

石家庄市人民政府文件

石政规〔2019〕7号

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

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：

《石家庄市城镇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）

石家庄市城镇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》、《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）、《河北省人民政府办公厅关于印发河北省2019年深化医药卫生体制改革重点工作任务的通知》（冀政办字〔2019〕41号）等文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 按照市级统筹、市区（包括正定县，下同）与县（市）分级管理、风险调剂的原则，在保障范围统一、待遇水平统一、经办流程统一、网络信息系统统一的基础上，建立城镇职工基本医疗保险（以下简称职工基本医保）、国家公务员医疗补助、大病保险、意外伤害保险和企业补充医疗保险。

第三条 职工基本医保坚持以下原则：

- （一）实行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发展程度相适应；
- （四）立足基本、保障公平、统筹兼顾；
- （五）重点保障住院，兼顾门诊医疗；
- （六）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、民办非企业单位作为用人单位，均列入职工基本医保实施范围。代办灵活就业人员基本医保的各级人才交流服务中心、失业保险经办机构、职业介绍服务中心，以及经人社部门批准成立的其它职业介绍机构（含劳务派遣机构），视为用人单位，列入职工基本医保实施范围。

第五条 本实施办法适用于下列保障对象：

- (一) 本辖区与用人单位存在劳动关系的在职职工、退休和退职人员；
- (二) 取得本市居住证且未在原籍参加基本医保的外来经商、务工人员；
- (三) 个体经济组织从业人员；
- (四) 灵活就业人员；
- (五) 在我市就业的外国人。

第六条 灵活就业人员是指具有本辖区户籍（或居住证）的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加社会保险的非全日制从业人员及其他灵活形式就业等人员。

第三章 医疗保险登记

第七条 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、民政部门和机构编制管理机关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出生、死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第八条 市区的灵活就业人员，应由代办机构向经办机构申请办理基本医保登记。县（市）的灵活就业人员可参照执行。

第九条 用人单位新增在职职工，职工退休、死亡、调入或调出本市，应使用网报服务平台，及时办理参保人员增减和终止医保关系手续。

第四章 基本医疗保险基金的筹集

第十条 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）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。

第十一条 职工基本医保费，用人单位按本单位上年度在岗职工工资总额的8%缴纳；在岗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。灵活就业人员按缴费基数8%缴纳基本医保费。

市区在岗职工年度工资总额，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；灵活就业人员以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。

县（市）在岗职工年度工资总额，高于全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资70%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70%的，按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的70%作为缴费基数；灵活就业人员以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的70%作为缴费基数。

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 基本医保费实行预缴费制度，参保职工从缴纳基本医保费的下月起享受医保待遇。

第十五条 参保职工缴纳基本医保费的年限（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基本医保制度实施前符合国家规定的工龄。实际缴费年限是指石家庄市基本医保制度实施后在我市实际参保缴费年限。

第十六条 本市市区2000年6月30日以前参加工作的职工，于2005年7月1日后参加基本医保的，从2000年7月1日起按补缴时的缴费基数和比例补缴基本医保费，补缴后2000年6月30日以前符合国家规定的工龄视同缴费年限。否则，2000年6月30日以前的工龄不视同缴费年限。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。

第十七条 符合参保条件的职工应及时参保。本市职工最低缴纳基本医保费的年限（以下简称最低缴费年限）为女满25年，男满30年，最低实际缴费10年。

第十八条 参加基本医保的个人，达到法定退休年龄时，累计缴费年限和在本市的实际缴费年限达到规定的，其参保身份变更为退休后，不再缴纳基本医保费，按照规定享受退休人员医保

待遇。未达到最低缴费年限和最低实际缴费年限的，按当时的缴费基数和费率一次性缴足。

第十九条 个人跨统筹地区就业，基本医保关系转入我市的，其调出地医疗保障部门认定的缴费年限累计计算，作为视同缴费年限；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我市规定的，可享受退休人员的医保待遇。距法定退休年龄不足10年的，按参保时的缴费基数及费率，一次性补缴在我市实际缴费年限不足10年的差额部分。

第二十条 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。

第二十一条 用人单位破产时，应按有关规定清偿欠缴的基本医保费。同时，一次性为在职职工缴足1年和为达不到最低缴费年限和实际缴费年限的退休人员一次性缴足差额。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。

第二十二条 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，继续缴纳基本医保费，补缴欠缴的基本医保费及滞纳金，负责管理医保事务。

