

基层治理·扶贫专题研究(三)

健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择

汪三贵^{1,2} 刘明月^{1,2}

(1. 中国人民大学农业与农村发展学院; 2. 中国扶贫研究院, 北京 100872)

摘要: 健康扶贫的实施效果直接影响精准扶贫目标的实现, 是打赢脱贫攻坚战的关键之举。文本在分析“因病致贫、返贫”发生机理和健康扶贫作用机理的基础上, 梳理现有健康扶贫的主要措施, 探析健康扶贫的实施困境, 并提出相应的对策建议。研究发现, 健康扶贫实施效果显著, 但在实施中部分贫困地区还存在健康扶贫目标理念偏差、医疗保障水平过高、部分政策利用率较低、医疗机构过度治疗和部门机构衔接机制不完善等问题, 抑制健康扶贫的实施效果。可通过加强公共卫生和疾病防控工作、合理确定医疗保障水平、重视基层医疗人才培养、实施代帮代办、加强对医疗机构的监督和约束、完善健康扶贫部门之间的衔接机制等优化健康扶贫政策的实施。

关键词: 精准扶贫; 健康扶贫; 精准脱贫; 乡村振兴

中图分类号: F320.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-9245 (2019) 03-0082-10

DOI: 10.14100/j.cnki.65-1039/g4.20181204.001

一、引言

党的十八大以来, 脱贫攻坚取得决定性进展和显著成绩, 贫困人口由2012年底的9899万人减少到2017年底的3046万人, 5年减少贫困人口6853万人, 年均减少1370万人^①。虽然农村贫困人口不断减少, 但因病致贫、返贫在建档立卡贫困户中的占比居高不下。国务院扶贫办公布的数据显示, 截至2013年, 因病致贫、返贫的贫困户在建档立卡贫困户中占到42.2%; 截至2015年底, 因病致贫、返贫的贫困户在建档立卡贫困户中占

到44.1%^②。在所有致贫因素中, 因病致贫是排在第一位的, 对贫困户的影响远大于其他致贫因素。可见, 因病致贫、返贫是我国农村贫困人口主要的致贫原因, 是精准扶贫的“拦路虎”。防止因病致贫、返贫, 实施健康扶贫是打赢脱贫攻坚战、实现农村贫困人口脱贫的重大举措, 也是精准扶贫、精准脱贫基本方略的重要实践。中央提出的脱贫标准是稳定解决贫困家庭和人口的“两不愁、三保障”问题, 而保障基本医疗是“三保障”的核心内容。实施健康扶贫就是要瞄准因病致贫、返贫的家庭, 整合现有医疗保障政策、资金项目、

收稿日期: 2018-11-25

基金项目: 本文系国家社科基金重大项目“实施精准扶贫、精准脱贫的机制与政策研究”(15ZDC026)、中国博士后科学基金项目“产业扶贫的实施效果评估及长效机制研究”(2017M620996)的阶段性成果。

作者简介: 汪三贵, 中国人民大学农业与农村发展学院教授, 中国扶贫研究院院长; 通讯作者: 刘明月, 中国人民大学中国扶贫研究院博士后。

① 中华人民共和国中央人民政府:《脱贫攻坚取得决定性进展从“打赢”向“打好”转变——国务院扶贫办主任刘永富谈打好精准扶贫攻坚战》, http://www.gov.cn/xinwen/2018-03/07/content_5272026.htm。

② 《卫计委: 因病致贫、返贫将长期存在需“靶向治疗”》, 央视网, <http://news.cctv.com/2017/04/21/ARTIMutulyoOyzG8d7aE9AKz170421.shtml>。

人才技术等综合施策,精准救治,切实解决贫困人口看不起病、看不起病从而导致因病致贫、返贫的问题^①。近年来,我国越来越重视健康扶贫在脱贫攻坚中的作用,《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》中提出“要实施健康扶贫工程,保障贫困人口享有基本医疗卫生服务,努力防止因病致贫、返贫”^②,国家15个部委联合印发的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,更是明确提出了完善医疗保障、推进健康扶贫的要求^③。健康扶贫政策的有效实施,直接影响贫困户基本医疗的保障和精准扶贫政策的实施效果。因此,分析健康扶贫的作用机制,梳理健康扶贫的主要政策和措施,探究实施中存在的问题和困境,对于完善健康扶贫政策、打赢脱贫攻坚战、推进全面建成小康社会具有重要意义。

健康扶贫政策实施后,引起了学者们的关注。陈成文^④对健康扶贫观进行解读,认为如何提升健康扶贫政策的契合度,是实施精准扶贫战略的关键环节。部分学者对健康扶贫的反贫困机制进行了研究,如潘文轩^⑤基于家庭人均相对收入函数的数理分析,从收入与支出两个维度揭示了医疗保障反贫困的作用路径与机制。翟绍果和严锦航^⑥认为健康扶贫通过降低农村居民的健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性,斩断“贫困—疾病”恶性循环传递链条,化解因病致贫、返贫的现实困境^⑦。还有学者对健康扶贫的反贫困效果进行评估,发现我国推行医疗保险全覆盖,对于抑制“因病致贫、因病返贫”具有良好的政策效应^⑧;医疗保险、大病保险、医疗救助“三重医疗保障”的反贫困效果显著,减

贫功能从高至低依次为新农合(城乡居民基本医疗保险)、大病保险、医疗救助^⑨。而鲍震宇和赵元凤^⑩得出不同结论,认为住院统筹保险可使农村居民贫困发生率降低5%—7%;然而门诊统筹保险目前不具备减贫作用;多重医疗保障虽然具有减贫效果但结果尚不稳健。此外,部分学者就如何发挥好健康扶贫的反贫困作用提出优化路径,如有效提升健康扶贫政策与疾病型农村贫困人口需求的契合度^⑪、构筑“四重医疗保障”反贫困政策体系^⑫、实现健康贫困的协同治理^⑬。

