

上海市城镇职工基本医疗保险办法

上海市人民政府令 第 92 号

《上海市城镇职工基本医疗保险办法》已经 2000 年 9 月 25 日市政府第 74 次常务会议通过，现予发布，自 2000 年 12 月 1 日起施行。

市长 徐匡迪

二〇〇〇年十月二十日

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《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）

本办法适用于本市范围内的城镇企业、机关、事业单位、社会团体和民办非企业单位（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（管理部门）

上海市医疗保险局（以下简称市医保局）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。各区、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。

市卫生、劳动保障、财政、审计、药品监督、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医疗保险费的征缴工作。

上海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账户（以下简称个人医疗帐户）的管理工作。

第二章 登记和缴费

第四条（登记手续）

用人单位按照市医保局的规定，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手续时，应当根据市医保局的要求进行审核，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局。

第五条（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。

第六条（用人单位缴费基数的计算方式及缴费比例）

用人单位的缴费基数为本单位职工缴费基数之和。

用人单位应当按其缴费基数 10%的比例缴纳基本医疗保险费，并按其缴费基数 2%的比例缴纳地方附加医疗保险费。

第七条（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。

第八条（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 个人医疗帐户、统筹基金和附加基金

第九条（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，除按本办法第十一条第二款、第三款规定计入个人医疗帐户外，其余部分纳入统筹基金。

第十条（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。

第十一条（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，根据下列比例计入在职职工个人医疗帐户：

- （一）34 岁以下的，按上一年度本市职工年平均工资的 0.5%；
- （二）35 岁至 44 岁的，按上一年度本市职工年平均工资的 1%；
- （三）45 岁至退休的，按上一年度本市职工年平均工资的 1.5%。

用人单位缴纳的基本医疗保险费，根据下列比例计入退休人员个人医疗帐户：

- （一）退休至 74 岁以下的，按上一年度本市职工年平均工资的 4%；
- （二）75 岁以上的，按上一年度本市职工年平均工资的 4.5%。

第十二条（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，停止按本办法第十一条第二款或者第三款规定计入资金。

第十三条（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。

第十四条（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，市医保局、区县医保办和市医保中心应当

为职工查询提供便利。

第十五条（附加基金）

用人单位缴纳的地方附加医疗保险费，全部纳入地方附加医疗保险基金（以下简称附加基金）。

第四章 职工就医和医疗服务的提供

第十六条（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，是指经卫生行政部门批准取得执业许可并经市医保局审核后，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，是指经药品监督管理部门批准取得经营资格并经市医保局审核后，准予建立基本医疗保险结算关系的药品零售企业。

第十七条（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。

第十八条（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，由市医保局会同有关部门根据国家规定制定。

第十九条（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

第二十一条（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，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，由市医保局另行规定。

本办法施行前已按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。

第二十二条（在职职工门诊急诊医疗费用）

在职职工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二十四条、第二十五条规定以外的费用，由其个人医疗帐户资金支付。不足部分按下列规定支付（不含到定点零售药店配药所发生的费用）：

（一）1955 年 12 月 31 日前出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作的，由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 10%，超过部分的医疗费用由附加基金支付 70%，其余部分由在职职工自负。

（二）1956 年 1 月 1 日至 1965 年 12 月 31 日出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作的，由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 10%，超过部分的医疗费用由附加基金支付 60%，其余部分由在职职工自负。

（三）1966 年 1 月 1 日后出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作的，由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 10%，超过部分的医疗费用由附加基金支付 50%，其余部分由在职职工自负。

（四）2001 年 1 月 1 日后新参加工作的，由在职职工个人自负。

第二十三条（退休人员门诊急诊医疗费用）

退休人员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二十四条、第二十六条规定以外的费用，由其个人医疗帐户资金支付。不足部分按下列规定支付（不含到定点零售药店配药所发生的费用）：

（一）2000 年 12 月 31 日前已办理退休手续的，先由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 2%，在一级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 90%；在二级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 85%；在三级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 80%；其余部分由退休人员自负。

（二）1955 年 12 月 31 日前出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作并在 2001 年 1 月 1 日后办理退休手续的，先由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 5%，在一级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 85%；在二级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 80%；在三级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 75%；其余部分由退休人员自负。

（三）1956 年 1 月 1 日至 1965 年 12 月 31 日出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作并在 2001 年 1 月 1 日后办理退休手续的，先由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 5%，在一级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 70%；在二级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 65%；在三级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 60%；其余部分由退休人员自负。

（四）1966 年 1 月 1 日后出生、在 2000 年 12 月 31 日前参加工作并在 2001 年 1 月 1 日后办理退休手续的，先由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 5%，在一级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 55%；在二级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 50%；在三级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 45%；其余部分由退休人员自负。

（五）2001 年 1 月 1 日后参加工作并在之后办理退休手续的，先由个人支付至上一年度本市职工年平均工资的 10%，在一级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 55%；在二级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 50%；在三级医疗机构门诊急诊的，超过部分的医疗费用由附加基金支付 45%；其余部分由退休人员自负。

第二十四条（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、恶性肿瘤化学治疗和放射治疗（以下统称门诊大病医疗）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，不足部分由职工自负。

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，不足部分由职工自负。

第二十五条（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。起付标准为上一年度本市职工年平均工资的 10%。

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，不足部分由在职职工自负。

第二十六条（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，起付标准为上一年度本市职工年平均工资的 5%；2000 年 12 月 31 日前参加工作、2001 年 1 月 1 日后退休的，起付标准为上一年度本市职工年平均工资的 8%；2001 年 1 月 1 日后参加工作并在以后退休的，起付标准为上一年度本市职工平均工资的 10%。

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，不足部分由退休人员自负。

第二十七条（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，为上一年度本市职工年平均工资的 4 倍。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二十四条、第二十五条、第二十六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。

第二十八条（部分特殊病种的医疗费用支付）

职工因甲类传染病、计划生育手术及其后遗症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。

职工因工伤、职业病住院或者急诊观察室留院观察所发生的医疗费用，超过统筹基金起付标准的，超过部分的费用由统筹基金支付 50%，其余部分以及有关的门诊急诊医疗费用根据国家和本市的有关规定由用人单位负担。

第二十九条（不予支付的情形）

有下列情形之一的，统筹基金、附加基金和个人医疗帐户资金不予支付：

- （一）职工在非定点医疗机构就医、配药或者在非定点零售药店配药所发生的医疗费用；
- （二）职工就医或者配药时所发生的不符合基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准的医疗费用；
- （三）职工因自杀、自残、斗殴、吸毒、医疗事故或者交通事故等所发生的医疗费用；
- （四）国家和本市规定的其他情形。

第六章 医疗费用的结算

第三十条（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。

第三十一条（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十九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。

第三十二条（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医保局。

市医保局应当在接到区、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。市医保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。

经市医保局核准的医疗费用，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；经市医保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。

第三十三条（医疗费用的结算方式）

市医保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。

第三十四条（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。

第三十五条（监督检查）

市医保局和区、县医保办应当对定点医疗机构、定点零售药店的有关医疗费用结算情况进行监督检查，被检查单位应当如实提供与结算有关的记录、处方和病史等资料。