# 宁夏回族自治区职工基本医疗保险

门诊共济保障经办规程

第一章 总则

**第一条** 为贯彻落实国务院办公厅《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、自治区人民政府办公厅《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（宁政办规发〔2022〕3号）和自治区医保局 财政厅 卫生健委员会《宁夏回族自治区职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》（宁医保规发〔2023〕3号），推动我区建立健全门诊共济保障机制，做好全区职工基本医疗保险门诊共济保障经办管理工作，结合我区医保经办实际，特制定本规程。

**第二条** 本规程适用于全区医保经办机构、定点医疗机构和参保职工办理职工基本医疗保险门诊共济保障各项经办业务。

**第三条** 门诊共济保障经办工作包括普通门诊统筹保障（以下简称“门诊统筹”）、门诊慢特病保障及个人账户管理相关工作。

**第四条**自治区医疗保障局负责全区职工医保门诊共济保障经办管理指导工作；负责统一配置全区医保信息平台职工基本医疗保险门诊共济保障相关业务参数。市、县（区）医保经办机构按属地管理原则负责辖区内门诊共济保障的经办管理、定点医疗机构医疗费用审核结算和日常管理服务工作，为参加我区职工基本医疗保险的人员（以下简称“参保人员”）提供门诊共济保障服务。

第二章 个人账户管理

**第五条** 各级医保经办机构为辖区内参保人员建立职工个人账户。在职人员缴纳基本医疗保险费足额到账后，按月根据缴费基数和比例划拨金额至其个人账户；灵活就业人员缴纳基本医疗保险费足额到账后，根据缴费基数和比例一次性划拨金额至其个人账户；按月根据规定的划拨标准划拨金额至退休人员个人账户。

**第六条**参保人员的个人账户资金可以实行区内参保的配偶、父母（包括配偶父母）、子女家庭成员在自治区范围内共济使用。个人账户共济支付范围按照国家及自治区相关政策规定执行。

参保人员可通过 “宁夏医保公共服务个人网厅”、 “我的宁夏APP”“宁夏医保公众号”和“支付宝小程序”等渠道办理个人账户共济“授权”、“解除授权”和“重新授权”业务；也可到参保地医保经办机构办理上述业务 。线上、线下个人账户共济和解除共济功能即时生效。

**第七条** 参保人员在医保经办机构窗口办理家庭成员个人账户共济授权、解除授权需提供以下资料：

1. 本人身份证原件或医保电子凭证或社保卡；
2. 填写承诺书（见附件）。

经办机构受理职工申请个人账户共济业务后应即时办结。

**第八条** 参保人员因跨省就业办理医保关系转移接续的，按照国家医保局办公室 财政部办公厅《关于印发基本医疗保险关系转移接续暂行办法的通知》（医保办发〔2021〕43号）规定执行，个人账户随其基本医疗保险关系一并转移。

**第九条** 参保人员因出国定居、死亡特殊原因终止职工基本医疗保险关系，申请人（或合法继承人）可按规定在“宁夏医保公共服务个人网厅”等线上渠道或参保地经办机构提出申请个人账户一次性返还（拨付）或继续使用。并提供以下资料：

1. 申请人身份证原件；

2.提供参保人出国定居或死亡证明及复印件；

3.填写承诺书（见附件）；

4.申请人银行账户信息（或社保卡金融账户）复印件；

5.参保单位人员死亡的，需提供《宁夏回族自治区参加基本医疗保险缴费人员减少申报表》。

经办机构受理后，需按照经办（初审）、复审、部门领导审签的程序进行审核，审核无误后将个人账户资金支付到申请人银行账户上或个账继续使用。

**第十条** 参保人员在医保定点医疗机构使用个人账户支付的医疗费用，由当地经办机构定期与医保定点医疗机构进行结算。

第三章  医疗服务管理

**第十一条**  门诊统筹和门诊慢特病支付范围按照《宁夏回族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《宁夏回族自治区基本医疗保险和生育保险诊疗项目目录》、《宁夏回族自治区基本医疗保险工伤保险和生育保险医用耗材支付目录》规定执行。医保定点医疗机构应做好相关目录对照及编码维护工作。

