

云南省职工医保门诊共济政策现状及优化

张财锐 何美伶

云南民族大学，云南昆明，650000；

摘要：本文以云南省职工医保门诊共济政策为研究对象，通过梳理全省 17 个统筹地区的政策文本，分析了个人账户计入与使用范围、普通门诊、慢性病门诊、特殊病门诊及国家医保谈判药的待遇标准，探讨了现行政策的优化路径。研究发现，云南省在个人账户改革中逐步向退休人员倾斜，普通门诊待遇设计向基层医疗机构和退休人员倾斜，慢性病和特殊病门诊的起付标准、支付比例及限额存在地区差异。针对政策实施中的问题，本文提出完善门诊共济政策设计、合理调整门诊统筹待遇、强化医保基金监管等建议，以提升医保基金使用效率，保障职工健康权益，推动门诊共济政策的可持续发展。

关键词：职工医保；门诊共济；政策文本分析；云南省

DOI：10.69979/3029-2808.25.04.047

引言

1998 年国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，从此在全国范围内建立了社会统筹和个人账户相结合的城镇职工基本医疗保险制度，以期发挥统筹账户“保大病”，个人账户“保小病”的作用。职工医保制度有效降低了医疗费用，但个人账户存在共济性差、资金沉淀等问题，亟需建立门诊共济机制。2021 年 4 月国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本养老保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14 号）明确规定将职工医保门诊费用纳入统筹账户支付范畴，对个人账户进行改革，形成了门诊统筹的“大共济”和个人账户的“小共济”。2022 年 12 月 22 日云南省人民政府办公厅根据国务院指导意见出台《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）》（云政办规〔2021〕1 号）（以下简称《暂行办法》），此后云南省 17 个统筹地区相继出台实施细则。2024 年 9 月 1 日云南省人民政府办公厅发布《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》云政办规〔2024〕2 号（以下简称《实施办法》），对运行将近两年的门诊制度进行调整。本文对云南省 17 个统筹地区的政策文本进行梳理，分析个人账户的计入、使用范围和管理以及普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊病、国家医保谈判药的起付标准、支付比例和最高限额等，探讨优化路径，以为职工医保改革提供参考，推进云南省职工医保门诊共济向前发展。

1 资料与方法

通过搜索云南省 17 个统筹地区的人民政府、医保局的官方网站，收集、汇总各个地区职工基本医疗保险门诊共济的保障的政策文件，本文采用内容分析法，梳理 17 个统筹地区的职工医保门诊共济保障改革措施，分析各地市门诊共济的待遇标准，包括个人账户的计入办法和使用范围、普通门诊待遇、门诊慢性病待遇、门诊特殊病待遇、国家医保谈判药待遇。利用 Excel 对相关数据进行录入、整理，并进行描述性的统计分析。

2 职工医保门诊共济政策分析

2.1 个人账户计入和使用范围

2.1.1 个人账户计入标准

云南省 17 个统筹地区均明确了个人账户的计入方法，在职职工缴纳的医疗保险费用全部计入个人账户，计入的标准为本人缴费基数 2%，单位所缴纳的医疗保险费用全部划入统筹账户。对于退休人员个人账户的计入由最初的逐渐过渡到 2% 调整为由统筹基金按定额划入，具体划入额度为：70 周岁以下退休人员每月划入 106 元，70 周岁及以上退休人员每月划入 142 元，在额度划入方面向 70 岁以上退休人员倾斜，二者划入额度每月相差 36 元。由此，云南省对于职工医保个人账户的改革逐步到位。

2.1.2 个人账户的使用范围

17 个统筹地区关于个人账户使用范围统一执行省级指导文件，个人账户改革后，其保障内容发生了变化，门诊共济保障覆盖了普通门诊、门诊慢特病、国家医保谈判药、门诊急救以及日间手术。个人账户的使用范围

扩大，各地政策文件明确指出个人账户可以用于支付参保人自身及其配偶、父母、子女在定点机构发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买纳入国家医保信息平台的药品、医疗器械等由个人负担的费用，并且可以用于参保人直系亲属购买城乡居民医疗保险的个人缴费。《实施办法》发布后，对于个人账户的使用范围有所收紧，取消了个人账户用于职工大额医疗费用补助、长期护理保险以及购买商业健康保险等的个人缴费。

