杭州市人民政府办公厅关于印发杭州市

基本医疗保障办法主城区实施细则的通知

杭政办〔2013〕8号

各区、县（市）人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《杭州市基本医疗保障办法主城区实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

杭州市人民政府办公厅

2013年11月30日

杭州市基本医疗保障办法

主城区实施细则

根据国家、省有关医疗保障经办管理要求和《杭州市人民政府关于印发杭州市基本医疗保障办法的通知》（杭政〔2013〕68号）精神，结合主城区医疗保障运行情况，制定本实施细则。

一、职工基本医疗保险

（一）下列人员应当参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）：

1.国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业、有雇工的个体工商户等（以下统称用人单位）的在职职工。

2.按规定参加职工医保并按月领取基本养老金或退休费的人员（以下简称退休人员）。

3.按规定协议缴纳基本养老保险费和基本医疗保险费的人员（以下简称协缴人员）。

4.国家、省、市规定的其他人员。

（二）劳动年龄段内的下列人员可以灵活就业人员身份参加职工医保：

1.主城区户籍，未在用人单位就业，且按规定参加主城区职工基本养老保险，尚未办理按月领取基本养老金或退休费（以下统称基本养老金）手续的人员。

2.非主城区户籍，与用人单位终止或解除劳动关系，并在主城区参加职工医保实际缴费年限（包括主城区城镇企业职工大病住院基本医疗保险、浙江省省级单位职工医保和主城区职工医保等实际缴费年限）累计满10年的人员。

3.在主城区领取失业保险金期间的失业人员。

（三）灵活就业人员未参加主城区职工基本养老保险的，不能单独参加职工医保。但其职工基本养老保险实际缴费年限符合在主城区按月领取基本养老金规定的，可单独参加职工医保。

主城区户籍，劳动年龄段内，持有效期内《杭州市困难家庭救助证》（以下简称《救助证》）、《杭州市残疾人基本生活保障证》（以下简称《残保证》）或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》（以下简称《残疾证》）的人员，经登记后，可单独参加职工医保。

（四）用人单位和个人应按照《杭州市社会保险费征缴办法》和《杭州市社会保险费征缴实施细则》的规定，及时到社会保险经办机构（以下简称社保经办机构）办理参保登记、变更、注销和基数申报等手续。

（五）职工医保费按以下规定缴纳：

1.用人单位缴费标准。

（1）各类企业和参照企业参保的单位，每月按当月全部职工工资总额（以下简称单位缴费基数）的11.5%缴纳职工医保费。

（2）国家机关、事业单位（含纳入事业编制管理）的在编职工，由单位按个人上年度月平均工资（以下简称个人缴费基数）之和的14%缴纳职工医保费；编制外劳动合同制职工，由单位按个人缴费基数之和的11.5%缴纳职工医保费。

（3）因工致残退出生产工作岗位的工伤职工，且未与用人单位终止或解除劳动关系的，应以其伤残津贴核发的标准为本人缴费基数，按月缴纳职工医保费至其按月领取基本养老金。

（4）六级及以上残疾军人应由单位缴纳的职工医保费由同级财政给予全额补贴。

上述单位在计算单位缴费基数时，职工当年月平均工资高于上年度全省在岗职工月平均工资（以下简称省平工资）300%以上部分，不计入单位缴费基数，低于60%的，按60%计入。单位缴纳的职工医保费用于建立个人账户、职工医保统筹基金和重大疾病医疗补助资金。

2.在职职工缴费标准。

在职职工按个人缴费基数的2%按月缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。其中，因工致残退出生产岗位的工伤职工，以本人伤残津贴为缴费基数计算。职工本人上年度月平均工资高于上年度省平工资300%的，按300%核定缴费基数，低于60%的，按60%核定。职工个人缴纳的职工医保费用于建立个人账户。

六级及以上残疾军人个人不缴费。

3.灵活就业人员缴费标准。

灵活就业人员以上年度省平工资（上年度省平工资未公布的，按上上年度省平工资确定）的9%按月缴纳职工医保费，用于建立个人账户、统筹基金和重大疾病医疗补助资金。其中，持有效期内《杭州市就业援助证》的人员，自到社保经办机构办理登记手续的当月起，以上年度省平工资的60%为缴费基数缴纳；持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，自到社保经办机构办理登记手续的当月起，个人应缴纳的职工医保费由政府全额补贴。

灵活就业人员在领取失业保险金期间，以上年度省平工资的60%为缴费基数，按9%的比例缴纳职工医保费，其个人应缴纳的职工医保费由失业保险基金支付。

4.协缴人员缴费标准。

协缴人员在办理协缴手续时一次性缴纳职工医保费，具体标准按市政府有关规定执行。市财政对未就业的协缴人员按上年度省平工资2%的人均标准予以补贴，用于补充统筹基金。协缴人员再就业期间，按在职职工的标准缴纳职工医保费。

（六）建立重大疾病医疗补助资金。重大疾病医疗补助资金由两部分组成，一部分按职工医保缴费基数0.2%的标准，从职工医保缴费总额中划转计入；另一部分由参保人员每人每月缴纳3元。

