·社会学研究·

残疾人康复纳入基本医疗保险的必要性与实现路径

——基于发展型社会政策的视角

刘 雪,马洁华

(济南大学 政法学院,山东 济南 250022)

[摘 要]康复需求是残疾人医疗保障需求的重要组成部分,且呈日益增长的趋势。作为典型的弱势群体,大多数残疾人的自身保障能力和支付水平较低,康复需求往往难以得到有效满足。借鉴发展型社会政策注重社会投资和"上游干预"的理念,在探究残疾人康复需求及残疾人医疗保险的覆盖范围及支付范围的基础上,发现将康复纳入基本医疗保险,既具有现实紧迫性,也具有理论必要性。为减轻残疾人康复费用的负担,真正实现残疾人"人人享有康复服务"的目标,应该明确政府在残疾人基本医疗保险中的责任,解决其参保问题;将康复项目纳入基本医疗保险,解决其支付范围问题;提高残疾人医疗保险保障水平,解决其支付水平低的问题。

[关键词]残疾人康复; 基本医疗保险 ;发展型社会政策

[中图分类号]C913.69 [文献标识码]A [文章编号]1671-3842(2016)06-0109-08

一、问题的提出

随着对残疾人康复重视程度的提高,我国残疾人康复工作正不断向前推进。自1991年5月起实施的《中华人民共和国残疾人保障法》中,"康复"被列为专章,我国残疾人康复领域不断拓展。精神病防治康复、低视力康复、麻风畸残康复,残疾人用品用具供应、特需人群补碘、残疾人康复服务与训练等康复项目先后列入《中国残疾人事业五年工作纲领(1988—1992)》和中国残疾人"八五""九五""十五"计划纲要①。2002年8月,在国务院转发的原卫生部、中国残联等六部门《关于进一步加强残疾人康复工作的意见的通知》文件中规定,到2015年残疾人"人人享有康复服务"的目标,即"给所有有康复愿望和康复需求的残疾人提供获得康复服务的机会,提供良好的政策环境和服务,满足他们的康复愿望和需求",这为新时期残疾人的康复工作指明了前进方向。

然而,长期以来康复医学并没有得到社会和医学界的高度重视,康复治疗项目未能纳入基本医疗保险的支付范围成为残疾人康复治疗的瓶颈,一些已经住院开始接受治疗的病人终止治疗甚至出院回家②。随着我国人口老龄化和退行性疾病发病率的增高,致残性疾病发病率与意外伤害致

[基金项目]本文系山东省社会科学规划项目"发展型社会政策视角下残疾人基本医疗保险可及性研究"(项目编号:SD14041)、教育部人文社科项目"基于'可行能力'视角的伤残返乡农民工社会政策体系研究"(项目编号:13YJC840053)的阶段性成果。

[作者简介]刘雪,女,济南大学政法学院讲师;马洁华,女,吉林大学哲学社会学院社会学博士。

①孙树菡,毛艾琳:《我国残疾人康复需求与供给研究》,《湖南师范大学社会科学学报》,2009年第1期。

②褚立善:《康复医学呼唤医保——关于尽快解决康复治疗项目"入保"问题》,《中国康复医学杂志》,2004年第3期。

残率急剧增加,而医疗水平的提高使得患者的存活率增加的同时残疾率也在增加。所有各种因素都导致当今社会对康复的需求急剧增加,而能得到及时有效康复治疗的患者有限①。

围绕残疾人事业发展的大局,近年来我国的康复工作开始进行重大战略调整,即由被动应对向主动出击调整,由重点工程向全面铺开调整。2010 年 9 月,原卫生部、人力资源和社会保障部、民政部、财政部、中国残联五部门联合下发的《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》中指出,从 2011 年 1 月 1 日起,将以康复治疗为目的的运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活能力评定 9 项医疗康复项目纳入基本医疗保障范围,城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗基金按规定比例给予支付。2015 年 1 月,国务院印发了《关于加快推进残疾人小康进程的意见》,其中提出,要"逐步扩大基本医疗保险支付的医疗康复项目"。2016 年 3 月 9 日,人力资源和社会保障部、卫计委、民政部、财政部、中国残联等部门联合下发了《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》,该《通知》明确要求在维持各地原先医保基金支付的医疗康复项目不变的基础上,将康复综合评定等 20 个康复项目纳入医保基金支付范围,发生的费用由医保基金按规定予以支付②。

