

杭州市人民政府文件

杭政函〔2025〕88号

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

各区、县（市）人民政府，市政府各部门、各直属单位：

现将《杭州市基本医疗保障办法》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

杭州市人民政府

2025年9月30日

（此件公开发布）

杭州市基本医疗保险办法

为进一步完善我市医疗保障制度体系，保障参保人员合法权益，维护医保基金安全，结合我市实际，制定本办法。

一、适用范围和职责

（一）在本市行政区域内从事医疗保障相关的筹资运行、待遇支付、公共服务、监督管理等活动，适用本办法。

（二）市医保行政部门主管全市基本医疗保险工作。各区、县（市）医保行政部门负责本地的基本医疗保险工作，各级医保经办机构负责具体实施工作。

（三）教育、公安、民政、人力社保、财政、卫生健康、退役军人事务、市场监管、税务、残联等部门和单位在各自的职责范围内负责医疗保障相关工作。

二、基本医疗保险

（四）基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

（五）本市行政区域内的下列人员应按规定参加职工医保：

1. 国家机关、企业事业单位、社会团体、社会服务机构、有雇工的个体工商户等用人单位的职工；
2. 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）；
3. 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)。

(六) 劳动年龄段内, 未在用人单位就业的下列人员, 可自主选择以灵活就业人员身份参加本市职工医保(以下简称灵活就业人员):

1. 本市户籍人员;

2. 本市职工医保实际缴费年限已累计满十年, 或持本市核发的有效期内《浙江省居住证》(以下简称《居住证》)并在本市办理就业登记的非本市户籍人员;

3. 在本市注册的无雇工的个体工商户。

在本市领取失业保险金期间的失业人员, 参照灵活就业人员参加职工医保。

(七) 职工医保(含生育保险)费按以下规定缴纳:

1. 用人单位和职工按月共同缴纳职工医保费, 生育保险费由用人单位缴纳, 职工个人不缴纳。用人单位的缴费比例为 9.5% (其中生育保险缴费比例为 0.6%, 下同), 职工个人的缴费比例为 2%, 由用人单位按月代扣代缴。

2. 职工个人的缴费基数按照本人上年度月平均工资确定。其中, 新参加工作、重新就业和新建用人单位的职工, 当年的缴费基数按用人单位申报的月工资确定。月(平均)工资低于上年度浙江省非私营和私营单位就业人员加权平均工资(以下简称省平工资)60%的, 按照上年度省平工资的 60%确定职工个人缴费基数, 高于上年度省平工资 300%的按 300%确定。用人单位缴费基

数以职工缴费基数之和确定。

3. 在用人单位就业的一至六级残疾退役军人个人不需缴纳职工医保费，用人单位应缴纳的职工医保（含生育保险）费由政府全额补助。

4. 因工致残退出生产工作岗位且未与用人单位终止或解除劳动关系的工伤职工（以下简称工伤职工），用人单位应以其伤残津贴为缴费基数按月缴纳职工医保（含生育保险）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。

5. 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（含生育保险）费。持有效期内本市残联或民政部门核发的一级、二级《中华人民共和国残疾人证》，《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》的人员（以下统称持证人员），个人应缴纳的职工医保（含生育保险）费自身份认定次月起由政府补助。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（含生育保险）费由政府补助一半，其他持证人员由政府全额补助。

6. 失业人员在领取失业保险金期间，应缴纳的职工医保（含生育保险）费由失业保险基金支付（以下统称失业代缴人员）。

（八）职工医保参保人员在本市连续参保缴费至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十

年（含），且职工医保累计缴费年限满二十年（含）的，应在本市医保经办机构办理医保退休资格确认手续后，按规定享受职工医保退休待遇。医保缴费年限未达到上述规定年限要求的，可办理医保退休一次性缴纳或按月延续缴纳（以下简称按月延缴）至规定年限。职工医保参保人员原则上应在办理职工养老保险退休手续后再办理医保退休手续。

（九）职工医保参保人员按照国家、省、市规定建立和使用医保个人账户（以下简称个人账户）。

（十）居民医保包括少儿医保、大学生医保和其他居民医保，具体参保范围如下：

1. 少儿医保：本市户籍，未满十八周岁的少年儿童或已满十八周岁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的学生，或父母一方持有本市核发《居住证》的学龄前儿童（以下统称少年儿童）。

2. 大学生医保：在本市行政区域内各类全日制普通高等院校、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）。

3. 其他居民医保：十八周岁以上的本市户籍人员（以下统称其他居民）。

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），应按上述规定参保。

（十一）居民医保费按年度筹集，由个人缴费和政府补助组成。持证人员（含外地户籍大学生）、收养人员、按规定享受基本生活费的困境儿童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助。

（十二）探索建立居民医保筹资标准与我市居民人均可支配收入水平挂钩的动态调整机制。

（十三）参保人员应按规定及时办理参保缴费手续（其中职工由所在用人单位统一办理）并享受相应的待遇，发生中断参保、缴费等情形的，设置待遇等待期。

（十四）一个自然年度内，参保人员在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）发生的符合医保支付范围的门（急）诊、住院医疗费用，由基本医疗保险基金（含个人账户）和参保人员按规定支付。鼓励基层就诊，按照医疗机构等级设置差异化待遇支付政策。根据本市上年度职工年平均工资、居民人均可支配收入水平以及基金运行情况，分险种设定住院支付限额。

