

## 新制度主义视角下城乡居民大病保险保障效果的影响因素分析

王延中<sup>1</sup> 赵东辉<sup>2,3</sup>

1 中国社会科学院民族学与人类学研究所 北京 100081

2 中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

3 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

**作者简介：**王延中（1963年—），男，博士，教授，博士生导师，中国社会科学院民族学与人类学研究所所长，主要研究方向为民族理论政策、劳动社会保障。

E-mail: wangyanzhong01@163.com

**【摘要】**新制度主义认为，制度因素是影响参与者的行为选择，并进而导致不同结果的重要变量。基于这一视角，当前城乡居民大病保险制度的运行和保障效果不尽理想，首先应当从其制度框架方面寻找原因和影响因素。大病保险制度缺乏清晰明确的制度定位导致了一定的执行偏差，对关键概念的化用不利于充足保障和精准保障目标的实现，“类保险化”的补偿政策限制了大病保险的作用空间，筹资机制难以满足保障需要则直接导致了补偿不足。基于制度框架的不足因此，要更好解决城乡居民的大病保障问题，需要对当前原有的城乡居民大病保险制度进行根本性重构。在近期，基于不同人群的保障需求，建立起囊括基本医保、医疗救助和补充医疗保险等多种保障形式的综合性的大病保障制度体系。在中长期，当基本医保对大额医疗费用的实际补偿水平达到70%以上时，在基本医保制度中建立个人自付费用封顶机制，从根本上解决大病保障问题。

**【关键词】**新制度主义，城乡居民大病保险，保障效果，影响因素

### **Analysis on the Influencing Factors of Critical Illness Insurance from the Perspective of New Institutionalism**

### **Analysis on the Influencing Factors of the Reimbursement Effects of Critical Illness Insurance for Urban and Rural Residents from the Perspective of New Institutionalism**

WANG Yan-zhong<sup>1</sup>, ZHAO Dong-hui<sup>2,3</sup>

1 Institute of Ethnology and Anthropology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 100081, China

2 School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing, 100872, China

3 China National Health Development Research Center, Beijing, 100044, China

**【 Abstract 】** New Institutionalism believes that institutional factors are important variables that could influence the behavioral choices of participants and lead to different results. From this perspective, we ~~could~~should look for the reasons and influencing factors of the unsatisfied ~~operational and~~ reimbursement effects of the Critical Illness Insurance ~~for urban and rural residents~~ from ~~its~~the institutional framework first. The lack of clear system positioning of the Critical Illness Insurance System has led to certain implementation deviations. The misuse of key concepts hinders the realization of accurate protection and adequate reimbursement. The design of quasi-insurance reimbursement policies limits the reimbursement space of Critical Illness Insurance. The inability of the financing mechanism to meet the guarantee needs directly leads to insufficient reimbursement. Due to the limits of institutional framework, ~~Therefore~~, to solve the critical illness protection problem of urban and rural residents better, it is necessary to carry out a fundamental rebuilding of the institutional framework of the Critical Illness Insurance System. In the short term, a comprehensive critical illness security system should be built covering fundamental medical insurance, medical assistance and supplementary medical insurance based on the different needs of different population groups. In the medium and long term, when the actual reimbursement level of fundamental medical insurance reaches 70% or even higher, introduce capping mechanism for individual out-of-pocket payment and solve the critical illness protection problem thoroughly.

**【 Key words 】** New Institutionalism, Critical Illness Insurance for Urban and Rural Residents, reimbursement effects, influencing factors

### 1 研究背景

城乡居民大病保险制度（简称大病保险制度）是我国医疗保障制度体系中第一个明确宣称以大病为保障对象的专项制度，在解决城乡居民大病保障问题方面发挥着主体作用。相关数据显示，2013年，试点地区农村居民大病保险的受益面（即大病保险受益人数占参

保人数的比例，以下同）约为 0.4%，对医疗费用的实际补偿比例约为 12%<sup>[1]</sup>；城镇居民大病保险的受益面为 0.24%，实际补偿比例为 11.22%<sup>[2]</sup>；到 2018 年底，大病保险的受益面约为 0.8%，补偿比例平均为 13%。<sup>[3]</sup>在筹资水平提高的同时，大病保险制度的受益面有所扩大，实际补偿水平则徘徊不前，且明显低于制度建立之初设定的 50%的政策补偿比和 25%的实际补偿比目标。

从最终的保障效果看，2017 年，大病保险受益患者的个人自付费用在全部医疗费用中占 41.2%，仍处于较高水平。<sup>[4]</sup>根据中国家庭追踪调查（CFPS）的相关数据，从 2014 年到 2018 年，全部调查对象的灾难性卫生支出发生率从 5.96% 上升至 6.92%，除低收入家庭和中高收入家庭外，不同收入水平家庭的灾难性卫生支出发生率均有所上升（表 1）。这表明，截至 2018 年，包括大病保险制度在内的各项医保制度尚未实现降低灾难性卫生支出发生率的目标，大病保障问题仍有待解决。

