《内蒙古自治区本级医疗保障管理办法》
（征求意见稿）

内蒙古自治区本级医疗保障管理办法

目录

1. 总则

第二章 职工基本医疗保险

第三章 职工大额医疗保险

1. 职工基本医疗保险费用结算

第五章 职工基本医疗保险个人账户

1. 公务员医疗补助

第七章 附则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善自治区本级职工医疗保障管理制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《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）《国务院办公厅转发劳动保障部、财政部关于实行国家公务员医疗补助意见的通知》（国办发【2000】37号）及国家、自治区相关法律法规，制定本办法。

第二条 自治区直属机关、事业单位，呼和浩特地区的中央直属机关和中央直属企业自治区管理机构及其职工依照本办法参加自治区本级职工基本医疗保险。

第三条 自治区医疗保障行政部门对全区基本医疗保险实施行政管理，统一领导和组织自治区本级职工基本医疗保险工作，其主要职责是:

(一)贯彻落实国家和自治区职工基本医疗保险的有关政策。

(二)会同有关部门制定和完善自治区职工基本医疗保险有关政策和制度。

(三)监督检查基本医疗保险基金的收支情况。

(四)对基本医疗保险经办机构实施行政管理和监督。

(五)对基本医疗保险各项政策执行情况进行监督、检查，查处各种违反基本医疗保险有关规定的行为。

(六)协调基本医疗保险实施工作中各部门关系。

第四条 自治区财政部门要加强对基本医疗保险基金的监督和管理；审计部门要定期对医保基金收支和管理情况进行审计；自治区卫健部门、药监部门要加强对定点医疗机构和定点零售药店的行政管理，积极推进医药卫生体制改革；自治区税务部门负责自治区本级基本医疗保险费的征缴。

第五条 自治区医疗保险服务中心（以下简称“医保中心”）具有自治区机构编制委员会批文《关于自治区医疗保障局所属事业单位机构职能编制的批复》(内机编办发[2020]158号)规定的职能和职责。

第二章 职工基本医疗保险

第六条 基本医疗保险费由参保单位和参保人员共同缴纳。缴纳基数每年核定一次，年度内不作调整。缴纳标准为:

(一)参保单位按上年度(业务年度）职工工资总额的7%缴纳。

(二)参保人员按上年度(业务年度）工资收入的2%缴纳。

(三)灵活就业人员的缴费费率为参保单位与参保人员缴费费率之和。

(四)以内蒙古自治区上年度城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称“社平工资”）作为年度医疗保险缴费基数标准，参保单位上年度职工平均工资低于社平工资80%的，以社平工资的80%为缴费基数；高于300%以上的，以300%为缴费基数。灵活就业人员的缴费基数按社平工资的80%核定。

随着经济发展，基本医疗保险费率由自治区人民政府作出相应调整。

第七条 参保人员符合法定退休条件，并具备以下条件的，可享受退休人员医疗保险待遇。

（一）单位参保人员

1.2005年6月30日之前参加医疗保险的人员，办理医保退休手续时，连续缴费的可直接办理，中断缴费的应一次性补缴，不受缴费年限限制。

2.2005年7月1日至2015年12月31日参加医疗保险的人员，医疗保险缴费年限应满20年。办理退休手续时，实际缴费年限不足20年的，由用人单位按其退休时当月工资为基数和当年基本医疗保险单位缴费比例一次性补缴所差实际缴费月数的基本医疗保险费，其费用全部纳入统筹基金不划个人帐户。

（二）灵活就业人员

2016年1月1日之前参加医疗保险的人员，医疗保险缴费年限应满20年。实际缴费年限不足20年的，按照办理退休手续时上年度的缴费标准一次性缴纳余期应当缴纳的基本医疗保险费，也可不一次性进行补缴，按期缴费满20年后办理医疗保险退休手续。

