

# 宁夏健康扶贫创新模式对返贫的抑制作用研究

李正印

中央民族大学, 北京

收稿日期: 2021年12月6日; 录用日期: 2022年1月17日; 发布日期: 2022年1月24日

## 摘要

2020年, 随着脱贫攻坚战进入收官阶段, 全国832个贫困县陆续脱贫摘帽, 标志我国扶贫事业取得圆满成功。在绝对贫困消除之后, 下一阶段的重要目标之一就是抑制返贫。健康扶贫是扶贫工作中的重要一环, 也在抑制因病返贫方面发挥了至关重要的作用。本文在研究“因病致贫、返贫”发生机制以及健康扶贫作用机理的基础上, 聚焦宁夏盐池, 通过对当地健康扶贫具体做法和取得成效的分析归纳, 总结出“宁夏模式”的健康扶贫经验: 建立台账精准识别; 实地调研、宣传医保理念; 积极创新、提升政策的有效性; 造血与输血相结合, 提升服务能力。

## 关键词

健康扶贫, 宁夏模式, 返贫抑制

## Study on the Inhibitory Effect of the Innovative Model of Healthy Poverty Alleviation on Returning to Poverty in Ningxia

Zhengyin Li

Minzu University of China, Beijing

Received: Dec. 6<sup>th</sup>, 2021; accepted: Jan. 17<sup>th</sup>, 2022; published: Jan. 24<sup>th</sup>, 2022

## Abstract

China lifted 832 poverty-stricken counties out of poverty in 2020 as the battle against poverty entered its final phase, marking the complete success of poverty alleviation. After the elimination of absolute poverty, one of the important goals for the next phase is to curb the return to poverty.

**Health poverty alleviation is an important part of poverty alleviation work and also plays a vital role in preventing people from returning to poverty due to illness. On the basis of studying the mechanism of “poverty caused by disease and poverty returned” and the mechanism of health poverty alleviation, this paper focuses on Ningxia Yanchi, and summarizes the experience of “Ningxia model” of health poverty alleviation through the analysis and conclusion of the specific practices and achievements of local health poverty alleviation; this paper focuses on Ningxia Yanchi, and summarizes the experience of “Ningxia model” of health poverty alleviation through the analysis and conclusion of the specific practices and achievements of local health poverty alleviation.**

## Keywords

Healthy Poverty Alleviation, Ningxia Model, Returning to Poverty Inhibition

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

自十八大以来，党中央把扶贫工作摆在治国理政的突出位置，组织实施了人类历史上规模最大、力度最强的脱贫攻坚行动，并且有条不紊地达成了新时代消除绝对贫困的扶贫任务。习近平总书记在全国脱贫攻坚总结表彰大会上发表重要讲话，宣布经过举国上下的群策群力，我国扶贫事业大获全胜，在保持原有衡量标准不变的前提下，9899 万农村贫困人口全体脱贫，832 个贫困县整体摘帽，12.8 万个贫困村悉数退出，区域性整体贫困问题按期圆满解决。而在扶贫事业推进过程中，健康扶贫在深度贫困地区为保障贫困人口的健康权益，抑制因病致贫、因病返贫发生发挥了至关重要的作用。而宁夏盐池县健康扶贫工作以往的脱贫攻坚中便走在了前列，因此本文将聚焦宁夏盐池，以盐池为例探究健康扶贫在抑制返贫方面的作用。

## 2. 健康扶贫背景

健康扶贫是确保贫困家庭享受健康权益的保障，是我国两个百年目标实现进程中必不可少的一环，也是精准扶贫工程中的关键举措[1]。健康扶贫在贫困地区的布局建设，需要加大对贫困地区匮乏的医疗资源的补充，做到补短板，助发展。针对健康扶贫，习近平总书记曾高瞻远瞩，于 2014 年便提出了“没有全民健康，就没有全面小康”的重要论断。健康扶贫这一工程于 2015 年正式启动，由中央总领全局，以各地区贫困户的健康问题为核心制定、颁布了一系列重要举措，在之后的扶贫工作中成为重要的兜底、保障力量。之后，国家卫生和计划生育委员会等 15 个部门在 2016 年联合发布《关于实施健康扶贫工程指导意见》，进一步贯彻和执行健康扶贫相关理念和任务，建立健全新农合、大病保险、民政医疗救助和补充医疗保障“四重”保障体系，确保为贫困地区以及贫困人口提供基本医疗卫生服务，从而有效防范“因病致贫”、“因病返贫”的相关风险。2017 年印发的《健康扶贫工程“三个一批”行动计划》中指出要按照“大病集中救治一批、慢性病签约服务管理一批、重病兜底保障一批”的指示，有计划地对患有不同疾病的贫困人口进行分类分批救治，从而保障健康扶贫工作做到以人为单位、以病为切入点，推动健康扶贫工程深入实施。到目前为止，中国的健康扶贫战略从摸着石头过河到渐趋成熟，逐步建立了较为完善的健康扶贫政策、制度体系及运行机制[2]。在今后的工作中，国家进一步落实健康扶贫方略，防范因病返贫风险的具体措施主要是完善贫困地区健全、高效、有体系的医疗卫生服务体系建设[3]、通

