

Shenzhen Office, China
Room 2508, Shenhua Commercial
Bldg., 2018 Jiabin Road
Luohu District, Shenzhen, China
Tel: +86 755 8268 4480
Fax: +86 755 8268 4481

Shanghai Office, China
Room 603, Tower B, Guangqi
Culture Plaza, 2899A Xietu Road
Xuhui District, Shanghai, China
Tel: +86 21 6439 4114
Fax: +86 21 6439 4414

Beijing Office, China
Room 408A, Interchina Commercial
Building, No.33 Dengshikou Street
Dongcheng District, Beijing, China
Tel: +86 10 6210 1890
Fax: +86 10 6210 1882

Singapore Office
9 Penang Road
#07-15 Park Mall
Singapore 238459
Tel: +65 6883 1061
Fax: +65 68831024

KNC/2014/93/ENTC
January 2014

關於調整深圳經濟特區医疗保险的通知 Notice on the Adjustment of Shenzhen Medical Insurance

深圳市人力資源和社會保障局於 2013 年 12 月 2 日公佈《深圳市社會醫療保險辦法》，於 2014 年 1 月 1 日起開始實施，相關調整如下：

Shenzhen Human Resource and Social Insurance Bureau had announced the Provisions of Shenzhen Medical Insurance on December 2, 2013, the new policies shall be implemented from January 1, 2014. The changes or adjustment are as follows:

1. 將原來的綜合醫療保險、住院醫療保險、農民工醫療保險分別更名為基本醫療保險一檔、二檔、三檔。

Change the name of Integrated Medical Insurance, Hospital Medical Insurance, Off-farm Workers Medical Insurance to the First Grade, Second Grade and Third Grade Basic Medical Insurance.

2. 基本醫療保險一檔：單位繳納的地方補充醫療保險繳費比例為原來的 0.5%調整為 0.2%。

First Grade Basic Medical Insurance: the contribution rate for the Local Supplementary Medical Insurance to be paid by the employer is adjusted from 0.5% to 0.2%.

3. 基本醫療保險三檔：在原來的基本醫療保險的基礎上增加地方補充醫療保險，不再按每個人每月單位 RMB8 元，個人 RMB4 元定額繳費，調整為每人每月以本市上年度在崗職工月平均工資為基數（2014 年 1-6 月為 RMB4,918 元），單位按 0.45%、個人按 0.1%繳費。以 2014 年 1 月-6 月為例，每人每月單位應繳費 22.13 元，個人應繳費 4.92 元，合計共 RMB27.05 元。

The Third Grade of Basic Medical Insurance: besides the current basic medical insurance, local supplementary medical insurance shall be contributed too. Currently, the amount is fixed, RMB8 contributed by employers and RMB4 by employees, which shall be adjusted to contribute by percentage. The basic value is the local average monthly salary of the previous year (e.g. RMB4, 918 for the first half of year of 2014) and the contribution rate is 0.45% and 0.1% for employers and employees respectively. Take the average monthly salary of the first half of year of 2014 as an example; the total amount contributed each month is RMB27.02, with RMB22.13 contributed by employer and RMB4.92 by employee.

4. 調整比例表如下：

The adjustment details are as below:

險種 Type of Social Insurance		調整前 Before the adjustment		調整後 After the adjustment		繳費基數 Payment Base
		單位 Employer	個人 Employee	單位 Employer	個人 Employee	
一檔 First Grade	基本醫療保險 Basic Medical Insurance	6.0%	2%	6.0%	2%	以員工的每月工資總額為繳費基數，但不得高於市上年度在崗職工月平均工資的 300%，也不得低於市上年度在崗職工月平均工資的 60% It cannot be higher than 300% of last year's average salary of Shenzhen employees. But it also cannot be less than 60% of last year's average salary of Shenzhen employees.
	地方補充醫療保險 Local Supplementary Medical Insurance	0.5%		0.2%		
	生育保險 Maternity Insurance	0.5%		0.5%		
二檔 Second Grade	基本醫療保險 Basic Medical Insurance	0.5%	0.2%	0.5%	0.2%	以本市上年度在崗職工月平均工資為繳費基數 It is based on the last year's average salary of Shenzhen employees.
	地方補充醫療保險 Local Supplementary Medical Insurance	0.1%		0.1%		
	生育保險 Maternity Insurance	0.2%		0.2%		
三檔 Third Grade	基本醫療保險 Basic Medical Insurance	RMB8 元	RMB4 元	0.4%	0.1%	以本市上年度在崗職工月平均工資為繳費基數 It is based on the last year's average salary of Shenzhen employees.
	地方補充醫療保險 Local Supplementary Medical Insurance			0.05%		

附件 Enclosures :

1. 深圳市社會醫療保險辦法
Measures on Medical Insurance in Shenzhen

[附件 1]

深圳市社會醫療保險辦法

第一章 總則

- 第一條 為建立健全深圳市社會醫療保險體系，保障參保人的基本醫療需求，根據《中華人民共和國社會保險法》及有關規定，結合本市實際，制定本辦法。
- 第二條 本市實行多層次、多形式的社會醫療保險制度。
- 政府建立基本醫療保險和地方補充醫療保險。
- 基本醫療保險根據繳費及對應待遇分設一檔、二檔、三檔三種形式。
- 第三條 本市所有用人單位、職工及其他人員應當按照本辦法的規定參加社會醫療保險。
- 第四條 本市社會醫療保險制度應遵循廣覆蓋、保基本、可持續、公平與效率相結合、權利與義務相對應、保障水準與社會生產力發展水準相適應的原則。
- 第五條 市社會保險行政部門主管本市社會醫療保險工作，市社會保險經辦機構(以下簡稱市社會保險機構)具體承辦社會醫療保險工作。
- 市政府有關部門在各自職責範圍內，負責有關社會醫療保險工作。
- 第六條 市政府可根據社會醫療保險基金收支情況，對繳費標準、統籌基金和個人帳戶的分配比例、待遇支付標準等做相應調整。

第二章 參保及繳費

- 第七條 用人單位和職工應當共同繳納社會醫療保險費。用人單位應當為其本市戶籍職工參加基本醫療保險一檔，為其非本市戶籍職工在基本醫療保險一檔、二檔、三檔中選擇一種形式參加。
- 第八條 非在職人員按下列規定參加基本醫療保險：
- (一) 本市戶籍未滿 18 周歲的非從業居民、本市中小學校和托幼機構在冊且其父母一方正在參加本市社會保險並滿 1 年以上的非本市戶籍少年兒童、在本市各類全日制普通高等學校(含民辦學校)或科研院所中接受普通高等學歷教育的全日制學生參加基本醫療保險二檔；
 - (二) 達到法定退休年齡前具有本市戶籍且年滿 18 周歲的非從業居民，可參加基本醫療保險一檔或二檔；
 - (三) 達到法定退休年齡後隨遷入戶本市且沒有按月領取職工養老保險待遇或退休金的人員，可申請參加基本醫療保險一檔；
 - (四) 享受最低生活保障待遇的本市戶籍非從業居民參加基本醫療保險一檔；
 - (五) 本市戶籍一至四級殘疾居民參加基本醫療保險一檔；

