

全宗号 26	年度 2015	室编件号 103
机构(问题) 社保	保管期限 永久	馆编件号

# 中牟县人力资源和社会保障局 中牟县财政局 文件

牟人社〔2015〕16号

## 关于调整中牟县城镇基本医疗保险和职工生育保险有关待遇的通知

各有关单位：

为进一步提高我县城镇基本医疗保障水平，切实减轻参保人员的医疗费用负担，根据河南省人力资源和社会保障厅《关于逐步统一全省城镇居民基本医疗保险相关政策的指导意见》（豫人社医疗〔2014〕10号）、郑州市人民政府《关于印发郑州市职工生育保险办法的通知》（郑政〔2010〕32号）和郑州市人力资源和社会保障局、郑州市财政局《关于调整郑州市城镇基本医疗保险和职工生育保险有关待遇的通知》（郑人社医疗〔2014〕9号）

文件要求，经县政府研究同意，对我县城镇基本医疗保险、生育保险有关待遇进行调整。现将有关事宜通知如下：

### 一、城镇职工基本医疗保险调整内容

（一）统筹基金最高支付限额由 5.1 万元调整为 7 万元。

（二）商业补充医疗保险缴费标准由 100 元调整为 120 元，年度中间参保的，缴费标准每月 10 元。最高支付限额由 18 万元调整为 24 万元。

（三）门诊规定病种统筹基金支付比例由 75% 提高到 85%。门诊规定病种统筹基金支付实行限额管理，具体标准按照郑州市相关门诊规定病种统筹基金支付范围及标准执行（详见附件）。

### 二、城镇居民基本医疗保险调整内容

（一）对参加城镇居民基本医疗保险个人缴费标准进行调整。

18 周岁以下的我县城镇居民基本医疗保险个人缴费标准由原来的 10 元调整为 30 元；18 周岁以上(含 18 周岁)的我县城镇居民基本医疗保险个人缴费标准由原来的 60 元调整为 100 元；全日制大中专在校学生基本医疗保险个人缴费标准由原来的 20 元调整为 30 元；属于享受我县最低生活保障的人员及我县特殊教育学校的学生个人缴费由县财政全额负担。

（二）调整城镇居民基本医疗保险住院起付线、统筹基金支付比例。

参加城镇居民基本医疗保险的参保人员在一类、二类、三类定点医疗机构住院治疗，起付标准分别调整为 100、300、900 元；

基本医疗保险统筹支付比例分别调整为 90%、80%、65%。

(三) 提高城镇居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额。

我县城镇居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额由 3.5 万元调整为 6 万元。取消原牟政〔2008〕22 号文中第三条“建立城镇居民基本医疗保险缴费年限与待遇水平挂钩机制”的规定。

(四) 在原有六种门诊规定病种的基础上，将肝硬化（失代偿期）、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、帕金森氏病、急性脑血管病后遗症、心肌梗塞型冠心病、高血压病Ⅲ期、类风湿性关节炎、慢性支气管炎肺气肿九种新增病种门诊治疗纳入基本医疗保险保障范围，以上九种病种鉴定每年 1 月申报一次，鉴定办法及标准按照中牟县城镇职工门诊规定病种鉴定办法执行。门诊规定病种的支付比例均为 60%。

将恶性肿瘤的统筹基金支付范围调整为门诊治疗和门诊治疗期间必要的检查，设置月统筹基金支付限额。居民医疗保险门诊规定病种的月统筹基金支付限额见附件。

(五) 计划内分娩婴儿医保待遇按以下标准执行：

1. 对于当年出生未能参保的计划内分娩婴儿，其父亲或母亲参加我县城镇居民医疗保险的，可凭婴儿父亲或母亲身份证明以及婴儿出生医学证明或户口证明，以参保父亲或母亲身份享受当年城镇居民医疗保险待遇，与参保父亲或母亲执行一个年度内的待遇标准。

2. 对于当年出生其父母均未参加我县城镇居民医疗保险的，

自出生之日起3个月内办理参保并足额缴费的，自参保缴费之日起享受当年城镇居民医疗保险待遇，缴费标准按本项第（一）条规定执行。

（六）城镇居民基本医疗保险实施城镇居民大病保险制度，具体规定按照《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城镇居民大病保险实施方案（试行）的通知》（豫政办〔2014〕159号）执行。

### 三、职工生育保险调整内容

（一）对职工生育医疗费用进行调整。

#### 1. 产前检查费

参保职工生育前本统筹区域内连续缴费满九个月的，产前检查费实行定额报销，标准为1200元/例，实际产前检查费高于或低于定额标准的，均按定额标准支付，同时不再收取产前检查费票据。参保职工生育前连续缴费不足九个月的，每缴费一个月，生育保险基金支付产前检查费100元；

2. 正常分娩：三类定点医疗机构2200元/例；二类及以下定点医疗机构2000元/例；

3. 异常分娩（难产）：三类定点医疗机构2800元/例；二类及以下定点医疗机构2600元/例；

4. 剖宫产：三类定点医疗机构4500元/例；二类及以下定点医疗机构4300元/例；剖宫产的同时做其他相关妇科手术5000元/例；

5. 参保职工在异地（郑州市辖区以外）生育的，正常分娩

2000 元/例，难产 2800 元/例，剖腹产 4300 元/例，剖宫产同时做其他相关妇科手术 5000 元/例。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付，实际医疗费高于或等于上述限额标准的，按上述限额标准支付。

