

以精准和联动构筑医疗保障扶贫兜底网的效果分析

——以灵丘县试点为例

梁鸿¹ 韩凤¹ 张荣庆¹ 郭有德¹ 王文仪¹ 杜玉春¹ 薛书明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卫生和计划生育局 灵丘 034400)

【摘要】课题组与灵丘县相关部门反复讨论形成了有针对性的脱贫方案并于落水河乡和赵北乡落实。本文认为通过医疗保障助推精准扶贫项目可提高患者劳动能力,避免因灾难性医疗支出而立刻陷于贫困。但还要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经济能力,以更加持久的解决贫困问题。

【关键词】精准扶贫;医疗保障;联动;基层服务能力

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2019)1-37-5

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.1.011

An Effect Analysis of Building the Poverty Alleviation Network with Precision and Linkage—Taking Lingqiu County as An Example Liang Hong¹, Han Feng¹, Zhang Rongqing¹, Guo Youde¹, Wang Wenyi¹, Du Yuchun¹, Xue Shuming² (¹Research Group on Precision Medical Care and Poverty Alleviation, Fudan University, Shanghai, 200433; ²Health and Family Planning Bureau of Lingqiu County, Lingqiu, 034400)

【Abstract】 Our research team and related departments of Lingqiu County repeatedly discussed and formed targeted plans and implemented them in Luoshuihe and Zhaobei Township. The study believes that the promotion of precision poverty alleviation programs through medical security can improve the ability of patients to work and avoid being trapped in poverty immediately by catastrophic medical expenses. However, other measures must be taken to create a more favorable environment and fundamentally improve the economic capacity of the poor to solve the problem of poverty more sustainably.

【Key words】 precision poverty alleviation, medical insurance, linkage, primary health service capacity

山西省灵丘县确定为医保助推精准扶贫项目试点以来,全面推动“三精准”“四方联动”实施方案在落水河乡和赵北乡落实,取得了预期效果。

1 基本背景

灵丘县地处山西省东北部、大同市东南端,区域面积2,732平方公里,辖12个乡镇、255个行政村,总人口25万,其中农业人口20万。该县为革命老区,县城距平型关大捷遗址30公里。1991年确定为国家

级贫困县时,全县有贫困人口15.9万,贫困发生率高达83.7%。2011年列入“燕山-太行山”集中连片扶贫开发重点县。通过不懈努力,灵丘县扶贫减贫工作取得了显著成效。在2014年建档立卡工作中,共精准识别出贫困村124个、贫困户18529户4.67万人,贫困率下降到22.6%。2014年-2016年通过“精准扶贫、

【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。

精准脱贫”完成了38个贫困村整体脱贫。2017年8月全省贫困人口进行动态调整,最终确认86个贫困村,11515户,29079人,贫困率进一步下降至14.1%。根据年度退出计划,2017年12月全县将有16个贫困村的10085名贫困人口实现脱贫。全县贫困村将下降到70个,18994名贫困人口,贫困率进一步下降到9.2%。

目前留下来的贫困问题都是扶贫减贫工作中的“硬骨头”,其致贫的原因更加复杂,贫困程度更深,贫困更为持久,这决定了接下来的扶贫减贫任务将更加艰巨^[1]。2016年数据显示,灵丘县因病致贫户占贫困户总数的26.7%,因病致贫户内总计8602人(含患病人员及其家属),经入户核查,确认患有疾病人员339人。解决因病致贫问题是灵丘县扶贫攻坚取得决定性胜利的关键。

2 实施方案

县政府公布《灵丘县“四方联动”帮扶“因病致贫、因病返贫”人口实施方案(试行)》(以下简称方案),提出坚持精准识别、精准治疗、精准脱贫的原则,靶向解决贫困群众看病就医经济负担重、就医间接成本高等问题。通过实施基本医疗服务、基本医疗保险、政府医疗救助、社会组织帮扶“四方联动”的综合性帮扶,整合分散资源,化解繁琐程序,实现“一站式服务、一单式结算”,降低贫困群众获得帮扶资源的成本,防止因病致贫并减少因病返贫。

