

· 社会保险 ·

脱贫农户医保政策调整影响与发展方向研究

左 停

[摘要] 适当的医疗保障体系是解决中国农村贫困问题的重要举措，也是预防返贫的重要举措。在脱贫攻坚阶段，医疗救助和医疗保险相结合，通过参保补贴、报销优待和自付部分的再报销等超常措施，解决了因病致贫问题，但在医疗保险基金的可承受性和公平性方面也受到学界和业界的质疑。在巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的过渡期，医疗保障政策如何调适是一个复杂的问题，通过政策文本分析与地方实践专题调研，各地在过渡期脱贫户医保政策调整过程中探索出固定型定额补贴、梯次推进型的定额补贴、结合型资助补贴以及基本稳定型等多种调整模式。从政策调整效果和影响来看，救助性质的医保帮扶政策仍很必要，一部分脱贫户的医疗负担仍然较重，欠发达农村仍然需要一定的医疗保障的倾斜支持。面向脱贫人口的医疗保障政策的调整需要在保基本、公平性与可承受性之间找到平衡点。未来政策调整或发展应兼顾基本性、公平性和可承受性原则，梯度推进逐步调整；应优化医疗保障制度结构、弱化政策身份捆绑，统筹解决目录外的大额支出问题；应强化重点帮扶地区医疗保障优惠政策支持，提高重点帮扶地区医疗保障水平；还要通过提升医疗服务效率、挖掘医疗服务潜力，间接提升医保的保障能力。

[关键词] 医保政策调整；基本保障；公平性；可承受性

一、问题的提出与问题分析视角

党的十八大以来，党中央深入贯彻以人民为中心的发展思想，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、弱有所扶上持续用力，人民生活全方位改善，民生领域的发展充分彰显出中国共产党与中国政府的责任担当。脱贫攻坚期间，中国通过医保扶贫政策切实兜牢低收入人口的医疗保障网，为化解因病致贫、因病返贫问题发挥关键作用。

随着脱贫攻坚取得全面胜利，中国“三农”工作重点由集中力量脱贫攻坚转向全面推进乡村振兴，奋斗目标从全面建成小康社会转向全面建设社会主义现代化国家，原有的运动式治理模式、超常规的帮扶举措需要逐步转变为具有可持续性的常态化帮扶机制。中国基本医疗保障

[作者简介] 左停，中国农业大学人文与发展学院教授、博士生导师。主要研究方向：反贫困与农村社会保障。
[基金项目] 研究阐释党的十九届五中全会精神国家社科基金重点项目“实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接研究”（21AZD038）；国家社科基金重大项目“建立和完善农村低收入人口常态化帮扶机制”（21&ZD177）；国家自然科学基金应急管理项目“脱贫攻坚与乡村振兴有效衔接的政策体系研究”（72141002）。

制度在取得重大成就的同时,也面临着从制度建成到制度完善的一系列挑战,面临着医保基金支出刚性增长与医疗服务持续扩张的双重压力。一方面,物质生活水平的改善激发群众追求更高质量的医疗保障;另一方面,老龄化加剧、疾病谱转变等问题释放出规模空前的医疗保障需求。面对医保待遇需求刚性增长与多样化发展的现实趋势,医疗费用的上涨速度远超经济增长速度。医疗费用的过快增长,势必会加大社会经济、政府财政以及人民群众的负担,影响全民健康目标的实现。此外,原建档立卡贫困户与非贫困户间的医疗报销待遇差距较大,临时性、超常规的健康扶贫举措造成政策对象群体和内容的繁琐叠加、实施过程中的资源浪费,部分地区还存在医疗保障结构不合理问题,有碍于医保制度公平性与可持续性发展。

着眼于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的过渡期的阶段目标,特别是全面建设社会主义现代化国家长远目标,政策主管部门既要进行适度的政策调适与制度优化,也要聚焦重点帮扶地区发展不平衡不充分问题。为此,国家医保局等7部门印发的《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》(医保发〔2021〕10号)对脱贫攻坚期采取的一些临时性、超常规的医保举措予以调整,一定程度上缓解了上述矛盾,但也在学术界和政策界引起了一些争论。

但无论是理论探讨还是实践探索,对于过渡期医保政策调整影响以及未来调整方向的关注仍显不足,更鲜有研究将过渡期社会医疗保障的基本性、公平性和承受性等要素作为一个整体性问题予以系统考量。鉴于此,本研究通过对内蒙赤峰、云南昆明、湖北恩施、贵州毕节、陕西安康等地医保政策调整的专项调研,系统梳理各地医保缴费、参保资助、待遇支付政策,进而研判脱贫后医疗保障政策变化后对脱贫农户的影响,并从社会医疗保障的基本性、公平性和可承受性相平衡的三维视角对医保政策参数调整问题进行剖析,以期对医保政策发展方向以及相关理论拓展提供有益镜鉴。

贫困及其伴生的饥饿、疾病、社会冲突等一系列难题严重阻碍人类对美好生活的追求,其中因病致贫、因病返贫是导致贫困诸多要素中最为关键的因素。2015年末1901万户原农村建档立卡贫困户中,因病致(返)贫户约占44.1%;患病农村贫困人口规模近2000万人,约占原建档立卡贫困人口口的35.9%;患病贫困人口中,15—59岁的主要劳动力人口占比超过40%。贫困人口整体健康水平低下和欠发达地区医疗服务水平不足,严重损害其人力资本并阻碍地区发展。因此,实施医保扶贫政策对于解决贫困问题,提升人民获得感、幸福感、安全感具有重要意义。脱贫群体在完成脱贫后脆弱性特征依然突出,低收入人口特别是欠发达地区的低收入人口仍然具有较高的生理脆弱性,患病风险高,收入水平有限,加之该地区客观上存在医疗成本高等问题(如较高的异地就医频次),意味着因病返贫风险依然存在,医疗保障与医疗资源不平衡不充分仍然是亟待解决的现实问题。健康权作为公民的基本权利,其权利的基本性保障、机会的公平性获得和能力的可承受性满足是国家的重要职责与本质义务,也是促进实现共同富裕与规范国家权利的应有之义。^①与此同时,社会医疗保障的基本性、公平性与可承受性作为有机互构的整体生态,亦相互影响和相互作用。

