

眼下正处于2018年度社会保险集中缴费期，记者从市社保服务中心获悉，不少市民对医疗保险的报销标准和比例不太清楚。昨日，记者特别采访市社保服务中心工作人员，针对市民的疑问进行解答。

据了解，医疗保险分为职工医保和居民医保，参保类别不同，缴费标准、报销标准等均有不同。

根据职工医保的起付标准和报销比例规定，职工医保起付标准一、二、三级医院分别为400元、700元、900元。起付标准以上到1万元的部分，个人负担比例为一级医院10%、二级医院15%、三级医院20%；1万元到4万元部分，个人负担比例为一级医院8%、二级医院10%、三级医院12%。

超过4万元的部分实行医疗保险大额救助，最高支付限额为46万元。具体救助比例分段确定：医疗费用超过4万元至24万元部分的救助比例为90%，超过24万元至50万元的部分救助比例为80%。退休人员住院医疗费用起付标准和年度支付限额与在职职工相同；超过起付标准的部分，个人负担比例为在职职工的一半。

居民基本医疗保险的起付标准，一、二、三级医院分别为300元、500元、800元。一个自然年度内，参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用，居民基本医疗保险基金按照不同缴费档次予以支付。

参保居民按照一档缴费的，年度最高支付限额为20万元。支付比例分别为：一级医院80%、二级医院60%、三级医院50%。

参保居民按照二档缴费的，年度最高支付限额为30万元。住院医疗费用超过起付标准至4万元（含4万元）部分，支付比例分别为：一级医院80%、二级医院65%、三级医院55%；超过4万元至年度最高支付限额部分，支付比例分别为：一级医院80%，二、三级医院70%。

参保居民住院医疗费用经居民基本医保规定的比例报销后，个人累计负担的合规医疗费用超过1.2万元起付标准的部分，大病保险给予再补偿。个人累计负担的合规医疗费1.2万元以上、10万元以下的部分，给予50%的补偿；10万元以上、20万元以下的部分，给予60%的补偿；20万元以上的部分，给予65%的补偿。年度最高补偿限额30万元。参保居民在威海市定点医疗机构出院结算时，符合居民大病保险补偿政策的部分均实行即时结算。

需要说明的是，上述报销比例指的是符合规定范围的医疗费用报销比例。如果住院时使用一些目录范围之外的自费药品等，医保是不能报销的。

参保居民在本市行政区域外因急症、危症及意外伤害和转外就医发生的住院医疗费用，纳入居民基本医疗保险基金支付范围部分，先由个人负担10%，剩余部分按照三级医院的起付标准和支付比例支付。