

武汉地区高等学校在校大学生参加城镇 居民基本医疗保险政策问答

1、武汉地区大学生居民医保的实施范围和对象有哪些？

《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》（以下简称实施细则）规定，本市行政区域内，各类全日制普通高等学校（包括民办高校、独立学院、分校、高等职业技术学院及科研院所（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（以下统称大学生）均属于参保范围和对象。

成人高校、电视大学等不属于全日制普通高等学校，其在校学生不参加本次大学生居民医保；自学助考的学生接受的不是普通高等学历教育，因此也不属本次纳入的范围，但可随普通市民和中小學生参加居民医保。另外，鉴于部队的特殊性质，国家和省要求对部队院校学生暂不纳入范围；外国留学生有专门的医疗保障渠道，本次也不参加大学生居民医保。

2、高校如何申请办理大学生居民医保？

各高校携带机构批文、法人证书、国家质量技术监督部门颁发的组织机构代码证、税务登记证等原件及其复印件，到所在区社会保险管理处（包括武汉市人力资源和社会保障局东湖新

技术开发区分局，武汉经济技术开发区社会保险管理办公室，以下简称社保处）办理申请网上经办大学生参保居民医保（以下简称大学生医保）业务手续并领取网上申报用户名及密码。地处远城区的高校，按我市统一安排，到指定的社保处办理手续。

3、大学生参保信息如何申报？

各高校通过网上申报系统，下载大学生电子信息模板，以学籍为依据，采集上传本校大学生信息，打印《大学生学籍花名册》并加盖学校公章，报所属区社保处审核备案。以后年度各高校只需为新入学的大学生办理信息申报。

4、大学生医疗保险资金如何筹集？个人缴费标准和财政补助标准是多少？

大学生医疗保险资金通过个人缴费和政府补助共同筹集。大学生医保个人缴费标准为每人每年缴纳 20 元（重度残疾和低保家庭大学生个人缴费由高校给予补助），财政补助为每人每年 100 元。

5、大学生个人如何缴纳居民医保费？

大学生个人缴纳的居民医保费由高校负责代收，并出具税务部门统一印制的专用凭证。

6、高校如何代缴参保大学生居民医保费？

各高校应于每年 9 月 1 日至 10 月 31 日，通过网上申报系统，为本校参保大学生办理年度缴费申报业务，并代收参保大学生年度个人缴费。

年度缴费申报期内，每月 20 日前各高校通过网上申报系统进行月度缴费核算，确定月度代缴总金额。

社保部门将核算后的月度代缴总金额传送至税务部门，各高校应于次月 15 日前到所在区地税局领取税票，并按时足额缴费。

7、如何办理大学生参保异动手续？

各高校应在每年 6 月 20 日前，通过网上申报系统，为当年毕业的大学生办理批量异动业务。

大学生转学、退学和出国（境）等零星异动业务，由高校在每月 20 日前持相关证明材料到所属区社保处办理。

大学生因转学或其他原因转入新高校时，转入高校应在每月 20 日前为其办理大学生参加居民医保接续手续，打印《大学生学籍花名册》并加盖学校公章，报所在区社保处审核备案。

8、如何办理大学生申报信息的变更？

各高校通过网上申报系统为本校大学生办理信息申报后，如有大学生姓名、身份证号信息需要变更的，应携带相关资料到所属社保处办理变更手续；其他信息发生变更的，可由高校在网上申报系统中自行修改。

9、大学生医疗保险待遇期是怎么规定的？

大学生医疗保险待遇期按保险年度计算，时间为每年的 9 月 1 日起至次年 8 月 31 日止。

10、大学生居民医保待遇包括哪些？

大学生居民医保待遇包括三个方面：普通门诊医疗待遇、门

诊治疗部分重症（慢性）疾病医疗待遇、住院医疗待遇。

11、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？

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的最高限额为 10 万元（含大学生在市内定点医疗机构、转院定医疗机构住院、治疗门诊重症和在市外医疗机构治疗发生的医疗费用）。

