

权威专家解读 职工医保改革热点

近期,广东、湖北、四川等省份实施职工医保门诊共济保障改革,明确开展职工医保门诊统筹,按规定报销参保人普通门诊费用,并同步调整职工医保个人账户计入办法。围绕公众关心的焦点问题,“新华视点”记者采访了权威专家和业内人士。

▶ 福建省三明市第一医院的医保办工作人员(右)向前来咨询药品报销问题的居民讲解相关政策。(资料图)



■ 焦点一：

个人账户的“钱”少了会影响医保待遇吗？

随着多地政策落地,不少参保人发现自己医保账户的“钱”少了,担心会影响个人医保待遇。

据了解,近期多地出台的医保改革方案有共同点:职工医保个人账户当期计入的金额有所变化。对在职职工而言,原本由单位缴费划入的部分不再划入,被纳入统筹基金;对退休人员而言,个人账户计入从过去的与本人养老金挂钩,过渡到定额划入,定额标准与统筹地区改革当年人均养老金挂钩。

单从账面上看,个人账户新计入的“钱”的确变少了,而且有些人的降幅不小。这不禁让人疑惑,减少的“钱”去哪儿了?会影响个人医保待遇吗?

“医保个人账户上的‘钱’减少,并不意味着参保职工医保待遇的降低或损失。”中国社科院公共经济学研究室主任王震说,个人账户减少的“钱”将转化为统筹基金“大池子”的增量,用来承担以往个人账户“小池子”需要支付的普通门诊费用,且个人账户之前的累计结存仍归个人使用,实现保障“增量”。

2021年4月,国务院办公厅印发《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》,明确调整统筹基金和个人账户结构后,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。这也就是说,改革后,以前不能报销的普通门诊费用可以报销了。

以武汉市退休参保职工周某为例。其年养老金收入5万元,改革前个人账户每年划入2400元。周某患有脑梗,但因当地没有门诊统筹政策,在门诊看病无法享受报销。改革后,他的个人账户年划入调整为996元,在某三级医院门诊就医发生门诊费用7150元后,按照新的门诊统筹政策报销,除去门槛费500元,按三级医院60%的报销比例,即可报销3990元。这也就是说,虽然周某改革后个人账户当年少划入1404元,但其享受待遇却增加了2586元。

■ 焦点二：

改革职工医保个人账户是因为统筹基金没钱了吗？

有质疑声认为,改革职工医保个人账户是因为统筹基金没钱了,要用个人账户“补窟窿”。对此,专家表示,这是由于

我国医保基金收支情况不清楚而产生的误解。

数据显示,2021年职工医保统筹基金收入11864亿元,支出9321亿元。也就是说,统筹基金不仅收支平衡,而且略有结余,所以“统筹基金没钱了”并不成立。

既然如此,有公众疑惑,为何把个人账户的“钱”转到统筹基金,用于门诊共济保障,让别人花自己的“钱”?

“医疗保险归根到底是一种社会保险,这就意味着它具有互助共济、责任共担、共建共享的性质。”王震说,参保人年轻时得病少,到年老时容易生病,看病吃药仅依靠个人账户积累是有限的,把大家的钱放在一起,可以实现用大数法则化解社会群体的风险,更大范围满足公众医疗需求。

王震说,调整个人账户是调减当期计入,没有动个人的历史结存。要认识到,无论是个人账户还是统筹基金,都属于已经缴纳的医疗保险费用,是用于解决公众防病、治病问题而筹集、分配和使用的“钱”。

改革前,个人账户无法给别人使用,“有病的不够用、没病的不能用”,这就逐渐出现了过度沉淀、共济性不够、欺诈骗保等弊端。

“在医保战略性购买的框架下,优化门诊保障待遇是结构性调整。”国家卫健委卫生发展研究中心医疗保障研究室主任顾雪非介绍,这是在不另外筹资、不新增单位和个人缴费负担的前提下,提高门诊保障水平。

■ 焦点三：

个人账户改革对老年人有什么影响？

有一些老年人看到改革后个人账户“钱”少了,担心看病吃药使用受限。

指导意见明确,普通门诊统筹保障水平以50%起步,并要求各地在此基础上对退休的老年人再给予倾斜支付。

以呼和浩特市为例,在开通门诊统筹保障后,退休人员门诊支付比例提高,各级医疗机构在原办法的基础上提高5%,同时进一步提高门诊统筹年度最高支付限额,退休人员待遇支付由原来的4000元提高到6000元,高于在职职工。

