

石家庄市人民政府文件

石政规〔2024〕7号

石家庄市人民政府 关于印发石家庄市职工基本医疗保险实施办法的 通 知

各县（市、区）人民政府，石家庄高新区、经开区管委会，市政府有关部门：

《石家庄市职工基本医疗保险实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

石家庄市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第三十五号）、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《社会保险经办条例》（中华人民共和国国务院令 第765号）、《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）、《河北省医疗保障局 河北省财政厅 国家税务总局河北省税务局关于进一步完善职工基本医疗保险市级统筹的指导意见》（冀医保发〔2021〕4号）等有关法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 按照市级统筹、分级管理、风险调剂的原则，在统一职工基本医疗保险政策、统一基金预算管理、统一基金收支管理、统一责任分担机制、统一经办服务、统一信息系统的基础

上，建立职工基本医疗保险（以下简称职工基本医保）、大病保险、企业补充医疗保险和国家公务员医疗补助。

第三条 职工基本医保坚持以下原则：

- （一）社会统筹和个人账户相结合；
- （二）用人单位与个人缴费相结合；
- （三）筹资标准和保障水平与全市经济社会发展水平相适应；
- （四）立足基本、保障公平、统筹兼顾；
- （五）以收定支、收支平衡、略有结余。

第二章 实施范围及对象

第四条 本辖区国家机关、企事业单位、社会团体、个体经济组织、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其在职职工和退休（退职）人员，应当参加职工基本医保。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加职工基本医保。

参加职工基本医保的人员统称参保职工。

第三章 医疗保险登记

第五条 新建用人单位应于取得营业执照或获准成立 30 日内，凭相关材料到同级基本医疗保险经办机构（以下简称经办机构）办理单位和职工的基本医保登记。

用人单位的基本医保登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起 30 日内，到经办机构办理变更或注销基本医保登记。

市场监督管理部门、行政审批部门、民政部门应当及时向经办机构通报用人单位的成立、终止情况，公安机关应当及时向经办机构通报个人的死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第六条 灵活就业人员可通过其档案寄存的代理机构直接向参保地医保经办机构申请办理医疗保险参保登记，也可通过“缴费即参保”方式办理医疗保险参保登记。

第七条 用人单位发生新增、减少、死亡、退休等变动的，应使用国家医保服务平台，或到经办机构办理职工基本医保个人权益信息变更手续。

第四章 基本医疗保险基金的筹集

第八条 基本医疗保险基金（以下简称基本医保基金）由下列项目构成：

- （一）用人单位缴纳的基本医疗保险费（以下简称基本医保费）；
- （二）参保职工缴纳的基本医保费；
- （三）基本医保费的滞纳金；
- （四）基本医保基金的利息；
- （五）财政补贴；

(六) 依法纳入基本医保基金的其它资金。

第九条 职工基本医保费，由用人单位及职工、灵活就业人员按照规定缴纳。职工基本医保费、生育保险费合并征缴，生育保险缴费基数按职工基本医保缴费基数规定执行。

用人单位按本单位上年度在职职工工资总额的 6.5%（不含生育保险缴费率）缴纳；在职职工按本人上年度工资收入的 2% 缴纳，由用人单位代为扣缴。

在职职工年度工资总额，高于全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，按本人上年度实际工资总额作为缴费基数；低于全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资作为缴费基数。

灵活就业人员参加职工基本医保，按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 6.5% 缴纳，不缴纳生育保险费。

第十条 随着经济发展和医疗消费水平的变化，市医疗保障部门可根据基本医保基金的收支情况，会同市财政部门提出调整基本医保缴费基数及费率方案，报请市政府批准后实施。

第十一条 职工工资总额按国家统计局列入工资总额统计的项目执行，依据《劳动和社会保障部社会保险事业管理中心关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函〔2006〕60号）的规定确定。

第十二条 用人单位及灵活就业人员应当按月自行向参保地税务部门申报缴纳职工基本医保费，新参保的职工自参保缴费当

月起享受职工基本医保待遇，具体享受职工基本医保待遇时间以缴费到账次日为准。

第十三条 参保职工基本医保缴费年限（以下简称缴费年限）包括视同缴费年限和实际缴费年限。

视同缴费年限是指石家庄市职工基本医保制度实施前（2000年7月1日前）符合国家规定的工龄或工作年限，石家庄市各县（市、区）的视同缴费年限为当地基本医保制度实施前符合国家规定的工龄或工作年限。实际缴费年限是指石家庄市职工基本医保制度实施后，实际参保并缴纳石家庄市职工基本医保费的年限。

