



厦门大学附属心血管病医院  
XIAMEN CARDIOVASCULAR HOSPITAL XIAMEN UNIVERSITY

# 福建省南平市医保待遇及报销比例



厦门大学附属心血管病医院医保办

## 第 11 章 南平市

### 11.1 城镇职工普通门诊报销比例

在一自然年度内,城镇职工参保对象在南平市范围内定点公立医疗机构普通门诊就诊,医保政策范围内医疗费用超过 1,500 元的部分,由医保统筹基金按比例支付,其中:一级定点医疗机构基金支付 90%;二级及以上定点医疗机构基金支付 70%,年度基金最高支付限额 2,000 元。年度普通门诊医疗费用不纳入年度住院封顶线。

### 11.2 门诊特殊病种的报销比例及封顶线

病种名称	起付标准 (元)	年度封顶线 (元)	基金支付比 例
结核病规范治疗	700	5,600	按住院报销 比例
危重病抢救	700	4,100	
高血压病	700	5,600	
糖尿病	700	5,600	
慢性心功能衰竭	700	5,600	
血友病	700	12,000	
帕金森病	700	8,700	
重症肌无力	700	5,600	
肝硬化失代偿期	700	13,200	
强直性脊柱炎	700	5,600	
白内障手术治疗	700	7,200	

重症精神病人门诊 治疗	700	8,700	按住院报销 比例
恶性肿瘤放化疗 (含五年内免疫、 内分泌治疗)	1,203	17,000	
重症尿毒症透析	1,203	200,000	
器官移植抗排斥反 应治疗	1,203	300,000	
再生障碍性贫血	1,203	17,000	
系统性红斑狼疮	1,203	17,000	
癫痫病	700	8,700	
支气管哮喘	700	8,700	
胰岛素依赖性糖尿 病,同时患有高血 压、糖尿病、慢性 心功能衰竭两种及 以上的	700	8,700	
特殊用药	1,203	不设封顶线	

备注:

- (1) 当年度门诊特殊病种与住院封顶线以内医保政策范围内费用之和不超过当年度住院封顶线。年度住院封顶线以上、门诊特殊病种年度封顶线以内的医保政策范围内医疗费用纳入大额医疗费用补充保险补偿范围。
- (2) 城镇职工医保门诊特殊病种按住院的报销比例执行。

### 11.3 住院起付线及报销比例

#### (1) 南平市统筹区内

城镇职工医保除执行按病种收付费不设起付线外，在南平市统筹区内，起付线标准如下：

医院等级	起付线（元）			医保政策范围内医疗费用基金支付比例（%）	
	第一次住院	第二次住院	第三次及以上住院	在职	退休
一级	50	50	50	96	96
二级	300	200	100	92	96
三级	600	500	400	88	92

A. 异地安置人员执行南平市统筹区内住院起付线标准。

B. 县域紧密型医共体内转诊转院取消二次起付标准，由基层医疗卫生机构转往级医疗机构的，县级医疗机构收取住院起付线标准的差额部分；由县级医疗机构转往基层医疗卫生机构的，基层医疗卫生机构不再收取住院起付线。

#### (2) 南平市统筹区外

统筹区外就诊且办理转诊转院手续的，个人须承担统筹基金支付部分的 10%；统筹区外就诊且未办理转诊转院手续的，个人须承担统筹基金支付部分的 30%；通过跨省异地联网结算系统即时刷卡结算的，个人须再承担统筹基金支付部分的 10%。

#### (3) 城镇职工住院封顶线

城镇职工医保年度住院封顶线调整为医保政策范围内

医疗费用8万元。封顶线以内的医保政策范围内医疗费用由医保基金和个人按比例共同承担。

#### 11.4 大额医疗费用补充保险待遇

在定点医疗机构住院(含门诊特殊病种治疗)实行“一站式”结算,具体赔付标准如下:

