

广西壮族自治区人民政府 办公厅文件

桂政办发〔2025〕6号

广西壮族自治区人民政府办公厅关于印发 《广西城乡居民基本医疗保险实施办法》的通知

各市、县人民政府，自治区人民政府各组成部门、各直属机构：

《广西城乡居民基本医疗保险实施办法》已经自治区人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。



(此件公开发布)

广西城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为健全规范我区城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）制度，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》等法律法规以及《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等有关文件规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 居民医保制度遵循以下原则：

（一）应保尽保、保障基本，依法覆盖全民，切实发挥基本医疗保障普惠性、基础性、兜底性作用；

（二）尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准；

（三）基金以收定支，收支平衡，略有结余，实现制度可持续发展；

（四）权利和义务对等，个人缴费与财政补助相结合，加强统筹共济；

（五）增强医疗、医保、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三条 在全区执行统一的居民医保政策，健全基本医疗保险与大病保险和医疗救助等相衔接的多层次医疗保障体系。

第二章 组织机构与职责

第四条 落实公民依法参加基本医保的权利和义务，引导公民增强自身健康第一责任人意识和主动参保意识，压实各级政府及部门责任，形成政府主导、部门协同、基层动员、单位履责、个人尽责的共建共治共享格局。

第五条 医疗保障行政部门（以下简称医保行政部门）是居民医保主管部门，负责居民医保管理工作。自治区医保行政部门在国家规定范围内制定居民医保待遇标准等相关政策，并根据国家有关要求动态调整。

各市医保行政部门负责政策的组织实施。

各县（市、区）医保行政部门负责对辖区内居民医保工作进行管理。

第六条 各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责居民医保经办规程的制定实施、定点医药机构协议管理、医保基金审核拨付、异地就医结算等工作；会同税务部门编制城乡居民基本医疗保险基金（以下简称居民医保基金）预决算，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；定期向社会公开医保基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第七条 税务部门参与制定居民医保缴费政策；负责受理缴费申报、保费征收，会同人民银行开展资金对账、会统核算工作；

做好缴费宣传辅导；对委托代征单位、人员开展业务指导，并会同有关部门监督委托代征资金情况；商同级财政部门、人民银行确定国库经收部门业务办理相关事宜。

财政部门负责落实居民医保各级财政补助资金，做好社会保障基金财政专户管理、审核批复基金预决算，会同制定居民医保基金预算收入、支出、财务管理的具体办法；负责与医保行政部门、经办银行机构等做好资金对账工作，对居民医保基金收支、管理实施财会监督。

教育部门负责配合医保行政部门在校（园）开展医保政策宣传，并在符合国家数据安全管理和个人信息保护有关规定的前提下加强数据共享，将中小学校、幼儿园在校（园）学生（儿童）的有关信息提供给医保行政部门进行参保信息比对，督促普通高等学校及时向属地医保行政部门提供在校学生有关信息和参保摸底情况。

审计部门负责对医保基金的收支、管理使用等情况实施审计监督。

卫生健康部门负责监督指导医疗机构落实医疗质量管理有关规章制度，并与医保行政部门等联合查处欺诈骗保行为。与医保行政部门加强信息共享，配合做好新生儿参保工作。

公安部门与医保行政部门按规定加强数据共享，对医保行政部门移交的欺诈骗保犯罪线索及时开展调查。司法行政部门、退役军人事务部门等按规定共享相关人员信息，民政、残联、农业

农村等部门按规定共享各类城乡困难人员信息。

第八条 按照属地管理原则，市、县（市、区）人民政府负责辖区内居民医保参保组织和基金筹集工作。

乡镇人民政府（街道办事处）具体负责组织辖区内居民医保的参保登记、缴费动员、扩面征缴、政策宣传等工作，并承办县（市、区）下放的居民医保高频服务事项。

行政村、社区负责具体实施辖区内居民医保的参保登记、缴费动员、扩面征缴、政策宣传等工作，并承办县（市、区）下放的居民医保高频服务事项。

第三章 参保与缴费

第九条 除应当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以外，其他所有城乡居民均纳入居民医保制度覆盖范围。包括新生儿、学龄前儿童（含托幼机构在册幼儿）和广西区域内各类全日制高等院校、科研院所、中等职业学校、技工学校、中小学校（含特殊教育学校）在校学生（以下简称在校学生）、农村居民、城镇非从业居民、在广西居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民、在广西居住且符合相应条件的外国人等。

