

因病支出型贫困社会救助政策的减贫效果模拟

——基于 CFPS 数据的分析

王超群*

【摘要】支出型贫困提供了一种从家庭收入和支出两个维度看待贫困的新型视角。因病支出型贫困是支出型贫困的核心内容，直接影响着扶贫政策的实施效果。论文基于因病致贫研究、支出型贫困研究以及各地因病支出型贫困社会救助政策文件，提出了4种因病支出型贫困的界定方法；并利用2014年中国家庭追踪调查数据，计算了不同界定方法下，中国因病支出型贫困的发生率及其家庭特征。结果发现，在当前主流因病支出型贫困社会救助政策的界定方法下，我国因病支出型贫困发生率和致贫率较高。因病支出型贫困户主要是收入低、自付医疗费用高、存款少、欠债多、家庭资产少且面临较多困难的家庭，需要公共政策的支持。论文模拟测算显示，因病支出型贫困生活救助效果优于医疗救助效果，不设救助起付线的救助效果优于设置救助起付线的救助效果。但是，因病支出型贫困社会救助政策对救助资金需求极高，超出了当前社会救助制度的筹资能力。论文建议，因病支出型贫困社会救助政策应定位于保大病，以医疗救助为主体，并设置一定的起付线；应以基本医疗保险制度为主体化解因病支出型贫困风险，应多渠道筹集资金；应提高低保制度瞄准效率以更高效、公平地利用社会救助资金化解因病支出型贫困风险。

【关键词】因病支出型贫困 生活救助 医疗救助 政策模拟

【中图分类号】 D63

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-2486 (2017) 03-0099-17

一、引言

改革开放以来，中国扶贫政策取得了巨大成就。不过，中国扶贫政策主要关注收入型贫困，较少关注支出型贫困。支出型贫困是指，家庭人均收入高于

* 王超群，华中师范大学公共管理学院，讲师。感谢匿名评审人的意见。

基金项目：国家社科基金青年项目（15CGL047）。

贫困线，但是由于受医疗、教育和住房等大额硬性支出挤压，造成家庭实际生活水平处于绝对贫困状态（钟仁耀，2015）。相较于仅考虑收入这一单一维度的收入型贫困，支出型贫困提供了一种从收入和支出两个维度看待贫困的新型视角（曹艳春，2010）。

比较而言，收入型贫困是能力不足，支出型贫困则主要是风险过大（沈君彬，2013）。支出型贫困政策着眼于化解风险，具有发展性、预防性等特征（梁德阔、徐大慰，2012；郑瑞强，2016）。它可以帮助陷入暂时性贫困的支出型贫困家庭及时应对风险，避免陷入持续性贫困。因此，支出型贫困政策更具有成本效益。

2007年，上海市就提出了支出型贫困这一概念。其后，在民政部的推动下，我国各级政府出台了一系列支出型贫困政策。这类政策主要是社会救助政策，包括三类：（1）（重特大疾病）医疗救助制度，仅限于因病支出型贫困；（2）临时救助制度，针对各类原因如突发事件、意外伤害和重大疾病等导致的支出型贫困；（3）（因病）支出型贫困救助制度，主要针对因病支出型贫困和因学支出型贫困等。

本文以因病支出型贫困社会救助政策为研究对象。原因是，因病支出型贫困（社会救助政策）是支出型贫困（社会救助政策）最主要的类型。根据国务院扶贫办统计的建档立卡户资料，2013年，我国因病致贫、因病返贫户占建档立卡贫困户总数的42%，在致贫原因中位居第一。2015年，该比例进一步上升到44.1%（国务院新闻办公室，2016）。因此，因病支出型贫困社会救助政策的运行效果，直接影响扶贫政策的实施效果。

本文的核心目标是，模拟目前各地因病支出型贫困社会救助政策的减贫效果。为此，本文在比较文献研究以及各地因病支出型贫困政策文件的基础上，总结了4种不同的因病支出型贫困界定方法。接下来，本文将利用2014年中国家庭追踪调查（China Family Panel Studies, CFPS）数据，计算不同因病支出型贫困界定方法下，中国城乡因病支出型贫困的发生率、致贫率及其家庭特征。最后，本文将模拟不同因病支出型贫困社会救助政策的减贫效果，并指出研究结论和未来研究方向。

二、因病支出型贫困界定方法

（一）文献回顾

目前，中国因病支出型贫困相关研究分为两类：因病致贫研究和支出型贫

困研究。与中国相关的因病致贫研究又分为三类：一是因病致贫界定方法。公认的方法是使用“家庭收入 - 医疗费用 - 贫困线 < 0 ”来界定因病致贫（刘远立等，2002；张毓辉等，2004；解丕，2008）。二是测算中国因病致贫发生率。刘远立等利用1998年国家卫生服务调查数据计算发现，1997年，全国医疗费用发生前后的贫困率分别为7.22%和10.48%，因病致贫率为3.26%（刘远立等，2002；Liu et al.，2003）。解丕（2008）利用中国营养和健康调查（China Health and Nutrition Survey, CHNS）数据，计算了1989—2006年中国城乡因病致贫率为1.13%—5.74%。三是社会医疗保险制度的减贫效果。部分研究认为医疗保险制度减贫效果有限（高建民、周忠良，2007；解丕，2008）。但也有研究认为医疗保险明显降低了住院患者家庭的因病致贫率（陈迎春等，2005；闫菊娥等，2009）。事实上，医疗保险制度的减贫效果与其制度设计相关。比如，医疗保险保小病的减贫效果优于只保大病（高建民、周忠良，2007；Yip & Hsiao，2009）。医疗保险报销比例对减贫效果影响最大，起付线和封顶线的影响不大（徐雅丽等，2011）。