过补贴、保险等方式环境脱贫人口的医疗负担、允许困难家庭享受医疗服务时先诊疗后付费、建立全国三级医院与连片特困地区县和国家扶贫开发工作重点县县级医院一对一帮扶的连接渠道，此外将挣扎在贫困线附近的全部人口都纳入到基本医疗保险、大病保险、医疗救助制度涵盖范围[4]。虽然我们如期完成了新时代脱贫攻坚目标任务，脱贫攻坚取得重大成功，绝对贫困已经消除，但相对贫困还在，返贫风险还在，我们还需要进一步学习健康扶贫的经验，抑制返贫发生的可能性。

### 3. 健康扶贫减贫机理

#### 3.1. “疾病 - 贫困 - 疾病” 恶性循环

因病致贫是指由于疾病或健康不佳使得获取收入的能力降低，从而导致家庭收入减少而陷入贫困。一个家庭的成员身患疾病，直接影响的是全家的物质资本。随着医疗支出的增加，例如诊疗费用、住院费用支出的增加，看病时的交通费用、营养费、家属的住宿费、康复费、保健品费等支出也在增加。为应对各种支出的增加，家庭会动用手头的现金或是家庭的储蓄存款。然而当储蓄不足的时候时，会向亲戚、邻居、朋友等借贷。如果借贷依然不足以解决医疗负担，农户家庭会采取出售家庭资产的方式来筹集资金，比如变卖土地、生产工具、房产等资产，从而导致家庭物质资本减少。物质资本的减少会导致家庭收入的减少。当家庭为负担医疗支出而变卖家庭物质资本后，这个时候就会给生产带来困难，失去了谋生工具，生产必然会受到影响，导致收入减少。一个家庭物质资本的减少会引起连锁反应，导致人力资本发生变化。医疗费用的增加以及收入的减少必然导致储蓄的减少，储蓄的减少会使得家庭进一步减少健康投资、就业培训以及子女的教育投资，而且后代出现遗传病的概率大大增加，这些都会导致一个家庭的人力资本受损。人力资本受损一方面导致整个家庭劳动力数量减少，另一方面从事工作的劳动力生产率下降，从而导致整个家庭收入减少。

