

武威市人民政府办公室文件

武政办发〔2025〕6号

武威市人民政府办公室 关于印发《武威市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各部门、单位，中央、省属在武单位：

《武威市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府五届第97次常务会议审定通过，现予印发，请遵照执行。

武威市人民政府办公室

2025年2月28日

（此件公开发布）

武威市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）市级统筹制度，提高基金共济和抗风险能力，健全更加公平更可持续的医疗保障体系，更好保障城乡居民基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《甘肃省城乡居民基本医疗保险市级统筹实施意见》等法律、法规及国家、省有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 居民医保是由政府组织，个人、集体和政府多方筹资，以基本医疗为主的城乡居民医疗保障制度。

第三条 武威市居民医保市级统筹以武威市行政区为统筹单位，实行“覆盖范围统一、筹资政策统一、保障待遇统一、医保目录统一、定点管理统一、基金管理统一”的“六统一”管理体制。

第四条 居民医保制度坚持以下原则要求：

（一）坚持以收定支、收支平衡的基本原则。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学确定筹资待遇水平，实

现居民医保制度可持续发展。

（二）坚持统一政策、规范管理的基本要求。统一市域内居民医保覆盖范围、筹资标准、待遇水平等政策，规范经办规程、定点医药机构和基金管理 etc 制度。

（三）坚持公平普惠、综合保障的政策设计。建立公平普惠的基本医疗保险制度，健全基本医疗保险、大病保险、医疗救助边界清晰的医疗保障体系，充分发挥不同医疗保障制度的功能作用，综合保障城乡居民就医需求。

（四）坚持预算管理、责任明确的管理机制。严格执行收支预算，按照权利与义务、激励与约束、事权与财权相结合的要求，明确市县（区）两级扩面征缴、医疗待遇支付、基金监管等责任，建立市县（区）两级收支责任分担和绩效考核机制。

（五）坚持依法依规、清单管理的决策机制。按照国家建立医疗保障待遇清单管理制度安排，明确决策层级和权限，推进居民医保制度管理规范化、标准化、法制化。

第二章 参保缴费

第五条 本办法适用于武威市行政区域内除职工基本医疗保险应参保人员或按照规定享有其他医疗保障的人员以外的全体城乡居民。具体包括：

- （一）农村和城镇非从业居民（含中小學生、學齡前兒童）；
- （二）各類全日制普通高等學校、科研院所中接受普通高等學歷教育的全日制本專科生、職業高中、中專、技校學生；

(三) 非本市户籍，未在原籍参加居民医保，且在我市办理居住证的流动人员及其子女；

(四) 农民工和灵活就业人员依法参加城镇职工基本医疗保险，确有困难的可参加居民医保；

(五) 国家和省规定的其他人员。

第六条 城乡居民由户籍所在地乡（镇）、街道、村、社区组织办理参保缴费；省、市属大中专学校学生以学校为单位参保缴费，按照属地管理原则参加所在县区的居民医保。参保居民可通过银行营业网点、网上（掌上）银行、第三方支付、乡镇（社区）代缴系统、便民终端等方式缴纳医疗保险费。

第七条 居民医保实行年缴费制，登记缴费期为每年7月至12月，参保人员按年度一次性缴纳全年参保费（具体缴费标准及时间按照国家和省级规定执行），于次年1月1日至12月31日享受规定的居民医保待遇。

第八条 当年出生的新生儿，监护人应自出生之日起90天（含）内按规定为该新生儿办理当年居民医保参保登记并缴纳相关费用。参保缴费后，新生儿自出生之日起至当年12月31日享受居民医保待遇。

当年10月1日至12月31日出生的新生儿，因户籍等问题当年未能参保缴费，监护人可在新生儿出生之日起90天（含）内为该新生儿办理次年居民医保参保登记并缴纳相关费用，并自出生之日起至次年12月31日享受居民医保待遇。

监护人未在规定期限内为新生儿办理居民医保参保登记并缴纳相关费用的，不享受居民医保待遇。

第九条 鼓励连续参保缴费，实行连续缴费年限与待遇享受挂钩机制。自 2025 年起，分类设置待遇等待期，对未在居民医保集中缴费期内参保或未连续参保的人员，参保后设置待遇等待期，等待期结束后可享受医保待遇。对未在居民医保集中缴费期内参保的人员，参保后设置 90 日固定待遇等待期；对未连续参保的居民，参保后设置 90 日固定待遇等待期，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 30 日。参保人员可通过补缴修复变动待遇等待期，每多补缴 1 年可减少 30 日变动待遇等待期。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 180 日。补缴标准按当年参保地居民医保个人缴费标准确定，补缴后断保期间待遇不追溯。

