

商洛市医疗保障局  
商洛市财政局 文件  
商洛市卫生健康委员会

商医保发〔2019〕50号

---

商洛市医疗保障局  
商洛市财政局  
商洛市卫生健康委员会  
关于印发城乡居民基本医疗保障待遇清单  
和门诊慢特病统筹办法的通知

各县(区)医保局、财政局、卫健局，商洛高新区(商丹园区)社区管理中心、财政局，市直各直属(经办)机构：

现将《商洛市城乡居民基本医疗保障待遇清单》《商洛市城乡居民门诊慢特病统筹办法》印发你们，请认真遵照执行。

(此页无正文)



商洛市卫生健康委员会  
2019年11月18日

---

抄送:市委办、市人大办、市政府办、市政协办、市纪委(监察委)办、  
市深改委办、市卫健委纪检组,各县区政府办,商洛高新区(商  
丹园区)管委会办,市局各科室、局长、副局长 档(二)

---

商洛市医疗保障局

2019年11月18日印发

# 商洛市城乡居民基本医疗保障待遇清单

为切实做好城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)待遇保障,根据《商洛市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》(商政办发〔2019〕32号),制定本清单。

## 一、门诊待遇支付

### (一)普通门诊

仅限在本县区境内定点镇办卫生院、社区卫生服务中心(站)、村卫生室、高校内设卫生室发生的门诊费用,纳入基金支付范围。

1.起付标准:参保居民在镇办、村社区、高校定点医疗机构门诊不设起付标准。

2.支付限额:年内基金支付限额为100元(含一般诊疗费、门诊治疗费、医技检查费、医保目录内药品费)。其中单次(或每日)基金支付限额,定点村级卫生室(站)、高校内设卫生室为30元,定点镇办卫生院(中心)为50元。

3.支付比例:参保居民符合规定的门诊费用,在定点村级卫生室(站)、高校内设卫生室就诊的,支付限额以内基金支付60%;在定点镇办卫生院(中心)就诊的,支付限额以内基金支付50%。

4.参保居民在市内镇办、村社区、高校定点医疗机构发生的门诊费用,由就诊的镇村两级医疗机构负责在支付限额内即时结算,镇办卫生院负责在辖区普通门诊基金支付总额内控制

管理。

## **(二) 高血压、糖尿病(简称“两病”)门诊用药保障**

1. 保障范围: 我市参加城乡居民医保、确诊为“两病”但未达到门诊慢特病标准、需要在门诊采取药物治疗的患者。

2. 起付标准、支付限额和支付比例: “两病”保障对象在签订协议的镇村社区医疗机构发生的、符合基本医保规定的门诊药费, 不设起付标准, 统筹基金限额支付, 政策范围内支付比例为 50%, 一个年度内最高支付限额高血压为 200 元/人、糖尿病为 300 元/人, 同时患有“两病”的为 350 元/人。

3. 享受“两病”门诊用药保障的参保患者不再享受“普通门诊”统筹待遇。

详见《商洛市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障办法》。

## **(三) 门诊慢特病**

1. 病种: 根据本市实际和基金状况, 统一纳入居民基本医疗保险支付范围的门诊慢特病共 22 种, 包括(1)原发性高血压病; (2)糖尿病; (3)慢性阻塞性肺疾病; (4)精神分裂症; (5)恶性肿瘤放化疗之外的门诊治疗; (6)慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析; (7)器官移植术后服用抗排斥药; (8)白血病; (9)苯丙酮尿症; (10)帕金森病; (11)阿尔茨海默病; (12)尘肺病; (13)脑性瘫痪; (14)血友病; (15)动脉血管内支架植入术后; (16)肝硬化(失代偿期); (17)耐药肺结核; (18)再生障碍性贫血; (19)脑梗塞后遗症; (20)脑出血后遗症; (21)慢性活动性肝炎; (22)系统性红斑狼疮;

2. 起付标准、支付限额和支付比例: 门诊慢特病年度不设

起付标准，支付限额按病种不同分别设定；一个年度在支付限额内，符合基本医疗保险政策的费用，居民医保基金支付 60%，个人自付 40%。建档立卡贫困人口支付限额提高 20%。

3. 确诊与鉴定：参保人员，须提供在二级及二级以上定点医疗机构就医，确诊为慢性病的相关病案资料，经县(区)医保经办机构组织专家鉴定，并在居民医保结算系统录入信息、标注确认。同时，报市医保经办机构备案。

