

重庆市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹办法

(征求意见稿)

第一条为完善我市城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)制度,减轻参保人门诊医疗费用负担,提高参保人医疗保障水平,结合本市实际,制定本办法。

第二条本市居民医保参保人的普通门诊统筹适用本办法。

第三条居民医保普通门诊统筹遵循保障基本、统筹共济、依托基层、就近医疗的原则。

第四条**机构范围**。居民医保参保人在我市二级及以下医疗机构门诊就医发生的费用按规定纳入普通门诊统筹。包括社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室和社会办医疗机构。未成年人可在三级儿童医院或妇幼保健医院门诊就医,按照在二级医疗机构的起付标准和支付限额进行报销。

第五条**支付范围**。普通门诊统筹待遇按照我市药品目录、诊疗项目、医疗服务设施和医保基金支付范围执行。参保人的普通门诊统筹待遇和特殊疾病待遇不重复享受。

第六条**基金列支**。居民基本医疗保险普通门诊统筹基金从居民医保基金中列支,单独核算。

第七条**待遇享受**。已按规定参加居民医保并足额缴费的参保人,按规定享受对应年度的居民医保普通门诊统筹待

遇。

第八条起付标准。参保居民一年内发生的符合规定的门诊医疗费用，累计超过起付标准部分按规定报销，二级医疗机构起付标准为 200 元；一级及以下医疗机构不设起付标准。

第九条支付比例。参保居民在普通门诊统筹医疗机构发生符合规定的医疗费用，居民医保基金按一级医疗机构 60%、二级医疗机构 40% 的比例，实行限额报销，医保经办机构根据医疗机构的实际发生的费用据实结算。

第十条支付限额。在一个自然年度内，参保居民普通门诊就医发生的医疗费用，门诊统筹基金支付费用（不包括个人负担部分）累计计算。年度支付限额由市医保局、市财政局根据基金运行、居民医保筹资标准、财政补助标准、参保人数以及门诊医疗费用情况等适时进行调整。2021 年度，一档参保居民最高支付限额 300 元，二档参保居民为 500 元。

第十一条大学生普通门诊统筹。大学生普通门诊按每人每年 100 元定额标准由校医院统筹安排，专款专用，结余作为指标结转，超支由校医院负担。学生每次普通门诊医药费用报销比例为一档 75%、二档 80%，学年度的支付限额由学校根据参保大学生人数、普通门诊就医以及基金控制额度使用情况等，商参保地的医疗保险经办机构确定，原则上不得低于本学年度大学生一档个人缴费标准。经校医院同意到其他医保定点医疗服务机构门诊就医的费用，由校医院按规定报销。其报销资金从校医院统筹安排的大学生普通门诊定额

中支付。

大学生普通门诊学年度定额使用标准，根据居民医保个人缴费标准及学校的使用等情况，由市医疗保障局和市财政局测算后适时调整。

第十二条**参保人费用结算**。参保人在医疗机构发生普通门诊医疗费用经报销后，剩余费用按规定应由本人承担。

第十三条**医保经办机构与医疗机构结算**。医保经办机构与门诊统筹医疗机构按月结算支付，年终清算。

第十四条**管理与监督**。

（一）医疗机构

1. 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。

2. 医疗机构不得对参保人员另行设定统筹报销限额或标准。

3. 有关基层医疗机构应对所属一体化管理的村卫生室加强业务指导、管理和监督。

（二）医保经办机构

1. 完善服务协议，将居民医保门诊统筹等纳入医保服务协议管理，并严格按照医保政策和协议约定加强管理和监督。

2. 制定操作规范，细化经办流程，按规定及时结算和足额划拨资金。

3. 加强对基层医疗机构服务指导。

第十五条本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。我市城乡居民医保过去有关政策与本办法规定不一致的，按本办法规定执行。