2020 年度居民基本医疗保险

大学生政策介绍

一、参保范围

驻济各类全日制普通高等院校、科研院所中接受普通高等学 历教育的全日制本科和专科生、全日制研究生（以下简称大学生）。

二、参保登记、缴费

大学生以学校为单位统一组织参保登记、身份核对、信息采集、录入、汇总和上报等工作。

（一）2020 年度缴费标准

普通大学生：200 元/年；

免缴费大学生：个人不缴费，政府全额补助。

（二）缴费期和待遇享受期

缴费期：每年 9 月 1 日至 12 月 31 日；

待遇享受期：次年 1 月 1 日至 12 月 31 日。首次参加我市居 民医保的大学生，可自参保当年的9月1 日起享受医疗保障待遇。

（三）缴费方式

大学生参保费用由所在高校在缴费期内按照现行居民医保 政策规定标准统一收取，并于 12 月 31 日前，按税务部门提供的缴费方式进行缴费。

我市低保、重度残疾大学生个人不缴费，由政府全额补助。

缴费期内，由所在高校经办人员汇总《城市（农村）居民最低生 活保障证》、《中华人民共和国残疾人证》到市医保中进行审核。审核通过后，办理免缴费认定手续。

三、医疗保险待遇

大学生在规定的缴费期内足额缴纳医疗保险费后可享受对 应医疗年度居民医保待遇：

（一）住院待遇

1.本地住院

大学生因病到本市定点医疗机构以大学生身份住院，出院

时，符合居民基本医疗保险基金支付范围的费用，个人只支付起 付标准和应由个人负担的费用，其余部分由市医疗保险经办机构 与定点医疗机构结算。 参保大学生在一个医疗年度内发生的符合居民基本医疗保 险基金支付范围规定的住院和门诊规定病种医疗费用（含个人按一定比例负担部分），实行起付标准和最高支付限额。起付标准 以下和最高支付限额以上的医疗费用，由个人承担。

起付标准：三级医疗机构 700 元、二级医疗机构 400 元、

一级医疗机构（含社区卫生服务机构，下同）及乡镇卫生院 200 元。在中医定点医疗机构发生的基金支付范围内住院医疗费用，起付 标准在上述规定基础上降低 20%。

一个医疗年度内，第二次住院的起付标准相应降低 20%，从 第三次住院起不再执行起付标准。

报销比例：

在三级医疗机构医疗的，由居民医保基金支付 70%，个人负担 30%；在二级医疗机构医疗的，由居民医保基金支付 80%，个 人负担 20%；在一级医疗机构、乡镇卫生院医疗的，由居民医保 基金支付 90%，个人负担 10%。

年度最高支付限额为 25 万元。

参保大学生因病情需要，由急诊观察直接转入住院治疗后，急诊观察发生的医疗费用，并入住院费用统一结算。

2.急症住院

参保大学生在本市非定点医疗机构发生的住院医疗费用，病 情符合急症住院条件的，其符合规定的住院费用由居民医疗保险基金按有关规定支付。

在门急诊抢救无效死亡的，其符合规定的急诊费用由居民医疗保险基金按住院有关规定支付，不执行起付标准。

3.异地转诊转院

异地转诊转院必须符合下列条件：

（1）本市定点医疗机构不能诊疗的疑难重症；

（2）经本市三级甲等定点医疗机构、市级以上专科定点医疗机构或者市医保经办机构指定的其他医疗机构检查、会诊仍未确诊的；

（3）接诊医疗机构的诊疗水平高于本市诊疗水平。

参保大学生需要转院到外地住院治疗的，应先由本市三级甲等定点医疗机构、市级以上专科定点医疗机构或者市医保经办机构指定的其他医疗机构提出转异地住院治疗的建议，由定点医疗机构医疗保险管理部门开具《异地转诊转院备案表》，方可转院治疗。

（二）门诊慢性病待遇

门诊慢性病是指由市医疗保障行政部门确定，在定点医疗机 构门诊接受治疗，并由居民医保基金按规定比例支付门诊医疗费 用的疾病种类。

2020 年度门诊慢性病共计 17 种，分别为：恶性肿瘤及白血 病的治疗、肾功能衰竭的透析治疗、器官移植的抗排异治疗、血友病、帕金森氏病及综合征（只适用成年居民）、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、精神病、苯丙酮尿症、骨髓增生异常综合征、重症肌无力、肝豆状核变性、强直性脊柱炎、结核病、高血压、糖尿病、冠心病或脑梗塞安装血管支架的抗凝治疗。

