六盘水市医疗保险报销范围和比例

一、门诊待遇

（一）普通门诊待遇。在省内定点医疗机构门诊就医的，无需办理备案手续，发生的政策范围内医疗费用,纳入普通门诊报销，不设起付线，实行直接结算。

**1.定点医疗机构范围。**省内二级及以下定点医疗机构。

**2.报销比例。**村卫生室(含社区卫生服务站)90%;乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、一级及未定级医疗机构85%;二级医疗机构60%。

**3.年度支付限额。**每人每年支付限额为500元，家庭成员不共享。年度限额限当年使用，不结转累加。

（二）产前检查待遇。参保人确诊怀孕时可通过线上或线下方式在医保系统内进行生育医疗标识，生育医疗标识线下办理服务下沉到定点医疗机构。完成标识后，在省内定点医疗机构的产前检查费用直接结算，按限额报销，待遇享受期截至预产期(或分娩)当月。未进行标识的，可在分娩后12个月内通过线上或线下渠道提交材料申请零星报销。省外定点医疗机构的产前检查费用拿回参保地报销，报销比例和年度支付限额按省内标准执行。

**1.报销比例。**二级及以下医疗机构执行普通门诊报销比例，三级医疗机构报销比例为50%。

**2.年度支付限额。**基金支付限额为600元，与普通门诊统筹额度合并保障，将叠加待遇拓展到三级医疗机构。

（三）慢特病门诊待遇。慢特病患者在定点医药机构门诊发生，且与办理病种相关的检查、治疗和医用耗材等费用，按医保基金有关规定纳入报销。纳入慢特病门诊保障范围的药品，按照国家及省药品目录有关规定执行。

**1.城乡居民“两病”门诊(未发生靶器官损害的高血压、糖尿病轻症门诊)。**不设起付线，基金报销比例为:一级及以下医疗机构90%，二级医疗机构80%，三级医疗机构70%。对已获得城乡居民“两病”专项用药保障待遇资格的人员实行全省互认，支持定点医疗机构将符合条件的患者处方用药量放宽至12周。

**2.慢特病门诊。**门诊慢性病(省级)年度起付线为150元，患多种慢性病的只支付一次，门诊慢性病起付线不参与住院起付线累计，门诊慢性病(市级)不设起付线。参保人员办理多种门诊慢性病(省级)的，基金支付限额可以叠加，叠加后支付限额不超过10000元;门诊特殊疾病不设起付线，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，叠加后支付限额不得超过我市基金年度最高支付限额。门诊慢特病申办医院，原则上为二级及以上医疗机构，能独立开展全省门诊慢特病病种线上审核工作。待遇从认定通过之日起享受。在市内、省内异地定点医疗机构报销比例参照市内、省内异地同级别普通疾病住院报销比例;在省外定点医疗机构慢特病门诊发生费用，进行异地就医备案登记的，执行与市内就医同等待遇，未进行异地就医备案登记的不分医疗机构级别报销比例为50%。六类重性精神疾病不设起付线，政策范围内费用不区分医疗机构级别报销比例为80%，取消乙类长效针剂的个人先行自付比例，年度基金最高支付限额为2.5万元。

二、住院待遇

参保人员因病(生育)在省内定点医疗机构住院的，无需办理异地就医备案手续，符合政策范围内的住院费用纳入居民医保基金报销，实行直接结算。跨省就医需办理异地就医备案手续。年度支付限额25万元。

（一）起付标准。省内一级及以下医疗机构100元/次，二级医疗机构400元/次，三级医疗机构800元/次;跨省住院办理异地就医备案的，一级及以下医疗机构400元/次，二级医疗机构800元/次，三级医疗机构1500元/次;跨省未经备案住院的，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。上级定点医疗机构将康复期、病情稳定的住院患者转入下级定点医疗机构接受后续治疗的，下级定点医疗机构免计起付线。

（二）报销比例。市内一级及以下医疗机构85%，二级医疗机构75%，三级医疗机构60%;省内异地一级及以下医疗机构80%，二级医疗机构75%，三级医疗机构60%;跨省住院办理异地就医备案的，一级及以下医疗机构75%，二级医疗机构70%，三级医疗机构60%;跨省未经备案住院的，一级及以下医疗机构70%，二级医疗机构65%，三级医疗机构50%。

