

(以下附錄節錄自深圳政府在線的網站，全文可參閱
http://www.sz.gov.cn/zfgb/2013/gb857/201311/t20131113_2245934.htm)

附錄

深圳市人民政府令（第 256 号）深圳市社会医疗保险办法

《深圳市社会医疗保险办法》已经 2013 年 8 月 15 日市政府第五届九十一一次常务会议审议通过，现予发布，自 2014 年 1 月 1 日起施行。

市长 许勤
2013 年 9 月 29 日

深圳市社会医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为建立健全深圳市社会医疗保险体系，保障参保人的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》及有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市实行多层次、多形式的社会医疗保险制度。

政府建立基本医疗保险和地方补充医疗保险。

基本医疗保险根据缴费及对应待遇分设一档、二档、三档三种形式。

第三条 本市所有用人单位、职工及其他人员应当按照本办法的规定参加社会医疗保险。

第四条 本市社会医疗保险制度应遵循广覆盖、保基本、可持续、公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与社会生产力发展水平相适应的原则。

第五条 市社会保险行政部门主管本市社会医疗保险工作，市社会保险经办机构（以下简称市社会保险机构）具体承办社会医疗保险工作。

市政府有关部门在各自职责范围内，负责有关社会医疗保险工作。

第六条 市政府可根据社会医疗保险基金收支情况，对缴费标准、统筹基金和个人账户的分配比例、待遇支付标准等做相应调整。

第二章 参保及缴费

第七条 用人单位和职工应当共同缴纳社会医疗保险费。用人单位应当为其本市户籍职工参加基本医疗保险一档，为其非本市户籍职工在基本医疗保险一档、二档、三档中选择一种形式参加。

第八条 非在职人员按下列规定参加基本医疗保险：

（一）本市户籍未满 18 周岁的非从业居民、本市中小学校和托幼机构在册且其父母一方正在参加本市社会保险并满 1 年以上的非本市户籍少年儿童、在本市各类全日制普通高等学校（含民办学校）或科研院所中接受普通高等学历教育的全日制学生参加基本医疗保险二档；

(二) 达到法定退休年龄前具有本市户籍且年满 18 周岁的非从业居民，可参加基本医疗保险一档或二档；

(三) 达到法定退休年龄后随迁入本市且没有按月领取职工养老保险待遇或退休金的人员，可申请参加基本医疗保险一档；

(四) 享受最低生活保障待遇的本市户籍非从业居民参加基本医疗保险一档；

(五) 本市户籍一至四级残疾居民参加基本医疗保险一档；

(六) 领取失业保险金期间的失业人员参加基本医疗保险二档；

(七) 在本市按月领取职工养老保险待遇或退休金的人员按本办法第十四条、第十五条的规定，参加基本医疗保险一档或二档；

(八) 达到法定退休年龄并在本市继续缴纳养老保险费的人员，可选择参加基本医疗保险一档或二档。

第九条 职工参加基本医疗保险一档的，以本人月工资总额 8% 的标准按月缴费，其中用人单位缴交 6%，个人缴交 2%。本人月工资总额超过本市上年度在岗职工月平均工资 300% 的，按本市上年度在岗职工月平均工资的 300% 缴费；月工资总额低于本市上年度在岗职工月平均工资 60% 的，按本市上年度在岗职工月平均工资的 60% 缴费。

职工参加基本医疗保险二档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.7% 按月缴费，其中用人单位缴交 0.5%，个人缴交 0.2%。

职工参加基本医疗保险三档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.5% 按月缴费，其中用人单位缴交 0.4%，个人缴交 0.1%。

职工个人缴交部分由用人单位代扣代缴。

第十条 本办法第八条第（一）项规定的人员，由其本人或家庭以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.7% 按月缴费。其中学生、幼儿由所在学校、科研院所或托幼机构于每年 9 月向市社会保险机构统一办理参保手续，一次性缴纳当年 9 月至次年 8 月的基本医疗保险费。未满 18 周岁的本市户籍非从业居民，向户籍所在地的街道办事处申请办理参保手续。

第十一条 本办法第八条第（二）项规定的人员，由其本人按下列规定按月缴费：

(一) 参加基本医疗保险一档的，在本市上年度在岗职工月平均工资的 40% 至 300% 之间选择缴费基数，其中男性未满 60 周岁、女性未满 50 周岁的，按缴费基数的 8% 缴费；男性满 60 周岁、女性满 50 周岁的，按缴费基数的 11.5% 缴费；

(二) 参加基本医疗保险二档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.7% 缴费。

本办法第八条第（三）项规定的人员，申请参加基本医疗保险一档的，由其本人以本市上年度在岗职工月平均工资的 11.5% 按月缴费。

本办法第八条第（二）、（三）项规定的人员由本人向户籍所在地的社会保险机构申请办理个人参保手续。

第十二条 本办法第八条第（四）、（五）项规定的人员，分别由民政部门、残联部门统一办理参保手续并为其缴纳医疗保险费，具体办法由市政府另行制定。

第十三条 本办法第八条第（六）项规定的人员，由市社会保险机构以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.7% 为其按月缴费，费用从失业保险基金列支。

第十四条 本办法第八条第（七）项规定的人员，其基本医疗保险累计缴费年限和本市实际缴费年限达到以下规定的，可停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇：

（一）2014 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 15 年，其中本市实际缴费年限满 10 年；

（二）2015 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 16 年，其中本市实际缴费年限满 11 年；

（三）2016 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 17 年，其中本市实际缴费年限满 12 年；

（四）2017 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 18 年，其中本市实际缴费年限满 13 年；

（五）2018 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 19 年，其中本市实际缴费年限满 14 年；

（六）2019 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 20 年，其中本市实际缴费年限满 15 年；

（七）2020 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 21 年，其中本市实际缴费年限满 15 年；

（八）2021 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 22 年，其中本市实际缴费年限满 15 年；

（九）2022 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 23 年，其中本市实际缴费年限满 15 年；

（十）2023 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 24 年，其中本市实际缴费年限满 15 年；

（十一）2024 年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 25 年，其中本市实际缴费年限满 15 年。

