

重庆市职工医保门诊共济保障改革政策问答

一、什么是职工医保门诊共济保障改革？

职工医保门诊共济保障改革，就是将普通门诊费用主要由个人账户支付变为由医保统筹基金报销和个人账户支付相结合，通过调整个人账户基金结构，提高基金共济保障能力，解决个人帐户“有病的不够用，没病的没发挥作用”的问题。

二、为什么要开展职工医保门诊共济保障改革？

职工医保统筹基金和个人账户相结合，改革前统筹基金保障住院和门诊大病、个人账户保障门诊小病。这在特定历史时期有力地推动了公费和劳保医疗制度向社会保险制度的平稳过渡。但随着我国社会主要矛盾的变化，医疗服务能力（特别是门诊服务能力）的提升，基本医保体系的不断完善，“个人账户保门诊小病”方式的局限日益凸显。全市近60%的个人账户资金沉淀在年轻和健康群众的账户中，而退休和患病群众的个人账户结存不够使用，门诊个人自费负担较重。为更好解决职工医保参保人员门诊看病报销问题，切实减轻其医疗费用负担，党中央、国务院在2020年和2021年就门诊共济改革先后作出了决策部署。这项改革是适应我国医疗服务发展阶段、改善群众医保待遇的客观需要。

三、职工医保门诊共济保障改革的政策依据是什么？

2019年11月，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十一次会议，审议通过了《关于深化医疗保障制度改革的意见》。提出“完善基本医疗保险制度。逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制”。

2020年4月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号），提出“逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制”。

2021年4月，国务院办公厅印发《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）指出“积极稳妥推进，各省级人民政府要按照本意见要求，统筹安排，科学决策，指导各统筹地区推进落实，可设置3年左右的过渡期，逐步实现改革目标”。

2021年7月，国家医疗保障局办公室关于印发《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案（2021-2023年）》的通知（医保办发〔2021〕35号），要求“2023年底前，所有统筹地区改革目标任务落地落实”。

2022年1月，《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）对重庆市的改革作出了具体安排“到2023年底，全面建立职工医保普通门诊统筹制度，将普通门诊医疗费用纳入医保基金支付范围”。

四、职工医保门诊共济保障改革的意义是什么？

一是提升保障质效。此次改革一方面保留了职工医保个人账户设置和部分功能，继续发挥其作用；另一方面把普通门诊费用纳入统筹基金报销范围，切实帮助身患疾病有治疗需要的人群，减负效果更明显，这也是发挥社会保障再分配功能，促进共同富裕的体现。

二是实现共济互助。实现互助保障作用，把过去靠个人账户积累保障变为由统筹基金互助共济保障，更好地体现了社会保险的共济互助、风险分担的作用属性，也就是“人人为我、我为人人”；实现代际保障作用。年轻的时候没病，到老年的时候用，仅靠个人积累是有限的，社会积累就可以更大范围地解决大家的治疗费用需求。

五、职工医保门诊共济保障改革的对象是哪些？

只要是重庆市职工医保的参保人员，不论是单位参保还是以个人身份参加我市职工医保，不论是在职人员还是退休人员，都属于改革对象，都可以享受门诊共济保障待遇。

我市城乡居民基本医疗保险已于2021年1月1日起施行普通门诊统筹保障制度。

六、职工医保门诊共济保障改革的基本原则是什么？

尽力而为、量力而行；人人尽责、人人享有；完善制度，引导预期。

七、职工医保门诊共济保障改革的重点是什么？

建立职工医保普通门诊统筹保障机制，调整个人账户计

入办法，将符合条件的医保定点医疗机构和定点零售药店纳入门诊统筹保障范围，扩大个人账户使用范围。

八、职工医保普通门诊报销起付线（门槛费）、报销比例和最高报销额度是多少？

人员类别		年度起付线 (元)	年度报销限 额(元)	报销比例	
				二级及以下 医疗机构	三级医疗机 构
在职职工	随单位参加 职工医保、个 人参加职工 医保二档	200	3000	60%	50%
	个人参加职 工医保一档		800		
退休职工	随单位参加 职工医保、个 人参加职工 医保二档	100	4000	70%	60%
	个人参加职 工医保一档		1200		