第二十三条 用人单位及职工、灵活就业人员应按规定及时参保缴费；不按时参保的，应按参保时的缴费基数和费率补缴基

本医保费。补缴段期间，不予补划个人账户，医疗费不予报销。

中断医保关系后，恢复参保时，30周岁以上参保职工应自30周岁开始补缴停止参保期间所欠缴的基本医保费（就读全日制大专及以上大学期间、出国留学期间除外）。30周岁以下（含30周岁）的参保职工可以自行选择补缴或不补缴。退役军人依据国家相关文件规定执行。参保后欠缴基本医保费在6个月及以内的，补缴欠费后，欠费期间的医疗费报销，按规定补划个人账户；欠费时间超过6个月的，补缴欠费后，给予补划个人账户，欠费期间的医疗费不予报销。

第五章 个人账户的建立和使用

第二十四条 经办机构为参加基本医保的职工建立个人账户，个人账户由下列项目构成：

- （一）本人按缴费基数 2% 缴纳的基本医保费；
- （二）按规定比例划入个人账户的由用人单位缴纳的基本医保费；
- （三）个人账户的利息。

第二十五条 在职职工的个人账户，从用人单位缴纳的基本医保费中按本人基本医保缴费基数的下列比例划入：

- （一）35周岁以下的为 0.5% ；
- （二）35周岁及以上至45周岁以下的为 1% ；
- （三）45周岁及以上的为 2% 。

第二十六条 退休人员的个人账户，按本人月基本养老金（养老保险统筹口径）的6%划入。

市区个人基本养老金，高于上年度全市企业退休人员平均基本养老金（以人社局统计数据为准，下同）的，以本人实际基本养老金作为个人账户计入基数；低于全市上年度企业退休人员平均基本养老金的，以全市上年度企业退休人员平均基本养老金作为个人账户计入基数。

县（市）个人基本养老金，高于上年度全市企业退休人员平均基本养老金70%的，以本人实际基本养老金作为个人账户计入基数；低于全市上年度企业退休人员平均基本养老金70%的，以全市上年度企业退休人员平均基本养老金70%作为个人账户计入基数。

第二十七条 上年度企业退休人员平均基本养老金执行时间为次年7月1日。

第二十八条 预批退休人员的个人账户，以预批的养老金为基数，按规定比例划入；办理正式退休手续后，按规定予以补划个人账户差额。不预批的，造成多缴纳基本医保费或少划入个人账户金额，由用人单位负责。

第二十九条 退休人员基本养老金调整后，用人单位应及时向同级经办机构申报变更个人账户划入基数，按规定补划个人账户差额；用人单位不及时申报造成跨年度的，不予补划个人账户差额，责任由用人单位承担。

第三十条 个人账户用于支付职工本人的下列费用：

- (一) 在协议医疗机构门诊、住院就医需个人自付的医疗费；
- (二) 在协议零售药店购药的费用；
- (三) 大病保险费；
- (四) 长期护理保险费；
- (五) 国家、省规定的其他费用。

第三十一条 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。

第三十二条 个人账户通过社会保障卡支付，使用计算机网络系统管理。社会保障卡由本人使用，应妥善保管。社会保障卡丢失的，应及时挂失；挂失前个人账户支付的费用由本人承担责任。

第三十三条 常驻外地在职职工、异地安置退休人员和基本医保关系终止人员的个人账户资金，一次性拨付至用人单位，由用人单位负责支付给本人，不得截留和挪用。具备条件的，可直接支付给本人。

第三十四条 退休人员死亡后，基本医保关系自行终止；用人单位应及时为其办理个人账户清户结算手续，个人账户余额一次性拨至用人单位；由用人单位负责支付给其合法继承人，不得截留和挪用。

因所在用人单位未及时申报办理终止基本医保关系，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 用人单位和灵活就业人员缴纳的基本医保费，扣除个人账户等部分后，其余作为基本医保统筹基金，由同级经办机构统一管理使用。

