

沈阳市城镇职工基本医疗保险规定

(2008年11月7日沈阳市人民政府第7号令公布 自2009年1月1日起施行)

目 录

- 第一章 总则
- 第二章 医疗保险费的筹集
- 第三章 基本医疗保险基金的使用
- 第四章 医疗服务和职工就医
- 第五章 基本医疗保险基金管理和监督
- 第六章 法律责任
- 第七章 附则

第一章 总 则

第一条 为了保障城镇职工的基本医疗需求，根据国务院《社会保险费征缴暂行条例》等有关规定，结合本市实际，制定本规定。



第二条 本规定适用于本市行政区域内的城镇国有、集体、股份制企业，外商投资、私营企业和机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工和退休人员。外商投资企业的外方职工除外。

老红军、离休人员不参加基本医疗保险，原有的医疗待遇不变，医疗费用按照原资金渠道解决。

第三条 城镇职工基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合的制度。对暂不能按照规定比例足额缴纳基本医疗保险费的困难单位，可以实行住院医疗保险统筹。凡参加基本医疗保险或者住院医疗保险统筹的，必须同时参加大额医疗费用补助保险。有条件的企、事业单位可以建立补充医疗保险。

国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策。

第四条 市劳动保障行政部门主管本市城镇职工基本医疗保险的工作，负责制定城镇职工基本医疗保险的有关政策及对基本医疗保险工作的组织实施、协调、监督、检查；市财政局负责建立基本医疗保险基金财政专户，对基本医疗保险基金进行监督和管理；市地方税务机关负责基本医疗保险费的征收；市医疗保险经办机构负责基本医疗保险的经办业务。

卫生、食品药品监督、物价、人事、国资委、经委、审计等部门和工会组织应当按照各自的职责，做好城镇职工基本医疗保险



险工作。

第二章 医疗保险费的筹集

第五条 基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。用人单位按照在职职工上年工资总额的 8%比例缴纳；在职职工按照本人上年工资收入的 2%比例缴纳。个人缴纳基本医疗保险缴费基数之和大于单位工资总额的，以个人缴费基数之和，作为单位缴费基数。

新设立的用人单位以上月发放的工资总额为缴费基数；新参加工作的职工以本人上月工资收入为缴费基数。

第六条 用人单位人均缴费工资低于上年全市职工平均工资或者无法认定工资总额的，以上年全市职工平均工资为基数缴纳。

职工本人工资收入高于上年全市职工平均工资 300%的，以上年全市职工平均工资的 300%为缴费基数。职工本人工资收入低于上年全市职工平均工资 60%的，以上年全市职工平均工资的 60%为缴费基数。

第七条 住院医疗保险统筹由用人单位按照上年全市职工平均工资的 5.6%比例缴费。

第八条 参保职工基本医疗保险费的最低缴费年限为满 25 年；缴足最低年限仍未达到法定退休年龄的职工应当继续缴纳基



本医疗保险费。达到法定退休年龄未缴足最低年限的，必须以上年全市职工平均工资为基数，按照单位缴费比例一次性缴足基本医疗保险费，全部纳入统筹基金。

2002 年 12 月 31 日前符合国家规定的连续工龄视同缴费年限。

第九条 用人单位发生转让、分立、合并等变化的，由接收或者继续经营者负责继续缴纳本单位职工基本医疗保险费。

续存企业其退休人员移交社区后，企业继续按照规定缴纳基本医疗保险费和大额补助医疗保险费。企业欠费，其在职职工和退休人员停止享受医疗保险待遇，所发生的医疗费由企业自行解决。破产和以销号方式转制的企业，在退休人员移交社区时，按照上年全市职工平均工资 10% 的比例，为退休人员一次性缴纳 10 年的基本医疗保险费和大额补助医疗保险费。大额补助医疗保险费由企业和退休人员各承担 50%。

第十条 用人单位破产、关闭或者注销时，应当优先清偿欠缴的医疗保险费。其退休人员由用人单位以上年全市职工平均工资为基数，按照用人单位与职工个人的缴费比例之和一次性缴足退休人员 10 年的基本医疗保险费和大额补助医疗保险费。大额补助医疗保险费由用人单位和退休人员各承担 50%。

