

新加坡、日本、墨西哥三国大病保险 补偿方案经验借鉴及启示

姜学夫

(上海师范大学 哲学与法政学院, 上海 200234)

摘要:随着覆盖全民的医疗保障体系建立以及国家对大病基金支出的关注,大病保险补偿方案精准化研究逐渐成为近年来完善大病保险制度的重点。从保障对象、保障范围及相关政策三个维度对新加坡、日本、墨西哥三国的大病保险补偿方案进行分析。通过分析,认为我国应该探索以年龄与收入分层的方式建立大病保险补偿方案,并对医保目录内的疾病用药采取动态调整机制来降低低收入人群的制度准入门槛。同时,针对多成员家庭易面临个人未能享受大病保险待遇,而家庭成员医疗费用之和远超出家庭承受范围,致使家庭陷入灾难性医疗支出的困境,应加快实施家庭合算政策,以此提高我国大病保险补偿方案的精准性,并体现大病保险制度向贫困、低收入人群倾斜的制度特点。

关键词:大病保险;补偿方案;新加坡;日本;墨西哥

中图分类号:F840.684

文献标志码:A

文章编号:1674-2494(2019)01-0033-10

自2012年国家六部委颁布《国务院关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《指导意见》)以来,我国大病保险已经实现了全覆盖,为10.5亿城乡居民提供了大病保障,在防范城乡居民因病致贫、因病返贫方面取得了显著成效。但情况依旧不容乐观,据民政部在脱贫攻坚期间的统计和调研发现,因病致贫的仍占现在农村人口的40%左右。由此可见,疾病是脱贫攻坚战的一大阻碍,不仅会使患者面临一人患病、全家困境的问题,还会使部分家庭陷入贫困—疾病—更加贫困的恶性循环之中,产生代际贫困。2018年10月,国家医保局颁布了《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020年)》(医保发[2018]18号),在方案中,虽然明确指出了要加大大病保险对贫困人口的倾斜力度,对其采取降低起付线50%、提高支付比例5个百分点、逐步提高并取消封顶线的措施,但是因我国大多数地区大病保险起付线是以城镇居民可支配收入或农村居民纯收入制定的,所以对于那些并不能享受贫困户待遇但又收入低下的“脆弱性”贫困人群而言,大病保险的起付线依旧是一个较高的门槛。因此,如何提高我国大病保险补偿方案的精准性成为亟需思考的问题。笔者通过查阅文献及分析认为,提高我国大病保险补偿方案精准性的要求主要在于补偿方案应体现向贫困低收入人群倾斜的特点,低收入人群的大病保障是建设多层次医疗保障体系的短板。应对不同收入层次的人群实施差异化的补偿方案,切实减轻低收入人群的医疗负担。基于此要求,笔者认为新加坡、日本、墨西哥三国的“大病保险”补偿方案值得我国借鉴,因此,下文将从保障对象、保障范围及相关政策三个维度对三国的大病

收稿日期:2018-11-15

作者简介:姜学夫(1992-),男,苗族,贵州三穗人,硕士研究生,主要研究方向为医疗保障。

保险补偿方案进行分析探讨,以期为提高我国大病保险补偿方案精准性提供参考。

一、新加坡终身健保计划

新加坡实行的医疗保障制度,主要是在政府主导下而建立的保健储蓄(Medisave)、健保双全(Medishield)和保健基金(Medis Fund)“3M”计划。中央公积金局为会员设立公积金账户,该账户可分为三类:普通账户、保健储蓄账户和特别账户。不同类型的账户用途不一。在保健储蓄计划下,公积金会员每月须把部分公积金存进保健储蓄账户,用于支付基本的医疗费用。健保双全计划是一项大病保险计划,主要是为了满足个人和家庭的大病保障需求。保健基金计划则是政府为保障贫穷国民享受医疗保险的最后一道“安全网”。

新加坡政府于1990年推出健保双全计划,专门帮助国民支付大病或长期慢性疾病的医药开销,由个人自愿投保,政府指定的商业保险公司承办,保费从个人保健储蓄账户中扣除,缴费标准随年龄逐渐递增。健保双全计划的实施虽然在一定程度上减轻了新加坡民众的大病医疗负担,但却面临着覆盖对象有限、保障程度不足的问题。健保双全的保障对象限定为拥有保健储蓄账户的新加坡公民或永久居民,并规定参保人的最高投保年龄为75岁,最高受保年龄为90岁,在计划生效前,参保人还必须提交健康状况证明。为补齐健保双全计划的短板,新加坡政府在2015年11月对健保双全计划进行改革,将其全面过渡为终身健保计划(MediShield Life)。终身健保计划的保障对象、补偿范围如下文所示。

