

杭州市基本医疗保障办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全和完善我市基本医疗保障制度，维护参保人员的基本医疗保障权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《浙江省社会救助条例》及国家、省有关深化医疗保障制度改革的意见和要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保障制度坚持覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、公平适度、多层次可持续，公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与经济发展水平相适应的原则。

第三条 建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障制度体系。具体包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）、大病保险和医疗救助制度等。

第四条 本办法适用于杭州市行政区域内的所有用人单位及其职工，城乡居民，基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药店（以下统称定点医药机构）及其监管机构等。

第五条 杭州市区[含上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、萧山区、余杭区、富阳区、临安区、杭州钱塘新区和杭州西湖风景名胜区]、桐庐县、淳安县和建德市分别作为独立的医疗保障管理辖区（以下简称辖区）。

第六条 各级人民政府应将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，贯彻执行医疗保障法律、法规、规章和政策，对医疗保障事业给予组织和经费保障。

第七条 市医疗保障行政部门主管全市基本医疗保障工作。区、县（市）医疗保障行政部门负责本地的基本医疗保障工作，各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责具体实施工作。

发改、经信、人力社保、农业农村、卫生健康、民政、财政、税务、市场监管、教育、审计、公安、工会、残联、退役军人事务、数据资源管理、统计、妇联等部门和单位在各自的职责范围内负责有关医疗保障服务和监督管理工作。

第八条 按照“政策、管理、服务、信息、监督”统一的原则，逐步做实基本医疗保险市级统筹。全市基本医疗保险基金由各辖区分级征收、独立核算，结合管理体制调整，逐步实现全市基本医疗保险基金统收统支。

第九条 各辖区可根据本地经济发展水平和医疗保障实际，按照县域医共体建设和分级诊疗等要求制定本辖区就医管理规定。

第十条 建立健全由政府部门、参保人员、用人单位、工会及专家等方面代表参加的医疗保障社会监督组织，分析、掌握医疗保障制度运行情况，对医疗保障工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。

第二章 职工医保

第十一条 本市行政区域内的下列人员应在所属辖区内参加职工医保：

（一）国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业、个体工商户（以下统称用人单位）的职工（含雇主及雇工，下同）；

（二）根据相关规定可以一次性协议缴纳基本医疗保险费的人员（以下简称协缴人员）；

（三）按本办法规定享受职工医保退休待遇的人员（以下简称退休人员）；

（四）国家、省、市规定的其他人员。

第十二条 劳动年龄段内，未在用人单位就业的以下城乡居民，可以灵活就业人员身份参加本市职工医保：

（一）本市户籍的人员，可参加户籍所属辖区的职工医保。

（二）非本市户籍、与用人单位终止或解除劳动关系，且本市职工医保实际缴费年限已累计满 10 年的人员，可按规定参加所属辖区的职工医保。

（三）国家、省、市规定的其他人员。

第十三条 职工医保费由用人单位和个人按以下规定缴纳：

（一）用人单位以当月职工工资总额作为缴费基数（以下简称单位缴费基数），按月缴纳职工医保（含生育保险）费，缴费比例为 9.9%（其中生育保险缴费比例为 0.4%）。

计算单位缴费基数时，职工个人当月工资高于上年度浙江省全社会单位就业人员月平均工资（以下简称省平工资）300%的，按上年度省平工资的300%确定；低于60%的，按上年度省平工资的60%确定。

（二）在职职工以本人上年度月平均工资作为缴费基数，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。职工本人上年度月平均工资高于上年度省平工资300%的，按上年度省平工资的300%核定缴费基数；低于60%的，按上年度省平工资的60%核定缴费基数。

（三）在职职工中退役的六级及以上残疾军人，个人不需缴纳职工医保费，单位应缴纳的职工医保费由政府全额补贴。

（四）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，用人单位应以其伤残津贴核发的标准为缴费基数按月缴纳职工医保费，至其按月领取基本养老金为止；工伤职工以本人伤残津贴为缴费基数，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。

（五）灵活就业人员以上年度省平工资的60%为缴费基数，按9.5%的比例按月缴纳职工医保费。持有效期内本市民政、残联部门核发的《特困人员救助供养证》《最低生活保障家庭证》《最低生活保障边缘家庭证》《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》的人员（以下统称持证人员），自在医保经办机构办理相关证件登记手续的当月起，其个人应缴

纳的职工医保费由政府补贴。其中，持有《最低生活保障边缘家庭证》的人员，个人应缴纳的职工医保费由政府补贴一半，其他持证人员由政府全额补贴。

（六）失业人员在领取失业保险金期间，按灵活就业人员缴费标准缴纳的职工医保费，由失业保险基金支付。

（七）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。

协缴人员再就业期间，按在职职工的标准缴纳职工医保费。

政府根据未就业协缴人员的数量，按上年度省平均工资 2% 的人均标准对职工医保统筹基金予以补贴。

第十四条 用人单位和个人应按规定及时办理参保登记、变更、注销及缴费基数申报等手续，并按时、足额缴纳职工医保费。

第十五条 符合参保条件的人员，应在符合条件后的 3 个月内办理参保登记和申报缴费手续，并在办理参保缴费手续后的次月起享受职工医保待遇。其中，在职职工由用人单位及时为其办理相关手续，并按规定缴纳职工医保费。

参保人员应连续缴纳职工医保费至享受职工医保退休待遇为止。参保人员当月未缴费的，次月起暂停享受职工医保待遇。除另有规定外，退休人员因个人原因被暂停医保待遇的，暂停医保待遇期间发生的医疗费，医保基金不予支付。

领取失业保险金人员自办理职工医保参保手续之日起按规定享受职工医保待遇。已参保的持证人员，自在医保经办机构办理相关证件登记手续的当日起享受有关医保待遇。

第十六条 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 个月及以上的，视为中断参保。中断参保的按以下规定执行：

（一）中断参保后办理参保手续的，应连续正常缴费满 6 个月，方可享受职工医保待遇（以下简称等待期）。在中断参保期间和等待期内发生的医疗费，医保基金不予支付。

（二）因用人单位未及时为职工办理参保登记手续，造成职工中断参保的，职工在中断参保期间及等待期内发生的医疗费，医保基金不予支付。

用人单位为职工办理参保登记手续后，未按规定缴纳职工医保费导致全体职工中断缴费的，由用人单位按规定补缴；用人单位足额补缴所欠职工医保费的次月起，恢复其单位职工的医保待遇，补缴时段内发生的医疗费，医保基金不予支付。

