

# 变“悬崖效应”为“缓坡效应”？\*

## ——2020年后医疗保障扶贫政策的调整探讨

林万龙 刘竹君

**摘要：**脱贫攻坚期贫困人口和非贫困人口在享受医疗保障政策方面存在的巨大不平衡，是2020年后巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接需要认真考虑的问题。本文基于江西省和河南省6个摘帽贫困县的实地调研数据，对改进贫困人口医疗保障政策的可行性进行了分析，发现脱贫攻坚期内，贫困人口享受的医疗保障福利明显高于非贫困人口，医疗保障政策在贫困人口和非贫困人口之间造成的福利“悬崖效应”明显；脱贫攻坚期结束后，将现行的贫困人口医疗保障政策简单“复制”推广到非贫困人口，会给地方财政带来较大的压力，不具有可行性。2020年后，可以考虑在分类识别保障对象的前提下，实施调整保费补贴政策、调整医疗报销政策和调整医疗保障基金账户结构三项措施，对脱贫攻坚期超常规的医疗保障扶贫政策进行调整。改进后的医疗保障政策能够在不显著增加地方政府财政负担的情况下，合理缩小不同群体间的医疗保障福利差距，变医疗保障福利的“悬崖效应”为“缓坡效应”，将脱贫攻坚期的医疗保障扶贫政策逐步过渡融入乡村振兴战略。

**关键词：**健康扶贫 医疗保障扶贫政策 悬崖效应 缓坡效应

**中图分类号：**F320.3 **文献标识码：**A

### 一、引言

在广大发展中国家，疾病以及疾病负担是令农村人口陷入贫困的重要因素（世界银行，1993），中国也是如此。根据国务院扶贫开发领导小组办公室建档立卡信息库数据，2015年底，1901万户农村建档立卡贫困户中，因病致贫及因病返贫户约占44.1%；患病农村贫困人口规模达近2000万，约占总建档立卡贫困人口的35.9%；患病贫困人口中，15岁~59岁的主要劳动力人口占比超过40%。这样的健康状况严重损害了农村贫困人口的人力资本，制约其收入增长。

在此背景下，2015年颁布的《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》中，提出要“实施健

---

\*本文是国家社会科学基金重大项目《建立解决相对贫困的长效机制研究》（项目编号：20ZDA073）和中央农办、农业农村部2020年乡村振兴专家咨询委员会软科学项目《主要扶贫政策在未来5年的改进和完善问题研究》（项目编号：RKX202004A）的阶段性研究成果。

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”。2018年，国家医疗保障局、财政部、国务院扶贫开发领导小组办公室发布《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020年)》，在医疗保障扶贫方面提出明确举措。这些政策从保费补贴<sup>①</sup>和多重医疗费用报销等方面为农村贫困人口看病就医给予倾斜与支持，切实提高了贫困人口的医疗保障水平；贫困人口住院费用自付比例大幅度下降，部分地区甚至达到自付比例低于5%或者“零自付”的补贴标准（谢毛毛等，2018；向国春等，2017）。

但与此同时，对于非贫困人口来说，因不享有仅针对贫困人口的医疗保障倾斜政策，个人实际支付比例则在40%左右，与贫困人口的福利差距非常明显（黄国武，2018）。贫困人口与非贫困人口因医疗保障政策帮扶标准不同而形成巨大福利落差的现象，被称为医疗保障政策的“悬崖效应”（王瑜，2018）。

随着健康扶贫工作深入推进，“悬崖效应”引起了政府和学术界的关注与讨论。有研究者指出，贫困人口与非贫困人口间巨大的医疗保障福利差距对健康扶贫工作产生了显著的不利影响。例如，“悬崖效应”反映出现有医疗保障政策对贫困边缘群体的帮扶不足，此类群体因病致贫风险较高，或成为健康扶贫的新短板（李静，2019；向国春等，2017）；医疗保障政策帮扶标准过高可能会削弱贫困人口及贫困边缘群体脱贫的内生动力（李静，2019；翟绍果、严锦航，2018；黄国武，2018），也可能导致部分贫困人口小病大看，浪费医疗资源，加剧医疗保障基金支出的不平衡（翟绍果、严锦航，2018），并使非贫困人口产生心理落差和不公平感（汪三贵、刘明月，2019）；高标准的医疗保障扶贫政策也给各级政府带来了一定的财政压力，脱贫攻坚结束后，筹资机制的稳定性缺乏有效保障（曾小溪、汪三贵，2019；李静，2019；黄国武，2018；向国春等，2017）。在具体举措方面，有学者认为应当对贫困识别和瞄准对象进行延伸和动态管理，将临界贫困群体纳入帮扶对象（王瑜，2018）；也有学者主张应当扩大健康扶贫政策范围到全部农村人口，在农村实行普惠式医疗保障政策（李静，2019）。

整体而言，现有文献对脱贫攻坚期医疗保障福利的“悬崖效应”形成了概括性认识，也对其各种不利影响做了归纳，并一定程度上提出了改革方向。遗憾的是，现有研究大多从政策设计角度展开讨论，缺少对“悬崖效应”微观层面的量化分析，难以揭示“悬崖效应”的程度与成因；同样，由于没有具体数据的支撑，在应对措施方面，已有研究大多只提出了可能的改革思路，而对其可行性缺乏足够的论证。

2020年消除绝对贫困后，中国将在乡村振兴战略框架下逐步构建缓解相对贫困的长效机制。缓解目前贫困人口和非贫困人口医疗保障福利的“悬崖效应”，对巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接、缓解相对贫困具有重要意义。从逻辑上来说，由于福利政策的“刚性”，脱贫攻坚期已实施的贫困人口医疗保障政策难以骤然取消；而将目前的贫困人口医疗保障政策简单推广至整个农村甚至城

---

<sup>①</sup>据课题组统计，2019年，全国共有28个省（市、自治区）出台了省（市、自治区）级层面贫困人口医疗保障参保资助政策，其中18个省（市、自治区）实施按贫困人口分类的定额保费补贴政策，其他10个省（市、自治区）在全省医疗保障范围内实施贫困人口医疗保障参保全额补贴政策。

乡各地区，不仅有违效率原则，还将面临财政和支出效率的双重压力。鉴于此，本文拟以课题组在江西省和河南省6个脱贫县的实地调研数据为基础，量化测算两类群体医疗保障福利的“悬崖效应”，揭示“悬崖效应”的内部结构，并在此基础上进一步探讨乡村振兴战略下调整医疗保障扶贫政策的可行方案，为相关政策的制定提供参考。

本文接下来的安排是：第二部分介绍中国医疗保障扶贫政策的主要内容及其成效；第三部分基于实地调研数据，揭示贫困人口与非贫困人口之间的医疗保障福利差距，即评估医疗保障扶贫政策所带来的“悬崖效应”；第四部分探讨过渡期调整医疗保障扶贫政策以消除“悬崖效应”的可行路径；第五部分为结论。

