中国医疗救助的对象认定与资金需求测算

朱铭来　胡　祁

［摘　要］　医疗救助在反贫困行动中发挥着重要作用。随着扶贫工作的深入展开，我国绝对贫困逐渐减弱，相对贫困现象日益显著。与此相适应，我国医疗救助对象范围应进一步扩大，将低收入人群和因病致贫人群纳入保障范围。本文采用低收入人群的不同设定标准分别测算了医疗救助的新增家庭户数，并采用世界卫生组织（WHO）的灾难性卫生支出标准测算了因病致贫人群所需的医疗救助资金，测算结果显示我国需加大医疗救助资金的投入，精准救助贫困人群，确保资金的有效利用。

［关键词］　健康扶贫；医疗救助；低收入人群；因病致贫人群

一、健康扶贫理论背景与医疗救助现状

在当代社会，贫困是一个全球性问题，主要指的是社会物质生活和精神生活贫乏的综合现象。作为最大的发展中国家，中国有大量的人口生活在贫困之中，消除贫困成为一项长期的工作任务。公众对贫困的认知主要聚焦在 3 点：一是致贫原因；二是如何界定贫困；三是如何进行扶贫。关于致贫原因，早在 20 世纪中期，国际学术界已经聚焦“疾病与贫困”研究，多数学者认为疾病会对家庭经济产生负担，导致贫困产生。[①] 目前国家精准扶贫也将因病致贫、因病返贫作为重要研究方向，健康扶贫被列为政府的扶贫开发战略之一。[②] 有学者研究认为财富水平、风险认知、配置动机和决策偏好等因素通常会导致个体资源跨期错配并引发因病致贫问题。[③] 长期生病积累的医疗费用是贫困户的主要致贫原因，因病致贫人群即使脱贫也很容易返贫。有研究者用计量分析表明文化程度、健康状况、劳动能力对各类型贫困人口的影响不同，以及缺资金（因学）、缺

［作者简介］　朱铭来，南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任，金融学院教授、博士生导师。主要研究方向：大病保障、长期护理保险。胡祁，南开大学金融学院博士研究生。主要研究方向：医疗救助。

［基金项目］　中国医疗保险研究会委托项目“医疗保险与医疗救助制度衔接研究”。

① Dorothy P. Rice, "Estimating the Cost of Illness," *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 1967, 3(57); Charlotte F. Muller, "Economic Costs of Illness and Health Policy," *American Journal of Public Health*, 1980, 12(70).

② 梁鸿等：《新形势下破解因病致贫返贫问题的社会价值与现实困境》，《中国医疗保险》2018 年第 12 期；李华、高健：《城乡居民大病保险治理“因病致贫”的效果差异分析》，《社会科学辑刊》2018 年第 6 期。

③ 吴传俭：《健康资源跨期错配致贫与政府审计的修正优化机制研究》，《宏观经济研究》2016 年第 11 期。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

技术、因病因残、缺劳力、自身发展动力不足、发展环境等对各类型贫困人口也存在显著影响。①

关于如何界定贫困，世界各国情况不一。一个国家贫困者的界定离不开就业、收入和社会保障等方面的客观情况，也取决于政府和社会对贫困问题的认知和划定方式。有的国家采用绝对标准去界定和测量贫困人口，如经济合作与发展组织（OECD）最早提出以一国或地区收入中位线的一半或人均收入的一半作为贫困标准的主张，更广为人知的世界银行公布的“每人每天 1 美元”贫困标准；② 也有不少国家采取相对标准划定贫困者数量，如恩格尔系数法，研究将家庭食物与总收入的比值定义为恩格尔系数，一般情况下该系数随家庭收入增加而下降，系数越大表明实际生活状态越贫困。③ 在很长一段时间内，“绝对贫困”和“相对贫困”两个不同贫困类型的概念成为主流观点，随着中国社会保障制度的逐步健全，生存型贫困逐渐减弱，生活型贫困日益凸显，有相当一部分人群的收入超过了基本生存需要，但仍处于生活困难之中。④ 有学者将健康权利的被剥夺视为是贫困的重要维度，同时也是导致收入贫困的重要因素，健康贫困是贫困的一项重要内容。⑤

关于如何进行扶贫工作，健康扶贫的提出已经跳出了传统生存型贫困的范畴，靶向致贫原因，能更精准地解决贫困问题。有文献指出，大部分人都是在无业和贫困的状态下接受社会救助，这种情况很容易导致福利依赖。⑥ 研究表明单纯通过提高就业等手段来帮助困难人群摆脱贫困和福利依赖的政策效果是有限的⑦，因此精准扶贫的提出更能有效帮助穷人减贫、脱贫。就印度来说，其整体的医疗保险水平并不发达，大部分医疗费用支出是由个人承担，需快速发展医疗保障机制，尤其应注重贫困人群的医疗救助。⑧ 吕晖认为健康贫困会影响贫困人群的卫生服务利用水平和健康结果，并进一步导致其参与社会经济活动的能力下降而加剧贫困，形成疾病与贫困间的恶性循环。⑨ 因此，实施健康扶贫有利于改善贫困人群的卫生服务可及性和健康水平，进而提高其社会活动参与度和生活水平。吴群伟等认为要化解因病致贫、因病返贫风险，需要多层次医疗保障体系的整体合力作用。⑩ 同时谢远涛等的实证分析也证明了我国医疗保险制度的全覆盖对抑制“因病致贫”“因病返贫”具有良好的政策效应。⑪ 实践中，丁小胡等通过对

① 李辉：《基于 Logistic 模型的深度贫困地区贫困人口致贫因素分析》，《西北民族研究》2018 年第 4 期。

② 目前该标准已提高至每人每天 1.25 美元。

③ 林闽钢、童星：《我国农村贫困标准线研究》，《中国社会科学》1994 年第 3 期。

④ 关信平：《论现阶段中国社会救助制度目标提升的基础与意义》，《社会保障评论》2017 年第 4 期。

⑤ 参见吕晖：《基于疾病经济风险的农村贫困人口医疗保障制度研究》，华中科技大学博士学位论文，2012 年。

⑥ Robert Macdonald, "Welfare Dependency, the Enterprise Culture and Self-Employed Survival," *Work Employment Society*, 1996, 10(3).

