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［J］．山西农业大学学报（社会科学版），2022，21（2）：67-74.
REN Xuejiao，MA Chichun. Institutionalized poverty alleviation：a long-term mechanism for multi-level medical insurance to promote poverty governance——based on common prosperity［J］. Journal of Shanxi Agricultural University（Social Science Edition），2022，21（2）：67-74.
DOI：10.13842/j.cnki.issn1671-816X.2022.02.008

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

任雪娇，马池春
（烟台大学 马克思主义学院，山东 烟台 264005）

摘 要：贫困是长期存在的世界性难题，贫困治理的探索从未止步。经过系列扶贫举措，中国业已消除绝对贫困，但相对贫困仍然大量存在。其中，因病致贫返贫是贫困产生的主因，解决因病致贫返贫问题是新时期贫困治理的重点和难点，也是新发展阶段推进共同富裕的必然要求。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、商业健康保险及慈善救助为辅助的多层次医疗保障制度体系，凭借填补贫困人口医疗费用支出、减弱因病致贫返贫的疾病经济风险，成为贫困治理的重要方式，但在具体运行过程中，仍面临诸多现实困境。为此，在健全评估标准、精准识别医保扶贫对象的基础上，着力从全面提升医疗保障水平和强化医疗费用——质量双控制入手，探索完善多层次医疗保障制度体系助推贫困治理的长效机制，切实推动共同富裕目标的顺利实现。

关键词：因病致贫；多层次医疗保障制度体系；贫困治理；共同富裕
中图分类号：C913.7 **文献标识码：**A 文章编号：1671-816X（2022）02-0067-08

一、问题缘起

共同富裕是社会主义的本质要求，是中国式现代化的重要特征[1]。这一特征着重体现在两个方面：一是全民富裕。共同富裕是全体人民的富裕，要求全体人民共享现代化建设成果，在共同富裕的道路上一个也不能掉队，而这一目标实现的重点则在于贫困群体的不掉队。二是全面富裕。共同富裕的实现要分梯次推进，在打赢脱贫攻坚战、解决绝对贫困的基础上持续扎实推进贫困治理，以期弱化相对贫困问题。对于贫困治理的研究，林闽钢、叶兴庆、朱薇等学者从社会保障兜底功能的整体性视角出发，认为社会保障是扎实推进贫困治理的关键性制度安排[2-4]。而据国务院扶贫办建档立卡信息系统显示，截至2018年4月底，建档立卡贫困户中因病致贫返贫比例高达42%①，疾病成为贫困发生或加剧的主因。即便是在打赢脱贫攻坚战、全面建成小康社会、走向共同富裕的中国式现代化新道路的新发展阶段，疾病依然是贫困治理的“硬骨头”。鉴于此，有必要从医疗保障制度助推贫困治理的角度进行专项分析。

近年来，中共中央、国务院围绕“精准扶贫”“健康扶贫”等连续发布系列事关医保扶贫的政策文件，学术界也有部分学者已经关注到医疗保障制度对于贫困治理的重要意义。但是，大多数学者仍然仅从单项医疗保障制度反贫困的视角对医疗保障制度助推贫困治理的作用进行分析，如陈迎春、宫习飞、方黎明等重点探讨了新型农村合作医疗制度对减轻农村居民就医经济负

① 国家卫健委：未来三年实施“六大攻坚行动”打赢健康扶贫攻坚战．https://baijiahao.baidu.com/s?id=1604868666484742156&wfr=spider&for=pc2018-7-2.

收稿日期：2021-11-06 **修回日期：**2021-11-25
基金项目：教育部人文社会科学研究规划基金项目“中国多层次医疗保障法律的衔接研究”（19YJA820037）；山东省社会科学规划研究项目“乡村传统治理资源的现代性转化机制与路径研究”（21DZZJ01）
作者简介：任雪娇，研究方向：医保政策与民生政治研究。

