

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No. 004-20130605

中国社科院世界社保研究中心 主办



该文尚未公开发表，如引用，需注明出处并征得本实验室（世界社保研究中心）或作者本人的同意——编者的话

一个具有生命力的制度创新：大病保险太仓模式分析

郑秉文

中国社科院世界社保研究中心主任

Email: zhengbw@cass.org.cn

张兴文*

中国社科院研究生院研究生

Email: zhongyong2007@163.com

摘要：本文在实地调研的基础上，对江苏省太仓市首创的大病保险制度进行了考察，并对其运行机制和筹资原则等八个方面进行了总结。本文认为，在基本医保制度的大病保险功能供给不足情况下，太仓模式的出现是医保基金雄厚、现实存在需求、制度设计新颖等多重因素的综合结果；太仓模式的重要特点是引入商业保险因素和采取“风险共担”的原则，它符合国际上新近出现的“有管理的医疗保险”（managed care）、“新公共管理运动”、“公共部门与私人部门合作伙伴”（PPP）的发展潮流，是国内建立大病保险二次补偿机制的有益探索，

* 郑秉文为中国社科院世界社保研究中心主任；张兴文为中国社科院研究生院研究生。作者在太仓市实地调研过程中，太仓市社保局陆俊局长，医疗保险基金结算中心钱瑛琦主任等给予了大力支持，这里一并表示感谢。本文使用数据，除特别注明外，均为太仓市社保局和医疗保险基金结算中心提供。

是积极落实 2012 年 8 月六部委发布的关于大病保险工作的《指导意见》精神的具体体现，对参保人降低自付比例、增强消费能力和转变增长方式，对较好利用庞大的医保基金和缓解其增值保值压力等方面，均具有积极意义。

关键词：大病保险 医疗保障 商业健康保险 有管理的医疗保险 公共与私人部门合作伙伴

SSL
CSS

2012年8月30日，国家发改委和卫生部等六部委公布《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）（下简称《指导意见》），对开展城乡居民大病保险工作提出具体要求。相关省市立即积极响应，陆续制订了本地城乡居民大病保险的具体方案¹；保监会等相关监管部门也出台了监管标准²，为具体落实《指导意见》精神和促进保险业参与大病保险工作制订了管理规范。2013年5月13日国务院转发的国家发改委《关于2013年深化经济体制改革重点工作的意见》第15条再次明确“整体推进城乡居民大病保险”。

本文试图对太仓大病保险模式进行解读，并对该模式的核心要件进行理论解析。

一、太仓市医疗保障制度基本情况

太仓隶属江苏省苏州市，东临长江，南依上海，市域面积823平方公里，下辖国家级太仓港经济技术开发区，江苏省高新技术开发区，科教新城，6个镇。2012年末，太仓户籍人口47.26万人，其中，非农业人口20.27万人，常住人口70.68万人；全年城镇居民人均可支配收入39422元，农村居民人均纯收入19411元³，综合经济实力位居全国百强县市前10位⁴。

太仓医疗保障制度包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、住院医疗保险⁵、城乡医疗救助、大病保险制度。在行政管理上，太仓的职工医保、城乡居民医保、医疗救助三个制度统一纳入人力资源和社会保障部门职能范围，在全市形成了覆盖全民的基本医保体系。

2011年，太仓市社会医疗保险参保人数54万⁶，其中户籍人口医保参保率达99%以上。2010年，职工医保综合实际报销水平为78.5%，住院实际报销水

¹ 例如，2012年12月1日青海省率先发布大病保险的指导意见；见《多地大病保险实施方案出台 部分地区未设封顶》，<http://finance.people.com.cn/n/2013/0217/c1004-20500703.html>

² 中央政府网：《中国保监会近日发布大病保险偿付能力监管标准》，http://www.gov.cn/gzdt/2013-01/30/content_2323405.htm，2010-01-30。

³ 太仓市统计局：《2012年太仓市国民经济和社会发展统计公报》，太仓市统计信息网，http://www.taicang.gov.cn/art/2013/3/4/art_6161_183956.html，2012-03-04。

⁴ 中国网：《2012中国中小城市综合实力百强县榜单权威发布》，http://news.china.com.cn/2012-09/29/content_26676526.html，2012-09-29。

⁵ “住院医疗保险”的主要保障对象为被征地农民、城镇老居民和上世纪五六十年代精简退职人员。2011年住院医疗保险参保人数36156人；缴费基数与职工医保相同；缴费比例为5%。

⁶ 引自实地调研。在本文中，凡是没有注释的数据，均为作者实际调研数据，没有特殊情况将不另外给出注释。

平为 75.9%；居民医保人均筹资标准 400 元，综合实际报销水平 50.6%，住院实际报销率为 53.2%。

二、太仓大病保险制度的实践探索和主要特征

（一）太仓市大病保险制度的缘起与背景

1. 客观条件：基金累计结余规模庞大与增值保值压力巨大

太仓基本医疗保险基金结余逐年增加，尤其是，职工医保基金增值保值的压力逐年加大。表 1 显示，2010 年职工医保统筹基金当年结余率为 20.59%，累计结余率高达 162.30%，支付能力为 25 个月，远远高于当年 11 个月的全国平均水平⁷。

表 1 2010 年太仓市基本医保统筹基金收支情况

制度	基金收入 (万元)	基金支出 (万元)	当年结余 (万元)	当年结余 率	累计结余 (万元)	累计结余 计发月数	累计结 余率
职工医保制度	28695	22788	5907	20.59%	46572	24.52	162.30%
居民医保制度	8012	9514	-1502	-18.7%	1639	2.07	20.46%

