



中南财经政法大学

ZHONGNAN UNIVERSITY OF ECONOMICS AND LAW

学生医保手册

二〇二二年八月

目 录

一、国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见（国办发[2008]119号）	1
二、湖北省人民政府办公厅关于将大学生纳入城镇居民医疗保险范围的意见（鄂政办发[2009]21号）	5
三、市人民政府关于印发武汉市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知武政规[2017]24号	9
四、中南财经政法大学大学生医疗保险实施细则(试行) （中南大政字[2010]88号）	23
五、中南财经政法大学大学生医疗保险实施细则(试行) 答疑	37
六、大学生基本医疗保险住院流程和报销流程	52

国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民 基本医疗保险试点范围的指导意见

(国办发[2008]119号)

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发[2007]20号）有关精神，为进一步做好大学生医疗保障工作，国务院决定将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围。经国务院同意，现就有关工作提出以下指导意见：

一、基本原则

按照党中央、国务院关于加快建立覆盖城乡居民的社会保障体系和开展城镇居民基本医疗保险试点工作的总体要求，坚持自愿原则，将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围，并继续做好日常医疗工作；中央确定基本原则和主要政策，试点地区制订具体办法，对参保大学生实行属地管理；完善医疗保障资金筹集机制和费用分担机制，重点保障基本医疗需求，逐步提高保障水平。

二、主要政策

（一）参保范围。各类全日制普通高等学校（包括民办高校）、科研院所（以下统称高校）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。

（二）保障方式。大学生住院和门诊大病医疗，按照属地原则通过参加学校所在地城镇居民基本医疗保险解决，大学生按照当地规定缴费并享受相应待遇，待遇水平不低于当地城镇居民。同时按照现有规定继续做好大学生日常医疗工作，方便其及时就医。

鼓励大学生在参加基本医疗保险的基础上，按自愿原则，通过参加商业医疗保险等多种途径，提高医疗保障水平。

（三）资金筹措。大学生参加城镇居民基本医疗保险的个人缴费标准和政府补助标准，按照当地中小學生参加城镇居民基本医疗保险相应标准执行。个人缴费原则上由大学生本人和家庭负担，有条件的高校可对其缴费给予补助。大学生参保所需政府补助资金，按照高校隶属关系，由同级财政负责安排。中央财政对地方所属高校学生按照城镇居民基本医疗保险补助办法给予补助。大学生日常医疗所需资金，继续按照高校隶属关系，由同级财政予以补助。

各地要采取措施，对家庭经济困难大学生个人应缴纳的基本医疗保险费及按规定应由其个人承担的医疗费用，通过医疗救助制度、家庭经济困难学生资助体系和社会慈善捐助等多种途径给予资助，切实减轻家庭经济困难学生的医疗费用负担。

三、精心组织实施

已开展城镇居民基本医疗保险试点的地区，按本指导意见将大学生纳入城镇居民基本医疗保险体系后，要切实保障参保大学生住院和门诊大病需求，同时继续做好大学生日常医疗工作；未开展试点的地区，要完善现有办法，加强和改进大学生医疗保障工作，随着试点扩大，逐步将大学生纳入城镇居民基本医疗保险范围。各地人力资源社会保障部门要把符合条件的大学医疗机构纳入城镇居民基本医疗保险定点医疗机构范围。

各地区、各有关部门要充分认识到做好大学生医疗保障工作对建立健全覆盖城乡居民社会保障体系，保障大学生就医权益、提高大学生健康水平，促进社会和谐稳定的重大意义，切实加强组织领导和宣传解释工作。省级人民政府要根据本指导意见，统筹规划，积极稳妥地推进这项工作。试点城市要因地制宜制订具体实施办法和推进步骤，确定合理的保障水平，精心组织实施，

确保新旧制度平稳过渡，维护社会稳定。教育、财政、人力资源社会保障、卫生和民政部门要通力协作，制订周密工作计划，确保缴费和财政资金及时足额到位，不断完善大学生医疗经费和就医管理措施。高校要切实抓好大学生就医工作，深化改革，加强管理，提高工作效率和水平。

中华人民共和国国务院办公厅

二〇〇八年十月二十五日

湖北省人民政府办公厅关于将大学生纳入 城镇居民基本医疗保险范围的意见

(鄂政办发〔2009〕21号)

各市、州、县人民政府，省政府各部门：

为贯彻《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》（国办发〔2008〕119号），结合我省实际，做好将大学生纳入城镇居民基本医疗保险范围工作，经省人民政府同意，现提出如下意见：

一、基本原则

按照国务院和省人民政府关于建立城镇居民基本医疗保险制度的总体要求，坚持自愿原则，将大学生纳入城镇居民基本医疗保险范围，并继续做好日常医疗工作；对大学生参保实行属地管理（在汉部省属高校由武汉市管理）；完善医疗保障资金筹集机制和费用分担机制，重点保障基本医疗需求，逐步提高保障水平。

二、参保范围

本省行政区域内各类全日制普通高等学校（含民办高校、独立学院、分校、高等职业技术学院）、科研院所（以下统称高校）中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生（以下称大学生）。

三、保障方式及待遇

大学生住院和门诊大病医疗，通过参加城镇居民基本医疗保险解决，大学生按照当地规定缴费并享受相应待遇。同时按照现有规定继续做好大学生日常医疗工作，方便其及时就医。

鼓励大学生在参加基本医疗保险的基础上，按照自愿原则，通过参加商业医疗保险等多种途径，提高医疗保障水平。

大学生按规定办理参保缴费手续后享受基本医疗保险待遇。对中断缴费后续保的，按统筹区城镇居民基本医疗保险政策设立等待期。

四、资金筹集

大学生参加城镇居民基本医疗保险的个人缴费和政府补助标准，按照当地中小学生参加城镇居民基本医疗保险相应标准执行。个人缴费原则上由大学生本人负担，有条件的高校可对其缴费给予补助。各地要按当地城镇居民基本医疗保险政策规定对低保对象、重度残疾大学生参保给予重点照顾。对家庭经济困难的大学生按规定应由其个人承担的医疗费用，通过学校补助、医疗救助、家庭经济困难学生资助体系等多种途径给予资助。

大学生参保所需政府补助资金，按照高校隶属关系，由同级财政负责安排。部属高校政府补助资金由中央财政全额补助；省属高校政府补助资金在中央财政按照城镇居民基本医疗保险补助办法给予补助后，省财政

按照相关标准给予补助；其他高校政府补助资金在中央和省财政按照城镇居民基本医疗保险补助办法给予补助后，统筹区财政按照相关标准给予补助。大学生日常医疗所需资金，继续按照高校隶属关系，由同级财政予以补助。

大学生参加城镇居民医疗保险筹集的资金纳入城镇居民基本医疗保险基金统一管理。

五、参保缴费

本着方便大学生参保的原则，简化参保缴费办法，由各高校负责组织本校学生参加城镇居民基本医疗保险，在新学年开学时进行登记核定，代收基本医疗保险费，于开学一个月内以学校为单位整体办理参保、缴费手续。

六、医疗服务管理

大学生参保后，执行城镇居民基本医疗保险统一的药品目录、诊疗项目和服务设施标准。

大学生参加基本医疗保险应在定点医疗机构就诊。定点医疗机构原则上由具备条件的校内医疗机构承担。校内医疗机构不具备条件的，由劳动保障部门按照就近、安全的原则选择确定定点医疗机构。大学生日常医疗管理按现行规定执行。