^① 付子堂、庞新燕:《我国公共卫生体系搭建历程与逻辑进路——以健康权保障为研究视角》,《人权》2022年第6期。

（一）作为脱贫人口基本需求一部分的医疗保障

健康是重要的人类“可行能力”及“一种非常基本的自由”，^①确保人人健康、实现全民健康覆盖是促进人类发展的有力途径。在以普惠发展和共同富裕为终极追求的服务型政府建设过程中，关涉人力资本开发和社会公平正义的健康扶贫，始终是政府的重要职能和社会的必要实践。在健康中国建设全面推进的背景下，塑造农民健康主体能力对脱贫农户健康效能优化至关重要，在当下具有特定的意涵、价值、内容体系和建构依据。^②脱贫攻坚期间，中国通过“基本医疗有保障”等健康扶贫措施从基本保障角度解决了因病致贫问题，彰显出国家政府在保证基本医疗卫生服务可及性、质量和居民享受医疗卫生服务公平性等方面的责任担当。^③脱贫后，医疗保障的基本性决定了它还是巩固拓展脱贫成果、防止“因病返贫”工作的关键条件。^④但毋庸讳言，因病致贫的风险因素依然存在。受地理环境、经济水平、医疗资源配置情况等多种因素交织影响，脱贫人口往往身体素质偏低且医疗资源匮乏，相较于一般群体更容易面临疾病风险。由于缺乏健康的生活方式，欠发达地区居民的科学健康观念薄弱，慢性病防治和传染病防治水平较低，在疾病冲击下面临更高的致贫率。在贫困与疾病的相互动态影响下，欠发达地区居民更易陷入疾病—贫困恶性循环，导致基本的健康权利难以保障。另一方面，欠发达地区的医疗基础设施普遍匮乏，尤其是交通条件落后。交通条件局限使患病者的健康能力无法得到有效保障，在三个关键环节易出现因病致贫的可能：一是患病者错失疾病救治的最佳时机，使“小病拖成大病，大病拖成重病”；二是患者由于交通条件落后所带来的高昂就诊成本和精神压力不愿就医，使本可痊愈的小病演化为慢性病，最终无法根治；三是大医院通常设在县城甚至省城，居住在偏远地区的农村患病者难以及时复诊，无法准确把握自身病情发展情况，加之抵抗健康风险冲击的能力匮乏，最终导致因病致贫和因病返贫。

进而言之，作为公民基本权利的健康权以及社会保障重要组成部分的医疗保障，都应直面如何实现“基本性”保障的问题。依据幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶等“民生七有”的政治目标，病有所医理应与学有所教等民生保障政策同等重要。但实践中，学有所教可以基于九年制义务教育等政策载体得以切实保障，而病有所医却因制度缺漏与衡量标准难以量化等原因而难以有效保障。一方面，社会各界对于何为“保基本”存在争论，如部分官员认为只要群众参加社会医疗保险即实现“保基本”目标，也有学者提出社会医疗保障“保基本”即为“保大病”，^⑤还有学者提出新时代下“保基本”既要“保大病”还应“保小病”，^⑥也有人认为医疗保障的基本性需要发挥以基本医保为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底、专项扶助、商业健康保险和慈善救助为辅助的多层次医疗保障制度体系制度功能，扩充其除了“基本性”之外的“防大病”“兜底线”能力，减轻脱贫人口就医负担，减

① 何文炯、张雪：《基于共同富裕的健康扶贫政策优化》，《河北大学学报（哲学社会科学版）》2022年第1期。

② 王三秀、卢晓：《健康中国背景下农村健康福利效能优化：目标、困境及破解——农民健康主体能力塑造视角》，《宁夏社会科学》2022年第2期。

③ 刘远明：《健康责任主体的推定与责任范围的划分》，《贵州社会科学》2013年第6期。

④ 刘晓宇、刘长君：《后扶贫时期建立健全防止农村“因病返贫”长效机制研究》，《中国卫生法制》2021年第6期。

⑤ 吕国营：《基本医疗保险实质上就是大病基本医疗保险》，《中国医疗保险》2013年第8期。

⑥ 何文、申曙光：《医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制？》，《保险研究》2018年第11期。

少因病致贫返贫现象。^①此外,还有学者认为应旗帜鲜明地反对泛福利化医疗保障,认为医疗保障同就业和其他社会保险一样,守牢“保基本”“可持续”底线即可。^②对于医疗保障“基本性”概念的争论使其作用界定与改革方向呈现出进退维谷的尴尬局面。另一方面,相较于其他民生诉求,医疗支出具有上不封顶的特点,民众对于“保基本”的认知则受限于传统“忠孝”文化与“重生恶死”观念影响,寄希望于通过社会医疗保障制度实现低价医疗甚至免费医疗,对基本性保障报以过高期望。概言之,中国目前已经建成世界上规模最大的社会保障体系和医疗卫生体系,其成就举世瞩目,但仍处于社会主义初级阶段,属于发展中大国。对于医疗保障“基本性”认知应与社会主义初级阶段生产力水平相适应,即将“基本性”置于基本药品目录、基本诊疗项目目录和基本医疗服务设施范围“三个目录”下,综合广覆盖、多层次、可持续要求和公平性、可承受性原则予以考量,既不降低标准,也不吊高胃口。

(二) 医疗保障的公平性的体现与实质

目前,城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助三项制度全覆盖更多地表现为“形式普惠”,还尚未达到“实质公平”。^③困难群体难以平等享受到公共产品和公共服务,且摆脱疾病的机会和权力被剥夺,^④经济脆弱性和社会脆弱性共同导致农村居民的健康机会缺失。^⑤如何促使群体之间、地区之间从医保权益失衡状态走向公平,是现阶段医保政策调整必须积极推进并需要妥善应对的重大命题。^⑥随着乡村振兴、健康中国等国家战略和一系列围绕医疗体制改革的政策措施出台落地,农村地区医疗卫生服务水平大幅提升,城乡医疗福利差距不断缩小,但仍然存在诸多阻碍农村居民公平享受基本医疗保障的桎梏。今后医疗保障公平性研究重点包括医疗保障的适度公平、医疗资源分配的公平和效率之平衡及提高农村居民的健康话语权。^⑦此外还有从公平性视角审视现行制度,提出存在的三大问题:群体间待遇差距过大、基本医疗保险基金潜伏危机、制度“碎片化”运行绩效不高。^⑧同时医疗资源配置的结构性失衡直接影响地区间医疗资源可及性水平和农村居民就医层次。医疗卫生资源的公平性配置是医疗卫生服务水平提升的基础,也是脱贫户家庭提升健康能力的重要保障。脱贫攻坚期间健康扶贫政策中部分贫困地区还存在健康扶贫目标理念偏差、医疗保险报销水平过高、部分政策利用率较低、医疗机构过度治疗和部门机构衔接机制不完善等问题,抑制健康扶贫的实施效果。^⑨脱贫攻坚期贫困人口和非贫困人口在享受医疗保障政策待遇方面存在的较大差距,是2020年后巩固拓

