

新时代医疗救助制度的功能定位、责任分担与优化路径*

翟绍果 陈兴怡

(西北大学公共管理学院,西安 710027)

摘要:中国医疗救助制度经过近二十年的发展,救助资金筹集和支出规模持续提高,受益人群也随之扩大,制度体系、政策实践和体制机制不断完善,但医疗救助发展空间有待拓展,责任分担有所失衡,制度效能亟须提升。立足于乡村振兴与共同富裕战略,新时代医疗救助制度应明晰适度性缓解的托底功能、主动性补位的衔接功能、多元化分担的互补功能和协同化保障的赋能功能,在财政均衡分担、区域调剂分担、制度协同分担和人群互助分担等方面进行适应性优化,在现代化进程中切实增进人民福祉。为推动医疗救助制度高质量发展,需要完善三重制度衔接机制,提升医疗救助统筹层次;整合救助项目资源,统一医疗救助管理运行;动态调整救助资金规模,优化医疗救助财政分担结构;健全救助监管体制,创新医疗救助服务机制。

关键词:医疗救助;功能定位;责任分担;优化路径

中图分类号:C913.7

文献标志码:A

文章编号:1001-862X(2022)05-0134-008

DOI:10.16064/j.cnki.cn34-1003/g0.2022.05.031

党的二十大强调了多层次社会保障体系在推进中国式现代化进程中的重要性,要健全分层分类的社会救助体系,促进多层次医疗保障有序衔接,进一步增进人民福祉,惠民生、暖民心,扎实推进共同富裕。要实现新时代健康福祉达到新水平和助推共同富裕的目标,医疗救助需要在托底保障的发展基础上有所转型,调剂均衡医疗救助的各类责任分担,促进制度统筹协同。医疗救助作为社会保障制度中的托底型制度构成,是全社会成员医疗健康安全网的最后一道防线。有研究指出,国家医疗救助计划与死亡率改善之间存在持久的联系^[1],同时,医疗救助在缓解贫困和不公平等方面也有显著作用,从个体实现能力的视角而言,医疗救助对生活质量和福利水平的改善也有着重要影响^[2]。医疗救助通过财政进行就医补贴确保就医困难人群适时获得医疗服务,从而改善健康境遇,维持健康存量,因兼具救助和保障的双重特性,医疗救助制度也被视作保障就医

困难群众基本健康权益的重要政策工具,是实现医疗服务公平可及的重要制度安排。

一、托底保障:医疗救助制度的发展现状

(一)医疗救助制度体系不断完善,体制机制逐步健全

回顾中国医疗救助制度的发展可发现,对医疗救助制度功能定位的认识是逐步深入的,在探索和实践的过程中,医疗救助制度体系和体制机制日益完善。我国的医疗救助制度经历了“先农村后城市”的发展过程,农村和城市分别于2003年和2005年开启了医疗救助试点,但由于农村和城市医疗救助体系建立的目标和思路不完全相同,所以,城乡二元制下的医疗救助制度越来越不适应于社会保障供需平衡和人民健康公平的要求。^[3,4]于是,城乡医疗救助统筹应运而生,制度的均衡性和惠及面得到了改善。2009年之后,

本刊网址·在线杂志:www.jhlt.net.cn

* 基金项目:国家社会科学基金“全生命周期视域下健康老龄化体系路径研究”(21BSH021)

作者简介:翟绍果(1980—),河南邓州人,管理学博士,西北大学公共管理学院副院长,教授、博士生导师,主要研究方向:社会保障、公共政策;陈兴怡(1996—),女,陕西宝鸡人,西北大学博士生,主要研究方向:医疗保障。

