



中国特色社会主义经济建设协同创新中心

《 成果要报 》

2016年第45期

（总第63期）

中国特色社会主义经济建设协同创新中心 编

2016年12月05日

完善因病致贫人群医疗保障的政策建议

朱铭来

【内容简介】基本医疗保险、大病保险、医疗救助以及商业补充保险等构成了我国医疗保障扶贫体系。其中大病保险和医疗救助制度需要紧密衔接，共同发挥托底保障功能。而目前大病保险由于采取普惠制覆盖原则，进一步提升其保障水平受到医保基金可持续性的限制。因此，对于贫困人口的底线保障，医疗救助应进一步发挥核心职能。针对贫困人口进一步完善精准保障政策，对贫困人口的补偿顺序应灵活调整，允许救助直接对接基本医保，降低基本医保的起付线，提升报销比例额度。或者将贫困人群自费的大病保险的起付线（一般为当地人均可支配收入）直接通过医疗救助减免。同时建议先对各项保障制度进行全面整合，统一管理机构，确保各项保障制度有效有序的快速衔接。另外，积极探索使用医疗救助资金，开办医疗救助补充保险，提高救助效率，降低政府救助成本，减轻社会管理负担。

国务院扶贫办数据显示，2014年底，全国贫困人口为7071万人，2015年贫困人口减少到5575万人，贫困发生率从上年的7.2%下降到5.7%。贫困人口中因病致贫占到44.1%，其中患大病重病的240万人，患长期慢性病的960万人，因病致贫因病返贫问题仍是精准扶贫的攻坚问题。

基本医疗保险、大病保险、医疗救助以及商业补充保险等构成了我国医疗保障扶贫体系。在政策落实到位的前提下，按照现行各项制度规定的报销比例推算，城乡居民基本医保政策范围内（合规费用）补偿65%左右，大病保险再报销基本医保补偿后的合规费用的50%（相当于总合规费用的17.5%），最后医疗救助尤其是大病救助兜底补偿余下部分合规费用的70%（相当于总合规费用的12.5%），终极目标是让生活困难大病救助家庭在政策范围内的报销比例达95%以上。为此，大病保险和医疗救助制度需要紧密衔接，共同发挥托底保障功能。

根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，城乡居民大病保险是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，缓解因病致贫因病返贫问题的一项制度安排，同时，鼓励地方探索向困难群体适当倾斜的具体办法，努力提高大病保险制度托底保障的精准性。各地在实践中，主要采取了两种方式，第一，提升特殊人群的报销比例，降低起付线，突破最高给付限额；第二，适当扩展合规费用目录，扩大保障范围。不过，这两点都受到城乡居民医保基金可持续性的限制，而且保险制度本身是全员参保，全员享受的普惠性保障制度，将其部分资

金采取特惠制方式用于少数特殊人群，对制度的公平性也提出了挑战。

为分析大病保险基金的支付能力，我们采用2013年北京等六个城市基本医疗保险利用服务调查数据，以及国务院医改办十四统筹地区大病保险调查数据。主要统计指标测算如下：对总计18个地市、77378名重特大疾病患者人均费用进行加权平均，估算2013年全国重特大疾病患者平均医疗费用为43389元。以10%作为全国重特大疾病患者平均医疗费用的增长率，则2015年全国重特大疾病患者平均医疗费用应为52500元左右。同时，以平均0.43%作为2015年全国大病发生率的估算标准，按基本医保参保人全覆盖假设，则2015年全国重特大疾病患者人数为450.21万人。

表1显示大病保险在未突破合规费用目录条件下，如果报销比例持续提升，从50%增至80%，基金支出将达到近700亿元，而2015年大病保险全国总筹资仅为250亿元左右。2015年，城镇（城乡）居民基本医疗保险基金收入2109亿元，城镇（城乡）居民基本医疗保险基金支出1781亿元，当期结余328亿元；新型农村合作医疗基金筹资总额3286.6亿元，支出2993.5亿元，当期结余293.1亿元，大病保险进一步提升报销比例的空间有限。

表1 大病保险精准扶贫中承担医疗费用（合规医疗费用限定当前目录）

总医疗费用 (亿元)	合规医疗费用比例	大病保险 负担比例	基本医保+ 大病保险 总报销比	大病保险 负担金额 (亿元)
2363.6	80%	50%	70%	472.72
2363.6	80%	60%	74%	567.26
2363.6	80%	70%	78%	661.81
2363.6	80%	80%	82%	756.35

如果我们进一步假设2015年大病患者合规医疗费用比例从80%提升到100%，即合规医疗费用完全突破“三个目录”，大病患者经基本医保报销后的所有医疗费用，都纳入大病保险的保障范围。2015年大病保险负担金额最高将达到945亿元，对于目前大病保险的筹资水平和筹资方式，势必会对大病保险基金造成很大的冲击。