担的影响[5-7]，周绿林、卢燊、李华等注重探讨城乡居民大病保险的脱贫效应[8-10]，吴群鸿、杨立雄、徐娜等则从医疗救助扶贫的角度提出医疗救助是一项托底保障困难群众基本医疗权益的制度安排，是困难群众获得基本健康权的“最后一道安全网”[11-13]，陈小娟、谢琼、倪建文等基于扶贫资源的有限性，认为可以通过社会慈善的力量来化解扶贫严重的“内卷化”问题[14-16]。众所周知，“单一的医疗保障制度均有不同的优点和难以克服的缺点”[17]。囿于单项医疗保障制度保障目标、保障水平的局限性，以及重特大疾病贫困患者的高额医疗费用与其对健康的无止境追求之间存在不可调和的矛盾，贫困地区医疗保障水平不高，医疗费用增长过快，“看病难、看病贵”依然广受诟病，亟需通过医疗保障、医疗卫生服务体系等措施形成政策合力，保障农村贫困人口患大病时得到及时有效救治，大幅减轻个人就医费用负担。基于此，本研究认为有必要从多层次医疗保障制度衔接的角度出发，充分利用多层次医疗保障待遇功能互补、效果叠加的优势，协同解决因病致贫返贫的治理难题。而前期学者们的研究则鲜少从多层次医疗保障制度待遇叠加的角度对贫困治理进行综合分析。为此，本研究站在“大医保”的宏观高度，着重从“保”和“控”两个角度出发，探讨多层次医疗保障制度体系在防范因病致贫、返贫方面的作用机制、实施效应和现实困境，并对多层次医保助推贫困治理运行障碍提出了优化路径，以期更好地发挥多层次医保的贫困治理合力，助推共同富裕目标的实现。

二、多层次医保助推贫困治理的运行机制分析

经过20余年的渐进性改革与发展，作为应对社会风险、减少贫困的社会保障制度安排，我国医疗保障制度体系建设取得巨大成就，按照“保基本、全覆盖、兜底线、多层次、可持续”的原则，在扶贫减贫过程中逐步建立起基本医保为主体、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，形成了医保助推贫困治理的长效运行机制，为贫困人口就医撑起“健康保护伞”。

（一）基本医保的基础性保障机制

城乡居民基本医疗保险制度凭借“全覆盖、保基本”①的制度优势成为医疗保障制度体系的主体，也是化解因病致贫返贫风险的主体制度，为城乡居民提供普惠性的基本医疗保障，在医保助推贫困治理和实现共同富裕过程中发挥了基础性保障作用。具体表现在：参保对象上，自2012年以来，城乡居民基本医保制度参保人数持续稳定在13亿以上，参保覆盖率超95%，基本实现全民参保。筹资机制上，实行城乡居民个人缴费、四级财政资助和集体扶持相结合的社会化筹资机制，城乡居民以家庭为单位自愿缴纳基本医保基金，中央、省、市、县四级财政按照实际参保人数进行定额资助，农村建档立卡贫困人口和城乡特困供养人员的参保费用由地方财政全额兜底资助，集体经济组织则给予适当资金支持。待遇给付上，在保障城乡贫困人口享有基本医疗卫生服务的基础上，按照“住院统筹＋门诊统筹”确定待遇支付范围，并逐步提高城乡居民基本医保统筹层次和保障水平。截至2016年，城乡居民基本医保政策范围内门诊和住院报销比例分别为50%和75%，化解了大部分疾病经济风险[18]。但是，基本医疗保险待遇的初级性和保障水平的基本性决定了其不具有购买全部医疗服务的功能，仅仅为城乡居民提供最基本的医疗保障服务。

（二）大病保险的补充性保障机制

因病致贫返贫的关键在于大病诊治。由于城乡居民基本医疗保险保障水平较低，为减轻患大病②家庭的医疗费用负担，2012年国家发改委等六部委联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，提出引入市场机制，实施大病保险制度。在参加城乡居民基本医疗保险制度的基础上，从基本医保所筹基金中直接划拨一定比例或额度，形成大病保险基金，以“再保险”的

① 保基本，是社会保险的基本特征，是要保障对象享有“基本医疗”，即指在参保对象患病时，能得到提供给他的、能支付得起的适宜的治疗技术，包括基本药物、基本服务、基本技术和基本费用等。

② 根据《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》中的规定：如果个人在1个年度里累计的合规医疗费用超过了当地统计部门公布的上一年度城镇居民人均可支配收入或农村居民可支配收入，就进入高额医疗费用阶段，属于大病范畴。

