

月度话题

日前,国家医保局、财政部联合下发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》,并发布国家医疗保障待遇清单(2020年版)。本期月度话题,业内专家从责任边界、治理能力、权益保障3个角度为您进行剖析,深度解读医保待遇清单制度的政策理念、现实针对性和未来之路。

医保待遇清单 三个角度看门道

责任

守边界 讲均衡

□对外经济贸易大学
保险学院副院长 孙洁

医保待遇清单制度的建立,为全国医保待遇改革和各统筹地区医保工作开展做出了国家层面的指导和规范,为未来医保目录和支付标准的持续扩充和优化打下了基础,同时也明确了多层次医疗保障体系的构成及各方责任的边界。

基本医保“有所不为”

医保待遇清单列出了基本医保制度不予支付的范围,其中包括“体育健身、养生保健消费、健康体检”这几类支出项目。虽然这些项目在内容和属性上可能与医疗支出相关,但是超出了基本医疗的范围,属于人民群众提升

生活品质、提高健康水平和强健体身的健康消费。由此可见,医保待遇清单在明确了基本医保制度“有所为而有所不为”的同时,为商业健康保险与健康管理的协同发展预留了空间。

商业医疗保险作为多层次医疗保障体系不可或缺的部分,与基本医疗保险存在互补性。相较于大病保险,其突出特点在于与基本医保3个目录相互衔接,对基本医保未覆盖到的医疗项目给予一定保障,从而满足参保人多元化的医疗保障需求。

无论是政策性补充医疗保险还是商业医疗保险,在保障水平、保障范围方面与基本医保的配合与衔接,都具有重要意义。这是补充医疗保险设计的根本支撑,也是其完善的重点方向。

明确医疗救助责任

过去,我国在综合性社会救助框

架下建立和发展了医疗救助体系。2020年中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出“医疗救助托底”,指明了将医疗救助纳入多层次医疗保障体系的改革方向。医保待遇清单制度则进一步明确医疗救助的范围、边界和标准。

医保待遇清单明确了医疗救助基于基本医疗保障的“保基本”的原则,医疗救助支付的医药服务范围参照基本医疗保障的“保基本”的原则。同时,医保待遇清单制度也体现了医疗救助“适度托底”的精神,即通过进一步提升基本医疗保障水平,将个人医疗负担降至较低的水平,使得救助对象可以负担得起(或是在社会力量的帮助下可以负担得起),但并非免除个人的全部支付责任。

此外,让医疗救助体系更好发挥“适度托底”的功能,还需做好与其他保障制度的衔接。一是进一步强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能,充分发挥三重保障的综

合效应;二是与其他社会救助制度的有机衔接,实现高效联动;三是动员社会力量参与医疗救助,最大程度形成保障合力。

医患保要各有担当

建立多层次的医疗保障体系,有利于提高参保人总体保障水平,但同时要注意避免因保障程度提高带来的参保人医疗费用意识减弱。为此,在设计每项具体制度时,也应同时考虑建立医疗费用制约机制。

一方面,医疗机构必须坚持因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费的原则。否则,多层次的医疗保障体系难以建立,即使建立起来也难以维持。为此,要继续加强对医院行为的约束,改进医院费用结算方式,加大监督检查和处罚力度,建立现代化的医疗费用预警系统。另

一方面,要提高参保人个人费用意识,严格规定报销范围。在报销范围内的医疗费用还应保持一定的自付比例,不能百分之百地报销。

下一步,建议进一步明确医疗保险与长期护理保险,以及医疗保险与生育保险的保障范围与责任边界。

2019年,医疗保险与生育保险开始合并实施,二险基金合并使用。在生育率出现波动的情况下,产假延长、生育津贴支出增加会对生育保险基金收支平衡产生一定影响。

同时,正在试点的长期护理保险,大多以划转一定比例的医疗保险基金结余为主要筹资方式。随着人口老龄化进程加快,人们的平均寿命延长,带病生存的老年人口规模越来越大,对长期护理保险的需求和基金支出也会与日俱增。这些风险均属于政策性风险,与医疗保障待遇清单直接相关。因而,清单还需要进一步细化。

本版投稿邮箱:

jkbybzk@126.com

治理

调整与革新并行

□国家卫生健康委卫生发展研究中心医疗保障研究室主任 顾雪非

实行医疗保障待遇清单制度,旨在规范政府决策权限,科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准,有利于促进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化,是法定医疗保障制度更加成熟定型的必然要求。在医保改革深化的同时,必然会面临治理体系和能力方面的压力,以及风险调整等方面的技术挑战。决策程序的完善,多元治理主体的参与和协商机制等,都是实现医疗保障与医药服务高质量协同发展的关键。

