

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

用人单位缴费基数为职工工资总额，职工个人缴费基数为本人工资收入。职工个人缴费基数无上限，最低不得少于统筹地区上年度社会平均工资的60％。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按照统筹地区上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的60％确定。失业保险代缴职工医保的失业人员缴费基数按照统筹地区上年度社会平均工资的60％确定。

三、费率及缴费方式

（一）费率

在职职工医保单位缴费费率为职工工资总额的6.8％（其中生育保险0.8％），个人缴费费率为本人工资收入的2％，退休职工单位缴费费率为6％，个人不缴费。灵活就业人员参加职工医保并自愿按照单位缴费费率6％、个人缴费费率2％之和缴费的，按单位职工建立个人账户；灵活就业人员参加职工医保并按照单位缴费费率6％缴费的，缴费期间不设个人账户。失业保险金代缴职工医保缴费费率为8.5％。

（二）缴费方式

1.国家机关、企事业单位职工由单位代扣代缴；

2.灵活就业人员可通过与银行签订协议实现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。

（三）个人账户

在职职工按工资缴费基数缴纳的2％全部计入个人账户，单位缴纳的6.8％不计入个人账户；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水平的2％划入，划入额度暂定80元/月，待2022年自治区基本养老金水平数据发布后进行调整并补划差额。灵活就业人员按照8％缴费的，缴费基数的2％计入个人账户；灵活就业人员按照6％缴费的，缴费期间不设个人帐户。

四、职工医保参保缴费和待遇享受衔接政策

（一）首次参保缴费与待遇享受

以灵活就业人员身份首次参加喀什地区职工医保的参保人员，设置6个月的医保待遇等待期，在足额连续缴纳职工医保费满6个月后的次月按规定享受职工医保待遇，即缴费6个月以上不足一年的住院报销比例为30％；缴费满13个月至24个月住院报销比例为60％，从第25个月按正常比例报销。仅职工基本医保执行此标准，大额医疗费用补助、大病保险按正常比例报销，不受缴费时间的限制。

（二）中断缴费与待遇享受

灵活就业人员断缴不超过3个月并补缴中断期间费用的，自缴费到账后可享受职工医保待遇，补缴期间产生的医疗费用予以报销。

（三）最低缴费年限与职工医保退休待遇

达到法定退休年龄的职工医保参保人员，其职工医疗保险缴费年限男满25年、女满20年，且实际缴费年限不低于15年的，自办理医保退休待遇核定后享受职工医保退休待遇。

五、待遇

（一）普通门诊

1.保障范围：职工医保参保人员、灵活就业人员在定点医疗机构普通门诊进行疾病诊断、治疗、购药等发生的政策范围内的医疗费用，单次超过起付线以上的部分，在普通门诊年度限额内由统筹基金按比例给予支付。

2.起付线：首次起付标准一级医疗机构10元、二级医疗机构20元、三级医疗机构60元。第二次及以后一级医疗机构5元、二级医疗机构10元、三级医疗机构30元。

3.报销比例：一级医疗机构75％、二级医疗机构65％、三级医疗机构55％。退休人员支付比例分别再提高5个百分点。

4.支付限额：单次最高支付限额为同级医疗机构首次住院起付线标准，即：一级医疗机构100元、二级医疗机构200元、三级医疗机构600元。年度最高支付限额为3000元。

（二）门诊特殊慢性病

1.病种（31种）：有限额的门诊特殊慢性病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；

无限额的门诊特殊慢性病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：参保职工患门诊特殊慢性病发生的政策范围内门诊用药、治疗、检查、检验费用，有限额的门诊特殊慢性病报销比例为90％；无限额的门诊特殊慢性病按照同级定点医院住院支付比例报销。因特殊原因，未及时办理无限额的门诊特殊慢性病患者，从确诊之日起享受无限额门诊特殊慢性病政策。

