

和田地区职工基本医疗保险实施方案

为进一步完善全地区职工基本医疗保险制度，增强医疗保险基金抗风险能力，提高医疗保障水平，维护职工合法权益，根据《关于印发〈新疆维吾尔自治区职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法〉的通知》（新政办发〔2024〕13号）、《关于规范全区基本医疗保险门诊慢特病保障制度的通知》（新医保规〔2023〕3号）等有关规定，结合和田实际，制定本实施方案。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，建立统一参保范围和项目、统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程、统一信息管理的职工基本医疗保障体系，完善以基本医疗保险为主，大病保险、职工大额医疗费用补助、国家公务员医疗费用补助为辅的保障机制，逐步提高保障水平，确保职工基本医疗保险待遇不降低、服务水平不降低。

二、参保对象及缴费比例

（一）参保对象。本地区行政区域内的机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工，城镇个体经济组织业主及其从业人员，均应参加职工基本医疗保险。灵活就业人员可选择参加职工基本医疗保险。

（二）缴费比例。职工基本医疗保险缴费比例，单位按职工

上年度平均工资的 8.5 % 按月缴纳基本医疗保险费，其中：单位按职工上年度平均工资的 6.5 % 缴纳，个人按上年度平均工资的 2 % 缴纳。职工大额医疗费用补助，按照有关规定，参加基本医疗保险的职工同时参加职工大额补充保险。保险金由单位和个人承担，参保标准为每人 240 元/年，参照缴费标准为：单位缴费每人 120 元/年，个人缴费每人 120 元/年。公务员医疗补助，按照有关规定，公务员须缴纳公务员医疗补助费，由单位按照职工上年度平均工资的 4 % 按月缴纳，个人不缴费。公务员及参公人员资金由财政承担；各类事业单位，自愿参保，所需经费由单位自行解决。

职工达到法定退休年龄时累计缴费达到自治区规定年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇；未达到自治区规定年限的，可以缴费至规定年限，或进行一次性趸缴至规定年限。

三、享受待遇标准

缴纳职工基本医疗保险的参保人按规定享受职工医疗保障待遇。职工基本医疗保险基金支付范围，按照《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险诊疗项目目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险医用耗材目录》（以下简称《三个目录》）执行。统一医保目录，规范医保先行自付标准，职工在定点医药机构发生医保结算时，基本医疗保险乙类药品及支付部分费用的医疗服务项目、医用耗材个人先行自付比例分别为 5 %、10 %、15 %。

（一）职工基本医疗保险。在各级定点医疗机构住院医疗费扣除起付标准和先行自付部分及《三个目录》范围外全自费部分，合规医疗费按照以下标准予以报销：

1. 在一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心、未定级医疗机构等）住院，每次住院起付线为 300 元，起付线以上费用政策范围内按 95 % 比例支付。

2. 在二级定点医疗机构（含县市人民医院等）住院，每次住院起付线为 500 元；起付线以上费用政策范围内按 93 % 比例支付。

3. 在三级定点医疗机构（含地区人民医院等）住院，每次住院起付线为 700 元，起付线以上费用政策范围内按 90 % 比例支付。

4. 在统筹区外三级定点医疗机构（含自治区、区内其他地州及区外其他省区医疗机构）住院，每次住院起付线为 900 元，起付线以上费用政策范围内按 85 % 比例支付。

5. 退休职工在各级定点医疗机构住院的基础上分别增加 3 个百分点，最高不得超过 95 %。

6. 按规定办理长期异地备案的职工报销比例不降低，办理临时异地备案的职工报销比例降低 20 个百分点，其它基金项报销比例同时降低。

7. 职工基本医疗保险最高支付限额为每人 20 万元/年。

（二）职工大额医疗费用补助。最高支付限额每人 30 万元/年，即职工大额医疗费用补助支付范围为职工基本医疗保险最高支付限额 20 万元以上至 50 万元部分。30 万元的最高支付限额内

扣除《三个目录》标准内的个人自费部分后，在和田本地住院费用按 95 % 的比例、转诊转院的住院费用按 90 % 的比例报销。

（三）国家公务员医疗费用补助。和田地区公务员医疗费用在职工基本医疗保险统筹基金支付限额 10 万元以下部分，按基本医疗保险政策标准报销后，个人自付的医疗费用超过本人年工资收入 2.5 % 以上的部分进入公务员医疗补助，超过部分 100 % 报销。

