



为群众看病就医提供更优保障

——国家医保局有关司负责人回应相关热点问题

整理 本报记者 刘喜梅 陈晶

近期,全国大部分地区已经完成城乡居民医保费用集中征缴工作,参保群众已经享受到了医疗保障服务。全国基本医保参保情况如何?居民医保缴费标准是否合理?未生病的居民参加基本医保是否“吃亏了”?国家医保局3月25日针对相关热点问题进行了回应。

问题:有人称,我国城乡居民医保参保人数近年来持续下降。还有人称,部分地区农村出现医保“退保潮”。请问相关说法是否属实?

回应:这种说法不准确。我国基本医保参保覆盖面稳定在95%以上,参保质量持续提升。

从宏观上看,居民医保参保人数保持稳定。相关数据近年来有轻微波动,主要是两方面原因造成的。一是参保数据治理。自2022年起,医保部门以全国统一医保信息平台上线为契机,连续两年清理居民医保跨省和省内外重复参保数据共5600万。这是居民医保参保数据出现波动的最主要原因。二是参保结构优化。由于大学生毕业就业等新增就业因素,部分原来参加居民医保的群众转为参加职工医保,2020年至2023年,每年都有500万至800万参保人由参加居民医保转为参加职工医保,造成了居民医保人数和职工医保人数此消彼长。

从微观上看,国家医保局近期派出专人,赴内蒙古、黑龙江、河南、湖北、湖南、四川、甘肃等8个省份开展工作基础相对较弱的8个村开展参保工作调研。调研显示,这8个村中,有5个村2023年参加居民医保人数比2022年增加,有3个村参保人数略有减少,8个村整体参保人数比2022年净增长151人。以网传“多人退保”的湖北省麻城市某村为例,实地调研发现,2023年该村97.4%的居民均参加医保,实际新增参保30人,因特殊原因未参保的仅是个例。许多村民表示,幸好有了医保,切实解决了他们看病就医的后顾之忧。

但也要看到,随着我国人口老龄化、少子化的持续发展,特别是随着我国人口总量的下降,未来居民医保参保人数可能也会在平稳中略有下降,甚至总参保人数也有可能缩小。

问题:2023年我国城乡居民医保个人缴费标准为380元。有人认为费用标准偏高,涨幅偏快。该如何看待这个观点?

回应:有舆论认为,与2003年“新农合”建立时10元/人的缴费标准相比,目前380元/人的居民医保费用缴费标准增长过快。但是,我们不应单纯看缴费标准的增幅,而应该看这增长的370元为人民群众带来了什么。事实上,医保筹资标准上涨的背后,是医保服务水平更大幅度地提高。

一是对群众的保障范围显著拓展。2003年“新农合”建立初期,能报销的药品只有300余种,治疗癌症、罕见病等的用药几乎不能报销,罹患大病的患者治疗手段非常有限。目前,我国医保药品目录内包含药品已达3088种,覆盖了公立医疗机构用药金额90%以上的品种,其中包含74种肿瘤靶向药、80余种罕见病用药。特别是许多新药好药在国内上市不久就可以按规定纳入医保目录。以治疗白血病的药品“伊马替尼”为例,该药品刚在国内上市时患者服药的年自付费用近30万元,许多患者和家庭不得不“望药兴叹”,在沉重的经济负担和脆弱的生命之间艰难取舍;2018年国家医保局组建以



来,该药品集采并经医保报销后,患者每年服药的自付费用降低至6000元左右,不断完善的医保制度让无数患者和家庭重燃生命希望。

二是各类现代医学检查诊疗技术更加可及。20年来,在医保政策的有力支持下,医疗服务能力实现跨越式发展,重大疾病诊疗能力比肩国际先进水平,一些领域领先世界。患者享受到的医学检查、诊疗手段朝着数字化、智能化、精准化方向大幅迈进,2023年该科97.4%的居民均参加医保,实际新增参保30人,因特殊原因未参保的仅是个例。许多村民表示,幸好有了医保,切实解决了他们看病就医的后顾之忧。

三是群众的就医报销比例显著提高。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在30%至40%左右,群众自付比例较高,就医负担重。目前,我国居民医保的政策范围内住院费用报销比例维持在70%左右,群众的就医负担明显减轻,而这必然带来医保筹资标准的提高。同时,随着我国人口老龄化程度加深、群众医疗需求的提升、医疗消费水平的提高,也需要加强医保基金筹集,为群众提供稳定可持续的保障。

