

河北省人民政府办公厅《河北省省直职工基本医疗保险实施细则》

(冀政办[2001]2号 2001年1月1日)

第一章 总则

第一条 根据《石家庄市城镇职工基本医疗保险实施方案》，制定本实施细则。

第二条 基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合，统筹基金和个人账户分别核算，不能互相挤占。

第三条 基本医疗保险基金纳入财政专户管理，实行收支两条线，专款专用，并接受监督。

第二章 实施范围和对象

第四条 中直、省直所有驻石市区（不含矿区，下同）的国家机关、事业单位、社会团体，以及行政关系、工资关系、组织关系全部在省本级的中直、省直企业单位（上述单位以下统称用人单位），均列入省直基本医疗保险实施范围。

第五条 用人单位的在职职工、退休人员均为基本医疗保险的对

象。

第三章 管理机构及职责

第六条 河北省劳动和社会保障部门为河北省医疗保险行政管理部门。河北省医疗保险管理中心为医疗保险的业务经办机构，其相关职责是：

（一）贯彻执行国家、省制定的医疗保险政策、规定，并做好宣传教育工作；

（二）参与制定省直医疗保险有关政策、规定的实施意见，并组织实施；

（三）编制驻石市区的中直、省直机关、团体、企事业单位职工的基本医疗保险基金收支的预、决算；

（四）负责驻石市区的中直、省直机关、团体、企事业单位职工基本医疗保险基金的筹集、支付、稽核和管理；

（五）选择和确定定点医疗机构和定点零售药店；

（六）受省劳动和社会保障部门委托，对参保用人单位、定点医

疗机构和定点零售药店执行医疗保险政策情况进行检查、考核和奖惩；

（七）负责驻石市区中直、省直国家机关公务员医疗补助金、企事业单位补充医疗保险金和大病医疗保险金的筹集、支付和管理；

（八）承办用人单位和职工对医疗保险的查询事宜；

（九）指导全省医疗保险计算机信息管理系统的建设；

（十）承办上级部门交办的其他工作。

第七条 用人单位应设立医疗保险办公室或确定专人负责职工医疗保险工作。其主要职责是：

（一）认真执行医疗保险的政策、规定，并做好宣传教育工作；

（二）负责本单位及职工的医疗保险登记；

（三）负责医疗保险有关报表的呈报工作；

（四）按规定及时足额缴纳医疗保险费；

（五）负责本单位职工医疗保险证、I C 卡、病历本的领取、换发、补发等工作；

（六）负责本单位职工有关医疗费用的审核报销事宜；

(七) 负责对本单位职工医疗保险有关政策执行情况的监督和管理;

(八) 承办有关医疗保险的其他事宜;

第八条 定点医疗机构和定点药店应设立医疗保险办公室或确定专人负责医疗保险工作。其主要职责是:

(一) 认真执行医疗保险的政策、规定;

(二) 承办医疗保险的医疗服务业务, 并制定相关的管理制度;

(三) 负责职工就医情况的登记汇总, 并按规定及时向医疗保险管理中心传送有关信息和报送有关报表;

(四) 负责对本单位工作人员执行医疗保险政策、规定情况的监督、检查;

(五) 承办有关医疗保险的其他事宜。

第四章 基本医疗保险基金的筹集

第九条 基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位按上年度职工工资总额的 6.5% 缴纳; 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。随着经济发展, 用人单位和职

工缴费率可作相应调整。

第十条 党政机关、原全额预算管理事业单位和原差额预算管理的全民所有制医院缴纳的基本医疗保险费由财政预算安排，原差额预算管理的其他事业单位和原自收自支预算管理的事业单位缴纳的基本医疗保险费，由单位在年度预算中用财政拨款以外的单位其他收入安排；企业缴纳的基本医疗保险费按照企业财务制度规定列支。

第十一条 职工工资收入按国家统计局列入工资总额统计的项目计算。

第十二条 用人单位缴纳的基本医疗保险费、公务员医疗补助费、补充医疗保险费均以省直上年度职工平均工资作为缴费基数。

职工工资收入高于省直上年度职工平均工资 300%及其以上的，按省直上年度职工平均工资 300%作为缴费基数。低于省直上年度职工平均工资 60%，以省直上年度职工平均工资的 60%为缴费基数。

