



如何进一步提高大病保险保障水平

编者按

今年两会上，李克强总理在政府工作报告中指出，2019年政府工作任务之一即是“加快发展社会事业，更好保障

和改善民生”，强调要“继续提高城乡居民基本医保和大病保险保障水平”。为此，我们围绕“如何进一步提高大病

保险保障水平”，约请了国家医保局相关负责人、专家、省医保局领导展开三方会谈。

国家医疗保障局待遇保障司司长 王芳琳

在增强大病保险保障能力上下功夫

基本医疗保险全民覆盖目标实现后，参保人员的基本医疗需求得到了保障，但大病患者高额费用负担问题相对突显。为此，国家依托城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）筹资，通过2012年先行试点、2015年全面推开，推动城乡居民大病保险制度建立。城乡居民大病保险覆盖居民医保全体参保人员，对参保大病患者高额医疗费用在基本医保支付基础上再给予进一步支付，梯次减轻费用负担，在防止因病致贫、因病返贫方面发挥了重要作用。截至2018年年底，大病保险覆盖居民医保10.2亿参保人，约有817万人受益，报销比例在基本医保之上平均提高13个百分点以上，大病保险赔付支出约510.9亿元。

统筹加大大病保险资金划拨。大病保险全面实施后，国家通过完善居民医保筹资机制，统筹提高居民医保人均财政补助标准，不断加大居民基本医保基金对大病保险资金的划拨力度，改变了大病保险试点时期主要依托居民基本医保结余基金筹资的不稳定格局，提高了居民基本医保基金使用效率。

2015年，城乡居民医保人均财政补助标准新增60元，补助资金增幅较大，比上年人均补助标准多出20元，主要考虑用于支持大病保险全面实施。2016年，居民医保人均财政补助标准新增40元中，明确其中10元用于大病保险，主要是鼓励各地对困难人员给予适当倾斜。

国家医保局成立后，进一步加大对大病保险的资金划拨，连续两年将

居民医保人均新增财政补助的一半用于大病保险，切实增强了大病保险对大病贫困患者的保障能力。从资金用途看，2018年，居民医保人均财政补助标准新增40元，其中一半即20元用于大病保险，主要是统一量化了对农村建档立卡贫困人口、特困人员等困难群众实行降低起付线、提高报销比例和封顶线的倾斜支付政策。2019年，居民医保人均财政补助标准新增30元，其中一半即15元用于大病保险，主要是通过统一降低起付线、统一提高报销比例，普惠性提高大病保险的保障水平，同时继续加大对贫困人口倾斜支付力度。

据统计，截至2018年年底，全国城乡居民基本医保基金划转用于大病保险的资金达到532.6亿元。截至2019年二季度末，全国城乡居民基本医保划转用于大病保险资金已超过393亿元，相当于2018年筹资总额的74%。

精准增强大病保险保障功能。大病保险全面实施后，与基本医保、医疗救助有效衔接，构成了“保基本、全覆盖、守底线”的基本医疗保障制度体系，通过精准施策、梯次减负，切实增强了大病保险保障能力。

一是统一降低大病保险起付线。2019年，国家统一降低大病保险起付线，明确规定大病保险起付线按当地上年城乡居民人均可支配收入的50%确定。这与原来大病保险起付线参照上年人均可支配收入一定比例确定的规定相比，意味着“门槛”降低、进入大病保险支付范围的人数进一步增加，制度可及性明显增强。

二是统一提高大病保险支付比例。2019年，国家规定大病保险政策范围内支付比例由原来的50%提高到60%以上，支付水平提高了10个百分点，这意味着进入大病保险支付范围的患者费用补偿水平进一步提高。同时，国家在2018年开展17种抗癌药谈判准入的基础上，还调整颁布了2019年版国家基本医疗保险药品目录，并启动对128种药品的专项谈判准入，这进一步拓宽了大病保险的保障范围。

三是统一对贫困人口实施倾斜支付政策。2018年，国家规定大病保险对贫困人口降低起付线50%、提高报销比例5个百分点，较好发挥了大病保险助力脱贫攻坚作用。2019年，国家进一步加大贫困人口倾斜支付力度，全面取消贫困人口大病保险封顶线。通过倾斜支付，精准聚焦贫困患者需求，靶向提高保障水平，凸显了大病保险制度优势。