四是对群众的服务能力水平跨越式提升。2003年,“新农合”的参保群众在本县(区)医院就诊才能方便报销,去异地就医报销比例降低较多,且不能直接结算。目前,居民医保参保群众不仅可以在本县(区)、本市(州)、本省份享受就医报销,还可以在全国近10万家定点医疗机构享受跨省住院费用直接结算服务,为广大在异地生活、旅游、工作的群众看病就医提供了坚实保障。此外,高血压、糖尿病门诊用药保障机制从无到有,让群众不再为买药钱操心,帮助约1.8亿城乡居民“两病”患者减轻用药负担799亿元;“三重保障制度”仅2023年一年就惠及农村低收入人口就医超1.8亿人次,帮助减轻医疗费用负担超1800亿元。

20年间,居民医保人均筹资标准虽然增加了370元,但医疗保障水平和服务的提升为群众带来的收益却远不是这370元可计量的。事实上,为了支撑医保服务能力和水平的大幅度提升,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进行了更大幅度的上

调。2003年至2023年,国家财政对居民参保的补助从不低于10元增长到不低于640元。如果一名居民在2003年至2023年连续参保,其医保总保费至少为8660元;其中财政共补助至少为6020元,占保费总额的约70%;居民个人缴费共计2640元,只占保费总额的约30%。

在不断完善的医保制度的有力支持下,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为20.96亿人次增长至84.2亿人次;全国居民平均预期寿命从2005年的72.95岁增长到2020年的77.93岁。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%大幅下降至2022年的27.0%。近14亿医保参保人享受更高层次的医疗条件、更大范围的医疗保障、更高比例的医保报销、更为便利的医保服务的背后,是中国医保制度为人民生命健康的保驾护航。

问题:城乡居民享受的医保报销,都是来自居民个人缴费吗?

回应:城乡居民医保的保费为定额按年缴纳,2023年的筹资标准为1020元/人,其中财政补助不低于640元/人,这是筹资的大头;个人缴费标准380元,只是筹资的小头,并且对于低保户等困难人员,财政还会给予全额或部分补助。

居民缴纳的医保费,与财政补助共同组成了我国广大城乡居民共同的基本医保基金池,带来的是对广大群众基本医保保障水平的持续提升。在此,再补充说明2023年的几个数据:一是全年全国城乡居民医保个人缴费总额为3497亿元,二是财政全年为居民缴费补助6977.59亿元,三是居民医保基金全年支出10423亿元。居民医保基金全年支出总额,是居民个人缴费总金额的2.98倍。

问题:如何看待“缴纳医保后没生病,吃亏了”等言论?

回应:疾病的发生往往具有不确定性。在现代社会,面对突然到来的重大疾病,个人和家庭很难独自承受高昂的救治费用。保险的实质,就是汇集各方力量后,帮助那些不幸患重病的人。因此,参加医保就是“患病时有保障,无病时利他人”。这也应该是每个群众面对疾病风险不确定性时的理性选择。

2022年,全国医疗卫生机构门诊总诊疗84.2亿人次,平均每

个人一年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,年住院率为17.5%;也就是说,平均每6个人中就有1个人一年住一次医院。居民生病、生大病的概率并不像想象中的那么低。之前脱贫攻坚期间,40%的贫困是因病致贫、因病返贫,也说明疾病对家庭经济状况的影响极大。

数据显示,2022年我国居民医保参保人的次均住院费用为8129元,以报销比例70%计算,住一次院医保平均报销5690元;假如居民将2003年至2023年连续参保个人缴纳的保费进行储蓄,按年利率5%计算复利,到2023年本金和利息共3343.1元。也就是说,居民住一次院后医保报销的金额,就远超将连续20年个人总保费进行储蓄的收益。

所以说,“缴纳医保后没生病,吃亏了”这种说法不对,而且从账面上来说也是不划算的。

问题:有网友称,“年轻人身体好可以不参保,只给老人、孩子参保就行了”。请问如何看待这个观点?

