

毕市医保发〔2021〕14号

市医保局 市财政局 市民政局 市乡村振兴局市卫健局关于印发《毕节市2022年城乡居民基本医疗保险报销方案》的通知

各县(自治县、市、区)医疗保障局、财政局、民政局、乡村振兴局、卫健局,百里杜鹃管理区卫生和计划生育局,金海湖新区社会

事务管理局:

《毕节市2022年城乡居民基本医疗保险报销方案》已经市人民 政府同意,现印发给你们,请遵照执行。



毕节市2022年城乡居民基本医疗保险 报销方案

为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民 医保)制度,增强城乡居民医保基金抗风险能力和医疗保障水平, 根据《国家医疗保障局 财政部 国家税务总局关于做好2021年城乡 居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2021〕32号)、《省医 保局关于印发贵州省"十四五"全民医疗保障规划的通知》(黔医 保发〔2021〕61号)、《省医疗保障局 国家税务总局贵州省税务 局 省财政厅关于实施统一的城乡居民基本医疗保险制度有关问题 的通知》(黔医保发〔2019〕61号)、《贵州省医疗保障局等十部 门关于印发贵州省巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村 振兴战略实施方案的通知》(黔医保发〔2021〕51号)、《省医保 局关于进一步规范慢特病门诊保障制度的通知》(黔医保发[2021] 49号)、《省医保局办公室关于规范住院费用省内异地就医直接结 算管理的通知》(黔医保办发〔2021〕30号)及《毕节市人民政府 办公室关于印发毕节市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施方案 的通知》(毕府办发〔2017〕1号)、《中共毕节市委 毕节市人民 政府关于印发〈毕节市全面推进乡村振兴五年行动方案〉的通知》 (毕党发〔2021〕23号)等文件精神,结合实际,制定本方案。

一、参保范围和筹资标准

2022年我市城乡居民医保参保范围和筹资标准按《毕节市2022 年城乡居民基本医疗保险筹资方案》(毕市医保发〔2021〕9号) 的规定执行。

二、基金管理

城乡居民医保基金实行市级统筹。城乡居民医保基金提取风险调节金和拨付大病保险基金后,剩余部分为基本医疗保险基金。根据《毕节市城乡居民医疗保险基金市级统筹管理暂行办法》(毕财社〔2017〕14号)的相关规定,风险调节金从当年的城乡居民医保筹资总额中按5%的比例提取,达到当年筹资总额的10%后不再提取。2022年按73.5元/人标准提取大病保险基金,剩余部分按3:7划分为门诊统筹基金和住院统筹基金。

三、参保待遇

城乡居民医保待遇包括:住院报销(一般住院、住院分娩、单病种包干);普通门诊统筹(普通门诊、门诊一般诊疗费);门诊慢性病和门诊特殊疾病保障;大病保险。

(一) 住院报销

表1. 城乡居民医保住院起付线和报销比例一览表

地域	定点医疗机构	住院起	住院起付线(元)		报销比例 (%)	
地域	人员区27 47614	按规定转诊	未按规定转诊	按规定转诊	未按规定转诊	
市内	乡、镇卫生院	100		90		
	一级定点医疗机构	100		90	不需转诊	
	二级定点医疗机构	300	不需转诊	80		
	三级定点医疗机构	500		70		
省	一级定点医疗机构	1200		60		
省内市外	二级定点医疗机构	1500		60		
外	三级定点医疗机构	1500		60		
省外	省外定点医疗机构	1800	2000	60	40	

- 1. 参保患者在市内定点医疗机构间双向转诊,只收一次起付线, 上转患者只需要补足高级别医院起付线,下转患者不再收取起付线; 其余住院每次都应交起付费。低于起付线以下的看病就医费用由个 人自付。
- 2. 计算参保患者的实际报销金额时,首先应计算符合城乡居民 医疗保险可报销范围的费用(即剔除不符合报销范围的费用,减去 乙类药品先行支付和特殊诊疗项目先行支付的费用),减去起付线 金额后,再按规定的报销比例进行报销。
- 3. 城乡居民医保设置封顶线。对连续参保(含既往参加城乡居民医保或城镇职工医保)的,提高封顶线。首次参保的,基本医保封顶线设置为40万,大病保险封顶线设置为30万;连续参保2年的,

