

湖北省新健康扶贫政策实施效果分析

——以咸宁市 4 县为例

胡闰虎^{1*} 杨莹¹ 侯宜坦¹ 李颖霞¹ 毛宗福^{1,2}

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

2. 武汉大学全球健康研究中心 湖北武汉 430071

【摘要】目的:探究湖北省新健康扶贫政策的实施影响,为“十四五”时期调整医疗救助制度提供科学依据和政策建议。方法:使用咸宁市所有 4 个县 2018 年 7 月—2020 年 9 月月度建档立卡农村贫困人口(简称“农村贫困人口”)住院报销数据,应用间断时间序列分析方法,从救助支出、就医行为和救助效果三个维度分析医疗救助制度运行情况的变化。结果:政策实施后,医疗救助总支出显著减少;农村贫困人口在三级、二级医疗机构就诊人次占比显著减小,在一级及以下医疗机构、县域内医疗机构、县域内医疗机构或指定转诊医疗机构就诊人次占比显著增加;农村贫困人口人均实际负担费用显著减少,灾难性医疗卫生支出发生人数占比显著下降。结论:新健康扶贫“985”政策节省了救助支出,规范了农村贫困人口就医行为,改善了救助效果。下一步应科学设定医疗救助标准、适度拓展救助对象,同时规范救助管理体制,提高县域内基层医疗卫生服务水平,进一步优化医疗救助制度。

【关键词】健康扶贫政策;医疗救助;间断时间序列分析;实施效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.11.002

Analysis of the implementation effectiveness of the new health and medical assistance policy for poverty alleviation in Hubei Province: Evidence from four counties in Xianning City

HU Run-hu¹, YANG Ying¹, HOU Yi-tan¹, LI Ying-xia¹, MAO Zong-fu^{1,2}

1. School of Public Health, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China

2. Global Health Institute, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China

【Abstract】 Objectives: To evaluate the social influence of the new health and medical assistance policy for poverty alleviation in Hubei Province, so as to provide scientific references and policy suggestions for adjusting the medical assistance system during the 14th Five-Year Plan. Methods: Monthly hospital services reimbursement data of registered rural poor individuals from all four counties of Xianning from July 2018 to September 2020 were collected. Interrupted Time Series (ITS) analysis was adopted to analyze the changes in the operation status of the medical assistance system from three different dimensions: healthcare expenditure, patients' behavior in seeking healthcare, and healthcare effectiveness. Results: Following the implementation of the policy, the overall expenditure for medical assistance significantly decreased, and the proportion of rural poor individuals seeking healthcare services in tertiary and secondary healthcare facilities also significantly decreased. However, the proportion of healthcare assistance recipients in primary healthcare facilities or below, in county healthcare facilities or in designated referral healthcare facilities significantly increased. On the other hand, patients' out-of-pocket expense per capita significantly decreased, and the proportion of patients incurring catastrophic healthcare expenditures also significantly decreased. Conclusions: The implementation of the new health and medical assistance policy for poverty alleviation successfully reduced

* 基金项目:湖北省医疗保障局委托项目《湖北省医疗保障事业“十三五”评估及“十四五”规划研究》
作者简介:胡闰虎(1998 年—),男,硕士研究生,研究方向为卫生政策。E-mail:hurunhu@whu.edu.cn
通讯作者:毛宗福。E-mail:zfmiao@whu.edu.cn

the medical assistance expenditure, standardized the rural poor individuals' behavior in seeking healthcare, and improved the effectiveness of the medical assistance system. It is suggested that in the future the standards of medical assistance should be set scientifically, the recipient population of medical assistance should be appropriately expanded, and in the meanwhile the medical assistance management system should be standardized, so as to further improve the quality of the county's basic healthcare services and optimize the medical assistance system.

