

# 从10元到380元，增长的医保缴费

## 为群众带来了什么

# 国家医保局有关司负责人就居民医保参保答记者问

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服务水平的大幅度提升，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，其医保总缴费至少为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从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保障、更高质量的医疗保障、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：城乡居民享受的医保报销，都是来自居民个人缴费吗？

答：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，是居民个人缴费总额的2.98倍。

问：如何看待“缴纳医保后没生病，吃亏了”等言论？

答：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，就是汇聚各方力量后，帮助那些不幸患病的人和家庭抵御大额医疗支出的风险。因此，参加医保就是“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。

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，一次住院医保平均报销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：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？

答：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、恶性肿瘤等出现年轻化趋势，青壮年面临的健康风险不容小觑。

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”？国家医保局有关司负责人就记者关心的问题接受了记者的采访。

问：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？

答：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，造成了居民医保参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个村开展参保工作蹲点调研。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平稳中略有下降，甚至总参保人数也有可能缩小。

问：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，增速过快。如何看待这个观点？

答：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/人的居民医保缴费标准增长太快。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的提高。

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后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用的年自付费用近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，彩超、CT、核磁共振等高新设备迅速普及，无痛手术、微创手术等过去高高在上、遥不可及的诊疗技术日益普及并纳入医保报销范围，广大参保患者享受了更加优质的医疗服务。

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，



### 北京朝阳：百姓身边有了中医药服务体系

朝阳区东凤社区卫生服务中心中医在为孩子进行推拿按摩(3月19日摄)。近年来，北京市朝阳区大力推进基层社区卫生服务中心中医药体系建设，提升家庭医生中医药能力，将优质中医资源进一步下沉到百姓身边，让百姓在家门口就能获得中医药服务。

新华社发

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，包括抗肿瘤药、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。

新华社北京3月25日电



### 65岁及以上老年人免费体检

3月17日，在山东省临沂市沂南县铜井镇范家庄村，医务人员为老年人查体。近日，山东省临沂市沂南县启动“2024年65岁及以上老年人免费体检”工作。

新华社发

新华社北京3月25日电