

农村“贫困-疾病”恶性循环 与精准扶贫中链式健康保障体系建设

左 停 徐小言

[摘要]目前我国“因病致贫、因贫致病”现象十分严重,一方面是因为农民对医疗资源的需求得不到满足,另一方面是因为国家对医疗保障体系没有实现精准化瞄准和精细化管理。正是在这样的背景下,本文构建了“贫困-疾病”恶性循环链,发现贫困与疾病通过许多联结相互影响,反复循环,只有从这一恶性循环中的某一联结切断才能打破贫困与疾病的相互作用。健康保障链从时间过程角度能对医疗保障体系进行时序管理,从空间的角度又为农民提供了不同层次的医疗保障,是截断贫困循环和防止“因病致贫、因贫致病”现象的重要途径,有利于发展我国的医疗卫生事业,促进农村经济和社会的持续、稳定发展。

[关键词]因病致贫 “贫困-疾病”恶性循环;链式保障;健康保障

中图分类号:F323.89

文献标识码:A

文章编号:1004—3926(2017)01—0001—08

基金项目:民政部委托项目“扶贫攻坚战略中低保兜底保障问题研究”(MSJ15-11)阶段性成果。

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,中国社会保障学会社会救助分会副会长;徐小言,中国农业大学社会保障专业博士研究生。北京 100193

农村医疗保障,是指政府通过制度安排和保护、基金筹措与给付、公共服务与监督,保障农村居民获得基本医疗和预防保健服务的一种医疗保障制度^[1](P.29)。它既包括医疗支付需求,也包括预防保健和基本医疗服务供给的保障制度^[2](P.29)。农村医疗保障制度是社会保障制度的重要组成部分,建立适应农村经济发展水平的医疗保障模式,不仅能满足农民健康的需要,而且对于我国医疗卫生事业的发展,农村经济和社会的稳定以及最终实现整个社会的和谐,都有举足轻重的意义。

关于我国农村的医疗保障情况分析,邵平(2012)将医保体系分成三个层次:基本医疗保险体系、城乡医疗救助体系和补充医疗保险体系^[3](P.17)。虽然这三种保障形式都在一定程度上缓解了农民看病难、看病贵的问题,但毋庸置疑的是,我国农村的医疗保障面临很多问题。从供给与需求来看,一是以大病为主的医疗保障难以满足农民多样化的实际需求。我国农村医疗保障体系的主体—新型农村合作医疗制度,主要是解决农民罹患大病以及重病住院问题,也就是因为这样普惠型的政策,必然存在着新农合制度因服务

于大多数群体而无法顾及到特定农民群体的实际需求的现象,这部分群体既有可能是社会边缘群体、弱势群体,也有可能是对医疗保障需求更高的群体,他们不仅需要主要补偿,而且对预防保健和康复有要求,因此,现行的单一的保障模式和方案必然难以兼顾到特殊群体的利益(曹军,2011)^[4](P.22)。二是医疗救助范围和对象较窄且救助能力不足,莫汀(2011)认为我国农村社会救助经费缺乏,救助水平偏低^[5](P.24)。李国栋(2014)认为,城乡居民对于大病医疗救助的需要是多样性的,除了规定病种的治疗,还需要针对伴随大病出现的并发症的相应治疗,慢性病的长期检查,突发性疾病的预防等等一系列问题的解决上^[6](P.36)。三是忽视初级卫生保健,当前农村疾病模式正在向以慢性病为主转变,农民的疾病负担也大幅度提高,在这种情况下,应该选择把资源主要投向如何防止慢性病的产生以及慢性病产生后的有效地治疗上,而慢性病的产生主要由家庭卫生、饮食等生活方式所导致的,所以对于慢性病而言,最重要的手段就是进行针对性的健康促进(胥振芳,2009)^[7](P.17)。但是我国医保目前关注的焦点更多是“因病返贫”,主要体现在患大病之后的补

助,在制度设计和运行中,较少关注病前干预、“因病致贫”的问题(锁凌燕,冯鹏程,2014)^[8](P.13)。例如,我国医保制度没有把疾病预防的支出纳入医保范围,这不利于从源头上控制医疗费用的使用,提高医保基金的使用效率(李萍,陈玉文,2013)^[9](P.1)。四是不但缺乏高素质的专业从业人员,而且缺乏现代医学诊疗的基本器械,现代医学基本的化验和治疗条件尚不能满足^[10](P.51)。从国家对农村医疗保障的管理与运行来看,问题主要有:一是新农合依然存在着因为道德风险等投机行为而产生的过度医疗。从需求方来讲,需求方在参加新农合和就医时存在的道德风险主要体现在小病当大病、无病当有病、他病当己病等等。很多参合农民认为“如果不看病个人出资的那部分就会浪费掉了”,为了获得额外利益,假装患病拿医保药品(江颖,李登旺,2014)^[11](P.19)。而许多真正贫困的家庭,却依然无法承担正常报销之外的医疗费用。从供给方来说,很大一部分医院在诊治病人时并不是按照最有利的方案去开展,而是开大药方,多开药,诱导参合患者“小病大治、过度医疗”等(江颖,李登旺,2014)^[11](P.19)。从而又增加了患者的经济负担,使新农合并没有真正的发挥作用。二是监督与管理效果太差。地方政府下设的合管办监管不到位,在实际监督与管理中,经费投入不足使人员配备不足,专业管理与监督人才少,素质低而且缺乏监督与管理经验,管理与监督技术落后,这就给参合农民、定点医疗机构以及合管办的一些人员发生道德风险、医患合谋,挪用新农合资金造成可乘之机^[12](P.75)。

