

# 济南市医疗保障局 济南市财政局 国家税务总局济南市税务局

# 文件

济医保发〔2019〕20号

## 关于印发《济南市居民基本医疗保险 实施细则》的通知

各区县医疗保障局、财政局、税务局，济南高新区社会事务局、财政局，南部山区组织人事局、财政局，先行区社会事业部、综合管理部，莱芜高新区社会事务管理局、财政局：

为完善我市基本医疗保险体系，根据《济南市居民基本医疗保险实施办法》，制定了《济南市居民基本医疗保险实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2019年12月28日

（此件主动公开）

# 济南市居民基本医疗保险实施细则

**第一条** 根据《济南市居民基本医疗保险实施办法》（以下简称《实施办法》）和《济南市人民政府办公厅关于基本医疗保险市级统筹的实施意见》，制定本实施细则。

**第二条** 《实施办法》第二条所称的本市包括历下区、市中区、槐荫区、天桥区、历城区、长清区、章丘区、济阳区、莱芜区、钢城区、平阴县、商河县、济南高新区、南山区、莱芜高新区，以下简称各区县。

**第三条** 《实施办法》第二条第（一）款所称的大学生，包含在本市就学且已取得学籍的港、澳、台、外籍人员（下同）。

《实施办法》第二条第（二）款所称的在校学生及在园儿童，包括不具有本市户籍或居住证，在本市就学且已取得学籍的人员（含港、澳、台、外籍人员）（下同）。

未在户籍地参加基本医保的我市居住证持有人及其未成年子女，可参加我市居民基本医疗保险（以下简称居民医保），个人按我市居民相同标准缴费，并享受政府补助和相应的医疗保险待遇。

**第四条** 根据《实施办法》第二条、第三条、第四条规定，市医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责大学生的参保管理工作；各区县医保经办机构和镇（街道）便民服务中心负

责位于本辖区内中小学的在校学生、托幼机构的在园儿童、户籍或居住证在本辖区内 18 周岁以下居民和成年居民的参保管理工作。

市医保经办机构负责全市定点医药机构的监管考核和结算工作；各区县医保经办机构负责各自辖区市级以下定点医药机构的日常监管考核和结算工作。

**第五条** 大学生、在校学生和在园儿童，应以学校和托幼机构为单位统一组织参保缴费、身份核对、信息采集、录入、汇总和上报等工作。学校、托幼机构负责对参保基础信息及相关证明材料进行核对录入，连同信息报盘及相关材料于每年 12 月 20 日前报送所属医保经办机构。

**第六条** 农村居民以村（社区）为单位统一组织参保缴费、身份核对、信息采集、录入、汇总和上报等工作。村（社区）便民服务站负责对参保基础信息及相关证明材料进行核对录入，连同信息报盘及相关材料于每年 12 月 20 日前报送所属镇（街道）便民服务中心。

**第七条** 城镇居民首次参保时，个人于每年 12 月 20 日前凭居民身份证、户口簿或居住证，到户籍或居住证所在地的镇（街道）便民服务中心办理参保登记手续。镇（街道）便民服务中心负责参保登记、身份核对、信息采集、录入、汇总和上报等工作。城镇居民连续参保的，次年可直接按标准缴费，中断参保的，需重新办理参保登记手续后按标准缴费。

**第八条** 以下居民参保时还需同时向医保经办机构提供相关证明材料，并按年度在集中缴费期内到医保经办机构审验证明材料，办理个人免缴费认定手续。未及时提供有效证明材料的，按规定由个人缴费。

（一）重度残疾人员需提供《中华人民共和国残疾人证》；

《实施办法》第七条所称的重度残疾是指残疾等级为一、二级的视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾以及多重残疾人。

（二）城乡最低生活保障对象需提供《城市（农村）居民最低生活保障证》，且参保时享受最低生活保障。

（三）建档立卡贫困人员、城乡特困供养对象、抚恤定补优抚对象等需提供相应证明材料。

**第九条** 市、区县医保经办机构和镇（街道）便民服务中心应对学校、托幼机构和村（社区）便民服务站报送的信息及时进行审核，存在错误信息的，反馈回有关单位更正。

**第十条** 参保人的年龄计算日期截至参保当年的 12 月 31 日，以本人居民身份证记载的出生日期为准。

**第十一条** 参保人应在每年集中缴费期内按照税务部门的规定渠道缴纳个人下一医疗年度居民医保费。错过集中缴费期后申请参保的居民应补缴当年费用，补缴费用额为个人缴费和政府补助标准之和。补缴人员按规定办理参保手续并完成缴费的，待遇享受等待期为3个月（等待期自缴费的次月起开始计算），等

