

# 上海市职工基本医疗保险办法

(2013年10月14日上海市人民政府令第8号公布 自2013年12月1日起施行)

## 第一章 总 则

### 第一条 (目的和依据)

为了保障职工基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》和《上海市贯彻〈国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定〉的实施方案》,制定本办法。

### 第二条 (适用范围)

本办法适用于本市行政区域内的企业、事业单位、国家机关、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户(以下统称“用人单位”)及其职工的基本医疗保险与相关管理活动。

本办法所称的职工,包括在职职工、退休人员和其他参保人员。

### 第三条 (有关定义)

本办法所称的门急诊自负段标准，是指职工一年内在定点医疗机构门急诊就医所发生的医疗费用，按照本办法由职工个人医疗帐户当年计入资金支付后、地方附加医疗保险基金（以下简称“附加基金”）支付前，职工个人自负的金额。

本办法所称的统筹基金起付标准，是指职工一年内在定点医疗机构住院或者急诊观察室留院观察所发生的医疗费用，按照本办法由统筹基金支付前，职工个人自负的金额。

本办法所称的统筹基金和附加基金的支付比例，是指职工一年内在定点医疗机构就医所发生的医疗费用，按照本办法由统筹基金或者附加基金支付的部分。

本办法所称的统筹基金最高支付限额，是指职工一年内在定点医疗机构就医所发生的医疗费用，按照本办法由统筹基金支付的最高金额。

#### **第四条（管理部门）**

市人力资源社会保障局是本市基本医疗保险的行政主管部门，负责本市基本医疗保险的统一管理。区、县医疗保险办公室（以下简称“区、县医保办”）负责本辖区内的基本医疗保险管理工作。

市发展改革、卫生计生、财政、审计、食品药品监管、民政等部门按照各自职责，协同做好基本医疗保险管理工作。

本市社会保险经办机构负责基本医疗保险费的征缴工作。

市医疗保险事务管理中心（以下简称“市医保中心”）是本市医疗保险经办机构，负责医疗费用的结算、拨付以及基本医疗保险个人帐户（以下简称“个人医疗帐户”）的管理工作。

### **第五条（相关标准、比例的调整）**

基本医疗保险缴费比例、门急诊自负段标准、统筹基金起付标准、统筹基金和附加基金的支付比例、统筹基金最高支付限额，应当根据基本医疗保险水平与本市经济社会发展水平相适应、保持基本医疗保险待遇合理梯度和提高医疗资源使用效率的原则，适时进行调整。具体调整方案，由市人力资源社会保障局会同有关部门研究、论证并报市人民政府同意后公布执行。

## **第二章 登记和缴费**

### **第六条（登记手续）**

用人单位按照市人力资源社会保障局的规定，向指定的社会保险经办机构办理基本医疗保险登记手续。其中，新设立的用人单位，应当在设立之日起 30 日内，办理基本医疗保险登记手续。

用人单位依法终止或者基本医疗保险登记事项发生变更的，应当自有关情形发生之日起 30 日内，向原办理登记机构办理注销或者变更登记手续。

社会保险经办机构在办理本条前两款规定的程序时，应当根据市人力资源社会保障局的要求进行审核，并按照规定，及时将用人单位的登记、变更登记或者注销登记情况告知市医保中心。

#### **第七条（职工缴费基数的方式及缴费比例）**

在职职工的缴费基数为本人上一年度月平均工资。本人上一年度月平均工资超过上一年度本市在职职工月平均工资 300% 的，超过部分不计入缴费基数；低于上一年度本市在职职工月平均工资 60% 的，以上一年度本市在职职工月平均工资的 60% 为缴费基数。

