

# 我国医疗保障制度推进健康扶贫的探索和成效

赵美英<sup>1\*</sup> 丁一磊<sup>2</sup> 张红培<sup>1</sup> 苗艳青<sup>1</sup>

1. 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

2. 国家医疗保障局 北京 100037

**【摘要】**通过界定贵州、河南、四川的部分地区健康扶贫对象,分析健康扶贫“组合拳”的方案及其效果等,提出了医疗保障制度推进健康扶贫的一些思考:一是健康扶贫不仅要关注当前,还要结合实际关注因病致贫风险人群;二是城乡居民医保是“组合拳”的核心,相对倾斜支持,合理控费更关键;三是加强医疗保障制度间的全过程衔接,切实做好健康扶贫;四是合理确定保障水平,规避道德风险;五是推进健康扶贫关口前移,减少因病致贫和因病返贫是关键。

**【关键词】**医疗保障;健康扶贫;成效

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.04.010

## The exploration and effectiveness of health poverty alleviation based on China's medical security system

ZHAO Mei-ying<sup>1</sup>, DING Yi-lei<sup>2</sup>, ZHANG Hong-pei<sup>1</sup>, MIAO Yan-qing<sup>1</sup>

1. National Health Development Research Center, National Health Commission, Beijing 100044, China

2. National Healthcare Security Administration, Beijing 100037, China

**【Abstract】**This paper analyzes the subject definitions, comprehensive measures and effectiveness on healthy poverty alleviation in Guizhou, Henan and Sichuan provinces. It puts forward some conclusions as follows: firstly, health poverty alleviation need to pay more attention to people who at the risk of poverty caused by illness; secondly, the basic insurance for urban and rural residents do actually play a fundamental role in the comprehensive measures, but cost control is more important than a relatively inclined support; thirdly, it is necessary to strengthen the linkage of the whole progress on comprehensive measures; fourthly, the reimbursement ratio needs to be developed reasonably to avoid moral hazards; and fifth, the disease prevention measures can reduce poverty caused by illness in a long-term change.

**【Key words】**Health security; Health poverty alleviation; Comprehensive measures

2016年6月,为防止因病返贫、因病致贫,保障农村贫困人口享有基本医疗卫生服务,经国务院同意,原国家卫生计生委等15个部门联合印发了《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,提出医疗保障制度推进健康扶贫工作的要求。<sup>[1]</sup>此后,贵州等各省份纷纷出台健康扶贫政策,制定一系列措施推进健康扶贫。<sup>[2]</sup>其中贵州、河南、四川的部分地区,在界定扶贫对象、设计健康扶贫“组合拳”等方面开展了很好的探索,也取得了较好的成效,值得深度剖析。

## 1 基本情况

贵州H县是国家级扶贫县,户籍人口为82万,贫困乡镇8个,占总乡镇数量的29.6%,贫困村259个,占村总量的55.7%;2015年底农民人均纯收入6578元<sup>[3]</sup>;河南W县总人口74万,有35个贫困村,占村总量的10%;农民人均纯收入14037元<sup>[4]</sup>;四川X县是全国扶贫县,总人口72.34万,全县有贫困村90个,贫困户20394户、贫困人口79709人,约占总人口的11%;农村居民可支配收入为9907元。<sup>[5]</sup>

\* 基金项目:国家卫生健康委委托研究项目

作者简介:赵美英,女(1985年—),助理研究员,主要研究方向为医疗保障、卫生服务体系评估、卫生资源配置。E-mail: hmeiying\_110@163.com

通讯作者:苗艳青。E-mail: miaohanxinyun@126.com

## 2 健康扶贫对象的界定

关于健康扶贫对象的认定,三个地区主要做法可以分为两类。一是以国家扶贫标准确定贫困户和贫困人群为基础,在建档立卡的贫困人群中,结合入村入户调查等措施,筛选出“因病致贫”或“仍患有疾病”人群,如河南 W 县和四川 X 县;二是将“有可能因病致贫人群”和弱势群体全部归入健康扶贫对象中,如贵州 H 县,具体做法如下。

### 2.1 贵州 H 县由三部门共同识别认定 11 类健康扶贫对象

自 2013 起贵州 H 县建立了对健康扶贫对象的认定机制,即通过“政府制定标准和审核、群众民主推荐、部门相互核对认定”的“三条线”进行对象筛选认定,精准识别。同时,三个部门实时交换扶贫对象的变更信息,实行动态管理。目前,贵州 H 县经民政局、扶贫办、卫生计生委共同认定 11 类健康扶贫对象:农村“五保户”、孤儿、城镇“三无人员”、20 世纪 60 年代初精减退职老职工、享受抚恤补助的优抚对象、百岁老人、家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者、艾滋病人和艾滋病机会性感染者、城市低保对象。