一方面因为农民的医疗需求得不到满足,另一方面农村医疗保障在管理和运行方面都存在种种问题,才使我国“因病致贫、因贫致病”的现象十分严重。有没有一种保障体系,既能满足农民对医疗保障的多方面需求,又能帮助国家对农村医疗保障进行精细化管理,从而缓解我国“因病致贫”“因贫致病”的恶性循环?笔者正是在这样背景下,首先构建了“贫困-疾病”恶性循环理论框架,然后引入了农村健康保障链这一概念,着重分析健康保障链如何切断“贫困-疾病”的恶性循环、如何缓解“因病致贫、因贫致病”现象的产生。

一、农村“贫困-疾病”的恶性循环

美国发展经济学家罗格纳·纳克斯系统地考察了发展中国家的贫困问题,认为发展中国家普遍存在的一个特征就是经济发展停滞不前,人均

收入水平低,生活贫困。产生这种现象的原因是资本缺乏、资本形成不足。而资本形成不足的根源又在于低收入。于是发展中国家就出现了一个恶性循环:低收入使一国贫困,无法创造经济发展所需要的储蓄,没有储蓄就没有投资和资本形成,其结果又导致该国的低收入和持久贫困^[13](P.631)。这就是“贫困恶性循环”理论。该理论的核心是,资本的缺乏是产生贫困循环的根本原因,而资本形成不足是阻碍经济发展的条件。“贫困-疾病”恶性循环理论正是建立在这个基础之上的(见图1)。

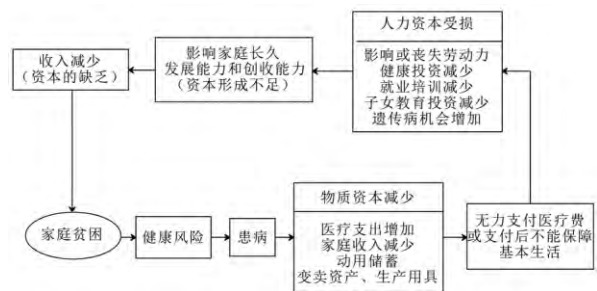


图1 “贫困-疾病”恶性循环理论框架

(一) 因贫致病的作用路径

因贫致病指由于贫困而引致的健康状况的恶化。贫困家庭比正常家庭面临着更大的健康风险,笔者总结了健康风险来源的四个方面,具体来说,影响人们健康的风险性环境包括:自然风险、家庭风险、社会风险和自身风险。

在自然风险方面,贫困人口相对集中在偏远地区,这里恶劣的自然环境既有可能影响粮食的产量和质量,还有可能产生洪水、泥石流等自然灾害,给当地的居民带来健康上的隐患;交通不便,即使村民发生了重大疾病,外出就医仍然困难。家庭风险方面,首先表现在贫困人口没有足够的住房、厕所和厨房的卫生条件堪忧;其次饮食结构的变化导致居民健康水平的变化,主要表现在营养等供给不足、过多或比例失调并引发一系列疾病。比如食盐、酱油等调味品的摄入量过多,导致农村地区的高血压十分严重。根据笔者在山东某地的调研结果显示,一户人家每天每人的摄盐量高达12.6g,远远高于平衡膳食宝塔建议的食盐食用量(6g),这还不包括其他的调味品。社会风险方面,一是贫困人口由于接受教育的程度并不高,可供选择的工作很少,大部分都从事缺乏保护的体力工作,工作环境恶劣,人身安全得不到保障,安全系数低,致残或致死率高,容易患上职业病以及其他疾病。二是贫困人口属于社会边缘群体,

