

农村相对贫困人口医疗保障政策执行问题研究

谢晶晶

中国矿业大学公共管理学院（应急管理学院），江苏 徐州 221116

DOI: 10.61369/SSSD.2026050033

摘 要： 我国已经全面建成小康社会，医疗保障制度在消除绝对贫困人口治理中发挥了重要作用。目前农村贫困治理已经由绝对贫困向相对贫困转变，医疗保障政策在防止因病致贫、返贫中起到的作用越发显著。但是农村相对贫困人口仍然存在重特大病医疗费用负担较重、报销救助程序复杂、一线工作人员政策执行能力不足、健康管理及政策宣传薄弱、镇级统筹监督机制不健全等问题，影响了医疗保障政策效能的充分发挥。本文就上述问题展开分析，希望能为基层医疗保障政策执行机制的优化提供参考。

关 键 词： 农村相对贫困人口；医疗保障；政策执行

Research on Problems in the Implementation of Medical Security Policies for the Rural Relatively Poor Population

Xie Jingjing

School of Public Policy&Management (School of Emergency Management), China University of Mining and Technology, Xuzhou, Jiangsu 221116

Abstract： China has achieved a moderately prosperous society in all respects, and the medical security system has played an important role in eliminating absolute poverty. At present, rural poverty governance has shifted from absolute poverty to relative poverty, and medical security policies are becoming increasingly significant in preventing poverty and relapse into poverty due to illness. However, the rural relatively poor population still faces issues such as heavy financial burdens from catastrophic and severe diseases, complicated reimbursement and medical assistance procedures, insufficient policy implementation capacity among frontline personnel, weak health management and policy publicity, and an inadequate township-level overall planning and supervision mechanism. These problems constrain the full effectiveness of medical security policies. This paper analyzes the above issues with the aim of providing references for optimizing the implementation mechanisms of medical security policies at the grassroots level.

Keywords： rural relatively poor population; medical security; policy implementation

引言

随着乡村振兴战略的持续推进，我国贫困治理的重点也由原来的消除绝对贫困转向了缓解相对贫困^[1]。农村相对贫困人口的医疗保障问题逐渐受到人们的关注，其政策效果很大程度上取决于基层的执行情况。但是，在现实运行中，医疗保障政策在农村地区执行还存在诸多制约因素，有必要从基层治理的角度对政策执行进行系统的分析。

一、农村相对贫困人口医疗保障政策执行现状

（一）政策体系概述

本文中相对贫困人口是指民政部门认定的低收入人口，包括最低生活保障对象、特困供养人员、低保边缘家庭成员等，以及乡村振兴部门监测的随时会因病返贫的农户。

在我国农村地区，相对贫困人口的医疗保障主要是以城乡居民基本医疗保险为主体，主要对住院费用进行一定比例报销。在

此基础上，因患重大疾病产生的高额医疗费用，大病保险会对基本医保报销后的个人承担部分进行二次报销。医疗救助政策属于兜底性制度，是最后一道保障，在经过基本报销、二次报销之后的个人承担部分实行一定程度减免或者直接救助等形式^[2]。三项制度在政策设计上互相衔接，共同构成农村相对贫困人口医疗保障的制度架构。

（二）相对贫困人口政策利用情况

目前医疗保障政策在对象识别和制度衔接方面基本实现了应

保尽保，但在实际执行过程中，低保对象和特困供养人员因为身份明确，在救助等环节可以自动触发相关政策。但是低保边缘家庭成员和因病返贫监测对象，他们对于自己可以享受的保障政策缺乏了解，有些群众只有在发生重大医疗支出之后，才在基层工作人员的提醒下申请救助程序^[3]。

二、政策执行中的主要问题及成因分析

（一）重特大病医疗费用负担过重

农村相对贫困人口重特大病医疗费用负担过重，是多重因素共同作用的结果。重特大病患者治疗周期长、费用基数高，即便经过多轮报销后，个人自付金额仍然较大，部分目录外药品和诊疗项目缺乏有效保障。其次低保边缘户和因病返贫监测对象多依赖事后救助，救助启动滞后，起付线和封顶线等制度叠加在一定程度上稀释了政策减负效果^[4]。

此外，基层医疗服务能力有限，有些重病患者不得不外出或者异地就医，造成医疗费用水平提高，报销比例降低。同时，慢性病早期管理干预不到位，导致部分疾病由轻转重，增加了治疗的难度和费用^[5]。多重制度约束和现实条件叠加，最终加大了相对贫困人口重特大病医疗支出的压力。

