



连云港市医疗保障局文件

连医保〔2023〕124号

关于印发连云港市基本医疗保险门诊慢性病 评定标准的通知

各相关单位：

现将《连云港市基本医疗保险门诊慢性病评定标准》印发你们，该通知自印发之日起执行，以往政策与之不一致的，以此为准，请遵照执行。



（此件依申请公开）

连云港市基本医疗保险门诊慢性病评定标准

一、冠心病冠状动脉搭桥、球囊扩张或支架植入术（术后一年内）（甲类）

（一）评定标准：

提供一年内冠状动脉搭桥、球囊扩张或支架植入术的手术记录单及出院小结。

（二）评定权限：心血管科副主任以上医师评定。

二、肾病综合征（甲类）

（一）评定标准：

- 1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。
- 2.近一年来蛋白尿 $>3.5\text{g}/24$ 小时。
- 3.低蛋白血症：血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$ 。
- 4.高脂血症，胆固醇 $>5.7\text{mmol/L}$ 。
- 5.肾活检，有各型肾病的病理改变。
- 6.明显水肿。

符合四项及以上，其中 1-3 项是必备条件。

（二）评定权限：肾内科副主任以上医师评定。

三、慢性肝炎（甲类）

（一）病毒性肝炎评定标准：

- 1.有肝炎病史，提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.免疫学检查:血清中 HBsAg、抗 HBe(HbeAg)、HBV-DNA, 抗 HCV 和 HCV-RNA, HDVAg、抗 HDV 阳性。

3.近半年内两次以上肝功能化验(须有下列之一项者):

(1)ALT 或 AST 大于正常。

(2)BIL>34.2umol/L。

(3)A/G<1.5。

(4)白蛋白≤35g/L。

(5)使用抗病毒药物半年以上。

4.肝活检符合慢性活动性肝炎。

符合三项及以上,其中 1、2 项是必备条件。

(二)非病毒性肝炎评定标准:

1.有肝炎病史,提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.半年内两次以上肝功能化验指标达到:

(1)ALT 或 AST 必须大于正常 2 倍。

(2)BIL>34.2umol/L。

(3)A/G<1.5。

(4)白蛋白≤35g/L。

同时符合二项。

(三)评定权限:传染科、消化内科副主任以上医师评定。

四、肝硬化失代偿期(甲类)

(一)评定标准:

1.有肝硬化病史,提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以

上)病史资料。

2.白蛋白 $<32\text{g/L}$,凝血酶原时间延长,大于正常对照的3秒以上或PTA小于正常,血常规异常,胆碱脂酶活力小于正常,有下列并发症之一者:原发性腹膜炎、胸水或腹水、上消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征。

3.B超或CT影像学证实,脾增大,门静脉 $>1.4\text{cm}$,脾静脉 $>1.2\text{cm}$,脾脏厚度 $>4\text{cm}$ 。食道或胃底静脉曲张或腹水征阳性,少数可出现肝性胸水。

4.肝活组织检查见假小叶形成。

符合三项及以上,其中1、2项是必备条件。

(二)评定权限:传染科、消化内科副主任以上医师评定。

五、高血压(乙类)

(一)评定标准:

1.非同日3次静息状态下测量诊室血压,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 病史资料。

2.需采取药物治疗。

同时符合二项。

(二)评定权限:心血管科副主任以上医师评定。

六、糖尿病(乙类)

(一)评定标准:

1.有多饮、多尿、多食、消瘦等症状,提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。

2.两次空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或(和)两次餐后2小时血糖

≥11.1mmol/L。

3.糖化血红蛋白检查异常。

4.胰岛功能试验异常。

符合三项及以上，其中第1项是必备条件。

(二)评定权限：内分泌科副主任以上医师评定。

七、脑血管意外（脑梗塞、脑出血、蛛膜下腔出血）后遗症 (乙类)

