

DOI:10.3969/j.issn.1674-8131.2014.04.08

大病医疗保障“湛江模式”的成效、经验与启示*

曾理斌

(广东医学院 人文与管理学院,广东 东莞 523808)

摘要:基于医疗保障城乡一体化改革,湛江的大病医疗保障采取商业保险与社会保险结合的模式,通过商业健康保险机构与政府部门合作运营管理大病医疗保障,显著降低了城乡居民发生灾难性医疗支出的比例;其发挥市场机制为城乡居民提供医疗保障的政策理念和政府与商业保险机构分工协作、共担风险、共同运营管理的经验做法,具有普遍借鉴意义。大病医疗保障“湛江模式”也存在“一刀切”式的经济补偿标准有悖公平、“保重大疾病、保高额住院医疗费”的重点未能反映“大病风险”的本质以及缴费水平的差距不大、商业健康保险机构参与深度和广度不够等不足。大病医疗保障是“特惠型”的保障制度,保障水平需要与经济社会发展水平相适应,应全面考量大病风险损失,分类评估家庭大病风险承受能力,充分发挥商业健康保险机构的大病风险管理职能,并根据大病风险损失的严重程度实施差异化补偿标准,避免家庭发生灾难性医疗支出。

关键词:大病风险;大病保险;大病医疗保障;基本医疗保险;医疗保障城乡一体化;灾难性医疗支出;“特惠型”保障制度;补偿标准;补充医疗保险

中图分类号:F840.613

文献标志码:A

文章编号:1674-8131(2014)04-0050-11

一、引言

大病医疗保障制度是帮助居民和家庭抵御大病风险,减轻风险损失,体现社会互助共济,促进社会公平正义的一项重要制度安排。2012年英国医学杂志《柳叶刀》(*The Lancet*)发表的研究论文指出:2011年中国发生灾难性医疗支出(catastrophic health spending)的家庭比例为12.9%,农村家庭发生比例(13.8%)高于城市家庭(10.9%),中西部地区家庭发生比例(13.3%)高于东部家庭(11.9%)。如何消除或降低大病风险的危害性,合理补偿居民

和家庭遭受的经济损失,降低灾难性医疗支出生率,促进居民和家庭的健康发展,已成为社会各界高度关注的重大民生问题。

地处粤西的湛江市率先在经济相对落后的地区探索城乡居民大病医疗保障模式,逐步形成“政府购买、引入商保、政商分工、合作运营、放大保障、二次补偿”的大病医疗保障模式,并在具体的运营实践中取得许多值得借鉴的经验与做法,被医改领域专家称为“湛江模式”。“湛江模式”的探索与实践推动了我国大病医疗保障政策的顺利出台,国家发展改革委等六部门于2012年8月联合发布

* 收稿日期:2014-03-26;修回日期:2014-05-19

基金项目:广东省教育厅育苗工程项目(2012WYM_0075);东莞市高等院校科技计划项目(2011108102052);湛江市哲学社会科学规划课题(2012Z10)

作者简介:曾理斌(1977—),男,湖南邵东人;讲师,硕士,在广东医学院人文与管理学院卫生经济与医疗保险系任教,主要从事社会医疗保险与保险精算研究;Tel:0769-22896579, E-mail:344318479@qq.com。

了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,标志着我国城乡居民大病医疗保障从地区局部试点阶段上升为全面推广实施的新阶段。

随着我国城乡居民大病医疗保障迈入新的发展阶段,深入理解大病风险的基本内涵,梳理大病医疗保障各种模式的基本特征并对其保障效果予以分析,归结主要实践经验和启示显得尤为必要,而目前国内的相关文献还比较缺乏,研究也不够深入、系统。有鉴于此,本文在探讨大病风险的基本内涵以及国外大病医疗保障主要模式的基础上,以“湛江模式”为案例,分析其制度内容与基本特征,并就其保障模式与保障效果展开讨论,总结其经验与启示,为我国大病医疗保障实践和改革提供参考和借鉴。

二、大病风险与大病医疗保障模式

1.“大病风险”的基本内涵

2007年4月,由中国保险行业协会与中国医师协会共同制定了《重大疾病保险的疾病定义使用规范》(以下简称《规范》),首次从医学上界定了25种可以列入商业重大疾病保险的病种,这些疾病具有医治花费巨大且在较长时间内严重影响患者的正常工作和生活的特征。显然,《规范》是从疾病的内在特征出发,将严重损害人体健康、治疗成本巨大的疾病风险界定为大病风险。但是,大病影响的不仅仅是人体机能,不但会对病患本人,也会对其家庭成员的正常生活造成严重干扰并带来一系列经济后果(李哲,2008)。鉴于家庭内部成员之间存在经济互助关系,家庭在保障大病风险、承担家庭成员的大病风险损失方面占据重要地位并发挥积极的功能和作用,因此,有必要以“家庭”作为大病风险的暴露单位,并从经济学和风险管理的角度重新定义“大病风险”。

本文认为大病风险是指在一定的社会经济发展水平下,因疾病导致的最终损失超出家庭的经济承受能力的确定性。即只有当疾病风险损失超出了家庭的经济承受能力时,才可归属于大病风险。因此,核算疾病风险损失和确立家庭经济承受能力标准是界定和有效管理大病风险的基本前提。一般来说,可以将疾病风险损失划分为直接损失、间接损失和与时间因素相关的损失。与疾病预防和诊疗直接相关的费用可以归类为直接损失,包括

