

宁夏回族自治区医疗保障局
宁夏回族自治区财政厅文件
宁夏回族自治区卫生健康委员会

宁医保规发〔2023〕3号

自治区医疗保障局、财政厅、卫生健康委员会
关于印发《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》的通知

各市、县（区）医疗保障局、财政局、卫生健康委（局），宁东
管委会社会事务局：

现将《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》印发给你们，请遵照执行。



（此件公开发布）

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

第一章 总则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，优化调整门诊共济保障机制，更好解决职工医保全体参保人员（以下简称参保人员）门诊保障问题，切实减轻其医药费用负担，根据国务院办公厅《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）、《自治区党委 人民政府印发〈关于深化医疗保障制度改革的实施意见〉的通知》（宁党发〔2021〕13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）精神，结合我区实际，制定本办法。

第二条 坚持保障基本、统筹共济，切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡、衔接顺畅，确保改革前后政策连续性。坚持协同联动、同步推进，完善门诊保障机制和改进个人账户制度。坚持因地制宜、紧密结合我区实际，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员门诊医疗费用负担。

第三条 本办法所称门诊共济保障，是指参保人员在定点医疗机构门诊就医发生国家和自治区规定的基本医疗保险药品目

录、基本医疗保险诊疗项目范围和目录、基本医疗保险服务设施和标准支付范围内的医疗费用，由职工医保统筹基金给予报销的制度安排，分为普通门诊统筹保障和门诊慢特病保障。定点医疗机构每年由市、县（区）医疗保障部门确定，双方签订服务协议，并严格按照协议规定为参保人员提供医疗服务。

第四条 改革职工医保个人账户后，增加的统筹基金主要用于建立门诊共济保障机制，加强参保人员门诊待遇。门诊共济保障所需资金从统筹基金中列支，统筹基金结算时对普通门诊统筹保障和门诊慢特病保障单独记账。

第二章 职工医保个人账户

第五条 职工医保个人账户（以下简称个人账户）本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承，除政策规定外，不得支付至个人银行账户。

第六条 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人当月实际缴费基数²的 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人实际缴费基数²的 2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金。退休人员按 2023 年自治区基本养老金平均水平的 2.8%定额划入。参保人员办理在职转退休手续后，从次月起变更个人账户计入办法。

第七条 参保人员的个人账户资金可以实行配偶、父母（包括配偶父母）、子女家庭成员共济使用，由参保人员本人通过宁

夏回族自治区医保公共服务网厅、我的宁夏 APP 等线上渠道进行授权操作。

第八条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。可以用于配偶、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。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第九条 参保人员因出国定居、死亡特殊原因，个人账户余额可以继续使用，也可申请个人账户一次性返还或一次性拨付给合法继承人。参保人员跨统筹地区流动就业的，个人账户原则上随其医疗保险关系转移划转。职工医保关系跨地区转移时，个人账户余额无法转移接续的和已办理长期异地居住备案手续的参保人员，可办理个人账户一次性返还。参保人员终止医保关系的，用人单位或管理单位须及时向医保经办机构申报，逾期造成个人账户基金损失的，由用人单位或管理单位承担。

第三章 普通门诊统筹保障

第十条 本办法所称普通门诊统筹保障，是指参保人员在一级（含社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院，下同）及以上定点医疗机构发生的基本医保政策范围内门诊医疗费用，

由统筹基金按规定保障标准予以支付的具体措施。

第十一条 一个自然年度内，统筹基金年度起付标准以下的，由个人支付；统筹基金年度起付标准以上、统筹基金年度最高支付限额以下的，由统筹基金和参保人员按比例承担。各级定点医疗机构统筹基金年度起付标准为三级医疗机构 300 元，二级医疗机构 100 元（合并计入三级医疗机构年度起付标准），一级医疗机构不设起付标准。各级定点医疗机构报销比例，在职职工为三甲医疗机构 60%、三乙医疗机构 65%、二级医疗机构 70%、一级医疗机构 75%，退休人员为三甲医疗机构 65%、三乙医疗机构 70%、二级医疗机构 75%、一级医疗机构 80%。统筹基金年度最高支付限额，在职职工为 4000 元，退休人员为 4500 元。参保人员办理在职转退休手续后，从次月起享受退休人员普通门诊统筹待遇。