待期满后发生的医疗费用按规定予以报销。

参保人补缴当年费用后在待遇享受等待期内死亡或者由于参军、就业、户籍或学籍转出本市等原因，未开始享受对应医疗年度居民医保待遇的，可申请返还当年个人所补缴的费用。

参保人符合以上或者《实施办法》第九条规定的，可凭相关证明材料到税务部门办理个人缴费返还手续。

**第十二条** 《实施办法》第八条所称的新生儿是指自出生之日起 12 个月内的儿童，12 个月按公历对应截至出生自然日计算。《实施办法》第十四条所称 6 个月，计算方式同上；所称次月起，为次月 1 日起。

新生儿可在办理户籍登记后，当年随时参保缴费。根据《实施办法》第十四条，集中缴费期外参保的，可选择缴纳上一个医疗年度和当前医疗年度费用，按规定享受对应医疗年度待遇；集中缴费期内参保的，可选择缴纳当前医疗年度和下一个医疗年度费用，享受对应医疗年度待遇。

**第十三条** 大学生、在校学生和在园儿童参保信息发生变化的，应到医保经办机构办理变更登记；其他参保人身份证号码、户籍信息变更的应到区县医保经办机构办理变更登记，联系电话、照片等辅助信息变更的可到镇（街道）便民服务中心办理变更登记。

**第十四条** 参保人的政府补助资金，由各级财政按比例负担。财政部门设立居民医保基金财政专户，税务部门设立居民医

保基金收入户，医保经办机构设立居民医保基金支出户。

**第十五条** 首次参加我市居民医保的大学生，可自参保当年的9月1日起享受医疗保障待遇。

**第十六条** 大学生住院的起付标准为：三级医疗机构700元、二级医疗机构400元、一级医疗机构（含社区卫生服务机构，下同）及乡镇卫生院200元。

其他参保人住院的起付标准为：省（部）三级医疗机构1200元、其他三级医疗机构1000元、二级医疗机构700元、一级医疗机构400元、乡镇卫生院200元。一个医疗年度内，第二次住院的起付标准相应降低20%，从第三次住院起不再执行起付标准。

门诊慢性病的起付标准为200元，在一个医疗年度内参保人只负担一次。门诊慢性病患者在定点的社区卫生服务机构、乡镇卫生院就医，不执行起付标准。

最高支付限额为25万元。

**第十七条** 参保人在中医定点医疗机构发生的基金支付范围内住院医疗费用，起付标准在第十六条规定的基础上降低20%。

**第十八条** 大学生因住院或门诊慢性病在三级医疗机构医疗的，由居民医保基金负担70%，个人负担30%；在二级医疗机构医疗的，由居民医保基金负担80%，个人负担20%；在一级医疗机构、乡镇卫生院医疗的，由居民医保基金负担90%，个人负担10%。

其他参保人因住院或门诊慢性病在省（部）三级医疗机构医

疗的，由居民医保基金负担 45%，个人负担 55%；在其他三级医疗机构医疗的，由居民医保基金负担 60%，个人负担 40%；在二级医疗机构医疗的，由居民医保基金负担 70%，个人负担 30%；在一级医疗机构医疗的，由居民医保基金负担 80%，个人负担 20%；在乡镇卫生院医疗的，由居民医保基金负担 90%，个人负担 10%。

**第十九条** 门诊慢性病是指由市医疗保障行政部门确定，在定点医疗机构门诊接受治疗，并由居民医保基金按规定比例支付门诊医疗费用的疾病种类，具体病种及申办审核标准见附件。门诊慢性病医疗实行定点管理，具体名单由市医保经办机构确定，并向社会公布。

参保人申办门诊慢性病的，应准备申请病种的相关病历、二级及以上定点医疗机构检查化验报告等原始材料。大学生、在校学生及在园儿童应由监护人或本人将上述材料报学校及托幼机构，其他参保人应将上述材料报镇（街道）便民服务中心。学校及托幼机构、镇（街道）便民服务中心受理后统一报所属市、区县医保经办机构审核，经市医保经办机构确认，对符合政策规定的参保人予以备案。