第十七条 参保人员应保未保期间的职工医保费，可申请按应保未保期间不同身份对应的缴费标准补缴，具体按以下规定办理：

（一）以单位职工身份补缴的，本年度补缴时段的缴费基数按办理补缴时本人当前缴费基数确定，以前年度补缴时段的缴费基数按办理补缴时上年度省平均工资确定，缴费比例为单位 9.9%、

个人 2%，补缴起始时间不得早于本人所在单位纳入职工医保参保范围的时间。

(二) 以灵活就业人员身份补缴的，按办理补缴时灵活就业人员的缴费标准执行，补缴起始时间不得早于办理补缴手续当年。

(三) 补缴年限记录为实际缴费年限。

(四) 补缴时段内发生的医疗费，医保基金不予支付。

(五) 医保经办机构应按规定划转补缴所对应的相关基金；按规定补划个人账户资金并扣减应由个人补缴的大病保险费。

第十八条 下列情形可计算为职工医保缴费年限，但不重复计算：

(一) 职工医保实际缴费年限。

(二) 职工医保视同缴费年限。除按规定应当缴纳职工医保费的年限外，职工基本养老保险视同缴费年限计算为职工医保视同缴费年限。

(三) 2002 年 12 月 31 日前符合国家和省有关规定的连续工龄。

(四) 大学生在杭就读期间参加本市城乡居民医保（大学生医保）的缴费年限。

(五) 其他符合国家和省有关规定的年限。

第十九条 本市职工医保实际缴费年限包括以下三部分，但不重复计算：

(一) 本市城镇企业职工大病住院基本医疗保险缴费年限；

(二) 在本市各辖区和浙江省本级参加职工医保的实际缴费年限；

(三) 在部队参加医保的实际缴费年限。

第二十条 参保人员在本市连续参保缴费至在本市按月领取基本养老金或法定退休年龄时，本市职工医保实际缴费年限满10年（含），且职工医保累计缴费年限满20年（含）的，应在本人参保所属辖区医保经办机构办理医保退休资格确认后，按规定享受职工医保退休人员待遇。

未达到上述缴费年限要求，符合法律法规和政策规定的下列参保人员，可在本人参保所属辖区选择按月缴纳或一次性补缴职工医保费至规定年限，并在办理医保退休资格确认后，享受职工医保退休人员待遇：

(一) 本市户籍，在本市连续参保缴费至在本市按月领取基本养老金或法定退休年龄的人员；

(二) 非本市户籍，但在本市用人单位就业并连续参保缴费至法定退休年龄，且在本市按月领取基本养老金的人员；

(三) 非本市户籍，但在本市以灵活就业人员身份连续参保缴费至法定退休年龄的人员。

选择按月缴纳职工医保费的参保人员，缴费标准和医保待遇按同期灵活就业人员标准执行；选择一次性补缴职工医保费的参保人员，缴费基数为办理补缴时的上年度省平工资，缴费费率为

9.5%，一次性补缴的医保费不予划入个人账户。选择一次性补缴职工医保费后，不得再变更为按月缴纳职工医保费。

持证人员应按月缴纳至规定年限，应缴纳部分由政府按规定补贴。

第二十一条 非本市户籍，未在本市用人单位就业，也不符合本市灵活就业人员参保条件的，到达法定退休年龄后不享受本市职工医保退休待遇。

第二十二条 参保人员的个人账户由各辖区医保经办机构根据当地实际建立，并按以下规定统一管理：

（一）个人账户在结算年度末统一进行年度结转，个人账户结余资金按结转当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历年资金。

（二）年度结转时，根据人员类别、年龄及缴费或划账额度等预设次年的个人账户当年资金。

（三）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，实际划入资金自缴费所属期当月起按月从职工医保费中划转。

（四）个人账户当年资金结余部分，年度结转后转为历年资金。

（五）参保人员因跨年龄段、人员类别变动、缴费或划账额度调整、补退职工医保费等原因造成个人账户当年资金预设额度与当年资金实际划入额度不符的，当年资金实际划入额度高于当

年资金预设额度的差额部分在年度结转时划入其次年的个人账户历年资金；当年资金实际划入额度低于当年资金预设额度的差额部分在年度结转时从其次年的个人账户当年资金中扣除。

第二十三条 参保人员的个人账户资金分别按照以下规定划入：

（一）在职职工个人账户当年资金由两部分组成：

1.个人缴纳的职工医保费；

2.分年龄段设定比例，按月从职工医保费中划入的资金。其中市区参保人员45周岁（含）以下的按本人缴费基数的0.5%划入，45周岁以上至退休前的按本人缴费基数的0.8%划入。

（二）灵活就业人员个人账户当年资金，分年龄段设定比例，按月从职工医保费中划入。其中市区45周岁（含）以下的按本人缴费基数的0.5%划入，45周岁以上至退休前的按本人缴费基数的0.8%划入。

（三）协缴人员按其办理协缴手续时一次性缴纳职工医保费的50%，在协缴期间分月从职工医保费中划入其个人账户历年资金。如其再就业并参加职工医保的，为其划入个人账户当年资金。

（四）退休人员的个人账户当年资金，分年龄段设定比例，按月从职工医保费中划入。其中市区参保人员，本人上年度基本养老金低于上年度省平工资的以上年度省平工资为基数，高于上

年度省平均工资的以本人上年度基本养老金为基数，70 周岁（含）以下的划账比例为 5.8%，70 周岁以上的划账比例为 6.8%。

其他各辖区的个人账户划账标准，在国家和省明确职工医保个人账户改革规定前，可按原规定执行。

第二十四条 个人账户当年资金用于支付参保人员发生的以下费用：

- （一）在定点医疗机构发生的符合医保开支范围的普通门诊（含急诊，下同）医疗费；
- （二）在定点零售药店购买的符合医保开支范围的药品费；
- （三）应由个人缴纳的大病保险费等费用。

第二十五条 个人账户历年资金可用于支付参保人员发生的以下费用：

- （一）因疾病诊治需要在定点医药机构发生的应由个人承担的自费、自理、自付医疗费；
- （二）使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费；
- （三）应由个人承担的社区责任医生签约服务费；
- （四）国家和省规定的其他项目。

第二十六条 参保人员个人账户的本金和利息归个人所有，可按下述规定转移、清算和依法继承：

- （一）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，可按规定办理个人账户实际结余资金的转移；非本市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。

