

# 沧州市人民政府

沧政规〔2024〕1号

## 沧州市人民政府 关于印发《沧州市职工基本医疗保险 实施办法》的通知

沧州渤海新区管委会、黄骅市人民政府，各县（市、区）人民政府，市政府有关部门，有关单位：

经市政府常务会议研究同意，现将《沧州市职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。



（此件公开发布）

# 沧州市职工基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步健全我市职工基本医疗保险（含生育保险）（以下简称“职工医保”）制度，维护参保人员医疗保障权益，促进职工医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《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》（国务院令 第735号）、《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33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的实施办法》（冀政办发〔2021〕6号）、《社会保险经办条例》（国务院令 第765号）等有关法律法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本市职工医保遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）职工医保基金以收定支、收支平衡、略有结余；
- （三）职工医疗保险费由单位和职工个人共同缴纳；
- （四）职工医保水平与全市经济社会发展水平相适应。

**第三条** 职工医保实行市级统筹，全市统一职工医保政策、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。

**第四条** 市医疗保障行政部门负责全市职工医疗保险管理工作，县（市、区）医疗保障行政部门负责本行政区域的职工医保组织实施和监督管理工作。

市、县（市、区）医保经办机构负责本级职工医保的具体业务经办工作。市级医保经办机构负责对县级医保经办机构的业务指导、培训、评估。

**第五条** 税务部门负责职工医疗保险费的征收工作。

**第六条** 发展改革、财政、卫生健康、市场监管、人力资源社会保障、审计、民政、公安等相关部门在各自的职责范围内，负责职工医保的有关工作。

## 第二章 覆盖范围

**第七条** 本市行政区域内的机关、事业单位、企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等）、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，应当按照属地管理原则，依法参加职工医保。

**第八条** 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工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）可以参加职工医保。

**第九条** 失业人员在领取失业保险金期间，应当参加职工医保。

**第十条** 未参加职工医保或者未按照规定享有其他医疗保障

的人员依法参加城乡居民医保。

**第十一条** 参保人员不得重复参加职工医保或居民医保，不得重复享受医疗保险待遇。

### **第三章 参保登记**

**第十二条** 用人单位应当自成立之日起 30 日内向当地医保经办机构申请办理基本医保单位参保登记，并自用工之日起 30 日内为其职工申请办理职工参保登记。登记时，填写《基本医疗保险单位参保信息登记表》和《职工基本医疗保险参保登记表》，提供统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件及必要的对应辅助材料。

医保经办机构通过全国统一的医保信息平台办理职工参保登记时，如存在其他地区有效参保状态，医保经办机构应告知参保人中止原参保关系后再申请办理，办理成功后，参保人应及时申请基本医保关系转移接续。

**第十三条** 用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等医保登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起 30 日内，到当地医保经办机构办理参保信息变更或者注销登记手续。

**第十四条** 市场监管部门、行政审批部门、民政部门和机构编制管理机关应当及时向医保经办机构通报用人单位的成立、终止情况，属地公安机关应当及时向医保经办机构通报个人的死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

**第十五条** 用人单位参保人员发生新招入、调入、调出、辞退、辞职、解除劳动合同、死亡、退休等增减变动的，应在 30 日内到经办机构办理职工基本医疗保险个人权益信息变更手续。

**第十六条** 灵活就业人员可以直接向医保经办机构申请办理职工医保参保和变更登记手续。

**第十七条** 领取失业保险金人员由参保地失业保险经办机构统一办理职工医保参保缴费手续。

## **第四章 医疗保险费征缴**

### **第一节 缴费基数和缴费比例**

**第十八条** 职工基本医疗保险费由用人单位和在职职工个人按照规定共同缴纳，个人不缴纳生育保险费。

（一）缴费比例。

党政机关和财政全额拨款事业单位（含全部由财政负担缴费单位）的单位缴费比例为 7.4%（含生育保险缴费比例 0.4%），职工个人缴费比例为 2%。

其他用人单位的单位缴费比例为 8%（含生育保险缴费比例 1%），职工个人缴费比例为 2%。

（二）缴费基数。

在职职工个人缴费基数为本人上年度月平均工资，用人单位缴费基数为本单位在职职工个人缴费基数之和。

在职职工本人上年度月平均工资低于全市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的，以上年度全口径城镇单位就业人员

月平均工资为缴费基数，高于上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的，以实际工资为缴费基数。

**第十九条** 灵活就业人员参加职工医保，以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，缴费比例为7%，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费，不缴纳生育保险费。

**第二十条** 职工工资收入按国家统计局规定列入工资总额统计的项目计算。

**第二十一条** 全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资计算口径以统计部门公布的数据为准。在核定参保人员缴费基数时，上半年按全市上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资执行，下半年按新公布的全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资执行。

灵活就业人员参保上半年按全市上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资核定缴费基数，下半年按新公布的全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资核定缴费基数。

**第二十二条** 新成立的用人单位按当月发放的职工工资总额申报缴费基数。新参加工作或调入的职工，以本人当月（足月）工资收入申报缴费基数。当月（足月）收入低于社会平均工资或工资收入无法确定的，以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数。

**第二十三条** 领取失业保险金人员参加职工医保应缴纳的基本医疗保险费由失业保险基金支付，失业人员个人不缴费。缴费

基数按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 60%核定，缴费比例为 9.4%（含生育保险缴费比例 0.4%和个人缴费比例 2%），缴费期限与领取失业保险金期限一致。

