**附件**1

吉林省医疗保障局

吉林省民政厅

吉林省财政厅

吉林省卫生健康委员会

吉医保联〔2019〕21号

关于印发进一步推进城乡居民基本医疗  
保险保障待遇统一的指导意见的通知

各市（州）、长白山保护开发区、梅河口市、公主岭市医疗 保障局、民政局、财政局、卫生健康委（局）：

为进一步贯彻落实吉林省人民政府办公厅《关于整合 城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（吉政办发 〔2016〕84号）和《关于印发加快推进城乡居民基本医疗保 险制度“六统一 ”实施方案的通知》（吉医改办联发 〔2017〕2号）等文件精神，按照省委省政府关于整合城乡 居民基本医疗保险制度的总体部署，进一步推进城乡居民 基本医疗保险保障待遇统一，省医疗保障局会同省民政厅、 省财政厅、省卫生健康委共同制定了本指导意见，现印发 你们，请认真贯彻落实。



（此件主动公开）

关于进一步推进城乡居民基本医疗保险  
保障待遇统一的指导意见

为进一步贯彻落实吉林省人民政府办公厅《关于整合 城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（吉政办发 〔2016〕84号）和《关于印发加快推进城乡居民基本医疗保 险制度“六统一"实施方案的通知》（吉医改办联发 〔2017〕2号，以下简称2号文件）等文件精神，按照省委 省政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的总体部署, 进一■步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一，提出如 下指导意见：

**一、总体要求**

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面 贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，深入贯彻 习近平总书记在深入推进东北振兴座谈会上重要讲话精神， 坚持兜底线、织密网、建机制，补齐民生短板，解决城乡 居民医疗保障领域发展不平衡、不充分的问题。按照全覆 盖、保基本、多层次、可持续的方针，整合城镇居民基本 医疗保险和新型农村合作医疗制度（以下简称新农合），健 全完善统一的城乡居民基本医疗保险制度，合理均衡城乡 居民保障待遇，促进居民医保政策更加健全、制度结构更 加优化、标准制定更加科学、管理服务更加规范，实现全 民医保体系持续健康发展。

■

（二）基本原则

1. 以收定支，收支平衡。坚持“以收定支、收支平衡、 略有结余”的原则，因地制宜，适度保障，合理确定待遇 标准。
2. 立足基本，保障公平。立足本地区经济社会发展水 平、城乡居民负担与基金承受能力，尽力而为，量力而行, 致力于缩小城乡差异和兼顾地区差距，保障城乡居民公平 享有基本医保待遇，实现城乡居民医保制度可持续发展。
3. 待遇置换，合理衔接。结合本地区实际，在系统论 证和精准测算的基础上，周密制订相关政策标准。加强整 合前后保障待遇标准的合理衔接，通过保障待遇置换妥善 处理原有保障政策，实现城乡待遇统一的平稳过渡，确保 群众基本医保待遇不受影响，确保医保基金安全和制度平 稳运行。
4. 完善机制，提升效能。坚持以保基本为主，完善门 诊、住院保障政策，通过建立科学、合理、稳定的筹资和

待遇支付标准，合理界定基本医疗保险与补充保险、医疗 救助制度间的保障层次和功能定位。

（三）主要目标

2020年1月1日起，全面实施统一的城乡居民基本医 保制度，在市级统筹区域内实现保障待遇政策标准和经办 管理服务的统一，为参保人员提供公平的基本医疗保障。 统筹协调门诊和住院保障资源，形成完整的待遇保障链条, 逐步提升医疗保障制度的整体保障绩效。

**二、统一待遇标准**

参保人员在定点医疗机构发生的符合城乡居民基本医 疗保险基金支付范围的门诊医药费用，按以下政策规定范. 围执行。

（一）门诊

城乡居民门诊保障政策按照“普通门诊统筹+慢病门 诊保障+特殊疾病门诊保障”的保障层次建立和完善。

1.健全完善普通门诊统筹制度

（1）保障范围

各统筹地区要建立与“基本医疗有保障”相适应的普 通门诊统筹制度，把门诊多发病、常见病，以及国家医疗 保障局等四部门联发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门 诊用药保障机制的指导意见》（医保发〔2019〕54号，以下

简称54号文件）中确定的高血压、糖尿病等门诊保障相关 用药纳入普通门诊统筹支付范围。定点医疗机构提供的诊 疗服务与家庭医生签约所提供的6项服务内容重叠的，按 《吉林省基本医疗保险家庭医生签约服务付费暂行办法》 （吉人社联字〔2018〕63号）要求执行。已纳入家庭医生签 ■约服务医保付费内容的，不再向签约居民收取相关服务项 目的费用。按照《国家医疗保障局 财政部关于做好2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 号）要求，实行个人（家庭）账户的统筹地区，应于2020 年底前取消，向普通门诊统筹平稳过渡。