【Key words】 Health poverty alleviation policy; Medical assistance; Interrupted Time Series analysis; Implementation effectiveness

改革开放以来,我国扶贫事业取得了举世瞩目的成就,但随着扶贫工作的深入开展,脱贫工作的难点问题也逐步显现。《中国健康扶贫研究报告》显示,2017年我国还存在2 937万人农村贫困人口,其中因病致贫户占36.64%,主要集中在河南、湖北、四川等中西部大省。^[1]可见,疾病成为当时贫困人口脱贫最大的“拦路虎”,实施健康扶贫工程是打赢脱贫攻坚战的一场关键战役。^[2]随着中共中央国务院《关于打赢脱贫攻坚战三年行动的指导意见》的发布,为促进健康扶贫工作顺利开展,湖北省2018年5月发布了《关于完善农村贫困人口基本医疗有保障有关政策的通知》(即湖北省原健康扶贫政策),提出了“确保农村贫困人口住院医疗费用个人实际报销比例提高到90%左右,大病、特殊慢性病门诊医疗费用个人实际报销比例提高到80%左右,年度个人实际负担医疗费用控制在5 000元以内”的政策目标,并要求各市(州)通过为农村贫困人口购买补充医疗保险或设立兜底保障资金给予兜底保障。^[3]

湖北省原健康扶贫政策实施以来,虽然极大程度解决了贫困户看不起病、住不起院、吃不起药的难题,但其自身的问题也逐渐显露。一方面,国内已有多项研究证明,扶贫工作中不加限制的兜底保障必然引发医疗机构诱导需求和扶贫对象过度需求的道德风险^[4,5],另一方面,该政策实际实施过程中,盲目扩大中央确定的保障贫困人口基本医疗的目标,部分地方财政难以负担兜底保障支出的问题也受到各级政府的高度重视^[6,7]。为此,2019年6月,中共湖北省委办公厅发布了《关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施》(即湖北省新健康扶贫政策),在保持原政策其他工作机制不变的前提下,及时调整报销政策,将原有的兜底保障范围从实际费用改为县域范围内就医的政策范围内费用,将住院起付标准不再纳入政策保障范围,同时执行严格的分级诊疗制度,未严格执行县域内基层首诊、逐级

转诊的不予享受政策,希望达成缓解县级财政支出压力,引导农村贫困人口合理就医(县域内就诊率达到90%以上),切实提高农村贫困人口医疗保障质效的目的。^[8]现有研究多集中于定性研究和对健康扶贫成果简单描述性统计分析,缺乏基于大量实证数据对健康扶贫政策影响的推断性分析,尤其是对湖北省在扶贫攻坚期(2018—2020年)特有健康扶贫政策。^[9,10]在此背景下,本研究旨在利用农村贫困人口实际医保报销数据,通过比较湖北省新健康扶贫政策实施前后政府财政救助支出、农村贫困人口就医行为和救助效果的变化,探究政策实际的实施效果,为下一步“十四五”期间湖北省由集中资源支持农村贫困人口脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡提供科学依据和政策建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究基于咸宁市医保“一站式”结算信息系统,收集2018年7月1日—2020年9月30日咸宁市所有4个县(崇阳、嘉鱼、通城、通山)月度农村贫困人口住院报销数据共127 933例,主要获取以下信息:(1)农村贫困人口人口学特征和参保情况,包括性别、年龄、参保编号;(2)农村贫困人口住院情况,包括医院名称、级别、住院医院地区、住院日期与出院日期等信息;(3)农村贫困人口住院费用及其构成,即住院总费用、政策范围内补偿费用、基本医疗保险报销、大病报销、医疗救助报销、兜底保障报销、个人负担费用。剔除存在信息明显错误(204例)、信息不全(1 558例)的样本,最终纳入126 171例有效样本进行分析。

1.2 关键指标选取

文献研究发现,健康扶贫政策背景下农村医疗救助相关研究往往关注政府财政投入、贫困人口医

疗卫生服务利用、贫困人口就医负担等方面^[10-12],本研究结合健康扶贫政策面临的“县级财政支出压力大”“保障基本医疗脱离实际”“兜底保障标准过高”等背景,从优化救助支出、规范农村贫困人口就医行为、改善救助效果三个维度选取了关键指标。

救助支出指标选取住院救助总支出,计算方式为住院救助总支出 = 医疗救助报销金额 + 兜底保障报销金额。该指标分别按照三级、二级、一级及以下医疗机构进行统计,以反映当地政府救助基金压力状况与医疗机构来源。

农村贫困人口就医行为指标包括三级、二级、一级及以下医疗机构住院人次占比,县域内医疗机构住院人次占比,县域内医疗机构或指定转诊医院住院人次占比。其中,指定转诊医院指相关政策文件规定的 20 家市内、省内医院。^[13]结合间断时间序列模型,反映政策变动对于农村贫困人口就医流向的影响。