## 二、医疗保障扶贫政策的主要内容及其成效

### （一）医疗保障扶贫政策的主要内容

健康是重要的人类“可行能力”及“一种非常基本的自由”（Sen, 2004）。确保人人健康、实现全民健康覆盖是促进人类发展的有力途径。从全球视野来看，部分国家采取购买公共或私人机构健康服务的方式来实现全民健康覆盖，另外一些国家则通过完善医疗公共服务系统的方式来实现上述目标（The World Bank, 2014）。简要说来，这两种模式分别采取的是补需方和补供方的思路。相比之下，中国的健康扶贫策略则更为全面，它综合了上述两种思路，在增强贫困人口（需方）的支付能力、降低支出负担的同时，强化公共医疗卫生系统（供方）的服务能力，构建起了供需两侧同步发力的健康扶贫政策体系，这一体系涵盖贫困人口基本医疗保障制度、健全贫困地区医疗服务体系和提升贫困地区公共卫生服务水平三项主要内容（见图1）。

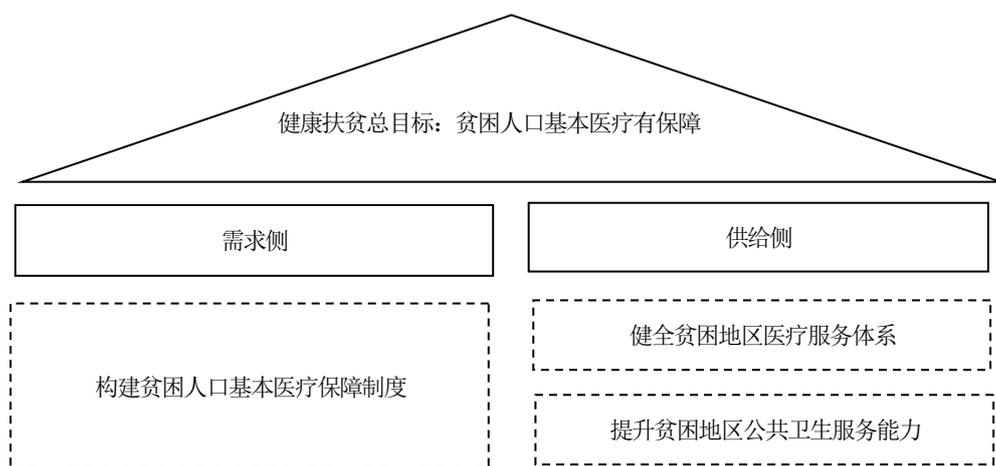


图1 中国健康扶贫政策框架

作为健康扶贫政策体系需求侧的核心，医疗保障扶贫政策期望达成三项目标：一是确保贫困人口全部享受基本医疗保险、大病保险和医疗救助政策三重医疗保障；二是确保贫困人口常见病慢性病能

在县乡村三级医疗机构获得及时诊治；三是确保大病、重病贫困人口基本生活有保障<sup>①</sup>。

1.以城乡居民基本医疗保险为贫困人口第一道医疗保障线，满足广大贫困群体的基本医疗需求。从政策推行角度来看，各级政府通过实施特困人员医疗保障参保缴费全额补贴和农村建档立卡贫困人口定额补贴政策，提升贫困人口参保的积极性，确保实现贫困人口城乡基本医疗保险全覆盖。有数据显示<sup>②</sup>，2019年，中央财政对贫困人口的参保补贴投入总额为124.3亿元，人均资助160余元。

2.以城乡居民大病保险为贫困人口第二道医疗保障线，减轻农村贫困群体大病、重病医疗负担。具体而言，贫困人口享有两项大病报销倾斜支付政策：一是相对于非贫困人口，贫困人口大病报销起付线降低50%，支付比例提高5%；二是自2019年起，全面取消贫困人口大病报销封顶线。相关政策显著减轻了贫困人口的大病报销负担。

3.设立贫困人口全覆盖的医疗救助制度，通过实施灵活的、具有特惠性质的医疗救助政策，构建起贫困人口第三道医疗保障线。医疗救助制度作为贫困人口的医疗兜底保障制度，由地方政府因地制宜展开政策设计，对贫困人口看病就医过程中的特殊困难实施倾斜救助措施，充分增加了贫困人口医疗保障制度的灵活性。从政策目标来看，医疗救助制度确保了农村贫困人口住院自付费用的救助比例不低于70%。

实践中，为进一步提高贫困人口的医疗保障水平，许多省份在中央统一构建的三重医疗保障制度之外，继续探索实施补充医疗保障政策，形成了各具地方特色的贫困人口多重医疗保障机制。截至2018年底，全国25个有扶贫任务的省（市、自治区）中，已有17个在省级层面制定了补充医疗保障政策<sup>③</sup>。

## （二）政策成效

医疗保障扶贫政策实施以来，中国已基本实现贫困人口三重医疗保障制度全覆盖。截至2018年底，全国农村建档立卡贫困人口基本医疗保险、大病保险参保率达99.8%，贫困人口基本实现应保尽保，并已全部纳入医疗救助帮扶范围。在这三重保障制度的合力下，贫困人口整体医疗负担明显减轻。全国健康扶贫动态管理系统数据显示，截至2019年9月底，中国已累计分类救治贫困患者1564万余人，救治覆盖率达98%，超过70%的救治患者实现了脱贫；大病救治患者数从2017年的21.1万人增加到2019年145.7万人，人均大病医疗支出费用下降31%，贫困人口大病医疗费用报销比例整体提至约90%<sup>④</sup>。

有研究显示，当自付费用所占比例下降到卫生总支出的15%~20%时，经济灾难的发生率就可以忽略不计了（Xu et al., 2007; 2010）。2019年，中国贫困人口医疗费用自付比例下降至10%左右，意味着医疗保障扶贫政策在助力贫困人口摆脱经济灾难、摆脱贫困方面发挥了重要作用。事实上，在医疗保障扶贫等健康扶贫政策的综合作用下，2014~2018年，中国农村因病致贫人口累计减少2334万人，

<sup>①</sup>参见2019年7月10日，国家卫生健康委员会等六部委发布的《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案》。

<sup>②</sup>数据来源：国家医疗保障局，2020年：《支持脱贫攻坚医保政策经验》，载《中国脱贫攻坚研讨会材料汇编》。

<sup>③</sup>数据来源：国家卫生健康委员会，<http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/201812/16899dd236dc4a33b74cb19198c6fa1a.shtml>。

