

从10元到380元 增长的医保缴费为群众带来了什么?

新华社 彭韵佳 徐鹏航

近期,我国大部分地区城乡居民医保集中缴费陆续结束。国家医保局3月25日针对医保缴费相关热点进行回应。从2003年“新农合”建立时10元/人的缴费标准,到目前380元/人的居民医保缴费标准,增长的370元医保缴费是否合理?为人民群众带来了什么?



纳入新药 医疗保障持续“扩围”

针对从10元到380元的缴费增长,国家医保局有关司负责人表示,医保筹资标准上涨的背后,是医保服务水平更大幅度的提高。

2003年“新农合”建立初期仅有300余种药品能报销,如今3088种药品进医保;不少肿瘤、罕见病实现医保用药“零突破”,分别达到74种、80余种……近年来,更多患者能够买得到药、吃得起药。

转甲状腺素蛋白淀粉样变患者就是受益群体之一,他们也被称为“淀粉人”,虽然用于治疗的药物氯苯唑酸2020年在国内上市,每盒价格却达到6万元,让不少患者望而却步。

“2021年氯苯唑酸谈判成功,现在患者用药月花费不到3000元。”

北京协和医院心内科主任医师田庄介绍,这两年许多新药、好药进医保的速度加快,在国内上市后不久就可以按规定纳入医保目录,给患者带来福音。

2024年初,最新版医保药品目录落地,包括肿瘤用药、慢性病用药、罕见病用药等126种新药进入医保。

国家医保局有关司负责人介绍,目前,我国医保药品目录内包含的药品已覆盖公立医疗机构用药金额90%以上的品种。仅2023年协议期内谈判药叠加降价和医保报销,已为患者减负超2000亿元。

随着医疗保障持续“扩围”,现代医学检查诊疗技术也更加可及,

无痛手术、微创手术等诊疗技术日益普及,并纳入医保报销范围。

国家医保局有关司负责人介绍,正是由于不断完善的医保制度,全国居民就医需求快速释放,健康水平显著提升。

据统计,2003年至2022年,我国医疗卫生机构总诊疗人次数从20.96亿人次增长至84.2亿人次;与此同时,个人卫生支出占全国卫生总费用的比重却从2003年的55.8%下降至2022年的27.0%。

这位负责人表示,随着我国人口老龄化程度加深、群众医疗需求提升、医疗消费水平提高,需要加强医保基金筹集,为群众提供稳定可持续的保障。

减轻自付 医保报销比例“水涨船高”

根据国家卫生健康委最新发布的《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》,2022年全国医疗卫生机构门诊总诊疗84.2亿人次,平均每人到医疗卫生机构就诊6次,全国医疗卫生机构入院2.47亿人次,次均住院费用10860.6元。

居民生病、生大病的概率不可避免,疾病仍给不少患者带来一定的经济负担。

国家医保局有关司负责人介绍,2003年“新农合”制度建立之初,政策范围内住院费用报销比例普遍为30%至40%,群众自付比例较高,就医负担重。

目前,居民医保的政策范围内

住院费用报销比例为70%左右。2022年三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用医保报销比例分别为63.7%、71.9%、80.1%。

近年来,不断完善门诊保障措施、增强大病保险和医疗救助保障功能、合理提高居民医保生育医疗费用待遇等举措落地,进一步减轻群众自付负担。

如高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制从无到有,持续优化,已为约1.8亿城乡居民“两病”患者减轻用药负担799亿元。

为了支撑医保服务能力提升,国家在对居民个人每年参保缴费标准进行调整的同时,财政对居民参

保的补助同步上调。

2003年至2023年,国家财政对居民参保的补助从不低于10元/人增长到不低于640元/人,对于低保户等困难人员,财政会给予全额或部分补助。

国家医保局数据显示,2023年我国城乡居民医保个人缴费总额3497亿元,财政为居民缴费补助6977.59亿元。居民医保基金全年支出10423亿元,远高于居民个人缴费总金额。

