

温州市人民政府令

第 115 号

《温州市区城镇职工基本医疗保险门诊医疗统筹办法》已经市人民政府第 32 次常务会议审议通过，现予发布，自 2010 年 4 月 1 日起施行。

市 长 赵一德

二〇一〇年一月二十二日

温州市区城镇职工基本医疗保险 门诊医疗统筹办法

第一条 为完善市区城镇基本医疗保险体系，保障在职、退休人员和灵活就业人员的门诊医疗，根据国家、省、市有关规定，结合温州市区实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于温州市区范围内已参加城镇职工基本医疗保险住院统筹（以下简称住院统筹）的下列单位和个人：

（一）各类企业、事业（不含全额拨款）单位、社会团体、民办非企业单位、个体经济组织（以下统称用人单位）及其职工（含退休、退职人员）。

（二）市区户籍的灵活就业人员。

第三条 用人单位在职人员参加城镇职工基本医疗保险门诊医疗费统筹（以下简称门诊统筹），门诊医疗保险费由用人单位和职工按照下列规定共同缴纳：

（一）用人单位以当月全部在职职工工资总额的 3.5%，按月缴纳，缴费基数按住院统筹缴费基数执行。

（二）职工以本人上一年度月平均工资的 2%，由参保单位在其工资中按月代扣代缴。

第四条 法定劳动年龄段的灵活就业人员参加门诊统筹，门诊医疗保险费由本人按上一年度全省职工月平均工资的 5.5%，按

月缴纳。

第五条 本办法实施前已参加市区住院统筹的灵活就业人员可自愿参加门诊统筹。

本办法实施后用人单位职工、新参保的灵活就业人员，应当同时参加住院统筹和门诊统筹。

第六条 本办法实施前用人单位已退休、退職人员，不再缴纳门诊医疗保险费，按规定到辖区社会保险经办机构办理参保手续后，终身享受门诊统筹待遇。

第七条 本办法实施前已办理退休手续的灵活就业人员，门诊医疗保险费由本人按上一年度全省职工月平均工资的 3.5% 一次性缴纳（其中财政补助 50%），终身享受门诊统筹待遇。

一次性缴费年限计算标准为：70 周岁（含）以下的，按实际年龄计算至 75 周岁；70 周岁以上的，按 5 年计算。缴费年限超过 20 年的，按 20 年计算。

第八条 本办法实施后的参保人员达到法定退休年龄时，门诊医疗保险缴费年限不足 20 年的，在办理退休手续时由所在单位（灵活就业人员由本人）按上一年度全省职工月平均工资的 3.5% 一次性补足 20 年，终身享受门诊统筹待遇。

第九条 本办法实施前改制企（事）业单位退休、退職人员，不再缴纳门诊医疗保险费，终身享受门诊统筹和住院统筹待遇。门诊医疗包干费不再发放。

本办法实施后改制的企（事）业单位职工，在本办法实施前

已退休、退職的，按照前款规定执行。

第十条 本办法实施后改制的企（事）业单位职工，在本办法实施后退休、退職的，由用人单位按上一年度全省月平均工资的 9.5%（其中门诊统筹 3.5%，住院统筹 6%）一次性缴纳医疗保险费后，方可终身享受门诊统筹和住院统筹待遇。缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年。门诊医疗包干费不再计提发放。

第十一条 本办法实施后改制的事业单位“两保”人员，由用人单位按上一年度全省月平均工资的 11.5%（其中门诊统筹 5.5%，住院统筹 6%）一次性缴纳医疗保险费后，方可终身享受门诊统筹和住院统筹待遇。按实际年龄计算至法定退休年龄；缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年。门诊医疗包干费、门诊医疗费不再计提发放。

第十二条 本办法实施后企（事）业单位改制时解除劳动关系的人员，由用人单位根据本人相应工龄，按上一年度全省职工月平均工资的 11.5%（其中门诊统筹 5.5%，住院统筹 6%）一次性缴纳住院医疗保险费和门诊医疗保险费，享受相应年限的住院统筹和门诊统筹待遇。门诊医疗费不再计提发放。

享受待遇期满后，应按规定继续缴纳住院医疗保险费和门诊医疗保险费，方可继续享受住院统筹和门诊统筹待遇。至法定退休年龄，缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年，终身享受住院统筹和门诊统筹待遇。

