

北京市基本医疗保险规定

(2001年2月20日北京市人民政府第68号令发布 根据
2003年12月1日北京市人民政府第141号令第一次修改 根据
2005年6月6日北京市人民政府第158号令第二次修改)

第一章 总则

第一条 为了保障职工和退休人员患病时得到基本医疗，享受医疗保险待遇，根据国家有关规定，结合本市实际情况，制定本规定。

第二条 本市行政区域内的城镇所有用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位(以下简称用人单位)及其职工和退休人员适用本规定。

用人单位及其职工和退休人员参加基本医疗保险的具体时间由市劳动和社会保障行政部门(以下简称市劳动保障行政部门)规定。

第三条 市劳动保障行政部门主管全市医疗保险工作，组织

实施医疗保险制度，负责医疗保险工作的管理和监督检查。

区、县劳动保障行政部门负责本行政区域内医疗保险工作的管理和监督检查。

市和区、县劳动保障行政部门设立的社会保险经办机构，具体经办医疗保险工作。

第四条 基本医疗保险费实行用人单位和职工个人双方负担、共同缴纳、全市统筹的原则。基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合的原则。基本医疗保险的保障水平应当与本市社会生产力发展水平以及财政、用人单位和个人的承受能力相适应。

第五条 本市在实行基本医疗保险的基础上，建立大额医疗费用互助制度，实行国家公务员医疗补助办法，企业和事业单位可以建立补充医疗保险，鼓励用人单位和个人参加商业医疗保险。

第六条 结合基本医疗保险制度的建立，积极推进城镇医药卫生体制改革，用比较低廉的费用，为职工和退休人员提供比较优质的医疗服务，满足广大人民群众基本医疗服务的需要。

第二章 基本医疗保险基金



第七条 基本医疗保险基金应当以收定支，收支平衡。

第八条 基本医疗保险基金由下列各项构成：

- (一) 用人单位缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 职工个人缴纳的基本医疗保险费；
- (三) 基本医疗保险费的利息；
- (四) 基本医疗保险费的滞纳金；
- (五) 依法纳入基本医疗保险基金的其它资金。

第九条 基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。

用人单位和职工应当按时足额缴纳基本医疗保险费。不按时足额缴纳的，不计个人帐户，基本医疗保险统筹基金不予支付其医疗费用。

第十条 职工按本人上一年月平均工资的 2% 缴纳基本医疗保险费。

职工本人上一年月平均工资低于上一年本市职工月平均工资 60% 的，以上一年本市职工月平均工资的 60% 为缴费工资基数，缴纳基本医疗保险费。

职工本人上一年月平均工资高于上一年本市职工月平均工资 300% 以上的部分，不作为缴费工资基数，不缴纳基本医疗保险费。



北京市人民政府规章

无法确定职工本人上一年月平均工资的，以上一年本市职工月平均工资为缴费工资基数，缴纳基本医疗保险费。

第十一条 本规定施行前已退休的人员不缴纳基本医疗保险费。本规定施行后参加工作，累计缴纳基本医疗保险费男满25年、女满20年的，按照国家规定办理了退休手续，按月领取基本养老金或者退休费的人员，享受退休人员的基本医疗保险待遇，不再缴纳基本医疗保险费。

本规定施行前参加工作施行后退休，缴纳基本医疗保险费不满前款规定年限的，由本人一次性补足应当由用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费后，享受退休人员的基本医疗保险待遇，不再缴纳基本医疗保险费。经劳动保障行政部门认定，职工的连续工龄或者工作年限符合国家规定的，视同基本医疗保险缴费年限。

第十二条 用人单位按全部职工缴费工资基数之和的9%缴纳基本医疗保险费。

第十三条 基本医疗保险费缴费比例需要调整时，由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出，报市人民政府批准。

第十四条 用人单位应当按时向社会保险经办机构如实申报职工上一年月平均工资，社会保险经办机构按照规定核定基本医疗保险缴费工资基数。

第十五条 用人单位应缴纳的基本医疗保险费，由社会保险经办机构委托用人单位的开户银行以“委托银行收款(无付款期)”的结算方式按月扣缴。

职工个人应缴纳的基本医疗保险费，由用人单位按月从本人工资中代扣代缴。

第十六条 基本医疗保险基金实行全市统筹，分级管理，全部纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理。

基本医疗保险基金要专款专用，不得挤占或者挪用，不得用于平衡财政收支。

第十七条 基本医疗保险基金当年筹集的部分，按银行活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；存入社会保障基金财政专户的沉淀基金，比照3年期零存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。