⑦ Kathleen M. Harris, "Teenage Mothers and Welfare Dependency: Working off Welfare," *Journal of Family Issues*, 1991, 12(4).

⑧ Rajeev Ahuja, "Health Insurance for the Poor in India," *Indian Council for Research on International Economic Relations*, 2004, 3.

⑨ 参见吕晖：《基于疾病经济风险的农村贫困人口医疗保障制度研究》，华中科技大学博士学位论文，2012 年。

⑩ 吴群伟、陈俊林：《防范因病致贫需要医保多层次整体发力——以浙江省义乌市为例》，《中国医疗保险》2017 年第 1 期。

⑪ 谢远涛、杨娟：《医疗保险全覆盖对抑制因病致贫返贫的政策效应》，《北京师范大学学报（社会科学版）》2018 年第 4 期。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

焦作市“四重保障”体系的深入研究发现，焦作市创造性建立的具有特定健康扶贫对象、由财政承担的补充保险和托底医疗救助制度，成为有效破解因病致贫返贫的关键步骤。[①]2018 年国家医保局按照党中央、国务院部署要求，扎实推进医疗保障工作，集中力量抓好医疗保障精准扶贫，同财政部、国务院扶贫办共同印发《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020）》，明确支持深度贫困地区提高农村贫困人口医疗保障水平。2019 年全国医疗保障工作会议上也强调完善大病保险和医疗救助制度，坚持尽力而为、量力而行，发挥医疗保障在精准扶贫精准脱贫中的托底作用。

医疗救助作为社会救助体系的一部分，是一项针对贫困居民疾病经济风险的专项救助制度。医疗救助通常分为常规医疗救助和重特大疾病医疗救助，其中常规医疗救助包括资助参保参合和费用补助，主要是为了保障城乡低保、特困供养、低收入人群等困难群体的基本医疗权益；重特大疾病医疗救助针对发生巨额医疗费用支出的大病患者直接给予医疗费用补助，以避免这类群体可能因病致贫或因病返贫。

根据民政部发布的历年社会服务发展统计公报，本文汇总了各年医疗救助人次和医疗救助支出资金。由图 1 可知，我国医疗救助覆盖范围除了个别年份的救助人次有所下降，总体处于上升趋势；而政府支出的医疗救助资金则每年都在上涨，呈直线上升趋势。说明我国医疗救助工作处于稳步推进状态，越来越多的贫困居民享受到医疗救助的待遇，已经处于救助范围内的人群也能享受到更好的医疗救助服务。

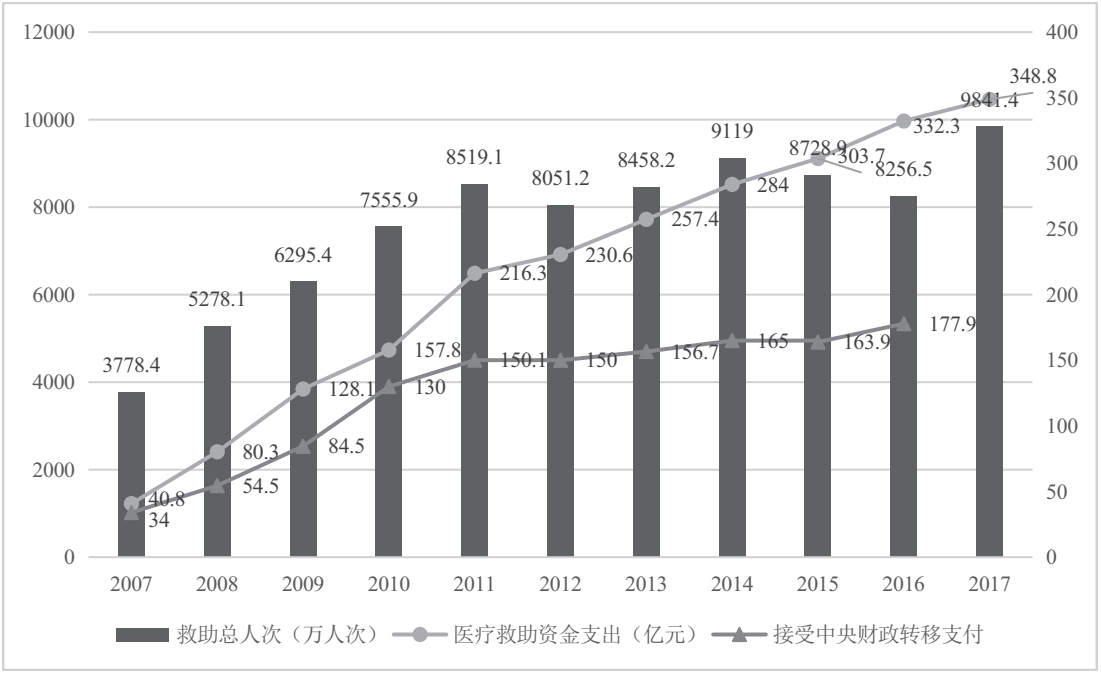

图 1　2007—2017 年全国医疗救助人次和医疗救助支出资金统计图

资料来源：民政部：《社会服务统计公报（2007—2017）》。

① 丁小胡等：《焦作市破解因病致贫的实践与思考》，《中国医疗保险》2018 年第 10 期。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

