

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

各区县（自治县）人民政府，市政府各部门，有关单位：

《重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法》、《重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

二〇一一年十月二十四日



重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法

为进一步完善我市城镇职工医疗保险管理体系，方便群众就医结算，增强医疗保险基金抗风险能力，促进社会公平，适应经济社会发展需要和满足群众医疗保障需求，根据《中华人民共和国社会保险法》和《重庆市人民政府关于加快推进 2011 年医改重点工作的意见》（渝府发〔2011〕16 号）精神，结合我市实际，制定本办法。

一、指导思想、基本原则和目标任务

（一）指导思想。

以科学发展观为统领，认真贯彻落实市委三届九次全委会关于“促进公共服务均等化，实现人人享有基本社会保障”的要求，提高城镇职工医疗保险基金统筹层次，实现统筹区内就医实时结算，增强医疗保险公平性，提升医疗保障能力。

（二）基本原则。

市级统筹、分级管理，总额预算、缺口分担，目标考核、确保支付。

（三）目标任务。



按照“先靠后统”办法，2011年年底前，非市级统筹区的27个区县（自治县）在参保范围、基金管理、待遇水平、就医管理、信息系统、药品和医疗服务项目目录等方面，调整为与市级统筹区一致。2012年6月30日前，实现城镇职工医疗保险全市统筹联网。

二、主要内容

（一）市级统筹。

全市统一参保项目、缴费办法、待遇标准、信息管理、就医管理、基金管理、经办模式、监管机制。建立权责明确、科学高效，方便群众看病就医，增强基金抗风险能力的医疗保险管理新体制。

1. 统一参保项目。

城镇职工医疗保险市级统筹参保项目包括城镇职工基本医疗保险、城镇职工大额互助医疗保险和农民工大病医疗保险。

2. 统一缴费办法。

全市统一参保缴费标准和缴费年限要求，城镇职工医疗保险费统一由地方税务机关征收。

3. 统一待遇标准。

全市执行统一的城镇职工医疗保险待遇政策。

4. 统一信息管理。



以现行城镇职工医疗保险市级统筹区信息系统为基础，扩大容量，完善功能，提高运行速度，建设覆盖全市医疗保险经办机构、基层业务办理平台、定点服务机构（定点医疗机构、定点药店等，下同）以及参保人员参保和就医管理环节的医疗保险信息网络平台和结算平台，并逐步实现与卫生、公安、民政等部门相关信息系统的信息数据资源共享。

统一发行和使用全国通用标准的社会保障卡，实现参保人员持社会保障卡在全市范围内就医、购药实时结算。

5. 统一就医管理。

全市统一药品和医疗服务项目目录，简化和完善管理办法；统一定点服务机构的审批、监督管理和结算管理办法，建立风险共担机制；统一对特殊疾病门诊病种的管理；统一就医管理模式。参保人员在全市定点医疗机构门诊就医、在参保所在区县（自治县）各级定点医疗机构和市内其他二级及二级以下定点医疗机构住院，由本人自主选择。在市内非参保所在区县（自治县）三级定点医疗机构住院，应报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意；未经同意的，住院起付线提高5%，同时报销比例下降5%。其中，主城9区的参保人员在主城9区内的定点医疗机构住院，仍由本人自主选择。



因病情需要转往市外定点医疗机构就诊的，需由市内三级定点医疗机构出具转诊转院手续，并报参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构审批同意。

在市外长期居住的参保人员，可报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意，在居住地选择当地医疗保险定点医疗机构就医。若突发疾病需要在市外医疗机构就医的，应在入院后5个工作日内向参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构报告并办理相关手续，就医医院原则上应为当地医疗保险定点医疗机构（急诊、危重病抢救除外）。对办理了上述相关手续的参保人员，其医疗费用按我市城镇职工医疗保险相关规定报销。未报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意的，按我市同级定点医疗机构住院标准，起付线提高5%，同时报销比例下降5%。

6. 统一基金管理。

城镇职工医疗保险基金实行全市统一管理、核算和拨付使用。通过对区县（自治县）基金征收、医疗费用控制、基金监管的指标考核，建立市、区县两级政府风险共担机制。

基金纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用。各区县（自治县）参保单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费、大额互助医疗保险费、农民工大病医疗保险费统一上划市财政专户。



