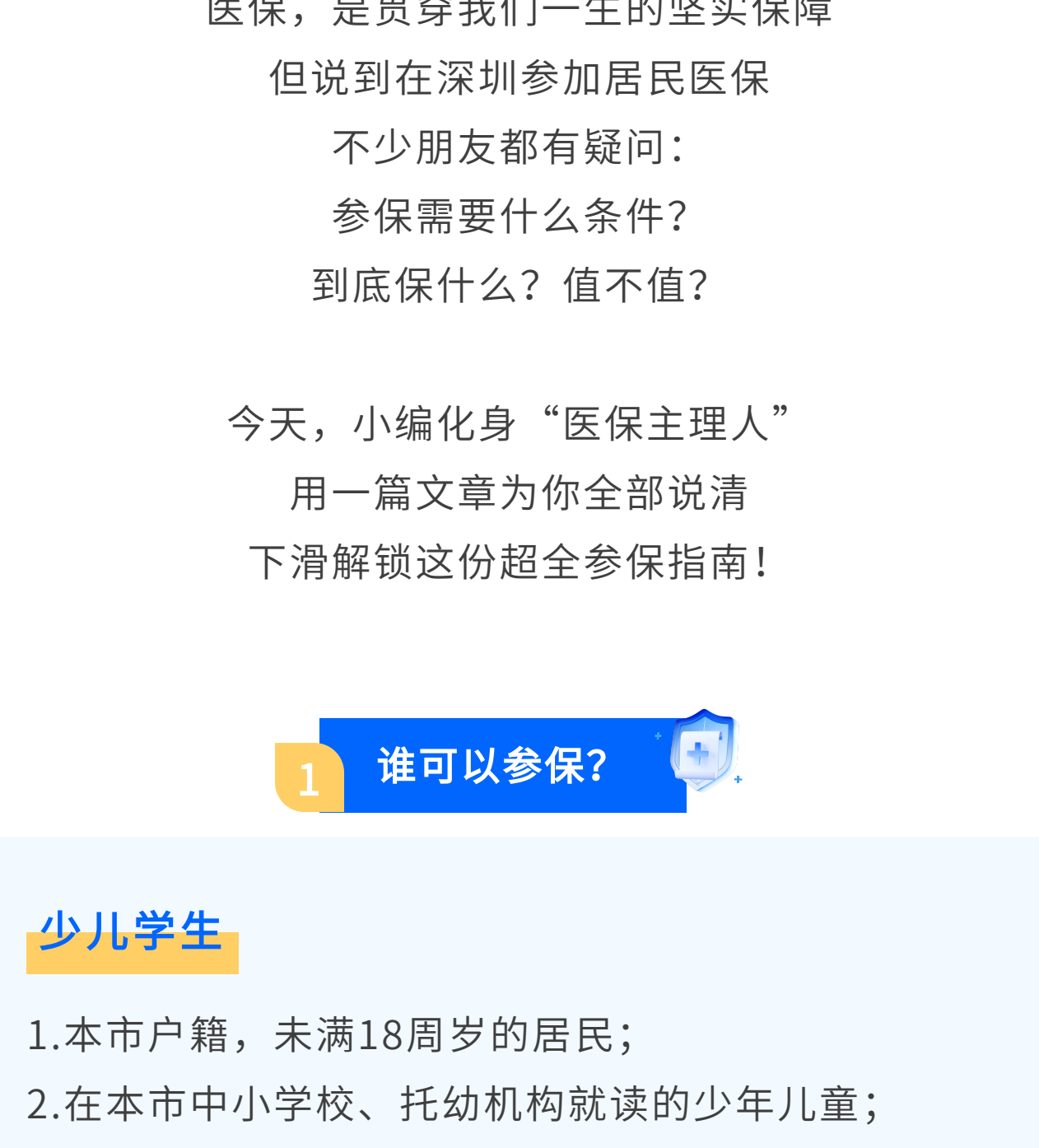


深圳居民医保参保指南来了！缴费标准、待遇明细全解读！



医保，是贯穿我们一生的坚实保障
但说到在深圳参加居民医保
不少朋友都有疑问：
参保需要什么条件？
到底保什么？值不值？

今天，小编化身“医保主理人”
用一篇文章为你全部说清
下滑解锁这份超全参保指南！

1 谁可以参保？

少儿学生

- 1.本市户籍，未满18周岁的居民；
- 2.在本市中小学校、托幼机构就读的少年儿童；
- 3.在本市全日制普通高等学校（包括民办学校）或科研院所接受普通高等学历教育的全日制学生；
- 4.在本市居住未入园在校且未参加其他地区基本医疗保险的非深户籍学龄前（7周岁以下）儿童，其父母一方需满足以下条件之一：①持有效深圳经济特区居住证；②持有我市签发的有效港澳台居民居住证；③为深圳户籍居民。

