

最近，云南省政府新闻办公室召开新闻发布会，对我省近日印发实施的《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）》进行全面解读。具体内容如下：

云南出台职工医保新政策

明确了保障对象

将在我省参加职工医保的在职职工、退休人员和灵活就业人员、新就业形态劳动者等，全部纳入保障范围，实现全覆盖。

新增了普通门诊保障

对参保人员在医保定点医疗机构门诊就医，产生符合医保规定的政策范围内医疗费用给予报销。其中：

● 社区卫生服务站等一级及以下定点医疗机构的起付线（即门槛费）为30元，报销比例60%；

● 县医院等二级定点医疗机构的起付线是60元，报销比例55%；

● 省级大医院等三级定点医疗机构的起付线是90元，报销比例50%。

如果是退休人员，报销比例再提高5个百分点，分别达到65%、60%和55%。一年最多可以报销到参保地在职职工人均年筹资总额，即6000~8000元，超过报销限额的门诊费用，按住院政策报销，保障水平还将更高。

通过差异化的报销政策，既引导参保人员在市（县）解决常见病和多发病、在社区解决头疼脑热等小病，又为门诊费用较高的老年人等群体提供更加有力的保障。

保持现行门诊保障政策连续稳定

改革实施后，现行的门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、国家医保谈判药品门诊保障、日间手术等保障政策仍然延续，待遇水平不降低，有效保障参保人

员门诊医疗服务需求。

提升个人账户使用效益

按照国家改革部署，细化个人账户管理使用措施：

一是分类优化个人账户计入办法。在继续保留职工医保个人账户的基础上，根据我省实际，针对在职和退休人员，分类调整。对在职职工个人缴纳的职工医保费，继续全部划入个人账户，以往单位缴纳职工医保费中，计入个人账户的部分调整用于门诊共济保障，主要保障参保人员普通门诊。对患病率较高、个人账户结余少的退休人员，其个人账户继续由统筹基金按定额划入，并在一定时期内保持稳定，今后将根据社会经济发展和国家改革部署，逐步调整。

二是扩大个人账户使用渠道。将参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医产生的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材产生的费用，以及参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费，纳入个人账户支付范围，提高个人账户使用效益，促进长期护理保险和商业健康保险产业发展。

三是细化个人账户转移接续措施。明确个人账户余额可以结转使用和继承。在职工医保关系转移时，因转入地无个人账户等特殊原因，个人账户余额无法转移接续的，可申请一次性清退。🏠

本刊综合