(二) 对职工计划生育手术费用进行调整。

1. 放置、取出宫腔内节育器 (含检验费): 三类定点医疗机构 150 元/例; 二类及以下定点医疗机构 130 元/例;

2. 输精管结扎术 (含检验费): 三类定点医疗机构 1200 元/例; 二类及以下定点医疗机构 1000 元/例;

3. 输卵管结扎术 (含检验费): 三类定点医疗机构 2600 元/例; 二类及以下定点医疗机构 2400 元/例;

4. 输精 (卵) 管复通术 (含检验费): 三类定点医疗机构 4000 元/例; 二类及以下定点医疗机构 3800 元/例;

5. 早期妊娠需在门诊终止妊娠 (含孕情检查、检验费): 三类定点医疗机构 300 元/例 (特殊情况除外); 二类及以下定点医疗机构 280 元/例;

6. 12 周以上住院终止妊娠: 三类定点医疗机构 1000 元/例; 二类及以下定点医疗机构 800 元/例;

7. 引产: 三类定点医疗机构 1500 元/例; 二类及以下定点医疗机构 1300 元/例。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付，实际医疗费高于或等于上述限额标准的，按上述限额标准支付。

(三) 按 1% 的缴费比例缴纳生育保险费的单位，其女职工

符合人口与计划生育政策规定生育或者终止妊娠，在下列法定产假期间由领取工资改为享受生育津贴：

1. 妊娠满 28 周以上生产或者引产的，享受 90 天的生育津贴；难产的增加 15 天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天的生育津贴；晚育的增加 90 天的生育津贴。

2. 妊娠满 12 周不满 28 周流产、引产的，享受 42 天的生育津贴。

3. 妊娠满 8 周不满 12 周流产的，享受 30 天的生育津贴。

4. 妊娠不满 8 周流产的，享受 15 天的生育津贴。

5. 参保女职工分娩前连续缴纳生育保险费不足 9 个月的，其生育津贴应先由用人单位垫支。待分娩之月后连续缴费满 12 个月，其生育津贴再由生育保险基金予以补支。

生育津贴按日计发，日标准按照女职工所在用人单位上年度职工月平均缴费工资除以 30 计算，从生育保险基金中支付，上年度未参保的，按照用人单位已缴费职工月平均缴费工资除以 30 计算。生育津贴低于女职工生育或者实施计划生育手术前工资水平的，差额部分由用人单位补足。

（四）参加生育保险的职工因急诊、急救等在非定点医疗机构生育或实施计划生育手术的医疗费用，符合规定的，按照本项第（一）、（二）条规定的标准支付。

（五）符合人口与计划生育政策规定且用人单位按时足额缴纳生育保险费的女职工，因生育引起并发症的医疗费用，在产假期间的住院治疗费用由生育保险基金支付，其符合规定的住院医

疗费用按照本项第（一）条的规定支付后的剩余部分，在三类定点医疗机构就医的支付比例为 80%，在二类及以下定点医疗机构就医的支付比例为 85%。产假期满后需继续治疗的费用，按照基本医疗保险规定执行。

（六）用人单位按时足额缴纳生育保险费 1 年以上不满 3 年，与用人单位依法解除或者终止劳动关系后，在 24 个月未就业期间生育或者实施计划生育手术的职工，或用人单位按时足额缴纳生育保险费 3 年以上与用人单位依法解除或者终止劳动关系后未就业的职工，生育或者实施计划生育手术的医疗费用按本项第（一）、（二）条规定的标准支付。

（七）用人单位按时足额缴纳生育保险费的男职工，其无工作单位的配偶符合计划生育政策规定生育的，从生育保险基金中支付一次性生育补助金，补助金标准为本项第（一）条规定数额的 50%。

（八）机关和事业单位的女职工生育、终止妊娠，不享受生育津贴，产假期间的工资由用人单位发放。

（九）下列生育、计划生育手术医疗费用，生育保险基金不予支付：

1. 不符合计划生育政策规定的；
2. 不符合本县基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施项目规定的；
3. 治疗生育合并症的医疗费用；
4. 因医疗事故造成的医疗费用；

5. 治疗不孕症发生的医疗费用；
6. 婴儿发生的各项费用；
7. 实施辅助生殖术（如试管婴儿）发生的医疗费用；
8. 在国外及港、澳、台地区发生的医疗费用；
9. 不属于生育保险医疗服务范围内的医疗费用。

（十）机关和事业单位按照本单位上年度职工月平均工资总额的 0.5%按月缴纳生育保险费，其他用人单位按本单位上年度职工工资总额的 1%缴纳生育保险费。

本通知除第二项（一）“对参加城镇居民基本医疗保险个人缴费标准进行调整”、第二项（二）“调整城镇居民基本医疗保险住院起付线、统筹基金支付比例”自 2016 年 1 月 1 日起执行外，其他通知事项执行时间均为 2015 年 1 月 1 日。以往政策与本通知不一致的，按照本通知执行。

