

# 宁夏回族自治区 医疗保障局文件

宁医保发[2023]102号

## 自治区医疗保障局关于印发《宁夏回族自治区 医疗救助业务经办管理规程(试行)》的通知

各市、县(区)医疗保障局,宁东管委会社会事务局:

为统一规范全区医疗救助业务经办流程,提升医疗救助保障能力,根据《社会救助暂行办法》(国务院令 第649号发布,国务院令 第709号修订)、《宁夏回族自治区医疗救助办法》(宁夏回族自治区人民政府令 第123号)、《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》(宁政规发[2022]12号)和《自治区医保局等七部门关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成

果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》(宁医保发〔2021〕160号)等有关规定,自治区医疗保障局研究制定了《宁夏回族自治区医疗救助业务经办管理规程(试行)》,现印发给你们,请遵照执行。

附件:宁夏回族自治区医疗救助业务经办管理规程(试行)



附件

# 宁夏回族自治区医疗救助业务经办管理规程 (试行)

## 第一章 总 则

**第一条** 为统一规范和提升全区医疗救助管理服务工作,根据《社会救助暂行办法》(国务院令 第 649 号发布,国务院令 第 709 号修订)、《宁夏回族自治区医疗救助办法》(宁夏回族自治区人民政府令 第 123 号)、《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》(宁政规发〔2022〕12 号)和《自治区医保局等七部门关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》(宁医保发〔2021〕160 号)等有关规定,制定本规程。

**第二条** 本规程适用于全区各级医疗保障经办机构(以下简称医保经办机构)办理医疗救助业务。

**第三条** 本规程所指医疗救助业务包括医疗救助对象的医疗救助待遇核拨、医疗救助“一站式”结算、医疗救助费用零星报销、基金财务管理、信息系统应用与维护、监督管理、档案管理和统计分析等内容。

**第四条** 我区医疗救助实行市、县(区)级经办、属地管理的

模式,统一救助对象范围、统一救助方式、统一经办服务、统一信息系统。

**第五条** 各市、县(区)医保经办机构负责本地区定点医疗机构的服务协议管理、监督及费用结算;医疗救助待遇审核支付、财务管理、稽核监督、统计分析、档案管理;协助医疗保障行政部门做好监督检查、政策宣传等工作。

**第六条** 各市、县(区)医保经办机构依照职责承担的医疗救助业务可以通过实体服务窗口办理,按照规范化、标准化、便捷化的目标,优化流程、精简环节、缩短时限、减证便民,规范医疗救助业务办理,拓展公共服务内容和渠道,逐步实现医疗救助经办政务服务事项全面线上办理。

**第七条** 自治区医保经办机构负责制定全区医疗救助业务经办规程和考核办法,指导和监督全区医疗救助业务经办标准化服务工作。

**第八条** 各市、县(区)医保经办机构应当与救助对象身份认定相关部门加强沟通,做好救助对象信息传递,原则上能通过信息共享交换获取的信息,不得要求救助对象提供。

**第九条** 各市、县(区)医保经办机构应当加强医疗救助业务监管,明确岗位职责,实行岗位权限设置,建立异常业务审查、处理机制,建立逐级审批制度,强化风险控制,业务办理实施全程痕迹管理。

## 第二章 救助对象资格确认

**第十条** 具有自治区户籍的下列救助对象,可以获得医疗救助:

- (一)特困人员;
- (二)孤儿(含事实无人抚养儿童);
- (三)最低生活保障对象;
- (四)高龄低收入老年人;
- (五)低保边缘家庭成员;
- (六)享受国家定期抚恤补助的优抚对象;
- (七)纳入监测范围的农村易返贫致贫人口;
- (八)已脱贫人口因病返贫致贫救助对象;
- (九)因病致贫重病患者;
- (十)自治区人民政府规定的其他特殊困难人员。

**第十一条** 特困人员、最低生活保障对象、高龄低收入老年人、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口(脱贫不稳定、边缘易致贫、突发严重困难)、已脱贫人口等6类救助对象身份信息,分别由自治区民政、乡村振兴部门向自治区医保部门推送认定信息,自治区医保信息系统据此对有效信息进行自动标识。

