|  |
| --- |
| 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 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市区实施细则》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      2017年12月27日       **杭州市基本医疗保障办法市区实施细则**　　 第一章  总则　　第一条  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〔2017〕64号）精神，结合市区医疗保障运行实际，制定本实施细则。　　第二条  基本医疗保障制度坚持全覆盖、保基本、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。　　建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗困难救助为托底，其他医疗保障制度为补充的多层次医疗保障体系，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）、大病保险和医疗困难救助制度。　　第三条  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、富阳区和杭州经济开发区、杭州西湖风景名胜区、杭州大江东产业集聚区（以下统称市区）范围内的用人单位及其职工以及城乡居民，按照本实施细则的规定纳入市区基本医疗保障范围。　　临安区完成市区一体化过渡后，该区范围内的用人单位及其职工以及城乡居民，纳入市区基本医疗保障范围。　　第四条  市社会保险行政部门主管市区基本医疗保障工作。市级医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责市区医保经办管理，市社会保险经办机构和各区社会保险行政部门以及其他各级医保经办机构配合做好相关工作。　　　 第二章  参保范围　　第五条  下列人员应当参加市区职工医保：　　（一）国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业等组织和个体工商户（以下统称用人单位）的全部职工、雇主及雇工（以下统称在职职工）。　　（二）根据相关规定可以一次性协议缴纳基本养老保险费和职工医保费的人员（以下简称协缴人员）。　　（三）已按规定参加职工医保直至法定退休年龄，并已按月领取基本养老金或退休费（以下统称基本养老金）的人员（以下简称退休人员）。　　（四）国家、省、市规定的其他人员。　　第六条  下列人员可以灵活就业人员身份参加职工医保：　　（一）市区户籍，未在用人单位就业，且尚未办理按月领取基本养老金手续的劳动年龄段内人员。　　（二）非市区户籍，与用人单位终止或解除劳动关系，在市区参加职工医保且实际缴费年限已累计满10年的劳动年龄段内人员。　　（三）国家、省、市规定的其他人员。　　第七条  下列人员可参加市区城乡居民医保： 　　（一）市区户籍，未满18周岁的少年儿童，或虽已满18周岁但仍在市区中小学校就读的学生；非市区户籍，在市区中小学校就读，且其父母一方已参加市区职工医保的中小学生，以及在市区居住、其父母一方已参加市区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）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，以下简称高校）、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（以下统称大学生）。　　（三）市区户籍，18周岁以上，未参加市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）。　　（四）市区范围内的社会福利院、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）。　　第八条  除政府另有规定外，外籍学生和外籍学龄前儿童不纳入参保范围。　　第九条  参加市区职工医保和城乡居民医保的人员，同时纳入市区大病保险和医疗困难救助的参保范围。　　 第三章　费用征缴　　第十条  用人单位和个人应按照社会保险费征缴有关规定，及时办理参保登记、变更、注销和基数申报等手续。　　第十一条  职工医保费、城乡居民医保费、大病保险费和医疗困难救助费（以下统称医保费）实行市区统一征收。　　（一）应由用人单位缴纳的职工医保费（含代扣在职职工个人缴费部分），由地税部门负责征收。　　（二）应由职工（含退休人员）个人缴纳的大病保险费和医疗困难救助费，从其职工医保个人账户（以下简称个人账户）中扣缴。　　（三）应由灵活就业人员缴纳的职工医保费，由地税部门委托相关机构征收；应由灵活就业人员缴纳的大病保险费和医疗困难救助费，从其职工医保个人账户中扣缴。　　（四）应由城乡居民个人缴纳的城乡居民医保费、大病保险费和医疗困难救助费，由医保经办机构负责收缴划转。　　（五）应由政府补助的城乡居民医保费、大病保险费和医疗困难救助资金，列入当年财政预算，由财政部门按规定划拨。　　第十二条  用人单位按以下规定缴纳职工医保费：　　（一）用人单位以当月全部职工工资总额作为缴费基数（以下简称单位缴费基数），按10.5%的比例按月缴纳职工医保费，按规定划入职工医保统筹基金、个人账户和大病保险基金。　　（二）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。　　（三）用人单位给在职职工中的退役六级及以上残疾军人缴纳的职工医保费，由用人单位属地政府给予全额补贴。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%的，按300%核定单位缴费基数；低于60%的，按60%核定单位缴费基数。　　