

【社会现象与社会问题研究】

# 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<sup>\*</sup>

胡宏伟 王红波

**摘要:**夯实医保体系托底保障功能是社会政策托底的必然要求,从整体性治理视角对我国当前医保体系托底保障功能进行系统评估十分重要。当前,医保托底保障的制度结构由基本医保、大病保险、医疗救助和补充制度组合而成,托底保障总体成效显著,但面临诸多挑战,制度碎片化使得医保托底的区域不均衡问题突出,制度间功能定位不清影响了医疗救助的核心托底地位,不同制度衔接沟通欠流畅制约了托底效果,单一的费用补偿目标使医保托底更倾向于传统补救模式。我国医保体系托底保障功能改进应坚持整体性治理思路,优化制度组合并强化医疗救助核心地位,优化制度衔接和信息共享,搭建沟通平台进而增强不同主体的治理信任,从补救型托底转向发展型托底并平衡医保托底的区域差异。

**关键词:**医保托底保障;社会政策托底;医疗救助;整体性治理

**中图分类号:**C913.7

**文献标识码:**A

**文章编号:**1003-0751(2022)02-0070-10

## 一、研究背景与问题提出

当前,扶贫工作已进入以防止返贫和应对相对贫困为重点的新时期。长期的扶贫实践和大量研究表明,在众多致贫因素中,因病致贫通常排在第一位。<sup>①</sup>2017年国务院扶贫办数据显示,因病致贫返贫人口占全部贫困人口的42.3%,是农村贫困的首要原因。<sup>②</sup>因此,健康扶贫始终是扶贫政策的关键组成部分。在健康扶贫政策体系中,医疗保障制度扮演着重要角色,各地在扶贫实践中通过发挥基本医保、大病保险、医疗救助等制度的医疗费用减负功能,实现了“两不愁三保障”中保障基本医疗的托底目标。不过,由于健康冲击具有偶发性和持续性特征,脱贫人群和非贫困人群均随时面临因发生灾难性医疗支出而陷入贫困的风险。脱贫攻坚任务的完成不意味着医疗保障兜底任务的结束,构建应对健康风险冲击的长效性托底保障机制、更好地发挥医保体系托底保障功能成为扶贫新时期的必然要求。

然而,尽管各级政府均通过倾斜性医保政策来解决部分贫困人口的医疗负担问题,客观上发挥了医保体系内在的托底保障功能,但实务界和学术界均未对现阶段医保体系托底保障功能进行系统的评估,也未在理论上对医保体系托底保障功能进行归纳并予以明确,以致医保体系托底保障功能的研究尚存在以下亟待解决的问题:一是医保托底保障的内涵外延不清晰,托什么“底”,托谁的“底”,并没有一致意见;二是医保体系托底保障功能的制度基础不明确,是医疗救助托底,还是包括基本医保、大病保险等多重制度托底,尚未达成共识;三是在明确制度基础的前提下,医保体系内不同制度在托底保障层面的关系应该如何处理,尚不明确。以上问题的核心在于未来应如何构建医保体系托底保障功能的长效机制。更好地回应这些问题,需要跳出就政策论政策、简单评估以及改革政策参数碎片化治理的思维,以整体性改革为取向,系统思考医保体系托底保障功能的制度建构。

收稿日期:2021-12-28

<sup>\*</sup> 基金项目:中国人民大学科学研究基金(中央高校基本科研业务费专项资金资助)项目(19XNB015)。

作者简介:胡宏伟,男,中国人民大学公共管理学院教授、博士生导师(北京 100872)。

王红波,男,通讯作者,中国人民大学公共管理学院博士生(北京 100872)。

本文将结合整体性治理理论,对我国医保体系托底保障功能进行评估,分析现阶段医保托底保障功能面临的挑战,运用整体性治理思维对医保托底保障的内涵外延、制度基础、制度关系等进行阐释,提出构建医保体系托底保障长效机制的改革策略。

## 二、概念阐释与理论基础

### (一)托底保障的内涵与目标

#### 1.托底保障的内涵:两种视角下的阐释

“托底保障”指社会政策为有关人群提供各方面的“底线”保障。对这一概念的阐述有两种视角:第一种视角从政府应保障公民获得底线社会福利权利角度进行阐述。社会福利“底线”指社会成员在温饱、基础教育、公共卫生及医疗保障方面的基本需求,优先满足“底线福利需求”,才能保障底线公平。<sup>③</sup>因此,社会政策托底民生既是每个生命最基本的权利,也是政府责任的底线。<sup>④</sup>托底保障还与国际上“社会保护底线”理念不谋而合。2012年国际劳工组织在《关于国家社会保护底线的建议书》中指出,社会保护底线是一套国家确定的基本的社会保障担保,旨在预防或缓解贫困、脆弱性和社会排斥。<sup>⑤</sup>这意味着国家承担着为公民的生存发展提供“底线”的责任。第二种视角从社会政策服务经济转型和社会发展角度进行阐述。由于经济转型过程中易出现失业加重、贫富差距拉大等问题,处于弱势地位的群体常面临收入降低、家庭贫困、无力获得健康保障等风险,需要社会政策为他们提供托底性保障。另外,我国在现阶段社会发展过程中,不论是改善民生还是维护社会和谐稳定,都需要通过社会政策的再分配机制保障全体成员共享发展。因此,社会政策既要托转变经济发展方式的底,也要托保障和改善民生的底、托社会和谐稳定的底。<sup>⑥</sup>

上述分析表明,社会政策要为社会成员提供相关方面的最低保障,而医保体系托底保障是“托底保障”在医疗领域的反映,是国家基于对社会成员的“底线”责任,通过医疗保障领域的社会政策满足社会成员的基本医疗需求,确保医疗保障底线公平。

