

国家医保局回应职工医保门诊共济保障机制改革问题——

退休人员医保不缴费政策不变

近日,一些地方推进职工医保门诊共济保障机制改革,引发部分群众关注。部分群众对改革后职工医保个人账户划入减少有疑问,对改革后看病就医便利性有顾虑。对此,昨日,国家医保局有关负责人回应称,此次改革的核心,是用调整个人账户的划入方式,来“置换”普通门诊统筹报销,资金平移后全部用于门诊统筹报销。同时,退休人员不缴费的政策不变。下一步将研究优化门诊报销比例、“起付线”和“封顶线”等政策。

国家医保局有关负责人指出,我国职工医保制度于1998年建立,实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式。即由单位和职工个人共同缴费。单位缴费的一部分和职工个人缴费的全部,划入个人账户,主要用于保障普通门诊和购药费用。单位缴费的另一部分形成统筹基金,主要用于保障参保职工住院费用。“这个制度在当时特定历史时期中发挥了重要作用,但随着20多年来经济社会的巨大变化,个人账户风险自担、自我保障门诊费用的方式,已越来越难以满足保障群众健康的需要。”该负责人解释说,难以保障具体表现在“三个不适应”上:一是不适应日益慢性病化的疾病谱;二是不适应医疗技术的飞速进步;三是不适应我国老龄化发展趋势。2021年,退休人员人均门诊就诊次数是在职职工的2.17倍,门诊次均费用是在职职工的1.15倍。但原有制度对门诊保障力度不足,老年人小病时不舍得花钱治疗,小病拖成大病,最终不得不住院治疗的现象不在少数。基于上述原因,群众要求报销普通门诊费用的呼声越来越高。为此,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》,改革正式启动。



(网络图)

大部分地区实现普通门诊报销从无到有

对于此次改革能给参保人带来哪些收益,上述负责人回答一是“增”,让大部分地区实现普通门诊报销从无到有的转变。原来职工医保参保人看普通门诊不报销的地区,改革后可以报销;原来看普通门诊可以报销的地区,报销额

度进一步提升。二是“优”,通过优化医疗资源配置一定程度缓解“住院难”问题。改革前,由于普通门诊保障不足,“无指征住院”“挂床住院”“小病住院”等不合理的医疗行为频发。改革后,参保人在普通门诊就能享受报销,一定程

度上能够降低此前居高不下的住院率,减轻大医院病床周转的压力,促进医疗资源合理配置,把优质医疗资源留给真正需要的病人。三是“拓”,将个人账户使用范围由参保人本人拓展到家庭成员。

个人账户结余的归属不变

对于此次改革后参保人个人账户里面的结余是否会受影响,上述负责人表态,本次改革,是在不增加社会和个人额外负担的前提下,建立职工医保普通门诊统筹报销机制,并通过调减单位缴费和统筹基金划入个人账户的比例,为普通门诊报销提供资金支持。改革明确要求,资金平移后全部用于门诊统筹报销,以满足广大参保人特别是退休人员报销普通门诊费用的需求,简单来说就是“待遇置换,资金平移”。

关于个人账户划入方式的调整,《指导意见》有明确设计。3个“不变”包括个人账户结余的归属不变。个人账户的本金和利息,无论是改革前

的历史结余,还是改革后新划入形成的结余,都仍然归个人所有,都仍然可以结转使用和继承;在职职工个人缴费的比例、流向不变。在职职工个人医保缴费仍然全额划入个人账户;退休人员不缴费的政策不变。退休人员仍然不需缴费,个人账户资金仍然由医保统筹基金划入。

2个“调整”包括按照不同方法,分别调整在职职工、退休职工的个人账户划入方式。对于在职职工,改革前,个人账户的资金来源由单位缴费的一部分和个人缴费共同组成;改革后,个人缴费依然全部划入个人账户,原来单位缴费划入个人账户的部分,划入统筹基金;对于退休人员,

改革前,大部分地方每月划入个人账户的资金为“个人养老金实际发放数×划入标准”;改革后,划入个人账户的资金为“本统筹地区实施改革当年基本养老金平均水平×划入标准”,其中,改革后的划入标准比改革前有所降低。

“此次改革的核心,是用调整个人账户的划入方式,来‘置换’普通门诊统筹报销。改革涉及利益调整,不少参保人划入个人账户的资金会有不同程度的减少。特别是考虑到我国各区域间发展不平衡,医保政策存在一定差异,我们一直坚持稳步推进,努力处理好改革前后的政策衔接,逐步实现改革目标。”上述负责人说。

注重向患病群众倾斜

对于此次改革在济病济困方面的考虑,上述负责人强调,改革一是注重向患病群众倾斜。改革建立门诊统筹报销,将推动医保基金更多用于患病多的人群。二是注重向老年群体倾斜。改革明确要求,各地设计报销政策时,针对退休人员要在“一低两高”方面有所安排,即报销“起付线”比在职职工更低、报销比例比在职职工更高、报销“封顶线”比在职职工更高。

目前,已开展改革的各统筹地区基本明确了退休职工享受更高的报销待遇,以更好保障老年人健康权益。

据介绍,目前全国已有99%的统筹地区开展了普通门诊统筹。2022年,普通门诊统筹减轻职工就医负担1086亿元。2023年以来,全国定点医疗机构已实现普通门诊统筹结算4.41亿人次,日均结算超过780万人次,完成结算金额

462.4亿元。通过“待遇置换,资金平移”,改革的效果逐步显现。

上述负责人强调,下一步,将指导各地持续优化完善配套措施,确保实现预期目标。将更多定点零售药店纳入门诊报销范围、推动基层医疗机构配备更多药品,同时提供更加优质的医保便民服务。同时研究优化门诊报销比例、“起付线”和“封顶线”等政策。 (《据北京青年报》)