

南昌市人民政府文件

洪府发〔2022〕38号

南昌市人民政府关于印发南昌市 城乡居民基本医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府、开发区管委会，市政府各部门：

《南昌市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经2022年11月28日第32次市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）

南昌市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步健全我市城乡居民基本医疗保险制度，维护城乡居民基本医疗保险参保人员合法权益，规范和提升城乡居民基本医疗保险管理服务水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（赣发〔2021〕2号）、《江西省医疗保障局 江西省财政厅关于落实国家医疗保障待遇清单制度的实施意见》（赣医保发〔2021〕3号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度遵循以下原则：全覆盖、保基本、多层次、可持续；以收定支、收支平衡、略有结余；权利和义务相统一；个人缴费、集体扶持与政府补助相结合；筹资标准和保障水平与经济社会发展水平相适应。

第三条 城乡居民医保实行基金统收统支模式的市级统筹，市、县（区）两级经办管理。

第四条 城乡居民医保坚持政府主导，部门相互配合，实行目标管理。将城乡居民医保参保、征缴情况纳入全市综合考核相关指标体系。

县（区）人民政府、开发区管委会、湾里管理局负责辖区内城乡居民医保的组织实施工作，按照上级下达的参保任务，组织乡镇人民政府、街道办事处和村（居）委会开展参保宣传动员及缴费组织工作；保障城乡居民医保经办服务所需的机构设置、人员编制、设施设备及工作经费等。

市医疗保障行政部门主管全市城乡居民医保工作，负责本市城乡居民医保的政策制定、指导协调和监督管理。县（区）医疗保障行政部门负责本辖区内城乡居民医保的管理工作。

市医疗保障经办机构负责经办全市大学生参保及待遇支付等相关工作，指导全市城乡居民医保业务经办工作；县（区）医疗保障经办机构负责经办本辖区内城乡居民医保工作。

各级发改、财政、人社、税务、卫健、审计、公安、司法、民政、退役军人事务、教育、市场监管、乡村振兴、残联、政务服务数据管理等部门根据各自职责协同配合共同做好城乡居民医保工作。

发改部门负责将城乡居民医保工作纳入国民经济和社会发展规划。

财政部门负责城乡居民医保基金收支监管和制定财务会计制度，负责城乡居民医保基金财政专户管理，负责落实城乡居民医保的财政补助资金等。

人社部门负责城乡居民医保参保人员社会保障卡的管理工

作，实现与医疗保障部门数据共享。

税务部门负责城乡居民医保费的征缴工作，实现与医疗保障部门数据共享。

卫健部门负责对医疗机构的医疗服务质量进行监督管理，配合医疗保障等相关部门联合查处欺诈骗保行为。

审计部门负责城乡居民医保基金收支和运行情况的审计监督。

公安部门负责城乡居民户籍或居住证的办理工作，配合医疗保障等相关部门联合查处欺诈骗保行为，实现与医疗保障部门数据共享。

司法行政部门负责与医疗保障部门共享服刑人员信息。

民政部门负责掌握困难居民的人数、构成等情况，做好城乡特困人员、孤儿、低保对象等低收入人员的资格认定工作；向医疗保障部门提供认定人员信息（含退出人员），实现与医疗保障部门数据（含死亡人员信息数据）共享。

退役军人事务部门负责“六类对象”“两类人员”及“已失业又未纳入职工基本医疗保险的14类退役士兵”等相关人员的身份认定和资助参保工作。

教育部门负责在校（园）学生参保工作，督促各类学校、托幼机构组织所有在校（园）学生参加城乡居民医保；实现与医疗保障部门数据共享。

市场监管部门负责对医疗机构、零售药店的药品、医疗器械进行质量监管，配合医疗保障等相关部门联合查处欺诈骗保行为。

乡村振兴部门负责纳入监测范围的脱贫不稳定人口、返贫致贫人口、边缘易致贫人口及突发严重困难人口的身份认定，向医疗保障部门提供认定人员信息，确保应保尽保；实现全国防返贫监测信息系统中的所有监测对象信息与医疗保障部门共享。