方式购买商业保险，对参保患者发生的合规大额医疗费用由保险公司提供二次报销，以扩大保障范围，提高保障水平。

在参保对象上，国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，要求2015年年底前大病保险覆盖所有城乡居民基本医保参保人群。在资金筹集上，该意见明确规定大病保险筹资除城乡居民基本医保基金划拨外，应探索多渠道筹资机制以确保制度可持续发展。而且，近年来国家屡次提高城乡居民基本医保筹资标准时，有意识地考虑到大病保险的筹资需求。2015年中央提出为城乡居民医保财政补助人均多增加20元用于大病保险，2016年中央明确向贫困人口实施倾斜性政策，主张从人均新增部分中划出10元用于大病保险，2017年要求在城乡居民基本医保新增筹资中提取一定额度或比例再次充实大病保险，进一步推动大病保险持续发展。在待遇支付上，参加大病保险并产生高额医疗费用的，从基本医保获得初次补偿后，对超过基本医保封顶线以上的自付大额医疗费用进行“二次补偿”，实现报销比例的再次提升。除此之外，各地还探索出降低起付线、取消封顶线、提高报销比例、保障范围与基本医保目录衔接并有所拓展等倾斜性政策。截至2017年12月，大病保险已实现制度全覆盖，其报销比例在基本医保之上平均提高至少10个百分点，为超10亿的城乡居民减轻医疗费用负担[①]。作为基本医疗保险制度的拓展和延伸，大病保险逐步提高了城乡居民医疗费用的补偿范围和报销比例，有助于缓解贫困人口的高额医疗费用负担，在一定程度上加速了共同富裕的实现步伐。

（三）医疗救助的托底性保障机制

医疗救助是在精准识别的基础上，将符合因病致贫标准的贫困人口悉数纳入重特大疾病医疗救助范围，对突发重特大疾病、家庭无力承担高额医疗费用的贫困人口，进行一定程度的参保缴费补贴和医疗费用减免。一方面，在筹资上资助贫困人口参加基本医疗保险，确保享受基本医保待遇，救助资金主要来源于中央和地方财政拨款。另一方面，在保障待遇上，对基本医保和大病保险报销后仍超出个人自付能力的部分再次予以资助，对特殊困难者甚至实施“零起点”的“兜底”性救助。在待遇范围上，以住院救助为主，同时兼顾门诊常见病、慢性病救助和重特大疾病，救助标准由县级以上人民政府按照本区域经济发展水平和医疗救助资金情况确定，报销比例在基本医保、大病医保基础上再提高10%，具备条件的可给予100%补助。自开展医疗救助以来，扶贫效果显著，仅2015年国家直接救助5023.8万人次，医疗救助直接支出202.8亿元，全年资助5910.3万城乡困难群众参加基本医疗保险，2015年农村贫困人口比2014年减少1442万人，贫困发生率从2014年的7.2%下降到5.7%[19]。

（四）专项扶助的特殊性保障机制

根据国家脱贫攻坚整合涉农资金相关政策规定，对于基本医保、大病保险和医疗救助报销补偿后，仍无力承担自付部分医疗费用的贫困人口，县级政府可以通过财政转移支付机制建立医保专项扶助制度，实行重点专项帮扶。通过专项扶助制度，患重大疾病的贫困人口不仅获得医保报销政策范围内的医疗费用补助，而且对不在医保报销范围内但个人又无力负担的医疗费用也给予报销。

（五）商业健康保险与慈善救助的辅助性保障机制

商业健康保险是医疗保障体系的重要支柱，是对基本医疗保险制度“保基本”的重要补充，主要针对基本医疗保障尚未涉及的病种和报销范围开发设计多种健康保险产品，由个人和组织向保险公司自愿付费购买，以弥补基本医疗保障待遇水平、保障内容的不足。此外，作为社会“第三次分配”的慈善事业组织，充分发挥桥梁和纽带的优势，连接政府和社会、国内和国外、捐助者和被救助对象，以多种形式合作参与医保扶贫，拓展医保扶贫实施主体，优化医保扶贫治理机制，不仅弥补政府投入不足的缺陷，而且提升了医保扶贫的范围和水平，成为多层次医疗保障制度体系中不可或缺的一部分，在医保助推贫困治理和推进共同富裕过程中承担重要任务。

① 参见国家卫生计生委：我国大病保险覆盖超10亿人．http://www.xinhuanet.com/video/2017-12/20/c_129770479.htm.

