|  |
| --- |
|  |
|  |
| 昆理工大校字 号 |
|  |

昆明理工大学学生医疗保障制度实施办法

（试行）

为贯彻《关于印发云南省高等学校大学生基本医疗保险实施细则（试行）的通知》(云劳社发〔2008〕8号)和《云南省人力资源和社会保障厅、云南省财政厅 关于规范2013学年省属在昆高等学校大学生基本医疗保险和大病保险的通知》（云人社发[2013]188号）文件精神，切实做好大学生医疗保障工作，结合我校实际情况，制定本实施办法。

1. **组织领导**
2. 为加强对我校学生医疗保障工作领导和组织协调，成立昆明理工大学学生医疗保障领导小组（以下简称领导小组），领导小组组长由张劲松担任、副组长由田军、易健宏担任，成员由学生处、教务处、财务处、研究生院、成教学院、城市学院、校医院负责人组成。领导小组负责对涉及我校学生医疗保障工作的领导、组织、协调。领导小组办公室设在校医院，校医院院长兼领导小组办公室主任。

昆明理工大学学生医疗保障工作管理和事务处理机构是教务处、学生处、财务处、研究生院、成教学院、城市学院、校医院。

2．学生处、教务处、研究生院负责提供各年级各类学生基本情况；学生处、研究生院负责办理列入保障对象的学生个人信息的登记、录入、变更及注销，将信息转到校医院，由校医院报医保中心，同时负责日常学生医疗保障工作的具体协调，以及学生自愿医疗补充保险的办理工作；财务处负责相关经费事宜。校医院负责学生普通门（急）诊的就医管理，负责学生门诊医疗费用的审核报销工作，新生及毕业生的信息报送和医保卡的发放，协助云南省医疗保险经办机构做好学生住院及大病就医管理工作。如遇特殊情况应报请医疗保障领导小组讨论，并提出建议和意见。

**二、医疗保障对象及保障经费**

在我校接受普通高等学历教育的在册全日制本专科学生、非定向研究生，全日制在校脱产委培生、自费生、干部专修学生。应按规定办理基本医疗保险和大病保险及个人社会保障卡，基本医疗保险和大病保险费由个人每年缴费70元。社会保障卡费22元由个人承担。

以下学生不享受本实施细则所规定的医疗保障待遇：

（1）继续教育类学生；

（2）在职研究生；

（3）留学生（含港澳台）。

**三、支付范围**

学生基本医疗保险基金主要用于支付住院、普通门诊和特殊病门诊医疗费用。补充医疗保险主要对住院和门诊特殊病医疗费用进行补助。学生基本医疗保险用药范围、诊疗项目和服务设施标准的支付范围以及保障资金不予支付的情形，按照云南省城镇居民基本医疗保险有关规定执行。

1. **学生医疗待遇：**

1．住院治疗：按《云南省人力资源和社会保障厅、云南省财政厅 关于规范2013学年省属在昆高等学校大学生基本医疗保险和大病保险的通知》（云人社发[2013]188号）文件中“住院医疗待遇”规定执行（附件3）。

2．普通门诊：按本实施细则中“普通门诊管理”规定执行。

3．特殊病门诊：按云劳社发[2008]8号文件中“特殊病门诊”规定执行（附件2）。

**五、住院就医管理和结算**

1.本校学生在本市住院实行定点医疗（本校暂定的指定医院见附件一）。住院治疗需先到校医院门诊就诊，医生根据病情需要开予转诊单（急诊抢救除外），转至定点医院凭转诊单、社会保障卡和学生证就医，所发生的住院医疗费用，按规定应由个人负担的费用由个人支付，应由统筹基金或补充医疗保险支付的费用，由医保中心与定点医疗机构直接结算。擅自到其他医疗机构就诊的费用不予报销。

2.学生因病休学、寒暑假及在学校组织的实习、社会实践、科学研究等期间，因急危重病（急诊医学范围内的疾病）需异地住院治疗的，原则上在当地公立的医保医疗机构就医，并在一周内由学院提供情况说明送校医院，再由校医院送医保中心申报、备案，医疗费个人先垫付，治疗终结后由校医院统一到医保中心按规定报销。（本人提供①社会保障卡、②学生证（含籍贯页）、③外省市门诊病历、④病历首页、⑤出院小结或病情诊断证明书、⑥发票、⑦明细帐、 ⑧异地住院的情况说明（学院签字盖章）、⑨所有复印件盖红章。

