

关于印发重庆市医疗保险就医管理暂行办法的通知

渝人社发〔2012〕103号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、卫生局，北部新区社会保障局：

根据《重庆市人民政府关于印发重庆市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（渝府发〔2001〕120号）、《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），市人力资源和社会保障局、市卫生局制定了《重庆市医疗保险就医管理暂行办法》，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 卫 生 局
二〇一二年五月二十五日

重庆市医疗保险就医管理暂行办法

第一条 为规范和加强全市城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险参保人员就医管理，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），及市人力资源和社会保障局等七部门印发的《重庆市医疗保险服务就医监督管理暂行办法》（渝人社发〔2012〕23号），制定本暂行办法。

第二条 本市城镇职工医疗保险参保人员和城乡居民合作医疗保险参保人员（以下简称参保人员）就医购药，适用本办法。

第三条 参保人员到本市医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）或医疗保险定点零售药店（以下简称定点药店）就医、购药，应持本人社会保障卡。

第四条 参保人员持《社会保障卡》在定点医疗机构门诊就医后，可在就医的定点医疗机构购药，也可凭处方到定点药店购药；也可持社会保障卡在定点药店购非处方药。

第五条 定点医疗机构应对持卡人身份进行核验，对享受特殊疾病门诊待遇的参保人员还应核验其《重庆市医疗保险特殊疾病资格证》；对使用他人医疗保险个人账户资金的，还应审核并登记本人和被使用人的居民身份证原件，同时收存双方的居民身份证复印件备查，发现无效证件或证件不齐的，不得为其提供医保就医购药服务。

第六条 定点服务机构应严格执行医疗原则，坚持因病施治、合理检查、合

理用药、合理治疗,按规定收费。对违背医疗原则及有关规定而产生的医疗费用,医疗保险基金不予支付。

第七条 定点医疗机构对参保人员诊治时,应执行以下规定:

(一)《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。

(三)进行或使用医疗保险基金支付范围外的检查、治疗及药品,应经参保人员或其家属同意,所发生的费用由参保人员支付。

(四)使用《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中的乙类药品和民族药药品,其费用由参保人员按规定先支付自付 10%(渝人社发(2011)43 号文件第二条规定的除外),其余由医疗保险基金和参保人员按规定比例分担。

(五)使用《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》内部分自付费用的诊疗设备、医用材料、治疗项目,其费用由参保人员按规定先支付自付部分和限额外的费用后,其余由医疗保险基金和参保人员按规定比例分担。需使用价值在 600 元以上的医用材料,应经参保人员或其家属签字同意后使用。

第八条 门诊特殊疾病的治疗实行定病种、定治疗项目、定药品范围、定医疗机构的“四定”管理原则。参保人员因特殊疾病凭《社会保障卡》和《重庆市医疗保险特殊疾病资格证》到定点医疗机构就诊,其就诊后取药,可在就医的定点医疗机构、也可持加盖定点医疗机构专用章的处方到医疗保险特殊疾病定点零售药店购药。有关定点药店要对其特殊疾病治疗用药等情况作好详细记录、特殊疾病处方单独留存 3 年备查。

特殊疾病实行门诊定点就医。原则上由患者在居住所在地就近分别选择 1 所二级医院和 1 所一级医院作为本人特殊疾病门诊定点医疗机构,其中重大疾病患者可换 1 所市内三级医院;对患有三种以上特殊疾病的,还可增选 1 所医院为本人特殊疾病门诊定点医疗机构。

第九条 定点医疗机构应严格按照卫生部《处方管理办法》规范用药,不得超剂量和开大处方。

第十条 对医疗保险门诊特殊疾病,门诊开药可按以下规定执行:

(一)单张处方给药剂量不超过 31 天的实际用量。

(二)对到市内非居住地或到市外出差、临时居住、出国(出境)超过以上期限的,由主治医生根据其病情和用药情况提出适当延长处方给药剂量天数意见,经所在医疗机构医保办同意后,处方生效,并报协议方的医疗保险经办机构或人力社保局指定的机构备案。

(三)参保人员特殊疾病门诊或住院,对每一最小分类下的同类药品不叠加使用,肌注和静脉用药按卫生部门有关规定执行。

(四)全年累计不得超过 366 天的量。

第十一条 参保人员住院出院带药(以出院第一诊断疾病所需药物为限,不

得带与参保人员本次住院所患疾病无关的药品)不超过 5 个药物(出院不准带肌注和静脉药品)且不超过 7 天剂量(出院第一诊断疾病是特殊疾病的,特殊疾病用药不超过 14 天剂量)。

第十二条 定点医疗机构医疗保险部门对单项检查(治疗)费用在 1000 元以上的,要进行审核盖章,并报协议方的医疗保险经办机构备案。

第十三条 定点医疗机构应严格执行出入院制度,对符合首诊医院住院条件的病人,首诊医院应按规定收治住院,不得推诿;对不符合住院指征的病人,不得收治住院。参保人员可出院治疗的,应及时通知出院,严禁挂床住院和故意滞留病人。

第十四条 定点医疗机构对住院的参保病人可适当收取住院预付金,最高不超过按照医疗保险规定结算后个人应自付的部分。对危急抢救或家庭特别困难的,应本着治病救人的原则,先进行治疗。

第十五条 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,其本次住院过程中在 365 天内按医疗机构最高等级标准只计算 1 次起付线。

第十六条 参保人员转往市外就医的,应按以下规定办理:

(一)由其诊治的市内三级定点医疗机构填写《重庆市医疗保险转外就医审批表》(一式三份),报参保所在区医疗保险经办机构审批(门(急)诊危重病 5 日内补办手续);

(二)其用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围等按我市医疗保险的有关规定执行。

(三)本市已经具有成熟医疗技术的,符合医疗保险支付规定的手术或诊疗项目,以及目前尚无特效手段可医治的疾病一律不得转往我市外治疗。

第十七条 参保人员在市外突发疾病临时异地就诊的,应在当地医疗保险定点医疗机构治疗(门(急)诊危重病抢救除外),针对不同险种的参保人员,分别按以下规定办理:

(一)对参保职工应在入院后 3 个工作日内向所在单位报告,有关单位在职工住院之日起 5 个工作日内向参保地区县医疗保险经办机构办理外诊登记手续;

(二)对城镇职工医疗保险个人参保人员或城乡居民合作医疗保险的参保人员在其住院之日起 5 个工作日内,由参保人或委托人向参保地区县医疗保险经办机构或区县指定的机构办理登记手续。

(三)对确需转院治疗的,应有本人原定点医疗机构的转院证明。

(四)其用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围等,按本市的有关规定执行。

第十八条 参保人员在市外异地工作或居住,应按以下规定办理:

(一)参加城镇职工医疗保险的退休人员市外异地安置或单位长期派驻市外

工作的职工，应由本人申请，经参保所在区县医疗保险经办机构批准后，在当地确定 3 所定点医疗机构就诊，其中一、二、三级医疗机构各 1 所（门〔急〕诊危重病抢救除外）。

（二）城乡居民合作医疗保险参保人员在市外长期居住的，可在居住地定点医疗机构就医住院。住院者应在住院之日起 5 个工作日内，由本人或委托人向参保地所在地医疗保险经办机构办理外诊登记手续。

（三）其用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围等，按我市有关规定执行。

第十九条 参保人员发生本办法第十六条、第十七条、第十八条情形，其发生的医保费用，在就医地未与我市建立实时结算平台前，先由个人垫付，再凭当地财政或税务部门监制的原件的发票（收据）和出院证，加盖鲜章的住院病历复印件、费用明细清单和医院级别证明，以及社会保障卡和居民身份证复印件等，到参保地区县医疗保险经办机构或区县指定机构按本市有关规定审核支付。

第二十条 参保人员突发疾病临时在市内非参保地三级医疗机构住院的，参照本办法第十七条规定办理外诊登记手续后，其发生的医保费用由就医地医疗保险机构按规定与定点医疗机构实时结算。

第二十一条 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。

对在市内非参保地居住或单位长期派驻市内非参保地工作的，应由本人申请，经参保所在区县医疗保险经办机构或区县指定机构批准后，可在居住地或工作地选择 1 所三级医疗机构就诊，其发生的医保费用由就医地的医疗保险机构按规定与定点医疗机构实时结算。

第二十二条 未按以上规定办理转诊、转院，或未办理突发疾病临时异地就诊，或未办理长期异地就诊，或直接在市内非参保地三级医疗机构或市外医疗机构住院的，其起付线提高 5%，同时，政策报销比例下降 5 个百分点。

第二十三条 在我市高校参加城乡居民合作医疗保险的外地户籍的大学生发生以下情况时，可在居住地定点医疗机构住院就医：

（一）放假期间因病住院，住院后 3 个工作日内报告本校医院，校医院 5 个工作日内向参保地医疗保险经办机构办理外诊登记手续；或直接向学校所在地的医疗保险经办机构备案。

（二）学习期间住院需人护理，经校医院同意，并向参保地医疗保险经办机构办理外诊登记手续。

其住院费用按本办法第十九条规定执行。

第二十四条 城镇职工医疗保险参保人员在住院治疗病情已趋稳定但确需继续治疗者（如骨折牵引固定、恶性肿瘤晚期行动困难等），或 80 岁以上的高龄老人患慢性疾病，到医院治疗确有困难但确需连续治疗者，可在定点医疗机构设置的治疗型家庭病床进行治疗。设置家庭病床必须由定点医疗机构医师提出建议，科主任签署意见，医疗机构医疗保险部门审核登记，报协议方的医疗保险经办机构审批同意后建床。80 岁以上的高龄老人患慢性疾病需连续治疗者的家庭

病床时限不超过 180 天，其它疾病建床时限不超过 90 天，其费用按住院处理。

第二十五条 主城 9 区的城镇职工医疗保险参保人员在主城 9 区的定点医疗机构住院，仍由本人自主选择。

第二十六条 参加城乡居民合作医疗保险的儿童，使用符合《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定的儿童用药，按照城乡居民合作医疗保险有关规定支付费用。

第二十七条 村卫生室（社区卫生服务站）应在卫生行政部门许可范围内为参保人员提供门诊医疗服务，并严格执行本市医疗保险政策和基本药物制度，自觉接受上级卫生管理机构和医疗保险经办机构的监督检查。

第二十八条 医疗机构发生医疗事故争议时，医疗机构应主动向协议方的医疗保险经办机构申请暂停有关费用结算，患者也可向医疗保险经办机构提出暂停结算申请，待处理后再凭有关决定另行结算。

第二十九条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十条 本办法涉及的职工医疗保险，从 2012 年 1 月 1 日起执行；居民医疗保险从区县加入市级统筹之日起施行。原渝劳社发〔2001〕58 号文件同时废止。

