

构建重特大疾病保障机制

褚福灵

(中央财经大学中国社会保障研究中心 北京 100081)

【摘要】重特大疾病的发生是人生的不幸,将给家庭带来灾难性医疗支出,影响社会的和谐安宁。应当将防控重特大疾病风险的关口前移,从源头上化解重特大疾病风险,在“防病、减费、增收、提待”等方面综合发力,构建重特大疾病的综合保障机制,确保重特大疾病风险得到有效化解。

【关键词】重特大疾病;风险;保障机制

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2015)8-17-4

doi:10.369/j.issn.1674-3830.2015.8.5

Build Security Mechanism for Serious Illness Chu Fuling (China Social Security Research Center of Central University of Finance and Economics, Beijing, 100081)

【Abstract】The occurrence of serious illness is a misfortune of life, which will cause catastrophic medical expense of a family and impact social harmony. We should move forward the prevention pass of serious illness risks, and prevent the risks of serious illness from its occurrence. To reduce the risk of serious illness effectively, we should to do well in four aspects, i.e., disease preventing, medical costs reducing, income increasing and benefits level improving, and build a comprehensive security mechanism for serious illness.

【Key words】serious illness, risks, security mechanism

党的十八大报告指出:“建立重特大疾病保障和救助机制”,《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》中指出:“加快健全重特大疾病医疗保险和救助制度”。应当根据中央要求,建立基于预防的多层次的医疗保障体系,形成“防病、减费、增收、提待”的综合保障机制,以确保城乡居民的灾难性医疗支出风险得到及时预防与有效化解。

1 构建重特大疾病保障机制意义重大

机制是事物的内在构成及其运行机理。重特大疾病是指医治花费巨大且在较长一段时间内严重影响患者及其家庭正常工作和生活的疾病。重特大疾病风险是指重特大疾病带来的家庭灾难性医疗支出风险。重特大疾病保障机制是重特大疾病风险的预防与化解机制的总称,应当由“防范重特大疾病发生机制、减低不合理医疗费用机制、增

加居民收入机制、提高医保待遇水平机制”等四部分构成。

何谓重特大疾病,判别标准不一。国家卫生部2012年发布的《关于加快推进农村居民重大疾病医疗保障工作的意见》(卫政法发[2012]74号)中规定了20种重大疾病,包括:儿童先天性心脏病、儿童急性白血病、终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂。该办法是以病种为标准划分的。

【收稿日期】2015-7-21

【作者简介】褚福灵,中央财经大学教授,经济学博士,博士生导师,主要研究方向:社会保障。*基金项目:国家社会科学基金重点项目“医保费用科学分配及有效监控的技术方法研究”(14AZD117)。

重特大疾病与病种有关，主要由医疗费用决定。有些疾病为不治之症，比如一些癌症，不但治疗费用高昂，而且生命进入末期，应当为重特大疾病。有些疾病为重大传染性疾病，不仅危及本人自身的生命，还将危及社会安全，应当为重特大疾病（国家对诸如艾滋病等重大传染病有专门的保障政策）。有些疾病为罕见病，治疗困难，药物昂贵，病情日益严重，应当为重特大疾病。有些疾病为多发病，比如某些心脑血管疾病，病情危重，医疗费用高昂，可以认为是重特大疾病。某些疾病属于常规治疗，费用花费一般，但对于低收入家庭而言，该花费已经构成灾难性医疗支出，也可以认为是重特大疾病。

重特大疾病风险主要指家庭灾难性医疗支出风险（按照世界卫生组织的口径，当自付的医疗支出占到家庭可支配收入40%以上时，就认为是灾难性医疗支出）。重特大疾病的发生是人生的不幸，将会对家庭与社会带来风险。一旦发生重特大疾病，不仅有可能夺去家庭成员的生命，也会造成严重的家庭经济困难，形成灾难性医疗支出。有些重大传染性疾病，还将对社会安全带来影响。