九、全市门诊统筹定点医疗机构有哪些？

凡是我市基本医疗保险定点的医疗机构，均是职工门诊统筹定点医疗机构，均可以实施门诊统筹报销。

十、报销的起付线（门槛费）能不能累计？

起付线（门槛费）采取按年度累计的方式计算，即在一个自然年度内，一次或多次普通门诊就医购药发生的属于医保政策范围内的费用可以累计。

十一、在市内发生的门诊费用如何报销？

参保人员因病在我市定点医疗机构就医，发生的符合我市医保政策范围内的普通门诊医疗费用，纳入普通门诊统筹

基金支付范围，凭本人医保电子凭证或社会保障卡在医疗机构或处方流转所至的门诊统筹定点零售药店直接结算。

十二、在市外发生的门诊费用如何报销？

（一）非特病参保人员，在市外医保定点医疗机构普通门诊就医发生的医疗费用，可直接异地联网结算。异地联网定点医疗机构可以在国家医保服务平台 App、重庆市医疗保障局公众号、渝快办 App 上查询。

（二）已开通跨省直接结算特病病种的参保人员（目前限高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗 5 种特病），在市外医保定点医疗机构普通门诊就医发生的医疗费用，可直接异地联网结算。

（三）未开通跨省直接结算特病病种的参保人员（前述 5 种特病范围外的参保人员），在市外医保定点医疗机构普通门诊就医发生的医疗费用，需由参保人员先行垫付相关费用，再持以下材料前往我市医保经办机构或其指定机构进行手工报销。

1.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡，代办的还需提供代办人有效身份证件；

2.医药机构收费票据；

3.门诊费用清单；

4.病历资料（含处方底方）；

5.银行账户信息。

十三、定点零售药店如何报销？

此次改革将符合条件的定点零售药店用药保障服务纳入门诊保障范围，目的就是方便患者就近报销，减轻费用负担。参保职工到医保定点医疗机构就诊后，可凭医保定点医疗机构开出的门诊统筹外配处方，在门诊统筹定点药店购药也可以享受统筹基金报销待遇，报销比例按处方开具医疗机构的报销比例结算。

十四、普通门诊统筹保障与“两病”、特病、国谈门诊保障如何衔接？

将“两病”（高血压、糖尿病）门诊保障、特病门诊保障、国谈药品门诊保障符合医保政策范围内的费用，医保基金报销后剩余部分，纳入普通门诊统筹报销范围。

十五、个人账户计入政策如何调整？

1.在职人员。本人参保缴费部分计入个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费计入统筹基金；个人参加职工医保二档人员，个人账户计入标准为缴费基数的 2%。

2.随单位参保、个人二档参保退休人员。70 岁以下退休人员个人账户定额划入 105 元/月；70（含）岁以上退休人员个人账户定额划入 115 元/月。其个人账户和门诊统筹保障均由统筹基金承担。

3.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。

十六、改革后个人账户有哪些政策没变？

改革后职工医保个人账户制度仍然保留，保持 3 个“不

变”。一是个人账户结余的归属不变，改革前的历史结余和改革后新划入形成的结余仍然归个人账户，用于本人及其配偶、父母、子女发生的应由个人负担的医疗费用，且可以按规定结转使用和继承。二是在职职工个人缴费的比例、流向不变，仍然全额划入个人账户。三是退休人员不缴费的政策不变，个人账户资金仍然由统筹基金划入。

十七、个人账户使用范围扩大了，具体能用在哪儿？

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等的个人缴费。

十八、政策从什么时候开始实施？

此次改革政策自 2024 年 1 月 1 日起实施。

十九、有参保职工称改革后“个人账户划入少了，吃亏了”，对此怎么看？

改革后，虽然参保人员的个人账户划入会减少，但为所有参保人员都增加了普通门诊统筹待遇。由于统筹基金的规模更大，对参保人员患病治疗的支付能力更强，对病种的保障更全，最终受益的还是参保人员。家家都有老人、病人，人人都会变老、生病，因此这项改革是家家受益、人人受益。

