

云南健康扶贫的现状分析、实施困境与路径完善^{*1}

李春亭¹ 颜明²

(1. 云南大学历史与档案学院, 云南昆明 650500;

2. 云南民族大学资产管理处, 云南昆明 650500)

【摘要】:实施健康扶贫工程,啃下“因病致贫、因病返贫”硬骨头,对云南打赢脱贫攻坚战意义重大。深入推进云南健康扶贫,要坚持健康优先,切实把健康融入所有政策;实施“靶向治疗”,提升健康扶贫的精准度和满意度;补齐贫困地区医疗卫生服务能力短板,让医疗卫生事业发展更加平衡和充分;强化政策衔接和产业培育,使健康扶贫的成效更加持久;要坚持预防为主、防治结合,完善贫困地区公共卫生体系;评估健康扶贫政策成效,深化扶贫领域调查研究,以问题为中心整合学科,把握好健康扶贫的方向、节奏和力度,在破解问题中提升边疆民族地区健康治理体系和治理能力现代化。

【关键词】:精准扶贫;健康扶贫;健康云南;因病致贫;“靶向”治疗

【中图分类号】: C913.7 **【文献标识码】**: A **【文章编号】**: 1672-867X(2018)03-0077-09

一、研究背景

(一)疾病是我国首要致贫原因

因病致贫、因病返贫是现阶段我国脱贫攻坚的主攻方向,截至2015年底,我国现有7000多万贫困农民中,因病致贫、返贫的占42%,因病致贫、返贫的贫困户占建档立卡贫困户的44.1%(2013年底为42.4%),大病和慢性病患者734万人,^[1]致贫原因中33%的家庭是由于疾病影响劳动力,12%的家庭是由于灾难性医疗大额支出所致。贫困户抵抗风险能力弱,遇到疾病冲击时,贫困户需要增加医疗支出,既影响其他消费,也会影响个体的收入和就业。病人不能工作,家人可能要停止上班或上学来照顾患者。如果家庭主要收入来源者受重大疾病冲击,就会对家庭产生持久性影响。^[2]随着有劳动能力的贫困人口逐步脱贫,因病致贫人口的比例还将上升,必须要引起重视。

表1 部分省区市因病致贫情况

省区市名	因病致贫情况	资料来源
广西	截至2016年底,635万贫困人口,因病致贫返贫人口约占23.3%,因病致贫返贫的贫困家庭中,均有一名以上家庭成员患有各类大病或慢	《人民日报》2017年4月29日2版《广西日报》2017年4月2日1版

¹作者简介:李春亭,云南大学历史与档案学院博士研究生,云南民族大学校团委助理研究员。

基金项目:国家社会科学基金一般项目“基于小区域估计方法对边疆民族地区精准扶贫的研究”(16BJY115)、云南民族大学基于大数据的扶贫开发专题研究课题“云南贫困地区健康扶贫支持体系研究”(2017YB05)阶段成果。

	性疾病。	
贵州	截至 2016 年 10 月底, 493 万农村贫困人口, 因病致贫、因病返贫的人口有 87 万余人, 占 17.6%。	《贵州日报》 ² 016 年 11 月 5 日 1 版
重庆	截至 2016 年 1 月, 27 万贫困户 49 万贫困人口, 因病致贫 56200 余户, 占贫困户 33.06%, 因病致贫 17 万人, 其中重病 12 类 7900 人, 慢性病 8.9 万人。	中国新闻网, 2016 年 7 月 28 日, http://finance.chinanews.com/gn/2016/07-28/7955133.shtml
四川	截至 2016 年底, 贫困人口 380 万人, 因病致贫、因病返贫人口 184 万人, 占贫困人口 48%, 患有大病和慢性病人达到 72.97 万人。	《中国卫生》2017 年第 7 期
青海	截至 2018 年 4 月, 24.6 万贫困人口, 其中深度贫困地区有 17.5 万贫困人口, 因病致贫返贫 19393 人, 占全省因病致贫返贫总数的 51.10%。	青海省卫生和计划生育委员会网站, http://www.qhwjw.gov.cn/zxwx/xwzx/2018/04/27/1524812069525.html

(二) 云南因病致贫现状

云南脱贫攻坚不断深入, 贫困人口逐年减少, 因病致贫率却由 2014 年的 10.10%、2015 年的 11.73%、2016 年的 18.91%, 上升至 2017 年的 20.61%。目前, 经云南省卫计委核准确认的因病致贫返贫 111.7 万人、28.8 万户, 全省建档立卡贫困人口患 15 种大病 30344 人。^[3]根据各地(州)建档立卡贫困人口因病致贫筛查结果:丽江市(截止 2017 年 6 月)因病致贫 9265 户占贫困户 45.06%, 因病致贫 12371 人, 占贫困人口 17.82%;文山州因病致贫人口占建档立卡人口的 40%;曲靖市因病致贫 4.88 万户贫困户, 占贫困户 30.8%, 因病致贫 15.57 万人, 占贫困人口的 28.9%;昭通市因病致贫 15.6958 万人, 占贫困人口 14.15%。王黔京课题组抽样调查发现:云南集中连片特困区超过 10%的劳动年龄人口患有残疾或一种以上慢性病, 老年人口患有残疾和一种慢性病以上的比例超过 40%。^[4]昭通市镇雄县沙沟村 79 个因病致贫户全部患有重大疾病, 其中 20 户同时患有慢性疾病。^[5]地区经济社会发展不平衡、贫困人口基数大、贫困程度深、人口老龄化、疾病普遍化、生态环境及生活方式变化等因素, 给云南健康扶贫带来新的挑战。