2.1 组织保障

成立“四方联动”综合帮扶项目领导小组,由县委县政府领导任组长,分管卫生的副县长任常务副组长,县扶贫办、卫计局、民政

局、财政局、人社局等主要负责人为成员,各乡镇常务副镇长负责具体落实。领导小组负责制定“四方联动”实施细则及考核办法,相关政府部门各司其职,协调配合开展扶贫工作。

2.2 服务保障

基本医疗服务:全县村卫生室(所)、乡镇卫生院和县属定点二级医疗机构按照国家要求做好困难人员的疾病预防;贫困人口实行家庭医生签约制度,完善健康档案,实现一对一管理;关注危重病人的抢救和治疗,与疾控中心信息系统对接,做好地方病、传染病诊治;县级医疗机构每年组织全县各级医疗机构统计县域内医疗费用排名前5-10的病种进行重点研究;落实分级诊疗制度,提高县域就诊率和治愈率。

基本医疗保险:为贫困人群提供医疗保障服务,确保全县辖区内基本医疗保险与大病医疗保险的全覆盖,按照国家规定积极探索社保卡异地就医实时结算,扩大门诊特定病的病种,实现参保机会公平和降低疾病负担。

政府医疗救助:居民在基本医疗保险、大病医疗保险和扶贫补充保险报销后,仍发生灾难性医疗支出的,经申请可纳入“四方联动”帮扶,享受政府医疗救助。建立因病致贫人口专项医疗救助基金,对基本保险保障范畴内个人自付费用(小于等于10%)仍有困难者实施再帮扶;探索间接医疗成本保障方式,实现对经济困难群众再帮扶。

社会组织帮扶:居民在基本医疗保险、大病医疗保险、政府医疗救助报销后仍不能承受自付医疗费用或后续生活无法保障时,由团中央等对口支援单位、社会医疗技术

力量、社会组织和爱心人士进行社会医疗救助帮扶。参照政府医疗救助,引导社会帮扶将关注对象瞄准重度残疾人、精神残疾人家庭。

2.3 运行保障

从人社、医保、民政、扶贫办、卫计局各抽调一名专职人员,由卫计局牵头,成立灵丘县四方联动专项办公室,负责协调各部门的数据传输及政策的协商融合,对“四方联动”系统里面的被保障对象实行动态管理,随时掌握因病致贫人员的医疗保障状况。

2.4 基本医疗服务体系

村卫生室/乡镇卫生院:一是接诊。保障对象持“四方联动”帮扶卡(以下简称帮扶卡)、合作医疗证,到户籍地所属村卫生室门诊就医,由村医接诊,根据病情提供诊疗服务。二是转诊。执行分级诊疗和双向转诊制度。因病情需要往上级医疗机构转诊的,保障对象要逐级办理转诊手续,方可享受“四方联动”帮扶。一次转诊有效期为两周。

县级定点医院:一是转诊人员。保障对象需在有效期内持转诊表、帮扶卡、合作医疗证和门诊病历记录本到定点县属医院相关科室就医。二是急诊人员。保障对象因急诊、抢救、重症等情况,持帮扶卡、合作医疗证和门诊病历记录本到乡级卫生院或县级医院就医。急诊后在出院前到下一级村卫生室/乡镇卫生院办理转诊手续,方可享受保障待遇。三是住院或急诊留院观察人员。保障对象通过乡镇卫生院门诊转诊或急诊至县属医院就医,需住院时凭主治医师开具的住院单、帮扶卡、双向转诊单办理住院手续。

县外就医:严格执行基本医保《灵丘县分级诊疗制度》之规定。

2.5 制度保障

“四方联动”专项办公室制定了《“四方联动”办公室村医月随访制度》《定期汇报制度》《成员单位联席座谈制度》《专项办公室工作职责》《建档立卡贫困户精准识别制度》《因病致贫人员的确定制度》《因病致贫人员退出制度》等,并实现制度上墙,方便工作人员参阅及群众监督。

2.6 转诊服务体系

坚持基层首诊、分级诊疗的原则。建立并规范基层首诊、分诊工作机制,基层医疗卫生机构(含乡村两级)主要做好初诊处理工作,为康复期和慢性病人提供一般诊疗服务。探索建立乡村一体化管理的团队服务模式,开展以乡村医生为主体、以乡镇卫生院专业技术人员为指导的家庭医生签约式服务。