### 2.2 河南 W 县在建档立卡人群基础上,入户排查确定健康扶贫对象

在河南 W 县,按照国家农村扶贫标准确认的扶贫对象中,由经过培训的乡镇卫生院副院长及工作人员分片包干,院委会成员、科室主任带队组成调查小组进村入户,逐户调查落实,经过严格审核确定 423 户因病致贫困难户,因病致贫病人数 472 人,占总人口数量的 0.6%。

### 2.3 四川 X 县将全部贫困患病人员及弱势群体作为健康扶贫对象

按照《扶贫开发建档立卡工作方案》要求,四川 X 县将人均纯收入低于 2 736 元的农民界定为扶贫对象,据此确定扶贫对象人数为 8.0 万人,全部建档立卡,并由民政局、扶贫办、卫生计生委等相关政府部门共同认定为扶贫对象,分别给予相关倾斜政策支持。

## 3 医疗保障制度推进健康扶贫的“组合拳”

在界定健康扶贫对象的基础上,三个地区均充分发挥城乡居民医保、大病医保及医疗救助的作用,并在此基础上增加了 1~3 种补偿保障措施,打了一套健康扶贫的“组合拳”(表 1)。

表 1 三个地区健康扶贫的“组合拳”

组合拳	城乡居民医保	大病医保	医疗救助	其他保障措施
贵州 H 县的“四重医疗保障”	提高补偿比	正常补偿	按比例给予救助	医疗扶助:补助全部剩余自付,并补偿一定就医交通费补助、就医生活补助
河南 W 县的“3+3”救助工作机制	正常补偿	提高补偿比	9 类病门诊费用按比例报销;住院自付超线,按比例报销;住院合规自付超线,按比例报销	大病补充医疗保险:合规自付超线,分段按比例补偿;民政慈善救助:合规费用自付困难,可救助一定金额;医疗保险精准扶贫托底救助:合规自付超线,合规自付全救助
四川 X 县的“四道防线”	降低起付线 提高补偿比	正常补偿	报销至总费用的 90%	医疗机构按比例减自付费; 医疗扶贫附加险:合规费用补偿比达到 90%; 帮扶单位实现住院费用兜底

注:表中为三个地区健康扶贫“组合拳”的内容,并非组合拳的顺序。

### 3.1 城乡居民医保

城乡居民医保是“组合拳”的第一拳,健康扶贫对象的医疗费用首先由城乡居民医保资金给予报销。城乡居民医保的作用大体可以分为两类,一是利用城乡居民医保资金对健康扶贫对象的补偿政策给予倾斜支持,如降低起付线和提高补偿比等;二是将健康扶贫对象与一般人群“一视同仁”,采用统一的补偿政策进行报销。考虑到对扶贫对象的扶贫作用是“组合拳”共同发挥作用,因此组合拳的作用将于后面进行分析。

### 3.2 大病医保

从“组合拳”的顺序来看,大病医保的补偿发生在城乡居民医保报销后,但并非严格是“第二拳”,如贵州 H 县和河南 W 县在经城乡居民医保报销后,合规自付比例达到大病医保的起付线,由大病医保进行二次补偿;为了提高医疗机构合理控制医疗费用的积极性,四川 X 县在城乡居民医保报销后,先由医疗机构直接减免剩余自付资金的 5%,再由大病医保进行补偿。从大病医保的政策设计来看,河南 W 县在同等起付线的基础上,为健康扶贫对象提高了 1

个百分点的补偿比例,贵州 H 县和四川 X 县均未在大病医保环节对健康扶贫对象给予倾斜支持(表 1)。

### 3.3 医疗救助

医疗救助是健康扶贫“组合拳”中非常重要的组成部分,主要是对基本医疗保险报销后的自付费用给予一定程度的补偿。从“组合拳”顺序上,医疗救助发挥作用的顺序不尽相同,是贵州 H 县的第三拳、河南 W 县的第四拳、四川 X 县的第五拳,但均将起到进一步降低自付费用的作用。