支出型贫困相关研究也可以分为三类：一是支出型贫困产生的原因。比如服务、生活成本的上升和需求的增加（路锦非、曹艳春，2011；尚选彩、王玉莉，2016）以及社会救助的制度定位于收入型贫困（林闽刚，2013）等。二是收入型贫困与支出型贫困的区别。二者在救助理念、目标、思路、测量方法和认定等均差异甚大（段培新，2013；钟仁耀，2015；刘水莲，2016）。三是支出型贫困的测量方法。曹艳春（2010）、路锦非和曹艳春（2011）、段培新（2013）和周绿林等（2015）使用家庭支出大于家庭收入来衡量支出型贫困；刘沛栋（2014）则将某一群体维持基本生活的消费支出大于其可支配收入定义为支出型贫困。

总体上，因病致贫研究已比较成熟，形成了公认的测量方法，并开展了大量实证研究。而支出型贫困仍限于定性研究，集中于考察家庭收入与家庭支出的关系，未能涉及到医疗支出、教育支出等具体支出项目导致的支出型贫困，更缺乏对各种支出型贫困政策减贫效果的评估。因此，本文一方面将深化支出型贫困研究，将视角聚焦于医疗支出这一具体支出项目；另一方面，本文还将深化因病致贫研究，考察社会救助制度而非医疗保险制度对因病支出型贫困的减贫效果。

（二）因病支出型贫困界定方法

尽管因病致贫研究和支出型贫困研究均涉及了因病支出型贫困的界定方法

问题，但是已有研究与各地因病支出型贫困社会救助政策仍有相当大的差异。本文的核心目标是模拟各地因病支出型贫困社会救助政策的减贫效果。因此，有必要考察在实践中，各地社会救助政策对因病支出型贫困的界定方法。

本文利用互联网搜集了各地民政部门因病支出型贫困相关政策文件。搜索关键词为“支出型贫困”“因病支出型贫困”“临时救助”“医疗救助”“重特大疾病医疗救助”等，同时使用“办法”“暂行办法”“通知”和“意见”等加以精炼。最终，本文搜集了25个省、市、县（区）因病支出型贫困相关政策文件。表1将各地因病支出型贫困政策文件中各种因病支出型贫困界定方法归为8类。

表1中，第1种因病支出型贫困界定方法与支出型贫困研究思路一致。不同的是，因病支出型贫困中，“支出”为家庭自付医疗费用。而支出型贫困研究中，“支出”为家庭总支出或某一群体维持基本生活的消费支出。

第2-5种因病支出型贫困界定方法与因病致贫研究思路上一致，仅在收入的界定和贫困线的选择上有所差异。各地因病支出型贫困政策的收入可能包括了家庭资产，贫困线也主要依托于社会救助制度的相关指标，包括低保标准、低收入标准和最低工资标准等。而因病致贫研究则将贫困线定为世界银行推荐的每人每天1美元或每人每天1.5美元或中国农村扶贫标准等。

第6种界定方法接近世界卫生组织（World Health Organization, WHO）提出的灾难性卫生支出（Catastrophic Health Expenditure, CHE）概念。CHE最常见的界定方式是家庭自付医疗支出大于等于家庭非食品支出或家庭收入的一定比例（Xu et al., 2003; WHO, 2005）。其中，比例为10% - 60%是最常见的阈值。

第7-8种界定方法与我国大病保险制度设计理念一致。根据2012年六部委发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，各地大病保险制度一般以上年度城乡居民人均可支配收入作为起付线。

基于上述分析，本文设计了4种因病支出型贫困界定方法。其中，第1种界定方法为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 < 0 ”。第2种界定方法为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 低保标准 < 0 ”。第3种界定方法为“家庭收入的50% - 家庭医疗支出 < 0 ”。第4种界定方法折中了表1中的第7-8种，为“年度人均纯收入 - 单个家庭医疗支出 < 0 ”。其中，第2种界定方法可以借鉴因病致贫研究（解翌，2008），计算因病支出型贫困的致贫率。

表1 各地因病支出型贫困界定方法

序号	因病支出型贫困界定方法	典型地区
1	收入 - 家庭医疗支出 < 0	河北省廊坊市
2	收入 - 家庭医疗支出 - 低保标准 < 0	江苏省南京市、南通市通州区、海门市；吉林省长春市；陕西省；上海市；浙江省兰溪市、湖州市德清县、杭州市、温州市永嘉县、金华市、舟山市、嘉兴市
3	收入 - 家庭医疗支出 - 低收入标准 < 0	黑龙江省哈尔滨市
4	收入 - 家庭医疗支出 - 最低工资标准 < 0	四川省成都市高新区、北京市
5	家庭年度总收入 + 家庭财产 - 自负医疗费用支出 - 低保标准 < 0	浙江省乐清市、福建省厦门市
6	家庭年可支配收入的一定比例 - 合规医疗费用 < 0	广东省（60%）、广州市（40%）、湖北省武汉市（200%）
7	当地上年度人均可支配收入 1.5 倍 - 家庭医疗支出 < 0	湖北省黄石市、荆州市、荆州市江陵县
8	上年度全区域城镇居民人均可支配收入的 50% - 个人自付合规住院费用 < 0	陕西省榆林市榆阳区