门诊检查费、诊断费、治疗费、手术费、住院医疗费、医药耗材费等;因疾病预防和诊疗而引致的额外的费用可以归类为间接损失,包括交通费、食宿费、看护费、康复费、健康咨询费、病假收入损失等;与时间因素相关的损失通常包括长期护理费、持续用药费用、长期收入损失等。值得注意的是,人们在考量疾病风险损失时往往更多地关注直接损失,而疏忽了间接损失以及与时间因素相关的损失,导致疾病风险损失被低估,使一些本该归属于大病风险的疾病风险被遗漏,进而影响大病风险管理绩效。

所谓家庭大病风险经济承受能力是指一个家庭能够承受的医疗费用支出额度,与家庭的收入、支出水平及结构密切相关。考虑到大病风险影响到家庭的正常(或基本)生活,以家庭可支配总收入除去正常生活支出的剩余家庭收入作为家庭医疗费用支出额度基数较为合理。世界卫生组织研究人员认为,当家庭支付的医疗费用占扣除正常生活支出后的剩余家庭收入的比例超出40%时,称之为“灾难性医疗支出”(Xu et al, 2003)。通常为了数据获取与数据处理的简便,同时考虑到在中低收入国家食品支出往往占家庭可支配收入的45%~55%,因此我们将年度医疗费用支出占家庭剩余收入的40%确定为大病风险经济承受能力标准,即将风险损失(即医疗费用支出)超过家庭剩余收入40%的疾病风险界定为大病风险。

2.国外大病医疗保障的主要模式

构建大病医疗保障体系,补偿家庭大病风险损失,避免因灾难性医疗支出影响家庭正常生活,已成为许多国家公共卫生政策的基本共识(Xu et al, 2003)。总体来看,国外的大病医疗保障模式主要分为三种:

一是商业医疗保险主导模式。由雇主和雇员自主筹资,自愿选择购买商业健康保险保障大病风险。保费水平与保障标准各异的商业健康保险产品能够满足人们不同层次的疾病风险保障需求。为了降低被保险人的道德风险、自身运营风险与管理成本,商业健康保险产品通常设有免赔额(比例)、共付额(比例)、最高限额等协议条款。部分商业健康保险还特别设置了被保险人医疗费用自付封顶额,即当医疗费用自付额超出一定金额时,个人不再承担费用支付,超出部分自动纳入商业健康保险保障范围,有效地降低了被保险人因巨额医疗

费用支出引发的家庭财务风险。同时,政府为儿童、老年人、残疾人以及低收入和失业群体提供多种形式的医疗照顾、医疗救助计划,降低这些特殊群体的大病风险水平。美国和南非是这种模式的代表性国家。

二是社会医疗保险主导模式。国家通过立法规定由雇主、雇员按比例合理分摊,政府给予财政补贴和税收优惠,共同筹集资金,强制雇员及其家属参加与社会医疗保险相衔接的大病医疗保障。大病医疗保障水平与参保人的年龄、收入水平以及疾病病种相关,通常根据参保人的年龄和收入水平划分不同的组别,设置不同的医疗费用起付线和医疗费用自付封顶额(比例)。参保人年度门诊、住院次数越多,其医疗费用起付线和单次费用自付封顶线也将随之下降。采取这种模式的主要国家有德国、法国、巴西、阿根廷、墨西哥、韩国等。

三是国家医疗保险主导模式。国家医疗保险模式也称全民免费医疗模式,具有明显的社会福利特征。国家以征收社会福利税的方式筹集资金,由政府筹办各种医疗卫生服务机构,建立完善的公共卫生服务体系。各级医疗卫生服务组织通过政府预算拨款或转移支付获得经济收入,并向全体国民提供免费(或少量收费)的医疗卫生服务,以增进全民健康水平,避免国民发生灾难性医疗支出。采用这种模式较为典型的国家有英国、加拿大、瑞典、澳大利亚等。

不难发现,大病医疗保障模式并不是单一的,而是多元化的,各个国家均结合国情构建适合本国的大病医疗保障模式,通过不同的途径让民众及时获取医疗卫生服务,帮助民众抵御疾病对健康的伤害,并运用多种手段控制民众医疗费用自付比例,使大病风险损失处于家庭经济承受能力范围内,从而有效地降低灾难性医疗支出的发生率。虽然各国在大病医疗保障制度框架内,通过采取控制医疗费用自付比例的手段能够较为明显地降低家庭发生灾难性医疗支出的比例,但是大病医疗保障制度外的其他因素也可能影响家庭灾难性医疗支出发生率,比如国家卫生服务体系的发达程度和社会贫富差距的严重程度等。因此,行之有效的大病风险筹资与补偿机制、高效廉价的医疗卫生服务系统以及合理控制社会贫富差距等都是家庭有效抵御大病风险的重要保证(Xu et al,2007)。

三、我国大病医疗保障实践：“湛江模式”

我国的大病医疗保障与基本医疗保障体系的构建与发展息息相关。最初旨在补偿城镇职工因患疾病或重大疾病而花费的、超出城镇职工基本医疗保险补偿范围的医疗费用而设立的各种“补充医疗保险”和“大额医疗补助”是我国大病医疗保障制度的雏形。以城镇职工基本医疗保险为主、补充医疗保险与大额医疗补助为辅的大病医疗保障模式,使具有正式职业收入的城镇职工得到较为充分的医疗保障,有效地降低了城镇职工的大病风险水平。然而,占人口绝大多数、缺乏正当职业收入或收入较低的城乡居民却缺乏足够的医疗保障。虽然2003年和2007年相继实施的城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗已基本实现了城乡人口的全覆盖,并一定程度上缓解了城乡居民的医疗负担,但因覆盖人口多、筹资水平低、保障方式单一、运营管理能力薄弱等诸多原因,城乡居民医疗负担依旧沉重,尤其难以摆脱因大病风险带来的各种困境与痛苦,因此,迫切需要建立与城乡居民基本医疗保险相衔接的大病医疗保障体系。