第十四条 参保职工达到法定退休年龄，累计职工基本医保最低缴费年限（以下简称最低缴费年限）为女满25年，男满30年，且本统筹区最低实际缴费满10年，可办理医保退休手续，自正式办理医保退休手续起不再缴纳基本医保费，按照规定享受退休人员医保待遇。

第十五条 参保职工达到法定退休年龄时，最低缴费年限和最低实际缴费年限未达到规定的，可选择一次性补缴年限不足的医保费或选择继续缴纳医保费至规定年限，缴费至规定年限后方可办理医保退休手续。选择一次性补缴的，按补缴时的缴费基数和费率一次性补足，补缴的医保费全部纳入统筹基金。

第十六条 已达到或超过法定退休年龄的人员首次参加职工基本医保，可以灵活就业人员身份按参保时的缴费基数和费率一

次性补缴不足缴费年限的医保费，从参保缴费之月起享受退休人员医保待遇。补缴的医保费全部纳入统筹基金。

第十七条 个人跨统筹地区就业，基本医保关系转入石家庄市的，其调出地医疗保障部门认定的职工基本医保实际缴费年限计入转入后职工基本医保最低缴费年限，视同缴费年限为石家庄市职工基本医保制度实施前（2000年7月1日前）符合国家规定的工龄或工作年限。达到法定退休年龄时，最低缴费年限和最低实际缴费年限达到石家庄市相关规定的，办理医保退休手续后，可享受退休人员的医保待遇。距法定退休年龄不足10年的，按补缴时的缴费基数及费率，一次性补缴在石家庄市实际缴费年限不足10年的差额部分，其中省内其他统筹区转入石家庄市的参保职工，符合省内职工基本医保关系转移接续统筹基金划转相关规定的，按照补缴时的缴费基数和费率，由转出地按相关规定划转统筹基金。

第十八条 用人单位未按时足额缴纳医保费的，按《中华人民共和国社会保险法》等有关规定执行。

第十九条 用人单位破产时，应按有关规定清偿欠缴的基本医保费。用人单位因撤销、解散而终止的，参照本条规定执行。破产或关闭单位退休人员的医保事务，由单位或主管部门解决。

第二十条 用人单位合并或分立，变更名称、法定代表人、主要负责人或投资人，实行租赁、承包经营等事项的，承继其权利和义务的用人单位，必须承担原用人单位及其职工的医保责

任，继续按有关规定缴纳基本医保费，负责管理医保事务。

第二十一条 用人单位及职工、灵活就业人员应按规定及时参保缴费；未及时办理基本医保参保登记的，应按参保登记时的缴费基数和费率补缴基本医保费。补缴段期间，医疗费不予报销，按规定补划个人账户。

第二十二条 用人单位应按规定连续参保缴费，缴费中断恢复缴费时，应按补缴时的缴费基数和费率补缴中断期间的基本医疗保险费。中断缴费6个月（含）以内的，按规定补足全部欠缴的职工基本医保费后即恢复享受职工基本医保待遇，并按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金予以支付；中断缴费6个月以上的，按规定补足全部欠缴的职工基本医保费后，从补缴当月起按规定享受职工基本医保待遇，并按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金不予支付。

第二十三条 参保职工中断医疗保险关系或灵活就业人员中断缴费6个月（含）以内的，按规定补足全部欠缴的职工基本医保费，补缴后即恢复享受职工基本医保待遇，并按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金予以支付。参保职工中断医疗保险关系或灵活就业人员中断缴费6个月以上的，按规定补足全部欠缴的职工基本医保费后，自补缴当月起按规定享受职工基本医保待遇，并按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金不予支付；参保职工中断医疗保险关系或灵活就业人员中断缴费6个月以上未足额补缴职工基本医保费的，自补缴之

月起设置6个月待遇享受等待期，中断期间和待遇享受等待期期间发生的医疗费不予报销。待遇享受等待期期间和中断前的实际缴费年限予以累计计算。

第二十四条 个人跨统筹地区就业，基本医保关系转入石家庄市的参保职工，转入前中断缴费3个月（含）以内的，应按规定办理职工基本医保费补缴手续，全部补缴后即可按规定享受职工基本医保待遇，并按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金予以支付。转入前中断缴费3个月以上的，按规定补足全部欠缴的职工基本医保费后，自补缴当月起按规定享受职工基本医保待遇，按规定补划个人账户，中断期间发生的医疗费统筹基金不予支付；转入前中断缴费3个月以上未足额补缴职工基本医保费的，自补缴之月起设置6个月待遇享受等待期，中断期间和待遇享受等待期期间发生的医疗费不予报销。待遇享受等待期期间和中断前的实际缴费年限予以累计计算。