① 任雪娇、马池春:《制度化扶贫:多层次医保助推贫困治理的长效机制——基于共同富裕道路的探索》,《山西农业大学学报(社会科学版)》2022年第2期。

② 郑功成:《从共同富裕视角推动医疗保障高质量发展》,《中国医疗保险》2022年第3期。

③ 李亚青:《医疗保障对健康平等的影响机制和精准化改进路径》,《社会保障评论》2022年第2期。

④ 申喜连、王玲:《医养结合何以助力健康扶贫?——基于青海省H州G县的实践》,《湖北民族大学学报(哲学社会科学版)》2022年第1期。

⑤ 翟绍果、严锦航:《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》2018年第3期。

⑥ 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》,《中国人民大学学报》2020年第5期。

⑦ 谢兰兰:《由不公平到更加公平:农村居民医疗公平性研究进展》,《江汉学术》2021年第5期。

⑧ 何文炯:《建设更加公平可持续的医疗保障制度》,《中国行政管理》2014年第7期。

⑨ 汪三贵、刘明月:《健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择》,《新疆师范大学学报(哲学社会科学版)》2019年第3期。

展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接需要认真考虑的问题。^①但是考虑问题的原则不能只看数字上的差距,在医疗保障与健康扶贫等方面对困难群体给予政策倾斜恰恰是公平性的重要体现,在医保缴费、参保资助、待遇支付等方面对脱贫户给予政策倾斜,弥合其与一般人群的起点差距和过程差距,从而最大程度实现个体健康和医疗保障基本需求的结果性公平。

(三) 围绕医疗保障的相关主体的财务可承受性

可承受性即医疗保障制度各个参与主体能够负担以及获得相应资源和服务的能力,公平普惠、保基本和可承受的医疗保障既包括医疗支出的个人自付费用符合一定的经济和心理预期,也包括政府资助补贴水平契合财政能力与职责履行目标。具体应该包含可承受的医疗服务的价格、就诊患者的收入、生活支出以及与医疗保障之间的关系,^②在可承受性方面不合理的医保制度存在“逆分配效应”,对各主体造成不同的影响,贫困或低收入者的医疗支出反而会拉大既有的收入不平等。^③还有学者认为政府在制定基本医疗保险政策中,应依据居民收入分类实施医保政策,针对特殊群体医疗卫生服务需求大、贫困脆弱性高的特点,提高不同群体的基本医疗保障水平。^④

首先,参保费用直接关乎群众对于医保制度的接受度,科学合理的医保费用有助于扩大制度覆盖面和提升医保制度抗风险能力。其次,基本医疗保险、医疗救助、商业保险等多层次保障有助于降低患者家庭直接的疾病经济负担。对于患者而言,多层次医疗保障措施可以降低其就医花费的门诊费、检查费、医药费、住院费等医疗费用,避免因无力承担医疗费用而延缓治疗或放弃治疗导致“小病拖成大病、大病拖成不治之症”,切实降低因病致贫、返贫的概率;对于患者家庭成员而言,病患人口生活照料和康复护理享受一定的补贴,缓解其因为照顾病患人口而减少劳动时间造成的收入损失,提高家庭应对疾病风险冲击的经济能力。此外,通过整合制度资源,实行先诊疗后付费、一站式结算等制度手段,减轻患者家庭间接的疾病经济负担,进而提高其应对疾病风险冲击的能力。

值得注意的是,一方面,连年上涨的参保费用对于部分农村家庭而言成为沉重的经济负担;另一方面,虽然脱贫攻坚期间农村建档立卡贫困人口的报销比例呈上升趋势,但相较于医保报销情况,自付医疗费用在一定程度上更能反映个人及家庭真实承受的疾病经济压力。^⑤陕西省商洛市 ZS 县脱贫户雷某患有股骨粗隆间骨折,2021 年 3 月于某县医院住院,产生医疗总费用 18729.92 元,政策范围内花费 14088.52 元,合计报销 12447.84 元,政策内报销比例约为 88%。然而,从实际医疗支出对于脱贫户本身的影响来看,本次实际自付 6282.08 元,实际报销比例约为 66%,与政策内报销比例相比降低 20 余个百分点。实际自付的 6000 余元只代表医院直接医疗费用,再加之其他费用,对于刚刚脱贫的家庭来说,无疑造成压力与负担,极有可能诱发返贫风险。低收入人群作为价格敏感群体在医疗保险报销比例和范围一定的情况下,家庭收入预算一定

① 林万龙、刘竹君:《变“悬崖效应”为“缓坡效应”?——2020 年后医疗保障扶贫政策的调整探讨》,《中国农村经济》2021 年第 4 期。

② 何兰萍、王晟昱:《主体合作与资源可及:慈善组织参与医疗救助的路径——基于 135 个案例的比较分析》,《中国第三部门研究》2020 年第 2 期。

③ 顾昕、惠文:《共同富裕视域下全民医保的再分配效应研究》,《财经问题研究》2022 年第 12 期。

④ 李建国、李文俊:《基于 PSTR 模型的居民医保反贫困作用研究》,《中国医疗保险》2022 年第 10 期。

⑤ 张蕾等:《中国农村贫困人口重点疾病直接经济负担研究》,《人口与发展》2022 年第 2 期。

程度上抑制了医疗消费。^①与此同时,过高的医疗自付支出会引起贫困家庭资本受损,当家庭无力支付医疗费用、基本生活难以保障时,会影响家庭的各方面投资。一方面,减少家庭的食物营养支出,降低对其他家庭成员的健康投资,增加其健康脆弱性;另一方面,降低对其他家庭成员的人力资本投资,表现为子女过早退学进入劳动力市场,或减少家庭其他成员的就业培训等,影响家庭的长远发展,从而对家庭长期收入产生不利影响,甚至出现贫困的代际传递。

因此,医疗保障政策调整需要考量低收入人口的经济承受能力与心理接受预期,既要舒缓缴费年年上涨趋势,避免低收入人口因无力负担参保费用而游离于医保制度之外;也要适度提高医疗保障待遇,减少家庭的灾难性医疗支出。同时,政府对于低收入人口以及其他困难群体的参保补助和报销待遇倾斜应更为科学合理,既要避免福利刚性约束下大额补助导致政府财政负担过重,也应避免补助群体过窄、补助标准过低影响医保制度的稳定性。

