

“社会医疗保险”（简称“医疗保险”或“医保”）是“社会保障体系”的重要组成部分，能够为“参保人”的基本医疗需求提供相应的保障，即“参保人”可以根据“参保”情况和“就医”情况享受“医保待遇”-----通常称为“报销”。



如何“参保”？

如何“缴费”？

如何“报销”？

“一档”、“二档”、“三档”三种参保形式有何区别？

就让我们带着这些疑问，来全面地了解一下“深圳医保”吧。



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（简称“**基本医疗保险费用**”）由“**基本医疗保险基金**”按本规定支付；属于“**地方补充医疗保险**”支付范围的（简称“**地方补充医疗费用**”）由“**地方补充医疗保险基金**”按规定支付。



## 1、“一档”

缴费基数：职工月工资总额。最高为深圳市上年度在岗职工月平均工资的3倍，最

低为深圳市上年度在岗职工月平均工资60%

缴费比例：8.2%，其中用人单位缴交比例为6.2%（“基本医疗保险”→6%+“地方补充医疗保险”→0.2%），个人缴交比例为2%



### 3、“三档”

缴费基数：深圳市上年度在岗职工月平均工资

缴费比例：0.55%，其中用人单位缴交比例0.45%（“基本医疗保险”→0.4%+“地方补充医疗保险”→0.05%），个人比例为0.1%

非在岗人员“三档”及“综合”						
类别	参保形式	缴费基数	“基本医疗保险”缴费比例		“地方补充医疗保险”	备注
“本市户籍”非深圳户籍的机关事业单位 本市中小学和托幼机构在编且其父母一方正在参加本市社会保险并满16年以上的“本市户籍”少年儿童 在本市各类全日制普通高等院校（含民办学校）或经教育行政部门批准接受普通高等学历教育的全日制学生	二档	本市上年度在岗职工月平均工资	6.7%		0.1%	√
达到“法定退休年龄”且持有本市户籍年满16周岁的非本地居民	一档	本市上年度在岗职工月平均工资的40%至300%之间且缴费基数	男性满60周岁、女性满55周岁的	0.4%	0.2%	√
	二档		男性满60周岁、女性满55周岁的	11.0%		√
达到“法定退休年龄”且持有本市户籍有按月领取职工基本养老保险待遇的人员	一档	本市上年度在岗职工月平均工资	11.0%		0.2%	√
享受“最低生活保障待遇”的本市户籍非本地居民	一档	由民政部门统一办理参保手续并为其缴纳医疗保险费			0.2%	具体办法由市政府另行制定
本市户籍一至四级“残疾人”	一档	民政部门统一办理参保手续并为其缴纳医疗保险费			0.2%	
解除劳动关系期间的“失业人员”	二档	本市上年度在岗职工月平均工资	6.7%		0.1%	费用从失业保险基金列支
在本市按月领取“职工基本养老保险待遇”的人员	一档	其他本市失业保险待遇	11.0%		0.2%	√
	二档	本市上年度在岗职工月平均工资	6.7%		0.1%	√

如参保人满足“缴费年限”的相关规定，可以“停止缴费”并继续“享受基本医疗保险待遇”。



●在本市按月领取职工“养老保险待遇”或“退休金”的人员，如不满足“停止缴费并继续享受医疗保险待遇”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。

●在本市按月领取职工养老保险待遇或退休金的人员，如参加“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。

非深户籍灵活就业人员“参保”及“缴费”					
缴费险种	缴费基数	缴费比例	享受待遇	参保人群	参保方法
基本医疗保险一档	以个人申报的“灵活就业人员”为缴费基数，“缴费上下限”为本市上年度在岗职工月平均工资60%-300%	5%	按规定享受基本医疗保险一档待遇，同时享受职工“生育保险费用”待遇。	1. 无雇工的个体工商户； 2. 未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员； 3. 依托电子商务、网络约车、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型就业形态从业人员。	方法一 1. 登录深圳市医疗保障局官网，选择“个人网上缴费系统”实名注册后申报。 2. 找到“在线办理”-“个人参保管理”-灵活就业人员参保登记。 3. 阅读《深圳市个人参保登记缴费协议》，并点击“同意”。
地方补充医疗保险	与基本医疗保险一档“缴费比例”一致	0.2%	【注意】无需缴纳生育保险费，同时也不享受“生育保险”待遇。		方法二 携带以下材料前往社保经办机构申请： 1. 《深圳市社会综合个人参保登记/变更申请表》 2. 本人居民身份证原件

基本医疗保险“一档”入账规则			
分类	计入个人账户	计入大病统筹基金	备注
按8%缴交基本医疗保险费	按缴费基数的5%按月计入	缴费基数的3%计入	\
	年满45周岁的，按缴费基数的5.6%按月计入	缴费基数的2.4%计入	\
按11.5%缴交基本医疗保险费	按缴费基数的8.05%计入	缴费基数的3.45%计入	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