2.2 普通门诊待遇

表 1 云南省普通门诊待遇标准

医疗机构 级别	起付标准 (元)	报销比例 (在职)	报销比例 (退休)
一级	20	60%	70%
二级	40	55%	65%
三级	60	50%	60%

表 1 显示，云南省各州市的起付标准和支付比例按照《实施办法》规定统一执行，在设置上按照医院级别分别确定起付标准和报销比例。当前，一级医院起付标准为 20 元，报销比例为 60%，二级医院起付标准为 40 元，报销比例为 55%，三级医院起付标准为 60 元，报销比例为 50%，按次设置起付标准。待遇设计呈现出向基层和退休人员倾斜的趋势，越靠近基层，起付线越低，报销比例越高，各级医院之间的支付比例差额为 5%，起付标准差额为 20 元。对于退休人员的报销比例，在原有退休人员比在职人员支付比例高 5 个百分点的基础上再提升 5 个百分点，报销比例最高可达 70%。对于封顶

线的设置，最新的《实施办法》中规定普通门诊统筹基金年度最高支付限额全省统一为 6000 元，统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算，改变了各州市自行设定最高支付限额的规定。

2.3 慢性病门诊待遇

在慢性病保障上，云南省各州市职工门诊慢性病病种统一执行省级规定的病种，现行病种共有 25 种。各州市慢性病起付标准在 0-500 元之间，大多数起付线为 300 元，曲靖市不设起付线，保山市的起付线最高为 500 元。在起付标准上，向 70 岁以上退休人员倾斜，昭通、文山、临沧、保山四地规定，70 岁以上退休人员起付标准减半。在支付比例上，大部分州市的报销比例为 80%，红河报销比例最高为 90%，楚雄、德宏两州在支付比例上向退休人员倾斜，支付比例比在职人员高 5 个百分点。在支付限额上，9 个州市的单病种限额为 2000 元，玉溪、文山、保山、迪庆、丽江 5 州市单病种限额为 3000 元，普洱市限额为 2500，各地限额有所不同。在限额增加方面，大多数州市每增加一种慢性病，支付额度提升 1000 元，红河、普洱的提升额为 500 元，保山未详细说明。在总支付额度上，全省除红河（3000 元）、保山（4000 元）的支付额度外，都是 5000 元，门诊慢性病年度支付限额不与住院合并计算。大理的政策相对特殊，在支付比例方面是按照就诊医疗机构住院报销比例执行，患一种、两种、三种、四种及以上慢性病的，一个自然年度内累计支付限额分别为 2400 元、3600 元、4200 元、5000 元，年度最高支付限额总额不超过 5000 元。

表 2：各州市慢性病起付标准、支付比例、限额一览表（单位：元）

州市	起付标准 (70 岁以下/70 岁及以上)	支付比例 (在职/退休)	单病种 限额	限额增加 幅度	累计限额
保山	500/250	80%/-	3000	-	4000
红河	400/-	90%/-	2000	500	3000
文山	300/150	80%/-	3000	1000	5000
临沧	300/150	80%/-	2000	1000	5000
昭通	300/150	85%/-	2000	1000	5000
丽江、玉溪	300/-	80%/-	3000	1000	5000
普洱	300/-	80%/-	2500	500	5000
省本级、昆明 怒江、西双版纳	300/-	80%/-	2000	1000	5000
楚雄	300/-	85%/90%	2000	1000	5000
迪庆	300/-	90%/-	3000	1000	5000
德宏	200/-	80%/85%	2000	1000	5000
曲靖	0/-	80%/-	2000	1000	5000
大理	300/-	住院报销比例	-	-	5000

2.4 门诊特殊病待遇

表 3：云南省各州市门诊特殊病、国家谈判药起付线（单位：元）

	省 本 级	西 双 版 纳	保 山	楚 雄	大 理	德 宏	迪 庆	红 河	昆 明	丽 江	临 沧	怒 江	普 洱	曲 靖	文 山	玉 溪	昭 通
特殊病起付线	880	800	500	600	800	800	0	800	880	800	1200	600	800	600	400	800	500
国家谈判药起 付线	880	800	800	800	700	800	800	800	1200	800	1200	600	800	600	400	800	500

云南省门诊特殊病的起付线在 0-1200 之间，迪庆州不设置起付线，临沧市最高为 1200 元，其中昭通、临沧、保山 70 岁以上人群起付线减半，医疗资源向老年人口倾斜，每年度起付一次且不与住院起付标准合并计算（详情见表 3）。省本级、文山、德宏、迪庆四个统筹地区不再单设病种起付线，昆明等 11 个统筹地区对于慢性肾功能衰竭、重性精神病病种不设起付线，且统筹账户以 90%的比例进行支付。楚雄增加了不设起付线的病种，除了慢性肾功能衰竭、重性精神病，还增加了恶性肿瘤、器官移植术后抗排异治疗、血友病病种。临沧对精神类疾病进行了详细划分，划分后的精神类疾病不再设起付线，保山市增加了一类不设起付线的病种（严重精神障碍）。对于统筹账户的支付比例，文山、普洱统一以 90%的比例进行支付，其他统筹地区除单列的特殊病种外均按照就诊定点医院机构住院支付比例执行，年度最高支付限额与住院最高支付限额合并计算。

