

杭州医保 就医结算管理 宣传册



杭州市医疗保障管理服务中心
(杭州市医疗保障稽查支队)

- 2024年4月 -

杭州医保就医结算管理宣传册

第一章 就医管理	1
第二章 医保待遇结算	3
第三章 大病保险、医疗救助及商保一站式结算	10
第四章 异地就医	13
第五章 个人账户	16

第一章 就医管理

◆ 一、医保就医凭证

杭州市医保参保人员的就医凭证是本人医保电子凭证（俗称“医保码”）或社会保障卡（市民卡）。参保人员应凭本人有效就医凭证至辖区定点医药机构就医、购药。

◆ 二、医保支付范围

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。

根据《浙江省提升药品集中采购平台功能推进医保药品支付标准全覆盖改革方案》（浙医保发〔2020〕14号）规定，对全省定点医疗机构和定点零售药店销售的医保药品，市医保部门按照省平台覆盖的药品品种和支付标准进行支付。

◆ 三、医保配药量

定点医药机构应为参保人员选择安全有效、价格合理

第二章 医保待遇结算

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。其中处方药应凭定点医疗机构外配处方的数量和规格配药。

◆ 四、普通门诊

(一) 职工医保

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,由职工医保统筹基金和个人共同承担。详见表1。

表1 职工医保普通门诊医疗费个人承担比例表

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

(二) 城乡居民医保

在一个结算年度内,城乡居民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承担300元的门诊起付标准,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。详见表2。

表2城乡居民普通门诊医疗费个人承担比例表

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

(三)除大学生医保参保人员外,其他参保人员在签约的社区卫生服务机构就诊,个人承担比例在原基础上下降3个百分点。参保人员在签约的社区卫生服务机构就诊,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。参保大学生在签约的定点校内医务室就诊或转诊的,享受前述签约待遇。

(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。其中处方药应凭定点医疗机构外配处方按医保规定结算购药费用。

◆ 五、住院

(一) 职工医保

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住院医疗费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。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。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。详见表3。

表3职工医保住院医疗费个人承担比例表

医疗机构类别 符合医保 开支范围 费用分段	三级		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 万元 (含)	18%	14%	16%	12%	12%	8%
4 万元以上至 40 万元 (含)	12%	8%	10%	6%	8%	4%

(二) 城乡居民医保

在一个结算年度内, 城乡医保参保人员发生的符合医保开支范围的住院医疗费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。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(以出院日期为准累计计算)。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。详见表4。

表4城乡居民医保住院医疗费个人承担比例表

符合医保 开支范围 费用分段	医疗机构分类		
	三级	其他	社区
起付标准 (元)	800	500	300
起付标准至 30 万元 (含)	30%	25%	20%

(三) 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。

◆ 六、门诊慢性病和门诊特殊病种(规定病种)

(一) 门诊慢性病

1、门诊慢性病病种范围

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,纳入我市慢性病门诊管理范围。

2、慢性病门诊配药规定

纳入我市慢性病门诊管理的疾病一次配药不超过1个月的用药量。办理签约服务的参保人员,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。

(二) 门诊特殊病种(规定病种)

1、门诊特殊病种(规定病种)范围

门诊特殊病种(规定病种)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、器官移植术后抗排斥治疗、糖尿病胰岛素治疗、艾滋病。

2、门诊特殊病种(规定病种)待遇

在一个结算年度内,参保人员发生的门诊特殊病种(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。部分门诊特殊病种(规定病种)需由参保人员在办理备案手续后,方可享受相关待遇。

3、门诊特殊病种(规定病种)结算

在一个结算年度内,参保人员发生的门诊特殊病种(规定病种)医疗费按住院医疗费结算,但不设住院起付标准;因疾病治疗需要使用国谈药品的,可在“双通道”定点零售药店按规定病种门诊待遇结算购药费用。

在备案的透析定点医疗机构发生且符合规定的门诊透析费用,职工医保参保人员个人承担比例为5%,城乡居民医保参保人员个人承担比例为10%。

第三章 大病保险、医疗救助及商保一站式结算

◆ 七、大病保险

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。参保人员发生的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),由个人承担一个起付标准后,由大病保险基金和个人共同承担。大病保险个人承担比例详见表5。

表5大病保险个人承担比例表

大病保险 合规费用分段	人员类别 持证人员	非持证人员		
		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	25000	13000	25000
起付标准至10万元 (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%		

