关于省级机关事业单位职工医疗保险移交西安市属地管理的相关政策和待遇汇总

所内原陕西省省级机关事业单位医疗保险参保职工：

根据《陕西省省级机关事业单位职工医疗保险移交西安市属地管理工作方案》(陕医保发〔2021〕63号)和西安市市级公务员医疗补助办法》(市医保发〔2020〕118号)规定,自2022 年1月1日起省级机关事业单位移交西安市属地管理。3月1日国家医疗保障信息平台在我市上线运行后,省级机关事业单位参保缴费等工作陆续开展，人事教育处根据西安市医保经办中心近期通知，整理了西安市医保相关政策和待遇报销内容供大家参考，内容后续会不断补充完善，及时更新。

参保部分

一、保险费征缴

职工基本医疗保险和生育保险合并实施，生育保险费并入职工基本医疗保险缴费，统一征缴。

单位缴费比例为:

1.享受公务员待遇单位

基本医疗保险：用人单位缴费比例为7.5%,公务员个人缴费比例为2%。

公务员补助： 在职职工工资总额(工资总额统计口径同职工基本医疗保险)的2.5%。

大额医疗补充保险： 8元/人/月(其中用人单位负担80%，个人负担20%)。

2.享受企业待遇单位

基本医疗保险:职工用人单位缴费比例为8%,在职职工个人缴费比例为2%。

大额医疗补充保险： 8元/人/月(其中用人单位负担80%，个人负担20%)。

二、 个人账户计入标准

根据《西安市医疗保障局 西安市财政局关于调整公务员(含参公)、全额事业单位医疗保险缴费基数和个人账户计入标准有关政策的通知》(市医保发〔2020]119号) 及《陕西省人力资源和社会保障厅 陕西省财政厅关于对省级机关事业单位医疗保险个人账户实行定额补助的通知》(陕人社发〔2018〕17号)规定,个人账户计入分为基本医疗保险个人账户和公务员个人账户医疗补助两部分,具体标准为:

1、基本医疗保险个人账户计入

公务员(含参公)、全额事业单位基本医疗保险个人账户计入基数与标准按照不同年龄段,以本人缴费工资总额按比例计入:

40岁以下的,按2.7%计入;

41岁至50岁的,按3.0%计入;

51岁以上的,按3.6%计入;

退休人员按本人养老金的5.0%计入.

2.公务员个人账户医疗补助标准

按参保人员年龄确定,具体标准为:

30岁以下,补助200元/月;
30岁(含)--40岁,补助240元/月;
40岁(含)--50岁,补助280元/月;
50岁(含) 以上,补助320元/月;
退休人员,补助360元/月.

三、参保业务办理安排

为保证参保人员医保待遇不间断,2022年1-3月份的医疗保险费,市医保经办中心以原省医保核定的2021年12月缴费基数为标准确定个人缴费基数,核定2022年1-3月医保缴费金额,各单位根据核定金额前往税务部门缴纳医疗保险费用。

待国家医保信息平台运行平稳后,单位根据工作安排办理单位缴费基数申报及人员增减补退收业务,并自2022年1月起按新基数生成补差信息。

根据《陕西省医疗保障局关于省医保划转相关问题的回复》"第二条 2022年1月1日前历史欠费、补退收数据由省医保经办中心在原省医保系统进行处理,将有关数据迁移到新的医保信息系统中"的原则,参保单位办理人员新增、减少、在职转退休等业务涉及补退费的,起始时间自2022年1月起开始计算".

零星医疗费用报销业务

一、 零星医疗费用(不含门诊慢病)报销归属

2022年2月28日前产生的符合报销规定的医疗费用,由省医保经办中心负责报销；2022年2月28日后产生的符合报销规定的医疗费用由市医保经办中心负责报销。

二、办理流程

参保职工发生的住院医疗费用(含门诊紧急抢救费用)、门诊特殊病费用、门诊特殊药品费用、门诊特殊检查、特殊治疗费用、生育产前检查费用补贴等,应由参保单位医保经办人统一办理零星报销手续,报销所需资料按照待遇类别具体如下：

序号	申领待遇类别	办理材料
（一）	医疗(生育)住院费用报销	1.身份证(复印件)； 2.住院发票(原件)； 3.费用汇总清单(医院盖章,若无汇总清单,医院需出具证明 4.住院病案首页(医院盖章)； 5.医疗费用零星报销个人承诺书(写清异地就医或本地就医未挂账结算情况:属骨折、外伤、中毒等特殊情况需写清详细受伤经过,同时附全套住院病历;骨折取内固定需提供第一次骨折统筹结算单复印件)； 6.分娩记录（仅生育住院提供）. 出院小结（仅 流产住院提供)。
（二）	门诊紧急抢救 费用报销	1.身份证(复印件)； 2.急诊发票(原件,如急救后转住院需提供住院挂账发票复印件)； 3.抢救费用汇总清单(医院盖章)； 4.急救病历； 5.医疗费用零星报销个人承诺书(仅限异地门诊紧急抢救提供;属骨折、外伤、中毒等特殊 情况需写清详细受伤经过)。
（三）	计划生育费用 报销	1.身份证(复印件)； 2.门诊发票(原件)； 3.门诊费用清单(医院盖章)； 4.门诊病历(门诊费用提供)； 5.西安市基本医疗生育保险门诊结算单(计划生育门诊费用在定点医院已进行部分费用挂账的需提供)；