### 3.4 其他医疗保障

根据三个地区对于健康扶贫“组合拳”的设计,三个地区均设计了 1~3 种补充保障措施,用于进一步减轻健康扶贫对象的医疗负担。这些补充保障措施资金来源各有不同,主要来自几个方面:一是由政府出资,如河南 W 县的大病补充医疗保险分别由市、县财政按照 3:7 的比例分担,贵州 H 县的医疗扶助资金由县人民政府整合县财政资金和扶贫专项资金获得;二是由医疗机构直接减免,如四川 X 县经城乡居民医保报销后,医疗机构直接减免剩余自付费用的 5%,并由医疗机构等帮扶单位兜底自付费用等;三是由慈善捐款构成,如河南 W 县的民政慈善救助等。关于其他医疗保障资金的用途主要包括两个方面:一是用于补偿医疗费用的自付部分,这也是其他医疗保障措施的最主要用途;二是作为就医交通补助和就医生活补助,进一步减少扶贫对象的就医隐性负担。

### 3.5 其他健康扶贫措施

除医疗保障健康扶贫“组合拳”外,三个探索地区还采取了一系列综合措施,以使健康扶贫对象能够切实享受优惠政策。

#### 3.5.1 免交押金,先看病后付费,一站式报销,分期付款

从 2017 年 7 月 23 日起,贵州 X 县界定的 11 类健康扶贫对象,住院就医即可享受“先看病、后付费”政策,免交住院押金,出院后经城乡居民医保、民政医疗救助“一站式”补偿后再支付个人自付部分,自付部分可一次结算,也可分期付款。

#### 3.5.2 分片包干、建立健康扶贫专业服务团队,“一人一定制”医疗服务方案

河南 W 县对健康扶贫对象实行分级诊疗,建立县、乡医疗人员分包贫困村、贫困户的责任制,对其致贫原因进行充分分析的基础上,实行“一人一定制”医疗服务方案,“一对一”提供基本医疗、基本公

共卫生、医疗救助等服务。

#### 3.5.3 规范医疗服务行为,控制政策范围内医疗费用比例

河南 W 县要求基层医疗卫生机构、二级医院、三级医院不列入基本医保报销范围的医疗费用,分别不得超过 2.5%、10%、20%,超出部分由定点医疗机构承担,并不得计入医疗总费用,力争让健康扶贫对象看病自付费用降到最低。

#### 3.5.4 定期提供健康体检服务,进行健康管理,预防因病致贫

三个地区均在推进健康体检服务,但最为代表性的是四川的 X 县,实现了扶贫对象全民预防保健覆盖面 100%:一是通过免费直通车、免费早餐、免费健康工具等措施,加大宣传动员,实现了贫困人口体检全覆盖;二是在“一人一档、一户一册、一村一本”的基础上,建成横联医保、纵贯五级(县、乡、村、家庭、个人)的信息系统,按照“治愈一批、稳定一批、管理一批”的原则,分类建立了管理台账,实现扶贫建档率 100%;三是探索建立了“分类指导、重点管理”的健康服务模式,对重点人群实施“2+1”精准管理,确保每名管理对象都有 1 名医务人员和 1 名帮扶干部联系,对贫困患者落实“五个一”措施,大力开展劳务能力恢复行动,实现分类管理全覆盖。

## 4 医疗保障制度推进健康扶贫的效果

在推进健康扶贫的过程中,构成“组合拳”各项医疗保障措施并非单打独斗,而是共同发挥健康扶贫的作用。为合理评估医疗保障制度推进健康扶贫的效果,课题组分别收集了 2013—2016 年贵州 H 县 40.6 万人次的住院费用补偿记录、2013—2015 年河南 W 县 25.1 万人次的住院费用补偿记录,按照两个地区的健康扶贫对象界定,将人群分为“一般农户”和“扶贫对象”进行分析,主要效果如下。

### 4.1 扶贫对象的城乡居民医保的人均补偿金额高于一般农户

贵州 H 县扶贫对象的城乡居民医保人均住院补偿费用高于一般农户,且在不断增长,2013—2016 年间从 2 947 元增至 3 446 元,增幅为 45.9%,高于一般农户人均住院补偿费用增长幅度。河南 W 县城乡居民医保的人均住院补偿费用则呈现先增后降的趋势,到 2015 年人均住院补偿费用达到 3 273 元,基本与一般农户持平,这与 W 县城乡居民医保的“政策范围医疗费用占比”等费用控制措施紧密相联(图 1、图 2)。