总体而言,目前关于健康扶贫的研究较少,现有的研究主要集中在健康扶贫的反贫困机制、反贫困效果和路径优化方面,且路径优化主要从理论上分析,结合现有健康扶贫实施中存在的问题进行分析的较少。分析健康扶贫的作用机理,可为剖析健康扶贫实施困境及解决困境提供理论依据。梳理健康扶贫的主要措施,了解健康扶贫的实施现状是剖析健康扶贫实施困境及解决困境的基础。基于此,本文首先在理论上分析“因病致贫、返贫”的发生机理和健康扶贫的作用机理,其次梳理健康扶贫的主要措施,进而探究健康扶贫实施中的困境,为完善健康扶贫政策、实现农村贫困人口脱贫的重大举措提供对策建议。

二、健康扶贫的理论分析框架

(一) 因病致贫、返贫的发生机理

因病致贫、返贫是指因为疾病或健康不佳使农户家庭收入减少或收入能力下降,从而陷入贫困或

①④⑩陈成文:《牢牢扭住精准扶贫的“牛鼻子”——论习近平的健康扶贫观及其政策意义》,《湖南社会科学》,2017年第6期。

②国务院扶贫开发领导小组办公室:《中共中央 国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》,http://www.cpad.gov.cn/art/2015/11/29/art_1742_61.html。

③国家卫生健康委员会财务司:《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,http://www.nhfpc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml。

⑤潘文轩:《医疗保障的反贫困作用与机制设计》,《西北人口》,2018年第4期。

⑥翟绍果、严锦航:《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》,《西北大学学报》,2018年第3期。

⑦左停、徐小言:《农村“贫困—疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设》,《西南民族大学学报》,2017年第1期。

⑧谢远涛、杨娟:《医疗保险全覆盖对抑制因病致贫返贫的政策效应》,《北京师范大学学报》,2018年第4期。

⑨仇雨临、张忠朝:《贵州少数民族地区医疗保障反贫困研究》,《国家行政学院学报》,2016年第3期。

⑩鲍震宇、赵元凤:《农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于PSM的实证分析》,《江西财经大学学报》,2018年第1期。

⑫张仲芳:《精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究》,《探索》,2017年第2期。

⑬翟绍果:《健康贫困的协同治理:逻辑、经验与路径》,《治理研究》,2018年第5期。

脱贫后重新陷入贫困^①。当家庭成员患病时，会影响家庭的经济状况和人力资本状况，进而影响家庭抵抗疾病风险的能力，本文主要从家庭经济状况和人力资本状况两个方面阐述因病致贫、返贫的发生机理。

当家庭成员患病时，最直接的是家庭的经济状况。首先表现为家庭支出的增加，一方面是患者就医看病所花费的门诊费、检查费、医药费、住院费等医疗费用；另一方面则是患者就医看病所花费的交通费、营养费、康复费、保健品费、家属的住宿费等相关费用^②。其次表现为家庭收入的减少。患者因自身患病导致工作能力降低或丧失，从而使家庭收入减少；另一方面患者家庭成员因照顾患者而减少劳动时间，从而使家庭收入减少^③。再次表现为家庭资产的减少。农村家庭在面对医疗费用时，最初反应是减少家庭支出，动用已有现金来应对。当家庭的现金不足以支付医疗费用时，家庭往往会采取动用家庭储蓄、借款、变卖家畜、农具、土地、房屋等家庭资产来应对，从而减少家庭资产。

当家庭成员患病时，会影响家庭的人力资本状况。人力资本理论认为，健康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^④。首先，当家庭成员患病时，会降低患者自身的人力资本。对于患者来说，生病会影响患者的劳动能力，降低家庭近期收入，另外某些疾病还会影响患者未来接受教育和培训的机会，可能会长期影响家庭收入^⑤。其次，家庭成员患病时，会降低家庭其他成员的人力资本。当家庭无力支付医疗费用，家庭基本生活得不到保障时，会影响家庭的各方面投资。一方面会减少家庭的食物营养支出，降低对其他家庭成员的健康投资，增加其健康脆弱性；另一方面是减少家庭其他成员的教育投资，要求子女退学进入劳动力市场，或减少家庭其他成员的就业培训等，降低对其他家庭成员的人力资本投资，影响家庭的长远发展能力，从而会长期对家庭收入产生不利影响^⑥。