		6.医疗费用零星报销个人承诺书(写清异地 就医或本地就医未挂账结算情况).
（四）	门诊产前检查 费用补贴(生 育住院费用已 挂账结算)	1.身份证(复印件)； 2.病案首页(医院盖章)； 3.分娩记录； 4.西安市医疗保险住院费用结算单复印件；（注：女职工 2020 年 8 月 1 日后生育的，不需再单独提供门诊产前检查费用补贴的申请材料,直接随生育住院医疗费审核后支付.）
（五）	门诊特殊病费用报销	1.首次备案:根据不同门诊特殊病种提供住院 病历、病理报告、诊断证明及其他要求的检查 报告等医疗资料原件;单位出具的异地就医情况说明加盖单位公章(注明异地就医原因). 一次备案有效期一年。对于符合该门诊特殊病 病种审核标准的患者发生的门诊特殊病种费用,每三个月手工报销一次. 2.报销资料 :身份证 (复印件)有效发票(原 件);处方;费用清单(医院盖章);属于放疗的还需提供放疗记录,血透的还需提供透析记录 。
（六）	门诊特殊检 查、特殊治疗 费用报销	1.身份证(复印件)； 2.有效发票(原件)； 3.门诊病历及检查报告单和治疗单(复印件)； 4.门诊费用清单(医院盖章)； 5.医疗费用零星报销个人承诺书(写清异地 就医或本地就医未挂账结算情况)； 6.《门诊特检特治及特殊病种报销汇总明细》一式两

		份（单位盖章）.
（七）	门诊特殊药品 费用报销	1.首次备案:根据特药适应症不同提供住院病历、病理报告、基因检测报告、诊断证明及其他要求的检查报告等医疗资料原件;单位出具的异地就医情况说明加盖单位公章(注明异地就医原因)。一次备案有效期一年。对于符合该特药适应症的患者发生的门诊特药费用,每 三个月手工报销一次。 2.报销资料:身份证(复印件);有效发票(原 件);处方;近期特药审批表或报销结算单复 印 件 。
备注	1.生育报销 :生育住院+生育津贴（提交2份材料):流产报 销 :流产医疗费用+生育津贴（提交2份材料). 2. 符合以下门诊紧急抢救特殊病种范围的可纳入报销范围: 具体指生命体征有重大改变,昏迷、严重休克、大出血、中毒、 严重脱水、高热惊厥、严重创伤所致严重呼吸困难、自发性或 损伤性气胸、血气胸、喉梗塞及气管支气管堵塞、严重心律失常,各种原因造成内外出血危及生命者,急性心力衰竭、呼吸 衰竭、肾功能衰竭等情况。 3.住院清单中若包含特殊药品的,应按照特殊药品政策提供 其他规定材料。 4.使用电子发票报销费用的,需提供电子发票零星报销个人 承诺书。 5. 医疗费用已刷医保个人账户的,不予报销.	

门诊慢性病业务

一、 病种范围及费用限额

序号	病种名称	费用限额(年、元)
1	高血压并发症	5000
2	糖尿病伴有并发症	5000
3	视神经萎缩	5000
4	风湿性心脏病	5000
5	肺结核(耐多药)	5000
6	扩张型心肌病	5000
7	骨髓增生异常综合征	5000
8	巨趾症	5000
9	紫癜性肾炎	5000
10	癫痫	5000
11	甲状腺功能亢进症	5000
12	甲状腺功能减退症	5000
13	硬皮病[硬斑病]	5000
14	肝硬化失代偿期	8000
15	高血压合并脑出血	8000
16	阿尔茨海默病	8000
17	慢性活动性肝炎	8000

18	肾病综合症	8000
19	强直性脊柱炎	8000
20	类风湿性关节炎	8000
21	帕金森氏综合征	8000
22	系统性红斑狼疮	8000
23	冠心病	8000
24	慢性阻塞性肺疾病	8000
25	特发性血小板减少性紫癜	8000
26	肝豆状核变性	8000
27	脑血管病恢复期	8000
28	精神病	8000
29	慢性肾功能衰竭	8000
30	慢性肾小球肾炎	8000
31	肺源性心脏病	8000
32	血友病	20000
33	恶性肿瘤门诊治疗	20000
34	白血病门诊治疗	20000
35	再生障碍性贫血	20000
36	器官移植抗排异检查及辅助用药	20000
37	尿毒症期	20000

38	大骨节病	517
39	氟骨病	693
40	克山病	1650

慢性病补助按认定病种年度费用限额确定,认定多个门诊慢性病病种的,补助标准按最高的病种限额确定。

二、 补助办法

1、门诊慢性病起付线700元,支付比例为70%;

2、大骨节病、氟骨病及克山病起付线为零,支付比例为70%.

3、省级医疗照顾人员公务员二次补助比例仍按原省医保政策执行,其他标准按西安市医保政策执行.

