

西安市卫生和计划生育委员会  
西安市人力资源和社会保障局  
西安市财政局  
西安市民政局

文件

市卫计发〔2016〕449号

西安市卫生和计划生育委员会  
等四部门关于印发《西安市城乡居民  
基本医疗保险补偿方案（暂行）》的通知

各区（县）卫计局、人社局、财政局、民政局，国际港务区社会事业局、人社局、财政局：

现将《西安市城乡居民基本医疗保险补偿方案（暂行）》印发

你们，请遵照执行。

西安市卫生和计划生育委员会

西安市人力资源和社会保障局



2016年12月30日

号944〔2016〕发社卫市

会员委育主限公味主江市安西  
另国公城市安西) 武明干关门暗四第  
联组商《(计管) 案式器林金器农因本基

业事会经因各概初国，佩如另，佩如视，佩县人，佩社江(县)因春

：佩如视，佩县人，佩

案甲《(计管) 案式器林金器农因本基另国公城市安西》群底

## 西安市城乡居民基本医疗保险补偿方案（暂行）

为加快推进我市城乡居民基本医疗保险工作，统一保障待遇水平，为参保人员提供公平的基本医疗保障，根据省卫生计生委、省人社厅、省财政厅联合印发《关于加快实施统一的城乡居民基本医疗保险政策的通知》（陕卫体改发〔2016〕135号）要求，制定本方案。

### 一、补偿模式

全市统一为以住院统筹补偿为主，兼顾门诊统筹补偿、门诊慢性病补偿及大病商业保险补偿的模式。

### 二、住院补偿基金使用

#### （一）封顶线。

封顶线设定为每人每年 25 万元。

#### （二）起付线、补偿比例及补偿办法。

##### 1. 住院补偿起付线和补偿比例。

一级定点医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）起付线为 150 元，补偿比例为 85%；中小学阶段的学生和其他未满 18 周岁的少年儿童（简称少年儿童）及大学生的补偿比例为 90%。

二级定点医疗机构起付线为 400 元，补偿比例为 75%；少年儿童及大学生的补偿比例为 80%。

三级定点医疗机构补偿办法执行过渡期政策。原城镇居民基本医疗保险执行原政策，原新型农村合作医疗执行以下标准：

市三级定点医疗机构起付线为 2000 元，补偿比例为 65%；少年儿童及大学生的补偿比例为 70%。

省三级定点医疗机构起付线为 3000 元，补偿比例为 55%；少年儿童及大学生的补偿比例为 60%。

## 2. 补偿办法。

起付线以上按比例给予补偿，具体计算方法：参保患者住院总费用减去“不在报销范围内的费用”和“起付线”之后，按比例补偿。

## （三）特殊人群补偿。

1. 高龄老人住院补偿。参保人员中 80 岁以上（含 80 岁）老人在社区卫生服务中心、乡镇卫生院及一级定点医疗机构住院按 90% 比例报销，二级及以上定点医疗机构按 80% 比例报销；参保人员中 90 岁以上（含 90 岁）老人在省内各级定点医疗机构住院按 90% 比例报销。参保住院患者年龄计算时间以出院结算时间为准，下同。

2. 少年儿童及大学生补偿。（1）少年儿童及大学生在二级及以上定点医疗机构住院治疗白血病、再生障碍性贫血、恶性淋巴瘤和先天性心脏病四种疾病，出院时按照同级定点医疗机构的起付线计算，补偿比例 85%，年度累计每人封顶线为 30 万元。（2）少年儿童及大学生因意外伤害引起的骨折、关节脱位、呼吸道异物三种疾病在门诊治疗时的合规医疗费用纳入补偿范围，不设起付线，补偿比例 70%，年度最高补偿限额为 1500 元。

3. 新生儿补偿。当年出生的新生儿随参保母亲或参保父亲享受

补偿。报销内容包括住院、诊疗、检查、药品等基本医疗费用，保健、生活类费用不能纳入报销范围。新生儿享受补偿费用与参保母亲或参保父亲分别结算，共享一个封顶线。

4. 贫困人群补偿。对象：参保贫困人员，含建档立卡贫困人员、特困供养人员、城乡低保对象。补偿规定：在社区卫生服务中心、乡镇卫生院及一级定点医疗机构就诊，不设起付线，合规费用全额纳入报销。在各级各类定点医疗机构就诊，符合技术转诊规范、按照规范执行的住院报销比例，在现有报销比例基础上提高5个百分点，一级定点医疗机构不突破90%。

