

**河北省医疗保障局 河北省财政厅关于印发
《河北省省本级职工基本医疗保险实施办法》的通知**

省本级医疗保险各参保单位，各定点医药机构：

现将《河北省省本级职工基本医疗保险实施办法》印发你们，
请认真贯彻执行。

河北省医疗保障局

河北省财政厅

2023年4月21日

河北省省本级职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善河北省省本级（以下简称省本级）职工基本医疗保险制度，提升医疗保障服务能力和管理水平，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）《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）《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（中发〔1998〕4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）《河北省委省政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（冀发〔2020〕13号）《河北省人民政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（冀政办字〔2020〕161号）《关于全面推进生育保

险和职工基本医疗保险合并实施的实施意见》（冀医保发〔2019〕12号）等相关法律法规规章，结合省本级实际，制定本实施办法。

第二条 省本级职工基本医疗保险制度遵循以收定支、收支平衡、略有结余原则，坚持待遇保障公平适度、待遇政策科学合理、基金运行稳健可持续的医保管理机制，实现权利与义务相对等，待遇水平与缴费标准相挂钩。

第三条 省本级职工基本医疗保险包括原职工基本医疗保险和生育保险两项保险制度，按照“参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化”目标要求，两项保险制度合并实施，参加省本级职工基本医疗保险的单位和在职职工同步参加生育保险。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。

第四条 本办法适用于驻省会城市范围内的国家直属和省属机关、企事业单位、社会团体、民办非企业、具备档案托管资质的人才服务机构，以及其行政（劳动）关系、工资关系均在上述同一单位的在职职工、退休人员和灵活就业人员。灵活就业人员是指与参加省本级基本医疗保险的用人单位终止或解除劳动合同的失业人员、辞职人员和自谋职业人员。

第五条 河北省医疗保障部门负责对省本级职工基本医疗保险实施行政管理，省财政部门负责省本级职工基本医疗保险基金财政专户管理和基金预决算审核工作，省税务部门负责省本级职工基本医疗

保险费征缴工作，省本级医疗保障经办机构(以下简称经办机构)负责具体经办管理服务的组织实施。省医疗保障、财政、税务部门按照职责分工，建立健全缴费、退费、对账机制。

第二章 参保登记

第六条 符合省本级职工基本医疗保险参保条件的用人单位，应当在取得营业执照或获得批准成立 30 日内，到经办机构办理基本医疗保险登记事项。纳入省本级职工基本医疗保险管理的用人单位（以下统称参保单位）基本医疗保险登记事项发生变更或依法终止的，应当在变更或终止 30 日内办理变更或注销登记事项。

第七条 参保单位发生职工新增、调出、退休、死亡等情况的，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。

第三章 基金筹集

第八条 省本级职工基本医疗保险基金构成：

- （一）参保单位及其职工缴纳的基本医疗保险费；
- （二）基本医疗保险基金的利息；
- （三）按规定收取的滞纳金；
- （四）财政补助资金及其他收入。

第九条 省本级职工基本医疗保险费由参保单位和职工共同缴纳，职工应当缴纳的基本医疗保险费由参保单位代扣代缴，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。按照参保单位参加生育保险和职工基本医疗

保险的缴费比例之和确定两项保险合并实施后参保单位职工基本医疗保险缴费比例，个人不缴纳生育保险费。

参保单位按本单位上年度在职职工工资总额（含未达到规定缴费年限退休人员上年度本人养老金）确定缴纳比例。党政机关和财政性资金基本保证事业单位按本单位上年度在职职工工资总额的7.75%缴纳，其他参保单位按本单位上年度在职职工工资总额的8%缴纳。在职职工和未达到规定缴费年限的退休人员按本人上年度工资收入或养老金的2%缴纳个人部分；灵活就业人员按上年度“全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称社平工资）”的5.5%或9.5%缴纳，全部由个人缴纳，不缴纳生育保险费。

在职职工（包括未达到规定缴费年限的退休人员）工资收入高于上年度社平工资的，以实际工资作为缴费基数；低于上年度社平工资的，以上年度社平工资作为缴费基数。参保单位应将缴纳基本医疗保险费的明细情况告知本单位参保职工。

第十条 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。党政机关和财政性资金基本保证事业单位缴纳的医疗保险费，单位负担部分由同级财政预算安排；财政性资金定项或定额补助、财政性资金零补助事业单位和其他单位缴纳的医疗保险费由单位自筹。