（七）参保人员应缴纳的重大疾病医疗补助费按以下规定办理：

1.在职职工由用人单位按月代扣，并随职工医保费一并缴纳。

2.退休人员按月从其医保个人账户当年资金中扣缴。

3.灵活就业人员在缴纳职工医保费时一并缴纳；其中在领取失业保险金期间，由失业保险基金支付。

4.协缴人员按月从其医保个人账户资金中扣缴。

5.六级及以上残疾军人由同级财政全额补贴。

6.持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，由政府全额补贴。

（八）政府按本年度主城区参保人员缴费基数总额的一定比例补充职工医保统筹基金和重大疾病医疗补助资金，具体根据职工医保基金运行情况另行确定。

（九）参保人员的个人账户由市基本医疗保险经办机构统一建立和管理，每年底对参保人员的个人账户进行年度结转。结转时，根据人员类别、缴费或划账基数及年龄等预设次年的个人账户当年资金。年度内新参保或跨年度续保人员，其个人账户当年资金在办理参（续）保手续的当月预设。个人账户当年实际计入资金从缴费当月起按月划入。个人账户当年结余部分，年度结转后转为历年资金。

1.在职职工个人账户当年资金由两部分组成：一部分为个人缴费基数的2%，由个人按月缴纳；另一部分根据不同年龄段，按个人缴费基数的一定比例按月划入。具体划入比例为:35周岁（含）以下0.4%;35周岁以上至45周岁（含）0.7%;45周岁以上1%。

2.灵活就业人员个人账户当年资金，以上年度省平工资为基数，根据不同年龄段的一定比例按月划入。具体划入比例为:35周岁（含）以下0.4%;35周岁以上至45周岁（含）0.7%;45周岁以上1%。

3.退休人员的个人账户当年资金，以上年度省平工资为基数，根据不同年龄段按一定比例按月划入，其中本人上年度基本养老金高于上年度省平工资的，按本人上年度基本养老金的一定比例划入。具体划入比例为：70周岁（含）以下5.8%;70周岁以上6.8%。

4.协缴人员协缴期间的个人账户资金，按其缴纳职工医保费总额的50%（扣减重大疾病医疗补助资金和医疗困难救助资金后），按月划入其个人账户历年资金。

5.参保人员因跨年龄段、人员类别变动、缴费或划账基数调整、异地转入、补退职工医保费等原因造成个人账户当年预设资金额度与实际计入资金额度不符的，其差额部分在下一年度的个人账户资金中调整，其中差额部分为正数的，划入个人账户历年资金，差额部分为负数的，划入个人账户当年资金。

（十）有下列情形之一的，停止划入个人账户资金：

1.未按规定缴纳或停止缴纳职工医保费的。

2.退休人员被停发基本养老金的。

3.市社会保险行政部门规定的其他情形。

（十一）个人账户当年资金用于支付符合医保开支范围的普通门诊（含急诊，下同）医疗费。

（十二）个人账户历年资金用于支付以下费用：

1.浙江省社会保险行政部门公布的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目内，按规定应由个人承担的普通门诊、规定病种门诊和住院医疗费。

2.浙江省社会保险行政部门公布的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目内，超过限定支付范围的医疗服务项目或药品费用。

3.普通挂号费、急诊挂号费、复制片费、洁齿费、计算机图文报告费、彩色打印照片费、彩色一次成像（波拉）照片费、煎药费。

4.健康体检费（限浙江省社会保险行政部门公布的基本医疗保险医疗服务项目）。

5.除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用：狂犬病疫苗、23价肺炎球菌多糖疫苗、7价肺炎球菌结合疫苗、流感疫苗。

6.国家和省规定的其他项目。

（十三）个人账户结余资金在年度结转时，按当年12月31日执行的银行活期存款基准利率计息一次，产生的利息划入其个人账户的历年资金。个人账户的本金和利息归个人所有，可按规定转移、清算和依法继承。

（十四）参保人员跨统筹地流动就业的，应按国家、省有关规定办理转移接续手续。

1.参保人员与用人单位终止或解除劳动关系后，在其他统筹地参保的，可按规定办理职工医保缴费年限和个人账户实际结余资金的转移；非主城区户籍且未在其他统筹地参保的，可按规定办理个人账户清算。

2.参保人员在主城区参保后，可按规定将原参保地的职工医保缴费年限和个人账户实际结余资金转移至主城区。转入的个人账户已区分当年资金和历年资金的，分别划入新建立个人账户中的当年资金和历年资金；转入个人账户资金未区分当年资金和历年资金的，全部划入当年资金。

3.原参保地职工医保缴费年限可累计计算至办理转移手续的当月，但与主城区职工医保实际缴费年限不重复计算。

4.按原参保地政策已支付的门诊、住院起付标准及医疗费不予累计计算。

5.已享受职工医保退休待遇的参保人员，医保关系不予转移。

（十五）参保人员因医保关系转出、出国（出境）定居注销户籍、死亡等原因，转移或清算个人账户的，须先结清相关医疗费用后，再按规定划转或发还个人账户实际结余资金。其中个人账户当年资金出现透支的，先由个人账户历年结余资金冲抵，个人账户历年结余资金不足冲抵的，由本人补足。死亡人员个人账户当年资金出现的透支部分统一从职工医保统筹基金中核销。

个人账户结余资金未办理转移或清算手续的，再次参加主城区职工医保后，可按规定继续使用。

（十六）参保人员死亡后，其个人账户实际结余资金，由其合法继承人或受遗赠人凭死亡证明（由医疗机构或民政、公安、司法等部门出具）、继承人或受遗赠人本人身份证、继承人与死亡人员的关系证明或遗赠公证书，至医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）办理继承或遗赠手续。

（十七）用人单位或参保人员应在符合参保条件的3个月内办理参保缴费手续，并连续缴费至按月领取基本养老金。在规定时间内办理参保手续的人员，其医保待遇自缴纳职工医保费的次月起享受。

