

# 济南市医疗保障局文件

济医保发〔2019〕18号

---

## 关于印发《济南市职工基本医疗保险 实施细则》的通知

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

为完善我市基本医疗保险体系，根据《济南市职工基本医疗保险办法》，我局制定了《济南市职工基本医疗保险实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市医疗保障局

2019年12月15日

（此件主动公开）

# 济南市职工基本医疗保险实施细则

**第一条** 根据《济南市职工基本医疗保险办法》（以下简称《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** 已在省社保经办机构办理了基本养老保险登记手续，参加我市职工基本医疗保险的单位，应当到市、区县医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）办理职工基本医疗保险登记手续。

**第三条** 参保人员发生增减时，用人单位应当于发生增减之日起 30 日内办理增减手续。

参保人在省或我市社保经办机构办理了养老保险退休手续的，可按规定享受我市退休人员基本医疗保险待遇。镇（街道）便民服务中心（未移交社区管理的由原工作单位）持职工档案等资料于当月月底前到医保经办机构办理待遇变更手续。

**第四条** 职工个人月工资收入按国家统计局规定列入工资总额统计的实际收入计算。职工上月工资收入高于省上年度全口径月平均工资 300%以上的部分，不作为缴费工资基数，不缴纳基本医疗保险费。

**第五条** 《办法》第十二条中规定的退休人员个人账户保底封顶额，是指按照退休人员本人月基本养老金（退休金）的 4%划

入并扣除大额医疗费救助金、普通门诊统筹金等扣缴项目后的月划账金额。

《办法》实施时已享受退休人员基本医疗保险待遇的参保人，其个人账户月划账金额高于相应年龄段封顶额的，按《办法》实施时的划账金额。

**第六条** 参保人办理退休手续后，达到职工基本医疗保险最低缴费年限的，从其被批准退休的次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。

参保人办理退休手续后未达到最低缴费年限的，应当以办理退休手续时省上年度全口径月平均工资为基数，一次性补足所差月份的基本医疗保险费，并自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。无力一次性补足所差月份基本医疗保险费的，可申请参照灵活就业人员按月继续缴费，继续缴费期间享受在职职工的基本医疗保险待遇，继续缴费达到最低缴费年限后，自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。选择按月继续缴费的退休人员，缴费期间若经济条件好转，可申请停止继续按月缴费，仍未达到最低缴费年限的，以此次申请时的省上年度全口径月平均工资为基数，一次性补足所差月份的基本医疗保险费后，自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。

**第七条** 2010年7月1日后职工基本医疗保险关系由异地转入我市的参保人员，办理退休手续时，其在我市的实际缴费年限应满10年。实际缴费年限不足10年的，应以办理退休手续时省

上年度全口径月平均工资为基数，一次性补足所差月份的基本医疗保险费，并自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。

**第八条** 连续三年以上按时足额缴费的参保单位或参保人发生欠费的，经市医保经办机构审核确认，可以适当延长其参保人享受统筹基金支付医疗待遇的时间，但最长不超过三个月。

**第九条** 单位因分立、改制、重组，其退休人员超过在职职工人数 30%的，超过的部分由单位按全市上年度退休人员人均医疗费为每人一次性缴纳十年的基本医疗保险费。

单位合并、转让、租赁、承包、兼并、分立、改制前，应当补齐欠缴的基本医疗保险费和滞纳金。接收或继续经营者，应当承担原单位参加基本医疗保险的义务。

**第十条** 一个医疗年度内，参保人发生的统筹基金支付范围内的住院费用，起付标准为：三级医疗机构1000元，二级及一级医疗机构400元，社区医疗机构200元。

一个医疗年度内，参保人第二次住院起付标准比上一次降低50%，从第三次住院起不再计算起付标准，在社区医疗机构住院的起付标准只负担一次。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，无需负担起付标准。

**第十一条** 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，并由职工医保基金按规定比例支付门诊医疗费用的疾病种类，门诊慢性病实行分类管理，具体病种及申办审核标准见附件。在一个医疗年度内，门诊慢性病参保人

在定点医疗机构诊疗时执行以下起付标准：

I类病种不设起付标准。

II、III类病种起付标准如下：驻济省（部）三级综合定点医疗机构800元；其他三级定点医疗机构600元；二级和一级定点医疗机构300元；定点社区卫生服务机构不设起付标准。同时选择多家定点医疗机构的门诊慢性病参保人，在一个医疗年度内所负担的起付标准按照就高原则确定。

