



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

# 省属在昆高校学生医疗保 障待遇政策

云南省医疗保障局

2022年12月

# 目录

## CONTENTS

- 1 基本概念
- 2 待遇政策
- 3 个人账户共济使用
- 4 审核要点



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

# 1 基本概念

政策范围内费用是指参保人发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用。

- 包含起付线以下费用和封顶线以上费用。
- 不包含基本医疗保险目录中乙类范围的药品、医用耗材、医疗服务项目按比例由个人先行支付的费用。
- 不包含基本医疗保险目录中的药品、医用耗材、医疗服务项目超过限价标准部分的费用。
- 不包含基本医疗保险目录外由个人全额支付的药品、医用耗材、医疗服务项目的费用。

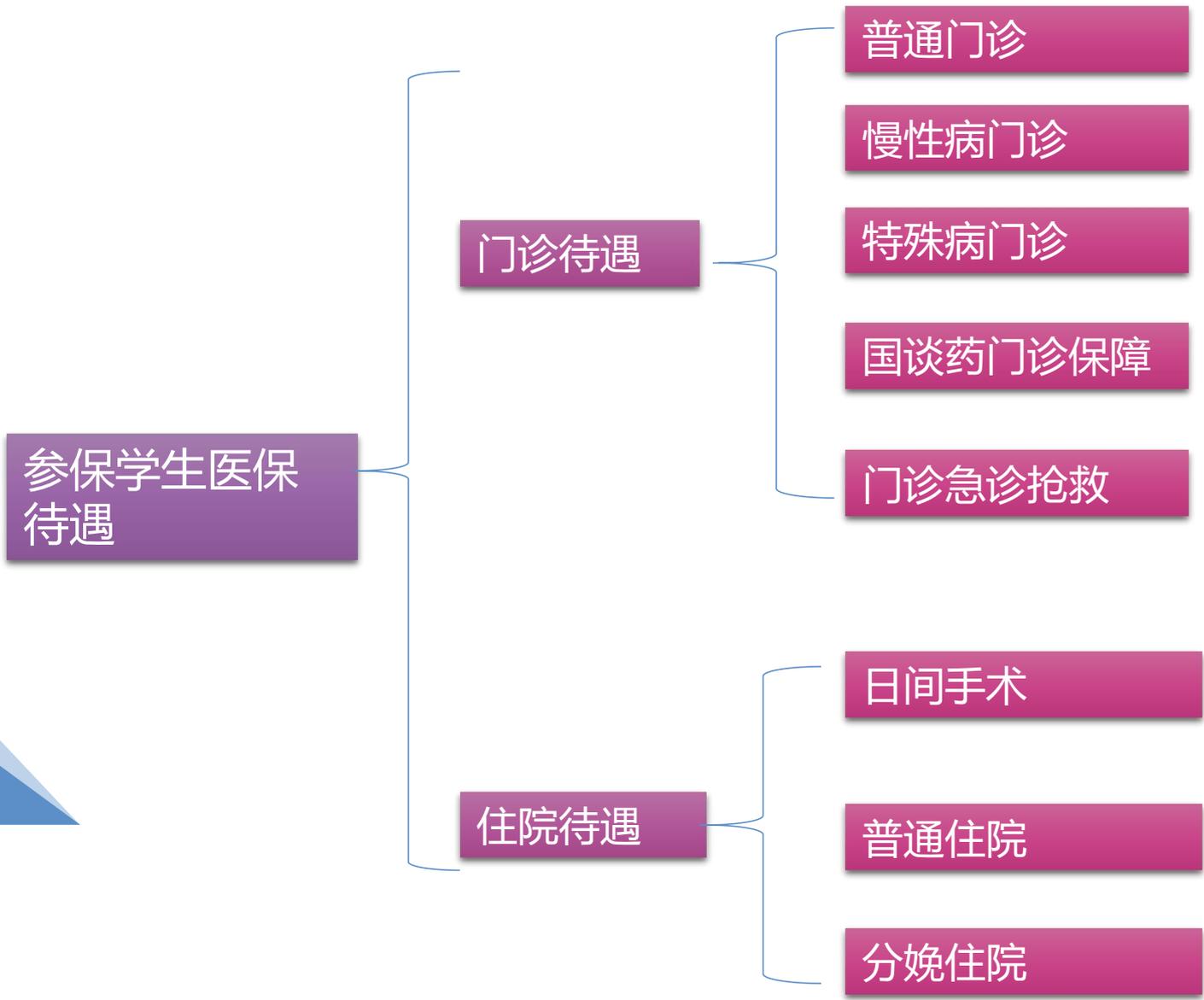
## 药品、医疗服务项目、医用耗材报销政策

- 药品：执行统一的国家药品目录及报销政策。甲类药品无先自付部分，全部纳入报销范围；乙类药品先自付5%，剩余部分纳入报销范围；谈判药先自付10%，剩余部分纳入报销范围；丙类药品全自费。
- 医疗服务项目：甲类医疗服务项目无先自付部分，全部纳入报销范围；乙类医疗服务项目先自付10%，剩余部分纳入报销范围；丙类医疗服务项目全自费。
- 医用耗材：200元以下的国产和进口耗材按统筹地区政策规定比例报销；200元以上国产耗材，个人先自付10%，再按统筹地区政策规定比例报销；200元以上进口耗材，个人先自付20%，再按统筹地区政策规定比例报销。



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

# 2 待遇政策



参保学生医保待遇

门诊待遇

普通门诊

慢性病门诊

特殊病门诊

国谈药门诊保障

门诊急诊抢救

住院待遇

日间手术

普通住院

分娩住院



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

## 普通门诊待遇

- 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。

## 普通门诊待遇简表

类别	三级定点医疗机构	二级及以下定点医疗机构和校医院	支付限额
起付线	不设起付线		700元
支付比例	60%	80%	

➤ 计算公式：基本医疗保险支付费用 = (总费用 - 全自费 - 先自付) × 支付比例