停薪留职人员的基本医疗保险费由本人或聘用单位负担，由保留其行政关系的用人单位按省直上年度职工平均工资的 8.5%代为扣缴。

第十三条 退休人员个人不缴纳基本医疗保险费。

第十四条 享受公务员医疗补助政策的单位，其基本医疗保险费由财政部门于当年年初和年中分两次按照年度预算划拨。不享受公务员医疗补助政策的单位每半年或全年一次性缴纳，缴费时间适当提前 15 日至 20 日，不得拖欠、拒付，逾期不缴纳的，按《社会保险费征缴暂行条例》的规定，按日加收 2‰滞纳金，并入统筹基金。

第十五条 用人单位发生解散、撤销、合并、转让、租赁、承包经营时，接收或继续经营者必须承担原用人单位及其职工的医疗保险责任。无接收或无继续经营者，按用人单位破产的办法处理。

第十六条 用人单位发生破产时，应按照《中华人民共和国企业破产法（试行）》及有关规定，优先偿付欠缴的基本医疗保险费，同时还要为在职职工缴足 1 年和为退休人员缴足以后所需（计算至

70 周岁) 的基本医疗保险费。

第十七条 按本细则正式实施时间计算，职工参保年限男满 30 年 60 岁、女满 25 年 55 岁（工人女满 20 年 50 岁）办理退休手续的，方可享受本细则规定的退休人员的医疗待遇。年限不足的，须由用人单位和职工分别按照用人单位和职工个人缴费比例一次性缴足基本医疗保险费。

本细则实施前符合国家规定的连续工龄或工作年限视同缴费年限。

第五章 个人账户的建立和使用

第十八条 医疗保险管理中心为参加基本医疗保险的职工建立个人账户。

在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费的全部和用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分构成。以本人上年度工资收入为基数，单位缴费部分按下列比例划入在职职工个人账户：35 周岁以下的为 0.5%；满 35 周岁不满 45 周岁的为 1%；45 周岁及其以上的为 2%。职工年龄段发生变化后，省医疗保险管理中心从次月

起，为其变更个人账户记入比例。退休人员的个人账户，以本人基本养老金（养老保险统筹口径）为基数，按 6% 的比例全部从用人单位缴纳的基本医疗保险费中划入。在职转退休，省医疗保险管理中心从次月起，为其变更个人账户记入比例及个人负担比例。

第十九条 个人账户用于支付符合医疗保险各种规定的职工本人门诊发生的医疗费用和在定点零售药店发生的医药费用。

第二十条 个人账户使用医疗保险卡（I C 卡），通过计算机网络系统与定点医疗机构和定点药店结算。

第二十一条 个人账户当年累积的本金按活期存款利率计息，上年结转的本息，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。

第二十二条 个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。职工调离时，个人账户余额可随同转移或一次性发给本人；职工死亡，个人账户结余额可一次性发给其合法继承人。异地安置的退休人员的个人账户基金按缴费期一次性发给本人。

第六章 统筹基金的建立和支付

第二十三条 用人单位缴费划入个人账户以外的部分建立统筹基金，由医疗保险管理中心统一管理使用。

第二十四条 统筹基金用于支付职工住院和急诊抢救（急诊抢救的病种目录另行制定）发生的超过起付标准的医疗费用中除个人负担以外的费用。

第二十五条 统筹基金支付必须为《河北省基本医疗保险药品目录》的各种用药、《河北省基本医疗保险诊疗项目范围》的各种诊疗和《河北省基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》的各种医疗服务。

第二十六条 职工住院，先付一定额度的押金。统筹基金支付时，个人先负担一定额度的费用。其起付标准：一、二、三级医院在职职工分别为 500 元、650 元、800 元；退休人员分别为 400 元、550 元、700 元。一级医疗机构以下的按一级医疗机构的标准执行。

职工在一个年度内多次住院，且上次住院医疗费超过起付标准的，

其起付标准在所住医疗机构起付标准的基础上依次降低 30%，但起付标准最低不低于 200 元。

第二十七条 经批准转往外地医疗机构住院的，其费用结算标准按所转医院的级别确定；因公出差急诊住院的，其所住医疗机构类别参照与之相当的定点医疗机构的类别标准确定费用结算标准。