本办法第八条第（七）项规定的人员，不满前款规定缴费年限的，可由其本人继续缴费至规定年限后，停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇。选择参加基本医疗保险一档的，按其基本养老金或退休金的 11.5%按月缴费；选择参加基本医疗保险二档的，按本市上年度在岗职工月平均工资的 0.7%按月缴费。

本办法第八条第（一）项规定人员参加医疗保险年限不纳入本条的实际缴费和累计缴费年限的计算；按国家规定的医疗保险关系转移接续办法办理转移的市外医疗保险缴费年限纳入本条的累计缴费年限计算。

第十五条 本办法第十四条规定停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇的人员，参加基本医疗保险一档满 15 年的享受基本医疗保险一档待遇，不满 15 年的享受基本医疗保险二档待遇。

前款人员参加基本医疗保险一档不满 15 年的，可申请由其本人继续参加基本医疗保险一档至 15 年后享受基本医疗保险一档待遇。经市社会保险机构核准后，其医疗保险形式不再变更。继续缴费人员中断缴费期间，不享受医疗保险待遇。

第十六条 本办法第八条第（八）项规定的人员，按在职人员有关规定缴费并享受待遇。其中参加基本医疗保险一档的缴费基数按其养老保险缴费基数确定；缴费基数低于本市上年度在岗职工月平均工资 60%的，以本市上年度在岗职工月平均工资的 60%为缴费基数。

第十七条 参加基本医疗保险的人员同时参加地方补充医疗保险。参加基本医疗保险一档的人员按其缴费基数的 0.2%按月缴费；参加基本医疗保险二档的人员按其缴费基数的 0.1%按月缴费；参加基本医疗保险三档的人员按其缴费基数的 0.05%按月缴费。

在职人员的地方补充医疗保险费由用人单位按月缴纳，其他人员按其基本医疗保险费的缴费渠道和缴费方式执行。

第十八条 按照国家规定在其他地区参加城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗的，不得同时参加本市社会医疗保险，不得重复享受社会医疗保险待遇。

第十九条 用人单位和个人缴费人员应当依照社会保险登记等有关规定办理登记、年审、变更、注销等手续。

市市场监督管理、民政部门和市机构编制管理机关应当及时向市社会保险机构通报用人单位成立、变更、终止情况；市公安局应当及时向市社会保险机构通报参保人的户口登记、迁移、注销等情况。

第二十条 社会医疗保险费由参保单位或参保人的开户银行按月托收后，转入市社会保险机构在银行开设的社会保险基金账户。

第二十一条 参保单位依本办法为职工选择参加的基本医疗保险形式，在医疗保险年度内不得变更。

基本医疗保险不同形式的参保年限合并计算。

原综合医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险一档的参保年限；原住院医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险二档的参保年限；原农民工医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险三档的参保年限。

第三章 基金管理

第二十二条 参保单位和参保人缴交的基本医疗保险费进入基本医疗保险基金。

基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成，统筹基金由大病统筹基金、社区门诊统筹基金和调剂金组成。

参保单位和参保人缴交的地方补充医疗保险费进入地方补充医疗保险基金。地方补充医疗保险基金不设个人账户。

第二十三条 参保人发生的医疗费用中属于基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准范围内的（以下简称基本医疗费用）由基本医疗保险基金按本办法规定支付；属于地方补充医疗保险支付范围的（以下简称地方补充医疗费用）由地方补充医疗保险基金按本办法规定支付。

第二十四条 医疗保险基金实行收支两条线管理，纳入医疗保险基金财政专户，分账核算，专款专用，不得相互挤占和调剂。

第二十五条 医疗保险基金收支管理实行以支定收、收支平衡、略有结余的原则。

医疗保险基金因疾病暴发流行、严重自然灾害等特殊情况下不敷使用或因其他原因出现支付不足时，由财政给予补贴。财政对本市符合条件的少年儿童、学生和本市户籍非从业居民参加医疗保险给予适当补贴。

第二十六条 医疗保险基金来源为：

- (一) 医疗保险费及其利息；
- (二) 医疗保险费滞纳金；
- (三) 医疗保险基金合法运营收益；
- (四) 政府补贴；
- (五) 其他收入。

第二十七条 用人单位和个人缴交的医疗保险费依法在税前列支。

第二十八条 参保人个人账户上的结余按国家有关规定计算利息并计入个人账户。

第二十九条 市社会保险机构为基本医疗保险一档参保人建立个人账户，主要用于支付门诊医疗费用，具体比例如下：

(一) 参保人按 8% 缴交基本医疗保险费的，按缴费基数 5% 按月计入个人账户；其中年满 45 周岁的，按缴费基数 5.6% 按月计入个人账户；

(二) 参保人按 11.5% 缴交基本医疗保险费的，按缴费基数 8.05% 计入个人账户；其中一次性缴交医疗保险费的，其应划入个人账户的金额按月计入个人账户；

(三) 参保人停止缴费并继续享受基本医疗保险一档待遇的，以本市上年度在岗职工月平均工资的 60% 为划入基数，按划入基数的 8.05% 按月计入个人账户，费用由大病统筹基金支付。

基本医疗保险一档缴费的其余部分进入大病统筹基金，用于支付本办法规定的医疗费用。

第三十条 市社会保险机构征收的基本医疗保险二档和三档的医疗保险费，应当按本市上年度在岗职工月平均工资的 0.2% 计入社区门诊统筹基金，1 元计入调剂金，其余部分计入大病统筹基金。参保人停止缴费并继续享受基本医疗保险二档待遇的，划入社区门诊统筹基金和调剂金的费用，由大病统筹基金支付。

社区门诊统筹基金用于支付基本医疗保险二档和三档参保人在选定社康中心发生的门诊基本医疗费用；调剂金用于选定社康中心结算医院之间的基本医疗费用调剂；大病统筹基金用于本办法规定的基本医疗费用等支出。

第三十一条 除本办法规定可在本市继续参保的人员外，参保人达到法定退休年龄时养老保险待遇或退休金领取地不在本市的，应将其基本医疗保险关系转移至养老保险关系或退休关系所在地，终结本市的医疗保险关系。

