



广西壮族自治区

# 人力资源和社会保障厅文件

桂人社发〔2017〕1号

---

## 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅 关于印发广西城乡居民基本医疗保险 暂行办法的通知

各市人力资源和社会保障局，自治区社会保险事业局：

根据《广西壮族自治区人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（桂政发〔2016〕53号）“自治区人力资源和社会保障行政部门负责统一制定广西城乡居民医保暂行办法和配套文件，各地、各部门不得再另行出台与自治区统一政策不一致的城乡居民医保政策”规定，现将《广西城乡居民基本医疗保险

险暂行办法》印发你们，请认真贯彻执行。

广西壮族自治区人力资源和社会保障厅

2017年2月9日



# 广西城乡居民基本医疗保险暂行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 根据《中华人民共和国社会保险法》和《广西壮族自治区人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（桂政发〔2016〕53号）精神，制定本办法。

**第二条** 城乡居民基本医疗保险坚持低水平起步的原则，立足经济社会发展水平和各方面承受能力，合理确定筹资水平和保障标准，重点保障大病医疗需求，兼顾门诊小病医疗，逐步提高保障水平；坚持属地管理的原则；坚持基本医疗保险费以个人缴费和政府补助相结合的原则；坚持基金以收定支，收支平衡，略有结余的原则；坚持统筹协调，做好各类医疗保障制度之间基本政策等衔接的原则。参保个人不得重复参保和重复享受待遇。

**第三条** 全区统一城乡居民基本医疗保险制度，保障城乡居民公平享有基本医疗保险待遇；城乡居民基本医疗保险实行市级统筹，条件成熟时实行自治区级统筹。

县级以上人民政府社会保险行政部门负责本行政区域内的城乡居民基本医疗保险管理工作。

## 第二章 参保范围

**第四条** 下列人员应当按规定参加城乡居民基本医疗保险：

（一）广西区域内除应当参加职工基本医疗保险以外所有具

有广西户籍的城乡居民。

无广西户籍人员和非统筹地区户籍人员参加城乡居民基本医疗保险由统筹地区人力资源和社会保障行政部门会同财政部门确定。

(二) 广西区域内各类全日制高等院校、科研院所、中等技术职业学校、技工学校、中小学校、特殊教育学校在校学生和托幼机构在册儿童(以下简称“在校学生”)。

(三) 符合劳动保障部《台湾香港澳门居民在内地就业管理规定》(劳动保障部令第26号)但未就业的港澳台人员。

(四) 符合《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号)但未就业的外国人。

**第五条** 农林场、农垦职工依法参加职工基本医疗保险,有困难的可按照《广西壮族自治区人民政府关于推进华侨农林场改革和发展的实施意见》(桂政发〔2007〕29号)规定参加城乡居民基本医疗保险。

灵活就业人员可自主选择参加城乡居民基本医疗保险。

### **第三章 参保登记**

**第六条** 城乡居民按户籍所在统筹地区参加城乡居民基本医疗保险。

**第七条** 在乡镇以行政村为单位按户组织辖区农村居民进行参保登记。在城镇以所在街道社区为单位组织辖区城镇居民进行

参保登记。

**第八条** 以学校为单位统一组织在校学生参保登记。

**第九条** 属于流动就业人员的城乡居民、进城落户农民，应当按照《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅卫生厅财政厅关于印发〈广西壮族自治区流动就业人员基本医疗保障关系转移接续实施办法〉的通知》（桂人社发〔2010〕116号）、《人力资源社会保障部 国家发展改革委 财政部 国家卫生计生委关于做好进城落户农民参加基本医疗保险和关系转移接续工作的办法》（人社部发〔2015〕80号）和《人力资源社会保障部办公厅关于印发流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规程的通知》（人社厅发〔2016〕94号）有关规定办理基本医疗保险关系转移接续，在就业地办理参加基本医疗保险登记。

**第十条** 城乡居民基本医疗保险参保年度为每年的1月1日至12月31日。

#### **第四章 基金筹集和管理**

**第十一条** 城乡居民基本医疗保险坚持多渠道筹资，实行个人缴费和政府补助相结合的筹资机制，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

**第十二条** 个人缴费标准。

（一）城乡居民每人每年缴费标准按国家和自治区规定执行。

（二）城乡居民的困难、特殊人群（包括低保对象、重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人、五保户、建