- (六) 領取失業保險金期間的失業人員參加基本醫療保險二檔；
- (七) 在本市按月領取職工養老保險待遇或退休金的人員按本辦法第十四、十五條的規定，參加基本醫療保險一檔或二檔；
- (八) 達到法定退休年齡並在本市繼續繳納養老保險費的人員，可選擇參加基本醫療保險一檔或二檔。

第九條 職工參加基本醫療保險一檔的，以本人月工資總額 8%的標準按月繳費，其中用人單位繳交 6%，個人繳交 2%。本人月工資總額超過本市上年度在崗職工月平均工資 300%的，按本市上年度在崗職工月平均工資的 300%繳費；月工資總額低於本市上年度在崗職工月平均工資 60%的，按本市上年度在崗職工月平均工資的 60%繳費。

職工參加基本醫療保險二檔的，以本市上年度在崗職工月平均工資的 0.7%按月繳費，其中用人單位繳交 0.5%，個人繳交 0.2%。

職工參加基本醫療保險三檔的，以本市上年度在崗職工月平均工資的 0.5%按月繳費，其中用人單位繳交 0.4%，個人繳交 0.1%。

職工個人繳交部分由用人單位代扣代繳。

第十條 本辦法第八條第（一）項規定的人員，由其本人或家庭以本市上年度在崗職工月平均工資的 0.7%按月繳費。其中學生、幼兒由所在學校、科研院所或托幼機構於每年 9 月向市社會保險機構統一辦理參保手續，一次性繳納當年 9 月至次年 8 月的基本醫療保險費。未滿 18 周歲的本市戶籍非從業居民，向戶籍所在地的街道辦事處申請辦理參保手續。

第十一條 本辦法第八條第（二）項規定的人員，由其本人按下列規定按月繳費：

- （一） 參加基本醫療保險一檔的，在本市上年度在崗職工月平均工資的 40%至 300%之間選擇繳費基數，其中男性未滿 60 周歲、女性未滿 50 周歲的，按繳費基數的 8%繳費；男性滿 60 周歲、女性滿 50 周歲的，按繳費基數的 11.5%繳費；
- （二） 參加基本醫療保險二檔的，以本市上年度在崗職工月平均工資的 0.7%繳費。

本辦法第八條第（三）項規定的人員，申請參加基本醫療保險一檔的，由其本人以本市上年度在崗職工月平均工資的 11.5%按月繳費。

本辦法第八條第（二）、（三）項規定的人員由本人向戶籍所在地的社會保險機構申請辦理個人參保手續。

第十二條 本辦法第八條第（四）、（五）項規定的人員，分別由民政部門、殘聯部門統一辦理參保手續並為其繳納醫療保險費，具體辦法由市政府另行制定。

第十三條 本辦法第八條第（六）項規定的人員，由市社會保險機構以本市上年度在崗職工月平均工資的 0.7%為其按月繳費，費用從失業保險基金列支。

第十四條 本辦法第八條第（七）項規定的人員，其基本醫療保險累計繳費年限和本市實際繳費年限達到以下規定的，可停止繳費並繼續享受基本醫療保險待遇：

- (一) 2014 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 15 年，其中本市實際繳費年限滿 10 年；
- (二) 2015 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 16 年，其中本市實際繳費年限滿 11 年；
- (三) 2016 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 17 年，其中本市實際繳費年限滿 12 年；
- (四) 2017 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 18 年，其中本市實際繳費年限滿 13 年；
- (五) 2018 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 19 年，其中本市實際繳費年限滿 14 年；
- (六) 2019 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 20 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年；
- (七) 2020 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 21 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年；
- (八) 2021 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 22 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年；
- (九) 2022 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 23 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年；
- (十) 2023 年辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 24 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年；
- (十一) 2024 年及以後辦理按月領取養老保險待遇手續的人員，累計繳費年限滿 25 年，其中本市實際繳費年限滿 15 年。

本辦法第八條第（七）項規定的人員，不滿前款規定繳費年限的，可由其本人繼續繳費至規定年限後，停止繳費並繼續享受基本醫療保險待遇。選擇參加基本醫療保險一檔的，按其基本養老金或退休金的 11.5%按月繳費；選擇參加基本醫療保險二檔的，按本市上年度在崗職工月平均工資的 0.7%按月繳費。

本辦法第八條第（一）項規定人員參加醫療保險年限不納入本條的實際繳費和累計繳費年限的計算；按國家規定的醫療保險關係轉移接續辦法辦理轉移的市外醫療保險繳費年限納入本條的累計繳費年限計算。

第十五條 本辦法第十四條規定停止繳費並繼續享受基本醫療保險待遇的人員，參加基本醫療保險一檔滿 15 年的享受基本醫療保險一檔待遇，不滿 15 年的享受基本醫療保險二檔待遇。

前款人員參加基本醫療保險一檔不滿 15 年的，可申請由其本人繼續參加基本醫療保險一檔至 15 年後享受基本醫療保險一檔待遇。經市社會保險機構核准後，其醫療保險形式不再變更。繼續繳費人員中斷繳費期間，不享受醫療保險待遇。

- 第十六條 本辦法第八條第（八）項規定的人員，按在職人員有關規定繳費並享受待遇。其中參加基本醫療保險一檔的繳費基數按其養老保險繳費基數確定；繳費基數低於本市上年度在崗職工月平均工資 60%的，以本市上年度在崗職工月平均工資的 60%為繳費基數。
- 第十七條 參加基本醫療保險的人員同時參加地方補充醫療保險。參加基本醫療保險一檔的人員按其繳費基數的 0.2%按月繳費；參加基本醫療保險二檔的人員按其繳費基數的 0.1%按月繳費；參加基本醫療保險三檔的人員按其繳費基數的 0.05%按月繳費。
- 在職人員的地方補充醫療保險費由用人單位按月繳納，其他人員按其基本醫療保險費的繳費管道和繳費方式執行。
- 第十八條 按照國家規定在其他地區參加城鎮職工醫療保險、城鎮居民醫療保險或新型農村合作醫療的，不得同時參加本市社會醫療保險，不得重複享受社會醫療保險待遇。
- 第十九條 用人單位和個人繳費人員應當依照社會保險登記等有關規定辦理登記、年審、變更、註銷等手續。
- 市市場監督管理、民政部門和市機構編制管理機關應當及時向市社會保險機構通報用人單位成立、變更、終止情況；市公安局應當及時向市社會保險機構通報參保人的戶口登記、遷移、登出等情況。
- 第二十條 社會醫療保險費由參保單位或參保人的開戶銀行按月托收後，轉入市社會保險機構在銀行開設的社會保險基金帳戶。
- 第二十一條 參保單位依本辦法為職工選擇參加的基本醫療保險形式，在醫療保險年度內不得變更。
- 基本醫療保險不同形式的參保年限合併計算。
- 原綜合醫療保險的參保年限視同為基本醫療保險一檔的參保年限；原住院醫療保險的參保年限視同為基本醫療保險二檔的參保年限；原農民工醫療保險的參保年限視同為基本醫療保險三檔的參保年限。

第三章 基金管理

- 第二十二條 參保單位和參保人繳交的基本醫療保險費進入基本醫療保險基金。
- 基本醫療保險基金由統籌基金和個人帳戶組成，統籌基金由大病統籌基金、社區門診統籌基金和調劑金組成。
- 參保單位和參保人繳交的地方補充醫療保險費進入地方補充醫療保險基金。地方補充醫療保險基金不設個人帳戶。
- 第二十三條 參保人發生的醫療費用中屬於基本醫療保險藥品目錄、診療專案和醫療服務設施標準範圍內的（以下簡稱基本醫療費用）由基本醫療保險基金按本辦法規定支付；屬於地方補充醫療保險支付範圍的（以下簡稱地方補充醫療費用）由地方補充醫療保險基金按本辦法規定支付。