救助效果指标包括人均住院总费用、医疗救助保险费用、个人负担费用、政策范围内报销金额补偿比例、住院救助报销补偿比例和灾难性卫生支出发生率。

灾难性卫生支出指一定时期内,家庭因疾病导致的卫生支出占家庭支付能力的比例超过一定标准,并与某一判断是否发生灾难性卫生支出的标准(设定阈值)进行比较,其公式为:

$$Oopctp = OOP/CTP > Cl$$

其中, $Oopctp$ 表示家庭现金卫生支出占家庭支付能力的比例, OOP 表示各类自付医疗卫生服务费用, Cl 为设定阈值,40% 是世界卫生组织给出的公认评价标准^[14],与此对应,将国家相关政策文件规定的城镇居民人均可支配收入和农村居民人均纯收入带入 CTP 。由于无法获取样本收入数据用以计算个人收入,本研究参照部分相关研究的做法^[15],以相关政策规定的农村低收入家庭认定标准作为替代^[16, 17],即嘉鱼县 1 000 元/人/月,崇阳县、通城县、通山县 833.33 元/人/月, OPP 则暂时只考虑住院过程中的个人实际负担费用。灾难性卫生支出发生率 = 住院患者发生灾难性卫生支出人数/住院患者总人数。

1.3 分析方法

采用描述性统计法描述政策实施前后各时期各项指标的水平及变化情况。应用间断时间序列(Interrupted Time-Series, ITS)法评估政策效应。作为评估政策干预纵向效果最强的准实验研究设计,ITS 法

通过收集干预前后多个时点的测量数据进行变化趋势比较,同时可控制并排除由历史因素带来的影响,进而识别出干预措施带来的真实效果。^[18]基于以上方法优势以及本研究评估新政策实施效果的具体分析需求,本研究以 2018 年 7 月—2020 年 9 月每月农村贫困人口报销数据为分析单元,以 2019 年 8 月为干预时点,分段构建回归模型。由描述性统计得知 2020 年 1—3 月救助人次与金额均远远低于 2019 同期和 2020 年其他月份,对应新冠疫情爆发湖北采取各种管控措施减少了医院住院人次,因此设置“*covid*”哑变量控制疫情影响,模型如下^[19]:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 * T_t + \beta_2 * I_t + \beta_3 * T_t * I_t + \beta_4 * covid_t + \beta_5 * age + \beta_6 * gender + \beta_7 * \sin(2\pi T_t/12) + \beta_8 * \cos(2\pi T_t/12) + \varepsilon_t$$

其中, Y_t 为第 t 个月的独立结果变量; T_t 为连续变量,表示从观察期开始到 t 时刻以月为单位的时间; I_t 表示政策干预,新健康扶贫政策之前取值 0,之后取值 1; $covid_t$ 表示新冠肺炎疫情影响,2020 年 1—3 月取值 1,其他月份取值 0; age 和 $gender$ 分别表示患者平均年龄和性别比,用以控制潜在混杂。 β_0 表示干预前基线水平估计值, β_1 表示干预前线性趋势估计值, β_2 表示干预前后即刻水平变化估计值, β_3 表示干预前后趋势变化估计值, β_4 表示新冠肺炎疫情影响, β_5 和 β_6 用于控制年龄和性别两个混杂因素的影响, β_7 和 β_8 用于矫正季节效应^[18], ε_t 为 t 时刻随机误差的估计值。采用 Durbin-Watson 检验是否存在一阶自相关(值在 2 左右表示无自相关),若检测到自相关则采用 *praise-winsten* 方法进行回归估计。使用 Stata 16.0 版本进行数据分析。

2 结果

2.1 描述性统计分析结果

本研究共纳入有效样本 126 171 例,其中崇阳县占 27.31%、嘉鱼县占 18.82%、通城县占 27.88%、通山县占 25.99%;男性占 56.31%,女性占 46.39%;18 岁以下未成年人占 4.26%,18~59 岁人群占 45.75%,60 岁及以上老年人占 49.99%。

如表 1 所示,政策实施后咸宁市月均住院救助支出总体下降 45.40%,其中三级、二级医疗机构分别下降 72.31% 和 23.89%,而一级及以下医疗机构住院人次占比上升 31.15%。三级、二级医疗机构住院