资料来源：各地因病支出型贫困相关政策文件。

三、数据来源

本文使用 CFPS 最新公开的 2014 年调查数据。CFPS 样本覆盖中国 25 个省、市、自治区，样本规模为 16 000 户。CFPS 详细调查了受访家庭各项收入、支出状况以及各个家庭成员医疗、教育、就业等相关情况。2014 年 CFPS 数据实际调查了 13946 户家庭。其中，全国代表性样本为 9 416 户。本文使用全国代表性样本，并剔除了 881 户收入缺失的家庭。

CFPS 数据有两部分内容涉及医疗费用：一是家庭问卷，询问了调查前 12 个月家庭自付的医疗总费用（变量名为“fp511”）以及调查前 12 个月家庭自付的包括健身锻炼及购买相关器械、保健品等在内的保健支出。这两项内容被合并为综合变量“医疗保健支出”（变量名为“med”）。但是，家庭保健支出属于改善性支出，不应纳入家庭医疗支出范畴和因病支出型贫困政策保障范畴。二是成年人问卷和少儿（0 - 15 岁）问卷，分别询问了成年人和少儿的门诊费用、住院费用及相应的自付费用。但是，这些费用不仅包括医疗费用，还包括了受

访人的交通、食宿等非医疗费用，并且无法将医疗费用和非医疗费用分离开来。因此，本文直接使用“fp511”作为家庭自付医疗费用。本文剔除了家庭自付医疗费用缺失的78户家庭。

CFPS还调查了受访家庭在过去12个月，是否获得了低保、五保户和特困户补助等政府补助。本文在数据清理时，将获得上述任何一种及以上补助的家庭统称为“低保户”，共1136户。然而，上述低保户实际人均纯收入可能远大于低保标准。同时，大量非低保户的人均纯收入远低于低保标准。这意味着，仅仅从低保制度的收入核查视角看（是否能获得低保、五保和特困待遇，还有资产和子女等条件限制），当前低保制度的漏保率和错保率较高。为此，本文分别计算了包含和不包含低保户时的因病支出型贫困发生率。

另外，如果家庭自付医疗费用为0元，但是家庭收入较低，按照因病支出型贫困界定方法，仍有可能将这类家庭误识为因病支出型贫困户。为此，本文在计算因病支出型贫困发生率时，还需要考虑剔除掉家庭自付医疗费用为0元的家庭。

四、中国因病支出型贫困发生率及其家庭特征

（一）因病支出型贫困发生率

表2中，第2种界定方法为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 低保标准 < 0”。最佳方法是先确定2014年CFPS调查的各个区县的城、乡低保标准，再计算因病支出型贫困发生率。但是，CFPS调查出于保护受访者隐私的目的，对调查的各个区县进行了模糊处理，无法判断各个区县的具体名称。为此，本文统一使用CFPS调查各省2013年全省平均的城、乡低保标准来替代该省各个区县的城、乡低保标准。民政部官网提供了各省按季度划分的城、乡低保标准数据。本文取各省2013年4个季度城、乡低保标准的平均值作为2014年CFPS调查各省的城、乡低保标准。

表2显示了在剔除了低保户和自付医疗费用为0元的家庭前后，2013年，4种界定方法下中国因病支出型贫困发生率。结果显示：（1）不同界定方法下，中国因病支出型贫困发生率差异很大。最宽松的界定方法下的因病支出型贫困发生率，是最严格的界定方法下的因病支出型贫困发生率的3倍有余。（2）不论在何种界定方法下，中国农村因病支出型贫困发生率均远高于城市。（3）剔除低保户后因病支出型贫困发生率有所下降，但并不明显。原因是，当前低保制度的错保率较高。在1136户低保户中，804户人均纯收入高于低保标准。结果是，绝大多数低保户并未发生因病支出型贫困。比如，在界定方法1下，扣

除自付医疗费用为 0 元的家庭前后, 1 136 户低保户因病支出型贫困发生率仅分别为 10.30% 和 11.48%。(4) 进一步剔除自付医疗费用为 0 元的家庭后, 中国因病支出型贫困发生率略有上升。主要原因是自付医疗费用为 0 元的家庭绝大多数没有发生因病支出型贫困, 但是同步作为分子和分母被删掉了。

在界定方法 2 下, 可以借鉴因病致贫研究, 比较因病支出型贫困的致贫率。在剔除了低保户和自付自付医疗费用为 0 元的家庭后, 未发生医疗费用前, 家庭人均收入低于低保标准的比例为 14.36%; 扣除自付医疗费用后, 家庭人均收入低于低保标准的比例为 20.26%。因此, 因病支出型贫困的致贫率为 5.90% (20.26% - 14.36%)。相比前文文献回顾中因病致贫研究中的致贫率, 因病支出型贫困的致贫率是较高的。

表 2 中国因病支出型贫困发生率 (单位: 户、%)

