

# 大病医疗保障制度的国际经验及启示

孙冬悦\* 孙纽云 房珊杉 董丹丹 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】**为缓解重大疾病带来的沉重负担,国际上绝大多数发达国家都建立了不同模式的大病医疗保障制度,主要有商业医疗保险主导,国家医疗保险主导,社会医疗保险主导三种基本模式。考虑国际上典型国家的大病保障均以本国医疗保障制度为基础,本研究通过介绍三种模式下典型国家医疗保障体系的历史背景、制度框架等内容,分析其对重大疾病的保障模式与特点,总结各国在降低患者自付费用、控制医保付费水平、提高医疗服务质量和效率的相关经验,进而建议我国在制定大病保障政策时,注意采用综合控费措施,降低患者自付费用;转变医保支付方式,控制医保付费水平;加强运行监管,提高医疗质量和效率。

**【关键词】**医疗保障;大病保险;国际经验

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.003

## Catastrophic disease insurance system: International experiences and implications for China

SUN Dong-yue, SUN Niu-yun, FANG Shan-shan, DONG Dan-dan, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】**In order to mitigate the heavy financial burden of catastrophic diseases on the public, most developed countries have established catastrophic disease insurance models, including commercial, national, and social insurance models. Typically, developed countries have a national medical insurance system that covers catastrophic diseases. We study the historical context and institutional framework of the general health insurance systems in developed countries, analyze characteristics of different catastrophic disease insurance models and summarize the experiences in reducing patient out-of-pocket expenses, lowering insurance payments, and improving the quality and efficiency of medical services. When formulating policies about catastrophic disease insurance, governments should comprehensively control medical costs to reduce patient expenses, change insurance payment methods to control insurance administration costs, increase operational supervision, and improve the quality and efficiency of medical services.

**【Key words】**Health insurance; Catastrophic disease insurance; International experiences

随着医药卫生体制改革和公立医院改革工作的逐步深入推进,我国政府对医疗保障体系建设愈加重视。2012年8月24日,国家发改委、卫生部等6部门公布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《意见》),标志着我国医保体系建设从实现病有所医向解决因病致贫、因病返贫问题迈出关键一步。开展大病保障工作,有利于切实减

轻人民群众大病医疗费用负担,提高人民群众就医公平可及性,有效降低中低收入家庭因病致贫、因病返贫的风险。本文通过分析国际上典型国家医保制度建设及其对重大疾病的保障模式,为我国大病保障制度建设的具体实施提供经验和启示。

鉴于世界各国大病保障政策均以其医疗保障体系为基础,本文首先介绍国际上典型国家医疗保障

\* 作者简介:孙冬悦,女(1988年—),硕士,实习研究员,主要研究方向为医院管理、医院运行绩效管理、病人安全及医疗风险管理。E-mail:sunwinterhappy@yahoo.com.cn

通讯作者:孙纽云。E-mail:sunny6879@163.com

体系的历史背景、制度框架等,进而分析重大疾病的保障模式,并探讨其成功经验对我国的启示。根据医疗保障在基金筹集方式、医疗费用分担方式等方面存在的差异,国际上将医疗保险制度主要划分为以下三种:商业医疗保险模式、国家医疗保险模式、社会医疗保险模式。<sup>[1]</sup>一个国家或地区,可能同时存在几种医疗保险制度,但均以一种模式为主导<sup>[2]</sup>,因此本研究分别选取了三种基本医疗保险模式的国家为研究对象,分析探索其保障制度的相关内容。

## 1 商业医疗保险主导模式:以美国为例

商业医疗保险模式的特点是将医疗保险作为商品,按照市场原则筹集医疗保险费用和提供医疗服务,代表国家是美国。

### 1.1 医疗保障制度形成的背景

美国是一个追求个人独立和自由、反对过多行政干预,信奉采用市场手段解决医疗问题的国家。在20世纪30年代以前,美国政府尚无任何医疗保障政策,受经济危机影响,许多人患病后没有能力就医,导致患者看病困难,医院和医师收入显著降低。在这种背景下,一方面,私人保险开始实行预付保险计划,也就是后来的蓝十字和蓝盾协会(Blue Cross Blue Shield Association)的前身;另一方面,经济危机后凯恩斯主义悄然兴起,1935年美国政府颁布《社会保障法》(Social Security Act),标志着美国政府开始对社会福利进行干预。发展至今,美国已经形成以商业医疗保险为主、社会医疗保险和社会救助为辅的混合型、多层次的医疗保障体系。