人次占比分别下降 8.33% 和 15.22%，一级及以下医疗机构上升 23.54%。实际政策实施后县域内就诊率达到 92.94%，超过政策目标的“90%”，相比政策前提高 11.25%；县域内医疗机构或指定转诊医院就诊人次占比达到 98.68%，提高 4.57%。从救助效果来看，农村贫困人口人均住院费用下降 34.52%，医

疗救助报销费用下降 49.70%，个人负担费用下降 26.72%，对住院总费用的补偿比例中，政策范围内报销金额占比提高了 8.27%，医疗救助报销金额占比下降了 4.44%，住院农村贫困人口中灾难性卫生支出发生率下降了 22.92%。

表 1 政策实施前后医疗救助制度关键指标变化情况

变量		政策前 (2018.07—2019.07)	政策后 (2019.08—2020.09)	变化率或变动值 (%) [*]
救助支出	月均医疗救助支出(万元)			
	三级医疗机构	401.20	111.10	-72.31
	二级医疗机构	359.56	273.65	-23.89
	一级及以下医疗机构	40.00	52.46	31.15
	合计	800.77	437.21	-45.40
就医行为	各类医疗机构住院人次比例(%)			
	三级医疗机构	14.60	6.27	-8.33
	二级医疗机构	66.88	51.66	-15.22
	一级及以下医疗机构	18.53	42.07	23.54
	县域内医疗机构	81.69	92.94	11.25
救助效果	县域内医疗机构或指定转诊医院	94.11	98.68	4.57
	人均住院各项费用(元)			
	总费用	15 081.73	9 875.92	-34.52
	医疗救助报销费用	2 888.85	1 453.16	-49.70
	个人负担费用	1 440.07	1 055.17	-26.73
	对住院总费用补偿比例(%)			
	政策范围内报销金额	80.53	88.80	8.27
医疗救助报销金额	19.15	14.71	-4.44	
灾难性卫生支出发生率(%)	68.09	45.17	-22.92	

注：^{*}对绝对值统计量表示变动率，对相对值统计量表示变动值。

2.2 间断时间序列分析结果

2.2.1 救助支出

根据表 2，湖北省新健康扶贫政策生效后，月均医疗救助总支出即刻显著下降 975.393 万元 ($P < 0.01$)，其中三级医疗机构下降 470.811 万元 ($P < 0.01$)，二级医疗机构下降 465.114 万元 ($P < 0.01$)，一级及以下医疗机构变化不显著 ($P > 0.05$)。月均医疗救助支出随时间变化趋势也

有显著变化，干预后，总支出每月上升 60.579 万元 ($P < 0.05$)，其中三级和一级医疗机构变化不显著 ($P > 0.05$)，二级医疗机构每月上升 35.146 万元 ($P < 0.01$)。总的来说，湖北省新健康扶贫政策对于救助支出有显著的即刻影响，即救助总支出在二级和三级医疗机构支出大幅下降，又有显著的长期影响，即政策实施后救助总支出和二级医疗机构支出有小幅逐月上升的趋势。

表 2 湖北省新健康扶贫政策对医疗救助支出的影响

变量	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	β_7	β_8
三级医疗机构	-17.249	-470.811 **	20.661	51.063	-4.992	-34.147	3.552	-12.339
二级医疗机构	-23.481 *	-465.114 **	35.146 **	129.190	11.456	405.082	3.467	-38.909
一级及以下医疗机构	-2.448	-43.695	4.373	20.104	2.742	20.283	1.41	-1.075
月均医疗救助支出合计(万元)	-43.929 *	-975.393 **	60.579 *	204.486	9.369	414.429	8.534	-52.362

注：^{*} $P < 0.05$ ，^{**} $P < 0.01$ ，^{***} $P < 0.001$ 。

2.2.2 农村贫困人口就医行为

根据表 3，湖北省新健康扶贫政策生效后，农村

贫困人口在各级医疗机构的住院人次占比均有显著的即刻变化，其中，三级医疗机构下降了约

8.613% ($P < 0.001$), 二级医疗机构下降了约 18.768% ($P < 0.01$), 一级及以下医疗机构上升了约 27.448% ($P < 0.01$)。政策生效后, 各级医疗机构住院人次占比随时间均无显著趋势变化 ($P > 0.05$)。在讨论县域内就医人次占比情况时, 政策生效后, 农村贫困人口在县域内医疗机构住院人次占比即