第十三条 本办法实施后改制的企（事）业单位退休人员补

充医疗保险费的提取发放、离休人员医疗保险费的提取，按照本市原政策规定执行。

第十四条 门诊医疗保险费由税务部门负责征收。门诊医疗保险费征缴办法，由市税务部门另行制定。

门诊医疗保险费纳入城镇职工基本医疗保险基金财政专户实行单独列账、单独核算、统筹使用管理。

城镇职工基本医疗保险基金不足支付时，按照现行财政体制予以解决，由市财政统一划入城镇职工基本医疗保险基金专户。

第十五条 个人账户按照下列规定划建：

（一）在职人员、法定劳动年龄段的灵活就业人员，按本人缴费基数 2%缴纳的门诊医疗保险费全部按实计入个人账户。

（二）根据不同年龄段，按上一年度全省职工月平均工资的一定比例，从参保单位（灵活就业人员本人）按缴费基数 3.5%缴纳的门诊医疗保险费中划入个人账户。具体比例为：

1. 45 周岁以下的，按 1%划入；
2. 45 周岁（含）以上至退休（退职）前的，按 1.3%划入；
3. 退休（退职）后至 70 周岁以下的，按 2%划入；
4. 70 周岁（含）以上的，按 2.3%划入。

第十六条 门诊统筹基金用于支付符合基本医疗保险范围的应由门诊统筹基金负担部分的门诊医疗费用。

第十七条 个人账户用于下列门诊医疗费：

（一）个人账户当年资金，用于支付符合基本医疗保险规定

的在定点医疗机构就医的门诊医疗费和在定点零售药店购买药品的费用。

(二) 个人账户历年结余资金，用于支付符合基本医疗保险规定的在定点医疗机构就医的门诊医疗费和在定点零售药店购买药品的费用以及按规定应由个人自理和自负的医疗费用。

第十八条 个人账户按照下列规定管理：

(一) 个人账户年初预划，当年全部资金可以在本年度（医疗保险年度，下同）内调剂使用。

(二) 一个年度内，参保人员年龄段发生变化的，当年个人账户划入比例不变，从下一年度起予以调整。

(三) 参保人员死亡后，个人账户余额可由其法定继承人依法继承。

(四) 参保人员出国（境）定居的，个人账户余额一次性发还本人。

(五) 参保人员工作调动的，个人账户余额可予以转移到调入地；调入地未实行门诊统筹的，其个人账户余额可一次性发还本人；当年度个人账户有透支的，应当结清透支的医疗费。

(六) 异地转入的参保人员，根据转入当月的年龄，预划当年剩余月份的个人账户。

(七) 参保人员个人账户中当年划入额不计息，上年末个人账户余额按银行同期居民储蓄活期存款利率计息，每年度计息一次。

第十九条 用人单位及其职工、灵活就业人员参加门诊统筹并按规定缴纳门诊医疗保险费的，参保人员在缴费当月即可享受门诊统筹待遇。

第二十条 参保人员个人账户当年资金支付完毕后，门诊统筹基金起付标准为：在职人员 1000 元，退休人员 800 元。

参保人员由在职转为退休的，当年度门诊起付标准不变，从下一年度起予以调整。

第二十一条 医疗保险年度内，参保人员符合基本医疗保险规定的门诊医疗费，个人账户当年资金不足支付的，按照下列规定支付：

（一）门诊医疗费在起付标准（含）以下部分，由参保人员个人自负。

（二）门诊医疗费在起付标准以上至最高限额 4000 元（含）以下的部分，由门诊统筹基金和参保人员按照下列比例负担：

1. 在三级及相应医疗机构就医的，门诊统筹基金支付 50%，个人自负 50%；

2. 在二级及相应医疗机构就医或者在急救车内抢救的，门诊统筹基金支付 60%，个人自负 40%；

3. 在一级及相应医疗机构、零售药店就医购药的，门诊统筹基金支付 70%，个人自负 30%；

4. 在社区卫生服务机构就医的，门诊统筹基金支付 80%，个人自负 20%。

（三）超过最高限额 4000 元的门诊医疗费用，门诊统筹基金不予支付。

第二十二条 市劳动保障部门应当对定点医疗机构、零售药店实施信用等级（A 级、B 级、C 级）评定。定点医疗机构、零售药店被评定为 A 级的，门诊统筹基金支付比例在原档次上浮 10%，但最高不得超过 80%；评定为 C 级的，门诊统筹基金支付比例在原档次下浮 10%，但最低不得低于 50%；拒不参加信用等级评定或者信用等级评定不合格的，暂停或者取消定点资格。

