

共同富裕背景下的 医疗保障安全网建设

中国初级卫生保健基金会多层次医疗保障推进委员会
北京康盟慈善基金会
北京生命绿洲公益服务中心
艾社康（上海）健康咨询有限公司

目录CONTENTS

01'

医疗保障安全网的内涵界定	01
一、安全网的概念解析	01
1.“社会安全网” (Social Safety Net, SSN) 的概念	01
2.“社会安全网” (Social Safety Net, SSN) 的应用范围	02
二、医疗保障安全网的界定	03
1.医疗保障安全网的语境界定	03
2.医疗保障安全网的定义归纳	03

02'

建立健全医疗保障安全网的意义	07
一、秉持“人民至上、生命至上”理念的必然要求	07
二、守住民生安全底线、防范化解重大风险的重要保障	08
三、推动实现“全体人民共同富裕”目标的制度安排	09

03'

我国医疗保障安全网的建设现状	13
一、我国医疗保障安全网的结构组成	13
二、我国医疗保障安全网建设取得的成就	13
1.围绕重特大疾病保障的制度日趋完善	13
2.基本医疗保障体系的筹资水平稳步提升	14
3.地方层面开展了有益的探索尝试	14
三、我国医疗保障安全网建设面临的挑战	16
1.人群普遍面临保障不足导致的个人财务风险	16
2.重特大疾病导致的经济负担仍然较重	17
3.三重保障制度尚存在保障短板	18
4.社会力量在安全网中的作用发挥不足	18
5.保障制度之间的衔接配合还有待加强	19

04'

医疗保障安全网建设的国际经验和启示	21
一、典型国家的选择依据	21
二、典型国家的实践经验	22
1. 泰国	22
2. 澳大利亚	27
3. 墨西哥	32
4. 美国	34
5. 韩国	36
6. 法国	40
7. 西班牙	43
三、国际实践的启示	46
1. 保障方案设计	46
2. 资金的筹集与管理	47
3. 参保人群的界定与识别	49
4. 社会力量参与	51
5. 公众沟通与宣导	52

05'

构建中国特色医疗保障安全网的建议	55
一、完善中国特色医疗保障安全网的顶层设计	55
二、医疗保障安全网要坚持平急结合的原则	55
三、形成安全网相关制度保障范围的制定标准	56
四、尽快推动政府主导的医疗保障制度的统一性	56
五、多举措鼓励社会力量参与保障和服务的供给	57
六、从总体安全观的视角看待医疗保障安全网	58
致谢	59
写作团队	60
参考文献	61

前言

2014年4月15日，习近平总书记在中央国家安全委员会第一次会议上，首次提出了总体国家安全观。伴随着实践中的不断完善，总体国家安全观的内涵也在持续地丰富，逐步涵盖了政治、军事、国土、经济、文化、社会、科技、网络、生态等诸多领域。

“党的二十大报告”对“安全”的关注再次上升到了前所未有的高度。习近平总书记指出，国家安全是民族复兴的根基，社会稳定是国家强盛的前提。必须坚定不移贯彻总体国家安全观，把维护国家安全贯穿党和国家工作各方面全过程，确保国家安全和社会稳定。

“社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器”，二十大报告对社会保障体系的作用有如此形象的定义，作为社会保障体系的一部分，医疗保障制度体系自然也是保障人民生活安全不可或缺的一部分。与此同时，医疗保障体系也是国家治理体系现代化的重要制度支撑，事关人民群众切身利益，更需要在制度建设的各领域全过程全面贯彻安全发展理念。

此外，医疗保障也是收入再分配的主要方式之一，是社会财富形成和转移的一种基础手段，在推进实现全民共同富裕的过程中，可以发挥促进公平的作用。

随着2019年人均GDP突破1万美元，我国正式迈入中等收入国家行列；2020年9899万农村贫困人口全部脱贫，我国全面建成小康社会、实现了第一个百年奋斗目标；这些都为全面推进共同富裕奠定了坚实的基础。在向着第二个百年奋斗目标迈进的新阶段，防范和化解重大经济、社会风险，维护社会大局稳定，增强人民群众获得感、幸福感和安全感，既是实现高质量发展的保障，也是实现共同富裕和共享发展成果的保障。

出于这样的现实考虑，本报告从医疗保障制度体系如何保障人民群众安全的角度出发，提出医疗保障安全网的概念，并在此基础上结合国际经验与实际国情，探讨如何建立健全我国的医疗保障安全网，让人民群众真正享有公平、可及的医疗服务，并防范和化解个人及家庭因医疗支出而面临的财务风险。



01

...

医疗保障安全网的
内涵界定



安全网的概念解析

根据现代汉语词典的释义,“安全网”指的是“在高空进行建筑施工、设备安装或技艺表演时,在其下或其侧设置的起保护作用的网,以防因人或物件坠落而造成的事故。”

英文语境中对应的表达为“Safety Net”,根据牛津词典中的释义,“Safety Net”的本意指的也是杂技演员或类似表演者表演时的一种保护装置,当演员从高空摔下时可以接住他们以避免受伤,进一步引申为“一种在问题出现时防止灾难发生的安排”,多用于社会、经济领域。

“Safety Net”成为相对固定的一种说法,也源于其在社会学领域的应用,即“社会安全网(Social Safety Net)”。

1. “社会安全网”(Social Safety Net, SSN)的概念

根据国外学者的研究,二十世纪九十年代初,“社会安全网”这一概念的使用开始变得频繁,尤其是在亚洲金融危机之后东南亚国家对其关注度越来越高^[1]。但在实际使用过程中,各国以及不同的组织、学者对“社会安全网”所涉及的内容并没有统一的约定。笼统地讲,“社会安全网”通常指的是一些帮助个人维持最低消费水平的私人或公共机制,旨在防止低收入人群和其他弱势群体在受到自然灾害或经济衰退等临时冲击时陷入贫困。

一些国际组织将其用于指代与贷款相关的援助计划,一些发展中国家则开始引入“社会安全网”以减轻经济体制改革、结构调整等事件对特定低收入人群的影响,其中扶贫是“社会安全网”要实现的主要目标之一^[2]。

· 亚洲开发银行(ADB)将社会安全网看作是一个更大的社会保护机制和政策集合的一部分。将社会保护定义为旨在通过提高劳动力市场的效率,减少人们面临的风险,以及提高人们保护自己免受危险和收入中断或损失的能力来减少贫困和脆弱性的政策和计划。

· 世界银行(World Bank)对于社会安全网的定义先后调整过多次,从最早的“一种帮助人们度过短期压力和灾难的收入保险体系”,到之后的“包括所有基于家庭的非正式安排、所有社会保障计划以及针对贫困的干预措施”。总体来看,世界银行将安全网看作是一种收入维持计划,可以保护个人或家庭免受两种不利后果的影响:长期无法工作以及因无法预知的事件发生导致收入能力下降(例如养家糊口的人突然去世、经济衰退等)。安全网计划有两个重要作用:再分配和保险。

· 国际劳工组织(ILO)认为社会安全网是一种由政府提供的扶贫福利,但其对于社会安全网的范围界定较窄。在国际劳工组织看来,社会安全网、社会救助、社会保障以及社会保护是外延依次递增的四个

概念,社会安全网只是社会救助的一部分。作为最大概念的社会保护,不仅包括公共的社会保障计划,还包括具有类似目标的私人或非法定计划,例如互助协会和职业养老金计划,前提是对这些计划的贡献不完全由市场力量决定。而社会救助是政府对有需要的社会公众,特别是老、病、残、遗属和失业人员提供的救助。社会安全网的定义不应包括社会保险制度,因为社会保险的资金来自雇主和工人。

在其他的许多国家和地区,安全网则与社会援助或社会救助被认为是同一概念:当社会保险失效时,社会援助所发挥的兜底作用被视为“安全网”。

尽管对于社会安全网覆盖的领域、保障的内容存在不同的看法,但将其看作一项公共机制是普遍的共识,并且不同国家、组织制定的社会安全网计划都具备以下几个特点:

- 响应性:社会安全网是一种被动触发的保障机制。
- 非排他性:在所保护的人群范围内,社会安全网不具有排他性,即某个人享有社会安全网所提供的服务并不会影响其他人对服务的享有权利。

2.“社会安全网”(Social Safety Net, SSN)的应用范围

由于没有统一的约定,社会安全网所指代的范围可以非常宽泛,而在实际运行过程中,社会安全网也具有丰富的形式,包括有针对性的或无针对性的、有条件的或无条件的现金或实物转移支付。常见的社会安全网的例子包括有条件的现金转移、儿童津贴或非缴费型养老金计划;基于食品的计划,如发放食品券、食品配给或学校供餐计划;以工代赈或劳动密集型公共工程;获得基本服务的援助(如学费减免、奖学金或保健费减免);以及更普遍的福利支持,如农业投入补贴(价格或优惠券)、能源补贴、食品价格补贴和住房补贴^[3]。

社会安全网可以是普遍性的,即旨在使群体中的每个人受益;也可以是有针对性的,即通过经济状况调查,为符合一定标准(通常基于收入情况制定)的人提供保护。

在我国,社会安全网通常与就业、教育、医疗、养老、住房等关系到社会民生的领域相关,在中央人民政府网站(www.gov.cn)以“安全网”为关键词进行检索,出现最多的是与社会保障有关的安全网,最早可以追溯到2005年的国家领导讲话^[4]。



医疗保障安全网的界定

1. 医疗保障安全网的语境界定

目前在我国医疗保障领域，安全网尚未成为一个官方广泛使用的名词，更多还是利用其引申义形象地表达相关的医疗保障制度在为人群提供医疗费用支持，抵御因病致贫、因病返贫风险方面要发挥保护和兜底作用。

在《“十四五”全民医疗保障规划》中，对“十四五”期间我国医疗保障制度的发展目标予以明确，并提出要建立“安全医保”，要求“基金运行更加安全稳健，信息安全管理持续强化，防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医疗保障安全网更加密实”^[5]。

除此之外，在少数医疗保障与安全网同时出现的语境下（通常表述为“医疗保障基金安全网”或“医疗保险基金安全网”），所要表达的涵义指的是通过对医保基金的使用予以规范，利用信息化技术以及现场检查等手段对违法违规使用医保基金的行为进行监管，以确保医保基金的合理使用和可持续。

本报告所要探讨的医疗保障安全网是从个人视角出发所定义的一种当医疗费用支出有可能导致个人陷入财务困境时触发的保护机制，其涵义更接近《“十四五”全民医疗保障规划》中所指的医疗保障安全网。

2. 医疗保障安全网的定义归纳

纵观世界各国，无论是发达国家还是发展中国家，在医疗保障体系的设计中，除了基本的医疗保险或医疗保障项目外，几乎都有一个与之衔接的医疗救助项目或体系，以促进医疗服务的可及性，促进低收入人群或某些特定群体获得基本医疗保障，保障公民基本权利的实现，促进社会公平。这部分制度实际起到的便是医疗保障安全网的作用。

根据各国医疗保障体系的特征不同，医疗保障安全网的模式也可以大致分为全民卫生服务体制、针对低收入人群的医疗救助、对低收入人群进行公共补贴的混合制、专门的低收入人群保险以及社会捐助与国际慈善组织援助等^[6]。即使在商业健康保险主导的美国，也有包括医疗照顾计划（Medicare）、医疗救助计划（Medicaid）和儿童医疗保险计划（The State Children’s Health Insurance Program, SCHIP）等在内的为弱势群体提供保障的安全网制度。

与此同时，各国的制度设计中，都隐含了对重特大疾病的保障机制。例如日本政府从费用和病种两个角度分别制定了高额疗养费制度和特定疾病财政补贴政策来降低患者负担^[7]。美国虽然没有单独建立大病保障制度，但其医疗保险制度的设计本身就是基于保障大病的思想，具体体现在设定个人医疗负担

封顶线、降低个人自付比、开展医疗救助等措施^[8]。

但相比于其他国家,美国由于缺少全民医保体系,其医疗保障安全网的设计是从人群出发,分别为不同的弱势群体提供不同的保障。例如Medicare是针对65岁以上的老年人以及因残疾、慢性肾炎等接受社会福利部门救济者提供的医疗保险;Medicaid根据《美国安全法》规定,对低收入、失业和残疾人群提供免费的医疗服务,其划定的贫困线标准依据各州经济情况确定;SCHIP于1997年开始实施,目的是向未纳入医疗保险范围内的儿童和孕妇提供医疗补助。

这些制度安排除了前文提到的社会安全网所具备的响应性和非排他性特点外,还呈现出政府主导、注重公平等特点。

结合我国医疗保障制度建立和发展的目的以及国际实践的经验,我们将医疗保障安全网定义为“**政府和社会通过多方渠道筹资、多重制度设计,让全民公平享有获得必要医疗服务的机会、防范和化解个人及家庭医疗支出风险的保护机制。**”

在这一定义下,医疗保障安全网的覆盖范围和服务对象是全民,全体国民都应当享有平等的机会,以获得医疗保障安全网所涵盖的服务内容。

医疗保障安全网的最终目的是防范和化解医疗支出风险,避免个人及其家庭因医疗费用支出过高而陷入危机。而在最终目的之外,医疗保障安全网建设还要尽可能地提高医疗服务的可获得性。

医疗保障安全网的构成应该是多种制度体系的集合,通过多元化的筹资渠道获得所需资金,并保证安全网本身的可持续运行。

这一定义对医疗保障安全网的目的、对象和构成进行了概括,但与此同时也自然而然地引出了几个需要在医疗保障安全网建设实践中需要考虑的问题,其中最关键的两点包括:

1)如何衡量个人及家庭的医疗支出风险并在此基础上确定予以保障的标准,即医疗保障安全网要织多牢;

2)要在多大的程度上实现公平,哪些医疗服务属于予以保障的范畴,即医疗保障安全网要织多密。

在回答以上问题之前,我们先需要讨论在中国当前国情下,建立健全医疗保障安全网的必要性。

02 ...

建立健全医疗保障
安全网的意义

健康是人类生存和社会发展的基本条件，我国一系列构建和完善医疗保障安全网的重要举措和实践，已然形成了一条“以人民为中心”的中国式医疗保障现代化道路。从应对疫病、保障居民的“免费医疗”模式，到互助共济、全民普惠的基本医疗保障制度，再到满足多元化需求、实现制度整合与衔接的多层次医疗保障体系，医疗保障安全网作为其中直接体现覆盖广度和待遇深度的重要制度安排，成为各个历史时期“解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的根本保证。

党的二十大报告中指出：“中国式现代化是人口规模巨大的现代化。我国十四亿人口整体迈进现代化社会，规模超过现有发达国家人口的总和，艰巨性和复杂性前所未有”。这就需要通过建立健全基本医疗保障制度来解除绝大多数群众的看病就医后顾之忧，通过建立健全大病保险制度来减轻一般家庭产生的重大经济损失，通过建立健全医疗救助制度来避免特殊困难群体的因病致贫风险，否则保障的缺失将直接形成系统性风险和不稳定因素，更难以实现全体人民的现代化。因此，建立健全覆盖全民、公平适度、托底有效的医疗保障安全网，为实现中华民族的伟大复兴构建坚实的健康基础，理应是推进中国式现代化进程的必然要求，理应是全面建成社会主义现代化国家的显著标志。



秉持“人民至上、生命至上”理念的必然要求

建立健全医疗保障安全网是诠释“人民至上、生命至上”理念的逻辑必然。生命健康权是最基本的人权，生命安全与身体健康是个人生存与发展、自我实现的基础和前提。习近平总书记旗帜鲜明地提出“生命至上”的观点，把健康放在优先发展的地位，为保障人的生命健康权益提供了坚持的理论基础。体现在医疗保障领域，就是通过社会风险分担机制，为人民群众因罹患制度范围内疾病或因病发生制度规定范围内的医药费用，由医疗保障基金为其提供帮助，此时医疗保障安全网的建设实际上成为实现“病有所医”、保障健康权益的基本制度安排。

建立健全医疗保障安全网是贯彻“人民至上、生命至上”理念的实践需要。习近平总书记指出：“我们党从成立起就把保障人民健康同争取民族独立、人民解放的事业紧紧联系在一起”。建国以前，实行对部队伤员和部分干部实行免费救治、对群众免收医疗费用。建国初期，在城乡二元体制背景下形成了公费医疗、劳保医疗与农村合作医疗相结合的初级医疗保障体系，为公职人员、工人和农民提供全面而基本的保障。非典疫情以后，为了更好保障农村群众生命健康、避免因病致贫风险，针对性地形成了以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度和社会医疗救助制度。十八大以后，通过整合城乡居民基本医疗保险、实施城乡居民大病医保、开展重特大疾病医疗救助等重大改革举措，逐步形成了以基本医疗保险为主体，社

疗救助为托底，城乡居民大病保险、企业补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠等为补充的多层次医疗保障体系，构建了覆盖全球近五分之一人口的世界最大医疗保障网。

由此可见，建立健全医疗保障安全网，有利于守住国民健康保障的底线，从而彰显“人民至上、生命至上”的价值逻辑。我国在各个历史时期重视和推进医疗保障安全网建设的理念指引和重要举措，均凸显出我国对生命健康权的前置，体现出党和国家始终牢牢把握人民对生命安全和身体健康的基本诉求，始终把实现好、维护好、发展好人民健康权益作为卫生健康事业发展的出发点和落脚点。



守住民生安全底线、 防范化解重大风险的重要保障

党的二十大报告指出：“我国发展进入战略机遇和风险挑战并存、不确定难预料因素增多的时期，各种‘黑天鹅’、‘灰犀牛’事件随时可能发生”。面临传染病疫情新发频发、人口老龄化加速、疾病谱转型等健康风险与深层次体制机制问题交织的新形势，构建能够满足人民群众日益增长的健康保障需求的医疗保障安全网，成为守住民生安全底线、防范和化解系统性健康风险的战略议题。

建立健全医疗保障安全网是防范化解重大疾病风险的重要保障。疾病风险是每一个社会成员面临的基本风险之一，也是构成潜在系统性风险的基本单元。当前，由重大疾病造成的经济负担仍然是我国人民群众面临的普遍风险。首先，我国仍存在6亿平均月收入仅为1000元左右的中低收入及以下群体，一旦发生家庭的灾难性卫生支出，仍然会导致生活水平的骤降，对于收入略高于贫困线的边缘人群来说，大额医疗支出造成的因病致贫、返贫风险随时存在。其次，根据CFPS调查数据，目前我国家庭受保障程度仍然较低，遭遇风险冲击后引发财务脆弱性的家庭占比达到82.97%。同时，我国多数罕见病患者在疾病治疗上的花费十分高昂，约占家庭年收入的80%。在此背景下，由基本医保、大病医保和医疗救助构成的三重制度保障，能够最大限度地帮助人民群众应对和抵御疾病风险，最大限度地将高额医疗费用控制在可负担范围。因此，建立健全医疗保障安全网，成为规避和缓解个人健康损失和经济损失的最优手段。

