



铜梁县人民政府 关于印发铜梁县城乡居民合作医疗保险 暂行办法的通知

铜府〔2010〕7号

各乡镇人民政府、街道办事处，县政府各部门，有关单位：

《铜梁县城乡居民合作医疗保险暂行办法》已经县政府第53次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

二〇一〇年一月十八日



铜梁县城乡居民合作医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为进一步推进统筹城乡居民医疗保障体系，实现人人享有基本医疗保障目标，根据《重庆市人民政府关于开展城乡居民合作医疗保险试点的指导意见》（渝府发〔2007〕113号）精神，结合我县实际，制定本办法。

第二条 本办法所称城乡居民合作医疗保险（以下简称居民医保），是指城乡居民自愿参加，实行家庭缴费、政府补助、社会扶持等多方筹资，保障基本医疗需求的医疗保险制度。

第三条 建立城乡居民合作医疗保险制度遵循以下原则：

（一）低水平、广覆盖原则。根据我县当前经济发展水平和医疗消费水平，合理确定适应不同参保群众的筹资水平。

（二）居民自愿参保原则。

（三）多渠道筹资原则。实行家庭缴费、集体（单位）扶持、政府补助的多方筹资机制。

（四）县级统筹管理原则。



(五) 以收定支、收支平衡、略有结余原则。

(六) 权利和义务对等原则。

第二章 参保对象及其权利和义务

第四条 城乡居民合作医疗保险参保对象

(一) 具有本县户籍且不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的城乡居民，包括中小学阶段的学生、职业高中、中专、技校学生和少年儿童以及其他非从业城乡居民，都可自愿参加居民医保。

(二) 持有半年以上暂住证(居住证)的非本县户籍城乡居民，可自愿参加居民医保(保费由参保人员自己全额缴纳)。

第五条 居民医保参保人员享有以下权利：

(一) 享有本办法规定的保险待遇；
(二) 享有居民医保的知情权、建议权和监督权；
(三) 享有如实举报违反居民医保规定的个人和单位的举报权。

第六条 居民医保参保人员应履行下列义务

(一) 按时足额缴纳居民医保费；
(二) 保证以户为单位参加居民医保；



（三）遵守居民医保的各项规定。

第三章 管理机构和职责

第七条 成立铜梁县城乡居民合作医疗保险工作领导小组，领导小组由县长任组长，分管副县长任副组长，相关单位领导为成员。领导小组下设办公室，办公地点在县劳动和社会保障局，办公室主任由县劳动和社会保障局局长担任，具体负责城乡居民合作医疗保险的日常事务。其主要职责是：

- （一）负责制定居民医保发展规划、年度工作目标和居民医保暂行办法，并根据运行情况适时调整相关政策；
- （二）负责居民医保的组织实施，开展宣传、筹资、检查、考核和监督工作；
- （三）负责制定基金预算、决算和监管；
- （四）协调落实各成员单位职责；
- （五）向同级政府报告工作；
- （六）向社会公布居民医保有关管理和运行情况；
- （七）根据国家和重庆市相关政策制定居民医保规章制度；
- （八）法律法规和政策规定的其他职责。



第八条 铜梁县医疗保险管理局（以下简称县医保局）具体负责城乡居民合作医疗保险经办工作，其主要职责是：

- （一）负责居民医保基金的运行管理；
- （二）负责执行居民医保预决算管理、财务管理、内部审计；
- （三）负责居民医保计算机网络建设、运行、维护和管理；
- （四）负责居民医保定点医疗机构的确定和协议管理；
- （五）接受和处理群众投诉，并会同有关部门调查处理居民医保工作中的违规行为；
- （六）办理城乡居民合作医疗保险领导小组及办公室安排的其他工作。

第九条 乡镇（街道）城乡居民合作医疗保险领导小组由乡镇（街道）主要领导任组长，分管领导任副组长，所属有关机构负责人为成员。乡镇（街道）社会保障服务所为城乡居民合作医疗保险的具体经办机构，业务上接受县医保局指导、管理、监督和考核。其主要职责是：

- （一）负责完成县政府下达的居民医保参保扩面、筹资等各项工作任务；
- （二）负责辖区居民医保的宣传动员、组织协调、管理工作；
- （三）负责收集、整理、核对、录入和上报参保人员的基本信息；



- (四)负责辖区内定点医疗机构的监督管理;
- (五)负责指导村(居)委会开展居民医保工作;
- (六)负责县医保局交办的其他工作。

第十条 各村(居)委会设立城乡居民合作医疗保险管理小组,明确专职人员,负责本村(居)委会城乡居民合作医疗保险的登记等相关工作,参与社区医保定点服务机构和参保居民就医监督管理工作。