#### 2.托底保障的目标:从补救型托底到发展型托底

从托底保障的内涵可见,托底保障旨在确保社会成员底线公平。那么,托底保障是否意味着仅满足人们的底线需求呢?事实上,社会政策托底正经

历着从补救型托底到发展型托底的理念转变。补救型托底主张社会政策着力解决民众在物质生活、基础教育、基本医疗等方面最基本的需要,以保障基本生存为主要目的。<sup>⑦</sup>中国以往的社会政策托底大多属于补救型。在补救型托底政策中,社会政策执行者消极面对困难群体,托底对象被动接受保障。而发展型托底意味着社会政策具有明确的独立性及长远的发展性考量<sup>⑧</sup>,不仅重视满足托底对象的基本需要,还关注托底对象的能力发展,同时致力于政策自身的整体性建设。因此,医疗保障政策作为社会政策的子系统,其托底保障功能的目标也不应限于满足托底对象的基本医疗需要,还要致力于提高托底对象的健康可行能力,如注重托底对象的预防保健、健康管理等,并通过医疗内部各子政策进行整体性变革来构建积极的医保托底保障体系。

### (二)整体性治理理论

从补救型社会政策托底走向发展型社会政策托底需要托底政策的整体性变革,这既要求社会政策反映政策对象的真实需求,建立规范化、标准化的科学托底机制,更需要托底政策各组成部分、各种资源之间实现有机整合。这种整合既包括托底政策或制度本身的整合,即各政策之间互不重复、有机衔接,也包括托底行动主体之间的有机协作,协调好政府、社会和企业托底保障中的权责关系。<sup>⑨</sup>因此,发展型社会政策托底要求社会政策体系从整体性、系统性出发设计适当的制度,并维持整个系统的协调运转。<sup>⑩</sup>这种整体性、系统性的政策设计和制度改革逻辑实质上是整体性治理的要求,整体性治理理论的内涵、主张和治理要求可以为完善医保体系托底保障政策提供理论支撑。

整体性治理理论产生于20世纪80年代末至90年代初,针对的是新公共管理思维下政府改革的破碎化问题<sup>⑪</sup>,并伴随着信息技术的发展得到实践和推广。一方面,新公共管理的碎片化治理导致了诸多问题。如部门之间相互转嫁问题和成本,不同部门设立互相冲突的项目甚至是互相冲突的政策目标,管理责任或政策内容重复,不同机构间缺乏沟通而实施不恰当的干预,等等。<sup>⑫</sup>这需要把“问题解决”作为政府活动的逻辑起点,在重新整合和整体性治理的理念下加以解决。另一方面,信息技术发展使治理中各主体的网络连接成为可能,政府可以和社会政策相关利益方形成多变的网络结构,实现

高水平的多主体协作和跨界治理的新境界。因此,整体性治理致力于破解碎片化治理困境;坚持从整体性运作中获取责任感,为民众提供高效、无间隙的公共产品和服务;强调治理“层级、功能、公私部门之间”的协调与整合;在“政策、管制、服务和监督”活动中取得一贯性。<sup>⑬</sup>整体性治理的实现主要通过三个机制:一是协调机制,通过协调行动者之间的利益关系、行动者与整个合作网络的关系达到缓和冲突、增强整体性治理凝聚力的目标;二是整合机制,通过以民众为基础和以功能为基础的组织重建,实现政府部门纵横间的整合,建立整合型数据库,从而为民众提供无间隙的公共服务;三是信任机制,通过治理主体间的机构对话、建立承诺、实施培训等强化整体性治理的信任水平。<sup>⑭</sup>

那么,现阶段我国医保体系托底保障功能的发挥以基本医保、大病保险、医疗救助等政策组合为依托,这种多重保障政策是否面临碎片化治理的困境?如何协调不同政策的关系、明确其功能定位,使医保体系达到最优的托底保障效果?是否需要将医保托底保障的政策组合及其主导部门职责进行重新整合?对于这些问题,我们将从整体性治理理论出发,对现阶段医保体系托底保障功能进行评估,总结其成效及治理困境,并尝试提出优化医保体系托底保障功能的系统性建议。

### 三、我国医保体系托底保障功能状况评估

#### (一) 医保托底保障的制度结构与成效

##### 1. 医保托底保障的制度结构

我国医保体系托底保障以基本医保为基础、大病保险为倾斜、医疗救助为核心以及商业健康、医疗慈善等为补充,力图通过各个子制度的有机衔接,达到综合托底的目的。简言之,制度结构可分为基础制度、倾斜制度、核心制度和补充制度,实践中分别对应基本医保、大病保险、医疗救助和补充制度(包括商业保险、慈善等)。

(1) 基础制度:基本医保。基本医保包括城镇职工医保和城乡居民医保,由于托底保障范围主要是收入水平相对较低的城乡居民,本文所指基本医保均为城乡居民医保(以下简称居民医保)。截至 2020 年年底,参加居民医保的人数约为 10.16 亿人。<sup>⑮</sup>基本医保的主要功能在于保障参保人的基本医疗需求。基本医保自建立以来,随着筹资水平和

保障待遇的提高,在缓解居民常规医疗费用负担方面起到了重要作用。2020 年年底的数据显示,居民医保住院费用政策内支付比例的全国平均水平为 70%。<sup>⑯</sup>目前基本医保的托底保障功能主要体现在为纳入参保范围的低收入群体提供基本医疗保障上,进而降低其医疗支出。

(2) 倾斜制度:大病保险。由于基本医保设有起付线、自付比例和封顶线,部分高额医疗支出参保人经基本医保报销后仍可能面临自付费用过高的问题,这恰恰是其因病致贫的关键环节。为此,2015 年我国建立了城乡居民大病保险。根据大病保险筹资政策,一般城乡居民在加入基本医保的同时也就意味着加入了大病保险,因此其覆盖面较广。制度建立之初,政策范围内报销比例约为 50%。到目前,大病保险起付线已调整至上年居民人均可支配收入的 50%,政策范围内报销比例提高至 60%。大病保险托底保障功能主要体现在对低收入及贫困人口实行倾斜性的保障政策上,降低其灾难性医疗支出负担。例如医疗保障脱贫攻坚政策对贫困人口执行起付线降低 50%、支付比例提高 5 个百分点的倾斜政策,并全面取消建档立卡贫困人口封顶线。<sup>⑰</sup>对于其他人群,也建有类似的制度安排,发挥了大病保险救助的作用。

