

重庆市基本医疗 保险市级统筹宣传手册



842.684

06

重庆市劳动和社会保障局

卡

13008406

F842.684
06

重庆市基本医疗 保险市级统筹宣传手册



CS1488758



重庆师大图书馆

重庆市劳动和社会保障局

二〇〇四年二月

目 录

一、为什么要进行城镇职工基本医疗保险制度改革？	1
二、哪些单位和人员要参加城镇职工基本医疗保险？	1
三、职工和退休人员怎样参保？	2
四、基本医疗保险市级统筹指的是哪些单位和人员？	2
五、参加市级统筹的单位和职工，医疗保险缴费标准是怎样规定的？	2
六、哪些人员不缴纳基本医疗保险费？	3
七、基本医疗保险缴费年限是怎么计算的？	3
八、缴费年限不足有什么影响， 怎么解决？ ...	3
九、个人帐户资金从哪里来？	4
十、个人帐户怎样使用？ 支付范围是哪些？ ...	5
十一、什么叫统筹基金？	5
十二、统筹基金的支付范围是哪些？	5
十三、什么是统筹基金起付标准？	5
十四、什么是统筹基金的最高支付限额？	6
十五、参保人员一年内多次住院，统筹基金起	

付标准如何计算?	7
十六、什么是定点医院和定点药店?	7
十七、目前市级统筹有多少定点医院和定点药 店?	8
十八、哪些医院是定点医院? 哪些药店是定点 药店?	8
十九、参加基本医疗保险后, 在使用药品、诊 断、治疗项目等方面有哪些规定?	9
二十、参保人员住院医疗费用怎样支付?	9
二十一、医保后, 如何看普通门诊?	10
二十二、住院手续如何办理? 医疗费用怎样结 算?	10
二十三、目前列入基本医疗保险特殊疾病的有 哪些病种? 其支付限额和支付比例是多少?	12
二十四、《重庆市基本医疗保险特殊疾病门诊 医疗证》怎样办理?	13
二十五、特殊疾病诊断医疗机构有哪些?	13
二十六、患特殊疾病的参保人员怎样就医? ..	14
二十七、特殊疾病门诊医疗费用怎样结算? ..	15
二十八、特殊疾病门诊医疗费统筹基金起付标	

准如何计算?	15
二十九、住院时需要中途转院怎么办?	16
三十、住院的结算期是如何规定的? 对于跨年 度住院的病人如何结算?	16
三十一、门诊开药和出院带药要注意哪些规 定?	17
三十二、《重庆市基本医疗保险药品目录》中 “甲类目录”的药品和“乙类目录”的药 品有什么区别?	18
三十三、哪些药品不能纳入基本医疗保险用药 范围?	18
三十四、退休人员异地安置者及单位长期派驻 外地工作的参保人员在外地就医如何办理 相关手续?	19
三十五、遇到急诊怎么看病?	19
三十六、基本医疗保险不予支付的医疗费用有 哪些?	20
三十七、什么是补充医疗保险?	20
三十八、什么是大额医疗保险? 怎样缴费? ..	20
三十九、建立企业补充医疗保险有哪些作用?	21

四十、企业补充医疗保险怎样建立？资金来源渠道是怎样规定的？	21
四十一、实施医保后，工伤、生育费用怎么报销？	22
四十二、基本医疗保险证件、个人帐户存折遗失怎么办？	22
四十三、参保人先在重庆市市级统筹参加医保，后来到外地工作或出国，那么他个人帐户上的剩余资金该怎样处理？	23
四十四、如果单位不按规定缴纳基本医疗保险费，职工不能享受基本医疗保险待遇该怎么办？	23
四十五、参保人怎样进行咨询、投诉？	24
四十六、各级医疗保险管理部门的构成与职责分别是什么？	24
四十七、重庆市市级统筹医疗保险卡使用须知.	25

