



定点扶贫县健康扶贫患病人群医疗费用负担研究

张思思^{1,2}, 刘平¹, 魏嘉诚², 王振邦²

1. 福建医科大学公共卫生学院, 福建 福州 350122; 2. 福建省肿瘤医院科技科, 福建 福州 350014

摘要:了解健康扶贫政策实施以来,国家定点扶贫县贫困患病人群的医疗费用负担,探究健康扶贫政策实施效果及不足。通过比较2016—2018年4个国家定点扶贫县贫困患病人群医疗费用情况、医疗费用分担构成以及住院和门诊费用差异,发现健康扶贫政策在减贫控费上取得成效,贫困患者不同年份、不同地域医疗费用都存在明显差异,医疗总费用呈上升趋势,而个人自费费用负担并未加重。医疗费用补偿以新型农村合作医疗(简称新农合)为主,医保资金压力大,其他补偿作用不明显;慢性病患者增多,慢性病费用占总医疗费用的64.66%,加重了医疗负担。建议继续加强健康扶贫政策作用,提高贫困患者医疗保障政策的精准化、公平性,减轻患者疾病负担,提高贫困患者获得感。加强与慈善组织的合作,稳定筹资渠道,健全大病保障机制,提高分类救治效果,增强农村地区慢性病健康管理,完善基层医疗服务体系建设。

关键词:健康扶贫;患病人群;医疗费用;住院;门诊

中图分类号:C913.7

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)06-504-006

doi:10.7655/NYDXBSS20200602

健康扶贫政策主要是保障贫困人口享受基本医疗卫生服务,防止因病致贫返贫,对大病进行专项救治、慢性病签约分类救治。健康扶贫政策在补偿层面是通过医疗保险、医疗救助、购买商业扶贫附加险、医疗机构减免、慈善救助等制度合力,提高报销水平;在服务层面是通过疾病分类救治、“先诊疗、后付费”以及“一站式结算”等方便患者。本文以山西省大宁县、永和县和陕西省清涧县、子洲县为例,以4个国家级深度贫困县的建档立卡人群为研究对象,分析2016—2018年健康扶贫政策在改善贫困人口就医环境、医疗费用负担以及治疗效果等方面的成就,探讨地方健康扶贫医疗保障方面的成效及不足,为地方扶贫救治目标的实现提供政策建议。

一、资料和方法

(一)资料来源

本研究所选用数据主要为两部分。第一部分为2016—2018年山西省大宁县、永和县和陕西省清

涧县、子洲县的贫困发生率及农村居民人均可支配收入(来源于当地最新政府公报);第二部分为2016—2018年的患病贫困人口救治数据(来源于健康扶贫动态信息管理系统)。

(二)数据处理

以年为单位,首先删除不在2016—2018年的救治人次,其次将不属于门诊、住院范围的人次删除(主要是药店购药人群),最后双人核对数据的准确性。数据整理采用Excel 2017软件,数据分析采用SPSS 21.0软件。

二、结果

(一)四个县健康扶贫现状

所选取的4个县均属于国家确定的集中连片县和国家级扶贫开发重点县。首先,从贫困发生率看,2016—2018年4个县的贫困发生率都有所降低,大宁县从2016年的35.90%降低到2018年的9.14%,永和县从37.91%降低到9.84%,清涧县从17.00%降

基金项目:福建省自然科学基金项目“福建省因病支出型相对贫困长效治理机制研究”(2020J01582);教育部人文社科项目“社会质量视角下贫困户‘脱贫摘帽’后可持续生计问题研究”(17YJC840011)

收稿日期:2020-03-05

作者简介:张思思(1995—),女,重庆秀山人,硕士研究生,研究方向为公共卫生;刘平(1979—),女,湖北石首人,副教授,研究方向为卫生法学与卫生政策学,通信作者,32407166@qq.com。

低到8.00%,子洲县从17.50%降低到1.93%;其次,4个县的因病致贫发生率也明显降低,其中大宁县最高为10.43%。脱贫攻坚实施以来,4个县减贫效果明显,山西省两县的贫困发生率略高于陕西省两县。