- 登记办理了高血压、糖尿病等25个慢性病病种。
- 不设起付线，政策范围内费用统筹基金支付比例为80%。
- 单个病种统筹基金支付限额为2000元,每增加一个病种增加1000元,统筹基金年度最高支付限额上限为5000元。

## 慢性病门诊待遇简表

起付线	统筹支付比例	统筹支付限额
不设起付线	80%	一个病种2000元，每增加一个病种增加1000元,最高支付限额上限为5000元。

➤ 计算公式：基本医疗保险支付费用 = (总费用 - 全自费 - 先自付) × 80%

## 特殊病门诊待遇

- 登记办理了恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭等17个特殊病病种。
- 慢性肾功能衰竭和重性精神病不设起付线，政策范围内费用统筹基金支付比例为90%。
- 除慢性肾功能衰竭和重性精神病外的其余15个病种，起付线不区分医疗机构级别，统一为每年1200元，政策范围内费用统筹基金支付比例为按住院医疗待遇执行。

## 特殊病门诊待遇简表

病种	起付线	统筹支付比例		
		一级及以下定点医疗机构和校医院	二级定点医疗机构	三级定点医疗机构
慢性肾功能衰竭和重性精神病	不设起付线	90%		
除慢性肾功能衰竭和重性精神病外的15个病种	1200元	90%	80%	65%

➤ 计算公式：基本医疗保险支付费用 = (总费用 - 全自费 - 先自付 - 起付线) × 支付比例

## 国谈药门诊保障待遇

- 2021年版国家药品目录含274个国谈药。
- 在二级及以上定点医疗机构门诊开具处方。起付线为每种谈判药每年1200元，统筹基金支付比例不区分医疗机构级别，统一为70%。
- 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。

## 门诊急诊抢救待遇

- 在门诊发生符合卫生健康部门规定的急诊抢救 (含院前急诊抢救), 起付标准、支付比例执行救治医疗机构级别住院起付标准、支付比例
- 门诊急诊抢救不受医保定点医疗机构限制。

## 日间手术待遇

- 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。

## 普通住院待遇

- 慢性肾功能衰竭和重性精神病不设起付线。慢性肾功能衰竭和重性精神病支付比例统一为90%。
- 除慢性肾功能衰竭和重性精神病外的其他疾病住院，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。
- 支付比例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%。