4. 购药：经标注确认、备案的慢特病，凭定点医疗机构具备相关病种诊断资格和开具该病种专业范围内、用药处方权的执业医师或助理执业医师、开具的处方或电子处方，在市内定点医疗机构付款购药、索取发票，凭社保卡或身份证、结算票据和处方，按季度到参保地镇办卫生院在支付限额内申请报销。

每月购药基金支付费用不超过其病种月限额的两倍，同一种药每次购买不超过其病种 4 周用量。

5. 国家卫健委、科技部、工信部、国家药监局、国家中医药管理局《关于公布第一批罕见病目录的通知》(国卫医发〔2018〕10号)公布的 121 个罕见病和即将公布的《国家第二批罕见病目录》列入的罕见病，按照“一病一策”的原则，由市级医保部门根据我市实际和基金状况，确定起付标准、支付限额和支付比例。

6. 享受门诊慢特病待遇的参保居民，会同定点医药机构套取居民医保基金者，取消其剩余有效期内门诊慢特病待遇享受资格。

详见《商洛市城乡居民门诊慢特病统筹办法》。

## 二、住院待遇支付

### (一)起付标准、支付限额、支付比例及支付办法

1.起付标准:参保患者在市内镇办卫生院、一级医院、二级医院、三级医院住院起付标准,分别为300元、400元、800元(中医医院、妇幼保健院、专科医院600元)、1800元(中医医院、妇幼保健院、专科医院1400元);市外异地就医一级(含镇办卫生院)、二级、三级医院住院起付标准,分别为500元、1500元(中医医院、妇幼保健院、专科医院1300元)、3000元(中医医院、妇幼保健院、专科医院2600元)。

2.支付限额:参保患者住院,基金支付限额设定为每人每年13万元(包括门诊慢特病)。

3.支付比例:在市内一级医院(含镇办卫生院)、二级医院、三级医院住院,居民医保基金支付比例分别为81%、70%、55%;市外一级(含镇办卫生院)、二级、三级医院住院,支付比例分别为70%、60%、45%。

4.支付办法:起付标准以上、年度支付限额以内,按比例支付。

基本医疗保险支付费用=政策范围内住院医疗费用×基本医保支付比例。

政策范围内住院医疗费用=住院医疗总费用-目录范围外费用-政策内个人自付费用-基本医保住院起付标准。

(二)建档立卡贫困人员:在各级各类定点医疗机构住院,符合技术转诊规范的政策范围内费用支付比例,在规定比例基础上提高10个百分点;国家卫健委办公厅、民政部办公厅、

国务院扶贫办综合司、国家医保局办公室《关于做好2019年农村贫困人口大病专项救治工作的通知》(国卫办医函〔2019〕427号)规定的25种大病,实行单病种付费管理,患者在二三级医院住院的政策范围内费用,基本医保基金支付比例提高到70%。

当年出生的新生儿,在母亲参保地享受居民医保住院待遇,将住院、诊疗、检查、药品费用纳入基本医疗支付范围。

### (三)就医管理

实行分级诊疗、双向技术转诊制度。患者就医需符合分级诊疗、规范转诊和定点医疗机构就医的管理要求。

1. 参保人员就医时,应选择市内基层(二级及以下)医疗机构,当地基层医疗机构无法诊治的,可按规定办理转诊登记。参保人员转市外医疗机构(仅限联网直接结算的三级定点医疗机构)诊治,应由县区二级以上(含)医疗机构会诊,属本地无条件治疗的疑难病症,确需转诊的,方可外转。

2. 转诊转院均在参保地二级定点医院进行电子转诊;暂无电子转诊条件的二级定点医院,办理纸质转诊证明并盖章后,到县区医保经办机构进行电子转诊备案,或直接办理电话转诊(电话联系县区医保经办机构,告知姓名、二代身份证号或社会保障卡号、诊断结果和拟转入的联网结算定点医院名称,办理电子转诊备案)。“转诊单”一次一办,三个月内有效,治疗结束时自动终止。

