



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

福建省莆田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6章 莆田市

6.1 职工医保普通门诊

符合医保目录由个人帐户支付，不足时由个人自费。

6.2 门诊特殊病种类以及医疗保险待遇

6.2.1 职工医保和城乡居民医保门诊特殊病种类统一为：

- 1) 恶性肿瘤病门诊化疗和放疗；
- 2) 重症尿毒症门诊透析治疗；
- 3) 器官移植抗排斥反应治疗；
- 4) 结核病规范治疗；
- 5) 再生障碍性贫血；
- 6) 慢性心功能衰竭；
- 7) 系统性红斑狼疮；
- 8) 高血压病；
- 9) 糖尿病；
- 10) 血友病；
- 11) 帕金森病；
- 12) 重症肌无力；
- 13) 肝硬化（失代偿期）；
- 14) 强直性脊柱炎；
- 15) 白内障门诊手术治疗；
- 16) 重性精神病；
- 17) 癫痫病；
- 18) 支气管哮喘；
- 19) 冠心病；
- 20) 慢性肝炎（乙、丙、丁型）；
- 21) 类风湿性关节炎；

- 22) 慢性肾炎;
- 23) 甲状腺功能亢进;
- 24) 脑卒中及后遗症;
- 25) 心脏换瓣膜术后;
- 26) 血管支架植入术后;
- 27) 慢性阻塞性肺气肿;
- 28) 苯丙酮尿症;
- 29) 听力障碍(干预);
- 30) 先天性心脏病;
- 31) 实施辅助生殖技术;
- 32) 戈谢病。

6.2.2 医疗保险待遇：职工医保个人账户余额大于2,000元时，医疗费用由个人账户支付。个人账户小于或等于2,000元时，符合门诊特殊病种支付范围的医疗费用由统筹基金支付，参照三级医院住院报销待遇，即年度起付线为500元，起付线以上部份统筹基金支付比例为85%。其中实施辅助生殖技术年度最高支付限额为3万元。

6.3 住院报销起付线及待遇

由医疗保险统筹基金支付，但个人要负担一定比例。当个人账户余额大于1,000元时，可用于支付参保人员住院期间的起付线部分和须由个人负担的医疗费用。

(1) 起付标准

年度内首次住院起付标准为：三级医院500元、二级医院300元、一级医院100元、转市外医院（不分医院等级），500元年度内多次住院起付标准每次递减200元，直至为零。

(2) 基本医疗保险报销比例

A. 起付标准—50,000 元：一级医院 95% 二级医院 90% 三级医院 85% 转市外医院 85%。

B. 50,000 元—最高支付限额（90,000 元）：一级医院 95% 二级医院 90% 三级医院 90% 转市外医院 90%，退休人员报销比例增加 5%。

医院级别	起付标准 (元)	起付标准以上至 5 万元部分		5 万元以上至最高支付限额 (9 万元)	
		在职	退休	在职	退休
市外	500	80%	90%	90%	95%
三级	500	85%	90%	90%	95%
二级	300	90%	95%	90%	95%
一级	100	95%	100%	95%	100%

6.4 大额医疗费用补充医疗保险报销比例

从 2018 年 1 月 1 日起，参保患者年度统筹基金支付超过基本医疗保险最高支付限额 9 万元的合规医疗费用，由大额医疗费用补充医疗保险基金支付，不设封顶线，按 95% 比例补偿。

6.5 城乡居民基本医疗保险待遇

6.5.1 普通住院报销比例

普通住院补偿：全市实行统一的住院补偿范围、起付线、补偿比例和封顶线，落实差异化补偿机制，拉开不同级别医疗机构起付线和补偿比例差距，引导参保居民合理就医。具体标准如下：

定点医疗机构 级别	起付线（元）	补偿比例	封顶线（万元）
乡镇级（一级）	100	90%	12
县区级（二级）	500	80%	12
市级（三级）	800	55%	12
市外	1,000	40%	12
备注	<p>1、在莆高校大学生转市外就医的，按照《关于在莆高校大学生参加城镇居民基本医疗保险的补充通知》（莆人社文〔2015〕390号）规定执行。</p> <p>2、市外医保定点医疗机构包括职工医保定点医疗机构或城乡居民医保定点医疗机构。</p>		