二、我国医疗救助对象认定标准分析

（一）我国医疗救助对象相关政策沿革及存在的问题

我国医疗救助制度自 2003 年、2005 年分别在农村和城市初步建立起来，逐渐从早期的医疗困难补助、医疗费用减免发展到当前住院救助、门诊救助、重特大疾病医疗救助等综合救助的模式，期间相关部门出台了不少政策措施来完善医疗救助制度（见表 1）。

表 1　我国医疗救助相关政策梳理

时间	部门	政策名称	政策内容
2003 年 11 月	民政部、卫生部、财政部	《关于实施农村医疗救助的意见》	文件明确了农村医疗救助对象为农村五保户、农村贫困户家庭成员。
2005 年 3 月	国务院办公厅	《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》	文件明确了城市医疗救助的对象主要包括：一是城市居民最低生活保障对象中未参加城镇职工基本医疗保险的人员；二是已经参加职工医保，但个人负担仍然较重的人员和其他特殊困难群众。
2009 年 3 月	国务院	《关于深化医药卫生体制改革的意见》	该文件标志着我国新医改的开始，我国初步建立了以城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新农合、城乡医疗救助等 4 项基本医疗保障制度为主体，公务员医疗补助、城乡居民大病保险、商业补充医疗保险等其他保障形式为补充的多层次医疗保障体系。
2012 年 1 月	民政部等 4 部门	《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》	文件确定了重特大疾病医疗救助的救助人群主要是患重特大疾病的低保家庭成员、五保户、低收入老年人、重度残疾人以及其他因患重特大疾病难以自付医疗费用且家庭贫困的人员。
2014 年 2 月	国务院	《社会救助暂行办法》	文件将城乡“三无”人员保障制度统一为特困人员供养制度，规定最低生活保障家庭成员、特困供养人员、其他特殊困难人员可以申请医疗救助。
2015 年 4 月	国务院办公厅	《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》	文件主要将医疗救助对象分为 3 大类，分别是（1）重点救助对象：最低生活保障家庭成员和特困供养人员；（2）低收入救助对象：低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众；（3）因病致贫家庭重病患者：发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者。
2016 年 2 月	国务院	《关于进一步健全特困人员救助供养制度的意见》	文件进一步规范了特困人员救助供养的制度内容。在对象范围方面，重申了《社会救助暂行办法》关于特困人员供养范围的规定。
2017 年 2 月	民政部等 6 部门	《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》	文件指出要拓展重特大疾病医疗救助对象范围，对经大病保险报销后仍有困难的低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、低收入重度残疾人等困难群众（含低收入老年人、未成年人、重病患者）实施重特大疾病医疗救助，积极探索做好因病致贫家庭重病患者救助工作。但在该文件中未对低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者进行界定。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

时间	部门	政策名称	政策内容
2018 年 10 月	医疗保障局	《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020 年）》	文件指出 2020 年要实现农村贫困人口制度全覆盖，基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率分别达到 100%。基本医保待遇政策全面落实，保障水平整体提升，城乡差距逐步均衡。农村贫困人口大病保险起付线降低 50%、支付比例提高 5 个百分点、逐步提高并取消封顶线。医疗救助托底保障能力进一步增强，确保年度救助限额内农村贫困人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例不低于 70%，对特殊困难的进一步加大倾斜救助力度。

通过表 1 的政策梳理可知，早期我国医疗救助对象的确定方式，是各省市分别划定了当地最低生活保障的标准，规定处于界定标准以下的人群可以享受包括医疗救助在内的各类公共救助服务。但存在一部分人群，他们的收入水平可能仅略高于低保标准，被排除在低保范围之外，无法享受低保人群享受的医疗救助服务，却和低保人群面临一样的医疗需求和难以负担的医疗支出。因此这部分人群也应当是医疗救助的潜在对象。另外，处于略高于低收入甚至中等收入的人群也可能发生因病致贫或因病返贫，这类人群可称为重大疾病风险的“脆弱人群”，是对低保、低收入医疗救助对象的扩展。

随着大病保障机制的逐步建立，医疗救助对象从低保户、五保户逐步扩展到低收入人群及其他弱势群体，救助范围从单一住院救助扩展到门诊救助和重特大疾病。根据最新政策文件要求，我国重特大疾病医疗救助对象范围主要包括低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、低收入人群、因病致贫人群。在目前已出台的文件中，关于低保家庭和特困供养对象已经有了明确的定义，分别是指正在享受最低生活保障待遇和特困供养（五保）待遇的家庭和个人，建档立卡贫困人口也是登记在册的，但对低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者的认定方法尚无统一界定。因此合理界定医疗救助对象，重点目标在于对低收入医疗救助对象和因病致贫家庭重病患者的认定。

（二）我国各省市关于低收入人群的认定经验

肖青等通过文献研究和专题讨论等方法，得出我国大部分地区在常规社会救济对象的基础上外推至低收入人群，且外推的程度因地区不同而出现差异。[①] 迄今为止全国还没有统一的“低收入家庭”标准，但各省以不同的方式对重点救助对象（最低生活保障对象和特困供养对象）的低收入家庭给予了一定的救助，各省市的实践经验显示低收入人群标准大概是低保标准的 1.5—2 倍。如表 2 所示，各地人均年收入低于现行标准的均视作低收入人群。

