

健康扶贫的实践与对策

◎侯慧丽

摘要：健康扶贫是扶贫脱贫的重要内容之一。为保证2020年实现农村贫困人口全部脱贫，各地政府应充分发挥能动性，积极落实健康扶贫工程，重视对贫困地区的医疗能力建设和公共卫生服务能力建设，普遍提高新农合和大病保险的保障水平，普遍提高医疗服务的便捷性，增加对贫困人口的医疗救助力度，探索建立政府购买医疗救助补充保险的办法。

关键词：健康扶贫；扶贫脱贫；医疗保障

中图分类号：R197

文献标识码：A

改革开放以来，我国的扶贫减贫取得了巨大成效，农村贫困发生率从1978年的97.5%下降到2017年的3.1%，也为世界减贫作出了巨大贡献。在经济发展过程中，我国贫困特征发生阶段性变化，从整体性、区域性贫困向个体性贫困转变，现阶段疾病成为贫困发生的主要原因之一。根据国务院扶贫办2016年底的调查显示，全国贫困农民中因病致贫的占44%，虽然贫困人口在减少，但因病致贫比例在增加。

许多研究表明，低收入群体罹患重大疾病的可能性大于高收入群体，贫困人口即使脱贫了也可能面临患病风险，导致再次返贫。同时非贫困户也面临因病致贫而成为新贫困户的风险。贫困与疾病通过许多联结相互影响，反复循环，只有将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。因此，健康扶贫将是一个长期的、不会随着2020年宣布消灭绝对贫困以后就消失的重点扶贫方式。

实践

2016年，原国家卫生计生委等部门联合发布的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》对健康扶贫目标、实施等作了详细的规定。其中指出，健康扶贫工程重点包括的政策措施，即提高医疗保障水平，切实减轻农村贫困人口医疗费用负担；对患大病和慢性病的农村贫困人口进行分类救治；实行县域内农村贫困人口住院先诊疗后付费；加强贫困地区医疗卫生服务能力建设；加强贫困地区公共卫生和疾病预防控制工作。总的来看，健康扶贫主要包括贫困户个人的医疗保障和对贫困地区的医疗能力建设两方面。

各地政府在此意见指导下，根据自身情况积极开展健康扶贫。目前比较典型的做法是“4321”工作模式，即落实四定原则（定救助对象、定就诊机构、定兜底标准、定报账方式），推行三大举措（入院不缴费、就诊一卡通、报账一站式），强化两项保障（健康全管理、就医全兜底），努力实现一个目标（绝不让一个贫困户再因病致贫、因病返贫）。此外，有的地方政府实行全面整合基本医疗保险（新农合）、大病保险、民政救助及政府兜底资金，建立“四位一体”的医疗救助兜底网络的做法，实现贫困对象住院就医费用实际报销比例达90%以上，当年住院自付费用累计不超过5000元，超过部分由政府兜底；对无支付能力的五保户及精神疾病患者，给予100%报销；对患有中风后遗症、恶性肿瘤术后门诊化

疗等16种重大或慢性疾病的贫困对象，门诊医疗费用实际报销比例达到70%；充分发挥市场作用，采取政府购买医疗救助补充保险的办法，开展健康扶贫。

据国家卫生健康委统计，2016年以来，我国已有581万因病致贫返贫户实现脱贫。截至2017年底，我国累计核实需救治的849万贫困人口中，已有804万人入院治疗或享受了签约服务，覆盖近95%的大病和慢性病患者。2017年全国贫困人口医疗费用个人自付比例平均为16%，较此前进一步减轻。但是在健康扶贫实施的过程中，也出现了一些问题，需要及时纠正和反思。

问题

1. 偏重对贫困户个人医疗保障，忽视贫困地区医疗能力和疾病预防能力建设

为了完成2020年农村贫困人口脱贫目标，地方政府往往把扶贫力量放在短期能显现效果的办法上，因此通过医疗保险、医疗救助和兜底而形成的贫困户个人的医疗保障行为就成为健康扶贫的重点，而对贫困地区医疗服务水平和基层公共卫生服务的建设则往往被忽视。

2. 对贫困户特殊医疗保障政策易引发非贫困户不满情绪

对建档立卡贫困户实行减轻医疗负担、降低自付比例、看病优先和政府兜底等措施，虽然拔去了贫困户因病致贫的“穷根”，但是在农村，对贫困户特殊的利益倾向可能会引发非贫困户尤其是非贫困户中的较低收入群体的不满。在大家普遍面临看病难看病贵的情况下，贫困户却可以享受到“入院不缴费、就诊一卡通、报账一站式”的绿色通道，一方面容易让非贫困户产生相对不公平感，另一方面也可能让贫困户对自己的贫困户身份产生错误的优越感，助长福利依赖思想。

3. 缺乏对贫困户医疗保障制度的可持续性设计

针对贫困户开展的大病救助、政府购买商业保险等举措大多建立在财政开支的基础上，而贫困地区的财政力量有限，往往依靠中央财政拨款。可见，这种大力度的财政支出尚未建立起科学论证的资金来源体系，医疗救助制度缺乏资金的可持续性设计，一是财政来源的可持续性，二是商业保险公司合作的可持续性。目前的制度设计缺陷很容易将健康扶贫理解为运动式扶贫。

建议

1. 重视贫困地区的医疗和公共卫生服务能力建设

已有的经验表明，公共卫生对疾病预防所产生的效益要大于疾病治疗产生的效益，但是我国绝大部分经费却用在了个体疾病治疗上。特别是在我国进入老龄化社会后，随着老年人口增多，疾病谱特征发生变化，慢性病成为主要疾病，医学的关口提前，所以应将以前的疾病治疗为主改变为预防疾病为主，充分重视对贫困地区的医疗服务能力和公共卫生服务能力建设。

2. 提高新农合和大病保险的保障水平，提高医疗服务的便捷性

新型农村合作医疗保险制度和大病保险是健康扶贫中对贫困人口医疗救助起到重要作用的社会保险制度。2016年原国家卫生计生委和财政部规定新农合将政策范围内门诊和住院费用报销比例分别稳定在50%和75%左右。在健康扶贫中，有些地方将贫困户的门诊报销比例和住院报销比例分别提高到最低70%和90%，这就出现了贫困户在同一制度下的受益程度的不同，而目前的新农合医疗保障水平还比较低，如果适当地普遍提高新农合保障水平，逐步扩大新农合支付的药品和手术范围，就可以缩小贫困户和非贫困户之间在同一医疗保险制度待遇上的差距。同时，也要逐渐缩小贫困户在医疗服务上与非贫困户的差别，减少非贫困户的不满。

3. 增加对贫困人口的民政救助力度

当前对贫困户的医疗扶助应重点放在医疗救助和疾病应急救助与政府兜底上。要加大来自于民政部门的医疗救助、疾病应急救助力度，积极引导社会力量参与，充分发挥社会组织的作用，形成保障合力，切实减轻贫困大病患者的医疗支出负担。

4. 探索建立政府购买医疗救助补充保险的办法，实现从健康扶贫体系向健康保险体系转变

建议充分发挥市场的作用，进一步探索政府购买医疗救助补充保险的办法实施健康扶贫。力争最终形成基本保险+大病保险+医疗救助+商业保险的健康保险体系，实现从覆盖贫困人口的的健康扶贫体系向覆盖所有人的健康保险体系的转变。