

基于三精准和四方联动的医疗保障 综合扶贫模式构建研究

梁鸿¹ 韩凤¹ 袁丽¹ 高臻耀¹ 王文仪¹ 严娟¹ 张强²

(¹复旦大学精准医疗保障扶贫研究课题组 上海 200433; ²山西省大同市灵丘县人民政府 灵丘 034400)

【摘要】本文提出在精准识别、精准治疗、精准脱贫的“三精准”基础上,通过“基本医疗服务+基本医疗保险+政府医疗救助+社会组织帮扶”模式,给予所有因病致贫返贫人员一站式的帮扶服务。

【关键词】因病致贫;精准扶贫;医疗保障;综合扶贫

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A**【文章编号】**1674-3830(2019)1-35-2

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.1.010

Research on the Construction of Comprehensive Poverty Reduction Model of Medical Security Based on Three Precision and Quartet Linkage Liang Hong¹, Han Feng¹, Yuan Li¹, Gao Zhenyao¹, Wang Wenyi¹, Yan Juan¹, Zhang Qiang²(¹Research Group on Precision Medical Care and Poverty Alleviation, Fudan University, Shanghai, 200433; ²People's Government of Lingqiu County, Datong, Lingqiu, 034400)

【Abstract】 On the basis of precise identification, precise treatment and precise poverty alleviation, this paper proposes to provide one-stop assistance services to all people who are poor because of illness through the mode of "basic medical services + basic medical insurance + government medical assistance + social organization assistance".

【Key words】 poverty caused by disease, targeted poverty reduction, medical insurance, comprehensive poverty alleviation

针对解决农村因病致贫返贫问题过程中的帮扶资源分散、程序繁琐,贫困群众看病就医自付负担重(含间接成本)、贫困地区医疗服务可及性差等短板^[1],在精准识别、精准治疗、精准脱贫的“三精准”基础上,提出“基本医疗服务+基本医疗保险+政府医疗救助+社会组织帮扶”的帮扶模式,将政策、资源整合打包,给予所有因病致贫返贫人员一站式的帮扶服务。

1以“精准”和“联动”为核心要义解决“因病致贫”难题

从政策资源最大化利用、已有制度最大化保留的高效益视角看,应在已有的帮扶措施和制度的基础上,通过试点探索建立“集合力、聚财力、保救治、防返贫”的帮扶模式,以“精准”和“联动”的方式补足现有政策、制度设计的不足,整合形成政策叠加效应,织密医疗保障安全网。

精准是指针对人员患病、贫困的成因予以精准的干预,瓦解根源性问题,做到精准地识别哪些人需要帮助,精准地予以因病致贫人员治疗,精准帮助解决因病致贫家庭生产力不足、生产资本积累不足问题,从而实现脱贫,确保所有贫困人员都可以获得保障^[2]。

联动是需要整合帮扶资源、协同帮扶项目、明晰帮扶职责,实现适度建设的完善、繁琐手续的减少、帮扶效率的提高。对因病致贫人员,既降低直接医疗成本,又降低获得帮扶资源的成本,以及看

【收稿日期】2018-10-10

【作者简介】梁鸿,复旦大学社会发展与公共政策学院教授,主要研究方向:社会保障、医疗改革。

病就医的间接成本;对因病致贫地区,加强基本医疗卫生服务和公共卫生服务能力,加强疾病预防,从源头上解决因病致贫返贫。

2“三精准”领域存在的主要问题与政策路径优化

2.1 因病致贫人员的“三精准”问题分析

一是目前对因病致贫贫困户的识别依循“贫中找病”思路。在识别贫困户过程中存在建档立卡贫困户登记信息僵化,信息与现状不匹配问题^[3]。在建档立卡贫困户档案中对贫困户致贫原因一般依据村民申报进行主观判定,缺乏客观统一标准。部分患有大病且生活困难人员未能被识别。

二是目前医疗卫生资源配置基本可以满足当地百姓诊疗服务需要,常见住院疾病基本可以实现县内治疗,但典型致贫重病(如精神病、肾透析)仍需要前往州(市)就诊。服务水平上,基层卫生服务机构仍存在管理水平低、治疗不规范问题,疾病“治得了但治得不好”,导致患者往返州、县之间寻求更好治疗,间接负担加重,且可能小病拖大病,加剧疾病危害^[4]。