现行制度过多强调提高保障待遇，忽视了综合保障机制的建立。重特大疾病往往伴随着巨额医疗费用的花费，伴随着“看不起病”的埋怨之声。为了回应重特大疾病患者的诉求，无形中将目光聚焦到提高医疗保障待遇上。比如，我国职工基本医疗保险医疗费用报销限额由统筹地区上年职工平均工资的4倍扩大到6倍，城乡居民基本医疗保险医疗费用报销限额由统筹地区上年

城乡居民可支配收入的4倍扩大到6倍等。但在发病率居高不下、医疗费用急剧增长的情况下，仅仅依靠提高医疗保障待遇水平难以有效化解重特大疾病风险。因此，需要将防控重特大疾病风险的关口前移，在“防病、减费、增收、提待”等四方面综合发力，构建重特大疾病的综合保障机制。

2 从源头上防控与化解重特大疾病风险

防控重特大疾病发生，减少医疗费用的不合理支出，不断提高居民的收入水平，是化解重特大疾病风险的基础性工作。

2.1 防控重特大疾病发生

重特大疾病发生率和死亡率有增加的趋势，需要采取措施加以扭转。根据《中国卫生统计年鉴2013》，甲乙类传染病的发生率没有明显下降，死亡率逐年增加（见表1）。

根据《中国卫生统计年鉴2013》，1993年到2008年期间，调查地区居民的两周患病率有上升的趋势（见表2）。

根据《中国社会保险年度报告2014》，2009年到2014年期间的职工与城乡居民的住院率、职工的人均就诊次数均呈上升趋势（见表3）。

表1 甲乙类法定报告传染病发病率、死亡率及病死率

年份	发病率 1/10 万	死亡率 1/10 万	病死率 %
2003	192.18	0.48	0.25
2004	244.66	0.55	0.22
2005	268.31	0.76	0.28
2006	266.83	0.81	0.3
2007	272.39	0.99	0.36
2008	268.01	0.94	0.35
2009	263.52	1.12	0.42
2010	238.69	1.07	0.45
2011	241.44	1.14	0.47
2012	238.76	1.24	0.52

表2 调查地区居民两周患病率

年份	总计%	城市%	农村%
1993	140.1	175.2	128.2
1998	149.8	187.2	137.1
2003	143	153.2	139.5
2008	188.6	222	176.7

表3 2009年—2014年基本医疗保险住院率与人均就诊人次

年份	2009	2010	2011	2012	2013	2014
职工住院率	11.10%	11.70%	12.50%	13.50%	14.60%	15.40%
职工人均就诊次数	4.00	4.10	4.40	4.60	4.90	5.20
居民住院率	3.70%	4.50%	5.30%	6.65%	8.10%	8.90%

数据表明,职工和居民的发病率、住院率和病死率均呈上升趋势,为重特大疾病发生埋下了隐患。应从防病入手,采取“疫病预防、环境改善、提高食品药品质量、全民健身”等措施,为防控与化解重特大疾病风险创造条件。

2.2 减少医疗费用浪费

我国医疗卫生资源浪费严重。世界卫生组织发布的《世界卫生报告2010——卫生系统筹资:走向全民医保之路》指出,全球卫生经费支出中大约20%—40%处于浪费状态。根据光明日报报道,“据有关部门估计,我国医疗资源浪费占到医疗总费用的30%以上,严重地区可达40%—50%。”研究表明,我国医疗机构的“大处方、乱检查、小病大看”等现象严重,导致我国医疗卫生资源浪费高于国际平均水平。

粗放管理是医疗资源浪费的主要诱因。医疗资源浪费的根源在于医院定位企业化,医院管理粗放化,将医院科室的收入进行简单化承包,将医生的报酬简单化为收入的分成(提成),从而导致医生为提高报酬不得不“多开药、多检查、多住院、多挣钱”。