第十条 当年退出现役的军人及由部队保障的随军未就业家属、新生儿、符合条件的职工医保转居民医保人员、当年新认定的低收入困难群众（含特困人员、孤儿、城乡低保对象、防返贫致贫监测对象）等特殊参保人群不受缴费期限限制，按规定参保缴费后不设置待遇等待期。

第十一条 城乡居民缴纳下一年度居民医疗保险费后，在本参保年度待遇享受期开始前发生重复缴费（跨省重复参加职工医保或居民医保）、死亡事实等情况的，且没有产生医保结算费用，持有关证明在待遇享受期年度的 6 月 30 日前，均可办理退费

手续。

第三章 基金筹集

第十二条 居民医保基金由县区政府负责筹集。实行个人缴费与政府补助相结合为主，其他资助为辅的多渠道筹资方式。主要包括个人缴费、医疗救助资助、各级财政补助、集体扶持、社会捐赠、利息和其他收入。

第十三条 居民医保筹资标准，根据国家要求和省市经济发展水平实行动态调整，在提高政府补助的同时，适当提高个人缴费比重。根据国家规定的最低筹资标准基础上，市、县区可适当提高财政补助标准。

第十四条 医疗救助资金对困难群众参加居民医保的个人缴费部分实行分类资助政策，参保资助对象范围、标准及方式执行全省统一规定。

第十五条 财政部门要将居民医保政府补助资金纳入同级财政年度预算，并确保及时、足额拨付到位。中央和省级财政补助资金按参保人数采取先预拨后清算的方式结算。

第四章 待遇保障

第十六条 居民医保采取基本医保、大病保险、医疗救助相结合的支付模式。参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用，享受同等待遇，在起付标准以上、最高支付限额以下的部分按规定由居民医保基金支付。

第十七条 门诊报销待遇。

（一）普通门诊统筹。参保居民在二级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围，不设起付标准和门诊日诊疗基金支付限额，年度最高支付限额不高于 160 元；当日门诊报销不设封顶额，年度不结转，户内成员间不共济。

（二）“两病”门诊用药保障。参保居民患者在定点医疗机构发生的政策范围内“两病”（高血压、糖尿病）门诊药品费用，不设起付线，年度支付限额和支付比例按省级统一要求执行。

（三）门诊慢特病。长期在门诊治疗且医疗费用较高的疾病，纳入统筹基金支付范围，实行定额管理，不设起付线。病种范围、认定标准、政策范围内费用支付比例、年度最高支付限额、办理程序等执行全省统一规定。门诊“两病”和门诊慢特病待遇不可重复享受。

第十八条 住院报销待遇。参保居民在统筹区域内定点医疗机构（含民营）住院就医，起付标准以上、最高支付限额以下的费用，由居民医保基金按比例支付。起付标准、支付比例年度支付限额等按照国家、省级医保部门有关规定，根据全市社会经济发展和基金收支状况，由市级医保部门会同财政部门予以动态调整。

第十九条 异地就医直接结算的医疗费用，执行就医地规定的支付范围及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关支付

政策。起付标准和支付比例按照异地就医政策规定执行。

第二十条 父母亲有一方在武威市参加城镇职工或居民医保，新生儿出生后在规定期限内尚未办理参保手续就因病死亡的，发生的住院医疗费用由监护人携带相关资料到母亲或父亲参保地医保经办机构按居民基本医保、大病保险和医疗救助相关政策报销。

第二十一条 参保人员跨年度发生的住院费用，按出院时间所在年度政策规定支付。跨年度住院患者中断参保的，只对参保年度住院费用予以支付。跨统筹区参保人员以出院时的参保地为准，结算报销参照出院时参保地政策执行。

第二十二条 参保居民门诊和住院治疗使用国家谈判药品的，纳入居民医保基金支付范围，按谈判药品政策规定报销。

第二十三条 居民医保基金只能用于城乡居民基本医疗保险医疗费用报销，对于国家和省市有关政策规定的专项补助项目，应先执行专项补助；对纳入免费治疗的项目，不再纳入居民医保基金支付范围。

