

权威专家解读职工医保改革热点



网络图片

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,记者采访了权威专家和业内人士。

■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人的金额有所变化。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,个人账户计人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,个人账户新计人的“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。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。

■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人,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。

■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,使用主体从个人扩宽到配偶、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。

■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。

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,切实破解群众求医问药难题。

“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家零售药店纳入职工医保门诊统筹保障范围。

(据新华社电)