**关于印发《陕西省省级机关事业单位职工基本医疗保险门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗管理暂行办法》的通知**

（陕劳社发［2005］ 144号）

**省级党政机关、事业单位、各人民团体：**
    省级机关事业单位职工基本医疗保险制度实施以来，我们按照国家有关政策，建立了门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗医疗费用补助的制度，在减轻职工门诊医疗费用的负担，保障职工基本医疗需求方面发挥了重要作用，受到广大参保职工的欢迎。但是，随着医疗保险制度改革的深入，其不足之处日益显现。主要是门诊特殊慢性病种设置不科学，缺乏费用控制机制，存在一定的浪费现象。因此，我们在调研、测算和分析的基础上，制定了《陕西省省级机关事业单位职工基本医疗保险门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗管理暂行办法》，现印发给你们，请遵照执行，并协助做好管理和政策宣传工作。

                       　二OO五年十二月十九日

**陕西省省级机关事业单位职工基本医疗保险**

**门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗管理办法**

  第一条 为了保障参保职工的基本医疗需求，减轻省级机关事业单位职工门诊就医的负担，加强基本医疗保险管理，根据《陕西省省级机关事业单位职工基本医疗保险暂行办法》，结合我省省级机关事业单位的实际，制定本办法。
  第二条 门诊特殊慢性病病种范围：l、原发性高血压病；2、冠状动脉硬化性心脏病；3、动脉硬化性脑梗塞后遗症；4、脑栓塞后遗症；5、脑出血后遗症；6、慢性再生障碍性贫血；7、风湿性心脏病；8、糖尿病；9、肝硬化（失代偿期）；10、慢性阻塞性肺病；11、精神分裂症；12、系统性红斑狼疮；13、帕金森病；14、恶性肿瘤。
  第三条 门诊特殊检查、特殊治疗项目范围：l、CT和SPECT（单光子发射电子计算机扫描装置）；2、核磁共振（MRI）；3、心脏彩色B超；4、颈颅彩色多普勒血管检查（TCD）；5、胃、十二指肠镜检查；6、结肠镜检查；7、动态心电图；8、高压氧舱治疗；9、核素扫描；10、支气管镜检查；11、体外振波碎石治疗泌尿系统、胆道结石；12、体外射频治疗重度前列腺肥大。
  第四条 门诊特殊治疗范围：1、慢性肾功能衰竭病人腹膜透析、血液透析；2、肾移植术后服用抗排斥药；3、恶性肿瘤门诊放、化疗。
  第五条 门诊特殊慢性病管理
（一）患有门诊特殊慢性病的职工由本人提出申请，提交所申报病种的住院病历（限三年内）复印件、门诊病历和检查化验报告单原件及抢救病历复印件等相关资料。由职工所在单位医保专干于每年九月份集中上报省医疗保险管理中心办理门诊特殊慢性病鉴定手续。
  （二）省医疗保险管理中心对参保单位上报的职工特殊慢性病资料进行审查，并组织医学专家进行鉴定。对符合门诊特殊慢性病诊断标准（见附件一）的，由省医疗保险管理中心，发给《门诊特殊慢性病专用病历》并备案。对有必要进一步检查的，由省医疗保险管理中心指定医院复查。
  （三）门诊特殊慢性病定点医疗机构和定点零售药店由省医疗保险管理中心选择确定，并向社会公布。门诊特殊慢性病患者每人只能选定其中一家定点医疗机构和定点零售药店，进行门诊特殊慢性病的治疗。
  （四）特殊慢性病定点医疗机构专诊医师应按照因病施治、合理用药的原则，在基本医疗保险药品目录、诊疗项目、服务设施的范围内，为职工制定治疗计划，并由定点医疗机构医保办上报省医疗保险管理中心审核后方可实施。因病情变化需要调整治疗计划的，需由专诊医师说明理由，并将调整后的治疗计划，报省医疗保险管理中心审核。
