



包头市医疗保障局文件

包医保发〔2022〕11号

包头市医疗保障局 关于规范完善我市基本医疗保险政策的通知

各旗县区医疗保障局、稀土高新区组织人社部、稀土高新区社会事务局，机关各科室、直属各单位：

为了贯彻落实《内蒙古自治区医疗保障局 内蒙古自治区财政厅关于转发〈国家医保局 财政部 关于建立医疗保障待遇清单制度的意见〉的通知》（内医保办发〔2021〕6号）要求，做到国家医疗保障信息系统与待遇清单制度相适应，公平适度保障人民群众基本医疗保障权益，现对我市城镇职工基本医疗保险（以下简

称“职工医保”)和城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)的基本政策做如下调整。

一、基本参保政策

(一)职工医保参保范围。覆盖所有用人单位职工,无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保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医保。

(二)居民医保参保范围。覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。

二、基本筹资政策

(一)筹资渠道

1.职工医保。职工由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

2.居民医保。坚持多渠道筹资,实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式,鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

(二)筹资标准

1.职工医保。按照《关于统一全区城镇职工基本医疗保险缴费周期的通知》(内医保办发〔2021〕34号)要求,自2022年1月1日起,职工医保缴费年度按照业务年度执行,即每年7月1日至次年6月30日。调整过渡期为半年,即2022年1月1日至2022

年6月30日。

职工基本医疗保险的单位缴费率为职工工资总额的6.5%（其中包含生育保险费率0.5%），职工缴费率为本人工资收入的2%；灵活就业人员的缴费率为8.5%。用人单位按照上年度职工平均工资低于上年度自治区全口径城镇单位就业人员平均工资80%的，按80%计算缴费基数；高于上年度自治区全口径城镇单位就业人员平均工资300%的，按300%计算缴费基数；灵活就业人员按照上年度自治区全口径城镇单位就业人员平均工资的80%为缴费基数。

职工大病医疗保险基金由在职职工和退休人员按每人每年100元标准缴纳。其中，用人单位每年为参保职工缴纳20元、职工个人缴纳80元；一次性缴费的单位人员（解散、破产、关闭的用人单位）每年个人缴纳100元；灵活就业人员每年个人缴纳100元。

2.居民医保。完善筹资动态调整机制，在精算平衡的基础上，逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制。逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。按照不低于国家标准的要求，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。

三、住院待遇支付政策

（一）起付标准

1.职工医保。参保职工在自治区内（以下简称“区内”）一级及

以下医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构，年度内首次住院起付标准分别为 480 元、600 元、750 元。参保人员在区内定点中医(蒙医)医疗机构住院治疗的，起付标准在原有基础上降低 20%。

办理异地转诊转院人员、异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员在自治区外（以下简称“区外”）一级及以下医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构，年度内首次起付标准分别为 960 元、1200 元、1500 元。

在一个年度内多次住院治疗的，起付标准依次降低 20%，最低不低于 100 元。

2.居民医保。参保在校在园学生、学龄前儿童及婴幼儿在区内各级医疗机构年度内首次住院起付标准统一为 200 元。参保居民在区内一级及以下医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构，年度内首次住院起付标准分别 400 元、600 元、1000 元。参保人员在区内定点蒙医、中医医疗机构住院治疗的，起付标准在原有基础上降低 50%。

办理异地转诊转院人员、异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员在区外一级及以下医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构，年度内首次起付标准分别为 1280 元、1600 元、2000 元。

在一个年度内多次住院治疗的，起付标准依次降低 20%，最低不低于 300 元。

3.参保职工、参保居民因同一疾病15日（含15日）内再次住院治疗的,仅需支付一次住院起付标准。因精神病、系统性红斑狼疮、恶性肿瘤在一个年度内在包头市定点医疗机构多次住院治疗的, 仅需支付一次住院起付标准。多次住院医疗机构等级不一致的, 起付标准按照最高等级医疗机构标准补差。