表 1 调查对象家庭灾难性卫生支出<sup>a</sup>发生率（%）

调查对象收入分组 <sup>b</sup>		2014 年	2016 年	2018 年
5000 元以下	极低收入家庭	34.96	34.96	35.25
5001—10000 元	低收入家庭	21.59	17.58	20.64
10001—20000 元	中低收入家庭	9.63	10.04	10.64
20001—50000 元	中等收入家庭	3.71	4.70	4.16
50001—100000 元	中高收入家庭	1.82	1.52	1.79
100001 元以上	高收入家庭	0.40	0.50	0.95
全体调查对象		5.96	5.79	6.92

注：a. 考虑数据可得性以及与大病保险相关概念的可比性，表中“灾难性卫生支出”的判定标准为家庭自付医疗费用超过家庭年收入的 40%。b. 表中调查对象收入分组的依据是家庭年收入，即以调查时点起算，过去 12 个月被调查对象整个家庭的收入总和。

数据来源：本表使用的数据全部来自北京大学和自然科学基金资助、北京大学中国社会科学调查中心执行的中国家庭追踪调查（2014 年、2016 年、2018 年）。

当前，我国已经建立了覆盖全民的基本医保制度，一般疾病费用保障问题初步解决，但大病所带来的高额医疗费用负担问题依然严峻。大病保险制度在解决大病保障问题方面被寄予厚望，其筹资规模和人均筹资水平也不断增加，但实际的保障效果却不尽理想，背后的原因或影响因素值得探究，这不仅有助于我们加深对这项制度的理解，查找问题和解决方案，或许也将为从根本上寻找解决大病保障问题的有效途径提供启示。

## 2 新制度主义的分析视角及其在本文中的应用

20 世纪 70 年代以来，重视制度研究的新制度主义研究范式逐渐成为西方社会科学研究的主流，对经济学、政治学、社会学都产生了重要影响。<sup>[5]</sup>在政治学研究中，基于对政治学制度研究传统的批判继承，以及对 20 世纪 50 年代以来兴起的行为主义政治学研究范式的反思，新制度主义政治学开始兴起。

在传统政治学中，国家和正式的政治制度始终居于问题分析的中心位置，但是，传统政治学对制度的研究是将其作为被动的研究对象从静态的视角开展的，并且这种制度分析往往更倾向于从规范研究的意义上去寻找制度发展的“应然”样貌，对现实问题往往缺乏及时的关照和深刻的解释力。20 世纪 50 年代在政治学研究中兴起的行为主义浪潮则反其道而行之，将国家和制度的相关研究从政治学研究的核心场域中拉出，转而聚焦微观的个体行为，包括个体的心理和行为动机等问题，并通过政治问题的定量分析来对政治现象做出解释。行为主义的这种研究倾向虽然因其价值中立和方法上的量化分析而风靡一时，但也遇到了片面关注微观议题而忽视宏观制度因素等带来的局限，在理论和实证研究中都遇到了困境。吸取传统政治学研究和行为主义研究的经验教训，新制度主义提出，制度对社会、政治、经济等领域的结果都具有重要影响，是一个动态发展的能动因素，可以作为分析导致各种社会、政治、经济结果的重要的自变量。新制度主义突破行为主义单纯关注具体行为的研究局限，认为制度自身也是一项能动因素，应当作为导致各种社会、政治、经济结果的重要变量加以分析。以这一理念为基础，新制度主义选择个体或组织的行为作为中介变量，分析制度层面的因素如何影响参与者的行为选择，并进而导致不同的结果，从而建立起了“制度影响行为、行为产生结果”的逻辑链条和“制度—行为—结果”的分析框架，并为诸多问题的分析和解决提供了有力的研究工具。

大病保险制度是一项设定了相关主体的权利、义务和行为规则，由国家强制力保证执行的正式制度<sup>[6]</sup>，其自身的运行或保障效果及其影响因素也可以按照新制度主义的分析框架开展研究，即制度框架是影响相关主体行为选择的重要因素，参与主体的行为选择又会导致特定的运行和保障效果的重要因素，运行效果是制度框架影响相关主体行为后产生的结果。基于此，本文以大病保险的制度框架为分析对象，梳理其中可能影响相关主体行为进而产生特定运行和保障效果的关键因素，并以此为基础，对改进和完善大病保障制度的