(三) 健康扶贫的复杂性

导致贫困人口健康状况较差的原因是复杂和多元的, 要让贫困人口“少得病、看得起病、看得上病、看得好病”, 首先要弄清楚影响健康的因素。世界银行认为贫困由很多维度组成, 包括较低的收入, 无法有尊严的获取生存所必须的基本物品与服务, 低水平的健康与教育, 很难获取干净的饮用水和清洁的卫生设施, 无法保障人身安全, 缺乏话语权, 没有足够的能力与机会改善自己的等的活等。^[6]疾病可以由很多因素引起, 最明显的是营养不良、不清洁的饮水、不良的卫生习惯和卫生环境、不安全的性生活、吸烟酗酒, 还有所从事的职业, 这些因素是相互作用的。值得注意的是, 不同的地区之间、男女之间情况各异, 男性中吸烟酗酒的危险更大, 而不安全的性生活——包括性病和意外怀孕对女性的影响更大。^[7]

2015 年 11 月, 《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》, 其中开展医疗保险和医疗救助脱贫, 实施健康扶贫工程, 保障贫困人口享有基本医疗卫生服务, 努力防止因病致贫、因病返贫。^[8]健康扶贫针对所有的贫困地区和农村贫困人口, 工作量大、涉及面广, 实施起来需要多个部门配合参与, 国家卫计委、国务院扶贫办、国家发改委、教育部、科技部、民政部、财政部、人力资源社会保障部、环境保护部、住房城乡建设部、水利部、国家中医药管理局、中央军委政治工作部、中央军委后勤保障部、中国残联都有任务安排,^[9]云南省健康扶贫需要 12 个省级部门合作实施。^[10]

当前, 云南一些贫困地区自然环境恶劣、产业基础薄弱、自然灾害多发, 给群众带来健康隐患;贫困人口缺乏卫生常识, 营养供给不足、过多或比例失调, 引发一系列疾病;家庭环境卫生差, 人畜混居, 有的生活用水仍为窖水, 厕所和厨房卫生条件堪

忧;基层医疗卫生设施薄弱,交通不便,既耽误了病情,也增加了就医成本。研究发现,农村患者到外地看病带来的陪护、交通、食宿等间接医疗费用约占总支出的30%以上。^[11]这就要求我们必须从更广阔的视野和更长远的眼光来看待健康扶贫,综合考虑地理因素、社会因素、环境因素、卫生服务因素,确认和满足农村贫困地区、贫困人口的健康需要,不断提升健康扶贫的质量。

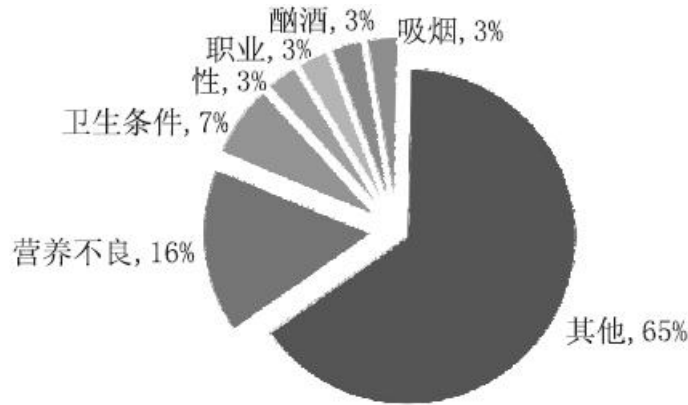


图1 健康的潜在影响因素

二、云南健康扶贫的进展及成效

(一)关注民族和边境地区

统筹处理整体推进和重点突破的关系,一方面启动“直过民族”脱贫攻坚战,门诊统筹率先覆盖“直过民族”,“直过民族”聚居区内贫困人口参加新型农村合作医疗的个人缴费部分,由财政予以补贴,提高其医保补助、门诊和住院治疗费用报销标准;并将“直过民族”聚居区贫困人口全部纳入重特大疾病救助范围;实施乡(镇)卫生院、社区卫生服务中心标准化建设,为符合条件的乡(镇)卫生院配备1辆急救转运和计划生育服务车辆。^[12]另一方面深入实施“兴边富民”行动,针对边境县市、沿边乡镇、沿边行政村(社区)、自然村、农场,实施村寨环境整治行动,畅通、硬化乡镇至沿边村委会公路以及自然村村内道路,提高供水保障率 and 水质合格率。确保自然村有合格卫生室和村医,让村民用上水源稳定、安全卫生的自来水,为没有稳定水源的贫困户,建设安全卫生、不低于20立方米的水窖。^[13]

(二)完善政策保障

重视健康扶贫的顶层设计,出台了一系列对接性的“上位”政策、纲领性的“本位”政策和指导性的“下位”政策,为健康扶贫提供制度保障。其一,出台健康扶贫专项政策。制定《云南省健康扶贫行动计划》(以下简称《行动计划》)明确云南健康扶贫的方向和节奏,《云南省健康扶贫30条措施》(以下简称《扶贫30条》)进一步解决“怎么帮”的问题。^[14]《扶贫30条》要求确保建档立卡贫困人口100%参加基本医保和大病保险,个人年度支付的符合规范的转诊医疗费用不超过当地农村居民人均可支配收入;医疗救助全覆盖;财政全额补贴其参加基本医保个人缴费部分;大病保险起付线降低50%,封顶线提高50%;政策范围内费用报销比例提高至70%,门诊保障范围扩大到25种疾病。^[15]