表1 部分国家发生灾难性医疗支出的家庭比例及其影响因素/%

国家	发生灾难性 医疗支出 家庭比例	自付医疗 费用占医疗 总费用比例	卫生 总费用占 GDP 比例	低于 贫困线 家庭比例
阿根廷	5.77	41.30	11.10	16.70
巴西	10.27	61.30	7.70	22.40
墨西哥	1.54	43.20	4.90	13.40
韩国	1.73	51.50	5.00	0.30
越南	10.45	80.80	5.30	21.00
泰国	0.80	40.40	3.60	5.90
印度尼西亚	1.26	76.80	2.60	17.90
南非	0.03	9.70	5.50	27.20
瑞典	0.18	19.00	6.20	0.00
加拿大	0.09	16.90	8.00	0.00
英国	0.04	4.60	6.10	0.40
法国	0.01	11.50	9.50	0.30
德国	0.03	10.20	10.00	0.00
美国	0.55	22.90	10.20	1.20

数据来源: <http://image.thelancet.com/extras/02art12246-webtable.pdf>

以满足城乡居民基本医疗需求为目标的城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度对疾病风险保障额度和医疗费用补偿范围有严格的限制,部分参保(合)人因未能从中获得足够的风险保障和经济补偿而引致家庭“因病致穷、因病返穷”。为了改变这一困局,2012年8月国家发展改革委员会等六部门联合发布了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《指导意见》),要求引入市场机制,采取政府主导与市场机制相结合的方式建立大病医疗保险制度,发挥大病保险功能,使大病保险对合规医疗费用参保人自付部分的报销比例不低于50%,切实减轻城乡居民的大病负担,避免城乡居民家庭发生灾难性医疗支出。《指导意见》明确指出城乡居民大病保险是基本医疗保障的拓展与延伸,是对高额医疗费用给予补充保障,解决民众因病致贫、因病返贫问题,促进社会公平正义的一项制度安排。由此可见,我国的大病医疗保障须反映以下四点政策要求:一是属于“特惠型”保障制度,仅针对“大病负担重”的部分参保人;二是引入市场机制,采取政府和市场相结合的运营

管理模式;三是通过基本医疗保险附加大病保险实现保障功能,大病保险是对高额医疗费用参保人自付部分实施“二次补偿”,体现基本医疗保险与大病保险既分工又互为补充的相互关系;四是避免家庭发生灾难性医疗支出,促进社会公平正义。总之,当前我国大病医疗保障模式的构建应以“基本医疗保险附加大病保险”为基本框架。因此,下文对大病医疗保障“湛江模式”的分析,是基于其医疗保障体系的,不仅仅针对大病医疗保险,也包括基本医疗保险。

1.“湛江模式”的发展背景

表2数据表明,湛江的经济发展水平和城镇化水平在中国处于落后地位,但医疗卫生投入水平与全国平均水平基本持平;城镇家庭可支配收入水平高于农村家庭50%以上,城乡贫富差距明显;此外,根据联合国粮农组织以恩格尔系数作为区分富裕程度的标准^①,湛江市城镇家庭整体生活水平处于小康水平,而农村家庭整体生活水平处于温饱水平。

表2 2009—2012年湛江市经济、人口及基本医疗保险参保情况

主要指标	2009	2010	2011	2012
人均国内生产总值(GDP)/元	16 530.17	20 028.70	24 164.26	26 734.94
卫生总费用占GDP的比例/%	4.55	4.06	5.31	5.20
城镇家庭平均可支配收入/元	43 865.32	48 822.95	55 741.28	63 716.06
城镇家庭恩格尔系数/%	44.80	42.80	41.80	41.80
农村家庭平均可支配收入/元	25 466.40	29 846.88	35 587.67	41 089.29
农村家庭恩格尔系数/%	50.50	49.90	52.40	51.20
城镇与农村家庭平均可支配收入之比	1.72	1.64	1.57	1.55
常住人口数/万人	699.43	700.38	706.92	710.92
城镇人口占常住人口的比例/%	38.99	36.68	37.26	38.30
乡村人口占常住人口的比例/%	61.01	63.32	62.74	61.70
基本医疗保险总参保人数/万人	593.3	636.6	685.08	693.10
城镇职工基本医疗保险参保人数占总参保人数的比例/%	7.97	7.71	7.87	8.09
城乡居民基本医疗保险参保人数占总参保人数的比例/%	92.03	92.29	92.13	91.91

数据来源:根据《湛江统计年鉴》(2009—2012)及相应年度统计公报计算整理。

湛江市医疗保障城乡一体化改革的初衷是为了解决新型农村合作医疗制度与城镇居民基本医

^① 恩格尔系数在59%以上为贫困,50%~59%为温饱,40%~50%为小康,30%~40%为富裕,低于30%为最富裕。

疗保险制度存在的缴费标准不一、保障待遇差异大以及城乡居民参保积极性不高、基金调剂能力弱等问题。2009年1月湛江市决定将新型农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度合并为湛江城乡居民基本医疗保险制度^①,将原属于卫生部门的新型农村合作医疗经办管理权限移交社会保障部门,由后者设立的社会保险基金管理局负责对590多万城乡居民提供统一的社会医疗保险经办服务和运营管理工作。要实施医疗保障城乡一体化改革,湛江市面临两大难题:一是如何确保新的城乡居民医疗保险制度在缴费标准和保障待遇方面比改革前的旧制度更具吸引力,这需要适度降低城乡居民的缴费水平,增加政府财政补贴,并加大对医疗卫生机构的公共财政投入,这将对财力较为薄弱的湛江市政府形成巨大财政压力。二是如何确保新的城乡居民医疗保险制度能够顺利实施和有效运营,这给湛江市社会保险基金管理局的经办服务与运营管理能力带来严峻挑战。2009年湛江市社会保险基金管理局在编经办管理人员仅有27人,