三、资格认定

1.参保人员已经在省医保系统内认定的慢性病种继续有效(胃、十二指肠溃疡(伴有并发症) 除外),无需个人重新申请。

2.新申请病种的参保人员按照《关于进一步明确门诊慢性病认定和直接结算有关问题的通知》(市医保中心发〔2021〕2 号)执行,具体为:

定点医疗机构直接认定: 因相关慢性病住院治疗的,可在二级及以上定点医疗机构直接申请慢性病资格认定。

以下情况由单位医保经办人员提交资料(具体资料关注西安市医疗保障经办服务中心官微)在市医保经办中心认定:

(1)使用异地二级及以上定点医疗机构住院资料申请门诊慢性病资格认定的;

(2)甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、阿尔兹海默症三个病种,如无住院病历可提供近三年三次以上门诊(抢救）病历复印件、门诊相关检查报告单、化验单(原件)及需要持续 用药治疗的证明材料进行申请。

(3)复审病种认定通过后待遇享受期为2年(按自然年度)，需在待遇享受期满前三个月内进行复审认定。复审病种包括:甲状腺功能减退症、甲状腺功能亢进症、癫痫、紫癜性肾炎、硬皮病、视神经萎缩、骨髓增生异常综合症、系统性红斑狼疮、特发性血小板减少性紫癜、巨趾症、慢性活动性肝炎、多耐药肺结核。

四、费用结算

1.2022年1月1日前产生的符合报销规定的慢病费用,由省医保经办中心负责报销;2022年1月1日后产生的符合报销规定的慢病费用由市医保经办中心负责报销。

2.定点医药机构直接结算：慢性病享受人员可直接在西安市一级及以上定点医疗机构及慢性病定点药店直接结算慢性病费用。

3.医保经办机构结算:因异地等原因产生的零星报销费用于次年由参保单位将发票、处方等资料(具体资料关注西安市医疗 保障经办服务中心官微）申报到市医保经办中心进行报销。

医疗保障服务信息

一、 西安市医疗保障经办服务中心

办公地址:西安市明光路166号凯瑞大厦I座1楼

二、 微信公众号:西安市医疗保障经办服务中心

三、 联系电话

公务员参保业务：87221376

门诊慢性病业务：87221358

零星医疗费用报销业务：87221386

附件

1、关于印发《西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范》（2022年版）的通知　市医保中心发【2022】5号

2、城镇职工医疗保险宣传折页

西安市医疗保障经办服务中心文件

市医保中心发〔2022〕5号

关于印发《西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范》（2022年版）的通知

各区（县）开发区医保经办机构，相关特病定点医药机构：

根据我市门诊特殊病政策变化情况，对操作规范进行了调整。现印发《西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范》（2022版），从4月1日开始实施，请遵照执行。

西安市医疗保障经办服务中心

2022年3月4日

西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范

（2022 年版）

一、门诊特殊病种范围

西安市医疗保险门诊特殊病种共七种，包括：恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后服用抗排斥药、门诊血液（腹膜）透析、血友病门诊使用凝血因子、精神分裂症门诊使用帕利哌酮、少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素、儿童苯丙酮尿症的治疗。

二、操作规范

（一）恶性肿瘤门诊放化疗

1.认定标准

三级医院明确诊断为恶性肿瘤，并有以下辅助诊断之一：

（1）组织学诊断；

（2）细胞学诊断；

对仅有影像学检查缺少病理报告的特殊恶性肿瘤晚期患者，由三级综合医院或肿瘤专科医院的肿瘤相关专科副主任及以上医师出具诊断证明提示为恶性肿瘤晚期。

2.支付范围

恶性肿瘤门诊放化疗医保支付范围按照西安市基本医疗保险药品目录及诊疗目录规定执行，具体目录不再另行制定。

由专科医生开具以治疗为目的、与病情相符的各种恶性肿瘤放化疗药品（化疗药品限定范围为药品目录中抗肿瘤药、内分泌治疗用药、中成药中的抗肿瘤药品）和放疗项目，同时执行国家和省级医保部门规定的药品和诊疗限定范围。恶性肿瘤辅助性治疗的相关药品纳入对应门诊慢性病报销范围，不再在门诊特殊病种范围内报销。

3.报销比例

职工医保按照乙类药品先行自付4%后，统筹基金按照82%比例报销；城乡居民医保按照乙类药品先行自付5%后，统筹基金按照60%比例报销。

复方黄黛片、食道平散、参一胶囊、比卡鲁胺、氟他胺、雌莫司汀等特殊药品支付比例为：职工医保个人先行自付4%后，统筹基金按照76%比例报销;城乡居民医保个人先行自付5%后，统筹基金按照60%比例报销。

使用门诊化疗药品做膀胱灌注时，灌注治疗费用，职工医保统筹基金按照82%比例报销，城乡居民医保统筹基金按照60%比例报销。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理恶性肿瘤门诊放化疗报销需提供以下资料：医保电子凭证或社保卡、身份证原件和复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡（附件1）、确诊恶性肿瘤的病

历资料（包括病案首页、出入院记录、相关检查化验单）、病理或细胞学检查报告单等。由定点医疗机构医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：由定点医疗机构专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》(附件 2)并开具处方→携带身份证和医保电子凭证或社保卡在定点机构医保办审核并盖章→在定点医药机构按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（二）器官移植术后服用抗排斥药品