建立健全医疗保障安全网是防范化解重大疫情风险的重要保障。2020年初爆发的新冠疫情，是新中国成立以来我国发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次重大突发公共卫生事件，对我国健康保障体系构成了重大考验。新冠肺炎疫情发生以后，一系列医保应急救助措施随之出台，如确保患者不因费用问题得不到及时救治、确保定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治的“两个确保”要求，随后又将确诊、疑似患者的救治费用均纳入医保救助，明确异地就医患者费用由“就医地医保先行垫付”，为“应收尽收、应治尽治”工作的顺利开展提供了先决条件，同时在常态化疫情防控过程

中，阶段性减征企业社会医疗保险缴费，并将新冠疫苗接种费用全额列入医保基金和财政承担。可见，我国抗疫斗争能够取得重大成果，离不开中国特色医疗保障制度在应对突发公共卫生事件中的支撑作用。

建立健全医疗保障安全网是防范化解系统性社会风险的重要保障。社会成员个体面临的疾病风险和贫困风险若不加以及时干预和解决，极易因风险的溢出和传染而造成一系列连续损失，进而影响整个社会的稳定和谐发展。因此，需要借助国家强制力和相应制度安排构建应对系统性社会风险的机制，以确保社会成员不因遭遇风险而陷入不利境地。经过长期的社会实践，绝大多数国家已将公共医疗保障作为社会成员平等获得、自然享有的基本权益，其中具备公平普惠、有力减负、托底保障等特性的医疗保障安全网，正是守住民生安全底线的必然选择。



推动实现“全体人民共同富裕”目标的制度安排

习近平总书记在2016年的卫生与健康大会上提出“没有全民健康，就没有全面小康”，意味着健康保障事业对于民族昌盛和国家富强的基础性作用，也意味着健康成为实现“共同富裕”的前置条件。而“共同富裕”作为社会主义的本质要求和全体人民的共同期盼，其最终实现依托于维护社会公平、增进人民福祉的各项制度安排。因此，建立健全医疗保障安全网理所应当成为了推动实现“全体人民共同富裕”的重要抓手。

建立健全医疗保障安全网是有效巩固“脱贫攻坚”成果的关键部署。在决定和导致贫困的众多影响因素中，疾病是最主要的风险。对此，我国高度重视医保扶贫工作，2016年6月国家卫健委联合15个部门引发《关于实施健康扶贫的制度意见》，2018年10月国家医保局牵头印发《医疗保障扶贫三年行动方案》，明确要求聚焦深度贫困地区和特殊贫困群体，充分发挥医疗保障安全网的三重保障功能，通过优化筹资机制、健全救助制度、完善医保总额管理和重大疫情医保综合保障制度显著增强医保安全网的反贫功能。由此，在脱贫攻坚、全面建成小康社会的过程中，医疗保障体系实现了对贫困人口“应保尽保、参保全覆盖”的目标，基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”对贫困人口住院实际报销比例稳定在80%左右，截止2020年底医保扶贫政策累计惠及贫困人口就医5.3亿次，帮助贫困人口减轻医疗费用负担超3600亿元，助力近1000万户因病致贫群众精准脱贫。在脱贫攻坚目标任务完成后，2021年1月国家医保局又发布了《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，提出通过优化调整医保扶贫政策健全防范化解因病返贫致贫的长效机制。

建立健全医疗保障安全网是推动实现“共同富裕”目标的必由之路。从医保扶贫工作及成效来看,可知我国三重保障制度功能明确、联系紧密,已然形成了全球范围内最大的医保防贫减贫体系。在巩固脱贫攻坚成果的基础上,医疗保障安全网正在新的发展阶段为实现“共同富裕”目标发挥重要的社会再分配调节作用。例如在城乡居民基本医保政策中,为特困人员、低收入群体的个人缴费部分采取差异化的补助措施;在大病保险政策中,为特困群体中的重大疾病患者实施倾斜待遇保障;在医疗救助政策中,也为因病致贫、因病返贫边缘户提供待遇倾斜。当然,我们也需要认识到,我国医保扶贫体系仍存在保障对象识别与动态监测不够精准、地区间待遇保障差异明显、大病保险风险化解能力较弱等问题,因此,加强医疗保障安全网的再分配和互助共济功能,面向“共同富裕”目标建立健全高质量发展的医疗保障安全网仍是一项长期工作。



03

...

我国医疗保障
安全网的建设现状



我国医疗保障安全网的构成

根据中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》中的表述,我国的医疗保障制度体系是由基本医疗保险、医疗救助、补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等定位不同的多种制度所共同构成的多层次医疗保障制度体系。

在构成多层次医疗保障体系的各种制度中,既有政府主导的基本医疗保险、医疗救助等,也有企业主导的商业健康保险、医疗互助等,还有以社会组织为主的慈善捐赠。其中由政府主导的基本医疗保险、城乡居民大病保险以及医疗救助制度合称为“三重保障制度”,主要目的在于减轻重特大疾病患者高额医疗费用的负担问题,在脱贫攻坚、全面建成小康社会的过程中,“三重保障制度”基本实现了对贫困群众的全覆盖,对贫困人口住院实际报销比例稳定在80%左右,累计帮助贫困人口减负近3300亿元,助力近1000万户因病致贫群众精准脱贫。从人群覆盖以及防止贫困的角度来看,目前“三重保障制度”实际上承担了我国医疗保障安全网的主要作用。

当然,在“三重保障制度”之外,我国多层次医疗保障体系中的其他制度,如医疗互助、慈善捐赠以及商业健康保险(尤其是近年来兴起的“惠民保”),也在化解高额医疗支出风险方面发挥了一定的作用,但相较于“三重保障制度”,这些补充制度在覆盖人群和基金规模方面都还比较有限,远未达到全民公平享有的程度。



我国医疗保障安全网建设取得的成就

1. 围绕重特大疾病保障的制度日趋完善

党的十八大以来(2012年)以来,我国的医疗保障体系改革向全民医保的方向纵深推进,基本医疗保障制度实现了全民覆盖,参保率稳定在95%以上,基本医疗保险的筹资规模和保障能力都有了极大的提升。在我国的基本医疗保障制度建立之初,重特大疾病的保障问题就已经在政策的考虑范围内了。1998年《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》中明确提出可以通过商业保险等途径解决超过城镇职工基本医疗保险支付限额的医疗费用。2012年,《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》提出要建立

针对城镇居民和新农合参保人的大病保险制度,并将“探索建立重特大疾病保障机制”作为“十二五”期间深化医药卫生体制改革的一项工作写入《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,以切实解决重特大疾病患者因病致贫等问题。此后在2015年,国务院办公厅发布《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》,正式在全国范围内建立了面向城乡居民基本医保参保人的高额医疗费用二次补偿机制。

在开展城乡居民大病保险制度试点的同时,2012年1月,由民政部、财政部、人力资源和社会保障部以及卫生部共同发布了《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》,在全国选取273个地区开展重特大疾病医疗救助的试点。这一制度也在2015年实现了全国覆盖。

2018年,国家医疗保障局成立后,通过开展创新药品的国家谈判、医疗保险药品目录动态调整等工作,将更多的创新药纳入医保,也在很大程度上缓解了重特大疾病治疗费用的压力。

与此同时,商业健康保险在2012年之后经历了高速的发展,尤其是重疾险、百万医疗险以及“惠民保”等保险产品的逐步普及,在基本医疗保障制度之外,重特大疾病的保障有了更多的选择。

2.基本医疗保障体系的筹资水平稳步提升

作为我国医疗保障体系基石的基本医疗保险制度经历了从无到有的过程,随着全民医保的推进,基本医疗保险基金收入更是以明显高于GDP、财政收入以及城镇居民可支配收入增长的速度实现了持续、快速的增长。其中覆盖人数更多的城乡居民基本医疗保险基金增长幅度明显大于城镇职工基本医疗保险,城镇职工基本医疗保险基金中能够更好发挥重大疾病补偿作用的统筹基金部分增长速度也要高于个人账户的增长。

医疗救助的资金总额也在同期呈现出明显的增长趋势。2010-2020年,全国医疗救助资金总额的增长幅度达到2.47倍。考虑到医疗救助是面向城乡低收入居民的一项补救性制度安排,资金主要用于资助低收入居民参保、针对住院和门诊费用给予救助。医疗救助资金的增长反应了政策对于低收入困难群体医疗保障的重视程度在快速提升。而医疗救助资金支出中超过一半的资金用于低收入人群的住院救助,则表明医疗救助在减轻重特大疾病负担方面发挥着不可或缺的作用。

3.地方层面开展了有益的探索尝试

围绕重特大疾病的保障,各地在政策范围内进行了诸多有益的尝试。其中针对罕见病的医疗保障制度探索尤其引人关注。作为一类极其特殊的疾病,很长时间内由于患病率低、医疗技术落后、缺少治疗药物等原因,罕见病患者处于被忽视的境地。但随着医疗技术的发展,确诊的罕见病患者数量迅速增加,在我国庞大的人口基数基础上,罕见病患者总数已超2000万,并且仍在以每年20万以上的数量增加。与此同时,罕见病患者所面临的巨额医疗费用负担问题也成为了社会关注的重点之一。在扶贫的政策背景下,2012年后,罕见病相关的政策数量出现了明显的增加趋势,目前共出台了146项有关罕见病患者医疗保

障的地方性政策,且这些地方性政策都具有较强的可操作性^[9]。在此基础上,很多省市结合当地实际情况开始探索罕见病的保障制度。截至目前大致形成了7种不同的罕见病患者医疗保障模式(见表1)。

表 1. 我国罕见病保障的地区探索

保障层面	保障模式	具体内涵	代表地区
医疗救助	医疗救助模式 财政出资模式	直接将罕见病目录病种纳入 医疗救助范围 个人不缴费,财政出资用于特 药特材救助	广东佛山 山东青岛(2017年前)
基本医疗保险	零星增补模式 自主申报模式	将部分病种或药物增补进医保 目录 不限病种和药品,患者自主向 医保部门申报	内蒙古、天津、宁夏、 四川、云南昆明、 福建三明等 安徽铜陵
补充医疗保险	大病谈判模式 专项基金模式	通过谈判将罕见病纳入大病医 疗保险支付范围 个人缴费2元/年,建立省级统 筹专项基金	山东、山西、陕西、湖南、 浙江(2020年前)等 浙江(2020年后)、山东 青岛(2017年后)
商业健康保险	商业保险模式	通过政府购买服务,提供罕见 病商业保险	四川成都、广东深圳

数据来源:《中国罕见病医疗保障城市报告2020》

尽管随着2021年《医疗保障待遇清单制度》的实施以及《贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案(2021—2023年)》的出台,地方调整医疗保障待遇的权限将逐步收回,但这些探索实践的成果一方面在制度调整的窗口期内,对于重特大疾病患病人群的保障发挥了积极的作用,另一方面也为全国层面制定统一的重特大疾病保障政策提供了可借鉴的经验。正如《医疗保障待遇清单制度》中所规定的的一样,国家将在基本医疗保障制度基础上,统一制定特殊人群保障政策,同时对特困人员、低保对象、低收入人群、因病致贫家庭等人员给予适当的倾斜性救助政策。



我国医疗保障安全网建设面临的挑战

如果将“三重保障制度”看作是当前我国医疗保障安全网的主体,近年来这一制度体系在破解群众“看病难、看病贵”问题上确实取得了突破性的进展。但与此同时还必须承认,庞大的人口基数、日益加重的人口老龄化、迅速成长的新经济等因素正在影响着人民群众对于医疗保障的需求,目前的“三重保障制度”仍然存在托底保障功能不足、救助不及时不充分的问题,一些重特大疾病患者的负担仍然没有得到充分的缓解。

1. 人群普遍面临保障不足导致的个人财务风险

· 低收入人群

2020年,我国实现了全面脱贫,尽管消除了绝对贫困,但我国仍然是世界上最大的发展中国家,仍然有相当一部分居民的收入水平偏低。2020年,李克强总理在十三届全国人大三次会议记者会上曾提到我国有“6亿中低收入及以下人群,他们平均每个月的收入也就1000元左右”。而根据国家统计局发布的《中国统计年鉴2022》,将全国居民按照收入五等份分组(分别为低收入组、中间偏下收入组、中间收入组、中间偏上收入组和高收入组,每等份各占20%),2021年低收入组的人均可支配收入为8332.8元,折算每个月仅有694.4元;中间偏下收入组的每月人均可支配收入也仅有1537.1元,两组人数合计占人口比重为40%,也就是约有5.65亿人的收入处于偏低水平^[10]。

对于低收入人群而言,在可支配收入水平非常有限的情况下,即使发生较低费用的医疗支出也有可能对其他家庭生活消费产生极大的影响,进而造成家庭陷入困境。

而且,参加城乡居民基本医疗保险所需的个人缴费对于低收入人群来说也是一笔不小的负担,尽管我国现行的医疗救助政策可以为低保人群参加医疗保险的个人缴费部分获得一定的缴费补贴。但对“低收入家庭老年人和未成年人”的参保补贴仍缺乏明文规定,在实际操作过程中容易被忽视。而且在补贴标准方面,各个地区高低不同,部分地区补贴力度较低^[11]。

· 中等收入人群

对于收入略高的中等收入群体,同样面临着医疗费用支出所导致的风险。中等收入群体本身年龄正处于青壮年,身体健康状况相对较好,免疫力较强,发病率较低,就医问诊的医疗需求较弱。加之年轻群体本身工作繁忙,请假就医的机会成本较高,对于身体不适更倾向于简单处理。而且日常小病花费较低,属可承受范围,较低的就医频率和较少的就诊费用可能导致医疗花费难以达到起付线标准,实际的医疗费用几乎100%都由个人承担,医疗保障的作用较弱。同时,中等收入群体也面临来自重大疾病相关的高额医疗支出的健康焦虑。众安保险针对中等收入人群的调研显示,70%的受访者表示其焦虑主要来自医

疗服务的压力,大病花费多和影响家庭经济状况是主要原因^[12]。

另外不容忽视的一点,处于青壮年的中等收入人群往往因生活作息不规律、运动量较少、精神压力较大等原因而在个人健康管理方面关注较少,这也造成了潜在的健康风险,有可能经过长时间的积累触发疾病,从而使得担心变为现实。

· 灵活就业人群

从收入水平的维度来看,中等收入人群和低收入人群都面临着一定的保障不足风险。众所周知,我国的基本医疗保险制度分为城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险,分别针对职工和居民两类人群。尽管职工和居民并不能完全与中等收入人群和低收入人群划等号,但通常而言,低收入人群更多地集中在城乡尤其是农村居民这一群体,职工也更多地可以对应到中等收入人群。而随着互联网经济的兴起,外卖、快递等行业的从业人员增加,城市中的灵活就业人员日渐成为一个规模庞大的群体。

所谓灵活就业人员,主要指以非正式单位、非全日制、临时性和弹性工作等灵活形式就业的人员。由于工作形式的特殊性,该群体在参加基本医疗保险方面存在较大难题。现行的政策允许灵活就业人员可结合自身条件自愿选择参加职工医保或居民医保^[13]。然而在现行制度规定下,职工医保制度为强制参加,居民医保制度为自愿参加。两项不同制度的并行导致灵活就业人员的参保选择困惑,客观上造成了灵活就业者医保参保率偏低,部分灵活就业人员由于参保面临多重困境而游离于制度之外。参保条件受限、缴费负担过重、转移接续困难是阻碍灵活就业者参加职工医保的主要原因。全国总工会公布的数据显示,2021年我国灵活就业人数已超2亿人,但参加职工医保的人数仅为4853万人。虽然异地灵活就业者可以选择参加户籍地的居民医保,但是在参保及看病就医过程中存在较多不便。两项制度并行,却难以选择合适的制度参保,由此产生了灵活就业者的漏保现象^[14]。

2. 重特大疾病导致的经济负担仍然较重

2021年《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》出台的一个背景,就是大病重病患者时有反映负担较重^[15]。上文中提到的对中等收入群体的调研中,受访对象也反映重大疾病是其焦虑的最主要原因。

相关的研究也从定量测算的角度对重特大疾病导致的经济负担做过测算。根据南开大学卫生经济与医疗保障研究中心测算^[16],2020年,重特大疾病多层次医疗保障体系的总保障程度为68.06%,也就意味着医疗费用中实际上由个人承担的部分超过了30%。在为重特大疾病提供保障的“三重保障制度”中,基本医疗保险的保障程度为57.39%,城乡居民大病保险的保障程度为1.50%,医疗救助的保障程度为0.99%;另有8.18%的费用通过商业健康保险得到保障。

我国的社会医疗保障制度对于重特大疾病的定义与临床定义有所区别,并非按照具体病种划分,而是按照治疗所需的费用水平进行界定,但二者之间仍然存在较高的相关性。日益高发的慢性疾病通常都会导致较高的医疗费用支出。

重特大疾病的治疗过程通常会涉及报销范围外的药品和检查项目，且容易受到医保封顶线的限制。从一些零散的报道和研究中估算，常见的重大疾病平均首次治疗费用大约在30万元左右^[17]。以高发的恶性肿瘤为例，根据BCG发布的报告^[18]，在针对肿瘤特药的多层次支付体系中，“三重保障制度”的支付贡献率为35%-45%，商业健康险支付贡献约为6%，个人自费支付贡献率则高达45%-55%。

在重特大疾病中，近年来社会关注度很高的另一类疾病——罕见病，所导致的经济负担和风险则更甚于常见的重大疾病。2019年的一项研究测算显示^[19]，罕见病人均医疗费用占人均收入的比重高达61.14%，罕见病家庭主要依靠非正式或个人的方式来筹集资金，医疗保障制度的实际减负效果并不理想。

3.三重保障制度尚存在保障短板

所谓的医疗保障安全网要真正发挥保障安全的作用，归根到底要解决个人医疗卫生支出超过个人及家庭合理的可负担水平的问题。与国际通用的对个人自付费用设置封顶线的做法不同，我国的三重保障制度普遍采用的都是基金支出封顶的方式。这也就意味我国的个人支出面临更大的风险敞口。尤其是当面临高额的医疗费用支出时，在没有其他保障制度作为补充的情况下，经基本医疗保险、大病保险报销以及医疗救助补偿之后，个人仍然需要承受巨大的支出压力。

医疗保障安全网要强调公平性，但目前的基本医疗保障在统一性和公平性方面仍有待提高，主要表现为存在明显的群体分割和区域分割现象。尽管城镇和农村居民医疗保险制度已经实现两保合一，但职工和居民医保在筹资水平、保障待遇、给付标准上仍然分列设置。而统筹层次较低导致了医疗保险基金不能有效发挥区域之间的调剂平衡、互助共济功能，造成医保基金余缺的地区差异明显，在逐步统一待遇标准的过程中不得不大幅削减地区增补的保障范围。

同时，目前基本医疗保险的筹资方式采取按人头实行定额且等额缴费制，未能将缴费义务与参保人收入挂钩，忽略了医保缴费对不同收入水平家庭带来的负担，长期而言将使得基金筹集规模受限，基本医疗保险的公平性原则实际上受到损害。

此外，目前的“三重保障制度”尽管包含了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三种制度，但从筹资来源上看，这三种制度存在筹资渠道高度一致的问题，在其他补充保障制度作用有限的情况下，医疗保障安全网的筹资渠道略显单一。这也会在一定程度上限制待遇保障水平的持续提高。