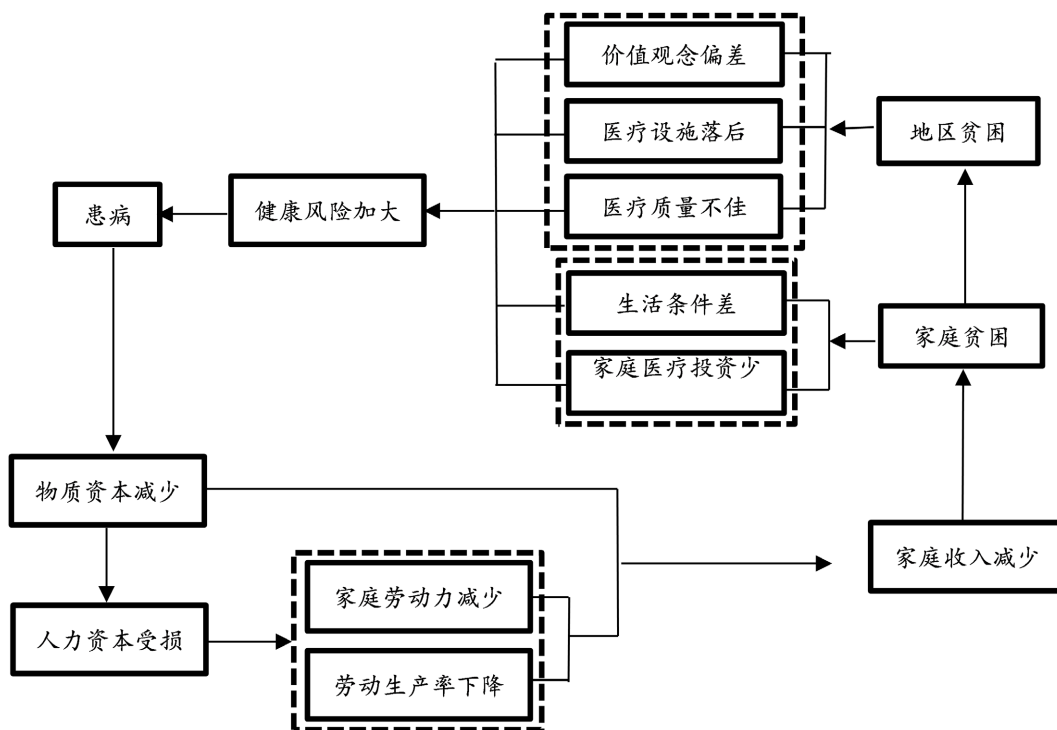


Figure 1. “Disease-poverty” vicious cycle mechanism diagram  
图1. “疾病 - 贫困” 恶性循环机理图

因贫致病则是指由于个体处于贫困之中，从而无暇顾及健康状况导致自己健康状况的恶化。从贫困家庭来看，首先表现在贫困人口住房条件有限，饮食起居、如厕等环境较为恶劣；其次饮食结构与居民健康水平高度相关，贫困家庭主要面临营养品匮乏，或单一营养摄入超标、比例失衡等为诱因导致的相关疾病；此外贫困人口由于接受教育的程度并不高，可供选择的工作很少，大部分都从事缺乏保护的体力工作，工作环境恶劣，人身安全得不到保障，安全系数低，致残或致死率高，容易患上职业病以及其他疾病；再者贫困人口在医疗方面投资少，存在“小病拖、大病扛”的情况，从而导致贫困患病人口无法及时接受相关医疗卫生服务，更加重了健康风险，导致自身的健康状况迟迟得不到改善，并走向恶化。从整个地区来看，由于地区贫困多是处于交通闭塞、科技条件有限、教育程度和知识文化水平较低的地域，贫困人口很难获得需要的信息，他们形成的行为和价值观念往往是不正确的。所以他们形成了不良的饮食卫生习惯，不懂得如何主动选择正确的饮食结构和主动预防疾病，此外由于科学知识的匮乏，受限于封建思想，有人还会选择违反医学理念的方式进行自救自治，导致丧失了最佳接受治疗的时机。在封闭的状态下，没有人对这些价值观念提出异议，也没有新的文化体系的进入打破这种固有的行为规范，这些文化体系被不断重复着、不断地滋生各种疾病。此外在贫困地区，当地政府没有多余的财政资源为本地的患病人口提供先进的医疗设施和高质量的医疗条件，使得患病人口在诊断和治疗时受阻，加重了健康风险。

上述分析表明，贫困与疾病之间具有作用与反作用的关系，两者相互作用、相互影响[5] [6] (见图 1)。疾病的出现会严重影响家庭物质资本及人力资本，从而导致家庭陷入贫困；贫困反过来又会加重患病的程度，导致健康状况持续恶化，无法根治。打破“疾病—贫困”这一恶性循环，需将循环中的某一链条切断，这对于缓解贫困，提高贫困家庭和贫困地区健康水平，达成“稳定脱贫”和“防止返贫”目标具有重大作用。

### 3.2. 健康扶贫作用机理

健康扶贫通过帮扶困难群体，降低贫困人口的经济脆弱性、健康脆弱性和社会脆弱性，斩断“疾病—贫困—疾病”这一恶性循环，进而帮助困难群体突破“因病致贫、返贫”的贫困陷阱。本文主要从经济脆弱性、健康脆弱性和社会脆弱性三个方面对健康扶贫对返贫的抑制作用机理进行阐述[1] [7] (见图 2)。

健康扶贫可以促进相关医疗卫生资源的再分配，保障贫困群体的健康权益，改善其健康脆弱状况，从而抑制返贫的发生[8] [9]。确保医疗卫生资源配置的公平与公正是提升全国整体医疗卫生水平的重要举措之一，也是保障贫困地区居民健康权益不可或缺的一环。以贫困地区医疗卫生水平为切入点，强化这些地区公共卫生资源的投入力度，可以有效提升当地困难群体的健康脆弱性，改善其贫困与健康状况。首先，健康扶贫通过提升贫困区域公共卫生服务水平，从而降低贫困户的健康脆弱性，如建立健全贫困地区医院、卫生院等标准化投入与建造，并强化基层医疗服务人员的医疗素质，做好人才引进及对口支援帮扶工作，开展相关培训与宣传，扩大健康扶贫的影响力与作用力。其次，健康扶贫加强人居环境综合整治，建设新时代新农村，改善贫困地区生活环境，提高卫生标准。健康扶贫要着眼于贫困地区居民“衣、食、住、行”的方方面面，确保起居环境的健康整洁，饮食饮水的干净卫生，建设垃圾、污水等专业处置点，将贫困户的生活环境系统化整治，从根本上确保健康问题不再复发。