(二) 健康扶贫的作用机理

健康扶贫通过降低贫困人口的经济脆弱性和健

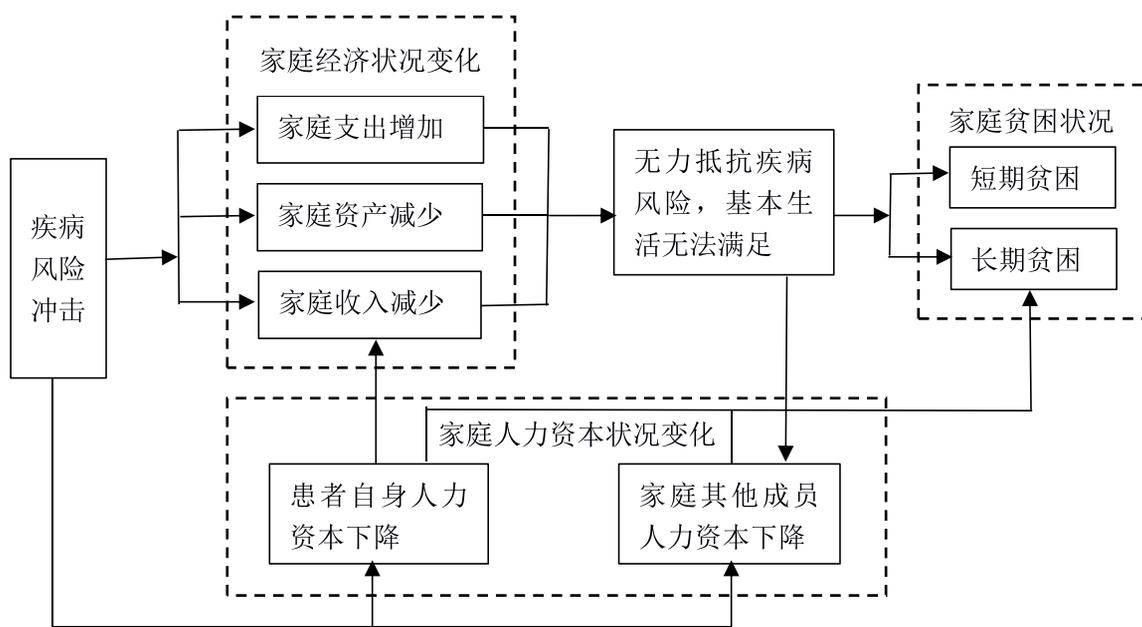


图1 因病致贫、返贫发生机理图

①③⑥洪秋妹、常向阳:《我国农村居民疾病与贫困的相互作用分析》,《农业经济问题》,2010年第1期。
 ②⑤左停、徐小言:《农村“贫困—疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设》,《西南民族大学学报》,2017年第1期。
 ④张仲芳:《精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究》,《探索》,2017年第2期。

康脆弱性，斩断“疾病—贫困—疾病”的恶性循环，进而化解“因病致贫、返贫”的现实困境^①。本文主要从经济脆弱性和健康脆弱性两个方面对健康扶贫的作用机理进行阐述。

健康扶贫可减轻患者家庭的医疗负担，降低家庭的经济脆弱性。很多农户家庭因病致贫、返贫，主要表现为疾病造成家庭支出急剧增大，严重超出家庭累积收入的承受范围，致使其实际生活水平长期处于一种绝对贫困的状态^②。首先，健康扶贫通过基本医疗保险、医疗救助、商业保险等措施，降低患者家庭直接的疾病经济负担。对于患者而言，多重医疗保障措施可以降低其就医看病所花费的门诊费、检查费、医药费、住院费等医疗费用；对于患者家庭成员而言，健康扶贫对残疾人口生活照料和康复护理给予一定的补贴，缓解家庭成员因为照顾残疾人而减少劳动时间造成的收入损失，提高家庭应对疾病风险冲击的经济能力。其次，健康扶贫通过整合制度资源，实行先诊疗后付费、一站式结算等，减轻患者家庭间接的疾病经济负担，进而提高其应对疾病风险冲击的经济能力。整体来说，健康扶贫通过多重医疗保障和制度资源整合等途径，提高患者家庭应对疾病风险冲击的经济能力，防止患者因无力

承担医疗费用而延缓治疗或放弃治疗导致“小病拖成大病、大病拖成不治之症”现象的发生，降低因病致贫、返贫的概率。

健康扶贫可提升贫困户家庭的健康能力，降低家庭的健康脆弱性。医疗卫生资源的公平性配置是医疗卫生服务水平提升的基础，也是贫困户家庭提升健康能力的重要保障。首先，健康扶贫通过提升贫困地区医疗服务水平，从而降低贫困户的健康脆弱性^③。健康扶贫通过实施贫困地区县级医院、乡镇卫生院、村卫生室标准化建设，加强基层医疗卫生人才队伍建设和能力建设、促进对口帮扶和远程医疗等措施进一步完善，促进健康资源在存量、结构和空间分布上的均等化，提高贫困农户的健康资源可及性，提高贫困农户及时接受医疗服务的比例并改善医疗服务的质量，从而提高救治效果。其次，健康扶贫加强环境卫生综合整治，有效提升贫困地区人居环境质量。健康扶贫通过加快农村厕所建设进程、实施农村饮水安全巩固提升工程、推进农村垃圾污水治理等措施，统筹治理贫困地区环境卫生问题，从源头上控制疾病风险。再次，健康扶贫有助于通过加强贫困户家庭的健康管理，降低其家庭的健康脆弱性。健康扶贫通过为贫困人口建立健康档案，分类救治，推行签约服务，加强健