（二）报销救助程序繁琐

低保边缘户和因病返贫的监测对象医疗救助报销程序较繁琐。这两类人群不属于直接享受医疗救助的情况，他们的救助资格一般要等发生医疗费用之后再认定、核实。医疗救助政策的申请包含身份认定、家庭经济状况调查、费用合规性审核等多个环节，并且要病历资料、费用清单和相关的证明材料等，审核时间较长。

近年来相对贫困人口异地就医现象日益增多，但是其报销程序仍然比较复杂。异地就医备案包含多种类型，不同的备案类型报销比例不同。对相对贫困人口来说，理解和操作难度较大。一旦不能规范完成异地就医备案，后续的医疗费用便无法实现直接结算，需要回户籍所在地重新报销。但由于各地区的医保系统、救助信息系统之间尚未完全互通，医疗救助部分也无法与医保同步结算，患者需要带着相关材料回户籍地申请救助，增加了时间和交通成本^[6]。且在基层经办环节仍然需要进行人工核查和重复审核，使报销周期进一步延长。

（三）一线工作人员政策水平不够

医疗保障政策包含城乡居民基本医疗保险、大病保险以及医疗救助，政策内容比较复杂。一线工作人员对于相关政策的掌握主要依靠经验，在对象识别和政策适用的过程中会出现一定的偏差。在为群众宣讲政策时，由于政策内容繁杂、讲解能力有限，部分相对贫困人口对可以享受到的保障政策不能很好地了解，加大了政策享有的难度^[7]。另外镇村工作人员身兼数职，客观上会压缩学习政策、提升能力的时间，影响医疗保障政策在基层的精准执行。

（四）宣传和健康管理薄弱

目前基层医疗保障政策宣传方式相对单一，主要以张贴公

告、集中宣讲的形式进行宣传，宣传内容主要是政策条款、办理流程等，对不同保障政策适用情形、实际减负效果的解读不够。同时政策宣传多集中在政策出台或者专项行动期间，缺少常态化、持续性的宣传机制，使部分群众在发生医疗支出之后才被动地了解到有关的保障政策，影响政策的及时利用^[8]。

从健康管理的角度看，医疗保障政策在基层执行中更多考虑的是费用补偿，对于慢性病管理、健康随访、疾病风险预警等工作重视不够^[9]。基层医疗机构与医保、民政等相关部门在健康管理上没有协同起来，未能形成系统化的健康干预机制，从而造成部分相对贫困人口一直处于重治疗、轻预防的状态，进而影响到整体医疗保障政策实际减负效果。

（五）镇级统筹监督机制不健全

镇级政府是上级政策与基层执行的连接点，理应在医疗保障工作中起到统筹协调的作用，但是在实际运行中，相关事务大多由医保、民政、乡村振兴等部门分别推进，镇级层面的统筹协调能力未能充分发挥。从而造成政策执行过程中信息未能共享、责任不清，容易产生政策执行碎片化的问题^[10]。

在监督方面，镇级监管更重视结果性指标，对于执行过程对象识别准确性、程序规范性、服务质量关注度不够。另外医疗保障政策执行效果在镇级绩效考核体系中权重小，激励和约束措施不明确，一定程度上削弱了一线工作人员提高执行质量的内在动力^[11]。

三、政策执行的对策建议

（一）完善减负机制与规范医疗行为

针对农村相对贫困人口重特大病医疗费用负担过重的情况，首先要加强基本医疗保险、大病保险、医疗救助三者之间的衔接，推动救助政策适度前置，对低保边缘户、因病返贫监测对象实行重特大病预警、快速救助，降低事后救助的制度摩擦与时间成本。同时加强基层医疗服务能力，借助县域医共体和分级诊疗体系引导病人合理就医，降低被动异地就医造成的超支费用。把健康管理、慢性病早期干预融入到医疗保障政策执行的全过程之中，对高危人群实施动态追踪、早期干预，从根本上降低重特大疾病的发生频率及长期的医疗支出风险。通过各部门共同努力，逐步减轻相对贫困人口重特大病医疗费用负担。

（二）优化报销救助经办流程

对于低保边缘和因病致贫家庭，建立个人医疗救助档案库，将需要多次使用的材料存档，降低群众提交材料的数量。同时在镇级层面推进医保、民政等部门的一站式服务，整个经办流程中所需的全部材料各部门应当悉知，一次性告知群众所有申请材料及流程，提高弱势群体办事便利度。

对于异地就医的情况，可以定期举办异地就医备案宣讲会，用生活化的案例灌输先备案后就医的概念，减少异地就医全自费的情况。由于目前各省各市之间暂时暂时无法实现医疗救助数据共享，可以采用村级基层工作人员线上帮办代办的方式，减少群众跨市跑腿，降低群众报销成本。