成人居民

- 1.年满18周岁且未参加职工基本医疗保险的本市户籍居民；
- 2.国家、广东省及本市规定的其他人员。

2 缴费标准是多少？

居民医保基金筹集实行个人缴费和政府补助相结合，
缴费基数为本市上上年度城镇居民月可支配收入。

少儿学生

- 1.个人只需以缴费基数的0.6%缴费，财政补助1.2%；
- 2.每年9月办理参保手续，一次性缴纳从9月到次年8月的医保费；
- 3.如果在其他月份加入，就从申请当月开始，一次性缴纳剩余月份的医保费。

成人居民

个人只需以缴费基数的0.7%按月缴费，财政补助1.1%。

办理居民医保参保后
参保人在市内可以享受
哪些待遇呢？
接着往下看~

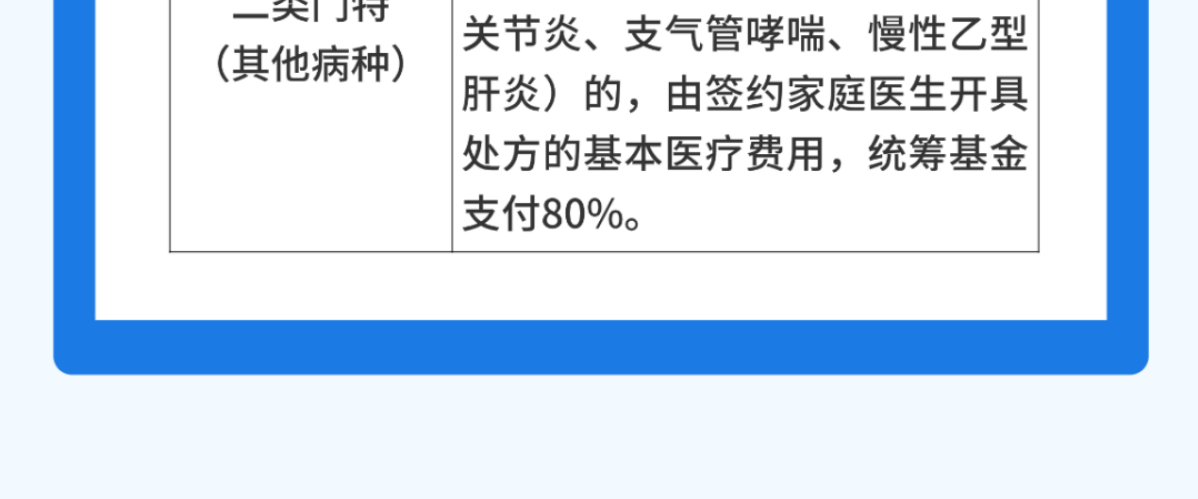
3 可以享受哪些待遇？

一、普通门诊待遇

居民医保参保人可以在市内定点医疗机构范围内**选定1家社康机构或其他基层医疗机构**作为普通门诊统筹就医定点医疗机构，享受普通门诊统筹待遇。

14周岁以下的居民医保参保人，可以在市内定点医疗机构范围内**选定1家社康机构或其他基层医疗机构，或者1家二级及以下医院**作为普通门诊统筹就医定点医疗机构，享受普通门诊统筹待遇。

[点击下方图片查看选点指引](#)



（一）普通门诊统筹

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，除门诊诊查费外，由基本医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）按照下列规定支付：

| 居民医保 市内定点医疗机构普通门诊待遇 | | |
|------------------------|---|----------------------|
| 待遇项 | 待遇 | 报销额度 |
| 普通门诊统筹待遇 | 一级及以下医疗机构：75%； 二级医疗机构：65%； 三级医疗机构：55%； ≥60岁的居民医保参保人提高5%。 | 本市上上年度在岗职工年平均工资的1.5% |