参保人跨省、自治区、直辖市流动就业的，其基本医疗保险关系转移接续依照国家有关规定执行。

参保人在广东省内跨地区流动就业的，其基本医疗保险关系转移接续依照广东省有关规定执行。

参保人个人账户无法转移的，提供转入地社会保险机构相关证明，可申请一次性领取个人账户余额。

参保人出境定居或丧失国籍的，可申请一次性领取个人账户余额，并终结在本市的医疗保险关系。

参保人死亡的，个人账户余额由其继承人申请一次性领取，并终结医疗保险关系；一次性缴交医疗保险费中尚未划入个人账户的部分转入基本医疗保险大病统筹基金。

第四章 就医与转诊

第三十二条 基本医疗保险参保人按以下规定就医的，享受医疗保险待遇：

（一）基本医疗保险一档参保人在市内定点医疗机构就医；

（二）基本医疗保险二档参保人门诊在选定社康中心就医，经结算医院同意，可以在与选定社康中心同属于一家结算医院下设的其他定点社康中心门诊就医；住院及门诊大病在市内定点医疗机构就医；

（三）基本医疗保险三档参保人门诊在选定社康中心就医，经结算医院同意，可以在与选定社康中心同属于一家结算医院下设的其他定点社康中心门诊就医；门诊大病在市内定点医疗机构就医；住院在选定社康中心的结算医院就医；

（四）符合本办法规定的其他就医情形。

第三十三条 基本医疗保险二档、三档参保人，应当选定本市一家社康中心作为门诊就医的定点医疗机构。有用人单位的，由其用人单位选定；无用人单位的，由其本人选定。

14 周岁以下的基本医疗保险二档参保人，可选择一家社康中心或一家市内二级以下医院作为门诊就医的定点医疗机构。

参保人可变更所选定的社康中心或其他定点医疗机构，自变更生效次月起在变更后的社康中心或定点医疗机构门诊就医。

第三十四条 基本医疗保险二档参保人门诊就医转诊、基本医疗保险三档参保人门诊和住院就医转诊的，应经原结算医院同意。转诊应逐级转诊或转诊到市内同级有专科特长的医疗机构，转出医院应向接受转诊的医院出具转诊证明。

第三十五条 参保人在本市市内定点医疗机构就医时，有下列情形之一的，可转往市外医疗机构就医：

（一）所患病种属于市社会保险行政部门公布的转诊疾病种类；

（二）经本市市属三级医院或市级专科医院检查会诊仍未能确诊的疑难病症；

（三）属于本市市属三级医院或市级专科医院目前无设备或技术诊治的危重病人。接受转诊的医疗机构应当是转出医疗机构同级或以上的当地医疗保险定点医疗机构。

第三十六条 符合本办法第三十五条规定情形的参保人转往市外医疗机构就诊的，按照以下程序办理：

（一）填写市外转诊申请表；

（二）收诊医院主诊医生或科主任出具意见；

(三) 医院的医疗保险工作机构审核并加盖医院公章。

转出的定点医疗机构应同时将转诊信息报市社会保险机构备案。

参保人转往本市定点的市外医疗机构就医的，可凭转诊申请表办理记账；转往市外其他医疗机构发生的医疗费用由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销。

第三十七条 参保人转往市外就诊后，需要再转诊的，应当由就诊的市外医疗机构出具再转诊证明。

第三十八条 本市户籍参保人及达到法定退休年龄的参保人在市外长期居住的，可在其长期居住地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向市社会保险机构备案。

本市直通车企业参保人长期派驻在市外工作的，可在工作所在地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向市社会保险机构备案。

本条规定的人员属于基本医疗保险一档参保人的，在备案定点医疗机构发生的医疗费用，由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销；属于基本医疗保险二档、三档参保人的，在备案定点医疗机构发生的住院医疗费用，由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销。

办理了备案手续的参保人在备案的定点医疗机构就诊后需要转诊的，应当由该医疗机构出具转诊证明，发生的医疗费用按本条第三款规定申请审核报销。

第三十九条 基本医疗保险基金、地方补充医疗保险基金按以下方式支付医疗保险待遇：

(一) 参保人医疗费用中应当由基本医疗保险基金和地方补充医疗保险基金支付的部分，由市社会保险机构与定点医疗机构或定点零售药店按协议约定结算；

(二) 参保人医疗费用属于个人账户支付范围的，由本市定点医疗机构或定点零售药店从参保人的个人账户中划扣；个人账户不足支付的，应当由参保人现金支付；

(三) 参保人医疗费用使用家庭成员个人账户支付的，由本市定点医疗机构从其提供的家庭成员个人账户中划扣；

(四) 在非本市定点医疗机构发生的医疗费用，由参保人先行支付后向市社会保险机构申请报销，市社会保险机构按本办法的规定予以审核，符合条件的予以支付。

第四十条 基本医疗保险二档、三档参保人就医发生的门诊医疗费用有下列情形的，由本人先行支付后凭有关单据和资料到结算医院或指定的医疗机构申请审核报销：

(一) 经结算医院同意转诊到非结算医院发生的门诊医疗费用；

(二) 因工外出或出差在非结算医院急诊抢救发生的门诊医疗费用；

(三) 因就诊的定点医疗机构发生电脑故障、社会保障卡损坏或补办期间不能记账的。

第四十一条 参保人发生的住院医疗费用或基本医疗保险一档参保人发生的门诊医疗费用，有下列情形的，由本人先行支付后凭有关单据和资料到就诊的医疗机构申请审核报销：

(一) 经医院同意，住院时凭医生处方在院外购买基本医疗保险或地方补充医疗保险目录范围内的药品；

(二) 经医院同意，住院时在院外进行基本医疗保险或地方补充医疗保险目录范围内的诊疗项目；

(三) 因就诊的定点医疗机构发生电脑故障或因社会保障卡损坏或补办期间不能记账的。

第四十二条 参保人除本办法第四十条、第四十一条规定情形外由本人先行支付的医疗费用，符合本办法规定的，可凭有关单据和资料向市社会保险机构申请审核报销。

第四十三条 参保人先行支付医疗费用的，应在费用发生或出院之日起 12 个月内申请报销，逾期不予报销。

第四十四条 参保人在定点医疗机构就医时应出示本人的社会保障卡。定点医疗机构在接受参保人就医时，应查验参保人社会保障卡并可要求参保人提供身份证明。

定点医疗机构确定参保人所持社会保障卡为其本人的，应对其发生的医疗费用按规定予以记账；无法确定参保人所持社会保障卡为其本人的，可拒绝为其提供医疗保险服务。

参保人就医时不按规定出示社会保障卡或不表明参保人身份，要求享受医疗保险待遇和服务的，定点医疗机构和市社会保险机构不予受理。

第五章 医疗保险待遇

第四十五条 参保人自办理参保手续、缴交医疗保险费次月 1 日起享受本办法规定的医疗保险待遇。每月 20 日前申报参保的，按当月参保处理；每月 20 日后申报参保的按次月参保处理。