（2）待遇标准

**报销比例与报销范围。**普通门诊统筹在二级、一级及 以下医疗机构报销比例统一为50%。其中，按54号文件规 定高血压、糖尿病，以及原城镇居民和新农合的部分门诊 慢病中，符合二级医疗机构门诊用药范围和保障政策要求 的，可放宽至二级医疗机构。其他用药应限于一级及以下 医疗机构。

**起付标准与报销额度。**普通门诊统筹在二级、一级及 以下医疗机构的起付标准（线），由各统筹地区结合基金承 受能力自行确定。在一个保险年度内，门诊报销额度设为 700元和1000元两档，由各统筹地区结合本地城乡居民可



支配性收入情况，进行选择设定。

(3)服务管理

按照普通门诊统筹与家庭医生签约服务“两种制度并 行、相关待遇衔接"的原则，城乡居民可自愿选择签约家 庭医生，并在签约家庭医生所在定点基层医疗卫生机构享 受普通门诊统筹待遇，以及家庭医生签约服务。签约居民 年度内，可根据疾病诊疗情况，最多变更一次定点基层医 疗机构。各统筹地区要加强普通门诊统筹服务管理，严格 家庭医生处方考核，防止滥开药物，按照家庭医生考核办 法和基金监管办法，强化基金绩效管理。

1. 统一门诊慢病保障待遇
2. 全省统一病种

将风湿性心脏病(心功能II级及以上)等20种疾病分 批纳入全省门诊慢病保障范围。本指导意见实施时，先行 确定18种(附件1)。为加强医疗服务规范化管理，对全省 统一病种统一确定具体准入标准(另行发文制定)。请各统 筹地区对照执行，为深化按病种付费制度改革奠定基础。

1. 各地新增病种

各统筹地区在全省统一病种保障范围的基础上，结合 地方病、本地常见病和基金承受能力等因素，可适当新增 相关门诊慢病保障病种。各统筹地区新增病种应结合基金 承受能力和本地城镇职工门诊慢病保障病种情况，在原城 镇居民和新农合门诊医保中，未纳入全省统一门诊慢病病 种的范围内选择，但总数应不超过5种。具体保障政策标准 和经办服务管理，参照全省统一病种保障政策执行。

（3）保障政策标准

**■**

**起付标准与报销比例。**全省统一病种，其省内医疗机 构发生的政策规定范围内慢病门诊医药费用报销比例为 60%,同时按病种设定年度政策范围内医疗费报销限额（附 件1）。各病种个人自付起付标准（线），由各统筹地区自行 确定。

各统筹地区参照全省统一病种的保障政策，自行规定 本地新增病种的保障政策。其中，本统筹地区职工门诊保 障低于此待遇标准的应参照执行。高于此待遇标准的，仍 按原政策执行。

全省统一病种与本地新增病种，可根据病情诊断情况， 享受多病种保障待遇。同时享受多病种保障待遇的，每增 加1个病种相应享受的待遇标准，由各统筹地区自行确定。 但一个保险年度内，基本医保对参保人员普通门诊统筹保 障和门诊慢病保障的最高报销额度不能突破6500元。

1. 完善门诊特殊疾病保障待遇

对制度整合期间，2号文件确定的恶性肿瘤放化疗等41 个门诊特殊疾病（附件2）,制度整合后，全省统一实施, 整体纳入城乡居民门诊特殊疾病保障范围。

门诊特殊疾病保障，原则上在二级及二级以上定点医 疗机构开展，具体定点医疗机构范围由医疗保险经办机构 通过协商签订协议方式确定。门诊特殊疾病报销比例可参 照住院报销比例执行。其中，苯丙酮尿症按照省医疗保障 局印发《关于进一步做好苯丙酮尿症基本医疗保障工作的 通知》（吉医保联〔2019〕12号）规定的相关保障待遇政策 执行。

各统筹地区要组织对这41个门诊特殊疾病进行梳理分 析、研判评估。综合考虑各病种本地发病率、医疗服务成 本以及基金承受能力等因素，通过专家评估、费用测算、 协商谈判等环节，同定点医疗机构合理确定特殊疾病的具 体付费方式和起付标准、支付标准。制定待遇保障标准时， 要考虑与本地城镇职工保障待遇间的有序衔接。

（二）住院

1.统一住院统筹待遇

参保城乡居民在定点医疗机构发生的符合城乡居民基 本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，分别设个人自 付起付标准、支付比例和年度基金支付限额。

起付标准与报销比例。按照定点医疗机构级别（未定 级或级别界定不明晰的，可以医保经办机构与医疗机构定 点协议管理中，双方约定的医疗机构级别为准），确定参保 人员个人自付起付标准（线），以及按照统筹基金年度最高 支付限额分段确定报销比例（见附件3）。其中，定点医疗 机构起付标准（线），由统筹地区结合城乡居民收入水平, ■并参照各地现行定点医疗机构起付标准自行确定。