(3) 核心制度:医疗救助。医疗救助是对特殊困难群体进行救助保障的制度安排。医疗救助对象一般包括两部分人群:一是常规的医疗救助对象,包括低保、特困供养人员,低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者以及高额医疗支出人员等。对于这部分人群,主要通过资助其基本医保参保、对经基本医保和大病保险报销后仍有较重医疗费用负担者进行救助等形式提供救助保障;二是以重特大疾病患者为核心的特殊医疗救助对象,通过实行专门性的重特大疾病医疗救助政策给予其救助保障。医疗救助是解决困难人群医疗费用难题的最后一道保障网,发挥了兜底困难群体自付负担的作用。如某地微观数据实证分析显示,农村医疗救助介入保障后,不同医疗费用区间的个人自付费用都会大幅度下降,灾难性卫生支出发生率也比仅依靠基本医保和大病保险有明显降低。<sup>⑱</sup>近年来,国家进一步强化了医疗救助力度,如医疗保障脱贫攻坚政策规定,年度救助限额内农村贫困人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例不低于 70%。<sup>⑲</sup>

(4) 补充制度:商业健康保险、慈善医疗等。除基本医保、大病保险和医疗救助三重保障外,不少地区在实践中探索出了形式多样的补充性托底保障制度,主要有两种形式:一是由政府主导为贫困群体提供的补充性商业健康保险。例如,福建省福州市为解决建档立卡农村贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题,由政府出资投保,为当地建档立卡贫困人口集体购买了健康扶贫商业补充保险。在获得基本医保、大病保险和医疗救助等补偿后,建档立卡贫困人口

口还可以从健康扶贫商业补充保险中得到一定比例的补偿。<sup>⑳</sup>二是在政府监管下由社会公益组织发起的各类慈善医疗救助项目。例如,广东省广州市慈善会自2018年建立“珠珠慈善医疗救助平台”以来,通过整合政府、公益组织、媒体、医院等资源,为数千名大病患者提供了医疗救助服务。<sup>㉑</sup>综上分析,现阶段医保体系托底保障形成了以基本医保为基础、大病保险为倾斜、医疗救助为核心、商业健康保险和慈善医疗救助等为补充的制度结构(见表1)。

表1 我国医保体系托底保障的制度结构

制度性质	制度名称	保障对象	保障形式	保障水平	管理主体
基础制度	基本医保	全体参保人	基本医疗补偿	起付线以上、封顶线以下	医保局
倾斜制度	大病保险	全体参保人,贫困人口等	降低起付线,提高报销比	起付线以上、封顶线以下或无封顶线	医保局,商业保险机构
核心制度	医疗救助	全体参保人,贫困人口,特殊患者等	参保资助,一般费用补偿,特殊疾病补偿	起付线以上、封顶线以下	医保局,民政部门,卫健部门
补充制度	商业健康保险,慈善医疗救助等	贫困人口,特殊患者等	费用补偿,费用捐赠	起付线以上、封顶线以下,捐赠额以下	医保局,农业部门,民政部门,公益组织

## 2. 医保托底保障的基本成效

在医保托底保障制度结构中,各制度通过界定不同的保障对象、采用不同的保障形式、设定不同的保障水平,共同发挥了综合性托底保障的效果。其中,医疗救助和大病保险起到了衔接基础制度和补充制度的作用,二者也是反映托底保障成效的关键维度。

从医疗救助维度看,多年来经医疗救助资助的参保人数和医疗费用金额都有大幅度提升(见表2)。尤其是2015年中共中央政治局通过《关于打赢脱贫攻坚战的决定》后,在脱贫攻坚领域,国家医保局从2018年起开始执行“全面落实资助困难人员参保政策,确保将特困人员、低保对象、重度残疾人、建档立卡贫困人口等困难人员纳入城乡居民医保和城乡居民大病保险,实现应保尽保”政策。<sup>㉒</sup>在政策驱动下,2018年以来资助的参保人数规模快速扩大。至2020年年底,贫困人口参保率达99.9%,基本实现了应保尽保。2015年至2020年间实施门诊和住院救助人次、救助金额逐年增长,2020年全国平均均住院救助达1056元、门诊救助达93元,极大减轻了贫困患者的负担。<sup>㉓</sup>

从大病保险维度看,从制度实施至2019年,大病保险累计赔付5535.88万人,全国大病患者的实际报销比例在基本医保的基础上平均提升了10%至15%。<sup>㉔</sup>其中,2019年经大病保险的倾斜性保障

后,城乡居民大病患者高额医疗费用报销比例提高了近13个百分点,政策范围内报销比例达到82%左右。<sup>㉕</sup>针对农村贫困人口的大病专项救治政策效果也十分明显。2017年至2019年,核准的大病专项救治贫困患者为145.7万人,救治覆盖率为98%,贫困患者的医疗费自付比例降至10%左右。<sup>㉖</sup>

表2 2015—2020年医疗救助效果信息统计

年份	资助参保人数(万人)	资助参资金数(万元)	医疗救助人次(万人次)	医疗救助资金数(万元)
2015	6213.0	544835.1	2515.9	2145715.3
2016	5560.4	633541.2	2696.1	2327458.2
2017	5621.0	739969.1	3517.1	2660889.7
2018	6692.3	1026748.8	5361.0	2970236.8
2019	8750.8	1589085.3	7050.3	3342331.2
2020	9984.0	—	8404.0	5468400.0

注:该表根据2016—2020年《中国统计年鉴》《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》制作。

总体来看,“三重保障”以及补充保障的共同作用使低收入群体医疗卫生支出有效降低。2019年大病医疗费用的报销结构显示,“三重保障”报销占比为81.6%,商业保险、政府兜底、临时救助等报销占比为7.6%,慈善救助及其他报销占比为2.1%。<sup>㉗</sup>以广西壮族自治区南宁市为例,2019年度该市建档立卡贫困户实现了基本医保全部参保,当年贫困户

共涉及医疗支出 8.13 亿元,“三重保障”共托底报销近 6.86 亿元,实际报销比例达 84%,其中基本医保支出为 5.62 亿元,大病保险支出为 1.06 亿元,医疗救助支出为 0.18 亿元。<sup>⑳</sup>全国层面的数据显示,2020 年贫困人口经“三重保障”梯次减负后住院费用实际报销比例稳定在 80%<sup>㉑</sup>,各项医保托底政策累计惠及贫困人口就医 1.8 亿人次,减轻贫困人口医疗费用负担达 1188.3 亿元<sup>㉒</sup>。

