

从10元到380元

## 增长的医保缴费为群众带来了什么

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?

2003年“新农合”  
建立时缴费标准  
10元/人

2024年居民医保  
缴费标准  
380元/人

仅300余种药品能报销

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

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

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

居民医保的政策范围内住院费用报销比例  
为70%左右

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

Fanta (CFP)

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10亿个人、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。(新华社 彭韵佳、徐鹏航)

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“零的突破”,分别达到74种、80余种……近年来,更多患者买得到药、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1.8亿名城乡居民“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

《中国青少年足球改革发展实施意见》发布

## 到2025年 推进校园足球特色学校建设

新华社电 国家体育总局等12个部门25日印发《中国青少年足球改革发展实施意见》(以下简称《实施意见》),旨在推动青少年足球健康持续高质量发展。

《实施意见》提出,坚持以人民为中心,面向全体青少年推广普及足球运动;坚持体教融合,培养全面发展的足球人才;坚持普及与提高相结合,形成校园足球推广普及、专业青训强化提高的科学发展格局;坚持举国体制与市场机制相结合,调动各方面力量发展青少年足球事业,努力开创足球工作新局面,为体育强国建设作出应有贡献。

《实施意见》分阶段提出了主要目

标:到2025年,按照规划目标推进校园足球特色学校建设,建立常态化考核与退出机制。抓实五个全国高水平足球后备人才基地和一批省、市级男、女足青训中心,中国青少年足球联赛成为我国覆盖面最广、参与人数最多、竞技水平最高、社会影响力最大的青少年足球顶级赛事,青少年球员成长通道初步建立,体教融合的足球人才培养体系初步形成。到2030年,青少年足球人口大幅增加,结构合理、衔接有序、层次分明的青少年足球竞赛和训练体系稳定运行,男、女足青少年国家队成绩位居亚洲前列。到2035年,青少年足球治理能力全面提升,竞赛训练体系进一步完

善,青少年足球国家队在国际重要赛事取得优异成绩,为中国足球全面振兴提供有力支撑。

《实施意见》还提出了六个方面的重点任务和政策举措:一是持续加强青少年足球普及。稳步扩大足球人口,繁荣青少年足球文化。二是创新足球后备人才培养体系。完善校园足球课余训练机制,加强体校足球队建设,发挥好职业足球青训龙头作用,促进社会足球青训规范健康发展,全面加强青少年足球国家队建设,促进青少年足球全面协调发展,拓展青少年球员海外培养锻炼渠道和空间。三是强化青少年足球训练工作。全面推

进训练一体化,全面提高选材质量,精准提高培养成效。四是完善青少年足球竞赛体系。优化竞赛体系设计,持续推动以中国青少年足球联赛为主干,其他赛事辅助、协同的青少年足球竞赛体系建设;加强多元化综合监管。五是加强足球专业人才培养。壮大足球专业人才培养机构,加强教练员队伍建设,加强足球专业人才队伍服务管理。六是落实青少年足球保障政策。畅通足球后备人才升学通道,完善青少年球员培训补偿政策,加强足球场地建设和开放利用,加强青少年足球训练和赛事安全管理。

(公兵 张泽伟 肖世尧)