

石家庄市人民政府办公室

〔2021〕—123

石家庄市人民政府办公室 关于印发石家庄市职工基本医疗保险门诊 共济保障机制实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，高新区、循环化工园区管委会，市政府有关部门：

现将《石家庄市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。

石家庄市人民政府办公室

2021年12月29日

（此件公开发布）

石家庄市职工基本医疗保险门诊共济保障机制 实施细则

第一章 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〕14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。

第二章 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。

第三章 个人账户

第四条 改革职工医保个人账户计入办法。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% ，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。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。

第四章 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。

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 2000 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 2500 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 4000 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，可选择在常驻地、居住地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。

第五章 管理与监督

第二十六条 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。积极探索从糖尿病、高血压等治疗方案明确、评估指标清晰的慢性病入手，对基层医疗服务实行按人头付费。对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十七条 科学合理确定医保药品支付标准。做好药品集中采购中选价格与医保支付标准协同，对医保目录内的集中带量采购药品，以中选价格为医保支付标准。对同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，以集中采购中选价格为该通用名药品的支付标准。

第二十八条 将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务适时纳入门诊保障范围。按照《关于做好国家医保谈判药品“双通道”管理等事宜的通知》（冀医保字〔2021〕45号）要求，选择资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理，并且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店，开展谈判药品“双通道”（定点医疗机构和定点零售药店两个渠道）管理。支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用，探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入门诊保障范围，执行线上线下医保同等支付政策。

第二十九条 加快推进门诊费用跨省异地就医直接结算。结

合全国统一的医疗保障信息平台建设，做好定点医疗机构跨省异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造及交叉测试工作，2021年底前将符合条件的二级以上定点医疗机构全部接入跨省异地就医普通门诊费用直接结算系统，实现跨省异地就医普通门诊费用直接结算。

第三十条 进一步完善门诊慢特病异地就医直接结算管理服务工作机制，切实保障参保人员异地就医权益。

第三十一条 完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第三十二条 建立对医保基金全流程动态管理机制。

(一) 进一步完善个人账户管理办法，严格执行基金收、支、余预算管理，做好收支信息统计，实时监测门诊统筹基金运行情况。

(二) 建立健全基金稽核制度，加强个人账户使用、结算等环节的监管审核，对参保缴费、待遇审核、基金使用、费用结算等环节进行稽核，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金稳定运行。

(三) 建立健全基金经办内部控制制度，完善经办和稽核、会计和出纳、业务和财务、信息和业务等不相容岗位相互制约机

制，完善待遇支付和基金结算初审、复审、稽核三级审核机制，完善医保、财政、税务三方定期对账机制，防范化解内部监管风险。

第三十三条 建立医保基金安全防控机制。

（一）严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强对定点机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。推进基金监管常态化、制度化、精细化，加强对定点医药机构购销存和财务监管，购销存系统与医保智能监控系统实现实时对接，纳入门诊保障试点的定点零售药店要定期向经办机构报告流转处方、购销台账和财务核算账目，实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。

（二）压实医疗机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、市县属地责任，落实卫生健康、公安、市场监管、药品监管、审计等有关部门协同监管责任，严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。

重点查处医疗机构冒名就医购药、伪造医疗文书或票据，虚记多记药品、耗材、诊疗项目、医疗服务设施费用，“术中加价”、夸大病情或疗效等欺骗、诱使、强迫患者接受诊疗和消费等违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。严肃查处超疗程、超剂量用药，使用与基本治疗无关药物和不规范使用辅助用药等大处方行为。

第三十四条 健全医疗服务监控、分析和考核体系。

(一) 按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)及《河北省医疗保障定点医药机构纳入实施细则(试行)》(冀医保规〔2020〕4号)有关规定,贯彻医保定点医药机构服务协议管理办法,落实协商谈判机制,严把入口关,将“技术好、服务优、价格低、布局合理”作为前置条件,严格评审评估标准,将优先使用医保目录药品(医用耗材)、控制自费比例、严禁诱导院外购药、违规开具大处方等纳入协议管理,强化协议条款及指标约束作用。

(二) 建立医疗服务监控预警提醒和分析考核制度,常态化监测医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等异常指标,引导定点医疗机构规范诊疗服务。

量化医保协议日常监管考核,要求一、二、三级公立定点医疗机构使用基本药物分别达到90%、80%、60%左右,将考核结果与医保的费用年终清算、质量保证金的退还、协议续签和终止等挂钩,激励医药机构加强自我管理,规范诊疗行为,发挥基金监管激励和约束作用。

第六章 附 则

第三十五条 灵活就业人员的大病保险费和试点期间的长期护理保险费从统筹基金中计提。

第三十六条 根据基金运行情况，职工门诊统筹基金支付比例、政策范围内统筹基金最高支付限额，由市医疗保障局商市财政局适时调整。

第三十七条 在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病医疗保障工作的基础上，结合我市基金运行情况，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。

第三十八条 本实施细则由市医疗保障局负责解释，自2022年1月1日开始执行，原有文件中与本实施细则不一致的，按本实施细则执行。