4.社会力量在安全网中的作用发挥不足

从前文中给出的定义来看，医疗保障安全网的作用包括两个方面，一是保障，二是服务。目前，社会力量在这两个方面所发挥的作用都非常有限。

首先，在保障方面，根据国家医保局和国家银保监会公布的数据，2021年，全国基本医疗保险基金总支出24043.10亿元，医疗救助支出619.90亿元，同期商业健康保险的赔付支出为4085.3亿。慈善捐赠、医

疗互助由于缺少统一的归口无法得到精确的数据,仅从有限的报道中可知近三年,200余家慈善组织年均募集资金及药品总额超过300亿元,水滴筹、轻松筹等个人大病筹款平台年均筹款总额均超过100亿元^[20]。这也意味着社会力量参与的保障制度合计发挥的保障作用不到三重保障制度的五分之一。

其次,在服务方面,医疗服务的供给仍然以公立医疗机构为主,尽管社会办医的数量逐年增长且增速高于公立医疗机构,但公立医疗机构的门诊服务量和住院人次增幅均高于社会办医机构^[21]。而且社会办医长期面临高端医疗卫生人才缺乏、品牌信任度低等问题,服务规模和能力均有待提升。在医疗服务之外,很多因医疗费用支出而陷入危机的个人和家庭并没有很好的能够帮助其获得所需保障的信息渠道。

5.保障制度之间的衔接配合还有待加强

“三重保障制度”目前统一由国家医保局管理,一定程度上提高了制度间协同的程度,但仍然有进一步提升的空间。例如基于身份制的医疗救助人群识别机制,会导致原本不属于救助名单的人员在遭受高额医疗费用支出风险时不能被及时地识别。

“三重保障制度”与其他补充制度之间的衔接问题,更是长期被人诟病。基本医疗保险、大病保险和医疗救助都是基于“三目录”(《基本医疗保险药品目录》《基本医疗保险服务设施目录》《基本医疗保险诊疗项目目录》)提供保障和救助,保障的是基本的医疗服务,而在实际的诊疗过程中发生的目录外费用对于患者而言也是不小的负担。目前的商业健康保险产品还没有很好地解决与基本医疗保险制度衔接的问题,市场上仍然充斥着大量保障范围有限、保障对象高度相似的同质化产品。即便是近年来发展迅速的“惠民保”产品,在保障范围上实现了与基本医疗保险的互补,但还存在免赔额较高以及设定自付比例等问题,也影响了其保障作用的充分发挥。

而且,对于需要通过保障制度予以保护的高风险人群,如老年人群、慢性病患者、罕见病患者等,真正能够与“三重保障制度”实现互补,满足这些人群的保险产品还比较匮乏。此外,即使有互补的产品可供购买,购买商业健康保险所需的保费支出对于低收入人群而言也是一项负担。

对于慈善捐赠、医疗互助而言,尽管目前慈善组织和其他社会组织已经推出了一系列针对罕见病人群的阳光救助项目,但政策面鼓励慈善救助参与医疗救助保障的激励机制仍然不足,对于社会面慈善帮扶和志愿服务的资源整合能力也有所欠缺。由于项目资金独立运行,商业健康保险和平台医疗互助与医疗救助制度本身仍然难以有效衔接,资金使用效率和救助水平仍然需要进一步优化提升。



04

...

医疗保障安全网建设的
国际经验和启示

虽然各国对安全网的界定以及保障待遇的确定存在较大差异,但海外经验,特别是医疗保障体系较为领先的国家的做法,对于我国构建医疗保障安全网具有重要参考价值。本章节首先对部分典型国家的安全网制度体系进行了介绍。进而从安全网设计、实施、管理中的主要难点入手,总结出这些国家的实践对于我国安全网建设的启示。需要注意的是,医疗保障安全网制度往往与国家财政、卫生系统现状、疾病负担、医保系统特点高度相关,海外经验并不能简单地进行迁移和复制。



典型国家的选择依据

本报告在选取海外国家/地区进行研究时,主要考虑了以下因素:

- 世界卫生组织与世界银行联合发布的最新版Global Monitoring Report on Financial Protection in Health报告。该报告中提供了各国最新的灾难性卫生支出以及因个人自付医疗费用返贫的数据,从而能让我们筛选出两项指标数据较低的国家。

- 联合国可持续发展目标(SDG)全民健康覆盖(UHC)服务覆盖指数(Service Coverage Index, SCI)。2010年,世界卫生组织提出,要实现全民健康覆盖,各国必须至少在三个方面努力:即人口覆盖、服务覆盖和费用覆盖。虽然安全网与全民健康覆盖无法等同,但二者的核心目标却是一致的。我们不仅考虑了最新的SCI排名,也对比了各国SCI在2000年至2019年的变化。

- 平衡不同医保制度类型的国家数量。目前,各国医保制度大致可以分为三种类型:国家医保模式(如英国、加拿大、澳大利亚等);社会保险模式(如德国、日本等);商业保险模式(以美国为典型代表)。还有部分国家混合了以上多种模式。考虑到医保制度与本报告所关注的安全网密不可分,我们希望最终的国家名单能涵盖不同类型的医保制度。

- 平衡经济发展水平处于不同阶段的国家数量。除了医保系统已经非常完善、对弱势群体保护充分的发达国家,我们也将和中国处于相似发展阶段的国家作为研究对象,因为中国借鉴这些国家做法的可行性可能更高。

此外,报告写作团队也结合了外部访谈中多位专家的意见、国际上讨论较多的UHC改革典型案例,并考虑了国家的地理分布与相关文献资料的可得性,最终选择出七个国家(泰国、澳大利亚、美国、墨西哥、韩国、法国、西班牙)进行重点阐述。同时,在经验总结部分也提及了部分其他国家的做法以供参考。

表 2.重点研究的国家列表

国家	所在大洲	经济发展阶段	OOP占公共卫生支出比例(2019)
泰国	亚洲	中高等收入国家	8.67%
澳大利亚	大洋洲	高等收入国家	15.98%
美国	北美洲	高等收入国家	11.31%
法国	欧洲	高等收入国家	9.26%
墨西哥	南美洲	中高等收入国家	42.12%
西班牙	欧洲	高等收入国家	21.81%
韩国	亚洲	高等收入国家	30.25%



典型国家的实践经验

1.泰国

- 世界银行国别收入类型^[22]:中高等收入国家
- 人均公共卫生支出^[23]:\$296 (2019)
- 公共卫生支出 (CHE) 占GDP比例^[24]:3.79% (2019)
- OOP支出占CHE比例:8.67% (2019)
- 灾难性卫生支出生率^[25] (10%/25%家庭收入或消费支出):1.9%/0.3% (2019)
- UHC服务覆盖指数^[26]:83 (2019)

1.1.1. 具体做法

2001 年, 泰国政府推出了以“实现全民健康覆盖”为目标的 Universal Coverage Scheme (UCS) 计划, 取代此前针对低收入人群、老年人、12岁以下儿童和残疾人的 Medical Welfare Scheme 以及针对非贫困家庭的自愿医保计划, 并将原本没有任何保险保障的人群 (约占全国人口的30%) 纳入覆盖范围, 使其成为泰国覆盖人数最多的公立医保计划。

UCS 有着明显的“安全网”性质和特征。在最初推出时, 患者每次门诊或入院需要支付30泰铢 (约1美元) 的费用, 但为了保护边缘贫困人口、减少不必要的行政费用、改善就医条件, 该制度于2006年被废除。2012年, 该费用要求再次被恢复, 但在许多情况下患者都可被豁免付费^[27]。

表 3. 2001年改革后泰国三大医保计划对比 (2016)

	公务员医疗福利计划 (CSMBS)	社会健康保险计划 (SHI)	全民覆盖计划 (UCS)
覆盖人口数 (占比)	400万 (6.25%)	1200万 (18.75%)	4800万 (75%)
覆盖人群	公务员及其配偶和直系亲属	私营部门和公共部门的雇员	未被公务员医疗福利计划 (CSMBS) 和社会保障计划 (SHI) 覆盖的人群
筹资来源	一般税收收入 (人均15,000泰铢)	三方: 个人工资的1.5% (人均2500泰铢)	一般税收 (3344泰铢)
管理机构	财政部总审计署	劳工部社会保障局	国家卫生安全办公室
医疗服务提供方	可自由选择公立医疗机构, 部分特殊的项目如急诊和择期手术也可以选择私立医疗机构	每年选择作为主要服务提供者的公立和私立医疗机构 (超过100张床位)	每年在公立医疗机构中选择提供初级保健服务, 并具有转诊系统的医疗机构
服务包	全面的, 但不包括预防和健康促进服务	全面的, 包括一些特定的预防服务	全面的, 包括广泛的预防和健康促进服务
支付方式	门诊: 按服务项目收费 住院: 无预算限制的DRG, 开放式预算	某些住院护理采用DRG定额支付方式, 封闭式预算	门诊: 按人头付费 住院: 总额预算控制下的DRG, 封闭式预算

数据来源:

https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/04/ORF_IssueBrief_174_ThailandUHC.pdf

首先, UCS所涵盖服务项目、药品种类比较全面。UCS的保障范围并不局限于疾病治疗项目,而是分为健康促进与疾病预防服务、治疗与护理服务两类。前者包括免疫接种、年度体检等项目,而后者涵盖了除部分高成本干预措施及患者个人食宿开支以外的所有门诊和住院服务^[28]。近年来, UCS逐渐将更多的高成本和创新的服务项目加入其保障范围。例如, 普遍抗逆转录病毒治疗(2006年);使用腹膜透析优先政策的肾脏替代疗法以及高危人群季节性流感疫苗接种(2009年);慢性肾病治疗以及18岁以下肝衰竭患者的肝移植手术(2011年);基于家庭和社区的精神护理(2016年)。对于是否要将一项新药或新技术纳入UCS的保障范围,主要的决策依据是卫生经济学评估。负责管理和运营UCS的泰国国家卫生安全办公室(National Health Security Office, NHSO)内设了专门的委员会,由该委员会提出采用新药物和技术的建议, NHSO要求公共卫生部(MPH)下辖的负责卫生技术与卫生系统评估的技术机构“卫生干预和技术评估”项目(HITAP)和“国际卫生政策”项目(HIIP)提供相关证据^[29]。也正是由于决策基于科学的评价,尽管UCS可以报销的药品主要基于《国家基本药物目录》,但对于有临床数据支持的目录外药物也可能被纳入UCS的报销范围。在用药保障方面,《国家基本药物目录》中的所有药品均包含在UCS保障范围内。如果有临床数据支持,目录外的药物也可能被纳入。2019年版本的《国家基本药物目录》包括857种药物,数量已接近世界卫生组织基本药物标准清单^[30]。

其次, 针对重大疾病与应急医疗服务的补充政策。在UCS的基础上, NHSO设置了四个子基金为癌症患者提供额外的保障,分别针对健康促进和疾病预防服务、普通门诊服务、普通住院服务以及特殊垂直项目(special vertical program)。子基金对超出按人头计算的医疗费用进行补贴,服务包涵盖了从筛查到生命末期的各项医疗服务。对于危重症的急诊患者,有一项专门的急诊患者全面覆盖政策(Universal Coverage for Emergency Patients, UCEP)规定了患者可以在距离最近的医院接受治疗而不必支付任何费用,直到紧急情况结束(不超过72小时)。如果需要,患者可以转移到参保时自己选择的医院接受更长时间的住院治疗。值得说明的是,针对癌症患者的治疗标准以及UCEP对紧急医疗服务的项目界定也适用于CSMBS和SSS两项保障计划的参保人,这也保证了全体公民获得相应服务的公平性。

表 4. 纳入与被排除在外的UCS高成本干预措施

UCS包含的服务	UCS不包含的服务
-癌症化疗	-一些缺乏有效性证据的器官移植
-癌症放射治疗	-整容手术
-心内直视手术(包括人工心脏瓣膜置换术)	-不孕不育治疗
-经皮腔内冠状动脉成形术	
-冠状动脉旁路光栅	
-带支架的经皮冠状动脉介入治疗	
-假肢膝关节和髌关节置换	
-神经外科手术(如开颅手术)	
-隐球菌性脑膜炎的抗真菌治疗	
-一些高成本干预,例如 HIV 的抗逆转录病毒治疗、	
-静脉注射免疫球蛋白、伊米苷酶、肾脏替代疗法	
-一些被证明有效的器官移植(如胆道闭锁肝移植、	
-地中海贫血骨髓移植、角膜移植)	

再次,采取一系列措施保护参保人权益。NHSO通过建立呼叫中心、分发传单等印刷物、互联网平台向民众普及UCS相关信息。全国性的NHSO客户服务中心已经覆盖了参与UCS的医疗机构、独立的受理患者投诉的机构以及社区信息办公室。NHSO还建立了一站式投诉服务体系响应和处理患者的各类投诉,患者可以通过信件、电子邮件、社交媒体等多种渠道提交投诉。在对信息进行核实后,NHSO会帮助患者和医疗服务机构化解可能存在的误会。必要的话,NHSO的标准和质量控制委员会和其他下辖机构将负责组织调查并实施相应处罚。当涉及法律诉讼时,考虑到患者举证的能力不足,且有可能破坏医患之间的信任关系,NHSO会为在接受医疗服务时受伤或遭受损失的患者“预先”提供赔偿,目的是提供一些即时援助,也为后续的医患调解铺平道路。

此外,预算制定过程确保了利益相关方的广泛参与。参保人、医疗机构、学术研究机构均可以向NHSO提供关于UCS预算制定的意见。在NHSO初步拟定预算提案后,国家医疗保障委员会(NHSB)筹资小组委员会的技术工作组会分析单位成本、利用率、高成本干预措施和NHSB批准的所有其他服务方案,并提出按人头计算的预算。调整后的预算方案会经过包括财政部、预算局、技术专家和医疗服务提供者的代表在内的不同相关方的仔细审查。这一过程是透明的,并包括大量基于证据的谈判。

1.2.实施效果

实施全民健康覆盖政策之后,泰国居民的疾病经济风险得到了有效控制,因病致贫家庭数量大幅下降。从2002年到2017年,全国灾难性卫生支出比例从4.06%降低到了2.26%(图1),而全国因病返贫的家庭比例也从1.1%降低至0.24%(图2)。2003年,UCS受益人中全国人口中最贫穷和最富有五分之一人口分别占23%和12%,而对这两类群体的门诊服务公共补贴占比分别为28%和7%,住院服务公共补贴占比分别为27%和6%。这反映了医疗保健公共补贴对穷人倾向。在2004-2009年间,两类公共补贴一直保持有利于穷人的状态^[31]。

图 1. 泰国全国灾难性卫生支出比例 (1990-2017)

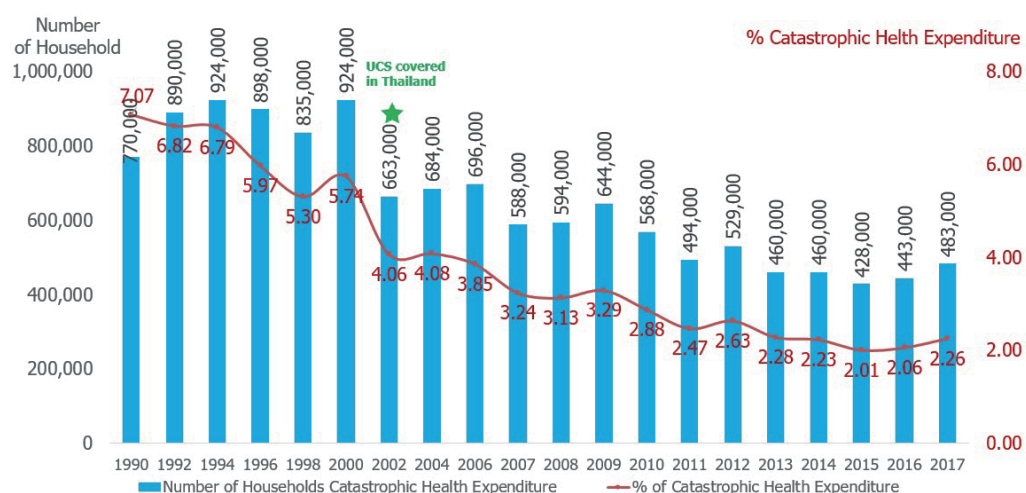


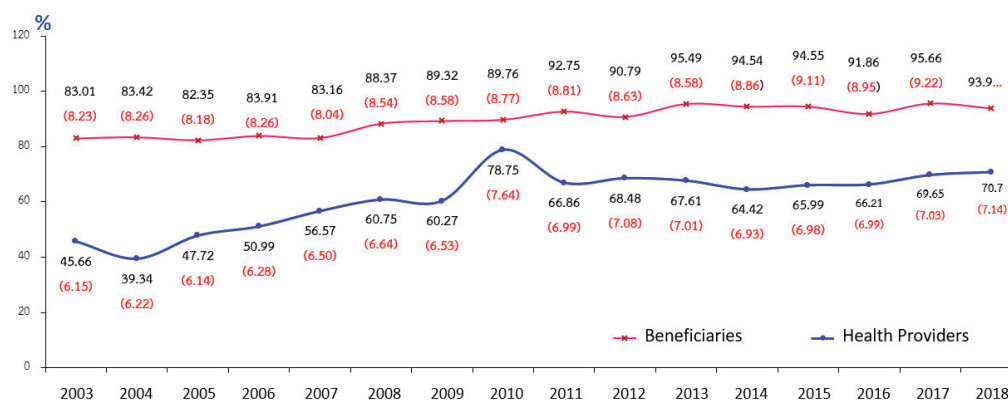
图 2. 泰国全国因病返贫的家庭比例 (1990-2017)



数据来源: 泰国国家卫生安全办公室. <https://eng.nhso.go.th/view/1/home/Financial-Protection-Health-Impoverishment-Households/25/EN-US>

根据NHSO发布的最新数据，UCS参保人的满意度从2003年的83%稳步上升到2018年的93.9%（图3）。根据一项2011年开展的面向医院访客的调查，虽然不同计划的参保人需求存在差异，但UCS参保人对保障方案几乎全部指标的满意度都高于CSMBS与SHI的参保人^[32]。

图 3. 泰国UCS计划参保人满意度 (2003-2018)



数据来源：泰国国家卫生安全办公室. <https://eng.nhso.go.th/view/1/home/Satisfaction-of-UCS-members-and-providers-/23/EN-US>

2. 澳大利亚

- 世界银行国别收入类型：高收入国家
- 人均公共卫生支出^[33]：\$5,427 (2019)
- 公共卫生支出 (CHE) 占GDP比例^[34]：9.91% (2019)
- OOP支出占CHE比例：15.98% (2019)
- 灾难性卫生支出发生率^[35] (10%/25%家庭收入或消费支出)：2.5%/0.4% (2015)
- UHC服务覆盖指数：87 (2019)

2.1. 具体做法

1975年建立的公共医保系统Medibank (后称Medicare) 是澳大利亚医保体系的基石，允许以个人和家庭两种方式加入，其保障范围主要基于医保报销目录 (Medicare Benefit Schedule, MBS)，涵盖三类服务：