孤儿、重点优抚对象、因病致贫重病患者由市、县(区)相关部门进行身份认定,各市、县(区)医保经办机构可依据身份认定文件做好医保信息系统资格维护。

**第十二条** 符合条件的医疗救助对象完成参保登记、缴费后

可享受医疗救助待遇。待遇生效时间为救助对象身份认定相关部门确认的人员身份开始日期，待遇停止时间为救助对象身份认定相关部门确认的人员身份结束日期。一个住院周期内，获取救助对象有效身份的，本次住院费用可享受医疗救助。

### 第三章 医疗救助待遇标准

**第十三条** 医保经办机构应当严格按照国家医疗保障待遇清单制度要求核发医疗救助待遇。对已完成身份认定后的救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病及住院治疗费用，在扣除基本医疗保险、补充医疗保险支出后，对符合医疗保障基金支付范围的个人自付费用(含基本医疗保险、补充医疗保险起付线以下部分)，给予救助。

救助对象需转诊治疗的，应当按照规定办理转诊手续，未按照规定办理转诊手续的，所发生的医疗费用不予救助。参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构按要求上传“急诊”标志后，视同已备案，属按照规定办理转诊手续的情形。“其他跨省临时外出就医人员”异地就医备案类型，属未按照规定办理转诊手续的情形。

**第十四条** 医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重、符合条件的救助对象，根据类别实施分类救助。门诊慢特病和住院救助共用年度救助限额。医疗救助标准如下：

(一)特困人员、孤儿。给予 100%救助，不设救助起付标准，年

度救助限额 5 万元；对规范转诊的，经三重制度综合保障后，年度累计剩余政策范围内个人自付费用仍超过 3000 元以上的费用，给予 70%的倾斜救助，年度倾斜救助限额为 11 万元。

(二)最低生活保障对象、高龄低收入老年人、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口。给予 80%救助，不设救助起付标准，年度救助限额 5 万元；对规范转诊的，经三重制度综合保障后，年度累计剩余政策范围内个人自付费用仍超过 3000 元以上的费用，给予 70%的倾斜救助，年度倾斜救助限额为 11 万元。

(三)低保边缘家庭成员。年度累计政策范围内个人自付超过 3000 元以上的费用，给予 70%救助，救助限额为 16 万元。

(四)因病返贫致贫救助对象。年度累计政策范围内个人自付超过 5000 元以上的费用，按照 70%比例给予救助，年度救助限额为 16 万元。

(五)因病致贫重病患者。年度累计政策范围内个人自付超过 7000 元以上的费用，给予 60%救助，救助限额为 16 万元。

## 第四章 医疗救助待遇结算

**第十五条** 医疗救助对象在自治区内联网定点医疗机构实施“一站式”直接结算。自治区医疗保险信息系统已标识身份的救助对象在定点医疗机构就诊结算时，出示医保电子凭证或社会保障卡，基本医保、大病保险、医疗救助待遇通过医保信息平台实行“一

站式”直接结算。

**第十六条** 医疗救助对象在自治区外就医，按异地联网医疗机构直接结算流程处理。医疗救助对象在异地联网结算的医疗机构就医发生的医疗费用，属于医疗救助基金结算范围的，通过国家、自治区异地就医平台与基本医疗保险、大病保险“一站式”直接结算。医疗救助基金与异地定点医疗机构的结算按照国家和自治区相关规定执行。

**第十七条** 自治区内救助对象的户籍关系所在地与基本医疗保险参保关系所在地不一致的，原则上由基本医保参保关系所在地负责救助。参加城乡居民基本医疗保险的，户籍所在地经办机构可在下一年度集中缴费期内办理医保关系转入。

**第十八条** 宁夏户籍参加了自治区外基本医疗保险的救助对象，向户籍关系所在地市、县(区)乡镇人民政府(街道办事处)提出救助申请，需补充提供参保地基本医疗保险参保缴费有关凭证，户籍地医保经办机构负责救助。

**第十九条** 救助对象发生门诊慢特病或住院之前，相关部门已经认定身份，但由于信息推送延迟等原因造成未按政策享受医疗救助待遇的情形，医保经办机构根据救助对象身份认定部门出具有关证明，予以补报。

**第二十条** 医疗救助对象医疗费用零星报销业务实行三级审核，医保经办机构通过初审、复审、审批三级审核后，按相关程序办理资金拨付手续。

**第二十一条** 医保经办机构应当对申请人申办零星报销的资料进行审核,资料完整有效、且符合医疗救助政策范围的,应当受理、登记并出具受理回执,进入受理程序;资料不完整的,或不符合医疗救助政策范围的,应当退回资料并向申请人一次性告知原因。

**第二十二条** 医疗救助对象未能进行医疗救助费用“一站式”直接结算的,救助对象向属地乡镇人民政府、街道办事处申请救助。医疗救助对象提供如下材料:

- 1.户口簿复印件;
- 2.本人社保卡(需开通金融功能,未开通的提供本人身份证、银行卡),代办的同时提供代办人身份证;
- 3.基本医保、大病保险报销后的结算单;
- 4.医院发票、费用清单、出院记录(出院证)。

