

医保制度对重点人群保护机制的国际经验

金春林^{1,2*} 李 芬^{1,2} 王常颖^{1,2}

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 上海市医学科学技术情报研究所 上海 200040

【摘要】我国医保覆盖面和保障程度在不断提高,但对于重点人群的保护效果却不甚理想。本文简要介绍了德国、日本、韩国和我国台湾地区医保制度,重点阐述了这些国家和地区在防范重点人群医疗支出风险和医保费用监督管理方面的经验,如设置诊次固定缴费额度和(或)医保自负费用封顶线、加大重大疾病人群的医疗费用补助力度等,以期对我国医保制度改革提供借鉴。

【关键词】医保;个人现金卫生支出;封顶线

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.006

Role of health insurance system in protection of a targeted population: International experience

JIN Chun-lin^{1,2}, LI Fen^{1,2}, WANG Chang-ying^{1,2}

1. Shanghai Health Development and Research Center, Shanghai 200040, China

2. Shanghai Medical Information Center, Shanghai 200040, China

【Abstract】 Since health care system reform in China, coverage and reimbursement have continuously increased. However, the effect of health insurance for vulnerable people and people who suffer from catastrophic diseases is still less than desirable. This article introduces the health insurance systems of Germany, Japan, Korea and Taiwan. In particular, it describes health insurance protection and the supervision and management of health insurance funds, including setting fixed fee per visit and/or a ceiling for out-of-pocket health expenditure, increasing the medical assistance provided to people who suffer from catastrophic diseases. This paper is intended to be a reference for ongoing health reform in China.

【Key words】 Health insurance; Out-of-pocket; Ceiling expenditure

新医改以来,我国医保覆盖面和保障程度不断提高,但对于低收入人群、重大疾病和老年人群的保护效果却不甚理想,因病致贫、因病返贫现象时有发生。本文总结了德国、日本、韩国和我国台湾地区防范重点人群医疗支出风险的经验,为我国相关制度改革提供借鉴。

1883年颁布了《疾病社会保险法》。目前的健康管理组织是法定疾病基金会(Statutory Sickness Funds),其医疗保险分为法定医疗保险和私人医疗保险,凡是月收入低于4 237欧元(约合人民币34 362元)的就业人员必须投保法定医疗保险,根据其收入水平缴纳一定比例的保险费,并享有相同的保险待遇;高于这个界限或是公务员、自由职业者可选择私人医疗保险。法定医疗保险是德国最基本的医疗保险,覆盖了德国90%以上的居民,以及所有低收入人群。^[1]

1 医保筹资与支付制度对重点群体保护的经验和

1.1 德国

德国是构建社会医疗保险制度的先驱,早在

* 基金项目:上海市财政支持项目(201242500091-10019)

作者简介:金春林(1967年—),博士,研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任,主要研究方向为卫生经济学、卫生事业管理。E-mail:jinchunlin@smhb.gov.cn

德国在医疗服务方面将门诊与住院服务严格区别开来,其医疗保险也是按照两个系统独立支付。门诊医疗保险主要使用点数法,即在总额预算下实行按项目付费。^[1] 预算总额根据投保人的疾病风险计算,拨付至医院,超出部分由医院承担。患者看门诊基本免费,门诊每季度仅收费 10 欧元(约合人民币 81 元,不包括药品费用)。^[2] 对于住院服务采取按病种支付(DRG)。2003 年德国引进 DRG 系统,建立了精确的编码(包括诊断、主要操作等编码)和编码执行规则,每一个编码对应一个价格。患者接受住院治疗时,每天支付 10 欧元,每年最多支付住院费的天数为 28 天,28 天以上费用由医疗保险支付,即住院自负费用的封顶线为 280 欧元(约合人民币 2 270 元)。^[3] 参保人员在药房购买药品时,个人至少要承担药费的 10%,但每盒药品自负部分不高于 10 欧元。^[3-4]