第三十七条 基本医保统筹基金支付范围：

- (一) 普通病门诊医疗费；
- (二) 慢性病病种门诊医疗费；
- (三) 危重抢救病种的门诊医疗费；
- (四) 特殊病病种的门诊医疗费；
- (五) 甲类传染病的门诊医疗费；
- (六) 白内障超声乳化加人工晶体植入术的门诊医疗费；
- (七) 丙型肝炎抗病毒治疗的门诊医疗费；
- (八) 特殊规定药品门诊医疗费；
- (九) 住院医疗费；
- (十) 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) 市区普通病的起付标准分别为：一级及以下医疗机构 700 元；二级医疗机构 1000 元；三级医疗机构 1500 元。基本医保统筹基金支付比例分别为：一级及以下医疗机构 80%；二级医疗机构 70%；三级医疗机构 60%。年度限额在职职工为 1500 元，退休人员为 2500 元。各县（市）可参考执行。

(二) 统筹基金支付慢性病病种门诊医疗费用的起付线为 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%。患有两种及以上慢性病的，起付线不累加，年度支付限额累加，年度累计支付限额为 5000 元。

特殊病种门诊医疗费用不设起付线，基本医保统筹基金支付比例 90%。

危重抢救病种、丙型肝炎抗病毒治疗的门诊医疗费用的起付标准、支付比例，按参保地住院费的支付办法执行，丙型肝炎抗病毒治疗的门诊医疗费月支付限额为 4000 元。

慢性病病种、特殊病病种、危重抢救病种和丙型肝炎抗病毒治疗的具体管理办法由市医疗保障部门制定。

(三) 白内障超声乳化加人工晶体植入术医疗费。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，在协议医疗机构就诊的，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。

(五) 特殊规定药品门诊医疗费按照河北省医疗保障局的规定执行。

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) 参保在职职工在市域内县(市)医疗机构住院,医疗费起付线和支付比例为:一级及以下医疗机构每次起付线为200元,支付比例为92%;二级医疗机构每次起付线为300元,支付比例为90%。

藁城区、鹿泉区、栾城区、矿区和正定县域内医疗机构住院,参照此条支付办法执行。

(二) 参保在职职工在市区一级医疗机构就医,每次起付线为200元,支付比例为90%;二级医疗机构每次起付线为700元,支付比例为85%;市属三级医疗机构每次起付线为900元,支付比例为83%;省属三级医疗机构每次起付线为1200元,支付比例为80%。经备案转往省内其他地市市区就诊,参照此支付办法执行。

(三) 经参保地经办机构备案,在职职工转省外医保协议医疗机构就医的,每次起付线为1500元,支付比例为76%。

(四) 退休人员起付标准在在职职工基础上降低100元,支付比例比在职职工提高3个百分点。

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

(六) 按医保结算年度计算（医保结算年度是指上年的12月26日至当年的12月25日），基本医保统筹基金支付医疗费的上限为25万元。限额需要调整时，由市医疗保障部门会同市财政部门提出，报市人民政府批准后执行。

第四十条 职工采用《河北省基本医疗保险诊疗项目范围》规定的支付部分费用诊疗项目的医疗费个人先自付10%（肾透析除外）。

使用《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类目录药品的医疗费个人先自付5%。

使用单价在1000元及以下的河北省规定另收费的一次性物品（丙类除外），个人先自付5%；使用单价在1000元以上的河北省规定另收费的一次性物品（丙类除外），个人先自付20%，其余部分由个人和基本医保统筹基金按比例分担，有支付限额的，实行限价支付，超出部分个人自付。

第四十一条 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，享受公务员医疗补助的，按《石家庄市市区国家公务员医疗补助暂行办法》（附件1）的规定执行；不享受国家公务员医疗补助的，按《石家庄市城镇职工大病保险实施办法》（附件2）的规定执行。

第四十二条 参保职工意外伤害病种的支付管理办法，由市

医疗保障局和市财政局根据国家 and 省相关政策另行制定。

第七章 医疗服务与就医管理

第四十三条 职工基本医保实行医药机构协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。经办机构与医药机构按照属地管理原则实行协议管理。

第四十四条 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。

第四十五条 协议医药机构应当成立相应的管理机构；建立和健全内部医保服务管理制度，配备专（兼）职管理人员，做好医保服务管理工作。

第四十六条 协议医药机构提供医疗服务，应当认真核对患者身份和社会保障卡信息；严格执行职工医保政策，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。

