

# 多层次医保体系兜起民生保障网

## 市人社局不断完善医保制度体系，切实减轻百姓看病经济负担

办好民生事  
提升幸福感

□半岛记者 肖玲玲 通讯员 王晓梅

医疗保险制度对于保障群众就医需求、减轻群众医药费用负担、提高群众健康水平有着重要作用。近年来，青岛市医保制度体系不断完善，已经形成“基本医疗保险+大病医疗保险+补充医疗保险”的多层次医疗保险体系，参保人群覆盖面持续扩大，保障待遇水平稳中有升，实实在在减轻了老百姓看病就医负担。12月19日，针对医疗保险住院待遇、门诊大病待遇、社区门诊统筹待遇等岛城市民非常关心的热点问题，市人社局对相关政策进行了梳理，以图解的形式呈现政策主要内容，让广大市民对青岛市医疗保险的认识更清晰明了。



### 医保待遇起付标准

#### 起付标准

即参保人在医保支付前个人需要承担的部分，体现了社会保险统筹共济、多方共担原则。基本医疗保险统筹基金支付的住院和门诊大病医疗费用均设立年度起付标准。

一级定点医疗机构起付标准 **200元** 二级定点医疗机构起付标准 **500元**

三级定点医疗机构起付标准 **800元** 社区定点医疗机构起付标准 **200元**

尿毒症透析治疗、器官移植、恶性肿瘤、精神病等门诊大病参保人 **一个年度内和住院负担一个起付标准**

个别患者病情较重，一个医疗年度内需多次住院的起付标准

第一次住院 **按100%执行** 第二次住院 **按50%执行** 第三次及以上 **按100元执行**



### 医疗保险住院报销比例

#### 基本医疗保险

项目及内容	职工医保				居民医保			
	在职		退休		成年居民一档	成年居民二档	少年儿童	大学生
封顶线	20万元				18万元			
基本 医疗 保险	分档	0-4万元	4万元以上	0-4万元	4万元以上	0-18万元		
	三级医院	86%		93%		70%	55%	80%
	二级医院	88%	95%	94%	97%	80%	75%	85%
	一级医院	90%		95%		85%	85%	90%

#### 大病医疗保险

项目及内容	职工医保		居民医保			
	在职	退休	成年居民一档	成年居民二档	少年儿童	大学生
基本医疗保险封顶线	20万元		18万元			
大病 医疗 保险	超限补助	补助比例	90%	80%	80%	85%
		补助限额	40万元			
	大额补助	起付标准	职工医保15000元，居民医保18000元。特病患者3000元			
		补助比例	75%	65% (特病70%)	62% (特病65%)	70%
	补助限额	20万元				

注：“特病”指尿毒症透析、器官移植抗排斥。表格中为医保统筹范围内报销比例。其中，成年居民二档大额补助比例根据2019年居民医保新政策确定。

#### 补充医疗保险

参保人根据临床需要使用特殊药品耗材及精准诊疗目录发生的医疗费用

最高报销比例80%，不设起付线及封顶线

医保目录范围外大额保障政策，统筹范围外治疗必需的医疗费用

年度累计超5万元以上部分报销70%，一个年度内大额保障最高支付20万元  
抚恤定补优抚对象、低保和低保边缘家庭参保人不设大额保障起付标准

去年本市在全国率先实施全民补充医疗保险制度，今年以来深入推进制度落地实施，进一步加大了对重特大疾病患者的保障力度。积极采取特供药店渠道购药方式，使本市大病患者在全国全省较早买得到、用得上、能报销刚需“救命药”，切实享受到了降价实惠。



### 医疗保险门诊大病报销比例

门诊大病制度是用于保障参保人慢性疾病及重大疾病门诊治疗产生的医疗费用，目前共有**56个病种**纳入门诊大病保障范围。参保人一个年度内在定点医药机构发生的统筹金支付范围内门诊大病医疗费，起付标准以上的部分，由基本医疗保险统筹金按照下表比例支付，在定点医药机构实行联网结算。

#### 职工门诊大病统筹金支付标准

医院级别	三级医院	二级医院	一级医院	社区
起付线	800元	500元	200元	200元
报销比例	86%	88%	90%	92%
超病种限额以上的部分	50%			70%

#### 居民门诊大病统筹金支付标准

医院级别	三级医院	二级医院	一级医院	社区
起付线	800元	500元	200元	200元
一档缴费报销比例	65%	70%	80%	80%
二档缴费报销比例	55%	65%	80%	
少年儿童和大学生报销比例	80%	85%	90%	90%
超病种限额以上的部分	0			0

注：居民门诊大病超过病种限额标准以上的部分不予支付。



### 医疗保险门诊统筹报销比例

本市门诊统筹在定点社区医疗机构(含村卫生室)开展，全市参保职工和参保居民(大学生除外，大学生实行由学校统一集中签约)均可自主选择一家社区定点医疗机构签约。

参保人在定点社区就医时，发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费，实行联网结算、限额管理，由基本医疗保险统筹基金按照以下标准报销：

参保类别	报销比例	统筹金支付年度限额(元)
职工	60%	1120
居民一档	50%	720
居民二档	40%	400
少年儿童		
大学生	70%	暂不设封顶线

注：参保人使用基本药物发生的医疗费用，支付比例提高10个百分点。

上述解读以政策文件原文和人社部门官方说明为准