## 住院分娩待遇

- 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。

## 住院待遇简表

类别	病种	起付线			统筹基金支付比例		
		一级及以下 定点医疗机 构和校医院	二级定点 医疗机构	三级定点医 疗机构	一级及以下定点 医疗机构和校医 院	二级定点 医疗机构	三级定点医 疗机构
普通住院（门 诊急诊抢救）	慢性肾功能衰竭和 重性精神病	不设起付线			90%		
	除慢性肾功能衰竭 和重性精神病外的 其他疾病	100元	300元	600元	90%	80%	65%
日间手术	—	50元	150元	300元	90%	80%	65%
住院分娩	省本级定点医疗机 构分娩	不设起付线			90%		
	省本级以外定点医 疗机构分娩	100元	300元	600元	90%	80%	65%

➤ 计算公式：基本医疗保险支付费用 = (总费用 - 全自费 - 先自付 - 起付标准) × 支付比例

- 居民医保统筹基金支付普通住院医疗、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。
- 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%。

- 在省本级定点医疗机构就医时，以上所有医保待遇均可凭社会保障卡或医保电子凭证直接联网结算。
- 省内异地就医时，免备案，凭社会保障卡或医保电子凭证在就医地定点医疗机构直接联网结算。
- 跨省异地就医时，备案后凭社会保障卡或医保电子凭证在就医地定点医疗机构直接联网结算。
- 特殊情况因系统故障不能直接联网结算的，凭医疗费用发票、费用明细清单、病情诊断证明书或出院记录等材料手工报销（仅限住院）。

## 医疗救助

- 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。

## 意外伤害门诊

- 取消此项待遇。非第三方责任意外伤害纳入普通门诊管理，与普通门诊享受同等待遇。

## 身故、意外伤残大病保险补偿

- 取消此项待遇。

# 小结

支付类别	病种	居民医保待遇						大病保险待遇			备注				
		起付线			统筹基金支付比例			支付限额	起付线	支付比例		支付限额			
		一级及以下定点医疗机构和校医院	二级定点医疗机构	三级定点医疗机构	一级及以下定点医疗机构和校医院	二级定点医疗机构	三级定点医疗机构								
普通门诊	—	不设起付线			80%		60%	700元	—	—	—	—			
慢性病门诊	25个慢性病	不设起付线			80%			一个病种2000元，每增加一个病种增加1000元，最高5000元	—	—	—	—			
特殊病门诊	慢性肾功能衰竭和重性精神病	不设起付线			90%			15万元	2000元	90%	无限额	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%。			
	除慢性肾功能衰竭和重性精神病外的其他15个特殊病	1200			90%	80%	65%								
国谈药门诊保障	—	—	每种谈判药1200元		—	70%									
	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。														
普通住院 (门诊急诊抢救)	慢性肾功能衰竭和重性精神病	不设起付线			90%										
	除慢性肾功能衰竭和重性精神病外的其他疾病	100元	300元	600元	90%	80%	65%								
日间手术	—	50元	150元	300元	90%	80%	65%								
住院分娩	省本级定点医疗机构分娩	不设起付线			90%										
	省本级以外定点医疗机构分娩	100元	300元	600元	90%	80%	65%								



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

3

# 个人账户共济使用

## 个人账户使用（范围）

- ▶ 参保人员本人（授权人）及其配偶、父母、子女（使用人）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买具有国家医保标准编码的药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。
- ▶ 参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。
- ▶ 参保人员及其配偶、父母、子女参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费。
- ◆ 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费和健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

## 个人账户共济使用（操作）

- 个人账户如需共济给**配偶、父母、子女**使用，需要做个人账户授权绑定操作。
- 授权绑定成功后，就医时根据“**实名就医**”的原则，谁看病刷谁的医保凭证（医保卡或者电子医保凭证），享受其本人的医保待遇，由个人负担的医疗费用优先下个人账户上余额。使用人个人账户**无余额**时才会下授权人个人账户上的余额。

