

安徽省医疗保障局

安徽省医疗保障局关于征求《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（代拟稿）》意见的函

各市人民政府：

根据省委、省政府统一部署，为认真贯彻《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），省医保局在组织各市医保局座谈讨论、征求省有关部门意见的基础上，拟制了《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（代拟稿）》初稿，现征求各市政府意见。相关意见及建议的电子版及盖章扫描件，请于2021年7月12日（周一）上午下班前反馈省医保局待遇保障处。

联系人及电话：安昕，0551—69029726、13805608702；

传真及电子邮箱：0551—69029798，ahybjdyc@163.com。

附件：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（代拟稿）



附件

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

（代拟稿）

第一章 总则

第一条【目的依据】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），结合我省实际，制定本办法。

第二条【适用范围】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（不含门诊慢性病、特殊疾病医疗费用）管理。

第三条【相关定义】本办法所称的政策范围内费用是指参保人员门诊发生的符合国家及省基本医疗保险药品、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，是指职工在一个自然年度内在定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法

由统筹基金支付前，职工个人自付的金额。

本办法所称的统筹基金支付比例，是指职工在一个自然年度内在定点医疗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，是指职工在一个自然年度内在定点医疗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【遵循原则】本办法遵循保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的基本原则。

第二章 个人账户管理

第五条【计入办法】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，计入标准为本人参保缴费基数的2%。退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度为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【使用范围】个人账户主要用于支付下列费用：

（一）职工在定点医疗机构或定点零售药店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【禁用范围】个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健等不属于基本医疗保障范围的支出。

第三章 门诊共济保障待遇

第八条【资金来源】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，主要用于建立健全门诊共济保障机制，提高参保人员保障待遇。

第九条【起付标准及支付比例】职工一个自然年度内在定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内费用，超过统筹地区上年居民人均可支配收入 3%左右的部分（含符合条件的定点零售药店门诊处方外配购药费用），由统筹基金按下列规定支付：

在职人员的政策范围内费用支付比例为 50%左右，按照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。退休人员的支付比例按照高于在职人员 5 个百分点确定。

第十条【支付限额】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，为统筹地区上年居民人均可支配收入的 5% 左右。

第十一条【处方外配】参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，定点医疗机构应支持参保人员持处方在符合条件的定点零售药店配药。参保人员外配购药的支付比例按本人门诊就诊的定点医疗机构级别执行。

第十二条【互联网医疗】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，参保人员“互联网+”门诊医疗服务的支付比例按互联网医院依托的实体医疗机构的级别执行。

第十三条【政策衔接】参保人员普通门诊医疗费用不纳入大病保险、医疗救助等保障范围，统筹基金支付门诊医疗费用的金额纳入职工个人的基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

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等的有效衔接。

第四章 费用结算

第十四条【费用管理】参保人员门诊就医或配药时所发生的政策范围内费用，凭本人的医疗保障凭证按照下列规定办理：

（一）属于统筹基金支付的金额，定点医疗机构或者定点零售药店应当如实记账；

（二）属于个人账户支付的，定点医疗机构或者定点零售药店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。

第十五条【申报结算】定点医疗机构和定点零售药店对从个人账户中划扣的医疗费用、统筹基金支付的记账医疗费用，按月向医保经办机构申报结算。

第十六条【异地就医】退休异地安置人员、长期驻外工作人员及按规定转诊异地就医的参保人员，可以在备案后到统筹地区外的异地定点医疗机构普通门诊就医，医疗费用实行联网结算、报销。就医时未能联网结算的，凭其医疗保障凭证、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、抢救不受定点医药机构管理、异地就医备案、政策范围内费用等限制。

第五章 服务管理

第十七条【预算管理】各统筹地区医保部门要严格执行医保基金预算管理制度，加强内控制度建设。将职工医保统筹基金支付参保人员门诊医药费用情况纳入定点医疗机构年度总额预算

范围。

第十八条【基金监管】各统筹地区医保部门要建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

充分运用智能监控系统、实地稽核、引入第三方监管力量等办法，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。就医地医保部门负责异地门诊就医、个人账户使用等的管理服务。

第十九条【协议管理】创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，将定点医疗机构门诊住院人次比、大型检查阳性率、配药率等指标纳入医保定点服务协议范围，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十条【医疗服务】通过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，探索对基层医疗卫生服务机构实行门诊按人头付费等，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第二十一条【信息系统】加快全国统一的医疗保障信息平台建设，实现职工医保门诊共济保障机制的信息化、便捷化，推进门诊费用异地就医直接结算。

第二十二条【协调机制】省有关部门、各统筹地区要切实加强组织领导，建立协调机制，抓好职工医保门诊共济保障机制改革工作落实。省医疗保障部门会同省有关部门根据本办法制定实施细则，并根据本省经济社会发展水平等动态调整。各统筹地区结合本地实际进一步细化政策措施，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第二十三条【宣传引导】各统筹地区要创新宣传方式，广泛开展宣传，准确解读政策，充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第六章 附则

第二十四条【执行日期】本办法自 年 月 日起执行。