

我国大病医保的筹资、经办与费用控制

——“如何建立大病医保制度”圆桌会议综述

宋伟¹ 李沛¹ 蔡江南²

1. 上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

2. 中欧国际工商学院 上海 201206

中图分类号:R197 文献标识码:D doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.006

2012年12月1日,由中欧国际工商学院主办的第二届卫生政策上海圆桌会议顺利举行。本次会议的主题为“如何建立大病医保制度”,围绕大病医保制度的筹资方式、商业保险经办面临的机遇与挑战以及如何控制医疗费用不合理上涨等方面展开了讨论。现将主要内容和观点综述如下。

1 大病医保的筹资方式

1.1 大病医保筹资来源的合理性

2012年8月国家发改委、卫生部等6部委《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(简称《指导意见》)中提出,从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。多数专家认为大病和小病都属于基本医疗的组成部分,支持用基本医保费用来办大病医保,认为这样可以继续通过政府补贴吸引居民参保,从而减少因自愿参保而可能产生的逆向选择。但专家也提醒,如果继续延续自愿参保政策,长期来看可能会出现较为严重的逆向选择,从而影响大病医保的发展。

也有专家认为大病医保筹资从基本医疗保险基金中抽取是不合理的,因为既然规定大病医保属于补充保险,由商业保险公司经办,那么就应该遵循“谁受益谁出钱”的原则进行参保,而不是从既有的基本医保基金中“切割”。建议大病医保可以参照美国商业保险制度的模式,当公司为员工购买商业医疗保险时,这部分费用可以享受政府的免税待遇,从公司的税前收入中扣除。

1.2 大病医保基金的统筹层次和可持续性

要提高大病医保资金的统筹层次,可以从目前的县级统筹向地级市和省级统筹迈进。首先要从顶层设计上做好统筹,以实现十八大报告中反复提到的保障公平和公正的目标。具体的统筹方式,可以是城镇职工、城镇居民和农村居民的城乡统筹,也可

以是行业统筹、区域统筹等。

但是,大病医保筹资仅仅依靠城镇居民医保和新农合基金是不可持续的。随着医疗费用上涨和保障水平提高,基本医疗保险基金的稳定性将受到冲击。因此,要建立基本医疗保险基金的政府和居民多方筹资的机制,并且政府要在大病医保筹资上承担更多责任。

2 商业保险公司经办大病医保的机遇与挑战

《指导意见》中提出,建议大病医疗保险由商业保险机构承办,地方政府制定大病保险的筹资、报销范围、最低补偿比例以及就医、结算管理等基本政策要求,并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构。对此,专家表示,商业保险机构承办大病医保,机遇与挑战并存。

专家认为,目前社会医疗保险机构管理大病医保面临人员紧缺、专业性不足、监管乏力等问题,引入商业保险公司是推动医疗卫生领域市场化管理的有益尝试。对于政府而言,商业保险公司优秀的管理团队、专业的精算水平可以弥补其人员和专业上的不足,同时商业保险公司作为第三方,对医疗机构具有更强的监管动力和能力。对于商业保险公司而言,可以借助大病医保,逐步积累医疗保险管理经验,为拓展医疗保险业务打下基础。

同时,商业保险公司是营利性企业,其主要目的是追求最大化的利润,因此,商业保险公司承办大病医保主要是获取经济利益,有可能会降低患者受益程度,或继续出现补偿比增长、自付费用同时增长的现象。为防止这些问题的发生,政府必须加强对参与大病医保的商业保险公司的监管,防止垄断。商业保险公司参与大病医保的性质应该定位非营利性、微利或只收取管理费。目前大病医保基金只能采取委托的方式由商业保险公司管理,并且必须由政府主导。