一、为什么要进行城镇职工基本医疗保险制度改革？

答：我国的公费、劳保医疗制度建立于 20 世纪 50 年代，在特定的历史时期，它在保障职工身体健康、促进经济发展和维护社会稳定等方面发挥了积极作用。但是，随着社会主义市场经济体制的建立和日臻完善，这种医疗制度的弊端日益突出，已经不能适应当今的社会经济体制。特别是医疗保障的覆盖面窄，导致医疗费用的社会互济程度低，职工享受的医疗待遇差距过大，许多城镇劳动者不能纳入到社会医疗保障范围，给他们的生活和工作带来了很大的不便。因此，公费和劳保医疗制度已到了非改不可的时候。

参 保

怎么参加基本医疗保险？

二、哪些单位和人员要参加城镇职工基本医疗保险？

答：国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、城镇私营企业和其它城镇企业及其职工，各级国家机关及其工作人员，事业单位及其职工，民办非企业单位及其职工，社会团体及其专职人

员，中央在渝单位及其职工，均要参加基本医疗保险。

三、职工和退休人员怎样参保？

答：职工和退休人员参加基本医疗保险，由单位到单位所在地的区医疗保险经办机构办理参保登记手续。

四、基本医疗保险市级统筹指的是哪些单位和人员？

答：基本医疗保险市级统筹指：渝中区、大渡口区、江北区、沙坪坝区、九龙坡区、南岸区（包括北部新区、经济技术开发区、高新技术产业开发区）行政区域内的用人单位及其职工。

五、参加市级统筹的单位和职工，医疗保险缴费标准是怎样规定的？

答：参保登记后，单位和职工按规定缴纳医疗保险费，具体标准如下：职工按本人工资收入的2%缴纳基本医疗保险费，个人缴费基数超过上年度本统筹区职工平均工资300%的，按300%计算；低于上年度本统筹区职工平均工资60%的，按60%计算。企业按本单位职工工资总额的8%缴纳基本医疗保险费，本单位退休人员占在职职工的比例超过35%的，由单位按本单位在职职工人均缴费基数的8%，按月为超过35%以上的每个

退休人员缴纳基本医疗保险费。

单位和个人缴纳医疗保险费的次月即享受基本医疗保险待遇。

单位和个人缴纳的医疗保险费由地税部门统一征收。

六、哪些人员不缴纳基本医疗保险费？

答：2002年1月1日前按照法定条件、法定程序退休的人员；2002年1月1日后按照法定条件、法定程序退休，基本医疗保险缴费年限满30周年的，个人不再缴纳基本医疗保险费，随所在单位参加基本医疗保险。

七、基本医疗保险缴费年限是怎么计算的？

答：用人单位在2004年12月31日前参加基本医疗保险，参保人员的缴费年限，以参保前符合国家规定的连续工龄或工作年限和参保后的实际缴费年限合并计算；用人单位在2004年12月31日后才参加基本医疗保险的，其参保人员在2004年12月31日前符合国家规定的连续工龄或工作年限视同缴费年限，但2005年1月1日至参加基本医疗保险前的工作年限不再视同缴费年限。

八、缴费年限不足有什么影响，怎么解决？

答：2002年1月1日后，按法定条件、法定程序退休的人员，基本医疗保险缴费年限不足30

周年的，按上年度本单位基本医疗保险人均缴费基数8%为一个年度的缴费额，一次性补足不足年限的基本医疗保险费后，可以享受退休人员的基本医疗保险待遇；未补缴不足年限基本医疗保险费的，不享受基本医疗保险待遇，同时解除基本医疗保险关系。

个人账户和统筹基金

基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成，统筹基金和个人帐户支付医疗费用的范围有所区别。

九、个人帐户资金从哪里来？

答：在职职工：参保职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入个人帐户，除此之外，单位缴纳的医疗保险费还要按照以下比例划入个人帐户。

参保人员年龄	划入个人帐户的比例
35 岁以下，	按本人基本医疗保险缴费基数的1.3%
35 岁至 44 岁	按本人基本医疗保险缴费基数的1.5%
45 岁至退休前	按本人基本医疗保险缴费基数的1.7%

