

# 破解因病致贫需“三精准”“四联动”

文/梁 鸿

党的十九大报告指出,我国过去5年“脱贫攻坚战取得决定性进展,6000多万贫困人口稳定脱贫,贫困发生率从10.2%下降到4%以下”。联合国评价称,中国对全球减贫的贡献率超过70%,起到了火车头作用。虽然成就显著,但统计资料显示,目前我国有四成农村贫困人口是因病致贫,只有解决了因病致贫问题,才能抓住扶贫工作的“牛鼻子”。

为应对因病致贫问题,需筑好医疗保障“安全网”,以“三精准”、“四方联动”综合帮扶引渠汇流,用最小的投入撬动分散的医疗保障帮扶资源,填补散落各处的医疗保障“安全网”的漏洞,帮助“安全网”层叠成片、相互交织,聚成合力。“三精准”、“四方联动”综合帮扶方案强调对贫困人员参保缴费的帮扶、对医疗费用负担的减免帮扶、对保障待遇水平的适度提高、对贫困人员帮

扶的适度增加(优先)、促进现有保障制度的整合衔接、对信息资源的共享并降低各项制度与保障措施的运行成本,切实为打赢脱贫攻坚战贡献力量。

## 四项挑战困扰因病致贫

破解我国农村因病致贫问题,存在4项挑战。

制度建设相对完善,保障落实相对不足。现有医疗保障“安全网”网眼大而粗,会导致有的贫困人员因不能参保而无法享受医疗保障;现行救助政策“先垫付再报销”的模式,使得贫困人员患病后不得不依靠家庭积蓄来支付高额医疗费用,当积蓄且不足又筹措不到资金时,往往因无法承担垫付医药费而拖延治疗或放弃治疗;保障政策设置起付线,起付门槛前的自费负担相对于贫困人口不足万元的年人均纯收入来说,

不可谓不高,贫困人员疾病直接、间接医疗支出负担仍重。

帮扶资源分散、程序繁琐、职责不清、协调不足。基本医疗保险、大病保险、民政救助的待遇理论上叠加后报销水平达到90%,但贫困人员却享受不到或者需要支出高时间成本才能享受。一则,资源分散在人社、卫生计生、民政、残联、红十字会、慈善总会等多个医疗保障与救助相关部门,政出多门、各自为战、分工不清,工作任务存在重叠、交叉,多管与多不管问题并存。二则,资源“碎片化”,信息不共享,单成系统、单设窗口,每项制度的运行成本高。三则,保障救助程序复杂,申请、审核、报销流程过长,手续繁琐,被帮扶人员重复多次递交材料,时间投入大。且贫困人员难以弄清楚可以享受保障救助政策的种类和内容,弱化了政策效果。

贫困地区基本医疗服务可及性差。

基层医疗卫生机构诊疗服务水平低、治疗不规范与过度治疗情况并存；疾病治疗方式可以进一步优化，常见慢病治疗、常规分娩可以下沉基层完成，推广更具经济适宜性的技术。

末梢治理，补救不及。政策设计都是针对已经发生的因病致贫问题进行补救，当贫困家庭已有灾难性支出后再报销或者补助，过程中家庭成员蒙受的生产、务工机会损失不能被弥补。

### “精准”和“联动”协力

上述4个问题是解决当前因病致贫返贫的关键，也是获得政策范式的基础。从政策资源最大化利用、已有制度最大化保留的高效益视角看，应在已有的帮扶措施和制度基础上，建立“集合力、聚财力、保救治、防返贫”的帮扶模式，以“精准”和“联动”的方式补足现有政策制度设计的不足。

精准是指针对人员、患病、贫困成因予以精准的干预，瓦解根源性问题，精准识别人群、问题，精准治疗，精准帮助解决因病致贫家庭生产力不足、生产资本积累不足问题，从而实现脱贫。联动则需要整合帮扶资源、协同帮扶项目、明晰帮扶职责，实现适度建设的完善、繁琐手续的减少、帮扶效率的提高，形成政策联动、管理联动、服务联动和信息联动，提高保障效率和群众获得感。

上述“精准”和“联动”的帮扶策略可以被总结形成“三精准”“四方联动”综合帮扶方式。

“精准识别”“精准治疗”和“精准脱贫”。

“精准识别”是指以家庭劳动力和



疾病状况为维度，对贫困患者进行精准分类。根据保障对象所患疾病分为A、B、C、D四类（A：卫生计生委公布的重大疾病前50种病种；B：可治愈的急性突发疾病，如骨折、肺炎等；C：疾控中心登记的慢性疾病患者；D：体弱多病患者），并按家庭有无劳动力分“+”（无劳动力）“-”（有劳动力）两类。每位建档立卡人员按类别录入系统，以乡镇医生或村医月随访方式实现“动态化精准识别”。“精准治疗”是指诊断正确，治疗正确，疗效有评估。患者可以获得有效且不过度的治疗，长期慢性病患者、大病重症患者获得随访管理，建立问责机制。“精准脱贫”是指在精准识别和治疗基础上，患者除获得政策范围内报销，还可以获得个性化精准帮扶，按分类对其实施“四方联动”的差别补偿。长期患有重病、大病等困难对象，在保障其直接医疗费用后，适当补偿其