因此，对于贫困人口的底线保障，笔者认为医疗救助应进一步发挥核心职能。目前，医疗救助对困难群众的救助主要采取两种形式：一是资助困难居民参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗，确保困难群众能够迈入基本医保门槛，享受基本医疗保险待遇；二是直接救助，对困难群众门诊、住院产生的自负费用，在政策范围内按照一定比例给予补助。医疗救助制度在保障困难群众基本医疗权益和减轻困难群众医疗支出负担方面发挥了积极的作用，取得了明显的成效。2015年资助参加基本医疗保

险6634.7万人，支出资助参加基本医疗保险资金61.7亿元，资助参加基本医疗保险人均补助水平93.0元。2015年直接医疗救助2889.1万人次，其中，住院救助1307.9万人次，门诊救助1581.2万人次；支出资金236.8亿元，其中，住院救助208.7亿元，门诊救助28.0亿元。

2015年4月，国务院办公厅转发民政部等部门《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》，规定要完善医疗救助制度，并全面开展重特大疾病医疗救助。根据该《通知》的指导意见，我们测算“对基本医疗保险和大病保险报销后超过灾难性卫生支出标准的个人负担部分补贴70%”这一方案所需的医疗救助新增支付资金数额。如果将低收入层级人群界定为救助对象，则需要新增支出约为312.16亿元，这部分新增金额虽然将使财政支出增加1.53倍，但由于其扶贫对象的精准性，保障效率应高于大病保险保障比例普调方式。

目前我国医疗保障制度的补偿顺序大致为，基本医保+大病保险+医疗救助+商业补充保险+慈善救助基金等，但基本医保和大病保险设定了自己的保障起付标准和最高报销限额，但并未与家庭或个人的收入挂钩，进一步缩小了制度的实际受益人群规模，造成目前“低收入人群用不上，高收入人群不够用”的低效率保障现状，也并未完全实现降低家庭、特别是低收入家庭灾难性卫生支出的政策目标。目前基本医保报销后如果自付费用未达到大病保险的起付标准，此时按照“先大病保险后医疗救助”的原则，保险无需支付，而应该救助的对象也可能无法获得救助。因此，

针对贫困人口进一步完善精准保障政策，对贫困人口的补偿顺序应灵活调整，允许救助直接对接基本医保，降低基本医保的起付线，提升报销比例额度。或者将贫困人群自费的大病保险的起付线（一般为当地人均可支配收入）直接通过医疗救助减免。

为解决各项制度保障管理部门分散，保障的政策范围重叠，因病致贫家庭贫困患者认定滞后等问题，建议先对各项保障制度进行全面整合，由一家机构统筹负责有关医疗保障业务，确保各项保障制度有效有序的快速衔接。在暂未实现制度和机构整合的情况下，可先推动构建跨部门、跨地区的互动衔接管理机制，推动基本医保、大病保险与医疗救助快速有效互动衔接，切实维护救助对象权益。人社部门作为我国医疗保障体系的管理主体，可以更好地统筹社会保障各个项目之间的功能，避免各项待遇的交叉、重复和遗漏，让有限的医保基金充分地保障人民群众的健康。民政部门应当将救助政策的制定、救助对象的甄别作为主要职责，而把医疗救助基金的管理交由社保部门统一负责，有利于实现保险报销和救助费用的直接结算，给予贫困人员及时的救助，减少其医疗负担。

各项医疗保障制度衔接要具有可操作性，其基础条件便是统一多层次医保制度的信息平台。目前“一站式”信息交换和即时结算服务已获得推广，“一站式”即时结算要求做到医疗救助与医疗保险在一个服务窗口即时同步结算，救助对象在医院住院或门诊看病出院后，通过医疗救助信息管理系统，同步结算医疗保险报销金额、医疗救助金额和救助对象自付金额，实现救助对象

只需付清自付费用。在此基础上，随着城乡居民医疗保险的全面推进，要逐步将门诊医疗救助延伸到村和社区，实现救助对象到社区（村）卫生室看病就医实行刷卡结算，凭医疗保险卡直接享受保险报销和医疗救助。

未来为使有限的医疗救助资金发挥最大的效用，使医疗救助更加精细精准，下一步可以开办医疗救助补充保险，即在资助低收入人群参加基本医疗保险的基础上，针对城市低保、农村“五保”和重点优抚对象等民政救助人群，用医疗救助的资金为该部分人群投保补充性的更大额度的医疗保险。管理部门可以向商业保险公司购买商业补充团体医疗保险，由商业保险公司提供费用补偿和专业服务。引入商业保险开展特困群众大病补充医疗救助工作，可以节省取证、调查、赔付等环节的大量人力物力资源，提高救助效率，降低政府救助成本，减轻社会管理负担。

【作者简介】

朱铭来，南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任，金融学院教授、博士生导师。