相关问题进行了进一步的讨论。

### 3 相关概念界定

#### 3.1 大病

大病（critical illness）也称重大疾病、重特大疾病，是一个被广泛使用但缺乏公认的规范定义、内涵和边界都较为模糊的概念。目前，使用者大体从医学角度（疾病对人体健康的损害程度）或经济学角度（患者直接负担的医疗费用以及因健康受损带来的间接经济损失的程度）对大病进行界定，还有一些学者将两个角度结合在一起，同时强调以强调大病对健康损害的严重程度及其造成的经济负担的严重性。<sup>[7-9]</sup>

城乡居民大病保险制度对“大病”的界定主要采取经济学角度，即规定“大病”是城乡居民经基本医保补偿后个人负担仍然超过一定额度的疾病。本文以城乡居民大病保险制度为研究对象，因此文中使用的“大病”概念总体上与大病保险制度保持一致。但在关于完善和优化大病保障制度的讨论中，本文借鉴了杨金侠提出的“大病”的界定方法，认为“大病”可以从经济角度界定为超出个人或家庭支付能力的疾病，是一个与个人和家庭支付能力挂钩的个性化概念，对于不同收入水平和支付能力的个人和家庭有着不同的含义和指向。<sup>[10]</sup>

#### 3.2 制度框架

本文所称的制度框架是指包括制度性质、制度定位、发展目标、筹资与补偿政策、管理运行机制等在内的规定了制度运作各方面要点的制度安排的总和。制度框架是一项制度的总体“画像”，是相关行为主体理解和认识制度的定位和发展策略、明确制度的基本运行要点和运作规则并采取相应行动的共识基础，对于制度的实际运行发挥着重要的指引作用。大病保险的制度框架主要由国家级政策文件确定，同时省级政策文件以及各统筹地区制定的具体运行方案也是塑造构成大病保险制度框架的重要来源。

从目前的政策规定看，国家级政策文件并未明确大病保险制度的性质，对其在整体医疗保障制度体系中的定位则从“基本医保的拓展和延伸”演变为“补充医疗保险”。政策文件规定，大病保险制度以防止发生家庭灾难性医疗支出和避免人民群众因病致贫、因病返贫为目标，以城乡居民基本医保基金为筹资来源，在补偿政策中设置起付线、报销比例和封顶线，同时各地主要以基本医保目录等为主要依据界定大病保险的合规医疗费用。由于各地的基础条件存在差异，大病保险制度的具体筹资水平和保障范围、补偿政策等由统筹地区自主确定。在管理运行方面，大病保险制度以政府主导、商业保险机构承办为主，同时允许正常招投标不能确定承办保险机构的地区自主确定承办机构的产生办法。

### 4 影响大病保险运行和保障效果的制度框架因素分析

#### 4.1 缺乏清晰明确的制度定位导致了一定的执行偏差

制度定位是关于制度性质、地位、边界等根本问题的规定，对制度的具体设计和政策安排具有质的规定性，决定着制度的筹资责任分配、受益原则、保障重点等。制度定位不清晰，会相应导致具体政策设定和执行的混乱，从而使得制度的运行效果偏离最初设定的目标。

我国当前已经建立了基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、医疗互助、慈善捐赠等保障项目满足多样化保障需求的医疗保障制度体系，各项医疗保障制度均在高额医疗费用补偿方面有所规定。在这样一个制度体系内增设大病保险制度，势必会与已有的制度发生覆盖人群和保障功能上的交叉，因此必须在制度建立之初就明确其制度定位，理清其与已有制度的边界和分工关系以及政府、社会、市场和个人等不同主体的责任分工等根本问题，使各参与主体对大病保险制度的地位和作用等形成统一认识。然而，对于上述问题，国家级政策文件的规定是模糊甚至是有所冲突的。2012年发改委等六部门联合印发的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605号）规定，大病保险“是在基本医疗保障基础上的一项制度性安排，是基本医疗保障制度的拓展和延伸”；2015年国务院办公厅印发的《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）规定，大病保险制度和医疗救助制度共同发挥托底性的保障功能；2020年中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）则提出，要强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助的多层次保障功能，将大病保险列为与基本医疗保险并列的保障层次。

