

南昌市人民政府文件

洪府发〔2017〕68号

南昌市人民政府关于印发南昌市 城镇职工基本医疗保险管理办法的通知

各县（区）人民政府、开发区（新区）管委会，市政府各部门：

《南昌市城镇职工基本医疗保险管理办法》已经市政府2017年第18次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



南昌市城镇职工基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市城镇职工基本医疗保障制度,加强和规范城镇职工基本医疗保险管理,保障参保人员享受城镇职工基本医疗保险待遇的合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号)等法律法规精神,结合我市实际,制定本办法。

第二条 城镇职工基本医疗保险遵循以下原则:

- (一) 参保对象实行属地管理,符合本办法规定的参保对象都应参保;
- (二) 筹资水平和保障标准与全市经济社会发展水平相适应;
- (三) 医疗保险费由用人单位和参保人双方共同负担;
- (四) 医疗保险基金坚持以收定支、收支平衡、略有结余;
- (五) 基金管理实行社会统筹与个人账户相结合;
- (六) 坚持权利和义务相统一。

第三条 城镇职工基本医疗保险实行统收统支、两级经办的市级统筹制度,全市实行统一参保范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一经办流程、统一基金管理、统一信息系统。

第二章 部门职责

第四条 市人力资源和社会保障行政部门负责本市行政区域内城镇职工基本医疗保险政策的制定、组织实施、监督管理等工作；县（区）人力资源和社会保障行政部门负责辖区内城镇职工基本医疗保险的组织实施、监督管理等工作。

城镇职工基本医疗保险基金征缴机构根据属地原则和社保统征管理相关规定，各自负责经办管辖范围内单位的城镇职工基本医疗保险基金征缴工作。

市医疗保险经办机构负责市本级参保人员的医疗保险相关业务及全市定点医疗机构服务协议管理、费用结算管理。委托县（区）医疗保险经办机构负责本辖区内二级以下（含二级）医疗机构的监督管理、费用结算拨付及本辖区内参保人员手工零星报销等相关业务。

市财政、卫计委、食品药品监督、民政、物价、审计等部门应当在各自职责范围内负责相关的城镇职工基本医疗保险工作，协同做好本办法实施。

第三章 实施范围及对象

第五条 本办法实施范围及对象：

（一）本市行政区域内的企业、事业单位、国家机关、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户（以下统称“用人单位”）及其职工；

本办法所称的职工，包括在职职工、退休人员和其他参保人员。

(二)本市行政区域内无雇工的个体工商户、未在用人单位参加城镇职工基本医疗保险的非全日制从业人员及灵活形式就业的人员（以下统称“灵活就业人员”）。

按本办法规定参加了城镇职工基本医疗保险的职工、灵活就业人员均称为参保人。

第六条 参保人不得同时参加城乡居民基本医疗保险。

第四章 医保（参保）登记及基金筹集

第七条 用人单位应当自成立之日起三十日内，按属地管理原则向市或县（区）社会保险经办机构申请办理城镇职工基本医疗保险参保。

用人单位应在自用工之日起三十日内为职工申报城镇职工基本医疗保险参保登记，并按规定缴纳城镇职工基本医疗保险费。

用人单位的城镇职工基本医疗保险登记事项发生变更或依法终止的，应当自变更或终止之日起三十日内，到市、县（区）社会保险经办机构办理变更城镇职工基本医疗保险登记或注销城镇职工基本医疗保险登记。

第八条 城镇职工基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳，缴费比例为 8%，其中单位部分为 6%，在职职工个