从健康扶贫动态信息系统数据看,2018年,4个县健康扶贫帮扶对象148 543人,山西省两县人数明

显少于陕西省。山西省大宁县贫困患病人数3 367人,患病救治人数2 223人,救治率66.02%;山西省永和县贫困患病人数3 209人,其中救治2 306人,救治率71.86%;陕西省清涧县贫困患病人数9 420人,救治7 479人,救治率79.39%;陕西省子洲县贫困患病人数8 158人,救治6 531人,救治率80.06%。陕西省两县的救治率略高于山西省两县(表1)。

表1 2018年4个定点县帮扶对象贫困指标

地区	帮扶对象 (人)	患病人数 (人)	救治人数 (人)	救治率 (%)	救治人次 (人)	已脱贫 (人)	返贫人数 (人)	未脱贫 (人)	贫困发生率 (%)
大宁县	18 063	3 367	2 223	66.02	6 369	1 651	39	533	9.14
永和县	18 128	3 209	2 306	71.86	8 711	1 455	32	819	9.84
清涧县	49 790	9 420	7 479	79.39	12 360	4 410	366	2 703	8.00
子洲县	62 562	8 158	6 531	80.06	9 824	5 732	41	757	1.93
合计	148 543	24 154	18 539	—	37 264	13 248	478	4 812	—

(二)健康扶贫患病人群医疗卫生费用分析

1. 医疗卫生费用情况

4个县的医疗卫生总费用呈逐年上升趋势,而人均自付费用呈较大下降趋势,农村居民人均可支配收入逐年平稳上升,自付费用占可支配收入比重逐年下降。具体来看,2016—2018年人均自付费用总体上呈下降趋势,最大下降幅度为94.55%;人均自付费用占人均可支配收入逐年下降,下降趋势都较为明显,

其中山西省大宁县由147.37%下降到3.18%,而2018年陕西省清涧县(11.65%)、子洲县(8.02%)人均自付占比略比山西省大宁县(3.18%)、永和县(6.96%)高,2018年的人均自付费用占人均可支配收入比例除陕西省清涧县,其余3个县均达到政策规划要求(要求为低于10%)^[1]。医疗费用增长幅度较大而农村居民人均可支配收入增长较为缓慢,降低自付费用仍需医疗保障强有力的支撑和可持续性发展(表2)。

表2 2016—2018年4个县建档立卡患病人群医疗卫生费用支出情况

分类	人均总费用		人均自付费用		农村居民人均可支配收入		人均自付费用 占人均可支配收入 (%)	医疗总费用 (万元)
	费用(元)	增长率(%)	费用(元)	增长率(%)	收入(元)	增长率(%)		
2016年								
大宁县	12 871.89	—	4 281.07	—	2 905	8.00	147.37	45.05
永和县	7 779.08	—	2 631.76	—	3 221	8.30	81.71	174.25
清涧县	13 926.75	—	1 803.72	—	8 918	8.30	20.23	114.19
子洲县	19 124.33	—	1 891.93	—	9 046	8.70	20.91	206.54
2017年								
大宁县	12 171.93	-5.44	2 106.59	-50.79	3 303	13.70	63.78	35.29
永和县	16 457.42	111.56	5 226.80	98.61	3 636	12.90	143.75	539.80
清涧县	20 563.11	47.65	1 752.44	-2.84	9 765	9.50	17.95	4 083.83
子洲县	15 697.95	-17.92	1 399.06	-26.05	9 896	9.40	14.14	2 357.83
2018年								
大宁县	4 751.33	-60.96	120.30	-94.29	3 782	14.50	3.18	2 201.77
永和县	6 066.85	-63.14	285.10	-94.55	4 098	12.70	6.96	3 000.06
清涧县	13 841.80	-32.69	1 124.24	-35.85	9 648	9.20	11.65	3 327.57
子洲县	8 899.24	-43.31	778.62	-44.35	9 713	9.40	8.02	2 013.01

