

# 精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究

张仲芳

(江西财经大学 财税与公共管理学院,江西 南昌 330013)

**摘要:**居民个体健康水平的下降会使其面临更高的贫困脆弱性,因病致贫、因病返贫仍然是农村贫困的主因。推进健康扶贫,消除健康贫困,应充分发挥医疗保障的反贫困功能,增强健康扶贫精准度,建立因病致贫数据库,医疗保障政策向农村贫困人口倾斜;建立“四重医疗保障”反贫困政策体系,充分发挥基本医疗保险、大病保险、医疗救助、专项医疗扶助等制度的反贫困功能,同时加强医疗费用控制。

**关键词:**健康精准扶贫;贫困脆弱性;健康贫困;医疗保障;反贫困

中图分类号: C913.7; D632.1

文献标志码: A

文章编号: 1007-5194(2017)02-0081-05

DOI:10.16501/j.cnki.50-1019/d.2017.02.013



“十三五”是实现全面建成小康社会目标最后冲刺的五年,而全面建成小康社会最艰巨的任务在农村贫困地区和农村贫困人口。据国务院扶贫办的调查数据,农村7000万贫困人口中因病致贫的比例达到42%,因病致贫、因病返贫,即健康贫困已成为最大的致贫因素。2015年11月《中共中央、国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》明确提出“到2020年,确保我国现行标准下农村贫困人口实现脱贫,贫困县全部摘帽,解决区域性整体贫困”。2016年6月21日国家卫生计生委等15个部委联合发布的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》提出要坚持精准扶贫、分类施策,“到2020年实现贫困地区人人享有基本医疗卫生服务,农村贫困人口大病得到及时有效救治保障,个人就医费用负担大幅减轻”。

当然,如期实现到2020年“我国现行标准下农村贫困人口实现脱贫”的目标任务,既要关注现有贫困人口的脱贫问题,也要关注现有非贫困人口(尤其是低收入人口)可能因遭遇某种风险而陷入贫困问题,即关注贫困发生的动态性或贫困脆弱性问题;从健康的角度,既要关注现有因病致贫贫困人口的健康脱贫问题,也要关注现有非贫困人口可能因健康风险而陷入贫困(或脱贫人口因健康风险而返贫)问题,即关注健康引致的贫困脆弱性问题。为此,本文着重从贫困脆弱性的概念出发,探讨健康贫困、健康扶贫及医疗保障制度在防范因病致贫与因病返贫、缓解健康贫困方面的功能和政策优化问题。

## 1 贫困脆弱性与健康贫困

### 1.1 贫困脆弱性的概念

贫困是一种经济社会现象,是一种物质生活匮乏的生活状态。贫困一般表现为收入低下,但导致贫困的原因却不仅仅是低收入,更深层次是一种能力或权利的缺失,例如,公民在医疗、养老、教育、住房等方面遭遇的高额支出风险都有可能导致贫困,这些风险的本质可以理解为公民获得基本的健康权、养老

收稿日期: 2017-02-17

基金项目: 国家自然科学基金项目“新型农村合作医疗政策效应的定量化评估及其在江西省的应用研究”(81260448),项目负责人:张仲芳。

作者简介: 张仲芳(1973—),男,江西财经大学财税与公共管理学院副院长,教授,博士生导师,江西财经大学社会保障研究中心主任。

权、教育权、居住权方面的能力缺失。人们通常根据家庭可以观察到的收入或消费支出水平(一种“事后的福利状态”)确定贫困线,据此为一个国家或地区测量贫困、识别和确定贫困人口、实施反贫困政策等提供依据。

世界各国贫困标准不统一。2011年我国大幅提高扶贫标准,由2009年农民人均纯收入1196元提高到2300元(2010年不变价),此后每年根据物价指数、生活指数等进行动态调整;根据这个标准,2011年农村贫困人口数量从2688万人增加到1.28亿人。截至2014年底,贫困标准以下贫困人口为7017万人。2015年10月,世界银行宣布将国际贫困线标准从此前的每人一天1.25美元上调至1.9美元。2015年,我国贫困标准上升至2800元,按购买力平价计算,约相当于每天2.2美元,略高于世界银行1.9美元的贫困标准。根据国务院扶贫办扶贫建档立卡信息系统识别认定,截至2015年底全国农村建档立卡贫困人口为5630万人。