基本医保封顶线设置为50万,大病保险封顶线设置为35万;连续参保3年的,基本医保封顶线设置为60万,大病保险封顶线设置为40万;连续参保3年以上(不含3年)的,基本医保、大病保险均不设封顶线。新生儿参保及出生后的第二、三年连续参保的婴幼儿均按连续参保3年以上计算。连续参保时间从2018年起计算(即: 2018年至2020年均参保的,2021年继续参保按连续参保3年以上计算,以此类推)。参保中断的从重新参保年开始计算参保年限。对2018年以来参加城镇职工医保未中断或中断参保低于半年的,参保年限按连续参保3年以上计算;2018年以来参加城镇职工医保中断半年以上(含半年)的,连续参保年限从其重新参加医保之月起(重新参保之日至当年年末超过半年的按1年计算,重新参保之日至当年年末不足半年的按0年计算)累计计算其连续参保年限。

- 4. 住院分娩报销政策、精神病床日付费政策和日间手术的报销政策另行制定。
- 5. 重大疾病医疗保障报销。省定25种重大疾病住院的报销政策按照《省医疗保障局关于调整城乡居民医保25种重大疾病待遇及结算方式的通知》(黔医保发[2020]52号)及相关文件的规定执行,具体经办按《省医疗保障事务中心关于印发〈贵州省城乡居民重大疾病定点救治经办管理规程〉的通知》(黔医保事务中心发[2020]

--6-

17号)执行。所有恶性肿瘤患者在市内二级及以上公立医疗机构和市内肿瘤专科医院诊疗的,免收起付线费用,合规费用按就诊医疗机构报销比例提高10%后进行报销。

6. 单病种包干。单病种包干按《毕节市医疗保障局 毕节市卫生健康局 毕节市财政局 毕节市市场监管局关于统一全市城乡居民医保单病种收费标准的通知(试行)》(毕市医保通[2021]23号)的规定执行。

纳入DIP结算的定点医疗机构不再执行原各县(市、区)日均(或次均)费用控制标准,按《市医保局 市财政局 市卫健局关于印发〈毕节市医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法(试行)〉的通知》(毕市医保发〔2021〕7号)规定的病种范围、结算标准、方式等进行结算,暂未纳入DIP结算的定点医疗机构仍按原付费方式执行。

- 7. 耗材限价: 对政策范围内允许单独计费的耗材每个(套、件)设置限价20000元,超出20000元以上的部分城乡居民医保基金不予报销。严禁将成套的耗材内各组件进行分解计费。
- 8. 严格控制自费比例。医疗机构为参保患者使用自费药物及提供自费项目医疗服务时需取得患者知情同意并严格控制自费比例。

各定点医疗机构要严格控制药品、耗材、检查化验费占比和目

-7-

录外费用占比。对建档立卡脱贫人口、特困人员、孤儿、事实无人 抚养未成年人、低保对象、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严 重困难户、享受抚恤补助的优抚对象(不含一至六级残疾军人)、 计生"两户"及计生特殊家庭成员、二十世纪六十年度初精减退职 老职工、家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者、 低收入家庭中的重病患者、艾滋病人和艾滋病机会性感染者、符 合资助参保条件残疾人(一、二级重度残疾人和低收入家庭中的 重度残疾人)、麻风病人以及80岁以上参保老年人等特殊人群(以 下简称特殊人群)住院及门诊治疗目录外医疗费用占比,年度总体 应控制在10%以内,超出部分由定点医疗机构自行承担。

(二)普通门诊统筹

1. 普通门诊统筹政策不跨县(市、区)执行。普通门诊统筹定点医疗机构限定在市内村卫生室(社区卫生服务站)、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、一级标准设置的民营综合医院范围内。普通门诊统筹在普通门诊统筹定点医疗机构就医报销比例90%。月次均处方费用:乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、一级标准设置的民营综合医院不得超过75元,村卫生室(社区卫生服务中心)、一级标准过70元。报销限额:乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、一级标准设置的民营综合医院不超过60元/人/天,村卫生室(社区卫生服务