例如：

1.企业退休人员李某某，62岁，因高脂血症、动脉粥样硬化在一二级医院门诊就医，产生政策范围内医疗费用 2800

元。改革前，虽然个人账户计入较高，但全部用于支付医疗费，还额外支付现金 275 元。改革后，虽然个人账户计入减少，但统筹基金报销了大部分，个人账户支付了小部分，还结余了 350 元。

时间	个人账户计入	全年政策范围内医疗费用	医保基金报销	个人账户支付	现金支付	个账结余
改革前	2525	2800	0	2525	275	0
改革后	1260(个账减计1265元)		1890	910	0	350

2.企业在职人员程某某，32岁，因突发肺炎在某三级医院门诊就医，产生政策范围内医疗费用 3000 元。改革前，虽然个人账户计入较高，但大部分用于支付医疗费，结余 300 元。改革后，虽然个人账户计入减少，但统筹基金报销了大部分，个人账户支付了小部分，结余 400 元，个账结余较改革前多 100 元。

时间	个人账户计入	全年政策范围内医疗费用	医保基金报销	个人账户支付	现金支付	个账结余
改革前	3300	3000	0	3000	0	300
改革后	2000(个账减计1300)		1400	1600	0	400

3.企业在职人员谢某某，38岁，因冠心病、糖尿病在一二级医院就医，产生政策范围内医疗费用 6350 元，享受特病门诊待遇保障。改革前，虽然个人账户计入较高，但大部分用于支付医疗费，结余 108 元。改革后，虽然个人账户计入减少，但统筹基金报销了大部分，个人账户支付了小部分，结余 220 元，个账结余较改革前多 112 元。

时间	个人账户计入	全年政策范围内医疗费用	医保基金报销	个人账户支付	现金支付	个账结余
改革前	1730	6350	4728	1622	0	108
改革后	989 (个账减计741元)		5581	769	0	220

4.机关退休人员张某某，76岁，因恶性肿瘤在三级医院就医，产生政策范围内医疗费用40000元，享受特病门诊待遇保障。改革前，虽然个人账户计入较高，但全部用于支付医疗费，同时支付现金1168元。改革后，虽然个人账户计入减少，但统筹基金报销了大部分，个人账户支付后，现金支付597元，现金支付较改革前减少571元。

时间	个人账户计入	全年政策范围内医疗费用	医保基金报销	个人账户支付	现金支付
改革前	3624	40000	35208	3624	1168
改革后	1380 (个账减计2244元)		38023	1380	597

5.以个人身份参加职工医保二档人员曾某某，36岁，因肾功能衰竭在三级医院透析治疗，产生政策范围内医疗费用110400元，享受特病门诊待遇保障。改革前，虽然个人账户计入较高，但全部用于支付医疗费，同时支付现金3122元。改革后，虽然个人账户计入减少，但统筹基金报销了大部分，个人账户支付后，现金支付1527元，现金支付较改革前减少1595元。

时间	个人账户计入	全年政策范围内医疗费用	医保基金报销	个人账户支付	现金支付
改革前	1869	110400	105409	1869	3122
改革后	1068 (个账减计801元)		107805	1068	1527

二十、此次改革可为参保人带来哪些获益？

一是“增”，建立健全门诊共济政策，丰富了多层次医疗保障体系，将门诊医疗费用纳入保障范围，提升了民众的健康保障水平。第一，普通门诊的药品、检验检查、治疗等费用纳入报销。第二，门诊特病、两病、国谈药品医保报销后的费用纳入普通门诊报销。第三，符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务，纳入门诊报销范围。

二是“优”，改革前，由于普通门诊保障不足，“无指征住院”“挂床住院”“小病住院”等行为大量挤占医疗资源。改革后，参保人在普通门诊就能享受报销，一定程度上能够降低住院率，既减少个人住院费用，又减轻医院病床周转的压力，促进医疗资源合理配置，把优质医疗资源留给真正需要的病人。

三是“拓”，拓展了个人账户使用范围，第一，可以支付配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的由个人负担的医疗费用；第二，可以支付配偶、父母、子女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；第三，可以支付配偶、父母、子女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。

二十一、此次改革对群众就医有什么影响？

参保人在医疗机构、药店就医购药结算流程不变。

一是医疗机构就医。参保人员因病情在我市定点医疗机

构就医，发生的符合我市医保政策范围内的普通门诊医疗费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围，凭本人医保电子凭证或社会保障卡，通过医疗保险信息系统在医院直接结算。