但是必须注意到,贫困不仅是一种“事后的福利状态”,而且应该是一个动态的概念,即如果遇到某种风险,在贫困线以上的人口也有可能陷入贫困。为此,世界银行于2000年提出了“贫困脆弱性”的概念,使贫困的定义动态化,贫困脆弱性越高则意味着未来陷入贫困的概率越大<sup>[1]</sup>。所谓贫困脆弱性,是指非贫困家庭在未来陷于贫困的风险,也指当前的贫困人口在未来仍处于贫困状态的风险。Cunningham和Maloney认为,脆弱性是一种针对反向福利冲击的风险暴露,而非贫困暴露,无论家庭是否遭受反向福利冲击,都视脆弱性为家庭在未来处于更高贫困程度的风险<sup>[2]</sup>。脆弱性不仅是贫困的一个重要维度,而且是造成贫困的原因,脆弱性概念的提出有利于设计出动态的风险管理和反贫困政策<sup>[3]</sup>。反贫困政策既要解决现有“锁定”的贫困人群的脱贫问题,也要防范现有非贫困人群和脱困人口由于脆弱性而陷入(或重新陷入)贫困。

### 1.2 疾病经济风险与健康贫困

健康是人类基本需求之一。人力资本理论认为,健康还是一种重要的人力资本,具备良好的健康状况是个体参与经济社会活动尤其是生产性活动创造收入的前提。根据卫生经济学关于健康决定的“四因素论”,生活环境、遗传、生活方式和医疗保健服务等因素共同决定着群体和个体健康状况。优质的医疗服务是人类拥有健康的保证,但疾病的发生具有不确定性,疾病的发生不仅产生医疗支出,而且可能导致个体由于处于非健康状态而部分或完全丧失劳动能力,由此产生疾病经济风险。如果疾病导致的经济风险超出家庭负担能力,则可能导致家庭陷入贫困。因此,居民个体健康水平的下降会使其面临更高的贫困脆弱性,健康冲击会导致个人的生产性支出和健康投资下降,贫困和低收入人群遇到负面的健康冲击,很可能落入贫困陷阱<sup>[4]</sup>。

健康风险已成为导致收入贫困的重要风险因素,消除健康贫困已成为脱贫攻坚战中的一场“硬仗”。从健康冲击影响贫困发生的机理看,健康贫困是一种因参与健康保障不足、获得基本医疗卫生服务机会丧失和能力剥夺而导致健康水平低下、从而带来收入的减少和贫困发生或加剧的现象<sup>[5]</sup>。消除健康贫困,要从供给侧(医疗卫生服务提供)和需求侧(医疗保障)两端持续发力,为低收入和贫困群体提供充分的基本医疗卫生服务机会。

从供给侧看,我国地域辽阔,地区间经济社会发展水平差异大,受地区间经济发展和财政投入水平影响,地区和城乡之间医疗卫生服务能力差异明显,基层医疗卫生服务体系薄弱,双向转诊制度尚未形成。根据国家卫计委第五次国家卫生服务调查数据,2013年接受调查反映距离最近医疗机构在1公里以内的比例,西部农村仅为47.1%,低于中部农村(60.0%)和东部农村(63.2%),更低于西部城市(66.3%)、中部城市(74.6%)和东部城市(72.1%)<sup>[6]</sup><sup>183</sup>。贫困地区医疗卫生服务能力明显不足,截至2015年,在全国832个贫困县中,每千人医疗卫生机构床位数为3.66张、每千人执业(助理)医师数为1.28人,明显低于全国平均水平,贫困地区医疗卫生服务体系成为健康中国建设突出的“短板”。

从需求侧看,“看病贵”依然是舆论关注的社会热点问题,医疗费用过快增长和医疗保障水平不高直接影响农村居民尤其是低收入群体和贫困人口的就医负担和卫生服务利用。第五次国家卫生服务调查

数据显示,2013年受调查的低收入人口中需住院而未住院的,62%是由于经济困难;老年人口需住院而未住院的,43.4%由于经济困难;2013年“新农合”家庭人均年收入为10035元,“新农合”住院病历中次均报销费用为3329元,次均自付费用为3309元,实际报销费用比例为50.1%,次均自付费用占家庭人均收入的33.0%;“新农合”参保患者需住院而未住院的,45.3%出于经济困难;此外医疗费用也影响患者满意度,受访“新农合”患者对住院服务不满意的病例,35.4%是因为医疗费用高<sup>[6]200</sup>。可见,提升医疗保障水平,合理控制医疗费用,构建完善的医疗保障反贫困体系,成为缓解和消除健康贫困的重要任务。