在职职工个人应当按照其缴费基数 2% 的比例，缴纳基本医疗保险费。退休人员个人不缴纳基本医疗保险费。

#### **第八条（用人单位缴费基数的的方式及缴费比例）**

用人单位的缴费基数为本单位职工缴费基数之和。

用人单位应当按照其缴费基数 9% 的比例，缴纳基本医疗保险费，并按照其缴费基数 2% 的比例，缴纳地方附加医疗保险费。

**第九条（医疗保险费的列支渠道）**

用人单位缴纳的医疗保险费，按照财政部门规定的渠道列支。

**第十条（征缴管理）**

用人单位和在职职工缴费数额的计算、缴纳的程序以及征缴争议的处理，按照社会保险费征缴管理的有关规定执行。

**第三章 基本医疗保险基金和附加基金**

**第十一条（基本医疗保险基金）**

基本医疗保险基金，由统筹基金和个人医疗帐户构成。

用人单位缴纳的基本医疗保险费，除按照本办法第十三条规定计入个人医疗帐户外，其余部分纳入统筹基金。

**第十二条（个人医疗帐户的建立）**

市医保中心在用人单位办理基本医疗保险登记手续并按照规定缴纳医疗保险费后，应当为职工建立个人医疗帐户。

**第十三条（个人医疗帐户的资金计入）**

在职职工缴纳的基本医疗保险费，全部计入本人的个人医疗帐户。

用人单位缴纳的基本医疗保险费的 30% 左右计入个人医疗帐户。

用人单位缴纳的基本医疗保险费计入个人医疗帐户的标准，按照不同年龄段有所区别。

在职职工的年龄段划分为：

- (一) 34 岁以下的；
- (二) 35 岁至 44 岁的；
- (三) 45 岁以上的。

退休人员的年龄段划分为：

- (一) 退休至 74 岁以下的；
- (二) 75 岁以上的。

用人单位缴纳的基本医疗保险费计入个人医疗帐户的具体标准及其调整，由市人力资源社会保障局会同有关部门研究、论证并报市人民政府同意后公布执行。

#### **第十四条（个人医疗帐户资金的停止计入）**

职工应当缴纳而未缴纳基本医疗保险费或者中断享受基本养老保险待遇的，停止按照本办法第十三条规定计入资金。

**第十五条（个人医疗帐户资金的使用和计息）**

个人医疗帐户资金归个人所有，可以跨年度结转使用和依法继承。

个人医疗帐户资金，分为当年计入资金和历年结余资金。

个人医疗帐户年末资金，按照有关规定计息，并计入个人医疗帐户。

**第十六条（个人医疗帐户资金的查询）**

职工可以查询本人个人医疗帐户中资金的计入和支出情况，市医保中心应当为职工查询提供便利。

**第十七条（附加基金）**

用人单位缴纳的地方附加医疗保险费，全部纳入附加基金。

**第四章 职工就医和医疗服务的提供**

**第十八条（定点医疗机构和定点零售药店的定义）**

本办法所称的定点医疗机构，是指经卫生计生部门批准取得执业许可并经市人力资源社会保障局审核后，准予建立基本医疗保险结算关系的医疗机构。

本办法所称的定点零售药店，是指经食品药品监管部门批准取得经营资格并经市人力资源社会保障局审核后，准予建立基本医疗保险结算关系的药品零售企业。

**第十九条（定点医疗机构和定点零售药店的服务要求）**

定点医疗机构、定点零售药店应当为职工提供服务，并根据基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施和用药范围以及支付标准，申请医疗费用结算。

**第二十条（诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准）**

本市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施和用药范围以及支付标准的规定，由市人力资源社会保障局会同有关部门根据国家规定制定。