参保单位、参保人中断缴交医疗保险费的，自中断缴交的次月 1 日起，停止享受医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇，但其个人账户余额可继续使用。

为本市户籍的婴幼儿办理参保手续的，从申请当月开始缴费，并从缴费的次月起享受医疗保险待遇；在入户之日起 30 天以内凭婴幼儿出生证明和母亲身份证复印件办理参保手续的，可从其出生之月起缴费，并自出生之日起按本办法有关规定享受医疗保险待遇。

本办法第十条规定由所在学校、科研院所或托幼机构统一办理参保手续的学生、幼儿，自当年 9 月至次年 8 月享受医疗保险待遇。

第四十六条 基本医疗保险药品、诊疗项目、服务设施标准的目录按照国家及广东省公布的目录执行。

地方补充医疗保险药品目录和诊疗项目范围、大型医疗设备检查和治疗项目范围按市社会保险行政部门会同市卫生部门制定公布的目录执行。

特殊医用材料、人工器官、单价在 1000 元以上的一次性医用材料的范围及其列入基本医疗保险统筹基金记账范围的最高支付限额，按市社会保险行政部门公布的范围和最高支付限额执行。

第四十七条 基本医疗保险一档参保人个人账户用于支付参保人门诊基本医疗费用、地方补充医疗费用、在定点零售药店凭本市市内定点医疗机构医生开具的处方购买医疗保险目录范围内药品的费用，个人账户不足支付部分由个人自付。

基本医疗保险一档参保人连续参保满一年，在同一医疗保险年度内个人自付的门诊基本医疗费用和地方补充医疗费用超过本市上年度在岗职工平均工资 5% 的，超过部分由基本医疗保险大病统筹基金或地方补充医疗保险基金按规定支付 70%，参保人年满 70 周岁以上的支付 80%。

享受前款规定待遇的参保人不享受第四十九条规定的待遇。

享受本办法第五十条、第五十一条、第五十二条、第五十三条规定待遇的，不享受本条第二款规定的待遇。

第四十八条 基本医疗保险一档参保人个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资 5% 的，超过部分可用于支付以下费用：

（一）本人在定点零售药店购买基本医疗保险和地方补充医疗保险药品目录范围内的非处方药品费用；

（二）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属在定点医疗机构就诊时自付的基本医疗费用、地方补充医疗费用；

（三）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属的健康体检、预防接种费用；

（四）国家、广东省及本市规定的其他医疗费用。

第四十九条 基本医疗保险一档参保人在本市定点社康中心发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，70% 由其个人账户支付，30% 由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付，但以下项目费用除外：

（一）口腔科治疗费用；

（二）康复理疗费用；

（三）大型医疗设备检查治疗费用；

（四）市政府规定的其他项目费用。

第五十条 基本医疗保险一档参保人在本市定点医疗机构门诊做大型医疗设备检查和治疗所发生的基本医疗费用、地方补充医疗费用，80% 由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付。

第五十一条 参保人有下列情形之一的，享受门诊大病待遇：

（一）慢性肾功能衰竭门诊透析；

（二）列入医疗保险支付范围的器官移植后门诊用抗排斥药；

（三）恶性肿瘤门诊化疗、介入治疗、放疗或核素治疗；

（四）血友病专科门诊治疗；

（五）再生障碍性贫血专科门诊治疗；

（六）地中海贫血专科门诊治疗；

（七）颅内良性肿瘤专科门诊治疗；

（八）市政府批准的其他情形。

第五十二条 参保人申请享受门诊大病待遇的，应向市社会保险机构委托的医疗机构申请认定，经市社会保险机构核准后，凭大病诊断证明和大病门诊病历在定点医疗机构就医。

参保人连续参保时间满 36 个月的，自其申请之日起享受大病门诊待遇；连续参保时间不满 36 个月的，自市社会保险机构核准之日起享受大病门诊待遇。享受大病门诊待遇的参保人发生的基本医疗费用、地方补充医疗费用，分别由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按以下比例支付：

- （一）连续参保时间不满 12 个月的，支付比例为 60%；
- （二）连续参保时间满 12 个月不满 36 个月的，支付比例为 75%；
- （三）连续参保时间满 36 个月的，支付比例为 90%。

第五十三条 参保人因病情需要发生的普通门诊输血费，基本医疗保险一档参保人由基本医疗保险大病统筹基金支付 90%，基本医疗保险二档和三档参保人由基本医疗保险大病统筹基金支付 70%。

第五十四条 基本医疗保险二档、三档参保人在本市选定社康中心发生的门诊医疗费用按以下规定处理：

（一）属于基本医疗保险药品目录中甲类药品和乙类药品的，分别由社区门诊统筹基金按 80%和 60%的比例支付；

（二）属于基本医疗保险目录内单项诊疗项目或医用材料的，由社区门诊统筹基金支付 90%，但最高支付金额不超过 120 元。

参保人因病情需要经结算医院同意转诊到其他医疗机构发生的门诊医疗费用，或因工外出、出差在非结算医院发生的急诊抢救门诊医疗费用，由社区门诊统筹基金按前款规定支付标准的 90%报销；其他情形在非结算医院发生的门诊医疗费用社区门诊统筹基金不予报销。

社区门诊统筹基金在一个医疗保险年度内支付给每位基本医疗保险二档、三档参保人的门诊医疗费用，总额最高不得超过 1000 元。

第五十五条 参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，未超过起付线的由参保人支付；超过起付线的部分，分别由基本医疗保险大病统筹基金和地方补充医疗保险基金按规定支付。

