淮南市建立健全职工基本医疗保险门诊

共济保障机制实施办法（起草说明）

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）、《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》（皖政办秘〔2021〕112号）要求，结合我市实际，制定《淮南市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》（以下简称《实施办法》）。

《实施办法》主要内容：

一是改革个人账户计入办法。全市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，计入标准原则上控制在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，划入额度逐步调整到本市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。改革后，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等4类费用。

二是调整统筹基金和个人账户结构后增加的统筹基金，主要用于门诊共济保障，提高职工普通门诊保障待遇。对参保职工一个自然年度内在定点医疗机构普通门诊发生的以及在符合条件的定点零售药店门诊处方外配购药的政策范围内费用，在职人员的报销比例50%起步，退休人员提高5个百分点。同时，与个人账户计入额度相衔接，按照本市上年城乡居民人均可支配收入的3%左右设定“门槛费”、按照5%左右设定“封顶线”。探索对基层医疗卫生服务机构实行门诊按人头付费、适度拉开不同层级医疗机构支付比例等，引导参保人员在基层首诊就医。继续执行医保门诊慢特病保障政策，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。