三、多层次医保助推贫困治理运行的现实困境

自多层次医保助推贫困治理实施以来，理论探索和实践成效有目共睹。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逐步成熟，医疗保障保基本、防大病、兜底线能力进一步增强，在很大程度上减轻贫困患者看病就医负担，减少因病致贫返贫现象。然而，在全面建成小康社会的新发展阶段，受制于新时期贫困形势的日益复杂、扶贫难度的不断上升、医保运行的体制弊端和多层次医保衔接的局限性，现行医保助推贫困治理运行机制仍面临诸多现实困境，严重阻碍了贫困治理工作的进一步开展和共同富裕目标的实现进度。

（一）因病致贫标准难确定，医保扶贫对象难识别

新时期的扶贫工作比以往更加注重精准度，要求扶贫资源与贫困户的需求精准对接[20]。因此，确定因病致贫标准是医保助推贫困治理的首要环节，据此精准识别医保扶贫对象是医保精准施策的必要前提。通常将城乡居民在医保费用结算中自付部分超过其最大支付能力①而导致的贫困现象称为因病致贫，确定因病致贫标准。具体而言，以家庭为单位，采取走访与家计调查等方式，以年度家庭收入与支出情况为基准，将医疗费用支出占家庭年度总支出达一定比例或自付费用超过其最大支付能力的贫困家庭确定为医保扶贫对象。但在具体操作中，动态管理机制失调，医保扶贫数据库的真实性、准确性、全面性不足，争当因病致贫对象的“寻租行为”屡见不鲜，突发灾难性医疗支出的致贫返贫家庭不能及时纳入医保扶贫数据库，通过综合施策已脱贫家庭未能及时退出数据库，使得扶贫效果大打折扣。另外，“贫困边缘人口”尚未获得现有医疗保障制度体系的倾向性照顾，抵御偶发事件带来的疾病经济风险能力极为有限，如何避免此类群体再度陷入因病致贫困境，也成为确定医保扶贫对象的难点之一。

（二）多层次衔接机制尚未成熟，整体保障水平仍待提高

多层次医保的“衔接点”是医疗服务待遇[21]，但是，与养老、失业、工伤、生育等社会保险以收入损失为保险待遇支付目标不同，社会医疗保险以填补医疗费用支出为待遇支付目标。当贫困人口发生医保待遇支付政策范围内合规的医疗费用时，先由城乡居民基本医保提供基本医疗服务和基本医疗保险待遇报销，当个人自付的医疗费用一年内累计超过当地上年度城镇居民人均可支配收入或农村居民可支配收入时，可由大病保险进行二次报销，若基本医保和大病保险均已报销，且个人仍难以负担自付部分医疗费用时，既可申请医疗救助兜底保障，也可衔接专项扶助、商业健康保险和慈善救助给予辅助性保障。

然而，城乡居民基本医保制度尚处于从基本医疗保险的“初级性”向“基本性”提升过程中，当前仅提供初级社会医疗保险待遇，普惠性的制度设计难以满足贫困人口患重特大疾病医疗费用的高额性和其他特殊医疗保障需求。尽管大病保险给予二次报销并实行医疗救助兜底，但未及时纳入医保药品目录和诊疗目录的新药品及新诊疗手段随医疗机构趋利动机的增加无疑加重了贫困患者医保目录外医疗费用负担。医疗救助的托底性保障作用不仅覆盖人群体量较小，而且因筹资及支出结构失衡导致保障水平仅限于满足“生存型”贫困的基本需求，倾斜性保障功能尚未有效发挥。对基本医疗保险制度的过度依赖、家庭（个人）资产储备的匮乏和慈善事业发展滞后共同导致辅助性保障机制规模效应不足，制约其预防因病致贫返贫的能力。只有通过构建多层次医疗保障体系，合理划分各保障主体职责范围，才能更加有效地配置医疗保障资源，提高保障合力[22]。但是当前多层次医保制度“碎片化”建构，保障对象、筹资机制、管理体制、经办方式、保障范围和保障水平纵横交错，衔接机制不

① 最大支付能力的衡量，通常用当地城乡居民的平均收入减去最基本生活所需费用后的剩余金额来表示。对城镇居民而言，大体相当于城镇居民年人均可支配收入的水平；对农村居民而言，大体相当于农村居民年人均纯收入的水平。也就是说，当城镇居民、农村居民当年个人负担医疗费用分别达到当地城镇居民年人均可支配收入、农民年人均纯收入时，就会发生灾难性医疗支出，就可能发生因病致贫返贫。