- (1) 公立医院住院服务：全额报销，无任何自付费用；
- (2) 私立医院住院服务：接近全额报销，取决于机构的费用标准和患者个人购买的补充私人医疗保险的保障程度；
- (3) 部分院外服务 (如全科门诊、专家会诊等)：部分报销，患者承担一定比例自付费用。

卫生部门对纳入MBS的服务及支付标准进行定期审核与调整。不过，医疗服务提供方不受MBS的约束，可以向患者收取更高的费用，也可对不同类型的患者收取不同的费用。

澳大利亚是本报告选取的国家中在制度设计上最突出“安全网”这一概念的国家。澳大利亚的医疗保障安全网体系主要基于Medicare设计，包括“原始医保安全网”（Original Medicare Safety Net, OMSN）、“扩展医保安全网”（Extended Medicare Safety Net, EMSN）以及“药品福利安全网”（PBS Safety Net）等。EMSN与OMSN共同构成了狭义的“医保安全网”（Medicare Safety Net, MSN），其中EMSN专门向弱势人群倾斜，以弥补Medicare此前在减轻弱势人群就医负担上的不足。

澳大利亚主要通过从降低治疗费用、增加药品报销以及保护弱势人群三个维度出发，建立起了一个多元的安全网体系。

首先，安全网提供补充性质的费用报销。1973年的《国家医保法》提出了“最大允许差额”（Greatest Permissible Gap, GPG）的概念，指的是某项MBS医疗费用的费用与 85% 的Medicare 报销额之间的差额不得超过一个指定上限（最新的GPG为2022 年 11 月 1 日确定的 93.20 澳元）。原始医保安全网可以对差额进行报销，并且在累计差额达到一定程度时，允许Medicare对MBS中包含的院外服务提供全额报销，而扩展医保安全网则可以对自付费用进行报销。如果Medicare注册人的自付费用在当年达到某个数值，Medicare 将报销在MBS清单中的院外医疗服务有关的自付费用，报销比例最高为 80%。对于以家庭为单位参保的，安全网还会为经济条件较差的家庭提供更高额度的报销。

表 5. 澳大利亚Medicare安全网最新报销标准 (2023)

安全网类型	起付标准	符合资质的人群	计算标准	报销标准
OMSN	531.70澳元	所有Medicare受益人	差额费用	院外医疗服务费用的100%
常规EMSN	2414.00澳元	所有Medicare受益人	自付费用	80% 的自付费用或院外医疗服务的 EMSN 报销上限
特殊EMSN	770.30澳元	优惠卡持有者1 以及享受家庭税收福利政策A部分 (Family Tax Benefit Part A, FTB A) 的家庭2	自付费用	80% 的自付费用或院外医疗服务的 EMSN 报销上限

注：1.澳大利亚针对特定的弱势群体发放的一种凭证。
2.获得FTB A 福利需要先成为一名 (1) 0至15岁或 (2) 16至19周岁，且满足政府对其接受学校教育的要求 (如，目前为全日制初高中学生) 孩子的实际抚养者。除此之外，申请者还必须满足以下所有条件：(1) 通过收入测试；(2) 满足居住条件的规定；(3) 至少 35% 的时间照顾孩子。另外，如果子女未能满足免疫接种和健康体检要求，申请者获得的补贴会少于标准额度。

其次，药品福利安全网针对药品提供额外保障。Medicare报销范围外的药品费用通过1948年推出的药品福利计划 (Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS) 进行保障。截至2021年6月30日，PBS共纳入5,380个品牌的906种药品。PBS面向所有Medicare参保人，采取与患者进行费用分担的方式，每种药品个人自付30澳元（2023年最新标准，此前为42.5澳元），其余费用由政府报销^①。当个人自付费用达到一定数额后（当前标准为1,563.5 澳元），药品福利安全网(PBS Safety Net, PSN)即被触发，政府会为个人或家庭提供更进一步的药品补贴。值得一提的是，除了具备分发PBS药品资质的私立医院，患者也可以使用社区药房和公立医院门诊药房的处方来达到PSN报销的标准线（此政策也被称为“联合安全网”）。

除了药品福利安全网之外，澳大利亚还有一项帮助罕见病患者免费获得高价治疗药物的计划——救生药物项目 (Life Saving Drugs Program, LSDP)^[36]。LSDP目前包含治疗10种罕见病的16种药品。当患者通过筛选成为LSDP受益人后，政府会向供应商采购其所需的药品，由企业配送到医院药房或患者自行选择的其他药房，方便患者用药。在2016-2017财年，共有393名患者得到了LSDP计划的支持^[37]。

再次，安全网的政策向弱势群体倾斜。上述提到的各种制度和标准都适用于所有Medicare的参保人（LSDP除外，需符合一定条件并通过筛选）。对于老年人、儿童、低收入人群等弱势群体而言，其经济负担能力偏弱，需要给予更多的保护，澳大利亚的制度设计也对此进行了充分的考虑——使用专门的福利卡对重点人群进行信息化管理并作为其获得各项福利的凭证（表6）。以PSN为例，适用于一般人群的个人自付费用是30澳元，而持有福利卡的人群自付费用可低至7.30澳元，而且在满足特定条件时，药剂师还可以再减少不超过1澳元的自付费用（即不低于6.3澳元的）。再如，2010年7月，澳大利亚推出了Closing the Gap (CTG) 项目，旨在提升患有慢性疾病或面临较高慢性病风险的澳大利亚原住民获得可负担的PBS药品的机会。该项目规定，符合条件的一般患者在当地药房购买PBS药品时可享受优惠费率，而持有优惠卡的患者可免费获得。

^①注：价格溢价或品牌溢价可能适用于某些药物。在极少数情况下，开具处方的医师可能会出于特定原因让患者购买指定品牌的药品。在此情况下，患者需向 PBS 药物指定供应商而非政府支付额外费用。额外收费并不意味着不同品牌的同种药品质量存在任何差异。这笔费用不包括在患者的共付额中。

表 6. 澳大利亚现行的六种福利卡

优惠卡类型	筛选标准	医疗卫生福利
医疗保健卡 (Health Care Card, HCC)	规定社会福利项目的受益人,或满足以下三项条件之一: 1) 因照顾一名16岁一下儿童而领取抚养人津贴 (Carer Allowance) 2) 短期内领取抚养人金 (Carer Payment) 或不间断提供短期 (低于半年) 的照护 3) 家庭税收福利A 部分达到最大值 4) 领取交通补贴 (Mobility Allowance) 且未获得残疾支持养老金 (Disability Support Pension) HCC与其他五类卡不同之处在于, HCC并不需要本人主动申请, 只要满足上述条件即可自动获得。	1) 以更便宜的价格购买PBS中包含的药品 (即PBS安全网) 2) Bulk billing医生签约 3) Medicare安全网 (MSN) 3) 州和地方政府以及部分私营医疗机构提供的额外医疗优惠 (包括救护车、牙科、眼科)
联邦老年人健康卡 (Commonwealth Seniors Health Card, CSHC)	1) 已达到 Age Pension 基线年龄 (66岁及以上) 2) 为澳大利亚居民并居住在澳大利亚, 或持有特殊类别签证 3) 无法从Centrelink或退伍军人事务部 (Department of Veteran Affairs, DVA) 获得 4) 通过收入测试 ^②	1) PBS安全网 2) Bulk billing医生签约 3) MSN安全网
寄养儿童保健卡 (Foster Child Health Care Card, FCHCC)	1) 家中有寄养儿童或本人在照顾其他人的孩子 2) 为澳大利亚居民并居住在澳大利亚, 或持有永久或特殊类别签证	1) PBS安全网 (适用于卡片关联的被寄养/收养的儿童) 2) 州和地方政府以及部分私营医疗机构的额外优惠
低收入保健卡 (Low Income Health Care Card, LIHCC)	1) 年龄要求: 19岁以上/19岁以下且需要被抚养/19岁以下且满足家庭税收优惠资格 2) 为为澳大利亚居民并居住在澳大利亚, 或持有特殊类别签证 3) 通过收入测试 ^③	1) PBS安全网 2) Bulk billing医生签约 3) MSN安全网

②注: 收入测试将综合考察申请者的 (1) 调整后的应税收入以及 (2) 基于收入现金流的认定账户额。申请者满足以下三种情况之一即可通过测试: (1) 单身、每年收入不高于 90,000 澳元或 (2) 夫妻二人总收入不高于144,000澳元或 (3) 单亲家庭、每年收入不高于180,000澳元, 每增加一个孩子, 收入上限增加639.6澳元。

优惠卡类型	筛选标准	医疗卫生福利
养老金领取者优惠卡 (Pensioner Concession Card, PCC)	1) 享受规定的福利计划中的一个 2) 达到年龄或工作要求	1) PBS安全网 2) Bulk billing医生签约 3) MSC安全网 4) 听力服务项目 (Hearing Services Program) 等支持
前抚养人津贴 (儿童) 保健卡 (Ex-Carer Allowance (Child) Health Care Card, ECAHCC)	1) 年龄16 ~25 岁 2) 全日制学生 3) 为澳大利亚居民并居住在澳大利亚, 或者持有特殊类别签证 4) 在年满 16 岁前已成为 Carer Allowance Health Care Card ^④ 持有人	1) PBS安全网 2) 州和地方政府以及部分私营医疗机构的额外优惠

2.2. 实施效果

经过几十年的发展, 澳大利亚的医保体系较好地支撑了该国医疗系统的运作。在著名的研究机构Commonwealth Fund 2021年发布的对OECD国家的医疗系统排名中, 澳大利亚在公平性与医疗保健结果维度上排名第一, 医疗系统整体表现仅次于挪威和荷兰^[38]。从2000年到2019年, 澳大利亚OOP费用占公共卫生支出的比例从21%下降至15.98%^[39]。药品福利安全网的实施, 使澳大利亚药品平均价格低于OECD国家30%-40%^[40], 有效控制了医药费用的增长, 较好地保证了药品对高风险群体的可负担性。官方调查数据显示 (图4), 在2020-21财年, 需要处方药的受访者中有4.4%报告说他们在过去12个月内因价格问题拖延或没有按照处方购药。这一数值延续了九年来的下降趋势, 且与上一财年相比显著降低。

③注: Centrelink会对申请人在提交申请前8周的税前收入进行核算。具体标准: (1) 单身、无子: 周收入不高于680澳元; (2) 伴侣、无子: 周收入不高于1,166澳元; (3) 单身、抚养一个孩子: 周收入不高于1,166澳元; (4) 伴侣、抚养一个孩子: 周收入不高于1,200澳元。每增加一个孩子, 收入上限增加34澳元。

④注: Carer Allowance Health Care Card针对的是 16 岁以下患有残疾或严重疾病的儿童。如果他们的父母/抚养人领取抚养人津贴, Centrelink会以孩子的名义签发此卡。

图 4. 澳大利亚因价格问题拖延或没有按照处方购药的患者数量



数据来源：
<https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-services/patient-experiences/latest-release>

近年来，人口结构的变化、财政规模的调整等因素给澳大利亚的Medicare制度带来了一定的挑战。Callander等分析了2006年至2014年澳大利亚最具代表性的家庭收入与劳动力情况调查数据。其研究表明，虽然家庭平均医保自付费用在此期间相对稳定，但是相较于中高等收入者，低收入者更可能发生灾难性医疗支出（以家庭收入的10%以上用于医疗保健服务为标准），而且此趋势在逐年加剧^[41]。此外，尽管澳大利亚政府拨付给PBS的资金在过去10年间整体呈上升趋势，但人均PBS支出却一直处于波动状态。2020-21年的人均PBS支出为355澳元/人/年，低于2009-10年的388.7澳元/人/年^[42]。

3.墨西哥

- 世界银行国别收入类型：中高等收入国家
- 人均公共卫生支出：\$540 (2019)
- 公共卫生支出 (CHE) 占GDP比例：5.43% (2019)
- OOP支出占CHE比例：42.12% (2019)
- 灾难性卫生支出生发生率 (10%/25%家庭收入或消费支出)：1.6%/0.2% (2016)
- UHC服务覆盖指数：74 (2019)

3.1.具体做法

墨西哥的社会医疗保障制度与个人就业状况(在公共/私人部门工作;正式/非正式就业)相关,主要由面向公务员家庭、其他正式就业家庭、非正式就业及无业家庭的三大主体制度构成,并分别由公务员社会保障和福利局(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE)、社会保障局(Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS)和联邦卫生部主管。此外,国防部、海军以及国家石油公司等机构也拥有覆盖机构雇员及其家属的医疗保障制度。三大主体制度中覆盖非正式就业及无业家庭的是一项叫做“大众医疗保险”(Seguro Popular, SP)的保障制度。尽管此制度因政治改革等原因已于2020年被废止,并尝试通过新的制度予以替代,但作为墨西哥医疗保障制度发展历程中的一项具有里程碑意义的制度,仍然值得我们进行深入了解。

SP制度推出于2004年。此前,墨西哥大量非正式就业及无业人员是被排除在医疗保障体系之外的。SP制度的主要目标就是增加墨西哥民众获得医疗保健的机会并减少灾难性卫生支出。到2018年时,此项计划已经覆盖了42%的墨西哥人口。SP制度主要具有以下特点:

政府承担主要筹资责任。大众医疗保险的筹资来源包括联邦政府、州政府以及个人或家庭缴费。其中联邦政府承担的部分包括社会税款(social quota)和共同保险责任费用(solidarity contribution,数额为社会税款的1.5倍),州政府承担另一部分共同保险责任费用(数额为社会税款的一半)。个人根据其收支水平缴纳家庭保费,通常是其家庭收入的3%~4%。缴费后其配偶、18岁以下儿童以及65岁以上经济不独立的父母均可获得保障。大多数大众医疗保险参保家庭属于墨西哥最贫困的家庭,他们不需要缴纳任何费用。

服务项目充分考虑卫生经济性。大众医疗保险筹集的资金由联邦政府进行管理和拨付,大部分(约占资金总量的89%)流向了一项名为“全民健康服务目录”(CAUSES)的基金,另一部分(约8%)则拨付至灾难性卫生支出基金(FPGC)^[43]。其中,CAUSES包含的医疗服务通常针对常见的、治疗成本较低的疾病,并且是最具成本效益的干预措施。这些项目是由联邦卫生部和私立公共卫生智库FUNSALUD根据墨西哥疾病负担的研究结果而选定的。每年所有项目平均成本的总和不能超过一个上限。随着筹资水平的提高,CAUSES包含的服务项目从2004年的91项扩展到了2018年的294项^[44]。

建立专项基金预防灾难性卫生支出。FPGC是一个没有年预算限制的储备性基金,主要针对高成本的灾难性疾病提供保障。墨西哥国家卫生委员会负责拟定疾病名单,FPGC技术委员会综合考虑成本效益、可负担性、学界意见、供需情况,以及社会接受度等因素后决定是否将某种疾病或某项服务纳入保障范围。2004年时,FPGC所涵盖的灾难性疾病/相关干预措施数量仅有4项,2013年是已经增至59项。

提供医疗服务的机构需经过认证。为了提升大众医疗保险网络内医疗机构的服务水平,墨西哥政府一直在投入资源用于建设医疗基础设施、购买设备、招募医务人员以及加强药品供应。为了满足参保人的就医需求,墨西哥还设计了一个医疗机构的认证过程。通过认证的机构被称为“区域专业医疗护理中心”(Regional Specialized Care Centers)。提供灾难性疾病服务的医院还必须满足墨西哥政府对其服

务能力、质量与安全性的额外要求与标准。提出认证申请的医疗机构需要制定一系列的规范,以确保内部管理流程的有效性、信息系统的良好运转以及具备充足的人力与财务资源等。卫生部门整合与发展部下辖的健康教育总局会依照一套严格的流程对医疗机构进行评估后颁发资质认证,并对医疗机构的合规性进行持续审查。

3.2. 实施效果

根据OECD的数据,SP推出后,墨西哥公共卫生支出大幅增加,该项支出占墨西哥GDP的比例从2000年的2.2%上升到2016年的3.0%。同时,在2000年至2015年期间,自付费用占卫生总支出的比例从52.2%下降到了41.4%^[45]。2009-2013年间,SP的个人受益人数量从3110万增加到5560万。受益于SP的贫困人口即在加入SP前未被任何社保制度覆盖的人口)的比例从2008年的42.3%增加到2012年的72.32%。此外,从2006年到2012年,墨西哥原住民与非原住民人口之间的医保覆盖率差距几乎消除。尽管两类群体在医疗服务使用以及健康状况上仍然存在显著差异,但墨西哥在缩小两项指标数值的鸿沟上取得了重大进展^[46]。

一项2015年发表的有关拉美全民健康覆盖情况的研究证明了墨西哥“安全网”建设取得的成效。相较于其他拉美国家,墨西哥在母婴健康平均水平、最贫穷和最富有人口之间母婴健康服务覆盖率的差距上均处于领先水平。在癌症筛查方面,墨西哥收入最高与最低群体的服务覆盖率差异很小,仅略高于哥伦比亚。同时,在降低因病返贫、因病致贫风险方面,墨西哥的表现也优于绝大部分拉美国家,是该地区唯一在医疗服务覆盖面和金融保护两项指标上均得到改善,从而进一步实现全民健康覆盖的国家^[47]。

4. 美国

- 世界银行国别收入类型:高等收入国家
- 人均公共卫生支出:\$1115.01 (2019)
- 公共卫生支出(CHE)占GDP比例:16.77% (2019)
- OOP支出占CHE比例:11.31% (2019)
- 灾难性卫生支出生率(10%/25%家庭收入或消费支出):4.3%/0.8% (2019)
- UHC服务覆盖指数:83 (2019)

4.1. 具体做法

众所周知,与大多数国家不同,美国的医疗保障体系以商业医疗保险为主,与中国当前的医保体系存在较大差异。但事实上,我们认为,美国医保体系中的社会力量参与、患者宣导等方面对中国是有参考价值的。

首先, 基于医院的慈善性医疗与患者经济援助。早在上世纪六十年代, 美国联邦政府就通过立法鼓励各类医疗机构为弱势患者提供经济援助。截至2019年, 已有10个州要求医院为符合条件的患者提供免费或价格更优惠的医疗服务^[48]。如今, 大多数美国医院都设置了低收入人群的经济援助计划, 主要通过提供债务豁免和降低自付费用两种方式减轻就医负担。2018年, 美国医疗机构共提供了260亿美元的慈善医疗服务, 其中200亿美元提供给无保险患者。当然, 医院提供的经济援助和其他社区福利至少有一部分是由联邦、州和地方层面的税收减免资助的。为了弥补患者需要与实际的经济援助之间的差距, 部分州还要求医院提供的援助达到一定水平。例如, 德克萨斯州要求非营利性医院提供至少与其免税福利对等的经济援助, 还要求非营利性医院将其净收入的至少4%用于受政府资助的贫困人口的医疗保健服务与经济援助^[49]。

其次, 非营利组织提供医疗援助。非营利组织是美国弱势群体医疗援助的重要参与方, 这也是美国显著区别于其他国家的一大特色。以三家影响力较大的机构为例:

- HealthWell基金会: 以“降低患有慢性病或影响生活的疾病但保险不足的病人获得医疗保健的经济障碍”为使命, 提供药品费用、健康保险费、自付医疗费用、儿科治疗费用以及交通费用等补贴。2021年, HealthWell共为175,695位患者提供了经济援助, 向保险不足的人群发放了185,493份补助金, 提供了8.18亿美元的药品和保险费用补贴。其中, 62%的受助患者家庭年收入低于4万美元。

- 病人访问网络基金会 (PAN Foundation): 为患有重大疾病、罕见病和慢性疾病但保险不足的人员提供经济援助。自2004年以来, PAN累计为超过100万名患者提供了40亿美元的资助。2021年资助的160,554名患者中, 54%患有癌症, 平均年收入为2.8万美元。此外, PAN还会为患者及其家庭提供其他类型的服务, 例如对患者家庭进行支持以缓解其精神压力、提醒患者按时用药、开展患者教育活动等。

- 患者倡导基金会 (PAF): 为患有慢性病、威胁生命疾病的人员提供病例管理服务和经济援助。2021年PAF为60,536名患者提供了自付医疗费用援助, 为59,908名低收入患者提供了非医疗类费用的小额补助。

再次, 为大众提供宣传与引导服务。美国的社会安全网体系是面向不同群体、提供不同类型 (如现金、实物) 的社会福利项目的统称, 包括至少10项福利计划。根据洛克菲勒基金会的估算, 美国有大量人群符合资格但未注册相应的援助计划^[50], 而信息获取和流程复杂是导致这一情况出现的重要原因^[51]。在此背景下, 美国政府、社会组织推出了为大众提供引导的服务项目。平价医疗法案 (ACA) 创建了医保引导计划。该计划由专家或“引导员” (navigator) 组成, ACA对引导员的职责进行了详细规定。此后, 不同类型、规模的参保支持计划在美国各州涌现。例如, “州健康保险支持计划” (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 就是一个具有广泛影响力的引导员计划。SHIP由联邦政府资助, 由州老龄部或保险部与本地老龄服务机构以及社区合作, 通过出版刊物、在线工具、电话热线以及视频指引等多种方式为Medicare注册人及其家属提供免费援助。目前, SHIP已经发展为一个由2,200多个本地服务中心和12,500多名团队成员组成的庞大网络, 覆盖全美50个州。许多本地SHIP机构还提供“老年人医保巡

查”，帮助Medicare受益人发现并报告医疗保健服务中的欺诈、错误和滥用行为^[52]此外，许多慈善医疗项目有专门的引导员团队，为患者提供与加入医疗保险计划有关的支持^[53]，很多非营利组织也在提供类似的服务。以福利数据信托 (Benefits Data Trust, BDT) 机构为例。BDT 将有需要的美国人与一些主要的经济状况调查、联邦政府资助的福利项目，以及许多州、地方和私人支持的社会援助计划联系起来。通过与地方政府、非营利机构和医疗保健组织密切合作，BDT借助它们的数据来识别、联络并帮助可能需要额外支持的人^[54]。

4.2. 实施效果

从2014年ACA修订到2021年2月，全美有1130万人通过Marketplace注册、购买了医疗保险。另有超过100万消费者通过HealthCare.gov加入了至少一项医保计划。到2020年底，全美大约有1480万新符合条件的成年人通过ACA加入了Medicaid。到2021年六月，美国共有37个州和哥伦比亚特区实施了ACA Medicaid计划，将覆盖范围扩大到成人。明尼苏达州和纽约州实施了ACA中非强制要求的基本健康计划，到2021年初合计注册人数约为100万^[55]。

从参保率来看，自2014年以来，全国未参保率下降了5.3个百分点（从14.5%降至9.2%）。所有州的未参保率均有所下降，其中7个州的未参保率至少降低了一半^[56]。ACA在黑人、拉丁美洲人、亚裔美国人和美洲原住民以及低收入家庭中实现了尤其显著的覆盖人数增长。农村地区非老年人的未参保率大幅下降，从2010年的23.7%降至2019年的16.0%。不过，农村地区未参保率一直比城市地区高出2-3个百分点^[57]。

自2010年ACA实施以来，美国人均医疗费用的增长速度有所放缓。2006-2010年人均医疗费用平均增速为4.4%，2010-2014年人均医疗费用平均增速降到3.4%^[58]。在控制灾难性卫生支出上，2010年至2017年期间，有600万名20岁至64岁私人保险参保人经历了灾难性卫生支出，占报告人数的比例从46%上升到近54%。不过，全美灾难性支出总体下降，特别是对于Medicaid参保人而言^[59]。

Adams等人使用来自凯撒医疗的数据研究了经济援助对医疗保健利用的影响。以债务免除和减少费用分摊形式提供的经济援助对医疗保健利用产生了很大影响。经济援助还增加了异常测试结果和在治疗敏感的情况下使用药物的可能性^[60]。

5. 韩国

- 世界银行国别收入类型：高等收入国家
- 人均公共卫生支出：\$2624.53 (2019)
- 公共卫生支出 (CHE) 占GDP比例：8.16% (2019)
- OOP支出占CHE比例：30.25% (2019)
- 灾难性卫生支出发生率 (10%/25%家庭收入或消费支出)：12%/2.9% (2018)
- UHC服务覆盖指数：87 (2019)

5.1.具体做法

韩国的卫生福利部 (Ministry of Health and Welfare, MOHW) 统一管理着韩国的社会保障事务,并建立了一整套包括社会保险、公共援助和社会福利服务在内的社会保障体系。医疗保障是这一体系的重要组成部分,由“国家健康保险”制度 (National Health Insurance, NHI) 与“医疗援助”制度 (Medical Aid, MA) 这两大支柱构成,分别覆盖全国约97%和3%的人口^[61]。

韩国现行的国家健康保险制度NHI由2000年之前的雇员健康保险计划 (Health Insurance for Employees, HIE) 和地区健康保险计划 (Community-Based Health Insurance, CBHI) 整合而来。整合后的NHI仍将参保人分为雇员和个体户两种类型,并设置不同的基金进行管理:前者包括营利性机构的雇员、雇主、公务员、教师及其家属,基于企业类型进行管理;后者包括没有工资或收入、需要被前者抚养的所有其他人口,基于居住地进行管理。不同的医保基金所提供的保障福利以及报销标准都是统一的。同时,当雇员失去工作时会自动成为“个体户”类参保人,这就保证了不同参保人群之间保障待遇的公平性与连续性。NHI采用的是以家庭为单位参保,即在户主加入NHI时,所有被抚养人也都要参保,除非其收入水平超过某一特定标准。

以健康为中心的保障责任。NHI成立之初就将重心由此前的“医疗保障”转向“健康保障”,覆盖疾病和伤害的预防、诊断、治疗和康复、分娩和死亡以及健康改善。例如,2000年启动针对40岁以上户主的癌症筛查项目;2007年启动“生命转折点”健康检查^⑤和婴幼儿健康检查项目 (IHC)。NHI对保障范围实施“负面清单”制度,主要有三类项目不属于报销范围:一是不影响患者日常工作与生活的病症 (如轻微打鼾),二是为改善身体基本功能以外的目的而开展的服务 (如美容手术),三是为治疗疾病和伤害以外的目的而使用的预防性服务 (如牙齿矫正)。从1977年到20世纪末,NHI包含的医疗服务数量从763项增加到了9219项^⑥。

基于支付能力确定缴费水平。尽管对雇员与个体户的真实收入进行评估的难度有所不同,导致两类参保人的缴费政策有差异,但总体而言,两个制度的人均筹资水平比较接近,且筹资水平与支付能力相关。在制度早期,个体户由于无法获得来自雇主的保费补贴导致参保积极性受到很大的限制,政府决定为此群体支付一半的保费。经过几十年的调整,当前针对个体户的缴费政策是综合评估家庭成员的综合收入、财产和车辆的价值,计算出每个家庭的参保人应缴费用。

个人自付费用封顶。为了防止医疗资源的过度使用,以及患者均集中于高等级医院,NHI设置了一定的个人自付比例。目前,一般的住院服务个人自付20%,门诊个人自付30%-60%。而对于降低经济负担更重要的一项制度设计是自付费用封顶线。封顶线的标准与收入水平相关,低收入的参保人享受的封顶线也更低 (表 7)。

⑤注:本项目已于2018年停止。

⑥注:1987年、1989年推出了针对医疗和药店的保险;1992年加入四岁以下儿童的骨髓移植;1993年加入腹腔镜手术、白内障手术和眼内晶体植入;1996年加入CT扫描;2000年,体检、预防服务和康复医疗也被纳入保障范围。

表 7. 2017-2021年不同收入水平参保人的自付费用封顶线

年份	住院时长	不同收入水平的年均自付费用封顶线						
		1档	2-3档	4-5档	6档	7档	8档	9档
2017	-	122	153	205	256	308	411	514
2018	120天及以下	80	100	208	260	313	418	523
	120天以上	124	155	208				
2019	120天及以下	81	101	152	280	350	430	580
	120天以上	125	157	211				
2020	120天及以下	81	101	152	281	351	431	582
	120天以上	125	157	211				
2021	120天及以下	81	101	152	282	352	433	584
	120天以上	125	157	212				

单位:10,000韩元

注:患者支付的所有住院费、门诊费以及药品费均包含在内。

重大疾病的特殊保障。在个人自付比例和封顶制度设计方面,NHI还考虑了重大疾病在导致经济负担方面的特殊性,设立了“特殊病例制度”,以降低癌症、心脑血管疾病、严重烧伤、严重创伤、罕见病、肺结核等疾病患者的个人自付比例。如果患者被认定为特殊病例,个人自付比例可低至0%-10%,且同时适用于住院和门诊。此外,自2018年起,对于收入水平低于收入中位数50%的家庭,还会退还一半超过100万韩元部分的自付费用,以尽可能降低家庭的灾难性卫生支出^[62]。

表 8. 不同场景下的NHI参保人自付比例

服务类型	医疗机构	疾病	自付比例
住院	-	常见疾病	20%
		罕见病	10%
		重大疾病	5%
门诊	三级医院	-	60%
	综合医院		50%
	普通医院		40%
	诊所		30%
	药房		30%

5.2. 实施效果

个人自付费用在韩国医疗支出中所占比例从1990年的56.6%下降至2013年的35.2% (表9)。不过,目前这一比例相较于和韩国发展水平接近的国家来说仍然较高。2021年韩国个人自付费用占医疗支出的30%,比OECD国家平均值高10个百分点 (图5)。

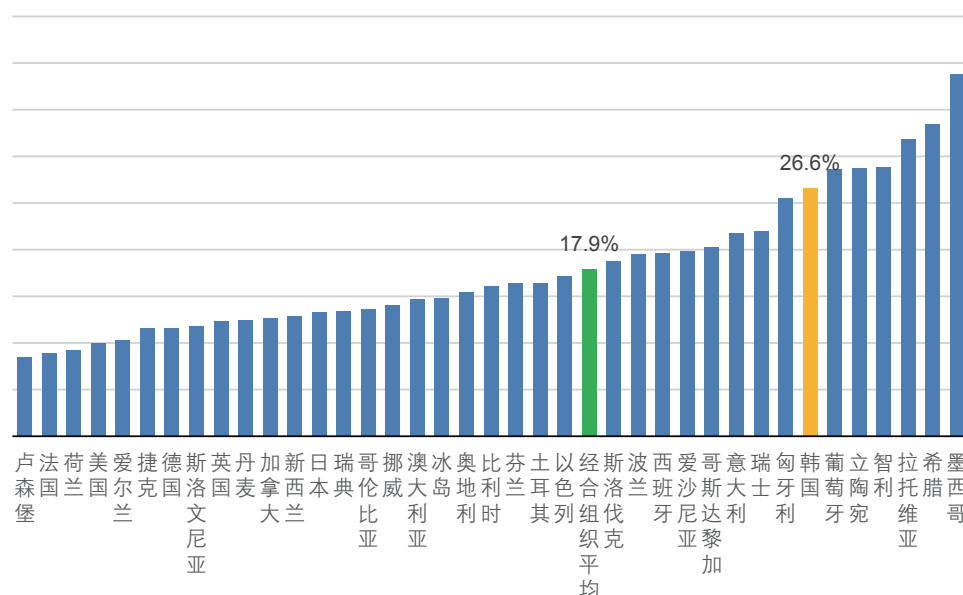
在降低灾难性卫生支出方面, Jung & Lee (2021) 的研究表明,从2011年到2017年, NHI计划的实施使被调查家庭的灾难性卫生支出的发生率降低了15.17%^[63]。Choi等 (2015) 基于韩国福利面板调查的数据发现, MA计划受益者医疗支出占其收入的比例显著低于未加入MA计划的穷人。此外,前者的医疗保健利用率显著高于后者^[64]。

表 9. 个人自付费用在韩国医疗支出中的占比变化 (1990-2013)

	1990	1995	2000	2005	2009	2013
社会医保	30.3	29.8	37.8	40.7	43	42.8
税收	8.4	7.7	11.1	12.1	13.4	11.5
自付费用	56.6	53.1	41.1	37.9	34.4	35.2
私人医保	1.2	2.8	4.9	3.9	5.3	6.2
其他私人支出	3.5	6.5	5	5.3	3.9	4.3

数据来源:Kwon. S. 2018.

图 5. OECD国家个人自付费用在医疗卫生支出中的占比



数据来源: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

6. 法国

- 世界银行国别收入类型：高等收入国家
- 人均公共卫生支出：\$4,491.74 (2019)
- CHE占GDP比例：11.06% (2019)
- OOP支出占CHE比例：9.26% (2019)
- 灾难性卫生支出生率（自付费用超过其40%支付能力的家庭占比）：2.1% (2017) ⑦
- UHC服务覆盖指数：84 (2019)

6.1. 具体做法

法国属于比较典型的社会医疗保障体系国家，法定医疗保险（Statutory Health Insurance, SHI^⑧）是其支柱，通过各种强制性保障计划提供基于居住地的全民健康覆盖，主要包括三个分别面向雇员（CNAMTS）、农民和农业工人（MSA）、独立专业人士（RSI）的保险基金，以及另外11个针对特定职业及其家属的小型基金。其中，CNAMTS覆盖92%人口，MSA覆盖7%的人口。在法定医疗保险之上，95%的人口都自愿购买了补充医疗保险（Complementary Health Insurance, CHI^⑨），对自付费用进行报销并弥补SHI保障水平的不足^[65]。

通过援助参保为低收入、无保险等弱势群体提供保障。2000年颁布的全民健康保险（CMU）法案规定了为无保险的法国合法居民提供参保权利，并要求为无法负担保险费用的个人进行经济状况调查^[66]。在CMU的基础上，针对低收入人群，法国推出了全民补充医保计划（CMU Protection Complémentaire, CMU-C），由各项公共社会保险免费为收入低于一定标准的人群提供医疗保险。为了进一步消除低收入人群（尤其是收入刚超过CMU门槛的人群）在获得补充医疗保险时面临的经济负担，法国还推出了另一项名为ACS（Aide au paiement d'une Complémentaire Santé）的计划。该计划以“健康支票”（cheque santé）的形式，向16岁以下个人每年补贴100欧元，而50-59岁、60岁及以上年龄组每年分别可获得350欧元和500欧元补贴^[67]。2019年，法国政府将CMU-C和ACS整合为Complémentaire Santé Solidaire（CSS）计划，参保人原福利标准保持不变。

为重大慢性病患者提供针对性保障。法国的医疗保障体系中还有一项针对长期慢性病的保障制度，称为ALD（une affection de longue durée）。列入ALD的疾病通常需要长期治疗，并涉及昂贵的

⑦注：WHO报告中未披露法国以10%/25%家庭收入或消费支出计算的灾难性卫生支出生率。

⑧注：一些文献使用的是social health insurance（即社会医疗保险）的说法，与statutory health insurance实际上所指的是同一类制度。

⑨注：VHI在法国也被称为“补充保险”，实质上是一种私人保险。公共保险（public health insurance）被称为“社会保险”（social health insurance）或强制医疗保险（compulsory health insurance）。

治疗费用(如恶性肿瘤、糖尿病、长期精神疾病、冠心病等)。ALD分为豁免和非豁免两种类型,具体的疾病清单由政府每年更新,对于豁免ALD中的疾病,个人自付部分也可以得到全额报销,患者仅需承担极少部分的费用(如免赔额)。最新的豁免ALD清单包括29种疾病。另外,对于一些不属于清单中的严重疾病,如果预期治疗时间超过六个月且治疗费用特别昂贵,或因多种病因积累导致患者需要接受六个月以上治疗的情况,在满足一定条件时也可获得全额报销^[68]。

基于临床价值确定药品价格和支付标准。在法国,社会团体与卫生部(MSH)下辖的医疗保健产品经济委员会(CEPS)负责药品定价。每种药品的报销水平则由法国国民健康保险基金联盟(UNCAM[®])决定。CEPS和UNCAM根据卫生高级管理局(HAS)的透明委员会提供的卫生技术评估结果作出相关决定。透明委员会还向MSH提出有关一种药品是否应被批准用于门诊服务、住院服务或两者的建议。

法国实行医药分开制度,对药品的报销也采用目录管理的方式。除列入ALD的疾病用药可以全额报销以外,其他门诊药品都需要个人承担一定比例的自付费用。具体的自付比例由药品的临床医疗价值(SMR)决定:SMR高的可以报销65%,SMR中等的报销30%,SMR较低的报销15%,SMR不足的不予报销。住院药品除了被纳入DRG打包支付的一部分外(约占40%),高值的药品以及低用量的药品也会列入补充药品清单,经卫生经济学评估后通过与药企进行价格谈判确定其定价及报销比例。近年来,为了降低患者使用创新高价药品的经济负担,法国还推出了管理准入协议(MEA)制度,与制药公司签订量价协议,提供一定的药品价格折扣,少数MEA还设置封顶线。MEA涉及的药品价格和协议内容是保密的,但CEPS在年报中会公布每类协议收到的折扣总数。例如,2019年共签订了262份MEA,其中185份提供了折扣^[69]。

