兰州市城乡居民基本医疗保险

市级统筹实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步深化医疗保障制度改革，健全完善全市统一、城乡一体的城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）制度，根据国家和省级最新文件规定，结合我市实际，制定本细则。

第二条 居民医保是由政府组织、引导、支持，用于降低城乡居民因患病就医造成的经济损失风险、保障基本医疗支出需求而建立的社会保险制度。

第三条 居民医保制度应当遵循应保尽保、覆盖全民，以收定支、收支平衡、略有结余，权责清晰、公平适度、尽力而为、量力而行的保障原则；立足保基本，重点保大病、保住院，支持构建多层次保障体系；坚持可持续发展，保障水平和筹资水平相匹配，与全市经济社会发展及医保基金运行实际相适应。

第四条 居民医保支持分级诊疗制度，深入推进“三医”协同发展和治理，充分发挥医保支付政策杠杆作用，引导常见病、多发病参保患者到基层医疗机构就诊，着力构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”就医新格局。

第五条 居民医保制度实行市级统筹管理，全市实施覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的居民医保制度。

第二章 参保缴费

第六条 居民医保制度覆盖除职工医保应参保人员外的其他所有城乡居民，全面取消参保缴费户籍限制。参保对象具体包括：

（一）未纳入职工医保保障范围的非从业居民，包括户籍在兰州市外且未在原籍参加基本医保的流动人员及其子女；

（二）在本市中小学、特殊学校就读的在校生，学龄前儿童，当年出生的新生儿；

（三）本市辖区内（含中央在甘）各类全日制普通高等学校（包括民办高校、独立学院、职业院校）、科研院所、技师学院、技术教育的全日制研究生、本科生、大中专学生(统称“大中专学生”)；

（四）灵活就业人员、农民工、新就业形态从业人员、失业人员中参加职工医保有困难的人员；

（五）退出现役的军人以及由部队保障的随军未就业家属；

（六）在大陆居住的未参加职工医保的港澳台居民及在中国获得永久居留资格外籍人员。

第七条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资模式，执行国家和省级统一筹资标准。鼓励集体、单位或其他社会经济组织对个人缴费给予扶持资助。

第八条 居民医保实行按年缴费制，连续参保且在当年规定的集中缴费期内完成参保缴费的城乡居民，待遇享受期为次年1月1日至12月31日。

未在集中缴费期参保或未连续参保人员，按照国家、省、市规定，设置参保后待遇等待期，等待期满后方可享受居民医保待遇。

新生儿、当年退出现役的军人以及由部队保障的随军未就业家属、符合条件的职工医保转为参加居民医保人员、当年新认定的低收入困难群众(含特困人员、孤儿、低保对象、防返贫致贫监测对象)等特殊人群按照国家、省级规定，不受集中缴费期限制，参保缴费后不设置待遇等待期。

在校参保的大中专学生待遇享受期按自然年度确定，新生入学当年如在学籍地发生医疗费用，原则上按照参保地异地就医结算管理有关规定报销；新生入学当年未参加基本医保的，参加我市次年居民医保后，入学当年9月1日至12月31日如发生医疗费用，可按规定追溯享受我市居民医保相关待遇。

自出生之日起90日（含）内按规定办理居民医保参保登记并缴费的新生儿，自出生之日起至当年12月31日享受居民医保待遇。10月1日至12月31日出生的新生儿，自出生之日起90日（含）内按规定办理居民医保参保登记并缴费的，可自出生之日起至次年12月31日享受居民医保待遇。

第九条 居民医保参保登记：

（一）适用本细则的参保居民（除大中专学生、港澳台及外籍人员），可自愿选择在户籍地或就业地、常住地参加居民医保，凭身份证或户口簿、居住证明、出生医学证明等有关证件，通过线上或者线下就近的乡镇（街道）、村委会（社区）办理参保登记。