第十一条 县医保局开展居民医保的工作经费,县财政按当年实际参保居民人数每人2元的标准全额纳入预算安排(其中,按每人0.5元的标准补助给乡镇(街道)社会保障服务所作为工作经费)。

第四章 筹资与参保

第十二条 居民医保基金由以下各项组成:

- 居民缴纳的基本医疗保险费;
- 各级财政的补助资金;
- 集体(单位)和个人扶持、资助的资金;
- 社会捐助的资金;
- 居民医保基金的利息;



依法纳入居民医保基金的其他资金。

第十三条 居民医保筹资标准设两个档：

(一) 一档：筹资水平为 140 元/人·年。其中政府补助 120 元（普补），个人缴费 20 元；

(二) 二档：筹资水平为 240 元/人·年。其中政府补助 120 元（普补），个人缴费 120 元。

第十四条 补助办法

(一) 政府对所有参保居民实行普补。具体办法是：按 120 元/人·年给予补助。其中，中央财政补助 60 元，市财政补助 45 元，县财政补助 15 元。

(二) 政府对部分居民实行特补。政府在对所有居民实行普补的基础上，对困难居民实行特补，具体办法是：

1. 对农村困难居民的特补

对农村五保户按一档参保的个人缴费部分、1954 年 1 月 1 日以前的复员退伍军人按二档参保的个人缴费部分，全部由政府解决；对农村低保户和在乡重点优抚对象（不含一至六级残疾军人），政府补助 10 元。以上补助资金，在县城乡医疗救助资金中解决。

2. 对农村部分计划生育家庭的补助



对享受农村计划生育奖励扶助的对象个人参加居民医保一档的，个人缴费部分由县计生委补助 80%；农村独生子女死亡、残疾家庭和经鉴定确认后的计划生育手术并发症者的个人参保资金由县计生委全额补助。

3.对城镇困难居民的补助

对城镇低保对象、重度（一、二级）残疾人和本人收入低于我市企业退休人员基本养老金最低标准的 60 周岁以上老年人，政府按 60 元/人·年的标准给予补助。

对享受特补的城镇居民选择一档筹资标准的，个人缴费 5 元/人·年，特补资金补偿 25 元，剩余特补资金由县医保局记账，用于支付参保居民个人负担金额，当年有效（具体办法由县劳动和社会保障局另定）；享受特补的城镇居民选择二档参保的，特补资金全部补偿个人，个人缴费 60 元/人·年。

第十五条 有条件的用人单位，可以对职工家属参保缴费给予补助。用人单位给予参保职工家属的补助资金可在税前列支。

第十六条 资金的筹措

居民医保费按年度缴纳。每年 9 月 1 日至 10 月 30 日为缴费期，集中收取居民医保费，过期不再收取。各乡镇（街道）社会保障服务所在 12 月 10 日前将收取的居民医保费缴存到财政专户。收取的保费开具由市财政局统一印制的基金专用收据。



第十七条 参保方式

居民以家庭为单位参保,家庭中符合参保条件的所有成员应选择同一档筹资水平参保,选择档次一经确定,两年内不得变更。

户籍在本县辖区内的学生,由家庭统一办理参保。户籍在本县辖区外的学生,由学生自己全额筹资(不享受政府补助),随学校办理参保。

第十八条 参保资料

居民参保时应提供身份证、户口簿及其复印件。特补对象需提供相关证明资料原件及其复印件。

第十九条 参保居民在缴费期内办理参保手续并足额缴费后,于次年的1月1日至12月31日按规定享受居民医保待遇。

第二十条 居民每年必须在缴费期内办理参保和续保登记手续。在当年缴费期内,未参保或没有办理续保手续的,只能在下一年度缴费期内办理参保或续保,断保期间发生的医疗费,居民医保基金不予支付。

第二十一条 居民医疗保险就医结算推行医疗保险卡制度。县政府对农村居民以户为单位免费发放一张城乡居民医疗保险卡,城乡居民医疗保险卡由政府采购中心招标采购,资金纳入财政预算安排。



第五章 医疗保险待遇

第二十二条 参保居民住院或门诊发生的医疗费报销范围按《城乡居民基本医疗保险药品目录》、《城乡居民基本医疗保险诊疗项目目录》、《城乡居民医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》(以下简称“三个目录”)等规定执行。

第二十三条 居民医保参保人员可在县内定点医院选择就医。根据病情需要也可转往县外就医。

居民医保门诊账户只限于在县内定点医疗机构、药店使用。

第二十四条 居民医保基金的支付范围：

- (一) 按规定支付参保居民的普通门诊医疗费；
- (二) 按规定支付参保居民的住院医疗费；
- (三) 按规定支付参保居民的特殊病种门诊医疗费；
- (四) 按规定支付参保特殊困难居民慰问金。

