

上海市人民政府关于印发《上海市城乡居民基本医疗保险办法》的通知

发文机构：上海市人民政府

发布时间：2020-12-23

发文字号：沪府规〔2020〕30号

政策类型：政策文件

政策层级：省级

来源：<http://www.shanghai.gov.cn/nw12344/20210105/0099fc847579431e85dc33e8fd3626e7.html>

关键字：本市;城乡居民;医疗保险;人员;支付;缴费;医保;办法

沪府规〔2020〕30号

上海市人民政府关于印发《上海市城乡居民基本医疗保险办法》的通知

各区人民政府，市政府各委、办、局：

现将《上海市城乡居民基本医疗保险办法》印发给你们，请认真按照执行。

上海市人民政府

2020年12月21日

上海市城乡居民基本医疗保险办法

第一条（目的和依据）

为保障本市城乡居民基本医疗，探索建立城乡居民统一的基本医疗保险制度，制定本办法。

第二条（适用对象）

凡未参加其他基本医疗保险，且符合以下条件之一的人员，可以参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）：

（一）具有本市户籍，年龄超过18周岁的人员；

（二）具有本市户籍的中小学生和婴幼儿；

（三）本市各高等院校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本科学士、高职高专学生以及非在职研究生（以下简称“大学生”）；

（四）根据实际情况，可以参照适用本办法的其他人员。

第三条（管理部门）

市医保局是本市城乡居民医保的行政主管部门，负责本市城乡居民医保政策的制定和组织实施。各区医保局负责本辖区内城乡居民医保的管理工作。

市财政、卫生健康、教育、民政、公安、税务等部门和市红十字会、市残联等社会团体按照各自职责，协同做好城乡居民医保的管理工作。

市医疗保险事业管理中心和区医疗保险事务中心（以下统称“经办机构”）负责城乡居民医保的登记、审核、结算等经办业务。

税务部门负责本市城乡居民医保的征缴工作。

市医疗保险监督检查所实施城乡居民医保监督检查等行政执法工作。

第四条（登记缴费）

城乡居民医保的登记缴费期为每年10月至12月。参保人员按照年度缴费，于次年1月1日至12月31日享受相应城乡居民医保待遇。

登记缴费期截止后，符合城乡居民医保参保条件的人员可以中途参保。中途参保人员（新生儿等除外）应当按照年度标准缴费，并设置3个月等待期，等待期满后，方可享受城乡居民医保待遇。

登记缴费期内，在校学生、在园（所）幼儿的个人缴费可以由所在学校和托幼机构进行登记，并按照代办性收费程序代为收缴后，按照属地化管理的原则统一办理。其他人员持本人身份证、户口簿等相关证件，到户籍所在地或者就近的经办机构办理登记缴费手续。

第五条（资金筹集）

城乡居民医保实行个人缴费与政府补贴相结合。

参保人员（不含大学生，下同）个人缴费以外资金，由市（含中央补助资金）、区财政按照1：1比例分担。

重残人员的参保资金，按照规定的年龄段筹资标准，由残疾人就业保障金全额承担。

第六条（筹资基数的确定）

城乡居民医保基金的筹资标准以及个人缴费标准，按照参保人员的不同年龄分段确定。

人均筹资标准，按照上一年度本市职工平均工资的2.5%左右确定。

城乡居民医保基金个人缴费部分占总筹资的15%左右，具体筹资标准和个人缴费标准，应当结合实际情况适时调整。具体调整方案，由市医保局、市财政局等有关部门制订，报市政府批准后公布执行。

第七条（基金管理）

城乡居民医保基金的管理，按照国家和本市社会保险基金管理的有关规定执行。城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行统一管理、单独列账、专款专用，并按照规定，接受财政、审计部门的监督。

城乡居民医保基金通过预算实现收支平衡，出现支付不足时，按照社保基金财务管理办法规定的顺序予以弥补。需要市、区财政给予补贴的，经市政府批准后执行。

第八条（支付管理）

城乡居民医保的诊疗项目、医疗服务设施和用药范围、支付标准以及定点医疗机构（含村卫生室，下同）的管理等，参照本市职工基本医疗保险的有关规定执行。国家与本市另有规定的，从其规定。