三、大病保险

（十五）参加本市基本医疗保险的人员，应同时参加大病保险。大病保险费按年度筹集，大病保险基金由个人缴纳、基本医疗保险基金划转和政府补助构成。

（十六）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。一个自然年度内，参保人员发生

的以下医疗费用，由大病保险基金和个人共同承担：

1. 门诊、住院治疗中发生的自付费用；
2. 纳入浙江省大病保险支付范围的药品费用；
3. 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；
4. 国家和省规定的其他医疗费用。

设置差异化的大病保险起付标准、待遇支付政策和基金最高支付限额。建立对连续参保和零报销的居民医保参保人员的大病保险待遇激励机制。

（十七）罕见病用药保障执行全省统一政策，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。

四、医疗救助

（十八）医疗救助对象为参加本市基本医疗保险的持证人员。

（十九）医疗救助基金来源包括政府安排资金、社会捐赠等渠道筹集的资金以及利息收入。

（二十）一个自然年度内，医疗救助对象在定点医药机构按照基本医疗保险、大病保险等政策规定结算后的自付费用，纳入医疗救助范围。医疗救助不设起付标准，不同对象分层分类享受救助待遇。

五、生育保险

（二十一）生育保险与职工医保合并实施。参加职工医保的职工、灵活就业人员、失业代缴人员同步参加生育保险。

（二十二）生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。生育保险待遇享受起止时间与职工医保待遇享受起止时间一致。其中，享受生育津贴须同时具备以下条件：生育或实施计划生育手术时在本市职工医保待遇期内；申领津贴时已在本市连续缴纳职工医保（含生育保险）费满六个月。生育津贴按照规定的缴费基数及产假（含计划生育手术休假）天数计发。

（二十三）参保人员发生的生育医疗费用纳入医保支付范围并按规定结算。未就业妇女可按规定参加基本医疗保险并享受相应的生育医疗费用待遇。

六、医药服务管理

（二十四）全市统一执行国家基本医疗保险和生育保险药品目录、省基本医疗保险医疗服务项目目录以及国家和省其他有关规定。

（二十五）医保部门应综合考虑群众医疗需求、医保基金支撑能力、区域医疗资源规划等因素，合理确定本市定点医药机构资源配置。医保经办机构对定点医药机构实行协议管理。

（二十六）定点医药机构应严格履行服务协议，并提供科学、规范、合理的基本医疗服务。医保部门应健全完善定点医药机构动态管理机制，并与协议履行情况等挂钩。

七、其他

（二十七）医保基金包括职工医保（含生育保险）统筹基金、居民医保统筹基金、大病保险基金和医疗救助基金等专项基

金，以及个人账户资金。医保基金来源于用人单位和个人缴纳，政府补助，医保基金的存款利息，公民、法人及其他组织的捐赠和其他收入等。

（二十八）市医保局、市财政局和市税务局可结合上级要求、本市经济社会发展水平和基金运行情况研究调整基本医疗保险、生育保险和大病保险的筹资标准，报市政府同意后向社会公布。

（二十九）依法应当由第三人负担的医疗费用，但第三人不支付或无法确定第三人的，参保人员提出书面申请，经审核通过后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；确实无法收回的，经市政府批准内核销。

（三十）在本市合法就业的港、澳、台居民，应当按照本办法规定参加职工医保。持本市公安部门核发的《中华人民共和国港澳居民居住证》或《中华人民共和国台湾居民居住证》的人员，可参照本市户籍人员参加基本医疗保险。

除另有规定外，在本市合法就业的外国人，应当按照本办法规定参加职工医保，外籍学生和外籍学龄前儿童不纳入参保范围。在本市申领《中华人民共和国外国人永久居留身份证》并居住的未就业人员，可参照本市户籍人员按规定参加基本医疗保险；在市外申领《中华人民共和国外国人永久居留身份证》，但在本市居住并办理居住登记满六个月以上的人员，可参照非本市户籍人员规定参加基本医疗保险。

（三十一）基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助待遇标准、就医结算管理及公共服务管理等具体规定由《杭州市基本医疗保障办法实施细则》明确。

（三十二）本办法自 2026 年 1 月 1 日起施行，由市医保局负责牵头组织实施。其中，自本办法印发之日起符合基本医疗保险参保条件的，适用本办法规定的参保范围和筹资标准。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〔2020〕56 号）同时废止。其他前发文件与本办法不一致的，以本办法为准。国家、省另有规定的，从其规定。

附件：杭州市基本医疗保障办法实施细则

附件

杭州市基本医疗保障办法实施细则

一、职工医保

（一）用人单位和个人应按规定及时办理参保登记、变更、注销及缴费工资申报等手续（以下统称参保手续），并按时、足额缴纳职工医保（含生育保险）费。

（二）符合参保条件的人员，应在符合条件后的三个月（含）内办理参保手续，并在办理缴费手续后的次月起享受职工医保待遇。

其中，失业代缴人员自办理职工医保参保手续当月起按规定享受职工医保待遇。已参保的持证人员，原则上自身份认定次月起享受相应的医保待遇。

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用，医保基金不予支付。

（三）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三个月（不含）以上的，视为中断参保。中断参保的按以下规定执行：