--8--

站)不超过40元/人/天。全年每人累计报销不超过400元。

2. 门诊一般诊疗费按《贵州省物价局 省卫生厅 省人力资源和社会保障厅关于基层医疗卫生机构一般诊疗费项目和标准及有关问题的通知》(黔价医药〔2011〕158号)和《贵州省卫生厅办公室关于将基层医疗卫生机构一般诊疗费纳入新农合基金支付的通知》(黔卫办发〔2011〕220号)规定,对乡镇卫生院、街道卫生院、中心卫生院、政府办城市社区卫生服务机构和承担基本公共卫生服务任务的村卫生室以8元/次的标准进行支付,一般诊疗费不包含在门诊报销封顶线内,每日多次诊疗、三日内同一疾病诊疗按1次计算予以支付。已收取了一般诊疗费内涵已包括的诊查费、治疗费等相关费用的不予支付一般诊疗费。

(三)门诊慢性病和门诊特殊疾病保障

根据《省医保局关于进一步规范慢特病门诊保障制度的通知》 (黔医保发〔2021〕49号)等文件的规定,将慢性疾病门诊、重大疾病门诊和省定25种重大疾病门诊政策,统一规范为慢性病门诊保障制度和特殊疾病门诊保障制度(具体病种及待遇标准见附表1、附表2、附表3),病种准入严格按《贵州省医疗保险慢特病门诊病种办理标准》执行。我市原有病种的准入标准另行制定。

1. 城乡居民高血压、糖尿病(以下简称"两病")未发生靶器

—9—

官损害的,其门诊用药保障按照《省医保局 省财政厅 省卫生健康委 省药监局关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见》(黔医保发〔2019〕54号)的规定执行;已发生靶器官损害的,按照本方案关于门诊慢性病和门诊特殊疾病保障的规定执行。

2. 门诊慢性病年度起付标准为150元,患多种慢性病的只支付一次。门诊慢性病起付线不参与住院起付线累计。参保人员办理多种慢性病的,基金支付限额可以叠加,但叠加后的年度最高支付限额不得超过10000元。门诊特殊疾病不设起付线,设定具体限额的病种按限额执行,没有设定具体限额的病种按照基本医保加大病保险的限额执行,支付比例比照同级医院住院执行。

参保人员办理多种门诊特殊疾病的,基金支付限额可以叠加,但叠加后的基金支付限额不得超过基金年度最高支付限额。对于执行具体设定限额的病种,叠加后的基金支付限额不得超过实际合并计算限额。

3. 门诊慢性病和门诊特殊疾病应由二级及以上公立医院认定,精神病可由精神病专科医院认定。应在公立医疗机构(精神病专科医院不限公、私立)或纳入门诊特殊疾病定点的医疗机构就诊,费用累计计算,资金在住院统筹基金中支出。门诊特殊疾病中的病种

在辖区内无定点救治医疗机构的,可直接到相关重大疾病定点医疗机构救治,不需转诊。诊疗及用药按医疗保险"三目录"的规定执行(与疾病相符)。门诊慢性病未具体设定限额的病种报销每人每年封顶线5000元(3种以下,不含3种),同时患3种及3种以上门诊慢性病的,每增加1种,门诊费用增加2000元(如:同时患3种门诊慢性病封顶线为7000元,以此类推,但不得超过10000元)。门诊慢性病和门诊特殊疾病实行即审即报,市外公立医院或获得我市市级医保经办机构批准的其它医院产生的符合规定的门诊慢性病和门诊特殊疾病门诊费用可以回参保地经办机构申请零星报销。

- 4. 门诊慢性病和门诊特殊疾病诊疗不按指定用药或不在指定的定点医疗机构就医所产生的费用一律不予报销。
- 5. 门诊慢性病、门诊特殊疾病的年度定(限)额标准在申办时 换算成月定(限)额标准计算(不足一个月按一个月计算)。
 - 6. 门诊慢性病、门诊特殊疾病当月未使用的定(限)额作废。
- 7. 门诊慢性病、门诊特殊疾病患者住院期不享受相应门诊慢性病、门诊特殊疾病的定(限)额(将年度定〈限〉额换算成日定〈限〉额标准后予以扣除)。

(四) 大病保险报销

1.2022年,普通人群大病保险起付线为4000元。特殊人群起付

—11—

线为2000元,报销比例各档较普通人群提高5个百分点执行,取消 封顶线。其余按照毕节市人民政府办公室《关于印发毕节市开展城 乡居民大病保险工作实施意见(试行)》(毕府办通[2013]54号)、 原毕节市卫生局《关于印发〈毕节市城乡居民大病保险实施细则(试行)〉的通知》(毕卫发[2013]58号)的规定执行。