第十三条  在职职工按以下规定缴纳职工医保费：　　（一）在职职工以本人上年度月平均工资为缴费基数，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。个人缴纳的职工医保费全部划入职工本人的个人账户。　　（二）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，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。　　（三）在职职工中的退役六级及以上残疾军人个人不需缴纳职工医保费。　　计算职工缴费基数时，职工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%核定缴费基数。　　第十四条  灵活就业人员按以下规定缴纳职工医保费：　　（一）灵活就业人员以上年度省平工资的60%为缴费基数，按10.5%的比例按月缴纳职工医保费，按规定划入职工医保统筹基金、个人账户和大病保险基金。　　（二）持有效期内杭州市《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》和二级及以上《中华人民共和国残疾人证》的人员（以下统称持证人员），自到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，《最低生活保障边缘家庭证》持有者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。　　（三）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按月缴纳的职工医保费，由失业保险基金支付。 　　第十五条  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，按上年度省平工资2%的人均标准对职工医保统筹基金予以补贴。　　第十六条  城乡居民医保费按以下标准缴纳，按规定划入城乡居民医保统筹基金、大病保险基金和医疗困难救助资金。　　（一）少年儿童的医保费为每人每年650元，其中个人缴纳250元，其余部分由政府补贴。 　　（二）大学生的医保费为每人每年240元，其中个人缴纳60元，其余部分由政府补贴。政府补贴所需资金按照高校隶属关系，由同级财政安排。持证人员中的大学生（含持有县级及以上民政部门出具的家庭困难证明的大学生），其个人应缴纳的城乡居民医保费根据高校隶属关系由同级政府全额补贴。　　（三）其他城乡居民医保分为两档，参保人员可根据本人情况选择参保：　　1.一档：医保费为每人每年1800元，其中个人缴纳600元，其余部分由政府补贴；　　2.二档：医保费为每人每年1200元，其中个人缴纳400元，其余部分由政府补贴。　　（四）《最低生活保障边缘家庭证》持有者其个人应缴纳的城乡居民医保费由政府补贴一半，其他持证人员和重点优抚对象由政府全额补贴。　　（五）收养人员由政府全额补助。　　第十七条  同一结算年度内城乡居民医保缴费标准不变，市政府可根据城乡居民医保基金运行情况适时调整。 　　第十八条  大病保险费由个人缴纳、医保费划转、政府补贴构成，用于建立大病保险基金。具体按以下规定办理：　　（一）职工医保参保人员年缴费标准为90元，其中个人缴纳36元，职工医保费中划转54元。个人应缴纳部分从其个人当年账户资金中扣缴。　　（二）城乡居民医保参保人员年缴费标准为60元，其中个人缴纳20元，政府每人每年补贴40元，个人应缴纳部分从其缴纳的城乡居民医保费中划转。　　其中，大学生参保人员年缴费标准为20元，从其缴纳的城乡居民医保费中划转。　　第十九条  医疗困难救助费由参保人员缴纳，政府按规定给予补贴，用于建立医疗困难救助资金。具体按以下规定办理：　　（一）职工医保参保人员年缴费标准为12元,从其职工医保个人账户当年资金中扣缴。　　（二）城乡居民医保参保人员年缴费标准为12元,从其缴纳的城乡居民医保费中划转。　　（三）财政安排的专项资金由市、区两级财政按照医疗困难救助资金实际支出数各承担50%，各区当年承担部分由市财政进行体制结算。　　第二十条  政府按本年度市区职工参保人员缴费总额的一定比例补充职工医保统筹基金和大病保险基金，具体根据基金运行情况另行确定。　　 第四章  职工医保　　第二十一条  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。　　参保人员享受职工医保退休待遇后，仍应按规定继续缴纳大病保险和医疗困难救助费。　　第二十二条  符合参保条件的人员，应在符合参保条件后的3个月内办理参保缴费手续，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职工医保参保手续，并按规定缴纳职工医保费。　　参保人员当月未缴费的，次月起暂停享受职工医保待遇。　　已参保的持证人员，自在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。　　第二十三条  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个月的，视为中断参保。中断参保按以下规定办理：　　（一）中断参保后办理参保手续的，应连续缴费满6个月后，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发生的医疗费用，医保基金不予支付。　　（二）因用人单位未及时为职工办理参保手续，造成职工中断参保的，职工在中断参保期间及等待期发生的医疗费，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。　　（三）中断参保的，可按规定补缴中断参保期间应缴纳的职工医保费。　　补缴时间段内发生的医疗费，医保基金不予支付。　　第二十四条  除另有规定外，参加职工医保的退休人员，因个人原因被暂停医保待遇的，暂停期间发生的医疗费，医保基金不予支付。 　　第二十五条  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本人当前缴费基数确定，以前年度补缴时段的缴费基数按补缴时上年度省平工资确定，缴费比例为单位10.5%、个人2%。　　