注:人均总费用及人均自付费用因无2015年数据作参考,故无法计算2016年的增长率,农村居民人均可支配收入数据来自4个县的政府公报。

2. 医疗费用补偿构成情况

2016—2018年患病人群的医疗费用分担中新农合(简称新农合)占首要,大病保险、医疗救助占比逐年提高,政府兜底和其他渠道救助相对力度不大,主要向个别人群倾斜,因而患者自付比例呈逐渐下降趋势,稳定在政策规定的10%以内。2016—2018年山西省贫困患者自付占比下降幅度明显大于陕西省,得益于新农合的报销以及大

病保险逐年提高的帮扶力度。2018年,山西省大宁县贫困患者自付水平低于其他3个县,最大的区别是其新农合占比高达74.62%,高于其他县;山西省永和县的患者自付占比也相对较低,主要是因其大病保险占18.98%,高于其他3个县,其次政府兜底和医疗救助也稳定在较好的水平。山西省的医疗费用救治来源相较于陕西省波动调整浮动略大,陕西省患者的医疗费用负担持续稳定(表3)。

表3 2016—2018年4个县建档立卡患病人群医疗费用补偿比(%)

分类	大宁县	永和县	清涧县	子洲县
2016年				
患者自付	33.26	33.83	12.95	9.89
新农合	54.70	51.17	53.27	54.10
大病保险	2.30	2.14	10.21	10.30
医疗救助	5.21	7.42	18.80	13.81
政府兜底	0	1.15	4.77	10.95
其他	4.53	4.30	0	0.95
2017年				
患者自付	17.31	31.76	8.52	8.91
新农合	57.23	46.17	53.09	56.48
大病保险	4.99	6.92	9.95	7.48
医疗救助	9.71	6.16	23.63	13.78
政府兜底	0.02	1.08	4.65	11.08
其他	10.75	7.91	0.16	2.28
2018年				
患者自付	2.53	4.70	8.12	8.75
新农合	74.62	58.69	61.51	68.32
大病保险	10.74	18.98	6.74	3.78
医疗救助	6.80	7.09	22.38	12.16
政府兜底	4.28	7.37	1.09	4.71
其他	1.02	3.17	0.16	2.28

3. 门诊、住院医疗费用差异

从门诊、住院患者的自付费用和总费用分析,4个县住院人次占比(69.50%)明显高于门诊人次占比(30.50%),贫困患者医疗费用呈逐年上升趋势,而个人自付比例到了2018年都控制在较低水平。表4显示,总体来看住院总费用明显高于门诊总费用,2016—2017年4个县门诊人均费用、次均费用都明显低于住院的人均、次均费用。到2018年,陕西省清涧县、子洲县门诊人均费用又异常高于住院人均费用,但其门诊个人自付比例没有随着费用的上升而上升,仍低于住院患者。2016—2018年,清涧县门诊个人自付波动幅度明显大于其住院患者的个人自付占比,2018年永和县住院患者个人自付比例较2017年下降27.14%,达到4.66%(表4)。

2016年山西省大宁县尚无贫困患者选择门诊救治,2016年4个县住院费用的分担方式明显多于门诊患者费用分担,5种方式组合的费用分担机制在住院系统已经开始发挥作用,其中山西省大宁县

表4 2016—2018年4个县门诊/住院费用特征

分类	门诊				住院			
	人均费用(元)	次均费用(元)	个人自付比例(%)	总费用(万元)	人均费用(元)	次均费用(元)	个人自付比例(%)	总费用(万元)
2016年								
大宁县	—	—	—	—	4 281.07	3 567.56	33.26	45.05
永和县	1 579.47	1 431.39	36.20	25.31	2 999.42	2 813.02	33.43	148.94
清涧县	1 326.70	918.49	43.25	11.04	2 177.03	1 430.62	9.71	103.16
子洲县	10.65	7.85	7.75	0.19	2 172.12	1 398.49	9.89	206.35
2017年								
大宁县	12.00	12.00	4.51	0.08	2 105.34	1 489.15	17.34	35.22
永和县	56.10	37.40	5.26	0.85	5 356.07	3 662.27	31.80	538.95
清涧县	150.63	37.28	11.50	35.63	2 006.64	587.93	8.50	4 048.21
子洲县	137.46	0.15	14.72	17.27	1 576.27	511.07	8.87	2 340.56
2018年								
大宁县	41.68	31.32	6.67	183.49	256.25	183.13	2.16	2 018.28
永和县	21.42	13.75	5.44	134.30	872.52	499.89	4.66	2 865.75
清涧县	4 235.21	385.02	3.97	10.67	1 122.95	511.26	8.14	3 316.89
子洲县	4 449.47	529.70	7.99	27.84	770.49	368.43	8.76	1 985.17