1.2 日本

日本公共医疗保险分为两种类型,一种是职工保险,主要参保人员是在职职工及其家属,保费为每月工资的 8.5%,企业和个人各承担一半,国家对部分中小企业雇员进行补助;一种是地域保险(即国民健康保险),参保对象为农民、自由职业者、失业无业者等,保费由国家和个人共同承担,其中国家约承担保险筹资总额的 43%。^[5] 无论参加哪种保险,日本对于一般参保人员(7~69 岁)的医保报销比例相同,均为 70%;儿童和 70~74 岁老年人的报销比例达 80%,低收入超高年龄(>75 岁)报销比例可达 90%。^[6]

日本公共医疗保险对患者自负部分设置封顶线,参保人员及其家属一个月内累计自负费用超过一定数额,即由医保全额报销,患者不再承担费用,这一制度称为高额医疗费制度。根据参保人是否满 70 岁和收入高低^[7],将每月自负医疗费用的最高额度设置为几个水平,具体见表 1 和表 2。70 岁及以上 I 类低收入者一个月内最高支付额度为 15 000 日元(约合人民币 1 905 元),约为其每月养老金的 20%,II 类低收入者最高支付 24 600 日元(约合人民币 3 124 元);70 岁以下低收入者最高自负金额为 35 400 日元(约合人民币 4 495 元)。

表 1 日本 70 岁及以上老人自负费用(日元)

| 收入分组 | 界定标准 | 每月最大自负金额 | 其中,门诊 |
|------------------|-----------------------|----------------------------------|--------|
| 高收入者 | 月收入 > 28 万, 自付 30% | 80 100 + (医疗费 - 267 000) × 1% | 44 400 |
| 一般收入者 | — | 44 400 | 12 000 |
| 低收入者(豁免 居民税者) | | | |
| I 类 | 年养老金 < 80 万, 无其他收入 | 15 000 | 8 000 |
| II 类 | I 类之外 | 24 600 | |

表 2 日本 70 岁以下居民自负费用(日元)

| 收入分组 | 界定标准 | 每月最大自负金额 |
|------------------|------------|-----------------------------------|
| 高收入者 | 月收入 > 53 万 | 150 000 + (医疗费 - 500 000) × 1% |
| 一般收入者 | — | 80 100 + (医疗费 - 267 000) × 1% |
| 低收入者(豁免居 民税者) | — | 35 400 |

1.3 韩国

2000 年,韩国进行了单一支付者医保改革(Single Payer Insurance Reform),所有的保险团体被整合成一个唯一的非营利性保险机构。^[8-9] 保费的收取与收入水平挂钩,但对小部分贫困人员实行倾斜政策:企业职工参保者中,居住在岛屿或偏远农村的企业职工能免除 50% 的保费,低收入者能免除 10%~30% 的保费,家庭成员中有 65 岁以上老人或残疾人的参保人员最高可以免除 30% 的保费。这种有区别的缴费制度,既实现了全民覆盖,又保障了弱势群体的利益。^[10]

在支付上,韩国对不同就诊形式、在不同级别医疗机构就诊的患者设置了梯度自负比例,对于重大疾病患者,自负比例进一步下降:罕见病及不可治愈疾病患者的自负医疗费用比例下降到 10%,癌症患者的自负医疗费用比例仅为 5%。^[11] 同时,实行“共同支付最高上限”制度,根据参保人员的收入水平不同设置不同自负限额,中低收入水平(收入处于中位数以下)自负限额为 200 万韩元(约合人民币 11 204 元),中高收入水平(收入处于第 50 百分位数至第 80 百分位数)为 300 万韩元(约合人民币 16 806 元),高收入水平国民(收入处于第 80 百分位数以上)的自负限额是 400 万韩元。^[11-12]

1.4 台湾地区

我国台湾地区也实行强制性医疗保险制度,以

家庭为单位参保,凡具有台湾户籍、在台湾地区设籍满4个月以上者都必须参加全民健保(在台湾地区出生的新生儿只要办妥户籍出生登记即可参保)。根据居民的身份不同,将保险对象分为6大类11小类,低收入户由政府承担保费。在筹资结构方面,2010年政府占26%,投保单位占36%(包括政府为雇主投保的8%),参保人占38%。^[13]