此外，国家有关部门协同推进重点领域改革，通过国家组织“4+7”药品集中采购试点、实现一些特定药品价格大幅降价，促进改革红利惠及参保居民，合力减轻个人费用负担。

支持商保机构承办大病保险。按照“政府主导、专业承办”的思路，国家采取多种措施，鼓励商保机构参与承办大病保险，进一步创新医保共治理机制。目前，全国90%以上的统筹地区委托商保机构承办大病保险，涉及的16家商保公司中4家市场份额占比超90%。

一是给予税收优惠。国家规定，对商保机构承办大病保险的保费收

入，免征营业税、保险业务监管费和试行免征保险保障金等优惠政策。

二是建立收支结余和政策性亏损的动态调整机制。国家规定，要按照收支平衡、保本微利的原则，合理控制商保公司盈余率。商保机构因承办大病保险出现超出合同约定的结余资金，需退还城乡居民基本医保基金。各地通过平等协商完善风险分担机制，明确因居民医保政策调整等给商保机构带来的亏损，由居民医保基金和商保机构分摊并在合同中载明分担比例。

三是提供一体化服务、一站式结算信息平台支撑。各地医保部门加快信息平台开放和数据共享，通过联合办公方式，为商保机构提供办公场所，并促进信息共享；通过联合巡查等方式为商保机构进入定点医疗机构监管不合理医疗费用提供助力。目前，96%的地区在县域内实现了基本医保、大病保险、医疗救助费用一站式结算，减少了群众跑腿垫资的现象。商保和医保合作机制不断深化，间接促进商保机构开发多元化、适销对路的商业健康保险产品。通过支持商保机构参与基本医疗保险、医疗救助、长期护理保险试点等经办服务，提升了商保机构品牌美誉度，为商业保险市场培育作出了贡献。

下一步，我们将结合深化中国特色医疗保障制度改革方案拟定，完善我国医疗保障制度顶层设计，厘清各项制度功能定位，加强政策有效衔接，进一步增强群众获得感、幸福感和安全感。

安徽省医疗保障局党组书记、局长 金维加

需不断优化制度设计

城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度安排。按照国家的统一部署，立足本省实际，采取先试点、后总结、再推广的做法，2014年安徽省内16市全面建立并实施城乡居民大病保险制度，相较国家要求2015年全面建立大病保险制度，提前一年实现制度覆盖全省的目标。统计数据显示，城乡居民大病保险政策实施后，全省参保居民患大病后个人实际负担平均下降11.14%。按照全面建成多层次社会保障体系的要求，应进一步突出大病保险的保障定位，不断优化制度设计，向改革要效益、向管理要效益，进一步提高大病保险保障水平。

保障大病定位

聚焦重大疾病群体。城乡居民大病保险不同于基本医疗保险的普惠属性，应在基本医疗保险提供第一重保障后，突出重大疾病群体的保障定位。根据城乡居民人均可支配收入的50%设置起付标准，通过费用额度区分重病、大病群体，并实施精准保障，有效防止发生家庭灾难性医疗支出，防范冲击社会道德底线的事情出现。

聚焦高额医疗费用。城乡居民基本医保政策范围内住院费用报销比例已稳定在70%左右，重大疾病患者的

负担主要来自政策范围外，即目录外医药费用。相较基本医保来说，应适度放宽大病保险的报销口径、支付范围，大病保险合规费用可以界定为：一是经基本医保报销后的政策范围内费用，二是基本医保目录外但临床治疗必需的医药费用。

聚焦城乡困难人员。为体现大病保险制度托底保障的精准性，大病保险制度可向特困供养人员、低保人员、农村建档立卡贫困人口等困难群体适当倾斜。相较于普通参保群众，大病保险起付线再降低50%，支付比例再提高5个百分点，全面取消大病保险封顶线。通过大病保险的倾斜性支付政策，进一步减轻困难群众患大病后的医疗费用负担，防范化解因病致贫、因病返贫问题。

