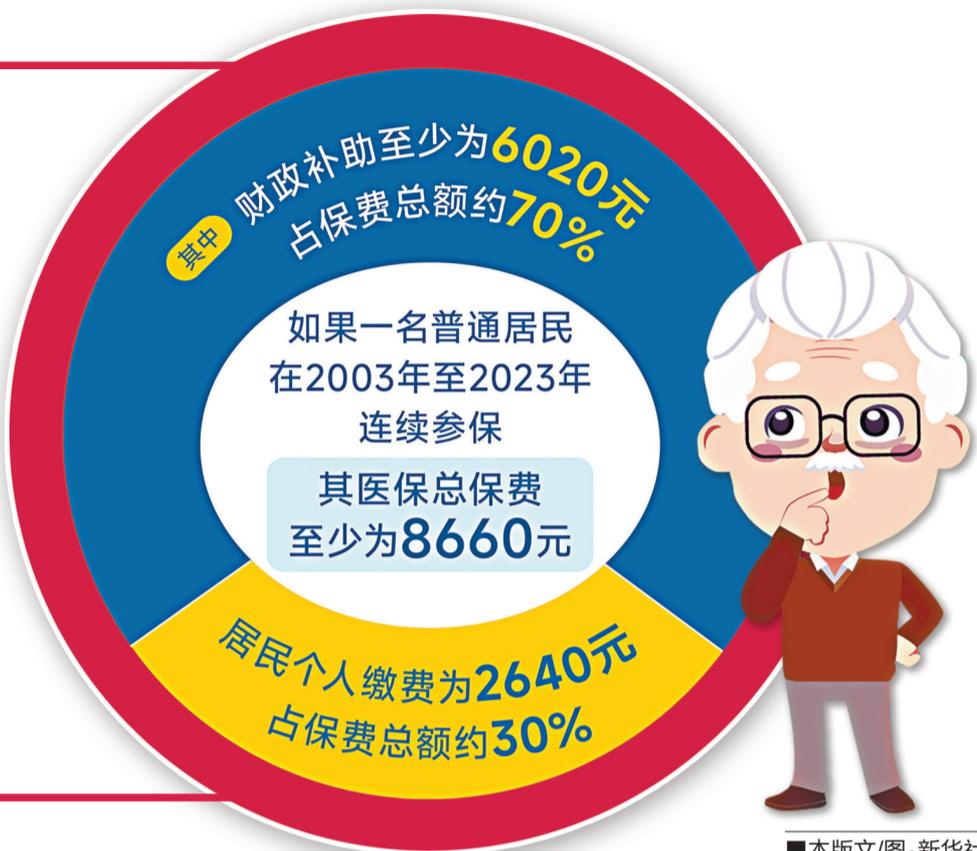


头条

从10元到380元，增长的医保缴费为群众带来了什么？

近期，我国大部分地区城乡居民医保集中缴费陆续结束。国家医保局3月25日针对医保缴费相关热点进行回应。

从2003年“新农合”建立时10元/人的缴费标准，到目前380元/人的居民医保缴费标准，增长的370元医保缴费是否合理？为人民群众带来了什么？



■本版文/图:新华社

纳入新药 医疗保障持续“扩围”

2003年“新农合”建立初期仅300余种药品能报销，如今3088种药品进医保，覆盖公立医疗机构用药金额90%以上的品种

针对从10元到380元的缴费增长，国家医保局有关司负责人表示，医保筹资标准上涨的背后，是医保服务水平更大幅度的提高。

2003年“新农合”建立初期仅300余种药品能报销，如今3088种药品进医保；不少肿瘤、罕见病实现医保用药“零突破”，分别达到74种、80余种……近年来，更多患者能够买得到药、吃得起药。

转甲状腺素蛋白淀粉样变患者就是受益群体之一，他们也被称为“淀粉人”，虽然用于治疗的药物氯苯唑酸2020年在国内上市，每盒价格却达到6万元，让不少患者望而却步。

“2021年氯苯唑酸谈判成功，现在患者用药月花费不到3000元。”北京协和医院内科主任医师田庄介绍，这两年许多新药、好药进医保的速度加快，在国内上市后不久就可以按规定纳入医保目录，给患者带来福音。

2024年初，最新版医保药品目录落地，包括肿瘤用药、慢性病用药、罕见病用药等126种新药进入医保。

国家医保局有关司负责人介绍，目前，我国医保药品目录内包含的药品已覆盖公立医疗机构用药金额90%以上的品种。仅2023年协议期内谈判药叠加降价和医保报销，已为患者减负超2000亿元。

随着医疗保障持续“扩围”，现代医学检查诊疗技术也更加可及，无痛手术、微创手术等诊疗技术日益普及，并纳入医保报销范围。

据统计，2003年至2022年，我国医疗卫生机构总诊疗人次从20.96亿人次增

长至84.2亿人次；与此同时，个人卫生支出占全国卫生总费用的比重却从2003年的55.8%下降至2022年的27.0%。

减轻自付 医保报销比例“水涨船高”

住院费用报销比例从2003年的30%至40%增长至目前的70%左右，国家财政对居民参保的补助从2003年不低于10元/人增长到2023年不低于640元/人

根据国家卫生健康委最新发布的《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》，2022年全国医疗卫生机构门诊总诊疗84.2亿人次，平均每人到医疗卫生机构就诊6次，全国医疗卫生机构入院2.47亿人次，次均住院费用10860.6元。