与政府对残疾人康复医疗保障问题不断推出政策的"热火朝天"相比,学术界对此却颇为"冷淡"。相比之下,学术界对残疾人康复纳入基本医疗保险的相关研究相对滞后,理论成果几乎没有。检索 1980 年至今的《中国期刊全文数据库》,以"康复" + "医疗保险"进行关键词检索,共得文献 53 篇。其中,2010 年前共 11 篇,主要是专家学者呼吁将康复项目纳入医疗保险体系。2011 年至 2016 年 5 月共 42 篇,主要出自各省市日报,介绍本地响应并执行中央关于部分康复项目纳入基本医疗保险情况的报道。可见,尽管残疾人康复的医疗保障问题是目前残疾人康复工作顺利开展的瓶颈已成为共识,但是,学术界并没有就此问题进行理论梳理与探讨。

在此背景下,本文从发展型社会政策的角度,结合残疾人的康复需求,对残疾人参加基本医疗保险的覆盖情况及支付情况进行考察和研究,探索将残疾人康复纳入基本医疗保险体系建设的必要性建议,为制定相对合理的康复医保政策提供参考。

二、残疾人康复纳入基本医疗保险的紧迫性与必要性

残疾人康复医疗需求大与基本医疗保险保障水平低之间的矛盾非常突出,迫切需要将残疾人康复纳入基本医疗保险。

(一)残疾人康复需求量巨大,获得率较低

残疾人的康复需求包括医疗服务需求、辅助器具需求、无障碍设施需求、康复训练需求、托养需求等。以肢体残疾为例,脑血管疾病、骨关节病和意外事故是肢体残疾人的最主要致残原因,脑血管疾病致残人群以轻中度残疾为主,主要康复形式为机构康复、社区和家庭服务,康复内容以医疗服务、康复训练为主;骨关节病致残人群以轻度残疾为主,主要康复形式为机构康复,康复内容以医疗服务、辅助器具为主,意外事故致残既有轻度也有重度,如果是重度残疾除了在康复机构接受医疗服务外,往往还需要托养③。所有类别的残疾人都有康复训练和服务的需求,其中,视力残疾、听力残疾、肢体残疾更是需要辅助器具,智力和精神残疾及三无残疾人还需要一定的托养服务。

我国残疾人口数量多,康复需求量大。以山东省为例,据 2012 年 8 月山东省残疾人联合会官

①谢斌,王宁华:《英国康复医疗体系现状的概况与借鉴》,《中国康复理论与实践》,2009 年第 1 期。

②其中,评定性项目 8 个,治疗性项目 12 个,涉及肢体残疾、精神残疾、言语残疾、听力残疾。

③施继良,桑德春等:《北京市肢体残疾人康复需求分析》,《中国康复理论与实践》,2008 年第 9 期。

网公布的《全省残疾人基本情况》,山东省各类残疾人的总数为569.5万人,占山东省总人口的比例为6.15%,全省残疾人口中,残疾等级为一、二级的重度残疾人为160.0万人,占残疾人总数的28.09%;残疾等级为三、四级的中度和轻度残疾人为409.5万人,占残疾人总数的71.91%。通过以上数据不难看出,我国残疾人口对康复治疗、康复训练、康复设备等方面需求基数很大。此外,随着人均预期寿命的延长,以退行性病变为基础的老年病问题日益突出,多数疾病已经不可能简单地以治愈为结局,而是需要后续的长期康复治疗,这将造成大量老年慢性病康复需求的增加。

然而,残疾人获得康复服务的比例相对较低。我国残疾人中接受过康复训练与服务者占有该项需求者的30.52%;接受过辅助器具服务者占有该项需求者18.96%,山东省残疾人康复获得率略低于全国水平,分别是23.27%、18.44%(见表1)。可见,无论是山东省的数据还是从全国范围来看,接受各项康复服务的比例不足三分之一,可能会导致许多本来可以康复的残疾人没有得到及时的治疗而致残疾程度进一步加深①。

