

内蒙古自治区本级医疗保障管理办法

(征求意见稿)

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）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）等法律法规及文件精神，制定本办法。

第二条 自治区直属机关、企事业单位，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 自治区医疗保障部门对全区基本医疗保险实行政行政管理，统一领导和组织自治区本级职工基本医疗保险工作。自治区财政部门配合做好基本医疗保险基金预决算汇总和基金使用的监督管理工作；自治区审计部门要定期对医保基金收支和管理情况进行审计；自治区卫生健康部门、药监部门要加强对定点医疗机构和定点零售药店的监督管理，积极推进医药卫生体制改革；内蒙古税务部门负责自治区本级基本医疗保险费的征缴；自治区医疗保险经办机构应当建

立健全业务、财务安全、风险管理和预算绩效管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第四条 自治区本级医疗保障实行定点医药机构管理。

第二章 基金筹集和管理

第五条 职工基本医疗保险费(含生育保险)由参保单位和职工共同缴纳，参保单位应在规定时限内足额缴纳，职工个人缴纳的部分由参保单位从工资中代为扣缴。职工基本医疗保险缴费年度按照业务年度执行，即每年7月至次年6月。以自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资，作为年度医疗保险缴费基数标准。参保单位职工上年度平均工资低于自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资80%的，以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，按自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资的80%申报。

(一) 财政供养单位按上年度(业务年度)职工工资总额的7.3%缴纳；非财政供养单位按上年度(业务年度)职工

工资总额的 7.5% 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。

第六条 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 (以下简称统筹基金) 最高支付限额以上部分的医疗费用。凡参加自治区本级职工基本医疗保险的单位和职工, 都必须参加职工大额医疗保险。职工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 (含退休职工) 每人每年 100 元, 按业务年度缴纳, 在每年六月底缴清, 职工由参保单位缴纳, 灵活就业人员由个人缴纳。参加职工大额医疗保险的个人在区内不同地区流动, 一个业务年度内互认。

第七条 基本医疗保险补缴分为中断补缴和退休补缴, 补缴标准均按补缴时缴费基数和比例执行, 具体规定如下:

(一) 中断补缴

参保中断后, 单位或个人自愿申请补缴。中断补缴需一次性补缴单位缴费部分和个人缴费部分, 其中单位缴费部分进入统筹基金, 个人缴费部分划入个人账户。

(二) 退休补缴

参保人员达到法定退休年龄或符合法定退休条件，并具备以下条件的，可享受退休人员医疗保险待遇。

1. 单位参保人员和灵活就业人员首次参保时间在 2016 年 1 月 1 日之前，医疗保险累计缴费年限需满 20 年。

2. 单位参保人员和灵活就业人员首次参保时间在 2016 年 1 月 1 日之后，医疗保险累计缴费年限需满 25 年。

实际缴费年限不足的，可继续缴费至规定年限，或一次性缴费至规定年限。

退休补缴只补缴单位部分，费用全部纳入统筹基金，不划个人账户。

（三）因个人原因造成实际缴费年限不足的由个人补缴，单位原因造成的实际缴费年限不足由单位补缴。

（四）参加职工医保的个人在区内不同地区流动，累计缴费年限互认并合并计算。

第八条 参保单位要按照《中华人民共和国社会保险法》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 日内到医疗保险经办窗口办理变更或注销登记。

第九条 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疗保险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。按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定，从欠缴之日起，按日加收万分

之五的滞纳金。滞纳金由接收单位或继承单位交纳。

第十条 参保人员因工作调动、死亡或与参保单位终止劳动关系，应缴清其应缴纳的基本医疗保险费用，并在 20 个工作日内到医疗保险经办窗口办理转移、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。

第十一条 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。

第十二条 基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合的方式。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。

第十三条 参保人员欠缴基本医疗保险费，从欠费次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。参保人员中断基本医疗保险关系 6 个月（含 6 个月）以内接续关系的，若补交中断期间的全部月份基本医疗保险费，补缴当月即可享受医疗待遇，中断期间的待遇仍可按规定追溯享受，并按比例划拨个人账户，同时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。

第十四条 省级干部、离休人员、老红军、原参照离休政策管理的二等乙级以上警残、公残人员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。

第三章 基金使用

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2%比例定额划入个人账户。

第十六条 统筹基金和个人账户要划分各自的支付范围，按照以收定支、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。

第十七条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （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）境外就医的；

（五）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可作临时调整。

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。

第十八条 个人账户主要用于支付：

（一）在定点医药机构发生的政策范围内的医药费用；

（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政策范围内医疗费。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、门急诊、经批准的门诊特殊慢性病和门诊特殊用药、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、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围目录》（以下简称“三个目录”）的费用，统筹基金不予支付。统筹基金一个自然年度内最高支付限额为 20.5 万元。职工大额医疗保险基金一年内的最高支付限额为 10 万元。

