



重庆市人力资源和社会保障局
重庆市财政局
关于印发重庆市城乡居民合作医疗保险
基金结算暂行办法的通知

渝人社发〔2012〕153号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、财政局，北部新区社会保险局：

为加强我市城乡居民合作医疗保险基金支出的管理，保障参保人员的医保待遇，根据《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》（渝办发〔2011〕293号）精神，我们制定了《重庆市城乡居民合作医疗保险基金结算暂行办法》，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市人力资源和社会保障局

重庆市财政局

二〇一二年七月三十一日

重庆市城乡居民合作医疗保险 基金结算暂行办法

第一条 为加强重庆市城乡居民合作医疗保险基金（以下简称基金）支出的管理，保障参保人员的医保待遇，根据《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》（渝办发〔2011〕293号）规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于参加重庆市城乡居民合作医疗保险的参保人员、定点医疗机构及定点药店（以下简称定点服务机构）、医疗保险经办机构相互之间的医疗保险费用结算。

第三条 市人力资源和社会保障局主管医疗保险基金目标任务制定、考核及结算工作，并对医疗保险经办机构进行业务指导。市财政局负责医疗保险基金的监督管理。市社会保险局负责指导区县（自治县）（以下简称区县）和直接承办市内医科大学附属医院医疗保险费用的审核、结算、支付管理以及建立市级医疗保险费用结算平台；负责各区县参保人员市内跨区县以及与我市建立异地结算平台的市外就医费用结算工作。

区县人力资源和社会保障局主管本地区医疗保险基金目标任务执行和结算工作，并对本地区医疗保险经办机构进行业务指导。

区县财政局负责本地区医疗保险基金的监督管理。区县医疗保险经办机构负责承担辖区内除医科大学附属医院之外的其他医疗保险定点服务机构的医疗保险费用审核、结算、支付管理工作。

第四条 医疗保险基金结算范围包括：参保人员在定点服务机构发生的应由基金支付的费用。

第五条 医疗保险费用按以下方式结算：

(一) 参保人员医保费用结算

参保人员在市内定点服务机构或是在市外与我市建立异地结算平台的定点服务机构购药、门诊、住院发生的医疗费用，先由普通门诊定额报销基金及统筹基金支付，其余部分由本人现金支付；对在市外未与我市建立异地结算平台的定点服务机构购药、门诊、住院发生的医疗费用，由其垫付后回参保地医疗保险经办机构或区县指定机构办理结算。

(二) 定点服务机构医保费用结算

1.本市定点服务机构或与我市建立异地结算平台的市外定点服务机构，对参保人员发生的属于普通门诊定额报销基金或统筹基金支付的费用，由其与协议方医疗保险经办机构结算。

2.对统筹基金支付结算可采用总额预付、单病种付费、按床日付费、项目实付等多种结算方式。

(三) 医疗保险经办机构之间结算

1.参保人员在市内属地参保的区县外定点服务机构就医、购



药，其发生的医疗费用先由协议方医疗保险经办机构结算，再由市结算平台按月对有关区县参保人员异地就医费用办理结算。

2.参保人员在市外与我市建立异地结算平台的定点服务机构发生的医疗费用属于医保基金支付的，先由费用发生地经办机构与医疗机构结算，再通过异地就医结算平台结算，具体结算办法另行制定。

第六条 定点服务机构与医疗保险经办机构之间的费用结算，按照《关于印发重庆市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店医疗费用结算办法（试行）的通知》（渝人社发〔2011〕259号）执行，其中全年统筹基金发生额在10万元以上的定点医疗机构应按总额预付方式结算。

第七条 参保人员在参保区县以外，市内定点医疗机构就医发生的按规定应由基金支付的款项，先由协议方医疗保险经办机构支付，再根据市人力社保局、市财政局每月对各区县跨区县就医费用结算通知，由参保地区县财政专户将结算的款项上划到市财政专户或由市财政专户拨付区县财政专户。

