

# 吉林省卫生和计划生育委员会

## 吉林省财政厅文件 吉林省民政厅

吉卫联发〔2015〕78号

---

### 关于做好2016年新型农村 合作医疗工作的通知

各市（州）、县（市、区）卫生计生委（局）、财政局、民政局，长白山管委会社会办：

为实现十八届五中全会提出的推进“健康中国”建设目标，贯彻落实国务院深化医药卫生体制改革的重大决策部署，深入推进我省医药卫生体制改革，巩固完善新型农村合作医疗（以下简称新农合）制度，现就做好2016年新农合工作通知如下：

#### 一、提高标准，切实做好参合缴费工作

2016年，全省新农合农民个人参合缴费标准提高到每人每年150元，人均筹资标准、各级财政补助标准及各级财政分担比例

另行通知。困难群体参合个人缴费部分，由民政部门给予资助，其中，五保供养对象（含农村孤儿）全额资助，农村低保对象每人资助 100 元。地方各级财政配套资金要在 9 月底前足额拨付到位，严禁挤占、挪用等违规使用新农合基金。

继续坚持政府组织、自愿参合原则。凡在我省常住的农村居民在户籍所在地以家庭（户口簿上的人数）为单位参加新农合，中小學生随父母参加户籍所在地的新农合，继续实行连续缴费政策和年度内出生符合计划生育政策的新生儿随母亲享受当年新农合待遇。对于长期居住在我省农村地区的外省居民，已办理农村居住证的、且没有参加其他医保的，可在所居住县（市、区）参合。城镇职工不得参合，参合人员不得重复参加城镇居民医保、不得重复享受待遇。各地要精心组织，周密部署，结合各地实际，抓紧召开 2016 年新农合启动工作会议，确保参合率稳定在 95% 以上，个人参合费用收缴时间不得超过 2016 年 2 月底。

## 二、优化方案，提高新农合保障水平

2016 年新农合政策范围内住院报销比不低于 75%，进一步提高住院补偿最高支付限额和门诊医药费用报销比例，年度各项补偿累加封顶线为 20 万元。适当拉开不同级别医疗机构间的门诊和住院报销比例，将门诊服务逐步引导到基层医疗机构，将住院服务主要引向县、乡两级医疗机构，引导农民合理选择就医。适度调整并扩大新农合药品目录、诊疗项目目录和卫生材料目录范围，建立完善目录动态调整机制，提高参合农民实际受益水平。严格控制目录外费用占比，缩小政策报销比和实际报销比之间的差距。继续推行儿童白血病、先天性心脏病、终末期肾病等 42

种重大疾病保障工作，提高重大疾病的保障水平。

各市（州）、县（市、区）要将符合准入条件的村卫生室、非公立医疗机构、养老机构内设医疗机构等纳入新农合定点范围，满足参合农民多样化医疗需求。要按照全省统一制定的新农合补偿方案和政策予以贯彻落实，不准自行制定补偿政策、改变报销流程。各市（州）要按照统筹补偿方案的要求，加强对辖区内政策执行情况进行监督、指导。各市（州）、县（市、区）要加大宣传工作力度，确保2016年1月1日如期启动补偿工作。

### 三、统筹规划，深入开展新农合大病保险工作

2016年，我省将深入贯彻落实《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号），继续实行以省为单位新农合大病保险的统一政策，统一组织实施，提高抗风险能力。健全完善招标机制，以省为单位委托有资质的商业保险机构承办大病保险。根据新农合基金规模、保障范围与保障水平、高额医疗费用人群分布等影响因素，科学调整大病保险筹资标准。提高大病保险保障能力和水平，确保大病患者看病就医负担有效减轻，与医疗救助等制度紧密衔接，共同发挥托底保障功能，有效防止发生家庭灾难性医疗支出。建立以保障水平和参保人员满意度等为主要内容的商业保险机构考核评价机制，激励商业保险机构发挥专业优势，规范经办服务行为。按照“管办分开”的原则，积极推进新农合基本保障经办服务委托商业保险公司经办。

