

(以下附錄節錄自中華人民共和國深圳市人民政府辦公廳的網站，全文可參閱
http://www.sz.gov.cn/zfgb/2023/gb1305/content/post_10865658.html)

附錄

深圳市人民政府令（第 358 号）

《深圳市医疗保障办法》已经 2023 年 9 月 4 日深圳市政府七届 91 次常务会议审议通过，现予公布，自 2023 年 10 月 1 日起施行。

市长 覃伟中
2023 年 9 月 7 日

深圳市医疗保障办法

第一章 总 则

第一条为建立健全医疗保障体系，维护参保人的基本医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条政府建立以基本医疗保险为主体，大病保险为补充，医疗救助为托底的基本医疗保障制度。健全基本医疗保障与商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。

基本医疗保险包括职工基本医疗保险、居民基本医疗保险。

职工基本医疗保险根据缴费及对应待遇分设一档、二档两种形式。

第三条本办法适用于本市行政区域内医疗保险参保筹资、基金管理、待遇保障、就医服务及监督管理等活动。

第四条本市医疗保障制度坚持以人民健康为中心，遵循覆盖全民、权责清晰、保障适度、安全规范、可持续的原则。

第五条市医疗保障行政部门主管本市医疗保障工作，市医疗保障经办机构具体承办医疗保障工作。

市财政、人力资源保障、卫生健康、市场监管、税务等部门根据自身职责，负责有关医疗保障工作。

第六条市医疗保障行政部门可以根据医疗保险基金收支情况，对缴费比例、医疗保障待遇等做相应调整，报市政府批准后实施。

国家和广东省对医疗保险缴费、待遇等另有规定的，从其规定。

第二章 参保筹资

第七条用人单位应当为其本市户籍职工参加职工基本医疗保险一档，为其非本市户籍职工参加职工基本医疗保险一档或者二档。按照国家、广东省有关规定，职工基本医疗保险二档费率逐步向职工基本医疗保险一档过渡。

下列人员按照以下方式参加职工基本医疗保险：

- (一) 灵活就业人员参加职工基本医疗保险一档；
- (二) 领取失业保险金期间的失业人员参加职工基本医疗保险一档；
- (三) 因工致残被鉴定为一至四级伤残并办理伤残退休手续的工伤职工参加职工基本医疗保险一档；
- (四) 领取病残津贴且未在用人单位缴费的人员参加职工基本医疗保险一档或者二档；
- (五) 达到法定退休年龄时确认本市为退休后职工基本医疗保险待遇享受地的人员，按照本市基本医疗保险关系转移接续有关规定参加职工基本医疗保险一档或者二档。

国家、广东省及本市规定的其他单位和人员按照相关规定参加职工基本医疗保险。

第八条职工参加职工基本医疗保险一档的，以缴费基数为基数的 8%按月缴费，其中用人单位缴交 6%，个人缴交 2%。

职工参加职工基本医疗保险二档的，以缴费基数为基数的 2%按月缴费，其中用人单位缴交 1.5%，个人缴交 0.5%。

职工个人缴交部分由用人单位代扣代缴。

用人单位的缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人月工资收入。缴费基数设定上下限，职工本人月工资收入超过本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，按照 300%确定上限；低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按照 60%确定下限。

第九条本办法第七条第二款第一项规定的人员，缴费基数为本人申报的月工资收入，由本人以缴费基数为基数的 8%按月缴纳职工基本医疗保险费。缴费基数设定上下限，本人申报的月工资收入超过本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，按照 300%确定上限；低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按照 60%确定下限。

本办法第七条第二款第二项规定的人员，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，由社会保险机构以缴费基数为基数的 8%为其按月缴纳职工基本医疗保险费，费用从失业保险基金中列支。

本办法第七条第二款第三项规定的人员，以工伤职工伤残津贴为缴费基数，由社会保险机构为其办理参保手续，以缴费基数为基数的 8%按月缴纳职工基本医疗保险费，其中 6%从工伤保险基金中列支，2%由个人缴交，个人缴交部分由社会保险机构从其发放的伤残津贴中代扣代缴。

本办法第七条第二款第四项规定的人员，在本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%至 300%之间选择缴费基数，其中参加职工基本医疗保险一档的，由本人以缴费基数为基数的 8%按月缴纳职工基本医疗保险费；参加职工基本医疗保险二档的，由本人以缴费基数为基数的 2%按月缴纳职工基本医疗保险费。