1. 中断参保后重新办理参保手续并恢复正常缴费的，自恢

复缴费月起的第三个自然月开始享受职工医保待遇，在中断参保期间和待遇等待期内发生的医疗费用，医保基金不予支付。

2. 用人单位未按时足额缴纳职工医保（含生育保险）费的，其参保人员自欠缴保险费的次月起暂停享受职工医保待遇；税务机关应当责令用人单位限期缴纳或者补足职工医保（含生育保险）费，限期缴纳补足的期限，一般自作出决定之日起不超过六十日。用人单位在限期内足额补缴职工医保（含生育保险）费的，其参保人员自足额补缴的次日起恢复享受职工医保待遇，在暂停职工医保待遇期间发生的医疗费用由医保基金报销。用人单位逾期仍未缴纳补足职工医保（含生育保险）费的，暂停职工医保待遇期间，其参保人员应当享受的职工医保待遇由用人单位承担；用人单位一次性足额补缴职工医保（含生育保险）费的，其参保人员自补缴的次月起恢复享受职工医保待遇。

（四）参保人员应保未保期间的职工医保（含生育保险）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：

1. 以用人单位职工身份补缴的，补缴本年度的缴费基数按办理补缴时本人当前缴费基数确定，补缴之前年度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 9.5%、个人 2%，补缴起始时间不得早于本人所在用人单位纳入职工医保参保范围的时间。

2. 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。

3. 补缴年限记录为实际缴费年限；补缴时段内发生的医疗费用，医保基金不予支付。

4. 医保经办机构应按规定将补缴费用划转至对应的医保基金，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和长期护理保险（以下简称长护险）费。

（五）本市职工医保实际缴费年限包括以下四部分，但不重复计算：

1. 本市城镇企业职工大病住院基本医疗保险缴费年限；
2. 在本市参加职工医保的实际缴费年限；
3. 在部队参加医保的实际缴费年限；
4. 转移至本市的浙江省本级职工医保实际缴费年限。

（六）下列情形可计算为职工医保缴费年限，但不重复计算：

1. 职工医保实际缴费年限。包括本市职工医保实际缴费年限和转移至本市的其他统筹地职工医保实际缴费年限。

2. 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。

3. 2002年12月31日前符合国家和省有关规定的连续工龄。

4. 其他符合国家和省有关规定的年限。

（七）参保人员在办理医保退休资格确认手续时，养老保险缴费年限不足需要延长缴费的，但医保缴费年限已达到我市规定

年限要求的，可直接办理医保退休手续；医保缴费年限未达到我市规定年限要求的，参保人员可选择办理医保退休一次性缴纳或者按月延缴至规定年限，并在办理医保退休资格确认手续后，享受职工医保退休待遇。

选择延缴的参保人员，缴费标准和医保待遇参照同期灵活就业人员标准执行，其中，缴费费率为 8.9%（不含生育保险，下同）；选择退休一次性缴纳的参保人员，缴费基数为办理补缴时的上年度省平工资，缴费费率为 8.9%，退休一次性缴纳的医保费不予划入个人账户。选择退休一次性缴纳后，不得再变更为延缴。其中，持证人员的缴费年限未达到享受职工医保退休待遇要求的，应延缴至规定年限，个人应缴纳部分由政府按规定补助。

（八）参保人员的个人账户按以下规定统一管理：

1. 个人账户在自然年度末统一进行年度结转，个人账户当年资金按照结转当日执行的银行活期存款基准利率计息一次，个人账户历年资金按照结转当日执行的银行三个月整存整取利率计息一次，产生的利息划入其个人账户历年资金。

2. 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。

3. 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。

4. 个人账户当年资金结余部分，年度结转后转为历年资金。

5. 参保人员因人员类别变动、缴费基数调整、清退职工医保费等原因造成个人账户当年资金实际划入额度发生变动的，个人账户当年资金预设额度同步调整；其中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先从其历年资金中进行抵扣，历年资金不足抵扣时从其次年的个人账户当年资金中扣除。

（九）个人账户当年资金可用于支付参保人员发生的以下费用：

1. 在定点医疗机构发生的符合医保支付范围的普通门诊（含急诊，下同）医疗费用；
2. 在定点零售药店购买的符合医保支付范围的药品费；
3. 应由个人缴纳的大病保险费、长护险费等。

（十）个人账户历年资金可按规定共济给参保人员在浙江省内参加基本医疗保险的近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女，下同），并用于支付参保人员本人及其近亲属发生的以下费用：

1. 因疾病诊治需要，在定点医疗机构就医发生的应由个人承担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的应由个人承担的费用；
2. 使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费；
3. 参加浙江省内居民医保、大病保险、长护险等个人缴费；
4. 国家和省规定的其他项目。

（十一）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：

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。

2. 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。

3. 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。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，不足冲抵的，由本人补足。其中，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，不足冲抵的，在职工医保统筹基金中核销。

4. 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。

5. 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本市医保经办机构办理领取手续。

6. 本市与其他统筹地的个人账户共济资金应定期予以清算。

（十二）有以下情形之一的，停止划入及使用个人账户资金：

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. 参保人员因判刑、死亡等原因被暂停或终止医保待遇的。

（十三）在一个自然年度内，参保人员发生的符合医保支付范围的住院医疗费用按以下规定结算：

1. 由个人承担一个住院起付标准，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。

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

3. 住院起付标准以上、住院支付限额以下部分的医疗费用，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用，在职人员 82%，退休人员 86%；在其他医疗机构发生的医疗费用，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用，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用，在职人员 88%，退休人员 92%；在其他医疗机构发生的医疗费用，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用，在职人员 92%，退休人员 96%。