- 2. 参保患者使用特殊药品的, 其特殊药品待遇按《贵州省医疗保障局关于做好基本医疗保险特殊药品使用管理的通知》(黔医保发[2019]79号)和《毕节市医疗保障局关于做好基本医疗保险特殊药品使用管理工作的通知》(毕市医保通[2020]21号)的规定执行。
- 3. 省定25种重大疾病及市级规定的单病种治疗超出病种定(限)额限价的费用以及门诊慢性病和门诊特殊疾病定(限)额范围内或超出定(限)额范围的自付费用均不纳入大病保险报销范围。

表2. 毕节市城乡居民医保大病保险起付线和报销比例

档次	在 床 人 用 山 白 什 人 柯 厉 痘 弗 田 (二)	报销比	例 (%)	备注
何久	年度个人累计自付合规医疗费用(元)	普通人群	特殊人群	金 江
1	小于等于2000元部分	0	0	
2	大于2000元,小于等于4000元部分	0	65	
3	大于4000元,小于等于10000元部分	60	65	
4	大于10000元,小于等于20000元部分	65	70	
5	大于20000元,小于等于30000元部分	70	75	

6	大于30000元,小于等于40000元部分	75	80	
7	大于40000元,小于等于50000元部分	80	85	
8	大于50000元,小于等于60000元部分	85	90	
9	大于60000元,小于等于70000元部分	90	95	
10	大于70000元部分	95	100	

(五) 不予支付项目

不予支付项目严格按《贵州省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《贵州省基本医疗保险诊疗项目及医疗服务设施目录(暂行)》(以下简称"三目录")的规定执行,超出"三目录"的药品、诊疗项目及医疗服务设施不予报销(单病种包干中特殊明确的例外)。

(六)其他

- 1. 城乡居民基本医疗保险基金用于参保城乡居民的医疗费用报销,对于其他政策规定(或社会捐助)优惠的医疗项目费用,应先执行优惠政策(或社会捐助规定)后,剩余部分再按城乡居民基本医疗保险报销政策给予报销,且合计报销金额不得超过其实际支出费用。
- 2. 发生意外伤害的参保城乡居民医疗费用的报销,按照《毕节市医疗保障局关于印发〈毕节市基本医疗保险意外伤害经办管理规程(试行)〉的通知》(毕市医保通[2021]18号)的规定执行。

- 3. 既参加城乡居民基本医疗保险又参加了商业医疗保险人员 因病住院的,由患者自行选择报销方式(可先报销商业保险,也可 先报销城乡居民医保),但合计报销金额不得超过其实际支出总费 用。
- 4. 市内定点医疗机构为患者提供的规范、必要且不违反协议规 定的中医中药诊治费用报销比例提高5个百分点。
- 5. 在全市二级以上(含二级)医疗机构实行X线、CT、核磁共振、彩超、肝肾功能等医学影像和医学检验检查结果实行互认制度。 患者因一次患病在市内两家及以上二级及以上医疗机构连续住院治疗的,对上述医学影像和医学检验检查结果实行互认,若重复检查的不予报销(因病情需要复查的例外),相关费用由医疗机构承担。
- 6. 对器官移植的相关手术费用: 我市城乡居民参保人员无论是捐献器官者或接受器官者, 其相关治疗费用按规定纳入报销。
- 7. 我市参保的外出务工人员、就读人员及长期居住外地人员未在务工地、就读地或长期居住地参加任何基本医疗保险的,经在参保县(市、区)医保经办机构办理了异地居住备案手续后,在务工地、就读地、长期居住地定点医疗机构住院治疗的产生的政策范围内费用按我市城乡居民医保支付政策执行,"三目录"和医疗服务

价格执行就医地标准;因特殊原因未能联网结算的,由本人垫付相 关医疗费后持相关资料回参保地按我市城乡居民医保支付政策、 "三目录"和医疗服务价格的规定执行。

8. 转院转诊到市外定点医疗机构就医的,住院治疗产生的政策范围内费用,联网结算时按我市城乡居民医保支付政策执行,"三目录"和医疗服务价格执行就医地标准;因特殊原因未能联网结算的,由本人垫付相关医疗费后持相关资料回参保地按我市城乡居民医保支付政策、"三目录"和医疗服务价格的规定执行。