# 2016年1月1日后参加医疗保险的人员（含灵活就业人员），参加职工基本医疗保险的个人达到法定[退休年龄](https://www.66law.cn/special/txnl/%22%20%5Ct%20%22_blank%22%20%5Co%20%22%E9%80%80%E4%BC%91%E5%B9%B4%E9%BE%84)，且累计缴费年限满25年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受职工基本医疗保险待遇。达到法定退休年龄，累计缴费年限未达到规定年限的，按照业务办理当月缴费标准一次性缴纳余期应当缴纳的基本医疗保险费。

第八条 在参加基本医疗保险的基础上，用人单位可以为职工建立补充医疗保险。补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经财政部门批准后列入成本。补充医疗保险基金由用人单位自行管理。

第九条 基本医疗保险费按月缴纳，参保单位必须在规定时限内足额上缴。职工个人缴纳的部分由用人单位从工资中代为扣缴。

第十条 参保单位要按照《社会保险法》的有关规定，及时办理基本医疗保险登记和申报手续。参保单位的登记事项发生变更或依法终止时，应当在变更或终止之日起30日内到医保经办窗口办理变更或注销登记。

第十一条 参保单位合并、分立或转制的，接收或继承单位必须及时到医保经办窗口办理有关变更手续并清偿欠缴的基本医疗保险费、利息及滞纳金。滞纳金按《社会保险法》规定从欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。滞纳金并入基本医疗保险基金。滞纳金由接收单位或继承单位交纳。

第十二条 参保人员因工作调动、死亡以及与用人单位终止劳动关系，应缴清其应缴纳的基本医疗保险费用，并在30日内到医保经办窗口办理转移、注销等手续。如不按时办理所发生的医疗费用全部由原单位承担。

第十三条 基本医疗保险费不得减免，任何单位和个人不得以任何理由拒缴或少缴。

第十四条 基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合。参保人员缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户;参保单位缴纳的基本医疗保险费全部用于建立统筹基金。

第十五条 在职职工个人账户，按照本人参保缴费基数2%缴纳的基本医疗保险费计入。退休人员个人账户，以2021年全区平均基本养老金为基数，按照3%比例定额划入个人账户，2023年起按照2%比例定额划入个人账户。

第十六条 各用人单位职工调入、调出时要及时办理个人账户转移接续手续。

第十七条 基本医疗保险统筹基金和个人账户要划分各自的支付范围，按以收定支、收支平衡、略有节余的原则，分开管理、分别核算，不得相互挤占。

第十八条 个人账户主要用于支付:

(一)在定点医药机构发生的符合有关政策规定范围内的医药费用。

(二)统筹基金起付标准以下的医疗费用。

(三)统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下由个人负担的医疗费。个人账户不足支付的部分，由本人现金自付。

（四）国家、自治区规定的可用个人账户支付的其他费用。

第十九条 统筹基金主要用于支付参保患者住院、紧急抢救、经批准的门诊特殊慢性疾病和门诊特殊用药、普通门诊统筹等符合有关政策规定范围内的医药费用。

超出自治区基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施范围的费用，统筹基金不予支付。统筹基金一个年度内所能支付的医药费用最高限额为20.5万元。

第二十条 参保人员在定点医疗机构一年内首次住院或紧急抢救，统筹基金起付标准为:三级甲等、特等医院为600元，三级乙等、丙等、无等医院为400元，二级甲等及以下医院为300元。一年内多次住院者，从第二次住院起付标准在首次住院起付标准的基础上依次降低20%，但最低分别不得低于400、300、200元。

急诊直接转住院治疗的，合并扣除起付线。

第二十一条 职工基本医疗保险参保人员在定点医疗机构住院床位费进入统筹部分最高不得超过以下标准：

1.普通病房，三级医院每日40元，二级医院每日30元，一级医院每日20元。

2. 享受医疗照顾人员每日100元。

3.其他病房，床位费按照自治区有关部门规定标准执行。

调整床位费标准后，实际住院床位费高于规定支付标准的，按规定支付，低于规定支付标准的，按实际费用支付。

第二十二条 统筹基金起付标准以上， 最高支付限额以下的部分，由统筹基金和参保人员按“分段计算，累加支付”的办法按比例支付。

(一)参保人员统筹基金支付比例如下:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进入统筹部分住院医疗费用 | 在职人员统筹基金支付比例 | 退休人员统筹基金支付比例 |
| 三甲或三级特等 | 三乙或三级无等 | 其他 | 三甲或三级特等 | 三乙或三级无等 | 其他 |
| 起付线一3.5万元 | 85% | 90% | 95% | 88% | 93% | 98% |
| 3.5万元以上 | 95% | 96% | 97% | 96% | 97% | 98% |