（二）大中专学生原则上应当以学校为单位在学籍地整体参加居民医保。若大中专学生为城乡低收入人口，可选择在困难身份认定地参保。

（三）在大陆居住的未参加职工医保的港澳台居民及在中国获得永久居留资格外籍人员，可在居住地办理居民医保参保登记。

第十条 参保居民按照不同身份类别、缴费时间，采取不同的个人缴费方式：

（一）居民首次办理参保登记后，在每年集中缴费期内，自愿选择线上或者线下等方式进行缴费。

（二）大中专学生个人缴费由所在学校在集中缴费期内按要求负责参保征缴，经属地医保经办机构审核后，于每年9月1日至12月31日按要求上缴。

（三）低收入困难群众参加居民医保的个人缴费部分按身份类别进行资助。其中，符合条件的全额资助对象按照当年居民医保个人缴费标准实行全额免征代缴，个人无需缴费；定额资助对象按照当年居民医保个人缴费标准扣除相应资助标准的差额进行缴费。具体资助政策及方式执行全省统一规定。

第十一条 参保人员不得重复参加居民医保、职工医保以及其他统筹区基本医保，不得重复享受基本医保待遇。

第十二条 参保居民个人信息发生变化的，应当及时办理医保基础信息变更；发生医保关系跨统筹区或跨制度转移、出国定居、服役、服刑、死亡等情况，应当及时按规定办理暂停或终止参保手续，自暂停或终止参保之日起停止享受居民医保待遇。居民医保跨统筹区或跨制度转移接续按照有关政策规定执行。

第十三条 参保居民缴纳居民医保费用后，在待遇享受期开始前发生重复缴费、死亡等情况的，可依申请办理退费。其中，已通过医疗救助渠道享受参保资助的对象，只退回个人实际缴纳的费用。具体按照国家、省、市相关政策执行。

第三章 基金支付

第十四条 居民医保基金支付范围严格执行国家和省级统一的基本医保药品、医用耗材和医疗服务价格项目目录，根据国家和省级对医保支付类别的划分，使用目录中“甲类”项目发生的费用，按居民医保政策规定支付；使用“乙类”项目发生的费用，先由个人自付10%，再按居民医保政策规定支付；使用“甲、乙类”目录外项目发生的费用，居民医保基金不予支付，支持通过商业健康保险等其他类型的保障补充支付。使用目录中“甲类”项目发生的费用和“乙类”项目发生的扣除个人按10%先行自付后的费用即为政策范围内费用。

第十五条 我市居民医保基金不予支付的范围：

（一）未参加本统筹区居民医保，或者参加本统筹区居民医保后按规定处于非待遇享受期的人员产生的医药费用；

（二）在非医保定点医药机构就医购药的（急救抢救除外）；

（三）使用基本医保目录外药品、医用耗材及医疗服务项目的，发生的基本医保目录内费用超出相应限价标准或限定支付范围的；各类器官（组织）移植的器官源（组织源）；

（四）选择性妊娠手术、性功能障碍治疗；

（五）自杀、自残（精神病除外），因酗酒、吸毒等违法违纪所致伤病的；

（六）突发性疾病流行和自然灾害等不可抗因素造成大范围急、危、重病人的抢救费用；

（七）体育健身、养生、预防、保健、健康体检、医疗鉴定、整形美容、矫形；

（八）在境外就医的（含港澳台）；

（九）应当从工伤保险基金中支付的；

（十）应当由基本公共卫生服务经费负担的；

（十一）应当由第三方负担的；

（十二）违反国家、省、市医疗保障基金使用监督管理相关规定的，以及国家、省、市规定的基本医保基金不予支付的其他费用。

第四章 待遇保障

第十六条 居民医保不建立个人账户，实行门诊统筹、住院统筹、大病保险和医疗救助相结合的保障模式，对参保居民的住院和门诊医疗费用分别进行报销。

第十七条 参保居民在定点医药机构发生的政策范围内费用，起付标准以上、最高支付限额以下部分按规定经基本医保、大病保险及医疗救助报销后，剩余部分由个人自负。

第十八条 普通门诊报销：

（一）参保居民（大中专学生除外）普通门诊就诊报销范围主要在二级公立定点医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和符合条件的村卫生所、社区卫生服务站，可选择就近就医。