(二) 参保人员从其他参保地转移至本市参保后,可按规定将原参保地的个人账户实际结余资金转移至本市,并全部划入其个人账户历年资金。

(三) 参保人员因医保关系转出、出国(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,再按规定划转或发还其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,先由个人账户历年资金冲抵,个人账户历年资金不足冲抵的,由本人补足。死亡人员个人账户当年资金出现的透支部分,先由其个人账户历年资金冲抵,个人账户历年资金不足冲抵的,在职工医保统筹基金中核销。

(四) 个人账户结余资金未办理转移或清算手续的,再次参加本市职工医保后,可按规定继续使用。

(五) 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按规定至医保经办机构办理继承或遗赠手续。

(六) 参保人员的个人账户历年资金,可根据国家和省规定共济给参加本省基本医疗保险的本人近亲属(限配偶、子女和父母)。本市各辖区间的账户共济资金应定期予以清算。

第二十七条 有下列情形之一的,停止划入个人账户资金:

- (一) 未按规定缴纳或停止缴纳职工医保费的;
- (二) 退休人员被停发基本养老金的;
- (三) 参保人员因判刑、死亡等原因暂停或终止医保待遇的;

(四) 医疗保障行政部门规定的其他情形。

第二十八条 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：

(一) 由个人承担一个住院起付标准的医疗费用，两次及以上住院的，起付标准按其中最高等级医疗机构标准计算，具体为：三级及相应医疗机构（以下简称三级医疗机构）800元，其他医疗机构（含二级及相应医疗机构，下同）500元，社区卫生服务机构300元。

(二) 职工医保统筹基金参与支付的住院最高医疗费限额（以出院日期为准累计计算，以下简称住院最高限额）为40万元。

(三) 住院起付标准以上、住院最高限额以下部分的住院医疗费，由职工医保统筹基金和个人共同承担。职工医保统筹基金按超额累进制结算，具体比例为：

1. 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，在职人员82%，退休人员86%；在其他医疗机构发生的医疗费，在职人员84%，退休人员88%；在社区卫生服务机构发生的医疗费，在职人员88%，退休人员92%。

2. 4万元至40万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费，在职人员88%，退休人员92%；在其他医疗机构发生的医疗费，在职人员90%，退休人员94%；在社区卫生服务机构发生的医疗费，在职人员92%，退休人员96%。

第二十九条 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：

（一）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。其中在职人员为 1000 元，退休人员为 300 元。

（二）参保人员退休当年的门诊起付标准按医保退休前后实际月份分别计算后合并确定。当年度个人实际支付的门诊起付标准超过应支付部分的，超过部分按 80%的比例划入其个人账户历年资金。

（三）门诊起付标准以上部分医疗费，由职工医保统筹基金和个人共同承担，职工医保统筹基金承担的比例为：在三级医疗机构发生的医疗费，在职人员 76%，退休人员 82%；在其他医疗机构发生的医疗费，在职人员 80%，退休人员 86%；在社区卫生服务机构发生的医疗费，在职人员 86%，退休人员 92%。

（四）选择全科医生签约服务的参保人员，其在签约的社区卫生服务机构门诊就医的，统筹基金承担比例在本条第（三）项规定的基础上提高 3 个百分点。

（五）参保人员在签约的社区卫生服务机构首诊，或经签约的社区卫生服务机构转诊至其他的医疗机构继续治疗的，门诊起付标准减免 300 元。

第三章 城乡居民医保

第三十条 城乡居民医保分为少儿医保、大学生医保和其他城乡居民医保：

（一）少儿医保参保范围:本市户籍，未满 18 周岁的少年儿童，或虽已满 18 周岁但仍在本市中小学校就读的学生；非本市户籍，在本市中小学校就读，且其父母一方已参加本市职工医保的学生；非本市户籍，在本市居住、其父母一方已参加本市职工医保且累计缴费满 3 年的学龄前儿童（以下统称少年儿童）。

（二）大学生医保参保范围:在杭州市行政区域内各类全日制普通高等院校（包括民办高等院校）、科研院所接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生和符合相关规定的技工院校全日制在校学生（以下统称大学生）。

（三）其他城乡居民医保参保范围:本市户籍，18 周岁以上，未参加本市或异地基本医疗保险的人员（以下统称其他城乡居民）。

除大学生外，符合上述条件的人员可在所属辖区参加城乡居民医保。其中，本市户籍的应在户籍所属辖区参保，非本市户籍的应在居住地所属辖区参保。

本市行政区域内的社会福利院、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），应按以上规定在所属辖区参保。

除国家、省、市另有规定外，外籍学生和外籍学龄前儿童不纳入参保范围。

第三十一条 城乡居民医保筹资标准为：

(一) 少儿医保。每人每年 900 元，其中个人缴纳 300 元，政府补贴 600 元。

(二) 大学生医保。每人每年 270 元，其中个人缴纳 90 元，同级财政补贴 180 元。

(三) 其他城乡居民医保分以下三档筹资标准：

1. 其他城乡居民医保一档：每人每年 2100 元，其中个人缴纳 700 元，政府补贴 1400 元；

2. 其他城乡居民医保二档：每人每年 1800 元，其中个人缴纳 600 元，政府补贴 1200 元；

3. 其他城乡居民医保三档：每人每年 1650 元，其中个人缴纳 550 元，政府补贴 1100 元。

其中，市区其他城乡居民参保可选择一档或二档缴费；桐庐县、淳安县、建德市其他城乡居民参保可在当地政府批准同意的档次内选择。

第三十二条 城乡居民医保费按年度筹集，由个人缴费和财政补助两部分组成，个人缴费额度和政府补助标准不低于国家和省规定。《最低生活保障边缘家庭证》持有者个人应缴纳的城乡居民医保费由政府补贴一半；其他持证人员、收养人员和享受定期抚恤补助的优抚对象个人应缴纳的医保费由政府全额补贴。

大学生中的持证人员（含外地户籍），按前款规定享受政府补贴，所需资金按照高校隶属关系由同级财政安排。

第三十三条 建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资机制和筹资标准的动态调整机制。城乡居民医保筹资标准原则上按不低于 10% 的增幅每 3 年调整一次，并逐步提高政府补贴标准以及城乡居民个人缴费占总筹资的比例。具体由市医疗保障、财政和税务部门根据本市经济社会发展水平和基金运行情况研究并经市政府同意后确定。

