

# 甘肃省医疗保障局文件

甘医保发〔2021〕43号

---

## 关于印发《甘肃省基本医疗保险、 生育保险诊疗项目目录（试行版）》和 《甘肃省基本医疗保险、生育保险医用 耗材目录（试行版）》的通知

各市州医疗保障局、兰州新区民政司法和社会保障局、甘肃矿区人力资源和社会保障局，省管各级医疗机构：

为规范和统一我省基本医疗保险、生育保险诊疗目录，实现医保精细化管理，省医疗保障局在对原《甘肃省省级医疗服务项目价格（2017版）》（甘发改收费〔2017〕753号）及2017年以后新增、调整及修订的诊疗项目进行汇总规范的基础上，

将原《甘肃省城镇职工基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录（2017版）》（甘人社通〔2017〕345号）、《甘肃省城乡居民基本医疗保险诊疗项目目录（2017版）》（甘医改办发〔2017〕26号）统一为《甘肃省基本医疗保险、生育保险诊疗项目目录（试行版）》，并将《甘肃省省级医疗服务项目价格（2017版）》中可单独收费的医用耗材按照“国家医疗保障信息业务编码”进行对接映射形成《甘肃省基本医疗保险、生育保险医用耗材目录（试行版）》（以下简称《诊疗目录》和《医用耗材目录》。现予以印发，请认真贯彻执行。并将有关事宜通知如下：

一、《诊疗目录》和《医用耗材目录》适用于全省定点医疗机构。

二、《诊疗目录》和《医用耗材目录》由省级医疗保障部门统一制定，各统筹地区要严格执行，不得自行设立和扩大目录内诊疗项目范围，不得自行制定目录编码或用变通的方法增加诊疗项目及医用耗材。对确需新增诊疗项目的，应按相应规定程序申报，由省级统一批复立项后执行。

三、《诊疗目录》中项目价格为各级医疗机构的最高限价，其中将不再设立可单独收费的医用耗材，各定点医疗机构所使用的相关医用耗材应严格按照《医用耗材目录》进行统一管理。

各市州医疗保障部门应结合当地医保和医疗救助基金承受能力、财政补助、社会承受能力及医疗机构实际情况，按照不

高于《诊疗目录》中同级医疗机构最高限价的原则，科学合理制定各级医疗机构的诊疗项目最高限价。

四、《诊疗目录》和《医用耗材目录》将根据国家代码库更新情况，由省级医疗保障部门组织开展映射对照等信息动态维护工作。全省各级医保部门要按照《关于印发〈15项医疗保障信息业务编码标准实施工作方案〉的通知》（甘医保函〔2020〕268号）要求，督促和指导本统筹区定点医药机构接入医保核心业务系统，完成诊疗项目、医用耗材等信息业务编码在定点医药机构系统中映射和落地应用工作。

五、《诊疗目录》和《医用耗材目录》执行时间以各统筹区新医疗保障信息系统正式上线时间为节点，省管各级医疗机构按照兰州地区系统正式上线时间同步执行。正式上线后与本版目录不相符的政策及规定同时废止。在政策执行过程中，应按要求做好公示宣传解释工作，遇有重大问题请各市州及时向省医疗保障局反馈。

特此通知。

- 附件：1. 《甘肃省基本医疗保险、生育保险诊疗项目目录（试行版）》和《甘肃省基本医疗保险、生育保险医用耗材目录（试行版）》使用说明
2. 《甘肃省基本医疗保险、生育保险诊疗项目目录（试行版）》（单行）

3. 《甘肃省基本医疗保险、生育保险医用耗材目录  
(试行版)》(单行)



(公开属性：主动公开)

## 附件 1

# 《甘肃省基本医疗保险、生育保险 诊疗项目目录（试行版）》和《甘肃省 基本医疗保险、生育保险医用耗材 目录（试行版）》使用说明

《甘肃省基本医疗保险、生育保险诊疗项目目录(试行版)》共分为四个部分：基本医疗保险诊疗项目（共计 8124 项），市场调节价诊疗项目（共计 398 项），特需医疗诊疗项目（共计 4 项），其他政策项目（共计 19 项）；《甘肃省基本医疗保险、生育保险医用耗材目录（试行版）》共分为六级分类：一级分类（共计 16 类），二级分类（132 类），三级分类（684 类），四级分类（142 类），五级分类（232 类），六级分类（2061 类）。