**第二十条** 纳入门诊慢性病管理的参保人，确定一家定点医疗机构进行治疗，确定后一般在一个医疗年度内不得变更，经核准治疗门诊慢性病所发生的医疗费，由居民医保基金按规定支付。患有恶性肿瘤的治疗、肾功能衰竭（尿毒症期）的透析治疗、器官移植的抗排异治疗（限心脏、肝、肺、肾、异基因造血干细

胞移植)、精神障碍、结核病的门诊慢性病参保人,可选择定点医疗机构诊疗相应病种,每个病种对应的医疗机构不超过一家;上述参保人同时患有其他门诊慢性病的,可再选择一家定点医疗机构诊疗。

门诊慢性病患者因病情需要,经所选择的定点医疗机构同意,可转诊至上级或同级的本市其他定点医疗机构治疗。转诊的医疗费用先由个人垫付,待治疗结束后回转出的定点医疗机构进行结算,基金支付比例按转入定点医疗机构标准执行。

**第二十一条** 患有精神障碍的参保人,在精神卫生专科定点医疗机构住院或在门诊慢性病定点医疗机构进行相应治疗的,均无需负担起付标准。在我市二级精神卫生专科医疗机构医疗的,基金支付比例在第十八条规定的基础上提高5个百分点。

门诊慢性病患者中肾功能衰竭(尿毒症期)的透析治疗,居民医保基金支付比例统一为80%(乡镇卫生院仍为90%)。

门诊慢性病患者中恶性肿瘤的治疗、器官移植的抗排异治疗(限心脏、肝、肺、肾、异基因造血干细胞移植)和血友病,居民医保在各级医疗机构的基金支付比例,低于75%的统一按75%执行。

门诊慢性病患者中高血压(有心、脑、肾、眼并发症之一)和糖尿病(有心、脑、肾、眼、酮症并发症之一)实行限额动态管理。一个医疗年度内,居民医保基金的最高支付限额,高血压为1100元,糖尿病为1800元。

**第二十二条** 参保人在门诊使用康柏西普和雷珠单抗治疗

黄斑变性、使用重组人干扰素 $\beta$ -1b治疗多发性硬化、使用重组人生长激素治疗儿童原发性生长激素缺乏症、使用静注人免疫球蛋白（pH4）治疗原发性免疫球蛋白缺乏症的，参照门诊慢性病进行管理。一个医疗年度内，医保基金支付门诊使用重组人生长激素或静注人免疫球蛋白（pH4）费用每人累计不超过3万元。

**第二十三条** 患有白内障和因预防接种异常反应导致残疾的0-6周岁（含6周岁）参保儿童，以及患有听力语言残疾、脑瘫、智力残疾、孤独症、肢残、低视力的0-17周岁（含17周岁）参保儿童，经二级以上公立定点医疗机构诊断证明符合康复治疗条件的，将其在定点康复医疗机构发生的符合条件的康复项目和医疗费用纳入居民医保支付范围，参照门诊慢性病管理。一个医疗年度内，居民医保基金支付门诊康复和医疗费用每人每个病种不超过3万元。

以上儿童在省（部）三级定点医疗机构发生的康复救治住院医疗费用，基金支付比例在第十八条规定的基础上提高5个百分点。

**第二十四条** 参保人住院实行首诊负责制，对符合住院条件的，首诊定点医疗机构必须按规定接收住院，不得借故推诿病人；确需转院治疗的，经此定点医疗机构医疗保险管理部门同意，可转院至本市其他定点医疗机构住院，视为一次住院，起付标准连续计算；参保人向上级定点医疗机构转院时，应补齐转入定点医疗机构起付标准的差额。

**第二十五条** 参保人需转院到外地住院治疗的，应符合下列条件：

（一）本市定点医疗机构不能诊疗的疑难重症；

（二）经本市三级甲等定点医疗机构或市级以上专科定点医疗机构检查、会诊仍未确诊的；

（三）接诊医疗机构的诊疗水平高于本市诊疗水平。

参保人需要转院到外地住院治疗的，应首先由本市三级甲等定点医疗机构或市级以上专科定点医疗机构提出转异地住院治疗的建议，由定点医疗机构医疗保险管理部门开具《异地转诊转院备案表》，居民医保基金支付按省（部）三级医疗机构的标准执行。大学生参保人符合上述规定且办理了异地转诊转院备案手续的，按照第十八条规定执行。