第十八条 基本医疗保险基金执行统一的社会保险预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第三章 基本医疗保险个人帐户

第十九条 社会保险经办机构应当为职工和退休人员建立

基本医疗保险个人帐户(以下简称个人帐户)。

第二十条 个人帐户由下列各项构成:

- (一)职工个人缴纳的基本医疗保险费;
- (二)按照规定划入个人帐户的用人单位缴纳的基本医疗保险费;
- (三)个人帐户存储额的利息;
- (四)依法纳入个人帐户的其它资金。

第二十一条 用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分按照下列标准划入个人帐户:

- (一)不满 35 周岁的职工按本人月缴费工资基数的 0.8%划入个人帐户;
- (二)35 周岁以上不满 45 周岁的职工按本人月缴费工资基数的 1%划入个人帐户;
- (三)45 周岁以上的职工按本人月缴费工资基数的 2%划入个人帐户;
- (四)不满 70 周岁的退休人员按上一年本市职工月平均工资的 4.3%划入个人帐户;
- (五)70 周岁以上的退休人员按上一年本市职工月平均工资的 4.8%划入个人帐户。

前款所列标准根据社会经济发展和基金收支情况需要调整时，由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出调整方案，报市人民政府批准后公布施行。

第二十二条 个人帐户存储额每年参照银行同期居民活期存款利率计息。

第二十三条 个人帐户的本金和利息为个人所有，只能用于基本医疗保险，但可以结转使用和继承。

职工和退休人员死亡时，其个人帐户存储额划入其继承人的个人帐户；继承人未参加基本医疗保险的，个人帐户存储额可一次性支付给继承人；没有继承人的，个人帐户存储额纳入基本医疗保险统筹基金。

第二十四条 失业人员不缴纳基本医疗保险费，个人帐户停止计入，余额可继续使用。失业人员在领取失业保险金期间，按照失业保险规定享受医疗补助待遇。

第二十五条 参加基本医疗保险的人员在参保的区、县内流动时，只转移基本医疗保险关系，不转移个人帐户存储额；跨区、县或者跨统筹地区流动时，转移基本医疗保险关系，同时转移个人帐户存储额。

第四章 基本医疗保险待遇

第二十六条 基本医疗保险统筹基金和个人帐户划定各自支付范围，分别核算，不得互相挤占。符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，由基本医疗保险统筹基金和个人帐户分别支付。

第二十七条 基本医疗保险基金支付职工和退休人员的医疗费用，应当符合本市规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准。

基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及医疗服务设施范围和支付标准的具体办法，由市劳动保障行政部门会同有关部门另行制定。

第二十八条 个人帐户支付下列医疗费用：

- (一) 门诊、急诊的医疗费用；
- (二) 到定点零售药店购药的费用；
- (三) 基本医疗保险统筹基金起付标准以下的医疗费用；
- (四) 超过基本医疗保险统筹基金起付标准，按照比例应当由个人负担的医疗费用。

个人帐户不足支付部分由本人自付。

第二十九条 基本医疗保险统筹基金支付下列医疗费用：

- (一) 住院治疗的医疗费用；
- (二) 急诊抢救留观并收入住院治疗的，其住院前留观 7 日内的医疗费用；
- (三) 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。

第三十条 基本医疗保险基金不予支付下列医疗费用：

- (一) 在非本人定点医疗机构就诊的，但急诊除外；
- (二) 在非定点零售药店购药的；
- (三) 因交通事故、医疗事故或者其它责任事故造成伤害的；
- (四) 因本人吸毒、打架斗殴或者因其它违法行为造成伤害的；
- (五) 因自杀、自残、酗酒等原因进行治疗的；
- (六) 在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的；
- (七) 按照国家和本市规定应当由个人自付的。

第三十一条 企业职工因工负伤、患职业病的医疗费用，按照工伤保险的有关规定执行。女职工生育的医疗费用，按照国家和本市的有关规定执行。

第三十二条 基本医疗保险统筹基金支付的起付标准按上一年本市职工平均工资的 10%左右确定。个人在一个年度内第二

次以及以后住院发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金支付的起付标准按上一年本市职工平均工资的 5%左右确定。

第三十三条 基本医疗保险统筹基金在一个年度内支付职工和退休人员的医疗费用累计最高支付限额按上一年本市职工平均工资的 4 倍左右确定。

第三十四条 基本医疗保险统筹基金支付的起付标准和最高支付限额需要调整时，由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出，报市人民政府批准后，由市劳动保障行政部门发布。

