

## 一、账户支付使用篇

### (一) 什么是个人账户资金?

职工医保参保人员的个人账户由当年资金和历年资金组成。个人账户当年资金结余部分, 年度结转后转为历年资金。

### (二) 个人账户资金如何使用?

1、个人账户当年资金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开支范围的普通门诊(含急诊,下同)医疗费;

(2) 在定点零售药店购买的符合医保开支范围的药品费;

(3) 应由个人缴纳的大病保险费等费用。

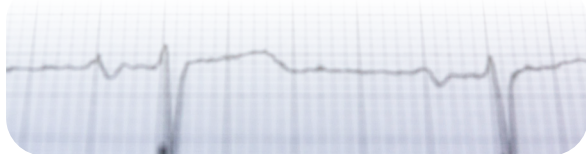
2、个人账户历年资金可用于支付参保人员发生的以下费用:

(1) 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、乙类先行自付、自付医疗费;

(2) 使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费;

(3) 应由个人承担的社区责任医生签约服务费;

(4) 国家和省规定的其他项目。



## 二、门特门慢篇

### (一) 哪些疾病属于门特(规定)病种?

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、癫痫、慢性肾功能衰竭的透析治疗和器官移植后的抗排异治疗。

### (二) 规定病种待遇如何?

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。

### (三) 哪些疾病属于门诊慢性病病种?

门诊慢性病病种包括高血压、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16种常见慢性病。

### (四) 购药量有何规定?

定点医药机构应根据病情和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要带治疗药品不超过1个月用药量。

参保人员在基层医疗机构就诊,签约医生可根据慢病管理需要,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。



## 三、医疗待遇结算篇

杭州市的基本医疗保险包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民医疗保险(以下简称城乡居民医保),其中,职工医保分为在职与退休两类人员待遇;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(一档、二档)。

### (一) 门诊医疗费如何结算?

在一个结算年度内,职工医保参保人员发生的

符合医保开支范围的普通门诊医疗费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,门诊起付标准以上部分医疗费,由医保统筹基金和个人共同承担。城乡居民医保参保人员不建立个人账户,个人承担300元门诊起付标准,门诊起付标准以上部分医疗费,由医保统筹基金和个人共同承担。

### 职工医保普通门诊医疗费个人承担比例表

分类	门诊起付标准		个人承担比例	
	在职	退休	在职	退休
三级	1000元	300元	24%	18%
其他			20%	14%
社区			14%	8%
社区(签约)	700元	0元	11%	5%

在定点零售药店购药和急救车内发生的符合医保开支范围的医疗费,基金承担比例按其他医疗机构普通门诊的标准执行。参保人员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。急诊视同转诊。

### 城乡居民医保普通门诊医疗费个人承担比例表

分类	门诊起付标准	个人承担比例			
		少儿	大学生	城乡一档	城乡二档
三级	300元		60%		70%
其他			40%		50%
社区			30%		40%
社区(签约)	0元		27%		37%

在定点零售药店购药和急救车内发生的符合医保开支范围的医疗费,基金承担比例按其他医疗机构普通门诊的标准执行。参保人员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。急诊视同转诊。

### (二) 住院医疗费如何结算?

在一个结算年度内,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800元,其他医疗机构(含二级及相应医疗机构)500元,社区卫生服务机构300元。

**职工医保住院医疗费个人承担比例表**

费用分段	医疗机构		其他		社区	
	在职	退休	在职	退休	在职	退休
起付标准(元)	800		500		300	
起付标准至4万(含)	18%	14%	16%	12%	12%	8%
4万元以上至40万元(含)	12%	8%	10%	6%	8%	4%

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。

**城乡居民医保住院医疗费个人承担比例表**

费用分段	医疗机构		
	三级	其他	社区
起付标准(元)	800	500	300
起付标准至30万(含)	30%	25%	20%

注: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。

### (三) 大病保险合规费用结算

在一个结算年度内,由个人承担一个起付标准,起付标准以上,最高支付限额以下部分医疗费由大病保险基金和个人共同承担。大病保险基金最高支付限额为60万元,医疗救助对象无大病保险最高支付限额。

**大病保险个人承担比例表**

费用分段	人员类别	医疗救助对象	非医疗救助对象		
			在职	退休	城乡居民(含少儿、大学生、城乡一档、二档)
起付标准(元)		7500	2.5万	1.3万	2.5万
起付标准至10万(含)		20%	25%		30%
10万元至20万元(含)		15%	20%		25%
20万元至40万元(含)		10%	15%		20%
40万元至60万元(含)		5%	10%		

注:大病保险基金最高支付限额为60万元(医疗救助对象不限)。

## 四、生育保险篇

为贯彻落实《浙江省医疗保障局浙江省财政厅关于助力“浙有善育”促进优生优育工作的通知》,杭州市调整了生育保险政策,主要为扩大生育保险覆盖面,将灵活就业人员新增纳入生育保险参保范围;缩短生育保险待遇等待期,由12个月缩短至6个月;扩大职工医保(含生育保险)支付范

围,将分娩镇痛、早孕期胎儿结构超声筛查、胎儿系统彩色多普勒超声检查纳入支付范围;落实“三孩”生育保险待遇,按规定及时足额给付生育医疗费用和生育津贴。以上政策2022年7月1日起执行。

### (一) 灵活就业人员如何缴纳生育保险?

灵活就业人员的生育保险费由个人按规定与职工医保费一同缴纳,我市职工基本医疗保险(含生育保险)的单位缴费比例统一调整为9.5%(含生育保险0.6%),自2023年1月1日起执行。以灵活就业人员身份参加本市职工基本医疗保险(含生育保险)的缴费费率按照相同标准执行。

### (二) 生育津贴申领条件是什么?

同时具备以下条件即可:1、符合国家、省、市规定条件生育的;2、生育时在本市职工医保待遇期内;3、申领津贴时已在本市连续缴纳职工医保(含生育保险)费满6个月;4、生育津贴申领时限为生育后次年年底前。其中,灵活就业人员在2022年7月1日以后生育并符合上述条件的,可按规定申领生育津贴。

### (三) “申领时已在我市连续缴纳职工医保满6个月”如何解读?

生育前后连续参加杭州市职工医保(含生育保险)满6个月,或生育时至生育津贴申领期间有连续参加我市职工医保(含生育保险)满6个月的。

### (四) 分娩镇痛、早孕期胎儿结构超声筛查、胎儿系统彩色多普勒超声检查在医保定点医疗机构可以直接结算吗?

早孕期胎儿结构超声筛查、胎儿系统彩色多普勒超声检查按规定在医保定点医疗机构直接结算;自然分娩过程中的分娩镇痛技术服务按椎管内麻醉收费,纳入医保支付范围,由医保基金按规定支付。

### (五) 失业金代缴医保费人员能否享受生育保险待遇?

答:失业金代缴医保费人员可按规定享受生育保险待遇,个人无需另行缴纳生育保险费,所需资金列支渠道按国家和省有关规定执行。

### (六) 生育津贴享受条件缴费年限是否包含补缴记录?

不包括补缴部分,必须为正常缴纳6个月。

# 杭州市 医保政策 宣传问答



杭州市医疗保障管理服务中心  
(杭州市医疗保障稽查支队)

— 2023.8 —