

重庆职工医保参保人员看普通门诊也能报销了！2024年1月1日起 实施，一图看懂→

为了提高职工医保基金共济保障能力,按照国家关于职工基本医疗保险门诊共济保障改革的统一部署,市医保局、市财政局联合印发了《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》(下称《实施细则》), 将于**2024年1月1日起实施**。

今(22)日,重庆市人民政府新闻办召开重庆市职工医保门诊共济保障机制改革新闻发布会,介绍了相关内容。



新闻发布会现场 龚皓月 摄

《实施细则》有哪些主要内容？

施行后我市职工医保参保人员

门诊就医有哪些变化？

医保个人账户计入结构有哪些变化？

带你一图看懂

↓↓↓

重庆软件园

政策
解读

《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》

重庆市医疗保障局

重庆发布

人民网 重庆
people.cn

@重庆职工医保参保人员

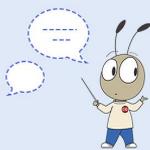
2024年1月1日起

看普通门诊也能报销了!

一图看懂



为进一步健全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，提高参保人员门诊待遇，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》和《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》，结合我市实际，重庆市医疗保障局、重庆市财政局制定并印发了《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》（下称《实施细则》），将于**2024年1月1日起执行**。



《实施细则》有哪些主要内容？
施行后我市职工医保参保人员门诊就医有哪些变化？

医保个人账户有哪些变化？

小布丁带你一图看懂

↓↓↓

什么是职工医保?



职工医保

职工医保覆盖**用人单位职工**和**参保的灵活就业人员**。职工医保基金由**用人单位**和**职工**共同缴纳医保费构成（退休人员不缴纳）。

灵活就业人员可以个人身份参加我市城镇职工医疗保险，参保缴费标准分一档和二档。

什么是职工医保门诊共济?



职工医保门诊共济

就是将普通门诊费用主要由个人账户支付调整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**。

也就是说，普通门诊看病也能报销了。

实施目的

该机制实施，将大大减轻多病患者、大病重病患者、门诊慢特病患者门诊就医个人支付负担，进一步提高职工门诊保障待遇水平，完善多层次医疗保障体系。

覆盖人群

参加我市职工医保并在**待遇享受期内人员**。

有何变化?



一增加一调整一延伸两扩大

1

一增加

建立普通门诊统筹保障机制

2

一调整

调整个人账户计入结构

3

一延伸

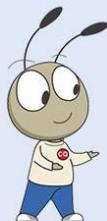
将统筹基金支付延伸到
符合条件的定点零售药店

4

两扩大

扩大个人账户使用范围
扩大门诊保障病种

CHONG
QING
RELEA
SE
重庆
发布



4个主要变化的详细内容有哪些?

小布丁带你一起来看



增加 | 建立 变化① | 普通门诊统筹保障机制

将普通门诊医疗费用纳入医保统筹基金报销范围。

在医保定点医疗机构（含医保定点互联网医疗机构）、医保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、门诊特疾用药、国谈药品等门诊保障费用，按规定纳入共济保障范围，涉及我市医保目录内规定费用按比例限额报销（系统自动结算）。

如何报销？

报销起付标准设置：按自然年度设置，一个自然年度内（如：2024年1月1日-2024年12月31日）发生的医保目录规定的普通门诊费用累计计算。

报销起付标准（俗称“门槛费”）

（超过起付标准部分由统筹基金按比例报销）

在职人员	累计超过 200 元就可报
退休人员	累计超过 100 元就可报

报销比例

在职人员	二级及以下医疗机构 60%
	三级医疗机构 50%
退休人员	二级及以下医疗机构 70%
	三级医疗机构 60%

报销限额

（一个自然年度内）

在职人员	随单位参保、个人二档参保的 累计可报 3000 元
	个人一档参保的 累计可报 800 元
退休人员	随单位参保、个人二档参保的 累计可报 4000 元
	个人一档参保的 累计可报 1200 元

*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，不计入普通门诊报销范围。



小布丁·举例1

◎ 小杨：35岁，随单位参保在职人员

因感冒前往我市二级医疗机构看门诊。
首次门诊花费100元，未达到门诊报销标准（200元），个人需支付100元。

第二次门诊花费200元，两次累计看病300元，已超过门诊报销起付标准（200元），可实现门诊报销，医保报销 $(300-200) \times 60\% = 60$ 元，这次个人需支付 $200-60=140$ 元。

其1年内累计看门诊花费1100元，他的门诊报销为 $(1100-200) \times 60\% = 540$ 元，个人支付费用为 $1100-540=560$ 元。

小王一年门诊费累计最多可报销3000元。

◎ 老莫：75岁，随单位参保退休人员，“两病”患者

前往我市二级医疗机构门诊看病，全年门诊累计花费3000元，已超过门诊报销起付标准（100元），其中“两病”用药已根据医保政策报销了1000元，他全年门诊报销费用为 $(3000-1000-100) \times 70\% = 1330$ 元，自己支付 $3000-1000-1330=670$ 元。