#### （四）其他。

1. 恶性肿瘤放化疗的补偿。恶性肿瘤患者同年度在同一家医疗机构住院连续放、化疗治疗的，只设一次起付线，后续放、化疗时不再设置起付线。

2. 结核病、精神病补偿。普通结核病住院病人，在三级综合（专科）定点医院报销比例提高到70%；三级综合（专科）定点医院精神类疾病住院患者起付线500元，报销比例仍执行三级医院标准。

3. 中药汤剂和针灸治疗项目的补偿。在各级定点医疗机构住院时，给患者治疗中使用中药汤剂和针灸治疗项目所产生的费用，补偿比例提高5%。

4. 特殊卫生材料补偿执行过渡期政策。原新型农村合作医疗执行以下政策：“特殊卫生材料”指《陕西省医疗服务项目价格（2011年12月版）》中及经物价部门确认的特殊卫生材料，特殊卫生材料

应首选国产产品。单价低于 5000 元（含 5000 元）的，纳入补偿范围，按规定比例补偿；单价在 5000 元以上的超出部分，个人自付 50% 后，剩余部分纳入补偿范围，按规定比例补偿。使用特殊卫生材料应事先告知，经患者本人或家属同意，签署知情同意后，方可纳入补偿范围。

原城镇居民基本医疗保险执行以下政策：属于《医疗保险医用材料目录库》中报销类项目执行原政策，《医疗保险医用材料目录库》中自费项目及未列入项目按上述原新型农村合作医疗政策执行。

5. 康复项目补偿。按照国家卫生计生委、人社部、财政部、民政部、中国残联联合印发的《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）及《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）中明确的医疗康复项目执行。

6. 原城镇居民基本医疗保险门诊治疗特殊病种政策继续执行。

（五）技术转诊相关规定。

1. 全面实行技术转诊制度。到三级定点医疗机构就诊，需持二级定点医疗机构转诊单。

2. 孕产妇、5 周岁以下儿童、65 岁以上老年人等特殊患者；恶性肿瘤、危重、急诊、术后复诊、特殊病（结核病，传染病及精神病等）及眼科患者，住院无需转诊，可直接到三级定点医疗机构住院，出院时产生的费用按同级定点医疗机构补偿标准进行补偿。

3. 原新型农村合作医疗参合人员其他疾病未经转诊，直接到三级定点医疗机构就诊的患者，在原补偿比例的基础上下降 30 个百分点予以补偿。原城镇居民基本医疗保险参保人员未按分级诊疗规范要求或未经市级医疗保险经办机构审批同意，自行到统筹区域外非我市定点医疗机构选择就诊或不规范转诊的，出院时产生的费用按同级定点医疗机构补偿标准的 50% 进行补偿。

4. 在二级定点医疗机构住院治疗，因病情需要上转的参保患者，三级定点医疗机构执行两级定点医疗机构起付线的差额部分；康复期下转者，取消下级定点医疗机构起付线。

### 三、门诊补偿基金的使用

#### （一）门诊统筹补偿。

门诊统筹执行过渡期政策。原城镇居民基本医疗保险执行原政策，原新型农村合作医疗执行以下政策：

1. 封顶线。按家庭参保人数 $\times$ 150 元计算，报销实行按户封顶、全家通用、取整兑付。

2. 报销比例。乡级门诊统筹补偿比例为 70%，村级门诊统筹补偿比例为 80%。

3. 一般诊疗费。门诊统筹一般诊疗费的支付标准：参保人员在门诊统筹定点乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊就诊，一般诊疗费每诊次个人支付 1 元，在门诊统筹定点社区卫生服务站、定点村卫生室门诊就诊，一般诊疗费每诊次个人支付 0.5 元，其余由门诊统筹补偿金在整户封顶线内支付。参保贫困人员门诊统筹中的一般

诊疗费全额报销，取消个人负担部分。

4. 完善狂犬病、结核病补偿政策。对确诊的疑似狂犬病患病动物咬伤患者的一般处置和应用狂犬疫苗进行预防性治疗的费用，纳入门诊统筹报销。对于结核病患者经门诊筛查，科学确定服务包内容和费用标准，在用好公共卫生专项费用的基础上，剩余部分纳入门诊统筹报销。

