

服务”是医保部门的职能，在现行体制下，通过资助贫困人口参加医疗保险则可实现均等的医疗服务；而“解决就医难”和“防止因病致贫、因病返贫”则涉及医保、民政、卫健等多个部门，需要完善兜底保障、医疗保险和公共卫生等多项制度。事实上，无论采取医疗保险模式，还是选择免费医疗模式，世界各国均对医疗费用设置了控制线或划定报销范畴，超出范围后个人和家庭仍需承担部分甚至巨额医疗费用。可以说，因病致贫是各国面临的一个普遍性问题。当前，我国基本医保报销水平相对有限，一旦罹患大病重病，无论是贫困家庭还是中产家庭，均会面临较高的贫困风险。现行医疗救助制度若将目标定位于“解决就医难”“防止因病致贫、因病返贫”，很有可能令有限的医疗资源向贫困对象过度倾斜。这不仅破坏了医疗保障制度的公平性，增强了其他群体带来较强的相对剥夺感，而且也不能防止非绝对贫困群体因病致贫、因病返

贫。基于此，我们不宜过度拔高医疗救助的目标，建议将医疗救助的目标回归“缓解因病影响家庭基本生活”，采取一次性补贴、纳入基本生活保障等方式达到这一目标；同时，将“保障基本医疗服务”的目标归于医疗保险制度，通过资助参保等方式将贫困人口纳入医疗保险范围，保障贫困人口的基本医疗服务权利。

医疗救助的保障对象如何确定？这是医疗救助要解决的另一个关键问题。尽管在不同的文件和法规中所规定的医疗救助对象身份有所区别，但是从总体上看，医疗救助对象均指向了贫困人群，包括特困供养人员、城乡低保家庭、农村建档立卡贫困户、其他特殊困难人员等。在实践中，往往将家计调查（亦称居民家庭收支调查）前置，形成了“贫困家庭—医疗行为—医疗救助”的救助流程。这不仅极大地缩小了医疗救助的对象范围，也明显拉开了贫困家庭和贫困边缘家庭或中低收入家庭的医疗待遇。医

疗救助作为一种兜底保障制度，理应保障所有因病陷入困境的家庭（不管在医疗行为发生前是否为贫困家庭）。为此，需要优化医疗救助流程，将家计调查后置，建立起“医疗行为—家庭贫困—医疗救助”的救助流程，实现所有人的医疗救助权利。

综上所述，应及时调整医疗救助解决贫困人口健康问题和防止因病致贫、因病返贫的目标定位，将其定位于缓解因病致贫家庭的基本生活；改进贫困身份前置做法，以事后贫困状态作为受助资格条件，放宽医疗救助对象范围。除此之外，还需要在以下两个方面做出改进，即：消除医疗救助的“保险化”做法，聚焦于因医疗行为而导致的家庭生存状态，救助方式以事后兜底保障为主；将对贫困人口的参保补贴纳入医疗保险制度之中，并将参保补贴范围从贫困群体扩展至低收入群体，实现中低收入群体的平等医疗服务权利。■

深入推进政策协同， 优化医疗救助供需关系

□文/ 贾玉娇



贾玉娇

中国社会保障学会常务理事，吉林大学哲学社会学院教授

医疗救助制度自2003年在我国农村进行试点以来发展迅速，在兜底保障人民医疗权益方面发挥了重要作用。与此同时，从制度所处的内外政策环境，以及经济社会发展水平和治理需求上看，医疗救助制度也发生了很多重大变化，呈现出一幅政策系统与社会需求持续互动的变迁图景。在这幅图景中，医疗救助及其所在的政策体系作为供给侧，

在提升国家治理能力的驱动下形成自我优化的内在诉求，即通过不断完善政策体系，调整政策之间的关系，提高供给能力，释放制度效能，保障人民基本医疗权益。

从医疗救助资源的供给侧来看，随着风险社会的到来，人们对医疗健康的保障需求不断提高，给医疗救助政策体系供给能力提出新要求。为提高资源有限条件下的医

疗救助资源供给能力，不仅需要完善医疗救助政策本身，还需要进行政策体系内部的关系调适，提高政策体系整体运行效率、理顺政策关系、明确政策边界、优化政策协同机制，形成严丝合缝的政策运行体系。