3 实行大病医保后如何控制医疗费用不合理上涨

3.1 合理确定大病医保的补偿范围和支付标准

医保目录在很大程度上决定了大病医保的保障水平,也影响着大病医保基金的支出。为切实解决因病致贫、因病返贫的问题,必须扩大报销目录。但新增大病医保项目需要建立一个共同参与选择的机制,所有医疗服务项目都按照公众的价值标准进行重要性排序,医疗服务项目按照重要性从高到低依次进入医保目录。制定医保目录要结合定量和定性两种方式,既要通过数据分析选择经济效益高的服务项目,也要定性分析医疗保障的公平性。

支付标准对于调节医疗服务供需双方的行为,优化资源配置,控制医疗费用不合理上涨具有重要作用。支付标准的确定方式主要有两种:一是按照病种进行支付,二是根据个人承担的医疗费用数量进行支付。两种方式各有利弊,如果按病种支付,各地可以从个人负担较重的病种起步开展大病保险,但是由于大病患者一般都在大医院就诊,按病种支付导致大病医保基金都流向大医院,从而助推大医院的进一步扩张。在我国,公立大医院垄断了公共资源,由此产生了垄断利润和寻租成本,大医院的扩张会加剧垄断,也会增加医疗保险机构对大医院的监管难度。

如果按照个人承担的医疗费用进行补偿,其优点是可以直接补偿需方,但对监管工作提出了挑战,并且支付标准的制定是关键。专家认为,在制定起

付标准时,参照城乡居民可支配收入是没有意义的。因为如果按照通常的理解,规定当地城乡居民年均可支配收入作为起付标准,同时达到国家规定的大病医保 50% 的赔付率,这样高的保障水平要求相应的筹资水平做支撑,但是在很多地区,尤其是贫困地区,筹资水平有限,长此以往,大病医保必将入不敷出,难以持续。如果为了达到收支平衡而提高起付标准,根据当地的经济水平,规定以城乡居民年均可支配收入的 2~3 倍甚至更高作为起付标准,那么实质上可支配收入在制定起付标准中的参考价值已经丧失。

3.2 落实预防为主的工作方针,加强对医疗服务的监管

要切实解决大病致贫的问题,要从源头抓起,居民应该养成健康的生活方式,防病于未然,从而减少大病支出。对于已经发生的大病,专家提出要采取恰当监管措施,控制过度医疗。

随着医疗保险水平的提高,居民的医疗需求释放,加上医疗机构以牟利为目的的诱导需求,大病医保基金的费用控制面临挑战。专家指出,控制费用首先要从顶层设计上明确过度医疗的监管方,并且从法律上赋予监管方执行监管的权利。同时,专家也提醒,建立医疗保险评审、医疗服务评审机制或医疗保险服务评审机制,有可能受到医院等利益相关方的抵触,在全国实施起来有一定难度。

[收稿日期:2012-12-10 修回日期:2012-12-22]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

《中国卫生政策研究》影响因子位列学科榜首

近日,清华大学图书馆和中国科技文献计量评价研究中心在京发布了《2012 年中国学术期刊影响因子年报》。据该年报数据,《中国卫生政策研究》杂志 2011 年影响因子和他引影响因子分别为 1.587 和 1.457,分别比 2010 年提高 46.67% 和 71.82%,在 31 种医药卫生管理类学术期刊中均排名第一,也领先于 87 种预防医学与卫生学期刊。

为更好地发挥专家的学术指导作用,2012 年组建了第二届编委会,进一步增强了编委的代表性和权威性。为促进研究者与决策者的互动,搭建卫生政策研究学术交流平台,2011 年杂志与中国医学科

学院卫生政策与管理研究中心共同创办中国卫生政策研究论坛,并承办两届研讨会,形成了一定影响。杂志网站启用以来,总访问量 96 万次,2012 年日均访问量突破 1500 次,为及时传播研究成果发挥着越来越重要的作用。

回顾四年取得的成绩,得益于各位领导、专家同仁和编委的悉心指导,得益于作者和读者的大力支持,谨向所有为杂志快速发展做出贡献的领导、专家和同仁致以最衷心的感谢!新的起点,新的征程,杂志将继续坚持学术质量为核心,严格规范同行评议,丰富学术交流形式,努力办成我国卫生政策研究领域的学术品牌。