个体工商户及其雇工首次参加主城区职工医保的，在连续缴纳职工医保费满6个月后，方可享受医保待遇。

持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，至社保经办机构办理登记手续后方可享受医保待遇。

（十八）按规定延期缴纳职工医保费的参保人员，在延缴期间享受职工医保在职人员待遇。

参加职工医保的退休人员，基本养老保险待遇暂停发放的，职工医保待遇应同时暂停；基本养老保险待遇恢复后，其职工医保待遇同时恢复。待遇暂停期间发生的医疗费，不列入医保开支范围。

（十九）符合参保条件的人员，未在规定时间内办理参保缴费手续或连续中断缴费3个月的，视为中断参保。在中断后办理参保手续并连续缴费满6个月（以下简称等待期）后，方可享受医保待遇。参保人员当月未缴费的，次月不享受职工医保待遇。

出国（出境）期间未缴纳医保费的，不视作中断参保。

（二十）用人单位未按规定缴纳职工医保费导致参保人员中断参保的，由用人单位按规定补缴；用人单位足额补缴所欠的职工医保费的次月起，恢复其单位职工的医保待遇。参保人员在中断期间发生的医疗费，由单位和个人共同承担。

因参保人员个人原因中断参保的，可按规定补缴中断期间职工医保费。在中断期间和等待期内发生的医疗费，不列入医保开支范围。

（二十一）参保人员在办理补缴时，按应保未保期间的不同身份补缴职工医保费，具体按以下规定执行：

1.以单位职工身份补缴的，当年补缴时段的缴费基数按本人当前缴费基数确定，缴费比例为当前的职工医保费比例；以前年度的缴费基数为办理补缴时上年度省平工资，缴费比例为当前的职工医保费比例。

2.以灵活就业人员身份补缴的，缴费基数为办理补缴时上年度省平工资，缴费比例为9%。

3.补缴起始时间不得早于本人按规定纳入职工医保的起始时间。

4.参保人员补缴职工医保费时，应一并补缴重大疾病医疗补助费。

5.市医保经办机构应按规定补划补缴期间的个人账户资金。

（二十二）参保人员退休时，应按规定办理医保缴费年限审核和退休待遇核定手续。其中，缴费年限满20年及以上的，自办理医保退休待遇审核手续的次月起享受退休人员医保待遇；缴费年限不足20年的，由参保人员一次性补缴满20年，并从办理补缴手续后的次月起享受退休人员医保待遇。

职工医保缴费年限包括职工医保实际缴费年限、经社会保险行政部门认定的视同缴费年限、2002年12月31日前符合国家规定的连续工龄,以上年限不重复计算。

（二十三）参保人员办理退休手续时，职工医保一次性补缴的费率按办理补缴手续时灵活就业人员的缴费标准确定，补缴基数为上年度省平工资。其中补缴时持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，按补缴基数60%的标准补缴，其余40%部分由政府补贴。一次性补缴的医保费用不予划入医疗保险个人账户。

办理一次性补缴手续时，应同时补缴重大疾病医疗补助费。其中补缴时持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，个人应补缴的重大疾病医疗补助费由政府全额补贴。

（二十四）在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的住院医疗费按以下规定结算：

1.职工医保统筹基金支付设立最高限额，最高限额（以出院日期为准累计计算）为24万元。

2.承担一次住院起付标准，具体为：三级及相应医疗机构（以下简称三级医疗机构）800元，二级及相应医疗机构（以下简称二级医疗机构）600元，其他医疗机构和社区卫生服务机构300元。

3.起付标准以上最高限额以下部分医疗费，职工医保统筹基金承担的比例为：

住院起付标准以上至4万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费，退休前82%，退休后86%；在二级医疗机构发生的医疗费，退休前84%，退休后88%；在其他医疗机构发生的医疗费，退休前86%，退休后90%；在社区卫生服务机构发生的医疗费，退休前88%，退休后93%。

4万元以上至24万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费，退休前88%，退休后94%；在二级医疗机构发生的医疗费，退休前90%，退休后95%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，退休前92%，退休后96%。

4.统筹基金最高限额以上部分医疗费，由重大疾病医疗补助资金和个人共同承担，其中重大疾病医疗补助资金承担的比例为：三级医疗机构88%；二级医疗机构90%；其他医疗机构和社区卫生服务机构92%。

（二十五）在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的普通门诊医疗费按以下规定结算：

1.先由个人账户当年资金支付，个人账户当年资金不足支付的，由个人承担一个门诊起付标准的医疗费用。具体为：退休前的参保人员为1000元；企业和参照企业的退休人员为300元；其他退休人员为700元。

2.参保人员退休当年的门诊起付标准按医保退休待遇审核前后的实际月份分别换算确定。当年度个人实际支付的门诊起付标准已超过应支付部分的，超过部分按80%的比例划入其个人账户的历年资金。

3.门诊起付标准以上部分医疗费，统筹基金承担的比例为：在三级医疗机构发生的医疗费，退休前76%，退休后82%；在二级医疗机构发生的医疗费，退休前80%，退休后85%；在其他医疗机构发生的医疗费，退休前84%，退休后88%；在社区卫生服务机构发生的医疗费，退休前88%，退休后92%。

二、城乡居民基本医疗保险

（二十六）下列人员可参加城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）：

1.主城区户籍，未满18周岁的少年儿童，或虽已满18周岁但仍在主城区中小学校就读的学生；非主城区户籍，在主城区中小学校就读，且其父母一方已参加主城区职工医保的中小学生，以及在主城区居住、其父母一方已参加主城区职工医保并累计缴费满3年的学龄前儿童（以下统称少年儿童）。