(一)保障对象

终身健保计划取消了健保双全计划只保障到90岁的年龄上限,并要求国民强制投保。所有新加坡国民无论年龄大小及健康状况均可获得终身健保计划的保障。

(二)保障范围

终身健保计划主要保障B2级、C级病房以及在公立医院享受津贴门诊的医疗费用。对于在A级、B1级、B2+级病房或私人医院接受非津贴治疗的病人虽然也能得到补偿,但是所能得到补偿费用较低。新加坡公立医院将病房分为A级、B1级、B2+级、B2级、C级5个等级,A级病房环境最好,床位少,一般有1至2个床位,并且装有空调,床位费较贵。C级病房一般为10个床位,无空调,但床位费较便宜。政府为减轻低收入人群的医疗负担,按病房等级提供医疗津贴,病房等级越低,医疗津贴越高。除A级病房不享有任何津贴外,政府向B1级、B2级和C级病房分别给予20%、50%~65%和65%~80%的医疗津贴^[1]。中央公积金局对终身健保计划未覆盖的项目列有明确的清单,如整形手术、变性手术、牙科治疗、购买肾透析机、人工呼吸器等19项治疗、手术、疾病、活动以及相关的并发症均不在终身健保补偿范围之内^[2]。

终身健保计划的补偿模式与我国大病保险制度补偿模式类似,但略有不同。我国大病保险制度是在合规的医疗费用范围内进行补偿,并设置起付线、支付比例及封顶线。终身健保计划是在可索赔金额范围内进行补偿,可索赔金额范围由医疗总费用的百分比确定,不同病房等级可索赔的金额不同,病房等级越高,可索赔的比例就越低。比如对于新加坡公民(永久居民的索赔比例比新加坡公民要低),C级病房可索赔的医药费比例高达100%,而A级病房则为35%^[2]。可索赔金额必须扣除自付额和共同承担保险额后才能确定终身健保赔偿金额。受保人则需支付自付额、共同承担的保险额以及超出索赔顶限的医疗费用。终身健保计划住院和门诊索赔限额如表1所示。

自付额指在可索赔金额中,受保人所需要支付的一部分确定费用。若每个保单年度内发生多次索赔,则已支付的自付额可以累计计算。具体自付额根据病房等级和受保人的年龄进行差异化设置,80岁以下的受保人在C级病房、B2级病房的自付额分别为1500新元、2000新元。80岁以上的受保人在C级病房、B2级病房的自付额则分别为2000新元、3000新元^[2]。此外,门诊治疗不需要支付自付

额。共同承担的保险额指在可索赔金额中,受保人在除去自付额后,还须与终身健保计划共同支付的医疗费用。受保人自付的比例根据索赔金额不同分为10%、5%、3%三档。当在一个保单年度内,住院累计的可索赔金额达到5 000新元时,受保人将支付10%的医疗费用,当达到第二个5 000新元时,受保人将支付5%的医疗费用,若可索赔金额超过10 000新元,则受保人支付超出部分的3%。同时,受保人在门诊的支付比例统一为10%^[2]。为了便于理解,下文以图1说明共同承担保险的运作方式,假设可索赔金额为12 000新元,自付额为2 000新元。

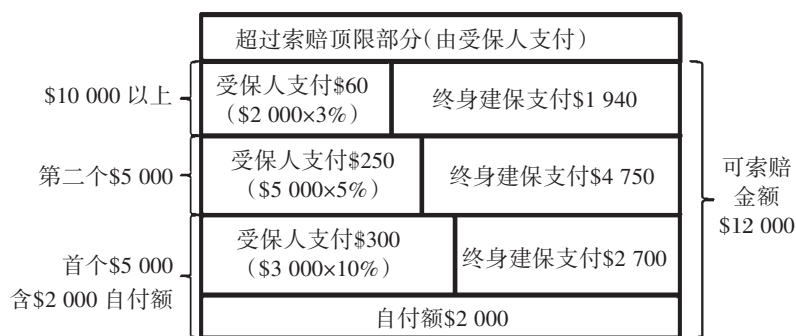
(三)终身健保计划的补充项目

如前文所述,终身健保计划主要保障B2级、C级病房以及在公立医院享受津贴门诊的医疗费用。对于在A级、B1级、B2+级病房或私人医院接受非津贴治疗的病人只能得到小部分的医疗费用补偿。为了满足居民更高水平的医疗服务需求,使居民在B2+级以上的病房亦能享受大病保障,新加坡政府在终身健保计划的基础上推出了一个补充项目——私人综合健保计划。私人综合健保计划是由中央公积金局管理的终身健保计划与保险公司承保的额外受保项目两部分组成。这也意味着,若居民参加了私人综合健保计划,则同时享有了终身健保计划保障,保险公司会将居民缴纳的部分保费转交给中央公积金局。换言之,私人综合健保计划的保费是终身健保计划和额外受保项目的保费之和。但两者缴纳的方式有些许不同,终身健保计划的保费可以使用保健储蓄账户支付全额保费,而额外受保项目虽然能够使用保健储蓄账户支付,但是会依据参保者的年龄阶段设置最高的额外提款顶限。依据规定,40岁以下的额外提款顶限为300新元,40~70岁的为600新元,70岁以上的为900新元^[2]。截至2018年,承办

