上海市城市弱势群体医疗保障制度的现状、挑战与对策

胡敏 陈文

【摘 要】：城市中的低收入群体以及由于疾病、残疾等原因导致贫困的人群在医疗保障方面往往处于弱势，这部分人群需要更为有效的医疗保障。本文分析了上海市弱势群体的基本医疗保险、医疗救助、补充医疗保险等政策规定；在全面梳理弱势群体医疗保障制度的基础上，分析了保障体系当前在覆盖人群、保障内容、公平性与效率方面所面临的挑战；并提出明确定位、加强制度衔接，建立收入支出相关联的保障对象确定机制，对城镇居民基本医疗保险参保人群予以政策倾斜，保障范围向常见病、慢性病辐射等进一步完善制度体系的策略。

【关键词】：弱势群体，医疗保障，基本医疗保险，医疗救助

弱势群体主要是指因为某些自然或社会原因而使得其权利处于不利地位的特定群体。[1-2]弱势群体在社会经济各个领域广泛存在，其弱势地位常常表现为经济、政治和社会机会的缺失与资源的匮乏。在医疗服务领域，可以从社会特征、经济特征、医学特征、人口特征以及保险特征等方面综合评判某群体或个人是否属于弱势，其中最基本的是经济特征和医学特征。[3]弱势群体通常收入水平低、生活贫困，生活质量低下，对风险的承受力差，这些特征决定了他们的疾病风险比普通人更大，极易陷入“贫一病一贫”和“病一贫一病”的恶性循环。[4]虽然，单纯从经济角度来划分医疗上的弱势群体是不全面的，如艾滋病病人或精神病患者可能由于受到社会歧视而得不到及时的医疗服务，地域上的原因也可能造成相对的医疗弱势群体，如偏远山区因缺医少药而得不到基本的医疗服务。[5]但是，贫困人群与医疗弱势人群常常高度重叠，且弱势群体的其他特征也往往会导致贫困。

因此，弱势群体对医疗保障的需要更加迫切。医疗保障制度是一项重要的社会制度，对于分散疾病经济风险，保障居民健康权力，消除社会两极分化，促进社会有序整合，保持经济和社会稳定具有重要作用。[6]中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》将基本医疗保障作为医药卫生体制改革“四大体系”之一，并提出“加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”多层次的医疗保障制度框架主要包括基本医疗保险、补充医疗保险、社会医疗救助及商业健康保险，其中社会医疗救助与基本医疗保险属于基本医疗保障范畴，补充医疗保险和商业健康保险则用于解决基本医疗保障之外的需求。本文将主要针对上海市低收入群体以及由于疾病、残疾等原因导致贫困或可能导致贫困的城市人群的医疗保障制度进行分析。

1 上海市城市弱势群体医疗保障制度的基本情况

上海市在进行医疗保障改革之初，就明确了多层次医疗保障的发展理念，以基本医疗保险（包括地方附加医疗保险）为主体，补充医疗保险为辅助，各种社会团体医疗救助为补充，民政部门的医疗救助为扶持的多层次结构。[7]2008 年随着城镇居民基本医疗保险的全面推行，以及各项医疗救助、医保减负政策的不断补充和完善，上海市城市弱势群体的医疗保障制度体系基本形成。

1.1 基本医疗保险

1.1.1 制度体系

上海市建立的基本医疗保险制度与全国其他地区基本相同，分为城镇职工基本医疗保险（简称城保）和城镇居民基本医疗保险（简称居保）。由于历史原因，还有小城镇基本医疗保险（简称镇保）以及自由职业人员基本医疗保险（简称个保）。通过这四种保险，基本覆盖全市所有户籍人口，也包括城市中的弱势群体。

这四种医疗保险的参保对象主要依据其社会特征（是否有职业、职业性质、单位性质）进行区分。2008 年开始施行的居保主要针对未参加城保、镇保的城镇居民，并将原来通过政府财政、医疗保险、社会慈善等形式承担的城镇职工老年遗属医疗保障、城镇高龄无保障老人医疗保障、城镇重残人员医疗保障一并纳入。参加居保的群体多由于存在社会或经济障碍而无法参加其他基本医疗保险，相对于其他三种基本医疗保险参保者，居保制度所覆盖人群总体上处于弱势地位。而居保制度设计初衷也就是为了减轻城镇非从业人员等城市弱势群体的疾病风险，提高医疗服务的公平性。[8]目前上海市居保筹资水平随着参保人员年龄的增长而递增，其中个人筹资额随年龄的增长而递减，保障范围（包括门诊和住院）报销比例随年龄增加而递增。