国家从制度层面对医疗救助的推进和运行进行规范,以公平为导向,从政策方案、政策执行过程、政策执行效果三个维度进行了深化改革,对医疗救助制度的价值取向、功能定位和评价标准等方面进行了许多实践探索^[5],提出探索建立城乡一体化的医疗救助制度,制定和实行分类、合理、多样的救助方案,按规定对符合条件的各类救助对象实施分类资助参保和分档救助,旨在夯实托底保障,以及促进医疗救助制度规范有序。伴随着医疗救助制度的日趋完善以及政策体系的基本成型,医疗救助制度在医疗保障体系中的兜底保障作用开始显现。为进一步促进医疗保障体系内各制度在较高统筹层次上的互补,使相关制度发生“化学反应”,从而释放政策衔接后的正外部效应,把制度的理论优势切实转化为治理效能,医疗救助制度的完善发展还需要相关的配套制度保障。2021年发布的《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》进一步明确了减轻重大疾病患者的医疗费用负担,并从强化三重制度综合保障、建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制方面系统性地夯实和优化了医疗救助制度的托底保障功能。鉴于科学合理的待遇保障调整机制,实现医疗保障制度内部各要素协调、可持续发展,对阻断“因病致贫、因病返贫”恶性循环链发挥着重要作用。^[6]因此,相关政策不仅有取消低保对象、特困人员起付标准的原则性规定,还有对暂不具备条件地区的起付标准不得高于所在统筹地区上年居民人均可支配收入5%的适应性考虑,以及取消起付标准的尝试性探索。在制度体系机制的日趋健全和优化下,医疗救助在减轻困难群众重大疾病医疗费用负担、夯实医疗保障制度托底保障功能等方面的重要性日益显现,在脱贫攻坚战中发挥了积极作用。

(二)医疗救助惠及人群逐步扩展,结算服务便捷精简

在社会发展的不同时期,医疗救助制度都是社会安全网和全民医保体系的重要组成部分,也是筑牢因病致贫返贫屏障的抓手。医疗救助制度发展至今,我国医疗救助对象的覆盖更加全面精准,从最初的农村五保户、贫困农民逐步扩展至

特困人员、低保居民、重残儿童、事实无人抚养儿童、需要疾病应急救助的对象以及重特大疾病患者等。同时,医疗救助方式也有所改变,从最初的“以住院救助为主,同时兼顾门诊救助”逐步扩展为综合型求助,并且,重特大疾病医疗救助对象也有进一步拓宽。目前,“一站式”即时结算服务已覆盖全国各省,通过允许定点医疗机构和定点零售药店在结算时先扣除基本医疗保险报销费用和医疗救助补助费用,极大地缩短了结算流程,而参保救助对象也只需结清个人应承担部分,改变了“先住院、后救助”的传统结算方式,降低了患者需要先行垫付的负担。随着信息技术、人工智能等工具手段的嵌入,结算方式也在向更为便捷、精简的方向发展。健康扶贫动态监测系统结果表明,贫困人口医疗费用的自付比例明显下降,重点疾病患者自付比由2016年的15%~80%收缩至2018年的6%~22%。国家还不断加大对深度贫困地区资金支持的倾斜力度,2018年起连续3年中央财政累计投入120亿元,有力解决了深度贫困地区贫困人口的医疗保障问题,在坚决夺取脱贫攻坚战全面胜利中发挥了重要作用。^[7]医疗救助制度的本色未变,制度的普惠性和雪中送炭的及时性在技术进步和服务流程优化中逐渐凸显。

(三)医疗救助制度发展空间有待拓展,财政分担纵向失衡

医疗救助制度在缓解贫困和低收入群体疾病风险和保障其健康水平等方面的贡献十分突出,极大程度地改善了城乡困难群众的医疗卫生可及性,发展至今,医疗救助制度虽已形成较为完善的制度体系和体制机制,但仍有可改进的空间。从医疗救助资金的收支情况来看,2011—2021年,我国医疗救助资金的筹集和支出持续增长,但相比基本医疗保险基金庞大的筹资和支出规模,医疗救助在整个体系中的份额仍然较低。虽然医疗救助资金支出占GDP比重十年间在缓慢提升,从2011年的0.045%上升到2020年的0.054%,但医疗救助资金占全国卫生总费用的比例呈现下降趋势,从2011年的0.96%下降到2020年的0.76%。^[1]这说明政府虽然重视医疗救助制度的发展,不断增加财政投入,强化了医疗救助力度,但相对基本医疗保险的发展仍显不