在政治、经济、文化等方面更容易受到排斥, 不得承受巨大的心理压力, 产生失落、压抑、孤独等心理病态, 而过重的心理压力会影响身体机能, 造成免疫能力下降, 最终引发疾病^{[14] (P.87)}。自身风险方面, 穷人会形成固有的行为规范和价值观念, 但是由于地域的闭塞、科技条件的有限、教育程度和知识文化水平较低, 贫困人口很难获得需要的信息, 他们形成的行为规范和价值观念往往是不正确的。所以他们养成了不良的饮食卫生习惯, 不懂得如何选择健康行为和主动预防疾病, 更有甚者会选择愚昧、反科学的方法来应对疾病, 从而错过了疾病的最佳治疗时机。在封闭的状态下, 没有人对这些价值观念提出异议, 也没有新的文化体系的进入打破这种固有的行为规范, 这些文化体系被不断重复着、不断地滋生各种疾病。

健康风险引致疾病, 但贫困人口的医疗服务利用水平低下, 一方面是因为贫困人口的收入水平低而医疗价格高, 支付能力不足限制了对医疗服务水平的利用; 另一方面是医疗卫生资源更多地集中在城市, 偏远的贫困地区基础设施落后、医疗人才缺乏、医疗服务质量不佳。这两方面导致贫困人口“小病拖、大病扛”, 使得患病人口得不到有效治疗, 更加重了健康风险, 从而引致健康状况的恶化。

(二) 因病致贫的作用路径

因病致贫是指因为疾病或健康不佳使收入能力下降, 家庭收入减少而陷入贫困。国家扶贫办的调查数据显示, 全国现有的 7000 多万贫困人口中, 因病致贫的占 42%, 远超其他因素。

当家庭成员患病时, 直接影响的是家庭的财力资本, 最先体现在医疗支出的增加。除了诊疗费、住院费的支出, 还有看病时的交通费用、营养费、家属的住宿费、康复费、保健品费等等。其次体现在收入的减少, 一是患病时患者并不能从事生产活动, 自然没有工资收入; 二是患者家庭照顾患者减少了外出工作的时间, 造成劳动时间的损失而带来收入的减少。研究显示, 慢性病患者每年大概要损失 68 个工作日, 约占一年工作时间的 19%。村民在面对医疗负担时, 农户最及时的反应是减少支出, 动用手头的现金或是家庭的储蓄存款来应对。然而当储蓄不足的时候时, 基于血缘、地缘等关系, 会向亲戚、邻居、村干部等借贷。但在这之后通常需要长久的时间来还债, 而在还债期间内, 生活质量则大大低于以前, 除了饮食营

养减少以外, 更有的甚至一家老小外出打工。如果借贷依然不足以解决医疗负担, 农户家庭会采取出售家庭资产的方式来筹集资金, 比如变卖土地、拖拉机甚至是房子。这个时候就会给生产带来困难, 失去了谋生工具, 生产必然会受到影响, 产量下降、种植种类减少、收入减少等。这些措施会影响家庭的未来创收能力并使家庭陷入长期贫困。

疾病给家庭带来的除了经济负担外, 也给家庭成员带来不可衡量的心理负担。对于患者本身来讲, 长久的患病使患者对疾病的康复缺乏信心, 对未来的生活也丧失希望; 对于照看患者的家庭成员来讲, 首先照顾病人会产生责任压力, 其次还有日常生活中维护家庭完整的压力, 再有个人的工作以及其他方面的压力。这些方方面面的压力不仅会对病人照顾者在身体、心理方面产生负面影响, 还有可能传染给患者、朋友、同事等。

疾病同样会使人力资本受损。首先, 疾病本身会影响患者的劳动能力, 甚至会丧失劳动能力, 无论哪种情况, 都会使家庭近期收入受到影响。此时, 连最基本的生活保障都不能得到满足, 家庭成员会对各方面的投资进行调整。在家庭消费方面, 减少食物支出, 通过提前出院或转诊到收费低的医疗机构减少对健康的投资。这些做法会使本来抗风险能力就弱的农户面临着更大的健康风险, 病情加重或产生新的疾病, 形成“疾病 - 贫穷”的恶性循环; 在人力资本投资方面, 通过要求子女退学外出打工来减少对教育的投资、身体原因放弃对就业培训的投资, 这些会影响家庭的长远发展能力, 使家庭陷入长期贫困。另外, 某些疾病可能遗传给下一代, 进一步加重家庭负担, 形成“贫穷 - 疾病”的代际循环。

上述分析表明, 贫困会产生并加重健康风险, 从而引致健康状况的恶化; 疾病则会通过人力资本和物质资本的传递导致贫困。如果能够从这一恶性循环的某一链条予以切断, 则对于缓解农村贫困, 提高农民的健康水平具有重大作用。

二、切断“贫困 - 疾病”恶性循环的链式健康保障体系建设

时间和空间是一切事物存在的最根本的条件, 就时间而言, 它揭示的是事物发展变化的承启延续状态; 就空间而言, 它揭示的是事物发展变化的瞬间多维状态。对于我国农村的医疗保障来讲, 纳入时间的概念, 就是运用时序管理的办法,