综上所述,基本性、公平性与可承受性成为贯穿医保政策参数调整的核心框架,在政策调整过程中,三者不可偏废而应予以系统性考察。医疗保障的基本性是基础前提,公平性体现于医保制度的全过程,可承受性体现在制度存续中不同主体的切实关切。医保制度的基本性目标即基本保障取决于社会发展阶段与人民现实诉求,又影响了制度公平性原则和政策对象群体的可承受性;公平性客观上要求基本保障可落实、能发展,制度可承受、能提升;可承受性决定了医疗保障保基本的内在逻辑和公平性的外在表现。简言之,基本保障是基础性目标、公平性是长期性原则,可承受性是可操作性的体现。在实现基本医疗有保障的前提下,应统筹考量多方主体可承受性并进行制度调适,以期实现制度的公平性价值追求。

二、过渡期针对脱贫农户的医疗保障政策调整概况

医疗保障制度作为社会保障制度的重要组成部分,也是保障范围最广、运行机制最为复杂的项目。自新型农村合作医疗保险建立至今,医保政策历经多次调整,为维护农村居民生命健康和助力脱贫攻坚发挥了重要作用。与此同时,在巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的过渡期,也面临诸多挑战与问题。具体而言,部分贫困地区健康扶贫目标理念出现偏差,更多强调事后补偿,即以降低直接疾病负担为目标,重在降低贫困人口看病就医负担等健康扶贫的短期目标,轻视提高贫困人口预防疾病能力等健康扶贫的远期规划。其次,少数欠发达地区医疗保障水平过高。贫困人口除享受基本医疗保险和大病保险外,还有大病补充保险和大病救助,甚至目录外的病种和医疗支出也可以报销。地方政策将中央保障基本医疗的目标扩大为全面医疗保障,并且把降低贫困家庭医疗支出负担作为主要政策目标,导致农村贫困人口大病救治力度过大,费用减免超过财政负担能力,加剧了原贫困户和非贫困户之间的矛盾。再次,部分健康扶贫政策利用率较低。此外,部分医疗机构存在诱导小病大治问题,部分地区贫困人口的医疗支出直接与医院的效益挂钩,在自身利益驱使下,部分地区

^① 周新发、石安其琛:《医疗保险对减轻参保农村居民家庭就医负担的异质性研究——来自CFPS数据的经验证据》,《财经理论与实践》2021年第5期。

医疗机构难免会发生过度治疗现象,加之政府对医疗机构缺少有效的监管,导致部分医生提供额外的医疗服务,增加贫困人口看病的医疗费用。由此,中央和地方政府对过渡期脱贫户的医疗保障政策进行新一轮调整。

(一) 脱贫人口医保政策调整的顶层政策设计

2020年2月中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》,这是新中国成立以来首次以党中央名义发布的医疗保障领域的纲领性文件,为全面深化我国医疗保障制度改革提供了科学的顶层设计,标志着中国正式步入以全面建成中国特色医疗保障制度为目标的全深化改革阶段。该文件不仅澄清了以往长期争论不休的制度选择与行动路径的认识误区,也明确了全面深化我国医疗保障改革的指导思想、基本原则、发展目标,更部署了重点改革任务、发展取向及相应的行动方案。同年,中共中央、国务院印发的《关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的意见》对农村医疗保障待遇水平方面进一步明确有关要求:“合理确定农村医疗保障待遇水平,坚持基本标准,统筹发挥基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度综合梯次减负功能。进一步夯实医疗救助托底保障,合理设定年度救助限额,合理控制救助对象政策范围内自付费用比例,分阶段、分对象、分类别调整脱贫攻坚期超常规保障措施。”^①在实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的过渡期,脱贫人口医疗保障政策需要进一步细化,在政策总体稳定的基础上实现有序调整,平稳过渡,切实发挥好医疗保障政策在推进有效衔接中的作用与功能。

脱贫人口医保政策调整的制度设计日渐清晰,在实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的过渡期,脱贫人口医疗保障政策调整也得到进一步细化。中央层面脱贫人口医保政策调整的制度安排主要体现为国家医疗保障局联合民政部等部门印发的《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》(医保发〔2021〕10号)(以下简称《意见》),该《意见》意图在总结运用医保脱贫攻坚实践经验的基础上优化调整完善相关配套措施,探索建立防范化解因病返贫致贫长效机制,确保医保脱贫成果更加稳固,成效更可持续。强调在过渡期内,通过优化调整医保扶贫政策,健全防范因病返贫致贫长效机制,统筹完善过渡期和助力乡村振兴战略实施的常态化帮扶政策,扎实推动共同富裕。《意见》从调整参保人员范围、保障标准、倾斜支付政策、过度保障治理等方面的规定和要求对政策措施进行细化。此外,国家卫生健康委等部门联合制定的《关于巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》(国卫扶贫发〔2021〕6号)也明确了五年过渡期内的健康扶贫政策走向,保持健康扶贫主要政策总体稳定,调整优化支持政策,进一步补齐脱贫地区卫生健康服务体系短板弱项。

(二) 脱贫人口医保政策调整的地方实践

基于中央层面脱贫人口医保政策调整的顶层设计与制度安排,地方多数省份据此制定脱贫人口医保政策调整文件,在受助对象、缴费标准和待遇补偿等方面进行相应调整,开展医疗保障制度深度改革,以实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略。本研究将以2021年全国十余省医保资助调整政策文本为研究对象,依据地方政府是否对未纳入农村低收入

^① 中共中央、国务院:《关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的意见》,中国政府网:http://www.gov.cn/zhengce/2021-03/22/content_5594969.htm,2021年3月22日。

人口监测范围的稳定脱贫人口给予医保参保资助政策进行分类解析。

总体而言,多数地区医保资助政策的调整依据保障对象的不同类别分别予以开展,其形式包括固定型定额补贴、梯次推进型的定额补贴、结合型资助补贴以及基本稳定型。安徽、陕西、山西等省份主要采取固定型定额补贴的资助方式,对未纳入农村低收入人口监测范围的普通脱贫人口不再给予参保资助,但对脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户给予50%—90%不等的定额补贴;梯次推进型定额补贴在一些省份广泛使用,按照五年过渡期分年度逐步减退和分档次自主参保的调整方案,继续给予脱贫户(原建档立卡贫困户)一定程度的参保资助,如湖北省规定脱贫人口2022年至2024年分别按不低于当地2021年个人缴费资助标准的80%、50%、30%给予资助,四川省则将资助比例调整为75%、50%、25%,并且二者均提出2025年取消此类群体的资助参保政策。与此同时,甘肃省也规定对脱贫人口2021年参保给予100元定额资助,从2022年至2025年逐年下调直至取消。还有一些省份采用结合型的资助方式,西藏自治区规定采用分档式与菜单式相结合的补贴方式,如2021年参保可自主选择130元或320元两个档次进行缴费。重庆市等地一方面对脱贫人口2022年、2023年分别予以100元/人、50元/人标准定额资助,并于2024年取消资助政策;另一方面,也设置320元与695元两个缴费档次,并对二档统一按照一档个人缴费标准的100%资助。此外,还有一些省份过渡期的资助政策保持稳定的状态,诸如贵州、新疆等省份暂未显著调整脱贫户的资助对象身份和资助力度,在继续给予其定额资助的同时,还将资助范围扩展到非建档立卡的防返贫监测对象(边缘易致贫户和非建档立卡突发严重困难户)。贵州省黔南州规定边缘户参保资助标准由县(市)按照脱贫户资助标准予以资助等;河北省张家口市尚义县规定脱贫人口享受90%参保资助,而非建档立卡的防贫监测对象不享受参保资助政策;新疆维吾尔自治区伊宁市明确给予边缘易致贫户、突发严重困难户医疗保险定额资助。

