

合肥市医疗保障局文件 合肥市财政局文件

合医保发〔2023〕15号

关于进一步优化职工基本医疗保险 门诊统筹保障政策的通知

各县（市）区医疗保障局、财政局，各开发区社会发展局、财政局：

为贯彻落实职工基本医疗保险门诊统筹保障改革部署，提升医保基金使用效益，切实减轻参保职工门诊医药费负担，根据《安徽省医疗保障局安徽省财政厅关于进一步优化安徽省职工基本医疗保险门诊统筹保障政策的通知》（皖医保发〔2023〕5号）

精神，经市政府同意，现就我市优化职工医保门诊统筹保障政策有关事项通知如下：

一、提高门诊统筹待遇

（一）降低起付标准。一个自然年度内，参保职工在符合条件的定点医疗机构发生的政策范围内门诊费用，基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院、一级及未定级定点医疗机构，下同）起付标准为 200 元，二级和三级定点医疗机构起付标准为 400 元，年度累计最高为 400 元。

（二）调整报销比例。基层医疗机构报销比例为 60%，二级和三级定点医疗机构报销比例 50%。退休职工报销比例分别提高 10 个百分点。

（三）年度支付限额。门诊统筹年度支付限额不变，即：在职职工 4000 元，退休职工 5000 元。2025 年调整过渡到全省统一标准。

（四）异地门诊待遇。异地人员（异地安置退休人员、异地居住人员、常驻异地工作人员）及异地急诊抢救人员在备案地和参保地双向享受参保地门诊就医报销待遇。已享受其他补充医疗保障报销后个人负担的政策范围内门诊费用，按照参保地报销政策予以补差报销，合并报销金额不超过本次门诊就医费用。

二、扩大定点药店范围

持续推进将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹管理，参保职工凭定点医疗机构处方在门诊统筹定点零售药店购买医保

目录内药品费用纳入门诊统筹基金支付范围，按基层医疗机构待遇标准执行，报销额度纳入基金年度支付限额管理。

三、门诊报销待遇衔接

本通知自 2023 年 10 月 1 日起实施。此前已经享受了报销待遇的不再按新政策重新计算报销待遇；参保职工个人门诊费用已达新规定起付标准的，直接按新规定享受报销待遇。

四、相关工作要求

（一）提高政治站位。各县（市）区、开发区要进一步统一思想认识，提高政治站位，把落实优化职工医保门诊统筹保障政策作为当前深化医保制度改革的重要工作，明确任务分工，细化工作举措，确保优化调整政策落地见效。

（二）加强经办管理。医保经办机构要加强对纳入门诊统筹管理的定点机构协议管理，及时将资质合规、管理规范、信誉良好符合条件的定点医药机构纳入门诊统筹管理，开展年度绩效评价考核，建立“有进有出”的动态管理机制，及时更新和发布定点机构信息。要积极做好参保人员和医药机构费用结算和经办服务工作，及时保障参保人员待遇。

（三）强化基金监管。医保基金监管机构要加强门诊统筹基金监管，建立常态化监管机制，将定点医药机构购销存管理、医保结算、处方管理、购药服务等纳入监管范围。采取日常监管、智能审核和监控、飞行检查等多种方式，实现门诊统筹定点机构稽查全覆盖。严厉查处串换药品、倒卖药品、套取医保基金等违

法违规行为。

（四）加强培训宣传。各级医保部门要组织开展政策学习培训，准确把握政策调整的目的和内涵，提高医保经办、定点医药机构、医保咨询热线等相关工作人员医保政策水平，当好医保政策的宣传员。要创新宣传方式，丰富宣传手段，提高参保人员的政策知晓度，增进参保人员对医保制度改革的理解、支持，确保政策优化发挥积极作用。

（五）做好舆情监测。各级医保部门要认真做好门诊统筹保障政策调整前后运行数据分析，加强动态监测，积极回应社会关切，实施过程中如遇重大问题及时向市医保局报告。