由于顶层的制度设计未对缺乏清晰明确的制度定位做出明确规定，形成了制度空白，相关行为主体在落实和推进大病保险制度的过程中，选择只能根据各自的理解和认识规定其保障目标、筹资补偿政策及发展策略，从而使得不同地区的大病保险制度具有不同的定位，并在在保障少数人的大病还是令多数参保人普遍受益、向贫困人口倾斜还是提供普惠性补偿、属于应由财政主要负责的救助制度还是全体参保人互助的社会保险等关键问题上摇摆不定做法不一。一些统筹地区将大病保险视为基本医保的二次补偿，坚持普遍受益结果导致大病保险补偿了较多低费用段患者，并使支付能力较强、医疗服务利用较多的高收入人群更多受益<sup>[11]</sup>；一些统筹地区将大病保险设定为提供托底保障的制度，在大病保险政策宣传和实施中做出过高承诺，导致参保人员过度利用医疗服务、大病保险基金收不抵支；一些统筹地区认为，大病保险只是一项过渡性措施，因此对制度的发展缺乏长期规划和稳定预期；还有一些统筹地区基于委托商业保险机构承办的特点，将大病保险制度等同

于商业健康保险，因此放松了地方政府在筹资、运行、监管等方面应当承担的主导责任。<sup>[12]</sup>

#### 4.2 对关键概念的化用不利于精准保障和充足保障目标的实现

灾难性卫生支出（Catastrophic Health Expenditure, CHE）也称“灾难性医疗支出”，是世界卫生组织为从公平性角度衡量卫生筹资系统的绩效而设定的一个与不同家庭收入、支出水平相关的个性化的操作指标，也是大病保险制度用来界定大病、判断应纳入补偿范围的高额医疗费用的关键概念。但是，大病保险制度在决策过程中，根据政策需求对“灾难性卫生支出”的这一概念进行了有意的化用，即以自付费用达到家庭收入的40%作为发生灾难性卫生支出的判定标准，同时假设城乡居民家庭平均规模为2.5人，并用社会平均收入水平代替不同家庭的人均收入水平，由此推导出使家庭发生灾难性卫生支出的自付费用水平与社会平均收入水平相等，进而将高额医疗费用的判定标准确定为“上一年度城镇居民年人均可支配收入、农村居民年人均纯收入”。由于规避了分别核实不同家庭收入水平将带来的管理经办成本，各统筹地区普遍遵从和执行这种政策规定，而有意地忽视了这种化用带来的两方面的瞄准偏误。

结果导致了两方面的偏误：

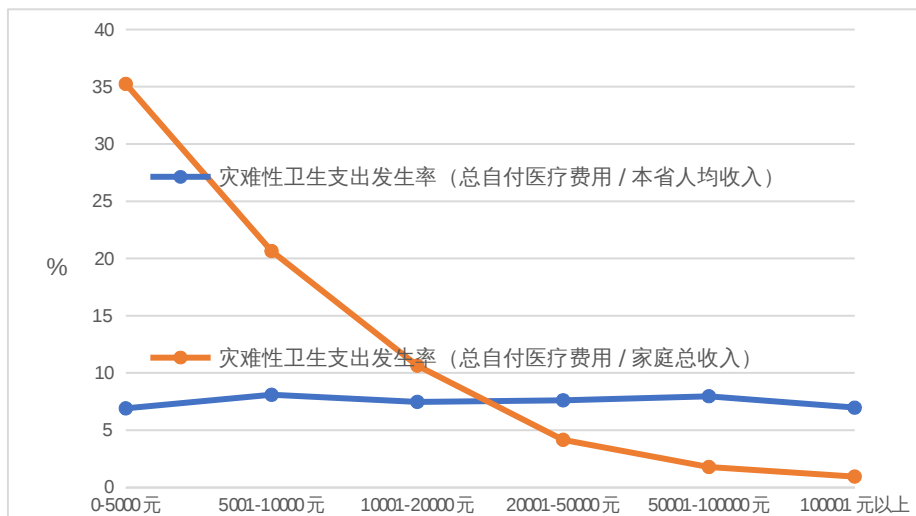
一是用灾难性医疗支出来判断是否发生因病致贫或因病返贫，扩大了补偿范围。

从大病保险的制度设计看，解决因病致贫、因病返贫问题是其根本目标，避免发生家庭灾难性医疗支出则是其实现最终目标的中介手段。但是，灾难性医疗支出与因病致贫、因病返贫所对应的致贫性卫生支出是两个既有联系又有区别的概念，不能等同使用。按照WHO的定义，灾难性卫生支出和致贫性卫生支出虽然都是按家庭自付医疗支出占非食品消费支出的比例进行判定的，但判定的临界值却存在较大差异，广为认可的灾难性卫生支出的临界值是40%，而致贫性卫生支出的临界值则是100%。<sup>[13-15]</sup>可见，致贫性卫生支出包含于灾难性卫生支出之中，是灾难性卫生支出发展到一定程度、导致家庭陷入贫困的那部分支出。由于阈值更高，致贫性卫生支出的发生率要低于灾难性卫生支出。WHO的研究发现，无论现金卫生支出在卫生总费用中占比如何，灾难性卫生支出的发生率与贫困发生率都是存在差距的，前者始终高于后者。<sup>[16]</sup>因此，以灾难性卫生支出为因病致贫、因病返贫的判定标准，必然会扩大大病保险制度的补偿范围，从而在一定程度上削弱大病保险基金对真正发生因病致贫和因病返贫人群的保障能力。