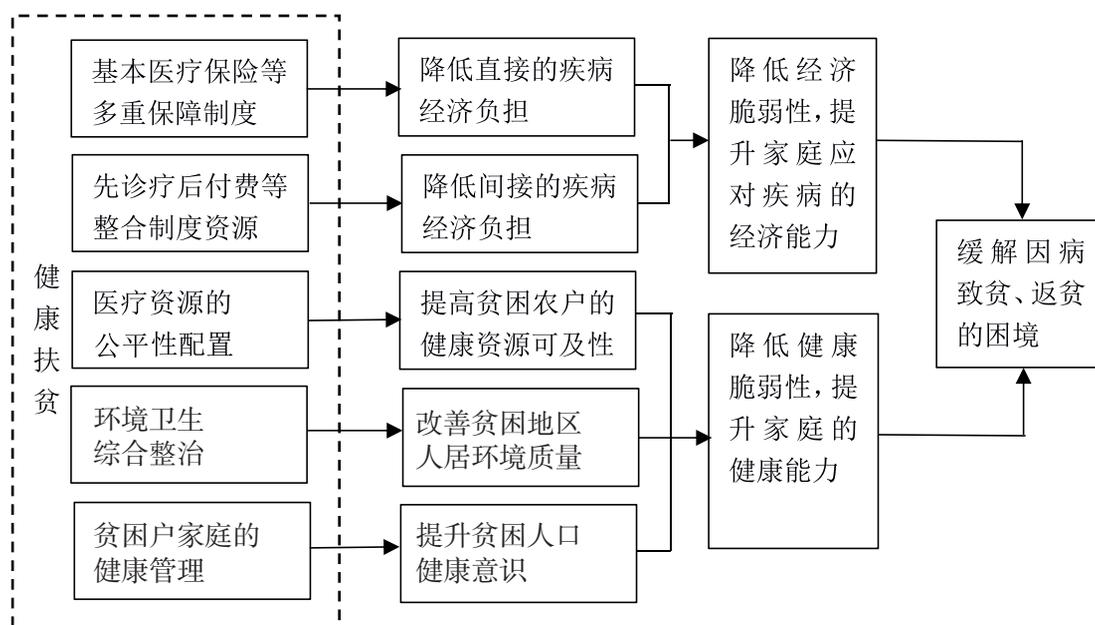


图2 健康扶贫作用机理图

①②③翟绍果、严锦航：《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》，《西北大学学报》，2018年第3期。

康宣传教育工作等,提升贫困人口健康意识,改变贫困人口不科学的就医观念,提高贫困人口预防疾病的能力。

三、健康扶贫的主要措施

习近平总书记指出,没有全民健康就没有全面小康。党的十八届五中全会作出了“推进健康中国建设”的决策部署,把推进健康中国建设提升为国家战略。2015年11月,《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》中提出“要开展医疗保险和医疗救助脱贫,实施健康扶贫工程,保障贫困人口享有基本医疗卫生服务,努力防止因病致贫、返贫”^①。“十三五”时期是全面建成小康社会的决胜阶段,是全面推进健康中国建设的开局起步阶段。2016年6月,15个国家部委联合印发的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,更是明确提出了完善医疗保障、推进健康扶贫的要求,提出要“针对农村贫困人口因病致贫、因病返贫问题,突出重点地区、重点人群、重点病种,进一步加强统筹协调和资源整合,采取有效措施提升农村贫困人口医疗保障水平和贫困地区医疗卫生服务能力,全面提高农村贫困人口健康水平,为农村贫困人口与全国人民一道迈入全面小康社会提供健康保障”^②。健康扶贫工程包含的政策很多,核心内容是要让贫困地区的农村贫困人口“看得起病、方便看病、看得好病、少生病”,因此需要综合施策,形成政策合力,有效防止“因病致贫、返贫”现象的发生^③。

(一) 提高医疗保障水平,让贫困农户看得起病

农户家庭无力承担高额医疗费用是导致其“因病致贫、返贫”的主要原因。看得起病是方便看病、看得好病的前提条件,若看得起病不能满足,方便看病和看得好病更无从谈起。现有健康扶贫主要通过提高医疗保障水平和控制医疗费用来解决贫困农户看不起病的问题。

在提高医疗保障水平方面,重点是建立基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、医疗救助等制

度的广覆盖和衔接机制,发挥协同互补作用,形成保障合力。主要包括以下几个方面:一是新型农村合作医疗(或城乡居民基本医疗保险)覆盖所有农村贫困人口并实行政策倾斜。保险费个人缴费部分按规定由财政给予全额或部分补贴,确保每一个贫困人口都能享受基本医疗保障。在贫困地区全面推行门诊统筹,同时提高政策范围内贫困人口住院费用报销比例,使基本医疗保障向建档立卡贫困人口倾斜。二是加大对大病保险的支持力度,通过政策性大病保险和商业性大病补充保险使贫困人口患目录内的大病能得到救治。通过逐步降低大病保险起付线、提高大病保险报销比例等,实施更加精准的支付政策,提高贫困人口受益水平。三是加大医疗救助力度,将农村贫困人口全部纳入重特大疾病医疗救助范围,减轻重大疾病给贫困家庭造成的经济负担。四是对突发重大疾病暂时无法获得家庭支持、基本生活陷入困境的患者,加大临时救助和慈善救助等帮扶力度。五是符合条件的残疾人医疗康复项目按规定纳入基本医疗保险支付范围,提高农村贫困残疾人医疗保障水平^{④⑤}。

在控制医疗费用方面,通过实施支付方式改革、先诊疗后付费、分级诊疗等措施,彻底解决贫困家庭因筹集不到足够的医疗费用而放弃治疗,从而不能充分享受基本医疗服务的问题,并且大幅度减轻贫困人口家庭看病就医的经济负担。主要包括以下几个方面:一是扎实推进支付方式改革,强化基金预算管理,完善按病种、按人头、按病床日付费,尽量使用目录内的药物等多种方式相结合的复合支付方式,有效控制医疗总费用。二是实行县域内农村贫困人口先诊疗后付费的结算机制。贫困患者在县域内定点医疗机构住院实行先诊疗后付费,定点医疗机构设立综合服务窗口,实现基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、医疗救助“一站式”信息交换和即时结算,贫困患者只需在出院时支付自付部分的医疗费用,从而大大降低了贫困人口看病的门槛并免除了看病后复杂的报销手续。三是推进贫困地区分级诊疗制度建设,加强贫困地区县域内常见病、多发病

① 国务院扶贫开发领导小组办公室:《中共中央 国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》, http://www.cpad.gov.cn/art/2015/11/29/art_1742_61.html.

②③④ 国家卫生健康委员会财务司:《关于实施健康扶贫工程的指导意见》, <http://www.nhfpc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>.