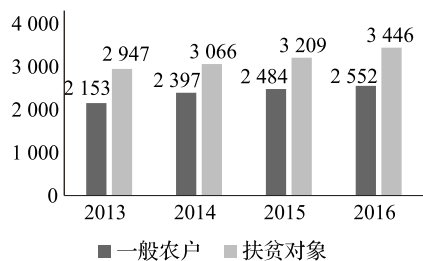


图1 贵州H县城乡居民医保人均住院补偿费用/元

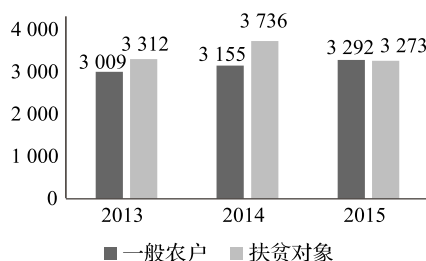


图2 河南W县城乡居民医保人均住院补偿费用/元

#### 4.2 健康扶贫对象的城乡居民医保实际补偿比略高于一般农户

贵州H县和河南W县城乡居民医保的实际补偿比均呈现下降趋势,但仍高于一般农民的实际补偿比。2013—2016年贵州H县的实际补偿比从81.7%下降到65.5%,与一般农户的差距在缩小,2016年两者相差4.4个百分点。河南W县的实际补偿略有下降但总体保持稳定,2013—2015年从57.5%下降到56.0%,但与一般农户的差距基本保持不变,两者相差9个百分点左右(图3、图4)。

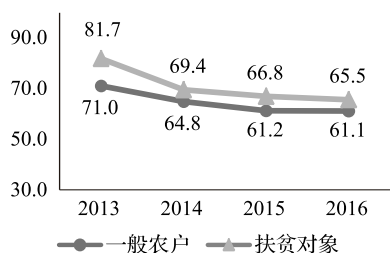


图3 贵州H县城乡居民医保实际补偿比/%

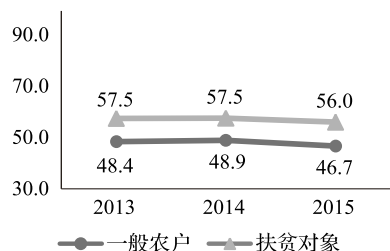


图4 河南W县城乡居民医保实际补偿比/%

#### 4.3 健康扶贫对象的城乡居民医保自付比例均低于一般农户

贵州H县和河南W县健康扶贫对象的自付比例均低于一般农户。如图5、图6所示,2013—2016年贵州H县健康扶贫对象的自付比例从18.3%增至34.4%,虽一直低于一般农户,但两者差距越来越小。河南W县健康扶贫对象的自付比例虽略增加1.7个百分点,但与一般人群的差距比较稳定。可见,在城乡居民医保补偿阶段,健康扶贫对象是否真正受益,取决于“倾斜增加的补偿比”和“费用增加的比例”之间的博弈,若前者高于后者,健康扶贫对象必将受益,自付比例随之下降;若后者高于前者,则看似补偿费用在不断增长,其增长幅度不及医疗费用的增长,自付比例不减反增。

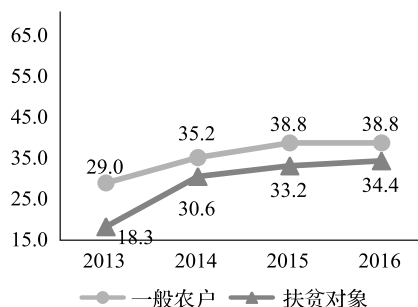


图5 贵州H县人均住院费用自付比例/%

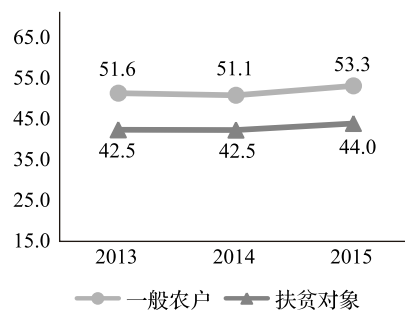


图6 河南W县人均住院费用自付比例/%

#### 4.4 “组合拳”有效降低扶贫对象的疾病负担

三个地区“组合拳”的构成虽有不同,但均有效地减轻了健康扶贫对象的医疗负担:贵州H县通过“四重医疗保障模式”,使健康扶贫对象的自付医疗费用达到0;河南W县的“3+3”救助工作机制,使健康扶贫对象的医疗负担得到显著减轻,据河南W县统计,2016年健康扶贫对象自付医疗费用占比为7.6%;四川X县筑牢了“四道防线”,结合6重报销渠道,使得健康扶贫对象的自付医疗费用降为0。如表2所示,四川X县健康扶贫对象王先生的医疗费用,经6重报销自付费用达到了0。