起付线按照医院级别设定，市内一级以下医院为 100 元，二级医院为 200 元，三级医院为 300 元；市外医疗机构已按规定办理转诊或备案的为 400 元，未按规定办理转诊或备案的为 1000 元。参保人转诊到不同医院住院治疗的，分别计算起付线。

第五十六条 参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用起付线以上部分，按以下规定支付：

（一）参保人已在本市按月领取职工养老保险待遇及按 11.5%缴交基本医疗保险费的，支付比例为 95%；

（二）基本医疗保险一档参保人按 8%缴交基本医疗保险费的及基本医疗保险二档参保人未在本市按月领取职工养老保险待遇的，支付比例为 90%；

(三) 基本医疗保险三档参保人按规定在市内一级医院、二级医院、三级医院、市外医院住院就医的，支付比例分别为 85%、80%、75%、70%。因工外出、出差在非结算医院因急诊抢救发生的住院医疗费用，按就诊医院的住院支付标准的 90% 支付。

第五十七条 参保人住院使用基本医疗保险诊疗项目范围内的特殊医用材料及单价在 1000 元以上的一次性医用材料、安装或置换人工器官，由基本医疗保险大病统筹基金按下列规定支付，但最高支付金额不超过市社会保险行政部门公布的普及型价格：

- (一) 属于国产材料的，按实际价格的 90% 支付；
- (二) 属于进口材料的，按实际价格的 60% 支付。

第五十八条 参保人住院床位费由基本医疗保险大病统筹基金按实际住院床位费支付，但不得超过下列规定标准：

- (一) 基本医疗保险一档、二档参保人，最高支付金额为市价格管理部门确定的非营利性医疗机构普通病房 A 级房间双人房床位费政府指导价格的第一档；
- (二) 基本医疗保险三档参保人，最高支付金额为市价格管理部门确定的非营利性医疗机构普通病房 B 级房间三人房床位费政府指导价格的第一档。

第五十九条 在本市按月领取职工养老保险待遇或退休金并继续享受基本医疗保险一档待遇的参保人，在领取养老保险待遇或退休金的次月，由地方补充医疗保险基金一次性支付 500 元体检补贴并按下列标准按月支付体检补助，划入个人账户：

- (一) 未满 70 周岁的，每月 20 元；
- (二) 满 70 周岁的，每月 40 元。

第六十条 基本医疗保险基金和地方补充医疗保险基金设定支付限额。基本医疗保险基金按本办法规定支付的基本医疗费用超过其支付限额的部分，由地方补充医疗保险基金在其支付限额内支付。

参保人在本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用超出地方补充医疗保险基金支付限额的部分，由地方补充医疗保险基金支付 50%。

第六十一条 每个医疗保险年度基本医疗保险统筹基金支付限额，根据参保人连续参加基本医疗保险的时间按下列标准执行：

- (一) 连续参保时间不满 6 个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的 1 倍；
- (二) 连续参保时间满 6 个月不满 12 个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的 2 倍；
- (三) 连续参保时间满 12 个月不满 24 个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的 3 倍；
- (四) 连续参保时间满 24 个月不满 36 个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的 4 倍；
- (五) 连续参保时间满 36 个月不满 72 个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的 5 倍；
- (六) 连续参保时间满 72 个月以上的，为本市上年度在岗职工平均工资的 6 倍。

第六十二条 每个医疗保险年度地方补充医疗保险基金的支付限额，根据参保人连续参加地方补充医疗保险的时间按下列标准执行：

- (一) 连续参保时间不满 6 个月的，为 1 万元；
- (二) 连续参保时间满 6 个月不满 12 个月的，为 5 万元；
- (三) 连续参保时间满 12 个月不满 24 个月的，为 10 万元；
- (四) 连续参保时间满 24 个月不满 36 个月的，为 15 万元；
- (五) 连续参保时间满 36 个月不满 72 个月的，为 20 万元；
- (六) 连续参保时间满 72 个月以上的，为 100 万元。

第六十三条 参保人按第五十二条、第六十一条、第六十二条计算的连续参保时间是指参保人在本市实际缴纳医疗保险费的连续时间。参保人在医疗保险年度内累计中断参保不超过 3 个月的，重新缴费后其中断前后的连续参保时间合并计算；超过 3 个月的，重新计算。

参保人一次性缴交医疗保险费的，自其缴交月的次月 1 日起逐月计算其连续参保时间。

用人单位按本办法规定参加并补缴应当缴纳的社会医疗保险费、滞纳金后，补缴前后的参保时间合并计算为连续参保时间。

第六十四条 参保人按本办法规定转诊在市外医疗机构发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，经参保人申请，由市社会保险机构对实际发生的医疗费用进行审核，按不高于本市医疗收费标准予以报销，其中属于个人账户支付的门诊医疗费用，从其个人账户扣减。

第六十五条 按本办法规定办理备案的一档参保人在市外医疗机构发生的医疗费用以及二档、三档参保人在市外医疗机构发生的住院医疗费用，经参保人申请，由市社会保险机构对实际发生的医疗费用进行审核，按不高于本市医疗收费标准予以报销，其中属于个人账户支付的门诊医疗费用，从其个人账户扣减。

第六十六条 参保人未按本办法规定办理转诊、备案在本市市外定点医疗机构、市外非本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，分别按本办法规定支付标准的 90%、70% 支付。

参保人未按本办法规定办理转诊、备案，在非本市定点医疗机构门诊发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付，但属于个人账户支付范围的，在个人账户余额中扣减。

第六十七条 基本医疗保险三档参保人未按本办法规定办理转诊手续到结算医院外的本市市内定点医疗机构发生的住院医疗费用，由医疗保险基金按本办法规定应支付标准的 90% 支付。

