

泰兴市城镇居民大病保险制度运行情况分析

洪流^{1,2}, 冷明祥¹

(1.南京医科大学公共卫生学院, 江苏 南京 211166;

2.江苏省泰兴市人力资源和社会保障局医疗保险科, 江苏 泰兴 225400)

摘要:大病保险制度是国家在原有基本医疗保险的基础上提出并实施的,这一制度对于进一步健全医疗保险制度、提升城乡居民医疗保障水平、有效缓解“因病致贫、因病返贫”以及构建社会主义和谐社会起着关键作用。泰兴市于2013年7月1日正式实施城镇居民大病保险制度,运行效果良好,在一定程度上切实减轻了参保人员的大病医疗负担。但还存在着缺乏长期稳定的筹资机制、实际报销比例提升幅度有限、报销分段设计过于繁杂等问题,应进一步加强与商业保险公司的合作,健全制度设计,有效提高大病保障水平。

关键词:城镇居民;大病保险;成效分析

中图分类号: R197

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2017)05-383-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20170509

自我国建立城镇居民基本医疗保险制度以来,政府不断加大财政投入,逐步提高待遇水平,切实解决了广大群众的基本医疗服务需求。但与城镇职工医保相比,保障水平较低,特别是对于部分大病、重病人员的保障作用有限。为进一步完善基本医疗保险制度,健全多层次医疗保障机制,2012年国家发改委、卫生部、人社部等六部门联合下发《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》)。截至2015年,我国大病保险已经覆盖城乡居民9.2亿人,加上基本医疗保险经办机构承保的1.3亿人,目前大病保险已实现全覆盖^[1]。

江苏省泰兴市虽未被列入大病保险试点地区,但为切实减轻广大参保人员大病医疗费用负担,遵照《意见》要求,该市于2013年7月1日正式出台了城镇居民大病保险制度。本文以泰兴市城镇居民参保人员为研究对象,调取当地2014—2015年大病人员费用结报情况并进行对比分析,了解大病保险政策实施情况和运行成效。

一、泰兴市城镇居民大病保险制度基本情况

(一)政策内容

泰兴市城镇居民大病保险政策包括以下几个方面。

1.筹资标准

按照每人每年15元的标准从医保基金结余中提取。

2.保障范围

所有参加本市城镇居民基本医疗保险并正常缴费的参保人员均为保障对象。大病保险主要保障参保人员经基本医疗保险报销后,仍需个人负担的超过起付标准的住院和门诊特殊病种的合规医疗费用。

3.起付标准和封顶线

起付标准定为泰兴市上一年度城镇居民人均可支配收入的50%(当年暂定为1.3万,之后根据本市经济发展情况作适当调整)。参保人员每年只需承担一次起付段费用,但已经过大病保险报销后仍需个人承担的费用不可再纳入年度内个人可享受大病

基金项目:江苏省哲学社会科学基金项目“福利多元视角下的社会服务支持体系研究”(14JSHB001)

收稿日期:2017-06-20

作者简介:洪流(1986—),男,江苏泰兴人,南京医科大学公共卫生学院 MPH 学员;冷明祥(1955—),男,江苏镇江人,教授,研究方向为社会医疗保障制度和卫生文化与管理,通信作者。

保险待遇的自付费用范围,同时个人自付费用不得跨年度累计。大病保险年度报销金额不设立封顶线。

4. 报销待遇

参保人员超过起付标准部分的费用按相应比例分段累进报销,报销比例不低于50%,同时学生、儿童报销比例作相应提高(表1)。

5. 经办模式

采取政府向商业保险机构购买服务的模式,由中标的商业保险公司派驻人员进入人社部门进行合署办公。

表1 泰兴市城镇居民大病保险支付标准

自负费用分段(万元)	学生、儿童报销比例(%)	普通居民大病保险比例(%)
1.3~3.0	55	50
>3.0~5.0	56	51
>5.0~7.0	57	52
>7.0~9.0	58	53
>9.0~11.0	59	54
>11.0~13.0	60	55
>13.0~15.0	61	56
>15.0~17.0	62	57
>17.0~19.0	63	58
>19.0~21.0	64	59
>21.0	65	60