### 1.2 医疗保障制度框架

#### 1.2.1 由商业健康保险公司提供的医疗保障

在美国,商业健康保险公司分为营利性和非营利性两种,非营利性保险公司在税收方面享受一定的优惠,其典型代表是大多数的蓝十字和蓝盾组织,双蓝组织包括38家独立经营的地区保险公司<sup>[3]</sup>,覆盖了将近1亿的美国民众,占有商业健康保险参保人数一半以上。营利性保险公司虽不能享受税收的优惠,但却可以将经营成果分发给股东和管理层,不需要将全部盈余用于公共服务,在美国规模较大

的营利性保险公司有联合健康集团(United Healthcare Group)、安泰保险集团(Aetna)等。据美国人口统计局数据显示,2008年3亿美国人中,大约有1.76亿人<sup>[4]</sup>享有雇主或家属的雇主提供的私营保险公司医疗保险,占美国总人口的58%左右,此外,约有2700万人由个人购买商业医疗保险。

#### 1.2.2 由美国政府提供的医疗保障

美国政府为弱势群体提供社会医疗保险,主要包括医疗照顾计划(Medicare)、医疗救助计划(Medicaid)和儿童医疗保险计划(The State Children's Health Insurance Program, SCHIP)等。Medicare是针对65岁以上的老年人以及因残疾、慢性肾炎等接受社会福利部门救济者提供的医疗保险,由国家卫生和人类服务部直属的社会保障总署直接管理,经费由中央财政拨付,患者个人负担较少<sup>[5]</sup>;Medicaid根据《美国安全法》规定,对低收入、失业和残疾人群提供免费的医疗服务,其划定的贫困线标准依据各州经济情况确定<sup>[6-7]</sup>;SCHIP于1997年开始实施,目的是向未纳入医疗保险范围内的儿童和孕妇提供医疗补助<sup>[8]</sup>。该计划由联邦政府制定指导方针,各州自行设计计划,其中包括设定审查标准、支付水平和管理程序等。

### 1.3 重大疾病保障的特点

美国虽没有单独建立大病保障制度,但其医疗保险制度设计本身就是基于保障大病的思想,具体体现在设定个人医疗负担封顶线、降低个人自付比、开展医疗救助等措施。此外,商业重大疾病保险(以下简称“商业重疾险”)的发展和完善,不仅补偿大病患者医疗费用,还弥补了患者因无法正常工作而带来的经济损失。

#### 1.3.1 商业健康保险一般设置个人负担封顶额,超过封顶额后患者无需付费

不同于其他国家医疗保障制度模式设定“一揽子”式的标准,美国商业健康保险由筹资、报销标准各异的保险产品组成,通过保险市场的良性竞争满足人们不同层次的医疗保险需求。虽然保险公司可以自由制定健康保险产品,但为了降低投保人的道德风险、自身运营风险和管理成本,纵使待遇标准不

同,但一般都采取共付额、免赔额和最高限额等措施。<sup>[9]</sup>患者需要支出免赔额以下的所有费用以及免赔额以上的部分费用(比例约为 20%),但为了降低患者因大病带来的高费用负担所引发的家庭财务危机,一般情况下,保险公司还设定了个人负担封顶额,当个人自付费用超过一定金额时,不再需要个人支付。免赔额和共付额的设定降低了患者的道德风险,而个人自付额封顶也化解了患者因大病造成的财务风险。因此,这种医疗保险制度设计,既加强了参保人对自身健康负责的意识,又突显了健康保险互助共济的作用。即便参保人群不幸罹患重大疾病,也仅承担有限的医疗费用,因病致贫问题并不突出。此外,除了对疾病保障外,各州的法律规定保险公司必须提供某些医疗服务,如乳腺检查、宫颈癌检查、糖尿病病人健康教育、婴儿免疫等,推进一、二级预防工作开展,消除或减轻患病危险因素,降低重、慢性疾病的患病率,进而减轻大病保障负担。

