

新疆维吾尔自治区 喀什地区行政公署办公室文件

喀署办发〔2021〕84号

关于调整规范喀什地区职工医疗保险政策的通知

各县、市人民政府，地直各单位，中央、自治区驻喀各单位：

为了规范全地区职工医疗保险政策，不断提高医保部门依法行政水平，对照国家、自治区医疗保障待遇清单，地区医保局对现行的职工医疗保险政策进行了系统梳理，结合喀什地区实际，现就职工医疗保险政策调整规范相关事宜通知如下：

一、职工基本医疗保险

（一）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(以下简称“灵活就业人员”)可以参加职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)。

(二) 缴费基数

1. 职工医保用人单位缴费基数为职工工资总额,个人缴费基数为本人工资收入。职工个人缴费基数不得超过统筹地区上年度社会平均工资的 300%,最低不得少于统筹地区上年度社会平均工资的 60%。

2. 个体经济组织业主及其从业人员缴费基数为统筹地区上年度社会平均工资。灵活就业人员缴费基数为统筹地区上年度社会平均工资。

3. 失业保险代缴职工医保的失业人员缴费基数为统筹地区上年度社会平均工资的 60%。

(三) 费率及缴费方式

1. **费率:** 在职职工医保单位缴费费率为职工工资总额的 6.8%(含生育保险 0.8%),个人缴费费率为本人工资收入的 2%,退休职工缴费费率为 6%,不再缴纳 0.8%的生育保险。灵活就业人员缴费费率为 5%,不设个人账户。失业保险金代缴职工医保费率为 8.5%,按年龄段计入一定比例个人账户。

2. **缴费方式:** 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;灵活就业人员由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费;失业保险金代缴职工医保的失业人员由失业保险金代缴基本医疗保险费,个人不缴费。

(1) 国家机关、企事业单位职工由单位代扣代缴;

(2) 灵活就业人员由银行协议代扣代缴或到参保地医疗保险经办机构设立的税务缴费柜台缴费，或通过微信、支付宝小程序、电子税务 APP、代征客户端等“线上”缴费渠道缴费。

(3) 已参加职工医保的职工，与原单位解除劳动关系后或失业保险金代缴基本医疗保险期满后，以灵活就业人员的方式参保，其原缴费年限可合并累计计算。缴费时间间断 3 个月（含 3 个月）以内的，可以补缴，按灵活就业人员身份享受医疗保险待遇，无等待期。间断时间 3 个月以上的，非不可抗力因素外，原则上不能补缴，需重新缴费期满后，按灵活就业人员身份享受医疗保险待遇。

(4) 参保人已连续 2 年（含 2 年）以上参加职工医保的，因就业等个人状态发生变化在职工医保（含灵活就业人员、失业保险金代缴基本医疗保险费人员）和居民医保间切换参保关系的，且中断时间不超过 3 个月的（含 3 个月），缴费后即可正常享受待遇，确保参保人待遇无缝衔接。补缴期间产生的政策范围内医疗费用予以报销。

(5) 失业保险金代缴基本医疗保险的人员，自代缴当月起就享受职工医保政策，无等待期。

（四）待遇支付政策

1. 住院

目录范围：基本医疗保险按照医保目录药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付，其中乙类药品及医疗服务项目由个人先行自付 3%，乙类医用耗材由个人先行自付 3%（国产）、

8%（特殊医用耗材）、13%（进口医用耗材）。丙类药品、医疗服务项目、医用耗材全自费。

起付线：一级医疗机构：起付线 100 元。

二级医疗机构：起付线 200 元。

三级医疗机构：起付线 600 元。

年度内当住院起付线累积至 1000 元时，不再扣减起付线。

报销比例：

一级医疗机构：起付线以上政策范围内在职职工 95%，退休职工 98%。

二级医疗机构：起付线以上政策范围内在职职工 92%，退休职工 95%。

三级医疗机构：起付线以上政策范围内在职职工 86%，退休职工 90%。

年度限额：职工医保的统筹年度按自然年度计算，在一个自然年度内（以出院时间为准），职工医保基金最高支付限额为 10 万元。

参保职工急诊、抢救医疗费用报销不受定点医疗机构管理、异地就医备案等限制。因急诊、抢救在非定点医疗机构就医发生的费用，由医疗机构出具相关证明，对政策范围内医疗费用按就诊医疗机构级别住院标准报销。除此之外，在非定点医疗机构产生的费用不予报销。参保职工在定点医疗机构急诊产生的政策范围内费用，按就诊医疗机构级别住院标准报销。