除急诊抢救外，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，统筹基金不予支付。

（二）门诊诊查费

在市内定点医疗机构门诊发生的诊查费，由统筹基金按照下列规定支付：

| 居民医保 市内定点医疗机构门诊诊查费 | |
|-----------------------|--|
| 待遇项 | 待遇 |
| 普通门诊诊查费 | 一级及以下医疗机构：80%； 二级医疗机构：70%； 三级医疗机构：60%。 |

诊查费与其他由统筹基金支付的门诊基本医疗费用待遇不重复享受。

二、门诊特定病种待遇

1.报销比例

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统筹基金按下列规定支付：

| 居民医保 市内门诊特定病种待遇 | |
|--------------------|--|
| 待遇项 | 待遇 |
| 一类门特 | 统筹基金按比例支付： 连续参保不满1年：60%； 连续参保1-3年：75%； 连续参保满3年：90%。 |
| 二类门特（高血压、糖尿病） | 由签约家庭医生开具处方的高血压、糖尿病合规药品费用，统筹基金支付90%； 在选定的普通门诊统筹定点医疗机构就诊，执行普通门诊统筹的支付比例。 |
| 二类门特（其他病种） | 统筹基金支付60%，其中患有6病（慢性阻塞性肺疾病、冠心病、脑血管疾病后遗症、类风湿关节炎、支气管哮喘、慢性乙型肝炎）的，由签约家庭医生开具处方的基本医疗费用，统筹基金支付80%。 |

2.报销额度

一类门特病种不单独设置年度支付限额，计入基本医疗保险统筹基金最高支付限额累计计算；

二类门特病种根据病种特点，设置年度最高支付限额。参保人同时患有两种以上门特病种的，分别计算年度支付限额。

三、住院待遇

参保人在市内定点医疗机构住院发生的基本医疗费用，由统筹基金按照下列规定支付：

| 居民医保 市内定点医疗机构住院待遇 | | |
|---|--|----------------|
| 待遇项 | 待遇 | 报销额度 |
| 起付线 | 年度内首次住院： 一级及以下医疗机构200元； 二级医疗机构400元； 三级医疗机构600元。 | / |
| | 年度内二次及以上住院： 一级及以下医疗机构100元； 二级医疗机构200元； 三级医疗机构300元。 | |
| 注：1.未超过起付线的医疗费用由参保人支付； 2.参保人转诊到不同医院住院治疗，分别计算起付线； 3.参保人异地住院起付线按本市标准一致。 | | |
| 报销比例 | 由基本医保统筹基金按比例支付： 一级及以下医疗机构：92%； 二级医疗机构：91%； 三级医疗机构：90%； ≥60岁的居民医保参保人为95%。 | 基本医保统筹基金年度报销额度 |

四、大病保险待遇

大病保险对住院及门诊特定病种等基本医疗费用中的个人自付合规高额费用进行“二次报销”。

1.报销比例

大病保险实行分段报销，目前大病保险起付线为**1万元**，在一个医保年度内符合上述保障范围内的费用，**累计1万元以上3万元以下部分**可报销70%；**超过3万元以上部分**报销80%。

2.报销额度

年度报销额度与**参保人连续参加基本医保的时间**挂钩：

| 连续参保时间 | 大病保险年度报销额度 |
|--------------------------|------------|
| 不满6个月 | 5万元 |
| 满6个月不满12个月 | 10万元 |
| 满12个月不满24个月 | 15万元 |
| 满24个月不满36个月 | 20万元 |
| 满36个月不满72个月 | 50万元 |
| 满72个月以上 | 100万元 |
| 符合本市医疗救助范围的参保人不设年度最高支付限额 | |

上面多次提及的
**基本医保统筹基金年度报销额度与
参保人连续参加基本医保的时间挂钩**

[点击查看](#)

| 连续参保时间 | 基本医保统筹基金年度报销额度 | |
|-------------|----------------------|----|
| 不满6个月 | 本市上上年度在岗职工 年平均工资× | 1倍 |
| 满6个月不满12个月 | | 2倍 |
| 满12个月不满24个月 | | 3倍 |
| 满24个月不满36个月 | | 4倍 |
| 满36个月不满72个月 | | 5倍 |
| 满72个月以上 | | 6倍 |

温馨提示

- 1.连续参保时间：**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。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。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。
- 2.医疗保险年度**是指每年1月1日至12月31日。
- 3.国家谈判药品费用**不纳入普通门诊统筹和门特病种待遇年度支付限额计算。