广安市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总　则

第一条　为进一步完善城乡居民基本医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规和《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号）、《四川省人民政府办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的实施意见》（川办发〔2025〕32号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条　本办法适用于广安市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）管理工作，居民医保实行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、协议管理、基金管理、经办服务、信息系统等全市统一。

第三条　居民医保应遵循以下原则：

（一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；

（二）居民医保坚持由财政和个人共同负担；

（三）居民医保基金坚持以收定支、收支平衡、略有结余；

（四）基本医疗保障水平与全市经济社会发展水平相适应。

第二章　参保和基金筹集

第四条　参保范围和对象

除依法参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）以

及按国家规定享有其他医疗保障的人员外，下列人员均可参加我市居民医保：

（一）具有本市户籍的城乡居民（不含现役军人、服刑人员）；

（二）本市大中专院校、中小学校（含特殊教育学校）和职业技术培训学校（含技校、职高）及幼儿园在校学生、托育机构在册幼儿；

（三）其他自愿在我市参加居民医保的城乡居民。

第五条　筹资标准

居民医保筹资标准按照国家政策规定确定。每年度个人缴费标准由市级医保、财政、税务部门根据国家、省要求和本市经济社会发展水平、人均可支配收入、基金运行状况等确定，并向社会公布后执行。各级财政部门根据政策规定的财政补助标准和本辖区（管理区域）内参保人数安排补助资金，纳入同级财政年度预算，并按要求及时足额划转至市财政居民医保基金专户。

第六条　筹资方式

居民医保基金实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。资金来源包括：

（一）参保人个人缴费；

（二）各级财政补助资金；

（三）基金利息收入；

（四）其他收入。

第七条　缴费时间及待遇享受期

居民医保实行按年度一次性参保缴费。城乡居民应当按规定渠道及时足额缴纳个人应承担的参保费用。在集中参保缴费期内完成缴费且连续参保的人员，其待遇享受期为所参保年度的1月1日至12月31日。集中参保缴费期具体时间按上级有关规定执行。

自2025年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保缴费期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中未连续参保的，每多断保1年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于6个月。缴费参照当年个人缴费标准执行。

第八条　重点人群参保缴费

重点人群参保缴费按以下规定执行：

（一）特困人员、孤儿、最低生活保障对象和符合条件的防止返贫监测对象等困难群体个人缴费部分按国家、省、市有关规定执行。

（二）新生儿自出生之日起90日内参加出生当年居民医保并缴费的，从出生之日起享受当年度居民医保待遇。

（三）退役军人退役后90日内参加退役当年居民医保并缴费的，从退役之日起享受当年度居民医保待遇。

（四）因收养、抚养、赡养、嫁娶等原因入户的新成员，在新入户后90日内参加入户当年居民医保并缴费的，从缴费之日起享受当年度居民医保待遇。

（五）刑满释放人员在刑满释放后90日内参加刑满释放当年居民医保并缴费的，从缴费之日起享受当年度居民医保待遇。

（六）新入学的非本市户籍学生，在入学90日内参加入学当年居民医保并缴费的，从缴费之日起享受当年度居民医保待遇。

（七）征地部门按规定为被征地居民办理参保缴费。被征地居民从其他医疗保险待遇享受期满或缴费次年享受相应的医保待遇。年度内从中途享受待遇的，到期当年不再缴费，享受居民医保待遇至当年底。

本条第一款第三项至第六项中的群体未在规定时间内参加当年度居民医保的，参照未在集中参保缴费期参保人员设置待遇等待期；不参加当年度居民医保直接参加次年度居民医保的，按未连续参保人员设置待遇等待期。

第九条　城乡居民参加本市或市外居民医保和职工医保，医疗保险待遇期有重复的，不重复享受医保待遇。

第三章　待　遇

第十条　居民医保待遇包括普通门诊、高血压和糖尿病门诊用药保障、门诊慢特病、单行支付药品和高值药品使

用、住院、生育等医疗费用基本医保报销和城乡居民大病保险赔付。

第十一条　居民医保费用支付范围按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和国家、省、市有关规定执行。

使用《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内乙类药品产生的费用，个人自付10%后，再按居民医保政策规定的比例报销。