综上所述,现行医保体系在减轻居民医疗负担、降低居民灾难性卫生支出发生率方面取得了较为突出的成效。尤其是脱贫攻坚战打响以来,医保体系通过制度完善和政策调整为解决贫困人口因病致贫、因病返贫问题发挥了突出作用。整体而言,医保体系托底保障效果较为显著。

## (二) 现阶段医保体系托底保障面临的挑战

虽然医保体系在现行制度结构下取得了托底保障的较大成效,但由于存在区域间差异较大、多重子制度间定位和协调难等问题,从整体性治理视角来看,现阶段医保体系托底保障功能的发挥仍面临不少挑战。结合整体性治理理论的内涵,本文从托底效果、制度均衡、机制协调和托底目标四个层面对现阶段医保体系托底保障面临的挑战进行归纳。

1. 托底保障效果不充分:区域差距、人群差距仍较大

尽管各地在脱贫攻坚阶段大多制定了多层次医保托底保障政策,但由于地区经济发展水平、政策倾向等差异,不同地区、不同人群的托底保障水平存在较大差距,整体性视角下托底保障效果并不充分。从制度设计来看,效果不充分的表现和原因主要包括以下两个方面。

(1) 保险制度或救助制度的补偿前提设计不尽合理。例如,大病保险起付线普遍以个人住院费用自付额超过一定水平为基准,忽视了家庭才是个人医疗费用的最终承担者这一关键问题。同一家庭多个成员遭受疾病风险时,可能就单个成员的自付额而言均未达到大病保险补偿的标准,但多个成员的医疗支出总额可能使家庭面临灾难性医疗支出风险。再如,大多数地区为农村贫困人口制定了倾斜性保障政策,但处于建档立卡、低保等标准边缘的人群会面临托底保障的“悬崖效应”,由于疾病风险的不确定性,他们可能随时会因疾病的冲击而陷入困境,难以获得及时充分的保障。

(2) 不同区域托底保障补偿标准差异较大。以大病保险筹资标准和起付线为例,江苏省苏州市 2020 年城乡居民大病保险人均筹资标准为 145 元,全年度累计自付费用起付标准为 8000 元。<sup>㉓</sup>同属江苏省的宿迁市 2020 年城乡居民大病保险人均筹资标准为 76 元,起付标准为 14000 元。<sup>㉔</sup>另外,大病保险的待遇水平在不同地区差距也较大,部分地区已经取消了大病保险封顶线,也有部分地区虽仍设有报销封顶线,但封顶额度不高,如江西省赣州市 2020 年大病保险封顶线仅为 30 万元。<sup>㉕</sup>因此,不同地区托底保障政策设计和保障水平的差异势必导致不同区域、不同人群间获得的保障效果不同,部分地区、部分群体托底保障不充分的问题仍然存在。

2. 托底保障制度不均衡:功能定位不尽明晰

由于缺乏对医保体系托底保障功能的一致性认识,我国各地区实行的托底保障政策显示,基本医保、大病保险、医疗救助等在不同地区发挥的作用不同,各个制度间的定位、边界尚待进一步明确。大部分地区比较突出大病保险在减少高额医疗费用方面的作用,也有部分地区基本医保设置的待遇水平较高而大病保险保障的待遇相对较低。作为托底保障核心制度的医疗救助在大多数地区均扮演着最后出场的角色,重点对特困人员、低保和特定大病患者等群体给予保障,普通居民享受医疗救助保障的可能性较小。这表明,托底保障制度组合一定程度上存在着不均衡问题,各子制度功能定位也不清晰。这包括应当如何定位基本医保的“保基本”范围、大病保险在托底保障中是否应该独立存在、如何才能更好地体现医疗救助的核心保障功能等。从基本医保和大病保险定位的差异来看,基本医保和大病保险的保障水平不同可在一定程度上反映二者在托底保障中的功能作用。表 3 显示,在筹资标准相同的情况下,河北省石家庄市城乡居民医保中基本医保的封顶线较高,而大病保险的封顶线相对较低,体现了该市以基本医保为主、大病保险为辅的特征;甘肃省兰州市、山西省太原市和江西省南昌市基本医保的封顶线相对较低,尤其是兰州市仅为 4 万元,而这些城市的大病保险封顶线相对较高或不设封顶线,体现了其以大病保险为主、基本医保为辅的特征。安徽省合肥市和黑龙江省哈尔滨市在医保筹资标准高于全国平均水平,基本医保封顶线较高,大病保险亦未设立报销封顶额,一定程度上兼顾了二

者的保障功能。由此可见,不同地区对医保体系托底保障功能发挥的制度基础理解不同,各项制度的功能定位、责任边界在不同区域间的差异显著。

表3 不同地区医保托底保障中基本医保和  
大病保险功能特征 单位:元

地区	基本医保		大病保险			托底保障特征
	筹资标准	封顶线	筹资标准	起付线	封顶线	
石家庄	770	20万	75	13400	30万	基本为主、大病为辅
兰州	770	4万	65	5000	无	大病为主、基本为辅
太原	770	7万	>50	10000	40万	大病为主、基本为辅
南昌	770	10万	71	14067.5	35万	大病为主、基本为辅
合肥	830	30万	65	15000	无	基本、大病兼顾
哈尔滨	820	18万	70	12000	无	基本、大病兼顾

