

酒泉市城镇职工基本医疗保险慢性病门诊医疗费补助办法

作者：医保科 文章来源：本站原创 点击数1197 更新时间：2014-2-26 10:43:44 文章录入：管理员1 责任编辑：admin

关于调整酒泉市城镇职工基本医疗保险慢性病 门诊医疗费补助办法的通知

酒人社〔2013〕120号

市直各部门、单位，中央、省属驻酒单位，市属企业，各县（市、区）人力资源和社会保障局：

为了进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，保障慢性病患者的基本医疗需求，规范慢性病患者的门诊医疗行为，合理使用医疗保险统筹基金，根据《关于完善〈酒泉地区城镇职工基本医疗保险制度改革实施方案〉的意见》（酒署办发〔2001〕131号）精神和原酒泉市劳动保障局《关于印发酒泉市市直单位基本医疗保险慢性病门诊医疗费补助管理办法》的有关规定，经研究，现对我市慢性病门诊医疗费补助办法作以下调整，请认真执行。

一、统一政策

慢性病门诊医疗费补助全市实行统一政策、统一标准、统一程序、统一待遇，市、县分级实施、各负其责。

二、适用范围和补助原则

享受慢性病门诊医疗费补助和高龄医疗补贴的人员为参加城镇职工基本医疗保险且从缴费之日起满三年以上的人员。

慢性病门诊医疗费补助按照以收定支、分病种分年龄定额补助的原则实行，对80周岁（含80周岁）以上高龄老年人实行医疗补贴制度，并根据统筹基金的承受能力逐步扩大受惠范围。

三、补助病种和标准

（一）补助病种

器官移植依赖抗排异药物治疗；尿毒症门诊透析治疗；晚期癌症及手术后放化疗；再生障碍性贫血、白血病（需继续化疗者）；重型系统性红斑狼疮；糖尿病（中度以上）伴并发症；高血压病（Ⅱ期以上）伴并发症；冠心病（心绞痛、心肌梗塞）；脑血栓后遗症（脑梗塞、脑出血、蛛网膜下腔出血恢复期及后遗症期）；慢性肝炎（活动期）；类风湿性关节炎（活动期）；慢性阻塞性肺气肿。

（二）补助标准

患有器官移植依赖抗排异药物治疗人员，一个结算年度内在定点医疗机构门诊就医或定点零售药店购药，其发票费用超过800元以上部分，按照80%的比例报销。

患有尿毒症门诊透析治疗；晚期癌症及手术后放化疗；再生障碍性贫血、白血病（需继续化疗者）和重型系统性红斑狼疮的人员，一个结算年度内在定点医疗机构门诊就医或定点零售药店购药，年龄在50周岁以下的补助3120元；50周岁及以上的补助4160元。

其他病种一个结算年度内在定点医疗机构门诊就医或定点零售药店购药，年龄在50周岁以下的补助1920元；50周岁及以上的补助2560元。

（三）高龄医疗补贴

对参加城镇职工基本医疗保险年满80周岁（含80周岁）以上的未享受慢性病门诊医疗费补助的高龄老年人，每年享受高龄医疗补贴2000元。

（四）待遇享受期限

慢性病门诊医疗费补助待遇享受时间为三年，期满后重新申报。对年龄在70周岁（含70周岁）以上的，通过申报、鉴定，符合慢性病门诊医疗费补助标准的人员，可连续享受待遇不再复查。

已确定为享受慢性病门诊医疗费补助的人员，出现以下情形的终止享受资格：经治疗后病情好转、达不到慢性病门诊医疗费补助鉴定标准的；未足额缴费、中断参保的；死亡的；其他不应享受慢性病门诊医疗费补助的。

四、申报程序和时限

（一）符合慢性病门诊医疗费补助病种的参保人员，有工作单位的向所在单位提供如下资料：

1. 个人书面申请；
2. 身份证复印件；
3. 近期免冠一寸照片一张；
4. 二级及以上医院主治医师开具的诊断证明；
5. 相应病种资料。患有器官移植依赖抗排异药物治疗人员提供器官移植病历或记录；患有尿毒症门诊透析治疗人员提供前一年透析病历或记录；患有晚期癌症及手术后放化疗人员和再生障碍性贫血、白血病（需继续化疗者）需提供住院（手术）病历记录和申请之日前一年内放、化疗病历或记录；患有重型系统性红斑狼疮人员提供住院病历或记录。其他病种的人员申报享受慢性病门诊医疗费补助时，需提供住院病历和可证明患有慢性病的医学检查有关资料。
6. 填报《城镇职工基本医疗保险慢性病门诊医疗费补助申报表》（附件1），由单位签署意见、加盖公章后，向参保所在地人力资源和社会保障部门报送。

