鄂尔多斯市城乡居民基本医疗保险管理办法

第一章 总则

**第一条** 为深入贯彻中央、自治区关于深化医疗保障制度改革有关要求，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《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）、《内蒙古自治区城镇基本医疗保险条例》和《内蒙古自治区党委自治区人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（内党发〔2020〕27号）、《关于印发〈内蒙古自治区基本医疗保险参保管理经办实施细则〉的通知》（内医保发〔2022〕 16号）文件精神，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于在我市参加城乡基本医疗保险的城乡居民。

**第三条** 基本原则

（一）坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续和医疗保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，确保城乡居民基本医疗需求得到有效保障，逐步扩大保障范围、提高保障水平。

（二）坚持筹资和待遇相关联、权利和义务相对等的原则，在全市范围内实行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的医疗保险政策，确保城乡居民公平享有基本医疗保险待遇。

（三）坚持总体规划、统筹城乡、整合资源、提高效率的原则。

（四）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的基金筹集和待遇支付原则。

（五）促进医保、医疗、医药协同发展和治理，确保基本医疗保险与大病保险、医疗救助制度有效衔接。

**第四条** 城乡居民基本医疗保险管理职责。

（一）医疗保障部门主管城乡居民基本医疗保险工作，负责城乡居民基本医疗保险工作的组织实施。

（二）卫生健康部门负责加强医疗卫生机构能力建设和日常监督管理，督促定点医疗机构做好医疗服务工作，规范医疗服务行为，对特殊人群实行先诊疗后付费；负责做好医药卫生体制改革相关事项的协调和衔接工作。

（三）教育部门负责各类高等院校、中学（含职业高中、技工学校）、普通小学、特殊教育学校在册学生和托幼机构在园幼儿（下称在校在园学生）的参保宣传动员工作。

（四）公安部门协助做好城乡居民基本医疗保险参保人员户籍、个人身份认定等参保扩面工作。

（五）民政部门负责城乡居民中特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童，下同）、城乡低保对象等身份确认、代缴费用预算、参保工作。

（六）乡村振兴部门负责纳入乡村振兴部门认定脱贫享受政策户和未消除风险的监测对象（脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户）的身份确认、代缴费用预算、参保工作。

（七）残疾人联合会负责城乡居民中一级和二级残疾人的身份确认、代缴费用预算、参保工作。

（八）财政部门负责城乡居民基本医疗保险政府补助资金的筹集、拨付和基金财政专户的管理工作。

（九）审计部门负责审计监督城乡居民基本医疗保险基金的使用和管理。

（十）市场监管部门负责定点零售药店的经营许可、进货渠道、质量安全的检查检验和监督管理等工作。

（十一）税务部门负责城乡居民医疗保险基金的征收管理工作，负责向医疗保障部门、财政部门提供城乡居民基本医疗保险费的征缴情况，协助做好参保扩面工作。

（十二）旗区各级人民政府组织实施辖区内城乡居民基本医疗保险的参保动员、政策宣传等工作，保障必要的办公场所、工作人员、工作经费。

第二章 基金管理、使用和构成

**第五条** 城乡居民基本医疗保险基金纳入市级财政专户管理，由市级统筹管理和使用，实行收支两条线，专款专用，执行预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，执行《鄂尔多斯市人民政府关于基本医疗保障基金统收统支的通知》（鄂府发〔2021〕93号）有关规定。

**第六条** 城乡居民基本医疗保险基金收入构成。

（一）城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；

（二）政府补助资金；

（三）城乡居民基本医疗保险基金利息收入；

（四）其它收入。

第三章 参保缴费

1. 参保范围

凡具有我市户籍的城乡居民、非本市户籍的我市在校在园学生、持有我市居住证的常住居民均可参加我市城乡居民医疗保险。在大陆居住的港澳台人员、外籍人员可参加居民医保，以《港澳台居住证》或《外国人居留证》编码申请办理参保登记。

**第八条** 参保登记

城乡居民应向参保地医保经办机构申请办理居民参保登记。参保人员不得同时参加城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险，不得跨区域重复参保，不得重复享受医疗保险待遇。特殊人群参保、变更、转移等按照《内蒙古自治区基本医疗保险参保管理经办实施细则》文件精神执行。

