

北京市医疗保障局关于调整本市城镇职工基本医疗保险有关政策的通知

【打印本页】 【关闭页面】

分享:

京医保发〔2022〕28号

各区医疗保障局、北京经济技术开发区社会事业局，各定点医药机构，各用人单位：

为进一步健全完善本市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障制度，提升医疗保险基金使用效率，减轻参保人员医药费负担，根据《北京市人民政府办公厅关于印发〈健全北京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法〉的通知》（京政办发〔2022〕8号）要求，经市政府同意，现就调整本市职工医保有关政策通知如下：

一、自2022年9月1日起，在职职工缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户，计入标准为本人参保缴费基数的2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；退休人员个人账户继续由统筹基金按定额划入，具体划入标准为：不满70周岁的按100元/月标准划入、70周岁（含）以上的按110元/月标准划入，

二、自2022年9月1日起，个人账户资金专款专用，参保人员不可支取。参保人员按照《北京市医疗保障局关于城镇职工基本医疗保险个人账户使用范围的补充通知》（京医保发〔2021〕22号）规定定向使用个人账户。

2022年9月1日前已分配的个人账户资金仍可支取。

三、自2022年12月1日起，参保人员个人账户可用于支付其配偶、父母、子女发生的符合个人账户使用范围规定的相关费用。参保人员配偶、父母、子女应为本市基本医疗保险参保人员。

参保人员应备案确定可使用本人个人账户的配偶、父母、子女信息。

四、配偶、父母、子女在定点医疗机构或定点零售药店使用参保人员个人账户时，应先使用完本人个人账户，再按备案顺序使用他人个人账户。

五、参保人员使用个人账户为本人或其配偶、父母、子女参加本市城乡居民基本医疗保险和长期护理保险缴费、购买本市补充医疗保险，应确保个人账户能足额支付。

六、参保人员个人参保状态发生变化，参加了本市城乡居民基本医疗保险或以灵活就业人员身份参加本市城镇职工基本医疗保险，或不再参保的，其个人账户余额仍可按照上述第二、三、四、五条规定使用。

七、自2023年1月1日起，参保人员一个年度内发生的符合本市基本医疗保险支付规定的门（急）诊医疗费用，在最高支付限额2万元以上的，由大额医疗费用互助资金支付60%，上不封顶。

八、自2022年度起，城镇职工大病医疗保障起付标准与城乡居民大病保险起付标准一致，调整为30404元。

九、本通知由北京市医疗保障局负责解释。此前规定与本通知不一致的，以本通知为准。

北京市医疗保障局

2022年8月12日