

南京医科大学文件

南医大校〔2023〕138号

关于印发《南京医科大学教职工医疗保障管理办法（试行）》的通知

各学院、部门、直属单位、附属医院：

为适应国家医疗改革的新形势，提升教职工医疗保障水平，根据相关文件精神，结合学校实际，特制定本办法，现予以印发，请认真贯彻执行。



2023年12月12日

南京医科大学教职工医疗保障管理办法 (试行)

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅 江苏省教育厅关于推进在宁未参保部省属高校属地参加职工基本医疗保险的通知》（苏医保发〔2022〕39号）等文件精神，适应国家医疗改革的新形势，提升职工医疗保障水平，结合我校实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我校事业编制教职工、人事代理教职工、教职工未成年子女，以上人员除离休人员外，均需参加南京市基本医疗保险，以下统称为参保人员。

第三条 本办法的制定与实施实行属地参保、应保尽保的原则；学校与参保人员共同承担缴费责任，学校建立补充医疗保障制度，与南京市基本医疗保险同步实施，确保参保人员医疗保障待遇。

第二章 南京市城镇职工基本医疗保险

第四条 参保人员依据南京市城镇职工基本医疗保险的规定，享受基本医疗保险门诊统筹、门诊特定项目、住院等待遇，具体详见《南京市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（宁政发

〔2000〕259号）及相关补充规定。

第五条 门诊统筹（以下简称“门统”）是把普通门诊费用纳入基本医疗保险统筹基金报销范围，由统筹基金和个人共同承担普通门诊费用。

第六条 “门统”实行以社区卫生服务机构为主的首诊、转诊制。参保人员可在南京市城镇职工基本医疗保险定点社区卫生服务机构或参照社区管理的医疗机构进行首诊；专科医院可作为全体参保人员首诊医疗机构。参保人员需转诊的，由首诊医疗机构负责转诊。急诊、抢救不受此限制。

第七条 门诊特定项目（以下简称“门特”）是指恶性肿瘤、慢性肾衰竭门诊透析治疗、器官移植术后（含造血干细胞）抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、颅内良性肿瘤、骨髓纤维化、运动神经元病、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核、精神病、艾滋病等13类病种。

“门特”的参保人员，须先在南京市有“门特”登记资质的定点医疗机构办理审核登记，完成“门特”认定。

第八条 在职教职工按照个人缴费基数 9.8% （个人承担 2% 、学校承担 7.8% ）缴纳基本医疗保险费，个人承担的基本医疗保险费和大病医疗救助费（10元），由学校按月统一代扣代缴。

第九条 退休教职工无需缴纳基本医疗保险费，大病医疗救助费（10元）每月直接从本人医保账户中扣缴。

第十条 医保个人账户由南京市医保局每月按比例划入。在

职工每月由个人缴纳的基本医疗保险费计入，缴纳标准为本人参保缴费基数的2%；退休人员以本人退休当月实发养老金的5.4%核准划账金额，按月定额划入。

第十一条 参保人员门诊或住院就诊时，必须首先出示本人医保电子凭证或社会保障卡。门诊就诊时须告知医院就诊类别（如：门统、门特等），对未出示卡证或就诊类别告知不清的，参保人员就医时所发生的医疗费用，医保基金不予支付。

第十二条 异地就医（长期驻外及异地转诊）的参保人员需按照《南京市城镇职工基本医疗保险手册》中的规定办理异地就医备案手续，审核通过后，方可持社会保障卡在当地所有联网医院直接刷卡结算。未能直接刷卡结算并在异地医保定点医院垫付的医疗费用，可回宁后申请零星报销。

第十三条 参保人员由于各种原因未能在医院用社会保障卡结算，需按照《南京市城镇职工基本医疗保险手册》中的规定前往南京市各级医保经办机构窗口申请医疗费用零星报销。

第三章 补充医疗保障制度

第十四条 补充医疗保障制度是学校在参加南京市城镇职工基本医疗保险和大病医疗救助的基础上建立的一种补充性医疗保障形式。学校设立医疗补充基金，用于一个自然年度内，对参保人员在南京市医保定点医疗机构发生的医保相关目录范围内“个人自付”医疗费用实施补充医疗保障报销(以下简称“二次报销”)。