第十条本办法第七条第二款第五项规定的人员，参加本市职工基本医疗保险的实际缴费年限满 10 年，同时参加职工基本医疗保险累计缴费年限符合广东省基本医疗保险关系转移接续有关规定的，停止缴费并享受职工基本医疗保险待遇。其中，2023 年退休的人员，累计缴费年限应满 24 年；2024 年退休的人员，累计缴费年限应满 25 年。

本市职工基本医疗保险实际缴费年限包含参保人参加职工基本医疗保险一档和二档的年限。按照国家、广东省及本市有关基本医疗保险关系转移接续规定办理转移的市外职工基本医疗保险缴费年限纳入累计缴费年限计算。

参保人退休时缴费年限不符合本条第一款规定，需要继续按月缴纳职工基本医疗保险费的，缴费基数按照广东省基本医疗保险关系转移接续有关规定执行，不得低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%，职工基本医疗保险一档、二档的缴费费率分别为 6%、2%。

参保人已达法定退休年龄的，其退休后职工基本医疗保险待遇享受地的确认按照广东省基本医疗保险关系转移接续有关规定执行。

第十一条 下列人员可以参加居民基本医疗保险：

- (一) 未满 18 周岁的本市户籍居民、在本市中小学校和托幼机构的少年儿童、在本市各类全日制普通高等学校(含民办学校)或者科研院所中接受普通高等学历教育的全日制学生；
- (二) 年满 18 周岁且未参加职工基本医疗保险的本市户籍居民；
- (三) 国家、广东省及本市规定的其他人员。

第十二条 居民基本医疗保险基金筹集实行个人缴费和政府补助相结合。居民基本医疗保险的缴费基数为本市上上年度城镇居民月可支配收入，由参保人以缴费基数的 1.8%按月缴费。其中本办法第十一条第一款第一项规定的人员，个人缴交 0.6%，财政补助 1.2%；本办法第十一条第一款第二项规定的人员，个人缴交 0.7%，财政补助 1.1%。个人缴费标准和政府补助标准不低于国家或者广东省规定。

本办法第十一条第一款第一项规定的人员，应当在每年 9 月办理居民基本医疗保险参保手续，并一次性缴纳当年 9 月至次年 8 月的居民基本医疗保险费；其他月份办理参保手续的，应当从申请之日起一次性缴纳剩余月份的居民基本医疗保险费。学生、少年儿童由所在学校、科研院所或者托幼机构统一办理参保等手续。

第十三条 符合规定的本市医疗救助对象参加基本医疗保险的，其个人缴交部分由市医疗保障经办机构按照有关规定给予财政补贴。

本市户籍一至四级残疾居民参加居民基本医疗保险的，其个人缴交部分由市残联按照有关规定给予补贴。

第十四条 参加职工基本医疗保险、居民基本医疗保险的人员在享受基本医疗保险待遇的基础上享受大病保险待遇，参保单位和参保人无需另行缴费。

第十五条 用人单位和个人缴费人员应当依照有关规定办理社会保险登记、变更、注销等手续。

第十六条 用人单位按照本办法为职工选择参加的职工基本医疗保险形式，在一个医疗保险年度内不得变更。

第十七条 基本医疗保险参保人在本办法实施前参加基本医疗保险一档的参保年限视同职工基本医疗保险一档的参保年限；基本医疗保险参保人在本办法实施前参加基本医疗保险二档、基本医疗保险三档的参保年限视同职工基本医疗保险二档的参保年限。

本办法实施前未满 18 周岁的本市户籍居民、在本市中小学校和托幼机构的少年儿童、在本市各类全日制普通高等学校（含民办学校）或者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的参保年限视同居民基本医疗保险参保年限。

第十八条 居民基本医疗保险参保人在待遇享受期内，实现就业后或者以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险的，其居民基本医疗保险关系中止，已缴纳的居民基本医疗保险费不予退还。

第十九条 参保人基本医疗保险关系转移接续按照国家、广东省及本市有关规定执行。

第二十条 按照国家规定在其他地区参加基本医疗保险的，不得同时参加本市职工基本医疗保险或者居民基本医疗保险，不得重复享受职工基本医疗保险或者居民基本医疗保险待遇。

第三章 基金管理

第二十一条 基本医疗保险基金包含职工基本医疗保险基金和居民基本医疗保险基金，其中参保单位和参保人缴交的职工基本医疗保险费进入职工基本医疗保险基金；居民基本医疗保险费进入居民基本医疗保险基金。