回应:这种观点在部分人群中有一定代表性。但如果综合考虑各方面因素,会发现这其实是“算小账、吃大亏”。

一是我国的疾病谱正在发生变化。随着现代科学技术的发展,越来越多的疾病实现了早发现、早诊断,尤其是随着现代生活节奏的加快、工作压力的加大以及生活习惯等原因,高血压、糖尿病、心脏病、恶性肿瘤等出现低龄化趋势,青壮年面临的健康风险不容小觑。

二是青壮年对疾病风险的承受力更加脆弱。青壮年上有老,下有小,是家庭的“顶梁柱”,一旦罹患重大疾病,如果没有医保,不仅意味着家庭将承担巨额的治疗费用,还意味着家庭将失去重要经济来源。这双重的打击,不仅在经济上将给家庭带来灾难性的影响,还会进一步影响子女的教育和成长。因此,家庭的“顶梁柱”更加需要医疗保障给予重点的保驾护航。

综上所述,青壮年应该参保。这不仅仅是为了自己,也是为父母、孩子和家庭提供保障。下一步,国家医保局将继续发挥我国基本医保制度的确定性来应对疾病风险的不确定性,尽力而为、量力而行,着力缓解群众看病就医的费用负担,为广大群众提供更加优质的医保服务。

全国政协委员刘清泉:

加强中医药高层次人才培养

本报记者 王硕

“促进中医药传承创新,必须加强人才培养,才能纲举目张、事半功倍。”全国政协委员、首都医科大学附属北京中医医院院长刘清泉呼吁说。2023年是刘清泉成为全国政协委员履职的第一年,他提交了一份推动基层中医药人才发展的提案。2024年两会期间,他再次聚焦“人才”,呼吁加强高质量中医药人才队伍的建设,推进高层次中医药领军人才培养。

随着《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》的系列部署不断落地,以及近年来中医药在抗击疫情中发挥独特优势,中医药工作受到党和国家的高度重视,形成了良好的发展环境。今年的政府工作报告中,明确指出“促进中医药传承创新,加强中医药优势专科建设”。

“专科建设的核心是人才。拥有一支高质量中医药人才队伍,特别是高层次的引领人才,才能真正推进中医药传承创新发展。”作为一位在中医药领域深耕30余年的专家以及教育工作者,刘清泉发现,目前中医药人才培养中仍存在一些困境。

一是传统传承模式的限制。除了院校教育,一部分中医采用师承教育,以跟师临床、口传心授为主要途径。但是作为指导老师的名老中医目前普遍高龄且精力有限,导致师承教育规模较小,难以满足中医药高层次人才队伍建设需求和群众医疗需求。

二是中医人才培养周期较长。刘清泉做了一系列调研:“一名中医师从独立行医到在当地成名的时间平均为12.33年,到在省内成名平均为18.44年,再到国内成名平均为24.63年。这意味着成长为中医领域高层次领军人才需要较长时间积累。”

三是基层中医医务人员数量不足和专业素养有待提高。据统计,全国社区卫生中心(站)、乡镇卫生院和村卫生室的总执业(助理)医师数已达近10万人,但其中中医执业(助理)医师的总平均占比仅为18.77%,基层中医药培训教育尚存在一些“老大难”问题。

“和其他教育模式不同,中医药领域的教育有自己的特点。”在刘清泉看来,中医药传承创新人才培养,要坚持以中医思维和中医学术为本,弘扬中医药优秀传统文化。比如,《黄帝内经》《伤寒论》《金匮要略》《神农本草》等都是中医药领域的经典书目,但目前,大学中开设这类课程的学校很少,甚至能看懂这些经典书目甚至文字的人越来越少。

“中医经典造就了中医药理论体系

中的核心观念与思维模式,为后世提供了良好范式。我认为在大学教育中应提高这些中医经典课程的比重。同时,完善师承教育制度,从法律、遴选标准与配套方案三方面进行,出台相关管理办法,打破‘一对一’带教模式,实施‘多对一’,丰富继承人理论知识储备。”刘清泉表示。

更重要的是,要分层级实施中医药高层次人才培养工程。

刘清泉建议说,国家、地方、中医医院应根据实际情况,建立多层次的人才培养工程。

比如,国家层面应持续推进中医药特色人才培养工程,通过搭建国家中医药多学科交叉创新团队等平台,遴选大批高层次中医药人才和青年人才。要建立分类评价制度,改变掺杂于西医评价体系中的现状,评价主体以中医为主导,对临床人才重点评价临床疗效;基础人才重点评价中医药基础理论研究和原创能力;对科研人才评价探索疾病规律、解决临床问题、用现代科学解读中医药学原理的能力等,改善劳动报酬与工作强度不匹配、人才晋升渠道不通畅等问题。

在地方及医院层面,发挥中医医联体和中医区域医疗中心的功能,发挥三甲中医院“龙头”作用,强化优质中医医疗单位的中医药技术输出力度。同时,以职称、福利、科研等一系列政策配合宣传动员,引导更多专家、学术继承人前往基层医疗机构开展现场教学,通过亲身“传帮带”实现中医临床思维、适宜技术在基层医疗机构中的有效传播。