⑤ 王培安:《全面实施健康扶贫工程》,《行政管理改革》,2016年第4期。

相关专业和有关临床专科建设，探索通过县乡村一体化医疗联合体等方式，提高基层服务能力，到2020年使县域内就诊率提高到90%左右，基本实现大病不出县^{①②}。由于在乡镇卫生院和县级医疗机构看病报销比例更高，县内就医也能有效减轻贫困患者自付的医疗费用。

（二）推动城乡医疗服务均等化，让贫困农户方便看病

贫困地区缺少优质的医疗服务，导致贫困农户患病需要去城市医院就诊，这不仅增加了贫困家庭的医疗负担，也会导致城市医院人满为患。推动医疗卫生资源下沉和城乡医疗服务均等化，是解决贫困农户看病难问题的主要途径。首先，健康扶贫加强贫困地区医疗卫生服务机构标准化建设。实施贫困地区县级医院、乡镇卫生院、村卫生室标准化建设，使每个连片特困地区县和国家扶贫开发工作重点县达到“三个一”目标；进一步完善贫困地区公共卫生服务网络，以重大传染病、地方病和慢性病防治为重点，加大对贫困地区疾控、妇幼保健等专业公共卫生机构能力建设的支持力度；加强贫困地区远程医疗能力建设，实现县级医院与县域内各级各类医疗卫生服务机构互联互通；积极提升贫困地区中医药服务水平，充分发挥中医医疗预防保健特色优势^{③④}。

其次，健康扶贫实施全国三级医院与贫困县县级医院一对一帮扶来实现城乡医疗服务均等化，缓解贫困地区高水平医院管理人才和医务人员严重短缺的问题，提高贫困县医疗服务水平。采取“组团式”帮扶方式，向被帮扶医院派驻1名院长或副院长及相关医务人员进行蹲点帮扶，重点加强近三年县外转出率前5-10个病种的相关临床和辅助科室建设，推广适宜县级医院开展的医疗技术；定期派出医疗队，为农村贫困人口提供集中诊疗服务；采取技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，提高被帮扶医院的服务能力；建立帮扶双方远程医疗平台，开展远程医疗服务。

最后，健康扶贫强化人才综合培养，建立有效的激励机制。允许贫困地区先行探索制订公立医院

绩效工资总量核定办法，合理核定医疗卫生机构绩效工资总量，结合实际确定奖励性绩效工资的比例，调动医务人员积极性；制订符合基层实际的人才招聘引进办法，落实贫困地区医疗卫生机构用人自主权；加强乡村医生队伍建设，分期分批对贫困地区乡村医生进行轮训；通过支持和引导乡村医生按规定参加职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险，以及采取补助等多种形式，进一步提高乡村医生的养老待遇^{⑤⑥}。

（三）建档立卡，精准救治，让贫困农户看得好病

要让贫困农户看得好病，不仅需要把健康扶贫落实到人，还要精准到病。一方面，健康扶贫为贫困人口建档立卡，开展签约服务。对贫困人口进行全面体检和疾病筛查，优先为每人建立1份动态管理的电子健康档案，建立贫困人口健康卡，推动基层医疗卫生机构为农村贫困人口家庭提供基本医疗、公共卫生和健康管理等签约服务。另一方面，对贫困患者实施分类救治。能一次性治愈的，组织专家集中力量实施治疗；需要住院维持治疗的，由就近具备能力的医疗机构实施治疗；需要长期治疗和康复的，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^{⑦⑧}。

（四）加强贫困地区公共卫生和疾病防控工作，让贫困农户少生病

让贫困农户少生病，需要全面深化医疗卫生体制改革，需要推进基本医疗卫生制度建设，做好贫困地区公共卫生与疾病防控工作^⑨。首先，健康扶贫可提升贫困地区人居环境质量。将农村改厕与农村危房改造项目相结合，加快农村卫生厕所建设进程；加强农村饮用水和环境卫生监测、调查与评估，实施农村饮水安全巩固提升工程；推进农村垃圾污水治理，综合治理大气污染、地表水环境污染和噪声污染。

其次，健康扶贫可加大贫困地区慢性病、传染病、地方病防控力度。扩大对癌症、严重精神障碍患者筛查登记；综合防治大骨节病和克山病等重点地方病；加大人畜共患病防治力度，基本控制西部

①③⑤⑦国家卫生健康委员会财务司：《关于实施健康扶贫工程的指导意见》，<http://www.nhfpc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>。

②④⑥⑧王培安：《全面实施健康扶贫工程》，《行政管理改革》，2016年第4期。

⑨陈成文：《牢牢扭住精准扶贫的“牛鼻子”——论习近平的健康扶贫观及其政策意义》，《湖南社会科学》，2017年第6期。

农牧区包虫病流行;加强对结核病疫情严重的贫困地区防治工作的业务指导和技术支持,开展重点人群结核病主动筛查,规范诊疗服务和全程管理;在艾滋病疫情严重的贫困地区建立防治联系点,加大防控工作力度。

再次,健康扶贫能强化贫困地区妇幼健康工作。在贫困地区全面实施免费孕前优生健康检查、农村妇女增补叶酸预防神经管缺陷、农村妇女“两癌”筛查、儿童营养改善、新生儿疾病筛查等项目,推进出生缺陷综合防治,做到及早发现、及早治疗。

最后,健康扶贫能促进健康和健康教育工作,广泛宣传居民健康素养基本知识和技能,提升农村贫困人口健康意识,使其形成良好卫生习惯和健康生活方式^{①②}。

四、健康扶贫的实施困境

健康扶贫政策的实施大大缓解了贫困人口因病致贫、因病返贫的风险,减轻了贫困家庭的经济负担,为稳定脱贫打下了良好的基础。但健康扶贫政策实施过程中也暴露了一些问题,在重治轻防、财政负担、受益不均等、医疗资源的过度利用和负向激励等方面出现了困境。