（二）报销比例

1.职工医保。参保职工在区内一级及以下医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构住院治疗的, 政策内报销比例依次为: 在职职工为95%、90%、85%; 退休职工95%、95%、90%。在区内定点中医（蒙医）医疗机构就医, 在职、退休职工报销比例均为95%。

办理异地转诊转院人员在区外定点医疗机构就医的报销比例为在职职工80%、退休职工85%; 办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作的参保人员的报销比例, 按照我市同级定点医疗机构的职工医保报销比例执行。

2.居民医保。参保居民在校在园学生、学龄前儿童及婴幼儿在区内苏木（乡镇）卫生院、一级定点医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构住院治疗的, 政策内报销比例分别为95%、90%、85%、80%; 参保居民在区内苏木（乡镇）卫生院、一级定点医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构住院治疗的, 政策内报销比例分别为95%、85%、80%、70%。参保居民在区内使用医保支付范围的中医（蒙医）有关的诊疗项目、医院制剂、

蒙成药及中药（蒙药）饮片及其他服务的，政策范围内报销比例在原有基础上提高 15%，最高不超过 95%。

办理异地转诊转院人员在区外定点医疗机构就医的报销比例在校在园学生、学龄前儿童及婴幼儿为 75%、参保居民为 60%；长期在外居住的异地安置参保人员，按照我市同级定点医疗机构的居民医保报销比例执行。

（三）其他

1. 参保职工、参保居民因短期出差、学习培训、休假探亲期间或者学生寒暑假期间等在异地发生疾病需就地紧急抢救的情况，可以在当地住院，其发生的医疗费用予以报销。异地急症的起付标准和报销比例参照区外转诊转院人员异地就医报销政策。

2. 参保职工、参保居民在异地发生无第三方责任意外伤害的住院就医的情况，办理异地安置、异地长期居住、常驻异地工作人员按照异地的起付标准和报销比例；办理转诊转院的人员按照转院的起付标准和报销比例；非以上两种情况的参保人员按照异地急症的起付标准和报销比例执行。

3. 参保职工、参保居民未按规定办理备案手续的，在异地住院治疗的，其发生的医疗费用政策内报销比例为 20%。

4. 参保职工、参保居民因急诊、抢救需要进行急诊留院观察的，在 24 小时内发生的医疗费用，按照住院政策予以报销。入院前 7 日（日历天数）内发生的同一统筹区内的现金门诊费用按照住院政策予以报销。

5.参保职工发生的大病医疗保险基金支付最高支付限额以下、基本医疗保险最高支付以上的医疗费用，统筹支付 85%，个人自付 15%；城乡居民大病保险待遇政策按照《关于进一步做好呼包鄂乌城乡居民大病保险工作的通知》（内医保办字〔2021〕191号）文件执行。

（四）基金最高支付限额

基本医疗保险年度内统筹最高支付限额包括：住院统筹支付、门诊统筹支付、门诊特殊慢性病统筹支付等，跨年度发生的住院医疗费用最高支付限额归属以出院时间判断。年度内统筹累计支付超过统筹最高支付限额，统筹基金不予支付。

1.职工医保。一个年度内，职工基本医疗保险最高支付限额 30 万元，大病保险最高支付限额 10 万元。

2.居民医保。一个年度内，居民基本医疗保险最高支付限额为 23 万元，取消大病保险最高支付限额。

四、普通门诊待遇支付政策

（一）城镇职工基本医疗保险门诊特殊检查、特殊治疗报销政策

参保职工在包头市医保定点医疗机构进行门诊单项检查、治疗费用在 200 以上的，为特殊检查、特殊治疗项目，项目费用个人自付 50%，统筹基金支出 20%，就医的医疗机构负担 30%。