  （五）诊特殊慢性病的医疗费设立年度起付标准，并实行月医疗费限额管理（月医疗费限额标准见附件二）。2006年度起付标准暂定为650元。门诊特殊慢性病患者年度内医疗费用超过起付标准的，报经省医疗保险管理中心审核并加盖“起付标准章”后，方可在本人所选择的定点医疗机构或定点零售药店挂帐就医购药。在月医疗费限额以下符合规定的费用，统筹基金支付70%、个人负担30%。
  （六）门诊特殊慢性病患者所选择的定点医疗机构原则上在一个年度内不能变更。因居住地迁移、病情需要等原因确需变更的，须经省医疗保险管理中心审核同意。
  （七）门诊特殊慢性病职工因病住院治疗期间，暂停享受特殊慢性病有关待遇。
  （八）建立门诊特殊慢性病复审制度。省医疗保险管理中心每年组织医学专家对门诊特殊慢性病的治疗情况进行复查审核。对病情稳定的原因、不需要继续治疗的职工，省医疗保险管理中心将终止其门诊特殊慢性病待遇，并注销有关证件。
  （九）职工需要增加慢性病病种，可按本条第（一）项程序办理。
  第六条 门诊特殊检查管理
  职工因病在定点医疗机构就医，需要进行门诊特殊检查和高压氧舱、体外碎石、重度前列腺肥大射频治疗的，应持《诊疗证》、医疗保险卡和主管医师填写的《门诊特殊检查、特殊治疗申请表》，到定点医疗机构医保办审核确认后方可进行检查（治疗）。其费用由统筹基金支付70%、个人负担30%。
  第七条 门诊特殊治疗管理
  （一）门诊特殊治疗实行审核备案制度。职工进行门诊特殊洽疗应由本人提出申请，并提交所申报病种的住院病历（限三年内）复印件、门诊病历和检查化验报告单原件。由职工所在单位医保专干报省医疗保险管理中心审核备案。符合条件者，由省医疗保险管理中心发给《门诊特殊治疗专用病历》。
  （二）门诊特殊治疗应符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、服务设施的范围。慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析用药仅限于促红细胞生成素、骨化三醇、低分子肝素；透析次数每两周不得超过5次。恶性肿瘤门诊放、化疗须由首诊医院制定放、化疗计划，经省医疗保险管理中心审核备案后方可挂帐治疗。
  （三）恶性肿瘤门诊放、化疗费用由统筹基支付70%、个人负担30%；慢性肾功能衰竭血液透析（腹膜透析）和肾移植术后服用抗排斥药的费用，由统筹基金支付90%、个人负担10%。
  第八条 参保职工在一个年度内发生门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗的医疗费在基本医疗保险最高支付限额以上、重大疾病最高支付限额以下的部分，按重大疾病医疗补助的待遇标准执行。
  第九条 省直机关公务员因病发生符合规定的门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗的医疗费个人负担部分，按照《陕西省省直机关公务员医疗补助暂行办法》》的有关规定进行补助。
  第十条 长住外地职工的门诊特殊慢性病、特殊检查、特殊治疗，按本办法的相关规定办理。发生符合本办法规定的门诊医疗费用，先由职工个人垫付，每半年一次，由所在单位医保专干将报销所需的门诊病历、门诊处方、正式发票及其它材料报省医疗保险管理中心审核报销。
  第十一条 因病种调整遗留个别问题的处理办法另行制定。
  第十二条 职工和定点医疗机构有弄虚作假、骗取医疗保险基金行为的，依据《陕西省省级机关事业单位职工基本医疗保险暂行办法》中的有关规定进行处理。
  第十三条 省劳动保障部门可根据医疗保险基金运行情况，对门诊特殊慢性病病种、特殊检查、特殊治疗项目的范围及其待遇标准进行适时调整。
  第十四条 本办法由陕西省劳动和社会保障厅负责解释。
  第十五条 本办法从二OO六年一月一日起执行。