残联部门负责丧失劳动能力残疾人的身份认定，向医疗保障部门提供认定人员信息，确保应保尽保；实现与医疗保障部门数据共享。

政务服务数据管理部门负责指导支持城乡居民医保相关部门开展数据共享工作，支持相关部门依托数据共享体系开展城乡居民医保业务。

第二章 参保对象

第五条 不属于职工基本医疗保险（以下简称职工医保）参保范围的城乡居民不受户籍限制均应按本办法参加城乡居民医保，具体包括以下人员：

- （一）具有本市户籍且未参加职工医保的城乡居民；
- （二）取得本市居住证且未参加基本医疗保险（含职工医保、

城乡居民医保)的非本市户籍人员。

(三) 各类全日制普通高等学校(包括民办高校)、科研院所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);

第六条 参加城乡居民医保的人员(以下简称参保人员)不得同时参加职工医保,不得重复享受医疗保险待遇(以下简称医保待遇)。

第七条 参加城乡居民医保与参加职工医保关系的转移接续及年限计算按有关文件规定执行。

第三章 参保登记

第八条 参保对象应按规定在户籍地或居住地的县(区)、乡镇(街办)医疗保障经办机构或其设置的经办网点办理参保登记。其中医疗救助对象或资助参保对象原则上应在其困难身份认定地办理参保登记。

大学生由学校统一到市医疗保障经办机构办理参保登记。大学生为医疗救助对象或资助参保对象等特殊人员的,可以选择在身份认定地办理参保登记。

第九条 参保对象初次办理参保登记时应提交有效身份证件(户口本、身份证、社会保障卡、居住证、护照、港澳居民来

往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证)等资料。

第十条 参保对象通过参保登记后,应在规定的时间内办理参保缴费手续。

第四章 基金筹集

第十一条 城乡居民医保基金构成:

- (一) 参保人员个人缴纳的医疗保险费;
- (二) 各级政府的补助资金;
- (三) 社会捐助的资金;
- (四) 城乡居民医保基金的利息收入;
- (五) 依法纳入的其他资金。

第十二条 城乡居民医保基金筹集采取个人缴费、财政补助相结合的方式。每年筹资标准(含个人缴费、财政补助)由医疗保障局、市财政局根据国家、江西省政策规定公布。

市、县(区)财政继续执行成年人提高40元补助标准的政策,由市、县(区)财政按照1:2比例分担。

第十三条 鼓励用人单位或村(居)委会集体对职工直系家属或村民个人缴费给予部分或全额补贴。

第十四条 70周岁(含70周岁)以上老人个人缴费部分由

市、县（区）财政按照 1: 2 比例全额负担。

第十五条 大学生参加城乡居民医保个人缴费部分根据国家、江西省文件规定由相应财政全额负担。

第十六条 特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口等医疗救助对象按照国家、江西省资助参保政策规定执行。

第五章 参保缴费及待遇享受

第十七条 城乡居民医保（含大学生）按照自然年度计算参保缴费及待遇享受周期，实行年预缴费制度。

原则上每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为集中缴纳下一年度城乡居民医保保费的时间（以下简称集中征缴期）。每年的集中征缴期由市医疗保障局、市财政局、市税务局根据上级文件精神及实际情况确定。

在集中征缴期内参保缴费的，自参保缴费对应年度 1 月 1 日零时至 12 月 31 日 24 时享受医保待遇。

在集中征缴期外参保缴费的，除有明确规定不设置待遇等待期的情况外，均应自参保缴费之日起设置 90 日待遇享受等待期。

第十八条 新生儿自出生之日起 90 日内应办理参保登记缴费；90 日内跨年度的，可选择缴纳出生当年度或出生下一年度

医保费。选择缴纳出生当年度医保费的，自出生之日起享受医保待遇；选择缴纳出生下一年度医保费的，自参保缴费对应年度1月1日零时享受医保待遇。

第十九条 医疗救助及资助参保对象、70周岁(含70周岁)以上老人、职工医保中断缴费3个月以内、大学生毕业返乡、军人退役、户籍新迁入本市、出国人员回国、服刑人员刑满释放等情形不受集中征缴期限制。

