

2015~2020 年中国健康扶贫攻坚战研究报告

王震 康蕊 李民*

摘要：本报告梳理了 2015~2020 年健康扶贫攻坚战的时代背景、政策设计及工作进展，重点分析了 2015 年之前贫困地区“看病难”“看病贵”的问题，以及各部门针对以上问题在医疗卫生服务保障、医疗费用经济保障中所开展的工作，并客观总结了健康扶贫攻坚战在完善医疗卫生服务资源配置、缓解“因病致贫”“因病返贫”方面所取得的积极成效。以乡村振兴战略和“城乡一体化”为指引，报告对后扶贫时代的主要挑战进行了预判，并据此提出了健康扶贫短期和长期的目标任务与对策建议。

关键词：健康扶贫 基层医疗卫生 医保扶贫 后扶贫时代 乡村振兴战略

党的十九大报告明确指出实施乡村振兴战略，坚决打赢脱贫攻坚战，在 2020 年保证现行标准下的贫困人口如期脱贫。当前，中国贫困发生率已由 2012 年的 10.2% 大幅降至 2019 年底的 0.6%， “现行标准下农村贫困人口实现脱贫、贫困县全部摘帽、解决区域性整体贫困” 的目标任务接近完成。2015 年中国健康扶贫进入攻坚战阶段以来，贫困人口的健康问题一直都是脱贫攻坚的重要任务之一，健康脱贫对整体脱贫具有重要的辐射带动作用，各地均

* 王震，中国社会科学院经济研究所研究员；康蕊，中国社会科学院经济研究所博士后；李民，中国社会科学院大学硕士研究生。



把健康扶贫作为决战决胜脱贫攻坚的关键之役。

健康扶贫启动以来，特别是2018年脱贫攻坚战三年行动开始实施后，党中央、国务院高度重视健康扶贫工作，出台实施了一系列健康扶贫规划，完善公共医疗卫生服务，在农村地区建设医疗机构，按标准配置医疗设备和医护人员。医保扶贫工作也在各地有序开展，一定程度上缓解了贫困群众“因病致贫”“因病返贫”的问题。可以肯定的是，针对贫困群众“看病贵”“看病难”的问题，健康扶贫战略起到了至关重要的引领作用。贫困地区的医疗卫生资源分布更加公平均衡，医疗卫生服务的可及性不断增强，农村居民的身体健康状况不断改善；贫困人口医疗保障体系基本建成，个人医疗费用支出负担减轻，经办服务可及性提高。

2020年是中国全面建成小康社会收官之年，也是脱贫攻坚决战决胜之年。夺取脱贫攻坚战全面胜利后，后扶贫时代中健康扶贫面临新的挑战，退出或即将退出的建档立卡户仍面临返贫风险或健康支出困难，贫困地区医疗卫生条件落后的状况将长期存在，“收入型”贫困向“支出型”贫困转型要求制度随之创新。从短期来看，“十四五”规划时期，健康扶贫应着力完成医疗服务供给侧改革、经办服务提效和监管体系构建等目标任务。从长期来看，首先，应通过治理模式创新，促进脱贫成果巩固提升；其次，落实基本公共服务导向的扶贫思路，实现医疗卫生服务资源配置的公平与均等化；最后，构建医保、医疗救助一体化的保障体系，降低高额医疗费用所带来的致贫返贫风险。最终令健康扶贫的成果惠及更多的地区和农村居民，为实施乡村振兴战略、促进城乡一体化提供有力支撑。

一 健康扶贫的时代背景、政策设计与成效

（一）健康扶贫的时代背景与意义

1. 健康扶贫的时代背景

健康扶贫是实施健康中国战略的基础与前提。党的十八届五中全会和十九大明确提出健康中国战略，核心是提升人民健康水平，全方位、全周期

维护和保障人民健康。由于经济社会发展、自然环境、医疗资源配置等因素的限制，广大农村地区在应对疾病风险时具有天然的脆弱性，抗风险能力较弱。健康扶贫的最终目标是通过提升农村地区的医疗卫生水平，让农村家庭尤其是贫困人口享有更加公平可及的公共卫生服务，减轻在医疗卫生方面的消费支出负担，降低疾病对正常生活的影响。

2017年，习近平总书记指出，健康扶贫属于精准扶贫的一个方面，因病致贫、因病返贫是扶贫硬骨头，在综合治理的同时需结合“靶向治疗”。十八大以来，中国扶贫攻坚工作实施精准扶贫方略，坚持分类施策、因人因地施策、因贫困原因施策、因贫困类型施策，科学有序地对扶贫对象实施精确识别、精确帮扶、精确管理。2018年，中国脱贫攻坚工作进入决胜阶段，健康扶贫成为脱贫攻坚的重点领域与关键环节。

2. 健康扶贫的社会意义

健康扶贫是打赢脱贫攻坚战的关键举措，从根本上降低了整体的致贫风险，对保证在2020年贫困人口如期脱贫、全面打赢脱贫攻坚战具有重要意义。2016年，原国家卫计委牵头开始推进实施健康扶贫工程，特别是在2018年进入脱贫攻坚战决战决胜关键阶段以来，贫困地区越来越多的群众能够享有基本医疗卫生服务，农村贫困人口患大病时能得到及时有效救治保障。通过基本医保和其他社会救助措施，多数省份的农村贫困人口医疗费用实际报销比例不断提高，大大减轻了建档立卡户等生活困难群众的就医支出成本，降低了因病致贫、因病返贫的风险。

中国健康扶贫战略惠及越来越多的地区和居民，加速了世界减贫进程，为全球减贫事业做出了巨大贡献。一是中国健康扶贫的速度和效率明显快于全球，提升了全球健康扶贫工作整体水平。二是为全球健康扶贫提供了中国经验。中国的健康扶贫工作一直以精准脱贫方略为指引，并制定了多项具有中国特色的健康扶贫方案，为其他发展中国家的脱贫减贫工作提供了有益借鉴。三是积极开展国际减贫合作，为世界健康扶贫工作贡献了中国力量，在实现自身健康扶贫战略的同时也通过资金和药品援助、派遣医务援助人员等方式帮助其他发展中国家摆脱因疾病导致或加剧的贫困。



（二）健康扶贫的政策设计与工作进展

健康扶贫攻坚战实施以来，工作总体目标是实现贫困人口“基本医疗有保障”，将防止因病返贫作为主攻方向，将精准扶贫作为基本方略，政策设计中的重要策略是“大病集中救治、慢病签约服务、重病兜底保障”。大部分地区开展了大病、重病专项救治，建立了医保和社会救助兜底保障，并从基层医疗服务能力建设、公共卫生服务与慢病管理等方面提升帮扶地区的内生动力，针对特殊人群，如贫困地区的农村妇女开展了专门的医疗救助，深度贫困地区“三区三州”开展了具有地方特色的扶贫创新模式。

1. 大病专项救治

为落实健康扶贫精准到人、精准到病的战略要求，中央及各地开展了大病专项救治，通过核查贫困人口的患病情况，建立动态的大病识别和救治系统。由群众自下而上反映，对医疗费用负担重、临床诊疗路径清晰且诊疗效果明确的病种，规定定点医院、诊疗方案和付费标准等。当前，专项救治涵盖了对 25 种大病的规范化治疗。