第三十四条 符合参保条件的人员，应在符合参保条件后的 3 个月内，按规定办理参保缴费手续，并自缴纳城乡居民医保费的次月起，享受该结算年度剩余月份的城乡居民医保待遇。其中，新生儿自出生之日起 3 个月内参保缴费的，可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，但不得早于符合参保条件的时间。

第三十五条 参保人员应按规定办理下一年度的参（续）保缴费手续。参（续）保期的具体起止时间以各辖区医保经办机构当年公告为准。参保人员享受缴费所属结算年度的城乡居民医保待遇。

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，在缴费满 6 个月后方可享受当年度剩余月份的城乡居民医保待遇。

第三十六条 少儿医保、其他城乡居民医保的参保人员办理参（续）保手续后，可选择税务部门委托代征的银行或其他途径缴纳医保费。

第三十七条 参保人员相关信息发生变更的，应及时至辖区医保经办机构办理信息变更和确认手续。

第三十八条 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，由高校为其统一办理参（续）保缴费手续后，可按规定继续享受大学生医保待遇。

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。

第三十九条 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：

（一）由个人承担一个住院起付标准的医疗费用，两次及以上住院的，起付标准按其中最高等级医疗机构标准计算，具体为：三级医疗机构 800 元，其他医疗机构 500 元，社区卫生服务机构 300 元。

（二）城乡居民医保由统筹基金参与支付的住院最高限额为 30 万元。

（三）住院起付标准以上、住院最高限额以下部分医疗费，由统筹基金和个人共同承担。统筹基金承担比例为：三级医疗机构 70%，其他医疗机构 75%，社区卫生服务机构 80%。

第四十条 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：

（一）先由个人承担 300 元的门诊起付标准。

（二）门诊起付标准以上部分医疗费，由统筹基金和个人共同承担，其中统筹基金承担比例为：

1. 少儿医保、大学生医保和其他城乡居民医保一档参保人员：三级医疗机构为 40%，其他医疗机构为 60%，社区卫生服务机构为 70%；

2. 其他城乡居民医保二档参保人员：三级医疗机构为 30%，其他医疗机构为 50%，社区卫生服务机构为 60%；

3. 其他城乡居民医保三档参保人员：三级医疗机构为 30%，其他医疗机构为 40%，社区卫生服务机构为 60%。

（三）选择全科医生签约服务的少儿医保和其他城乡居民医保参保人员，其在本人签约的社区卫生服务机构门诊就医时，统筹基金承担比例在本条第（二）项规定的基础上提高 3 个百分点。

参保的少年儿童和其他城乡居民在签约的社区卫生服务机构首诊，或经签约的社区卫生服务机构转诊至其他的医疗机构继续治疗的，门诊医保起付标准减免 300 元。

（四）自愿选择在医保定点的校内医疗机构门诊就医的参保大学生，其门诊报销比例和起付标准参照本条第（三）项规定执行。

第四章 大病保险

第四十一条 所有参加本市职工医保和城乡居民医保的人员，应同时参加大病保险并缴纳大病保险费。大病保险费由个人缴纳、医保费划转和政府补贴构成，用于建立大病保险基金。

职工医保参保人员大病保险年筹资标准为 100 元，其中个人缴纳 48 元，职工医保费中划转 52 元，个人应缴纳部分从其个人账户当年资金中扣缴；选择一次性补缴的参保人员应同时补缴大病保险费。城乡居民医保参保人员大病保险年筹资标准为 90 元，其中个人缴纳 40 元，政府每人每年补贴 50 元，个人应缴纳部分从其缴纳的城乡居民医保费中划转。**大学生医保参保人员大病保险年筹资标准为 20 元，从其缴纳的城乡居民医保费中划转。**

大病保险费按年度筹集，同一结算年度内筹资标准不变。医疗保障和财政等部门可根据大病保险基金运行情况，按规定程序适时调整筹资标准。

第四十二条 参保人员发生的下列符合大病保险支付范围的医疗费用（以下简称大病保险合规费用），由大病保险基金和个人共同承担：

（一）住院最高限额以上，符合医保开支范围的住院和规定病种门诊医疗费；

（二）住院最高限额以下，由个人按比例承担的住院和规定病种门诊自付部分医疗费（含起付标准）；

（三）浙江省大病保险特殊药品费用；

(四) 享受浙江省罕见病用药保障待遇后个人承担的罕见病药品费用；

(五) 国家和省规定的其他医疗费。

第四十三条 罕见病用药保障实行省级统筹，所需资金从大病保险基金中上解至浙江省罕见病用药保障基金。参保人员按规定享受全省统一的罕见病用药保障待遇。

第四十四条 参保人员大病保险待遇享受起止时间与其基本医疗保险待遇享受起止时间一致。在一个结算年度内，参保人员发生的大病保险合规费用按以下规定结算：

(一) 由个人承担一个起付标准，具体为：持证人员 7500 元，退休人员 1.3 万元，其他参保人员 2.5 万元。

(二) 大病保险基金最高支付限额为 60 万元。

(三) 起付标准以上，最高支付限额以下部分费用按超额累进制结算，大病保险基金承担的比例为：

1. 持证人员：起付标准以上至 10 万元(含)为 80%，10 万元至 20 万元(含)为 85%，20 万元至 40 万元(含)为 90%，40 万元以上为 95%。

2. 非持证人员：

职工医保参保人员：起付标准以上至 10 万元(含)为 75%，10 万元至 20 万元(含)为 80%，20 万元至 40 万元(含)为 85%，40 万元以上为 90%；

城乡居民医保参保人员：起付标准以上至 10 万元（含）为 70%，10 万元至 20 万元（含）为 75%，20 万元以上为 80%。

第四十五条 根据本市医疗保障工作实际，大病保险可由医保经办机构负责经办管理，也可委托有资质的第三方专业机构承办。

第五章 医疗救助

第四十六条 医疗救助资金由辖区政府按规定安排。其中，市级财政安排的医疗救助资金，市区[限上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、富阳区、杭州钱塘新区、杭州西湖风景名胜区]应由财政承担的部分，由市财政和区财政按照医疗救助资金实际支出数各承担 50%，各区当年承担的部分通过市区财政体制结算上解市财政；萧山区、余杭区、临安区按现行财政体制自行承担。

第四十七条 医疗救助对象为参加本市职工医保或城乡居民医保的持证人员以及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