第十五条 二次报销不设起付标准，参保人员中在职人员及

其未成年子女报销比例为 95%，退休人员报销比例为 97.5%。

计算公式：二次报销费用 = $(\Sigma X - A - B) * K$

ΣX 为总医疗费用；

A 为个人自费费用（非医保范围内的费用）；

B 为医保统筹基金支付费用；

$\Sigma X - A - B$ 即为医保相关目录范围内“个人自付”医疗费用；

K 为报销比例。

第十六条 二次报销目录与南京市医保相关目录一致。不在医保相关目录范围内的医疗费用均不予报销。未经医保结算的，以及在无医保统筹结算资质的医疗机构产生的医疗费用不予报销。

第十七条 门诊特定项目的参保人员办理特药待遇准入登记后，凭责任医师开具的特药外配专用处方在特药定点零售药店刷卡支付，医保基金可按相关规定予以支付，在南京市医保相关目录范围内的个人自付费用可享受学校二次报销，除上述情况外，其他在药店发生的医疗费用均不予二次报销。

第十八条 学校根据南京市医保中心提供的我校参保人员医疗费用数据计算二次报销金额，经学校相关职能部门审核后，发放至个人工资卡。二次报销原则上一年报销一次，时间在次年年初。

第十九条 在附院工作的校聘教职工（在职和退休）二次报销费用由附院承担，具体报销政策由附院制定和实施。

第二十条 两院院士医疗费用由江苏省卫生健康委员会保健局给予补助，补助标准以外费用由学校实报实销。

第二十一条 离休人员享受学校原公费医疗待遇，在南京市医保相关目录范围内的医疗费用实报实销。

西医诊察费最高支付标准为 35 元/次，中医辨证论治费最高支付标准为 38 元/次。

处级及处级以下离休干部在南京市医保定点医疗机构住院床位费最高标准为 60 元/床/日。享受厅、局级、副省（部）级待遇的离休干部住院床位费最高标准为 80 元/床/日（南京医科大学第一附属医院床位费最高标准为 150 元/床/日）。

离休人员住院医疗费用可凭住院通知书向学校申请借款，经后勤管理处审批后至财务处办理借款（达到 5 万元须分管校领导审批）。住院医疗费预借款，应在出院之日起一个月内办理报销冲账。

离休人员在民营或私人医疗机构诊疗时产生的医疗费用不予报销。

第二十二条 参保的教职工每年须在南京市医保局规定的时间内，自行为其未成年子女办理南京市城乡居民基本医疗保险并按期缴纳参保费用。就诊时，须使用子女本人的社会保障卡，经医保统筹结算后，方可享受学校二次报销。

年份逢单时，学校为男职工的未成年子女办理二次报销；年份逢双时，学校为女职工的未成年子女办理二次报销；丧偶教职

工的未成年子女每年均可享受二次报销。

次年年初，学校统计教职工未成年子女参保信息，并根据南京市医保中心提供的医疗费用数据计算报销金额。

第四章 管理和监督

第二十三条 学校成立医疗保障管理领导小组。分管后勤工作的校领导任组长，成员由校长办公室、人事处、工会、离退休工作处、财务处、后勤管理处、纪委办公室、审计与法务处等部门主要负责人组成，负责制定并实施教职工医疗保障相关政策。

第二十四条 对医疗报销费用加强审计核查，对教职工就诊、用药和报销等各个环节加强监督管理。

第五章 附 则

第二十五条 本办法自2023年1月1日起生效，原《南京医科大学公费医疗管理办法》（南医大校〔2018〕70号）从本办法生效之日起废止。

第二十六条 本办法中涉及基本医疗保险的执行标准根据南京市医疗保障局政策变化实时调整和执行。

第二十七条 其它未尽事宜，由学校医疗保障管理领导小组研究决定。

第二十八条 本办法由人事处、后勤管理处负责解释。