由于各商业健康保险公司的运营经费主要来自于参保个人和企业,当患者和医生将昂贵的医疗费用转嫁给保险公司时,保险公司只能抬高保险费用,从而加重参保人负担,甚至使得部分“有工作的穷人”退出商业健康保险。为控制医疗费用的持续增长,提高卫生系统的运行效率,各保险公司纷纷探索对医疗服务供给方的付费方式改革,例如,对家庭医生实行按人头承包付费;对医院实行 DRGs 包干或是总额预付,预付金额由保险公司与医疗机构谈判结果决定;为在控费的基础上,保障医疗质量,近些年还实施按绩效支付(pay for performance, P4P)的付费改革<sup>[10-12]</sup>,给予质量好的医院或医师经济激励。以健康为宗旨设计医保付费改革策略,不仅有助于提高医疗机构服务效率、降低保险公司运营成本,更能够提高人们生命质量,提升国民健康素质。

1.3.2 政府为弱势群体提供保障安全网,个人无需支付或仅支付少部分医药费用

在美国,Medicare 是主要提供给老年人的社会医疗保险计划,年轻人工作期间缴费,但只有退休后才能够享受,具有代际间转化互助作用。Medicare 由 4

类福利组成,包括医院保险、医疗保险、医疗照顾优势计划、处方药保险。<sup>[13]</sup>政府负担 3 天以上的大部分住院费用、约 80% 的医生诊治费用以及大部分药品费用。虽然 Medicare 并没有设定自付封顶线,但在住院费用方面,绝大部分参保人只需支付固定金额的费用,其余由联邦医保支付;在医疗费用方面,联邦医保也支付了 80% 左右的费用,个人所需支付费用有限;在处方药品方面,当参保人花费超过一定额度后,则给予 95% 的报销。<sup>[14]</sup>可见,Medicare 虽然通过设定起付线、自付比等需方偿付方式控制道德风险,但仍然承担了大部分的医疗费用,重大疾病患者负担比例较低。此外,对于联邦医保未予以报销的费用,参保人还可以通过参加商业保险进行再保险;低收入老年人若无力负担自付部分费用,还可以向政府申请 Medicaid。此外,SCHIP 针对不符合申请 Medicaid 条件的儿童和孕妇进行医疗补助,缓解了更大范围人群的疾病负担。

1.3.3 商业重疾险的引入,弥补了患者因无法正常工作而带来的家庭经济损失

随着商业重疾险在南非和英国等地的发展,美国商业保险公司也开始引入商业重疾险,一般按照疾病病种进行保障,分担了大病患者绝大部分经济负担。值得注意的是,商业重疾险的内涵与我国正在推行的大病医保有本质的区别:首先,保障对象不同,“大病医保”保障的是城镇居民医保和新农合参保(合)人,属于社会基本医疗保障;商业重疾险实行自愿参保,参保人与商业保险公司签订合同并执行合同条款。其次,保障意义不同,大病医保属于社会福利,为了防止因病致贫;而商业重疾险是在大病医保的基础上,按照被保险人和保险公司签订的条款履行合同。第三,保障内容不同,大病医保主要对疾病产生的费用进行保险;而商业重疾险不仅能对医疗费用进行保障,更重要的是对因病产生的经济困难进行保障,如因病无法正常工作的损失、孩子的教育费用、贷款费、家庭的日常消费等。

## 2 国家医疗保险主导模式:以英国为例

国家医疗保险模式,即全民免费医疗模式,由政府依靠税收筹集医疗基金,政府直接创办大部分医

疗机构,公立医疗机构通过政府预算拨款或转移支付获得经济来源,并向本国居民提供免费的医疗服务。英国、加拿大、瑞典、澳大利亚等都属于这种模式,其中以英国为典型代表。

## 2.1 医疗保障制度形成的背景

英国国家医疗保障体系,又称国家健康服务体系(National Health Service, NHS),始建于1948年,其理念源于二战后流行于欧洲的凯恩斯主义,是从摇篮到坟墓的社会福利系统的重要组成部分。当时的英国经济学家威廉·贝弗里奇在对德国社会福利进行考察与研究后,提交了构建英国社会福利政策的《贝弗里奇报告》<sup>[15]</sup>,其核心原则就是把社会福利作为一项社会责任确定下来,通过建立一套以国民保险制度为核心的社会保障体系,使所有公民都能平等地获得包括医疗在内的社会保障。英国工党政府上台后通过立法正式确立了这一全民免费医疗体系,使得每一个英国居民都可获得近乎免费的医疗服务。