作为居民医保的重要补充,财政补助和个人缴费共同搭建了城乡居民基本医保基金池,增强风险抵御能力。

医保小事“不小” 服务迭代升级

全国近10万家定点医疗机构享受跨省住院费用直接结算服务、医保电子凭证用户超10亿人、各地结合实际推出132项医保领域便民措施……近年来,医保小事却“不小”,一系列医保便民、利民服务不断迭代升级。

以跨省异地就医为例,2003年,参加“新农合”的群众只有在本县(区)医院就诊才能方便报销,去异地就医报销比例小,而且不能直

接结算。

如今,跨省异地就医直接结算在全国范围内推广,全国近10万家定点医疗机构开展了跨省住院费用直接结算服务。

数据显示,2023年跨省异地就医联网医药机构达到55万家、惠及群众就医1.3亿人次、减少群众垫付1536.7亿元。

“从医保保障范围扩大、医保待遇提高、医保服务优化等方面来看,

城乡居民医保的性价比是比较高的。”中国社科院公共经济学研究室主任王震说。

国家医保局表示,参加医保“患病时有保障,无病时利他人”,应该是每个群众面对疾病风险不确定性时的理性选择。

今年全国医疗保障工作会议提出,要研究健全参保长效激励约束机制,用制度保证连续缴费的群众受益,保障全民参保。

《人民日报》屈信明

近年来,增额终身寿险凭借“保额稳定增长”“预定利率较高”等特点,成为消费者青睐的人身险热门产品。据了解,目前市场上的增额终身寿险主要有传统型和分红型两种。传统型以“固定收益”为主,稳定性更高;分红型收益“固浮结合”,可能获取更高的分红收益。

业内人士提醒消费者,尽管增额终身寿险具有收益稳定、终身增值等优势,但消费者也要充分认识产品特点,切勿贸然跟风购买。国家金融监督管理总局厦门监管局发布风险提示,提醒广大消费者注意购买误区。

有的消费者将保额增长率和投资收益率混同。“固定3.5%复利持续增值”是增额终身寿险常见的宣传语。消费者应当注意,其中的“3.5%”并非投资收益率,而是保额的增长率,勿将保额增长率直接理解为投资保证收益率。

没有清楚了解加保或减保条款。“可锁定预定利率,且可灵活取现”是增额终身寿险产品的一大特点。消费者投保后可以随时追加或减少产品保额。需要注意的是,“减保”即是对保单进行部分退保处理,减保的同时会伴有经济损失。

片面对比。一些消费者简单将增额终身寿险与银行理财产品等金融产品片面地进行收益对比,没有正确认识保险产品的功能价值。

为更好保护消费者合法权益,避免投保纠纷,国家金融监督管理总局厦门监管局提示广大消费者理性消费,正确认识增额终身寿险特点,在详细阅读产品条款,准确理解增额终身寿险产品特性、保障功能后,综合考虑家庭现有保单情况、经济条件等,根据自身需求选择合适的保险产品。

厘清保额增长率与投资收益率概念。增额终身寿险是将基本保险金额设计为每年按照一定比例增长的终身寿险。合同条款中产品基本保险金额增长率并非投资收益率,两者不可混为一谈。基本保险金额增长率主要用于身故时的保障金额计算,消费者投保前应做好长期保障规划。

详细了解加保或减保的条件。增额终身寿险加减保额往往有一定限制条件,例如合同约定每次增加或减少的基本保险金额不得超过合同订立时保单载明的基本保险金额的一定比例等。消费者需认真阅读保险合同中关于加减保额的相关规定。此外,“减保”相当于部分退保,领取的是保单的现金价值,不是已经缴纳的保费,可能造成一定经济损失。

此外,业内人士提醒消费者,通过保险专业中介机构购买保险产品或接受相关服务时,应注意查看保险中介许可证、报告或备案信息。消费者可登录“保险中介云平台”(<https://www.insurcloud.com.cn>)的“保险专业中介机构查询”界面查询核验相关机构的经营资格。不要轻易授权他人为自己办理保险理赔,如确有需要,建议明确授权范围。必要时应主动联系保险公司或理赔工作人员。不要轻易将自己的身份信息透露给他人,不参与提供虚假信息、编造事实等不法行为。



选购增额终身寿险产品,这些要注意