职工补缴起始时间不得早于该单位纳入职工医保参保范围时间。　　（二）以灵活就业人员身份补缴的，缴费基数按办理补缴时上年度省平工资的60%确定，缴费比例为10.5%。　　灵活就业人员补缴起始时间不得早于2008年１月１日。　　（三）补缴年限记录为缴费年限。　　（四）补缴期间发生的医疗费不纳入医保支付范围。　　（五）市医保经办机构应按规定划转补缴所对应的相关基金、资金（以下统称基金）。扣减应由个人补缴的大病保险费和医疗困难救助费后，按规定补划个人账户资金。　　第二十六条　参保人员在市区连续参保缴费至在市区按月领取基本养老金或法定退休年龄时，市区实际缴费年限满10年（含），且累计缴费年限满20年（含）的，可在办理职工医保缴费年限审核和退休待遇核定手续后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。　　未达到上述缴费年限要求的参保人员，按以下规定办理：　　（一）市区户籍的，在市区连续参保缴费至在市区按月领取基本养老金或法定退休年龄时，应按照灵活就业人员的缴费标准参保缴费至达到上述缴费年限要求后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。　　（二）非市区户籍的，但在市区用人单位就业并连续参保缴费到法定退休年龄且可在市区按月领取基本养老金时，应按照灵活就业人员的缴费标准参保缴费至达到上述缴费年限要求后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。非市区户籍的，除另有规定外，未在市区用人单位就业并参加职工医保，也不符合市区灵活就业人员参保条件的，到达法定退休年龄后不能办理并享受市区职工医保退休待遇。　　本条第（一）、（二）项中相关参保人员继续参保缴费期间，其医保待遇按照职工医保灵活就业人员标准执行。　　第二十七条  下列情形可计算为职工医保缴费年限。　　（一）职工医保实际缴费年限（含市区城镇企业职工大病住院基本医疗保险缴费年限）。　　（二）经社会保险行政部门认定的视同缴费年限。　　（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市区城乡居民（大学生）医保的缴费年限。　　（五）其他符合国家和省有关规定条件的。　　以上年限不重复计算。　　第二十八条  参保人员个人账户由市医保经办机构统一建立和管理，并于每年年底进行年度结转。　　（一）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。　　（二）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。　　（三）个人账户当年资金自缴费当月起按月从职工医保费中划入。　　（四）个人账户当年资金结余部分，年度结转后转为历年资金。　　第二十九条  参保人员个人账户资金分别按照以下规定划入，并同时扣减应由个人缴纳的大病保险费和医疗困难救助费：　　（一）在职职工。45周岁（含）以下的按本人缴费基数的2.5% （含个人缴纳的2%），45周岁以上至退休前的按本人缴费基数的2.8%（含个人缴纳的2%），按月从职工医保费中划入其个人账户当年资金。 　　（二）灵活就业人员。45周岁（含）以下的按本人缴费基数的0.5%，45周岁以上至退休前的按本人缴费基数的0.8%，按月从职工医保费中划入其个人账户当年资金。 　　（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。如再就业，另按在职职工参保，并划入个人账户当年资金。　　（四）退休人员。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均工资为基数，高于上年度省平工资的以本人上年度基本养老金为基数，70周岁（含）以下的按基数的5.8%、70周岁以上的按基数的6.8%，按月从职工医保费中划入其个人账户当年资金。　　个人账户政策可根据国家和省相关规定适时调整。　　第三十条  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实际划入额度不符的，按以下规定办理：　　（一）当年实际划入额度高于当年预设额度的，将差额部分划入其个人账户历年资金；　　（二）当年实际划入额度低于当年预设额度的，将差额部分在其个人账户当年资金中扣除。　　第三十一条  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）社会保险行政部门规定的其他情形。　　第三十二条  个人账户当年资金用于支付以下费用：　　（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和医疗困难救助费。　　第三十三条  个人账户历年资金用于支付参保人员发生的以下费用：　　（一）在定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）发生的应由个人承担的自费、自理和自付的医疗费。　　（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。　　第三十四条  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。　　（一）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历年资金。　　（二）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；非市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。　　（三）参保人员从其他参保地转移至市区参保后，可按规定将原参保地的个人账户实际结余资金转移至市区，并全部划入其个人账户历年资金。　　