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心。

注：当年结余率=当年结余/当年基金收入*100%；累计结余率=累计结余/当年基金收入*100%；累计结余计发月数=累计结余/(当年基金支出/12)。

实际上，从表 2 和表 3 得知，2008-2010 年，职工医保基金累计结余率始终保持在 130%以上，累计结余规模始终超过 24 个月。只有城乡居民医保制度建立时间不长，基金状况尚不太稳定，但仍有 2 个多月的支付能力。居民医保参保人数 18.13 万，累计结余 1639 万元，累计结余率 20.46%。

表 2 2008-2012 年太仓市职工医保统筹基金收支情况（万元、月）

年度	基金收入	基金支出	当年结余	当年结余率	累计结余	累计结余计 发月数	累计结余 率

⁷ 2010 年当年支出 3538 亿元，年末城镇基本医疗统筹基金累计结存 3313 亿元。引自《2010 年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》。

2008	25858	12151	13707	53.01%	34374	33.95	132.93%
2009	24794	18503	6291	25.37%	40665	26.37	164.01%
2010	28695	22788	5907	20.59%	46572	24.52	162.30%
2011	33897	30021	3876	11.43%	50448	20.17	148.83%
2012	63964	41839	22125	34.59%	72573	20.81	113.46%

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心提供。

注 1：当年结余率=当年结余/当年基金收入*100%；累计结余率=累计结余/当年基金收入*100%；累计结余计发月数=累计结余/(当年基金支出/12)。

表 3 2008-2012 年太仓市居民医保基金收支情况（万元、月）

年度	参保人数	最低缴费基数	基金收入	基金支出	当年结余	当年结余率	累计结余	累计结余计发月数	累计结余率
2008	207324	260	4446	4090	356	8.0%	3764	11.04	84.66%
2009	190704	260	5617	6240	-623	-11.1%	3141	6.04	55.92%
2010	181331	400	8012	9514	-1502	-18.7%	1639	2.07	20.46%
2011	170694	500	13492	11514	1978	14.7%	3616	3.77	26.80%
2012	153952	500	12463	13949	-1486	-11.9%	2130	1.83	17.09%

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心提供。

注：当年结余率=当年结余/当年基金收入*100%；累计结余率=累计结余/当年基金收入*100%；累计结余计发月数=累计结余/(当年基金支出/12)。

但另一方面，国务院关于医保基金的管理规定是，城镇职工基本医疗保险基金累计结余应控制在 6—9 个月平均支付水平，上限为 15 个月平均支付水平⁸；新农合统筹基金当年结余率上限为 15%，累计结余率上限为 25%⁹；由此看来，太仓职工医保累计结余水平相对较高，而居民医保基本在合理范围之内。

在医保基金投资体制落后、增值保值手段十分有限的条件下，对地处长三角经济圈和人口净流入地区来说，医保基金规模不断膨胀将是一个发展趋势，同时又是一个矛盾，且这个矛盾日益尖锐。于是，为大病患者建立一个灵活的、针对性较强的二次补偿机制便自然而然提到案头上来；从某个角度看，太仓模式的出现是职工医保基金规模日益增加和缺乏增值保值手段之间存在矛盾的结果。

⁸ 人力资源和社会保障部：《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》（人社部发[2009]67 号）。

⁹ 国务院：《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011 年）》（国发[2009]12 号）。

2. 基本医保：大病风险保护水平较低和功能较弱

从表 4 看出，由于基本医保制度的三个目录具有较大的限制，某些医疗费用报销比例很小，而这些病患往往都是大病，这就难以满足大病患者的实际需求，即大病患者医疗自费负担较高。从表 5 看到，6%的住院患者的费用占总费用的比重达到 24.5%，这充分说明大病风险发生概率小，而一旦发生，则负担很大。而基本医保对大病患者的保障水平较弱，其具体表现是医疗费用越高，自付率越高。例如，单次住院费用 1 万元以上的，自付率为 28.8%；10 万以上的，自付率高达 55.5%，意味着超过一半的费用需要自行承担。

由此看来，基本医保制度的大病风险保护水平较低，功能较弱，这就为某些富裕的发达地区或医保基金充足的地区建立一个额外的大病保险机制留出了“空间”。

表 4 2011 年太仓市大病患者的医保报销情况

患病编号	所患疾病名称	医疗总费用	医保范围内费用	医保范围内费用比重	医保报销金额	政策内报销比例	实际报销比例
1	淋巴瘤	23.99	4.64	19.32%	4.36	93.98%	18.15%
2	帕金森	20.03	4.16	20.77%	2.59	62.14%	12.91%
3	特发性血小板减少性紫癜	13.20	3.17	24.00%	2.90	91.40%	21.94%
4	软骨瘤	16.22	4.71	29.05%	3.01	63.99%	18.59%
5	心功能不全	10.78	3.43	31.80%	3.12	90.92%	28.91%
6	蛛网膜出血	11.18	3.88	34.66%	2.37	61.08%	21.17%
7	乙肝肝硬化	46.32	16.91	36.50%	15.74	93.09%	33.98%
8	腰椎管狭窄症	15.06	5.76	38.25%	5.26	91.31%	34.93%
9	腰椎骨折	15.23	6.08	39.91%	5.72	94.06%	37.54%
10	股骨头坏死	15.68	6.30	40.16%	5.84	92.75%	37.25%

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心提供。

注：本表所列为 2011 年度医保范围内费用占总费用比重最低的十位病人，反映真实的报销情况。

表 5 2008-2010 年太仓市单次住院费用分布情况

分段	1 万以上	10 万以上	全费用段
分段人数/总人数	6.07%	0.03%	100.00%
分段总费用/总费用	24.51%	0.57%	100.00%
分段医保费用/总费用	21.18%	0.31%	53.99%