第四十七条 经办机构应建立协议医疗机构及其医师信息、医疗服务监管系统，实行智能化、精细化管理，对协议医疗机构及其医师提供的医疗服务进行审核、监管。

第四十八条 参保职工凭社会保障卡及相关证件到协议医疗机构就医，并主动出示证件，协议医疗机构应认真核验。

第四十九条 参保职工普通病和慢性病病种门诊就医，可选择一家或两家门诊（包括普通病和慢性病）协议医疗机构，作为本人的门诊定点医疗机构。选择两家定点医疗机构的，其中必须至少选择一家一级及以下医疗机构。所选门诊定点医疗机构，医保年度内不予变更。非本人门诊定点医疗机构发生的医疗费，基本医保统筹基金不予支付。由本人一家定点医疗机构转往另一家定点医疗机构就诊时，执行就医医疗机构的起付标准。

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。

第五十一条 职工使用基本医保统筹基金就医，所用药品要符合《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》，所采用诊疗项目要符合《河北省基本医疗保险诊疗项目范围》，所使用的医疗服务设施和收费标准要符合《河北省基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》。

第八章 医疗费用的结算及报销

第五十二条 参保职工在参保地协议医药机构发生的医药费，应个人负担的部分，由个人直接与协议医药机构结算；应医保基金负担的部分，由经办机构与协议医药机构结算。

第五十三条 参保职工在本市非参保地协议医疗机构的住院

医疗费，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，由协议医疗机构记账。记账的医疗费，由就医地经办机构负责结算，市级经办机构组织清算。

第五十四条 参保职工在市外开通异地就医直接结算的协议医药机构就医，按照国家、省有关规定结算医疗费。

第五十五条 经办机构按照付费总额控制的要求，采用均值结算、病种结算、床日费用结算、人头结算等复合式结算办法，定时与协议医疗机构结算医疗费，具体结算办法由同级经办机构制定，报市级经办机构备案。

第五十六条 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。

第五十七条 参保职工出院结算时，协议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。

第五十八条 协议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及时上传至经办机构，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的医疗费按95%拨付，其余5%留作基本医保医疗服务和药事服务合同保证金，视考核情况再予拨付。

第五十九条 参保职工在市外未实行异地就医直接结算的协议医疗机构就医，先由个人全额垫付医疗费；在诊治终结后第二年度前六个月内，通过所在单位，凭相关资料向参保地经办机构

申请报销。

第六十条 参保职工个人垫付医疗费，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。

第六十一条 职工医保实行信息化、网络化管理，建立市级统一的资源数据库和覆盖全市协议医药机构的计算机网络，使用社会保障卡即时结算医药费；协议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就医购药。

第六十二条 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，向各级协议医药机构传输信息；其有缴费义务职工的医疗费统筹基金不予支付，但协议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

第六十三条 职工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。医疗保险经办机构对基金的管理建立内控制度。

第六十四条 有条件的地区通过银行网点代收的灵活就业人员个人缴纳的医保费。

第十章 部门职责

第六十五条 医疗保障部门负责职工基本医保政策、规定的制订及贯彻落实；负责职工基本医保政策和规定执行情况的监督、检查和考核。

第六十六条 经办机构负责职工基本医保参保登记，基金的筹集、支付和管理等经办工作。

市级经办机构负责对各县（市、区）经办工作的指导、培训、评估和稽查。

第六十七条 财政部门负责职工医保基金的管理和监督，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的征收。

审计部门按计划对全市职工医保基金实施审计。

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。

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。

第六十八条 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。

第六十九条 协议医药机构按照政策规定承办医药服务、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

第七十条 财政、审计部门按照各自职责，对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第七十一条 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协议医药机构医疗服务、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。

第七十二条 经办机构负责对参加职工基本医保的用人单位及职工、协议医药机构执行基本医保政策、规定的情况进行检查和考核。

第七十三条 经办机构应及时向医疗保障局、财政局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，接受职工监督。

第十二章 奖 惩

第七十四条 对认真执行职工基本医保政策规定，且医保工作成绩突出的用人单位、协议医药机构、各级经办机构工作人员，由同级基本医保行政管理部门予以表彰、奖励。

第七十五条 医保经办机构、协议医药机构、参保个人、用人单位等违反《中华人民共和国社会保险法》、《河北省人民政府关于印发河北省医疗保障基金监管办法的通知》（冀政字〔2019〕28号）等，按照有关规定处理。

第十三章 附 则

第七十六条 离休人员、建国前参加革命工作老工人、一至六级伤残军人的医疗待遇不变，按参保地原支付渠道及支付办法执行。

第七十七条 具有支付限额的诊疗项目、特殊规定药品、病种、一次性物品，超过限额部分医疗费，城镇职工基本医保、大病保险和意外伤害保险、公务员医疗补助均不予支付。

第七十八条 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《石家庄市城镇职工企业补充医疗保险暂行办法》（附件3）执行。