1.认定标准

既往有严重脏器疾病史，经三级甲等医院住院手术移植异体器官，移植后需长期服用抗排异药物治疗。

2.支付范围：

序号	药品分类代码	药品分类	编号	药品名称	备注
1	XL04AA	选择性免疫抑制剂	840	吗替麦考酚酯	□服常释剂型
2	XL04AA	选择性免疫抑制剂	841	麦考酚钠	□服常释剂型
3	XL04AA	选择性免疫抑制剂	842	西罗莫司	□服常释剂型
4	XL04AD	钙神经素抑制剂	850	环孢素	□服常释剂型

5	XL04AD	钙神经素抑制剂	（494）	他克莫司	包括口服常释和缓释控释剂型
6	XL04AX	其他免疫抑制剂	853	咪唑立宾	口服常释剂型
7	ZA09F	气血双补剂	396	百令片	
8	ZA09F	气血双补剂	397	金水宝片（胶囊）	

3.报销比例

职工医保乙类药品先行自付4%后，统筹基金按照94%比例报销;城乡居民医保乙类药品先行自付5%后,统筹基金按照60%比例报销。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理门诊特殊病种器官移植术后报销，需提供以下资料:医保电子凭证或社保卡、身份证原件和复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡、器官移植手术住院病历资料(包括病案首页、出入院记录、手术记录、相关检查化验单等)。由定点医疗机构医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：由定点医疗机构专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》并开具处方→携带身份证和医保电子凭证或社保卡在定点医疗机构医保办审核并盖章→在定点医药机构按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（三）门诊血液（腹膜）透析

1.认定标准

有明确的长期慢性肾病疾病（CKD）病史并同时符合以下实验室检查结果:

血尿素氮≥28.6mmol/L；血肌酐≥707.2μmmol/L；内生肌酐清除率≤5-10ml/min；血钾≥6.5mmol/L。60 岁以上及糖尿病肾衰患者血肌酐≥528μmmol/L；内生肌酐清除率≤15ml/min。

2.支付范围

血液透析、腹膜透析、血液滤过、血液灌流的治疗费用及相关耗材和辅助用药。

3.报销比例

治疗费和耗材费，职工医保医保统筹基金按照 94%比例报销；城乡居民医保统筹基金按照 60%比例报销。相关辅助用药职工医保乙类药品先行自付 4%后，统筹基金按照 94%比例报销；城乡居民医保乙类药品先行自付 5%后，统筹基金按照 60%比例报销。

血液（腹膜）透析实行限额管理，统筹基金支付最高限额 7500 元/月。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理门诊特殊病种血液（腹膜）透析报销，需提供以下资料：医保电子凭证或社保卡、身份证原件和

复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡、住院病历资料(包括病案首页、出入院记录、手术记录)、相关检查化验单（包括肝肾功、电解质、血常规等）由定点医疗机构医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：由定点医疗机构专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》并开具处方→携带身份证和社保卡在定点机构医保办审核并盖章→在定点医药机构按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（四）血友病患者门诊使用凝血因子治疗

1.认定标准

三级综合医院明确诊断为中、重型的血友病 A 和血友病 B。

2.支付范围

冻干人凝血因子VIII、冻干人凝血酶原复合物、重组人凝血因子VIII、重组人凝血因子VIIa、重组人凝血因子IX、人凝血因子IX和血浆、冷沉淀物等。

3.报销比例

职工医保按照乙类药品先行自付 4%后，统筹基金按照 82%比例报销；城乡居民医保按照乙类药品先行自付 5%后，统筹基金按照 60%比例报销。

重组人凝血因子VIII、重组人凝血因子VIIa、重组人凝血因子IX、人凝血因子IX等特殊药品的支付比例为：职工医保个人先

行自付 4%，统筹基金按照 76%比例报销；城乡居民医保个人先行自付 5%，统筹基金按照 60%比例报销。

血友病患者门诊使用凝血因子等替代治疗实行限额管理，统筹基金支付最高限额 12000 元/月。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理门诊特殊病种血友病报销，需提供以下资料：医保电子凭证或社保卡、身份证原件和复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡、确诊血友病的病历资料（包括病案首页、出入院记录、相关检查化验单）。选择一家指定医院（附件 3）医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：在选定的指定医院专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》 并开具处方→携带身份证和医保电子凭证或社保卡在指定医院医保办审核并盖章→在指定医药机构按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（五）精神分裂症患者门诊使用帕利哌酮治疗

1.认定标准

在三级医院明确诊断的精神分裂症患者。

2.支付范围

帕利哌酮注射液、棕榈帕利哌酮酯注射液（3M）

3.报销比例

城镇职工医保乙类药品先行自付4%后，统筹基金按照82%比例报销；城乡居民医保乙类药品先行自付5%后，统筹基金按照60%比例报销。

精神分裂症患者门诊使用帕利哌酮实行限量管理：帕利哌酮首个治疗年度最高限量为 13 支，其余治疗年度最高限量为12支。首个治疗月份最高限量为 2 支，其余治疗月份最高限量为 1 支。药品规格三种，分别为 75mg/支，100mg/支和 150mg/支，由医生根据患者的耐受情况和/或疗效选择药品规格。

