附件

关于统一贵州省城乡居民基本医疗保险

待遇保障政策的通知

（征求意见稿）

各市（自治州）医疗保障局：

为贯彻落实《省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险省级统筹的意见》（黔府办发〔2024〕19号）要求，坚持以收定支、收支平衡，按照分步推进、稳慎平衡的原则，规范统一全省城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）待遇标准，现就有关事项通知如下。

一、统一全省医保支付范围

参保人员在定点医药机构就医发生的符合医保药品、医疗服务项目、医用耗材目录范围的医疗费用，按规定纳入基本医疗保险支付范围，按就诊类别实行分类报销。参保人员使用甲类药品、普通诊疗项目，全额纳入政策报销范围；使用乙类药品、特殊诊疗项目和目录内医用耗材，个人先行自付比例统一为10%；使用纳入特殊药品管理的药品，个人先行自付比例单独规定。

二、统一全省基本医保待遇政策

（一）统一门诊待遇

**1.普通门诊**

参保人员在省内二级及以下定点医疗机构发生符合规定的门诊医疗费用，基层医疗卫生机构支付比例85%；一级及未定级医疗机构支付比例80%；二级医疗机构起付标准20元，支付比例60%。参保人员普通门诊年度基金支付限额500元。

**2.“两病”门诊**

参保人员办理了高血压、糖尿病门诊用药专项待遇的，在定点医疗机构门诊就诊产生的与办理病种相关的政策范围医疗费用，不设起付标准，基层医疗卫生机构及一级及未定级医疗机构支付比例90%，二级医疗机构80%，三级医疗机构70%。高血压年度支付限额800元，糖尿病支付限额1200元，同时合并高血压和糖尿病的支付限额2000元。

**3.慢特病门诊**

参保人员办理了慢特病门诊待遇，在选定定点医药机构门诊就诊产生且与办理病种相关的政策范围医疗费用纳入支付范围。门诊慢性病年度累计起付标准150元，按病种确定支付限额，支付比例按照同级医疗机构住院待遇标准执行。参保人员同时办理多种慢性病的，年度内只支付一次起付标准，多种病种的基金支付限额可以叠加，叠加后的年度最高支付限额不超过10000元。门诊特殊疾病不设起付标准，按病种确定支付限额，支付比例按照同级医疗机构住院待遇标准执行。参保人员办理多种门诊特殊疾病的，基金支付限额可以叠加，叠加后的基金支付限额不超过统筹地区统筹基金年度最高支付限额。对于执行具体设定限额的病种，叠加后的基金支付限额不超过实际合并计算限额。

**4.特药门诊**

参保人员使用符合贵州省医疗保险特殊药品“五定”管理规定范围的药品，进行用药条件认定后，其特殊药品费用不设起付标准，在医疗机构使用的支付比例按照同级医疗机构住院待遇标准执行，在特药药店使用的支付比例为70%。

（二）统一住院待遇

参保人在省内定点医疗机构住院产生的费用，按以下政策标准支付：基层医疗机构（不含村卫生室、社区卫生服务站等不能开展住院服务的定点机构）起付标准100元，支付比例85%；一级及未定级医疗机构起付标准200元，支付比例80%；二级医疗机构起付标准400元，支付比例75%；三级医疗机构（市<州>级）起付标准800元，支付比例65%；三级医疗机构（省级）起付标准1000元，支付比例60%。

因突发疾病在二级及以上定点医疗机构急诊抢救转为住院治疗的，急诊抢救（含院前急诊抢救）医疗费用与住院医疗费用合并计算；急诊抢救死亡或未转为住院治疗的，对政策范围内的医疗费用，视同住院医疗费用按规定报销。

（三）统一生育待遇

**1.产前检查**

确诊怀孕并进行了产检登记的参保人，在定点医疗机构进行产前检查产生的门诊医疗费用，不设起付标准，基层医疗卫生机构支付比例85%；一级及未定级医疗机构支付比例80%；二级医疗机构支付比例60%；三级医疗机构支付比例50%。基金支付限额600元，与普通门诊统筹额度叠加，待遇享受期截至分娩当月。