**第二十六条** 参保人未经备案自行外出就医的，发生的住院合规医疗费用，居民医保基金按照第十八条的标准减半支付。

**第二十七条** 我市居民医保参保人长期在外地居住，可到医保经办机构办理异地安置备案手续，办理后，原则上6个月之内不得更换或注销。参保人在备案地发生的住院和门诊慢性病医疗费用，均可按规定予以报销。异地安置人员经备案的异地医疗机构同意，转往其他医疗机构住院治疗的，按第二十五条规定执行。

**第二十八条** 参保人在异地发生的住院和门诊慢性病合规医疗费用，可联网结算的，医疗费用即时结算；不能实现异地联网结算的，发生的医疗费用先由参保人垫付，就医结束后凭医院

收费有效票据、费用清单、门（急）诊病历、出院记录（诊断证明）等材料（以下统称现金报销必备材料）及时到医保经办机构办理报销手续。如出现多所医疗机构的医疗费单据，应附有相应转诊证明。

**第二十九条** 参保人在本市非定点医疗机构发生的住院医疗费用，病情符合急症住院条件的，可参照第十八条住院标准支付。

大学生参保人假期、休学、外地实习期间在外地医疗机构住院，以及在本市非定点医疗机构急症住院的，按照第十八条规定执行报销。

上述情况发生的医疗费用先由个人垫付。治疗结束后，凭现金报销必备材料等到医保经办机构办理报销手续。

**第三十条** 参保人急诊留观转住院的，其留观期间的医疗费用与住院费用合并计算。

参保人在门诊抢救无效死亡的，其符合居民医保基金支付范围规定的急诊费用由居民医保基金按照住院有关规定支付，不再执行起付标准。

**第三十一条** 大学生、少年儿童因意外伤害发生的门（急）诊医疗费用，在居民医保基金支付范围内累计超过 200 元以上的部分，由居民医保基金支付 80%，在一个医疗年度内最高支付限额为 2000 元（含个人按一定比例负担部分）。

大学生、少年儿童因意外伤害需门诊急诊治疗的，可就近就

医，医疗费用先由个人垫付。治疗结束后，凭门（急）诊病历、医院收费有效票据和费用清单到医保经办机构办理报销手续。

意外伤害指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

**第三十二条** 符合国家计划生育政策，在我市基本医疗保险定点医疗机构生育（急救、抢救及其他特殊情况除外）的参保人因住院分娩发生的生育医疗费用，包括产前检查费、接生费、手术费、住院费、药费等居民医保支付范围内的费用，实行定额包干支付：顺产的 1100 元、阴式手术产的 1350 元、剖宫产的 2300 元。

参保人因急救、抢救及其他特殊情况在非基本医疗保险定点医疗机构发生的符合报销范围的生育医疗费用，先由个人垫付。治疗结束后，凭现金报销必备材料，到医保经办机构办理报销手续。

