新疆维吾尔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〔2024〕13号

各州、市、县(市)人民政府，各行政公署，自治区人民政府各部门、各直属机构：

《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》经自治区人民政府研究同意，现印发你们，请认真贯彻执行。

新疆维吾尔自治区人民政府办公厅

2024年3月23日

    （此件公开发布）

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

第一章  总则

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）精神，结合我区实际，制定本办法。

第二条  本办法所称职工医保门诊共济保障是指职工医保参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的政策范围内医疗费用由职工医保统筹基金、个人账户基金和个人共同负担的制度安排。

第三条  职工医保门诊共济保障遵循以下原则：

（一）坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。

（二）坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接。

（三）坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。

（四）坚持因地制宜，在整体设计基础上，鼓励各统筹地区从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条  本办法适用于参加自治区职工医保的职工（含退休、退职人员）以及灵活就业人员。

第二章  门诊共济保障的资金筹集

第五条  职工医保参保人员在定点医疗机构门诊发生的政策范围内医疗费用纳入职工医保统筹基金支出范围，所需资金主要通过调整职工医保统筹基金和个人账户结构解决。

第六条  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。

第七条  灵活就业人员按照单位缴费费率缴费，纳入门诊共济保障范围，缴费期间不设个人账户。

第三章  个人账户管理

第八条  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。

灵活就业人员自愿按照单位缴费费率、个人缴费率之和缴费的，按单位职工建立个人账户。灵活就业人员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。

第九条  符合条件的退休人员个人账户由统筹基金按定额划入资金，划入额度按照个人账户改革时统筹地区基本养老金平均水平的2%确定。

第十条  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。

第十一条  职工医保参保人员的个人账户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。

第十二条  个人账户资金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。

第四章  门诊共济保障的内容

第十三条  职工医保门诊共济保障的内容包括以下：

（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检查、治疗、购药等费用。

第十四条  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，单次超过一定限额以上的部分，在普通门诊年度限额内由统筹基金按比例给予支付。各统筹地区结合实际确定具体标准。

普通门诊统筹基金单次起付标准原则上按照同级医疗机构首次住院起付线的10%确定，多次在普通门诊就医的从第二次起降低至首次住院起付线的5%；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元确定；年度最高支付限额原则上按4000元确定。随着门诊共济保障的实施，结合基金运行、门诊医疗需求相应调整。

普通门诊在一、二、三级医疗机构的统筹基金支付比例分别为80%、70%、60%，对符合条件的退休人员继续给予5个百分点的倾斜。未定级医疗机构参照一级医疗机构执行。

第十五条  根据医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊特慢病病种范围，将高血压、糖尿病、恶性肿瘤放化疗、肾透析等部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

第十六条  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。

第十七条  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。

第十八条  门诊特慢病限额、特殊药品门诊保障限额、日间手术限额共用职工医保统筹基金年度支付限额，原则上职工医保统筹基金年度支付限额在原基础上增加25%左右。超出职工医保年度限额的，纳入职工大额医疗费用补助。

第十九条  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。

第二十条  不断健全完善门诊慢特病共济保障，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。

第五章  服务管理

第二十一条  严格执行医保基金预算管理制度，加强内控制度建设，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定点医疗机构年度总额预算范围。

第二十二条  创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十三条  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。

第二十四条  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。

第二十五条  加快全区统一的医疗保障信息平台建设，推进门诊费用跨省异地就医直接结算。退休异地定居、长期驻外工作的参保人员进行异地就医备案后，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。

第二十六条  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，参保人员“互联网+”门诊医疗服务的支付比例参照互联网医院依托的实体医疗机构的级别确定。

第二十七条  参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，参保人员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，执行与本统筹地区定点基层医疗机构相同的医保待遇政策。

第二十八条  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。

第六章  监督管理

第二十九条  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。

第三十条  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，严厉打击各类欺诈骗保行为，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。

第三十一条  建立医保基金安全防控机制，对门诊就诊次数和费用异常的，暂停门诊医保直接结算，经调查、核实后，恢复医保直接结算，确保基金安全高效、合理使用。

第七章  附则

第三十二条  自治区有关部门、各统筹地区要切实加强组织领导，建立协调机制，抓好职工医保门诊共济保障机制改革工作落实。自治区医疗保障部门会同自治区有关部门积极推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，建立政策动态调整机制，实现保障制度公平可持续发展。各统筹地区根据本办法制定具体的实施细则，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第三十三条  各统筹地区要创新宣传方式，广泛开展宣传，准确解读政策，充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第三十四条  公务员医疗补助计入职工医保个人账户办法执行原规定。

第三十五条  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，经基本医疗保险支付后，剩余部分由优抚对象医疗补助金支付。

第三十六条  本实施办法所称“三个目录”指国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、自治区基本医疗保险诊疗项目目录、自治区基本医疗保险医疗服务设施目录。本实施办法由自治区医疗保障局负责解释。

第三十七条  本办法自2024年4月26日起施行，有效期为五年。《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）同时废止。