人部分为 2%，个人缴费部分由单位代扣代缴。灵活就业人员可以参加城镇职工基本医疗保险，由个人缴纳基本医疗保险费，缴费比例为 8%。

随着经济发展和职工工资收入的提高以及实际医疗费用水平变化，经市政府批准，用人单位、在职职工、灵活就业人员缴费比例可作相应调整。

第九条 城镇职工基本医疗保险参保单位的在职职工个人缴费基数按本人上年度月平均工资确定（新增在职参保职工以其起薪之月工资为基数）。在职职工个人上年度月平均工资低于南昌市上年度在岗职工月平均工资 60% 的，缴费基数按南昌市上年度在岗职工月平均工资 60% 计算；在职职工个人上年度月平均工资高于南昌市上年度在岗职工月平均工资 300% 的，超出部分不计入缴费基数。南昌市上年度在岗职工月平均工资按江西省人力资源和社会保障厅公布的当年度职工基本养老保险使用的南昌市在岗职工平均工资确定（下同）。

城镇职工基本医疗保险参保单位缴费基数，按本单位上年度在职职工月平均工资总额确定。单位上年度在职职工月平均工资总额低于本单位在职职工月个人缴费基数之和的，按本单位参保在职职工月个人缴费基数之和确定。

在职职工上年度工资计算按国家统计局相关规定执行，医疗保险缴费基数每年 1 月 1 日调整。机关事业单位参保人员缴费工

资计算，按有关规定执行。

第十条 灵活就业人员个人缴费基数按当年灵活就业人员职工基本养老保险缴费基数第三档确定。

第十一条 职工因工致残被鉴定为一级至四级伤残的，由用人单位和工伤职工个人以伤残津贴为基数，缴纳城镇职工基本医疗保险费。

工伤职工伤残津贴低于南昌市上年度在岗职工月平均工资 60% 的，以南昌市上年度在岗职工月平均工资 60% 为基数。

第十二条 失业人员在领取失业保险金期间的城镇职工基本医疗保险费，包括单位和个人缴费部分，由失业保险经办机构以当年灵活就业人员职工基本养老保险缴费基数第一档为基数，按 8% 比例统一代缴。费用由失业保险基金统一支付。

第十三条 用人单位及其在职职工按规定应缴纳的城镇职工基本医疗保险费，由市、县（区）城镇职工基本医疗保险基金征缴机构根据协议委托用人单位开户银行按月在其帐户中直接划转，或由用人单位于每月 20 日前以转帐支票、现金等方式向市、县（区）城镇职工基本医疗保险基金征缴机构缴纳。

第十四条 灵活就业人员由市、县（区）城镇职工基本医疗保险基金征缴机构根据协议委托银行按月在其提供的个人银行帐户中直接划转，或每月 20 日前以现金等方式向市、县（区）城镇职工基本医疗保险基金征缴机构缴纳。

第十五条 用人单位应当按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费，未按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费的，由市、县（区）城镇职工基本医疗保险基金征缴机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金，滞纳金并入统筹基金。

第十六条 用人单位宣告破产、撤销、解散或者其他原因终止的，依照国家有关法律、法规的规定，清偿其欠缴的城镇职工基本医疗保险费及利息。

用人单位合并、兼并、分立、转让时，由约定单位补缴欠缴的医疗保险费。由接收单位或继续经营者为职工缴纳城镇职工基本医疗保险费。

第十七条 为妥善解决参保人负担城镇职工基本医疗保险统筹基金封顶支付限额以上的医疗费用问题，建立大病医疗保险制度。用人单位和参保人在参加城镇职工基本医疗保险的同时参加大病医疗保险。

大病医疗保险业务由市人力资源和社会保障行政部门通过招标手续委托中标的商业保险公司或由市医疗保险经办机构直接承办。

大病医疗保险的缴费方式及缴费标准由市人力资源和社会保障局、市财政局在大病医疗保险每个标段拟定报市政府批准后执行。

鼓励用人单位为职工全额缴纳大病医疗保险费。改制企业预缴期满的、困难企业的退休人员、灵活就业人员大病医疗保险费直接从个人账户资金扣缴；困难企业在职职工（含改制企业协保人员、2009年以后改制企业经济补偿人员）大病保险费由财政资助缴纳；失业人员在领取失业保险金期间大病医疗保险费由失业保险基金统一一次性支付完。

