
城乡居民大病保险及其社商合作运行机制分析

——以安徽省六安市为例

程耀全^{*1}

安徽省六安市医疗保险基金管理中心

【摘要】：本文介绍六安市经办机构与商保公司共同经办大病保险的基本情况，阐明了取得的成果和遇到的问题。

【关键词】：大病保险，社商合作，运行机制

1 基本情况

1.1 背景。六安市城镇居民医保于 2006 年启动实施，2011 年实现了市级统筹。覆盖范围为未纳入城镇职工基本医保的非从业城镇居民、18 周岁以下未成年人、全日制在校大学生。截至目前全市已参保人员 79.1 万，其中：城镇居民 25.3 万；未成年人 49.8 万；大学生 4 万。年度缴费标准为成年人 120 元/人；在校大学生和未成年人 40 元/人。各级政府补助为 280 元/人。

参保居民住院起付标准在一、二、三级医院分别为 100 元、300 元、400 元。政策范围内报销比例在三级、二级、一级医院分别为 70%、80%、90%。参保人员(含大学生)住院费用的起付标准为 8 万元/人/年，未成年人为 12 万元/人/年。住院发生的费用超过基本医保限额以上的部分按比例报销，设定封顶线，城镇居民(含大学生)为 16 万元/人/年，未成年人为 20 万元/人/年。

1.2 政策框架。一是明确了按费用支付来确定大病保险的制度，参保居民不分患病病种，只要自付费用超过规定限额都可以享受大病保险。扩大了群众受益面，体现了制度公平性，更好地解决了大病群众医疗负担过重的问题。二是明确了费用分段报销标准，医疗费用越高，则报销比例越高，个人自付越少。三是明确了大病保险由商保公司承办，充分发挥商保公司专业化管理优势和网络资源优势。四是明确了大病保险与大病救助共同实施，并与现行医保结算信息系统对接，实现大病保险即时结算。

1.2.1 筹资及待遇标准。

筹资标准：未成年人每人每年 60 元(含住院及门诊意外伤害)，居民(含在校大学生)为每人每年 15 元。

待遇标准：除未成年人住院及门诊意外伤害支出、大病救助支出以外，大病保险对一个参保年度内住院自付费用超过规定的部分(含目录外治疗性费用)，再次给予补助。具体标准为：年度个人自付 2 万元-10 万元的报销 40%；自付 10 万元-20 万元的报销 50%；自付 20 万元以上的报销 60%。

^{*1} **作者简介：**程耀全，安徽省六安市医疗保险基金管理中心主任，主要负责工作：医保、工伤、生育保险管理。

投保形式：通过政府招标，确定有资质、信誉好、实力强的商保公司作为投保公司，全市按参保群体总数统一投保，保费从基金中支出，不再收取参保人员费用。

1.2.2 基金运行程序。参保居民在定点医院住院、出院时，由医院按医保政策规定与参保居民结算，参保居民直接向医院交纳个人应自付部分的费用。大病保险部分，先由医保经办机构垫付给医疗机构。医保经办机构按协议与保险公司定期结算。保险公司派出部分业务人员充实到医保经办机构相关业务科室，服从经办机构安排并从事日常管理工作。在审核大病保险费用时，医保经办机构与保险公司共同审核，保险公司可以了解、调阅参保人的住院资料(如费用清单等)及审核资料，如发生对政策的理解有异议时，按政策的解释权限，由相关部门对政策进行解释。

1.2.3 风险共担机制。坚持大病保险合同期内收支平衡、保本微利、风险共担、自负盈亏的原则，医保经办机构根据政府规定与保险公司协议，合理确定其盈利率。赔付率低于 90%部分全额返回基金，赔付率在 90%至 100%的部分由保险公司负责赔付，赔付率高于 100%部分，由医保基金与商业保险公司按 50%比例分担。由于有赔付率制约，基金不会出现较大的风险。因国家、省或市相关政策调整造成的政策性亏损、不可抗力导致保险公司合同期内出现的亏损由医保基金承担。

2 大病保险运行进展情况

2.1 加强了参保居民的大病保障。2013 年度，本市城镇居民医保参保居民大病保险筹资金额为 3356.55 万元，合计支出为 2860.87 万元(含未成年入住院及门诊意外伤害支出)。其中，进入基本医疗最高支付限额的有 224 人次，支出 378 万元；年度个人自付 2 万元以上的有 492 人次，支出 410 万元。参保人大病保险补助前自付比例为 45.7%，大病保险补助后的自付比例为 38.7%，减少 7 个百分点。受益对象中，发生费用最高的一例是一名在校学生，为脑出血患者，总医疗费用为 50.24 万元，年度个人自付为 30.24 万元。大病保险为其支付了约 17 万元的费用后，个人实际自付减少到 13 万元，占医疗总费用的 26%。