使用《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》中部分支付的项目产生的费用，个人自付10%后，再按居民医保政策规定的比例报销。

第十二条　下列情况发生的医疗费用不属于居民医保基金支付范围：

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）应当由第三人负担的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）在境外就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（六）国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第十三条　医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支

付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十四条 门诊医疗费用管理

参保人员在符合条件定点医疗机构发生的政策范围内的普通门诊医疗费用报销比例为50%，统筹基金最高支付限额为每人每年210元。当年未使用完的最高支付限额余额，不结转、不计息、不继承。

参保人员原居民医保个人普通门诊账户余额可继续使用，直至使用完毕。

对实施基本药物制度的基层定点医疗机构和取消药品、医用耗材加成、降低大型检查价格的市、县级公立医疗机构门诊诊疗费，由居民医保基金给予补偿，实行总额控制管理；门诊每人次补偿标准为：市级公立医疗机构8元、县级公立医疗机构6元、乡镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心10元、村卫生室4.5元。

第十五条　参保人员住院费用，按照以下规定报销：

（一）政策范围内的市内住院费用，其起付标准、支付比例按下表执行。

类型	广安市内医疗机构				
	无等级及一级	二级乙等	二级甲等	三级乙等	三级甲等
起付标准（元）	200	250	350	500	550
支付比例	85%	80%	75%	70%	65%

（二）参保人员到广安市行政区域外就医的，实行登记

备案管理，登记备案按照有关规定执行。政策范围内的市外住院费用，其起付标准、支付比例按下表执行。

类型		广安市外医疗机构				
		无等级及一级	二级乙等	二级甲等	三级乙等	三级甲等
异地转诊人员和异地急诊抢救人员（即转诊转院人员）	起付标准（元）	1000				
	支付比例	75%	70%	65%	60%	55%
非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员（即自主异地就医人员）	起付标准（元）	2000				
	支付比例	65%	60%	55%	50%	45%

（三）异地长期居住人员（包括异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员）在备案地住院就医结算时，按市内同等级医疗机构医保待遇支付政策执行。异地长期居住人员按规定转至备案地外（不含我市）就医的（含急诊抢救），按我市规定的转诊转院人员医保待遇支付政策执行；未按规定转诊转院人员，按我市规定的自主异地就医人员医保待遇支付政策执行。参保人员市外就医的定点医疗机构所定等次（含未定等次）与我市政策明确的定点医疗机构等次不一致的，其住院医保待遇，三级特等按三级甲等医疗机构对待，其他按同级别乙等医疗机构对待。

（四）最高支付限额。参保人在一个保险年度内符合居民医保政策规定报销的医疗费用，最高支付限额为 15 万元，

跨年度的医疗费用分段计入最高支付限额。

（五）分级诊疗报销

参保人员按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗原则，就近选择居住地或发病所在地基层首诊医保定点医疗机构就医。

因病情需要转诊转院治疗的，由定点医疗机构按“双向转诊”的规定办理转诊转院，住院费用按规定报销。未办理基层首诊、逐级转诊转院手续的，住院医疗费用按规定的支付比例下调 10 个百分点。

（六）参保人员按照规定办理转院手续，从起付标准低的医疗机构转入起付标准高的医疗机构住院治疗的，按两个医疗机构起付标准之间的差额作为转院的起付标准；由起付标准高的医疗机构转入起付标准低的医疗机构住院治疗的，住院费用报销时不再扣减起付标准。

（七）参保人员因急救、抢救入院的，其 24 小时内所发生的门诊医疗费用纳入住院医疗费用，按规定报销。

（八）居民医保住院报销金额=（住院总费用-自费-起付标准-个人先行自付）×支付比例

第十六条　城乡居民生育医疗费用报销

（一）参保人员因生育发生的政策范围内住院医疗费用，按以下标准实行限额支付：顺产 1000 元；难产（含剖宫产）2500 元；生育多胞胎的每多一个婴儿增加 500 元。