表1 终身健保计划的索赔顶限^①

住院/日间手术	索赔顶限
每日住院及治疗费用	
普通病房	\$700/日
加护病房	\$1 200/日
社区医院	\$350/日
精神科病房	\$100/日
(每个保单年最多索赔天数为35天)	
外科手术	
1~7类(从简单到复杂)	\$200~\$2 000
植入体	\$7 000/项
放射性手术	\$4 800/项
门诊治疗	
癌症化疗	
癌症放射治疗	\$3 000/月
体外或表层放射治疗	\$140/次
近距离放射治疗	\$500/次
立体定向放射治疗	\$1 800/次
洗肾	\$1 000/月
接受器官移植后需服用的免疫抑制药物	\$200/月
用于慢性肾脏衰竭病人的红细胞生成素	\$200/月
	最高索赔顶限
每个保单	\$100 000/年
终身	不设顶限

注:资料来源于新加坡中央公积金局



受保人支付:2 000+300+250+60=2 610新元
终身健保支付:2 700+4 750+1 940=9 390新元

图1 终身健保计划补偿方案^②

^①参见 Ministry of Health Singapore, MediShield Life Benefits, <https://www.moh.gov.sg/medishield-life/what-is-medishield-life/what-medishield-life-benefits.html>, 2018年9月30日。

^②参见 Ministry of Health Singapore, Chinese Information Booklet for the Newly Insured, 2015年。

运营私人综合健保计划的保险公司共有 6 家,分别是职总英康保险合作社(NTUC income)、友邦人寿(AIA)、大东方人寿(Great Eastern Singapore)、英杰华人寿(AVIVA)、保诚人寿(PRUDENTIAL)和法国安盛保险(AXA)^①。

二、日本高额疗养费制度

日本的医疗保障体系主要可以分为 5 大部分,健康保险、共济组合、船员保险、国民健康保险以及高龄老年人医疗保险制度。因各医疗保险制度的覆盖,日本于 1961 年成为世界上第四个实现全民医保的国家^[3]。众所周知,老年人较之年轻人更易罹患慢性病并遭遇大病风险,而日本正是一个高度老龄化国家,为解决国民因患大病而导致家庭发生灾难性医疗支出的问题,1973 年,日本政府创设了高额疗养费制度。高额疗养费制度是指当患者发生大额医疗费用时,患者在医院的支付窗口支付自己应付的给付限额,然后由医院向医疗保险经办机构提出报销申请,最后由医疗保险经办机构支付高额医疗费用总额,减轻患者医疗负担的医疗保险制度。2017 年,为了进一步减轻国民的大病医疗负担,使国民医疗费用负担能力与医疗费用支出相适应,厚生省劳动保险局对高额疗养费制度中的国民收入等级、自付封顶额标准作了部分调整。

(一)保障对象

1973 年第 71 次国会上通过的《健康保险法部分修正案》标志着高额疗养费制度的建立,在制度创立之始,仅覆盖了部分弱势群体,而随着时间的发展,1984 年高额疗养费制度覆盖了所有人群^[4]。

(二)保障范围

日本高额疗养费制度的补偿方案与我国大病保险制度的补偿方案有着较大的区别。我国的大病保险补偿方案可以统称为超额补偿模式,即当参保者的医疗自付费用达到预定的额度时(起付线),对超过起付线的医疗费用进行一定比例的补偿。而日本高额疗养费制度的补偿方案则可称为自付封顶补偿模式,即参保者的医疗自付费用达到某预定额度(封顶线)时,将享受全额的补偿。日本高额疗养费制度的补偿方案可具体描述为:为参保者设置自己的医疗费用支付限额,以年龄和收入为维度,将被保险者分成未满 70 岁人群和 70 岁以上人群两部分,并划分收入等级,将两部分人群按不同的收入水平分为 5 个层次,使自付封顶额与收入水平一一对应。高额疗养费制度具体的补偿标准如表 2、表 3 所示。