从疾病的源头、产生、发展直到结束的每个阶段都加以控制和管理,有利于实现我医保体系的精细化管理;而纳入空间的概念,就是要在不同的维度对农民的健康加以保障,既有疾病产生之前的预防行为,又有疾病发生之后的应对机制,把健康作为一个完整而长远的过程加以保障,以满足农民对医疗保障的多方面需求。笔者通过整合时间和空间两个维度,建立了一条完整的农村健康保障链(见图 2)。

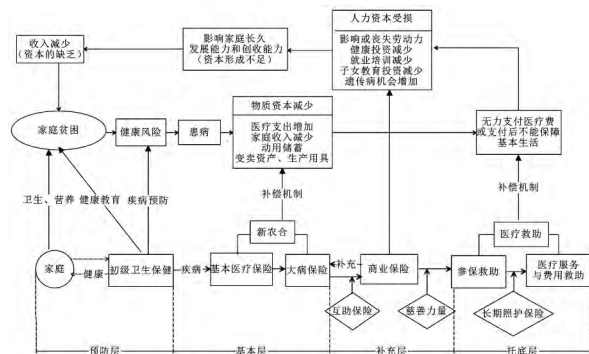


图 2 健康保障链切断贫困循环作用图

(一) 家庭健康: 基础性环节

家庭保障并不是正式的医疗保障制度,但它却是农村医疗保障体系中最原始的保障方式和最不容忽视的重要层次,保障面广,形式多样。之所以把家庭放在农村健康保障链的开端,一方面,从某种程度上讲,家庭是疾病产生的源头;另一方面,家庭又是医疗风险分散、化解的基础。首先,疾病的产生尤其是慢性病跟家庭生活习惯和个人生活方式息息相关。随着我国经济的发展和社会的进步,居民的收入逐步提高,国家粮食生产和供应以及价格发生了很大的变化,导致人们食品消费结构也发生了变化,随之而来的是膳食结构的变化引致的居民健康水平的变化。这表现在营养供给不足、摄入过多或着比例失调等引发的一系列疾病。其次,先天性疾病和家族遗传病同样是产生健康隐患的重要因素。当家庭中有人因为生病无法有效获取资源从而难以生存时,家庭就发挥资源共享和风险分担的功能^{[15] P. 26}。实现家庭内资源的重新配置,使该家庭成员享受家庭为其提供的保障。对于数额不是很大的医疗费用,可以用手头拥有的现金或者存款来支付。但是,家庭收入或储蓄数额无法支付医疗费时,村民不得不采用其他筹资方式。比如出售家庭资产(包括生产性和生活性资产)、减少食物支出、提前出院或转诊到收费低的医疗机构、让子女辍学外出打工等。其次,基于血缘、地缘等关系的扩展家庭以

及社区的互助行为对家庭的健康风险同样具有化解作用,包括亲友间的借贷、赠予,社区成员间的互助等。但是运用家庭的力量来化解疾病风险会导致机会成本的损失,严重影响再生产能力,从而可能对未来的风险缺乏抵御能力,导致生活陷入困境。所以,家庭提供的保障只能过渡风险而不能完全解决风险,因此需要纳入到一个更加灵活、开放、效率和低成本的,包括政府、市场、非政府组织以及农户等多方主体参与的管理框架。

(二) 通过初级卫生保健控制疾病的产生和发展

初级卫生保健(primary health care, PHC)是指通过预防、治疗和社区保健服务来达到或维持人群的基本健康水平^{[7] P. 16}。目前我国农村初级卫生保健包括传染病的控制、孕妇儿童的管理、农村卫生条件的改善、健康教育与健康促进、公共卫生问题法制化、提高中医药服务水平、提高常见病的诊疗水平、加强与新农合的合作 8 项内容。为什么初级卫生保健如此重要?首先,初级卫生保健是促进卫生公平最有效的方式。保证人人能享有最基本的卫生服务是初级卫生保健的目的,它强调的是平等的健康权利,提供初级卫生保健的条件不是个人的支付能力而是基于公民权,并且优先覆盖贫困人群和弱势群体。其次,重视初级卫生保健有利于控制医疗费用的快速上涨,不但减少农村居民的医疗费用支出,同时也减轻国家负担。一是疾病的预防成本要远远低于治疗成本;二是初级卫生保健在疾病预防上强调采用的是符合成本效益的适宜技术,而不是生病之后医生为患者采用的昂贵技术;三是初级卫生保健有利于改善卫生服务机构依靠向病人收费赚取收入,希望患者越多越好、越严重越好的错误激励机制;四是有利于病人的合理分流,减少二三级医院处理多发病常见病等简单疾病造成的资源浪费,以缓解看病难的矛盾。再有,初级卫生保健是应对慢性病和传染病、控制健康风险发生的重要手段。当前农村的疾病模式是以慢性病为主,慢性病与家庭饮食、卫生条件、个人身体素质息息相关,大部分慢性病都是由个人的生活方式导致的,所以就慢性病而言,采取“上游策略”促进居民形成健康的生活方式和饮食习惯,改善卫生环境,预防疾病发生,控制健康风险的发生;即使疾病已经发生,初级卫生保健也会采取“早发现、早治疗”并且跟踪防治的措施,减少慢性病和传染病的疾病负担。