第二十八条 按自然年度计算，统筹基金支付最高限额 2001 年度定为 30000 元，以后每年调整一次。

第二十九条 超过起付标准的医疗费，在职职工个人负担的比例：起付标准以上，统筹资金支付 5000 元以内的，一、二、三级医院分别为 18%、20%、22%；5000 元以上至 10000 元的，一、二、三级医院分别为 13%、15%、17%；10000 元以上的，一、二、三级医院分别为 8%、10%、12%。退休人员个人负担的比例比在职职工低 3 个百分点。

第三十条 职工住院期间的特殊检查、特殊治疗的医疗费，个人先自付一部分，自付的比例按《特殊检查、特殊治疗项目》确定的

比例执行（〈特殊检查、特殊治疗项目〉另行制定），其余再按第二十九条规定负担。

第三十一条 经批准转往外地医疗机构住院发生的医疗费，提高个人负担比例的 30%。

第三十二条 职工门诊、住院、急诊抢救使用基本医疗保险药品目录中“乙类药品目录”的药品，其费用个人先自付 20%，其余再按比例负担。

第七章 医疗管理

第三十三条 承担职工基本医疗保险医疗服务的定点医疗机构和定点零售药店，由医疗保险管理中心从已取得定点资格合格证的医疗机构和药店中选择确定，并向社会公布。

第三十四条 医疗保险管理中心应与定点医疗机构和定点零售药店签订包括医疗保险服务项目范围、费用结算办法等有关内容的合同，明确双方的责任、权利和义务。

第三十五条 定点医疗机构和定点零售药店应按医疗保险管理中

心的要求建立计算机网络系统，并与医疗保险管理中心联网。

第三十六条 定点医疗机构分门诊定点医疗机构和综合定点医疗机构。职工门诊持证、卡、病历处方本可到任何一所定点医疗机构就医；需住院治疗的，必须到综合定点医疗机构住院。

第三十七条 恶性肿瘤性疾病放化疗、尿毒症透析、经医疗保险管理中心批准的器官移植后使用抗排斥免疫调节剂、脑血管病后遗症致神经功能缺损、心肌梗塞、慢性中、重度症病毒性肝炎、慢性肺源性心脏病、高血压Ⅲ级高危及高危以上、活动性结核病等 9 类（种）医疗费用较高的疾病病人，享受国家公务员医疗补助和企业补充医疗保险的患者，补助和补充医疗费负担其一定比例的门诊医疗费用，具体负担比例见医疗补助和医疗补充两个暂行办法。

第三十八条 对第三十七条确定的 9 类（种）疾病病人的认定，由省医疗保险管理中心指定的三级医疗机构副主任及其以上医师确诊，医院医保办核准，用人单位出具证明，医疗保险管理中心审定后，发 9 类（种）疾病病人门诊证，由医疗保险管理中心直接指定

其定点医疗机构和定点零售药店。

第三十九条 职工可到任何一所定点零售药店非处方或处方购药。

对第三十七条确定的 9 类（种）疾病病人患者，必须持 9 类（种）

疾病病人门诊证和 I C 卡、病历处方本到省医疗保险管理中心指定

的定点零售药店购药。

第四十条 职工患病需紧急抢救的，可就近救治，病情稳定后，

应及时转往定点医疗机构诊治。

第四十一条 职工住院时，定点医疗机构医保办应及时通过网络

报省医疗保险管理中心备案，医务人员首先应核实患者是否与医疗

保险证照片相符，核实无误后，按医疗保险管理中心的要求进行登

记住院。

第四十二条 职工住院期间，定点医疗机构须按照医疗保险管理

中心的要求及时将医疗费用明细表输入计算机；并规范书写病历，

医疗保险管理中心以此作为结算和考核的依据。

第四十三条 定点医疗机构为参保患者进行的彩超、C T、核磁

共振检查，初诊病人阳性率应分别达到 55%、55%和 65%，未能达到要求的，其发生的检查费从向医院拨付的费用中扣减。

第四十四条 职工出院或诊治终结时，定点医疗机构应让患者的经治医师和护士长、患者或其亲属在医疗费用明细表上签字，并在每月 5 日前，将经签字的上月病人住院的费用明细表报医保经办机构。未经医护人员、患者或其亲属签字的医疗费，统筹基金不予支付。患者出院带药量，一般性疾病不得超过 7 天，慢性病不得超过 15 天，中草药不得超过 7 剂量。