表1　残疾人康复需求情况

需求项目	山东省			全国		
	获得比例(%)	需求比例(%)	占比(%)	获得比例(%)	需求比例(%)	占比(%)
辅助器具	7.78	42.18	18.44	7.31	38.56	18.96
康复训练与服务	8.41	36.14	23.27	8.45	27.69	30.52

资料来源:山东省的数据根据2012年8月山东省残联公布的《全省残疾人基本情况》数据整理;全国数据根据《第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报》数据整理;占比由获得比例与需求比例相除得出。

(二)残疾人基本医疗保险参保率远远低于全国水平

医疗保险是当今世界各国普遍实施的社会保险项目,通过提供必要的医疗服务和经济补偿,成为免除人们疾病后顾之忧的重要制度安排。我国在城镇企业职工基本医疗保险制度业已建立的基础上,已全面实施机关事业单位职工医疗保险制度;已实践探索多年的新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度也已整合成为统一的居民医疗保险制度,即中国的医疗保险制度正在不断发展,渐趋完善。《国务院关于加快推进残疾人小康进程的意见》国发[2015]7号中明确提出"帮助残疾人普遍参加基本养老保险和基本医疗保险","逐步扩大基本医疗保险支付的医疗康复项目。完善重度残疾人医疗报销制度,做好重度残疾人就医费用结算服务"。残疾人显然是医疗保险制度的主要保障群体之一,是基本医疗保险制度建设的主要目标。但是,由于生理及经济等各方面原因,残疾人在基本医疗保险的参保及基本医疗保险基金的支付范围上受到诸多制约。

当前,以城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险为主体的基本医疗保险制度已经从制度上实现了对城乡全体居民的全面覆盖。在残疾人参加基本医疗保险方面,各地的政策目标与中央精神高度一致,即残疾人医疗保险的覆盖范围是全体残疾人。根据有关法律法规规定,"城镇就业职工应当参加职工基本医疗保险,而城乡居民基本医疗保险仍然采取自愿投保原则",即,"全民医保"的目标虽然理论上已经实现,但事实上还难以真正实现,有很多灵活就业人员和城乡贫困居民游离在这一制度之外,残疾人就是其中主要的群体之一。

2006年4月1日全国残疾人抽样调查的数据公报显示,我国残疾人口中,城镇残疾人口为2071万人,占残疾总人口的29.62%。其中,16岁以上的城镇残疾人参加基本医疗保险的比例仅为36.83%。根据第六次全国人口普查我国总人口数及第二次全国残疾人抽样调查我国残疾人占全国总人口的比例和各类残疾人占残疾人总人数的比例,推算2010年末我国残疾人总人数为

①刘雪:《残疾人康复和托养设施需求与供给研究——以山东省为例》,《经济与社会发展》,2014年第3期。

8502 万人。2011 年,全国城镇残疾居民参加基本医疗保险仅到 433.1 万人①。同期,截止到 2011 年,中国参与基本医疗保险的人数超过了 13 亿,覆盖率超过了 95%②。山东省的情况也不容乐观。《2013 年山东省残疾人事业统计公报》显示,全省城镇残疾职工参加医疗保险 12.12 万人,城镇残疾居民参加医疗保险 16.60 万人,城镇个体就业残疾人参加医疗保险 2.23 万人,合计 30.95 万人,仅占山东省城镇残疾人总人数的 26.05%。

通过 2006 年第二次全国残疾人抽样调查数据、2011 年度全国及 2013 年度山东省残疾人调查数据和国家统计局数据不难看出,我国城镇残疾人基本医疗保险的参保水平与全国平均水平存在一定的差距,目前仍然有相当比例的残疾人群体还难以享受基本医疗保险。究其原因在于,由于生理缺陷,残疾人普遍存在就业不稳定、收入无保障的状况,他们在日常生活和工作中极易受到社会排斥,靠自身的力量难以摆脱经济、生活上的贫困。因经济原因无力支付个人应缴纳的参保费用而导致不能享受基本医疗保险的现象普遍存在。这一状况亟需改变,只有现行的残疾人医保政策做出适当调整才能使得残疾人群体得到应有的保障。