按照分级诊疗原则，对符合规定的转诊住院患者可以 连续计算起付线。对上级医院向下级医院转诊开展后续治 疗的患者取消当次基层住院起付线。

**支付限额及其统计口径。**政策范围内，城乡居民基本 医保住院统筹基金年度最高支付限额（含门诊特殊疾病、 特药保障等医疗费用支出）统一调整为20万元。

2.统一 42种重大疾病医疗保障待遇

为进一步提高城乡居民医疗保障水平，对原新农合儿 童白血病等42种重大疾病，实行城乡居民统一的保障政策。 针对在定点医疗机构就诊，主诊断和主要治疗操作标准明 确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。具体保障 政策待遇标准按《关于统一城乡居民42种重大疾病医疗保 险支付政策的通知》执行。

按照《吉林省人口和计划生育领导小组会议确定事项 清单》要求，符合条件的危重孕产妇因产科出血和妊娠合

并高血压而产生的住院医疗费用，参照城乡居民42种重大 疾病医保支付政策，逐步提升危重孕产妇的待遇保障水平。

3.鼓励开展日间手术

医疗机构开展日间手术治疗的，经与医疗保险经办机 构协商签订协议后，按照门诊特殊疾病统筹管理。

**三、做好政策衔接**

（一） 确保原有享受门诊保障人员待遇整体上不降低。 各统筹地区要妥善处理政策统一前后存在的待遇差，确保 保障待遇整体上不降低。各地要摸清享受原门诊保障政策 的人员底数，建立台账管理，有序衔接新旧待遇，确保原 保障待遇执行至当期待遇终止日期。文件实施后，经审核 符合政策规定的新进人员，按新门诊政策保障待遇标准, 确定相应保障待遇。在脱贫攻坚期内，建档立卡农村贫困 人口大病兜底及相关保障待遇保持不变。基本医保向贫困 人口实施特惠保障等混淆制度功能、三重保障制度外叠床 架屋、随意扩大受益范围等靶点不聚焦的，要恢复三重保 障制度各自功能定位，并于2020年底前平稳过渡到现有三 重制度框架内，并同步做好资金并转、政策对接、管理衔 接，保持政策连续性和稳定性。

（二） 统一实施新生儿落地参保政策。全省统一实施新 生儿落地参保政策。未实施的地区，要健全新生儿落地参

保政策；已实施的地区，要进一步完善与城乡居民保障待 遇的无缝衔接，实现城乡居民全生命周期的医疗保障，维 护参保家庭成员的医疗保险合法权益。

（三）统一目录内乙类医药费用自付比例。各统筹地区 医保统筹基金支付乙类药品、诊疗项目（含医用耗材）和 服务设施项目费用时，先由参保人员个人支付比例统一调 整为10% （高值医用耗材实行限价管理的除外）；支付甲类 药品、诊疗项目和服务设施项目时，不得再另行设定个人 支付比例。

**四、健全保障措施**

（―）完善多渠道筹资机制。适当调整和提高个人筹资 标准，在精算平衡的基础上，逐步建立个人缴费标准与经 济社会发展水平、政府补助标准、城乡居民可支配收入相 适应的稳定筹资机制。合理界定学生儿童与成年人缴费标 准的比例关系，逐步将这两类群体缴费标准的比例稳定在 1： 1.5左右。指导有条件的地区，探索加大对不同困难群 体资助参保的政策措施。拓宽筹资渠道，引导鼓励更多社 会组织、慈善基金和公益性捐助资金等相关社会力量多方 筹资，资助困难群体参加医疗保险，引导城乡居民持续 参保。

（二）健全待遇正常调整机制。根据城乡居民人均收入



水平，动态调整各保障层次医保待遇标准。逐步建立健全 保障待遇水平与医疗服务价格、城乡居民可支配性收入等 因素联动的城乡居民基本医疗保险待遇标准正常调整机制。 确保城乡居民医保与城镇职工医保待遇水平保持合理的梯 度结构，形成待遇支付水平的层次化、均衡化。

■

（三）建立待遇激励共济机制。依托多层次统筹保障制 度，探索建立城乡居民待遇激励共济机制。普通门诊统筹 当年未使用限额可调剂至门诊慢性病限额；普通门诊统筹、 门诊慢性病当年未使用限额可调剂至住院（特病）使用。 当年未使用的门诊待遇限额，可按一定比例折算，结转至 下一年度合并累计使用；或经一定累积（计），可提高下一 年度的基金支付比例，激励参保人员参与保障待遇绩效 管理。