第三十五条 基本医疗保险统筹基金支付医疗费用设定结算期。

结算期按职工和退休人员住院治疗的时间，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门诊治疗的时间设定。

第三十六条 在一个结算期内职工和退休人员发生的医疗费用，按医院等级和费用数额采取分段计算、累加支付的办法，由基本医疗保险统筹基金和个人按照以下比例分担：

(一)在三级医院发生的医疗费用：

1. 起付标准至 3 万元的部分，统筹基金支付 85%，职工支付 15%；

2. 超过 3 万元至 4 万元的部分，统筹基金支付 90%，职工支付 10%；

3. 超过 4 万元的部分，统筹基金支付 95%，职工支付 5%。

(二) 在二级医院发生的医疗费用：

1. 起付标准至 3 万元的部分，统筹基金支付 87%，职工支付 13%；

2. 超过 3 万元至 4 万元的部分，统筹基金支付 92%，职工支付 8%；

3. 超过 4 万元的部分，统筹基金支付 97%，职工支付 3%。

(三) 在一级医院以及家庭病床发生的医疗费用：

1. 起付标准至 3 万元的部分，统筹基金支付 90%，职工支付 10%；

2. 超过 3 万元至 4 万元的部分，统筹基金支付 95%，职工支付 5%；

3. 超过 4 万元的部分，统筹基金支付 97%，职工支付 3%。

(四) 退休人员个人支付比例为职工支付比例的 60%。

但基本医疗保险统筹基金按照比例支付的最高数额不得超过本规定第三十三条规定的最高支付限额。

本条第一款所列基本医疗保险统筹基金支付比例需要调整



时，由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出调整方案，报市人民政府批准后公布施行。

第五章 补充医疗保险

第三十七条 建立大额医疗费用互助制度。大额医疗费用互助资金按比例支付职工和退休人员在一个年度内累计超过一定数额的门诊、急诊医疗费用和超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额(不含起付标准以下以及个人负担部分)的医疗费用。参加基本医疗保险的用人单位及其职工和退休人员应当参加大额医疗费用互助，但实行国家公务员医疗补助办法的用人单位及其职工和退休人员除外。

大额医疗费用互助办法由市劳动保障行政部门会同市财政部门制定。

第三十八条 大额医疗费用互助资金由用人单位和个人共同缴纳。用人单位按全部职工缴费工资基数之和的 1% 缴纳，职工和退休人员个人按每月 3 元缴纳。

大额医疗费用互助资金在每月缴纳基本医疗保险费时一并缴纳。

大额医疗费用互助资金不足支付时，财政给予适当补贴。大额医疗费用互助资金缴费比例、缴费金额需要调整时，由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出，报市人民政府批准。

第三十九条 大额医疗费用互助资金实行全市统筹，单独列帐，纳入社会保障基金财政专户，按照基本医疗保险基金计息办法计息。

大额医疗费用互助资金由社会保险经办机构负责统一筹集、管理和使用。

第四十条 大额医疗费用互助资金对符合基本医疗保险规定的大额医疗费用按照下列办法支付：

（一）职工在一个年度内门诊、急诊医疗费用累计超过 2000 元的部分，大额医疗费用互助资金支付 50%，个人支付 50%。

（二）退休人员在一个年度内门诊、急诊医疗费用累计超过 1300 元的部分，不满 70 周岁的退休人员，大额医疗费用互助资金支付 70%，个人支付 30%；70 周岁以上的退休人员，大额医疗费用互助资金支付 80%，个人支付 20%。

（三）大额医疗费用互助资金在一个年度内累计支付职工和退休人员门诊、急诊医疗费用的最高数额为 2 万元。

（四）职工和退休人员在一个年度内超过基本医疗保险统筹

基金最高支付限额(不含起付标准以下以及个人负担部分)的住院医疗费用,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,大额医疗费用互助资金支付 70%,个人支付 30%。但大额医疗费用互助资金在一个年度内累计支付最高数额为 10 万元。

大额医疗费用互助资金起付标准、支付比例、最高支付限额需要调整时,由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出,报市人民政府批准。

第四十一条 参加基本医疗保险的企业和事业单位可以建立补充医疗保险。企业补充医疗保险费在本企业职工工资总额 4% 以内的部分,列入成本。

补充医疗保险办法由市劳动保障行政部门会同市财政部门制定。

第四十二条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上,享受医疗补助待遇,具体办法由市劳动保障行政部门会同市财政部门提出,报市人民政府批准后施行。

