

# 长沙市大学生医保政策解读

根据《关于驻长高校大学生参加长沙市城镇居民基本医疗保险有关问题的通知》（长政办发〔2009〕22号）及《长沙市城乡居民基本医疗保险办法》（长政办发〔2011〕9号），我市从2009年9月起，将驻长各高等院校大学生纳入城乡居民基本医疗保险参保体系，有关具体政策规定如下：

## 一、参保缴费

### （一）参保范围

本市行政辖区内由国家批准设立，并实施高等学历教育的各类院校（包括全日制普通高等学校和成人高校、民办高校、独立学院、科研院所）的在校全日制普通本、专科学生（含第二学位）和全日制研究生。

### （二）参保登记流程及需提供的相关资料

大学生以学校为单位填写《大学生参加城乡居民医保人员信息采集表》→学校学生管理部门审核参保资格（审核资料：本人身份证）→审查合格后由学校统一收取个人参保费→统一缴存至城乡居民基本医疗保险基金财政专户→15个工作日后由学校统一办理大学生医疗保险卡→将卡发放至参保大学生本人。

低保、重度残疾人员（1-2级）凭《居民最低生活保障金领取证》、《中华人民共和国残疾人证》，三无人员凭户籍所在地街道（乡镇）办事处（人民政府）证明，按相关规定享受参保优惠待遇（见筹资标准）；另学校可根据本校学生的实际情况核定家庭经济困难学生，享受相应的参保优惠。

### （三）医保结算年度及缴费方式

每年9月1日至次年8月31日为一个医保结算年度。

大学生在办理首次参保时，按照当年缴费标准，一次性缴纳所有学年的参保费用。

#### **(四) 筹资标准**

大学生筹资标准同城乡居民的参保筹资标准，具体额度根据当年实际情况略有调整。2014年筹资标准为：

单位：元

参保学生类别	筹资标准 (/人·年)	其 中	
		个人缴纳	政府补助
普通学生	390	70	320
家庭经济困难学生	390	60	330
低保户学生	390	28	362
三无、重度残疾(1-2级)学生	390		390

## **二、医疗待遇**

### **(一) 支付范围**

医保基金只对医保政策范围内的、即符合医疗保险三个目录规定的医疗费用进行支付，政策范围外的费用不予支付。以下任何医保待遇支付均遵照此原则。

### **(二) 门诊待遇**

**1. 急诊：**急诊抢救死亡所发生的门诊费用，基金按支付范围在最高支付限额标准内支付50%，不设起付标准。急诊抢救72小时内转住院的急诊费用合并住院费用一起报销。

**2. 普通门诊：**参保大学生在各学校指定的门诊统筹定点医疗机构，即大学所属医院或社区卫生服务中心门诊就医，可享受报销待遇，具体报销水平由各学校根据实际情况自行决定，但原则上不低于70%。

**3. 特殊病种门诊：**以下病种经审批后可享受特殊病种门

诊待遇，限额费用内报销 50%。

病种	费用限额 (元/月)	病种	费用限额 (元/月)
肺结核(活动期)	200	克隆病	300
慢性活动性肝炎	200	风湿性心脏病	200
原发性血小板减少性紫癜	200	系统性硬化症	350
慢性再生障碍性贫血	300	糖尿病及并发症	300
类风湿性关节炎(活)	200	肺心病	200
肾病综合症	300	帕金森氏症	350
系统性红斑狼疮	300	冠心病	260
癫痫	80	高血压病Ⅲ期	260
精神分裂症	80	中风后瘫痪康复治疗	200
中枢神经系统脱髓鞘疾病	300	肝硬化	200
重症肌无力	300	恶性肿瘤术后康复	350
肝豆状核变性	300	小儿脑瘫	260
垂体瘤	400	血友病	260
恶性肿瘤门诊放化疗	政策范围内 实际发生 费用	肾功能衰竭透析治疗	政策范围 内实际发 生费用
器官移植术后抗排异及免疫抑制门诊治疗			

#### 4. 意外伤害门诊

参保大学生因意外伤害在城乡居民医疗保险定点医疗机构就诊的门诊医疗费用，医保基金支付 50%。

#### (三) 住院待遇

1. **最高支付限额：**大学生一个结算年度内最高支付限额为 10 万元（包括特殊病种门诊和意外伤害门诊医疗费用）。医保政策范围外及最高支付限额以上的部分，由个人自付。

2. **起付标准及报销比例：**起付标准是指参保人员在住院医疗费用发生到一定额度时，基金才开始支付部分医疗费用的起点标准。城乡居民基本医疗保险按不同医院级别分别设

置不同的住院起付标准和报销比例：

支付顺序	项目	乡镇卫生院、社区卫生服务机构	一级医院	二级医院	三级医院
1	按政策规定自费项目	全部	全部	全部	全部
2	起付线	100 元	200 元	400 元	700 元
3	报销比例	80%	70%	60%	50%