足。资金结构和制度发展的不均衡,使得医疗救助制度发展空间受到限制,伴随着住院医疗救助、门诊医疗救助人次数的增长和医疗费用支出不确定性的增加,医疗救助资金的抗风险能力会面临较大挑战,需要探索涵盖门诊救助和住院救助在内的综合救助模式,辅以重大疾病的专项救助模式。鉴于不同地区医疗救助人口数有很大差异,如何满足地区差异化的医疗救助需求,合理调整对各地区医疗救助的投入力度和支出结构,成为医疗救助制度可持续发展所要考虑的关键问题。此外,医疗救助财政分担纵向失衡。我国医疗救助资金以财政投入为主,但各级政府的资金筹集权责尚不明晰,中央专项转移支付的财政支出占比较多,其次为县级及以下,再次为省级,市级财政支出占比最小。同时,市级政府筹资增长幅度远低于省级政府和县级政府。2010—2017年,中央政府医疗救助专项转移支付占医疗救助总筹资水平的比重呈下降趋势,从67.1%下降到47%;省级预算比重呈现上升趋势,从13.4%上升到20.7%;市级政府投入比重上升幅度较小,从3.3%上升到4.5%;县级及以下预算呈现上升趋势,从2010年的16.2%上升到2017年的27.8%。^[2] 中央政府在我国医疗救助筹资责任中承担了主要责任,地方政府筹资责任则主要落在了省级政府和县级政府,而医疗救助财政纵向失衡的问题,又会加剧医疗救助的不均等化。^[8]

(四)医疗救助管理服务碎片化条块化,制度协同效能有待提升

我国目前基本形成了“基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展”的医疗保障制度体系和“民政救助+卫生救助+扶贫救助+社会救助”的救助体系。在现行的管理部门设定中,民政部门主要负责审批医疗救助对象,医保部门负责医保基金筹集与管理,这会造成人员和设备的重复建设、统计口径不一致等碎片化和条块化问题,因此,需要理顺部门间职责,构建起不同部门间协同互补的“一站式”服务模式。每一笔医疗救助资金的支付,大多存在着与基本医疗保险、城乡大病保险的制度衔接与功能互补问题,但由于基本医疗保险、城乡大病保险、医疗救助在保障对象、筹资机制、经办服务等方面,存在着一定的

制度壁垒。医保统筹层次全面从县级向地市级提升,但目前大部分地方医疗救助仍然以县级统筹为主,统筹层次较低^[9],两者统筹层次不一致削弱了制度合力。医疗救助较低的统筹层次影响救助工作的效率,也导致不同统筹区域的居民救助标准不同、享受的救助水平不同,降低了医疗救助资金抵御风险的能力和使用效率。^[10] 此外,我国慈善救助事业正处于蓬勃发展阶段,各类慈善力量也构成了健全社会救助体系的重要内容,但慈善捐赠仅占医疗总费用支出的0.56%,虽与政府医疗救助的水平相对接近,但远低于欧美等发达国家的水平。因此,如何激励慈善救助等资金筹集的科学增长还需进一步思考。

二、转型发展:新时代医疗救助制度的功能定位

(一)适度性缓解的托底功能

发挥医疗救助制度适度性缓解的托底功能是确保制度可持续性和救助合理性的应然选择。基本医疗保障体系的“三重保障”共同构成了健康维持网络,全民参保的基本医疗保险具有基础性功能^[11],普惠性的大病保险具有补充功能^[12],而医疗救助则具有托底功能,在制度构成中的定位使得其要承担起健康维持托底的责任。在责任范围上,要明确是对经基本医疗保险和大病保险进行基本保障和补充保障后个人仍难以承担的政策范围内自付医疗费用进行适度托底保障;在责任边界上,医疗救助所承担的费用托底水平并不是无限的,应符合经济发展水平和财政支持能力;在责任标准上,费用托底水平有限并不意味着适度托底的标准一成不变,基于健康维持的视角,医疗救助制度要在实现乡村振兴和共同富裕的进程中发挥反贫托底的作用,为避免人民因疾病陷入贫困,要适时、适度提高和扩大救助的责任范围、责任边界和责任标准,同时,托底责任保持有限、适度则是防范现代化进程中出现福利主义倾向。

(二)主动性补位的衔接功能

发挥医疗救助制度主动性补位的衔接功能是织密救助安全网和增进救助能力的积极体现。医疗救助的补位作用普遍发生于基本医疗保险和大病保险尚不能补偿和支持的健康维持环节,

通过费用兜底促进医疗卫生服务可及和公平,确保就医困难群众必要、合理的健康需求得以释放。虽然我国医疗救助的触发机制已经从发生灾难性医疗卫生支出的事后补助向事中兜底型直接救助转变,但从疾病的经济风险和健康风险生成机制和发展路径来看,两者均是被动救助。被动救助在一定程度上缓解了因病致贫和压抑健康需求的发生,但救助效率远低于主动性救助。主动性救助旨在通过完善医疗救助需求的识别机制,主动挖掘潜在困难患者,设计个性化救助项目和救助路径,做好专项救助预算^[13],为失能人群、罕见病群体及其他难以从商业医疗保险市场、慈善组织、社会团体等渠道获取有效保障的潜在困难患者给予相匹配的救助覆盖^[14],主动拓展医疗救助触发机制的范围,织密全人群的救助安全网,确保医疗救助制度在基本医疗保障体系中发挥更全面、更精准、更及时的补位功能,从而创新性构建符合现代化公共服务能力和水平的工作流程,提高医疗救助资金使用效率。