<sup>④</sup>数据来源：中国人口与发展研究中心，《全国健康扶贫监测报告2019》。

占这五年脱贫总人口的 35.4%<sup>①</sup>。

### 三、医疗保障扶贫政策的“悬崖效应”

2018年6月，国务院发布《关于打赢脱贫攻坚战三年行动的指导意见》，针对脱贫攻坚各领域工作明确提出“避免陷入‘福利陷阱’”、“防止产生贫困户和非贫困户待遇‘悬崖效应’”的工作要求。当前，中国医疗保障扶贫政策在极大减轻贫困人口医疗负担的同时，拉大了贫困人口和非贫困人口之间的医疗保障福利差距，形成了典型的“悬崖效应”。这种“悬崖效应”究竟有多大？对此，现有文献缺乏基于一手数据的分析。本节以2018年江西省安远县、瑞金市、石城县和河南省柘城县、西华县、淮阳县的调研数据为基础，对这一问题展开探讨。

#### （一）数据来源

为了解贫困县医疗保障扶贫政策的实施情况，课题组于2019年先后对江西省安远县、瑞金市、石城县和河南省柘城县、西华县、淮阳县的医疗保障局、卫生健康委员会、扶贫办公室、财政局等部门展开实地调研，通过座谈、问卷等形式获得一手数据，内容涵盖各县健康扶贫政策的设计实施、医疗保障缴费参保报销情况、健康扶贫财政筹资情况等方面。本文的数据优势主要体现在：收集了贫困人口多重医疗保障机制的报销数据，用以支持对贫困人口和非贫困人口医疗保障福利差距的比较分析；获取了与各类医疗保障制度对应的财政数据，用以估算医疗保障制度改革背景下地方政府的财政负担。

#### （二）贫困人口和非贫困人口医疗保障福利的差距

贫困人口与非贫困人口巨大的医疗保障福利差距是这两类群体医疗保障制度结构差异和贫困人口医疗费用倾斜支付政策的综合结果。从医疗保障制度的结构来看，贫困人口往往比非贫困人口多享受三重医疗保障之外的大病补充医疗保险和财政兜底报销政策<sup>②</sup>；而在贫困人口与非贫困人口共享的基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度中，贫困人口享受大量倾斜支持政策，加大了这两类群体医疗报销的差距。本文基于江西省和河南省6县2018年的医疗保障报销数据测算了上述差距，结果显示：

1. 贫困人口城乡居民基本医疗保险的年人均报销额为非贫困人口的2倍左右。贫困人口与非贫困人口基本医疗保险年次均报销额的差距并不明显。在调查的6个县中，有5个县这两类群体年次均报销额的差距在15%以内，其中4个县的年次均报销额差距在10%以内，而瑞金市上述两类群体年次均报销额的差距则略大，为-36%（见图2）。

<sup>①</sup>数据来源：国家医疗保障局，[http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/4/16/art\\_47\\_1208.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/4/16/art_47_1208.html)。

<sup>②</sup>6个样本县中，石城县于2018年对非贫困城乡居民基本医疗保险参保人群实施了免费商业大病补充医疗保险，但与对贫困人口免费实施的商业大病补充医疗保险在参保金额上有所区别，贫困人口保费为260元/人，非贫困人口为130元/人。

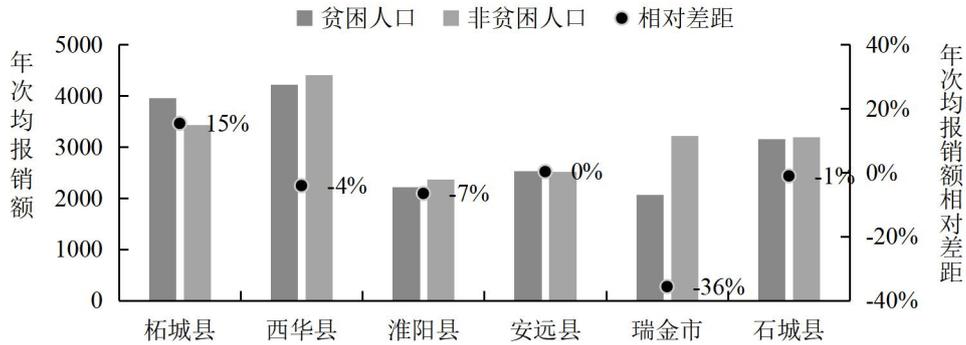


图2 贫困人口与非贫困人口基本医疗保险年次均报销额及其相对差距<sup>①</sup>

数据来源：作者根据所调研6县医疗保障局提供数据测算。

但是，贫困人口基本医疗保险的年人均报销次数显著多于非贫困人口。测算结果显示，非贫困人口2018年人均报销次数为0.12~0.3次，贫困人口为0.2~0.7次。6个贫困县中，有3个县的贫困人口年人均报销次数是非贫困人口的两倍以上（见图3）。

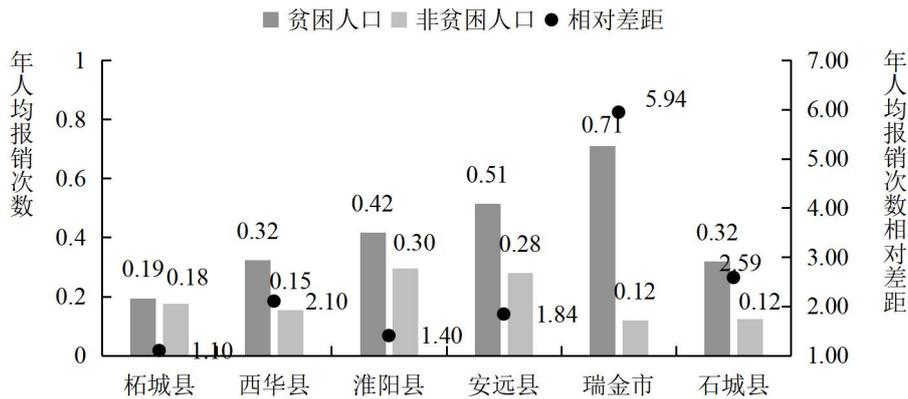


图3 贫困人口与非贫困人口基本医疗保险年人均报销次数及其相对差距<sup>②</sup>

数据来源：作者根据所调研6县医疗保障局提供数据测算。

由于报销次数多，导致贫困人口年人均报销额显著高于非贫困人口。总体看来，贫困人口基本医疗保险的年人均报销额集中在每人700~1500元内，非贫困人口集中在每人400~700元内。平均而言，调研的6个县中，贫困人口年人均报销额达非贫困人口的2.14倍（见图4）。结合年次均报销额和年人均报销次数的结果来看，贫困人口与非贫困人口年人均报销额差距突出的根源在于贫困人口年人均报销次数显著高于非贫困人口。人均报销次数同时受群体患病概率和报销门槛两方面因素的影响，而结合调研实践来看，贫困人口报销起付线偏低是导致其人均报销次数较高的主要原因。