政府兜底、清涧县的其他方式分担还未在住院患者中发挥作用;门诊贫困患者救治则主要依靠新农合和医疗救助分担医疗费用,其中陕西省子洲县门诊新农合报销占比明显低于其他3个县,只占7.75%。到2017年,住院患者已享受到5种费用分担方式,门诊患者的费用分担机制开始健全,其中山西省大宁县和永和县费用机制相对于陕西省建设慢。到2018年门诊、住院患者的费用分担机制都已健全,门诊住院的报销方式上没有太大区别,但在报销比例上又有所不同,门诊患者新农合报销占比略高于住院患者;而陕西省清涧县门诊患者没有使用到政府兜底和其他方

式,子洲县也并未使用到其他方式(表5)。

2017年4个县的门诊新农合报销占比均高于住院新农合,其中山西省两县新农合报销占比略高于陕西省两县,山西省永和县门诊新农合报销占比高达90.04%,到2018年已高达91.73%。新农合在门诊费用分担方面已占较高比重,而住院患者的医疗费用高于门诊费用。在住院患者中,陕西省两县更倾向医疗救助(2018年分别为22.39%、12.30%),而山西省两县更倾向大病保险(2018年分别为11.61%、19.77%),山西省两县的政府兜底力度也略大于陕西省两县(表5)。

表5 2016—2018年4个县建档立卡患病人群门诊/住院费用补偿比 (%)

分类	大宁县	永和县	清涧县	子洲县
2016年门诊				
新农合	—	50.53	54.01	7.75
大病保险	—	—	—	—
医疗救助	—	12.27	2.74	—
政府兜底	—	—	—	—
其他	—	1.00	—	27.65
2016年住院				
新农合	54.70	51.28	53.19	54.09
大病保险	2.30	2.50	11.30	10.31
医疗救助	5.21	6.59	20.52	13.82
政府兜底	—	1.34	5.28	10.96
其他	0.11	4.86	—	0.93
2017年门诊				
新农合	88.72	90.04	81.25	56.89
大病保险	—	—	2.70	0.31
医疗救助	6.77	2.35	2.27	2.30
政府兜底	—	—	—	4.28
其他	—	2.35	2.27	21.50
2017年住院				
新农合	57.15	46.10	52.85	56.47
大病保险	5.00	6.93	10.01	7.53
医疗救助	9.72	6.17	23.82	13.86
政府兜底	0.02	1.08	4.69	11.13
其他	10.77	7.91	0.14	2.14
2018年门诊				
新农合	89.86	91.73	77.92	81.53
大病保险	1.15	2.02	1.60	5.76
医疗救助	1.59	0.51	16.51	2.50
政府兜底	0.36	0.01	—	5.76
其他	0.37	0.30	—	—
2018年住院				
新农合	73.23	57.15	61.46	68.13
大病保险	11.61	19.77	6.76	3.81
医疗救助	7.28	7.40	22.39	12.30
政府兜底	4.64	7.71	1.09	4.69
其他	1.08	3.31	0.16	2.00

从门诊费用来看,县域外省内贫困患病人群个人自付占比较高,门诊次均费用为95.36元;省外门诊人均费用较低,为11.38元;县域内就医门诊个人自付占比为8.14%。从住院费用分析,县域内、县域外省内、省外次均费用依次递增,省外住院次均费用为1 693.40元,个人自付占比为17.09%,县域内个人自付占比较低。从总费用来看,贫困患者总费用最高的为县域内,其次为县域外省内,最低为省外(表6)。