新生儿参保登记应使用本人真实姓名、居民身份证或户口

簿。原则上新生儿出生后 90 天内由监护人按相关规定办理参保登记，自出生之日所发生的政策范围内医疗费用均可纳入医保报销。没有及时办理参保登记的，在缴费完成后，新生儿出生 90 天内所产生的政策范围内费用给予报销。

参保患者按照出院时间、出院时人员身份获取待遇参数，业务核算年度同自然年度保持一致。

2. 门诊慢性病

(1) 病种 (31 种): 有限额的门诊慢性病 19 种，分别为高血压 II 期以上 (含 II 期)、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑血管意外后并发症后遗症、糖尿病、肺源性心脏病、癫痫、慢性肾炎、类风湿性关节炎、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、帕金森氏综合症、阿尔茨海默病 (老年性痴呆)、风湿性心脏病、慢性阻塞性肺疾病 (含慢性支气管炎)、糖尿病并发症、前列腺炎、重症肌无力、包虫病、布鲁氏杆菌症；

无限额的门诊慢性病 12 种，分别为耐多药结核病 (MDR-TB)、器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤、门诊放化疗、肝硬化、慢性活动性肝炎、精神病、重型系统性红斑狼疮、血友病、肾病综合症 (含慢性肾功能衰竭、血液透析)、再生性障碍贫血、白血病。

(2) 待遇标准: 参保职工患门诊慢性病发生的政策范围内门诊用药、治疗、检查、检验费用，有限额的门诊慢性病在支付限额内由基本医疗保险基金支付 85%，无限额的门诊慢性病按照同级定点医疗机构住院支付比例执行 (附喀什地区职工

门诊慢性病支付比例、定额标准)。

有限额的门诊慢性病，限额用完后产生的政策范围内门诊费用，依次按大额医疗补助、大病保险、公务员医疗补助、职工互助、医疗救助、个人账户进行结算。

无限额的门诊慢性病，依次按统筹基金(限额内)、大额医疗补助、大病保险、公务员医疗补助、职工互助、医疗救助、个人账户进行结算。

参加喀什地区职工医保患各类门诊慢性病的患者，均可持定点医疗机构处方，在门诊慢性病定点零售药店购买慢性病药品，超限价部分由患者自理。

在门诊慢性病定点零售药店购买无限额慢性病药品，按照开具处方的定点医疗机构住院比例报销。

职工门诊慢性病年度内门诊用药、住院限额累计计算。

3. 特殊药品

按照《关于规范喀什地区特殊药品使用管理的通知》(喀地医保发〔2021〕28号)相关规定执行。

4. 异地就医

(1) 转诊转院：参保职工异地转诊就医按照规定实行逐级转诊制度，对符合转诊条件的病人，须逐级转诊，由定点医疗机构办理转诊转院手续。为方便参保职工住院就医，地区范围内取消转诊转院手续。

(2) 非转诊转院：未按规定办理转诊转院手续的，职工医保、医疗救助(含二次救助)参照同级定点医疗机构住院费

用报销比例下降 10% 报销，大额医疗补助、公务员医疗补助、大病保险不下降报销比例。在新疆范围内定点医疗机构就医的可直接结算。

(3) 异地就医备案：异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等参保职工，需通过参保地医疗保险经办机构柜台、网厅、“国家医保服务平台 APP”办理异地就医备案手续，居住地城市的定点医疗机构均可就医，按参保地政策、就医地目录支付医疗费用。异地就医备案登记后返回参保地或变更就医地城市时间间隔不得少于 6 个月。

二、补充医疗保险

(一) 大额医疗补助

1. 参保范围：参加职工医保的所有用人单位职工、灵活就业人员、失业保险金代缴基本医疗保险的失业人员，均需缴纳大额医疗补助。

2. 筹资标准：参保职工个人每月缴纳 10 元，用人单位为职工每人每月缴纳 10 元。灵活就业人员、失业保险金代缴基本医疗保险的失业人员个人每月缴纳 20 元。

3. 待遇标准：对职工医保年度支付限额 10 万元以上 30 万元以下政策范围内医疗费用进行报销。10 万（不含 10 万）至 20 万（含 20 万）按 90% 报销；20 万（不含 20 万）至 30 万（含 30 万）按 95% 报销。

4. 年度支付限额：大额医疗补助的统筹年度按自然年度计算，在一个自然年度内（以出院时间为准），大额医疗补助基

金最高支付限额为 20 万元。

(二) 公务员医疗补助

1. 参保范围：

(1) 国家行政机关公务员及其退休人员；

(2) 经人社部或自治区人民政府批准列入依照国家公务员制度管理的事业单位工作人员和退休人员；

(3) 经中组部或自治区党委批准列入参照国家公务员制度管理的党群机关、人大、政协机关，各民主党派和工商联机关以及列入参照国家公务员管理的其他单位机关的工作人员和退休人员；

