# 2024年个人账户制要来了(3篇)

来源：网络 作者：清风徐来 更新时间：2024-07-15

*无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。范文书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇范文呢？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。个人账户制要来了篇一本次门诊...*

无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。范文书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇范文呢？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

**个人账户制要来了篇一**

本次门诊共济改革，国家统一了个人账户计入办法，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;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。以当地平均养老金5000元计算，划入资金即100元。

那减少划拨到个人账户里的资金去了哪里?当然“肥水不流外人田”，它们是去了统筹基金池，使大共济的基金池进一步扩大。而这部分钱也不会白白过去，改革文件中已经明确要求地方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。

举个例子会让大家更直观的明白这其中的逻辑：以广州的全麻胃肠镜治疗为例，总费用是1100元左右，在新政实施之前，只能对其中的药品费用进行报销，报销金额约200元，个人需要负担900元左右;新政实施之后，全部项目均纳入报销范围，以退休职工报销比例计算，可医保报销770多元，个人仅需负担330元左右，个人负担减少了6成多，负担比例大幅下降。

其实，随着本次门诊共济改革的落地实施，参保人会在今后的看病就医中逐渐感受到：报销范围扩大了，门诊报销比例提高了，可选择的定点医院增加了，门诊看病就医花钱更少了……当然，这些变化只有参保人因病就医时才能体会到，与眼前明显的个人账户资金减少来说，确实有一定滞后性，可能会给大家带来一些“吃亏”的错觉。

但我们要相信，医保作为一项重大民生保障制度，其改革不管以何种方式，都是为了更好地为参保人提供保障。而且，改革尚在进行中，现在去下是非论断其实在为时过早，对于现在此起彼伏的各方声音，何不静观其变，“让子弹飞一会”，待一切尘埃落定，相信每个人心中都会有了对这场改革的最终评判。

个人账户制要来了篇二

时间回溯到2024年4月，国务院办公厅出台《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》(以下简称《意见》)，在全国范围内部署门诊共济保障制度改革。

文件中的“共济”对很多人来说是一个陌生的字眼，但它确实这次改革的核心。所谓“共济”，意思是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。而本次改革的“共济”有两个层面：一个是“大共济”，就是发挥统筹基金在全体职工参保人群中的共济作用，通过建立门诊共济保障机制，进一步提高参保职工的门诊保障水平，让其门诊医疗费用能够获得更多报销;一个是“小共济”，就是让原本只能让职工一个人使用的“个人账户”，在其家庭范围内实施共济保障，让参保职工的个人账户可以由配偶、子女、父母共同使用，让这部分资金被更好地使用起来。

“小共济”的实现其实并不难，目前多数地区的现行医保制度和系统稍加改造即可实现。真正“难啃的骨头”是“大共济”。经过多方论证、谨慎考量后，最终呈现给全社会的，就是2024年4月出台的《意见》，明确“单位医保缴费的30%不再计入在职职工个人账户，全部被计入医保统筹基金。”而这也是导致个人账户现金“缩水”，并引发部分人群不安的主要因素。

那么，这场改革真的让参保人吃亏了吗?在下结论之前，让我们再来了解这次改革的另外一个关键词：权益置换。

通俗一点来解释，“权益置换”的意思就是：改革后，因为单位缴纳的基本医疗保险费不再计入在职职工的个人账户，所以医保个人账户的规模将缩小，统筹基金规模将增加，而这部分增加的资金就会用来实现我们前面所说的“大共济”，也就是全面提高职工医保的门诊待遇。

《意见》提出，建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制，在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，政策范围内支付比例从50%起步。

总结来说，这场改革就是在保障不增加企业与个人缴费负担的前提下，通过重新划分医保基金的使用方式，最终达到提高参保人医保待遇的目的，更好地发挥医保基金的最大效能。

个人账户制要来了篇三

职工医保“个人账户改革”涉及3亿多职工医保参保人、上万亿医保资金，是“医保史上最大改革”。下面是小编给大家整理的个人账户改革这么难为什么还要坚持改，希望大家喜欢!

