

上海市人民政府文件

沪府规〔2025〕12号

上海市人民政府关于印发修订后的 《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：

现将修订后的《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。

2025年12月26日

（此件公开发布）

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,建立健全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)本市依法设立的中小学校、中等职业学校、托幼机构在册在籍的外省市户籍学生和幼儿;
- (四)本市高等院校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本科学生、高职高专学生以及非在职研究生(以下统称“大学生”);
- (五)根据实际情况,可以参照适用本办法的其他人员。

第三条 （职责分工）

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制定、组织实施和行政执法等工作。各区医保局负责本行政区域内城乡居民医保管理和行政执法等工作。

市财政、卫生健康、教育、民政、公安等部门和市红十字会、市

残联等群团组织按照各自职责,协同做好城乡居民医保管理工作。

市税务部门负责组织指导各区税务部门开展城乡居民基本医疗保险费征收工作,及时将征缴信息传递至医保部门。

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

第四条 (登记缴费)

城乡居民医保的集中参保期为每年10月至12月。参保人员按照年度缴费。

集中参保期内,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,根据属地化管理原则统一办理;其他人员持本人身份证明,到就近的医疗保障经办机构办理登记手续,并及时通过规定渠道完成缴费。

第五条 (资金筹集)

城乡居民医保实行个人缴费与财政补助相结合。

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

大学生个人缴费以外的资金,由市财政(含中央补助资金)承担。

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和个人缴费标准,按照参保人员年龄分段确定。

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。

推进城乡居民医保缴费与经济社会发展水平、居民人均可支配收入相挂钩,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、市财政局会同有关部门商定,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,按照社会保险基金财务制度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 （就医管理）

参保人员在定点医药机构就医购药时,应当主动出示本人社会保障卡或者医保电子凭证等医疗保障凭证并接受查验。

定点医药机构应当对参保人员的医疗保障凭证进行核验。

任何人不得冒用、伪造、变造、出借医疗保障凭证。

第九条 （医疗保险待遇享受）

在城乡居民医保集中参保期内缴纳基本医疗保险费且连续参保的人员,自下一年度起享受城乡居民基本医疗保险待遇。除新生儿等特殊群体外,在非集中参保期内参保或者未连续参保的人员参保,在待遇等待期满后,享受城乡居民基本医疗保险待遇。

前款规定的待遇等待期包括 3 个月固定待遇等待期和变动待遇等待期。其中,未连续参保的,每多断保 1 年,在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月。参保人员可以通过补缴断保年度费用修复变动待遇等待期,每多缴纳 1 年可以减少 1 个月变动待遇等待期。连续断缴 4 年及以上的,修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于 6 个月。

第十条 （门诊急诊医疗保险待遇）

对参保人员门诊急诊(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、重残人员以及大学生、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、参保大学生在院校内部医疗机构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%。

第十一条 （住院医疗保险待遇）

对参保人员每次住院(含急诊观察室留院观察)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:在社区卫生服务中心或者一级医疗机构住院的为 50 元;在二级医疗机构住院的为 100 元;在三级医疗机构住院的为 300 元。

城乡居民医保基金支付比例为:60 周岁及以上人员、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%。

第十二条 （医疗保险待遇调整）

城乡居民医保门诊急诊和住院的起付标准、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、市财政局会同有关部门商定,报市政府批准后公布执行。

第十三条 （医疗费用结算支付）

参保人员在本市定点医药机构发生的费用中应当由基本医疗保险基金支付的部分,由医疗保障经办机构与定点医药机构直接结算。医疗保障经办机构审核后,应当及时结算并拨付。

参保人员未携带医疗保障凭证的,在本市医保定点医疗机构门诊所发生的医疗费用不予结算。在本市因院前急救、医疗保障凭证报损或者报失期间就医、未携带医疗保障凭证发生急诊就医等特殊情况的,个人现金支付医疗费用后,可以按照规定在6个月内向医疗保障经办机构申请报销。

第十四条 （医保支付方式）

本市实行定点医疗机构基本医疗保险基金总额预算管理下的多元复合医保支付方式。

第十五条 （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险待遇以及本市规定的其他基本医疗保障待遇。

第十六条 （帮扶补助）

本市对符合条件的医疗救助对象以及高龄老人、职工老年遗属、重残人员等参加城乡居民医保的个人缴费部分,给予补贴。具备多种身份的人员,按照可以享受的最高标准给予补贴。

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

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。

第十七条 （特殊对象定义）

本办法所称高龄老人,是指年满 70 周岁,在上海居住、生活满 30 年,从户籍制度建立起即为本市户籍,且未享受基本医疗保障的人员。

本办法所称职工老年遗属,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。

本办法所称重残人员,是指具有本市户籍,年满 16 周岁,持有有效《中华人民共和国残疾人证》并符合本市重残标准,且未享受基本医疗保障的人员。

第十八条 （施行日期）

本办法自 2026 年 1 月 1 日起施行,有效期至 2030 年 12 月 31 日。

抄送：市委各部门,市人大常委会办公厅,市政协办公厅,市纪委监委,市高院,市检察院。

上海市人民政府办公厅

2025 年 12 月 26 日印发