各区县（自治县）基本医疗保险纳入市级统筹前，要进行基金审计，确保基金安全。对欠费要及时完清。

以各区县（自治县）正式纳入市级统筹的上月月末之日为期，区县（自治县）医疗保险基金滚存结余（包括基本医疗、大额互助医疗、农民工大病医疗）全额划转市财政部门指定的医疗保险基金市财政专户。各区县（自治县）医疗保险基金滚存结余由本级人力社保部门报同级财政部门审核后，共同上报市人力社保局，经市人力社保局审核后报市财政局审批。经审批同意的滚存结余指标，各区县（自治县）主要用于弥补本区县（自治县）应当负担的医疗保险基金差额和缺口。

7. 统一经办模式。

医疗保险经办机构实行分级管理，市级、区县级医疗保险经办机构归同级人力社保局管理，办公经费由同级财政保障。

现属重庆市医疗保险管理中心垂直管理的主城9区各分中心的编制以及人、财、物，于2011年年底前下划所在区人力社保局管理，下划时统一核定9区累计结余基金基数。具体下划方案另行制订。

8. 统一监管机制。

逐步建立和完善全市统一的监管机制。逐步建立全市联网的定点服务机构、参保人就医管理，医疗服务人员用药处方的监管

和预警机制。加强对医疗保险经办机构的管理，确保基金安全有效运行。

（二）分级管理。

1. 市政府及其有关部门。

负责制定全市医疗保险政策；负责全市医疗保险基金统一管理、监督；负责制定全市医疗保险药品目录、医疗服务项目目录的支付范围和标准；负责制定全市医疗保险基金支付和考核办法；负责制定全市定点服务机构管理办法和审批管理工作；负责对全市医疗保险各项业务的统一管理、指导和监督；负责全市医疗保险基金收支计划的制定、下达和对区县（自治县）实行目标考核等。其中，人力社保部门主要承担全市医疗保险工作的综合管理职能；财政部门主要承担全市医疗保险基金的预算和监督管理职能；税务部门主要承担医疗保险基金征收的管理职能；审计部门主要承担医疗保险基金审计的监管职能；卫生部门主要承担全市医疗机构（药店）的综合管理职能，建立健全卫生服务体系，规范医疗服务行为，为参保人员提供安全、有效、方便、价廉的卫生服务；物价部门主要承担全市医疗保险相关医药价格的监督和管理职能；公安部门主要承担骗取医疗保险基金违法犯罪案件的侦办职能；监察部门主要承担对骗取医疗保险基金违纪违法人员的处理职能。



2. 区县（自治县）人民政府及其有关部门。

负责本地区医疗保险政策的执行；完成市里下达的基金征缴、支出和安全管理的目标考核任务；负责按照全市统一的模式和操作规范组织完成各项业务工作；负责行政区域内定点服务机构的审批和考核管理工作；负责行政区域内医疗保险费用结算管理工作；负责相应医疗保险基金管理工作。各区县（自治县）人力社保、财政、地税、审计、卫生、物价、公安、监察部门按照职能，分别负责行政区域内相应工作。

3. 市级医疗保险经办机构。

负责指导和监督全市医疗保险经办工作，制定全市医疗保险经办业务规范；负责制定全市统一的定点服务机构协议管理办法，指导各区县（自治县）做好行政区域内定点服务机构的审核审批和协议管理工作；负责指导全市经办机构开展医疗保险费用结算工作，直接承办市内医科大学附属医院的医疗保险费用的审核、结算和协议管理工作；负责全市医疗保险数据信息的集中统一管理，医疗保险系统业务需求的报审，指导各区县（自治县）做好信息网络的维护和管理；负责全市医疗保险基金结算汇总和报审工作；负责全市医疗保险基金预决算、征缴计划和支付计划以及各区县（自治县）完成各项目标考核指标的汇总、审核工作；负责国家、市政府和市人力社保局明确的其他工作等。



4. 区县（自治县）医疗保险经办机构。

负责按照全市统一的政策、操作办法和业务规范，具体承担医疗保险经办业务工作；负责组织制定行政区域内医疗保险征缴计划和支付计划；负责行政区域内医疗保险基金预决算报审；负责行政区域内参保人员就医管理，落实本地区参保人员的医疗保险待遇；具体承担行政区域内除医科大学附属医院之外的其他定点服务机构的医疗保险费用审核、结算、支付管理工作；负责行政区域内定点服务机构的审核、考核和协议管理工作；负责行政区域内医疗保险信息网络的维护和管理；负责指导行政区域内街道（乡镇）社会保障服务机构开展个人参保人员医疗保险经办服务工作。