- 附件：1. 城镇基本医疗保险门诊规定病种月统筹基金支付限额
2. 职工医疗保险新增八种门诊规定病种鉴定标准及统筹基金支付范围





附件 1

## 城镇基本医疗保险门诊规定病种月统筹基金 支付限额

序号	门 诊 病 种		职工医保 (元/月)	居民医保 (元/月)
1	恶性肿瘤		1000	600
2	慢性肾功能不全(失代偿期)		4500	3300
3	异体器官移植	术后0到1年	5500	3600
		术后1到3年	4000	2500
		术后3年以上	3200	2000
4	伴严重并发症的糖尿病		300	200
5	精神分裂症		300	180
6	血友病		1250	1000
7	肝硬化(肝硬化失代偿期)		300	200
8	系统性红斑狼疮		300	200
9	强直性脊柱炎		350	250
10	帕金森氏病		250	150
11	急性脑血管病后遗症		200	120
12	心肌梗塞型冠心病		240	180

序号	门 诊 病 种	职工医保 (元/月)	居民医保 (元/月)
13	高血压病Ⅲ期	200	120
14	类风湿性关节炎	300	180
15	慢性支气管炎肺气肿	150	120
16	慢性肺源性心脏病	200	-
17	结核病	170	-
18	再生障碍性贫血	800	-
19	甲状腺功能亢进	160	-
20	肺间质纤维化	400	-
21	慢性心功能不全(心功能Ⅲ级)	300	-
22	慢性丙型肝炎	2600	-
23	骨髓增生异常综合症	1000	-
24	视网膜静脉阻塞	170	-
25	高脂血症	120	-
26	前列腺增生(中、重度)	250	-
27	血管性痴呆	400	-
28	肾病综合征	1000	-
29	抑郁症(中、重度)	300	-
30	炎症性肠病(慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病)	280	-

## 职工医疗保险新增八种门诊规定病种 鉴定标准及统筹基金支付范围

### 一、骨髓增生异常综合症

#### (一) 鉴定标准

##### 1. 难治性贫血 (RA)

血象：贫血，偶有的患者粒细胞减少、血小板减少而无贫血。网织红细胞减少。红细胞及粒细胞有病态造血现象。原始细胞无或 $<1\%$ 。

骨髓：增生活跃或明显活跃。红系增生并有病态造血现象。很少见粒系及巨核系病态造血现象。原始细胞 $<5\%$ 。

##### 2. 环形铁粒细胞性难治性贫血 (RAS)

骨髓中环形铁粒幼细胞数为骨髓所有有核细胞的 $15\%$ 以上，其他同 RA。

##### 3. 难治性贫血伴有原始细胞增多 (RAEB)

血象：2系或全血细胞减少，多见粒系病态造血现象，原始细胞 $<5\%$ 。

骨髓：增生明显活跃、粒系及红系都增生。3系都有病态造血现象，原始细胞 I 型+II 型为 $5\% \sim 20\%$ 。

##### 4. 慢性粒，单核细胞白血病 (CMML)

血象：单核细胞绝对值 $>1 \times 10^9/L$ 。粒细胞也增加并有颗粒减少或 Pelger-Huet 异常。原始细胞 $<5\%$ 。

骨髓：同 RAEB，原始细胞 $5\% \sim 20\%$ 。

#### 5. 转变中的 RAEB(RAEB-T)

血象及骨髓似 RAEB，但具有下述三种情况的任一种：①血中原始细胞 $75\%$ ；②骨髓中原始细胞 $20 \sim 30\%$ ；③幼稚细胞有 Auer 小体。根据病史、体征、结合 X 线摄片、B 超、CT、MRI 及 AFP、PET 等辅助检查明确诊断为恶性肿瘤的。

#### 6. 骨髓活检有 ALIP 现象。

符合 1-6 项之一者，可确诊。

### (二) 统筹基金支付范围

#### 1. 一般治疗

- (1) 维生素治疗；
- (2) 肾上腺皮质激素治疗；
- (3) 雄激素治疗；
- (4) 治疗再障的中成药。

#### 2. 基本治疗

- (1) 免疫抑制剂治疗；
- (2) 分化诱导剂治疗。

#### 3. 必要的检查。

## 二、视网膜静脉阻塞

### (一) 鉴定标准

1. 眼底照相：有片状、火焰状出血，静脉迂曲扩张，棉絮状斑，视盘和视网膜水肿；

2. 眼底荧光血管造影：视网膜循环时间延长，静脉管壁荧光素渗漏，有毛细血管无灌注区，动静脉短路，微血管瘤或新生血管形成，黄斑点状或弥漫荧光渗漏；

3. 视力不同程度下降，验光低于 0.1，有视物变形、眼前黑影；

4. 视野：有中心或旁中心暗点；

5. 晚期可产生虹膜新生血管和（或）新生血管性青光眼。

具备 1 或 2，且至少合并 3-5 一项者，可确诊。

#### （二）统筹基金支付范围

1. 早期可用活血化瘀类、扩张血管及维生素 B 类等药物治疗；

2. 视网膜存在无灌注区的患者，需要眼底光凝；

3. 晚期合并新生血管性青光眼的患者，需要睫状体光凝或冷凝；

4. 合并黄斑水肿的患者，需要玻璃体注射曲安耐德。

### 三、高脂血症

#### （一）鉴定标准

1. 有高血脂病史至少 3 年，至少每年有一次血液检测结果，至少有以下 3 项异常：

（1）胆固醇高于正常值；

(2) 甘油三酯 $\geq 2.5\text{mmol/L}$ ;

(3) 低密度脂蛋白胆固醇高于正常值;