刻提高约 9.229% ($P < 0.001$), 在县域内医疗机构或指定转诊医院住院人次占比即刻提高 3.524% ($P < 0.001$), 但每月住院人次占比的变化均不显著 ($P > 0.05$)。总的来说, 湖北省新健康扶贫政策对于农村贫困人口住院医院的选择有显著的即刻影响, 无显著的长期影响。

表 3 湖北省新健康扶贫政策对农村贫困人口就医行为的影响

变量	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	β_7	β_8
各类医疗机构住院人次比例(%)								
三级医疗机构	-0.520	-861.340***	7.052	520.205***	-86.333**	421.469	-138.027	106.795
二级医疗机构	32.810	-1876.833**	-1.768	-276.531	-114.500*	740.805	-25.282	66.963
一级及以下医疗机构	-15.280	2744.779**	-18.098	127.635	174.278***	568.924	35.94	-66.315
县域内医疗机构	-0.727	922.877***	4.163	-581.540***	81.900**	-1065.538	133.864	-72.495
县域内医疗机构或指定转诊医院	-0.835	352.407***	4.551	-113.147*	17.541	-375.384	31.829	-6.151

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

2.2.3 救助效果

根据表 4, 湖北省新健康扶贫政策生效后, 农村贫困人口人均住院费用即刻显著减少 5 889.628 元 ($P < 0.001$), 其中人均医疗救助报销费用即刻下降显著 1 299.488 元 ($P < 0.001$), 人均个人负担费用即刻显著下降 641.710 元 ($P < 0.01$), 政策范围内报销金额对住院费用补偿比例即刻显著上升约 8.464% ($P < 0.05$), 救助报销金额对住院费用补偿比例即刻无显著变化 ($P > 0.05$), 发生灾难性卫生支出人数占住院人数比例即刻显著下降约 57.983% ($P < 0.001$)。政策生效后, 农村贫困人口人均住院费用每月增加 182.598 元 ($P < 0.01$), 医疗救助报销费

用每月增加 24.249 元 ($P < 0.05$), 人均个人负担费用随时间无显著变化 ($P > 0.05$), 政策范围内报销金额和医疗救助报销金额对住院费用补偿比例随时间无显著变化 ($P > 0.05$), 发生灾难性卫生支出人数占住院人数比例每月增加显著上升约 2.079% ($P < 0.05$)。总的来说, 湖北省新健康扶贫政策对于人均住院各项费用均有显著的即刻影响, 而长期显著影响幅度较小或无长期显著影响; 对于住院费用补偿比例和灾难性卫生支出发生率均有显著即刻影响, 无长期显著影响或者显著影响幅度较小, 因此可以认为救助效果由于政策干预发生了明显变化。

表 4 湖北省新健康扶贫政策变化对救助效果的影响

变量	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	β_7	β_8
人均住院各项费用(元)								
总费用	-16.920	-5889.628***	182.598**	1638.285**	-324.138**	1924.625	-242.587	-136.888
医疗救助报销费用	-2.370	-1299.488***	24.249*	42.752	-30.322	373.73	-18.385	21.965
个人负担费用	-3.328	-641.710**	24.111	48.918	-39.9112	-164.414	-35.265	7.112
对住院总费用补偿比例(%)								
政策范围内报销金额	-4.054	846.416*	4.719	160.764	25.443	603.788	8.827	-49.64
医疗救助报销金额	-1.828	-450.823	-2.835	-283.491	31.116	412.999	29.791	41.327
灾难性卫生支出发生率(%)	-75.621	-5798.328***	207.938*	-530.704	-166.823	-1119.343	14.659	122.472

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 救助支出规模明显下降,但也随时间呈小幅上升趋势

描述性统计分析显示, 政策实施后医疗救助总

体支出规模下降约 50%, 间断时间序列分析亦显示, 政策实施后月均医疗救助支出大幅减少, 其中在三级医疗机构与二级医疗机构救助支出减少幅度基本相同, 提示健康扶贫政策回归“保基本”目标后, 救助支出压力大大减轻。已有研究证实, 在地方政府执