职工基本医疗保险基金由职工基本医疗保险统筹基金和个人账户组成；居民基本医疗保险基金设居民基本医疗保险统筹基金，不设个人账户。

基本医疗保险统筹基金包含职工基本医疗保险统筹基金和居民基本医疗保险统筹基金。

第二十二条 参保人发生的符合基本医疗保险药品、诊疗项目和医用耗材目录的医疗费用（以下简称基本医疗费用），按照本办法规定从基本医疗保险基金中支付。

第二十三条 基本医疗保险基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，分账核算，专款专用，不得相互挤占和调剂。

第二十四条 基本医疗保险基金收支管理遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第二十五条 基本医疗保险基金来源为：

- （一）基本医疗保险费收入；
- （二）财政补贴收入；
- （三）利息收入；
- （四）转移收入；
- （五）上级补助收入；
- （六）其他收入。

第二十六条 参保人个人账户上的结余按照国家有关规定计算利息并计入个人账户。

第二十七条 市医疗保障经办机构为职工基本医疗保险一档参保人建立个人账户，个人账户的计入标准按照国家、广东省有关规定执行，其中停止缴费并享受职工基本医疗保险一档待遇的退休人员，个人账户由职工基本医疗保险统筹基金划入。

第四章 医疗保障待遇

第二十八条 参保人自办理参保手续并足额缴纳基本医疗保险费次月 1 日起享受本办法规定的医疗保险待遇。

本办法第十一条第一款第一项规定的人员一次性缴纳当年 9 月至次年 8 月的居民基本医疗保险费的，自当年 10 月至次年 9 月享受居民基本医疗保险待遇。

本市户籍新生儿出生后 6 个月内办理居民基本医疗保险参保手续的，可以从出生之月起缴费。从出生之月起缴费的，自出生之日起享受本办法规定的居民基本医疗保险待遇。

参保人中断缴交基本医疗保险费的，自中断缴交的次月 1 日起，停止享受基本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以继续使用。

第二十九条 基本医疗保险药品、诊疗项目、医用耗材目录和支付标准按照国家、广东省及本市有关规定执行，大病保险参照基本医疗保险规定的费用范围执行。

参保人使用国家、广东省规定需先行自付的基本医疗保险乙类药品及诊疗项目的，应当由个人先行自付 1% 的费用。

参保人在定点医疗机构门诊就医发生的国家谈判药品费用由基本医疗保险统筹基金按规定支付，不纳入第三十一条、第三十四条第四款的年度支付限额计算。

第三十条职工基本医疗保险参保人、居民基本医疗保险参保人在选定的普通门诊统筹定点医疗机构就医发生的普通门诊基本医疗费用，除本办法第三十二条、第三十三条规定外，由基本医疗保险统筹基金按照一级以下医疗机构 75%、二级医院 65%、三级医院 55% 的比例支付。退休人员、年满 60 周岁及以上的居民基本医疗保险参保人的支付比例相应提高 5 个百分点。

除急诊抢救需要外，参保人未经转诊到非选定的普通门诊统筹定点医疗机构发生的门诊基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付，可由参保人的个人账户支付。

第三十一条在一个医疗保险年度内，参保人在选定的市内普通门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金支付限额按照下列规定执行：

（一）职工基本医疗保险一档参保人支付限额最高不超过本市上上年度在岗职工年平均工资的 6%（退休人员为 7%），其中在二级以上医院、专科医院的支付限额最高不超过本市上上年度在岗职工年平均工资的 3%（退休人员为 3.5%）；

（二）职工基本医疗保险二档参保人、居民基本医疗保险参保人支付限额最高不超过本市上上年度在岗职工年平均工资的 1.5%。

第三十二条参保人在市内定点医疗机构门诊发生的基本医疗费用为诊查费的，由基本医疗保险统筹基金按照一级以下医疗机构 80%、二级医院 70%、三级医院 60% 的比例支付。门诊诊查费待遇与其他由基本医疗保险统筹基金支付的门诊基本医疗费用待遇不重复享受。