参保人享受居民医保生育报销待遇的，不再以生育保险参保男职工配偶身份享受职工生育保险生育补助金。

参保人因生育相关疾病住院期间发生的居民医保支付范围内的医疗费用，按照住院规定执行。因生育合并症发生手术费用的，只报销手术费用，不收取起付标准。

**第三十三条** 参保人在一个医疗年度内，就业后转为参加职工基本医疗保险的，自享受职工基本医疗保险待遇之日起，终止享受居民医保待遇；在一个医疗年度内，转为参加职工基本医疗

保险后又失业，不再享受职工基本医疗保险待遇的，可继续享受本医疗年度居民医保待遇。

参保人在我市退休后，达不到职工医保最低缴费年限的，其在我市居民医保个人累积缴费额可以折抵职工医保费补缴额。

**第三十四条** 《实施办法》第十八条第（三）款规定的整形、美容、矫正等治疗不包含关节矫正及儿童唇、腭裂等功能性治疗。

**第三十五条** 参保人符合下列条件之一的，定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院根据申请可以为其开设家庭病床：

（一）脑中风丧失全部或大部分行动能力且病情符合住院条件的；

（二）恶性肿瘤晚期行动困难的；

（三）严重心肺疾病符合住院条件，住院医疗确有困难的；

（四）骨折牵引固定需卧床的；

（五）80岁以上老人患疾病需连续住院治疗，到医院就诊确有困难的。

**第三十六条** 参保人申请办理家庭病床时，需经接诊医师提出初步意见，由定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院报区县医保经办机构备案。

**第三十七条** 家庭病床治疗周期一般为 90 天，参保人因病情确需延长的，应报医保经办机构备案，但一个医疗年度内累计最长时间不超过 150 天。家庭病床的支付比例、起付标准等参照住院标准执行，视为一次住院。

**第三十八条** 定点医疗机构应对门诊慢性病患者的病历、处方单独管理，并向患者和医保经办机构据实提供医疗费用明细。参保人在定点医疗机构进行住院或门诊慢性病治疗的，应当持医保凭证办理结算手续。参保人只需与定点医疗机构结算个人负担部分，其余部分由医保经办机构与定点医疗机构结算。

**第三十九条** 参保人在国外和香港、澳门特别行政区及台湾地区发生的医疗费用，居民医保基金不予支付。

**第四十条** 凡在外地发生的医疗费用，在执行报销标准时，按照国家评定的医疗机构等级确定，未确定等级的，按照我市二级医疗机构的标准执行。

**第四十一条** 参保人住院的基本医疗保险待遇，以费用发生时的待遇享受状态作为结算依据。参保人跨医疗年度住院的视为一次住院，只负担一次起付标准，基金支付比例、最高支付限额按医疗年度分别计算。

**第四十二条** 医保经办机构与定点医药机构的结算办法及标准由市医保经办机构另行制定。

**第四十三条** 本实施细则自 2020 年 1 月 1 日起施行。上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的，以本文件为准。今后，如上级调整相关政策，按新调整后的政策执行。

附件：居民基本医疗保险门诊慢性病目录及申办审核标准

附件

## 居民基本医疗保险门诊慢性病 目录及申办审核标准

### 一、恶性肿瘤的治疗

符合以下条件之一：

1. 门诊或住院确诊恶性肿瘤，并经病理学或细胞学确诊；
2. 住院后未经病理学或细胞学确诊，但根据病史、体征，结合 X 线、B 超、CT、磁共振、内窥镜、实验室等辅助检查，明确诊断为恶性肿瘤；
3. 未经住院治疗且未经病理学或细胞学确诊，但结合 X 线、B 超、CT、磁共振、内窥镜、实验室等辅助检查，明确诊断为恶性肿瘤的，需进一步提供加盖红章的诊断证明。

说明：

1. 自确诊之日起 5 年及以上的恶性肿瘤，申请时需进一步提交恶性肿瘤未愈或转移、复发、新发的相关病历资料；
2. 对于部分需要按恶性肿瘤处理的占位性病变，需进一步提交术后复发转移或放化疗等的相关病历资料。

### 二、慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗

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， $GFR \leq 15ml/\text{分}$ ，需长期透析治疗，并提供：3-5 次透析

记录，血液透析的动静脉造瘘记录或置入半永久深静脉置管记录或腹膜透析的置管记录(若因心力衰竭、凝血功能障碍等原因暂时无法造瘘，需提供确需长期透析但暂时无法造瘘及原因的诊断证明)。

### **三、器官移植患者的抗排异治疗（限心脏、肝、肺、肾、异基因造血干细胞移植）**

心脏、肝、肺、肾、异基因造血干细胞移植术后，需持续服用抗排异药物治疗的患者。

说明：需提供器官移植的住院病历复印件。异基因造血干细胞移植只限于治疗血液系统恶性肿瘤，需进一步提供近一年内确诊 GVHD（移植物抗宿主病）确需持续服用抗排异药物的病历资料及相关排异化验检查单。

### **四、血友病**

1. 症状、体征诊断明确；
2. 血液及凝血指标异常（活化部分凝血酶原时间延长和凝血因子VIII或凝血因子IX降低），确诊血友病。疑难病例有遗传学或分子遗传学支持证据。