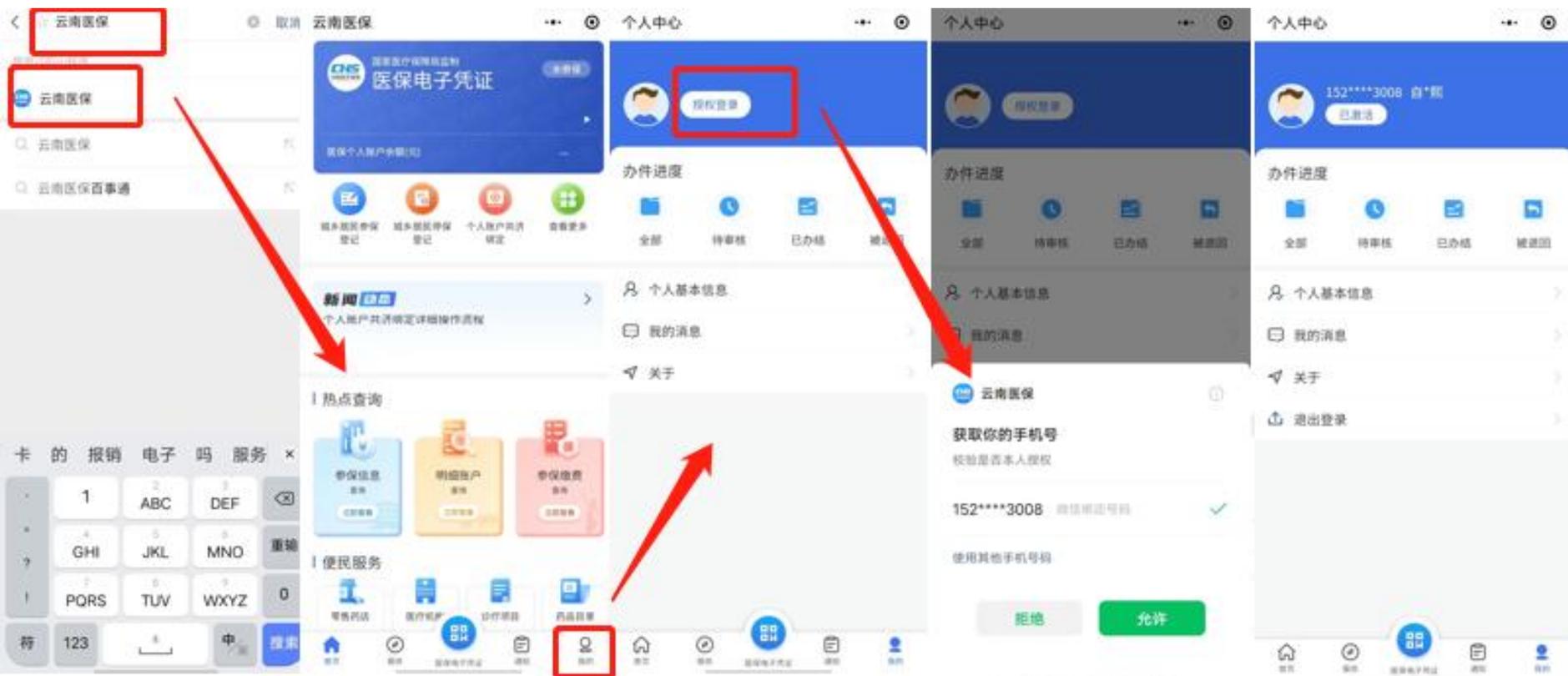
(1) 目前仅限云南省省本级和昆明市职工医保参保人申请授权基本医疗保险个人账户共济绑定。绑定人员分授权人和使用人，授权人为个人账户共济绑定的申请人，使用人为授权人的父母、配偶、子女，**仅限于云南省内参保人员**。父母、配偶、子女的范围按《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。

(2) 绑定成功后，个人账户余额可为本人及自己的父母、配偶、子女支付在定点医疗机构或者定点零售药店发生的个人负担医疗费用，或参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险、城乡居民基本医疗保险以及购买商业健康保险等个人缴费。