(一)评定标准：

1.有明确的临床发病病史，提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。发病突然或慢性发病，意识障碍、头痛，呕吐、偏身感觉障碍、偏瘫、失语、失明、眩晕伴共济失调、智能减退。

2.有头颅CT或MRI证实，或脑血管造影明确病变部位和性质。

3.具备脑血管病的危险因素，需要长期药物控制预防复发。

4.治疗半年以上目前仍有神经功能障碍：智能减退、偏瘫、言语不清、失语、失明等体征。

同时符合四项。

(二)评定权限：神经内、外科副主任以上医师评定。

八、冠心病(乙类)

(一)评定标准：

1.具有心绞痛的临床表现，提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。

- 2.常规心电图或动态心电图能够确诊冠心病。
 - 3.平板运动试验阳性。
 - 4.新近出现完全性左束支传导阻滞或双束支传导阻滞。
 - 5.超声心动图有典型节段性改变，室壁运动障碍。药物负荷试验（DSE）阳性。
 - 6.由心肌供血不足所导致的心肌功能不全。
 - 7.以往冠状动脉狭窄 $\geq 50\%$ ，或冠状动脉二支以上阻塞。
 - 8.ECT 检查证实心肌缺血。
 - 9.既往有明确急性心肌梗死病史。
- 第 1 项是必备条件，同时符合 2-6 项中二项，或 7-9 项中一项。

(二)评定权限：心血管科副主任以上医师评定。

九、帕金森病(乙类)

(一)评定标准：

- 1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。
 - 2.病人必须存在至少两个下列主征：静止性震颤、运动迟缓、齿轮样肌强直和姿势性反射障碍。
 - 3.左旋多巴制剂试验有效。
 - 4.抗帕金森药物治疗有效 3 个月以上。
- 同时符合四项。

(二)评定权限：神经内、外科副主任以上医师评定。

十、重症肌无力(乙类)

(一)评定标准：

1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.以受累横纹肌无力为主征,晨轻晚重,休息后减轻,多次活动后加重,常侵犯眼外肌、咀嚼肌、吞咽肌和呼吸肌,少数累及四肢肌肉,严重者可出现球麻痹和呼吸肌麻痹。

3.对新斯的明等抗胆碱脂酶类药物有良好反应。

4.肌电图(包括单纤维检查)重复频率刺激时呈现肌肉疲劳现象。

同时符合四项。

(二)评定权限:神经内科副主任以上医师评定。

十一、类风湿关节炎(乙类)

(一)评定标准:

1.有类风湿关节炎病史,提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.X 线手部照片骨质侵蚀或肯定的骨质脱钙。

3.类风湿因子阳性。

4.晨僵 ≥ 1 小时。

5.肿胀关节 ≥ 3 个关节区。

6.手关节(腕关节、掌指关节、近侧指间关节)受累。

7.对称关节受累。

8.类风湿结节。

其中 1-2 项是必备条件,4-7 项须持续 6 周以上。对于类风湿因子为阳性,要求符合五项及以上;对于类风湿因子为阴性,要求其他七项均符合。

(二)评定权限：风湿免疫科副主任以上医师评定。

十二、强直性脊柱炎(乙类)

(一)评定标准：

1.有强直性脊柱炎病史，提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.放射学诊断标准：双侧骶髂关节炎 ≥ 2 级或单侧骶髂关节炎 3-4 级。

3.下腰背痛病程至少持续 3 个月，疼痛随活动改善，休息后加重。

4.腰椎前后和侧屈方向活动受限。

5.胸廓扩张范围小于同年龄和性别的正常值。

6.复发性虹膜炎（非感染性）。

符合三项及以上，其中 1、2 项是必备条件。

(二)评定权限：风湿免疫科、骨科副主任以上医师评定。

十三、支气管哮喘(乙类)

(一)评定标准：

1.有支气管哮喘病史，提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.肺功能：发作时 FEV1 实际值/预计值或 FEV1/FVC 比值降低。