1.1.2 医保减负

医保减负是上海市基本医疗保险制度中比较特别的一项政策，主要针对参加城保的群体。在城保基本政策中，已经体现了对弱势群体的倾斜，如“门诊大病、家庭病床不设起付线，且报销比例高于普通门诊”、“统筹基金最高支付限额以上的医疗费用，由附加基金支付 80%”等。而一些具有特殊困难的参保者在按照城保基本规定享受门急诊、住院或门诊大病报销补偿之外，如果符合一定条件并提出申请，其在基本医疗保险保障范围内的自付部分还可以再次获得一定比例的补偿（即减负），减负资金由地方附加医疗保险基金或政府财政专项资金承担（表 1）。这一做法类似于“二次补偿”，而一些真正困难的群体，如低保家庭中患尿毒症的病人，则有可能获得三次甚至四次补偿。减负人群可以分为三类，前两类主要根据人群的疾病或收入静态特征判定，最后一类支付高额医疗费困难人员（即综合减负人员）则是将个人负担与个人收入挂钩，动态确定，其减负范围是扣除其他各项减负、补充医疗保险支付后的自付费用部分。

表1　上海市城镇职工基本医疗保险减负政策

人群分类	减负对象	减负范围	减负标准	资金来源
大病重病患者	尿毒症透析病人	门急诊、住院或急观起付线以上及最高支付限额以上透析医疗费用自付部分	自付比例从8%～20%下降至4%～10%	政府专项资金
	精神病患者	在定点机构发生的住院医疗费用中统筹基金起付标准以下部分	在职职工减负85%，退休人员减负92%	政府专项资金
低保人员及低收入困难人员	低保家庭中城保人员	在定点机构发生的住院或急观费用中统筹基金起付标准以下的部分	在职人员减负85%，退休人员减负92%	地方附加医疗保险基金
	完全丧失劳动能力，因未到年龄，不能比照享受退休时医疗保险待遇的低收入困难职工[1]	同上	减负50%	地方附加医疗保险基金
	城保在职职工中，大部分丧失劳动能力的低收入困难人员	同上	减负50%	地方附加医疗保险基金
支付高额医疗费困难人员	年自付医疗费累计超过其年收入一定比例的人员（综合减负人员）[2]	年自付医疗费累计超过标准的部分	减负90%	地方附加医疗保险基金

注：1. 凡参加本市城镇职工基本医疗保险的在职职工因患大病、重病，并经市劳动能力鉴定中心鉴定为完全丧失劳动能力的特困人员，男性48周岁及以上，女性43周岁及以上的，可比照享受其本人退休时的有关医疗保险待遇。

2. 随收入上升比例递增（30%～50%），收入上限为社会平均工资的3倍。

1.2　医疗救助

上海对弱势群体医疗保障的特别关注是从医疗救助起步的，其历史可以追溯到1956年对贫苦市民实施的急病医疗补助。改革开放后，1990年上海市颁布并实施了《贫困市民疾病医疗困难补助办法》。

医疗救助是指政府通过提供财务、政策和技术上的支持以及社会通过各种慈善行为，对贫困人群患病且无经济能力治疗的人群，或者因支付数额庞大的医疗费用而陷入困境的人群，实施专项帮助和经济支持，使他们获得必要的卫生服务，以维持其基本生存能力，改善目标人群健康状况的一种医疗保障制度。[9]医疗救助包括由政府实施的医疗救助以及社会慈善医疗救助。目前阶段，政府救助主要通过医疗保险缴费补助、医疗费用补助和临时性救助三种形式加以实施。

1.2.1　医疗保险缴费补助

由于城保、镇保的保费由政府强制征缴，未参加这两种保险的居民可参加居保，但居保当前还属于自愿参加，缴费困难往往成为部分贫困居民获得保障的主要障碍。上海对城镇低保人员等的个人缴费部分给予补助，每月随低保金发放；享受本市民政部门定期定量生活补助的政府特殊救济人员个人缴费则实行全额补助。