棕榈帕利哌酮酯注射液（3M）限量：每个治疗年度最高限量为4支，适用于接受过善思达（棕榈酸帕利哌酮注射液（1个月剂型）至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。药品规格三种，分别为263mg/支，350mg/支，525mg/支，由医生根据患者的耐受情况和/或疗效选择药品规格。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理门诊精神分裂症患者使用帕利哌酮报销，需提供以下资料：医保电子凭证或社（医）保卡、身份证原件和复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡、确诊精神分裂症的病历资料（包括病案首页、出入院记录、相关检查化验单）。选择一家指定医院（附件4）医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：在选定的指定医院专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》并开具处方→携带身份证和医保电子凭证或社保卡在指定医院医保办审核并盖章→在指定医药机构按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（六）少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素

1.认定标准

须同时满足以下四个条件：（1）身材矮小，身高落后于同年龄、同性别正常儿童第三百分位数以下；（2）生长缓慢，生长速度<4cm/年；（3）骨龄落后于实际年龄 2 年以上；（4）GH 刺激试验示：GH 的峰值＜10μg/L。

2.支付范围

重组人生长激素

3.报销比例

城乡居民医保乙类药品先行自付 5%后，统筹基金按照 60%比例报销。

门诊重组人生长激素实行限额管理，统筹基金支付最高限额 20000 元/年，原则上最多支付两年（对使用超过两年还需继续治疗的特殊患者，由定点医疗机构医保办提出申请，参保地医疗保险经办机构组织专家进行评估，评估后对确需继续治疗的可适当延长）。

4.办理流程

（1）资格备案：首次办理少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素报销，需提供以下资料：医保电子凭证或社保卡、身份证原件和复印件、西安市基本医疗保险特殊病种登记卡、确诊生长激素缺乏症的病历资料（包括病案首页、出入院记录、相关检查化验单）。选择一家指定医院（附件5）医疗保险办公室按照认定标准审核，通过后盖章确认。

（2）报销流程：由指定医院专科医生填写《西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表》并开具处方→携带身份证和医保电子凭证或社保卡在指定医院医保办审核并盖章→在指定医院按照政策挂账结算，支付个人自付部分→取药施治。

（七）儿童苯丙酮尿症的治疗

儿童苯丙酮尿症的治疗纳入门诊特殊病种管理，保障对象为年龄在18周岁以下的苯丙酮尿症参保患儿（包括四氢生物蝶呤缺乏症患儿）。支付范围包括苯丙酮尿症治疗性食品（不含或低苯丙氨酸成分的米、面、奶粉、蛋白粉等）、专用药品（盐酸沙丙蝶呤、L-多巴、5-羟色胺等）以及门诊检查费用（血苯丙氨酸、苯丙氨酸/酪氨酸、尿蝶呤谱、红细胞二氢蝶啶还原酶活性、血常规、肝肾功等）。

为保障治疗效果，对苯丙酮尿症患儿实行定点救治医疗服务制度，具体的支付标准及办理流程继续按照省卫生计生委等七部

门《关于进一步做好儿童苯丙酮尿症医疗保障工作的通知》(陕卫妇幼发〔2017〕55号)的规定执行。

三、用药管理

（一）纳入门诊特殊病种用药范围内的药品执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》限定条件。

（二）纳入门诊特殊病种用药范围的国家谈判药品，协议期满后自动剔除。

（三）按照《西安市医疗保障经办服务中心关于我市医疗保险特殊药品落地实施的通知》（市医保中心发〔2021〕11号）规定，纳入“三定”和“双通道”管理的特药目录内的药品，门诊特殊病种不予以支付（吗替麦考酚酯除外）。

（四）纳入门诊特殊病种的国家集采药品按照集采政策支付。

四、结算管理

（一）一个自然年度内，参保人员由医保统筹基金支付的门诊特殊病种费用计入基本医疗保险基金最高支付限额（城乡居民医保计入住院最高支付限额）。

（二）原西安市门诊特殊病种文件《西安市社会保险管理中心关于印发西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范（2018年版）的通知》（市社保发〔2018〕90号）中规定的，器官移植术后服用抗排药品患者的门诊相关检查费用及血液透析造瘘的费用纳

入对应门诊慢性病种报销范围，不再在门诊特殊病种范围内报销。

（三）参保患者在门诊特殊疾病治疗期间，因治疗机构条件限制需到其他定点医药机构购药或治疗的，由治疗机构医师提出申请，医院医保办确认后，外购药品及治疗费用按规定纳入门诊特殊病医疗费用，与治疗机构进行结算。

（四）患者须在本市签订门诊特殊病种结算协议的定点医药机构备案挂账结算。门诊特殊病种备案认定前产生的医疗费用不予支付；未在定点医药机构发生的门诊医疗费用不予支付，其中血友病患者门诊使用凝血因子、精神分裂症患者门诊使用帕利哌酮治疗和的少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素患者应在指定医药机构备案挂账结算，未备案或不在指定医药机构发生的门诊医疗费用不予支付。

（五）根据《国家医保局 国家卫生健康委关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28 号）精神，门诊特殊病种药品实行双通道定点管理（附件 6），以进一步提升门诊特病药品的供应保障水平，维护医保基金安全，保障参保患者利益。

五、异地就医管理

异地就医人员在已开通直接结算的定点医疗机构发生的门诊特殊病费用进行实时结算。在一个结算周期内，原则只能选择

一家异地定点医疗机构进行门诊特殊疾病费用结算。

异地就医人员在未开通直接结算的异地定点医疗机构发生的门诊特殊病医疗费用，由个人全额垫付，在参保地医保经办机构进行报销。办理时须提供以下资料：身份证复印件；财政、税务部门制作或监制的门诊收费专用票据报销联（加盖医疗机构收费专用章）或合规电子发票；门诊特殊疾病医疗费用清单；药品处方或治疗记录单。