（三）孕产妇分娩住院不设起付线，在市内住院的按医疗机构级别实行顺产、剖宫产合规费用限额，并按照医院级别报销比例进行报销，超出限额部分由医疗机构自行承担。市内一级医疗机构正常分娩1100元，正常分娩(并发症)1300元，剖宫产2500元，剖宫产(并发症)2700元。市内二级医疗机构正常分娩2000元，正常分娩(并发症)2200元，剖宫产4300元，剖宫产(并发症)5000元。市内三级医疗机构正常分娩3100元，正常分娩(并发症)3700元，剖宫产6400元，剖宫产(并发症)6800元。确因住院分娩发生严重并发症的，按照就诊医疗机构普通疾病住院报销比例予以报销。开展DRG付费的医疗机构执行DRG付费有关规定。异地就医未直接结算报销比例按照普通住院有关规定执行;异地就医直接结算按普通住院有关规定执行。

（四）精神类疾病市内就医执行床日付费有关政策规定。

三、大病保险待遇

我市大病保险筹资标准为城乡居民医保当年筹资总额的8%。年度支付限额25万元。

（一）起付标准。一个自然年度内，大病保险起付标准计算一次，为6000 元。

（二） 报销比例。参保人员由基本医疗保险基金支付后，当年政策范围内个人累计自付医疗费用超过6000元的，对超出部分实行分段支付，即:累计自付超过6000元在50000元(含50000元)以内的按60%比例报销，累计自付超过50000元在90000元(含90000元)以内的按70%比例报销，累计自付超过90000元的按80%比例报销。

四、重大疾病待遇

（一）省级规定的0-18岁儿童先天性心脏病等25种重大疾病待遇按《省医保局关于调整城乡居民医保25种重大疾病待遇及结算方式的通知》(黔医保发〔2020〕52号)有关规定执行。

（二）我市规定的肝癌等20种重大疾病住院不设起付线，不论医院级别按政策范围内医疗费用的80%报销，其中省内异地就医未直接结算的按政策范围内医疗费用的80%报销，省外异地就医未直接结算已备案的按80%报销，未备案的按60%报销;市外异地就医直接结算的按普通住院有关规定执行。

（三）艾滋病机会感染者、结核病(按重大疾病规定治疗周期内除外)在市内定点医疗机构住院的，不设起付线，政策范围内住院费用报销比例按80%报销。

五、其它

（一）参保人员在定点医疗机构住院期间因疾病必需到其它定点医疗机构或具有资质的检验中心检查、化验的，所发生的政策范围内检查、化验费用纳入当次住院费用按规定报销。

（二）参保人员住院前7天在同一医疗机构发生的与本次住院有关的检查费合并入本次住院费用一起按规定报销。

（三）参保人员使用“三目录”(即“药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围目录”)中的“乙类药品”、“特殊诊疗项目”和医用材料需先行自付10%，剩余政策内费用统筹基金再按规定比例报销。省里有规定的按其规定执行。

（四）二级医疗机构之间、三级医疗机构之间、二级对三级医疗机构以及城市医疗集团、县域医共体内部医学影像和医学检验检查实行结果互认。

（五）市域内村卫生室可收取一般诊疗费，一般诊疗费不包含在门诊支付限额内，同一患者在同一医疗机构三日内诊疗的按1次计算一般诊疗费，医保基金按8元/次标准进行支付。乡镇卫生院(社区卫生服务中心)开展城乡居民“两病”诊疗服务的，可收取一般诊疗费，按现行支付标准执行。

（六）特殊人群大病保险及医疗救助按《市人民政府办公室关于印发六盘水市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知》(六盘水府办函〔2022〕72号)执行。

（七）无责任人承担的职业病，须患者提供无工伤的承诺书。

（八）因病情需要进行器官移植、组织移植的，除器官源、组织源费用自付外，其他按规定予以报销。

（九）异地就医执行国家、省、市异地就医相关政策规定。

附件:1.六盘水市城乡居民医保普通门诊报销标准

2.六盘水市城乡居民“两病”门诊报销标准

3.六盘水市城乡居民医保门诊慢特病报销标准

4.六盘水市城乡居民医保住院报销标准

5.六盘水市内城乡居民医保生育限额报销标准

6.六盘水市城乡居民医保大病保险报销标准

7.贵州省25种重大疾病和六盘水市20种其他重大疾病目录