3.支气管舒张试验阳性（有可逆性气流阻塞）。

4.反复发作喘息、呼吸困难、胸闷，常夜间加重。

5.发作时间以呼气相为主，有哮鸣音，呼气延长、心率增快，

严重发作有紫绀，呼吸衰竭。

符合四项及以上，其中 1-3 项是必备条件。

(二)评定权限：呼吸科副主任以上医师评定。

十四、慢性阻塞性肺疾病(乙类)

(一)评定标准：

1.有慢性支气管炎、支气管哮喘等病史，提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.X 线：肺野透光度增强，周围血管影像减少变细，膈肌下降变平，肋间隙增宽，心影垂直、狭长或有肺大泡。

3.肺功能：吸入支气管扩张剂后， $FEV_1/FVC < 70\%$ 。

同时符合三项。

(二)评定权限：呼吸科副主任以上医师评定。

十五、癫痫(乙类)

(一)评定标准：

1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.病历资料：反复发作性抽搐、意识障碍、感觉、精神或植物神经功能异常为主症，发作间隙期无不适。

3.在过劳、恐惧、暴饮暴食、感染、过度换气 and 月经来潮等情况下诱发。

4.常规脑电图或诱发试验脑电图显示癫痫波型(棘波、尖波、慢波或棘慢波综合)。

5.对抗癫痫药物一般有较好的反应。药物治疗 1 年以上仍需要继续长期治疗。

同时符合五项。

(二)评定权限：神经内、外科副主任以上医师评定。

十六、慢性肺源性心脏病(乙类)

(一)评定标准：

1.有慢性支气管炎、肺气肿及其他慢性肺胸疾病，提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。

2.右心功能不全主要根据颈静脉怒张、静脉压增高、肝肿大伴有压痛、肝颈静脉回流征阳性等。

3.右心室肥大的诊断依据，必须符合一条以上：

(1)三尖瓣区出现收缩期杂间，剑突下有心脏收缩期搏动、剑突下心音较心尖区心音强。

(2)X线检查示右下肺动脉干扩张，其横径 $\geq 15\text{mm}$ ；肺动脉段明显突出或其高度 $\geq 3\text{mm}$ ；肺动脉圆锥显著突出或其高度 $\geq 7\text{mm}$ ；右心室肥大。

(3)超声心动图室：①右心室流出道 $\geq 30\text{mm}$ ；②右心室内径 $\geq 20\text{mm}$ ；③右心室前壁厚度 $\geq 5\text{mm}$ ，或有前壁搏动幅度增强；④左/右心室内径比值 < 2 ；⑤右肺动脉内径 $\geq 18\text{mm}$ ，或肺动脉干 $\geq 20\text{mm}$ ；⑥右心室流出道/左心室内径比值 > 1.4 。

(4)心电图检查示电轴右偏，额面平均电轴 $\geq +90^\circ$ ，重度顺时针向转位。 $RV_1+SV_5 \geq 1.05\text{Ma}$ ， V_1 导联 $R/S > 1$ ， V_1/V_2 甚至延及 V_3 出现QS图形（须排除心肌梗塞）。如其他肺形P波。