**第二十四条** 已经达到基本医疗保险规定缴费年限并办理医保在职转退休的退休人员，不缴纳基本医疗保险费。

## 第二节 缴费时间和待遇享受期限

**第二十五条** 用人单位应于每年 7 月份通过税务系统自行申报基本医疗保险缴费基数，每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日为一个基本医疗保险缴费年度。

**第二十六条** 用人单位及其职工应当按月向参保地税务部门申报缴纳职工基本医疗保险费。并在每月 1 日至 25 日通过税务部门提供的缴费渠道完成相关申报缴费业务。

**第二十七条** 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳职工医保费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工个人应当缴纳的医保费由用人单位代扣代缴，用人单位应当将缴纳医保费的明细情况告知本人。职工有权监督本单位为其缴费情况。

**第二十八条** 用人单位因不可抗力因素按时足额缴纳基本医疗保险费确有困难的，应申请缓缴，经批准后，可暂缓缴纳基本医疗保险费，在批准的缓缴期内，职工可正常享受医保待遇。

**第二十九条** 新参保的用人单位及其职工自缴费当月起享受职工医保待遇。

已参保单位新增加的参保职工，自缴费之月起连续缴费满 3

个月后享受职工医保待遇。

**第三十条** 用人单位及其职工未按时足额缴纳基本医疗保险费或缓缴期满后仍未缴费的，从欠缴次月起暂停该单位在职参保人员享受职工医保待遇。中断缴费3个月（含）以内的，按规定补足欠缴的职工医保费后即恢复享受职工医保待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金予以支付；中断缴费3个月以上的，按规定补足欠缴的职工医保费后，从补缴当月起按规定享受职工医保待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

**第三十一条** 用人单位及其职工因故中断缴纳职工医疗保险费或无在职职工继续缴纳职工医疗保险费的，其已办理了医保在职转退休的退休人员，只需按规定缴纳职工大额医疗费用补助，可继续享受职工医保待遇。

**第三十二条** 用人单位与职工在劳动关系存续期间未按规定参保缴费的，应依法补缴。用人单位和个人补缴标准按照办理补缴手续时的缴费基数和缴费比例补缴职工医保费，并按补缴时个人账户划入比例补划个人账户。未按规定参保缴费达到3个月以上的，中断期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

**第三十三条** 灵活就业人员参加职工医保应根据税务部门提供的缴费渠道于每月1日至25日按时足额缴纳医疗保险费，原则上每年1月缴纳上半年、7月缴纳下半年的医疗保险费，也可以选择按月、季度缴纳医疗保险费。

**第三十四条** 首次参加职工医保的灵活就业人员，自办理参

保缴费之月起连续缴费满 6 个月后按规定享受职工医保待遇。

**第三十五条** 灵活就业人员未按时足额缴纳职工医保费的，从欠缴次月起停止享受职工医保待遇。中断缴费 3 个月（含）以内的，按规定补足欠缴的职工医保费后即可恢复享受职工医保待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金予以支付；中断缴费 3 个月以上的，视为自动退出职工医保，再次参保时可自行选择是否补缴中断期间的医保费，从再次参保缴费或补缴之月起连续缴费满 6 个月后享受职工医保待遇，中断缴费期间和待遇享受等待期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

**第三十六条** 办理职工医保关系转移接续的参保人员，在转移接续前中断缴费 3 个月（含）以内的，按规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受职工医保待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金予以支付；中断缴费 3 个月以上的，按首次参加职工医保的有关规定设置待遇享受等待期，中断缴费期间和待遇享受等待期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

参保人员已连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医保的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费 3 个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金予以支付。中断缴费 3 个月以上的，或者连续参加基本医保未满 2 年的，由居民医保切

换为职工医保，在用人单位参加职工医保的，自缴费之日起连续缴费满3个月后享受职工医保待遇；以灵活就业人员身份参加职工医保的，自缴费之日起连续缴费满6个月后享受职工医保待遇。

**第三十七条** 已经参加居民医保的参保人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保的，应先中止原居民医保参保关系后，再申请办理职工医保参保缴费手续。职工医保存在待遇享受等待期的，可继续享受居民医保待遇，确保待遇有效衔接。

**第三十八条** 军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加职工医保并办理关系转移接续的，不受待遇享受等待期限制，在参保缴费后即可享受职工医保待遇。已参加基本医保的随军未就业军人配偶，在军人退出现役后，按规定办理参保和医保关系转移接续。

**第三十九条** 用人单位合并或者分立，变更名称、法定代表人、主要负责人或者投资人，实行租赁、承包经营等事项的，接受或继续经营者应当承担原用人单位及其职工的医疗保险责任，继续缴纳职工基本医疗保险费，有欠缴情形的，按补缴时的缴费标准补缴所欠职工基本医疗保险费。

**第四十条** 用人单位宣告破产时，应按有关规定清偿欠缴的基本医疗保险费，同时一次性为在职职工缴足1年和为达不到规定缴费年限的退休人员一次性缴足所差年限的基本医疗保险费。因撤销、解散及其他原因终止的，参照本条规定执行。

**第四十一条** 已办理退休手续未参加职工医保的原企事业单位

位退休人员，可以个人身份参加职工医保，按办理参保手续时全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 7% 一次性足额缴纳规定缴费年限的职工医保费，从参保缴费之月起满 6 个月后享受退休人员医保待遇。补缴费用全部计入统筹基金，不划个人账户。