纠“过度” 补“不足”

在实现全面脱贫前,有些地

方存在六重、七重甚至九重保障。并非制度越多保障水平就越高,制度过多导致衔接难度加大,且少数地方存在过度保障问题,制度可持续性堪忧。

《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》明确,基本制度包含基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助“三重保障”,除此之外的其他形式制度安排将逐步清理过渡到“三重保障”的基本制度框架中。

在“三重保障”的制度框架中,基本医疗保险和医疗救助制度较为清晰,补充医疗保险的定义和边界一直较为模糊。在国家医疗保障待遇清单(2020年版)中,补充医疗保险包括城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助(含部分省份的职工大病保险)、公务员医疗补助(参照清单管理)、企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险(暂不纳入清单管理)。

相对于基本医疗保险,这些补充保障制度差异较大。例如城乡居民大病保险无独立的筹资,保费来源于城乡居民基本医保,因此严格意义上仍

属于基本医保的范畴;一些企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保障,性质上可能属于风险发生后的医疗互助制度而非保险。这些制度是自动参加还是自愿参加,在不同地区也有差异。

另外,在我国的基本制度框架下,商业健康险、相互保险、医疗互助等也属于“补充型”制度安排,概念和制度边界需要进一步厘清。另一些概念,如“基本保险”“法定保险”“社会保险”等也存在类似问题。

健“骨架” 丰“血肉”

参保政策、筹资政策、待遇支付政策构成了法定医疗保障制度的“骨架”。

医保待遇清单强调了筹资政策“逐步规范缴费基数”。当前各地对缴费基数的界定存在显著差异,有些统筹地区的缴费基数明显偏低,造成职工医保筹资不足。在社会老龄化背景下,随着在职退休比的变化,职工医保

筹资面临较大挑战。居民医保筹资则仍存在稳定筹资增长机制方面的不足,如定额筹资与医疗需求持续增长导致的费用增长之间无关联关系,个人缴费和财政补助之间无明确比例关系等。

待遇支付政策包括基本医疗保险、纳入清单管理的补充医疗保险和医疗救助待遇支付政策。其中,基本医疗保险待遇支付的政策目标是适度保障;倾斜政策主要是对低收入人群等救助对象的差异化保障政策,体现了基本医疗保险制度的公平观——不是仅仅实现待遇均等,更重要的是追求人人获得基本医疗卫生服务的机会均等。长期来看,成熟的制度会发展到对个人自付费用封顶,而非医保支付费用封顶,实现兜底保障。

笔者认为,既然是基本保障制度,那么非急诊服务的转诊制度是待遇支付政策无法长期回避的问题。在筹资水平既定的情况下,必须在报销水平、支付范围、就医自由度等方面进行权衡。商业健康险的发展也正是基于

此,在法定医疗保障的保障边界外,为部分有缴费能力的人群提供自愿属性的补充型保险产品和服务。

有“集权” 重协同

待遇清单制度的建立,意味着医保的决策权限更多集中于国家层面,有利于缩小统筹地区之间的制度和待遇差异,一定程度上也为提高医保统筹层次、增强医保待遇的可移动性奠定了基础,其动态调整机制也有助于制度逐渐成熟定型。但该制度与其他制度和政策如何协同,是未来要关注的问题。

例如,医保待遇清单明确,基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目“三个目录”的范围支付。而在多元复合型付费机制下,如实施DRG改革后,医疗机构和医生能否自主使用医保目录外的药品、耗材,值得探讨。又如,在紧密型医共体模式总额付费机制下,结余留用的激励机制有利于提高基金使用效率,有助于推动健康中国建设,但实际上医保的支付范围可能间接超出了待遇清单。

这些问题需要在执行层面得到关注。

待遇清单要求:“把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。恶性肿瘤门诊化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重症精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核、日间手术等,可参照住院管理和支付。”

待遇清单并没有明确具体标准,这为各地关于门诊慢特病的管理留下了一定的自主空间,有待未来进一步完善和细化。

为商保发展留空间

待遇清单将基金的最高支付限额同当地职工平均工资和居民人均可支配收入挂钩,提出“职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资和居民人均可支配收入的6倍左右”。而现行的最高支付限额各地差异较大,有的地区低于该标准,也有部分地区高于该标准。

最高支付限额标准的出台,从侧面明确了超过当地职工年平均工资和居民人均可支配收入6倍的医疗费用可通过商业保险覆盖。这为商业保险的发展预留了一定空间。

门诊慢特病保障在强化

对于门诊慢特病待遇支付,医保

数据

儿童诊疗服务价格 10%~60%

据统计,目前各地针对儿科诊疗服务价格政策均已制定了相应的措施。

一是以诊疗类和手术类项目为重点,在上调成人收费标准的基础上,对儿科、儿童专科医院提供的同等项目按统一幅度加收,各地加收幅度10%~30%,涉及北京、辽宁、四川等半数以上省份。