健康扶贫通过发挥基本医疗救助、大病保险的基础功能，并促使其相互作用，有效叠加，从而发挥更大的效力，使得贫困地区居民看得起病、住得起院[10]。首先从减负入手，健康扶贫通过基本医疗保险、医疗救助、商业保险等举措，能够直接降低原有贫困户看病难、看病贵的经济负担。其次革新收费方式，健康扶贫通过整合制度资源，推行先诊疗后付费、一站式结算等措施，使得患者家庭的间接经济负担有所缓解，强化其应对疾病风险的抗压能力与弹性，抑制返贫风险。

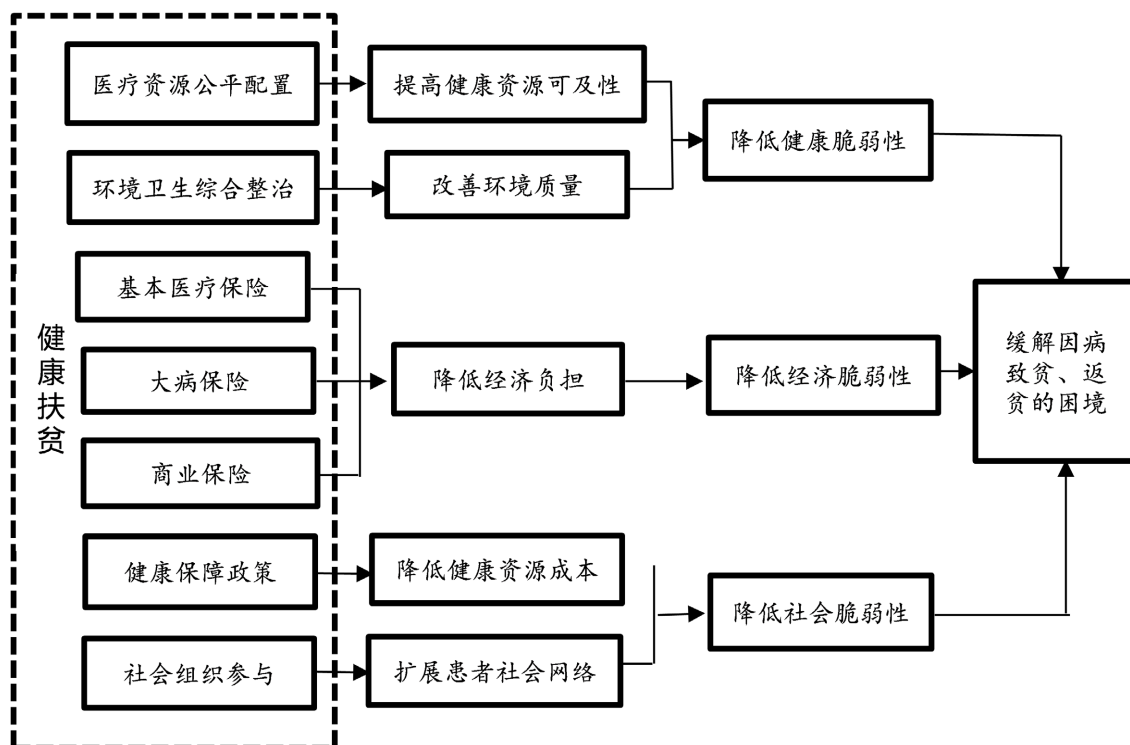


Figure 2. Mechanism diagram of health poverty alleviation  
图 2. 健康扶贫作用机理图

健康扶贫通过整合归并健康保障政策，引导社会组织参与健康扶贫，从而减少居民获取健康资源的社会脆弱性，改善医疗服务质量。健康扶贫的相关政策不仅有助于降低居民直接享受医疗卫生资源的直接成本，也可以降低居民因就诊、住院等行为而产生的交通、住宿、误工，甚至是失业而产生的间接成本[11]。此外，主动扩大健康扶贫的投入来源，让社会中更多的力量投入到扶贫工作中来，能够建设并扩大贫困患病群体自身的社会网络，有助于提高其收入水平，提升贫困人口应对疾病风险的社会适应性，抑制返贫风险。