(4) 高密度脂蛋白胆固醇低于正常值。

2. 合并有眼部黄色瘤。

3. 合并颈总动脉或颈内动脉或椎动脉或股总动脉或股深动脉粥样硬化斑块，斑块至少 5mm 以上。

4. 合并外周动脉闭塞性疾病（包括肾动脉、颈动脉、股动脉或腘动脉）或间歇性跛行。

5. 有明确的冠心病或脑梗死或脑出血或糖尿病病史。

具备条件 1，且至少合并 2-5 项中的一项可确诊。

## (二) 统筹基金支付范围

1. 口服他丁类或贝特类或胆固醇吸收抑制剂等降脂药治疗（要求：需有连续服用降脂药的病历记录）；

2. 相关必要检查。

## 四、前列腺增生（中、重度）

### (一) 鉴定标准

1. 下尿路症状为主诉。附国际前列腺症状评分标准。

2. 最大尿流率 $\leq 10\text{ml/s}$ （检查时膀胱尿存量不能低于 150ml）。

3. B 超：残余尿量 $\geq 40\text{ml}$ 。

4. 排除鉴别诊断：（1）前列腺癌；（2）前列腺手术史；（3）糖尿病性神经病变；（4）神经系统病变；（5）盆腔手术

史和创伤史；（6）性传播疾病史；（7）使用过影响膀胱功能的药物。

具备1-4项，国际前列腺症状评分标准为中度以上者可确诊。

## （二）统筹基金支付范围

### 1. 药物治疗

- （1）a受体阻断剂；
- （2）5-a还原酶抑制剂；
- （3）植物制剂；
- （4）中药；
- （5）联合治疗；
- （6）并发症的治疗；

### 2. 手术治疗适应征

- （1）反复尿潴留；
- （2）反复尿路感染；
- （3）反复血尿；
- （4）膀胱结石；
- （5）上尿路积水。

## 五、血管性痴呆

### （一）鉴定标准

1. 卒中病史六个月以上；进行简易智能量表（MMSE）评分，符合MMSE评分标准。

2. 有局灶神经系统体征，且体征须与头颅MRI所表现的影

影像学改变相对应。

3. 头颅 MRI: 皮质或皮质下多发斑片状长 T1、长 T2 信号, 同一部位 ADC 图高信号; 双侧脑室旁、前角、后角有严重的“帽状”改变。头颅 MRA: 多发节段性狭窄。

同时具备以上三个条件者。

## (二) 统筹基金支付范围

1. 初期: 安理申(多奈哌齐), 每片 5mg, 每日一次, 连续使用 4 个月。若无好转, 停药改用易倍申(盐酸美金刚)。

2. 中期: 易倍申(盐酸美金刚), 每片 10mg, 第一周, 每日一次, 一次 5mg; 第二周, 每日二次, 每次 5mg; 第三周, 每日二次, 上午 5mg, 下午 10mg。

3. 晚期: 可考虑使用中药治疗。

## 六、肾病综合征

### (一) 鉴定标准

1. 大量蛋白尿(病历记录  $>3.5\text{g}/24$  小时尿)。

2. 明显低蛋白血症(白蛋白  $<30\text{g/L}$ )。

3. 伴有明显水肿。

4. 伴有明显高脂血症。

5. 凡享受肾移植术后长期服用抗排挤药物慢性病补助的患者不再享受。

1、2 条为诊断必需。

### (二) 统筹基金支付范围



1. 激素治疗；
2. 中医中药治疗；
3. 高凝状态治疗；
4. 高脂血症治疗；
5. 高血压治疗；
6. 对症治疗。

## 七、抑郁症（中、重度）

### （一）鉴定标准

1. 以心境低落为主，同时伴有下列 4 项以上
  - （1）持续的情绪低落，无愉悦感；
  - （2）疲倦乏力或缺乏精力；
  - （3）精神运动性迟滞或激越冲动；
  - （4）联想困难或自觉思考能力下降，工作能力下降；
  - （5）自我评价过低、自责、有内疚感或伴有精神病性症状；
  - （6）反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为；
  - （7）睡眠障碍：如失眠、早醒或睡眠过多；
  - （8）食欲降低或明显体重下降。
2. 有明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损。
3. 病情反复发作 3 次或病程在 3 年以上，每次发作符合症状标准和严重标准且持续至少 2 周；至少有一次专科医院住院系统治疗，或专科门诊系统治疗一年以上。

同时具备 1、2、3 条。

## (二) 统筹基金支付范围

1. 可纳入统筹基金支付的诊疗范围；
2. 有关药物治疗和相关检查。

## 八、炎症性肠病（慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病）

### (一) 鉴定标准

1. 病史中表现慢性腹泻，呈粘液、脓血便。
2. 三次大便常规和培养无病原体发现。
3. 半年内肠镜检查显示结肠粘膜病变符合炎症性肠病表现，除外结核、肿瘤等疾患。

具备条件 1、2、3，可诊断。

### (二) 统筹基金支付范围

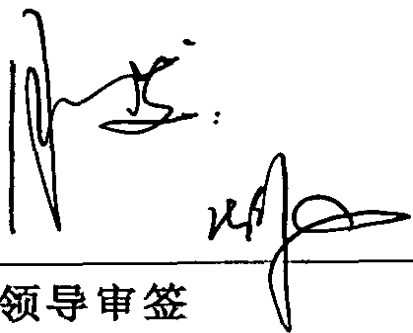
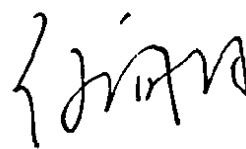

#### 1. 药物治疗

- (1) 柳氮磺胺吡啶片（SASP）或 5-氨基水杨酸（5-ASA）；
- (2) 糖皮质激素；
- (3) 糖皮质激素加硫唑嘌呤；
- (4) 肠道益生菌类。