退休人员：个人帐户资金按本单位在职职工人均缴费基数4%划入。

十、个人帐户怎样使用？支付范围是哪些？

答：职工和退休人员参保后，医疗保险经办机构要为每个参保人员建立个人帐户，目前以银行活期存折形式发给大家（使用方法同其它活期存折一样）。个人帐户资金主要用来支付门诊医疗费用和到定点药店购药的费用，以及其它应由个人负担的医疗费用。个人帐户由个人掌握使用，个人帐户资金不足时，以上费用由本人支付。个人帐户的本金和利息为个人所有，专用于基本医疗保险，可以结转使用和继承。

十一、什么叫统筹基金？

答：统筹基金是指由医疗保险经办机构统一管理、支付的医疗保险基金。

参保单位缴纳的基本医疗保险费划入个人帐户后的剩余资金组成基本医疗保险统筹基金，列入财政专户，实行社会化管理。

十二、统筹基金的支付范围是哪些？

答：统筹基金主要用来支付参保人员住院和基本医疗保险规定范围内特殊疾病门诊的医疗费用。

十三、什么是统筹基金起付标准？

答：统筹基金起付标准是指参保人员符合基本医疗保险规定的住院医疗费或特殊疾病门诊医疗费达到了规定的起付线时统筹基金才开始支付。

统筹基金的起付标准按参保人就医的医院等级确定，即：

一级医院住院为上年度本统筹区人均缴费基数5%；

二级医院住院为上年度本统筹区人均缴费基数的8%；

三级医院住院为上年度本统筹区人均缴费基数的11%；

为了降低个人医疗费用自付比例，我们建议参保职工根据病情选择适当的医疗机构。小病进社区、大病进医院，有比较严重的疾病或大手术时，到级别较高的医院。因为就医的医院级别越高医疗保险统筹基金起付标准越高。特殊疾病选定就近的医院门诊，普通慢性病可以选择社区卫生服务机构，需要住院时再选三级或二级医院，这样也可以降低医疗费用自付比例。

十四、什么是统筹基金的最高支付限额？

答：统筹基金支付的最高额度叫最高支付限额。即一年内，统筹基金累计支付给参保人员医

疗费的封顶线。起付标准以下的医疗费用由参保人支付，起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用由统筹基金和参保人按比例分担。超过最高支付限额的医疗费用属于大额医疗保险解决的范围。

一年内统筹基金的最高支付限额按上年度本统筹区职工人均缴费基数4倍确定。

十五、参保人员一年内多次住院，统筹基金起付标准如何计算？

答：参保人员一年内多次住院治疗的，每次住院均需计算统筹基金起付标准，起付标准在上述标准基础上逐次降低1%。每次住院，符合基本医疗保险规定的医疗费达到了起付标准以上时，统筹基金才开始按比例支付。

看病和结算

参加医疗保险后，怎么看病，能享受哪些待遇，怎么结算医疗费？

十六、什么是定点医院和定点药店？

答：基本医疗保险定点医院是指专门为基本医疗保险参保人员提供医疗服务的医院。

基本医疗保险定点药店是指专门为基本医疗保险参保人员自购非处方药和参保人持定点医院

处方到药店购药提供服务的零售药店。

参保人员就医，必须到定点医院，否则，医疗保险基金不予支付费用。

十七、目前市级统筹有多少定点医院和定点药店？

答：现在我市市级统筹定点医院总数已达170家，其中有市级医院、区级医院、教学医院，也有社区卫生服务机构；定点零售药店33家，它们广泛的分布在渝中区、江北区、沙坪坝区、南岸区、九龙坡区、大渡口区（包括北部新区、经济技术开发区、高新技术产业开发区）行政区域内的各个地方，基本能够满足参保人员就医需要。参保人员可以在这些医疗机构中任何一家自主选择就医。以后随着参保覆盖面的扩大，还将进一步增加定点医疗机构和定点零售药店的数量。

十八、哪些医院是定点医院？哪些药店是定点药店？

答：我市所有基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药店均悬挂了市劳动保障局颁发的《基本医疗保险定点医疗机构》、《基本医疗保险定点零售药店》金色铜牌。

