

大病保险创新发展研究:实践总结与理论思考*

仇雨临 冉晓醒

(中国人民大学劳动人事学院,北京 100872)

摘要:大病保险制度作为我国医疗保障体系中一项重要的制度安排,在缓解因病致贫、因病返贫方面发挥了关键性的作用。自2012年开始试点以来,该制度在覆盖范围、保障水平、管理体制等多方面取得突破性进展。同时,各地区不断探索创新,形成多样化的制度模式,丰富了制度的内涵。然而,我国现行的大病保险制度也存在一些问题亟待解决,如保障范围与制度目标偏离、基金可持续性面临挑战、商保机构承办效果堪忧等。随着制度发展进入新阶段,有必要进一步探索创新发展路径。以相关制度之间的协调合作与无缝衔接为基础,逐步形成发展理念清晰、制度定位准确、覆盖范围全面、筹资渠道多元、主体责任明确的大病保险制度,通过构建一体化的医保制度实现保障的公平、高效与可持续。

关键词:大病保险;灾难性医疗支出;精准保障

中图分类号:C913.7

文献标志码:A

文章编号:1001-862X(2019)06-0156-007

DOI:10.16064/j.cnki.cn34-1003/g0.2019.06.023

随着我国基本医疗保险全民覆盖目标的实现,国民基本医疗保障需求得到有效满足。在此基础上,大病保险制度以避免家庭灾难性医疗支出,缓解因病致贫、因病返贫为目标,为城乡居民构筑起了更加牢固的医疗保障安全网。大病保险制度于2012年开始试点,2015年以国务院《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》出台为标志,在全国范围内开始实施。《关于实施健康扶贫工程的指导意见》《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020年)》将完善大病保险制度作为促进健康扶贫的重要举措。在党和国家高度重视下,经过不断探索与实践,大病保险制度正逐步走向成熟。

一、大病保险运行现状

大病保险制度的建立不仅是补齐医保短板、推动健康扶贫的重要举措,更是化解家庭灾难性医疗支出、实现精准保障的关键途径。从横向扩

面到纵向结构调整,我国大病保险制度经历了持续优化的过程,各方面成效逐步显现,尤其在受益人群增加、保障水平提升和管理体制创新等方面。同时,不同地区结合实际探索出了多元化的保障模式,为完善制度内容奠定了基础。

(一)横向扩面:受益人群增加

所有城乡居民医疗保险参保人员均享有大病保障是大病保险制度的基本要求。截至2015年底,各省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团所辖统筹地区全面实施城乡居民大病保险,实现了地区全面启动、人员全面覆盖、待遇全面兑现“3个100%”。全国10.5亿城乡居民成为大病保险的保障对象,“应保尽保”初步实现⁽¹⁾。覆盖面的扩大,给予更多的居民享有大病保障的机会,从而提升了制度的可及性。同时,更多的大病患者从中受益,大病保险赔付资金显著增加。2016年我国大病保险制度累计赔付资金已经超过300亿元,直接受益的人数大概为1010万人次,比2015年增加近400万人次⁽²⁾。2018年政府工作报

本刊网址·在线杂志:www.jhlt.net.cn

*基金项目:中国人民大学科学研究基金重大项目“大病保险创新发展的模式与路径研究”(17XNL009)

作者简介:仇雨临(1960—),女,北京人,中国人民大学教授,博士生导师,主要研究方向:医疗保障;冉晓醒(1993—),女,河北保定人,中国人民大学博士生,主要研究方向:医疗保障。

告中指出大病保险制度在我国已经基本建立,已有1700多万人次受益。⁽³⁾因此,随着大病保险覆盖面的扩大,更多的居民享受到了应有的保障,从而免于陷入贫困。

(二)纵向延伸:保障水平提升

大病保险制度以缓解因病致贫、因病返贫为目标,聚焦于大病患者高昂的费用负担,给予患者较为充分的保障,避免发生家庭灾难性医疗卫生支出。该制度是在基本医疗保险的基础上实现的再次报销,两制度紧密衔接提升了保障效率与水平。在国家政策层面,大病保险的报销水平持续上涨,制度不断完善。《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》提出,大病保险政策范围内报销比例由50%提高至60%,进一步减轻患者的经济负担。全国实际运行数据也反映出了大病保险保障水平不断上升的趋势。2015年人均报销7138元,全国个案最高赔付达到111.6万元。⁽⁴⁾2018年,基本医疗保险与大病保险总报销水平已经超过了80%。⁽⁵⁾同时,大病保险制度对贫困群体的关注进一步加强。大部分省份已制定了城乡居民大病保险向贫困人员倾斜的政策。2017年贫困家庭个人负担的整体医疗费用比例下降到20%左右。⁽⁶⁾