**第二十一条（职工的就医和配药）**

职工可以到本市范围内的定点医疗机构就医。

职工可以在定点医疗机构配药，也可以按照规定到定点零售药店配药。

职工的就业地或者居住地在外省市的，以及在外省市急诊的，可以到当地医疗机构就医。

**第二十二条（医疗保险凭证）**

职工在本市定点医疗机构就医、到定点零售药店配药时，应当出示其医疗保险凭证。

定点医疗机构或者定点零售药店应当对职工的医疗保险凭证进行核验。

任何个人不得冒用、伪造、变造、出借医疗保险凭证。

## 第五章 医疗费用的支付

### 第二十三条（职工享受基本医疗保险待遇的条件）

用人单位及其职工按照规定缴纳医疗保险费的，自缴纳医疗保险费的次月起，职工可以享受基本医疗保险待遇；未缴纳医疗保险费的，职工不能享受基本医疗保险待遇。

用人单位按照有关规定申请缓缴医疗保险费的，在批准的缓缴期内，职工不停止享受基本医疗保险待遇。

应当缴纳而未缴纳医疗保险费的用人单位及其职工，在足额补缴医疗保险费后，职工方可继续享受基本医疗保险待遇。

用人单位及其职工缴纳医疗保险费的年限（含视作缴费年限）累计超过15年的，职工退休后可以享受基本医疗保险待遇。视作缴费年限的计算，由市人力资源社会保障局另行规定。

职工到达法定退休年龄、办理退休手续后，可领取养老金的当月，用人单位缴纳的基本医疗保险费计入其个人医疗帐户的部分，按照其在职最后一个月的计入标准计入；其医疗费用的支付，按照退休人员的基本医疗保险规定执行。

本办法施行前已按照有关规定享受基本医疗保险待遇的退休人员，不受本条规定的限制。

#### **第二十四条** (在职职工门诊急诊医疗费用)

在职职工一年内门诊急诊就医或者到定点零售药店配药所发生的除本办法第二十六条、第二十七条规定以外的费用，先由其个人医疗帐户当年计入资金支付。不足部分由个人支付至门诊急诊自负段标准计 1500 元，超过部分按照下列规定支付（不含到定点零售药店配药所发生的费用）：

（一）44 岁以下人员，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 65%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 60%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 50%。

（二）45 岁以上人员，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 75%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 70%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 60%。其中，1955 年 12 月 31 日前出生、2000 年 12 月 31 日前参加工作的，

超过门急诊自负段标准部分的医疗费用，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 75%；在二、三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 70%。

在职职工发生的门急诊自负段标准部分的医疗费用以及按照本条规定由附加基金支付后其余部分的医疗费用，个人医疗帐户有历年结余资金的，先由历年结余资金支付，仍不足支付的，由在职职工自负。

在职职工到定点零售药店配药所发生的费用，可以由个人医疗帐户历年结余资金支付。

### **第二十五条（退休人员门诊急诊医疗费用）**

退休人员一年内门诊急诊就医或者到定点零售药店配药所发生的除本办法第二十六条、第二十八条规定以外的费用，先由其个人医疗帐户当年计入资金支付。不足部分由个人支付至门急诊自负段标准计 700 元，超过部分按照下列规定支付（不含到定点零售药店配药所发生的费用）：

（一）69 岁以下人员，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 80%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 75%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付 70%。其中，1955 年 12 月 31 日前出生、2000 年 12 月 31 日前参加工作并于

2001年1月1日后办理退休手续的人员，超过门急诊自负段标准部分的医疗费用，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付85%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付80%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付75%。

（二）70岁以上人员，在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付85%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付80%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付75%。

2000年12月31日前办理退休手续的人员一年内门诊急诊就医或者到定点零售药店配药所发生的除本办法第二十六条、第二十八条规定以外的费用，先由其个人医疗帐户当年计入资金支付。不足部分由个人支付至门急诊自负段标准计300元，超过部分按照下列规定支付（不含到定点零售药店配药所发生的费用）：在一级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付90%；在二级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付85%；在三级医疗机构门诊急诊的，由附加基金支付80%。

退休人员发生的门急诊自负段标准部分的医疗费用以及按照本条规定由附加基金支付后其余部分的医疗费用，个人医疗帐户有历年结余资金的，先由历年结余资金支付，仍不足支付的，由退休人员自负。

退休人员到定点零售药店配药所发生的费用，可以由个人医疗帐户历年结余资金支付。

### **第二十六条** (门诊大病和家庭病床医疗费用)

职工在门诊进行重症尿毒症透析、恶性肿瘤治疗(化学治疗、内分泌特异治疗、放射治疗、同位素治疗、介入治疗、中医治疗)、部分精神病病种治疗(精神分裂症、中重度抑郁症、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病)(以下统称“门诊大病”)所发生的医疗费用，在职职工的，由统筹基金支付 85%; 退休人员的，由统筹基金支付 92%。其余部分由其个人医疗帐户历年结余资金支付，仍不足支付的，由职工自负。

