
关于建立健全江西省健康扶贫 长效机制的思考

杨浩¹

（江西中医药大学 经济与管理学院，江西 南昌 330004）

【摘要】 为推动建立健全江西省健康扶贫长效机制，更好地应对全面小康后相对贫困人口健康问题，遏制因病致贫返贫。梳理总结了江西省健康扶贫政策的主要措施和实施效果，发现江西省主要通过医保减贫、筹资保障、大病救治、基础建设、政策保障等政策措施来开展健康扶贫工作，整体上健康扶贫政策实施效果显著。但进一步分析发现，政策衔接力度不够、政策目标存在局限性、因病致贫返贫预警机制不健全、城乡医疗资源配置有待优化等是全面小康后健康扶贫长效机制建设的薄弱点，据此提出了相关政策建议。

【关键词】 健康扶贫政策 长效机制 相对贫困人口

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** A

1 背景介绍

因病致贫返贫已成为贫困人群共赴全面小康的“拦路虎”“绊脚石”。全面小康后，对刚脱离绝对贫困的人群而言，其仍可能面临较大的因病致贫返贫风险，因病致贫返贫问题依旧不能忽视，这意味着未来的健康扶贫对象并不一定会伴随国家发展不断减少甚至消失，而会永远存在。从政策上尽快建立健全健康扶贫长效机制，预先做好相对贫困人口健康问题的政策规划，补齐“短板”，脱贫攻坚和全面小康成果才能更加牢固。

自各地健康扶贫政策实施以来，学者们基于各地具体实施情况，对健康扶贫政策的实施效果和存在的问题展开了广泛研究，例如温桂秀（2017）基于江西万安县健康扶贫政策，研究发现万安县通过政策创新和管理创新实现了贫困人口应保尽保，还通过红、黄、蓝三色卡这一机制创新来精准施策，强化了重特大疾病医疗保障，得出了政府财政投入和精准施策是脱贫初战告捷的关键手段的重要结论。陈湘清等（2018）对湖南邵阳市健康扶贫政策实施效果进行了评估，研究发现邵阳市健康扶贫政策在基本医保、大病保险、大病救治、配套服务、基础建设等方面成效显著，但同时也存在医保托底不够、医疗卫生服务水平较低、部门协作有待加强、社会力量参与不足等问题，据此提出了相关建议。苏泽凤等（2018）对广西钦州市钦南区健康扶贫政策执行效果进行了总结，发现钦南区健康扶贫取得了积极成效，但也存在财政投入不足、卫生人才资源匮乏、医疗资源配置合理性有待进一步提高等问题，据此提出了相关政策完善建议。吴立红（2019）通过访谈了解到重庆市健康扶贫政策落实情况较好，但在实践中也存在贫困人群对健康扶贫政策的了解度不够、健康扶贫政策重治疗轻预防、扶贫对象识别和管理欠缺精准性等问题，据此提出了相关政策完善建议。

总体上，各地的健康扶贫政策都有效落地实施，并取得了不错的成绩，但在实践过程中也存在一些通病，例如医疗资源配置合理性有待提升、各制度间的衔接力度有待加强、人才资源投入不足等。进一步地分析发现，当前各地的健康扶贫政策研究

作者简介： 杨浩（1994-），男，四川遂宁人，硕士研究生，研究方向：卫生政策。

成果大多存在未结合当地实情对全面小康后的相对贫困人口的健康问题做出政策展望的不足。本文以江西省健康扶贫政策为研究对象，尝试弥补这一不足。江西省作为革命老区，是全国脱贫攻坚主战场之一。近年来，虽然全省健康扶贫取得了不错的成绩，2016-2019 年全省因病致贫家庭减少将近 27 万户，累计减幅达到 94%，但总的来看，全面小康建成后江西省健康扶贫工作仍需持续进行。因此，本文将基于建立健全江西省健康扶贫政策长效机制的视角，梳理江西省健康扶贫政策的主要措施及成效，总结经验，提出不足，以期建立健全江西省健康扶贫长效机制提供政策参考。