(4) 审判机关、检察机关的工作人员和退休人员；

(5) 已参加喀什地区职工医保的各类事业单位，按照喀什地区公务员医疗补助筹资标准，由单位自愿缴纳公务员医疗补助的工作人员。所需经费由单位自行解决。

2. 筹资标准：参保职工所在单位按职工医保缴费基数（含退休退职人员退休金和退职生活费）的 2% 缴纳公务员医疗补助，其中：缴费基数的 1% 划入个人账户，个人不缴费。

3. 待遇标准：参保职工发生的政策范围内医疗费用，对个人自付超过本人年工资收入 1% 以上的政策范围内医疗费用给予报销，职工医保和大额医疗补助限额 30 万元以内按 100% 报销，30 万元以上部分按 90% 报销。公务员医疗补助不设年度最高支付限额。

公务员医疗补助可以用于报销自治区人民政府规定享受

医疗照顾对象的人员在就诊、住院时按规定补助的医疗费用。

4. 离休人员住院床位费标准：

(1) 离休人员中的处级干部(含县处级以下离休人员和建国以前参加革命工作，享受原工资 100%退休费的退休工人)，因病住院，可安排住普通病房多人间 A 类（三级 20 元、二级 17 元、一级 14 元）、B 类（三级 35 元、二级 27 元、一级 20 元）床位，也可安排住普通病房双人间 A 类（三级 31 元、二级 24 元、一级 19 元）、B 类（三级 52 元、二级 43 元、一级 34 元）床位。住院每日床位费标准按不超过《价格规范》确定的同等级医院普通病房双人间 B 类床位价格执行。

(2) 离休人员中的厅级(正、副厅级)干部因病住院，确因治疗需要，定点医疗机构可安排住普通病房双人间 A 类（三级 31 元、二级 24 元、一级 19 元）、B 类（三级 52 元、二级 43 元、一级 34 元）床位，也可安排住普通病房单人间 A 类（三级 54 元、二级 45 元、一级 36 元）、B 类（三级 99 元、二级 74 元、一级 69 元）床位。住院每日床位费标准按不超过《价格规范》确定的同等级医院普通病房单人间 B 类床位价格执行。

离休人员因病住院发生的床位费符合上述规定的，在离休人员医疗费内据实结算报销；超规定的床位费，由离休人员自理。

5. 参加基本医疗保险人员床位费标准：

(1) 参加基本医疗保险的人员因病住院，除危重抢救病人外，基本医疗保险支付《价格规范》确定的同等级医院普通

病房多人间 A 类（三级 20 元、二级 17 元、一级 14 元）、B 类（三级 35 元、二级 27 元、一级 20 元）床位费。

（2）参加基本医疗保险的县处级干部和副高级职称人员，属于实行国家公务员医疗补助待遇的，可住普通病房双人间 A 类（三级 31 元、二级 24 元、一级 19 元）、B 类（三级 52 元、二级 43 元、一级 34 元）病床，每日床位费标准不超过《价格规范》确定的同等级医院普通病房双人间 B 类床位价格。基本医疗保险统筹基金按《价格规范》确定的同等级医院普通病房多人间 A 类床位价格支付，剩余部分在规定范围内由公务员医疗补助金支付。

（3）参加基本医疗保险的厅级公务员和参照执行地厅级干部公务员医疗照顾政策的正高级职称人员，可住普通病房双人间 A 类（三级 31 元、二级 24 元、一级 19 元）、B 类（三级 52 元、二级 43 元、一级 34 元）、单人间 A 类（三级 54 元、二级 45 元、一级 36 元）、B 类（三级 99 元、二级 74 元、一级 69 元）病房。住院每日床位费标准不超过《价格规范》确定的同等级医院普通病房双人间 B 类床位价格。其中：基本医疗保险统筹基金按《价格规范》确定的同等级医院普通病房多人间 A 类床位价格支付，剩余部分在规定范围内由公务员医疗补助金支付。

（三）大病保险

1. 参保范围：参加职工医保的所有参保人员。

2. 筹资渠道：参保职工个人不缴费，所需资金从职工医保

统筹基金累计结余中筹集，结余不足或没有结余时，从当年筹资缴费中解决。

3. 待遇标准：参保职工经职工医保、大额医疗补助（公务员医疗补助）报销后，政策范围内个人自付费用在 1.6 万元以上的部分按 80% 报销，不设年度最高支付限额。

