

相对贫困视域下医疗保障对农村中老年人群因病支出型贫困的减贫效果分析

刘俐¹, 邓晶¹, 于雪¹, 陈艾玲¹, 刘锐¹, 程配华¹

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院, 医学与社会发展研究中心, 健康领域社会风险预测治理协同创新中心, 重庆 400016)

【摘要】: **目的** 对我国东中西部地区农村中老年贫困人口各部分医疗费用导致的因病支出型贫困状况进行分析, 模拟医疗保障对门诊和住院的减贫效果, 为减轻农村贫困人口因病支出型贫困风险提供针对性建议。**方法** 采用 FGT 指数对中国东中西部地区农村贫困人口医疗保障补偿前后的因病因病支出型贫困进行测算, 模拟医疗保障在不同补偿比例下的减贫效果; 采用经济发展水平与贫困状况相结合的方式筛选东中西部地区代表性省份对贫困人口的医疗保障政策进行分析讨论。**结果** 各地区趋同化贫困人口倾斜性医保政策水平与地区差异性贫困特征不匹配; 各地区自我治疗费用导致的支出型贫困不容忽视; 各地区门诊支出型贫困更为严峻但医保减贫效果较好; 医保缓贫效果大于减贫效果。**结论** 医疗保障政策对改善贫困状况产生了积极作用, 且存在地区差异, 应结合地区经济情况与贫困状况, 完善医保扶贫措施。

【关键词】: 农村; 中老年人群; 因病支出型贫困; 医疗保障

Analysis of the Poverty Reduction Effect of Medical Security on Poverty Caused by Illness of the Middle-aged and Old Poor People in Rural China

Liu Li¹, Deng Jing¹, Yu Xue¹, Chen Ailing¹, Liu Rui¹, Cheng Peihua¹ (1. School of Public Health and Management, Chongqing Medical University, Research Center for Medicine and Social Development, Innovation Center for Social Risk Governance in Health, Chongqing 400016, China)

【Abstract】: **Objective** Analyze the poverty caused by illness by various medical expenses of the rural middle-aged and elderly poor population in the eastern, central and western regions of China; simulate the poverty reduction effect of medical security policies on outpatient and hospitalization; to reduce the poverty of the middle-aged and elderly poor population due to health risk provides targeted recommendations. **Methods** The FGT index is used to measure the expenditure-based poverty of the rural poor in different regions of China before and after medical security compensation, and further simulate the poverty reduction effects of different medical security levels. The method of combining the level of economic development and poverty is used to screen representative provinces in the eastern, central and western regions to analyze and discuss the medical security policies of the poor. **Results** The level of preferential medical insurance policies for the poor population in various regions does not match with the characteristics of regional differences in poverty; expenditure-based poverty caused by self-treatment costs in various regions cannot be ignored; out-patient expenditure-based poverty in various regions is more severe, and Outpatient compensation has a better effect on poverty alleviation; the poverty alleviation effect of medical insurance is greater than that of poverty reduce, and there are regional differences. **Conclusion** Medical security policies have played a positive role in improving poverty, and there are regional differences. It is necessary to improve medical insurance and poverty alleviation measures based on regional economic conditions and poverty.

【Keywords】: rural ; middle-aged and elderly people; poverty caused by illness; medical security

目前我国农村消除绝对贫困目标已达成, 巩固拓展脱贫攻坚成果, 下一步工作重点将转向相对贫困的识别与治理。由于相对贫困具有贫困维度广、致贫风险高、长期性等特点^[1]。因此其治理需分人群, 分致贫风险类型逐个攻破。

1基金项目: 2020年重庆市社会科学规划项目: 重庆市贫困人口因病致贫风险评估及管理策略研究(2020YBGL97) 作者单位: 重庆医科大学公共卫生与管理学院, 医学与社会发展研究中心, 健康领域社会风险预测治理协同创新中心, 重庆 400016 作者简介: 刘俐(1995-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 社会医学与卫生事业管理, 15730517176, E-mail: 1903141920@qq.com.