(三)深化管理:创新管理体制

在医保领域引入商业保险机构参与运营,充分利用商保机构的专业优势,实现社保部门与商保机构的高效率合作,是对医保公共管理服务的一种探索与创新。截至2016年,商业保险公司承办大病保险覆盖人口9.2亿,在大病保险总覆盖人口中占比87.6%。⁽⁷⁾截至2018年底,中国人寿的大病保险项目覆盖4亿多城乡居民,累计为2800多万人次支付赔款600多亿元。⁽⁸⁾商业保险机构在大病保障方面发挥了重要作用的同时也扩大了其自身的影响力。目前,全国范围内有90%左右的统筹地区的大病保险业务由商业保险机构承办。⁽⁹⁾商业保险机构的参与不仅为大病保险的发展注入了新活力,也进一步拓展了大病保险发展的空间。通过社商合作的形式创新了管理体制,社保经办的压力在一定程度上得到了缓解。

(四)地方实践:多元化要素组合

在具体实践层面,各地区以2015年《意见》为基础,对部分制度要素进行了创新探索,不同

的制度要素组合逐渐形成了各具特色的保障模式。不同地区在保障范围、保障水平、资金来源等多方面均存在一定差异。如表1所示。多元化的要素组合既丰富了大病保险的内涵,也进一步充实了大病保险的制度内容。

二、大病保险存在的主要问题

大病保险制度自实施以来备受关注,其在缓解因病致贫、因病返贫方面发挥了重要作用,一定程度上减轻了大病患者的经济负担。经过不断的探索,大病保险制度日渐成熟。然而,在实际运行过程中也出现了一些问题,阻碍了制度的发展。

(一)保障内容与制度目标偏离

一是“高额”费用的界定与制度目标不符。大病保险制度的目标在于防止家庭发生灾难性医疗支出,但是在实际运行过程中却将个人作为保障单位,弱化了制度目标的实现。我国参考世界卫生组织提出的家庭灾难性医疗支出指标,通过换算得出了具体标准,2012年的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》和2015年的《意见》均规定以“个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入、农村居民年人均纯收入”为判定标准。然而我国现行的这种标准将个人作为测算单位,意味着当个人医疗支出额低(没达到基本医保支付封顶线或大病保险起付线),但是整个家庭成员(假如多个成员同时患病且均未达到基本医保封顶线或大病保险起付线)医疗支出总额较高时无法获得大病保险的保障。此外,我国以社会平均收入作为测算基础,在这种情况下,中低收入群体按照社会平均水平执行大病保障标准显然是不合理的,^[1]处于贫困边缘的非贫困户成为更加弱势的群体。因而这种制度设计可能会使得家庭灾难性医疗支出已经发生,但是却得不到保障的现象大量出现。

二是“合规费用”的规定降低了保障的效果。合规费用界定目前主要分为两种:第一种是建立了本地区独立的大病保险目录。其中部分地区通过列出准入或者不予支付的项目明确支付范围,如宁夏制定了《宁夏回族自治区城乡居民大病保险不予报销的项目》;也有地区在基本医保目录

表 1 居民大病保险地方实践情况

制度要素	2015年《意见》内容	地方实践模式	代表省份
保障范围	保障范围与城乡居民基本医保相衔接。参保人患大病发生高额医疗费用,由大病保险对经城乡居民基本医保按规定支付后个人负担的合规医疗费用给予保障。	高额合规费用	辽宁等大部分地区
		病种	上海
保障水平	2015年大病保险支付比例应达到50%以上,根据情况逐步提高。按照医疗费用高低分段制定大病保险支付比例,医疗费用越高支付比例越高。	分段比例报销	河南等大部分地区
		分段比例报销+二次补偿	山西
		固定比例报销	上海
资金来源	从城乡居民基本医保基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。城乡居民基本医保基金有结余的地区,利用结余筹集大病保险资金;结余不足或没有结余的地区,在年度筹集的基金中予以安排。	医保基金划拨	安徽等大部分地区
		来源进一步扩充	山西、广东
筹资标准	各地结合当地经济社会发展水平、患大病发生的高额医疗费用情况、基本医保筹资能力和支付水平,以及大病保险保障水平等因素,科学细致做好资金测算,合理确定大病保险的筹资标准。	省级规定固定金额的筹资标准	吉林、甘肃等
		省级规定筹资的比例标准	福建、内蒙古等
		省级未作出明确规定,各下属行政区自行确定	河北、重庆等
承办主体	坚持政府主导、专业承办。强化政府在制定政策、组织协调、监督管理等方面职责的同时,采取商业保险机构承办大病保险的方式。	商业保险机构	甘肃等大部分地区
		社会保险机构	北京
统筹层次	大病保险原则上实行市(地)级统筹,鼓励省级统筹或全省(区、市)统一政策、统一组织实施,提高抗风险能力。	市级统筹	安徽等大部分地区
		省级统筹	甘肃、海南等