行健康扶贫政策层层加码的情况下,保障待遇的“泛福利化”最终导致救助资金支出压力过大,甚至出现救助资金“穿底”^[4, 20],与本研究一致。间断时间序列分析显示,政策实施后,救助总支出呈小幅上升的趋势,这可能与各级政府对于新健康扶贫政策的大力解读与宣传有关。由于社会保障领域“福利刚性”的存在,实际待遇水平的削减往往伴随着大量的解释与说明^[21],这客观上提高了农村贫困人口对于健康扶贫政策的知晓率和政策享受率。

3.2 就医行为得到规范,分级诊疗与县域就医目标明显达成

描述性统计显示,政策实施后农村贫困人口在三级、二级医疗机构住院人次占比下降,一级及以下医疗机构的住院人次占比上升。此外,县域内住院人次占比超过90%,县域内住院或者指定转诊医院住院人次占比上升到接近99%。间断时间序列分析亦显示,政策实施后基层首诊、县域内就诊和指定路径转诊的相关指标均有所提升。由于新健康扶贫政策将基层首诊和逐级转诊作为享受待遇的前提条件,且将各级医疗机构的起付线不再纳入政策保障范围,医保差异化支付对于就医行为影响开始显现。已有多项研究证实,医保差异化支付对于患者就医流向的效果与患者本身的经济承受能力密切相关。^[22, 23]在本研究中,农村贫困人口自身经济承受能力相对较弱,其行为受相关政策的影响程度更显著,与上述多项已有研究相一致。

3.3 就医需求得到控制,医疗救助公平性有所改善

医疗救助作为社会救助政策的重要内容,体现社会公平是其作为一项再分配调节机制的首要目标。^[24, 25]描述性统计分析显示,政策实施后农村贫困人口人均住院费用与湖北省2019年一般住院患者的费用水平(10 233.9元^[26])持平;间断时间序列分析亦表明,农村贫困人口人均住院费用下降5 000余元。已有研究证实,扶贫政策带来的就医能力增强是贫困群体住院总费用大幅增加的重要原因^[27],多县实证数据显示,健康扶贫保障过度带来的“悬崖效应”使得贫困人群的医疗资源占用约为非贫困人群的2~3倍^[28],与湖北省原有健康扶贫政策实施情况相一致。新健康扶贫政策有效控制了农村贫困人口过高的就医需求,使得医疗救助公平性有所改善。

3.4 个人负担费用明显减少,灾难性卫生支出发生人数比例明显下降

间断时间序列分析显示,虽然人均救助支出有所下降,但政策范围内报销金额对住院总费用的补偿比例上升,实际个人负担金额依旧有所下降,最终灾难性卫生支出发生率大幅下降。已有研究发现,医疗救助补偿后,政策范围外费用几乎成为农村贫困人口灾难性卫生支出主要来源。^[29]湖北省新健康扶贫政策实施后,取消了兜底保障对于农村贫困人口政策外费用的补偿,住院总费用中政策外费用占比的下降,可能是政策范围内报销金额对于住院总费用补偿比例上升、个人实际负担减轻和灾难性卫生支出发生率下降的主要原因。

3.5 本研究的局限性

本研究存在一定局限性。本研究在测算农村贫困人口是否发生灾难性卫生支出时,由于缺少个体收入数据,只能用各县认定对象时的相关评定标准进行计算。虽然农村贫困人口的收入差异远低于一般参保对象,但仍然造成了较大的信息损失,可能导致灾难性卫生支出发生率测算存在一定偏差。

4 政策建议

4.1 合理把握救助标准,确保救助政策的公平性和可持续性

原有扶贫政策对实际医疗费用进行兜底保障,导致农村贫困人口医疗资源占用远高于一般参保患者,也带来地方财政不可负担的问题。从新健康扶贫政策实施成效来看,省级行政部门制定医疗救助政策应该注意以下方面:第一,科学认识“基本医疗有保障”的保障范围,汲取对中央健康扶贫政策盲目加码的教训,避免制定出超出发展阶段的医疗救助政策;第二,省级财政应该主动承担统筹协调全省医疗救助工作的责任,尽快科学测定与救助对象基本医疗需求相适应的救助标准,并出台全省统一的医疗救助待遇清单,缩减省内不同地区救助待遇的差距。对于省级待遇清单所要求的医疗救助待遇,建议省级财政应该加大支持力度,确保县(区)级政府的支出责任控制在15%以下,对于贫困县可以考虑控制在5%以下^[30],也鼓励有条件的地区在合理范围内,根据当地财政情况适度提高医疗救助待遇,确保救助政策的公平性和可持续性。