温州市基本医疗保险定点单位信用等级评定管理办法，由市劳动保障部门另行制定。

第二十三条 企（事）业单位的市级以上劳动模范，其符合范围的门诊医疗费个人账户支付后的自负部分，由用人单位按温政发〔2004〕49 号文件规定给予补助；但改制企（事）业单位的市级以上劳动模范，门诊医疗费已按温政发〔2004〕49 号文件规定给予补助的，其自负部分不再予以补助。

建国前参加革命的老工人，其符合范围的门诊医疗费个人账户支付后的自负部分，由用人单位予以补助 50%；但改制企（事）业单位的建国前参加革命的老工人，门诊医疗费已按温政办发〔2001〕30 号文件规定给予补助的，其自负部分不再予以补助。

第二十四条 用人单位不按规定参保或者缴纳门诊医疗费，其职工（含退休、退职人员）发生的门诊医疗费，门诊统筹基金不予支付，由用人单位承担。

用人单位中断缴费后重新缴纳并补缴中断期间的门诊医疗保险费和滞纳金后，其职工（含退休、退职人员）可在单位补缴后继续享受中断期间的门诊统筹待遇。

灵活就业人员中断缴费的，停止享受门诊统筹待遇。中断缴费后重新缴纳门诊医疗保险费的，缴费当月即可享受门诊统筹待遇；中断缴费后补缴中断期间的门诊医疗保险费和滞纳金的，可享受中断期间的门诊统筹待遇。

第二十五条 市劳动保障部门应当根据方便就诊、合理布局和积极发展社区卫生服务的原则，确定门诊定点医疗机构、零售药店，并予以公布。

医保经办机构应当与门诊定点医疗机构、零售药店签订门诊医疗服务合同，明确双方的权利、义务和违约责任。

第二十六条 参保人员可在门诊定点医疗机构、零售药店，持医疗证、社会保障卡选择就医。

参保人员在门诊定点医疗机构、零售药店发生的符合基本医疗保险规定范围的门诊医疗费，个人承担的部分直接向门诊定点医疗机构、零售药店支付，门诊统筹基金或者个人账户支付的部分由门诊定点医疗机构、零售药店按规定记账。

参保人员确因病情需要到外地诊治的，须由门诊定点三级医疗机构开具转诊证明。

第二十七条 常驻外地工作或者退休异地安置1年以上的参保人员，本人应当向所辖医保经办机构提出异地安置申请，经医

保经办机构登记备案后，可选择3家当地基本医疗保险定点医疗机构作为本人的门诊定点医疗机构（门诊定点医疗机构应当与住院相同），医疗费回所辖医保经办机构结算。

第二十八条 参保人员经登记备案后在外地发生的门诊医疗费，在办理报销手续时，按其就诊医疗机构的等级标准承担应当由个人承担的医疗费。不能提供就诊医疗机构等级证明的，按照医保经办机构查实的等级标准报销。

第二十九条 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费，门诊统筹基金不予支付：

（一）未经批准在本人门诊定点医疗机构、零售药店以外的医疗机构、零售药店发生的非急诊医疗费。

（二）住院期间发生的门诊医疗费。

（三）其他不属基本医疗保险支付范围的医疗费。

第三十条 门诊医疗费结算办法，由市劳动保障部门另行制定。

门诊医疗保险的就医管理、服务监督、责任追究，本办法未作规定的，按照《温州市城镇医疗保险办法》执行。

第三十一条 市劳动保障部门可以会同财政、地税等部门根据经济发展和基金收支平衡情况，制订门诊统筹缴费标准和待遇水平的调整方案，报市人民政府批准后公布执行。

第三十二条 本办法自2010年4月1日起施行。

发：各县（市、区）人民政府，市政府直属各单位。

抄：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，市法院、市
检察院，驻温部队，各民主党派、人民团体，新闻单位。

温州市人民政府办公室

2010年1月25日印发