## 2 健康扶贫与医疗保障反贫困

### 2.1 医疗保障应在健康扶贫和反贫困中扮演重要角色

党的十八届五中全会确定了决胜全面建成小康社会的总目标,到2020年消除绝对贫困,实现农村贫困人口脱贫无疑是实现这一目标最为艰巨的任务。面对剩余的贫困人口,减贫工作难度加大,农村反贫困进入“啃硬骨头、攻坚拔寨”的冲刺期。国家适时调整扶贫开发战略和扶贫方式,由“大水漫灌”转变为“精确滴灌”,大力实施产业脱贫、转移就业脱贫、易地搬迁脱贫和教育扶贫、生态保护扶贫、兜底保障等一系列扶贫工程,保障扶贫资金投向最重要的民生领域。

如上文所述,因病致贫、因病返贫仍然是农村贫困的主因。改革开放以来,尤其是进入新世纪以来,国家持续加大医疗卫生财政投入。财政部的数据显示,2011—2016年,中央财政安排“新农合”和城镇居民医保补助资金9930亿元、公共卫生服务补助资金2618亿元、公立医院补助资金782亿元,另外从2012年起,中央财政每年安排补助资金支持基层医疗卫生机构和村卫生室实施国家基本药物制度,至2016年共补助455亿元。包括新型农村合作医疗、大病保险、农村医疗救助制度在内的基本医疗保障体系为保障农民健康需求、减轻农民就医负担、防范致贫风险发挥了积极作用。“新农合”财政补助标准从2003年试点实施时的人均20元到2010年每人每年120元,大幅提高到2016年的420元(2016年比2015年提高40元)。“新农合”保障待遇水平逐步提高,2016年门诊费用报销比例达到50%,住院费用报销比例达到75%。

为减轻患大病家庭的医疗支出负担,国家从2012年起推出“新农合”大病保险试点,参合农民患大病产生高额医疗费用的,根据“新农合”政策对其进行补偿后,对自付费用再进行补偿,这样在“新农合”报销的基础上再提高报销比例10~15个百分点;2016年,“新农合”大病保险实现了全覆盖,中央财政当年新增的40元“新农合”补助中有10元用于贫困人口,通过实施倾斜性的支付政策,提高贫困人口受益水平。

为推进健康脱贫,国家从2017年实施健康扶贫工程,着力提升贫困地区医疗卫生服务水平,有针对性地提高贫困人群的医疗保障水平,减轻医疗费用负担。推进健康扶贫,既要让贫困人群看得好病(改善救治条件)、看得起病(提供充分保障),还要让贫困人群少生病(加强疾病预防和控制)。这些既有赖于贫困地区的医疗卫生服务水平提升,更有赖于医疗保障反贫困功能的充分发挥,核心在于化解健康贫困的脆弱性。要通过增强医疗保障制度的“亲贫性”,提高贫困人群的医疗保障水平,例如提高基本医疗保险和大病保险的补偿水平,将农村贫困人口全部纳入重特大医疗救助范围,提高贫困人口医疗救助水平等,降低贫困人口的疾病经济负担。

### 2.2 医疗保障反贫困功能发挥面临的困境

如上所述,医疗保障体系在减轻农村居民疾病经济负担、防范因病致贫中发挥了积极作用,但是,一方面由于医疗保障制度本身的不完善,另一方面受经济社会发展水平、财政能力、农民收入水平、医疗卫生体制等的制约,现行医疗保障体系减贫功效的进一步提升还面临以下方面的困扰。

一是基本医疗保险的保障水平不高。尤其是对于贫困群体、重大疾病患者的保障能力有限,普惠性的医疗保险制度设计难以满足贫困群体特殊性的医疗保障需求。尽管“新农合”的住院费用政策范围内报销比例达到了75%,但次均实际报销比例只有50%左右,身患重大疾病患者的实际报销比例往往更低(多数只有20%~30%左右)。即使大病保险给予二次补偿,贫困患者个人和家庭还需要承担剩余的相应费用,包括因病产生的附带费用,如异地交通与食宿等费用。