2017 年,厚生省劳动保险局对高额疗养费制度进行了改革,改革内容主要表现在四个方面,首先将 70 岁以上,“仍在工作者”的收入等级由 1 个细分为 3 个,并设定了新的最高上限额。其次,取消了分开设定门诊与住院费用上限额标准的措施,将门诊与住院的医疗费用变更为统一的补偿上限额标准。再次,对于 70 岁以上的“一般收入者”增加了年上限额政策,旨在解决部分患者的月医疗费用没有达到负担上限,但综合下来年医疗费用很高却得不到高额疗养费制度补偿的困境。最后,70 岁以上的“一般收入者”增加了多回合算政策(将在下文介绍)并将“一般收入者”的多回合算上限额制定为 44 400 日元^[5]。在高额疗养费制度的改革下,因门诊与住院的医疗费用改为统一的补偿上限额标准,这可能会增加“仍在工作者”的医疗费用支出,但是对于“一般收入者”来说,年上限额政策及多回合算政策的实施将大大减轻其医疗负担。若从基金平衡运行的角度看待此次变革,新的补偿方案更好地体现了高额疗养费制度的共济性、公平性。为了更清楚地表示高额疗养费制度的补偿模式,以图 2 进行说明,假设受保人为 70 岁以上的高龄者,参加了健康保险,其年收入约为 370 万日元至 770 万日元,医疗总费用为 100 万日元,按照健康保险制度规定,自己需要支付医疗总费用的 30%,即 30 万日元。

由图 2 可知,高额疗养费制度是在基本医疗保险制度上进一步对患者进行大病保障的制度。与我

^①参见 Ministry of Health Singapore, MediShield Life Benefits, <https://www.moh.gov.sg/medishield-life/about-integrated-shield-plans.html>, 2018 年 9 月 30 日。

表2 70岁以上人群高额疗养费制度补偿上限标准

日元

收入等级划分	门诊(个人)	每月最高限额(门诊+住院)
年收入约 1 160 万日元		
标准月收入 83 万日元以上	252 600 日元+(医疗费-842 000)×1%	
课税收入 690 万日元以上		多回合算 140 100 日元
仍在工作者		
年收入约 770 万~1 160 万日元		
标准月收入 53~79 万日元以上	167 400 日元+(医疗费-55 800)×1%	
课税收入 380 万日元以上		多回合算 93 000 日元
年收入约 370~770 万日元		
标准月收入 28~50 万日元以上	80 100 日元+(医疗费-26 700)×1%	
课税收入 145 万日元以上		多回合算 44 400 日元
一般收入者		
年收入约 156~370 万日元		
标准月收入 26 万日元以下	18 000 日元	57 600 日元
课税收入 145 万日元以下	年上限 14.4 万日元	多回合算 44 400 日元
低收入者		
Ⅱ 住民税非课税家庭		24 600 日元
Ⅰ 住民税非课税家庭	8 000 日元	15 000 日元
养老金收入 80 万日元以下		

注:补偿的费用并不包括患者在医院的住宿费和食物费,方案于 2018 年 8 月开始实施。资料来源于日本厚生労働省保険局,《高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成 30 年 8 月診療分まで)》,2017 年

表3 70岁以下人群高额疗养费制度补偿上限标准

收入等级划分	每月最高上限额
年收入约 1 160 万日元	
建保:标准月收入 83 万日元	252 600 日元+(医疗费-842 000)×1%
国保:年收入超过 901 万日元	多回合算 140 100 日元
年收入约 770~1 160 万日元	
建保:标准月收入 53~79 万日元	167 400 日元+(医疗费-558 000)×1%
国保:年收入 600~901 万日元	多回合算 93 000 日元
年收入约 370~770 万日元	
建保:标准月收入 28~50 万日元	80 100 日元+(医疗费-26 700)×1%
国保:年收入 210~600 万日元	多回合算 44 400 日元
年收入约 370 万日元	
建保:标准月收入 26 万日元以上	57 600 日元
国保:年收入 210 万日元以下	多回合算 44 400 日元
住民税非课税者	
	35 400 日元
	多回合算 24 600 日元

注:资料来源同表 2

国的大病保险制度性质一致,是在基本医疗保险制度的基础上为患者进行的第二次补偿。

(三)高额疗养费制度的减负政策

为了进一步减轻患者的医疗负担,日本还实施了一系列减负政策。如家庭合算政策,即个人虽然每次就诊都未能达到所规定的顶限额,但是因为个人发

生多次就诊或者家庭成员医疗费用累计而导致家庭发生实质性的灾难性医疗支出,则可以将医疗费用相加作为自付额。需要注意的是,对于70岁以下的国民,个人的医疗费用需要超过21000日元才能享受家庭合算政策。若一个家庭存在70岁以上和70岁以下的国民同住的情况,则总计家庭成员的自付金额,使其总和不超过家庭整体的自付额上限。参保者是否能够享受家庭合算政策,最主要的条件在于家庭成员参加的保险制度是否是同一类型,如果家庭成员参加了不同类型的保险制度,即使家庭成员是同住的,那么亦不能享受家庭合算政策。

