

（二）在提升统筹待遇方面

1. 大幅提高职工医保门诊待遇水平。

（1）门诊报销金额更多了。以2023年普通门诊最高报销限额为例，在职职工约为7,200元/年，比改革前提高3,600元；退休人员约为10,100元/年，比改革前提高6,500元。

（2）门诊报销范围更广了。普通门诊统筹可以报销的诊疗项目、医用耗材范围扩大，与住院一致，如市民关注的CT检查、血管彩色多普勒超声检查等已纳入普通门诊统筹支付范围。

（3）门诊报销比例更高了。普通门诊医保报销比例提高了5~25个百分点。

2. 住院待遇水平提升了。

一、二、三级定点医疗机构住院起付标准分别调整为250元、500元、1,000元，与改革前相比，在职职工降低了150~400元，退休人员降低了30~120元。

3. 就医更便捷。

（1）在原来选择“1大点1小点”的基础上，新增1家中医选点。

（2）门诊选点无需先“小点”后“大点”。

六、少数退休参保人反映，因身体多病门诊医疗费用较高，每月个人账户少了，负担更重？

答：并不是的，我们通过对比表和具体案例来看看。

（一）退休人员个人账户改革前后待遇对比表

对比项目	改革后	改革前
个人账户划入	160.42元/月	484.32元/月
门诊报销额度	约为10,100元/年	300元/月，且不累计，不滚存
门诊报销范围	与住院一致，CT检查、MRI检查、胃肠镜检查、治疗项目均纳入报销范围	CT检查、MRI检查、胃肠镜检查、治疗项目均不在报销范围
“小点”报销比例	85%	80%
“大点”报销比例	70%	转诊前：45% 转诊后：55%
一类门诊特定病种（如高血压、糖尿病）非基层医院报销比例	70%	65%

对比项目	改革后	改革前
住院起付标准	一级医院：250元 二级医院：500元 三级医院：1,000元	一级医院：280元 二级医院：560元 三级医院：1,120元
门诊选点数量	3个：大点、小点、中医	2个：大点、小点
“小点”就医自负费用比较	当月度可报销医疗费用低于1,069.47元（160.42元/15%）时，个人自付费用可由改革后的个人账户资金全额承担，个人无需另行支付现金。	当月度可报销医疗费用低于784.32元（月度限额300元+484.32元）时，个人自付费用才能由改革前的个人账户资金全额承担，个人无需另行支付现金，如高于784.32元，个人需另行支付相应现金。
“大点”就医自负费用比较	当月度可报销医疗费用低于534.73元（160.42元/30%）时，个人自付费用可由改革后的个人账户资金全额承担，个人无需另行支付现金。当月度可报销医疗费用高于891.29元时，改革后个人需另行支付的现金将少于改革前。	当月度可报销医疗费用低于784.32元（月度限额300元+484.32元）时，个人自付费用能由改革前的个人账户资金全额承担，个人无需另行支付现金。当月度可报销医疗费用高于891.29元时，改革前个人需另行支付的现金将多于改革后。另外，改革前的报销目录远小于改革后，如果出现CT检查等项目，个人实际需自负更多费用。

（二）具体案例

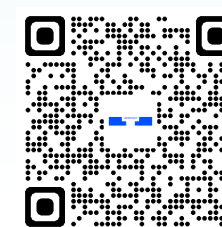
王女士，68岁，退休人员。10月10日因头晕在选定的门诊大点就医，并做了MRI检查（672元），总医疗费用为1,022.58元。

旧政策：因其进行的MRI检查不属于原本市普通门诊目录，需参保人自负，其他费用共计350.58元纳入支付范围，按照门诊大点45%（未转诊）的报销比例计算，医保可报销157.76元，王女士需要自负864.82元，改革前的个人账户每月484元，即使王女士用光当月的个人账户资金后，自己也需要出380.82元。

新政策：12月1日之后，因扩大了普通门诊报销范围，原不予支付的MRI检查费用按规定纳入医保支付范围，退休人员在“大点”的报销比例也上升为70%，且无300元月度门诊报销限制，最终医保可记账762元，算上改革后的当月的个人账户资金160元，王女士自己仅需要出146.77元，大幅度降低参保人员就医负担。



国家门诊共济政策解读



广东省门诊共济政策解读



国家、广东省、广州市门诊共济改革政策文件



广州医保个人账户改革新变化



一、什么是医疗保险？医疗保险有什么特点？

答：医疗保险是指按照保险原则筹集资金解决老百姓看病、治病费用问题而建立的保险制度。其实就是单位和个人共同筹集保费，形成医保基金，用来报销大家患病就医时发生的医疗费用，防止“因病致贫”。

