



织牢大病保险“安全网”

商业保险应开发基于大病保险配套的自费用保险、自付比例保险、自费药品保险、特殊病种保险、门诊大病保险等商业险种，推进涉农保险产品供给侧改革。

文 | 聂勇

党的十九大报告里提出坚持在发展中保障和改善民生，“在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展”。

“病有所医”的实现，需要医疗条件的普及以及配套的医疗保障。

大病保险，即城乡居民大病保险，是基于基本医疗保障，对大病患者高额医疗费用给予进一步保障的制度安排，是基本医疗保障的有益补充及拓展延伸。

从数据来看，大病保险制度的实施，为城乡居民缓解了灾难性的医疗费用导致的“因大病致贫，因大病返贫”问题。保监会数据显示，截至2016年底，全国31个省（区、市）保险公司承办的大病保险业务覆盖人群达9.7亿人，累计支付赔款300.90亿元。大病保险患者实际报销比例在基本医保的基础上提升了13.85%，整体报销比例达到70%。

从现实来看，社会大众还普遍对大病保险存在常识性误区，以为“大病保险等于重大疾病保险、大病保险只保障农民、大病保险各地都一样、大病保险需要额外缴费”；而且纵观全国各地大病保险产品，仍存在实践探索性、保障差异性、功能重合性等地域特性，保护家庭免受“巨灾”威胁的大病保险属性并没有充分显现出来。基于大病保险的商业保险产品，还有很大的开发空间。

内生的困境

大病保险并非一张面孔，在不同地域，大病保险产品起付线及自负额、报销限额及比例、报销病种及药品等方面都有所不同。

起付线及自负额是指大病保险只承担超过一定金额以上部分的合规医疗费用。太仓模式确定对住院且自负费用超过1万元以上的患者启动大病保险，根据自负费用数额的不同，再

设定相应的报销比例。江阴模式以“住院统筹+家庭账户+医疗救助+预防保健”相结合，“住院统筹”即传统的大病统筹，“家庭账户”是以家庭为单位的门诊补偿最高限额为家庭成员个人出资额的总和，“医疗救助”对7种特殊疾病实施一定比例的救助，“预防保健”对参保人员开展健康体检，参保家庭建立健康档案，平均减轻患大病参保人10%左右负担，与新农合基本医疗、医疗救助构成农村医疗保障安全网。

报销限额及比例是指大病保险承担的最高金额（是否设置封顶线）及合规医疗费用段累进报销比例。太仓模式在医疗费用自负额超过1万元基础上累进比例补偿，不设封顶线。从1万元起直到50万元以上，共分为1万~2万元等13个费用段，跨度金额逐渐增大，补偿比例从53%递增到82%。自负费用越高，报销比例越高，最高可以报销82%。湛江模式、襄阳模式设置封顶线，湛江模式起付线为2万元，封顶线分两档分别为10万元和12万元，报销比例按照医院等级分别为50%、65%、75%。襄阳模式起付线为3万元，超出部分按一定比例支付，封顶为9万元，3万元之内的其他部分由社保来承担，3万~9万元部分由保险公司来支付60%~65%。

报销病种及药品是指大病保险所承担的疾病范畴及用药范围。“大病”内涵和外延在扩大，原卫生部新农合重大医疗保障是从“病种”起步，包括儿童白血病、先天性心脏病等22种疾病，如今各地过渡到以发生高额医疗费用作为“大病”界定标准，当自付部分超过一定额度，可能导致家庭灾难性医疗支出，这个病就是“大病”。襄阳模式没有以病种来区别大病，是以正常合理医药费来衡量是否划为可以报销的大病之列，并扩大责任范围，将慢性病防治健康管理服务引入试点。河南只要在一个保险年度

社会大众还普遍对大病保险存在常识性误区，以为“大病保险等于重大疾病保险、大病保险只保障农民、大病保险各地都一样、大病保险需要额外缴费”。



内住院(含规定门诊慢性病)累计发生费用超过1.8万元,就可经基本医保报销后,获得大病保险“二次报销”。甘肃规定合规医疗费用超过5000元后,都可以得到大病医保报销。

当前基于减轻高额医疗费用的大病保险,更像是在基本医保和其药物目录内二次报销,仅提高联合保障效应,与“低保障、广覆盖”基本医保存存“功能重合”,以合规医药费用高低来界定“大病”,并非针对具体病种;合规医疗费用与基本医保目录一致,偏离“保重大疾病、保高额住院医疗费”;合规医疗费用报销范围圈定为住院费用,但部分疾病60%~100%为目录外用药或门诊费用,这些“痛点”折射出大病保险难以缓解大病患者家庭灾难性卫生支出过高的就医窘境及困境。

