

贵州统一城乡居民医保待遇标准

消除各地政策差异,增强政策系统性,强化提升部分待遇



政策解读

★出台背景

2020年,我省全面实现居民医保制度城乡整合以后,省级和各市(州)因地制宜,陆续出台了系列政策文件,对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度可持续发展发挥了积极作用。但在市(州)级统筹的模式下,因各地经济社会发展水平、人口结构等不同,医保待遇政策有差距,水平也不尽相同,影响公平性。按照省人民政府关于推进基本医疗保险省级统筹的要求,省医保局会同省财政厅联合制定印发了《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》(以下简称《通知》),在全省执行统一的城乡居民医保政策,进一步规范健全贵州省城乡居民基本医疗保险制度。

★主要内容

《通知》主要有三个方面内容,分别是统一全省医保支付范围、统一全省基本医保待遇政策和工作要求。第一部分对支付范围作出了总的规定,包括药品、项目和医用耗材的个人先行支付比例规定,各项待遇政策均按总的支付范围规定执行。第二部分按照待遇政策类别,逐项明确门诊、住院、生育、大病保险待遇以及相应的激励约束机制。第三部分,明确政策过渡衔接和同步推进配套措施等要求。

★参保城乡居民享受哪些待遇?

参加我省城乡居民医保的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,按就诊类别享受分类报销待遇。具体包括门诊医疗待遇(普通门诊、“两病”门诊、慢特病门诊和特药门诊)、住院医疗待遇、生育医疗待遇(产前检查、辅助生殖、分娩住院)几个方面,具体的待遇标准在政策文件中逐一进行了明确。

★全省统一政策主要有哪些方面变化?

首先是对全省政策进行了规范统一。此前全省九个子(州)居民医保政策不完全一致,比如不同市(州)同一级医疗机构住院报销比例相差5—10个百分点。统一政策后,全省范围内居民医保待遇政策标准基本一致,更加公平统一。在确保政策延续性和医保基金稳健运行的前提下,全省待遇水平总体保持相对稳定,部分地区的参保人员所获得的医保报销待遇会比政策调整前多一些。

其次是全省政策系统性进一步增强。将此前分散的各项政策进行了规范整合,更便于理解和执行。同时,体现三医协同发展理念,各项待遇政策设置向基层倾斜,异地就医与本地就医拉开适度差距,设置激励约束机制,引导参保人合理就医;巩固慢性病保障水平,提出研究完善门诊按人头付费等适宜支付方式,适应制度发展需求。

最后是部分待遇政策有强化提升。增强了对急诊抢救、院前急救的待遇保障,将门诊统筹难以覆盖的急诊抢救(含院前急诊抢救)费用纳入保障范围;增强了生育待遇保障,参保人妊娠及相关合并症医疗费用统一按住院待遇予以保障;建立参保激励和约束长效机制,建立了居民医保“连续参保激励”与“医保基金零报销激励”两个激励机制,对连续多年参保且医保基金零报销的居民,提高大病保险的支付限额。

★执行时间

《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,既往政策规定与《通知》不一致的,以《通知》为准,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。

据贵州省医疗保障局

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。

统一全省基本医保待遇政策

统一门诊待遇

★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。

★“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。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。

★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。

★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。

统一住院待遇

参保人员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%。

统一生育待遇

包括产前检查、辅助生殖及分娩住院三方面。

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。

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%。

激励及约束机制

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、普通门诊急诊、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。

年度总支付限额

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。

据贵州省医疗保障局