附件5

精神床日病组超额累进支付率表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病例按项目支出费用 | 二级及以下医疗机构支付率 | 三级医疗机构支付率 |
| 不超过床日限额支付费用标准85%的部分 | 100% | 100% |
| 超过床日限额支付费用标准85%至100%的部分 | 95% | 90% |
| 超过床日限额支付费用标准100%至200%的部分 | 70% | 65% |
| 超过床日限额支付费用标准200%的部分 | 0% | 0% |