**第四十二条** 领取失业保险金人员自缴纳职工医保费的当月起，按规定享受基本医疗保险待遇，享受待遇的时间与领取失业保险金的时间相同。停止缴费的当月起，失业人员暂停享受职工医保待遇。失业人员重新就业的，按照规定继续参加职工医保，并可按照规定补缴以往欠费；未就业的，可按照规定以灵活就业人员身份参加职工医保或参加城乡居民医保。

### 第三节 基本医疗保险缴费年限

**第四十三条** 参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费年限达到男满 30 年、女满 25 年，且在本地统筹区域内实际缴费年限不少于 10 年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受退休人员医保待遇。各地不得将办理职工医保退休人员待遇与在当地按月领取基本养老金绑定。

**第四十四条** 累计缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。

视同缴费年限是指参保地职工医保制度实施前符合国家规定计算的连续工龄或工作年限。军队机关事业单位职工参加职工医保，2005 年 12 月 31 日之前的连续工龄或工作年限，均视同基本医保缴费年限。

实际缴费年限是指参保地职工基本医疗保险制度实施后，参保人员实际参保并缴纳职工基本医疗保险费的年限。未缴纳职工基本医疗保险费的时间，不计入缴费年限。

**第四十五条** 参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限和实际缴费年限未达到规定缴费年限的，可按照以下规定一次性补足所差年限的基本医疗保险费后，办理医保在职转退休手续。未一次性补足的，可继续按在职人员身份缴纳职工医保费并享受在职职工医保待遇，达到规定缴费年限后再享受退休人员医保待遇。

用人单位参保人员以办理补缴时全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数、按单位缴费比例一次性补足所差年限的基本医疗保险费。因用人单位未依法依规为职工参保缴费导致参保人员缴费年限不足需要补缴的，由用人单位负责缴纳，其余不足年限由参保人员个人补缴。

灵活就业人员以办理补缴时全市全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，按7%的比例一次性补足所差年限的基本医疗保险费。

参保人员一次性补缴的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不划个人账户。

**第四十六条** 军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加本市职工医保并办理关系转移接续的，军人服现役年限、军人配偶在随军未就业期间参加军队医

疗保险的年限均视同职工医保缴费年限，与其参加职工医保的实际缴费年限合并计算。

**第四十七条** 移交政府安置的军队退休干部参加本市职工医保时，因缴纳基本医疗保险年限不符合本市规定缴费年限需要缴费的，应按规定一次性补足所差年限的基本医疗保险费，所需费用按照有关规定筹集，不得加重个人负担，由财政部门负责将有关资金列入编制医疗保障预算。移交当年的医疗保障由原单位负责，第二年1月1日起由安置地军休服务管理机构负责。军队退休干部享受同职级退休公务员的医疗待遇；六级以上伤残军人医疗待遇不变，按照有关规定执行。

**第四十八条** 参保人员跨统筹区转入本市参加职工医保，在原参保地参加职工医保的实际缴费年限与参加本市职工医保的实际缴费年限合并计算，重复缴费期间的年限不重复计算。达到法定退休年龄时，累计缴费年限须达到本市医保规定缴费年限，且在本市的实际缴费年限原则上应不少于10年，方可享受退休人员医保待遇。

**第四十九条** 参保人员跨制度从居民医保转入职工医保的，居民医保参保缴费时间不计算为职工医保累计缴费年限。

**第五十条** 参保人员被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚，在服刑期间停止其参保缴费的，不再享受职工医疗保险待遇；服刑期满后，可凭相关材料到医保经办机构办理职工医保续保手续，并可接续服刑前的医疗保险缴费年限。

参保人员办理了医保在职转退休后被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚的，在服刑期间停止享受退休人员医疗保险待遇；刑满释放或假释后，凭相关材料到医保经办机构办理职工医保续保手续，可继续享受退休人员医保待遇。

刑满释放人员在刑满释放后3个月（含）内办理职工医保续保手续的，从续保缴费当月起按规定享受职工医保待遇；超过3个月办理续保手续的，按首次参加职工医保的有关规定设置待遇享受等待期，待遇享受等待期满后按规定享受职工医保待遇。

