

安徽省医疗保障局文件 安徽省财政厅文件

皖医保发〔2022〕3号

安徽省医疗保障局 安徽省财政厅 关于印发安徽省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

各市、县医疗保障局、财政局，省医疗保障局各处室、单位：

现将《安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。



2022年3月1日

安徽省建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则

第一章 总 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，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻医疗费用负担，根据《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（皖政办秘〔2021〕112号）要求，结合我省实际，制定本细则。

第二条 本办法适用于安徽省职工医保参保人员（包括省直职工医保参保人员，以下简称职工），在普通门诊就诊过程中发生的医疗费用管理。

第三条 医疗保障行政部门负责职工医保门诊保障的政策制定、组织实施和监督管理工作。医疗保障经办机构负责基金筹集、管理和待遇审核、给付等工作。财政部门依照社会保险基金财务制度做好基金的财政专户管理、财务监督等相关工作。

第二章 个人账户计入和管理

第四条 随用人单位参加职工医保的在职职工，以及以统筹

基金和个人账户结合模式参加职工医保的在职灵活就业人员，个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%。以单建统筹基金模式参加职工医保的人员，不设立个人账户。

单位缴纳的职工医保费全部计入统筹基金。以统筹基金和个人账户结合模式参加职工医保的在职灵活就业人员，个人缴费除计入个人账户外，其余全部计入统筹基金；以单建统筹模式参加职工医保的人员，个人缴费全部计入统筹基金。

第五条 以统筹基金与个人账户结合模式参加职工医保的退休职工，个人账户由统筹基金按定额划入。2022 年 7 月 1 日起按每月 70 元计入个人账户，今后按照国家规定调整。

第六条 有下列情形之一的，个人账户停止划入：

- （一）在职职工停止缴纳或未按规定缴纳职工医保费的；
- （二）职工（含在职、退休）死亡的。

第七条 个人账户基金的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。职工跨统筹地区流动时，个人账户基金随同转移。

第八条 当年筹集的个人账户基金，按活期存款利息计息；上年结转的基金本息，按 3 个月期整存整取银行存款利率计息。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 按照本细则调整统筹基金和个人账户结构后增加的统筹基金作为预算总额，合理确定门诊共济保障水平。

第十条 职工在定点医疗机构（急诊、抢救除外）普通门诊发生的，以及在符合条件的定点零售药店门诊处方外配购药的政策范围内医疗费用，由职工医保统筹基金按规定支付。

第十一条 一个自然年度内，职工在统筹区域发生的政策范围内普通门诊费用，统筹基金的起付标准和支付比例按下列规定执行：

起付标准 800 元；一级定点医疗机构支付比例 60%，二级定点医疗机构支付比例 55%，三级定点医疗机构支付比例 50%；退休职工的支付比例高于在职职工 5 个百分点。

第十二条 职工一个自然年度内普通门诊费用的统筹基金支付限额为 2000 元。支付限额不结转、不累加到次年度。

起付标准、支付比例与支付限额随经济社会发展状况和职工医保基金承受能力适时调整，逐步提高门诊共济保障水平。

第十三条 统筹基金支付普通门诊费用的金额，纳入职工医保统筹基金年度最高支付限额管理。经职工医保门诊共济报销后个人负担的普通门诊费用不计入大病保险报销范围。

第十四条 普通门诊费用支付算法为：

普通门诊费用支付额度=（政策范围内普通门诊费用一个人先付部分一起付标准）×相应级别医疗机构支付比例。

第十五条 基本医保门诊慢特病保障按照《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》及其配套文件执行。

第十六条 职工医保门诊共济保障待遇仅限职工本人使用，

家庭成员之间不共用。职工办理退休手续次月起，享受退休职工个人账户计入及门诊共济保障待遇，普通门诊费用的起付标准连续计算。

第十七条 下列门诊费用不纳入职工医保门诊共济保障支付范围：

（一）在职职工停止缴纳或未按照规定缴纳职工医保费期间发生的门诊费用；

（二）职工住院期间发生的门诊费用；

（三）按职工医保住院、门诊慢特病保障等政策支付后剩余个人自付部分的门诊费用；

（四）其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。

第四章 服务与结算管理

第十八条 建设完善处方流转信息系统平台，对职工本人在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，支持职工持处方在符合条件的定点零售药店配药和结算，保障待遇按职工门诊就诊定点医疗机构的级别执行。

纳入处方外配结算的定点零售药店需符合资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理的要求，按规定接入医保信息系统平台，实现处方流转、医保结算、智能监控等的信息化。具体的遴选、管理与信息系统接口改造等由各统筹地区负责组织实施。

第十九条 探索将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳

入门诊共济保障范围，支付比例按互联网医院依托的实体医疗机构级别执行。实体医疗机构应为医保定点医疗机构。

第二十条 畅通医保信息系统服务，方便职工关联其配偶、父母、子女身份信息，上传结婚证、居民户口簿等证明资料，实现统筹区域内个人账户支付家庭成员个人负担的医疗费用，或缴纳参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

加快医保信息系统建设，推进职工家庭成员在省域内共济使用个人账户。

第二十一条 职工及其关联的配偶、父母、子女，凭本人的医疗保障凭证（包括居民身份证、社会保障卡、医保电子凭证等）在定点医药机构门诊就医或购药，所发生的医疗费用符合职工个人账户支付范围的，定点医药机构从个人账户中划扣；个人账户不足支付的，由个人支付。

职工本人在定点医疗机构及处方外配门诊费用累计达到共济保障起付标准的，由职工医保统筹基金按规定支付，定点医药机构应当如实记账。

第二十二条 继续提升医保异地就医服务水平，精简备案手续、优化备案流程，方便退休异地安置、长期驻外工作和按规定转诊异地就医的职工异地门诊就医直接结算；对未能联网结算的，凭医疗保障凭证、医疗费用发票、病历等材料到参保地医保经办机构办理结算。

第五章 监督管理

第二十三条 各统筹地区要坚持以收定支、收支平衡原则，加强医保基金预算管理 with 基金稽核制度、内控制度建设。

第二十四条 各统筹地区医保部门要建立对个人账户和门诊共济保障的全流程动态管理机制，对改革后门诊结算人次增长快、按限额支付占比高等异常情况加强监控。进一步健全医保基金安全防控机制，适应职工医保门诊共济保障机制建设，充分运用智能监控系统、实地稽核、第三方监管等措施，强化对医疗行为和医疗费用监管，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。就医地医保部门将异地门诊就医、个人账户使用等同步纳入监管范围。

第二十五条 完善定点医药机构服务协议，及时将职工医保普通门诊共济保障纳入协议管理范畴。创新门诊就医服务管理办法，加强定点医疗机构的门诊住院人次比、大型医疗设备检查阳性率、医保药品配备使用率等指标监测，定期统计、分析与比较，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十六条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对门诊医疗服务可按人头付费，积极探索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分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十七条 根据国家及省统一部署，常态化开展药品耗材集中带量采购，降低门诊费用负担。科学合理确定医保药品支付

标准，引导定点医疗机构主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第二十八条 各统筹地区可结合实际细化有关政策措施。加强宣传引导，准确解读政策，大力宣传职工医保共建共享、互助共济的理念，广泛开展对医保经办机构、定点医药机构等政策培训，建立舆情监测和处置机制，积极回应社会关切，营造良好氛围。

第六章 附 则

第二十九条 本细则自 2022 年 7 月 1 日起执行。

第三十条 本细则由省医疗保障局、省财政厅负责解释。