**2.辅助生殖**

参保人员在经贵州省卫生健康部门批准开展辅助生殖技术的省内定点医疗机构实施辅助生殖的门诊费用，不设起付标准，支付比例统一为50%。纳入医保支付的项目，每个项目限2次/人。

**3.分娩住院**

参保人员住院分娩，以及在孕期因妊娠合并症、习惯性流产、先兆流产、先兆早产、妊娠晚期出血、宫外孕等发生的住院医疗费用，对符合条件开展DRG/DIP付费的医疗机构，按照相应病种分组标准执行，按普通住院标准予以支付。对暂不符合条件开展DRG/DIP付费的医疗机构，按各统筹区现行政策执行。

（四）统一异地就医待遇

参保人跨省进行产前检查、“两病”门诊、慢特病门诊、使用特药目录内药品，省外定点医疗机构起付标准的规定与省内一致；参保人跨省住院，属于急诊抢救或已办理转诊备案手续的，一级及以下医疗机构起付标准为400元，二级医疗机构800元，三级医疗机构1500元；非急诊或未办理转诊备案的，起付标准一级及以下医疗机构为600元，二级医疗机构为1000元，三级医疗机构为1800元。

以上就诊类型，参保人属于急诊抢救或已办理转诊备案手续的，支付比例在省内同级医疗机构的基础上降幅10个百分点；非急诊或未办理转诊备案的支付比例在省内同级医疗机构的基础上降幅20个百分点。

（五）统一大病保险待遇

参保人年度内个人负担的住院和门诊慢特病政策范围内医疗费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。大病保险政策范围内费用起付线7000元，根据居民人均可支配收入变化适时动态调整。起付线以上—5万元（含）支付比例60%；5万元—10万元（含）支付比例70%；10万元以上支付比例80%。

（六）实行连续参保和零报销激励

**1.门诊激励**

探索基本医保零报销激励机制，对参保当年未使用医保统筹基金（包括住院、普通门急诊、门诊慢特病、定点零售药店等各类待遇使用的统筹基金）报销的参保人员，次年普通门诊统筹支付限额在原有支付限额的基础上提高100元/年，连续累计提高激励额度最高可达到500元，与基本支付限额叠加可达到1000元，参保人发生统筹基金结算并使用相应奖励额度后，从次年起重新累计计算激励额度。

**2.住院激励**

连续参加城乡居民医保满4年的参保人员之后每连续参保1年，大病保险最高支付限额在原有额度的基础上提高2%。

对于参保当年未使用统筹基金报销（包括住院、普通门急诊、门诊慢特病、定点零售药店等各类待遇使用的统筹基金）的参保人员，次年大病保险的最高支付限额在原有额度上提高 2%。满足连续参保和零报销的参保人员，可享受大病保险叠加奖励额度，累计提高总额不超过所在统筹区大病保险原封顶线的20%。城乡居民在发生大病保险报销并使用相应奖励额度后，其前期积累的零报销激励额度将自动清零（清零激励不包括连续参保激励额度），第2年重新开始计算零报销奖励额度。

（七）其他

一个参保年度内，参保人在医保定点医药机构发生的政策范围内医疗费用，包括住院、生育、异地等各项待遇，基本医保基金年度总支付限额25万元，大病保险基金年度支付总限额为30万元。

三、工作要求

（一）做好政策过渡和衔接。门诊、住院、生育等医疗待遇的基金起付标准、支付比例和最高支付限额等，由省级医保行政部门根据居民医保基金收支运行情况等因素，商财政部门实行动态调整。

（二）同步推进配套措施。研究完善门诊按人头付费等适宜支付方式，强化慢特病门诊入口把关，加强对门诊大处方、突击消费等行为的监管力度，适应门诊制度发展需求，稳妥推进医保基金合理使用。规范完善全省统一的医保经办服务规程和政务服务事项，深入推进医保领域“高效办成一件事”。持续推进医保服务事项下沉乡镇（街道）、村（社区）办理，实现医保经办服务五级全覆盖。

本通知自2025年 月 日起施行，本通知未尽事宜继续按现有规定执行，国家和省有新规定的，从其规定。市（州）执行过程中的重要情况及时向省医保局、省财政厅报告。

2025年 月 日