对不同贫困患病人群采取的费用分担方式主要为大病集中救治、慢性病签约服务和重病兜底保障。大病集中救治患者门诊个人自付比例比住院高;慢性病签约服务救治人群中,门诊自付比为8.72%,相较于住院自付比例(7.49%)略高;重病兜底保障的住院个人自付比例高于门诊。慢性病签约服务总费用明显高于大病集中救治总费用、高于重病兜底保障总费用(表6)。

三、讨论

(一)健康扶贫政策减贫控费取得成效

一方面,贫困患者就诊行为特征与政策引导相一致,贫困人群就诊更为简明便利,出台“一站式结算”“设定点医院”“确定大病病种、慢性病病种”“新农合向贫困人群倾斜”等一系列政策,现贫困患者基本上在县域内二级医院、乡镇卫生院、村卫生室实现就诊。这既降低了贫困患者医疗费用额外支出,同时又有利于政策下沉,有利于提高基层医疗卫生服务能力。另一方面,贫困患者个人医疗费用负担减轻,减贫控费效果日益显现,贫困人口逐年减少,贫困发生率2018年底已降低到13.27%,因病致贫发生率为10.43%。医疗保障体系逐渐健全,政府加大财政支持力度,人均自付费用逐年下降,自付费用占可支配收入比重逐年下降,2018年基本实现患者个人自付占可支配收入比重在10%以内。虽然个人自付负担得到有效控制,但贫困患者的收入增长幅度不大,主要以依靠政府为主,高度依赖政府保障性政策也就要求了政策的长期稳定性和持续性,只有稳固的医疗费用分担机制、精准分类的救治体系以及贫困人群稳定的收入来源,才能有

表6 2016—2018年不同县域/救治分类下门诊及住院费用情况

项目	门诊		住院		总费用[万元(%)]
	次均自付费用(元)	个人自付占比(%)	次均自付费用(元)	个人自付占比(%)	
县域范围					
县域内	30.07	8.14	461.49	7.58	13 747.29(75.96)
县域外省内	95.36	16.62	1 080.20	9.93	4 250.63(23.49)
省外	11.38	4.35	1 693.40	17.09	101.29(0.55)
救治分类					
大病集中救治	61.23	12.48	740.94	9.54	5 493.76(30.54)
慢性病签约服务	30.56	8.72	471.29	7.49	11 632.81(64.66)
重病兜底保障	43.94	6.24	905.23	8.69	863.75(4.80)

效解决贫困患病人群的因病返贫和因病致贫,而提高贫困人群的发展动力是保持长效脱贫的关键。

(二)医疗费用上涨,新农合资金压力大,其他补偿作用不明显

新农合基金压力大,2016—2018年,医疗费用上升,门诊患者主要以新农合报销为主,而住院患者则多种报销方式结合^[2]。住院患者的费用相对较高,以大病、重病为主,强调多种方式共同分担费用,有利于减轻财政负担。少部分患者的高医疗费用对患者乃至其家庭来说是沉重负担,而对个别重特大疾病的政府兜底保障功能并未显现,政策在执行过程中仍然有所欠缺^[3]。例如,政府兜底保障在基本医保及目录报消除外的情况下,对个人负担仍然较重的贫困患者额外的补偿机制,一定程度上保证精准帮扶,但仍然存在个别患者个人自付费用在1万元以上,甚至有个别患者个人自付费用高达20多万元,大病保险起付线仍然偏高、报销比例相对较低,与其他研究一致^[4]。

(三)慢性病患者增多,加重医疗负担

研究显示,政策救治人群逐渐增多,慢性病人占比较大,大病人群比例少但费用高,因而医疗费用上涨是普遍趋势。救治费用中,64.66%为慢性病救治费用。24.70%的慢性病患者表示没有受到慢性病政策救助,慢性病家庭医生签约服务率也较低;贫困地区慢性病健康管理尚未形成体系,农村居民没有看病报销的经历,不理解医保政策。贫困地区健康管理意识欠缺,政策宣传效果不佳,医疗保障获得感仍需提高,贫困农户对新农合、大病保险、医疗救助以及政府兜底政策的了解度低。此外,贫困农村地区“重治轻防”现象依然较为严重^[2]。农村居民对于常见慢性疾病缺乏长期管理意识,健康意识不强,风险意识较差,如高血压患者未坚持长期用药,且未能改变高盐的饮食习惯,仅在症状出现后才到村卫生室就医。