第四十三条 对于享受本市城镇居民家庭最低生活保障的职工和退休人员,在个人负担的医疗费用上给予照顾。

本市设立特困人员医疗救助资金,有关部门应当采取措施,

多方筹集资金，解决特困人员因医疗费支出过大造成的困难。

第六章 医疗管理

第四十四条 本市医疗保险实行定点医疗制度。按照“就近就医、方便管理”的原则，职工和退休人员可选择 3 至 5 家定点医疗机构，由所在单位汇总后，报单位所在地区、县社会保险经办机构，由社会保险经办机构统筹确定。定点专科医疗机构和定点中医医疗机构为全体参保职工和退休人员共同的定点医疗机构。

职工和退休人员患病时，按照规定持医疗保险凭证到本人定点医疗机构就诊，也可凭定点医疗机构经治医师开具的处方到定点零售药店购药。

第四十五条 愿意承担基本医疗保险定点服务的医疗机构和零售药店，可以向劳动保障行政部门提出申请，对符合条件的，由市劳动保障行政部门认定为定点医疗机构和定点零售药店，核发资格证书，并向社会公布。取得定点资格并被确定为定点医疗机构、定点零售药店的，与社会保险经办机构签定协议。

定点医疗机构、定点零售药店的管理办法，由市劳动保障行

政部门会同市财政、卫生、中医管理和药品监督等部门制定。

第四十六条 有关部门对定点医疗机构和定点零售药店要实行动态管理。定点医疗机构、定点零售药店要严格执行国家和本市规定的价格政策和标准，执行基本医疗保险制度的有关规定，建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度。

第四十七条 定点医疗机构应当设立专门机构或者设置专职人员负责基本医疗保险的具体工作，严格执行国家和本市有关医疗服务的管理规定和标准，制定并执行常见病诊疗常规，建立医疗质量效益综合评估标准，准确提供参加基本医疗保险人员门诊、急诊、住院和单病种等有关资料。

第四十八条 定点零售药店应当配备人员负责基本医疗保险的具体工作，遵守国家和本市有关药品管理的规定，建立药品质量保证制度，做到供药安全、有效。

第四十九条 门诊、急诊医疗费用和住院医疗费用中由个人支付的部分，以及在定点零售药店购药的费用，由个人与定点医疗机构、定点零售药店直接结算；基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用，由社会保险经办机构审核后与定点医疗机构进行结算。具体办法由市劳动保障行政部门会同市财政、卫生部门另行制定。

第五十条 改革城镇医疗卫生服务体系，大力发展社区卫生

服务，方便人民群众就医。通过引入竞争机制，抑制医疗费用的过快增长，减轻人民群众和社会的负担。建立新的医疗机构分类管理制度，实行医药分开核算、分别管理和药品集中招标采购制度，加强对医疗服务和药品价格的监管。

第七章 组织管理和监督

第五十一条 本市医疗保险实行行政管理、基金管理、基金管理与事务经办分开管理的体制。

第五十二条 劳动保障行政部门的职责是：

- (一) 贯彻执行医疗保险的法律、法规和有关规定；
- (二) 组织实施医疗保险制度；
- (三) 研究制定医疗保险的政策和发展规划；
- (四) 指导社会保险经办机构的工作；
- (五) 监督检查医疗保险费的征缴和医疗保险基金的支付；
- (六) 监督检查定点医疗机构、定点零售药店执行基本医疗保险规定的情况。

第五十三条 社会保险经办机构的职责是：

- (一) 按照规定负责医疗保险费的收缴和医疗保险基金的支

付和管理；

(二) 编制医疗保险基金预算、决算；

(三) 按照规定建立和管理基本医疗保险个人帐户；

(四) 按照规定与定点医疗机构、定点零售药店签订协议，审核支付医疗保险费用，对定点医疗机构、定点零售药店的医疗保险工作进行指导；

(五) 提供医疗保险查询、咨询服务；

(六) 国家和本市规定的其它职责。

第五十四条 社会保险经办机构所需经费，列入财政预算，由财政拨付。

第五十五条 劳动保障、卫生、中医管理、药品监督、物价等部门应当加强对用人单位和参加医疗保险的个人、定点医疗机构、定点零售药店的管理和监督检查。

用人单位和参加医疗保险的个人、定点医疗机构、定点零售药店发生违反本规定、骗取医疗保险基金行为的，由劳动保障行政部门将其记入医疗保险信用信息系统，实施重点监督检查。在重点监督检查期间可以采取必要的限制措施。