第三十三条职工基本医疗保险一档参保人在市内定点医疗机构门诊发生的大型医疗设备检查费用和治疗所发生的基本医疗费用，由职工基本医疗保险统筹基金按照 80% 的比例支付，与其他由职工基本医疗保险统筹基金支付的门诊基本医疗费用待遇不重复享受。门诊大型医疗设备检查和治疗项目范围由市医疗保障行政部门另行制定。

第三十四条参保人已认定门诊特定病种（以下简称门特病种）的，待遇享受期内在选定医疗机构发生的门特病种基本医疗费用由基本医疗保险统筹基金按照规定支付。门特病种分为一类门特病种、二类门特病种。

参保人发生的一类门特病种基本医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按照下列规定支付：

- （一）连续参保时间未满 12 个月的，支付比例为 60%；
- （二）连续参保时间满 12 个月未满 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%。

参保人发生的二类门特病种基本医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按照下列规定支付：

（一）高血压、糖尿病药品门诊费用支付比例按第三十条规定执行；但参保人在市内定点社康机构接受慢病健康管理服务，由签约家庭医生开具处方的高血压、糖尿病药品费用，支付比例为 90%；

（二）其他二类门特病种的基本医疗费用，职工基本医疗保险一档参保人支付比例为

80%；职工基本医疗保险二档、居民基本医疗保险参保人支付比例不低于 60%。

门特病种范围按照广东省规定执行。门特病种分类、待遇享受期以及年度支付限额等，由市医疗保障行政部门另行制定。

第三十五条参保人个人账户可以用于支付本人及其配偶、父母、子女的符合国家、广东省及本市规定的费用。

第三十六条参保人在市内定点医疗机构住院发生的基本医疗费用，未超过起付线的由参保人支付；超过起付线的部分，由基本医疗保险统筹基金按照本办法及配套规定支付。

住院起付线按照医院级别设定，其中一级以下医院为 200 元，二级医院为 400 元，三级医院为 600 元。

参保人在一个医疗保险年度内二次及以上住院的，住院起付线分别为：一级以下医院为 100 元，二级医院为 200 元，三级医院为 300 元。

参保人异地住院起付线与本市标准一致。

第三十七条参保人在市内定点医疗机构住院发生的基本医疗费用起付线以上部分，由基本医疗保险统筹基金按照下列规定支付：

（一）职工基本医疗保险一档参保人，在一级以下医院支付比例为 94%，二级医院支付比例为 92%，三级医院支付比例为 90%；退休人员支付比例为 95%；

（二）职工基本医疗保险二档参保人，在一级以下医院支付比例为 92%，二级医院支付比例为 91%，三级医院支付比例为 90%；退休人员支付比例为 95%；

（三）居民基本医疗保险参保人，在一级以下医院支付比例为 92%，二级医院支付比例为 91%，三级医院支付比例为 90%；年满 60 周岁及以上的人员，支付比例为 95%。

第三十八条参保人发生的本办法第二十九条第三款、第三十二条、第三十三条、第三十四条、第三十七条的基本医疗费用，在一个医疗保险年度内，基本医疗保险统筹基金累计支付限额根据参保人连续参加基本医疗保险的时间按照下列标准执行：

（一）连续参保时间不满 6 个月的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 1 倍；

（二）连续参保时间满 6 个月不满 12 个月的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 2 倍；

（三）连续参保时间满 12 个月不满 24 个月的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 3 倍；

（四）连续参保时间满 24 个月不满 36 个月的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 4 倍；

（五）连续参保时间满 36 个月不满 72 个月的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 5 倍；

（六）连续参保时间满 72 个月以上的，为本市上上年度在岗职工年平均工资的 6 倍。

第三十九条本办法规定的连续参保时间是指参保人在本市实际缴纳基本医疗保险费的连续时间。参保人在一个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，中断前后的连续参保时间合并计算；超过 3 个月的，连续参保时间重新计算。

参保人一次性缴交基本医疗保险费的，自缴交月的次月 1 日起逐月计算连续参保时间。

参保人在职工基本医疗保险和居民基本医疗保险之间转换，中断参保不超过 3 个月的，连续参保时间合并计算。

第四十条 参保人按照规定办理异地就医备案手续后，可以享受异地就医直接结算服务，并按照下列规定享受待遇：

（一）参保人已按国家、广东省及本市规定办理长期异地就医备案或者市外转诊手续的，在市外联网定点医疗机构直接结算的基本医疗费用支付比例，执行市内就医支付比例；

（二）参保人在异地急诊抢救的，在市外联网定点医疗机构直接结算的基本医疗费用支付比例按照市内就医支付比例的 90% 支付；

（三）其他临时外出就医的参保人，在市外联网定点医疗机构直接结算的基本医疗费用按照市内就医支付比例的 80% 支付，其中在省内异地联网定点医疗机构直接结算的住院基本医疗费用按照市内就医支付比例的 90% 支付。