二是采取成人项目收费标准基础上,对儿科的床位、诊疗和手术等类别项目制定更高的收费标准,各地调增幅度10%~60%,涉及浙江、江苏等20多个省份。

住院费用救助比例 70%

国家持续健全医疗救助制度,分类落实资助参保政策,对低保对象、特困人员等困难群众经基本医保、大病保险保障后个人负担中符合规定的医疗费用给予救助。目前,低保对象、特困人员等救助对象年度限额内政策范围内住院费用救助比例普遍达到70%左右,年度救助限额达到3万~5万元。

公立医院医保收入 18.8%

近年来,国家不断加大对公立医院的投入力度。

2011-2019年,我国公立医院财政直接补助收入从1053亿元增长到3126亿元,年均增长14.6%,比同期全国财政支出增速高出4.3个百分点。我国公立医院来自医疗保险基金的收入年均增长18.8%。2010-2021年,中央财政累计安排公立医院综合改革补助资金超过780亿元,支持巩固破除以药补医、以耗材补医成果,建立健全公立医院运行新机制。

医保基金安全 233.1亿元

2020年全年,全国共检查医保定点医药机构62.7万家,查处违法违规违约医保机构40.1万家,其中解除医保协议6008家、行政处罚5457家、移交司法机关286家;各地共处理违法违规参保人员2.61万人,其中暂停结算3162人、移交司法机关2062人;全年共追回资金233.1亿元。

2019年全年,全国共检查医保定点医药机构81.5万家,占全部定点医药机构99.4%;处理26.4万家,占检查机构32.4%,其中暂停医保服务27664家,解除医保服务协议6730家,行政处罚6638家,移交司法机关357家。全年共追回资金115.56亿元。

医保电子凭证 7亿

当前,国家正在积极推进医保电子凭证申领及应用工作。截至2021年6月底,医保电子凭证全渠道激活用户已超过7亿,31个省份已经支持医保电子凭证就医购药,可在超过20万家定点医疗机构、30万家定点零售药店使用。

国家医保信息平台 16省份

2020年10月,国家医保信息平台主体建设完成,目前,已在河北、广东、海南、贵州、青海等16省份落地应用。全国统一的医保信息平台包括跨省异地就医管理子系统、智能监管子系统共14个业务子系统。

其中,跨省异地就医管理子系统可提供各省之间异地就医信息的交换渠道,以及提供跨省异地就医业务查询服务、结算服务,并对跨省异地就医业务进行监管。

(来源:国家医保局网站)

权益

“公平适度”是核心词

□南开大学卫生经济与医疗保障研究中心 朱铭来 刘池琴

从总体来看,《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》旨在打破过去各地医保碎片化的管理模式,在医保基本制度、基本政策、基金支付的项目和标准、不予支付的范围等方面建立全国统一标准,为公平适度保障人民群众医疗保障权益,逐步实现待遇一致性迈出了坚实的一步。

保障制度要“瘦身”

《意见》明确指出:“各地在基本制度框架之外不得新设制度,地方现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到基本制度框架

中。”

“其他形式制度安排”主要指在脱贫攻坚过程中,各地出台的由政府财政买单的补充性保险和救助机制。该类制度往往呈现出层层叠加、叠床架屋的形式,由不同部门管理不同层级,容易出现重复报销、效率低下等问题。同时,该类制度在各地差异较大,无法保障各地群众医疗保障权益的公平性。目前,财政收入呈下滑趋势,此类制度会给当地政府带来较大财政压力,可持续性较差。

明确基本保障内涵

《意见》明确了国家层面统一管理的医疗保障内涵,包括基本医保、补充医疗保险、医疗救助;明确了这些医疗保障在参保、筹资、待遇支付等方面都适用国家统一标准,由国家医保局统一管理,而非采用商业化运作模

式。商业保险公司只能以经办的模式参与其中。

《意见》同时指出,“企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险等暂不纳入清单管理”,即企业事业单位为员工购买的团体商业保险不受国家医保局的统一管理,可以突破医疗保障待遇清单,采用差异化、市场化的管理模式。这一表述进一步明确了补充医疗保险同商保的关系和边界:前者受国家医保局统一管理,后者可以采用商业化的运作模式。

救助门槛在降低

国家医疗保障待遇清单(2020年版)规定:“低保对象、特困人员原则上全面取消救助门槛,暂不具备条件的地区,对其设定的年度起付标准不得高于统筹区上年居民人均可支配收入的5%,并逐步探索取消起付标准,低