资料来源:根据2015年《意见》及各地区相关政策整理。的基础上进行了扩充,如山东省除执行基本医保目录外,也将特药费用纳入补偿范围。第二种是仍参照基本医疗保险目录,如《辽宁省城乡居民大病保险实施方案的通知(辽政办发〔2015〕103号)》中指出“大病保险的支付范围为合规医疗费用,原则上与现行城乡居民基本医保支付范围一致”。该划分方式可能会造成一部分大病患者在基本医保不能报销的费用在大病保险制度内依然得不到报销,影响了大病保险制度的实施效果。

三是起付线和封顶线的设置与制度目标相矛盾。在实践中,一些地区设置了大病保险报销的起付线,即个人在享受大病保险之前还要先自付一定的费用作为大病保险的起付线,才能进入大病保险。该条件很可能加重贫困人口的医疗负担,甚至造成“因病致贫”或放弃治疗。此外,一些地区还设置了大病保险报销的封顶线,即大病保险报销的最高限额。报销封顶线的存在使超出的费用无法报销,增加了患者的经济负担。目前我

国由商业保险机构承办的605个大病保险项目中有近一半没有封顶线^[10],但是剩余地区设置了严格的封顶线,虽然封顶线额度不断提升,但考虑一些大病所产生的医疗费用十分高昂,封顶线的存在无疑削弱了大病保险的保障能力。

(二)基金可持续性面临挑战

大病保险制度在实际运行过程中基金收不抵支现象突出,制度的可持续发展受到威胁。中国人寿2013年年报显示,该年度其承办的大病保险业务亏损2.47亿元。从各地区的实践情况来看,四川省遂宁市2013年开展城乡居民大病保险试点,2014年亏损3981.8万元。^[2]宁夏大病保险实行市级统筹,2015年,该地区4个统筹地区基金收不抵支,1个统筹地区基金略有结余。^[3]陕西省各地市的保险公司承办大病保险难以实现保本微利,合同中规定商业保险机构的费用及利润率为2%~4%,低于合理水平。延安市是陕西省内人数最少(约为180万人)的地区,2014年合同

约定年度费用和利润率是 2.67%,即 144 万元。而总成本约为 280 多万元,包括全年的人力成本(约 140 万元)、直接运行成本(约 90 万元)、保障基金(43.2 万元),因此,基金亏损成为必然。^[4]一些地区基金支出持续快速上涨,2013—2015 年西安市城镇居民大病保险基金总支出增长率已超过 300%,^[5]基金可持续风险进一步加大。

在大病保险基金筹集方面,我国现行模式主要分为两种,即基金划拨和来源扩充型。值得注意的是,我国绝大部分地区的大病保险基金主要来源于基本医保基金划拨,没有形成独立的筹资渠道。这种单一的筹集来源,使得筹资的水平和规模受到了严重制约。随着人口老龄化的加剧、疾病谱的演变等,基本医保基金一方面要解决居民不断增加的基本医疗保障需求,另一方面还要承受高昂的大病保险费用支出,其自身必然面临透支的风险。而大病保险基金完全依赖于基本医保基金筹资的方式显然不能成为长久之计。如何降低对基本医保的依赖性,实现大病保险基金的可持续成为亟待解决的问题。