因病支出型贫困界定方法	未剔除低保户、未剔除自付医疗费用为 0 元家庭			仅剔除低保户、不剔除自付医疗费用为 0 元家庭			剔除低保户、剔除自付医疗费用为 0 元家庭		
	总体 n = 8 457	城市 n = 4 063	农村 n = 4 394	总体 n = 7 321	城市 n = 3 669	农村 n = 3 652	总体 n = 6 357	城市 n = 3 112	农村 n = 3 245
1	548 (6.48)	204 (5.02)	344 (7.83)	431 (5.89)	162 (4.42)	269 (7.37)	431 (6.78)	162 (5.21)	269 (8.29)
2	1 883 (22.27)	803 (19.76)	1 080 (24.58)	1 433 (19.57)	645 (17.58)	788 (21.58)	1 288 (20.26)	565 (18.16)	723 (22.28)
3	973 (11.51)	347 (8.54)	626 (14.25)	751 (10.26)	273 (7.44)	478 (13.09)	751 (11.81)	273 (8.77)	478 (14.73)
4	490 (5.79)	166 (4.09)	324 (7.37)	382 (5.22)	136 (3.71)	246 (6.74)	404 (6.36)	137 (4.40)	267 (8.23)

注: 界定方法 1 为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 < 0”; 界定方法 2 为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 低保标准 < 0”; 界定方法 3 为“家庭收入的 50% - 家庭医疗支出 < 0”; 界定方法 4 为“年度人均纯收入 - 单个家庭医疗支出 < 0”。表中绝对数字为因病支出型贫困户数量, 括号内为因病支出型贫困户与全部、城市和农村样本家庭总数的比值。

资料来源: 作者根据 2014 年 CFPS 数据自行计算。

(二) 因病支出型贫困户特征

限于篇幅, 表 3 以界定方法 1 和界定方法 2 为例, 显示了剔除了低保户和自付医疗费用为 0 元的家庭后, 我国因病支出型贫困户的特征。结果显示: (1)

因病支出型贫困户人均纯收入极低，约为非因病支出型贫困户的 $1/5 - 1/6$ 。95% 的因病支出型贫困户的家庭人均纯收入，远低于全部受访家庭人均纯收入的均值（16 068.44 元）。（2）因病支出型贫困户自付医疗支出远高于非因病支出型贫困户。（3）相较于非因病支出型贫困户，因病支出型贫困户银行存款要低得多，因非住房和购房支出导致的负债更高，房产和汽车拥有比例更低，家中没有任何耐用消费品的比例更高。（4）相较于非因病支出型贫困户，因病支出型贫困户家中病人医疗和照顾面临困难的家庭占比更高，家中无任何困难的家庭占比更低。

由此可见，因病支出型贫困户主要是收入低、自付医疗费用高、存款少、负债多、家庭资产少且面临较多困难的家庭。同时，因为收入低、自付医疗费用高，因病支出型贫困户认为家庭面临医疗困难的比例远高于非因病支出型贫困户。这也意味着，如果政府不加以干预，支出型贫困户依靠个人力量走出因病支出型贫困的难度可能较大。

表 3 中国因病支出型贫困家庭收入、资产和医疗负担感知情况

指标	因病致贫标准 1		因病致贫标准 2	
	非因病致贫 (5 926 户)	因病致贫 (431 户)	非因病致贫 (5 069 户)	因病致贫 (1 288 户)
家庭人均纯收入的中位数 (元)	12 000	1 040	13 750	1 845
家庭人均纯收入的均值 (元)	17 004.96	3 191.82	19 386.71	3 009.19
家庭 95 分位人均纯收入 (元)	44 473.33	13 050	48 000	9 560
家庭人均医疗支出的中位数 (元)	500	3 000	500	1 000
家庭人均医疗支出的均值 (元)	1 161.86	8 678.45	1 134.94	3 783.05
家庭银行存款中位数 (元)	5 000	0	10 000	0
家庭银行存款均值 (元)	38 847.54	30 819.52	42 636.33	15 409.09
家庭非住房、购房负债中位数 (元)	0	0	0	0
家庭非住房、购房负债均值 (元)	10 089.20	19 858.04	9 915.783	14 040.62
有 2 套及以上房子的家庭占比 (%)	17.83	12.30	19.08	11.10
有汽车的家庭占比 (%)	18.51	10.44	19.87	10.48
无任何耐用消费品的家庭占比 (%)	0.40	2.32	0.22	1.79
家中病人医疗和照顾面临困难的家庭占比 (%)	12.34	27.15	11.40	20.96
家中无任何困难的家庭占比 (%)	38.91	21.11	40.44	26.94

注：因病致贫标准 1 为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 < 0”。因病致贫标准 2 为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 低保标准 < 0”。

数据来源：作者根据 2014 年 CFPS 数据自行计算。

五、中国因病支出型贫困社会救助政策的减贫效果模拟

（一）生活救助政策效果模拟

根据 25 个省、市、县（区）因病支出型贫困相关政策文件，各地因病支出型贫困政策主要包括生活救助和（或）医疗救助。表 4 梳理了各地因病支出型贫困生活救助政策。各地主要是按月发放低保金，仅在发放时限和金额上有所不同。尽管各地生活救助在发放低保金时可能全额发放或差额发放，为了简化，我们假定当向因病支出型贫困户提供生活救助时，采取向因病支出型贫困户按家庭人口数量按照月人均低保金全额发放的方式。各地低保户享受时间为 1 年。因此，本文假定低保金发放月数为 0 - 12 个月。各地发放的低保金标准按照 2013 年各省城市和农村最低生活保障标准确定。