表 2 四川 X 县的王先生住院医疗费用报销明细表

住院医疗费用	金额	说明	资金来源
住院医疗费用	2126.92	—	—
报销医疗费用	2126.92	—	—
基本医保报销	1718.96	可报销费用为 2042.58 元,政策范围内补偿比 85%	城乡基本医保资金
医疗机构减免 5%	20.4	=5% × (医疗费用 - 医保报销资金)	医院
城乡大病保险支付	0.00	未达到大病医保起付标准	
医疗精准扶贫附加保险支付	119.36	报销至可报销费用的 90%	财政资金经商保公司拨付
医疗精准扶贫支付(医疗救助)	55.51	报销至总医疗费用的 90%	民政救助资金
扶贫减免	212.69	由帮扶单位或政府兜底	帮扶单位或政府
患者实际自付资金	0.00	—	—

资料来源:根据四川 X 县实际报销单据整理制表

## 5 讨论

### 5.1 健康扶贫不仅要关注当前,还要结合实际关注因病致贫风险人群

对于健康扶贫对象的认定的两类做法各有侧重。“在建档立卡贫困人口中采用入村入户等方式筛选确认健康扶贫对象”,其出发点是将健康扶贫作为扶贫的一种措施,使已经因病致贫的人群摆脱贫困,是在做扶贫的“减法”,但对于“因病致贫”风险人群关注较少,长久来看“减法”未必能真正实现“减”的效果;“以一定的标准综合认定健康扶贫对象”,其出发点是将健康扶贫作为防止“因病致贫、因病返贫”的一种措施,在保障推进扶贫工作的同时,关注减少“因病致贫、因病返贫”的发生。两类做法各有现实基础,但从长远来看,健康扶贫工程更应“防贫于未然”,关注“因病致贫、因病返贫”的风险人群。

### 5.2 城乡居民医保是“组合拳”的核心,相对倾斜支持,合理控费更关键

城乡居民医保是我国医疗保障体系的核心部分,亦在健康扶贫“组合拳”中发挥核心作用:首先,城乡居民医保是“组合拳”中的第一拳,且资金量大、资金来源稳定、补偿比例较高,是“组合拳”的核心力量,如 H 县和 W 县城乡居民医保的实际补偿比例分别为 65.5%、56.0%,自付比例不足 50%;其次,大病医保亦是城乡居民医保资金的另一种保障方式,针对部分人群进行进一步补充保障;最后,城乡居民医保和大病医保的服务对象是全体居民,主要作用是“风险共担”,从而更大范围地降低“因病致贫、因病返贫”发生。

城乡居民医保要发挥降低疾病负担的作用,应综合评估“倾斜增加的补偿比”与“住院费用增长比”之间的关系。如贵州 H 县虽对健康扶贫对象进行补

偿比的倾斜支持,但由于其住院费用的增长更为显著,完全抵消了补偿比的倾斜,健康扶贫对象的自付比例不降反增,与一般人群的补偿比差距也在降低,医疗保险倾斜资金的投入得不偿失。而河南 W 县虽未对健康扶贫对象进行倾斜支持,但“一人一定制”医疗服务方案、“限定政策范围外费用比例”等综合措施,使补偿费用降低,自付比例保持一定水平。可见,对于城乡居民医保这一拳而言,控制医疗费用比补偿比的倾斜支持更为关键。

### 5.3 加强医疗保障制度间的全过程衔接,切实打好健康扶贫的“组合拳”

三个地区在健康扶贫的过程中,均充分发挥城乡居民、大病医保及医疗救助的作用,并增加了大病补助医疗保险、慈善救助、政府或帮扶单位兜底等多种保障措施,打了一套健康扶贫的“组合拳”。若要切实发挥“组合拳”的合力,应切实加强医疗保障制度间全过程衔接:一是加强政府关切,政府牵头制定扶贫政策,明确多部门扶贫责任,加强保障措施衔接的组织保障;二是加强健康扶贫对象的多部门“互联互通”,由卫生健康委、民政局、扶贫办三个部门共同制定健康扶贫的标准和对象;三是多部门共同拟定补偿方案和补偿程序,加强多项医疗保障措施间的衔接;四是共同拟定“组合拳”的保障措施,如“免交押金、先看病后付费、一站式报销、分期付款”等,提高医疗保障措施的服务可及性。