#### 第四节 基本医疗保险关系转移接续

**第五十一条** 参保人员跨统筹地区流动，不得重复参保和重复享受待遇，按规定办理基本医保关系转移接续。用人单位参保职工可由单位为其申请办理，灵活就业人员由个人申请办理。已经享受退休人员医保待遇的，不再办理基本医保关系转移接续。

（一）职工医保制度内转移接续。职工医保参保人员跨统筹地区就业，转出地已中止参保，在转入地按规定参加职工医保的，应申请转移接续。

（二）职工医保和居民医保跨制度转移接续。职工医保参保人员跨统筹地区流动，转出地已中止参保，在转入地按规定参加居民医保的，可申请转移接续。

居民医保参保人员跨统筹地区流动，转出地已中止参保，在转入地按规定参加职工医保的，可申请转移接续。

**第五十二条** 参保人员或用人单位提交医保关系转移申请，

可通过全国统一的医保信息平台直接提交申请，也可通过线下方式在转入地或转出地经办机构窗口申请。

**第五十三条** 参保人员提交转移接续申请时，转入地和转出地经办机构应依托医保信息平台校验是否符合转移接续条件，若不符合条件则不予受理转移接续申请并及时告知申请人原因；符合条件则予以受理。

**第五十四条** 参保人员转移接续申请成功受理后，转出地经办机构 10 个工作日内完成基本医保关系转出，生成《信息表》并同步上传；若个人账户有余额的，办理个人账户余额划转手续。

转入地经办机构收到《信息表》后，核对相关信息并在 5 个工作日内将《信息表》同步至本地医保信息平台，完成基本医保关系转入；转入地经办机构收到转出地经办机构划转的个人账户余额，核对无误后可将个人账户金额计入参保人员个人账户。

**第五十五条** 转移接续手续办理过程中，参保人员或用人单位可通过医保信息平台查询业务办理进度。

**第五十六条** 加强基本医保关系转移接续管理，在转入地完成接续前，转出地应保存参保人员信息、暂停基本医保关系，并为其依规参保缴费和享受待遇提供便利。转移接续完成后，转出地参保关系自动终止。

## 第五章 个人账户建立与使用

**第五十七条** 参加职工医保的用人单位在职职工及退休人员，建立个人账户；参加职工医保的灵活就业人员，退休前不建

立个人账户，办理医保在职转退休手续后建立个人账户。

### **第五十八条 个人账户的构成**

（一）在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人缴费基数<sup>2</sup>的<sup>2</sup>%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度按本市职工基本医疗保险门诊共济保障机制改革当年基本养老金平均水平的<sup>2</sup>%划入，机关事业单位退休人员按我市机关事业单位退休人员人均基本养老金的<sup>2</sup>%划入，企业退休人员按我市企业退休人员人均基本养老金的<sup>2</sup>%划入。

### **第五十九条 个人账户资金的使用范围：**

（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）可以用于支付参保职工及其配偶、父母、子女（以下简称家庭成员）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；诊疗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）可以用于支付参保职工及其家庭成员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（其中，医疗器械、医用耗材范围按相关政策执行），并符合国家医保信

息业务编码管理相关规定。

（四）可以用于缴纳参保职工本人参加职工大额医疗费用补助、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，以及参保职工家庭成员参加本省城乡居民基本医疗保险、长期护理保险的个人缴费。

（五）其他符合个人账户支出范围的费用。

**第六十条** 个人账户限定使用范围：职工基本医疗保险个人账户资金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；不得用于化妆品、营养保健品、食品、健身器材、工艺美术、家用电器等不属于基本医疗保险保障范围的生活用品及与治疗、辅助治疗无关的商品；严禁利用个人账户套取现金。

**第六十一条** 参保人员办理医保在职转退休手续后，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

**第六十二条** 个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离本统筹区时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。

**第六十三条** 参保人员因死亡或各种原因终止、放弃职工医保关系的，可申请办理参保人员个人账户一次性支取。

## **第六章 医保待遇支付**

**第六十四条** 符合统一规定的基本医保药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准的医疗费用，按照规定从基本医保基金中支付。超出规定范围和限定条件的医疗费用统筹基金不予支付。

**第六十五条** 基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用设定起付标准、支付比例和最高支付限额。起付标准以下的医疗费用，从个人账户中支付或由个人自付。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，由基本医保统筹基金和个人按照规定的支付比例分担。

### **第六十六条** 住院医疗待遇

#### (一) 起付标准：

1. 参保人员在本市和省内及京津地区定点医疗机构就医，按照定点医疗机构的不同级别，首次住院起付标准设定为：三级定点医疗机构 900 元；二级定点医疗机构 600 元；一级定点医疗机构 300 元。各级中医（中西医结合）医疗机构起付标准比同级综合医疗机构降低 100 元。

2. 参保人员跨省异地转诊转院就医，按照就医地定点医疗机构的不同级别，首次住院起付标准设定为：三级定点医疗机构 1800 元；二级定点医疗机构 1200 元；一级定点医疗机构 600 元。

3. 在一个年度内多次住院的，第二次住院起付标准在第一次起付标准基础上减半执行，从第三次住院起不再设起付标准。参保人员在省内和跨省异地就医的住院次数与起付标准分别统计、分别计算。

因恶性肿瘤放化疗在同一个年度内多次住院的，从第二次住院起不设起付标准。

4. 参保人员在本市定点医疗机构住院治疗过程中，按照“双

向转诊”规定办理转诊转院手续的，起付标准连续计算，由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只需补齐起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。

5. 参保人员一次住院是指办理一次入院、出院手续的过程。住院医疗费用未超过当次住院起付标准的，不视为一次住院。

（二）支付比例：起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内住院医疗费用，不同级别定点医疗机构统筹基金支付比例设定为：

1. 参保人员在本市和省内及京津地区定点医疗机构住院，统筹基金支付比例为：三级定点医疗机构在职职工 90%、退休人员 93%，二级定点医疗机构在职职工和退休人员均为 95%，一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）在职职工和退休人员均为 98%。

2. 参保人员在跨省异地定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，按规定办理异地转诊转院备案手续的，统筹基金支付比例较本市相同级别定点医疗机构支付比例降低 10%；未办理异地转诊转院备案手续的，统筹基金支付比例较本市相同级别定点医疗机构支付比例降低 20%。