**第二十三条** 医保经办机构应当在收到医疗救助对象申请零星报销之日起 30 个工作日内核准其享受的医疗救助金额并发放到位。

## 第五章 基金财务管理

**第二十四条** 医疗救助基金实行市级统收统支,纳入地级市社会保障基金财政专户管理,单独设立支出户,实行专账管理、分账核算、专款专用,严格按《宁夏回族自治区医疗救助基金管理暂行办法》抓好落实。

**第二十五条** 医疗救助基金按照“市级统收统支、分级管理、权责结合、缺口分担”的原则进行筹集,在全区范围内按照统一救助范围、统一救助标准使用和管理。

**第二十六条** 各级医疗保障部门应当按照财政预算编制要求,根据市辖区内救助对象人数、救助水平、门诊住院相关费用、滚存结余等有关数据,认真测算年度地级市医疗救助补助资金需求,及时报同级财政部门审核后,科学合理安排医疗救助补助资金预算,组织全面实施预算绩效管理。

**第二十七条** 各级医疗保障部门严格落实医疗救助支出户使用范围,不得违规挤占、挪用医疗救助基金,每年度末,及时将支出户的余额和利息收入按规定全额上缴,不得私自留存和占用。

**第二十八条** 医疗救助基金使用独立财务账套核算,按月、季、年编报基金财务会计报表;建立定期对账制度,各级医疗保障部门应按照财务会计制度按月与财政部门进行对账。每年按规定向自治区报送医疗救助基金年度执行分析报告,同步纳入绩效管理范畴。

**第二十九条** 各级医疗保障部门建立健全医疗救助基金绩效管理制度,制定绩效目标和相应的指标体系,并在基金运行期间按照绩效目标对基金使用情况开展跟踪监督和绩效评价。

## 第六章 监督管理

**第三十条** 各级医保经办机构应当定期与本级定点医疗机构

进行对接,清理结算医疗救助对象在定点医疗机构“一站式”直接结算的符合规定的医疗费用,确保救助对象及时享受待遇。

**第三十一条** 各级医保经办机构应根据基本医疗保险定点医药机构服务协议,对本级定点医药机构为救助对象提供医疗服务进行监督管理。

**第三十二条** 定点医疗机构应当组织开展医疗救助基金相关制度、政策学习培训,定期检查本单位医疗救助基金使用情况,及时纠正医疗救助基金使用不规范的行为。

## 第七章 档案管理和统计分析

**第三十三条** 医保经办机构需对获取的医疗救助业务资料和医疗救助对象个人信息承担保密责任,不得将业务资料和个人信息用于管理医疗救助业务以外的其他用途。

**第三十四条** 医保经办机构应做好医疗救助资料收集、整理、立卷、归档,确保档案齐全、完整、有效。

**第三十五条** 医保经办机构应按规定,分类做好属地医疗救助费用支出统计月报、季报等工作。

## 第八章 附 则

**第三十六条** 本办法下列用语的含义:

(一)纳入监测范围的农村易返贫致贫人口,是指纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定、边缘易致贫和突发严重困难人口;

(二)因病返贫致贫救助对象是指已脱贫人口中,年度门诊慢特病和住院费用,扣除基本医保、大病保险支付部分,剩余合规费用超过 20000 元的确定为因病返贫致贫救助对象;

(三)因病致贫重病患者,是指不符合最低生活保障对象、特困人员或者低保边缘家庭成员条件,但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者。

**第三十七条** 本规程自 2023 年 9 月 1 日施行。

**第三十八条** 本规程由宁夏回族自治区医疗保障局负责解释。规程未列明事项按国家和自治区医疗救助有关规定执行,国家和自治区有新规定的从其规定。