老李一年门诊费累计最多可报销4000元。

一调整 变化②

调整 个人账户计入结构

在职人员个人账户调整：个人缴纳的基本医疗保险费仍然保留在个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费则计入统筹基金，建立普通门诊保障机制。

随单位参保、个人二档参保退休人员个人账户调整：由统筹基金定额划入，70岁以下退休人员划入105元/月，70（含）岁以上退休人员划入115元/月。



一延伸
变化③

将统筹基金支付
延伸到符合条件的
定点零售药店

参保人除了在定点医疗机构就诊，可以持定点医疗机构外配处方在**定点零售药店**结算和购药，**符合规定的纳入统筹基金的支付范围**。

也就是说，在符合条件的定点零售药店凭定点医疗机构外配处方（医保电子处方）购药，也可以报销。

两扩大 | 扩大个人账户使用范围
变化④ | 扩大门诊保障病种

● 扩大个人账户使用范围

家庭成员之间可以共济使用，也就是说一个账户**可同时关联多个家庭成员**。

- ▶ 可用于支付**本人及配偶、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。
- ▶ 可用于支付**本人及配偶、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。
- ▶ 可用于支付**配偶、父母、子女**参加城乡居民医保等的个人缴费。
- ▶ 可用于支付**退休人员本人**的职工大额医疗保险缴费。

● 扩大门诊保障病种

将普通门诊发生的**原来不属于门诊特病的病种**纳入保障范围。

注意

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。

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。

改革前后
职工医保参保人员个人门诊看病支付对比
一组例子带你看
↓↓↓



小布丁·举例2



小陈 32岁
单位在职人员

因病在市三级医院门诊就医，全年政策范围内医疗费用3000元

项目 时间	全年个人账户 计入	医保报销	个人账户 支付	个人账户 结余
改革前	3300元	0元	3000元	300元
改革后	2000元	1400元	1600元	400元



小曾 36岁
个人二档参保的在职人员

因特病在市三级医院做透析治疗，全年政策范围医疗费用110400元

项目 时间	全年个人账户 计入	医保报销	个人账户 支付	现金支付
改革前	1869元	105409元	1869元	3122元
改革后	1068元	107805元	1068元	1527元



小谢 38岁
单位在职人员

因糖尿病（“两病”）在市一二级医院门诊就医，全年政策范围内医疗费用6350元

项目 时间	全年个人账户 计入	医保 报销	个人 账户 支付	现金 支付	个人 账户 结余
改革前	1730元	4728元	1622元	0元	108元
改革后	989元	5581元	769元	0元	220元



老李 62岁
单位退休人员

因高血脂（“两病”）在市一二级医院门诊就医，全年政策范围内医疗费用2800元

项目 时间	全年个人账户 计入	医保 报销	个人 账户 支付	现金 支付	个人 账户 结余
改革前	2525元	0元	2525元	275元	0元
改革后	1260元	910元	910元	0元	350元

重庆
发布



老张 76岁
单位退休人员

因恶性肿瘤（特病），在市三级医院就医，全年政策范围内医疗费用40000元

项目 时间	全年个人 账户计入	医保 报销	个人 账户 支付	现金 支付
改革前	3624元	35208元	3624元	1168元
改革后	1380元	38023元	1380元	597元



小布丁·多一点

重庆发布
CHONG QING RELEASE

“两病”门诊用药保障

这是对“两病”（高血压、糖尿病）患者在门诊就医时产生的医疗费用的保障，包括用药、检验检查项目、诊疗项目等医疗费用按照规定办法进行报销。

门诊特殊疾病保障

门诊特殊疾病是指长期在门诊治疗、纳入我市医保基金支付范围的疾病病种（如慢性肾衰竭、恶性肿瘤等25类疾病）。门诊特殊疾病保障是指对此类患者在门诊就医时产生的医疗费用的保障，包括用药、检验检查项目、诊疗项目等医疗费用按照规定办法进行报销。

国谈药品门诊保障

国谈药品门诊保障是指国家谈判药品中需要长期在门诊使用，临床路径清晰、适用病种明确且非我市门诊特殊疾病保障范围的药品，按规定办法给予报销。国谈药品门诊保障目录每年会进行更新。可通过重庆市医疗保障局官网查看。



医保定点互联网医疗机构

截至2023年12月20日，全市已有21家医保定点互联网医疗机构，扫码可看。名单将陆续更新，更多内容可进入重庆市医疗保障局官网查看。



医保咨询热线

对于此次职工医保门诊共济保障改革相关内容，如有不清楚之处，可拨打医保咨询热线**023-12393**，或在各区县医保服务大厅、各定点医疗机构医保窗口咨询。也可扫码进入公开信箱留言咨询。



重庆发布
CHONG QING RELEASE

来源：重庆发布

重庆软件园