其二,积极深化医疗卫生改革。先后出台《云南省医疗卫生服务体系规划(2016—2020年)》(云政办发〔2016〕115号)、《云南省人民政府办公厅关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的实施意见》(云政办发〔2016〕117号)、《云南省“互联网+健康医疗”行动计划(2016—2020年)》(云卫信息发〔2016〕10号)、《“健康云南2030”规划纲要》(云发〔2017〕17号)、《云南省“十三五”卫生与健康规划》(云政发〔2017〕68号)文件,把健康扶贫与深化医疗卫生改革,同建设健康云南结合起来整

体推进。

三是注重扶贫行动的相互促进。要求贫困户“摘帽”时，家庭成员全部参加新农合或城镇医疗基本保险，符合条件的参加大病统筹。贫困村退出时要通自来水或保障饮用水安全，取水半径不超过1公里，卫生室建筑面积在60平方米以上，诊断室、治疗室、药房三室分设，医疗设备齐全，每所村卫生室至少有1名乡村医生执业，每千常住人口医疗卫生机构床位数达到1.2张。^[16]制定《关于进一步动员社会力量参与扶贫开发的实施意见》(云办通〔2015〕41号)、《云南省金融支持脱贫攻坚实施方案》(云贫开发〔2016〕3号)、《关于印发云南省社会保障精准扶贫行动计划的通知》(云民社救〔2016〕9号)、《云南省保险业助推脱贫攻坚方案》(云保监发〔2016〕128号)、《云南省基础设施建设精准扶贫行动计划》(云发改地区〔2016〕452号)等政策，从对口帮扶、金融帮扶、健康保险、医疗救助、社会救助等方面合力推进健康扶贫。

(三) 加大帮扶力度

资金是健康扶贫的关键所在，云南省采取多种措施加大对贫困人口的帮扶力度：一是加大新农合和医疗救助资金投入，由县财政资助“五保”户、低保户、重度残疾人、计生奖扶对象等特殊人群参加大病保险。二是发挥低保的“兜底”作用，享受低保政策照顾人员由2014年的75529人，增加至2015年的111742人、2016年的231110人。三是加大医疗救助、临时救助、慈善救助力度(见图2)，社会帮扶覆盖率逐年提升。四是创新开展健康扶贫金融扶贫行动，由政府贴息，向因病致贫户发放贷款，解决贫困人口医病的资金问题。近三年健康扶贫贷款总户数、贷款总金额、健康扶贫贷款户数占比、应贴息金额稳步增长(见表2)。

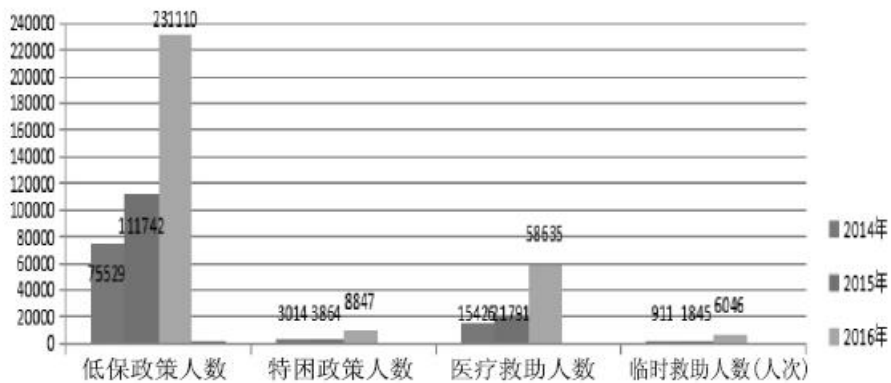


图2 云南省2014年2016年健康扶贫救助措施

表2 云南健康扶贫金融扶贫数据统计

	健康扶贫贷款总户数(户)	贷款总金额(元)	健康扶贫贷款户数占比	应贴息金额(元)
2014	856	35086000	0.20%	2986705
2015	1574	72003000	0.38%	69983885
2016	17508	872116700	3.90%	184718949

(四) 积极开展工作试点

“摸着石头过河”深化健康扶贫，省上启动了健康扶贫工程示范县创建工作。保山市、大理州试点农村居民大病保险精准扶贫，解决大病就医问题。昭通市实施民政救助对象团体医疗保险项目，提高建档立卡户医疗费用实际报销比例。迪庆州、怒江州在做好常规资助参保参合工作的基础上，把全部农村居民纳入资助参合范围；昭通市绥江县大力推行“中草药入户”，传播中医药知识和易于掌握的中医药养生保健技术，提高贫困人口健康管理能力。文山州广南县试点设置农村家庭病床，创新乡村医生流动机制，减轻家庭经济负担、人力陪护，降低就医成本。这些经验和做法，为云南其他地区开展健康扶贫提供了很好的借鉴。