参保人异地就医基本医疗费用因故无法直接结算的，可以将参保人符合本市规定的相关医疗费用向市医疗保障经办机构申请医疗费用报销，具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第四十一条 同一医疗保险年度内，基本医疗保险统筹基金对参保人在市内、市外定点医疗机构发生的基本医疗费用支付限额，不得超过市内相应的年度最高支付限额。

第四十二条 参保人住院医疗费用按照入院时医疗保险形式的待遇标准执行。

第四十三条 参保人发生的下列医疗费用，纳入大病保险待遇享受范围：

（一）基本医疗保险统筹基金按照本办法规定支付的住院及门特病种基本医疗费用，超过基本医疗保险统筹基金年度支付限额以及门特病种支付限额的部分；

（二）参保人发生的住院及门特病种基本医疗费用中属于个人自付的基本医疗费用，但第四十条第一款第二项、第三项基本医疗保险支付比例的降低部分除外；

（三）参保人在定点医疗机构门诊就医发生的国家谈判药品费用中属于个人自付的基本医疗费用；

（四）住院起付线以下费用；

（五）国家、广东省及本市规定的其他费用。

大病保险待遇支出从基本医疗保险统筹基金中列支。

第四十四条 参保人发生的符合本办法第四十三条规定的医疗费用，在一个医疗保险年度内，累计 1 万元以上 3 万元以下部分由基本医疗保险统筹基金支付 70%；累计 3 万元以上部分由基本医疗保险统筹基金支付 80%。

第四十五条 在一个医疗保险年度内，大病保险支付限额根据参保人连续参加基本医疗保险的时间按照下列标准执行：

（一）连续参保时间不满 6 个月的，为 5 万元；

（二）连续参保时间满 6 个月不满 12 个月的，为 10 万元；

（三）连续参保时间满 12 个月不满 24 个月的，为 15 万元；

（四）连续参保时间满 24 个月不满 36 个月的，为 20 万元；

（五）连续参保时间满 36 个月不满 72 个月的，为 50 万元；

（六）连续参保时间满 72 个月以上的，为 100 万元。

第四十六条 符合本市医疗救助范围的参保人发生本办法第四十三条规定的基本医疗费用，在一个医疗保险年度内，累计 2000 元以上 3 万元以下部分由基本医疗保险统筹基金支付 80%；累计 3 万元以上部分由基本医疗保险统筹基金支付 90%；不设年度最高支付限额。

第四十七条 参保人的下列医疗费用，不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三人负担的；
- (三) 应当由公共卫生负担的；
- (四) 在境外就医的；
- (五) 国家、广东省规定的其他不予支付的费用。

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，参保人可以按照国家有关规定向市医疗保障经办机构申请先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，市医疗保障经办机构有权向第三人追偿。

第五章 就医与服务管理

第四十八条 参保人普通门诊、门特病种就医的，按照规定选定定点医疗机构并享受本办法规定的医疗保险待遇。选定就医的具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第四十九条 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人用药需求等制定定点医疗机构和定点零售药店管理制度，并对定点医疗机构、定点零售药店进行监督管理。

市医疗保障经办机构负责确定定点医疗机构和定点零售药店，并与定点医疗机构和定点零售药店签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

第五十条 定点医疗机构和定点零售药店应当严格执行政府有关医疗服务收费标准和药品、医用耗材等价格政策规定，并将相关信息予以公布。

定点医疗机构应当向参保人提供门诊收费明细清单或者住院每日收费明细清单等单据。

定点医疗机构、定点零售药店应当加强内部管理，依据国家和广东省有关医疗保障定点机构管理的规定以及医保协议，为参保人提供必要合理的服务，接受并配合监督。

第五十一条 市医疗保障行政部门按照国家深化医疗保障改革的有关要求，推进医保支付方式改革，按照总额预算、结余留用、合理超支分担的原则，采取门诊以按人头付费为主，住院以按病种为主的复合式支付制度，实行年初预付、按月支付、年终清算的结算方式。费用结算的具体管理办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第五十二条 本市公立定点医疗机构应当根据实际需求，按照质量优先、价格合理、供应及时、服务高效的原则自主选择符合规定的交易平台采购药品、医用耗材。

