

来源：吉网

中国吉林网记者从省医保局获悉，为进一步健全完善省直城镇职工医疗保障制度体系，合理均衡各类省直参保人员的医保待遇，建立更加完善的待遇保障链条，提高职工医保资金使用效能，日前，省医疗保障局、省财政厅联合出台了《关于调整省直城镇职工医疗保障相关政策的通知》（以下简称《通知》）。

本次政策调整，主要新增普通门诊统筹和门诊慢性疾病保障政策，扩大门诊特殊疾病保障范围，提高住院基金年度累计最高支付限额至70万元，建立了重大疾病保障待遇制度。

7月1日起，省直参保人员门诊就医购药，可按规定享受门诊统筹、门诊慢性疾病、门诊特殊疾病、门诊公务员医疗补助政策；住院治疗时除普通疾病保障待遇外，对39种采用临床路径单病种管理方式治疗的重大疾病，可享受支付比例提高五个百分点的待遇。

本次政策调整，取消了原门诊公务员补助待遇享受需个人账户余额为零的限制；取消公补药店、一级及以下定点医疗机构门诊公补服务。扩大了个人账户适用范围；调整缴费年限政策，明确实际缴费年限为职工在我省境内实际缴费的年限；调整保健对象政策，享受保健对象医疗保障待遇人员，待遇提高部分由保健对象医疗补贴资金支付。

新增了待遇激励机制，普通门诊统筹未使用限额可调剂至当年门诊慢病使用；当年未使用的普通门诊统筹待遇限额，可按20%折算，结转至下一年度合并累计使用，结转额度限结转当年使用；参保人员连续3年未享受省直医保住院待遇，再次住院时，当次住院省直医保统筹基金支付比例提高3%。

中国吉林网 吉刻APP 记者 越明

编辑：赵新 吉网新闻热线：0431-82902222