第六十八条 参保人住院期间变更医疗保险形式的，其住院医疗费用按入院时医疗保险形式的待遇标准执行。

参保人符合出院标准、应当出院而不出院的，自其应当出院之日起发生的住院医疗费用由其本人负担，医疗保险基金不予支付。

第六十九条 参保人因下列情形之一发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付：

- (一) 除本办法第四十七条、第四十八条规定情形外自购药品的；

- (二) 应当从工伤保险基金、生育保险基金中支付的；
- (三) 应当由第三人负担的；
- (四) 应当由公共卫生负担的；
- (五) 到国外、港、澳、台就医的；
- (六) 国家、广东省及本市规定的基金不予支付的情形。

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，参保人可按国家有关规定向市社会保险机构申请先行支付。

第七十条 参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请报销，市社会保险机构对已报销的凭证不予审核报销。

第六章 定点医疗机构和定点零售药店

第七十一条 市社会保险机构根据统一规划、合理布局、方便就医、兼顾需要、总量控制、鼓励竞争，以及与管理能力、信息系统容量相适应的原则，通过综合考评、谈判、招标的方式，从优选择医疗保险定点服务机构和定点服务项目。

市社会保险机构应当优先选择非营利性医疗机构作为定点医疗机构；非营利性医疗机构不能满足医疗保险服务需要的，由市社会保险机构择优选择营利性医疗机构作为定点医疗机构。

定点医疗机构和定点零售药店的遴选条件和程序应向公众公开。

第七十二条 医院、门诊部、社康中心申请成为定点医疗机构的，应当具备以下条件：

- (一) 具有与医疗机构等级相应的医疗技术设备和医护人员；
- (二) 遵守国家、广东省、本市有关医疗服务管理的法律、法规、规章和其他规定；
- (三) 严格执行国家、广东省、本市关于非营利性医疗收费和药品零售价格的各项规定，收费标准实行公示制度；
- (四) 承诺严格遵守本市社会医疗保险制度的有关政策规定，建立与医疗保险管理相适应的内部管理制度，具有健全的医疗保险管理组织，配备满足社会医疗保险需要的软硬件设备。

企事业单位内部医疗机构符合前款所列条件，且所在单位的在职员工人数在 1000 人以上的，也可以申请成为定点医疗机构，为本单位的参保人提供医疗服务。

第七十三条 零售药店申请成为定点零售药店的，应当具备以下条件：

- (一) 具备药品经营许可资格；
- (二) 遵守国家、广东省、本市有关医药服务管理的法律、法规、规章和规定；
- (三) 严格执行国家、广东省、本市规定的药品价格政策；
- (四) 能及时供应医疗保险用药；
- (五) 在零售药店营业时间内，在岗服务的药学技术人员符合药监部门的要求和规定；
- (六) 承诺严格执行本市社会医疗保险制度有关政策规定，有规范的内部管理制度，配备满足社会医疗保险需要的软硬件设备。

第七十四条 市社会保险机构选定定点医疗机构和定点零售药店应制定并公布计划。医疗机构和零售药店申请定点资格的，应在市社会保险机构公布计划的规定时间内向市社会保险机构提出申请；市社会保险机构应当在 60 日内对其进行综合评估，并公布评估结果，综合评定排名靠前的医疗机构和零售药店选定为定点医疗机构和定点零售药店。

在同等条件下，规模较大、技术力量较强、等级较高、诚信较好的医疗机构可优先选择确定为定点医疗机构。

在同等条件下，药品零售连锁企业直营药店、可 24 小时提供服务的药店、不经营药品和医疗器械以外商品的诚信较好的零售药店，可优先选择确定为定点零售药店。

第七十五条 市社会保险机构与定点医疗机构和定点零售药店签订协议，并按协议进行管理。

市社会保险机构根据定点医疗机构和定点零售药店履行协议的情况，每两年进行一次信用等级评定并公布评定结果。

市社会保险机构依据评定结果对定点医疗机构和定点零售药店及相关工作人员给予奖励，奖励经费列入市社会保险机构部门预算。

第七十六条 定点医疗机构和定点零售药店应当坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费”的原则，按照本办法的规定和协议约定向参保人提供服务。

第七十七条 定点医疗机构应当建立医药分开核算、分别管理的制度，规范医疗行为，严格禁止以营利为目的的各种开单提成行为，降低参保人自付费用占医疗总费用的比例，减轻参保人的经济负担。

第七十八条 定点医疗机构、定点零售药店应当建立与医疗保险制度相适应的内部管理制度和医疗保险工作机构，实行自我管理、自我约束。

第七十九条 定点医疗机构和定点零售药店应严格执行政府有关医疗收费标准和药品价格的规定，并予以公布。

定点医疗机构应向参保人提供门诊收费明细清单或住院每日收费明细清单等单据。

第八十条 定点医疗机构应单独留存参保人的处方、大型医疗设备检查治疗审批单及报告单、检查治疗单、医药费用清单等单据，留存时间不得少于两年。

定点零售药店应单独留存参保人购买药品的处方及明细清单，留存时间不得少于两年。

第八十一条 定点医疗机构提供医疗服务时应当执行基本医疗保险及地方补充医疗保险的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的有关管理规定。

定点医疗机构为参保人使用前款规定以外的药品、诊疗项目、医疗服务设施，应事先告知参保人并征得其同意。

定点医疗机构与其他单位、个人合作或承包的诊疗项目不得纳入医疗保险记账范围。

第八十二条 定点医疗机构中具有执业资格的医师可按协议规定为参保人提供医疗保险服务。

医师违反医疗保险有关规定造成医疗保险基金损失的，市社会保险机构可拒绝其提供医疗保险服务，将处理结果向社会公布，通报其所在的定点医疗机构并向市卫生行政主管部门提出依法处理的建议。

第八十三条 参保人使用医疗保险个人账户向定点零售药店购药的，定点零售药店应当按照下列规定进行核查：

（一）购买处方药的，核查本市市内定点医疗机构出具的有效处方，且处方记载的就诊人姓名与社会保障卡一致；

（二）购买非处方药的，应持本人社会保障卡，并核查本市市内定点医疗机构出具的有效处方，或其个人账户积累额达到本市上年度在岗职工平均工资的5%。

第八十四条 定点医疗机构和定点零售药店为参保人提供医疗服务实际发生的医疗费用，按本办法规定和协议约定与市社会保险机构结算。

市社会保险机构与定点医疗机构、定点零售药店签订的协议应约定结算方式和偿付标准。

医疗保险费用结算采取总额控制下的复合式支付制度。

第八十五条 参保人按照本办法规定转往市外医疗机构就诊，属于本办法第三十五条第（二）项、第（三）项情形的，发生的住院医疗费用由市社会保险机构按不高于本市医疗收费标准予以报销后，再与本市转出医院按协议约定的办法结算。