医疗资源浪费表现到医保基金支出的过快增长上。根据《中国统计年鉴2014》,2009年到2013年期间,职工基本医疗保险基金支出的年均增长率为23.68%,收入的年均

增长率为19.66%,基金支出增长率明显高于收入增长率。如表4所示。

分析表明,由于基金支出增长率大于收入增长率,说明医疗费用处于过快增长态势。为化解参保人的灾难性医疗支出,必须采取有效措施控制医疗费用的不合理增长。如果只是强调提高医保待遇水平,没有采取措施控制医疗费用的过快增长,就难以减少重特大疾病患者的医疗费用支出,从而难以为重特大疾病患者提供有效保障。

2.3 全面提高城乡居民收入水平

提高收入水平是防控重特大疾病

风险的物质基础。2011年制定的贫困线标准是农民家庭人均纯收入2300元/年(按不变价格计算)。根据《2012中国可持续发展战略报告》,按2011年的贫困标准,中国有1.28亿的贫困人口。根据《2015社会服务发展统计提要》,城乡低保人数与五保人数之和大概为8000万人。

数据表明,我国还有一亿多的贫困人口,他们更容易遭受重特大疾病风险打击,应当采取有效措施全面提高城乡居民的收入水平。

3 构建多层次的重特大疾病保障体系

由于统计口径不同,重特大疾病的发生率也不同。以大额医疗费用为参照,根据北京市、威海市等经验数据,重特大疾病的发生概率

为万分之一到万分之五。

重特大疾病的发生难以避免,应通过“基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助、医疗慈善”多层次的医疗保障体系加以化解。

3.1 基本医疗保险是化解重特大疾病风险的基石

我国建立了基本医疗保障体系,定位在“全覆盖,保基本”,主要通过报销一定比例的住院费用与大额门诊费用,在一定范围内(通常设立封顶线)化解参保人的医疗支出风险,满足其基本医疗需求。

研究表明,基本医疗保险体系通常能够报销医疗费用的70%—80%,由此在很大程度上化解了重特大疾病带来的医疗支出风险。因此,必须切实加强基本医疗保险体系建设,发挥基本医疗保险在化解重特大疾病风险中的基础性作用。

3.2 补充医疗保险是化解重特大疾病风险的关键

补充医疗保险在化解重特大疾病风险中处于关键性地位。由于有些重特大疾病的医疗费用往往会超出基本医疗保险的封顶线,在一定条件下将会带来灾难性医疗支出风险。根据报道,某居民患某种重特大疾病,经“基本医疗保险”报销后,仍需自付15万元之多,远远超出了其家庭负担能力,形成了灾难性医疗支出。因此,我国现行的基本医疗保障体系在应对灾难性医疗支出风险方面还存在一定的局限性,需要通过补充医疗保险加以完善。

职工大额医疗费用资金互助制度与城乡居民大病保险制度均属于补充医疗保险制度,可以在基本医疗保险封顶线之上对大额医疗费用

表4 2009—2013年城镇职工基本医疗保险基金收支

年份	2009	2010	2011	2012	2013
基金收入(亿元)	3420.3	3955.4	4945	6061.9	7061.6
基金收入增长率	18.55%	15.64%	25.02%	22.59%	16.49%
基金支出(亿元)	2630.1	3271.6	4018.3	4868.5	5829.9
基金支出增长率	30.27%	24.39%	22.82%	21.16%	19.75%

进行补偿。我国普遍建立了职工大额医疗费用资金互助制度，通常是单位与个人按一定比例筹集资金（比如北京市规定，单位每月按工资基数的1%缴费，个人每月缴费3元），对大额医疗费用再报销一定的额度（比如北京市规定，基本医疗保险封顶线以上按70%的比例再报销10万元）。也有些地区对大额医疗费用没有规定最高报销限额（比如杭州市规定，基本医疗保险封顶线以上部分由重大疾病补助基金按一定比例补偿，上不封顶）。我国试点城乡居民大病保险制度，通常是从基本医疗保险基金中划拨一定比例（比如5%）建立大病保险基金，对超过基本医疗保险封顶线的大额医疗费用进行一定比例的补偿（通常不低于50%，上不封顶）。城乡居民大病保险制度需要进一步完善，将划拨大病保险基金改为缴纳大病保险基金，以便明确大病保险的“补充”定位，进一步理顺职工医保与居民医保的关系，建立起“基本+补充”的医疗保险制度框架。