### 一、诊疗项目使用说明

#### （一）基本说明

《诊疗目录》设财务分类、国家项目编码、省级项目编码、名称、项目内涵、计价单位、说明、各级医疗机构最高限价、

支付类别九个栏目。

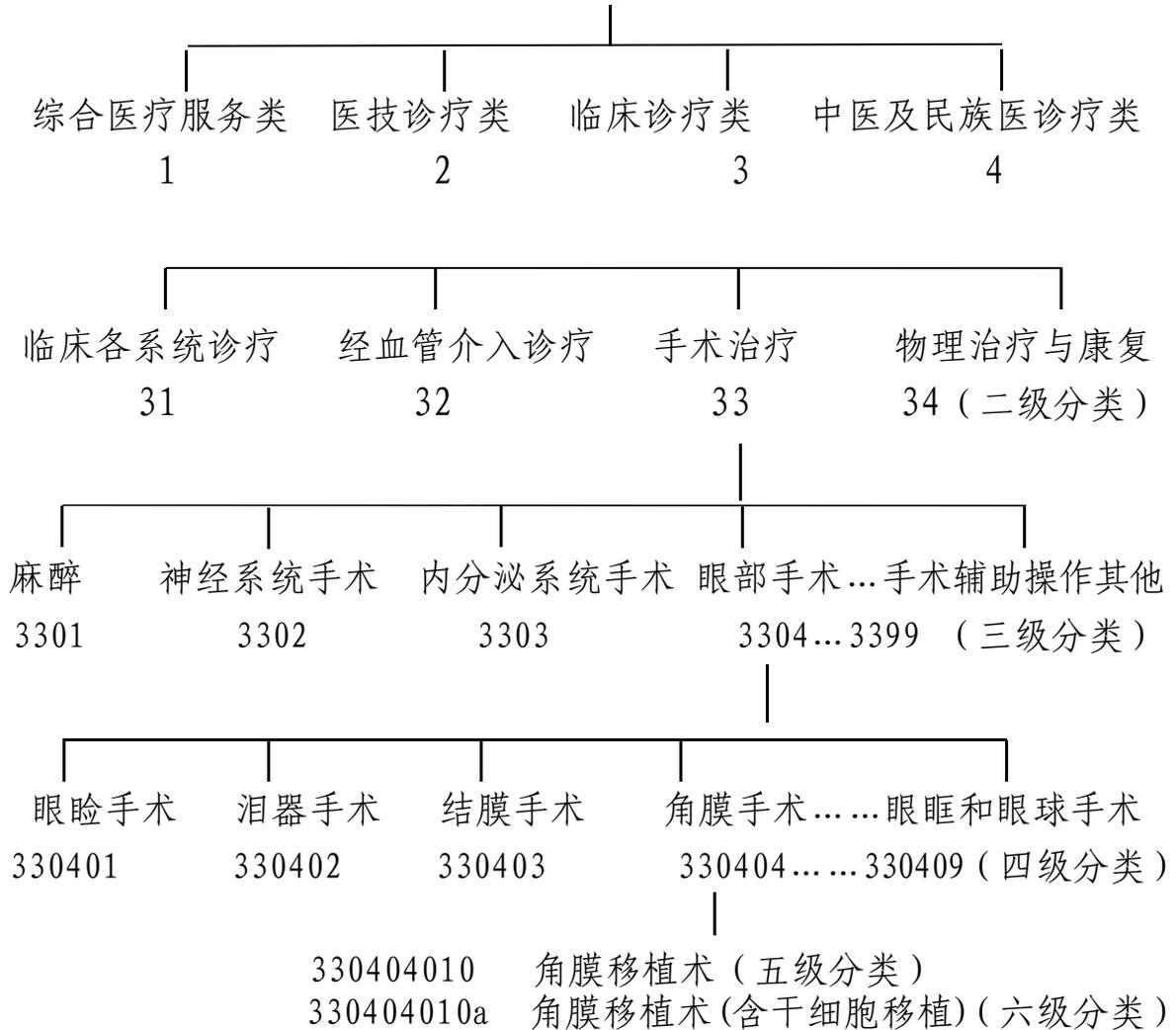
### 1. 国家项目编码

国家项目编码是按照“统一分类、统一编码、统一维护、统一发布、统一管理”的总体要求，将医疗保障编码标准统一为新时期医保信息交换的通用语言。搭建统一的动态维护平台，实行“纵向全贯通、横向全覆盖”，形成自上而下、统一规范的医保信息业务编码体系。