四、政策建议

(一)建立长效医疗保障机制,保障筹资稳定性

健康扶贫政策实施以来取得一定成效,高额增长的医疗费用及个人自付比例的控制对政府财政及医疗保障制度提出了新要求,有学者指出合理测算健康扶贫资金需求,切勿盲目地大幅度提高报销比例,否则会给医保基金带来压力,导致政策亏损^[5]。健康扶贫政策明确了各部分的报销比例,而医疗保障制度组合处于动态变化过程,尚未形成完整的体系链,易产生边缘重病无法保障或兜底^[6]。比如大宁县和子洲县有规定定点县及大病专项病种主要负责医师,而其他两个县尚未查询到相关说明,地方政策制定中应加强健康扶贫对象的多部门互联互通,由卫生健康委、扶贫办、民政局、医保局等多部门共同制定

健康扶贫标准和对象^[7]。应该明确贫困患病人群的费用分担机制,在报销过程中明确报销总框架,各有关负责部门对自己所负责部分应当按照规定执行,对特殊患者的合理诉求应该给予汇总反馈。在政府卫生筹资方面,一是可以从某些税收项目中按规定比例提取费用,以保证卫生筹资的稳定性;二是可以寻求与民间疾病公益基金等慈善组织合作,更高效更充分地利用社会资源,以提高医保基金的抗风险能力^[8]。长效的医疗保障机制应设有总框架和细则,总框架应突出各部分报销的要求和比例,细则应该包含各个有关部分的报销种类及要求,加大重特大疾病的保障力度,充分发挥其他渠道对贫困患病人群的补偿。

(二)提高贫困患者救治效果,增强基层就医优势

在整理资料过程中,还发现贫困患病人群患两种以上疾病的占20%,存在同时患大病和慢性病贫困患者,单一以人头进行救治分类,针对个人的分类不同难免显得救治不精准,分类救治政策与患病人群实际情况不完全相符。在大病和慢性病多种疾病人群中,是否考虑以主要病种作为分类依据,完善多疾病患者的医疗保障。其他补偿方式是否应该对重大疾病患者作适当倾斜,把经费用到急需的患病人群身上。应建立相应的大病保障机制,科学合理地将部分个人支付费用纳入大病保障范围内,减轻大病患者沉重的个人医疗费用负担^[9]。在救助资金可承担范围内通过降低起付线、提高政策救助比、合理确定封顶线等倾斜性政策措施,适当提高因病致贫重病患者的救助水平^[10]。加强医疗服务供给体系建设,提升基层医疗服务能力^[11]。

(三)提高农村慢性病健康管理意识

目前贫困患病人群以患慢性病为主,须警惕高血压年轻化趋势,加大慢性病患者的康复训练,尤其是青壮年患慢性病人群的康复训练,提高基层医院的康复救治能力,减少贫困患者对政府的高度依赖,增加新农合中慢性病药品的报销力度,设立“二次治疗方案”,灵活调整报销药品范围。当前,新农合对慢性病药品的报销比例不高,慢性病药品存在不少的进口药,价格昂贵。如果农村慢性病患者因为费用而减少治疗,病情将无法得到有效控制,可能会造成很多并发症。在减轻患者医疗负担的问题上,要增设对治疗方案的检查,避免供方的原因加重农村患者的费用负担^[12]。慢性病既要重签约服务,同时也要加强健康管理服务^[13]。慢性病救治时间长,大病则更强调家人照护,因此无形中加大了家庭压力,应加强对贫困患者的心理疏导,提高其家庭抵御疾病风险的意识,康复训练与健康教育并重,鼓励已治愈患者重返岗位,提高贫困患者个人创收增收的能力。慢性病患者健康贫困脆弱性

研究有助于增强健康扶贫政策的前瞻预测性和实施效果,建立并完善以慢性病患者基本医疗服务为基础,以慈善帮扶、商业保险为补充,以大病保险和医疗救助为兜底的多层次医疗保障,提高慢性病患者抵御疾病风险的能力。