第七十九条 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。

第八十条 本实施办法自2019年12月26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》（石政发〔2017〕2号）同时废止。

附件：1. 石家庄市市区国家公务员医疗补助暂行办法

2. 石家庄市城镇职工大病保险实施办法

3. 石家庄市城镇职工企业补充医疗保险暂行办法

附 录 三

（此处为非常模糊的正文内容，疑似为法规条款，包含“第一章”、“第一条”等字样，但文字难以辨认）

附件 1

石家庄市市区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的意见的通知》（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）水平要与本市经济发展水平和财政负担能力相适应。

第三条 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

第四条 市区国家公务员及参照（依照）公务员管理的单位职工和退休职工。

第五条 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。

第六条 不属于本办法第四条、第五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。

第七条 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职工。

第三章 医疗补助基金的筹集

第八条 医疗补助基金的筹资标准为上年度在岗在职公务员工资总额的 6.5%。

第九条 属于财政负担的医疗补助资金，由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) 在职公务员慢性病病种门诊医疗费和退休人员门诊医疗费补助；
- (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) 超过基本医保统筹基金年度支付限额后的住院医疗费及危重抢救病种、普通病种、慢性病病种、白内障超声乳化加人工晶体植入术、丙型肝炎抗病毒治疗、特殊病病种门诊医疗费的补助；

(六) 基本医保住院医疗费起付标准的补助；

(七) 住院使用单价在 1000 元以上的一次性物品（丙类除外）需个人先自付的医疗费补助；

(八) 基本医保自付部分医疗费的补助。

第十一条 未在参保地经办机构办理备案手续，异地就医发生的医疗费不属于公务员补助基金支付范围。

第十二条 医疗补助基金用于个人账户补助，在职公务员以本人上年度工资总额为基数，按 2% 的比例划入本人个人账户；退休人员以本人上年度退休金为基数，按 1% 的比例划入本人个人账户。

第十三条 在职公务员普通病门诊医疗费，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%，支付限额为每年每人 1000 元。

第十四条 在职公务员患慢性病，经市级经办机构认定后，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 90%，支付限额为

每年每人1万元。

第十五条 退休人员门诊医疗费起付标准分别为：一级及以下医疗机构700元；二级医疗机构900元；市属三级医疗机构1000元；三级医疗机构1300元。超过起付标准后，医疗补助基金支付90%，个人支付10%。

第十六条 在职公务员患普通病和慢性病病种、退休人员门诊就医，由参保人员自主选择两家或一家（包括普通病和慢性病）协议医疗机构作为本人的门诊定点医疗机构。选择两家定点医疗机构的，其中一家必须为一级及以下医疗机构，医保年度内不予变更。非本人门诊定点医疗机构发生的医疗费，医疗补助基金不予支付。

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，为每年每人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5个百分点，但个人负担比例不得低于4%。

第十九条 医疗补助基金用于住院使用单价在1000元以上的一次性物品（丙类除外）先由个人自付比例的补助，为10个百分点。

第二十条 医疗补助基金用于享受公务员补助人员基本医保自付部分医疗费和超过基本医保基金支付限额后的补助。2020

年个人自付医疗费度的年度起付标准 1.8 万元，以后年度视公务员补助基金收支情况适时调整；补助比例为起付线以上 0 至 1 万元（不含起付线）部分补助 70%，1 万元以上至 2 万元部分补助 75%，2 万元以上至 3 万元部分补助 80%，3 万元以上至 4 万元部分补助 90%，4 万元至最高补助限额补助 95%。

第二十一条 每个结算年度医疗补助基金支付医疗费度的支付限额为 40 万元。

第二十二条 协议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、诊疗项目、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

第二十三条 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，使用社会保障卡由协议医疗机构记帐结算。但退休人员门诊医疗费超过医疗补助基金支付 2 万元之后，由个人垫付现金，于次年一至四月份到市级经办机构审核报销。