(二) 主要特点

1. 覆盖全体,不额外增加缴费负担

泰兴市城镇居民大病保险面向全体参保人员,且无需额外缴费,直接从上年度基金结余中提取。

2. 强化监督,确保基金安全运行

为防止医疗机构对大病患者进行过度治疗增加不合理医疗费用,泰兴市医保中心对各项大病费用不只是埋头买单,而是通过日常管理结合专家评审的方式约束、监督医疗机构的诊疗行为,确保了医保基金安全运行。当地医保中心邀请了江苏省人民医院、省中医院等多位专家成立了特约评审组,定期对各医疗机构产生的有高额费用或诊疗过程存在疑问的病例进行讨论,经专家评审发现存在违规费用的,基金不予支付,由医疗机构自行承担,并影响其年终考核指标。

3. 无需前台申请,方便快捷

政策实施初期,因宣传力度不够,很多参保人员特别是老年人对大病保险政策不了解,未及时申报从而错过补偿机会。为进一步维护广大参保人员利益,泰兴市医保中心通过程序升级,大病保险系统实

现了实时结报功能。每个参保人员每年度相关诊疗费用单次达到补偿标准的,则在其办理出院手续时直接由电脑结算,患者仅需支付享受补偿后个人应自己承担的费用;若单次住院诊疗费用达不到补偿标准的,后台也将自动记录其历次医疗费用数据,待其自负费用累计达到起付线标准后给予补偿,自动将补偿金额打入其指定的社保卡内,无需参保人员办理任何手续,大大方便了群众,提高了业务经办效率,也防止了参保人员因对政策不了解而损失补偿待遇。

4. 点面结合,突出重点

在开展大病保险日常工作的同时,创建特色服务。泰兴市多年来不断提高城乡居民医保中尿毒症、肾功能衰竭透析报销比例,将其纳入门诊特殊病种,相关门诊透析费用全部按照住院标准给予报销,政策范围内报销比例超过90%,剩余部分年终还将纳入大病保险给予二次报销,同时民政部门对此类大病特困人员还给予进一步救助,极大减轻了血透患者的经济负担,真正实现了血透不花钱或少花钱。

二、泰兴市城镇居民大病保险运行情况及分析

自泰兴市大病保险正式实施以来,2014年有75人享受待遇,基金支出98.32万元;2015年有116人享受待遇,基金支出98.18万元(表2)。

2014年大病人员在享受大病待遇前自付比例为52.43%,享受待遇后为48.02%,差值为4.42%;2015年该类人员在享受大病待遇前自付比例为53.30%,享受待遇后为48.65%,差值为4.65%。经统计学分析,2014年和2015年参保人员在享受大病保险待遇后自付比例明显低于享受大病保险待遇之前(表3)。

以泰兴市相应年度居民平均可支配收入为界,2014年有65人经大病保险补偿后个人自负费用超过该市当年度居民平均可支配收入,2015年有90人,分别占全部大病人员的86.7%和77.6%。如果按WHO对灾难性卫生支出的界定方式,则该比例还将更高。这提示当地大病保险待遇还有很大的提升空间。

三、泰兴市大病保险政策存在的问题

(一) 筹资机制存在隐患

大病保险制度想要实现长期稳定可持续发展,必须保证稳定的筹资方式^[2]。从政策层面看,筹资来源为每年的基金结余,出发点是好的,不想增加参保人员的额外负担,但倘若结余不足甚至出现收不抵

表2 2014和2015年泰兴市大病保险待遇居民费用情况
(元, $\bar{x} \pm s$)

对象及项目	2014年度		2015年度		
一般居民					
人数(例)	58		74		
所有费用	100 751.40±56	267.61	98 626.76±53	817.91	
非医保费用	23 940.30±14	779.93	27 571.62±36	300.77	
一般医保支付	51 100.61±26	254.39	47 967.73±21	735.91	
大病补偿支付	6 535.46±14	420.97	5 401.45±6	484.44	
个人自付	49 650.79±38	840.95	50 659.02±40	806.93	
学生儿童					
人数(例)	17		22		
所有费用	194 339.70±143	982.00	174 548.10±180	995.80	
非医保费用	55 734.47±45	802.35	56 996.47±62	118.94	
一般医保支付	77 630.35±38	308.66	64 055.37±40	156.99	
大病补偿支付	35 540.16±21	330.02	24 247.25±54	774.49	
个人自付	81 169.17±112	123.40	108 459.20±150	344.70	
血透患者					
人数(例)	-		20		
所有费用	-		92 968.48±18		523.70
非医保费用	-		5 241.19±3		649.89
一般医保支付	-		65 554.72±12		984.21
大病补偿支付	-		2 437.31±1		557.80
个人自付	-		27 413.75±6		263.16