## **第六十七条 门诊慢特病医疗待遇**

（一）门诊慢性病病种范围和支付标准。

1. 病种范围：（1）冠心病（含：陈旧性心梗/冠心病（心绞

痛、心肌梗塞) )； (2) 高血压病 (含：高血压 3 级/高血压并发症)； (3) 心脏瓣膜置换术后治疗 (含：心脏瓣膜置换术后抗血小板治疗)； (4) 心功能不全 (含：慢性心力衰竭/慢性心力衰竭\*级以上/慢性心功能衰竭/各种慢性心功能衰竭)； (5) 脑梗死 (含：脑梗死后遗症/脑血管病后遗症/脑出血后遗症)； (6) 帕金森病 (含：震颤麻痹/帕金森氏综合征)； (7) 重症肌无力； (8) 癫痫； (9) 糖尿病 (含：1 型糖尿病/2 型糖尿病/糖尿病 (并发症) /糖尿病 (合并症) )； (10) 甲状腺功能异常 (含：甲状腺功能减退症/甲状腺功能亢进症/甲状旁腺功能减退/永久性甲状腺功能减退/甲亢性心脏病)； (11) 肺源性心脏病 (含：继发性肺源性心脏病/原发性肺动脉高压肺源性心脏病、肺源性心脏病 (包括继发于慢性肺部疾病与原发性肺动脉高压导致肺心病) )； (12) 肝硬化 (含：肝硬化失代偿期/慢性肝炎肝硬化)； (13) 风湿性心脏病； (14) 病毒性肝炎 (含：慢性肝炎活动期/慢性中重度病毒性肝炎/慢性乙型肝炎/慢性丙型肝炎)； (15) 类风湿性关节炎 (含：类风湿性关节炎 (有严重肢体功能障碍) /类风湿性关节炎 (有严重肢体功能障碍或严重脏器损伤) /类风湿性关节炎伴功能障碍/类风湿性关节炎活动期)； (16) 系统性红斑狼疮 (含：系统性红斑狼疮伴并发症)； (17) 精神病 (含：精神障碍/精神病\*\*类型)； (18) 贫血 (含：再生障碍性贫血/溶血性贫血)； (19) 慢性肾功能衰竭 (含：慢性肾功能衰竭 (未达到透析程度))； (20) 慢性肾炎 (含：慢性肾小球肾炎/慢性肾脏病 CKD3-4 期)；

(21) 肾病综合征; (22) 结核病 (含: 活动性肺结核/耐药性肺结核病/肺外结核); (23) 支气管哮喘; (24) 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); (25) 阿尔茨海默病; (26) 银屑病; (27) 多发性硬化; (28) 系统性硬皮病 (含: 系统性硬化症); (29) 消化性溃疡 (含: 胃溃疡/十二指肠溃疡); (30) 脊柱关节炎 (含: 强直性脊柱炎); (31) 炎症性肠病 (含: 溃疡性结肠炎/克罗恩病); (32) 心律失常 (含: 心房颤动/慢性心房颤动/心房扑动); (33) 颅内/外血管支架植入术后; (34) 脑瘫; (35) 紫癜 (含: 血小板减少性紫癜/原发性血小板减少性紫癜/特发性血小板减少性紫癜/免疫性血小板减少性紫癜/血小板减少性紫癜限定人群)。

2. 支付标准: 一个年度内, 参保人员在门诊慢性病定点医药机构发生的政策范围内门诊慢性病医疗费用, 起付标准为 200 元, 支付比例为在职职工 80%, 退休人员 83%, 单个病种统筹基金最高支付限额为 2000 元, 每增加一个病种增加 1000 元, 年度累计最高支付限额为 5000 元。

## (二) 门诊特殊病病种范围和支付标准。

1. 病种范围: (1) 恶性肿瘤门诊治疗 (含: 恶性肿瘤门诊放化疗); (2) 慢性肾功能衰竭 (含: 肾功能不全门诊血液透析治疗/腹膜透析治疗/尿毒症/尿毒症透析治疗); (3) 器官移植术后治疗 (含: 肾移植抗排异治疗/肝脏移植抗排异治疗/心脏移植抗排异治疗/肺移植抗排异治疗/肝肾移植抗排异治疗/骨髓移植抗排异治疗); (4) 白血病 (含: 急性髓系白血病、急性早幼粒

细胞白血病、急性淋巴细胞白血病、急性混合细胞白血病、慢性粒细胞白血病、慢性淋巴细胞白血病、急性嗜酸粒细胞白血病、急性嗜碱粒细胞白血病、浆细胞白血病、肥大细胞白血病、慢性中性粒细胞白血病、慢性嗜酸粒细胞白血病、毛细胞白血病、幼淋巴细胞白血病、大颗粒淋巴细胞白血病)；(5)血友病；(6)重症精神病(含：重症精神病/重症精神病\*\*类型/重症精神症)；(7)肺动脉高压(含动脉型肺动脉高压)。

2.支付标准：一个年度内，不设起付标准，在本市和省内及京津地区定点医药机构发生的政策范围内门诊特殊病医疗费用，按本市不同级别定点医疗机构住院标准支付；在省外定点医药机构发生的政策范围内门诊特殊病医疗费用，按跨省异地转诊转院住院标准支付。

