

职工医保新政为何要动个人账户的“钱袋子”

8月26日,医保改革中最难啃的“硬骨头”之一——调整职工医保个人账户的政策正式落地。国家医疗保障局出台《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见(征求意见稿)》,在职工个人账户中,由单位缴纳的基本医疗保险费全部被划入统筹基金。

中国当前职工医保是“统账结合”,个人账户由单位与个人共同缴费,相当于一张专用于医疗缴费的银行卡,个人有权随时取用,主要支付普通门诊医疗费用和购药费用,有些地方如北京还可以取现。单位为个人缴纳的医保费,30%划入个人账户,70%计入统筹账户。统筹资金被统一放到一个资金池中,如果住院,可以用此资金事后报销。在个人账户的钱款里,单位缴费占绝大部分。因此,改革后,个人账户严重缩水。



富的富 穷的穷 无法共济

中国自1998年起建立的“统账结合”的职工基本医疗保险制度,实际是一个过渡时期的历史产物。过去计划经济时期,职工完全无需缴纳保险费,缺乏参保意识,需要建立一种能够让民众顺利接受缴费的机制,因此通过设立个人账户的方式让缴费人有一笔资金可以相对自由地支配,提高了职工缴费的依从度。当时,对于是否建立个人账户的争议就很大,但最终为了转轨期平稳过渡,采取了折中方案。

中国社科院劳动和社会保障研究中心主任王延中告诉记者,设置个人账户有两个目的,一是通过个人所有的方式实现成本约束,二是通过积累结余的方式为年老时可能产生的高额医疗费用储备,相当于一种大病风险保障机制。但实践中,个人账户并没有起到最初设计的功能,反而出现了很多问题。

首先是常见诸报端的医保个人账户滥用和套现问题。不少人把医保卡当作购物卡使用,购买米、面、油、化妆品和生活用品,且药店与消费者达成“共谋”。据国家审计署2016年上半年医疗保险基金专项审计结果显示,1.4亿元医保个人账户资金被提取现金或用于购买日用品等支出,涉及539家药店。

在老年储备方面,个人账户的积累保障功能也非常有限。2018年职工医保个人账户人均积累只有2300元左右,但当年职工医保的人均住院费用已超过1.1万元。实际局面是,大部分健康人群个人账户大量结余,而少部分年老体弱人群个人账户入不敷出,负担沉重。医保个人账户无法在人群之间分散费用风险,从而导致医疗负担畸轻畸重,无法实现医保体制最核心的功能:互助共济。

事实上,按照制度设计,互助共济功能原本也并非由个人账户承担,而是由统筹资金来实现。但中国社会科学院经济研究所副所长、公共政策研究中心主任朱恒鹏撰文指出,将全部个人缴费+单位缴费的30%用于个人账户积累,降低了统筹基金的筹资水平,削弱了医保统筹共济的功能。这也是近年来专家不断呼吁医保个人账户改革的根本原因。在当前医保基金支出压力不断加大的背景下,个人账户制度的这一弊端愈发凸显。

社科院今年6月发布的《“十三五”中国社会科学院发展思路与政策建议》指出,从长远看,职工医保基金潜伏着严重的支付危机,全国多数地区的职工医保基金将在2020年前后出现缺口。而硬币的另一面是,截至2019年,职工医保个人账户累计结余8276.50亿元,约占总结余的30%。人均个人账户资金结余从2003年的365元提高到2019年的3478元,16年提高了将近10倍。这相当于,在很多地区已经报销不出住院费的情况下,还有8000多亿元躺在账户里“睡大觉”。

拓展使用范围 提高资金利用率

事实上,在《意见稿》发布前,各地为了盘活个人账户资金,已经采取各种方式来拓展其支付范围。例如,有些地方允许个人账户不仅可以在定点医疗机构购买国家医保药品目录以内的药品,还可以购买目录外的药品、保健品,进而拓展到康复、理疗、体检等项目,甚至覆盖了家用医疗器械费用。上海等地鼓励用个人账户自行购买商业健康保险产品。北京、天津甚至允许个人医保支付直接提现。

“这些方式没有改变个人账户的性质,另一方面是允许家庭成员之间共享个人账户,对其性质进行了微调。”王延中说。他指出,这相当于个人账户可以在家庭成员之间实现共济,把个人账户变成了家庭账户,实际上也是在拓展使用范围,提高资金利用率。在这次改革中也有这个措施,相对也容易操作。