第四十五条 职工住院期间，定点医疗机构应严格掌握特殊检查、特殊治疗和贵重药品的使用。对按规定不应发生的检查费、治疗费和贵重药品费，患者要求的由患者本人负担，医院行为由医院自行负担。在不转院情况下，患者需到其他医疗机构检查、治疗、购药或到药店购药的，需经所住定点医疗机构医保办审检，报医疗保险管理中心批准。

第四十六条 因所住定点医疗机构条件所限或因专科疾病（传染

病和精神病），需转往其他定点医疗机构诊治的，须经副主任医师或主任医师、科主任提出转院意见，本医疗机构医保办审批。紧急抢救需转院时，可先行转院，3 日内补办有关手续。

第四十七条 需转往外地（北京、天津、上海）医疗机构诊治的，应由定点医疗机构副主任医师或主任医师、科主任提出转院意见，经所住医疗机构医保办审核，主管领导签署意见，报医疗保险管理中心批准后方可转诊。转往的医疗机构的级别必须为部属和三个直辖市市属医院。

第四十八条 异地安置的退休人员，可在当地就近选择 1—2 所乡镇以上医疗机构作为个人的定点医疗机构，并由所在单位报省医保管理中心备案，也可参加当地的医疗保险。

第四十九条 职工医疗保险证、病历处方本丢失，由用人单位开据证明及时到医疗保险管理中心补办，证、本费自理；职工丢失 IC 卡应开据单位证明及时到医疗保险管理中心挂失，挂失生效期为 2 日。挂失 15 天后，原卡未找到，到医疗保险管理中心办理新卡。

挂失期间发生的医疗费到医疗保险管理中心按规定严格审检报销。

第五十条 定点医疗机构应严格执行医疗保险的有关政策、规定，规范医疗行为，根据就医职工的实际病情，按照合理检查、合理用药的原则，提供相应的医疗服务，不得无故拒绝、推诿或滞留病人。对不能因病施治贻误病情的医疗机构，患者举报一经查实，除不向该医疗机构拨付该患者发生的医疗费用外，还要扣减一定比例的保证金。后果严重、影响极坏的取消其定点资格。

第八章 医疗费用的结算

第五十一条 职工在定点医疗机构或定点零售药店使用个人账户而发生的医疗费，由个人用 I C 卡直接结算。定点医疗机构和定点零售药店应在每月 5 日前将上月发生的医疗费明细表上报医疗保险管理中心，医疗保险管理中心核准后，于每月 30 日前将应支付的医疗费拨付给定点医疗机构或定点零售药店。

第五十二条 职工在定点医疗机构住院发生的医疗费，个人负担部分由本人与定点医疗机构现金直接结算，应由统筹基金支付的，

定点医疗机构先记账，医疗保险管理中心定期与定点医疗机构结算，具体结算办法另行制定。

第五十三条 定点医疗机构应于每月 5 日前将上月出院病人住院医疗费明细表及汇总表上报医疗保险管理中心，医疗保险管理中心应于每月 30 日前将核准的应由统筹基金支付的医疗费费的 90% 拨付给定点医疗机构，其余 10% 留作基本医疗保险医疗服务合同保证金，年末视考核情况再予拨付。

第五十四条 住院医疗费超过医疗保险管理中心确定的结算标准 20% 以内的（含 20%），医疗机构负担 30%，医疗保险管理中心负担 70%；20% 以上部分，医疗机构负担 70%，医疗保险管理中心负担 30%。住院医疗费用虽然在结算标准以内，但支出已达到了 90% 以上，结算标准规定的医疗费用仍全部拨付给医疗机构，未达到 90% 的，结余部分的 30% 随实际发生的医疗费用额一同拨付医疗机构。