（四）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，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。　　（五）个人账户结余资金未办理转移或清算手续的，再次参加市区职工医保后，可按规定继续使用。　　（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医疗机构或民政、公安、司法等部门出具的死亡证明、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，至医保经办机构办理继承或遗赠手续。　　（七）个人账户历年资金可按规定划转给在市区参保的本人近亲属（指配偶、子女或父母）。　　第三十五条  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36万元。　　（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36万元（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%。　　（四）住院最高限额以上部分医疗费，符合大病保险规定的，由个人和大病保险基金共同承担。　　第三十六条  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。具体为：在职人员1000元，退休人员300元。　　（二）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计算后合并确定。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（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。　　 第五章　城乡居民医保　　第三十七条  城乡居民医保分为少儿医保（限少年儿童），大学生医保（限大学生）和其他城乡居民医保。　　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医保参保规定的，统一参加其他城乡居民医保一档。　　第三十八条  城乡居民医保的参（续）保期和经办机构分别为：　　（一）少儿医保和其他城乡居民医保的参保人员应在每年的10月至12月，至市区街道、乡（镇）社会保险服务机构或各级医保经办机构办理下一结算年度的参（续）保手续。　　（二）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。　　（三）收养人员由集中管理的单位统一到医保经办机构申报办理参（续）保手续。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。　　第三十九条  符合参保条件的人员，应在符合参保条件后的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，但不得早于符合参保条件的时间。　　符合免缴条件的人员，在办理参保及相关证件或证明登记手续后，方可享受城乡居民医保待遇。　　第四十条  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。　　（一）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，非市区户籍的少儿还须提供其与在市区参加职工医保的父母一方的关系证明。　　（二）办理续保手续的人员，应提供本人社会保障卡（含市民卡，以下统称社保卡）或本人身份证。　　（三）非市区户籍的学生，以及市区户籍18周岁以上的学生，在办理少儿医保参（续）保手续时，需提供学校的学籍证明。市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。　　符合免缴条件的人员，在办理参（续）保手续时，除提供前款规定的有效证件外，还应按规定提供相关免缴证件或证明的原件和复印件。　　第四十一条  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，应及时至医保经办机构办理信息变更和确认手续。　　第四十二条  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。　　第四十三条  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。　　第四十四条  参保人员享受缴费所属结算年度的医保待遇。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，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）少儿医保和其他城乡居民医保由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25万元。　　大学生医保不设住院最高限额。　　（三）住院起付标准以上最高限额以下部分医疗费，由统筹基金和个人共同承担。统筹基金承担的比例为：三级医疗机构为70%，其他医疗机构为75%，社区卫生服务机构为80%。　　（四）住院最高限额以上部分住院医疗费，符合大病保险规定的，由个人和大病保险基金共同承担。　　（五）参保大学生符合医保开支范围的住院医疗费高于25万元时，由统筹基金和个人共同承担，统筹基金承担的比例为80%。　　第四十五条  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）先由个人承担一个门诊起付标准的医疗费用，具体为300元。　　（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，统筹基金承担的比例为：　　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%。　　