顺，联动保障、叠加优势发挥不足，国民基本医保待遇低下，保障重复享受与漏保致贫并存，不全面、不充分、不平衡的医疗保障制度设计限制了多层次医疗保障制度的协同脱贫效应。

（三）医保支付配套改革滞后，经办服务与控费能力不足

医疗保障制度通过“第三方团购”机制购买市场化的医疗服务，其目的是抵御疾病经济风险，防止因过高的医疗费用支出而陷入困境，确保医疗服务的公平性和可及性[23]。但是，现行医保管理粗放，经办服务能力低下，支付制度及其配套改革更是存在多种弊端，导致医保控费严重不足。

首先，医保管理体制和经办机制改革滞后。管理体制和经办机制是多层次医保制度运行的“载体”，是链接并制衡医疗、医药、患者的基础“平台”。但是，现行医保管理粗放，经办“政事不分”，“第三方团购”的协商谈判和激励约束机制尚不成熟，链接医、患、保的复杂支付机制被行政化、简单化执行[24]，导致医保宏观控费功能受限，无以制约医疗和药品费用高速膨胀对医保基金的“虹吸效应”，不仅部分抵消了基本医保带来的保障红利，加大医保基金压力，而且提升贫困患者医疗费用自付负担，掣肘医保扶贫功效，降低贫困人口获得感。

其次，医保、医疗、医药三医联动改革系统性、协同性不足。作为三医联动改革最核心的部分，医疗卫生服务体系改革严重滞后，行政型市场化的公立医院去行政化改革步履蹒跚，成为医保支付方式改革的制度性障碍[25]。财政投入不足倒逼医疗机构通过创收以寻求发展，医疗服务机构和医务人员控费内生动力不足，掣肘医改取得实质性进展。

第三，作为医疗供方的补偿机制，医保支付方式承担着提高基金使用效益、调节医疗服务行为、引导医疗资源配置等机制性功能。自医保制度建立之初，相继形成了“按服务项目付费”、“按病种付费”、“总额预付下按人头付费”、“总额预付下按病种付费”等一系列医保支付方式，然而，单一性支付方式对于控制医疗费用支出成效甚微，甚至滋生过度诊疗等医疗资源浪费行为及医疗服务质量下降现象。因此，必须改革传统单一的医保支付方式，严格控制医疗服务费用，并渐次提升医疗服务质量。但是，仅以控费为目标而忽视医疗服务质量发展的支付方式改革大量存在，不仅未实现医保控费与医疗服务质量提升相平衡，而且在某种程度上甚至存在推诿贫困重症病人等不合理现象。

四、完善多层次医疗保障贫困治理机制的路径选择

（一）健全评估标准，识别扶贫对象，实行动态管理

从多维度、综合性角度出发，建立健全家计调查制度和就医诊疗费用稽核制度联动的贫困识别机制[26]，完善因病致贫评估标准，实现精准识别和动态管理。比如，在基本收入基础上，建立包括家庭劳动力、家庭年龄结构、受教育程度、原始存款、宅基地和社会关系等系列指标评估表并分别赋予不同权重以计算家庭整体收入情况。在支出方面，了解包括日常生活、生产资料、住房、教育、医疗等方面具体支出情况，测定医疗费用支出占家庭年度总支出的比重，最后通过综合测评确定因病致贫标准并精准识别医保扶贫对象，及时纳入医保扶贫数据库系统，在此基础上开展综合施策。同时，依托基层干部对因病致贫人口进行跟踪监测、定期稽核，建立动态筛查管理机制、定期巡查服务机制[4]，一旦达到脱贫条件立即退出医保扶贫数据库，实现扶贫数据库管理的动态调整。

（二）强化部门联动，促进制度衔接，发挥叠加优势

由于多层次医疗保障制度在抵御疾病风险、减轻经济负担的保障目标中存在同一性，在保障待遇范围和待遇支付上具有高度关联性，多层次医疗保障制度待遇衔接促使社会保障水平最大化的需求决定了各项医疗保障制度在合理分工的基础上，进行多层次制度衔接、功能互补、协同发展是可行的[27]。当前，应以医保行政管理体制改革为基础，统筹推进城乡医保深度融合，提高运行质量，增强保障功能①。为此，以国家医疗保