档立卡的贫困人口、农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户的父母及其子女、边境 0-20 公里城乡居民等）参保所需个人缴费的部分，由各级政府按规定给予补助。

**第十三条** 政府补助标准。各级政府对参加城乡居民基本医疗保险的个人实行普惠性补助政策，每人每年补助标准按当年国家、自治区规定执行。

**第十四条** 城乡居民基本医疗保险政府补助资金按国家规定由各级财政部门列入年度预算。

**第十五条** 城乡居民基本医疗保险基金存入财政专户并实行预算管理，执行国家、自治区社会保险基金管理办法。

## **第五章 缴费办法**

**第十六条** 组织缴费。

（一）各市、县（市、区）、乡镇（街道）党委政府组织辖区城乡居民参加城乡居民基本医疗保险，参保率纳入年度绩效考核。组织城乡居民参保工作专项经费列入同级财政部门年度预算予以保障。

（二）参保个人缴费采取银行托收等方式进行。各级人力资源和社会保障部门要与各级各类商业银行签订托收城乡居民基本医疗保险费协议，明确双方权利与义务。

（三）在乡镇以行政村为单位按户组织缴费，在城镇以所在街道社区为单位组织缴费，由所属行政村民委员会或社区居民委员会按规定对城乡居民参保基础资料进行核对，负责汇总上报所

在乡镇或街道办事处社会保障服务机构，乡镇或街道办事处社会保障服务机构审核无误后，通知签约银行从所有参保人员银行账户中按户托收个人应缴纳的基本医疗保险费，并转存到社会保险经办机构指定的专用户头。社会保险经办机构应负责通知困难、特殊人群的主管部门（民政、残联、卫生计生委、教育、财政、扶贫等）按政策规定补助个人应缴基本医疗保险费的金额，及时转入困难、特殊人群个人银行账户。

依照《广西壮族自治区人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（桂政发〔2016〕53号）规定，以学校为单位统一组织在校学生缴费，由所在学校按规定对在校学生参保基础资料进行核对，负责汇总上报所在地社会保险经办机构，社会保险经办机构审核无误后，由所在学校采取托收代缴的方式组织在校学生统一属地参保；也可以通过与银行签约方法从在校学生银行账户中托收个人应缴纳的基本医疗保险费。社会保险经办机构应负责通知困难、特殊人群的主管部门（民政、残联、卫生计生委、教育、财政、扶贫等）按政策规定补助个人应缴基本医疗保险费的金额，及时转入困难、特殊人群个人银行账户。

（四）不具备银行托收条件的，其征缴方式由统筹地区另行制定。

（五）新生儿在出生后 3 个月内，由其亲属等到户籍所在地村级或社区就业社保服务平台窗口（乡镇或街道办事处社会保障服务机构）办理参保缴费手续。

**第十七条 缴费时间及享受待遇时间。**

(一) 连续参保缴费。城乡居民应当在每年的 9 月 1 日至 12 月 31 日缴纳新年度基本医疗保险费, 享受新年度的基本医疗保险待遇。部分城乡居民按时缴费有困难的, 可以延迟至新年度的 2 月底, 足额缴费后享受新年度的基本医疗保险待遇。

(二) 初次参保缴费。初次参保的人员, 在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日缴纳新年度基本医疗保险费的, 享受新年度的基本医疗保险待遇; 在当年 1 月 1 日至 6 月 30 日缴纳当年基本医疗保险费的, 从足额缴纳基本医疗保险费后的次月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

(三) 中断参保缴费。中断缴费 1 年以上续保的人员, 从足额缴纳当年基本医疗保险费后, 从第 3 个月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

(四) 逾期参保缴费。城乡居民逾期缴费的, 足额缴纳当年基本医疗保险费后, 从次月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

(五) 新生儿缴费。新生儿在出生后 3 个月内参保缴费的, 从出生之日起开始享受基本医疗保险待遇。新生儿在出生后 3 个月以上参保缴费的, 从次月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