台湾地区的门诊服务实行固定付费制度。参保人员到牙医、中医门诊就诊的,其自负费用不分医疗机构层级一律为新台币50元(约合人民币10.6元);西医门诊的自负费用随着医疗机构层级的提高而增加;若未经转诊直接到医学中心、区域医院、地区医院就医,自负费用水平会在原来基础上再作提高(表3)。^[13]

表3 2009年我国台湾地区全民健保参保人员门诊基本自负费用标准(新台币元)

| 机构层级 | 西医门诊 | | 急诊 | 牙医门诊 | 中医门诊 |
|------|------|------|-----|------|------|
| | 经转诊 | 未经转诊 | | | |
| 医学中心 | 210 | 360 | 450 | 50 | 50 |
| 区域医院 | 140 | 240 | 300 | 50 | 50 |
| 地区医院 | 50 | 80 | 150 | 50 | 50 |
| 诊所 | 50 | 50 | 150 | 50 | 50 |

住院服务方面,个人自负费用比例根据住院天数梯度设置。为减轻参保人员的医疗费用负担并鼓励缩短住院天数,台湾对急性病房住院30日以下、慢性病房住院180日以下者制定自负费用金额上限,由“行政院”卫生署每年公布,2010年的自负费用最高限额为同一疾病每次住院新台币3万元(约合人民币6390元)、全年累计住院新台币5万元(约合人民币10650元);全民健保基金支付则无起付线和最高额度限制。同时,台湾的全民健保还免收重大伤病、预防保健、分娩、在山地离岛地区就医及弱勢民众的部分医疗费用。对于癌症、慢性精神病、肾透析及先天性疾病等医疗费用非常高的疾病,如果保险人员能提供重大伤病证明,全民健保也可免除其部分费用。^[14]

2 对于重点人群的保护机制及实施保障

2.1 对重点人群的保护机制

从以上国家和地区的经验来看,医保制度设计对重点群体的保护主要有3个机制:

一是筹资和支付制度向老年人和低收入人群倾斜。无论是社会医疗保障制度发展较早的德国、日本,还是后来的韩国和我国台湾地区,医保筹资均与参保对象的收入水平挂钩,老人和低收入人群的缴费水平较低;无论缴费高低,医疗报销水平均相同,老人和低收入人群比一般人群更高。该制度设计在老人和年轻人、缴费者和无收入的配偶及家属、高收入者与低收入者之间形成了转移支付,达到互帮互济的效果。

二是设置诊次固定缴费额度或医保自负费用封顶线。这些国家和地区均设置了医保自负费用封顶线,而且收入越低,封顶线越低。自负封顶线占人均收入的比例低,德国的住院封顶线仅占其年人均收入的0.8%,韩国和我国台湾地区均在10%以下,日本70岁及以上的低收入参保人每月自负医疗费用约为其养老金的20%。这一举措有效防止了居民医疗费用负担过重,防范因病致贫和灾难性卫生支出。

三是加强重大疾病人群的医疗补助。对于罹患重大疾病、慢病的患者,这些国家和地区也有不同程度倾斜政策,例如韩国降低了重大疾病患者医保自负比例,台湾采取直接减免的措施。

在上述保护机制下,家庭不会出现由于严重疾病需要高额医疗费而无法医治的情况,同时大大降低了因病致贫和灾难性卫生支出。^[15]根据2011年卫生费用核算结果^[16],德国和日本个人现金卫生支出占卫生总费用的比例分别为12%和16%,而我国为35%。

2.2 实施前提与保障措施

这些国家和地区的制度体系设置与收入密切相关,相对准确的收入记录是这些机制运转的社会基础。无论是保费的缴纳,还是医保支付比例、自负封顶线、医疗救助的发放,都与参保人的收入水平挂钩。这些国家和地区的税收制度、收入登记系统相对我国更为完善,因而,医保制度中有关倾斜政策能够按照设计的初衷落实到每一个居民。