## 4. “健康扶贫在西部”——健康扶贫“宁夏模式”

### 4.1. 实施背景

十八大以来，国家把精准脱贫列为最重要的任务之一，脱贫工作的顺利完成是我国建成全面小康社会、实现第一个百年奋斗目标的关键步骤。然而，很多国内众多家庭脱离贫困状态后，却又陷入“辛辛苦苦奔小康、一场大病全泡汤”的尴尬境地。因病致贫、因病返贫，是不少贫困家庭面临的又一现实问题，也是巩固脱贫攻坚成果的重大阻碍。随着扶贫工作的进一步深入，我国政府和国内的众多学者充分认识到健康扶贫在整个扶贫工作中的重要作用。总书记自上任以来一直对贫困问题给予高度关注，多次到贫困地区实地考察，2019年4月主持召开解决“两不愁三保障”突出问题座谈会，会上强调重点关注那些尚未脱贫或因病因伤返贫群众，加快做好完善低保、医保、医疗救助等相关保障的工作，使真脱贫、稳脱贫的奋斗成果有制度体系作为保障。宁夏回族自治区党委和政府积极响应总书记的号召，认真贯彻落实中央和自治区党委、政府的决策部署，扶贫开发领导小组多次召开会议并印发了《关于解决“两不愁三保障”突出问题的实施方案》。聚焦“因病致贫，因病返贫”等人民群众关心的问题。

**Table 1.** Statistical table of basic situation of health poverty alleviation in 2019**表 1.** 2019 年健康扶贫工作基本情况统计表

县区	核实核准建档立卡患病人数	建档立卡已脱贫患者数量(人)	已入院救治或已签约(人)	大病已累计救治人次	重病已累计救治人次	救治比例(%)
宁夏	75,867	60,297	73,437	24,822	12,929	99.62%
兴庆区	1631	1064	1593	725	50	100.00%
西夏区	572	500	564	341	64	100.00%
金凤区	730	456	703	150	223	100.00%
永宁县	719	527	690	31	0	97.77%
贺兰县	531	327	514	122	54	99.81%
灵武市	902	658	847	88	20	96.34%
宁东管委会	97	66	92	9	40	96.91%
大武口区	17	17	14	6	0	88.24%
惠农区	124	89	122	17	41	100.00%
平罗县	1618	1264	1563	179	182	99.38%
利通区	462	325	417	252	1	91.99%
红寺堡区	4452	3487	4357	1145	367	100.00%
盐池县	2910	2682	2774	1177	13	99.55%
同心县	10,718	8527	10,462	3556	326	99.98%
青铜峡市	1301	939	1277	1131	71	100.00%
原州区	6290	5151	6030	4924	2156	99.98%
西吉县	15,683	12,662	15,273	2775	8220	99.57%
隆德县	7020	6674	6736	612	191	99.93%
泾源县	1376	1220	1305	1095	236	99.93%
彭阳县	3789	3477	3627	1364	321	100.00%
沙坡头区	2449	1693	2385	811	31	99.76%
中宁县	2629	1264	2549	989	211	99.43%
海原县	9847	7228	9543	3323	111	99.21%

宁夏自治区党委、政府付出了不懈努力，脚踏实地、真抓实干，使贫困人口看得起病、看得上病、看得好病、少生病的问题得到了较好地解决(见表 1)，这是健康扶贫工作具有阶段性意义的里程碑。而当因病致贫贫困户脱贫后，如何抑制因病返贫又是一项新的重大课题。

## 4.2. “宁夏模式”的具体做法

### 4.2.1. 建立专门的健康扶贫领导小组

宁夏政府成立专门的健康扶贫工作领导小组，明确其权责为主抓健康扶贫相关问题，将扶贫工作成效纳入政府绩效考核指标，提升了政府健康扶贫相关工作的效率，出台相关规章制度。宁夏自治区出台了一系列文件，为健康扶贫保驾护航，比如《宁夏回族自治区人民政府关于推进健康扶贫若干政策的意

见》《健康扶贫行动 2017~2020》《宁夏开展“因病致贫因病返贫”农村人精准医疗实施方案》等 10 多个政策文件，提供了完备的法律基础，健康扶贫的政策框架基本建立，为全面落实健康扶贫奠定了基础。

#### 4.2.2. 宣传健康生活方式、做好预防保健工作

成立医疗卫生专家组，构建卫生知识宣传委员会，对健康的生活方式进行宣传，开展“健康大讲堂”，引导居民形成健康的心理、正确的就医观，促使居民改善健康状况，使居民少得甚至不得病。

#### 4.2.3. 搜集数据、精准识别贫困人口信息

为了使广大贫困人口尽早参保，实现建档立卡贫困人口应保尽保，针对参保存在的壁垒，部分建档立卡贫困户未能及时参保等问题，宁夏明确对此类情形的未参保人员按照“市县核实登记、自治区统一核定、市县点对点促保”流程，保证使新识别或核准身份信息的建档立卡贫困人口及时纳入保障范围，并对全区 21 个县区因病致(返)贫对象进行了全面的入户普查摸底，并利用大数据采集信息线索，配合入户排查、体检等措施，确定人员相关信息。