在报销待遇倾斜政策调整的地方实践中,各地对不同人群报销待遇的调整并非全部始于2021年,而是在脱贫攻坚期间即进行调整。换言之,部分报销待遇倾斜政策可能在2020年即进行调整优化,之后保持政策稳定不变或只进行参数调整而不涉及制度变革。各地在执行中央关于报销待遇倾斜政策的相关规定外,亦制定了具体性的报销待遇倾斜政策。如陕西省提出实现城乡居民参保人群全覆盖,基本医疗保险政策范围内报销比例不低于50%;特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童医疗救助范围内个人自负费用100%救助。此外,陕西省安康市HBQ县进一步规定自2021年1月1日起,全面取消贫困人口基本医保一般诊疗费全额报销、住院报销比例提高10%、慢病封顶线提高20%、三重制度综合保障下政策范围内报销比例控制在80%—85%等四项超常保障政策;建档立卡脱贫人口基本医疗保险最低报销比例不低于65%。山西省则规定自2022年1月1日起,停止执行原农村建档立卡贫困人口在县域内、市级、省级住院医保目录内费用年度0.1万元、0.3万元、0.6万元自付封顶政策,县域内政策范围内住院费用支付比例总体稳定在75%左右;返贫致贫人口目录内个人自付住院医疗费用,按70%的比例给予医疗救助,省内住院单次目录内费用综合支付比例达不到90%的,救助到90%;低保对象目录内个人自付住院医疗费用,按70%的比例给予医疗救助,年度最高救助限额6万元。甘肃省规定特困人员(孤儿)医疗救助比例为100%;一、二类低保对象医疗救助比例为75%,三、

四类低保对象和返贫致贫人口救助比例为 70%；纳入乡村振兴部门防止返贫致贫监测范围的易返贫致贫人口救助比例为 60%；不属于特困人员（孤儿）、低保对象、返贫致贫人口、易返贫致贫人口的脱贫人口，医疗救助比例实行政策渐退，过渡期内逐步转为按规定享受基本医保、大病保险普惠性待遇；其中，2021 年 7 月 1 日至 12 月 31 日医疗救助比例为 60%，2022 年至 2025 年医疗救助比例逐年下调；另外，在参保地定点医疗机构就医或规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经三重制度支付后政策范围内个人自付医疗费用超过 6000 元部分，按照 30% 给予二次救助，二次救助不计入年度救助限额。

值得注意的是，除住院倾斜性报销政策外各地针对门诊，特别是门诊慢特病病种也制定了具体的倾斜性报销政策。如山西省规定纳入山西省统一的门诊慢性病病种保障范围的特困人员、低保对象和返贫致贫人口，门诊政策范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后，剩余部分特困人员按 60%、低保对象和返贫致贫人口按 30% 的比例给予救助；符合享受门诊特药保障政策的特困人员、低保对象、返贫致贫人口，特药保障范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后，剩余部分特困人员按 20%、低保对象和返贫致贫人口按 10% 的比例救助。湖北省随州市规定在一个年度内，对农村特困人员按照每人每年不少于 500 元的标准给予门诊救助，救助对象门慢及重特大疾病门诊自付费用一个年度内与住院自付费用合并计算，达到救助标准的按规定救助，年度最高支付限额为 5 万元。

三、过渡期面向脱贫农户医疗保障政策调整的调研发现

医疗保障政策直接关乎人民健康水平与患者家庭经济负担程度，医疗保障制度改革成效显著，但同时其改革仍在进行中而尚未定型。脱贫攻坚期中国政府采取了诸多临时性、超常规的医保减贫举措，其政策调整既有短期性直接影响，也有长期性深远影响。下文将重点剖析新时期脱贫人口医疗保障政策调整对参保情况与报销情况的具体影响。

（一）医保帮扶政策对预防返贫仍将具有关键性的作用

疾病以及医疗保障不强是中国农村致贫的一个重要因素。2014 年全国建档立卡贫困户的信息显示，全国贫困户中有 42.2% 家庭的贫困原因包括“因病致贫”，在所有致贫因素中居首位。经过包括医保措施在内的各方面的超常举措，2020 年实现消除绝对贫困的目标，但脱贫人口的因病返贫的风险依然存在，特别是欠发达地区的脱贫人口收入水平低，患病风险高，仍然具有较高的生理脆弱性，许多脱贫家庭仍有数量较大的医疗支出。如秦巴山区的 HBQ 县是典型的农村占大头、农民占多数的农业大县，农业人口 80 万人，有脱贫人口 60514 户 201617 人，平均每户 3.33 人，2021 年的农民人均纯收入为 12362 元，2021 年前 10 个月，该县有脱贫人口 24620 人发生住院支出，占脱贫人口的 12.2%，住院患者人均支出 15772 元，其中 40% 的患者仅住院支出就超过当地人均可支配收入的 40%（6000 元以上）。因为医疗保险帮扶措施，绝大部分的住院支出得到保险赔付（平均报销比例 86.9%），患者人均住院支出下降到 2062 元左右（家庭单位的人口平均 620 元），但仍有 10% 的脱贫患者，其个人支付部分的住院费用平均为 16148 元，与当地的农民人均可支配收入水平相当，医保帮扶政策是过渡期内防止返贫

致贫底线任务的重要保障。

表1 2020—2021年HBQ县脱贫人口住院医疗费用支出十等分情况

组别	人均住院总支出(元)	人均自费金额(元)	人均报销金额(元)
0—10%	628.33	80.98	547.25
10%—20%	1518.30	68.63	1449.67
20%—30%	2393.45	37.98	2355.48
30%—40%	3261.83	822.55	2439.28
40%—50%	4088.17	572.77	3515.40
50%—60%	4982.15	400.85	4581.30
60%—70%	6080.89	391.34	5689.55
70%—80%	7693.60	1077.93	6615.46
80%—90%	11080.41	1020.36	10060.05
90%—100%	115997.20	16148.40	99848.80

