

大病保险究其本质可视为基本医保的一部分，其运行机制可以概括为“基本医保报销封顶线以上的二次报销”

大病保险的十年历程

朱铭来 孙赫阳

大病保险发展历程

政策不断完善

大病保险制度试点推行始于2012年8月国务院六部门下发的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，这是我国医保体系建设由实现“病有所医”向解决“因病致贫、因病返贫”的重要转折点。2015年，国务院办公厅出台的《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，肯定了大病保险的试点效果及政府主导与市场机制相结合的模式，以此为指导，大病保险制度开启了全国实施。2017年党的十九大报告对大病保险制度提出了新的目标和要求——“完善统一

的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度。”随后出台的《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）》，为大病保险制度赋予了“促进健康扶贫”的价值内涵。

大病保险市场规范运行是保证参保人合法权益、推进大病保险业务有序发展的关键。银保监会等13部门于2020年1月联合下发《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》，着重强调完善商业保险机构承办城乡居民大病保险运行及监管机制，提升服务水平，积极参与医保控费。原中国保监会2016年就出台了《保险公司城乡居民大病保险投

标管理暂行办法》等五项制度，初步建立了对商业保险公司参与经办大病保险的相关监管规则。中国银保监会于2021年5月下发《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》，更新合并了上述五项制度，明确提出打造覆盖大病保险承办全流程、全环节的监管体系。

为推进各类医疗保障互补衔接，我国于2020年2月出台《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出要强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，国家医保局亦将“研究规范完善城乡居民大病保险制度”作为2021年度工作要点。国家医保局、财政部于2021年8月联合发文《关于建立

按照权利义务对等原则设立合作条款，明确“政策性亏损”界定，将筹资不足情况纳入，实施经营期内通算，明确盈余返还或亏损弥补时间。允许部分地区采用购买服务方式与商保公司开展合作，由财政出资支付。

二是建立合理的激励约束机制。对于综合服务评价高、控费成效明显的，从结余资金中拿出部分比例进行奖励，调动商保公司控费积极性。鼓励商保公司加强技术研发和专业人才引进，通过降低大病发生率、降低不合规费用等方式，节约基本医保基金支出。

三是稳定大病保险政策预期。对于承办机构上一个合同期内考核评价优秀的，可以考虑续签下期合同作为考核奖励等，保持双方合作的持续性和稳定性，增强长

期经营意识，避免人财物等资源浪费；对于评价不合格的，启动再次招标，促进商保公司按照高标准提供经办服务。

进一步发挥商保第三支柱力量，更好保障基金安全和构建多层次保障

一是进一步实现系统对接与数据的互联互通。通过签订保密协议、建立中间平台等手段，在确保数据安全和合理使用前提下，对招标前、承办过程中的数据交换及对接的范围、形式、颗粒度、及时性等进行规定，以便商保公司更好地发挥医疗费用审核和分析作用。

二是进一步支持保险公司参与医疗控费。多种措施保障保险公司有效介入医疗过程，包括支持保险公司系统对接、开展医疗巡查、开展医疗费用智能审核、开展跨省医疗票据核查等，支持保险公司在医

疗风险防范方面发挥更大作用。建议医疗保障局对于开展外伤调查、医院巡查、医疗费用核查等工作能够进行正式的授权，便于相关人员开展工作。

三是进一步鼓励商保推出商业补充健康险。鼓励承办大病保险的商保公司根据参保人员需求推出多元化商业健康补充保险产品，采取政府指导、商业运作、个人筹资模式，加强对商业补充健康保险的宣传力度，开放利用个人账户来购买商业健康保险产品，提高个人账户资金利用效率。同时，对特殊困难群体提供一定补贴，引导参保人员构建多层次医疗保障。■

作者系中国太平洋人寿保险股份有限公司常务副总经理

(责任编辑 马杰)

表1 部分省(区、市)大病保险起付线及倾斜政策概览

省份	年份	具体内容
福建	2019	按当地上一年度全体居民人均可支配收入的50%确定,贫困人口起付线降低50%
甘肃	2019	原则上按上一年度居民人均可支配收入的50%确定,贫困人口起付线降低50%
广东	2019	原则上应与各统筹地区上年度城乡居民人均可支配收入相当,并且不高于各统筹地区上年度城镇居民人均可支配收入。特困供养人员起付标准下调不低于80%,建档立卡贫困人口、最低生活保障对象起付标准下调不低于70%
贵州	2019	起付标准原则上按上一年度居民人均可支配收入的50%确定,建档立卡贫困人口的大病保险起付线在普通参保居民基础上降低50%
江苏	2020	按各设区市上一年度当地居民人均可支配收入的50%确定,医疗救助对象、建档立卡低收入人口等困难群体大病保险起付线降低50%
北京	2020	起付标准为30404元,低保人员、低收入人员、特困人员和低收入农户四类困难人员起付线降低50%
陕西	2021	10000元,低保对象、特困人员和返贫致贫人口,大病保险起付标准降低50%,为5000元
浙江	2021	省级起付标准为25000元,经民政部门认定的医疗救助对象起付标准为12500元
吉林	2022	居民12000元,城乡特困人员、城乡低保对象、返贫致贫人口和脱贫人口起付标准调整为6000元
内蒙古	2022	年度累计个人负担14000元,特困人员、低保对象和返贫致贫人口,起付标准降低50%
河南	2022	普通居民11000元,倾斜对象为参加河南省城乡居民基本医疗保险的特困人员、低保对象和返贫致贫人口,其大病保险起付线较普通居民降低50%,具体为5500元
湖南	2022	各市州上年度居民人均可支配收入的50%左右,逐步过渡为按全省上年度居民人均可支配收入的50%左右。特困人员、低保对象、返贫致贫人口起付线降低50%
天津	2022	原则上按上年度发布的本市居民人均可支配收入的50%左右确定,参加基本医保的医疗救助对象大病保险起付标准在普通参保人员的基础上降低50%