### 2. 省级项目编码

项目编码是采用顺序码，设为9位。从左至右第1位为一级分类码，第2位为二级分类码，第3-4位为三级分类码，第5-6位为四级分类码，第7-9位为项目顺序码。部分类别项目因分类简单，无第三、四级分类，分类编码记为“00”。子项目采用大写英文字母A、B、C作为顺序码。其中第一级分为综合医疗服务类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医及民族医诊疗类，每类下设第二至四级分类，第五级为医疗服务价格项目，其中临床诊疗类中“临床各系统诊疗”和“手术治疗”两类参照国际疾病分类（ICD-9-CM）的分类格式，按解剖部位从上至下，由近端到远端，由浅层到深层原则排序。举例如下：

## 基本医疗诊疗项目



### 3. 财务分类

财务分类是根据《医院财务制度》规定的医疗收入项目类别确定的，财务分类码采用大写英文字母，其中：B为诊查费、C为床位费、D为检查费、E为治疗费、F为护理费、G为手术费、H为检验费、I为材料费、J为其它收费。

#### 4. 项目名称

为中文标准名称，部分项目名称中在括号内列出西文名称或缩写。

#### 5. 项目内涵

表示项目的诊疗流程、内容、方式和手段。项目内涵使用“含”“不含”“包括”三个专用名词进行界定：

(1) 含：指该项目应当提供的医疗内容，不得单独分解收费。特殊情况下，由于患者病情需要只提供其中部分诊疗内容，也按此标准计价。

(2) 不含：指可另单独计价的诊疗内容。

(3) 包括：指与该项目不同的诊疗内容或技术方法，按该项目价格计价。目录为精简项目数量，对于一些诊疗性质相同且成本相近的项目进行了适当归并，查找时请注意项目内涵中“包括”的内容。

#### 6. 计价单位

提供该诊疗项目时的基本计价方式。目录为最小计价单位项目，各级医疗机构不得再自立或进行拆分。

#### 7. 说明

价格项目在计价时需要特别说明的相关事宜。

#### 8. 最高限价

各级公立医疗机构提供诊疗服务时执行的最高限价，下浮不限。

#### 9. 支付类别

诊疗项目分为“甲类”“乙类”“丙类”和“定额支付”四

类，“甲类”诊疗项目按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付；“乙类”诊疗项目按基本医疗保险规定的支付标准，先由参保人支付一定的比例后再按基本医疗保险规定的分担办法支付；“丙类”诊疗项目均属医保基金不予支付范围；“定额支付”诊疗项目以本统筹区普通床位价格标准作为定额支付最高限价。

## （二）其他说明

1. 不包括非医疗的经营性服务、医学科研项目和预防保健机构提供的公共卫生服务项目。
2. 除另有说明外，不含药品。
3. 不区分设备（试剂）的规格、型号和产地。

## 二、特需服务诊疗项目使用说明

（一）为规范公立医疗机构特需诊疗行为，促进我省特需医疗服务健康有序开展。特需服务是指在确保群众基本医疗需求的情况下，由患者自愿选择并满足患者的特殊医疗需求的诊疗服务。

（二）适用于甘肃省三级非营利性医疗机构（以下简称医疗机构）开展的特需服务。

（三）特需服务诊疗项目纳入医疗机构统一核算，收入全部用于弥补医疗机构的成本支出。

（四）医疗机构开展特需服务须遵循以下要求：

1. 开展特需服务必须保障正常基本医疗服务的资源供应和患者的基本就医需求；
2. 医疗机构提供的特需病房床位费及特需门诊诊查费，须严格按相关规定执行，不得扩大服务范围、不得擅自增设项目

名称和项目编码，提供特需服务过程中涉及的基本诊疗服务均按《甘肃省基本医疗诊疗项目》政策规定执行。对擅自扩大特需服务诊疗项目范围和标准的按有关规定依法查处。

3. 特需服务诊疗项目必须坚持内容公开，服务高效优质，质价相符，患者自愿选择的原则；

（五）开展特需病房、特需门诊服务应具备以下条件：

#### 1. 特需病房：

（1）特需病房的设置面积应控制在医疗机构病房总建筑面积的 5%以内；特需病房数量控制在医院病房床位总数的 5%以内。医疗机构特需病房应按单间、套间条件设置，每单间病房建筑面积原则上不低于 30 平方米，每套病房建筑面积原则上不低于 50 平方米。

