

# 北京市人力资源和社会保障

您的当前位置：： 首页->新闻中心->最新发布法规

## 北京市人民政府办公厅转发市劳动保障局关于城镇居民老年人和灵活就业人员医疗保障有关 法的通知

京政办发[2008]56号

2009年01月07日

各区、县人民政府，市政府各委、办、局，各市属机构：

市劳动保障局《关于已参加大病医疗保险的城镇居民老年人门诊医疗费用报销暂行办法》和《北京市灵活就业人员加职工基本医疗保险办法》已经市政府同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

北京市人民政府办公厅  
二〇〇八年十二月十八日

### 关于已参加大病医疗保险的城镇居民老年人门诊医疗费用报销暂行办法

（市劳动保障局 二〇〇八年十二月）

**第一条** 为进一步推进医疗保险制度改革，减轻城镇居民老年人门诊医疗费用负担，根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20号）和《北京市人民政府印发关于建立北京市城镇无医疗保障老年人、学生儿童大病医疗保险制度实施意见的通知》（京政发〔2007〕11号）精神，制定本办法。

**第二条** 城镇居民老年人门诊医疗费用报销应坚持低水平起步，在保障住院和门诊大病的基础上，逐步解决普通门诊医疗费用负担的原则；坚持以政府补助为主，筹资水平、保障标准与经济发展水平相适应的原则；坚持以收定支、确保基金合理支出的原则；坚持依托社区卫生和基层医疗服务，方便群众就医，降低医疗成本的原则。

**第三条** 参加本市城镇无医疗保障老年人、大病医疗保险缴费一年以上且继续连续缴费的城镇居民老年人（以下简称“参保人员”），适用本办法。

**第四条** 调整城镇无医疗保障老年人、大病医疗保险筹资标准，解决参保人员门诊医疗费用报销。筹资标准为每人每年1800元，其中个人缴纳300元，财政补助1500元。

**第五条** 参保人员发生的符合本市基本医疗保险规定的门诊医疗费用纳入支付范围，报销起付标准为200元。起付标准以上部分由城镇无医疗保障老年人、大病医疗保险基金支付50%，在一个医疗保险年度内累计支付的最高数额为500元。

**第六条** 城镇无医疗保障老年人、大病医疗保险的筹资标准和待遇标准需要调整时，由市劳动保障局会同市财政局提出，报经市政府批准后，由市劳动保障局发布施行。

**第七条** 参保人员门诊就医实行定点社区卫生服务机构首诊制度。

定点社区卫生服务机构是指基本医疗保险定点社区卫生服务站和社区卫生服务中心，包括加挂社区卫生服务中心的二级以下定点综合医疗机构以及定点乡镇卫生院。

参保人员按就近就医原则选择社区卫生服务机构作为本人的门诊就医定点医疗机构。参保人员持本人《北京市城镇居民老年人、大病医疗保险手册》，到定点社区卫生服务机构就医，对疑难重症患者或社区卫生服务机构不能满足基本治疗需求时，凭社区卫生服务机构开具的转诊证明，转往本人选定的定点医疗机构和专科医院、中医医院及医疗保险A类医院就医。

参保人员进行急诊治疗的，可在全市定点医疗机构范围内就医，其发生的医疗费用按规定报销。

参保人员在异地进行急诊治疗的，可在外埠定点医疗机构就医，其发生的急诊医疗费用，可按规定到本人参保地社

所办理报销手续。

参保人员未经定点社区卫生服务机构首诊转诊到其它医疗机构就医，其发生的门诊（除急诊外）医疗费用自理。

第八条 参保人员门诊医疗费用结算，暂采取现金垫付、事后报销的方式。于每月15日前将门诊费用收据、处方、转诊证明等材料报送参保地社保所。社保所按规定于5个工作日内报送到区县医疗保险经办机构。区县医疗保险经办机构在接到社保所申报的单据后，于15个工作日内完成费用审核结算，由区县社会保险经办机构通过银行将已报销的门诊费用划入参保人的银行存折（卡）内。

第九条 享受城市居民最低生活保障和享受城市居民生活困难补助待遇的城镇居民老年人，在享受城镇居民老年门诊待遇后，符合城市特困人员医疗救助条件的，还可向民政部门继续申请城市特困人员医疗救助。