（三）选择全科医生签约服务的少年儿童和其他城乡居民参保人员，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（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）自愿选择在定点的校内医疗机构门诊治疗的参保大学生，参照本条第（三）项的规定办理。　　 第六章  大病保险　　第四十六条  大病保险由大额医疗补助和特殊药品大病保险两部分组成。　　大额医疗补助是指对参保人员发生的住院最高限额以上部分中符合医保开支范围内医疗费用（以下统称大额医疗费）的保障。　　特殊药品大病保险是指对参保人员使用浙江省大病保险特殊药品（含罕见病药品，下同）发生费用（以下简称特殊药品费）的保障。　　第四十七条  在一个结算年度内，参保人员发生的大额医疗费按以下规定结算：　　（一）职工医保参保人员发生的大额医疗费，大病保险基金承担的比例为90%。　　（二）城乡居民医保参保人员发生的大额医疗费，大病保险基金承担的比例为70%。　　第四十八条　在一个结算年度内，参保人员发生的特殊药品费按以下规定结算：　　（一）由个人承担一个起付标准，具体为：持证人员5000元，其他参保人员2万元。　　（二）大病保险基金年度最高支付限额为45万元。　　（三）起付标准以上、最高限额以下部分的费用，大病保险基金按超额累进制结算，具体比例为：5000元至2万元（含）为50%；2万元至20万元（含）为60%；20万元至45万元（含）为70%。　　参保人员的大病保险待遇享受时间与其基本医疗保险一致。　　 第七章  医疗困难救助　　第四十九条　医疗困难救助对象为参加市区职工医保或城乡居民医保的人员，以及市政府确定的其他人员。　　第五十条　在一个结算年度内, 参保人员当年个人承担的符合医保开支范围的医疗费用，按以下标准救助：　　（一）持证人员。　　1．《特困人员救助供养证》持有者，其在规定的医药机构发生的门诊和住院医疗费予以全额救助。　　2．《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，其个人承担的住院医疗费救助比例为70%；门诊医疗费救助比例为50%，最高不超过3000元。　　3．《最低生活保障边缘家庭证》持有者，其个人承担的住院医疗费救助比例为60%。　　持证人员在惠民医院或经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待遇。　　（二）非持证人员。　　1．职工医保退休人员，其个人承担的住院医疗费超过5000元的部分按超额累进制结算，各段救助比例分别为：5000元至15000元（含）为50%，15000元以上为60%。　　2．其他职工医保参保人员，其个人承担的住院医疗费超过15000元的部分按超额累进制结算，各段救助比例分别为：15000元至25000元（含）为50%；25000元以上为60%。　　3．城乡居民医保参保人员，其个人承担的住院医疗费超过25000元的部分按超额累进制结算，各段救助比例分别为：25000元至35000元（含）为50%；35000元以上为60%。　　第五十一条　医疗困难救助的程序：　　（一）即时救助。救助对象在市区定点医疗机构（含“一卡通”定点医疗机构）就医或定点零售药店购药时发生的医疗费，符合本实施细则救助规定的，可在医疗费结算时直接享受医疗困难救助。　　（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，在申请医疗费用报销时，由医保经办机构一并给予医疗困难救助。　　第五十二条  持证人员持相关证件至医保经办机构办理登记手续后，方可享受相应的医疗困难救助待遇。　　第五十三条  建立由市社会保险行政部门牵头，市民政、卫生计生、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。　　各区可建立相应的区级医疗困难救助工作机制。　　第五十四条  对已按第五十条规定给予救助或已给予其他各类救助后，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，各区医保经办机构审核上报，经市医疗困难救助联席会议研究同意后再予以一定的救助。　　 第八章   参保关系衔接　　第五十五条  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。险种转换前已缴纳的医保费不予清算。　　第五十六条  险种转换是指参保人员因个人原因变更职工医保与城乡居民医保险种，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，并从次月起享受职工医保待遇。　　（三）参保人员在原险种停保后超过3个月（含）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。　　第五十七条  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。　　第五十八条 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所对应险种的规定执行。　　第五十九条  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市区参加职工医保时，向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市区：　　1.市区户籍人员；　　2.非市区户籍人员，男性不满50周岁，女性不满40周岁；　　3.非市区户籍人员，在市区参加职工医保实际缴费年限累计满10年；　　4.政府另有规定或经县级以上组织部门批准正常调动的人员。　　（二）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，但与市区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市区以外就业的，应中止市区医保参保，按规定办理职工医保缴费年限转移。其中，参保人员医保关系转出前欠缴职工医保费的，应补缴所欠费用后方可办理转出手续。　　