#### 2. 必要的检验检查。



# 中牟县人力资源和社会保障局发文稿纸

文种	<del>通知</del> 牟人社	文号	[20 15 ] 16号	密别	
签发		会签			
					
主管领导审签			附件:		
					
科室负责人审核					
公文标题 关于调整中牟县城镇基本医疗保险和职工生育保险有关待遇的通知					
主送机关 各有关单位					
拟稿单位	中牟县社保局	拟稿人	秦晶晶		
中牟县人力资源和社会保障局办公室 2015年3月18日印发 共印 份					
备注					

# 关于调整中牟县城镇基本医疗保险和职工生育保险有关待遇的通知

各有关单位：

为进一步提高我县城镇基本医疗保障水平，切实减轻参保人员的医疗费用负担，根据河南省人力资源和社会保障厅《关于逐步统一全省城镇居民基本医疗保险相关政策的指导意见》（豫人社医疗〔2014〕10号）、郑州市人民政府《关于印发郑州市职工生育保险办法的通知》（郑政〔2010〕32号）和郑州市人力资源和社会保障局、郑州市财政局《关于调整郑州市城镇基本医疗保险和职工生育保险有关待遇的通知》（郑人社医疗〔2014〕9号）文件要求，经县政府研究同意，对我县城镇基本医疗保险、生育保险有关待遇进行调整。现将有关事宜通知如下：

## 一、城镇职工基本医疗保险调整内容

（一）统筹基金最高支付限额由 5.1 万元调整为 7 万元。

（二）商业补充医疗保险缴费标准由 100 元调整为 120 元，年度中间参保的，缴费标准每月 10 元。最高支付限额由 18 万元调整为 24 万元。

（三）门诊规定病种统筹基金支付比例由 75%提高到 85%。门诊规定病种统筹基金支付实行限额管理，具体标准按照郑州市相关门诊规定病种统筹基金支付范围及标准执行（详见附件）。

## 二、城镇居民基本医疗保险调整内容

(一)对参加城镇居民基本医疗保险个人缴费标准进行调整。

18周岁以下的我县城镇居民基本医疗保险个人缴费标准由原来的10元调整为30元；18周岁以上(含18周岁)的我县城镇居民基本医疗保险个人缴费标准由原来的60元调整为100元；全日制大中专在校学生基本医疗保险个人缴费标准由原来的20元调整为30元；属于享受我县最低生活保障的人员及我县特殊教育学校的学生个人缴费由县财政全额负担。

(二)调整城镇居民基本医疗保险住院起付线、统筹基金支付比例。

参加城镇居民基本医疗保险的参保人员在一类、二类、三类定点医疗机构住院治疗，起付标准分别调整为100、300、900元；基本医疗保险统筹支付比例分别调整为90%、80%、65%。

(三)提高城镇居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额。

我县城镇居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额由3.5万元调整为6万元。取消原牟政〔2008〕22号文中第三条“建立城镇居民基本医疗保险缴费年限与待遇水平挂钩机制”的规定。

(四)在原有六种门诊规定病种的基础上，将肝硬化(失代偿期)、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、帕金森氏病、急性脑血管病后遗症、心肌梗塞型冠心病、高血压病Ⅲ期、类风湿性关节炎、慢性支气管炎肺气肿九种新增病种门诊治疗纳入基本医疗保险保障范围，以上九种病种鉴定每年1月申报一次，鉴定办法

及标准按照中牟县城镇职工门诊规定病种鉴定办法执行。门诊规定病种的支付比例均为 60%。

将恶性肿瘤的统筹基金支付范围调整为门诊治疗和门诊治疗期间必要的检查，设置月统筹基金支付限额。居民医疗保险门诊规定病种的月统筹基金支付限额见附件。

（五）计划内分娩婴儿医保待遇按以下标准执行：

1. 对于当年出生未能参保的计划内分娩婴儿，其父亲或母亲参加我县城镇居民医疗保险的，可凭婴儿父亲或母亲身份证明以及婴儿出生医学证明或户口证明，以参保父亲或母亲身份享受当年城镇居民医疗保险待遇，与参保父亲或母亲执行一个年度内的待遇标准。

2. 对于当年出生其父母均未参加我县城镇居民医疗保险的，自出生之日起 3 个月内办理参保并足额缴费的，自参保缴费之日起享受当年城镇居民医疗保险待遇，缴费标准按本项第（一）条规定执行。

（六）城镇居民基本医疗保险实施城镇居民大病保险制度，具体规定按照《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城镇居民大病保险实施方案（试行）的通知》（豫政办〔2014〕159号）执行。

### 三、职工生育保险调整内容

（一）对职工生育医疗费用进行调整。

#### 1. 产前检查费

参保职工生育前本统筹区域内连续缴费满九个月的，产前检

查费实行定额报销，标准为 1200 元/例，实际产前检查费高于或低于定额标准的，均按定额标准支付，同时不再收取产前检查费票据。参保职工生育前连续缴费不足九个月的，每缴费一个月，生育保险基金支付产前检查费 100 元；