我们以文件的形式将定点医疗机构、定点零售药店的名单、地址、联系电话及医院级别等情

况，发给各参保单位。参保人员还可以到医疗保险经办机构了解定点医疗机构、零售药店的详细情况。但参保人员要注意的是：定点医院、定点药店不是确定后就不变了，而是将根据情况作相应调整，调整后，劳动部门将通过一定形式向参保人公布，请大家留意。

十九、参加基本医疗保险后，在使用药品、诊断、治疗项目等方面有哪些规定？

答：参保人员就医、购药时，基本医疗保险对其医疗费用支付范围都有具体规定，即药品费用医疗保险只支付《重庆市基本医疗保险药品目录》中的药品，诊疗项目和医疗服务设施范围按《重庆市基本医疗保险诊疗项目范围》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》规定范围支付。另外，参保人员在使用《重庆市基本医疗保险药品目录》中的乙类药品时，个人要先自付20%的药品费用，再按基本医疗保险规定的比例由统筹基金和个人分担。部分诊疗项目也确定了个人先自负的比例。

二十、参保人员住院医疗费用怎样支付？

答：参保人员住院，发生符合基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施范围规定的医疗费用时，基本医疗保险统筹基金和参保人员按以

下比例分担：

住院医疗费用	统筹基金支付比例			个人自付比例		
	在 职		退休	在 职		退休
	45 岁以下	45 岁以上(含)		45 岁以下	45 岁以上(含)	
起付标准以上至 5 千元(含)	70%	75%	85%	30%	25%	15%
5 千元至 1 万元(含)	75%	80%	90%	25%	20%	10%
1 万元至最高支付限额以下	80%	85%	95%	20%	15%	5%

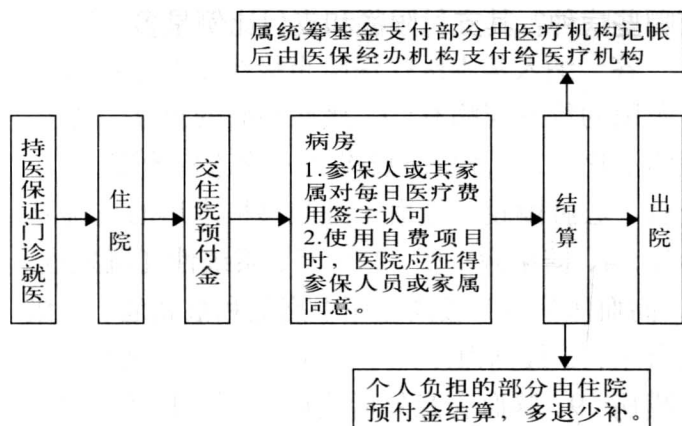
二十一、医保后，如何看普通门诊？

答：参保人在门诊看病，应带上《重庆市基本医疗保险证》，并使用在各定点医疗机构通用的《重庆市基本医疗保险门诊病历》，其它就医程序和未参保以前一样。医生开处方时，参保人应提醒医生开医保专用处方。

就医后，参保人员可以在医院药房取药，也可以持定点医疗机构医生开具的加盖专用章的处方，在基本医疗保险定点零售药店购药。门诊医疗费用由本人与医院（或药店）结清。

二十二、住院手续如何处理？医疗费用怎样结算？

答：参保人员因病住院，凭医生开具的住院单和医保证直接在定点医疗机构办理住院手续，不需要向医疗保险经办机构申请。其程序和费用结算办法如下：



参保人员应将本人的医保证交定点医疗机构核验，以便院方按照医保的规定办理有关手续，比如开药按照医保药品目录来开等等。参保职工在办理入院手续时需交纳预付金，预付金主要是用来支付住院费用中，由个人负担的部分。由统筹基金支付的部分，由医保经办机构直接划帐到医院。目前，医保计算机网络已覆盖的定点医疗机构住院，出院时可立即结清费用。