

大学生参加基本医疗保险政策解读

一、大学生在学籍地参保与户籍地参保的区别

学籍地参保是指大学生在学籍所在城市以学生身份参加城乡居民医保，户籍地参保是指大学生在户口所在城市按成年居民身份参加城乡居民医保。受不同城市医保政策差异影响，一般来讲，在学籍地或户籍地参保存在缴费标准、医保待遇两方面的差异和区别，以我市大学生医保政策为例：

1、**缴费低**：我市大学生参加 2023 年度居民医保个人缴费为 180 元，财政补助缴费 240 元；而大学生在户籍地只能以成年居民身份参保，一般一年个人缴费在 500 元以上；

2、**待遇高**：我市大学生参加居民医保的住院待遇与企业职工接近，达到 80%-85%；而大学生在户籍地以成年居民身份参加居民医保的住院待遇，一般在 70%左右。

所以说，大学生在我市各高校参加居民医保，保费不高但待遇保障较高的。同时，针对大学生群体寒暑假回户籍地等异地就医需求，我市也有相应的配套政策，医保待遇不下降，省内医疗费直接结算，省外医疗费回来报销。

国家医保局已有文件明确规定，大学生（含全日制研究生）不允许在两地重复参保，原则上应在学籍地参加城乡居民医保（若学生为资助参保的救助对象、残疾人等特殊人员，可以选择在身份认定地区参保）。

二、学生医保参保缴费（包括资助参保）办法

（一）参保对象

宁波市大学生居民医保的参保对象为本市范围内各类高等院校（含技师学院）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制学籍本专科学生、全日制学籍研究生。各类学生不限户籍、不限国籍，但不包括在职就读学生。

（二）缴费标准（包括资助参保）

2023 年度大学生城乡居民医保缴费标准为 420 元/年，其中大学生个人缴纳 180 元/年，政府财政补助 240 元/年。属于政府资助对象的大学生免缴个人缴费部分，由政府全额补助，具体包括：本市户籍大学生中重点优抚对象、一级和二级残疾人、低保对象、扶助对象、国家供养对象（包括“五保”人员、“三无”人员及孤儿）、低保边缘家庭成员。政府资助人员的资格确认以办理参保登

记日民政、残联等部门共享的数据信息为准，大学生个人无需另外申请。

三、参保缴费方式

1. 年度集中申报期参保缴费：一般在每年的9月中旬至12月中旬申报次年的大学生居民医保，大学生参保手续由所在学校统一办理，并根据学校引导的缴费方式完成缴费，推荐通过“宁波税务”公众号、支付宝“市民中心”中的“税务”服务或“宁波税务”APP进行缴费掌上完成缴费操作。需要提醒的是，务必要在接到学校的缴费通知后再办理，否则会因缴费信息尚未生成而无法缴费。完成年度参保缴费的大学生医保待遇从次年1月享受到次年12月31日，其中大一新生医保待遇从申报本年9月享受到次年12月31日。

2. 医保年度内参保补办：因各种原因在年度参保集中申报期内漏保的，可联系学校的医保经办老师，由所在学校到市医保中心进行补办，缴费标准及医疗费起付标准、统筹基金最高支付限额等待遇享受标准按全年度标准执行。年度内补办参保的大学生医保待遇开启时间根据中断缴费的情况确定，中断三个月以内（含）的，医保待遇从参保缴费次月开始享受；中断三个月以上的，从参保缴费次月开始享受。政府资助参保的大学生年度内参保补办时，医保待遇从参保缴费当月起开始享受。

四、大学生参加我市医保的待遇标准

参加大学生医保后，在医保年度内（1月1日—12月31日）发生的医保范围内普通门诊费用、特病门诊费用、住院费用产前检查及生育医疗费用，医保基金都能按规定给予支付，享受相应医保待遇。

（一）普通门诊待遇

参保学生发生普通门（急）诊医疗费用不设起付标准，在学校已定点的医务室就医和社区医院（包括社区卫生服务站），医保基金支付60%；在三级医院（如第一医院）就医，医保基金支付30%；在其他医院（如第九医院）就医，医保基金支付45%；每次门诊就医发生的支付范围内医疗费累计计算，年度累计发生超过4000元的，超过部分基金不再支付。

（二）特病门诊待遇

特病患者在指定的医疗机构，每次门诊特殊病种就医发生的医疗费用不设起付标准，年度内累计发生的门诊特殊病种治疗医疗费25万元（含）以下部分，

医保基金支付 80%；25 万元以上部分，全额自付。

（三）住院待遇

参保学生在定点医疗机构发生的合规住院费用，根据所住医院级别不同，承担不同的起付标准（门诊特殊病种患者住院时不设置起付线），起付线以下部分全部由个人自付。起付线以上部分由医保基金和个人按不同比例共同分担，发生金额 30 万元以上医保基金不再支付，具体见下表：

住院医疗费（年度内累计计算）		
起付标准以下	起付线至 4 万元（含）	4 万元至 30 万元（含）
医疗费在起付线以下部分由个人自付，起付线额度： 三级医院 1200 元； 其他医院 600 元； 社区医院 300 元。	社区医院就医由医保基金支付 85%；三级及其他医院就医由医保基金支付 80%，其余由个人自付。	社区医院就医由医保基金支付 90%；三级及其他医院就医由医保基金支付 85%，其余由个人自付。

（四）大病保险待遇

参保学生在享受上述基本医保待遇的同时，还享受大病保险待遇，即在住院和门诊特殊病种治疗的医疗费中按规定需由个人自付的费用（含乙类药品和乙类医疗服务项目及材料个人先自付部分、住院起付线部分、住院起付线以上个人自付部分和门诊特殊病种个人自付部分），年度内超过 2 万元以上部分，至最高限额 50 万元（含）部分，大病保险补助 70%。参保学生属于医疗救助对象范围的，年度内超过 1 万元部分，大病保险支付 80%，无最高限额。

（五）生育医疗待遇

参保学生的产前检查和生育分娩医疗费用，参照上述普通门诊和住院的支付政策执行。