（十四）在一个自然年度内，参保人员发生的符合医保支付范围的普通门诊医疗费用按以下规定结算：

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，其中在职人员为 600 元，退休人员为 200 元。

2. 门诊起付标准以上的医疗费用，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用，在职人员 76%，退休人员 82%；在其他医疗机构发生的医疗费用，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用，在职人员 86%，退休人员 92%。

3. 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。

二、居民医保

（十五）全市执行统一的居民医保筹资标准，其中 2026 年度居民医保筹资标准为：

1. 少儿医保：每人每年 1090 元，其中个人缴纳 340 元，政府补助 750 元；

2. 大学生医保：每人每年 430 元，其中个人缴纳 100 元，同级财政补助 330 元；

3. 其他居民医保分设以下二档筹资标准，可选择其一进行缴费：

（1）其他居民医保一档：每人每年 2320 元，其中个人缴纳

770 元，政府补助 1550 元；

（2）其他居民医保二档：每人每年 2020 元，其中个人缴纳 670 元，政府补助 1350 元。

桐庐县、淳安县、建德市的城乡居民可在当地政府批准同意的档次内选择参保缴费。

（十六）建立与居民人均可支配收入水平挂钩的筹资标准动态调整机制。自 2027 年度起，居民医保筹资标准原则上每年调整一次，具体筹资标准由市医保局会同市财政局、市税务局根据上级要求，并结合本市经济社会发展水平和基金运行情况进行研究，经市政府同意后向社会公布。

（十七）参保人员应在符合参保条件后的三个月内，按规定办理参保缴费手续，并自缴纳居民医保费的次月起，享受该年度剩余月份的居民医保待遇。其中，新生儿自出生之日起三个月内参保缴费的，可自出生之日起享受该年度剩余月份的居民医保待遇，但不得早于符合参保条件的时间。

（十八）参保人员应在集中参（续）保期内按规定办理下一年度的参（续）保缴费手续并自次年 1 月 1 日起享受居民医保待遇。集中参（续）保期的具体起止时间以我市医保经办机构当年通告为准。

未在规定时间内办理参（续）保缴费手续的，视为中断参保。除新生儿、医疗救助对象等特殊群体外，未在集中参保期内参保缴费的居民，缴费未中断的，设置参保后固定待遇等待期三个月；

缴费中断的，每多断缴一年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期一个月。居民在参保缴费的同时，可通过补缴未参保年度保费修复变动待遇等待期，每多缴纳一年，可减少一个月变动待遇等待期；其中，连续断缴四年及以上的，可修复至等待期六个月。中断参保后，可以申请在当年补缴全年个人应缴的居民医保费，并按规定享受该年度剩余月份的居民医保待遇。

（十九）少儿医保、其他居民医保参保人员办理参（续）保手续后，可选择通过税务部门规定的途径缴纳医保费。

（二十）参保人员相关信息发生变更的，应及时至本市医保经办机构办理信息变更手续。

（二十一）大学生由所属院校统一组织办理居民医保参（续）保缴费手续。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，在休学期间可按规定继续享受大学生医保待遇。

大学生毕业后尚未就业的，可按规定继续享受大学生医保待遇至毕业当年年底。

（二十二）在一个自然年度内，参保人员因住院治疗发生的符合医保支付范围的医疗费用按以下规定结算：

1. 由个人承担一个住院起付标准，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。

2. 居民医保统筹基金参与支付的住院支付限额为 30 万元。

3. 住院起付标准以上、住院支付限额以下部分的医疗费用，

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%。

（二十三）在一个自然年度内，参保人员发生的符合医保支付范围的普通门诊医疗费用按以下规定结算：

1. 先由个人承担 300 元的门诊起付标准；

2. 门诊起付标准以上部分医疗费用，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%。

三、大病保险

（二十四）大病保险基金列入财政专户管理，单独核算，专款专用。职工医保参保人员年筹资标准为 125 元，个人缴纳 48 元，从其个人账户当年资金中扣缴，职工医保统筹基金划转 77 元；选择退休一次性缴纳的参保人员应同时补缴相应年限的大病保险费。居民医保参保人员年筹资标准为 40 元，个人缴纳 20 元，从居民医保统筹基金中划转，政府补助 20 元；其中，大学生医保参保人员大病保险年筹资标准为 20 元，从居民医保统筹基金中划转。

（二十五）在一个自然年度内，参保人员发生的符合大病保

险支付范围的医疗费用按以下规定结算：

1. 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。

2. 大病保险基金最高支付限额为 60 万元（含），持证人员不设支付限额。

3. 起付标准以上、最高支付限额以下部分的医疗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 85%，10 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%；

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%。

（二十六）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。

（二十七）建立对连续参保和零报销的居民医保参保人员的大病保险待遇激励机制。对自 2025 年起连续参加居民医保满四年的参保人员，之后每连续参保一年，提高大病保险最高支付限额 5000 元。对当年统筹基金零报销的参保人员，次年提高大病保

险最高支付限额 5000 元。两项激励累计提高总额度不超过 12 万元。参保人员发生大病报销并使用奖励额度后，累计零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。激励待遇在次年 1 月 1 日调整。