**六、普通门（急）诊管理**

首诊 : 学生就医实行门诊部首诊负责制。我校参保学生患病时，凭社会保障卡及学生证或校园卡到门诊部挂号就诊。

转诊 : 经校医院医生诊断，确需转诊的，由接诊医生开具转诊单，转诊去本校定点医院诊治。在校外医院只能就诊一次，如需要继续外院复诊，仍须到校医院就诊征得医生同意，并开具转诊单。

急诊：急诊医学范围内的疾病，可直接到学校定点医院或医保认可的就近公立医院诊治。急诊只限一次，如需复诊、继续检查治疗者，应由校医院开出转诊单到定点医院就诊。

门(急)诊医疗费用结算：

学生在校医院就诊发生的符合规定的普通门(急)诊医疗费用，个人支付全部医疗费的**20%**；转到校外定点医院普通门(急)诊就诊的每次限额**500元**，个人支付医疗费的**50%，**超出500限额部分不予报销。其余部分医疗费用由学校门诊统筹医疗费支付。

学生在校医院就医发生的符合规定的普通门诊医疗费用，个人自付部分向学生本人收取，统筹部分由学校门诊统筹医疗费支付。

学生在校外医院就诊的，医疗费用由学生本人先行垫付，在学校规定的日期由学生本人到校医院办理医疗费用结算和报销。报销时，应携带的证件和文件有：社保卡（交复印件）及学生证、外院病历本及相应的辅助检查单、发票(发票应有财政税务核准章)及转诊单，经校医院专人审核后，按规定程序报销。

对无转诊手续者，其一切医疗费用自理，不予报销。

学生居住在外省市所发生的普通门诊费自理。

学生就医所发生的普通门急诊医疗费用，应按学校规定的时间在当年报销，跨年度的医疗费用不超过次年1月底。

学生在学校医院就诊时，医生应根据病情需要开具病情所需药品和治疗，不允许学生在看病过程中向医生要求自己所需药品及治疗。

学生要求自己所需药品一律自费，不刷大学生医保卡。

以下医疗费用不予支付：自行购买药品、医保规定自费的药品，医院大药房药品、材料费、挂号费、出诊费、救护车费、中药代煎费、心理咨询费、整形、美容、镶牙、洁齿、斗殴、酗酒、自杀自残、交通事故等及医保范围之外的其它医疗费用，超出转诊检查疾病范围外的其他检查，在民营医院就诊，在入学前就患有的疾病，医疗费用均不予报销。

**七、附则**

各部门、各学院应加强对学生的教育和引导，要求享受医疗保障的学生诚实守信，严格执行各项医疗保障的规章制度。凡冒报医药、化验、检查费等行为的，将视情节轻重，按学校相关校纪校规处理。

本实施办法根据上级政策和具体情况变化，逐步修订和完善。本实施办法自二〇一三年九月一日起执行。

附件：1．昆明理工大学基本医疗保障定点医院

2．《关于印发云南省高等学校大学生基本医疗保险实施细则（试行）的通知》（云劳社发〔2008〕8号）

3、《云南省人力资源和社会保障厅、云南省财政厅 关于规范2013学年省属在昆高等学校大学生基本医疗保险和大病保险的通知》（云人社发[2013]188号）文件

|  |  |
| --- | --- |
|  | 昆明理工大学 |
|  | 二○一三年八月三十一日 |

主题词： 卫生 医疗 学生 办法

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

附件1:昆明理工大学基本医疗保障定点医院

1.昆华医院

2.延安医院

3.呈贡县人民医院

附件2：《关于印发云南省高等学校大学生基本医疗保险实施细则（试行）的通知》（云劳社发〔2008〕8号）

云南省高等学校大学生基本医疗保险实施细则（试行）

为健全居民基本医疗保险制度，保障大学生基本医疗需求，根据云南省人民政府《云南省城镇居民基本医疗保险试点实施办法》（云政发[2007]130号）和省劳动和社会保障厅、省财政厅《云南省城镇居民基本医疗保险试点实施细则》（第7号公告）的精神，制定云南省高等学校大学生基本医疗保险实施细则（试行）（以下简称“实施细则”）。