注:该表根据2020年各地城乡居民医保文件整理而来。由于部分信息未公开,太原市大病保险筹资为2018年标准。

另外,在健康扶贫中,各地政府财政极大地介入托底保障,很多地区实行了财政兜底贫困人口医疗费用个人自付的政策。财政资金投入虽然使得托底保障的近期效应明显趋好,但同时使得原本就已存在制度间发展不均衡问题的医保托底保障体系更加难有清晰的定位,基本医保、大病保险和医疗救助所起到的托底保障功能更加模糊,很难辨别医疗救助是否在整个托底保障过程中承担了核心制度的功能。例如,有研究将安徽省的医保扶贫政策归纳为“财政兜底保障政策”,该省针对建档立卡贫困人口制定了“住院351”和“门诊180”兜底政策,前者指建档立卡贫困人口在县级、市级、省级医疗机构住院就医个人自付部分分别不超过3000元、5000元和10000元,后者指门诊慢病保障中年度门诊费用经“三重保障”报销后的合规费用可以再报销80%。“住院351”保障资金由市、县财政兜底,省级财政补助;“门诊180”所需资金来源于政府财政资金建立的补充医疗保险。<sup>⑭</sup>同样的制度安排也存在于福建省医保扶贫政策中,福建省建立了“三重保障、三道补助”的托底保障政策,由财政资金作为筹资来源形成“精准扶贫叠加保险”,对经“三重保障”后的相关费用进行“三道”补助。“第一道”补助是指在基本医保、大病保险和医疗救助报销的基础上,由医疗叠加保险对合规费用给予补助。“第二道”补助是指在对保障对象中患有省定13种疾病(后扩大至30种)的患者进行集中救治时花费的医疗费用实行

补助。“第三道”补助政策是指对未纳入省定疾病目录的患者或经“第二道”补助后仍无力承担自付费用的患者,实行分档精准补助。<sup>⑮</sup>可见,在“财政兜底保障政策”中医保体系各制度的托底保障功能定位、边界比较模糊,制度间的非均衡性对医保体系托底保障构成明显的挑战。

### 3.托底保障机制不协调:衔接与沟通不够顺畅

(1)不同制度内容设计的衔接不够顺畅,削弱了制度的整体保障效能。一方面,大病保险与基本医保有效衔接尚待改进。目前,大病保险的起付线标准普遍以当地上年度人均可支配收入的50%确定,只有个人自付费用超过这一标准,才能进入大病保险的补偿阶段。然而,这一标准对于部分低收入群体来说仍然较高,虽然多数地区制定了针对农村建档立卡贫困人口降低起付线的政策,但仍有一些地区未将城乡低保人员纳入其中。与此同时,将个人而非家庭作为保障单元的起付线设计不利于大病保险目标的实现。因此,大病保险很难顺利承接基本医保“保基本”后的拓展性保障功能。另一方面,医疗救助的内容设计与基本医保、大病保险之间仍需融合。多数地区医疗救助同样是以个体医疗支出为救助标准的,未考虑家庭支出。如广东省江门市医疗救助对支出型救助对象的界定是当年在基本医疗保险定点医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定项目、个人负担的医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的60%。<sup>⑯</sup>另外,部分地区的医疗救助补偿以参加基本医保为条件的设计不能体现医疗救助托底线的定位。作为财政性资金的医疗救助与基本医保、大病保险的保障对象应当有所差异,其保障对象应当是全体居民,不能把参加基本医保作为前提条件。因为在现实中,由于种种原因,任何地区的基本医保都很难实现完全覆盖,以参保作为救助条件势必会遗漏部分应保对象。

(2)不同制度间的信息互通机制仍不够健全,制约了制度的整体效果。在当前医保托底保障体系中,“信息孤岛”问题仍然存在。一方面,由于制度管理和治理能力的限制,当前仍有部分地区未能实现医疗救助与基本医保、大病保险一站式结算。还有部分地区虽然在结算流程上实现了一站式结算,但医疗救助与其他制度仍使用独立的信息系统,最后在核算补偿费用时不能详尽分析既往的救助情况,医疗救助在现实中的“出场顺序”也不尽科学,

易造成重复救助、重复报销等问题。另一方面,医保托底保障对象中的低保、建档立卡、特困、重大疾病患者等的认定涉及多个部门,其中低保及特困的认定由民政部门负责,建档立卡人员的认定归扶贫部门负责,重大疾病患者的认定责任在卫生部门,多部门间的信息交换在一些地方仍面临一些限制和障碍,易造成信息传递滞后、效率不高。

(3) 多重制度组合要求的多元协同治理局面尚未形成。托底保障需要相关主体间形成紧密、顺畅、稳定的沟通交流机制。当前的医保托底保障体系涉及医保、民政、扶贫、卫生、财政等部门,任何一个部门是否能够科学履责都会影响制度整体保障效能的发挥。与此同时,多部门协作对传统的行政监管构成挑战,现实中各部门在信息无缝共享方面还存在不少障碍。如何优化制度、加强部门衔接、增强协同效果,是未来改革的重要方向。

#### 4. 托底保障目标单一化:发展性政策不足

如前所述,托底民生政策正呈现从补救型政策向发展型政策转型的趋势。医保托底保障不仅需要重视满足托底对象的基本需要,还应关注其能力发展,并致力于政策自身的整体性建设。然而,当前医保托底政策的子制度未能很好地将发展型理念融入其中,托底保障目标仍然是单一的费用补偿。

(1) 无论是基本制度、倾斜制度、核心制度还是补充制度,从本质上讲它们都是为保障对象提供医疗费用补偿。这只是对其生活困境的补救,虽然可有效减轻保障对象的暂时性经济负担,却未必能提升保障对象的健康意识及健康发展能力。

(2) 对预防性行为支持不足会影响托底保障功能的发挥。尽管关于预防行为是否应纳入医保支付范围仍存在争论,但不可否认的是,预防性保健对于低收入群体、困难群体的边际效用高于普通人群,适当考虑对低保、特困人员等人群的预防性行为进行补偿将有效提升托底保障的制度效能。应尽快落实医保制度部分参与预防体系的制度安排。

(3) 托底保障制度与其他发展型社会政策融合、协调不足,一定程度上制约了其功能的发挥。例如,伴随着贫困概念由“道德导向”到“经济导向”再到“能力导向”的转变,我国的扶贫政策也逐渐摆脱传统单一的经济救助扶贫而更加重视赋权和多维能力扶贫<sup>⑤</sup>,但脱贫攻坚中形成的医保托底保障政策尚未与相关发展型扶贫理念充分融合,更倾向于对

贫困人群的经济救助。

## 四、我国医保体系托底保障改进:整体性治理思路

上述挑战是医保托底保障治理碎片化的结果。在治理碎片化的困境下,不同制度之间缺乏顺畅的协调机制、信任机制,制度内部的功能定位就难以明确;多元参与主体无法实现高效的跨界协作,制度组合的整体保障效果就难以提高,整合型的数据库亦无法建立。总而言之,从政策制定到对托底对象的保障过程,再到托底保障的运行监督,碎片化问题仍大量存在,整个过程缺乏系统性、长远性的高质量政策。整体性治理理论从根本上为应对医保托底保障碎片化治理困境提供了依据。具体而言,医保体系托底保障应从以下几个方面推进整体性治理。

