

医保改革创新驱动带来的新的思考

毕婉蓉¹ 周宏峰² 刘晶晶¹ 赵若瑶¹ 施青¹ 张力维³

1. 同济大学附属同济医院分院全科 上海 200092

2. 上海大学医院 上海 200444

摘要:我国新一轮医改建立了世界上规模最大、惠及十多亿人的基本医保网,对减轻群众就医负担、缓解看病贵发挥了重要作用。医保报销的区域、比例、范围、病种、额度不断提高。改革后,个人账户计入减少增加了统筹基金的筹资水平和互济的功能。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。缓解地区政策性及经济性差异与不公,提高困难人员补助。多种角度证明,此次改革在待遇保障上具备力度。

关键词: 医保改革; 医疗管理; 创新驱动

我国法律明文规定,国家建立基本医疗保险等社会保险制度;规定职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的待遇标准;从基本医疗保险基金中支付基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用。目前国内的职工医保制度已有几十年历史,采用个人缴费与国家统筹相结合的方式。个人缴费主要用于门急诊费用支付,有些城市医保卡与银行卡相关联,国家缴纳主要支出住院治疗费用。职工的医保账户分为个人账户与统筹账户,个人缴纳的基本医疗保险费和用人单位缴纳的基本医疗保险费的30%;统筹账户,用人单位缴纳的基本医疗保险费的30%^[1]。

国家医保局公布的《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》显示^[2],全国基本医疗保险参保人数136297万人,参保率稳定在95%以上。全国基本医疗保险(含生育保险)基金总收入28727.58亿元,比上年增长15.6%;全国基本医疗保险(含生育保险)基金总支出24043.10亿元,比上年增长14.3%;全国基本医疗保险(含生育保险)基金当期结存4684.48亿元,累计结存36156.30亿元,其中,职工基本医疗保险(以下简称职工医保)个人账户累计结存11753.98亿元。个人账户在医保改革初期发挥重要作用,有助于公费医疗制度向医疗保险制度的平稳过渡,避免了国外的纯粹保险制度带来的社会不公及不稳定,也强制了个人储蓄在养老、住房及就医等基本民生问题的保障作用。

随着经济发展,医疗保险制度也暴露了一些门诊保

障不充分、人群保障不平衡等弊端,期待新一轮医保改革中。由于基金积累制本身不能实现转移支付和收入再分配,而且受到社会筹资能力的约束,个人账户积累必然降低统筹基金的筹资水平,削弱了医保统筹互济的功能。与此同时,统筹基金筹资有限,往往优先用于住院费用报销,绝大多数地区没有较好的门诊统筹,这使得门诊费用较高的老年人负担较重^[3]。现行职工基本医保制度实际执行中存在地区差异,凡是地方财政充裕的地区,个人门诊费用也可以像住院费用一样,由统筹基金支付一部分;但在地方财政困难的地区,个人门诊费用却完全由个人账户支付或自费,没有统筹基金的分担支付,这使得一些困难职工看门诊也会缺乏足够的支付能力,这也形成了地区之间的制度差异与不公。

部分城市为了完善我国医疗保险制度,实现全民医保,将大学生纳入居民医疗保险,旨在提高大学生医疗保障,减轻高校负担,是二十大深化医药卫生体制改革,促进医保、医疗、医药协同发展和治理的有力举措^[4]。由于高校多为多地区办学实际情况操作层面困难,增加了医保管理工作的难度与运行成本,造成政策实施过程中带来的不充分与不平衡:高校机构设置为主校区,和各分校区,法人均为校长,公章管理及主要职能部门均在主校区。以主校区统一管理的管理模式。各校区内设医疗机构,服务范围具有统一性,均为大学的所有在校师生。与学校配套的各校区内设医疗机构只有一套行政管理班子,垂直化管理各校区,这与社会化办医区域化管理相矛盾。

医保制度期待进一步完善,近年来,又将涉及众多患者的高血压、糖尿病等门诊慢特病纳入医保报销^[5]。原来职工医保参保人看普通门诊不报销的地区,改革后可

通讯作者: 毕婉蓉,女,1975年9月,汉族,上海,现任同济大学附属同济医院分院全科主任医师,博士。研究方向:高校学医疗预防及公共卫生管理研究。

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。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。