门诊慢性病的起付标准为 200 元，在一个医疗年度内参保人 只负担一次。门诊慢性病患者在定点的社区卫生服务机构、乡镇卫生院就医，不执行起付标准。报销比例同住院。

（三）门诊统筹待遇

具有普通门诊统筹定点资格的校医院承担本校全部大学生 的普通门诊统筹医疗服务工作。

居民基本医疗保险普通门诊统筹待遇享受期与居民基本医疗保险待遇享受期相同。普通门诊统筹待遇不设起付标准，大学生一个医疗年度内发生的支付范围内的普通门诊医疗费用，由普 通门诊统筹基金支付 65%，个人负担 35%，普通门诊统筹基金支付费用（不包括个人负担部分）累计计算，2020 年度大学生最高支付限额 500 元。

（四）生育医疗待遇

符合国家计划生育政策，在我市基本医疗保险定点医疗机构生育（急救、抢救及其他特殊情况除外）的大学生因住院分娩发生的生育医疗费用，包括产前检查费、接生费、手术费、住院费、药费等居民医保支付范围内的费用，实行定额包干支付：顺产的1100 元、阴式手术产的 1350 元、剖宫产的 2300 元。

符合生育政策的大学生在本市定点医疗机构登记住院，出院时直接在医院结算报销。因急救、抢救及其他特殊情况在非基本医疗保险定点医疗机构发生的符合报销范围的生育医疗用，先由个人垫付。治疗结束后，凭现金报销必备材料，到市医保中心办理报销手续。

大学生因生育相关疾病住院期间发生的居民医保支付范围内的医疗费用，按照住院规定执行。因生育合并症发生手术费用的，只报销手术费用，不收取起付标准。

已经以生育保险参保男职工配偶身份享受职工生育保险生育补助金的，居民基本医疗保险基金不再予以支付；同样，以大学生身份享受居民医保生育报销待遇的，不再以生育保险参保男职工配偶身份享受职工生育保险生育补助金。

（五）意外伤害待遇

意外伤害指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

大学生因意外伤害发生的门（急）诊医疗费用，在居民医保基金支付范围内累计超过 200 元以上的部分，由居民医保基金支付 80%，在一个医疗年度内最高支付限额为 2000 元（含个人按一定比例负担部分）。

大学生因意外伤害需门诊急诊治疗的，可就近就医，医疗费 用先由个人垫付。治疗结束后，凭门（急）诊病历、医院收费有效票据和费用清单到医保经办机构办理报销手续。

（六）大病保险待遇

参保大学生一个医疗年度内发生的住院（含门诊规定病种） 医疗费用，经居民基本医疗保险报销后，个人累计负担的合规医疗费用由居民大病保险按规定再给予补偿。

2020 年度，居民大病保险起付标准为 1.4 万元。个人负担的合规医疗费用 1.4 万元以上(含 1.4 万元)、10 万元以下的部分给予 60%补偿；10 万元以上(含 10 万元)、20 万元以下的部分给予 65%的补偿；20 万元以上(含 20 万元)、30 万元以下的部分给予 70%的补偿；30 万元以上（含 30 万元）的部分给予 75%补偿。一个医疗年度内，居民大病保险每人最高给予 40 万元的补偿。

大病保险特药起付标准为 2 万元，起付标准以上的部分给予60%的补偿，一个医疗年度内，居民大病保险资金每人最高给予20 万元的支付限额。

四、不属于居民基本医疗保险基金支付的范围

参保人以下情况发生的医疗费用，居民医保基金不予支付：

（一）因违反有关法律规定所致伤病的；

（二）自杀自残（精神病除外）导致伤亡的；

（三）整形、美容、矫正治疗的；

（四）因引产、流产和实行计划生育手术发生的；

（五）在境外发生的；

（六）有第三者责任赔偿的；

（七）其他不符合居民医保规定支付范围的。

附件：《2020 年度居民医保大学生待遇标准一览表》

附件：

2020 年度居民医保大学生待遇标准一览表