二是医疗费用增长过快。理论上,医保制度的全面建立将有助于控制费用。目前虽然基本医疗保险已经覆盖90%以上人口,但由于医疗保险费用支付方式改革不到位,医保谈判机制尚未建立,导致医保控费功能有限。医疗费用的持续过快增长,部分抵消了基本医疗保障的制度功能。救治费用的过快增长,不仅加大了基本医疗保险基金的压力,而且导致患者自费负担上升,降低了基本医疗保险的减贫功效。

三是医疗、医保、医药改革的系统性、协同性不足。在医疗体系改革方面,公立医院改革不到位,补偿机制不完善,收入结构不合理,影响了公立医院控费的积极性;药品方面,药品流通秩序混乱,药价虚高问题还没有得到根本解决;医疗保险方面,医保经办管理整合仍需深入推进,医疗保险经办管理效率仍需提升。

### 3 提升医疗保障反贫困功能的策略

#### 3.1 着力提高健康扶贫精准度

一是摸清贫困人口健康家底。在目前精准扶贫建档立卡工作的基础上,建立因病致贫数据库,通过数据库增强医疗保障扶贫的瞄准度<sup>[7]</sup>。通过对因病致贫对象的分类瞄准和跟踪管理,建立早发现、早干预机制,同时为分类救治提供基础数据和决策参考。

二是推行贫困人口大病和慢性病分类救治。对于能一次性治愈的,组织专家集中力量进行集中治疗。在现行政策下,对农村贫困家庭中患有以下疾病进行集中救治,明确临床路径,控制治疗费用,主要有:儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏房间隔缺损、儿童先天性心脏室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病等,减轻贫困大病患者的费用负担。需要住院维持治疗的,如尿毒症、重症精神病,由就近具备能力的医疗机构进行治疗;需要长期治疗和康复的,如高血压、糖尿病,由基层医疗卫生机构在上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理。

#### 3.2 构筑“四重医疗保障”反贫困政策体系

第一重保障是基本医疗保险。要全面落实国家资助困难群众参加“新农合”、城镇居民医保(“新农合”与城镇居民医保合并后为“城乡居民医保”)的政策,确保将贫困群体全部纳入基本医疗保险和大病保险范围。逐步扩大城乡居民医保的门诊重症报销病种范围,提高报销限额,同时针对贫困人口实施更加精准的支付政策,例如将残疾人医疗康复项目纳入城乡居民保险支付范围,提高贫困残疾人保障水平;提高农村建档立卡贫困人口的住院费用报销比例(例如5个百分点以上),同时经转诊在省级定点医疗机构住院不再设置起付线等。通过资助参保、精准支付等倾斜性政策措施,充分发挥基本医疗保险在防范因病致贫中的主干作用。

第二重保障是大病保险。降低健康贫困风险的重点在于大病治疗。为此,近年国家在“新农合”、城镇居民医保的基础上推出大病保险,对因患大病、重病发生高额医药费用的患者给予再次补偿,目的在于解决基本医疗保险报销比例过低、起付线过高、封顶额过低的问题,防范因重大疾病而陷入经济困境。今后几年应将基本医疗保险的新增筹资主要用于发展大病保险,同时根据扶贫攻坚的战略需求,落实国家关于大病保险向低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、低收入重度残疾人等困难群众倾斜的政策要求,降低大病保险起付线、提高报销比例。通过大病保险的支付政策倾斜措施,进一步提高贫困群体保障水平。

第三重保障是医疗救助和临时救助。医疗救助和临时救助是重要的兜底保障措施。要进一步摸清贫困户健康状况,全面落实国家将建档立卡贫困人口纳入重特大疾病医疗救助范围的相关政策,落实救助措施,减轻患者大病负担。根据不同贫困状况逐步上调医疗救助比例,具备条件的可对特困人员(如农村“五保”家庭)、孤儿等的医疗费用部分给予100%补助。对突发重大疾病暂时无法得到家庭支持、基本生活陷入困境的患者加大临时救助和慈善帮扶力度,鼓励慈善组织、社会爱心人士等积极参与贫困救助,帮助贫困患者家庭渡过难关。

第四重保障是专项医疗扶助制度。对通过“新农合”基本医疗保险、大病保险、医疗救助等补偿后自付医疗费用仍然过高影响基本生活的,由县级政府按照国家脱贫攻坚整合涉农资金的相关政策,建立医疗扶助制度,对其进行专项扶助。在这方面,部分地区在推进精准扶贫工作中已有好的经验,如海南省琼中县针