在“高福利”政策下特别需要防范道德风险和医疗服务浪费,否则医保基金难以持续发展。医保精算制度、医保费用的审查制度为医保基金收支平衡提供了保障。医保精算制度使医保基金量出为入,在医保资金筹集时,根据人口结构、疾病谱等因素测

算可能花费的医疗费用,居民正常利用医疗服务时不会使医保崩盘。例如,德国的医保基金核定因素包括年龄结构、健康状况、疾病构成等,台湾地区考虑的因素包括人口结构改变率、医疗服务成本改变率、纳保人口的预估增长率等。^[13]近年来,由于人口老龄化程度提高和高新医疗技术发展,医疗保险费用不断上涨。德国和日本均采用提高医保缴费比例、提高工薪阶层自负费用比例等措施来应对,但对低收入和老年人的保障水平不变。^[15,17]

医保审查制度是医疗基金使用合理的保障,使真正需要的人群得到帮助。医保自负封顶线的设置,如果医疗费用不能合理使用,将造成极大浪费。日本、韩国均成立了独立的医疗费用审查机构,审核成员由保险机构、医生、患者等多方代表组成,审查各医疗机构、各年龄阶段、各病种的费用情况。^[11,18]台湾地区医疗费用审查由健保局承担,除一般费用审查之外,还抽样进行专业审查,如疾病诊断是否正确、检验和检查是否必要,治疗和手术与诊断病情是否一致,用药的种类和剂量是否符合规定等。^[13]

3 对完善我国医保制度的启示

与上述国家和地区相比,我国医保制度设计在保护重点人群利益方面存在一些问题。首先,医保统筹层次水平较低,总体上高收入人群的筹资和报销水平高于低收入人群。截至 2011 年底,我国参加三项基本医疗保险的人数超 13 亿,覆盖率达到 95% 以上^[19];但我国医保的统筹层次还未达到省级水平,有的地区甚至是区县统筹,导致经济水平较高、职业较为稳定的人群保障水平更高,而部分特别困难人群可能被排除在保险体系之外。例如,新农合实行农民自愿参合原则,部分缺乏缴费能力的农民,就被排斥在体制之外而享受不到财政医疗补贴。^[20]

其次,我国在医保支付制度普遍设置医保支付封顶线而不是自负封顶线,这一机制保护的是医保收支平衡的风险,而不是患者疾病的风险。如上海市城保统筹基金的最高支付限额为 28 万元,新农合的支付上限为农民人均纯收入水平的 6 倍;合肥市居保最高报销 80%,封顶线为 16 万元;西安市城保、居保和新农合住院费用最高支付限额分别为 40 万元、14 万元、15 万元。这一制度造成的后果是低收

入人群、罹患重大疾病的人群仍然看不起病,其应当享受的公共卫生资源被其他人群所利用。

再次,卫生费用自付比例是发生灾难性卫生支出不可忽视的影响因素之一。通常来说,在其他因素不变的情况下,个人现金支出占卫生总费用比重较高的国家,其居民更容易发生灾难性卫生支出。^[21]如果国家在医保制度设计上更多的依赖预付机制,取代自付方式,将会减少灾难性卫生支出的发生,进而减少因病致贫的发生。^[22]在我国,农村居民由于收入低,疾病的医疗负担相对较重,更容易发生因病致贫;而由于新农合保障程度有限,农民参合后灾难性卫生支出发生率总体上改善不明显。^[22]切实改善卫生筹资的公平性,保障低收入人群的利益,仍需完善医保风险保护制度,降低重点人群的自付比例。

上述国家和地区的社会经济条件虽与我国有差异,但其经验仍可借鉴:一是逐步提高医保的统筹水平,缩小不同人群间保障水平的差异。医保保费的缴纳与收入水平挂钩,但医保支付应对经济水平较低人群、老年人群实行更高的支付比例,而不是更低。二是对一定收入以下人群设置自负封顶线。我国收入登记制度还不够完善,根据收入水平设置自负封顶线制度还需一段时间。建议各省(市、自治区)根据其经济发展水平,划定自负封顶线的水平及收入水平线,经审查后直接支付封顶线以上的医疗费用。而且实施之初保障范围应限于基本医疗服务,防止医保基金难以持续。对于重大疾病、特殊困难人群再予以一定的医保救助或减免措施。三是完善医保基金管理制度,加强精细化管理。逐步走向医保精算,根据发展程度、人口社会学特征、往年医疗费用水平等因素测算出预期医疗费用总额;加强医疗费用审查,控制不合理的医疗服务利用,使医保平稳、健康发展。