(五) 云南健康扶贫的初步成效

根据云南省卫计委公布资料显示，全省已经救治因病致贫返贫 25.9 万人，因病致贫返贫户减少 6.69 万户。实施“三个一批”，大病集中救治一批覆盖 7.52 万人，已救治 4.29 万人；慢病签约服务一批覆盖 13.88 万人，已管理 5.39 万人；重病兜底保障一批覆盖 6886 人，已救治 5260 人。^[17]积极深化上海市、军队和云南省的 73 所三级医院对云南省 88 个贫困县的 95 所县级医院的对口帮扶；乡镇卫生院、村卫生室建设达标率分别达到 98.14% 和 98.52%；建档立卡贫困人口家庭医生签约服务率达到 98.78%；^[18]建立了贫困人口因病致贫动态管理数据库，并将 9 类 15 个病种纳入大病救治范围，在 115 个县实施县域内定点医疗机构“先诊疗后付费”和“一站式”结算模式，县域内救治率达到 92.12%，^[19]良好的开局为完成脱贫攻坚任务奠定了基础。

三、云南健康扶贫的实施困境

在各方面的努力下，云南健康扶贫取得了一定成绩，但与中央脱贫攻坚的部署要求，与贫困地区和贫困人口的健康需求，与周边省市健康扶贫的措施和成效相比还有不少差距。健康扶贫的深入开展，还存在诸如认识觉悟不高、医疗卫生事业滞后、农村医疗卫生环境差、帮扶措施不够精准、帮扶效果有待提升等问题，需要引起高度重视，着力加以解决。

(一) 认识觉悟有待提高

一些乡镇、村干部认为健康扶贫不是基层政府的主要工作，健康扶贫投入大、见效慢，有些领导和部门没有认识到“群众少生病是更重要的扶贫成果”，更热衷于“立竿见影”的扶贫项目，对健康扶贫重视不够。医疗机构参与健康扶贫的积极性不高，医务人员参与健康扶贫的主动性不够。一些贫困群众对医疗机构，尤其是民营医疗机构进村入户开展健康扶贫不信任。^[20]不良的个人卫生、生活习惯导致群众越贫越病、越病越贫。“大病拖、小病扛”的习惯、“不上医院贫困、上医院更贫困”的思想、“大病小医、小病大医”的现象在农村贫困地区还比较突出。

(二) 医疗卫生发展滞后

其一，医疗卫生事业发展不充分，卫生事业经费投入不足、医疗卫生资源总量不足、优质医疗卫生资源匮乏。基层医疗卫生机构基础设施落后、人才结构不合理、服务能力弱，无法满足基层贫困人口的卫生服务需求。2015 年云南有村卫生室 13351 个，其中，村办卫生室 10018 个占 75%，乡卫生院设点的村卫生室 1315 个占 9.8%，联合办的村卫生室 579 个占 4.3%，私人办的村卫生室 473 个占 3.5%，其他办的村卫生室 966 个占 7.2%。^[21]医疗卫生可及性差，比如文山州丘北县平寨乡板江村，村委会有一个卫生所，医疗设备不齐全，医护人员水平有限，只能解决一些“头疼脑热”的简单疾病，如果要做进一步的检查和治疗，必须坐 3 小时的车到县医院。

其二，医疗卫生发展不平衡，资源布局 and 结构不合理、分布不均衡，全省 93% 的省办医院、46% 的三级甲等医院、30% 的执业（助理）医师和注册护士集中在昆明。三级医院承担了很多二级医疗机构的服务业务，患者挂不上号、等待时间长，人满为患；乡

镇卫生院病床使用率却很低，2013年为62.26%、2014年为57.5%、2015年为54.6%。^[22]

其三，农村贫困地区环境卫生落后，文山州丘北县平寨乡板江村没有存放和处理垃圾的设施，村外的垃圾场距离村子有4~5公里，垃圾要么随意乱扔、要么露天焚烧，村内垃圾随处可见。昆明市禄劝县苗族寨子芹菜塘村，走3个小时路才取到饮用水，村里环境脏乱差，最穷的一家，种一年粮食只够吃半年。睡觉不被蚊子叮咬，可以经常洗澡，成为当地贫困户的愿望。^[23]

(三) 帮扶措施不够精准

云南健康扶贫一定程度还存在政策把握不准、数据不真不准、措施一刀切等问题。在帮扶和贫困户退出方面，部分县(市区)存在不精准问题，德宏州芒市81户致贫原因为“因病、因残、因学、缺劳力”的建档立卡贫困户，帮扶措施均为“送牛、送猪”。贫困人口健康教育受教育比例低，一些人不掌握基本的医疗保健知识，主动接受体检和治疗的意识弱。政策宣传不到位，救助申请困难，建档立卡贫困户对其他商业保险既不了解，也不相信。

值得一提的是，云南部分州(市)因病致贫率明显低于全省平均水平，除了贫困人口健康状况良好外，也存在数据不精准的可能。因为精准扶贫要求帮扶措施和致贫原因一致，部分扶贫工作人员不熟悉健康扶贫政策，单位资源以及驻村扶贫工作人员履历有限，无法对因病致贫户提出合理有效的帮扶措施，致使部分因病致贫人口没有正确归类。