第十二条 普通门诊统筹保障不予支付的范围包括：非定点医疗机构发生的门诊医疗费用；已纳入住院结算的院前急救、抢救等医疗费用；住院期间发生的门诊医疗费用；健康体检类费用；国家和自治区规定的其他不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用等。

第十三条 各分统筹地区积极探索付费机制，对基层门诊医疗服务可按人头包干付费；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种付费、探索 DRG 或 DIP 付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。科学合理确定门诊医保支付方式，引导医疗机构和患者因病施治、合理检查、合理用药，主动使用疗

效确切、价格合理的药品。

第四章 门诊慢特病保障

第十四条 本办法所称门诊慢特病保障,是指参保人员罹患纳入我区职工医保门诊慢特病种保障范围的疾病或疾病治疗方式,在一级及以上定点医疗机构发生的基本医保政策范围内的门诊医疗费用,由统筹基金按规定保障标准予以支付的具体措施。

第十五条 门诊慢特病病种由自治区医疗保障部门会同自治区财政、卫生健康部门,结合医保基金运行实际,依据我区疾病谱特点,选择发病率高、病情相对稳定、诊疗方案明确、临床路径清晰、治疗效果明显、政策效益显著,且需在门诊长期治疗的病种。门诊慢特病病种名称、编码对应及资格认定标准等详见附件。

第十六条 各分统筹区医疗保障行政部门负责确定所辖市县(区)的门诊慢特病病种资格认定医院(以下简称认定医院),并向社会公布。认定医院全区互认。认定医院应主动为符合条件的参保人员认定门诊慢特病资格。参保人员到认定医院申请认定门诊慢特病待遇资格,经审批后享受相应保障待遇。

第十七条 一个自然年度内,参保人员在定点医疗机构发生的医保政策范围内门诊慢特病医疗费用,统筹基金年度起付标准以下的,由个人支付;统筹基金年度起付标准以上、统筹基金年度病种最高支付限额以下的,由统筹基金和参保人员按比例承担。统筹基金年度起付标准为500元,与普通门诊统筹基金年度

起付标准合并计算；报销比例为 75%；统筹基金年度最高支付限额按病种分别确定。

第十八条 参保人员大额医疗补助阶段的费用报销，不执行乙类药品先行自付、药品支付标准和医用耗材超限价费用扣除等政策。

第十九条 参保人员罹患多种门诊慢特病的，按照病种最高支付限额由高到低排序，从第三个（包括本数）病种开始，按病种年度限额的 80% 累计，具体按以下公式计算本人年度累计最高支付限额：（第一种病种最高支付限额+第二种病种最高支付限额+第三种病种最高支付限额×80%+...第 N 种疾病最高支付限额×80%）。

第二十条 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，经参保地医保经办机构审核后可适当调整限额。

第二十一条 门诊慢特病保障不予支付范围包括：住院期间发生的门诊慢特病医疗费用；国家和自治区规定的其他不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用。

第五章 就医与服务管理

第二十二条 定点医疗机构要严格执行首诊负责制和因病施治原则，坚持以病人为中心，规范诊疗，合理检查，合理治疗，

合理用药，合理收费。要优先选用国家基本药物，优先选用医保药品目录内的甲类药品，优先选用通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品，优先选用集中带量采购中选药品。不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量等为由，影响药品的合理使用和供应保障。家庭医生签约服务及管理按照自治区相关规定执行。鼓励医疗机构通过开设黄昏（夜间）门诊、周末门诊等方式，方便患者就诊开药。

第二十三条 定点医疗机构在严格遵守《处方管理办法》等行业法律法规，以及执行长处方相关管理规范并确保医疗质量安全的前提下，可对门诊慢特病患者实施长期处方。长期处方周期按最长不超过12周用药量的原则和要求给药，并由医疗机构告知患者关于药品储存、用药指导、病情监测、不适随诊等用药安全信息。