**第九条** 参保缴费。

（一）城乡居民基本医疗保险按照自然年度计算参保周期，实行年预缴费制度，每年8月1日至次年2月20为集中缴费期，

收缴下一年度个人缴费部分。参保人员应在集中缴费期缴费，参保人员按年度缴费后，于次年1月1日至12月31日享受城乡居民基本医疗保险待遇。

1. 集中缴费期截止后，动态调整的特困供养人员、孤儿、城乡低保对象、脱贫享受政策户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、一级和二级残疾人、退役军人及随军未就业军人配偶，按照集中缴费期个人缴费标准参保，自参保之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇；当年出生的新生儿（含死亡新生儿）自出生之日90天内办理参保登记缴费的自出生之日起享受待遇；当年职工医保中断缴费3个月内参加城乡居民医保的人员，自缴费之日起享受待遇，不设立等待期。其他参保人员集中缴费期截止后，按照集中缴费期个人缴费标准参保，设置三个月待遇等待期。

（三）参保人缴纳居民医疗保险费后，在待遇享受期未开始前因重复缴费、参加职工医保或其他统筹区居民医保、死亡、转移的在终止相关居民医保参保关系后，可申请办理退费。待遇享受期开始后，个人缴费不再退回。同一缴费年度内，已缴纳居民医疗保险费的短期务工人员由职工医保转回居民医保的，无需另行缴费。

第四章 基金筹集

**第十条** 城乡居民基本医疗保险基金筹集实行个人缴费和政府补助相结合的方式，不设立个人账户。

**第十一条** 城乡居民医疗保险个人缴费标准和政府补助标准根据国家、自治区有关政策要求，由市医疗保障局按年度调整制定。参保人员应按照规定一次性足额缴纳个人缴费部分，政府按照规定标准给予补助。

**第十二条** 具有本市户籍的特困供养人员、孤儿、城乡低保对象、脱贫享受政策户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、一级和二级残疾人，参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，按照相关规定予以资助，资助人员身份重叠的按照就高原则资助，不重复资助。

第五章 待遇支付

**第十三条** 城乡居民基本医疗保险基金支付范围包括住院统筹支付、门诊统筹支付、商业补充医疗保险支付。

**第十四条** 住院统筹支付标准

参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险药品目录、诊疗目录及医疗服务设施支付范围和标准的住院医疗费用，由统筹基金按以下标准支付，一个自然年度最高支付限额为23万元。

（一）起付线及支付比例：自治区内一级医疗机构起付线200元，支付比例90%；自治区内二级医疗机构起付线400元，支付比例80%；自治区内三级医疗机构起付线600元，支付比例70%；自治区外医疗机构起付线800元，支付比例68%。

一个自然年度内多次住院的，第二次住院起付标准降低50%，第三次及三次以上住院起付标准为100元。

（二）国家谈判药物、纳入双通道管理的定点医疗机构支付待遇按照有关规定执行。

（三）因妊娠、生育或者终止妊娠住院发生的生育医疗费用比照普通住院待遇支付。

（四）跨年度住院的参保人员，入院和出院年度连续参保的，住院医疗费用合并计算，按照出院年度支付标准支付费用；出院年度新参保的，按照新参保人员享受医疗保险待遇的条件和规定，只支付参保年度的住院医疗费用；出院年度未参保的，只计算上年度住院医疗费用，按照上年度支付标准支付费用。

**第十五条** 门诊统筹支付标准

参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗目录及医疗服务设施支付范围和标准的门诊医疗费用，由统筹基金按以下标准支付。

1. 普通门诊

参保人员在市内一级定点医疗机构门诊就医的，不设起付线，按医疗费用的50%予以支付，最高支付限额每人每年100元。未定级的乡镇卫生院、一体化管理的嘎查村卫生室参照一级医疗机构执行。

1. 慢性病门诊

1.以下病种，一个自然年度内起付线为1000元，支付比例为50%，最高支付限额5000元。将高血压、糖尿病“两病”纳入慢性病管理。患有“两病”患者备案后，先行享受高血压不设起付线，50%报销比例300元封顶；糖尿病不设起付线，50%报销比例600元封顶政策。“两病”达到封顶后，扣除慢病起付线，按照慢病报销政策享受待遇。