居民生病、生大病的概率不可避免，疾病仍给不少患者带来一定的经济负担。

国家医保局有关司负责人介绍，2003年“新农合”制度建立之初，政策范围内住院费用报销比例普遍为30%至40%，群众自付比例较高，就医负担重。

目前，居民医保的政策范围内住院费用报销比例为70%左右。2022年三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用医保报销比例分别为63.7%、71.9%、80.1%。

近年来，不断完善门诊保障措施、增强大病保险和医疗救助保障功能、合理提高居民医保生育医疗费用待遇等举措落地，进一步减轻群众自付负担。

如高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制从无到有，持续优化，已为约1.8亿城乡居民“两病”患者减轻用药负担799亿元。

为了支撑医保服务能力提升，国家在对居民个人每年参保缴费标准进行调整的同时，财政对居民参保的补助同步上调。

2003年至2023年，国家财政对居民参保的补助从不低于10元/人增长

到不低于640元/人，对于低保户等困难人员，财政会给予全额或部分补助。

国家医保局数据显示，2023年我国城乡居民医保个人缴费总额3497亿元，财政为居民缴费补助6977.59亿元，居民医保基金全年支出10423亿元。居民医保基金全年支出总额，是居民个人缴费总金额的2.98倍。

作为居民医保的重要补充，财政补助和个人缴费共同搭建了城乡居民基本医保基金池，增强风险抵御能力。

医保小事“不小” 服务迭代升级

2023年跨省异地就医联网医药机构达到55万家，惠及群众就医1.3亿人次，减少群众垫付1536.7亿元

全国近10万家定点医疗机构享受跨省住院费用直接结算服务，医保电子凭证用户超10亿人，各地结合实际推出132项医保领域便民措施……近年来，医保小事却“不小”，一系列医保便民、利民服务不断迭代升级。

以跨省异地就医为例，2003年，参加“新农合”的群众只有在本县(区)医院就诊才能方便报销，去异地就医报销比例小，而且不能直接结算。

如今，跨省异地就医直接结算在全国范围内推广，全国近10万家定点医疗机构开展了跨省住院费用直接结算服务。

数据显示，2023年跨省异地就医联网医药机构达到55万家、惠及群众就医1.3亿人次、减少群众垫付1536.7亿元。

“从医保保障范围扩大、医保待遇提高、医保服务优化等方面来看，城乡居民医保的性价比是比较高的。”中国社科院公共经济学研究室主任王震说。

今年全国医疗保障工作会议提出，要研究健全参保长效激励约束机制，用制度保证连续缴费的群众受益，保障全民参保。

部分地区农村 出现医保“退保潮”？

问：有人称，我国城乡居民医保参保人数近年来持续下降。还有人称，部分地区农村出现医保“退保潮”。请问相关说法是否属实？

国家医保局：这种说法不准确。我国基本医保参保覆盖面稳定在95%以上，参保质量持续提升。

从宏观上看，居民医保参保人数保持稳定。相关数据近年来有轻微波动，主要是两方面原因造成的。一是参保数据治理。自2022年起，医保部门以全国统一医保信息平台上线为契机，连续两年清理居民医保跨省和省内重复参保数据共5600万。这是居民医保参保数据出现波动的最主要原因。二是参保结构优化。由于大学生毕业就业等新增就业因素，部分原来参加居民医保的群众转为参加职工医保，2020年至2023年，每年都有500万至800万参保人由参加居民医保转为参加职工医保，造成了居民医保人数和职工医保人数此消彼长。

从微观上看，国家医保局近期派出专人，赴内蒙古、黑龙江、河南、湖北、湖南、四川、甘肃等8个省份中工作基础相对较弱的8个村开展参保工作蹲点调研。调研显示，这8个村中，有5个村2023年参加居民医保人数比2022年增加，有3个村参保人数略有减少，8个村整体参保人数比2022年净增长151人。以网传“多人退保”的湖北省麻城市某村为例，实地调研发现，2023年该村97.4%的居民均参加医保，实际新增参保30人，因特殊原因未参保的仅是个例。许多村民表示，幸好有了医保，切实解决了他们看病就医的后顾之忧。

但也要看到，随着我国人口老龄化、少子化的持续发展，特别是随着我国人口总量的下降，未来居民医保参保人数可能也会平稳中略有下降，甚至总参保人数也有可能缩小。

问：如何看待“缴纳医保后没生病，吃亏了”等言论？

国家医保局：疾病的发生往往具有不确定性。保险的实质，就是汇聚各方力量后，帮助那些不幸患重病的个人和家庭抵御大额医疗支出的风险。因此，参加医保就是“患病时有保障，无病时利他人”，应该是每个群众面对疾病风险不确定性时的理性选择。

2022年，全国医疗卫生机构门诊总诊疗84.2亿人次，平均每个人一年到医疗卫生机构就诊6次。全国医疗卫生机构入院2.47亿人次，年住院率为17.5%；也就是说，平均每6个人中就有1个人一年住一次医院。居民生病、生大病的概率并不像想象中的那么低。之前脱贫攻坚期间，40%的贫困是因病致贫、因病返贫，也说明疾病对家庭经济状况的影响极大。

数据显示，2022年我国居民医保参保人的次均住院费用为8129元，以报销比例70%计算，住一次院医保平均报销5690元；假如居民将2003年至2023年连续参保个人缴纳的保费进行储蓄，按年利率5%计算复利，到2023年本金和利息共3343.1元。也就是说，居民住一次院后医保报销的金额，就远超将连续20年个人总保费进行储蓄的收益。

所以说，“缴纳医保后没生病，吃亏了”这种说法不对，而且从算账上来说也是不划算的。