

驻郑大中专学生参加郑州市城乡居民医保 主要政策介绍

一、参保政策

● 参保对象

按照国家政策规定，全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业院校、职业高中、中专、技工院校学生（以下简称“大中专学生”）应当在学籍地（或学校所在地）参加城乡居民基本医疗保险，实现在校大中专学生“应保尽保”。

● 参保登记、缴费

大中专学生以学校为单位参保缴费。各大中专院校统一组织和办理大学生参保登记、缴费等相关业务。大中专学生采取按学制一次性缴纳城乡居民基本医疗保险费，学生在校学习期间，其个人缴纳基本医疗保险费标准不再进行调整。其个人缴费部分由学校收缴学费时一并进行财务代扣、代收代缴。

若大中专学生为原籍地资助参保救助对象、残疾人等特殊人员，可以选择在困难身份认定地参加居民医保。

● 缴费标准及我校门诊报销额度

2023 年度郑州市城乡居民医保个人参保缴费标准为每人每年 380 元。为提高我校医疗服务水平，经学校研究，从 2023 年下半年起，我校参保学生门诊统筹医疗费报销额度提高到 600 元。

二、待遇政策

（一）基本医疗保险待遇

● 大学新生 即交即享

入学前未在老家参保的大学生，入学当年参加郑州市城乡居民医保并缴费的，自入学当年 9 月 1 日起即可享受郑州市城乡居民医保待遇。

● 按学制缴费 更省心

大学生参加郑州市城乡居民医保，按参保当年缴费标准按学制一次性缴纳居民医保费，趸交期内，因上级政策原因提高缴费标准的，大学生个人不用补缴，提高部分由郑州市财政予以补助。

● 全国就医 免备案

在郑州市参加城乡居民基本医疗保险的大学生，全国就医免备案、无异地。参保大学生异地就医发生的政策范围内的住院

费用可以直接结算，医保报销待遇不降低，与在郑州市内报销标准一样。

● 毕业生校园医保与社会医保无缝衔接

毕业后参加郑州市职工医保的，在校期间缴纳的居民医保年限，可累计到职工医保的缴费年限里。（1年大学生医保缴费年限可折算为6个月的郑州市职工医保缴费年限）。

● 应届毕业生医保待遇延至年底

参保年度内应届毕业大学生，医保待遇可以继续享受到毕业当年的12月31日。

● 门诊统筹医疗待遇

全日制在校大中专学生普通门诊医疗按国家、省有关规定以学校为单位实行门诊统筹，按照大中专院校参加郑州市城乡居民基本医疗保险的学生人数和一定标准，设立大学生门诊医疗费统筹基金，实行“统筹共济、定额包干、专款专用、学校管理”，门诊统筹基金使用管理办法由各院校自行制定。

● 城乡居民门诊“两病”待遇

“两病”是指高血压、糖尿病，参保大中专学生经乡（镇）卫生院（社区卫生服务中心）及以上等级定点医疗机构诊断为“两

病”，需采取药物治疗但未达到门诊慢性病鉴定标准的患者使用“两病”门诊用药范围内的药品费用纳入统筹基金支付，不设起付线。实行医疗机构定点管理、限额管理。一个年度内，“两病”患者符合规定的门诊用药费用统筹基金限额为 40 元/月（计 480 元/年），统筹基金支付比例按定点医疗机构类别分别为：

类别	医疗机构等级	居民两病统筹基金 支付比例
乡级	乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站、所）、村卫生室	60%
县级	三级、二级、一级医疗机构	55%
市级	二级、一级医疗机构	55%
	三级医疗机构	50%
省级	一级医疗机构	55%
	三级非三甲、二级医疗机构	50%
	三级甲等医院	0

对病情相对稳定的“两病”患者，经医生评估后，一次处方量可以延长至 3 个月，保障患者用药需求。

● 门诊慢特病医疗待遇

我市将一些病期较长、医疗费用较高、适合在门诊治疗的慢特病（或治疗项目）及相关特殊治疗的门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围，参照住院进行管理和支付，进一步减轻参保大中专学生门诊医疗费用负担。截至目前，我市共制定有“门诊规定病种”（也称“门诊慢性病”）、重特大疾病门诊病种、门诊特定药品等3个门诊慢特病医疗类别。门诊慢特病治疗不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。郑州市门诊慢特病待遇资格认定可全程网办、申报程序简便，无需体检。

