



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

福建省福州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3章 福州市

3.1 职工医保普通门诊报销比例

起付线 1500 元及以下	1500 元以上-6000 元 (含) 以下	
由个人帐户支付, 个人帐户不足时, 由现金支付。	人员	支付比例
	在职	60% (其中定点社区 65%)
	退休	70% (其中定点社区 75%)

(1) 年度内参保人员在定点医疗机构普通门诊符合基本医疗保险目录范围内的医疗费用, 按以上标准支付。

(2) 参保职工在医保定点社区卫生服务中心、乡镇卫生院普通门诊使用国家基本药物的药品费用取消起付线, 直接由统筹基金按规定比例支付。

3.2 职工医保门诊特殊病种和住院报销比例

(1) 起付线和封顶线 (按病种收费除外)

门诊特殊病种及治疗项目起付线	首次住院起付标准		年度内统筹基金最高支付限额
	三级定点医疗机构首次住院起付线为 800 元	二级及其以下定点医疗机构首次住院起付线为 600 元 (其中社区卫生服务中心、乡镇卫生院为 300 元)	
800 元	年度内多次住院每次递减 200 元直至降为零		12 万元

(2) 统筹基金支付比例 (按病种收费除外)

参保对象	门诊特殊病种及治疗项目费用		年度内统筹基金最高支付限额					
	医疗机构	社区	三甲	三乙	二甲	二乙	一级	社区
在职	85%	90%	85%	86%	87%	88%	90%	92%
退休	90%	94%	90%	91%	92%	93%	94%	95%

(3) 特殊病种和治疗项目包括:

- 1) 恶性肿瘤化学治疗和放射治疗;
- 2) 重症尿毒症门诊透析治疗;
- 3) 结核病规范治疗;
- 4) 器官移植抗排异反应治疗;
- 5) 精神分裂症治疗;
- 6) 门诊危重病的抢救;
- 7) 高血压病;
- 8) 糖尿病;
- 9) 再生障碍性贫血;
- 10) 慢性心功能衰竭;
- 11) 系统性红斑狼疮;
- 12) 血友病;
- 13) 重症肌无力;
- 14) 强直性脊柱炎;
- 15) 白内障门诊手术治疗;
- 16) 重症精神病人门诊药物治疗;
- 17) 帕金森病;
- 18) 肝硬化(失代偿期);
- 19) 癫痫;
- 20) 支气管哮喘;
- 21) 苯丙酮尿症。

(4) 特殊病种支付特别规定

高血压、糖尿病每病种年度最高支付限额不超过 4,500 元, 帕金森病、肝硬化(失代偿期) 每病种年度最高支付限额不超过 8,000 元(含起付标准、基本医保目录范

围内医疗费个人负担部分)。

- (5) 参保人员有两个以上门诊特殊病种按一个起付标准计算。参保人员到实施药品零差率的定点社区卫生服务中心或乡镇卫生院就诊特殊病种时,使用国家基本药物的药品费用取消起付线,直接由统筹基金按比例支付。

3.3 职工大额医疗费用补充保险待遇

职工基本医疗保险大额医疗费用补充保险解决基本医保统筹基金最高支付限额以上的医疗费用。赔付范围为职工基本医保统筹基金最高支付限额(12万元)以上、50万元(含)以下,符合医保目录内住院及门诊大额医疗费用,理赔比例为90%,使用本人社保卡在收治医院结算。

3.4 福州市城乡居民医保基本待遇

3.4.1 普通门诊待遇

城乡居民医保普通门诊不设起付线,年度最高支付限额(含个人负担部分)800元/人,支付比例50%。就医范围限在我市医保定点社区卫生服务中心、乡镇卫生院和村卫生所。大学生就医范围扩大到所有医保定点医疗机构。

3.4.2 门诊特殊病种待遇

城乡居民医保门诊特殊病种分为特殊慢性病、普通慢性病和其他病种。门诊特殊病种(含多个病种)起付标准为400元,其中在社区卫生服务中心和乡镇卫生院接受门诊特殊病种治疗不设起付标准,治疗费用不累计起付标准。门诊特殊病种与住院医疗费用合并累计年度最高支付限额,具体待遇详见附件。门诊特殊病种的用药和诊疗项目可支付范围按照省、市相关规定执行。

3.4.3 住院待遇

城乡居民基本医疗保险住院的起付标准、支付比例和最高支付限额如下：

机构级别 /报销政策		三甲及 市外	三乙(含 专科三 甲)	二级	一级、 社区
年度最高支 付限额 12 万 元	起付标准 (元)	800	400	300	150
	支付比例	55%	65%	80%	90%

(1) 参保人员年度内多次住院按上述起付标准依次递减 100 元，直至降至零为止。

(2) 参保人员在定点医疗机构发生的列入按病种收费管理的医疗费用，按照该病种收费标准及统筹基金支付比例结算，不设起付标准。

3.4.4 大病医疗保险待遇

建立城乡居民大病保险制度，解决大病患者高额医疗费用负担。大病保险起付标准为：一个参保年度内，城乡居民医保参保人员因患大病发生的个人负担的医保目录内住院及门诊特殊病种医疗费用，超过 3 万元部分，保额 20 万元，赔付比例 50%。

3.4.5 生育医疗费待遇

(1) 病理性分娩：指参保对象住院分娩期间有以下合并症或并发症的，执行城乡居民医保住院报销政策：

- 1) 高血压疾病（伴先兆子痫、子痫）；
- 2) 糖尿病（限需胰岛素治疗）；

- 3) 心脏疾病;
- 4) 肝损伤 (限急性病毒性肝炎、急性脂肪肝、HELLP 综合征、药物性肝脏损害等);
- 5) 产后大出血 (24 小时内超过 500ml);
- 6) 羊水栓塞;
- 7) 血小板减少症;
- 8) 系统性红斑狼疮;
- 9) 子宫肌瘤剔除术;
- 10) 卵巢囊肿剔除术;
- 11) 急性胰腺炎手术治疗;
- 12) 急性阑尾炎手术治疗;
- 13) 急性胆囊炎 (结石) 手术治疗;
- 14) 输尿管结石手术治疗;
- 15) 子宫破裂;
- 16) 软产道裂伤 (限于宫颈裂伤、III 度会阴阴道裂);
- 17) 慢性肾炎;
- 18) 急性肾盂肾炎;
- 19) 甲亢;
- 20) 活动性肺结核;
- 21) 传染性疾病;
- 22) 产褥感染、产褥中暑;
- 23) 分娩住院期间并发的休克、昏迷、播散性血管内凝血 (DIC)、脑血管意外、肺栓塞、心力衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭等生命体征不稳定的其它急危重症。

(2) 正常分娩 (含正常产、剖宫产): 指除以上病理性外分

娩的参保对象，符合我省和我市计划生育政策的，由城乡居民医保基金给予一次性定额报销 800 元/人。