因此，应重视补充医疗保险制度建设，充分发挥补充医疗保险在化解重大疾病风险中的关键性作用，为重特大疾病风险的化解创造

条件。

3.3 医疗救助与医疗慈善是化解重特大疾病风险的补充

发挥医疗救助在化解重特大疾病风险中的托底作用。我国普遍建立了城乡居民医疗救助制度，最低生活保障家庭成员和特困供养人员是医疗救助的重点对象。救助的方式包括资助参保参合和对大额医疗费用给予一定比例的减免。医疗救助体现政府责任，由政府提供专项资金给予一定额度的医疗救助，对化解重特大疾病风险起到托底作用。应完善医疗救助制度，实施精准救助，适当提高救助水平。

发挥医疗慈善事业在化解重特大疾病风险中的辅助作用。某些重特大疾病花费高昂，在基本医疗保险、补充医疗保险报销以及医疗救助补偿后，仍需自己承担高额医疗费用支出，有些家庭会出现灾难性医疗支付风险。比如治疗白血病的格列卫一盒药2万元以上，每月需要服用一盒，该药物通常不在报销的药品目录范围内。对于这类情况，需要医疗慈善机构予以援助。比如中华慈善总会与厂家合作，实施了格列卫患者援助项目。该项目将患者分为病前低保患者和非低保患者两种类型：符合格列卫适应症

的病前低保患者全额免费药品援助；格列卫药品无法报销的非低保患者每个治疗年患者自费承担前3个月药费，免费援助9个月药品；格列卫药品实现部分报销的非低保患者每个治疗年患者自费承担前3个月或6个月药费，免费援助9个月或6个月药品。

总之，通过发展医疗慈善事业，借助社会力量共同发力，可以在一定程度上化解灾难性医疗支出风险，为重特大疾病患者提供更加充分的保障。■

【参考文献】

- [1] 褚福灵. 综合发力 化解灾难性医疗风险 [J]. 中国卫生, 2015, (7).
- [2] 人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心. 中国社会保险发展年度报告 2014[M]. 中国劳动社会保障出版社, 2015.
- [3] 中国统计年鉴 2014[DB/OL]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/>
- [4] 中国卫生统计年鉴 2013[DB/OL]. <http://www.nhfc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>
- [5] 2015 社会服务发展统计提要 [M]. 中华人民共和国民政部, 2015.
- [6] 中国科学院可持续发展战略研究组. 2012 中国可持续发展战略报告 [M]. 科学出版社, 2012.
- [7] World Health Organization. The world health report 2010 - Health systems financing: the path to universal coverage[R]. <http://www.who.int/whr/2010/en>.
- [8] 田雅婷. 医疗资源浪费触目惊心 [N]. 北京: 2013-2-23(1).

多层次是我国社会保险基本方针的一项重要内容。多层次的意义在于充分发挥每一个层次的不同作用，增强保障体系的整体功能，满足不同需求；区分层次的根本标志是筹资来源和筹资方式，用基本医保基金建立“大病保险”基金，混淆了基本医保与补充保障的区别与界线，等于从基本层次中又分出一个补充层次，这个补充层次

不是由商保单独承办的，而是多采用合署办公、联合经办的运行方式和“结余共享、超支分担”的利益机制，形成了“你中有我、我中有你”的混合层次。

——摘编自 海韵《健全重特大疾病保障机制仍需破解诸多迷思和困惑》（《中国医疗保险》杂志2014年第10期）