资料来源：根据2020年1月—2021年10月HBQ县24620户脱贫人口对应的住院医疗支出情况绘制（根据十等分需求剔除最低与最高各2项）。

（二）脱贫户的名义和实际的医疗支出差异较大，并不存在普遍性的“过度保障”问题

从医疗保障制度设计的结构来看，贫困人口比非贫困人口多享受三重医疗保障之外的大病补充医疗保险和财政兜底报销政策；而在贫困人口与非贫困人口共享的基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度中，贫困人口享受倾斜性支持政策，加大了这两类群体医疗报销的差距。与此同时，社会上也存在关于脱贫人口城乡居民基本医疗保险存在普遍性“过度保障”的说法，应该客观分析脱贫户的实际医疗支出情况。

首先，脱贫户在政策范围外仍有相当部分的直接医疗费用，即使政策范围内报销比例名义上达到80%甚至90%，其实际医疗负担仍然较重，脱贫户政策报销范围外费用（目录外费用）一般要占到医疗总费用的26%左右。脱贫人口在现有待遇下仍然存在实际自付费用较高，报销待遇不足的情况。以陕西省HBQ县为例，2021年1月至10月共计产生医疗总费用约2亿元，报销金额约1.58亿元，实际报销比例不足79%。其中，住院总费用约1.7亿元，报销金额1.38亿元，实际报销比例约为80%；门诊总费用0.32亿元，报销金额0.21亿元，实际报销比例约为66%。无论是哪一衡量指标，与政策范围内报销90%以上的口径差异较大。对脱贫户而言，实际患病相关的支出情况才是影响家庭生活水平和生活压力的重要因素，除了医疗直接自付的费用以外，照护费、食宿费、交通费等其他间接支出也进一步加重了费用负担。

其次，脱贫人口诊疗支出内容复杂。受当地医院公共卫生资源限制和脱贫人口外出务工需求等影响，异地就医人数比例较高，且报销待遇直线下降。一些地区县域内缺乏三级医院，而危重病症只有三级医院才能给予更及时的治疗与更有效的应对举措。脱贫户受客观条件限制只能去外地医院就诊，分级诊疗机制下跨域治疗报销待遇低，尤其是外市三级医院中基本医疗保险只能报销合规费用的45%，悬殊的报销比例客观上更加重了欠发达地区低收入人口的经济负担，复杂的异地就诊报销程序也加重了农民工等流动群体的总体负担。

最后，由于因病致贫是导致贫困的主要原因，因此脱贫人口存在老龄化率和疾病发生率高

于一般人群的客观现象，这必然会形成脱贫人口医疗报销待遇在总医疗保险待遇中占比较高的情况，致使其报销费用在总医疗报销费用中占比相对较高。一些所谓脱贫人口基本医疗保险“过度保障”并不客观，渲染成份较大。基于此，医疗保障政策既要优化结构提升成效，也要有所侧重，针对欠发达地区与低收入人口给予更多倾斜优惠政策以提升其获得感、安全感和幸福感。

（三）目前各地医疗保障政策调整参差不齐，一部分地区脱贫户医疗负担仍然较重

全国城乡居民医疗保险参保缴费标准依据全国平均水平确定，这种泛化的政策难以反映地区间的收入差异。如 2021 年为每人 320 元，此标准约是 2020 年全国城乡居民平均可支配收入的 1%，全国农村居民平均可支配收入的 1.9%，西部地区农村居民平均可支配收入的 2.3%，全国 20% 最低收入组农村居民平均可支配收入的 6.8%。进而言之，2020 年内蒙古 CFS 市、陕西 HBQ 县和 ZS 县、吉林 JY 县和贵州 WCH 县建档立卡对象中收入低于 8000 元（辽宁、湖北农村低保标准的 1.5 倍，民政部门曾以此测算低收入家庭）的人口分别为 23.4%、26.19%、17.32%、41.85%、28.43%，目前的缴费标准超过其收入的 4%。同样的医保缴费水平对于欠发达地区的低收入人口而言相对较重。

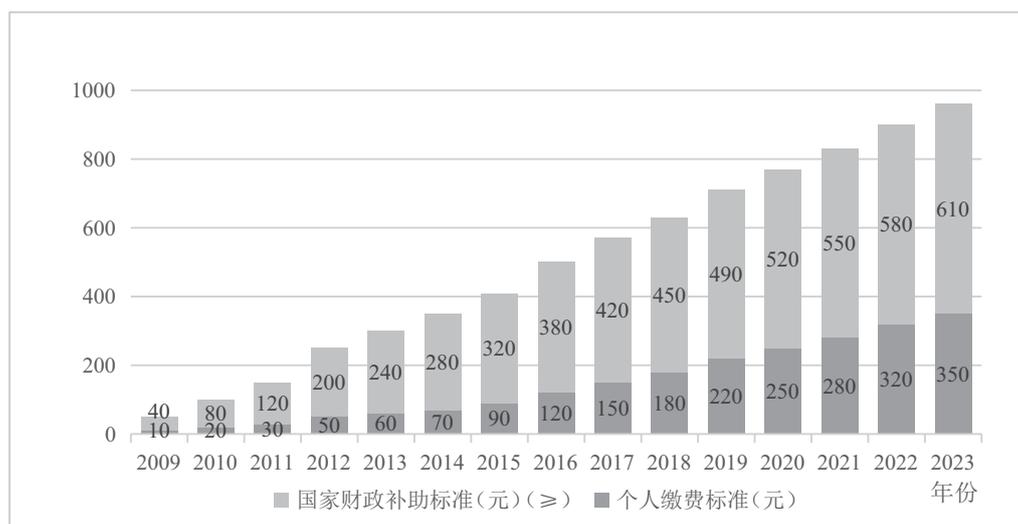


图 1 历年中国农村医疗保险缴费情况

医保参保缴费连年上涨且个人缴费比例上涨幅度高于国家补贴幅度，个人缴费部分与国家补贴部分的比例从最初的 1 : 4 缩小到 2022 年的 1 : 1.74，这直接导致政策获得感进一步下降，进而影响居民的参保意愿。如 2021 年较上年个人缴费部分增加 14.3%，而政府补贴部分仅增加 5.5%。