各费用段自付率	28.80%	55.51%	17.59%
---------	--------	--------	--------

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心提供。

3. 现实需求：防止因病致贫和因病返贫的现象发生

毫无疑问，基本医保制度的参保人对大病保险具有较大的现实需求，这是因为，因病致贫的家庭比重呈上升的趋势：2008年城乡贫困家庭中，34.5%的家庭因疾病或损伤而致贫，比2003年上升4.5个百分点¹⁰。在太仓，因病致贫和因病返贫的现象频繁发生，“专栏”显示的是两个典型案例。2008-2010年太仓医疗保险制度的住院费用等数据显示，在基本医疗保险参保人中，虽然大病患者数量不多，可一旦患上大病，高昂的住院费用将有可能使整个家庭陷入灾难性危机当中。

专栏

因病致贫典型案例

案例一：钱某，11岁，参加城乡居民医疗保险。母亲2009年因病去世，父亲离家出走，钱某现跟随外公外婆生活，二老均年过6旬，家庭月收入仅1000多元。2011年4月被诊断为脑细胞瘤，当年共花去医疗费约20万，居民医保统筹基金报销10.3万。同年9月，当地政府为其办理低保，按政策给予0.9万元的救助，最终个人自付8.7万元。

案例二：顾某，28岁，参加城镇职工基本医保保险，2010年10月被诊断为急性淋巴瘤，2011年做了手术，并进行后续治疗。太仓医保信息系统显示，2010年顾某支出18.07万元医疗费，自付13.81万元，自付率高达76.4%。2011年发生医疗费41.21万元，医保可结算费用为28.86万，基本医保报销之后，大病保险报销了4.51万元，自付费用为14.21万元，自付率为34.48%。由于拆迁，目前顾某一家住在一出租房内，母亲退休在家照顾他，父亲和妻子在外打工，4岁儿子由岳父母照顾。目前主要收入来源为父亲和妻子的工作收入，二人的月收入都在1300元左右。2012年下半年，身体略有好转的顾某开始回到原公司上班，公司也特别为其调整岗位，安排到相对轻松的岗位上。

资料来源：太仓市人力资源与社会保障局提供。

¹⁰ 卫生部统计信息中心：《2008 中国卫生服务调查研究：第四次家庭健康询问调查分析报告》，中国协和医科大学出版社，2009年版，第8页。

(二) 太仓市大病保险制度的框架与特征

4. 制度设计：社保经办机构与商业保险机构的合作

2011 年 4 月，太仓市正式启动大病保险制度。根据制度设计，太仓医保经办机构将医保统筹基金的部分结余，通过向商业保险机构招标的方式进行全面合作关系，旨在建立一个大病保险补偿机制，在享受基本医疗保险待遇的基础上，对参保人员发生的大额住院自付医疗费用进行再次补偿，具体制度设计细节见表 6。

表 6 太仓市大病保险制度框架

制度要素	制度内容
制度主体	政府、商业保险公司、社会医疗保险参保人
运行方式	医保经办机构公开招标，商业保险公司竞标经办，合署办公，为参保人提供便捷的结算服务
制度性质	大病住院补充保险
覆盖人群	基本医疗保险制度参保人员
筹资来源	基本医疗保险统筹基金结余
筹资标准	基本医疗保险和住院保险参保人每人每年 50 元；居民医疗保险参保人每人每年 20 元
补偿范围	住院医疗费用中基本医保报销以外超过 1 万元的合规医疗费用，无报销封顶线、无基本药物目录等限制，制度规定了 10 项除外情况
补偿结算方式	1. 单次住院自付费用超过起付标准的，在结算社会保险待遇的同时给予补偿；对社会医疗保险结算年度多次住院自付费用累计超过起付标准的，由结算年度末给予一次性补偿。 2. 对合规医疗费用实行分段累进报销。费用越高报销比例越大。
责任除外	门诊、零售药店购药、新型昂贵特殊检查等十项情况不予报销。

资料来源：作者根据实地调研情况整理。

5. 筹资机制：消化医保基金的庞大结余和按需筹资的基本原则

太仓大病保险在进行制度设计时，目标是将个人自付费用降低到 20%左右。这个制度目标的确定，是根据太仓市人社局 2008-2010 年的数据为基础测算出来的。根据对不同的 大病保险起付线及其大病补偿费用的测算结果，若以 1 万元为起付线，2011 年度全市医疗保险参保人住院医疗自付总费用约为 3600 万元，即全年所有参保人的潜在风险，扣除未达起付线的费用和起付线扣除的费用，最终

赔付的费用约为 2000 万，约占 2010 年社会医疗保险统筹基金（职工医保统筹基金+居民医保）累计结余的 4.1%。

根据上述测算，太仓市政府最终确定了按需筹资的原则，即利用医保基金结余，按职工 50 元和居民 20 元的标准建立起一个覆盖所有参保人的大病保险制度，2011 年太仓市大病保险据此筹资 2168 万，仅占当年社会医疗保险累计基金结余的 3.6%。

相对于医保统筹基金的规模而言，大病保险 3%-4%的筹资比例不是很大，不能影响基本医保的支付能力和运行质量。

6. 补偿机制：自费部分实行累退制与公平性原则

根据筹资规模和待遇目标，太仓市政府通过招标的方式确定各费用段的补偿标准。具体补偿标准如表 7 所示：自付费用越高，获得的待遇补偿比例越高，从而实现大病患者自付费用累退效应。这样，从制度设计上就根除了因病致贫和因病返贫的隐患，在制度设计上为大病参保人制定了一个制度性的保障机制。