2. 正常分娩：三类定点医疗机构 2200 元/例；二类及以下定点医疗机构 2000 元/例；

3. 异常分娩（难产）：三类定点医疗机构 2800 元/例；二类及以下定点医疗机构 2600 元/例；

4. 剖宫产：三类定点医疗机构 4500 元/例；二类及以下定点医疗机构 4300 元/例；剖宫产的同时做其他相关妇科手术 5000 元/例；

5. 参保职工在异地（郑州市辖区以外）生育的，正常分娩 2000 元/例，难产 2800 元/例，剖腹产 4300 元/例，剖宫产同时做其他相关妇科手术 5000 元/例。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付，实际医疗费高于或等于上述限额标准的，按上述限额标准支付。

（二）对职工计划生育手术费用进行调整。

1. 放置、取出宫腔内节育器（含检验费）：三类定点医疗机构 150 元/例；二类及以下定点医疗机构 130 元/例；

2. 输精管结扎术（含检验费）：三类定点医疗机构 1200 元/例；二类及以下定点医疗机构 1000 元/例；

3. 输卵管结扎术（含检验费）：三类定点医疗机构 2600 元/例；二类及以下定点医疗机构 2400 元/例；



4. 输精（卵）管复通术（含检验费）：三类定点医疗机构 4000 元/例；二类及以下定点医疗机构 3800 元/例；

5. 早期妊娠需在门诊终止妊娠（含孕情检查、检验费）：三类定点医疗机构 300 元/例（特殊情况除外）；二类及以下定点医疗机构 280 元/例；

6. 12 周以上住院终止妊娠：三类定点医疗机构 1000 元/例；二类及以下定点医疗机构 800 元/例；

7. 引产：三类定点医疗机构 1500 元/例；二类及以下定点医疗机构 1300 元/例。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付，实际医疗费高于或等于上述限额标准的，按上述限额标准支付。

（三）按 1% 的缴费比例缴纳生育保险费的单位，其女职工符合人口与计划生育政策规定生育或者终止妊娠，在下列法定产假期间由领取工资改为享受生育津贴：

1. 妊娠满 28 周以上生产或者引产的，享受 90 天的生育津贴；难产的增加 15 天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天的生育津贴；晚育的增加 90 天的生育津贴。

2. 妊娠满 12 周不满 28 周流产、引产的，享受 42 天的生育津贴。

3. 妊娠满 8 周不满 12 周流产的，享受 30 天的生育津贴。

4. 妊娠不满 8 周流产的，享受 15 天的生育津贴。

5. 参保女职工分娩前连续缴纳生育保险费不足 9 个月的，其生育津贴应先由用人单位垫支。待分娩之月后连续缴费满 12

个月，其生育津贴再由生育保险基金予以补支。

生育津贴按日计发，日标准按照女职工所在用人单位上年度职工月平均缴费工资除以 30 计算，从生育保险基金中支付，上年度未参保的，按照用人单位已缴费职工月平均缴费工资除以 30 计算。生育津贴低于女职工生育或者实施计划生育手术前工资水平的，差额部分由用人单位补足。

（四）参加生育保险的职工因急诊、急救等在非定点医疗机构生育或实施计划生育手术的医疗费用，符合规定的，按照本项第（一）、（二）条规定的标准支付。

（五）符合人口与计划生育政策规定且用人单位按时足额缴纳生育保险费的女职工，因生育引起并发症的医疗费用，在产假期间的住院治疗费用由生育保险基金支付，其符合规定的住院医疗费用按照本项第（一）条的规定支付后的剩余部分，在三类定点医疗机构就医的支付比例为 80%，在二类及以下定点医疗机构就医的支付比例为 85%。产假期满后需继续治疗的费用，按照基本医疗保险规定执行。

（六）用人单位按时足额缴纳生育保险费 1 年以上不满 3 年，与用人单位依法解除或者终止劳动关系后，在 24 个月未就业期间生育或者实施计划生育手术的职工，或用人单位按时足额缴纳生育保险费 3 年以上与用人单位依法解除或者终止劳动关系后未就业的职工，生育或者实施计划生育手术的医疗费用按本项第（一）、（二）条规定的标准支付。

（七）用人单位按时足额缴纳生育保险费的男职工，其无工

作单位的配偶符合计划生育政策规定生育的，从生育保险基金中支付一次性生育补助金，补助金标准为本项第（一）条规定数额的 50%。

（八）机关和事业单位的女职工生育、终止妊娠，不享受生育津贴，产假期间的工资由用人单位发放。

（九）下列生育、计划生育手术医疗费用，生育保险基金不予支付：

1. 不符合计划生育政策规定的；
2. 不符合本县基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施项目规定的；
3. 治疗生育合并症的医疗费用；
4. 因医疗事故造成的医疗费用；
5. 治疗不孕症发生的医疗费用；
6. 婴儿发生的各项费用；
7. 实施辅助生殖术（如试管婴儿）发生的医疗费用；
8. 在国外及港、澳、台地区发生的医疗费用；
9. 不属于生育保险医疗服务范围内的医疗费用。

（十）机关和事业单位按照本单位上年度职工月平均工资总额的 0.5%按月缴纳生育保险费，其他用人单位按本单位上年度职工工资总额的 1%缴纳生育保险费。

本通知除第二项（一）“对参加城镇居民基本医疗保险个人缴费标准进行调整”、第二项（二）“调整城镇居民基本医疗保险住院起付线、统筹基金支付比例”自 2016 年 1 月 1 日起执行外，