五、报销所需资料、申报时限及资金拨付

(一)报销所需资料

报销所需资料和办结时限按照《关于转发贵州省医疗保障局〈关于进一步完善全省医疗保障系统政务服务事项工作的通知〉的通知》(毕市医保通〔2020〕72号)的规定执行。

(二)申报时限

- 1. 外出就医:自出院之日起,原则上3个月内向参保地县(市、区)、乡两级医保经办机构申请报销,外出务工、就读人员及长期居住外地人员原则上可放宽到次年6月30日以前申请报销。
- 2. 联网结算医疗机构: 市外联网结算医疗机构的费用按当地规定向其归属地医保经办机构报送申报结算资料。市内联网结算医疗

机构申报资料原则上在次月15日前报送其归属的医保经办机构(节假日顺延),无正当理由及特殊原因迟报的不予审核报销。

(三)资金拨付

- 1. 外出就医未联网结算的按零星报销的规定持相关资料回参 保地医保经办机构按规定审核后据实拨付。
- 2. 市外医疗机构申请结算的医疗费用按省医保局有关异地就 医结算的规定进行结算和清算。
- 3. 市内定点医疗机构申请结算的医疗费用,由各定点医疗机构向其归属的医保经办机构申报结算。

六、有关要求

(一)加强转诊转院管理

各县(市、区)医保经办机构要严格执行转诊转院管理的规定, 不按规定办理转诊转院手续的,严格执行非转诊报销比例规定。

省内医疗机构不需办理转诊备案。

(二)加强经办及支付管理

各县(市、区)医疗保障局要进一步做好所辖范围内城乡居民 医疗保险宣传、筹资、审核、报销等相关业务和监管工作。在认真 执行省、市支付方式改革相关政策及管控方案的同时,要根据近年 来定点医疗机构次均住院费用情况,建立辖区内定点医疗机构次均 住院费用控费机制,大力开展打击欺诈骗保工作,对个人和医疗机构的违规行为,严格按相关规定查处,涉嫌违法犯罪的移交相关部门;努力控制医疗费用的不合理增长,切实减轻群众负担、确保基金安全。

(三)加强保障措施

各县(市、区)要进一步加强县、乡经办队伍建设,确保县、乡两级经办机构有专职人员正常开展城乡居民基本医疗保险工作。各级政府要从方便群众和利于工作的角度安排好经办机构的工作场所。县级财政要落实经办机构的工作经费,确保日常工作的正常开展。

(四) 其他方面

- 1. 特殊人群在市外就医, 若因市外医保业务系统不能支撑符合 政策规定的相关费用现场联网结算, 可持相关资料回参保县(市、 区)按规定审核报销。
- 2. 本方案自2022年1月1日起实施。国家、省对城乡居民基本医疗保险报销有新规定的,从其规定。
 - 3. 本方案由毕节市医疗保障局负责解释。

附表1:

毕节市城乡居民医保门诊高血压、糖尿病病种表

序号	病种名称	复审时间	年支付限额	支付比例	备注
1	高血压	免于复审	800	一级及以下医疗机构为 70%,二级医疗机构为 60%,三级医疗机构为 50%	无靶器官损害
2	糖尿病	免于复审	1200	一级及以下医疗机构为 70%,二级医疗机构为 60%,三级医疗机构为 50%	无靶器官损害

附表2:

毕节市城乡居民医保门诊慢性病病种表

序号	病种名称	复审时间	年支付限额	支付比例	备注
1	心脏病并发心功能不全 三级及以上	免于复审		比照同级医院 住院比例	
2	心肌梗死	免于复审		比照同级医院 住院比例	
3	脑萎缩	免于复审		比照同级医院 住院比例	
4	慢性活动性肝炎	免于复审		比照同级医院 住院比例	
5	癫痫	免于复审		比照同级医院 住院比例	
6	甲亢	免于复审		比照同级医院 住院比例	
7	甲减	免于复审		比照同级医院 住院比例	
8	脑瘫	免于复审		比照同级医院 住院比例	
9	慢性肾炎	免于复审		比照同级医院 住院比例	
10	白癜风	免于复审		比照同级医院 住院比例	
11	风湿性关节炎	免于复审		比照同级医院 住院比例	
12	脊髓空洞症	免于复审		比照同级医院 住院比例	
13	非扩张型心肌病	免于复审		比照同级医院 住院比例	
14	慢性支气管炎	免于复审		比照同级医院 住院比例	
15	哮喘	免于复审		比照同级医院 住院比例	
16	慢性血细胞减少	免于复审		比照同级医院 住院比例	
17	恶性肿瘤(不需门诊放化 疗者)	免于复审		比照同级医院 住院比例	
18	生长发育迟滞(病理性)	免于复审		比照同级医院 住院比例	
19	紫癜性肾炎(Ⅲ、IV、V型)	免于复审		比照同级医院 住院比例	
20	碘缺乏所致甲状腺肿大	免于复审		比照同级医院	