二是在定点零售药店购药。参保职工个人账户余额和以前一样，可以用于支付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医疗费用。

与改革前相比，增加了药店普通门诊统筹基金结算服务。参保人员在我市定点医疗机构就医后开具的外购电子处方，通过电子处方流转平台流转到定点零售药店，购买符合我市医保目录规定的药品费用纳入普通门诊统筹基金支付范围，凭本人医保电子凭证或社会保障卡在药店直接结算。

二十二、门诊共济保障改革后的医疗机构优化服务有哪些？

一是开设便民门诊。各级各类医疗机构要优化就医流程，规范设置便民门诊，做到“应设尽设”“应开尽开”，引导患者到便民门诊就医取药。

二是推进线上诊疗。鼓励患者通过互联网医院开展常见病、慢性病复诊，符合条件的慢性病患者长期处方的处方量最长不超过 12 周。

三是做好健康管理。推行家庭医生服务，将高血压、糖尿病等慢性病患者纳入健康管理，全面提升重点人群健康服务水平。

二十三、只有重庆市实施了门诊共济改革吗？

不是。自国务院办公厅 2021 年 4 月发布《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），迄今全国 31 个省级行政区相继落实了改革任务，建立了职工医保门诊共济保障机制。我市 2022 年 1 月发布《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），2023 年 12 月印发《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》，于 2024 年 1 月 1 日实现门诊统筹报销，调整个人账户计入方式。

二十四、职工医保门诊统筹所需基金如何筹集？

本次改革是为了进一步健全职工医保制度，建立门诊共济保障机制，主要是通过基金内部的结构调整，在不另外筹资、不新增单位和个人缴费负担的前提下，提高了门诊保障水平。普通门诊统筹待遇提高，带来了保障的增量，涉及的资金来源，既有个人账户计入调整的调剂资金，也有统筹基金内部的挖潜，充分体现了社会保险的人人参与、人人享有。

中共中央 国务院

关于深化医疗保障制度改革的意见

(2020年2月25日)

中发〔2020〕5号

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。党中央、国务院高度重视人民健康，建立了覆盖全民的基本医疗保障制度。党的十八大以来，全民医疗保障制度改革持续推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展。为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题，现就深化医疗保障制度改革提出如下意见。

一、总体要求

(一) 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，增强医疗保障的公平性、协调性，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

(二) 基本原则。坚持应保尽保、保障基本，基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，实事求是确定保

障范围和标准。坚持稳健持续、防范风险，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。坚持治理创新、提质增效，发挥市场决定性作用，更好发挥政府作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

（三）改革发展目标。到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升，实现更好保障病有所医的目标。

二、完善公平适度的待遇保障机制

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。要推进法定医疗保障制度更加成熟定型，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，统筹规划各类医疗保障高质量发展，根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平。

（四）完善基本医疗保险制度。坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，职工和城乡居民

分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。统一基本医疗保险统筹层次、医保目录，规范医保支付政策确定办法。逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制。

（五）实行医疗保障待遇清单制度。建立健全医疗保障待遇清单制度，规范政府决策权限，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。各地区要确保政令畅通，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。严格执行基本支付范围和标准，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。

（六）健全统一规范的医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制。增强医疗救助托底保障功能，通过明确诊疗方案、规范转诊等措施降低医疗成本，提高年度医疗救助限额，合理控制贫困群众政策范围内自付费用比例。

（七）完善重大疫情医疗救治费用保障机制。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。探索建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性免除医保目录、支付限额、

用药量等限制性条款，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

（八）促进多层次医疗保障体系发展。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。完善和规范居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险。加快发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给，用足用好商业健康保险个人所得税政策，研究扩大保险产品范围。加强市场行为监管，突出健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管，提高健康保障服务能力。鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展。探索罕见病用药保障机制。

三、健全稳健可持续的筹资运行机制

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。要建立与社会主义初级阶段基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，切实加强基金运行管理，加强风险预警，坚决守住不发生系统性风险底线。