日本还实施多回合算政策。在最近一年中,同一家庭成员如果发生了三次以上的高额医疗费用支付情况,则从第四个月开始下调自己的自付封顶额。但70岁以上的住民税非课税者并不享受此政策。除此之外,针对需要花费高额医疗费治疗的血友病、艾滋病等疾病或做透析而需要长期支付医疗费用者,采取降低自付封顶金额的方式减轻患者医疗费用负担,原则上,患者每月负担的上限为10000日元。

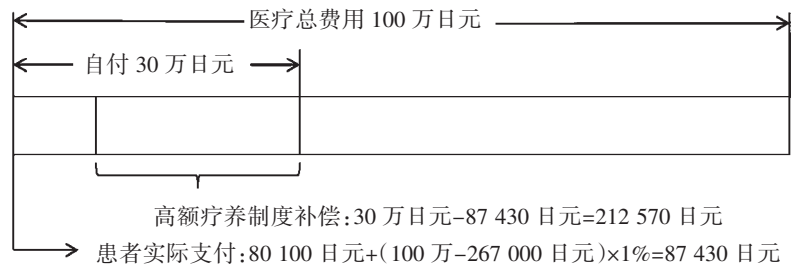
三、墨西哥大众医疗保险制度

墨西哥的医疗保障体系与我国有诸多相似之处,均是先覆盖正式就业人群再扩展到非正式的就业人群,并且不同的人群分别被不同的医疗保险制度所覆盖。其医疗保障机构共有4个,针对不同的人群提供相应的医疗服务。一是社会保险委员会IMSS(Institute Mexican of Social Security),主要覆盖私立部门的正式雇员及家庭。二是国家公务员社会保障局和福利局ISSSTE(the Institute for Social security and Services for Civil Servants),主要覆盖公共部门雇员及家庭。三是墨西哥国家石油公司PEMEX(Petroleos Mexicanos),其有自身单独的医疗保障体系。四是卫生部下属机构健康保障国家委员会(National Commission for the Social Protection in Health),负责管理大众医疗保险PHI(The Popular Health Insurance, Seguro Popular),主要覆盖非正式就业人群,如自由职业者、失业人员等。

墨西哥在未建立大众医疗保险制度以前,所实施的医疗保险制度只能覆盖到全国50%左右的人口。据经合组织调查报告显示,在2000年,约一半的墨西哥家庭没有任何健康保障,而在另一半有保障的家庭中,40%是由IMSS覆盖的私立部门正式雇员及家庭,7%是由ISSSTE覆盖的公共部门雇员及家庭,还有3%至4%的人员由私立健康保险覆盖^[9]。因此,对于那些没有基本医疗保障的非正式就业人群极易面临因病致贫的风险。为了解决非正式就业人群因病致贫的问题,墨西哥于2004年正式建立了大众医疗保险制度,制度的保障对象、补偿范围如下文所示。

(一)保障对象

采取自愿参保的原则,并且以家庭为基本单位进行参保,每次参保签约年限为一年,主要是为没有享受基本医疗保险制度的人群提供保障,针对非正式就业的贫困低收入人群,居住在农村或者土著人地区的家庭或贫困家庭将优先获得保障许可。



注: 资料来源于日本厚生労働省保険局,《高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成30年8月診療分まで)》,2017年

图2 70岁以上高龄者的高额疗养费制度补偿方案

(二)保障范围

大众医疗保险的保障范围主要包括两个部分。第一部分是高频率、低成本的基本卫生服务包,包括初级流动性保健(ambulatory care)、二级门诊及住院服务。第二部分是高成本、低概率的大病三级专科医疗服务^[7]。

基本卫生服务包所包括的项目因为具有风险低、易频发的特点,因此其所需要的基金放在州一级上统筹,由各州的医保基金进行支付,服务内容由健康保障国家委员会负责确定^[6]。2006年,基本卫生服务包包括9大类249项内容以及265种基本药物。卫生服务基本涵盖了基层健康中心100%的服务内容和95%的综合医院服务内容。基本服务包和基本药物目录每年都加以调整,基本服务包主要根据疾病负担和筹资水平决定,而基本药物则根据基本服务包和筹资水平决定^[7]。至2018年,基本卫生服务包药物增加了61种,对大病的干预措施亦在不断增加,由2004年的90个增加到了294个,如食道癌治疗、心脏移植等^[8]。随着时间的推移及筹资水平的提高,基本卫生服务包覆盖的服务和药品种类将会逐步增加。