<sup>①</sup>年次均报销额的相对差距=(贫困人口年次均报销额-非贫困人口年次均报销额)/非贫困人口年次均报销额×100%。

<sup>②</sup>年人均报销次数相对差距=贫困人口年人均报销次数/非贫困人口年人均报销次数。

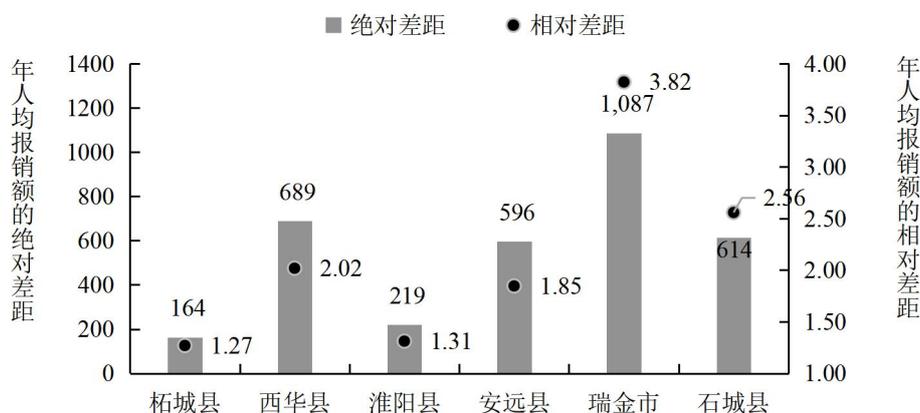


图4 贫困人口与非贫困人口基本医疗保险年人均报销额的绝对差距及相对差距<sup>①</sup>

数据来源：作者根据所调研6县医疗保障局提供数据测算。

2.与非贫困人口相比，贫困人口额外享有相当于基本医疗保障报销水平 20%左右的非基本医疗保障。本文调研的6个县均为贫困人口增设了商业大病补充医疗保险。2018年，各县贫困人口商业大病补充医疗保险的次均报销额在500~1600元/次之间；人均报销次数方面，河南省3县集中在每人0.1次左右，江西3县集中在每人0.3次左右；人均报销额方面，河南省3县平均在120元左右，江西省3县平均在200元左右，江西省明显高于河南省。在医疗救助、兜底保障方面，各县人均补偿额存在明显差异，西华县、瑞金市和石城县人均补偿额在100元以下，剩余3县人均补偿额在100~400元之间。平均而言，贫困人口享受的城乡居民基本医疗保险之外的非基本医疗保障政策的保障力度相当于基本医疗保障力度的20%，而非贫困人口则基本无法享受这些政策<sup>②</sup>。

表1 贫困人口非基本医疗保障情况

省	县	商业大病补充医疗保险			医疗救助及兜底保障	非基本医疗保险的年人均补偿额合计(元/人/年)	非基本医疗保险的年人均补偿合计/基本医疗保险年人均报销额(%)
		年次均报销额(元/人次/年)	年人均报销次数(次/人/年)	年人均报销额(元/人/年)	年人均补偿额(元/人/年)		
河南	柘城县	777	0.10	78	262	340	30.66
	西华县	744	0.12	90	23	113	7.68
	淮阳县	1602	0.12	198	142	340	26.99
	平均	1041	0.12	122	143	265	21.78
江西	安远县	618	0.32	197	373	570	30.44

<sup>①</sup> 年人均报销额绝对差距=贫困人口年人均报销额-非贫困人口年人均报销额；年人均报销额相对差距=贫困人口年人均报销额/非贫困人口年人均报销额。

<sup>②</sup> 石城县除外，该县2018年将非贫困人口也纳入了商业大病补充医疗保险。

变“悬崖效应”为“缓坡效应”？

瑞金市	682	0.36	244	69	313	17.52
石城县	528	0.32	168	54	222	18.06
平均	609	0.33	203	165	368	22.01

数据来源：作者根据所调研6县医疗保障局提供数据测算。

3.总体而言，贫困人口所享受的财政医疗资源为非贫困人口的2~3倍。在城乡居民基本医疗保险倾斜支付和非基本医疗保险政策提供额外保障的情况下，贫困人口获得了远超非贫困人口的高水平医疗保障福利（见图5）。测算显示，2018年，河南省3县贫困人口人均享受的财政医疗资源比非贫困人口高500~800元，平均是非贫困人口的2倍；江西省两类群体的医疗保障福利差距则更加明显，人均医疗报销额的绝对差距为700-1400元，3县人均医疗报销额的相对差距平均超过了3倍（见表2）。从年人均报销总额差距的构成来看，基本医疗保险的报销额差距对贫困人口和非贫困人口整体医疗保障报销差距的影响最大。例如，平均而言，河南省3县贫困人口与非贫困人口年人均基本医疗保险报销额差额占两类群体年人均整体医疗保障报销额差距的53.66%，江西省这一比例为72.32%（见表2）。

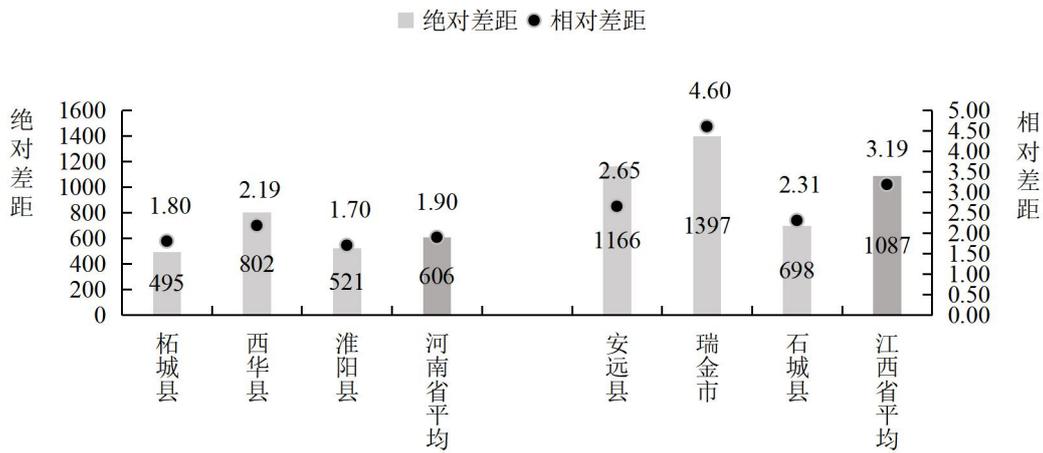


图5 贫困人口与非贫困人口年人均医疗报销总额的绝对差距及相对差距

数据来源：作者根据所调研6县医疗保障局提供数据测算。

表2 贫困人口与非贫困人口整体医疗保障差距 单位：元/人/年；%

省	县	年人均医疗报销总额的绝对差距（贫困人口-非贫困人口）	报销额差距贡献率分解			年人均医疗报销总额的相对差距（贫困人口/非贫困人口）
			基本医疗保险	商业大病补充医疗保险	医疗救助及兜底保障	
河南	柘城县	495	33.10	15.80	51.10	1.80
	西华县	802	85.80	11.30	2.90	2.19
	淮阳县	521	42.10	38.00	19.90	1.70
	平均	606	53.66	21.71	24.63	1.90
江西	安远县	1166	51.10	16.90	32.00	2.65
	瑞金市	1397	77.80	17.50	4.70	4.60