喀什地区职工有限额门诊特殊慢性病合规限额、

支付比例及支付限额表

序号	病种	合规限额 (元)	支付比例	支付限额 (元)	备注	序号	病种	合规限 额	支付比例	支付限额 (元)	备注
1	高血压Ⅱ期以上（含Ⅱ期）	5000	90%	4500		11	帕金森氏综合症	5667	90%	5100	
2	冠状动脉粥样硬化性心脏病	6667	90%	6000		12	阿尔茨海默病（老年性痴呆）	8334	90%	7500	
3	脑血管意外后并发症、后遗症	4667	90%	4200		13	风湿性心脏病	3334	90%	3000	
4	糖尿病	6334	90%	5700		14	慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）	3334	90%	3000	
5	肺源性心脏病	3334	90%	3000		15	糖尿病并发症	4334	90%	3900	
6	癫痫	4667	90%	4200		16	前列腺炎	4000	90%	3600	
7	慢性肾炎	4667	90%	4200		17	重症肌无力	2667	90%	2400	
8	类风湿性关节炎	4667	90%	4200		18	包虫病	2778	90%	2500	
9	甲状腺功能亢进	3000	90%	2700		19	布鲁氏杆菌症	2778	90%	2500	
10	甲状腺功能减退	1667	90%	1500		20					

3.申报流程：

一般申请流程：职工（灵活就业人员需连续缴费满两年以上）申报病种数不限。参保职工携带相关病情资料（住院病历复印件需盖复印专用章或门诊检查、检验资料原件）、身份证复印件、社会保障卡复印件等资料到喀什地区任意一家具有慢性病评审资质的定点医院机构，领取《喀什地区职工、城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病审批表》（以下简称《审批表》）一式两份，由该定点医院机构在同级医保经办机构备案的专科医师填写《审批表》病例摘要、辅助检查结果、诊断等内容后，科主任审核签字确认，由该医疗机构组织专家定期召开会议进行评审。各级受理门诊特殊慢性病的医疗机构，按照首问负责制，秉着方便群众原则，予以快速办理，不得推诿。

定点医院协助办理流程：参保患者在院治疗期间，经检查确认符合喀什地区门诊特殊慢性病病种标准的，主治医生负责与患者沟通，出院后协助负责整理收集慢病申报资料，具有评审资格的定点医院可直接通过专项评审。乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室要加强慢病申报程序的宣传，引导符合特殊慢病管理的参保患者及时到相应医院进行申报。

易肇事肇祸精神障碍患者申报办理流程：各县市医疗保障局根据县卫健委、疾控中心出具的确认函和名单、地区精神卫生中心以及康宁医院出具的精神科诊断证明等，作为纳入精神病门诊特殊慢性病的依据，予以开通门诊慢病待遇，直接享受相关待遇。

4.评审资格：具有门诊特殊慢性病评审资格的医院有地区第一人民医院、地区第二人民医院、第三师医院、解放军947医院、解放军950医院、各县市人民医院；专科医院有肺科医院、康宁医院、地区维吾尔医院、各县市维吾尔医院（中医院），专科医院需内设相应病种科室并配备相应资质人员。

5.带药量：普通情形下一次带药不得超过60日量。因出差、驻村、培训、探亲、外出务工等原因，经个人申请，医院、慢病药店可根据实际情况予以延长至90日量。

（三）住院

目录范围：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％；500元及以下耗材，取消先行自付，直接按相应的支付比例享受基本医疗保险待遇。500元以上的耗材，职工个人先行自付5％。丙类材料医保不予报销，由个人全部承担。

起付线：一级医疗机构100元；二级医疗机构200元；三级医疗机构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：一级医疗机构在职职工报销95％，退休职工报销98％；二级医疗机构在职职工报销92％，退休职工报销95％；三级医疗机构在职职工报销86％，退休职工报销90％。

年度合规限额：12万元。

（四）特殊药品

特殊药品中的医保目录乙类药品由个人先行支付5％后，用于治疗无限额门诊特殊慢性病的特殊药品，按照相应医疗机构等级基本医疗保险住院支付比例报销，其余药品按照80％比例进行支付。非乙类的特殊药品按照喀什地区有限额、无限额门诊特殊慢性病基本医疗保险支付比例支付。