## 2.2 医疗保障制度框架

英国医疗服务提供方分为公立医疗机构和私营医疗机构。公立医疗机构是国民健康服务体系的重要组成部分,由国家通过税收购买服务,覆盖绝大多数英国居民;私营医疗服务是公立医疗服务的补充,主要服务于高收入、高需求的人群。<sup>[16]</sup>NHS建立了两级医疗服务体系<sup>[17]</sup>,包括初级卫生保健体系和二级医疗保健体系。初级卫生保健体系是NHS的主体,提供包括常见病的治疗、健康宣传、家庭护理、疾病预防,甚至是特殊的保健服务如戒烟和戒酒。初级卫生保健由全科医生(GP)提供,全科医生在NHS体系中充当守门人的角色,90%以上的人群在初级卫生保健体系接受治疗,不需要转诊到二级医疗保健体系。二级医疗保健体系主要提供专科医疗服务或手术服务,保障了10%大病患者的就医需求。

## 2.3 重大疾病保障的特点

由于英国实行全民保险制为核心的社会保障制度,其原则是提供基于患者需求而非支付能力的医疗服务,患者仅需支付部分处方费,对于部分弱势群

体还实施处方费的减免政策,因此,对于大病患者并无经济方面的压力,更不会出现因病致贫的社会问题。对于希望及时获得高质量医疗服务而选择私营医院就诊的高收入人群,其大病医疗费用还可以通过商业重疾险予以补偿。

### 2.3.1 政府以税收方式进行筹资,提供近乎免费的医疗服务

政府部门是英国医疗服务的最大出资方,主要以税收转移支付购买医疗服务,并对服务过程进行监管。英国实行家庭医生首诊制,一般情况下,患者得病后需首先预约家庭医生,若经家庭医生诊治后认为病情较为严重,就可以转诊到医院做进一步治疗。对于医疗费用的支付,合法居民可以享受免费医疗,但是牙科手术、视力检查和配眼镜除外;病人需付部分处方费,但对于产妇、哺乳期妇女、儿童、退休者、医疗事故病人、战争或因工伤引起的疾病或治疗、低收入家庭成员予以豁免。可见,在英国,无论大病小病,只要是在规定的医疗机构就医,都可以享受近乎免费的医疗服务,居民无需为大病带来的经济负担担忧。免费的医疗服务虽然缓解了居民的负担,但政府财政压力日益加剧。近些年,英国政府正通过开展管办分离、医药分开、内部市场制、支付方式改革,鼓励私营资本进入医疗服务领域等多种举措,以达到降低财政负担,提高NHS运行效率和质量的目标。

### 2.3.2 对弱势群体开展医疗救助,确保每一位合法居民享有适当的医疗服务

虽然英国大多数医疗费用由国家承担,但仍有极少部分需要患者自身承担的费用,包括处方费、牙医费、眼科费用以及非医疗服务费用如路费等。为帮助弱势群体缓解这些费用所带来的生活负担,英国政府实施了医疗救助制度。救助对象包括老人、体弱多病人群、享受政府津贴补助人群、低收入人群和税收抵免人群。<sup>[18]</sup>

### 2.3.3 商业重疾险成为NHS的有力补充

虽然政府为公民提供几乎免费的医疗服务,但由于住院医疗服务需要通过转诊机制,对于一些非急诊手术往往需要等待较长时间,为缩短等候时间,获得及时治疗<sup>[19]</sup>,部分高收入人群开始购买商业健