(三)多元化分担的互补功能

发挥医疗救助制度多元化分担的互补功能是实现医疗救助方式转变和救助内容更加丰富的有利契机。医疗救助是政府的直接责任,各级财政支持是医疗救助资金的主要构成,在各级财政投入出现纵向失衡和支出规模持续扩大的背景下,医疗救助的责任分担机制应有所优化。就筹资责任而言,政府的专项财政资金仍应是最主要的来源;同时,要拓宽救助资金筹集渠道,鼓励慈善捐款、社会互助和彩票公益金等投入,确保筹资渠道的多元化和稳定性,充实医疗救助资金规模。在多元参与主体的合作下创新医疗救助服务方式则是责任分担的专业性体现,加快慈善救助与政府保障衔接^[15],积极引导和支持有能力、有意愿的社会慈善资源参与医疗救助事业,与专业、有积累的信息平台互联合作,整合救助平台,共享救助信息,对接匹配需求的慈善组织和社会服务团体,建立长效、专业的服务供给体系,组织更具规模效应的救助项目和专项计划。结合各参与主体优势服务,统筹发挥公共卫生、医疗服务等项目的协同性,促进对困难患者的健康维持从费用补助向“费用+服务”双重支持转变,从“保基

本”的疾病治疗延伸向增强健康维持能力,形成适应于现代化发展要求的综合救助模式。

(四)协同化保障的赋能功能

发挥医疗救助制度协同化保障的赋能功能是创造健康友好环境和实现个体健康赋能的有益方式。政府在维护人民健康的策略上,或提供更多的医疗保健服务,或通过决策与规划,不断进行创新,为人民创造健康的生活条件^[16],作为具有人类福利性质的医疗救助制度属于后者^[1],通过医疗补贴促进人民必要的健康需求得以释放和满足,从而改善健康状况,保障个体的健康维持和价值实现。从协同化的视角出发,目前我国医疗救助的效能仍有提升空间。鉴于基本医疗保障体系内三重保障制度间存在相辅相成的关系,因此,从整体上优化医保基金的支出结构,适当扩充医疗救助资金的体量,通过医疗救助实现对基本医疗保险、大病保险之外的高额费用以及基本医疗保险目录外的费用进行合理保障,促进三重保障制度衔接、提升整体保障水平和效率^[17],能够从多层次最大化创造改善全人群健康的条件,因此,医疗救助制度在新时代要优化并加强与基本医疗保险和大病保险的嵌入、融合的方式及程度,促进基本医疗保障制度协同化发展,让医疗救助以及与之相关的各类服务都能转化落实到推进现代化建设的主体,实现人民健康增能和民生福祉增进。

三、调剂均衡:新时代医疗救助制度的责任分担

(一)激励统筹均衡的财政责任分担

医疗救助的财政责任分担是确保开展制度可持续发展的前提保障,纵向上要根据各级财政收支情况科学、均衡地设置医疗救助筹资比例,激励医疗救助统筹层次提高和地方政府长期投入。在医疗救助资金的财政分担方面,我国形成了“中央—省级—市级—县级”的四级筹资体系,大部分地区采取的是县级统筹,由县级政府建立统筹账户,实施医疗救助工作。而医疗救助县级统筹在制度运行过程中存在救助范围受限、救助水平不高、政策碎片化、管理粗放化等问题,因此,需要在更大范围和更高统筹层次进行资金收

支调剂。根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中“全面做实基本医疗保险市地级统筹、促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调”的要求,提高医疗救助统筹层次具有一定紧迫性。将医疗救助的统筹层次提高,推进医疗救助资金市级统筹试点,明确各级财政投入比例,推进市地范围内医疗救助资金统收统支。合理安排转移支付,同时,要对财政能力较为有限的县域、区域有所倾斜,探索全面、长远的激励结构,激发各地、各级政府投入,提高制度统筹和财政反哺能力。^[18]