此外,在普通门诊保障健全之前,不少地区先行建立了门诊慢特病保障机制,用统筹基金支付常见于老年人的慢性病、特殊疾病在门诊发生的费用。近期,一些地方适当扩大门诊特殊病种。如江苏南京在原4大类门特病种基础上,新增9类病种;武汉将高血压、糖尿病等慢性病

特殊疾病病种由28类增加到37类,基本病种从32种增加到70种等。

通过对多地职工医保个人账户改革方案的对比,还可以发现一个共同点——个人账户使用范围拓宽,使用主体从个人扩展到配偶、父母、子女等,对象范围从药品支付到医疗器械、医用耗材等。这对老年人来说更是个利好。

顾雪非表示,改革后,参保人可以把个人账户的“钱”用给老人等其他家庭成员,形成家庭内部“小共济”,提高家庭应对医疗风险能力。

■ 焦点四：

如何提高百姓对改革的获得感？

随着各地改革方案落地,也有人改革提出意见:以前在家门口药店买药,现在为了报销还要跑到定点医疗机构门诊挂号;门诊统筹报销设置起付线、最高支付限额,保障力度不如住院报销等。

“参保人对改革感受最为直观。”顾雪非说,为了让改革红利真正惠及最广大群众,需要充分考虑对老百姓、医药机构等利益相关方的影响,多方共同发力,方便老百姓就医购药。

根据相关部署,职工医保门诊共济保障改革将通过3年完成。目前,大多数地区已经公布职工医保个人账户改革、门诊共济保障机制的实施细则,但各地经济发展水平、医保统筹力度等情况存在差异,相应的改革策略与举措不尽相同。

受访专家与业内人士建议,要切实回应群众提出的合理诉求,在提高医疗保障服务的便捷性和可及性、加强政策解读等方面着手,切实破解群众就医购药难题。

“改革过程中存在不同声音是正常的。”王震说,改革政策效益的显现也需要时间,要同步推进协同配套服务,如合理调整门诊报销的起付线与最高支付限额、尽快将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹、探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围等。

不少地区采取分步调整,促进政策平稳过渡。也有一些地区降低门诊报销起付线、提高报销限额等,如广州在门诊报销由月度限额调整为年度限额的基础上,提高了报销金额;北京不再设置医保门诊最高支付限额。

记者了解到,截至发稿时,一些地方已进一步优化有关配套措施。武汉市医保局发布公告,在前期已经公布的1000多家零售药店试点的基础上,将第三批4065家定点零售药店纳入职工医保门诊统筹保障范围。

国家医保局发文

支持定点零售药店 开通门诊统筹服务

为更好推进职工医保门诊共济保障机制改革,国家医保局15日印发《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》,明确各级医保部门要采取有效措施,鼓励符合条件的定点零售药店自愿申请开通门诊统筹服务。

通知明确,申请开通门诊统筹服务的定点零售药店应当符合相关要求,能够开展门诊统筹联网直接结算。统筹地区医保部门要优化申请条件、完善服务流程,及时为符合条件的定点零售药店开通门诊统筹服务。

通知完善了定点零售药店门诊统筹支付政策,明确参保人员凭定点医药机构处方在定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用可由统筹基金按规定支付。定点零售药店门诊统筹的起付标准、支付比例和最高支付限额等,可执行与本统筹地区定点基层医疗机构相同的医保待遇政策。

在加强处方流转管理方面,通知明确要依托全国统一的医保信息平台,加快医保电子处方中心落地应用,实现定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店。定点医药机构可为符合条件的患者开具长期处方,最长可开具12周。

“智慧养老”惠民生



2月16日,在湖州市德清县阜溪街道兴山未来社区居家养老服务中心,家庭医生辅助社区老人进行云问诊。

近年来,浙江省湖州市德清县探索实施“智慧养老”服务,利用互联网、大数据等信息技术,为老年群体提供文体活动空间、“云问诊”、康复护理等健康服务,让老年人安享晚年生活。

“暖心驿站” 关爱户外劳动者



2月16日,在汨罗市归义镇汨新社区“暖心驿站”,户外劳动者使用微波炉加热午饭。

近年来,为解决户外劳动者“饮水难”“热饭难”“休息难”等问题,湖南省岳阳市汨罗市多部门联合打造了30余个“暖心驿站”。驿站覆盖中心城区所有社区,配备微波炉、饮水机、应急医药箱、充电插座等惠民服务设施,部分驿站还提供义诊、义剪等志愿服务,为快递员、外卖配送员、环卫工人等户外劳动者提供便利。 本版图文据新华社