表 2　各省市低收入人群的界定标准

地区	现行标准	2016 年度人均可支配收入（元）	2016 年度最低工资标准（元）	各省低保标准（元）	具体标准（元）
上海	月人均可支配收入低于 1940 元	57692	26280	10627.56	23280

① 肖青、项莉：《我国重大疾病医疗救助对象界定研究》，《中国卫生经济》2012 年第 7 期。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

地区	现行标准	2016 年度人均可支配收入（元）	2016 年度最低工资标准（元）	各省低保标准（元）	具体标准（元）
广东	最低生活保障标准 1.5 倍	37684	22740	7075.56	10613.34
黑龙江	最低生活保障标准 1.5 倍	25728	17760	6473.64	9710.46
陕西	最低生活保障标准 1.5 倍	28440	17760	5831.64	8747.46
内蒙古自治区	最低生活保障标准 1.5 倍	32975	19680	8569.32	12853.98
江西	人均可支配收入的 50%	28673	18360	6360	14381.5

资料来源：各地民政局官网。

根据表 2，本文将年度人均可支配收入、最低工资标准、低保标准，以及各省实际选择的低收入人群标准线进行对比分析。其中上海为 23280 元，是上述地区中最高的，这与上海实际经济水平排名全国前列较为符合，陕西低收入人群界定标准为 8747.46 元最低，也体现与其经济发展状况密不可分。

不同标准界定出的低收入人群不同，无法直观地在各地区之间形成对比，为了统一比较口径，本文以北京、广东、贵州、吉林、辽宁、海南、上海、浙江为例，按最低工资标准、人均可支配收入的 50%、最低生活保障标准的 1.5 倍和 2 倍分别进行比较（见表 3）。①

表 3　按不同标准确定低收入医疗救助对象

地区	2016 年人均可支配收入（元）	2016 年最低工资标准（元）	城市低保标准（元 / 年）	按最低生活保障标准的 1.5 倍（元）	按最低生活保障标准的 2 倍（元）	按人均可支配收入 50% 标准（元）
北京	57275	22680	10800	16200	21600	28637
广东	37684	22740	7075.56	10613.34	14151.12	18842
贵州	15121	19200	6416.76	9625.14	12833.52	7560
吉林	26530	17760	5010.72	7516.08	10021.44	13265
辽宁	32860	18360	6307.44	9461.16	12614.88	16430
海南	28453	17160	5664.96	8497.44	11329.92	14226
上海	57692	26280	10627.56	15941.34	21225.12	28846
浙江	47237	22320	8110.44	12165.66	16220.88	23618

资料来源：根据历年《中国统计年鉴》、民政部官网数据及各地人力资源和社会保障部门官网数据整理计算所得。

① 其中人均可支配收入和最低工资标准均选择 2016 年的月度数据，低保标准由于 2016 年以前数据均分为城市低保标准和农村低保标准两项，因此选择 2017 年第 1 季度的各省平均低保标准，所有数据均换算成年度数据。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

根据表 3 数据可以看出，地区最低生活保障标准的 1.5 倍普遍低于当地的人均可支配收入和最低工资标准，低保标准的两倍较为接近最低工资标准，此外，人均可支配收入的 50% 与最低工资标准也较为接近。采取低保标准的 1.5 倍作为低收入人群界定标准的地区纳入的医疗救助人群范围更窄，财政预算开支更低，考虑到地方经济实力，我国大部分地区都采取了这一标准。而经济较发达的地区，其财政预算较高，有能力选择其他标准适当地扩大低收入医疗救助人群的范围，考虑将上限设为低保标准的 2 倍或人均可支配收入的 50%。因此，不同地区根据当地经济发展状况可能采取不同的指标作为低收入人群的认定标准。

（三）我国各省市关于因病致贫家庭重病患者人群的认定经验

我国各省市关于因病致贫对象的界定仍然处于探索阶段，与低保人群、低收入人群采用直接界定标准不同，因病致贫家庭重病患者主要靠申报制和定额补贴制来评估其重病医疗费用支出。目前关于因病致贫患者的认定普遍采用两种指标标准，分别是灾难性卫生支出和致贫性卫生支出。①

灾难性卫生支出（catastrophic health expenditure，CHE）定义为一定时期内，家庭因疾病导致的卫生支出占家庭支付能力的比例超过一定标准，并与某一判断是否发生灾难性卫生支出的标准（设定阈值）进行比较，判断是否发生 CHE，强调家庭相对经济负担。公式如下：

$$Oopctp=OOP/CTP>Cl$$

Oopctp 表示家庭现金卫生支出占家庭支付能力的比例；COP（out-of-pocket health payments）表示家庭现金卫生支出，包括自付门诊费、自付住院费、自购药品费和自购预防保健服务费用等；*Cl* 表示设定的灾难性卫生支出阈值，采用不同的 *CTP* 度量方法，给出的阈值是不同的，2003 年世界卫生组织（WHO）推荐阈值为 40%，是一个较为公认的衡量标准；*CTP* 表示家庭的支付能力，即家庭收入或支出减去家庭生存性支出后可用于支配的收入部分，2012 年发改委等 6 部门颁布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》中将这一指标替换为城镇居民人均可支配收入和农村居民人均纯收入（见表 4）。