其他通知事项执行时间均为 2015 年 1 月 1 日。以往政策与本通知不一致的，按照本通知执行。

- 附件：1. 城镇基本医疗保险门诊规定病种月统筹基金支付限额
2. 职工医疗保险新增八种门诊规定病种鉴定标准及统筹基金支付范围

中牟县人力资源和社会保障局

中牟县财政局

2015 年 3 月 18 日

附件 1

## 城镇基本医疗保险门诊规定病种月统筹基金 支付限额

序号	门 诊 病 种		职工医保 (元/月)	居民医保 (元/月)
1	恶性肿瘤		1000	600
2	慢性肾功能不全(失代偿期)		4500	3300
3	异体器官移植	术后0到1年	5500	3600
		术后1到3年	4000	2500
		术后3年以上	3200	2000
4	伴严重并发症的糖尿病		300	200
5	精神分裂症		300	180
6	血友病		1250	1000
7	肝硬化(肝硬化失代偿期)		300	200
8	系统性红斑狼疮		300	200
9	强直性脊柱炎		350	250
10	帕金森氏病		250	150
11	急性脑血管病后遗症		200	120
12	心肌梗塞型冠心病		240	180

序号	门 诊 病 种	职工医保 (元/月)	居民医保 (元/月)
13	高血压病III期	200	120
14	类风湿性关节炎	300	180
15	慢性支气管炎肺气肿	150	120
16	慢性肺源性心脏病	200	-
17	结核病	170	-
18	再生障碍性贫血	800	-
19	甲状腺功能亢进	160	-
20	肺间质纤维化	400	-
21	慢性心功能不全(心功能III级)	300	-
22	慢性丙型肝炎	2600	-
23	骨髓增生异常综合症	1000	-
24	视网膜静脉阻塞	170	-
25	高脂血症	120	-
26	前列腺增生(中、重度)	250	-
27	血管性痴呆	400	-
28	肾病综合征	1000	-
29	抑郁症(中、重度)	300	-
30	炎症性肠病(慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病)	280	-

## 附件 2

# 职工医疗保险新增八种门诊规定病种 鉴定标准及统筹基金支付范围

### 一、骨髓增生异常综合症

#### (一) 鉴定标准

##### 1. 难治性贫血 (RA)

血象：贫血，偶有的患者粒细胞减少、血小板减少而无贫血。网织红细胞减少。红细胞及粒细胞有病态造血现象。原始细胞无或 $<1\%$ 。

骨髓：增生活跃或明显活跃。红系增生并有病态造血现象。很少见粒系及巨核系病态造血现象。原始细胞 $<5\%$ 。

##### 2. 环形铁粒细胞性难治性贫血 (RAS)

骨髓中环形铁粒幼细胞数为骨髓所有有核细胞的 $15\%$ 以上，其他同 RA。

##### 3. 难治性贫血伴有原始细胞增多 (RAEB)

血象：2系或全血细胞减少，多见粒系病态造血现象，原始细胞 $<5\%$ 。

骨髓：增生明显活跃、粒系及红系都增生。3系都有病态造血现象，原始细胞 I 型+II 型为 $5\% \sim 20\%$ 。

##### 4. 慢性粒，单核细胞白血病 (CMML)

血象：单核细胞绝对值 $>1\times 10^9/L$ 。粒细胞也增加并有颗粒减少或 Pelger-Huet 异常。原始细胞 $<5\%$ 。

骨髓：同 RAEB，原始细胞 $5\% \sim 20\%$ 。

#### 5. 转变中的 RAEB(RAEB-T)

血象及骨髓似 RAEB，但具有下述三种情况的任一种：①血中原始细胞 $75\%$ ；②骨髓中原始细胞 $20 \sim 30\%$ ；③幼稚细胞有 Auer 小体。根据病史、体征、结合 X 线摄片、B 超、CT、MRI 及 AFP、PET 等辅助检查明确诊断为恶性肿瘤的。

6. 骨髓活检有 ALIP 现象。

符合 1-6 项之一者，可确诊。

### (二) 统筹基金支付范围

#### 1. 一般治疗

- (1) 维生素治疗；
- (2) 肾上腺皮质激素治疗；
- (3) 雄激素治疗；
- (4) 治疗再障的中成药。

#### 2. 基本治疗

- (1) 免疫抑制剂治疗；
- (2) 分化诱导剂治疗。

#### 3. 必要的检查。

## 二、视网膜静脉阻塞

### (一) 鉴定标准



1. 眼底照相：有片状、火焰状出血，静脉迂曲扩张，棉絮状斑，视盘和视网膜水肿；

2. 眼底荧光血管造影：视网膜循环时间延长，静脉管壁荧光素渗漏，有毛细血管无灌注区，动静脉短路，微血管瘤或新生血管形成，黄斑点状或弥漫荧光渗漏；

3. 视力不同程度下降，验光低于 0.1，有视物变形、眼前黑影；

4. 视野：有中心或旁中心暗点；

5. 晚期可产生虹膜新生血管和（或）新生血管性青光眼。

具备 1 或 2，且至少合并 3-5 一项者，可确诊。

## （二）统筹基金支付范围

1. 早期可用活血化瘀类、扩张血管及维生素 B 类等药物治疗；

2. 视网膜存在无灌注区的患者，需要眼底光凝；

3. 晚期合并新生血管性青光眼的患者，需要睫状体光凝或冷凝；

4. 合并黄斑水肿的患者，需要玻璃体注射曲安耐德。

## 三、高脂血症

### （一）鉴定标准

1. 有高血脂病史至少 3 年，至少每年有一次血液检测结果，至少有以下 3 项异常：

（1）胆固醇高于正常值；

- (2) 甘油三酯 $\geq 2.5\text{mmol/L}$ ;
  - (3) 低密度脂蛋白胆固醇高于正常值;
  - (4) 高密度脂蛋白胆固醇低于正常值。
2. 合并有眼部黄色瘤。
  3. 合并颈总动脉或颈内动脉或椎动脉或股总动脉或股深动脉粥样硬化斑块，斑块至少 5mm 以上。
  4. 合并外周动脉闭塞性疾病（包括肾动脉、颈动脉、股动脉或腘动脉）或间歇性跛行。
  5. 有明确的冠心病或脑梗死或脑出血或糖尿病病史。
- 具备条件 1，且至少合并 2-5 项中的一项可确诊。