灵活就业人员、农民工、新就业形态人员可自主选择参加居民医保或职工医保。

第十条 城乡居民可在户籍所在地登记参保，无广西户籍和非统筹地区户籍人员、符合条件的港澳台居民和外国人，可持居住证等在居住地参保。中小學生、學齡前兒童（含托幼機構在冊幼兒）在常住地參加居民醫保，鼓勵大學生在學籍地參加居民醫保。取消在常住地、就業地參加基本醫保的戶籍限制。

第十一條 居民醫保實行個人繳費和政府補助相結合的籌資機制。完善居民醫保籌資動態調整機制，合理劃分政府與個人的籌資責任。

第十二條 居民醫保個人繳費標準按國家和自治區規定執行。

居民按年度一次性繳納居民醫保費用，繳費後，在相應待遇享受期未開始前因死亡、參加職工醫保或重複參保繳費等特殊情形，可申請辦理退費。在待遇享受期開始後，個人繳費不再退回。

落實困難和特殊人員參保分類資助政策，資助參保標準由自治區醫保行政部門等相關部門會同自治區財政部門確定並適時調整。鼓勵集體、單位或其他社會經濟組織等對居民醫保個人繳費給予扶持或資助。

第十三條 對參加居民醫保的個人實行普惠性財政補助政策，補助標準按照當年國家和自治區規定執行，所需經費由各級財政按規定比例分擔，並納入同級財政年度預算。

第十四條 居民醫保參保人在每年6月30日前繳納當年參保費用的，只需繳納個人繳費標準部分，並享受當年的財政補助。

除新生儿外，居民医保参保人在每年7月1日至12月31日缴纳当年参保费用的，应由个人一次性缴纳当年财政补助标准和个人缴费标准的费用。

第十五条 原则上每年9月至12月底为下一年度的集中参保缴费期。城乡居民应当在集中参保缴费期缴纳下一年度居民医保费，享受新年度基本医疗保险待遇。根据需要，自治区医保行政部门可会同税务部门适当延长集中参保缴费期。自2025年起，除出生3个月内的新生儿外，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，设置参保后待遇等待期，具体情形按相关规定执行。

新生儿可在出生后3个月内参保缴费，其中，在出生当年参保缴费的，从出生之日起享受基本医疗保险待遇；在出生次年参保缴费的，需补缴出生当年的参保费用，方可从出生之日起享受基本医疗保险待遇；如不补缴，只能享受缴费当年的基本医疗保险待遇。

第十六条 建立对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。自2025年起，对断保人员再参保的，可降低大病保险最高支付限额；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，可适当提高大病保险最高支付限额；对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年可提高大病保险最高支付限额。具体内容 by 自治区医保行政部门牵头研究制定。

第四章 保费征缴

第十七条 居民医保费征收工作按照政府主导、部门协同、乡镇（街道）主抓、社会参与原则，实行政府统一组织、多方协作配合、自主申报、集中征收或委托代收，提高征收效率，优化缴费服务。

第十八条 市、县（市、区）、乡镇人民政府（街道办事处）组织辖区城乡居民参加居民医保。行政村、社区代办人员应协助开展居民参保缴费工作，引导居民自主申报缴费。确有必要集中代收居民医保费的，应限期限额向税务部门申报缴款。组织城乡居民参保工作经费由市、县（市、区）按规定统筹转移支付资金和同级财政资金予以保障。