（三）提高一线工作人员专业素养

首先合理安排基层工作任务，减少事务性负担，给一线工作人员留出必要的政策学习、能力提升的时间。其次完善分层分类的政策培训机制，结合医疗保障政策专业性较强的特点，定期开展业务培训，重点对大病保险、医疗救助以及异地就医结算等主要政策进行实操培训，提高工作人员对政策体系的整体认知水平。同时，加强政策解读与操作指引的支持，编制简单易懂的政策操作手册、流程图、典型案例，把抽象的政策条款转化为可操作的执行规范，减少工作人员之间的理解偏差。

（四）创新宣传方式和健康管理模式

相对贫困人口内部情况存在差异，宣传需要分层分类精准推进。围绕政策适用对象、保障内容、办理流程等重要信息展开有针对性的解读，从而改善政策的传播效果。宣传形式上，可在传统张贴公告、集中宣讲的基础上，探索使用图文解读、短视频、入户讲解等方式来降低政策理解门槛，提高政策的可及性。

要推动医疗保障政策由事后补偿变为事前干预，把健康管理纳入政策执行的全过程之中，加强对于慢性病患者以及高风险人群的动态随访以及疾病风险预警。在此基础上，充分发挥基层医疗机构和村医在健康管理中的前哨作用，加强家庭医生签约服务与医疗保障政策的衔接，提高基层健康管理服务能力。

（五）健全镇级统筹监督与评估机制

要明确镇级政府在医疗保障政策执行方面的统筹协调职责，

加强医保、民政、乡村振兴、基层医疗机构等多部门之间的合作，形成分工合作、互相配合的工作局面。通过建立部门联席会议制度，促进部门之间信息共享、工作衔接，减少政策执行过程中的碎片化问题。

镇级层面在关注资金使用、报销结果的同时，还要对政策执行的整个过程进行动态的监督，主要是从对象识别的准确性、经办程序的规范性、服务质量三个角度来考察执行的过程，发现并及时纠正执行偏差。与此同时，将医疗保障政策执行成果纳入镇级绩效考核体系当中，并进一步依托防返贫监测体系，加强对于因病致贫、返贫风险的预警分析，促进医疗保障同乡村振兴政策协同发力。

四、结论与展望

本文以农村相对贫困人口为研究对象，从医疗保障政策执行现状入手，对重特大病负担、报销救助流程、基层执行能力、政策宣传与健康管理、镇级统筹监督等各方面存在的主要问题进行分析，并提出相应的优化对策。未来研究可进一步结合多地区的实证数据，对不同治理模式下的医疗保障政策执行情况做比较，为提升农村医疗保障治理现代化水平提供更加普适的经验。

参考文献

- [1] 韩俊. 以习近平总书记“三农”思想为根本遵循实施好乡村振兴战略[J]. 管理世界, 2018, 34(08): 1-10. DOI: 10.19744/j.cnki.11-1235/f.2018.08.002.
- [2] 郑超, 王新军, 孙强. 城乡医保统筹政策、健康风险冲击与精准扶贫绩效研究[J]. 公共管理学报, 2022, 19(01): 146-158+176. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.20211009.001.
- [3] 朱春奎, 舒皋甫, 曲洁. 城镇医疗体制改革的政策工具研究[J]. 公共行政评论, 2011, 4(02): 116-132+181.
- [4] 马超, 顾海, 孙徐辉. 医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析[J]. 公共管理学报, 2017, 14(02): 97-109+157. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.2017.02.009.
- [5] 刘俐, 邓晶, 于雪, 等. 相对贫困视域下医疗保障对农村中老年人因病支出型贫困的减贫效果分析[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(05): 59-65.
- [6] 刘汉成, 陶建平. 倾斜性医疗保险扶贫政策的减贫效应与路径优化[J]. 社会保障研究, 2020, (04): 10-20.
- [7] 鄢洪涛, 杨仕鹏. 农村医疗保险制度的相对贫困治理效应——基于贫困脆弱性视角的实证分析[J]. 湖南农业大学学报(社会科学版), 2021, 22(01): 48-55. DOI: 10.13331/j.cnki.jhau(ss).2021.01.006.
- [8] 许飞琼. 中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J]. 中国人民大学学报, 2020, 34(05): 15-24.
- [9] 戴卫东, 徐谷雄. 农村医疗救助的扶贫效果及其制约因素的实证研究——基于“国家扶贫改革试验区”丽水市的调查[J]. 中国软科学, 2020, (04): 56-69.
- [10] 白晨, 顾昕. 中国农村医疗救助的目标定位与覆盖率研究[J]. 中国行政管理, 2015, (09): 109-114.
- [11] 胡闰虎, 王兆仑, 贾常离, 等. 湖北省两市不同模式重特大疾病医疗救助效果分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(03): 36-39.