参 考 文 献

- [1] Obermann K, Müller P, Müller H H, et al. Understanding the German Health Care System[R]. 2012.
- [2] 特木尔巴根. 透视国外医保改革[J]. 中国人力资源社会保障, 2010(5): 54-55.
- [3] 王川, 陈涛. 德国医疗保险制度的改革及启示[J]. 经济纵横, 2009(7): 105-107.
- [4] 孙兆泉, 肖航. 国外医保药品费用支付管理概述[J]. 中

- 国医疗保险, 2011(10): 68-69.
- [5] 杨晶鑫, 王欣昱. 日本医疗保险制度的改革进程及对我国的启示[J]. 东北亚论坛, 2010, 19(1): 115-122.
- [6] 刘晓莉, 冯泽永, 方明金, 等. 日本医疗保险制度改革及对我国的启示[J]. 医学与哲学, 2008, 29(11): 43-45, 66.
- [7] 日本厚生劳动省保险局. 高額療養費制度を利用される皆さまへ[R]. 2013.
- [8] Lee E. Korean Health Care System and Fiscal Consolidation Efforts in Health Sector[R]. 2011.
- [9] Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage [J]. Health Policy and Planning, 2009(24): 63-71.
- [10] 中国人事科学研究网. 韩国医疗保险制度借鉴[EB/OL]. [2013-07-20] http://www.rky.org.cn/c/cn/news/2010-11/23/news_9833.html
- [11] 翟绍果. 韩国国民健康保险费用偿付制度概览[J]. 中国医疗保险, 2012(7): 70-72.
- [12] National Health Insurance Service. Insurance Benefits [EB/OL]. <http://www.nhic.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0405.html>
- [13] 丁汉升, 杜丽侠, 李芬, 等. 台湾健保总额预付制[R]. 2012.
- [14] 朱婷. 中国大陆全民医保与台湾地区全民健保福利性之比较[J]. 西北人口, 2012, 33(4): 47-51.
- [15] 工藤征四郎. 日本的医疗制度[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(1): 36-41.
- [16] WHO. Global Health Expenditure Database[EB/OL]. http://www.who.int/nha/expenditure_database/en/
- [17] 王禄生. 德国医疗保险考察报告[R]. 2010.
- [18] 吕学静. 日本医疗点数付费方式及借鉴[J]. 中国医疗保险, 2010(6): 58-59.
- [19] 国务院医改办. 深化医药卫生体制改革三年总结报告[R]. 2012.
- [20] 蒯世安. 财政转移支付功能在新农合中最大化探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(7): 449-451.
- [21] Xu K, Evans D B, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending [J]. Health Affairs, 2007, 26(4): 972-983.
- [22] 刘颖, 任苒. 大病支出及其影响[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(3): 37-39.

[收稿日期:2013-05-21 修回日期:2013-07-25]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

《经济学人》杂志:奥巴马医改已影响美国就业市场

近日,《经济学人》杂志发表的题为“Health reform and employment: Will Obamacare destroy jobs?”的文章指出,美国共和党成员继续试图取消《可负担医疗法案(Affordable Care Act)》,并认为奥巴马医改已影响美国就业市场。

批评者指出,《可负担医疗法案》中要求企业向员工提供医疗保险,而一些中小企业因无法承受高额的费用或避免因未能提供医疗保险而带来的经

济处罚,停止了招聘新的员工,进而延缓了经济复苏。

但一些专家认为目前没有证据显示《可负担医疗法案》已经影响了员工招聘。一方面,员工人数少于50名的公司有资格因提供医疗保险而享受税收豁免权;另一方面,在美国的2800万家小型企业中,只有4%受到该法律制约,对就业市场影响较小。

(来源: The Economist)