在这个阶段,为了便于精细化管理,部分地区开始建立农村居民健康档案。居民健康档案是由个人基本信息表、健康体检表、接诊记录表、会诊记录表、双向转诊单、居民健康档案信息卡组成的系统化档案记录,有利于社区顺利开展各项卫生保健工作,是满足社区居民预防疾病、康复保健、健康教育等卫生服务需求的重要保证。建立居民健康档案,就能够对本社区居民的健康状况和疾病构成了如指掌,有利于筛选高危人群、开展疾病管理、采取针对性的预防措施。由此农村居民产生了分流:经过身体检查、疾病预防、初级诊治后健康依然存在问题,需要更进一步接受治疗的患者,根据分级诊疗的规定进入不同的医院进行治疗。由于所有的医疗机构今后都要实现联网,所以就诊患者健康档案中的个人信息、病史、治疗情况、转诊情况都会一目了然,改变了原来的看病模式,有利于解决以往看病模式中的道德风险问题,不但节约了医疗资源也减轻了农户的负担。而身体健康或存在健康隐患的农村居民一方面又回归到家庭保障,另一方面依然接受卫生院的定期追踪检查等初级保健。

(三) 通过新型农村合作医疗缓解疾病经济风险

新农合制度最开始是为了解决农村居民缺医少药的医疗卫生问题。随着经济的发展与人民生活水平的提高,农村医疗卫生问题不再是缺少药品,而是日益增长的药品费用和医疗卫生服务费用。所以新农合的作用,也从有药可治转变成保障农村居民看得起病、吃得起药,减少因病致贫和因病返贫现象的发生。因此,从理论上讲,新型农村合作医疗能够切断健康与贫困的恶性循环链条,其作用点在于补偿制度能够减轻农户的医疗负担以及医疗服务的提供能够改变农村居民健康投资不足的现状。

新型农村合作医疗包括基本医疗保险和大病保险。首先,基本医疗保险基本解决了农村居民的多发病、常见病的门诊拿药和住院问题,不同级别的门诊和医院报销比例不同,最高报销比例可达到90%。其次,慢性病具有病因复杂、周期性强、隐匿性大、可逆性小、愈后差和致残率高的特点,这些特点导致慢性病患者除了患病期间需要住院治疗外,平时也需要依靠药物维持身体健康,防止病情的恶化,花费很高,日积月累,造成了高昂的医药费。这些慢性病患者因为长期的病痛或许丧失了劳动能力,但是他们每年用于医药费的

支出却很高,很多农户难以承受慢性病带来的经济负担,常常会因为经济问题放弃治疗,如国家第四次卫生服务调查数据显示农村居民应就诊而未就诊率高达37.8%,这样做的直接后果就是贻误疾病,将小病拖成大病,原本在门诊用较低的医疗支出就可以控制的疾病,最后需要付出几倍的费用还并不一定能够根治。所以,慢性病是造成因病致贫、因病返贫的重要原因。针对慢性病的特殊性,将慢性病门诊费用归为大病统筹基金管理,自此,参合农民中因为慢性病住院就诊的比例得到了控制,选择门诊治疗的慢性病患者越来越多,外转诊率也得到控制,不但节约了医疗资源,也使基层医疗机构的服务能力得到了提升。最后,针对大病保险,我国2015年开始全面推行大病医保制度。城乡居民大病保险制度是对大病患者高额医疗费再次补偿的一项制度安排,需要说明的是,经过整改,大病并不是指包含几种或十几种病种的医疗保险,而是指个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地城镇居民上一年度年人均可支配收入或农民年人均纯收入,就给予高额医疗费用的补偿,否则就可能发生灾难性的医疗支出。也就是说基本医疗保险报销后,大病患者发生的高额医疗费用可以进行二次报销。在报销比例上,大病患者在基本医疗保险报销后仍然需要个人承担的医疗费用,最低给予50%的报销,医疗费用越高支付比例也要越高。目的很明确,就是要避免绝大多数城乡居民发生家庭灾难性医疗支出的情况,使广大人民群众真正从中受益。城乡居民大病保险的运行机制采取向商业保险机构购买大病保险的方式,由商业保险机构负责经办,通过合同形式承办大病保险业务。商业保险机构提供大病保险的运营、承保、理赔等具体服务,并且建立与政府医保部门、定点医疗机构之间互联互通、医疗费用数据实时共享的信息系统^{[16](P.9)}。商业医疗保险可以对新农合提供“范围上”和“程度上”的补充,由它承办大病保险有一定的优势,其一,由商业保险公司管理和承担风险,能够进一步制约医疗机构和医疗费用,提升大病保险的运行效率;其二,商业保险机构所具有的专业技术优势能够提高大病保险的统筹层次,增强抗风险能力,保障效应放大。其三,有利于构建农村健康保障链,推动健康保险业的发展。