各统筹区要按照城镇居民基本医疗保险制度规定，探索适应大学生特点的普通门诊统筹管理办法。

按照学籍管理规定，大学生因休学、实习、寒暑假等原因不在校期间，需在高校所在地之外住院的，管理办法由统筹区另行制订。

七、组织实施

各市、州、县人民政府要充分认识做好大学生医疗保障工作的重要意义，加强组织领导，抓紧制订具体办法，精心组织实施，确保落实到位。各地大学生参保实施方案应报省人民政府批准，在 2009 年秋季开学时启动实施，确保新旧制度平稳过渡，确保高校和社会稳定。各有关部门要切实履行职责，加强协调配合。劳动保障部门要会同有关部门制订配套政策和措施，加强经办管理，确保大学生登记、核定、就医、报销工作有序进行。教育部门要组织高校做好大学生参保实施工作。卫生部门要加强对医疗机构的管理。财政部门要将大学生参加城镇居民基本医疗保险补助资金、工作经费列入预算，并加强基金管理和监督。各高校要做好大学生参保和就医管理工作，按规定做好大学生日常医疗管理服务等工作。

湖北省政府

二〇〇九年二月二十八日

市人民政府关于印发武汉市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知

武政规〔2017〕24号

各区人民政府，市人民政府各部门：

经研究，现将《武汉市城乡居民基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

武汉市人民政府

2017年7月18日

武汉市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条为适应城乡经济社会协调发展，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进医疗保障体系持续健康发展，根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）和《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（鄂政发〔2017〕9号）等文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条本市统筹范围内城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）适用本办法。

第三条建立居民医保制度应当遵循以下原则：

（一）全覆盖，保基本，充分体现制度定位与经济社会发展及人民群众需求的有机统一。

（二）统筹城乡，统一政策，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益。

（三）以收定支，收支平衡，略有结余，保证制度可持续。

（四）立足基本保险，兼顾不同层次，实现与城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民大病保险、医疗救助等制度和医药卫生体制改革的有效衔接。

第四条居民医保实行市级统筹，全市统一政策、统一经办流程、统一信息系统，居民医保基金实行分级

管理。蔡甸区、江夏区、东西湖区、黄陂区、新洲区居民医保基金暂由各区管理。

第五条各级人力资源社会保障部门（以下简称人社部门）是本市居民医保工作的主管部门，负责居民医保的政策制定、组织实施和管理等工作。各级社会保险经办机构（以下简称社保经办机构）负责经办居民医保日常工作；街道办事处和乡镇人民政府（以下简称街乡镇）、社区居委会和村委会（以下简称社区村）、学校（含幼儿园，下同）在本区人民政府（含开发区、风景区、化工区管委会，下同）和社保经办机构指导下经办有关业务工作。

第六条明确工作职责，形成工作合力，共同做好居民医保工作。

各区人民政府负责本区居民医保工作，指导街乡镇和社区村经办居民医保业务；及时向社保经办机构提供困难人员名单，组织各类困难人员统一参保和统一缴费；落实政府补助。

机构编制部门负责落实居民医保机构编制调整工作，根据管理和经办工作需要，合理设置机构、配置编制。各级社保经办机构、街乡镇和社区村的编制和人员应当与居民医保的实际工作量相适应。

发展改革部门负责将居民医保工作纳入国民经济和社会发展规划。

教育部门负责督促学校做好学生参保和代收代缴居民医保费等工作。

公安部门负责定期提供本辖区城乡户籍人口和流动人口基本信息，依法打击涉及医疗保险领域的保险诈骗犯罪。

地税部门负责做好居民医保个人缴纳费用（包含困难人员个人缴费政府补助）的征收工作。

民政部门负责认定特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、特困优抚对象、低收入家庭中60周岁以上的老年人和未成年人等困难人员身份，及时向区人民政府提供困难人员名单，按要求做好困难人员参保和缴费等工作。

财政部门负责完善居民医保基金财务管理制度和会计制度，落实财政补助政策，并会同相关单位和部门做好居民医保基金的监督管理工作，保障居民医保信息化建设和居民医保各项工作所需资金。

卫生计生部门负责认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女和计划生育特别扶助对象等困难人员身份，及时向区人民政府提供困难人员名单，按要求做好困难人员参保和缴费工作，并落实其特殊待遇补助政策；负责做好医疗服务管理和疾病应急救助工作。

扶贫部门负责认定农村医疗保障精准扶贫对象，及时向区人民政府提供困难人员名单，按要求做好困难人员参保和缴费工作。

残联组织负责认定丧失劳动能力的残疾人和享受最低生活保障的残疾人身份，及时向区人民政府提供困难人员名单，按要求做好困难人员参保和缴费工作。

网信、经济和信息化、食品药品监管、审计、法制、金融工作等部门应当根据各自职责配合做好居民医保相关工作。

第七条按照标准统一、数据集中和服务延伸的原则，建立全市统一的信息一体化居民医保信息系统，覆盖到街乡镇和社区村。推动居民社会保障卡在城乡居民参保缴费和即时结算等工作中的广泛应用。推广“互联网+医保”便民服务。政府对居民医保信息系统的建设、维护和改造升级给予专项经费保障。

第二章 覆盖范围及参保缴费

第八条职工医保制度范围外的其他城乡居民，均纳入居民医保制度覆盖范围。

参加职工医保有困难的灵活就业人员，可参加居民医保。

第九条居民凭居民身份证或者户口簿等证件在户籍所在地或者居住地社会保险经办窗口办理参保。加快推进网上办理居民医保业务工作。

新生儿父母任意一方参加本市基本医疗保险并按规定缴费的，新生儿可在本市办理居民医保参保登记手续，免缴出生当年参保费用（次年以新生儿本人身份参保缴费）。

新生儿父母均未在本市参保缴费的，新生儿以本人身份参保缴费。

各类在校中小學生（含职业高中、中专和技校学生）、在园幼儿由学校统一组织参保和代收代缴居民医保费。

各类全日制普通高等学校（含民办高校、独立学院、分校和高等职业技术学院）及科研院所（以下统称高校科研院所）中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生和全日制研究生（以下统称大学生），由高校科研院所统一组织参保和代收代缴居民医保费。高校科研院所在社保经办机构指导下经办有关业务工作。

第十条居民医保实行个人缴费和各级政府补助相结合为主的筹资方式。地方政府补助由市、区各承担50%，其中，各类困难人员个人缴费补助由各区承担。

第十一条居民医保个人缴纳的费用实行地税征收（包含困难人员个人缴费政府补助）。

普通居民（大学生以外的其他居民，下同）实行跨年度提前缴费方式，大学生实行按学年度当期缴费方式。

居民每年缴费 1 次，正常缴费期限为每年的 9 月 1 日至 12 月 31 日（新生儿正常参保登记或者参保缴费期限为出生 90 日及以内）。

第十二条各类居民按统一标准缴纳居民医保费，个人缴费标准为上上年度（ $n-2$ 年， n 为享受待遇年度）全市城乡居民人均可支配收入的 0.57%（计算结果四舍五入取整后由市人社部门每年向社会公布）。

个人缴费低于国家和省规定的标准时，按国家和省规定的标准执行。

第十三条按规定应当享受居民医保个人缴费补助的困难人员，由各区人民政府组织统一参保、统一缴费。

特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、特困优抚对象、严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女、计划生育特别扶助对象、农村医疗保障精准扶贫对象和丧失劳动能力的残疾人，个人缴费由区人民政府全额补助。

低收入家庭中 60 周岁以上的老年人和未成年人，个人缴费由区人民政府定额补助。

区人民政府原定的其他困难人员个人缴费补助，仍由各区人民政府继续予以保障。

上述困难人员若同时符合多种政府补助条件，按就高不就低的原则给予补助，不得重复享受。

第三章 基金构成及支付范围

第十四条居民医保基金主要由个人缴费、政府补助、基金利息和依法纳入的其他收入构成。

第十五条居民医保基金支付符合省城乡基本医疗保险药品目录及诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录规定的普通门诊、门诊治疗重症（慢性）疾病和住院医疗费用。