慢性肾功能衰竭(尿毒症)透析治疗费用，统筹基金支付标准按照现行政策规定执行。

### (三)门诊慢特病申报认定流程。

门诊慢特病实行网上随时申报、定点医疗机构评审认定模式。

申报人登录微信客户端搜索“河北智慧医保”或登录“国家统一医保信息平台公共服务管理子系统”(以下简称“认定系统”)，进行在线注册，填报申报人基本信息和申报病种，同时上传原发病历资料及近一年能佐证所申报病种在医疗机构住院、门诊病历和相关检查、化验等资料，自主选择具有认定资格的定点医疗机构，填写完整并线上提交后，申报人再携带相关纸质病史资料到

所选定点医疗机构进行现场认定。申报人（或代办人）可在受理申报 20 个工作日后，通过认定系统查询认定结果。

（四）待遇享受时间：参保患者从认定之日起按规定享受相应的门诊慢特病待遇。认定之前发生的医疗费用统筹基金不予支付。

（五）定点医疗机构根据长期处方管理的有关规定，经诊治医师评估后，对符合条件的慢性病患者可以开具长期处方，长期处方的处方量一般在 4 周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过 12 周。

#### **第六十八条 普通门诊统筹待遇**

在一个年度内，参保人员在门诊统筹定点医药机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用（不含门诊慢特病医疗费用），统筹基金起付标准为 100 元，支付比例为在职职工 60%、退休人员 70%，年度内最高支付限额为在职职工 3500 元、退休人员 5000 元。

参保人员办理基本医保关系在职转退休后，从办理之日次月起，为其变更门诊统筹基金支付限额和门诊统筹基金支付比例。

**第六十九条** 基本医保药品目录内甲类药品，不设定个人先自付比例，由统筹基金按规定支付；乙类药品（不含协议期内谈判药品中治疗肿瘤的西药）个人先自付 5%、谈判药品中治疗肿瘤的西药个人先自付 20%，再由统筹基金按规定支付。其他特殊药品个人先自付比例按照有关规定执行。

#### **第七十条 属于基本医保支付部分费用的大型医疗设备检查**

和治疗项目以内的费用，个人先自付 10%，再由统筹基金按规定支付。

**第七十一条** 属于基本医保支付范围内的一次性医用耗材的费用，个人先自付 10%，再由统筹基金按规定支付。对部分实行医保最高支付限价的一次性医用耗材，其实际收费在医保最高支付价格（含）以内的，统筹基金按规定支付，超过医保最高支付价格的部分统筹基金不予支付。

**第七十二条** 住院床位费统筹基金限额支付标准：一级及以下定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）20 元/日，二级定点医疗机构 25 元/日，三级定点医疗机构 30 元/日，重症监护病房 130 元/日，层流洁净病房 200 元/日。实际床位收费在限额标准（含）以内的统筹基金据实支付，超出限额标准以上的部分由参保人员自付。

**第七十三条** 统筹基金最高支付限额：在一个年度内，职工基本医保统筹基金累计最高支付限额为 15 万元。

## **第七章 医药服务与就医管理**

**第七十四条** 职工基本医保定点医药机构实行协议管理，具体办法按照《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）和省有关规定执行。

**第七十五条** 医保经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医疗保障服务协议，规范医药服务行为，明确违

反服务协议的行为及其责任。

医保行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

**第七十六条** 定点医药机构应当建立和健全医保服务和医保基金使用内部管理制度，确定专门机构或者人员负责医保服务和医保基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。

定点医药机构应当组织开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用不规范的行为。

**第七十七条** 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自付比例，提高医保基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，向参保人员提供药品咨询、用药安全、药品销售、医保费用结算等服务。依约履行医保协议，严格执行医保药品、医用耗材等目录，合理收费。

**第七十八条** 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符，按照诊疗规范提供必要、合理的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料。

**第七十九条** 定点医药机构应当确保医疗保险基金支付的费

用符合规定的支付范围，除急诊抢救等特殊情形外，提供医疗保险基金支付以外的医药服务，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

**第八十条** 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目付费、按病种付费、按病种分值付费、按床日付费、按人头付费等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

**第八十一条** 定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在医保行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。应当严格执行医保行政部门制定的医药价格政策。

**第八十二条** 定点医疗机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，按要求及时向经办机构报送医疗保险基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目费用明细、医师、护士等信息，并对其真实性负责。应当按要求如实向经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量，向医保行政部门报告医保基金使用监督管理所需信息，向社会公开医保费用、费用结构等信息，接受社会监督。

**第八十三条** 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医保行政部门的监督检查，按规定提供相关资料。

**第八十四条** 定点医药机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医药机构重新安装信息系统时，应当支持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效衔接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

**第八十五条** 参保人员应当持本人社保卡或医保电子凭证就医、购药，并主动出示接受查验。

参保人员应当妥善保管本人社保卡或医保电子凭证，防止他人冒用。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。

**第八十六条** 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》，为参保人员办理就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

**第八十七条** 参保人员住院期间因所在定点医疗机构条件限制需要到其他医疗机构进行检查、治疗的，须由主管医师填写院外检查（治疗）申请表，科主任签字、医院医保科核准盖章，符合医保基金支付范围的外检（治）费用纳入当次的住院费用，由定点医疗机构按规定审核结算。