（九）完善筹资分担和调整机制。就业人员参加基本医疗保险由用人单位和个人共同缴费。非就业人员参加基本医疗保险由个人缴费，政府按规定给予补助，缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。适应新业态发展，完善灵活就业人员参保缴费方式。建立基本医疗保险基准费率

制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。

（十）巩固提高统筹层次。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市地级统筹。探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。鼓励有条件的省（自治区、直辖市）按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路，推进省级统筹。加强医疗救助基金管理，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高救助资金使用效率，最大限度惠及贫困群众。

（十一）加强基金预算管理和风险预警。科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，探索开展跨区域基金预算试点。加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。

四、建立管用高效的医保支付机制

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。要聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、协议、结算管理，实施更有效率的医保支付，更好保障参保人员权益，增强医保对医药服务领域的激励约束作用。

（十二）完善医保目录动态调整机制。立足基金承受能

力，适应群众基本医疗需求、临床技术进步，调整优化医保目录，将临床价值高、经济性评价优良的药品、诊疗项目、医用耗材纳入医保支付范围，规范医疗服务设施支付范围。健全医保目录动态调整机制，完善医保准入谈判制度。合理划分中央与地方目录调整职责和权限，各地区不得自行制定目录或调整医保用药限定支付范围，逐步实现全国医保用药范围基本统一。建立医保药品、诊疗项目、医用耗材评价规则和指标体系，健全退出机制。

（十三）创新医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。建立健全跨区域就医协议管理机制。制定定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制。

（十四）持续推进医保支付方式改革。完善医保基金总额预算办法，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费。探索医疗服务与药品分开支付。适应医疗服务模式发展创新，完善医保基金支付方式和结算管理机制。探索对紧密型医疗联合体

实行总额付费，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，有条件的地区可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，缓解其资金运行压力。

五、健全严密有力的基金监管机制

医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。要织密扎牢医保基金监管的制度笼子，着力推进监管体制改革，建立健全医疗保障信用管理体系，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

（十五）改革完善医保基金监管体制。加强医保基金监管能力建设，进一步健全基金监管体制机制，切实维护基金安全、提高基金使用效率。加强医疗保障公共服务机构内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。实施跨部门协同监管，积极引入第三方监管力量，强化社会监督。

（十六）完善创新基金监管方式。建立监督检查常态机制，实施大数据实时动态智能监控。完善对医疗服务的监控机制，建立信息强制披露制度，依法依规向社会公开医药费用、费用结构等信息。实施基金运行全过程绩效管理，建立医保基金绩效评价体系。健全医疗保障社会监督激励机制，完善欺诈骗保举报奖励制度。

（十七）依法追究欺诈骗保行为责任。制定完善医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序、处罚标准等，推进有法可依、依法行政。建立医疗保障信用体系，推行守信联合激励和失信联合惩戒。加强部门联合执法，综合运用

协议、行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任，坚决打击欺诈骗保、危害参保群众权益的行为。

六、协同推进医药服务供给侧改革

医药服务供给关系人民健康和医疗保障功能的实现。要充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，推进医保、医疗、医药联动改革系统集成，加强政策和管理协同，保障群众获得优质实惠的医药服务。

（十八）深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。坚持招采合一、量价挂钩，全面实行药品、医用耗材集中带量采购。以医保支付为基础，建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台，推进构建区域性、全国性联盟采购机制，形成竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。推进医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。

（十九）完善医药服务价格形成机制。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，建立全国交易价格信息共享机制。治理药品、高值医用耗材价格虚高。完善医疗服务项目准入制度，加快审核新增医疗服务价格项目，建立价格科学确定、动态调整机制，持续优化医疗服务价格结构。建立医药价格信息、产业发展指数监测与披露机制，建立药品价格和招采信用评价制度，完善价格函询、约谈制度。

（二十）增强医药服务可及性。健全全科和专科医疗服

务合作分工的现代医疗服务体系，强化基层全科医疗服务。加强区域医疗服务能力评估，合理规划各类医疗资源布局，促进资源共享利用，加快发展社会办医，规范“互联网+医疗”等新服务模式发展。完善区域公立医院医疗设备配置管理，引导合理配置，严控超常超量配备。补齐护理、儿科、老年科、精神科等紧缺医疗服务短板。做好仿制药质量和疗效一致性评价受理与审评，通过完善医保支付标准和药品招标采购机制，支持优质仿制药研发和使用，促进仿制药替代。健全短缺药品监测预警和分级应对体系。