第十六条符合规定的医疗费用，在起付标准及以下的由个人支付；在起付标准以上的，由居民医保基金按比例支付，直至年度最高支付限额。

第四章 医保待遇

第十七条居民医保待遇主要包括普通门诊待遇、门诊治疗重症（慢性）疾病待遇和住院待遇。

第十八条居民医保待遇享受期。

（一）按规定参保缴费的居民医保待遇享受期为：普通居民为缴费次年的1月1日至12月31日。

出生90日及以内办理了参保登记或者参保缴费的新生儿，自出生之日起独立享受当年的居民医保待遇。

大学生为缴费当年的9月1日至次年的8月31日。大学生（含本市统筹范围之外）毕业当年参加本市居民医保的，缴费次月起享受居民医保待遇。

（二）逾期参保缴费的居民医保待遇享受期为：

上年度在本市参保缴费的本市户籍居民，从缴费次月起享受当年余下月份的居民医保待遇。

非本市户籍居民和上年度未在本市参保缴费的本市户籍居民,从缴费次月起的第7个月享受当年余下月份的居民医保待遇。

逾期参保缴费的居民,医保待遇不追溯。

第十九条使用乙类药品发生的医疗费用,个人先支付10%,余额再按普通门诊待遇、门诊治疗重症(慢性)疾病待遇和住院待遇的规定执行。

第二十条使用乙类诊疗项目发生的医疗费用,个人先支付10%,余额再按普通门诊待遇、门诊治疗重症(慢性)疾病待遇和住院待遇的规定执行。

第二十一条在异地非定点医疗机构紧急抢救后住院和报备核准住院符合规定发生的医疗费用,个人先支付10%,余额再按本办法第十九条、第二十条和本办法有关住院待遇的规定执行。

第二十二条普通门诊待遇执行下列规定:

(一)普通居民在社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站和村卫生室就诊不设起付标准,其他医疗机构的门诊起付标准年度累计额200元。居民医保基金支付比例为50%,年度支付限额400元。

普通居民在符合规定的定点基层医疗机构门诊就医时,一般诊疗费纳入居民医保普通门诊支付范围。乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站一般诊疗费标准为每人每次(含一个疗程)10元,村卫生室一

般诊疗费标准为每人每次（含一个疗程）5元，上述费用由居民医保基金支付。

符合生育政策的门诊产前检查医疗费用与普通门诊医疗费用合并计算，执行普通门诊有关规定。

（二）大学生普通门诊由居民医保基金按照高校科研院所参保大学生人数给予定额补助（具体标准由人社部门会同市财政部门根据基金结余情况提出意见，报市人民政府确定），高校科研院所按照支付比例不低于70%、年度支付限额不低于400元的标准，支付大学生普通门诊医疗费，具体办法由各高校科研院所制定并报社保经办机构备案。

第二十三条建立门诊治疗重症（慢性）疾病制度，具体办法由人社部门另行制定。

第二十四条住院待遇执行下列规定：

（一）起付标准：三级医疗机构800元，二级医疗机构400元，一级医疗机构200元（社区卫生服务中心级别高于一级的，执行一级标准）。

特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、特困优抚对象和丧失劳动能力的残疾人，免除其起付标准费用。

一个保险年度内，居民2次及以上在二级、三级医疗机构住院的，从第二次住院开始，起付标准减半（不递减，一级医疗机构和社区卫生服务中心不执行起付标准减半的政策）。在定点医疗机构（科室）间转院，视

同一次住院，执行高级别医疗机构起付标准，并分别执行转出和转入医疗机构住院支付比例。

（二）支付比例：三级医疗机构 60%；二级医疗机构 70%；一级医疗机构和社区卫生服务中心 90%（社区卫生服务中心级别高于一级的，执行一级支付比例）。

享受最低生活保障的残疾人住院医疗费用，居民医保基金支付比例提高 2%。

（三）符合生育政策的住院分娩医疗费用，由居民医保基金最高按 700 元/次的标准支付。

第二十五条在门诊实施紧急抢救后住院的，其紧急抢救费用并入住院医疗费用。

第二十六条儿童先天性心脏病等重大疾病医疗保障和农村医疗保障精准扶贫对象的待遇执行原政策规定。

区人民政府原定的待遇优惠政策，仍由各区继续予以保障。

第二十七条在一个保险年度内，居民医保基金累计支付最高限额 15 万元。

第二十八条居民医保基金不予支付和先行支付执行《中华人民共和国社会保险法》的有关规定。居民医保基金不予支付还包括以下情形：在非定点医疗机构（科室）就医发生的医疗费用（紧急抢救后住院和报备核准的除外）；未按规定办理转、住院手续发生的医疗费用。

第五章 医疗服务管理和费用结算

第二十九条居民在定点医疗机构范围内选择就医，社保经办机构对定点医疗机构实行协议管理。

第三十条普通居民、大学生分别持本人社会保障卡、居民身份证就医。

第三十一条有下列情形需办理转、住院，应当报社保经办机构备案或者核准：

（一）在定点医疗机构（科室）之间转院，由转出医疗机构办理转院手续的；

（二）转往非定点医疗机构（科室），由本市三级定点医疗机构办理转院手续的。

第三十二条居民在定点医疗机构发生的医疗费用通过居民医保信息系统即时结算。

符合第三十一条第（二）项和在非定点医疗机构（科室）紧急抢救后住院发生的医疗费用，先由个人垫付，治疗结束后，及时持相关单据到社保经办机构审核结算（大学生由高校科研院所集中到社保经办机构审核结算）。

第三十三条按照总额预算、过程管理、超支分担、结余留用的原则，结合基金预算管理的相关规定全面推进付费总额控制。推进按病种付费、按人头付费等复合型付费方式改革。

第六章 基金管理

第三十四条居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。居民医保基金纳入社会保险基金财政专户，实行“收支两条线”管理。

第三十五条居民医保基金的银行计息执行国家社会保险基金计息的有关规定。

第三十六条建立居民医保调剂金制度，用于平衡市、区居民医保基金收支。市、区按上年度基金收入预算数的5%计提，调剂金累计总额达到全市上年度基金支出预算数的20%后暂停提取；累计总额低于20%时，恢复提取。

第三十七条建立居民医保基金审计制度，定期开展政策执行、基金收支、基金管理和运行等方面的审计，保障基金安全。

第三十八条建立居民医保缴费和待遇正常调整机制，使之与经济社会发展水平和居民基本医疗保险需求相适应。

第三十九条建立居民医保基金风险预警和防控制度，当基金当期结余率低于5%时，人社部门应当提出应对措施，报同级人民政府批准后实施，并报上级人社部门备案。

当基金支付不足时，人社部门应当及时提出政策调整意见，报同级人民政府批准后实施。

因重大疫情、灾情和重大事故所发生的医疗费用，由同级人民政府另行安排资金解决。

第四十条建立居民医保基金监管和社会监督机制，充分发挥政府相关部门、社保经办机构的监管和社会各界的监督作用。

第七章 相关责任

第四十一条区人民政府、相关部门和单位、社保经办机构及其工作人员应当依法依规履行工作职责。

第四十二条定点医疗机构及其医务人员应当按照合理检查、合理用药、合理治疗的原则为参保居民提供医疗服务。

第四十三条城乡居民按规定参保缴费，按规定享受居民医保待遇。

第八章 附则

第四十四条本办法由市人力资源社会保障局负责解释。人社部门应当会同相关部门和单位制定本办法的具体配套办法。

第四十五条本办法自2017年9月1日起施行，有效期为5年。本市原制定的城镇居民基本医疗保险（含大学生参加城镇居民基本医疗保险）和新型农村合作医疗的有关规定同时废止。