四、医疗救助

（二十八）医疗救助对象符合规定的门诊与住院费用，实行同比例救助并共用年度救助限额。其中《特困人员救助供养证》持有者不设年度救助限额，其他医疗救助对象年度救助限额为 15 万元（其中普通门诊费用年度救助限额为 2 万元），并按以下标准救助：

1. 《特困人员救助供养证》持有者，对其个人承担的医疗费用予以全额救助；

2. 《最低生活保障家庭证》和一级、二级《中华人民共和国残疾人证》持有者，对其个人承担的医疗费用救助 80%；

3. 《最低生活保障边缘家庭证》持有者，对其个人承担的医疗费用救助 70%。

（二十九）医疗救助包括以下方式：

1. 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用，符合救助规定的，可在医疗费用结算时直接享受医疗救助。

2. 事后救助。救助对象发生的符合救助标准的医疗费用，未能享受即时救助的，在申请报销时，由医保经办机构给予医疗

救助。

（三十）医疗救助基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基金的审核、支付工作。

（三十一）民政和残联部门负责提供持证人员信息，并确保数据及时、准确通过信息平台共享给医保经办机构。持证人员自本市民政和残联部门身份认定次月起享受医疗救助待遇。

（三十二）对于全市医疗救助工作中出现的特殊情况和重大事项，由市医保部门会同民政、财政、卫生健康、工会、残联等部门研究解决。

五、生育保险

（三十三）生育保险待遇包括：

1. 生育医疗费用（包含产前检查费用、因分娩发生的医疗费用、实施计划生育避孕节育手术以及符合生育政策的复通手术发生的医疗费用等）；

2. 生育津贴（包含产假、计划生育手术休假期间的生育津贴）。

（三十四）参保人员符合规定的生育津贴或计划生育手术津贴计发公式为：职工应计发津贴=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 $\div$ 30 $\times$ 应计发天数；灵活就业人员应计发津贴=生育或计划生育手术时本人上年度平均月缴费基数 $\div$ 30 $\times$ 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

单位上年度的全年月平均工资予以确定，与用人单位职工基本医疗保险平均缴费基数一致。其中，职工生育或实施计划生育手术时，所在用人单位上年度基本医疗保险（含生育保险）缴费时间不足一年或无缴费记录的，按用人单位成立后正常参保并连续缴纳职工医保满一年的月平均缴费基数计发。用人单位职工医保缴费年限尚不满一年的，生育津贴按职工生育当年的最低缴费基数计算并预发，缴费满一年后进行补差；对于用人单位缴费未满一年破产、注销等特殊情况，未参保月份按最低缴费基数计算，加权平均后补差。

灵活就业人员生育津贴计发基数与本人上年度缴费基数一致，按全年缴费基数加权平均计算。

（三十五）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：

1. 生育津贴：

女职工生育享受 98 天产假；难产的，增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加产假 15 天。符合法律、法规规定生育子女的夫妻，在此基础上，女职工可再享受《浙江省人口与计划生育条例》规定的延长产假，即一孩再增加产假 60 天；二孩、三孩再增加产假 90 天。

职工怀孕未满 4 个月终止妊娠的，享受产假 15 天；怀孕满 4 个月未满 7 个月终止妊娠的，享受产假 42 天；怀孕满 7 个月终止妊娠的，享受产假 98 天。

2. 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。

(三十六) 用人单位或参保人员原则上应在产后或手术后的次年年底前, 按规定向医保经办机构申领生育津贴。其中, 各类企业、民办非企业、有雇工的个体工商户等用人单位的职工, 以及灵活就业人员可向医保经办机构申请将生育津贴拨付至本人指定的银行账户。

六、就医结算管理

(三十七) 市级医保经办机构负责按规定做好药品、医疗服务项目和医用耗材目录的维护管理工作。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目录及疾病名称等的维护更新工作。

(三十八) 参保人员应当凭医保码、社会保障卡等医疗保障凭证就医、购药, 主动出示接受校验, 并妥善保管本人医疗保障凭证, 防止他人冒名使用。定点医药机构应执行实名就医购药规定, 如实记载诊疗和配售药情况并按要求上传追溯码。

(三十九) 定点医药机构应按照诊疗规范提供合理、必要的基本医疗服务, 并根据病情和以下处方管理原则掌握药量: 急性

病不超过三天用药量；一般慢性病不超过十五天用药量；纳入我市特殊病种和慢性病门诊管理范围的疾病，以及住院患者出院需带治疗药品的，不超过一个月用药量。对于麻醉、精神类等特殊药品，按照卫生健康部门相关规定执行。

纳入我市慢性病门诊管理范围的疾病，定点医疗机构可按规定根据患者病情治疗需要，在确保安全用药的前提下，为参保人员提供最长不超过十二周的慢性病长处方服务。

（四十）医疗费用的结算按以下规定执行：

1. 参保人员因疾病需要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时，应先由个人承担一定比例（以下简称乙类先行自付比例）费用，再纳入医保支付范围，乙类先行自付比例按浙江省医保行政部门的政策规定执行；使用符合限定支付规定的药品或医疗服务项目费用，可纳入医保支付范围；使用有疗程和品种数量规定的药品或医疗服务项目时，应按规定在就医的定点医疗机构或至本市医保经办机构办理备案后，发生的相关费用方可纳入医保支付范围。