- 第二十四條 醫療保險基金實行收支兩條線管理，納入醫療保險基金財政專戶，分賬核算，專款專用，不得相互擠佔和調劑。
- 第二十五條 醫療保險基金收支管理實行以支定收、收支平衡、略有結餘的原則。
- 醫療保險基金因疾病暴發流行、嚴重自然災害等特殊情況不敷使用或因其他原因出現支付不足時，由財政給予補貼。財政對本市符合條件的少年兒童、學生和本市戶籍非從業居民參加醫療保險給予適當補貼。
- 第二十六條 醫療保險基金來源為：
- （一）醫療保險費及其利息；
 - （二）醫療保險費滯納金；
 - （三）醫療保險基金合法運營收益；
 - （四）政府補貼；
 - （五）其他收入。
- 第二十七條 用人單位和個人繳交的醫療保險費依法在稅前列支。
- 第二十八條 參保人個人帳戶上的結餘按國家有關規定計算利息並計入個人帳戶。
- 第二十九條 市社會保險機構為基本醫療保險一檔參保人建立個人帳戶，主要用於支付門診醫療費用，具體比例如下：
- （一）參保人按 8%繳交基本醫療保險費的，按繳費基數的 5%按月計入個人帳戶；其中年滿 45 周歲的，按繳費基數的 5.6%按月計入個人帳戶；
 - （二）參保人按 11.5%繳交基本醫療保險費的，按繳費基數的 8.05%計入個人帳戶；其中一次性繳交醫療保險費的，其應劃入個人帳戶的金額按月計入個人帳戶；
 - （三）參保人停止繳費並繼續享受基本醫療保險一檔待遇的，以本市上年度在崗職工月平均工資的 60%為劃入基數，按劃入基數的 8.05%按月計入個人帳戶，費用由大病統籌基金支付。
- 基本醫療保險一檔繳費的其餘部分進入大病統籌基金，用於支付本辦法規定的醫療費用。
- 第三十條 市社會保險機構徵收的基本醫療保險二檔和三檔的醫療保險費，應當按本市上年度在崗職工月平均工資的 0.2%計入社區門診統籌基金，1 元計入調劑金，其餘部分計入大病統籌基金。參保人停止繳費並繼續享受基本醫療保險二檔待遇的，劃入社區門診統籌基金和調劑金的費用，由大病統籌基金支付。
- 社區門診統籌基金用於支付基本醫療保險二檔和三檔參保人在選定社康中心發生的門診基本醫療費用；調劑金用於選定社康中心結算醫院之間的基本醫療費用調劑；大病統籌基金用於本辦法規定的基本醫療費用等支出。

第三十一條 除本辦法規定可在本市繼續參保的人員外，參保人達到法定退休年齡時養老保險待遇或退休金領取地不在本市的，應將其基本醫療保險關係轉移至養老保險關係或退休關係所在地，終結本市的醫療保險關係。

參保人跨省、自治區、直轄市流動就業的，其基本醫療保險關係轉移接續依照國家有關規定執行。

參保人在廣東省內跨地區流動就業的，其基本醫療保險關係轉移接續依照廣東省有關規定執行。

參保人個人帳戶無法轉移的，提供轉入地社會保險機構相關證明，可申請一次性領取個人帳戶餘額。

參保人出境定居或喪失國籍的，可申請一次性領取個人帳戶餘額，並終結在本市的醫療保險關係。

參保人死亡的，個人帳戶餘額由其繼承人申請一次性領取，並終結醫療保險關係；一次性繳交醫療保險費中尚未劃入個人帳戶的部分轉入基本醫療保險大病統籌基金。

第四章 就醫與轉診

第三十二條 基本醫療保險參保人按以下規定就醫的，享受醫療保險待遇：

- （一）基本醫療保險一檔參保人在市內定點醫療機構就醫；
- （二）基本醫療保險二檔參保人門診在選定社康中心就醫，經結算醫院同意，可以在與選定社康中心同屬於一家結算醫院下設的其他定點社康中心門診就醫；住院及門診大病在市內定點醫療機構就醫；
- （三）基本醫療保險三檔參保人門診在選定社康中心就醫，經結算醫院同意，可以在與選定社康中心同屬於一家結算醫院下設的其他定點社康中心門診就醫；門診大病在市內定點醫療機構就醫；住院在選定社康中心的結算醫院就醫；
- （四）符合本辦法規定的其他就醫情形。

第三十三條 基本醫療保險二檔、三檔參保人，應當選定本市一家社康中心作為門診就醫的定點醫療機構。有用人單位的，由其用人單位選定；無用人單位的，由其本人選定。

14周歲以下的基本醫療保險二檔參保人，可選擇一家社康中心或一家市內二級以下醫院作為門診就醫的定點醫療機構。

參保人可變更所選定的社康中心或其他定點醫療機構，自變更生效次月起在變更後的社康中心或定點醫療機構門診就醫。

第三十四條 基本醫療保險二檔參保人門診就醫轉診、基本醫療保險三檔參保人門診和住院就醫轉診的，應經原結算醫院同意。轉診應逐級轉診或轉診到市內同級有專科特長的醫療機構，轉出醫院應向接受轉診的醫院出具轉診證明。

第三十五條 參保人在本市市內定點醫療機構就醫時，有下列情形之一的，可轉往市外醫療機構就醫：

- (一) 所患病種屬於市社會保險行政部門公佈的轉診疾病種類；
- (二) 經本市市屬三級醫院或市級專科醫院檢查會診仍未能確診的疑難病症；
- (三) 屬於本市市屬三級醫院或市級專科醫院目前無設備或技術診治的危重病人。

接受轉診的醫療機構應當是轉出醫療機構同級或以上的當地醫療保險定點醫療機構。

第三十六條 符合本辦法第三十五條規定情形的參保人轉往市外醫療機構就診的，按照以下程式辦理：

- (一) 填寫市外轉診申請表；
- (二) 收診醫院主診醫生或科主任出具意見；
- (三) 醫院的醫療保險工作機構審核並加蓋醫院公章。

轉出的定點醫療機構應同時將轉診資訊報市社會保險機構備案。

參保人轉往本市定點的市外醫療機構就醫的，可憑轉診申請表辦理記帳；轉往市外其他醫療機構發生的醫療費用由其本人先行支付後，向市社會保險機構申請審核報銷。

第三十七條 參保人轉往市外就診後，需要再轉診的，應當由就診的市外醫療機構出具再轉診證明。

第三十八條 本市戶籍參保人及達到法定退休年齡的參保人在市外長期居住的，可在其長期居住地選定三家當地醫療保險定點醫療機構作為其就醫的醫療機構，並向市社會保險機構備案。

本市直通車企業參保人長期派駐在市外工作的，可在工作所在地選定三家當地醫療保險定點醫療機構作為其就醫的醫療機構，並向市社會保險機構備案。

本條規定的人員屬於基本醫療保險一檔參保人的，在備案定點醫療機構發生的醫療費用，由其本人先行支付後，向市社會保險機構申請審核報銷；屬於基本醫療保險二檔、三檔參保人的，在備案定點醫療機構發生的住院醫療費用，由其本人先行支付後，向市社會保險機構申請審核報銷。