此外,大病保险的统筹层级低,风险化解能力弱也导致了基金承担较重压力。以保险项目(省/市/区/县级政府为该区域内全部城乡居民购买一个大病保险)作为参考指标,2016 年商业保险机构承办的大病保险项目共有 605 个,其中省级统筹 13 个,占比 2.1%。地市级统筹的项目 324 个,县区级统筹的项目 268 个。^[11]可见,县区级统筹的地区仍然大量存在。由于 2012 年的《指导意见》和 2015 年的《意见》均未规定大病保险制度最低统筹层级,过低的统筹层级可能导致大病保险基金入不敷出,影响基金的安全和稳定。根据大数法则,参加大病保险的人数越多也就意味着风险分散的能力越强。较低的统筹层次削弱了大病保险基金抗风险能力,导致基金调剂余缺能力不足,不仅增加了运行成本,也使得基金使用效率难以提升。^[6]

(三)商保机构承办效果堪忧

商保机构之间充分竞争是保证制度实施效果的重要条件之一。然而,从现实情况来看,商保机构之间主要局限于经办价格竞争。一方面是社会保险机构作为唯一的大病保险基金服务外包的委托方,在谈判中处于垄断的优势地位,医保

机构会尽力压低价格,而这种垄断的低价主要是大病保险较低的筹资水平所导致;另一方面是承办大病保险的商业保险公司也存在垄断现象,以出价低确保得到经办大病保险的业务。^[7]真正体现市场效率的医疗风险管控和医疗服务提供领域明显缺乏竞争,从而影响了商保承办的整体效果。出价相对高的保险公司被排斥在大病保险市场之外,而拥有一定实力的保险公司通过垄断低价获得承办大病保险业务的指标之后,因其目的与大病保险制度目标不一致,在经营中举步维艰。

在商保机构进入大病保险领域之后,专业优势难以发挥,被动跟随医保承担“出纳”的做法削减了其提升承办效果的积极性。虽然商业保险机构具备明显的专业精算优势,但是在各地区大病保险实施方案中,筹资标准及补偿比例往往是被直接规定的,这使得商业保险机构的优势难以获得发挥的空间。在现阶段,大病保险由商业保险机构承办的期限(一个经办合同期)被明确规定,通常为 3 到 5 年。在较短的运营期限内,加之政府数据信息具有保密性要求,商业保险机构能够获得的数据信息极为有限。因此,这些商业保险机构承办主体虽然进入了大病保险领域,但是其自由决策权受到束缚,较少的资源获取使得商业保险机构提升承办效果的动力明显不足。

一方面是商保机构缺少发言权与实际自由决策能力,另一方面却要承担必须的风险,这种权责不对等、风险承担机制失衡的状态必然会阻碍制度发展。2012 年的《指导意见》指出要“遵循收支平衡、保本微利的原则,合理控制商业保险机构盈利率”。个别地区采取由政府承担全部风险的方式,如在江阴模式和新乡模式中,商业保险机构与政府通过签订“委托管理协议”,保险公司只收费提供专业服务,并不承担运营风险。^[8]这种方式将基金风险全部由政府承担,对保险公司缺乏必要的约束;大部分地区规定了不同情况下商保机构的承担风险比例,如广西规定扣除商保机构赔付金额和综合管理成本外,盈利率和亏损率应控制在 5% 以内。盈利在目标值范围内归商保机构,超出目标值部分全部返还基本医保基金。亏损在目标值范围内,由基本医保和商保各负担 50%,超出目标值部分全部由商保机构承担。事实上,大病保险基金盈亏是由基金收入总

额、参保居民利用情况、住院费用、报销比例等多种因素共同决定,硬性规定商业保险机构的经济责任存在一定不合理性,^[9]尤其是商业保险机构在大病保险承办运营过程中往往处于弱势地位,盈利不足的同时还要被动承担亏损风险。保险公司毕竟是市场主体,如果长期亏损,势必处于自身利益的考虑不再与政府合作。

三、完善大病保险的设想:发展模式与优化路径

目前,大病保险制度已经由建制扩面时期进入了促进实质性公平的阶段。探索适应新时期的大病保险发展路径是提升制度运行效果的必要条件。大病保险制度发展路径应以发展理念清晰、制度定位准确、覆盖范围全面、筹资渠道多元、主体责任明确为导向,以制度协调为基础,通过实施一体化创新医保制度,从而实现医保的公平、高效与可持续。