医疗保障待遇清单制度的意见》,要求大病保险起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%,支付比例不低于60%。对低保对象、特困人员和返贫致贫人口,大病保险起付标准降低50%,支付比例提高5个百分点,并取消最高支付限额。国务院办公厅于同年9月下发《关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》,再次强调“完善和规范城乡居民大病保险制度,加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接,提高保障能力和精准度”。

保障成绩显著

十年来,我国大病保险总赔付支出金额不断增加,赔付人数占比逐年攀升,为越来越多的参保患者提供了大病保障。截至2020年底,18家商业保险公司承办大病保险涉及全国31个省(区、市),覆盖12.2亿城乡居民(包括部分城乡职工),累计赔付超过5535.88万人次,最高报销金额111.6万元。截至2021年底,大病患者支付水平在基本医保之上

约提高18个百分点,有效缓解了大病患者高额医疗费用负担。针对特困人群,绝大多数的大病保险项目采取了倾斜性赔付,包括降低起付线、放宽报销范围、提高报销水平等,有效减轻了此类人群的医疗负担,为打赢脱贫攻坚战作出了重要贡献。

制度目标基本实现

十年革新,久久为功。全国城乡居民无需额外缴纳保费即可享有大病保险提供的保障,尤其是对于那些因罹患大病而发生灾难性卫生支出的个人和家庭,这种基本医保基础之上的“二次报销”起到了雪中送炭的作用,提高了大病患者医疗资源的可得性。在市场机制的助力下,商保公司在经办大病保险的过程中充分体现其专业价值——精算定价、风险管控以及高质量服务,从而较好地实现社会保险与商业保险有机结合、协同创新。大病保险制度是我国多层次医疗保障体系的重要组成部分,亦是我国探索保险机制参与医疗费用控制道路上

的重要里程碑。

大病保险现存问题简析

基金可持续性面临挑战

目前,我国大病保险基金筹资渠道主要依赖城乡居民基本医保基金划拨,而居民基本医保筹资结构中财政补贴占比又超过三分之二,大病保险名为补充性保险,但尚无独立的资金来源。虽然目前各地城乡居民基本医保基金尚余,但需考虑到我国经济发展正面临内外部的双重挑战,新冠肺炎疫情对社会和经济的冲击效应仍存在较大不确定性,全国各级财政收入下降,同时我国人口老龄化问题日益严峻,民众医疗保障需求扩张。受上述种种因素的影响,未来我国基本医保基金结余或将面临赤字风险,大病保险筹资的稳定性和持续性受到挑战。

保障的普惠性和精准性有待进一步平衡

大病保险制度的初衷是进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担、防范因病致贫返贫、筑牢民生保障底线。但在实际运行时,大部分地区都根据本地收入和医保基金规模设置了报销起付线,即参保人获得大病保险保障具有自付费用门槛。起付线过低,往往造成基金的“撒胡椒粉”式保障,过多资金用于非大病医疗;而如果起付线过高,又导致个人医疗负担过重。尽管各地区目前对于贫困人口或者贫困线边缘人群的起付线都有一定的政策倾斜(见表1),但大病保障的精准性仍然不足,起付线和政策倾斜标准仍有待科学细化。

另外,目前我国仍有近四分之一的省份规定了大病保险的报销封顶线,而灾难性支出的止损原则表明其存在严重的不合理性:大额医疗费用的发生人群相对较少,且随着医疗费用的不断增加,适应治疗的人数呈现下降趋势,即使对这部分极少数重特大医疗费用进行全额报销,支付金额在大病保险基金总额的占比也很低,故封顶线的设置并不能显著降低基金支