2 江西省健康扶贫政策的主要措施及效果

以切实减轻全省贫困人口医疗费用负担，提供优质医疗服务，遏制因病致贫返贫，力争打赢脱贫攻坚战，确保贫困人群能共赴全面小康为目标，江西省健康扶贫多措并举，成效显著。

2.1 注重医保效能，提高保障水平

健康扶贫需以医疗保险为依托。江西省注重医保减贫效能，全力提高保障水平。一是把省内常见地方病纳入门诊特殊慢病保障，同时将门诊特殊慢性病报销比例提高到住院水平，将贫困人口门诊特殊慢性病报销比例稳定在 90%，规定门诊特殊慢性病报销种类至少达到 27 种。据了解，南昌市门诊特殊慢性病保障病种已达到 30 种。二是取消贫困人口在县级定点医疗机构住院补偿起付线，降低建档立卡贫困人口大病保险报销起付线 50 个百分点，同时提升大病保险报销比例，将大病保险补偿比例提高到一级及以下定点医疗机构 90%、二级定点医疗机构 85%、三级定点医疗机构 80%、转外诊 70%。2017 年，全省贫困患者住院费用实际报销比例达到 93.21%。三是将建档立卡贫困人口门诊慢病补偿比例提高 10 个百分点，加强门诊慢病专项服务。此外，2017 年江西省实施了健康扶贫“慢病签约服务管理一批”行动方案，优先为贫困人口提供家庭医生签约服务，实现了慢病动态管理。截至 2019 年底，全省贫困人口家庭医生签约率达 100%。

2.2 落实政府责任，强化筹资保障

一是江西省全面资助所有建档立卡贫困人口免费参加城乡居民基本医疗保险，实现应保尽保。例如，2019 年于都县财政出资 4100 万余元为贫困人口按照每人 250 元的标准购买基本医疗保险，做到了应保尽保。截至 2019 年底，全省基本实现建档立卡贫困人口基本医疗保险全覆盖。二是强化补充医疗保险的风险转移能力。重特大疾病补充医疗保险能提高贫困患者大病医疗保障水平，助推实现兜底保障的目标。江西省对贫困人口按照每人每年 90 元的筹资标准，资助贫困人口参加重特大疾病补充医疗保险，参保费用由政府全额承担。部分市县根据财力基础，筹资标准已提高到上百元。例如，2019 年于都县的筹资标准提高到了每人 260 元。三是江西省鼓励各地因地制宜、探索创新，积极统筹政府资金、慈善基金、社会捐赠等筹资渠道，创造性地开创“第五道防线”，在基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助的基础上建立再补偿机制，以切实减轻贫困患者医疗负担。例如，遂川县通过县财政投入的 100 万元和爱心捐赠等渠道募得的社会资金 420 万元，在已有的“四道保障线”基础上，建立起了“第五道保障线”，加大对因病易致贫返贫人员的救助力度。截至 2019 年 4 月，遂川县“第五道保障线”已累计救助 1439 人次，累计支出 489 万余元。

2.3 扩容救治范围，提升救治质量

江西省立足省情，以补齐大病医疗保障“短板”为目标，逐步探索，先后把 10 种重大疾病纳入免费救治范围和 21 种重大疾病优先纳入专项救治范围，免费救治病种数居全国前列。2017-2019 年，江西省 10 种重大疾病累计免费救治 126 万余例，21 种大病专项救治 11 万余例，极大减轻了贫困人口的重大疾病医疗费用负担。2017 年江西省还制定出台了《江西省城乡贫困人口重大疾病专项救治工作实施方案》，规定实施 15 种大病集中救治。值得一提的是，与国家要求救治的 9 种大病相比，江西省实施救治病种达到 15 种，大幅超过国家要求。救治对象上，除农村建档立卡贫困人口外，非建档立卡城市贫困人口也被纳入了救治范围。截至 2019 年底，全省已累计救治大病患者 136 万例，其中免费救治 125 万例，专项救治 11 万例。另外，在努力保证

