

（二）单列门诊统筹支付药品目录

“请扫码查看”



单列门诊统筹支付药品目录

备注：

1. 适用病种同时符合单列门诊统筹和门诊特殊慢性病支付范围的药品，单列门诊统筹待遇与门诊特殊慢性病待遇不重复享受，按照待遇就高原则享受单列门诊统筹或门诊特殊慢性病待遇。

2. 单列门诊统筹支付药品目录结合国家医保药品目录调整、门诊特殊慢性病病种等因素，实行动态调整。

3. 单列门诊统筹支付药品实行特殊药品备案管理。使用特殊药品的，需向医保经办机构申请，经医保经办机构审核通过后，可按规定享受部分特殊药品单列门诊统筹支付待遇。

四、部分治疗性辅助生殖类医疗服务项目门诊医疗待遇

（一）待遇标准：不设起付线，报销比例为70%，计入参保人员年度基金最高支付限额。

（二）纳入基金支付范围的治疗性辅助生殖类医疗服务项目表

“请扫码查看”



纳入基金支付范围的治疗性辅助生殖类医疗服务项目表

五、职工基本医疗保险急诊留观医疗待遇

急诊留观是指因病情需要，在定点医疗机构急诊观察室进行的医疗。

定点医疗机构级别	起付标准		报销比例
	急诊留观不转入院治疗	急诊留观后直接转入院治疗	
三级	300元	急诊留观医疗费用与住院医疗费用合并为一次住院，起付标准按住院规定执行	按住院规定执行
二级	200元		
一级及以下	100元		

六、职工基本医疗保险住院医疗待遇

参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，按如下办法分担支付。

（一）统筹基金起付标准

定点医疗机构级别	年内第一次住院	年内第二次及以上住院
三级	600元	300元
二级	400元	200元
一级及以下	200元	100元



（二）医疗费分担支付表和床位费支付标准

医药费类别	在职人员		退休人员		床位费	备注
	统筹基金支付	个人负担	统筹基金支付	个人负担		
甲类医药费	85%	15%	90%	10%	30元/床·日。床位费低于标准的按实际数支付，高于标准的部分由个人支付。	包括血液制品
乙类医药费	75%	25%	80%	20%		
丙类医药费	<5000元	65%	35%	70%		30%
	≥5000元	50%	50%	55%	45%	

七、职工基本医疗保险家庭病床医疗待遇

符合晚期恶性肿瘤、心脑血管疾病致瘫、骨折或骨关节损伤不能行动等行动不便、长期卧床不起或70岁以上老人患慢性病需要连续治疗等情形的参保人员，向医疗机构提出建床申请，经医保经办机构审批后，按以下规定享受家庭病床医疗待遇。

医疗机构级别	起付标准	报销比例	支付限额	治疗周期
三级	300元	按住院医疗待遇规定比例	实行限额结算。符合医疗保险支付范围的医疗费用控制在150元/人·天	一次建床周期不超过90天，确需继续建床的，需重新办理登记手续
二级	200元			
一级及以下	100元			

八、南宁市职工基本医疗保险年度统筹基金最高支付限额

参保人员在参保年度内，统筹基金最高支付限额为统计部门最新公布的上年度广西城镇单位在岗职工平均工资的6倍。

2024年度南宁市职工基本医疗保险基金最高支付限额为463,608元。

九、参保人员就医注意事项

（一）参保人员应当在定点医疗机构就医，在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付（因突发疾病就医的除外）。

（二）参保人员应持本人医疗保障凭证到定点医疗机构就诊；享受门诊特殊慢性病待遇的，应主动出示相关凭证；使用特殊药品的，需经医保经办机构审核通过后，方可按规定享受特殊药品待遇。

（三）参保人员不得将本人的医疗保障凭证（如医保电子凭证、社会保障卡等）交由他人冒名使用，不得使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药。

（四）参保人员住院期间应在入住定点医疗机构接受规范治疗，禁止挂床住院。

（五）参保人员住院期间停止享受门诊医疗待遇。

（六）参保人员住院、就医应符合《广西基本医疗保险就医管理暂行办法》的其他相关规定。参保人员或者其他个人在就医过程中有违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定行为的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定处理。



职工基本医疗保险

政策问答

待遇篇



扫一扫 关注更多医保资讯



一、职工基本医疗保险门诊医疗待遇



在一个参保年度内，参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的属于基本医疗保险支付范围的医疗费用，在统筹基金起付标准以上、支付限额以下的，由统筹基金和个人按下列比例分别负担：

定点医疗机构级别	统筹基金支付		个人负担		支付限额		起付标准
	在职	退休	在职	退休	在职	退休	
一级及以下	60%	65%	40%	35%	2000元	2600元	100元
二级	55%	60%	45%	40%			200元
三级	50%	55%	50%	45%			300元

参保人员凭定点医疗机构处方在门诊统筹定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用，按规定计入职工基本医疗保险门诊统筹基金起付标准、支付限额；统筹基金起付标准、支付比例按一级及以下定点医疗机构相同待遇政策执行。