第十八条 用人单位应当确定专人负责城镇职工基本医疗保险工作，并每年向职工公布本单位全年城镇职工基本医疗保险费缴纳情况，接受职工监督。

第五章 医疗保险待遇

第十九条 城镇职工基本医疗保险基金由个人账户和统筹基金构成，个人账户和统筹基金分别核算，互不挤占。

第二十条 个人账户

划入基数：在职职工及灵活就业人员以本人缴费基数为基数；退休人员以本人基本养老金为基数，无本人养老金作为基数（含享受城乡居民养老保险金）的，以上年度南昌市企业平均基本养老金为基数。

划入比例：在职职工及灵活就业人员按照2.6%的比例划入；办理了城镇职工基本医疗保险关系在职转退休手续的参保人员按照3.2%的比例划入。

个人账户的资金归参保人员个人所有，可以结转使用。因调

动单位的，其个人帐户资金随之转移；因常驻外地或退休异地安置的，其个人帐户资金定期发还给本人；因出境定居的，其个人帐户资金一次性发还给本人；因参保人员死亡的，其个人帐户资金余额按《继承法》的规定，由继承人继承，如无继承人的，其个人帐户资金余额转入统筹基金。

第二十一条 个人帐户资金使用范围

用于支付本人家庭医生签约费用、在城镇职工基本医疗保险定点医疗机构就医、购药发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、家用医疗器械等发生的由个人负担的费用，支付参加大病医疗保险的费用。

第二十二条 统筹基金主要用于支付参保人员的统筹待遇。

(一) 门诊特殊慢性病待遇

全市统一规范门诊特殊慢性病种类、报销比例及统筹年度最高支付限额，具体如下：门诊特殊慢性病病种 33 种，分为二类。

I 类，8 种：（1）恶性肿瘤；（2）系统性红斑狼疮；（3）再生障碍性贫血；（4）地中海贫血（含输血）；（5）血友病；（6）帕金森氏综合症；（7）慢性肾功能衰竭（尿毒症期）；（8）器官移植后抗排斥治疗。II 类，25 种：（1）精神病限 4000 元；（2）高血压病限 4000 元；（3）糖尿病限 5000 元；（4）结核病限 4000 元；（5）冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠脉支架植入术后）限 4500 元；（6）慢性心功能衰竭（心脏合并心功能不全 II 级以上）限

5000 元; (7) 慢性房颤限 5000 元; (8) 心肌病(原发性)限 5000 元; (9) 慢性肝炎限 5000 元; (10) 慢性支气管炎限 4000 元; (11) 慢性阻塞性肺疾病限 4000 元; (12) 慢性支气管哮喘限 4000 元; (13) 肝硬化限 6000 元; (14) 慢性肾病限 4000 元; (15) 脑卒中后遗症限 6000 元; (16) 癫痫限 5000 元; (17) 重症肌无力限 6000 元; (18) 血吸虫病限 4000 元; (19) 痛风(高尿酸血症)限 3000 元; (20) 重度骨质疏松症限 5000 元; (21) 骨关节炎限 5000 元; (22) 青光眼限 5000 元; (23) 艾滋病限 10000 元; (24) 老年痴呆限 6000 元; (25) 脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成限 5000 元。

I 类门诊特殊慢性病年度最高支付限额为住院统筹基金和大病医疗保险年度最高支付限额; II 类门诊特殊慢性病年度最高支付限额为各病种附后金额。同时患多种 II 类门诊特殊慢性病的, 年度累加最高支付限额为 1 万元(艾滋病可单独计算, 不纳入多病种的 1 万限额)。

所有门诊特殊慢性病种待遇纳入住院统筹基金最高支付限额及大病医疗保险最高支付限额范围内。

符合所申请病种的门诊特殊慢性病治疗及医药费用属于门诊特殊慢性病门诊检查、治疗、用药范围的均不另设个人先行自付比例, 统筹基金及个人支付比例如下:

	慢性肾功能衰竭（尿毒症期）血透或腹透及器官移植后抗排斥治疗费用		其它门诊特殊慢性病治疗费用	
	统筹基金支付比例	个人支付比例	统筹基金支付比例	个人支付比例
三级医疗机构	90%	10%	80%	20%
二级医疗机构	95%	5%	85%	15%
一级医疗机构	98%	2%	90%	10%
其它定点医疗机构（或定点零售药店）	98%	2%	90%	10%

门诊特殊慢性病按照所申请的病种进行相应的门诊检查、治疗和用药（可由参保人自行选择到医药机构购药），与申请病种无关的费用由个人自负。

门诊特殊慢性病的认定由医疗保险经办机构或委托相关定点医疗机构进行审核，积极探索创新门诊特殊慢性病管理模式，门诊特殊慢性病具体管理办法由市人力资源和社会保障部门另行制定。

（二）住院基本医疗待遇

统筹基金支付设立住院起付线和年度最高支付限额。在一个自然年度内，城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额为10万元。

起付标准和政策范围内的支付比例:

	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
起付标准	300 元	500 元	700 元
报销比例	98%	95%	90%

政策范围内的医疗费用是指在剔除各种政策规定应由参保人个人先予支付的费用、超床位费、起付标准、全自费费用等之后的部分。

(三) 参保人在一个自然年度内多次住院的, 以第一次住院的起付标准为基数, 第二次住院按 20% 的比例递减, 之后不再递减。肿瘤放化疗在一个自然年度内只设立一次起付标准。

参保人办理入院前因同一病种在同一家定点医疗机构发生的与住院连续的门诊费用与当次住院费用合并, 由定点医疗机构按一次住院费用结算; 符合转诊条件的住院起付线可连续计算。

第二十三条 参保人因艾滋病病种住院治疗的医疗待遇按照洪劳社医字〔2008〕17 号文执行。

第二十四条 城镇职工基本医疗保险统一执行《江西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《江西省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》。

其中: 《江西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》目录中甲类药品全部纳入城镇职工基本医疗保险支付范围并

按规定支付，乙类药品个人先行自付比例为 10%。

《江西省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》目录中甲类项目全部纳入职工医疗保险支付范围并按规定支付，乙类项目个人先行自付 8%，丙类项目个人先行自付 10%。

积极推进将医院院内制剂纳入医保支付范围，具体办法由市人力资源和社会保障部门另行制定。

第二十五条 按时足额缴纳了大病医疗保险费的，在享受城镇职工基本医疗保险待遇基础上享受大病医疗保险待遇。

大病医疗保险最高支付限额为 40 万元，即在一个自然年度内结合城镇职工基本医疗保险，参保人可享受最高支付限额为 50 万元。城镇职工基本医疗保险、大病医疗保险待遇支付限额均按自然年度计算。

在一个自然年度内，城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额（即 10 万元）以上至大病医疗保险最高支付限额之内（即 40 万）符合政策范围的医疗费用，由大病医疗保险按照 90% 的比例支付。统筹基金支付费用 8.5 万以下（含 8.5 万元）的部分按照城镇职工基本医疗保险政策规定比例支付，应由统筹基金支付的费用 8.5 万元以上至 10 万元以下（含 10 万元）的部分，由承办城镇职工大病医疗保险的保险公司按照城镇职工基本医疗保险政策规定的比例支付。未参加大病医疗保险的统筹基金最高支

付限额（即 10 万元）以下的部分全部由统筹基金按规定支付。

大病医疗保险保障水平由市人力资源和社会保障局根据社会经济发展水平、医疗消费水平、城镇职工大病医疗保险赔付情况适时报市政府批准后调整。

第六章 待遇享受及缴费年限

第二十六条 用人单位为职工申报首次参保且按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费的，从缴费次月1日起享受本办法规定的基本医疗保险待遇。