参照城市特困人员医疗救助办法享受医疗待遇的退养人员、退离居委会老积极分子，在享受城镇居民老年人门诊待遇后，还可经原渠道继续按规定享受医疗待遇。

第十条 当年符合参保条件且参加本市城镇无医疗保障老年人大病医疗保险，次年继续参保的，为连续缴费。

第十一条 本办法未尽事项，参照《北京市基本医疗保险规定》（市政府令第68号颁布，市政府令第141号和第15号修改）及有关办法执行。

第十二条 本办法自2009年1月1日起施行。

#### 北京市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法

（市劳动保障局 二〇〇八年十二月）

第一条 为保障灵活就业人员的基本医疗，根据《北京市基本医疗保险规定》及相关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 具有本市城镇户籍、在法定劳动年龄内从事个体劳动或者自由职业，并在市、区（县）劳动保障部门开办职业介绍服务中心（以下简称职介中心）、人事部门开办的人才交流服务中心（以下简称人才中心）和市社会保险经办机构委托的社会保险代理机构以个人名义存档的人员（以下统称灵活就业人员），适用本办法。

存档人员中与用人单位建立劳动关系或存在事实劳动关系的人员不适用本办法。

第三条 灵活就业人员按照本办法参加基本医疗保险的，以上年本市职工月平均工资的70%为缴费基数，按7%的比例缴纳基本医疗保险费。

灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费缴费基数的6.5%纳入基本医疗保险统筹基金，缴费基数的0.5%纳入大额医疗费用互助资金。灵活就业人员不建基本医疗保险个人帐户。

第四条 灵活就业人员应当以委托银行代扣代缴方式按月足额缴纳基本医疗保险费。

第五条 灵活就业人员按本办法参加基本医疗保险，发生的符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及设施范围和支付标准的下列医疗费用，纳入基本医疗保险统筹基金和大额医疗费用互助资金支付范围：

- （一）门急诊医疗费用；
- （二）住院治疗的医疗费用；
- （三）急诊抢救留观并收入院治疗的，其住院前留观7日内的医疗费用；
- （四）恶性肿瘤放射治疗和化学治疗、肾透析、肾移植后服抗排异药的门诊医疗费用。

基本医疗保险统筹基金和大额医疗费用互助资金起付标准、报销比例执行用人单位在职职工参加基本医疗保险的规定。

第六条 灵活就业人员可以按照就近医疗原则，自行选择4家本市基本医疗保险定点医疗机构为本人就医的定点医院，其中应有1家社区医疗机构（包括定点乡镇卫生院）。灵活就业人员可直接到本人选定的4家定点医院、全市定点中医定点专科和A类定点医院就医。灵活就业人员就医时，应当主动出示《北京市医疗保险手册》（蓝本）。

第七条 灵活就业人员按本办法初次参加基本医疗保险，自缴费之日起6个月后发生的门急诊和住院医疗费用，由本医疗保险基金按照《北京市基本医疗保险规定》的标准予以支付。但符合下列情况之一的，自缴费之日起发生的门急诊和住院医疗费用，由基本医疗保险基金支付：

- (一) 与用人单位终止、解除劳动关系后60天内按本办法参加基本医疗保险并缴费的；
- (二) 失业人员在停止领取失业保险金后60天内进行就业登记并按本办法参加基本医疗保险并缴费的。

第八条 灵活就业人员按本办法参加基本医疗保险应当连续足额缴纳费用。逾期3个月未缴费，间断后再次缴费的按本办法初次参加基本医疗保险的情况享受待遇。

第九条 职介中心、人才中心和市社会保险经办机构委托的社会保险代理机构负责为灵活就业人员办理参加基本医疗保险手续，具体办理参保信息采集、保险手册发放、信息变更、人员增减、门诊医疗费用报销等事项。

第十条 灵活就业人员门诊的医疗费用，采取个人现金垫付、事后报销的方式，其中应由医疗保险报销的费用，个人应通过办理存档的职介中心、人才中心和市社会保险经办机构委托的社会保险代理机构办理报销申报手续，申报时间为月10日前，当年医疗费用应当在次年1月15日前完成申报。申报医疗费用时，个人应当提供医疗保险手册、医疗费收费证、处方底方、急诊和转院证明等。职介中心、人才中心和市社会保险经办机构委托的社会保险代理机构接到报销单据后，应当在5个工作日内报送到区县医疗保险经办机构。区县医疗保险经办机构接到报销单据，应当在15个工作日内核结算。报销的门诊医疗费由区县社保中心通过银行存入个人存折内。住院医疗费中应由个人支付的费用，个人在办理院手续时由个人与医疗机构结清。

第十一条 灵活就业人员达到国家规定的退休年龄且符合按月领取基本养老金和累计缴纳基本医疗保险费时间达至