第十一条 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费由用人单位从其工资中代扣代缴。用人单位及其职工个人的基本医疗保险



费，按月缴纳。

用人单位及其职工个人应当缴纳的基本医疗保险费，经医疗保险经办机构核定后，由市地方税务机关征收。

第十二条 用人单位及其职工自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇。

用人单位未按照规定缴纳基本医疗保险费，医疗保险经办机构从次月起停止该单位参保人员的基本医疗保险待遇。欠费期间发生的医疗费由单位自行解决。用人单位按照规定一次性补足欠费及缴纳滞纳金后，参保人员自次月起享受医疗保险待遇。

参保人员在单位欠费期间解除劳动关系或者调转时，需按照规定补缴欠费后，方可办理变更手续。

第十三条 缴费单位因自然灾害、重大事件等原因确实不能按时足额缴纳医疗保险费的，应当提供财务报表和其他证明材料，与对其财产有处置权的机构制定缴费计划，向地方税务机关提出缓缴申请。

地方税务机关会同劳动保障行政部门对申请进行审查，并应当在 20 日内做出批复，对准予缓缴的缴费单位下达《批准缓缴医疗保险费决定书》。缓缴期限最长为 12 个月。

对经批准缓缴医疗保险费的单位，在缓缴期限内不征收滞纳金。用人单位缓缴基本医疗保险费期间，参保人员用现金在定点医疗机构就医。用人单位按照规定足额补缴保费后，其医疗费用

经医疗保险经办机构审核，按照规定的比例报销。

第十四条 用人单位取得营业执照或者批准成立之日起 30 日内，必须到医疗保险经办机构办理医疗保险登记手续；用人单位录用人员应当从录用之日起 30 日内为其办理医疗保险手续。

用人单位发生人员辞退、转移、退休、死亡等变动的，应当从变动之日起 15 日内到医疗保险经办机构办理变更手续，并重新核定基本医疗保险费的应缴数额。调转参保人员未按照规定办结接续手续的，转入单位自转出次月起计算缴费，并连续享受医疗保险待遇。

第十五条 参保人员被判劳动教养、判处有期徒刑期间，暂停其参保缴费，停止享受医疗保险待遇，封存个人医疗保险账户。劳动教养或者判处有期徒刑期满释放后继续按照规定参保缴费的，开启原封存的个人医疗保险账户，按照规定享受医疗保险待遇。劳教或者判处有期徒刑前的缴费年限与接续的缴费年限可累计计算。

参保人员被判无期徒刑、死缓和死刑的，从拘捕之日起，终止其医疗保险关系，个人医疗保险账户资金有结余的，结余资金发放给亲属或者法定继承人。参保人员被判处无期徒刑和死缓改为有期徒刑，刑满释放后继续参保的，个人医疗保险账户重新建立，缴费年限和实际缴费年限扣除服刑时，前后连续计算。

参保人员被判处有期徒刑缓期执行且未与单位解除劳动关

系的，继续按照规定缴费并享受待遇。

第十六条 用人单位在参加基本医疗保险和大额医疗费用补助保险的同时，可以建立补充医疗保险。补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，在成本或者费用中列支。补充医疗保险方案需报市劳动保障行政部门备案。

第十七条 用人单位缴纳的基本医疗保险费属于机关事业单位的在社会保障费中列支；属于企业的在职工福利费中列支。

第三章 基本医疗保险基金的使用

第十八条 用人单位及其职工缴纳的基本医疗保险费构成基本医疗保险基金，基本医疗保险基金设立统筹基金和个人医疗账户。统筹基金和个人医疗账户分别独立核算，不得相互挪用挤占。

第十九条 个人账户的构成为：

（一）在职职工个人缴纳的基本医疗保险费；

（二）用人单位为职工缴纳的基本医疗保险费。划入个人账户的比例一般为用人单位缴费的 30 % 左右。在职职工以本人上年月平均工资为划账基数；退休人员以本人养老金或者退休费为划账基数，低于企业平均退休费的，以上年企业平均退休费为划账基数；