### 四、总结经验，全面推进新农合支付方式改革

2016年，各地要结合基层医改和县级公立医院改革全面推进

需要，以及城市公立医院改革试点启动，认真总结经验，全面、系统推进按病种付费、按人头付费和总额预付等多种付费方式相结合的支付方式改革，扩大支付方式改革对医疗机构和病人的覆盖面。逐步将 42 种重大疾病以按病种付费方式纳入新农合支付方式改革。落实医改政策要求，将门诊诊察（查）费提高部分由新农合基金全额支付，实行总额控制、预算管理，一般诊疗费补偿可结合门诊统筹实行总额预付。要完善相关配套政策措施，建立严格的考核评估和质量监督体系，防止定点医疗机构为降低成本而减少必需的医疗服务或降低服务质量。将考核从定点医疗机构延伸到个人，将医生成本控制和服务质量作为医生个人综合考核的重要内容，并与其个人收入挂钩，充分调动其控费积极性。建立新农合管理经办机构与定点医疗机构协商谈判机制。

### **五、政策引导，推动建立分级诊疗制度**

2016 年，各地要利用新农合不同级别定点医疗机构报销比例的差距，发挥新农合报销补偿政策的杠杆和利益导向作用，结合医改工作，按照国家建立分级诊疗制度的政策要求，构建基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局。围绕县、乡、村医疗卫生机构功能定位和服务能力，确定各级医疗卫生机构诊疗的主要病种，明确出入院和转诊标准。要按照《关于做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作的通知》（国卫办医函〔2015〕1026 号）要求，做好高血压、糖尿病等慢性病分级诊疗试点工作。对基层医疗卫生机构能够诊疗的病种，综合考虑基层医疗卫生机构平均费用等因素，制定付费标准，确定支付方式。医疗机构对确因病情原因需要上转的患者开具证明，作为办

理上级医院入院手续和新农合支付的凭证。对于在基层首诊并按规定转诊的患者，可按规定的比例报销；对于没有按照程序就医的，降低报销比例，逐步建立未经转诊不予报销的制度。畅通患者下转通道，引导慢性期、恢复期患者向下转诊。

## 六、落实制度，确保新农合基金安全有效运行

2016年，各地要认真贯彻落实原卫生部、财政部《关于进一步加强新型农村合作医疗基金管理的意见》（卫农卫发〔2011〕52号）等新农合基金管理政策，并要有针对性地完善新农合基金管理制度和措施。加强新农合经办机构内部监督，严格执行审核支付流程和标准，规范岗位设置和职责分工，建立健全内控制度和违规责任追究制度，确保新农合基金安全。进一步规范管理，加大补偿结果公开力度，大力推进即时结算，方便群众报销，使广大群众最大限度地得到实惠。广泛宣传全国人民代表大会常务委员会《关于〈中华人民共和国刑法〉第二百六十六条的解释》，依法加大对骗取新农合基金等违法违规行为的处罚力度。要不断完善新农合基金风险预警机制，确保基金既不过度结余，也不出现超支。

## 七、强化监管，加大定点医疗机构监管力度

各地要认真贯彻落实《吉林省新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》（吉卫基层发〔2014〕7号）及相关管理制度。要继续按照层级管理原则，对定点医疗机构实行动态管理，健全、完善不同层级定点医疗机构准入标准，按照标准清理、整顿各级新农合定点医疗机构。要进一步落实定点医疗机构风险抵押金制度和协议医师制度。强化对定点医疗机构的日常监管，以次均费

用、住院率、目录内药品使用比例等作为主要考核指标，定期开展对定点医疗机构的考核评价，考核结果与资金拨付挂钩，并定期向社会公布。加大对定点医疗机构违规、违纪处罚力度，探索建立定点医疗机构信用等级管理和黑名单管理制度。