(四) 医疗改善满意度低

一是医疗费用支出整体较高，集中连片特困区样本贫困户家庭年均消费为11358元，食品、医疗支出分别占家庭总支出的27.35%和18.39%。家庭医疗支出综合报销比例为57.62%，个人卫生现金支出比例较高。^[24]笔者调查发现，患病后没有住院治疗，长期自付费用打针吃药的贫困户较多，部分群众患病后找草医包草药，没有正规的发票，无法按规定进行报销。61.9%的受访者认为医疗费用和往年相比逐步上升，44.1%的受访者认为基本药物价格和往年相比没有下降。二是疾病治疗效果提升不明显。35.7%的受访者认为医院对疾病治疗效果一般或较差。三是就医便利性提高不明显，28.5%的受访者认为医疗便利性和以前相比没有提高。^[25]

四、云南健康扶贫的路径完善

(一) 坚持健康优先

一方面，要在全民健康中实现全面小康。健康扶贫是精准扶贫的重要方面，其深入推进可以有效解决贫困人口的医疗经济压力，为全面小康提供健康的人力资本。习近平总书记指出：“没有全民健康就没有全面小康，要求把人民健康放在优先发展的战略地位。”^[26]健康权是有国际法可依的基本人权，《中华人民共和国宪法》第21条规定国家保护人民健康，《民法通则》也明确公民享有生命健康权。健康状况的改善和寿命的延长，意味着更长久的职业生涯、更强的体力劳动能力，以及较少的病假时间损失所带来的劳动生产率的提高。^[27]要建立各级政府间规范的责任分担与资金投入机制，完善投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制，让战略性采购向贫困人口倾斜，让病人的需求得到更多的关注。^[28]

另一方面，要把健康融入所有政策，为“健康云南”的如期实现奠定基础。党的十九大报告提出，人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。马克思曾把健康条件视为劳动者一项首要的，却在当时得不到保障的公民权利，认为基于最起码“卫生权利”受侵害而罢工的是合理合法的。^[29]《渥太华健康促进宪章》(1986)提出：“健康促进不只是健康保健，而是将健康问题列入所有部门和所有级别决策者的日程中，促使他们意识到其决策对健康所带来的影响，并承担对健康的责任”。习近平总书记多次强调：“健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，也是广大人民群众的共同追求”，^[30]要求把将健康融入所有政策。实践中要坚持各级党委的领导核心作用，强化政府在提供公共卫生和

基本医疗卫生服务中的“主导”和“协调”责任，让卫生部门有力地参与到公共政策制定领域中，从而形成多层次、多元化的健康治理体系，促进“人口红利”转向“健康红利”。

(二)实施“靶向”治疗

习近平总书记强调对因病致贫、因病返贫采取“靶向治疗”。首先要“有的放矢”，瞄准“靶子”，精准认定“因病致贫、因病返贫”，聚焦集中连片特困区和深度贫困区，瞄准建档立卡贫困人口，定位患病贫困户和因病致贫户，解决“帮扶谁”的问题。要以县为单位，核准建档立卡贫困人口中“因病致贫、因病返贫”底数，掌握贫困人口患病、收入状况和救治进展，搞清楚医疗保健花了多少钱、如何花的，做到“有进有出、定期更新、动态管理”。了解本地区最常见、最容易导致死亡的、主要外转的是哪些疾病，把精力集中到最紧要的病患，把更多的时间和资源投入到疾病负担最大的问题。要打破信息壁垒，精准对接扶贫大数据与健康扶贫信息，提升健康扶贫的科学化、精准化、信息化水平。

其次要“有效放矢”，综合考虑影响健康的地理因素、行为因素、社会因素、环境因素、医疗卫生因素、遗传因素，用绣花功夫认真做好“精准到片、精准到户、精准到人、精准到病”的工作，防止用低保兜底“一兜了事”的简单做法。对患大病、重病和慢病的贫困人口进行分类救治，使资源、供给与需求有效匹配。为农村卫生室配备健康一体机，为建档立卡贫困人口建立每人一份动态电子档案，提供有针对性的体检项目，根据体检结果划分健康风险等级，分类实施健康管理。加快互联网+医疗、大数据+医疗建设，建设农村电子医疗网点，定期开展巡回医疗和流动体检服务，推行家庭医生签约和定期回访，打通医疗卫生服务的“最后一公里”。

再次要“有力放矢”，明确健康扶贫的主体和体系结构，完善健康扶贫多元监管体系。根据设备使用频率，对乡镇卫生院、农村卫生室的资金投放和医疗设备进行动态调整，让投入的设备“用起来、动起来”。对因重视不够、工作不力等原因导致进度迟缓，或未能按时达标的地方政府及相关责任人启动行政问责。加强公共卫生人员和扶贫工作队员的业务知识培训，走上街头、进村入户，宣讲健康扶贫政策，提高政策的知晓率和满意度，引导贫困人口在接受帮助的时候，履行定期体检的责任。

(三)改善医疗卫生

第一，突破关键领域，习近平总书记指出：“整体推进不是平均用力、齐头并进，而是注重抓主要矛盾和矛盾的主要方面，注重抓重要领域和关键环节”，^[31]实施健康扶贫也应当遵循这样的原则。一要以需求为导向，突出重点地区、重点人群、重点病种，抓住医疗卫生筹资和医疗服务提供两个关键点，决定资金投入大规模和优先次序，推进县乡村三级医疗卫生机构标准化建设，完善分级诊疗和转诊制度。二要坚持医药、医疗、医保“三医联动”，切实提高医疗保障水平、报销比例和大病保险报销比例。三要优化政策环境，鼓励社会力量在贫困地区提供卫生与健康服务，允许医师多点执业，形成贫困地区多元办医格局。关注贫困人口的同时，也要兼顾边缘贫困户多层次、多样化、个性化的健康需求。