“其实,对非中医专业医务人员也应开展‘西学中’培训。”刘清泉表示,“中华几千年的历史中,中医从未离开。事实证明,中医中药为守护人们的健康起到非常大的作用。”他认为,让非中医专业医务人员掌握中医基本理论知识和适宜技术,按照中医辨证论治思维合理制定诊疗方案,可以更好提升诊疗能力。为此,他建议不断强化“中西医结合、中西医协同”理念,倡导中西医结合诊疗模式;同时在各类培训过程中扎实开展理、法、方、药四大能力的提升。特别要强调以实用为主,聚焦基层适用性高、效果好的中医学理论方药的理论知识和适宜技术,促进实现短期学习后能迅速服务于日常诊疗。

“在中国人的健康中,始终离不开中医的。”刘清泉说,“要把中医医学变为一种思维,成为人们的一种行为方式,这才是‘治未病’的真正内涵所在。”

全国政协委员童安荣:

当“传统中医”遇上“现代养老”

张倩 本报记者 范文杰

2024年1月11日,国务院办公厅发布了《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》。其中特别强调优化老年健康服务的重要性,重点提出“扩大中医药在养生保健领域的应用,发展老年病、慢性病防治等中医药服务,推动研发中医康复器具”。

这是国家出台的首个支持“银发经济”发展的专门文件。在全国政协委员、宁夏中医医院暨中医研究院副院长童安荣看来,该文件为中医养老带来了难得的发展机遇。

3月18日14时,宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院门诊四楼童安荣的诊室里,患者络绎不绝,童安荣已连续接诊6个小时。“老师一周有6天都在门诊,一般只需接诊30名患者,可每次门诊都‘超额’接诊,从没有准点下班过。”童安荣的助手说。

“患者大老远来回奔波看病,身心俱疲,比我们更苦!”童安荣说:“经常看见腿脚不方便的老人,上下病床相当吃力,就想给他们看得更仔细,让他们少跑几趟。”

“发展中医药在医养结合老年疾病预防和治疗等方面的特色优势,可以助力养老事业更好发展。”童安荣这样想,也付之于行动。今年全国两会,他建议延伸中医药养老服务范围。

“中国健康养老,中医大有作为。”童安荣说。

追溯历史,中医药在养老服务方面的研究和应用最早可追溯到先秦时期,经典著作《黄帝内经》对个体寿命、衰老原因、老化特征、病因病机、治法以及如何延缓衰老等均进行了比较详细的论述。唐代的《千金方》创立了多首养生食疗方,以及通过中医独特的运动方法调摄养生,延缓衰老,延年益寿。此外,宋代的《养老奉亲书》和清代的

《老老恒言》等古籍,对于中医药在养老方面的作用也做了相应记载,这些都为老年医学研究提供了宝贵的资料与经验。

“与西药相比,中医药养老在疾病预防、预防调养、康复护理、健康生活方面,更注重养中治疗,药效持续性和稳定性强,更适合老年人的体质。”童安荣说。

养老服务的质量直接关系到养老服务业发展。目前,一般养老机构主要是为老年人提供生活护理、精神慰藉等,而中医养老更着眼于老年人的医疗诊治、大病康复、养生保健需求。童安荣为此建议,加强医疗机构与养老机构的资源共享,通过增加中医养生运动服务,开展中医药膳食服务、中医药健康体检服务、中医心理养生服务等,进一步发挥中医药在医养结合、老年人疾病预防和治疗等方面的特色优势。

要把中医药和养老服务融合好,必须确保中医药服务在健康养老方面的可及性,这就需要更多的细化政策措施保障和中医药基层人员支持。童安荣认为,应通过政策保障把服务端口下沉到基层,开展好社区和居家中医药健康服务,推广家庭医生签约中医诊疗服务。同时,医养机构需加强在职人员和专业技术人员技能培训,至少保证健康养老服务人员具备足够的中医药理念和技能,完善薪酬制度、激励机制,鼓励社会力量积极参与,从建设队伍发力,进一步延伸医养服务范围,打造特色中医药养老项目。

“面对老龄化社会的诸多挑战,中医药人有责任、有义务发挥好中医药优势。”童安荣认为,“传统中医”遇上“现代养老”,医中有养,养中有医,打造中国特色的医养结合模式,让中国每一位老人健康地“老有所养”。