附件：1.西安市基本医疗保险特殊病种登记卡

2.西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表

3.血友病患者门诊使用凝血因子指定医院名单

4.精神分裂症患者门诊使用帕利哌酮指定医院名单

5.少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素指定医院名单

6.门诊特殊病种指定药店名单

附件1

西安市基本医疗保险特殊病种登记卡

口企业职工　　口公务员　　口居民　　口大学生

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td rowspan="5">照片</td></tr>
<tr><td>社（医）保卡号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申请病种</td><td colspan="6">恶性肿瘤门诊放化疗 口
器官移植术后服用抗排斥药 口
门诊血液（腹膜）透析 口
血友病门诊使用凝血因子 口
精神分裂症门诊使用帕利哌酮口
少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素口</td></tr>
<tr><td>体重</td><td></td><td>治疗开始时间</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>家庭详细住址及邮政编码</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>医疗机构名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>医疗机构审批意见（盖章）</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

年　　月　　日

附件2

西安市基本医疗保险门诊特殊病种项目审批表

□公务员　　□企事业　　□城乡居民医保□大学生

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>首次备案时间</td><td></td></tr>
<tr><td>社（医）保卡号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">单位（社区）名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">申请特殊病病种:
恶性肿瘤门诊放化疗 □
器官移植术后服用抗排斥药 □
门诊血液（腹膜）透析 □
血友病门诊使用凝血因子 □
精神分裂症门诊使用帕利哌酮□
少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素□</td></tr>
<tr><td colspan="8">治疗计划（方案、疗程）:</td></tr>
<tr><td>本次治疗起止时间</td><td colspan="7">年　　月　　日　至　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

主管医生意见	签字: 年　　月　　日
定点医疗机构意见	（盖章） 年　　月　　日

定点医疗机构名称：　　定点医疗机构编号：　　科别：

附件3

血友病患者门诊使用凝血因子指定医院名单

序号	指定医疗机构	级别
1	中国人民解放军空军军医大学第一附属医院	三级甲级特等
2	中国人民解放军空军军医大学第二附属医院	三级甲级特等
3	西安交通大学第一附属医院	三级甲级特等
4	西安交通大学第二附属医院	三级甲级特等
5	西安市中心医院	三级甲级特等
6	陕西省人民医院	三级甲级特等
7	西安市儿童医院	三级甲等
8	西安大兴医院	三级甲等
9	西安高新医院	三级甲等
10	西安市第三医院	三级甲等
11	西安电力中心医院	二级甲等
12	西安唐城医院	二级甲等
13	通用环球中铁西安医院	二级甲等
14	西安临潼开发区博仁医院	二级乙等
15	蓝田县人民医院	二级甲等
16	周至县人民医院	二级甲等
17	西安航天总医院	二级甲等
18	西安济仁医院	二级甲等
19	西安一四一医院	二级甲等

附件4

精神分裂症患者门诊使用帕利哌酮指定医院名单

序号	指定医疗机构	级别
1	中国人民解放军空军军医大学第一附属医院	三级甲级特等
2	中国人民解放军空军军医大学第二附属医院	三级甲级特等
3	西安交通大学第一附属医院	三级甲级特等
4	西安交通大学第二附属医院	三级甲级特等
5	陕西省人民医院	三级甲级特等
6	西安市中心医院	三级甲级特等
7	西安市精神卫生中心	三级甲等
8	长安医院	三级甲等
9	西安市第三医院	三级甲等
10	西安高新医院	三级甲等
11	西安工会医院	二级甲等
12	西安医学院第三附属医院	三级乙等
13	西安市安康医院	二级
14	西安市东方医院	二级甲等
15	西安市高陵区精神卫生中心	二级
16	西安市阎良铁路医院	二级乙等
17	西安市第九医院新丰精神病医院	一级
17	西安市鄠邑区甘亭卫生院中心	一级
18	西安安定医院	二级

附件5

少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素指定医院名单

序号	医院名称	医院等级
1	西安市儿童医院	三级甲等
2	西安市交通大学第二附属医院	三级甲级特等
3	西安市中心医院	三级甲级特等
4	陕西省人民医院	三级甲级特等
5	中国人民解放军空军军医大学第二附属医院	三级甲级特等
6	西安交通大学第一附属医院	三级甲级特等
7	西安国际医学中心医院	三级
8	西安市第三医院	三级甲等
9	西安医学院第二附属医院	三级甲等
10	西安高新医院	三级甲等