坚持双向转诊、急慢分治的原则。通过开展县乡一体化管理、建立医疗联合体等多种方式,引导各级定点医疗机构之间建立分工协作和双向转诊机制,使不同疾病以及同一疾病不同治疗阶段能在不同级别的医院治疗。

坚持按病种管理、差别化支付的原则。提高基层医疗机构住院报销比例,拉开县域内医疗机构和省、市医疗机构的起付线和报销比例差距。完善县外转诊制度,县级医疗机构对未经接诊的病人,不应出具转诊证明。属本县规定的分级诊疗病种,经转诊程序转外救治的,仅将最高限额费用纳入补偿范围,急慢性咽炎等50个病种为二级医院基本诊疗病种,在县域外住院,新农合按照定额标准补偿。对除急诊外未履行转院手续越级诊治的分级诊疗病种,不予报销。

2.7 费用监控体系

相关部门及商业保险公司要按照现行医疗保险制度规范,对定点医疗机构加强费用核查和管控。医疗机构发生过度医疗行为以及与患者串通造假、恶意套取医保基金的,要依法依规追责问责,严肃查处。

各级定点医疗机构要严格控制医保目录外费用,保障患者最大限度享受医保待遇。医保目录外费用占总费用的比例要严格控制,其中县域内医疗机构目录外费用占比不超过15%,市级医疗机构不超过20%,省级医疗机构不超过30%。凡超过控制比例的费用均由医疗机构承担。

从县级医疗机构抽调各科室专家,由医保中心牵头,成立医疗评估监督小组。定期对“四方联动”保障对象的诊断、治疗、检查、用药的合理性进行审核,确保诊断明确,治疗检查、用药、费用合理,使医保基金和专项救助资金效率最大化。

2.8 信息保障体系

建立“四方联动”信息管理系统,做到人员信息、资金、就诊服务全过程的动态管理。扶贫办的建档立卡基本信息、家庭成员情况、生产生活条件、收入情况、帮扶责任人等;医保参保信息(包括费用报销);民政的低保信息等,经过综合分析,对帮扶人员进行精准定位和动态管理,实现对建档立卡贫困人员就医费用结算一站式服务、一单式结算,建立实时结算机制,从根本上解决贫困人员垫资问题。信息系统按月向专项办公室、医疗机构提供月报表分析报告。

3 主要成效

3.1 做到享受各项保障、救助政策无障碍、无遗漏

帮扶对象在就医结算后,无需自己到各部门去申领补助金,在定点医疗机构“四方联动”服务窗口一次性享受所有医疗保障帮扶政策的补偿。县、乡镇两级医疗机构均开设了“四方联动”服务窗口,为持有帮扶卡的贫困患者提供便捷服务,并对患者医疗费用和补偿情况进行及时公示,以便群众监督。

3.2 取消了贫困人口大病保险的起付线

大病保险和扶贫补充保险都是由中国人寿保险公司大同分公司承办,两项保险的起付线都是10000元。随着试点项目的推进,大病保险和扶贫补充保险针对建档立卡贫困户将起付线统一降到5000元。但5000元的起付线仍远远高于贫困人员3000多元的收入,同时这条起付线会将大多数贫困患者挡在外面。针对这一情况,作为扶贫补充大病保险的购买方,县扶贫办多次在“四方联动”协调会上向保险公司提出要求,并进行了艰苦的谈判,跟省市保险公司沟通,最后达成一致意见,保险公司同意扶贫补充保险不设起付线的要求。

3.3 通过“四方联动”切实减轻了个人负担

“四方联动”实施后,各部门政策归并,进行一站式服务、一单式结算,避免了帮扶对象因政策不清而错失本应享受保障的现象,同时帮扶对象的医疗负担明显降低。尤其是农村特困户、五保户,实现看病零支付。项目试点以来,已为249人次(其按疾病和劳动能力的精准分类和贫困户类型分布见表1)

“四方联动”保障对象住院、门诊共35.76万元费用进行了一站式、一单式结算,新农合报销22.17万元;