2.杭州市行政区域内各类全日制普通高等学校（包括民办高校）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生（以下统称大学生）。

在杭就读的外籍留学生不纳入参保范围。

3.主城区户籍，18周岁以上，未参加主城区职工医保或异地基本医疗保险的人员（以下统称其他城乡居民）。

4.由市第一社会福利院、市儿童福利院等公办福利机构集中收养的人员（以下统称收养人员）。

（二十七）城乡居民医保根据人员类别和缴费标准分为少儿医保（限少年儿童），大学生医保（限大学生）和其他城乡居民医保。其中，其他城乡居民医保分一档、二档，符合参保条件的人员，可根据本人实际情况自由选择参保档次。

收养人员根据人员类别按规定参加相应的城乡居民医保，其中符合其他城乡居民参保规定的收养人员统一参加其他城乡居民医保一档。

（二十八）城乡居民医保的参（续）保期和经办地点分别为：

1.少儿医保的参保人员应在每年的6月至9月，至医保经办机构、街道（镇）人力资源和社会保障服务机构办理下一结算年度的参（续）保手续。

2.大学生医保的参保人员应在每年的6月至10月，由所在高校负责统一代办下一结算年度的参（续）保手续。

3.其他城乡居民医保的参保人员应在每年的10月至12月，至医保经办机构、街道（镇）人力资源和社会保障服务机构办理下一结算年度的参（续）保手续。

4.收养人员由集中管理的单位统一申报办理。

参（续）保期的具体起止时间以市医保经办机构当年公告为准。

（二十九）新符合参保条件的人员，应在纳入参保范围的3个月内办理参保手续，并自缴费的次月起享受该结算年度剩余月份的城乡居民医保待遇。其中，符合参保条件并在出生之日起3个月内办理参保缴费手续的新生儿，自出生之日起享受该结算年度剩余月份的城乡居民医保待遇。符合免缴条件的人员，在办理相关证件或证明登记手续后，方可享受城乡居民医保待遇。

（三十）除大学生外，其他符合参保条件的人员，应持下列有效证件办理参（续）保手续。

1.首次办理参保手续的人员，应提供本人身份证、户口簿的原件和复印件，以及一寸近照一张。其中，非主城区户籍的少儿还须提供其与在主城区参加职工医保的父母一方的关系证明。

2.办理续保手续的人员，应提供本人中华人民共和国社会保障卡（以下简称社保卡）或身份证、《杭州市基本医疗保险证历本》（以下简称《证历本》）。

3.符合免缴条件的人员，在办理参（续）保手续时，还应按规定提供相关免缴证件或证明（含原件和复印件）。

4.非主城区户籍和18周岁以上主城区户籍的学生，在办理少儿医保参（续）保手续时，需提供学生证或学校的学籍证明。主城区各中小学校应配合做好宣传发动工作，并为有需要的中小学生开具学籍证明。

（三十一）城乡居民医保费由参保人员按年度缴纳，政府按规定给予补贴（除农转非外，18周岁以上、未达到法定退休年龄、主城区城镇户籍的非从业人员，城乡居民医保费由个人全额缴纳），用于建立城乡居民医保统筹基金。城乡居民医保费同一结算年度内缴费标准不变，具体按以下标准筹集：

1.少儿医保为每人每年500元，其中个人缴纳200元，其余部分由政府补贴。

2.大学生医保为每人每年240元，其中个人缴纳60元，财政补贴180元。财政补贴所需资金按照高校隶属关系，由同级财政安排。

3.其他城乡居民医保一档为每人每年1500元，其中个人缴纳500元，其余部分由政府补贴；其他城乡居民医保二档为每人每年1000元，其中个人缴纳300元，其余部分由政府补贴。

（三十二）符合免缴条件的人员，其个人应缴纳的城乡居民医保费由财政补贴。其中持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的少儿，其个人应缴纳的少儿医保费由政府全额补贴；持有效期内二级及以上《残疾证》、《残保证》或县级及以上民政部门出具的家庭困难证明的大学生，其个人应缴纳的大学生医保费根据高校隶属关系由同级财政全额补贴；持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员、农村五保户、“三无”人员、低收入农户及重点优抚对象，其个人应缴纳的其他城乡居民医保费由政府全额补贴。

市第一社会福利院、市儿童福利院等公办福利机构集中收养的人员，由市财政全额补贴。

（三十三）少儿医保、其他城乡居民医保的参保人员办理参（续）保手续时可选择委托银行代扣医保费。

参保人员相关信息发生变更的，应在每年参（续）保期内至经办地点办理参（续）保资格审核手续，方可继续委托银行扣缴医保费。

（三十四）未在规定时间内办理参（续）保缴费手续的，视为中断参保。中断参保后，经本人申请，可补办当年度参（续）保缴费手续，并在缴费后满6个月方可享受当年度剩余月份的城乡居民医保待遇。在参（续）保期内办理下一结算年度缴费手续的，可享受缴费所属结算年度的医保待遇。