（四）优化医疗保险付费机制。各统筹地区要不断完善 医疗保险支付机制和利益调控机制，通过合理均衡门诊和 住院保障待遇，运用医疗保险差别支付杠杆，激发医疗机 构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力， 引导参保人员有序就医。健全医疗保险对医疗行为的激励 约束机制及质量评价机制和医疗费用控制机制，支持分级 诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，将符合规定的家 庭医生签约服务医保付费政策与门诊医保待遇保障功能有 机结合。依托基层医疗卫生机构推行按人头付费，各地根 据基础包签约数量，将家庭医生签约服务费中医保支付的 部分（每人20元/年）全额列入基金支出预算及年度定点机 构总额控制指标。明确按人头付费的医保基金承担的家庭 医生签约基础性服务包付费应涵盖一般诊疗费和基本医疗 服务的相关费用。未签约居民，仍按原就医渠道和医保政 策执行，全面落实一般诊疗费医保支付政策，将挂号费、 诊查费、注射费、药事服务费合并，按政策标准支付。定 点医疗机构一般诊疗费实行总额控制、预算管理，年度预 算总额由当地医保经办机构会同定点医疗机构共同测算确 定。鼓励定点医疗机构做好健康管理，发挥家庭医生在医 疗保险控费方面的“守门人"作用。

**五、工作要求**

（一） 提高政治站位，增强制度生命活力。健全完善城 乡居民医疗保险制度，是我省深化医药卫生体制改革，全 面推进健康吉林建设的重要举措，是进一步健全我省“全 民医保”制度体系的组成部分，各统筹地区要始终把让人 民享有公平可持续的医保待遇作为多层次医疗保障制度体 系建设的主线，增强医保制度的吸引力和参保群众的认 同感。

（二） 坚守制度底线，做好基金运行分析。各统筹地区

在认真做好数据测算和风险评估基础上，制定出台本地相 关政策措施和具体落实方案。各地要把完善居民医保政策 与医疗保障事业“十四五”规划相结合，加强政策调整前 后基金运行的监测和管理。及时制定预警方案，强化医疗 服务管理，提高基金互助共济和抗风险能力。在政策调整 和执行过程中遇到的新情况新问题要研究解决办法，重大 问题要及时报告。

（三）坚持保障适度，合理引导保障预期。各地要加强 政策宣传和舆论引导，充分利用广播、电视、报刊、网络 等新闻媒体，准确解读政策，妥善回应公众关切，提高和 扩大惠民政策的影响力。既要使群众广泛了解政策规定、 业务办理流程等，又要合理引导社会预期，科学划分城乡 基本医疗保险和大病保险、社会保险和商业保险、医疗保 险与公共卫生等制度政策的保障边界，明确各方权利、义 务，引导参保患者理性就医，增强全社会的保险责任意识, 为政策调整实施营造良好的社会氛围。

本指导意见从2020年1月1日起执行，关于高血压、 糖尿病门诊的用药保障，以专项通知的执行时间为准。

附件：1.城乡居民基本医疗保险门诊慢病全省统一病 种、支付比例和支付限额参考表

1. 城乡居民基本医疗保险门诊特病全省统一病 种参考表
2. 城乡居民基本医保住院费用报销比例表

城乡居民基本医疗保险门诊慢病全省统一病种

支付比例和支付限额参考表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种名称 | 支付比例 | 政策范围内年度 医疗费额度（元） | 基金年度最高 支付限额（元） |
| 1 | 糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动 脉爲麦鳶病或视网膜4#） | 60% | 2400 | 1440 |
| 2 | 冠心病（包括日常用药、支架植入术 后抗髄治疗） | 60% | 3000 | 1800 |
| 3 | 肺源性心脏病（慢性心衰，心功能n 级及以上） | 60% | 1800 | 1080 |
| 4 | 风湿性心脏病（心功能n级及以上） | 60% | 1800 | 1080 |
| 5 | 慢性肾盂肾炎 | 60% | 2200 | 1320 |
| 6 | 慢性阻塞性肺病 | 60% | 1900 | 1140 |
| 7 | 慢性胆囊炎 | 60% | 2000 | 1200 |
| 8 | 脑血管意夕卜偏瘫 | 60% | 2000 | 1200 |
| 9 | 支气管哮喘 | 60% | 1800 | 1080 |
| 10 | 甲状腺功能亢进症 | 60% | 1900 | 1140 |
| 11 | 慢性胃炎 | 60% | 1700 | 1020 |
| 12 | 慢性支气管炎 | 60% | 1600 | 960 |
| 13 | 恶性肿瘤镇痛治疗 | 60% | 2400 | 1440 |
| 14 | 心力衰竭（心功能H级及以上） | 60% | 2100 | 1260 |
| 15 | 慢性肾小球肾炎 | 60% | 2500 | 1500 |
| 16 | 心律失常（限房颤） | 60% | 1800 | 1080 |
| 17 | 慢性腹泻 | 60% | 1600 | 960 |
| 18 | 痛风 | 60% | 1900 | 1140 |