致贫性卫生支出（impoverishment health expenditure，IHE），是指由于家庭卫生支出导致家庭发生贫困，如果发生卫生支出之后家庭收入、支出或者支付能力低于事先设定的贫困线标准，则该家庭发生了 IHE，强调家庭绝对经济负担。IHE 的计算关注 3 个变量，家庭卫生支出、家庭支付能力、贫困线，公式如下：

$$OOP_{ihei}=M_{CTPi}-Pl$$

OOP_{ihei} 为第 i 组收入家庭发生灾难性卫生支出的家庭 OOP 临界值，如果该组家庭 OOP 超过临界值，则该家庭发生灾难性卫生支出；M_{CTPi} 为第 *i* 组收入家庭支付能力平均水平（中位数

① 姚强等：《重特大疾病医疗救助因病致贫对象界定的理论与方法探析》，《中国卫生经济》2017 年第 3 期；孙菊等：《我国重特大疾病医疗救助因病致贫对象界定方法研究——基于湖北省 M 市实证》，《中国卫生政策研究》2017 年第 4 期。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

或平均值）；*Pl* 表示设定的贫困线。*Pl* 的设定因支付能力的选择和地区收入水平的不同而相应变化，在我国贫困线标准通常用最低生活保障标准替代（见表 4）。以上发生了灾难性卫生支出和致贫性卫生支出的患者均被认定为因病致贫家庭重病患者。

表 4　2016 年各省市按不同标准界定因病致贫人群的比较

地区	现行标准	人均可支配收入（元）	最低工资标准（元）	城市低保标准（元 / 年）	具体标准（元 / 年）
北京	扣除医疗费用后，家庭月人均收入不超过同年职工最低工资标准。	57275	22680	10800	22680
广东	自付医疗费用超过家庭年均可支配总收入的 60%。	37684	22740	7075.56	15073.6
贵州	个人自付合规医疗费超过家庭前 12 个月总收入 50% 以上。	15121	19200	6416.76	7560.5
吉林	扣除自付医疗费用后，家庭人均收入低于当地低保标准。	26530	17760	5010.72	5010.72
辽宁	申请前一年内家庭年人均收入不超过当地低保年标准的 5 倍；患病后，扣除医疗费用，剩余家庭人均收入低于当地最低生活保障标准。	32860	18360	6307.44	6307.44
海南	扣除个人自付医疗费用后人均可支配收入低于最低生活保障标准。	28453	17160	5664.96	5664.96
上海	申请前 3 个月内家庭医疗费用支出超过家庭可支配收入；或扣除医疗费用支出后，月人均可支配收入低于最低生活保障标准。	57692	26280	10627.56	10627.56
浙江	自付医疗费用超出家庭承受能力；家庭月人均收入低于当地低保边缘家庭认定标准。	47237	22320	8110.44	8110.44
山东	扣除自付医疗费用后，家庭月人均收入低于当地低保边缘家庭认定标准。	34012	20520	5955.84	5955.84

资料来源：根据历年《中国统计年鉴》、民政部官网数据及各地人力资源和社会保障部门官网数据整理计算所得。

根据表 4 中各省具体的因病致贫界定标准来看，目前广东采用的是 CHE 标准，其他各省市则主要采用 IHE 标准。各省之间差距较大，其中北京、广东、浙江、上海等 4 个发达省市最高，其余省份均较低。辽宁省比北京市的标准线低 3.6 倍，导致救助对象范围过窄，救助效果有限。广东、贵州、上海规定自付医疗费用达到或超过家庭可支配收入的一定比例即可获得救助，标准相对灵活，能覆盖更多的因病致贫家庭。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

三、我国实现健康脱贫的医疗救助资金需求测算

目前我国统一的医疗救助对象范围主要是传统的低保户、特困对象、建档立卡贫困人口，在本文的研究中将医疗救助人群范围进一步扩大，既有事先认定（患病的低收入人群），又有事后认定（非低收入人群未来患病后）。考虑到中高收入家庭发生灾难性卫生支出的概率较低，这里为了简化测算，我们主要计算低收入人群认定后的新增救助人数。医疗救助对象的进一步扩大，所需财政资金必不可少，因此本文还测算了我国低收入人群发生灾难性卫生支出所需救助的金额。

本文数据来源于2016年中国家庭追踪调查（China Family Panel Studies，CFPS）微观数据库（下文简称CFPS2016）。CFPS是由北京大学中国社会科学调查中心（ISSS）主持发布，旨在通过跟踪收集个体、家庭、社区等3个层次的数据，历时性地反映中国社会、经济、人口、教育和健康的变迁，为学术研究和公共政策分析提供数据基础。其中CFPS2016为2018年发布。

根据《2015年全国1%人口抽样调查主要数据公报》显示，2015年我国31个省、市、自治区共有家庭户40947万户，而CFPS2016数据库中家庭经济库的样本量为14019，其全国总样本的家庭横截面权数均值为29945.88，计算得2016年我国家庭户数为41981万户，与国家统计结果十分接近。因此本文采用CFPS数据库测算医疗救助的新增户数和所需金额具有一定代表性。

（一）低收入人群认定标准统一后医疗救助对象新增户数测算

由于宏观人口的收入数据获取较为困难，本文基于CFPS2016中“人均家庭纯收入”数据，分别按照家庭人均收入低于低保标准的1.5倍、2倍，人均可支配收入的50%来确定低收入人群，并在以往传统医疗救助对象范围的基础上计算新增救助户数，进一步利用数据库权数将其放大到全国的低收入户规模。