（三）个人账户中的利息。



第二十条 个人账户资金归个人所有，可以跨年度结转使用和依法继承。

用人单位欠缴基本医疗保险费时，个人账户停止计入，补缴后按照规定补计。统筹范围内职工工作发生变化时，个人账户随同本人转移。

第二十一条 个人账户用于支付参保人员在定点医疗机构门诊的医疗费用、定点药店购药的费用和住院、家庭病床等医疗费用中需个人支付的部分。

第二十二条 用人单位缴纳的基本医疗保险费，按照本规定第十九条规定的比例划入个人账户后，再提取 10% 的风险金，其余部分作为统筹基金。

风险金主要用于突发病情及不可预见医疗因素的费用支出。

第二十三条 参保人员按照规定比例报销的住院费用、规定范围内疾病门诊医疗费用、家庭病床医疗费用、门诊急诊抢救留院观察转住院（住院前留院观察 5 日内）及门诊急诊抢救期间死亡发生的医疗费应当在统筹基金中支付。

第二十四条 参加住院医疗保险统筹的人员发生的统筹基金支付范围内的费用，由医疗保险基金按照规定比例支付。

第二十五条 下列医疗费不属于医疗保险基金支付范围：

（一）基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准规定以外的医疗费；

（二）未按照规定就医、购药发生的医疗费；

（三）因违法犯罪、自残或者自杀、斗殴、酗酒、吸毒等行
为所发生的医疗费；

（四）因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的
费用；

（五）参保人员出国及在港、澳、台期间发生的医疗费用；

（六）其他按照规定不予支付的医疗费。

第二十六条 基本医疗保险统筹基金设立起付标准。起付标准按照上年全市职工平均工资的 10%左右确定。转外就医及出差或者外出学习、探亲期间起付标准原则上应当高于本地就医起付标准。1 年内多次住院的，起付标准每次递减 15%，但最多不得超过两次。起付标准以内的费用由参保人员个人负担。

参保人员因患精神病、急慢性传染性肝炎、浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核，在卫生行政部门批准设立的专科医院及设有相应专科病床的医院住院治疗，不设起付标准。其他法定传染病视统筹基金收支情况进行调整。

参保人员因患恶性肿瘤需要实施手术及以放射线或者化学治疗为主综合性住院治疗的，每年只交纳第一次住院统筹基金的起付标准。

第二十七条 统筹基金在一个年度内支付参保人员的医疗费用累计最高支付限额，按照上年全市职工平均工资的 4 倍左右

确定。

起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，主要从统筹基金支付，个人应当负担一定比例，具体比例根据以收定支、收支平衡的原则确定。转外就医及出差或者外出学习、探亲期间发生医疗费用个人负担比例原则上应当高于本地就医的个人负担比例。退休人员个人负担的医疗费用在规定比例基础上降低 3 个百分点。

第四章 医疗服务和职工就医

第二十八条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。凡本市行政区域内依法开业、并符合医疗保险定点申报条件的医疗机构和零售药店，均可以向市劳动保障行政部门申请承办基本医疗保险业务。

定点医疗机构和定点药店必须经市劳动保障行政部门资格审查合格后，由医疗保险经办机构按照规定确定，并与定点医疗机构、药店签订协议，明确各自的责任、权利和义务。

定点医疗机构和定点药店因名称、地址、所有制性质、法定代表人等情况发生变化时，应当在依法履行相关手续后 15 日内，到市劳动保障行政部门备案。必要时，劳动保障行政部门可以重新对其进行资格审查。

第二十九条 定点医疗机构和定点药店应当严格执行本市



基本医疗保险基金支付范围、基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目目录和基本医疗保险服务设施范围及支付标准等各项有关规定。

第三十条 参保人员凭《沈阳市城镇职工基本医疗保险就医手册》和城镇职工基本医疗保险 IC 卡在定点医疗机构范围内自主选择就医、购药；也可以自行购买非处方药，或者持定点医疗机构医生开具的处方购买基本医疗保险药品目录内的处方药。