1.2.2　医疗费用补助

这是目前政府医疗救助的主体部分，发生在基本医疗保险补偿及各种渠道的费用补助和减免之后，由民政部门实施。民政部门界定的救助对象主要包括：（1）无生活来源、无劳动能力又无法定赡养人或抚养人的人员，主要是指享受民政部门定期定量救济的孤老、孤儿、孤残等人员；（2）低保家庭中患病住院以及门诊大病治疗的人员；（3）低收入家庭（人均收入在本市城镇最低生活保障标准 150%以下的家庭）中患尿毒症透析、精神病、恶性肿瘤等大病重病，个人负担医疗费有困难且影响家庭基本生活的人员。对上述三类人群的救助范围包括住院、急观、门诊大病、家庭病床，不包括门急诊。对低保家庭成员救助没有病种限制，对低收入家庭成员救助限制在 8 种大病重病内。救助标准方面，第一类人员给予酌情补助；后两类人员自付医疗费低于（含）3 万元的，按照 50%救助；超过 3 万元的，3 万元以上部分按照 60%救助；全年累计救助总额不超过 5 万元。救助对象中城保人员的医疗救助申请采取“分类分段”方法：实际自付医疗费在其年收入一定比例以下的部分，可直接申请医疗救助；超过部分，则须先办理医保综合减负后再申请医疗救助。

1.2.3 临时性救助

除上述常规医疗救助外，在之前一段时间内享受医疗救助以及低保或低收入家庭中因患常见病、慢性病，门急诊费用较大且影响其家庭基本生活的人员，还可以获得一定额度的现金救助。

1.2.4 社会慈善医疗救助

上海市慈善基金会、上海市安济医疗救助基金、上海市公惠医院等社会慈善力量，通过发放慈善医疗卡、提供专业医疗服务项目、设立慈善医院以及医疗经费补偿等形式[10]，惠及众多弱势群体，成为政府医疗救助的补充。

1.3 补充医疗保险

补充医疗保险和商业健康保险是对主体医疗保险的补充，成为满足不同层次医疗服务需求的重要筹资机制，而且也是提高医疗费用风险共担与控制道德损害的平衡机制。主体医疗保险着重于关注卫生服务的公平性，而补充性医疗保险强调卫生服务的效率。[11]《上海市职工保障互助会特种重病团体互助医疗保障计划》针对恶性肿瘤等九种重病住院提供定额给付、《上海市在职职工住院补充医疗互助保障计划》和《上海市退休职工住院补充医疗互助保障计划》针对门诊大病、住院、急观、家庭病床费用中个人自付部分予以一定比例补偿，这些补充医疗保险在基本医疗保险基础上，进一步缓解个人自付医疗费用的压力，从而可减少一般人群由于患大病或长期患病而陷入贫困的现象，可以说是一种对潜在弱势群体的保护和风险规避，降低了因病致贫的可能性。

由于商业健康保险保费高昂以及“逆向选择”问题，目前上海市商业健康保险对弱势群体的作用还十分有限，在此不作细述。

2 上海市城市弱势群体医疗保障面临的挑战

通过上述对上海市医疗保障制度的整体分析，可以看到，上海市医疗保障制度经历了一定时期的发展，不只限于贫困人群，对弱势群体以及潜在弱势群体的医疗保障也十分关注，在一系列政策实施过程中，各项投入不断加大，体现了政府责任，保障对象、保障内容、保障水平也不断提升和优化，保障体系中各层次之间衔接基本形成。2008 年居保覆盖 203 万人，覆盖大部分应参保人口，参保人群受益面达 68.24%；医保综合减负人数和金额不断上涨，2008 年人均医保综合减负金额 4797 元；医疗救助人次和金额分别从 2006 年的 6.28 万人次和 7680.6 万元上升到 2008 年的 11.66 万人次和 1.77 亿元，人均救助金额由 1223 元增长到 3257 元，在全国范围内趋于前列。保障体系发展至今，随着弱势群体及其需求的演化扩充，也面临一些新的挑战和要求。

2.1 相对贫困人群医疗保障需求亟需满足

与其他城市一样，上海市对弱势群体的医疗保障起步于对特困户、低保户等“绝对贫困”人群的保障，即依据收入情况确定保障对象。然而近年来，相当数量的低保边缘家庭，其人均收入超过低保标准，但由于缺乏政策倾斜，其受到大额医疗、教育、住房等硬支出挤压的程度往往较低保对象严重，如调查显示上海市低收入对象门诊总医药费中自付比例几乎是低保对象的 2 倍[7]，造成其实际生活水平可能低于低保水平，这部分人群被称为“相对贫困人群”或“支出型贫困人群”，据估算，这类人群在上海大约有 200 万，约占城市人口的 10%。上海市城保减负政策演变过程中，实际已逐步引入对城保对象中相对贫困人群加以着重保障的理念，从最初依据病种到后来根据收入再到将实际支付医疗费用与个人收入挂钩。但是，每年可以享受到综合减负的人员仍相对有限（2008 年为 45725 人），仍存在大量因未参加城保而更易于因疾病而人不敷出的人员。然而，与城保政策相比较而言，为保障公平性且更具广泛性的救助政策目前仍以收入作为判定救助对象的标准，虽已将保障范围从低保人群扩充至低收入人群，但依然没有解决“不是因为收入少，而是因为支出多”而引致的新型弱势群体的保障问题。

