

上海市人民政府办公厅文件

沪府办〔2015〕100号

上海市人民政府办公厅关于本市实行小城镇基本医疗保险门急诊统筹做好被征地人员 门急诊医疗保障的通知

有关区、县人民政府，市政府有关委、办、局：

现就本市实行小城镇基本医疗保险（以下简称“镇保”医保）门急诊统筹，做好被征地人员门急诊医疗保障作如下通知：

一、适用对象

本市参加“镇保”医保的人员。

二、缴费比例

2012年7月1日以后参加“镇保”医保的人员，其基本医疗保险缴费比例为8%。

三、医疗保险待遇

（一）纳入“镇保”医保门急诊统筹适用范围的人员，其住院、门

诊大病医疗保险待遇按照现行规定执行；门急诊医疗保险待遇参照本市城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）的门急诊待遇标准执行。

（二）门诊急诊医疗费用设起付标准，不满 60 周岁人员为 500 元，60 周岁及以上人员为 300 元。起付标准以下的门急诊医疗费，由个人负担；起付标准以上的门急诊医疗费，属于医保支付范围，由“镇保”医保基金按照下列比例支付：在社区卫生服务中心（或者一级医疗机构）就医的支付 70%，在二级医疗机构就医的支付 60%，在三级医疗机构就医的支付 50%。参保人员在村卫生室门诊就诊所发生的医疗费用，不计入起付标准，由“镇保”医保基金支付 80%。

四、就医和费用结算

（一）参保人员持医保就医凭证，到本市范围内的医保定点社区卫生服务中心（含村卫生室）或者一级医保定点医疗机构门诊就医，因病情需要转诊治疗的，须办理转诊手续后，到二、三级医保定点医疗机构就医；急诊医疗的，可到本市范围内的医保定点医疗机构就医。

（二）参保人员在医保定点医疗机构发生的门急诊医疗费，应当由个人承担的部分，由个人支付；应当由“镇保”医保基金支付的部分，由医疗机构按照相关规定，与医保部门结算。

五、本市已参加“镇保”医保人员的门急诊统筹

（一）2012 年 7 月 1 日前本市已参加“镇保”医保的人员，可参加本通知规定的“镇保”医保门急诊统筹，按照规定参保缴费后，享受相应门急诊待遇。

选择参加“镇保”医保门急诊统筹的,按照年龄段实行不同的筹资标准。筹资由个人缴费和政府补贴组成,政府补贴资金由区县政府承担。筹资标准和个人缴费标准参照城乡居民医保的50%确定,现行标准为:不满60周岁人员,筹资标准每人每年1250元,其中个人缴费标准340元;60—69周岁人员,筹资标准每人每年1900元,其中个人缴费标准250元;70周岁以上人员,筹资标准每人每年1900元,其中个人缴费标准170元。

(二)本通知实施前本市已参加“镇保”医保的人员,其门急诊补充保险个人账户资金可用于抵充参加“镇保”医保门急诊统筹的个人缴费部分,也可用于支付“镇保”医保门急诊起付标准以下部分及“镇保”医保基金支付以外的个人负担部分费用,以及继续支付到定点零售药店配药发生的费用。

此外,有条件的区县对“镇保”医保报销后的自负医疗费,可给予适当补助。

本通知自2016年1月1日起实施,有效期至2020年12月31日。

2015年10月22日