2. 医保综合保障

首先，医保扶贫的首要工作是将建档立卡贫困人口全部纳入城乡居民基本医保、大病医保和医疗救助制度覆盖范围内。其次，对贫困人口的医疗费用报销实施倾斜照顾和特殊保障相结合的双措施，一是在初次报销中提高报销比例，并对经城乡居民医疗保险、大病保险、医疗救助补偿后的个人自付费用再次予以报销补偿，二是由财政专项资金负责政府直接兜底、医保兜底、大病专项救助兜底等。

3. 基层医疗服务能力建设

在全民健康保障工程建设中，约有 87.5% 的中央投资用于支持贫困地区医疗卫生基础设施建设。^① 另有中央财政补助资金专项用于贫困县县级医院和基层医疗卫生机构临床服务能力建设。在乡镇卫生院一级单位实施全科医

^① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告 2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



生特岗计划、农村订单定向医学生免费培养项目，为贫困地区的村卫生室建设培训村医和乡村全科执业助理医师。组织三级医院对口帮扶贫困县的县级医院，建立远程医疗网络。

4. 公共卫生服务与慢病管理

针对慢性病患者，开展家庭签约服务，当前涵盖的慢性病包括高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍等。坚持预防为主、防治结合，针对艾滋病、结核病、包虫病、大骨节病等重点传染病和地方病，采取针对性的地方防治行动。为贫困地区儿童开展营养改善、新生儿疾病筛查项目，对遗传代谢病患儿进行医疗救助。通过健康讲座等形式，普及公共卫生知识，引导健康的生活方式。

5. 农村妇女“两癌”救助

在所有贫困县开展农村妇女宫颈癌、乳腺癌“两癌”免费筛查，运用中央彩票公益金救助，在深度贫困地区和建档立卡贫困妇女中实现“两癌”救助全覆盖。一些地区开始推广妇女“两癌”健康扶贫保险，建立了多重救助保障。通过线上、线下相结合的方式开展“两癌”防治宣传教育，由全国妇联组织举办“妇女健康大讲堂”。

6. 深度贫困地区的扶贫创新

根据精准扶贫战略要求，健康扶贫工作聚焦深度贫困地区，执行“一地一策”，为“三区三州”制定了健康扶贫工作攻坚行动方案。具体包括：倾斜支持“三区三州”各级医疗卫生机构建设，支持县级医院和基层医疗卫生机构临床服务能力建设，支持农村贫困人口托底医疗保障工作。医疗人才“组团式”援藏援疆，以“院包科”的形式帮助深度贫困地区医院提升服务能力。

二 “看病难”问题的解决：健康扶贫的医疗服务供给

（一）脱贫攻坚前的医疗服务资源配置

1. 医疗卫生服务总体供给不足

2015年之前，中国农村地区医疗和公共卫生两个领域的服务资源均呈现总体供给不足的特征。一方面，农村地区尤其贫困地区的农村，仍有部分居民面



临有病不能及时就医的问题；另一方面，公共卫生服务覆盖不足，导致健康水平低于平均水平，患病风险以及发生灾难性医疗卫生支出的风险相应增加。

（1）贫困地区农村医疗服务的可及性差

2014年，农村居民生病之后，不能及时就医的比重为5.6%。在不能及时就医的主要原因中，医院距离太远所占比重为74.5%。^①

首先，医疗设施建设落后。农村地区乡镇卫生院基础设施建设达标率仅为70.6%，贫困地区中5.9%的自然村仍无卫生站（室），如表1所示。在贫困地区扶贫资金投向中，乡卫生院、村卫生站（室）建设及设施投入约为16.6亿元，占比仅为1.2%。^②

其次，专业技术人员不足。2014年，贫困地区仍有16.8%的乡镇没有全科医生，9.1%的村无具有合法行医证医生/卫生员配备，如表1所示。卫生技术人员培训投入约为1.9亿元，占比仅为贫困地区扶贫资金的0.1%。^③

表1 贫困地区的医疗服务供给情况

指标	2012年	2013年	2014年
医疗卫生机构床位数（万张）	76.1	85.5	96.0
医疗卫生机构技术人员（万人）	69.3	78.6	—
执业医师（万人）	29.6	31.7	—
有卫生站（室）的村比重（%）	86.8	92.6	94.1
拥有合法行医证医生/卫生员的村比重（%）	83.4	88.9	90.9
有政府办卫生院的乡镇比重（%）	92.1	97.1	98.2
有全科医生的乡镇比重（%）	69.0	77.8	83.2
乡卫生院、村卫生站（室）建设及设施占扶贫投资的比重（%）	1.3	1.4	1.2

资料来源：《中国农村贫困监测报告2015》。

① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

③ 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



（2）公共卫生服务的覆盖不足

脱贫攻坚战实施之前，中国农村地区公共卫生服务的水平低、项目少。人均基本公共卫生服务经费补助标准在2014年仅为35元，^①对比当年的公共卫生消费水平略显不足。在艾滋病、结核病等传染病、地方病防治中，并未开展全国性的免疫防治规划。农村新生儿筛查和妇女“两癌”筛查的意识和落实仍然十分落后。贫困家庭的儿童营养和健康状况未得到足够重视，先天性心脏病儿童救治比例仍较低。

由于公共卫生服务资源的供给不足，农村地区居民的健康水平较低，患有慢性病、地方病的概率更高。2014年，贫困地区农村居民中，体弱多病的人数占6.4%，长期慢性病患者占3.4%，患有大病的占0.6%。在贫困地区中，一成以上的行政村存在地方病。贫困地区农村中6.3%的村存在肺结核，1%的村存在大骨节病，0.9%的村存在地方氟中毒，0.7%的村存在布氏杆菌病，0.7%的村存在血吸虫病。^②

2. 医疗卫生服务供给不均衡

从全国农村总体来看，医疗卫生服务供给呈现不均衡的特征。按照现行国家农村贫困标准测算，2015年一半以上的农村贫困人口主要集中在西部地区。但西部地区的医疗卫生服务资源是最为匮乏的。东部、中部地区农村在医疗卫生服务方面的基础条件普遍优于西部地区，优势较为明显，例如在自然村卫生站（室）的配备上，东、中、西部地区的户比重分别为86.0%、86.5%、85.2%（见表2）。^③

① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

③ 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2016》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



表 2 全国农村地区的医疗卫生服务供给的地区差异 (2015 年)

单位: 万人, %

指标	全国	东部地区	中部地区	西部地区
贫困人口	5575	653	2007	2914
贫困发生率	5.7	1.8	6.2	10.0
所在自然村有卫生站(室)的户比重	85.9	86.0	86.5	85.2

资料来源:《中国农村贫困监测报告 2016》。

在贫困地区中,区域性贫困较为严重的三类地区分别是连片特困地区、扶贫重点县、少数民族地区农村。这三类地区的硬件设施和人员配备远低于一般农村地区的平均水平。^① 2014 年,在 14 个连片地区覆盖的全国 21 个省(自治区、直辖市)的 680 个县中,有卫生站的行政村比重为 93.4%,但最高的大别山区和最低的西藏区相差约 34 个百分点,拥有合法行医证医生/卫生员的村比重这一指标在大别山区和南疆三地州之间也相差了约 35 个百分点。^② 尽管扶贫重点县的总体水平在贫困地区农村中较高,但各省份之间的差距也较大(见表 3)。

表 3 贫困地区医疗卫生服务供给的区域差异 (2014 年)