**附件一:**

**门诊特殊慢性病鉴定标准**

   一、原发性高血压病
    1、原发性高血压病A:血压达到确诊水平，并有下列病症之一者：
   （l）心电图示左室高电压，或X线、超声心动图检查证实左心室肥厚；
   （2）眼底检查有眼底动脉普遍或局部变窄和动静脉压迹。
    2、原发性高血压B:血压达到确诊水平，提供住院病历，并有下列病症之一者：
   （1）近期半年内有心衰并心功能为三级。
   （2）近期有眼底出血或渗血，视乳头水肿。
   （3）有脑中风并发症。
   （4）有肾功能不全并发症。
    二、冠状动脉硬化性心脏病
    1、有典型的突发性胸骨后疼痛的心绞痛临床表现。
    2、经过临床心电图、心电图负荷试验、超声心动图、动态心电图、放射性核素检查、冠状动脉造影检查，符合冠心病诊断者。
    三、动脉硬化性脑梗塞后遗症
    1、动脉硬化性脑梗塞后遗症A
    提供住院病历，并符合下列条件者：
   （1）起病缓慢，数小时或l—2天后出现半身瘫痪及意识障碍。
   （2）颅脑CT、MRI等检查确定诊断。
   （3）经过门诊、住院治疗后仍存在肢体功能障碍者。
    2、动脉硬化性脑梗塞后遗症B
    符合A类条件，井有一定程度的意识障碍、语言障碍等神经症状者。
    四、脑栓塞后遗症
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、脑栓塞后遗症A
   （1）起病突然，常出现偏瘫，肢体感觉障碍，偏盲、失语等典型的临床表现体症，有不同程度的意识障碍。
   （2）颅脑CT、MRI等检查发现原发病变。
   （3）临床辅助检查发现原发病变。
   （4）经过门诊、住院治疗后仍留后肢体功能障碍者。
    1、 脑栓塞后遗症B
    符合A类条件，并有一定程度的意识障碍、语言障碍的神经症状者可以确定。
    五、脑出血后遗症
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    1、脑出血后遗症A
   （1）高血压病史，突发头痛、发热、呕吐、意识障碍、肢体障碍、失语、大小便失禁等临床体症和症状。
   （2）辅助检查：眼底或脑脊液检查化验出现异常。CT、MRI检查有基底节、内囊、脑桥出现等表现。
   （3）经过门诊、住院治疗后仍留后肢体功能障碍者。
    2、脑出血后遗症B
    符合A类条件，并有一定程度的意识障碍、语言障碍的神经症状者。
    六、慢性再生障碍性贫血
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、有典型的临床症状。
    2、常规血象及骨髓化验检查均提示再生障碍性贫血。
    3、除外其它疾病。
    七、糖尿病
    1、糖尿病A
    （1） 临床有明显的糖尿病症状及明确的糖尿病病史资料；
    （2） 空腹血糖、糖耐量试验（OGTT）多次符合糖尿病诊断标准。
    2、糖尿病B
    符合糖尿病A类条件并伴有合并症。
    八、风湿性心脏病
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、有风湿性心脏病病史。
    2、近期三个月内检查心功能三级。
    3、有心电图、X线或超声心动检查报告单。
    九、肝硬化（失代偿期）
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、有明确的肝病病史。
    2、肝功化验检查异常。
    3、出现腹水症状。
    十、慢性阻塞性肺病
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、有慢性支气管炎、支气管哮喘、重症肺结核、支气管扩张等慢性病史。
    2、经X线、心电图检查异常。
    3、肺功能检查异常。
    十一、精神分裂症
    1、有明确的精神分裂症病史。
    2、有精神病专科医院住院病历。
    3、病情迁延不愈三年以上。
    十二、系统性红斑狼疮
    提供住院病历，并符合下列条件者：
    l、有典型的临床表现和病史。
    2、实验室检查有多项检测异常。
    3、根据上海风湿病学会（1987）提出的诊断标准，符合标准者。
    十三、帕金森病
    1、 典型帕金森病的临床症状。
    2、经三甲医院确诊，并有住院病历。
    3、有相关辅助检查协助诊断。
    十四、恶性肿瘤
    1、经手术探查及病理检查确诊为恶性肿瘤。
    2、从确诊恶性肿瘤之日起，经门诊、住院治疗后有肿瘤转移复发者。