大病三级专科医疗服务因为具有低概率、花费高的特点,州一级水平上的统筹不能抵御这种风险,因此联邦政府建立了一个全国的风险池,由其中的灾难性卫生支出基金进行支付^[9]。服务内容与健康委员会(General Health Council,国家最高卫生行政机构,直接对总统负责)和基金技术委员会(Technical Committee of the Fund)共同决定。健康委员会负责确定灾难性疾病类型,基金技术委员会决定所确定的疾病中哪些服务和费用可以被支付。入选支付清单的指标主要包括疾病负担、成本效益指标和医疗资源占用等。大病保险的保障范围主要包括癌症、心血管疾病、脑血管疾病、重伤、长期康复治疗、艾滋病、新生儿监护、器官移植、透析等^[9]。

(三)大众医疗保险制度的投资计划

为了扩大大众医疗保险的参保家庭数量以及提高医疗服务质量,墨西哥政府出台了三项投资计划——基础设施投资计划、医疗设备投资计划以及人力资源投资计划。基础设施投资计划旨在提高医疗单位的效用。联邦政府的投资增长额根据各州大众医疗保险的参保率进行分配,大病医疗保险的参保率越高,则各州政府所能得到的财政支持越多,以此刺激州政府为参保人提供更好的医疗服务。医疗设备投资计划是由国家医疗技术中心(National Centre for Excellence in Health Technology)设计和实行。此计划强化了医疗设备的保养程序,同时也使通过循证评估引进新型医疗技术的做法合理化。人力资源投资计划专注于提高医护人员的专业能力,从而满足不同流行病时期人们的需求,并且改善城市医疗劳动过剩而农村严重不足的不平衡状况^[9]。除了这三大计划外,墨西哥政府还采取了一系列措施解决与贫困人口相关的传染性疾病和生殖保健问题,如政府会给特定年龄及特定性别的人群提供医疗卡片,持卡者可以便利地接受疾病早期诊断和预防服务。医疗卡在处理慢性非传染疾病上很有成效——比如肥胖、糖尿病、高血压和癌症^[9]。由于三大计划及墨西哥政府所实施的一系列措施,大众医疗保险的保障范围显著扩大,医疗服务质量显著提升。

四、三国大病保险补偿方案对我国的启示

如前文所述,提高我国大病保险补偿方案的精准性主要在于补齐对贫困低收入人群大病保障的短板,体现补偿方案向低收入人群倾斜的特点。日本、新加坡实施的高额疗养费制度及终身健保计划很好地体现了补偿方案向低收入人群倾斜的特点。因为日本在对国民进行大病补偿时,依据国民的收入等级制定了不同的上限标准,国民的收入越低,则所规定的自付封顶额就越少,切实减轻了低收入人群的医疗负担。在新加坡,政府对不同病房等级进行差别补贴,病房等级越高,则补贴越低。同时,不同病房等级可索赔的医疗费用金额亦有所不同,病房等级越高,可索赔的比例就越低,而低收入人群一般选择等级较低的病房就医,因此侧面地反映了终身健保计划向贫困低收入人群倾斜的特点。从

此角度看,日本、新加坡的大病保险制度值得我国借鉴。

不仅如此,日本及墨西哥实施大病保险的制度背景与我国有诸多相似之处,我国与日本都是老龄化国家,截至2017年底,我国60岁以上的老年人口占总人口的17.3%,65岁以上的高龄老年人口占总人口的11.4%^①。而日本早在2015年底,65岁以上的老年人口占总人口的比例就已达到26%。但是,日本是公认的以较少医疗卫生费用支出达成了国民较高健康水平的发达国家,其医疗与医保制度均有其独特之处,值得研究与借鉴^[9]。墨西哥与我国则均具有人口众多、城乡二元体制明显的特点,并且我国的医疗保险制度与墨西哥有一定的相似性。我国先为正式的就业人员建立城镇职工医疗保险,并于2003年和2007年分别建立了新农村合作医疗保险及城镇居民医疗保险。直至2016年,新农合与城居保才开始并轨,与墨西哥相比,我国各保险制度之间的发展融合较慢,城乡居民与城镇职工的医疗保障水平差距依旧较大。因此,从缩小不同医疗保险制度的保障水平差距的角度上看,墨西哥的大众医疗保险制度值得学习与借鉴。