中南财经政法大学学生基本医疗保险实施细则 (试行)

(中南大政字〔2010〕88号)

第一章 总则

第一条 为了切实保障学生的基本医疗需求,完善基本医疗保险体系,根据《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》(国办发[2008]119号)、《湖北省人民政府办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险范围的意见》(鄂政办发〔2009〕21号)及《武汉市人民政府关于印发武汉地区高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施细则》(武政规〔2009〕10号)的有关规定,结合学校实际,制定本实施细则。

第二条 保险对象为在本校注册接受全日制普通高等学历教育的本科生;接受全日制研究生学历教育的非在职研究生;接受全日制高等学历教育,其在内地(大陆)发生的医疗费用不在当地报销的港、澳、台学生(以下简称“大学生”)。

第三条 在本校注册接受非全日制普通高等学历教育,或者注册接受非学历教育的其他各类学生不在适用范围。

第四条 未按规定办理参保缴费的大学生不享受规定的基本医疗待遇,一切医疗费用由个人承担。

第五条 享受医疗保险的起止时间为当年的9月1日至次年的8月31日(新生为参保当年的注册之日起至

次年的8月31日)。

(一)自办理入学手续,并按规定办理参保缴费起,享受学生住院与门诊重症疾病医疗保险待遇;入学三个月并取得本校颁发的有效证件之日起,享受门诊医疗保险待遇;

(二)大学生自注销学籍次日起居民医保待遇自行停止。

按照学籍管理规定需办理因病等休学手续的学生,在休学期间,为其统一办理参保并及时缴费的,可继续享受居民医保待遇。

(三)参保的大学生在保险期内享受武汉市城镇居民基本医疗保险待遇。

(四)参加基本医疗保险坚持自愿原则,医疗保险费标准为每人每年120元,其中学生个人缴纳20元,政府财政补贴100元。未按规定缴费者,不享受基本医疗保险待遇。

第六条 大学生医保分为住院医疗、门诊重症疾病医疗、普通门急诊医疗三类。各类医疗保险具体的用药目录、诊疗项目目录和服务设施目录的支付范围和标准,按照武汉市城镇居民基本医疗保险有关规定执行。

第七条 武汉市劳动和社会保障局东湖新技术开发区分局是本校大学生基本医疗保险管理机构,负责办理大学生医保的有关业务。

根据武汉市劳动和社会保障局的规定,学生住院可自主选定市医疗保险的定点医疗机构(以下简称“医保定点医院”)。门诊医疗:中南财经政法大学医院、同济医院神经外科、协和医院血液科、广州军区武汉总医

院、武汉大学中南医院、武汉大学人民医院、武汉大学口腔医院、湖北省妇幼保健院、湖北省肿瘤医院、湖北省中医院、武汉市第一医院皮肤科、武汉市第三医院、武汉市医疗救治中心、武汉市第二精神病医院、武汉科技大学附属医院武汉天佑医院（武汉天佑医院）、湖北省武警总队医院、中建三局武汉中心医院。

第二章 管理机构

第八条 学校成立“中南财经政法大学学生基本医疗保险工作领导小组”（以下简称“领导小组”），由负责分管财务工作、分管后勤保障工作的校领导担任组长，校办公室、组织人事部、宣传部、财务处、学生工作部、研究生工作部、现代教育技术中心、公共管理学院、法律事务部和校医院负责人组成，负责对大学生医疗保险工作进行领导、管理、组织与协调。

第九条 领导小组日常办事机构“大学生基本医疗保险工作管理办公室”（以下简称“医保办”）设在校医院，负责大学生医疗保险工作的日常事务，其具体职责是：

（一）按时将参保大学生个人信息，按武汉市城镇居民基本医疗保险局（以下简称“市医保局”）规定的信息格式汇总后，到学校所属的区医保中心负责办理登记、变更或注销手续，做好学生信息的留档工作；

（二）完成医保资料的收集整理和医保数据的备份，保证医保数据每天按时、准确上传。每月按时完成医保门诊、住院报表的汇总、上报和结算工作；

(三) 保持与市、区医保部门联系，了解医保有关信息，发现问题及时汇报，并积极配合处理好出现的问题；

(四) 严格执行医保有关规定，负责监督医保门诊和住院病人的治疗及用药情况，监督医保住院病人的日常费用录入情况，负责及时更新医保目录，及时按照医保有关规定添加新增药品及诊疗项目；

(五) 受理大学生在外地发生的符合规定的住院和门诊重症疾病诊疗费用的报销申请，向学校所属区医保中心申请零星报销；

(六) 及时与财务处对大学生参保费的收缴和保险理赔信息进行沟通，协助财务处管理医疗保险资金。

第十条 校医院负责学生的医疗和公共卫生等日常工作，并协同“医保办”处理有关大学生医疗保险方面出现的问题，其具体职责是：

(一) 为大学生提供普通门（急）诊的医疗服务；

(二) 为大学生提供一般常见病的住院治疗；

(三) 办理对校外“定点医院”门诊的转诊及登记手续；

(四) 负责审核外转普通门急诊费用；

(五) 协调与大学生医疗保险工作相关的医疗问题。

第十一条 学校办公室、公共管理学院、法律事务部主要承担下列与学生医疗保险工作有关的职责：

(一) 协助校医院、“医保办”做好实施学生医疗保险相关工作；

(二) 保障实施大学生医疗保险工作的资源配置；

(三) 提供法律和政策咨询。

第十二条 财务处负责大学生医疗保险资金预算管理 with 会计核算工作，具体职责是：

（一）负责大学生参保费的收缴等工作；

（二）在学校预算中通过多种渠道筹措资金，安排用于大学生医疗保险资金；

（三）完成医疗保险资金的会计核算和年度决算工作；

（四）协助“医保办”向武汉市财政局（或医保局）申请大学生普通门急诊医疗补助资金（以下简称“补助资金”），并在每年年终与武汉市财政（或医保局）进行年终清算。

第十三条 学生工作部、研究生工作部协助“医保办”完成可享受医疗保险待遇的大学生个人信息登记、变更及注销工作，具体职责是：

（一）每学年开学后的9月15日前，将新增的属于本细则规定保障对象的大学生个人信息，按市医保中心规定的信息格式提供给医保办：由“医保办”在9月30日前到学校所属的区医保中心集中办理登记手续；

（二）集中登记后，对于符合参保条件的入学、转学或退学的学生，应在一个月内为其办理补充登记或注销登记以及缴费手续，将有关书面证明材料的复印件，以及大学生个人信息按市医保中心规定的信息格式提供给“医保办”，由“医保办”到医保中心办理补充登记或注销登记手续；

（三）每年6月20日前，上报毕业生人员信息，以便“医保办”及时核实市医保部门集中注销人员准确情况。

第十四条 学生工作部（处）、研究生工作部、党委宣传部及各学院承担下列与学生医疗保障工作有关的职责：

（一）在各自分管的学生范围内做好学生参加基本医疗保险的宣传和引导参保工作；

（二）鼓励大学生参加商业医疗保险，以进一步提高学生医疗保障水平。

（三）给特困大学生就医提供经济援助渠道。

第三章 住院医疗和管理

第十五条 大学生的住院医疗包括普通住院、急诊住院。其中，本市普通住院须事先到校医院办理转诊手续。

第十六条 大学生每次住院发生的属于大学生医疗保险支付范围之内的费用，在起付标准及以下部分的住院费由大学生个人负担，起付标准以上部分的住院费由武汉市为大学生设立的医保基金按照规定的比例承担，其中，个人支付部分由大学生个人负担。大学生住院医疗费用的起付标准及医疗统筹资金和个人支付比例为：