(一) 部分贫困地区健康扶贫目标理念出现偏差

健康扶贫的目标不仅在于降低贫困人口就医的经济负担,使贫困人口看得起病、方便看病和看得好病,还在于瞄准减少健康风险源,提高贫困人口预防疾病的能力,使贫困人口少生病。当前部分贫困地区健康扶贫政策对健康风险因素消除的关注度不够,更多强调事后补偿,即以降低直接疾病负担为目标,依靠事后补救的消极救助手段,无法从根本上解决因病致贫、返贫问题。例如,部分贫困地区的健康扶贫明确规定了贫困人口的实际报销比例不得低于90%,有些地方规定贫困家庭的医疗自付部分不超过3000元,但对于贫困地区健康风险源的规避、医疗服务的供给效率和质量标准却没有作出规定^③。究其原因主要是部分贫困地区追求的健康扶贫理念出现偏差,过多关注降低贫困人口看

病就医负担等健康扶贫的短期目标,忽视提高贫困人口预防疾病能力等健康扶贫的远期规划。如果影响贫困人口的健康风险因素未消除,预防疾病的能力未提升,就无法通过健康扶贫真正实现贫困人口持续稳定脱贫,甚至可能出现因医疗保障的兜底政策而鼓励不健康的生活习惯和行为。

(二) 部分贫困地区医疗保障水平过高

对贫困人口医疗保障水平过高,是贫困地区一个比较普遍的现象。一些贫困地区对贫困人口就医实施多重保障,除了基本医疗保险和大病保险,还有大病补充保险和大病救助,甚至将目录外的病种和医疗支出也纳入保障范围,从而导致医疗保障水平过高。例如,在贫困县的抽样调查中发现,经过多重医疗保障报销后,16.67%的样本脱贫户看病就医自付金额为负值,这意味着当地的医疗保障水平过高,出现脱贫户看病不仅不花钱还挣钱的现象。究其原因,一是地方政府对健康扶贫目标理解有偏差,把中央确定的保障基本医疗的目标扩大为全面医疗保障,并且把降低贫困家庭医疗支出负担作为主要政策目标,导致农村贫困人口大病救治力度过大,费用减免超过财政负担能力,脱离现阶段的经济水平。二是各级地方政府和健康扶贫专业部门等对健康扶贫的政策要求进行“加码加价”,不断提高当地贫困人口住院就医费用的报销比例,不仅使贫困人口住院就医自付费用较少,加之住院交通补贴、误工补贴等,导致出现看病不花钱还赚钱的现象。过高的医疗保障水平不仅诱使贫困户小病大看、延长不必要的住院时间等过多占用医疗资源现象的出现,还会加大当地政府的财政负担,加剧贫困户和非贫困户之间的矛盾。

(三) 部分健康扶贫政策利用率较低

现有健康扶贫包含的政策较多,在政策保障过度的情况下,政策宣传力度不够,实施过程中出现偏差,精准度不够,出现部分贫困人口占用资源过多而另一部分贫困人口政策的利用率较低,进而影响健康扶贫的实施效果和健康扶贫目标的实现。比如家庭医生签约服务,虽然每个贫困户都有签约的家庭医生,但实际上真正享受到家庭医生提供的医

①国家卫生健康委员会财务司:《关于实施健康扶贫工程的指导意见》, <http://www.nhfpc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>。

②王培安:《全面实施健康扶贫工程》,《行政管理改革》,2016年第4期。

③翟绍果、严锦航:《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》,《西北大学学报》,2018年第3期。

疗服务的贫困户较少，签约服务在一些地方只是一种形式，没有实际服务内容。究其原因，一方面是基层医疗人才缺乏。贫困地区环境恶劣、薪酬待遇不高等原因，导致多数医疗人才不愿意到基层去，以致部分健康扶贫政策无法顺利推进，也无法达到理想中的效果。另一方面是受自身能力限制，贫困户无法利用部分健康扶贫政策。健康扶贫政策多且繁杂，虽然村支书、帮扶干部等多次进行宣传，但部分贫困户只知道健康扶贫政策优惠，却不知道该如何使用，加上部分地区还没有实施一站式结算服务，更加剧了这种现象，以致部分基本健康扶贫政策的利用效率较低。现有健康扶贫政策若无法使贫困户受益，会影响贫困人口稳定脱贫目标的实现。

（四）部分贫困地区医疗机构过度治疗问题严重

贫困人口“因病致贫、返贫”，除了因为患者家庭抵抗健康风险冲击的能力弱外，医院的过度治疗也会加重健康风险的冲击力度，加大贫困农户“因病致贫、返贫”的概率。医疗本是公益行业，但在部分贫困地区却变为盈利行业，出现医生开大处方、大检查等过度治疗行为。究其原因，一方面是医疗机构不承担贫困家庭的医疗费用，没有控制费用的动机。相反，贫困人口的就医看病费用直接跟医疗机构的效益挂钩，直接影响医生的绩效，在自身利益的驱使下，部分地区医疗机构难免会发生过度治疗现象。另一方面是对医疗机构缺少有效的监管。部分贫困地区未对医生开的处方、患者治疗方案、目录外药品使用情况进行复查，导致部分医生提供额外的医疗服务，增加贫困人口看病的医疗费用。在现有健康扶贫的政策下，过度医疗行为所增加的医疗费用通过多重保障转嫁给各地的财政资金，增大当地政府的财政压力。过度医疗行为也会使贫困户占用过多医疗资源，降低非贫困户对医疗资源的合理利用。

（五）部分贫困地区健康扶贫部门间的衔接机制不完善

健康扶贫涉及扶贫部门、人社部门、民政部门、卫生计生部门、残联妇联以及一些社会组织和协会等，各个部门之间的互动方式、衔接机制等直接影响健康扶贫的实施效果。目前，部门间尚未建立起统一的协调合作的衔接机制，基本上是上级健