资助参保对象在集中征缴期结束后办理参保登记的，待遇享受期为参保缴费对应年度1月1日至12月31日。

不享受资助参保的医疗救助对象在集中征缴期结束后缴费的，自缴费次日起享受医保待遇。

70周岁(含70周岁)以上老人在集中征缴期结束后申报的，自申报次日起享受医保待遇。

职工医保中断缴费3个月以内参加城乡居民医保的，自缴费之日起享受医保待遇，中断期间可按规定追溯享受城乡居民医保待遇。

其他人员在集中征缴期结束后缴费的，应自获得相应身份、迁入、回国、刑满释放之日起90天内办理参保登记缴费手续，自缴费次日起享受医保待遇。

第二十条 城乡居民医保个人缴费由税务部门负责征收，参保人员通过税务部门提供的渠道及时办理参保缴费手续。

乡镇人民政府、街道办事处要做好参保缴费宣传及组织等相关工作。

第二十一条 个人自缴部分符合相关资助参保政策的城乡居民由本人或亲属在规定的时间内申报。70周岁（含70周岁）以上老人应在集中征缴期内申报，由县（区）医疗保障部门组织乡镇人民政府、街道办事处确认身份并统一认定享受对应年度医保待遇资格；其他人员由县（区）民政、乡村振兴、退役军人事务、残联等部门及时确认身份、及时认定享受对应年度医保待遇资格。

民政、乡村振兴、退役军人事务、残联、医保等部门应加强部门之间信息数据共享，明确各自职责，确保符合政策规定的困难人员及时全部参加城乡居民医保并享受相应待遇。

县（区）医疗保障经办机构汇总有关人员信息，列出财政补助资金核拨清单，报同级财政部门。同级财政部门在收到资金核拨清单后，及时核拨相关补助资金并划入市城乡居民医保财政专户。

第二十二条 市医疗保障经办机构在大学生参保确认后的当月列出大学生参保补助资金核拨清单，报省、市财政部门核拨大学生参保补助资金，并及时划入市城乡居民医保财政专户。

第二十三条 参保人员转为参加职工医保的，在职工医保待

遇等待期内，可继续享受缴费对应年度城乡居民医保待遇，从享受职工医保待遇开始，暂停重复的参保关系，不再享受城乡居民医保待遇；职工医保停保的，医疗保障经办机构应及时恢复原城乡居民医保待遇，确保待遇有效衔接。

第二十四条 参保人员在城乡居民医保缴费后，在相应待遇享受期未开始前，因存在重复缴费、参加职工医保、参加其他统筹区基本医疗保险、参军、死亡等情形的，在终止相关城乡居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。进入待遇享受期后，已缴纳的城乡居民医保保费不予退还。

第六章 定点管理

第二十五条 城乡居民医保实行定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）管理。依法开业的医疗机构和零售药店均可根据市医疗保障局的相关文件规定自愿申请，经市医疗保障局评估后符合条件的，由市医疗保障局通过门户网站予以公示，同时纳入定点医药机构管理。

第二十六条 市医疗保障经办机构按照规定与定点医药机构签订协议，实行协议管理，明确双方的责任、权利和义务。

第二十七条 定点医药机构应当建立和完善城乡居民医保管理制度，严格执行城乡居民医保法律法规、政策规定和城乡居

民医保服务协议，配备专职管理人员，做好城乡居民医保的管理和服务工作。

第二十八条 定点医药机构为参保人员提供就医购药服务时应认真核对患者身份和参保信息，严格执行城乡居民医保政策各项规定，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，自觉接受参保人员、医疗保障部门、社会公众等监督。

第七章 医保待遇

第二十九条 城乡居民医保待遇包括普通门诊待遇、高血压糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障待遇、门诊慢特病待遇、住院待遇（含生育住院待遇）。

第三十条 城乡居民医保基金扣除城乡居民大病保险（以下简称：大病保险）资金及政策规定由医保基金支付各类费用外，剩余部分作为城乡居民医保普通门诊统筹基金、住院统筹基金，用于按规定支付参保人员医保待遇。

普通门诊统筹基金和住院统筹基金分别列账，可调剂使用。

第三十一条 普通门诊待遇

城乡居民（大学生除外）医保实行普通门诊统筹制度，参保人员在定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内费用由门诊统筹基金按照 60%左右比例支付。

大学生普通门诊待遇按照市医疗保障局市财政局印发的《南昌市大学生基本医疗保险医疗费用结算办法》规定执行。

第三十二条 “两病”门诊用药保障待遇

实行“两病”门诊用药保障机制，“两病”门诊用药保障待遇按照全省统一政策执行。

第三十三条 门诊慢特病待遇

(一) 病种范围

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）帕金森氏综合症；（5）慢性肾功能衰竭（尿毒症期）；（6）器官移植后抗排斥治疗；（7）血友病；（8）地中海贫血（含输血）。