(三)残疾人急需的康复项目未能进入基本医疗保险的报销范围

由于医疗保险基金有限与人们医疗保健需求无限之间的矛盾,基本医疗保险不可能向所有的参保人提供全部的医疗卫生服务。因此,为了最大限度增进全体社会成员的福利,在医疗资源有限的制约条件下,必须选择合适的服务项目作为基本医疗保险的保障范围。鉴于此,我国城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险都对基本医疗服务的范围和标准、药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等做了详细规定。

残疾人群体由于身体状况比较特殊,除了需要一般性医疗服务外,还有较高的特殊需求,即康复。然而,我国现行的医疗保险支付政策并未将急性病临床医疗和康复医疗分开考虑,使得部分需要进行康复医疗的患者滞留在综合医疗机构的神经科或是康复科,不能及时实现院内转诊和上下转诊,造成患者因保险政策,得不到真正意义上的康复。另外,我国住院康复基本上实施按住院单元结算指标为基础的定额结算办法,忽视了康复患者功能改进和住院时间长的特点,造成分解住院现象严重,无效住院日延长,以及医疗资源的浪费等情况,同时医疗机构补偿不到位,患者接受康复治疗受到医疗保险政策制约较为明显③。

随着覆盖城乡居民的基本医疗保障体系的逐步完善,一些地方逐步把部分康复项目纳入基本医疗保险的范围,使残疾人的康复服务得到明显改善。但是,由于各地医疗保险筹资水平不同,支付项目数量上差别较大,部分地方的残疾人医疗康复费用负担仍然较重。一些残疾人急需的基本康复项目没有纳入基本医疗保险的报销范围。一般而言,各地的康复项目目前都包括了白内障复明手术、精神病治疗、畸残矫治手术等,而对气功疗法、音乐疗法、保健性的营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目不予支付。直到 2010 年 9 月,卫生部等五部门联合下发的《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》对康复项目纳入基本医疗保障的范围进行规范,将以治疗性康复为目的的运动疗法等 9 项医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围,情况有所改善,但仍未彻底解决残疾人康复费用问题,康复需求大与医疗保险水平低之间的矛盾非常突出。

总之,我国残疾人数量多,康复需求量大,虽然基本医疗保险理论上实现了全民覆盖,但并没有为残疾人带来实实在在的实惠,由于费用问题而放弃康复的残疾人比比皆是。因此,政府重视残疾人权益保障,将康复纳入基本医疗保险,应当成为现阶段社会保险工作中一项必要且紧迫的任务。

---

①第二次全国残疾人抽样调查办公室:北京大学人口研究所(2008)《第二次全国残疾人抽样调查数据分析报告》,第 190 页。

②中国广播网,http://china.cnr.cn/xwwgf/201202/t20120208_509139348.shtml.