第六十条  符合转移接续规定的市区外城乡居民医保（含新农合）参保人员转至市区参加职工医保的，须连续缴费满６个月后，方可享受职工医保待遇，等待期间享受市区城乡居民医保一档待遇。　　第六十一条  未办理医保转移接续手续，或在市区参保前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，须在市区连续缴费满６个月后，方可享受职工医保待遇。　　已享有职工医保退休待遇的人员，医保关系不予转移。　　第六十二条  未在市区用人单位就业，也不符合灵活就业人员参保条件的非市区户籍人员，应及时办理医保转出手续。　　第六十三条  医保关系跨统筹地转入的，参保人员在原参保地按政策规定已支付的门诊、住院起付标准及医疗费不予累计计算。　　 第九章  医保基金管理　　第六十四条  医保基金由职工医保基金（包括个人账户基金）、城乡居民医保基金（包括少年儿童、大学生、其他城乡居民医保基金）、大病保险基金和医疗困难救助资金组成。 　　医保基金的来源包括用人单位和个人缴纳，政府补贴，公民、法人及其他组织的捐赠和其他收入，基金的存款利息。　　第六十五条  医保基金实行收支预算管理，由市医保经办机构会同市财政、地方税务部门统一编制年度基金收支预算，征收的各类医保资金（费）全额缴入市社保基金财政专户。　　第六十六条  建立基金风险共担机制。市区医保基金出现赤字时，由市区医保结余基金解决，市区医保结余基金无法解决的，按以下规定执行：　　（一）职工医保由市级职工医保风险调剂金和政府各承担50%。　　（二）城乡居民医保按照各区参保人数的比例，由市、区财政按规定承担。　　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，由高校所属同级财政承担。　　（三）大病保险基金和医疗困难救助资金产生赤字时，不足部分由政府承担。　　第六十七条  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。　　第六十八条  医保基金的银行计息按照国家有关规定执行，医保基金免征税、费。　　 第十章　协议定点管理　　第六十九条  符合相关条件的下列医药机构，可在证照有效期内向医保经办机构申请协议定点：　　（一）经卫生计生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的各类医疗机构（不含医疗美容、不孕不育、体检等专科医疗机构）。　　（二）经军队主管部门批准开展对外服务并经地方卫生计生行政部门审批取得《医疗机构执业许可证》的军队医疗机构。　　（三）经市场监管部门批准取得《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）和营业执照的零售药店。　　第七十条  医保经办机构应根据统一规划、合理布局、方便就医、兼顾需要、总量控制、鼓励竞争，以及与管理能力、信息系统容量相适应的原则，从优选择医保定点服务机构和定点服务项目。　　第七十一条  医保经办机构可与符合条件的医疗机构和零售药店签订医保服务协议，并向社会公布。　　定点医药机构应当坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费”的原则，根据服务协议为参保人员提供服务。　　第七十二条  基本医疗保险药品目录和医疗服务项目以及大病保险特殊药品目录统一执行浙江省社会保险行政部门的有关规定，并由市医保经办机构统一维护管理。　　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。　　第七十三条  定点医药机构提供的药品和医疗服务，其价格应符合相关行政部门的规定，并按规定做好价格维护工作。　　第七十四条  经市场监管行政部门批准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。　　第七十五条  规范医保医师管理。符合条件的执业医师或执业助理医师，应按规定申报医保医师信息，并纳入医保医师库管理。医保医师的医疗服务行为实行积分累计考核制度。医保医师离职或被取消行医资格的，定点医疗机构应及时向医保经办机构申报，并终止服务协议。　　第七十六条  定点医药机构中的工作人员，违反医保有关规定造成医保基金损失的，医保经办机构可拒绝其为参保人员提供医保服务。　　第七十七条  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。　　 第十一章   就医管理　　第七十八条  参保人员的就医凭证包括社保卡和《基本医疗保险证历本》（以下简称《证历本》）。其中社保卡委托市区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。　　第七十九条  参保人员在定点医药机构范围内选择就医、购药时，应主动出示就医凭证，定点医药机构应予以校验，并在《证历本》上如实记载诊疗和售药情况。　　第八十条  建立规定病种门诊医疗保障机制。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治疗范围。　　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。　　第八十一条  除艾滋病、耐多药肺结核患者由市、区卫生计生疾控管理部门集中受理，统一至医保经办机构办理备案手续外，患有其他规定病种疾病的参保人员，可持市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，至医保经办机构办理备案手续。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。艾滋病、耐多药肺结核实行定点医疗。　　第八十二条  规定病种备案有效期为5年，需延期的，应在期满前一个月重新办理备案手续。　　第八十三条  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。　　