辦理了備案手續的參保人在備案的定點醫療機構就診後需要轉診的，應當由該醫療機構出具轉診證明，發生的醫療費用按本條第三款規定申請審核報銷。

第三十九條 基本醫療保險基金、地方補充醫療保險基金按以下方式支付醫療保險待遇：

- (一) 參保人醫療費用中應當由基本醫療保險基金和地方補充醫療保險基金支付的部分，由市社會保險機構與定點醫療機構或定點零售藥店按協定約定結算；
- (二) 參保人醫療費用屬於個人帳戶支付範圍的，由本市定點醫療機構或定點零售藥店從參保人的個人帳戶中劃扣；個人帳戶不足支付的，應當由參保人現金支付；

- (三) 參保人醫療費用使用家庭成員個人帳戶支付的，由本市定點醫療機構從其提供的家庭成員個人帳戶中劃扣；
- (四) 在非本市定點醫療機構發生的醫療費用，由參保人先行支付後向市社會保險機構申請報銷，市社會保險機構按本辦法的規定予以審核，符合條件的予以支付。

第四十條 基本醫療保險二檔、三檔參保人就醫發生的門診醫療費用有下列情形的，由本人先行支付後憑有關單據和資料到結算醫院或指定的醫療機構申請審核報銷：

- (一) 經結算醫院同意轉診到非結算醫院發生的門診醫療費用；
- (二) 因工外出或出差在非結算醫院急診搶救發生的門診醫療費用；
- (三) 因就診的定點醫療機構發生電腦故障、社會保障卡損壞或補辦期間不能記帳的。

第四十一條 參保人發生的住院醫療費用或基本醫療保險一檔參保人發生的門診醫療費用，有下列情形的，由本人先行支付後憑有關單據和資料到就診的醫療機構申請審核報銷：

- (一) 經醫院同意，住院時憑醫生處方在院外購買基本醫療保險或地方補充醫療保險目錄範圍內的藥品；
- (二) 經醫院同意，住院時在院外進行基本醫療保險或地方補充醫療保險目錄範圍內的診療專案；
- (三) 因就診的定點醫療機構發生電腦故障或因社會保障卡損壞或補辦期間不能記帳的。

第四十二條 參保人除本辦法第四十條、四十一條規定情形外由本人先行支付的醫療費用，符合本辦法規定的，可憑有關單據和資料向市社會保險機構申請審核報銷。

第四十三條 參保人先行支付醫療費用的，應在費用發生或出院之日起十二個月內申請報銷，逾期不予報銷。

第四十四條 參保人在定點醫療機構就醫時應出示本人的社會保障卡。定點醫療機構在接受參保人就醫時，應查驗參保人社會保障卡並可要求參保人提供身份證明。

定點醫療機構確定參保人所持社會保障卡為其本人的，應對其發生的醫療費用按規定予以記帳；無法確定參保人所持社會保障卡為其本人的，可拒絕為其提供醫療保險服務。

參保人就醫時不按規定出示社會保障卡或不表明參保人身份，要求享受醫療保險待遇和服務的，定點醫療機構和市社會保險機構不予受理。

第五章 醫療保險待遇

第四十五條 參保人自辦理參保手續、繳交醫療保險費次月 1 日起享受本辦法規定的醫療保險待遇。每月 20 日前申報參保的，按當月參保處理；每月 20 日後申報參保的按次月參保處理。

參保單位、參保人中斷繳交醫療保險費的，自中斷繳交的次月 1 日起，停止享受醫療保險統籌基金支付的醫療保險待遇，但其個人帳戶餘額可繼續使用。

為本市戶籍的嬰幼兒辦理參保手續的，從申請當月開始繳費，並從繳費的次月起享受醫療保險待遇；在入戶之日起 30 天以內憑嬰幼兒出生證明和母親身份證影本辦理參保手續的，可從其出生之日起繳費，並自出生之日起按本辦法有關規定享受醫療保險待遇。

本辦法第十條規定由所在學校、科研院所或托幼機構統一辦理參保手續的學生、幼兒，自當年 9 月至次年 8 月享受醫療保險待遇。

第四十六條 基本醫療保險藥品、診療專案、服務設施標準的目錄按照國家及廣東省公佈的目錄執行。

地方補充醫療保險藥品目錄和診療專案範圍、大型醫療設備檢查和治療專案範圍按市社會保險行政部門會同市衛生部門制定公佈的目錄執行。

特殊醫用材料、人工器官、單價在 1000 元以上的一次性醫用材料的範圍及其列入基本醫療保險統籌基金記帳範圍的最高支付限額，按市社會保險行政部門公佈的範圍和最高支付限額執行。

第四十七條 基本醫療保險一檔參保人個人帳戶用於支付參保人門診基本醫療費用、地方補充醫療費用、在定點零售藥店憑本市市內定點醫療機構醫生開具的處方購買醫療保險目錄範圍內藥品的費用，個人帳戶不足支付部分由個人自付。

基本醫療保險一檔參保人連續參保滿一年，在同一醫療保險年度內個人自付的門診基本醫療費用和地方補充醫療費用超過本市上年度在崗職工平均工資 5% 的，超過部分由基本醫療保險大病統籌基金或地方補充醫療保險基金按規定支付 70%，參保人年滿 70 周歲以上的支付 80%。

享受前款規定待遇的參保人不享受第四十九條規定的待遇。

享受本辦法第五十條、第五十一條、第五十二條、第五十三條規定待遇的，不享受本條第二款規定的待遇。

第四十八條 基本醫療保險一檔參保人個人帳戶積累額超過本市上年度在崗職工平均工資 5% 的，超過部分可用於支付以下費用：

- （一）本人在定點零售藥店購買基本醫療保險和地方補充醫療保險藥品目錄範圍內的非處方藥品費用；
- （二）本人及其已參加本市基本醫療保險的配偶和直系親屬在定點醫療機構就診時自付的基本醫療費用、地方補充醫療費用；
- （三）本人及其已參加本市基本醫療保險的配偶和直系親屬的健康體檢、預防接種費用；
- （四）國家、廣東省及本市規定的其他醫療費用。

第四十九條 基本醫療保險一檔參保人在本市定點社康中心發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用，70% 由其個人帳戶支付，30% 由基本醫療保險大病統籌基金、地方補充醫療保險基金按規定支付，但以下專案費用除外：

- (一) 口腔科治療費用；
- (二) 康復理療費用；
- (三) 大型醫療設備檢查治療費用；
- (四) 市政府規定的其他項目費用。

第五十條 基本醫療保險一檔參保人在本市定點醫療機構門診做大型醫療設備檢查和治療所發生的基本醫療費用、地方補充醫療費用，80%由基本醫療保險大病統籌基金、地方補充醫療保險基金按規定支付。

第五十一條 參保人有下列情形之一的，享受門診大病待遇：

- (一) 慢性腎功能衰竭門診透析；
- (二) 列入醫療保險支付範圍的器官移植後門診用抗排斥藥；
- (三) 惡性腫瘤門診化療、介入治療、放療或核素治療；
- (四) 血友病專科門診治療；
- (五) 再生障礙性貧血專科門診治療；
- (六) 地中海貧血專科門診治療；
- (七) 顱內良性腫瘤專科門診治療；
- (八) 市政府批准的其他情形。