① 参见国家医保局、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》（医保发[2018]2号）。

障局的建立为契机，在建立医保“大部制”管理体制基础上，整合衔接多层次医保经办机构，建立统一的多层次医保信息平台，厘清各项医疗保障制度性质、作用，通过强化多层次医疗保障制度之间待遇支付的衔接来实现多层次医疗保障制度的衔接，进而形成多层次医保助推贫困治理的合力，发挥多层次医保制度的叠加优势。

首先，以社会团结原则和保险原则相结合，形成统一的城乡居民基本医保筹资和待遇支付机制。[28] 探索建立参保个人、央地政府及社会力量责任明确、分担合理，与基本医疗需求相适应、经济社会发展相协调、收入水平相挂钩的动态筹资及其增长机制。依据城乡居民的不同医疗风险维度设计统一的结构化、精细化医保筹资和待遇政策体系，以实现城乡居民医保待遇支付的普惠平等和有机统一[12]。

其次，管理体制统一是社会保障管理的基本原则[29]，确立行政管理体制，统一负责基本医保的发展规划、制度设计、制定政策和组织实施[30]。只有实现多层次医疗保障制度的行政管理体制统一，才能对多层次医疗保障制度的扶贫路径进行统筹规划，协同发挥多层次医疗保障制度的待遇互补作用。因此，整合碎片化的基本医保统筹管理体制势在必行。国家医疗保障局的成立，将分管多层次医保制度的各大行政主管部门整合升级为统一的“大医保”部门，实现行政管理关系内部化、行政管理成本最低化。医保扶贫是一项系统工程，必须整体规划、统筹推进，打破部门壁垒，建立由扶贫办领导、医保局、卫健委、人社部门和民政部门等共同参与的医保扶贫联席会议制度，定期召开扶贫工作会议，协商处理医保扶贫问题，确保扶贫工作顺利开展。

第三，在城乡居民基本医保管理体制统一的基础上，加快推进医保经办机构去行政化改革和整合统一，以具备独立公法人地位和整合后统一的基本医保经办机构为主体辐射衔接多层次医保经办[31]，并利用“互联网＋”建立全国联网的统一的多层次医保信息管理平台，数据分账建立且信息共享，实现贫困人口参保记录衔接，并打通多层次医保经办服务衔接通道，为贫困人口实现多层次医保待遇“一站式即时结算”提供信息基础和技术支撑。完善多层次医保“一站式”即时结算机制，并在定点医疗机构设立医保扶贫专项结算窗口专为贫困患者提供便利。

最后，明晰多层次医保制度关联性，实现多层次医保待遇衔接，必须以基本医保待遇支付为基础和核心（第一顺序），辐射衔接其他多层次医保待遇及其结算服务[32]。因此，仍需继续推进城乡基本医保制度整合，全面落实财政资助缴费责任，实现贫困人口和贫困边缘人口应保尽保，并逐步扩大基本医保三大目录，提高贫困人口住院费用报销比例，充分发挥基本医保的基础作用。第二顺序衔接大病保险，将基本医保的新增筹资用于发展大病保险，实施降低起付线、提高报销比例、提高封顶线、拓展大病保险保障范围等针对贫困人口的倾斜性政策，提高贫困人口保障水平。第三顺序可考虑按照贫困患者自付医疗费用占家庭收入的比例实行医疗救助分段补偿。第四顺序衔接地方财政支持的医保专项扶助制度。第五顺序衔接贫困人口参加商业健康保险的长效运行机制，最后，鼓励慈善组织、社会公益团体等社会力量积极参与医保扶贫，提高辅助性医疗保障制度的规模扶贫效应。

（三）深化医保支付方式改革，强化医疗费用——质量双控制

医保支付方式改革直接关乎医改成败，更关系贫困患者受益率。随着全民医保制度的建立，医疗卫生体制改革工作重点也从简单“扩面”转移到以医保支付方式改革为突破口的“提质、增效”和综合改革上来，继续深化医保支付方式改革，推进医保购买机制创新，充分发挥医保支付方式的杠杆作用，推动和促进其他相关配套改革同步进行，对控制贫困患者医疗费用支出大有裨益。

首先，应加快转变按服务项目付费为主的支付局面，在贫困地区率先开展总额控制下按病种付费为主、人头付费和床日付费为辅的复合式支付方式[7]，从一般性购买走向战略性购买①，并逐步扩大按病种付费的病种范围，积极推动按疾病诊断相关分组（DRGs）付费试点，强化多层次医保对医疗服务质量的监管职能，提高医保控费能力，减轻贫困患者医疗费用支出负担。