此外,新加坡私人综合健保计划的运行方式与我国的大病保险制度运行方式异曲同工,根据《指导意见》规定,我国大病保险制度由商业保险机构承办运营,目的是为了发挥商业保险机构在全国具有网点,能够间接提高统筹层次并能够发挥其产品定价等精算优势。但从现实情况来看,随着医疗支付方式改革及互联网数据平台建设的发展,如总额预付制、DRGS支付方式的推行使得商业保险机构在监管不合理医疗费用增长上作用减弱,而电子社保卡、移动支付平台等产品相继面世亦使得商业保险机构发挥全国范围内多网点的优势效果甚微,因此商业保险机构在大病保险制度运行中仅充当了一个“出纳”角色。新加坡的私人综合健保计划亦是由商业保险机构承办运营,在医疗保障上采取公私混合供给体制,通过政府监管、提供保费津贴等形式来修正市场失灵和校准社会公平,从而提高大病保险服务的质量和效率,满足国民多样化的医疗需求。综上所述,新加坡、日本及墨西哥三国的大病保险制度均有值得我国借鉴的地方,对我国大病保险补偿方案优化的启示如下。

(一)建立年龄收入分层补偿方案,提高补偿方案的精准性

为体现我国大病保险制度向贫困低收入人群倾斜的制度特点,在脱贫攻坚期间,我国各地区针对建档立卡贫困人口实施了差异化的补偿政策,主要体现在两个方面:其一是在原有的补偿方案降低起付线,如陕西(2018)将起付线由原来的1万元降低至3000元,海南(2016)、湖南(2015)将起付线降至原方案的50%。其二是在原有补偿方案基础上降低起付线并且提高补偿比例。比如贵州(2018)规定对于贫困人员的大病保险起付线应降低至3000元以下,并且各档赔付比例提高10个百分点以上;吉林(2016)针对贫困人员起付线降低40%,补偿比例均提高5%。此外,一些地区采取医疗费用越高,报销比例增幅越高的原则对贫困人员进行补偿。如甘肃(2018)将起付线由5000元降低至2000元,超过起付线标准以上的部分为补偿基数。补偿基数0元至1万元报销72%,补偿基数1万至2万元报销77%,补偿基数2万至5万元报销82%,补偿基数5万至10万元报销87%,补偿基数10万元以上报销90%。虽然差异化的补偿方案能够减轻贫困低收入人群大病医疗费用负担,但是因我国各地区的大病保险起付线是依据城乡居民可支配收入而制定的,这将使得一些不能享受贫困户待遇,但是又达不到大病保险起付线的脆弱性贫困人群排除在制度之外。由上文可知,日本为解决国民高额医疗费用问题,建立了以年龄及收入分层的差异化补偿方案,新加坡则根据投保人的年龄以及病房等级设置国民需要支付大病费用的自付额。与两国相比,我国单以城乡居民可支配收入设置起付线的规定不够细致,因此,为了提高我国大病保险补偿方案的精准性,我国可以探索以收入分层的方式建立大病保险补偿方案,对不同收入层次的人群制定差异化的起付线,使更多低收入人群纳入大病保险制度保障范围。在我国建立收入分层的大病保险补偿方案有一定的可行性,因为随着我国医疗保障

^①参见《2018年中国人口老龄化现状分析、老龄化带来的问题及应对措施》,http://www.chyxx.com/industry/201805/637022.html,2018年10月24日。

局的建立整合了人社部城乡居民医疗保险与民政部医疗救助的职责,对于因病致贫、因病返贫的城乡居民,在申请医疗救助时所需要的家计调查信息能够在享受大病保险补偿时通力使用。此外,随着以家庭为单位的纳税改革推进,针对家庭收入的信息系统会逐渐形成与完善,以此为基础进行起付线的精细化划分也将成为可能。同时,60岁的退休人员因收入来源单一并且容易罹患慢性病等疾病,我国可以以60岁年龄为节点,相应提高60岁以上人群的大病保险补偿比例。当然,补偿比例的确定还需作进一步研究。

(二)建立动态医保目录,扩大大病保障范围

我国大病保险制度是对合规医疗费用进行补偿,而“合规医疗费用”的定义各地不一,一些地区为了扩大大病保障范围,采取了病种与费用相结合的方式进行报销。比如河南省将乳腺癌门诊靶向药物治疗等16个门诊病种纳入大病保险保障范围^①。但是,更多的地区对于合规医疗费用的界定都是在“三大目录”规定范围内,对于一些罕见病的大病患者,依旧面临着较重的医疗负担。《指导意见》中明确地指出大病保险制度是一项新的制度安排,那么就应区别于基本医疗保险制度,沿用基本医保的“三大目录”作为保障范围显然并不能突出大病保险制度的特点,基本医保是“保基本”,是一项普惠式的制度,而大病保险是“保大病”,应是一项特惠式制度,若“保大病”的大病保险制度成为一项人人都可以享有的普惠式制度,将有限的大病保险基金作用于“保基本”,那么实际上依旧会将一部分大病患者排除在制度之外。在墨西哥,大病专业干预包括的服务项目是逐渐更新的,健康保障国家委员会根据疾病的负担,成本效益和可利用资源制定其范围,以此更好地为大病患者提供服务。我国应借鉴墨西哥政府对医保目录内的疾病用药采取动态的调整机制,这样可以减少因医药目录的限制增加大病保险患者的医药付费现象。