（二）普通门诊政策范围内费用按照70%的比例报销，不设起付标准，年度支付限额130元，当年累计报销未达到年度支付限额的，跨年不结转。

（三）在校参保的大中专学生普通门诊统筹报销严格执行医保目录管理，具体报销政策由大中专院校自行确定，报市级医保部门审核同意后执行，原则上保障水平不得低于本统筹区其他参保居民。在校参保的大中专学生普通门诊统筹费用由学校包干使用，以学校当年实际参保的学生人数，从筹集基金总额中按每人每年50元的标准拨付给学校，专项用于在校参保的大中专学生普通门诊医疗费用，当年普通门诊医疗费用统筹基金有结余的结转下年使用。

第十九条 “两病”门诊用药保障：

（一）参保居民中虽然未发生靶器官损害但确诊为高血压或糖尿病，需要长期规范门诊药物治疗的纳入高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障范围。

（二）“两病”门诊申办方式及认定流程按照全省统一要求执行。对符合“两病”门诊待遇享受条件并纳入保障范围的参保居民由县区医保部门按照市级统一要求向患者予以告知。

（三）纳入“两病”门诊用药保障范围的参保居民，在市域内已开通“两病”门诊结算功能的定点医疗机构均可享受“两病”门诊用药报销待遇并实行“一站式”直接结算，患者只需支付个人自负部分费用。

（四）享受“两病”门诊待遇的参保居民发生的政策范围内“两病”门诊诊疗及购药费用，按照70%的比例报销，不设起付标准，年度最高支付限额高血压400元、糖尿病800元、合并高血压和糖尿病1200元，当年累计报销未达到最高限额的，跨年不结转。

（五）纳入“两病”门诊用药保障范围的患者可长期享受待遇。自2020年1月1日起已认定的“两病”门诊待遇享受人员，自2025年5月1日起无需重新申办，可继续享受同一病种的“两病”门诊报销待遇。

（六）对纳入“两病”门诊用药保障范围的患者，治疗方案明确、病情稳定、需长期服药的，经诊治医生评估后，可单次开具不超过12周用药量的长处方，医保基金按规定予以支付。

（七）享受高血压或糖尿病门诊慢特病报销待遇的参保居民不得重复申办“两病”门诊相应病种的报销待遇。享受“两病”门诊报销待遇的参保居民，因进一步检查、诊疗发现病情变化的，医保经办机构应当根据参保人提供的相关资料重新核定“两病”门诊待遇，符合门诊慢特病治疗指征的，可变更享受门诊慢特病相应病种的报销待遇并停止享受原“两病”门诊报销待遇。

第二十条 门诊慢特病、纳入“双通道”管理的谈判药品和竞价药品、恶性肿瘤日间治疗、日间手术、治疗性辅助生殖医疗服务项目、社区中医药日间诊疗服务报销按照有关政策执行。

第二十一条 住院报销：

（一）参保居民在不同类别的定点医疗机构住院，发生的符合政策规定的医疗费用，在起付标准以上、统筹基金年度最高支付限额以下的部分，按不同比例报销。一级医疗机构起付标准200元，报销比例90%；二级医疗机构起付标准400元，报销比例85%；三级乙等医疗机构起付标准600元，报销比例75%;三级甲等医疗机构起付标准2000元，报销比例60%。

（二）支持紧密型县域医共体改革，紧密型县域医共体内双向转诊的住院患者，按照首诊医疗机构级别只计算一次起付标准，收费标准和报销比例执行就医医疗机构级别规定。

（三）参保居民在参保年度内住院，不受住院次数和所住医疗机构级别限制，基本医保统筹基金年度最高支付限额为8万元，当年累计报销未达到最高限额的，跨年不结转；累计报销超出最高限额的政策范围内费用，按规定纳入城乡居民大病保险报销。