注：按政策规定自费（支付顺序 1）是指不符合医疗保险三个目录规定的住院医疗费用。

#### **(四) 一次性生育补助**

对符合享受居民基本医疗保险待遇的条件，并符合计划生育政策规定的生育医疗费用可享受一次性生育补助，最高补助标准 1000 元；对符合规定的产前检查费用给予一次性补助，最高补助标准 300 元。

#### **(五) 特困医疗补助**

一个医保结算年度内、自付医疗费用超过一万元、且自付比例在 50%以上、家庭经济特别困难的参保大学生一个年度可申报一次特困医疗补助，享受医疗补助后，统筹基金总体支付比例不超过 60%，一个结算年度内不超过 3 万元。

### **三、医疗费用报销流程**

#### **(一) 定点医院医疗费用报销**

1. **普通住院：**参保大学生办理住院手续时交验本人医保卡、身份证、学生证或学校证明即可进行住院治疗，出院结算时只需支付个人自负部分，所报销的医疗费用由定点医疗机构与市医保局进行结算，不需办理其他手续。

2. **门诊结算：**同普通住院结算方式。

3. **生育医疗费用补助：**怀孕 20 周后至分娩前携医保卡、

准生证、身份证到本人选定的城乡居民生育定点医院进行备案登记，生育出院时补助费用在该定点医院直接结算。

## **(二) 异地医疗费用报销**

在异地发生的住院费用需先由个人垫付，再由学校医保管理部门携相关材料至市医保局或区医保中心报销。

### **1. 异地急诊抢救 72 小时内转为住院费用**

需要医疗卡、身份证复印件、住院原始发票、汇总费用清单、出院小结或诊断证明书、医院级别证明等材料。

2. 寒暑假在居住地，实习期间在实习地发生的异地住院费用。

在长沙市人力资源和社会保障局政务网下载并填写《大学生假期疾病申报表》，由学校核实身份盖章证明，另需医疗卡、身份证复印件、住院原始发票、汇总费用清单、出院小结或诊断证明书、医院级别证明、《大学生假期疾病申报表》等材料。

### **3. 转诊转治住院医疗费用**

确因医疗技术、设备等原因需转外地治疗，经我市具有转诊审核确定权限的定点医院（湘雅一医院、湘雅二医院、湘雅三医院、省人民医院、省肿瘤医院）开出转诊证明后发生的异地住院费用。另需医疗卡、身份证复印件、住院原始发票、汇总费用清单、出院小结或诊断证明书、医院级别证明等材料。

### **4. 异地生育医疗费用补助**

因急产、探亲期间在异地生育，补助费用由本人先行垫付，出院后携医疗卡、产妇住院原始发票、产前检查原始发票（检查费或化验费 300 元）、出院小结或诊断说明书、婴儿出生证明、准生证、产妇身份证的原件和复印件、产妇本

人长沙银行卡、进入长沙市人力资源和社会保障局网的“服务大厅”---“表格下载”中下载《长沙市城乡居民异地生育情况登记表》，此表填好后需生育医院盖章。

### **(三) 特殊病种门诊审批流程**

申报资料：本人医保卡、身份证、学生证或学校证明、近期免冠二寸相片一张、需申请病种的既往相关病史资料，包括原始门诊病历、住院病历首页、疾病诊断证明及出院记录（可用复印件，但必须由提供资料的医疗机构病案室或医务科或医保科盖章确认）、近期相关的检查、化验报告单。

携上述申报资料，每月 1-10 日到指定的初审鉴定医疗机构进行初审鉴定。鉴定下月 10 日后到初审鉴定机构领取鉴定结果。

特殊病种门诊医疗初审鉴定医院：中南大学湘雅二医院（只限恶性肿瘤门诊放化疗、肾功能衰竭透析治疗、器官移植术后抗排异及免疫抑制门诊治疗三个病种）、市一医院、市三医院、市四医院、市八医院、市中心医院、省脑科医院。其中小儿脑瘫和血友病限在市一医院、精神分裂症限在省脑科医院。

### **(四) 特困医疗补助申领流程**

申报资料：身份证、医疗卡、医疗费用结算单、医疗费用发票的复印件及申请报告，在异地就医报账后医疗费用发票已交至市医保局或区医保中心的，医疗费用发票复印件可用医疗费用结算表复印件代替。

申报程序：参保大学生将上述资料提交至学校医保管理部门，学校进行核实后，对初审符合医疗补助条件的人员进行张榜公示，公示 5 日后无异议的，由学校汇总后将汇总表及申报资料于每年 1 月或 7 月，统一上报我局。

补助费领取：审核通过的参保人员或指定代理人先到市医保局城居科领取已审核通过的申报资料，再到二楼大厅医保财务窗口凭本人身份证、代理人身份证、医疗费用发票原件（异地就医报账后医疗费用原始发票已交至医保中心的，用加盖公章的医疗费用结算单原件代替）领取医疗补助费。

#### **四、医保基金不予支付的情况**

1、应当从工伤保险基金中支付的；2、应当由第三方负担的（在第三方无力偿付，或无法确定第三方的情况下，医保基金先行垫付医疗费用，并有权向第三方追偿）；3、应当由公共卫生负担的；4、在境外就医的。