#### **第十八条 缴费管理。**

(一) 城乡居民基本医疗保险费按年度一次性缴纳, 所缴基本医疗保险费不予退还。

(二) 参保人员缴纳当年基本医疗保险费后, 年内在不同统



筹地区流动、办理关系转移的，按本办法第十七条第（二）款规定执行。

（三）参保人员在统筹地区缴纳当年城乡居民基本医疗保险费之后参加职工基本医疗保险的，按规定享受职工基本医疗保险待遇，停止享受城乡居民基本医疗保险待遇；年内终止职工基本医疗保险关系的，在原缴费的统筹地区享受城乡居民基本医疗保险待遇。

（四）参保人员发生死亡、转学和户籍迁移等状况时，应在当月向社会保险经办机构办理相关变更手续。

## **第六章 基金构成**

**第十九条** 城乡居民基本医疗保险个人缴费、政府补助、银行利息和集体、单位或其他社会经济组织资助等构成城乡居民基本医疗保险基金（以下简称基金）。

**第二十条** 基金主要用于支付门诊医疗统筹、门诊特殊慢性病、住院治疗、意外伤害等医疗费用，以及用于参加城乡居民大病保险的费用。

**第二十一条** 本年度基金有结余的，统称为当年（或当期）基金结余；历年基金结余的，统称为累计基金结余。

## **第七章 基金支付**

**第二十二条** 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和工伤保险医疗服务项目》(以下简称《医疗服务项目》)的范围。

(三)符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

### **第二十三条 不予支付范围。**

(一)超出《药品目录》、《医疗服务项目》规定范围的医疗费用。

(二)《广西壮族自治区劳动和社会保障厅、财政厅、卫生厅、物价局、药品监督管理局关于印发〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理办法〉、〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准管理办法〉的通知》(桂劳社字〔2001〕24号)、《关于印发广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目的通知》(桂劳社发〔2005〕155号)等规定基本医疗保险基金不予支付的项目。

(三)应当从工伤保险基金和生育保险基金中支付的医疗费用。

(四)应当由第三人负担的医疗费用。

(五)应当由公共卫生负担的医疗费用。

(六)在境外就医的医疗费用,包括港澳台就医的医疗费用。

(七)法律、法规规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

## **第八章 基本医疗保险待遇**

### **第二十四条 建立门诊医疗统筹及门诊医疗待遇。**

（一）筹资标准。门诊医疗统筹按每人每年不高于 50 元筹集，从当年筹集的基金总额中提取，用于门诊医疗保障，参保个人不缴费。筹资标准视年度使用情况适时调整，当年门诊医疗统筹不足支付的，从基金中支付。门诊医疗统筹不建立家庭账户或个人账户。

（二）定点医疗。参保人员选择一家一级及以下定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室、学校医疗机构等）作为门诊医疗服务定点，定点医疗机构一年一定，中途不予变更。参保人员不选定点医疗机构的，由社会保险经办机构按户籍或学籍所在地代为选择相应的基层定点医疗机构。逐步推行定点医疗机构医生与参保人员签约服务。参保人员在本人非选定门诊定点医疗机构就医发生的医疗费用不予支付。

统筹地区社会保险经办机构有服务能力、监管能力、控费能力的，可自主扩大定点医疗机构服务点。

（三）基金管理。依据参保人员选择在定点医疗机构定点医疗的人头数，按人头付费、按服务单元、按项目等多种方式，对定点医疗机构实行年度付费总额控制管理，由社会保险经办机构按月度指标拨付给签约的社区卫生服务中心、乡镇卫生院，再由签约的社区卫生服务中心、乡镇卫生院依据本辖区社区卫生服务站、村级卫生室的服务能力、参保人数、就诊人次人数、次均费用等因素，将年度付费总额控制指标下达本辖区已实行一体化管理的社区卫生服务站、村级卫生室。学校内有定点医疗机构的，



按参保学生人数或签约人头数及每人每年筹资标准，实行年度付费总额控制管理，由社会保险经办机构按月度指标拨付给签约的校内定点医疗机构。

#### （四）医疗费报销比例。

1. 一般诊疗费支付。取消药品加成的乡镇（社区）定点医疗机构，一般诊疗费由门诊医疗统筹支付 8.5 元/人次，个人负担 1.5 元/人次。已实行基本药物制度的村级卫生室，一般诊疗费由门诊医疗统筹支付 5 元/人次，个人负担 1 元/人次。达到门诊医疗统筹年度限额支付后，不再支付一般诊疗费。