测算方法如下：首先按宏观低保标准的1.5倍、2倍和人均可支配收入的50%测算低收入人群规模，根据《社会服务统计公报2016》可知，2016年我国城乡低保标准分别为4586.5元/年和3744元/年，根据《中国统计年鉴2017》，2016年我国城乡居民人均可支配收入分别为33616.2元/年和12363.4元/年；其次利用微观数据库CFPS2016确定不同低收入标准以下的家庭户数；最后，利用CFPS的家庭横截面权数计算出全国低收入家庭户数。即：城镇（农村）医疗救助新增户数={CFPS数据库城镇（农村）低收入户数-CFPS数据库城镇（农村）低保户数}*城镇（农村）家庭横截面权数，其中城镇和农村家庭横截面权数分别为33348.26和26609.85。测算结果见表5。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 5　全国低收入人群认定标准统一后新增救助户数

地区	城镇			农村		
	标准（元 / 年）	CFPS 户数（户）	全国家庭（户）	标准（元 / 年）	CFPS 户数（人）	全国家庭（户）
低保标准	5935.2	704	23477175	3744	1136	30228790
低保标准的 1.5 倍	8902.8	1301	43386086	5616	1910	50824814
新增户数		597	19908911		774	20596024
低保标准的 2 倍	11870.4	1869	62327898	7488	2554	67961557
新增户数		1165	38850723		1418	37732767
人均可支配收入的 50%	16808.1	2880	96042989	6181.7	2147	57131348
新增户数		2176	72565814		1011	26902558

资料来源：CFPS2016；民政部：《社会服务统计公报（2016—2017）》。

表 5 中“全国家庭”列中数据为“CFPS 户数”分别乘以城乡家庭横截面权数得到。根据表中的测算结果，低收入人群标准设定为低保标准的 1.5 倍时，我国城市医疗救助新增户数约为 1991 万户，农村医疗救助新增户数约为 2060 万户。

（二）低收入人群灾难性医疗支出所需救助金额

1. 测算依据

2018 年《医疗保障扶贫三年行动实施方案》中明确要求年度救助限额内农村贫困人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例不低于 70%，对特殊困难人群进一步加大倾斜救助力度。因此本文主要选择低收入人群作为测算对象，根据上文的分析，分别按照低保标准的 1.5 倍、2 倍以及人均可支配收入的 50% 来划定低收入群体。并按照“个人自付医疗支出超过灾难性医疗支出标准的部分补贴 70%”这一方案来测算所需的医疗救助新增支付资金数额，灾难性医疗支出阈值采用 WHO 标准 40%。根据 CFPS 数据库能够计算出每组发生灾难性医疗支出的人数，即为需要救助的人数，还可以计算出每组医疗救助应补贴的金额，即人均救助金额。具体测算步骤如下：

第 1 步：计算个人灾难性医疗支出标准。我国通常使用的 CTP 指标为人均可支配收入，假设个人 i 的年可支配收入为 Y_i，根据 WHO 标准下的灾难性卫生支出阈值为 40%，则个人发生灾难性卫生支出的判断标准为：

$$n_i = \begin{cases} 1, OOP_i > S_i \\ 0, OOP_i \le S_i \end{cases}, \quad S_i = Y_i \times 40\%$$

其中，OOP_i 为个人自负金额，在 CFPS 的家庭经济库中为“医疗支出”，代表的是“过去 12 个月，家庭直接支付的医疗费用，不包括已经报销和预计可以报销的部分，但包括亲友借给

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

或支付的部分”；S_i 为个人发生灾难性医疗支出的医疗费用自负金额标准；Y_i 为 CFPS 中的“人均家庭纯收入”。

则发生灾难性卫生支出的人数为：$N=\sum n_i$

第 2 步：计算医疗救助新增资金需求：

$$NF_i = \sum_i (OOP_i - S_i) \times 70\% \times n_i \times 权数$$

2. 测算结果

本文采用 WHO 的灾难性卫生支出衡量指标和 CFPS2016 家庭经济数据库中的相关数据，测算我国低收入人群发生灾难性卫生支出所需救助金额。

首先，按照低收入人群的不同界定标准进行贫困人口分组，即家庭人均收入分别低于低保标准的 1.5 倍、低保标准的 2 倍、人均可支配收入的 50%。同时选择最低五分位（20%）的低收入户[①]和低保人群进行对比分析。根据上述公式计算出不同收入人群的灾难性支出标准和发生灾难性卫生支出的人数（见表 6）。[②]

表 6　2016 年全国低收入人群发生灾难性卫生支出的人数及占比

地区	低收入人群	家庭人均收入（元）	灾难性支出标准（元）	家庭人均自付医疗支出（元）	发生灾难性医疗支出人数（人）	灾难性医疗支出发生比例（%）
城镇	低保人群	3424	1370	7058	353	57.4
	低保的 1.5 倍	5219	2088	7247	564	49.5
	低保的 2 倍	6757	2703	6819	708	43.2
	人均可支配收入 50%	9445	3778	6682	902	35.7
	低收入户（20%）	5457	2183	7107	586	48.6
农村	低保人群	2220	888	4835	666	65.1
	低保的 1.5 倍	3221	1289	5234	1017	58.4
	低保的 2 倍	4041	1616	5324	1277	54.8
	人均可支配收入 50%	3522	1409	5222	1114	57
	低收入户（20%）	2510	1004	5175	778	63.3

资料来源：CFPS2016。

表 6 中第 4 列“灾难性支出标准”为家庭人均收入的 40%；第 5 列“家庭人均自付医疗支出”为数据库中原始数据提供；第 6 列为 CFPS 中家庭自付医疗支出大于灾难性支出标准的人数，即发生灾难性卫生支出总人数；第 7 列则是“发生灾难性卫生支出总人数 / 发生医疗费用支出