康扶贫任务经过分解后，各个部门单打独斗，利益纠葛复杂，甚至出现部门利益的博弈^①。首先，各个部门对于保障人群、保障方式、待遇标准等都有独立的政策规定，导致健康扶贫政策出现“重复保障”和“保障盲点”并存的现象^②。其次，部分贫困地区贫困人口的健康信息、收入信息等尚不能在各个部门之间实现共享，这将降低健康扶贫的工作效率，增加健康扶贫的实施成本，影响健康扶贫工作的顺利开展。再次，部分地区各个部门各自为政、互不衔接，尤其是在医疗保障经办方面，贫困人口看病报销不便，增加贫困人口住院就医的负担，也会导致健康扶贫的合力不强，影响健康扶贫的实施效率与效果。

五、结论与政策建议

本文在分析“因病致贫、返贫”发生机理和健康扶贫作用机理的基础上，梳理健康扶贫的主要措施，进而探究健康扶贫实施中存在的问题。虽然现有健康扶贫政策实施效果显著，但在实施中还存在部分贫困地区健康扶贫目标理念偏差、医疗保障水平过高、部分健康扶贫政策利用率较低、部分贫困地区医院过度治疗问题严重、健康扶贫部门间衔接机制不完善等问题，抑制健康扶贫政策扶贫效果的发挥。针对以上问题，本文提出以下对策建议：

（一）加强贫困地区公共卫生和疾病防控工作

贫困地区要紧紧围绕健康扶贫的目标理念，不仅降低贫困人口就医的经济负担，更要加强贫困地区公共卫生和疾病防控工作，斩断“因病致贫、返贫”的源头，从而实现贫困人口稳定脱贫的目标。一是要加大贫困地区公共卫生建设的资金投入。改变部分贫困地区将大量资金投入到医院的事后补偿中，加大对贫困地区事前预防的投入力度，从大健康的角度出发把更多的资金用于改善贫困地区的生产生活条件，提升贫困地区人居环境质量。二是要提高贫困人口健康管理的实施效率和质量，使部分贫困地区的健康管理工作不仅仅是停留在形式上，更要发挥真正的作用，如对贫困人口的疾病实行精准识别，分级分类管

①孙向谦：《完善医疗保障扶贫在健康扶贫中的作用探讨——基于山西省X贫困县基本情况》，《劳动保障世界》，2017年第12期。

②翟绍果、严锦航：《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》，《西北大学学报》，2018年第3期。

理,加大对重大疾病和地方病的防控,对慢性病家庭签约服务。三是要改变贫困人口的健康观念。通过宣传栏、海报等喜闻乐见的方式,加强对贫困人口的健康教育,提升贫困人口对健康知识的知晓率,改变其不良的生活习惯,形成健康的生活方式。探索将生活习惯与差异化报销相联系的机制,激励有利于健康的行为方式。

(二) 合理确定健康扶贫医疗保障水平,避免层层加码

贫困人口的医疗保障水平不能过低,否则将影响健康扶贫目标的顺利实现。但贫困人口的医疗保障水平也不能过高,否则会刺激过度医疗、增加财政压力和激化社会矛盾。这就需要贫困地区在保证健康扶贫质量的前提下,适度提高贫困人口的医疗保障水平。一方面,贫困地区要正确理解健康扶贫内涵,要明确基本医疗服务是保“基本”,大幅减轻贫困人口就医费用并不意味着贫困人口不花钱,合理确定健康扶贫的给付比例,既要满足健康扶贫目标的实现,又要防止道德风险带来的危害。另一方面,贫困地区要理性对待健康扶贫,严格按照“两不愁、三保障”要求安排部署工作,达到“保障贫困人口基本医疗需求”的标准即可,即贫困人口的一般疾病和常见病要能看得好,大病和慢性病得到合理的救助。坚决防止各级政府“加码加价”,确保健康扶贫政策具有财政上的可持续性和不同群体之间的公平性。

(三) 重视基层医疗人才培养,实施代帮代办

部分健康扶贫政策的利用率较低主要是因为基层医疗人才缺乏和贫困人口自身能力有限,从而使部分基本的健康扶贫政策在实施过程中没有落地。在控制保障标准的情况下,要通过人才培养和机制的创新使健康扶贫政策有效实施。一方面,贫困地区应加强基层医疗人才队伍建设,特别是重视乡村两级医疗人才培养,吸引优秀医疗人才去基层医疗单位工作,在工作待遇和晋升等方面建立并完善基层医疗人才激励机制,留住基层医疗人才,为健康扶贫的顺利开展提供人才保障,从而提高健康扶贫政策的利用效率和扶贫成效。另一方面,贫困地区应加强健康扶贫政策的宣传力度,使更多贫困人口了解健康扶贫政策的内容、报销流程等,提高贫困人口的政策知晓率。对于能力较弱的贫困人口,可

实施帮扶干部、村干部、党员等代帮代办的方式,帮其办理住院就医手续、报销住院就医费用等,提高贫困人口对健康扶贫政策的利用率。全面推行一站式服务也是提高利用率的有效手段。目前健康扶贫政策的重点不是过度提高保障标准,而是使更多的贫困人口从健康扶贫中受益,进而推进健康扶贫目标的实现。

(四) 加强对医疗机构的监督和约束,防止过度治疗

健康扶贫通过基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业救助等多重保障来降低贫困人口的自付费用,但由于部分贫困地区医疗机构不参与多重保障,加上医生收入与处方值挂钩,容易出现大处方、大检查等过度治疗行为。为防止部分贫困地区医疗机构出现过度治疗现象,可让医疗机构参与贫困人口医疗费用减免的多重保障中,让其承担一定比例的减免费用,医疗费用越高,医疗机构负担的也越多。通过将医疗机构纳入费用负担的利益机制安排,在一定程度上抑制医疗机构过度治疗的行为。例如:山东省某县在实施健康扶贫过程中采取医疗机构兜底减免和再减免的措施以应对医院过度治疗的问题,取得了积极成效。其次,贫困地区在开展健康扶贫工作的过程中,要加强对医疗机构的监督管理。可通过加强检查和复查医生处方、患者治疗方案、目录外药品使用情况等方式来规范医院治疗问题,防止医疗机构过度治疗行为的发生,提高健康扶贫的实施效率和实施效果。