第三十一条 参保人员工作地或者居住地在外地的或者退休后异地安置的，应当在本市医疗保险经办机构认可的当地医疗机构就医。按照规定应当由医疗保险统筹基金支付的医疗费用，由用人单位报送医疗保险经办机构审核报销。门诊就医费用可以凭医疗费收据由医保经办机构从其个人账户中支付。

第三十二条 参保人员出差或者外出学习、探亲期间，患急病的应当就近就医，所发生的门诊医疗费用由个人支付。门诊急诊抢救期间死亡发生的医疗费用及住院医疗费用，由用人单位报送医疗保险经办机构审核，按照规定比例报销。

第三十三条 因病情需要或者定点医疗机构技术力量所限需转院治疗的，由定点医疗机构提出转院申请，报医疗保险经办机构审核批准后，在本市内逐级转院治疗。

参保人员从低等级转往高等级医院治疗、高等级转往下一等级专科医院或者同等级综合医院与专科医院之间转院的，经医疗

保险经办机构审批后，按照重新住院处理，但患法定传染病的除外。

第三十四条 参保人员确实因患本市定点医疗机构尚未开展治疗并符合基本医疗保险政策规定的疾病，必须经指定的定点医疗机构有关科系专家会诊，报医疗保险经办机构审批后，方可转往外地就医。

第三十五条 参保人员患规定范围内疾病需门诊治疗的，由本人到医疗保险经办机构指定的定点医疗机构进行审核认定后，凭医疗保险经办机构核发的《基本医疗保险特殊病种门诊医疗证》门诊就医。

规定范围内疾病门诊治疗，由医疗保险基金按照规定比例支付。

规定范围内疾病将根据统筹基金收支情况适时调整。

第三十六条 参保人员本人生活不能自理，到定点医疗机构住院确实有困难且需要住院系统治疗的，可以办理治疗型家庭病床。建立治疗型家庭病床必须由定点医疗机构主治医师提出申请，报医疗保险经办机构批准。建立家庭病床的时间不得超过两个月，确实因病情需要延长的，应当重新办理审批手续。治疗型家庭病床的医疗费用由医疗保险统筹基金按照比例支付。

第三十七条 参保人员因急诊、急救在非定点医疗机构住院的，必须在 5 个工作日内到医疗保险经办机构补办审批手续，待

病情稳定后，应当转入定点医疗机构治疗。在非定点医疗机构住院发生的医疗费用先由参保人员垫付，治疗终结后由用人单位持医疗费收据到医疗保险经办机构审核，按照规定比例报销。

第三十八条 参保人员在定点医疗机构发生的门诊医疗费和在定点药店的购药费用，医疗保险经办机构应当按照个人账户实际发生的医疗费用，按月与医疗机构、药店结算。

第三十九条 参保人员在定点医疗机构发生的住院医疗费用、治疗型家庭病床费用及规定范围内疾病门诊医疗费等费用中应当由个人承担的，在医疗终结时，由本人持《沈阳市城镇职工基本医疗保险就医手册》和 IC 卡与定点医疗机构直接结算；应当由统筹基金支付的医疗费用，医疗保险经办机构应当与定点医疗机构按照“总量控制、定额管理、项目审核、超额分担、节余滚存”的办法进行结算。具体办法由市劳动保障行政部门会同有关部门另行制定。

外地就医等需要医疗保险经办机构按照规定比例报销的医疗费，应当在治疗终结后 6 个月内报医疗保险经办机构。

第五章 基本医疗保险基金管理和监督

第四十条 基本医疗保险基金按照以收定支、收支平衡的原则，统一征缴、统一管理和统一支付。完善医疗保险基金风险防范机制，必要时可以向用人单位征收医疗保险风险调剂金。

基本医疗保险费不计征税、费。

第四十一条 设立由政府有关部门、用人单位、工会、医疗机构、专家、人大代表、政协委员和职工代表参加的基本医疗保险基金监督组织，定期听取基本医疗保险基金的收支管理情况汇报。

第四十二条 医疗保险经办机构应当建立健全基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，并在规定的时间内向市财政和劳动保障行政部门报送基本医疗保险基金财务报表。