“四方联动”一单式结算12.84万元,其中:大病保险,0.57万元;补充保险,4.14万元;民政医疗救助2.86万元;四方联动专项救助5.27万元;个人自付0.75万元,个人自付2%,实际补偿比达98%。其中部分特殊困难人员自付费用为零,达到了治病脱贫的效果(见表2)。

案例一(补偿费用最高):张某云,女,58岁,落水河乡新河峪村人,患尿毒症,上半年治疗费用共35691.95元,新农合补偿20931元,通过“四方联动”一单式结算补助14761万元,其中:大病保险1308元;扶贫补充险3035元;民政医疗救助5209元;四方联动专项帮扶5209元。个人自付费用为零。

3.4 群众的满意度评价和获得感较高

本次问卷调查一共收回问卷126份,涉及13个核心问题,从政策满意度评价调查结果来看,群众整体上对“四方联动”项目是满意的,制度设计是符合群众预期的,群众确实从中获益,具有获得感。

服务利用与转诊便捷程度评价:调查对象中有122人接受过“四方联动”帮扶,占比为96.8%。将按照“四方联动”帮扶要求去村卫生室后再逐级转诊的便捷程度设计为10分制,平均得分为8.75,最低分为5分,最高分为10分。

村医技术与水平评价:将对村卫生室村医技术和水平的评价设计为10分制,平均得分8.7分,最低分为5分,最高分为满分10分。

村卫生室收费合理性与行为评价:将村卫生室收费价格的合理程度设计为10分制,平均得分为8.9分,最低分为6分,最高分为满分10分。对于村卫生室是否存在“乱开

表1 灵丘县累积享受四方联动帮扶对象分布

人员类别	低保人员	五保户	因病致贫	合计
A+	2	0	0	2
	1.6	0.0	0.0	0.8
A-	0	0	1	1
	0.0	0.0	1.0	0.4
B+	22	3	9	34
	17.3	13.0	9.1	13.7
B-	3	1	10	14
	2.4	4.4	10.1	5.6
C+	7	0	4	11
	5.5	0.0	4.0	4.4
C-	2	2	2	6
	1.6	8.7	2.0	2.4
D+	76	5	40	121
	59.8	21.7	40.4	48.6
D-	15	12	33	60
	11.8	52.2	33.3	24.1
合计	127	23	99	249
	100.0	100.0	100.0	100.0

注: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(“-”)。

表2 项目实施以来受益人口发生的医疗费用及其补偿分布(单位:元、人次)

人员类别	新农合	大病补偿	贫困大病补偿	民政救助	四方联动补助	自付费用	总医疗费用	自付比例	受益人次
A+	24276.0	1308.0	3793.0	6111.0	5353.0	0.0	40841.2	0.0%	2
A-	3608.0	0.0	1221.0	0.0	2425.0	224.0	7477.8	3.0%	1
B+	108461.4	3919.0	23924.0	7380.0	21667.0	2271.0	177439.4	1.3%	34
B-	38246.0	360.0	8642.0	2150.0	10374.0	2861.0	63849.3	4.5%	14
C+	5082.0	0.0	528.0	0.0	2473.0	135.0	8802.7	1.5%	11
C-	1601.0	0.0	0.0	0.0	939.0	144.0	2683.8	5.4%	6
D+	32359.0	155.0	3171.0	1308.0	7064.0	1083.0	45143.3	2.4%	121
D-	8048.0	0.0	149.0	46.0	2368.0	796.0	11405.8	7.0%	60
合计	221681.4	5742.0	41428.0	16995.0	52663.0	7514.0	357643.2	2.1%	249

注:因特困户是不需要自付费用,使得各类别人员实际自付比例明显低于政策规定比例。

药”现象,79.4%的受访者认为肯定没有,14.3%认为大体上没有,3.2%认为一定存在,3.2%认为或许存在。

乡镇卫生院行为评价:对于乡镇卫生院是否存在“乱开药”现象,82.5%的受访者认为肯定没有,15.1%认为大体上没有,2.4%认为肯

定有的。对于乡镇卫生院是否存在“乱检查化验”现象,84.1%的受访者认为肯定没有,7.1%认为大体上没有,6.4%不清楚是否存在这种现象,2.4%认为肯定有的。

期望评价:经过“四方联动”帮扶后,76.2%的受访者认为目前的

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.