六、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，由定点医院办理转诊转院手续。为方便参保职工住院就医，地区范围内就医的不需要办理转诊转院手续。

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）参照同级定点医院医疗机构住院费用报销比例降低10％予以报销，大额医疗补助、公务员医疗补助、大病保险不降低报销比例。未办理转诊转院在新疆范围内定点医院就医的，需办理临时外出备案，可在医院降低报销比例直接结算。

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可通过办理异地就医备案的方式实现在居住地定点医院就医结算，办理异地就医备案登记可通过国家医保服务平台APP、新疆医保服务平台APP、微信小程序、电话、参保地医疗保险经办机构窗口等多种方式办理。异地就医备案登记后需返回参保地或变更就医地城市的时间间隔不得少于3个月。

4.直通车专用证：对确诊的组织器官移植、恶性肿瘤、血液病等重特大疾病参保患者，经个人申请后，由医保经办机构按程序审核后，向确诊患者发放《组织器官移植、恶性肿瘤、血液病重大病患者转外就医直通车专用证》，患者因救治需要到地区外定点医院就医的，凭直通车专用证直接在地县两级医保经办机构办理转外就医备案手续，转外就医备案手续有效期为90天，不需再到二级及以上医院办理转诊转院手续。

注：转诊转院、直通车转外就医备案，若90天内在就医地办理了入院登记的，即视为已使用，90天内如第二次住院，需要重新办理转诊转院、直通车转外就医备案手续。

报销在职职工互助保障，异地就医（含转诊转院、异地安置、直通车转外就医）降低10％报销，非转诊转院（患者自行外出的）不予报销。

职工大额医疗费用补助

一、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。

二、缴费标准

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。

三、待遇标准

对职工医保年度合规限额12万元至35万元政策范围内医疗费用给予报销。12万元（不含12万元）至24万元（含24万元）按90％报销；24万元（不含24万元）至35万元（含35万元）按95％报销。

公务员医疗补助

一、参保范围

机关（含参公）单位在职职工及退休人员。2021年5月1日起，喀什地区已参加职工基本医疗保险的各类事业单位，可自愿参加公务员医疗补助，所需经费由本单位自行解决。

二、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，职工个人不缴费，缴费基数的1％划入个人账户。

三、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35万元以内按100％报销，35万元以上部分按90％报销。公务员医疗补助不设年度最高支付限额。

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享受医疗照顾政策的正高级职称人员，其床位费可按干部病房标准间的床位费标准执行，在基本医疗保险报销普通床位费后，剩余部分由公务员医疗补助基金按100％的比例予以报销。缴纳公务员医疗保险的，床位费按照三级医疗机构35元、二级医疗机构27元、一级医疗机构20元报销（基本医疗保险按照三级、二级、一级医疗机构的标准，分别支付20元、17元、14元，剩余部分由公务员医疗保险支付）。

职工大病保险

一、参保范围

参加职工医保的所有参保人员。

二、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。

三、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。

职工医疗救助

一、医疗救助对象范围

困难职工（需民政部门认定）

二、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、困难职工大病救助（工会）、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。

三、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、困难职工大病救助（工会）依次报销后，经个人申请并按照相关程序审批后，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，对规范转诊且在疆内就医的救助对象，经初次救助后，政策范围内个人自付费用负担仍然较重的，给予二次救助，按60％进行救助且无限额。

2.对于特殊情形的，由县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。

职工生育保险

一、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。生育津贴按照国家和自治区规定的职工产假天数计发，每天计发标准为职工所在单位上年度职工月平均工资除以30。支付期限按照《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》等法律法规规定的产假期限执行。单位女职工连续缴费满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。

二、生育医疗费

用人单位已经缴纳生育保险费的，对参保职工发生符合国家、自治区生育医疗费参照相应等级定点医院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。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，按照相应规定进行报销。对于职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。