(二)调剂社会公平的区域责任分担

医疗救助的区域责任分担是确保制度发挥缓解贫困和不公平的重要举措,横向上要合理、差异化地安排各级各类转移支付,进一步优化社会收入分配调剂水平。由于不同区域在经济社会发展水平、人口年龄结构、人均收入水平、历史文化传统等方面均存在差异,我国医疗救助资金在区域间的用途和支出情况存在显著差异,存在区域分割的局面,西部地区资助参加医保资金数和资助参加基本医保人数远高于东部地区和中部地区,加之制度执行中的惯性和地方保护主义,使本就苦乐不均的区域间差异更加难以调和。未来,医疗救助责任区域调剂分担的优化工作主要涉及以下几方面:首先,各统筹区域要根据本地区的经济社会发展水平、人民健康需求、人群疾病状况、医疗救助资金支撑能力等实际情况,合理设定医疗救助年度救助限额,且要兼顾缩小各区域内部省(市、自治区)际差异、地市级差异以及县级差异。其次,为实现共同富裕,在注重中央政府医疗救助转移支付对公平调剂的同时,同样需要健全省际之间和区域之间的横向财政转移支付体系,促进不同区域之间的协作和对口支援,健全防止返贫的监测和帮扶机制,在保持医疗救助财政投入力度总体稳定的基础上,增进各级各类财政转移支付的调剂能力,推进区域间帮扶传递,接续推进西部地区、边疆地区的发展建设,推动东北全面振兴和中部地区加快崛起,促进区域协调发展,在发展优势互补的同时,通过社会保障、转移支付等方式促进发展成果全民共享。

(三)协同体系发展的制度责任分担

医疗救助的制度责任分担是医疗保障体系效率提升策略中的重要构成,系统上要理顺医疗救助的责任范围、服务流程和制度内在关系,推动医疗保障体系协同发展。目前我国已经形成了包括基本医疗保险、大病保险、医疗救助在内的多层次全民医疗保障体系,建成了世界上规模最大的基本医疗保障网。医疗救助在体系内主要起兜底保障作用,要和基本医疗保险制度相适应,其兜底功效发挥需要在与其他医疗保障制度的协同框架内完成。因此,应全方位完善我国多层次医疗保障体系,进一步织牢人民群众医疗保障网络,从而不断提高医疗保障水平。医疗救助责任的制度协同分担主要涉及以下几方面:其一,要确保基本医疗保险、城乡大病保险和医疗救助的待遇衔接,使救助对象从多重制度的衔接中持续获得多层次保障覆盖,以及确保全体社会成员不暴露于医疗保障安全网之外;其二,要进一步理顺部门间职责,整合医疗救助信息系统与基本医疗保险信息平台,做到信息互联、数据共享的良性互动,实现“一站式”信息交换和费用即时结算,最大程度发挥医疗救助“救急救难”的作用,增强保障时效性;其三,促进医疗保障体系内各制度间的互补,通过管理创新,进一步提高基本医疗保险和大病保险的保障水平,从而减轻医疗救助压力,实现医疗保障基金和医疗救助资金的结构分配优化,为拓展医疗救助发展空间创造条件。

(四)扩大多方互助的人群责任分担

医疗救助的人群责任分担是增进社会互助水平的有效途径,布局上要确保医疗救助安全网全方位兜底和倾斜化支持并行,扩大参与救助和获取救助的范围及路径。伴随着救助参与主体和内容的不断丰富,医疗救助形式呈现出多元化特征,住院救助和门诊救助是医疗救助资金支出的主要部分,在帮助就医困难群众和缓解因病致贫返贫方面发挥了积极作用,但仍有部分人群在获取救助时面临着因制度设计和供给缺失形成的客观障碍。庞大的低收入边缘群体仍然难以避免“悬崖效应”,低收入边缘群体濒临悬崖时难以获得及时、主动的救助,只有掉入悬崖(即因病致贫或因病返贫)后才能得到救助,鉴于疾病治疗与

