

380元居民医保到底值不值

国家医保局回应近期有关城乡居民医保热点问题

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?

答: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外重复参保数据共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-2023年,每年都有500万-800万参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。

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:2023年我国城乡居民医保个人缴费标准为380元。有人认为费用标准偏高,涨速偏快。该如何看待这个观点?

答:有舆论认为,与2003年“新农合”建立时10元/人的缴费标准相比,目前380元/人的居民医保费用缴费标准增长太快。但是,我们不应单纯看缴费标准的增幅,而应该看这增长的370元为人民群众带来了什么。事实上,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。

一是对群众的保障范围显著拓展。2003年“新农合”建立初期,能报销的药品只有300余种,治疗癌症、罕见病等的用药几乎不能报销,罹患大病的患者治疗手段非常有限。目前,我国医保药品目录内包含药品已达3088种,覆盖了公立医疗机构用药金额90%以上的品种,其中包含74种肿瘤靶向药、80余种罕见病用药。

二是各类现代医学检查诊疗技术更加可及。20年来,在医保政策的有力支持下,医疗服务能力实现跨越式发展,重大疾病诊疗能力比肩国际先进水平,一些领域领先世界。患者享受到的医学检查、诊疗手段朝着数字化、智能化、精准化方向大幅迈进等。

三是群众的就医报销比例显著提高。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在30%-40%左右,群众自付比例较高,就医负担重。目前,我国居民医保的政策范围内住院费用报销比例维持在70%左右,群众的就医负担明显减轻,而这必然带来医保筹资标准的提高。

四是对群众的服务能力水平跨越式提升。2003年,“新农合”的参保群众在本县(区)医院就诊才能方便报销,去异地就医报销比例降低较多,且不能直接结算。目前,居民医保参保群众不仅可以在本县(区)、本市(州)、本省份享受就医报销,还可以在全国近10万家定点医院享受跨省住院费用直接结算服务。

20年间,居民医保人均筹资标准虽然增加了370元,但医疗保障水平和服务的提升为群众带来的收益却远不是这370元可计量的。事实上,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进行了更大幅度的上调。2003年-2023年,国家财政对居民参保的补助从不低于10元增长到不低于640元。如果一名居民在2003年-2023年连续参保,其医保总保费至少为8660元;其中财政共补助至少为6020元,占保费总额的约70%;居民个人缴费共计2640元,只占保费总额的约30%。

据统计,2003年-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;全国居民平均预期寿命从2005年的72.95岁增长到2020年的77.93岁。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%大幅下降至2022年的27.0%。

近期,全国大部分地区已经完成城乡居民医保费用集中征缴工作,参保群众已经享受到了医疗保障服务。全国基本医保参保情况如何?居民医保缴费标准是否合理?未生病的居民参加基本医保是否“吃亏了”?国家医保局有关司负责人就社会关心的问题接受了记者的采访。

问:城乡居民享受的医保报销,都是来自居民个人缴费吗?

答:城乡居民医保的保费为定额按年缴纳,2023年的筹资标准为1020元/人,其中财政补助不低于640元/人,这是筹资的大头;个人缴费标准380元,只是筹资的小头,并且对于低保户等困难人员,财政还会给予全额或部分补助。

居民缴纳的医保费,与财政补助共同组成了我国广大城乡居民共同的基本医保基金池。在此,再补充说明2023年的几个数据:一是全年全国城乡居民医保个人缴费总额为3497亿元,二是财政全年为居民缴费补助6977.59亿元,三是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。

问:如何看待“缴纳医保后没生病,吃亏了”等言论?

答:疾病的发生往往具有不确定性。在现代社会,面对突然到来的重大疾病,个人和家庭很难独自承受高昂的救治费用。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。

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-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,从算账上来说也是不划算的。

问:有网民称,“年轻人身体好可以不参保,只给老人、孩子参保就行了”。请问您如何看待这个观点?

答:这种观点在部分人群中有一定代表性。但如果综合考虑各方面因素,会发现这其实是“算小账、吃大亏”。一是我国的疾病谱正在发生变化。随着现代科学技术的发展,越来越多的疾病实现了早发现、早诊断,高血压、糖尿病、心脏病、恶性肿瘤等出现低龄化趋势。

二是青壮年对疾病风险的承受力更加脆弱。青壮年上有老,下有小,是家庭的“顶梁柱”,一旦罹患重大疾病,如果没有医保,不仅意味着家庭将承担巨额的治疗费用,还意味着家庭将失去重要经济来源。

综上所述,青壮年应该参保。这不仅仅是为了自己,也是为了给父母、孩子和家庭提供保障。

◎相关新闻

人均增补30元 医保“含金量”这样提高

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。

据新华社