而改革后纳入经办服务管理的城乡居民参保人数达到590余万人^②(经办管理人员数与服务对象之比约为1:220 000,远高于国际通常标准1:5 000),使原本已显紧张的人力更加捉襟见肘。显然,湛江城乡居民医疗保障一体化改革所需的人力、管理、技术、资金等资源要素极度短缺,依赖湛江市政府部门自身力量在短期内解决资源要素的短缺问题是不现实的,借助外部力量、利用外部资源是其必然的理性选择。

2.“湛江模式”的基本内容

2009年,湛江市在进行城乡居民医疗保障一体化改革时,以政府招标的方式引入商业健康保险参与城乡居民基本医疗保险的运营与管理。商业健康保险机构的专业化的人力资源、管理技术和资金投入不仅大大缓解了财政压力,弥补了经办管理能力的不足,而且通过发挥商业健康保险的风险保障功能,以较低的费率购买商业大额医疗补助产品,放大了城乡居民基本医疗保险的住院医疗保障水平(表3)。

表3 湛江市城乡居民基本医疗保险住院医疗保障结构和管理权限

年度	缴费方式	封顶线	管理权限	
			住院统筹基金 (社会保险基金管理局负责管理)	大额医疗补助 (商业健康保险机构负责管理)
2009	A档:20元/人·年	5万元	起付线~1.5万元	1.5万元~5.0万元
	B档:50元/人·年	8万元	起付线~1.5万元	1.5万元~8.0万元
2010	A档:20元/人·年	8万元	起付线~2.0万元	2.0万元~8.0万元
	B档:50元/人·年	10万元	起付线~2.0万元	2.0万元~10.0万元
2011	A档:30元/人·年	10万元	起付线~2.0万元	2.0万元~10.0万元
	B档:60元/人·年	12万元	起付线~2.0万元	2.0万元~12.0万元
2012	A档:30元/人·年	16万元	起付线~3.0万元	3.0万元~16.0万元
	B档:60元/人·年	18万元	起付线~3.0万元	3.0万元~18.0万元

注:住院医疗费用起付线根据不同等级的医疗机构划分,一级医院100元,二级医院300元,三级医院500元;2009年湛江市将城乡居民基本医疗保险参保人个人缴费的85%(2010年后调整为70%)划入由社会保险基金管理局负责管理的城乡居民基本医疗保险的住院统筹基金,余下的15%(2010年后调整为30%)向商业健康保险机构购买大额医疗补助产品,并依据不同的缴费档次设置不同的保障水平。

^① 经济发展水平低、城乡经济社会发展不平衡,将对城乡居民医疗保障制度一体化改革与发展路径产生重要影响(殷俊等,2012),这也许是湛江市首先选择将新型农村合作医疗制度与缴费水平、基本医疗保障待遇较低的城镇居民基本医疗保险制度合并,而非与缴费水平高、保障待遇高的城镇职工基本医疗保险制度合并的背后原因。

^② 2009年底,湛江市参加城镇职工基本医疗保险的有47.3万人,参加城乡居民基本医疗保险的共有546万人,其中城镇居民58万人,农村居民488万人。

“湛江模式”是在社会保险部门和商业健康保险机构共同经办管理的基本医疗保险的基础上,由社会保险部门从参保人个人缴费和基本医疗保险统筹基金统一划拨费用向商业保险机构购买大病保险,进一步发挥商业健康保险的大病风险保障功能,在提高疾病风险保障额度的同时对参保人住院医疗费用自付部分实施“二次补偿”。

从“湛江模式”具体的门诊与住院医疗保障项目来看,基本医疗保险和大病保险各有分工,相互补充。如门诊保障项目中,超出家庭年度门诊账户金额后普通门诊费用以及起付线之上的特殊门诊费用由社会保险部门主导的门诊统筹基金负责,商业健康保险机构不参与门诊医疗保障(表4)。

“湛江模式”的住院医疗保障则是由社会保险部门主导的住院统筹基金、商业健康保险机构负责的大额医疗补助和大病保险分别负责三个不同层次的风险保障区间,住院统筹基金与由大额医疗补助和大病保险组成的补充住院医疗保障,既相互分工,又互为补充;同时,商业健康保险机构的大病保险负责对参保人住院医疗费用自付部分实施“二次补偿”,基本医疗保险和大额医疗补助则不参与“二次补偿”(表5)。大额医疗补助的作用是初次放大

住院统筹基金的医疗保障水平,而大病保险是在大额医疗补助的基础上二次放大住院医疗保障水平,即对参保人住院医疗合规费用的自付部分实施“二次补偿”。此外,大额医疗补助、大病保险的住院医疗费用报销范围与住院统筹基金保险范围一致,必须符合湛江市基本医疗保险“三大目录”及医保报销政策。

3.大病医疗保障“湛江模式”的保障效果

“湛江模式”的特殊门诊医疗保障纳入了23种重大疾病或突发性疾病风险,而住院医疗保障则侧重于保障引致高额医疗费用的疾病风险。那么,这种以基本医疗保险附加商业补充保险、侧重“保重大疾病、保高额医疗费用”的大病医疗保障模式能否帮助家庭抵御大病风险,避免发生灾难性医疗支出呢?显然,需要考察参保人的疾病风险损失经过大病医疗保障补偿后的最终自付医疗费用占其家庭剩余可支配收入的比例是否超出大病风险经济承受能力标准(即40%),如果该比例低于40%,家庭可以避免灾难性医疗支出不受大病风险的影响,则该大病医疗保障模式能够有效地帮助家庭抵御大病风险;否则,其不能使家庭远离大病风险。