### (一) 明确托底保障的制度构成:选择组合与界定功能

解决制度不均衡的关键是明确不同制度的功能定位,处理好相互关系。“三重”保障暗含着三个制度均具有相对独立的功能并应逐步强化。但从整体性治理看,需进一步明确不同制度的功能角色、责任边界,并选择最优的制度组合。

第一,基本医保作为“保基本”的社会保险应继续发挥并进一步强化基本制度的作用。“保基本”的内涵应是保障医保目录内的医疗费用,医保目录应符合临床必需、安全、有效、经济的原则,但“保基本”是动态发展的,随着筹资水平的提高而不断扩大。<sup>⑥</sup>只有基本医保真正发挥了应有的保险作用,才能从根本上减少其他“制度补丁”存在的必要,减轻其他制度的压力,包括救助的压力。

第二,从长远看,大病保险的独立地位应逐渐淡化。这是因为大病保险不是独立的新险种<sup>⑦</sup>,只不过是基本医保在筹资水平低下时不得已采取的一种过渡性安排<sup>⑧</sup>,其实质是基本医保的延伸<sup>⑨</sup>。而且,实行基本医保和大病保险制度的初衷都是“大病统筹”,筹资渠道也并无二致,大多数地区大病保险筹资来源于基本医保划拨。在待遇支付上,大病保险只不过是对基本医保待遇的叠加支付。<sup>⑩</sup>但因基本医保和大病保险运营机制的分隔,医保部门和商保机构需频繁协调或重建信息,无形中增加了制度的交易成本。而且,从国际经验来看,德国等基本医保发展完善的国家并未单独建立基于费用标准的大病保险。因此,将大病保险逐渐“回归”、融入基本医

保,提升基本医保的整体保障水平,应当是未来医保体系托底保障改革的重要选择。

第三,医疗救助作为托底保障的核心应受到重视和强化。与其他子制度不同,医疗救助的初衷是托底线。它不同于基本医保的“权责对等”,也不同于政府临时性财政兜底倾斜政策,而是一项通过政府常规性转移支出保障特定人群最低医疗需求的兜底性救助安排。从理论上讲,全体国民无论其是否参加基本医保,只要符合申请医疗救助的相关条件,都可以得到相应的兜底救助。由于脱贫攻坚中的财政倾斜性政策仅针对部分人群,且不能持续,医疗救助应被视为政府在一定经济条件下为社会成员提供的最后一道医疗保障安全网,作为一种常设性制度独立运行并逐步提高保障水平。

第四,商业健康保险、慈善医疗等补充制度应内嵌于医保托底保障体系。除国家层面建立的基本医保和医疗救助外,各地根据其具体情况建立的商业健康保险或由社会组织发起的慈善医疗等可作为补充性制度内嵌于医保托底保障体系,发挥医保托底保障的补充功能。因此,整体性治理视域下,医保体系托底保障的制度安排如图1所示。

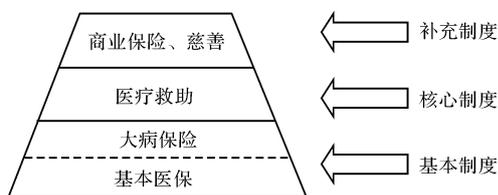


图1 医保体系托底保障结构图

## (二) 优化托底保障的协调机制: 畅通衔接与共享信息

医保托底保障机制的不协调重点体现在制度间衔接欠流畅与信息共享困难等方面。整体性治理视域下优化制度衔接和共享信息需解决以下问题。

第一,通过优化大病保险制度设计来承接基本医保的拓展保障功能,实现基本医保和大病保险的有效衔接。大病保险制度应致力于保障“家庭风险”而非个体风险,将报销门槛由个体的医疗费用超过一定标准变为家庭成员共同的医疗费用超过一定标准。与此同时,考虑低保等经济困难人群在现行大病保险起付标准下的负担能力,探索与参保人具体收入相关联的起付线设计标准。

第二,处理好医疗救助与基本医保、大病保险的衔接问题。摒弃医疗救助申请资格与参加基本医保

挂钩的政策设计,确保因各种原因漏保的人群在遇到疾病风险时可获得最低医疗保障。另外,当前绝大多数地区“三重保障”制度仅对医保目录内费用进行保障。对此,应在目录外费用保障上有所考虑,真正实现托底保障功能最大化层面的内在衔接。

第三,整合“三重保障”与脱贫攻坚临时性倾斜性政策以及慈善医疗等补充制度。资助参保的倾斜政策应当通过医疗救助惠及所有的低收入群体;应当对大病保险的倾斜报销政策进行科学评估,在基金可持续的前提下逐步调整为普惠性报销政策;随着绝对贫困攻坚任务的完成,逐步将现有政府出资的各种补充保险、兜底资助等的结余资金充实医疗救助;由政府对商业健康保险、慈善医疗等补充制度进行引导规范,使其业务围绕着基本医保目录之外的领域有效展开。

第四,建立基于参保人信息的整合数据平台。在现有医保信息凭证系统的基础上,尝试将个人健康评估信息、贫困管理信息、医疗救助信息等进行整合,建立相应的数据平台,逐步将个体参与补充保障制度的数据信息纳入其中,实现“三重保障”的信息共享。

## (三) 整合托底保障的主体互动: 搭建平台与强化信任

医保体系托底保障涉及多部门的跨界治理,需要整体性治理变革。只有如此,才能提升多元主体的综合治理效能。当前,各部门治理互动不佳的原因主要在于缺乏基于共同目标的互动平台、各主体间整体性治理的信任水平有待提升。

第一,继续搭建基于医保托底保障功能为基础的互动平台。可以围绕医保托底保障功能建立不同层级、不同部门、不同公私机构间的协调平台,实现沟通交流的常态化,缓和托底保障实践中的利益冲突并提升整体性治理的凝聚力。在此基础上,以医保托底保障服务对象为基础进行职责整合和组织优化,最终形成职责集中、治理有效的整合性医保托底保障治理机制。