大病救治质量的前提下，江西省严格按照单病种质量控制卫生费用，同时完善管理制度，细化工作规范，积极落实县域内住院治疗“先诊疗、后付费”、“一站式”结算等便民惠民措施，减轻了贫困患者看病就医负担，极大提升了贫困群众的优质医疗服务获得感。

2.4 加强基础建设，强化人才配置

提高县乡医疗卫生机构服务能力能有效提高健康扶贫承载力。自健康扶贫工程实施以来，江西省一是持续加大力度提升贫困县县级医院服务能力，加强重点专科建设，规划建设贫困地区县级公立医院重点专科 336 个，同时组织形成了三级医院与贫困县县级医院一对一组团式帮扶模式，极大提升了贫困县县级医院重特大疾病救治能力。截至 2019 年底，全省贫困县县域内大病诊治率维持在 90%左右，基本实现大病不出县的目标。二是在贫困地区优先实施基层中医药服务能力提升工程，以强化农村中医服务建设。截至 2019 年底，全省超过 90%的乡镇卫生院和超过 60%的村卫生室能够提供中医药服务，中医药服务能力大大提高。三是积极联合社会力量，加大资金投入到乡村基础卫生设施建设中，建立起了持续“输血”机制。同时，江西省鼓励以实施“中医药强省战略”为契机，充分利用中医药优势努力疏通“造血”渠道，即通过政府支持贫困人口种植中药材来开拓产业，以促进就业、增加收入。例如，江西中医药大学定点帮扶村—萍乡市湘东区东桥镇中院村，在驻村扶贫工作队的帮扶下，村民种植白莲、瓜蒌等中药材，升级配套产业，扩宽增收渠道，深入贯彻了精准扶贫、精准脱贫的基本方略；四是加强骨干医师和乡村医生人才队伍建设，计划每年遴选 400 名县级公立医院骨干医师进修和计划培养 5000 名乡村医生。

2.5 突出政策保障，完善工作机制

江西省健康扶贫体制机制在实践中不断完善。一是建立了政策保障机制。截至 2019 年底，江西省已经颁布实施健康扶贫政策 20 余份，形成了诸如“健康扶贫工程实施方案”——“健康扶贫再提升工程”——“健康扶贫三年攻坚行动实施方案”等政策指导体系。二是建立了工作监督机制。江西省出台了健康扶贫工作考核、督导、部门协调等相关政策文件，建立了组织领导、协同运作、监督调控和综合考核机制，明确了健康扶贫工程各相关职能部门的责任分工。三是建立了政策宣传机制。江西省通过传统与现代传媒工具相结合的方式，深入开展健康扶贫政策宣传工作，切实提高了广大贫困人口的相关政策知晓度。例如，2017 年吉水县利用多种形式广泛宣传健康扶贫政策，印发了健康扶贫宣传单和宣传折页 8 万余份，制作了健康扶贫宣传折扇 2 万余把，编印了《吉水县 2017 年度建档立卡贫困对象五道医疗保险线政策一览表》2 万余份，建立了“健康吉水”微信公众号，营造了良好的社会舆论氛围。

3 江西省健康扶贫长效机制建设存在的问题

江西省实施健康扶贫工程期间，贫困人口医保报销水平大幅提高，托底保障政策日益完善，人力物力投入力度持续加大，基础卫生设施建设普惠民生，县级医院大病救治能力、诊疗能力大幅提升，农村居民防病意识大有改观，但从全省健康扶贫政策体系来看，全面小康后的相对贫困人口因病致贫返贫制约机制还存在以下几个薄弱点。

第一，政策目标存在局限性。江西省现行健康扶贫政策注重减轻贫困人口的医疗卫生服务费用负担，确保如期实现全面小康，但 2020 年后绝对贫困将消除，当前政策目标在全面小康后显然不完全适用。为此，建立健康扶贫长效机制需要立足省情，根据经济社会发展情况提前谋划、长远布局。

第二，各政策衔接力度不够。江西省在落实“四道保障线”的基础上，切实提高了贫困患者的医疗保障水平。但整个健康扶贫工程的政策文件制定权属多个职能部门，导致各政策间也偶见捉襟见肘之现象，难以形成合力。此外，健康扶贫融合于乡村振兴战略也不够深入，健康保障、医疗保障和生活保障尚未衔接贯通。各项政策和制度的衔接是建立健全健康扶贫长效机制必须要攻克的难题。