2.2 基本医疗保险制度差异引起人群之间不公平

上海市各类基本医疗保险制度的建立，对防止“因病致贫”即弱势群体的产生有重要意义。之前有调查显示，上海市非医保对象总医药费中自付比例是医保对象自付比例的 2.14 倍。[7]然而在医保制度覆盖人群中，不同医疗保险制度设计差异仍然存在，不同群体由于职业、社会经济因素的差异形成的医疗保障水平差异仍是客观现实。上海市居保的保障范围和水平明显低于城保，加之城保综合减负政策的叠加，如果同为弱势人群，居保对象获得的医疗待遇通常少于城保对象，受益程度明显低于后者，个人经济负担却高于后者。数据显示，2008 年上海市城保人群人均门诊 10.95 次，住院率为 11.67%，普通门诊补偿比为 50%-70%，住院补偿比为 85%，甚至更高，人均自付医疗费用为 632.59 元；居保人群人均门诊 4.79 次，住院率 2.69%，普通门诊补偿比为 50%，住院补偿比为 50%-70%，人均自付医疗费用为 723.17 元。而且，通常情况下，居保人群社会经济情况、患病情况往往比城保人群相对较差，具有更高的基本医疗保障需求。

2.3 常见病、慢性病保障需求加剧

现行保障制度偏重于对重大疾病的保障，医疗救助也只针对住院和门诊大病，对于部分人员的救助仅限于几个“大病病种”，而不涉及常见病和慢性病门诊治疗，这对于减少因病致贫、因病返贫意义重大。但是许多弱势群体常常在疾病初期就陷于贫困，往往因为无钱医治小病而导致疾病恶化甚至危及生命，或者等小病拖成大病才能申请医疗救助，这无疑加重了患者自身、医疗保障以及全社会的负担。有研究印证了这一结果，调查显示，基于所患疾病病种和严重程度不同等原因，救助对象的门诊次均费用显著高于普通患者。[7]同时，随着疾病谱的改变，慢性病发病率与患病率越来越高，第四次卫生服务调查显示，调查地区居民慢性病患病率（按病例数计算）为 20.0%（其中：城市 28.3%、农村 17.1%），与 2003 年调查相比，患病率增加 4.9%。上海市这类发达城市慢性病患病率则更高，据第四次卫生服务调查，上海市卢湾区、崇明县患病率（按病例数计算）分别达到 53.0% 和 36.1%。[12]慢性病防治主要在早期预防和日常治疗，其日益增加的防治费用对弱势群体来说是很大负担，但如果不进行稳定治疗则可能诱发更为严重的疾病，给家庭和社会带来更大负担。

2.4 保障体系整体运行效率有待进一步提升

一方面，保障资源的限制、弱势人群范围扩大及其医疗需求的释放、医疗费用的快速上涨给保障体系的整体运行效率提出了更高的要求；另一方面，现行保障体系内部仍然存在着定位不清、衔接不好等问题，可能影响政策执行的效果和效率。比如前面提到的城保“减负”政策与医疗救助中的“医疗费用补助”政策，在理念和策略上有一定交叠，却属于不同的政策制定和实施范畴。再比如，目前仅低保人员和特殊救济人员可获得居保保险缴费补助，仍有少部分居民因无力承担且未获补助而没有参加任何医疗保险。

3　完善上海市城市弱势群体医疗保障制度的建议

理论和实践都显示，对弱势人群的保障主要集中在基本医疗保障层次，即医疗救助与基本医疗保险，而两者之中，从功能定位和制度设计来说，显然医疗救助对于弱势群体有更重要的意义。为使两种制度更好协同，不断完善，需要明确其各自定位，处理好两者关系，并且在现行制度基础上进一步梳理并调整保障对象及保障范围，即在提高制度体系整体效率的同时，实现保障制度的公平性目标，以更好地满足城市弱势群体的医疗保障需求。基于上述对上海市弱势群体医疗保障现状及面临挑战的分析，提出以下设想供决策参考。

