鄂尔多斯市职工基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为深化医疗保障制度改革，完善职工基本医疗保险制度，维护参保人员合法权益，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）、《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）、《内蒙古自治区城镇基本医疗保险条例》《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）和《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，制订本办法。

第二条 鄂尔多斯市职工基本医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，遵循享受待遇权利与履行缴费义务相对应、保障水平与经济社会发展水平相适应的原则。

第三条 鄂尔多斯市职工基本医疗保险实行市级统筹，全市统一政策标准、统一待遇水平、统一经办流程、统一信息系统、统一基金管理。生育保险和职工基本医疗保险合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

第四条 市医疗保障局负责管理全市职工基本医疗保险工作，各级医疗保障部门组织实施本行政区域内职工基本医疗保险工作。

财政部门负责职工基本医疗保险基金财政专户管理和收支监管，审核职工基本医疗保险基金预决算。

税务部门负责职工基本医疗保险费的征收管理工作，负责向医疗保障部门和财政部门提供职工基本医疗保险费的征缴情况。

审计部门按照国家有关规定对职工基本医疗保险基金的收支管理和运行情况进行审计监督。

卫生健康、市场监管等有关部门应当按照各自职责，协调做好职工基本医疗保险管理工作。

第二章 职工基本医疗保险基金的筹集

第五条 鄂尔多斯市境内所有用人单位，包括企业、行政机关、事业单位、社会团体、民办非企业等单位及其职工应当参加职工基本医疗保险。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险。

第六条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。缴费基数执行周期为当年的7月1日至次年的6月30日为一个业务年度（以下简称业务年度），缴纳基数每年核定一次，年度内不做调整。缴纳标准为：

（一）企业单位以上年度职工工资总额的7%缴纳（含生育保险费，缴费比例为1%）；行政事业单位以上年度职工工资总额的6.4%缴纳（含生育保险费，缴费比例为0.4%）。

（二）参保人员按照上年度工资收入2%的比例缴纳，由用人单位从工资中代为扣缴。

（三）灵活就业人员缴费费率为8%（不含生育保险费），新参保的灵活就业人员只缴纳参保登记之后业务年度剩余月数的医疗保险费。灵活就业人员缴费基数自2024业务年度起按照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%核定。

（四）用人单位上年度在岗职工平均工资低于内蒙古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。

第七条 失业人员在领取失业保险金期间，职工基本医疗保险费由失业保险机构从失业保险基金中支付，个人不缴费。缴费比例、缴费基数按照灵活就业人员标准缴纳。

第八条 参加职工基本医疗保险的个人符合法定退休条件，达到规定缴费年限，所在单位和个人均不再缴纳职工基本医疗保险费，按规定享受退休职工基本医疗保险待遇。

2016年1月1日前在鄂尔多斯市以灵活就业人员身份参保且有实际缴费记录的人员累计缴费年限按15年计算；2016年1月1日前在鄂尔多斯市以职工身份参保且有实际缴费记录的人员，累计缴费年限按20年计算；2016年1月1日后参保的人员累计缴费年限按25年计算。参保人员的医保转移缴费年限，组织人社部门认定的视同缴费年限均可作为医保累计缴费年限，按照有关规定执行。

累计缴费未达到规定年限的，单位参保人员按照办理医保退休当月缴费标准一次性补缴至规定年限。灵活就业人员按照上年度缴费标准一次性补缴至规定年限。补缴费用全部纳入统筹基金，不划入个人账户，自补足余期费用之日起按规定享受待遇。

第九条 参保单位自批准成立之日起30日内，向属地医保经办机构办理参保登记。自用工之日起30日内为其职工办理职工基本医疗保险登记手续。参保单位登记事项发生变更的，应在30日内向属地医保经办机构申请办理。参保单位因发生合并、分立、解散、破产等情形，依法终止医疗保险缴费义务的，自批准之日起30日内，依规足额缴纳医疗保险后方可申请办理医保合并、分立、注销登记。用人单位未按规定缴纳职工基本医疗保险费或未按规定办理登记、变更或注销手续期间，相关待遇由用人单位按照本办法规定的标准承担。

第十条 用人单位应自行申报、按月足额缴纳职工基本医疗保险费。欠缴职工基本医疗保险费的，按日加收万分之五的滞纳金，滞纳金列入职工基本医疗保险基金。职工基本医疗保险费不能减免，任何单位和个人不得以任何理由拒缴或少缴。

