

精准扶贫背景下基层医疗体制研究

——以合肥市 L 乡为例¹

闻荻 郑玉婷 吴晨

(安徽财经大学财政与公共管理学院, 安徽蚌埠 233030)

【摘要】:精准扶贫是我国全面建设小康社会时期扶贫工作的基本方略。揭示主要致贫原因及其背后的体制问题对我国精准扶贫具有重要作用。调查发现,因病、因残致贫是贫困发生的主要诱因,这与当前基层医疗体制存在的问题密不可分。缺乏疾病预防意识、医疗服务机构运行不规范和医疗保障水平的局限性都导致了贫困的发生。我国精准扶贫的关键在于主动构建疾病防治联动作用,健全医疗机构监管机制以及加强基层医疗保障能力建设。

【关键词】:精准扶贫;因病致贫;医疗体制

【中图分类号】:F24

【文献标识码】:A

doi:10.19311/j.cnki.1672-3198.2018.21.036

1 问题的提出

十九大明确提出要加强社会保障体系建设与坚决打赢脱贫攻坚战,坚持精准扶贫、精准脱贫。但“因病返贫”、“因病滞贫”成为推进精准扶贫战略的最大阻力,因此建立完善健康的医疗保障体系对精准脱贫具有重要意义。随着党和国家对精准扶贫的重视程度不断加深,国内越来越多的学者参与到这一主题的研究中来,但其研究大多局限于宏观的理论论述,缺乏实证的数据研究支撑以及并未从基层医疗体制的微观角度分析贫困人口发生原因。鉴于此,本文以合肥市 L 乡为研究对象,深入实地调研,依据实证数据从微观角度来讨论贫困人口主要致贫原因和基层医疗体制的关系。

2 因病、因残成为主要致贫原因

L 乡位于合肥市北部,现有人口 7.2 万人,全乡国土面积 136.4 平方公里,其中耕地面积 10.1 万亩,绝大部分劳动力以外出务工为主。L 乡下辖 25 个行政村,截止至 2018 年初,全乡确定为贫困人口共 5458 人,其中低保户 3775 人,五保户 544 人,一般贫困户 1139 人。

根据实地调查研究发现,L 乡贫困人口主要可以分为两类:因病致贫和因残致贫(见表 1)。因病致贫人数为 2021 人,占到贫困人口总数的 37.03%,其中健康状况为健康、患有长期慢性病、患有大病和残疾的人数分别为 884 人、735 人、353 人和 49 人,占贫困人口比例分别为 16.20%、13.47%、6.47%和 0.90%。因残致贫人数为 1912 人,占到贫困人口总数的 35.03%,其中健康状况为健康、患

¹ **基金项目**:本文系安徽财经大学大学生科研创新基金项目研究成果,项目编号:XSKY1827ZD。

作者简介:闻荻(1998-),男,汉族,安徽长丰人,安徽财经大学财政与公共管理学院,2015 级劳动与社会保障专业在读,研究方向:社会保障;郑玉婷(1997-),女,汉族,安徽合肥人,安徽财经大学财政与公共管理学院,2015 级财政学专业在读,研究方向:国家财政;吴晨(1996-),男,汉族,安徽广德人,安徽财经大学财政与公共管理学院,2015 级劳动与社会保障专业在读,研究方向:社会保障。

有长期慢性病、患有大病和残疾的人数分别为872人、97人、10人和931人，占贫困人口比例分别为15.98%、1.78%、0.18%和17.06%，因贫致残和因病致残人口占到贫困人口总数的72.06%。由此可见L乡贫困发生的原因主要为疾病和残疾。无论是患有大病、慢性病还是残疾，都需要大量的资金支出以维持生命，又由于健康状况使得其很难正常工作以取得资金收入，在资金支出严重大于资金收入的情况下，因而导致了贫困的发生。

表 1 L 乡贫困人口特征统计表

贫困人口 总数	主要致贫 原因	人数	健康状况	人数	占贫困人口比例
5458	因病/因残	2021/1912	健康	884/872	16.20%/15.98%
			长期慢性病	735/97	13.47%/1.78%
			患有大病	353/10	6.47%/0.18%
			残疾	49/931	0.90%/17.06%

3 基层医疗体制存在的问题

3.1 缺乏疾病预防意识

对于医疗机构，其主要职责本应是预防和治疗，但是现实情况却是医疗机构重治疗而轻预防，把工作重心放在了疾病的被动治疗上，很少把注意力转移到疾病的主动预防上，同时由于基层医疗机构资金、技术与人才的匮乏，无法购买高质量的疾病检查设备，也没有机会接受先进的疾病预防知识和疾病预防理念的学习。对于居民，由于其疾病预防意识的淡薄，在很多情况下由于疾病未能及时发现以及不健康的生活习惯而导致疾病不断恶化，实际上，很多村民即使发现了疾病也不愿意及时接受治疗，抱着能拖就拖的错误观念，很多时候把小疾病养成了“大老虎”。在这一点上，政府也没有将其本职工作做好，作为为人民服务的政府在这一问题上应该采取积极的鼓励措施甚至必要的行政手段，努力提高疾病预防意识，而非姑息村民错误的疾病预防观念。