第八十四条  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：　　（一）急性病不超过3天用药量；　　（二）一般慢性病不超过15天用药量；　　（三）纳入规定病种的疾病及高血压、冠心病、糖尿病、高脂血症、骨质疏松症、肺结核、慢性肝炎等，以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。　　第八十五条  参保人员因病需使用医保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社会保险行政部门的规定执行。　　第八十六条  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办理备案手续后，相关费用方可纳入医保开支范围。　　第八十七条  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。　　第八十八条  参保人员因急症在市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。　　非急症治疗需要，在市区非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。　　第八十九条  建立长住外地参保人员备案制度。　　（一）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）至医保经办机构办理备案手续。其中，非市区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，可通过跨省和省、市医保“一卡通”直接结算，或由个人全额支付后，至医保经办机构按市区规定结算。　　（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。　　（四）参保人员办理的长住外地备案手续生效后，参保人员临时回市区，因病需要普通门诊或购药的，应办理临时回市区就医购药手续。第九十条  参保人员临时外出期间，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，原则上应凭本人社保卡在省、市医保“一卡通”定点医疗机构刷卡就医并按规定结算费用。在当地定点医疗机构就医但未能刷卡结算的医疗费由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理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符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理10%后按规定结算。　　因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。　　非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。　　第九十一条  参保人员临时外出期间，在省外定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理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符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理20%后按规定结算。　　因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。　　非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。　　第九十二条 患慢性疾病的参保人员，在出国（出境）期间，需携带药品持续治疗的，凭本人社保卡（或身份证）、《证历本》、能证明出入境时间的相关凭证、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》办理备案手续，可配取最多不超过6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药机构的医疗费结算。　　出国（出境）人员回国后，应持本人社保卡（或身份证）、出入境相关凭证和复印件，及时办理出国（出境）备案的撤销手续。　　出国（出境）人员回国后，未办理出国（出境）备案撤销手续前发生的符合医保开支范围的临时性疾病费用，由个人全额垫付后至医保经办机构按规定审核，并由个人先自理10%后，再参照本细则第九十条或第九十一条的规定结算。　　第九十三条 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社保卡在医保“一卡通”定点医疗机构直接结算，或由个人全额支付后，持所在高校相关证明至医保经办机构按市区医保规定结算。　　 第十二章  费用结算　　第九十四条  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。　　第九十五条  参保人员的住院医疗费结算采用出院结算制，具体按以下办理：　　（一）参保人员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。　　（二）参保人员连续住院满一年（365天）的，应结算一次。　　（三）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，须经住院的医疗机构同意后，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。　　第九十六条  在直接联网的定点医药机构（含跨省和省、市“一卡通”定点医疗机构）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。　　市区定点医药机构应在每月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底前预拨。