（2）配置设施设备：病房应配置陪护床、沙发组、茶几、衣柜、空调、电视机、冰箱、微波炉、电话、饮水设备、呼叫对讲系统、网线端口、中心供氧、负压吸引设备、单独卫生间及 24 小时热水供应等相关设施。

（3）医务人员配置及范围：实行专医专护、患者选医生制度。根据患者病情，相关专业的临床科室，均由专业临床科室的副主任以上医师负责对患者的每日诊察，主管医生应经患者同意或由患者自由选定。

（4）患者检查和治疗等相关诊疗应由专门医护人员陪护。

#### 2. 特需门诊：

（1）开展特需门诊应设置独立诊区，独立管理。诊区设置面积应控制在医疗机构门诊总建筑面积的 5%以内。特需门诊候

诊区应配备沙发、茶几、空调、电视机、饮水机、卫生间、网线端口等。各诊室内应配备常规医疗仪器等设备。

(2) 特需门诊应设置专门的特需门诊窗口或特需门诊服务台，实行预约挂号制。在设置的特需门诊窗口或特需门诊服务台采取网上、电话预约挂号等形式与患者约定特需门诊就诊时间。

(3) 医护人员配置及范围：副主任以上医师（或由患者自主选定的医师），在保障完成医院分配的基本医疗、教学、科研、应急等任务的基础上开展特需门诊。开展特需门诊的医师需满足特需患者的诊疗服务需求，对每位患者提供包括诊疗、交费、护送、送检、取药、咨询等诊疗环节等方面的特殊服务。

(六) 医疗机构开展特需服务诊疗项目时应提前一月向医疗保障部门备案，内容包括开展特需服务范围、价格、设施条件、成本等。

(七) 医疗机构开展特需服务诊疗项目，按分级管理原则，省管医疗机构在省级医疗保障部门备案，其他医疗机构按属地管理原则，由市州级医疗保障部门备案并向省级医疗保障部门报备后执行。

(八) 特需服务诊疗项目成本主要由房屋折旧、管理人员工资、辅助设备折旧、运行费用等因素构成。

(九) 医疗机构开展特需服务诊疗项目，必须在服务场所明显位置公示其诊疗内容和价格，由患者自愿选择，医疗机构收取各项费用必须向患者免费提供特需医疗费用清单，接受社会监督。

（十）各级医疗保障部门每2年对医疗机构开展特需服务诊疗项目中的配置条件、诊疗内容、价格执行情况等进行核实，对不达标的医疗机构，责成定期整改，整改后仍不具备开展条件的，停止其开展特需服务诊疗项目权限。

### 三、市场调节价诊疗项目使用说明

（一）为贯彻落实四部委《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》精神，促进医疗机构有序竞争、健康发展，满足人民群众医疗卫生需求。

（二）各医疗机构不得擅自增设项目名称和项目编码，实行价格管理权限放开的诊疗服务须严格按照规定执行，并根据市场竞争变化和公立医院改革进展情况动态调整。新增价格管理权限放开的诊疗项目，均须按规定程序申报，统一立项公布后执行。

（三）医疗机构制定和调整价格应以合理的医院成本为基础，体现医疗技术含量、风险程度，兼顾市场供求、综合考虑群众的承受能力和当地经济社会发展水平等因素。实行价格管理权限放开的诊疗项目，必须保持一定时期内价格相对稳定，调整周期不得少于6个月。执行前需提前公示10个工作日，同时向属地医疗保障部门进行报备，公示结束后执行。

（四）医疗机构开展市场调节价相关诊疗项目，必须在服务场所明显位置公示其服务内容和价格，由患者自愿选择，医疗机构收取各项费用必须向患者免费提供医疗费用清单，并接受社会监督。

（五）医疗保障部门要加强对诊疗项目监督管理，对擅自扩大诊疗范围和标准的按有关规定依法查处。

（六）凡被各级卫生健康行政部门禁止临床应用的医学诊疗技术，相关项目自动废止。

#### 四、其他政策使用说明

其他政策应按照相关部门制定政策执行，如遇政策调整将及时进行动态调整。

#### 五、医用耗材目录使用说明

《医用耗材目录》是根据《甘肃省医疗服务价格项目》相关文件中可单独收费，并赋有国家医保医用耗材 20 位编码的医用耗材。未准予单独收费的医用耗材，不列入医用耗材基金支付管理范围。