康保险。英国商业健康保险保障范围较广,不仅包括 NHS 的所有服务,还包括各种疾病所造成损失的补偿。目前,英国有 45 家提供私人医疗保险的公司,提供的医疗保险项目品种繁多,主要分为普通私人医疗保险、重大疾病保险、失能收入损失保险、长期护理保险等,其中,重大疾病保险是最重要的险种。<sup>[20]</sup>早期重大疾病保险只保障 6 种发病率高的核心疾病(包括癌症、心脏病、脑中风、冠状动脉绕道术、肾衰竭和重要器官移植)。如今,重大疾病保险保障的疾病范围逐步发展扩大,主要有两种产品:一是只保障 6~10 种基本疾病的保险;二是保障 30 多种疾病的综合保险,投保人可自由选择。在疾病定义和分类方面,英国保险协会对重大疾病保险的几十种重大疾病制定了统一标准,每年该协会都会发布《重大疾病保险的最佳实践声明》,旨在帮助保护消费者,并帮助他们了解和比较重大疾病政策,其中包含对重大疾病的定义和分类,这些重大疾病包括 6 种核心疾病和市场上 95% 的重大疾病保险都包括的疾病。这样减少了因各保险公司提供保险的疾病不一致而引发的纠纷,对英国重大疾病保险市场起到了规范作用。

### 3 社会医疗保险主导模式:以韩国、日本为例

社会医疗保险模式是指国家通过立法对医疗保障进行管理,以单位和个人筹资作为主要资金来源,政府也可以通过财政拨款、税收优惠等方式给予补贴,德国、法国、意大利、日本、韩国等均采取这种模式。日本、韩国与我国毗邻,具有相近的文化和社会背景,具有借鉴意义。

#### 3.1 日本

##### 3.1.1 医疗保障制度形成的背景

日本医疗保健制度的起源可追溯到 20 世纪初,当时日本政府为稳定政治秩序、维护经济发展,相继制定了《健康保险法》、《国民健康保险法》、《职员健康保险法》和《船员保险法》等法律,并在管理形式上吸收和借鉴了德国的经验和做法,发展到 20 世纪 50 年代末,日本已经建立起覆盖全民的医疗保障体系。

##### 3.1.2 医疗保障制度框架

日本实行强制保险型的社会医疗保障制度,参保率达 90% 以上。日本共有 8 个不同的健康保险制度,可归纳为健康保险和国民健康保险两大类。健康保险始建于 1922 年,是日本医疗保险制度创立的标志。健康保险法规定:受雇于 5 人以上企业的劳动者及其家属都必须参加健康保险。健康保险主要分为政府掌管健康保险、共济组合掌管健康保险、船员保险、国家公务员共济组合、地方公务员共济组合和私立学校教职员共济组合六种。<sup>[21]</sup>国民健康保险于 1958 年建立,保障对象包括农民、自由职业者、农林渔业从业者、退休人员以及在日本居住一年以上的外国人等。此外,日本还建立后期高龄者医疗制度,主要针对 75 岁以上的高龄人群以及 65~74 岁残障人群,参保对象按月缴纳保险金。<sup>[22]</sup>

##### 3.1.3 重大疾病保障的特点

(1) 国民健康保险制定高额医疗费用报销制度,当费用高于一定额度时,高出部分个人只承担 1%。国民健康保险参保人群的医疗费用每月结算,6 岁及以下儿童自付 20%,7~69 岁普通人群自付 30%,70~74 岁低收入者自付 20%、高收入者自付 30%,其余由政府承担。然而当个人不幸罹患重大疾病时,医疗费用仍然较高。为解决大病患者的医疗费用风险,政府出台高额医疗费用报销制度。对于年龄小于 70 岁的人群,当医疗费用高于一定额度时(日本政府将人群划分为高、中、低收入组,不同收入组的高额医疗费用起付线不同),患者只需承担高出部分的 1%。举例来说,对于中等收入患者,2010 年,高额医疗费用的起付线是 26.7 万日元,若医疗费用是 100 万,则在高额医疗费用报销制度的保障下,患者只需支付  $26.7 \text{ 万} \times 30\% + (100 - 26.7) \text{ 万} \times 1\% = 8.74 \text{ 万日元}$ 。一年若发生 4 次及以上高额医疗费用支出,则其高额费用起付线会下降,以中等收入为例,单次医疗费用支付上限降为 4.44 万日元。<sup>[23]</sup>此外,对于 70~75 岁之间的人群也有相应费用减免政策,如对于高收入者门诊个人负担上限 4.44 万日元,住院个人负担上限公式为  $8.01 \text{ 万} + [( \text{医疗总花费} - 26.7) \times 1\%]$ ;中等收入者个人门诊负担上限 1.2 万日元,住院个人负担上限为 4.44 万日元;低收入