### **五、再生障碍性贫血**

1. 症状、体征诊断明确并经住院确诊；
2. 血液及骨髓象检查阳性。

### **六、系统性红斑狼疮**

符合 ACR.1997 系统性红斑狼疮分类标准，并符合以下条

件:

按照 ACR. 1997 系统性红斑狼疮分类标准进行的相关检查, 如血清抗核抗体检查, 抗 ENA 抗体系列检查, 免疫球蛋白检查, 血沉和肝肾功能, 提示 SLE 活动或检查结果阳性; 伴有并发症的, 延伸相关脏器的检查, 如狼疮性肾炎、狼疮性脑炎、狼疮性浆膜炎等, 相应的检查阳性。

### **七、帕金森氏病及综合征（只适用成年居民）**

符合以下条件:

1. 符合下列标准两项以上者:
  - ①静止性震颤;
  - ②运动迟缓或运动减少;
  - ③肌强直;
  - ④姿势步态异常。
2. 隐袭起病, 缓慢进展, 逐时加重的病程;
3. 经神经专科医师确诊。

综合征的诊断标准, 除具备以上条件外, 需明确原发病。

### **八、精神障碍**

符合以下病症: 精神分裂症、（双相）情感性精神障碍、脑器质病变性精神障碍、强迫症、抑郁症、恐怖症、焦虑症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执型精神病）、精神发育迟滞伴发精神障碍之一者。

说明: 需提供明确诊断的二级及以上专科医院两年内的

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半年的二级及以上专科医院的门诊诊疗记录并同时提供该医院的诊断证明。

## **九、苯丙酮尿症**

诊断明确并经二级及以上医疗机构确诊。

说明：需提供明确诊断的二级及以上医疗机构的住院病历复印件；未经住院治疗的，需有二级及以上医疗机构的门诊治疗记录并同时提供该医疗机构的诊断证明；确诊化验单。

## **十、骨髓增生异常综合征**

1. 症状、体征诊断明确；
2. 血液及骨髓检查（包括骨髓穿刺和骨髓活检）相应异常改变，确诊骨髓增生异常综合征。

## **十一、重症肌无力**

符合以下条件：

1. 症状、体征诊断明确；
2. 抗胆碱酯酶药物试验、疲劳试验、肌电图检查，其中一项符合重症肌无力诊断标准并排除胸腺瘤；
3. 经神经专科医师确诊。

## **十二、肝豆状核变性**

符合以下条件：

1. 症状、体征诊断明确；
2. 血清铜蓝蛋白显著降低和尿铜排出量增高或肝铜增高。

### 十三、强直性脊柱炎

符合中华医学会风湿病学分会 2004 年《风湿性疾病诊治指南》相关标准，诊断明确。

### 十四、结核病

#### 1. 肺结核

符合以下条件之一：

①肺部有异常阴影和痰菌及病理证实的菌阳肺结核；

②肺部有异常阴影，痰菌三次检查为阴性或培养阴性，有肺结核相关症状或体征，PPD 试验强阳性；

③菌阴肺结核，有肺结核相关症状或体征，免疫学、分子生物学、生化酶检查，其中一项阳性，并排除其他肺部疾病；

④经实验治疗证实有效的菌阴肺结核。

#### 2. 肺外结核

符合以下条件：

①有肺结核病史或伴有其他器官结核病依据；

②有结核病的全身症状和局部症状；

③X 线、CT、结核菌、免疫学、分子生物学、生化酶检查，其中一项阳性，或 PPD 试验强阳性。

### 十五、高血压（有心、脑、肾、眼并发症之一）

原发性高血压诊断明确，收缩压  $\geq 140\text{mmHg}$  和（或）舒张压  $\geq 90\text{ mmHg}$ （应激状态血压升高除外），并符合以下条件之

一：

1. 心脏：有心绞痛、心肌梗塞、左心功能不全病史之一并以下辅助检查①单项或②、③、④其中两项异常者：

①冠状动脉造影显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 50\%$ 或冠脉 PCI 术后；

②冠状动脉 CT 显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 70\%$ ；

③心电图或动态心电图或心脏运动负荷试验符合以下情况之一：a. ST 段水平或下斜型下移幅度 $\geq 0.1\text{mv}$ ；b. 频发室早二联律、频发多源性室早、短阵室速；c. 持续房颤；