定点医疗机构应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

第九条（就医管理）

参保人员持社会保障卡或者医疗保险卡、上海市基本医疗保险门急诊就医记录册及相关凭证就医。

参保人员可以到本市基本医疗保险定点医疗机构就医。

第十条（医疗保险凭证）

参保人员在本市定点医疗机构就医时，应当出示其医疗保险凭证。

定点医疗机构应当对参保人员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。

第十一条（参保人员门诊急诊医疗待遇）

对参保人员在门诊急诊（含家庭病床）发生的由城乡居民医保基金支付的医疗费用，设起付标准。一年内医疗费用累计超过起付标准的部分，由城乡居民医保基金按照一定比例支付，剩余部分由个人自负。

起付标准为：60周岁及以上人员、重残人员以及中小学生和婴幼儿为300元；超过18周岁、不满60周岁人员为500元。

城乡居民医保基金支付比例为：在社区卫生服务中心或者一级医疗机构门诊急诊的，支付70%；在二级医疗机构门诊急诊的，支付60%；在三级医疗机构门诊急诊的，支付50%。

参保人员在村卫生室门诊就诊发生的由城乡居民医保基金支付的医疗费用，不计入起付标准，由城乡居民医保基金支付80%。

第十二条（参保人员住院医疗待遇）

对参保人员每次住院（含急诊观察室留院观察）所发生的由城乡居民医保基金支付的医疗费用，设起付标准。超过起付标准的部分，由城乡居民医保基金按照一定比例支付，剩余部分由个人自负。

起付标准为：一级医疗机构50元，二级医疗机构100元，三级医疗机构300元。

城乡居民医保基金支付比例为：60周岁及以上人员、以及重残人员，在社区卫生服务中心或者一级医疗机构住院的支付

90%，在二级医疗机构住院的支付80%，在三级医疗机构住院的支付70%；60周岁以下人员，在社区卫生服务中心或者一级

医疗机构住院的支付80%，在二级医疗机构住院的支付75%，在三级医疗机构住院的支付60%。

第十三条（医保待遇的调整）

城乡居民医保门诊和住院起付标准以及支付比例，应当结合实际情况适时调整。具体调整方案，由市医保局、市财政局等有关部门制订，报市政府批准后公布执行。

第十四条（不予支付的情形）

根据《社会保险法》的规定，下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- （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，由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十五条（医疗费用的记账和支付）

参保人员在本市医保定点医疗机构发生的医疗费用，属于城乡居民医保基金支付的，由医保定点医疗机构记账，城乡居民医保基金按照规定支付。

参保人员未携带就医凭证的，在本市医保定点医疗机构门诊发生的医疗费用不予结算；急诊就医发生的医疗费用由个人现金支付后，可以在6个月内，凭本人就医凭证、医疗费收据以及相关病史资料，到经办机构按照规定申请报销。

第十六条（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。

第十七条（不予重复的待遇）

参保人员享受本办法规定的医疗保险待遇后，不再重复享受供养人单位的劳动保障待遇以及本市规定的其他基本医疗保障待遇。

第十八条（大学生的基本医疗保险）

大学生的具体筹资办法、医保待遇、就医管理等，由市医保局会同有关部门另行规定。

第十九条（帮扶补助）

参保人员中享受本市城乡居民最低生活保障的家庭成员、以及本办法所指的高龄老人、职工老年遗属、重残人员等的个人缴费部分，由政府给予补贴。

参保人员中享受本市城乡居民最低生活保障的家庭成员，在门急诊和住院起付标准内予以适当补助；参保人员中的重残人员，在门急诊和住院起付标准内予以全额补贴。

上述帮扶补助的具体办法，由市医保局、市残联会同有关部门另行制定。

第二十条（便民服务）

本市积极推行网上办理、电子亮证、移动支付等新技术，方便参保人员登记缴费、就医付费等，更好享受城乡居民医保待遇。

第二十一条（特殊对象定义）

本办法所称的高龄老人，是指年满70周岁，在上海居住、生活满30年，从户籍制度建立起就是本市户籍，且未享受基本医疗保障的老人。

本办法所指的职工老年遗属，是指具有本市户籍，年满60周岁，按照本市有关规定，享受遗属生活困难补助的人员。

本办法所称的重残人员，是指具有本市户籍，年满16周岁，持有《中华人民共和国残疾人证》并符合本市重残标准的无医疗保障人员。

第二十二条（施行日期）

本办法自2021年1月1日起施行，有效期至2025年12月31日。