（二）无工作单位的参保人员除提供第（一）项要求的资料外，还需提供近三年缴费凭据原件和复印件，由本人向参保所在地人力资源和社会保障部门报送。

（三）申报时限。慢性病门诊医疗费补助的受理时间为每年3月1日至3月31日，逾期不再受理。

（四）高龄医疗补贴的办理。高龄医疗补贴由市、县医疗保险经办机构待本地享受慢性病门诊医疗费补助人员确定后，向同级人社部门报送享受高龄医疗补贴人员花名册，经同级人社部门审核同意后每年发放一次。高龄医疗补贴与慢性病门诊医疗费补助不得重复享受。

五、鉴定原则和程序

慢性病门诊医疗费补助鉴定工作按照统一体检、集中鉴定、审核办理的原则开展。市、县人力资源和社会保障局成立慢性病门诊医疗费补助鉴定小组（以下称鉴定小组），鉴定小组由人社行政部门、医疗保险经办机构相关人员和聘请所在地二级以上医院责任心强、业务技术精良的副主任以上医师组成，一般应为5-7人，其中医学鉴定专家不少于3人。鉴定小组根据工作需要，每年相对集中时间对申报人员进行鉴定。

（一）直接确定

鉴定小组凭申请人提供的相关资料，对70周岁（含70周岁）以上人员和符合慢性病门诊医疗费补助各病种鉴定标准的，直接确定。

（二）医学检查

鉴定小组对未提供详细病历资料或者依据病历资料无法确定的申请人，统一组织到指定医院进行医学检查。医学检查费按照指定医院标准收取，由申请人个人承担。

（三）鉴定小组鉴定

医学检查结束后，鉴定小组根据检查结果，对照《酒泉市慢性病门诊医疗费补助各病种鉴定标准》（附件2）进行鉴定，并签署意见。

申报材料及医学检查报告单、鉴定意见等纸质资料单独存档，统一保管，相关信息录入慢性病门诊医疗费补助数据库。

（四）审核办理

鉴定工作结束后，市、县人力资源和社会保障部门对鉴定结果进行审核，经审核同意后通知同级医疗保险经办机构办理。

六、就医管理和费用结算

确定为享受慢性病门诊医疗费补助的参保人员，居住参保所在地的，应在参保所在地基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店就医购药；异地安置的，应在居住地基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店就医购药，报销时需由税务部门监制的机打专用发票。

在定点医疗机构就医或者在零售药店购药时，治疗处方或者所购药品须与确定的慢性病门诊医疗费补助病种相符，购药量与药品所规定使用剂量相符，且一次购药量最长不超过30天的剂量。

确定为享受慢性病门诊医疗费补助的参保人员，患有器官移植依赖抗排斥药物治疗人员的就医购药费用，先由个人垫付，每年11月1日至11月30日期间由所在单位或者本人持就医购药费用发票，统一到参保所在地医疗保险经办机构一次性审核报销；其他病种的门诊医疗补助费用由市、县医疗保险经办机构结合当地实际情况支付。患有多种慢性病的参保人员，按补助标准中最高病种补助，不重复享受。

七、工作要求和责任追究

申请慢性病门诊医疗费补助的参保人员，必须如实提供相关的病情资料。凡伪造病历，骗取慢性病门诊医疗费补助的，取消待遇享受资格，三年内不得申报，已享受待遇的追回补助资金。

指定的医学检查医疗机构要按照鉴定小组要求，成立体检领导小组，抽调专门工作人员，维护体检秩序，安排体检场所，做好体检服务。凡在医学检查中弄虚作假的，一经查实，严肃追究责任，情节严重的，对医疗机构取消其定点资格；对医护人员，由鉴定小组向市职称改革领导小组办公室作出书面反映，作为不得晋升职称和聘任岗位的考查依据。

各县（市、区）人社部门和医疗保险经办机构要认真履行职责，严格执行全市统一的医保政策，不得随意扩大慢性病补助病种范围和提高补助标准。市局将适时对各县（市、区）的慢性病门诊医疗补助政策执行情况进行检查，对检查出的问题督促整改，并将严肃追究主管领导及相关工作人员责任。

八、其他事项

本通知自下发之日起开始执行。

慢性病门诊医疗费补助标准和高龄医疗补贴标准根据基本医疗保险统筹基金运行情况适时调整。

附件：**1. 酒泉市城镇职工基本医疗保险慢性病门诊医疗费补助申报表**

2. 酒泉市城镇职工高龄医疗补贴申报表

酒泉市人力资源和社会保障局

2013年5月6日