已参保的用人单位未按时足额缴费的，从次月1日起暂停其职工基本医疗保险待遇。

用人单位欠缴医疗保险费 3 个月以内（含 3 个月）足额补缴所欠医疗保险费的，欠缴期间可享受城镇职工基本医疗保险待遇。

用人单位欠缴医疗保险费 3 个月以上足额补缴所欠医疗保险费的，自补缴的费用到账次日起享受城镇职工基本医疗保险待遇，欠缴期间不享受城镇职工基本医疗保险待遇。

第二十七条 灵活就业人员首次参加城镇职工基本医疗保险并按时足额缴费的，设置 3 个月统筹待遇等待期。

灵活就业参保人员欠缴医疗保险费或中断医疗保险关系的，从欠费或中断医疗保险缴费的次月 1 日起不享受城镇职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员欠费 3 个月以内（含 3 个月）足额补缴所欠医疗保险费的，欠费期间可享受城镇职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员欠费 3 个月以上 1 年以内的，足额补缴所欠缴费后，自补缴的费用到账次日起享受城镇职工基本医疗保险待遇，欠费期间不享受城镇职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员欠费 1 年以上的足额补缴所欠医疗保险费用的，自补缴的费用到账次日起设置 3 个月统筹待遇等待期，欠费期间不享受城镇职工基本医疗保险待遇。

第二十八条 城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险相互转移接续时，不设待遇等待期，并按规定划拨个人账户。

第二十九条 参保人员达到法定退休条件时，累计缴费年限（含视同缴费年限、实际缴费年限）达到男满 30 年（含 30 年）、女满 25 年（含 25 年）以上，且实际缴费年限累计达到 15 年以上（含 15 年）的，退休后不再缴纳城镇基本医疗保险费，享受城镇职工基本医疗保险待遇。

实际缴费年限指 2001 年 6 月 1 日以后我市实施城镇职工基本医疗保险制度后，用人单位、参保人员实际缴纳城镇职工基本医疗保险费的年限；视同缴费年限指 2001 年 5 月 31 日以前（含 5 月 31 日）按国家规定计算的工龄或缴纳养老保险费的年限。

第三十条 参保人员办理城镇职工基本医疗保险在职转退休时其累计缴费年限（含视同缴费年限）不足的，应以办理医保

关系在职转退休手续时的南昌市上年度在岗职工月平均工资为基数，按 8% 比例补足缴费年限后，方可享受城镇职工基本医疗保险待遇。未补足的，不享受城镇职工基本医疗保险待遇，其个人账户资金余额可一次性支付。

参保人员达到法定退休条件时，之前从未办理过城镇职工基本医疗保险参保登记并缴费的，不允许一次性补足城镇职工基本医疗保险缴费年限后，办理城镇职工基本医疗保险关系在职转退休手续，并享受城镇职工基本医疗保险待遇。

第三十一条 中断医疗保险关系的灵活就业人员，可补缴中断医疗保险期间的医疗保险费。补缴标准：补缴基数为补缴时上年度南昌市在岗职工月平均工资，按 8% 的比例补缴。未补缴的，其中断前后实际缴费年限合并计算。

第三十二条 城乡居民基本医疗保险参保人员，符合城镇职工基本医疗保险参保范围的，可申请转换为城镇职工基本医疗保险，按照转换当年的灵活就业人员城镇职工基本医疗保险的缴费标准一次性补足两种险种缴费差额后，城乡居民缴费年限可视同城镇职工基本医疗保险实际缴费年限。

第三十三条 欠费的困难企业可按“退谁补谁”办法补缴所欠医疗保险费，补缴后，办理城镇职工基本医疗保险在职转退休手续，并将单位已经办理了城镇职工基本医疗保险在职转退休手续的退休人员分户统一管理。

已办理了城镇职工基本医疗保险在职转退休手续的退休人员，不因用人单位城镇职工基本医疗保险欠费而影响其基本医疗保险待遇享受。

第三十四条 欠费、中断、医疗保险关系在职转退休手续时年限不足等补缴医疗保险费后，均按本办法规定的个人账户划拨基数及比例补划个人账户，补缴期间除本办法有明确规定的之外均不享受统筹待遇。