大病保险基金最高支付限额为60万元(持证人员不限)。持证人员指参加本市职工医保或城乡居民医保的有效期内本市民政、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》和二级及以上《中华人民共和国残疾人证》的人员。

◆ 八、医疗救助

医疗救助对象为持证人员。一个结算年度内,医疗救助对象在定点医疗机构就医或本市定点零售药店购药时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。医疗救助待遇详见表6。

表6医疗救助待遇汇总表

持证人员类别	救助标准	年度救助限额
《特困人员救助供养证》持有者	100%	不限
《最低生活保障家庭证》和二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者	80%	门诊与住院共用 年度救助限额15 万(其中门诊限 额2万)
《最低生活保障边缘家庭证》持有者	70%	

◆ 九、商保一站式结算

西湖益联保参保人员,在省内定点医疗机构就医时符合责任一、责任二的可报销费用可在医保刷卡(码)结算时实现“一站式”实时结算;在省外直接联网的定点医疗机构就医的,符合责任一的可报销费用也可在医保刷卡(码)结算时实现“一站式”实时结算。

第四章 异地就医

◆ 十、异地就医购药

(一) 异地定点医疗机构

就医地	就医方式	是否加扣比例
省内	直接结算	不加扣结算比例
	非直接结算	未备案的,符合医保开支范围的医疗费由个人先自付 10% 后按规定报销。
省外	直接结算	已备案不加扣结算比例;未备案的由个人先自付 20% 后直接结算。
	非直接结算	已备案的不加扣报销比例;未备案的由个人先自付 20% 后按规定报销。

(二) 异地定点零售药店

购药地点	异地备案	药品类别	结算方式
省内	免备案	国谈药	均为处方药,凭就医地医疗机构开具外配处方,至就医地异地定点药店直接按医保待遇结算。
		非国谈药	处方药,凭就医地医疗机构开具外配处方,至就医地异地定点药店使用历年账户结算(不足部分,现金支付)。
			非处方药,使用历年账户结算(不足部分,现金支付)。

购药地点	异地备案	药品类别	结算方式
省外	备案（未备案先行自付20%）	国谈药	均为处方药，凭就医地医疗机构开具外配处方，至就医地异地定点药店直接按医保待遇结算。
		非国谈药	处方药，凭就医地医疗机构开具外配处方，至就医地异地定点药店使用历年账户结算（不足部分，现金支付）。
			非处方药，使用历年账户结算（不足部分，现金支付）。

(三) 参保人员可通过浙江政务服务网、浙里办、国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序或到市、区两级医保经办窗口办理异地就医备案。在办理备案手续后，可按医保规定直接结算。

(四) 急诊人员视同已办理备案手续。

◆ 十一、跨省门诊慢特病直接结算

(一) 结算病种

杭州市跨省门诊慢特病直接结算的病种共有5种，分别为：高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、

器官移植抗排异治疗。

(二) 备案管理

1、高血压、糖尿病无需办理病种备案。恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、器官移植抗排异治疗需办理规定病种备案。

2、上述五种病种参保人员需根据个人实际情况，办理异地就医、转外就医等备案。

(三) 就医结算

参保人员办理病种备案和异地就医备案后，至备案地开通跨省门诊慢特病直接结算的定点医疗机构就医，凭社会保障卡(市民卡)或医保电子凭证(医保码)直接结算。

第五章 个人账户

◆ 十二、个人账户使用规定

(一) 个人账户当年资金

- 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)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。

(二) 个人账户历年资金

- 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、国家和省规定的其他项目。

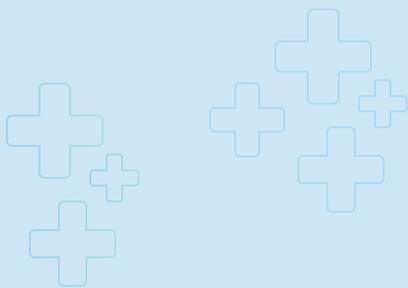
◆ 十三、个人账户家庭共济

办理方式如下：

1、浙里办APP:首页——健康医保——医保——医保家庭共济。

2、支付宝APP:首页搜索市民中心——医保——医保家庭共济。

3、微信APP:关注“杭州医保”公众号——业务指南——办事服务——页面自动跳转至“浙里医保”——我要备案——历年账户家庭共济——共济备案。



CHS
CHINA
HEALTHCARE
SECURITY

CHS
中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