二是用均一标准代替个性化的灾难性卫生支出判定，产生了瞄准偏误。

灾难性卫生支出是一个个性化的概念，其判定需要与每个家庭的消费水平、支付能力等进行对比，而不能用均一的标准代替。<sup>[17]</sup>从2018年CFPS的调查数据看，不同收入水平家庭的灾难性卫生支出发生率与用平均收入水平计算得到的灾难性卫生支出发生率呈现明显的“剪刀差”特征：年收入低于5000元的极低收入家庭，其按家庭收入和全省人均收入计算的灾难性卫生支出发生率分别为35.25%和6.91%，而年收入高于10万元的高收入家庭，其按家庭收入和本省人均收入计算的灾难性卫生支出发生率分别为0.95%和6.96%。（图1）显然，如果按平均收入水平进行判定，则低收入家庭的部分灾难性卫生支出将不能得到大病保险的补偿，而高收入家庭的部分非灾难性卫生支出将被纳入大病保险的补偿范围，从而产生双重的瞄准偏误，实际上提高了低收入家庭获得大病保险补偿的门槛，使大病保险无法准确触及应当保障的家庭及其灾难性卫生支出，产生了“劫贫济富”的逆向补贴效应。<sup>[18]</sup>

bmr.202110.00038V1



数据来源：北京大学和国家自然科学基金资助、北京大学中国社会科学调查中心执行的中国家庭追踪调查（2018年）。



图 1 不同收入水平家庭的灾难性卫生支出发生率（2018年）

#### 4.3 “类保险化”的补偿政策限制了大病保险的作用空间

为防止参保者过度利用医疗服务，各国的医疗保障制度普遍设计了免赔额（起付线）、共付额、共付比例（补偿比例）等要素，并通过控制个人的自付额或自付比例、设置个人自付额封顶线等“去保险化”或“反保险化”的保障措施解决个人负担过重问题。如澳大利亚在医疗福利计划（Medicare Benefits Scheme, MBS）中设置安全网机制，在个人自付的院外服务（out-of-hospital services）费用累计达到一定额度时，免除其继续承担的共付责任<sup>[19]</sup>；韩国国民健康保险制度在参保者或其被抚养者 30 日内支付的自付金额超过 120 万韩元时，将超过部分的 50% 退还给参保人<sup>[20]</sup>；德国的法定健康保险将参保人负担的自付费用限定在家庭收入的 2%，患有严重慢性病的参保人，其自付限额进一步降低到 1%。<sup>[16]</sup>

大病保险制度覆盖的高额医疗费用本质上是基本医保补偿后的自付费用，其主要来源即基本医保的起付线、自付比例、封顶线和目录外费用等政策规定。因此，要对这部分自付费用其实现较为充分的保障，也应当采取“去保险化”的补偿政策。制度建立之初，国家级政策文件并未明确大病保险的补偿政策框架，但出于经办便利性和基金支出风险可控等考虑，统筹地区在细化大病保险政策的过程中普遍选择了与基本医保一致的“类保险化”补偿政策，然而目前，大病保险的补偿政策仍然采取了“类保险化”的做法，即仅对符合基本医保三大目录的费用进行补偿，并设定了起付线和补偿比例，多数地区还设置了补偿的封顶线。这就使得大病保险制度只能在有限的范围内与基本医保形成接续补偿关系无法实现从根本上控制个人自付费用负担的充足保障目标。

在各项补偿政策要素中，目录范围和起付线对大病保险保障效果的影响最大 Sheng-wen Zhao 根据 2014—2015 年青海省 8378 名大病保险受益者的数据分析发现，大病保险可以将可补偿费用导致的灾难性卫生支出的发生率由 4.8% 降低至 0.1%，但仅能将总医疗费用导致的灾难性卫生支出发生率由 15.5% 降低至 7.9%。<sup>[21]</sup>从省级大病保险文件看，在 27 个对“合规医疗费用”做出明确解释的省份中，有 13 个省份在一定限度内突破了基本医保的补偿范围，其余 14 个省份则明确规定大病保险沿用基本医保的“三个目录”，这就使得较多使用目录外药品、耗材以及医疗服务项目的大病患者难以获得大病保险的进一步补偿。