### 变“悬崖效应”为“缓坡效应”？

	石城县	698	88.00	5.50	6.50	2.31
	平均	1087	72.32	13.27	14.41	3.19

数据来源：作者根据6县医疗保障局提供数据测算。

## 四、过渡期消除“悬崖效应”的可行途径探讨

党的十九届五中全会指出，要“实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接”，中央农村工作会议更具体地提出，脱贫攻坚目标任务完成后，对摆脱贫困的县，从脱贫之日起设立5年过渡期；要对现有帮扶政策逐项分类优化调整，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向全面推进乡村振兴平稳过渡。据作者测算，脱贫后的建档立卡贫困户之间收入差异巨大。2019年，收入最低的5%、10%和25%的脱贫户人均纯收入分别为3737元、4402元和5379元；而收入最高的25%的脱贫户人均纯收入则达到19259元，比全国农村居民人均可支配收入高20%，分别为收入最低的5%、10%和25%的脱贫户人均可支配收入的5.2倍、4.4倍和3.6倍。相当一部分非贫困户的收入状况不如脱贫户，有较大致贫风险的边缘户的人均纯收入为9599元，这一收入水平仅略高于50%的脱贫户（林万龙，2020）。这种情况下，在现行贫困标准下贫困人口全部脱贫后，继续维持原来贫困人口和非贫困人口两个群体差异显著的医疗保障政策显然不合适，必须对现有医疗保障扶贫政策进行优化。从逻辑上来说，消除医疗保障扶贫政策“悬崖效应”的途径无非有两个，一是直接将原来贫困人口所享有的医疗保障政策推广至全部农村或城乡人口，即将医疗保障扶贫政策“普惠化”，二是在适当考虑不同群体负担能力的前提下，缩小不同群体间医疗保障福利的差距，即变医疗保障扶贫政策的“悬崖效应”为“缓坡效应”。下面本文仍以两省6县调研数据为基础，从财政负担视角对上述两条调整路径的可行性进行探讨。

### （一）医疗保障扶贫政策普惠化

本文在此不探讨医疗保障扶贫政策普惠化本身的合理性，仅从这一政策可能带来的地方政府财政负担角度探讨其可行性。

本文重点处理了医疗保障扶贫政策普惠化会带来的财政负担的上下限。其中，上限是假定将现有医疗保障扶贫政策推广至包括城镇人口在内的全县所有城乡居民医疗保险参保人口，下限则仅限于将政策推广至农村非贫困参保人口<sup>①</sup>。中国目前实行的是城乡统筹的居民基本医疗保险，从实践来看，国家不可能再出台专门针对农村普通居民（涵盖非贫困人口及贫困人口）的医疗保障政策，故上限的测算假设相对来说更合理一些。

为全面揭示医疗保障扶贫政策推广可能带来的影响，本文估算了上限假定和下限假定情形下，推行以下7种政策组合所带来的县级政府财政负担，结果见表4。

表3 七种政策的基本情况

政策组合	说明
------	----

<sup>①</sup> 估算推广政策所带来的新增本级财政负担时，暂时不考虑由于政策变化带来的参保人数增长部分的财政负担，从财政负担测算谨慎性角度来看，未考虑参保人数变化会低估总财政负担，但并不影响本文的分析。

变“悬崖效应”为“缓坡效应”？

基本医疗保障政策 <sup>①</sup>	仅将贫困人口城乡居民基本医疗保险保费补贴政策推广到非贫困人口
商业大病补充医疗保险政策	仅将财政购买商业大病补充医疗保险政策推广到非贫困人口
救助兜底政策	仅将医疗救助及医疗支出财政兜底政策推广到非贫困人口
基本医疗保障政策+商业大病补充医疗保险政策	将贫困人口城乡居民基本医疗保险保费补贴政策和财政购买商业大病补充医疗保险政策推广到非贫困人口
基本医疗保障政策+救助兜底政策	将贫困人口城乡居民基本医疗保险保费补贴政策和医疗救助及医疗支出财政兜底政策推广到非贫困人口
商业大病补充医疗保险政策+救助兜底政策	将财政购买商业大病补充医疗保险和医疗救助及医疗支出财政兜底政策推广到非贫困人口
全面推广三项政策	将基本医疗保障政策、商业大病补充医疗保险政策和救助兜底政策同时推广至非贫困人口

表 4 不同政策组合对县级财政的影响

政策组合	河南（三县平均）		江西（三县平均）	
	增量财政支出占县级财政总支出的比重（%）	县级医疗保障财政支出增长倍数	增量财政支出占县级财政总支出的比重（%）	县级医疗保障财政支出增长倍数
上限负担				
① 仅基本医疗保障政策	0.43	0.34	1.93	1.52
② 仅商业大病补充医疗保险政策	1.67	1.47	2.29	1.76
③ 仅救助兜底政策	1.83	1.21	1.32	0.91
④ 基本医疗保障+商业大病补充医疗保险	2.10	1.81	4.22	3.28
⑤ 基本医疗保障+救助兜底	2.26	1.55	3.25	2.43
⑥ 商业大病补充医疗保险+救助兜底	3.50	2.68	3.60	2.67
⑦ 全面推广三项政策	3.93	3.02	5.54	4.19
下限负担				
① 仅基本医疗保障政策	0.37	0.29	1.50	1.17
② 仅商业大病补充医疗保险政策	1.43	1.26	1.77	1.36
③ 仅救助兜底政策	1.57	1.04	0.99	0.69
④ 基本医疗保障+商业大病补充医疗保险	1.80	1.55	3.27	2.53
⑤ 基本医疗保障+救助兜底	1.93	1.33	2.49	1.86
⑥ 商业大病补充医疗保险+救助兜底	3.00	2.30	2.76	2.04
⑦ 全面推广三项政策	3.37	2.59	4.26	3.21