城乡居民基本医疗保险门诊特病  
全省统一病种参考表

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 病种名称 |
| 1 | 恶性肿瘤放化疗 |
| 2 | 白血病 |
| 3 | 骨髓增生异常综合征 |
| 4 | 血友病 |
| 5 | 原发性血小板减少性紫瘢 |
| 6 | 脑瘫 |
| 7 | 器官移植抗排异治疗 |
| 8 | 血管支架移植术后 |
| 9 | 心脏换瓣膜术后 |
| 10 | 造血干细胞移植术后 |
| 11 | 胃息肉内镜治疗 |
| 12 | 痔疮门诊手术治疗 |
| 13 | 肾、输尿管结石（体分冲击波碎石） |
| 14 | 乳腺癌（内分泌治疗） |
| 15 | 前列腺癌（内分泌治疗） |
| 16 | 病毒性肝炎 |
| 17 | 肝豆状核变性 |
| 18 | 肝硬化 |
| 19 | 肺结核（免费项目除外） |
| 20 | 外阴白斑 |
| 21 | 肾功能不全透析治疗 |

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 病种名称 |
| 22 | 肾病综合征 |
| 23 | 血吸虫病 |
| 24 | 克山病 |
| 25 | 囊虫病 |
| 26 | 大骨节病 |
| 27 | 再生障碍性贫血 |
| 28 | ••布鲁氏菌病 |
| 29 | 手足口病 |
| 30 | 帕金森病 |
| 31 | :癫痫 |
| 32 | 风湿（类风湿）性关节炎 |
| 33 | 重症精神病 |
| 34 | 强直性脊柱炎 |
| 35 | 银屑病 |
| 36 | 结肠（直肠）息肉内镜治疗 |
| 37 | 重症肌无力 |
| 38 | 白癥风 |
| 39 | 系统性红白狼疮 |
| 40 | 艾滋病 |
| 41 | 苯丙酮尿症 |
|  |  |

城乡居民基本医保住院费用报销比例表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 定点医疗机构级别 | 政策范围内年度基金报销分段 | 报销比例 |
| 一级 （•含以下） | 起付线（元）一30000元 | 80% |
| 30001 元一60000 元 | 85% |
| 60001元以上 | 90% |
| 二级 | 起付线（元）一30000元 | 70% |
| 30001 元一60000 元 | 75% |
| 60001元以上 | 80% |
| 三级 | 起付线（元）一300皿元 | 55% |
| 30001 元一60000 元 | 60% |
| 60001元以上 | 65% |





吉林省医疗保障局

2019年10月31日印发

吉林市城乡居民基本医疗保险门诊特殊  
疾病准入标准

**一、 病史资料条件**

1. 参保人员申办门诊特殊疾病待遇原则上需要提供住院病 史资料及近一个月内诊断疾病必备的有效检查报告单；
2. 本市参保人员申办特殊疾病在本市住院的必须提供定点 诊断医院、定点申请医院的住院病历原件；
3. 本市参保人员申办特殊疾病提供的住院病历是外地医院 的病历复印件时，病历复印件必须加盖外地医院病案室公章；
4. 本市参保人员提供的近一个月检查报告单必须是本市定 点诊断医院且达到所申办疾病的准入标准；
5. 异地居住人员需提供住院病历复印件及当地所选定点医 院近一个内的有效检查报告单；
6. 其中痔疮门诊手术治疗、银屑病、胃息肉内镜治疗、结肠 （直肠）息肉内镜治疗、肾输尿管结石（体外冲击波碎石）、苯

丙酮尿症、外阴白斑、艾滋病不需要提供住院病历。

**二、 临床准入标准**

**（一）恶性肿瘤放化疗**

同时具备以下三项：

1. 病史资料；
2. 病理组织学、骨髓细胞形态学诊断、影像学检查或可靠的 肿瘤标志确诊报告；
3. 定点医疗机构提供的具体放化疗、方案。

**（二）白血病**

须同时具备以下两项，1-2中任1项，3项必备：1.体征：贫 血、出血、发热、肝脾肿大；2.血常规、血凝异常；3.骨穿、骨 髓检查：形态学（包括免疫组化检查）和组织学。

**（三） 骨髓增生异常综合征**

须同时具备以下三项，其中1-4中任1项，5、6项必备：1. 病史；2.体检有或无以下体征：发热、皮肤粘膜苍白、皮肤出血 点及瘀斑、淋巴结及肝脾肿大、胸骨压痛等；3.全血细胞减少或 白细胞异常增高，以及贫血、血小板减少（包括血涂片）；4. 血细胞计数及分类；5.免疫分型；6.骨髓检查：形态学（包括免 疫组化检查）和组织学。

**（四） 血友病**

1.男性自幼发病；2.自发性或轻度外伤后出血不止。常表现 为软组织、深部肌肉内血肿及负重关节反复出血；3.活化部分凝 血酶时间（APTT）多数延长；4.初次定诊需测FVIII： C水平明

显低下；5.以住院病历确诊为依据进行评定。

（五）原发性血小板减少性紫瘢

须同时具备以下三项：1.病史；2.血小板计数减少（包括血 涂片）；血小板平均体积偏大；出血时间延长；血块收缩不良； 3.骨髓检查巨核细胞数增多或正常，有成熟障碍。