第四十八条 医疗救助的资金来源包括：

- （一）政府每年安排一定的资金；
- （二）通过社会捐赠等形式筹集的资金；
- （三）利息收入。

第四十九条 一个结算年度内，医疗救助对象在定点医药机构发生的符合医保开支范围的医疗费，扣除基本医疗保险、大病

保险以及其他医疗补助后的个人承担部分，纳入医疗救助范围，并按以下标准救助：

（一）《特困人员救助供养证》持有者，其个人承担的普通门诊、住院和规定病种门诊医疗费予以全额救助。

（二）《最低生活保障家庭证》《残疾人基本生活保障证》和二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，其个人承担的住院和规定病种门诊医疗费救助 70%；普通门诊医疗费救助 50%，最高不超过 3000 元。

（三）《最低生活保障边缘家庭证》持有者，其个人承担的住院和规定病种门诊医疗费救助 60%。

第五十条 医疗救助方式：

（一）即时救助。救助对象在直接联网结算的定点医药机构就医、购药时发生的医疗费，符合本办法救助规定的，可在医疗费结算时直接享受医疗救助。

（二）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，在申请报销时，由医保经办机构一并给予医疗救助。

第五十一条 医疗救助资金列入财政专户管理，单独核算，专款专用。各级医保经办机构具体负责医疗救助资金的审核、支付工作。

第五十二条 持证人员信息由民政和残联部门负责提供，并确保数据及时、准确通过信息平台共享给医保经办机构，持证人

员在医保经办机构办理相关证件登记手续之日起享受医疗救助待遇。

第五十三条 建立由市医疗保障行政部门牵头，民政、财政、卫生健康、工会等部门参与的市医疗救助联席会议制度，研究解决全市医疗救助工作中出现的特殊情况和重大事项，办公室设在市医疗保障行政部门。各区、县（市）可建立相应的医疗救助工作机制。

对已给予医疗救助或其他各类救助后，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，可由个人提出申请，医保经办机构审核上报，经医疗救助联席会议研究同意后再予以一定的救助。

第六章 生育保险

第五十四条 按照国家和省有关规定，生育保险与职工医保合并实施。杭州市行政区域内的用人单位职工应在参加职工医保时同步参加生育保险。

第五十五条 生育保险待遇项目包括：

- （一）生育津贴；
- （二）生育医疗费用；
- （三）计划生育手术津贴；
- （四）计划生育医疗费用。

第五十六条 职工享受生育津贴和计划生育手术津贴，须同时具备下列条件：

（一）符合国家、省、市规定条件的生育或者实施计划生育手术的；

（二）职工在生育或计划生育手术时，用人单位已按规定在本市为其办理参保登记手续，并连续缴费（不含补缴）满 12 个月。

第五十七条 女职工符合规定生育或实施计划生育手术的，按职工医保规定结算生育医疗费和计划生育医疗费。

按照国家规定参加基本医疗保险的职工未就业配偶、灵活就业人员和城乡居民医保参保人员，其符合规定的生育医疗费用和计划生育医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围。

第五十八条 女职工符合规定的生育津贴或计划生育手术津贴计发公式为：应计发津贴=生育或计划生育手术时所在用人单位上年度职工月平均工资÷30×应计发天数。

用人单位上年度职工月平均工资，由医保经办机构根据用人单位上年度 12 月份参保职工的年度月平均工资总额除以对应人数确定。当年新成立的用人单位上年度职工月平均工资，由医保经办机构按用人单位参保职工第 1 个月工资平均数计算。

第五十九条 生育津贴和计划生育手术津贴的应计发天数按以下规定执行：

（一）生育津贴：

符合《浙江省人口与计划生育条例》规定生育的女职工，生育津贴按享受产假 128 天计发（含奖励假 30 天）；难产的，增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加产假 15 天。

女职工怀孕不满 4 个月流产的，享受产假 15 天；怀孕满 4 个月流产的，享受产假 42 天。

（二）计划生育手术津贴：

- 1.放置宫内节育器按 2 天计发；
- 2.取宫内节育器按 1 天计发；
- 3.输精管结扎按 7 天计发；
- 4.单纯输卵管结扎按 21 天计发；
- 5.产后结扎输卵管按 14 天计发。

第六十条 生育津贴和计划生育手术津贴由用人单位在职工产后或手术后的次年年底前，按规定向辖区医保经办机构申请。医保经办机构审核后拨付给职工所在用人单位，并由用人单位按照《浙江省女职工劳动保护办法》相关条款及本办法规定的生育保险待遇项目和标准发给职工。

第七章 就医结算管理

第六十一条 全市统一执行国家和省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，省基本医疗保险医疗服务项目、大病保险特殊药品目录以及国家和省其他有关规定。

市级医保经办机构负责按规定做好目录维护管理工作。各定点医药机构应根据医保经办机构要求及时做好本单位药品目录、医疗服务项目及疾病名称等的维护更新工作。

第六十二条 参保人员应按国家和省、市规定申领医保就医凭证（含电子凭证，下同），并凭有效就医凭证在辖区定点医药机构就医、购药。定点医药机构应按规定予以校验，并如实记载诊疗和配售药情况。

第六十三条 定点医药机构应为参保人员选择安全有效、价格合理的药品，并根据病情和以下处方管理原则掌握药量：急性病不超过 3 天用药量；一般慢性病不超过 15 天用药量；纳入我市规定病种和慢性病门诊管理的疾病，以及其他长期慢性病和住院患者出院需带治疗药品不超过 1 个月用药量。

鼓励参保人员在基层医疗机构就诊。签约医生可根据参保人员慢病管理需要，在确保安全用药前提下，适当放宽签约参保人员慢性病门诊配药时限，最多可将慢性病一次处方医保用药量延长至 12 周。

第六十四条 除辖区另有规定外，医疗费度的结算按以下规定执行：

（一）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，应先由个人承担一定比例费用，再纳入医保开支范围。具体个人承担比例按浙江省医疗保障行政部门的规定执行。

(二) 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,应按规定在就医的定点医疗机构或至辖区医保经办机构办理备案手续后,相关费用方可纳入医保开支范围。

(三) 参保人员因病确需在所属辖区以外的医保定点医疗机构诊治的,参保人员应按所属辖区规定办理相关备案手续。未经备案自行就诊发生的医疗费用,应先由个人承担一定的比例,再按所属辖区规定结算。