表 4 各地因病支出型贫困生活救助待遇情况

序号	因病支出型贫困生活救助待遇	典型地区
1	收入 - 医疗支出 < 0，全额发放 12 个月低保金；收入 - 医疗支出 - 低保标准 < 0，全额发放 6 - 10 个月低保金	浙江省兰溪市
2	收入 - 医疗支出 - 低保标准 < 0，按照低于低保标准的差额救助	江苏省南通市通州区；四川省成都市高新区；浙江省杭州市、嘉兴市、温州市永嘉县、金华市、湖州市德清县
3	收入 - 医疗支出 < 0，按低保标准全额救助；收入 - 医疗支出 - 低保标准 < 0，差额救助	上海市
4	收入 - 支出 - 低保标准 < 0，纳入低保；收入 - 支出 - 低保标准 * 1.5 < 0，纳入低保边缘家庭救助	浙江省台州市黄岩区

资料来源：各地因病支出型贫困相关政策文件。

限于篇幅，表 5 仅模拟了在界定方法 2（这是目前被各地广为采用的界定方法）下，不同救助月份和不同救助起付线下，因病支出型贫困生活救助政策的减贫效果。结果显示，生活救助起付线设置越高，受益面越窄，资金需求量越少；反之亦然。在其他 3 种界定方法下，模拟结果是相似的。

需要指出的是，在扣除了低保户、家庭医疗支出为0元的家庭后，6 357个样本家庭中，有913个样本家庭的人均收入低于低保标准。即使这913个家庭的自付医疗费用为0元，按照界定方法2，也属于因病支出型贫困家庭。但是，这类家庭因病支出型贫困的根本原因，并非家庭发生了自付医疗费用，而是因为收入太低，且被低保制度漏保了。因此，在界定方法2下的1 288户因病支出型贫困家庭中，实际上只有375户家庭的人均纯收入超过了低保标准，却因为家庭自付医疗支出，使得家庭成为因病支出型贫困家庭。

为了探讨因病支出型贫困生活救助政策的现实可能性，本文将2014年CFPS全国调查有效样本家庭数（8 457户）按照2013年全国家庭户数（452 298 054户）同比扩大，计算了在全国层面开展因病支出型贫困生活救助所需的资金量。根据民政部（2014）发布的《2013年社会服务发展统计公报》，2013年，城乡最低生活保障制度总支出为1 623.6亿元。可见，如果不设置起付线，因病支出型贫困生活救助将面临极大的筹资压力。而一旦设置起付线，又难以有效降低因病支出型贫困发生率。

表5 生活救助政策对因病支出型贫困的减贫效果模拟

生活救助 月数（月）	不设起付线		起付线1万元		起付线5万元	
	因病致贫 家庭数量	资金需求	因病致贫 家庭数量	资金需求	因病致贫 家庭数量	资金需求
	单位 户	亿元	户	亿元	户	亿元
0	1 288	0.00	1 288	0.00	1 288	0.00
1	1 215	634.03	1 278	136.03	1 288	29.66
2	1 157	1 268.06	1 274	272.05	1 288	59.32
3	1 091	1 902.09	1 268	408.08	1 288	88.98
4	1 027	2 536.12	1 263	544.10	1 287	118.63
5	966	3 170.14	1 258	680.13	1 287	148.29
6	886	3 804.17	1 252	816.16	1 287	177.95
7	815	4 438.20	1 245	952.18	1 286	207.61
8	753	5 072.23	1 239	1 088.21	1 285	237.27
9	679	5 706.26	1 237	1 224.23	1 285	266.93
10	599	6 340.29	1 232	1 360.26	1 284	296.59
11	514	6 974.32	1 229	1 496.29	1 284	326.25
12	452	7 608.35	1 221	1 632.31	1 284	355.90

注：因病致贫标准为“家庭人均收入-家庭人均医疗支出-低保标准<0”。

资料来源：作者根据2014年CFPS数据自行计算。

（二）医疗救助政策效果模拟

表6梳理了各地因病支出型贫困医疗救助政策，大致可以分为三类：一是将因病支出型贫困户参照低保或低保边缘户医疗救助政策救助。这类地区较少。原因是，相对于为因病支出型贫困户单建的医疗救助制度，低保或低保边缘户的医疗救助政策更为慷慨，需要良好的筹资能力。因此，只有经济较为发达的地区才会选择这种做法（表6第2、3行）。

二是仅针对部分病种提供因病支出型贫困医疗救助待遇。目前，民政部总体思路是逐步取消按病种设计的（重特大疾病）医疗救助制度，推广实行按费用实行（重特大疾病）医疗救助制度。同时，在家庭层面上，也难以用病种来限定因病支出型贫困医疗救助。

三是为因病支出型贫困户单建医疗救助制度，并设置一定的起付线、报销比例和封顶线。由于低保或低保边缘户医疗救助政策更为慷慨，本文参考单建医疗救助制度，设计了4种因病支出型贫困户医疗救助报销规定：无起付线、起付线1万、起付线5万以及起付线5万同时救助封顶线2万元。另外，因病支出型贫困户医疗救助报销比例均设定为0% - 100%。