2. 在本市社区卫生服务机构选择家庭医生签约服务的职工医保、少儿医保、其他居民医保参保人员，在浙江省内医保定点的社区卫生服务机构、巡回诊疗车（船）发生的政策范围内门诊医疗费用，统筹基金承担比例提高三个百分点，门诊起付标准最高减免 300 元。经签约的本市社区卫生服务机构转诊至本市其他定点医疗机构继续治疗的（在本市域内急诊、抢救的视同转诊），

门诊起付标准最高减免 300 元。大学生医保参保人员自愿选择在本市医保定点的校内医疗机构门诊就医或经校内医疗机构转诊的，门诊报销比例和起付标准参照上述规定执行。

3. 参保人员在本市定点零售药店购药或因急诊和抢救在救护车上发生的医疗费用，符合医保支付范围的，按其他医疗机构普通门诊的承担比例结算。

4. 参保人员可凭本市定点医疗机构的执业医师开具并通过医保电子处方中心流转的外配处方，到本市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。

5. 参保人员的住院医疗费用采用出院结算制，按出院时可享受的待遇结算，待遇中断期间发生的医疗费用不列入医保支付范围。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，确因病情需要到当地其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药的，须经所在住院医疗机构同意后，方可按规定就诊或购药，发生的符合医保支付范围的医疗费用，先由个人承担 10%，再纳入其住院的医疗费用中按规定结算。

6. 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，其发生的医疗费用不列入医保支付范围；符合出院条件而拒绝出院的，在相关定点医疗机构作出出院通知后发生的医疗费用不再列入医保支付范围。

7. 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用减免待遇。

8. 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用，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办理医疗费用重新结算手续，各定点医药机构应予以支持配合。

9. 参保人员涉嫌骗取医保基金支出且拒不配合调查的，在调查处理期间，医保行政部门可以要求医保经办机构限定其就医结算的定点医药机构范围及数量，或暂停其医疗费用联网结算。

（四十一）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药机构）发生的应由参保人员个人支付的医疗费用，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用，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用，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用，由参保人员全额支付后，原则上在次年年底前至各地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，凭急诊证明至医保经办机构按规定结算医疗费用。非急症治疗需要，在就医地非定点医疗机构发生的医疗费用，医保基金不予支付。

（四十二）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。定点医疗机构可按其备案的出国（境）期限确定配药量，但最多不超过六个月。出国（境）期间，暂停该参保人员在境内的医疗费用结算。

出国（境）人员提前回国的，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）备案撤销前发生的医疗费用，符合医保支付范围的费用由个人全额垫付后至医保经办机构按规定结算。

（四十三）异地就医是指参保人员在本市行政区域外的异地定点医药机构发生的就医诊疗及购药行为，包括省内异地就医和跨省异地就医。

（四十四）省内异地就医实行免备案。跨省异地就医实行备案管理，参保人员办理相关备案后，可按规定在跨省异地定点医药机构就医购药并直接结算。

1. 异地长期居住备案按以下规定执行：

（1）异地长期居住人员，包括退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的异地安置退休人员，在异地居住生活三个月（含）以上的职工医保退休人员、灵活就业人员、居民医保参保人员，以及用人单位派驻异地工作三个月（含）以上的常驻异地工作人员，应按规定办理异地长期居住备案。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、失业代缴人员不予办理异地长期居住备案。

（2）参保人员因生育，以及大学生因寒暑假、休学或符合高

校管理规定的实习等原因需要在省外居住的，可按规定办理异地长期居住备案。

（3）异地长期居住人员，原则上在备案生效后三个月内不得申请变更，因退休安置地、工作单位发生变化等特殊情况，可凭有关资料申请变更。

2. 临时外出就医备案按以下规定执行：

（1）参保人员因患疑难疾病，经本省或长期居住地（以下简称长住地）三级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，办理异地转诊备案后在异地定点医疗机构就医并按规定结算。因病情需要更换转诊地的，可凭有关资料申请变更。

（2）其他临时外出就医人员，应按规定办理临时外出就医备案。

（四十五）异地就医结算按以下规定执行：

1. 异地就医直接结算执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关规定，执行本市规定的起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。参保人员异地就医未能直接结算的，可至医保经办机构按规定报销相关医疗费用。

2. 参保人员在省内异地定点医疗机构就医，发生的符合医保支付范围的费用按规定直接结算。

3. 办理异地长期居住备案或异地转诊备案的参保人员，在备

案地定点医疗机构就医发生的符合医保支付范围的费用可按规定直接结算；其他临时外出就医人员，在省外定点医疗机构就医的，发生的符合医保支付范围的费用，应先自付 20%后再按规定结算。

4. 异地长期居住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符合医保支付范围的费用，由个人先自付 10%后再按规定结算；离开长住地去其他省、自治区、直辖市定点医疗机构就医发生的医疗费用，由个人先自付 20%后再按规定结算。

5. 在异地定点零售药店购买纳入浙江省“双通道”管理的药品，按照上述异地就医规定结算；购买其他药品的，使用个人账户历年资金支付。

6. 异地急诊、抢救发生的符合医保支付范围的医疗费用可按规定直接结算。参保人员因急症在异地医疗机构急诊治疗未能直接结算的，凭急诊证明至医保经办机构按规定结算医疗费用。