（三）总额预算。

市人力社保局按照社保基金预算管理的要求，根据上年度基金实际收支情况，结合各区县（自治县）实际，统一汇总编制全市医疗保险基金收支预算草案，经市财政局审核后，联合报市政府批准同意后实施。基金支出实行预拨制度，按照定点服务机构属地管理原则（其中市内医科大学附属医院由市医疗保险经办机构负责支付管理），市财政局根据市级医疗保险经办机构汇总制定的拨付计划，由市财政专户按月分别向市级经办机构和各区县

(自治县)财政专户预拨基金,经办机构支出户按月向定点服务机构拨付基金。

医疗保险经办机构采取总额预付、按病种付费、按项目付费等多种形式相结合的结算方式,结合对定点医疗机构的考核办法和协议管理办法,与定点医疗机构结算医疗费用。

(四) 目标考核。

1. 建立市对区县(自治县)医疗保险工作的目标考核制度。

每年由市财政局、市人力社保局、市地税局等市政府有关部门联合向各区县(自治县)下达目标考核任务,对区县(自治县)扩面征缴、基金收支预算管理、定点服务机构管理等有关工作实行量化考核,以强化区县(自治县)医疗保险管理责任。具体办法另行制定。

2. 超收留存,差额弥补。

每年由市财政局、市人力社保局、市地税局等市政府有关部门联合向各区县(自治县)下达基金征收任务。对当年度基本医疗保险基金实际征收超过征收任务95%的区县(自治县),其超出95%的部分的50%留存区县(自治县),用于今后弥补该地区应当负担的差额和缺口部分。

当年度基本医疗保险基金实际征收低于征收任务95%的区县(自治县),其低于95%的差额部分由当地基本医疗保险统筹结

余基金支付；统筹结余基金不足以支付的，由区县（自治县）政府予以弥补。

（五）缺口分担。

各区县（自治县）完成目标考核任务后，统筹基金实际支出未超过下达的基金支出指标的，节支部分的60%留存区县（自治县），用于今后弥补该地区应当负担的差额和缺口部分。如果当年出现医疗保险统筹基金实际支出超过下达的统筹基金支出指标的，超支部分由市和区县（自治县）共同承担。区县（自治县）承担部分可由本地区统筹结余基金支付；统筹结余基金不足以支付的，由区县（自治县）政府负担。

按照财政管理体制的分类办法将区县（自治县）分为三类。其中，主城区统筹基金缺口由市级承担50%，区承担50%；区域中心城市统筹基金缺口由市级承担55%，区域中心城市承担45%；其他区县（自治县）统筹基金缺口由市级承担60%，区县（自治县）承担40%。

三、加强经办机构建设

我市各级政府要切实加强医疗保险经办机构建设，整合城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险经办管理资源，提高经办效率。各级医疗保险经办机构和街道（乡镇）社会保障服务机构

所需的工作人员编制数量、办公场地、信息系统配置和设施设备应结合经办管理服务工作量和服务对象数量合理配置。

医疗保险基金全市统筹后，各区县（自治县）人民政府要结合本地区实际，对医疗保险经办机构的办公条件予以保障。各级医疗保险经办机构工作人员经费和专项工作经费，列入同级财政预算。同时，加大财政投入力度，确保城镇职工医疗保险工作的政策宣传、人员培训、扩面征缴、定点服务机构监管、信息化建设和市内外稽核等相关费用的落实。

四、其他

（一）本办法未尽事宜按现行市级统筹区医疗保险有关规定执行；现行规定中与本办法规定不一致的，按本办法执行。

（二）本办法自印发之日起执行。

重庆市城乡居民合作医疗保险

市级统筹办法

为保障我市城乡居民基本医疗需求，提高医疗保险水平，完善城乡统筹的广覆盖、保基本、多层次、可持续的城乡居民医疗保险（以下简称居民医保）体系，增强基金抗风险能力，根据《中华人民共和国社会保险法》、《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）和《重庆市人民政府关于加快推进2011年医改重点工作的意见》（渝府发〔2011〕16号）等精神，结合我市实际，制定本办法。