门急诊（限三天内）发生的符合“三个目录”内的医疗费用，统筹基金支付比例为70%。

(二)最高支付限额以上的医疗费用，通过建立大额医疗保险的途径解决。

(三)基本医疗保险统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额可随经济发展和医疗消费水平的变化做相应调整。

(四)下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围:

1、应当从工伤保险基金中支付的；
　　2、应当由第三人负担的；
　　3、应当由公共卫生负担的；
　　4、境外就医的；
　　5、自治区规定的其他不予支付的费用。
　　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，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二十三条 办理跨省临时外出备案人员就诊医院按异地就医有关规定执行，其住院医疗费用统筹基金支付比例在第二十二条规定基础上降低5%。

第二十四条 参保人员使用乙类药品、基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，在抢救、急救期间按医嘱使用血液制品、蛋白类制品的，其费用均先由本人支付10%,其余部分由统筹基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由统筹基金和个人按规定比例支付。

第二十五条 跨省异地长期居住人员办理异地就医备案后，可在就医地医保定点医院及定点零售药店就医、购药。发生的住院医疗费在所住医院实时报销，未能直接报销的医疗费用由本人现金垫付，就医结束后，持有效凭证到医保经办窗口办理报销手续。

第二十六条 参保人员跨省因公出差或探亲期间患突发急病，所发生的医疗费用凭有效单据、诊断书、病历到医保经办窗口办理报销手续。住院医疗费用报销标准在本办法第二十二条基础上降低5%。

在自治区内因公出差、探亲患突发疾病的参保人员，其医疗费用按本办法第二十二条报销比例执行。所发生的医疗费用凭有效单据、诊断书、病历到医保经办窗口办理报销手续。

第二十七条 参保单位（灵活就业人员）欠缴基本医疗保险费，从欠费当月起所发生的医疗费用，统筹基金暂停支付，待补缴欠费后可办理报销手续。

第二十八条 基本医疗保险基金由医保中心统一管理，纳入同级财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，也不能用于平衡财政预算，不得从中提取经办机构事业经费。医保中心要建立健全基本医疗保险预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，加强基本医疗保险基金的管理。

第二十九条 基本医疗保险基金的银行计息办法:当年筹集的基本医疗保险基金按活期存款利率计息;上年结转的基金本息，按整存整取银行存款利率计息;存入财政专户的沉淀资金，比照3年期整存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。

第三十条 参保人员个人账户的本金和利息为个人所有，可以结转使用和依法继承。

第三十一条 参保人员有权对基本医疗保险基金运营情况实施监督，也有权向用人单位和医保经办机构查询本人的个人账户资金收支情况。

第三十二条 自治区本级职工基本医疗保险实行定点医药机构管理。参保人员可自愿选择呼和浩特市区内任何定点医药机构就医购药。

第三十三条 医保中心对定点医药机构的管理采取医疗服务协议管理的模式。定点医药机构要认真履行医疗服务协议及相关医保政策，严禁冒名顶替住院、挂床住院、分解住院等现象发生，严禁出售假药、劣药，串换药品及兑换现金等行为。

第三十四条 普通门诊统筹、门诊特殊慢性病和门诊特殊用药按照相关规定执行。

第三十五条 国家公务员参加基本医疗保险，并享受医疗补助政策。公务员补助基金有结余的，可与商业保险合作，用于支付参保人员医疗费用中自负部分的费用。

第三十六条 省级干部、离休人员、老红军及文革中致残的全残人员不参加基本医疗保险，有关待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