为了实现此阶段的精细化管理,部分地区采取了分级诊疗制度。分级诊疗制度,就是按照病

情的轻重缓急和救治的难易程度进行分级,难易程度不同的治疗由不同的医疗机构承担,实现基层首诊和双向转诊。每个农户可以与三家不同级别医疗机构签约,分别是乡镇卫生院、县一级的医疗机构、省市一级的医疗机构。医疗机构可以自由选择。农村居民患病时首先去乡镇卫生院进行初诊,如果问题无法得到解决,就会被转诊到上一级的医疗机构。这种分级诊疗的制度将大中型医院承担的一般门诊、康复和护理分流到基层医疗机构,大医院由此可将主要精力放在疑难杂症方面,有利于医疗资源的充分利用,杜绝道德风险产生的资源浪费,同时也有利于基层医疗机构水平的提高,从而更好地为人们的健康服务,步入良性循环。

需要明确的是,基本医疗保险是保基本。所谓“基本”,在保障范围上,是指要以基本医疗保险药品目录为基础,基本医疗保险条例为准则,不同保障之间应范围清晰,财政分立,避免用基本医疗保险基金进行医疗救助和补充医疗保险方面的支出^{[17] P.30}。在保障待遇方面,要牢牢把握基本医疗保险给付比例,既要化解和防范疾病风险,又要保证要有个人承担的责任,形成合理的责任分担机制,避免道德风险带来的危害。

(四) 通过团体、市场以及社会慈善力量来延伸医疗保险的功能

医疗互助、商业保险和慈善力量位于保障链的补充层,是医疗保险的延伸。

首先,医疗互助保险位于社会保险和商业保险之间,它可以吸收两者的长处,避免两者的短处。互助保险是由一些有共同要求和面临共同风险的人自愿组织起来,预交风险损失补偿分摊金的一种保险形式。医疗互助并不是占有主导地位的疾病风险应对制度,但是因为具有公益性、灵活性、群众性和互济性的特征,却一直作为一种化解社会成员疾病风险的补充形式存在,它集中了人的共同意愿,是群众自发兴办的、自筹资金的互助行为,对减轻社会成员自付治病费用负担、防范社会成员疾病风险起到“拾遗补缺”的作用^{[18] P.118}。

其次,商业保险是以营利为目的的商业行为,其特点是保障程度多样化、经营范围广泛、覆盖面积大和经营手段灵活,它可以为农户提供不同层次、不同需求的医疗服务保障,所以可以和新农合互相补充,主要表现在两方面。其一,在保障作用和范围上的互补性。新农合只能提供低层次和低

标准的医疗保障,必须在一定范围内进行保障,只针对普遍性的健康风险进行保障;商业保险可以满足农户更高层次的医疗保障,如重大疾病医疗保险、生死两全险、意外保险等。其二,实施方式上的互补性。新农合无需审核参合农民的健康状况、经济情况等;而商业保险要求投保人健康状况良好以及必须要有保费缴纳的能力,有利于控制逆向选择现象的发生。所以,在基本医疗保险制度的基础上,引导社会个体购买商业医疗保险、护理保险等方式,有利于提高个体和整体抗击疾病风险的能力、降低社会成员重大疾病资金自付风险^{[18] P.117}。当然,除了医疗商业保险,还可以通过购买教育、就业保险来保障人力资本不受损失。

最后,笔者把慈善力量在保障链中的位置放在商业保险与医疗救助之间,是因为慈善力量是对医疗救助的一种补充,通过吸引社会慈善力量能够增强医疗救助的能力,但是又无法作为一种正式的具有托底功效的制度。为了避免“因病致贫、因贫致病”,及时救助因为重大疾病而陷于困境的农户,需要很大规模的医疗救助资金。但医疗救助从来不仅仅是政府行为,而是一种由政府资助、慈善资金和各种道德力量支持的社会性公益行为^{[18] P.119}。所以通过动员社会慈善资源,为受困群体提供多种多样的医疗救助,是多层次医疗保障体系的重要组成部分。