	(II 庇 II II L)			4 险 1 4 6 1
	(Ⅱ度及以上)			住院比例
21	中重度氟骨病	免于复审		比照同级医院 住院比例
22	地砷病	免于复审		比照同级医院 住院比例
23	肾病综合征	免于复审		比照同级医院 住院比例
24	精神病(精神分裂症、分裂情感性障碍、双相情感障碍、偏执型精神病、癫痫性精神病、精神发育迟滞伴发精神障碍)	免于复审	7000	一级及无等级 定点医疗机构 70%, 二级 65%, 三级 60%
25	青光眼	免于复审	1000	比照同级医院 住院比例
26	尘肺病理性(非工伤)	三年复审	1000	比照同级医院 住院比例
27	阿尔茨海默病(早老性痴呆)	免于复审	3000	比照同级医院 住院比例
28	风湿性心脏病	免于复审	4000	比照同级医院 住院比例
29	肝硬化代偿期	三年复审	4000	比照同级医院 住院比例
30	肝硬化失代偿期	三年复审	8000	比照同级医院 住院比例
31	肝豆状核变性	免于复审	7000	比照同级医院 住院比例
32	艾滋病病毒感染	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
33	慢性阻塞性肺疾病(肺气肿及肺心病)	三年复审	8000	比照同级医院 住院比例
34	扩张型心肌病	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
35	I型糖尿病	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
36	脑卒中(脑出血、脑梗死、 蛛网膜下腔出血) 无后遗 症	免于复审	1500	比照同级医院 住院比例
37	糖尿病(并心、脑、肾、 周围神经病变及视网膜 病变)	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
38	原发性高血压(并心、脑、 肾损害)	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
39	冠心病(并心肌梗塞、严重心律失常、心脏扩大)	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例
40	重症肌无力	三年复审	8000	比照同级医院 住院比例
41	帕金森氏病	免于复审	8000	比照同级医院 住院比例

42	活动性肺结核	一年复审	2100	75%	定额,执行医 保目录,超定 额部分由医院 承担
----	--------	------	------	-----	----------------------------------

附表3:

毕节市城乡居民医保门诊特殊疾病病种表

序号	病种名称	复审时间	年支付限额	支付比例	备注
1	白血病	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
2	恶性肿瘤门诊放、化疗	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
3	慢性肾功能不全	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
4	地中海贫血	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
5	原发性免疫缺陷病	免于复审	50000	比照同级医院住院比例	
6	原发性生长激素缺乏症	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
7	运动神经元病	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
8	肢端肥大症	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
9	格林-巴利综合征	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
10	尘肺非病理性(非工伤)	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
11	肺曲霉病	免于复审	50000	比照同级医院住院比例	
12	脑卒中(脑出血、脑梗死、 蛛网膜下腔出血)后遗症	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
13	血友病	免于复审	50000	比照同级医 院住院比例	
14	器官移植抗排异治疗	免于复审	按住院统筹基金 支付限额	比照同级医院住院比例	
15	系统性红斑狼疮	免于复审	按住院统筹基金 支付限额	比照同级医 院住院比例	
16	再生障碍性贫血	两年复审	按住院统筹基金支付限额	比照同级医 院住院比例	
17	骨髓增生异常综合征	五年复审	按住院统筹基金 支付限额	比照同级医 院住院比例	
18	耐多药肺结核	一年复审	按住院统筹基金支付限额	比照同级医 院住院比例	
19	免疫性血小板减少症	一年复审	按住院统筹基金支付限额	比照同级医院住院比例	

20	强直性脊柱炎	免于复审	15000	比照同级医 院住院比例	
21	类风湿性关节炎	三年复审	15000	比照同级医 院住院比例	
22	噬血细胞综合征	一年复审	20000	比照同级医 院住院比例	
23	肺间质病抗纤维化治疗	免于复审	45000	比照同级医 院住院比例	
24	神经系统良性肿瘤放化疗	一年复审	50000	比照同级医 院住院比例	仅支付参保患 者放化疗费用