第二,现阶段提升多元主体的互动水平要加强信任机制建设。在互动平台搭建的基础上,实现多元机构常态化对话,彼此交换医保托底保障服务承诺,提升对共同服务目标的信任水平。建立以优化医保托底保障功能为核心的培训机制,提升不同组织、不同服务者之间的服务共识。例如,医保、卫生、

民政、扶贫等部门各自负责托底保障的部分环节,但它们对医保托底保障要实现的整体目标的认识并不相同,通过互动机制、培训机制的搭建,可提升各部门主体间的整体认识水平和信任水平。

#### (四) 拓展托底保障的多元目标:兜底救助与发展能力

医保体系托底保障的目标不应是单一的费用补偿,需要拓展至包括预防引导、康复追踪在内的多元化目标,从根本上提升被保障对象的健康发展能力。

第一,基本医保作为基础性制度需要拓展保障前移的功能。应将常见病、多发病纳入保障范围,尤其是逐步提高居民门诊保障待遇,尽可能减少因小患致大灾的发生概率。医疗救助作为核心制度可灵活调整制度设计,在筹资有限的水平上,关注重点人群的预防、康复问题。例如,现阶段将体检作为普惠性待遇纳入基本医保仍面临争议,但医疗救助可为低保、特困人员、疾病风险较高的准救助对象提供体检资助,借助早诊断早治疗降低其大病支出的风险。

第二,重视医保托底保障制度与其他发展型社会政策的融合与互动,提升被救助对象的整体可行能力。虽然针对被救助对象的各种社会政策是基于部门分离的情况,但事实上不论是低保救助、教育救助、政策扶贫还是医疗救助,其核心使命都是提升被救助者的整体可行能力<sup>⑬</sup>,不同项目的实施效果是相互关联、彼此制约的。一个被救助者没有得到健康保障,即使获得了教育救助也是于事无补的;而没有教育水平的提高,被救助者的健康理念也很难因医疗救助的资金补偿有所增强。因此,拓展医保体系托底保障的多元目标需重视与其他社会政策的融合发展。

#### (五) 平衡托底保障的区域差异:顶层设计与多元筹资

由于各地经济发展水平、发展理念等的差异,托底保障在不同地区可获得的经济支持、政策支持是不一样的,客观上造成了同一疾病风险不同的保障水平。平衡医保托底保障的区域差异需要加强顶层设计并拓展多元化的筹资渠道。

第一,中央政府通过顶层设计尽量减少医保托底保障在政策内容和保障效果上的差异。与允许地方差异的经济政策不同,社会政策旨在实现公平的社会权利保障和基本公共服务均等化,因此建立由中央政府统筹协调的政策体系是大部分社会政策的

发展目标。<sup>⑭</sup>医保托底保障功能作为重要的社会政策安排也应当以建立全国统筹协调的政策体系为目标。目前,基本医保的待遇清单制度正在逐步形成。这充分说明维护基本健康的待遇公平是医疗保障制度的关键目标之一。医疗救助作为健康保障的底线性制度安排,也应由中央政府制定基本的待遇清单,确保不发达地区的被救助者能够获得均等化的基本保障,并将符合条件的全体居民作为被保对象纳入制度设计。另外,医保体系托底保障的制度整合、机制协调、主体互动等整体性治理也需要中央层面统一协调推动。

第二,提升医保托底保障水平的根本之道在于扩大筹资来源。应当重视社会力量参与托底保障的建设,政府承担起引导企业捐赠以解决重大疾病患者医疗支出的责任,完善慈善医疗平台的监管、服务,优化慈善医疗参与激励机制,给予税收和费用减免等优惠措施。大力发展医疗互助和商业保险,支持职工互助、互联网平台互助、相互保险等多种形式的医疗互助发展,将更多的社会力量整合进医保体系托底保障体系。

#### 注释

- ①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5期。②刘汉成、陶建平:《倾斜性医疗保险扶贫政策的减贫效应与路径优化》,《社会保障研究》2020年第4期。③景天魁:《底线公平概念和指标体系——关于社会保障基础理论的探讨》,《哈尔滨工业大学学报》(社会科学版)2013年第1期。④高和荣、夏会琴:《托底型民生保障水平的测度》,《社会保障研究》2020年第6期。⑤《关于国家社会保护底线的建议书》,国际劳工组织网,https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\_norm/-normes/documents/normativeinstrument/wcms\_r202\_zh.pdf。⑥关信平:《论当前我国社会政策托底的主要任务和实践方略》,《国家行政学院学报》2016年第3期。⑦陈仁兴:《需要为本:托底性社会政策体系构建的价值定位与路径选择》,《学习与探索》2021年第1期。⑧⑩李越美:《经济发展新常态下社会政策如何托底?》,《东岳论丛》2016年第4期。⑨王思斌:《积极托底的社会政策及其构建》,《中国社会科学》2017年第6期。⑪Perri Six, et al. *Towards Holistic Governance: The New Reform Agenda*. New York: Palgrave, 2002, pp.28-49。⑫竺乾威:《从新公共管理到整体性治理》,《中国行政管理》2008年第10期。⑬Xian Gao, Yingfa Song, Xiaorui Zhu. *Integration and Coordination: Advancing China's Fragmented E-government to Holistic Governance*. *Government Information Quarterly*, 2013, vol.30, No.2, pp.173-182; 张立荣、陈勇:《整体性治理视角下区域地方政府合作困境分析与出路探索》,《宁夏社会科学》2021年第11期。⑭胡象明、唐波勇:《整体性治理:公共管理的新范式》,《华中师范大学学报》(人文社会科学版)2010年第1期。⑮⑯

《2020年医疗保障事业发展统计快报》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/3/8/art\\_7\\_4590.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/3/8/art_7_4590.html), 2021年3月8日。

⑩⑪《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art\\_7\\_5232.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_7_5232.html), 2021年6月8日。

⑫《关于坚决完成医疗保障脱贫攻坚任务的指导意见》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/17/art\\_37\\_1860.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/17/art_37_1860.html), 2019年10月17日。