在这个大病保险的制度设计中，太仓制度设计者还充分考虑到了公平性问题，坚持机会公平的原则，即所有符合条件的参保人实行统一的补偿标准，从而在最大程度上实现风险分担、互助共济。

表 7 太仓市大病保险分段补偿标准

封顶线	无年度最高支付上限			
补偿标准	费用段（万元）	补偿比例	费用段（万元）	补偿比例
	1-2	53%	8-9	70.5%
	2-3	55.5%	9-10	73%
	3-4	58%	10-15	75%
	4-5	60.5%	15-20	78%
	5-6	63%	20-50	81%
	6-7	65.5%	50 以上	82%
	7-8	68%	-	-
年度起付线	个人自付费用（除基本医保报销之外的所有医疗费用）超过 1 万元			

资料来源：太仓市医疗保险基金结算中心提供。

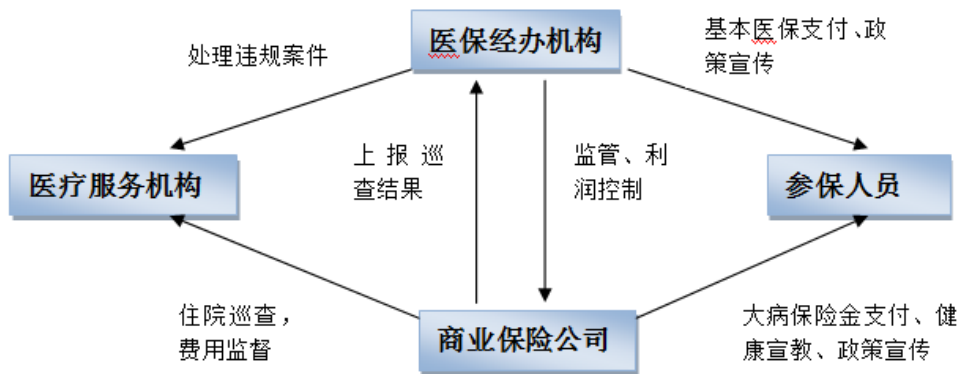
(三) 太仓市大病保险制度的运行与特征

7. 四方主体：强化医保费用控制的机制

太仓市引入商业保险经办大病保险的目的在于分散风险，强化医疗费用控制机制，其具体的运行模式和费用控制流程如图 1 所示。

太仓大病保险模式的重要内容是在医保经办机构、医疗服务机构和参保人构成的三角结构之中增加了商业保险机构，从而构成了医疗保险的四方主体，进而形成了一个医疗市场。这样，基本医保制度的运行机制并没有发生质的变化，即医患双方的医疗服务的供需关系依然体现为社会医疗保险制度的根本属性，费用支付的基本制度仍为“第三方付费”。但是，由于商业保险因素的引入，这个大病保险的制度构建了三组带有制约性质的关系：商保机构监督医疗服务机构的费用支出、医保经办机构监督商保机构并与之合作、商保机构向参保人支付大病保险金。

图 1 太仓市大病保险四方主体关系及运行机制



资料来源：作者根据实地调研获得的信息绘制。

通过引入商业保险因素，医疗保险经办机构将医疗费用审查职能转移给商业保险机构，而只负责对商业保险机构发现的问题进行复核处理，这就大大缓解了医保经办机构力量薄弱的局面，既降低了行政成本，又提升了行政效率。在这方面，太仓的主要做法是：第一，医保经办机构与商保机构实行联合办公，为参保人提供基本医保与大病保险的一体化服务。为提高理赔效率，太仓市医疗保险基

金结算中心建立起医疗保险一体化结算平台,将基本医保与大病保险的运行与服务整合为一体。第二,积极展开先进的健康管理,丰富医保管理服务的内涵。商保机构将“健康保险+健康管理”的先进理念融入大病保险经办服务中,其三位一体的服务体系即“病前健康管理、病中诊疗监控、病后赔付核查”,将有利于提升健康产出和降低医保基金支出,有利于提高整个医疗保险体系的效率。第三,建立起大病保险的信息系统、理赔系统和结算系统。太仓大病保险制度在实现了自动结算的同时,一方面确保了赔付口径与政策口径的完全一致,另一方面,还可通过这些系统,政府对理赔情况进行实时监控。

政府的监管职能主要体现在四个方面:一是通过招标遴选合格和有资质的商业保险机构。二是合理设定商业保险机构的利润率,对过多的盈亏风险进行调节和分担。三是建立和执行绩效考核机制。围绕对享受待遇人员的赔付、定点医院的监管、对参保人员的服务等方面,设立具体考核量化指标,进行百分制考核,考核结果直接与年初暂扣的再保险资金标的额的5%挂钩。四是对商保机构日常赔付行为进行抽查,以防止其拒赔和惜赔等不利于参保人的情况的发生。

8. 商业保险的原则: 保本微利与风险共担

太仓模式符合2012年六部委联合发布的《指导意见》中规定的“坚持责任共担,持续发展”的精神,并创造性地制定了保本微利与风险共担的财务机制,且其具体制度设计完全符合保监会规定的保本微利的原则。

从前述太仓大病保险制度特征可看出,太仓模式的重要特征是社会保险与商业保险之间的合作方式别致新颖,它既不是简单地“政府购买服务”,也不应笼统地称之为“动用医保基金购买商业保险产品”,而是兼而有之,均有突破。这是因为,太仓模式中确立的合作原则是“保本微利、风险共担”,其具体财务含义是,当“盈亏率”超过5%时¹¹,对超过部分双方各按50%比例分摊。