第十九条 城乡居民可选择自主申报、集中代收或委托代收的方式向税务部门申报缴纳保费，税务部门应多渠道提高居民参保缴费便利性。

第五章 基金管理

第二十条 居民医保基金的来源为基本医疗保险费收入、财政补贴收入、利息收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入等。

第二十一条 居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预算绩效管理制度。居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理。基金单独建账、独立核算、专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，不得违规投资运营，不得用于平衡一般公共预算。

第二十二条 在全面做实市级统筹的基础上，按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算绩效评价、提升管理服务等要求，推进自治区级统筹。

第二十三条 居民医保基金主要用于支付门诊医疗待遇（含普通门诊统筹、门诊特殊慢性病、特殊药品单列门诊统筹等待遇）、住院医疗待遇（含急诊留观和家庭病床等待遇）和生育医疗待遇等，以及用于参加城乡居民大病保险等。

第二十四条 支付范围。

（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）的范围。

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目》（以下简称《医疗服务项目》）的范围。

（三）其他符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

第二十五条 有以下情形之一的，不予支付：

（一）法律法规规定基本医疗保险不予支付的医疗费用；

（二）国家和自治区相关文件规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

第六章 待遇保障

第二十六条 居民医保待遇享受期为每年的1月1日至12月31日。

第二十七条 门诊医疗待遇。

(一)普通门诊统筹。普通门诊统筹年度限额为每人每年300元。参保人员在一级定点医疗机构、一级以下定点医疗机构门诊就医发生的合规费用，由门诊统筹分别报销75%、85%，在校学生在学校内设定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，由门诊统筹报销90%。有条件的统筹地区视基金运行情况将普通门诊统筹的定点医疗机构开放到二级及以上定点医疗机构，报销比例为65%，并采取相应付费管理方式。

(二)门诊特殊慢性病待遇。门诊特殊慢性病医疗待遇按《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病管理办法》相关规定执行。

(三)特殊药品单列门诊统筹待遇。按特殊医保药品单列门诊统筹支付相关规定执行。

第二十八条 住院医疗待遇。

(一)定点住院。参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，执行以下起付标准和报销比例：第一次住院的，在一、二、三（包含市〔县〕三级、自治区三级，下同）级定点医疗机构的居民医保基金起付标准分别为100元、

300 元、600 元；第二次及以上住院的，在一、二、三级定点医疗机构的每次居民医保基金起付标准分别为 100 元、200 元、300 元。住院次数在同一参保年度内不分定点医疗机构级别连续计算，转诊转院按相关规定执行；在一级、二级、市（县）三级、自治区三级定点医疗机构住院的，居民医保基金支付比例分别为 90%、75%、60%、55%。居民医保基金支付床位费的标准为 20 元/床·日。参保人员在定点医疗机构住院治疗（含跨统筹地区住院）使用《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分别先由个人自付 15%、30%，再按基本医疗保险规定支付。医用耗材支付按相关规定执行。

（二）急诊留观待遇。参保人员因病在定点医疗机构急诊留观（含急诊抢救和院前急诊抢救）、不转入住院治疗发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用享受急诊留观待遇，居民医保基金起付标准按第二次住院起付标准执行，报销比例按住院规定执行；转入住院治疗的，居民医保基金起付标准按住院待遇连续计算起付线，报销比例按住院规定执行。

（三）家庭病床待遇。符合住院条件的晚期恶性肿瘤、心脑血管疾病致瘫、骨折或骨关节损伤不能行动、长期卧床不起或 70 岁以上老人患慢性病需要连续治疗的，可在参保地申请建立家庭病床，居民医保基金起付标准按第二次住院起付标准执行，每人每天居民医保基金支付额度控制在 60 元以内，每一参保年度基金支付天数累计不超过 180 天。