三是目前新农合、大病保险、医疗救助几项制度名义保障水平高。但对因病致贫人员,疾病造成的经济负担仍较重,原因包括对部分急救、特殊用药以及间接医疗费用无保障或救助,部分贫困户直接费用负担相对收入水平仍较重^[5-7]。

2.2 医疗扶贫“三精准”的政策路径优化

精准识别:以家庭劳动力和疾病状况为维度,对贫困患者进行精准分类。根据保障对象所患疾病分为A、

B、C、D四类(A:卫计委公布的前50种重大疾病患者;B:可治愈的急性突发疾病患者;C:疾控中心登记的慢病患者;D:体弱多病患者)。并按家庭有无劳动力分为无劳动力(“+”)和有劳动力(“-”)。每位建档立卡人员归类输入系统,以乡镇医生或村医月随访方式实现动态化精准识别。

精准治疗:诊断正确,治疗有效。长期慢性病由签约医生将其纳入慢病管理系统并定期回访;患疑难重病或地方特定大病,做到诊断明确,治疗方案有效,并建立签约医生随访制度,定期评估疗效。

精准保障:患者除获得政策范围内报销,还可以获得个性化精准帮扶,按分类对其实施“四方联动”的差别补偿。

3“四方联动”的医疗保障综合扶贫模式方案设计

针对“三精准”形成“四方联动”方案,通过基本医疗服务、基本医疗保险、政府医疗救助、社会组织帮扶构成联合行动帮困格局,解决因病致贫返贫问题。从而达到降低困难人口医疗经济负担、减少医疗资源过度利用现象、降低政府财政不合理支出的综合政策目标。

3.1“四方联动”基本含义

基本医疗服务:全县各村卫生室、乡镇卫生院和县属定点二级医疗机构提供基本医疗服务和资源,将有需求的困难人员引导到村卫生室和乡镇卫生院享受基本医疗服务。

基本医疗保险:因病致贫返贫人员基本医疗保障参保率达到100%。

政府医疗救助:对无力支付参保费用的人员由扶贫帮困基金帮助

缴费;对无力支付大病保险参保费用的人员,使用大病保险基金为其购买大病保险。将无力支付医疗费用人员纳入医疗救助。

社会组织帮扶:充分发挥县红十字会、慈善组织、老年基金会、残疾人基金会、综合帮扶和福利彩票公益金等社会慈善组织在帮困救助中的拾遗补缺作用,实现个性帮扶。

3.2“四方联动”保障对象

试点期间,通过精准识别和分类进入管理系统的因病致贫返贫人员纳入“四方联动”保障体系。试点后,按地方保障能力将其他需要帮助人员有序纳入。

3.3“四方联动”保障待遇

对“四方联动”保障人员,在享受基本医疗保险待遇后,对个人自付费用,在村卫生室、乡镇卫生院就医发生的,一般按40%享受保障;转诊至县属定点二级医疗机构就医综合发生的,一般按35%享受保障;对完全无力支付基本医疗费用的因病致贫返贫人员,根据当地扶贫政策实施一次性社会组织帮扶。参保人不再享受除“四方联动”规定外的其他(临时)医疗救助政策。凡有重复享受,资金必须退还。

3.4“四方联动”申请、就医与受保流程

参保人了解政策后,获得申请表并填写,申请表由村委会审核,村卫生室受理,乡镇政府审批。获批后参保人获得受保资格,领取“四方联动”保障专用卡,凭卡享受保障服务并实现保费结算。

“四方联动”保障对每位参保贫困患者落实“四个一”:一家诊治医院、一名医生、一个治疗方案、一套康复计划;做到“3+2”管理:由就诊医院、远程指导(下转第41页)

疾病治疗与自己的期望完全符合, 18.3%认为有差距但差距不大, 5.6%的无法比较。

减负评价: 经过“四方联动”帮扶后, 86.5%的受访者认为目前疾病负担大幅减轻, 对家庭经济没有影响, 10.3%认为疾病负担大幅减轻, 但依旧很重, 3.2%认为没有变化。

获益评价: 96.8%的受访者认为自己及家人从“四方联动”帮扶中有所受益, 3.2%认为没有受益。

4 总结与思考

“医疗保障助推精准扶贫”灵丘县试点项目的成功实施具有非常典型的标本意义, 它充分体现了政策研究设计理念, 并在实践中得到了检验, 为项目所确立的扶贫方案的全面复制推广提供了有利的证据。