付压力,反而会令这部分重特大疾病患者的经济负担更重,降低了大病保险的保障力度。

社商合作协同机制有待完善

首先,在信息共享方面,上述各部门的信息系统互相独立,并未实现数据共享,加之商业保险与社会保险财务制度的统计差异,双方无法有效对接大病保险的相关信息,导致基础数据标准缺失,商保公司的专业性风险定价和管控优势无法发挥,降低了大病保险的服务质量。其次,商保公司在经办过程中多处于被动、弱势地位,多数仅承担“出纳”角色,难以通过数据分析有效改善经办效果。商保公司在盈利不足的同时还要被动承担亏损风险,长此以往,作为市场主体的商保公司势必失去积极性。再次,医保经办队伍的人才培养势在必行,医保制度错综复杂,从计算损失分布、设计产品到销售、核保、理赔以及后台维护的一系列流程较为繁琐复杂,对人才队伍的专业性要求较高。目前无论是社保部门、商保公司亦或其他相关机构,其人力资源质量仍有较大提升空间。

大病保险发展方向

建设多渠道筹资、提高统筹层次

为保证大病保险制度良好有序运行,具备稳定可靠的筹资来源、充足的资金十分必要。首先是提高筹资水平,这就要求各地在测算时与其经济水平、基本医保待遇水平、大病医疗费用支出金额、大病发生率等指标相衔接,在财政可承担范围内实现筹资标准的逐步提高。此外,拓宽筹资渠道是关键。根据各地区实践经验可知,多数地区明确将医保基金划拨作为资金筹集渠道,部分地区对渠道加以扩充,例如广东省出台了可根据地区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。这不仅是广东省的有益探索,也为其他地区提供参考和借鉴。可见,引入社会力量、扩大筹资渠道有利于制度的长期健康发展。

同时,在此基础上建立动态筹资机制,大病保险基金无论处于超额结余、政策性亏损或收支基本平衡任何一种状态,筹资机制均可灵活面对。

大病保险统筹层次的提高需要与提升基本医疗保险统筹层次的工作联动,并创造可以调动各方积极性的有利条件。可以考虑短期全面实现地市级统筹,长期逐步过渡至省级统筹。一方面,地市级政府的财政部门可划拨部分资金,作为县级政府参与并实现地市级统筹的调剂基金,有利于调动县级政府的积极性;另一方面,可以参考其他先行地区的做法,比如江苏省的联合招标模式——鼓励地级市市域范围内各统筹地区在选定大病保险承办机构时采取联合招标的方法,合理为统筹层次的提高奠定基础。

探索由基金封顶转向个人自付封顶

为缓解大病带来的经济负担,不同国家采取的方式和措施各异,实施医疗保险制度的国家(地区)多数采用了个人自付封顶的做法,主要分为绝对值封顶(以美国为代表)、相对比封顶(以德国为代表)、混合封顶(以日本为代表)这三类。个人自付封顶可以使患者的最高医疗支出在可控范围内,有效降低其高额医疗费用支出,从而减轻经济负担、避免患病导致的后顾之忧,同时也能降低我国灾难性卫生支出生率。我国医改进程日益加快,制度逐渐完善,由医保基金支付封顶转向个人自付封顶是大势所趋。各地区经济水平有别,部分地区短期内难以取消医保基金封顶,可采取渐进式的方法,从“分段取消”到“全面取消”,最终转型为个人自付费用封顶,进而更有效地缓解我国大病患者的经济负担,增强其应对灾难性卫生支出的风险抵御能力。

多措并举促进经办服务高质量发展

成熟的大病保险信息共享机制是提高制度运行效率的重要环节,需要我国对医疗保险信息资源进行有效整合,搭建医保大数据共享平台,将参与大病保

险的人群信息及时与平台对接,实现各地区、各部门共享,并做好数据分级分类管理。同时也应为商保公司创设条件,鼓励其参与平台建设,提升信息服务的专业能力,创建一个切实涵盖全体城乡居民的社商共建信息网。为更好地实现社商共建,可以考虑在招投标时在合同中列明大病保险信息数据对接与共享的细则。

大病保险究其本质可视为基本医保的一部分,其运行机制可以概括为“基本医保报销封顶线以上的二次报销”,社保部门与商保公司签订合同,向其投保大病保险或购买外包经办的商保服务,本质上是合作的关系,二者角色不同但地位平等,合同的意义是为了明确双方权利和义务,维护双方合法权益。委托经办模式的初衷是为减轻政府工作压力和财务负担,通过调动商保公司参与社会治理的主动性和创造性,令其更大程度体现自身价值。因此,相关部门应为有资质参与经办的商保公司创设条件、留有空间,便于其充分发挥精算、风险管理、承保、核保、理赔以及控费等多方面专业技能,促进双方合作共赢局面的实现。

政策的制定和实施需要因地制宜,大病保险合同条款和保险费率的厘定切忌生搬硬套他国做法,需充分考虑我国庞大的农村人口基数、处于转型期的经济结构等具体情况。有鉴于此,培养更多专业人才,致力于从我国国情出发、调整完善大病保险制度需提上日程。一方面需要大量的数据获取和分析处理,以便更好地厘定保险费率、拟定合同条款;另一方面还需考虑到各地发展的不平衡性,政策向贫困地区和困难人群倾斜,分级统计特困、贫困、普通家庭,从而确定有差别的多级赔付率。■

作者单位:南开大学金融学院

(责任编辑 马杰)