（二）城乡居民门诊统筹报销政策

1.适用范围。适用于参加我市居民基本医疗保险的城镇居民、

农牧民可享受门诊统筹待遇，不包含在校在园学生、学龄前儿童及婴幼儿。

2.待遇标准。门诊统筹报销不设起付标准，每人每年最高支付限额 150 元，当年有效。基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围的单次门诊医药费用，苏木（乡镇）卫生院、嘎查（村）卫生室、社区卫生服务中心、社区卫生服务站按 65%的比例报销。

（三）城乡居民高血压糖尿病门诊用药报销政策

1.保障对象。参加我市城乡居民医疗保险，并在医疗保险待遇享受期内，经规范诊断确诊为高血压、糖尿病（以下简称“两病”），需要服用降血压、降血糖药品的“两病”患者；未达到我市城乡居民医保高血压三级高危、糖尿病（注射胰岛素）门诊慢性病待遇标准的“两病”参保患者。

2.待遇标准。将符合“两病”门诊待遇标准参保患者服用的降血压、降血糖药品纳入门诊保障范围，不设起付标准，政策范围内支付比例 50%，年度最高支付限额高血压 300 元、糖尿病 600 元，“两病”并发的，年度最高支付限额执行 600 元标准。

五、门诊特殊慢性病待遇支付政策

（一）病种范围

1.职工医保。门诊特殊慢性病种有 20 种，分别为恶性肿瘤（放、化疗）、白血病、再生障碍性贫血、肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）、器官移植术后（抗排异治疗）、帕金森氏综合

症、重症肌无力、股骨头坏死、类风湿性关节炎（活动期）、系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、肝及神经系统并发症之一者）、脑出血及脑梗塞（恢复期）、泌尿结石（体外碎石治疗）、病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）、肺结核、精神病、糖尿病、肺动脉高压、血友病、大骨节病。

2.居民医保。门诊特殊慢性病种分为 A、B、C 三类 27 种。A 类：肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）、器官移植术后（抗排异治疗）、肺动脉高压、血友病；B 类：肝硬化（失代偿期）、白血病、慢性病毒性肝炎、再生障碍性贫血、重症肌无力、急性脑血管病后遗症、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、糖尿病（注射胰岛素治疗）、股骨头坏死、结核病、重症精神病、布鲁氏杆菌病、帕金森氏综合症；C 类：恶性肿瘤、癫痫病、高血压三级高危及高危以上、甲亢、慢性肺源性心脏病、慢性心力衰竭（心功能三级以上）、慢性阻塞性肺气肿、冠心病（非隐匿型）、大骨节病。

（二）支付范围

支付范围为政策内的药品和医疗服务项目。门诊特殊慢性病可报销本人审定病种范围的医疗费用，审定病种范围以外的医疗费用不予报销。

（三）待遇标准

1.职工医保。起付标准为 750 元，随基本医疗保险住院起付标准变化进行调整。鉴定有单病种门诊特殊慢性病的患者，

一年内门诊医药费进入报销范围在 2000 元以内的，退休人员报销 85%，在职职工报销 80%。在 2000 元以上的，扣除起付标准 750 元后，统筹支付 0-5000 元的，退休人员报销 85%，在职职工报销 80%；统筹支付在 5000 元至门诊报销病种最高支付限额的退休人员报销 90%，在职职工报销 85%。最高支付限额按不同病种设定（见附件 1）。鉴定有两种或两种以上门诊报销病的患者，最高支付限额分别计算，单独扣除起付标准。

2.居民医保。门诊特殊慢性病报销实行分类管理。A 类慢性病医疗费用按照 80%报销，不设起付标准；B 类慢性病 2000 元以内的医疗费用按照报销 60%，2000 元以上按照二级定点医疗机构标准报销；C 类慢性病医疗费用按照 80%报销，不设起付标准。最高支付限额按不同病种设定（见附件 2）。参保人患者同时患有多种疾病的，合并执行一个最高支付标准。