第八十六条 市社会保险机构应与定点医疗机构约定偿付标准，并按协议规定对定点医疗机构实际医疗费用低于约定偿付标准的部分进行奖励，费用从医疗保险大病统筹基金中列支。

社区门诊统筹基金有结余的，结余部分按比例奖励给结算医院后，其余部分结转下一年使用。

第七章 监督检查

第八十七条 市社会保险机构应当建立健全医疗保险基金财务制度，并将医疗保险基金收支情况向社会公布。

第八十八条 社会医疗保险基金收支、管理、使用等情况，应纳入市社会保险基金监督委员会的监督范围。市财政、审计部门依法对医疗保险基金收支、结转和管理情况进行定期审计，并将审计结果向市社会保险基金监督委员会通报。

第八十九条 各级卫生行政主管部门、公立医院管理机构应对定点医疗机构实行监督管理，将定点医疗机构执行医疗保险规定的情况纳入医疗机构综合目标管理的考核内容，并纳入其负责人任期目标责任制。

第九十条 市价格管理部门应对定点医疗机构和定点零售药店执行国家、广东省、本市医疗服务和药品价格政策实行监督。

市药品监督管理部门应对定点医疗机构和定点零售药店药品质量等实行监督。

第九十一条 市社会保险机构组织设立社会保险医疗专家咨询委员会。社会保险医疗专家咨询委员会负责开展下列工作：

(一) 为市社会保险行政部门依据本办法制订有关政策提供医疗保险方面的专业意见；

(二) 为市社会保险机构进行医疗保险监督检查提供技术指导，对监督检查中发生的医疗疑难问题提供专家意见；

(三) 为市社会保险机构设立医疗保险门诊大病病种等提供专家意见；

(四) 对参保人医疗保险门诊大病确认提供专家意见；

(五) 对参保人与定点医疗机构因出入院发生的争议提供专家意见，对异常医疗费用进行评估；

(六) 市社会保险机构委托的其他医疗保险工作。

社会保险医疗专家咨询委员会的工作经费列入市社会保险机构部门预算。

第九十二条 市社会保险机构应将参保人医疗保险参保情况和待遇享受情况以社会保险个人权益记录方式定期免费寄送参保人。

参保人与市社会保险机构约定，以登录社会保险个人服务网页、传真、电子邮件、手机短信等形式获取个人权益记录的，市社会保险机构不再另行寄送。

第九十三条 任何单位和个人有权检举、控告定点医疗机构、定点零售药店、参保单位、参保人和市社会保险机构工作人员的违法、违规行为。

举报内容核实后，市社会保险机构从奖励经费中对署名检举人予以奖励，奖励经费纳入市社会保险机构的部门预算。

市社会保险机构对举报的单位和个人信息予以保密。

第九十四条 市社会保险机构应对定点医疗机构、定点零售药店、参保单位、参保人的医疗保险行为实行监督检查，并可聘请机构或医疗保险监督员参与监督。

定点医疗机构和定点零售药店未按规定提供医疗保险有关资料的，市社会保险机构可拒付相应的费用。

市社会保险机构进行检查时，可要求被检查单位提供与缴纳医疗保险费有关的用人情况、工资表、财务报表等资料，可采取记录、录音、录像、照相和复制等方式收集有关资料。

第九十五条 参保人遗失社会保障卡的，应及时向市社会保险机构挂失；参保人申办新卡期间发生的医疗费用由其本人先行支付，在领取新卡后持新卡及病历等相关资料按本办法的相关规定申请报销、补记账或从其个人账户中扣减。

第九十六条 参保人的社会保障卡遗失造成医疗保险统筹基金损失的，市社会保险机构可向医疗机构或冒用人追偿。参保人社会保障卡遗失而未挂失导致其社会保障卡被冒用的，造成的个人账户损失由其本人承担。

第九十七条 参保人对定点医疗机构界定的出院日期有异议的，可向市社会保险机构申请裁定，市社会保险机构应安排社会保险医疗专家咨询委员会提出专家意见，自受理之日起 10 个工作日内确定应出院日期。

第九十八条 市社会保险机构发现社会保障卡使用异常的，为避免医疗保险基金和参保人遭受损失，可暂停该社会保障卡的记账功能，并通知参保人说明情况。社会保障卡暂停记账期间发生的医疗费用由参保人支付，经核查没有违规情形的，市社会

保险机构应当恢复该社会保障卡记账功能并按本办法规定报销暂停期间发生的医疗费用。

第八章 法律责任

第九十九条 用人单位不办理社会保险登记的，由市社会保险行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴社会保险费数额 3 倍的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员分别处以 3000 元罚款。

第一百条 用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费的，职工应当在知道或者应当知道之日起两年内向市社会保险机构投诉、举报。

用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费的，由市社会保险行政部门责令限期改正并补缴应当缴纳的社会医疗保险费；逾期未履行的，处以与欠缴数额等额的罚款。

用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费超过两年未被发现和投诉举报的，市社会保险行政部门不再查处。

第一百零一条 用人单位补缴社会医疗保险费的，自欠缴之日起按日加收万分之五的滞纳金。

用人单位申请补缴两年以外医疗保险费或个人缴费人员申请补缴医疗保险费的，市社会保险机构不予受理。

第一百零二条 用人单位应当参加社会医疗保险而未参加的，其职工发生的医疗费用，由用人单位按照本办法规定的待遇标准支付。

用人单位参加社会医疗保险并补缴应当缴纳的社会医疗保险费、滞纳金后，参保人新发生的医疗费用由医疗保险基金按照本办法的规定支付。

第一百零三条 定点医疗机构、定点零售药店违反与市社会保险机构所签订协议约定的，按协议规定处理。

定点医疗机构和定点零售药店的违约金计入基本医疗保险基金。

第一百零四条 参保人有违反医疗保险规定下列情形之一的，市社会保险机构可暂停其社会保障卡记账功能 3 个月；造成医疗保险基金损失的，暂停记账功能 12 个月。社会保障卡暂停记账期间，参保人发生的医疗费用符合医疗保险基金支付范围的，可申请报销，但医疗保险统筹基金支付的待遇减半支付。