文革基残已退休人员参加基本医疗保险，在退休人员的起付标准基础上降低10%;个人账户的建立执行退休人员的办法，自付比例在退休自付比例的基础上降低两个百分点。在职文革基残人员按普通退休人员的标准执行。

第三十七条 自治区本级参加基本医疗保险的企业退休"文革"伤残人员按有关规定个人账户注入资金标准提高5%。

医保中心负责核定、结算在自治区本级参加基本医疗保险的企业退休"文革"伤残人员个人账户提标部分;核定、结算在自治区本级参加基本医疗保险的"文革"伤残人员住院治疗、疗养期间的伙食补助。

在自治区本级参加养老保险的企业退休"文革"伤残人员，在盟市参加医疗保险的，个人账户提标部分由参保地医疗保险经办机构负责核定、结算;在自治区本级参加养老保险的企业及自治区直属单位"文革"伤残人员，在盟市参加医疗保险的，住院治疗、疗养期间的伙食补助由参保地医疗保险经办机构负责核定、结算。

自治区医疗保障局负责编制在自治区本级参加养老保险的企业退休"文革"伤残人员个人账户提标部分的资金预、决算，负责编制在自治区本级参加养老保险的企业及自治区直属单位"文革"伤残人员住院治疗、疗养期间的伙食补助的资金预、决算。自治区财政厅采取"当年预拨，次年结算"的方式，按当年预算，将资金拨付到财政医疗保险基金专户，次年按实际支出决算进行结算。

自治区本级"文革"伤残人员伙食补助费标准：

（一） 自治区本级"文革"伤残人员在自治区内或办理跨省异地长期居住备案后因病住院治疗的，住院伙食补助费标准为每天70元;办理跨省临时异地就医备案后在定点医疗机构住院治疗的，住院伙食补助费标准为每天 100元。

（二） 自治区本级"文革"伤残人员在呼和浩特市疗养的，其疗养期间伙食补助费标准为每天 56元;转往呼和浩特市以外地区疗养的，其疗养期间伙食补助费标准为每天80元。

（三） 自治区本级"文革"伤残人员伙食补助费发放范围和费用结算按现行有关规定执行。

第三章 职工大额医疗保险

第三十八条 职工大额医疗保险主要解决自治区本级职工基本医疗保险参保人员因病发生的超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分的医疗费用。

第三十九条 凡参加自治区本级职工基本医疗保险的单位和职工，都必须参加大额医疗保险。

第四十条 大额医疗保险基金一年内的最高支付限额为10万元。

第四十一条 大额医疗保险基金按照以收定支、收支平衡的原则筹集。缴费标准为参保人员每人每年100元(含退休职工)，由用人单位缴纳，在职灵活就业人员由个人缴纳。

第四十二条 大额医疗保险费按年度缴纳，在每年一月底缴清。新参保人员大额医疗保险费在参保当月由单位全额缴纳。

第四十三条 大额医疗保险费不建立个人账户， 用人单位缴纳的大额医疗保险费全部用于建立大额补充基金。大额医疗保险费不得减免，任何单位不得以任何理由拒缴或少缴。

用人单位不按规定缴纳大额医疗保险费，暂停享受大额医疗保险待遇。

第四十四条 参保人员在自治区本级统筹范围内流动的，大额医疗保险关系随同转移;参保人员调离自治区本级统筹范围的，大额医疗保险关系及待遇从调离之日起终止。

第四十五条 参保人员使用乙类药品和用基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目治疗;在抢救、急救期间使用血液制品、蛋白类制品的，其费用本人先行自负10%，其余部分由大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

第四十六条 参保人员在区内或办理跨省长期异地居住备案后因病在定点医疗机构住院发生的符合“三个目录”内的医疗费用，大额医疗保险基金支付比例为97%；办理跨省临时异地就医备案后住院或区外出差、探亲突发危急重症住院发生符合“三个目录”内的医疗费用，大额医疗保险基金支付比例为92%。