**附件二：**

**门诊特殊慢性病、门诊特殊治疗统筹基金支付范围及标准**

一、门诊特殊治疗统筹基金支付范围：
    l、慢性肾功能衰竭病人在门诊进行腹膜透析或血液透析时，每人每月限使用促红素12支（每支3000U）、骨化三醇30粒；用可反复使用的透析器治水每人每月限使用透析器2个、管路3根。
    2、肾移植术后病人服用进口抗排斥药，以国产同类产品价格为准。
    3、恶性肿瘤病人在门诊放、化疗，凭首诊医院出具的疾病诊断相关资料和治疗方案到省医疗保险管理中心审核备案。化疗药品限《陕西省基本医疗保险和工伤保险药品目录》中抗肿瘤药品，井执行药品目录中病种限制的有关规定。
    二、门诊特殊慢性病月医疗费限额及支付范围：
    1、 门诊特殊慢性病月医疗费限额及支付范围见下表。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序序号 | 病种名称 | 月医疗费限额（元） | 年医疗费限额（元） | 统筹基金支付范围 | 备注 |
| 一一 | 1、原发性高血压A | 185 | 2220 | 仅限于降压药物治疗 | 享受特殊慢性病病种的患者辅助检查治疗费用一律自费 |
| 2、原发性高血压B | 260 | 3120 | 仅限高血压病及其合并症药物治疗 |
| 二二 | 冠状动脉硬性心脏病 | 315 | 3780 | 只限药物治疗 |
| 三三 | 动脉硬化性脑梗塞后遗症A | 230 | 2760 | 仅限药物治疗 |
| 动脉硬化性脑梗塞后遗症B | 270 | 3240 | 仅限药物治疗和理疗 |
| 四四 | 脑栓塞后遗症A | 230 | 2760 | 仅限药物治疗 |
| 脑栓塞后遗症B | 270 | 3240 | 仅限药物治疗和理疗 |
| 五五 | 脑出血后遗症A | 230 | 2760 | 仅限药物治疗 |
| 脑出血后遗症B | 270 | 3240 | 仅限药物治疗和理疗 |
| 六六 | 慢性再生障碍性贫血 | 325 | 3900 | 仅限药物治疗及输血治疗 |
| 七七 | 风心病 | 325 | 3900 | 只限门诊治疗 |
| 八八 | 糖尿病A | 250 | 3000 | 仅限于降糖药物治疗 |
| 糖尿病B | 360 | 4320 | 仅限于降糖及合并症药物治疗 |
| 九九 | 肝硬化（失代偿期） | 325 | 3900 | 仅限药物及蛋白制品 |
| 1十 | 慢性阻塞性肺病 | 390 | 4680 | 仅限于药物、吸氧治疗 |
| 1十一 | 精神分裂症 | 130 | 1560 | 限于药物治疗 |
| 1十二 | 系统性红斑狼疮 | 230 | 2760 | 限于药物治疗 |
| 1十三 | 帕金森病 | 230 | 2760 | 限于药物治疗 |
| 1十四 | 恶性肿瘤 | 280 | 3360 | 限于放、化疗以外的治疗 |

2、 患多种特殊慢性病患者的月医疗费限额，在其病种最高月限额标准的基础上每月增
加40元。
    3、按A、B分类的特殊慢性病病种，在《门诊特殊慢性病专用病历》复审之前暂按A类月限额标准执行，复审后达到B类诊断标准的，按B类月医疗费限额标准执行。