补充性保险在医疗保障体系中所承担的任务,是为社会成员提供基本保障之外的补充性的医疗保险。所谓“基本保障之外”是指两种情况,一种是指基本医疗保险病种目录、诊疗目录、药品目录等这些目录之外的有关费用,这些费用是基本医疗保险不负责任的。第二种是基本医疗保险之上的那部分责任。有些医疗费用,虽然属于基本医疗保险责任范围内,但是它超过了基本医疗保险所设定的保障标准,也不能由基本医疗保险给予报销。所以,补充性医疗保险的业务范围,很大程度上决定于社会基本医疗保险制度和政策^{[19] P.17}。补充性医疗保险应该根据法律所规定的社会医疗保险责任范围和保障标准来设定自己的保障边界,既不能越界,又能与社会基本医疗保险形成互补。

(五) 通过医疗救助“托底救急”补充基本医疗保险的功能

大病保险并不能保证所有的大病患者都不发生灾难性支出。对于贫困与弱势群体,这部分人

有很高的医疗需求,但不具备医疗费用的负担能力,此时,医疗救助就需要发挥“托底救急”的功能。托底层,也就是医疗救助层,面向对象是没有能力参保和即使参保也没有能力支付医疗费用的贫困人群提供医疗救助,例如农村的五保户、低保户、优抚对象以及因灾致贫、因病致贫等特别贫穷的农户。医疗救助包括参保救助和医疗服务与费用救助两部分。参保救助是为那些无力参保的农户提供参保缴费救助,根据个体情况的不同部分或全部减免参加新农合的费用;医疗服务和费用救助是指在经过医疗保险报销以外的政策范围内的医疗费用的救助或者是提供直接的医疗服务,这类救助具体分为:普通疾病门诊医疗救助、普通疾病住院医疗救助、特殊病种医疗救助和大额费用医疗救助。因为各地经济社会发展以及城乡居民收入水平等情况不同,所以并没有统一的补助标准,但大病救助标准都不得低于70%。

除了这两项传统意义上的救助,不得不提的是长期照护保险。所谓长期照护保险,就是指在很长的一段时间内,持续的为患有慢性病的或者处于伤残状态下的人提供照顾和护理的服务。涉及内容广泛,包括生活照料、康复护理、精神慰藉、社会交流和临终关怀等等^{[20] [P.26]}。护理的费用由社会保险系统来支付。目前我国对长期照护保险的建立正在进行一系列的探索。从目前我国医疗保障体系现状来看,无论是医疗保险还是商业保险,都无法解决因为疾病、年老而导致失能、半失能的人的长期照护的资金问题。所以,建立长期照护保险是非常有必要的。首先,在上一部分,我们分析了患病对于物质资本和人力资本的影响,患病后除了患者不能外出工作,照顾患者的家人同样丧失了外出打工的机会,同时照护者巨大的心理压力和生活压力无论对自身还是对家庭都会产生不好的影响。而从家庭财力来讲,支付医疗费后连最基本的生活都得不到保障的农村家庭,更是无法支付巨额医疗护理费用。所以,建立长期照护保险不但可以减轻家庭照护的人力负担,也能减轻家庭照护的财力负担。其次,目前我国已经进入了人口老龄化快速发展时期,因年老和疾病导致的生活不能自理的老人会不断增加。这给社会带来了巨大的压力,也超过了单个家庭能够承受的范围,所以亟需政府给予解决。所以说,在我国建立长期照护保险是一条值得探索的道路。

医疗救助是保障公民健康权与生存发展权的最后一道防线,属于医疗保障体系中最低层次的制度安排,是帮助救助对象摆脱因病致贫的重要手段,也是维护社会公平的需要。首先,同新型农村合作医疗一样,医疗救助也是解决贫困恶性循环问题的有效途径。贫困导致营养不良,营养不良导致患病,患病导致进一步贫困。贫困既是患病的原因又是患病的结果,这是一种危险的互动,对人口质量造成了严重威胁,它损害了人的基本权利,使得人口可持续发展成为不可能,并会最终摧毁社会发展所积累的全部成果^{[21] [P.41]}。医疗救助通过补偿机制切断“贫困-疾病”循环链,是逐步摆脱贫困的治本之策。其次,公平是卫生服务和医疗保障的最高原则。但是我国目前的卫生服务的利用是不公平的,收入高的人群对医疗保险的利用率往往高于那些低收入的人群。其主要原因就在于收入高的人有足够的经济实力去支付医疗保险里规定的起付线和封顶线以上的自付费用,而收入低的人群面对高昂的医疗费却不敢去医院看病,导致高收入人群的医疗服务的利用率越来越高,低收入人群的医疗服务利用率越来越低。这完全违背了社会医疗保险的最终目的和意义。而医疗救助通过参保救助和费用救助增加了贫困人口可获得和利用的基本卫生服务,改善了贫困人口的健康状况,提高了卫生服务的公平性,有利于社会的稳定和和谐社会的构建。