(四) 参保人员在本市定点零售药店发生的购药费用或因急诊、抢救,在救护车上发生的医疗费用,符合医保开支范围的,按其他医疗机构普通门诊的承担比例结算。

(五) 参保人员可凭定点医疗机构执业医师开具并在信息系统备案的外配处方到规定的医保定点零售药店购药,定点零售药店应核对方备案信息后调剂药品并按规定结算费用。

(六) 参保人员的住院医疗费结算采用出院结算制,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。

参保人员住院期间,普通门诊费用不得报销,因疾病原因确需当地其他定点医疗机构门诊治疗的,须经所在住院医疗机构同意后,方可至其他定点医疗机构就诊,发生的符合医保开支范围的医疗费,先由个人承担10%,再纳入原住院的医疗费用中按规定结算。

(七) 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，在相关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。

(八) 持证人员可在相关惠民医院就诊，并按有关规定享受医疗费减免待遇。

(九) 参保人员因非本人原因未能在定点医药机构按医保规定结算的医疗费，符合医药卫生服务相关政策的，可至原费用结算定点医药机构按规定办理医疗费重新结算手续，各定点医药机构应按有关规定予以支持配合。

(十) 参保人员有异常就诊情况的，在调查处理期间，医保经办机构可限定其就医结算的定点医药机构范围及数量，或改变其医保结算方式。

第六十五条 在直接联网的定点医药机构（含省内及跨省异地就医定点医疗机构）发生的应由参保人员个人支付的医疗费和购药费，由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；应由医保基金支付的医疗费，由定点医药机构与医保经办机构按规定结算。

在非直接联网的定点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，在下一结算年度年底前至辖区医保经办机构按规定结算。

参保人员因急症在就医地非定点医疗机构急诊治疗的，治疗结束后，凭急诊证明至辖区医保经办机构按规定结算医疗费。非急症治疗需要，在就医地非定点医疗机构发生的医疗费，医保基金不予支付。

第六十六条 患慢性疾病的参保人员在出国（境）期间，需携带药品持续治疗的，应按规定办理备案手续。定点医疗机构可按其出国（境）期限确定配药量，但最多不超过6个月。出国（境）期间，暂停该参保人员的医疗费结算。

出国（境）人员在备案期间提前回杭的，应及时办理出国（境）备案的撤销手续。出国（境）人员回国后，未办理出国（境）备案撤销手续前发生的临时性疾病费用，由个人全额垫付后至辖区医保经办机构申请报销，符合医保开支范围的费用由个人先自理10%后按规定结算。

第六十七条 建立长住外地备案制度。长住外地参保人员就医结算按以下规定执行：

（一）长住外地3个月以上的参保人员，应按规定办理长住外地备案手续。其中，非本市户籍的灵活就业人员、个体工商户的雇主及其雇工、少年儿童不予办理长住外地备案手续。

（二）参保人员办理长住外地备案手续后，在长住地定点医疗机构发生的医疗费，可通过省内及跨省异地就医平台直接结算，确实无法直接结算的，由个人全额支付后，至辖区医保经办机构按规定结算。

(三)已办理长住外地备案手续的参保人员,须在备案生效的3个月后,方可撤销备案手续。参保人员办理的长住外地备案手续生效后,参保人员临时回辖区,因病需要普通门诊或购药的,应办理临时回辖区就医购药手续,未及时办理手续的,发生的符合医保开支范围的临时性疾病费用,按照本办法第六十九条长住外地参保人员临时离开长住地医疗费报销的有关规定执行。

第六十八条 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,按规定办理备案后,在省外相应定点医疗机构就医并按规定结算。其中,长住外地参保人员应由当地三级定点医疗机构提出转诊建议,方可转至长住地所在省或直辖市以外的定点医疗机构就医并按规定结算。

参保人员在备案地的跨省异地就医定点医疗机构刷卡结算的,按国家有关规定结算,未能刷卡结算的,由个人全额垫付后至辖区医保经办机构按规定结算。在备案地其他定点医疗机构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。

第六十九条 除辖区另有规定外,参保人员临时外出期间的就医结算按以下规定执行:

(一)在省内定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费,原则上应凭本人就医凭证在省内异地就医定点医疗机构就医并按规定结算费用;未能直接结算的医疗费,由个人全额垫

付后至辖区医保经办机构申请报销，符合医保开支范围的费用由个人先自理 10%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地，在长住地所在省其他地区定点医疗机构就医发生的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构申请报销，符合医保开支范围的费用由个人先自理 10%后按规定结算。

(二) 参保人员临时外出期间，在省外定点医疗机构就医发生的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构申请报销，符合医保开支范围的费用由个人先自理 20%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地去其他省、直辖市定点医疗机构就医发生的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构申请报销，符合医保开支范围的费用由个人先自理 20%后按规定结算。

(三) 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、实习地的定点医疗机构就医，所发生的医疗费可凭本人就医凭证在当地定点医疗机构直接结算，或由个人全额垫付后至医保经办机构按规定结算。

第七十条 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、艾滋病、耐多药肺结核。慢性肾功能衰竭的透析治疗和器官移植后的抗排异治疗纳入规定病种的管理范围。规定病种范围可由市医疗保障行政部门根据实际情况调整，经市政府核准后公

布执行。医疗保障部门应加强对规定病种的监督管理，具体办法另行制定。

规定病种参保人员就医结算按以下规定执行：

（一）艾滋病、耐多药肺结核患者由各辖区卫生健康部门集中受理，统一至辖区医保经办机构办理备案手续，并实行定点医疗。

（二）患有其他规定病种疾病的参保人员，可持本市二级及以上定点医疗机构出具的相关材料按规定办理备案手续。其中，患有精神分裂症、情感性精神病、儿童孤独症等疾病的，须持有相应专科医院或三级医疗机构中相应专科出具的有关医疗证明。

（三）建立规定病种门诊医疗保障机制。参保人员在办理规定病种备案手续后，方可享受相关待遇。在一个结算年度内，参保人员发生的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。

第七十一条 除国家、省、市医疗保障政策另有规定外，参保人员因下列情形发生的医疗费，**不纳入医保基金支付范围**：

（一）在国家、省规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目范围和大病保险特殊药品目录以外的；

（二）在境外就医的；

（三）应当由第三人负担的；

（四）应当从工伤保险基金中支付的；

（五）应当由公共卫生负担的；

(六) 其他违反基本医疗保障政策规定的。

依法应当由第三人负担的医疗费,但第三人不支付或无法确定第三人的,由医保基金先行支付。先行支付后,医保经办机构有权向第三人追偿。

第七十二条 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,在医保结算时予以扣除。

第八章 公共管理服务

第七十三条 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,但可按规定转换不同的险种,转换前已缴纳的医保费不予清算。

