

国家医保局:从未规定单次住院不得超15天

新快报讯 4月11日,国家医保局举行的新闻发布会上,国家医保局有关负责人表示,截至2023年底,基本医疗保险参保人数约13.34亿人,参保覆盖面稳定在95%以上。居民医保参保规模与2023年同期基本持平,没有出现所谓的“退保潮”。2023年医保基金运行总体平稳,统筹基金实现合理结余。



2023年医保统计快报

截至2023年底,基本医疗保险参保人数约13.34亿人,参保覆盖面稳定在95%以上,参保质量持续提升。2023年,基本医疗保险基金(含生育保险)总收入、总支出分别为3.33万亿元、2.81万亿元。

新版国家医保药品目录新增126种药品,收载西药和中成药共3088种,其中,西药1698种,中成药1390种,另含中药饮片892种。

■市民在医院药房排队取药。
新华社(资料图)

基金概况 | 医疗支出刚性增加将持续存在

2023年,基本医疗保险统筹基金(含生育保险)总收入2.7万亿元,总支出2.2万亿元,统筹基金当期结余5000亿元,统筹基金累计结余3.4万亿元。其中,职工医保统筹基金累计结余2.6万亿元,资金量看上去不少,但因为要用于保障退休职工的保障问题,需要保持合理规模;居民医保统筹基金累计结余7600多亿元,仍处于紧平衡状态。

基金支出方面,有关负责人介绍,职工和居民基本医保基金支出同比分别增长16.9%和12.4%,一方面,反映出医保进一步保障了参保群众的医保待遇享受和定点医药机构的基金支付。参保群众就医需求更有保障,2023年,全国门诊和住院结算82.47亿人次,同比增长27%。另一方面医疗保障

范围进一步扩大,很多新药好药新技术相继纳入医保目录,仅2023年有126种药品新纳入医保目录,同时医疗保障服务更加便捷,年内跨省直接结算1.3亿人次。

需要说明的是,随着人口老龄化程度加深和职工在职退休比下降等,对医疗支出刚性增加会持续存在。比如,年医疗卫生机构就诊次数已经从2006年的44.6亿增长到2022年的84.16亿人次,卫生总费用从2006年9800多亿元,增加到2022年8.5万亿元,人均卫生费用也达到了6044元。这些变化既是人口结构变化带来的结果,也是经济社会的进步和物价水平提高带来的结果,需要医保部门持续深化支付方式改革,合理控制费用增速和住院率等,确保基金平稳运行。

使用范围 | 扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围

2023年,职工个人账户支出范围扩大,可用于家庭成员共同使用,另一方面,门诊医药费用纳入基金报销范围后,参保职工可以享受到更好的门诊保障待遇。2023年,3.26亿人次享受职工医保门诊待遇,个人账户支出同比增长7.9%。

国家医保局医疗保障事业管理中心副主任隆学文介绍,2024年将扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围,让更多的门诊慢特病患者能享受异地直接结算。今年将在现有5种门诊慢特病跨省直接结算

基础上,进一步增加3至5种覆盖人群多、药物治疗为主、待遇差异小的门诊慢特病病种。

“除了扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围外,今年将进一步扩大跨省联网定点医院的范围。”隆学文介绍,2023年,跨省联网定点医药机构达到55.04万家,比2022年底增长了68.37%。

此外,跨省异地就医直接结算服务还将在就医地管理、异地就医结算监测等方面提质增效。

支付改革 | 推行DRG/DIP支付方式不是简单“控费”

国家医保局医药服务管理司司长黄心宇介绍,到2023年底,全国超九成统筹地区已经开展DRG(按疾病诊断相关分组付费)/DIP(按病种分值付费)支付方式改革,改革地区住院医保基金按项目付费占比下降到四分之一左右。

“医保支付方式是医保经办机构向医疗机构支付费用的具体方式,如按项目付费、按病种付费、按床日付费等,不同支付方式对临床诊疗行为有不同的引导作用。”黄心宇说。

据介绍,传统上医保基金采取按项目付费的方式,先确定药品、耗材、医疗服务项目的范围和报销比例,再将应由医保报销部分的费用直接支付给医疗机构。这种方式虽然简单便捷,但容易诱发医疗费用过快增长、“过度医疗”屡禁不绝、医务人员劳动价值没有充分体现等问题。

“DRG和DIP都是按病种付费的具

体形式,其目的是将复杂的临床诊疗尽可能标准化,实现相同的病种之间可比较、可评价,医保支付与医疗机构收入都有合理的预期。”黄心宇介绍,DRG/DIP的病种支付标准是以历史费用数据为基础,运用大数据方法科学测算得出,并随经济社会发展、物价水平变动等适时提高。

为支持临床新技术应用、保障重病患者充分治疗,支付方式改革中还引入了符合条件的新药、新技术可不纳入病种支付标准的“除外支付”规则。

对于少数医疗机构将医保支付标准的“均值”变“限额”,以“医保额度到了”的理由强行要求患者出院、转院或自费住院的情况,黄心宇表示,国家医保部门从未出台“单次住院不超过15天”之类的限制性规定,我们坚决反对此类做法并欢迎群众向当地医保部门举报,同时将对相应医疗机构予以严肃处理。

展望

今年推进12项“高效办成一件事”落地

国家医保局将推进“高效办成一件事”12项重点事项落地,包括推动新生儿参保等医保相关事项形式优化、流程精简、服务提速。

国家医保局办公室副主任付超奇介绍,2024年12项医保领域“高效办成一件事”重点事项中惠及参保群众8项、用人单位1项、医药企业2项、定点医药机构1项,主要涉及三方面内容:

一是形式优化。包括群众既能用社保卡就医购药,也可以扫描医保码或刷脸实现医保报销;职工医保个人账户家庭共济可直接线上办理,不需再去窗口;群众可以更方便地查询医保相关信息等。

二是流程精简。通过信息共享

联办,新生儿参保和生育医疗费用报销、职工医保参保人退休、企业破产时信息核查等不再需要多个部门跑腿办理;符合条件的困难群众可直接享受基本医保参保资助,既不需申请,也不需先垫缴后报销;同时,异地就医直接结算将拓展到更多门诊慢特病病种,更多罹患慢性病的群众可以享受异地直接结算服务、减轻垫付压力。

三是服务提速。群众生育并提交申请后,10个工作日内可获得生育津贴支付;医药企业提交申请后,药品赋码可在10个工作日内完成审核;及时与定点医疗机构结算合规医疗费用,进一步缩短服务办理时间。

辟谣

参保规模与去年持平,未现“退保潮”

国家医保局有关负责人介绍,从2024年3月底的最新情况看,居民医保参保规模与2023年同期基本持平,没有出现所谓的“退保潮”。

据介绍,在2022年剔除省(自治区、直辖市)内重复参保、无效数据近4000万人的基础上,2023年继续剔除跨省重复参保1600万人,考虑

“去重”影响后,参保人数在2023年实际净增约400万人,参保质量进一步提升。

参加职工基本医疗保险3.71亿人,参加居民基本医疗保险9.63亿人,职工医保参保人数增加900万人,占全部参保人数的27.8%,参保结构进一步优化。

(本版文字:综合新华社、央视)

■市民在社区的智慧药房里远程问诊。新华社(资料图)