③孙燕,励建安,张晓:《美国老年人住院康复医疗支付政策与启示》,《中国康复医学杂志》,2009 年第 24 期。

三、发展型社会政策在残疾人康复中的应用

残疾人康复纳入基本医疗保险是发展型社会政策应有之义。社会政策是以公正为理念依据，以保证民众的基本权利、提升民生水准、增进社会的整体福利、保证社会安全为主要目的，以国家的立法和行政干预为主要途径，而制定和实施的一系列的行为准则、措施、法令、条例的总称①。在经历了福利国家的危机与改革之后，当代西方社会政策逐渐从强调提供福利转向强调促进发展，形成了一种“发展型社会政策范式”。随着全球化的发展、冷战的结束以及第三产业的高速发展，社会政策的概念、理论及其实践在西方发达国家都发生了显著的变化，出现了诸如积极的社会政策、风险管理以及社会投资等使社会政策和市场组织、经济发展等界限越来越模糊的情况。这些政策理念都属于发展型社会政策的范畴②。国际社会政策学界真正明确及系统地提出“发展型社会政策”的是美国社会政策学者米奇利(James Midgley)。他在探讨发展中国家社区发展的基础上，将现代意义的发展观和社会政策的本质结合起来，提出社会政策的“发展型模型”或者是“社会发展”视角。他认为发展型社会政策包含社会变迁和社会进步、社会干预和集体行为、普遍主义、平等和社会包容、协调社会政策和经济政策等这样一些重要理念，在实践中体现为人力资本投资、就业和创业计划投资、消除经济参与屏障等系列“社会投资”行为。因此，是一种消除社会福利和经济发展之间裂痕的新方法③。在学习和借鉴国外社会政策前沿理论的基础上，国内学者也陆续开展了中国社会政策的新研究。张秀兰、徐月宾将发展型社会政策作为一种理论框架来构建中国的社会政策，在理论和实践上主张四个基本理念：(1)关注人力资本的投资以及劳动力人群能否顺利进入劳动力市场；(2)注重社会政策对经济发展的贡献，强调经济社会协调发展；(3)社会政策是对社会的投资，是增强国家竞争力的手段；(4)强调对社会问题进行“上游干预”，重视中长期战略④。

与以往将社会政策视为经济政策的附庸不同，发展型社会政策既强调经济政策应该包含社会发展的目标，同时又强调社会政策应该促进经济发展，因此主张社会政策应关注于人力资本投资，促进人的发展能力，提高劳动力的素质，从而使社会福利发挥更多的“生产性因素”⑤。这些新理念和策略代表了一种社会政策思维模式的转变，都有值得我们借鉴的地方，应该成为中国未来社会政策发展的选择。

从发展型社会政策的核心理念可以看出，发展型社会政策注重对人力资本的投资，注重事先预防。从操作层面来说，传统的社会政策是将资源用于减轻人们的不幸和困境，保障他们的基本生活不受影响；而发展型社会政策则是致力于消除或减少那些会使人们陷入不幸或困境的因素，而不是在风险成为事实后再向他们提供生活保障，即在风险转化成现实的社会问题之前即切断它发生的条件和机制，以降低解决社会问题的成本。

我国残疾人口数量众多，其受教育水平、就业率和收入水平等方面都与社会平均水平相差甚远。特别是受收入水平低等因素的制约，残疾人的医疗保健支出长期在低水平上徘徊，残疾贫困人口更是缺乏对康复医疗服务的支付能力，甚至由于经济原因直接放弃康复，严重影响了残疾人的健康水平及其人力资本质量的提高。在发展型社会政策视域下，从投资的视角出发，康复也是一种生

①吴忠民：《走向公正的中国社会》，济南：山东人民出版社，2008 年版，第 222 页。

②孟宪范：《〈中国发展型社会政策论纲〉简介》，《北京师范大学学报(社会科学版)》，2010 年第 2 期。

③[美]米奇利：《发展型社会政策：理论和实践》，张秀兰，徐月宾译，《中国发展型社会政策论纲》，北京：中国劳动社会保障出版社，2007 年版。

④张秀兰，徐月宾：《中国发展型社会政策论纲》，北京：中国劳动社会保障出版社，2007 年版。

⑤[美]安东尼·哈尔，詹姆斯·梅志里：《发展型社会政策》，罗敏，范酉庆等译，北京：社会科学文献出版社，2006 年版。

产力,具有生产性。医疗措施的价值不仅包括其产生的直接价值,还包含其导致的间接价值,主要是患者提早恢复劳动能力和生活自理能力所创造的价值,以及由于功能改善因而疾病复发减少或医院就诊减少而降低的其它医疗费用的价值等。康复医疗不仅强调积极主动的功能训练,改善身体功能障碍,而且在生理功能无法恢复的情况下强调采用代偿或替代的途径,增强患者的适应能力并逐步恢复实际运动能力和生活活动能力,是神经瘫痪、截肢、严重骨关节疾患、老年病、慢性病、文明病患者,以及残疾人最关键的医疗服务之一。康复医疗的价值除了解决临床医疗所难以解决的问题外,还体现在减少临床治疗的负荷或提高疗效。这种治疗费用较低而功能改善显著的措施将是价值最高的医疗方式①。更重要的是,康复的价值也表现为维护残疾人的权益,因为康复的终极目标是使残疾人尽可能恢复正常的社会生活。