第二十四条 参保居民住院及门诊慢特病医疗费用按现行基本医保政策报销后，个人负担的政策范围内医疗费用达到大病保险起付标准的，纳入大病保险报销，报销标准按照甘肃省大病保险相关规定执行。

第五章 支付范围

第二十五条 居民医保使用统一的《甘肃省基本医疗保险药

品目录》《甘肃省基本医疗保险诊疗项目目录》和《甘肃省医疗服务设施目录》（以下简称“三个目录”）。

第二十六条 使用三个目录中“甲类目录”所发生的医疗费用，全额纳入报销范围；使用“乙类目录”所发生的费用，先由个人自付 20%后再纳入报销范围。可单独收费的一次性医用材料，属乙类医疗服务设施项目的自付 20%后进入报销范围，按规定比例支付。

第二十七条 各级定点医疗机构使用取得批准文号和省级医保部门确认的院内制剂纳入基本医疗保险用药范围。

第二十八条 参保居民有下列情形之一的，发生的医疗费用医保基金不予支付：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应由第三方责任人承担费用的；（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、健康体检的；（六）国家、省、市规定的居民医保基金不予支付的其他费用。

第六章 就医结算

第二十九条 参保居民按照基层首诊、分级诊疗要求，就近选择相应级别定点医疗机构就医。发生的住院医疗费用，统筹基金支付的部分由定点医疗机构与医保经办机构结算；由个人负担的部分定点医疗机构与个人结算。

第三十条 参保居民因病情需要转往统筹区外住院就医的，应遵循逐级转诊原则，由统筹区内具有转诊转院资格的定点医疗机构办理转诊转院备案手续。未按规定办理转诊备案手续的，按

自行前往异地就医政策报销。

第三十一条 全面实行基本医疗保险付费总额控制，深入推进医保基金按区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）、按人头、按床日付费、日间手术、中医日间病房等多元复合式医保支付方式改革，引导医疗机构有效控制医疗费用不合理增长。

第七章 定点管理

第三十二条 市级医保部门制定全市统一的定点医药机构管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医保经办机构、定点医药机构进行监督。建立定点医疗机构准入退出动态管理机制，完善医保部门与医药机构谈判协商机制和风险分担机制。

第三十三条 市级医保部门按年度统一组织签订定点医药机构服务协议，确定双方权利和义务。县区医保部门按服务协议内容负责本辖区内定点医药机构医疗保障日常管理服务工作。年末，由市级医保部门组织县区医保部门统一对各定点医药机构履行服务协议情况进行考核，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第三十四条 定点医药机构须配备专职或兼职管理人员，与医保经办机构共同做好医保服务管理工作。对参保居民的医疗费用实行单独建账，按照政策规定提供医疗服务、及时上传就医信息、配合医保经办机构监督检查。加强居民医保政策宣传，公开药品价格、诊疗项目和收费标准，接受社会监督。

第三十五条 参保居民就医时，定点医药机构应当核验医保凭证，做到人、卡（证）、码相符。暂未取得社会保障卡或医保电子凭证的新生儿可持户口簿或出生医学证明就医。

第三十六条 定点医药机构必须建立和完善内部管理制度，主动接受监管。医院内部要设立专门机构和“一站式”结算窗口，做好日常业务和管理工作。

第三十七条 定点医药机构按照国家要求深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。所有公立医疗机构（含军队医疗机构）均应参加药品、医用耗材集中带量采购；医保定点社会办医疗机构和定点药店按照定点服务协议管理要求参照执行，合理确定并完成采购量。市级医保部门要将医疗机构采购和使用集采药品情况纳入公立医疗机构绩效考核、医疗机构负责人目标责任考核范围，并作为医保总额指标制定重要依据。

第三十八条 定点医药机构要进一步推进国家谈判药品有关政策落地实施，严格落实国家谈判药品使用管理规定，医保部门要将谈判药品诊疗服务纳入定点医药机构服务协议管理范围，加强诊疗行为监管。

第三十九条 市级医保部门依据省级医保、财政部门统一要求，落实定点医疗机构预付金制度，有效提高资金使用效率，更好服务保障宏观经济发展大局。

第四十条 定点医疗机构应遵循“三个目录”因病施治，合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费。使用自费药品、诊疗

项目和材料须预先告知患者或其家属，并签字同意。

第八章 基金管理

第四十一条 居民医保基金实行“收支两条线”管理。基金纳入财政专户管理，任何单位和个人不得挤占或挪用。市、县区医保部门分别设立基金支出专户，用于基金支出核算，分类记账。财政专户和支出专户产生的利息，全部归入基金收入。