（六） 脑瘫

须同时具备以下任两项：1.发育迟缓；2.肌力、肌张力异常;

3.存在异常姿势；4.测评量表功能区存在不同程度落后；5.经康 复治疗后临床症状好转，具有康复价值。

（七） 器官移植抗排异治疗

须同时具备以下两项：1.病史资料；2.肝、肾、骨髓、心脏、 肺移植住院病历复印件。

**（八） 血管支架移植术后**

外周动脉（包括四肢、颈动脉、肾动脉、内脏动脉）、支架 植入术、人工血管弯路移植术后，需提供相应疾病的病历复印件。

（九） 心脏换瓣膜术后

心脏瓣膜置换、心脏瓣膜成形术后，需提供相应疾病的病历 复印件。

（十）造血干细胞移植术后

须同时具备以下两项：1.病史资料。2.造血干细胞移植住院

病历复印件。

（十一）胃息肉内镜治疗

内镜下息肉切除术

1. 胃息肉＜5mm,且内镜放大示病变表面腺体、血管尚规则；
2. 胃息肉直径约5-10mm，且内镜放大示病变表面腺体、血管尚规 则，可应用高频电圈套切除。

**（十二）痔疮门诊手术治疗**

已明确痔疮诊断，需要在门诊手术治疗的。

（十三）肾、输尿管结石（体外冲击波碎石）

已明确肾、输尿管结石诊断，需要在门诊进行体外冲击波碎 石治疗的。

（十四）乳腺癌（内分泌治疗）

同时具备以下三项：1.病史资料；2.病理组织学诊断，免疫 组化雌激素受体（ER）、孕激素受体（PR）同为阳性或其中一项 为阳性；3.定点医疗机构提供的内分泌治疗方案。

（十五）前列腺癌（内分泌治疗）

同时具备以下三项：1.病史资料；2.其中之一项：（1）病 理组织学诊断。（2）影像学检查或可靠的肿瘤标志确诊报告；

1. 定点医疗机构提供的内分泌治疗方案。

**（十六）病毒性肝炎**

同时具备以下（急性病毒性肝炎除外）三项：1.病毒标记物 阳性；2.肝功能检查中转氨酶超出正常范围；3.B超、CT、MRI 检查提示慢性肝炎性改变。

（十七）肝豆状核变性

符合以下三项。1.起病年龄:多在5-35岁；2.肝病史或肝病 症状；3.神经精神症状；4.铜生化指标：（1）血清CP< 200mg/L, 加上:①24小时尿铜》100卩g,或②肝铜> 250卩g/g（肝干重）。 但如血清CP为80~200 mg/L需进一步复查；5.对疑诊WD儿童可 予青霉胺负荷试验；6.疑为WD患者其K-F环须裂隙灯检查证实; 7.阳性家族史对诊断WD有重要意义；8.患者具有锥体外系症状、 K-F环阳性、血清CP低于正常下限、加上24小时尿铜〉100卩g; 9.患者具有肝病症状，K-F环阳性、血清CP低于正常下限、加 上24小时尿铜〉100卩g; 10.基因诊断。

（十八）肝硬化

同时具备以下三项：1.慢性肝病病史资料；2.有肝功减退和 门脉高压的临床表现；3.B超、CT、MRI等影像学依据。

**（十九）肺结核**

1、普通肺结核：

（1）确诊病例：符合下列两项条件之一的患者为确诊病例。

①患者痰标本、胸水或支气管肺泡灌洗液结核分枝杆菌病原学检

查阳性；②支气管或肺部组织病理学证实结核病变（组织内发现 结核分枝杆菌病原）。

（2 ）临床诊断病例：患者无病原学或病理学检查阳性的依据, 通过临床表现，影像学、结核病相关辅助检查、诊断性治疗等综 合措施诊断为肺结核的患者。

2、 耐多药肺结核及利福平耐药肺结核

耐多药肺结核：结核分枝杆菌对包括异烟肼、利福平同时耐 药在内的至少二种以上一线抗结核药物耐药。

利福平耐药肺结核：结核分枝杆菌对利福平耐药，无论对其 他抗结核药物是否耐药。

3、 广泛耐药肺结核

结核分枝杆菌除对一线抗结核药物异烟肼、利福平同时耐药 外还对二线抗结核药物喹诺酮类抗生素中至少一种产生耐药，以 及三种注射药物（如卷曲霉素、卡那霉素、丁胺卡那霉素等）至 少一种耐药。