不同于职工医疗保险，农村医保费用的缴纳以户为单位整体上缴，对于人口数多的家庭而言负担更重，当家庭人数超过四人时参保缴费的总额将超过 1000 元，对于低收入人口而言无疑将是较大的经济负担。政策调整之后，对于稳定脱贫户的参保补贴下降，当家庭人口基数较大时，参保费用的提升会大幅倍增家庭医疗卫生支出，其在家庭总收入中的比例也会上升，使得医疗负担增大。即使不考虑家庭人口因素，城乡居民医疗保险 60 岁以上老人也要承担缴费义务，对于依靠城乡居民养老金生活的低收入人口而言，每月养老金仅为 119.44 元（陕西省安康市），320 元的参保费用接近其一年养老金的四分之一。

（四）过渡期医保政策调整过快过陡会影响群众政策获得感

在参保资助政策方面，调整后的医保政策规定“未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱

贫困人口,按标准退出,不再享受医疗救助资助参保政策”。同时,也提出“脱贫不稳定户给予定额资助”,致使部分省份在具体执行时,对于处于两类群体夹缝的中间地带脱贫人口是否享受参保资助政策理解差异较大,大部分省份选择不再给予相关参保资助。对于一般建档立卡脱贫户而言,其在脱贫攻坚期间均能享受不同比例的个人参保补贴,比较多的是50%参保补贴,如2020年的缴费标准是280元,补贴后个人缴费不超过140元,2021年政策规定的个人缴费标准320元,普通脱贫户(估计2/3以上)参保费用激增180元,过急的政策调整加重了建档立卡脱贫户的负担。各地普遍对脱贫不稳定户给予定额资助,也对边缘易致贫户按照认定时间给予定额资助,调整和差异仅仅体现在具体资助比例方面,但个别地方也存在未落实对边缘易致贫户的资助补贴等情况。此外,多数省份在政策调整中均明确给予乡村振兴部门认定的返贫致贫人口50%—90%不等的定额资助,但由于实际情况中没有认定的返贫致贫人员,相应的资助政策并未发挥预期的作用。

报销待遇倾斜政策方面,政策调整后未纳入政策覆盖的建档立卡户难以享受报销待遇倾斜政策,待遇水平将下降20%—30%。据湖北省乡村振兴局测算发现,农村低收入人口与非低收入人口的医疗报销待遇差距明显。农村低收入人口的医疗保障待遇水平虽有调整,但与脱贫攻坚期间的贫困人口待遇水平基本相同。脱贫攻坚期,建档立卡户的保障水平为86.73%左右,过渡期低收入人口保障水平为85%左右,但没有纳入低收入人口的脱贫户保障待遇水平将降低20%—30%。政策调整过急过陡将导致部分脱贫人口预期政策获得感下降,进而降低参保意愿。个别地方为了提升参保率,降低了一般缴费标准(160元/年),这也导致能否保障基本医疗需求的担心。此外农村脱贫地区特别是一些偏远山区,由于本身的医疗条件差,存在较多的进城治疗、跨区域治疗的问题,受限于当前梯度报销比例政策,偏远地区的实际报销获得显著低于城镇和相对发达地区。

四、关于医保政策调整与未来发展方向的讨论与建议

医保政策关乎亿万人民群众的健康,其政策调试不仅要适应过渡期的政策变化,更应着眼于全面建成共同富裕的社会主义现代化强国、实现第二个百年奋斗目标的历史站位进行顶层设计,既要进行适度的政策调整与政策优化,也要聚焦重点帮扶地区医疗保障资源发展不平衡不充分问题。党的二十大报告强调“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系……促进多层次医疗保障有序衔接”。在此背景下,新时期的医疗保障政策要始终坚持以人民为中心,立足于供给侧和需求侧两端共同发力。

(一)在兼顾基本性、公平性和可承受性原则下,逐步实现过渡期内的医保政策调整目标。疾病以及医疗保障水平不足是导致贫困的重要因素,虽然脱贫攻坚消除了绝对贫困,但因病致贫的风险因素并未完全消除。“基本医疗有保障”是一项基本的社会权利,也是国家的施政承诺,坚持面向脱贫户医疗保险参保补贴政策总体稳定,这在总体上与基本医疗有保障这一承诺相符合。制度的规则公平意味着权利与义务一致或对等,基本医疗权作为现代人权体系的一项重要内容,以社会公平为价值导向,体现在基本医疗保障的范围、保障内容和保障水平的

公平性。解决相对公平性的路径，不只是针对脱贫人口的“降”，还可以包括针对其他群体的不同程度的“升”，已有学者提出从优化保费补贴政策、均衡报销政策和调整医疗救助政策三个方面实现“悬崖效应”向“缓坡效应”转变的均衡发展思路。^① 基本医疗保障的基础性功能还要与目标人群最迫切和最实际的需求相契合，可承受性不仅包括实际支出，也包括心理预期的可承受性。基本医疗保障政策的福利刚性特征较为明显，收入替代率等指标在一定程度上决定了居民需求的满足程度。因而，这一政策可持续运行有赖于居民具有较为稳定的心理预期，缴费总额与分担比例的变化应该与“基本保障”的内容有显著的关联。

因此，当前针对医保帮扶政策优化调整的重点应放在解决报销待遇差别过大方面，缩小医疗保险的报销待遇差别，加强医疗救助的贫困敏感化，这有助于维护参保人员的受益公平性原则，也符合基本医疗保险的社会保险本质属性。公平性还需要站在国家区域的视角，低收入人口特别是欠发达地区的低收入人口仍然具有较高的生理脆弱性，收入水平低，患病风险高，加之该地区客观上存在医疗成本高问题（如欠发达地区三级医院等优质医疗资源的缺乏致使患者产生较高的异地就医需求，进而导致报销比例下降个人负担增加；农民工异地就医回户籍地报销比例的问题），医疗保障与医疗资源不平衡不充分仍然是亟待解决的现实问题。

目前参保政策调整的时限、力度和影响面较大，应将《意见》的调整目标置于整个过渡期而非首年完成。进而言之，应从对象覆盖面、时限和补助标准、待遇标准等方面强化过渡。建议允许各地可根据实际在五年时间内采取倾斜性——适度倾斜——适度普惠的方式过渡，实施年度逐步过渡、强度逐步过渡、群体逐步过渡等多种过渡方式。对实现高质量脱贫的群体实现普惠待遇，仍有较大返贫风险的脆弱性特征突出群体享受倾斜性待遇，对于中间群体实行适度倾斜过渡政策，做到分层次、分类型、多措施的精准化管理。

（二）强化基本医疗保险与大病保险的基本保障能力，弱化医疗救助与特定对象的身份捆绑，统筹协调解决困难群体目录外的大额支出问题

以基本医疗和大病保险为基础，以医疗救助为托底，以市场提供的商业性防贫保险为提升保障水平的补充，稳步调整医疗报销待遇是未来政策调整的方向。在基本医疗和大病保险报销待遇水平上，始终坚持公平、普惠的基本原则，保障水平适度，保障对象基本待遇平等。