医疗救助体系的目标是避免疾病对弱势群体造成灾难性的后果,因此只是满足基本医疗需求而不是改善性需求。所以要科学界定救助对象,并且只有在经过预防、基本保险、补充保险等全部报销和补助后仍然困难的符合要求的对象才可进行救助。

三、结语

健康是人类的基本权利,消除贫困更是世界当前主要任务。疾病与贫困通过许多联结相互影响,贫困家庭比普通家庭承受着更大的健康风险,健康风险导致农民患病,患病后物质资本减少,相应的人力资本的投资受到影响,整个家庭的长久发展能力和创收能力减弱,资本形成不足导致收入减少,而资本的缺乏又成为产生贫困的根本原因。因贫致病、因病致贫循环往复,如果能从这一恶性循环的某一链条予以切断,那么对于农村减贫的长远规划具有重大意义。从这一背景出发,一条完整的健康保障链,可以更精准、更有效地针

对“贫困-疾病”恶性循环的每一个联结进行切断:初级卫生保健通过疾病预防、环境卫生的改善、健康知识和观念的宣传来控制健康风险的发生;新农合通过补偿机制来缓解农民患病后的医疗支出负担;补充型保险以其多样化的险种来保障物质资本减少后人力资本的损失;医疗救助也以托底救急的功能来帮助农户摆脱因病致贫的发生,实现问题瞄准的精准化。

建立农村健康保障链,可以从两方面展开:一是要明确各个阶段保险的基本定位和边界。如前所述,基本医疗保险是“保基本”而不是“包基本”;补充医疗保险必须是补充“基本保障之外”的部分;医疗救助是满足基本医疗需求而不是改善性需求。定位不同,作用不同,才能在农民患病的每个阶段都起到充分保障作用的同时不会造成浪费。二是要建立各阶段保障的衔接,既包括每种保障制度上的衔接,也应包括管理上的衔接。制度上的衔接有新农合与医疗救助的衔接、新农合与商业保险的衔接、初级卫生保健与新农合的衔接。管理上的衔接包括统一法律政策、统一信息平台 and 医疗保险待遇的衔接。虽然我国已经实现了部分衔接,但不可否认的是,不同阶段保障之间的衔接还存在很多问题,本文期望国家各个部门之间通力协作,把健康作为一个完整而长远的过程,为贫困农民构建一个链式的、精准的、可持续的医疗福利和保障制度。

参考文献:

- [1]王秀萍,岳海鹰.构建中国农村医疗保障体系的路径选择——从政府功能的角度阐释[J].攀登,2007(1).
- [2]李和森.中国农村医疗保障制度研究[M].北京:经济科学出版社,2005.
- [3]邵平.医疗保障水平的测定与分析[J].中国卫生经济,2012(2).
- [4]曹军.完善农村医疗保障体系的路径研究[D].云南大学,2011.
- [5]莫汀.完善中国农村社会救助制度浅析[J].四川劳动保障,2011(6).
- [6]李国梁.山东省大病医疗救助问题研究[D].山东财经大学,2014.
- [7]胥振芳.我国农村医疗保障体系研究[D].中国海洋大学,2009.
- [8]锁凌燕,冯鹏程.医疗救助制度的国际经验及对中国的启示[J].中国卫生政策研究,2014(9).
- [9]李萍,陈玉文.我国医疗保障体系现状与完善对策[J].中国药业,2013(22).
- [10]周建波,刘源.我国农村医疗保障体系发展模式初探——基于新型农村合作医疗的分析[J].财政研究,2011(4).
- [11]江颖,李登旺.新农合道德风险问题研究[J].中国医疗保险,2015(4).
- [12]李文泽.新型农村合作医疗制度的调研分析与绩效评价[D].辽宁大学,2013.
- [13]殷洁,张京祥.贫困循环理论与三峡库区经济发展态势[J].经济地理,2008(4).
- [14]洪秋妹,常向阳.我国农村居民疾病与贫困的相互作用分析[J].农业经济问题,2010(4).
- [15]洪秋妹.健康冲击对农户贫困影响的分析[D].南京农业大学,2010.
- [16]周竟.商业保险机构经办大病保险的可持续研究[D].贵州财经大学,2014.
- [17]段迎君,李林.我国多层次医疗保障体系及其衔接——基于5个典型城市的分析[J].中国卫生事业管理,2013(1).
- [18]邓微.整合各种力量构建多层次医疗保障体系[J].湖南师范大学社会科学学报,2014(5).
- [19]何文炯.商业保险在风险保障体系中的定位[J].中国医疗保险,2014:14-18.
- [20]肖云,王冰燕.中国建立长期照护保险的必要性及路径[J].社会福利(理论版),2013(6).
- [21]王保真,李琦.医疗救助在医疗保障体系中的地位和作用[J].中国卫生经济,2006(1).

收稿日期 2016-08-20 责任编辑 王启涛 吴定勇