

# 上海外包临时工的闵行劳务派遣 劳务外包有限公司

|      |  |
|------|--|
| 产品名称 | 上海外包临时工的闵行劳务派遣<br>劳务外包有限公司               |
| 公司名称 | 协卓企业管理（上海）有限公司                           |
| 价格   | 200.00/天                                 |
| 规格参数 | 闵行劳务派遣:网点多，覆盖范围广<br>劳务派遣:经验足<br>闵行:辐射长三角 |
| 公司地址 | 上海浦东兰嵩路555号森兰美伦A座507                     |
| 联系电话 | 021-31663697 18964356869                 |

## 产品详情

医保局正式通知：2022年起，医保待遇调整，个人账户余额变少.....

近期，很多省市接连出台了医疗门诊共济制度，51酱在后台也收到很多的提问：

什么是医疗门诊共济？

哪些省市开始执行医疗门诊共济制度？

医疗门诊共济制度执行后有哪些好处？

，51酱给大家带来详细解答~

什么是医疗门诊共济制度？

先来说说什么是门诊共济？

所谓门诊共济，是指职工医保参保人员的门诊费，以前主要通过个人账户的方式来保障，现在是通过共济保障，也就是通过统筹来报销。

共济保障革新的明显特征是，原来从统筹基金划入个人账户的一部分资金不再划入，而是留在统筹基金

共济使用，把大家的钱放在一起，给发生风险事件(疾病)的人用，共同抵御疾病风险。

参保职工个人账户可关联给配偶、父母、子女使用，用于支付在定点医药机构门诊就医购药产生的由个人负担的费用。

那职工医保门诊共济保障机制的“共济”指的是什么？

职工医保基金分两大块：一是统筹基金，就是医保基金“大池子”；二是个人账户，就是“医保卡里的钱”。

这次革新可概括为一大、一小两个“共济”。

“大共济”就是建立门诊共济保障机制，通过统筹基金报销职工符合要求的普通门诊费用，实现全体参保职工之间的共济保障；“小共济”就是家庭共济，即个人账户可用于支付职工本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医时发生的药品、医疗器械等费用及参加居民医保等的个人缴费，实现家庭成员之间的共济保障。

门诊共济全国各省落地情况大盘点

据不完全统计，截止目前，已有31个省市发文建立健全了当地职工医保门诊共济保障机制。

从公开信息看，各省份根据自身实际情况，细化方案措施，在具体实施细节上有所区别。通过梳理可以把各地落地情况归为以下几点：

一是门诊统筹均以方案规定支付比例50%起步

但因各统筹区经济社会发展水平不同，门诊统筹支付比例、起付标准和高支付限额存在差异。

大部分地区统筹支付比例从50%起步：

如河北、山西、辽宁、吉林、黑龙江、海南、广东、四川、云南等；

支付比例从60%起步的；

如江苏、浙江、湖南、西藏等；

支付比例从70%起步的：

如北京、上海；

支付比例从75%起步的：

如福建。

其次，起付标准的不同，大体分为两类：

一类是以一个自然年度内起付标准累计超过指定金额：

如江西省规定，一个自然年度内，普通门诊统筹的起付线为600元；

一类是自然年度内按定点医疗机构级别设置起付标准

如云南省规定，自然年度内参保人员每次普通门诊就诊，政策范围内费用统筹基金起付标准：一级及以下定点医疗机构(含村卫生室、社区卫生服务站等)30元，二级定点医疗机构60元，三级定点医疗机构90元。

值得注意的是，部分省份普通门诊待遇不设起付标准，如青海省。

因各地门诊高支付限额差异较大。

二是支持分级诊疗制度实施，按定点医疗机构级别设置起付标准和差别化支付比例

以海南省为例：

一级及以下定点医疗机构，统筹基金支付比例为70%；

二级定点医疗机构统筹基金支付比例为60%；

三级定点医疗机构统筹基金支付比例为50%。

三是待遇支付向退休人员均有不同程度倾斜

其中大部分地区规定退休人员的支付比例提高5个百分点，比如：

黑龙江省规定，退休人员按医疗机构级别相应提高5个百分点，按医疗机构级别基金支付比例不低于55%；

浙江省规定，退休人员起付线减半执行、报销比例提高5个百分点；

山东省规定，待遇支付适当向退休人员倾斜，按照平均高于在职职工5个百分点确定。

四是保障范围存在差异

从公开信息看，在保障类别上，有慢性病、特殊病的门诊保障以及普通门诊保障，而即使在开展慢病和特殊病保障的地区，具体的病种选择也有很大差异。

在保障水平上，具体病种的支付比例或是普通门诊保障的费用支付比例也存在差异，如有些地区是以高血压、糖尿病的慢性病种保障为主，但是部分经济发展程度较高的地方早已实现了普通门诊的费用保障，而有的地区正在逐步向普通门诊过度。

五是各地在职职工个人账户比例调整的部分基本与方案保持一致

在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

总的来说，各地职工医保门诊共济政策在落地过程中均以中央整体规划为参照，结合自身实际情况平稳推进政策落地实施。

有人担心，门诊共济保障机制落地实施后单位缴费不再划入个人账户，个人账户新计入的减少会不会意味着保障功能降低。

虽然个人账户的“小池子”输入少了，但就现目前来看，医疗门诊共济制度优化了资源配置，将更有力保障参保人及家人身体健康，主要可提现为以下两点：

## 一、门诊就医可报销，小病也有保障

过去，我国的职工基本医保制度以保住院为重心，住院的医保报销比例较高，但门诊费用除了门诊慢性病、特殊疾病等特定病种纳入医保统筹基金报销外，其他普通门诊医疗费用只能通过个人账户支付。

职工基本医保门诊共济保障制度将参保人员符合规定的普通门诊医疗费用纳入医保统筹基金保障，扩大门诊报销范围，“普通门诊费报不了”成为了历史。

此外，门诊报销范围的扩大又助推分级诊疗制度建设。

过去的医保制度在住院方面带有一种逆向调节的作用，出现“小病大养”“求住院”等怪象，既降低了医保基金使用效益，也浪费了高端医疗资源。

## 二、个人账户支付范围扩大

一是参保人可与配偶、父母、子女共同使用个人账户支付政策规定范围内的相关费用；

二是除了支付符合医保政策规定内由个人负担的费用外，逐步探索个人账户用于参加城乡居民医疗保险、购买与基本医保紧密衔接的普惠性短期商业健康保险。