（三十五）大学生因病或其他原因，按高校学籍管理规定办理休学手续的，在休学期间，高校应为其统一办理参（续）保缴费手续，并可按规定继续享受城乡居民医保待遇。

大学生被高校注销学籍的，自高校为其办理学籍注销手续之日起停止享受大学生医保待遇，其个人已缴纳的城乡居民医保费不予退回。

大学生在杭就读期间应当连续参保缴费至毕业，其参加大学生医保的年限，可视作主城区职工医保实际缴费年限。

（三十六）在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的住院医疗费按以下规定结算：

1.少儿医保和其他城乡居民医保的统筹基金支付设立最高限额（以出院日期为准累计计算），最高限额为18万元；大学生医保的统筹基金支付不设最高限额。

2.承担一次住院起付标准，具体为：三级医疗机构800元，二级医疗机构600元，其他医疗机构和社区卫生服务机构300元。

3.起付标准以上部分医疗费，统筹基金承担的比例按以下规定支付：

（1）少儿医保和其他城乡居民医保住院起付标准以上至18万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费，基金承担70%；在二级医疗机构发生的医疗费，基金承担75%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，基金承担80%。

18万元以上部分医疗费，由政府统筹安排城乡居民重大疾病医疗补助资金，按照70%的比例予以补助。

（2）大学生医保住院起付标准以上至18万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费，基金承担70%；在二级医疗机构发生的医疗费，基金承担75%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，基金承担80%。

18万元以上部分医疗费，由统筹基金支付80%。

（三十七）在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的普通门诊医疗费按以下规定结算：

1.先由个人承担一个门诊起付标准的医疗费用，具体为300元。其中，其他城乡居民医保一档和二档的参保人员自愿选择定点在居住地所在社区卫生服务机构就诊的，其门诊医疗费不设起付标准。

2.门诊起付标准以上部分医疗费，统筹基金承担的比例为：

（1）少儿医保和大学生医保的参保人员：在三级医疗机构发生的医疗费，基金承担40%；在二级医疗机构发生的医疗费，基金承担50%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，基金承担70%。

（2）其他城乡居民医保一档的参保人员：在三级医疗机构发生的医疗费，基金承担40%；在二级医疗机构发生的医疗费，基金承担50%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，基金承担70%。其他城乡居民医保二档的参保人员：在三级医疗机构发生的医疗费，基金承担25%；在二级医疗机构发生的医疗费，基金承担35%；在其他医疗机构和社区卫生服务机构发生的医疗费，基金承担60%。

三、医疗困难救助

（三十八）建立医疗困难救助资金。医疗困难救助资金主要由两部分组成，一部分由财政安排的专项资金，其中区级财政按省规定救助标准的50%上交至市级财政专项资金；另一部分由职工医保的参保人员每人每月缴纳1元。

（三十九）参保人员应缴纳的医疗困难救助费按以下规定办理：

1.在职职工由用人单位按月代扣，并随职工医保费一并缴纳。

2.退休人员按月从其医保个人账户当年资金中扣缴。

3.灵活就业人员在缴纳职工医保费时一并缴纳，其中在领取失业保险金期间，由失业保险基金支付。

4.协缴人员按月从其医保个人账户资金中扣缴。

5.六级及以上残疾军人由同级财政全额补贴。

6.持有效期内《救助证》、《残保证》或二级及以上《残疾证》的人员，由政府全额补贴。

（四十）医疗困难救助对象。

1.参加主城区职工医保或城乡居民医保，并持有效期内《救助证》、《残保证》、二级及以上《残疾证》或《低收入农户证》的人员。

2.参加主城区职工医保或城乡居民医保的其他参保人员。

3.市政府确定的其他救助对象。

（四十一）救助对象在一个结算年度内发生的符合医保开支范围的医疗费中个人负担部分，可按以下标准享受医疗困难救助：

1.住院和规定病种门诊。

（1）持有效期内《救助证》、《残保证》、二级及以上《残疾证》或《低收入农户证》的参保人员，按不同比例分段累计的方法计算救助额度（下同）。各段救助比例分别为：5000元（含）以下段为50%；5000元以上至10000元（含）段为60%；10000元以上至15000元（含）段为70%；15000元以上至20000元（含）段为80%；20000元以上段为90%。

（2）企业和参照企业参保的职工医保退休人员，其超过5000元以上的部分，各段救助比例分别为：5000元以上至10000元（含）段为50%；10000元以上至15000元（含）段为60%；15000元以上至20000元（含）段为70%；20000元以上至25000元（含）段为80%；25000元以上段为90%。

（3）其他职工医保参保人员，其超过15000元以上的部分，各段救助比例分别为：15000元以上至25000元（含）段为50%；25000元以上至30000元（含）段为60%；30000元以上至35000元（含）段为70%；35000元以上至40000元（含）段为80%；40000元以上段为90%。

（4）城乡居民医保参保人员，其超过25000元以上的部分，各段救助比例分别为：25000元以上至30000元（含）段为50%；30000元以上至35000元（含）段为60%；35000元以上至40000元（含）段为70%；40000元至45000元（含）段为80%；45000元以上段为90%。

2.普通门诊。

持有效期内《救助证》、《残保证》、二级及以上《残疾证》或《低收入农户证》的人员，按50%的比例救助，每人救助额不超过3000元。

（四十二）医疗困难救助的程序：

1.即时救助：救助对象在主城区定点医疗机构（含“一卡通”定点医疗机构）或定点零售药店就医、购药时发生的医疗费，符合上述救助规定的，可在医疗费结算时直接享受医疗救助。其中，持有效期内《救助证》的人员，在杭州惠民医院或经杭州惠民医院同意转入指导医院、协作医院就诊的，可按规定同时享受有关惠民政策。

2.事后救助：救助对象发生的符合救助标准的医疗费，未能享受即时救助的，需按以下程序申请医疗困难救助。

救助对象应在下一结算年度的首月底前，持本人医疗费结算单据原件、清单、出院小结及相关证件的原件和复印件等，至医保经办机构填写《杭州市医疗困难救助申请表》，经审核符合救助规定的给予救助。