医疗保险主要有以下特点：

一是医保的本质是保险，是通过筹资让大家共担患病特别是大病的费用风险，是通过报销医疗费用减轻病患经济负担；医保不是发补贴，如果把筹集的资金再次分发给大家，就失去了保险的意义。

二是医保的原则是共同承担，医保筹资缴费由单位和个人共同承担；医保不是免费医疗，患者的医疗费用由医保和本人共同承担。

三是医保重点保大病，适度保小病，最终目的还是为了让广大老百姓能看得起病。越大病，医保报销比例越高，如大额医疗费用补助的报销比例高达95%。

四是医保对于退休人员有政策倾斜。年限够了的退休人员不仅无需缴费，还从统筹基金划拨个人账户资金，且其医保报销比例及报销额度均比在职人员的要高。

二、职工医保基金的来源？退休人员个人账户资金的来源是什么？

答：职工医保基金主要来源于单位和在职职工的缴费，其中单位缴的那部分费用是大头，所有单位缴的保费集中放在一个基金池，就是咱们常讲的统筹基金；职工个人缴的那部分费用全部划入了自己的个人账户。

年限够了的退休人员是不用缴费的，退休人员的个人账户资金，是由统筹基金划拨的。

三、医保待遇主要有哪些？个人账户的主要用途是什么？

答：简单讲，医保待遇主要有两个方面，住院待遇和门诊待遇。医保实行统筹基金与个人账户相结合的模式，来保障广大参保人的医疗需求。

在医保制度建立初期，实行“统筹基金管大病住院、个人账户管小病门诊”的格局。大病住院的医疗费用高，群众难以承担，所以由统筹基金进行报销；门诊看病的医疗费用不高，个人承担得起，所以由个人账户

资金支付，当个人账户资金用完时，就需自己全额负担。个人账户在医保制度建立的初期发挥了积极作用，和统筹基金共同保障了人民群众看病就医。

四、现在为什么要改革个人账户？

答：（一）现在的门诊医疗费用越来越高

随着医疗水平的发展，越来越多疾病的检查及治疗都要在门诊进行，比如CT检查、胃肠镜治疗等，门诊医疗费用自然也越来越高，个人账户对门诊医疗费保障越来越难以满足门诊就医需求，少部分年老、体弱的人群个人账户使用完后，门诊医疗费用需全额负担，个人负担沉重。

（二）改革前的个人账户无法发挥医保的互助共济功能

个人账户的资金，均由参保人各自使用，疾病少的，积累结余较多，资金躺在个人账户里睡大觉，发挥不了医保的互助共济作用；而真正多病、重病的，个人账户资金又远不够用，门诊医疗费用需自己承担，个人负担较重。个人账户保障功能不足、共济性不够、减轻负担效果不明显等问题就越来越凸显。

（三）原来的普通门诊统筹待遇不高

广州一直在探索如何减轻门诊医疗费用负担的问题，先后建立了放化疗等门诊特定项目及高血压、糖尿病等慢性病待遇保障制度；2009年，广州通过减少统筹基金划入个人账户比例（减少了1个百分点），逐步建立并完善了普通门诊统筹待遇制度，在一定程度上保障了广州医保参保人的门诊医疗需求，但是仍存在普通门诊统筹待遇不高等问题。

（四）国家、省要求改革职工医保个人账户

为更好解决职工医保参保人门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，国务院分别于2020年和2021年对个人账户改革作了布置，《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》强调“改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制”，《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》明确“改进个人账户计入办法。退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据本意见实施改革当年基本养老金平均水平的2%左右。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇”。广东省政府办公厅于2021年12月31日印发了

《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》，要求省内各地市应于2022年完成门诊共济保障改革。

五、广州市是如何进行个人账户改革的？

答：医保个人账户改革是大势所趋，也是全国、全省统一要求的，不仅仅是广州在改，全国各地都在改，省内各地市均于2022年12月1日前完成改革。另外，医保基金是救命钱，应用在患病参保人的医疗费用报销上，广州在按照省规定调整划入个人账户比例的同时，将增加的统筹基金用于提高统筹待遇。

（一）在个人账户划入方面

广州严格执行《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》（粤府办〔2021〕56号）规定，退休人员个人账户月划入额度为2021年各地市基本养老金月平均金额的2.8%，即广州市退休人员个人账户月划入金额为169.08元（扣除长护险金额8.66元，实际划入160.42元），比北京高59~69元，比上海高11~29元。广州市个人账户的划入金额，无论是改革前还是改革后，均属于全国前列。