（1）普通精神病、艾滋病机会性感染；

（2）多发性血管硬化、震颤麻痹、运动神经元病；

（3）糖尿病

（4）慢性肾小球肾炎；

（5）风湿病活动期或伴有心瓣膜损害者；

（6）各种结核病；

（7）慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、间质性肺炎、哮喘、肺纤维化；

（8）消化性溃疡、慢性传染性肝炎、肝硬化、慢性胃炎、慢性胆囊炎、溃疡性结肠炎；

（9）白细胞减少症、脉管炎；

（10）甲亢性心脏病、甲亢、甲状腺功能减退症、皮质醇增多症、原发性醛固酮增多症、原发性慢性肾上腺皮质功能减退症；

（11）白赛氏病；

（12）结缔组织病（含硬皮病）；

（13）冠心病；

（14）顽固性皮肤病（银屑病、白癜风）、过敏性紫癜。

2.以下病种，一个自然年度内起付线1000元，支付比例50%，

最高支付限额20000元：

 重症肌无力、帕金森氏综合症、肾病综合症、慢性肾功能衰竭、慢性肺原性心脏病、骨髓增生异常综合症、风心病、小儿脑瘫、干燥综合症、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜（累及肾脏）、先天性心脏病、慢性心力衰竭、强直性脊柱炎、股骨头坏死、慢性骨髓炎、心梗术后、脑血管疾病（脑出血、脑血栓）及后遗症、癫痫病、有并发症的糖尿病、耐多药结核病、类风湿性关节炎，其它年门诊费用在1万元以上的其它疾病。

（三）特殊病门诊

参保人员患以下特殊疾病在定点医疗机构和门诊特殊用药定点零售药店发生的门诊医疗费用及在发生的符合基本医疗保险规定的门诊医疗费用，一个自然年度起付线600元，统筹基金支付比例90%。

恶性肿瘤、白血病、血友病、器官移植抗排异治疗、系统性红斑狼疮、重性精神疾病、再生障碍性贫血、肝硬化失代偿期、布鲁氏杆菌病、终末期肾病、肺动脉高压、儿童苯丙酮尿症、儿童先天性心脏病、儿童尿道下裂、儿童唇腭裂。特殊病病种范围由市医疗保障局根据实际调整。

（四）门诊紧急抢救费用和日间手术费用比照住院标准支付。

（五）将无第三方责任意外伤害纳入城乡居民基本医疗保险保障范围，按照基本医疗保险政策予以支付，鼓励引入第三方参与无责意外伤害经办服务。儿童、在校在园学生无责意外伤害，在医保定点医疗机构发生的门诊医疗费用不设起付线，支付比例80%。

（六）普通门诊、特殊门诊慢性病定点医疗机构为基本医疗保险定点医疗机构，患两种或两种以上疾病的参保人员，待遇执行就高原则。一个自然年度内，门诊最高支付限额与住院医疗费用最高支付限额共享。

第十六条 下列医疗费用不纳入城乡居民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.在境外就医的；

5.体育健身、养生保健消费、健康体检；

6.国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第十七条 商业补充医疗保险按照自治区、市有关政策支付。

第六章 就医服务管理

第十八条 城乡居民基本医疗保险实行全区统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围和医疗服务设施标准。

第十九条 医疗保障经办机构具体承办城乡居民基本医疗保险事务，医疗保障经办机构人员经费、基本运行费用和管理费用等，由同级财政按照国家规定予以保障。

第二十条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理，参保人员应在定点医药机构就医、购药。各级医疗保障经办机构要按照中西医并举，基层、专科和综合医疗机构兼顾，方便参保人员就医的原则，合理确定定点医药机构并签订医保协议，明确各自的责任、权利和义务。

第二十一条 定点医疗机构应严格执行即时结算服务，经办机构要根据医保协议监督管理医院直报工作，对不履行直报义务的定点医疗机构要及时退出定点管理。医疗机构应当合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录，优先配备使用医保目录药品，控制医疗费用不合理增长，提高医疗保障基金使用效率。定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。

第二十二条 参保人员应在开通直报的定点医药机构即时结算，各级医保部门应进一步加大宣传力度，扩大直报范围，方便群众看病就医。

第二十三条 各级医疗保障经办机构可按照权限将距离我市较近且经过备案的市外定点医疗机构参照我市定点医药机构管理，并参照我市同级定点医疗机构支付政策予以支付，方便参保人员就医。

第七章 监督管理

第二十四条 各级医保、财政、税务、审计部门按照职责对城乡居民基本医疗保险政策执行情况和基金的收支、管理情况进行监督。

第二十五条 各级医疗保障经办机构负责辖区内定点医药机构日常监督管理，市级医疗保障经办机构监督指导各旗区医疗保障经办机构工作。

第二十六条 医疗保障行政部门对违反基本医疗保险政策的行为，依照相关规定处理。参保人、定点医药机构对处理结果有异议的，可以申请行政复议。

第八章 附则

第二十七条 本办法下列用语的含义：

起付线，指参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，先由个人承担一定数额的部分。

经办机构，指具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

定点医药机构，指自愿与各级经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构和零售药店。

医保协议，指由经办机构与医药机构经协商谈判而签订的，用于规范服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第二十八条 本办法自 月 日起施行。此前相关规定与本办法不符的，以本办法规定为准。执行中如遇国家、自治区政策调整，从其规定。

第二十九条 本办法由市人民政府负责解释。