医疗保险经办机构的经费由财政全额拨付。

第四十三条 市劳动保障、税务、医疗保险经办机构等部门应当按照本规定定期稽核用人单位的有关账目、报表、核实参保人员及缴费工资基数。医疗保险经办机构可以根据实际需要，定期开展与职工基本医疗保险业务有关事项的检查、调查工作；受劳动保障行政部门委托，对定点医疗机构、定点药店协议执行情况进行检查、监督。

第四十四条 市劳动保障行政部门应当根据社会经济发展及基本医疗保险基金收支情况，对基本医疗保险费的征缴比例、个人医疗账户划入比例、基本医疗保险待遇标准等提出调整意见，经市人民政府批准后实施。

第六章 法律责任

第四十五条 对用人单位未按照规定办理基本医疗保险登记、变更、注销手续，或者未按照规定申报应缴纳基本医疗保险费数额的，由劳动保障行政部门责令其限期改正并补缴漏缴的医疗保险费；情节严重的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处 1000 元以上 5000 元以下的罚款；情节严重的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处 5000 元以上 1 万元以下罚款。

第四十六条 用人单位拒缴、拖欠或者少缴等延迟缴纳基本医疗保险费的，由税务部门向用人单位发出缴费通知书，用人单位在通知书送达之日起 15 日内必须缴清基本医疗保险费；逾期仍不缴纳的，从欠缴之日起按日加收 2‰ 的滞纳金，并对直接负责的主管人员和其他责任人员处 5000 元以上 2 万元以下的罚款。

第四十七条 用人单位在办理基本医疗保险业务过程中，发生下列行为之一，造成基本医疗保险基金损失的，由劳动保障行政部门负责追回其经济损失，并对单位处 5000 元以上 2 万元以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处 500 元以上 1000 元以下的罚款：

（一）将不属于基本医疗保险范围内的人员列入基本医疗保险范围的；

（二）将患有疾病、需要治疗的人员临时招聘到单位工作，隐瞒事实真相，为其办理基本医疗保险的；

（三）向医疗保险经办机构提供虚假凭证，造成基本医疗保险基金损失的。

第四十八条 定点医疗机构和定点药店不执行基本医疗保险有关规定，医疗保险经办机构有权拒付发生的医疗费用。对造成基本医疗保险基金损失的，除由劳动保障行政部门负责追回经济损失、取消其定点资格外，同时处损失金额 3 至 5 倍的罚款，但罚款数额最高不得超过 3 万元。

第四十九条 发生下列行为之一的，暂停参保人员 6 个月以上 12 个月以下的基本医疗保险待遇；造成基本医疗保险基金损失的，由劳动保障行政部门追回其经济损失，并处 500 元以上 1000 元以下的罚款：

（一）将本人的基本医疗保险手册和医疗保险 IC 卡转借他人就医和购药的；

（二）冒用他人的基本医疗保险手册和医疗保险 IC 卡就医和购药的；

（三）伪造、涂改处方、医疗费用单据等凭证，虚报冒领医疗费用的；

（四）违反其他医疗保险相关规定的。

第五十条 劳动保障行政部门、税务机关和医疗保险经办机

构的工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成基本医疗保险费损失的，由有关部门给予行政处分。

第七章 附 则

第五十一条 已参加养老保险并在法定劳动年龄内的灵活就业人员，个体工商户业主及从业人员，自由职业者及未与用人单位建立明确劳动关系等人员，可以按照本规定参加基本医疗保险，由个人以上年全市职工平均工资为基数，按照用人单位与职工个人缴费比例之和缴纳基本医疗保险费，缴费年限可累计计算。

失业人员在领取失业救济金期间，不缴纳基本医疗保险费，不计算缴费年限，享受职工失业保险的有关医疗补助待遇。领取救济金期满后未就业的，按照灵活就业人员政策参保；再就业的，随用人单位参保。

第五十二条 参保人员因工负伤、生育医疗费按照有关规定处理。

第五十三条 单独统筹的区、县（市）可以参照本规定制定本地区医疗保险实施办法。

第五十四条 本规定自 2009 年 1 月 1 日起施行。《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》（市政府令〔2001〕5 号）同时废止。