第二十五条 参保居民已连续2年（含）以上参加基本医保，因就业个人状态变化由居民医保转为职工基本医保，且中断医保关系不超过3个月的，全部补缴后即可按规定享受职工基本医保待遇，中断期间发生的医疗费统筹基金予以支付；中断医保关系3个月以上的，中断期间发生的医疗费统筹基金不予支付，自办理参保缴费之月起按规定享受职工基本医保待遇。

第五章 个人账户的建立和使用

第二十六条 经办机构为参加职工基本医保的用人单位在职职工和退休人员建立个人账户；灵活就业人员不建立个人账户。

第二十七条 用人单位在职职工个人账户由个人缴纳的基本医保费计入，计入标准为本人参保缴费基数 2% ；灵活就业人员不计入个人账户。

第二十八条 退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为2022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2022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2022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。

第二十九条 参保职工办理医保在职转退休手续后，依规为其变更个人账户计入比例和基数。

第三十条 个人账户主要用于支付下列费用：

（一）主要用于支付参保职工在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用；

（二）按职工门诊共济规定用于支付参保职工及其近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女，简称近亲属）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的药品费用，包括：自费药品、医保药品超过医保支付标准部

分、医保药品按政策报销比例自付部分等；医疗服务项目和医疗服务设施费用，包括：自费项目、医保项目超过医保限价部分、床位费超过医保限价部分、医保项目自付部分等；

（三）按职工门诊共济规定用于支付参保职工及其近亲属在定点零售药店购买药品、符合规定的医疗器械和医用耗材发生的由个人负担的费用，并符合国家医保信息业务编码管理相关规定；

（四）按职工门诊共济规定用于缴纳参保职工本人参加职工大病保险、长期护理保险的个人缴费，灵活就业人员职工本人基本医疗保险参保缴费，以及参保职工近亲属参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险的个人缴费；

（五）国家、省规定的其他费用。

第三十一条 个人账户不得用于应当由公共卫生负担的、体育健身、养生保健以及国家、省规定的不予支付的其他费用。

第三十二条 个人账户通过社会保障卡或医保码支付，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。

第三十三条 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。

第三十四条 参保职工终止基本医保关系并办理个人账户一次性支取业务后，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。参保职工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。

第三十五条 个人账户当年归集的医疗保险基金按活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息，利息并入个人账户。个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。

第六章 基本医保统筹基金的建立和支付

第三十六条 用人单位及职工、灵活就业人员缴纳的基本医保费，扣除个人账户等部分后，作为基本医保统筹基金，由经办机构统一管理。

第三十七条 基本医保统筹基金可用于支付：

- (一) 普通病门诊医疗费；
- (二) 慢性病病种门诊医疗费；
- (三) 特殊病病种门诊医疗费；
- (四) 危重抢救病种的门诊医疗费；
- (五) 丙型肝炎抗病毒治疗的门诊医疗费；
- (六) 甲类传染病的门诊医疗费；
- (七) 白内障超声乳化加人工晶体植入术的门诊医疗费；

- (八) 列入门诊支付的谈判药品医疗费；
- (九) 住院医疗费；
- (十) 大病保险费；
- (十一) 长期护理保险费；
- (十二) 按规定由基本医保统筹基金支付的其它费用。

第三十八条 基本医保统筹基金支付门诊医疗费，按病种类别分别管理。

(一) 基本医保统筹基金支付职工普通病门诊医疗费年度起付标准为 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 3500 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 4500 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 6000 元，支付比例为 70%。

(二) 基本医保统筹基金支付职工慢性病病种门诊医疗费年度起付标准为 200 元，支付比例分别为：一级及以下医疗机构 90%；二级医疗机构 85%；三级医疗机构 80%。年度支付限额按病种费用水平类别分别确定。患有两种及以上慢性病的，起付标准不累加，政策范围内统筹基金年度支付限额累加，年度累计支付限额为 5000 元。

特殊病病种门诊医疗费不设起付标准，基本医保统筹基金支付比例为 90%。

基本医保统筹基金支付危重抢救病种门诊医疗费的起付标

准、支付比例按照门诊就医医疗机构级别住院待遇支付，门诊危重抢救接续在同一医疗机构住院的，按接续的医疗机构住院待遇予以支付。丙型肝炎抗病毒治疗门诊医疗费按规定实行限额支付。