3. 同一疾病二次住院转诊:因同一疾病治疗过程内多次转诊到同一家联网结算定点医院,第二次及以后在住院前电话联

系县区医保经办机构办理电子转诊，按正常转诊报销。

4. 异地居住一年以上的参保居民，在参保地县区医保经办机构申请异地安置就医登记手续后，在居住地联网结算定点医疗机构就医的，按市内医保政策支付待遇。

5. 参保人员经备案转往市外联网结算定点医院发生的住院费用，居民医保基金按规定比例支付；无转诊单或备案手续在市外联网结算定点医院发生的住院费用，基金支付比例降低10个百分点；在市外非联网结算医院发生的住院费用，基金支付比例降低20个百分点。

6. 特殊患者放宽转诊：急性重大传染病，5周岁及以下儿童，65岁以上老人，孕产妇，按限额支付的单病种，病情紧急危重、需及时入院抢救治疗、出据有急诊证明的，手术病人复诊、精神疾病、传染病等在基层医疗机构不具备诊治条件的，到上级协议医院就诊，可免开转诊单，直接到选定的异地联网结算定点医院就医，3日内电话联系县区医保经办机构，告知姓名、身份证号或社会保障卡号、诊断结果和已转入的联网结算定点医院名称，按急诊补办电子转诊，视同正常转诊报销。

7. 白血病、恶性肿瘤术后复诊(限30天内)、结核病、重度精神病及眼科患者，到市内三级定点或市外联网结算的医疗机构住院，只需开具首次住院转诊单，后续就诊免开转诊单，使用复印件即可。

8. 异地就医使用就医地目录、执行参保地支付政策、实行就医地管理。按病种付费的病例，执行就医地病种付费标准。

9. 医保经办机构要结合分级诊疗工作实际，在定点协议中



明确约定转诊率，将其纳入年度考核指标，并作为评优晋级的重要依据；要加强对转诊情况的技术研判，对不符合转诊条件而出具“转诊单”的医疗机构，应按医保政策和协议约定追究责任。

#### (四) 其他

1. 参保患者在定点医疗机构住院使用基本医疗保险药品目录内的中药饮片、中草药、医疗机构中药制剂，支付比例提高 5 个百分点，最高不超过 80%。

2. 普通结核病在三级定点医院基金支付比例提高到 70%；精神类疾病在市外三级综合或专科医院住院执行 2000 元起付标准。

3. 医用材料，政策范围内总费用低于 5000 元（含 5000 元）的，全部纳入支付范围，按规定比例支付；单价在 5000 元以上的超出部分，个人自付 50%后，剩余部分纳入支付范围，按规定比例支付。单次住院支付限额为 6000 元。使用特殊卫生材料应事先告知，经患者本人或家属同意，签署知情同意后，方可纳入支付范围。

4. 单项单次费用在 100 元及以内的检查、治疗，全部纳入支付范围；超出 100 元的特检特治费用按 50%纳入支付范围。

5. 基本医疗保险诊疗项目内的康复、中医适宜技术、理疗项目费用，按 70%纳入支付范围；在非理疗专科的康复理疗费用超过住院总费用 15%的按 15%纳入支付范围；手术及急诊抢救用血全部纳入支付范围，按规定比例支付，其它用血不予支付。

6. 符合政策的住院分娩，不分医院级别，实行限额支付，

分顺产、需助产、剖宫产三种情况，每例限额标准分别为 1000 元、1500 元、2000 元。生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，限额增加 20%。对符合计划生育政策的生育医疗费，不足支付限额的基金据实支付，超过支付限额部分基金不予支付。

7. 在全市范围实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”即时结算，患者只需支付个人承担的费用；暂时不能提供即时直接结算的，应由县区医保经办机构提供费用报销服务，费用报销原则上不得超过 30 个工作日，报销票据需要核查的，应及时告知申报当事人，报销时间可延长 15 天。医疗机构垫付的医疗费，每月与签订协议的市县区医保经办机构对账审核结算一次，具体办法另行通知。

8. 意外伤害（外伤、烫伤、药物及气体中毒等）住院，由接诊医师负责如实记载病案资料，即时录入诊疗信息系统，标识备案，并在 12 小时内报告县区医保经办机构；意外伤害异地就地住院需办理电话转诊备案。医保经办机构根据《陕西省城乡居民意外伤害医保（新农合）报销管理方案》调查、公示、审核。

9. 外伤患者住院费用由其本人与医院直接结算，无第三方责任的，出院后将加盖医院住院收费公章的有效结算票据等相关资料报到县区医保经办机构，在规定比例基础上降低 15 个百分点支付；有第三方责任的，不予支付。