者门诊 0.8 万日元,住院 2.46 万(或 1.5 万)日元。<sup>[23]</sup>

(2)制定后期高龄者医疗制度,高龄人群可报销 90% 的医疗费用。2003 年,将原有的老人保健制度改为后期高龄者医疗制度。<sup>[24]</sup>后期高龄者医疗制度适用于 75 岁及以上人群以及 65~74 岁的残障人群,自 2008 年 4 月实施。<sup>[25]</sup>此制度是从一般医疗制度中完全独立的新制度,满足条件的人群必须退出原保险。此保险制度医疗费用报销比例高达 90%,满足了老年人群的大病医疗需求。

### 3.2 韩国

#### 3.2.1 医疗保障制度形成的背景

1977 年单位医疗保险的实施标志着韩国医疗保障制度的正式建立。此前,鉴于韩国长期受殖民统治以及忙于朝鲜战争,经济发展水平较低,政府无暇也无力建设社会保障体系。1961 年,以朴正熙为首的军部通过军事政变掌握了实权,为稳定民心、维护政权,新政府于 1963 年制定《医疗保险法》和《产业灾害补偿保险法》,允许符合条件的人群自愿参保。随韩国经济的迅速崛起,医疗保健制度也不断发展和完善,从 1977 年强制实施的单位医疗保险,到 1988 年农村地域医保、1989 年城市地域医保的全面实施,韩国在短短 12 年间,完成了从单位医保向全民医保的转变,成为全球在最短时间内实现全民健康保险目标的成功典范。<sup>[26-27]</sup>

#### 3.2.2 医疗保障制度框架

2002 年之前,韩国的社会医疗保险按职业和居住地的不同分为单位医疗保险、地域医疗保险和公教医疗保险。单位医疗保险参保对象为雇用 5 人及以上的单位;地域医疗保险参保对象划分为农村地区和城市地区,此外,雇用 5 人以下的小企业的工人也被纳入该保险范畴;公教医疗保险对象为公务员(包括国立和私立学校教职员)。2002 年,韩国将这三大社会医疗保险子系统合并成统一的制度。<sup>[28]</sup>医疗保险资金来源以投保人缴费为主,以政府财政补助或其他利息收入为辅。保险费额度原则上是按照收入征收,其中,单位医疗保险和公务员、私立学校教职员保险保费为标准月薪的 3%~8%,由单位和个人各负担一半<sup>[29]</sup>;地域医疗保险按收入、财产、家

庭人口等实行定额制,全部由投保者负担。

#### 3.2.3 重大疾病保障的特点

(1)制定个人负担上限标准,超额部分由公共机构负担。近年来,韩国政府不断探索减免重症高额疾病患者诊疗费用负担的举措。2004 年起,对各种癌症及帕金森症等 62 种疑难疾病诊疗费用的个人负担率下降到 20%。2009 年 12 月起,为减轻不同阶层人群的大病医疗费用负担,《国民健康保险法试行修正令》(2009 年)规定收入标准在前 20% 的人群,个人负担上限标准为 400 万韩元;收入在前 20%~50% 的人群,个人负担上限标准为 300 万韩元;收入标准在后 50% 的人群,个人负担上限标准为 200 万韩元,超额部分将由公共机构负担。政策的出台使得韩国健康保险整体保障率水平上升,大病患者如癌症、心脏病、疑难杂症患者的保障率均显著提高。<sup>[30]</sup>

(2)制定老年人长期护理保险制度。为缓解老年人长期护理费用负担过重的社会问题,韩国政府于 2008 年在健康保险的基础上建立了老年人长期护理保险制度。2008 年 12 月,4.3% 的老年人成为受助对象。老年人长期护理保险制度在减轻老年人经济风险,改善健康水平方面起到了积极作用。

