

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50%，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

“请扫码查看哦”



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、城乡居民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、城乡居民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，在统筹基金最高支付限额以下的，统筹基金按下表规定支付。

| 定点医疗机构级别 | 基金起付标准 | | 报销比例 | 床位费基金支付标准 |
|----------|---------|------------|------|-----------|
| | 年内第一次住院 | 年内第二次及以上住院 | | |
| 一级及以下 | 100 | 100 | 90% | 20元/床·日 |
| 二级 | 300 | 200 | 75% | |
| 三级 | 600 | 300 | 60% | |
| 自治区三级 | 600 | 300 | 55% | |

备注：

1. 床位费低于标准的按实际发生数支付，高于标准的部分由个人支付。

2. 使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分别先由个人自付15%、30%后，再按上表规定支付。

七、城乡居民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，向参保地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60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、城乡居民基本医疗保险有关生育及产科并发症的医疗待遇

参保人员在门诊发生相关生育的医疗费按门诊医疗统筹规定支付；在住院发生生育、产科并发症等的医疗费按住院规定比例报销。

参保人员因难免流产、稽留流产等病理性原因导致的流(引)产，以及经医学鉴定(检查)发现母亲、胎儿疾病需要引(流)产的，在门诊发生的医疗费用按门诊医疗统筹规定支付；在住院发生的医疗费用按住院规定比例报销。

九、城乡居民基本医疗保险学生意外伤害医疗待遇

在校学生在本校校园内或学校组织的活动中以及上下学途中发生意外伤害事故的，年度内发生符合规定的门诊医疗费5000元以下(含5000元)，由基金支付80%；需住院治疗的，按住院规定比例支付。



十、南宁市城乡居民基本医疗保险年度基金最高支付限额

参保人员在参保年度内，基金最高支付限额为每年1月1日前统计部门最新公布的上年度广西城镇居民人均可支配收入的6倍。年度基金最高支付限额按自然年度一年一定，年中不予调整。

2024年度城乡居民基本医疗保险基金最高支付限额为238,218元。

十一、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。

城乡居民基本医疗保险

政策问答

待遇篇



扫一扫 关注更多医保资讯



一、城乡居民基本医疗保险门诊医疗统筹待遇

(一)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门诊医疗费用由门诊医疗统筹按下表规定支付。

| 定点医疗机构级别 | 每日报销限额(元/天,不含一般诊疗费) | 报销比例 | 一般诊疗费报销 |
|---------------------|---------------------|------|------------------------|
| 二级及以上定点医疗机构 | 150元 | 65% | |
| 一级定点医疗机构 | 100元 | 75% | 门诊统筹支付13元/人次,个人负担2元/人次 |
| 一体化管理的村卫生室(社区卫生服务站) | 70元 | 85% | 门诊统筹支付7元/人次,个人负担1元/人次 |
| 年度最高支付限额 | 300元/年·人,含一般诊疗费报销 | | |

(注:参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗统筹待遇适用于校内定点医疗机构,个人自付比例原则上不低于10%,具体由学校定点医疗机构确定。)

(二)享受城乡居民基本医疗保险门诊医疗统筹待遇前的手续和注意事项

1.选择门诊医疗统筹服务点并签约

社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室可直接作为参保人员门诊医疗统筹服务点,无需办理门诊医疗统筹签约手续。同时,参保人员也可选定一家二级及以上定点医疗机构作为门诊医疗统筹服务点,并在该定点医疗机构办理门诊医疗统筹签约手续。

参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗统筹服务点为学校医疗机构,不需再办理门诊医疗统筹签约手续。

2.注意事项

在非签约的医疗机构发生的门诊费用不能报销。门诊医疗统筹服务点一年一定,中途不予变更。

二、城乡居民门诊特殊慢性病医疗待遇

(一)城乡居民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 | 基金支付比例 | |
|----------|--------|------|
| | 特殊病种 | 其他病种 |
| 一级及以下 | 85% | 80% |
| 二级 | 75% | 65% |
| 市三级 | 70% | 50% |
| 自治区三级 | 65% | 50% |

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、器官移植抗排斥治疗等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)城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病医疗待遇表

| 序号 | 疾病名称 | 居民医保 | |
|----|--|-------------|---------------|
| | | 起付标准(元/人·月) | 基金支付限额(元/人·年) |
| 1 | 冠心病 | 20 | 2000 |
| 2 | 高血压(高危组) | 10 | 2000 |
| | 高血压病(非高危) | 0 | 600 |
| 3 | 糖尿病 | 10 | 2000 |
| 4 | 甲状腺功能亢进症 | 10 | 2000 |
| 5 | 慢性肝炎治疗巩固期 | 20 | 2000 |
| 6 | 慢性阻塞性肺疾病 | 20 | 2000 |
| 7 | 银屑病 | 20 | 2000 |
| 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 | 3500 |
| 9 | 类风湿性关节炎 | 20 | 2500 |
| 10 | 脑血管病后遗症期 | 20 | 2500 |

| 序号 | 疾病名称 | 居民医保 | |
|----|---------------|-------------|---------------|
| | | 起付标准(元/人·月) | 基金支付限额(元/人·年) |
| 11 | 系统性红斑狼疮 | 20 | 5000 |
| 12 | 帕金森氏综合征 | 20 | 2500 |
| 13 | 慢性充血性心衰 | 20 | 2500 |
| 14 | 肝硬化 | 20 | 2500 |
| 15 | 结核(活动期) | 20 | 2500 |
| 16 | 再生障碍性贫血 | 20 | 12500 |
| 17 | 肾病综合征 | 20 | 3500 |
| 18 | 癫痫 | 20 | 3500 |
| 19 | 脑瘫 | 20 | 4000 |
| 20 | 重症肌无力 | 20 | 3500 |
| 21 | 风湿性心脏病 | 20 | 2500 |
| 22 | 肺源性心脏病 | 20 | 2500 |
| 23 | 强直性脊柱炎 | 20 | 2000 |
| 24 | 甲状腺功能减退症 | 20 | 2000 |
| 25 | 重型和中间型地中海贫血 | 20 | 60000 |
| 26 | 血友病 | 20 | 80000 |
| 27 | 慢性肾功能不全(非肾透析) | 20 | 20000 |
| 28 | 肾透析 | 20 | 合并住院计算年度支付限额 |
| 29 | 恶性肿瘤门诊治疗 | 20 | 合并住院计算年度支付限额 |
| 30 | 器官移植抗排斥治疗 | 20 | 合并住院计算年度支付限额 |
| 31 | 耐药性结核病 | 20 | 40000 |
| 32 | 肺动脉高压 | 20 | 10000 |
| 33 | 阿尔茨海默病 | 20 | 3000 |
| 34 | 艾滋病 | 20 | 3000 |
| 35 | 原发性免疫性血小板减少症 | 20 | 5000 |
| 36 | 心房颤动 | 20 | 3000 |
| 37 | 支气管哮喘(限中度及以上) | 20 | 2500 |
| 38 | 抑郁症(限重度) | 20 | 3000 |

(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。

“请扫码查看哦”



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纳入该病种基金年度最高限额支付指标。



三、城乡居民基本医疗保险部分特殊药品单列门诊统筹

(一)城乡居民基本医疗保险部分特殊药品单列门诊统筹支付待遇标准

不设起付线,统筹基金按50%比例支付,统筹基金支付限额为4万元/年,计入统筹地区居民医保年度最高支付限额,共用封顶线。



(二)单列门诊统筹支付药品目录

“请扫码查看哦”



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。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,可按规定享受特殊药品待遇。