在起付线方面，由于大病保险中的起付线同时也是受益资格判定线，较高的起付线不仅限制了大病保险的受益面，也使得获得受益资格的个人的补偿基数被大幅削减。从江苏 D 区等地的调研数据看，2014 年，基本医保受益患者中仅有 5—10% 的患者能够获得大病保险补偿，并且大病保险起付线约相当于上述患者年自付费用的 40% 左右。也就是说，即使个人自付费用全部为目录内费用，也将有四成左右的费用作为免赔额被扣除，仅有 60% 左右的自付医疗费用可以进一步按照补偿比例、封顶线等规定参与大病保险补偿额计算。

（表 2）近年来，大病保险的起付线统一降至城乡居民人均可支配收入的一半，但以 2020 年全国居民人均可支配收入水平推算，大病保险的起付线仍处于 16000 元左右的高位。因此，起付线仍将在很大程度上限制大病保险对个人自付费用的补偿力度。

表 2 部分地区大病保险起付线与个人年自付费用对比\*（2014 年）

县（市、区）	大病保险起付线（元）	个人自付低于起付线人群		个人自付等于或高于起付线人群			
		人数占比（%）	个人自付费用均值（元）	人数占比（%）	个人自付费用均值（元）	扣除起付线后的个人自付均值（元）	起付线占个人自付费用比例（%）
江苏 D 区	16414	95.4	2433.4	4.6	37519.8	21105.8	43.7
江苏 J 市	15893	89.6	3740.3	10.4	38298.8	22405.8	41.5
安徽 Q 县	12919	94.5	2090.5	5.5	27652.1	14733.1	46.7
安徽 F 县	7843	88.9	1996.7	11.1	20794.3	12951.3	37.7
河南 X 县	8512	89.3	1679.6	10.7	22619.4	14107.4	37.6
贵州 K 县	10227	96.3	1480.8	3.7	23835.7	13608.7	42.9

注：表中的“大病保险起付线”为调研地区 2014 年大病保险制度的起付线，“个人年自付费用”为以个人为单位统计的年度自付住院费用的累计额。

数据来源：调研地区提供的相关数据。

#### 4.4 筹资机制难以满足保障需要直接导致了补偿不足

为减少新增财政投入或个人缴费可能给制度建制带来的阻力，国家级政策文件设定的

大病保险的筹资机制是夫病保险实行从基本医保基金中提取部分资金、不新增财政投入或个人缴费的筹资机制，并且将筹资水平的决定权限下放到各统筹地区。在这样的制度框架下，这种筹资机制使得大病保险制度与基本医保制度事实上形成了争夺有限资源的内在紧张关系，并且大病保险相对于基本医保处于从属和被动的地位，因此，统筹地区在基本医保面临一定的收支压力时往往选择压缩大病保险的成为筹资水平被压缩的一方。同时，非独立的筹资机制也使得大病保险最终能够达到的筹资水平与保障需求之间的关联不够紧密而是更多受到基本医保基金结余情况、地方政府重视程度等因素的影响，具有较大的不确定性。

事实上，大病保险制度自试点之初即面临着筹资水平与预期保障目标不匹配的问题。2011年，国务院医改办测算发现，要对个人自付医疗费用实现50%的实际补偿比例，则各地大病保险制度的人均筹资水平应达到45元左右。<sup>[22]</sup>但由于基本医保本身也面临较大的收支压力，在国家层面并未对大病保险的筹资和保障水平提出硬性要求的前提下，多数统筹地区都确定了较低的大病保险筹资水平。2013年，农村居民大病保险试点地区的实际人均筹资水平仅为20元<sup>[23]</sup>；2014年，75%的农村居民大病保险统筹地区人均筹资标准低于25元，62.2%的城镇居民大病保险试点城市人均筹资标准在20元至30元之间。<sup>[1-2]</sup>近年来，大病保险的筹资水平不断提高，但新增筹资主要用于为新增补偿需求提供支持，筹资水平与保障目标不匹配导致的紧张状态并未得到根本缓解。（表3）

表3 近年来大病保险的增资要求及新增筹资主要用途

年份	新增筹资来源	新增筹资水平	新增筹资主要用途
2015年		未明确	支持大病保险全面实施。
2016年		10元/人	鼓励各地对困难人员给予适当倾斜。
2018年	居民医保人均财政补助标准新增部分	20元/人	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		15元/人	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。

资料来源：王芳琳. 在增强大病保险保障能力上下功夫[N]. 学习时报, 2019-11-04, 第006版.

