

总 则

第一条 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,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]114号)和《河北省人民政府办公厅印发关于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》(冀政办发(2021)6号),制定本实施细则。

第二条 按照市级统筹、分级管理、责任分担的原则,建立保障基本、统筹共济的职工基本医疗保险门诊保障制度。

保障对象

第三条 本实施细则适用于我市职工医保全体参保人员。

个人账户

第四条 改革职工医保个人账户计入第四条办法。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入,计入标准为本人参保

缴费基数2%的2%,单位缴纳的基本医疗保险费计入统筹基金。灵活就业人员不计入个人账户。

第五条 退休人员个人账户由统筹基金按定额划入,划入额度为2021年基本养老金平均水平的2%。企业单位(含灵活就业人员)按照2021年全市企业单位退休人员平均个人账户计入基数的2%划入个人账户,机关事业单位按照2021年全市机关事业单位退休人员平均个人账户计入基数的2%划入个人账户。

第六条 参加企业补充保险的参保人,从补充保险基金划入个人账户的计入比例和办法不变。石家庄市国家公务员医疗补助办法由市医疗保障局商市财政局另行制定。

第七条 用人单位和职工预缴基本医保费的,由同级经办机构按规定标准为其一次性划入个人账户。

第八条 在职转退休,从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

第九条 个人账户资金可以结转使用和继承。

第十条 个人账户主要用于支付下列费用:

(一)参保人在定点医疗机构门诊、住院就医发生的政策范围内自付费用;

(二)参保人在定点零售药店发生的政策范围内自付费用;

(三)可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构门诊住院就医发生的由个人负担的医疗费用;

(四)可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

第十一条 探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第十二条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第十三条 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员的个人账户资金应划入个人账户。安置、居住、常驻在未实现门诊异地就医直接结算地区的,经申请可由经办机构将个人账户金额退给本人。

第十四条 个人账户通过社会保障卡(电子凭证)支付,使用计算机网络管理。社会保障卡应妥善保管,丢失后及时挂失,挂失前造成的损失由本人承担。

第十五条 职工调离统筹区时,个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本

人。

第十六条 参保人员终止基本医保关系后,个人账户余额一次性拨至用人单位或个人金融账户;拨至用人单位的,由用人单位负责支付给本人或其合法继承人,不得截留和挪用。参保人因死亡或其他原因终止参保的,所在用人单位应及时为其申报办理终止基本医保关系,未及时申报办理,造成个人账户多划入的部分,各级经办机构在办理个人账户清户结算时予以扣回,无法扣回的由所在单位负责追回。

门诊共济待遇

第十七条 增强门诊共济保障功能。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金,用于建立职工门诊统筹制度,增强门诊共济保障功能,提高参保人员门诊待遇。

第十八条 职工门诊统筹是指参保职工在具备职工门诊统筹资格的定点医疗机构就医,发生在《河北省基本医疗保险工伤保险和生育保险药品目录》《河北省基本医疗保险、生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定范围内的普通病门诊医疗费,纳入基本医疗保险基金支付范围,由基本医疗保险统筹基金和个人共同负担。

石家庄市职工 基本医疗保险门诊 共济保障机制

政策 解读



织密医疗保障网 解百姓后顾之忧

第十九条 职工门诊统筹层次和基金支付范围，同职工基本医疗保险保持一致，实行市级统筹。

第二十条 职工门诊统筹年度起付标准确定为100元，45岁以下在职职工统筹基金政策范围内年度支付限额为3000元，45岁(含)以上在职职工统筹基金政策范围内年度支付限额为3500元，在职职工统筹基金支付比例为60%;退休人员统筹基金政策范围内年度支付限额为5000元，支付比例为70%。

第二十一条 门诊统筹基金支付额度计入职工基本医保基金支付年度限额。

第二十二条 参保职工可在石家庄市域内二级及以上定点医疗机构和市医疗保障部门选定的二级以下定点医疗机构就医，也可按规定在省内开通异地就医门诊费用直接结算的二级及以上定点医疗机构就医。

第二十三条 参保职工门诊统筹费用跨省异地就医直接结算无需备案，可直接在就医省或地市已开通异地就医门诊直接结算的定点医疗机构就诊。未开通异地就医直接结算的地区，可选择在常驻、居住或安置地的医保协议医疗机构就医。

第二十四条 参保职工在本市协议医疗机构发生的医药费，应个人负担的部分，由

个人直接与协议医疗机构结算;应医保基金负担的部分，由经办机构与协议医疗机构结算。在开通异地就医门诊直接结算的异地医保协议定点医疗机构(含省内及跨省异地就医定点医疗机构)发生的应由参保人员个人支付的医药费，由参保人员直接与定点医疗机构按规定即时结算;应由医保基金支付的医药费，按照国家、省有关规定结算。在非直接联网的异地医保协议定点医疗机构发生的应由医保基金支付的医疗费，由参保人员全额垫付及时向参保地经办机构按规定申请报销最晚不得超过次年6月。在非医保协议医疗机构发生的门诊医疗费用医保基金不予支付。

第二十五条 参保职工可以在我市已开通普通门诊统筹用药保障的定点零售药店购药，发生的医药费，应个人负担的部分，由个人直接与定点零售药店结算;应医保基金负担的部分，由经办机构与定点零售药店结算。