表6 各地因病支出型贫困医疗救助待遇情况

序号	因病支出型贫困医疗救助待遇	典型地区
1	参照低保对象救助	江苏省南通市通州区；浙江省温州市永嘉县、舟山市、金华市、台州市黄岩区
2	低保边缘家庭救助标准给予救助	浙江省嘉兴市
3	未设置起付线，按比例报销（30 - 80%），设置救助封顶线	广东省、广东省广州市（5 - 15万封顶）、湖北省黄石市（2万封顶）、福建省厦门市（2万封顶）、四川省成都市高新区（5万封顶）、陕西省榆林市榆阳区（10万封顶）
4	设置起付线（1万 - 8万），按比例报销（30 - 50%），设置救助封顶线（1万 - 8万）	江苏省无锡市滨湖区、海南省、黑龙江省哈尔滨市、吉林省长春市、江苏省南京市、陕西省、湖北省荆州市、荆州市江陵县、武汉市
5	15种大病，不设起付线，按比例报销30 - 50%，封顶线8万	北京市

资料来源：各地因病支出型贫困相关政策文件。

表7显示，因病支出型贫困界定方法2下，医疗救助报销比例越高，降低因病支出型贫困发生率的效果越明显。同时，医疗救助起付线设置越高，受益面越窄，人均报销金额越高，对发生高额医疗支出的家庭越有利；反之亦然。当起付线设置为5万元时，只有极少数家庭能够摆脱因病支出型贫困状况。在其他3种界定方法下，模拟结果是相似的。

表7还显示，当不设起付线，且医疗救助报销比例达到100%时，70.89% (913/1288 * 100%) 的家庭的自付医疗支出为0元，但是按照“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 人均年低保标准 < 0”的界定方法，仍然发生了因病支出型贫困。原因正如前文所讲，这部分家庭属于低保制度漏保家庭。

就资金需求而言，根据民政部发布的《2013年社会服务发展统计公报》，2013年，城乡医疗救助总支出为257.4亿元。因此，无论因病支出型贫困医疗救助制度采取何种报销制度设计都无法获得足够的资金支持。

表7 医疗救助政策对因病支出型贫困的减贫效果模拟

报销比例 (%)	不设起付线		起付线1万元		起付线5万元		起付线5万元 封顶线2万元	
	因病 致贫 户数	资金 需求	因病 致贫 户数	资金 需求	因病 致贫 户数	资金 需求	因病 致贫 户数	资金 需求
	单位 户	亿元	户	亿元	户	亿元	户	亿元
0	1 288	0.00	1 288	0.00	1 288	0.00	1 288	0.00
10	1 246	754.97	1 277	459.24	1 288	178.28	1 288	152.61
20	1 216	1 509.95	1 269	918.48	1 288	356.55	1 288	243.17
30	1 176	2 264.92	1 257	1 377.72	1 287	534.83	1 287	300.58
40	1 145	3 019.90	1 250	1 836.96	1 286	713.11	1 286	347.29
50	1 117	3 774.87	1 238	2 296.19	1 286	891.39	1 286	375.28
60	1 078	4 529.85	1 228	2 755.43	1 286	1 069.66	1 286	401.14
70	1 039	5 284.82	1 215	3 214.67	1 285	1 247.94	1 286	423.25
80	995	6 039.79	1 202	3 673.91	1 283	1 426.22	1 286	437.87
90	949	6 794.77	1 193	4 133.15	1 279	1 604.49	1 284	452.12
100	913	7 549.74	1 179	4 592.39	1 278	1 782.77	1 284	465.51

注：因病致贫标准为“家庭人均收入 - 家庭人均医疗支出 - 低保标准 < 0”。

资料来源：作者根据2014年CFPS数据自行计算。

(三) 生活和医疗同时救助的效果模拟

表 8 显示,在界定方法 2 下,生活救助时间越长、医疗救助报销比例越高,降低因病支出型贫困发生率的效果越明显。同时,生活救助和医疗救助起付线设置越高,受益面越窄,人均报销金额越高,对发生高额医疗支出的家庭越有利;反之亦然。当起付线设置为 5 万元时,只有极少数家庭能够摆脱因病支出型贫困状况。同时,不论生活救助和医疗救助制度如何组合,所需的资金量都是极其巨大的。

表 8 生活和医疗同时救助对因病支出型贫困的减贫效果模拟

生活 救助 月数	报销 比例	不设起付线		起付线 1 万元		起付线 5 万元		起付线 5 万元 封顶线 2 万元	
		因病 致贫 户数	资金 需求 亿元	因病 致贫 户数	资金 需求 亿元	因病 致贫 户数	资金 需求 亿元	因病 致贫 户数	资金 需求 亿元
月	%	户	亿元	户	亿元	户	亿元	户	亿元
0	0	1 288	0	1 288	0	1 288	0	1 288	0
1	10	1 187	1 389.00	1 268	595.26	1 288	207.94	1 288	182.26
2	20	1 089	2 778.01	1 258	1 190.53	1 287	415.87	1 287	302.49
3	30	988	4 167.01	1 242	1 785.79	1 286	623.81	1 286	389.56
4	40	897	5 556.01	1 228	2 381.06	1 285	831.74	1 285	465.93
5	50	778	6 945.02	1 211	2 976.32	1 285	1 039.68	1 285	523.58
6	60	665	8 334.02	1 192	3 571.59	1 284	1 247.62	1 284	579.09
7	70	549	9 723.02	1 180	4 166.85	1 281	1 455.55	1 283	630.86
8	80	436	11 112.02	1 166	4 762.12	1 277	1 663.49	1 282	675.14
9	90	305	12 501.03	1 141	5 357.38	1 277	1 871.42	1 282	719.04
10	100	164	13 890.03	1 122	5 952.65	1 273	2 079.36	1 282	762.09