中国的社会政策体系经历了从传统到现代、从适应计划经济体制到适应市场经济体制、从平均主义到发展主义的转变。相应地,作为其子系统的残疾人社会政策亦经历了从平均主义的二元民政福利、福利社会化到向残疾人倾斜的适度普惠福利转变②。传统的社会政策所采取的事后干预机制主要是向残疾人提供临时性的社会救助和福利,只能暂时缓解残疾家庭的困难,而无法从根本上解决问题。而发展型社会政策注重人力资本投资,即通过提高劳动者自身素质,增强其自身的生存技能和社会责任感。因此,在残疾人社会福利措施方面,发展型社会政策更加侧重于将资源投资于康复、教育和职业培训,能恢复或部分恢复残疾人身体功能,提高残疾人自身素质的项目上。通过康复,残疾人在身体、精神、社会活动、教育就业等方面的能力得到最大限度的发挥,从而最大限度地实现回归社会③。康复可以使残疾人不断发掘和发挥自己的潜能,激发他们自主创业或参加社会工作的热情使之成为国家建设的有生力量,不但某种程度上实现了自食其力,而且提升了自身价值,可以为社会创造财富④。

但在我国,康复医学并没有得到社会和医疗界足够的高度重视,除了患者认识上存在误区外,康复没有纳入基本医疗保险也是制约其发展的主要原因。要树立康复是投资这种意识,需要有相应的制度保障。扶持残疾人参加基本医疗保险,通过制度性的保险代替临时性的救助是残疾人发展型社会政策的重点内容。

四、残疾人康复纳入基本医疗保险的实现路径

如前所述,发展型社会政策认为康复就是投资,应以制度性的保险取代临时性的救助,扶持残疾人参加基本医疗保险,逐步扩大基本医疗保险支付的医疗康复项目,可以更好地增进残疾人自身的生存发展能力和社会融入能力。残疾人康复纳入基本医疗保险的实现路径如下:

(一)明确政府在残疾人基本医疗保险中的责任,解决参保问题

虽然以城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险为主体的医疗保险制度理论上已经实现了全民覆盖,但城镇职工基本医疗保险以正式就业为参保前提,就业能力相对较差的残疾人被排除在外,而城乡居民基本医疗保险目前仍然采取自愿投保原则,加上残疾人自身种种原因,基本医疗保险覆盖全体残疾人的目标并没有真正实现。而参保是享受社会保险风险补偿待遇的基础前提条件之一,不参保则无待遇。众所周知,残疾人是社会中最弱势的群体之一,对于残疾人的社会保障,政府具有不可推卸的责任,资助残疾人参加基本医疗保险正是政府的主要职责所在。