大病保险可报销门诊慢性病政策范围内医疗费用。

（四）在职职工互助

按照《关于印发〈新疆维吾尔自治区在职职工互助保障（住院+意外）实施办法〉的通知》（新工发〔2020〕31号）、《新疆维吾尔自治区总工会关于在全区开展在职职工医疗互助保障活动的通知》（新工发〔2020〕32号）相关规定执行。

（五）医疗救助

1. 医疗救助对象范围：困难职工（需民政部门认定）。

2. 医疗救助政策：对符合条件的困难职工按规定给予医疗救助。对规范转诊且在疆内就医的救助对象，经职工医保、大额医疗补助（公务员医疗补助）、大病保险、职工互助、医疗救助保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。

3. 医疗救助住院待遇：

（1）困难职工发生的政策范围内医疗费用，经职工医保、大额医疗补助（公务员医疗补助）、大病保险、职工互助依次报销后，经个人申请并按照相关程序审批后，对符合条件的，给予医疗救助。对政策范围内个人自付医疗费用超过 3000 元以上的部分，由医疗救助资金按 80% 给予救助，年度最高支付

限额 6 万元。对规范转诊且在疆内就医的救助对象，经职工医保、大额医疗补助（公务员医疗补助）、大病保险、职工互助、医疗救助保障后政策范围内个人负担仍然较重的，按 60% 给予二次救助。

（2）对于特殊情形的，由县市人民政府召开专题会议研究，纳入县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员进行救助。

（3）起付标准、个人自付费用年度内累加计算。非转诊转院、疆外在定点医疗机构就医并符合救助条件的，也享受医疗救助。非转诊转院基本医疗保险、医疗救助（含二次救助）政策范围内费用在正常报销比例的基础上下降 10% 报销。经职工医保、大额医疗补助（公务员医疗补助）、大病保险、职工互助、医疗救助保障后，政策范围内费用报销比例不能超过 95%。

（六）生育

1. **生育津贴**：单位女职工依法参加职工医保，产假和奖励假期间发放生育津贴。生育津贴按照国家 and 自治区规定的职工产假天数计发，计发标准为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以 30。参加生育保险的，生育医疗费用仍由生育保险进行保障；参加职工医保的灵活就业人员、失业保险金代缴基本医疗保险费人员的生育医疗费用，纳入职工基本医疗保险支付范围。单位女职工待遇结算或报销时连续缴费月满 10 个月即可享受生育津贴。缴费未满 10 个月的单位女职工、灵活就

业人员、失业保险金代缴基本医疗保险费人员只享受生育医疗费，不享受生育津贴。

2. 生育医疗费：对参保职工符合国家、自治区计划生育规定，住院分娩、实行计划生育手术的职工，住院生育医疗费用、计划生育手术费参照相应等级定点医疗机构住院比例报销。属于救助对象的，同等享受医疗救助待遇。

(七) 人身意外伤害保险

1. 参保范围：具有新疆户籍的职工、参加自治区职工基本医疗保险的非新疆户籍职工和援疆工作人员。

2. 筹资标准：人身意外伤害保险筹资标准为每人每年10元，个人不缴费，由自治区各级财政安排，财政困难地区由自治区给予补助。

3. 待遇标准：

(1) 人身意外伤害保险对被保险人在新疆境内发生意外导致身故、残疾和住院医疗等给予补偿。因意外伤害导致身故一次性赔付5万元，因意外伤害导致伤残按评残等级赔付（赔付不超过5万元）。

(2) 人身意外伤害保险对因意外伤害发生的医疗费用，在经基本医疗保险、大病保险报销的基础上再进行赔付，支付范围与基本医疗保险一致，最高赔付1.5万元（免赔额900元/次，赔付比例50%）。未参加基本医疗保险的人员因意外伤害发生医疗费用，对其合规的医疗费用按一定的比例予以赔付，赔付比例按照基本医疗保险参保人员发生意外后人身意外

伤害保险对其医疗费用的赔付情况确定。

(3) 因意外伤害住院的，每日赔付住院津贴 20 元（每次住院最高赔付 15 日，累计的最高赔付额度不超过 90 日），赔付额度不超过 1800 元。

(八) 离休人员医疗保障

1. **参保范围：**离休人员、老红军、建国以前参加革命工作的，并按照国家、自治区规定取得离休证书，享受离休待遇人员。

2. **保障范围及标准：**离休人员政策范围内费用享受实报实销待遇。建立医疗周转金制度，按参保归属地由地区本级和各县市每年年初向离休人员发放一定数额的医疗周转金，老红军每人每年 1.6 万元，建国前参加革命工作人员每人每年 1 万元。