(一)发展理念:化解灾难性医疗支出风险,保障健康公平

大病保险制度以缓解因病致贫、因病返贫为目标。消除或者化解灾难性医疗支出风险,保障人群健康公平是其最核心的发展理念。从世界各国的实践经验来看,在应对灾难性医疗支出方面,均将最大化降低个人因患病而承担的经济风险作为医保制度的核心目标,避免因经济压力而放弃就医的现象发生。我国的城乡居民大病保险制度应始终以解除居民看病后顾之忧为根本定位,切实减轻患者沉重的经济压力,防止因病致贫和因病返贫。而从我国的实践情况来看,目前的大病保险制度在目标上还不是十分清晰,因此造成一定的普惠效应,对真正面临灾难性医疗支出风险的人群保障水平有限,不能有效解决因病致贫和因病返贫的问题。因此,需要进一步优化大病保险的界定标准,合理确定个人和家庭灾难性医疗支出的指标,使之与大病保险的目标相契合。

(二)制度定位:瞄准重点人群,实施精准保障

我国实施的大病保险制度具备“普惠”性质,未能对不同经济状况的人群进行有效区分,进而影响了制度保障的精准性。根据2015年《意见》,所有居民均以当地上一年度居民人均可支配收入

作为高额费用的测算依据。个人年度累计的合规医疗费用超出当地上一年度居民人均可支配收入即被认定为发生了灾难性医疗支出。此时大病保险制度给予相应保障,以减轻患者经济压力。值得注意的是,同等数目的医疗费用支出对于不同收入水平家庭产生的影响必然存在差异。显然,收入水平较低的家庭遭受的冲击更大,所承受的经济压力更为沉重。然而,现行政策规定只要达到相应标准,就可以获取补偿。这种“撒芝麻式”的补偿方式大大降低了对大病贫困患者的保障力度。因此,针对不同的人群可设置不同标准来界定“高额”费用,重点关注经济贫困、罹患重大疾病及罕见病人群,从而提升制度保障的精准性。也就是说,在进行医疗费用的二次报销时,重点锁定贫困大病患者(如城市低保户以及农村建档立卡人员),通过与医疗救助制度有效配合,切实化解家庭灾难性医疗支出。在提升资源配置效率的基础上,实现对人群的精准保障。

(三)保障范围:目录内延伸到目录外,基金封顶转向自付封顶

大病保险的保障范围主要涉及两个概念,一是“高额”,二是“合规”,但是“合规”的具体定义在国家政策层面并没有明确指出,由地方政府决定。在制度运行过程中,很多地区仍然以基本医保目录为保障范围,患者的保障仍然受限于基本医保目录,导致保障效果没有实质性的提升,难以有效防止因病致贫、因病返贫的发生。因此,需要重新考虑大病保险保障目录,突破基本医保目录的局限,逐步扩大保障范围,从而更好地满足患者的大病保障需求。在封顶线设置方面,实施医疗保险制度的国家(地区)中,大部分均采用个人支付费用封顶,^[10]这种方式能够切实减轻患者的经济负担,免除患病家庭的后顾之忧。随着制度的不断发展,由医保基金封顶走向个人自付封顶成为一种趋势。倘若一些地区受制于经济因素无法实现一步到位,可以通过逐步过渡的方式,最终取消医保基金封顶线,实现个人自付费用封顶。总之,大病保障范围从目录内延伸到目录外,由基金封顶转向个人自付封顶,是缓解大病患者经济负担的重要途径,能够有效实现大病保险制度化解灾难性医疗支出的功能。

(四)筹资方式:扩大财源,多渠道供款

根据2015年《意见》,基本医疗保险基金是大病保险基金的主要来源。这种单一的筹资渠道限制了大病保险保障水平,影响了制度实施效果。虽然基本医疗保险基金短期能够支撑大病保险的运行,但从长远来看,随着覆盖范围扩大、保障水平提升等,在基金统筹层次不变的情况下,基本医保基金必然面临巨大压力,有限的资金很难满足日益增长的医疗保障需求。此外,以基本医保基金划拨为主的筹资方式也造成了大病保险基金缺乏独立性,制度的发展受限于医保基金。从各地区实践来看,除大部分地区将医保基金划拨作为资金筹集来源外,还有一部分地区对资金筹集来源进行了扩充,如广东省提出“有条件的地区可根据实际情况,积极探索政府补助、公益慈善等多渠道的筹资机制”;山西省将“依法接受各种形式的社会捐助”写入《山西省建立和完善城乡居民大病保险工作实施方案》中,也是对拓展资金筹集渠道的探索,为其他地区提供了有益经验。因此,在提升基金统筹层次的同时,可通过引入社会力量参与,扩大资金筹集渠道,推动制度的可持续发展。