3.2 医疗服务机构运行不规范

由于医疗服务需求的随时性和不确定性，作为医疗服务供方的村卫生室往往处于被动状态。在流感病毒多发季节，医疗服务需求往往较高，但是由于设备与人力资源的限制，村卫生室往往人满为患，经常出现“一床难求”的窘境。在笔者的调查中发现，L村超过一半的村卫生室只配备了两名医师，因而晚上经常村卫生室无人值班，如果这时村民特别是体质较弱的老人和儿童有医疗服务需求，则只能选择靠自己的力量去乡镇甚至县市医院接受治疗或者拖到第二天。在调查过程中发现，L乡卫生院并没有很好地履行其职责，据村民反映，该乡卫生室存在着小病往村卫生室推，大病往县市医院送，因而出现“小病治不了、大病治不好”的情况，同时由于前去就医的患者多为文化程度较低的老人，L乡卫生院采取隐瞒药品报销情况，不遵守健康精准扶贫相关办法，隐瞒实情中饱私囊。

3.3 医疗保障水平有限

随着近年来的不断改进，新农合制度得到进一步的完善，构成了我国“因病致贫返贫”治理体系的主干。但是调研过程中村民也反映了新农合余额不能累计、报销比例不高等问题。一位贫困户家中有一位精神残疾的病人，每当病情比较严重时需要住院治疗，

但是新农合每年最多只能报销两个月的住院费用,超过两个月则需自付,由于家庭无法承担高额的医疗支出,因此不得不办理出院手续,但是往往出院时病情并没有得到完全控制,因此反而加重了病情,使得病人需要支付更多的费用来治疗。除了新农合制度存在上述问题,医疗大病救助也存在救助对象过窄、救助线过高、报销周期过长以及申请审核程序繁琐等问题,据村民介绍,当地医疗救助采取先垫付再报销的程序,自报销至拿到报销金往往需要一年多的时间。

4 优化基层医疗体制的建议

贫困会产生并加重健康风险,从而引致健康状况的恶化;疾病则会通过人力资本和物质资本的传递导致贫困。如果不将“疾病——贫困”这一恶性循环从本质上砍断,那么农村贫困问题和健康问题就很难得到解决,而这一问题的本质则需从医疗体制的优化上来谈。

4.1 构建疾病防治联动机制

基本公共医疗卫生服务和基本医疗保险均具有指向目标的方向性,都能保障和落实公民基本健康权利。首先,在疾病预防和治疗这一领域整合资源。疾病防治平台资源的整合应从两方面出发。第一是整合制度资源。在基层医疗服务的前提下,加快新农合对疾病防治面的覆盖,建成疾病防治的调节反应联动途径。第二是整合疾病防治资金。包括对基本公共医疗卫生服务的财政投入和对参保人的医疗费用的补贴。其次,搭建疾病防治实施载体。参保人疾病防治需实施载体推进。一是通过疾病预防、教育和宣传活动,将医疗卫生意识纳入到村民组织的卫生管理中。二是方便村卫生室管理村民疾病防治系统,引导村民自主参加到疾病预防过程中去。

4.2 健全医疗机构监管机制

首先,健全法律条例,完善使用现行的法律、条例、标准和规范。另,仍需加强专业技术与思想道德培训,提高医务工作者的综合水平,减少由于专业技术操作失误等客观原因而产生的不合理费用。其次,健全制度规范,加强监督管理,守住封闭管理的最后一环,发挥措施、制度和法律等的最大效用,保证措施、制度和法律等能得到有效执行和贯彻。应在诊疗行为和收费行为两个方面对医疗费用重点监管。第一,具体的监管策略有,县乡网络化管理,增强经办机构能力视域建设,如提供足够的人力和物力,以及提高经办机构人员必备的知识储备等。第二,具体的监管内容有,严格基本报销药物目录;用药的合理性与规范性;监督收费的合理性与药品价格和医疗工程价格的制定与实施;定点医疗机构内部的经管办法及奖励和惩罚措施等。

4.3 加强基层医疗保障建设

首先,加大对农村公共医疗卫生服务的资金投入,增强农村公共医疗卫生服务的发展动力。一方面是保证农村公共医疗卫生建设的财政支持,在深度和广度上提升公共医疗卫生服务的覆盖范围。另一方面是促进城乡公共医疗卫生基础均衡,加大对农村公共医疗卫生的财政支出。其次,逐步重点落实农村公共医疗卫生工作,促进公共医疗卫生服务内容与结构的优化。第一,重点放在疾病免疫、妇幼保健和疾病预防等工作上。第二,加强卫生监测、疾病监督 and 环境保护,保证公共医疗卫生社会效益的质量标准。第三,定期按时开展健康教育、信息咨询和疾病预防等活动,引导参保人自觉参加到公共卫生的治理中去,促进公共医疗卫生普及化和健康权利的无差异化。

参考文献:

[1] 孙新华. 因病致贫、精准扶贫与农村医疗体制改革——以武汉市 L 村为例[J]. 中共宁波市委党校学报, 2017, (3): 105-111.

[2]林闽钢.在精准扶贫中构建“因病致贫返贫”治理体系[J].中国医疗保险,2016,(2):20-22.

[3]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[J].西南民族大学学报(人文社科版),2017,(1):1-8.

[4]汪国华,张成杨.能力视域中农村医疗费用控制转向研究[J].南通大学学报,2017,(1):105-110.

[5]王萍,李丽军.医疗费用增长与控制政策研究[J].宏观经济研究,2013,(4):14-19.