④心脏彩超：符合以下超声改变之一：a. 明显的室壁运动减低；b. 室壁瘤；c. 左室后壁厚度 $\geq 13\text{mm}$  或室间隔厚度 $\geq 13\text{mm}$ 。

2. 脑：有脑血管病病史，症状、体征明确，脑CT、MRI 或脑血管造影检查证实，并符合以下条件之一（需提供近期住院病历复印件）：

①脑梗塞、脑栓塞、脑出血并肢体运动功能明显障碍（患肢肌力0—III级）、肢体协调功能中度障碍、完全性失语（运动性、感觉性）、偏盲之一者；

②动脉粥样硬化性脑血管病病史，脑动脉支架术后、颈动脉支架术后、脑出血开颅减压术后之一者；脑动脉瘤血管介入术后；

③脑干梗塞，病灶直径 $\geq 0.5\text{cm}$  并导致临床出现以下症状之

一者：吞咽或构音障碍、饮水呛咳、偏瘫、四肢瘫；

④脑干出血。

3. 肾脏：符合以下条件之一：

①有微量白蛋白尿（尿白蛋白排泄率  $> 200 \mu\text{g}/\text{min}$  或尿白蛋白排泄量  $> 300\text{mg}/24\text{h}$ ）；

②慢性肾功能减退（血肌酐  $>$  各单位检验正常值上限者）（需提供半年内非同一天两次及以上血肌酐化验单或审核当天现场检查肾功能）。

4. 眼底：高血压眼底动脉硬化 II-IV 期（由审核医院眼科专家对患者现场复核）；

5. 主动脉夹层动脉瘤并经住院确诊。

## 十六、糖尿病（有心、脑、肾、眼、酮症并发症之一）

确诊糖尿病，并有下列并发症之一：

1. 心脏：有心绞痛反复发作或心肌梗塞病史，并以下辅助检查①单项或②、③、④其中两项异常者：

①冠状动脉造影显示至少一支冠脉血管管腔狭窄  $\geq 50\%$  或冠脉 PCI 术后；

②冠状动脉 CT 显示至少一支冠脉血管管腔狭窄  $\geq 70\%$ ；

③心电图或动态心电图或心脏运动负荷试验符合以下情况之一：a. ST 段水平或下斜型下移幅度  $\geq 0.1\text{mv}$ ；b. 频发室早二联律、频发多源性室早、短阵室速；c. 持续房颤；

④心脏彩超：符合以下超声改变之一：a. 明显的室壁动度

减低; b. 室壁瘤。

2. 脑: 有脑血管病病史, 症状、体征明确, 脑CT、MRI 或脑血管造影检查证实, 并符合以下条件之一 (需提供近期住院病历复印件):

①脑梗塞、脑栓塞、脑出血并肢体运动功能明显障碍 (患肢肌力0—III级)、肢体协调功能中度障碍、完全性失语 (运动性、感觉性)、偏盲之一者;

②动脉粥样硬化性脑血管病病史, 脑动脉支架术后、颈动脉支架术后、脑出血开颅减压术后之一者; 脑动脉瘤血管介入术后;

③脑干梗塞, 病灶直径  $\geq 0.5\text{cm}$  并导致临床出现以下症状之一者: 吞咽或构音障碍、饮水呛咳、偏瘫、四肢瘫;

④脑干出血。

3. 肾脏: 符合以下条件之一:

①有微量白蛋白尿 (尿白蛋白排泄率  $> 200\ \mu\text{g}/\text{min}$  或尿白蛋白排泄量  $> 300\text{mg}/24\text{h}$ );

②慢性肾功能减退 (血肌酐  $>$  各单位检验正常值上限者) (需提供半年内非同一天两次及以上血肌酐化验单或审核当天现场抽血检查)。

4. 眼病: 糖尿病视网膜病变 II—VI期、白内障、青光眼之一者 (由审核医院眼科专家对患者现场复核);

5. 糖尿病足: 足部皮肤溃疡或肢端坏疽;

6. 糖尿病酮症酸中毒并经住院确诊。

### **十七、冠心病或脑梗塞安装血管支架的抗凝治疗**

有冠心病或脑梗塞病史，且为血管支架植入术后的抗凝治疗，限定时效为 12 个月。