一是建立了职工医保普通门诊统筹制度。学生群体等居保人群在内设医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，不设起付标准，按80%比例支付；职工医保参保人员在一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊，门诊医疗费用，不设起付标准，按70%比例支付；在二级医疗机构就诊，门诊医疗费用，起付标准200元，按60%比例支付；在三级医疗机构就诊，门诊医疗费用，起付标准300元，按50%比例支付。一个自然年度内，起付标准累计不超过300元，在职职工统筹基金最高支付限额1500元，退休人员统筹基金最高支付限额2000元^[6]。

根据测算，目前普通门诊统筹政策确定的支付限额，再加上个人账户划入的金额，总体上来说，可以基本满足参保人员的门诊医疗需求。

二是扩大了门诊慢特病（原称特殊门诊或特门）病种范围。43个病种纳入门诊慢特病报销范围，在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按80%比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按85%比例支付^[7]。从整体来看，门诊慢特病的病种范围较以前有所扩大、待遇保障水平明显提高、统筹基金支出大幅增加。

三是提高了住院待遇水平。统一基本医保住院起付线、报销比例、封顶线，退休人员在不同级别医疗机构住院的支付比例分别提高2%。将职工大病医疗互助转换为职工大病保险，相较而言，扩大了合规费用范围，将乙类先行自付费用、医用耗材超限额自付费用纳入大病报销范围。职工大病保险报销比例90%，支付限额50万元^[8]。对困难群众降低起付线、提高报销比例、取消封顶线。

四是制定了重特大疾病医疗救助政策，切实防止困难群众因病返贫致贫。改革后，职工医保人员的待遇保障水平是有很大的提高的，权益保障是充分到位的。

五是调整个人账户的划入方式

(1) 个人账户改革的核心

涉及逾3亿人的职工医保个人账户改革的核心，是用调整个人账户的划入方式，来“置换”普通门诊统筹报销^[9]。对于在职职工，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。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区实施此项改革当年基本养老金平均水平的2%左右。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^[10]。

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，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。

(2) 拓宽个人账户使用范围

允许家庭成员共济，可用于支付在定点医疗机构就医，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械和医用耗材发生的由个人负担费用，探索用于家属参加城乡居民基本医保等个人缴费。可以支付配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的由个人负担的医疗费用；在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；部分地区可以支付配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

(3) 个人账户结余的归属不变。

(4) 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。逐步将部分对健康损害大、费用负担重的门诊慢特病和多发病、常见病普通门诊费用纳入统筹基金支付。政策范围内支付比例从50%起步，适当向退休人员倾斜，今后随基金承受能力增强逐步提高保障水平^[11]。

六是建立健全职工基本医保门诊共济保障机制的措施

(1) 为了发挥普通门诊报销济病济困作用，防止因病致贫、因病返贫现象的发生，我们在本次改革中，也考虑了群众实际困难并予以倾斜。对于患病多的群体而言，个人账户常常不够用，影响了就医诊疗。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。

(2) 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^[12]。

(3) 改革要求在门诊报销待遇方面对基层医疗机构给予倾斜，并将符合条件的定点零售药店提供的用药保障纳入报销范围，方便群众在家门口就医购药。

七是优化医保服务

(1) 降价

国家组织开展294种药品集中带量采购，一批高血压、冠心病、糖尿病等门诊常见病、慢性病用药平均降价超过50%。同时，每年按“价同效优、效同价宜”原则动态调整医保目录，累计新增618种药品报销，其中341

种药品通过“灵魂砍价”平均降价超过50%^[13]。

(2) 统一结算

在持续优化异地住院费用直接结算的基础上,不断扩大异地门诊费用直接结算范围,优化规范长期处方管理,满足慢性病患者长期用药需求,一次就医可开具的处方量最长达12周。不同校区内设医疗机构统一结算,不仅实现了高校不同校区内设医疗机构医保管理的高效性,还体现了高校校医院医保管理的整体性。另外,统一结算也符合如“异地就医直接结算”等医保便民的管理思路。无论职能部门管理工作,还是医保系统硬件设施配置上,难度和成本都大大降低。

