

和田地区医疗保障局 和田地区财政局文件 和田地区卫生健康委员会

和地医保发〔2023〕1号

关于印发《和田地区职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》的通知

地区本级各参保单位、各定点医疗机构：

为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度（以下简称“职工医保”），更好解决和田地区职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，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）和自治区人民政府办公厅《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〔2021〕115号）及自治区医疗保障局《关于印发新疆维吾尔自治区本级职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》新医保发〔2022〕14号文件精神，结合和田地区实际

情况，制定《和田地区职工医疗保险门诊共济保障实施细则》，
经行署同意，现印发给你们，请遵照执行。

和田地区医疗保障局

和田地区财政局

和田地区卫生健康委员会

2023 年 1 月 1 日

和田地区职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则

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制度（以下简称“职工医保”），更好解决和田地区职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，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）和自治区人民政府办公厅《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〔2021〕115号）精神，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于和田地区职工医保参保人员。

第三条 职工医保单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不再计入个人账户。单位职工参保个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户。

第四条 符合条件的退休人员个人账户由统筹基金按2022年和田地区基本养老金平均水平的2%划入。划入额度暂定80元/月，待2022年和田地区基本养老金平均水平数据发布后进行调整并补划差额。

第五条 职工医保个人账户支付下列费用：

（一）职工医保参保人员本人及其配偶、父母、子女等家庭成员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。

（二）参保人员本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理

保险的费用，参保人员配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险的费用。

第六条 职工医保参保人员的个人账户资金（包括历年结余资金）由参保人员按规定使用，可以实行家庭成员共济。实行家庭成员共济的，由参保人员本人通过线上、线下渠道向医保经办机构办理增加人员，并签署个人账户家庭成员共济承诺书、资金使用授权书。

第七条 个人账户资金可以结转使用和继承，职工医保关系转移时个人账户结余资金随同转移，不具备转移条件的可一次性支付给本人。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。

第八条 职工医保门诊共济保障包括以下内容：

（一）普通门诊费用保障（以下简称“普通门诊保障”）。主要保障职工医保参保人员在定点医疗机构门诊进行疾病诊断、疾病治疗所发生的政策范围内的检查、治疗、购药等费用。

（二）门诊特殊慢性病（以下简称“门诊慢特病”）费用保障。主要保障实行门诊慢特病管理的职工医保参保人员在定点医药机构治疗、购药发生的政策范围内的检查、治疗、购药等费用。

（三）门诊特殊药品费用保障（以下简称“特殊药品费用保障”）。主要保障职工医保参保人员使用基本医保目录内的特殊药品进行药物治疗，实行“定患者、定医疗机构、定医师”管理，在定点医疗机构门诊或定点零售药店购药发生的药品费用。

（四）门诊日间手术费用保障（以下简称“日间手术”）。主要保障职工医保参保人员在定点医疗机构通过日间手术进行治疗的政策范围内的检查、治疗、购药等费用。

第九条 职工医保参保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。参保人员一天内在同一医疗机构就医发生的门诊费用，按照一次门诊就医计算普通门诊起付线、统筹基金单次最高支付限额。

（一）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、三级医疗机构起付线分别为 10 元、30 元、40 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、三级医疗机构起付线分别为 5 元、15 元、20 元。

（二）普通门诊保障在一级、二级、三级医疗机构的统筹基金支付比例分别为 75%、65%、55%，退休人员支付比例分别再提高 5 个百分点。

（三）普通门诊年度统筹基金最高支付限额为 3000 元，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、二级、三级医疗机构普通门诊单次最高支付限额分别为 100 元、300 元、400 元。

第十条 将定点医疗机构开展的日间手术纳入门诊共济保障

支付范围，参保人员在定点医疗机构接受日间手术治疗的，统筹基金支付执行普通门诊起付线和住院支付比例。日间手术医疗费用纳入职工医保统筹基金最高支付限额管理，日间手术的管理办法另行制定。

第十一条 高血压、糖尿病等门诊慢特病支付比例和定额标准按照《自治区人民政府办公厅关于完善自治区本级医疗保障有关政策的通知》（新政办发〔2021〕38号）执行，恶性肿瘤门诊放化疗、肾功能衰竭门诊透析、器官移植抗排异门诊治疗的支付比例和定额标准按照原相关规定执行。结合职工医保门诊共济保障改革完善门诊慢特病管理办法，逐步由病种保障向费用保障过渡，提高待遇保障水平。

第十二条 职工医保参保人员经诊断需要门诊使用特殊药品且符合药品限定疾病范围的，按照特殊药品“三定”“双通道”管理，对患者用药全过程监督，执行特殊药品报销政策。

第十三条 门诊慢特病限额、门诊特殊药品保障限额、日间手术限额共用职工医保统筹基金年度支付限额。超出职工医保年度支付限额的，纳入职工大额医疗费用补助。政策范围内个人自付的费用纳入职工大病保险。

第十四条 参保人员已办理门诊慢特病的，优先按门诊慢特病政策予以保障，超出门诊慢特病限额发生的门诊医疗费用，按普通门诊保障政策予以保障。参保人员住院期间不重复享受普通门诊保障待遇。

第十五条 医保经办机构应严格执行医保基金预算管理制度，将职工医保统筹基金支付参保人员门诊医药费用情况纳入年度总额预算范围。

第十六条 医保经办机构负责建立统一规范的普通门诊保障经办业务流程和费用结算办法，强化基础管理和经办机构内控制度，提高经办服务水平。

第十七条 门诊共济保障纳入医保服务协议管理。由医保经办机构与定点医药机构签订协议，健全医疗服务监控、分析和考核体系，强化协议管理，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第十八条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第十九条 通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，促进基层定点医疗机构规范诊疗及转诊等行为。

第二十条 推进门诊费用跨省直接结算。退休异地定居、长期驻外工作的参保人员异地就医备案后，在统筹地区外的异地定点医疗机构门诊就医发生的医疗费用实行联网结算、报销。就医

时未能联网结算的，凭其医疗保障凭证、医疗费用发票等材料到参保地医保经办机构办理结算。

第二十一条 探索将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入门诊共济保障范围，“互联网+”门诊医疗服务的支付比例、单次起付标准、单次支付限额与互联网医院依托的实体医疗机构一致。

第二十二条 参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，可以持处方在定点零售药店配药。普通门诊外配处方在定点零售药店购药的，支付比例按二级医疗机构普通门诊的报销比例执行。普通门诊外配处方医保支付管理办法另行制定。

第二十三条 参保人员急诊、抢救医疗费用报销不受定点医药机构管理、异地就医备案等限制。

第二十四条 健全完善个人账户使用管理办法，建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核、统计。就医地医保部门负责异地门诊就医、个人账户使用等的监督管理。

第二十五条 强化对医疗行为和医疗费用的监管，综合运用智能监控、现场检查、第三方监管、社会监督等办法，严肃查处“挂床”住院、诱导住院、诱导开药检查等违法违规行为。

第二十六条 建立医保基金安全防控机制，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

第二十七条 公务员医疗补助计入职工医保个人账户办法执

行原规定。

第二十八条 参加职工医保的 1-6 级伤残军人建立个人账户，其在定点医疗机构门诊就医发生的符合“三个目录”的医疗费用，经职工医保门诊共济保障后，剩余部分由优抚对象医疗补助金支付。

第二十九条 本实施细则由和田地区医疗保障局负责解释。

第三十条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。

(公开属性：主动公开)

抄送：各县市医疗保障局，存档

和田地区医疗保障局

2023 年 1 月 1 日印发