鼓励非公立定点医疗机构、定点零售药店通过符合规定的交易平台采购药品、医用耗材。

第五十三条 本市公立定点医疗机构应当履行药品、医用耗材采购主体责任，按要求落实国家、广东省及本市药品和医用耗材采购管理规定。

第五十四条 定点医疗机构、定点零售药店应当按照有关规定要求配合做好医药价格监测管理工作，及时全面准确提供医药价格监测有关数据信息。

第五十五条 参保人医保电子凭证、社会保障卡或者居民身份证等医保就医身份证明因保管不当被冒用的，造成的个人账户损失由其本人承担。

第六章 监督管理

第五十六条 市医疗保障经办机构应当建立健全基本医疗保险基金财务制度，定期向社

会公布基本医疗保险基金收支结余情况。

第五十七条市、区卫生健康部门应当对定点医疗机构实行监督管理，规范定点医疗机构开展医疗服务的资质条件、诊疗行为，将公立医疗机构执行医疗保障规定的情况纳入公立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。

市、区卫生健康部门对医疗机构及医疗卫生人员的监督情况，应当作为医疗机构医疗保险定点协议管理的重要依据。

第五十八条市市场监管部门应当对定点医疗机构和定点零售药店执行国家、广东省及本市医疗服务价格和药品、医用耗材等价格政策进行监督检查，加强定点零售药店执业药师管理与药品、医用耗材流通监管，规范药品、医用耗材经营行为。

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监督。

第五十九条市医疗保障经办机构应当及时、完整、准确地记录参保人参加医疗保险缴费、待遇享受等权益记录，依法提供个人权益查询等服务。

第六十条市医疗保障行政部门对定点医疗机构、定点零售药店实施监督检查，有权运用信息技术手段对使用医疗保险基金情况开展实时监测，查阅、记录、复制相关信息系统数据；有权询问与调查事项有关的单位和个人，要求其就与调查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料。

第六十一条市医疗保障经办机构按照医保协议和经办规程对定点医疗机构和定点零售药店进行核查。

定点医疗机构和定点零售药店应当按照规定提供医疗保险有关资料；未提供相应资料的，市医疗保障经办机构可以拒付相应的费用。

第六十二条市医疗保障行政部门发现参保人医保记账异常的，可以采用电话或者书面方式通知参保人说明情况；采用上述方式两个工作日内无法取得联系的，可以暂停该参保人医疗费用联网结算。暂停联网结算期间参保人发生的医疗费用，由其个人全额垫付。

市医疗保障行政部门与参保人取得联系后，经调查不存在违法违规情形的，市医疗保障行政部门应当恢复医疗费用记账，并由市医疗保障经办机构按照本办法规定报销暂停期间发生的医疗费用；经调查存在违法违规情形的，由市医疗保障行政部门按照有关规定处理。

第六十三条任何组织和个人有权对侵害医疗保险基金的违法违规行为进行举报、投诉。

市医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密。对查证属实的举报，按照本市有关规定给予举报人奖励。奖励经费纳入市医疗保障行政部门预算。

第七章 法律责任

第六十四条用人单位不办理基本医疗保险参保登记，或者未按照本办法规定按时足额缴纳基本医疗保险费的，依照《中华人民共和国社会保险法》等法律法规的规定处理。

第六十五条用人单位未按照规定为职工办理医疗保险参保登记或者未按时足额缴纳医疗保险费，造成职工不能享受或者不能足额享受医疗保险待遇的，由用人单位按照本办法规定的医疗保险待遇标准支付相关费用。

第六十六条个人缴费人员未按时足额缴纳基本医疗保险费的，不予补缴。

第六十七条定点医疗机构、定点零售药店违反与市医疗保障经办机构签订的医保协议，

由市医疗保障经办机构按照医保协议规定处理；违反国家、广东省和本市有关规定的，由市医疗保障行政部门按照有关规定处理。

第六十八条市医疗保障行政部门应当依法依规建立健全医疗保障信用评价体系，根据信用评价等级分级分类管理。单位或个人违反医疗保障法律法规的不良信用信息纳入本市信用评价体系。