2.2 初步实现了制度间衔接。本市采用大病保险与先前施行的大病救助共同实施的办法确定政策框架，基于以下三个原因：一是先期施行的城镇居民大病救助有过与商保公司合作的经验，且互通了参保人员就医信息、大病患者名单、年度患者意外伤害及大病救助金额、年度自付比例等双方协议中允许提供的信息；二是单靠施行大病保险其筹集资金量有限，且要重新施行对外招标，因此在政策吸引力和谈判话语权上缺乏有力的支持；三是杜绝了同一项保险业务分别与不同商保公司合作，导致在经办过程中相互掣肘、相互扯皮的现象发生。通过一年的运行，投保费用与实际支出基本持平。

2.3 实行了大病保险的即时结算。政策启动初期，由于没有系统支持，本市城镇居民大病保险则采取手工报销的方式，参保居民报销时需提供发票、清单和相关证明材料，不仅增加经办机构人员的工作量，而且给参保居民带来许多不便。鉴于此，本市积极与系统开发商联系，要求将大病保险实现程序化管理，嵌入金保工程应用系统，并与原医疗保险业务系统对接。2014 年元月 1 日，该程序开发完成并正式应用，目前全市参保居民住院结算时自动调用程序，直接享受大病保险待遇。

表 2011年-2013年城镇居民大病医保与保险公司合作情况调查(单位：万元)

年份	基金支出	购买服务费	购买服务费占支出比例
2011	755.77	80.72	10.68%
2012	2283.24	114.47	5.01%
2013	2860.87	143.75	5.02%

3 问题及措施

3.1 大病保险基金投保到商保公司后，通常商保公司将从中提取一定比例的服务费，作为日常办公经费支出(见表)。然而，从基金中提取购买服务费是否符合规定，以及其提取比例如何确定，这将是下一步需要明确的问题。此外，按照原管理办法，

当年基金有所结余，部分结余滚存用于下一年度医保基金使用，能够实现基金的逐步积累，增加基金抗风险能力。与商保公司合作后，部分结余将纳入保险公司收入，将不再用于下年度医保基金使用，给基金带来潜在风险。

3.2 需与城镇职工医保协同推进。大病保险保障对象为“城镇居民医保、新农合的参保(合)人”。这一规定将筹资水平较高、按月缴纳医疗保险费的职工医保参保人员排除在外。然而，这一人群中也有相当一部分人员因为患重病而使用“三个目录”外的诊疗项目及药品，导致年度个人自付比例较高。大病保险制度实行后，势必会造成这一部分人员出现攀比，引起新的社会不公。因此本市在政策设计时，充分考虑这一社会因素，按照同样操作模式，将全市 32 万名参保职工纳入到大病保险中，以 130 元/人/年标准投保，其年度医疗费用超过 7 万元并在封顶限额 25 万元以内的费用且年度个人自付费用在 3 万元以上的纳入保险范围。

3.3 确定基金管理的主体。商业保险与医保经办机构的合作仅限于大病保险项目，而患者住院诊疗是一个连续的过程，在实际工作中，无法根据其就医费用高低判断管理的归口问题。如果按照费用类别管理，势必会出现多头管理甚至两头都不管的现象。因此本市在合作之初就明确了：各级医保经办机构为管理主体，各合作商保公司可选派有管理能力的人员参与和充实管理，并服从医保经办机构管理安排。商保公司有权对参保人员医疗费用进行复核，各级经办机构应给予配合。

3.4 注意与商业保险业务对接的细节。由于商保公司尚未与医疗机构信息系统进行完全对接和数据交换，故存在以下问题。一是资金垫付问题。商业保险以理赔案件形式进行赔付，其周期一般为 2 个月，为保证医疗机构能及时结算，需要医保基金予以垫付。二是调用参保人员信息问题。商保公司为了进一步完善经办业务信息系统功能，需要调用参保人员就医信息，这又与社会保险法“社会保险经办机构及其工作人员，应当依法为用人单位和个人的信息保密，不得以任何形式泄露”的规定相悖。因此，本市经办机构在与商保公司合作协议中明确要求商业保险公司不得将参保人员信息泄露，并明确法律责任。

3.5 明确大病保险可纳入补助范围。国家和安徽省在对大病保险补助方案中只提出了对“个人年度累计负担的合规医疗费用进行补助”，而自付费用中哪些能纳入补助范围的却没有明确，这也是部分地市及合作商保公司存在争议的地方。按现行规定，基本医疗保险政策内报销均在 75% 以上。因此，政策范围内自付能达到 2 万元以上的患者很少，其中大部分是使用“三个目录”外药品和诊疗项目的费用而造成的。因此，本市在政策设计时明确将“三个目录”外，且属于治疗性的用药和诊疗项目纳入补助范围，而超标准床位费、特需治疗、伙食费、空调费等非治疗性及非治疗必须的项目则不纳入大病保险补助范围。

参考文献：

- [1] 何文炯：社会保险与商业保险在医疗保障体系中互促共进[J]. 中国医疗保险，2013，61(10)：23-26.
- [2] 陈文辉. 我国城乡居民大病保险发展模式研究[M]. 中国经济出版社，2013，3.
- [3] 何文炯. 大病保险运行机制四大问题[J]. 中国社会保障，2014(6)：71-73.