### 三、大病保险和医疗救助

**（一）起付标准、支付限额：**大病保险起付标准设定为 1 万元，基金支付年度支付限额为 30 万元/人；建档立卡贫困人

口大病保险起付标准降为 5000 元；全面取消建档立卡贫困人口大病保险支付限额。对于参保人员一个年度内多次住院，在大病保险待遇支付时，只负担一次大病保险起付标准。

**(二)分段支付比例：**凡参加居民医保的住院病人，住院费用按现行基本医疗保险政策支付后，对达到大病保险起付标准 1 万元以上个人负担的政策范围内医疗费用，分段按比例支付，即 1-3 万元基金支付 60%，3-10 万元基金支付 70%，10 万元（不含）以上部分基金支付 80%。建档立卡贫困人口支付比例提高 5 个百分点。每次住院单独结付，大病保险基金支付后的剩余部分，年度内再次住院结算时不再累加。

大病保险支付费用=(政策范围内住院医疗费用-基本医疗保险支付费用-大病保险起付标准) × 大病保险支付比例。

### **(三)医疗救助：**

1. 参保资助：对特困人员（原城市“三无”、农村“五保”）参加居民医保个人缴费部分，全额资助；对城乡低保对象、农村建档立卡贫困人口、贫困重度残疾参加居民医保个人缴费部分，定额补助。

2. 门诊救助：门诊救助的重点是因患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自负费用较高的医疗救助对象。对特困人员政策范围内个人自负门诊费用给予全额救助；对城乡低保对象政策范围内个人自负门诊费用，年度内没有住院的，按 50%的比例给予救助，日常门诊每人每年不超过 1000 元，重特大疾病门诊每人每年不超过 5000 元；特定救助对象政策范围内个人自负门诊费用，年度内没有住院的，

按 20%的比例给予救助，日常门诊每人每年不超过 300 元，重特大疾病门诊每人每年不超过 1000 元；其他对象不享受门诊医疗救助。

3. 住院救助：对特困人员、城乡低保对象、低收入对象、特定救助对象及因病致贫救助对象等特殊人员住院，经基本医疗保险、大病保险支付后，政策范围内个人自负的医疗费用实施救助。对特困人员给予 100%救助；城乡低保对象按照 70%的比例救助，年度累计支付限额为 1.5 万元（重特大疾病 3 万元）；低收入对象、特定对象按 50%的比例救助，年度累计支付限额为 1.2 万元（重特大疾病 2 万元）；因病致贫对象重特大疾病按 30%的比例救助，年度累计支付限额为 1.5 万元。

医疗救助支付费用=（政策范围内住院医疗费用-基本医疗保险支付费用-大病保险支付费用+基本医保住院起付标准+大病保险起付标准）×医疗救助支付比例。

**（四）建档立卡贫困人口：**在定点医疗机构住院，政策范围内医疗费用按照基本医疗保险、大病保险、医疗救助的顺序，依次梯进支付结算，“三重保障”后的总支付比例，控制在 80-85%以内（特困人员除外）。政策范围内医疗费用支付比例，在基本医保（第一重保障）、大病保险（第二重保障）、医疗救助（第三重保障）的任何一重保障达到 80%以上的，不再启动后续保障。

政策范围内住院支付比例=（基本医疗保险支付费用+大病保险支付费用+医疗救助支付费用）/政策范围内住院医疗费用。

**（五）按病种付费：**住院费用纳入大病保险和医疗救助支付范围，审核时也不再审核“一日清单”等收费明细单，只需根

据病种的定额标准,凭出院结算发票中超过大病保险起付标准的个人自付部分直接按支付比例进行支付。

#### **四、待遇项目和支付标准**

##### **(一) 药品目录**

1、范围:自2020年1月1日起全市城乡居民医保统一执行《国家医保局人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉的通知》(医保发〔2019〕46号)中的药品品种。

2、价格及支付标准:各级各类医疗机构的医保报销药品价格按照挂网招采价格零加成执行。公立医疗机构执行陕西省医保局确定的价格,社会资本办医可参照执行,也可执行市场价,但必须按照公立医疗机构执行的价格标准纳入支付范围。