长住外地的参保人员，在报销医疗费时经审核符合救助规定的，可持相关材料一并提出申请，由医保经办机构给予医疗困难救助。

（四十三）持有效期内《救助证》、《残保证》、二级及以上《残疾证》或《低收入农户证》的人员，至社保经办机构办理相关证件登记手续后享受相应医疗困难救助待遇。

（四十四）医疗费原始发票已作为有关部门或单位报销凭证的，可由相关部门或单位出具原始凭证分割单，并加盖财务专用章，再按医疗困难救助规定申请救助。

（四十五）建立由市社会保险行政部门牵头，市民政、卫生、财政、工会等部门参与的市医疗困难救助联席会议制度，研究解决医疗困难救助工作中出现的特殊情况和重大事宜。联席会议办公室设在市社会保险行政部门。

对已按第四十一条标准给予救助后，仍存在严重就医困难，或因患严重慢性疾病、重大疾病导致家庭特别困难，以及遭遇其他突发性就医困难等特殊情况的人员，由个人提出申请，经医保经办机构审核上报，市医疗困难救助联席会议研究同意后予以救助。

四、医疗保险险种转换

（四十六）符合参保条件的人员，在同一时期内只能参加一种基本医疗保险，但可在连续参保的情况下按规定转换不同的医疗保险险种。因在单位就业或者停保后超过3个月变更险种的，不视作险种转换。险种转换后，原已缴纳的医疗保险费和已享受的医保待遇不予清算。

（四十七）险种转换类型包括高待遇险种转低待遇险种（以下简称高转低）和低待遇险种转高待遇险种（以下简称低转高）两种。

高转低是指职工医保转其他城乡居民医保，低转高是指其他城乡居民医保转职工医保。由高转低的，从缴费的次月起享受低待遇险种的医保待遇；由低转高的，须在连续缴费满6个月后享受高待遇险种的医保待遇，等待期内仍按低待遇险种的基金支付标准享受待遇。参加职工医保的人员转为参加其他城乡居民医保后，3个月内要求再次转为参加职工医保的，可补缴此期间的职工医保费，并从次月起享受职工医保待遇。

（四十八）转换险种的参保人员，在定点医疗机构和定点零售药店结算费用时，统筹基金列支渠道按享受待遇所对应险种的规定执行。

（四十九）转换险种的参保人员，一个结算年度内应承担的门诊起付标准额度，从变更之日起按变更后险种的标准确定，已承担的起付标准额度超过变更后标准的，不予清算。在一个结算年度内，多次变更医保险种的，其门诊起付标准按首次变更险种时核定的起付标准额度确定。

五、规定病种管理

（五十）规定病种是指各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血、儿童孤独症、精神分裂症、情感性精神病，以及慢性肾功能衰竭的透析治疗和器官移植后的抗排异治疗。

规定病种范围可由市社会保险行政部门根据实际情况调整，经市政府核准后公布执行。

（五十一）患规定病种疾病的参保人员，可持主城区二级及以上定点医疗机构出具的《杭州市基本医疗保险规定病种门诊治疗建议书》（长住外地人员可凭当地二级及以上定点医疗机构出具的相关证明）、病历和有关检查、化验报告等资料，其中患有精神分裂症、情感性精神病、儿童孤独症的，须持有精神病专科医院或三级医疗机构的精神病专科出具的有关医疗证明，至医保经办机构办理备案手续。

（五十二）患慢性肾功能衰竭需进行门诊透析治疗的参保人员，在按规定办理备案手续的同时，可选择一家门诊透析特约定点医疗机构，并可根据本人需要每3个月调整一次，透析费用按照相关规定结算。具体管理办法由市社会保险行政部门另行制定。

（五十三）在一个结算年度内，规定病种门诊医疗费按住院医疗费结算，但不设住院起付标准。

六、费用征缴与基金管理

（五十四）基本医疗保障基金包括统筹基金、个人账户基金、重大疾病医疗补助资金和医疗困难救助资金。其中，统筹基金包括职工医保、少儿医保、大学生医保和其他城乡居民医保统筹基金；重大疾病医疗补助资金包括职工医保和城乡居民医保重大疾病医疗补助资金。

医保基金的来源包括单位和个人缴纳，政府补贴，基金的存款利息，公民、法人及其他组织的捐赠和其他收入。

（五十五）职工医保费由地税部门负责征收；城乡居民医保费由医保经办机构负责收缴，镇人民政府、街道办事处和在杭高校应积极协助做好收缴工作。

（五十六）医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独核算，任何组织和个人不得侵占挪用。市医保经办机构应建立相应的财务管理制度，对各类医保基金进行分账核算，专款专用。

（五十七）建立基本医疗保险市级风险调剂金，具体按照《杭州市基本医疗保险市级风险调剂金管理实施办法》的规定执行。

（五十八）医保基金当年产生赤字时，按下列规定办理：

1.职工医保统筹基金历年结余不足支付当年赤字时，不足部分由市级风险调剂金和政府专项补助资金各承担50%。

2.城乡居民医保统筹基金产生赤字时，不足部分由政府承担。其中，大学生医保基金不足部分，按照各高校参保人数的比例，由同级财政承担。

3.重大疾病医疗补助资金和医疗困难救助资金产生赤字时，不足部分由政府承担。

七、就医管理

（五十九）参保人员的就医凭证包括社保卡和《证历本》。其中社保卡委托杭州市市民卡服务机构制发；《证历本》由市医保经办机构按全市统一的标准和格式制发。

（六十）市社会保险行政部门应根据参保人员的需求并结合主城区医保运行情况，确定定点医疗机构（含“一卡通”定点医疗机构）和定点零售药店，并向社会公布。定点医疗机构和定点零售药店应与市医保经办机构签订医保服务协议，明确双方的权利和义务，方可为参保人员提供基本医疗服务。

