

重庆市黔江区医疗保障局 文件 重庆市黔江区财政局 文件

黔江医保发〔2023〕27号

关于转发《重庆市医疗保障局重庆市财政局关于印发重庆市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》的通知

各城镇职工基本医疗保险参保单位、以个人身份参加城镇职工基本医疗保险参保人员：

现将《重庆市医疗保障局重庆市财政局关于印发重庆市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》（渝医保发〔2023〕32号）转发给你们，请遵照执行。



(此件公开发布)

重庆市医疗保障局 重庆市财政局 文件

渝医保发〔2023〕32号

重庆市医疗保障局 重庆市财政局 关于印发重庆市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则的通知

各区县（自治县）医疗保障局、财政局，两江新区社会保障局、财政局，高新区政务服务和社事务中心、财政局，万盛经开区人社局、财政局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《重庆市人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（渝府办发〔2022〕16号）精神，进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度，减轻职工

医保参保人员门诊医疗费用负担，结合我市实际，制定了《重庆市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》，现印发你们，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

重庆市财政局

2023年12月11日

(此件公开发布)

重庆市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，减轻职工医保参保人员（以下简称参保人员）门诊医疗费用负担，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《重庆市人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（渝府办发〔2022〕16号）精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 将参保人员在定点医疗机构（含互联网医疗机构）、符合条件的定点零售药店发生的普通门诊、“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障、门诊特殊疾病保障、国谈药品门诊保障等费用按规定纳入职工医保门诊共济保障范围，医疗费用中符合我市药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施目录（以下简称医保目录）规定的费用按比例限额报销。

第三条 参加我市职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊统筹保障待遇。

第四条 职工医保普通门诊统筹保障按自然年度设置起付标准，一个自然年度内发生的医保目录规定的普通门诊费用累计

计算。在职人员为 200 元，退休人员为 100 元，超过起付标准部分由统筹基金按比例报销。

第五条 职工医保在职人员普通门诊统筹报销比例为，二级及以下医疗机构 60%、三级医疗机构 50%，退休人员在此基础上增加 10 个百分点。

第六条 职工医保普通门诊统筹保障按自然年度实行限额报销，年度支付限额为：随单位参加职工医保、个人参加职工医保二档的，在职人员 3000 元/年，退休人员 4000 元/年；个人参加职工医保一档的，在职人员 800 元/年，退休人员 1200 元/年。

定额报销的门诊诊察费、一般诊疗费、“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障、国谈药品门诊保障等已由统筹基金支付的费用不计入普通门诊统筹保障年度支付额度。

第七条 定点医药机构发生普通门诊统筹费用，由医保经办机构按月据实结算支付，纳入年度总额管理。

参保人员在市外直接联网的医保定点医疗机构就医发生的普通门诊医疗费用，按照全国异地就医联网直接结算要求结算；参保人在市外非直接联网结算的医保定点医疗机构就医发生的普通门诊医疗费用，由参保人员先行垫付相关费用，持相关资料到医保经办机构按本办法规定的起付标准和报销比例结算。

第八条 一个自然年度内，参保人员医保基金支付的普通门

诊统筹医疗费用和支付的其他医疗费用合并计算，支付金额不超过职工医保基金规定的最高支付限额。

职工医保普通门诊统筹保障支付额度纳入职工医保统筹基金年度支付限额计算；参保人员医保年度累计报销费用超过统筹基金报销限额后，按其普通门诊统筹政策报销比例由大额互助保险基金列支。

第九条 随单位参加职工医保、个人参加职工医保二档的在职人员，个人账户计入标准为本人参保缴费基数_的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

随单位参加职工医保、个人二档参保的退休人员，个人账户由统筹基金按定额划入，70岁以下退休人员定额划入105元/月；70（含）岁以上退休人员定额划入115元/月。

个人参加职工医保二档趸缴人员，个人账户趸缴期间按趸缴基数2%计入，趸缴期满后按照退休人员标准计入。

第十条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险等由政府开展的与医

疗保障相关的社会保险的个人缴费。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。加强个人账户使用管理，将个人账户收支信息纳入医疗保障信息管理系统监测管理。

个人账户资金（含改革前个人账户历年结余）可按规定结转使用和依法继承。参保职工跨统筹地区医保关系转移接续时，个人账户资金随同转移。除参保人员注销身份信息等特殊原因外，个人账户资金原则上不得提取现金。

第十一条 医疗机构及其工作人员提供普通门诊统筹服务时，应当遵守下列规定：

医疗机构应当组织开展处方点评，对医务人员不合理用药及时采取干预措施，保障患者用药安全、有效、经济。治疗医师应当严格按照药事管理和医疗技术规范等有关规定，规范诊疗和用药行为，切实做到合理检查、合理用药、合理治疗。

医疗机构应与医保经办机构签订服务协议，按协议约定为参保人员提供普通门诊医疗服务等，并结算相关费用。

医疗机构不得对参保人员另行设定统筹报销限额或标准。

第十二条 拓展职工医保门诊保障范围。支持外配电子处方在定点零售药店结算和配药，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入普通门诊统筹保障范围，起付标准、支付比例

按处方开具医疗机构的等级结算。

第十三条 本细则所指的医疗机构为我市医保协议结算等级医疗机构（含互联网医院）。

第十四条 本细则自 2024 年 1 月 1 日起施行。此前规定与本细则不一致的，以本细则为准。