**第十二条** 门诊统筹和门诊慢特病年度起付标准、报销比例、最高支付限额、不予支付范围及门诊慢特病病种按国家及自治区相关政策规定执行。

职工个人账户为家庭成员共济支付的医疗费用不计入个人账户所有人的门诊统筹和门诊慢特病年度起付标准及最高支付限额等。

**第十三条** 自然年度内门诊统筹、门诊慢特病、住院等待遇享受期一致。门诊统筹和门诊慢特病起付标准合并累计计算；最高支付限额分别累计计算。参保人区内、区外发生的医疗费用，累计计算年度最高支付限额。各类年度支付最高限额剩余部分跨年不结转。

**第十四条** 职工门诊统筹年度最高支付限额不计入基本医疗保险年度最高支付限额。

**第十五条** 各分统筹区确定所辖市县（区）的门诊慢特病病种资格的认定医院（以下简称“认定医院”），需在全区信息系统中进行相关信息的维护。“认定医院”全区互认。参保人员可就近到区内互认的“认定医院”申请认定门诊慢特病待遇资格。办理跨省异地就医长期备案参保人员可以到区内“认定医院”或参保地医保经办机构申请认定门诊慢特病待遇资格。

**第十六条**  全区“认定医院”需按照《宁夏回族自治区职工基本医疗保险门诊慢特病保障病种及诊断认定标准》规定的标准及资料进行门诊慢特病待遇资格认定。

**第十七条** 按照政策规定确因治疗需要调整门诊慢特病最高支付限额的，参保人员可向区内二级甲等及以上医疗机构提出申请；办理异地就医备案的人员可向区内二级甲等及以上医疗机构或参保地医保经办机构提出申请。受理机构需在系统模块中进行登记，经参保地医保经办机构按程序审核后，调整的支付限额即时生效。

**第十八条** 各级医保经办机构要加大对医保定点医疗机构的培训力度，督促医保定点医疗机构严格执行《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第735号）及门诊共济保障有关政策，遵守基本医疗保险和医疗卫生各项法律法规及政策规定。要求各医保定点医疗机构确定专（兼）职工作人员负责职工门诊统筹管理和服务工作。

**第十九条** 各级医保经办机构要指导区内医保定点医疗机构建立与职工门诊统筹相适应的管理制度。要求医保定点医疗机构向参保人员提供自费药品、医疗服务项目、医疗服务设施及医用耗材时，需事先征得参保患者或家属同意，同时应当提供医疗费用明细。

第四章 就医结算管理

**第二十条** 普通门诊就医执行实名制。各级定点医疗机构应规范就医结算行为，查验参保人员的有效身份证件，确保人、证（卡）相符，并及时准确上传参保人员的就医信息，防止冒名就医等情形发生。

**第二十一条**  门诊统筹、门诊慢特病医疗费用实行直接结算。参保职工在区内定点医疗机构就医时，可持本人医保电子凭证、身份证或社保卡，按照我区门诊共济保障政策实行直接结算；符合条件的参保职工在区外跨省异地就医定点医疗机构就医时，普通门诊统筹和门诊慢特病费用按规定实行直接结算。