基本医保统筹基金支付慢性病病种、特殊病病种、危重抢救病种、谈判药品和丙型肝炎抗病毒门诊治疗的具体管理办法由市医疗保障部门另行制定。

（三）基本医保统筹基金支付白内障超声乳化加人工晶体植入术门诊医疗费。符合白内障复明工程救治条件的，在经办机构签署协议的白内障复明工程定点医疗机构进行门诊单眼白内障超声乳化加人工晶体植入术的，每例限额支付 500 元；不符合救治条件的，在定点医疗机构就诊的，统筹基金每例限额支付 2000 元。

（四）基本医保统筹基金支付职工甲类传染病（鼠疫、霍乱）的医疗费按国家有关规定执行。

第三十九条 基本医保统筹基金支付住院医疗费，按以下办法管理。

（一）参保在职职工在新华区、桥西区、长安区、裕华区、高新区一级医疗机构住院，每次起付标准为 100 元，支付比例为 98%；二级医疗机构每次起付标准为 500 元，支付比例为 90%；市属三级医疗机构每次起付标准为 600 元，支付比例为 85%；省属三级医疗机构每次起付标准为 900 元，支付比例为 82%。

(二) 参保在职职工在新华区、桥西区、长安区、裕华区、高新区以外的市域内一级及以下医疗机构住院，每次起付标准为 100 元，支付比例为 98%；二级医疗机构每次起付标准为 200 元，支付比例为 93%。

(三) 退休人员起付标准在在职职工基础上降低 100 元，但最低不低于 100 元，支付比例比在职职工提高三个百分点，但个人负担比例不得低于 1%。

(四) 参保职工在市域内中医医院住院，每次起付标准比同级综合医院住院的起付标准降低 100 元，最低不低于 100 元；支付比例比同级综合医院住院提高三个百分点，最高支付比例不超过 99%。

(五) 在北京市、天津市和省内市域外已开通异地就医直接结算定点医疗机构住院的，起付标准和支付比例按在本市同等级别医疗机构住院标准执行，实现京津冀就医无异地。

(六) 跨省异地长期居住人员异地就医备案后，起付标准和支付比例按在本市同等级别医疗机构住院标准执行；跨省临时外出就医人员异地就医备案后，在省外（不含京津）医保定点医疗机构就医的，在职职工每次起付标准为 1500 元，支付比例为 76%；未按规定备案的，在职职工每次起付标准为 3000 元，支付比例为 40%，自付部分医疗费不计入大病保险。

(七) 未评定级别的医疗机构，起付标准、支付比例参照基本标准相同的医疗机构确定。

(八) 医保结算年度按自然年度计算，基本医保统筹基金支付医疗费的上限为 35 万元。上限需要调整时，由市医疗保障部门会同市财政部门提出，报请市政府批准后执行。

第四十条 参保职工使用甲类药品、甲类医疗服务项目的医疗费，按规定的支付比例由个人及基本医保基金负担；使用乙类药品个人应先行自付 5%（有特殊规定的除外），再按规定的支付比例由个人及基本医保基金负担，其他特殊规定的药品个人先行自付比例按照有关规定执行；使用乙类医疗服务项目，个人应先行自付 10%（肾透析除外），再按规定的支付比例由个人和基本医保基金负担。

第四十一条 参保职工使用基本医保支付范围内规定另收费的一次性物品（丙类除外），单价在 1000 元及以下的个人先行自付 5%，单价在 1000 元以上的个人先行自付 10%，其余部分由个人和基本医保基金按比例分担，有支付上限的，实行限价支付，超出部分个人自付。

第四十二条 纳入职工基本医保报销范围的费用是指符合基本医保有关规定的费用。基本医保药品目录、医疗服务项目目录、医疗服务设施范围按照省有关规定执行。

第四十三条 下列医疗费用不纳入基本医保统筹基金支付范围：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三人负担的；

- (三) 应当由公共卫生负担的；
- (四) 在境外以及香港、澳门和台湾地区就医的；
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检；
- (六) 监狱服刑羁押期间的；
- (七) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第四十四条 参保职工自付医疗费和超过基本医保统筹基金年度支付限额部分的医疗费，按《石家庄市职工大病保险实施办法》（附件1）的规定执行。

第七章 医疗服务与就医管理

第四十五条 职工基本医保定点医药机构按照属地管理与分级管理相结合原则实行协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。县级医疗保障部门负责管理辖区内市级以下医药机构，市级及以上定点医药机构由市级医疗保障部门负责。年度考核工作由市县两级医疗保障部门组织实施。