12、大学生居民医保的用药、诊疗项目和服务设施的支付范围和标准如何规定？

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。

13、大学生怎样就医？

大学生普通门诊，由各高校制定具体办法报批后组织实施。

住院治疗，应持本人身份证，到定点医疗机构就诊。

门诊治疗部分重症疾病，应持本人身份证和门诊重症专用病历到指定的定点医疗机构就诊。

14、大学生普通门诊医疗如何管理？

大学生的普通门诊由各高校负责管理。大学生门诊须在高校指定的医疗机构就医，报销比例不得低于 70%。医保基金按照各高校缴费人数和每人每年 20 元的标准，将大学生普通门诊医

疗统筹资金拨付给高校，由高校统一管理和包干使用。

15、什么是住院起付标准？

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。

16、住院起付标准是如何规定的？

- (1) 社区卫生服务中心和一级医疗机构 200 元；
- (2) 二级医疗机构 400 元；
- (3) 三级医疗机构 800 元。

在一个保险年度内，大学生两次及以上住院的，住院起付标准减半；大学生在不同级别医疗机构间转诊住院的，视同一次住院，往上一级别医疗机构转诊的，要补齐住院起付标准的差额。

17、住院起付标准以上的费用医保基金按什么比例支付？

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%。

18、大学生使用乙类药品和医保基金部分支付的诊疗项目，个人支付的比例是多少？

大学生在门诊治疗部分重症（慢性）疾病（以下简称门诊重症）和住院治疗使用属于医保基金支付部分费用的诊疗项目

和药品目录内乙类药品的，先由个人自付 10%，余额再按相关规定执行。

19、大学生体内置放材料，置换人工器官和血液制品，医保基金支付的比例是多少？

大学生按规定使用的体内置放材料、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%。

20、大学生突发急病在非定点医院和定点转诊医院发生了门诊紧急抢救如何申报？

大学生因紧急抢救在本市非定点医疗机构住院和在转院定点医疗机构住院的，高校须在大学生入院的 7 日内，到所属社保处登记备案。未按规定登记备案的，医保基金不予支付有关医疗费用。

21、门诊紧急抢救转住院的费用如何结算？

大学生因危、急等情况在定点医疗机构门诊实施紧急抢救后转住院治疗的，紧急抢救费用并入住院医疗费用结算。

大学生在非定点医疗机构和转院定点医疗机构紧急抢救所发生的费用，先由个人用现金垫付。

紧急抢救未办理住院手续的，由各高校按普通门诊费用报销。

22、跨保险年度住院的费用如何结算？

大学生跨保险年度住院的，应在每年的 8 月 31 日结清本保险年度住院医疗费用，个人不再支付医保基金起付标准费用，医

保基金最高支付限额按其住院所在年度分别计算。

23、大学生如何申请办理门诊重症手续？

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，由高校科研院所持该学生近期在医疗机构就医的相关诊断证明、病历等资料，到所属社保处办理门诊重症申报手续。社保处应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，就近为其指定一所定点医疗机构进行治疗，同时发放门诊重症专用病历。

24、办理门诊重症的标准是什么？

大学生门诊重症认定标准参照武汉市城镇居民基本医疗保险门诊治疗部分重症（慢性）疾病的规定执行。

25、医保基金支付门诊重症费用的比例和最高支付限额是多少？

大学生在门诊治疗重症的，其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）、肾移植术后抗排斥、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、肝硬化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。

26、如何办理转院手续？

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) 转到本市非定点医疗机构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，由高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，由高校报市医疗保险中心核准，医疗费用先由个人垫付。

27、个人用现金垫付的医疗费用如何申报？

经批准转院、异地就医等发生个人垫付医疗费用的，在治疗结束的 90 日内，由高校持出院小结、医疗费用汇总清单、身份证（复印件）、长期和临时医嘱（使用体内置换材料或置换人工器官的，需提交发票复印件）、住院费用收据以及相关证明等资料，于每月 1 日至 10 日到所属区社保处办理报销手续。