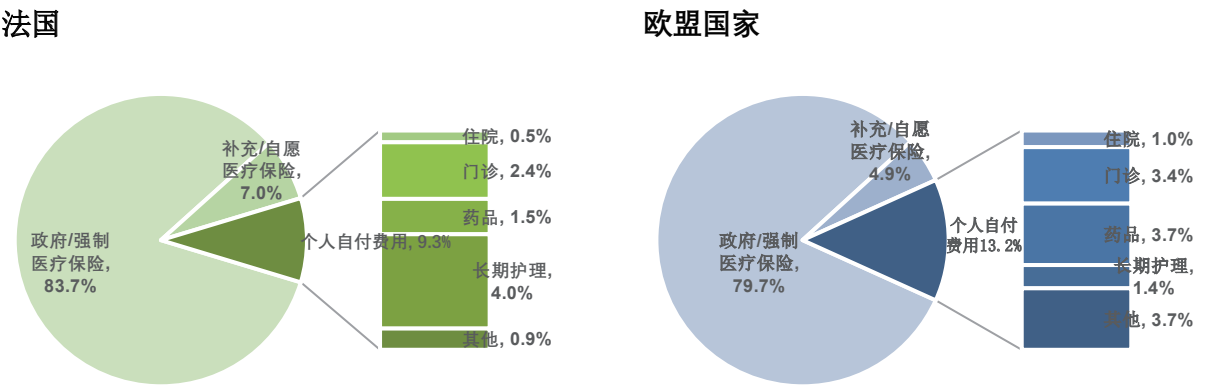
6.2. 实施效果

WHO对1995年到2006年(即CMU推出后的第六年)法国医疗支出的经济负担进行了分析。整体而言,家庭自付医疗费用占其支付能力的比例不断下降:从1995年的6.3%,到2001年的5%,再到2006年的3.9%。医疗卫生支出超过其支付能力10%的家庭比例从1995年的21%下降到2006年的11%;承受高额医疗费用负担(即花费超过其能力的25%的医疗费用)的比例也从5.9%下降到2.6%;而承担了灾难性卫生支出的家庭的比重从1995年的2%下降到2006年的1%。自费支出的不同构成部分也呈现出相同趋势。1995年,分别有2%和1.8%的家庭的药品与门诊治疗费用超过其支付能力的25%。到2006年时,两项指标均有所减少。此外,在三个时间节点,无论是绝对值还是相对值,较富裕的家庭的自付费用比都是更高的。在2006年,最贫穷的五分之一家庭平均医疗支出占其家庭总支出的2.6%。对于最富有的家庭来说,这一比例是4.2%。这表明,法国在控制医疗自付费用上实现了一定的累进性^[70]。

^⑩注:在部分文献中,此基金的缩写简化为CNAM。

更近期的研究以及与其他国家的对比也能进一步体现出法国医保体系在化解就医负担上的效果。2019年，法国的医疗自付费用比例在所有欧盟国家中是最低的（9.3%），因为公共和私人医疗保险计划覆盖了绝大部分医疗支出（图6）。这种情况在针对慢性病患者的计划中尤为明显^[71]。Baird（2016）对九个发达国家不同收入群体的高额自付医疗支出情况进行了对比分析。虽然每个国家都有明显的基于收入的保险不足率的差异，但法国的极端贫困者和中等以上收入者之间的差异是最低的（16.4%）。相比之下，日本为差异最大的国家（35.6%）。从绝对值来看，法国的贫困人口面临高额医疗费用的可能性是最小的（11.5%）^[72]。

图 6. 法国与欧盟医疗支出构成对比



当然，法国医保体系也面临着一些挑战。例如，2014年世界银行发布的一份报告显示，虽然法国在全科医生服务使用上较为公平，但专家服务和牙医服务的公平性在13个OECD国家中排名最后。此外，乳腺癌和宫颈癌筛查等预防服务的利用在很大程度上也受到收入的制约，且不同收入群体之前在服务使用率上的差异比许多欧洲国家都更为显著^[73]。Grignon等则发现，在法国，家庭月收入低于700欧元的个人即使能够得到较高比例的医保费用补贴也不太可能购买CHI。而那些已经购买CHI却没有补贴的人将因为CHI的福利获益，从而使扩大覆盖面的边际成本非常高^[74]。此外，虽然法国的医保体系具备医疗服务与报销效率高、基本覆盖全部人口、参保人满意度高等诸多优点^[75]，但这也令法国的医疗支出在世界范围内均处于最高水平。从医疗预算来看，法国的医疗预算金额排名世界第三，约占国民生产总值的10%，至今仍存在着较大的亏空^[76]。

7. 西班牙

- 世界银行国别收入类型：高等收入国家
- 人均公共卫生支出：\$2,711 (2019)
- CHE占GDP比例：9.13% (2019)
- OOP支出占CHE比例：21.81% (2019)
- 灾难性卫生支出发生率 (10%/25%)：7.9%/1.1% (2019)
- UHC服务覆盖指数：86 (2019)

7.1. 具体做法

1986年颁布的《一般卫生法》首次明确了西班牙全体国民都有获得医疗保健服务的权利，并在此基础上形成了以全民覆盖为基本原则的“国家医疗保健系统”(SNS)，其资金主要来自税收。个人只要就业，就会被强制要求加入国家社会保障体系并缴纳社会保障金。其无工作的配偶和子女可一同免费获得公立医疗机构的服务。

SNS有着明显的“去中心化”特征但地区保障差异较小。西班牙全国分为17个自治区，每个自治区分别负责管理当地的公共医疗系统。因此，SNS规定了两类服务包——适用于所有自治区的共同福利包和各区可自行制定的补充福利包。共同福利包的内容包括核心医疗服务、补充医疗服务及附属服务三个子类别。核心医疗服务涵盖了所有预防、诊断、治疗和康复服务，以及紧急医疗运输。^⑩患者无需为这些服务支付任何费用。补充医疗服务中的处方药和医疗器械会根据最终产品的价格确定个人自付比例，并结合家庭年收入情况设置月支付额封顶线。附属服务也受制于同样的费用分担机制，适用于所有其他未被前两类服务包含的服务或技术（通常是被认为非必要的和/或被用作提升长期护理效果的辅助工具）。各自治区可以将未包含在核心医疗服务包中的医疗技术或服务项目纳入该区的补充福利包中^[77]。由于核心医疗服务包所包含的服务项目已经非常丰富，因此尽管各自治区有较大的自主性，但实际的保障水平的地区差异很小。

尤其关注药品的可及性。西班牙结合了正面清单与负面清单模式，确定可以报销的药品。门诊药品通常不会全额报销，患者的自付比例通常与收入相关。住院药品除了国家建立清单之外，每个医院都有单独的住院药物处方集(HPF)，部分自治区有联合 HPF。住院患者使用HPF中的药品时不需要承担自付费用。由于药品报销的水平很大程度上依赖于各自治区的财政，因此实际的报销政策会因经济发展以及财政收支情况进行调整。例如，2012年，受到经济危机和缩减财政开支的双重压力，西

^⑩注：包括一揽子全面的初级保健（如急性和慢性护理、健康促进和预防、母婴护理、精神保健、姑息治疗、医疗咨询等）以及专业保健福利（如急性或长期住院护理、日间护理手术、家庭护理、器官移植等）。

班牙对门诊处方药的报销政策进行了调整，主要是提高了部分人员的自付费用比例^[78]。不过，药品的公平可及一直是政府强调的重点之一。为此，除了在需求端给予补贴并对费用进行控制外，西班牙政府还从供给端对纳入SNS报销范围的药品定价进行监管，并且采取强制性回扣制度（具体回扣比例为：新药7.5%、孤儿药4%、在市场上销售超过10年且没有仿制药或生物类似物的药品15%）。此外，当第一个仿制药或生物类似物上市时，其价格必须比原研药的价格低40%，原研药和参考药的价格也必须同步降低。如果仿制药满足一致性标准（即包含相同活性成分、相同剂量和药物形式的药品的参考组），则价格必须降低到该组中最低的价格。否则，药师填写处方时会直接用当前最便宜的仿制药替代^[79]。

表 10. 西班牙门诊药品自付比例及封顶线

	自付比例	封顶线
在职人员		
低于18,000欧元	40%	8.23 欧元/月
18,000-100,000欧元	50%	18.52 欧元/月
高于100,000欧元	60%	61.75欧元/月
退休人员	10%	
弱势群体*	0%	
慢性病药品	10%	4.24欧元

*弱势群体主要包括低收入养老金领取者、没有失业救济金的失业超过两年者、经历工作事故和患有职业病的工人。

广泛应用公私合作模式。在服务提供上，为了缩短患者等待时间，SNS的一个特点是将专业护理服务外包给私人（主要是非营利性）医院，特别是需要先进技术的诊断服务或门诊手术。在加泰罗尼亚，SNS中三分之二的医院服务都是由私立非营利医院提供的^[80]。2015年，私营部门医疗卫生支出约占西班牙全国总支出的29%^[81]。还有其他类型的公私合作模式被运用于西班牙的医保体系，包括将公立基金会或机构划归到民法的管辖范围、自治区政府与私人供应商签订合同覆盖该区所有医疗服务，以及由医生协会作为实体向公共医保系统出售服务等^[82]。

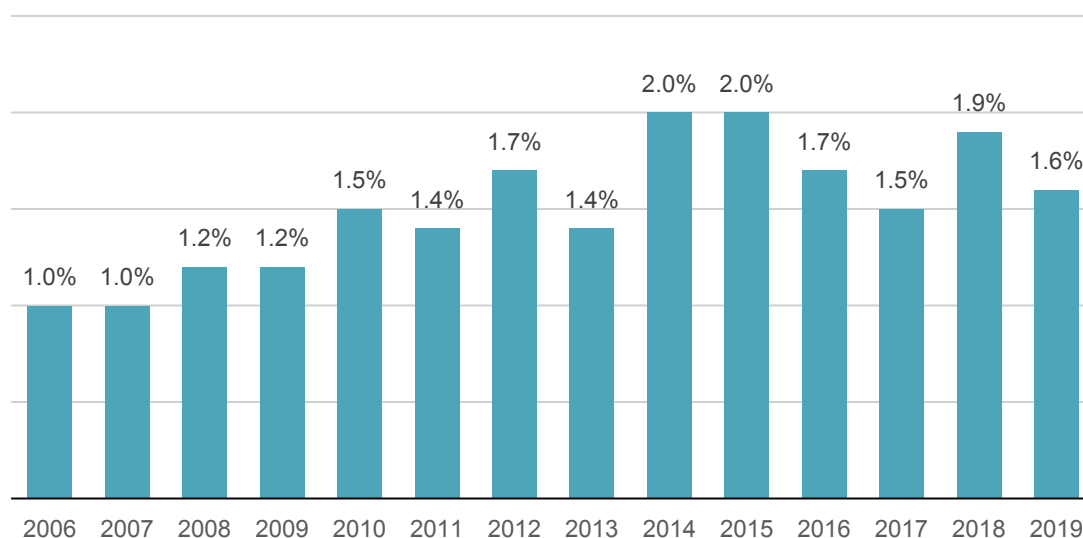
7.2. 实施效果

2008年，21.32%的西班牙家庭将月收入的10%以上用于自付医疗费用，平均每年的灾难性卫生费用缺口为582.04欧元，全国年度总灾难性缺口为9075.14百万欧元，占该年西班牙GDP的0.82%。若将标准设置为40%，仍有4.42%的家庭将其收入的40%以上用于自付费用^[83]。

2008年金融危机后,自付费用在西班牙医疗支出中的比例从2009年的19.0%增加到2019年的21.8%。尽管药品支出的报销率很高,但由于2012年采取的一系列措施增加了大多数人的药品共付额,整体自付费用仍相对较高^[84]。2019年,近四分之三(73%)的家庭有自付费用发生,高于2006年的68%。这种增长在最贫穷的五分之一人口中最为明显。从2006年到2019年,西班牙较富裕的家庭始终比较贫穷的家庭更有可能产生自付费用。不过,最富有和最贫穷的五分之一人口中支付自付费用的家庭比例差距在缩小。

2019年,1.6%的西班牙家庭中发生了灾难性卫生支出;有1.5%的家庭面临因自付医疗费用致贫的风险,高于2006年的0.5%。从2006年到2019年,因自付费用陷入贫困或贫困加重的家庭比例从0.2%上升至0.8%。尽管存在波动,但这一指标数值从2006年开始上升,并在2014年和2015年达到2%的峰值。在经济危机后,灾难性卫生支出的发生率有所下降(2016年、2017年)^[85]。

图 7. 西班牙家庭中存在灾难性自付医疗支出的比例(2006-2019)



数据来源: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/uhcfp_2-households-impoverished-after-out-of-pocket-payments/visualizations/#id=36739&tab=graph

灾难性卫生支出以及因病返贫风险主要是由牙科服务自付费用造成的。2015年,牙科保健占最贫穷五分之一人口灾难性卫生支出的一半,而在其他收入群体中占比超过三分之二。从2016年开始,家庭预算调查对医疗服务分类方式进行了调整,部分牙科护理被归为医疗产品(牙科材料),一些牙科手术则归到了门诊服务下。三类与牙科相关的服务在2018年占西班牙家庭平均灾难性医疗支出近75%,其次是门诊药品(16%)^[86]。

相对于其他欧洲国家,西班牙医疗卫生支出占GDP的比例和人均医疗卫生支出是比较低的。在药品支出方面,金融危机前(2000-2009年)西班牙人均公共药品支出(医院端和零售端合计)的实际年增长率为6.2%,高于人均GDP增长率4.7%。从2010年到2013年,医药总支出以每年降低7.35%的速度快速回落到与2004年接近的水平。2013年之后,医药支出水平以缓慢速度上升,年均增长率为2.6%,低于西班牙人均GDP增长率(2.9%)^[87]。更新的数据同样支持这一观点:与其他欧洲国家相比,西班牙的灾难性自费支出的发生率很低,与瑞典和英国持平^[88]。

而公私合作的模式也为西班牙的医疗系统带来了不可忽视的益处。研究表明,如果没有前文提到的各类公私合作模式,首诊候补名单人数将增加153%,患者平均等待时间将增加58天;外科手术候补名单人数将增加102%,患者平均等待时间将增加75天;医院床位的占用率将从目前的70.6%提高到85%;公共系统承担的成本将比先行制度安排的高出25~35%^[89]。

3

典型国家的经验启示

1. 基于科学的评估设计保障方案

保障方案设计是安全网建设的重要维度,政策制定者需要在平衡卫生服务的收益和成本的情况下,结合财政、国民健康、基础设施状况,做出系统性决策。此外还需要考虑不同人群获得服务的困难程度、未满足的医疗保健需求,以及潜在导致经济困难的原因和规模(需要特别关注贫困和边缘人口的需求)。设计保障方案还需要保证信息的质量和可用性,通过分析确定为哪些群体提供哪些福利。

各国普遍强调在确定服务包时需要考虑卫生经济学评估的证据^[90]。不论国家的资源是否充足,利用有限的公共预算购买价值最大化的医疗卫生服务都是主要目的之一。绝大部分经济学家主张以健康收益最大化为目标,并使用成本效益分析作为政策制定工具。尽管成本效益标准的应用存在一些理论上的局限性,但它已经是一个被广泛接受的用于分配稀缺医疗资源的合理原则^[91]。因此,在实现UHC、提升药品可及性和优化医保体系上,总体趋势是设立卫生技术评估机构或对其进行改革。

从本章分析的国家的经验来看,保障方案通常是针对具体疾病/服务项目以及药品分别设计的。在设计疾病保障方案时有两种不同的模式:(1)基本服务方案。涵盖基本的初级医疗卫生服务,少数情况下也包括一些二级医疗卫生服务,如妇幼保健、小型手术和轻微疾病;(2)全面服务方案。涵盖几乎所有初级、二级和紧急类医疗服务,包括慢性病管理和大型手术。这两类模式的设计思路又可以分成“负面清单”与“正面清单”两种^[92]。从各国经验来看,在资源匮乏和财政空间有限的情况下,基本服务方案更具操作

性。许多中低收入国家往往从基本服务方案开始,之后逐渐增加服务项目。一揽子服务方案通常在国家经济水平步入更发达的阶段和/或国家财政预算充足(通过设置专门税或搭建一个有效的筹资系统)的情况下推出^[93]。在亚太地区,一些国家已经较为成功地实施了全面服务方案,部分国家的社会医疗保险没有覆盖一些重要的项目,例如专家门诊、门诊服务、医疗影像、健康咨询等。此外,一部分特殊、专门医疗服务项目往往被排除在外,如牙科和验光护理、药物滥用护理,或肿瘤、器官移植、心脏病手术或血液透析等灾难性疾病。

服务方案对于推动医防融合有重要的作用。泰国之所以能够以较低的投入取得较好的健康产出,与其UCS的服务包设计不断增加对预防性医疗服务项目的资金有密切关系^[94]。在其他国家,虽然国家医保部门设计了全面服务方案,但在实施过程中,由于服务碎片化、资源分配有限、部分地区服务质量低下或缺乏监督,政策落实效果并不好^[95]。可以看到,如果真的想要减轻患者就医负担,服务包中不仅需要对医疗服务/项目/技术进行设计,还需要有对药品的专项补贴。针对给低收入群体带来较大经济负担的疾病,澳大利亚的LSDP计划、西班牙对于门诊和住院药品的区分报销标准设计都具有借鉴意义。

在服务包中的项目确定后,不同群体的报销标准往往还需要进行差异化设计,且不可避免地需要考虑医疗系统的资金情况。在许多国家,虽然没有名义上对可报销项目的范围进行限制,但由于设置了赔付封顶线、免赔额或较高的费用自付比例,人们实际上无法获得全面的服务。一旦确定了服务范围和费用比例,降低或缩小它们将非常困难,因为这可能会引起大众的强烈抗议。因此,以较低的起步线作为基础,并根据经济社会发展逐步扩大覆盖面和保障水平,是较可行的做法^[96]。同时,可以通过增加预付补贴等方式,降低最贫困与弱势群体的自付费用^[97]。有学者提出,目前中国的高个人负担比情况与韩国类似,应当参考韩国的做法,优先选择提高费用补偿比,而不是拓宽卫生服务项目。韩国采取此种路径主要是因其国内私人医疗机构占有绝对的主导地位,一些抑制医疗机构行为与控制医疗费用上涨的政策措施难以得到贯彻执行。而中国的情况完全相反,公立机构占有主导地位。因此,当务之急是提高统筹基金对医疗费用的补偿比,再考虑拓宽医疗保险的保障范围^[98]。

2. 资金的筹集与管理

卫生筹资系统包括三个核心部分:筹资;统筹(即经费的集中和管理,有时也被称为“费用分担”)和购买(即将筹集的资金分配给医疗保健服务提供者)^[99]。当前,即使在医保系统较为发达的国家,资金不足和不可预测性仍然是扩大医保覆盖面以及提升保障充分性的主要障碍。如何同时在质量和数量上提升公共资源,创造一个稳定的资金系统,是各国医疗卫生部门的共同难题,也是中国的安全网建设必须面临的挑战。

2.1. 资金筹集

一般来说,各国政府可以通过扩大医保覆盖、提高缴费标准或建立健康税来增加专项资金,还可以增加非专享税收收入或使用其他动员资金的方法(如提高资金使用效率、打击非法资金流动等)。目前,包括中国在内的大多数亚洲国家都采用了社会保障缴费和税收的混合筹资模式。在具体实践中,混合筹资模式又可以分成不同的形式,如:

- 税收用于提供基于全体人口的干预措施或提升初级保健水平,而医保/社保缴费用于资助其他级别的医疗保健;
- 税收和医保/社保缴费用于支付不同的成本项目。许多国家使用社会保障缴费支付卫生服务项目,同时使用税收收入提供供应端补贴以支付某些运营成本(如人力开支、固定资本支出);
- 税收用于资助特定人群的医保费用;
- 有一定程度的自付费用,而税收用于为最贫困和最弱势人群或特定群体支付医疗自付费用。

许多国家已经开始将某些消费税收入用于医疗保健,特别是将“有害税”(sin tax)收入作为专款资金——此类税通常针对有害人体健康的商品和服务设置,特别是烟草、酒精、糖和赌博等。因此,它们不仅能增加医保资金规模,还能够抑制对健康存在危害的消费行为。韩国在推动医疗保障体系改革的过程中,就将烟草税收入的54%用于医疗费用补贴,有效扩大了NHI的覆盖面^[100]。类似的情况也发生在其他国家,如菲律宾自2012年开始对烟草和酒精征收专项消费税,并将税收收入的85%分配给卫生部门。这帮助菲律宾政府筹集了大量额外的卫生资金,为社会医疗保健覆盖范围的扩大起到了重要作用。