第四十六条 医药机构应向所在地经办机构提出承办职工基本医保服务申请，经办机构应将符合条件的医药机构纳入医保协议管理，签订协议后报当地医保行政部门备案。经办机构与医药机构之间应签订医药服务协议，明确双方的权利、责任和义务，违反服务协议规定的，由违约方承担相应责任。

第四十七条 定点医药机构应当成立相应的管理机构，建立和健全内部医药服务管理制度，配备专（兼）职管理人员，做好

医药服务内部管理工作和医疗保障部门要求的各项工作。

第四十八条 定点医药机构提供医药服务，应当认真核对患者身份和相关凭证信息；严格执行职工基本医保政策，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；严格执行分级诊疗规定，做好上下转诊工作。定点医药机构要根据医保基金监管需要，不断完善医药服务计算机网络及信息管理系统，实现在全市范围使用社会保障卡或医保码就医购药，按要求支持全国异地就医直接结算，及时向经办机构传输职工就医购药信息。

第四十九条 各级经办机构应按照国家、省要求，依托国家统一医保信息平台，实现对定点医药机构及其医保医师信息、医药服务的智能化、精细化监管。

第五十条 异地就医政策按照国家和省相关政策由市医疗保障部门另行制定。

第八章 医疗费用的结算及报销

第五十一条 参保职工在统筹区内定点医药机构发生的医药费，应个人负担的部分，由个人直接与定点医药机构结算；应医保基金负担的部分，由经办机构与定点医药机构结算。

第五十二条 参保职工在统筹区外开通异地就医直接结算的定点医药机构就医，按照国家、省有关规定结算医疗费。

第五十三条 经办机构与定点医药机构实行总额控制下的按病种分值、按床日等多元复合式支付方式，具体支付办法由市医

疗保障部门另行制定。

第五十四条 参保职工跨年度住院的，按出院结算日期确定本次住院所在年度。

第五十五条 参保职工出院结算时，定点医疗机构应让患者或其亲属核实住院医疗费用明细并签字。否则，医保基金不予支付。如有争议，报同级经办机构处理。

第五十六条 定点医药机构应及时将职工就医购药的相关信息通过医疗保险计算机网络上传至国家统一医保信息平台，经办机构按结算办法的规定，将应由基本医保统筹基金和个人账户支付医疗费用的5%留作保证金，视考核情况再予以拨付。

第五十七条 参保职工在本市外未开通异地就医直接结算的定点医疗机构就医，先由个人全额垫付医疗费，依规凭相关资料向参保地经办机构申请报销。

第五十八条 参保职工个人垫付医疗费的，应按规定向同级经办机构申请报销医疗费。核准报销的医疗费，由经办机构通过银行转账方式拨至用人单位，由用人单位负责及时支付给本人，不得截留或挪用。具备条件的，可直接拨付给本人。

第五十九条 职工基本医保实行信息化、网络化管理，建立覆盖全市定点医药机构的计算机网络，使用社会保障卡或医保码即时结算医药费；定点医药机构要完善医疗服务计算机网络及信息管理系统，实现在全市范围使用社会保障卡或医保码就医购药。

第六十条 用人单位及职工欠缴基本医保费时，同级经办机构应及时将欠费职工列入止付名单，向各级定点医药机构传输信息；其有缴费义务职工的医疗费统筹基金不予支付，但定点医疗机构仍应为其建立门诊或住院登记、病历、医疗消费明细等计算机信息，履行基本医保的有关手续。

第九章 基金管理

第六十一条 职工基本医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度、基金预决算管理制度和内控制度。基本医保基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理。基本医保基金独立核算、专户管理，任何单位和个人不得挤占挪用。各级医保经办机构对基金的管理建立内控制度。

第六十二条 市级医保经办机构汇总收支情况，编制全市职工基本医保基金预决算草案，其中收入预决算草案会同税务部门共同编制，经同级医疗保障、税务、财政部门审核后报市政府审批，并按规定程序报同级人民代表大会（常委会）审查和批准。

职工基本医保基金年初预算、调整预算和基金决算统一按上述程序执行，职工基本医保基金预算不得随意调整，基金决算要按照“账实相符”的原则编制。

建立职工基本医保风险储备金、风险调剂金和职工基本医保基金缺口分担机制，各级医保、财政部门应严格执行基金责任分担机制，将应负担资金及时上缴至市级财政专户。

第十章 部门职责

第六十三条 市医疗保障部门负责全市的职工基本医保管理工作，负责全市医疗保障统筹规划、政策制定、监督管理，建立健全全市医疗保障防控机制，推进支付方式改革。各县（市、区）医疗保障部门负责本辖区的职工基本医保管理工作，对医疗保障政策在本辖区实施情况进行监督管理。