第二十四条 办理异地就医备案的参保人员，首次（或新增）申请认定门诊慢特病待遇资格的，可持相关病历资料到区内认定医院或参保地医保经办机构办理认定手续，经审批后享受门诊慢特病待遇。

第二十五条 各市、县（区）医保经办机构定期或不定期对定点医疗机构门诊共济保障的服务管理工作进行监督检查，医疗机构应及时提供相关工作资料。

第六章 医疗费用结算

第二十六条 参保人员在区内定点医疗机构按全区统一政

策实行直接结算。参保人员在区外定点医疗机构的结算，根据我区跨省异地就医直接结算工作推进进度具体实施。跨省异地就医直接结算的，执行参保地支付政策和就医地支付范围；跨省异地就医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药服务价格。

第二十七条 参加职工基本医疗保险的跨省异地长期居住人员，在备案地定点医疗机构可享受跨省普通门诊统筹待遇；参加职工基本医疗保险的跨省异地就医临时备案人员，在备案地定点医疗机构不享受普通门诊统筹待遇。取得我区门诊慢特病待遇资格且办理跨省长期和临时备案的参保人员，在备案地定点医疗机构可享受跨省门诊慢特病待遇。未在就医地直接结算的，由参保人员先行全额垫付费，持发票和医疗费用明细清单等相关资料到参保地经办机构办理报销手续。

第二十八条 将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊共济保障范围，逐步探索医疗机构外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。具体办法由自治区医疗保障局会同相关部门另行制定。

第二十九条 有条件的地区可按照线上线下政策统一、管理融合、支付衔接的原则，将符合条件的医保定点互联网医院纳入门诊共济保障结算服务机构范围。

第七章 监督管理

第三十条 定点医疗机构应严格执行门诊共济保障政策和

服务协议规定，完善内部管理制度，医保医师要严格认定、合理诊疗、科学施治，严禁超剂量、超范围调剂处方。定点医疗机构违规确定门诊慢特病保障资格和批准最高支付限额的，依照协议和相关法律追究协议医疗机构及其主要负责人和相关医保医师的责任。

第三十一条 医疗保障行政部门和医疗保险经办机构依据医疗保障政策规定及医保服务协议相关约定，将定点医疗机构普通门诊统筹保障、门诊慢特病保障工作和服务质量纳入年度考核，考核结果与年度基金清算挂钩。

第三十二条 定点医疗机构应当按处方管理办法规定为门诊患者建立并妥善保存处方、购药记录等信息，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。医疗保障部门通过智能监控、日常巡查、专项检查、飞行检查等方式，对基本医保定点医疗机构门诊共济保障政策执行和基金使用情况进行监督检查。

第三十三条 各级医疗保障部门对伪造、变造、隐匿、涂改医疗文书、医学证明、会计凭证、电子信息及虚构医疗服务，违反诊疗规范过度诊疗、不合理检查、不合理用药、超量开药、重复开药、重复收费、分解项目收费、串换项目收费、为参保人倒卖转卖药品提供便利等违法违规使用和骗取医保基金的行为，按照医疗保障法律法规、部门规章的规定和医保协议约定，追回违法违规医保基金，并依规给予行政处罚。在案件查处过程中发现违法行为涉嫌构成犯罪的，应当依法向公安机关移送；发现公职人员涉嫌构成职务犯罪的，应当依法及时将案件线索移送纪检监

察机关处理。

第八章 附则

第三十四条 本办法由自治区医疗保障局、财政厅、卫生健康委员会共同负责解释。

第三十五条 本办法自 2023 年 6 月 1 日起实施。本办法实施后,由自治区医疗保障局会同自治区财政厅、卫生健康委员会,根据运行实际情况,适时完善调整相关政策。此前规定与本办法不一致的,以本办法为准。

- 附件: 1. 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(2023年版)
2. 宁夏回族自治区职工基本医疗保险门诊慢特病保障待遇支付及编码对应表(2023年版)