注：江西省石城县已经在 2018 年针对非贫困人口推行了政府补贴 130 元/人的商业大病补充医疗保险（贫困人口为 260 元/人），为便于同其他县的情况做对比，本文测算时假定该县未推行此项政策。

<sup>①</sup> 2018 年，河南省贫困人口的基本医疗保障保费补贴标准为 30 元/人（特困户除外）；江西省对贫困人口实行个人缴费全额补贴，补贴金额为 220 元/人。

如前文所述，上限负担的假定前提相对来说更为合理。因此，本文重点关注上限负担的情形。基于估算结果可以看出：

1.将贫困人口医疗保障政策完全“复制”推广到包含农村非贫困人口在内的县域内全体居民，会给地方财政带来极大的压力。按照江西省目前的模式，无差异地将所有贫困人口医疗保障政策推广到县域内全体居民，县级医疗保障财政负担将增加 4.19 倍，增量财政支出占县级财政总支出的比重将达 5.54%。河南省无差异地将现有贫困人口医疗保障政策推广到农村非贫困人口，县级医疗保障财政负担将增加 3.02 倍，增量财政支出占县级财政总支出的比重为 3.93%。

2.推广基本医疗保险保费自缴部分全额补贴政策，也会给县级财政带来较大负担。江西省 3 县对贫困人口城乡居民基本医疗保险参保采取个人缴费全额补贴政策，若将这一政策推广至县域内全体居民，且不论做法上是否合理，至少会给县级财政带来很大压力。表 4 的测算显示，仅推广这一项政策，县级医疗保障财政支出将增加 1.52 倍，增量财政支出占县级财政总支出的比重将达 1.93%；如果组合推广其他政策，财政负担将更重。但若采取河南省的定额补贴政策，增加的财政负担将要小得多。

3.即便按下限负担测算，基本结论也与前述两条结论类似。例如，按照江西省目前的模式，无差异地将所有贫困人口医疗保障政策推广到农村非贫困人口，县级医疗保障财政负担将增加 3.21 倍，增量财政支出占县级财政总支出的比重将达 4.26%。从江西省 3 县的情况看，即便仅把城乡居民基本医疗保险保费全额补贴这一项政策推广至农村非贫困人口，县级医疗保障财政支出将增加 1.17 倍，增量财政支出占县级财政总支出的比重将达 1.5%。考虑推广保费补贴政策还将刺激部分未参保人群进入现有医疗保障体系，县级财政负担会更大。

此外，上述测算仅考虑了缩小贫困人口和非贫困人口城乡居民基本医疗保险保费补贴差距所带来的财政负担，但从前述医疗报销的测算结果来看，贫困人口与非贫困人口城乡居民基本医疗保险的报销差距也十分明显，对这两类群体整体报销额差距的贡献率最高。若进一步缩小贫困人口和非贫困人口基本医疗保险的报销差距，地方政府的财政负担还会增加。

## （二）改“悬崖效应”为“缓坡效应”

分析推行各种医疗保障政策方案的财政负担可知，将现有贫困人口医疗保障政策普惠化不具有可行性。若能从细化保费补贴政策、调整报销政策和优化医疗保障基金使用效率等方面着手改进当前的医疗保障政策，或可在不明显增加地方财力负担的前提下，变当前医疗保障政策的“悬崖效应”为“缓坡效应”，整体提升各类群体的医疗保障水平。这一改革思路也与曾小溪和汪三贵（2019）提出的“引导扶贫资金分配逐步从‘普惠制’向‘普惠制+阶梯制+特惠制’转变，以提高资源供给质量和使用效率”的观点基本一致。

从政策设计角度，为变“悬崖效应”为“缓坡效应”，医疗保障扶贫政策的优化可以从优化保费补贴政策、均衡报销政策和调整医疗救助政策三个方面层层推进（见图 6）。为更好估测政策改进的可能性，本文以瑞金市和石城县为样本对优化思路做具体说明，并对改革方案进行测算和模拟。

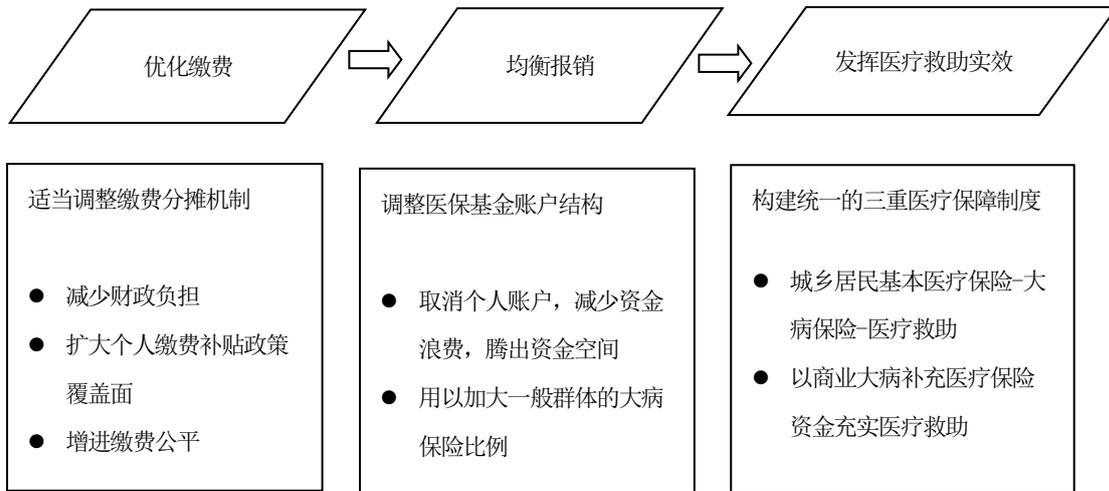


图6 贫困人口基本医疗保障政策的优化思路

1. 细化保费补贴政策，由对贫困人口的无差异补贴转为分保障对象的阶梯式定额补贴。细化保费补贴政策的前提是明确补贴对象的划分。如前文所述，脱贫人口内部的收入差异极大，相当一部分非贫困人口的收入水平也明显低于部分建档立卡贫困人口。因此，在2020年之后，政策设计简单延续贫困人口和非贫困人口的“两分法”是不科学的。结合对各贫困县的调研实践，作者认为今后至少可以将保费补贴对象由当前的贫困人口、非贫困人口转为兜底保障人群、城乡低收入人群和一般人群三类。其中兜底保障人群指完全失去劳动能力、无供养支持的老人、儿童、残疾人等，这部分人群将和脱贫攻坚后期的未脱贫人口以及部分民政救助对象高度重合，占比较少，可以延续或提高现行医疗保障个人缴费补贴政策；第二类人群为相对贫困人群（即城乡低收入群体），主要包含大部分已脱贫人口、现有扶贫工作之外的贫困边缘人口和大部分民政救助对象，这类人群无法承担医疗保障所带来的经济负担，可以对其医疗保障个人缴费给予一定的补贴；第三类人群为一般人群，这部分人群有较强能力负担医疗保障所带来支出，不必对其个人缴费提供补贴<sup>①</sup>。