#### 4.2.4. 宣传医保制度

逐步建立和完善医保宣传机制，使人民群众了解医保制度，顺利实现将建档立卡贫困人口纳入医疗保障体系。各地参保动员工作以“讲好医保故事，传好医保声音”为引领，不断创新信息宣传方式和手段，过多种方式开展宣传工作，使宣传形式多样化，宣传内容生动化，利用微信、微博直播等新兴媒体，使健康扶贫政策全方位、多角度、深层次地为民所知。参保动员时，倾听百姓心声，紧盯“个人缴费增长较快”的舆论焦点，不仅讲清“个人交多少”，而且讲清“国家补多少”，解读百姓疑点问题，让参保群众对医保政策理解吃透。

#### 4.2.5. 五大保险助推精准脱贫

基本医疗保险。现代社会保险制度中的一个不可或缺的项目就是基本医疗保险制度。这里的基本医疗保险是指城镇职工医保和城乡居民医保，国家通过立法等手段保证该制度的强制执行，采取社会统筹与个人账户相结合的基本模式，并向处于法定范围内的参保者提供必要的医疗服务和经济补偿。对于农村成年特困人员，宁夏回族自治区自治区财政补助 45 元、市县财政补助 15 元；对于农村未成年特困人员，自治区财政补助 10 元；对于城乡特困人员，自治区财政实行标准 60 元的大额医疗保险补助。对农村建档立卡贫困人口缴费实行部分资助，在一定程度上有效减轻了居民缴纳保费的负担。

民政医疗救助。民政医疗救助主要针对最低生活保障对象、因病致贫家庭患病人员和建档立卡贫困户等人员。采取城乡居民基本医疗保险缴费补贴、门诊大病补助、住院补助和重特大疾病住院补助等不同方式向贫困人员提供及时周到的医疗救助。补助标准如下：救助对象患有重特大疾病，年住院总费用累计超过年度家庭可支配收入的，在扣除各类医疗保险支付部分、民政医疗救助部分和非医保药品价款后，对剩余费用按照下列标准给予补助，每人每年救助一次，最高补助金额不超过八万；住院医疗补助实行单笔结算，不限定住院次数。

大病保险。大病保险指的是当参保人发生大病而产生高额医疗费用时，经过医保报销程序后，保障个人负担的医疗费用。宁夏回族自治区的大病保险起付线依据上年度城镇常住居民人均可支配收入和农村常住居民人均可支配收入的加权平均数综合确定，补偿金额不设封顶线。8000 至 20,000 补偿比例为 51%，20,001 至 50,000 补偿比例为 52%，50,001 至 100,000 补偿比例为 54%，100,001 至 200,000 补偿比例为 59%，200,001 至 300,000 补偿比例为 62%，300,001 至 400,000 补偿比例为 65%，400,001 至 500,000 补偿比例为 68%，500,001 以上比例为 73%。

“扶贫保”。“扶贫保”指的是对建档立卡贫困户的家庭成员因意外伤害导致的身体、伤残(含烧伤

烫伤)、意外伤害住院医疗等情形给予保障。第一, 保险公司承保和理赔的范围内应包含有既往病史的贫困户, 具体执行过程依据保险公司关于既往病史客户的相关理赔规则; 第二, 对于建档立卡贫困户在基本医保、大病保险报销后, 仍需个人负担的费用, 目录内报销 70.00%, 目录外报销 50.00%, 年度限额 2 万元/人; 第三, 对患有以下特定疾病的贫困户, 目录内报销 100.00%, 目录外报销 50.00%, 年度限额 2 万元/人。

政府保障兜底医疗救助。政府保障兜底医疗救助指的是贫困人口在省内医疗机构治疗产生的门诊费用、住院合规费用, 如在限额内, 即纳入政府兜底保障范围。按照基本保险、大病保险、医疗救助政策补偿后, 贫困人口个人年度自付封顶额根据在县域内、市级、省级医疗机构就诊的不同层次, 分别为 0.30 万元、0.50 万元和 1.00 万元, 当年度内个人自付合规费用累计超过个人自付封顶额时, 政府将兜底保障超过部分的合规费用。

#### 4.2.6. 实施家庭医生签约服务

各乡镇医疗机构依据早已建立起来的居民信息档案, 为建档立卡户人群开展家庭医生签约服务, 做到“应签尽签”“应管尽管”, 对因病致(返)贫人群提供专业知识上的帮扶, 一方面对病后护理和防治提供专业信息, 另一方面, 提供财务知识上的帮扶。借助现代互联网信息技术手段, 构建签约居民家庭与专业医生服务团队间有效、快捷、平等的交流互动平台, 对致贫返贫人群提供及时高效的咨询服务, 提升家庭医生服务水平。