（二十一）促进医疗服务能力提升。规范医疗机构和医务人员诊疗行为，推行处方点评制度，促进合理用药。加强医疗机构内部专业化、精细化管理，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。改革现行科室和个人核算方式，完善激励相容、灵活高效、符合医疗行业特点的人事薪酬制度，健全绩效考核分配制度。

七、优化医疗保障公共管理服务

医疗保障公共管理服务关系亿万群众切身利益。要完善经办管理和公共服务体系，更好提供精准化、精细化服务，提高信息化服务水平，推进医保治理创新，为人民群众提供便捷高效的医疗保障服务。

（二十二）优化医疗保障公共服务。推进医疗保障公共服务标准化规范化，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，加快完善异地就医直接结算服务。深

化医疗保障系统作风建设，建立统一的医疗保障服务热线，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。

（二十三）高起点推进标准化和信息化建设。统一医疗保障业务标准和技术标准，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实现全国医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享。规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全。加强大数据开发，突出应用导向，强化服务支撑功能，推进医疗保障公共服务均等可及。

（二十四）加强经办能力建设。构建全国统一的医疗保障经办管理体系，大力推进服务下沉，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强经办服务队伍建设，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。加强医疗保障公共管理服务能力配置，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。政府合理安排预算，保证医疗保障公共服务机构正常运行。

（二十五）持续推进医保治理创新。推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。规范和加强与商业保险机构、社会组织合作，完善激励约束机制。探索建立跨区域医保管理协作机制，实现全流程、无缝隙公共服务和基金监管。更好发挥高端智库和专业机构的决策支持和技术支撑作用。

八、组织保障

（二十六）加强党的领导。各级党委和政府要把医疗保

障制度改革作为重要工作任务，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程。严格按照统一部署，健全工作机制，结合实际制定切实可行的政策措施。将落实医疗保障制度改革纳入保障和改善民生的重点任务，确保改革目标如期实现。

（二十七）强化协同配合。加强医疗保障领域立法工作，加快形成与医疗保障改革相衔接、有利于制度定型完善的法律法规体系。建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。国务院医疗保障主管部门负责统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门研究解决改革中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，指导各地区政策衔接规范、保障水平适宜适度。

（二十八）营造良好氛围。各地区各部门要主动做好医疗保障政策解读和服务宣传，及时回应社会关切，合理引导预期。充分调动各方支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。重要改革事项要广泛听取意见，提前做好风险评估。遇到重大情况，及时向党中央、国务院请示报告。

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

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

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，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，按照党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革任务部署，经国务院同意，现就建立健全职工医保门诊共济保障机制提出如下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

（二）基本原则。坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接。坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。坚持因地制宜，

在整体设计基础上，鼓励地方从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

二、主要措施

（三）增强门诊共济保障功能。建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制，在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，政策范围内支付比例从50%起步，随着医保基金承受能力增强逐步提高保障水平，待遇支付可适当向退休人员倾斜。针对门诊医疗服务特点，科学测算起付标准和最高支付限额，并做好与住院费用支付政策的衔接。同步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹，并逐步提高保障水平。

根据医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

（四）改进个人账户计入办法。科学合理确定个人账户计入办法和计入水平，在职职工个人账户由个人缴纳的基本

医疗保险费计入，计入标准原则上控制在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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据本意见实施改革当年基本养老金平均水平的 2% 左右。个人账户的具体划入比例或标准，由省级医保部门会同财政部门按照以上原则，指导统筹地区结合本地实际研究确定。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

（五）规范个人账户使用范围。个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。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，以及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。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。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。健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

（六）加强监督管理。完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处“挂床”住院、诱

导住院等违法违规行为。建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。加快全国统一的医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

（七）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

三、组织实施

（八）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益，政策性和技术性强。各省级人民政府要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实。国家医保局、财政部要会同相关部门加强对各地的工作指导，上下联动，形成合力。