（六十一）参保人员在定点医疗机构和定点零售药店范围内选择就医、购药时，应主动出示就医凭证。定点医疗机构和定点零售药店应予以校验，并在《证历本》上如实记载诊疗和售药情况。

（六十二）参保人员发生的符合浙江省社会保险行政部门公布的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目的医疗费列入医保开支范围。

经食品药品监管部门注册、物价部门核价后的定点医疗机构治疗性自制制剂，须报市社会保险行政部门审核同意后，方可列入医保开支范围。

（六十三）定点医疗机构和定点零售药店应为参保人员选择安全有效、价格合理的药品，并根据病情按以下原则掌握药量：急性病不超过3天用药量；一般慢性病不超过15天用药量；纳入规定病种的疾病及高血压、冠心病、糖尿病、肺结核、慢性肝炎及其他长期慢性病和住院患者出院需带治疗药品的不超过1个月用药量。

（六十四）参保人员因病需使用基本医疗保险药品目录中的乙类药品和医疗服务项目目录中的乙类项目的，先由个人承担一定比例费用后，再纳入医保开支范围。

（六十五）参保人员因病确需使用有疗程和品种数量规定的药品和医疗服务项目时，应在就医的定点医疗机构或至医保经办机构先办理备案手续。

（六十六）参保人员不得强行要求住院或拒绝出院。不符合住院条件而强行要求住院的，其发生的医疗费不列入医保开支范围；符合出院条件而拒绝出院的，在定点医疗机构开具出院通知单后停止记账，发生的医疗费不列入医保开支范围。

（六十七）参保人员在主城区非定点医疗机构急诊治疗的，治疗结束后，凭急诊证明至医保经办机构按规定结算医疗费。

（六十八）长住外地3个月以上的参保人员，应持《杭州市基本医疗保险长住外地人员登记表》（单位在职职工须加盖单位公章，其他参保人员由居住地社区盖章确认）至医保经办机构办理备案手续，并于手续办理后生效。在长住地定点医疗机构发生的医疗费，由个人全额支付后，至医保经办机构按规定结算。其中，非主城区户籍的以下人员不予办理长住外地手续：灵活就业人员、个体工商户及其雇工、少年儿童。

参保人员办理长住外地备案手续生效后，暂停其在主城区定点医疗机构、定点零售药店结算普通门诊医疗费或购药费。参保人员临时回主城区，因病需普通门诊就医或购药的，可至医保经办机构办理临时回杭就医购药备案手续。

（六十九）已办理长住外地备案手续的参保人员，须在办理备案手续的3个月后，方可撤销备案手续。

（七十）参保人员临时外出期间在当地医疗机构就医的，发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额支付后，至医保经办机构按以下规定结算：

急诊发生的医疗费，在报销时提供急诊证明的，可按规定结算。其中，在直辖市、省会城市、省外计划单列市的医疗机构发生的医疗费，先由个人自理10%。

非急诊在当地定点医疗机构诊治发生的医疗费，先由个人自理10%，再按规定结算。其中，在直辖市、省会城市、省外计划单列市发生的医疗费，先由个人自理20%。

非急诊治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。

（七十一）参保人员因患疑难疾病，经本市三级及相应定点医疗机构检查后无法确诊，或确诊后无治疗条件的，可由该定点医疗机构提出转外诊治建议，并经该定点医疗机构或医保经办机构备案后，可转上海、北京二级及以上定点医疗机构就医。其中，长住外地参保人员应由当地二级及以上定点医疗机构提出转诊建议，方可转上海、北京二级及以上定点医疗机构就医。

转上海、北京发生的符合医保开支范围的医疗费先由个人自理10%后，再按规定结算。

（七十二）患慢性疾病的参保人员，在出境期间，需携带药品持续治疗的，可持本人社保卡（或身份证）、《证历本》、签证原件、定点医疗机构出具的《杭州市基本医疗保险出国、出境带药备案单》至医保经办机构备案后，可配取最多不超过3个月的用于治疗慢性疾病的药量。

出国（出境）期间，暂停该参保人员在定点医疗机构、定点零售药店的医疗费结算。回主城区后，其应持本人社保卡（或身份证）、签证原件和复印件，及时至医保经办机构办理撤销手续。

（七十三）其他城乡居民医保参保人员自愿选择定点在居住地所在的一家社区卫生服务机构普通门诊就诊的，原则上一个结算年度内不予撤销。如本人申请要求撤销的，从办理撤销手续的次月起可在定点医疗机构和定点零售药店就医、购药，并承担当年度的门诊起付标准。

参保人员办理长住外地备案手续后，其选择的社区卫生服务机构定点手续自动撤销，并承担当年度的门诊起付标准。

（七十四）自愿选择定点的参保人员，因病需转其他医疗机构门诊诊治的，应经本人定点的社区卫生服务机构同意后，方可转诊。转诊后发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额支付后，至定点的社区卫生服务机构按规定结算，其个人负担比例按在社区卫生服务机构就诊的规定执行。对未办理转诊手续发生的符合医保开支范围的医疗费，按发生费用的定点医疗机构等级结算。