---

①励建安:《康复医疗价值观》,《中国康复医学杂志》,2001 年第 2 期。

②吴军民:《中国残疾人社会政策演进:经验、问题及下一步行动》,《理论与改革》,2012 年第 3 期。

③李建军,张通等:《综合康复学》,北京:求真出版社,2009 年版,第 753 - 900 页。

④曲韦亮,丁少军:《龙口市持证残疾人状况研究》,济南:山东大学出版社,2007 年版,第 234 - 251 页。

目前各地制定的《关于促进残疾人事业发展的实施意见》基本一致，即“政府有责任引导和帮助残疾人参加医疗保险”。但就具体的责任边界划分而言，目前各地的差异较大，有的省市将医疗保险补贴的对象扩展到全体残疾人，有的界定为所有持证残疾人，有的则限定为重度残疾人；补贴方式上，有的是全额补贴，有的则是适当补贴①。以城镇居民基本医疗保险为例，从表 2 中可知，多数城市对持证的重度残疾人实行全额补贴，如济南、郑州、南宁、上海、哈尔滨等 23 个城市规定，“直接纳入居民医保范围，个人不缴费，个人缴费部分由政府全额补助”，占所有省会城市的 74.2%。有 6 个城市实行差额补贴，分别是合肥、呼和浩特补贴 85%，西安补贴 95%，贵阳补贴 97.8%，乌鲁木齐补贴 66.6%。重庆则分两档进行补贴，参加一档补贴 72.7%，参加二档补 35.7%。对于非重度或非贫困残疾人的规定各地标准不一，多数城市没有规定具体补贴标准，仅广州、北京、乌鲁木齐、海口 4 个城市给出了明确的补助标准，占所有省会及直辖市的 12.9%。其中广州是全额补贴，北京与海口补贴 80%，乌鲁木齐补贴 66.6%。值得注意的是，在全国（不含港澳台）31 个省会及直辖市中，只有广州与乌鲁木齐两个城市未区分残疾程度而对残疾人参加城镇居民基本医疗保险实行统一补贴标准，只有长春和兰州两个城市对残疾人参加城镇居民基本医疗保险未作出单独的补助安排。由此可见，尽管城镇居民基本医疗保险各地政策不一，但总体来看，即使是经济相对发达，财政相对雄厚的省会城市及直辖市也没有将全部残疾人纳入基本医疗保险，即使是重度残疾和低保残疾人也可能被遗漏在制度之外。

表 2　省会城市与直辖市对成年残疾人参加城镇居民基本医疗保险的补贴力度

补贴对象	补贴方式	城市	占所有省会及直辖市城市的比例
对一二级重度残疾人补贴②	全额补贴	济南、南京、合肥、福州、哈尔滨、西宁、沈阳、太原、石家庄、长沙、武汉、天津、上海 、北京、广州、南宁、昆明、成都、郑州、拉萨、海口、银川、杭州	74.2%
	差额补贴	合肥、西安、重庆、呼和浩特、贵阳、乌鲁木齐	19.3%
对三四级中轻度残疾人补贴	全额补贴	广州	3.2%
	差额补贴	北京、乌鲁木齐、海口	9.7%

资料来源：根据各市颁布的 2016 年城镇（城乡）居民基本医疗保险缴费标准整理。

残疾人群体就业不稳定甚至没有就业，有的还丧失劳动能力和生活自理能力，属于典型的弱势群体，他们收入低、参保率低，因此政府有责任为其提供必要的优惠政策和资金补助。鉴于各地财政情况不一，政府可以针对不同程度的残疾人采取不同的补贴方式，将补贴对象从低保、重度残疾人逐渐扩展到全体残疾人，将补贴方式从差额适度补贴扩展到全额补贴，以解决残疾人参保问题，实现真正意义的全覆盖。此外，对出行不便的还应入户帮助办理相关手续。

（二）将康复项目纳入基本医疗保险，解决支付范围问题

残疾人家庭普遍收入水平不高，加上残疾人康复需要一定的治疗期，仅仅依靠自身力量支付康复费用的残疾人家庭，经济压力沉重。如，山东省残疾人第一康复医院的患者除了床位费等基础生活费用外，每节康复课程 50 元，患者一般每天上 5－7 节课，据该院副院长介绍，每个病人每月花费在 8000－10000 元。由于康复费用高，山东省残疾人第一康复医院目前开放床位 206 张，只有 3 位患者是自费病人，其余病人则属于工伤、医保对象。除食宿和康复课程费用外，大量肢体残疾人还需购买价格不菲的假肢和矫形器。这对残疾人家庭而言是一个沉重的负担。

①王琬：《残疾人医疗保险政策比较分析——基于全国 23 省〈关于促进残疾人事业发的展实施意见〉比较》，《湖北经济学院学报》，2010 年第 1 期。

②其中，郑州、拉萨、海口、呼和浩特、贵阳规定必须是丧失劳动能力的一二级重度残疾人，银川规定必须是贫困的一二级重度残疾人。

据《2013年度中国残疾人状况及小康进程监测报告》显示,城镇残疾人家庭人均可支配收入为15851.4元,是全国城镇居民家庭人均可支配收入的58.8%;农村残疾人家庭人均纯收入为7829.9元,是全国农村居民家庭人均纯收入的88.0%。未就业残疾人的生活来源仍然以家庭供养为主,城镇、农村依靠家庭其他成员供养的比例分别为41.6%和68.5%,残疾人家庭负担沉重。相对于每月数千甚至过万的康复费用,绝大多数残疾人家庭无力承担。对入住对象的访谈也证实了这一点。