28、参保大学生在寒暑假、休学、实习期间，异地发生的住院医疗费用如何申报？

寒暑假、休学、实习期间在异地发生的住院医疗费用，由高校开具相关情况的证明，携带该学生的相关医疗资料，于每月1日到10日到所属区社保处办理报销手续。

29、大学生个人现金垫付的医疗费用如何报销？

(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。

30、哪些医疗费用医保基金不予支付？

(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；

(5) 按国家、省、市有关规定不予支付的其他费用。

31、参加商业保险的大学生发生的医疗费用如何报销？

大学生参加商业保险的，在定点医疗机构门诊治疗重症疾病和住院发生的医疗费用，由商业保险公司根据定点医疗机构的收据办理二次赔付手续；实行现金报销的，先由大学生医保基金支付，剩余费用由商业保险公司根据市医疗保险中心出具的大学生居民医保医疗费用分割单，办理二次赔付手续。

32、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？

大学生参保前已办理了职工医保或居民医保门诊重症的，由高校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。

33、定点医疗机构在使用乙类药品和医保基金部分支付的诊疗项目时有何规定？

医院使用乙类药品和医保基金部分支付的诊疗项目以及自费项目，需经大学生本人同意。

34、住院医疗费用计算案例

大学生刘 XX，在某二级定点医院首次住院治疗，共发生医疗费用 98000 元，范围内费用 95000 元。其中：甲类药品和诊疗项目费用 45500 元，乙类药品和诊疗项目费用 45500 元，国产体内置放材料和输血费用 4000 元，自费费用 3000 元。

按政策规定，个人应自付的费用：

(1) 起付标准：400 元（二级医院）

(2) 甲类药品和诊疗项目由基金支付 70%，个人承担 30%，个人自付金额： $45500 \times 30\% = 13650$ 元

(3) 乙类药品和诊疗项目个人先自付 10%：

$$45500 \times 10\% = 4550 \text{ 元}$$

(4) 乙类药品为自付 10% 后余额，基金支付 70%，个人承担 30%，个人需再支付： $(45500 - 45500 \times 10\%) \times 30\% = 12285$ 元

(5) 国产体内置放材料和输血费用基金支付 65%，个人支付比例 $100\% - 65\% = 35\%$ ，个人需支付： $4000 \times 35\% = 1400$ 元

上述个人自付金额共：

$400 + 13650 + 4550 + 12285 + 1400 = 32285$ 元。

医保基金应支付的医疗费用： $95000 - 32285 = 62715$ 元

大学生医保基金支付费用占本次医疗总费用的比例为 64%。

大学生医保基金支付费用占本次范围内医疗总费用的比例为 66%。

35、住院医疗费用计算案例

大学生王 XX，在某二级定点医院首次住院治疗，共发生医疗费用 6000 元，都在医保规定范围。其中：甲类药品和诊疗项目费用 3000 元，乙类药品和诊疗项目费用 3000 元。

按政策规定，个人应自付的费用：

(1) 起付标准：400 元（二级医院）

(2) 甲类药品和诊疗项目由基金支付 70%，个人承担 30%，个人自付金额： $3000 \times 30\% = 900$ 元

(3) 乙类药品和诊疗项目个人先自付 10%：

$3000 \times 10\% = 300$ 元

(4) 乙类药品自付 10% 后的余额，由基金支付 70%，个人承担 30%，个人需再支付： $(3000 - 3000 \times 10\%) \times 30\% = 810$ 元

上述个人自付医疗费用共计： $400 + 900 + 300 + 810 = 2410$ 元

医保基金支付的医疗费用： $6000 - 2410 = 3590$ 元

大学生医保基金支付费用占本次范围内医疗总费用的比例为
60%。