^{第二}推动基本医疗卫生服务均等化，促进医疗卫生工作重心下移，加强县级医院重点专科和乡镇卫生院服务能力建设；加强村级卫生室建设，培训合格的村医，配备基本药物、医疗设备。坚持中西医并重，推动民族(中)医药发展，提高贫困人口自我保健能力。重视第一个保健提供者，加大农村贫困地区免费医学生订单式培养和全科医生的培养力度，完善基层卫生人才的培训晋升体系，设置合理的薪资福利，使基层医疗队伍充满生机和活力。培养少数民族医药人才队伍，为贫困地区人口常见病、多发病患者提供民族(中)医药服务，促进城乡、地区、民族、人群间的健康公平。^[32]

第三，深化医疗协作，加速医疗体系建设，在集中连片贫困区、深度贫困区设立区域性医疗中心，加速优质医疗资源的纵向流动，推进网上预约分诊、检查检验结果互享共认。整合治疗服务和预防服务、急性病和慢性病服务、政府组织和非政府组织提供的医疗服务。加大东西协作、中央定点帮扶、省内优质医疗资源对口帮扶力度，吸纳部队医院参与当地健康扶贫。强化帮扶目标的责任落实和效果考核，采取技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，建立帮扶双方远程医疗平台。加强贫困县近

三年转出率前 5—10 个病种的临床和辅助科室建设，推广适宜县级医院开展的医疗技术，为贫困人口提供充分而又能负担得起的医疗卫生服务。

(四) 健全支撑体系

一是强化政策衔接，处理好健康扶贫的顶层设计和分层对接关系，注重各项措施的系统性、整体性和协同性，形成贫困人口健康的“接力”保障机制。落实税收等优惠政策，鼓励企业、个人参加商业健康保险及多种形式的补充保险，提高商业健康保险赔付支出占卫生总费用比重。^[33]推动“基本医疗、大病保险、商业健康保险、临时救济、医疗救助、慈善救助”无缝对接。坚持预防为主、防治结合，把贫困地区的供水改良、公共卫生、食品安全、交通改善与健康扶贫结合起来，合力脱贫攻坚。

二是加大产业培育，要改变“贫困——不卫生——疾病——贫困的恶性循环状况，对一些因连年病灾造成的特困户，除了给予适当的救济，还要发展一些他们力所能及的经营项目”。^[34]马克思分析英国的农业工人之所以陷入赤贫境地的原因在于“农仆的生活费固定在只够他活命的最低的数额上”。我国多年的扶贫经验表明，如果没有产业的支撑，脱贫就是无根之木。只有以产业脱贫为支撑，提高贫困人口的经济收入，改善营养状况，增强身体素质，才能让健康扶贫的成效更加稳固。当前云南的扶贫政策对产业包容性重视不够，对可持续性重视不足。^[35]只有在发展健康事业的同时，大力培育健康产业，积极构建电商平台(企业)+合作社+贫困村+网店的电商扶贫生态链，因地制宜培育民族文化、生态农业、乡村旅游、畜牧养殖、农产品深加工、中草药种植等“大健康”产业，才能从根本上提升贫困人口的健康素养。

三是凝聚社会力量，寻求健康扶贫的“最大公约数”。发扬扶贫济困、乐善好施的传统美德，以《慈善法》的颁布实施为契机，动员全社会力量参与健康扶贫。落实税收优惠政策，拓宽网络募捐平台，为患大病的贫困人口提供慈善救助。引导公立医院、民营医院、医学院校、商业医保和药品生产企业深入贫困地区开展支医、义诊、健康教育等志愿者行动。支持医疗机构设立医务社工部门(岗位)，协调解决患者相关需求。采取政府购买服务的方式，设置村级社会工作站，为贫困地区和贫困人口提供更多的便利。^[36]

(五) 提高健康水平

其一，改进健康教育。综合不同的研究，对人的健康来说，行为和生活方式对健康起主导作用，贡献率约为 30~50%，环境和社会因素约占 30~50%，遗传因素占 20~30%，而医疗服务仅为 10~20%。^[37]从社会生态学的角度来看，贫困人群健康水平的差异不仅仅是临床治疗的差异导致的，受教育程度低和收入有限的人沉溺于不健康行为的可能性更高。^[38]要加强药品销售管理和药品使用教育，减少抗生素的滥用和药品误服行为。在贫困地区中小学开设健康教育课程，开办家长学校，讲授健康、预防和康复知识。因人施策，运用地方戏剧、快板、公益广告等群众喜闻乐见的方式，采取群众听得懂、记得住的语言，借助微信公众号、电视等全媒体传播健康知识，培养贫困人口良好的卫生习惯和健康的生活方式。

其二，建设健康村镇，创造健康环境。健康是中国人民的最大“公约数”，推广全民健身行动，因地制宜建设健身场所，购置并及时维护健身器材，提升贫困人口的身体素质。以创建健康城镇、健康村寨为抓手，把改进村容村貌、农村改厕、人畜分居、危房改造、易地搬迁和脱贫攻坚结合起来，让贫困人口“少生病”。综合治理大气污染、地表水环境污染和噪声污染等影响身体健康的因素，切实解决影响人民群众健康的环境卫生、食品安全问题，加强农村饮用水水质监测和食品安全，引导人们饮用消毒煮沸后的自来水、窖水，从源头上去除“病根”。