第十一条 参保单位或参保人员任何一方欠缴职工基本医疗保险费，统筹基金从欠费之月起暂停支付相关待遇。中断缴费6个月（含）以内的，可按续保时缴费基数补缴欠费，续保缴费后，中断缴费期间的相关待遇追溯享受，按比例划入个人账户，缴费年限累计计算；中断缴费6个月以上接续医疗保险关系的，中断缴费期间的相关待遇不予支付。

第十二条 参保人员跨统筹区流动，不得重复参保和重复享受待遇，应及时办理基本医疗保险关系转移接续，按照《内蒙古自治区基本医疗保险参保管理经办实施细则》（内医保发〔2022〕 16号）文件精神组织实施。

第十三条 参保人发生调转、离职（失踪、判刑）等情况，参保单位应及时申请办理中止参保；参保人发生死亡、出国定居等情况不能继续参加职工基本医疗保险的，参保单位应及时申请办理终止参保。服刑人员刑满释放后，未达到法定退休年龄的，可以参加职工基本医疗保险，参加职工医保的实际缴费年限累计计算，服刑期间医疗保险费不予补缴；服刑前已享受医疗保险退休待遇的人员，刑满释放后恢复基本医疗保险待遇。

第三章 职工基本医疗保险统筹基金和个人账户

第十四条 职工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。职工基本医疗保险统筹基金和个人账户基金按照单独管理、单独核算、互不挤占方式运行。

第十五条 在职职工个人账户按照本人参保缴费基数的2%缴纳的基本医疗保险费计入；退休人员个人账户以全区平均基本养老金为基数，按照2%比例划入个人账户。

第十六条 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疗费用；

（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；

（四）国家、自治区规定的可用个人账户支付的其他费用。

第十七条 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的医疗费用。

第四章 职工基本医疗保险基金支付

第十八条 参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定起付线以上的住院医疗费用（不含生育医疗费）按下列规定支付：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构 | 起付标准 | 在岗职工统筹基金支付比例 | 退休人员统筹基金支付比例 |
| 区内三级医院 | 600 | 94% | 96% |
| 区内其它医疗机构 | 96% | 98% |
| 区外其它医疗机构 | 92% | 94% |

（一）参保人员在一个自然年度内多次住院的，第二次住院起付标准降低50%，三次及三次以上住院起付标准为100元。

（二）离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇由同级人民政府按规定解决，文革中致残并持有完全伤残证的人员，医疗待遇比照离休人员的待遇由相关部门解决。

（三）统筹基金一个自然年度内住院医疗费用的最高支付限额为23万元。

第十九条 参保人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的门诊医疗费用，不区分病种，统筹基金按下列规定支付：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构 | 起付标准 | 在岗职工统筹基金支付比例 | 退休人员统筹基金支付比例 |
| 三级医疗机构 | 1000 | 65% | 70% |
| 二级医疗机构 | 75% | 80% |
| 一级医疗机构 | 85% | 90% |

（一）定点零售药店、诊所报销比例依据有关规定执行。

（二）在职职工年度最高支付限额5000元，退休职工年度最高支付限额6000元。

（三）门诊紧急抢救费用和日间手术费用比照住院标准支付。

第二十条 参保人员患以下特殊疾病在定点医疗机构发生的符合职工基本医疗保险规定的门诊医疗费用及在门诊特殊用药定点零售药店发生的符合规定的费用，一个自然年度起付线300元，统筹基金支付比例95%，最高支付限额与住院医疗费用最高支付限额共享。

恶性肿瘤（含白血病）、血友病、器官移植抗排异治疗、系统性红斑狼疮、精神类疾病、传染性肝病、肝硬化、再生障碍性贫血、布鲁氏杆菌病、终末期肾病、艾滋病机会性感染、耐多药结核、脑出血、脑梗塞、肺动脉高压、糖尿病胰岛素治疗、股骨头坏死症、强直性脊柱炎、大骨节病。特殊疾病病种范围由市医疗保障局根据实际进行调整。

第二十一条 患两种或两种以上疾病的参保人员，职工基本医疗保险待遇按就高原则执行。

第二十二条 基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围进行支付。下列医疗费用不纳入职工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）在境外就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第二十三条 参保人员生育保险待遇按下列规定支付。