(五)承办主体:竞争合作,平等参与

在医保领域首次引入商业保险机构参与,是对医保管理服务的一种探索与创新。然而,在商保机构承办大病保险过程中,大病保险的相关政策由医保机构制定,包括筹资、保障范围、报销比例、商保经营大病保险的盈利率以及承担亏损比例等,商保仅仅充当“出纳”的角色。不对等的地位使得商保机构的所有活动以政府的政策制定为准而缺乏独立性,限制了专业化运作优势的发挥。在风险分担方面商业保险机构处于被动地位,其承担的经济责任被直接硬性规定。这种设计使商业保险机构面临很大的经营风险,不利于商业保险机构与社会保险机构的稳定合作关系的形成。只有双方主体平等互利才能保证大病保险制度长期稳定发展。因此,目前这种为医保机构充当出纳的合作方式是不可持续的。

事实上,大病保险就其属性来说,是基本医保的一部分。在运行机制上,不过是在基本医疗保险报销的封顶线以上进行的二次报销。在管理主体方面,《中华人民共和国社会保险法》在“第一章总则”第7条明确规定:“国务院社会保险行政部门负责全国的社会保险管理工作”。因此,商

保到底应该以什么身份参与基本医保?很显然,它肯定不是社会保险机构,但社保部门可以通过向商保公司投保(大病保险)或者购买商保服务(外包经办业务)与商保公司合作。无论哪种方式,双方应该是平等的关系,医保经办机构与商保公司签订商业合同,进一步明确其权利与义务,保证商保公司的合法利益。从现实情况来看,也有地区的大病保险制度由社保部门承办且运行效果较好。此外,也可以积极探索引入社会力量,推动制度运营的社会化。总之,大病保险制度的承办主体可以不局限于商保机构。多方参与、竞争合作是推动制度健康运行的有效途径。

(六)制度联动:横向制度合作分工,无缝衔接

大病保险制度作为基本医疗保险制度的拓展和延伸,旨在化解家庭灾难性医疗支出,对基本医疗保险发挥了有益的补充作用。此外,基本医疗保险、医疗救助、慈善救助、商业健康保险等都能够缓解因病致贫、因病返贫方面发挥重要作用。然而,在具体实践中,各项制度往往各行其是,无法形成合力应对大病风险,导致对大病患者保障不足。各项制度资源亟待整合,具体可通过明确各自分工促使各制度发挥其应有作用。在基本保障层面,主要由基本医疗保险发挥作用,起付线、共付段和封顶线以及三个目录共同限定了保障范围;在超出基本医疗保险封顶线之后,由大病保险制度对超出的高额费用进行一定补偿;医疗救助主要针对经济困难群体给予保障,在基本医保缴费、报销起付线之下以及共付段的个人费用方面实施救助;商业健康保险则面向具有较强经济支付能力和更高医疗保障需求的人群,为其提供基本保障以外的保险产品。此外,慈善救助能够作为以上制度的补充,通过充分调动社会力量发挥保障的辅助作用。总之,医保制度的无缝衔接需要各项横向制度实现功能上的优势互补与结构上的整合完善,并以此为基础最终发挥出制度联动的系统性作用。

(七)制度创新:构建一体化的基本医保制度

以上对大病保险发展模式和优化路径进行的阐述,可看作是制度短期和中期(5—10年)发展的方向。从长远角度看,可进一步整合医保资源,例如构建基本医保、大病保险、医疗救助一体化的制度。医疗保险是参保人预先缴费,医保机构将保费进行集中管理,形成基金池。其最主要

目标是用医保缴费基金为参保人享受的医疗服务所产生的医疗费用买单,即参保人有了医疗保障后,对看病就医没有后顾之忧。所以医疗保险是一种风险转移和分担机制,可以实现参保人就医保障和就医公平性。无论是基本医疗保险,还是大病保险,抑或是医疗救助,都是对参保人的医疗费用进行补偿,目标是一致的,只不过发生作用的阶段和对象有所区分,如大病保险是对基本医保基金封顶线以上进行报销,医疗救助是对参加基本医保中的困难人群进行资金支持等。没有必要将基本医保制度链条人为割裂开来,形成“碎片化”格局。在国际社会,实行社会医疗保险制度的国家基本上不区分基本医保、大病保险和医疗救助,都放在一个医疗保险制度中,不分彼此,共同发挥作用。2018年国家医疗保障局成立,基本医疗保险、大病保险和医疗救助被整合到该机构,这为构建统一的医保制度打下了体制的基础。基本医保、大病医保、医疗救助被整合为一个统一的制度,将进一步发挥制度合力的优势,为参保人提供更加有效的保障。此外,商业保险、慈善救助等应定位于补充保险。商业保险完全依靠市场化经营,慈善救助依靠社会化(非营利)组织经营,形成多层次的医保制度体系,共同承担起对参保人的健康保障职责。