附件6

门诊特殊病种指定药店名单

序号	名 称	地 址	联系电话	类别
1	国药控股陕西大药房有限公司西安长乐西路分店	西安市新城区长乐西路3号陕西电力建设总公司调试综合楼一层03号商铺	82542803	特药
2	上药科园信海陕西医药有限公司西安新特药大药房	西安市新城区长乐中路240号科技培训楼一层2号商铺	83204706	特药、抗排、腹透
3	老百姓大药房连锁（陕西）有限公司西安北大街店	西安市新城区西五路163号负一层、一层、二层	87371519	特药
4	陕西众信医药超市连锁股份有限公司西安赛好健康医药店	西安市碑林区中贸街1-10104号	85575758	特药
5	西安怡康医药连锁有限责任公司东二店	西安市新城区西五路76号1B幢一层3号	87260410	特药
6	陕西医药控股集团孙思邈大药房连锁有限公司西安长乐西路店	西安市新城区长乐西路3号西北电建综合楼壹层02商铺	82546129	特药
7	陕西医药控股集团孙思邈大药房连锁有限公司西安第十八分店	西安市雁塔区雁塔西路158号双鱼花园广场一层由西向东第一间	85221821	特药
8	陕西省西秦药材采购供应站华远大药房	西安市长乐西路180号西安电力专科学校北大门商业门面房23号由东往西第一间	82484216	特药
9	陕西润和医药有限公司	西安经济技术开发区凤	86261830	特药

		城九路文景小区西一区11幢1单元1层10101号从西向东第二间		
10	西安怡康医药连锁有限责任公司 雁塔西路二店	西安市雁塔区雁塔西路158号双鱼花园广场一层从东向西第四间	85351610	抗排
11	陕西众信医药超市连锁股份 有限公司雁塔路店	雁塔路南段 1 号 1 幢 B1-1 号二楼	85536370	抗排、腹透
12	陕西三生大药房	雁塔西路 287 号	85419511	抗排

抄送：西安市医疗保障局。

西安市医疗保障经办服务中心　　2022 年 3 月 4 日印发

2.住院待遇

医院级别	年度第一次住院起付标准（元）	年度第二次住院起付标准（元）	年度第三次住院起付标准（元）	基本医疗保险费用段统筹基金支付比例					
				起付标准以上至1万元		1万元以上至5万元		5万元以上至最高支付限额40万元	
				在职	退休	在职	退休	在职	退休
一级及以下	200	150	100	92%	95%	95%	97%	95%	
二级	400	300	150	90%	93%	95%	95%		
三级	650	550	350	88%	91%	91%	94%		
三级特等	850	800	550	88%	91%	91%	94%		

注：在一个自然年度内第四次及以上住院的，不再设置起付标准。

3.医用耗材

我市基本医疗保险医用耗材分为自费类和可报销类。

自费类：《关于完善陕西省城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理的意见》（陕劳社发〔2007〕112号）中明确规定基本医疗保险不予支付费用的项目列为自费类；

可报销类：除自费类的其他医用耗材列为可报销类。参保人员使用可报销类医用耗材发生的费用，按照以下规定支付：

未纳入集中带量采购的医用耗材，通过分段累进确定纳入统筹基金支付范围的费用后，按照城镇职工基本医疗保险的规定支付。具体分段标准为：单价在5000元(含)以下部分，直接纳入统筹基金支付范围；5000元至20000元(含)部分,个人先行自付30%后纳入统筹基金支付范围；超过20000元部分，个人先行自付50%后纳入统筹基金支付范围。

注：纳入集中带量采购的医用耗材，按照集中带量采购相关支付政策执行。

二、西安市城镇职工大额医疗补助保险

（一）缴费标准为8元/人·月，其中：单位缴纳80%，个人缴纳20%。退休人员一次性缴足12年大额医疗补助费用后，可终身享受大额医疗补助保险待遇。

（二）待遇：一个年度内，参保职工因病住院治疗（含门诊使用特药）发生的符合医疗保险规定并超过城镇职工基本医疗保险最高支付限额（40万）以上的医疗费用，由城镇职工大额医疗补助保险支付95%，不设封顶线。

三、西安市职工生育保险

（一）门诊待遇

门诊发生的生育医疗费用实行限额补贴，限额补贴标准如下。

产前检查费用按每人1000元限额一次性补贴（自然流产和人工终止妊娠等不享受门诊产前检查费用补贴）；妊娠3个月（含3个月）以上自然流产和人工终止妊娠的，生育医疗费补贴最高不得超过1000元；妊娠3个月以下自然流产和人工终止妊娠的，生育医疗费补贴最高不得超过350元；放置（取出）宫内节育器、皮下埋植（取出皮下埋植）术补贴最高不得超过300元，属宫内节育器嵌顿的、计划生育手术补贴标准最高不得超过1000元，绝育手术补贴最高不得超过1000元，输卵管或输精管复通手术补贴最高不得超过1500元。

（二）住院待遇

住院期间发生的符合生育保险政策规定，列入我市生育保险待遇支付范围的生育、生育并发症、异位妊娠等医疗费，纳入职工基本医疗保险住院报销结算管理，享受职工基本医疗保险住院支付待遇，由职工基本医疗保险统筹基金支付。

（三）生育津贴

随用人单位参保的女职工休产假时，按国家规定的产假天数享受生育津贴待遇。

女职工享受的生育津贴，以女职工生育或流产时所在用人单位上年度职工月平均工资乘以12（月份）除以365（天数），再乘以下列产假具体天数一次性计发：

1.女职工生育享受98天产假，其中难产的，增加产假15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加产假15天。