第四章 门诊统筹待遇

第二十条 门诊统筹待遇包括：普通门诊统筹、门诊特

殊慢性病和门诊特殊用药。

第二十一条 自治区本级普通门诊统筹起付标准及报销比例为：

（一）在职职工普通门诊统筹政策范围内医疗费用自然年度起付标准：三级、二级、一级（及以下）医疗机构分别为 500 元、300 元、200 元。报销比例为：三级定点医疗机构 60%，二级（及以下）定点医疗机构 80%，定点零售药店 60%。

（二）退休职工普通门诊统筹政策范围内医疗费用自然年度起付标准：三级、二级、一级（及以下）医疗机构分别为 300 元、200 元、50 元。报销比例为：三级定点医疗机构 65%，二级（及以下）定点医疗机构 85%，定点零售药店 70%。

（三）普通门诊统筹封顶线按照在职 5000 元，退休 6000 元的标准执行。

第二十二条 门诊特殊慢性病待遇。自治区本级门诊特殊慢性病共 11 个病种：恶性肿瘤放化疗、血液透析、腹膜透析、组织器官移植术后抗排异治疗、肺动脉高压、血友病、病毒性肝炎、肝硬化失代偿期、帕金森病、系统性红斑狼疮、重症精神症。不在上述范围内的原门诊特殊慢性病病种，全部纳入普通门诊统筹保障。患有两种及以上病种的可同时申报，审批通过后，执行一个起付标准。门诊特殊慢性病用药范围执行国家统一的药品目录及协议期内谈判药品。

第二十三条 门诊特殊用药待遇。门诊特殊用药执行全区统一的门诊特殊用药目录及协议期内谈判药品全国统一的医保支付标准。门诊特殊用药在“双通道”定点医药机构使用，支付标准为每自然年度只扣一次起付线 300 元，支付比例为 3.5 万元以下 80%，3.5 万元以上 90%。

第二十四条 急诊治疗终结未转住院的，急诊治疗费用按规定纳入职工普通门诊统筹报销范畴，执行相关报销政策。

第五章 住院统筹待遇

第二十五条 参保人员一个自然年度内首次在定点医疗机构住院，统筹基金起付标准三级医疗机构起付线为 1000 元、二级医疗机构起付线为 600 元，一级及以下医疗机构为 300 元；一年内多次住院，从第二次住院起付标准在首次起付标准的基础上依次降低 20%，但最低分别不得低于 700、400、200 元。同一家医疗机构门急诊留观转住院治疗的，合并扣除起付线。

第二十六条 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：

（一）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；

(二) 享受医疗照顾人员每日 100 元；

(三) 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。

第二十七条 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、 三丙或 三级无 等	其 他	三甲 或三 级特 等	三乙、 三丙或 三级无 等	其他
起付线—3.5 万元	85%	90%	95%	88%	93%	98%
3.5 万元以上	95%	96%	97%	96%	97%	98%

(二) 最高支付限额以上的医疗费用，通过建立职工大额医疗保险的途径解决。

第二十八条 参保人员发生的符合“三个目录”、基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的住院医疗费用，职工大额医疗保险基金支付比例为 97%。

第六章 生育保险待遇

第二十九条 用人单位已缴纳生育保险费的，不设待遇等待期，其职工可按照规定享受生育保险待遇。

第三十条 生育保险待遇支付范围：

- （一）女职工生育期间发生符合规定的医疗费用；
- （二）女职工生育津贴；
- （三）男职工护理假期津贴；
- （四）职工实施计划生育手术发生的医疗费用；
- （五）国家和自治区规定的与生育保险待遇有关的其他费用。

第三十一条 生育医疗费支付标准：

（一）生育住院

参保职工因分娩、流产、节育或绝育手术发生的符合医保政策范围内有关规定的住院医疗费用，不设置待遇起付线，由基本医疗保险基金据实支付。

（二）生育门诊

1. 女职工在妊娠期、分娩期、产褥期内发生的符合医保政策范围内有关规定的门诊产检费用，不设置待遇起付线及封顶线，由基本医疗保险基金据实支付。

2. 门诊流产或进行节育手术的，不设置待遇起付线符合医保政策范围内有关规定的医疗费用支付上限为 2000 元，

超限额不予支付，限额以内据实支付。

3. 实施门诊绝育手术的，不设置待遇起付线，符合医保政策范围内有关规定的医疗费用支付上限为 2500 元，超限额不予支付，限额以内据实支付。

第三十二条 参加自治区本级基本医疗保险的男职工，其配偶生育前 1 年内未就业且未参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的，可享受生育住院医疗费用待遇。

第三十三条 生育医疗住院费用、门诊费用，直接与定点医疗机构按规定结算。参保女职工在区外定点医疗机构生育的、以及在非定点医疗机构急诊或急救情况下住院分娩的，由本人先行垫付后按规定报销。