医疗机构	起付标准	医保基金支付比例	个人支付比例
三级医院	800 元	60%	40%
二级医院	400 元	70%	30%
一级医院	200 元	80%	20%

住院费用年度报销最高限额为 10 万元；使用乙类药品自付 10%，余额按规定报销；按规定使用体内置放材料、置换人工器官和血液制品的医疗费用，属国产的，

医保基金支付 65%；属进口的，医保基金支付 50%。

第十七条 普通疾病应先在学校医院住院治疗。

第十八条 对因病情需要转至校外的武汉市其他医保定点医疗机构住院的，应由校医院医生开具转诊单。

第十九条 大学生因病休学及因学校批准在外省市开展教育实习、课题研究、社会调查等工作期间生病需要在外地住院时，应征得校医院院长同意后，方可到当地医保定点医疗机构就医，住院期间所发生的医疗费用由个人自行垫付后，按有关规定报销结算。

第二十条 大学生在外省、市因急诊住院时，应选择当地医保定点医疗机构就医。住院期间所发生的医疗费用，由个人自行垫付后，按有关规定报销结算。

第四章 门诊重症疾病医疗和管理

第二十一条 大学生的门诊重症疾病医疗是：

- (一) 重症尿毒症门诊透析；
- (二) 肾移植后的抗排异；
- (三) 恶性肿瘤化学治疗、放射治疗、以及必要的相关检查；
- (四) 高血压Ⅲ期（有心、脑、肾并发症之一的）；
- (五) 糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一的）；
- (六) 重症精神病（限于精神分裂症、情感性精神病、脑器质性精神病）；

- (七) 慢性重症肝炎及肝硬化；
- (八) 帕金森氏病及帕金森氏综合症；
- (九) 系统性红斑狼疮；
- (十) 慢性再生障碍性贫血。

大学生在门诊治疗重症，符合规定的医疗费用由医保基金支付 70%。在一个保险年度内，医保基金最高支付限额分别为：

(1) 慢性肾功能不全透析（失代偿期）、肾移植术后抗排异、恶性肿瘤放化疗 100000 元；

(2) 高血压Ⅲ期（有心、脑、肾并发症之一的）、糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一的）4000 元；

(3) 重症精神病（精神分裂症、情感性精神病、脑器质性精神病）1600 元；

(4) 慢性重症肝炎、肝硬变 4000 元；

(5) 帕金森氏病及帕金森氏综合症 1200 元；

(6) 系统性红斑狼疮 2800 元；

(7) 慢性再生障碍性贫血 8000 元。

第二十二条 门诊重症疾病诊疗发生的医疗费用，按市医保局大学生医疗统筹规定报销。

第二十三条 门诊治疗重症疾病的大学生应先向医保办提出申请，征得医保局同意后选择一所定点医疗机构作为本人的就医医疗机构。

第二十四条 因病情需要转往城镇基本医疗保险转院定点医疗机构或者外地医疗机构治疗的，须经本市

三级定点医疗机构按照规定办理转诊手续,并报医保经办机构核准。除紧急抢救外,未按规定办理转诊手续发生的医疗费用,医保基金不予支付。

第二十五条 大学生因病休学及因学校批准在外省市开展教育实习、课题研究,社会调查等工作期间需要在外省市进行门诊重症疾病医疗时,应征得校医院同意后,选择当地医保定点医疗机构就医。门诊重症疾病医疗期间所发生的医疗费用,先由个人垫付后,按有关规定报销结算。

第五章 普通门(急)诊医疗和管理

第二十六条 大学生的普通门急诊是除住院和门诊重症疾病诊疗以外的疾病诊疗。

第二十七条 大学生发生的符合规定的普通门急诊医疗费用按下列比例由学校和大学生个人分担:

(一)参保学生在校医院门诊的医疗费用,学校承担 85%,个人承担 15%;

(二)参保学生符合规定在校外医院门急诊就诊的医疗费用,学校承担 75%,个人承担 25%;

(三)不参保的学生,就医费用由个人全额承担。

第二十八条 参保大学生的普通门诊(必)须先到校医院就诊,急诊就近就医。

第二十九条 因病情需要转到校外定点医院的,由校医院的接诊医生在病历上注明转诊建议,并开具转诊单,方可到指定的转诊医院就诊,非定点医院就诊医疗

费不予报销。

第三十条 转诊一般限转一科，最多不超过两个科，同一种病不得同时兼看中、西两科（会诊除外）。如转诊的医保定点医院在治疗过程中开具单项检查费超过 200 元（含 200 元）的项目，需与校医院联系征得同意后方可进行检查。检查结果阳性报销 70%，阴性报销 40%；同一种检查如果检查结果一致报销 40%，结果有新的改变报销 70%。

第三十一条 转诊就医所发生的门诊医疗费用，先由个人垫付，再按有关规定报销结算。未经转诊所发生的门诊医疗费用，全部由个人负担。

第三十二条 发生属急诊范围内的疾病，在本市和外省住院直接到就近的医保定点医疗机构就诊，所发生的医疗费用，按规定结算；在非定点医院就医的自付 50%。

第三十三条 急诊后或继续检查治疗者，应在三日内向校医院提出申请，经校医院负责人或其指定的医生审核后办理相关转诊手续，可在急诊医院继续诊治。

第三十四条 因休学及经学校批准在外省、市开展教育实习、课题研究，社会调查等学习期间因病需要接受普通门诊医疗时，在征得校医院同意后，可到当地医保定点医疗机构就诊，所发生的医疗费用，先由本人垫付，按规定报销。

第三十五条 寒暑假及法定假日期间，普通门诊应到校医院就诊，按规定报销。在校外发生的普通门诊（医）报销 5 元。

第六章 费用结算和管理

第三十六条 到校医院报销结算的医疗费用如下：

- (一) 在本市发生的急诊费和转诊的普通门诊医疗费；
- (二) 在外省市发生的符合规定的普通门诊和急诊医疗费。

第三十七条 在外省市发生的符合规定的住院医疗费和门诊重症疾病医疗费，在校医保办申请报销。

第三十八条 由个人自行垫付的门诊重症疾病医疗费或外省市住院医疗费，必须在出院或治疗后2个月内（应届毕业生必须在办理离校手续前），凭医疗证、医疗费原始收据及明细账单原始收据、身份证复印件、病史资料复印件（病案首页、入院记录、出院小结、手术记录、各种检查报告单、临时医嘱、长期医嘱、放化疗费及治疗费用明细表）、转诊单、大学生异地实习、寒暑假就医学校开具的证明和寒暑假异地就医医院的等级证明到校医保办申请报销。

第三十九条 医保办在受理大学生提交的门诊重症疾病或外地住院费报销申请后，登记每位大学生医疗费发票总金额及发票张数等信息。然后按月汇总后到学校所属区医保中心申请零星报销。区医保中心审核后，将相关费用拨付到学校。

第四十条 学校收到医保中心拨付的费用，经过医保办逐一确认后，及时通知学生，并将确认名单报财务

处。财务处负责将报销的费用划入个人的银行帐户。

第四十一条 由个人垫付的急诊、转诊的门诊医疗费以及外省市普通门诊或急诊医疗费，应带齐医疗证、转诊单、病史资料（病历）、医疗费收据及明细账单等，按规定的时间到校医院进行审核，符合规定范围的医疗费用按医保规定的予以报销。