（二）因住院分娩引起的并发症或合并症发生的医疗费

用，按城乡居民住院医疗费用报销标准支付。

（三）因其他疾病须终止妊娠发生的医疗费用，按城乡居民住院医疗费用报销，不再按限额报销标准执行。

第十七条　其他基本医保待遇管理

肾功能衰竭门诊透析、高血压和糖尿病门诊用药保障、门诊慢特病、医用耗材分段分比例和限额纳入报销范围、单行支付药品和高值药品使用、辅助生殖门诊等报销政策按有关规定执行。

第十八条　城乡居民大病保险

（一）承办机构。城乡居民大病保险（以下简称大病保险）原则上由商业保险机构承办，通过公开招标确定承办商业保险机构。

（二）筹资水平。大病保险筹资水平由市级医保、财政部门根据国家、省政策规定另行制定。

（三）资金来源。大病保险所需资金在居民医保基金中列支，城乡居民个人不缴费。由市级医保部门向中标商业保险机构投保，按合同约定划拨资金。

（四）起付标准。大病保险起付标准按我市上一年度城乡居民人均可支配收入的50%确定。具体起付标准由市级医保、财政部门根据本办法确定后逐年发布。

（五）支付范围及支付比例。经基本医疗保险报销后，参保人剩余累计个人负担的合规医疗费用纳入大病保险进行分段分比例支付，自费费用不纳入大病保险支付，大病保险

具体支付范围、分段及支付比例政策由市级医保、财政部门另行制定。

（六）年度封顶线。一个保险年度内，大病保险年度封顶线为30万元。

（七）最高支付限额。建立居民医保连续参保人员和零报销人员大病保险待遇激励机制。自2025年起，对连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，提高大病保险最高支付限额4000元；对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额4000元；连续参保激励和零报销激励可叠加，累计提高总额不超过大病保险原封顶线的20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。

建立中断参保约束机制。自2025年起，断保人员再参保的，适当降低大病保险最高支付限额，每断保1年，降低大病保险最高支付限额4000元，累计降低额度不超过大病保险原封顶线的20%。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

跨年度的大病保险费用分段计入最高支付限额。

第十九条　特困人员、孤儿、最低生活保障对象等困难群众医疗保险待遇支付政策按国家、省、市有关规定执行。

第二十条　在突发重大公共卫生事件期间，医疗保障按照国家、省有关政策执行。

第四章　医疗服务及费用结算管理

第二十一条　居民医保实行医疗保障服务协议管理。医保部门或其经办机构与本辖区内定点医药机构签订医疗保障服务协议，明确双方权利和义务，并按协议约定执行。

建立定点医药机构绩效考核制度。由市、县（市、区）、广安经开区医保部门或其经办机构对定点医药机构执行医保政策和履行医疗保障服务协议等情况进行年度绩效考核。年度绩效考核结果与定点医药机构次年医疗保障服务协议续签、付费总额控制指标、年终超额补偿指标、信用积分、基金监管等进行挂钩管理。

第二十二条　参保人员原则上应持社会保障卡或医保码在定点医药机构就医，并通过社会保障卡、医保码、人脸识别、移动支付等方式联网即时结算。

参保人员在定点医药机构发生的符合居民医保基金支付范围的医药费用，属于个人承担的部分，由定点医药机构与个人结算；属于居民医保基金支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构直接结算。

第二十三条　参保人员在定点医药机构发生的医疗费用未实现联网结算的，先由个人全额垫付，再持相关资料到参保地医保经办机构或指定医疗机构按规定结算。

第二十四条　参保人员的住院医疗费用，按参保人员入院时的参保险种结算，出院时执行该险种的医保政策。

第五章　基金管理和监督

第二十五条　居民医保基金纳入市财政专户，全市统一管理，实行单独建账、分别核算、专款专用、“收支两条线”的管理模式。实行年度预算管理，按基金预算管理原则和风险预控机制，编制年度基金预算，实现基金当期收支平衡、略有结余。

第二十六条　基金监督

（一）内部监督检查。市、县（市、区）、广安经开区医保、财政、税务主管部门定期或不定期对居民医保基金收支预（决）算执行、基金运行等情况进行内部审计，对医保经办机构经办情况、承办大病保险的商业保险机构履行合同情况进行监督检查，确保基金安全。