所谓“保本微利”,其具体含义可以2011年为例予以解释。当年太仓大病保险筹资2168万元,经办服务费按核定的4.5%提取(98万元);当年实际运行8个月,支付65万元;全年理赔额1840万元;结余263万元,占筹资额的12%;由于结余过多,双方协商后一致决定商业保险机构提取利润90万元,即“盈利

¹¹ 盈亏率计算公式: $[(\text{大病保险筹资额} - \text{赔付款} - \text{管理成本}) / \text{大病保险筹资额}] * 100\%$ 。

率”为筹资总额的 4.2% (90/2168); 于是, 剩余结余 173 万元返还“大病保险”资金专户, 作为风险调节金。

“风险共担”的政策含义是指, 假设 2011 年太仓全年度补偿额为 2500 万, 那么, 剔除提取 98 万经办服务费之后亏损将达 430 万, “亏损率”为 19.8% (430/2168), 这时, 商业保险机构不仅要承担事先规定的 5% 的“亏损额”, 还应承担 5% 以上部分的 50% 即 14.8% 的一半 (7.4%), 这就意味着, 商业保险机构总计承担的“亏损率”为 12.4%, 折合为 268.8 万元, 其余 161.2 万将由医保基金承担¹²。

太仓模式的核心要件即“保本微利与风险共担”将引入的商业保险因素的利益纳入进来, 将最大限度地降低费用成本作为要件设计的纽带, 这便是太仓模式制度创新的一个重要特点, 这个特点便是将商业保险机构纳入利益共同体。

三、太仓大病保险制度的效果和问题

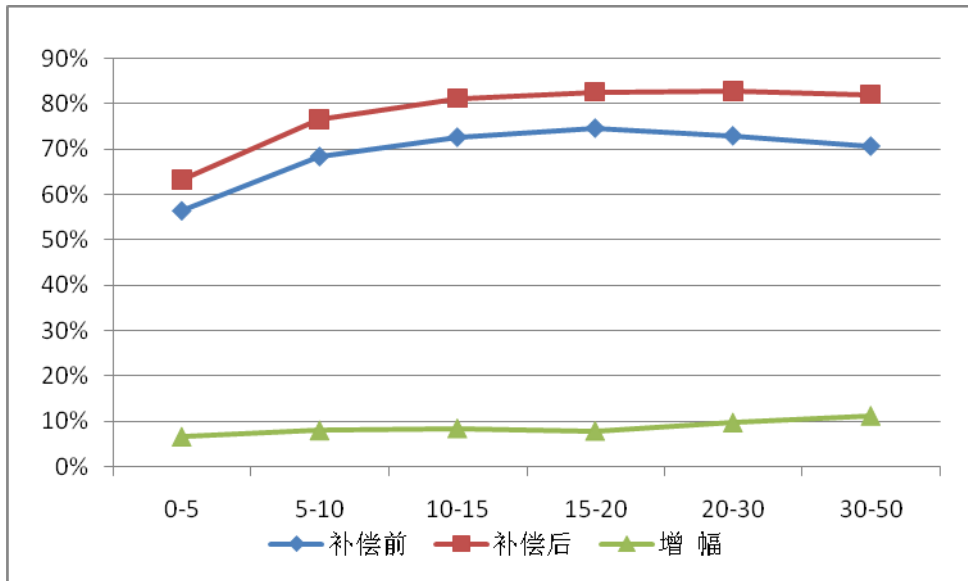
(一) 太仓大病保险的补偿效果

1. 个人负担减轻, 报销比例提高

太仓大病保险的补偿效果比较明显, 以 2011 年为例, 太仓职工医保住院费用实际报销比例增加了 6.1 个百分点, 而城乡居民医保增加了 12.4 个百分点; 医疗总费用超过 5 万元的参保人的实际报销比例普遍超过了 70% 以上, 即个人实际负担的费用降低到 30% 以内; 尤其是, 在个人自付费用累退效应的制度设计下, 医疗费用越高, 报销比例就越高。图 2 显示, 在大病保险制度实施前, 30-50 万费用段的报销比例要低于 10-15 万费用段的报销比例, 但在实施大病保险制度之后, 医疗费用越高, 实际报销比例也越高。

¹² 假设情况的数据均为作者设定, 旨在说明太仓市大病保险制度的利润和风险机制。

图2 2011年太仓市大病保险分段补偿效果（万元）



资料来源：作者根据太仓市医疗保险基金结算中心提供的数据绘制。

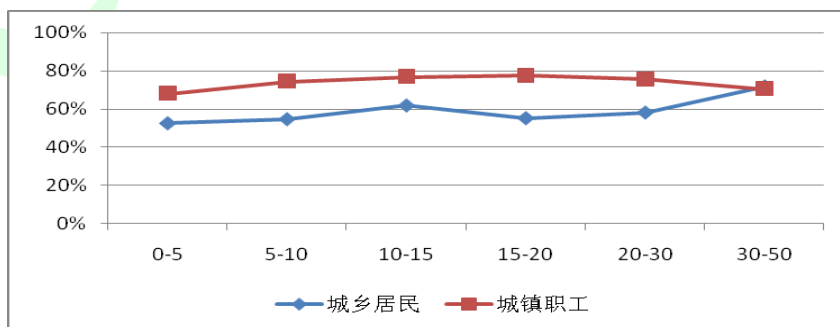
2. 城乡出现互助共济，待遇差距得以缩小

太仓的实践证明（见表8），大病保险可以在不同医保制度内在一定程度上具有再分配的效应。在太仓，城镇职工医保的筹资标准为城乡居民医保制度的两倍，前者的参保人数是后者的两倍，所以，前者的缴费收入占82.9%，而后者仅为17.1%。这两组数据说明，城镇职工和城乡居民这两个制度之间存在较大的差距。