### 5.4 合理界定“组合拳”的保障水平,规避道德风险

由城乡居民、大病医保、医疗救助、1~3 个补偿医疗保障等构成的“组合拳”,切实发挥了降低疾病负担的作用,使河南 W 县的自付比例达到了 7.6%,四川 X 县和贵州 H 县的自付比例达到 0。但通过“组合拳”,使健康扶贫对象自付费用达到 0 的做法,虽能够彻底

消除健康扶贫对象的疾病负担,但有可能引发道德风险,即当签约一方不完全承担风险后果时所采取的自身效用最大化的自私行为<sup>[6]</sup>,造成医疗资源的低效利用,不予提倡,但也不应一概而论,应根据医疗费用支出、家庭承担能力、疾病严重程度等进行综合考虑。德国的医疗保障制度,针对救助对象提出了“服务提供方式和自付费用相衔接”的支付方式<sup>[7]</sup>,既有助于控制救助对象的道德风险,又保障了救助对象的合理服务费用得到满足<sup>[8]</sup>,值得借鉴。

### 5.5 推进健康扶贫关口前移,减少因病致贫和因病返贫是关键

2016年以来,原国家卫生计生委发布了《关于实施健康扶贫工程的指导意见》等多项政策,按照“大病集中救治一批、慢病签约服务管理一批、重病兜底保障一批”的要求,提出了让贫困人口“看得起病、看得好病、看得上病、少生病”。从制度设计上来看,对贫困人口的制度设计比较全面,但是对一般人群防止“因病致贫、因病返贫”的政策设计相对较少。四川X县通过全民健康体检为依托,推进疾病“早发现、早诊疗”的措施,切实将健康扶贫的关口又往前移了一步,长远来看更有利于从源头上降低“因病致贫、因病返贫”,值得推广。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 国家卫生计生委. 关于实施健康扶贫工程的指导意见 [EB/OL]. <http://www.nhfpc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>
- [2] 贵州省卫生健康委员会. 关于印发《贯彻落实〈关于实施健康扶贫工程的指导意见〉的实施方案》的通知 [EB/OL]. [http://www.gzhfpc.gov.cn/ywgz/xnh/201703/t20170317\\_2011530.html](http://www.gzhfpc.gov.cn/ywgz/xnh/201703/t20170317_2011530.html)
- [3] 贵州H县“十三五”脱贫攻坚规划 [EB/OL]. <http://www.gzhezhang.gov.cn/zwpt/BMGOV/fph/zwgk/35012.shtml>
- [4] 2016年政府工作报告 [EB/OL]. <http://www.wuzhi.gov.cn/html/wzx/cms/20160311151652000001.html>
- [5] 四川X县2016年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. [http://www.xuyong.gov.cn/bmpd/xtjj1/zwgk2/content\\_50868](http://www.xuyong.gov.cn/bmpd/xtjj1/zwgk2/content_50868)
- [6] 赵曼. 社会医疗保险费用约束机制与道德风险规避 [J]. 财贸经济, 2003(2): 54-57.
- [7] 陈翔等. 德国社会医疗保险筹资、支付机制及其启示 [J]. 卫生经济研究, 2009, 26(12): 20-22.
- [8] Harald Lisbon, Portugal. Hospital Financing in Germany [R]. Germany: Deloitte & Touche Gmb H, 2009.

[收稿日期:2019-01-10 修回日期:2019-02-25]

(编辑 赵晓娟)

### · 信息动态 ·

## 各国和民间社会在世界卫生组织药品论坛上 要求改进透明度和价格公平性

2019年4月13日,在世界卫生组织药品论坛上,来自政府和民间社会组织的代表呼吁提高研发以及药品生产成本的透明度,使购买方通过谈判得到更可负担的价格。

长期以来,药品可负担性已成为一个全球性问题。每年有1亿人陷入贫困,究其原因就是其必须自付高昂的药费。世界卫生组织2017年委托编写的一份报告显示,列入《世界卫生组织基本药物清单》的大多数药品,其生产成本只占政府、患者或医保计划支付最终价格的一小部分。部分代表指出,政府支付的价格缺乏透明度,这就意味着许多中低

收入国家为某些药品支付的价格要高于富裕国家。

会议一致认为,各国可以通过共享价格信息来增进透明度。加入名为 Beneluxa 网络的国家已经联手分享这些信息。这方面的数据凸显了不同国家所支付的费用差异,可将其用作通过谈判进行压价的有力工具。这次论坛还突出强调,世界卫生组织有关疫苗市场和短缺问题的数据库是获得有竞争力的疫苗价格的有用工具。

(来源:世界卫生组织网站)