（二）信息化监督管理。定点医药机构应将 HIS 系统、基卫系统、进销存系统等内部监控管理网络系统与医保信息系统全面对接，实时传输医疗数据，提升智能审核和智能监管水平，强化信息安全和患者隐私保护。

（三）建立医保支付资格记分管理制度。建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理、登记备案状态维护、申诉处理、修复管理、医保结算等医保支付资格管理流程，对违法或违反医疗保障服务协议的定点医药机构的相关责任人员实施医保支付资格记分制管理。

（四）建立联合监管制度。加强部门协调配合，医保、卫生健康、市场监管等有关部门定期或不定期对定点医药机

构开展联合检查。

（五）建立案件线索违纪违规移送和“两法衔接”制度。对违反党纪政纪规定、失职渎职和涉嫌犯罪的线索和问题，按规定移送纪检监察机关、司法机关依纪依法处理。

第六章　组织实施

第二十七条　市、县（市、区）人民政府、广安经开区管委会负责居民医保的统筹协调工作。

第二十八条 有关部门按照下列规定做好居民医保工作：

（一）医保部门及其经办机构负责居民医保工作的组织实施、管理和经办。

（二）税务部门负责做好医保费征收工作和缴费服务，加强与医保部门数据比对，协同开展参保动员，指导代收代办机构落实居民医保缴费信息公示制度，加强代收代缴医保费监督。

（三）卫生健康部门负责对定点医疗机构医疗服务行为和质量的监督管理。

（四）教育部门负责指导各类学校、幼儿园做好在校学生（幼儿）参保缴费工作。

（五）公安部门负责户籍信息查询、比对，负责对涉嫌欺诈骗取医疗保险基金犯罪案件的立案侦办。

（六）财政部门负责居民医保政府补助资金的筹集、划拨，负责预算安排居民医保政策宣传、参保征缴、医保支付

方式改革、医保基金监管体系建设等专项工作经费。

（七）审计部门负责对医保基金的管理和使用情况进行审计监督。

（八）市场监管部门负责对定点医药机构药品、医疗器械的质量安全和价格、医疗服务价格等进行监督管理。

（九）民政、农业农村等部门分别负责困难群体（特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭）、已稳定脱贫人口和防止返贫监测对象的身份审核认定、动态调整和动员参保缴费工作。

（十）乡镇人民政府（街道办事处）负责开展医保政策宣传、参保登记、医保费代缴、信息录入，协助税务部门做好医保费征收等工作；乡镇（中心）卫生院、社区卫生服务中心负责辖区内参保人员异地就医住院备案和异地就医（含普通门诊、高血压和糖尿病门诊用药保障、门诊慢特病、住院）医疗费用的手工（零星）报销等基层医保服务工作，负责指导村卫生室、社区卫生服务站开展医保服务。

第二十九条　按照标准统一、资源共享、数据集中、服务延伸的要求，建立覆盖市、县（市、区）和广安经开区、乡镇（街道）、村（社区）的居民医保信息管理系统，推广使用医保码，进一步提升便民服务水平。

第七章　附　则

第三十条　广安市居民医保关系转移接续、门诊慢特

病、高血压和糖尿病门诊用药保障、大病保险筹资及支付、就医管理、医疗费用结算、医保目录管理、单行支付和高值药品使用等现行医保政策及配套经办规程，由市级医保部门会同有关部门根据国家、省有关政策要求适时调整完善或制定实施。

第三十一条　市级医保部门会同财政、税务部门根据经济社会发展及医疗保险基金运行情况，对办法中明确的筹资和待遇政策适时提出调整意见，报市政府批准后执行。

第三十二条　本办法下列用语的含义：

“自费”，是指在实际发生的医疗费用中，按照有关规定不符合基本医疗保险支付范围应全部由个人支付的费用。

“先行自付”，是指在实际发生的医疗费用中，符合医保目录范围内的乙类药品，部分诊疗项目、医疗服务设施项目、医用耗材等费用，需按一定比例由个人先行自付的费用。

“自付”，是指在实际发生的医疗费用中，属于基本医疗保险支付范围，并按照规定应由个人支付的费用。

第三十三条　本办法自 2026 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。国家、省有新规定的，从其规定。