第四十二条 在办理医疗费用的报销手续时，对于下列费用一律不予报销，由个人自理：

（一）未经校医院同意，自行去定点医院或其他医院就诊和住院发生的费用。

（二）经转诊后发生的检查费、药品费及住院费等超出大学生医疗保险支付范围的费用。

（三）不符合急诊病情所发生的医疗费用。

（四）寒暑假、法定节假日期间在外就医的中医、中药费，慢性病检查费、治疗费以及非急诊门诊住院的费用。

（五）救护车费、中药代煎费及自行购买药品的费用。

（六）属于《武汉市基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围》的费用。

1、服务项目及设施：挂号费、会诊费、出诊费、病历工本费、陪伴费、特别护理费、空调费、损坏公物赔偿费、文娱活动费等其他特需生活服务费；

2、非疾病治疗项目：各种美容、矫形、健美的手术治疗及药品、器具等费用，各种预防保健诊疗项目、

各种健康体检、各种医疗咨询、健康预测等诊疗项目；

3、诊疗设备及医用材料：正电子发射断层扫描装置（PET）电子束CT和眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行的检查治疗项目，眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；

4、治疗项目：各类器官或组织移植的器官源或组织源、近视眼矫正术、音乐疗法、心理治疗、磁疗等辅助性等治疗项目；

5、其他项目：各种不孕不育症、性功能障碍的治疗项目、自杀自残、酗酒、交通肇事或事故、打架斗殴、因违法犯罪行为所致伤病及医疗事故等所造成的伤害或伤残，其所发生的一切费用；

（七）超过医保报销截止日期的医疗费用。

（八）按照国家、省、市有关规定不予支付的其他费用。

第四十三条 各类医疗原始收据报销截止日期为：

（一）门诊重症疾病或外地住院医疗费原始收据的报销截止期为治疗结束后的2个月内。

（二）本市急诊和转诊，以及外省市门急诊医疗费原始收据的报销截止期为收据开具日后的次年二月底前。

（三）门诊报销时间、地点。每季度第一周或第二周，南湖校区报销在中原楼一楼财务处办理；首义校区报销在中南楼三楼财务处办理。校医院院长现场审核签字。

第七章 附 则

第四十四条 享受基本医疗保险的大学生应诚实守信，严格遵守大学生医疗保险制度的各项管理规定。如有外借或冒名使用“医疗证”、谎报医药费等行为，一经查实，按《中南财经政法大学学生违纪处分条例》的有关规定对当事人给予相应处理。

第四十五条 享受基本医疗保险的大学生应妥善保管从医保办领取的证件或凭证。因保管不当或遗失后被他人冒用而发生的医疗费用，由个人承担。

第四十六条 参加基本医疗保险的同时，鼓励个人参加商业医疗保险，以进一步提高自身的医疗保障水平。

第四十七条 享受基本医疗保险的大学生，无论因公、因私短期赴港澳台地区或出国，在港澳台地区和境外发生的医疗费用，由个人承担。

第四十八条 本细则实施期间，国家出台新的相关政策，按新政策执行。

第四十九条 本细则由中南财经政法大学学生医疗保险工作领导小组和校医院负责解释。

第五十条 本细则自公布之日起执行，原《中南财经政法大学公费医疗管理办法》（中南大政字〔2006〕24号）中涉及学生就医的规定同时废止。

《中南财经政法大学大学生医疗保险实施细则》

答 疑

《中南财经政法大学大学生医疗保险实施细则》（试行）已从2010年6月1日起正式开始执行。面对这项事关全校数万余学子切身利益的大学生医疗制度的变革，就我校学生参加城镇居民基本医疗保险有关事宜进行解答。

问：大学生为什么要参加大学生医疗保险？

答：现介绍一下在校大学生参加城镇居民基本医疗保险的基本背景：我国大学生现行的医疗保障制度，始于上世纪50年代建立的公费医疗制度。上世纪90年代以来，随着办学体制改革步伐加快，高校扩大招生，民办高校增多，大学生公费医疗制度面临诸多挑战：一是公费医疗范围较窄，民办高校学生不能享受，也没有其他的医疗保障制度；二是公办高校学生公费医疗多是按高校扩招前的1997年学生人数拨款，多数高校大学生公费医疗经费不足；三是公费医疗拨款由学校包干管理，缺乏互助共济机制，大学生主要限定在本校医疗机构就诊，难以享受社会的医疗服务资源。针对这些矛盾，有的高校组织购买商业意外伤害保险或重大疾病保险，有的采取由学生和学校分担费用的办法。这些办法在一定程度上缓解了矛盾，但没有从制度上解决大学生医疗保障问题。

1998年，国家实行城镇职工基本医疗保险制度改革，规定原实行公费医疗的机关事业单位职工都参加城镇职工基本医疗保险。由于当时改革范围仅限于有劳动关系的城镇职工，因此没有涉及大学生公费医疗改革问题。

2007年4月，国务院研究部署启动城镇居民基本医疗保险试点工作。当时，考虑到大学生医疗保障问题比较复杂，决定暂不将其纳入城镇居民基本医疗保险覆盖范围，要求进一步专题研究后，提出解决办法。同年，全国20多个试点城市进行了探索，将大学生纳入城镇居民基本医疗保险。少数非试点城市在建立城镇居民基本医疗保险制度时，也将大学生纳入医疗保险。从试点情况看，这一办法较好地保障了大学生的基本医疗需求。在充分调研并总结地方经验和广泛征求意见的基础上，国务院决定将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围。

为了切实保障大学生的基本医疗需求，完善基本医疗保险体系，提高社会保障水平，国务院、湖北省及武汉市都明确要求2009年底大学生应当纳入城镇居民基本医疗保险。

我校按照国务院、湖北省、武汉市的相关政策规定，从2009年底起参加了大学生医保，并且根据《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》（国办发[2008]119号）、《湖北省人民政府办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗

保险范围的意见》（鄂政办发〔2009〕21号）及《武汉市人民政府关于印发武汉地区高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施细则》（武政规〔2009〕10号）的有关规定，结合学校实际，制定了《中南财经政法大学大学生医疗保险实施细则》（试行）。实施细则从2010年6月1日起正式开始执行，原《中南财经政法大学公费医疗管理办法》（中南大政字〔2006〕24号）中涉及学生就医的规定同时取消。

问：大学生医疗保险对象有哪些？

答：保险对象为在本校注册接受全日制普通高等学历教育的本科生；接受全日制研究生学历教育的非在职研究生；接受全日制高等学历教育，其在内地（大陆）发生的医疗费用不在当地报销的港、澳、台学生。

问：大学生医疗保险待遇期是怎么规定的？个人如何缴纳医保费？

答：大学生医疗保险待遇期按保险年度计算。具体时间为每年的1月1日起至12月31日止。为进一步做好我市城镇居民基本医疗保险工作，按照《省医保局 省财政厅 国家税务总局湖北省税务局关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（鄂医保发【2022】52号）要求，现确定我市2023年度城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为350元。2023年度大学生医保参保费用缴纳参照此文件执行。

2023 年度大学生个人缴纳的参保费入学时由学校负责每年代收代缴一个学年度。缴费期限为每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。

问：大学生医疗保险待遇包括哪些？

答：大学生医疗保险待遇包括：普通门诊医疗、门诊治疗部分重症（慢性）疾病、住院医疗三个方面。相关细则参阅《中南财经政法大学学生基本医疗保险实施细则》（试行）。

问：在一个保险待遇期内，医保基金可支付医疗费用的最高限额是多少？

答：在一个保险年度内，医保基金累计支付大学生符合规定的医疗费用最高限额为 15 万元。

问：大学生医保的用药、诊疗项目和服务设施的支付范围和标准如何规定？

答：大学生居民医保的药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录的支付范围和标准参照武汉市城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。超出目录范围的医疗费用，医保基金不予支付。