## 八、提高效率，全面提升新农合信息化管理水平

要继续完善新农合信息管理系统，在与国家新农合信息平台有效对接的基础上，推进方便参合农民跨省（区、市）流动就医管理、费用核查、审核结报、监督管理的信息化建设。要加快推进新农合信息平台与医疗救助信息系统及其它医疗保险信息系统的互联互通，实现信息资源共享，开展新农合、大病保险、医疗救助等“一站式”即时结算服务，方便参合农民及时获得相应的补偿与救助。各级定点医疗机构要加大经费投入，升级改造医院管理系统，实现与新农合信息平台的有效对接，确保新农合患者的医疗服务信息时时上传，全面实现新农合网络化的即时结算报销。

各县（市、区）新农合管理办公室（中心），要在2016年1月1日完成省信息平台基础数据初始化工作；要及时录入参合信息，2月底前要完成参合信息的整理、确认、修订工作。参合信息一经确认，一律不得擅自更改或删除。

各市（州）、县（市、区）政府及相关部门要高度重视，强化领导，按照2016年的工作部署与要求，认真予以贯彻落实，扎扎实实做好新农合工作。

- 附件： 1、吉林省新农合 2016 年统筹补偿方案  
2、吉林省新农合医疗康复支付项目及说明



主题词：新农合 工作 通知

---

抄送：省新农合管理办公室、各省级新农合定点医疗机构

---

吉林省卫生和计划生育委员会办公室      2015 年 12 月 25 日印发

---

校对：张斌

份数：650 份

## 吉林省新农合 2016 年统筹补偿方案

根据 2016 年新农合筹资标准和预计筹资额度，结合我省历年新农合运行实际情况，为科学合理使用新农合基金，提高补偿比例，扩大受益面，巩固和发展新农合制度，特制定本方案。

### 一、门诊补偿管理

(一) 普通门诊补偿：普通门诊补偿仅限于乡、村两级定点医疗机构；普通门诊统筹累计补偿封顶线为 350 元（含一般诊疗费），一般诊疗费补偿可结合门诊统筹实行总额预付，超支不补。实行乡、村一体化管理（人、财、物上划乡镇卫生院管理）的村卫生所（室）或没有设置定点村卫生室的乡镇卫生院，门诊统筹封顶线内资金乡、村可共用。具体方案见表一。

表一 普通门诊补偿标准

定点医疗机构	报销比例	封顶线	一般诊疗费用	备注
村卫生室	50%	50（元）	5 元 （补 4 元、自付 1 元）	日次补偿 封顶为 15 元
乡镇卫生院	60%	300（元）	10 元 （补 8 元、自付 2 元）	

(二) 常见慢性病门诊补偿：常见慢性病门诊补偿报销仅限于县（市、区）域内县、乡两级新农合定点医疗机构，承担慢性病门诊补偿的新农合定点医疗机构由当地卫生行政部门确定，报



省、市卫生行政部门和省新农合管理办公室备案，并由省新农合管理办公室给予支付授权。各统筹地区要加强慢性病诊断、治疗和控费管理，制定慢性病管理具体规定。也可在省里确定的慢病病种的基础上，结合本地实际，适度增加慢性病病种。慢性病门诊补偿比例为 60%，封顶线每人每年 6500 元。常见慢性病病种见表二。

表二 常见慢性病病种

序号	疾病名称 (ICD10)	序号	疾病名称 (ICD10)
1	慢性支气管炎	2	肺纤维化
3	慢性阻塞性肺病	4	哮喘
5	慢性肺原性心脏病	6	高血压 ( II、III 期 )
7	慢性缺血性心脏病	8	风湿性心脏病
9	心力衰竭 ( 心功能 II、III 级 )	10	心内膜炎
11	慢性心包炎	12	心律失常 ( 限房颤 )
13	慢性胃炎	14	胃溃疡
15	慢性肠炎	16	溃疡性结肠炎
17	慢性胆囊炎	18	慢性胰腺炎
19	脑动脉供血不足	20	慢性腹泻
21	慢性鼻 ( 咽 ) 炎	22	慢性鼻窦炎
23	糖尿病 ( 饮食控制无效的 )	24	痛风
25	脑出血 ( 恢复期 )	26	脑梗塞 ( 恢复期 )
27	高脂血症	28	子宫内膜异位症
29	中耳炎	30	慢性肾炎
31	脊柱退行性疾病	32	恶性肿瘤镇痛治疗