（七十五）大学生在寒暑假、因病休学或符合高校管理规定的实习期间，可在相关居住地、实习地的医保定点医疗机构就医，所发生的医疗费由个人全额支付后，持所在高校相关证明至医保经办机构按规定结算。

（七十六）符合家庭病床建床条件的参保人员，可持家庭病床服务机构出具的《杭州市基本医疗保险家庭病床建床登记表》至医保经办机构办理备案手续。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

八、费用结算管理

（七十七）基本医疗保险的结算年度：少儿医保和大学生医保为每年9月1日至次年8月31日，其他参保人员为每年1月1日至12月31日。

（七十八）参保人员的住院医疗费结算采用出院结算制，其医保待遇按医疗费结算时可享受险种的规定执行，待遇中断期间发生的医疗费不列入医保开支范围。参保人员连续住院满一年（365天）的，应结算一次。住院期间，因病情需其他定点医疗机构门诊治疗的，须经住院的定点医疗机构同意后，方可至其他定点医疗机构就诊，发生的医疗费至原住院医疗机构按规定结算。

（七十九）在直接联网的定点医疗机构（含“一卡通”定点医疗机构）和定点零售药店发生的，应由参保人员个人支付的医疗费，由参保人员直接与定点医疗机构和定点零售药店按规定结算；应由医保基金支付的医疗费，由定点医疗机构和定点零售药店与市医保经办机构按规定结算。

定点医疗机构、定点零售药店应在每月10日前报送上月医疗费的申请核拨表，市医保经办机构应在当月20日前预拨。经审核后，不符合规定的医疗费在下月拨款中扣除。

（八十）在非直接联网的医疗机构发生的应由医保基金支付的医疗费或因急诊、医保网络故障等原因未能在直接联网的定点医疗机构按规定结算的医疗费，由参保人员全额支付后再至医保经办机构按规定结算。

 （八十一）参保人员在报销医疗费时，应持本人社保卡（或身份证）、就医凭证、本人银行卡、相关登记表、医疗费原始发票、医疗费汇总明细清单、出院小结和病历等医疗文书（含复印件）以及就诊医疗机构等级证明办理，其中委托他人代办的，应同时提供代办人社保卡（或身份证）。在异地就诊不能提供医疗机构等级证明的，按三级医疗机构的结算标准执行。

参保人员应在下一结算年度首月底前，办理上一结算年度医疗费申请报销手续。

（八十二）市医保经办机构与主城区定点医疗机构、定点零售药店之间的费用结算，按杭州市基本医疗保险医疗费用结算管理有关规定执行。

基本医疗保险“一卡通”的费用结算，按有关规定执行。

（八十三）参保人员在救护车上发生的医疗费和在定点零售药店发生的购药费，符合医保开支范围的，按二级医疗机构普通门诊的标准结算。

（八十四）因大规模暴发性传染病或受大规模自然灾害影响造成的医疗费，由市政府研究解决。

（八十五）参保人员因下列情形发生的医疗费，不列入医保开支范围：

1.在浙江省社会保险行政部门规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目范围以外的；

2.在境外就医的；

3.应由第三人负担的；

4.应从工伤保险基金中支付的；

5.应由公共卫生负担的；

6.其他违反基本医疗保险规定的。

（八十六）医疗费依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由医保基金先行支付。医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

（八十七）参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，应按基本医疗保险的规定先行结算。如按商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费部分，在医保结算时应予以扣除。

九、其他

（八十八）本实施细则所称的主城区范围包括上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、杭州经济开发区和杭州西湖风景名胜区。

（八十九）市医保经办机构负责主城区医保经办管理工作，指导各区、县（市）医保经办机构开展医保管理服务工作。主城区其他医保经办机构按照各自职责，负责开展医保日常工作。

（九十）社保（医保）经办机构应及时为用人单位建立档案，完整、准确地记录参加医疗保险的人员、缴费等医疗保险数据，妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。

社保（医保）经办机构应当及时、完整、准确地记录参加医疗保险的个人缴费和用人单位为其缴费，以及享受医疗保险待遇等个人权益记录。

用人单位和个人可按规定免费向社保（医保）经办机构查询、核对其缴费和享受医疗保险待遇记录，以及要求医保经办机构提供医疗保险咨询等相关服务。

（九十一）用人单位、定点医疗机构、定点零售药店、医保经办机构及其工作人员、参保人员和其他人员的违规行为，按照《杭州市基本医疗保障违规行为处理办法》的规定执行。

（九十二）参保人员的医保待遇启动后，已缴纳的医疗保险费（含一次性补缴费用）不予退回。

（九十三）医疗保险费征缴基数、个人账户划账基数等有关数据，由市社会保险行政部门在每年年底前公布执行。

（九十四）用人单位可建立职工补充医疗保险，用于提高职工医疗保障水平，所需经费按国家有关规定列支。

（九十五）建国前参加革命工作的老工人、六级及以上残疾军人、市级及以上劳动模范，以及参照享受劳动模范医疗待遇的人员在享受基本医疗保险待遇的基础上，享受医疗照顾待遇，具体办法另行制定。

（九十六）本实施细则除有明确规定外，其他涉及政府补贴的，由市财政和参保人员户籍所在城区财政各承担50%。

（九十七）本实施细则自2014年1月1日起施行，由市人力社保局负责牵头组织实施。其中，实施细则规定的少儿医保和大学生医保筹资和待遇标准，从2014年9月1日起执行。

        2013年12月6日印发