儿童颅咽管瘤、儿童朗格罕细胞组织细胞增生症、儿童室管膜肿瘤、儿童神经纤维瘤、儿童慢性活动性EB病毒感染等5种儿童疾病参照恶性肿瘤待遇执行。

II类，22种：（9）精神病；（10）高血压病；（11）糖尿病；（12）结核病；（13）冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠脉支架植入术后）；（14）慢性心功能衰竭（心脏合并心功能不全II级以上）；（15）慢性房颤；（16）心肌病（原发性）；（17）慢性肝炎；（18）慢性支气管炎；（19）慢性阻塞性肺疾病；（20）慢性支气管哮喘；（21）肝硬化；（22）慢性肾病；（23）脑卒中后遗症；（24）癫痫；（25）重症肌无力；（26）血吸虫病；（27）儿童生长激素缺

乏症；（28）脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成；（29）老年痴呆症；（30）艾滋病。

（二）支付比例

符合所申请门诊慢特病种的门诊检查、治疗、用药等政策范围内费用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：

	统筹基金 支付比例	个人支付 比例
一级及以下医疗机构及 零售药店	90%	10%
二级医疗机构	80%	20%
三级医疗机构	60%	40%

（三）年度最高支付限额

I类病种年度最高支付限额按住院统筹基金（含大病保险）年度最高支付限额执行。

II类病种年度最高支付限额如下。

精神病限 4000 元；高血压病限 4000 元；糖尿病限 5000 元；结核病限 4000 元；冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠脉支架植入术后）限 4500 元；慢性心功能衰竭（心脏合并心功能不全 II 级

以上)限 5000 元;慢性房颤限 5000 元;心肌病(原发性)限 5000 元;慢性肝炎限 5000 元;慢性支气管炎限 4000 元;慢性阻塞性肺疾病限 4000 元;慢性支气管哮喘限 4000 元;肝硬化限 6000 元;慢性肾病限 4000 元;脑卒中后遗症限 6000 元;癫痫限 5000 元;重症肌无力限 6000 元;血吸虫病限 4000 元;儿童生长激素缺乏症限 5000 元;脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成限 5000 元;老年痴呆症限 6000 元;艾滋病限 10000 元。

患 II 类多病种的(不含艾滋病)最高限额累加计算,不超过 7000 元/年。

所有门诊慢特病种待遇纳入城乡居民医保住院统筹基金年度最高支付限额及大病保险年度最高支付限额范围内。

第三十四条 住院医疗待遇

参保人员在定点医疗机构住院治疗,政策范围内(指在剔除各种政策规定个人先行自付费用、超限价费用、起付标准、全自费费用等之后的部分)的医疗费用实行按次结算,按以下标准进行支付。

	一级及以下 医疗机构	二级医疗 机构	三级医疗 机构
起付标准	100 元	400 元	600 元
支付比例	90%	80%	60%

城乡居民医保住院统筹基金年度最高支付限额为 10 万元。

第三十五条 参保人员每办理一次入、出院手续作为一次住院。急诊抢救转入住院的，视为一次住院。

参保患者因精神病、恶性肿瘤放化疗或靶向治疗的，一个年度内只支付一次住院起付标准费用。

第三十六条 建立城乡居民大病保险制度。大病保险资金从城乡居民医保基金中划拨，参保人员不再另行缴费。

大病保险采取商业保险机构承办模式，由市医疗保障局通过公开招标手续委托中标的商业保险机构承办。

第三十七条 大病保险待遇享受起止时间与城乡居民医保待遇起止时间一致。

参保人员发生的门诊慢特病、住院医疗费用经基本医疗保险报销后，政策范围内个人负担部分（不含起付标准、先行自付部分、政策范围内超限价部分、全自费费用）累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。

第三十八条 大病保险起付线为南昌市上上年度城乡居民人均可支配收入的 50%。起付线以上（不含本数）至 6.7 万元以下（含本数）部分大病保险按 60% 支付；6.7 万元以上（不含本数）部分大病保险按 90% 支付。大病保险年度最高支付额度为 40 万元。

特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口实施大病保险倾斜保障政策，起付线降低 50%，报销比例提高 5%，取消年度最高支付限额。

第三十九条 大病保险保费划入标准、起付线、支付比例、年度最高支付限额可根据大病保险运行情况及上级政策规定进行适时调整，由市医疗保障局、市财政局提出调整意见报市政府批准同意后执行。