支,则将对大病保险政策的运行造成很大影响;反过来,为维持大病保险政策,也可能对基本医疗保险造成影响。笔者调研期间发现泰兴市城镇居民大病保险制度基金备付能力充足,但主要原因是因为参保对象中大部分是发病率低的学生、儿童,若将成年居民另行统计,该部分实际上是收不抵支。从长远看,未来城镇居民医保和新农合统一为城乡居民医保也势在必行,泰兴市新农合参保人员为76万,为城镇居民参保人数的10倍有余,一旦整合后,原先城镇居民医保中参保人员结构优势将不复存在。所以在筹资机制设计时,应着眼于长期稳定,建立更加可靠的重大疾病保障机制,最好要有单独、稳定的筹资来源,完全依赖基金结余难以为继^[3]。

(二)报销程序设计过于繁杂

从表1可见,泰兴市城镇居民大病保险报销分段过多,虽然从一定程度上减少了不同费用人员之

间报销比例的差异,但同时使得结算量剧增,导致经办程序无法很好地实现及时结报功能,很多时候需要人工手动结算,增加了办事人员工作量。

(三)政策待遇仍需提高

虽然重病患者经大病保险补偿前后报销比例差异明显,但对很多人员来说,实际补偿水平仍然偏低。如恶性肿瘤、白血病等大病患者,医疗费用均在几十万元甚至上百万元,对于这部分人群,即使经过大病保险补偿之后,仍然有大部分金额需要自己承担。通过统计得知,即使经过大病保险补偿,大部分人员支出仍然超过当地家庭年均可支配收入水平,可以说,仍然没能摆脱“因病致贫”的情形。产生这种情况有以下几方面原因:①居民医保及大病保险筹资水平较低,这是导致其待遇水平不高的根本原因。②上级部门对于大病保险进行补偿的“合规费用”范围未做进一步明确。从实践角度来看,仅少部分经济发达地区将医保目录外费用纳入了大病保险补偿范围,绝大多数地区将“合规费用”视为“目录内费用”。但重大疾病产生的医疗费用中大部分恰恰是非医保目录内费用,所以导致其最终补偿效果有限。③部分贫困家庭无力承担高昂的医疗费用,在自负费用到达大病起付标准之前就已经放弃了治疗,导致无法享受补偿待遇。

(四)与商业保险公司合作深度不足

虽然采用了与商业保险公司合作的方式,但目前还仅限于从商业保险公司派驻工作人员到前台进行结报业务的简单工作。从操作层面看,更像是为了解决前台人员编制不足问题而进行的被动合作,日常工作中,政府部门仍然牢牢掌控每个环节,一定程度上等于将保险公司变成了政府的下属部门^[4],没有充分利用商业保险公司的经办优势来分析基金收支情况、评估政策待遇以及日常医疗机构监督等工作。

四、对策建议

(一)建立更加可靠稳定的大病筹资机制

充足而稳定的资金投入是大病救助可持续运转的基础,但我国国情复杂,各地经济发展不均衡,单靠政府无法独立承担全部费用^[5]。所以需要进一步拓宽筹资渠道,建立稳定可靠的筹资机制。一方面制定筹资计划时要统筹考虑,将大病保险部分纳入计

表3 2014—2015年大病患者享受大病保险待遇前后自付比例对比 (%)

年份	享受大病保险前的自付比例	享受大病保险后的自付比例	差值	t值	P值
2014	52.43	48.01	4.42	-7.495	<0.001
2015	53.30	48.65	4.65	-9.030	<0.001

划,不能单纯依赖基金结余;其次可以发动社会力量,通过捐助、慈善等渠道建立多元化的筹资金来源。政府对于支持大病保障制度的企业给予一定优惠性政策,如对其推行免征企业所得税、个人工资所得税等政策,激发社会各界捐款的积极性^[6]。