① 按照国家统计年鉴五等分人群来划定。

② 实际根据 CFPS 家庭经济库的测算结果应该是发生灾难性医疗支出的户数，考虑到一个家庭之中发生灾难性卫生支出的人口数大于 1 概率较低。为了下文方便理解，一律以“人”为单位。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

的总人数”，即灾难性卫生支出发生比例。从表中可以看出，无论是城镇还是农村家庭，按低保标准的 1.5 倍界定的低收入人群，测算得到的发生灾难性卫生支出人数更接近最低五分位的低收入户，可见将低保标准的 1.5 倍作为低收入人群的认定标准大致能够使收入最低的 1/5 人群得到保障；从城乡来看，农村低收入人群的灾难性医疗卫生支出发生比例显著高于城市。

接着测算灾难性医疗支出所需医疗救助金额。根据 CFPS 数据库已经计算出发生灾难性医疗支出人数，即为需要救助的人数，按照“个人自付医疗支出超过灾难性医疗支出标准的部分补贴 70%”可计算出每个收入组所需医疗救助补贴金额（见表 7）。

表 7　2016 年全国低收入人群灾难性医疗支出所需医疗救助金额

地区	全国人口收入分组	发生灾难性医疗支出人数（人）	因病致贫家庭人均自付医疗支出（元）	人均医疗救助补贴金额（元）	需支出医疗救助总金额（万元）	全国医疗救助金额需求（亿元）
城镇	低保人群	353	11798	7300	258	859
	低保的 1.5 倍	564	13658	8099	457	1523
	低保的 2 倍	708	14270	8097	573	1912
	人均可支配收入 50%	902	15968	8533	770	2567
	低收入户（20%）	586	13585	7981	468	1560
农村	低保人群	666	7160	4390	292	778
	低保的 1.5 倍	1017	8490	5041	513	1364
	低保的 2 倍	1277	9082	5226	667	1776
	人均可支配收入 50%	1114	8625	5051	563	1497
	低收入户（20%）	778	7897	4825	376	998

资料来源：CFPS2016。

表 7 中第 5 列“人均医疗救助补贴金额”为 CFPS 数据库中“家庭自付医疗支出（需大于灾难性支出标准）”减去“灾难性医疗支出标准”再乘以救助百分比（70%）；第 6 列数据为第 5 列值乘以第 3 列值，即人均救助金额乘以发生人数；第 7 列则是通过数据库相关权数将所需医疗救助金额扩大至全国（城镇和农村家庭横截面权数分别为 33348 和 26609）。从表中结果可知，按照低保标准的 1.5 倍划定城乡低收入人群所测算的医疗救助金额需求分别为 1523 亿元和 1364 亿元，而目前城乡低保户测算得到的医疗救助金额需求分别为 859 亿元和 778 亿元。根据《社会服务统计公报 2016》，我国 2016 年财政支出的医疗救助资金为 332.3 亿元，还远远不够覆盖低保人群的因病致贫支出，离按最低标准设定的低收入人群所需救助金额差距更大。但《中国统计年鉴 2017》显示，我国 2016 年财政支出为 187755.21 亿元，按低保标准的 1.5 倍设定低收入人群所需的兜底资金仅占当年财政支出 1.5%，说明国家是有能力兜住低收入人群的救助金额。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

四、主要结论与政策建议

本文主要梳理了我国医疗救助制度的政策变迁和发展现状，通过各省政策文件和相关数据分析，明确了我国医疗救助对象有必要纳入低收入人群、因病致贫人群。且新增医疗救助资金需求的测算结果显示，我国目前财政支出的医疗救助资金还远远不够，贫困人群的医疗救助水平有待提高。基于以上分析，本文提出以下建议：

（一）合理界定医疗救助保障范围，充分发挥医疗救助的托底功能

首先，重点做好医疗救助对象的界定和精准识别。从政策层面扩大医疗救助人群的覆盖范围，从绝对贫困向相对贫困拓展，在覆盖了所有的五保户、特困户、城乡低保户的基础上，逐步将保障制度延伸到低收入人群和因病致贫人群等特殊困难群体。

其次，根据救助对象的不同需求实行差异化救助。如贫困和低收入人群自身经济能力无法负担自付医疗费用，对其建立兜底保障机制，即当个人支付医疗费用超过一定标准后，由第三方“全额买单”；对因病致贫人群则通过考察其家庭收入状况和实际医疗支出，参考灾难性卫生支出标准来设定相应的救助水平，确保精准的医疗救助服务，使有限的医疗资源发挥最大的救助功效。

再次，建立医疗救助对象动态管理机制。救助对象不应该是固定不变的，只有符合条件才能享受救助资金，通过建立动态机制做好救助对象的管理工作，做到应保尽保，真正实现精准救助困难人群。

最后，梳理各地区医保扶贫政策，将卫生、民政、工会、残联等多家部门分散管理的医疗救助职能有效整合、统一管理。虽然当前各地区出台的一系列医保扶贫政策能够为贫困居民提供较高的医疗保障水平，但这些政策缺乏长期资金来源，具有一定的不稳定性，这种政策的暂时性与健康保障的长期性之间的矛盾成为健康扶贫的重要挑战。因此，将各地区医保扶贫政策中的相关项目纳入医疗救助系统进行统一管理，将医疗救助资金作为其可持续的资金来源，能够保障相关政策的长期有效性，充分发挥好医疗救助的托底功能。