第六十四条 各级医保经办机构负责基本医疗保险参保登记、个人权益记录、基本医疗保险待遇支付等工作。

市级经办机构负责对各县（市、区）经办工作的指导、培训、评估和检查。

第六十五条 财政部门依法审核职工基本医保基金预决算、规范财政专户核算，负责向经办机构划拨基本医保医疗费结算资金。

税务部门负责医疗保险费申报受理、费款征收等工作；协助做好社会保险参保护面等。

审计机关依法对全市职工基本医保基金实施审计。

卫健部门负责加强各级医疗机构建设，规范医疗机构诊疗行为，合理制定分级诊疗规范、流程等其他工作。

退役军人、发改、公安、市场监督管理等部门，按照各自的职责范围，做好有关工作。

第六十六条 银行和其他金融机构应配合经办机构查询用人

单位存款账户；按照县级以上有关行政部门作出的划拨社会保险费的决定及时划拨社会保险费。

第六十七条 定点医药机构按照政策规定做好承办医药服务、及时上传就医信息、配合经办机构监督检查等工作。

第十一章 监督和考核

第六十八条 财政部门、审计机关按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第六十九条 各级医疗保障部门，要会同卫健、市场监督管理等有关部门加强对定点医药机构医疗服务、药事服务情况的监督检查，对违反定点协议有关规定的，责令限期改正，通报批评，情节严重的，终止协议。

第七十条 经办机构负责对定点医药机构执行基本医保政策及相关规定情况进行检查和考核。

第七十一条 经办机构应及时向医疗保障部门、财政部门报告基本医保基金的收支情况，并定期向社会公布，接受监督。用人单位每年应向职工代表大会通报或在单位住所的显著位置公布职工基本医保费的缴纳情况，接受监督。

第十二章 法律责任

第七十二条 经办机构、定点医药机构、参保个人、用人单位等违反《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本

医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规和服务协议，依法依规处理。

第十三章 附 则

第七十三条 离休人员、建国前参加革命工作老工人医疗待遇不变，按参保地原支付渠道及支付办法执行。一至六级残疾军人、退役军人依据国家相关文件规定执行。

第七十四条 按规定具有支付限额的医疗服务项目、药品、病种、一次性物品等，超过限额部分医疗费，职工基本医保、大病保险、国家公务员医疗补助均不予支付。

第七十五条 具备经济承受能力的企业，可以为本企业职工建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险适用范围、基金的筹集、管理及使用办法按《石家庄市职工企业补充医疗保险暂行办法》（附件2）执行。

第七十六条 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成的大范围急、危、重病患者的救治医疗费，由同级政府协调解决。

第七十七条 参保职工在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，医保基金不予支付，因危重抢救病种发生的医疗费用除外。

第七十八条 本实施办法自2025年1月1日起实施。自实施之日起，原《石家庄市人民政府关于印发石家庄市城镇职工基本医疗保险实施办法的通知》（石政规〔2019〕7号）同时废止。

- 附件：1. 石家庄市职工大病保险实施办法
2. 石家庄市职工企业补充医疗保险暂行办法
3. 石家庄市国家公务员医疗补助暂行办法

附件 1

石家庄市职工大病保险实施办法

第一条 为进一步健全多层次医疗保障体系，切实提高职工医疗保障水平，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《河北省人民政府印发关于进一步完善城镇职工基本医疗保险制度意见的通知》（冀政〔2004〕149号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 参保职工均属于职工大病保险（以下简称大病保险）的保障对象。

第三条 职工基本医保支付职工住院、门诊诊疗（特殊病病种、危重抢救病种、丙肝门诊抗病毒治疗）费用后，自付医疗费用数额超过大病保险起付标准部分的合规医疗费纳入大病保险保障范围。合规医疗费指实际发生的、合理的，且符合基本医保支付范围需个人负担的医疗费。

第四条 大病保险实行市级统筹，大病保险基金实行全市统收统支，统一筹资标准、统一基金管理、统一报销比例、统一业务流程。

第五条 大病保险费由基本医保统筹基金划拨和职工个人

(含退休人员) 缴纳相结合的方式筹集。大病保险的缴费标准为每人每年 100 元。职工个人(含退休人员) 按照每年缴费标准的 10% 由个人账户统一划缴, 剩余 90% 大病保险费由基本医保统筹基金划拨; 灵活就业人员的大病保险费从统筹基金中计提。