⑬戴卫东、徐谷雄:《农村医疗救助的扶贫效果及其制约因素的实证研究——基于“国家扶贫改革试验”丽水市的调查》,《中国软科学》2020年第4期。

⑭《国家医保局、财政部、国务院扶贫办关于印发〈医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020年)〉的通知》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/10/19/art\\_37\\_411.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/10/19/art_37_411.html), 2018年10月19日。

⑮《关于印发福州市健康扶贫商业补充保险方案的通知》,福州市人民政府网, [http://www.fuzhou.gov.cn/zgfzzt/sybz/ylbjzj/zchb/201710/t20171031\\_1808782.htm](http://www.fuzhou.gov.cn/zgfzzt/sybz/ylbjzj/zchb/201710/t20171031_1808782.htm), 2017年10月31日。

⑯《助困难病患对接社会救助,穗全面升级慈善医疗救助平台》,央广网, <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1677792228996932392&wfr=spider&for=pc>, 2020年9月14日。

⑰《国家医保局 财政部 人力资源社会保障部 国家卫生健康委关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/8/14/art\\_37\\_316.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2018/8/14/art_37_316.html), 2018年8月14日。

⑱《三医联动 推动医疗保障高质量发展》,健康界网, <https://www.cn-healthcare.com/article-wm/20210629/content-1237519.html>, 2021年6月29日。

⑲《国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会第三次会议第4418号(社会管理类393号)提案答复的函》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/12/30/art\\_26\\_4234.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/12/30/art_26_4234.html), 2020年12月30日。

⑳贺丹:《全国农村贫困人口大病专项救治工作进展情况介绍》,《健康中国观察》2019年第9期。

㉑《2019年医保扶贫数据》,广西南宁市医疗保障局网站, [http://ybj.nanning.gov.cn/xxgk\\_164/sjfb/t4380245.html](http://ybj.nanning.gov.cn/xxgk_164/sjfb/t4380245.html), 2019年12月31日。

㉒《国家医疗保障局对十三届全国人大四次会议第1702号建议的答复》,国家医疗保障局网站, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/10/25/art\\_26\\_7210.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/10/25/art_26_7210.html), 2021年10月25日。

⑳《关于调整苏州市大病保险保障水平和筹资标准的通知》,苏州市人民政府网, <http://www.suzhou.gov.cn/szsrzmf/bmwj/202011/251ddf78d62d46dcbab545a010cb5a93.shtml>, 2020年11月19日。

㉑《关于调整医疗保障政策的通知》,宿迁市医疗保障局网, <http://ybj.suqian.gov.cn/ybj/zcfg/201911/b42c9b05e85b4879876a491155148653.shtml>, 2019年11月19日。

㉒《关于进一步提高城乡居民大病保险保障水平的通知》,赣州市人民政府网, <https://www.ganzhou.gov.cn/zfxgk/bmwj/201912/f8b98789b4b647a68b522f142c8bbde3.shtml>, 2019年8月23日。

㉓付晓光:《健康扶贫兜底医疗保障的主要模式及思考》,《中国农村卫生事业管理》2017年第10期。

㉔《福建省人民政府办公厅关于进一步完善精准扶贫医疗叠加保险政策的通知》,福建省卫生健康委员会网站, [http://wjw.fujian.gov.cn/xxgk/gwj/gfwj/201906/t20190605\\_4893496.htm](http://wjw.fujian.gov.cn/xxgk/gwj/gfwj/201906/t20190605_4893496.htm), 2019年6月4日。

㉕《江门市医疗救助办法》,江门市医疗保障局网站, [http://www.jiangmen.gov.cn/jmybj/gkmlpt/content/2/2071/post\\_2071488.html#415](http://www.jiangmen.gov.cn/jmybj/gkmlpt/content/2/2071/post_2071488.html#415), 2020年6月8日。

㉖王磊、张冲:《能力扶贫:精准扶贫的发展型视角》,《理论月刊》2017年第4期。

㉗李珍、王怡欢:《论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接》,《中国卫生政策研究》2020年第1期。

㉘金维刚:《重特大疾病保障与大病保险的关系解析》,《中国医疗保险》2013年第8期。

㉙仇雨临、黄国武:《大病保险运行机制研究:基于国内外的经验》,《中州学刊》2014年第1期。

㉚王琬、闫晓旭:《政府购买大病保险服务的政策演进路径研究》,《江汉学术》2017年第6期。

㉛贾洪波:《大病保险与基本医保关系之辨:分立还是归并?》,《山东社会科学》2017年第4期。

㉜王立剑、代秀亮:《2020年后我国农村贫困治理:新形势、新挑战、新战略、新模式》,《社会政策研究》2018年第4期;徐道稳:《改革开放以来我国社会政策发展的回顾与展望》,《社会政策研究》2018年第3期。

㉝朱旭峰、赵慧:《政府间关系视角下的社会政策扩散——以城市低保制度为例(1993—1999)》,《中国社会科学》2016年第8期。

责任编辑:海玉

## Evaluation and Improvement of the Supporting Function of China's Medical Insurance System from the Perspective of Holistic Governance

Hu Hongwei

Wang Hongbo

**Abstract:** Strengthening the basic guarantee function of the medical insurance system is an inevitable requirement of social policy. It is very important to systematically evaluate the basic guarantee function of China's current medical insurance system from the perspective of holistic governance. At present, the institutional structure of medical insurance support is composed of basic medical insurance, serious illness insurance, medical assistance and supplementary system. The overall effect of support is remarkable, but it faces many challenges. The fragmentation of the system makes the regional imbalance of medical insurance support prominent. The unclear functional positioning between systems affects the core support position of medical assistance. The lack of smooth connection and communication between different systems restricts the bottom-up effect. The single cost compensation target makes the medical insurance more inclined to the traditional remedy model. To improve the support function of China's medical insurance system, we should adhere to the overall governance idea, optimize the system combination and strengthen the core position of medical assistance, optimize the system connection and information sharing, build a communication platform, so as to enhance the governance trust of different subjects, change from remedial support to developmental support, and balance the regional differences of medical insurance support.

**Key words:** basic guarantee of medical insurance; basic guarantee of social policy; medical assistance; holistic governance