本文以石城县和瑞金市2018年医疗保障保费补贴数据为基础，对细化保费补贴政策的可能性进行探讨和模拟测算。基本思路是：假定当前贫困人口的1/4或1/2进入兜底保障人群，同时给定相对贫困人群一定的保费补贴标准，计算在现有财政配套资金约束下，新补贴政策的政策覆盖面，结果如表5所示。以石城县为例，2018年，石城县享受全额保费补贴的贫困人口占总参保人数的25.5%<sup>②</sup>。假定其中1/4（约为总参保人口的6.34%）进入兜底保障，且低收入群体补贴标准为个人缴费部分的25%，则在现有财政补贴金额下，保费补贴政策的覆盖面可提升至83%，进一步将低收入群体保费补贴率提到50%和75%，则保费补贴政策的覆盖面将分别提高至45%和32%。

<sup>①</sup>本文基于石城县和瑞金市具体情况，估算三类人群的比例大致为6%~8%、12%和80%。

<sup>②</sup>石城县享受贫困人口医疗保障优惠政策的不仅包括建档立卡贫困人口，还有部分非贫困人口，两类人群合计占比25.5%。瑞金市享受个人保费全额补贴的人群占15.9%。

可见，采用分保障对象的阶梯式定额保费补贴政策，能在不增加地方政府财政负担的情况下，显著扩大保费补贴政策的覆盖面，既满足各类人群的参保需求，又能实现健康责任在个人和政府间的合理分摊。

表 5 关于细化保费补贴政策后的政策覆盖面测算情况 单位：%

假定贫困人口中进入兜底保障的比例	1/4			1/2		
	25	50	75	25	50	75
假定对低收入人群个人缴费补贴的比例	83	45	32	64	38	30
石城县保费补贴政策的覆盖率	52	28	20	40	24	25
瑞金市保费补贴政策的覆盖率						

数据来源：作者根据石城县、瑞金市医疗保障局提供的数据进行的模拟测算。

2. 构建统一的医疗保障制度框架。2020年后，为实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接，应逐步解决目前农村地区和城镇地区、贫困人口和非贫困人口医疗保障机制分割的问题，实现各类群体医疗保障制度顶层设计的基本统一<sup>①</sup>。具体而言，首先，将现有贫困人口与非贫困人口差异化的医疗保障制度统一到城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障的框架下，这也与相关政策的要求一致。其次，由于新框架中取消了各地商业医疗补充保险等额外的贫困人口医疗保障线，需重新明确新框架下各层次保障机制的定位。

第一道保障线仍为城乡居民基本医疗保险。作为基础医疗保障线，本级保障线不应针对各类保障对象进行差异化的政策设置，完全体现普惠性。

第二道保障线为大病保险。现行政策下，该保障线对贫困人口大病报销提供了充分保障，但对非贫困人口的保障程度明显不够。从石城县和瑞金市大病报销的情况来看，因享有起付线降低 50%、支付比例增加 5% 的优惠政策，两县贫困人口大病报销额占大病总报销额的平均比重达 60.8%，贫困人口和非贫困人口大病统筹账户资金的使用十分不平衡。未来应适当增加一般群体大病保险报销的可及性（如采取降低起付线等措施）、提高其大病医疗的保障水平，对困难群体和脆弱群体（城乡低收入人群）继续实施倾斜政策，以平衡大病报销向贫困人口“一边倒”的现状。

第三道保障线为医疗救助。作为医疗兜底保障制度，应逐步凸显医疗救助在医疗保障制度中的作用。该道保障线可为不同群体提供差异化的兜底保障措施，形式上具有一定的灵活性，将分群体、依情况对前两道保障线进行补充，在支出上强调支出有据、支出有效。从医疗救助涵盖的内容来看，一方面解决困难群体和脆弱群体在前两道保障线目录内医疗费用报销不足的问题，另一方面重点解决目录外的医疗报销问题。实际上，取消的商业大病补充医疗保险的作用将由医疗救助补充。

3. 适当调整医疗保障基金的账户结构，提高资金使用效率。课题组调研发现，各贫困县普遍存在个人账户医疗保障基金和医疗救助资金利用率不高的问题。以石城县和瑞金市为例，两县个人医疗保

<sup>①</sup> 事实上，早在 2018 年，国家医疗保障局、财政部、国务院扶贫办即提出，各地应逐步将在现有医疗保障制度之外自行开展的新的医疗保障扶贫举措转为在基本医保、大病保险和医疗救助三重保障框架下进行。参见 [http://www.gov.cn/xinwen/2018-10/19/content\\_5332738.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2018-10/19/content_5332738.htm)。

障基金账户平均资金闲置率达40%以上。此外，由于各县均实施三重医疗保障制度之外的贫困人口医疗报销补充政策，医疗救助制度难以充分发挥作用，其资金利用率也不高。例如，瑞金市2018年医疗救助资金报销率仅为30%。

可见，现有医疗保障基金账户结构存在一定调整空间，可由此提高医疗保障基金的使用效率，弥补推行医疗保障制度改革带来的财政负担。具体来说，可做出如下调整：

其一，取消医疗保障基金个人账户，将资金调剂进入门诊统筹账户和大病统筹账户。城乡居民最大的医疗负担在于大病，不宜将取消个人账户后的资金全部调剂进入门诊统筹，可将部分资金放入大病统筹账户。一方面，将个人账户调剂出来的部分资金投入门诊统筹账户，提高门诊报销比例；另一方面，将部分资金充实到大病统筹账户，以缓解调整大病保险报销政策后新增的大病报销资金压力。以石城县为例，2018年，石城县医疗保障基金个人账户闲置资金达1226万元。若将个人账户资金的50%调剂纳入大病统筹账户，假定其他条件不变，则大病保险账户筹资总额可增加35%，足以消除或大大缓解目前大病统筹账户中贫困人口和非贫困人口医疗报销苦乐不均的状况。

其二，取消地方财政补贴的商业大病补充医疗保险，将资金用于充实医疗救助。调整后的医疗救助制度可吸收商业大病补充医疗保险的资金、发挥第三道保障线的作用，重点解决医保目录外费用的报销问题。以瑞金市为例，取消贫困人口商业医疗补充保险的财政补贴将带来2757万元的医疗救助资金增量，使医疗救助资金增加1.36倍，这也意味着医疗救助制度的覆盖面或单笔救助力度可提高136%。改革医疗保障机制带来的财政负担增量主要体现在针对一般群体的大病报销待遇提升部分，而该部分因为有个人账户筹资的补充，不会明显增加地方政府的财政负担。