第二十二条 做好居民医保各类待遇政策的衔接，参保居民日间手术、恶性肿瘤日间治疗及住院期间不享受门诊待遇。

第二十三条 城乡居民大病保险及医疗救助报销政策按照全省统一规定执行。

第五章 就医结算

第二十四条 参保居民在定点医药机构就医购药发生的费用，属于城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助基金支付范围的，分别由医保经办机构、承办大病保险经办业务的商业保险公司与医药机构进行结算；患者只支付个人自负费用，出院时实行“一站式”直接结算。

第二十五条 参保居民异地就医备案、结算按照有关政策及管理规定执行。

第二十六条 参保居民发生的医疗费用，按照出院时间计算待遇标准。

第二十七条 参保居民在定点医药机构发生的应当由居民医保基金支付的费用，医保经办机构在受理定点医药机构送审的结算材料后，应当及时审核后予以拨付。

第二十八条 居民医保全面实行总额预算管理下的按疾病诊断相关分组(DRG)、按人头、按床日、按项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式，督促医药机构重视并从源头上有效遏制医药费用不合理增长。

第二十九条 严格落实预付金管理制度，强化预付金协议管理，按标准规范拨付预付金，做实资金清算和会计核算管理，保证预付金安全，具体按照国家和省级规定执行。

第六章 定点管理

第三十条 根据定点医药机构协议管理有关规定，市级医保经办机构与定点医药机构统一签订服务协议，县（区）医保部门按服务协议内容负责本县（区）定点医药机构医保日常管理服务工作；市级医保部门建立健全考核评价机制和动态准入退出机制，组织县区医保部门统一进行定点医药机构年度考核结算工作。

第三十一条 定点医药机构应当严格执行各项法律、法规和居民医保政策，建立完善内部管理制度，主动接受市、县（区）医保部门监管，同时应当设置专门的医保管理科室和服务窗口，配备满足工作需要的专职管理人员，做好居民医保管理和经办服务工作。

第三十二条 定点医药机构应当严格遵守医疗服务规范，因病施治，合理检查、用药、治疗，规范收费，严格执行基本药物制度和药品集中带量采购制度，确保使用的药品安全、有效、经济，为参保居民提供良好的医疗及购药服务。

第三十三条 定点医疗机构应当遵循国家和省级统一的基本医保药品、医用耗材和医疗服务价格项目目录，为参保患者做好诊疗服务。定点医疗机构医务人员在治疗中涉及自费药或不在报销范围内的特殊治疗时，应当事先征得参保患者本人或者近亲属、监护人签名同意。

第三十四条 定点医疗机构应当落实参保患者就医费用即时结报制度，改革住院预付金制度，向参保居民提供医保相关的解释、咨询服务，以及参保居民在本机构医疗费用和医保基金结算相关的查询服务或渠道；向参保居民提供合理、必要的医疗服务，合理使用医保基金，控制不合理医疗费用增长。

第三十五条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保居民医保凭证，做到人证相符。门诊就诊参保居民因特殊原因需要委托他人代为购药的，定点医药机构应当核验委托人和受托人的身份证明，并做好记录。定点医药机构不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药；应当加强床头核对巡查，杜绝冒名住院、挂床住院现象；应当真实、准确、规范提供收费票据和医疗文书，无伪造行为；不得无故留存参保居民的社会保障卡及相关资料，不得诱导参保居民进行医疗消费或与医疗无关的其他消费。

第三十六条 定点医药机构应当设置宣传专栏和公示窗口，积极准确宣传居民医保政策，合理报销医疗费用，公开药品价格、医疗服务项目和收费标准，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、医疗服务项目，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保居民自费结算。

