

云南省医疗保障局
云南省教育厅
云南省财政厅
国家税务总局云南省税务局

文件

云医保〔2022〕151号

关于印发《云南省省属在昆高校学生医疗保障
筹资及待遇政策》的通知

各省属在昆高校：

现将《云南省省属在昆高校学生医疗保障筹资及待遇政策》
印发你们，请遵照执行。





云南省财政厅



国家税务总局云南省税务局

2022年12月30日

云南省省属在昆高校学生医疗保障 筹资及待遇政策

为实施科教兴国战略，进一步做好省属在昆高校学生医疗保障，根据国家医疗保障待遇清单制度及我省贯彻落实文件精神，结合现行做法，制定本政策。

一、参保范围

省属在昆高校学生，在一个自然年度内（下同），按省本级城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）个人缴费标准，足额缴纳保费后，享受省本级居民医保和城乡居民大病保险（以下简称大病保险）待遇。

参保省属在昆高校学生（以下简称参保学生），符合医疗救助条件的，享受居民医保和大病保险待遇后，在认定地依申请予以医疗救助。

二、筹资标准

（一）居民医保。按省医保局会同省财政厅公布全省居民医保最低筹资标准，通过个人缴费和国家、省级财政补助进行筹集。

（二）大病保险。按省医保局会同省财政厅公布省本级大病保险标准，从省本级居民医保基金中筹集，参保学生不另行

缴费。

三、居民医保待遇项目及标准

(一) 普通门诊待遇。参保学生在定点医疗机构门诊就诊，发生医保政策范围内费用（以下简称政策范围内费用），纳入居民医保统筹基金支付。

不设起付线。

支付比例根据医疗机构级别分类执行，二级及以下医疗机构和校医院为 80%；三级医疗机构为 60%。

封顶线为每年 700 元，累计计算。

(二) 慢性病门诊待遇。参保学生办理全省统一规定的居民医保慢性病门诊待遇后，在定点医疗机构门诊发生的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

不设起付线。

支付比例不区分医疗机构级别，统一为 80%。

封顶线为一个病种每年 2000 元，累计计算。每增加一个病种增加 1000 元，年度累计最高为 5000 元。

(三) 特殊病门诊待遇。参保学生办理全省统一规定的居民医保特殊病门诊待遇后，在定点医疗机构门诊发生的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

起付线不区分医疗机构级别，统一为每年 1200 元，累计计算。其中，慢性肾功能衰竭和重性精神病不设起付线。

支付比例按住院医疗待遇执行。其中，慢性肾功能衰竭和重

性精神病支付比例为 90%。

封顶线与住院医疗待遇合并计算。

(四) 协议期内国家谈判药门诊保障待遇。参保学生在二级及以上定点医疗机构门诊就诊和“双通道”药店，使用符合规定的协议期内国家医保谈判药品（以下简称谈判药），扣除 10% 先行自付后的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

起付线为每种谈判药每年 1200 元，累计计算。

支付比例不区分医疗机构级别，统一为 70%。

封顶线与住院医疗待遇合并计算。

谈判药用于慢性病、特殊病门诊治疗时，可按相应慢性病门诊待遇、特殊病门诊待遇执行。

(五) 日间手术待遇。参保学生在在定点医疗机构发生的日间手术政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围

起付线按住院医疗待遇起付线的 50% 执行。

支付比例按住院医疗待遇执行。

封顶线与住院医疗待遇合并计算。

(六) 门诊急诊抢救待遇。参保学生在医疗机构门诊发生的，符合卫生健康部门规定的急诊抢救（含院前急诊抢救）的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围，按住院医疗待遇进行结算。门诊急诊抢救不受医保定点医疗机构限制。

门诊急诊抢救转入定点医疗机构住院的，院内转接及同级医疗机构互转的，不重复收取起付线；由低级别医疗机构转到高级

别医疗机构的，高级别医疗机构收取高、低级别医疗机构间起付线差额；由高级别医疗机构转到低级别医疗机构的，低级别医疗机构不再收取起付线。

（七）住院医疗待遇。参保学生在定点医疗机构住院医疗发生的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

起付线根据医疗机构级别分类执行，每次收取，不累计计算。一级及以下定点医疗机构和校医院为 100 元，二级定点医疗机构为 300 元，三级定点医疗机构为 600 元。慢性肾功能衰竭和重性精神病不设起付线。经规范转诊转院，由低级别医疗机构转到高级别医疗机构的，高级别医疗机构收取高、低级别医疗机构间起付线差额；由高级别医疗机构转到低级别医疗机构的，低级别医疗机构不再收取起付线。

支付比例根据医疗机构级别分类执行。一级及以下定点医疗机构和校医院为 90%，二级定点医疗机构为 80%，三级定点医疗机构为 65%。慢性肾功能衰竭和重性精神病支付比例统一为 90%。不符合规范转诊转院的，支付比例下调 5 个百分点。

封顶线为每年 15 万元。

（八）住院分娩待遇。参保学生在定点医疗机构住院分娩发生的政策范围内费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

在省本级定点医疗机构住院分娩，不设起付线，支付比例统一为 90%。在省本级定点以外医疗机构住院分娩，按同级定点医疗机构住院医疗待遇执行。

封顶线按住院医疗待遇执行。

四、大病保险待遇标准

居民医保统筹基金支付住院医疗、特殊病门诊、门诊急诊抢救、协议期内国家谈判药品门诊保障、日间手术、住院分娩政策范围内费用后的部分，纳入大病保险资金支付范围。起付线为每年 2000 元，累计计算。支付比例统一为 90%。不设封顶线。符合规范转诊转院的，政策范围内费用经居民医保、大病保险报销后，支付比例达不到 90% 的，由居民医保统筹基金报销到 90%。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起执行，以往与本通知不一致的按本通知执行，由省医保局负责解释。今后云南省省本级城乡居民医疗保障筹资及待遇政策，由省医保局会同相关部门适时调整。