研究显示,如果将烟草、酒精和含糖饮料征收更高的税率使其零售价格增加50%,未来50年内全球可以增加20万亿美元的额外税收。对于54个在2030年无法达到中等偏高收入水平的国家,这将在2030年底前产生约247亿美元的额外资金^[101]。探索征税的可能性时的一个关键因素是国家的财政空间,即能够在不影响宏观经济稳定的情况下增加公共卫生支出预算。这取决于国家税收的能力、收入水平和分配、增长率以及劳动力市场结构^[102]。其他国家通过专门的资金流或一定比例的特定税收收入筹集医保专项收入。例如,马来西亚的MySalam为全国收入最低的五分之一人口提供住院或重大疾病治疗费用的现金福利,该计划主要受到一家私人控股公司捐赠的种子基金的支持^[103]。

近年来国际上倡导各国以“全政府”(whole-of-government)的方式推动全民健康覆盖。从筹资的角度来看,这种方式主要有两点优势:(1)可以通过跨部门的合作(如卫生部、财政部以及其他相关部门和政府机构,如劳动部)来强化卫生筹资政策;(2)在预算编制方面具有潜在的效率优势。由于该方法鼓励各部门根据为一个或一组全国性的共识目标作出努力,来进行预算和支出安排。因此,它能促使政府各部门将重点放在预算最终产生的结果上,并与其他部门充分协调、展开合作。

2.2.费用分担

在费用分担机制的设计上,为不同人口群体设立单独的基金池对防范财务风险限制了弱势群体获得跨部门补贴与福利的机会,有损医保覆盖的公平性。而统一的基金池能更好地汇集风险,同时使为贫困人群提供跨领域的支持成为可能,各种服务提供者之间的竞争也会提高卫生系统的效率^[104]。在这方面,韩国的经验可以给我们提供有益的借鉴。在改革初期,韩国也采取了多种基金池的模式,因为将不同人群的多样性特征纳入单一风险池需要一个开支巨大的复杂管理结构,同时这种方式也有助于快速扩大医保的人群覆盖面。但随着制度的普及,要最大限度地减少不同基金池在福利水平以及筹资标准之间的差异,并通过统一的政策指导和高效的信息系统进一步减少不同基金之间的差异,提高医保体系的效率和公平性^[105]。并通过增加高收入人群的缴费、减免低收入人群缴费等措施,增强了不同群体的互助共济性^[106]。而其他一些制度不完善的国家(如越南),则为我们提供了反面案例,由于设置了不同的基金池,且并未建立统一的费用分担机制,越南强制医疗保险计划中最贫困的参保人接受住院治疗的可能性较低,而在针对贫困人群医保计划中,这一群体的住院服务利用率甚至更低。

2.3.服务购买

不合理激励对实现基于需求和为贫困人口提供财务风险保护的医疗服务使用将产生负面影响。如果医保制度的目标是增加高优先级服务的使用率,则按服务费用向提供者支付某些服务费用可能是有效的。然而,不受管制的按服务收费可能会鼓励提供者增加更高费率服务的数量,导致“过度就医”等问题出现。目前,国际社会提倡的使用基于效果付费的方法,因其能有效地将激励与全民健康覆盖的“公平性”目标对齐。在泰国,支付方式改革主要包括按人头付费和按疾病诊断相关组付费,覆盖了所有医疗机构、所有患者和所有服务。这种做法既有宏观层面的总额控制的硬性约束,也有微观层面的DRGs的激励与约束机制。中国也可借鉴泰国经验,实现支付方式改革的全覆盖,对供需双方的服务和就医行为进行规范^[107]。另外,国际劳动组织指出,人口正在老龄化的国家需要通过采用创新的健康服务和促进机制,及早设计削减医疗成本的措施。例如,日本虽然已经建立了发达和充足资金的医疗保障系统,但与老龄化有关的医疗成本的不断增长仍构成了挑战^[108]。为了控制不断上升的医疗支出,中国也需要在问题变得严峻之前将预防性医保政策的制定与实施嵌入安全网的建设之中。

3.对重点人群进行精准界定与识别

划定哪些人群能够被纳入安全网是政策设计中的一大难点。而精准、有效地识别这些人群,让他们真正能被安全网覆盖,则更具挑战性。目前,各国医疗保障安全网(或具有安全网作用的医保计划)的重点保障对象主要从收入、年龄、医疗开支、是否患有重大疾病、居住地区等维度出发进行界定。

世界银行提出的“社会保护实施链条”为公共卫生部门提供了一个设计人群界定与识别系统有用工具^[109]。该框架列出了任何社会保护政策在实施过程中包含的九个环节（接触、吸纳与登记、需求与现状评估、资质与注册、保障内容告知与引导、服务与福利提供、受益人合规/信息更新/处理争端、退出计划/结果管理）。目前，主要有五种识别目标人群的方式^[110]：

- 基于家庭收入的经济情况调查：规定一个具体的收入水平来确定具有被保障资格的家庭。这种方法能够实施的前提已有可靠的家庭收入数据。
 - 基于准家计调查 (proxy means test)：根据能够明显反映一个家庭是否贫困的家庭特征（例如家庭规模、户主性别、家庭人口构成、家庭住所类型、房屋材料、家庭资产）^[111]，给每个家庭打分。
 - 社区识别 (community targeting)：使用本地社区认为相关的各种收入替代变量，让社区指导并参与人群识别工作。
 - 自我选择：类似福利政策，让符合条件的个体/家庭自主申请，以获得相应保障。
 - 地理识别：利用贫困数据地图或直接观察确定贫困人群集中度较高的地区。
- 具体实践中，各国卫生或社会保障部门通常会将多种方式组合使用。

表 11. 五种受益人群识别方式的优缺点^[112]

识别方法	优点	缺点	适合在哪些地区使用
经济状况调查	准确	需要高水平的识字和良好的收入证明； 行政过程繁琐； 可能会导致工作不积极	政府执行能力强； 报告的收入数据可核实； 受益人的收益足以证明管理成本的合理性
准家计调查	家庭特征易观察、验证； 贫困相关衡量变量必须与收入相关且稳健	需要大量可识字和受过计算机培训的人员以及技术设备； 尽管平均下来识别效果好，但具体到单个家庭的准确性较低； 对福利和人口流动的快速变化不敏感	在社会经济现状较为稳定的前提下旨在解决长期贫困问题的制度； 目的为最大化资金投入回报的一个或多个大型项目
社区识别	取决于现有信息的准确性，例如贫困地图	当地参与者可能还有其他激励措施； 可能会继续或加剧社会排斥； 本地对福利的不同定义可能使评估更加困难	当地社区定义明确且具有凝聚力； 小型项目； 大规模行政部署不可行时

识别方法	优点	缺点	适合在哪些地区使用
地理识别	执行简单； 与其他方法配合 更容易	取决于现有信息的准确性， 例如贫困地图； 在贫困未在空间上集中的地 方效果较差	不同地区的生活水平存在相 当大的差异； 提供的干预将使用固定地点 (如学校、诊所或当地政府办 公室)
人口学识别	执行简单 给受益人带来的耻 辱感较低； 通常在政治上很受 欢迎； 与社区识别相结合 时效果很好	在人口特征与贫困相关性差 的地方较难准确识别到针对 人群	人口动态统计或其他人口数 据统计覆盖范围很广的地区； 需要低成本的受益人识别方 法的地区
自我选择	管理成本可能很低； 引起劳动力抑制的 可能性较低	可能存在社会耻辱感	对此类机会有很大需求的地区，如极端贫困地区； 个人快速陷入和摆脱贫困的 地区

4. 提倡社会力量的广泛参与

在泰国、美国、西班牙等国家的案例中，都可以看到各种社会力量在发挥着积极的作用，尤其在欧美等经济发达国家，公益慈善行业相当成熟，非政府组织（NGO）的资源、影响力、能力已经在医保制度的实施中得到了充分体现。在中低收入国家，NGO在筹资和提供医疗服务，尤其是基本医疗服务方面也发挥着重要作用。NGO为人口稀少的偏远地区提供卫生服务上具有独特优势，而且很可能比政府部门更负责任。在降低就医负担上，NGO可以通过开展不同类型的项目减少贫困人口的医疗支出。例如，在苏丹，NGO为儿童提供免费疫苗接种服务；在孟加拉国，NGO在农村地区建立无障碍厕所或提供贷款，以改善村民的健康状况^[113]。在印度，个人支出约占医疗支出的三分之二，医保覆盖率整体较低（尤其是非正式部门的工人），社区医疗保险（community health insurance, CHI）因此流行起来。在2012年，印度所有CHI计划都是由NGO组织的，增加了医疗服务的可及性，减少了自付费用^[114]。

私营企业也在推动全民健康覆盖中有重要价值。从法国、澳大利亚等国的做法来看，私营部门可以通过提交正式建议（如应当纳入LSDP计划报销范围的药品）直接影响保障方案。虽然药企并不一定以社会利益最大化为主要考量标准，但由于有较完善的审核程序兜底，企业对市场格局、患者需求的认知本身就反映在了其上交至政府部门的提议之中。此外，私立医疗机构能分担公立医疗机构的服务压力。不过，在韩国，私人提供者的主导地位 and 被动私有化（即公立提供者数量不变，但私人提供者数量增加，导致公共提供者比例下降）产生了一些副作用^[115]。为了实现全民健康覆盖的公平目标，对私营部门在安全

网中的管理需要与筹资制度联系起来，例如通过与基于绩效的采购^⑫相结合作为取消自付费用的补充，来调整激励措施^[116]。

此外，由私营企业提供的保险也可以成为国家保险的有益补充。在日本，社会医疗保险按照社会化经办的原则，城乡居民、学生等国民保险由最基层的政府市町村承办运营，大型私立企业的社会医疗保险由企业承办运营，而公务员、私立学校职员、地域内特殊职业往往由政府负责。一些中小企业和自由职业者因为人数少，往往由协会运营。这种做法减轻了政府的压力，分散了社会医保的经办成本^[117]。不过，私人医疗保险虽然可以减轻个人自费支付的财务负担，但也可能带来公平性的问题。一般来说，购买自愿保险需要额外的保费支付，对较贫困的家庭来说是额外负担。因此，私人医疗保险的使用往往集中在更富裕的群体之中^[118]。所以，私人医疗保险的设计与监管对各国医保部门而言都是一大挑战。

表 12. 社会力量在全民健康覆盖中的主要参与方式

参与方式	机构类型
支付方或资方	私营保险公司 慈善机构
服务提供者	私立医院与诊所 私人医生与护士 公民社会组织 慈善机构
医疗产品供应	制药公司 医疗企业供应商

虽然私营部门有其独特的优势与资源，但公共部门仍具有决定性的统筹与领导的作用。除了通过募集资金为实现UHC做出贡献之外，政府还通过一些措施，如强制加入保险基金或补贴医疗保健提供者为其公民提供服务，保证卫生保健服务的可及性^[119]。

5. 注重面向公众的沟通与宣导

大量研究表明，缺乏对医疗保障政策的了解（包括是否符合参保资格、能够得到哪些保障、如何获得相应服务等信息）在很大程度上阻碍了全民健康覆盖的实现，在中低等收入国家以及农村偏远地区这一问题尤为严重。复杂的注册与报销流程也是一个重要障碍^[120]。对于一些特殊人群而言，对污名化与歧视的

⑫注：近年来，基于绩效的融资（PBF）逐渐成为国家卫生融资政策的改革方向。PBF旨在增强对提供更多数量或更高质量的高优先级的医疗卫生服务的激励。它不是一个独立的机制，而是在现有的基本支付方法之上提供一个附加的支付手段。这种机制通常也被称为绩效支付（P4P），有时也被称为基于结果的融资（RBF）。不过，RBF也可能包括对服务使用者以及提供者的具体激励。

担忧也可能让其不愿意主动了解权益,或选择放弃保障机会。另外,由于医疗救助或一般性医疗保障都涉及到重新注册/延续参保资质,因为宣传引导不到位导致的中途退出问题(主动或被动)仍相当普遍。

Meng等人对扩大弱势群体的保障覆盖策略进行了系统性回顾。其中,“提高重点人群对于保险政策及其可获得的福利的认知”是一个重要的大类。各国在帮助人们了解保障制度/计划相关信息方面主要有两种方式:(1)借助公共媒体进行宣传。在许多国家,医疗保险计划通过电视、广播、印刷广告、互联网或宣传热线向潜在的合格人群进行宣传。一些保险企业雇用市场专家或与其他组织合作,组织营销活动;(2)在特定地点展开宣传活动。例如,在家长和儿童常聚集的地方组织有关儿童健康保险项目的宣讲活动^[121]。这两种方式本质上都属于引导性服务。Piemeu等总结了引导性服务的两大类型:一是为患者提供实际支持的服务,包括帮他们对接到支持团体和咨询服务、提供交通、提供现有资源的信息、帮助完成服务预约、填写文件、以及协调患者与医疗服务机构,确保服务顺利展开;二是在人际关系层面帮助患者(例如帮助作出选择、为治疗后康复护理提供支持以及回应患者的情绪困扰等)^[122]。引导性服务有助于提升各类弱势、边缘群体获得医疗保障的机会,并减少保障在不同社会经济阶层中的不平衡。

上世纪九十年代以来,引导性服务在美国、加拿大、欧洲等地的医保制度中被运用较多,尤其是美国^[123]。这一点从本章节的内容也能反映出来——不论是美国政府还是社会各界,都投入了大量资源,帮助潜在受益人能顺利参保,并保证其能享受其应有权益。

近年来,第三世界国家也开始实施覆盖面各异的引导计划。不过,这些国家的政策并不一定使用“引导”这一特定术语,且投入相对不足。Louart等对低收入国家的患者引导计划进行了系统性回顾。他们没有找到专门针对穷人和老年人的患者引导干预措施。目标人群(部分措施针对多个群体)有艾滋病毒感染者或高风险人群、孕妇和新生儿、某种疾病(如结核病、精神疾病或乳腺癌)的患者、儿童(患有肺炎、腹泻或疟疾等疾病)或所整个社区。宣导员通常是社区卫生工作者。其他性质的人员包括社区自有资源、社区卫生代理机构、社区干部、女性社区健康志愿者、社区康复工作者、业余咨询师等^[124]。部分亚洲国家也采取了针对性措施:尼泊尔的健康保险委员会通过招募志愿者担任参保助手(特别是女性社区卫生志愿者)与民众沟通,以提高注册人数;巴基斯坦开展提升公众意识的活动,宣传个人可以通过Sehat Sahu-lat 获得的权利;在越南,社会保障部门依靠邮局和工会等代理网络以及客户服务中心来宣传有关福利和注册的信息。

已有研究表明,引导性服务提高了低收入群体和无家可归者获得基层卫生服务的可能性,有助于减少弱势群体患者的急诊使用和相关费用,并通过在患者与服务团队之间建立更好的沟通,来促进医疗服务的提供^[125]。

对于中国而言,互联网与智能手机渗透率高提供了宣导有利的技术基础。然而,由于人口基数庞大、各地资源禀赋差异较大、医保政策本身的复杂性,普通民众(特别是弱势人群)在获取信息、选择保险计划、完成参保以及获取其他非医疗性社会保障资源时仍有大量未满足需求。因此,这是未来中国建设、落实安全网的必要考虑因素。



05

...

构建中国特色医疗保障
安全网的建议



完善中国特色医疗保障安全网的顶层设计

《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》的出台明确了我国医疗保障安全网的主体框架,并且对制度构成有了比较明确的规定,但如果从总体国家安全和推进共同富裕的视角看待医疗保障安全网的重要性的话,还缺少完整的顶层设计。尤其是对于医疗保障安全网要实现的目标、各项制度的责任边界以及整个体系的运行机制还没有形成更具操作性的规定。

尽管多层次医疗保障体系的建设目标在《关于深化我国医疗保障制度改革的意见中》得到了明确,但对于医疗保障体系要在多大程度上解决人民群众因医疗费用支出而面临的风险,现有的政策文件中并没有给出清晰的目标。

因此我们建议进一步完善医疗保障安全网的顶层设计,在目标和路径的设定中可以分期分阶段的方式,分别明确短期、中期以及长期要达成的效果。尤其在个人风险保护机制方面,不同于国外普遍采用的个人自付费用封顶机制,我国现行的保障模式是医保基金支付封顶,显然在为个人提供财务保护方面有一定的差距,对此要综合考虑基本医疗保险基金的承受能力以及其他补充保障体系的发展程度作出分阶段的规划,逐步夯实医疗保障安全网。



医疗保障安全网 要坚持平急结合的原则

考虑到人群和风险的多样性,医疗支出又兼具规律性和突发性的特点,医疗保障安全网在化解相关群体的医疗财务风险上有不同的运行模式,可以基于人群,重点降低部分弱势人群或高风险人群(如老年人、儿童等)的财务风险,也可以基于疾病,重点针对可能导致大额支出甚至灾难性卫生支出的部分疾病,施行更低的个人自付费用标准或更高的报销比例,世界各国普遍采用的是二者兼顾的模式,事实上我国目前的制度设计中也同时考虑了两种情形,尤其是在《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》发布之后,各省都在实施意见中明确了对医疗救助对象实施分类救助的原则和标准。建议在各省、市落实的过程中以分类救助为基础,建立“平急结合”的保障体系,一方面预先圈定特定人群作为重点保障的对象,在报销政策的制定上给予更多倾斜,如进一步提高报销比例、降低或免除起付线等;另一方面通过预先设定医疗支出的风险阈值,通过监控预警主动发现发生高额医疗支出的人群,对其报销比例进行上调或通过其他制度提供补充保障,缓解这类具有一定突发性的医疗财务风险。



形成安全网相关制度保障范围的制定标准

在UHC相关研究中,通常从两个方面来衡量保障是否充分。首先,服务包的设计应该是全面的,并满足灵活性、可获得性和高质量的标准。其次,由集体筹资机制承担的服务占比要足够高,以避免将经济负担转嫁到个人身上,从而有效地实现财务保护。世界卫生组织提出,各国在决定医保制度应当涵盖哪些服务时需要注意:成本效益、将最贫困人群放在更高优先级、以及财务保护。

财务保护作为要重点考虑的一个因素,需要有一定的定量标准进行衡量,尽管“因病致贫”、“因病返贫”等概念被一再提及,但目前我国事实上并没有明确统一的标准对财务风险进行界定。建议相关部门对“因病致贫”的概念给出更加量化的定义,也就是回到我们对于“医疗保障安全网”概念中的“个人及家庭医疗支出风险”,要对风险的标准作出清晰、明确的规定。