经审核后，不符合规定的医疗费在下下月拨款中扣除。　　第九十七条  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再至医保经办机构按市区医保规定结算。　　第九十八条  参保人员在报销医疗费时，应持本人社保卡（或身份证）、本人银行卡、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年底前，办理上一结算年度医疗费申请报销手续。　　第九十九条  参保人员在市区定点零售药店发生的购药费用，符合医保开支范围的，按其他医疗机构普通门诊的结算标准结算。　第一百条  参保人员因急诊、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结算标准结算。　　　第一百零一条  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。　　第一百零二条  市医保经办机构与市区定点医药机构之间的费用结算，应按照“总额预算、分类管理，合理调控、风险共担”的原则, 采用医保基金总额预算管理下的按病种、按人头、按服务单元和按项目付费等复合支付方式，形成责任共担与激励机制相结合的费用管理机制，具体按照杭州市基本医疗保险医疗费用结算有关规定执行。　　医保“一卡通”定点医疗机构的费用结算，按照国家、省、市有关医保“一卡通”费用结算规定执行。　　第一百零三条  除另有规定外，参保人员因下列情形发生的医疗费，不列入医保开支范围：　　（一）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、医疗服务项目范围和大病保险特殊药品目录以外的； 　　（二）在境外就医的；　　（三）应由第三人负担的；　　（四）应从工伤保险基金中支付的；　　（五）应由公共卫生负担的；　　（六）其他违反基本医疗保险规定的。　　第一百零四条  医疗费用依法应当由第三人负担，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，经办机构有权向第三人追偿。　　第一百零五条  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，在医保结算时应予以扣除。　　 第十三章   监督检查　　第一百零六条  建立健全由政府部门、参保人员、用人单位、工会及专家等代表参加的医疗保障社会监督组织，掌握、分析医保基金的收支、管理和运行情况，对医疗保障工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。　　第一百零七条  市社会保险行政部门应会同卫生计生、市场监管、物价等部门，定期与不定期的通过专项检查与重点抽查等形式，加强对定点医药机构的监督检查和考核，维护医保基金的运行安全。　　第一百零八条　市卫生计生、市场监管、物价等部门应结合本行业的规定要求，协同市社会保险行政部门对定点医药机构实行监督管理，并对执行规定的情况纳入本行业相应的目标考核管理。　　第一百零九条  市财政、审计部门按照各自职责，对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。　　第一百十条  经办机构应通过建立医保智能监管平台、加强医保医师管理、委托第三方审计、聘请机构或义务监督员参与监督等措施，对提供医保服务的定点医药机构及其工作人员的服务行为以及参保单位、参保人员的医保行为实行监督检查。　　第一百十一条  医保经办机构可设立医保专家咨询委员会，负责参与医保方面的政策咨询和定点医药机构的准入评估，提供医保监督检查中的技术指导和医保疑难问题中的专业意见等。　　医保专家咨询委员会的工作经费列入医保经办机构部门预算。　　 第十四章  其他　　第一百十二条  除另有规定外，依法获得相关就业证件和外国人居留证件并在市区合法就业的外国人，应当按照本实施细则参加职工医保，享受职工医保待遇。　　在市区合法就业的港、澳、台同胞参照前款规定执行。　　第一百十三条  参保人员的医保待遇启动后，已缴纳的医保费不予退回。　　第一百十四条  患有罕见病的参保人员，其发生的符合医保开支范围的医疗费，除应由基本医保基金、大病保险基金和医疗困难救助资金承担部分以外，剩余部分由政府按规定补助。　　第一百十五条  未纳入生育保险参保范围的参保人员，发生的符合生育保险政策规定的生育、计划生育费用，按职工医保或城乡居民医保支付比例，由相关医保基金按规定支付。　　国家、省有新规定的，按新规定执行。　　第一百十六条  建国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。　　第一百十七条  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。　　第一百十八条  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。　　第一百十九条  由市社会保险行政部门在每年年底前公布下一年度灵活就业人员医保费征缴基数等有关数据。　　第一百二十条  除本实施细则有明确规定外，其他涉及政府补贴资金，由市、区财政各承担一半。其中，萧山区、余杭区、富阳区在财政体制未调整前独立核算，自行承担。　　第一百二十一条  除本实施细则有明确规定外，其他相应的配套政策，由市社会保险行政部门会同有关部门另行制定。　　第一百二十二条  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《杭州市基本医疗保障违规行为处理办法》等规定执行。　　第一百二十三条 大病保险可由社会保险经办机构管理服务，也可委托有资质的专业机构承办，具体经办模式由市社会保险行政部门会同市财政部门研究确定。　　第一百二十四条  本实施细则自2018年1月1日起施行，由市社会保险行政部门牵头组织实施。前发《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）同时废止。  |