**（二十）外阴白斑**

1. 外阴皮肤和粘膜变白、变粗或萎缩；
2. 组织病理：

增生型：表皮角化过度，棘层肥厚，上皮嵴向下延伸，真皮 浅层有不同程度淋巴细胞和少数中性粒细胞浸润；

硬化苔藓型：表皮角化过度有角栓，表皮萎缩变薄基底细胞 液化变性，黑素细胞减少，上皮嶠变钝或消失，真皮浅层胶原纤 维均质化，真皮中层有淋巴细胞浸润带；

混合型：同时有上述两种类型病变存在。

**（二十一）肾功能不全透析治疗**

1. 慢性肾功能不全的病史资料；2.辅助检查依据：血肌酐、 尿素氮升高，肌酐大于707mmol/L或肌酐清除率小于10ml/min。

（二十二）肾病综合征

临床表现为大量蛋白尿、低蛋白血症、高度水肿、高脂血症。 辅助检查依据：

1. 大量蛋白尿（成人大于3. 5g/d、儿童大于50mg/kg. d）；
2. 低蛋白血症（血清白蛋白＜30g/L）；

原发肾病综合征需要进行肾活检，明确病理诊断。

前两项为诊断必需条件。

（二十三）血吸虫病

1. 急性血吸虫病（满足3项）

（1 ）发病前2周至3个月有疫水接触史；

（2）发热、肝脏肿大与周围血液嗜酸粒细胞增多为主要特征, 伴有肝区压痛、脾肿大、咳嗽、腹胀及腹泻等；

（3）粪检查获血吸虫卵或毛蝴。

1. 慢性血吸虫病（满足3项）

（1） 居住在流行区或曾到过流行区有疫水接触史；

（2） 无症状，或间有腹痛、腹泻或脓血便。多数伴有以左叶 为主的肝脏肿大，少数伴脾脏肿大；

（3） 粪检查获血吸虫卵或毛蝴，或直肠活检无治疗史者发现 血吸虫卵，有治疗史者发现活卵或近期变性虫卵。

1. 晩期血吸虫病（满足3项）

（1） 长期或反复的疫水接触史，或有明确的血吸虫病治疗 史；

（2） 临床有门脉高压症状、体征，或有侏儒或结肠肉芽肿 表现；

（3） 粪检找到虫卵或毛蚴，或直肠活检无治疗史者发现血 吸虫卵，有治疗史者发现活卵或近期变性虫卵。

**（二十四）克山病**

同时具备以下三项：1.长期生活在缺硒地区，活动后呼吸困 难，双下肢浮肿；2.心脏彩超提示：左室扩大（女＞50mm/ 男＞55mm） ,EF＜45%; 3.存在心律失常，如房颤、室早等。

（二十五）囊虫病

1. 囊虫病病史资料，如脑囊虫病、皮下组织及肌肉囊虫病、 眼囊虫病等；
2. 实验室及辅助检查（满足3项）

（1） 血液及脑脊液检查：外周血象可见嗜酸性粒细胞计数增 高，脑脊液有嗜酸性粒细胞与异常淋巴细胞有参考价值；

（2） 囊虫补体结合试验阳性；

（3） 粪便检查，粪中发现节片或虫卵；

（4 ）腰穿提示颅压增高、或脑脊液细胞计数、蛋白含量增高;

（5） 影像学检查：X线，B超，CT、MRI检查或脑室造影提 示囊虫、囊尾蚴样改变；

（6） 免疫学检查：抗体检查检测特异性IgG抗体。单克隆 抗体（McAb ）法检测囊尾蚴循环抗原诊断脑囊虫病。

（二十六）大骨节病

同时具备以下三项：1.大骨节病病史资料；2.症状：四肢关 节疼痛、增粗、变性、肌肉萎缩、甚至短指、短肢、矮小畸形；

1. 放射线：手骨片见手指、腕关节骨关节面、干骨垢端临时钙化、 垢核多发对称性凹陷、硬化、破坏及变形。

**（二十七）再生障碍性贫血**

同时具备以下三项：1.全血细胞减少，网织红细胞百分数＜ 0. 005，淋巴细胞比例增高；2.骨髓多部位增生减低，造血细胞 减少，非造血细胞比例增高，骨髓小粒空虚；3.骨髓活检可见造 血组织均匀减少。

（二十八）布鲁氏菌病

1. 流行病学史；
2. 临床表现：发热、多汗、乏力、肌肉和关节疼痛等。部分 患者淋巴结/肝脾和睾丸肿大，可伴有皮疹、黄疸、骨关节系统 损害；
3. 疾控：PAT结果为阳性，SAT滴度为1： 100及以上，或者

患者病程持续一年以上仍有临床症状者SAT滴度为1:50及以上;