作为第三重保障的医疗救助制度，其救助对象可不与预先设定的特定群体严格挂钩、弱化与特定对象的捆绑，按照依申请救助的原则，把较多的低收入人口囊括在内，还可以解决前述费用无法“追溯”的难题。其主体对象为目前政策所列出的一些困难群体，但考虑到全国各地的差异性，也应鼓励各地根据实际情况，增列其他困难群体、优抚群体以及临时出现的困难群体，具体可采取一事一议等方式开展。对于目录外的支出，应该积极探索防贫保险与商业健康保险的作用，调动慈善组织的积极性，发挥多重医疗保障的作用。此外，作为乡村建设和乡村治理的一部分，可将部分财政乡村振兴衔接资金用于乡村公共卫生事业，如建立防贫保障资金、防贫保险等。加强慢性病全流程管理，特别是针对特种慢性病强化门诊功能，适度提高门诊报销比例，避免因住院与门诊报销比例的悬殊差异造成“小病住院”。

^① 林万龙、刘竹君：《变“悬崖效应”为“缓坡效应”？——2020年后医疗保障扶贫政策的调整探讨》，《中国农村经济》2021年第4期。

一方面,应超越“老病残”等传统的特殊困难群体范围、实事求是地界定建档立卡户中低收入人口的范围,除部分真正高质量稳定脱贫群体外,普通的脱贫户在脱贫后几年的过渡期内应继续纳入医保政策补贴范围,分阶段、分对象、分类调整,按照“精准”的理念构建低收入人口的防贫医疗保障体系;另一方面,有关部门应明确把过去一直缺乏医保补贴政策支持的边缘易致贫户纳入低收入人口保障范围,予以医保补贴政策支持。

(三) 坚持对欠发达地区医疗保障政策的倾斜支持,提升重点帮扶地区的综合医疗保障水平

欠发达地区在获得基本医疗保障服务方面存在着明显的不利条件,脱贫人口的收入水平相对较低、实际医疗负担仍然较大,因病返贫的风险会长期存在。中央和地方特别是省级财政要继续加大对脱贫地区特别是乡村振兴重点帮扶地区的医保事业支持,加大医保资金的统筹度,继续按照脱贫人口的规模加强医疗救助财政支持力度,提升重点帮扶地区包括医疗服务在内的综合医疗保障水平。针对农村医疗卫生事业的短板性问题,需要切实从农村地区实际情况出发,增加农村医疗卫生公共服务供给,补齐总量不足的短板,改善农村基层医疗卫生服务基础薄弱的状况,促进城乡基本公共卫生和医疗服务项目及标准相衔接,鼓励和引导城市医疗卫生资源向农村流动,着力构建以人为本的整合型医疗卫生服务体系,从机构、组织和功能上推动城乡之间医疗卫生服务体系的整合。

(四) 挖掘提升医疗服务潜力、医疗服务效率,减少医疗费用支出

通过提升医疗服务效率,挖掘医疗服务的潜力,切实降低医疗成本,避免“防御性医疗”“大处方医疗”等问题,减少医疗浪费,提升医保基金使用效率。慢性病发病后临床治疗成本效益比低,需要耗费大量的医疗保险资金,致使患者疾病负担和经济负担不断加重,因此早期预防显得尤为重要。通过树立“大健康”观念,从以疾病治疗为中心转变为以健康为中心,切实发挥门诊、健康体检和家庭医生的作用,“早发现、早诊断、早治疗”降低慢性病对居民健康的威胁。同时,医学的进步让生命的消亡变成“一条长长的、缓缓的曲线”,受传统观念影响,癌症等终末期病人家属往往要求医生“不惜一切代价抢救”,由此导致大量的“过度治疗”“无效治疗”问题,不仅会造成低收入人口家庭沉重的经济负担,也不利于患者生命质量的提升。通过培育缓和治疗、姑息治疗(palliative care, PC)等理念,^①即针对那些对治愈性治疗失去反应的患者进行积极、全面的护理性干预,控制疼痛及相关临床症状,并对患者的心理、社会和精神问题予以重视和疏导可以提升生命质量、降低医疗费用负担,在避免过度医疗与医疗资源浪费之间取得平衡。

创新医防协同、医防融合机制,将医疗服务从“治疗为主”逐渐向“预防为主”转变。一是要大力推进医保经办服务下沉基层,打造基层医疗保障队伍,提高基层医疗和医保服务水平,并加强对农村地区的健康管理意识普及,提高群众的主动性。二是要与医疗和医药部门协同建立健康管理信息系统,实现对保障群体健康状况的实时动态监测。三是要逐步将定期体检、早期筛查等项目费用纳入医保支付范围,培育科学的预防理念与治疗理念,鼓励群众积极参与健康管理。探索将医疗保险工作向“治未病”前端延伸,以期有效控制疾病的发生或发展,提升脱贫地区人民健康水平,显著降低医疗费用支出。

^① 陈第华:《缓和医疗的伦理审视及其保障》,《宁夏社会科学》2017年第5期。

Impact and Development of Healthcare Policy Adjustments for Rural Households Lifted Out of Poverty

Zuo Ting

(College of Humanities and Development Studies, China Agricultural University, Beijing 100193, China)

Abstract: A suitable healthcare system is crucial for poverty reduction and prevention in rural China. In the previous campaign against absolute poverty, social assistance policy together with social insurance policy has made great contributions to address poverty caused by sickness. Special measures include subsidies for insurance coverage and additional entitlement. However, such extraordinary measures have created debate on the affordability and fairness of the social insurance fund. In the transition period after the campaign against absolute poverty, the adjustment of the healthcare system is an important but sensitive issue. It is found, through policy text analysis and field survey, that local governments have developed various types of policy adjustments ranging from gradual to radical ones. The study finds that the medical burden of some rural households remains heavy. Thus, medical assistance and preferential treatment are still necessary, especially in underdeveloped rural areas. The adjustment of healthcare policies for the poor needs to find a balance between the level of protection, fairness and affordability. In view of this, future policy adjustments should: (1) follow the principles of providing basic protection, maintain fairness and affordability, and take gradual steps; (2) optimize the structure of the healthcare system, and systematically reduce high out-of-pocket payment; (3) strengthen the preferential policies in areas that need additional assistance; and (4) enhance the level of protection by improving efficiency and tapping the potential of healthcare services.

Key words: healthcare policy adjustments; basic protection; fairness; affordability

(责任编辑: 仇雨临)