贫困之间存在紧密的互为因果关系,更应提高对低收入边缘群体的关注和救助力度,给予低收入边缘群体更加及时的帮扶。在救助方式方面,门诊救助资金主要救助长期患慢性病或患病后需接受门诊治疗的患者,救助对象主要为城乡低保对象与农村五保户,为其发放医疗救助卡或采取按病种补贴的方式予以定额救助,住院救助资金则主要针对符合救助条件的患者在定点医疗机构产生的合理医疗费用,经基本医疗保险与补充医疗保险报销后,对剩余的患者自付部分进行兜底,即使近年来医疗救助特别是门诊救助已取得较大进展,但在未来的政策实践中,仍要注重补齐门诊保障短板,加强对门诊慢性病、特殊疾病群体的救助倾斜力度和主动识别并干预的能力,避免因前端救助的不足造成门诊需求恶化为住院需求,同样也有利于降低就医选择的道德风险。另外值得注意的是,因部分患者所需的医疗项目或药品未纳入医保目录,因而难以获得制度支持,其生活始终受制于沉重的医疗负担而难以改善。以罕见病群体为例,罕见病用药往往定价较高,而患者通常需要长期甚至终生服药治疗,以居民的平均收入水平为基准,罕见病医疗费用支出的致贫率高达35%^[19],如果医疗救助一刀切的规避补偿此类消费,高额的治疗成本势必会给这一小群体形成沉重的经济负担。因而医疗救助有必要针对罕见病群体设置专项的医疗援助计划,给自费负担仍然困难的罕见病患者拨付一定数量的款项补贴,从而减轻罕见病患者的医疗负担,为其谋求更多健康福利。除此之外,对经基本医疗保险制度和医疗救助制度补偿后费用负担仍然沉重的患者,还可借助慈善等救助形式再予以补偿,以实现人群间多方协同、共同发力的互助分担。

四、统筹协同:新时代医疗救助制度的优化路径

(一)完善三重制度衔接机制,提升医疗救助统筹层次

加快完善基本医疗保险、大病保险和城乡医疗救助三重制度的综合保障政策体系,通过基本医保“保基本”、大病保险“保大病”、医疗救助“托

底线”的作用机制,避免不必要的重复救助和制度间的断层,切实发挥各项制度合力,促进三重制度的良性互动和有效衔接,形成综合保障的完整链条,有序地按梯次减轻参保居民、城乡困难群众的医疗费用负担,在走向共同富裕的道路上不落下任何一个群体,提高低收入者应对风险、增加收入的机会和能力。医疗救助的稳健发展需要持续的救助资金作为保障,但从全国范围看,目前医疗救助的筹资规模还不能完全满足城乡居民医疗救助的有效需求。由于三重制度的保障对象、保障范围、保障水平等方面存在差异,三重保障制度的衔接和协同需要围绕信息平台统一、经办衔接通道、服务待遇衔接、不同制度结算顺序等重点发力,为三重保障制度的协同发展提供操作条件。衔接过程中既要确保医疗保障制度的公平可持续,也要避免过度保障,从我国国情、民情出发,统筹加强城乡困难群众医疗保障工作,合理确定最低生活保障对象、特困供养人员、农村建档立卡贫困人口等救助对象,动态调整救助对象的医疗救助资助参保及大病保险倾斜支付政策,逐步向三重制度常态化保障平稳过渡,回归基本医保基本保障、大病保险补充保障和医疗救助兜底及差异化倾斜保障。促进医疗救助与基本医保统筹层次相协调,循序渐进的稳步推进医疗救助制度向市级层面统筹,实现包括救助对象范围、救助形式、救助标准、定点医疗机构管理等方面的统一。确保在健康中国战略的指引下,发挥好基本医保、大病保险、医疗救助分层分类减负和化解风险的作用,不断增强各类就医困难群众的获得感、幸福感和安全感。

(二)整合救助项目资源,统一医疗救助管理运行

尽管医疗救助财政投入规模在不断增长,但是困难群众对医疗救助的需求也在日益增长,尤其是特殊群体的高额医疗费用,这对医疗救助资金的筹集规模和支出结构提出了更高的要求。目前,低保户、特困户等常规救助对象已经有明确的界定标准,但对于低收入人群和因病致贫人群的界定尚未形成统一标准^[20],新时期要建立瞄准相对贫困群体和中低收入群体的救助机制^[21],尤其是发病率低但疾病经济风险较高的罕见病人