2012年城乡居民大病保险制度正式出台时,在保障范围和目标的设计过程中就参考了世界卫生组织关于“家庭灾难性医疗支出”的定义,总体目标是在平均水平上使个人支出的医疗费用低于家庭灾难性医疗支出的标准[126]。或许完全参照国际上的标准不一定符合我国的实际情况,但可以结合我国的人均收入、家庭收入、医疗费用支出以及基本医疗保险的基金承受能力等数据,对影响我国居民个人和家庭财务安全的阈值进行测算。研究制定一个适合我国国情的、与家庭可支配收入挂钩的补偿标准。在实际标准的设定过程中,也可以与顶层设计的阶段性目标相结合,即使短期内无法做到个人负担封顶,也可以分阶段逐步降低补偿的阈值标准,逐步提高医疗保障安全网的保护强度。

与此同时,还可以通过测算进一步明确不同人群的风险阈值,对于某些特定的高风险人群,如重特大疾病患者、老年人群、低收入人群等,设定不同的补偿标准,有针对性地提高医疗保障安全网对特定人群的保护力度,这也符合实现全民共同富裕的客观要求。由于涉及不同人群的识别,还需要逐步建立一个运作良好的国家数据系统,并对采集哪些指标数据、以何种方式更新数据等内容进行统一的规范。



尽快推动政府主导的医疗保障制度的统一性

考虑到医疗保障安全网的目标是尽可能全面地解决家庭或个人因医疗卫生支出所导致的财务危机,政府在其中发挥着基础的、不可替代的作用。而作为政府主导的面向全民的制度,首先需要保证制度的公平性,在制度范围内确保每个人都有公平的机会获得所需要的保障。现行的基本医疗保险制度

分为职工医保和居民医保，二者在筹资方式、筹资水平、待遇保障水平等方面均存在明显的差异，这在很大程度上导致了不公平。从其他国家的实践经验来看，在对医疗保障制度进行改革的过程中都将制度的统一性作为优先考虑的事项，从而确保人群在不同保障计划之间切换时所享受的保障待遇不会受到影响。

目前我国的医保用药范围基本实现了全国统一，在制度的统一性方面迈出了坚实的一步，但距离实现全面的统一还有一定的差距，即使在待遇保障方面除了医保用药目录以外，还缺少统一的法定医保待遇清单在更大范围内对参保人享有的保障待遇予以明确。职工医保和居民医保在筹资方式中的差异也影响了制度的统一性，相较于职工医保筹资水平与收入挂钩的筹资机制，居民医保的筹资更多体现的是平均化而非公平性，收入水平的差异并未筹资环节得到充分体现。通过对居民实行强制参保或尝试职工以家庭为单位进行参保在一定程度上可以帮助进一步实现全民统一覆盖，在此基础上调整居民医保参保人员的筹资方式，实行与个人或家庭收入水平相挂钩的缴费模式，使职工医保和居民医保两项制度在筹资水平上实现融合。同时通过尽快推动实现省级统筹，建立基本医疗保险基金的省级调剂制度，在提高医保基金共济能力的同时，也可实现保障水平的省级统一，并为更高水平的统一奠定基础。



多举措鼓励社会力量参与保障和服务的供给

近年来，政府以外的社会力量（非政府组织、慈善机构、社区机构、私营企业）在医疗卫生系统中的作用越来越得到关注。WHO欧洲区域办事处已经将“与社会部门合作”列为一项重要战略，并提出了以跨领域、跨部门重点的“健康2020”（Health 2020）欧洲二十一世纪健康福利新政策^[127]。WHO东地中海区域办事处也在2018年提出了一个利用私营部门实现全民健康覆盖的框架^[128]。

在我国，单纯依赖“三重保障制度”不可能对人民群众形成完全的保护，同样的，单纯依赖政府也不可能建立完善的医疗保障安全网。社会力量还应当更多地参与到保障和服务的供给中来，当然在此过程中政府要发挥主导和引导的作用，明确政府和市场的责任边界。

通过推动数据共享和有序使用，促进健康数据在行政部门、市场主体之间的合法合规应用，构建健康数据的中枢和流通机制，破除数据匹配融合应用的壁垒，例如以居民电子健康档案的建设为基础，实现健康数据的动态采集、交换和共享。并鼓励市场参与主体探索实现数据系统的互联互通，允许将必要的信息用于基本医保和商保机构的系统对接交互，一方面可以支持商业健康保险产品的开发，另一方面也有助于理赔流程的优化，减轻群众就医垫付压力。

通过搭建信息平台,帮助个人了解自己的基本医疗保险、商业健康保险、慈善、救助等各个方面的保障情况,并将各类保障信息进行统一的汇总分类,便于个人和家庭了解所需的信息,根据实际需要安排相应的保障计划。与此同时也可以帮助慈善机构、救助计划以及商业保险公司精准地找到需要提供帮助的目标人群,减少信息不对称。

除此之外,社会力量在医疗保障安全网的建设当中还可以在多个方面发挥积极作用,包括但不限于:作为捐赠方、收费代理机构和弱势群体资助机构,推动医疗保障制度的覆盖面;在制定临床标准和确定护理费用方面,参与保障方案设计;提供更多获得优质医疗服务的机会;为保障方案改善和监测提供技术支持;开发信息化系统,协助监测医保开支等。



从总体安全观的视角看待 医疗保障安全网

回到开篇提到的“社会安全网”概念,我们还应该跳出医疗保障这一概念的框架,将医疗保障安全网作为更大的一张社会安全网的一部分进行讨论与研究。根据卫生经济学的相关理论,疾病的经济负担可以分为直接经济负担、间接经济负担以及无形经济负担,直接经济负担指的直接用于疾病预防和治疗的费用,包括医疗卫生机构提供卫生服务的费用(如门诊、住院、药品、检查、化验、诊疗、护理等费用),也包括在接受医疗服务的过程中患者及陪护人员支付的其他费用(如营养费、交通费、差旅费等)。间接经济负担指的是由于患病、伤残和过早死亡给患者本人和社会带来的经济损失。显然目前的社会医疗保险制度可以覆盖的费用仅仅是直接经济负担中直接用于疾病治疗费用的一部分。一些商业健康保险的产品可以通过住院津贴的形式对其他费用给予一定的补偿,但相较于整体的负担水平而言,仍然显得杯水车薪。

尤其考虑到目前我国的医疗资源分布不均衡,一些疑难杂症和重特大疾病的患者很多情况下会选择到省会城市甚至北京、上海等全国医疗技术水平最高的城市接受治疗,由此产生的交通费、住宿费以及误工费都是一笔不小的支出。如果这些医疗费用之外的支出超过个人和家庭的可承受范围且没有适当的渠道予以补偿,仍将导致支出型贫困的发生。更加现实的情况是,在预想到这部分经济负担将会发生的情况下,患者可能会选择放弃治疗,那我们所讨论的医疗保障安全网甚至都没有机会发挥作用。

因此在建立健全医疗保障安全网时,我们应当将其置于更宏大、更全面的视角下进行通盘的考虑。对于医疗费用以外的支出,也应当有相应的制度设计予以保障,并通过建立部门间、制度间的协同机制,确保相应的补偿措施可以落实到位,真正免除广大人群在发生疾病时及时寻求治疗的后顾之忧。

致 谢

在实现全民共同富裕的过程中，建立一整套健全的医疗保障体系是非常重要的一环。而一项制度的建立和完善是一个复杂的系统工程，我国的多层次医疗保障体系尤其如此。全民公平享有适当的医疗保障一直是我国政府努力的方向，“应保尽保”的承诺正是这一目标的充分体现。在对如何进一步完善我国医疗保障体系这一问题的思考基础之上，我们大胆地提出“医疗保障安全网”这一概念，并尝试对其定义、目标、建立路径等问题进行探讨，希望可以为政策制定者、行业参与者以及关心医保制度的普通大众提供一些参考。

这份报告的成形源于北京康盟慈善基金会、北京生命绿洲公益服务中心共同发起的研究项目，由中国初级卫生保健基金会多层次医疗保障推进委员会提供指导，并得到了阿斯利康中国、辉瑞中国、武田中国、百济神州和诺华中国的支持。各方的参与和支持也体现了大家对于医疗保障问题的重视和对社会福祉的承诺。

同时，在研究和撰写过程中，我们得到了很多专家老师的悉心指导，他们以专业的知识和深厚的经验，不仅为我们的研究提供了坚实的理论基础，也帮助我们在复杂的问题上找到了可行的解决路径。各位老师自始至终都以极大的热情和耐心帮助我们，为此我们深感荣幸与感激，请允许我们在此一一谢过（以姓氏笔划排序）：

王宗凡，中国劳动和社会保障科学研究院医疗保险和护理保险室主任

毛宗福，武汉大学全球健康研究中心主任

华颖，中国社会保障学会理事

刘军帅，青岛市社会保险研究会副会长

朱坤，中国财政科学研究院，社会发展研究中心副研究员

朱铭来，南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任

邱月，清华大学医院管理研究院副教授

冯鹏程，泰康养老保险股份有限公司健康保险事业部副总经理

蔡海清，原江西省医疗保障局待遇保障处处长

最后，还要感谢所有关注和支持这项研究的人们。我们的目标是为建立一个更加完善的医疗保障安全网，这需要所有人的共同努力和关注。我们深知前路还有许多挑战和困难，但我们也坚信未来一定能够构建一个更加完善和公平的医疗保障安全网，让每一个人都能享有健康的保障。

写作团队

关于作者

贾凌霄

艾社康知识管理助理总监，主要负责机构的知识管理与研究工作，并参与多层次医疗保障相关的咨询项目。先后就读于华中科技大学与复旦大学，拥有社会医学与卫生事业管理专业背景，并获得管理学硕士学位。在加入艾社康之前，曾在医药市场研究机构、大型保险公司任职，从事医药、医疗保障相关的政策研究与战略研究工作。在艾社康工作期间负责或参与了与卫生服务体系、多层次医疗保障相关的多项研究项目。

宋名琪

艾社康中国研究咨询项目经理，负责卫生体系相关课题的研究与咨询，同时也协助机构合作伙伴的拓展工作。曾在国内外多家智库、联合国儿基会、芝加哥市长办公室等机构进行不同类型的政策研究，也曾参与盖茨基金会的咨询项目。在加入艾社康之前，宋名琪在香港大学公共卫生学院担任研究员，项目涉及抗生素耐药性政策、卫生信息系统、新冠疫情期间的国际旅行政策等议题。

谈佳辉

入选2022年艾社康青年学人成长计划，现为艾社康研究助理（实习），硕士毕业于中国社会科学院大学应用经济学院（卫生经济与政策方向），师从知名医改专家、中国健康事业发展研究中心陈秋霖副主任。曾作为主要成员参与多项省部级、厅局级项目。曾于中国发展研究基金会、好大夫在线、腾讯医典、八点健闻和企研数据参与重大疫情防控、城市健康治理、互联网医疗、商业健康保险等相关细分领域研究和数据库开发工作。

参考文献

- [1] Vivian J. Social safety nets and adjustment in developing countriesR. UNRISD Occasional Paper: World Summit for Social Development, 1994.
- [2] Paitoonpong S, Abe S, Puopongsakorn N. The meaning of “social safety nets” J. Journal of Asian Economics, 2008, 19: 467–473.
- [3] Bank A D. Weaving Social Safety NetsM. Asian Development Bank, 2010.
- [4] 构建与和谐社会相适应的社会保障体系EB/OL. /2022-11-02. http://www.gov.cn/zwhd/2005-10/25/content_83519.htm.
- [5] 国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知(国办发〔2021〕36号)EB/OL. 2021-09-29/2022-06-21. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/29/content_5639967.htm.
- [6] 赵福昌, 李成威. 国外医疗保险与医疗救助制度及其衔接情况与启示J. 经济研究参考, 2011(46): 52–60.
- [7] 孙冬悦, 孙纽云, 房珊杉, 等. 大病医疗保障制度的国际经验及启示J. 中国卫生政策研究, 2013, 6(1): 13–20.
- [8] 徐伟, 马丽, 高楠, 等. 日本重大疾病保障制度经验借鉴及启示J. 中国卫生经济, 2017, 36(5): 93–96.
- [9] 张永理, 张开然. 我国罕见病患者医疗保障现状及改进建议[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(01): 53-56+60.- DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.01.018.
- [10] 国家统计局. 中国统计年鉴2022. 6-2 全国居民按收入五等份分组的人均可支配收入 [M]
- [11] 张楚. 居民医保强制参保背景下贫困人群的参保困境及财政代缴负担测算[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 29–36.
- [12] 财新智库. 中等收入群体之健康焦虑 EB/OL. <https://www.caixinglobal.com/upload/Growing%20Concerns%20Over%20Health%20Care%20Among%20Chinas%20Middle%20Class.pdf>
- [13] 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见 EB/OL.
- [14] 仇雨临, 冉晓醒. 灵活就业人员医保参保之“困” J.
- [15] 国家医疗保障局. 《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》政策解读 EB/OL. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/19/art_38_7354.html
- [16] 南开大学卫生经济与医疗保障研究中心. 重特大疾病多层次医疗保障发展指数研究报告.
- [17] 给你算笔经济账: 治疗大病要花多少钱, 重疾险保额买多少够用?EB/OL. <https://www.huize.com/hz-planet/article/15549>
- [18] BCG. 2020中国肿瘤特药支付报告发布

- [19] 阳义南, 肖建华. 罕见病医疗负担对支出型贫困的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(1): 19-28.
- [20] 中国公益研究院. “十四五”开局之年慈善事业高质量发展回顾及走势分析[EB/OL]. , 2022(2022-02-21)[2022-07-15]. http://www.bnu1.org/show_2497.html.
- [21] 国家卫生健康委员会. 2022中国卫生健康统计年鉴[M]. 中国协和医科大学出版社, 2022.
- [22] <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023>
- [23] World Bank Group data portal
- [24] Ibid.
- [25] <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040953>
- [26] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
- [27] Paek SC, Meemon N, Wan TT. Thailand's universal coverage scheme and its impact on health-seeking behavior. Springerplus. 2016 Nov 10;5(1):1952. doi: 10.1186/s40064-016-3665-4. PMID: 27933235; PMCID: PMC5104696.
- [28] https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/04/ORF_IssueBrief_174_ThailandUHC.pdf
- [29] Somanathan, A., Tandon, A., Dao, H. L., Hurt, K. L., & Fuenzalida-Puelma, H. L. (2014). Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options. World Bank Publications.
- [30] Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Suwanwela, W., Supangul, S., Panichkriangkrai, W., Kosiyaporn, H., & Witthayapipopsakul, W. (2020). Defining the benefit package of Thailand universal coverage scheme: from pragmatism to sophistication. International journal of health policy and management, 9(4), 133.
- [31] Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Boonyapaisarncharoen, T., & Prakongsai, P. (2012, June). Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care?. In BMC Public Health (Vol. 12, pp. 1-11). BioMed Central.
- [32] Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges - An independent assessment of the first 10 years (2001-2010) Synthesis Report
- [33] World Bank Group data portal
- [34] Ibid.
- [35] <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040953>
- [36] 关轶茹, 相维, 张方. 澳大利亚救生药物计划及对我国罕见病医疗救助制度的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(8): 51-55.

- [37] <https://commercialeyes.com.au/life-saving-drugs-program-new-lease-life-life-support/>
- [38] <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- [39] <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=AU>
- [40] <http://www.nhc.gov.cn/tigs/s9663/201205/b2e14bfadae04157a36958b08f707fe1.shtml>
- [41] Callander, E.J., Fox, H. & Lindsay, D. Out-of-pocket healthcare expenditure in Australia: trends, inequalities and the impact on household living standards in a high-income country with a universal health care system. *Health Econ Rev* 9, 10 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13561-019-0227-9>
- [42] <https://www.pc.gov.au/ongoing/report-on-government-services/2022/health/primary-and-community-health>
- [43] Ministry of Health/National Commission for Social Protection in Health Results Report 2012.
- [44] Serván-Mori, E., Gómez-Dantés, O., Contreras-Loya, D., Flamand, L., Cerecero-García, D., Arreola-Ornelas, H., & Knaul, F. M. Changes in Health Care Coverage, and Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures in Mexico Associated to the Dissolution of Seguro Popular. Available at SSRN 4252674.
- [45] Antonio Chemor Ruiz, Anette Elena Ochmann Ratsch & Gloria Araceli Alamilla Martínez (2018) Mexico's Seguro Popular: Achievements and Challenges, *Health Systems & Reform*, 4:3, 194-202, DOI: 10.1080/23288604.2018.1488505
- [46] <https://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico>
- [47] Wagstaff, A., Dmytraczenko, T., Almeida, G., Buisman, L., Hoang-Vu Eozenou, P., Bredenkamp, C., ... & Werneck, H. (2015). Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. *Health Affairs*, 34(10), 1704-1712.
- [48] Stark, Andrea Bopp. 2020. "An ounce of prevention: A review of hospital financial assistance policies in the States."
- [49] Adams, A. S., Kluender, R., Mahoney, N., Wang, J., Wong, F., & Yin, W. (2021). The impact of financial assistance programs on health care utilization (No. w29227). National Bureau of Economic Research.
- [50] <https://www.rockefellerfoundation.org/report/modernizing-access-to-the-safety-net/>
- [51] <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/b7c9c6db8b17c6fbfd6bb60b0f93746e/aspe-remaining-uninsured-outreach-enrollment.pdf>
- [52] <https://acl.gov/programs/connecting-people-services/state-health-insurance-assistance-program-ship>

- [53] https://www.chcs.org/media/Charity-Care-Enrollment-Brief_071916.pdf
- [54] <https://www.rockefellerfoundation.org/report/modernizing-access-to-the-safety-net/>
- [55] <https://aspe.hhs.gov/reports/trends-us-uninsured-population-2010-2020>
- [56] <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/pd-f/265671/ASPE%2520Issue%2520Brief-ACA-Related%2520Coverage%2520by%2520State.pdf>
- [57] <https://aspe.hhs.gov/reports/trends-us-uninsured-population-2010-2020>
- [58] 美国医疗改革启示录之ACO 篇—健康管理, To C 端
- [59] <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770949>
- [60] Adams, A. S., Kluender, R., Mahoney, N., Wang, J., Wong, F., & Yin, W. (2021). The impact of financial assistance programs on health care utilization (No. w29227). National Bureau of Economic Research.
- [61] World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2015). Republic of Korea health system review. Health systems in transition, 5 (4), WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208215>
- [62] Hwang, H., A. Purwin and J. Pareliussen (2022), "Strengthening the social safety net in Korea", OECD Economics Department Working Papers, No. 1733, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/45486525-en>.
- [63] Jung H, Lee J (2021) Estimating the effectiveness of national health insurance in covering catastrophic health expenditure: Evidence from South Korea. PLoS ONE 16(8): e0255677. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255677>
- [64] Choi, J. W., Park, E. C., Chun, S. Y., Han, K. T., Han, E., & Kim, T. H. (2015). Health care utilization and costs among medical-aid enrollees, the poor not enrolled in medical-aid, and the near poor in South Korea. International Journal for Equity in Health, 14(1), 1-7.
- [65] <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>
- [66] <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/20754>, Sustaining Universal Health Coverage in France : A Perpetual Challenge.
- [67] Perronnin, M., Pierre, A., & Rochereau, T. (2011). Complementary health insurance in France: wide-scale diffusion but inequalities of access persist. IRDES Questions d' économie de la santé, (161).
- [68] [https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree](https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique)