第三十四条 生育津贴计发标准：

（一）非财政供养单位参保女职工生育津贴以用人单位上年度在职职工月平均缴费基数为计发标准。男职工护理假津贴以同样基数标准执行。

（二）当年新参保的非财政供养单位参保职工生育津贴以职工生育当月单位在职职工平均缴费基数作为生育津贴计发标准。

第三十五条 非财政供养女职工产假期间领取生育津贴的天数为：

（一）妊娠满 4 个月不满 7 个月流产的，按 42 天计发

生育津贴。

(二) 妊娠满7个月及7个月以上生产的，按98天计发生育津贴。

(三) 难产的，生育津贴在98天基础上增加15天；多胞胎生育的，每多生育1个婴儿，增加15天生育津贴。

第三十六条 非财政供养男职工，其配偶生育期间，由基本医疗保险基金支付10天护理假津贴。

第三十七条 享受生育津贴待遇的，须在参保女职工生育或者终止妊娠后1年内，申报领取生育津贴手续，逾期申报不予办理。

第三十八条 女职工产前妊娠并发症、产后生育并发症所发生的医疗费用，按照基本医疗保险有关规定执行。

第六章 异地就医

第三十九条 自治区内异地就医，执行自治区统一的“区内无异地”政策，住院、门诊均无需备案。职工医保异地就医患者按参保地政策执行。

第四十条 跨省异地就医实行“先备案、后就医”，发生的医疗费用实行直接结算，未能直接结算的医疗费用由个人垫付，就医结束后，持有效身份证件或医保电子凭证、社会保障卡、就诊医药机构的医药收费票据、费用清单、处方

底方、出院记录（诊断证明或出院小结）到医保经办窗口办理报销手续。

第四十一条 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。跨省异地长期居住人员在备案有效期内确需回内蒙古就医的，无需取消现有备案，执行其他跨省临时外出就医人员的报销政策。

第四十二条 跨省临时外出就医人员住院医疗费用基本医疗保险、大额医疗补助的支付比例与参保地同级别医疗机构支付比例保持合理差异，其中跨省异地急诊抢救人员、跨省异地转诊就医人员降低 10 个百分点，其他跨省临时外出就医人员降低 20 个百分点。

第七章 费用结算

第四十三条 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、职工大额医疗保险基金、公务员医疗补助金，自治区医疗保险经办机构与定点医药机构按规定时间结算。

（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自治区医疗保险经办机构备案，实行转账结算。

(二) 结算程序：定点医药机构在每月规定时间内，通过医疗保障信息系统两定平台向医保经办机构申报医药费用结算信息。自治区医疗保险经办机构对定点医药机构申报且对账成功的结算数据进行受理。对已受理的结算数据进行审核，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照 DIP 结算办法月度结算规定执行，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。

第四十四条 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。

第四十五条 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。

第四十六条 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。

第四十七条 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单》（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单》、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。

自治区医疗保险经办机构对于丢失医疗费用发票参保人员申报的医疗费用，认真做好核查，并按规定进行费用审核和结算工作。

第四十八条 自治区医疗保险经办机构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。

第四十九条 自治区医疗保险经办机构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绩效考核，通过年度考核与日常考核相结合的方式开展，有住院服务的定点医疗机构，年度考核主要通过 DIP 考核开展，其他定点医药机构以日常考核方式开展。考核结果与定点医药机构周转金预付、年终清算、质量保障金退还和医保协议续签等挂钩。

第五十条 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。

第八章 个人账户

第五十一条 自治区医疗保险经办机构通过国家医疗保障信息平台，以有效身份证件号码、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。

第五十二条 基本医疗保险个人账户采用医保电子凭证、社会保障卡等管理。

第五十三条 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划拨个人账户。

第五十四条 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到自治区医疗保险经办机构办理一次性支取手续，未能及时暂停参保的，应将划拨金额及统筹基金退还医疗保险经办机构。

第五十五条 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。

第五十六条 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。

第五十七条 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。

第五十八条 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，更不得用于平衡统筹基金。

第五十九条 如发现参保人员弄虚作假、冒名顶替等违法违纪行为，按国家或自治区有关法律法规进行处理。

第六十条 个人账户支付的医药费用由定点医药机构与自治区医疗保险经办机构实行联网结算，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。

第六十一条 自治区医疗保险经办机构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。

第六十二条 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。

第九章 附则

第六十三条 基本医疗保险费率、统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额、大额医疗保险费及支付比例可随着经济社会发展和医疗消费水平变化作出相应调整。

第六十四条 本办法自 2026 年 1 月 1 日起执行。原《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发〈内蒙古自治区本级医疗保障管理办法〉的通知》（内政办发〔2023〕7 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单

附件

核对单编号：_____年____月____日_____号

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单

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。

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：

年 月 日

医保办签章：

年 月 日

备注：此单一式两联，参保人员、定点医疗机构各执一份。