医疗保障制度遵循收支联动、当期平衡的原则，当保障目标过高或筹资水平过低时，除非新增筹资来源，否则其后果必然是保障不足或基金超支。<sup>[24-25]</sup>筹资机制导致的筹资不足，从根本上限制了大病保险能够提供的保障水平，使得各统筹地区为维持基金收支平衡只能选择降低保障目标预期并相应调整补偿政策，大病保险的实际补偿水平低于保障目标成为必然结果。

## 5 讨论与建议

基本医保中起付线、自付比例、封顶线等补偿政策设定，以及大病治疗总体费用较高、目录外费用较多的特点决定了，大病所导致的个人自付医疗费用过高问题仍将持续存在，在人口老龄化、医学技术进步和医疗服务需求释放等因素的影响下，大病的发生率及其带来的自付医疗费用负担问题可能还会加重。在可预见的时期内，在基本医保普惠保障的基础上实现对大病的有效保障，都将是我国医疗保障制度体系建设的重点任务，同时也应当是有为政府必须担负起的重要职责。<sup>[26]</sup>

### 5.1 城乡居民大病保险制度需要进行根本性的调整或重建

建立城乡居民大病保险制度是我国政府为解决大病保障问题而做出的积极努力。但从前文分析可以看出，大病保险制度自身的制度框架存在问题，并直接导致了其运行效果不佳、保障效果不彰。缺乏清晰的制度定位以及对灾难性卫生支出这一关键概念的化用导致大病保险无法准确定位保障对象，未能实现精准保障；“类保险化”的制度设计和筹资机制的不完善则导致大病保险补偿水平偏低，未能提供充分保障。因此，大病保险制度不大可能通过细微的政策完善和参数调整来实现校正扭曲的目的，而必须对原有的制度框架进行根本性的重构，并跳出大病保险制度一隅，基于大病保障的根本需求和目标定位，从整体的医疗保障制度体系出发对大病保障制度体系进行重新规划和设计。

### 5.2 大病保障制度体系应基于不同人群的保障需求进行规划

灾难性卫生支出和因病致贫、因病返贫都是与个体、家庭的支付能力相关的个性化概念，相应地，基于不同收入群体的支付能力差异，其需要得到大病保障制度保护的“大

病”风险也有所不同：对于社会救助兜底保障人口，其为满足基本医疗服务需求而支出的医疗费用会占用原本应当用于维持基本生存的支付能力，因此都可以被视为“大病”；对于收入偏低的相对贫困人口，能够导致其陷入绝对贫困的高额自付医疗费用是应当予以关注的“大病”；而对于具有一定风险承受力的中高收入水平人口，除能够导致其陷入绝对贫困的高额自付费用外，这一群体对超过其支付意愿阈值的自付医疗费用也有获得保障的需求。

党的十八大明确提出，要建立重特大疾病保障和救助机制。这表明，大病保障问题的解决途径不是仅仅建立单项的大病保障制度，而是基于现有的医疗保障制度体系和不同人群的保障需求分别进行制度设计，从而建立起囊括基本医保、医疗救助和补充医疗保险等多种保障形式的综合性的大病保障制度体系。

具体而言，在近期，应当逐步终止城乡居民大病保险制度，将被大病保险制度切割出的资金重新融回基本医保基金，普惠性地提高全体参保人的保障水平。同时，以防止发生致贫性卫生支出和明确政府的财政投入责任为基础，强化城乡医疗救助制度对社会救助兜底保障人口和相对贫困人口的大病保障功能，为上述两类弱势群体建立个人自付封顶机制并通过加强就医管理防止医疗费用无序增长。向中高收入群体开放致贫性卫生支出的医疗救助申请渠道，允许其通过个案申请和收入审查等途径获得医疗救助。同时，规范、引导和促进惠民保等商业健康保险、互助保险的发展，引导中高收入群体通过购买商业健康保险、参加互助医疗保险等途径满足非致贫的大病保障需求。

在中长期，随着基本医保制度筹资水平和保障能力的提升，当基本医保对住院和门诊特殊病等大额医疗费用能够达到70%以上的实际补偿比例时<sup>①</sup>，灾难性卫生支出的发生率将明显降低。那时，就可以在基本医保制度中建立个人自付费用封顶机制，从根本上解决大病风险保障问题。<sup>[16]</sup>同时，医疗救助制度仍应保留原有的针对社会救助兜底保障人口和相对贫困人口的救助政策，以进一步保障社会弱势群体的基本健康权益。

### 5.3 同步推进配套改革和支撑条件建设

一是遵循以支定收原则，建立针对医疗救助制度大病保障功能的财政投入保障机制，确保足额投入和充分保障。二是不断完善保障对象的调查识别机制，以个人授权和部门协作为基础，实现保障对象的精准识别、精准保障和公平受益。三是建立社会救助兜底保障人口和相对贫困人口等重点人群致贫性卫生支出的监测和预警机制，及早介入、及时补偿。四是发挥医保制度的战略性购买作用，同时加强对供方和需方的管理，提高有限资金的保障效益。