**一、 保障范围**

（一）省属在昆的高等学校（含民办高校、独立学院）、所属科研院所（以下简称“高等学校”）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、非在职研究生（以下简称“大学生”），在云南省医疗保险基金管理中心（以下简称“省医保中心”）参保。

（二）其他高等学校，由高等学校所在地统筹安排参保。

**二、 筹资水平**

（一）省属在昆的高等学校大学生每人每学年基本医疗保险筹资水平为80元，补助和缴费标准为：

        1、原享受公费医疗的大学生基本医疗保险费每学年人均省财政补助80元，个人不缴费。

        2、 未享受公费医疗的大学生基本医疗保险费每学年人均省财政补助40元，所在高等学校补助30元，个人缴费10元。

原享受公费医疗的大学生指：按原享受公费医疗的规定，国家正式核准设置的普通高等学校（不含军事院校）计划内招收的普通本专科在校学生、研究生（不含委托培养、自费、干部专修学生）。

  （二）鼓励大学生自愿参加补充医疗保险，补充医疗保险由大学生个人按不低于50元缴纳。

        (三)    其他高等学校筹资水平由各统筹地自行确定，财政补助资金按（云政法[2007]130号）规定解决。

**三、  参保登记**

（一）大学生持身份证、学生证等有关资料，在本校填写《云南省城镇居民基本医疗保险（大学生）参保申请登记表》，办理参保登记和缴费手续。

        (二) 高等学校对以上资料和《登记表》内容进行审核；并将采集的参保信息录入医疗保险信息采集系统。

  （三）医保中心依据参保信息生成缴费清册，通知高等学校按缴费清册代收个人应缴纳的基本医疗保险。

  （四）医疗保险费经医保中心审核无误后，由开户银行划入财政专户，并由银行向高等学校出具《云南省社会保险费缴款收据》。

  （五）省社会保障卡发行中心根据参保信息，制作《中华人民共和国社会保障卡》（以下简称“社会保障卡”），交由所在高等学校发放。

**四、待遇水平**

省属在昆的高等学校执行以下待遇标准：

（一）大学生基本医疗保险基金主要用于支付住院、普通门诊和特殊病门诊医疗费用；补充医疗保险主要对住院和门诊特殊病医疗费用进行补助。

（二）大学生基本医疗保险的药品目录、诊疗项目及服务设施标准按照云南省城镇居民基本医疗保险有关规定执行。

  （三）参保后办理了休学、退学手续的大学生，在参保时限内发生的医疗费用，仍按有关规定报销。

         (四) 住院医疗待遇

         1、起付标准

        学年内第一次:住院一级医疗机构100元，二级医疗机构200元，三级医疗机构300元；第二次住院起付费减半；第三次（含）以上住院的不再缴纳起付费。

        2、住院期间发生的特殊检查、特殊治疗和乙类药品个人先自付10%，若使用了药品目录以外的抢救药品时，由所在定点医疗机构审批备案后方可使用，药品费由个人先自付40%。

  3、报销比例和最高支付限额

      （1）基本医疗保险

        学年内，符合基本医疗保险报销范围内的住院医疗费用报销比例为60%；统筹基金最高支付限额为1.6万元。

      （2）补充医疗报销

        学年内，在参加基本医疗保险的同时，又参加了补充医疗保险的大学生，符合基本医疗保险报销范围内的住院医疗费用报销比例提高到90%；补充医疗保险最高支付限额上不封顶，并承担意外伤害身故、疾病身故10000元的赔付责任，承担意外伤残按等级最高10000元的赔付和意外伤害门诊费用100元以上5000元以内90%的赔付责任。

        （五）门诊医疗待遇

          1、普通门诊

        门诊医疗费统筹标准暂定为每人每学年30元，由省医保中心按大学生参保人数划入校医院（医务室）包干使用。包干费用节余在10%以内的归校医院（医务室），节余超过10%的费用由医保中心收回；若学年内发生超支部分由省医保中心负担30%，高等学校负担70%。

        2、特殊病门诊

      （1）恶性(肿瘤门诊放、化疗)、慢性肾功能衰竭（门诊透析）、器官移植（术后抗排斥）、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血特殊病门诊发生的医疗费用，起付标准为300元，起付标准不参与住院起付标准累计，起付线以上费用报销比例和最高支付限额与住院待遇一致。

      （2）患特殊病的大学生，由本人向就读院校提出书面申请，经省医保中心按规定程序审核后发给《特殊病就诊卡》，持有《特殊病就诊卡》的大学生患者，方可享受相应的特殊病医疗待遇。