7. 门诊慢特病跨省异地就医按照国家和省相关规定执行。

（四十六）建立基本医疗保险门诊特殊病种（以下简称特殊病种）保障机制。特殊病种是指恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血、重性精神障碍、失代偿期肝硬化、儿童孤独症、癫痫、脑瘫、肺结核、慢性阻塞性肺疾病、阿尔茨海默病、帕金森病、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、糖尿病胰岛素治疗、艾滋病。

医保部门应加强对特殊病种的监督管理，特殊病种参保人员就医结算管理按以下规定执行：

1. 患有特殊病种疾病的参保人员，可根据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。其中，患有重性精神障碍等疾病的，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；艾滋病由所在区、县（市）卫生健康部门集中受理，统一至属地医保经办机构办理备案，并实行定点医疗。

2. 参保人员在办理特殊病种备案后，方可享受相关待遇。在一个自然年度内，参保人员发生的特殊病种门诊医疗费用按住院医疗费用结算，但不设起付标准。

（四十七）高血压、糖尿病、肺结核、冠心病、支气管哮喘、慢性肾脏病、慢性阻塞性肺疾病、慢性肝病、帕金森病、类风湿关节炎、阿尔茨海默病、精神分裂症（情感性精神病）、慢性前列腺增生、高脂血症、骨质疏松症、腹透等十六种疾病纳入我市慢性病门诊管理范围。

（四十八）因患慢性肾功能衰竭需进行门诊透析治疗的参保人员，在透析定点医院透析治疗期间发生的符合医保支付范围的门诊透析费用，经基本医疗保险、大病保险及其他医疗补助结算后，职工医保参保人员个人承担超过5%、居民医保参保人员个人承担超过10%的部分由医疗救助基金予以支付。

（四十九）家庭病床参保人员就医结算管理按以下规定执行：

1. 建床对象：参保人员因病情需要确需建立家庭病床的，可

选择 1 家社区卫生服务机构申请作为建床单位。

2. 建床申请：患者或其监护人向社区卫生服务机构提出建床申请，社区卫生服务机构评估通过后报医保经办机构审批。确定予以建床的，社区卫生服务机构应指定责任医生、护士。

3. 建床周期：一个自然年度建床次数累计不超过三次，建床天数累计不超过 180 天；其中，一次建床周期不超过 90 天，确需继续建床的，需重新办理申请手续。

4. 支付范围：包括家庭病床建床费、上门服务费，以及病情需要使用符合医保支付范围的医疗费用。上门服务费支付每周不超过三次。上述费用按住院医疗费用结算，不设起付标准。

5. 家庭病床建床期间，除急诊和门诊特殊病种外，不得重复享受住院和普通门诊医保待遇。家庭病床的建床病种和撤床条件按省有关规定执行。

（五十）除另有规定外，参保人员因下列情形发生的医疗费用，不纳入医保基金支付范围：

1. 在国家、省规定的基本医疗保险、大病保险药品目录、医疗服务项目目录范围以外的；

2. 在境外就医的；

3. 应当由第三人负担的；

4. 应当从工伤保险基金中支付的；

5. 应当由公共卫生负担的；

6. 体育健身、养生保健消费、健康体检；

7. 其他违反基本医疗保障政策规定的。

（五十一）参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，原则上基本医疗保险先行结算。按商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费用部分，在医保结算时予以扣除。

七、公共服务管理

（五十二）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变更职工医保或居民医保险种，具体按以下规定办理：

1. 居民医保转换为职工医保，连续参保缴费的，参保当月享受职工医保待遇。其中，转换为以灵活就业人员身份参加职工医保的，自职工医保缴费到账当月起享受职工医保待遇。

2. 职工医保转换为居民医保，连续参保缴费的，参保次月启动居民医保待遇。

3. 险种转换过程中存在中断参保缴费情况的，中断参保缴费三个月（含）以下的，自参保缴费次月起享受医保待遇。中断参保缴费三个月以上，居民医保转换为职工医保的，自参保缴费第三个自然月起享受医保待遇；职工医保转换为居民医保的，设置参保后固定待遇等待期三个月。存在缴费中断的，按省有关规定设置变动待遇等待期。

参保人员在跨统筹地转移接续时变更基本医疗保险险种的，

参照上述规定执行。

（五十三）转换险种的参保人员一个自然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应支付标准的，不予清算。

（五十四）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其应享受待遇时所对应险种的规定执行。

（五十五）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：

1. 参保人员可向医保经办机构提出医保关系转入申请，并按规定将原参保地的职工医保缴费年限转移至本市。

2. 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。

3. 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。

4. 已享受职工医保退休待遇的人员，医保关系不予转移。

（五十六）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用不予累计计算。

（五十七）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，可根据工作需要设立分支机构和服务网点，为用人单位和参保人员提供高效、便捷的医保公共管理服务；按

照医保业务档案管理相关规定，为用人单位和参保人员建立医保档案，完整、准确地记录参保人员的个人信息、待遇享受情况等医保数据，并妥善保管参保登记、变更等原始凭证和支付结算的会计凭证。

（五十八）用人单位和参保人员可通过医保部门提供的信息平台办理医保服务事项，查询、核对其医保参保和待遇享受记录。

（五十九）医保经办机构应定期向社会公布医保基金的收入、支出和结余等情况。

八、医药服务管理

（六十）医保经办机构对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，经规定程序审定并与医保经办机构签订协议后，根据患者病情需要，按照“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗”的原则，为参保人员提供科学、规范、合理的医药服务，并按照规定执行医保支付政策、价格政策及集中采购政策。

