**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。

安徽省医疗保障局

安徽省财政厅

2022年3月1日

—1 —

**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—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与基金稽核制度、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。

安徽省医疗保障局办公室 2022年3月1日印发