第四十条 城乡居民医保、大病保险执行国家、江西省制定的药品、诊疗项目和医疗服务设施范围的目录规定。

第四十一条 住院医疗中使用的甲类药品全额纳入城乡居民医保按规定的比例支付；使用乙类药品，个人先自付 15%后，再按照规定的比例报销；

住院医疗中使用的甲类诊疗项目全额纳入城乡居民医保按规定比例支付；乙类诊疗项目个人先自付 10%后，再按照规定的比例支付；原丙类诊疗项目个人先自付 15%后，再按照规定的比例支付。

第四十二条 城乡居民医保医用耗材单次住院医保最高支付限额执行江西省医疗保障局有关规定。

第四十三条 参保人员非急诊急救在非定点医药机构发生的费用住院统筹基金、大病保险不予支付。

因急诊急救在非定点医疗机构就医的，住院统筹基金、大病

保险按三级定点医疗机构支付标准支付待遇。

第四十四条 参保人员按规定办理了省内转诊转院手续的执行我市同等级医疗机构住院费用报销标准；未按规定办理转诊转院手续的，所发生的政策范围内医疗费用个人先自付 15%，再由住院统筹基金按照我市同等级定点医疗机构标准报销。

第四十五条 参保人员按规定办理了跨省转诊转院手续发生的政策范围内住院医疗费用，个人先自付 10%，再由住院统筹基金按我市同等级定点医疗机构标准报销；未按规定办理转诊转院手续的，所发生的政策范围内医疗费用个人先自付 20%，再由住院统筹基金按我市三级定点医疗机构标准报销。

第四十六条 参保人员跨年度住院的，定点医疗机构应在 12 月 31 日为住院的参保人员办理住院费用中途结算手续，次年当次住院不再负担起付标准费用。

第四十七条 参保大学生在法定假日、寒暑假或因病休学回户籍地以及赴外地实习期间发生的住院医疗费用，按本市标准享受待遇；在户籍地或实习地之外发生的住院医疗费用，按异地转诊转院标准享受待遇。

第四十八条 参保人员因生育发生的医疗费用按城乡居民医保、大病保险政策执行。

第四十九条 参保人员因下列情况发生的医疗费用城乡居民医保基金、大病保险不予支付：

- (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；
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检；

(六) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第八章 费用结算

第五十条 参保人员凭本人医保电子凭证或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。参保人员应负担的部分，由参保人员直接与定点医药机构结算；统筹基金和大病保险负担的部分，由医疗保障经办机构统一结算，分别承担。

第五十一条 参保人员在开通异地就医直接结算的异地定点医药机构（含省内及跨省异地就医定点医药机构）就医购药，发生的医药费用实行即时结算。参保人员应负担的部分，由参保人员直接与定点医药机构结算；统筹基金和大病保险负担的部分，按照国家、江西省有关规定结算。

第五十二条 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参保地医疗保障经办机构申请办理零星报销。

第五十三条 参保人员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。

定点医疗机构未将其纳入住院费用的，参保人员可凭缴费发票和相关证明材料到参保地医疗保障经办机构按住院政策规定报销，报销金额在定点医疗机构结算费用中扣除。

第五十四条 参保人员在定点医药机构(含省内及跨省异地就医定点医药机构)由于各种客观原因未实行即时结算的医疗费用由参保人员全额垫付，垫付后应按规定及时向参保地医疗保障经办机构申请办理零星报销。

第五十五条 申请医疗费用零星报销时，应提交以下材料：医保电子凭证、社会保障卡或有效身份证件、医院票据原件、费用明细单、病历资料（门诊病历或出院记录单）、银行账号等。

第五十六条 市医疗保障经办机构负责建立全市统一规范的城乡居民医保经办业务流程，提高经办服务水平。

第五十七条 市、县（区）医疗保障经办机构与定点医疗机构采取总额预算控制下 DRG 病组点数法付费为主，按人头付费、按床日付费等为辅的复合型支付方式结算。

第九章 基金管理

第五十八条 城乡居民医保市、县（区）财政补助及资助参保费用，由市、县（区）财政部门列入年度预算安排，并确保及时、足额缴入市级财政专户。

第五十九条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独设立账户，实行收支两条线，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

市、县（区）两级医保经办机构分别设立城乡居民医保基金支出户。县（区）级支出户主要用于接收上级部门拨付的基金和支付医保待遇、退费等。

第六十条 城乡居民医保基金执行统一的社会保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第六十一条 城乡居民医保基金预算实行市级统一管理，各县（区）财政局、医疗保障局、税务局编制城乡居民医保基金收支预算草案，报市财政局、市医疗保障局、市税务局审核汇总后，编制全市基金收支预算草案，提交市政府审定，经市人民代表大会批准后执行。