2. 报销比例。参保人员在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，乡镇（社区）级单次（或每日）门诊费用不高于 60 元、村级单次门诊费用不高于 30 元的，在一级定点医疗机构、一体化管理的村卫生室（社区卫生服务站）由门诊医疗统筹分别报销 65%、75%。

在校学生因病在校内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，个人自付比例原则上不低于 10%，具体分担比例由学校定点医疗机构根据门诊医疗统筹收支结余情况确定，并在与社会保险经办机构签订服务协议中明确。

（五）限额支付。参保人员在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，门诊医疗统筹实行限额支付，每人每年 200 元（含一般诊疗费），超过年度限额支付以上部分的医疗费用由个人支付。年度限额支付额度适时调整。

（六）家庭账户的处理。门诊医疗统筹实施前，原有家庭账



户有结余的，可以继续使用，可用于支付符合基本医疗保险支付范围的门诊医疗统筹、门诊特殊慢性病、住院治疗应由个人自付的医疗费，家庭账户基金用完为止。

（七）难以实施门诊医疗统筹的统筹地区，可以通过其他方式解决普通门诊医疗保障，并报自治区人力资源和社会保障厅备案。

## 第二十五条 门诊特殊慢性病医疗待遇。

（一）病种范围。全区统一确定冠心病等 29 种疾病为门诊特殊慢性病，详见门诊特殊慢性病医疗费基金限额支付表。

（二）门诊特殊慢性病认定。参保人员患有规定的门诊特殊慢性病，由二级（县级）及以上定点医疗机构组织认定，并负责汇总相关材料（包括中级职称及以上医师开具的疾病证明书，门诊病历、检查报告单、化验单等），由定点医疗机构定期报送社会保险经办机构备案。门诊慢性病的认定标准、认定时间、经办流程由统筹地区根据当地实际制定。

（三）定点医疗。门诊特殊慢性病患者原则上选择一家基层定点医疗机构作为门诊医疗服务定点，定点医疗机构一年一定，中途不予变更。统筹地区社会保险经办机构有服务能力、监管能力、控费能力的，可自主增加定点医疗机构服务点。

（四）起付标准。门诊特殊慢性病医疗费基金起付标准为 20 元/人·月，从符合基金支付总额中扣除。

（五）医疗费报销比例。门诊特殊慢性病患者在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，由基金与个人双

方分担，详见门诊特殊慢性病基本医疗保险医疗费分担支付表。

门诊特殊慢性病基本医疗保险医疗费分担支付表		
定点医疗机构级别	基金支付	个人负担
一级及以下	85%	15%
二级	70%	30%
市三级	55%	45%
自治区三级	50%	50%

（六）门诊特殊慢性病患者在定点医疗机构治疗使用基本医疗保险《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% 后，再按基本医疗保险规定支付。对国家和自治区价格主管部门规定可单独收费的医用材料（含体内置放材料）实行价格分类管理，200 元以下（含 200 元）为甲类医用材料；200 元以上、500 元以下（含 500 元）为乙类医用材料；500 元以上为丙类医用材料。

