

安徽省医疗保障基金管理中心 文件 安徽省医疗保障信息中心

皖医保中心〔2025〕49号

关于规范参保人员医疗类别选择事项的通知

各市医保经办机构、省属定点医疗机构：

为保障参保人员待遇，规范合理医疗行为，现对参保人员医疗类别选择事项情况予以规范。具体通知如下：

一、存在问题

近期，经排查发现，我省部分地区定点医疗机构在参保人员“门诊慢特病”医疗类别待遇未达年度支付限额的情况下，将其符合“门诊慢特病”医疗类别结算的合规药品及检查费用按照“普通门诊”医疗类别结算，降低了参保人员待遇。

经了解，原因主要为以下几种情况：一是部分定点医疗机构

先让参保人员以就诊卡自费挂号，再在窗口按医保方式进行结算，导致开具处方的医保医师无法查询就诊人员的门慢待遇情况。二是医保医师开具处方前未能有效查询或主动询问参保人员“门诊慢特病”待遇信息、或未按医疗类别开具相关处方。三是参保人员在部分医疗机构就诊时，只能一号对应一种医疗类别。

二、政策依据

《安徽省医疗保障局关于印发安徽省医疗保障定点医药机构服务协议范本（2024年版）的通知》要求，定点医疗机构要切实保障参保人员权益；在为门诊慢特病参保人员提供医疗服务的，应严格执行本统筹地区门诊慢特病医疗保障相关规定。

三、规范事项

（一）及时开通相关查询接口。各市医保经办机构要通知并指导统筹区内定点医疗机构，通过国家（安徽省）医保信息平台参保人员门诊慢特病备案查询接口（接口号：5301），查询并获取该就诊人员当前有效的门诊慢特病备案信息。同时，各定点医疗机构要积极应用事前提醒功能，主动规范医疗行为。

（二）实现医疗类别可修改。各定点医疗机构应落实医保管理相关规定，参保人员在门诊挂号时同步进行医保登记。医保医师在开具处方时，若临床诊断与门诊登记时的医疗类别不一致，可重新登记就诊信息，选择正确的医疗类别后再开具处方。

（三）开具处方优先核实待遇。各定点医疗机构本级医院信息系统，应支持医保医师可以查询我省参保人员门诊慢特病备案信息。参保人员就医时，对于符合“门诊慢特病”病种治疗所需、

且符合医保规定的国家谈判药品，如经核实该病种未达年度支付限额，且参保人员无特别要求，医保医师应优先选择“门诊慢特病”医疗类别进行开具处方及相关检查。

四、注意事项

（一）强化系统保障与培训落实。各市医保经办机构应督促指导统筹区内定点医疗机构，严格按本通知要求，协调本级医保信息部门完善医院信息系统，保障参保人员待遇。同时，各定点医疗机构须组织对本机构医保医师进行培训，明确要求其在开具处方前，必须主动核实就诊人员“门诊慢特病”待遇信息。若参保人员提出将已按“普通门诊”结算的费用转为按“门诊慢特病”结算，医疗机构应予以办理。

（二）明确查询路径与考核导向。各定点医疗机构可通过【5206】接口，查询参保患者门诊慢特病的年度累计报销额度。各市医保经办机构要将医疗机构国家（安徽省）医保信息平台人员门诊慢特病备案查询接口与事前提醒模块的开通情况，以及医保医师的处方规范性，纳入下一年度绩效评价指标。通过考核指引，协同保障参保人员合理待遇。

（三）严格违规行为处理。对于违反上述要求的医保医师，将根据其行为性质和责任程度，按照医保支付资格管理规定予以记分。当记分达到相应分值时，将暂停或终止其医保支付资格。对因未调用接口查询就诊人员门诊慢特病备案信息或未应用事前提醒功能，导致参保人员权益受损的，各市医保经办机构可根据协议管理要求，对相应医疗机构予以处理。

(四) 压实经办机构主体责任。请各市医保经办机构高度重视，切实履行主体责任，确保各项要求落实到位。