公务员医疗费超过 10 万元以上的部分，先按职工大额医疗费用补助政策标准报销，其余属于《三个目录》范围内由职工个人自付的医疗费用由公务员医疗补助按 90 % 比例报销。

（四）职工门诊统筹。

1. 普通门诊统筹基金支付限额。普通门诊统筹基金年度最高支付限额为 4000 元。单次最高支付限额按照一、二、三级医疗机构分别为 300 元、800 元、1300 元。

2. 普通门诊统筹基金支付比例。普通门诊统筹基金支付比例在一、二、三级医疗机构分别为 80 %、70 %、60 %，对符合条件的退休人员给予 5 个百分点的倾斜。

3. 普通门诊统筹基金起付线。普通门诊统筹基金首次起付标准为同级医疗机构首次住院起付线的 10 %。即：一级、二级、三级、统筹区外三级医疗机构起付线分别为 30 元、50 元、70 元、90 元。从第二次起降低至首次住院起付线的 5 %。即：第二次及以后在一级、二级、三级、统筹区外三级医疗机构起付线分别为 15 元、25 元、35 元、45 元。

4. 退休人员门诊统筹基金划入金额。符合条件的退休人员个人账户，由统筹基金按 2022 年自治区基本养老金平均水平的 2% 划入。

（五）职工基本医疗保险门诊慢特病。职工符合慢特病条件的，可申请享受慢特病医疗保障待遇。

1. 报销标准：在《三个目录》范围内的医疗费用扣除先行自付部分后按 80% 比例报销，个人承担 20%。办理享受待遇的慢特病病种不受限制。

2. 病种范围及统筹年度内限额标准为：

（1）限额类慢特病（20 种）：肺源性心脏病 3000 元，慢性支气管炎 3000 元，高血压 II 期及以上 4500 元，冠心病 6000 元，脑血管病后遗症 4000 元，糖尿病 5500 元，结缔组织病 4000 元，癫痫 4000 元，糖尿病伴有并发症 3500 元，慢性肾炎 4000 元，肾病综合症 4800 元，精神病 3500 元，肝硬化 4000 元，前列腺增生 3500 元，类风湿性关节炎 4000 元，甲状腺功能异常 2500 元，帕金森病 5000 元，重症肌无力 2500 元，阿尔茨海默病 7500 元，慢性阻塞性肺疾病 3000 元。

（2）非限额类门诊慢特病（7 种）：恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、慢性活动性肝炎、苯丙酮尿症、器官移植抗排异治疗、血友病、结核病。享受待遇范围：对于达到前 6 种非限额类门诊慢特病诊断标准的参保职工患者，经专家审核、公示通过，即可享受待遇。待遇标准：符合非限额类门诊慢特病药品、诊疗

目录范围内的门诊医疗费用，在 5 万元以内的按照 85%的比例报销；超过 5 万元以上的门诊医疗费用，在职工基本医疗保险、大病保险、职工大额医疗费用补助、国家公务员医疗费用补助等基金中按住院费用报销政策的相应比例报销。结核病按照相应政策报销。

3. 就医管理：通过待遇认定的参保人员可自行选择具备相应治疗资格的定点医药机构就医购药。临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的参保人员，治疗门诊慢特病的一般常用药品可开具长期处方。可开展电子处方流转、处方外配医保结算服务。

（六）职工大病保险。

筹资标准：参保人员全部享受职工基本医疗保险和大病保险待遇。从职工基本医疗保险基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金，结合经济社会发展水平、患大病发生的高额医疗费用情况、基本医保筹资能力和支付水平，以及大病保险保障水平等因素，科学细致做好资金测算，合理确定大病保险的筹资标准。

起付标准：职工大病保险起付标准为城镇居民上年度人均可支配收入的 50%，每年实行动态调整。起付标准及以下的金额不予报销，一个年度内大病保险只扣除一次起付标准。

保障水平：在保险期间内，参保职工在待遇享受期内个人自付的医疗费用累计超过起付标准以上的部分（《三个目录》内），超出起付标准 0—5 万元（不含 5 万元）部分，报销 60%；5 万元