门急诊发生的符合“三个目录”内的医疗费用，大额医疗保险基金支付比例为70%。

第四十七条 大额医疗保险基金与基本医疗保险基金分别运行，分开核算，专款专用，不得相互挤占、挪用。

第四十八条 大额医疗保险基金有结余的，可与商业保险合作，用于支付参保人员医疗费用中自负部分的费用。

第四章 职工基本医疗保险费用结算

第四十九条 参保人员在定点医药机构发生的应由个人负担的医药费用，由本人使用个人账户资金或现金与定点医药机构结算。

第五十条 自治区本级参保人员在定点医药机构发生的基本医疗保险个人账户基金、统筹基金、大额医疗保险基金、公务员医疗补助金，医保中心与定点医药机构按月结算。

(一)结算方式: 定点医药机构应在金融机构开设基本医疗保险基金结算账户，并将开户银行名称和账号报医保中心备案，实行转账结算。

(二)结算程序: 定点医药机构每日需进行结账，月底汇总后在次月的1至5日(节假日顺延)将上月基本医疗保险月结算数据推送至医保中心业务系统核心端，同时将消费明细、日结算单、处方等资料妥善保管备查。

医保中心基金管理部门每月对定点医药机构的推送数据进行审核，审核无误后，将基本医疗保险个人账户基金、统筹基金、大额医疗保险基金、公务员医疗补助金与定点医药机构进行结算，其中普通住院统筹基金按定点医疗机构实际发生额的90%拨付，年底根据医疗机构考核评级、违规扣款及超支分担等进行清算。

第五十一条 参保人员住院发生的由统筹基金支付的医疗费用按“总额预算”下的多种付费方式进行结算。

（一）在具备相应诊疗科目并实际开展业务的定点医疗机构，住院收治相应病种所发生的医疗总费用（不含生育医疗费用）均纳入按病种分值付费（DIP）范围。由医保中心按照“总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构以按病种分值付费的方式结算。

在医保支出总额框架下建立按病种分值付费的大数据标准体系，纳入DIP管理的定点医疗机构根据总额预算管理要求，建立预算管理制度，形成缜密的预算导向、过程控制和基于预算结果评价的资源配置机制，围绕预算执行的偏离，实施对医疗行为的监管与考核，将考核结果与月预结算、年度清算挂钩。

（二）未纳入DIP管理的定点医疗机构，根据不同级别，参照以前年度或季度每人次住院发生的平均医疗费用，剔除不合理因素，合理制定总量指标和每人次住院平均定额管理标准。定额标准随基本医疗保险基金筹集比例的变化作相应调整。

第五十二条 定点医疗机构住院统筹基金支出超支分担

（一）对纳入DIP管理的定点医疗机构年度超支分担按以下标准执行：当年度纳入按病种分值付费范围参保人员在该定点医疗机构住院发生的实际统筹基金记账费用总额是当年度该定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金预决算支付总额的110%以内时，超额部分的50%由该定点医疗机构承担，另50%由医保局根据对定点医疗机构的考核进行合理调节后按比例承担。

当年度纳入按病种分值付费范围参保人员在该定点医疗机构住院发生的实际统筹基金记账费用总额是当年度该定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金预决算支付总额的110%以上时，医保局只支付100%-110%以内部分的50%。110%以上部分由定点医疗机构自行承担，不纳入超支分担计算范围。

（二）对未纳入DIP管理的定点医疗机构年度超支分担按以下标准执行：定点医疗机构住院统筹基金支付定额标准可上下浮动10%，定点医疗机构实际发生的住院统筹基金费用，超过定额标准10%—15%之间的，定点医疗机构和医保中心各自承担超标部分的50%;超过定额标准15%以上的部分，全部由定点医疗机构承担。

定点医疗机构实际发生的住院统筹基金费用低于定额标准10%-15%之间的结余费用，将其结余部分的50%奖给定点医疗机构;实际发生的统筹基金费用低于定额标准15%以上的，医保中心按实际发生的医疗费用结算。

第五十三条 参保人员使用乙类药品、基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，危急重症参保人员在急救、抢救期间按医嘱使用血液制品、蛋白类制品的，其费用均先由本人支付10%，其余90%由统筹基金、大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由统筹基金、大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