医保政策范围内的医疗费用	赔付比例 (%)	封顶线
8万元—20万元(含)	95	无
20万元以上	98	

- A. 个人负担超过2万元(含)的部分,按不低于22%的比例补偿。
- B. 统筹区外就诊且办理转诊转院手续的,个人须承担大额医疗费用补充保险基金支付部分的10%;统筹区外就诊且未办理转诊转院手续的,个人须承担大额医疗费用补充保险基金支付部分的30%。
- C. 通过省异地联网结算系统即时刷卡结算的,个人须再承担大额医疗费用补充保险基金支付部分的10%。

#### 11.5 城乡居民基本医疗保险待遇

##### 11.5.1 住院封顶线

城乡居民医保年度住院封顶线调整为医保政策范围内医疗费用8万元。封顶线以内的医保政策范围内医疗费用由医保基金和个人按比例共同承担。

##### 11.5.2 城乡居民住院起付线

- (1) 城乡居民医保除执行按病种收付费不设起付线外,在南市统筹区内,一级医疗机构、二级医疗机构和三级医

疗机构起付线标准分别为 50 元、300 元和 600 元。一个自然年度内在二级医疗机构和三级医疗机构第二次住院的，起付线标准分别为 200 元和 500 元，第三次及以上住院，起付线标准分别为 100 元和 400 元。南平市统筹区外医疗机构住院起付线标准为 800 元。

- (2) 县域紧密型医共体内转诊转院取消二次起付标准，由基层医疗卫生机构转往县级医疗机构的，县级医疗机构收取住院起付线标准的差额部分；由县级医疗机构转往基层医疗卫生机构的，基层医疗卫生机构不再收取住院起付线。

### 11.5.3 住院报销比例

城乡居民参保人员在南平市范围内定点医疗机构住院，封顶线以内的医保政策范围内医疗费用（不含起付线和项目自付费用）统筹基金按下列比例支付：一级医疗机构按 90% 的比例支付；二级医疗机构按 85% 的比例支付；三级医疗机构按 70% 的比例支付。省内统筹区外定点医疗机构按 55% 的比例支付，省外定点医疗机构按 45% 的比例支付。

### 11.5.4 城乡居民特殊门诊报销比例

- (1) 城乡居民医保门诊特殊病种单独设置年度封顶线（另行规定）。当年度门诊特殊病种与住院封顶线以内医保政策范围内费用之和不超过当年度住院封顶线。年度住院封顶线以上、门诊特殊病种年度封顶线以内的医保政策范围内医疗费用纳入大病保险补偿范围。
- (2) 城乡居民医保门诊特殊病种中的慢性髓细胞性白血病、儿童白血病（标危组、中危组）、重症尿毒症门诊透析治疗、恶性肿瘤门诊化学治疗和放射治疗、重性精神病、耐多药肺结

核、甲状腺功能亢进、血友病、苯丙酮尿症门诊特殊病种政策范围内医疗费用按 90%比例报销。其他门诊特殊病种按住院的报销比例执行。

#### 11.5.5 城乡居民大病保险

- (1) 城乡居民医保政策范围内医疗费用，不设封顶线。一个自然年度内，参保对象在定点医疗机构住院（含门诊特殊病种治疗）发生的医保政策内医疗费用超过 8 万元的部分，由大病保险按费用高低分段补偿，其中：超过基本医疗保险年度最高支付限额以上部分至 20 万元（含）按不低于 82%的比例补偿，20 万元以上按不低于 85%的比例补偿。列入大病保险补偿的政策范围内医疗费用不含起付线和项目自付费用。
- (2) 城乡居民医保在统筹区外医疗机构就诊的，个人须承担大病保险补偿基金支付部分的 10%。个人负担超过 2 万元（含）的部分，按不低于 20%的比例补偿。

#### 11.5.6 普通门诊统筹

城乡居民医保在定点的基层医疗卫生机构设立普通门诊统筹，不设起付线，政策范围内医疗费用（不含诊查费）补偿比例 90%，年度封顶线为基金支付 200 元，家庭医生签约服务费统筹基金支付部分与普通门诊统筹共用一个年度封顶线。