市社会保险局对市内异地就医费用按以下办法结算：

（一） 计算方式

1.属于普通门诊定额报销基金支付的医疗费用，按照实际发生额计算。

2.统筹基金与定点服务机构采用按床日付费、单病种付费、

项目实付等结算方式的，按照实际发生额计算。

3.统筹基金与定点服务机构采用总额预付结算方式的，按照下列方法计算：

(1) 当医疗机构医疗费用实际发生额 \leq 总额预付金额时，按照实际发生额计算。

(2) 当医疗机构医疗费用实际发生额 $>$ 总额预付金额时，按照公式计算：参保人员统筹基金支付额 $=\sum$ （总额预付统筹基金 \div 总额预付医疗费用发生额 \times 参保人员医疗费用发生额）。

(二)市社会保险局按月将结算结果报市人力社保局审核后，送市财政局审定。

(三) 年度终了，各医疗保险经办机构应在每年一季度内，对上年度总额预付的医疗机构发生的医疗费用，按渝人社发〔2011〕259号文件和以上规定进行清算。

(四) 各级财政部门根据市人力社保局、市财政局结算通知按以下方式进行资金划拨：

1.本区县参保人员在市内异地发生的医疗费用大于外区县参保人员在本区县发生的医疗费用时，其差额由区县财政专户上划到市财政专户。

2.本区县参保人员在市内异地发生的医疗费用小于外区县参保人员在本区县发生的医疗费用时，其差额由市财政专户拨付区县财政专户。

(五) 市社会保险局对于垫付异地医保费用较大的区县，测算其垫付额度，报市人力社保行政部门审核，市财政部门审定后，由市财政专户拨付资金到有关区县财政专户，确保待遇支付。

第八条 医疗保险基金支付参保人员住院医疗费用以 365 天为一个结算期。参保人员每次住院为一个结算期；对一次住院超过 365 天且连续参保缴费的，以 365 天为一个结算期，结算期满后新发生的医疗费用，视为重新住院费用。

第九条 医疗保险经办机构按照《重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法》、《重庆市医疗保险就医管理暂行办法》、《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》等规定，对参保人员在定点服务机构发生的医疗费用进行审核。

第十条 参保人员在定点服务机构发生属于基金支付的医疗费用，由医疗保险经办机构与定点服务机构按月结算和支付。

定点服务机构应在每月 5 日内向协议方医疗保险经办机构申报上月医疗费用，填报《重庆市市级统筹医疗保险费用结算申报表》；医疗保险经办机构在接到定点服务机构申报材料后，应在每月 10 日内根据不同的结算方式进行医疗费用结算，在 15 日内对结算的金额进行支付。

第十一条 参保人员在市外未与我市建立异地结算平台的定点服务机构就医垫付的医疗费用，应按要求持相关资料，到其参

保地的区县医疗保险经办机构或区县指定机构办理费用结算。上年度市外异地就医费用应在每年3月31日前结清,逾期原则上不再结算支付。

第十二条 定点服务机构按规定对参保人员在市内转诊转院的,参保人员要与转出的定点服务机构结清应由个人支付的医疗费用;属于基金支付的医疗费用,由医疗保险经办机构按本办法第十条规定结算。对转出市外就医的,其发生的医疗费用按本办法第十一条规定结算。

第十三条 医疗保险基金结算应严格执行我市城乡居民合作医疗保险市级统筹管理的有关规定。对骗取医疗保险基金,造成基金损失的,根据《中华人民共和国社会保险法》、《重庆市骗取社会保险基金处理办法》和国家相关规定对相关单位和个人进行处理。

第十四条 医疗保险基金结算产生争议时,根据《社会保险行政争议处理办法》有关规定进行处理。

第十五条 重庆市城乡居民大额补充医疗保险费用结算参照本办法执行。

第十六条 在渝高校大学生普通门诊费用结算,按照重庆市人力资源和社会保障局等5部门印发的《关于将大学生纳入城乡居民合作医疗保险的实施意见的通知》(渝人社发〔2009〕185号)规定执行。



第十七条 《重庆市人民政府办公厅转发市卫生局等部门关于开展儿童重大疾病医疗保障试点工作实施意见的通知》（渝办发〔2010〕263号）规定的儿童患白血病、先天性心脏病费用结算，按其要求执行。

第十八条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第十九条 本办法从区县加入市级统筹之日起施行。