其三，防控烟酒。云南是烟草大省，人们日常交往中喜欢饮酒。研究发现，酗酒者更可能是吸烟者，吸烟者往往会花更多的钱买酒。吸烟相关的医疗卫生支出、过早死亡或残疾，会加大贫困人群和教育程度较低人群因病致贫的风险。如果家庭主要成员死于烟草相关疾病，就会导致农村家庭年均收入损失 933.44 元，20 年后家庭才能恢复原有的收入曲线。^[39]吸烟引起的咳嗽、咯痰容易掩盖肺结核症状，影响肺结核及时发现和治疗。大量饮酒可导致营养不良和抵抗力下降，饮酒可损伤肝脏，一旦患结

核病，增加抗结核药对肝脏的毒性而影响治疗。^[40]在云南省法定报告的甲乙类传染病中，肺结核发病率高居第一，月发病数均在 3500 例以上，要通过政策引导和行为干预，减少吸烟和酗酒行为，降低烟酒在其日常消费支出的比例。

(六) 重视评估和调查研究

一方面要评估健康扶贫进展和实施成效，评估各项经济社会发展规划和政策、重大工程项目对群众健康的影响。建立常态化、经常化的督查考核机制，对各地健康扶贫工作开展进行督查。完善评估方式，不仅要关注脱贫人数和贫困发生率等指标，而且要考虑健康扶贫过程中产生的组织、技术、人力、管理和政治成本，进而提升健康扶贫的质量。

另一方面要深化健康扶贫调查研究。习近平总书记指出：“调查研究是谋事之基、成事之道。没有调查，就没有发言权”，要对海量的精准扶贫数据进行专业处理和再利用，强化数据分析、数据挖掘，推进健康治理体系和治理能力现代化。要以问题为中心来整合学科，综合运用医学、公共卫生学、公共事业管理、经济学、政治学、社会学、统计学等学科理论；要把数据分析和实践调查结合起来，把定量分析和定性研究结合起来，全方位、多视角、多层次对健康扶贫进行调查研究，既要做好回顾性研究，纵向梳理贫困人口的医疗经济负担变化，总结工作经验和得失；又要做好前瞻性的研究，了解健康扶贫的趋势和重点，使云南健康扶贫的推进更为系统、成效更加显著。

五、结语

没有全民健康，就没有全面小康，云南健康扶贫要坚持健康优先原则，将健康融入所有政策；实施“靶向治疗”，综合考虑影响健康的地理因素、行为因素、社会因素、环境因素、医疗卫生因素、遗传因素，提升健康扶贫的“精准化”水平；补齐贫困地区基层医疗卫生服务能力短板，让医疗卫生事业发展更加平衡和充分；构建健康扶贫支撑体系，强化政策衔接和产业培育，使健康扶贫更加深入和持久；坚持预防为主，优化贫困地区医疗卫生体系。评估健康扶贫实施效果、深化健康扶贫的调查研究，要以问题为中心来整合学科，把握好健康扶贫的方向、节奏和力度；要在破解问题中不断提升边疆民族地区健康治理体系和治理能力现代化水平，确保到 2020 年云南省人人享有基本医疗卫生服务，农村贫困人口得到及时有效救治，个人就医费用负担大幅减轻，贫困地区重大传染病和地方病得到有效控制，基本公共卫生指标接近全国水平。

注释：

[1]王培安：《实施健康扶贫工程防止因病致贫返贫》，《人民日报》2017 年 3 月 21 日(16)。

[2]方迎风，张芬：《多维贫困视角下的区域性扶贫政策选择》，湖北：武汉大学出版社，2015 年版，第 94 页。

[3]云南省人民政府新闻办公室：《〈“健康云南 2030”规划纲要〉和〈云南省“十三五”卫生与健康规划〉新闻发布会》，云南新闻网上发布厅，2017 年 12 月 14 日，http://ynxwfb.yn.gov.cn/html/2017/wangqihuigu_1214/175.html。

[4]王黔京课题组随机抽取云南省四大集中连片特困地区和中心区域 10 个贫困县的 19 个贫困村 885 户村民开展入户调研，共计收回问卷 5000 份，可信度较高。见王黔京、沙勇、陈芳《民族地区农村家庭健康现状调查与健康精准扶贫策略研究——基于云南省的抽样数据》，《贵州民族研究》2017 年第 6 期。

[5]汪辉平，王增涛，马鹏程：《农村地区因病致贫情况分析思考——基于西部 9 省市 1214 个因病致贫户的调查数据》，《经济学家》2016 年第 10 期。

[6]世界银行：《1990 世界银行发展报告》，北京：中国财政经济出版社，1990 年版，第 24~38 页。

[7] [英] 约翰·沃利, 约翰·怀特, 约翰·赫布利:《发展中国家改善公共卫生指南》, 解亚红, 张炎, 纪颖译, 北京:北京大学出版社, 2009年版, 第6页。

[8]《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》(中发〔2015〕34号), 2015年11月29日, 中国政府网, http://www.gov.cn/zhengce/2015-12/07/content_5020963.htm.

[9]国家卫生计生委:《关于实施健康扶贫工程的指导意见》, 2016年6月21日, 国家卫生和计划生育委员会网站, <http://www.moh.gov.cn/zwgk/jdjd/201606/d56c8c24c2b54a098caadc06a3e34197.shtml>.