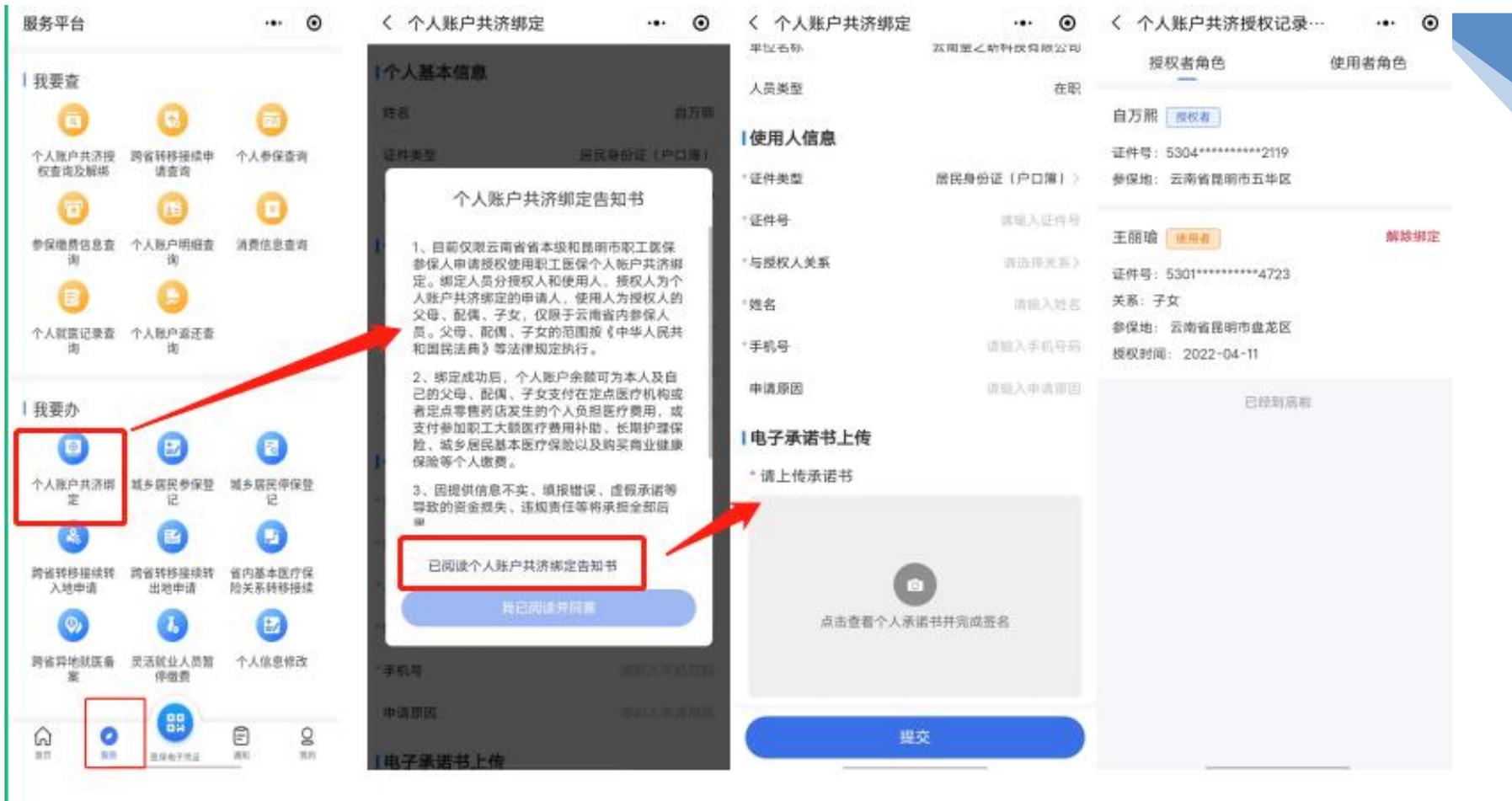
(3) 因提供信息不实、填报错误、虚假承诺等导致的资金损失、违规责任等将承担全部后果。