第三十五条 2001年6月1日以后军队转业干部和退役人员的军龄、随军未就业军人配偶参加军队医疗保险的年限按实际缴费年限计算。

我市2014年7月1日前由机关事业单位流动到企业工作的参保人员，其2001年6月前（不含6月）按国家规定可视同为职工基本养老保险缴费年限的工作年限，作为职工基本医疗保险视同缴费年限计算；2001年6月及以后按国家规定可视同为职工基本养老保险缴费年限的工作年限，作为职工基本医疗保险实际缴费年限计算。

第三十六条 参加困难企业职工基本医疗保险的年限计算为实际缴费年限。

第三十七条 户籍关系迁入本市，已在异地享受退休城镇职工基本医疗保险待遇的人员，不再办理城镇职工基本医疗保险关系转入手续。

第三十八条 参保人员因终止劳动关系、调动、辞职等原因离开本市的，其城镇职工基本医疗保险关系和个人账户资金一并转出。

第七章 定点医药机构管理

第三十九条 城镇职工基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店（以下称定点医药机构）管理，签订定点医药机构服务协议。

依法开业的医疗机构和零售药店均可根据部、省、市人力资源和社会保障部门相关文件规定自愿申请，经相关部门评估后符合条件的，由市人力资源和社会保障局通过门户网站予以公示，同时纳入定点医药机构服务协议管理范畴。

第四十条 医疗保险经办机构与医药机构实行协议管理，明确双方的责任、权利和义务。

第四十一条 定点医药机构应设立城镇职工基本医疗保险服务承办机构，或确定专人负责城镇职工基本医疗保险服务工作。

严格执行城镇职工基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准和经物价部门核准的收费标准，并将有关制度和标准公开。

加强对其工作人员的业务技术培训以及职业道德教育，为参保人提供优质服务并保证医疗和药品质量，坚持因病施治，科学

用药，合理检查，有效治疗，实行医疗收费清单管理制度，接受有关部门的检查和监督。

第四十二条 市、县（区）两级医疗保险经办机构负责对全市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构进行日常检查和监督管理，对检查中发现的问题按《社会保险法》及签订的协议等规定处理。

第四十三条 医疗保险经办机构应按协议规定与定点医药机构结算费用并按协议约定预留一定比例的服务质量保证金，根据年度考核结果返还。年度考核办法由市人力资源和社会保障部门另行制定。

第八章 就医管理及医疗费用结算

第四十四条 参保人须持社会保障卡在定点医药机构就医购药，发生的医药费用实行即时结算，个人应负担的部分由个人支付；统筹基金和大病保险公司应承担的部分，分别由医疗保险经办机构和大病保险公司与定点医疗机构实行结算。

社会保障卡的制作和使用管理办法由市人力资源和社会保障局另行制定。

第四十五条 医疗保险经办机构与定点医疗机构采取按病种付费为主，按人头付费、按床日付费、总额预付等多种付费方式相结合的复合型医保支付结算方式。

第四十六条 因急诊急救在本市非定点医疗机构就医的，统

筹基金按三级医院支付标准支付医药费。

第四十七条 转往市外医疗机构住院治疗的，需填写《市外转诊申请表》，经本市三级定点医疗机构就诊科室主治医师或科主任出具意见，医院的医保管理部门审核，报医保经办机构备案登记。

对转入地属跨省异地就医刷卡直接结算地区定点医疗机构且按规定办理备案登记的，由统筹基金按本市的待遇标准报销；对转入非直接结算地区但按规定办理了备案登记的，由统筹基金按本市三级定点医疗机构就诊待遇的基础上降低10%后再报销；对未按规定办理备案登记的，起付线按三级医疗机构标准执行，符合政策范围内的费用由统筹基金按70%报销。

对已在异地就医但因病情需再次转诊的，可凭出院医嘱转往当地其它定点三级医疗机构治疗。

第四十八条 参保人员因在异地探亲、旅游、出差发生突发性疾病的门诊抢救留观并住院治疗的费用，个人先自付10%后统筹基金按本市三级定点医疗机构标准报销医药费。

第四十九条 长期在外务工或退休后在异地居住半年以上的参保人员，可办理异地安置就医登记备案。对已实现全国异地就医直接结算的地区，可持社会保障卡直接到定点医疗机构刷卡结算；对暂未实现全国异地就医直接结算的地区，需选择驻地的三家定点医疗机构为定点就诊医院，并报参保地的医疗保险经办