群,以及要特别关注慢性贫困家庭儿童,建立农村慢性贫困综合性干预体系^[22],确保十四亿人民在中国式现代化和全民共同富裕的事业中均受益,维护社会公平正义。除探索医疗救助市级统筹外,还需要政府长期从各方面尤其是资金上给予必要的支持,推广和开发社会资源支持系统,整合网络医疗互助、公益慈善救助、社会捐赠等资金池,鼓舞和引导社会各界积极捐赠,重视筹备专项彩票资金用于医疗救助并固化支持比例。通过机构职能和人员调整,整合政府内部的医疗救助资源,将分散于残联、工会、妇联等部门的医疗救助业务逐步整合,同时促进各部分医疗救助资金的高效管理,逐步实现救助项目统一规划设计、救助活动统一协调组织、救助资金统一审核拨付,促进医疗救助资源有效利用、行政管理成本降低及运作效率提升。值得注意的是,在慈善救助与医疗救助的衔接过程中,仍面临着统一标准和执行口径不统一的问题,应关注慈善强化医疗救助的深度与效果,建立医疗救助与慈善救助的有效衔接机制,建立慈善救助平台,整合慈善资源,进一步鼓励慈善组织开展补缺型和补充型医疗救助,充分发挥慈善事业在中国医疗救助中动态补位的作用。

(三)动态调整救助资金规模,优化医疗救助财政分担结构

面向 2035 年的中国特色社会保障体系建设以高质量发展、可持续发展为追求目标^[23],新时代医疗救助制度更应全面优化现行制度安排,推动实现治理现代化,助推全民共同富裕和医疗救助等各项事业高质量发展。为了应对突发公共卫生事件等带来的经济和健康的双重威胁,需要积极探索独立的医疗救助清单,这意味着医疗救助制度在未来发展中需要建立兼具安全稳定性能和动态灵活性能的资金结构。^[24]探索建立稳健、可持续、动态发展的医疗救助财政投入机制可从以下方面考虑:首先,要划清各级政府的筹资责任,并根据各地社会经济发展水平、救助对象规模、人口结构、疾病发生率、医疗卫生水平等因素合理安排医疗救助资金,建立起动态稳定的财政投入机制,强化省级、市级政府财政责任在医疗救助筹资责任中的作用,尤其要发挥省级政府财

政的拉平调节作用,促进医疗救助财政投入水平更加均衡;其次,要加快医疗救助财政投入的预算编制工作,建立稳定的医疗救助预算管理体系,明确财政预算中医疗救助规模与界限,从而科学确定年度医疗救助财政投入所需,确保医疗救助资金筹集的稳定性和可预见性;最后,要考虑目前各级政府的财政承受能力,医疗救助筹资标准的制定可参照居民基本医保的筹资标准,并逐步建立筹资水平协同增长机制,随着居民医保筹资标准的变化进行动态调整。

(四)健全救助监管体制,创新医疗救助服务机制

由于医疗救助具有方式多样性、对象多元化和内容专业性等特征,因此,医疗救助资金使用中难免存在资格审核不规范、刻意骗保、随机骗保、人情入保等问题,这不仅会给医疗救助资金造成损失,还会侵害社会和公民的整体利益,因此,医疗救助资金的使用应规范程序并加强监管,需要建立健全医疗救助资金的使用和分配机制,在保证医疗救助有效的同时把好政策红线,明确医疗救助制度在中国式现代化进程中改善民生这一根本出发点和落脚点的作用,扎实发挥制度效能,实现、维护和发展好人民利益。医疗救助监管机制设计要实现由事后监督向事前、事中、事后协同监督转变:一是将监督关口前移,制定医疗救助资金使用全过程、全周期的监管办法,整合内外部监督力量,各级医疗救助工作领导小组或协调机构应加强对医疗救助资金概算和预算等重点环节的监管;二是实施全程跟进监督,定期开展对医疗救助工作的检查,加强对重点环节的风险防控,严格审查资金流向;三是运用创新技术,推进医疗救助资金使用信息公开和诚信体系建设,接受社会监督,确保医疗救助资金使用和分配的公开、公正和公平。同时,医疗救助服务机制应随着社会进步和经济发展,适时进行更新、创新。为达成制度托底、费用托底、反贫托底和健康维持托底的目标,医疗救助制度应从被动性费用救助向主动性服务救助拓展,补齐医疗救助“重费用轻维持”的短板。一是要调整救助模式构成,丰富救助工作路径,发挥服务型救助和费用型救助相辅相成、协同促进的作用,共同

