

贵州省医疗保障局 贵州省财政厅 文件

黔医保发〔2025〕16号

省医保局 省财政厅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

各市（自治州）医疗保障局、财政局，中心：

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，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购药发生的符合医保药品、医疗服务项目、医用耗材目录范围的政策范围内医疗费用，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，统筹基金按规定比例支付；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10%后，剩余部分再由统筹基金按规定比例予以支付；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门诊发生的政策范围内费用，村卫生室（社区卫生服务站）支付比例为90%；乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、一级及未定级医疗机构支付比例为85%；二级医疗机构起付标准20元/次，支付比例为60%。参保人员普通门诊年度基金支付限额为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，在定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖相关的药品及检查、检验等政策范围内费用，不设起付标准，基层医疗机构、一级及未定级医疗机构支付比例为90%；二级医疗机构支付比例为80%；三级医疗机构支付比例为70%。高血压年度支付限额为800元，糖尿病年度支付限额为1200元，同时合并高血压和糖尿病的年度

支付限额为 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发生的与办理病种相关的政策范围内费用纳入支付范围。门诊慢性病累计起付标准为 150 元/年，按病种确定支付限额，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，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医保基金（含基本医保、大病保险、医疗救助）年度最高支付限额。

参保人员慢特病门诊政策范围内费用在基层医疗机构支付比例为 85%；一级及未定级医疗机构支付比例为 80%；二级医疗机构支付比例为 75%；三级医疗机构（市〈州〉级）支付比例为 65%；三级医疗机构（省级）支付比例为 60%。现行慢特病病种单独规定了起付标准、支付比例的，继续按原政策规定执行。

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，在医疗机构及特药药店开具使用药品的政策范围内费用支付比例按照同级慢特病门诊支付比例执行。

（二）统一住院待遇

参保人在省内定点医疗机构住院发生的政策范围内费用，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/次，支付比例为 85%；一级及未定级医疗机构起付标准 200 元/次，支付比例为 80%；二级医疗机构起付标准 400 元/次，支付比例为 75%；三级医疗机构（市〈州〉级）起付标准 800 元/次，支付比例为 60%；三级医疗机构（省级）起付标准 1000 元/次，支付比例为 55%。

因突发疾病在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；急诊抢救死亡或因特殊原因未转为住院治疗的，政策范围内费用按同级医疗机构住院待遇规定报销。

（三）统一生育待遇

1. 产前检查

参保人员确诊怀孕并进行了产检登记的，在定点医疗机构进行门诊产前检查发生的政策范围内费用，不设起付标准，二级及以下医疗机构支付比例按照普通门诊规定执行；三级医疗机构支付比例为 50%。基金支付限额为 600 元，与普通门诊统筹额度叠加（三级医疗机构除外），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门诊实施辅助生殖发生的政策范围内费用，

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、宫外孕等与妊娠相关的政策范围内住院医疗费用，按普通住院标准予以支付。

(四) 统一异地就医待遇

参保人员跨省进行产前检查、“两病”门诊、慢特病门诊、使用特药目录内药品，在省外定点医药机构起付标准的规定与省内一致；参保人员跨省住院，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/次，二级医疗机构 800 元/次，三级医疗机构 1500 元/次；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 600 元/次，二级医疗机构 1000 元/次，三级医疗机构 1800 元/次。

以上就诊类型，参保人属于急诊抢救情形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；非急诊抢救或未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 20 个百分点。其他就诊类型暂不开通跨省异地就医待遇。

(五) 统一大病保险待遇

参保人员年度内个人负担的住院和门诊慢特病(包括特药门诊)政策范围内费用累计超过大病保险起付线的部分(不含个人

先行自付部分), 大病保险基金分费用段按比例报销。大病保险起付线为 7000 元/年, 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) 实行激励约束机制

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。断保人员再参保的, 连续参保年数重新计算, 大病保险最高支付限额在原有额度的基础上降低 2%。

对涉及欺诈骗保的居民医保参保人员, 除按照《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定进行处罚以外, 根据骗取金额提高其大病保险起付线, 提高起付线额度最低标准为大病保险原封顶线的 20%。查处骗取金额低于最低标准的, 按照最低标准提高起付线; 查处金额高于最低标准的, 按照查处金额提高起付线; 涉及多次欺诈骗保的, 每次起付线提高的金额累加。起付线提高

直至居民发生大病保险报销后清零重新计算。

（七）其他

一个参保年度内，参保人员在医保定点医药机构发生的政策范围内医疗费用，包括门诊、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，大病保险基金年度总支付限额 25 万元。

三、工作要求

（一）做好政策过渡和衔接。居民医保各项基本待遇政策标准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。市（州）已将门诊统筹待遇延伸至市（州）及三级医疗机构，以及大病保险起付线调整幅度较大的，可结合实际采取梯度调整设置起付标准、支付比例等稳妥方式，3 年内过渡规范到全省统一政策。主要为县（市、区、特区）域内参保人服务的县（市、区、特区）级人民医院、中医院和妇幼保健院等被评定为三级医疗机构，执行县级收费标准的，按二级定点医疗机构待遇政策执行。

（二）同步推进配套措施。市（州）医保部门要探索研究完善门诊适宜支付方式，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”。

本通知规定的门诊（普通门诊、“两病”门诊）、生育、异地

就医政策自 2025 年 11 月 1 日起施行，其他待遇政策自 2026 年 1 月 1 日起施行。省医疗保障事务中心负责做好组织实施，结合实际组织安排涉及本通知的系统改造、经办管理等事项。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。



（此件公开发布）



贵州省医疗保障局办公室

2025 年 9 月 29 日印发