职工家庭病床所发生的医疗费用，由统筹基金支付 80%，其余部分由个人医疗帐户历年结余资金支付，仍不足支付的，由职工自负。

### **第二十七条** (在职职工的住院、急诊观察室医疗费用)

在职职工住院或者急诊观察室留院观察所发生的由统筹基金支付的医疗费用，设起付标准。起付标准为 1500 元。

在职职工一年内住院或者急诊观察室留院观察所发生的医疗费用，累计超过起付标准的部分，由统筹基金支付 85%。

在职职工发生的起付标准以下的医疗费用以及由统筹基金支付后其余部分的医疗费用，由个人医疗帐户历年结余资金支付，仍不足支付的，由在职职工自负。

**第二十八条（退休人员的住院、急诊观察室医疗费用）**

退休人员住院或者急诊观察室留院观察所发生的由统筹基金支付的医疗费用，设起付标准。2000年12月31日前退休的，起付标准为700元；2001年1月1日后退休的，起付标准为1200元。

退休人员一年内住院或者急诊观察室留院观察所发生的医疗费用，累计超过起付标准的部分，由统筹基金支付92%。

退休人员发生的起付标准以下的医疗费用以及由统筹基金支付后其余部分的医疗费用，由个人医疗帐户历年结余资金支付，仍不足支付的，由退休人员自负。

**第二十九条（统筹基金的最高支付限额及以上费用）**

统筹基金的最高支付限额为34万元。职工在一年内住院、急诊观察室留院观察所发生的起付标准以上的医疗费用，以及门诊大病或者家庭病床医疗费用，在最高支付限额以下的，由统筹基金根据本办法第二十六条、第二十七条、第二十八条规定的支付比例支付。

统筹基金最高支付限额以上的医疗费用，由附加基金支付80%，其余部分由职工自负。

### **第三十条（部分特殊病种的医疗费用支付）**

职工因甲类传染病所发生的符合基本医疗保险规定的门诊急诊和住院、急诊观察室留院观察所发生的医疗费用，全部由统筹基金支付。

职工因生育以及因工伤、职业病所发生的医疗费用，由生育保险基金或者工伤保险基金按照国家和本市的有关规定支付。

### **第三十一条（不予支付的情形）**

下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权按照规定向第三人追偿。

## **第六章 医疗费用的结算**

### 第三十二条（医疗费用的记帐和帐户划扣）

职工就医或者配药时所发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，凭职工的医疗保险凭证按照下列规定办理：

（一）属于统筹基金和附加基金支付的，定点医疗机构应当如实记帐；

（二）属于个人医疗帐户资金支付的，定点医疗机构或者定点零售药店应当从职工的个人医疗帐户中划扣，个人医疗帐户资金不足支付的，应当向职工收取。

定点医疗机构、定点零售药店对职工就医或者配药所发生的不符合基本医疗保险规定的医疗费用，应当向职工收取。

### 第三十三条（医疗费用的申报结算）

定点医疗机构、定点零售药店对从职工个人医疗帐户中划扣的医疗费用，每月向指定的区、县医保办结算。

定点医疗机构对属于统筹基金和附加基金支付的记帐医疗费用，每月向指定的区、县医保办结算。

职工对根据本办法第二十一条第三款规定所发生的可由统筹基金、附加基金或者个人医疗帐户资金支付的医疗费用，凭其医疗保险凭证向指定的区、县医保办结算。

### 第三十四条（医疗费用的核准与拨付）

区、县医保办对申请结算的医疗费用，应当在收到申请结算之日起 10 个工作日内进行初审，并将初审意见报送市人力资源社会保障局。

市人力资源社会保障局应当在接到区、县医保办的初审意见之日起 10 个工作日内，作出准予支付、暂缓支付或者不予支付的审核决定。市人力资源社会保障局在作出暂缓支付决定后，应当在 90 日内作出准予支付或者不予支付的决定并告知相关单位。