险种转换是指参保人员因个人原因变更职工医保或城乡居民医保险种,具体按以下规定办理:

(一) 其他城乡居民医保参保期内的人员,转为以灵活就业人员身份参加职工医保的,在职工医保正常缴费的6个月内继续享受其他城乡居民医保待遇,6个月后享受职工医保待遇。

(二) 以灵活就业人员身份参加职工医保的,转为参加其他城乡居民医保后,参保当月继续享受职工医保待遇,次月起享受其他城乡居民医保待遇。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,并从办理补缴的次月起享受职工医保待遇。

(三) 参保人员在原险种停保 3 个月(含)后发生险种转换的,视为中断参保,应在新险种正常参保缴费满 6 个月后享受新险种对应的医保待遇。

城乡居民医保待遇自然终止后,连续参加职工医保的,参保当月仍享受原参保的城乡居民医保待遇,次月起享受职工医保待遇。城乡居民医保待遇自然终止后,仍继续参加城乡居民医保的,参保当月起享受新参保的城乡居民医保待遇。

第七十四条 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,按照其所享受医保待遇对应的门诊起付标准确定。已承担的门诊起付标准额度超过转换后险种标准的,不予清算。

第七十五条 转换险种的参保人员,在定点医药机构结算费用时,统筹基金列支渠道按享受待遇时所对应险种的规定执行。

第七十六条 参保人员跨统筹地流动就业的,可按以下规定办理转移接续手续:

(一) 符合下列条件之一的人员可在本市参加职工医保时,向辖区医保经办机构提出医保关系转入申请,按规定将原参保地的职工医保缴费年限转移至相应辖区:

- 1.本市户籍人员;
- 2.非本市户籍人员,男性不满 50 周岁,女性不满 40 周岁;
- 3.非本市户籍人员,在本市参加职工医保实际缴费年限累计满 10 年;

4.经县级以上组织部门批准正常调动的人员；

5.其他符合国家、省、市规定的人员。

(二)原参保地职工医保缴费年限可按规定累计计算至办理转移接续手续的当月,但与本市职工医保实际缴费年限不重复计算。

(三)参保人员跨统筹地流动至本市以外就业的,应中止本市医保参保,按规定办理职工医保缴费年限转移手续。其中,参保人员医保关系转移前欠缴职工医保费的,补缴后方可办理转移手续。

(四)已享受职工医保退休待遇的人员,医保关系不予转移。

第七十七条 符合转移接续规定的外地城乡居民医保参保人员转至本市参加职工医保的,须连续缴费满6个月后,方可享受职工医保待遇,等待期间享受辖区内最高档其他城乡居民医保待遇。

第七十八条 未办理医保转移接续手续,或已办理医保转移接续手续,但在本市参保前12个月未在其他统筹地连续正常参加职工医保的参保人员,须在本市连续缴费满6个月后,方可享受职工医保待遇。

第七十九条 未在本市用人单位就业,也不符合灵活就业人员参保条件的非本市户籍人员,应及时办理医保关系转出手续。

第八十条 医保关系从市外转入的,其在原参保地已支付的门诊、住院起付标准及医疗费不予累计计算。

在做实医保市级统筹之前，市域范围内转换辖区参保的，其在原参保辖区已支付的门诊、住院起付标准及医疗费不予累计计算。

第八十一条 医保经办机构应建立健全相应的业务、财务、安全和风险管理制度，按时足额支付医疗保障待遇。

第八十二条 医保经办机构可根据工作需要，在辖区内设立分支机构和服务网点，并按照“最多跑一次”改革和政府数字化转型工作要求，为用人单位和参保人员提供高效、便捷的医疗保障公共管理服务；按照医疗保障业务档案管理相关规定，为用人单位和参保人员建立医疗保障档案，完整、准确地记录参保人员的个人信息、缴费情况以及待遇享受情况等医疗保障数据，妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。

第八十三条 用人单位和参保人员可通过医疗保障部门提供的信息平台办理医疗保障服务事项，查询、核对其参保和医疗保障待遇享受记录，或要求医保经办机构提供医疗保障政策咨询等相关服务。

第八十四条 医保经办机构因业务经办、统计、调查等需要，要求有关单位和个人提供有关医疗保险信息的，相关单位和个人应当及时、如实提供。

医保经办机构及其工作人员，应依法为用人单位和个人的信息保密，涉及的用人单位商业秘密、个人权益及举报人和投诉人的信息，不得违法向他人泄露。

第八十五条 医保经办机构应定期向社会公布医疗保障制度运行情况以及医保基金的收入、支出和结余情况。

第九章 医药服务管理

第八十六条 医疗保障部门应根据医保制度运行和基金收支平衡情况，结合区域医药卫生资源配置、参保人员医疗需求等因素，确定定点医药机构的规模布局，具体办法另行制定。

第八十七条 定点医药机构实行协议管理。符合条件的医药机构自愿申请，经医疗保障部门审核评估并与医保经办机构签订协议后，按照“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗”的原则，为参保人员提供医药服务，并按照规定执行医保支付政策、价格政策及集中采购政策。

第八十八条 统一全市定点医药机构医保协议文本及医保协议管理操作流程，实现规范化、标准化管理。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，任何一方违反服务协议，均应承担违约责任，并按协议约定进行处理。

定点医药机构涉嫌违规的，在调查、处理期间，医保经办机构可暂停其结算功能或暂停拨付其申拨的医疗费用。

第八十九条 各级医疗保障部门应按照规定权限做好药品、医用耗材、医疗服务项目等支付标准和收费政策的组织制定和实施工作，建立医疗服务价格动态调整机制及医药服务价格监测与信息发布制度。

第九十条 各辖区应按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，健全完善总额预算管理下的 DRGs 点数法付费、按床日付费、按人头付费和按项目付费等相结合的多元复合式支付方式，切实加强医疗费用结算管理，并健全完善定点医药机构费用考核和评价机制，考核结果应与医疗质量、协议履行绩效挂钩。