第五十二條 參保人申請享受門診大病待遇的，應向市社會保險機構委託的醫療機構申請認定，經市社會保險機構核准後，憑大病診斷證明和大病門診病歷在定點醫療機構就醫。

參保人連續參保時間滿 36 個月的，自其申請之日起享受大病門診待遇；連續參保時間未滿 36 個月的，自市社會保險機構核准之日起享受大病門診待遇。享受大病門診待遇的參保人發生的基本醫療費用、地方補充醫療費用，分別由基本醫療保險大病統籌基金、地方補充醫療保險基金按以下比例支付：

- (一) 連續參保時間未滿 12 個月的，支付比例為 60%；
- (二) 連續參保時間滿 12 個月未滿 36 個月的，支付比例為 75%；
- (三) 連續參保時間滿 36 個月的，支付比例為 90%。

第五十三條 參保人因病情需要發生的普通門診輸血費，基本醫療保險一檔參保人由基本醫療保險大病統籌基金支付 90%，基本醫療保險二檔和三檔參保人由基本醫療保險大病統籌基金支付 70%。

第五十四條 基本醫療保險二檔、三檔參保人在本市選定社康中心發生的門診醫療費用按以下規定處理：

- (一) 屬於基本醫療保險藥品目錄中甲類藥品和乙類藥品的，分別由社區門診統籌基金按 80%和 60%的比例支付；
- (二) 屬於基本醫療保險目錄內單項診療專案或醫用材料的，由社區門診統籌基金支付 90%，但最高支付金額不超過 120 元。

參保人因病情需要經結算醫院同意轉診到其他醫療機構發生的門診醫療費用，或因工外出、出差在非結算醫院發生的急診搶救門診醫療費用，由社區門診統籌基金按前款規定支付標準的 90%報銷；其他情形在非結算醫院發生的門診醫療費用社區門診統籌基金不予報銷。

社區門診統籌基金在一個醫療保險年度內支付給每位基本醫療保險二檔、三檔參保人的門診醫療費用，總額最高不得超過 1000 元。

第五十五條 參保人住院發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用，未超過起付線的由參保人支付；超過起付線的部分，分別由基本醫療保險大病統籌基金和地方補充醫療保險基金按規定支付。

起付線按照醫院級別設定，市內一級以下醫院為 100 元，二級醫院為 200 元，三級醫院為 300 元；市外醫療機構已按規定辦理轉診或備案的為 400 元，未按規定辦理轉診或備案的為 1000 元。參保人轉診到不同醫院住院治療的，分別計算起付線。

第五十六條 參保人住院發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用起付線以上部分，按以下規定支付：

- (一) 參保人已在本市按月領取職工養老保險待遇及按 11.5%繳交基本醫療保險費的，支付比例為 95%；
- (二) 基本醫療保險一檔參保人按 8%繳交基本醫療保險費的及基本醫療保險二檔參保人未在本市按月領取職工養老保險待遇的，支付比例為 90%；
- (三) 基本醫療保險三檔參保人按規定在市內一級醫院、二級醫院、三級醫院、市外醫院住院就醫的，支付比例分別為 85%、80%、75%、70%。因工外出、出差在非結算醫院因急診搶救發生的住院醫療費用，按就診醫院的住院支付標準的 90%支付。

第五十七條 參保人住院使用基本醫療保險診療項目範圍內的特殊醫用材料及單價在 1000 元以上的一次性醫用材料、安裝或置換人工器官，由基本醫療保險大病統籌基金按下列規定支付，但最高支付金額不超過市社會保險行政部門公佈的普及型價格：

- (一) 屬於國產材料的，按實際價格的 90%支付；
- (二) 屬於進口材料的，按實際價格的 60%支付。

第五十八條 參保人住院床位費由基本醫療保險大病統籌基金按實際住院床位費支付，但不得超過下列規定標準：

- (一) 基本醫療保險一檔、二檔參保人，最高支付金額為市價格管理部門確定的非營利性醫療機構普通病房 A 級房間雙人房床位費政府指導價格的第一檔；

- (二) 基本醫療保險三檔參保人，最高支付金額為市價格管理部門確定的非營利性醫療機構普通病房 B 級房間三人房床位費政府指導價格的第一檔。

第五十九條 在本市按月領取職工養老保險待遇或退休金並繼續享受基本醫療保險一檔待遇的參保人，在領取養老保險待遇或退休金的次月，由地方補充醫療保險基金一次性支付 500 元體檢補貼並按下列標準按月支付體檢補助，劃入個人帳戶：

- (一) 未滿 70 周歲的，每月 20 元；

- (二) 滿 70 周歲的，每月 40 元。

第六十條 基本醫療保險基金和地方補充醫療保險基金設定支付限額。基本醫療保險基金按本辦法規定支付的基本醫療費用超過其支付限額的部分，由地方補充醫療保險基金在其支付限額內支付。

參保人在本市定點醫療機構住院發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用超出地方補充醫療保險基金支付限額的部分，由地方補充醫療保險基金支付 50%。

第六十一條 每個醫療保險年度基本醫療保險統籌基金支付限額，根據參保人連續參加基本醫療保險的時間按下列標準執行：

- (一) 連續參保時間不滿 6 個月的，為本市上年度在崗職工平均工資的 1 倍；

- (二) 連續參保時間滿 6 個月不滿 12 個月的，為本市上年度在崗職工平均工資的 2 倍；

- (三) 連續參保時間滿 12 個月不滿 24 個月的，為本市上年度在崗職工平均工資的 3 倍；

- (四) 連續參保時間滿 24 個月不滿 36 個月的，為本市上年度在崗職工平均工資的 4 倍；

- (五) 連續參保時間滿 36 個月不滿 72 個月的，為本市上年度在崗職工平均工資的 5 倍；

- (六) 連續參保時間滿 72 個月以上的，為本市上年度在崗職工平均工資的 6 倍。

第六十二條 每個醫療保險年度地方補充醫療保險基金的支付限額，根據參保人連續參加地方補充醫療保險的時間按下列標準執行：

- (一) 連續參保時間不滿 6 個月的，為 1 萬元；

- (二) 連續參保時間滿 6 個月不滿 12 個月的，為 5 萬元；

- (三) 連續參保時間滿 12 個月不滿 24 個月的，為 10 萬元；

- (四) 連續參保時間滿 24 個月不滿 36 個月的，為 15 萬元；

- (五) 連續參保時間滿 36 個月不滿 72 個月的，為 20 萬元；

- (六) 連續參保時間滿 72 個月以上的，為 100 萬元。

第六十三條 參保人按第五十二條、六十一條、六十二條計算的連續參保時間是指參保人在本市實際繳納醫療保險費的連續時間。參保人在醫療保險年度內累計中斷參保不超過 3 個月的，重新繳費後其中斷前後的連續參保時間合併計算；超過 3 個月的，重新計算。

參保人一次性繳交醫療保險費的，自其繳交月的次月 1 日起逐月計算其連續參保時間。

用人單位按本辦法規定參加並補繳應當繳納的社會醫療保險費、滯納金後，補繳前後的參保時間合併計算為連續參保時間。

第六十四條 參保人按本辦法規定轉診在市外醫療機構發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用，經參保人申請，由市社會保險機構對實際發生的醫療費用進行審核，按不高於本市醫療收費標準予以報銷，其中屬於個人帳戶支付的門診醫療費用，從其個人帳戶扣減。

