南平市医疗保障局
南平市财政局 文件

南医保〔2024〕67号

南平市医疗保障局 南平市财政局关于完善南平市基本医疗保险待遇的通知

市医保局各县（市、区）派出局，各县（市、区）财政局，市医保局各直属事业单位:

为进一步健全我市基本医疗保险待遇调整机制，确保医保基金健康可持续运行，结合我市实际，对我市基本医疗保险待遇进行调整，具体事项如下:

一、城镇职工基本医疗保险

（一）住院待遇

1.起付线。城镇职工基本医疗保险除执行按病种收付费不

设起付线外，在南平市统筹区内，一级定点医疗机构、二级定点医疗机构和三级定点医疗机构起付线标准分别为150元、400元和500元。南平市统筹区外定点医疗机构住院起付线标准为700元。异地安置人员执行南平市统筹区内住院起付线标准。

一个自然年度内，在南平市范围内二级定点医疗机构和三级定点医疗机构第二次住院的，起付线标准分别为300元和400元，第三次及以上住院，起付线标准分别为200元和300元。

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。

2.住院报销比例。城镇职工参保人员在南平市范围内的定点医疗机构住院，基本医疗保险住院封顶线以内的医保政策范围内费用（扣除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91%（退休91%）的比例支付；二级医疗机构按在职87%（退休91%）的比例支付；三级医疗机构按在职83%（退休87%）的比例支付。异地安置人员住院报销比例按南平市统筹区内的标准执行。

在南平市统筹区外的定点医疗机构住院，办理转诊转院手续的或异地急诊抢救人员，个人须承担统筹基金支付部分的10%；非急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20%。

3.按病种收付费报销待遇。南平市城镇职工医保按病种收

付费医保报销待遇具体如下：

区域	医疗机构级别		类型	报销比例
省属公立医院按病种付费	A档医院		职工医保异地安置人员	55%
			职工医保转院转诊人员	50%
			职工医保未转院转诊人员	35%
	B档医院		职工医保异地安置人员	60%
			职工医保转院转诊人员	55%
			职工医保未转院转诊人员	40%
省内（不含省属公立医院）	其他统筹区按病种	三级医疗机构	职工医保异地安置人员	60%
			职工医保转院转诊人员	55%
			职工医保未转院转诊人员	40%
		二级医疗机构	职工医保异地安置人员	65%
			职工医保转院转诊人员	60%
			职工医保未转院转诊人员	45%
		一级医疗机构	职工医保异地安置人员	70%
			职工医保转院转诊人员	65%
			职工医保未转院转诊人员	50%
南平市统筹区内	三级医疗机构		/	70%
	二级医疗机构			80%

（二）门诊慢特病待遇

门诊慢特病起付线标准为500元。封顶线与住院合并计算，其中高血压、糖尿病门诊特殊病种单列，额度均为医保政策范围内医疗费用6000元，同时登记有高血压、糖尿病两种门诊慢特病病种封顶线为为医保政策范围内医疗费用12000元。统筹区内定点三级医疗机构报销比例为83%（退休87%），定点二级医疗机构报销比例为87%（退休91%），定点一级医疗机构报销比例为91%（退休91%）。

二、职工大额医疗费用补助

职工大额医疗费用补助支付额封顶线为40万元，医保政策范围内费用（扣除起付线和项目自付费用）分段补助，比例调

整为：医保政策范围内费用10万（不含）至20万元（含）按91%的比例补助，20万元以上按93%的比例补助。

在南平市统筹区外的定点医疗机构住院，办理转诊转院手续的或异地急诊抢救人员，个人须承担职工大额医疗费用补助基金支付部分的10%；非急诊且未办理转诊转院手续的，个人须承担职工大额医疗费用补助基金支付部分的20%。

个人自付（包括门诊慢特病）年度累计超过1万元（含）的部分，按25%的比例补助。

三、城乡居民基本医疗保险

（一）住院起付线。城乡居民基本医疗保险除执行按病种收付费不设起付线外，在南平市统筹区内，一级定点医疗机构、二级定点医疗机构和三级定点医疗机构起付线标准分别为200元、500元和600元。南平市统筹区外定点医疗机构住院起付线标准为800元。

一个自然年度内，在南平市范围内二级定点医疗机构和三级定点医疗机构第二次住院的，起付线标准分别为400元和500元，第三次及以上住院，起付线标准分别为300元和400元。

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。

（二）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，基本医疗保险住院封顶线以内的医保政策

范围内费用（扣除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80%的比例支付；三级医疗机构按67%的比例支付。

省内统筹区外定点医疗机构按50%的比例支付，省外定点医疗机构按40%的比例支付。

（三）按病种收付费报销待遇。南平市城乡居民医保按病种收付费医保报销待遇具体如下：

区域		医疗机构	报销比例
省属公立医院按病种付费		A档医院	40%
		B档医院	45%
省内（不含省属公立医院）	其他统筹区按病种	三级医疗机构	40%
		二级医疗机构	45%
		一级医疗机构	45%
南平市统筹区内		三级医疗机构	55%
		二级医疗机构	65%

四、居民大病保险

大病保险的起付线调整为23200元，支付额封顶线为30万元。一个自然年度内，城乡居民参保对象在定点医疗机构住院（含门诊慢特病治疗）发生的医保政策范围内费用（扣除起付线和项目自付费用）按费用高低分段补助，补助比例调整为：医保政策范围内个人自付23200元（不含）以上，医保政策范围费用10万元（含）以内的部分，经过基本医疗保险报销后的自付部分，由大病保险再按60%的比例给予补助；医保政策范围内费用10万元（不含）以上、20万元（含）以内的部分，由大病保险按82%的比例补助；医保政策范围内费用20万元（不含）以上部分，按85%的比例补助。享受大病保险倾斜支

付政策的救助对象，大病保险起付线按规定降低50%、报销比例较其他参保患者提高5个百分点，不设封顶线，个人负担增加部分按规定纳入医疗救助保障范围。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助基金支付部分的15%。

个人自付（包括门诊慢特病）年度累计超过1.5万元（含）的部分，按14%的比例补助。

五、其他工作要求

本通知于2025年1月1日起执行，以往规定与本通知不符的，以本文为准。各级医保部门要做好政策解读引导，把握宣传尺度，加强一线经办接访，及时回应群众关切，合理引导群众预期。同时密切关注政策运行情况，工作中出现的新情况和新问题要及时向市医保局报告反馈。请市医保中心按时做好信息系统改造测试、年终结转和商业保险补充协议签订等相关配套工作。

南平市医疗保障局

南平市财政局

2024年12月11日

信息公开类型：主动公开

抄送：市政府办，各县（市、区）人民政府，市直各单位

南平市医疗保障局　　2024年12月11日印发