第四十二条 县区税务部门负责征缴辖区内城乡居民医疗保险费；按规定及时将征缴的城乡居民医疗保险费纳入市级财政专户。

第四十三条 居民医保基金实行市级统筹，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，统一编制和组织实施预、决算，实现基金收支平衡。

第四十四条 建立居民医保基金预决算制度，医保经办机构按照医疗保险实施计划、任务和财政部门规定的表式、时间及编制要求，编制基金预决算草案和报告，由医保部门审核汇总并报财政部门审核，经市政府批准后，由财政部门及时向医保部门批复执行，并报上级财政和医保部门备案。

第四十五条 建立居民医保风险调剂金制度。风险调剂金按照当年筹集的居民医保基金收入总额的5%计提，当风险调剂金规模累计达到当年筹资总额的15%后不再计提。风险调剂金由市级医保部门统一计提，在市财政专户进行管理，主要用于弥补特殊情况下出现的基金支付缺口。

第九章 工作职责

第四十六条 市级医保部门会同县区政府及财政、税务、卫生健康、民政、农业农村、公安等部门共同做好居民医保市级统筹工作。

第四十七条 县区政府是居民医保的责任主体，要加强对居民医保工作的统一领导，解决相关问题，组织开展参保费用的征缴，配置经办机构和乡镇（街道）医疗保障服务机构所需人员。

第四十八条 市级医保部门负责建立和完善全市居民医保政策、筹资标准、待遇水平和统筹基金支付范围；会同同级财政、税务部门编制审核基本医疗保险基金年度预算；对居民医保基金使用情况进行监督检查。县区医保部门负责本县区居民医保护面、参保登记、缴费标准执行、待遇支付等工作。

第四十九条 市级财政部门履行资金监管职责，建立健全财务管理制度，如实反映基金收支状况；严格遵守财经纪律，确保政府补助资金及时到位和居民医保基金的安全运行。

第五十条 税务部门承担全市城乡居民基本医疗保险费征缴主体责任，负责征缴全市城乡居民基本医疗保险费；按规定及时将征缴的城乡居民基本医疗保险费纳入市级财政专户。按时完成政府下达的征缴任务。

第五十一条 卫生健康部门负责医疗机构资格准入，加强医疗服务质量、安全和行为监管；建立完善医疗质量管理与控制体系、医疗安全与风险管理体系，提升医护人员业务素质。

第五十二条 民政部门负责将特困人员、孤儿、最低生活保障人员的数据信息及更新情况及时推送到医保部门。

第五十三条 农业农村部门负责将脱贫人口、返贫致贫人口、易返贫致贫人口的数据信息及更新情况及时推送到医保部门。

第五十四条 公安、退役军人、残联等部门按照各自职责，做好居民医保相关工作。

第五十五条 乡镇、街道（社区）负责本辖区居民医保政策宣传和参保缴费等工作；负责对本辖区居民参保信息的采集、录入、修正，确保参保信息准确无误。

第十章 监督考核

第五十六条 市医保局会同财政、卫生健康等部门对居民医保基金进行监督，完善相关政策制度，及时研究解决居民医保制度运行中的问题。

第五十七条 建立基金监督检查制度。建立和完善以日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等为主的监督检查常态机制，特别要通过大数据分析，加强医保基金智能监管，对定点医药机构贯彻执行基本医疗保险政策和服务协议情况进行监督检查。

第五十八条 建立举报奖励制度。鼓励社会各界对医保经办机构、定点医药机构和参保居民执行基本医疗保险政策情况进行监督。符合举报奖励条件的按相关规定给予奖励。

第五十九条 医疗保障、卫生健康、市场监管、财政、审计、

公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医保基金使用监督管理工作。医疗保障部门加强对纳入医保基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医保基金的行为。

第六十条 定点医药机构、医保经办机构及其工作人员和参保人员违规使用医保基金，以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医保基金支出的，按照《中华人民共和国社会保险法》《医保基金使用监督管理条例》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规进行处罚。

第十一章 附 则

第六十一条 本办法自发布之日起实施，有效期五年。《武威市城乡居民基本医疗保险实施办法》（武政办发〔2019〕84号）同时废止。

规范性文件编号：WSFS-2025ZB-01

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，各人民团体。

公开属性：主动公开

武威市人民政府办公室

2025年2月28日印发