① 战略性购买，即通常意义上的“打包付费”，是一种以总体价值为取向的综合性、整体性购买，而不单单关注某个或者某些药品及材料的价格。

其次，除政府主导作用外，鼓励市场和社会力量参与医疗费用监督、控制和管理，积极探索政府与社会资本合作参与医疗费用监督监管的具体模式和运作机制。在控费过程中，借助第三方信息服务平台、智能化监控设备对医疗费用的收支详情、变化趋势进行精确把控，对医疗费用出现的异常情况做到及时发现、及时处理，从而在更高水平上控制医疗需求和医疗行为中的道德风险[33]。

再次，以医保支付方式改革为支点“带动”医保、医疗和医药三医联动综合改革，完善医保经办机构与定点医疗机构之间关于支付标准、服务成本和项目、服务范围和水平等内容的平等协商谈判机制并使之制度化，重建医保支付方式激励约束机制，深化医疗服务价格改革，设定医保控费目标，充分调动定点医疗机构和医务人员主动控费的积极性。

最后，建立控费、服务与发展相协调的支付机制。要求支付方式改革必须以“大健康”理念为基准，将严格控制医疗费用增长与提升医疗服务质量和促进医疗服务体系全面发展等目标协调统一，科学规划支付方案，统筹推进顶层设计，逐步实现医保支付的精细化管理，在保障医疗服务质量的基础上强化对医疗费用的宏观控制，确保医疗服务和医保控费的动态平衡。

五、结论与讨论

从贫困治理和共同富裕的关系视角来看，推动贫困治理和促进共同富裕都是一项长期且复杂的任务，都必然涉及经济、政治、文化、社会和生态等诸多领域，优先构建缓解贫困的治理机制，让低收入群体充分享受经济社会高质量发展成果，是扎实推动全体人民共同富裕的重要支撑。而共同富裕是贫困治理的根本目的所在，是检验和彰显贫困治理成效的根本方式，只有实现共同富裕，才能真正巩固贫困治理成效，才能彰显中国特色社会主义制度优势。经过贫困治理的系统性顶层设计和持续性综合施策，中国的贫困问题已由绝对贫困转为相对贫困，贫困治理的方式和任务也由超常规社会动员式扶贫脱贫向常规性制度化式贫困治理转变，即要优化调整医疗保障帮扶政策以巩固脱贫攻坚成果并建立解决相对贫困的长效机制，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向制度化常态化保障平稳过渡。在此过程中，借助互助共济理念建立的多层次医疗保障制度体系，凭借医保待遇功能互补、效果叠加的优势，成为国家推动贫困治理和扎实推进共同富裕过程中的一项基础性制度安排。但是，现行的多层次医疗保障制度体系仍存在保障不充分、不均衡等诸多问题，仍需要在全面推进社会主义现代化国家新征程的道路上进一步探索和完善。

参 考 文 献

[1] 习近平. 扎实推动共同富裕[N]. 人民日报，2021-10-16(01).

[2] 林闽钢. 社会保障如何在精准扶贫中发力[J]. 中国社会保障，2017（4）：37-39.

[3] 叶兴庆，殷浩栋. 从消除绝对贫困到缓解相对贫困：中国减贫历程与2020年后的减贫战略[J]. 改革，2019（12）：5-15.

[4] 朱薇. 社会保障兜底扶贫的作用机理[J]. 人民论坛，2019（7）：64-65.

[5] 陈迎春. 新型农村合作医疗减缓“因病致贫”效果测量[J]. 中国卫生经济，2005（8）：26-28.

[6] 宫习飞. 新型农村合作医疗制度对降低疾病经济负担作用研究[D]. 济南：山东大学，2009.

[7] 方黎明. 新型农村合作医疗和农村医疗救助制度对农村贫困居民就医经济负担的影响[J]. 中国农村观察，2013（2）：80-92.

[8] 周绿林，张心洁. 健全重大疾病保障制度助力全民脱贫攻坚——以江苏省为例[J]. 中国医疗保险，2016(11)：21-24.

[9] 卢燊. 城乡居民大病保险制度的脱贫效应及模式研究[D]. 南京：南京大学，2017.

[10] 李华，高健. 城乡居民大病保险治理“因病致贫”的效果差异分析[J]. 社会科学辑刊,2018（6）：124-141.