第二十五条 居民医保报销办法：

(一) 一档参保的居民，其医疗费报销按下列标准执行。

1.普通门诊报销：居民实行门诊账户管理。年累计最高限额30元/人。家庭内参保人员可调剂使用，用完为止。如有余额可结转次年使用。

2.住院报销：



重庆市铜梁区人民政府行政规范性文件

医院类别	起付线(元)	报销比例	年累计报销限额
乡镇(中心)卫生院	60	70%	5万元/人·年
县级医院	250	50%	
县级以上医院	1000	30%	

(二) 二档参保的居民, 其医疗费报销按下列标准执行。

1. 普通门诊报销: 居民实行门诊账户管理。年累计最高限额50元/人。家庭内参保人员可调剂使用, 用完为止。如有余额可结转次年使用。

2. 住院报销:

医院类别	起付线(元)	报销比例	年累计报销限额
乡镇(中心)卫生院	60	75%	7万元/人·年
县级医院	250	55%	
县级以上医院	1000	35%	

(三) 特殊病种门诊报销。

特殊病种门诊报销办法由县劳动和社会保障局、县财政局另行制定。

(四) 对符合计划生育规定的孕产妇实行限额报销: 住院分娩的限额报销500元(含产前检查费)。



第二十六条 参保居民按居民医保规定报销后，自付额度仍较大的低保户、重点优抚对象及其他困难群众，可向县民政部门申请医疗救助。

第二十七条 以下医疗费用，居民医保基金不予支付：

- (一) 在非定点医疗机构就诊的（急诊抢救除外）；
- (二) 中断缴费期间发生的医疗费用；
- (三) 因工伤事故、交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；
- (四) 因本人吸毒、打架斗殴、违法违纪等造成伤害的；
- (五) 因自杀、自残、酗酒、戒毒、性病等发生的医疗费用；
- (六) 因美容、矫形、生理缺陷、保健、康复性器具等发生费用的；
- (七) 意外事故手术材料费；
- (八) 未经医疗保险经办机构审批转诊转院的费用；
- (九) 因重大疫情、灾情发生的医疗费；
- (十) 国家、重庆市和我县居民医保政策规定的其他不予支付的费用。

第六章 基金的监督和管理



第二十八条 基金管理

居民医保基金纳入财政社会保障专户统一管理，实行收支两条线，在国有商业银行设置财政专户和支出户。不同筹资标准要分别划账核算，专款专用，封闭运行，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第二十九条 居民医保基金执行统一的社会保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第三十条 县医保局应当建立健全内部管理制度，加强居民医保基金收支管理，并接受审计、财政、劳动和社会保障等行政部门的监督检查。

第七章 医疗服务及费用结算

第三十一条 居民医保定点医疗机构由县医保局按照相关规定确定。各定点医疗机构要严格执行医疗保险相关规定，认真履行职责和义务，保证药品和医疗器械质量，主动接受县城乡居民合作医疗保险领导小组和县医保局的业务指导和监督管理。

第三十二条 居民医保定点医疗机构应对就诊的参保人员身份进行认真核对，严禁冒名住院、挂床住院；对就诊参保人员因



病情需要使用“三个目录”以外的项目，应先征求患者及家属意见，经患者或家属签字同意后方可使用。

第三十三条 居民医保定点医疗机构实行参保居民门诊单张处方限额、限量制度。医疗机构单张处方药品不超过5种，抗菌素及同类药品不超过2种。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）不超过25元（辅助检查除外）；县级医疗机构不超过40元。单张门诊处方用药量一般不超过3天，慢性病处方用药量不超过15天。

第三十四条 加强医疗服务行业监管。县卫生行政部门要加强居民医保定点服务医疗机构监督，规范其内部运行机制和诊疗行为，严格执行《临床诊疗规范》、《基本药物目录》、《院内感染控制规范》、《重庆市常见病、多发病、“合理检查、合理用药、合理治疗”指导原则》等规定，建立健全各项规章制度，实施医疗收费和药品价格公示制，改善服务质量，提高服务效率。

第三十五条 严格信息公示制度。各定点医疗机构应当将居民医保制度，报账程序、基本用药目录、基本诊疗项目、参保居民报账信息等，定期向参保居民公示，让参保居民充分知情和进行监督。

第三十六条 门诊医疗费结算。参保人员凭城乡居民医疗保险卡直接到医疗保险定点机构（包括村卫生室）就医或购药。



第三十七条 住院医疗费结算。参保人员在县内定点医疗机构住院发生的应由居民医保基金支付的费用，就医终结后直接与定点医疗机构即时结算，应由居民医保基金支付的部分，由定点医疗机构垫付。

