

重庆市人力资源和社会保障局 关于重庆市城乡居民合作医疗保险若干问题 处理意见的通知

渝人社发〔2013〕267号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局，北部新区社会保障局：

我市城乡居民合作医疗保险实现市级统筹后，实际运行过程中反映出一些问题，经研究，现将有关问题的处理意见通知如下：

一、关于部分区县个别待遇项目优于市级统筹的处理

按照待遇不降低的原则，对部分区县的个别待遇项目优于市级统筹政策的，由区县人力社保局向市人力社保局申报，经审核确定后，采取锁定项目、标准暂时予以保留，所需费用，由区县在历年基金结余中解决。

对市级统筹前取得特殊疾病资格，且特殊疾病病种与市级统筹政策一致，但标准高于市级统筹政策的，按照“锁人头、锁病种、锁标准”原则，予以保留。2013年1月1日起新取得资格的，应按市级统筹政策执行。

二、关于参保缴费及待遇享受时间有关问题的处理

对超过规定缴费时间且参保人员自愿缴费的，最迟不得晚于

当年9月30日前完清当年医保费用（新生儿独立参保除外）。按照渝财社〔2013〕30号文件规定，6月30日以前办理参保并缴费的，可享受财政补助；之后缴费的，应全额缴纳医保费用（包括财政补助额和个人应缴费用）。

对参保居民在当年1月1日到2月底期间参保缴费的，其居民医保待遇自完清费用的次月1日起按规定享受；对当年3月1日后缴费的，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。

三、关于一般诊疗费计算

基层医疗机构在执行一般诊疗费时（包括职工医保），对参保人三天内在同一医疗机构同一科室就诊的，原则上只计算一次，并按规定实行年度总额控制。

四、关于普通门诊有关问题的处理

（一）关于普通门诊定额报销资金有关问题

1. 2012年底，按规定应结转的余额和区县政府注入参保人员的专项补助额，应优先使用，并不受是否参保影响，可继续使用。

2. 从2013年1月1日起，对部分区县锁定2012年标准超过市级统筹标准的，在参保人员连续参加城镇职工医疗保险或城乡居民医疗保险的前提下，当年未使用的余额按最高不超过市级统筹的定额标准结转，其居民医保定额报销资金的余额可继续保

留和使用。

3. 参保居民因户籍变更等市内跨区县参保的，在办理居民医疗保险关系市内跨区县转移时，通过居民医疗保险信息系统对其普通门诊定额报销结余资金进行数据迁移，可采取年终清算划拨资金。

4. 定额报销资金用于亲属或指定人的，其亲属或指定人应在同一区县参加城乡居民医疗保险。

(二) 关于参保人员在定点药店购药是否可以使用普通门诊定额报销基金的问题

区县需要开通在医保定点药店使用居民医保普通门诊定额报销资金的，经区县人力社保局同意后，由区县医保经办机构向市社会保险局提出书面申请，再由市社会保险局负责协调市人力社保信息中心通知有关软件公司开通其使用功能。

五、关于特殊疾病的有关问题

(一) 关于确定诊断特殊疾病医院的问题

按照渝人社发〔2012〕102号文件规定的原则，由区县人力社保局根据定点医疗机构对特殊疾病的诊断能力、服务水平、服务质量等因素确定。确定结果，应报市社会保险局备案。

(二) 关于特殊疾病中多种慢病报销限额的问题

对参保人员取得渝人社发〔2012〕102号文件规定的两种或两种以上特殊疾病中慢病资格的，每增加一种，年报销限额增加

200 元。

六、关于孕产妇待遇有关问题的处理

(一) 孕妇产前检查费用补助限额 100 元。以医院上传的其怀孕首次检查时间为起始时间，8 个月为一个周期，期间发生的检查费用超过限额的按限额补助，不足的按实际发生额补助，其费用不受药品目录和诊疗目录限制。

(二) 住院顺产分娩，定额补助 400 元；剖宫产及并发症的按照居民医保普通住院政策报销，低于 400 元的按 400 元补足。

(三) 对孕产妇跨年度发生的医疗费用，按以下原则给予补助：对当年度参保，次年度未参保的，次年分娩只能报销参保年度的产前检查费最多 100 元，不享受住院分娩补助 400 元和其他医疗保险待遇；对当年未参保次年参保，次年分娩可按本通知有关规定报销参保年度的产前检查费最多 100 元，住院分娩按本通知第二条和本条（二）项规定享受有关待遇。

七、关于就医管理有关问题的处理

(一) 就医登记备案

对市内非参保地三级医院和市外医院住院的，对住院时间超过 5 个工作日的，应在住院之日起 5 个工作日内在参保地备案；对住院时间在 5 个工作日内，应在出院前在参保地登记备案。

(二) 参保人员住院期间，因住院医疗机构设备和技术原因需到院外检查的，经批准其费用可按住院医院等级标准报销。



八、关于新生儿医疗待遇享受时间

未独立参保的新生儿，随其参加居民医保的母亲按规定享受医保待遇，合计不超过其母亲当年享受的最高支付限额。享受待遇时间为从其出生之日起至当年 12 月 31 日。

九、关于渝办发〔2010〕263 号文件规定的儿童白血病和先天性心脏病（以下简称儿童两病）的有关问题的处理

经商市民政局同意，儿童两病经指定的定点医院确诊后，患者不再到当地人力社保部门和民政部门申报，其发生的医疗费用按以下办法结算：

（一）实行定额付费结算，不受目录限制。参保人和医保基金分别按定额标准的 30%和 70%支付，其中符合救助规定的，按相关办法执行。对超过定额标准的，超过部分由医院承担；对未达到定额标准的，参保人按实际发生额的 30%支付，医保基金按定额标准的 70%支付。

（二）对同时发生儿童先天性心脏病 2 个病种以上且同时治疗的，其定额标准为：最高标准的病种定额+ \sum （其余病种标准定额） \times 30%。

（三）对发生儿童白血病的医疗费用，在定额标准内可累计计算报销；对发生的超过定额标准以上的儿童白血病医疗费用按普通住院政策报销。

（四）从 2014 年 1 月 1 日起，对儿童白血病患者发生的门



诊费用，纳入城乡居民特殊疾病中的重大疾病管理。符合渝办发〔2010〕263号文件规定的儿童白血病报销办法仍按渝办发〔2010〕263号文件及相关规定执行，其他儿童白血病报销办法按普通住院政策报销。

重庆市人力资源和社会保障局

2013年12月30日