《内蒙古自治区本级医疗保障管理办法

（征求意见稿）》政策解读

**一、起草背景和政策依据**

为进一步做好本级医疗保障管理工作，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》《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》《关于印发内蒙古自治区基本医疗保险医用耗材支付标准的通知》《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》《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》等文件，我局起草了《内蒙古自治区本级医疗保障管理办法（征求意见稿）》（以下简称《办法》）。《办法》进一步明确了医保基金支付范围，包括乙类项目（药品、诊疗）自付比例、扩大个人账户资金使用范围、不同级别医疗机构住院起付线标准、区外异地住院和门急诊费用使用大额医疗保险基金时报销比例、医用耗材自付比例、未实时结算的医疗费用手工零星报销时限，并就医保与定点医疗机构在支付方式改革后清算内容，包括医疗费用预结算及清算比例和程序、DIP超支分担等予以明确规定。《办法》的制定对进一步规范本级参保职工享受医疗保障待遇具有重要意义。

 **二、主要内容和特点**

《办法》中提出九方面内容。

一是对于参保人员在住院或门诊使用乙类药品、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、蛋白类制品的如何自付，在本办法中明确了以上项目均先由本人支付10%，其余部分由统筹、大额、公务员医疗补助基金和个人按规定比例支付。

二是对于个人账户资金使用范围的进一步明确，考虑到国家或自治区不断更新医保政策，扩大个人账户使用范围，在可支付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、统筹基金起付标准以下的医疗费用、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基础上，增加一条还可支付国家、自治区规定的可用个人账户支付的其他费用。

三是因医疗机构等级分化详细及专科情况等原因，本办法对于不同级别医疗机构住院起付线标准做出明确规定，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:三级甲等或三级特等医院为600元;三级乙等或三级无等医院为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%，但三级甲等或三级特等、三级乙等或三级无等、二级甲等及以下医院最低不得低于400、300、200元。急诊直接转住院治疗的，合并扣除起付线。

四是因国家新医保平台作出限定，不能对乙类自付比例按就医地不同进行区别，本办法明确区外异地住院和门急诊费用使用大额医疗保险基金时报销比例，即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%。

五是明确未实时结算的医疗费用手工零星报销时限，参保人员未实时结算的医疗费，原则上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。

六是明确医保与定点医疗机构在支付方式改革后清算内容，包括医疗费用预结算及清算比例和程序、DIP超支分担等。即自治区本级定点医药机构垫付的相关医保基金自治区医疗保险服务中心与定点医药机构按月结算。定点医药机构在次月的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， 医保中心基金管理部门进行审核，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、公务员医疗补助基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