(5)急性加重期海额可以出现酸碱平衡失调，电解质紊乱、心律失常等。

同时符合三项。

(二)评定权限：呼吸科、心内科副主任以上医师评定。

十七、系统硬化病（乙类，仅限职工医保）

(一)评定标准：

1.有系统硬化病病史，提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。

2.近端皮肤硬化：手指及掌指（跖趾）关节近端皮肤增厚、紧绷、肿胀。上述改变可累及整个肢体、面部、颈部和躯干（胸、腹部）。

3.有免疫检验指标支持。

4.指尖凹陷性瘢痕，或指垫消失：由于缺血导致指尖凹陷性瘢痕，或指垫消失。

5.双肺基底部纤维化：在立位片上，可见条状或结节状致密影，以双肺底为著，也可呈弥漫斑点或蜂窝状肺。

6.指硬化：上述皮肤改变仅限手指。

第1项是必备条件，同时符合2、3项或4-6项中二项。

(二)评定权限：风湿免疫科副主任以上医师评定。

十八、前列腺增生（乙类，仅限职工医保）

(一)评定标准：

1.有前列腺增生病史，提供近一年来两次以上(时间间隔3个月以上)病史资料。

2.男性老年患者（55岁以上），夜尿次数增加，尿频，进行性排尿困难，甚至尿潴留和充盈性尿失禁。

3.肛门指诊前列腺肿大,中内沟变浅、消失或隆起,质地中等,均匀、光滑。

4.超声等影像学检查证明前列腺增大。

5.PSA 检查或病理资料能排除前列腺癌。

同时符合五项。

(二)评定权限: 泌尿外科副主任以上医师评定。

十九、甲状腺功能亢进症(出现浸润性突眼) (乙类, 仅限职工医保)

(一)评定标准:

1.有甲亢病史,提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.甲状腺功能异常: FT3 升高、FT4 升高、TSH 降低。

3.①眼球突出,突度>18mm,双眼可不对称。眼睑肥厚,结膜充血水肿,复视,畏光流泪,角膜溃疡。②眼球后 CT 可见眼外肌呈梭形肿大。

4.怕热、多汗、纳亢、消瘦、手抖、乏力等症状。

5.体格检查见甲状腺肿大、心率加快、双手细颤等体征。

符合四项及以上,其中 1-3 项是必备条件。

(二)评定权限: 内分泌科副主任以上医师评定。

二十、慢性肾小球肾炎(乙类, 仅限职工医保)

(一)评定标准:

1.有慢性肾炎病史,提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.临床表现：可有水肿、高血压、蛋白尿、血尿、管型尿等表现中的一种或数种。

3.尿常规有血尿或蛋白尿之一。

4.肾功能出现受损。

5.血常规可以轻度贫血。

6.影像学资料有肾脏慢性损害依据。

符合五项及以上，其中 1-4 项是必备条件。

(二)评定权限：肾内科副主任以上医师评定。

二十一、慢性心功能不全（乙类，仅限职工医保）

(一)评定标准：

1.有器质性心脏病史，提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.有劳力性、阵发性夜间呼吸困难或端坐呼吸。

3.X 线胸片：左心影增大、肺淤血，叶间裂增厚等。

4.超声心动图：左室腔径 $>56\text{mm}$ ，多普勒 $A/E \geq 1$, $EF < 50\%$ 。

符合三项及以上，其中 1、2 项是必备条件。

(二)评定权限：心血管科副主任以上医师评定。

二十二、干燥综合征（乙类，仅限职工医保）

(一)评定标准：

1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.有口、眼干燥症状。

3.角膜染色(+)(≥ 4 van Bijsterveld 计分法)。

4.组织学检查：下唇腺病理活检示淋巴细胞灶 ≥ 1 (指 4mm^2

组织内至少有 50 个淋巴细胞聚集于唇腺间质者为 1 个灶)。

5.自身抗体：抗 S S A 或抗 S S B 阳性(双扩散法)或类风湿因子阳性。

第 1 项必备条件，同时符合 2、3、4、5 项其中二项及以上。

(二)评定权限：风湿免疫科副主任以上医师评定。

二十三、皮肤炎（DM）/多发性肌炎（PM）（乙类，仅限职工医保）

(一)评定标准：

1.提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2.对称性近端肌无力。

3.特征性的皮肤损害。①向阳性紫红斑。② Got-tron 征。③ 暴露部位皮疹:颈前、上胸部(V 区)，颈后背上部(披肩状)，弥漫性红疹，久后局部皮肤萎缩，毛细血管扩张，色素沉着或减退。

④技工手。

4.血清肌酶升高，特别是 CK 升高。

5.肌电图异常。

6.肌活检异常。

第 1 项是必备条件，同时符合 2、3 项中其中一项和 4、5、6 项中其中一项。

(二)评定权限：风湿免疫科副主任以上医师评定。