问：大学生普通门诊报销比例如何？

答：参保学生在校医院门诊的医疗费用，学校承担 85%，个人承担 15%；参保学生符合规定在校外医院门急诊就诊的医疗费用，学校承担 75%，个人承担 25%；不参保的学生，就医费用由个人全额承担。

问：什么是住院起付标准？

答：住院起付标准是指大学生医保基金支付之前，按规定应由个人先负担一定数额的医疗费用。超过起付标准以上的医疗费用，由医保基金和个人按规定比例支付。低于住院起付标准的费用由个人自付。

问：住院起付标准是如何规定的？住院起付标准以上的费用医保基金按什么比例支付？

答：社区卫生服务中心和一级医疗机构 200 元；二级医疗机构 400 元；三级医疗机构 800 元。在起付标准以上符合规定的住院医疗费用，医保基金的支付比例为：在社区卫生服务中心，一级医疗机构住院的支付比例为 80%；在二级医疗机构住院的支付比例为 70%；在三级医疗机构住院的支付比例为 60%。

问：大学生居民医保门诊重症（慢性）疾病种类和统筹基金年度支付限额做了哪些调整？

答：根据《市人力资源和社会保障局关于调整城镇基本医疗保险门诊重症（慢性）疾病有关政策的通知》（武人设发【2012】77 号）文件规定，从 2012 年 10 月 1 日起执行。

大学生的门诊重症疾病医疗是：

- （1）高血压Ⅲ期（有心、脑、肾并发症之一的）；
- （2）糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一的）；
- （3）重症精神病（包括精神分裂症、情感性精神病、脑器质性精神病）；

(4) 恶性肿瘤(含白血病)放化疗(与住院、门诊紧急抢救合并计算);

(5) 慢性肾功能衰竭需要做肾透析治疗(与住院、门诊紧急抢救合并计算);

(6) 肾移植术后抗排异(与住院、门诊紧急抢救合并计算);

(7) 肝移植术后抗排异(与住院、门诊紧急抢救合并计算);

(8) 慢性肾衰竭(尿毒症前期);

(9) 乙型肝炎的抗病毒治疗;

(10) 丙型肝炎的抗病毒治疗;

(11) 慢性重症肝炎、肝硬变;

(12) 慢性阻塞性肺疾病Ⅲ级及以上;

(13) 慢性肺源性心脏病(达到肺、心功能失代偿期的);

(14) 甲状腺功能亢进(发生了甲状腺毒症性心脏病的);

(15) 慢性再生性障碍性贫血;

(16) 血友病;

(17) 系统性红斑狼疮;

(18) 类风湿关节炎(X线检查关节病变Ⅲ期及以上的);

(19) 系统性硬化病(达到皮肤病变硬化病期或萎缩期的);

- (20) 强直性脊柱炎(出现“放射学骶髂关节炎”的);
- (21) 帕金森氏病及帕金森氏综合症;
- (22) 血管介入治疗术后;
- (23) 心脏瓣膜置换术后;

大学生在门诊治疗重症,符合规定的医疗费用由医保基金支付 70%。在一个保险年度内,医保基金最高支付限额分别为:

- (1) 高血压Ⅲ期(有心、脑、肾并发症之一的) 5600 元;
- (2) 糖尿病(合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一的) 5600 元;
- (3) 重症精神病(包括精神分裂症、情感性精神病、脑器质性精神病) 4000 元;
- (4) 恶性肿瘤(含白血病)放化疗 15 万元(与住院、门诊紧急抢救合并计算);
- (5) 慢性肾功能衰竭需要做肾透析治疗 15 万元(与住院、门诊紧急抢救合并计算);
- (6) 肾移植术后抗排异 15 万元(与住院、门诊紧急抢救合并计算);
- (7) 肝移植术后抗排异 15 万元(与住院、门诊紧急抢救合并计算);
- (8) 慢性肾衰竭(尿毒症前期) 5600 元;
- (9) 乙型肝炎的抗病毒治疗 20000 元;
- (10) 丙型肝炎的抗病毒治疗 20000 元;

- (11) 慢性重症肝炎、肝硬变 5600 元；
- (12) 慢性阻塞性肺疾病Ⅲ级及以上 5600 元；
- (13) 慢性肺源性心脏病（达到肺、心功能失代偿期的）5600 元；
- (14) 甲状腺功能亢进（发生了甲状腺毒症性心脏病的）5600 元；
- (15) 慢性再生性障碍性贫血 9600 元；
- (16) 血友病 16000 元；
- (17) 系统性红斑狼疮 4000 元；
- (18) 类风湿关节炎（X 线检查关节病变Ⅲ期及以上的）4000 元；
- (19) 系统性硬化病（达到皮肤病变硬化病期或萎缩期的）4000 元；
- (20) 强直性脊柱炎（出现“放射学骶髂关节炎”的）4000 元；
- (21) 帕金森氏病及帕金森氏综合症 4000 元；
- (22) 血管介入治疗术后 5600 元；
- (23) 心脏瓣膜置换术后 5600 元；

问：大学生如何申请办理门诊重症手续？

答：大学生需办理门诊治疗部分重症（慢性）疾病（以下简称门诊重症）手续的，由学校医保办整理该学生近两年在二级甲等以上医院治疗相关疾病的病历资料，包括：门诊病历、住院病历的原件和复印件以及支持门诊重症诊断的检验报告、影像学检查报告、病理检

查报告等资料，由学生本人到所属社保处办理门诊重症申报手续，社保处指定定点医疗机构为大学生进行病情鉴定。对符合办理条件的，社保处根据本人意愿，为其指定一所定点医疗机构进行治疗，同时给门诊重症专用病历，盖章通过。

问：原办理了职工医保或居民医保门诊重症的大学生，参加大学生医保后是否需要重新申报？

答：大学生参保前已办理了职工医保或居民医保门诊重症的，由学校医保办到所属区社保处办理申请变更手续，并换发大学生门诊重症病历。

问：哪些医疗费用医保基金不予支付？

答：(1) 在国外，境外治疗的；(2) 自杀、自残的(精神病除外)；(3) 因违法犯罪行为所致伤病的；(4) 交通事故、医疗事故等由他方承担医疗费赔偿责任部分的。

问：如何办理转院手续？

答：大学生在定点医疗机构住院，因定点医疗机构技术和设备所限不能诊治的，可申请办理转院手续。(1) 在定点医疗机构之间转院治疗的，由转出医疗机构办理转院手续，大学生可直接到转入医疗机构办理住院手续。(2) 转到本市非定点医院或转院定点医疗机构住院的，须经三级综合定点医疗机构或专科定点医疗机构提出转院意见，由学校报所属区社保处核准，医疗费用先由个人垫付。(3) 转到市外医疗机构住院的，须经三级综合定点医疗机构或专科定点医疗机构提出转院

意见，由学校报市医疗保险中心核准，医疗费用先由个人垫付。

问：大学生个人现金垫付的住院费用如何报销？

答：（1）寒暑假、休学、实习期间在异地发生的住院医疗费用和在本市非定点医疗机构、转院定点医疗机构住院发生的医疗费用，按市内住院医疗费用报销规定办理。（2）经批准转往市外医疗机构住院医疗费用，结算时先由个人自付 10%，余额再按市内住院医疗费用报销规定办理。在治疗结束的 90 日内，由学校医保办持住院报销所需资料，在每月 1 日至 20 日到所属区社保处办理报销手续。