[10]《关于印发〈云南省健康扶贫行动计划(2016—2020年)〉的通知》(云卫规财发〔2016〕18号), 2016年10月18日印发。

[11]曲凤宏:《脱贫攻坚应当高度重视健康扶贫工作》,《前进论坛》2017年第4期。

[12]《中共云南省委办公厅云南省人民政府办公厅关于印发〈云南省全面打赢“直过民族”脱贫攻坚战行动计划〉(2016—2020年)的通知》, 2016年3月7日印发。

[13]《云南省人民政府办公厅关于印发〈云南省深入实施兴边富民工程改善沿边群众生产生活条件三年行动计划〉》(2015—2017年)(云政办发〔2015〕57号), 2015年8月1日印发。

[14]《云南省人民政府办公厅关于印发云南省健康扶贫30条措施的通知》, 云政办发〔2017〕102号, 2017年9月28日印发。

[15]云南省卫生和计划生育委员会:《解读〈云南省健康扶贫30条措施〉》, 云南省人民政府, 2017年09月30日, http://www.yn.gov.cn/jd_1/jdwz/201709/t20170930_30704.html.

[16]《中共云南省委办公厅云南省人民政府办公厅关于印发〈云南省贫困退出机制实施方案〉的通知》(云厅字〔2016〕11号), 2016年7月8日印发。

[17]字强:《云南健康扶贫助三十三万人脱贫》,《人民日报》(海外版)2017年8月8日(9)。

[18]云南省人民政府新闻办公室:《〈“健康云南2030”规划纲要〉和〈云南省“十三五”卫生与健康规划〉新闻发布会》, 云南新闻网上发布厅, 2017年12月14日, http://ynxwfb.yn.gov.cn/html/2017/wangqihuigu_1214/175.html

[19]字强:《云南将加快落实健康扶贫惠民项目》, 新华网, 2017年6月16日, http://news.xinhuanet.com/2017-06/16/c_1121154233.htm.

[20]史祝云, 等:《医疗机构在健康扶贫中的特殊作用探究——基于曲靖市部分基层医疗机构的调查》,《卫生职业教育》2017年第22期。

[21]云南省村卫生室情况, 国家统计局网站, <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=E0103>.

[22]云南省乡镇卫生院医疗服务情况, 国家统计局网站, <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=E0103>.

-
- [23]唐卫彬, 陈二厚, 王长山:《“石头上脱贫”的那些人那些事》,《新华每日电讯》2017年7月24日(7)。
- [24]王黔京, 沙勇, 陈芳:《民族地区农村家庭健康现状调查与健康精准扶贫策略研究——基于云南省的抽样数据》,《贵州民族研究》2017年第6期。
- [25]根据云南省卫计委抽样调查结果梳理得出,见《云南省卫生和计划生育委员会2015年预算绩效年度报告》,云南省卫生计生委门户网站,2017年6月20日,<http://www.pbh.yn.gov.cn/wjwWebsite/web/doc/UU149795061350393686>。
- [26]习近平:《推进健康中国建设》,《习近平谈治国理政(第二卷)》,北京:外文出版社,2017年版,第370~373页。
- [27][美]西奥多·舒尔茨:《对人进行投资》,吴珠华译,北京:商务印书馆,2017年版,第47页。
- [28][美]普雷克尔、[美]兰登布伦纳:《明智的支出:为穷人购买医疗卫生服务》,郑联盛,王小芽译,北京:中国财政经济出版社,2006年版,第17页。
- [29]中共中央编译局:《马克思恩格斯选集(第23卷)》,北京:人民出版社,1972年版,第509页。
- [30]习近平:《推进健康中国建设》,《习近平谈治国理政(第二卷)》,北京:外文出版社,2017年版,第370~373页。
- [31]中共中央宣传部:《习近平总书记系列重要讲话读本》,北京:学习出版社、人民出版社,2014年版,第51页。
- [32]李春亭:《更好推进健康扶贫,助力民族地区脱贫攻坚》,《中国民族报》2017年3月24日(6)。
- [33]《中共云南省委云南省人民政府关于印发〈“健康云南2030”规划纲要〉的通知》,2017年8月11日印发。
- [34]习近平:《弱鸟如何先飞——闽东九县调查随感》,《摆脱贫困》,福州:福建人民出版社,1992年版,第8页。
- [35]游俊,冷志明,丁建军:《中国连片特困区发展报告(2016~2017)——连片特困区扶贫开发政策与精准扶贫实践》,北京:社会科学文献出版社,2017年版,第92~93页。
- [36]北京师范大学政府管理学院,北京师范大学政府管理研究院:《2016中国民生发展报告——精准扶贫,共享民生发展》,北京:北京师范大学出版社,2017年版,第122页。
- [37]闫希军:《大健康观》,北京:东方出版社,2017年版,第111页。
- [38][美]詹姆斯·郝圣格:《当代美国公共卫生:原理、实践与政策》,赵莉,石超明,译,刘兆炜,黄斌,审校,北京:社会科学文献出版社,2015年版,第37、68页。
- [39]世界卫生组织:《中国无法承受的代价:烟草流行给中国健康、经济和社会带来的损失》,世界卫生组织西太平洋区域办事处,2017年版,第13、20页。
- [40]杨世文:《社区非住院治疗肺结核患者的健康教育》,《中国社区医师(医学专业)》2011年第33期。