注:因病致贫标准为“家庭人均收入-家庭人均医疗支出-低保标准 <0 ”。“封顶线 2 万元”仅指医疗救助封顶线为 2 万元。

资料来源:作者根据 2014 年 CFPS 数据自行计算。

对比因病支出型贫困生活救助、医疗救助以及生活和医疗同时救助三种不同的社会救助制度设计,可以发现,单纯从降低因病支出型贫困发生率的角度,

生活和医疗同时救助效果最优，其次是单独实行生活救助，最次是单独实行医疗救助。但是，如果考虑到筹资可行性，则单独实行生活救助效果最好，其次是生活和医疗同时救助，最次是单独实行医疗救助。

比如，在表 5、表 7 和表 8 中，当不设置起付线时，生活救助 11 个月时，将花费 6 974.32 亿元，因病支出型贫困户将减少为 514 户；医疗救助 90% 时，将花费 6 794.77 亿元，因病支出型贫困户将减少为 949 户；生活救助 5 个月同时医疗救助 50% 时，将花费 6 945.02 亿元，因病支出型贫困户将减少为 778 户。即在花费相同资金时，单独的生活救助制度要比单独的医疗救助制度更能降低因病支出型贫困发生率。部分原因就在于，大量因病支出型贫困户的主要问题是收入过低，而不是自付医疗费用过高。

六、讨论与结论

（一）讨论

本文基于已有因病致贫研究、支出型贫困研究和各地因病支出型贫困社会救助政策文件，归纳了 4 种因病支出型贫困界定方法，并计算了不同界定方法下因病支出型贫困发生率以及第 2 种因病支出型贫困界定方法下的因病支出型贫困致贫率。结果发现，中国因病支出型贫困发生率和致贫率较高。通过模拟各地因病支出型贫困生活救助制度、医疗救助制度以及生活和医疗同时救助制度的减贫效果，结果显示，单独实施的生活救助制度比单独实施的医疗救助制度更能有效降低因病支出型贫困发生率。但是，不论是何种因病支出型贫困社会救助设计，都难以筹集到足够的资金。

在上述研究结论下，因病支出型贫困社会救助制度至少需要讨论三个问题：（1）为何按照当前因病支出型贫困社会救助中普遍采用的界定方法（即界定方法 2），中国因病支出型贫困发生率和致贫率分别高达 20.26% 和 5.90%？（2）因病支出型贫困社会救助制度的政策目标是什么？（3）如何化解中国因病支出型贫困风险？

针对第一个问题，可能的原因有三：（1）CFPS 调查数据可能存在高报个人自付医疗费用、低报医疗保障制度报销费用的倾向。根据对 2014 年 CFPS 全国代表性样本的数据清理，发现 2014 年 CFPS 调查的医疗总费用（含医疗费用和非医疗费用）的医疗保障总体报销比例仅为 32.45%。（2）大量因病支出型贫困户属于因收入过低而非自付医疗费用过高而致贫。仅从收入核查的角度（不

考虑子女抚养、资产等条件限制),目前,低保制度的漏保率和错保率较高。(3)自付医疗费用分布极不均衡。剔除家庭收入和自付医疗费用缺失数据后,2014年CFPS调查中的8457户家庭中,自付医疗费用为0元的家庭有1081户,小于1000元的有3236户,大于10000元的有693户,大于50000元的有64户。因此,提高基本医疗保险和大病保险报销比例以及提高低保制度瞄准率,有助于降低因病支出型贫困发生率。

针对第二个问题,因病支出型贫困社会救助政策需要在受益面和保障力度上进行权衡。如果政策目标是尽可能降低因病支出型贫困发生率,那么,应以生活救助制度为主,且不宜设置救助起付线。如果政策目标是解决极少部分家庭的高额医疗费用负担,防止出现冲击社会道德底线现象,那么,应该以医疗救助制度为主,且设立较高的起付线。从风险-保险理论出发,保大病更具有经济效率,管理成本低,且更能化解高额医疗费用风险;反之亦然。因此,在受益面和保障力度的权衡上,本文建议向后者倾斜,突出因病支出型贫困社会救助政策的保大病特征。

这意味着,当前各地因病支出型贫困社会救助政策广为采用的因病支出型贫困界定方法2,即“家庭人均收入-家庭人均医疗支出-低保标准 <0 ”标准过于宽松,应该使用更加严格的界定方法。比如,可以采用界定方法1,即“人均收入-人均医疗支出 <0 ”或界定方法4,即“年度人均纯收入-单个家庭医疗支出 <0 ”。同时,应以医疗救助制度为主体,并设置一定的医疗救助起付线。

针对第三个问题,由于资金有限,目前各地因病支出型贫困社会救助制度无力兜底解决因病支出型贫困问题。要解决因病支出型贫困必须有充足的资金来源。因此,必须以资金充足的基本医疗保险制度和大病保险制度为主体来解决因病支出型贫困。目前,我国医疗保险制度实际报销比例较低,尤其是门诊报销比例极低,仍有较大的提升空间。同时,还应该考虑多渠道筹资,比如鼓励单位互助、商业健康保险和慈善救助等制度合力提升因病支出型贫困保障力度。同时,还应提高低保制度的瞄准率,以医疗救助为因病支出型贫困社会救助制度的主体并设置一定的医疗救助起付线。