单位: %

指标	贫困地区农村	连片特困地区			扶贫重点县		
		整体水平	大别山区	西藏区/南疆三地州	整体水平	安徽/宁夏	海南
有卫生站(室)的村比重	94.1	93.4	99.0	64.6	94.5	100.0	81.0
拥有合法行医证医生/卫生员的村比重	90.9	90.3	99.2	63.9	91.1	99.0	64.7

资料来源:《中国农村贫困监测报告 2015》。

- ① 少数民族地区农村的统计数据缺失,故本文中不进行报告。
 ② 国家统计局:《中国农村贫困监测报告 2015》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

3. 医疗卫生服务体制机制不完善

贫困地区农村较中国大多数农村地区而言，分级诊疗的推行更为困难，主要原因在于基层医疗卫生资源下沉困难，体现在两个方面：一是基层医疗卫生的基础设施建设不足，二是基层医护人力资源和行政编制资源不足。首先，大多数贫困地区的自然环境恶劣，社会经济发展水平较为落后，财政支持的基层卫生服务设施建设水平较低，基层医疗卫生所需的卫生室场所、必要的检查设备、仪器以及常见病药品供应不足。其次，从基层人员主观选择来看，贫困地区的自然环境和生活环境较为恶劣，薪酬待遇不高，因而医护人员不愿到基层去。基层无法吸引人才的另一重要原因是制度资源分配不均衡，行政编制资源下沉到基层的少之又少，留不住人的问题较为严重。

由于基层医疗卫生能力薄弱，贫困人口无法实现全面的健康管理及有效的检查，小病“忍忍就过去了”，一旦发现大病，就诊方向一般会选择大城市的大医院，大医院的虹吸效应在贫困人口中体现得尤为明显。再加上贫困地区信息化建设较为落后，基层与发达地区医疗机构之间的电子病历和电子健康档案的信息共享缺失，分级诊疗的转诊推动困难。贫困人口有病不得不到大医院进行“大检查”、开具“大处方”，一方面造成了低收入群体的医疗费用支出负担，另一方面在基层就医的人越来越少，恶性循环之下部分村卫生室、乡镇卫生院经营困难，愈加无法发挥应有的医疗“守门人”的作用。

（二）健康扶贫攻坚战中的医疗卫生服务供给

1. 加大财政投入与政策扶持力度

2015 年中共中央、国务院发布《关于打赢脱贫攻坚战的决定》以来，健康扶贫工作稳定推进，以精准扶贫为总体指导，加大了对贫困地区医疗卫生服务资源的财政投入与政策支持力度。

中央财政安排专项资金支持贫困地区的医疗卫生服务供给。2018 年以来，全面健康保障工程中 87.5% 的中央投资用于支持贫困地区的医疗卫生基础设施建设，中央财政补助资金 23.3 亿元协调用于 832 个贫困县的县级医院和基



层医疗卫生机构临床服务能力建设。^①各地区财政支持贫困地区县医院的业务用房建设和医用设备配置,建设信息化远程医疗网络。

中央及各地政府还通过政策支持增加贫困地区村医等医护人员配备。在贫困地区实施全科医生特岗计划、农村订单定向医学生免费培养项目,为贫困地区吸引和留住医护人才。2015~2019年,中央累计支持补充乡镇卫生院全科医生1.4万人。^②通过建立基本公卫、基本药物制度补助等补偿机制,解决村医待遇低和养老保障等方面问题,不断壮大村医队伍,提升村医服务能力。

2. 重点地区精准帮扶和倾斜支持

针对国家层面的深度贫困地区“三区三州”,^③中央和当地分别制定印发了专门的地区健康扶贫实施方案。“三区三州”所在省份按照“一地一策”制定“健康扶贫工作攻坚行动方案”。

在医疗服务方面,加大对“三区三州”各级医疗卫生机构建设的倾斜支持力度。2018年共协调中央财政补助资金4.66亿元,用于深度贫困地区县级医院和基层医疗卫生机构临床服务能力建设。^④

在公共卫生方面,重点部署地方病防治的地区倾斜扶持。2018年,中央拨款4780万元支持西藏自治区的包虫病防治工作,拨款1100万元支持四川凉山州的艾滋病综合防治。另外,地方政府还积极吸引社会组织的慈善捐款,例如盖茨基金会计划在3年内投入450万美元到四川的防治项目。^⑤

3. 医疗卫生体制改革

2015年以来,贫困地区的医疗卫生体制改革工作主要围绕基层医疗

① 国家统计局:《中国农村贫困监测报告2019》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局:《中国农村贫困监测报告2019》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

③ “三区三州”的“三区”是指西藏自治区和青海、四川、甘肃、云南四省藏区及南疆的和田地区、阿克苏地区、喀什地区、克孜勒苏柯尔克孜自治州四地区;“三州”是指四川凉山州、云南怒江州、甘肃临夏州。

④ 国家统计局:《中国农村贫困监测报告2019》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

⑤ 国家统计局:《中国农村贫困监测报告2019》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

卫生资源下沉展开，具体措施包括基层基础设施建设（硬件）、医护人员能力提升（软件）、地方特色的专项行动和一系列辅助措施。

首先，贫困地区农村的医疗卫生基础设施建设进一步加强，为医疗卫生资源下沉打下了良好的基础。2015~2018年，中央累计支持了贫困地区3438个乡镇卫生院标准化建设，支持了贫困地区1.4万个村卫生室建设，不断提升基层医疗卫生服务能力。其次，开展基层卫生人才能力提升项目，为贫困地区培训了6万名村医，培养了3万名乡村全科执业助理医师。^①最后，在基层实施有针对性的防治策略，推动疾病预防的关口向前移，坚持“预防为主、防治结合”的公共卫生服务方针，针对艾滋病、结核病等重点传染病和地方病，启动地方防治专项行动。

除此之外，为推动贫困地区的医疗卫生体制改革，还开展了一系列辅助性活动。2015年，国家卫计委启动建立面向832个县的卫生计生扶贫工作监测系统，收集贫困地区的卫生基本数据、卫生资源配置、医疗及公共卫生服务提供情况和扶贫重点项目开展情况等信息。以此为基础，各地开展了发达地区大医院对贫困地区基层医疗的对口帮扶项目。截至2018年底，全国共有932家三级医院对口832个贫困县的县级医院，^②由一支或多支团队持续蹲点帮扶，并建立了远程医疗网络，不仅增加了贫困地区医疗服务资源的供给规模，还通过传授专业技能等，提升了当地的基层医疗卫生服务能力，增强了抵御疾病风险的内生动力。

（三）医疗卫生服务扶贫的成效

1. 医疗卫生服务的可及性增强

2015年以来，贫困地区农村的医疗卫生服务的可及性不断增强。截至2018年底，已有773个国家级贫困县至少每县有1家县级医院达到二级服务

① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



水平，11359个乡镇的卫生院基础设施建设达标，12187个乡镇的卫生院至少每个乡镇拥有1名全科医生或职业（助理）医师，13.8万个行政村的卫生室基础设施建设达标，15.8万个行政村的卫生室至少每个行政村拥有1名合格乡村医生。西藏实现了322种“大病”在本区内可得到治疗、1914种“中病”在地市一级可得到治疗，新疆受帮扶医院的急危重症病人的抢救成功率达90%以上。^①