3.1　明确定位，加强制度衔接

为实现对弱势人群的高效保障，必须实现基本医疗保险与医疗救助的有效衔接。首先在政策层面，既要确立健康保障的共同目标，又要明确各自不同定位，兼顾公平和效率的平衡。基本医疗保险着眼于参保者共同的疾病经济风险，以建立有效风险分摊及在一定程度上控制道德风险为其基本目标，而医疗救助则在有限资源约束下尽最大可能对经济贫困者和医疗贫困者给予必要的经济救济。鉴于目前上海市这两项制度间还存在一定交叉，因此需要进一步根据医疗保险和医疗救助制度的内涵明确各项制度的定位和职能分工。此外，由于当前仍有部分人群未被医疗保险覆盖，且不同医疗保险制度实际保障水平仍然存在较大差异，作为“医疗兜底”机制的政府医疗救助制度，作为对基本医疗保险制度主体的扶持系统，除对绝对贫困群体给予持续的全面救助外，更需关注不同基本医疗保险制度对潜在贫困群体可能带来的不同影响，尽可能弥合由于人群本身弱势特征及制度差异所引起的不公平，以加强制度间的互补和衔接。

3.2　建立收入支出相关联的保障对象确定机制

弱势群体并非单纯贫困人群，而是受很多因素综合影响。在今后医疗保障政策修订与完善时，应进一步将收入、支出、疾病、职业、年龄等因素一同纳入考虑，并逐步将这些因素交叉结合，综合权衡，以确定优先重点人群，扩大保障对象范围。近期，建议在信息系统高速发展、资产核查手段不断加强的情况下，在医疗救助制度中逐步建立起救助对象医疗费用负担与其支付能力相匹配的救助机制，由单纯的“收入型贫困”向“支出型贫困”延伸，应成为今后确定救助保障对象的发展方向。

3.3　对居保参保人群予以政策倾斜

在现行制度框架下，居保人群总体受益面窄，受益水平较低，保障不足。为提高医疗保障的公平性，一方面应进一步提高居保参保者的待遇，另一方面可考虑将医疗救助政策向居保参保人群适度倾斜，以家庭收入与疾病支出挂钩的原则优先放宽居保参保人员救助对象及救助范围。同时，可通过支持居保人员参加补充医疗保险和商业健康保险方式，拓宽卫生筹资渠道。

3.4　保障范围向常见病、慢性病辐射

对医疗救助和基本医疗保险的调整，应着重加强对弱势群体常见病、多发病、慢性病的保障，以体现基本医疗保障的基础性保障作用，实现社会福利的最大化。因此建议在实施医疗救助时，应适时扩大病种，将一些危害较大、所需治疗资金较多的常见病、慢性病也列入救助范围；甚至于取消对病种及住院范围等救助限制，而依据医疗经济负担与收入情况，判断是否救助及救助程度。这样才能切实使更多的困难群众享受到医疗救助。

参考文献

[1]　薛晓明.弱势群体概念之辨析　[J].　生产力研究，2003（6）：124-125.

[2] 杨海坤.弱势群体的利益保护——从宪法保障的角度 [J]. 山东警察学院学报，2005，17（3）：16-23.

[3] 周寿祺.弱势群体医疗保障问题述评 [J]. 中国卫生资源，2002，5（6）：281-282.

[4] 胡惠安.论弱势群体的医疗保障问题 [J]. 中国卫生资源，2004，7（5）：221-223.

[5] 蔡维生，王树华.论弱势群体的医疗保障问题 [J]. 中国卫生事业管理，2007，23（6）：388-389，417.

[6] 王鸿勇，邵明远，徐媛.多层次医疗保障体系的理论基础与政策框架 [J]. 卫生经济研究，2003（5）：7-9.

[7] 李新伟，张振忠，王云屏，等.上海城市医疗救助调查分析 [J]. 中国卫生经济，2007，26（12）：73-76.

[8] 林莞娟，刘国恩，熊先军，等.中国城镇居民基本医疗保险初期评价 [R]. 北京：北京大学，2008.

[9] 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，2006，25（1）：40-43.

[10] 马进，赵明.完善医疗救助体系构建和谐健康社会——上海市医疗救助近况调研报告 [J]. 中国卫生经济，2007（10）；12-16.

[11] 陈文，应晓华，卢宪中，等.我国补充医疗保险的内涵及其运作方式比较 [J]. 中华医院管理杂志，2004，20（11）：653-657.

[12] 卫生部统计信息中心.2008 中国卫生服务调查研究 [M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2009.