第十一条 参保单位和职工（含灵活就业人员）应按时足额缴纳职工基本医疗保险费，不得拖欠、拒付，逾期不缴纳的，次月25日之前不收滞纳金，次月26日（含26日）起每日按万分之五加收

滞纳金，划入统筹基金。补缴时按当期缴费基数和费率补缴中断期间的基本医疗保险费。欠缴职工基本医疗保险费在 6 个月及以内的，按规定办理补缴手续后，本年度欠费期间发生的医疗费用可按规定予以支付；欠费时间超过 6 个月的，补缴欠费后，欠费期间发生的医疗费用不予支付。

第十二条 参保职工（含灵活就业人员）基本医疗保险缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。视同缴费年限是指省本级职工基本医疗保险制度实施前，符合国家规定的工龄或工作年限；实际缴费年限是指省本级职工基本医疗保险制度实施后，在省本级的实际参保缴费年限。

（一）参保职工（含灵活就业人员）达到法定退休年龄并办理养老保险退休手续后，基本医疗保险累计缴费年限（包括视同缴费年限和实际缴费年限）男满 30 年、女满 25 年，且在省本级最低实际缴纳基本医疗保险满 10 年，申请办理医疗保险退休手续后方可享受退休人员的基本医疗保险待遇。退休后不再缴纳基本医疗保险费。参保职工（含灵活就业人员）达到法定退休年龄，基本医疗保险缴费年限达不到医疗保险退休规定的累计缴费年限和省本级最低实际缴费年限的，可选择一次性补缴年限不足的医疗保险费或继续缴纳至规定年限，缴费至规定年限后方可办理基本医疗保险退休手续。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，补缴医疗保险费的单位部分全部划入统筹基金。

（二）跨统筹区转入省本级基本医疗保险的参保职工（含灵活

就业人员），其转出地政府医疗保障部门认定的缴费年限作为视同缴费年限，距法定退休年龄不足 10 年的，按照补缴当期的缴费基数和费率，一次性补缴在省本级基本医疗保险最低实际缴费年限不足 10 年的差额部分，补缴医疗保险费的单位部分全部划入统筹基金。其中省内其他统筹区转入省本级医疗保险的参保职工（含灵活就业人员），距法定退休年龄不足 10 年的部分，按照省本级补缴当期的缴费基数和费率，由转出地划转统筹基金。

第十三条 参保单位发生解散、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参保单位及其职工的基本医疗保险责任。无接收或无继续经营者，按参保单位破产处理。

第十四条 参保单位破产时，应为在职职工一次性补足以往欠缴的基本医疗保险费，为达到法定退休年龄人员一次性补足本办法第十二条规定的缴费年限差额部分。破产单位医疗保险责任由其单位或主管部门负责。

第十五条 省本级参保职工在领取失业保险金期间，由按照国家文件规定确认的失业保险代管机构为其办理医疗保险服务管理事项。

第十六条 根据社会经济发展水平、医疗保障水平和基金收支平衡状况，参保单位和职工缴费基数及费率可作相应调整。

第十七条 职工基本医疗保险费原则上按月缴纳。

第四章 个人账户的建立和使用

第十八条 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，

计入标准为本人参保缴费基数 2% 。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，省本级企业、机关事业单位退休人员个人账户划入额度分别为2022年省本级企业、机关事业单位平均基本养老金的 2% 。

第十九条 按上年度职工平均工资的 5.5% 缴纳基本医疗保险费的灵活就业人员，不建立个人账户。

第二十条 个人账户资金主要用于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及国家、省规定的其他可支付费用。个人账户不得用于公共卫生费用、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。

第二十一条 个人账户当年归集的医疗保险基金按活期存款利率计息；个人账户当年支出未超过当年个人账户划入金额时，上年结转的个人账户本息按三个月整存整取银行存款利率计息；个人账户当年支出超过当年个人账户划入金额时，上年结转的个人账户本息扣除超支部分后，剩余部分仍按三个月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。参保职工办理基本医疗保险在职转退休，从办理之日下一个缴费周期起为其变更个人账户划入额度和办法。职工调离省本级或死亡，终止医疗保险关系时，参保单位或个人应及时办理相关手续，完成个人账户余额划转或拨付；异地安置退休、异地长期居住和常驻异地工作的参保职工，原则上个人账户余额不予一次性拨付。