（一）生育医疗费

参保职工因分娩、流产、节育或绝育手术、产前检查在定点医疗机构发生的符合医保政策范围内的住院、门诊医疗费用不设起付线，由基本医疗保险100%支付，与住院共用封顶线。

（二）生育津贴

行政事业单位人员（行政事业单位其他人员身份，按企业缴费费率参保人员享受生育津贴）、灵活就业人员不享受生育津贴。企业参保女职工产假期间享受生育津贴。生育津贴按照参保单位上年度在职职工月平均缴费基数为计发标准。按照《女职工劳动保护特别规定》的产假期计算发放。女职工生育产假期98天，难产的增加15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿增加15天。女职工怀孕未满4个月流产的，产假期15天；怀孕满4个月以上流产的，产假期42天。

企业参保男职工护理假期间享受生育津贴，生育津贴按照参保单位上年度在职职工月平均缴费基数为计发标准10天护理假期计算发放。流产的，男职工不享受生育津贴待遇。

当年新参保的企业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。

（三）一次性分娩营养补助

参保女职工享受一次性分娩营养补助。流产的，补助400元；正常生育的，补助700元；剖宫产、难产、多胞胎的，补助1300元。

第五章 职工大额医疗保险

第二十四条 职工大额医疗保险主要解决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。

第二十五条 凡参加鄂尔多斯市基本医疗保险的单位和个人都必须参加职工大额医疗保险。

第二十六条 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，按业务年度缴纳，在每年的7月底缴清，缴费标准为每人每年100元，由用人单位和个人各承担50元，灵活就业人员由个人缴纳。退休人员不缴纳职工大额医疗保险，办理退休时一次性补缴医疗保险费的人员，不补缴职工大额医疗保险费，退休后享受职工大额医疗保险有关待遇。

第二十七条 职工大额医疗保险费不建立个人账户，参保单位和个人缴纳的大额医疗保险费全部用于建立大额医疗保险基金。职工大额医疗保险费不能减免，任何单位、个人不得以任何理由拒缴或少缴。参保单位、个人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。

第二十八条 参保人员当年在定点医疗机构累计发生超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额（23万元）的住院（含门诊特殊病）符合基本医疗保险目录范围内医疗费用，不设起付线，市内治疗的按照95%比例支付；市外治疗的按照90%比例支付，最高支付限额10万元。超门诊统筹政策最高支付限额的门诊医疗费用，可由大额医疗保险依据有关文件予以支付。

第二十九条 参保人员在鄂尔多斯市范围内流动的，大额医疗保险关系随同转移；参保人员调离鄂尔多斯市范围的，大额医疗保险关系及待遇从调离之日起终止。

第三十条 大额医疗保险基金与基本医疗保险基金独立运行核算，专款专用，不得相互挤占、挪用。大额医疗保险基金有结余的，可与商业保险机构合作，减轻参保人员医疗费用负担。

第六章 职工基本医疗保险基金运行和经办服务管理

第三十一条 职工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。

第三十二条 各级医疗保障经办机构具体承办职工基本医疗保险和生育保险事务，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。

第三十三条 职工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。

第三十四条 定点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等目录，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。

第三十五条 参保人员在统筹地区以外的就医，按照异地就医管理有关办法执行。

第三十六条 各级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。

第三十七条 参保人员跨统筹地区流动的，按有关规定办理职工基本医疗保险关系转移接续手续，个人账户余额随其医疗保险关系同时转移，参保缴费年限累计计算。

第七章 职工基本医疗保险的监督考核

第三十八条 建立职工基本医疗保险基金监督机制。职工基本医疗保险基金的收支、管理接受同级财政、审计部门的监督。设立由用人单位代表、参保人员代表、定点医药机构代表以及工会代表和有关专家参加的医疗保险基金监督组织，加强对职工基本医疗保险基金的社会监督。

第三十九条 医疗保险经办机构对单位及其职工的参保情况、定点医药机构的服务情况进行检查和考核，实施监督和管理。医疗保障行政部门对违反基本医疗保险政策的行为，依照相关规定处罚。参保单位及个人、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

第四十条 本办法所称内蒙古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人员平均工资以统计部门公布的数字为准。

第四十一条 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。

第四十二条 本办法自公布之日起30日后施行。鄂府发〔2018〕64号文件同时废止。此前相关规定与本办法规定不符的，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。

第四十三条 本办法由鄂尔多斯市医疗保障局负责解释。