

江西省医疗保障局 江西省财政厅 国家税务总局江西省税务局

赣医保发〔2024〕8号

江西省医疗保障局 江西省财政厅 国家税务总局江西省税务局关于进一步 明确基本医保待遇保障有关政策的通知

各设区市医疗保障局、财政局，国家税务总局江西省各设区市税务局，省医疗保险基金管理中心：

为进一步解决各地在待遇保障政策执行过程中的问题，统一规范相关政策的操作办法，提升医保服务水平，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号）《国家医保局办

公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》（医保办发〔2021〕43号）和《江西省人民政府办公厅关于统一规范职工基本医疗保险和大病保险的实施意见》（赣府厅发〔2020〕35号）等有关精神，现将有关待遇政策明确如下。

一、关于职工医保退休

职工医保参保人员达到法定退休年龄时，职工医保缴费年限达到我省和统筹地区规定的年限，自办理在职转退休手续次月起，个人不再缴纳职工基本医疗保险费，按照规定享受退休人员的医保待遇；未按规定办理在职转退休手续的，不享受退休人员的医保待遇。

职工医保参保人员达到法定退休年龄时，职工基本医疗保险缴费年限未达到我省和统筹地区规定年限的，可以按统筹地区政策继续缴费至规定年限或按规定一次性趸交，并按规定办理在职转退休手续后，享受退休人员的医保待遇。

二、关于职工医保补缴

职工或用人单位因各种原因未进行参保登记的，补缴职工医保费用时应当提供劳动合同及工资发放表等证明材料确定劳动关系。补缴基数由医保部门按照办理补缴手续时统筹地区使用的全口径城镇单位就业人员月平均工资确定，且个人应缴部分与用人单位应缴部分需同时缴纳。

职工已参保登记但未缴费，且未办理停保所产生的欠费补

缴，属于2023年7月1日前产生的欠费，应当先向医保部门申报并经其核定生成补缴费用额；2023年7月1日及以后产生的欠费，由税务征缴系统生成补缴费用额。

三、关于灵活就业人员参保及退费

灵活就业人员自愿参加职工医保的，应当按年一次性缴纳全年费用，不允许按月缴费，待遇享受按有关规定执行。职工医保停保后转为以灵活就业人员身份参保的，可从停保次月一次性缴费至当年的12月31日。灵活就业人员当年已参加居民医保并缴费的，不得中途再以灵活就业人员身份参加当年职工医保。

灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费后，其间随单位参加职工医保的，可申请一次性退回重复缴纳的参保费用；本年度内已办理医保退休手续的，可申请退回办理医保退休手续次月起的参保费用。

四、关于大学生参保

新入学的大学生在入学前已在我省参加居民医保并缴费的，当年继续在入学前参保地享受居民医保待遇；入学前未在我省参加居民医保或未缴费的，在入学后参加学籍地城乡居民医保，不设待遇等待期直接享受医保待遇。

大学生入学后次年起的学籍地参加城乡居民医保的，可在学籍地享受居民医保待遇直至毕业当年的12月31日。

享受医疗救助待遇的大学生原则上在救助身份认定地参加居民医保。

五、关于职工缴费年限互认

职工医保在省内的视同缴费年限和实际缴费年限全省互认。职工医保实际缴费年限与省外实际缴费年限互认范围，由统筹地区自行确定。

军人服现役年限视同职工医保缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。其中：在统筹地区实施职工医保制度前的服役年限可认定为我省视同缴费年限，在统筹地区实施职工医保制度后的服役年限可认定为我省实际缴费年限。

六、关于职工医保之间转移接续

办理转移接续的职工医保参保人员（含以灵活就业人员身份参加职工医保人员），在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。因各种原因中断缴费3个月以上的，基本医疗保险待遇按规定执行，待遇享受等待期为3个月。

七、关于职工医保与居民医保之间切换参保身份

参保人员已连续2年（含2年）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保（含以灵活就业人员身份参加职工医保）和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费3个月（含）以内的，可按转入地规定办理基本医疗保险费补缴手续，

补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，基本医疗保险待遇按规定执行，待遇享受等待期为3个月。

八、关于直接结算与零星报销

除涉及第三方责任等基金不予支付或无法实现直接结算的医疗费用外，参保人员在定点医药机构发生的医疗费用应当直接结算。医保信息系统可实现直接结算而未结算的，参保人员应要求定点医药机构重新予以直接结算，定点医药机构应予以配合。省内定点医药机构拒不直接结算的，参保地医保经办机构应发函至与之直接签订定点服务协议的医保经办机构协助督促；仍不予直接结算的，签订定点服务协议的经办机构可以采取暂停定点服务协议等方式，直至允许直接结算为止。

参保人员因医保信息系统无法直接结算而需要申请医疗费用零星报销的，应于医疗费用发生1年之内向参保地医保经办机构提供相应材料，逾期不予受理。

医保信息系统可实现直接结算，但参保人员未要求在定点医药机构进行医保直接结算的费用，参保地医保经办机构不予零星报销。

参保人员医疗费用如先经过商业保险等其他途径报销后，到医疗保障部门申请零星报销时，经基本医保、大病保险、医疗救助总报销金额与商业保险等其他途径报销费用之和不得超过医疗总费用。

九、关于待遇享受

参保人员在非待遇享受期内（含未参保或在待遇等待期内）入院产生的住院医疗费用，医保基金不予支付。

参保人员在入院或出院时处于非正常参保状态的，其住院医疗费用医保基金不予支付。

参保人员在住院期间变更参保类型（职工、居民互相转换）或变更救助身份（含无救助身份变更为有救助身份、有救助身份变更为无救助身份、救助身份类型变化）的，医保基金不予直接结算；参保人员可向参保地医保经办机构申请零星报销，医保经办机构根据参保人员的救助身份类型分段核定其报销待遇。

居民医保参保人员在省内定点医疗机构住院的，每次住院均按照医疗机构级别设置起付线，分别为：一级 100 元、二级 400 元、三级 600 元。其中：对 70 周岁以上的老年人和 6 周岁以内的儿童，一个自然年度内在省内定点医疗机构多次住院的，可对其累计支付的起付线费用设置封顶，具体由统筹地区确定。参保人员在紧密型县域医共体和国家区域医疗中心双向转诊的住院起付线合并计算仍按原规定执行。

十、关于职工门诊统筹待遇

职工医保参保人员，在一个自然年度内，在省内转移医保关系时，职工医保普通门诊统筹的起付线、封顶线连续计算。

十一、关于第三方伤害协查

各统筹地区应当建立健全第三方伤害协查机制。疑似第三方

伤害的，医保经办机构或受经办机构委托的商业保险机构应进行核查。

对跨统筹区疑似第三方伤害进行协查的，由参保地医保经办机构向事故发生地医保经办机构提出协查申请。事故发生地医保经办机构自收到协查申请3个工作日内，自行核查或交由受经办机构委托的商业保险机构进行核查，协查结论应当于15个工作日内反馈给参保地医保经办机构。

本通知自2025年1月1日起正式实施。原有规定与本通知不一致的，按本通知规定执行。



(此件主动公开)

江西省医疗保障局办公室

2024年10月17日印发

责任处室单位：待遇保障处

校稿人：汪 雯