[11] 吴群鸿，张振忠. 关于中国建立特困人口医疗救助制度的必要性探讨[J]. 中国农村卫生事业管理，2001（6）：6-9.

[12] 杨立雄. 我国医疗救助管理制度改革探析[J]. 学术研究，2012（12）：6-9.

[13] 徐娜，田固. 医疗救助在健康扶贫中的作用及思考[J]. 中国医疗保险，2016（11）：34-36.

[14] 陈小娟. 慈善组织参与精准扶贫问题探析[J]. 齐齐哈尔大学学报（哲学社会科学版），2017（10）：43-45.

[15] 谢琼. 贫困治理：中国慈善组织的实践与发展[J]. 社会保障评论，2017（4）：84-95.

[16] 倪建文. 社会慈善助推精准扶贫的对策及路径研究[J]. 齐鲁学刊，2018（2）：109-115.
[17] 杨燕绥. 社会保险法精释[M]. 北京：法律出版社，2011：11.
[18] 张仲芳. 精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究[J]. 探索，2017（2）：81-85.
[19] 张忠朝，袁涛. 医疗保障扶贫实施情况分析研究[J]. 中国医疗管理科学，2016（4）：10-15.
[20] 汪三贵，曾小溪. 从区域扶贫开发到精准扶贫——改革开放40年中国扶贫政策的演进及脱贫攻坚的难点和对策[J]. 农业经济问题，2018（8）：40-50.
[21] 孙淑云，周荣. 多层次医保制度衔接问题探讨[J]. 山西省委党校学报，2013（1）：69-71.
[22] 郑功成. 全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系——展望“十三五”时期的中国社会保障[J]. 中国社会保障，2015（1）：36-39.
[23] 温兴生. 医保精准扶贫实施策略探讨[J]. 中国医疗保险，2017（4）：15-18.
[24] 孙淑云. 改革开放40年：中国医疗保障体系的创新与发展[J]. 甘肃社会科学，2018（9）：21-28.
[25] 顾昕. 公立医院去行政化：医保支付改革的制度基础[J]. 中国医疗保险，2017（3）：20-26.
[26] 周绿林. 医保扶贫重点是大病关键是防贫[J]. 中国医疗保险，2016（2）：27.
[27] 孙淑云. 中国基本医疗保险立法研究[M]. 北京：法律出版社，2014：95.
[28] 孙淑云，任雪娇. 中国农村合作医疗制度变迁[J]. 农业经济问题，2018（9）：24-32.
[29] 郑秉文. 中国社会保障“碎片化制度”危害与“碎片化冲动”探源[J]. 社会保障研究，2009（1）：209-223.
[30] 熊先军. 医保评论[M]. 北京：化学工业出版社，2016：25.
[31] 孙淑云，柴志凯. 新农合与多层次医保衔接的法律规范[J]. 中国农村卫生事业管理，2013（1）：1-3.
[32] 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.
[33] 申曙光. 新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展[J]. 社会保障评论，2017（2）：40-53.

Institutionalized poverty alleviation： a long-term mechanism for multi-level medical insurance to promote poverty governance——based on common prosperity

REN Xuejiao，MA Chichun

（*School of Marxism*， *Yantai University*， *Yantai* 264005，*China*）

Abstract：Poverty is a long-standing global problem，and the exploration of poverty governance has never stopped. Through a series of poverty alleviation measures，China has eliminated absolute poverty，but there are still a large number of relative poverty. Solving the problem of returning to poverty due to desease is not only the focus and difficulty of poverty governance in the new period，but also the inevitable requirement of promoting common prosperity in the new development stage. The multi-level medical security system，with basic medical insurance as the body，serious desease insurance as the supplement，medical assistance as the foundation，special assistance，commercial health insurance and charitable assistance as the complement，has become an important way of poverty governance by covering the poor's medical expenses and reducing the risk of poverty. However，we still face many practical difficulties in the specific operation. Therefore，on the basis of improving the evaluation standards and accurately identifying the poverty alleviation objects of medical insurance，we will strive to comprehensively improve the level of medical security and strengthen the dual control of medical expenses and quality，explore and improve the long-term mechanism of multi-level medical insurance to promote poverty governance，and effectively promote the smooth realization of the goal of common prosperity.

Keywords：Poverty caused by disease；Multi level medical security system；Poverty governance；Common prosperity

（编辑：牛晓霞）