

皖政办秘〔2021〕112号

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

各市、县人民政府，省政府各部门、各直属机构：

《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》已经省政府同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

安徽省人民政府办公厅

2021年12月23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办法

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《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）要求，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于安徽省职工医保参保人员（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 本办法所称的政策范围内费用是指职工在定点医药机构门诊发生的符合国家基本医疗保险药品、诊疗项目和医疗服务设施范围目录规定的医疗费用。

本办法所称的统筹基金起付标准，是指职工一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法在统筹基金支付前由职工个人自付的金额。

本办法所称的统筹基金支付比例，是指职工一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法由

统筹基金支付的比例。

本办法所称的统筹基金支付限额，是指职工一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法由统筹基金支付的最高金额。

第四条 坚持尽力而为、量力而行、人人尽责、人人享有，遵循保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的基本原则，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，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，提高医保基金使用效率，切实维护参保人员合法权益。

第二章 个人账户使用管理

第五条 全省职工医保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%；退休职工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办法实施改革当年基本养老金平均水平的2%左右。

单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

第六条 个人账户用于支付下列费用：

- （一）职工在定点医药机构发生的政策范围内自付费用；
- （二）职工本人及其配偶、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；

（三）职工参加长期护理保险的个人缴费等；

（四）职工的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第七条 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。

第八条 健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 按照本办法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，提高职工普通门诊保障待遇。

第十条 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、常见病普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。

第十一条 职工一个自然年度内在定点医疗机构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费用，超过统筹地区上年城乡居民人均可支配收入 3% 左右的部分，由统筹基金按规定支付。

第十二条 在职职工的政策范围内费用支付比例从 50% 起

步，退休职工的支付比例高于在职职工 5 个百分点，随着医保基金承受能力增强逐步提高保障水平。按照定点医疗机构级别设置差别化支付比例，支持分级诊疗制度实施。

第十三条 职工一个自然年度内普通门诊医疗费用统筹基金支付限额，按照统筹地区上年城乡居民人均可支配收入的 5% 左右确定。

第十四条 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。参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，支持参保人员持处方在定点零售药店配药和结算，充分发挥定点零售药店便民、可及作用。外配购药支付比例，按参保人员门诊就诊定点医疗机构的级别执行。

第十五条 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。

第十六条 继续执行基本医保门诊慢特病保障政策。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。

统筹基金支付普通门诊医疗费用的金额，纳入职工个人基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额管理。各统筹地区要做好职

工医保门诊共济保障机制与公务员医疗补助、企业补充医疗保险等补充医疗保障的有效衔接。

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。

第四章 费用结算

第十七条 职工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，所发生的医药费用按照下列规定办理：

（一）应由职工医保统筹基金支付的金额，定点医药机构应当如实记账。

（二）应由职工医保个人账户支付的金额，定点医药机构应当从个人账户中划扣；个人账户不足支付的，由职工个人支付。

第十八条 定点医药机构按月向医保经办机构申请结算从个人账户中划扣的医疗费用和统筹基金支付的记账医疗费用。

第十九条 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，可在备案后到统筹地区外定点医疗机构普通门诊就医，联网结算医疗费用；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。

参保人员急诊、抢救发生的医疗费用报销不受定点医疗机构管理等限制。

第五章 服务管理

第二十条 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、基金稽核制度、内控制度建设，按照本办法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。

第二十一条 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，加强对个人账户使用、结算等环节审核。

严格落实《安徽省人民政府办公厅关于建立健全医疗保障基金使用监管长效机制的若干意见》（皖政办〔2021〕9号）要求，进一步健全医保基金安全防控机制，严肃查处“挂床”住院、诱导住院等违法违规问题，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。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，确保基金安全高效、合理使用。就医地医保部门负责异地门诊就医、个人账户使用等管理服务。

第二十二条 创新门诊就医服务管理办法，将职工医保普通门诊就医纳入定点医药机构服务协议管理范畴，健全医疗服务监控、分析和考核体系。加强定点医疗机构门诊住院人次比、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，引导定

点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十三条 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，完善门诊慢特病就医管理，规范基层定点医疗机构诊疗、转诊等行为。

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，积极探索按人头付费与慢性病管理相结合，引导职工在基层就医首诊；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。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。

第二十四条 加快全国统一的医疗保障信息平台在全省落地应用，实现职工医保门诊共济保障信息化、便捷化，便利门诊费用异地就医直接结算。

第二十五条 省维护医保基金安全领导小组加强统筹协调，及时研究解决职工医保门诊共济保障工作重大事项、重大问题。省有关部门密切配合，上下联动，形成合力。各统筹地区建立协调机制，积极稳妥推进。

第二十六条 省医保局会同省有关部门研究制定实施细则并动态调整。各市政府结合实际，做好政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第二十七条 省医保局等省有关单位和各统筹地区加强宣传引导，准确解读政策，大力宣传基本医疗保险共建共享、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

第二十八条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起执行。

第二十九条 本办法由省医保局负责解释。

抄送：省委各部门，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省监委，
省高院，省检察院，省军区。

各民主党派省委，省工商联，各人民团体，中央驻皖各单位。