第五十六条 财政、审计部门依法负责对社会保险经办机构的医疗保险基金收支情况和管理情况进行监督。

第五十七条 社会保险监督委员会按照有关规定负责监督有关法律、法规 and 政策的执行情况以及医疗保险基金的管理情况。

第八章 法律责任

第五十八条 用人单位不按照规定缴纳基本医疗保险费或者大额医疗费用互助资金，致使基本医疗保险基金未能按照规定划入个人帐户，职工和退休人员不能享受相关医疗保险待遇的，用人单位应当赔偿职工和退休人员由此造成的损失。

第五十九条 用人单位不按照规定缴纳基本医疗保险费或者不按照规定申报基本医疗保险缴费工资基数，致使基本医疗保险费漏缴、少缴，或者不按照规定代扣代缴基本医疗保险费的，由劳动保障行政部门责令限期缴纳；逾期仍不缴纳的，除补缴欠缴数额外，从欠缴之日起，按日加收千分之二滞纳金。

第六十条 用人单位不按照规定参加基本医疗保险和缴纳基本医疗保险费的，由劳动保障行政部门按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》的规定进行处罚。

第六十一条 用人单位骗取医疗保险基金支出的，由社会保险经办机构追回被骗取的基金，并由劳动保障行政部门对该用人

单位处骗取金额 1 倍以上 3 倍以下罚款；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六十二条 参加医疗保险的个人弄虚作假骗取医疗保险待遇，或者转卖医疗保险基金报销的药品谋取不当利益，造成医疗保险基金损失的，由劳动保障行政部门责令退还，并对该个人处骗取医疗保险基金额 1 倍以上 3 倍以下罚款；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

前款行为未造成医疗保险基金损失的，劳动保障行政部门可以对该个人处 1000 元以下罚款。

第六十三条 定点医疗机构有下列行为之一，造成基本医疗保险基金损失的，应当赔偿损失，由劳动保障行政部门责令改正，可以并处 5000 元以上 2 万元以下的罚款；情节严重的，取消基本医疗保险定点医疗机构资格：

（一）将未参加医疗保险人员的医疗费用由基本医疗保险统筹基金或者大额医疗费用互助资金支付的；

（二）将应由个人负担的医疗费用由基本医疗保险统筹基金或者大额医疗费用互助资金支付的；

（三）将非急诊、抢救病人的费用列入急诊、抢救项目支付的；

（四）将不符合住院标准的病人进行住院治疗，或者故意延长

病人住院时间，或者挂名住院、作假病历的；

- (五)挪用他人个人帐户的；
- (六)弄虚作假、调换药品的；
- (七)采取其它手段骗取医疗保险金的。

有前款行为之一，但未造成医疗保险基金损失的，劳动保障行政部门可以对该定点医疗机构处 5000 元以下罚款。

第六十四条 定点零售药店有下列行为之一的，由劳动保障行政部门处以 1000 元以上 2 万元以下的罚款；情节严重的，取消其定点零售药店资格：

- (一)不按照外配处方出售药品的；
- (二)不按照外配处方剂量配药的；
- (三)将外配处方用药换成其它物品的。

第六十五条 定点医疗机构、定点零售药店违反医疗、药品、物价等管理规定的，劳动保障行政部门应当提请有关部门处理；情节严重的，取消其定点资格。

第六十六条 社会保险经办机构的工作人员违反医疗保险规定，致使医疗保险基金损失的，由劳动保障行政部门责令其追回；情节严重的，依法给予行政处分。

第六十七条 社会保险经办机构的工作人员不履行职责、不

按照规定支付医疗保险待遇的，由劳动保障行政部门对其进行批评，并责令其改正；造成严重后果的，依法给予行政处分。

第六十八条 劳动保障行政部门、社会保险经办机构的工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成医疗保险基金损失的，由劳动保障行政部门追回损失的医疗保险基金；构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚未构成犯罪的，依法给予行政处分。

第六十九条 单位或者个人挪用医疗保险基金的，按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》第二十八条的规定处理。

第九章 附则

第七十条 离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。具体办法由市劳动保障行政部门会同有关部门制定，报市人民政府批准。

第七十一条 城镇个体工商户及其雇工参照本规定执行。

第七十二条 本规定自 2001 年 4 月 4 日起施行。