

关于《宿州市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》的政策解读

一、起草背景和依据

《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》、《安徽省医疗保障局、安徽省财政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细则的通知》。

二、制定意义和总体考虑

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。

三、研判和起草过程

在广泛调研、座谈和征求意见的基础上,草拟了《宿州市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》),在听取相关部门、单位的意见后,对《征求意见稿》进行修改完善,经合法性审查、会议集体审议等程序后印发至各县区有关部门。

四、工作目标

为解决职工医保参保人员门诊保障问题,切实减轻其医疗费用负担,完善职工待遇保障,国家、省相继出台了健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法、细则等文件,对职工门诊共济保障待遇进行了明确,推动职工医保普通门

诊保障由个人积累保障模式转向社会互助共济保障模式。

五、主要任务

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:负责基金的财政专户管理、财务监督等工作。

六、创新举措

变化一：职工门诊个人账户计入和管理的变化

大家知道，目前我们职工医保个人账户计入是由个人缴费和单位缴费按比例划入两部分组成。新政策执行后，个人账户的计入仅有个人缴费部分，单位缴费部分全部计入统筹基金，用于解决职工门诊共济保障待遇。

具体变化为，以统筹基金和个人账户结合模式参加职工医保的人员，在职职工个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2%，退休职工以 2021 年全省基本养老金基数 2%的比例计算，月划入额度为 70 元，今后按照上级规定调整；以单建统筹基金模式参加职工医保的在职职工不设立个人账户。

变化二：职工门诊待遇政策的变化

职工门诊在市域内定点医院就诊费用可以报销了，那么怎么报销呢？

1.起付标准：职工医保普通门诊费用起付标准为 800 元；

2.报销比例：在市域内，一级定点医疗机构支付比例 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%；

3.政策倾斜情况：退休职工的支付比例高于在职职工 5 个百分点；

4.年度报销限额：年度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)；

5.普通门诊费用算法：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；

6.不予报销的情况

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职工医保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) 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；

(四) 其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。

变化三：个人账户使用的变化

原先职工医保个人账户仅限本人使用，新政策拓宽了个人账户的使用范围。通过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。同时个人账户可用于支付职工本人及其配偶、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。

七、解读人及政策咨询服务电话

解读人：宿州市医疗保障局待遇保障科科员王特

咨询电话：0557-3060358