内蒙古自治区医疗保险服务中心

内医保险发〔2024〕1号

关于印发《内蒙古自治区医疗救助经办管理规程》的通知

各盟市医疗保障经办机构，满洲里市、二连浩特市医疗保障经办机构：

为进一步规范我区医疗救助经办管理工作，统一经办流程，提高经办服务质量，保障参保群众利益，我中心制定了《内蒙古自治区医疗救助经办管理规程》，现印发给你们，请遵照执行。

内蒙古自治区医疗保险服务中心

2024年1月23日

（此件公开发布）

内蒙古自治区医疗救助经办管理规程

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）《内蒙古自治区人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（内政办发〔2022〕41号），规范统一全区医疗救助经办流程。进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，结合我区实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于医疗救助经办管理工作。主要包括人员身份信息管理、资助参保、待遇支付、基金管理与使用、核查监管等。

第三条 自治区医保经办机构负责制定全区统一的医疗救助经办管理规程，提升医疗救助经办精细化管理服务水平，指导各盟市做好医疗救助经办服务工作；盟市医保经办机构根据医疗救助经办管理规程，结合实际细化本地区经办管理规程，指导旗县区医保经办机构做好医疗救助人员参保管理、待遇核定给付、费用审核管理、基金结算支付、数据统计分析等经办管理工作。

第四条 各盟市医保部门要建立健全部门协同机制，加强与卫生健康、退役军人事务、民政、财政、税务、乡村振兴、总工会、残联等部门协作，推动做好医疗保障、社会救助、医疗卫生、慈善商保和经

办服务，协调做好数据共享等事宜。

第二章　人员身份信息管理

第五条　经相关部门认定的医疗救助对象：特困人员，低保对象，低保边缘家庭成员，纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口，因病致贫重病患者以及旗县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员（以下简称“救助对象”），按规定实施分类救助。

第六条　各盟市医保部门依托国家医疗保障信息平台，实行救助对象信息规范化、标准化管理。

第七条　各级医保经办机构对救助对象身份信息实行动态管理，实时或按月将救助对象身份信息与基本医疗保险参保信息、救助待遇情况进行清查核对，避免漏保多保，确保救助待遇给付及时规范精准。救助对象的身份确认、变更、解除，以及参保关系变动等，均应在信息系统中明确标识。

第八条　建立高额医疗费用支出预警监测机制。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，符合条件的及时纳入救助范围。年度医疗费用经基本医疗保险、大病保险等支付后，个人累计负担超过当地上年农村牧区常住居民人均可支配收入的，纳入因病致贫监测；个人累计负担超过当地上年农村牧区常住居民人均可支配收入50%的，纳入因病返贫监测。重点监测低保边缘家庭成员和农村牧区易返贫致贫人口，做到及时预警。

第三章　资助参保

第九条　全面落实城乡居民基本医疗保险参保财政补助政策，对符合条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分按照规定给予补助。

第十条　城乡居民基本医疗保险资助参保分为是否进入待遇享受期两种情形：

（一）未进入待遇享受期。在被认定为救助对象前，个人已缴纳下一年城乡居民基本医疗保险费的，可按规定办理资助参保。

（二）进入待遇享受期。在被认定为救助对象前，已自行缴纳城乡居民医疗保险费用的，当年不再享受资助参保待遇。

第十一条　异地参保。原则上救助对象应在身份认定地参保。确有特殊情况在救助对象身份认定地以外参加居民医保的，由身份认定地按规定给予居民资助参保。参加职工医保的，原则上不予资助参保。

第十二条　发挥乡镇（街道）“15 分钟医保服务圈”、村（社区）基本医疗保险公共服务点等基本医疗保险公共服务网点医保服务功能，加强部门工作协同，按照职责分工做好困难群众医疗救助申请受理、分办转办及结果反馈。

第四章　待遇支付

第十三条　救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、普通门诊、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊

治疗的费用。基本医疗保险、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入医疗救助。

第十四条 在定点医药机构就医购药的救助对象，按规定享受医疗救助待遇，并实行基本医疗保险、大病保险和医疗救助待遇“一站式”结算。

第十五条 享受医疗救助待遇的救助对象，终止救助对象身份的，原则上次月起不再享受医疗救助待遇。住院治疗期间终止救助对象身份的，当次住院不再享受医疗救助待遇；住院治疗期间取得救助对象身份的，当次住院起即按救助对象类别享受医疗救助待遇。

第十六条 对未参保的新增救助对象，应及时资助参保，不设待遇享受等待期；在基本医疗保险待遇享受等待期被认定为救助对象的，取消待遇享受等待期，救助对象从城乡居民医保转为职工基本医疗保险的，不设待遇享受等待期。

第十七条 具有多重身份的救助对象，按就高原则享受医疗救助待遇，不得重复享受。

第十八条 因单位欠费超过6个月等情形造成救助对象无法享受基本医疗保险、大病保险等待遇的，允许参保人自愿转为居民医保，并按规定为其办理资助参保手续，避免其产生过重医疗负担。单位补缴后转为职工医疗保险，待遇不做补差。

第十九条 异地上学、就业等人员，由救助对象身份认定地给予医疗救助。办理异地就医备案手续的救助对象，在就医地定点医药机构就医购药的，按照规定实行“一站式”结算。未能在定点医药机构“一

站式”结算的救助对象，可回参保地医保经办机构通过手工（零星）报销享受相应待遇。

第二十条 经“三重制度”综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，按规定给予倾斜救助。

第二十一条 在定点医药机构就医购药未能“一站式”结算的救助对象，可通过手工（零星）报销享受相应待遇。对于部分救助对象因新参保、异地参保等原因未及时结算医疗救助待遇的，各地应做好住院手工（零星）报销提醒事宜，按月排查，避免待遇给付不到位。

第五章 基金管理与使用

第二十二条 医疗救助基金按照公平、公正、收支平衡的原则进行管理和使用，纳入财政专户管理，单独建账、独立核算、专款专用，任何单位和个人不得侵占或挪用。

第二十三条 建立医疗救助基金定期对账制度，医保经办机构应定期与财政部门对账，防范基金风险。

第二十四条 按照国家统一的社会保险基金会计制度规定，合理设置和使用会计科目及明细科目，真实完整记录、核算反映医疗救助基金收支情况。

医疗救助基金收入通过“财政补贴收入”“专项福彩公益金收入”“利息收入”“上级补助收入”“下级上解收入”“其他收入”等科目核算。“财政补贴收入”及“专项福彩公益金收入”应分中央、省、市、县级次进行明细核算；“其他收入”科目下设“跨年度追回待遇”

“其他”等进行明细核算。

医疗救助基金支出通过“社会保险待遇支出”“上解上级支出”“补助下级支出”“其他支出”等科目核算。“社会保险待遇支出”科目下设“住院救助支出”“门诊救助支出”“资助参保支出”进行明细核算。

医疗救助支出户利息收入应定期缴存社会保险基金财政专户，并纳入医疗救助基金统一管理。

第二十五条 各级医保经办机构对医疗救助基金收入、支出、结余以及支出结构等情况定期开展分析，加强救助基金管理，提高医疗救助基金使用效率。

第二十六条 医保经办机构按照基本医疗保险费用结算、清算办法结算医疗救助费用。

第二十七条 异地就医直接结算需医疗救助资金支付的费用，纳入异地就医费用范围统一清算。

第六章 核查监管

第二十八条 完善定点医药机构协议管理，将医疗救助管理服务内容纳入基本医疗保险协议文本。

第二十九条 医疗救助相关协议内容应包括：经办机构与定点医疗机构的费用结算；定点医疗机构完善医疗救助服务内容，提升服务质量，按规定做好救助对象基本医疗保险、大病保险和医疗救助费用结算；加强救助对象基本医疗保险目录外医药费用控制，着力减轻救助

对象医疗费用负担，二级医疗机构目录外比例不超过5%，三级医疗机构目录外费用比例不超过10%。

第七章 附 则

第三十条 本规程自印发之日起实施。