第七章 基金管理

第三十七条 医保、财政、税务部门要按照各自职责，对居民医保基金收支、管理和运行情况实施财务监管和专项审计工作。

第三十八条 居民医保基金使用分为住院统筹基金、门诊统筹基金、风险金和大病保险基金。风险金提取标准为当年筹资总额的10%，累计结余可支付月数大于9个月时，不再提取风险金。大病保险基金按照全省统一要求上解，实行专账管理。

第三十九条 居民医保基金严格执行《社会保险基金财务制度》，实行“收支两条线”管理，纳入财政专户，单独建账，专款专用，任何单位和个人不得挤占或挪用；按照国家统一的会计制度进行核算，确保收支清晰、账目准确。市级医保经办机构可设立支出户，用于基金的支出核算，财政专户和支出户产生的利息全部归入基金收入。

第四十条 强化居民医保基金预决算管理。医保、财政、税务部门要严格按批准的基金预算和规定程序执行，未经批准不得随意调整。强化基金决算管理，确保数字真实、内容完整。市级医保经办机构应当加强对基金预算执行情况的跟踪和分析，并将结果报市级医保行政部门和财政部门，有效避免赤字风险，不断提高基金管理水平和基金支撑能力。

第八章 监督管理

第四十一条 医保部门要加强日常管理，充分运用信息化手段，强化大数据分析、智能审核和监督管理；开展监督检查，严厉打击套取、骗取医保基金行为。

第四十二条 医保经办机构应当对定点医药机构履行医保协议、执行医保报销政策情况，以及参保居民享受医保待遇情况实施核查，应当如实记录定点医药机构、参保居民违反社会保险法律、法规行为等失信行为，对定点医药机构、参保居民违法违规行为，应当责令改正，并依法作出处理。对拒不改正或者依法应当由医保行政部门处理的，及时移交医保行政部门处理。

第四十三条 参保居民有下列情形之一的，由医保行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

（一）将本人的医保凭证交由他人冒名使用；

（二）重复享受医保待遇；

（三）利用享受医保待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

参保居民以骗取医保基金为目的，实施上述规定行为之一，造成医保基金损失的；或者使用他人医保凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或虚构医药服务项目等方式，骗取医保基金支出的，除依照上述规定处理外，还应当由医保行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；构成犯罪的依法追究其刑事责任。

第四十四条 对违反居民医保政策规定、侵害参保居民利益以及侵占医保基金的，任何组织或个人有权向医保等相关行业部门举报、投诉。

第九章 工作职责

第四十五条 医保部门负责健全全市统一的城乡居民基本医疗保险制度，会同财政部门根据基金运行情况适时调整城乡居民基本医疗保险待遇及支付政策；负责本统筹区参保扩面、待遇支付工作；统一确定本市医保定点医药机构，进行考核管理；对居民医保基金使用情况进行监督检查；建立统一规范的经办业务流程，完善经办服务体系，创新经办服务模式；编制、审核居民医保基金年度预决算。

第四十六条 财政部门负责管理纳入财政专户的居民医保基金，会同医保部门审核居民医保基金年度预决算，按照有关规定足额安排居民医保缴费财政补助资金并及时拨付到位，审核医保经办机构提出的用款计划并及时拨付资金，对医保基金收支管理情况进行监督检查。

第四十七条 税务部门按照社会保险费“统模式”征收改革具体要求，负责居民医保费征缴，配合财政、医保部门完成居民医保参保清算工作。

第十章 附则

第四十八条 本细则由市医保局、市财政局、市税务局按照职责权限负责解释。

第四十九条本细则自2025年5月15日起执行，有效期5年，原有政策与本细则不一致的按照本细则执行。本细则执行期间，如遇国家和省级相关政策调整，从其规定。

第五十条 《关于印发〈兰州市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施细则（试行）〉的通知》（兰医保发〔2019〕12号）同步废止。

|  |
| --- |
|  兰州市医疗保障局办公室 2025年4月30日印发 |

 规范性文件登记号：LZ〔2025〕YBJ1