《意见稿》指出,个人账户也可以用于支付职工本人及其配偶、父母、子女在医保定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,以及在定点零售药店购买药品、医用耗材发生的由个人负担的费用。此外,还可探索职工医保个人账户为配偶、父母、子女的城乡居民基本医疗保险缴纳费用。

2020年2月,在疫情最严重期间,国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》,明确了个人账户改革的总体思路:逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,改革职工基本医疗保险个人账户,建立健全门诊共济保障机制。

多位专家指出,这个方向是正确的,由于改革涉及利益调整问题,看起来是直接动了居民的“钱袋子”,因此,如何在调整个人账户的同时,不影响参保人的总体保障权益,形成合理的权益置换就成为改革成败的关键。这个背景下,门诊共济保障机制被再次提出,并进一步明确。

《意见稿》指出,普通门诊统筹覆盖全体职工医保参保人员,支付比例从50%起步,待遇支付可适当向退休人员倾斜。简言之,改革后虽然个人账户的钱少了,但这部分原本就主要用于支付门诊费用,现在门诊则可以由统筹资金报销。

职工基本医保制度的弊端之一是门诊保障相对薄弱,多年来一直被诟病。实际上,门诊疾病不一定费用低,如肿瘤的放疗、器官移植门诊抗排斥治疗、白血病等,所花费用往往比住院更高。

门诊纳入医保统筹,将有利于改善以往小病大治、过度住院的现象。中国社会科学院经济研究所副所长、公共政策研究中心主任朱恒鹏撰文指出,在不增加缴费的情况下,利用个人账户资金建立完善门诊共济保障机制,会提高参保人整体获得感。门诊(包括慢病、大病)费用较高的参保人可以通过基金共济获得更多的统筹支付,生病较少、费用较低的参保人虽然损失了个账资金,但获得了门诊保障和更好的住院保障,等于用那些花不了也取不出来的“闲钱”买了一份实实在在的保险,也是净受益者。

提前制定管理办法 确保改革顺利推进

然而,也有专家担忧,改革的思路没错,但如果如果没有出台相应的配套措施,只是个人账户改革单兵突进,在改革阵痛期内,这将会增加一些参保人就医的经济负担。

目前《意见稿》只给出了一个宏观的改革框架,比如要求支付比例从50%起步,但具体的起付标注和最高支付限额由各地自行决定。这对有经济实力的地区来说,可能问题不大,但对于一些原本就收不抵支的贫困地区,将没有足够的财力来同步建立完善的门诊共济保障制度。与此同时,原本的个人账户资金被划走,这些地区的老年人,也就是门诊负担最重的群体,将会面临很大的风险。

一位参与制定改革方案的专家也指出,我国还没有解决医保基金统筹层级过低的宏观问题。虽然《社会保险法》明确要求,基本医保基金逐步实行省级统筹,但目前只有京津沪渝4个直辖市和青海、宁夏等省(自治区)地方探索了省级统筹,大多数地区仍是地市级统筹,部分地区仍为县级统筹。

一些参保人对记者反映了他们的忧虑,比如:有些病种日常花费很大,但没列入慢性病,门诊不能报销,取消个人账户后只能由自己负担。即使是列入慢病特病的患者,也担心取消个人账户之后,门诊统筹若不能全额报销,会带来很大的经济负担。

根据《意见稿》,各地将根据自己医保基金的承受能力,逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围。也就是说,有条件的地方将逐步扩大门诊保障慢性病。这又会形成地区差异,造成不公。

朱恒鹏还指出了这种不公的另一个维度。他认为,相对于表面明显的“利益受损者”,更加需要注意的是改革后的“受益”的合理性。统筹基金大规模后可能出现大量资金被三级医院虹吸的情况。也因此,在数次关于是否取消个人账户的讨论中,反对者提出,贸然取消可能导致门诊费用的急剧增加。

一方面是可能的个人负担费用激增;另一方面,就像此前住院报销带来的过度住院,如果未来门诊费用也可报销,将会进一步加剧过度就医的问题。

在中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文看来,这也是改革后面临的一个最大问题。他指出,建立门诊共济保障制度之后,由于道德风险的原因,容易出现资金支出速度加快和过度医疗问题,很可能导致若干年后门诊统筹基金被消耗殆尽。届时,首先出现问题的就是贫困地区。

郑秉文对记者说,应提前研究制定防范道德风险的管理办法,加强医保基金防止欺诈的力度,加强风险控制,引入精算机制,确保置换为门诊共济保障制度之后的财务可持续性。“改革后很可能朝着另一个方向去。”他说道。(霍思伊)