

从10元到380元，增长的医保缴费带来啥

国家医保局针对医保缴费相关热点进行回应

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？

纳入新药 医疗保障持续“扩围”

针对从10元到380元的缴费增长，国家医保局有关负责人表示，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。”北京协和医院心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普及，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。

国家医保局有关负责人介绍，正是由于不断完善的医保制度，全国居民就医需求快速释放，健康水平显著提升。

据统计，2003年至2022年，我国医疗卫生机构总诊疗人次数从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%。

这位负责人表示，随着我国人口老龄化程度加深，群众医疗需求提升，医疗消费水平提高，需要加强医保基金筹集，为群众提供稳定可持续的保障。

减轻自付 医保报销比例“水涨船高”

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，远高于居民个人缴费总金额。

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

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的主任王震说。

国家医保局表示，参加医保“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。

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。

据新华社



国家医保局25日表示，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。今年政府工作报告明确，居民医保人均财政补助标准提高30元。

国家医保局数据显示，从2003年到2023年，居民医保人均筹资标准从10元/人增长到380元/人；相对应的，国家财政对居民参保补助进行更大幅度的上调，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，财政还会给予全额或部分补助。

也就是说，如果一名普通居民在2003年至2023年连续参保，其医保总保费至少为8660元。其中财政补助至少为6020元，占保费总额约70%；居民个人缴费为2640元，占保费总额约30%。

由财政“拿大头”和居民“拿小头”的医保缴费，一砖一瓦搭建起城乡居民基本医保的“保障城墙”，带来的是广大群众医疗保障水平的持续提升。

——纳新药、降药价，“一增一降”是为老百姓的医药账单着想。

国家医保目录累计新增744个药品，80%以上的创新药能在上市后2年内进入医保，新增药品中肿瘤用药100个，而在2017年以前，国家医保目录内没有肿瘤靶向用药。

9批国家组织集采374种药品平均降价超50%，集采心脏支架、人工关节等8种高值医用耗材平均降价超80%，连同地方联盟采购，累计减轻群众看病就医负担约5000亿元。

——减负担、加监管，“一减一加”为的是更好护佑百姓生命健康。

2003年“新农合”制度建立之初，政策范围内住院费用报销比例为30%至40%，目前居民医保的政策范围内住院费用报销比例为70%左右，群众的自付比例明显降低，就医负担减轻。

打好医保基金监管“组合拳”，2018年以来累计追回医保基金超800亿元，2023年检查核查75万家医药机构，处理36.3万家。

——拓保障、通堵点，“一扩一通”力争提高医疗保障的“含金量”。

高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制从无到有再到优，长期护理保险为失能参保群众保障权益，跨省异地就医直接结算持续扩围……更多医保福利让群众为买药看病“少操心”。

办理材料时限压缩为15个工作日；打造医保电子凭证应用……一系列便民措施全面落地，进一步打通医保服务中的堵点。

梳理近年来医保改革，可以发现每一次的医保缴费增补，一分一厘都花在看病就医的刀刃上，为的是让老百姓买药就医能够更有底气、更舒心。

2023年，全国城乡居民医保个人缴费总额3497亿元，财政全年为居民缴费补助6977.59亿元，而居民医保基金全年支出为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。

保障和改善民生没有终点，只有连续不断的新起点。

今年的政府工作报告中，多渠道增加城乡居民收入、以患者为中心改善医疗服务、加强老年用品和服务供给、多渠道增加托育服务供给……一个个接地气的目标看得见、摸得着、温暖你我。

民生连着民心，把“民生小事”真正落到群众心坎上，努力为老百姓过上更好的日子“添砖加瓦”。

人均增补30元！医保『含金量』这样提高

据新华社