## 4 启示

通过对四个国家医疗保障制度及大病保障相关政策的分析,可见各国政府均结合本国实际开展了一系列行之有效的大病保障措施,减轻了患者经济负担,一定程度上满足了患者的医疗需求。此外,为降低医保基金风险,提高运营效率,各国还采取了以满足患者健康需求为导向的医保支付方式改革、医疗机构内部市场化、加强政府监管等措施,为我国开展大病保障工作提供借鉴。

### 4.1 采用综合控费措施,降低患者自付费用

为切实降低患者大额医疗费用,各国采取了不同的大病保障措施,主要有:设定需方偿付方式(如个人自付封顶线、自付比例、自付金额)、开展医疗救助、实施慢性病管理项目、制定老年人口医保制度、建立大病保障制度等。例如,美国主要通过设定个人自付封顶线、提高报销比例以及对弱势人群的医

疗照顾减轻患者大病医疗费用负担;英国通过政府提供近乎免费的医疗服务保障大病患者病有所医;韩国和日本则主要依靠个人自付费用封顶和制定老年人医保制度保障弱势人群医疗需求。除依靠社会保险制度外,各国还纷纷建立医疗救助制度,这种政府兜底的做法形成了一道社会安全网,满足了更广泛人群的医疗服务需求,促进了社会稳定和经济发展。总之,典型国家均根据本国国情和基本医疗保障体系,在保障医保基金或财政收支可持续运行的前提下,努力降低患者医疗费用负担,尤其是对疾病风险高、医疗费用高、收入水平低的人群,给予一定的政策倾斜。

在我国,基本医疗保障制度的重点任务已经从扩大范围转向提升质量。因此,在学习国外经验的基础上,可尝试探索提高医保支付封顶线,设置阶梯型报销比例使得费用越高的患者自付比例越低,扩大医保偿付范围等方式,不断降低大病患者负担;此外,考虑到老龄化和疾病模式的转变等客观因素,也可探索不同人群、不同病种的大病保障,从而有侧重的解决弱势患者就医问题。

#### 4.2 转变医保支付方式,控制医保付费水平

为有效控制医疗费用,尤其是大病医疗费用,典型国家的做法通常是将支付方式从后付制转向预付制,将医保基金的运行风险由医保机构独自承担转变为医保、医疗机构共同分担。在这种理念下,医保支付方式从按项目付费方式逐渐转变为总额预付、按疾病诊断相关组和按人头付费等多种支付方式。医保基金预付制对费用的控制虽取得了显著成效,却出现了医疗机构治疗不足、推诿病人的现象。一些国家为建立以患者健康为宗旨的医疗服务体系,开始逐步探索以质量和健康结果为基础的按绩效支付方式,在预付制的基础上再给予医疗服务提供者适当的经济激励,进而规范医疗服务提供行为。

在我国,医疗保障对医疗服务进行支付,是两个体系的衔接点;改革医保支付方式,转变医疗行为的激励机制,是两大体系协同发展的关键。在大病保障体系的建设中尤其要注重这一点,因大病存在病程长、费用高等特点,后付制的支付方式将会使费用控制更加困难。因此,在未来大病保障体系建设乃

至整个医保体系完善过程中,医保支付方式改革应逐渐从粗放型的单一控费发展到集约型控费,在此基础上注重保障质量和效率,保障患者的切身利益。

#### 4.3 加强运行监管,提高医疗质量和效率

以患者为核心的医疗服务理念已成为国际共识,各国不断探索提高医疗服务质量和效率的措施和方法,如美国近年来推出按绩效支付计划,给予质量好的医院经济奖励;英国通过内部市场化,实行管办分开,政府与医疗服务提供方建立契约化的服务购买关系;通过进行合理有效的医疗服务运行监管,医疗机构对于疾病尤其是一些费用高、病程长、风险大的重大疾病的治疗质量和效率均有明显提升。

因此,我国在进行大病保障建设中,同样不能忽视对医疗机构的运行监管,应吸取发达国家经验,采取适合我国国情的综合措施,监管医疗机构对于疾病尤其是重大疾病的医疗质量和效率,进而提高大病治疗效果,提升大病保障基金的使用效率。此外,各国均开始注重疾病的预防,比如通过法律法规强制保险公司提供某些预防性服务,这种“治未病”的做法提高了医保基金的使用效率,有效遏制了慢性病和一些重大疾病的发生与发展,提高了居民健康水平。