## (二) 基本医疗保险“二档”、“三档”如何入账

04

## 四、如何享受“深圳医保待遇”（或“报销”）

### (一) 可享受“深圳医保待遇”的条件

#### 1、可享受“深圳医保待遇”的“就医” & “市内转诊”

可享受“深圳医保待遇”的“市外转诊”	
可以“市外转诊”的情形	“市外转诊”的程序
所患病种属于市社会保险行政部门公布的“ <b>转诊疾病种类</b> ”	(一) 填写“ <b>市外转诊</b> ”申请表； (二) 收诊医院主诊医生或科主任“ <b>出具意见</b> ”； (三) 医院的医疗保险工作机构“ <b>审核并加盖医院公章</b> ” * 转出的定点医疗机构应同时将“ <b>转诊信息</b> ”报市社会保险机构“ <b>备案</b> ”。 参保人转往“ <b>本市定点</b> ”的市外医疗机构就医的，可凭“ <b>转诊申请表</b> ”办理“ <b>记账</b> ”；转往市外“ <b>其他医疗机构</b> ”发生的医疗费用由其“ <b>本人先行支付</b> ”后，向市社会保险机构“ <b>申请审核报销</b> ”。
经本市“ <b>市属三级医院</b> ”或“ <b>市级专科医院</b> ”检查会诊仍未能确诊的“ <b>疑难病症</b> ”	
属于本市“ <b>市属三级医院</b> ”或“ <b>市级专科医院</b> ”目前无设备或技术诊治的“ <b>危重病人</b> ” *	
接受转诊的医疗机构应当是转出医疗机构“ <b>同级或以上</b> ”的当地医疗保险“ <b>定点医疗机构</b> ”；	

## (二) “深圳医保待遇”的具体内容

### 1、“一档”参保人“门诊就医”可享受的“深圳医保待遇”

基本医疗保险“二档”、“三档”参保人“选定社康中心”就医可享受的“深圳医保待遇”		
医疗费用类别	“社区门诊统筹基金”支付比例	备注
属于基本医疗保险药品目录中甲类药品	80%	1. 参保人因“ <b>病情需要</b> ”经“ <b>结算医院同意</b> ”转诊到其他医疗机构发生的“ <b>门诊医疗费用</b> ”，或因工外出、出差在“ <b>非结算医院</b> ”发生的“ <b>急诊抢救</b> ”门诊医疗费用，由“ <b>社区门诊统筹基金</b> ”按前款规定支付标准的“ <b>90%报销</b> ”； 其他情形在“ <b>非结算医院</b> ”发生的“ <b>门诊医疗费用</b> ”社区门诊统筹基金“ <b>不予报销</b> ”。 2. “ <b>社区门诊统筹基金</b> ”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“ <b>门诊医疗费用</b> ”，总额最高不得超过“ <b>1000元</b> ”。
属于基本医疗保险药品目录中乙类药品的	60%	

### 3、“大病门诊”可享受的“深圳医保待遇”

“住院就医”可享受的“深圳医保待遇”			
类别	“保险基金”支付比例	备注	
参保人已在本市按月“领取职工养老保险待遇”	95%	参保人住院发生的“基本医疗费用”和“地方补充医疗费用”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”按比例支付。	
参保人按11.5%缴交基本医疗保险费的			
基本医疗保险一档参保人按6%缴交基本医疗保险费的	90%	“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。	
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			
基本医疗保险三档参保人	市内一级医院	85%	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%。
	市内二级医院	80%	
	市内三级医院	75%	
	市外医院	70%	
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”	国产材料	90%	由基本医疗保险“大病统筹基金”按规定支付，但最高支付金额不超过市社会保险行政部门公布的“药品价格”

※住院就医“起付线”的规定

“每个医疗保险年度”医疗保险统筹基金的“支付限额”		
参保人“连续参保时间”	支付限额	备注
不满6个月	本市上年度在岗职工平均工资的1倍	“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；“累计中断参保”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。
满6个月不满12个月	本市上年度在岗职工平均工资的2倍	
满12个月不满24个月	本市上年度在岗职工平均工资的3倍	
满24个月不满36个月	本市上年度在岗职工平均工资的4倍	

6、“每个医疗保险年度”地方补充医疗保险基金的“支付限额”

## 五、总结

### (一) 深圳医保的“一档”、“二档”、“三档”的其他区别

我们在前面已经从“参保”、“缴费”、“就医”等方面分别进行了对比。其实，“一档”参保人还有两项涉及“个人账户”的权益，是“二档”、“三档”参保人所不具备的（因为“二档”、“三档”参保类型不设“个人账户”），具体情况如下：



3.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  
;



4.国家、广东省及本市规定的其他医疗费用。

---

## (二)了解自己的“参保情况”

信息量比较大，是不是有点犯糊涂？没关系，我们可以稍作休息，先来了解一下自己的参保情况。根据前面我们整理的内容，看下自己属于哪种参保类型？连续参保时间有多长？如果属于“二档”或“三档”，查看一下是否已经绑定了社康中心？因为“二档”、“三档”参保人，“门诊”只有在“选定的社康中心”就医，才能享受相应的“医保待遇”（“报销”）。因此，一定要确认是否已经绑定了合适的“社康中心”，以方便就医。（注：每月缴费到账前申请绑定或更改绑定，次月生效。缴费到账后申请的视同次月申请）

参保情况查询方法：在手机上下载“i深圳”APP，登录并进行“实名认证”，然后在首页搜索“社保”，即可查看“社保基本信息”、“社保缴费明细”等详细信息。



### 【注意】

“连续参保时间”会影响“医保待遇”（比如“支付限额”）。

一个医保年度内累计断缴时间超过3个月，重新缴纳后，不能合并之前的年限，只能重新开始计算年限。



### 【声明】

以上内容虽然代表本人观点，但并非正式的法律意见或建议。本文系原创文章，如需转载，请注明作者及来源。部分图片来自网络，如有侵权，请联系删除。

原文出自：微信公众号【法律知否】