第六十五條 按本辦法規定辦理備案的一檔參保人在市外醫療機構發生的醫療費用以及二檔、三檔參保人在市外醫療機構發生的住院醫療費用，經參保人申請，由市社會保險機構對實際發生的醫療費用進行審核，按不高於本市醫療收費標準予以報銷，其中屬於個人帳戶支付的門診醫療費用，從其個人帳戶扣減。

第六十六條 參保人未按本辦法規定辦理轉診、備案在本市市外定點醫療機構、市外非本市定點醫療機構住院發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用，分別按本辦法規定支付標準的 90%、70% 支付。

參保人未按本辦法規定辦理轉診、備案，在非本市定點醫療機構門診發生的醫療費用，醫療保險基金不予支付，但屬於個人帳戶支付範圍的，在個人帳戶餘額中扣減。

第六十七條 基本醫療保險三檔參保人未按本辦法規定辦理轉診手續到結算醫院外的本市市內定點醫療機構發生的住院醫療費用，由醫療保險基金按本辦法規定應支付標準的 90% 支付。

第六十八條 參保人住院期間變更醫療保險形式的，其住院醫療費用按入院時醫療保險形式的待遇標準執行。

參保人符合出院標準、應當出院而不出院的，自其應當出院之日起發生的住院醫療費用由其本人負擔，醫療保險基金不予支付。

第六十九條 參保人因下列情形之一發生的醫療費用，醫療保險基金不予支付：

- (一) 除本辦法第四十七條、四十八條規定情形外自購藥品的；
- (二) 應當從工傷保險基金、生育保險基金中支付的；
- (三) 應當由第三人負擔的；
- (四) 應當由公共衛生負擔的；
- (五) 到國外、港、澳、台就醫的；
- (六) 國家、廣東省及本市規定的基金不予支付的情形。

醫療費用依法應當由第三人負擔，第三人不支付或者無法確定第三人的，參保人可按國家有關規定向市社會保險機構申請先行支付。

第七十條 參保人應當憑醫療費用的原始憑證申請報銷，市社會保險機構對已報銷的憑證不予審核報銷。

第六章 定點醫療機構和定點零售藥店

第七十一條 市社會保險機構根據統一規劃、合理佈局、方便就醫、兼顧需要、總量控制、鼓勵競爭，以及與管理能力、資訊系統容量相適應的原則，通過綜合考評、談判、招標的方式，從優選擇醫療保險定點服務機構和定點服務專案。

市社會保險機構應當優先選擇非營利性醫療機構作為定點醫療機構；非營利性醫療機構不能滿足醫療保險服務需要的，由市社會保險機構擇優選擇營利性醫療機構作為定點醫療機構。

定點醫療機構和定點零售藥店的遴選條件和程式應向公眾公開。

第七十二條 醫院、門診部、社康中心申請成為定點醫療機構的，應當具備以下條件：

- （一）具有與醫療機構等級相應的醫療技術設備和醫護人員；
- （二）遵守國家、廣東省、本市有關醫療服務管理的法律、法規、規章和其他規定；
- （三）嚴格執行國家、廣東省、本市關於非營利性醫療收費和藥品零售價格的各項規定，收費標準實行公示制度；
- （四）承諾嚴格遵守本市社會醫療保險制度的有關政策規定，建立與醫療保險管理相適應的內部管理制度，具有健全的醫療保險管理組織，配備滿足社會醫療保險需要的軟硬體設備。

企事業單位內部醫療機構符合前款所列條件，且所在單位的在職員工人數在1000人以上的，也可以申請成為定點醫療機構，為本單位的參保人提供醫療服務。

第七十三條 零售藥店申請成為定點零售藥店的，應當具備以下條件：

- （一）具備藥品經營許可資格；
- （二）遵守國家、廣東省、本市有關醫藥服務管理的法律、法規、規章和規定；
- （三）嚴格執行國家、廣東省、本市規定的藥品價格政策；
- （四）能及時供應醫療保險用藥；
- （五）在零售藥店營業時間內，在崗服務的藥學技術人員符合藥監部門的要求和規定；
- （六）承諾嚴格執行本市社會醫療保險制度有關政策規定，有規範的內部管理制度，配備滿足社會醫療保險需要的軟硬體設備。

- 第七十四條 市社會保險機構選定定點醫療機構和定點零售藥店應制定並公佈計畫。醫療機構和零售藥店申請定點資格的，應在市社會保險機構公佈計畫的規定時間內向市社會保險機構提出申請；市社會保險機構應當在 60 日內對其進行綜合評估，並公佈評估結果，綜合評定排名靠前的醫療機構和零售藥店選定為定點醫療機構和定點零售藥店。
- 在同等條件下，規模較大、技術力量較強、等級較高、誠信較好的醫療機構可優先選擇確定為定點醫療機構。
- 在同等條件下，藥品零售連鎖企業直營藥店、可 24 小時提供服務的藥店、不經營藥品和醫療器械以外商品的誠信較好的零售藥店，可優先選擇確定為定點零售藥店。
- 第七十五條 市社會保險機構與定點醫療機構和定點零售藥店簽訂協定，並按協議進行管理。
- 市社會保險機構根據定點醫療機構和定點零售藥店履行協定的情況，每兩年進行一次信用等級評定並公佈評定結果。
- 市社會保險機構依據評定結果對定點醫療機構和定點零售藥店及相關工作人員給予獎勵，獎勵經費列入市社會保險機構部門預算。
- 第七十六條 定點醫療機構和定點零售藥店應當堅持“因病施治、合理檢查、合理用藥、合理治療、按規定收費”的原則，按照本辦法的規定和協議約定向參保人提供服務。
- 第七十七條 定點醫療機構應當建立醫藥分開核算、分別管理的制度，規範醫療行為，嚴格禁止以營利為目的的各種開單提成行為，降低參保人自付費用占醫療總費用的比例，減輕參保人的經濟負擔。
- 第七十八條 定點醫療機構、定點零售藥店應當建立與醫療保險制度相適應的內部管理制度和醫療保險工作機構，實行自我管理、自我約束。
- 第七十九條 定點醫療機構和定點零售藥店應嚴格執行政府有關醫療收費標準和藥品價格的規定，並予以公佈。
- 定點醫療機構應向參保人提供門診收費明細清單或住院每日收費明細清單等單據。
- 第八十條 定點醫療機構應單獨留存參保人的處方、大型醫療設備檢查治療審批單及報告單、檢查治療單、醫藥費用清單等單據，留存時間不得少於兩年。
- 定點零售藥店應單獨留存參保人購買藥品的處方及明細清單，留存時間不得少於兩年。
- 第八十一條 定點醫療機構提供醫療服務時應當執行基本醫療保險及地方補充醫療保險的藥品目錄、診療專案、醫療服務設施標準的有關管理規定。
- 定點醫療機構為參保人使用前款規定以外的藥品、診療專案、醫療服務設施，應事先告知參保人並征得其同意。
- 定點醫療機構與其他單位、個人合作或承包的診療專案不得納入醫療保險記帳範圍。