第六十九条市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构、基本医疗保险费征收机构及其工作人员在医疗保障工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第七十条用人单位或者个人对医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构、基本医疗保险费征收机构作出的行政行为不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

定点医疗机构、定点零售药店认为医疗保障经办机构违反医保协议的，可以自行协商解决或者请求医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或者行政诉讼。

第八章 附 则

第七十一条企业可以按照不超过职工工资总额的4%从职工福利费中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。

第七十二条医疗救助对象的医疗保障规定，由市医疗保障行政部门会同相关部门另行制定。

第七十三条本市城市化人员以股份合作公司作为用人单位参加职工基本医疗保险并缴费。

第七十四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，确认本市为退休后职工基本医疗保险待遇享受地且缴费年限不足需要继续缴费的，由原用人单位按照本办法规定一次性缴足规定的年限。

第七十五条本办法实施前一次性缴纳医疗保险费且划入个人账户的人员，其个人账户划入按照原规定执行，不低于退休人员的个人账户划入标准。缴费年限期满后，继续享受职工基本医疗保险一档退休人员待遇，个人账户的计入标准按照广东省相关规定执行，费用从职工基本医疗保险统筹基金中支出。

第七十六条退役军人医疗保险年限认定按照国家、广东省及本市有关规定执行，服现役年限视为本市职工基本医疗保险一档的实际缴费年限。退役军人在移交本市接收后当月参保缴费的，自缴费当月起享受本办法规定的医疗保险待遇。

第七十七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。

第七十八条2022年12月1日以后退休的职工基本医疗保险参保人，缴费年限不足并继续缴纳职工基本医疗保险一档医疗保险费的，缴费标准按照本办法第十条第三款规定执行。

第七十九条用人单位及其职工未按照规定缴纳医疗保险费，超出《劳动保障监察条例》规定的违法行为查处期限的，可以申请补缴医疗保险费。补缴的医疗保险费按照规定计入职工基本医疗保险统筹基金和个人账户。未按照规定参加医疗保险的，按照职工基本医疗保险一档执行。

第八十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、企业、社会团体、基金会、社会服务机构、个体经济组织。

本办法所称参保单位，是指已参加本市基本医疗保险的用人单位。

本办法所称参保人，是指已参加本市基本医疗保险的人员。

本办法所称灵活就业人员，是指在法定劳动年龄内且就业地在本市的以下人员：无雇工个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员，依托电子商务、网约车、网络送餐、快递物流等新业态平台实现就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新形态从业人员，以及国家、广东省规定的其他灵活就业人员。

本办法所称退休人员，是指达到法定退休年龄停止缴费并享受我市职工基本医疗保险待遇的人员，以及 2022 年 12 月 1 日前已享受职工养老保险待遇或者领取退休金仍在继续缴纳我市职工基本医疗保险费的人员。

本办法所称市内定点医疗机构，是指自愿与市医疗保障经办机构签订医保协议，为参保人提供医疗服务的医疗机构。

本办法所称定点零售药店，是指自愿与市医疗保障经办机构签订医保协议，为参保人提供药品服务的实体零售药店。

本办法所称基本医疗保险费征收机构，是指按照国家、广东省以及本市有关文件规定的基本医疗保险费征缴模式，承担基本医疗保险费的缴费核定和征缴等征收工作的部门、机构的统称。

第八十一条职工基本医疗保险参保人按照《广东省职工生育保险规定》参加生育保险并享受待遇，生育保险费按照下列规定缴纳：

（一）在职职工的生育保险费由用人单位按月缴纳，缴费基数为本单位职工基本医疗保险的缴费基数，缴费比例为 0.5%；

（二）领取失业保险金期间的失业人员以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，缴费比例为 0.5%，从失业保险基金中列支。

职工生育保险待遇由职工基本医疗保险统筹基金支付。

第八十二条居民基本医疗保险参保人发生的生育医疗费用，参照《广东省职工生育保险规定》相关规定及标准享受待遇，费用由居民基本医疗保险统筹基金支付。

第八十三条港澳台人员按照国家、广东省和本市的有关规定参加基本医疗保险。

第八十四条本办法所称的医疗保险年度，是指每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第八十五条本办法自 2023 年 10 月 1 日起施行，《深圳市社会医疗保险办法》（深圳市人民政府令第 256 号）同时废止。