首先, 灵丘县是一个典型的国

家级贫困县, 资源禀赋匮乏。项目实施过程中, 全面实施“三精准”模式, 真正做到“贫中找病”和“病中找贫”, 力求弄清导致因病致贫返贫的真正原因, 进而提出精准的、有针对性的治疗方案, 切实帮助患者减轻疾病负担, 达到既治病又脱贫的目的。

其次, 灵丘试点成功的关键因素可归结为: 一是紧扣国家战略部署, 领导高度重视和组织保障有力, 并得到国家部委的支持。二是高素质干部队伍与高效的执行力, 项目前期做好基线调查, 组织中期评估, 及时进行项目实施效果的评价。三是程序优化, 化解政策与资源的碎片化。四是充分发挥信息系统的技术支撑作用, 测算精准, 方案科学。

第三, 一些长期性的目标尚未

得到体现, 这主要表现在基层医疗服务能力的提升上。目前, 该县遇到的最大困难在于如何留住医疗专业人才, 从调研过程中深切感受到人才问题是困扰“三精准”的重要因素。近来的医疗集团化改革可能进一步加剧了资源分布不平衡状态。

最后, 通过医疗保障助推精准扶贫项目, 的确可以改善患者的劳动能力, 避免因灾难性医疗支出而立刻陷于贫困的境遇, 但仅仅这样是不够的, 还必须通过其他措施创造更加有利的脱贫环境, 从根本上增进贫困人口的经济能力, 方能更加持久的解决贫困问题。

【参考文献】

[1] 中国经济网. 刘永富: 脱贫攻坚战由“打赢”向“打好”转变 [EB/OL]. 2018-01-05, http://www.sohu.com/a/214871684_120702.

(上接第 36 页) 医院中的家庭医生(乡村医生)、主要负责治疗医生、远程指导专家团队联合进行疾病治疗和管理。从而实现“小病、慢病不出乡, 大病、重病及时转”, 实现分级诊疗、有序就医。对“四方联动”保障范围内费用, 按照“便民、为民”原则, 实现医院窗口即时结算, 不增加参保人垫付负担。

4 建立以“三降三升”为目标的模式量化检验指标

如何体现扶贫效果, 根本的一条是消除贫困。这一根本目的必须通过可检验的方式反映出来, 因而需要对这一根本目的加以分解和量化, 使得项目的最终效果看得见、摸得着, 使困难群众有获得感, 使相关部门和人员有工作抓手。

围绕因病致贫返贫问题, “三精准”“四方联动”模式的最终考核目标确立为“三降三升”。“三降”是指: (1) 减少患大病贫困人口数量, 加强基层医生签约服务, 重点关注建档立卡健康风险较高的人群, 做好健康档案动态管理; (2) 减少缺医少药现象, 基层医疗机构医务人员达到国家规定标准, 90%及以上的门诊慢性病用药可从基层购买; (3) 减少因病致贫返贫问题, 定期核准并动态管理贫困人口信息数据, 保证贫困人口及时享受医疗救助待遇。“三升”是指:

(1) 提升医疗服务供给能力, 加强县域内医疗机构建设, 加强对口支援、医联体建设; (2) 提高地区医疗保障与救助服务能力, 将个人自付医疗费用控制在合理范围内;

(3) 提升当地群众健康水平, 确保居民健康指标达到国家指标。

【参考文献】

[1] 韩凤. “三精准四联动”助力健康扶贫 [J]. 中国卫生, 2018(1):92-93.
[2] 薄绍晔. 深刻领悟精准扶贫精准脱贫的内涵 [J]. 中国医疗保险, 2016(3):10-11.
[3] 刘昌俊. 建档立卡识别贫困户, 这是未来实施精准扶贫的前提 [EB/OL]. <https://baijiahao.baidu.com>
[4] 温兴生. 医保精准扶贫实施策略探讨 [J]. 中国医疗保险, 2017(4):15-18.
[5] 郭斌, 程怀志, 刘艳瑞. 我国居民个人卫生支出及其比重变化趋势研究 [J]. 医学与社会, 2014(6):46-48.
[6] 王利. 内蒙古医保精准扶贫的探索——恶性肿瘤靶向药物纳入医保支付范围 [J]. 中国医疗保险, 2016(3):48-50.
[7] 顾雪非, 向国春, 李婷婷等. 按病种实施精准扶贫健康扶贫的可行性探讨——以结核病医保政策为例 [J]. 中国医疗保险, 2016(11):17-20.