#### (二) 统筹基金支付范围

1. 口服他丁类或贝特类或胆固醇吸收抑制剂等降脂药治疗（要求：需有连续服用降脂药的病历记录）；
2. 相关必要检查。

### 四、前列腺增生（中、重度）

#### (一) 鉴定标准

1. 下尿路症状为主诉。附国际前列腺症状评分标准。
2. 最大尿流率 $\leq 10\text{ml/s}$ （检查时膀胱尿存量不能低于 150ml）。
3. B 超：残余尿量 $\geq 40\text{ml}$ 。
4. 排除鉴别诊断：（1）前列腺癌；（2）前列腺手术史；（3）糖尿病性神经病变；（4）神经系统病变；（5）盆腔手术

史和创伤史；（6）性传播疾病史；（7）使用过影响膀胱功能的药物。

具备 1-4 项，国际前列腺症状评分标准为中度以上者可确诊。

## （二）统筹基金支付范围

### 1. 药物治疗

- （1）a 受体阻断剂；
- （2）5-a 还原酶抑制剂；
- （3）植物制剂；
- （4）中药；
- （5）联合治疗；
- （6）并发症的治疗；

### 2. 手术治疗适应症

- （1）反复尿潴留；
- （2）反复尿路感染；
- （3）反复血尿；
- （4）膀胱结石；
- （5）上尿路积水。

## 五、血管性痴呆

### （一）鉴定标准

1. 卒中病史六个月以上；进行简易智能量表（MMSE）评分，符合 MMSE 评分标准。

2. 有局灶神经系统体征，且体征须与头颅 MRI 所表现的影

像学改变相对应。

3. 头颅 MRI：皮质或皮质下多发斑片状长 T1、长 T2 信号，同一部位 ADC 图高信号；双侧脑室旁、前角、后角有严重的“帽状”改变。头颅 MRA：多发节段性狭窄。

同时具备以上三个条件者。

## （二）统筹基金支付范围

1. 初期：安理申（多奈哌齐），每片 5mg，每日一次，连续使用 4 个月。若无好转，停药改用易倍申（盐酸美金刚）。

2. 中期：易倍申（盐酸美金刚），每片 10mg，第一周，每日一次，一次 5mg；第二周，每日二次，每次 5mg；第三周，每日二次，上午 5mg，下午 10mg。

3. 晚期：可考虑使用中药治疗。

## 六、肾病综合症

### （一）鉴定标准

1. 大量蛋白尿（病历记录  $>3.5\text{g}/24$  小时尿）。

2. 明显低蛋白血症（白蛋白  $<30\text{g/L}$ ）。

3. 伴有明显水肿。

4. 伴有明显高脂血症。

5. 凡享受肾移植术后长期服用抗排挤药物慢性病补助的患者不再享受。

1、2 条为诊断必需。

### （二）统筹基金支付范围

1. 激素治疗；
2. 中医中药治疗；
3. 高凝状态治疗；
4. 高脂血症治疗；
5. 高血压治疗；
6. 对症治疗。

## 七、抑郁症（中、重度）

### （一）鉴定标准

1. 以心境低落为主，同时伴有下列 4 项以上
  - （1）持续的情绪低落，无愉悦感；
  - （2）疲倦乏力或缺乏精力；
  - （3）精神运动性迟滞或激越冲动；
  - （4）联想困难或自觉思考能力下降，工作能力下降；
  - （5）自我评价过低、自责、有内疚感或伴有精神病性症状；
  - （6）反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为；
  - （7）睡眠障碍：如失眠、早醒或睡眠过多；
  - （8）食欲降低或明显体重下降。
2. 有明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损。
3. 病情反复发作 3 次或病程在 3 年以上，每次发作符合症状标准和严重标准且持续至少 2 周；至少有一次专科医院住院系统治疗，或专科门诊系统治疗一年以上。

同时具备 1、2、3 条。

## （二）统筹基金支付范围

1. 可纳入统筹基金支付的诊疗范围；
2. 有关药物治疗和相关检查。

## 八、炎症性肠病（慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病）

### （一）鉴定标准

1. 病史中表现慢性腹泻，呈粘液、脓血便。
2. 三次大便常规和培养无病原体发现。
3. 半年内肠镜检查显示结肠粘膜病变符合炎症性肠病表现，除外结核、肿瘤等疾患。

具备条件 1、2、3，可诊断。

### （二）统筹基金支付范围

#### 1. 药物治疗

- （1）柳氮磺胺吡啶片（SASP）或 5-氨基水杨酸（5-ASA）；
  - （2）糖皮质激素；
  - （3）糖皮质激素加硫唑嘌呤；
  - （4）肠道益生菌类。
2. 必要的检验检查。