参保人员住院期间在“双通道”定点零售药店购买使用谈判药品实行直接结算，享受与定点医疗机构住院待遇相同的支付政策。

**第八十八条** 定点医疗机构对达到出院标准的参保人员，应及时办理出院手续，并通过医保网络即时结算，其本人或家属应在住院费用结算清单上签字认可。对有争议的费用，参保人员有权向定点医疗机构查询有关明细项目。

**第八十九条** 定点医疗机构在参保人员出院时，可提供与本次疾病治疗有关的口服药品，带药量按照《处方管理办法》有关规定执行，并按《河北省定点医疗机构服务协议》要求，不得带针剂。出院超量带药以及出院时开出的检查、治疗项目费用，不符合《河北省定点医疗机构服务协议》要求的，统筹基金不予支付。

**第九十条** 参保人员因急危重病在定点医疗机构门诊紧急抢救后转住院继续治疗的，其门诊抢救费用与当次住院费用合并计算；急诊留观期间（有抢救费或留观治疗床位费）未办理住院或者急诊抢救无效死亡的，按一次住院计算，其符合规定的急诊抢救留观治疗门诊费用按住院有关规定支付。

**第九十一条** 参保人员跨年度住院治疗的，应根据患者本人意愿，在当年12月底前进行年终结转（办理出院结算再重新入院），跨年度住院的医疗费用按不同年度分别计算，只负担一次起付标准，上年度的费用结算时已负担起付标准的，次年出院结算不再

负担起付标准；上年度的费用未超过起付标准的，医疗费用全部纳入新的年度结算并按首次住院支付起付标准。

**第九十二条** 参保人员可按规定在京津冀所有统筹区已开通住院、门诊费用直接结算定点医疗机构和定点零售药店就医购药，无需备案，实现京津冀地区就医直接结算。因特殊情况无法直接结算的，按本市有关政策规定执行。

**第九十三条** 省内异地普通门诊统筹和门诊慢特病直接结算限定全省二级及以上定点医疗机构。本统筹区内二级以下门诊统筹和门诊慢特病定点原则上限定在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、精神专科定点医疗机构和符合规定条件的定点零售药店。

**第九十四条** 跨省异地就医住院费用直接结算管理：

（一）异地就医住院直接结算人员分为异地长期居住人员和临时外出就医人员两类：

1. 异地长期居住人员：包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、外出务工人员、外出就业创业人员等长期在参保地以外工作、居住、生活半年及以上的人员。

在办理了异地长期居住登记备案手续后，其在安置地、居住地或工作驻地发生的政策内住院医疗费用，报销待遇按照本统筹区内待遇标准执行。

2. 临时外出就医人员主要是指异地转诊转院就医人员或因工作、旅游等需急诊就医人员。

（二）异地就医住院费用直接结算实行就医前登记备案管理。

1. 参保人员可通过国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、“河北智慧医保”微信公众号或门户网站自行办理异地就医备案。

2. 参保人员也可持本人医保电子凭证或社保卡或身份证到参保地医保经办机构办理异地就医备案，委托他人代办的需持办理人身份证和就医人身份证。

3. 异地长期居住人员办理登记备案后，原则上半年内不得再次变更就医地，确需到备案地以外就医的，按照跨省临时外出就医人员类型备案并执行相应待遇政策。

4. 跨省临时外出就医人员备案有效期为 1 年，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。因病情紧急等特殊情况下未来得及备案的可先行住院，10 日内补办备案。

（三）异地就医登记备案人员应持社保卡或医保电子凭证到就医地医保定点医疗机构就医，住院发生的医疗费用使用社保卡或医保电子凭证在出院时直接结算。

（四）异地就医住院费用直接结算人员的医疗费用，执行就医地规定的支付范围及其有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额及其他特殊政策规定等按本市有关政策规定执行。

（五）参保人员未办理异地就医登记备案或者在未开通异地就医直接结算的定点医疗机构住院、以及因所在单位或本人欠缴保费、违规等原因导致待遇为暂停状态的，所发生的异地住院医

疗费用由本人现金结算回参保地手工报销的，统筹基金支付标准按本市有关政策规定执行。

（六）已办理异地长期居住登记备案手续半年以上返回参保地居住，可申请变更备案手续，未办理变更手续的，其在参保地就医发生的政策范围内医疗费用，按照跨省异地转诊转院待遇支付政策执行。

（七）我市参保人员到京津区域内定点医药机构就医购药，无需办理异地就医备案手续即可享受与我市同级别定点医药机构相同的报销待遇。

**第九十五条** 参保人员因突发疾病在省内非定点医疗机构急诊抢救住院，政策范围内的住院医疗费用按本市相同级别定点医疗机构住院标准支付；因急诊抢救在省外非定点医疗机构住院的，政策范围内的住院医疗费用按跨省异地临时备案标准支付。

**第九十六条** 除急诊抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的医疗费用或者在非定点零售药店发生的药品费用，医保基金不予支付。

**第九十七条** 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （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）在境外就医的；

(五) 体育健身、养生保健消费、健康体检;

(六) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担, 第三人不支付或者无法确定第三人的, 参保人员可以向参保地医保经办机构书面申请基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后, 有权向第三人追偿。