贫困地区农村中“所在自然村有卫生站的农户比重”达到93.2%，较2014年上升了6.4个百分点，其中，连片特困地区和扶贫重点县的增幅也和贫困地区平均水平基本持平（见图1）。“有病能及时就医”的比重为98.8%，较2014年上升了4.4个百分点，不能及时就医的主要原因中，医院距离太远所占比重为53.6%，较2014年下降了20.9个百分点。针对25种大病的患者提供了规范化治疗，已有1213万人得到分类救治，覆盖95%的大病和慢性病患者。^②

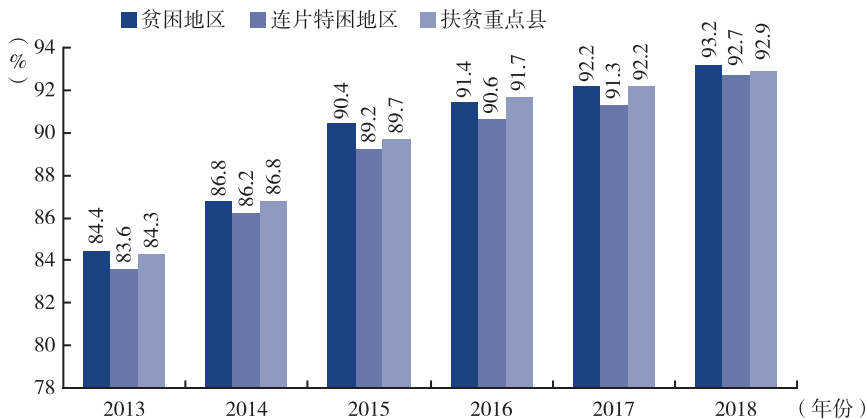


图1 贫困地区所在自然村有卫生站的农户比重

资料来源：《中国农村贫困监测报告》（2014~2019）。

① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告》（2015~2019），<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



2. 资源分布更加公平均衡

2015年以来，贫困地区农村的医疗卫生服务资源在地区之间的分布更为均衡，地区间的差距正在不断缩小。以“所在自然村有卫生站的农户比重”为例，2018年全国23个覆盖贫困地区的省份平均水平为92.1%，^①其中21个省份的比重高于80%，最高与最低之间相差27个百分点，较2014年的差距缩小了约7个百分点（见图2）。连片特困地区之间的差距，覆盖扶贫重点县的省份之间的差距均缩小了10个百分点以上。

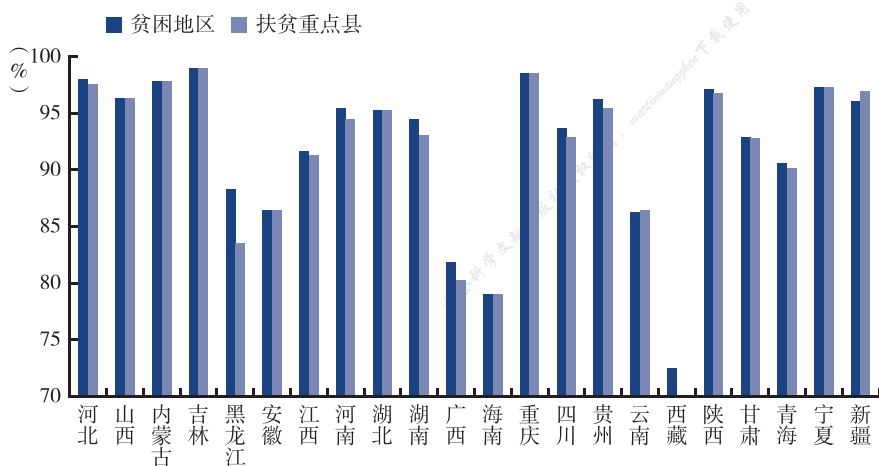


图2 贫困地区医疗卫生服务供给的区域差异（2018年）

资料来源：《中国农村贫困监测报告2019》。

3. 农村居民身体健康状况改善

根据农村贫困监测调查，2018年，在贫困地区农村居民中，身体状况为健康的人数占94.8%，不健康但生活能自理的占4.4%，生活不能自理的比重为0.8%。^②其中，身体状况健康人数占比较2014年增长了5.1个百分点（见图3）。

① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

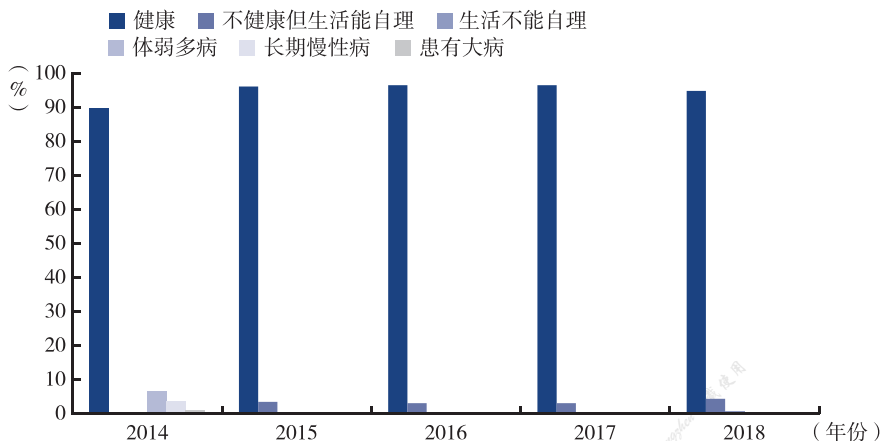


图3 贫困地区农村居民身体健康水平

资料来源:《中国农村贫困监测报告》(2015~2019)。

传染病是农村地区威胁居民健康的主要因素,传染病死亡率得到控制是农民身体健康状况改善的重要体现。国家统计局相关数据显示,全国农村传染病粗死亡率从2013年的7.94/10万下降至2018年的7.26/10万,并且每年都呈现下降趋势。农民传染病死亡人数占总死亡人数的比重从2013年的1.21%下降到2018年的1.05%。^①在西藏和四省藏区的10个项目县,通过妇幼健康服务能力提升项目等,妇女儿童的健康状况得到改善。截至2019年初,凉山州艾滋病母婴传播率较2017年下降了25%。^②

三 “看病贵”问题的解决:健康扶贫的经济保障

(一) 脱贫攻坚战前的医疗保障体系

1. 医疗费用报销待遇水平低

尽管2008年中国31个省、自治区、直辖市已经实现新型农村合作医疗

① 国家统计局:《中国统计年鉴2019》, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2019/indexch.htm>。

② 国家统计局:《中国农村贫困监测报告2019》, <https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



制度（以下简称“新农合”）这一基本医保制度全覆盖的目标，但总体来看，农村地区特别是贫困地区医疗费用报销的保障水平较低，医疗费用支出负担仍然较重。2013年，“因病致贫”“因病返贫”占农村人口致贫主要原因的42.2%。^①在西部地区农村中，新农合的平均报销比例仅为40%，自付医疗费用高于家庭年收入的农户占比为28.8%。^②

2014年以前，贫困人口医疗费用支出负担重的原因可归纳为三个方面。第一，尽管中国大部分地区实现了新农合的制度全覆盖，但由于政策落实的地区差异，贫困地区的部分人口仍未被纳入保险范围内，2014年仍有2%的贫困地区人口由于经济困难未参合，^③距离人群全覆盖的目标仍有一定距离。第二，由于医疗保险和医疗救助的各项制度普遍存在门槛线或封顶线，重特大疾病并无专门报销政策，一旦发生较高的医疗费用，个人自付部分对于贫困家庭来说，仍是影响正常生活的支出负担。第三，在贫困人口医保制度设计中，对供方行为的约束较少。贫困患者小病大治、挂床住院等过度医疗的问题在各地普遍存在。