##### （一）基本说明

国家编码前 15 位为贯标政策编码，各定点医疗机构应严格按照耗材字典库的 20 位编码进行对应和管理，医用耗材中“一证多码”的必须严格按照前六级分类准确使用，维护医疗机构医用耗材编码与医保结算编码的一致性，不得相互串换。

##### （二）分类与代码

综合考虑监管需求及临床匹配需求，采用六级分类的方法。一级分类为医用耗材的学科、品类，二级分类为医用耗材的用途、品目，三级分类为医用耗材的部位、功能、品种，四级为医保通用名，五级为医用耗材的材质，六级为医用耗材的规格（特征、参数）。“医用耗材政策代码”共 15 位，前 2-3 位为一级分类，4-5 位为二级分类，6-7 位为三级分类，8-10 位为医保通用名，11-12 位为医用耗材的材质，13-15 医用耗材的规格（特征、参数）。

### （三）支付类别

医用耗材分为“乙类”和“丙类”。“乙类”医用耗材，按基本医疗保险规定的支付标准支付，先由参保人支付一定比例后再按基本医疗保险规定的分担办法支付，具体标准由统筹地区制定；“丙类”医用耗材均属医保基金不予支付范围。

### （四）支付限价

支付限价是定点医疗机构为参保人员提供诊疗服务时，医保结算的最高支付价格，下浮不限。超出支付限价的医保基金不予支付。

### （五）政策备注

1. 一级分类为“吻合器及配件”的医用耗材，医保支付仅限于“钉仓（钉匣）、结扎夹、钛夹”，该政策代码下的其他单件产品均不可使用该政策。

2. 《医用耗材目录》中单件产品名称为组件、套件、XX附件、XX装置、XX系统、XX包的相关医用材料，收费及医保支付仅限于与“三级分类”和“特征”名称完全一致的相关耗材。该政策代码下的组套、打包产品均不可使用该政策。

3. 标注为“限XXXXXXXXXX”或“限XX类项目”使用，仅适用于提供相对应的诊疗项目时收费及报销政策，未使用对应诊疗项目时，均不可收费。

4. 标注为“限腹膜透析管”的，其收费及报销政策仅限于“腹膜透析管”单件产品使用，该政策代码下的其他单件产品和组套、打包产品均不可使用该政策。

5. 标注为“限雾化面罩”的，仅限诊疗目录中“130500002”

且单件产品为“雾化面罩”使用，该政策代码下的其他单件产品和组套、打包产品均不可使用该政策。

6. 标注为“限避光输液器”的，仅限诊疗目录中“130100009”且单件产品为“避光输液器”使用，该政策代码下的其他单件产品和组套、打包产品均不可使用该政策。

7. 标注为“限镇痛泵”的，仅限诊疗目录中“3301”分类的相对应项目且单件产品为“镇痛泵”使用，该政策代码下的其他单件产品和组套、打包产品均不可使用该政策。

8. 标注为“限门诊慢性特殊疾病补助医保限额内支付”的，其报销政策仅限于单件产品为“胰岛素笔配套专用针头”并在特殊疾病长期门诊或个人账户支付，该政策代码下的其他单件产品及非特殊疾病长期门诊或个人账户支付的均不可使用该报销政策。

9. 标注为“限‘医疗器械管理类别为Ⅲ类且无菌’”的，其收费政策仅限于医疗器械注册、备案证中医疗器械管理类别为Ⅲ类且无菌的单件产品，该政策代码下的其他单件产品均不可使用该政策。

10. 标注为“限‘医疗器械管理类别为Ⅱ类及以上’”的，其收费政策仅限于医疗器械注册、备案证中医疗器械管理类别为Ⅱ类及以上的单品产品，该政策代码下的其他单件产品均不可使用该政策。

#### （六）其他需说明事项

1. 医用耗材集采中选产品以中选价为支付标准，全额纳入医保基金支付范围，按乙类规定比例支付；非中选产品设医保

最高支付限价，实际价格低于最高支付限价的，医保基金以实际价格按乙类规定比例支付，实际价格高于最高支付限价的，医保基金以最高支付限价按乙类规定比例支付，超过最高支付限价以上的部分由患者自付。最高支付限价在两年时间内，按比例逐步下调，最终不低于带量采购最高中选价格。

2. 棉签、消毒液、一次性手套等医用材料不属于单独收费的医用耗材。

---

抄送：局内各处室、局属事业单位。

---

甘肃省医疗保障局办公室

2021年5月14日印发

---