第六十二条 城乡居民医保保费由税务部门根据属地管理原则负责征收，属地入库。由同级医疗保障经办机构和税务部门对入库收入进行核对后按有关规定向同级财政部门提出基金收

入划转申请，财政部门将基金收入从国库划入市级财政专户。

城乡居民医保基金实行总额预算管理，实行“按月拨付、按年结算”。市、县（区）医疗保障经办机构按规定每月与定点医药机构进行费用结算。市、县（区）医疗保障经办机构根据上年基金支出月均数额，申请预拨周转金，资金从市级财政专户直接拨至市、县（区）医疗保障经办机构相关支出户。

第六十三条 城乡居民医保基金通过预算实现收支平衡，市、县（区）两级政府共同承担确保基金足额征收、待遇发放和基金收支平衡的责任。

第六十四条 建立城乡居民医保基金预算绩效管理考核制度，对预算绩效管理工作成效明显的给予表扬，对工作推进不力的进行约谈并责令限期整改。

强化绩效评价结果应用，将绩效评价结果作为完善社会保险基金管理相关政策、改进管理和资金分配的重要依据，并安排一定额度的市级专项资金用于绩效评价结果应用，具体资金分配办法另行制定。

第六十五条 市医疗保障局、市财政局对城乡居民医保基金收支情况进行监控和预测分析，在当期基金结余低于5%时及时提出平衡收支的对策和措施。

第十章 监督管理

第六十六条 市、县（区）医疗保障经办机构应当建立健全内部管理制度，定期向市、县（区）医疗保障局报送城乡居民医保基金收支情况及其他报表，并接受审计、财政部门的审计和监督。

第六十七条 市、县（区）医疗保障经办机构要严格按照有关文件的规定及医疗保险服务协议确定的支付范围，加强城乡居民医保基金支付审核，任何单位和个人不得擅自扩大城乡居民医保基金支付范围、提高待遇支付标准。

第六十八条 定点医药机构、参保人员要严格遵守相关法律法规、政策规定及服务协议，不得有骗取城乡居民医保基金支出或者造成基金损失的行为。

第六十九条 市、县（区）医疗保障局设立并公布监督举报电话，任何单位或个人发现参保人员、定点医药机构、医疗保障经办机构有违反城乡居民医保有关规定的行为，应向市、县（区）医疗保障局举报，经核查举报属实的，按规定给予举报人一定的奖励。

第七十条 市、县（区）医疗保障、财政、审计部门对城乡居民医保基金的收入、支出、结余进行监督检查，对违反国家法律、法规、政策的行为依法予以制止和纠正。

第七十一条 市、县（区）医疗保障行政部门根据《中华人

民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《江西省医疗保障基金监管办法》等法律法规的规定，可通过抽查、专项检查等多种方式对医疗保障经办机构、定点医药机构、药品经营单位执行城乡居民医保法律、法规、政策、协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。

第七十二条 参保人员、定点医药机构套取、骗取医疗保险基金支出的，由市、县（区）医疗保障局依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《江西省医疗保障基金监管办法》等有关法律、法规的规定处理。

定点医药机构违反协议管理规定的，由市、县（区）医疗经办机构按照协议管理规定处理。

第七十三条 医疗保障行政部门及所属医保经办机构的工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊，损害参保人员、定点医药机构合法权益，或者造成医保基金损失的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 附 则

第七十四条 根据国家和江西省有关规定及城乡居民医保基金运行情况，由市医疗保障局会同市财政局适时提出城乡居民医保待遇政策调整意见，报市政府批准后执行。

第七十五条 其他特殊人群的缴费、医保待遇等根据国家、江西省有关要求另行制定。

第七十六条 符合医疗救助条件的参保人员，在享受城乡居民医保待遇的基础上，按规定享受相应的医疗救助待遇。

第七十七条 城乡居民医保的有关配套政策由市医疗保障局会同有关部门另行制定。

第七十八条 本办法实施后，《南昌市人民政府关于印发南昌市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（洪府发〔2015〕37号）及其配套文件即行废止，之前规定与本办法不一致的按本办法规定执行。本办法实施期间如与国家、江西省有关新规定相抵触的，按国家、江西省有关新规定执行。

第七十九条 本办法自2023年1月9日起实施。

抄送：市委，市纪委监委，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室秘书科

2022年12月8日印发
