查报告单。</p>		无年度限额	95%	95%	3个月内无需办理续期	按省文件新增

说明：参保职工连续缴费不满6个月（含6个月），职工医保基金的支付比例为50%，个人的支付比例为50%