外延的出路

针对大病保险目前的困境,商业保险可以从中突破。全国100多家保险公司研发出

2300多个商业健康保险产品,涵盖医疗保险、疾病保险、护理保险、失能收入损失保险及高端医疗产品,仅有极少数专门针对大病保险的补充产品,但仍与大病保险衔接及融合“不到位”。

大病保险产品创新来源于两方面,一是内生性创新,主要指大病保险自身的改良和改善;二是外延性创新,主要指大病保险之外的商业保险产品设想和设计。

积极创新研发与大病保险相配套的商业健康保险,突出定额健康(津贴)保险产品和补偿健康(递进)保险产品。在补偿类保险产品中,应当考虑基本医疗保险和大病保险的险种差异及地区差异等因素,科学设定基础费率或费率调整系数,侧重解决自负费用保险、自付比例保险、自费药品保险、特殊病种保险、门诊大病保险等,推进基于大病保险配套险种之外延性创新。

自负费用保险。基本医疗保险和大病保险

均设置自付费用（自负额、起付线），加强患者就医风险管控。大病医保制度目标并非提高报销比例，而是将自付合规医疗费用控制在职工（居民）年度可支配收入或纯收入内，保护患者家庭免受“巨灾”威胁。商业险应侧重于解决患者自付合规费用（年度可支配收入或纯收入动态调整）的保障及创新，与大病保险形成互动效应，如紫金保险“幸福安康”团体补充住院医疗保险，每人每年保费58元，保障期一年，保险对象、保费标准和保险范围（含精神病）比较宽泛。该险种针对大病保险起付线“空档期”而设计，没有起付线，对个人负担的部分可报销60%。不封顶、不限次数。


自负比例保险。基本医疗保险和大病保险均设置自付比例（报销比例、补偿比例），加强患者就医风险管控。商业险应侧重于解决患者自付比例保障及创新，与大病保险形成互补效应，可以借鉴商业险中不计免赔等险种，对于被保险人（患者）自行承担的自付比例部分的合规药品费用，由保险人按照约定合规药品费用及赔偿限额承担补偿责任。

自费药品保险。基本医保和大病保险也在逐步演进，如调低起付线、增大报销比例等，但一般不会对目录用药进行调整，自费药品成为患者沉重负担。商业险应侧重于解决患者自费药品的保障及创新，与大病保险形成协同效应，对于被保险人所支出自费药品在《基本医疗保险药品目录》及各地调整目录规定之外的、必要合理的医药费用，保险人在约定的赔偿限额内予以赔付。但无论发生一次或多次保险事故，保险人对被保险人自费医药费用报销不超过保险单约定的每人自费药医疗费用赔偿限额。为防止过度用药及医疗，自费药品费用给予20%~60%报销，被保险人（患者）自行承担40%~80%。

特殊病种保险。特殊病种保险主要是解决

罕见病，罕见病（如渐冻人症、即肌萎缩侧索硬化）至少有1000种以上，当前医保难以解决其高昂治疗费用，大部分药品都在医保以外，基本完全靠家庭来承担。当前政府、家庭、社会慈善基金共同承担着罕见病的治疗诊疗。商业保险应侧重于解决罕见病等特殊病种的保障及创新，与大病保险形成协作效应，对于患者罕见病（经过医学认定）及治疗费用（主要是孤儿药），在基本医保及大病保险补偿后，保险人按照赔偿限额承担补偿责任。

门诊大病保险。门诊治疗费用不属于大病保险保障，对于患者圆锥角膜眼疾等独特病例、脑膜炎及脑瘫等常见疾病后续治疗、白血病及癌症的维护式治疗等的持续门诊治疗费用不在大病保险范围内。商业险应侧重于解决门诊大病治疗行为的保障及创新，与大病保险形成协调效应，对于被保险人（患者）在当地城镇职工基本医疗保险药品目录和诊疗项目范围内的必要、合理的各项药费、治疗费、检查检验费及门诊手术费，保险人承担补偿责任，保险人按保险单列明的每次门诊医疗费用限额、每次门诊免赔额及门诊赔付比例负责赔偿。每日门诊次数以一次为限。同时大病保险应将“门诊大病”作为特殊慢性病考量，纳入门诊慢性病范畴；将一些特殊药品列入门诊报销目录。

大病保险是“中国式”解决医改世界性难题的新途径，更承载着减轻农民就医负担的诸多创新期许，正如李克强总理指出：大病保险是整个社会的“稳定器”，把大病保险做好，就能把社会“最低线”兜住，充分发挥好政府投入“四两拨千斤”之功效。在大病保险视野下创新商业型医疗健康保险产品，构建社会保障体系中基本医疗保险、大病保险及商业保险之互补及协调机制，可以更加织牢这张社会“安全网”。

（作者供职于英大泰和财产保险股份有限公司）

基本医保和大病保险也在逐步演进，如调低起付线、增大报销比例等，但一般不会对目录用药进行调整，自费药品成为患者沉重负担。