

阳城县人民政府办公室文件

阳政办发〔2021〕63号

阳城县人民政府办公室 关于印发阳城县县直机关国家公务员医疗 补助办法实施细则(试行)的通知

各乡(镇)人民政府,开发区管委会,县直及驻阳各有关单位:

根据《阳城县人民政府办公室关于印发阳城县县直机关国家公务员医疗补助办法的通知》(阳政办发〔2021〕53号)精神,为切实做好我县公务员医疗补助工作,结合实际,特制定实施细则如下:

一、资金筹集

公务员医疗补助资金由县财政根据当年年初编制人员数(含退休人员)和工资总额列入当年财政预算。并按全县职工(含退休

人员)当年工资总额(工资基数与参加基本医疗保险的基数一致)的1%向县医疗保障局一次性划拨,职工个人不交费。每年4月份,县医疗保障局汇总当年补助人数和补助资金,并向县人民政府、县财政局申请拨付资金到公务员医疗补助资金专户。

二、参保申报

(一)申报时间

启动当年2021年具体参保申报时间为9月1日至10月31日。从2022年起,每年2月1日至3月31日为全县各行政、事业单位集中参保申报当年公务员医疗补助时间,一年一次,中途不变更,过期不予办理。

(二)申报流程

用人单位在申报期内负责向县医保中心提供本单位经县委组织部(干部二室 电话:4239351)、县委编办(综合股 电话:4237007)、县人社局(工资股 电话:4239372;社会保险中心 电话:3201006)、县财政局(社保股 电话:4223270)审核盖章后的参保人员纸质版和电子版花名表(附表1、附表2)。

三、医疗费用补助标准及流程

公务员医疗费用补助分一次性门诊医疗费用补助和住院医疗费用补助两部分。具体补助标准如下:

(一)一次性门诊医疗费用补助标准

为提高我县公务员医疗保障水平,按当年度征收总额的50%除以当年参加公务员医疗补助人数确定一次性门诊医疗费用补助

标准,由县医保中心一次性划入个人账户。

(二)公务员住院医疗费用补助标准

1.公务员住院医疗费用补助资金。为当年征收总额的 50%。

2.公务员住院医疗费用补助范围。仅限于对参保人员住院费用进行补助。门诊大额疾病(慢性病)、特殊药品、外出检查、门急诊费用、生育医疗费用暂不纳入补助范围。

3.公务员住院医疗费用补助办法。实行“设置起付,分段计算,累加支付,封顶管理,动态调整”的原则。按自然年度内(以出院日期为准),经城镇职工基本医疗保险、城镇职工大额补充保险结算后,属于基本医疗保险政策范围内的合规自负部分(累计计算),按比例分段计算累加支付给予补助。

具体分段比例支付标准如下:

每个自然年度内属于合规自负的部分

累计 \leq 1000 元部分,不予支付;

1001—5000 元部分,按照 70%支付;

5001—10000 元部分,按照 80%支付;

10001 元以上部分,按照 90%支付;

在统筹区外住院,未办理转诊备案的分别降低 15%进行补助。

4.公务员住院医疗费用补助设年度最高支付限额。每个自然年度内最高支付限额为 1 万元。

5.公务员住院医疗费用补助申请办理时间。在我县公务员医疗补助实施启动之年,2021 年申请补助时间为 2021 年 12 月 1 日

至 31 日。从 2022 年起,原则上根据情况每天接受申请,每季度结算一次。每年 4 月 30 日以前可受理上年度医疗补助申请,过期不再受理。

6.公务员住院医疗费用补助申请办理所需资料:

(1)住院发票复印件(盖章);

(2)基本医疗保险统筹支付结算单(盖章)或大额医保结算单(盖章);

(3)患者本人身份证复印件(正反面);

(4)患者本人社会保障卡复印件(正反面);

(5)《阳城县公务员医疗补助记录卡》原件。

7.公务员住院医疗费用补助受理窗口

阳城县政务中心三楼医保中心公务员医疗补助窗口。

四、资金管理

公务员医疗补助资金由县医疗保障局负责管理,县医保中心负责经办。医疗补助资金要专款专用、单独开户、单独列账、单独管理,与基本医疗保险基金分开核算,不得相互挤占和挪用。要严格执行有关财务制度和会计管理制度,建立健全各项内部管理制度和审核制度,确保资金收支平衡,略有节余。当年节余资金留作下年使用。根据上年资金使用节余情况,也可将节余资金调剂到一次性门诊医疗费用补助,划入个人账户。县医疗保障局要加强对县医保中心及第三方商保公司的考核与监督,确保资金安全运行,及时支付到位。县财政局要加强对资金分配和使用的监督管理,确保资

金及时拨付到位。

五、附则

本实施细则由阳城县医疗保障局负责解释,自 2021 年 1 月 1 日起执行。

- 附件:1.阳城县县直机关国家公务员医疗补助参保审核表
2.阳城县县直机关国家公务员医疗补助参保登记表

阳城县人民政府办公室

2021 年 8 月 25 日

(此件公开发布)

附件 1:

- 9 -

阳城县县直机关国家公务员医疗补助参保审核表

参保年度:

参保单位	单位性质	
参保情况	我单位参加阳城县县直机关国家公务员医疗补助共____人，其中：在职____人，退休____人。 年初工资预算总额____元，筹资金额____元。	
相关部门审核意见	参保单位意见： 盖章 年 月 日	县委组织部意见： 盖章 年 月 日
	县委编办意见： 盖章 年 月 日	县人社局意见： 盖章 年 月 日
		县财政局意见： 盖章 年 月 日
		县医保局意见： 盖章 年 月 日

此表一式 4 份，参保单位、县财政局、县医保局、经办机构各留存 1 份。

附件 2:

阳城县县直机关国家公务员医疗补助参保登记表

填报单位(盖章):

单位性质:

序号	姓名	身份证号	年初工资预算 总额(元)	筹资金额 (元)	人员身份 (在职/退休)	备注
合计						

填表人:

单位负责人:

(此页无正文)

抄送：县委办，县人大办，县政协办，县法院，县检察院，各人民团体，
各新闻单位。

阳城县人民政府办公室

2021年8月25日印发