一、指导思想和目标任务

（一）指导思想。

以科学发展观为统领，认真贯彻落实市委三届九次全委会关于“促进公共服务均等化，实现人人享有基本社会保障”的要求，提高居民医保基金统筹层次，实现统筹区内就医实时结算，增强公平性，提升医疗保障水平。

（二）目标任务。

2011年开始启动市级统筹准备工作，各区县（自治县）居民医保工作按照渝府发〔2007〕113号文件、《重庆市人民政府关于调整我市城乡居民合作医疗保险管理体制的意见》（渝府发〔2009〕93号）和《重庆市人民政府办公厅关于进一步完善城乡居民合作医疗保险制度的指导意见》（渝办发〔2010〕283号）等有关规定，调整相关政策。2012年年底以前，全市执行统一的居民医保政策，实现待遇水平、就医管理、基金管理、信息系统和管理体制的统一。

二、统筹模式



居民医保市级统筹实行“统一政策、分级管理，统一预算、分级核算，统一调剂、分级平衡，统一考核、分级负责”模式。明确市级、区县政府责任，加大财政投入力度，严格执行基金预决算制度，逐步提高医疗保险保障水平。建立市级调剂金，对基金收支平衡确有困难的区县（自治县），市级调剂金给予适当调剂。

三、统一政策

（一）参保范围。

1. 户籍在本市且未参加城镇职工医疗保险（农民工大病医疗保险）的城乡居民；
2. 在本市行政区域内的中小学校、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；
3. 在渝高校（含民办高校、科研院所）全日制本专科生、研究生。

（二）参保方式。

1. 城乡居民和中小学校、中等职业学校、特殊教育学校学生以及托幼机构在园幼儿以家庭为单位统一参保（家庭内已参加城镇职工医疗保险或农民工大病医疗保险的除外），家庭成员应按照同一档次参保。



2. 大学生参保办法按《重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局重庆市教育委员会重庆市民政局重庆市卫生局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）执行。

3. 新生儿参保办法按渝办发〔2010〕283号文件规定执行。

（三）筹资标准。

居民医保筹资标准分为一档和二档，具体标准由市政府或市政府授权部门发布。

建立居民医保大额补充保险制度，办法另行制定。

四、统一待遇标准

（一）药品目录、医疗服务项目目录。

居民医保统一执行《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《城镇职工基本医疗保险医疗服务项目目录》。其中，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。

（二）待遇标准。

全市统一执行渝府发〔2007〕113号、渝办发〔2010〕283号、渝人社发〔2009〕185号等文件规定。

一档参保居民在一级及以下、二级、三级医疗机构的住院报销比例分别提高到80%、60%和40%，二档参保居民在一

档基础上相应提高 5%。参保居民年累计最高支付限额为：一档 7 万元，二档 11 万元。要建立稳步提高保障水平的长效机制。

参保居民门诊统筹和重大疾病门诊待遇支付办法，按渝府发〔2007〕113 号、渝办发〔2010〕283 号、渝府发〔2011〕16 号等有关文件规定执行。

探索建立参保居民个人账户，具体办法由市政府有关部门另行制定。

五、统一就医管理

（一）实行参保地原则。

参保居民由参保所在区县（自治县）实施就医管理，居民医保定点医疗机构与城镇职工医疗保险定点医疗机构统筹管理。统一居民医保特殊疾病门诊病种管理。统一就医管理模式，参保居民在市内各级定点医疗机构普通门诊就医，由本人自主选择；住院实行社区首诊制和双向转诊制度，引导参保居民到基层卫生医疗机构就医，形成“小病到社区，大病进区县（自治县）医院，重病到三级医院，康复回社区”的就医格局。

参保居民在参保所在区县（自治县）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（自治县）三级定点医疗机构住院，应报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意；未经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意的，住院起付线提高5%，同时报销比例下降5%。

因病情需要转往市外定点医疗机构住院的，需由市内三级定点医疗机构出具转诊转院手续，并报参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构审核同意。

在市外长期务工或居住的参保居民，可报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意，在务工地或居住地选择当地医疗保险定点医疗机构就医。若突发疾病需要在市外医疗机构就医的参保居民，应在入院后5个工作日内向参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构报告并办理相关手续，就医医院原则应为当地医疗保险定点医疗机构（急诊、危重病抢救除外）。办理了上述相关手续的参保居民，其医疗费用按我市居民医保相关规定报销。未报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意的，住院起付线提高5%，同时报销比例下降5%。