问：参加了大学生医疗保险为什么还要参加商业保险？为何在不同级别的医院就医的报销比例不一致？

答：根据《武汉市人民政府关于印发武汉地区高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施细则》（武政规〔2009〕10 号）第 32 条的规定，商业医疗保险可以作为大学生医保的补充保险，大学生参加医保后再参加商业保险可以进一步提高学生医疗保障水平。在不同级别的医院就医的报销比例不一致是因为起付标准不一样，主要是避免小病大养。

例：某位学生参加了大学生医保，得了上呼吸道感染，住院费 1000 元。如果是在社区卫生服务中心和一级医疗机构就医，起付费 200 元（ $1000-200=800$ 元），医保基金支付比例为 80%。如他还参加了商业保险，再

由商业保险按比例报销，这样他自己承担的费用就很低了。但如果这个学生是在三级医疗机构就医，起付费800元（ $1000-800=200$ 元），医保基金的支付比例为60%，自付的比例大大提高，如果他又没有参加商业保险，那么80%左右的费用都得自己掏。

问：生病住院后报销需要哪些资料？

答：按照市医保中心报销审核规定，因病住院，现金垫付住院费的，出院时需备齐下列10项材料、资料，交到学校大学生医保办公室办理报销手续。具体材料、资料如下：

（1）住院费收据（发票原件和复印件1份）；（2）住院费用清单（原件和复印件1份）；（3）出院小结（复印件1份）；（4）身份证复印件（2份）；（5）中国银行卡（复印件2份）；（6）住院病案首页、入院记录、临时医嘱、长期医嘱、手术记录、麻醉记录、检查报告单、病理检查单、放疗的学生提供放疗单（复印件各1份）；（7）如使用体内置换材料或置换人工器官的需提供置换材料条形码复印件（复印件1份）；（8）校医院转诊单；（9）在外地住院的需提供情况说明；（10）在外地住院的还需外地医院的等级证明（复印件1份）。

问：如在定点医院住院，不能使用有效身份证或个人医保电子凭证进行大学生医保程序结算怎么办？

答：请及时到该院医保办核实身份证信息，不要采

用现金结算；如果学生已经缴纳参保费，定点医院查不到身份证或个人医保电子凭证注册信息，请务必带上身份证或个人医保电子凭证及时返回学校医保办核实参保信息，由学校大学生医保办公室凭税务局收据和学校注册信息到武汉市医保中心为学生开通注册信息后再结账。

问：自 2010 年 6 月 1 日起大学生住院有什么需要注意的？

答：（1）住院就诊医院：武汉市医保定点医院。

（2）假期和实习期间因病住院，在学生户籍所在地或实习地所属医保定点医院就医，则由学生出具情况说明，医保办审核，报武汉市医保中心批准。出院后 90 日内将住院材料交大学生医保办。

问：参保后因病如何就医？如何结算？参保大学生在异地发生的医疗费用如何直接结算？

答：普通门诊由学校承担，普通门诊须持本校医疗证在校医院就医，因病情需要需转外院治疗应经校医院医生转诊；住院治疗、门诊治疗部分重症疾病，应持本人身份证或个人医保电子凭证和门诊重症专用病历到指定的定点医疗机构就诊（身份证号码或个人医保电子凭证是大学生医保参保号）。

参保学生在武汉定点医院住院的必须在医院医保结算系统直接结算（凭身份证号码或个人医保电子凭证进入到大学生医保结算系统），出院结账时，属于大学

生医保支付的费用，大学生结算系统会直接减免。未使用大学生医保系统直接结算的：不是医院系统原因，社保局不再给与报销；是医院系统原因，没有在医保系统直接结算的，医院要写清楚原因加盖公章，社保局才能给与报销。

异地就医直接结算服务，指武汉市基本医疗保险参保人员登记备案后在全国联网定点医疗机构（武汉市定点医疗机构除外）住院享受医疗费用直接结算的服务。

线上备案：

1、跨省异地就医备案手机登录“国家医保服务平台”app 申请办理；

参保人下载国家医保服务平台 app 后需先注册-----业务办理（异地就医）-----快速备案-----为自己备案（为他人备案）、城镇职工（城乡居民）、-选择参保地-----阅读备案告知书-----选择备案类型、就医地、申请备案开始时间、完善联系人信息-----备案材料上传-----提交备案

2、省内异地就医备案网页登录“湖北政务服务网”或手机登录“鄂汇办”app 申请办理。

参保人下载鄂汇办 app 后需先注册-----医保专区-----异地就医-----选择备案类型-----选择参保地（中心城区参保人选择武汉市，新城区参保人选择相应参保辖区）-----在线申请-----阅读承诺书-----为自己备案（为他人备案）-----城镇职工（城乡居民）-----选择就医地、申请备案开始时间、完善联系人信息-----备案

材料上传——提交备案。

问：如何领取个人医保电子凭证？

答：为进一步提升我市医保治理能力和公共服务水平，助推“互联网+医保”便民惠民，推行国家医保新政策申领医保电子凭证，该凭证由国家信息平台统一签发，作为参保人员的医保身份识别电子介质，用于医保线下线上业务办理、信息查询、支付结算、异地就医等医疗保障各项业务。目前国家医保局联合微信、支付宝业务均已开通。根据《国家医疗保障局办公室关于全面推广应用医保电子凭证的通知》医保办发〔2020〕10号文件要求，请参保人员积极申领电子医保，支持国家医保新政。

保存图片，通过支付宝“扫一扫”功能尽快申领个人医保电子凭证。



扫码后，点击“去刷医保”，即可领取个人医保电子凭证。

问：门诊费用审核签字报销时间、地点是如何安排的？

答：一、报销时间：各二级单位（学院）报销时间以校医院官网、微信公众号、办公系统通知为准，一季度为一周期。

二、报销地点：各二级单位（学院）指定场所。

三、报销流程：向校医院工作人员递交报销票据，审核后收件。

费用报销需递交材料：校医院医疗证、转诊单、外院就诊病历、发票、各类收费明细清单、单项检查结果报告单。

（特殊情况另行通知）。

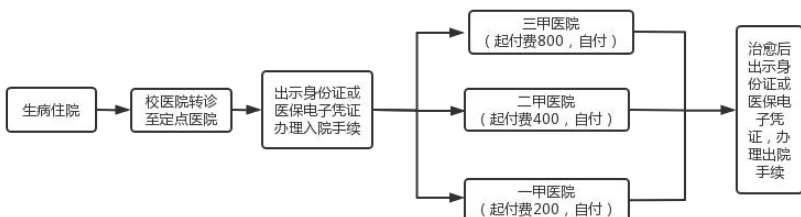
请关注校医院微信公众号：



微信码

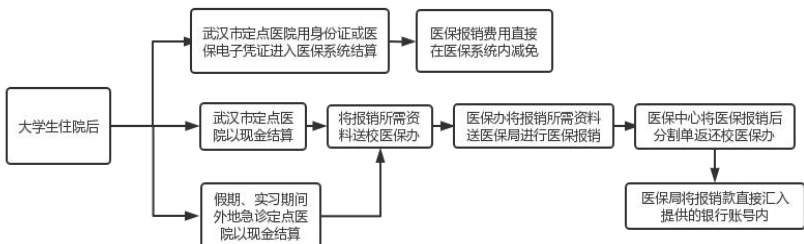
附：大学生基本医疗保险住院流程和报销流程

住院流程：



备注：通过支付宝“扫一扫”功能申领个人医保电子凭证

报销流程：



中南财经政法大学大学生医疗保险管理办公室编