但是，建立大病保险制度之后，这两个制度之间在太仓却在一定程度上缩小了差距，弥合了客观存在的鸿沟：

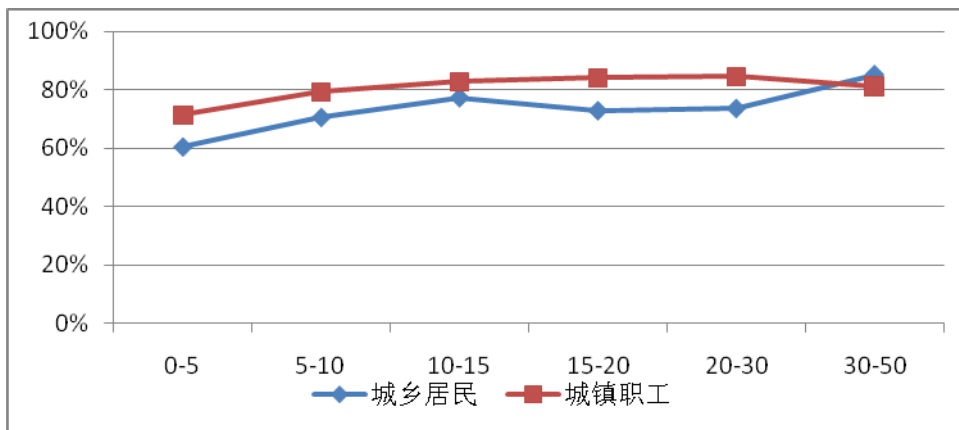
从报销比例来看，在大病保险补偿之前，城镇职工医保各费用段的实际报销比例要比城乡居民医保至少高出15个百分点（仅30-50万费用段的实际报销比例相当），但在实施大病保险补偿之后，二者的差别缩小到10个百分点左右，其中，如图3至图4所示，在30-50万费用段，城乡居民医保的实际报销比例反而要高于城镇职工医保的报销比例。

图3 2011年太仓市大病保险补偿前分段实际报销率（万元）



资料来源：作者根据太仓市医疗保险基金结算中心提供的数据绘制。

图4 2011年太仓市大病保险补偿后分段实际报销率（万元）



资料来源：作者根据太仓市医疗保险基金结算中心提供的数据绘制。

从受益人数来看，两个制度中大病保险的受益人数不是等比例增加，进而拉大了两个制度之间的差距，相反，城镇职工医保制度受益人数小于城乡居民制度的受益人数，如表8所示，前者仅为1296人，而城乡居民制度则高达1308人。

从补偿金总额占比来看，城乡居民医保制度的大病保险受益人获得的补偿金额占总支付额的52.1%，略多于城镇职工医保制度的补偿比重，后者为47.9%。但从参保人数来看，后者大约是前者的两倍。

表8 2011年太仓市大病保险在两个制度间再分配情况

项目	城乡居民医保	城镇职工医保	合计
补偿总人次（次）	1438	1457	2895
补偿总人数（人）	1308	1296	2604
参保人数（万人）	18.5	35.9	54.4
补偿人数/参保人数	0.71%	0.36%	0.48%
缴费占比	17.1%	82.9%	-
补偿金额占比	52.1%	47.9%	-

资料来源：作者根据太仓市医疗保险基金结算中心提供的数据制作。

之所以这两个制度之间会出现再分配，除了制度设计赋予的“缴费不同、待遇一致”的因素之外，还有一个重要原因，那就是，职工医保部分待遇标准比城乡居民医保的要高，所以，前者达到大病保险补偿标准的人数比例要小很多。例如，表8显示，2011年城乡居民医保制度的大病保险补偿人数比例为0.71%，而城镇职工医保制度仅为0.36%。

(二) 太仓大病保险制度存在的问题

1. 全额分段累进报销方式有一定的公平性缺陷

太仓大病保险制度采用的是个人自费部分的累进制即全额分段式累进制的报销方式，合规医疗费用越高，获得补偿的比例也就越大，个人自费比例就越小，从而可以达到最大程度地降低大病患者医疗费用负担的目的。

但是，这个报销公式也存在一个公平性问题，即相同的医疗费用有可能出现不同的报销结果，例如，一次性花费和多次性花费得到的报销结果有可能不一样：参保人 A 一次性住院支出的合规大病医疗费为 21 万，扣除 1 万元起付线，则大病保险可报销 78%，即可报销 15.6 万元；而参保人 B 分两次住院，第一次支出的合规大病医疗费为 11 万，第二次为 10 万，根据计发办法，第一次适用报销比例 73%，即可报销 7.3 万，第二次同样为 7.3 万，合计 14.6 万。换言之，合规大病医疗费用虽然是一样的，但由于花费的次数不一样，获得的报销结果存在差距。

当然，如表 9 所示，从 2010 年大病保险制度的实际运行情况来看，获得重复补偿的人次不是太多，两个制度合计不超过 291 人。如果进一步改进报销公式以改善制度的公平性，可以考虑对多次住院且费用超封顶线的人群予以累加处理。