近年来，关于医疗救助政策相关关系的讨论随着该政策体系的发展不断增多。总的说来，讨论主要围绕医疗救助与基本医保、医疗救助与慈善救助、医疗救助与最低生活保障和特困人员供养制度之间的关系协调等展开。这些研究成果对优化政策关系起到了积极的推动作用，但需要注意的是，随着我国国家治理体系与经济社会发展复杂化水平的提高，医疗救助政策与其他相关政策的协同问题在实际解决过程中的效果并不理想，根本原因是其所触及的深层问题尚未得到有效解决。具体说来有以下几个方面。

其一，医疗救助制度与基本医保制度的关系协调。这一问题自2008年以来一直都是学者们的关注议题。从学理上看，二者的协同关系较明晰，即医疗救助制度解决的是因基本医保起付线和封顶线设置而无法及时有效就医的问题。具体说来，就是通过医疗救助扶助贫困人口参加基本医保，并对贫困人口在用基本医保报销后负担不起的部分给予医疗救助。然而，理论上的关系定位在现实复杂的政策关系和行政体制下遇到了落地障碍，即复杂的政策和行政体系下医疗救助与基本医保无法实现一体化结算问题。诊疗信息与费用支付平台的碎片化导致患者治疗费用信息区隔，多部门申报、申办机制衔接复杂，各阶段的申办效率相对

较低，给医疗救助对象及时充分得到医疗保障资源造成极大不便，同时降低了医疗保障体系运行效率。为此，笔者建议建立一体化的信息化结算系统。一方面，建立大数据下救助对象的快速精准识别系统，确定目标人群，即哪些人在享受基本医保后，还能继续享受医疗救助。建立该技术系统的前置性工作包括：制定锁定目标人群的观测指标及与其有经济往来的观测人员范围；统筹医保局与医院、工商、税务、银行、网络交易支付平台、金融资产管理、房管所、车管所、公安部门，实现部门之间的必要信息共享。另一方面，建立基本医疗保障与医疗救助申请、审办的信用机制，以精简流程、简化手续、提高运行与衔接效率。

其二，医疗救助与慈善救助之间的关系协调。伴随近些年来慈善事业的蓬勃发展，医疗救助与慈善救助之间的关系得到了越来越多的关注。学者们普遍认为应当发挥慈善救助的补充功能，同时指出影响慈善救助补充功能发挥的主要因素是慈善组织自身发展不规范、专业化水平不高、信息不对称等，究其实质是政府与社会资源的关系理顺问题。从现实情况来看，慈善救助与医疗救助之间存在关系错位、越位和缺位的问题。笔者建议政府提供框架性、规则性指导，动员社会救助资源进入医疗保障制度体系，在加强慈善救助组织法制化、专业化、规范化建设的同时，不仅将其作为提供医疗保障资源的下游资源供给方，还应将慈善救助作为增强医疗救助制度弹性的灵活救助机制，解决医疗救助制度所无法全面覆盖到的问题。

其三，医疗救助与最低生活保障制度等的关系协调。这也是近两年社会普遍关注的问题。从传统做法上看，最低生活保障制度为医疗救助提供目标群体，但是医疗救助对象与最低生活保障制度既有交叉也有不同。在全面脱贫攻坚期，医疗救助与收入型贫困人口重叠；随着贫困治理主要矛盾的转换，医疗救助不仅包括收入型贫困人口，还应包括中等收入及以下人群中因看病支出在家庭收入和资金储备中占比过高导致生活无法正常运行，或因重大突发性公共危机事件导致家庭金融链条断裂、家庭隐性债务显现，同时发生高额医疗支出的支出型贫困群体。因此二者协同的实质问题是救助对象的识别问题。

只有破除上述问题，才能有效推进政策协同，提高医疗保障资源供给效率与能力。与此同时，还应注意规制医疗资源与服务的直接提供者——医疗机构与医药企业。只有形成合理的医疗服务与药品的市场价格，避免“大处方”、过度医疗套取公共资源，才能将优化整合的资源真正用于满足人民的健康保障需求。此外，医疗救助政策体系在积极发挥事后有效保障的同时，还应该进行医疗救助需求产生前的政策干预，即加强疾病预防防控政策供给，推进“健康中国”，从而减少医疗救助社会需求，进而通过医疗救助政策体系调控，实现医疗救助供需结构的优化。

(责任编辑:刘砚青)