**第二十二条** 参保职工在区内定点医疗机构就医时因本人原因自费结算的，当次就医费用不再手工报销。符合条件的跨省异地就医参保人员，在就医地定点医疗机构未直接结算回参保地手工报销的，执行参保地支付政策、医保三项目录和就医地医疗服务价格。

**第二十三条**  参保人员向参保地经办机构申请零星报销门诊统筹、门诊慢特病医疗费用的，需提交以下资料：

1.参保人员社会保障卡（需开通金融功能，若无社会保障卡或社会保障卡未激活金融功能需提供参保人员身份证及银行卡）；

2.医院收费票据原件（含电子发票）；

3.门诊费用清单。

各级医保经办机构为参保人员报销门诊医疗费用后，参保人员可以持相关证件到医保经办机构查看或打印费用结算清单，以便知晓当次医疗费用医保报销情况。

**第二十四条** 已纳入门诊慢特病管理范围的参保人员在门诊治疗相应疾病的，各级医保经办机构、定点医疗机构应继续按照门诊慢特病政策保障参保人员相关待遇。

**第二十五条** 参保人员同一笔医疗费用不得同时纳入门诊慢特病、职工“两病”、职工门诊统筹等其他保障方式进行重复报销。

**第二十六条** 参保人员同时患有多种疾病，符合享受门诊慢特病、职工“两病”、职工门诊统筹政策报销的，定点医疗机构应根据参保人员病情分别开具处方、按参保地政策为参保人员分别进行医保结算。

**第二十七条** 各级医保经办机构应督促医保定点医疗机构真实完整记录参保人员医疗费用、医保基金支付和个人账户支出情况，并留存处方、发票等相关凭证备查。

**第二十八条**  各级医保经办机构、医疗机构应加强信息化建设，支持参保人员职工门诊共济保障费用的合理退费需求。所退费用按支付渠道原路退回。

**第二十九条** 普通门诊统筹和门诊慢特病费用结算和清算按照我区城镇职工基本医疗保险省级统筹经办规程和跨省异地就医直接结算经办规程执行。各级医保经办机构负责辖区内医保定点医疗机构医疗费用审核结算和日常管理服务工作，按月与辖区内医保定点医疗机构进行门诊共济保障费用结算和清算。

**第三十条** 职工门诊统筹基金支出按《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》进行财务管理和会计核算。

**第三十一条** 个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、购买长期护理保险的个人缴费账务处理：

**个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费账务处理：**

1. 职工基本医疗保险：

借：基本医疗保险待遇支出/个人账户基金支出/居民医保缴费支出

贷：支出户存款

1. 城乡居民基本医疗保险：

借：国库存款

贷：基本医疗保险费收入/个人缴费收入

**个人账户用于职工长护险缴费账务处理：**

1. 职工基本医疗保险：

借：基本医疗保险待遇支出/个人账户基金支出/长护险缴费支出

贷：支出户存款

1. 长护险：

借：国库存款

贷：长护险保险费收入

第五章 监督管理

**第三十二条** 各级医保经办机构要加强对定点医疗机构的指导，督促定点医疗机构为参保人员提供规范的医保服务。

定点医疗机构不得无故拒绝参保人员的合理需求；不得使用个人账户和统筹基金支付（或变相支付）个人账户和职工门诊共济保障范围外的项目；不得假借退费名义等直接或间接帮助、协助参保人员提取（套取）现金。

**第三十三条** 各级医保经办机构应充分运用医保智能监控手段，加强对定点医疗机构的门诊共济保障相关数据进行智能筛查，对医保医疗服务行为、药品及医用耗材进销存、基金使用等情况进行监督检查。对个人账户支出和职工门诊共济保障、职工“两病”医保基金报销情况进行严格审核。医保经办机构应加强医保智能监控系统运用，加强对定点医疗机构稽核检查，协助医保部门对定点医疗机构开展监督检查。

**第三十四条** 各级医保经办机构应加强医保基金使用监管，加大对医保定点医疗机构违法违规违约使用医保基金行为的查处力度，发现医保定点医疗机构存在违法违规违约行为的，移交同级医疗保障部门处理。

**第三十五条** 各级医保经办机构要强化经办服务管理，严格执行医保支付政策和经办流程，充分发挥医保公共管理服务效能。要加强医保服务协议管理，将门诊共济保障政策规定、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制、接口改造、目录动态维护等落实到定点协议中，通过协议强化医疗服务监督考核，引导医疗资源合理利用。

**第三十六条** 医保经办机构应严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核和内控制度建设，强化基金风险防控；建立门诊共济保障经办业务全流程动态管理机制，加强基金使用、结算等环节的审核。

第六章 附则

**第三十七条**  本规程自2023年8月1日起实施，在实施过程中将根据自治区门诊共济保障政策规定调整情况及时进行调整。

附件

### 承诺书

本人 （姓名） （身份证号）承诺与 （姓名） （身份证号）为（□父母□配偶□子女）关系，用于办理（□家庭共济账户授权 □家庭共济账户解除授权 □个人账户一次性拨付）。

以上内容所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任由本人承担。

本人签字： 日 期： 年 月 日