(三) 特殊疾病门诊补偿: 特殊疾病门诊限于省内县及县以上新农合定点医疗机构, 开展特殊疾病门诊的新农合定点医疗机构须由当地卫生行政部门确定, 报省、市卫生行政部门和省新农合管理办公室备案, 并由省新农合管理办公室给予支付授权。参合农民患者转往省、市级新农合定点医疗机构诊治时, 须办理转诊手续, 报销补偿比例按照同级定点医疗机构的住院补偿政策执行, 年度内累加结算报销。特殊疾病病种见表三。

表三 特殊疾病病种

序号	疾病名称 (ICD10)	序号	疾病名称 (ICD10)
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癜	6	脑瘫
7	器官移植抗排异治疗	8	血管支架植入术后
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(体外冲击波碎石)	14	甲状腺功能亢进(减退)(药物治疗)
15	乳腺癌(内分泌治疗)	16	前列腺癌(内分泌治疗)
17	病毒性肝炎	18	肝豆状核变性
19	肝硬化	20	结核病(免费项目除外)
21	外阴白斑	22	肾功能不全透析治疗 <sup>①</sup>
23	肾病综合征	24	血吸虫病
25	克山病	26	囊虫病
27	大骨节病	28	再生障碍性贫血
29	布鲁氏菌病	30	手足口病
31	帕金森氏病	32	癫痫
33	风湿(类风湿)性关节炎	34	重性精神病
35	强直性脊柱炎	36	银屑病
37	结肠(直肠)息肉内镜治疗	38	重症肌无力
39	白癜风	40	系统性红斑狼疮
41	艾滋病	42	儿童苯丙酮尿症 <sup>②</sup>

注①：肾功能不全透析治疗——慢性肾功能不全（终末肾病）门诊血液透析采取按次定额付费办法，省（市）级定点医疗机构门诊血液透析，每次限价 400 元，新农合定额补助 300 元；县级新农合定点医疗机构门诊血液透析每次限价 360 元，新农合定额补助 300 元。门诊血液透析包括：碳酸液或醋酸液透析、导管、穿刺针、滤器、透析液、血透监测、肝素钠和生理盐水等（各县市区可增加项目内涵但不得减少项目）。终末肾病门诊血液透析治疗每周不超过 3 次，超出次数新农合不予补偿。门诊腹膜透析的透析液每袋最高限价 40 元，按照不同层级定点医疗机构的住院补偿比例，年度累加予以报销。

注②：儿童苯丙酮尿症——将 0～14 周岁苯丙酮尿症（PKU）（包括四氢生物蝶呤（BH4）缺乏症）患儿纳入特殊疾病门诊统筹补偿范围。治疗苯丙酮尿症必需的特殊食品（不含有苯丙氨酸成分的米、面、奶粉、蛋白粉等）、专用药品（盐酸沙丙蝶呤片、L-多巴、5-羟色胺）以及血苯丙氨酸检测等费用纳入新农合报销范围。报销补偿按相应定点医疗机构的比例给予报销，年度个人累计补偿总额不超过 20000 元。

## 二、住院补偿管理

### （一）住院补偿

2016 年住院补偿政策拉开了不同层级定点医疗机构的报销比例，以实现合理调整参合农民的就诊流向，有效提升基层医疗卫

生资源利用率，切实提高参合农民受益水平的目的。具体方案见附表四。

表四 住院补偿一览表

定点医疗机构	医药费用分段	普通疾病	重大疾病 (见表五)	备注
乡、镇卫生院 (不含民营)	0-500 元	30%	40%	(1) 乡、县级定点医疗机构使用中医中药费用，提高 5 个百分点报销。 (2) 实行单病种定额付费的病种，按核定补助额度予以补偿。
	500 元以上	85%	90%	
县级定点 医疗机构	0-600 元	20%	30%	
	600 元以上	75%	80%	
市级定点 医疗机构	0-1000 元	0	20%	
	1000 元以上	60%	65%	
省级定点医疗 机构(省外新农合 定点医疗机构)	0-1500 元	0	20%	
	1500 元以上	55%	65%	