3. 甲类药品按照协议医疗机构执行的零差率销售价格全额纳入基本医保支付范围,按规定比例支付。乙类药品按照协议医疗机构执行的零差率销售价格在5000元以内的(含5000元)90%纳入支付范围,按规定比例支付;5000元以上的,50%纳入支付范围,分段计算。

4. 国家医保局谈判药品依照谈判价格,住院按40%纳入支付范围、按规定比例支付,门诊慢特病在年度限额内按30%支付。

##### **(二) 基本医保诊疗项目和医疗服务设施范围**

严格执行陕西省医疗服务项目价格相关规定,参照现行职工基本医疗保险使用的医疗服务设施范围及诊疗服务项目目录执行,各县区医保局、市县区医保经办机构不得更改、串换、增减项目,不得提高价格,不得违犯省级以上医保诊疗服务设

施管理及药品价格规定。

**(三)居民医保不予支付的费用包括:**

1. 应当从工伤保险基金中支付的。
  2. 应当由第三人负担的。
  3. 应当由公共卫生负担的。
  4. 在境外就医的。
  5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
  6. 不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除外）。
  7. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。
- 五、本待遇清单自 2020 年 1 月 1 日起执行。**

# 商洛市城乡居民门诊慢特病统筹办法

**第一条** 为进一步完善居民医疗保障制度,减轻城乡居民门诊慢特病治疗费用负担,根据《陕西省医疗保障局关于规范门诊特殊疾病管理有关问题的通知》(陕医保函〔2019〕154号)、《商洛市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》(商政办发〔2019〕32号),制定本办法。

**第二条** 本办法所指门诊慢特病,包括参加城乡居民基本医疗保险、经二级以上(含二级,下同)医院住院确诊的下列疾病:

1. 原发性高血压病;
2. 糖尿病;
3. 慢性阻塞性肺疾病;
4. 精神分裂症;
5. 恶性肿瘤放化疗之外的门诊治疗;
6. 慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析;
7. 器官移植术后服用抗排斥药;
8. 白血病;
9. 苯丙酮尿症;
10. 帕金森病;
11. 阿尔茨海默病;
12. 尘肺病;

13. 脑性瘫痪;

14. 血友病。

(鉴定为以上 14 种慢特病的治疗有效期为 5 年, 以下 8 种慢特病治疗有效期为 1 年)

15. 动脉血管内支架植入术后;

16. 肝硬化(失代偿期);

17. 耐药肺结核;

18. 再生障碍性贫血;

19. 脑梗塞后遗症;

20. 脑出血后遗症;

21. 慢性活动性肝炎;

22. 系统性红斑狼疮。

**第三条** 门诊慢特病参保患者在签订协议的定点医疗机构或市外联网结算医疗机构发生的政策范围内门诊药费, 不设起付线, 在年度基金支付限额内的支付比例, 慢性肾功能衰竭腹膜(血液)透析、血友病和耐药肺结核为 70%, 其它病种为 60%。(支付限额见附件 2)。

基金支付费用=政策范围内门诊医疗费用×支付比例≤基金支付限额(见附表 2)

**第四条** 经专家组鉴定审核认定患患有两种及以上慢特病的参保居民, 在主要疾病年度限额基础上, 每多一种疾病, 年度基金支付限额增加 380 元, 最多增加 760 元。

享受门诊慢特病政策的居民不再享受门诊统筹政策。



**第五条** 享受门诊慢特病待遇的参保居民，必须依据相关规定规范就医，每月购药基金支付费用不超过其病种月限额的两倍，同一种药每次购买不超过其病种 4 周用量。不在定点医疗机构购药及超出基金支付限额的费用，统筹基金不予支付。

**第六条** 门诊慢特病申报及确认程序。门诊慢特病由参保居民申报(申报表详见附件一)，提交相关资料(住院病历复印件、门诊病历)。所在村社区卫生室(中心、站)、镇办卫生院负责收集，镇办卫生院加注意见后报县区医保经办机构初审汇总，县区医保经办机构组织医疗鉴定专家召开审核会议，作出鉴定结论，形成审核意见。

审核不符合条件的，及时退回各镇办卫生院，由镇办卫生院及时通知申请人并说明原因。申请人对审核结论不服的，可以向县区医保局申请复审。门诊慢特病每年 3 月、6 月、9 月、12 月各鉴定审核一次。