#### 参 考 文 献

- [1] Folland, Goodman, Stano. *The Economics of Health and Health Care: Internation Version* [M]. US: Pearson Education, 2009.
- [2] 蔡仁华. 国际医疗保险制度模式比较研究(上)[J]. 中国医院管理, 1997, 17(1): 12-14.
- [3] BlueCross BlueShield Association [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.bcbs.com>.
- [4] US Census Bureau. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United State; 2008* [R]. 2009.
- [5] Teitelbaum J, Wilensky S. *Essentials of Health Policy and Law* [M]. Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- [6] Stevens R. *The Public-Private Health Care State: Essays on the History of American Health Care Policy* [M]. Transaction Publisher, 2007.
- [7] 赵强. *揭秘美国医疗制度及其相关行业* [M]. 南京: 东南大学出版社, 2010.

- [8] Medicaid. gov [EB/OL]. [2012-12-26]. <http://www.medicare.gov/Medicare-CHIP-Program-Information/By-Topics/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP.html>.
- [9] 乌日图. 医疗保障制度国际比较及政策选择[D]. 北京:中国社会科学院, 2003.
- [10] Cromwell J, Trisolini M, Pope G, et al. Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches[M]. RTI Press publication, 2011.
- [11] Rosenthal B, Dudley R. Pay-for-Performance Will the Latest Payment Trend Improve Care? [J]. JAMA, 2007, 297(7): 740-744.
- [12] Rebhun D, Williams T. The California Pay For Performance Program[R]. Integrated Healthcare Association, 2009.
- [13] Medicare. gov [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.medicare.gov>.
- [14] Joyce B, Lau D. Medicare Part D Prescription Drug Benefit: An Update [EB/OL]. [2012-12-06]. [http://www.aging.northwestern.edu/media/pdf/22\\_2.pdf](http://www.aging.northwestern.edu/media/pdf/22_2.pdf).
- [15] 1946 National Insurance Act [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/Linsur-ance1946.htm>.
- [16] Thai K, Wimberley E, McManus S. Handbook of International Health Care Systems[R]. New York: Marcel Dekker, Inc., 2002
- [17] NHS choices [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.nhs.uk>.
- [18] 余臻峥. 国外典型国家医疗救助制度经验及其借鉴[J]. 现代商贸工业, 2010(19): 97-98.
- [19] 胡善联, 刘金峰, 王吉善, 等. 英国非营利性私人医疗保险制度[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2002, 19(1): 1-3.
- [20] 张遥, 张淑玲. 英国商业健康保险经验借鉴[J]. 保险研究, 2010(2): 124-127.
- [21] Health Insurance. City of Kagoshima. [EB/OL]. [2012-12-06]. [http://www.city.kagoshima.lg.jp/\\_1010/shimin/oreigner-eng-1/0005357.html](http://www.city.kagoshima.lg.jp/_1010/shimin/oreigner-eng-1/0005357.html).
- [22] 厚生省. 我が国の医療保険制度について[EB/OL]. [2012-12-26]. <http://www.mhlw.go.jp/english/>.
- [23] Minato City National Health Insurance Guidebook 2010 [R]. 2010.
- [24] 厚生省. 厚生白書医療構造改革の目指すもの[M]. 平成19年版. 东京: 株式会社ぎょうせい, 2007.
- [25] 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: 人文社会医学版, 2008, 368(11): 43-45.
- [26] Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: Key design features in the transition model[R]. WHO, 2004.
- [27] Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Social Health Insurance: A contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection[R]. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2005.
- [28] 郭金龙, 段家喜. 韩国社会医疗保险制度的特点及改革措施[J]. 红旗文稿, 2007(21): 33-34.
- [29] 许严. 韩国社会保障建设对我国的启示[D]. 济南: 山东大学, 2008.
- [30] 黄罗一, 金珍珠, 金镜河. 韩国健康保险的现状与发展课题[R]. 韩国健康与社会事务研究院, 2009.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-28]

(编辑 刘博)