#### 4.2.7. 构建健康扶贫基金, 推动健康扶贫可持续

2016 年 10 月, 政府启动慈善企业捐赠资金、物资的活动, 共同筹措资金, 建设“卫生发展基金会”。其根本目的是聚集整个地区的爱心力量, 帮助整个地区的医疗扶贫工作, 用以解决商业保险和社会保险不能顾及到的空白领域, 解决重大疾病补助中不足的问题。从而及时把温暖和爱心传递给严重患者和家属, 分享社会发展带来的利益。为此, 基金会帮助卫生扶贫领导小组建立了“四保四助”制度, 即基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、家庭综合意外保险和民政救助、财政救助、慈善救助、卫生发展基金救助。对于建档立卡贫困户患者, 在各种报销和补助后, 个人自费医疗费用超过总费用的 10%, 或者当年医疗费用总额超过 5000 元的情况下, 卫生发展基金会和县财政将给予 50% 的援助, 以保证报销和救助的兜底效果。

同时, 基金会拥有专门的投资管理人才, 坚持可持续发展的理念的前提下, 基金投资组合同时照顾到了风险性和收益性。它不仅保持基础的整体稳定和运行, 还可以提取赚取资金继续发展健康扶贫。自成立以来, 卫生发展基金会开展了一系列的扶贫工作, 为国家扶贫政策树立了良好的榜样, 赢得了广大群众的普遍认同和赞誉。

### 4.3. “宁夏模式”取得的成效

#### 4.3.1. 建立了完善的医疗卫生体系

在硬实力方面, 在村里建立了许多乡村医院, 实现了乡镇卫生院和中医院的全面覆盖, 形成了具有医疗能力的综合性、多覆盖的医院体系。县政府将统一采购和配置一些必要的机械设备, 提高了医疗市场流通水平, 促进了药品和医疗设施的自由流通, 一些常见病可以就近诊治。在软实力方面, 政府要提供优惠政策吸引医学人才, 为医疗机构多招收医学人才, 把优秀人才送到国家级医院交流深造, 学成后再回县乡卫生院会诊、业务培训, 积极向基层医务人员传授医学知识, 提高基层医疗业务水平。充分发挥互联网优势, 通过互联网开展网上学习, 对一些疑难杂病开展网络专家会诊, 形成完善的远程医疗服务体系, 从根本上创新医疗救助能力。



### 4.3.2. 防范了健康风险

成立专门的医学知识专家组，利用微信、微博直播等网络媒体，开展医疗卫生知识讲座，编写医学知识手册，全方位、多角度、深入开展卫生扶贫政策宣传，从而使健康知识“飞”入普通家庭家中，促进人们形成全面的防病习惯，并在一定程度上减少贫困居民的得病频率，从而降低频繁就医带来的返贫风险。据统计，仅以盐池县为例，因病致贫人数从2016年底3078户7992人，下降到了2018年195户463人。建档立卡贫困患者的医疗费用实际报销比例高达92.3%，个别大病医疗费用减少70%以上，有效减轻了贫困家庭负担。不仅减少了政府的医疗补贴支出，还大大抑制了因病致贫和因病返贫可能发生。

### 4.3.3. 建立了完善的保险制度、体系

近年来，为更好地服务群众，宁夏建立了“四报销、四救助”制度，完善了基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、家庭综合意外伤害保险、民政救助、财政救助、慈善救助，以及卫生发展基金的援助。部分疾病报销比例高达90%~95%，大大降低了建档设卡贫困户的医疗费用。以盐池县为例，盐池县政府会同当地中国人寿保险公司，个性化定制了村级互助会员保险、大病补充医疗保险等多种保险，为全县农民打造了“2+X”个性化“扶贫保”。到2017年，盐池县政府将在精准扶贫保险的基础上，提高质量，扩大保险覆盖面，实现全民医保。除了建档立卡的贫困户，农村户籍人口全部纳入盐池县卫生扶贫项目，大大保护了盐池县人民群众的利益。

### 4.3.4. 建立了可持续发展的健康扶贫体系

宁夏自治区卫生扶贫力度大、规模广、成本高，在国内尚属罕见。其资金除了国家、自治区、县根据政策规定的各种报销渠道外，还离不开其设立的专项医疗扶贫基金。政府和地方保险部门率先在本地区内建立了第一个“卫生发展基金”，这不仅缓解了政府财政用于医疗扶贫的支出带来的扶贫治病压力，也为防止贫困人口因病致贫发挥了兜底作用，为健康扶贫的可持续夯实基础。