2. 医疗保障体系不健全

首先，贫困人口医疗费用支出的兜底保障缺失。2014年以前，贫困人口的医疗费用补偿机制主要分为两大类，一是医疗保险，包括基本医疗保险和大病保险，二是医疗救助，包括门诊救助、住院救助、重特大疾病救助和其他临时救助。不过，经过各类报销和补贴后再无兜底保障，相较贫困家庭的收入水平而言，自付和自费费用支出所带来的“因病致贫”和“因病返贫”的风险仍较高。另外，贫困人口医疗费用报销的各险种和补助政策之间的衔接机制不健全，存在报销和补助空白，仍有大额费用需要贫困人口自付和自费，并无相关兜底政策支持。

其次，医保扶贫的精准度不足。在扶贫对象锚定上，贫困线这一条硬杠

① 《卫计委：因病致贫、因病返贫户占建档贫困户的42%》，人民网，2016年6月21日。

② 汪辉平、王增涛、马鹏程：《农村地区因病致贫情况分析思考——基于西部9省市1214个因病致贫户的调查数据》，《经济学家》2016年第5期。

③ 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



杠还在一些地区引发了“悬崖效应”，一些收入高于贫困线的边缘群体得不到及时救治，与纳入扶贫保障的群体比较引起不良社会效果。在保障内容上，大多数保障项目“一刀切”，有些贫困人口占用过多扶贫资源，而另一部分贫困人口对资源的利用率较低。各地针对特殊病种的报销和救助政策缺失，粗放化的管理方式难以高效地解决贫困人口的医疗保障问题。

3. 经办服务效率低

由于经办服务的效率低，贫困人口在获得各项待遇的过程中，需要付出较高的成本，这直接抵消了保障措施的成效。通俗来讲，要获得100元的保障待遇，能够拿到这100元的成本就不能太高。以80元的成本来获得100元的待遇，甚至以超过100元的成本来拿到100元的待遇，无疑会导致保障效果大打折扣。在2014年以前，由于贫困人口信息获取难，报销往往需要来回跑腿，付出大量的人力成本和时间成本。贫困地区大多处于交通不便的山区，给报销经办增加了更多的路费等间接成本。在异地就医直接结算未实施前，手工结算效率低，贫困人口往往需要垫支大量费用。

经办服务效率低的主要原因是，一方面，经办部门之间割裂，贫困人口的认定和待遇发放等业务分散在各个部门，信息共享机制缺失。另一方面，信息化建设落后。受限于当时的信息技术条件，医院和扶贫部门、医保部门、民政部门并未建立起信息数据平台，信息共享手段落后。

（二）健康扶贫攻坚战中的医保扶贫

1. 提升报销待遇水平

首先，各地通过资助参加新农合/城乡基本医疗保险，将贫困人口纳入基本医疗保险覆盖范围内。以甘肃临夏州为例，特殊困难城乡居民个人缴费部分补助办法，州级层面仅提出“由政府给予补贴”“由县（市）民政部门给予全额和定额资助”的要求。在临夏县，建档立卡贫困人口资助参保额度为10元/人（2018年），农村二类低保对象的资助额度为55元/人（2018年），对农村一类低保对象、五保户、孤儿保障对象进行全额代缴（见表4）。



表 4 “三州”特殊困难城乡居民医保个人缴费部分补助

单位：元

年份	甘肃临夏	(临夏县/永靖县)	四川凉山	(西昌市)	云南怒江	(兰坪县)
	个人缴费	补助	个人缴费	补助	个人缴费	补助
2017	150	—	150	100/150	150	—
2018	180	10/55/180	180	90/130/180	180	180
2019	220	70/220	220	160/220	220	70/220

注：对低保对象、特困供养人员、孤儿、建档立卡贫困人口参加城乡居民医保的个人缴费部分，由县（市）民政部门予以全额和定额资助，因此分别在三州中选取一个城市的政策标准予以说明。

资料来源：各州县政府部门网站。

其次，对贫困人口的住院补助政策设计包括降低起付线和提高报销比例。从全国范围来看，贫困人口大病保险起付线较普通居民降低了 50%，报销比例提高 5 个百分点。一些地区在此基础上还提高了待遇水平，以甘肃临夏州为例，一是建档立卡贫困人口住院报销实行零起付线，二是对建档立卡贫困人口、特困供养人员等七类人员，普通疾病住院报销比例在统一报销标准基础上提高 10 个百分点。

最后，加强不同制度之间的待遇衔接。甘肃临夏州实施了“10 元 85%”报销政策，即对建档立卡贫困人口合规医疗费用经基本医保报销和大病保险报销后，达不到大病保险条件，实际报销比低于 85% 的部分执行 85% 的报销比例。对建档立卡贫困人口个人自付合规费用经基本医保、大病保险报销后，个人自付合规费用年累计超过 3000 元以上的部分，由民政部门通过民政救助兜底解决。

2. 构建“五道医疗保障线”体系

在基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障之外，各省份还陆续建立起覆盖所有困难群众的大病补充保险制度，并实施政府兜底保障，“基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、医疗救助和贫困人口医疗保障政府财政补助”五道保障线制度基本形成。以河南固始县为例，对贫困人口入院依次经城乡居民基本医保、城乡居民大病保险、困难群众大病补充保



险三道医疗保障线补偿后（无需全部经过），剩余的合规住院费用，首先由民政负责的医疗救助按 40% 予以报销后，再由政府财政补助按 90% 予以报销，余下的个人合理自费医疗费用可另由政府财政补助按 50% 报销，如表 5 所示。

表 5 固始县城乡居民基本医疗保险住院报销制度（2019 年）

“五道保障线制度”		报销比例	
		贫困人口	非贫困人口
基本医保	乡镇卫生院 / 社区医疗机构	免起付线，95%	起付线 200 元，200~800 元 70%；800 元以上 90%
	县级医院	起付线 300 元，300~1500 元 68%；1500 元以上 88%	起付线 400 元，400~1500 元 63%；1500 元以上 83%
	市级医院（二级及以下规模）	起付线 500 元，500~3000 元 60%；3000 元以上 80%	起付线 500 元，500~3000 元 55%；3000 元以上 75%
	市级医院（三级）	起付线 900 元，900~4000 元 58%；4000 元以上 77%	起付线 900 元，900~4000 元 53%；4000 元以上 72%
	省级医院（二级及以下规模）	起付线 600 元，600~4000 元 58%；4000 元以上 77%	起付线 600 元，600~4000 元 53%；4000 元以上 72%
	省级医院（三级）	起付线 1500 元，1500~7000 元 55%；7000 元以上 73%	起付线 1500 元，1500~7000 元 50%；7000 元以上 68%
	省外医院	起付线 1500 元，1500~7000 元 55%；7000 元以上 73%	起付线 1500 元，1500~7000 元 50%；7000 元以上 68%
大病保险	起付线	0.75 万元	1.5 万元
	起付线 ~5 万元（含）	80%	50%
	5 万 ~10 万元（含）	85%	60%
	10 万元以上	95%	70%
	年封顶线	40 万元	40 万元