4.2 规范医疗救助管理体制,适度拓展救助对象范围

健康扶贫政策相当于在原有救助体系基础上叠加新的兜底保障政策,一方面使得农村医疗救助制度体现出项目安排的“非整合化”、资源配置的“非均衡化”和管理体制的“非系统化”特征^[31],另一方面,也加剧了救助对象与非救助对象间医疗保障待遇的“悬崖效应”^[28]。随着 2020 年底脱贫攻坚任务完成,应尽快由“集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡”^[32],并对救助对象范围进行适度的调整和拓展^[33, 34]。医保部门应该负责统筹推进后扶贫时代农村地区医疗救助制度,规范医疗救助管理体制,整合各类农村低收入人口的医疗救助项目,分层分类制定科学统一的救助待遇。此外,湖北省应积极适应贫困形态的变化,灵活用好新健康扶贫政策节省的医疗救助支出,加快划分并纳入贫困边缘群体(包括民政部门认定的低收入家庭成员和乡村振兴部门纳入监测的脱贫不稳定户、边缘易致贫户等),尽快构筑完成重点救助对象与非救助对象的“中间层”,弥合“悬崖效应”,确保政策的平稳过渡。

4.3 提高县域内基层医疗服务水平,提高对救助对象服务能力

农村救助对象“看病难”体现在供给侧和需求侧的两个方面。^[35]新健康扶贫政策通过调整需求侧的费用补偿措施,一定程度解决了“看病贵”的问题,使得救助对象对分级诊疗和县域就医依从性大大增强。为了整体上改善健康扶贫的效果,必须尽快解决“看病远”问题,提升县域内基层医疗卫生服务供给有效性和可及性。目前,湖北省补齐基层医疗卫生设施短板的工作取得较快进展,但解决基层医疗卫生人才不足问题可能需要较长的周期。一方面,应该继续加大相关人才政策的激励力度,积极引导优质医疗卫生人才下沉基层,另一方面,也应该加强基层医疗卫生人才的业务交流与培训,提高当地医疗卫生人才的服务水平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 中国人口与发展研究中心. 中国健康扶贫研究报告[M]. 北京: 人民出版社, 2019.

- [2] 人民网. 实施健康扶贫工程 防止因病致贫返贫——健康·生活 [EB/OL]. (2017-03-21) [2021-07-17]. <http://health.people.com.cn/n1/2017/0321/c14739-29157995.html>
- [3] 湖北省政府办公厅. 省人民政府办公厅关于完善农村贫困人口基本医疗有保障有关政策的通知 [EB/OL]. (2018-05-25) [2021-07-31]. http://www.hubei.gov.cn/zfwj/ezbf/201806/t20180604_1713526.shtml
- [4] 张榕榕, 陈家应, 王长青, 等. 健康扶贫背景下的医疗保障风险分析及应对策略研究[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(12): 903-905.
- [5] 皮星, 谭华伟, 张培林, 等. 医药费豁免的国际经验、中国实践和政策路径[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(12): 3-8.
- [6] 湖北省人民政府研究室. 关于完善我省健康扶贫“985”政策的建议 [EB/OL]. (2019-11-21) [2021-07-31]. http://zys.hubei.gov.cn/bmdt/yjcg/zlwg/201912/t20191203_1598615.shtml
- [7] 中共中央纪律检查委员会. 中共湖北省委关于脱贫攻坚专项巡视整改进展情况的通报 [EB/OL]. (2019-05-20) [2021-07-31]. https://www.ccdi.gov.cn/special/sjjdelxszg/sjjdelxszg_sqsdzz/sjjdelxszg_hb/201905/t20190520_194257.html
- [8] 湖北省卫生健康委员会网站. 关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施的通知 [EB/OL]. (2019-06-28) [2021-07-31]. https://wjw.hubei.gov.cn/bmdt/ztzl/jkfp/zcwj/201911/t20191128_1451338.shtml
- [9] 丁辉侠, 张紫薇. 历史制度主义视角下中国健康扶贫政策变迁与动力机制[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(5): 28-34.
- [10] 程斌, 朱兆芳, 赵东辉, 等. 我国健康扶贫成效、经验与挑战[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7): 5-8.
- [11] 王雪峰, 辛艳姣, 蒋俊男, 等. 重特大疾病医疗救助不同模式下“健康扶贫”效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 52-56.
- [12] 詹祥, 周颖, 姚俊, 等. 健康扶贫工程实施效果评价研究: 基于江苏 18 个区(县)调研数据的分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(5): 362-365, 400.
- [13] 关于进一步完善农村贫困人口基本医疗有保障的若干规定 [EB/OL]. (2021-01-06) [2021-06-26]. http://ybj.xianning.gov.cn/xxgk/zc/gfxwj/202101/t20210106_2247981.shtml
- [14] 朱铭来, 胡祁. 中国医疗救助的对象认定与资金需求测算[J]. 社会保障评论, 2019, 3(3): 132-146.
- [15] 朱碧帆, 唐密, 徐嘉婕, 等. 上海市困难对象医疗费用负担与救助效果研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39