2.女职工怀孕未满4个月流产的，享受15天产假；怀孕满4个月流产的，享受42天产假。

女职工生育或流产手术时，个人缴费记录不满12个月的，由用人单位垫付其生育津贴，缴费满12个月以后再由生育保险基金支付。

女职工的生育津贴由生育保险经办机构转入用人单位，由用人单位发放。

注：1.男职工配偶属未参加职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的，不再享受女职工住院分娩医疗费限额补贴50%的待遇。2.灵活就业人员参加职工基本医疗保险，发生的符合规定的生育医疗住院费报销及门诊限额补贴待遇纳入职工基本医疗保险基金支付范围，待遇标准与用人单位参保职工一致。灵活就业人员不享受生育津贴。

中国医疗保障

西安市城镇职工医疗保险政策

西安市医疗保障局

二〇二一年 印

扫码关注公众号

一、西安市城镇职工基本医疗保险

（一）参保及缴费

1.参保范围：我市行政区域内的城镇所有用人单位及其职工都应参加基本医疗保险。包括企业（国有企业、集体企业、股份制企业、外商投资企业、私营企业等）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、城镇个体经济组织及其职工和退休人员、灵活就业人员。参加我市职工基本医疗保险的在职职工，同步参加生育保险。

2.保险费征缴比例：职工基本医疗保险和生育保险合并实施，生育保险费并入职工基本医疗保险费，统一征缴。职工用人单位缴费比例为8%（其中生育保险1%），个人缴费比例为2%。灵活就业人员按我市上年度在岗职工平均工资的60%或100%作为缴费基数，按9%比例缴纳。

（二）基本医疗保险待遇

1.门诊待遇

（1）门诊治疗慢性病医疗补助：

慢性病病　种	年度起付标准（元）	报销比例	病种报销限额（元）
恶性肿瘤	700	70%	20000
慢性肾功能衰竭尿毒症期	700	70%	20000
器官移植术后	700	70%	20000
白血病	700	70%	20000
血友病	700	70%	20000
慢性再生障碍性贫血	700	70%	20000
肝硬化失代偿期	700	70%	8000
高血压合并脑出血	700	70%	8000
阿尔兹海默症	700	70%	8000
慢性活动性肝炎	700	70%	8000
肾病综合征	700	70%	8000
强直性脊柱炎	700	70%	8000
类风湿关节炎	700	70%	8000
帕金森综合症	700	70%	8000
系统性红斑狼疮	700	70%	8000
冠状动脉粥样硬化性心脏病	700	70%	8000
慢性支气管炎合并阻塞性肺气肿	700	70%	8000
特发性血小板减少性紫癜	700	70%	8000
肝豆状核变性	700	70%	8000
脑血管病恢复期	700	70%	8000
精神疾病	700	70%	8000
慢性肾功能衰竭	700	70%	8000
慢性肾小球肾炎	700	70%	8000
慢性肺源性心脏病	700	70%	8000
骨髓增生异常综合征	700	70%	5000
巨趾症	700	70%	5000
癫痫	700	70%	5000
紫癜性肾炎	700	70%	5000
糖尿病伴并发症	700	70%	5000
高血压伴并发症	700	70%	5000
扩张性心肌病	700	70%	5000
风湿性心脏病	700	70%	5000
视神经萎缩	700	70%	5000
甲状腺功能减退症	700	70%	5000
甲状腺功能亢进症	700	70%	5000
硬皮病	700	70%	5000
多耐药肺结核	700	70%	5000
大骨节病	0	70%	517
氟骨症中重度	0	70%	693
慢型克山病	0	70%	1650

（2）门诊特殊病种：恶性肿瘤门诊放化疗，门诊肾透析，器官移植术后服抗排斥药，血友病患者在门诊使用人凝血因子Ⅷ、重组人凝血因子Ⅸ和重组人凝血因子Ⅶa等进行替代疗法治疗，精神分裂症患者在门诊使用帕利哌酮注射剂等抗精神分裂症长效针剂治疗。

器官移植术后服抗排斥药和门诊肾透析，统筹基金负担94%、个人负担6%；其它病种统筹基金负担82%、个人负担18%。

（3）门诊特殊检查治疗项目：CT和SPECT、核磁共振（MRI）、心脏彩色B超、经颅彩色多普勒血管检查（TCD）、电子胃镜、结肠镜、动态心电图、高压氧舱治疗、体外振波碎石、体外射频治疗前列腺肥大、宫腔镜和64层及以上螺旋CT冠状动脉成像。

除64层及以上螺旋CT冠状动脉成像为统筹基金负担50%、个人负担50%外，其它门诊特殊检查治疗项目统筹基金负担70%、个人负担30%。

（4）门诊特殊药品：使用特药所发生的费用，须先由参保个人按4%的比例自付相应的费用后（甲类药品除外），再按76%比例进行报销。（其中：使用咪唑立宾、吗替麦考酚酯、麦考酚钠、西罗莫司4种特药，按门诊特殊病种流程报销。即先由参保职工个人按4%的比例自付相应的费用后，再按94%比例进行报销）

（5）中医门诊病种：职工医保参保人在我市定点医疗机构门诊使用中医适宜技术治疗面瘫病、中风病、腰痛病（限气滞血瘀型）产生的诊疗服务费纳入医保基金支付范围。

中医病种	年度起付标准（元）	报销比例	医保年度支付限额 单位：元
面瘫病	0	70%	2000
中风病	0	70%	3000
腰痛病（限气滞血瘀型）	0	70%	800