（二）费用结算。

建立全市统一的信息网络系统，参保居民在全市范围内就医实时结算。



在参保所在区县（自治县）定点医疗机构就医，产生的按规定应由居民医保基金报销的费用，由参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构与定点医疗机构按月结算支付。

在参保区县（自治县）以外市内定点医疗机构就医，发生的按规定应由居民医保基金报销的费用，由就医地医疗保险经办机构垫付。在市级社会保险经办机构建立结算平台，与各区县（自治县）医疗保险经办机构按月结算，参保区县（自治县）医疗保险经办机构按月将就医地垫付的基金划拨市社会保险经办机构结算平台，按月支付就医地医疗保险经办机构。

医疗保险经办机构采取总额预付、按病种付费、按项目付费等多种方式相结合的结算办法，与定点医疗机构结算医疗费用。

参保居民在市外定点医疗机构就医，先由个人全额垫付，再持社会保障卡、异地就医相关材料、医疗费用原始发票以及异地就医定点医疗机构等级证明等材料，到参保区县（自治县）申请报销。

六、统一基金管理

（一）统一管理，分级使用居民医保基金。

对纳入市级统筹前各区县（自治县）居民医保累计结余基金进行专项审计，确保基金安全。



市级统筹前各区县（自治县）居民医保累计结余基金经市人力社保局和市财政局确认后留存当地，纳入同级财政专户管理。实行市级统筹后，各区县（自治县）必须严格执行基金收支预算，当期结余基金留存当地，用于弥补本地区以后年度基金缺口。各区县（自治县）当期基金收支缺口，由本地区历年滚存结余基金、市级调剂金、本地区财政补助等渠道解决。对因全市出台减收增支政策造成的基金收支缺口，由市里及时调整基金预算，并给予适当调剂补助。动用当地历年基金结余的，需报经市人力社保局和市财政局批准。

（二）统一编制，认真实施全市居民医保基金预算。

市人力社保局按照社保基金预算管理的要求，根据上年度基金预算执行情况，结合各区县（自治县）实际参保人数、当年筹资标准以及所辖医疗机构有效工作量、待遇调整、医疗费用自然增幅、上解上级财政支出、参保人员流动就医量等实际情况，统一核定编制全市居民医保基金收支预算草案，经市财政局审核后，联合报市政府批准后实施。

（三）建立目标考核制度，实行分级管理和风险共担。

建立市对区县（自治县）居民医保工作目标考核制度。对各区县（自治县）参保率、居民医保政策执行、上解市级调剂金、基金收支管理、定点服务机构管理等有关工作实行量化目



标考核，以强化区县（自治县）居民医保管理责任。对工作成绩突出的区县（自治县），市里给予表彰；对未完成目标考核指标和未按规定上解市级调剂金的区县（自治县），当期出现的基金收支缺口全额由各区县（自治县）承担，市级调剂金不予调剂补助。未到位的市级调剂金由市级财政通过财政决算扣收。目标考核办法另行制定。

（四）建立市级调剂金，合理控制统筹基金结余。

为提高全市居民医保基金共济能力，从市级统筹实施之年起建立市级调剂金制度。市级调剂金按年度筹资总额的8%建立，首次上解额为各区县（自治县）纳入市级统筹当年筹资总额的8%；以后每年度上解与当年筹资总额8%的差额部分，始终保持各年度筹资总额8%的水平。市级调剂金入不敷出时，由市人力社保局会同市财政局报市政府批准后调整上解比例。

市级调剂金使用坚持风险共担与地方责任相结合原则。市级调剂金对区县（自治县）当期缺口给予适当调剂补助。享受市级调剂金调剂补助的区县（自治县）要切实加强监督管理，完善管理制度，增收节支，尽快实现基金收支平衡。市级调剂金具体调剂补助办法由市人力社保局会同市财政局另行制定。

七、统一信息系统



整合城乡居民社会养老保险和居民医保公共信息资源，建立全市统一的城乡居民社会保险信息系统，满足市、区县（自治县）居民医保经办服务和动态管理需要。搭建与民政部门医疗救助信息数据相衔接的结算平台，实现统筹区内居民就医实时结算。逐步实现与公安、卫生等部门相关信息系统的信息数据资源共享。