机构备案。在异地住院、特殊慢性病门诊的医疗费用按南昌市的同等待遇享受。

办理异地安置参保人员的社会保障卡在本市暂停使用。个人账户资金可定期发放给本人。

第五十条 已办理跨省异地就医备案的参保人员，可直接持社会保障卡到就医地定点医疗机构住院就医，执行就医地定点医疗机构就医流程和服务规范。发生的住院医疗费用实行即时结算，个人应负担的部分由个人支付。属于医保统筹基金支付的费用，由就医地医保经办机构与定点医疗机构按协议结算。

第五十一条 跨省异地就医人员刷卡直接结算的住院医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围）。医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。

第五十二条 参保人员住院跨年度的，费用合并在下年度结算，只支付一次起付线。

第五十三条 参保人员因突发性疾病发生的门诊抢救留观费用，视同一次住院医疗费用，参保人员或家属持规定的材料到医疗保险经办机构报销医疗费用。

第五十四条 参保人员非本人原因造成未刷卡、因急诊急救在本市非医保定点医疗机构、在本市以外未联网的医保定点医疗机构住院治疗的，由参保人员或参保人员单位先行垫付医疗费，

出院后持身份证、社会保障卡、住院发票等规定的材料到医疗保险经办机构报销医疗费用。

第五十五条 参保人因下列情况发生的医疗费用，城镇职工基本医疗保险基金、大病医疗保险不予支付：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三人负担的；
- (三) 应当由公共卫生负担的；
- (四) 在境外（含港、澳、台地区）就医的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由城镇职工基本医疗保险基金先行支付。城镇职工基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第九章 基金管理和监督

第五十六条 医疗保险基金征缴机构按照属地管理原则负责本辖区内医疗保险基金的征缴；医疗保险基金征缴部门统一按月将征缴的城镇职工基本医疗保险费于每月 10 日前上缴至南昌市财政局医保基金专户（职工基本），市医疗保险经办机构负责基金的管理，并建立健全内部控制制度（含预决算编制、审批、执行、预警分析、考核管理等制度）。

第五十七条 医疗保险基金专款专用，任何组织和个人不得侵占挪用，纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，会计核算采用收付实现制。医疗保险经办机构的事业经费不得从城镇职工基

本医疗保险基金中提取，由同级财政全额拨付。

第五十八条 医疗保险基金银行存款实行统一计息办法。对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。

第五十九条 市财政局根据市医疗保险经办机构提交的城镇职工医保拨款申请，按月从城镇职工医疗保险（市级统筹）财政专户中拨付到市、县（区）医疗保险经办机构的支出户。

第六十条 人社、财政、审计部门对医疗保险基金的收入、支出、结余进行监督检查。对违反国家法律、法规和方针政策的行为，依法予以制止和纠正。

市人力资源和社会保障行政部门根据《社会保险法》等相关法律法规的规定，可以通过调查、抽查等多种方式对经办机构和协议管理的医疗机构、药品经营单位执行医疗保险政策法规、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。发现违法违规行为的，应提出整改意见，并依据相关规定和协议作出处理。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第十章 附 则

第六十一条 用人单位在参加城镇职工基本医疗保险的基础上，允许有条件的企业依据国家相关规定自行建立补充医疗保

险。

第六十二条 本办法自2018年1月1日起实施，此前印发的城镇职工基本医疗保险文件与本办法不符的以本办法为准。

第六十三条 本办法由南昌市人力资源和社会保障局负责解释。

抄送：市委，市纪委，市人大常委会，市政协，南昌警备区，市委各部门，市法院，市检察院，群众团体，新闻单位。

南昌市人民政府办公厅秘书处

2017年12月29日印发

（以此件为准）