(九) 新疆退休回沪定居人员

1. **基本医疗保险：**由统筹基金和个人账户构成，统筹基金用于支付住院、门诊大病所发生的费用。

2. **大额医疗补助：**新疆退休回沪定居人员在上海住院就医，对统筹基金最高支付限额 5 万元以上的政策范围内费用予以报销。

3. **门诊：**重症尿毒症透析、恶性肿瘤放化疗等，不设起付线，政策范围内医疗费用由统筹基金按一定比例报销，在一级、二级医疗机构就医的，按 85% 比例报销；在三级医疗机构就医的，按 80% 比例报销。

4. **住院（含急诊观察及留观观察）：**

起付标准：第一次 700 元；第二次 400 元；第三次及以后 200 元/次。

报销比例：在一级、二级医疗机构就医的，政策范围内医疗费用按 85% 比例报销；在三级医疗机构就医的，政策范围内医疗费用按 80% 比例报销。

统筹基金年度最高支付限额：5 万元。

(十) 企业补充医疗保险

1. 参保范围：各类企业的职工。

2. 筹资标准：根据企业原劳保医疗费的实际支出、基本医疗保险的筹资水平和企业承受能力等情况合理确定。企业补充医疗保险费的提取标准，按不高于本企业职工上年度工资总额（含退休职工养老金、退职职工生活费）4% 的标准从职工福利费中列支，福利费列支不足的部分，经同级财政部门核准后列入成本，具体比例由企业自行确定。企业补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，企业可直接从成本中列支，不再经同级财政部门审批。

3. 待遇标准：① 酌情补助符合基本医疗保险用药、诊疗范围和医疗服务设施标准范围且超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上，按规定需要个人支付的医疗费用。② 补助年度内住院基本医疗保险最高支付限额以下，个人自付超过一定数额的医疗费用。③ 补助享受医疗照顾的企业高级管理人员、高级专业技术人员、获得省部级以上劳动模范荣誉称号的人员，在就诊、住院时按规定补助的医疗费用。具体使用办法和

补助标准，由企业按照收支平衡的原则自行确定，并报统筹地区劳动保障行政部门备案。

三、基金报销范围

基本医疗保险按照医保目录药品、医用耗材和医疗服务项目报销范围报销。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、其他不予报销的范围

1. 应当从工伤保险基金中报销的。
2. 应当由第三人负担的。
3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予报销的其他费用。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。

本政策自下发且系统上线之日起执行，以前政策中与该政策不符的，以该政策为准。国家、自治区出台新政策后，以国家、自治区新政策为准。

附件：喀什地区职工门诊慢性病支付比例及定额标准



附件：

喀什地区职工门诊慢性病支付比例及定额标准

序号	病种	支付比例	定额标准 (元)	备注
1	高血压 II 期以上 (含 II 期)	85%	4500	
2	冠状动脉粥样硬化性心脏病	85%	6000	
3	脑血管意外后并发症、后遗症	85%	4200	
4	糖尿病	85%	5700	
5	肺源性心脏病	85%	3000	
6	癫痫	85%	4200	
7	慢性肾炎	85%	4200	
8	类风湿性关节炎	85%	4200	
9	甲状腺功能亢进	85%	2700	
10	甲状腺功能减退	85%	1500	
11	帕金森氏综合症	85%	5100	
12	阿尔茨海默病 (老年性痴呆)	85%	7500	
13	风湿性心脏病	85%	3000	
14	慢性阻塞性肺疾病 (含慢性支气管炎)	85%	3000	
15	糖尿病并发症	85%	3900	
16	前列腺炎	85%	3600	
17	重症肌无力	85%	2400	
18	包虫病	85%	2500	
19	布鲁氏杆菌症	85%	2500	
20	耐多药结核病(MDR-TB)	门诊 100%、 住院 90%	无限额	
21	器官移植抗排异治疗	住院比例	无限额	
22	恶性肿瘤	住院比例	无限额	
23	门诊放化疗	住院比例	无限额	

24	肝硬化	住院比例	无限额	
25	慢性活动性肝炎	住院比例	无限额	
26	精神病	住院比例	无限额	
27	重型系统性红斑狼疮	住院比例	无限额	
28	血友病	住院比例	无限额	
29	再生性障碍贫血	住院比例	无限额	
30	白血病	住院比例	无限额	
31	肾病综合症（含慢性肾功能衰竭、血液透析）	住院比例	无限额	

抄送：地委办公室、地区人大工委办公室、政协工委办公室。

喀什地区行署办公室

2021年10月1日印发