第六条 大病保险基金专款专用、独立核算, 按照收支平衡的原则合理使用。

第七条 参考市统计局公布的上年度当地城镇居民年人均可支配收入, 参保职工个人自付医疗费度的年度起付标准为 1.8 万元。在一个结算年度内, 大病保险最高支付限额为 40 万元。

第八条 大病保险医疗费结算年度与职工基本医保相同。按医疗费结算年度计算, 参保职工个人自付医疗费数额在起付标准及以下的, 大病保险基金不予支付, 超过起付标准部分, 按自付医疗费额度分段确定支付比例。起付标准以上 0 至 1 万元(不含起付标准) 部分支付 80%; 1 万元以上至 2 万元部分支付 85%; 2 万元以上至 3 万元部分支付 90%; 3 万元以上至最高支付限额部分支付 95%。

第九条 大病保险的就医管理, 按照石家庄市职工基本医保及其配套文件规定执行。

第十条 参保职工就医发生的大病保险医疗费, 应由个人负担的, 本人与医药机构直接结算; 应由大病保险基金负担的, 医药机构记账结算。个人垫付大病保险的医疗费, 及时到参保地经办机构审核报销。

第十一条 市医疗保障部门可根据大病保险基金的运行情况，对大病保险的筹资标准、起付标准、支付比例和最高支付限额会同市财政部门提出调整方案，报请市政府批准后实施。

第十二条 部门职责参照职工基本医疗保险执行。

石家庄市职工企业补充医疗保险暂行办法

第一条 为解决企业职工医疗费个人负担过重问题，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《财政部 劳动保障部关于企业补充医疗保险有关问题的通知》（财社〔2002〕18号）文件精神，制定本办法。

第二条 参加本市职工基本医保的企业，可以为本单位职工建立企业补充医疗保险。

第三条 企业在职职工按本人上年度工资收入的4%缴纳补充医疗保险费，退休人员按照2022年企业基本养老金平均水平的4%缴纳补充医疗保险费，其中2个百分点向同级基本医疗保险经办机构（以下简称经办机构）缴纳，2个百分点由用人单位集中管理。

第四条 企业补充医疗保险费的申报、缴纳和经费来源及列支渠道与基本医疗保险相同。

第五条 企业缴纳的企业补充医疗保险费，在职职工按本人上年度工资收入的2%划入医疗保险个人账户，退休人员按2022年企业基本养老金平均水平的2%划入医疗保险个人账户，用于支付门诊医疗费和其他应由个人负担的医疗费。

第六条 企业集中管理的补充医疗保险基金主要用于本单位

职工个人医疗费负担过重的医疗补助，具体补助办法由企业自定。

第七条 企业补充医疗保险基金必须专款专用，企业应每年向本单位职工代表大会通报或在单位住所的显著位置公布基金使用情况。

第八条 不享受国家公务员医疗补助的事业单位，可以参照本办法为本单位职工建立补充医疗保险，纳入经办机构统一管理。

石家庄市国家公务员医疗补助暂行办法

第一章 总 则

第一条 根据《国务院办公厅转发劳动保障部 财政部关于实行国家公务员医疗补助意见的通知》（国办发〔2000〕37号），结合本市实际，制定本办法。

第二条 国家公务员医疗补助（以下简称医疗补助）水平要与本市经济社会发展水平和财政负担能力相适应。

第三条 医疗补助基金管理、责任分担机制、基金监管、业务经办等参照基本医疗保险市级统筹有关规定执行。

第四条 医疗补助基金专款专用、独立核算，按照收支平衡的原则合理使用。

第二章 实施范围

第五条 石家庄市国家公务员及参照（依照）公务员管理的单位在职职工和退休人员。

第六条 原享受公费医疗待遇的事业单位工作人员和退休人员，可参照国家公务员医疗补助办法，实行医疗补助，具体单位和人员由市医疗保障局和市财政局共同审核，并报同级人民政府

批准。所需资金仍按原资金来源渠道筹措。

新增事业单位工作人员和退休人员，可参照国家公务员医疗补助办法执行，所需资金按核定的资金来源渠道筹措。

第七条 不属于本办法第五条、第六条规定范围的企事业单位中的中科院院士、省管优秀专家、省级以上劳模、获得亚洲或世界冠军的运动员，不驻会的人大副主任和政协副主席，列入国家公务员医疗补助实施范围。