（九）积极稳妥推进。各省级人民政府要按照本意见要求，统筹安排，科学决策，在2021年12月底前出台实施办

法，指导各统筹地区推进落实，可设置3年左右的过渡期，逐步实现改革目标。各统筹地区要结合本地实际，进一步明确和细化政策规定，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡，已经开展相关工作的要进一步规范政策标准，尚未开展相关工作的要积极稳妥启动实施。

（十）注重宣传引导。要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。要建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

国务院办公厅

2021年4月13日

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

各区县（自治县）人民政府，市政府有关部门，有关单位：

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）精神，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，经市政府同意，现就建立健全我市职工医保门诊共济保障机制提出如下实施意见。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，全面落实习近平总书记对重庆提出的营造良好政治生态，坚持“两点”定位、“两地”“两高”目标，发挥“三个作用”和推动成渝地区双城经济圈建设等重要指示要求，既尽力而为、又量力而行，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，稳步推进职工医保个人账户改革，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，进一步减轻参保人员医疗费用负担，实现职工医保制度更加公平、更可持续。

（二）主要目标。到 2022 年底，职工医保门诊共济保障政策措施得到进一步明确和细化。到 2023 年底，全面建立职工医保普通门诊统筹制度，将普通门诊医疗费用纳入医保基金支付范围，政策范围内支付比例不低于 50%；职工医保基金结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊统筹管理和基金监管机制更加健全，医保制度更加公平可持续。

二、主要措施

（一）完善职工医保门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）保障机制。

统一并规范职工医保门诊慢特病保障政策。根据我市医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入保障范围。根据诊疗需要，合理确定门诊慢特病支付比例和支付范围。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

（二）建立职工医保普通门诊统筹制度。

1. 明确保障范围。普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用实行限额支付，在一个自然年度内累计计算，超过起付标准后由统筹基金按比例支付。按照权利与义务对等的原则，根据我市医保基金承受能力科学确定年度起付标

准、支付限额和支付比例，在职职工在定点医疗机构发生的符合规定的医疗费用，统筹基金支付比例不低于 50%，适度向退休人员倾斜。

2. 增强保障功能。建立调整机制，根据参保人员门诊医疗费用负担情况和医保基金承受能力，动态调整普通门诊统筹的起付标准、支付限额、支付比例。拓展保障范围，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，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用；探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

3. 强化制度协同。做好普通门诊费用与门诊慢特病、住院费用支付政策的衔接。医保基金对不同的门诊共济保障方式不重复支付。同步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，逐步提高保障水平。

（三）推进职工医保个人账户改革。

1. 改进计入办法。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度按照实施改革当年退休人员基本养老金平均水平的 2% 确定。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

2. 规范使用范围。个人账户主要用于支付参保职工在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用；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，以及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；可以用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费，以及退休人员本人的职工大额医疗互助保险缴费。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。

（四）强化职工医保门诊共济保障管理。

1. 加强医保基金监管。进一步完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导参保人员合理利用医疗资源，确保医保基金平稳运行，充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立健全医保基金安全防控机制，强化对门诊医疗费用的智能监控，保持打击欺诈骗保高压态势，严肃查处过度诊疗、不合理用药、门诊套现等违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

2. 加强就医服务管理。创新门诊就医服务管理办法，强化定点医疗机构、定点零售药店协议管理，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导有关机构规范提供诊疗和用药

保障服务。积极推进门诊费用异地就医直接结算。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理、完善门诊慢特病管理等措施，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层医疗机构诊疗和转诊等行为。

3. 加强支付方式管理。加强门诊医药费用数据采集和分析应用。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊慢特病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。落实国家有关规定，科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

三、组织实施

（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容。各区县（自治县）政府要高度重视，加强组织领导，抓好工作落实。市级医保、财政、卫生健康、药监等部门要建立协调机制，分工负责、协同推进，形成工作合力。

（二）分步稳妥推进。市医保局要会同市财政局等部门，结合我市实际，进一步明确和细化政策措施，研究出台职工医保门诊共济保障实施细则，分类保障、分步实施，合理设置过渡期，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡，逐步实现改革目标。

（三）加强宣传解读。各区县（自治县）政府、市政府有关部门要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。要建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

重庆市人民政府办公厅

2022年1月28日

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

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 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。