（六十一）全市执行统一的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。

（六十二）各级医保部门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，按要求做好医疗服务价格动态调整、医药服务价格监测与信息发布工作。

（六十三）医保部门应健全完善总额预算管理下的按病组

（DRG）点数付费、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。

（六十四）医保部门可设立医保专家咨询工作机制，负责参与医保疑难问题的专业咨询工作，所需的工作经费列入部门年度预算。

九、基金监督管理

（六十五）职工医保（含生育保险）费、居民医保费和大病保险费由税务部门负责征收，并定期向医保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各类医保费收缴工作，人力社保部门应配合做好失业代缴人员按规定缴纳医保费的相关工作。

（六十六）建立市职工医保归集基金，由原市级职工医保风险调剂金结余、职工医保统筹基金产生的利息和按照上一年度职工医保统筹基金支出的1%计算的归集额度组成。当归集基金结余超过3个月可支付能力或收不抵支时，由市医保、财政等相关部门共同商议暂停归集或调整归集比例并报市政府同意后执行。

（六十七）建立大病保险风险金，由市本级、上城区、拱墅区、西湖区、高新区（滨江）、钱塘区及杭州西湖风景名胜区（以下简称市级）和萧山区、余杭区、临平区、富阳区、临安区、桐庐县、淳安县、建德市（以下简称五区三地）上年度大病保险基金支出额的5%和大病保险基金利息组成。风险金累计结余超过6个月可支付能力或出现收不抵支情况时，由市医保、财政等相关

部门共同商议暂停提取或调整提取比例并报市政府同意后执行。

（六十八）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、分账核算，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助，具体按以下规定执行：

1. 市级和五区三地职工医保统筹基金当期出现缺口时，先由当地累计结余支付，不足支付的，根据收支质量情况，经市财政局审核后，由归集基金、缺口地财政分别按 80%、20%比例分担，淳安县由归集基金按 100%承担。市级职工医保统筹基金当期出现缺口且累计结余不足支付的，政府承担部分由市、区两级财政各承担 50%。

2. 五区三地居民医保统筹基金当期出现缺口时，以经审核确认的 2021 年缺口为基数，市医保局会同市财政局在考虑 2022 年统筹政策调整等相关因素的基础上，对产生的新增缺口进行审核，并根据收支质量情况，由市财政局按审核后的新增缺口 20%予以定额补助，对淳安县按 40%予以定额补助，其余缺口由当地财政承担。在落实基金收支责任后，当年新增缺口低于 2022 年审核后的新增缺口，则相应减少市财政对有关区、县（市）的补助额度。市级居民医保统筹基金当期出现缺口且累计结余不足支付的，政府承担部分由市、区两级财政各承担 50%。

3. 市级和五区三地大病保险基金当期出现缺口时，先由当地累计结余支付，不足支付的，由大病保险风险金承担。

4. 医疗救助基金由市级和五区三地政府按规定安排。其中，上城区、拱墅区、西湖区、高新区（滨江）、萧山区、余杭区、临平区、钱塘区、富阳区、临安区及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基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。桐庐县、淳安县、建德市按现行财政体制自行承担。

（六十九）除有明确规定外，涉及政府补助资金的，上城区、拱墅区、西湖区、高新区（滨江）、钱塘区、杭州西湖风景名胜区由市、区财政按 1:1 承担；五区三地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。

（七十）市医保、财政和审计部门要按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督管理和审计。医保基金的银行计息按照国家有关规定执行。

（七十一）医保行政部门应建立监督管理常态机制，实施大数据实时动态智能监管。逐步完善对医疗服务的监管机制，实施基金运行全过程绩效管理。

（七十二）各级医保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管理。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。

（七十三）医保经办机构应通过日常巡查、专项检查、重点

核查、网上审查、委托第三方审计检查等措施，实施有效协议管理。医保经办机构和定点医药机构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。

（七十四）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》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律规定执行。其中，定点医药机构涉嫌违约或违规的，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。

（七十五）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，不得违法向他人泄露涉及用人单位商业秘密、个人权益及举报人和投诉人的信息。

十、其他

（七十六）参保人员的医保待遇启动后，已缴纳的基本医疗保险（含生育保险）和大病保险费不予退回。

（七十七）中华人民共和国成立前参加革命工作的老工人、一至六级残疾退役军人、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，具体办法另行规定。

（七十八）自付费用是指患者就医购药所发生的医疗费用

中由个人负担的属于基本医疗保险和大病保险支付范围内自行承担的费用，包括起付标准、乙类先行自付、按比例由个人支付部分和住院支付限额以上部分、异地就医需先行自付的费用等。

自费费用是指不属于基本医疗保险和大病保险支付范围而全部由患者个人支付的费用，包括目录外的药品、医疗服务项目、医用材料和医疗器械等。

（七十九）在职人员是指用人单位职工、灵活就业人员和失业代缴人员。

（八十）医疗费用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。

（八十一）下一年度居民医保缴费标准、灵活就业人员医保费征缴基数等有关数据由市医保、税务等部门在每年年底前公布。

（八十二）因公共卫生事件、自然灾害等突发事件造成的医疗费用，以及特定群体、特定疾病的医疗费用豁免政策按照国家有关规定执行。

抄送：市委各部门，市纪委，杭州警备区，市各群众团体。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院。

市各民主党派。

杭州市人民政府办公厅

2025年9月30日印发