第五十四条 参保人员在本级定点医疗机构发生的急诊费用(限三天内)，由定点医疗机构负责按规定标准直接结算。

参保人员在自治区外因公出差或探亲期间发生的符合有关规定的住院或紧急抢救的医疗费用，先由参保单位或个人垫付，诊治结束后，凭就诊医疗机构的病历资料、诊断证明、医疗费收据、费用清单等有效凭证，到医保经办窗口办理报销手续。

区外发生的住院医疗费用，报销比例在本地住院报销标准的基础上减低5%，区内发生的住院医疗费用按本地住院报销标准执行。

第五十五条 办理跨省临时异地就医备案的参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用可实时结算，未实时结算的医疗费用需由本人垫付，诊治结束后提供费用结算票据、费用明细、诊断书到医保经办窗口办理报销手续。

住院医疗费用报销比例在本地住院报销标准的基础上降低5%。

第五十六条 办理跨省长期异地居住备案的参保人员，在就医地医保定点医药机构就医购药发生的符合规定的医疗费用纳入报销范围。所发生的医疗费用可实时结算，未能实时结算的医疗费用由本人垫付，就医结束后，持有效凭证到医保经办窗口办理报销手续。所发生医疗费用按参保所在地报销比例执行。

第五十七条 参保人员中断基本医疗保险关系 6个月（含）以内接续关系的，补交中断期间的基本医疗保险费，补缴当月即可享受医疗待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，按比例划拨个人账户，缴费年限可连续计算;中断缴费6个月以上接续医疗保险关系的，中断期间发生的医疗费用不予报销。

第五十八条 参保人员未实时结算的医疗费，应在费用发生下年度12月31日前到医保经办窗口进行手工零星报销，超过时限未报销的，医保基金不再予以支付。

参保人员使用个人账户资金结算的医疗费用，医保基金不再予以报销。

 第五十九条 为加强基本医疗保险基金管理，维护参保人员正当权益，对医疗费用单据丢失致医疗费用无法报销的，参保人员可持《内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对证明》（见附件）及时到就诊医疗机构办理票据丢失证明。在医疗费用发生的下年度12月31日前携带《内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对证明》、诊断证明书、费用明细、病历到医保经办窗口进行手工零星报销。

医保中心对于丢失医疗费用发票参保人员申报的医疗费用建立台账，认真做好核查，并按规定进行费用审核和结算工作。

第六十条 医保中心对统筹基金和个人账户基金要分别管理，严格按照各自的支付范围结算，不得相互挤占。

第六十一条 医保中心每年对定点医药机构履行基本医疗保险服务协议情况进行考核。考核合格的定点医疗机构，按比例给付普通住院统筹基金剩余部分;不合格的，按协议予以扣除。