## 五、结论与讨论

脱贫攻坚期实施的医疗保障扶贫政策显著提升了贫困人口的医疗保障水平，在助推贫困人口脱贫过程中发挥了巨大的作用，但也带来了贫困人口与非贫困人口医疗保障福利差距过大的问题，引发了“悬崖效应”。本文测算结果显示，贫困人口人均享受的医疗保障福利为非贫困人口的2~3倍。即便考虑到贫困人口平均健康状况较差这一因素，这样的医疗保障差距仍然十分突出。

健康是一项基本权利，政府作为医疗公共卫生服务的提供者，应当考虑供给公平的问题。脱贫攻坚期内，为快速攻克贫困人口因病致贫的难题，中国针对贫困人口实施倾斜的医疗保障政策，为脱贫攻坚目标的如期实现贡献巨大。但随着消除绝对贫困这一阶段性目标的实现，未来中国将全面推进乡村振兴战略，必须将巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。在此背景下，继续推行贫困人口与非贫困人口分割的医疗保障政策、维持这两类群体医疗保障福利的“悬崖效应”显然缺乏可行性。新时期医疗保障制度的设计完善，应当围绕增强医疗保障制度的公平性，均衡提升各类人群的医疗保障福利这一目标进行。

本文基于贫困县医疗保障数据的模拟测算显示，简单推广贫困人口医疗保障政策到非贫困人口，将医疗保障扶贫政策“普惠化”，将带来巨大的财政负担，不仅缺乏效率，在财政上也完全不可行。相反，在细分受益人群的基础上，优化医疗保障制度的政策设计，变“悬崖效应”变为“缓坡效应”，

可以在不增加财政负担的同时，有效平衡各类人群的医疗保障福利。改进后的医疗保障制度在考虑各类人群医疗支付能力的基础上，将保障对象细分为兜底保障人群、城乡低收入人群和一般人群三类。通过调整保费补贴政策、调整医疗保障制度的政策框架和调整医疗保障基金的结构，这一改革为统一医疗保障制度框架、消解“悬崖效应”和控制医疗保障的财政压力提供了政策操作层面的基础。从政策效果来看，改进后的保费补贴政策将实现健康责任在个人与政府间的合理分摊，使政策覆盖面明显扩大，医疗保障制度的公平性明显增强，也让当前分群体设计实施的医疗保障制度回归到三重医疗保障制度框架下，实现了医疗保障制度顶层设计的统一。此外，调整后的政策可明显缓解当下医疗保障政策中的“悬崖效应”，有效增强制度的可持续性。

#### 参考文献

- 1.阿马蒂亚·森,2002:《以自由看待发展》,任曠、于真译,北京:中国人民大学出版社。
- 2.程名望、盖庆恩、Jin Yanhong、史清华,2016:《人力资本积累与农户收入增长》,《经济研究》第1期。
- 3.黄国武,2018:《关于健康扶贫的政策建议》,《中国社会保障》第10期。
- 4.李静,2019:《中国健康扶贫的成效与挑战》,《求索》第5期。
- 5.林万龙,2020:《关于2020年后低收入人群界定及扶持政策框架的思考》,中央农村工作领导小组办公室农业农村部研究报告。
- 6.世界银行,1993:《投资于健康:1993年世界发展报告》,北京:中国财政经济出版社。
- 7.汪三贵、刘明月,2019:《健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择》,《新疆师范大学学报(哲学社会科学版)》第3期。
- 8.王瑜,2018:《论脱贫攻坚中的悬崖效应及其对策》,《中国延安干部学院学报》第5期。
- 9.向国春、黄宵、徐楠、李婷婷、顾雪非、毛正中和殷妍先,2017:《精准健康扶贫对完善全民医保政策的启示》,《中国卫生经济》第8期。
- 10.谢毛毛、沈兴蓉、卢曼曼和王德斌,2018:《健康扶贫的潜在风险问题及对策分析》,《中国卫生经济》第8期。
- 11.中国人口与发展研究中心,2019:《全国健康扶贫监测报告2019》,http://www.cpdrc.org.cn/xwtd/201910/t20191015\_2926.html
- 12.翟绍果、严锦航,2018:《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》第3期。
- 13.曾小溪、汪三贵,2019:《论决胜脱贫攻坚的难点和对策》,《河海大学学报(哲学社会科学版)》第6期。
- 14.Maeda, A., E. Araujo, C. Cashin, J. Harris, N. Ikegami, and M. R. Reich, 2014, *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies (Directions in Development)*, Washington D.C.: The World Bank.
- 15.United Nations, 2016, *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf.

16.WHO, 2013, *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*, Geneva Switzerland: WHO Press.

17.Xu, K., P. Saksena, M. Jowett, C. Indikadahena, J. Kutzin and D. B. Evans, 2010, *World Health Report (2010) Background Paper19: Exploring The Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk*, Geneva Switzerland: WHO Press.

18.Xu, K., D. B. Evans, G. Carrin, A. M. Aguilar-Rivera, P. Musgrove, and T. Evans, 2007, “Protecting Households from Catastrophic Health Spending”, *Health Affairs*, 26(4): 972-983.

(作者单位：中国农业大学经济管理学院)

(责任编辑：云 音)

## Transferring “Cliff Effect” into “Gentle Slope Effect”? The Adjustment of Medical Insurance Policies for Poverty Alleviation After 2020

LIN Wanlong LIU Zhujun

**Abstract:** The disequilibrium on medical insurance policies between the impoverished and non-impoverished groups during the poverty alleviation period has become a problem of concern under the background of consolidating the achievements of poverty alleviation and effectively linking with rural revitalization in the next stage. Based on the first-hand data of six counties being lifted out of poverty in Jiangxi and Henan, this article analyzes the feasibility of improving the medical insurance policies for rural residents. It finds that currently the medical insurance benefits enjoyed by the impoverished people are significantly higher than those by the non-impoverished, which demonstrates a clear “cliff effect” in rural medical insurance policies. However, it is not feasible to simply “copy” and generalize the policies aimed to the impoverished to the non-impoverished group in the future, as such may cause large pressure to local fiscal systems. In order to better integrate poverty alleviation policies into rural revitalization strategy, China may consider implementing the following measures: recognizing distinct insured groups as a premise, and taking measures to adjust the insurance premium, the framework of medical insurance systems, and the structure of the medical insurance fund to improve the current medical insurance system. The newly improved medical insurance system can help transfer the “cliff effect” to “gentle slope effect”, which can help reduce the relative poverty and integrate poverty reduction policy into the strategy of rural revitalization.

**Keywords:** Health Care Policy; Medical Insurance Policy for Poverty Alleviation; Cliff Effect; Slope Effect