第五十五条 用人单位欠缴基本医疗保险费时，医疗保险管理中

心应及时停止该单位职工的医疗保险 I C 卡，防止统筹基金透支。

用人单位补缴所欠的基本医疗保险费及滞纳金后，医疗保险管理中心应在 3 日内恢复其职工医疗保险 I C 卡的使用。欠缴医疗保险费期间发生的医疗费，由用人单位自行承担，医疗保险管理中心不予报销。

第五十六条 职工因紧急抢救和本细则第三十七条规定的 9 类（种）疾病门诊所发生的医疗费，先由个人垫付，诊治终结后由用人单位凭患者的 9 类（种）疾病病人门诊证、医疗保险证、I C 卡、病历处方本、门诊治疗审批表、化验检查报告单、医疗费收据到医疗保险管理中心审核，按规定报销。

第五十七条 因公出差人员患病住院发生的医疗费，持单位证明、I C 卡、当地病历本、诊断证明、化验检查报告单、出院小结、医疗费用明细表、医疗费报销凭据等到医疗保险管理中心审核，按规定报销；出国及到港、澳、台期间因病发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第九章 医疗保险手续的办理

第五十八条 用人单位申请办理基本医疗保险登记时，应填写基本医疗保险登记表，并出示以下证件和资料：

- （一）营业执照、批准成立证件或其他核准执业证件；
- （二）国家质量技术监督部门颁发的组织机构代码证书；
- （三）财务报表、职工花名册和开户银行账号。

第五十九条 用人单位新增工作人员后，应于每年的3、6、9、12月份凭省直机关事业单位增人计划卡、行政调入审批表、劳动保障部门颁发的就业证及复印件、单位人事部门证明信、人员变更登记表、职工工资报表及复印件到医疗保险管理中心办理基本医疗保险登记和缴费基数核增等手续。

第六十条 职工下岗后或下岗后再就业时，用人单位应在每年年末集中办理一次职工变更手续。

第六十一条 职工在省本级参加医疗保险的单位中调动，调入单位须凭调动手续、参保人员变更登记表、医疗保险证、I C卡到医

疗保险管理中心办理缴费基数增减和 I C 卡变更等手续。

第六十二条 职工调离省本级医疗保险覆盖的用人单位时，调出单位须于当月凭调动手续、参保人员变更登记表、医疗保险证、I C 卡，到医疗保险管理中心办理缴费基数核减和 I C 卡注销等手续。

第六十三条 职工退休时，用人单位凭参保人员变更登记表、退休证、I C 卡，到医疗保险管理中心办理缴费基数核减和 I C 卡变更等手续。

第六十四条 职工死亡后，基本医疗保险关系自行终止。用人单位须于 30 日内凭死亡证明、参保人员变更登记表、医疗保险证、病历本、I C 卡，到医疗保险管理中心办理基本医疗保险证件注销和个人帐户的结算手续。

第十章 监督和考核

第六十五条 省医疗保险管理中心管理的基本医疗保险基金运营情况要接受上级有关部门的监督、检查；省医疗保险管理中心要对定点医疗机构和定点零售药店履行合同情况进行监督检查和考核。

第六十六条 医疗保险管理中心应当每年向社会公告基本医疗保险费的征收和支出情况，接受社会监督，接受财务监督和审计；用人单位应当每年向本单位职工代表大会通报或在本单位住所的显著位置公布本单位医疗保险费的缴纳和职工医疗费支出情况，接受职工监督。

第六十七条 参加基本医疗保险的职工有权对医疗保险管理中心、用人单位、定点医疗机构和定点零售药店执行基本医疗保险政策的情况进行监督。职工的合理意见和建议，以及对有关单位和人员的投诉和举报受法律保护。

第十一章 奖惩

第六十八条 定点医疗机构、定点零售药店、用人单位及职工、医疗保险管理中心工作人员符合下列情况且成绩突出的，予以表彰或奖励：

（一）定点医疗机构能够认真执行基本医疗保险的政策规定，能够按照医疗保险管理中心的要求，及时、准确地提供职工就医的各

种情况和数据，为积极配合医疗保险管理中心的检查和考核，为保障职工基本医疗做出贡献的；

（二）定点零售药店能够严格执行药品批零差价，严格按处方配药，无串换药品现象的；

（三）用人单位能够认真执行基本医疗保险的政策规定，足额缴纳基本医疗保险费，及时向医疗保险管理中心报送各种报表，如实提供职工在非定点医疗机构的就医情况，对其医疗费报销严格把关的；