优化待遇设计

逐步扩大基金规模。稳定可持续的筹资来源，是提供大病保险保障待遇的基础。大病保险筹资标准，2013年、2014年起步阶段为每人每年15元左右，后逐步提高到2016年的30元左右、2018年的50元左右、2019年的65元左右。应与经济社会发展水平、城乡居民人均可支配收入等要素挂钩，建立城乡居民大病保险动态筹资机制，通过扩大基金规模，提升大病保障能力。

梯次提高报销比例。为突出“保

大病”的制度效果，大病保险可对家庭灾难性医疗支出，按照医疗费用由低到高，分段设置报销比例，医疗费用越高、报销比例越高。一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段报销，起步费用段的报销比例可设置为60%，后续依次提高各费用段报销比例。

稳步提高保障待遇。与动态筹资机制相适应的，是建立大病保险待遇确定和正常调整机制，与医疗费用正常增长、医药技术发展水平等相适应。充分运行医保大数据资源，锁定大病人群费用支出主要区间，通过动态调整大病保险起付线、报销比例、最高支付限额等标准，针对性提高大病保险待遇水平。

提升管理水平

完善商业保险承办。坚持政府主导、商业运作的模式，通过政府招标、择优选取商业保险机构承办本地城乡居民大病保险业务，充分发挥商保机构的市场机制优势。完善大病保险承办合同中的保险费用及履约保证金、理赔方式与费用决算、违约责任与履约期限、权责与义务等内容。健全对商保机构的考核机制，建立健全以保障水平和参保人满意度为核心的考核评估体系，探索经办服务效能与

盈利率挂钩，督促商保机构提高服务管理水平。

优化经办服务规程。加快医疗保障信息系统建设，实现大病保险“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，减轻参保患者跑腿、垫资压力。在大病保险结算程序设计上，多疗程住院、负担较重的大病患者，可以选择以单次住院及特殊慢性病门诊费用申请大病保险报销，也可以选择以多次住院及特殊慢性病门诊累计费用申请大病保险报销。参保年度内办理第2次及以上大病保险报销的，本着患者利益最大化原则，分段计算、累加支付最大。

加强基金监督管理。在放宽大病保险合规费用支付范围的同时，通过“负面清单”方式，加强大病保险支付管理，确保有限的大病保险基金真正用在保大病、防风险上，提高大病保险保障绩效。加快推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革。严格执行医疗保障协议医师管理、将医疗保障监管延伸到医务人员医疗服务行为。保持打击欺诈骗保高压态势，坚持“公立民营一样查、大额小额一起查、所有线索一律查、机构人员一同处理”，多管齐下、多措并举维护医疗保障基金安全。

城乡居民大病保险制度建立运行近7年时间，已走过试点探索、全面铺开的时期，迈入到完善制度、提升绩效的阶段。在下一工作中，应按照既尽力而为、又量力而行的思路，完善城乡居民大病保险制度，与城乡居民基本医保、职工基本医保制度对接、融合，充分发挥大病保险对重大疾病的保障作用，让参保群众共享更多医保红利。

强化大病保险与医疗救助的衔接功能，确保弱势人群的精准保障。医疗保险和医疗救助都是政府责任，二者互为补充、互相协调、共同作用，能够有效推进多层次医疗保障体系建设，更好地提升医疗保障服务水平。

首先，重视医疗保险与医疗救助的衔接工作，把握好国家医疗保障局成立的契机，尽快消除医疗保障项目之间的对接障碍，提高医疗救助资金的使用效率。国家于2018年成立医疗保障局后，将原来分散在人社、卫计、民政等多个部委的医疗保障职责进行了整合管理，实现了医疗保险与医疗救助的合并衔接，改善了过去由于各方定位不清、多头管理导致医保基金和救助基金得不到有效使用的情况。

其次，实现医疗保险与医疗救助的有效衔接，在做好医疗保障制度中基本医疗保险和大病保险制度“双全覆盖”工作的基础上，还应适当调整政策设计，改变过去“普惠制”的报销水平增长，重点对医疗救助的对象人群进行政策倾斜，如对该部分人群采取取消就医起付线、封顶线，提高报销比例的制度设计，逐步实现困难人群享受医疗救助的特惠作用，达到精准扶贫的目的。