第五章 职工基本医疗保险个人账户

第六十二条 医保中心通过国家医疗保障信息平台，以居民身份证号码、单位代码作为本级参保人员基本医疗保险个人账户唯一标识，并负责对其使用情况进行监督管理。

第六十三条 基本医疗保险个人账户采用医保电子凭证、社会保障卡管理。

第六十四条 基本医疗保险个人账户的构成及资金来源详见第十四、十五条。

第六十五条 参保人员如遇转岗分流、退休等特殊情况，依据第十五条中有关规定及时调整缴费比例和个人账户资金划入比例。

第六十六条 参保人员死亡的，停止划入个人账户资金，其个人账户予以注销，个人账户结余资金由所在单位医疗保险专管人员到医保中心办理一次性支取手续。

第六十七条 参保人员个人账户本金和利息归个人所有， 定向用于医药消费，超支不补，结余滚存。具体计息办法按第二十九条中有关规定执行。

第六十八条 参保人员在任何一家定点医药机构就医购药，使用个人账户资金时均通过医保电子凭证或社会保障卡直接结算。个人账户资金不足支付时，由本人现金支付。

第六十九条 个人账户资金的主要用途见第十八条。

第七十条 参保人员在使用个人账户资金时，必须符合相关政策规定的费用支出。

第七十一条 个人账户资金与统筹基金分开核算，单独管理，不得挪用或相互挤占，更不得用于平衡基本医疗保险统筹基金。

第七十二条 参保人员因工作调动， 岗位变化、死亡、社会保障卡丢失、损坏等原因需更换、补发、注销社会保障卡的，持有效证明及时到有关部门办理。

第七十三条 如发现参保人员伪造社会保障卡，弄虛作假、冒名顶替等违纪行为，按国家或自治区有关法律法规进行处理。

第七十四条 个人账户支付的医药费用由定点医药机构与医保中心实行联网结算，接入内蒙古自治区医疗保障信息平台业务专网，使用统一结算软件和统一结算办法，并接受稽核与监督。

第七十五条 医保中心要加强对参保职工个人账户使用的监督和管理工作，发现问题及时纠正，确保网上结算数据正确。对违反医疗保险政策的行为，按照有关法律法规和服务协议相关规定进行处理。

第七十六条 加强医疗保险个人账户支出管理，定点医药机构严禁串换项目、虚开发票、套取个人账户基金等违法行为。要加强政策宣传，引导广大参保人员合理规范使用基本医疗保险个人账户基金，充分发挥个人账户在就医购药和保障健康方面的作用。

第六章 公务员医疗补助

第七十七条 医疗补助的原则

（一）自治区本级国家公务员医疗补助水平要与经济发展水平和财政负担能力相适应。

（二）确保本级国家公务员原有的医疗保障水平不降低。补助水平要逐步提高，调增幅度视财力状况和调资水平合理确定。

第七十八条 医疗补助的范围

（一）符合《中华人民共和国公务员法》和《国家公务员制度实施方案》规定的自治区本级国家行政机关、中央直属单位在职人员和退休人员。

（二）经自治区有关部门批准列入依照国家公务员制度管理全额事业单位的在职人员和退休人员。

（三）列入财政预算资金，缴纳公务员医疗补助的事业单位在职人员和退休人员。

（四）经自治区党委组织部批准列入参照国家公务员制度管理的党群机关，人大、政协机关，各民主党派和工商联机关以及列入参照国家公务员管理的其他机关单位在职人员和退休人员。

（五）审判机关、检察机关的在职人员和退体人员。

第七十九条 医疗补助经费的筹集和用途

（一）医疗补助经费的筹资标准应根据自治区本级享受医疗补助人员当期实际医疗消费水平、基本医疗保险的筹资水平和财政承受力等三方因素合理确定，由参保单位向自治区财政厅申请公务员医疗补助预算资金。自治区本级国家公务员医疗补助筹资标准为本级用人单位上年度职工工资及退休金总额的 4%。

（二）公务员医疗补助经费按确定的筹资标准筹集并列入自治区本级财政当年综合预算。对部分有收入的机关、事业单位国家公务员医疗补助经费原则上由单位自行解决。具体办法由自治区财政厅制定。

（三）公务员医疗补助经费用于补助以下开支：符合自治区基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准，超过基本医疗保险统筹基金和大额医疗保险基金最高支付限额以上部分的住院医疗费用及普通门诊统筹医疗费用;基本医疗保险统筹基金或大额医疗保险基金最高支付限额以下，个人自付部分的住院医疗费用及普通门诊统筹医疗费用;自治区本级副厅级以上公务员，全额拨款事业单位聘为正高级职称的工作人员，有突出贡献享受国务院、自治区特殊津贴的中青年专家、公务员职级并行晋升为二级巡视员的工作人员、文革基残人员等医疗照顾人员（以下简称医疗照顾人员）按规定享受照顾所发生的门诊医疗费用。