**第七条** 公示。对经过鉴定专家组审核通过的慢特病患者实行县区、镇办、村社区三级公示，公示时间为 7 天，接受社会监督。

**第八条** 入网确认。县区医保经办机构对上报材料进行审核后，将符合条件的患者病种和相关信息录入医保门诊慢特病管理系统，并报市医保经办机构备案。同时，发给患者门诊慢特病治疗通知书、发文通知到各镇办卫生院。

**第九条** 门诊慢特病的年审管理。参保居民门诊慢特病治疗有效期满后，患者应携带本人社保卡或身份证、门诊慢特病

治疗通知书、门诊病历等相关材料，按原申报程序申报年审。需要继续治疗的，予以确认，并在医保信息系统中登记标注，继续享受门诊慢特病医保待遇；治疗有效期满未申报年审的视为自动放弃，中止门诊慢特病待遇资格。

**第十条** 慢特病门诊支付结算办法，按照“属地管理、限额支付”的原则，凭社保卡或身份证、结算票据和处方，按季或年到参保地镇办卫生院在支付限额内申请报销。

患者办理报销手续时，定点医疗机构应填写《慢特病医疗费用报销登记表》，并由患者或家属签字。各镇办卫生院每季度要将《慢特病医疗费用报销登记表》、门诊发票报各县区医保经办机构审核，审核合格后，报销资金拨入患者社保卡或银行卡内。

**第十一条** 符合异地安置规定的参保居民(含学生儿童)，按规定鉴定为门诊慢特病后，在居住地就近选择两家定点医疗机构治疗购药，年度（疗程）治疗费用按规定报销。

**第十二条** 享受门诊慢特病治疗的参保居民和定点医疗机构，如有弄虚作假骗取医疗保险基金的行为，按有关规定处理。

**第十三条** 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。

附件 1: 城乡居民医保门诊慢特病鉴定申报表

附件 2: 城乡居民医保门诊慢特病基金支付限额表

附件 1:

## 城乡居民医保门诊慢特病鉴定申报表

	县区	镇办	村社区		
姓名		性别		年龄	
身份证号		申请 病种		社区	申请 时间
联系电话					
申请治疗医院					
病情摘要					
初步诊断					
	主治医师签字：                    年    月    日				
医院医保科 意    见					
	签章：                    年    月    日				
镇办卫生院 意    见					
	签章：                    年    月    日				
县区经办机构 复审意见					
	签章：                    年    月    日				
专家组鉴定 意    见					
	签章：                    年    月    日				

注：本表一式三份，县区经办机构、镇办卫生院及本人各一份。

附件 2:

## 城乡居民医保门诊慢特病基金支付限额表

序号	病种名称		年度基金支付限额(元/年)	基金	备注
				支付范围	
1	帕金森病		1200		①慢性肾功能衰竭腹膜(血液)透析、血友病和耐药肺结核按 70% 支付, 其它病种按 60% 支付基金。②患者治疗费用不分多少, 必须以有效票据中政策范围内的实际费用为基数, 按规定比例支付基金, 且不超过基金支付限额。
2	阿尔茨海默症		1200		
3	原发性高血压病(限三级)		1800		
4	尘肺病		2100		
5	脑梗塞后遗症		2200		
6	脑出血后遗症		2200		
7	系统性红斑狼疮		2200		
8	糖尿病(限伴有并发症)		2400		
9	再生障碍性贫血		2400		
10	慢性阻塞性肺疾病		2400		
11	慢性活动性肝炎		3000		
12	精神分裂症		3000		
13	耐药肺结核		初治 3000, 复治 4000		
14	脑性瘫痪		4800		
15	肝硬化(失代偿期)		5000		
16	动脉血管内支架植入术后		6000(仅限支架术后第一年必须的辅助药物治疗)		
17	器官移植术后抗排斥治疗		术后第一年 16000, 以后 12000		
18	白血病		10000		
19	恶性肿瘤门诊放化疗		10000(按住院标准结算支付, 患者每年承担一次起付标准的费用)		
20	慢性肾功能衰竭	腹膜透析	10000	含住院透析费用	
		血液透析	50000	含住院透析费用	
21	苯丙酮尿症(PKU)	4岁以下(含)	10000		
		4-15岁(含)	12000		
		15-18岁(含)	14000		
22	血友病	7岁以下(含)	28000		
		7岁以上(不含)轻型	35000		
		7岁以上(不含)中型、重型	56000		