(三)加大政策扶持,进一步减轻城乡居民大病医疗负担

笔者认为三国的大病保险附加政策对我国的大病保险补偿方案借鉴有三。首先,应以“家庭”为保障对象。在我国,无论是进行保险筹资还是保险给付都是以个人为单位,难以有效减轻家庭发生灾难性医疗风险。在新加坡,个人可用家庭成员的储蓄账户进行终身健保计划的保费支付,在墨西哥,大众医疗保险就以家庭为保障单位,若我国引入日本的家庭合算政策,则可以有效解决在多个家庭成员当中,个人未能享受大病保险待遇而家庭成员合计的医疗费用造成家庭发生灾难性医疗支出的困境。其次,应建立大病保险中央调剂金制度。在我国,大部分地区的大病保险基金都是市级统筹,基金盘子小,若同年发生多起大病保险赔付事件,则容易产生基金赤字问题。在墨西哥,州政府负责提供高频率、低成本的基本卫生服务包,而联邦政府直接负责建立全国性的灾难性医疗支出基金池,用于覆盖可能会导致灾难性医疗支出但不在基本卫生服务内的疾病。因此,可以借鉴墨西哥政府的做法,我国可建立大病保险中央调剂金制度,使大病保险基金更好地调剂余缺,抵抗基金赤字风险。最后,应加强各医疗保险制度粘性,促进多层次医疗保障体系发展。在新加坡,中央公积金局推出了私人综合健保计划,由市场上的保险公司承办运营,对B2+级以上的病房进行费用补偿,与终身健保计划双管齐下,为国民提供了双重大病医疗保障。我国各地区亦在探索多重医疗保障体系建设,如贵州已建立“基本医疗保险+大病保险+医疗救助+医疗扶助”的四重医疗保障,切实减轻了城乡居民大病医疗负担。因此,应加快多层次医疗保障体系建设,进一步减轻居民的医疗负担。

参考文献:

- [1]常峰,纪美艳,路云,等.新加坡储蓄型医疗保障制度的医保控费效果研究[J].中国卫生经济,2016(3):95-98.
- [2]Ministry of Health Singapore. Chinese Information Booklet for the Newly Insured[R]. Singapore: Ministry of Health Singapore, 2015.

^①参见《关于增加河南省重特大疾病医疗保障门诊病种等有关问题的通知》豫人社办〔2018〕19号。

- [3]吴显华.国内外农村医疗保障的政府规制比较分析[J].医学与哲学:人文社会医学版,2008(1):59-60.
- [4]周绿林,戴宇践,和田康纪.日本高额疗养费制度改革发展及借鉴[J].中国卫生经济,2016(2):94-98.
- [5]日本厚生労働省保険局.高額療養費制度の見直しについて(概要)[R].东京:厚生労働省保険局,2017.
- [6]张小娟,朱 坤.墨西哥全民健康覆盖发展历程及对我国的启示[J].中国卫生政策研究,2014(2):21-27.
- [7]张奎力.墨西哥农村医疗卫生体制及对我国的启示[J].国外医学:卫生经济分册,2010(2):56-59.
- [8]Antonio Chemor Ruiz, Anette Elena Ochmann Ratsch, Gloria Araceli Alamilla Martínez. Mexico's Seguro Popular: Achievements and Challenges[J].Health Systems & Reform,2018,4(3):194-202.
- [9]蔡江南.医疗卫生体制改革的国际经验:世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览[M].上海:上海科学技术出版社,2016.
- [10]李三秀.日本医疗保障制度体系及其经验借鉴[J].财政科学,2017(6):94-110.

Lessons From the Experience of Major Illness Insurance Compensation Schemes in Singapore, Japan and Mexico

Jiang Xuefu

(College of Philosophy and Political Sciences, Shanghai Normal University, Shanghai 200234, China)

Abstract: In recent years, the research on the accuracy of major illness insurance compensation programs has gradually become a hot spot. This paper introduces the major illness insurance compensation schemes in Singapore, Japan and Mexico, and believes that China should establish differentiated deductible lines based on age and income. In addition, a dynamic medical insurance catalog should be established. At the same time, it is necessary to speed up the implementation of the family-sharing policy for multi-member families who are vulnerable to the inability of individuals to enjoy the major illness insurance benefits but the family has actually incurred catastrophic medical expenses. In this way, the accuracy of China's major illness insurance compensation program is improved and the institutional characteristics of the ward insurance system to the low-income groups are reflected.

Key words: major illness insurance; compensation schemes; Singapore; Japan; Mexico

(责任编辑 陈 静)