- 第八十二條 定點醫療機構中具有執業資格的醫師可按協議規定為參保人提供醫療保險服務。
- 醫師違反醫療保險有關規定造成醫療保險基金損失的，市社會保險機構可拒絕其提供醫療保險服務，將處理結果向社會公佈，通報其所在的定點醫療機構並向市衛生行政主管部門提出依法處理的建議。
- 第八十三條 參保人使用醫療保險個人帳戶向定點零售藥店購藥的，定點零售藥店應當按照下列規定進行核查：
- （一）購買處方藥的，核查本市市內定點醫療機構出具的有效處方，且處方記載的就診人姓名與社會保障卡一致；
 - （二）購買非處方藥的，應持本人社會保障卡，並核查本市市內定點醫療機構出具的有效處方，或其個人帳戶積累額達到本市上年度在崗職工平均工資的 5%。
- 第八十四條 定點醫療機構和定點零售藥店為參保人提供醫療服務實際發生的醫療費用，按本辦法規定和協議約定與市社會保險機構結算。
- 市社會保險機構與定點醫療機構、定點零售藥店簽訂的協定應約定結算方式和償付標準。
- 醫療保險費用結算採取總額控制下的複合式支付制度。
- 第八十五條 參保人按照本辦法規定轉往市外醫療機構就診，屬於本辦法第三十五條第（二）項、第（三）項情形的，發生的住院醫療費用由市社會保險機構按不高於本市醫療收費標準予以報銷後，再與本市轉出醫院按協議約定的辦法結算。
- 第八十六條 市社會保險機構應與定點醫療機構約定償付標準，並按協定規定對定點醫療機構實際醫療費用低於約定償付標準的部分進行獎勵，費用從醫療保險大病統籌基金中列支。
- 社區門診統籌基金有結餘的，結餘部分按比例獎勵給結算醫院後，其餘部分結轉下一年使用。

第七章 監督檢查

- 第八十七條 市社會保險機構應當建立健全醫療保險基金財務制度，並將醫療保險基金收支情況向社會公佈。
- 第八十八條 社會醫療保險基金收支、管理、使用等情況，應納入市社會保險基金監督委員會的監督範圍。市財政、審計部門依法對醫療保險基金收支、結轉和管理情況進行定期審計，並將審計結果向市社會保險基金監督委員會通報。
- 第八十九條 各級衛生行政主管部門、公立醫院管理機構應對定點醫療機構實行監督管理，將定點醫療機構執行醫療保險規定的情況納入醫療機構綜合目標管理的考核內容，並納入其負責人任期目標責任制。
- 第九十條 市價格管理部門應對定點醫療機構和定點零售藥店執行國家、廣東省、本市醫療服務和藥品價格政策實行監督。

市藥品監督管理部門應對定點醫療機構和定點零售藥店藥品品質等實行監督。

第九十一條 市社會保險機構組織設立社會保險醫療專家諮詢委員會。社會保險醫療專家諮詢委員會負責開展下列工作：

- (一) 為市社會保險行政部門依據本辦法制訂有關政策提供醫療保險方面的專業意見；
- (二) 為市社會保險機構進行醫療保險監督檢查提供技術指導，對監督檢查中發生的醫療疑難問題提供專家意見；
- (三) 為市社會保險機構設立醫療保險門診大病病種等提供專家意見；
- (四) 對參保人醫療保險門診大病確認提供專家意見；
- (五) 對參保人與定點醫療機構因出入院發生的爭議提供專家意見，對異常醫療費用進行評估；
- (六) 市社會保險機構委託的其他醫療保險工作。

社會保險醫療專家諮詢委員會的工作經費列入市社會保險機構部門預算。

第九十二條 市社會保險機構應將參保人醫療保險參保情況和待遇享受情況以社會保險個人權益記錄方式定期免費寄送參保人。

參保人與市社會保險機構約定，以登錄社會保險個人服務網頁、傳真、電子郵件、手機短信等形式獲取個人權益記錄的，市社會保險機構不再另行寄送。

第九十三條 任何單位和個人有權檢舉、控告定點醫療機構、定點零售藥店、參保單位、參保人和市社會保險機構工作人員的違法、違規行為。

舉報內容核實後，市社會保險機構從獎勵經費中對署名檢舉人予以獎勵，獎勵經費納入市社會保險機構的部門預算。

市社會保險機構對舉報的單位和個人資訊予以保密。

第九十四條 市社會保險機構應對定點醫療機構、定點零售藥店、參保單位、參保人的醫療保險行為實行監督檢查，並可聘請機構或醫療保險監督員參與監督。

定點醫療機構和定點零售藥店未按規定提供醫療保險有關資料的，市社會保險機構可拒付相應的費用。

市社會保險機構進行檢查時，可要求被檢查單位提供與繳納醫療保險費有關的用人情況、工資表、財務報表等資料，可採取記錄、錄音、錄影、照相和複製等方式收集有關資料。

第九十五條 參保人遺失社會保障卡的，應及時向市社會保險機構掛失；參保人申辦新卡期間發生的醫療費用由其本人先行支付，在領取新卡後持新卡及病歷等相關資料按本辦法的相關規定申請報銷、補記帳或從其個人帳戶中扣減。

第九十六條 參保人的社會保障卡遺失造成醫療保險統籌基金損失的，市社會保險機構可向醫療機構或冒用人追償。參保人社會保障卡遺失而未掛失導致其社會保障卡被冒用的，造成的個人帳戶損失由其本人承擔。

第九十七條 參保人對定點醫療機構界定的出院日期有異議的，可向市社會保險機構申請裁定，市社會保險機構應安排社會保險醫療專家諮詢委員會提出專家意見，自受理之日起 10 個工作日內確定應出院日期。

第九十八條 市社會保險機構發現社會保障卡使用異常的，為避免醫療保險基金和參保人遭受損失，可暫停該社會保障卡的記帳功能，並通知參保人說明情況。社會保障卡暫停記帳期間發生的醫療費用由參保人支付，經核查沒有違規情形的，市社會保險機構應當恢復該社會保障卡記帳功能並按本辦法規定報銷暫停期間發生的醫療費用。

第八章 法律責任

第九十九條 用人單位不辦理社會保險登記的，由市社會保險行政部門責令限期改正；逾期不改正的，對用人單位處應繳社會保險費數額三倍的罰款，對其直接負責的主管人員和其他直接責任人員分別處以三千元罰款。

第一百條 用人單位未按本辦法規定繳納社會醫療保險費的，職工應當在知道或者應當知道之日起兩年內向市社會保險機構投訴、舉報。

用人單位未按本辦法規定繳納社會醫療保險費的，由市社會保險行政部門責令限期改正並補繳應當繳納的社會醫療保險費；逾期未履行的，處以與欠繳數額等額的罰款。

用人單位未按本辦法規定繳納社會醫療保險費超過兩年未被發現和投訴舉報的，市社會保險行政部門不再查處。

第一百零一條 用人單位補繳社會醫療保險費的，自欠繳之日起按日加收萬分之五的滯納金。

用人單位申請補繳兩年以外醫療保險費或個人繳費人員申請補繳醫療保險費的，市社會保險機構不予受理。

第一百零二條 用人單位應當參加社會醫療保險而未參加的，其職工發生的醫療費用，由用人單位按照本辦法規定的待遇標準支付。

用人單位參加社會醫療保險並補繳應當繳納的社會醫療保險費、滯納金後，參保人新發生的醫療費用由醫療保險基金按照本辦法的規定支付。

第一百零三條 定點醫療機構、定點零售藥店違反與市社會保險機構所簽訂協定約定的，按協議規定處理。

定點醫療機構和定點零售藥店的違約金計入基本醫療保險基金。

第一百零四條 參保人有違反醫療保險規定下列情形之一的，市社會保險機構可暫停其社會保障卡記帳功能 3 個月；造成醫療保險基金損失的，暫停記帳功能 12 個月。社會保障卡暫停記帳期間，參保人發生的醫療費用符合醫療保險基金支付範圍的，可申請報銷，但醫療保險統籌基金支付的待遇減半支付。