表 9 2010 年太仓市大病保险补偿的重复住院人次情况

项目	补偿总人次	补偿总人数	重复住院人次
城乡居民医保	1438	1308	130
城镇职工医保	1457	1296	161
合计	2895	2604	291

资料来源：作者根据太仓市医疗保险基金结算中心提供的数据制作。

2. 政策缺位导致商业保险机构地位尴尬

在太仓实践中，如果说引入商业保险因素之后在加强费用控制机制和监控不合理医药行为等方面是有效且可行的，那么，商业保险机构在大病保险制度运行的全过程中则存在着诸多尴尬：首先，商业保险机构进入医疗机构场地开展日常

住院巡查等活动时缺乏政策依据，在身份上较为尴尬；其次，商业保险机构不具备对医疗机构的监督执法权，其巡查活动只是商业行为中的一环；再次，商业保险机构的直接合作方为医保经办机构，而医保经办机构自己的身份就很特别，它并非医疗机构（医院）的行政管理部门，因此，商业保险机构介入医院就更困难了；最后，即使商业保险机构在日常住院巡查中发现一些问题，也只能将查出的可疑案件上报医保经办机构，而医保经办机构也很难进行实质性的处罚，这是因为，一方面，医保经办机构人手严重不足，医保核查难以展开，而另一方面，即使医保经办机构采取某些处罚行动，也缺乏实际约束力，难以执行到位。

3. 大病保险制度将取决于医保统筹基金的可持续性

虽然大病保险的筹资额很小，仅占医保统筹基金的3%-4%左右，但对基本医保统筹基金的财务状况而言也具有较大的影响，或说，大病保险制度的可持续性将严重依赖基本医保制度的财务可持续状况。不同地区之间，基本医保基金的财务状况是不同的，因此，太仓模式的大病保险显然不适用于经济欠发达地区；即使在同一个人地区，不同时间段其基本医保基金财务状况也是存在差异性的，这就为大病保险制度的可持续性带来不确定性。换言之，太仓大病保险模式的筹资问题尚未制度化，亟需政策依据予以支持，因此，它不得不取决于当地医保统筹基金的财务可持续性。

四、太仓大病保险制度的评价与启示

（一）太仓大病保险模式的核心原则符合制度创新的世界潮流

太仓大病保险模式确立的核心原则是“保本微利、风险共担”，其中，在“保本微利、风险共担”原则里，“风险共担”是核心中的核心。可以说，这是太仓大病保险制度创新的亮点，它不同于公共采购，也不同于末端外包，还不同于简单地制度延伸，而是一个完全符合近几十年来出现在以美国为首的“有管理的医疗保险”（managed care）的发展潮流，这些新型医疗保险机构的典型代表是风靡美国的“健康维持组织”（HMOs）和“最佳医疗提供商组织”（PPOs）等，他们

的最大特点就是“三位一体”（患者、保险商、医院）框架下实行“风险共担”的财务机制；而太仓模式中的四方主体的风险控制架构下“风险共担”的原则与“有管理的医疗保险”世界潮流有异曲同工之处，其作用机制均为控制费用风险和提高医疗质量。这是因为，在太仓的医保经办机构与商业保险机构之间的“风险分担”机制设计中，二者均有控制风险和提高质量的驱动力，作为利益共同体，商业保险机构具有内生的“有管理的医疗保险”的核心动力源，这是太仓模式中四方主体控制费用和提高效率的原始驱动力。太仓模式的生命力之所以受到广泛关注，这是其中主要原因之一。

（二）太仓大病保险模式引入商业保险因素是实行 PPP 的一个有益探索

太仓模式引入商业保险因素符合发达国家新近出现的“公共部门与私人部门合作伙伴”（Public-Private Partnership, PPP）发展潮流，符合部分公共医疗和医保实行“混合提供”的发展趋势，尤其是，太仓大病保险模式中引入商业保险因素作为二次补偿的有益探索之所以值得注意，是因为它符合几十年前世界范围掀起的“新公共管理运动”和在发达国家流行的“新公共管理思想”，与中国特色社会主义初级发展阶段的经济水平相适应，符合中国的基本国情。重要的是，在欧债危机和希腊危机的大背景下，建立一个福利因素多元化和医保制度多层次的制度取向是非常重要的。以往十几年的中国医保制度发展史上，商业保险因素介入基本医保制度之所以鲜有成功的表现，究其原因，其中“保本微利、风险分担”的政策依据没有建立起来是主要原因之一。这恰恰告诉我们，商业保险因素的介入要有位阶较高的政策依据或立法依据，以此来确立“公共部门与私人部门合作伙伴”在大病保险制度中的法律地位。其实，很多地区商业保险因素介入基本医保体系早有积极探索，诸如中国人寿的“新乡模式”，太平洋人寿的“江阴模式”，人保健康的“湛江模式”等，但他们采用的大多是政府购买服务的方式委托保险公司开展经办业务¹³。