**第九十八条** 参保人员依法合规生育发生的生育医疗费用报销结算及生育保险的生育津贴待遇, 从职工基本医保统筹基金中支付, 按照本市生育保险和职工基本医疗保险合并实施待遇政策执行。

## 第八章 费用结算与报销

**第九十九条** 参保人员在定点医药机构发生的住院、门诊慢特病和普通门诊统筹费用, 应由个人负担的部分, 使用个人账户余额或现金直接与定点医药机构结算; 应由统筹基金负担的部分和个人账户记账结算的费用, 由定点医药机构按规定向属地医保经办机构申报结算。

**第一百条** 经办机构与定点医疗机构结算医疗费用, 应结合医保基金收支预决算, 实行总额控制管理的办法。对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用, 经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

**第一百零一条** 经办机构可以按照规定向未纳入医联体的二

级及以上定点医疗机构和就医人员多的乡（镇）卫生院拨付周转金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家规定预拨专项资金。

**第一百零二条** 持续推进按病种付费、按病种分值付费、按人头付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合式医保支付方式改革，建立健全谈判机制和风险分担及奖惩机制，引导定点医疗机构合理控制医疗费用，提高医保基金使用效率。

**第一百零三条** 经办机构应当加强医保基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用，并按月足额拨付医保费用，质量保证金按约定确定预留方式，待年度考核后根据考核结果按比例扣除。

经办机构不予以支付的费用、定点医药机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医药机构不得作为医保欠费处理。定点医药机构不得将被拒付的费用转由参保人员承担。

**第一百零四条** 参保人员因特殊情况未能在定点医疗机构直接结算的医疗费用，先由个人全额垫付，再持本人医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费票据、病历复印件、费用明细清单、诊断证明等到参保地医保经办机构申请手工（零星）报销。意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书。

参保人员当年发生的个人垫付医疗费用申请手工报销时间，原则上不得超过次年的 3 月底，逾期视为自动放弃。

## 第九章 基金管理和监督

**第一百零五条** 职工医疗保险基金纳入社会保障财政专户管理，实行收支两条线，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占或者挪用。医保基金的银行计息办法按照国家有关规定执行。

**第一百零六条** 职工医保基金执行国家统一社会保险基金预算决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

**第一百零七条** 职工医保基金实行市级统收统支，通过预算实现收支平衡，市县两级政府共同承担基金足额征收、待遇发放和基金收支平衡的责任，建立全市统一的市、县责任分担机制，明确市、县两级资金筹集、待遇发放以及缺口分担责任。具体办法另行制定。

**第一百零八条** 财政部门、审计机关按照各自职责，依法对医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

## 第十章 法律责任

**第一百零九条** 用人单位不办理医疗保险登记的，依法处置。

**第一百一十条** 用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并依法处置。

**第一百一十一条** 定点医药机构有下列情形之一的，依照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 735 号）有关规定

处理:

- (一) 分解住院、挂床住院;
- (二) 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;
- (三) 重复收费、超标准收费、分解项目收费;
- (四) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
- (五) 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利的;
- (六) 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;
- (七) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;
- (八) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;
- (九) 虚构医药服务项目;
- (十) 骗取医保基金支出或造成医保基金损失的其他行为。

**第一百一十二条** 参保人员或者其他人员有下列情形之一的,由医保行政部门责令改正;造成医保基金损失的,责令退还;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月:

- (一) 将本人的医疗保险凭证交由他人冒名使用;
- (二) 重复享受医疗保障待遇;
- (三) 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品、接受返还现

金、实物或者获得其他非法利益。

**第一百一十三条** 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，并依法处置。

**第一百一十四条** 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

**第一百一十五条** 任何组织和个人有权对侵害医保基金的违法违规行为进行举报、投诉。对查证属实的举报，按照有关规定给予举报人奖励。

## 第十一章 附则

**第一百一十六条** 根据国家和省有关政策以及本市职工医保基金运行情况，由市医疗保障行政部门会同有关部门按照规定对职工医保筹资及待遇支付等政策进行动态调整。

**第一百一十七条** 参加本市职工医保的所有参保人员，应当同时参加职工大额医疗费用补助，按照规定缴纳职工大额医疗费用补助费，超过基本医保统筹基金最高支付限额的医疗费用，由职工大额医疗费用补助按规定予以赔付。

**第一百一十八条** 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗拒因素造成的大范围急、危、重病患者的救治所发生的医疗费用，由统筹地区人民政府统筹解决。

**第一百一十九条** 机关事业单位在参加职工基本医疗保险的基础上，享受国家公务员医疗补助政策；有条件的企业在参加职

工基本医疗保险的基础上，可按规定建立企业补充医疗保险，用于本单位参保人员的医疗费用补助。

**第一百二十条** 离休人员（含中华人民共和国成立前参加工作的老工人）医药费统筹、一至六级革命伤残军人医疗保障、公务员医疗补助以及企业补充医疗保险，暂不实行市级统筹，仍按参保地原支付渠道及支付办法执行。

**第一百二十一条** 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

**第一百二十二条** 本办法自2024年6月27日起施行。原有规定与本办法规定不一致的，以本办法为准。国家和省另有规定的，从其规定。

---

抄报：市委、市人大、市政协主要领导

---

沧州市人民政府办公室

2024年6月27日印

(共印35份)