**第十二条** 一个医疗年度内，参保人在中医定点医疗机构发生的统筹基金支付范围内住院和门诊慢性病医疗费用的起付标准降低20%。

**第十三条** 职工基本医疗保险统筹基金对住院及门诊慢性病的最高支付限额为40万元。

**第十四条** 一个医疗年度内，参保人在二级及以下定点医疗机构发生的统筹基金支付范围内的住院和门诊慢性病医疗费用，统筹基金支付比例提高5个百分点（最高不超过100%）。

**第十五条** 对参保人一个医疗年度内发生的住院和门诊慢性病医疗费用，经统筹基金和大额医疗费救助金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过1万元的部分由统筹基金给予二次支付。个人负担合规医疗费用1万元以上（含1万元）、20万元以下的部分统筹基金支付比例为80%，20万元以上（含20万元）的部分统筹基金支付比例为90%，上不封顶。

**第十六条** 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，经医保经办机构组织审核确认后，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，由统筹基金按规定支付。

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，按转入定点医疗机构统筹支付待遇结算。

患有Ⅰ类病种和Ⅱ类病种中的慢性病毒性肝炎、肝硬化、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。

**第十七条** 参保人在门诊使用康柏西普和雷珠单抗治疗黄斑变性的，参照门诊慢性病进行管理。

**第十八条** 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。

**第十九条** 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；急诊留观超过 72 小时未转住院的，按一次住院计算。

参保人在门诊抢救无效死亡的，其符合职工基本医疗保险基金支付范围规定的急诊费用由职工基本医疗保险基金按照住院有关规定支付，不再执行起付标准。

**第二十一条** 工伤保险参保人因工伤康复住院期间发生的职工基本医疗保险支付范围内的医疗费用，按照住院规定执行，不收取起付标准。

**第二十二条** 参保人因生育相关疾病住院期间发生的职工基本医疗保险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。

**第二十三条** 需异地转诊转院治疗的参保人必须符合下列条件：

- （一）本市定点医疗机构不能诊疗的危重疑难病症；
- （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。

需异地转诊转院治疗的参保人，应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》。

**第二十四条** 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，个人首先自付 30%，剩余部分再按职工医保政策规定报销。

**第二十五条** 长驻外地工作人员和异地安置退休人员（以下简称长期异地备案人员）需办理异地备案手续，办理后，原则上 6 个月之内不得更换或注销。

长期异地备案人员的个人账户金，自备案的次月起，由医保经办机构按规定发放。

长期异地备案人员自行到统筹区外就医的，发生的住院和门诊慢性病合规医疗费用，报销政策按第二十四条规定执行。

**第二十六条** 异地转诊转院患者相应门诊慢性病治疗的，门诊慢性病患者临时在外地急症治疗、未经备案自行外出就医的，发生的合规医疗费用参照住院有关规定执行。

**第二十七条** 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，医疗费用先由参保人垫付，就医结束后由管理单位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）等现金报销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。

**第二十八条** 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，统筹基金不予支付。

参保人被单位派驻境外工作的，应当照常缴纳基本医疗保险费。其个人账户计入额，单位缴费部分按 50%划入个人账户，个人缴费全部计入个人账户。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 参保人住院的基本医疗保险待遇，以出院时的待遇享受状态作为结算依据。

单位缴费的参保人初次参保时，其享受医疗保险待遇之前发生的住院费用，统筹基金不予支付。灵活就业人员在等待期内发生的住院费用，统筹基金不予支付。

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，统筹基金支付比例、最高支付限额按医疗年度分别计算。

**第三十一条** 本实施细则所称管理单位，是指用人单位、便民服务机构等具体负责为参保人到医保经办机构办理医保业务的单位。

**第三十二条** 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。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。

**第三十三条** 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：职工基本医疗保险门诊慢性病目录及申办审核标准

## 附件

# 职工基本医疗保险门诊慢性病 目录及申办审核标准

## 一、I 类病种

### (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) 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近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。

## 二、II类病种

### (五) 慢性病毒性肝炎

符合以下条件之一:

1. 符合慢性病毒性肝炎诊断标准，即 ALT 和 AST 反复或持续升高，并符合以下标准之一：

- ①血清白蛋白  $\leq 35\text{g/L}$ ;
- ②胆红素正常值上限 2 倍以上;
- ③凝血酶原活动度  $\leq 70\%$ ;
- ④胆碱酯酶  $< 4500\text{U/L}$ ;
- ⑤B 超或 CT：肝内回声增粗、肝脏或脾脏轻度肿大之一;
- ⑥病理：炎症 3 级以上，纤维化 1~4 期。

2. 转氨酶正常的慢性病毒性丙肝：慢性病毒性丙肝病史，丙肝抗体 (+) 合并 HCV-RNA (+);

3. 转氨酶正常的慢性病毒性乙肝：慢性病毒性乙肝病史，肝脏穿刺结果显示 G2 或 S2 及以上，经专科医生确诊确需抗病毒治疗的。

#### (六) 肝硬化

同时符合以下条件：

- 1. 有慢性肝病病史;
- 2. 症状、体征诊断明确并经住院确诊;
- 3. 肝功能试验和肝脏瞬时弹性成像检测及肝脏影像学检查符合肝硬化诊断。

#### (七) 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。

#### (八) 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。

### （九）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。

（十）血液系统疾病（血友病、骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征）

1. 症状、体征诊断明确；

2. 并符合以下条件之一:

①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;

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,确诊骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征。

(十一)慢性肾衰竭(非尿毒症期)

同时符合以下条件:

1.各种原因造成慢性肾脏损伤,症状、体征诊断明确;

2.血常规、尿液、血生化检查,其中一项以上阳性;

3.  $GFR \leq 90ml/分$ 或血肌酐大于各医疗机构检验正常值的上限(提供半年内非同一天2次及以上化验单)。

说明:只有门诊病历资料的,需审核当天于审核医院现场复查肾功能等相关检查。

### 三、III类病种

(十二)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:同“冠心病”审核标准;

2.脑:同“脑血管病(并发后遗症)”审核标准;

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  $> 200 \mu g/min$  或尿白蛋白排泄量  $> 300mg/24h$ );

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。

### （十三）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. 明显的室壁动度减低；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：同“脑血管病（并发后遗症）”审核标准；

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。

#### (十四) 肺心病(并发右心衰竭)

同时符合以下条件(需提供明确诊断的住院病历复印件):

1. 症状、体征诊断明确。X 线、心电图其中一项检查支持诊断, 有肺动脉高压、右心室肥大、右心功能不全之一者;

2. 心功能 III 级以上(含 III 级)。

#### (十五) 冠心病(反复发作心绞痛或心肌梗塞)

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。

#### (十六) 脑血管病(并发后遗症)

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。

#### （十七）慢性心力衰竭

同时符合以下条件（需提供明确诊断的住院病历复印件）：

1. 有导致心力衰竭的慢性病史（如高血压、冠心病、风心病、先心病、心律失常、心肌病等）；症状、体征诊断明确并经住院确诊；

2. 心功能Ⅲ级或Ⅳ级；

3. 以下辅助检查符合其中之一者：

①心脏彩超：EF 值  $\leq 45\%$ ；

②X 线：心脏扩大并双下肺纹理增多等肺淤血表现；

③血 BNP  $\geq 2000\text{ng/ml}$ 。

#### （十八）风湿性疾病

1. 风湿热（关节炎）；

2. 类风湿关节炎；

3. 多发性肌炎和皮炎；

4. 动脉炎（巨细胞动脉炎、大动脉炎、结节性多动脉炎）；
5. 血管炎（显微镜下多血管炎）；
6. 过敏性紫癜；
7. 白塞病；
8. 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。

#### （十九）间质性肺疾病

符合以下条件：

1. 各种原因造成的间质性肺疾病，症状、体征诊断明确；
2. X 线胸片或高分辨率 CT 或肺活检检查支持间质性肺疾病。

#### （二十）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。

#### （二十一）癫痫

符合以下条件：

1. 系统详细病史及诊治病历，症状、体征诊断明确；
2. 脑电图检查符合癫痫诊断标准（阴性结果不能排除癫痫诊断）。

#### （二十二）帕金森氏病及综合征

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。

### (二十三) 多发性硬化

缓解一复发的病史及症状体征提示 CNS 一个以上的分离病灶, 并符合以下条件:

1. 症状、体征诊断明确;

2. 磁共振或视、听、体感诱发电位, 其中一项以上符合 MS 标准。