对贫困人口因疾加重贫困的状况,2016年建立贫困人口救助专项资金,投入200万元对患重大疾病的建档立卡贫困户纳入“新农合”报销范围的个人剩余医疗费用,由专项救助资金支付报销;对不在“新农合”报销范围内而个人又无力承担的医疗费用,报销比例最高可达90%<sup>[8]</sup>,值得其他地区借鉴推广。

### 3.3 加强贫困人口大病医疗费用控制

一是发挥医疗保险的控费功能。要加快推进城乡居民医保支付方式改革,提高医疗保险管理机构作为当前医疗费用最大“买家”的费用控制话语权。加快转变目前大多数地区仍以“按服务项目付费”为主的局面,结合基金收支预算管理,加强总额控制;在县级公立医院和试点城市公立医院全面推进按病种付费、按人头付费、按床日付费等复合支付方式改革。要完善医疗保险经办机构与医疗机构的谈判协商机制,支付方式改革既要考虑医保基金的承受力,也要考虑定点医疗机构的积极性。要通过建立医保机构与定点医疗机构的激励约束机制,设定控费目标,充分调动定点医疗机构主动控费的积极性。近年来,部分地区(如淮安市、宿迁市、银川市、南昌市等)开展了按病种分值付费试点,取得了积极成效,值得在有条件的地区推广<sup>[9]</sup>。

二是推广贫困人口住院先诊疗后付费制度。目前剩余的建档立卡贫困户大多贫困度较深,遭遇重病后即使有医疗保险,也难以在入院时先行垫付医药费用,因此往往导致贫困患者无法就医。当前一些地区在精准扶贫实践中先行推行贫困户住院治疗在县域内先诊疗后付费,患者只需在出院时支付医保补偿后剩余的自负费用,大大减轻了贫困患者的经济压力,应在全国普遍推广。

三是推进贫困地区分级诊疗制度建设。在农村地区全面建立起基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级治疗模式。加强基层医疗卫生体系建设,实现村卫生室标准化建设全覆盖,尤其是加强县级公立医院建设,使其成为县域医疗中心,强化其大病救治功能,基本实现大病治疗不出县、普通疾病治疗不出乡、小病治疗不出村,既减轻城市综合医院的救治压力,更减轻贫困患者就医的附带费用负担。

四是深入推进“三医联动”改革。要通过医药、医疗、医保的系统、联动改革,有效控制医疗费用。在医药方面,大力整顿药品流通秩序,推广实行“一品两规”和“两票制”,消除药价虚高问题。医保方面,稳步推进“新农合”与城镇居民基本医保经办管理体系的整合,加快建立统一的城乡居民基本医保制度。医疗体系改革方面,全面推进公立医院体制机制综合改革,全面取消药品加成,去除“以药养医”;推进公立医院薪酬制度改革,大幅提高医生的技术服务报酬和“阳光性”收入,去除灰色收入,扭转和防止过度用药、过度检查,调动医院和医务工作者主动控费的积极性。

### 参考文献:

- [1] 黄潇.健康在多大程度上引致贫困脆弱性——基于CHNS农村数据的经验分析[J].统计与信息论坛,2013(9):54-62.
- [2] CUNNINGHAM W, MALONEY W F. Measuring Vulnerability: Who Sued in the 1995 Mexican Crisis [R]. World Bank Working Paper, 2000(3):115-156.
- [3] 黄承伟,等.贫困脆弱性:概念框架和测量方法[J].农业技术经济,2010(8):4-11.
- [4] 邹薇,方迎风.健康冲击、“能力”投资与贫困脆弱性:基于中国数据的实证分析[J].社会科学研究,2013(4):1-7.
- [5] 胡鞍钢,孟庆国.消除健康贫困应成为农村卫生改革与发展的优先战略[J].中国卫生资源,2000(6):245-249.
- [6] 国家卫生计生委统计信息中心.2013年第五次国家卫生服务调查分析报告[M].北京:中国协和医科大学出版社,2015.
- [7] 林闽钢.在精准扶贫中构建“因病致贫返贫”治理体系[J].中国医疗保险,2016(2):20-22.
- [8] 傅治平.六道防线筑起贫困户健康安全网——海南省琼中黎族苗族自治县健康扶贫调研报告[N].海南日报,2017-01-11.
- [9] 张仲芳.总额控制下的医疗保险“按病种分值付费”改革研究——基于南昌市城镇职工医保的实践[J].社会科学家,2016(12):49-55.

责任编辑:午 为