续表

		报销比例	
		贫困人口	非贫困人口
大病补充 保险	起付线	0.3 万元	
	0.3 万 ~0.5 万元 (含)	30%	
	0.5 万 ~1 万元 (含)	40%	
	1 万 ~1.5 万元 (含)	50%	
	1.5 万 ~5 万元	80%	
	5 万元以上	90%	
	年封顶线	无封顶线	
民政医疗 救助	个人自付合规费用	40%	
政府财政 补助	个人自付合规费用 (2018 年 7 月)	90%	
	自费医疗费用 (2018 年 1 月)	50%	

注：①对于贫困人口来说，够大病保险部分，先报大病保险，不够大病保险部分先报大病补充保险。

②省内即时结报，省外到县行政服务中心四楼“贫困人口医疗保险一站式即时结算”窗口结报。

资料来源：课题组调研过程中所获得资料。

除此之外，各地还开展了农村贫困人口大病、慢性病分类救治，实行单病种付费，控制费用总额，2018 年覆盖了所有农村贫困人口。为进一步降低贫困人口自费负担，一些地区还规定基层医疗机构与县二级医院非报销范围费用（指丙类用药和丙类检查费用）不得超过医疗总费用的一定比例，超出部分由定点医疗机构承担。

3. 推进“一站式”经办与结算服务

2015 年以来，在理顺管理体制的基础上，各地开始整合医保扶贫资金、服务标准与流程，简化经办程序，全面推进“一站式”经办与结算服务。让贫困人口在“一个窗口”就能获得不同层次、不同来源的保障待遇。贫困人口在



县域（市域）内定点医疗机构住院可“先诊疗后付费”，定点医疗机构中设立“一站式”综合服务窗口，实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助和社会慈善救助“一站式”信息联通与及时结算，不仅免交押金，还免除此前贫困人口对医疗费用的垫支，在出院时只需支付个人应承担的医疗费用（见图4）。

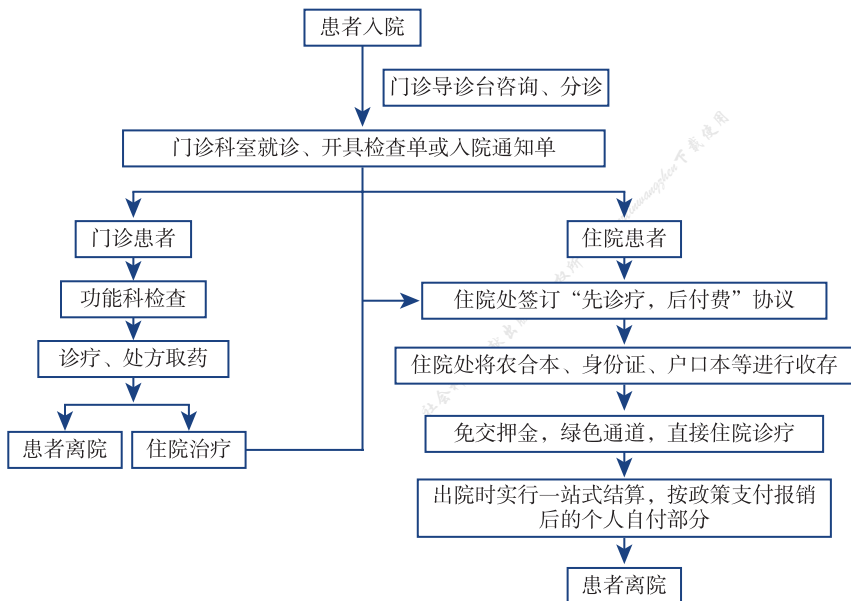


图4 贫困人口就医“一站式”结算流程

资料来源：课题组调研过程中所获得资料。

（三）医保扶贫所取得的成效

1. 贫困人口的医疗保障体系基本建成

健康扶贫攻坚战期间，通过实施医疗保障的各项政策制度，各地区贫困人口的医疗保障体系基本建成，不仅保证了医疗保障各项制度的有效衔接，还为贫困人口的医疗费用支出提供了兜底保障。首先，通过资助参加新农合/城乡基本医疗保险，将贫困人口纳入基本医疗保险覆盖范围内，贫困人口参保率在2020年稳定在99.9%以上，基本实现了基本医保制度对贫困群众的全



覆盖。^①其次，医疗救助全面覆盖贫困人口，2019年中央财政投入社会救助补助资金245亿元，其中90%流向中西部贫困地区，农村困难群众政策范围内住院救助比例普遍达到70%。最后，健康扶贫专项救治病种扩大到21个，累计救治1000多万贫困人口。一些省份在此基础上扩大病种，例如广西对25种大病开展专项救治，累计救治大病患者4.45万人。^②

2. 贫困人口医疗费用支出负担减轻

2018年以来，医保扶贫政策已累计惠及贫困人口4.6亿人次，累计减轻贫困人口医疗费用负担近3000亿元。目前，在基本医保、医疗救助、大病保险等多重医疗保障体系框架下，贫困人口住院和门诊慢病医疗费用实际报销比例均稳定在80%左右，一些地区的住院治疗费用实际报销比例为90%以上。对贫困人口实施降低起付线、提高报销比例、取消封顶线的倾斜保障，2019年惠及超过310万贫困患者，报销水平在基本医保报销基础上平均提高约18个百分点。贫困人口的医疗费用支出负担不断减轻，“因病致贫”人口较2014年减少了约2700万人，“因病致贫”人口占全部贫困人口的比例下降了96.6%。^③

3. 经办服务的效率大大提升

2018年，中国96%以上的地区实现了贫困人口基本医保、大病保险和医疗救助的县域内“一站式”结算，目前25个省份已全部实现市域内“一站式”结算。^④经办服务的效率提升，减少了贫困人口获得医疗保障的各种成本，既包括直接的开支，比如往返的路费、在异地的住宿餐饮等成本，也包括时间损失，比如家属陪同消耗的时间等，还有由手工报销带来的垫资等开支。

2016年，多数省份已经实现了省内异地就医的直接结算；新农合也在

① 《推进健康扶贫和医保扶贫 确保贫困人口基本医疗有保障发布会》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_14_3993.html，2020年3月10日。

② 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2015》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。

③ 《推进健康扶贫和医保扶贫 确保贫困人口基本医疗有保障发布会》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_14_3993.html，2020年3月10日。

④ 《推进健康扶贫和医保扶贫 确保贫困人口基本医疗有保障发布会》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_14_3993.html，2020年3月10日。



些省份建立了直接结算系统。2017年，全国开始推动和实施跨省的异地就医直接结算工作。截止到2019年6月，跨省异地就医定点医疗机构达到18962家，^①基本上实现了每个县都有一个医疗机构入网，缓解了此前跨区域的就医只能由患者先垫付、再回参保地报销的问题，极大地便利了贫困人口。

四 后扶贫时代健康扶贫的展望及对策

（一）后扶贫时代的主要挑战

1. 退出或即将退出的建档立卡户仍面临返贫风险或健康支出困难
贫困地区对健康扶贫政策的依赖性大，地区及扶贫对象的内生动力不足，返贫风险较大，一旦扶贫政策中止或遭受意外冲击，更容易面临返贫风险或支出困难。

贫困地区之所以长期处于贫困状态，主要原因在于恶劣的生存环境和不利的区位条件极难改观，贫困恶性循环的陷阱难以摆脱，贫困人口面临多方面的脆弱性。自然、历史和社会经济条件长期落后，贫困地区总体贫困程度深、贫困发生率高，农村人口普遍受教育水平较低，农民收入水平低于全国平均水平，短期内难以改变这一现状。尽管脱贫攻坚战取得决定性进展，但是对于那些已退出或即将退出建档立卡户的家庭来说，因病致贫的根本原因并没有被彻底根除。