此外，需要厘清医疗救助和大病保险衔接的几个核心问题。一是科学界定低收入人群和因病致贫人群。由于不同收入人群的风险承受能力不同，不同收入人群的灾难性医疗支出标准是不同的，应结合家庭经济状况和医疗费用开支状况合理界定救助对象。同时，由于因病致贫人群具有动态性，所以需要建立长效的申报核查和跟踪管理机制。二是明确大病保险倾斜性政策的资金来源。目前，一些地区根据大病保险基金的结余状况对困难人群实施二次补偿，将“普惠型”的大病保险基金用于少数特困人群，用意虽佳，但对大病保险的公平性和可持续性提出了挑战。各级财政应明确特困人群的专项医疗救助资金来源、规模、使用标准等，同时鼓励财政专款为特困人群购买大病补充医疗保险。三是特困人群治疗的支付方式应有特别约定。未来，贫困人群除了可以享受“先诊疗后付费”的优惠之外，还应享受大病的专项救治。为了防止医疗资源浪费，有效控制医疗费用，可以在定点医疗机构实行单病种限价（限额）管理，同时对于贫困人群的救助和保障还是应坚持“保基本”的原则，防止个别医疗机构利用困难人群的特殊报销政策，滥用医疗资源，从中不当获利。

积极探索一体化、多层次大病保障体系建设。2012年和2015年，国家相关部委在有关大病保险的指导意见中，均提出“鼓励有条件的地方探索建立覆盖职工、城镇居民和农村居民的有机衔接、政策统一的大病保险制度”，职工大病保险再次被提及。部分省市也逐渐展开了关于职工大病保险的试点工作。城乡居民大病保险设立的目的是解决群众反映强烈的“因病致贫、因病返贫”问题。同样，建立职工大病保险制度不仅为了帮助贫困人口和低收入人群负担高额的医疗费用，还为了避免中等收入阶层的职工家庭发生因病致贫或因病返贫。目前，职工家庭一旦发生灾难性医疗卫生支出，按其现有的平均工资水平，难以负担高额的医疗费用。

以天津市为例，2016年天津市城镇居民年人均可支配收入是34074元，职工年平均工资为63180元，以基本医保报销80%为例，当参保人员报销的医疗费达到基本医

保最高支付限额15万元时，统筹范围内个人自费至少已达到37500元以上，超出人均可支配收入；如果加上职工大额救助，医保支付限额达到35万元时，个人自费部分已经超过87500元，高于职工年平均工资。另外，大额医疗费不可能只有社保政策范围内的项目，加上统筹范围外自费部分和统筹范围内乙类项目的自付部分，可以断定，参保人员大额医疗费个人负担已经远远超出人均可支配收入，灾难性医疗支出的经济负担较重。

按照党的十九大报告的要求，社会保障体系应该是覆盖全民、城乡统筹、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。目前我国大病保障还存在城镇职工大病补充保险（或称大额补助）和城乡居民大病保险两条分支。建议各地区适时将城镇职工和城乡居民的大病保险制度逐步统一，为体现制度公平性和确保持续性，应进一步合理调整职工大病医保的筹资水平、保障范围和报销比例，使保障水平等于或略高于城乡居民大病保险，以吸收更多灵活就业人员参保。同时，参照城乡居民大病保险制度设计，对低收入阶层的职工大病医疗费用报销实施政策倾斜，加大报销额度，防止因病致贫现象的发生。

最后，从地方调研了解的情况来看，许多地区在夯实和巩固“基本医保+大病保险+医疗救助”为主体的基本医疗保障制度的同时，创新探索建立困难群众大病补充保险制度，即由地方财政（省、市、县按照一定比例分摊）全额出资为困难群众购买补充商业医疗保险，如江西、河南等省先后针对困难群众探索建立“基本医保+大病保险+商业补充大病保险+医疗救助”的多重保障制度模式。经过近两年的探索与实践，各地多层次大病医疗保障网进一步扎牢，困难群众保障水平进一步提高，群众获得感和满意度得到进一步提升。地方积极探索和资助实践所积累的经验十分宝贵和难得，有必要及时提炼和总结，在条件成熟的情况下考虑进一步复制和推广。

南开大学卫生经济与健康研究中心主任、教授 朱铭来