(五) 完善健康扶贫部门间的衔接机制

健康扶贫部门之间信息不互通,各自为政,分而治之等不仅造成健康扶贫资源的浪费,还影响健康扶贫的利用效率和实施效果。加强健康扶贫部门之间的衔接,既包括每种保障制度上的衔接,也应包括管理上的衔接。制度上的衔接有城乡居民基本医疗保险与医疗救助的衔接、城乡居民基本医疗保险与商业保险的衔接、初级卫生保健与城乡居民基本医疗保险的衔接等,避免出现重复保障和保障盲点。管理上的衔接包括统一法律政策、统一信息平台 and 实施一站式服务等^①。一方面,建立统一、多层次的健康扶贫信息平台,促进信息及时交换和共享。精准识别、建档立卡是健康扶贫工作开展的重

^①左停、徐小言:《农村贫困—疾病恶性循环与精准扶贫中链式保障体系建设》,《西南民族大学学报》,2017年第1期。

要依据，实现健康扶贫各部门在贫困人口收入、健康等信息的互通，可提高健康扶贫识别的精准性，也可提高健康扶贫的工作效率。另一方面，推动贫困地区的一站式服务进程，增加贫困人口看病的便利性，减少贫困人口看病就医的间接费用，增加健康扶贫的利用率和实施效果。

总之，健康扶贫影响面广，是打赢脱贫攻坚战、确保“两不愁、三保障”的关键环节。今后三年健康扶贫政策调整的基本方向是适度降低保障水平，提高政策的利用率，让贫困人口充分享受基本和可持续的健康和医疗政策支持，不断改善贫困人口的健康状况，为稳定脱贫和乡村振兴提供人力资本。

Mechanism, Implementation Dilemma and Policy Choice of Health Poverty Alleviation

WANG San-gui^{1,2} LIU Ming-yue^{1,2}

(1. School of Agricultural Economics and Rural Development ; 2.China Poverty Alleviation Research Institute, Renmin University of China, Beijing 100872)

Abstract : The implementation of health poverty alleviation policy directly affects the realization of targeted poverty alleviation goals, and thus it is also the key measure to win the anti-poverty war. Based on the analysis of the occurrence mechanism of “poverty caused by disease and return-to-poverty caused by disease” and the mechanism of health poverty alleviation policy, this paper summarizes the main measures of health poverty alleviation, analyzes the implementation dilemma of health poverty alleviation, and puts forward corresponding suggestions. The results show that the implementation of health poverty alleviation has significant effect, but there are several problems in the implementation of health poverty alleviation, such as the deviation of the goal and the concept of health poverty alleviation, the excessively high level of medical security, the low utilization rate of some policies, the excessive treatment of medical institutions and the imperfect communication and coordination mechanism between departments, all of which inhibit the implementation effect of health poverty alleviation. So we suggest that the implementation of health poverty alleviation policy can be optimized by strengthening public health and the prevention and control of disease, determining the reasonable level of medical security, training medical personnel at the primary level, implementing the way that helping poor people to handle matters related to health poverty alleviation, strengthening the supervision and restriction on medical institutions, and improving the communication and coordination mechanism among different departments related to health poverty alleviation.

Key words: Targeted Poverty Alleviation ; Health Poverty Alleviation ; Accurate Poverty Alleviation ; Rural Revitalization

[责任编辑:刘成]

[责任校对:周普元]

本期特色栏目作者

AUTHORS FOR SPECIAL ISSUES



胡鞍钢，清华大学国情研究院院长，清华大学公共管理学院教授、博士生导师。兼任“十三五”国家发展规划专家委员会委员等社会职务，是国内外享有盛誉的中国国情研究专家和学术带头人。出版《中国道路与中国梦想》《2020 中国：全面建成小康社会》等各类中英文专著、编著 60 余部，学术论文近 500 篇。

（文章内容详见第 7-17 页）

高启杰，中国农业大学教授、博士生导师，主要研究农村发展与推广、福利经济及创新经济与管理。主持国家级和省部级项目 20 余项，发表论文 100 余篇，出版专著和教材 20 余部。多次获得省部级奖励，是国家级精品课程负责人，被评为北京市高校教学名师。

（文章内容详见第 52-63 页）

杜丽群，北京大学经济学院教授、博士生导师，经济学系副主任，经济思想史专业主任。主持国家社科基金重大项目“中国社会科学词条库（经济学）‘外国经济思想史分支’”，刊发学术论文 70 余篇，出版专著 1 部、合著和译著 10 余部，主持或参与国家社科基金、教育部及其他省部级科研项目 10 余项。

（文章内容详见第 71-81 页）

汪三贵，中国人民大学农业与农村发展学院教授、中国人民大学中国扶贫研究院院长，兼任国务院扶贫领导小组专家咨询委员会委员、中国发展研究基金会学术委员会委员，入选教育部新世纪优秀人才支持计划，全国扶贫开发先进个人，系两项国家社科基金重大项目首席专家。

（文章内容详见第 82-91 页）

左停，中国农业大学人文与发展学院发展管理系教授、博士生导师。兼任国务院扶贫开发领导小组专家咨询委员会委员，中国社会保障学会常务理事、社会救助分会副会长、国际公共资源研究会（IASC）会员。

（文章内容详见第 92-99 页）

高传胜，南京大学政府管理学院教授，国家高端智库“长江产业经济研究院”特约研究员，主要研究社会保障与服务、社会经济发展与治理。主持并完成国家社会科学基金重点项目 1 项、国家自然科学基金项目 2 项和省部级项目多项。

（文章内容详见第 110-121 页）