(二)进一步加大财政投入

随着人民群众对医疗保障水平需求的日益提高,原先“保基本”的标准已无法满足参保人员的要求,这也对医保基金的管理和使用形成更大的压力。如果将医保基金比作一块蛋糕,目前从结余中提取大病保险资金的做法相当于改变了以前切蛋糕的模式,而整体蛋糕的总量并未改变,所以总体能提供的医疗保障水平仍然没有变。只有进一步加大财政投入,提高居民医保人均筹资水平,这才是能真正提高其医疗保障水平的根本办法。

(三)进一步加深与商业保险公司的合作力度

进一步加强商业保险公司与社保经办机构之间的数据联通,共享医保信息资源,在制定或调整大病保险政策时利用商业保险公司专业性强的优势,科学测算确定补偿标准;从宏观上引导和监督保险公司合理运营,弥补商业保险公司对大病保险政策层面的认识不足,片面地从商业行为考量的缺点;与商业保险机构的合同中明确双方责任与保险公司收益,社保经办机构在日常的经办过程中做到真正放手,让商业保险负责接报业务和对医疗机构的监管,充分发挥商业保险公司业务经办高效的优势。

(四)进一步扩大药品目录

国家、省层面利用自身政府身份的天然优势,与各药企进行谈判,将以前一些医保目录外药品纳入报销范围,并进一步降低销售价格,一方面可以增加医药企业产品的销售量,一方面也可以提高医保基金的运行效率,进而真正减轻大病患者的负担,解决目前政策范围内报销比例高而实际报销比例偏低现状。

(五)提高大病补助的“精准性”

习近平同志多次强调“精准扶贫”的概念,提出要实施精准扶贫,瞄准扶贫对象,进行重点施策。大病保险同样也是“扶贫”工作的重要环节之一,也需遵从上述理念。目前我国的大病保险尚未能针对患

者的身份、收入等特征进行差别支付,是一种平均化的保障方案。实际工作中发现,很多困难人员的可支配收入远远低于社会平均水平,在其还未达到补偿标准之前就已经无力承担医疗费用从而放弃治疗。未来要推进民政、卫生、人社等部门之间信息联网^[7],准确把握参保人员收入水平和医疗费用支出情况,探索以个人实际可支配收入水平来制定大病差别化起付标准的办法。针对家庭收入难核实的问题,可以借鉴国外先进做法,设置专门的调查机构,归属民政部门,制定科学完善的家庭经济财产核算制度,以专业的评估方法来界定大病救助对象^[8],进一步提高救助的精准性,提高基金的使用效率。

大病保险政策对低收入家庭要适当倾斜,如降低起付标准,提高补偿待遇等,同时做好与民政部门医疗救助间的衔接和互补,实现基本医疗保险、大病保险、民政救助的“无缝连接”,多层次、全方位地保障群众健康安全,真正达到防止“因病致贫、因病返贫”的目的。

参考文献

- [1] 王蕾. 大病保险助力精准扶贫[J]. 中国人力资源社会保障, 2016 (4): 31-31
- [2] 林森, 那秀娟. 大病保险运行实例比较 [J]. 中国社会保障, 2014 (10): 78-81
- [3] 宋占军. 城乡居民大病保险运行评析[J]. 保险研究, 2014(10): 98-107
- [4] 高扬帆. 大病医保引入商业保险运作的模式研究[J]. 征信, 2013, 31 (7): 86-89
- [5] 任巧, 曾理斌, 杨晓胜. 城乡医疗救助制度之现状、问题与对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2015, 15 (1): 11-14
- [6] 金姬, 刘继虎. 新医改背景下公立医院医患关系法律性质研究——以患者权益保护为视角[J]. 中南林业科技大学学报(社会科学版), 2013, 7 (4): 92-97
- [7] 田珍都, 刘泽升. 我国大病保险制度存在的问题和对策建议[J]. 行政管理改革, 2016, 2 (2): 54-58
- [8] 成呈. 大病医疗救助对象范围与救助标准探讨——基于全国 29 省《大病医疗救助实施方案》的比较[J]. 卫生经济研究, 2016 (11): 47-50