间接医疗费用，维持基本生活水平，做到治病脱贫。

“四方联动”模式指的是在“基本医疗服务+医疗保障+政府医疗救助+社会组织医疗帮扶”的基础上，将之整合、打包，向帮扶对象提供一站式帮扶服务，在降低贫困人员看病就医的直接成本的同时，也降低他们的间接成本，从而做到“既治病、又脱贫”。

基本医疗服务是各级医疗机构统筹协调，做好帮扶对象的疾病治疗、监测、健康管理和康复；通过分级诊疗体系建设、医联体建设以及远程诊疗等，实现医疗资源下沉，为贫困地区居民服务。医疗保障要求建立多层次医疗保障制度，实现基本医疗保险、大病保险、补充保险之间的无缝衔接。医疗救助需要完成对贫困户的医疗和生活救助，享受医疗保障后仍无力支付剩余医疗费用者，进入医疗救助体系，对特别困难

者可以实施兜底保障。社会组织帮扶则以红十字会、残疾人联合会及各种社会慈善组织为主，结合对口支援单位、社会医疗技术力量、爱心人士力量，实现个性化帮扶与机制补充。

实施“三精准”“四方联动”综合帮扶需要落实组织保障，建立领导小组，下设专项办公室，建立问责机制；实现制度整合，获得“四方联动”统一政策；建渠引源，通过信息系统整合实现对因病致贫人员就医后的一站式结算，解决群众报销难、跑路多问题；接受各方监督，公开信息，公示帮扶效果。

### “三精准”与“四方联动”实践效果

在山西省灵丘县的试点表明，“三精准”“四方联动”的政策设计可以部落实为政策方案并切实解决因病致贫

问题。灵丘县是一个典型的国家级贫困县，资源匮乏，因病致贫依然是主要致贫问题。截至2016年年底，灵丘县因病致贫困户占贫困户总数的26.7%。

从2017年5月开始，灵丘县进行“三精准”“四方联动”综合帮扶模式试点，该县政府落实80万元财政拨款成立“四方联动”专项基金，专款专用，接受社会监督。通过信息系统，整合大病保险、扶贫补充保险、民政救助、“四方联动”待遇标准，实现政策有效衔接。此前，原新农合（现城居保）大病保险和扶贫补充保险都是由商业保险承办，两项保险的起付线都是1万元，远高于贫困人员人均3000多元的收入，使得大部分低支付能力贫困患者被挡在起付线门槛之外，保障“有名无实”。试点中，灵丘县扶贫办多次在“四方联动”协调会上同商业保险公司谈判，最

终扶贫补充保险明确不设起付线。

试点期间，专项办公室向灵丘县所有因病致贫人员发放“灵丘县‘四方联动’基本医疗保障帮扶卡”，并完成全县2409份入户调查，获得因病致贫人员疾病、经济信息。2017年8月，“三精准”“四方联动”信息管理系统正式上线，定点医疗机构在费用结算窗口均设置“四方联动”标志，实现一站式结算。

“三精准”“四方联动”综合帮扶政策获得贫困人员普遍赞誉，96.8%的建档立卡贫困户认为从政策中获益，疾病对家庭经济影响极大减轻。实践证明“三精准”“四方联动”方案可落地、可操作，并可以有效解决因病致贫问题。中国卫生

（作者系复旦大学城市发展研究院院长、教授） 编辑 孙梦

灵丘县“三精准”“四方联动”综合帮扶政策下各类别贫困户受益情况汇总

人员类别	新农合	大病补偿	贫困大病补偿	民政救助	四方联动补助	自付费用	总医疗费用	自付比例	受益人次
A+	24276.0	1308.0	3793.0	6111.0	5353.0	0.0	40841.2	0.0%	2
A-	3608.0	0.0	1221.0	0.0	2425.0	224.0	7477.8	3.0%	1
B+	108461.4	3919.0	23924.0	7380.0	21667.0	2271.0	177439.4	1.3%	34
B-	38246.0	360.0	8642.0	2150.0	10374.0	2861.0	63849.3	4.5%	14
C+	5082.0	0.0	528.0	0.0	2473.0	135.0	8802.7	1.5%	11
C-	1601.0	0.0	0.0	0.0	939.0	144.0	2683.8	5.4%	6
D+	32359.0	155.0	3171.0	1308.0	7064.0	1083.0	45143.3	2.4%	121
D-	8048.0	0.0	149.0	46.0	2368.0	796.0	11405.8	7.0%	60
合计	221681.4	5742.0	41428.0	16995.0	52663.0	7514.0	357643.2	2.1%	249