(3) 加强医药价格费用的监管

持续纠治群众反映强烈的“小病大治”、多收费、乱收费、价格失信等危害群众利益行为。2018年以来,累计处理医疗机构154.3万家次,曝光典型案例24.5万件,积极促进医疗服务行为规范,努力让群众享受质优价宜的医药服务。加强医保基金监督管理,完善稽核、内控等制度,严肃查处虚假住院、欺诈骗保等违法违规行为,完善与门诊共济保障相适应的付费机制。

八是各地推进改革落实情况

(1) 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^[14]。

(2) 当然,由于各统筹地区经济社会发展不平衡,推进改革也存在不平衡,有的地方改革红利还没有充分释放。对此,我们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。提供更加优质的医保便民服务。

当下改革职工个人账户并不意味着要取消个人账户,而是从调整单位划入个人账户办法着手,逐步将个人账户承担的门诊保障功能转换成由统筹基金来承担,开展普通门诊统筹,把门诊常见病和多发病纳入报销范围,规范个人账户使用,从而解决参保群众“有病不够花,没病用不了”的问题。在不增加缴费的情况下,利用个人账户资金建立完善门诊共济保障制度,会提高参保人整体获得感。门诊(包括慢病、大病)费用较高的参保人可以通过基金互济获得更多的统筹支付,生病较少、费用较低的参保人也能获得了门诊保障和更好的住院保障。

此外,个人账户的使用范围更具灵活性,允许家庭成员共济意味着个人账户同时也可以作为“家庭账户”使用^[1],不仅有助于提高家庭成员之间门诊支付的互助共济能力,同时也体现了家庭自我保障功能。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。小共济就是个人账户实行家庭共济,使职工个人账户的使用范围拓展。原来只能本人用于医院就诊和药店购药,现在配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的个人支付医药费用,以及在定点药店购药、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;还可以用于本人的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等社会保险的个人缴费。如果仅计算个人账户计入标准,那么每个人新的计入都会少,因为在职工单位缴费部分不再划入个人账户。因为职工医保并不单单只有个人账户和普通门诊统筹,还有门诊慢特病待遇、住院待遇等一系列政策,是一个完整的保障体系。

鉴于医保局提出的一系列改革举措,积极促进三医(医保、医疗、医药)协同发展和治理,把健康中国的任务以机制化方式加以明确。隶属同一单位、同一法人的不同区域内设医疗机构统一医保结算的建议思路;虽然普遍个人账户的新计入减少,但个人账户的权益保障放到了共济保障中,形成了新的保障机制,更具有风险防范功能;个人账户资金使用灵活,医保基金的监管严格,整体保障水平和效率提高。新的医保改革将复杂的多部门合作的复杂系统工程,通过创新举措,破解医改难题,能有效增强“三医协同发展和治理”的效果。

参考文献

- [1] 《中华人民共和国社会保险法》.国务院办公厅印发.2010.10.28.
- [2] 《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》.国家医保局.2022.6.10.
- [3] 《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》.国务院办公厅印发.2017.10
- [4] 习近平.高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告.中国政府网.2022-10-25.
- [5] 《关于推动本市大学生持卡就医结算有关事项的通知》.上海市医疗保障局.2023.1.
- [6] 《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》.国家医保局.2022.1.
- [7] 《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》.国家医保局.2022.3.

[8]《关于调整本市城镇职工基本医疗保险有关政策的通知》.北京市医保局.2022.8.19.

[9]《湖南省职工基本医疗保险实施办法》湖南省委、省政府印发.2023.1.

[10]《关于全面推进本市医保结算工作的通知》.上海市医疗保障局.2022.10.

[11]《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的

指导意见》.国务院办公厅印发.2018.10.

[12]《基本医保参保人普惠型商业补充医疗保险》.福建省三明市.2021.10

[13]《关于进一步深化医疗保障制度改革的实施意见》.杭州市医保局.2023.1

[14]《关于完善医疗保障制度改革的实施办法》.广州市医保局.2022.8