## 5. “宁夏模式”的经验启示

宁夏模式的成功，证明了中国扶贫政策的可行性、组织体制和结构的严谨性、社会主义制度的优越性。建立了比较完善的健康扶贫网络，标本兼治。真正解决了医疗条件差、大病救助保障不足、医疗保险空白等问题。提出了一种切实可行的医疗保险方式，通过这种健康扶贫创新模式抑制返贫的发生，这种经验值得全国学习和借鉴。

### 5.1. 建立台账精准识别

自治区扶贫的重要任务一直是要把全部建档立卡贫困户纳入医保体系。合理利用发挥“大数据”优势，大范围收集参保人员数据，搭建贫困户数据平台，与扶贫、民政、医疗、医保等部门共享交流，及时更新数据，确保数据的有效性。各级医保部门要建立贫困人口基本医疗保险实名制台账，每月更新一次，每季度核实一次，整合数据库，实时掌握贫困人口参保情况，为医保定点扶贫提供数据支持。

### 5.2. 实地调研、宣传医保理念

各地区地方政府和保险公司积极配合，深入基层开展调研项目，从“表面”到“深层”。事前要制定精准的计划，加强对此事的监督检查，对调查过程中发现的问题要迅速整改，事后要进行讨论和总结，互相讨论、互相解决，从中受益。卫生局定制考核办法，重点考核参保率、病残分类待遇、病残补助金额、卫生服务体系建设、群众满意度等。广泛听取居民意见，了解居民的真实保险需求，根据居民需求制定保险组合。确保卫生扶贫工作规范化、科学化、实效化。

在卫生扶贫之初，很难宣传保险理念和“全民医保”。如何让当地群众接受“全民医保”，认清保险的优势，是当地政府和保险公司首先应当做好的工作。因此，地方政府及其保险公司需要通过印刷保险卡、媒体等形式宣传保险概念，同时增强当地居民的保险理赔意识，增强保险的吸引力，营造良好的保险氛围，为保险业打下良好的基础。

### 5.3. 积极创新、提升政策的有效性

在“摸着石头过河”的改革实践中，在各级县乡政府和各部门的通力合作下，建立了多个部门、多种路径、多层维度的协同健康扶贫体系，降低了政策实施成本，取得了显著成效高效合作的效果，充分发挥健康扶贫政策的协同效应。并在实践中不断改进和优化，取得了群众的认可和支持。

2017年9月，针对保险项目涉及面广、服务要求高、出纳信息多、服务效率低等问题，正式启动一站式结算工作，实现了“数据快、群众坐”和贫困人口本地自动备案，登记出院时办理相关家庭意外伤害保险和大病补充医疗保险赔偿。

### 5.4. 造血与输血相结合，提升服务能力

俗话说，“靠山必倒，只有靠自己”。它深刻地说明，虽然中央政府会尽最大的努力帮助，但中央政府会从大局出发，不会盲目地把大量的资金花在一个地区的健康扶贫工作上。因此，各地要有自己的经济实力，保持健康扶贫的收支平衡。在此基础上，地方政府和地方企业联合成立“卫生发展基金会”，解决了部分疾病医疗保险补贴水平偏低和政府医疗保险支出大的问题。维护了地方政府的财政稳定，坚持造血与输血相结合，提高医疗保险服务整体能力。

## 参考文献

- [1] 汪三贵, 刘明月. 健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2019, 40(3): 82-91+2.
- [2] 蒋祎, 田尧, 李红平, 蒲漪然, 石梦涵, 杨玲萍, 李玲. 中国健康扶贫政策的沿革、现状与完善[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(9): 668-671.
- [3] 张仲芳. 精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究[J]. 探索, 2017(2): 81-85.
- [4] 鲍震宇, 赵元凤. 农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于 PSM 的实证分析[J]. 江西财经大学学报, 2018(1): 90-105.
- [5] 和萍. 优化健康扶贫政策实施探索: 盐池模式及经验启示[J]. 中国行政管理, 2019(8): 123-127.
- [6] 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, 38(1): 1-8.
- [7] 翟绍果, 严锦航. 健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, 48(3): 56-63.
- [8] 张榕榕, 陈家应, 王长青, 王萱萱, 朱亚. 健康扶贫背景下的医疗保障风险分析及应对策略研究[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(12): 903-905.
- [9] 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.
- [10] 翟绍果. 健康贫困的协同治理: 逻辑、经验与路径[J]. 治理研究, 2018, 34(5): 53-60.
- [11] 曾明, 何燕. 压力型体制下政策对象的回应: 边缘贫困户的贫困依赖[J]. 南昌大学学报(人文社会科学版), 2020, 51(1): 80-88.