3.器官移植患者的报销范围是指系统抗排异药品、其他辅助用药，以及相关检查、治疗、化验等费用，发生的乙类药费个人不负担自负比例。

4.门诊报销病种中肾功能衰竭患者的规律性血液透析、腹膜透析，单次门诊透析费用定额标准为三级医疗机构 460 元、二级医疗机构 420 元，超出部分由医疗机构承担。治疗所需的相关药品、治疗、化验等费用，以及发生的乙类药费参照甲类标准给予报销。

六、基金支付范围

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支付。

(一)药品。参保人员住院治疗使用符合基本医疗保险药品范围内的乙类药品，最小制剂规格(支、片、克)单价在50元(含50元)以下的，个人自付单价费用的10%；最小制剂规格(支、片、克)单价在50元—100元(含100元)的，个人自付单价费用的20%；最小制剂规格(支、片、克)单价在100元以上的，个人自付单价费用的30%，其余部分进入基本医疗保险基金支付范围。

(二)医用耗材。按照《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》(内医保发〔2021〕11号)规定执行。

(三)医疗服务项目。参保人员住院治疗使用符合基本医疗保险范围内单价在200元(含200元)以上的检查、化验、治疗等医疗服务项目，由个人负担20%，其余部分进入基本医疗保险基金支付范围；200元以下的医疗服务项目，全部进入报销范围。血费医疗费用报销按照医疗服务项目管理。床位费按照《内蒙古自治区医疗服务项目规范和价格》项目限价执行，市直离休人员床位费同步调整，按此限价执行。

七、其他不予支付的范围

- (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, 遇对经济社会发展有重大影响的, 经法定程序, 可做临时调整。

八、本通知自 2021 年 11 月 1 日起执行, 原城镇职工和城乡居民基本医疗保险相应待遇政策同时废止。

附件: 1. 城镇职工基本医疗保险门诊特殊慢性病最高支付限额

2. 城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病最高支付限额



包头市医疗保障局办公室

2022年3月4日印发

附件 1.城镇职工基本医疗保险门诊特殊慢性病最高支付限额

序号	病种名称	最高支付限额（单位：元）
1	恶性肿瘤（放疗、化疗）	12000
2	白血病	12000
3	再生障碍性贫血	10000
4	肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）	80000
5	器官移植术后（抗排异治疗）	120000
6	帕金森氏综合症	6000
7	重症肌无力	8000
8	股骨头坏死	5000
9	类风湿性关节炎（活动期）	6000
10	系统性红斑狼疮 （有心、肺、肾、肝及神经系统并发症之一者）	6000
11	脑出血及脑梗塞（恢复期）	6000
12	泌尿结石（体外碎石治疗）	1700
13	病毒性肝炎	12000
14	肝硬化（失代偿期）	12000
15	肺结核	3000
16	精神病	4000
17	糖尿病	6500
18	肺动脉高压	100000
19	血友病	60000
20	大骨节病	1000

附件 2.城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病最高支付限额

序号	分类	病种名称	最高支付限额（单位：元）
1	A类	肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）	64000
2		器官移植术后（抗排异治疗）	68000
3		肺动脉高压	80000
4		血友病	48000
5	B类	肝硬化（失代偿期）	7200
6		白血病	8700
7		慢性病毒性肝炎	9600
8		再生障碍性贫血	8000
9		重症肌无力	6000
10		急性脑血管病后遗症	4800
11		系统性红斑狼疮	4800
12		类风湿性关节炎	4800
13		糖尿病（注射胰岛素治疗）	4300
14		股骨头坏死	3500
15		结核病	2400
16		重症精神病	3200
17		布鲁氏杆菌病	2400
18		帕金森氏综合症	4800
19	C类	恶性肿瘤	3000
20		癫痫病	1500
21		高血压三级高危及高危以上	1500
22		甲亢	1500
23		慢性肺源性心脏病	1500
24		慢性心力衰竭（心功能三级以上）	1500
25		慢性阻塞性肺气肿	1500
26		冠心病（非隐匿型）	1500
27		大骨节病	600