

芜湖市医疗保障局 芜湖市财政局 关于印发芜湖市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施方案的通知

芜医保〔2022〕46号

各县市区医保分局、财政局，市医疗保障局各科室、单位：

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

芜湖市医疗保障局

芜湖市财政局

2022年6月15日

芜湖市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案

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，根据国家、省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制相关文件要求，结合我市实际，制定本方案。

第二条 本方案适用于芜湖市职工医保参保人员（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 本方案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。个人先付费，是指职工使用乙类药品、医疗服务项目等，个人按一定比例先行自付的费用。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，按照本方案在统筹基金支付前由职工个人自付的金额。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，按照本方案由统筹基金支付的比例。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，按照本方案由统筹基金支付的最高金

额。

第四条 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

第五条 个人账户的设立：

（一）参加职工医保的以下人员设立个人账户：

- 1.随用人单位参加职工医保的在职职工；
- 2.以统筹基金和个人账户结合模式（以下简称统账结合模式）参加职工医保的在职灵活就业人员；
- 3.退休职工。

（二）以单建统筹模式参加职工医保的在职灵活就业人员，不设立个人账户。

第六条 个人账户计入标准：

（一）随用人单位参加职工医保的在职职工、以统账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%。

（二）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。

第七条 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基本医疗保险费的；

（二）在职灵活就业人员由统账结合模式缴费调整为单建统筹模式缴费的；

（三）职工（含在职、退休）死亡的，从死亡次月起停止划入；

（四）其它符合停止划入的情形。

第八条 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；

（五）退休人员缴纳医疗救助金。

第九条 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。

第十条 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。

第十一条 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 门诊统筹预算

第十二条 统筹基金的计入：

- （一）单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；
- （二）以统账结合模式参加职工医保的在职灵活就业人员，所缴职工医疗保险费用除计入个人账户外，其余全部计入统筹基金；
- （三）以单建统筹模式参加职工医保的人员，所缴职工医疗保险费用全部计入统筹基金。

第十三条 按照以上计入方式调整统筹基金和个人账户结构后增加的统筹基金作为门诊统筹预算总额，用于门诊共济保障。

第四章 门诊共济保障待遇

第十四条 职工在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及以上级别定点医疗机构普通门诊发生的，以及持二级及以上医疗机构门诊外配处方在我市纳入处方外配结算的定点零售药店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。

第十五条 一个自然年度内，参保职工发生的政策范围

内普通门诊费用，统筹基金起付标准 800 元，支付比例按下列规定执行：

（一）本地就医

在职职工一级定点医疗机构（含未定级的乡镇卫生院、社区卫生服务中心）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%。退休职工按医院级别分别高于在职职工 5 个百分点。

（二）异地就医

职工医保异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，按本地职工医保门诊报销比例执行。

第十六条 支付限额。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。

第十七条 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。

第十八条 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—个人先付部分—起付标准）×相应级别医疗机构支付比例。

第十九条 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。

第二十条 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。

第二十一条 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基本医疗保险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）已纳入职工医保住院、门诊慢特病等支付范围的门诊费用；

（四）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；

（五）其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。

第五章 服务与结算管理

第二十二条 根据省统一部署，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。

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 职工本人在符合条件的定点医药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。

第二十七条 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。

第二十八条 异地就医职工，可在备案地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。

第六章 监督管理

第二十九条 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。

第三十条 各级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，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。

第三十一条 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。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。

第三十二条 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特病管理相结合，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。

第三十三条 全力推动国家、省药品耗材集中带量采购中选结果落地，巩固药品稳价保供成果，持续探索开展省级高值医用耗材集中带量采购。

第三十四条 各级医保部门要加强宣传引导，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

第三十五条 本方案自 2022 年 7 月 1 日起执行。执行期间，如遇国家、省政策调整，从其规定。

第三十六条 本方案由市医疗保障局、市财政局负责解释。