（含 5 万元）—10 万元（不含 10 万元）部分，报销 70%；10 万元（含 10 万元）以上部分，报销 80%。

最高支付限额：职工大病保险最高支付限额为 70 万元，困难群众大病保险政策按相关规定执行。

（七）职工生育保险。用人单位连续为职工足额缴纳生育保险费满 12 月后，生育医疗费和生育津贴由生育保险基金支付。生育时不满 12 个月的，可实行缴费满 12 个月后再给予支付生育保险费用。参保人员在定点医疗机构住院生育的，按照基本医疗保险相应等级医疗机构的支付比例报销。推进住院分娩按病种支付、产前检查按人头支付的生育医疗费用支付方式改革，控制生育医疗费用不合理增长。

职工未就业配偶已参加基本医疗保险的，按基本医疗保险有关政策享受生育医疗费待遇；职工未就业配偶未参加基本医疗保险的，按照女职工生育医疗费待遇的 50% 支付，其生育的费用，在生育待遇支出项目列支。已明确由其他渠道保障的，医疗（生育）保险不再予以支付。

职工生育津贴按照《女职工劳动保护特别规定》《新疆维吾尔自治区人口与计划生育条例》执行。女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天产假；怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天产假。顺产享受 158 天的产假，其中产前可以休假 15 天；难产的，增加 15 天的产假；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天的产假。女职工产假期间的生育津贴，对已经参加生育保险的，按照

用人单位上年度职工月平均工资标准由生育保险基金支付；对未参加生育保险的，按照女职工产假前工资标准由用人单位支付。

（八）灵活就业人员参加职工基本医疗保险。缴费基数：按照自治区上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 60% 确定。

缴费比率为两个档次：一是按照单位缴费费率 6.5% 缴费，纳入门诊共济保障范围，缴费期间不设个人账户。二是按照单位缴费费率（6.5%）、个人缴费费率（2%）之和 8.5% 缴费，按单位职工建立个人账户。同时，参加职工大额补充保险，按 240 元/年缴费标准全部由个人承担。

报销待遇：以灵活就业人员身份参加职工医保人员，首次参保或断保后重新参保的待遇等待期统一调整为 6 个月，等待期后正常享受待遇。符合缴费年限规定的灵活就业退休人员：基本医疗保险个人不缴费，个人账户由统筹基金按 2022 年自治区基本养老金平均水平的 2% 划入。按规定达到连续缴费月数的可享受生育保险待遇和生育津贴，标准参照职工待遇执行。

（九）职工转诊转院。统筹区外就医未按规定办理转诊转院手续的，在定点医疗机构产生的住院费用报销比例降低 20 个百分点予以支付，其它基金项报销比例同时降低。

（十）医疗保险接续。

1. 办理转移接续的职工基本医疗保险参保人员，在转移接续前中断缴费 3 个月(含)以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可

在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。

2. 参保人员已连续2年(含2年)以上参加职工基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险间切换参保关系的，且中断缴费3个月(含)以内的，可按转入地规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。

(十一) 职工不予支付的范围。

(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。

四、参保人员床位费支付标准

严格按照《新疆维吾尔自治区医疗服务价格规范》（以下简称《价格规范》），落实离休人员和参加职工基本医疗保险人员住院床位费支付标准。

(一) 离休人员住院床位标准。

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、B 类床位，也可安排住普通病房双人间 A 类、B 类床位。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、B 类床位，也可安排住普通病房单人间 A 类、B 类床位。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。

（二）参加职工基本医疗保险人员床位费标准。

1. 参加职工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 类床位费。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多人间 A 类床位价格。

2. 县处级领导干部、一至四级调研员及相当层次职级公务员，可住普通病房双人间 A 类、B 类病床，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. 厅级领导干部及一、二级巡视员及相当层次职级公务员，

可住普通病房双人间、单人间 A 类、B 类病房。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。

五、执行时间

本实施方案自 2025 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2030 年 10 月 1 日。本实施方案由地区医疗保障局负责解释。《关于印发〈和田地区城乡居民基本医疗保险实施办法〉〈和田地区城镇职工基本医疗保险实施方案〉〈和田地区医疗救助工作实施意见（试行）〉的通知》（和行办发〔2019〕99 号）、《关于印发〈和田地区城镇职工基本医疗保险门诊慢特病治疗暂行办法〉的通知》（和行办发〔2010〕16 号）、《关于进一步完善和田地区城镇职工医疗保障有关政策的通知》（和行办发〔2021〕42 号）同时废止。未尽事宜按照国家、自治区有关规定执行；国家、自治区出台新规定的，按照新规定执行。