        (一)有下列情形之一的，所发生的医疗费用，基本医疗保险基金和补充医疗保险资金不予支付：

        1、基本医疗药品目录、诊疗项目和服务设施标准以外的费用（急救除外）。

        2、 健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等公共卫生服务的费用。

        3、 未办理转珍转院审批备案手续，自行外出就医的医疗费用。

        4、 整形、美容、酗酒、吸毒、打架斗殴、自杀自残、自焚等违法犯罪行为所致的医疗费用，以及因医疗事故所增加的医疗费用。

        5、按有关规定不予支付的其他费用。

       (二)   其他高等学校待遇水平由各统筹地按相关规定确定或调整。

        五、就医管理和费用结算

        (一) 高等学校按照就近就医的原则选择一至二家定点医疗机构（不含校医院），作为本校大学生校外住院的定点医疗机构。

        (二) 高等学校校医院（医务室）负责大学生普通门诊，无校医院（医务室）的高等学校由医保中心指定邻近社区卫生服务中心签署服务协议，为大学生提供普通门诊医疗服务。

         (三) 大学生凭社会保障卡和学生证到指定的定点医疗机构就医，所发生的住院和特殊病门诊医疗费用，按规定应由个人负担的费用由个人支付，应由统筹金或补充医疗保险支付的费用，由医保中心与定点医疗机构直接结算。

         (四) 大学生在假期、实习、休学期间因急危重症需异地住院治疗的，原则上在当地医保定点医疗机构就医，并在一周内通过就读院校向医保中心备案，所发生的医疗费用先由个人全额垫付，医疗终结后由就读院校统一到医保中心按规定报销；门诊费用由就读院校医疗机构按规定报销。

        (五) 发生无责任人的意外伤害时，其费用可凭定点医疗机构诊断证明和就读院校出具的相关证明按规定报销。

        (六) 因病情需要进行转诊转院的，均由校医院（医务室）或委托的社区卫生服务中心出具转诊转院证明，定点医疗机构方可收治住院（急诊抢救除外）转省外就医的，须提供至少二所三级定点医疗机构主任医师会诊意见，由转出医院盖章后送医保中心审定备案，个人自付比例在原基础上提高二个百分点，费用由就读院校或学生本人全额垫付。

        (七) 学年内，大学生住院人数原则上不超过参保总人数的2%，对超过的校医院将视情况减少下年度门诊医疗包干统筹费用。

        六、    部门职责

        (一) 劳动保障部门根据国家有关政策规定，负责制定具体实施细则和相关政策措施，统筹协调、督促、指导医疗保险经办机构组织实施。

        (二) 医保中心负责征收大学生医疗保险费、基金管理、就医管理和医疗待遇审核等业务工作。承担补充医疗保险统一向商业保险公司投保和定点医疗机构的费用结算工作。

        (三) 财政部门负责将应由财政负担的大学生基本医疗保险补助资金和每年新增特殊困难大学生所许社会保障卡费列入财政预算；负责医疗保险基金财政专户管理；加强基金监督和管理。

        (四) 教育部门负责督促高等学校，按规定要求大学生参加基本医疗保险，鼓励大学生自愿参加补充医疗保险。

        (五) 高等学校负责组织本校大学生进行参保登记、代收大学生个人医疗保险费及协助办理医疗保险待遇支付等相关工作；负责将每年8月初毕业生施行停保及9月底新生参保基础数据录入医疗保险信息采集系统。

        七、其他

        (一) 基本医疗保险的结算年度为学年的9月1日至次年的8月31日，由高等学校办理了停保手续的大学生在9月停止享受医疗保险待遇，大学生在读期间应连续参保。

        (二) 由高等学校按《教育部、财政部关于认真做好高等学校家庭经济困难学生认定工作的指导意见》（教财[2007]8号）认定为特殊困难的大学生，其社会保障卡工本费主要由同级财政给予补助；其他大学生的社会保障卡费由个人承担。

        (三) 缴费和补助标准、医疗待遇应根据基金运行情况、社会经济发展、医药卫生费用自然增长等综合因素，由劳动保障部门商财政和教育部门适时进行调整。

        (四) 本实施细则由省劳动和社会保障厅负责解释。

（五）本实施细则自2008年9月1日起执行。