这场改革几乎可以说是最具有必要性的医保改革。医保基金可持续发展需要，深化医药卫生体制改革需要，3亿多职工医保参保人，最为需要。

虽然个人账户在我国过去二十多年的医保制度里一直存在，也为参保人的医疗保障做出了很大贡献。但世易时移，随着我国社会的不断发展以及医保制度体系的不断完善，原有的个人账户管理制度模式的弊端日益显现：个人账户资金使用范围偏窄，使用效率不高，导致这部分资金没办法被好好利用;个人账户资金有限，随着当下慢性病患病人群不断增多，对于门诊看病就医的保障愈发显得“捉襟见肘”……

数据可以更直观的反应问题。据国家医保局统计公报显示，截至2024年底，全国职工医保基金累计结存2.9万亿元，其中个人账户累计结存达1.2万亿元，占比超过四成。一方面是大量的资金结余，未发挥其作用;另一方面是大部分地区普通门诊保障能力不足。因此，亟需通过改革让这部分资金发挥更大效能，提高参保人的门诊保障能力。

改革之前，大部分地方职工医保的普通门诊费用医保统筹基金是不能报销的，通过个人账户的方式，用于参保人门诊就医的费用。为了尽可能多的提高就医待遇，各地个人账户划入资金就相对较高。

本次门诊共济改革，国家统一了个人账户计入办法，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;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。以当地平均养老金5000元计算，划入资金即100元。

那减少划拨到个人账户里的资金去了哪里?当然“肥水不流外人田”，它们是去了统筹基金池，使大共济的基金池进一步扩大。而这部分钱也不会白白过去，改革文件中已经明确要求地方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。

举个例子会让大家更直观的明白这其中的逻辑：以广州的全麻胃肠镜治疗为例，总费用是1100元左右，在新政实施之前，只能对其中的药品费用进行报销，报销金额约200元，个人需要负担900元左右;新政实施之后，全部项目均纳入报销范围，以退休职工报销比例计算，可医保报销770多元，个人仅需负担330元左右，个人负担减少了6成多，负担比例大幅下降。

其实，随着本次门诊共济改革的落地实施，参保人会在今后的看病就医中逐渐感受到：报销范围扩大了，门诊报销比例提高了，可选择的定点医院增加了，门诊看病就医花钱更少了……当然，这些变化只有参保人因病就医时才能体会到，与眼前明显的个人账户资金减少来说，确实有一定滞后性，可能会给大家带来一些“吃亏”的错觉。

但我们要相信，医保作为一项重大民生保障制度，其改革不管以何种方式，都是为了更好地为参保人提供保障。而且，改革尚在进行中，现在去下是非论断其实在为时过早，对于现在此起彼伏的各方声音，何不静观其变，“让子弹飞一会”，待一切尘埃落定，相信每个人心中都会有了对这场改革的最终评判。

时间回溯到2024年4月，国务院办公厅出台《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》(以下简称《意见》)，在全国范围内部署门诊共济保障制度改革。

文件中的“共济”对很多人来说是一个陌生的字眼，但它确实这次改革的核心。所谓“共济”，意思是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。而本次改革的“共济”有两个层面：一个是“大共济”，就是发挥统筹基金在全体职工参保人群中的共济作用，通过建立门诊共济保障机制，进一步提高参保职工的门诊保障水平，让其门诊医疗费用能够获得更多报销;一个是“小共济”，就是让原本只能让职工一个人使用的“个人账户”，在其家庭范围内实施共济保障，让参保职工的个人账户可以由配偶、子女、父母共同使用，让这部分资金被更好地使用起来。

“小共济”的实现其实并不难，目前多数地区的现行医保制度和系统稍加改造即可实现。真正“难啃的骨头”是“大共济”。经过多方论证、谨慎考量后，最终呈现给全社会的，就是2024年4月出台的《意见》，明确“单位医保缴费的30%不再计入在职职工个人账户，全部被计入医保统筹基金。”而这也是导致个人账户现金“缩水”，并引发部分人群不安的主要因素。

那么，这场改革真的让参保人吃亏了吗?在下结论之前，让我们再来了解这次改革的另外一个关键词：权益置换。

通俗一点来解释，“权益置换”的意思就是：改革后，因为单位缴纳的基本医疗保险费不再计入在职职工的个人账户，所以医保个人账户的规模将缩小，统筹基金规模将增加，而这部分增加的资金就会用来实现我们前面所说的“大共济”，也就是全面提高职工医保的门诊待遇。

《意见》提出，建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制，在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，政策范围内支付比例从50%起步。

总结来说，这场改革就是在保障不增加企业与个人缴费负担的前提下，通过重新划分医保基金的使用方式，最终达到提高参保人医保待遇的目的，更好地发挥医保基金的最大效能。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找