第二十四条 经办机构与协议医疗机构结算医疗费，参照职工基本医保医疗费结算办法执行。

第二十五条 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。

第二十六条 财政部门要制定医疗补助基金管理制度，实行

财政专户管理，监督检查分配和使用；审计部门要加强审计，确保医疗补助基金收支平衡。

第二十七条 享受公务员医疗补助的一至六级伤残军人自付医疗费，由公务员补助基金支付。

第二十八条 各县（市）可参照本办法执行。

附则

一、本办法适用于本市行政区域内国家机关、事业单位工作人员、企业职工、个体工商户、灵活就业人员、城乡居民等。
二、本办法所称的医疗补助基金，是指由政府、单位和个人共同筹资，用于补助参保人员医疗费用的专项基金。
三、医疗补助基金实行专户管理、专款专用，不得挪作他用。
四、医疗补助基金的筹集、使用和管理，应当遵循公开、公平、公正的原则，并接受社会监督。
五、本办法自发布之日起施行。原有规定与本办法不一致的，以本办法为准。

石家庄市城镇职工大病保险实施办法

第一条 为进一步提高城镇职工医疗保障水平，减少因病致贫、因病返贫的发生，根据国家、省医改政策，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 未享受公务员医疗补助的参保城镇职工均属于城镇职工大病保险（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 大病保险由政府主导，实行市级统筹，由市医疗保险经办机构经办，商业保险公司承办。统一大病保险待遇水平、诊疗管理、业务经办程序。

第五条 大病保险费从职工个人账户中提取，每年计提标准由各级医疗保障、财政部门商承办大病保险的商业保险公司（以下简称承办机构）提出，报当地政府审定。

征缴和提取大病保险费工作，由同级经办机构负责，各级经办机构应及时足额征缴和提取。

第六条 大病保险基金，坚持“收支平衡、保本微利”的原则，合理控制承办机构盈利率。超出承办合同约定盈利水平的结余款项，应返还经办机构，结转下年度使用。大病保险基金因政策调整所致亏损，由各级医疗保障、财政部门与经办机构本着平等协商、惠民务实的原则提出解决方案，报各级政府审定。其他原因造成的亏损，由承办机构负担。

第七条 大病保险赔付保障对象个人自付医疗费度的年度起付标准，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水平的50%确定，2020年暂定为1.8万元。在一个结算年度内，职工大病保险赔付最高限额为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，保障对象个人自付医疗费数额在起付标准及以下的，大病保险基金不予赔付，超过起付标准部分，按自付医疗费用额度分段确定赔付比例。起付标准以上0至1万元（不含起付线）部分赔付60%；1万元以上至2万元部分赔付65%；2万元以上至3万元部分赔付70%；3万元以上至4万元部分赔付80%；4万元以上至最高支付限额部分赔付90%。

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

第十条 保障对象大病保险的医疗费，应由个人负担的，本人与医疗机构直接结算；应由大病保险基金负担的，医疗机构记账结算。保障对象个人垫付大病保险的医疗费，及时到承办机构

审核报销。

第十一条 各承办机构审核大病保险医疗费后，按规定时间向各级经办机构拨付，其中大病保险住院记账的医疗费支出，由各级经办机构与同级医疗机构按结算办法统一代为结算。年终，各级经办机构与承办机构按合同约定清算。

第十二条 承办机构应与经办机构签订大病保险承办合同，明确双方的权利、义务、责任。承办机构不得利用经办大病保险之便推销或者变相推销其它商业保险产品。否则，应承担违约责任，直至终止承办合同。

第十三条 承办机构应承担支持大病保险信息管理的计算机网络、应用软件、通信等有关费用，严格按照《社会保险个人权益记录管理办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第14号）实施大病保险信息管理。要明确交换信息的使用范围，对因管理大病保险获取的个人权益记录信息承担保密责任，不得将个人权益记录信息用于管理大病保险以外的其他用途，不得向第三方交换。

第十四条 财政、审计部门按照有关规定，对承办机构使用、管理大病保险基金情况进行监管和审计。医疗保障部门应按照职工医保政策和大病保险考核办法、承办合同，对承办机构进行监督考核。承办机构应与医疗保障部门密切配合，加强对大病保险医疗服务和医疗费用的监控。

第十五条 保障对象、经办机构、承办机构之间发生有关大

病保险争议时，由争议方协商解决。协商不成的，可提请仲裁或向人民法院起诉。

石家庄市城镇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 参加本市城镇职工基本医疗保险的企业，可以为本单位职工建立企业补充医疗保险。

第三条 企业按本单位上年度在岗职工工资总额与退休人员基本养老金之和的4%提取补充医疗保险费。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，按本人上年度工资总额或基本养老金的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。