注：目前，我市按照自治区医保部门统一部署，有序推进定点零售药店纳入门诊统筹管理有关工作。门诊统筹定点零售药店名单以我市医保经办机构发布通告为准。

二、职工基本医疗保险门诊特殊慢性病医疗待遇



（一）职工基本医疗保险门诊特殊慢性病基金支付比例



定点医疗机构级别	特殊病种基金支付比例		其他病种基金支付比例	
	在职	退休	在职	退休
一级及以下	85%	92%	80%	85%
二级	85%	92%	75%	80%
三级	85%	92%	70%	75%

备注：特殊病种是指慢性肾功能不全的肾透析、恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗等3个病种；其他病种是指除了特殊病种外的门诊特殊慢性病病种。

（二）职工基本医疗保险门诊特殊慢性病医疗待遇表

序号	疾病名称	职工医保	
		起付标准 (元/人·月)	基金支付限额 (元/人·年)
1	冠心病	100	5500
2	高血压（高危组）	50	5500
	高血压病（非高危）	-	-
3	糖尿病	50	5500
4	甲状腺功能亢进症	50	5500
5	慢性肝炎治疗巩固期	100	5500
6	慢性阻塞性肺疾病	100	5500
7	银屑病	100	5500
8	严重精神障碍（含精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）	0	6000

序号	疾病名称	职工医保	
		起付标准 (元/人·月)	基金支付限额 (元/人·年)
9	类风湿性关节炎	100	6000
10	脑血管病后遗症期	100	6000
11	系统性红斑狼疮	100	12000
12	帕金森氏综合征	100	6000
13	慢性充血性心衰	100	6000
14	肝硬化	100	8500
15	结核（活动期）	100	8500
16	再生障碍性贫血	100	25000
17	肾病综合征	100	6000
18	癫痫	100	6000
19	脑瘫	100	8000
20	重症肌无力	100	6000
21	风湿性心脏病	100	5000
22	肺源性心脏病	100	5000
23	强直性脊柱炎	100	4000
24	甲状腺功能减退症	100	4000
25	重型和中间型地中海贫血	100	80000
26	血友病	100	100000
27	慢性肾功能不全（非肾透析）	100	30000
28	肾透析	0	合并住院计算年度支付限额

序号	疾病名称	职工医保	
		起付标准 (元/人·月)	基金支付限额 (元/人·年)
29	恶性肿瘤门诊治疗	0	合并住院计算年度支付限额
30	器官移植抗排异治疗	0	合并住院计算年度支付限额
31	耐药性结核病	100	80000
32	肺动脉高压	100	20000
33	阿尔茨海默病	100	6000
34	艾滋病	100	6000
35	原发性免疫性血小板减少症	100	10000
36	心房颤动	100	6000
37	支气管哮喘（限中度及以上）	100	5000
38	抑郁症（限重度）	100	6000

（三）部分门诊特殊慢性病用药实行特殊药品备案管理

实行特殊药品备案管理的药品目录动态调整。使用特殊药品的，需向医保经办机构申请，经医保经办机构审核通过后，可按规定享受门诊特殊慢性病医疗待遇。

“请扫码查看”



实行特殊药品管理的门诊特殊慢性病药品目录

备注：

1.同时患有多个门诊特殊慢性病病种的参保人员，起付标准按所患病种就高的原则计算；各个病种统筹基金年度支付限额分开单独计算。门诊特殊慢性病患者在门诊发生的医疗费用列入个人年度统筹基金最高支付限额。

2.享受门诊特殊慢性病待遇的参保人员选择定点医疗机构实行年度备案制。门诊特殊慢性病患者在自治区内可选择3家以内定点医疗机构作为门诊医疗服务定点，办理跨省长期异地就医备案人员可在参保地和就医地选择3家以内定点医疗机构作为门诊特殊慢性病医疗服务定点；门诊特殊慢性病定点医疗机构登记后在不办理取消和变更情况下长期有效；参保人员取消跨省长期异地就医备案的，自备案取消之日起在就医地定点医疗机构门诊治疗，不再享受门诊特殊慢性病待遇。定点医疗机构原则上一年一定，中途不予变更；确因特殊情形需要变更定点医疗机构的，可向医疗保障经办机构申请办理变更手续。

3.重型和中间型地中海贫血、血友病和再生障碍性贫血三种门诊特殊慢性病参保人员因病情需要在具备条件的定点医疗机构门诊输血治疗的，产生的合规医疗费用按急诊留观医疗待遇结算，基金起付标准为20元/人·月，基金支付急诊留观的医疗费用纳入该病种基金年度最高限额支付指标。

三、职工基本医疗保险部分特殊药品单列门诊统筹支付待遇



（一）待遇标准

不设起付线，在职人员报销比例为70%、退休人员报销比例为75%，统筹基金支付限额为8万元/年，计入统筹地区职工医保年度最高支付限额，共用封顶线。