注释:

- (1) 人力资源社会保障部:城乡居民大病保险成效显著 [EB/OL]. (2017-10-28) [2019-10-21]. http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/28/content_5235083.htm。
- (2) 李斌:大病保险效果明显,实际报销比例达70% [EB/OL]. (2017-03-11) [2019-11-2]. <http://health.people.com.cn/n1/2017/0311/c14739-29138411.html>。
- (3) 2018年政府工作报告 [EB/OL]. (2018-03-05) [2019-10-26]. http://www.mod.gov.cn/topnews/2018-03/05/content_4805962.htm。
- (4) 保监会:2015年大病医保人均报销7138元,最高达111.6万 [EB/OL]. (2016-10-19) [2019-10-19]. <https://www.yicai.com/news/5138063.html>。
- (5) 人社部:基本保险+大病保险的政策报销水平已经超过80% [EB/OL]. (2018-02-26) [2019-11-2]. <http://www.chinadevelopment.com.cn/news/zj/2018/02/1237756.shtml>。
- (6) 李斌:2017年贫困家庭个人医疗负担比例降至20% [EB/OL]. (2016-03-09) [2019-10-19]. <http://topics.caixin.com/2018-03-09/101219273.html>。

- (7) 国新办举行城乡居民大病保险创新发展有关情况发布会 [EB/OL]. (2016-10-19) [2019-10-23]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/33978/35288/index.htm>。
- (8) 江帆.在服务经济社会发展大局中找准定位 中国人寿重振再出发 [N]. 经济日报 2019.9.25 (16)
- (9) 人力资源社会保障部:城乡居民大病保险成效显著 [EB/OL]. (2017-10-28) [2019-10-21]. http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/28/content_5235083.htm。
- (10) 国新办举行城乡居民大病保险创新发展有关情况发布会 [EB/OL]. (2016-10-19) [2019-10-23]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/33978/35288/index.htm>。
- (11) 国新办举行城乡居民大病保险创新发展有关情况发布会 [EB/OL]. (2016-10-19) [2019-10-23]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/33978/35288/index.htm>。

参考文献:

- [1] 高广颖,等.新农合大病保险制度对缓解灾难性卫生支出的效果评价 [J]. 社会保障研究, 2017, (2): 69-76.
- [2] 曾乔林,高小莉,袁一涵,曾子芮.城乡居民大病保险教训分析——以遂宁市为例 [J]. 中国医疗保险, 2016, (6): 31-34.
- [3] 王永超.宁夏城乡居民大病保险运行分析 [J]. 中国医疗保险, 2016, (6): 35-38.
- [4] 刘洋.城乡居民大病保险问题与对策研究——以陕西省为例 [J]. 西安交通大学学报(社会科学版), 2016, 36(6): 75-78.
- [5] 魏哲铭,贺伟.城乡居民大病保险制度实施困境与对策——以西安市为例 [J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2017, 47(4): 107-113.
- [6] 仇雨临,冉晓醒.大病保险:为城乡居民筑牢“安全网” [J]. 群言, 2019, (9): 33-35.
- [7] 贾洪波.大病保险与基本医保关系之辨:分立还是归并? [J]. 山东社会科学, 2017, (4): 70-75.
- [8] 宋宝香,孙文婷.商业保险机构参与医疗保障体系的模式比较研究——以城乡居民大病保险为例 [J]. 中国卫生管理研究, 2016, (1): 84-103, 198-199.
- [9] 田珍都,刘泽升.我国大病保险制度存在的问题和对策建议 [J]. 行政管理改革, 2016, (2): 54-58.
- [10] 仇雨临,翟绍果,黄国武.大病保险发展构想:基于文献研究的视角 [J]. 山东社会科学, 2017, (4): 58-64.

(责任编辑 焦德武)