第五章 统筹基金的建立和支付

第二十三条 参保单位缴纳的基本医疗保险费单位部分全部计入统筹基金，统一管理使用。

第二十四条 统筹基金用于支付职工住院、门诊和其他符合政策规定的医疗费用。支付范围应遵循《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《河北省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施目录》及有关规定。非医保定点医药机构发生的医疗费用医保基金不予支付。

第二十五条 统筹基金住院、门诊支付设立年度起付标准、最高支付限额和统筹基金支付比例。起付标准及以下的医疗费用由个人支付；起付标准以上、最高支付限额及以下的医疗费用，由统筹基金和个人按比例承担。

（一）住院

1.起付标准。参保职工在一、二、三级定点医疗机构住院，起付标准分别为 500 元、650 元、800 元。在一个年度内同一级别医疗机构多次住院，且上次住院医疗费用超过起付标准的，其起付标准依次降低 20%，最低不低于 200 元。

2.支付限额。按自然年度计算，基本医疗保险统筹基金年度支付限额为 30 万元（含）。

3.支付比例。基本医疗保险住院起付标准以上，在职职工在一、二、三级定点医疗机构住院，政策范围内统筹基金支付比例分别为

95%、92%、87%，退休人员支付比例分别提高 1 个百分点。

4.床位费。统筹基金支付的日限额标准：一、二、三级医疗机构分别为 30 元、40 元、50 元。

（二）门诊统筹

1.年度起付标准为 100 元（含）。

2.年度限额及支付比例。在职职工 45 岁以下、45 岁（含）以上医保统筹基金政策范围内年度支付限额分别为 2000 元、3000 元，统筹基金支付比例为 50%；退休人员医保统筹基金政策范围内年度支付限额为 3500 元，统筹基金支付比例为 60%。

3.参保职工办理基本医疗保险关系在职转退休，从办理之日次月起，为其变更统筹基金支付比例和统筹基金支付限额。在职职工年龄段发生变化，次年起为其变更统筹基金支付限额。

（三）门诊慢特病

1.门诊慢性病。建立门诊慢性病制度，省本级设定 55 种慢性病。年度起付标准为 200 元，多种慢性病年度内不重复计算起付标准；超过起付标准的政策范围内病种医疗费用，个人负担 50%，统筹基金支付 50%；不同病种分别设定年度限额，单一病种统筹基金年度支出不超过该病种年度限额，认定两种及以上慢性病的，统筹基金年度最高支付限额为 5000 元。

门诊慢性病费用单独执行年度最高限额管理，不与住院医疗费用合并计算基本医疗保险基金年度最高支付限额。

2.门诊特殊病。建立门诊特殊病制度，省本级设定 8 种门诊特

殊病。其中“肾功能不全门诊血液透析治疗、腹膜透析治疗”实行单病种管理，定额、限额结算；其他 7 种病种发生的政策范围内门诊医疗费用按住院待遇支付，即：一个年度按一个住院人次计算起付标准，超过起付标准后，统筹基金按住院比例支付。

第二十六条 白内障超声乳化加人工晶体植入术，实行定点治疗，按病种定额支付结算，医疗费用由统筹基金和参保职工按比例支付。

第二十七条 参保职工发生无第三方责任外伤的医疗费用，按政策规定纳入基本医疗保险结算范围。

第二十八条 职工基本医疗保险基金不予支付下列费用：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三方负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在港澳台和国外就医的；
- （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。

第六章 生育保险待遇

第二十九条 生育保险待遇包括《中华人民共和国社会保险法》规定的生育津贴和生育医疗费用。

第三十条 生育津贴待遇。参保单位按时足额缴费，职工依法合规生育或实施计划生育手术的，机关和财政性资金基本保证的事业单位女职工产假、节育假期间工资由所在单位按产假前工资照发，

按上年度职工平均工资的 5.5%或 9.5%缴纳基本医疗保险费的灵活就业人员不享受生育津贴待遇。其他单位参保职工在省本级所在参保单位连续缴费满 12 个月及以上（不含补缴时间）生育或实施计划生育手术的，享受生育津贴待遇；职工基本医疗保险和生育保险缴费记录正常，生育或实施计划生育手术时连续缴费不满 12 个月，在所在参保单位连续缴费满 12 个月后，享受生育津贴待遇，按生育或实施计划生育手术时的标准予以支付。

退休人员生育或实施计划生育手术，不享受生育津贴待遇。

第三十一条 生育医疗费待遇。生育医疗费包括生育的医疗费用和实施计划生育手术的医疗费用。

参保职工在省本级连续缴费满 3 个月及以上的，享受生育医疗费待遇；赴港澳台和国外生育的，不享受生育医疗费待遇；参保职工因生育、终止妊娠或实施计划生育手术出现合并症或并发症的合规医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付。