参考文献

- [1] 山西省卫生和计划生育委员会. 山西省卫生计生委健康扶贫工程实施方案[EB/OL]. [2019-07-20]. <http://wjw.shanxi.gov.cn/jkfp105/13320.hrh>
- [2] 刘豪,段增杰,李阳,等. 安徽省新农合综合医疗保障政策可持续发展的SWOT分析[J]. 解放军医院管理杂志,2018,25(4):328-330
- [3] 张惠敏. 重特大疾病保障与救助制度的产生与问题探讨[J]. 市场周刊(理论研究),2015(8):104-105,121
- [4] 方鹏骞,苏敏. 论我国健康扶贫的关键问题与体系构建[J]. 中国卫生政策研究,2017,10(6):60-63
- [5] 薛秋霖,蒋俊男,辛艳姣,等. 基于医疗服务需求的健康扶贫政策医疗保险资金需求分析[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(6):47-51
- [6] 付玉联,谢来位. 健康中国战略背景下的健康扶贫政策研究[J]. 卫生经济研究,2019,36(9):18-21
- [7] 赵美英,丁一磊,张红培,等. 我国医疗保障制度推进健康扶贫的探索和成效[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(4):65-70
- [8] 段增杰,李阳,赵帅,等. 贫困人群医疗保障的国际比较及对我国健康扶贫的启示[J]. 中国社会医学杂志,2019,36(1):1-4
- [9] 曹晓琳,李玉刚,吴洪涛,等. 吕梁山区贫困县新农合大病患者住院医疗费用负担分析[J]. 中国卫生资源,2017,20(1):32-35
- [10] 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
- [11] 陈菊,伍林生,江杨岗. 健康扶贫可持续路径探析[J]. 卫生经济研究,2019,36(4):7-9,12
- [12] 杨诗漫,庄琦. 健康扶贫视角下农村慢性病患者现状研究——以辽宁省建平县为例[J]. 锦州医科大学学报(社会科学版),2019,17(4):42-45
- [13] 冷佳君,何得桂. 深度贫困地区健康扶贫政策执行偏差的机理分析——基于陕西省镇巴县的调查[J]. 卫生经济研究,2019,36(9):13-17

Research on the burden of medical expenses of the poor patients in the fixed-point poverty countries under the background of health poverty alleviation

ZHANG Sisi^{1,2}, LIU Ping¹, WEI Jiacheng², WANG Zhenbang²

1. School of Public Health, Fujian Medical University, Fuzhou 350122; 2. Department of Science and Education, Fujian Cancer Hospital, Fuzhou 350014, China

Abstract: The study main purpose to understand the burden of medical expenses of the poor patients in the four fixed-point poverty alleviation countries since the implementation of health poverty alleviation, and to explore the effects and shortcomings of the implementation of health poverty alleviation. By comparing the medical expenses, the composition of medical expenses sharing, and the difference expenses of the hospitalization and outpatient in the poverty-stricken population in the four depth poverty-stricken countries from 2016 to 2018. It is found that the implementation of the health poverty alleviation policy has achieved results in poverty reduction and medical costs control. There are significant differences in medical expenses of the poor patients in different years and different regions. The total medical expenses are on the rise, and the burden of personal out-of-pocket expenses has not increased. The compensation for medical expenses is mainly based on the new rural cooperative medical system (NCMS), medical healthcare insurance fund is under pressure, and other compensation effect is not obvious. Secondly, the number of chronic disease patients is increases, and it costs accounted for 64.66% of the total medical costs. It aggravated the state of disease. It is recommended to strengthen the role of the health poverty alleviation policy, improve the precision and fairness of the medical security policy for the poor patients, and reduce the burden of disease and improve the sense of contentment of the poor patients. Strengthen the cooperation with other charitable organizations, stabilize the funding channels, improve the protection mechanism for major diseases, improve the effectiveness of classified treatment, enhance the health management of chronic diseases in rural areas, and the construction of the primary health institutions.

Key words: health poverty alleviation; patients; medical expense; hospitalization; outpatient