八、统一管理体制

（一）市政府及其有关部门。

负责制定全市城乡居民医保政策；负责全市居民医保基金的统一监管和市级调剂金的管理；负责制定全市居民医保药品目录、医疗服务项目目录的支付范围和标准；负责制定全市医疗保险目标考核办法，对区县（自治县）实行目标考核；负责制定全市居民医保定点服务机构管理办法；负责对全市居民医保各项业务的统一管理、指导和监督。其中，人力社保部门主要承担全市居民医保工作的综合管理职能；财政部门主要承担全市居民医保基金的预算、监督管理和调剂职能；审计部门主要承担居民医保基金的审计监管职能；卫生部门主要承担全市医疗机构（药店）的管理职能，建立健全卫生服务体系，规范医疗服务行为，为参保居民提供安全、有效、方便、价廉的卫生服务；物价部门主要承担全市医疗保险相关医药价格的监督

和管理职能；教育部门主要承担在渝各类院校（托幼机构）学生（幼儿）参保缴费的指导和监督职能；民政部门主要承担对享受特殊补助的低保等类人群的补助职能；计生部门主要承担对奖扶人员身份认定职能；残疾人联合会主要承担对享受特殊补助的重度残疾人员身份认定职能；公安部门主要承担对参保居民的户籍认定和对骗取居民医保基金违法犯罪案件的侦办职能；监察部门主要承担对骗取居民医保基金违纪违法人员的处理职能。

（二）区县（自治县）政府及其有关部门。

区县（自治县）政府及其有关部门负责本地区居民医保政策的执行；完成市里下达的基金征缴、支出和安全管理的目标考核任务；直接组织实施本地区居民医保工作；负责行政区域内居民医保定点服务机构的审核管理工作；负责行政区域内居民医保费用结算管理工作；负责本级居民医保基金管理工作。各区县（自治县）人力社保、财政、审计、卫生、物价、教育、民政、计生、残联、公安、监察等部门按照职能，分别负责行政区域内相应工作。

（三）市级医疗保险经办机构。

市级医疗保险经办机构负责指导和监督管理全市居民医保经办服务工作，制定全市居民医保经办业务规范；负责全市居民

医保数据信息的集中统一管理、居民医保信息系统业务软件研发，指导各区县（自治县）做好信息网络的维护和管理；负责制定全市居民医保定点服务机构管理办法，指导各区县（自治县）做好行政区域内定点服务机构的审核审批和协议管理工作；负责指导全市经办机构开展居民医保费用结算工作；负责全市居民医保基金收支预算、市级调剂金收支计划以及各区县（自治县）完成目标、考核指标的汇总审核工作；负责国家、市政府和市人力社保局明确的其他工作等。

（四）区县（自治县）医疗保险经办机构。

区县（自治县）医疗保险经办机构负责按照全市统一的政策、操作办法和业务规范，具体承担本地区居民医保经办管理工作；负责组织制定行政区域内居民医保征缴计划和支付计划；负责行政区域内居民医保基金预决算报审；负责行政区域内参保人员就医管理，落实本地区参保人员的医疗保险待遇；具体承担行政区域内居民医保定点服务机构的医疗保险费用审核、结算、支付管理工作；负责行政区域内居民医保定点服务机构的审核、考核和协议管理工作；负责行政区域内信息网络的维护和管理；负责指导行政区域内街道（乡镇）工作机构开展本行政区域居民医保服务工作。



街道办事处（乡镇政府）及其工作机构具体承担本行政区域居民医保参保缴费等服务工作。

九、加强经办机构建设

各级政府要切实加强医疗保险经办机构建设，整合城镇职工医疗保险和城乡居民医保经办管理资源，提高经办效率。各级医疗保险经办机构和街道（乡镇）社会保障服务机构所需的工作人员编制数量、办公场地、信息系统配置和设施设备，应结合经办管理服务工作量和服务对象数量合理配置。

医疗保险经办机构开展居民医保所需日常工作经费，按实际参保人员每人每年不低于1元标准纳入财政预算安排，由市和区县（自治县）两级财政各承担50%。同时，加大财政投入力度，确保居民医保工作的政策宣传、人员培训、扩面征缴、定点服务机构监管、信息化建设、市内外稽核等相关费用，以及组织个人筹资等专项工作费用的落实。

十、本办法未尽事宜，按我市现行居民医保统一规定执行；**现行规定中与本办法规定不一致的**，按本办法执行。

十一、本办法自印发之日起执行。