表4 2012年湛江市城乡居民基本医疗保险门诊统筹基金保障内容

医院等级	保障标准	保障范围
普通门诊	卫生站的单次门诊支付限额为15元/人,卫生院的单次门诊支付限额为20元/人,累计限额为35元/人·年。	用药范围以国家基本药物目录为准,由个人缴费部分的70%划入家庭年度门诊账户,参保人消费超出家庭年度门诊账户总额的,由参保人自负;家庭年度门诊账户上的费用按年度使用,不能结转;门诊费用支付不设起付标准,单次门诊费用支付比例为50%。
	医院等级	门诊统筹基金报销比例
	二级医院	65%
特殊门诊	三级医院	55%
	一级医院	
	二级医院	55%
三级医院		
	按住院医疗支付比例支付	2种疾病:白内障门诊手术治疗、泌尿系结石(体外碎石手术)
	限额支付298元	1种疾病:接种狂犬疫苗

注:所有特殊门诊病种在定点医院门诊发生的符合“三个目录”的费用,年度累计达到起付线800元后,在病种支付限额下按比例支付,其中除慢性肾功能不全、器官移植术后、恶性肿瘤以及被动物咬伤接种狂犬疫苗外,其他门诊特殊病种单一特殊病种门诊费用或患两种以上特殊病种的年累计报销限额为1万元;特殊病种门诊费用与住院费用一起累计年度最高支付费用,若参保人在住院部分所产生的支付数额较高,达到最高支付限额1万元后,则取消特殊病种门诊报销待遇;在治疗中所需用到的甲类药品,其产生的全部费用均可按报销比例操作,而乙类药品须由患者先自付10%的药品费用后,剩余部分再按照报销比例予以报销。

表 5 2012 年湛江市城乡居民住院医疗缴费水平与保障水平

缴费水平	起付线与支付比例		住院 统筹 基金	住院补充医疗保险(商业健康保险机构承保)	
	医院等级 (起付线)	支付 比例		大额医疗补助	大病保险
A 档个人缴费 30 元/人·年, 其中的 15%, 即 4.5 元/人·年, 向商业健康保险机构购买大额医疗补助; 从医保统筹基金中划拨 2 元/人·年, 向商业健康保险机构购买大病保险。	卫生院 (100 元)	80%	起付线~ 3 万元	3 万元~ 16 万元	16.0 万元~25.0 万元(超过基本医疗保险累计支付 5 万元以上, 年度最高支付限额 16 万元以下符合医保政策范围内自付费用的 50%, 由大病保险赔付; 超过年度最高支付限 16 万元以上, 最高封顶 25 万元以下符合医保政策范围内自付费用的 70%, 由大病保险赔付)。
	一类医院 (100 元)	75%			
B 档个人缴费 60 元/人·年, 其中的 15%, 即 9 元/人·年, 向商业健康保险机构购买大额医疗补助; 从医保统筹基金中划拨 2 元/人·年, 向商业健康保险机构购买大病保险。	二类医院 (300 元)	65%	起付线~ 3 万元	3 万元~ 18 万元	18.0 万元~30.0 万元(基本医疗保险累计支付 5 万元以上, 年度最高支付限额 18 万元以下符合医保政策范围内自付费用的 50%, 由大病保险赔付; 超过年度最高支付限额 18 万元, 最高封顶 30 万元以下符合医保政策范围内自付费用的 70%, 由大病保险赔付)。
	三类医院 (500 元)	50%			

注:城乡居民基本医疗保险以家庭为单位选择个人缴费标准,缴费标准一经选定,两年内保持不变;除了参保人个人缴费,政府实施财政补贴,2012 年补贴标准为 240 元/人·年。此外,城镇低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭 60 周岁以上的老年人以及农村户籍的五保户、低保对象的基本医疗保险个人缴费部分,由当地的社会医疗救助基金负担;住院医疗时,五保户、低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人及农村户籍 70 岁以上老人实行零起付线,住院支付比例比一般参保人增加 10%。

我们从湛江市某大型三甲医院 2009—2012 年城乡居民基本医疗保险住院医疗费用数据库里随机抽取 2 000 个数据样本,通过统计得出参保人次均住院医疗最终自付费用、次均住院医疗最终自付

比例以及次均住院医疗最终自付费占城镇、农村家庭平均剩余可支配收入比例(表 6),从整体上比较城镇与农村家庭的大病风险状况以及大病医疗保障的保障效果。

表 6 湛江市某三甲医院城乡居民次均住院最终自付费用及其占家庭平均剩余可支配收入的比例

	次均住院医疗 最终自付费用/元	次均住院医疗最终 自付费用比例/%	次均住院医疗最终自付 费用占城镇家庭平均剩 余可支配收入比例/%	次均住院医疗最终自付 费用占农村家庭平均剩 余可支配收入比例/%
2009	8 567.73	72.12	35.38	67.97
2010	7 228.57	65.28	25.88	48.34
2011	8 446.37	62.13	26.13	49.86
2012	7 923.80	60.67	21.37	39.52

注:次均住院医疗最终自付费用是指住院医疗总费用经由住院统筹基金、住院补充保险构成的大病医疗保障报销后剩余自付费用,反映了经大病医疗保障补偿后参保人疾病风险的平均损失额;次均住院医疗最终自付费用比例是指次均住院医疗最终自付费用占住院医疗总费用的百分比;家庭平均剩余可支配收入是指家庭平均可支配收入扣除食品支出后的剩余收入,即家庭平均可支配收入×(1-家庭恩格尔系数)。