（七）对建档立卡贫困人口参保人员治疗门诊特殊慢性病的，在门诊特殊慢性病基本医疗保险医疗费分担支付表的基础上提高报销比例 5%。

对建档立卡贫困人口的确认、必备资料、经办流程由统筹地区根据当地实际制定。

（八）限额支付。各病种实行年度基金限额支付，详见门诊

特殊慢性病医疗费基金限额支付表。超过年度基金限额支付以上部分的医疗费用由个人自付。

门诊特殊慢性病医疗费基金限额支付表

序号	疾病名称	每人每年（元）
1	冠心病	2000
2	高血压病（高危组）	2000
3	糖尿病	2000
4	甲亢	2000
5	慢性肝炎治疗巩固期	2000
6	慢性阻塞性肺疾病	2000
7	银屑病	2000
8	严重精神障碍	3500
9	类风湿性关节炎	2500
10	脑血管疾病后遗症期	2500
11	系统性红斑狼疮	2500
12	帕金森氏综合征	2500
13	慢性充血性心衰	2500
14	肝硬化	2500
15	结核病活动期	2500
16	再生障碍性贫血	12500
17	肾病综合征	3500
18	癫痫	3500
19	脑瘫	4000
20	重症肌无力	3500
21	风湿性心脏病	2500
22	肺心病	2500
23	强直性脊柱炎	2000
24	甲状腺功能减退症	2000
25	重型和中间型地中海贫血	30000
26	血友病	30000
27	慢性肾功能不全/肾透析	10000/30000
28	各种恶性肿瘤	30000
29	器官等移植后抗排斥免疫调节剂治疗	30000

（九）统筹地区人力资源和社会保障行政部门根据基金承受能力、参保人员的经济承受能力、权力与义务相对应等因素，综合门诊特殊慢性病医疗费年度基金限额支付的使用和个人负担重情况，在确保基金收支平衡的前提下，对慢性肾功能不全的肾透析、各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、重型和中间型地中海贫血、血友病可以适当提高年度基金限额支付的额度、报销比例。

（十）患有多个门诊特殊慢性病病种的参保人员，各个病种年度基金限额支付的额度指标分开单独计算；超过额度指标以上的医疗费用基金不予支付。

（十一）门诊特殊慢性病的医疗费与住院医疗费合并计算参保个人年度基金最高支付限额。

（十二）参保个人使用完年度基金最高支付限额后，基金不再支付门诊特殊慢性病各病种年度基金限额支付额度指标以内的医疗费用。

（十三）门诊特殊慢性病用药范围等由自治区人力资源和社会保障行政部门另行制定。

**第二十六条 急诊留观医疗待遇。**急诊留观是指因病情需要，在定点医疗机构急诊观察室进行的医疗。

（一）参保人员因病在三、二、一级定点医疗机构急诊留观、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，每次基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基金支付



总额中扣除；其余符合规定的医疗费用，报销比例按住院规定执行。

（二）参保人员因病在定点医疗机构急诊留观、并从急诊留观直接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，合并计算为一次住院，基金起付标准、报销比例按住院规定执行。

（三）急诊留观治疗的医疗费与住院医疗费合并计算参保个人年度基金最高支付限额。

**第二十七条 住院医疗待遇。**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，按以下办法分担支付。

（一）床位费支付标准。床位费基金支付标准为 20 元/床·日。床位费低于标准的按实际发生数支付，高于标准的部分由个人支付。

（二）基金起付标准。参保年度内，参保人员因病在三、二、一级定点医疗机构第一次住院，基金起付标准分别为 600 元、400 元、200 元；第二次及以上住院的，每次基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基金支付总额中扣除。

（三）医疗费报销比例。基金最高支付限额以下的基本医疗保险医疗费，由基金与个人双方分担，详见住院治疗基金最高支付限额以下基本医疗保险医疗费分担支付表。

住院治疗基金最高支付限额以下基本医疗保险医疗费分担支付表

定点医疗机构级别	基金支付	个人支付
一级及以下	90%	10%
二级	75%	25%
三级	60%	40%
自治区三级	55%	45%

参保人员在定点医疗机构住院治疗（含跨统筹地区住院）使用基本医疗保险《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% 后，再按基本医疗保险规定支付。对国家和自治区价格主管部门规定可单独收费的医用材料（含体内置放材料）实行价格分类管理，200 元以下（含 200 元）为甲类医用材料；200 元以上、500 元以下（含 500 元）为乙类医用材料；500 元以上为丙类医用材料。

（四）对建档立卡贫困人口参保人员住院治疗的，在住院治疗基金最高支付限额以下基本医疗保险医疗费分担支付表的基础上提高报销比例 5%。

（五）家庭病床管理。

1. 开设资格。具备开设家庭病床资格的定点医疗机构开设家庭病床的，应当建立《家庭病床工作制度》，并报社会保险经办机构备案。

2. 建床条件。家庭病床的收治对象应是诊断明确、病情稳定、

适合在家庭条件下进行检查、治疗和护理的患者。适用于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情形。