(二) 重大疾病病种范围

表五 重大疾病病种

序号	国家卫生计生委确定的 重大疾病病种	序号	吉林省增加的重大疾病病种
1	儿童白血病	23	肝癌
2	儿童先天性心脏病	24	甲状腺癌
3	终末期肾病	25	卵巢癌
4	乳腺癌	26	淋巴瘤
5	宫颈癌	27	膀胱癌
6	重性精神病	28	喉癌
7	艾滋病机会性感染	29	鼻(咽)癌
8	耐多药肺结核	30	胰腺癌

9	肺癌	31	肾癌
10	食道癌	32	白血病
11	胃癌	33	心脏病（限手术治疗）
12	结肠癌	34	脑出血（限手术治疗）
13	直肠癌	35	腰椎间盘突出（限手术治疗）
14	慢性粒细胞白血病	36	关节置换（限髋、膝关节）
15	急性心肌梗塞	37	子宫内膜癌
16	脑梗死（限经血管介入治疗）	38	颅内肿瘤（限手术治疗）
17	血友病	39	动脉瘤（限手术治疗）
18	I型糖尿病	40	急性胰腺炎
19	甲亢	41	下肢深静脉栓塞（限手术治疗）
20	唇腭裂	42	重型病毒性肝炎
21	儿童苯丙酮尿症		
22	儿童尿道下裂		

注：手术治疗含介入治疗。

其中，儿童“两病”、妇女“两癌”在省、市级定点医疗机构按70%比例报销。

### （三）转诊管理

1、鼓励参合人员首先选择县（市、区）及县（市、区）以下新农合定点医疗机构就医，因病情需转省、市级定点医疗机构治疗的，需在入院前到县（市、区）域内定点医疗机构签署转院意见后，由患者本人或其委托人持患者身份证、户口本、新农合卡（证）到参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）办理转诊手续，县（市、区）新农合管理办公室（中心）应对患者的

参合身份进行认真审核，即时办理，并向患者告知相关报销政策和流程。42种重大疾病转诊政策由各统筹地区自行确定，并报省新农合管理办公室备案。在省内省、市级定点医疗机构住院未转诊的，低比例起付段以上费用按20%给予报销。

2、逐步实行差异性报销补偿政策。各统筹地区可根据本地医疗机构诊治能力和服务水平选择差异性报销补偿的疾病病种，并报省新农合管理办公室备案。实行差异性报销补偿政策的统筹地区区域内定点医疗机构有能力诊治的疾病病种，如无并发症及危、急、重症情况，原则上不予转诊。患者及家属要求转出治疗的，医疗机构应告知患者差异性报销政策，并办理相应的转诊手续。转出后，均按转入定点医疗机构的报销比例降低20个百分点予以报销；未经转诊直接到省内省、市级定点医疗机构就诊的，低比例起付段以上费用按20%给予报销。

3、长期在省内非参合地务工、求学、居住的参合农民患者，首诊必须选择在居住地的县（市、区）及县（市、区）以下新农合定点医疗机构就诊。首诊医院无法诊治的疾病，需经首诊医院转诊，方可到当地上级新农合定点医疗机构就诊，并要在入院后3个工作日内向参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）报告，由参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）对住院情况进行确认、核实、备案，出院后按照相应的报销比例办

理报销补偿手续。没经转诊或没有报告的，低比例起付段以上费用按 20% 给予报销。

4、参合农民外出在省内发生急、危、重症的患者，可就近就医，但要在入院后 3 个工作日内到参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）办理转诊手续或登记备案，逾期不办理转诊手续或未登记备案以及不符合《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》（国卫办医发〔2013〕32 号）标准的，低比例起付段以上费用按 20% 给予报销。

5、省内相邻地区的新农合定点医疗机构要建立“定点医疗机构互认”制度，以方便参合农民就近就医。在省内县域外同级新农合定点医疗机构就诊的，本地区的按照市级补偿比例执行，本地区以外的按省级补偿比例执行。