¹³ 中国保险行业协会、中国社科院课题组：《中国健康险发展报告》，中国财政经济出版社，2009年，第119页。

（三）太仓大病保险制度要件亟需政策扶持

虽然太仓大病保险模式符合世界发展潮流和改革方向，具有较强的生命力，但目前看亟需政策扶持。太仓模式的融资渠道来自医保统筹基金的结余。这显然是一个不尽规范、没有高位阶立法依据的制度雏形，难以扩展到中西部欠发达地区，而正是欠发达地区更需要大病保险制度，由此形成一个悖论。其实，即使在发达地区，如果没有政策扶持，其财务可持续性也存在一定问题。例如，2009年江苏省劳动和社会保障厅在《转发人力资源和社会保障部、财政部关于全面开展城镇居民基本医疗保险工作通知的通知》（苏劳社医[2009]4号）中曾规定各地可根据基金结余情况，采取建立医疗费用二次补偿机制等有效办法，切实提高城镇居民基本医疗保险保障待遇水平。但从江苏省盐城、南通和南京等地试行二次补偿的情况来看，其随意性和不规范性等被认为比较突出¹⁴。为使融资规范化和制度化，确保大病保险制度具有财务可持续性，可将目前太仓模式采取的医保基金“切出去一块”的“后端集合”的做法，改为在源头上分流出去，即建议在目前的制度前端双方缴费中明确某一个固定比例，正是切给“大病保险”，这样即可实现“四赢”：在没有增加个人和企业的缴费比例前提下“白捡”了一个大病保险制度，又缓解了目前医保基金规模增长率居高不下和增值保值压力巨大的双重压力¹⁵，同时，还提高了参保人的福利待遇和消费能力，有利于转变增长方式，并且，对改进基本医保制度和壮大保险业将是一个制度性的利好。

（四）太仓大病保险模式引入市场因素的积极探索将触类旁通

中国人口老龄化来势凶猛，甚至比绝大部分发达国家更为严峻。如果将执行数十年的计划生育导致的少子化因素叠加进来，未来有一天，空巢家庭和独子家庭终将有一天推动中国建立起老年长期照护保险计划（下简称“长照计划”），这是一个不可避免的发展趋势。目前全世界大概只有四个国家建立了独立的长照计划；在“五险两金”（住房公积金和企业年金）缴费负担十分沉重的今天（合计

¹⁴ 顾海、李佳佳：《城镇居民医疗保险的二次补偿机制研究》，载《南京社会科学》，2010年，第9期。

¹⁵ 10年前即2003年，城镇职工医疗保险基金累计结余仅为670亿元（统筹基金379亿元，个人账户基金291亿元）；到2008年则增加了五倍，高达3432亿元（统筹基金和账户基金分别2290和1142亿元）；到2011年就将近翻了一番，高达6180亿元（统筹和账户基金分别为4015和2165亿元）；换言之，近几年来，医保基金年均增长率在20%-30%之间，而支出的增长率则大大小于这个速度。由于投资体制落后，医保基金规模越大，增值保值的压力就越大。数据引自历年的《人力资源和社会保障事业发展统计公报》。

已超过工资比例的 70%以上), 再建立一个长照计划显然已不太可能, 那将不利于保持企业竞争力, 无异于杀鸡取卵; 因此, 太仓大病保险模式中引入商业保险因素的做法和源头上将医保缴费分流出来固定建立一个长照计划的设想, 对未来建立一个“长照计划”将具有某种试验田的意义。从这个角度讲, 太仓大病保险模式不但符合 2012 年 8 月发改委和卫生部等六部委公布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》的精神实质, 而且也有益于未来探索建立一个 PPP 模式下的“长照计划”。

主要参考文献:

1. 顾海、李佳佳:《城镇居民医疗保险的二次补偿机制研究》, 载《南京社会科学》, 2010 年, 第 9 期。
2. 国务院:《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)》(国发[2009]12 号)。
3. 人力资源和社会保障部:《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》(人社部发[2009]67 号)。
4. 卫生部统计信息中心:《2008 中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告》, 中国协和医科大学出版社, 2009 年。
5. 中国保险行业协会、中国社科院课题组:《中国健康险发展报告》, 中国财政经济出版社, 2009 年。

声 明：

中国社会科学院调查与数据信息中心（简称“调查与数据信息中心”），英文为 The Information Center for Survey and Data of Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 ICSD CASS, 成立于 2011 年 12 月，是由中国社会科学院建设和领导的规模化、规范化调查、研究和咨询机构，是面向国内外各类政府部门、研究机构、高等院校、新闻媒体、社会团体的综合性信息发布中心。

中国社会科学院世界社保研究中心（简称“世界社保研究中心”）英文为 The Centre for International Social Security Studies at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 CISS CASS, 成立于 2010 年 5 月，是中国社会科学院设立的一个院级非实体性学术研究机构，旨在为中国社会保障的制度建设、政策制定、理论研究提供智力支持，努力成为社会保障专业领域国内一流和国际知名的政策型和研究型智库。

中国社会科学院社会保障实验室（简称“社会保障实验室”）英文为 The Social Security Laboratory at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 SSL CASS, 成立于 2012 年 5 月，是我院第一所院本级实验室。“社会保障实验室”依托我院现有社会保障研究资源和人才队伍，由“世界社保研究中心”和“调查与数据信息中心”联合发起设立，受“调查与数据信息中心”直接领导，日常业务运作由“世界社保研究中心”管理，首席专家由“世界社保研究中心”主任郑秉文担任。

“社会保障实验室”于 2013 年 2 月开始发布《快讯》、《社保改革动态》、《社保改革评论》和《工作论文》四项产品。其中，《快讯》、《社保改革动态》和《社保改革评论》三项产品版权为“社会保障实验室”所有，未经“社会保障实验室”许可，任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登，如需使用，须提前联系“社会保障实验室”并征得该实验室同意，否则，“社会保障实验室”保留法律追责权利；《工作论文》版权为作者所有，未经作者许可，任何机构或个人不得以抄袭、复制、上网和刊登，如需引用作者观点，可注明出处。否则，作者保留法律追责权利。

如需订阅或退订《快讯》、《社保改革动态》、《社保改革评论》和《工作论文》，请发送电子邮件至: cisscass@cass.org.cn。

地址：北京东城区张自忠路 3 号，北京 1104 信箱（邮编：100007）

电话：(010) 64034232

传真：(010) 64014011

网址：www.cisscass.org

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人：薛涛