符合建床条件的参保人员应在参保地申请建立家庭病床，不受理跨统筹地区建立家庭病床的申请。

3. 建床申请。由患者（或其监护人）提出建床申请，定点医疗机构根据建床条件和患者情况确定予以建床的，填写建床申请表（由统筹地区社会保险经办机构统一制表），指定责任医生、护士后，须报社会保险经办机构备案同意，方可建立家庭病床。

4. 治疗周期。一次建床周期不超过 90 天，确需继续建床的，需重新办理登记手续，但每一结算年度累计不超过 180 天。一个参保年度内，原则上最多建床 3 次。

5. 医疗待遇。参保人员在三、二、一级及以下定点医疗机构建立的家庭病床，每次基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基金支付总额中扣除。家庭病床医疗费用实行限额结算，每人每天基金支付控制在 60 元以内，费用在限额指标以内的据实结算，超过部分不予支付。

6. 家庭病床的医疗费与住院医疗费合并计算参保个人年度基金最高支付限额。

（六）年度基金最高支付限额。参保人员在参保年度内，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

西城镇居民人均可支配收入的 6 倍。年度基金最高支付限额按自然年度一年一定，年中不予调整。

（七）参保病人跨年度住院医疗费结算。

1. 定点医疗机构应当在当年 12 月 31 日前给予结算；参保病人当年已足额支付一次住院起付标准的，次年不再支付一次住院起付标准；参保病人当年发生的医疗费不足支付一次住院起付标准的，次年由参保病人再补足支付一次住院起付标准。

2. 参保病人跨年度住院的，以出院结算的时间确定结算年度。

（八）出院带药管理。参保人员出院，治愈的带药量不超过 3 天，好转的带药量不超过 7 天，慢性病的带药量不超过 14 天。所带药品应当与出院诊断疾病相符合。

（九）自费药品及项目管理。定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目的费用，不得超过住院医疗费总额的 5%。

（十）治疗期限。病人长期住院治疗的，每 90 天计为 1 次住院，不足 90 天的按 1 次住院次数计算。参保人员在急诊留观治疗后直接住院治疗的，其住院时间从入住留观室之日起计算。

**第二十八条 异地住院就医。**

（一）异地住院就医支付范围。

1. 自治区内异地就医支付范围。按本办法第二十二、二十三条规定执行。

2. 自治区外异地就医支付范围。通过跨省异地就医结算平台直接结算的住院医疗费用，原则上执行就医地规定的基本医疗保



险支付范围及有关规定（包括基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围），基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。未通过跨省异地就医结算平台直接结算的按上述第1点执行。

（二）异地住院报销比例。参保人员在统筹地区外自治区内、自治区外住院治疗的，符合基本医疗保险支付范围的医疗费按以下办法报销：

1. 参保人员经社会保险经办机构同意转院住院治疗的，在参保地住院治疗报销比例的基础上，基金报销比例分别降低5%、10%；未经同意转院的，基金报销比例分别降低15%、20%。

2. 长期（3个月以上）跨统筹地区异地居住，经参保地社会保险经办机构办理就医备案住院的，按参保地住院治疗报销比例执行；未经备案的，基金报销比例分别降低15%、20%。

3. 短期（3个月以内）跨统筹地区外出探亲、旅游等因急病住院的，在入院治疗5个工作日内向社会保险经办机构办理备案手续的，按参保地住院治疗报销比例执行；逾期或未备案的，基金报销比例分别降低15%、20%。

4. 参保人员异地住院的医疗费，与在统筹地区住院医疗费合并计算参保个人年度基金最高支付限额。

**第二十九条** 参保人员符合国家、自治区计划生育政策规定，在门诊发生相关生育的医疗费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按住院规定比例报销。在统筹

地区外门诊发生相关生育的医疗费门诊医疗统筹不予支付，在统筹地区外住院发生生育、产科并发症等医疗费按本办法第二十八条规定执行。参保人员发生生育、产科并发症等的医疗费与住院医疗费合并计算参保个人年度基金最高支付限额。

### 第三十条 意外伤害医疗待遇。

（一）意外伤害是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

（二）在校学生在本学校校园内或学校组织的活动中以及上下学途中发生意外伤害事故的，年度内发生符合规定的门诊医疗费 5000 元以下（含 5000 元），由基金支付 80%；需住院治疗的，按住院规定比例支付。