第三十八条 转诊转院医疗费结算。参保人员经县级医院或县医保局同意转诊到县外就医发生的医疗费用，由个人全额支付，出院后凭医疗保险卡、身份证、住院发票、住院费用结算清单、出院小结或出院记录等单据，到参保地乡镇卫生院办理结算手续。

第三十九条 外出的参保人员在外地发生的门诊医疗费不予报销；在外地发生的住院医疗费用由个人先垫付，出院后 30 日内到参保地乡镇卫生院报销（如因路途遥远需延长报销期限的，不得超过次年春节后 60 日内）。报销时须持所在医院出具的医疗证明、医院等级证明、住院发票、住院费用结算汇总清单、出院小结或出院记录等单据。在外地住院的同时需在三日内电话向县医保局报告，未按规定报告的，报销比例降低 5 个百分点。

第四十条 外伤病人住院报销。在日常生活中发生的外伤住院病人，由参保人或家属在住院后 3 日内向参保地的乡镇（街道）社会保障服务所报告，社会保障服务所在接报后 10 个工作日内调查取证，并将调查材料交医保局审核后通知就治医院按规定报



账。未报告和经调查不属于报销范围的情形不予报账。在县外发生外伤并在外地住院治疗的，在住院3日内向县医保局监督科报告伤情，并在出院报销时，需提供住院病历资料，经审核符合报销范围的方可进行医疗费报销。

第四十一条 各定点医疗机构垫付的属于居民医保支付的费用，每月经县医保局审核后由县财政从居民医保基金中按规定拨付。

第八章 奖惩规定

第四十二条 将居民医保工作纳入县政府综合目标考核，实行目标责任制和行政首长问责制管理。县政府与乡镇人民政府（街道办事处）及相关部门签订居民医保工作目标责任书，进行专项检查和奖惩，并将各乡镇（街道）居民医保工作的开展情况作为当地党政领导的政绩考核目标之一，作为乡镇（街道）党委政府、相关单位及个人评选先进的重要依据。

第四十三条 县政府根据考核情况对工作成绩突出者予以表彰奖励。



第四十四条 参保居民有下列行为之一的，由县医保局视情节轻重给予通报批评，暂停其医疗保险待遇，造成基金流失的追回已发生的基金，构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任：

- (一) 将本人医疗保险 IC 卡转借他人住院使用的；
- (二) 使用假费用单据，假医疗文书套取、冒领居民医保基金的；
- (三) 私自涂改医疗文书的；
- (四) 不遵守居民医保办事程序，无理取闹引起纠纷或导致医疗机构不能正常开展工作的；
- (五) 其他骗取居民医保待遇或基金的行为。

第四十五条 各级城乡居民合作医疗保险管理组织、经办机构、定点医疗机构的工作人员有下列行为之一，由县城乡居民合作医疗保险领导小组办公室视情节轻重给予通报批评；情节严重的，对相关责任人员提请相关部门给予纪律处分，对定点医疗机构取消其定点资格；构成犯罪的，移交司法机关依法追究法律责任。

- (一) 弄虚作假、徇私舞弊、工作失职或违反财经纪律，造成居民医保基金损失的；
- (二) 利用职权或工作之便索贿受贿，谋取私利的；
- (三) 贪污、挪用、套用城乡居民合作医疗保险基金的；



- (四)对居民医保工作配合不力,管理措施不到位,发生违法违规行为,影响居民医保工作正常开展的;
- (五)不执行居民医保规定的基本用药目录、诊疗项目、医疗服务范围和支付标准,造成医患矛盾和基金流失的;
- (六)不执行物价部门规定的收费标准、分解收费、乱收费的;
- (七)医患双方采取提供虚假医疗费用收据、医疗证明、病历、处方、变换药品名称,骗取居民医保基金,造成不良后果的;
- (八)未经参保患者或家属同意,使用居民医保规定范围外药品、诊疗项目和服务设施的;
- (九)采取冒名住院、挂床住院、分解住院等手段骗取居民医保基金的;
- (十)使用假、劣药品和医疗器械受到立案处罚的;
- (十一)无正当理由拒收参保患者住院治疗的;
- (十二)其他违反居民医保管理规定的行为。

第四十六条 参保居民对经办机构的待遇支付有争议的,可以向县城乡居民合作医疗保险领导小组办公室申请复核。

第九章 附 则



第四十七条 本办法中居民医保的缴费标准、待遇标准和“三个目录”，随着社会经济的发展变化，经县人民政府同意后可作相应调整。

第四十八条 本办法由县劳动和社会保障局负责解释。

第四十九条 《铜梁县人民政府办公室关于印发铜梁县新型农村合作医疗制度实施办法的通知》(铜府办发〔2008〕49号)、《铜梁县人民政府关于印发铜梁县城镇居民基本医疗保险试行办法的通知》(铜府〔2009〕58号)同时废止。

第五十条 本办法自发布之日起施行。