第九十一条 定点医药机构的医药服务从业人员，应当根据患者病情需要，提供科学、规范、合理的医药服务，并严格履行服务协议内容，遵守相关规定。

第九十二条 医保经办机构可设立医保专家咨询委员会，负责参与医保疑难问题的专业咨询和医药机构的定点评估等工作。医保专家咨询委员会的工作经费列入医疗保障部门预算。

第十章 基金监督管理

第九十三条 医保基金的来源包括用人单位和个人缴纳，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等。

第九十四条 职工医保费、城乡居民医保费和大病保险费由税务部门负责征收，并定期向医疗保障部门和财政部门提供费用征缴信息。乡镇人民政府、街道办事处和在杭高等院校应积极协助做好医保费收缴工作，人力社保部门应配合做好失业人员按规定缴纳医保费的相关工作。

第九十五条 医保基金实行预算管理，纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占挪用，政府应根据医保基金运行情况给予补贴，具体按以下规定执行：

（一）各辖区职工医保统筹基金出现赤字时，先由各辖区职工医保统筹基金历年结余支付，不足部分由各辖区财政和市级职工医保风险调剂金共同承担。其中，杭州市区[限上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、杭州钱塘新区、杭州西湖风景名胜区]应由财政承担的部分，由市财政和区财政各承担 50%；萧山区、余杭区、富阳区、临安区按现行财政体制自行承担。

（二）各辖区城乡居民医保基金（不含大学生医保基金）出现赤字时，先由各辖区城乡居民医保基金历年结余支付，不足部分由各辖区财政承担。其中，杭州市区[限上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、杭州钱塘新区、杭州西湖风景名胜区]应由财政承担的部分，按参保人数比例，由市财政和区财政各承担 50%；萧山区、余杭区、富阳区、临安区按现行财政体制自行承担。

大学生医保基金出现赤字时，先由大学生医保基金历年结余支付，不足部分按照各高校参保人数比例，由高校所属同级财政承担。

（三）大病保险基金出现赤字时，先由各辖区大病保险基金历年结余支付，不足部分由各辖区财政承担。

各级医保经办机构应做好医保基金会计核算和财务统计分析工作，建立相应的财务管理制度，对各类医保基金实行分账核算，专款专用。

第九十六条 市医疗保障行政部门、财政部门 and 审计机关要按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督检查和审计。医保基金的银行计息按照国家有关规定执行。

第九十七条 建立市级医保风险调剂金制度，具体办法另行规定。

第九十八条 医疗保障行政部门应制定和完善医保基金监管相关规定，规范监管权限、程序、处罚标准等。

建立医疗保障信用体系，推行守信联合激励和失信联合惩戒。

第九十九条 医疗保障行政部门应建立监督检查常态机制，实施大数据实时动态智能监管。逐步建立医保基金绩效评价体系，完善对医疗服务的评价机制，实施基金运行全过程绩效管理。

第一百条 各级医疗保障部门应会同卫生健康、市场监管、公安等部门，实施跨部门协同监管，加强对定点医药机构的监督检查和考核。积极引入第三方监管力量，强化社会监督，完善欺诈骗保举报奖励制度，维护医保基金的运行安全。

第一百零一条 医保经办机构要通过建设医保智能监管平台和建立日常巡查、专项检查、重点抽查、网上稽查、委托第三方审计检查等制度措施，实施有效监管，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。

第一百零二条 用人单位、定点医药机构，医保经办机构及其工作人员，参保人员和其他人员的医保违规行为处理，按照《中华人民共和国社会保险法》《杭州市基本医疗保障违规行为处理办法》等相关法律规定执行。

第十一章 附则

第一百零三条 本办法所述的医保基金，包括职工医保（含生育保险）基金、城乡居民医保基金、大病保险基金和医疗救助资金等专项基（资）金。

第一百零四条 职工医保和城乡居民医保的费用结算年度为每年1月1日至12月31日，其中大学生医保费用结算年度为每年9月1日至次年8月31日。参保人员大病保险和医疗救助的结算年度同其参加的基本医疗保险险种。

第一百零五条 除另有规定外，依法获得相关就业证件或外国人居留证件、永久居留证件、创新创业签证等出入境证件，并在本市合法就业的外国人，应当按照本办法参加职工医保，享受职工医保待遇。

在中国境内居住但未就业，持本市公安部门核发的《外国人永久居留证》人员可参照本市户籍人员规定参加基本医疗保险，持非本市公安部门核发的《外国人永久居留证》人员可参照非本市户籍人员规定参加基本医疗保险。

在本市合法就业或持公安部门签发的港澳台居民居住证的港、澳、台同胞参照前两款规定执行。

第一百零六条 中华人民共和国成立前参加革命工作的老工人、退役的六级及以上残疾军人、市级及以上高层次人才、市级及以上劳动模范，以及参照享受劳动模范医疗待遇等人员，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。

第一百零七条 本办法所称的自费费用是指不符合医保开支范围的医疗费用；自理费用是指符合医保开支范围，但在按医保规定结算之前，须先由参保人员承担一定比例的医疗费用；自付费用是指符合医保开支范围，按规定应由个人按比例承担的医疗费用（含起付标准）。

第一百零八条 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，再按有关规定结算。

第一百零九条 下一年度灵活就业人员医保费征缴基数等有关数据由市医疗保障行政部门和市税务部门在每年年底前公布。

第一百一十条 参保人员的医保待遇启动后，已缴纳的医保费不予退回。

第一百一十一条 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。

第一百一十二条 因重大公共疫情或受大规模自然灾害影响造成的医疗费，以及特定群体、特定疾病的医药费豁免政策按照国家 and 省有关规定执行。

第一百一十三条 除本办法有明确规定外，涉及政府补贴资金的，上城区、下城区、江干区、拱墅区、西湖区、杭州高新开发区（滨江）、杭州钱塘新区、杭州西湖风景名胜区由市、区财政按 1:1 承担；萧山区、余杭区、富阳区、临安区、桐庐县、淳安县、建德市，在现有财政体制下由各区、县（市）自行承担。市区财政体制如有调整的，按新规定调整分担比例。

第一百一十四条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，由医疗保障行政部门负责牵头组织实施。在做实医保市级统筹之前，桐庐县、淳安县和建德市等 3 个辖区可根据本地经济社会发展水平和医保基金的实际运行情况，对本办法规定的基本医疗保险的筹资标准和待遇政策分步实施。国家、省另有规定的，从其规定。前发《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〔2017〕64 号）、《杭州市人民政府办公厅关于印发杭州市生育保险办法的通知》（杭政办〔2011〕22 号）、《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市区实施细则的通知》（杭政办〔2017〕6 号）同时废止。