（三）参保人员意外伤害发生的医疗费，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。

1. 符合基本医疗保险支付范围的，社会保险经办机构应当按照基本医疗保险基金支付的规定先行支付相应部分的医疗费用，普通门诊医疗费由门诊统筹支付；住院治疗发生的医疗费按住院规定分担比例支付；先行支付的医疗费用，计入参保人员年度基金最高支付限额。

2. 超过第三人责任部分的医疗费用不属于先行支付范围的医疗费用，由个人负担。

3. 申请先行支付的时间节点，应当在住院治疗终结、医疗费

已与医疗机构结清后之日起 1 年内申请先行支付。逾期申请的，社会保险经办机构不再受理申请先行支付。

4. 基本医疗保险基金先行支付后，社会保险经办机构有权向第三人追偿。

（四）参保人员意外伤害住院发生的医疗费不属于本条第（三）款情形的，按住院医疗待遇规定比例支付。

### 第三十一条 多层次医疗保障。

（一）基本医疗保险与城乡居民大病保险相衔接。参保城乡居民，经过基本医疗保险报销后应由个人自付的医疗费及超过基本医疗保险年度最高支付限额的医疗费用，通过参加城乡居民大病保险等途径解决。

（二）基本医疗保险与城乡医疗救助相衔接。符合本办法第十二条第（二）款“城乡居民困难、特殊人群”住院治疗发生的医疗费经基本医疗保险和城乡居民大病保险报销后个人负担重的，按困难、特殊人群的主管部门有关政策执行；符合城乡医疗救助条件的，纳入城乡医疗救助范围。

（三）基本医疗保险与精准扶贫相衔接。参保的城乡居民困难、特殊人群患重病、大病（含门诊特殊慢性病）、原新农合农村重大疾病（包括城镇居民），参保年度内经基本医疗保险、城乡居民大病保险、城乡医疗救助报销后，其余的医疗费（不含自费药品及自费项目）个人负担重、影响基本生活的，统筹地区可以使用当年基金结余大于 5% 以上的部分给予不高于 40% 的再报销。对



个人负担重的界定、再报销比例、具体管理办法，由统筹地区人力资源和社会保障行政部门根据当地实际情况另行制定。

## **第九章 医疗费用结算方式**

**第三十二条** 根据基本医疗保险基金“以收定支，收支平衡”的原则，实行预算管理和付费总额控制。按照《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅 财政厅 卫生厅关于开展基本医疗保险付费总额控制的实施意见》（桂人社发〔2013〕66号）精神，另行制定基本医疗保险付费总额控制暂行办法，在广西区域内所有定点医疗机构医疗费用结算实行以付费总额控制方式为主，以按人头、病种、项目、床日付费等为辅的复合付费方式。鼓励开展按疾病相关诊断组（DRGs）付费。

**第三十三条** 参保人员在定点医疗机构发生的门诊医疗统筹费用、门诊特殊慢性病医疗费用、住院医疗费用，属于基金支付的，由社会保险经办机构与定点医疗机构按服务协议约定结算；属于个人支付的，由个人直接与定点医疗机构结算。

## **第十章 医疗保险服务管理**

**第三十四条** 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。统筹地区社会保险经办机构按照国家、自治区基本医疗保险定点医疗机构协议管理经办规程，负责定点医疗机构准入与管理的工作，并按规定向社会公布定点医疗机构名单，接受社会监督。



**第三十五条** 广西区域内各统筹地区的定点医疗机构实行互认。

**第三十六条** 社会保险经办机构根据管理服务的需要与定点医疗机构签订服务协议，明确双方责任、权利和义务，并按照协议进行监督、管理。

**第三十七条** 定点医疗机构应当遵守城乡居民基本医疗保险有关规定，严格履行服务协议，及时为参保人员提供合理、必要的优质医疗服务。

## **第十一章 附 则**

**第三十八条** 本办法自 2017 年 7 月 1 日起施行。原各地城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关文件同时废止。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。

**第三十九条** 本办法由广西壮族自治区人力资源和社会保障厅负责解释。

公开方式：主动公开

---

广西壮族自治区人力资源和社会保障厅办公室      2017年2月14日印发

---