1. 血培养：分离到布鲁氏菌。

（二十九）手足口病

1.流行病学史；2.发热、手、足、口及臀部可见皮疹。

（三十）帕金森综合征（含帕金森病）

同时具备以下两项：1.明确帕金森病史，同时合并两个以上 肢体功能受限；2.住院和病史资料证明需长期治疗。

（三十一）癫痫

1.癫痫发作病史；2.脑电图检出阳性。

（三十二）风湿（类风湿）性关节炎

同时具备以下两项：

1. 符合类风湿关节炎诊断标准的病史资料；
2. 当年处于活动期的证据，须具备以下两条①类风湿因子阳 性或抗环瓜氨酸肽抗体阳性；伴有血沉增快或超敏C反应蛋白升

高。②关节影像学检查：骨质疏松，或关节间隙狭窄，或关节破 坏，或关节畸形等。

血清阴性类风湿关节炎诊断标准：同时具备以下两项：

1. 符合类风湿关节炎诊断标准的病史资料；
2. 当年处于活动期的证据，须具备以下两条①血沉增快或超 敏C反应蛋白升高。②关节影像学检查：关节间隙狭窄，或关节 破坏，或关节畸形等。

（三十三）重症精神病

符合CCMD...III级。分为1.精神分裂症、强迫症、情感性 精神病；2.分裂情感性障碍；3.偏执性精神病；4.双相情感障碍; 5.癫痫所致精神障碍；6.精神发育迟滞伴发精神障碍。以上诊断 标准，经住院治疗一个疗程以上，且需长期服药治疗。

（三十四）强直性脊柱炎

符合临床标准第（1）项及其他各项中之三项，以及影像学 标准之任何一项者，可诊断为强直性脊柱炎。

1. 临床表现（1）腰和（或）脊柱、腹股沟、臀部或下肢酸 痛不适，或不对称性外周寡关节炎、尤其是下肢寡关节炎，症状 持续周。（2）夜间痛或晨僵明显。（3）活动后缓解。（4） 足跟痛或其他肌腱附着点病。（5）虹膜睫状体炎现在症或既往 史。（6）强直性脊柱炎家族史或人类白细胞抗原B27 （HLA-B27）

阳性。（7）非甾体抗炎药（NSAIDs ）能迅速缓解症状；

1. 影像学：（1）双侧X线骶骼关节炎＞III期。（2）双 侧CT骶骼关节炎＞II期。（3）CT骶骼关节炎不足II级者，可 行MRI检查。如表现软骨破坏、关节旁水肿和（或）广泛脂肪沉 积，尤其动态增强检查关节或关节旁增强强度＞20%,且增强斜 率〉10%/min 者。

（三十五）银屑病

同时具备（1）及其他任一一项者：（1）慢性银屑病史，临 床表现为皮肤红斑、鳞屑为主，全身均可发病，多于冬季加重；

（2）寻常型银屑病；（3）脓疱型银屑病；（4）关节型银屑病； （5）红皮病型银屑病。

（三十六）结肠（直肠）息肉内镜治疗

内镜下结肠（直肠）息肉切除术限于以下两类情况：

①肠息肉＜5mm,且内镜放大示病变表面腺体、血管尚规则； ②肠息肉直径约5-10mm，且内镜放大示病变表面腺体、血管尚规 则。

（三十七）重症肌无力

同时具备以下两项：1.三甲医院住院病历；2.同时具备以下 （1）项与（2）至（4）项之一：（1）具有病态疲劳性和每日“晨 轻暮重”波动性的肌无力表现；（2）骨骼肌疲劳试验阳性；（3） 新斯的明试验阳性；（4）重复神经电刺激阳性。

（三十八）白瘢风

同时具备以下两项者：（1）慢性白癜风病史；（2）急性发 病，原有白斑明显加大或数量急剧增多；（3）面肢端型，影响 美观。

（三十九）系统性红斑狼疮

符合美国风湿病学会1997年SLE分类标准，有1个或一个 以上脏器损害的中、重度病人。SLE分类标准：符合下述中的4 项或以上方可诊断系统性红斑狼疮。1.颊部红斑；2.盘状红斑；

1. 光过敏；4.口腔溃疡；5.非侵蚀性关节炎；6.浆膜炎、胸膜炎 或心包炎；7.蛋白尿（＞0.5g/24h ）或管型；8.癫痫发作或精神 病；9.溶血性贫血或白细胞减少或淋巴细胞减少或血小板减少； 10.抗抗双链DNA （ ds-DNA ）抗体阳性，或抗Sm抗体阳性，或抗 磷脂抗体阳性（包括抗心磷脂抗体、或狼疮抗凝物、或至少持续 6个月梅毒血清试验假阳性三者中具备一项阳性）；11.荧光抗 核抗体阳性。

（四十）艾滋病

人类免疫缺陷病毒**（**HIV,通常所说的艾滋病病毒**）**初筛抗 体阳性，经市疾病控制中心确诊实验阳性，明确HIV感染者的， 应积极给予国家免费抗病毒药物治疗。

（四十一）苯丙酮尿症

1・临床表现有：生长发育迟缓、神经精神表现、皮肤毛发表 现、汗液和尿中有霉臭味（鼠气味）；

2.辅助检查：血苯丙氨酸浓度测定大于

0. 12mmo/L （2mg/dl）。

需要长期服用低苯丙氨酸奶粉或者食品。