在非定点医疗机构生育或实施计划生育手术的，不享受生育医疗费待遇，享受生育津贴待遇。按上年度职工平均工资的 5.5%或 9.5%缴纳省本级基本医疗保险费的灵活就业人员，按省本级限额标准的 50%享受生育医疗费待遇。

参加生育保险男职工的未就业配偶，按省本级限额标准的 50%享受生育医疗费待遇。其配偶参加城乡居民基本医疗保险的，可选择按照生育医疗费限额标准的 50%享受待遇或按照城乡居民基本医疗保险规定享受待遇。

第七章 医疗服务与就医管理

第三十二条 经办机构根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支等，确定省本级定点医药机构的资源配置。

第三十三条 实行定点医药机构协议管理。医保经办机构和定点医药机构应按协议约定的内容履行各自权责，任何一方违反协议，均应承担违约责任，并按协议约定进行处理。

第三十四条 定点医药机构应具备符合协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医疗保障信息系统的有效对接，为参保职工提供直接联网结算。

第三十五条 定点医药机构应严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品、医用耗材，控制参保职工自费比例，提高基本医疗保险基金使用效率。

第三十六条 定点医疗机构应制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行总额预算指标，执行按病种分值（DIP）、按疾病诊断相关分组（DRG）、按项目、按床日、按人头等支付方式。不得以支付政策为由拒收、推诿患者。

第三十七条 定点医疗机构应确保基本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，提供基本医疗保险基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保职工或者其近亲属、监护人同意。

第三十八条 定点医疗机构应按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保职工如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、

挂床住院，不得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，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，不得把医保支付范围内的费用转由参保职工承担。

第三十九条 省本级参保职工跨省异地就医直接结算的医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

第八章 医保基金管理及结算

第四十条 经办机构要积极做好基金计划、控制、核算、考核、统计分析等工作，严格执行社会保险基金财务会计制度，如实反映基金收支情况，认真编制职工基本医疗保险基金收支预算与决算。

第四十一条 参保职工在定点医药机构发生的合规医疗费用，按规定凭医保电子凭证或社会保障卡结算。个人负担的部分，由个人直接与定点医药机构结算；医保基金负担的部分，由经办机构与定点医药机构结算。

第四十二条 经办机构将定点医药机构每月拨付费用的 5% 作为质量保证金，采取虚账运行模式只记数额不预留，经办机构根据定点医药机构履行协议情况、考核结果等，扣除相应质量保证金。

第四十三条 参保职工跨年度住院的，按出院结算日期确定本次住院年度。

第九章 管理与监督

第四十四条 省财政、审计部门按照各自职责，对省本级医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。省医疗保障部门要会同相关部门，加强对省本级医疗保险定点医药机构医疗服务情况的监督检查。

第四十五条 省医疗保障行政部门负责制定定点医药机构管理政策并实施监督；经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核，考核结果与年终清算、质量保证金扣除、协议续签等挂钩。

第四十六条 参保单位要认真执行医疗保险政策规定，做好本单位医疗保险管理服务和政策宣传解释工作，每年向职工代表大会通报或在显著位置公布医疗保险费缴纳情况，接受职工监督。

第四十七条 公民、法人或其他社会组织，可以对经办机构（含承办相关业务的商业保险机构）工作人员，定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员，以及参保职工等涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为进行举报。省医疗保障行政部门负责省本级的欺诈骗取医疗保障基金行为举报受理、查处工作。

第四十八条 针对定点医药机构违规违约行为，经办机构按协议约定进行处理，视情可解除协议，并向社会公布；对个人违反医保规定非法获利或造成基金损失的，按相关规定处理。

第四十九条 医疗保障等行政部门、经办机构、定点医药机构及其工作人员违反法律、行政法规的由相关部门依法依规处理。

第十章 附 则

第五十条 随着经济社会发展，结合省本级基金收支情况，可适时对基本医疗保险相关政策进行调整。

第五十一条 遇有重大疫情、突发重大公共卫生事件或自然灾害等紧急情况时，医疗费用统筹支付、医疗保障经办服务等按照国家和省有关规定执行。

第五十二条 省本级医保之前规定与本办法规定不一致的，以本办法规定为准。

第五十三条 本办法由河北省医疗保障局负责解释。

第五十四条 本办法自 2023 年 5 月 15 日起施行。