因此，对已退出或即将退出的建档立卡户，应给予持续性的政策支持，以巩固扶贫成果。未来对这一群体的健康扶贫工作有一个长期的过程，不仅应形成一个高质量的内生发展机制，还需要将医保和医疗救助制度有序衔接，在制度上为已退出人口“兜住底”。

2. 贫困地区医疗卫生条件落后的状况将长期存在

由于贫困地区社会经济发展落后，财政保障困难，并且受限于艰苦的自然环境，医疗卫生事业发展长期落后，特别是乡、镇两级基层医疗卫生服务

^① 《推进健康扶贫和医保扶贫 确保贫困人口基本医疗有保障发布会》，国家医疗保障局网站，http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_14_3993.html，2020年3月10日。

的供给难以满足当前需求。尽管2020年实现脱贫在即，但我们必须认识到贫困地区社会经济总体发展落后的状况将长期存在，医疗卫生条件改善的困难仍很大。

14个集中连片特困地区是当前基层医疗卫生服务条件最为薄弱的地区，面临着数量和质量均不足的双重问题。从数量上来看，集中连片特困地区的户籍人口占全国总人口的17.6%，而医疗卫生机构床位数的占比仅为12.2%，2019年的统计中仍有1.3%的人口有病不能及时就医。从质量上来看，“三区”西藏区、四省藏区、南疆四地州的“所在自然村有卫生站的农户比重”平均为83.5%，其中，西藏区仅为72.5%，也就是说仍有约30%的农村还没有卫生站。各村的卫生室平均拥有的合格乡村医生不足1名，仍有乡镇卫生院未配备全科医生或执业（助理）医师，一些县级医院仍低于二级服务水平。^①以上地区的现实状况与实现“大病不出县、小病不出乡”的目标之间仍然有一定距离，未达标的地区往往是“最难啃的硬骨头”，改善进程将更加艰难。

贫困地区的地域面积广，多为山地等复杂地形，基层医疗卫生服务的半径大，包括交通在内的服务成本较高。一些地区的远程医疗协作网络刚刚建好，还需要一段时间的学习与适应。一些基层医疗卫生人才总量不足、技术水平低、流动性大，与当前中国的医疗体制改革紧密相关，医改是涉及多部门、多方利益的长期工程，贫困地区医疗卫生资源的合理配置有赖于整个医改进程的推进。因而，未来一定时期内，医疗卫生条件改善的难度仍较大，需统筹加大财政支持和基层基础设施建设力度、增加基层行政编制资源、推进分级诊疗等多项措施配合发力。

3. “收入型”贫困向“支出型”贫困转化

随着脱贫攻坚任务的完成，中国的贫困成因发生了重大变化，“支出型”贫困所占比例越来越高。在“收入型”贫困下，因病致贫主要指的是疾病导致的劳动力就业损失；“支出型”贫困则主要是从支出端给家庭资产带来的冲击。即使一个家庭有较高的收入，如果发生高额医疗支出（灾难性医疗

^① 国家统计局：《中国农村贫困监测报告2019》，<https://navi.cnki.net/KNavi/YearbookDetail?pcode=CYFD&pykm=YPKJC&bh=>。



支出),也会严重冲击这个家庭的资产存量,将其在收入排序中的位置拉入“贫困行列”。可以预计这种“支出型”的因病致贫将会是后扶贫时代的主要类型。

当前中国“分离式”的医疗救助体系在应对“支出型”因病致贫上是有“漏洞”的,即非贫困户的灾难性医疗支出导致的因病致贫问题。在高额医疗费用的压力下,实际上会有一部分非贫困人口因为医疗费用致贫。但在“分离式”医疗救助体系下,从收入端确定的贫困人口却未覆盖这部分群体。

在后扶贫时代,在高额医疗支出成为新的主要的致贫原因之后,这个“漏洞”会越来越大。不仅如此,这种“分离式”的救助体系还带来一个突出的社会问题,即所谓的“悬崖效应”以及由此引发的“攀比效应”。被认定的贫困人口与非贫困人口在受到高额医疗费用冲击后,贫困人口由于能够获得救助,其收入排序或家庭资产排序会高于非贫困人口特别是部分处在贫困线边缘的群体。“悬崖效应”会带来强烈的“攀比效应”,“因病致富”“因贫致富”等不良现象冲击社会心理,败坏社会风气。

(二) “十四五”期间健康扶贫的短期任务

1. 推进医疗服务的供给侧改革

“十四五”期间,面向已脱贫群体的医疗服务供给侧改革应着重解决以下问题。第一,门诊的居民医保报销政策具有局限性。当前部分地区居民医保的报销仅限于住院和纳入范围的门诊慢病,普通门诊不予报销。在这样的情况下,一些贫困人口或者继续返贫,或者拖到疾病严重了去办理门诊慢病报销,乃至住院。第二,基层医疗服务的可及性不高。在贫困地区,大量慢性病患者本可以通过慢病管理和基层医疗卫生服务得以控制,但由于基层医疗卫生服务的可及性较差,最后小病拖成大病,增加“因病致贫”的风险。第三,慢病管理缺位且健康意识不强。在精准扶贫工作中,帮扶干部所起的作用仅仅是将身体不适的贫困人口转移到医院进行住院治疗,无法真正起到健康扶贫“守门人”作用,大量慢病、大病患者仍然需要前往县级医院甚至外地更高级别医院就诊。



相应的，供给侧改革应从三方面着手。一是合理设置医疗保障扶贫政策，逐步扩大门诊报销范围。二是促进优质医疗资源下沉，政府财政要加大对偏远地区的投入，既包括资金，也包括编制资源和其他行政资源。三是引入社会工作在健康扶贫中发挥作用，将医疗救助与慢病管理相结合。

2. 提升医保扶贫的经办效率

目前医保扶贫经办服务中存在信息获取难、程序烦琐复杂、不同部门间来回跑腿、垫资与手工报销等问题，原因在于经办管理和信息化建设中存在的问题。医保扶贫工作中经办管理层面主要存在两方面问题。第一，经办服务效率低，贫困人口服务利用的成本高。贫困人口的信息获取难，申请报销的程序烦琐复杂，一些地区仍存在垫资的问题，且当前手工报销结算等待时间长。第二，医保扶贫的经办系统分割较为严重，一是医疗保险经办系统和医疗救助经办系统是分割的。二是地理范围内的不统一，中国医保经办平台存在地区和行政层级方面的分割。信息化建设中存在的问题包括：第一，由于经办系统信息化建设水平不足，经办系统更新迭代速度不够快，无法跟上不断推出的医保政策与医疗救助政策。第二，信息化水平不足还导致经办系统不够友好，无论对于乡镇的经办人员还是贫困人员来说，都有较高的使用成本。第三，由于经办系统的信息化水平不足，该系统较难采集到全面的医生和患者医疗行为的数据，这就使得医疗救助人群“瞄准”机制较难设定，也可能导致过度医疗和医疗资源的浪费，还增加了规范医生治疗行为的难度。