(4) 使用规则：优先使用本人个人账户，个人账户余额为0后，再使用授权人个人账户余额。授权人有多人时，默认按照个人账户余额**从多到少**的顺序使用。

# 1.微信小程序-登录



## 2. 微信小程序-我要办-个人账户共济绑定



### 3. 微信小程序-我要查-个人账户共济授权记录查询



# 4. 微信小程序-我要办-个人账户共济解绑

服务平台

线上办理零出行  
自主更便民

公共查询

- 药品目录查询
- 经办机构查询
- 定点医疗机构查询
- 定点零售药店查询
- 跨省异地就医经办机构信息查询

我要查

- 个人账户共济授权记录查询
- 跨省转移接续申请查询
- 个人参保查询
- 参保缴费信息查询
- 个人账户明细查询
- 消费信息查询

个人账号共济授权记录查询

授权者角色	使用者角色
鱼鱼 使用者	已解绑
测试1 使用者	解除
测试2 使用者	解除

参保地: 云南省昆明市西山区  
关系: 配偶  
参保地: 云南省昆明市西山区  
授权时间: 2022-03-14  
解绑时间: 2022-03-15

证件号: 5301\*\*\*\*\*0017  
关系: 子女  
参保地: 云南省昆明市西山区  
授权时间: 2022-03-15

证件号: 5301\*\*\*\*\*0033  
关系: 子女  
参保地: 云南省昆明市西山区  
授权时间: 2022-03-15

## 个人账户共济常见问题

- 个人账户共济绑定与“国家医保APP亲情账户”的关系？  
二者无直接关系，国家医保APP亲情账户是用于帮助亲人激活电子医保凭证。个人账户余额需要共济给父母、配偶、子女使用，需要按上述流程进行个人账户共济绑定操作。
- 授权人与使用人的关系是什么？  
个人账户共济绑定只能**授权人申请绑定**。  
授权人：个人账户共济绑定的申请人。授权人申请绑定使用人后，使用人可使用授权人的账户余额。  
使用人：与授权人关系为父母、配偶、子女。如授权人绑定您为使用人，您可以使用授权人的个人账户余额。
- 如何解绑个人账户共济绑定？  
进入“云南医保”微信小程序，点击【服务】、【个人账户共济授权记录查询】，点击【移除】，状态变为“已解绑”时，解绑成功。

➤ 个人账户绑定不成功的常见情况？

授权人或使用人不是云南省内参保人，如：使用人是省外参保人；使用人以前在云南省参保，但当年未参保。

➤ 个人账户共济绑定成功后使用不成功常见原因？

一是使用人是异地（地州）参保人，地州城乡居民参保人的普通门诊只允许在参保地基层医疗机构就医。

二是医院端操作时“个人账户使用标识”需要选择“是”才可以。



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

# 4 审核要点

- 审核工作开展的前提：校医院普通门诊、慢性病门诊费用必须通过信息平台上传结算，并上传完整的费用明细信息。
- 审核方式：智能审核、人工审核、现场核查

- 超限制支付范围用药并纳入支付：例：限二级及以上定点医疗机构、限二级及以上定点医疗机构重症（特定症状、疾病）患者，很多中成药都有此限制支付范围，如：双黄连注射液、喜炎平注射液、丹参注射液等。
- 超适应症用药并纳入支付：没有列出限制支付范围的药品及25个支付标准试点的药品，医保基金按说明书支付，超适应症用药医保不支付。
- 超量开药：普通门诊一般开7天的量，慢性病门诊一般开一个月的量（特殊情况按长处方管理办法也可开三个月的量），医保不对单次开药量做限制，但全年开具的总药量不得超过药品说明书最大使用量。

## 医疗服务项目审核要点

- 重复收费：《云南省非营利医疗服务价格及基本医疗保险诊疗项目服务设施支付范围》，项目内涵中明确注明“含XXXX”、“不得另收XXXX”，明确含的项目、不得另收的项目不得再重复收费。收取中风后遗症推拿后又收取其他推拿、手指点穴；运动疗法与关节松动训练、平衡功能训练重复收费；**根管预备重复收取根管消毒术，根尖切除术重复收取根尖搔刮术，气管切开护理重复收取吸痰护理，机械辅助肢体功能训练重复收取收肢体功能训练费用。**
- 非除外耗材单独收费：如：皮试、肌肉注射、静脉注射、换药、电针等无除外耗材，不得收取注射器、输液器、敷料、针灸针等耗材费用。
- 过度检查、过度诊疗、套餐式检查、捆绑收费、无指征检查

- 串换项目、套项目收费/套高收费。如：皮肤科的美容项目套收光动力疗法（PDT）、二氧化碳(CO<sub>2</sub>)激光治疗项目；浅表肿物切除术（包括全身各部位皮脂腺囊肿、痣、疣、脂肪瘤等）套高收取骨骼肌软组织肿瘤切除术；静脉采血器采血套高收取静脉注射器采血；磁疗套收磁热疗法；氧气吸入(普通给氧)套高收取氧气吸入(加压给氧)；无创辅助通气套收呼吸机辅助呼吸，睡眠呼吸监测过筛试验套收睡眠呼吸监测；口腔科种植牙串换牙槽突成形术，检验化验项目定性串换套高收取定量、手工法串换套高收取仪器法、化学法、酶免法串换套高收取干化学法、免疫学法、化学发光法等。
- 多传、虚传：一是记录与使用、上传不符；二是核查购销存与使用、上传不符，购进数量N，上传医保系统大于N。



中国医疗保障  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

THE END

谢谢