### 参考文献

- [1] 卫生部新型农村合作医疗研究中心. 新农合大病保险评估报告[R]. 北京, 2014.
- [2] 中国医疗保险学会. 城镇居民大病保险评估报告[R]. 北京, 2014.
- [3] 王芳琳. 在增强大病保险保障能力上下功夫[N]. 学习时报, 2019-11-04, 第006版.
- [4] 国务院医改办. 2016年度医改工作进展监测报告[EB/OL]. 国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室简报(第201期), 2017-07-12, <http://www.nhc.gov.cn/tigs/ygjb/201707/72dbec11426a48cfbe66325c20099c5f.shtml>.
- [5] [美]. 盖伊·彼得斯. 政治科学中的制度理论：“新制度主义”（第二版）[M]. 王向民, 段红伟译. 上海人民出版社, 2011.
- [6] 付诚, 王一. 制度变迁理论视野下的社会保障制度改革——东北振兴过程中吉林省社会保障制度变迁的回顾与展望[J]. 社会科学战线, 2013, (12): 191-196.
- [7] 陈滔. 健康保险[M]. 成都: 西南财经大学出版社, 2002.
- [8] 张国英, 张双雨. 大病、特殊疾病医疗保险费用的支付途径[J]. 中华医院管理, 2007, (7): 67.
- [9] 马志雄, 丁士军. 大病农户的就医行为与生计决策研究[M]. 武汉: 湖北人民出版社, 2015.
- [10] 杨金侠, 李林贵, 李士雪. 新型农村合作医疗基金测算方法研究[J]. 卫生经济研究, 2005, (9): 16-17.
- [11] 戴伟. 政策精准治理视角下我国大病保险定位与发展研究——基于四省大病保险试点

<sup>①</sup> 世界卫生组织指出，只有当患者直接支付占卫生总费用的比例低于15%-20%的时候，由此导致的家庭灾难性卫生支出发生率才下降到可以忽略不计的水平。一般而言，医疗费用在卫生总费用中占65%左右，按此比例估算，则个人自付医疗费用占卫生总费用的比例达到15%-20%，大体相当于个人自付医疗费用占全部医疗费用的23-31%。也就是说，当基本医保对医疗费用的实际补偿比例能够达到69%-77%甚至更高水平时，灾难性卫生支出的发生率才会下降到较低水平。那时，在基本医保中引入个人自付封顶机制才较为可能。



- 运行数据的分析[J]. 社会保障研究, 2019, (5): 42-51.
- [12] 黄国武. 我国医疗保障从“无感增长”到“有感发展”的路径研究[J]. 社会保障研究, 2014, (2): 93-103.
- [13] Christopher J.L. Murray, David B. Evans ed. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism [M]. WHO: Geneva, 2003.
- [14] Ke Xu. Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology[R]. WHO Discussion Paper EIP/HSF/DP.05.2. Geneva: WHO, 2005.
- [15] 陶四海, 赵郁馨, 万泉, 等. 灾难性卫生支出分析方法研究[J]. 中国卫生经济 2004,23 (4): 9-11.
- [16] WHO. The world health report2010: health systems financing: the path to universal coverage [R]. Geneva: WHO, 2010.
- [17] Ke Xu, David B. Evans, Kei Kawabata, et al. Understanding Household Catastrophic Health Expenditures: a Multi-country Analysis [A]. Christopher J.L. Murray, David B. Evans ed. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism [M]. Geneva: WHO, 2003.
- [18] 刘小青, 王超群, 高小春. 大病保险制度的建制目的、预期效果及未来发展[N]. 中国劳动保障报, 2014年6月24日, 第003版.
- [19] 澳大利亚卫生部. MBS online [EB/OL]. <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-Current>.
- [20] ISSA & SSA. Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2018 [R]. Washington D. C., 2019.
- [21] Sheng-wen Zhao, Xiao-yan Zhang, Wei Dai, etc. Effect of the catastrophic medical insurance on household catastrophic health expenditure: evidence from China [J/OL]. Gac Sanit. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.005>.
- [22] 陈文辉 等. 我国城乡居民大病保险发展模式研究[M]. 北京: 中国经济出版社, 2013.
- [23] 原国家卫生计生委. 新农合大病保险工作进展情况[EB/OL]. 国家卫生健康委宣传司 <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3574/201408/3b8402adec4843f0bf36e114227e09de.shtml>.
- [24] 李珍主编. 社会保障理论 (第4版) [M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2017.
- [25] 吴明, 张里程. 医疗保险与医院改革第三讲: 医疗保险费测算[J]. 中国医院管理, 2000,20 (4): 58-59.
- [26] 习近平. 全面提高依法防控依法治理能力 健全国家公共卫生应急管理体系[J]. 中国民政, 2020, (5): 4-6.