## （二）门诊慢性病补偿。

1. 分类。门诊慢性病 I 类（8 种）：恶性肿瘤门诊治疗、尿毒症 III 期肾透析、各类器官移植术后、白血病、血友病、小儿脑瘫、再生障碍性贫血、少年儿童生长激素缺乏症。门诊慢性病 II 类（15 种）：肝硬化失代偿期、帕金森综合征、苯丙酮尿症、肾病综合征、强直性脊柱炎、精神病、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、慢性活动性肝炎、特发性血小板减少性紫癜、肝豆状核变性、慢性支气管炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑血管运动功能障碍、慢性肾功能衰竭。门诊慢性病 III 类（15 种）：骨髓增生异常综合征、慢性肾小球肾炎、巨趾症、癫痫、紫癜性肾炎、慢性肺源性心脏病、糖尿病伴并发症、高血压病 2 级及以上、扩张性心肌病、风湿性心脏病、视神经萎缩、甲状腺功能减退症、甲状腺功能亢进、X 连锁低磷佝偻病、多耐药肺结核。

2. 封顶线。门诊慢性病 I 类、II 类、III 类封顶线分别为 2 万元、8000 元、5000 元。

3. 补偿办法。实行凭票定额补偿，补偿比例为 65%。患有两种

及两种以上同类门诊慢性病，补偿时只能享受一种疾病的封顶线；患有两种及两种以上不同类门诊慢性病，补偿时封顶线就高不就低，只能享受一种疾病的封顶线。

4. 贫困人员门诊慢性病封顶线提高 20%。

#### 四、本方案执行时间

本方案于 2017 年 3 月 1 日起执行，以出院时间为准，不执行政策追溯。

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

附件：住院统筹不予报销范围

## 附件

### 住院统筹不予报销范围

#### 一、不予报销的项目

1. 《陕西省医疗服务项目价格（2011年12月版）》和省、市物价部门通知或批复的收费项目以外的项目；
2. 《西安市基本医疗（工伤生育）保险药品目录（2011年版）》及新农合相关补充规定外的药品的费用；
3. 在非定点医疗机构诊疗所发生的费用（急诊、急救除外）；
4. 应当由第三方承担的医疗费用；
5. 自残、自杀、性病（艾滋病除外）所引发的医疗费用；
6. 违反国家相关法律、法规、规定造成伤害所发生的费用；
7. 各级医保管理机构、卫生行政部门规定的不予报销的其他费用。

#### 二、《陕西省医疗服务项目价格（2011年12月版）》中不予报销的费用

1. 不予报销费用的综合医疗服务类项目。
  - （1）挂号费、体检费、院外会诊费等；
  - （2）超标准床位费；
  - （3）救护车费、取暖费、空调降温费、独立卫生间加收；
  - （4）基本公共卫生服务项目；
  - （5）尸体整容费、尸体存放费、离体残肢处理（包括死婴处

理) 费。

2. 不予报销的医技、临床诊疗类项目。

(1) 尸体化学防腐处理费;

(2) 眼镜配置费;

(3) 口腔美容修复术的费用, 如牙齿漂白术、牙齿矫正、牙再植术、牙科烤瓷等费用;

(4) 除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、造血干细胞移植、肝移植外的其他器官或组织移植的费用;

(5) 保健性的营养疗法的费用;

(6) 眼科准分子激光治疗仪的治疗费用。

3. 不予报销的诊疗设备、材料。

(1) 义眼、义齿、义肢等康复型器具的费用;

(2) 各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械, 如: 各种家用检测治疗仪、磁疗用品等的费用;

(3) 埋藏式自动复律除颤器 (ICD) 的费用;

(4) 镇痛泵、微量泵、输液泵、胰岛素泵及延长管等项目的费用;

(5) 各类器官或组织移植的器官源及组织源的费用;

(6) 各种科研性、临床验证性的一次性医用材料。

4. 不予报销的其它诊疗项目。

(1) 各类美容、美体项目及非功能性整容、矫形 (斜视、脊柱侧弯、“O”形腿、“X”形腿、拇外翻、唇腭裂等的住院手术治疗

除外)等项目的费用,如重睑成形术、隆鼻术、除皱术、增高、减肥、臭汗症、副乳等项目的费用;

(2) 性功能障碍和各种不育(孕)症的诊疗费用及计划生育手术的费用。计划生育手术指:安放、摘取宫内节育器;结扎输精管、输卵管;人工终止妊娠术;输精管、输卵管复通术等手术;

(3) 毒品、烟、酒等物质成瘾症的诊疗费用。