

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。

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,这是由于对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,使用主体从个人扩大到配偶、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,也有人对改革提出意见: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。

(彭韵佳 邓楠 邓瑞璇 董小红 黄筱) 据新华社

关于职工医保门诊共济 热点问题看这里

随着医疗改革的深入,“门诊共济”成为日前大家讨论的热词。职工医保门诊“共济”什么?改革后对门诊报销有什么影响?个人账户有哪些变化……2月15日,针对大家关注的热点问题,省医保局相关负责人进行了解答。

大“共济”门诊统筹 小“共济”家庭共享

问:“共济”指的是什么?

答:职工医保基金分两大块:一是统筹基金,就是大池子;二是个人账户。这次改革是两个共济,一个大共济,一个小共济。大共济就是建立门诊共济保障机制,在全体参保人群范围内实行共济保障;小共济就是实施个人账户家庭共济,在家庭成员间实施共济保障。

问:改革后对门诊报销有什么影响?

答:此次改革核心是将普通门诊费用纳入统筹基金报销:一是建立普通门诊统筹。将门诊多发病、常见病纳入职工医保统筹基金报销,政策范围内报销比例达到50%以上。这些费用原来是靠个人账户解决的。

二是扩大门诊慢特病保障范围。全省统一将费用高、治疗周期长的恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、血友病、尿毒症透析等45个病种纳入职工门诊慢特病保障范围,门诊发生的医疗费用纳入统筹基金报销,政策范围内报销比例达到70%以上。原来全省各统筹地区平均为29个病种。

三是实行个人账户家庭共济。个人账户除可以用于支付本人在定点医疗机构或定点零售药店发生的由个人负担的医疗费用,也可以用于支付其配偶、父母、子女在定点医疗机构或定点零售药店发生的由个人负担的医疗费用;同时,还可用于本人及其配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和长期护理保险等的个人缴费。原来个人账户只能用于本人自负的医疗费用或个人缴费。

门诊医疗费怎么报、报多少

问:我省职工医保门诊统筹的具体待遇是什么?

答:起付标准方面,参保职工在三类收费价格及以下收费类别医疗机构、二类收费价格医疗机构、一类收费价格医疗机构就诊,门诊统筹起付标准分别为30元次、50元次、80元次。在一个自然年度内,在职职工年度最高支付限额为1800元、退休职工2000元。支付限额不结转、不累加到次年度。

可以给家人支付哪些费用

问:我的职工医保可以给家里人用吗?怎么用?

答:家庭共济是对个人账户而言的,不是指统筹共济的大池子。个人账户实行家庭共济,拓展了职工个人账户的使用范围:

原来只能本人用,现在由本人及配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的个人负担的医药费用,可以由个人账户支付;在定点药店购药时,原来只能个人用的,现在定点药店购药、购买医疗器械、购买医用耗材,都可以用家庭成员职工医保个人账户支付;可以用于本人及其配偶、父母、子女参加城

镇居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和长期护理保险等的个人缴费。

统筹基金报销之后的个人自付费用,可以通过本人现金支付,也可以通过个人账户支付,个人账户支付的时候,不仅可以支付本人的费用,也可以支付家庭成员的费用。

需要注意的是,授权人个人账户余额超过1000元以上的部分可作为共济基金,供被授权人使用。授权人可对不同的被授权人设置不同的支付额度次。被授权人需凭借授权人社保卡或医保电子凭证,在医保定点医药机构使用共济资金。

个人账户的变化要看仔细

问:改革后个人账户有什么变化?

答:改革计入办法,在职职工个人缴费部分仍然计入本人个人账户,按照本人缴费基数的2%计入个人账户,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金;退休人员因为个人不缴费,个人账户由统筹基金按定额划入,额度是按照改革当年全省基本养老金平均水平的2%;适当拓宽使用范围,允许家庭成员相互共济使用个人账户,用于支付家庭成员(子女、配偶和父母)个人负担的医药费,家庭成员参加居民医保等的个人缴费,家庭成员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医疗耗材的费用;健全完善个人账户使用管理办法,个人账户不得用于公共卫生、体育健身或养生保健消费等费用,同时严厉打击欺诈骗保。

问:改革后个人账户的钱会减少吗?会影响待遇吗?

答:改革后,从当期看,大部分参保职工的个人账户划入会减少;从长期看,所有参保职工都增加了此前没有的普通门诊待遇,特别是患病群众和老年人受益更多。相当于用个人账户减少划入的钱为参保职工增加了普通门诊统筹待遇,最终受益的还是参保职工。

问:建立门诊共济机制对老年人有哪些保障?

答:我省在健全门诊共济保障机制时,普通门诊统筹待遇支付向退休人员适当倾斜,年度支付限额比在职职工高200元,报销比例高5个百分点;进一步增加纳入门诊慢特病病种,老年人受益程度会更大,受益面会更广。同时,参加职工医保的子女们的个人账户也可以给自己的父母使用。

(武佳) 据《山西晚报》