（二）加大医疗救助资金的预算投入，建立稳定的预算管理体系

医疗救助目前筹资水平低，缺乏筹资增长机制，相应的救助水平也不高，因此本文认为一方面，相关部门应不断完善医疗救助下的精准扶贫，加大医疗救助资金的预算投入。根据国家脱贫攻坚战略，到 2020 年必须实现我国现有标准下的贫困人口全部脱贫，健康扶贫并不是可持续的，届时可能不会再有财政专项扶贫资金。因此当前的医疗保障必须要把未来可能的基金支出承担起来，在做财政预算时须加大医疗救助资金的预算额度。另一方面，应拓宽医疗救助资金筹资渠道，摆脱完全依赖各级财政拨款的单一模式。建议整合慈善救助、社会捐赠等资金池，积极引导普惠性互助保险模式，建立起稳定、可持续的筹资机制。在明确医疗救助资金来源与

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

用途的基础上，建立稳定的预算管理体系，科学合理地分配每一笔医疗救助资金，将有限的基金用在真正需要的地方，精准提高贫困人群的救助水平。

（三）加强医疗保险与医疗救助制度的衔接工作，提升救助对象的医疗保障水平

重视医疗保险与医疗救助的衔接工作，把握好国家医疗保障局成立的契机，尽快消除医疗保障项目之间的对接障碍，提高医疗救助资金的使用效率。国家于 2018 年成立医疗保障局后，将原来分散在人社、卫计、民政等多个部委的医疗保障职责进行了整合管理，实现了医疗保险与医疗救助的合并衔接，改善了过去由于各方定位不清、多头管理导致医保基金和救助基金得不到有效使用的情况。

医疗保险和医疗救助都是政府责任，二者互为补充、互相协调、共同作用，能够有效推进多层次医疗保障体系建设，能更好地提升医疗保障服务水平。过去民政部门建立低保信息管理系统，国务院扶贫办则成立贫困户建档立卡信息系统等分别对贫困户进行管理，多部门之间信息流通存在壁垒，可能存在重复救助、资源浪费的情况，无法实现医保政策的有效衔接。本文建议有关部门成立统一的医保信息管理系统，实现医疗保险、医疗救助各部门业务协同、信息共享，推进政府部门、医疗机构、保险机构三方信息系统对接，建立“一站式”服务工作机制，为困难群众看病提供更多便利，提升居民的基本医疗保障水平。

此外，要实现医疗保险与医疗救助的有效衔接，在做好医疗保障制度中基本医疗保险和大病保险制度“双全覆盖”工作的基础上，还应适当调整政策设计，改变过去“普惠制”的报销水平增长现象，重点对医疗救助对象人群进行政策倾斜，如对这部分人群采取取消就医起付线、封顶线，提高报销比例的制度设计，逐步实现困难人群享受医疗救助的特惠作用，达到精准扶贫的目的。

（四）强调精准扶贫和适度保障，制定医疗救助对象的独立待遇清单

在进一步扩大医疗救助对象范围的同时，还应充分强调扶贫的精准性和保障的适度性。目前，在我国各地出台的健康扶贫政策中，部分地区已经暴露出医疗救助的泛福利化问题，经验证明，这种过度保障容易产生道德风险。因为相对贫困人群原有生活而言，医院环境和条件可能更为舒适与完善，而且其在住院期间享受待遇时自负经济成本几乎为零，这就导致不少贫困户争当“患者”、小病大治，甚至赖床不走。这不仅造成医疗资源严重浪费与医保和救助资金过度支出，而且会加大地方财政负担，并最终导致医保基金和救助基金的不可持续。因此，在医保与救助衔接过程中，必须强调精准扶贫和适度保障，对贫困患者实施科学化、精细化管理，加强医保基金监督管理，尽快出台和落实更加符合实际、更可持续的健康扶贫政策。

本文建议政府针对医疗救助人群制定相对独立的待遇清单，实施救助对象统一化、标准化管理。首先，制定病情清单，精准区分贫困患者不同病情精准施治，确保“大病大治”“小病小治”；其次，制定病种清单，精准细化不同病种支付标准，对普通病种和重大病种采取不同报销比例；最后，制定财务清单，精准识别贫困人群家庭或个人财务状况，依据其医疗费用额

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

度和个人支付能力差异，梯度化设计个人自付比例。需要指出的是，在待遇清单实施过程中，要始终重点强调适度保障概念，避免个别个体因多重保障叠加造成过度保障，同时更好更全面更有效地覆盖和保障全体贫困人口，保证贫困患者享受到基本的医疗服务。

Beneficiary Targeting and Calculation of the Required Fund for China's Medical Assistance Scheme

Zhu Minglai, Hu Qi
(School of Finance, Nankai University, Tianjin 300350, China)

Abstract: Medical assistance plays an important role in anti-poverty actions. With the deepening of poverty alleviation, China's poverty issues are also changing: absolute poverty is gradually weakening, whereas relative poverty is becoming increasingly prominent. Accordingly, medical assistance should be further extended to include low-income people and illness-induced poor people. This paper uses different criteria of low-income people to measure the number of newly-added households receiving medical assistance, and uses the WHO's definition of catastrophic health expenditure to calculate the fund required for medical assistance for illness-induced poor people. The results show that China needs to enlarge the medical assistance fund, better target beneficiaries, and ensure the effective use of the fund.

Key words: health poverty alleviation, medical assistance, low-income people, illness-induced poor people

（责任编辑：仇雨临）

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net