“十四五”期间，提升医保扶贫经办效率的目标任务包括以下几方面。第一，建立一体化的医疗救助和医保经办系统，从输出端实现“一站式结算”，在偏远地区宣传异地就医直接结算政策。第二，整合建立医保、医疗救助统一的信息化管理体系，并且建立贫困人口数据库和医务人员医疗行为数据库，在偏远地区通过教育普训等普及“大数据”技术，增强信息化建设能力。

3. 构建健康扶贫的监管体系

“十四五”期间，应重点解决健康扶贫监管缺位导致的若干问题。第一，贫困人口的住院率虚高。贫困人口本就健康状况差，因病、因残致贫的比例高，保障水平提高后，住院率提高是正常的；但从我们调研的情况以及数据



分析的结果看，贫困人口住院率存在“虚高”，即存在放松住院指征住院的情况。第二，片面追求考核目标导致过度医疗，不仅造成了边缘贫困人口与贫困人口攀比等问题，还导致救助资源的浪费。贫困人口住院患者的身体状况达到出院标准不愿意出院或反复回来住院的情况时有发生，这与“医疗单位问责制”的政策因素有关。第三，医疗救助资金违规发放。我们在调研中发现，一些基层部门将救助资金用于单位工作经费、购建固定资产等，擅自扩大医疗救助资金使用范围。医疗救助资金的违规使用，使有些符合条件的救助对象得不到救助。

健康扶贫监管体系的构建，需要从以下几个角度进行完善：第一，将医疗救助纳入医疗保险监管体系中，利用医疗保险比较成熟的管理与信息网络，优化医疗救助资格认定、申报、审核的流程，实施大数据实时动态智能监控。第二，建立医疗服务综合评价体系。通过科学有效的评价体系，弱化医疗机构与贫困人口之间的利益关系，形成科学的医保监管体系。第三，强化医保基金监管制度。完善跨部门联合监管机制，形成部门间信息互通、结果互认、力量叠加的监管格局，积极引入第三方监管力量，强化社会监督。

（三）后扶贫时代健康扶贫的长期对策

根据到2020年消除绝对贫困时乡村振兴制度框架和政策体系基本形成的国家战略部署，2020年后的贫困治理宏观战略将转向乡村振兴。同时，脱贫攻坚全面收官后，“城乡一体化”背景下的脱贫减贫重点应从“绝对贫困”转向“相对贫困”。2020年实现全面脱贫后，提升脱贫效果的可持续性，促进减贫治理长效化，应以乡村振兴战略和“城乡一体化”改革思想为根本指引，基于此，提出后扶贫时代健康扶贫的几点对策。

1. 通过“治理”巩固提升脱贫成果

首先，巩固好现有脱贫成果，应落实好已摘帽贫困县、已退出贫困村和脱贫人口的后续健康扶贫政策。在健康扶贫领域，切实做到“不摘责任、不摘政策、不摘帮扶、不摘监管”。尽管脱贫攻坚战解决了短期收入问题，但健康问题的解决是一个长期的过程，贫困地区发展内生动力仍未形成，疾病

应对很难通过针对性措施一次性解决。因此，应建立返贫预警机制，将疾病救治和健康管理相结合，“治病”和“治未病”并举，降低农村贫困人口患病和致贫风险。在此基础上，还应建立完善的健康扶贫成果巩固提升考核办法，增强贫困地区医疗卫生服务体系的持续发展能力。

其次，巩固提升健康扶贫成果，也是由消除“绝对贫困”向减少“相对贫困”的转型过程，应在原有精准脱贫的策略和工作体系基础上创新治理方式。在减贫对象瞄准上，治理机制应注重兼顾特惠性与普惠性，进行针对贫困边缘户的政策设计，明确政策作用对象退出机制。在减贫内容安排上，积极落实“健康中国 2030”战略和乡村振兴战略，将以治病为主要任务转向以谋求人民健康为核心，推进健康扶贫与医疗卫生体制改革、健康管理体系建设相结合，以“健康乡村”为建设目标，通过社会治理的手段建立健全乡村健康保障体系。在减贫投入来源上，尽管脱贫攻坚任务完成后，健康扶贫的支出压力有所缓解，但投入机制不能简单复制到乡村振兴战略中，为保证减贫收入的持续性和财务管理的均衡性，应将治理重点放在提升财政投入效率、引入社会资本参与等方面。

2. 落实基本公共服务导向的扶贫思路

落实基本公共服务导向的扶贫思路，具体到解决贫困人口健康保障问题，应运用“未被城乡基本公共服务覆盖”来定义相对贫困标准，解决贫困地区基层医疗卫生服务供给的问题。针对已脱贫地区和即将脱贫地区与全国农村地区整体的医疗卫生服务水平差异大问题，根据“填平补齐”原则，研究制定后扶贫时代的贫困地区医疗卫生服务能力建设规划。

为实现医疗卫生服务资源配置的公平与均等化，扶贫规划具体包括基层医疗卫生机构建设和人才建设两方面水平的提升，初期目标是向全国农村地区一般水平看齐，长期目标是“城乡一体化”维度的普惠均衡。一方面，继续完成已脱贫地区的县、乡、村医疗卫生机构标准化建设，远程医疗系统应用，通过培训提升“互联网+医疗”的业务能力。实现全面脱贫后，应保留原有的发达地区三级医院对口帮扶项目，建立对口帮扶的长效机制。另一方面，继续倾斜支持实施农村订单定向免费医学生培养和全科医生特岗计划，



运用本土化培养模式，为贫困地区提供真正了解地方情况、熟悉地方问题的专业医护人才。通过实行乡聘村用的招聘管理机制，保证基层人才的收入，最终达到留住人才的目的。创新慢病管理和家庭医生签约服务的考核机制，以监管促实效。除此之外，针对“三区三州”深度贫困地区，对这些刚刚符合脱贫标准、返贫风险仍较高的地区，实行政策倾斜，不仅包括补贴资金的倾斜，还包括地区重大传染病防治等公共卫生能力建设扶持。

3. 构建医保、医疗救助一体化的保障体系

考虑到中国脱贫攻坚完成后贫困类型的变动，特别是考虑到高额医疗费用导致的“支出型”贫困占比越来越高，中国医疗救助的功能定位以及与医疗保险的界限需要重构，方向是从“分离式”到一体化或嵌入式，以医疗保险为主体覆盖全体居民，将医疗救助作为兜底性平台，将所有从医疗保险体系中“漏出”的群体，都纳入医疗救助的平台。

救助的途径依然可以是两个：在“入口”处，以家庭收入为基础，建立基于收入调查的参保补贴；在“出口”处，以高额医疗费用（灾难性医疗支出）为基础，建立高额医疗费用补贴。“出口”处的补贴面对所有参保人口。医疗救助的原则仍然坚持“补残原则”，即不管是参保补贴还是高额医疗费用补贴，补贴后的收入不能超过贫困线，坚决杜绝医疗救助后收入反而上升的不良现象。

构建一体化、嵌入式的医疗救助体系，还有一个现实的考虑，即医疗救助与医疗保险目前都在国家医保局一个部门管理之下，一体化的保障模式更加适应管理体系的运行，更加适应医疗救助与医疗保险经办服务的一体化。在这里还需要明确，“一体化”一是医疗救助与医疗保险的功能衔接的一体化，以防止出现“漏出”人员，将所有从保险体系中“漏出”的人都兜住；二是救助与医保的经办服务的一体化，提高经办效率。但“一体化”不是把二者的功能、资金来源、锚定对象混在一起，更不是用保险的资金去实现救助的职能，或用救助的资金去实现保险的职能。