（一）转借社会保障卡供他人使用的；

（二）通过以药易药、以药易物或倒卖药品套取基本医疗保险基金的；

（三）采用多次就医方式获取统筹基金支付的药品超出正常剂量的。

第一百零五条 医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的，由市社会保险行政部门责令退回，并处骗取金额五倍的罚款；属于医疗保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第一百零六条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会医疗保险待遇的，由市社会保险行政部门按第一百零四条规定处理，责令退回，并处骗取金额五倍的罚款；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第一百零七条 单位或个人违反本办法规定的不诚信行为纳入本市信用评价体系。

第一百零八条 市社会保险行政部门、市社会保险机构及其工作人员在社会医疗保险管理、监督工作中不履行职责或不正确履行职责的，依法追究行政责任；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第一百零九条 医疗保险关系行政相对人对市社会保险行政部门、市社会保险机构作出的具体行政行为不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第九章 附 则

第一百一十条 企业可按不超过职工工资总额的4%提取企业补充医疗保险费，用于支付企业补充医疗保险待遇，从职工福利费中列支。

第一百一十一条 离休人员和一至六级残废军人（原二等乙级以上革命伤残军人）的医疗保障办法由市政府另行制定。

第一百一十二条 本市城市化人员以股份合作有限公司作为用人单位参加医疗保险并缴费。

第一百一十三条 参加原养老保险行业统筹的驻深单位中由广东省、北京市社会保险机构按月支付养老保险待遇的退休人员，在退休前已参加本市社会医疗保险的，其基本医疗保险按在本市按月领取养老保险待遇人员的规定办理；需要继续缴纳基本医疗保险费和地方补充医疗保险费的，分别按月以本市上年度在岗职工月平均工资的11.5%和0.2%缴纳，由原用人单位按应缴的年限一次性缴足应缴的医疗保险费。

第一百一十四条 达到法定退休年龄、未在本市领取养老保险待遇的参保人，应按市社会保险机构规定的指纹采集方式提供其本人的指纹，并在以后每年的相应月份内向市社会保险机构提供一次指纹；未按时提供的，市社会保险机构自次月起停止支付医疗保险待遇；补充提供指纹后，市社会保险机构自提供次月起继续支付医疗保险待遇。停止支付期间，参保人发生的医疗费用由其先行支付，补充提供指纹后按有关规定申请报销。

市社会保险机构应妥善保存参保人的指纹资料，不得用于其他用途。

参保人无法提供指纹的，应按市社会保险机构的要求每年提供有效的生存证明材料。

第一百一十五条 家庭病床和老年疾病护理医疗、取消医疗保险药品加成后新增诊查费等费用支出项目，纳入社会医疗保险基金支付范围的，按本市有关规定执行。

第一百一十六条 市社会保险行政部门可依据本办法制订医疗保险配套管理办法。

第一百一十七条 市上年度在岗职工月平均工资以市统计部门公布的数据为准。本办法中所指市上年度在岗职工月平均工资，上半年按上两年度本市在岗职工月平均工资计算，下半年按上年度本市在岗职工月平均工资计算。

第一百一十八条 本办法所称用人单位，是指本市行政区域内机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、个体经济组织。

本办法所称参保单位，是指已参加社会医疗保险的用人单位。

本办法所称参保人，是指已参加社会医疗保险的人员。

本办法所称本市户籍非从业居民，是指满 18 周岁未达到法定退休年龄、未在学校就读且未在用人单位就业的本市户籍人员，达到法定退休年龄但没有按月领取养老保险待遇的本市户籍人员和在本市领取居民养老保险待遇的人员。

第一百一十九条 转业或退伍安置在本市的参保人，其在部队服役期间的军龄或在军队参加医疗保险的年限视为本市基本医疗保险的实际缴费年限。

第一百二十条 本办法所指医疗保险年度为当年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日。

第一百二十一条 在本办法实施前由我市养老保险基金支付医疗保险费的退休人员 and 一次性缴纳医疗保险费的人员，其资金渠道仍按原规定执行。

在本办法实施前已享受按月支付体检补助的人员，由地方补充医疗保险基金继续支付。

参保人在本办法实施前经市社会保险机构核准认定为门诊大病的，其发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用的记账比例仍分别为 90%和 80%。

第一百二十二条 本市生育保险制度实施之前，年满 18 周岁且未达法定退休年龄的基本医疗保险一档、二档参保人按下列规定同时参加生育医疗保险：

(一) 基本医疗保险一档参保人，按其基本医疗保险缴费基数的 0.5%按月缴交生育医疗保险费；

(二) 基本医疗保险二档参保人，按其基本医疗保险缴费基数的 0.2%按月缴交生育医疗保险费。

在职人员的生育医疗保险费用由用人单位缴交，其他人员的缴费渠道和缴费方式分别按其缴交基本医疗保险费的缴费渠道和缴费方式执行。

生育医疗保险参保人符合计划生育政策的，其产前检查、分娩住院、产后访视、计划生育手术的基本医疗费用（不含婴儿费用）仍按原标准由生育医疗保险基金支付，其中产前检查的基本医疗费用自提供计划生育证明之日起由生育医疗保险基金支付。

第一百二十三条 失业人员领取失业保险金期间，因办理领取失业保险金手续中断参保不超过 30 日的，视同参保人仍参加原医疗保险形式并享受相应待遇。

第一百二十四条 本办法自 2014 年 1 月 1 日起施行，2008 年 1 月 30 日制定的《深圳市社会医疗保险办法》（深圳市人民政府令第 180 号）以及《关于印发深圳市非从业居民参加社会医疗保险补充规定的通知》（深府〔2008〕210 号）、《关于将深圳市少年儿童及大学生医疗保险纳入住院医疗保险的通知》（深府〔2010〕126 号）自本办法施行之日起废止。