6、省内居住的参合农民患者转往省外医疗机构就诊时，须由省级新农合定点医疗机构中具有“三级甲等”资质的医疗机构提出转诊意见，报患者参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）批准。转诊后所发生的医药费用按新农合的有关规定予以报销。没经转诊审批的不予报销。

7、长期外出务工、求学等在省外居住的参合农民患者，必须到当地公立医疗机构就诊（急危重症病人可就近就医），且首诊必须选择在居住地的县（市、区）及县（市、区）以下新农合定点医疗机构就诊，首诊医院无法诊治的疾病，需经首诊医院转

诊，方可到当地上级新农合定点医疗机构（或回本省）就诊，并要在入院后 3 个工作日内向参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）报告，由参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心）对住院情况进行确认、核实、备案，并于出院一个月之内将相关材料递交参合地县（市、区）新农合管理办公室（中心），按照相应的报销比例办理报销手续。逾期未提交相关材料或未转诊或没有及时报告的，不予报销。

8、境外医疗机构就诊所发生的医药费用一律不予报销。

#### （四）意外伤害补偿管理

1、参合农民因工伤事故、医疗事故、交通事故、打架斗殴、违法、犯罪等所致外伤，因自身故意如自杀、自伤、自残、吸毒、服毒、酒后等所致自身伤害以及整形美容等发生的医疗费用，不属于新农合报销范围。

2、对非他人因素发生的意外伤害，如参合人员在家务劳动和日常生活中因个人非故意原因，意外烧烫伤、意外误服药物、意外中毒等，因自然灾害等不可抗力如地震、水灾、火灾、雷电等造成的意外伤害，经核实确认后，按正常疾病报销标准予以报销。

3、积极探索将新农合意外伤害认定及报销补偿交由商业保险公司负责，此项工作未正式启动前按上述政策执行。

#### （五）住院补偿的其他事项



1、除无需转诊情况外，省内必须实行网上转诊，电子转诊单在入院前或入院后 3 个工作日内有效。参合农民住院也需在 3 个工作日内，提供有效参合身份证明，如 3 个工作日内无法提供参合身份证明者，视为非参合人员自费就诊，就诊所发生的医药费用一律不予补偿。

2、根据《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）的规定，将以治疗性康复为目的的运动疗法等医疗康复项目纳入新农合保障范围（见附件2），各统筹地区新农合管理办公室（中心）要加强对定点医疗机构的监督检查，加强对结算报销关键环节的审核，对参合人员在限定支付范围内的医疗康复费用给予支付。对超过规定支付时限的患者，由省内具有康复医学诊疗资质的新农合定点医疗机构评估并认为确有必要，经统筹地区新农合管理办公室（中心）审核同意后，可适当延长支付时限。医疗康复项目、中医医疗服务项目和物理治疗项目日均费用合计不得超过 230 元，超出费用由医疗机构承担。

3、定点医疗机构需在 2015 年 12 月 31 日对跨年住院的参合患者进行出院操作，2016 年 1 月 1 日进行入院操作。参合患者在门诊治疗的，不得跨年开具药品及诊疗项目。

4、2015 年度住院费用报销结算工作截止到 2016 年 2 月 28 日。逾期不办理者，视为自动放弃，不再补报。

此方案自 2016 年 1 月 1 日开始执行，由省卫生和计划生育委员会基层卫生处和省新农合管理办公室负责解释。其它没有规定的事项，按照原政策执行。

## 吉林省新农合医疗康复支付项目及说明

序号	项 目 名 称	计价单位	支 付 范 围
1	运动疗法 (全身肌力训练)	45 分钟/次	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次(包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。
2	运动疗法 (各关节活动度训练)	45 分钟/次	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次(包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。
3	运动疗法 (徒手体操)	45 分钟/次	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次(包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。
4	运动疗法 (器械训练)	45 分钟/次	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次(包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。
5	运动疗法 (步态平衡功能训练)	45 分钟/次	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次(包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。
6	偏瘫肢体综合训练	40 分钟/次	1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。
7	脑瘫肢体综合训练	40 分钟/次	限儿童。3 岁以前, 每年支付不超过 6 个月; 3 岁以后, 每年支付不超过 3 个月。支付总年限不超过 5 年。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。
8	截瘫肢体综合训练	40 分钟/次	1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。
9	作业疗法(含日常生活动作训练)	45 分钟/次	限器质性病变导致的生活、工作能力障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 1 次。