2.5 国家谈判药待遇

各统筹地区国家医保谈判药起付线在 400-1200 元之间，文山最低为 400 元，昆明和临沧最高为 1200 元，文山和保山对 70 岁以上老年人给予政策优惠，实行起付线减半，减半后起付线分别为 200 元、400 元，具体情况见表 3。各地区每一种谈判药起付线一年起付一次，大部分地区国家医保谈判药起付标准同特殊病起付线一致。统筹账户支付比例方面，文山和普洱不区分医疗机构级别，统筹基金统一按照 90%的比例支付，其余统筹地区按照就诊定点医院住院支付比例执行，最高支付限额同住院年度住院最高支付限额合并计算。

3 讨论与建议

3.1 逐步完善门诊共济政策设计

门诊共济政策在实施过程中，针对参保人反映最多的就是起付标准不合理、报销比例不高、报销范围过窄等问题，医保部门应当遵循“尽力而为、量力而行”的

原则，完善门诊共济政策。在确保医保基金安全的前提下，逐步扩大个人账户使用范围，提高个人账户的使用效率，减轻患者负担，满足参保人及其家庭对健康发展的需求。加快探索门诊药店纳入门诊共济政策保障范围的步伐，提升参保人就医购药的便利性、可及性，减轻参保人在门诊诊疗方面的负担。优化门诊共济政策操作流程，解决参保人在操作过程中流程烦琐问题，简化操作流程将更加方便快捷地帮助使用人更加方便、快捷地完成医疗费用的结算和报销，从而扩大政策的覆盖面和受益人群，促进政策的普及和推广。

3.2 合理调整门诊统筹待遇

一是探索多种筹资方式，稳步提高门诊统筹待遇。增加国家财政对医保基金的投入，完善医保基金的管理和运作，调整个人的医保缴费比例及方式，在合理范围内适当提高单位缴费比例，改革个人账户，完善职工医保退休政策。二是探索基层医疗机构与门诊统筹协调发展的模式。应当通过逐步降低基层医疗机构的起付标准、提高报销比例及支付限额，将基层医疗机构与三级医疗机构首诊待遇拉开明显差距，引导基层首诊，促进双向转诊。通过政策引导推动基层医疗机构快速发展，为基层医疗机构提供发展资金，完善基层医疗机构硬件设施，建设基层医疗人才队伍，提升基层医疗机构服务能力，最终达到基层首诊、分级诊疗的效果，形成良性循环。

3.3 加强医保基金监管力度

针对当前存在骗保行为，应当运用监管系统和大数据平台对医疗行为进行全过程监管，智能科技手段将提高监管的效率和准确性，加大医疗服务的透明性和质量，保障患者权益及医保基金的安全，更好地完成医保稽核工作。同时要加强多部门的合作，建立多层次地监管体系，除了依靠医保部门日常监督以外，还要发挥新闻媒体及第三方监管机构的作用，促使医疗机构自律，规范医疗行为。其次，要加快完善法律法规，明确规定医疗

监管的具体内容和依据,包括医疗行为的规范、医疗费用的标准等,为监督管理机构提供明确的指导与依据。最后,要加强宣传力度,提高参保人的防范意识,减少医疗欺诈行为的发生,共同保障医保基金安全。

参考文献

- [1] 胡芳芳,秦文哲,赵燕,李梦华,张萧红,李蕾,杨海峰,徐凌忠. 职工医保门诊共济保障机制改革的思考[J]. 中国卫生经济,2023,42(03):14-16+34.
- [2] 叶明辉. 职工医保门诊共济保障改革及分级诊疗制度建设探究[J]. 就业与保障,2023,(01):85-87.
- [3] 付晓光, et al. 职工医保门诊统筹待遇设计现状与

启示."中国卫生经济 42.12(2023):21-22+120.

- [4] 姜文娟, 郭娟&吕伊然. (2024). 山东省职工医保门诊共济政策现状分析及优化. 中国初级卫生保健(02), 12

- [5] 胡芳芳,秦文哲,赵燕,李梦华,张萧红,李蕾,杨海峰,徐凌忠. 职工医保门诊共济保障机制改革的思考[J]. 中国卫生经济,2023,42(03):14-16+34.

- [6] 新华网, 中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定, http://www.xinhuanet.com/politics/2019-11/05/c_1125195786.htm