从表 6 可以发现,2009—2012 年在该三甲医院 住院治疗的城镇居民参保人的次均住院医疗最终

自付费用占家庭平均剩余可支配收入比例均低于40%,说明从整体上看湛江城镇居民家庭没有发生灾难性医疗支出;但是,2009—2011年农村居民参保人的次均住院最终自付费用占家庭平均剩余可支配收入比例均高于40%,说明整体上看农村家庭发生了灾难性医疗支出,大病医疗保障并没有使农村家庭远离大病风险。值得注意的是,农村居民参保人的次均住院最终自付费用占家庭平均剩余可支配收入的比例在逐年下降,尤其是2012年该比例为39.52%,低于40%,说明农村家庭发生灾难性医疗支出的几率呈现下降趋势,并在2012年整体上没有发生灾难性医疗支出。当然,也要看到,各年度农村家庭的次均住院医疗最终自付费用占家庭平均剩余可支配收入比例均高于城镇家庭,说明农村家庭更容易发生灾难性医疗支出。总之,大病医疗保障“湛江模式”的成效是显著的,但其对城镇和农村家庭的保障效果存在差异,还有必要调整和改善大病医疗保障制度,使之更好地发挥大病风险保障功能。

4. 大病医疗保障“湛江模式”的基本特征

历经五年的发展,湛江市已经形成“政府购买、政企分工、合署办公、共建平台、共享资源、共同经办、共同管理、放大保障、二次补偿”的大病医疗保障模式。湛江的大病医疗保障既不是商业保险主导模式,也非社会保险主导模式,而是二者相结合的模式,“商业保险与社会保险结合”是其基本特征。具体来讲,主要体现在以下方面:

第一,政府在大病医疗保障政策制定与运营管理方面居主导地位,采取政府招标方式,从个人缴费和统筹基金中划拨资金,代理参保人统一购买商业健康保险产品;同时,利用招标合同协议和行政政策法规对商业健康保险产品的保险费率、保障范围和保障水平的设置产生重大影响,确保商业健康保险在基本医疗保障的框架内发挥补充保险的作用。

第二,政府和商业保险机构协商分工、共同承担大病风险。目前,政府承担门诊、住院统筹基金的盈亏风险,大额医疗补充产品的盈亏风险由商业健康保险机构和政府共同协商分担,而大病保险产品的盈亏风险则由商业健康保险机构独立承担。

第三,注重发挥商业健康保险的社会服务与管

理功能。商业健康保险机构投入200余名员工与社会保险基金管理局的在编人员合署办公,共同负责基本医疗保险和大病医疗保险的政策咨询、参保登记与变更、定点医疗机构管理、医疗服务行为巡查、报销凭证审核、医疗费用核算与报销等工作,提高了医疗保障的精细化管理与规范化运营水平。

第四,政府与商业健康保险机构共建医疗保障信息平台,共享标准化的医疗卫生信息资源,为降低医疗保险运营成本和风险、提高运营效率提供信息技术与平台支撑。

5. 大病医疗保障“湛江模式”的不足

与“普惠型”的基本医疗保障不同,大病医疗保障在实践中需要在缴费、待遇方面进行差异化管理,体现“特惠型”特征,这既是提高大病医疗保障的针对性和有效性的基本措施,也是减少“逆向选择”或抑制“过度医疗”等道德风险的内在要求。但是,在进行差异化管理的同时如何提高大病医疗保障的公平性、有效性和针对性,还需要进一步的探索和创新。从大病医疗保障“湛江模式”的实践来看,还存在诸多不足,主要在于以下方面:

一是“一刀切”式的经济补偿标准有悖公平。如前文所述,整体而言,湛江的大病医疗保障对城镇家庭的保障效果要好于农村家庭。产生这种结果的原因在于:城镇家庭的可支配收入明显高于农村家庭(表2),收入相对较高的城镇家庭本身具有较高的大病风险经济承受能力,大病医疗保障能够进一步增强这种能力;而城乡参保家庭(非特殊保障对象)除了在缴费方式以及与之相对应的大额医疗补助和大病保险的风险保障额度不同之外,其他的医疗保障标准是相同的,城乡家庭经济收入的差异不会对最终医疗费用支付水平产生影响。由此不难想象,一个高收入家庭和一个低收入家庭花费相同的医疗费用,适用相同的医疗保障标准,最终医疗自付费用可能使低收入家庭发生“灾难性医疗支出”,而高收入家庭却在有足够经济承受能力情况下获得“医疗补偿”。这说明如果采取“一刀切”式的经济补偿标准,忽视家庭之间的贫富差距,就会导致不公平的保障结果,违背了大病医疗保障促进社会公平与正义的政策目标。

二是侧重“保重大疾病、保高额住院医疗费”未能反映“大病风险”的本质。“湛江模式”目前侧重

于“保重大疾病、保高额住院医疗费”,并选择低保对象、五保户、丧失劳动能力的重度残疾人及60周岁以上老年人作为大病医疗保障特殊保障对象,采取减免个人缴费、政府财政补贴的方式资助他们参加大病医疗保障,并适应更高的医疗费用补偿标准。尽管这些做法在某种程度上体现了大病医疗保障“特惠型”制度特征,然而“重大疾病、高额住院医疗费”并非“大病风险”的本质,特殊保障对象的身份特征明显且占总参保人数的比例低。因此,如何在整体上提高大病医疗保障的针对性和有效性仍是亟待解决的问题。