1. 门诊慢性病病种有33个，限额标准内的合规医疗费用，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的支付比例为70%；其中，尿毒症透析（含血液透析、腹膜透析）统筹基金支付比例为85%。

2. 重特大疾病门诊病种是指临床路径明确、疗效确切且费用较高的门诊病种（或治疗项目），共有10个；限额标准内的合规医疗费用，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例为80%。

3. 我市将部分临床必需、疗效确切、适应症明确、价格昂贵、适于门诊治疗的国家谈判药品，纳入门诊特定药品范围，实行“三定”（定医疗机构、定责任医师、定零售药店）管理。目前我市共有门诊特定药品214种。

参保大学生享受门诊规定病慢性病、重特大疾病门诊病种、门诊特定药品待遇，累计不超过两种。

●住院医疗待遇

参保大中专学生在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上、最高支付限额以内的合规医疗费用由住院统筹基金按比例支付，年度住院统筹基金最高支付限额为 15 万元。

城乡居民医保基金住院医疗费起付标准和支付比例按定点医疗机构类别划分为：

类别	医疗机构等级	起付标准 (元)	统筹基金支付比例
乡级	乡镇卫生院、社区卫生服务中心	150	150-1000 元 80%，1000 元以上 90%
县级	三级、二级、一级医疗机构	600	600-3000 元 65%，3000 元以上 75%
市级	二级、一级医疗机构	600	600-3000 元 65%，3000 元以上 75%
	三级医疗机构	1200	1200-5000 元 60%，5000 元以上 70%
省级	一级医疗机构	600	600-3000 元 65%，3000 元以上 75%
	三级非甲等、二级医疗机构	1200	1200-5000 元 60%，5000 元以上 70%
	三级甲等医疗机构	2000	2000-8000 元 55%，8000 元以上 65%

参保大中专学生在我市行政区域内县级及以上中医类医疗机构住院的，起付标准降低 100 元，使用中医药服务项目（含中药饮片、中成药、中药制剂（含院内制剂）和中医诊疗项目）的，基本医保统筹基金支付比例提高 5%。

●生育医疗待遇

符合计划生育政策的参保大中专学生住院分娩可享受一次性生育医疗补助待遇。住院医疗费实行定额支付，补助标准为：顺产 700 元；剖宫产 1600 元。实际住院总费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。

●重特大疾病住院待遇

目前我市重特大疾病住院病种共有 33 个，如法乐氏四联症、重型精神病、慢性粒细胞白血病等。治疗重特大疾病发生的医疗费用不设起付标准，住院病种在限价标准内的医疗费用由城乡居民基本医疗保险统筹基金按比例支付，县级、市级、省级医疗机构的支付比例分别为 80%、70%、65%，超出限价标准的医疗费用由定点医疗机构承担。

（二）大病保险医疗待遇

●保障范围

参保大中专学生一个自然年度内发生的住院医疗费用（含规定的门诊慢性病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用），经城乡居民基本医疗保险基金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过大病保险起付线的部分，由大病保险资金按规定支付（俗称“二次报销”）。

●保障水平

参保大中专学生在一个自然年度内住院（含多次住院），只负担一次大病保险起付线。大病保险起付线为 1.1 万元，起付线以上部分由大病保险资金按比例分段支付。一个自然年度内，大病保险最高可报销 40 万元。

保障对象	普通大中专学生
起付线	1.1 万元
报销比例	1.1 万—10 万元（含 10 万元）支付比例 60%， 10 万元以上支付比例 70%
封顶线	40 万元/年

（三）异地就医政策

我市参保大中专学生因寒暑假、法定节假日、毕业或因病休学期间、异地实习期间在异地住院治疗的，参照我市异地就医政策规定执行。

●省内异地就医：

从 2023 年 1 月 1 日起，郑州市全面取消基本医疗保险省内异地

就医备案，实行“省内就医无异地”，无需转诊，我市参保大中专学生可在河南省内自由就医、直接结算！

●跨省异地就医：

在郑州市参加城乡居民基本医疗保险的大学生，全国就医免备案、无异地。参保大学生异地就医发生的政策范围内的住院费用可以直接结算，医保报销待遇不降低，与在郑州市内报销标准一样。

参保大中专学生因探亲、旅游等各种原因在省外异地急诊住院的，无需备案！由异地就诊医院根据病情据实录入“急诊”标识信息后视同已备案，即可直接结算！