（四）参加基本医疗保险的职工主动检举和揭发定点医疗机构、定点零售药店、用人单位、医疗保险管理中心违反基本医疗保险政策、规定的行为，使基本医疗保险基金免受损失的；

（五）医疗保险管理中心工作人员能够积极宣传和认真执行基本医疗保险政策、规定，坚持原则，敢于抵制不正之风，及时纠正或处理违反政策、规定的行为，为基本医疗保险事业做出突出成绩的。

第六十九条 定点医疗机构及其工作人员有下列行为之一的，医

疗保险管理中心应按合同规定，追究违约责任，情节严重的，报请上级部门取消其定点资格，构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

（一）不核实患者是否属于参加基本医疗保险人员，造成冒名顶替就医的；

（二）采用挂名住院、编造病历、住院病历与住院医疗费明细表不符的；

（三）串换诊疗项目和药品，将不符合规定的诊疗项目和药品列入统筹基金支付医疗费范围的；

（四）推诿病人的；

（五）违反诊疗项目收费标准和药品价格规定乱收费的；

（六）检查、治疗、用药与病情不相关的；

（七）利用工作之便搭车开药的；

（八）不配合医疗保险管理工作的；

（九）其他违反基本医疗保险政策、规定的。

第七十条 定点零售药店及其工作人员有下列行为之一的，医疗

保险管理中心应按合同规定，追究违约责任，情节严重的，报请上级部门取消其定点资格，构成犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

（一）出售假冒伪劣药品的；

（二）串换药品，将不符合规定的药品或物品的费用列入基本医疗保险基金支付范围的；

（三）不执行药品规定零售价格及批零差价的；

（四）其他违反基本医疗保险政策、规定的。

第七十一条 用人单位不按照《社会保险费征缴暂行条例》缴纳基本医疗保险费的，按《社会保障费征缴监督检查办法》处理。对采用弄虚作假手段，冒领基本医疗保险基金的，医疗保险管理中心除追回冒领的基本医疗保险基金外，提请有关部门对责任人依法予以处罚或给予行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第七十二条 参加基本医疗保险的职工有下列行为之一造成基本医疗保险基金损失的，医疗保险管理中心除追回损失外，提请有关

部门对责任人依法予以处罚；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

- （一）向他人提供医疗保险证、卡，造成冒名顶替就医的；
- （二）虚报冒领医疗费用的；
- （三）其他违反基本医疗保险政策、规定的。

第七十三条 医疗保险管理中心工作人员有下列行为之一的，视情节轻重，给予行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

- （一）在医疗保险管理工作中徇私舞弊，损公肥私的；
- （二）利用职权和工作之便索贿受贿，谋取私利的；
- （三）违反规定，将基本医疗保险基金挪作他用的；
- （四）因渎职造成基本医疗保险基金损失的。

第十二章 附则

第七十四条 离休人员、老红军的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。支付确有困难的（包括企业），由同级人民政府帮助解决；二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按

原资金渠道解决，由医疗保险管理中心单独列账管理。医疗费用支付不足部分（包括企业），由当地人民政府帮助解决。

第七十五条 党政机关、社会团体和财政供给的事业单位（原全额预算单位和全民所有制医院）职工发生的医疗费用，基本医疗保险起步初期，暂单独列账管理。

第七十六条 本细则实施前发生的医疗费，仍由原资金渠道解决。

第七十七条 职工因工伤、生育发生的医疗费，由工伤、生育保险基金解决。在实行工伤、生育保险之前，按规定享受医疗补助的人员，因工伤、生育发生医疗费用，其费用的 90% 暂由财政单独追加的专项经费解决，个人负担 10%。费用额度 50000 元以上个人负担有困难的，由用人单位帮助解决部分费用。

第七十八条 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危、重病患者的救治医疗费，由政府综合协调解决。

第七十九条 本细则由河北省劳动和社会保障厅负责解释。

第八十条 本实施细则自 2001 年 1 月 1 日起施行。