三是缴费水平的差距不大不利于提高保障的针对性和有效性。“湛江模式”以家庭为参保单位,采取A、B两档缴费方式,对应不同的医疗保障水平,并按医院等级设置不同的起付线和费用补偿比例。这种制度设计使居民参保时根据家庭经济水平和家庭成员的健康状况选择缴费档次和医疗保障水平,从经济和疾病风险水平两个维度对大病医疗保障对象予以区分,有助于提高保障的针对性和有效性。但是由于A、B两档缴费水平的差距并不大,对提升大病医疗保障针对性和有效性的作用不大(具体效果还有待实证检验)。

四是商业健康保险机构参与大病医疗保障的深度和广度不够。大病风险管理涉及病前、病中、病后的三个环节:病前的风险管理主要向居民提供专业的健康管理服务,预防大病风险的发生或降低大病风险的发生率;病中的风险管理主要对大病的诊疗方案、医疗服务及价格进行适当干预,降低大病诊疗风险,规范医疗服务,控制医疗费用支出;病后的风险管理侧重于及时、合理、准确地补偿大病风险损失,为病患恢复正常生活提供良好的物质条件。“湛江模式”中的商业健康保险机构主要参与病后风险管理,即通过提供补充住院医疗保险放大住院医疗保障额度,并对参保人合规住院医疗费用自付部分实施“二次补偿”。显然,商业健康保险机构主要参与病后风险管理而较少参与病前、病中风险管理,参与提供住院医疗补充保障而不参与门诊医疗补充保障,参与分担合规医疗费用而不参与分担合理的、“三大目录”之外的自付费用,参与对大病风险的部分直接损失补偿而不参与对间接损失、时间因素损失的补偿,反映出商业健康保险机构参与大病医疗保障的深度与广度还不够,未能充分发

挥其大病风险管理职能和经济补偿功能,影响了大病医疗保障的有效性。

四、大病医疗保障“湛江模式”的经验与启示

大病医疗保障作为保障大病风险、体现社会互助共济、促进社会公平与正义的一项重大制度安排,需要我们深刻理解其制度特征,充分发挥商业健康保险机构的职能,不断提高大病医疗保障的针对性和有效性,努力避免城乡居民家庭发生灾难性医疗支出。作为目前大病医疗保障较为典型的改革实践之一,经济相对落后、城乡二元特征较为显著的湛江市在其城乡居民医疗保障一体化改革实践中形成的大病医疗保障模式,对于城乡二元结构广泛存在的中国而言具有积极的启示意义和借鉴价值。

第一,“湛江模式”是在经济落后、城乡二元特征明显的地区进行的城乡居民医疗保障一体化改革试验,该模式借助商业保险市场力量、利用市场资源、发挥市场机制为城乡居民提供医疗保障的政策理念,以及实践过程中政府与商业保险机构分工协作、共担风险、共同运营管理的经验做法,具有普遍意义,在中国其他地区的医疗保障改革实践中值得借鉴和推广。商业健康保险机构与政府部门合作运营管理大病医疗保障是“湛江模式”的基本特征,引入商业健康保险机构参与大病医疗保障的最大价值在于利用其专业的风险管理技术和资源以充分发挥其大病风险管理职能。

第二,大病医疗保障是“特惠型”的保障制度,要求保障对象和大病风险损失补偿遵循选择性原则。为此,需要全面考量疾病风险给城乡家庭带来的各种经济损失,并依据家庭可支配收入及其支出状况设置家庭大病风险经济承受能力标准,只有当参保家庭的疾病风险损失扣除“普惠型”基本医疗保障经济补偿后的剩余损失超出大病风险经济承受能力标准时,才能被纳入大病医疗保障对象,获得大病保险“二次补偿”的机会;同时,应分层、分类评估家庭大病风险损失严重程度,并实施差异化“二次补偿”标准。

第三,大病医疗保障水平需要与经济社会发展水平相适应,要在结合政府、社会、个人的承担能力以及保持大病医疗保障基金适当结余的基础上动

态调整大病医疗保障水平。可依据参保人最终医疗自付费用和最终自付比例这两个指标^①,采取以下措施来调控大病医疗保障水平:一是根据家庭大病风险承受能力标准,设立大病医疗保障“二次补偿”门槛;二是根据大病风险损失严重程度划分不同区间,设置与区间相关的累进式补偿比例;三是调整医疗费用的起付线、封顶线,合理设置“二次补偿”比例和补偿范围。

第四,大病医疗保障需要依据不同家庭的大病风险承受能力和大病风险损失的严重程度,实施差异化的补偿标准,使最终医疗自付费用低于大病风险承受能力标准,避免家庭发生灾难性医疗支出。当然,除了实施大病医疗保障制度,政府需要大力发展经济,增加居民家庭收入,缩小城乡家庭经济收入差距,完善城乡医疗卫生服务体系,提高医疗卫生服务效率。

第五,政府部门和商业健康保险机构在大病医疗保障运营管理过程中需要分工合作,各司其职。政府部门应借助市场机制,整合各类资源,完善大病医疗保障政策,提升对大病医疗保障各参与主体利益协调能力和监管能力,为商业健康保险机构更广泛、更深入地参与大病医疗保障营造良好的制度环境。商业健康保险机构需要不断积累大病风险管理经验,利用自身的人才、技术、管理优势更多地参与城乡居民健康管理,抑制大病风险发生率,参与规范临床诊疗路径以及医疗服务标准与服务价格的修订,降低诊疗风险,监控过度医疗;此外,商业健康保险机构还需要针对门诊医疗、“三大目录”之外的合理医疗费用、大病风险的间接损失和时间因素损失开发各种补充医疗保险产品,分担更多的大病风险损失,逐步满足城乡居民大病风险保障需求。