来自济南商河县脑梗患者(职业为中学教师)的妻子说:上一节课50块钱,上午两节胳膊的,下午两节腿的,一天四节,做针灸,一天费用三百多块钱。现在生病请假,工资只发给70%,要是时间长了,连这70%都没有了。就是发全了才1000多点儿,还不够这里三天用的。自费负担太重了,医保又一点儿也不给报,人家条件好的还能喝着中药。主要就是资金……最多在这里也就住一个月吧。

面对高昂的康复费用,连中学教师家庭都无力承担,更不用说普通家庭。事实上,很多急需康复的残疾人因为资金困难而放弃康复或减少康复量,宁可选择长期卧床或者吃药、打针,也不愿接受康复医疗。康复经费保障问题已成为目前残疾人康复工作顺利开展的瓶颈,在一定程度上影响了残疾人"人人享有康复服务"目标的实现。

在残疾人基本医疗保险的保障范围方面,很多省市(天津、上海、安徽、福建等)仅原则性地规定了将"符合规定的残疾人医疗康复项目纳入医疗保险支付范围",缺乏客观的判断标准和可操作性。也有部分省市(重庆、山东、辽宁、江西等)将白内障复明手术、精神病治疗、畸残矫治手术等有限的几个医疗康复项目明确纳入残疾人医疗保险保障范围。总体来看,目前在我国多数地方进行康复治疗是无法报销的,或即便报销也只能是其中的很少一部分。

由于现行的医保政策还没有将康复项目纳入医保报销范围,使不少人因为费用问题,放弃了后期的康复治疗。鉴于此,国家有必要逐步将残疾人康复服务项目及辅助器具等纳入基本医疗保险的支付范围,科学制定纳入基本医疗保险范围的残疾人基本康复服务和辅助器具目录,以大大减轻残疾人的负担,提高残疾人参加基本医疗保险的积极性。

(三)提高残疾人医疗保险保障水平,解决支付水平低的问题

康复需求是残疾人医疗保障需求的重要组成部分,且呈日益增长的趋势。但由于残疾人的支付能力相对较弱,康复费用问题已成为目前残疾人康复需求满足的瓶颈。在残疾人医疗保障待遇方面,各地《关于促进残疾人事业发展的实施意见》只是建议对"提高残疾人报销比例""减免就医费用"等方面作出了原则性规定,并没有进一步的细化,导致很多地方政策没有落到实处。因此,为了减轻残疾人的康复费用负担,在把康复项目纳入基本医疗保险的基础上,还应在康复项目支付中给予相对优厚的待遇,不断提高基本医疗保险对残疾人康复的保障水平。可以三个方面入手:一是,取消起付线或降低起付标准(目前湖北和甘肃两省已经开始试行该项政策);二是,提高报销额度和报销比例,如住院报销比例在正常报销比例的基础上提高10个百分点,支付限额在原基础上追加3—5万元;三是,实行"双向转诊"制,让经过上一级医院诊断明确、经过治疗病情稳定转入恢复期的病人,返回所在辖区社区卫生机构或民营医院进行继续治疗和康复。这些政策的落实必然能够切实提高残疾人的医疗保障水平,有力解决其支付难的问题。

综上,将康复纳入基本医疗保险,由医疗保险基金按规定比例对康复医疗的费用进行支付,是解决残疾人康复服务资金保障的最稳妥渠道。由此,康复工作方式由被动变主动,这是一种健康理财,是一项投资小、收益大的投资工程,也是实现残疾人"人人享有康复服务"目标的关键。

[责任编辑:萧　景　jdxbshehui@163.com]