第三，因病致贫返贫预警机制不健全。为有效降低因病致贫返贫风险，江西省在健康扶贫工作中加大了扶贫对象精准识别力度，体现了政策倾斜性，确保贫困患病时能得到及时、有效的医疗服务。但全面小康后的相对贫困线是一条动态线，这毫无疑问地加大了健康扶贫对象识别难度和预警难度，为此，更要精确识别健康扶贫对象，健全预警机制，让政策红利普惠于民。

第四，城乡医疗资源配置有待优化。不平衡不充分的城乡医疗资源配置会掣肘基层医疗机构能力建设，不利于健康扶贫长效机制建立。尽管在江西省健康扶贫实践过程中，持续投入财政资金，促进了乡镇基础卫生设施设备的建设和装配，积极推动人才资源向基层流动，但要推动新时代基层卫生健康事业高质量发展，使健康扶贫具备可持续性，仍然需要进一步优化城乡医疗资源配置。

4 政策建议

为建立健全江西省健康扶贫长效机制，助力更好地规划相对贫困人口健康问题，根据上文观点，本文提出以下政策建议。

第一，建议确立应对相对贫困人口健康问题的长期政策目标。一方面，在顶层设计上使部分临时性政策制度化，短期目标长期化，整合零散性和暂时性政策，建立起长期性的健康扶贫目标。另一方面，要深入研究各健康扶贫政策的延长期限、退出方式与转换机制，将健康扶贫目标群体定位至相对贫困人口，以相对贫困人口的健康问题为重心，高屋建瓴，提前规划。

第二，建议进一步加大各项政策衔接力度。进一步完善大病救治与免费救助制度，实现与基本医疗保险、大病保险、重特大疾病补充医疗保险、公共卫生服务体系、管理体制及运行机制等的均衡发展、内外衔接、有效融合，将健康扶贫融入乡村振兴战略中，各职能部门多方联动，形成合力，共同推动健康扶贫长效机制的建立，以巩固脱贫攻坚成果。

第三，建议进一步健全因病致贫返贫预警机制。首先，全面小康后将相对贫困边缘人口的大病、重病纳入监控预警体系；其次，在原有扶贫开发信息数据库的基础上，预测全面小康后的贫困户因病致贫返贫风险系数，将高风险贫困户一并纳入预警机制建设行列当中，实现灵活化、精准化管理；最后，加快推进“互联网+健康扶贫”模式在全省的应用，充分利用大数据信息、5G 技术，大力推进医疗卫生信息化建设，健全因病致贫返贫预警机制。

第四，建议进一步优化城乡医疗资源配置。全面小康建成后，相对贫困人口的地理分布格局也会相应改变，为此就需要各市县充分考虑经济发展水平、健康扶贫工作条件、贫困人口自身差异等因素，因地制宜，统筹优化区域医疗资源配置，保证健康扶贫的区域协调和公平。可以通过政府引导、政策支持、相关配套体系、远程医疗和人工智能技术等手段，持续改善乡村卫生设施条件，推动资源下沉，优化城乡医疗资源配置。

参考文献:

- [1]郭玉辉.探索建立健康扶贫长效机制[N].经济日报,2020-04-29(011).
- [2]郑功成.坚持与完善中国特色社会主义救助制度建立应对相对贫困问题的长效机制[N].中国社会报,2019-12-11(003).
- [3]温桂秀.万安县健康扶贫政策及实施效果分析[J].中国医疗保险,2017(06):46-48.
- [4]陈湘清,邓光辉.健康扶贫政策实施效果评估研究——基于对邵阳市的调查[J].湖南行政学院学报,2018(03):11-15.
- [5]苏泽凤,甘雨.健康扶贫政策实施效果评估研究——基于对广西钦州市钦南区的调查[J].经济师,2018(12):156-157.

[6]吴立红. 重庆市健康扶贫政策实施现状及对策研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2019.