2013年11月中共“十八届三中全会”通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》,明确要求“着力解决市场体系不完善、政府干预过多和监管不到位问题”,“必须积极稳妥从广度和深度上推进市场化改革,大幅度减少政府对资源的直接配置,推动资源配置依据市场规则、市场价格、市场竞争实现效益最大化和效率最优化”,使

“市场在资源配置中起决定性作用”与“更好发挥政府作用”合理分工、有效结合。大病医疗保障“湛江模式”兼有商业健康保险主导模式与社会保险主导模式的特点,是在资源要素并不充分的条件下,由政府通过招标、购买商业健康保险机构的产品与服务,为民众提供品质更好、更有效的大病医疗保障与服务的医改创新之举。“湛江模式”实现了城乡居民医疗保障一体化改革目标,是政府与市场如何在公共产品供给、社会服务与管理领域共担风险、分工协作的一次富有成效的试验。大病医疗保障“湛江模式”的产生与发展,也契合了新公共管理(New Public Management, NPM)理论主张的“运用市场过程取代政治或政府过程来配置社会资源”(莱恩,2004),是公共管理理念向市场法则的现实复归,改变了传统模式下政府“无所不能、管治无处不在”的官僚形象。因此,无论从党的纲领性文件,还是基于新公共管理理论来解读大病医疗保障“湛江模式”,可以得出基本结论:这是一个具有生命力和推广价值的制度模式。

参考文献:

- 莱恩.2004.新公共管理[M].赵成根,译.北京:中国青年出版社.
- 李哲.2008.贫困地区农户大病风险管理研究[D].武汉:华中农业大学.
- 刘新立.2006.风险管理[M].2版.北京:北京大学出版社.
- 刘永华,项莉,苏锦英,宋培培.2008.新型农村合作医疗二次补偿适宜模式研究[J].中国卫生经济,27(9):55-56.
- 孙冬悦,孙纽云,房珊杉,董丹丹,梁铭会.2013.大病医疗保障制度的国际经验及启示[J].中国卫生政策研究,6(1):13-20.
- 乌日图.2003.医疗保险制度国际比较及政策选择[D].北京:中国社会科学院.
- 殷俊,陈天红.2012.中国城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗衔接路径探讨——基于湖北省武汉市的实证分析[J].社会保障研究,22(3):11-18.
- 曾理斌,安然,张旭升.2013.对湛江市城乡一体化医疗保障模式的思考[J].中国卫生经济,32(6):11-12.
- 曾理斌,雷光和,张旭升.2013.商业保险参与基本医疗保障的瓶颈与对策研究[J].南方金融(5):78-81.
- ADAM W, MAGNUS L. 2008. Can Insurance Increase Financial

^① 最终医疗自付费用是经大病医疗保障经济补偿后家庭承担的剩余大病风险损失,是影响家庭是否发生灾难性医疗支出的关键指标;最终自付比例影响灾难性医疗支出的发生几率和严重程度,是反映大病医疗保障水平的重要指标。

- Risk? The Curious Case of Health Insurance in China [J].
Health Economics, 27(4):990-1005.
- QUN M, LING X, YAO GUANG Z. 2012. Trends in Access to
Health Services and Financial Protection in China between
2003 and 2011: A Cross-Sectional Study [J]. Lancet, 379
(9818):805-14.
- WHO. 2000. The World Health Report 2000: Health Systems:
Improving Performance [C]. Geneva: World Health
Organization.
- XU K, EVANS D B, KAWABATA K, ZERAMDINI R. 2003.
Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicounty
Analysis [J]. Lancet, 362(9378):111-117.
- XU K, EVANS D B, CARRIN G. 2007. Protecting Households
from Catastrophic Health Spending [J]. Health Affairs, 26
(4):972-983.

The Achievements, Experience and Enlightenment of “Zhanjiang Model” for the Medical Insurance of a Serious Disease

ZENG Li-bin

(School of Humanities and Management, Guangdong Medical College, Guangdong Dongguan 523808, China)

Abstract: Based on urban and rural integrated medical insurance reform, the medical insurance of Zhanjiang for a serious disease uses the model by combining commercial insurance and social security, manages the medical insurance for a serious disease via the cooperation between commercial healthy insurance agencies and governmental departments, significantly decreases the proportion of “disastrous medical expenditure” in urban and rural residents, which is of ubiquitous reference significance by playing a role in mutual management and mutually taking the risk as well as the division of labor between the governments and commercial insurance agencies via letting the policies and ideas of market mechanism provide the medical insurance for urban and rural residents. The “single-type” economic compensation standard of “Zhanjiang Model” for a serious disease in medical insurance is paradox to the fairness, and the principle for “the medical insurance for serious diseases and high cost in hospitalized payment” does not reflect the essence of “the risk of serious diseases”, small medical cost gap and insufficient participation degree and extension of commercial insurance agencies. The medical insurance for a serious disease is “special beneficial type” insurance system, its insurance level should benefit the economic and social development level, overall consider the risk and loss for a serious disease, evaluate in classification the bearing ability for a serious disease of a family, bring the management duty of commercial insurance agencies for a serious disease into fully play, and implement different compensation standards according to the serious degree of the risk and loss for a serious disease in order to avoid “disastrous medical expenditure” for a family.

Key words: serious illness risk; serious illness insurance; medical insurance for a serious disease; basic medical insurance; urban and rural integration for medical insurance; disastrous medical expenditure; “special beneficial type” medical insurance system; compensation standard; supplementary medical insurance

CLC number: F840.613

Document code: A

Article ID: 1674-8131(2014)04-0050-11

(编辑:夏冬)