第二十九条 生育医疗待遇。

（一）参保人员在门诊发生相关生育的医疗费用按门诊医疗统筹规定支付，在住院发生生育、产科并发症等的医疗费用按住院规定比例报销；

（二）参保人员因生育、产科并发症住院发生的医疗费用，按照基本医疗保险医疗服务项目和药品管理规定报销，对限制生育类使用医疗服务项目和药品按基本医疗保险甲类医疗服务项目和药品管理；

（三）参保人员符合国家、自治区人口发展政策规定，困难免流产、稽留流产等病理性原因导致的流（引）产，以及经医学鉴定（检查）发现母亲、胎儿疾病需要引（流）产的，在门诊发生的医疗费用按门诊医疗统筹规定支付；在住院发生的医疗费用按住院规定比例报销。

第三十条 依法应当由第三人支付的医疗费用，第三人支付或者无法确定第三人的，在医疗费用结算时，个人可以向参保地医保经办机构书面申请基本医疗保险基金先行支付，并告知造成其伤病的原因和第三人支付医疗费用或者无法确定第三人的情况。经医保经办机构调查属实后，可按规定先行支付，支付部分计入参保人员居民医保基金年度最高支付限额。

第三十一条 在校学生在本校（园）内或学校组织的活动中以及上下学途中发生的非第三人责任的意外伤害事故，年度内发生符合规定的门诊医疗费用 5000 元（含）以下，由居民医保基金

支付 80%；需住院治疗的，按住院规定比例报销。

第三十二条 参保人员在参保年度内，居民医保基金最高支付限额为每年 1 月 1 日前统计部门最新公布的上年度广西城乡居民人均可支配收入的 6 倍。门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育医疗待遇等费用合并计入居民医保基金最高支付限额。年度居民医保基金最高支付限额按自然年度一年一定，年中不予调整。

第三十三条 门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育医疗待遇等的基金起付标准、基金支付比例和最高支付限额等，由自治区医保行政部门根据居民医保基金收支运行情况等因素，商有关部门实行动态调整。

第七章 服务管理

第三十四条 就医服务管理。

（一）参保人员应当在定点医疗机构就医。除危急重症患者抢救外，在非医保定点医疗机构发生的医疗费用，医保基金不予支付；

（二）异地就医按国家和自治区相关规定执行。跨省异地就医备案转诊人员住院医疗费用居民医保基金支付比例下降 10%。跨省异地就医未备案、非急诊且未转诊的异地就医人员住院费用居民医保基金支付比例下降 20%。

第三十五条 医药服务管理。推行按病种/组付费为主的多元

复合式医保支付方式，引导医疗机构合理诊疗，提高医保基金使用效能。

第三十六条 经办服务管理。

（一）居民医保实行定点医药机构协议管理，广西区域内各统筹地区的定点医药机构实行互认。统筹地区医保经办机构按规定负责定点医药机构管理工作；

（二）市、县（市、区）人民政府应当加强医疗保障公共服务能力建设，按规定统筹使用转移支付资金和同级财政资金，用于推进医保经办服务纳入市—县—乡镇（街道）—村（社区）公共服务一体化建设。

第八章 监督管理

第三十七条 各级医保行政部门应当加强对居民医保制度实施、经办机构职责履行情况的监督管理，加强对基金收支、管理工作的行政监督，督促医保经办机构定期向社会公布基金筹集、使用和结余情况。

第三十八条 市、县（市、区）人民政府应当科学设定工作指标及细则，及时指导保费征收进度异常地区，确保相关工作落实到位。

第三十九条 加强居民医保基金监督管理，对违反《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》等有

关法律法规规定和基本医疗保险制度政策，骗取、套取居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

第九章 附 则

第四十条 本办法由自治区医保行政部门负责解释。

第四十一条 本办法自印发之日起施行。此前自治区有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。中央有新规定的，从其规定。

抄送：自治区党委各部门，广西军区，武警广西总队，各人民团体。
自治区人大常委会办公厅，自治区政协办公厅，自治区高级法院，
自治区检察院。
各民主党派广西区委会，自治区工商联。

广西壮族自治区人民政府办公厅

2025年1月23日印发