(二) 政策建议

就政策建议而言,首先,应将因病支出型贫困社会救助政策的目标定位于提高少数因病支出型贫困户的救助力度,而非撒胡椒面。为此,在界定方式上,应以更加严格的标准界定因病支出型贫困,以医疗救助制度为因病支出型贫困社会救助政策的主体,并设置一定的医疗救助起付线。其次,应多渠道筹集资

金，尤其是要提高基本医疗保险报销比例，以基本医疗保险制度为主体解决因病支出型贫困问题。同时，发挥市场和社会力量，多渠道筹集资金。再次，应提高低保制度的瞄准率，以更高效、公平地利用社会救助资金降低因病支出型贫困风险。

（三）研究展望

由于本文主要属于一项探索性研究，未来仍有很大的拓展空间。比如，未来研究可以考虑利用其他数据，分解门诊自付费用和住院自付费用对因病支出型贫困发生率的贡献。并且，未来研究还可以考虑借鉴贫困相关研究，测算因病支出型贫困的广度、深度和强度。同时，还可以考虑使用跨时段数据分析中国因病支出型贫困的演变趋势及其影响因素。此外，由于因病支出型贫困救助制度属于事后救助，本文假定家庭自付医疗费用为静态的，并未考虑医疗费用随因病支出型贫困社会救助政策的介入而变化。当然，这一问题的解决，仍取决于是否存在更高质量的微观数据。最后，医疗保险制度、大病保险制度等医疗保障制度以及医疗服务供方改革，比如公共卫生体系建设、医疗服务供给体系等，对因病支出型贫困的影响，仍有待研究。

参考文献

- 曹艳春(2010). 城市贫困新类型及贫困程度评估与救助研究. 人口与经济, 4: 6-10, 36.
- 陈迎春、徐锡武、王蓉、张宏涛、吴妮娜、王莉阳、罗五金、汪早立(2005). 新型农村合作医疗减缓“因病致贫”效果测量. 中国卫生经济, 8: 26-28.
- 段培新(2013). 支出型贫困救助——一种新型社会救助模式的探索. 社会保障研究, 1: 168-177.
- 高建民、周忠良(2007). 互助医疗与新型农村合作医疗缓解“因病致贫”的效果比较. 中国卫生经济, 10: 30-33.
- 国务院新闻办公室(2016). 国新办举行实施健康扶贫工程有关情况新闻发布会. 国务院新闻办公室官网: <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/33978/34697/index.htm>. 2016年9月10日访问.
- 解垚(2008). 医疗保险与城乡反贫困: 1989—2006. 财经研究, 12: 68-83.
- 梁德阔、徐大慰(2012). 上海支出型贫困家庭的救助模式分析. 人口与发展, 4: 56-61.
- 林闽钢(2013). 缓解城市贫困家庭代际传递的政策体系. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 3: 15-19.
- 刘沛栋(2014). 基本消费支出视角下的“支出型贫困”研究——以江苏省为例. 社会保障研究, 6: 89-95.

- 刘水莲(2016). 我国支出型贫困社会救助实践及救助路径优化. 重庆科技学院学报(社会科学版), 9: 19-22, 47.
- 刘远立、饶克勤、胡善联(2002). 因病致贫与农村健康保障. 中国卫生经济, 5: 11-14.
- 路锦非、曹艳春(2011). 支出型贫困家庭致贫因素的微观视角分析和救助机制研究. 财贸研究, 2: 86-91.
- 民政部(2014). 2013年社会服务发展统计公报. 民政部官网: <http://www.mca.gov.cn/articlezwgkmzyw/201406/20140600654488.shtml>. 2016年9月10日访问.
- 尚选彩、王玉莉(2016). 我国支出型贫困救助路径选择分析. 求知导刊, 5: 68-69.
- 沈君彬(2013). 发展型社会政策视域下支出型贫困救助模式的目标定位分析. 中共福建省委党校学报, 10: 27-30.
- 徐雅丽、李亚青、吴联灿(2011). 新型农村合作医疗缓解因病致贫效果指数构建. 财经科学, 10: 108-116.
- 闫菊娥、高建民、周忠良(2009). 陕西省新型农村合作医疗缓解“因病致贫”效果研究. 中国卫生经济, 4: 59-61.
- 张毓辉、赵郁馨、陶四海、万泉、黄结平、王丽(2004). 现金卫生支出贫困影响的分析方法研究. 中国卫生经济, 5: 9-11.
- 郑瑞强(2016). “支出型贫困”家庭社会救助模式设计与发展保障. 农业经济, 2: 95-96.
- 钟仁耀(2015). 支出型贫困社会救助制度建设: 必要性及难点. 中国民政, 7: 22-23.
- 周绿林、王璐、詹长春(2015). 基于贫困衡量视角转变的支出型贫困救助问题研究. 广西社会科学, 9: 171-174.
- Liu, Y., Rao, K. & Hsiao, W. C. (2003). Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3):216-222.
- WHO. (2005). *Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures: Methodology*. Available at(May 20, 2017): http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69030/1/EIP_HSF_DP_05.2.pdf.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multi-country Analysis. *Lancet*, 362(9378): 111-117.
- Yip, W. & Hsiao, W. C. (2009). Non-evidence-based Policy: How Effective is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment?. *Social Science & Medicine*, 68(2):201-209.