经市人力资源社会保障局核准的医疗费用，市医保中心应当在核准之日起 7 个工作日内，从医疗保险基金支出户中予以拨付；经市人力资源社会保障局核准不予支付的医疗费用，由定点医疗机构、定点零售药店或者职工自行承担。

### 第三十五条（医疗费用的结算方式）

市人力资源社会保障局可以采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等方式，与定点医疗机构结算医疗费用；超出结算标准的医疗费用，由医疗保险基金与定点医疗机构按照规定分担。

### 第三十六条（申请费用结算中的禁止行为）

定点医疗机构、定点零售药店或者个人，不得以伪造或者变造帐目、资料、门诊急诊处方、医疗费用单据等不正当手段，结算医疗费用。

## 第七章 法律责任

### 第三十七条（监督检查）

对定点医疗机构、定点零售药店以及参保人员遵守基本医疗保险各项规定情况进行监督检查，按照《上海市基本医疗保险监督管理办法》有关规定执行。

**第三十八条（定点医疗机构、定点零售药店、参保人员违法行为的法律责任）**

定点医疗机构、定点零售药店以及参保人员违反本办法规定，造成医疗保险基金损失的，按照国家和本市有关规定处理。

### 第三十九条（医保管理部门违法行为的法律责任）

人力资源社会保障行政部门和市医保中心的工作人员有下列行为之一的，由市人力资源社会保障局责令改正；给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任，并对负有直接责任的主管人员和其他直接责任人员给予警告、记过或

者记大过处分；情节较重的，给予降级或者撤职处分；情节严重的，给予开除处分：

- （一）未履行社会保险法定职责的；
- （二）未将医疗保险基金存入财政专户的；
- （三）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；
- （四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；
- （五）有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

## 第八章 附 则

### 第四十条（医疗保险基金的管理和监督）

统筹基金和附加基金的管理和监督活动，依照国家和本市社会保险基金的有关规定执行。统筹基金和附加基金纳入社会保障基金财政专户，实行统一管理，单独列帐，专款专用，并应当接受市人民政府建立的社会保险基金监督组织以及财政、审计部门的监督。

统筹基金和附加基金的年度预算和决算，由市人力资源社会保障局会同市财政局按规定编制，报市人民政府批准后执行。

#### **第四十一条（灵活就业人员的基本医疗保险）**

本市无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，可以设置享受医疗保险待遇的等待期。等待期届满后，参保人员按照本办法规定，享受相应的基本医疗保险待遇。

等待期的具体设置办法，由市人力资源社会保障局另行制定。

#### **第四十二条（其他人员的基本医疗保险）**

参加职工基本医疗保险的非城镇户籍外来从业人员缴纳基本医疗保险费和享受基本医疗保险待遇，按照本市有关规定执行。

失业人员在领取失业保险金期间，由失业保险基金按照规定为其缴纳基本医疗保险费，享受相应的基本医疗保险待遇。

#### **第四十三条（延长工作年限人员的特别规定）**

到达法定退休年龄，根据国家规定暂不办理退休手续、延长工作年限的人员，按照在职职工的基本医疗保险规定执行；办理退休手续后，按照同年龄段已退休人员的基本医疗保险规定执行。

#### **第四十四条（施行日期）**

本办法自 2013 年 12 月 1 日起施行。2000 年 10 月 20 日上海市人民政府令第 92 号发布，根据 2008 年 3 月 28 日《上海市人民政府关于修改〈上海市城镇职工基本医疗保险办法〉的决定》修

## 上海市人民政府规章

---

正,根据2010年12月20日上海市人民政府令第52号公布的《上海市人民政府关于修改〈上海市农机事故处理暂行规定〉等148件市政府规章的决定》修正并重新发布的《上海市城镇职工基本医疗保险办法》同时废止。