（一）轉借社會保障卡供他人使用的；

(二) 通過以藥易藥、以藥易物或倒賣藥品套取基本醫療保險基金的；

(三) 採用多次就醫方式獲取統籌基金支付的藥品超出正常劑量的。

- 第一百零五條 醫療機構、藥品經營單位等醫療保險服務機構以欺詐、偽造證明材料或者其他手段騙取醫療保險基金的，由市社會保險行政部門責令退回，並處騙取金額五倍的罰款；屬於醫療保險服務機構的，解除服務協定；直接負責的主管人員和其他直接責任人員有執業資格的，依法吊銷其執業資格；涉嫌犯罪的，移送司法機關依法處理。
- 第一百零六條 以欺詐、偽造證明材料或者其他手段騙取社會醫療保險待遇的，由市社會保險行政部門按第一百零四條規定處理，責令退回，並處騙取金額五倍的罰款；涉嫌犯罪的，移送司法機關依法處理。
- 第一百零七條 單位或個人違反本辦法規定的不誠信行為納入本市信用評價體系。
- 第一百零八條 市社會保險行政部門、市社會保險機構及其工作人員在社會醫療保險管理、監督工作中不履行職責或不正確履行職責的，依法追究行政責任；涉嫌犯罪的，移送司法機關依法處理。
- 第一百零九條 醫療保險關係行政相對人對市社會保險行政部門、市社會保險機構作出的具體行政行為不服的，可依法申請行政覆議或提起行政訴訟。

第九章 附則

- 第一百一十條 企業可按不超過職工工資總額的 4%提取企業補充醫療保險費，用於支付企業補充醫療保險待遇，從職工福利費中列支。
- 第一百一十一條 離休人員和一至六級殘廢軍人（原二等乙級以上革命傷殘軍人）的醫療保障辦法由市政府另行制定。
- 第一百一十二條 本市城市化人員以股份合作有限公司作為用人單位參加醫療保險並繳費。
- 第一百一十三條 參加原養老保險行業統籌的駐深單位中由廣東省、北京市社會保險機構按月支付養老保險待遇的退休人員，在退休前已參加本市社會醫療保險的，其基本醫療保險按在本市按月領取養老保險待遇人員的規定辦理；需要繼續繳納基本醫療保險費和地方補充醫療保險費的，分別按月以本市上年度在崗職工月平均工資的 11.5%和 0.2%繳納，由原用人單位按應繳的年限一次性繳足應繳的醫療保險費。
- 第一百一十四條 達到法定退休年齡、未在本市領取養老保險待遇的參保人，應按市社會保險機構規定的指紋採集方式提供其本人的指紋，並在以後每年的相應月份內向市社會保險機構提供一次指紋；未按時提供的，市社會保險機構自次月起停止支付醫療保險待遇；補充提供指紋後，市社會保險機構自提供次月起繼續支付醫療保險待遇。停止支付期間，參保人發生的醫療費用由其先行支付，補充提供指紋後按有關規定申請報銷。

市社會保險機構應妥善保存參保人的指紋資料，不得用於其他用途。

參保人無法提供指紋的，應按市社會保險機構的要求每年提供有效的生存證明材料。

- 第一百一十五條 家庭病床和老年疾病護理醫療、取消醫療保險藥品加成後新增診查費等費用支出專案，納入社會醫療保險基金支付範圍的，按本市有關規定執行。
- 第一百一十六條 市社會保險行政部門可依據本辦法制訂醫療保險配套管理辦法。
- 第一百一十七條 市上年度在崗職工月平均工資以市統計部門公佈的資料為準。本辦法中所指市上年度在崗職工月平均工資，上半年按上兩年度本市在崗職工月平均工資計算，下半年按上年度本市在崗職工月平均工資計算。
- 第一百一十八條 本辦法所稱用人單位，是指本市行政區域內機關、事業單位、社會團體、企業、民辦非企業單位、個體經濟組織。
- 本辦法所稱參保單位，是指已參加社會醫療保險的用人單位。
- 本辦法所稱參保人，是指已參加社會醫療保險的人員。
- 本辦法所稱本市戶籍非從業居民，是指滿 18 周歲未達到法定退休年齡、未在學校就讀且未在用人單位就業的本市戶籍人員，達到法定退休年齡但沒有按月領取養老保險待遇的本市戶籍人員和在本市領取居民養老保險待遇的人員。
- 第一百一十九條 轉業或退伍安置在本市的參保人，其在部隊服役期間的軍齡或在軍隊參加醫療保險的年限視為本市基本醫療保險的實際繳費年限。
- 第一百二十條 本辦法所指醫療保險年度為當年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日。
- 第一百二十一條 在本辦法實施前由我市養老保險基金支付醫療保險費的退休人員和一次性繳納醫療保險費的人員，其資金管道仍按原規定執行。
- 在本辦法實施前已享受按月支付體檢補助的人員，由地方補充醫療保險基金繼續支付。
- 參保人在本辦法實施前經市社會保險機構核准認定為門診大病的，其發生的基本醫療費用和地方補充醫療費用的記帳比例仍分別為 90%和 80%。
- 第一百二十二條 本市生育保險制度實施之前，年滿 18 周歲且未達法定退休年齡的基本醫療保險一檔、二檔參保人按下列規定同時參加生育醫療保險：
- （一）基本醫療保險一檔參保人，按其基本醫療保險繳費基數的 0.5%按月繳交生育醫療保險費；
- （二）基本醫療保險二檔參保人，按其基本醫療保險繳費基數的 0.2%按月繳交生育醫療保險費。
- 在職人員的生育醫療保險費由用人單位繳交，其他人員的繳費管道和繳費方式分別按其繳交基本醫療保險費的繳費管道和繳費方式執行。
- 生育醫療保險參保人符合計劃生育政策的，其產前檢查、分娩住院、產後訪視、計劃生育手術的基本醫療費用（不含嬰兒費用）仍按原標準由生育醫療保險基金支付，其中產前檢查的基本醫療費用自提供計劃生育證明之日起由生育醫療保險基金支付。

第一百二十三條 失業人員領取失業保險金期間，因辦理領取失業保險金手續中斷參保不超過 30 日的，視同參保人仍參加原醫療保險形式並享受相應待遇。

第一百二十四條 本辦法自 2014 年 1 月 1 日起施行，2008 年 1 月 30 日制定的《深圳市社會醫療保險辦法》（深圳市人民政府令第 180 號）以及《關於印發深圳市非從業居民參加社會醫療保險補充規定的通知》（深府〔2008〕210 號）、《關於將深圳市少年兒童及大學生醫療保險納入住院醫療保險的通知》（深府〔2010〕126 號）自本辦法施行之日起廢止。