（四）公务员医疗补助经费与基本医疗保险基金分开核算、专款专用，并按照收支平衡的原则严格管理。其中，医疗照顾人员的医疗补助经费要单独建账、单独管理。

第八十条 医疗补助的标准

（一）自治区本级在呼公务员医疗补助标准

1.符合本办法规定的医疗费用开支按以下标准给予补助

（1）一个年度内发生的住院医疗费用，超过基本医疗保险统筹基金起付标准以上自付部分医疗费用，退休人员补助98%，在职人员补助 95%。

（2）享受医疗照顾人员一个年度内发生的目录内门诊费用，超过300元以上部分支付 95%，年度最高支付限额为4000元。文革基残人员在此基础上增加500元，副厅级以上文革基残人员在此基础上增加1500 元。

（3）一个年度内发生的普通门诊统筹医疗费用，超过基本医疗保险统筹基金起付标准以上自付部分医疗费用，退休人员补助98%，在职人员补助 95%。年度内支付上限为2000元。

2.本级按规定享受医疗照顾的人员，在住院时发生的医疗费，在享受基本医疗保险和大额医疗保险待遇后，个人负担超过自治区本级基本医疗保险统筹基金起付线以上部分医疗费补助，退休人员补助100%，在职人员补助98%。

3.本级在呼公务员在享受基本医疗保险、大额医疗保险和公务员医疗补助后，个人负担确有困难的，由所在单位适当给予困难补助。

（二）自治区本级驻盟市的公务员医疗补助标准按所在盟市公务员医疗补助办法执行，资金由自治区财政厅通过主管部门下拨。

第八十一条 医疗补助工作的管理和监督

（一）自治区医疗保障局承担本级国家公务员医疗补助的行政管理职能。要加强对具体经办工作的考核、监督与管理。

（二）自治区财政厅负责制定医疗补助经费的财务和会计管理制度，并加强对财政专户的管理，监督检查补助经费的分配和使用情况。

（三）医保中心负责本级在呼国家公务员医疗补助的经办工作，要严格执行本级在呼国家公务员医疗补助的有关规定，建立健全预决算、财务会计、内部审计等制度和其他各项管理制度，做好公员医疗补助办法与基本医疗保险制度的政策衔接和管理工作，即方便公务员就医，及时结算有关费用，又要按规定严格控制费用开支;努力提高管理服务水平，保证本级在呼国家公务员医疗补助待遇的落实。

（四）自治区审计厅要加强对医疗补助经费的审计。

第八十二条 自治区本级不按公务员制度管理的原享受公费医疗待遇的事业单位职工和退休人员，可参照国家公务员医疗补助办法，实施医疗补助，具体单位和人员由财政部门划拨;受公费医疗经费补助的事业单位所需医疗补助资金，仍按原资金来源渠道筹措;对少数资金确有困难的事业单位，由本级财政区别不同情况给予适当补助。

第七章 附 则

第八十三条 本办法自2023年1月1日起执行。

原《内蒙古自治区人民政府办公厅关于进一步完善自治区本级职工医疗保险制度的通知》（内政办字[2008]44号）《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发<内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法>等五个办法的通知》（内政办发[2014]111号）同时废止。

附件∶《内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对证明》

附件

证明编号：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_\_\_\_号

内蒙古自治区本级基本医疗保险参保人员丢失

医疗费用发票核对证明

定点医疗机构名称：

定点医疗机构编码：

 患者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住院病历号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,收费收据号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_日因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_疾病，在我院就医，共发生住院/门诊医疗费用\_\_\_\_\_\_元，特此证明。

住院医疗费用收据核对单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 金额 | 项目 | 金额 | 项目 | 金额 |
| 西药费 |  | 诊疗费 |  | 床位费 |  |
| 中成药 |  | 化验费 |  | 取暖费 |  |
| 中草药 |  | 治疗费 |  | 卫材费 |  |
| 检查费 |  | 护理费 |  | 其他 |  |
| 手术费 |  | 输氧费 |  |  |  |
| 核磁费 |  | 输血费 |  |  |  |
| CT费 |  | 放射费 |  |  |  |
| 合计（大写）： | ¥： |

定点医疗机构 定点医疗机构

财务签章： 医保办签章：

年 月 日 年 月 日

备注：此证明一式两联，参保人员、定点医疗机构各执一份。