序号	项目名称	计价单位	支付范围
10	认知知觉功能障碍训练	次	限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1个疾病过程支付不超过3个月。
11	言语训练	30分钟/次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
12	吞咽功能障碍训练	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
13	日常生活能力评定	次	限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1个疾病过程支付不超过4次。
14	失语症检查	次	限中枢神经疾病或其术后所致失语症，构音障碍，言语失用；不超过2周1次。
15	减重支持系统训练	40分钟/次	限不能自主站立；疗程时间不超过30日，不超过每日1次。
16	电动起立床训练	45分钟/次	康复治疗开始30日之内，不超过每日1次。
17	关节松动训练 (小关节(指关节))	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
18	关节松动训练 (大关节)	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
19	认知知觉功能检查(包括 计算定向思维推理检查)	次	限中枢神经疾病或其术后所致的认知、知觉功能障碍；不超过每周1次。
20	吞咽功能障碍评定	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
21	言语能力评定 (一般失语症检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
22	言语能力评定 (构音障碍检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
23	言语能力评定 (言语失用检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。

序号	项目名称	计价单位	支付范围
10	认知知觉功能障碍训练	次	限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1个疾病过程支付不超过3个月。
11	言语训练	30分钟/次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
12	吞咽功能障碍训练	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
13	日常生活能力评定	次	限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1个疾病过程支付不超过4次。
14	失语症检查	次	限中枢神经系统疾病或其术后所致失语症，构音障碍，言语失用；不超过2周1次。
15	减重支持系统训练	40分钟次	限不能自主站立；疗程时间不超过30日，不超过每日1次。
16	电动起立床训练	45分钟次	康复治疗开始30日之内，不超过每日1次。
17	关节松动训练 (小关节(指关节))	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
18	关节松动训练 (大关节)	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
19	认知知觉功能检查(包括 计算定向思维推理检查)	次	限中枢神经系统疾病或其术后所致的认知、知觉功能障碍；不超过每周1次。
20	吞咽功能障碍评定	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
21	言语能力评定 (一般失语症检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
22	言语能力评定 (构音障碍检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
23	言语能力评定 (言语失用检查)	次	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。

序号	项目名称	计价单位	支付范围
10	认知知觉功能障碍训练	次	限器质性病变导致的认知功能障碍。1个疾病过程支付不超过3个月。
11	言语训练	30分钟/次	限器质性病变导致的中、重度言语障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
12	吞咽功能障碍训练	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
13	日常生活能力评定	次	限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1个疾病过程支付不超过4次。
14	失语症检查	次	限中枢神经系统疾病或其术后所致失语症，构音障碍，言语失用；不超过2周1次。
15	减重支持系统训练	40分钟/次	限不能自主站立；疗程时间不超过30日，不超过每日1次。
16	电动起立床训练	45分钟/次	康复治疗开始30日之内，不超过每日1次。
17	关节松动训练 (小关节(指关节))	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
18	关节松动训练 (大关节)	次	限骨科，外科或神经损伤后关节功能障碍。
19	认知知觉功能检查(包括 计算定向思维推理检查)	次	限中枢神经系统疾病或其术后所致的认知、知觉功能障碍；不超过每周1次。
20	吞咽功能障碍评定	次	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。
21	言语能力评定 (一般失语症检查)	次	限器质性病变导致的中、重度言语障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
22	言语能力评定 (构音障碍检查)	次	限器质性病变导致的中、重度言语障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。
23	言语能力评定 (言语失用检查)	次	限器质性病变导致的中、重度言语障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。