- (8): 31-34.
- [16] 关于调整咸宁市城乡最低生活保障标准和农村五保供养标准、特困人员(含孤儿)救助供养标准的通知[EB/OL]. (2020-09-08) [2021-06-26]. http://mzj.xianning.gov.cn/xxgk/zc/gfxwj/202009/t20200908_2179980.shtml
- [17] 咸宁市低收入家庭认定实施办法[EB/OL]. (2020-09-08) [2021-06-26]. http://mzj.xianning.gov.cn/xxgk/zc/gfxwj/202009/t20200908_2179976.shtml
- [18] Wagner A K, Soumerai S B, Zhang F, et al. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research[J]. J Clin Pharm Ther, 2002, 27(4): 299-309.
- [19] Lagarde M. How to do (or not to do) ... Assessing the impact of a policy change with routine longitudinal data [J]. Health Policy and Planning, 2011, 27(1): 76-83.
- [20] 邵伟玲. 农村低保制度的低水平救助与泛福利化分析[J]. 劳动保障世界, 2018(20): 15-16.
- [21] 贾海彦. 第一书记、福利刚性与贫困乡村治理之路:基于生态脆弱区的案例调研[J]. 农林经济管理学报, 2020, 19(6): 745-752.
- [22] 雷诗寒, 谭敏, 苏岱, 等. 分级诊疗背景下我国居民就医流向与费用变化趋势分析[J]. 中国医院, 2021, 25(2): 5-8.
- [23] 吴亚萍. 医保差异化支付与医联体的联合运用对分级诊疗的推动研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7): 37-39.
- [24] 马媛. 论社会救助制度的公正价值取向[J]. 北方民族大学学报(哲学社会科学版), 2017(4): 116-119.
- [25] 韩克庆. 社会保障公平性的测量准则与效果评估[J]. 社会保障研究, 2019(3): 82-99.
- [26] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2020) [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [27] 陈昊, 陈建伟, 马超. 助力健康中国:精准扶贫是否提高了医疗服务利用水平[J]. 世界经济, 2020, 43(12): 76-101.
- [28] 林万龙, 刘竹君. 变“悬崖效应”为“缓坡效应”? ——2020年后医疗保障扶贫政策的调整探讨[J]. 中国农村经济, 2021(4): 53-68.
- [29] 戴卫东, 徐谷雄. 农村医疗救助的扶贫效果及其制约因素的实证研究——基于“国家扶贫改革试验区”丽水市的调查[J]. 中国软科学, 2020(4): 56-69.
- [30] 陈文美, 李春根. 我国社会救助支出责任划分:理论依据、现实问题与优化路径[J]. 社会保障研究, 2021(3): 1-9.
- [31] 童翎, 洪业应. 从“碎片化”困境看农村医疗救助扶贫的政策调整[J]. 山东社会科学, 2017(9): 89-94.
- [32] 关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见[EB/OL]. (2021-04-23) [2021-08-04]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/4/23/art_37_4926.html
- [33] 孙菊. 后扶贫时代应调整和规范医疗救助的目标定位[J]. 中国医疗保险, 2020(11): 32-33.
- [34] 杨立雄. 明确制度目标定位,调整救助对象范围[J]. 中国医疗保险, 2020(11): 33-34.
- [35] 范仓海, 芮韦青. 健康扶贫的“优”与“忧”——以A省为例[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(3): 29-32.

[收稿日期:2021-10-13 修回日期:2021-11-08]

(编辑 赵晓娟)