发力;二是要优化救助资金支出结构和流向,精准识别潜在救助需求和潜在救助对象,做好各类资金预算,确保救助服务能够有效、规范地开展;三是要联合多方参与主体,整合资金、信息、技术、人才等优势,形成长效的救助合作模式,灵活提供专项救助服务,形成常态化、稳定化、协同化、制度化的医疗救助体系内容,推动医疗救助制度高质量发展。

注释:

- (1)数据来源:历年《卫生健康事业发展统计公报》和《国民经济和社会发展统计公报》。
- (2)数据来源:历年《中国民政统计年鉴》和《中国医疗保障统计年鉴》。

参考文献:

- [1] Sohn Heeju. Medicaid's Lasting Impressions: Population Health and Insurance at Birth [J]. Social Science & Medicine, 2017, (177): 205-212.
- [2] David Harley. Actively Creating a New Model of Social Assistance. Policy Outlook [J]. 1993, (6): 35-36.
- [3] 崔斌, 张琳, 毛立坡. 我国城乡医疗救助统筹管理的适宜模式研究 [J]. 人口与发展, 2014, (5): 102-107.
- [4] 黄瑞芹, 谈睿. 基于知识图谱可视化分析的医疗救助制度研究 [J]. 社会保障研究, 2021, (2): 83-91.
- [5] 王振耀. 医疗救助制度的价值取向: 兼顾救急与救穷 [J]. 中国医疗保险, 2021, (11): 47-48.
- [6] 仇雨临, 王昭茜. 共建共治共享 建设协同医保 [J]. 中国医疗保险, 2022, (1): 1-3.
- [7] 吴佳佳. 贫困人口基本医疗有保障 [N]. 经济日报, 2021-02-25 (011).
- [8] 白晨, 顾昕. 找回“中间层”: 省级支出责任与医疗救助均等化 [J]. 中国行政管理, 2020, (1): 121-127.
- [9] 江治强. 城乡困难家庭的医疗负担及其救助政策完善 [J]. 社会保障研究, 2018, (4): 48-55.
- [10] 陈成文. 论大病医疗救助与新时代“弱有所扶” [J]. 社会科学家, 2018, (1): 51-56.
- [11] 郑功成. “十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务 [J]. 中国人民大学学报, 2020, (5): 2-14.
- [12] 顾海, 吴迪. “十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想 [J]. 管理世界,

2021, (9): 158-167.

- [13] 文颖慧, 费汝倩, 孙宇宁, 欧阳璐. 医务社会工作与慈善医疗救助协同发展路径研究 [J]. 卫生经济研究, 2018(9): 35-38.
- [14] 王宗凡. 医疗保障体系下医疗救助的功能定位 [J]. 中国医疗保险, 2020, (11): 16-18.
- [15] 温馨, 吴恒昌, 黄婧, 梁晓晖. 美国医疗领域慈善救助经验及启示——基于多方参与视角 [J]. 卫生经济研究, 2022, (9): 86-89.
- [16] Afsana K. Wahid SS Health Care for Poor People in the Urban Slums of Bangladesh [J]. Lancet London, England, 2013, (9): 2049-2051.
- [17] 胡宏伟, 王红波. 整体性治理视域下我国医保体系托底保障功能评估与改进 [J]. 中州学刊, 2022, (2): 70-79.
- [18] 刘军强. 激励结构与政府投入: 从地方政府视角看合作医疗制度的可持续性 [J]. 公共行政评论, 2009, (6): 126-155, 205.
- [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, (1): 19-28.
- [20] 李秀丽, 等. 我国医疗救助制度的功能受限困境及其优化建议 [J]. 中国卫生经济, 2021, (5): 29-32.
- [21] 程杰. 中国社会救助投入强度研究 [J]. 社会保障评论, 2021, (4): 87-103.
- [22] 霍萱. 农村家庭慢性贫困的生成机制及跨代弱势累积研究 [J]. 社会保障评论, 2021, (3): 149-159.
- [23] 郑功成. 面向 2035 年的中国特色社会保障体系建设——基于目标导向的理论思考与政策建议 [J]. 社会保障评论, 2021, (1): 3-23.
- [24] O'Mahen P N, Petersen L A. To Battle COVID-19's Twin Economic and Health Crises, Medicaid Needs Flexible Funding Structures for Stabilization [J]. Journal of General Internal Medicine, 2021, (4): 1067-1070.

(责任编辑 焦德武)