



# 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 市级统筹实施办法的通知

渝人社发〔2012〕127号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、财政局，北部新区社会保障局：

为贯彻落实《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），切实做好城乡居民合作医疗保险市级统筹工作，我们制定了《重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹实施办法》，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

二〇一二年七月五日



## 重庆市城乡居民合作医疗保险 市级统筹实施办法

为贯彻落实《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），切实做好城乡居民合作医疗保险市级统筹工作，制定本实施办法。

### 一、参保管理

#### （一）参保范围

1. 户籍在本市且未参加城镇职工医疗保险的城乡居民，包括中小学校、中等职业学校、特殊教育学校在册学生和托幼机构在园幼儿（不含户籍未转的高校参保的大学生）；

2. 在渝高校（含民办高校、科研院所）全日制本、专科生，研究生（统称在渝高校大学生）；

3. 具有本市户籍的新生儿（独立参保）。

#### （二）参保时间

1. 户籍在本市的城乡居民集中参保时间为每年的9月1日至12月20日。

2. 在渝高校大学生参保时间为每年暑期开学之日起的60日内。



3.当年出生的新生儿办理独立参保时间为其出生之日起90日内。

4.超过以上缴费时间且参保人员自愿缴费的，最迟不得晚于次年9月30日前完清当年全额费用(包括财政补助和个人应缴费用)。

### (三) 参保方式

1.城乡居民以家庭为单位选择同一档次参保，由户籍所在地乡镇(街道)或区县指定的单位负责组织。各区县要高度重视中小学校、中等职业学校、特殊教育学校在册学生和托幼机构在园幼儿的参保工作，争取当地党委和政府支持，由当地学校统一组织参保。

2.在渝高校大学生参保由学校为单位负责组织。

3.新生儿参保。新生儿可独立参保。对错过参保缴费时间的，在其出生90日内，可在户籍所在地乡镇(街道)办理独立参保并完清全额费用(包括财政补助和个人应缴费用)。对不独立参保且其母亲当年已参保缴费的，新生儿自出生之日起自动随母亲参保。

### (四) 缴费方式

1.城乡居民、大学生参保个人缴费标准分为一档和二档。具体标准由市人力资源和社会保障局会同相关部门，于每年8月31日前报由市政府批准后发布。



2.各乡镇（街道）社会保险经办机构、区县政府指定的单位，收取城乡居民次年度应缴纳的医疗保险费后开具社会保险费征收专用票据，并按规定缴入城乡居民合作医疗保险（以下简称居民医保）基金财政专户。

3.在渝高校收齐大学生个人缴费后，开具社会保险费征收专用票据，并按规定缴入居民医保基金财政专户。

### （五）政府补助

对参加居民医保的城乡居民，财政部门每年根据国家的相关规定予以参保补助。在此基础上，对属于居民医保资助对象的，按照市政府或市政府授权部门发布的资助标准予以补助。

## 二、待遇管理

### （一）待遇享受时间

1.户籍在本市的城乡居民，参保缴费后从次年1月1日至12月31日享受居民医保待遇。

2.在渝高校大学生参保后从缴费当年的9月1日至次年的8月31日享受居民医保待遇。

3.新生儿从其出生之日起，90日内独立参保并缴费的，从其出生之日起至当年12月31日按规定享受居民医保待遇。未参保的，随参保的母亲享受居民医保待遇。其首次发生医疗费用报销时，由其监护人向经办机构申请选择独立参保或随母参保，对选择独立参保的应完清有关费用后，按规定享受相关待遇。



4.以上人员超过规定时间参保全额缴费的，从其完清费用之日起满 90 日后享受居民医保待遇至当年 12 月 31 日。

## （二）普通门诊费用管理

1.参保人员的普通门诊实行定额报销使用和管理，定额标准每年按照我市一档个人缴纳的居民医疗保险费确定。

2.定额报销资金为居民医保基金的组成部分，不属于个人所有，实行单独核算，管理到人。

3.定额报销资金主要用于支付本人、亲属或指定人门诊就医购药或住院自付费用，当年未使用（或余额）可跨年度结转使用。对未连续参保缴费的居民，从未连续缴费的当年起，将其定额报销未使用的资金调整为统筹基金，不再结转使用；重新参保后，再按以上规定办理。

4.普通门诊在定额报销额度内使用不设封顶线和报销比例。

## （三）住院支付标准

### 1.起付线

参保人员住院需自付起付线的金额，标准为：一级医疗机构 100 元/次，二级 300 元/次，三级 800 元/次。

### 2.封顶线

参保人员住院报销设立封顶线金额，标准为：一档 7 万元/人、年，二档 11 万元/人、年。

特殊疾病中的重大疾病门诊费和住院费合并计算封顶线。



### 3. 报销比例

参保人员住院发生的政策范围内医疗费用，按以下标准报销：一档：一级医疗机构 80%，二级 60%，三级 40%。二档：在一档的基础上提高 5 个百分点。未成年人在同档参保成年人的基础上提高 5 个百分点。

#### （四）特殊疾病管理

特殊疾病包括重大疾病和慢性病。特殊疾病的具体管理办法另行制定。

#### （五）一般诊疗费管理

符合渝价〔2011〕277 号文件规定的一般诊疗费中应由统筹基金支付的，按总额付费结算办法执行。

#### （六）大学生医保待遇

在渝高校大学生发生的住院、门诊等医疗费用报销，统一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。

#### （七）新生儿医保待遇

新生儿独立参保缴费的，享受未成年人待遇；对不选择独立参保，可随其参保母亲享受居民医保待遇，出生当年发生的医疗费用报销与其母亲合并计算，直至最高封顶线。

#### （八）孕产妇待遇支付标准



对孕产妇发生的费用，给予每人 100 元产前检查、400 元住院分娩定额补助。

### 三、医疗费用结算

（一）参保人员在市内发生的医疗费用，可持社会保障卡直接与定点服务机构结算，属于自付的费用，个人自理；属于医保基金支付的费用，由经办机构与定点服务机构结算。

（二）参保人员在市外发生的医疗费用，先由个人全额垫付，属于医保基金支付的费用，可到参保地的医疗保险经办机构或区县指定机构按本市规定审核报销。对当年发生的医保费用，报销时间不得晚于次年 3 月底。

医疗费用结算办法另行制定。

### 四、“两定机构”和“目录”管理

（一）全市统一执行《重庆市医疗保险服务就医监督管理暂行办法》、《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》。

（二）基层医疗卫生机构执行国家和我市基本药物制度的有关规定，按国家和我市医改工作要求执行。

### 五、就诊管理

（一）参保人员在参保所在区县定点医疗机构和市内二级及以下定点医疗机构住院，由本人自主选择，不受转诊转院限制。在市内非参保所在区县三级定点医疗机构住院，应报经参保所在



区县医疗保险经办机构或区县指定的机构同意；对未申报或未同意的，其住院起付线提高 5%，同时报销比例下降 5 个百分点。

（二）参保人员严格执行首诊负责制和转诊、转院制度。定点医疗机构因技术设备等条件限制或病情需要，需对病人转诊、转院的，由诊治的定点医疗机构按其规定程序批准，可转往上级医疗机构；因病情稳定后可转往下级医疗机构继续康复治疗，其住院过程中一年内按医疗机构最高等级标准只缴纳 1 次起付线。

**六、建立大额补充医疗保险制度，具体办法另行制定。**

**七、本办法由市人力资源和社会保障局解释。**

**八、本办法从区县加入市级统筹之日起施行。**