第八条 经有关部门批准的按本办法规定缴费的其他单位在职职工和退休人员。

第三章 医疗补助基金的筹集

第九条 医疗补助基金的筹资标准为上年度享受医疗补助待遇的在职人员工资总额的 6.5%，市医疗保障部门可根据医疗补助基金的收支情况，进行动态调整，会同市财政部门提出调整医疗补助基金费率的方案，报请市政府批准后实施。

第十条 医疗补助资金由用人单位按月向税务部门缴纳。属于财政负担的医疗补助资金，由各级财政部门及时拨付给参保单位，由单位按月向税务部门缴纳。

第四章 医疗补助基金的使用

第十一条 医疗补助基金用于享受医疗补助对象的下列补助项目：

- (一) 个人账户的补助；
- (二) 普通病门诊医疗费补助；
- (三) 享受医疗补助待遇的在职人员慢性病病种门诊医疗费和退休人员门诊医疗费的补助；
- (四) 基本医疗保险（以下简称基本医保）住院医疗费，危重抢救病种、丙型肝炎抗病毒治疗、特殊病病种门诊医疗费超过起付标准后的补助；
- (五) 基本医保住院医疗费起付标准的补助；
- (六) 基本医保自付部分医疗费的补助；
- (七) 大病保险费的补助；
- (八) 大病保险个人自付部分医疗费的补助。

第十二条 公务员异地就医政策参照职工基本医保执行。

第十三条 医疗补助基金用于个人账户补助，享受医疗补助待遇的在职人员和退休人员按本人基本医保个人账户划拨基数的2%划入本人个人账户。

第十四条 医疗补助基金用于职工（含退休人员）缴纳大病保险费补助，补助标准为大病保险年度个人缴费部分。

第十五条 医疗补助基金用于享受医疗补助待遇的在职人员普通病门诊医疗费补助。基本医保统筹基金年度支付限额内个人负担部分医疗补助基金补助二十个百分点，个人负担20%；超过基本医保统筹基金年度支付限额后，医疗补助基金支付比例为90%，个人支付10%，支付限额为每人每年3000元。

第十六条 享受医疗补助待遇的在职人员患慢性病，经认定后，其门诊医疗费由医疗补助基金支付。慢性病医疗费起付标准为 200 元；超过起付标准后，医疗补助基金支付比例为 90%，支付限额为每人每年 1.2 万元。

退休人员门诊医疗费起付标准为 300 元，基本医保基金支付限额为每人每年 6000 元，支付比例为 70%，基本医保统筹基金年度支付限额内个人负担部分医疗补助基金补助二十个百分点，个人负担 10%；超过基本医保统筹基金年度支付限额后，医疗补助基金支付比例为 90%，个人支付 10%。

第十七条 医疗补助基金用于职工基本医保统筹基金支付首次住院医疗费起付标准（大于 200 元）的补助，为每人每年 200 元。

第十八条 医疗补助基金用于职工基本医保统筹基金支付第十一条第四款所列项目医疗费起付标准以上部分的个人负担比例补助为五个百分点，但个人自付比例不低于 1%。

第十九条 医疗补助基金用于享受医疗补助待遇人员大病保险超起付标准后的个人自付部分医疗费补助，大病保险年度支付限额内个人负担部分医疗补助基金补助十个百分点，但个人自付比例不低于 2%。

第二十条 每个结算年度医疗补助基金和大病保险基金支付医疗费累计限额为 40 万元。

第二十一条 定点医疗机构为参保职工使用医疗补助基金支

付医疗费，所用药品、医疗服务项目、医疗服务设施和收费标准同职工基本医保。

第五章 管理和监督

第二十二条 享受医疗补助参保人员的门诊医疗费，应个人负担的，由本人支付；应医疗补助基金负担的，使用社会保障卡或医保码由定点医药机构记账结算。医疗补助基金支付退休人员门诊医疗费超过2万元后，门诊医疗费由个人垫付现金，按规定到参保地经办机构审核报销。

第二十三条 经办机构与定点医药机构结算医疗费的办法由医疗保障部门另行制定。

第二十四条 经办机构要严格执行有关规章制度，并建立健全各项内部管理制度和审计制度。

第二十五条 财政部门要制定医疗补助基金的财务和会计管理制度，并加强财政专户管理，监督检查分配和使用；审计机关要依法加强对医疗补助基金的审计。

第二十六条 享受公务员医疗补助的一至六级残疾军人自付医疗费，由公务员补助基金支付。

第二十七条 本办法自2025年1月1日起实施。