- (1) 稳步推进分级诊疗，建立统筹区域内各级医疗机构长期稳定的分工协作机制，逐步形成基层首诊、双向转诊、差异补偿的新模式。参保患者在市内就医，经上级医疗机构转诊进入乡镇级医疗机构康复的，不设起付线，补偿比例按 100%。
- (2) 住院床位费支付标准为 A 类 3 人间。
- (3) 新生儿（其父母至少有一方参加我市职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险），以及具有本市户籍的新生儿（其父母双方均参加市外职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险）当年度免费参加我市城乡居民基本医疗保险，享受住院补偿将胎心监测、新生儿监护、疾病筛查等部分幼儿临床诊疗需要的诊疗项目纳入支付范围，100% 给予补偿。

(4) 加大特殊人群保障力度。城乡医疗救助对象在定点医疗机构住院，不设起付线，直接按比例补偿；全市百岁以上老人住院，不设起付线，政策范围内费用 100% 补偿；患者在市外医疗机构接受肿瘤放射治疗的，政策范围内补偿比例提高到 55%；将假肢、矫形器具项目纳入医保范围，具体按照《关于假肢矫形器等辅助器具纳入基本医疗保障范围的通知》（莆市残联〔2015〕50 号）执行。

6.5.2 城乡居民大病保险补偿办法

对于参保人员当年度内，扣除基本医疗保险普通住院补偿后超过 1.5 万元的合规医疗费用纳入大病保险补偿范围，成年人按照 80% 予以补偿，不满十八周岁的未成年人按照 90% 予以补偿，每人最高赔付限额累计为 33 万元。

6.5.3 城乡居民重大疾病补偿办法

终末期肾病、重性精神疾病、艾滋病机会感染、唇腭裂、儿童白血病和先天性心脏病、慢性髓细胞白血病、血友病、耐多药肺结核等 9 类重大疾病，统一按照 80% 予以补偿。

6.5.4 城乡居民特大病种补偿办法

肝、肾、心、肺等器官移植；干细胞移植、骨髓移植；冠脉搭桥；复杂先天性心脏病；脑肿瘤及脑血管疾病的放射治疗、伽玛刀、X 刀、光子刀治疗；癫痫的手术治疗；帕金森病的立体定向疗法；视网膜脱离手术、眼底荧光血管造影；严重的产科合并症、并发症；重度新生儿溶血病等 10 类特大病种以及 H7N9 等突发重性传染病（另行确定），确需到三级医疗机构住院的，其住院参

照县区级（二级）定点医疗机构予以补偿。

当年度城乡居民基本医疗保险、大病保险、重特大疾病合并封顶 65 万元。

6.5.5 城乡居民普通门诊补偿

乡镇卫生院（设区卫生服务中心）普通门诊不设起付线，按照 60% 予以补偿，单次补偿封顶 25 元，每人年封顶线 400 元（含村级 50 元），建档立卡的贫困人口按照 80% 予以补偿，单次封顶 50 元，每人年封顶线 800 元；村卫生所（设区卫生服务站）普通门诊不设起付线，按照 40% 予以补偿，单次补偿封顶 15 元，每人年封顶线 50 元，建档立卡的贫困人口按照 60% 予以补偿，单次补偿封顶 25 元，每人年封顶线 200 元。

6.5.6 城乡居民门诊特殊病种补偿

门诊特殊病种不设起付线，分八类进行补偿。

一类：重症尿毒症补偿比例 80%，年度封顶线 5 万元。

二类：重性精神病补偿比例 90%，年度不设封顶线。

三类：癫痫病、儿童听力障碍（干预）、强直性脊柱炎、帕金森氏病及综合征、支气管哮喘、甲状腺功能亢进、脑卒中及后遗症、重症肌无力、慢性肾炎、心脏换瓣膜术后、血管支架植入术后等 11 种病种补偿比例 60%，年度封顶线 6,000 元。

四类：恶性肿瘤化学治疗和放射治疗（含白血病）、器官移植抗排斥反应、慢性心功能不全、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、苯丙酮尿症、慢性丙型肝炎、肝硬化（失代偿期）等 9 种病种补偿比例与同级别医院的住院补偿比例一

致，年度封顶线 4 万元。

五类：糖尿病、高血压（II 期及以上）实行与同级别医院的住院补偿比例一致，年度封顶线 6,000 元。

六类：慢性乙型肝炎、慢性阻塞性肺气肿补偿比例 60%，年度封顶线 2,000 元。

七类：实施辅助生殖技术一般人群按照 60% 给予补偿，年度封顶线 3 万元；计划生育特殊困难家庭（指独生子女三级以上残疾或死亡、且未再生育或收养子女的家庭）按照 80% 给予补偿，年度封顶线 4 万元。

八类：结核病按照 100% 给予补偿，年度封顶线 7,000 元。