通讯作者: 邓晶(1979-), 女, 副教授, 研究方向: 卫生经济与管理、卫生政策分析, 13110298372, E-mail: cqmuoj@126.com

基于此，本研究选择贫困高风险人群，农村中老年建档立卡贫困人口为研究对象，分析高致贫返贫风险类型，疾病卫生支出的影响^[2]，探讨当前医疗保障政策对贫困的缓解效果，为相对贫困治理阶段医疗保障政策完善提供实证支持与政策建议。近年来部分学者将医保减贫纳入研究视野，得到一些有益结论，发现医保政策区域化差异导致政策效果差异，且不同人群医保减贫的实施效果也不尽相同^[3-6]。同时，我们发现有一些问题需进一步的探究，首先，已有文献未关注农村贫困中老年人这一疾病致贫高风险人群；其次，考虑到我国医保门诊和住院补偿范围水平不同，两者在减贫中发挥的效果需进一步分解评估，目前少有文献从该角度展开。再者，单一省市的医保减贫效果已被关注，但国家扶贫政策对我国东中西部不同区域的影响未被有效评估。因此，本研究将弥补以上不足，运用 **FGT** 指数分析不同地区农村中老年贫困人口门诊、住院、自我治疗费用导致的支出型贫困差异以及医疗保障对不同部分费用的减贫效果，并模拟不同地区在不同医疗保障水平条件下的减贫效果。

1. 资料来源与方法

1.1 政策来源及代表地区筛选结果

政策文件来源于各省（自治区、直辖市）政府部门官方文件，从东中西部地区分别选取三个代表性地区，筛选依据为 **2018** 年各部地区 **GDP** 最高结合贫困状况（贫困发生率和贫困人口数量），具体标准及代表性地区如表 1。

表 1 纳入政策文件标准及名称

地区	省份	纳入标准	纳入评价政策
西部	云南	贫困发生率较高	《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》
	贵州	贫困发生率较高	《贵州省进一步完善医疗保障机制助力脱贫攻坚三年行动方案(2017—2019 年)》 《关于提高农村贫困人口医疗救助保障水平推进精准扶贫的实施方案》
	四川	GDP 最高	《四川省建档立卡贫困人口医疗保障实施方案》
中部	山西	贫困发生率最高	《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》
	河南	GDP 最高	《<关于提高贫困人口医疗保障救助水平解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行）>实施细则的通知》 《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》
东部	湖南	贫困发生率较高	《关于贯彻落实国办发〔2015〕30 号文件进一步做好全省医疗救助工作的通知》 《湖南省民政厅关于进一步做好农村贫困人口医疗救助工作的通知》
	河北	贫困发生率最高	《关于提高贫困人口医疗保障救助水平解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行）》

广东 GDP 最高

《广东省人民政府关于进一步健全特困人员救助供养制度的实施意见》

《广东省健康扶贫三年行动计划(2018-2020年)》

海南 贫困发生率较高

《海南省人民政府办公厅关于印发海南省医疗救助实施办法的通知》

1.2 数据资料来源

本研究数据来源于 2018 年中国健康与养老追踪调查 (CHARLS) 数据库, 其采用概率比例规模抽样(PPS)的方法, 抽取中国 45 岁及以上中老年人家庭和个人为研究对象, 有效的模拟了我国人群分布特征, 具有很好的代表性。根据问题“GD003_W4_1 您家是建档立卡贫困户吗?” 筛选建档立卡贫困户人群, 提取贫困人群基本情况、医疗支出以及医疗保障数据。删除变量缺失严重样本, 并对数值型变量采取双侧 1% 缩尾处理, 最终得到 855 名农村中老年建档立卡贫困人口 (以下简称“农村贫困人口”), 东中西部地区¹ 占比分别为 49.12%、35.09% 和 15.79%, 和 2018 年《中国农村贫困监测报告》的贫困人口地区分布数据一致², 具有较好的代表性。

1.3 研究方法

因病支出型贫困指家庭成员因重大疾病或事故产生大额医疗支出, 造成家庭疾病经济负担沉重以及收入来源减少, 使整个家庭生活处于贫困的状态。目前对于因病支出型贫困并没有统一的界定方法, 其中“收入-家庭医疗支出-贫困标准 <0 ”是目前最普遍的界定方法^[7], 本研究采用这一标准界定贫困人群因病支出型贫困。本研究中的收入采取家庭人均收入, 为家庭总收入/家庭成员数, 家庭总收入包括工资性收入、生产经营性收入、财产性收入、转移性收入。

本研究以国家扶贫开发领导小组办公室 2018 年公布的农村贫困标准 2995 元作为划分贫困线的依据, 一是该标准是政府部门在综合考虑“两不愁, 三保障”的基础上制定的, 具有相对贫困的内涵特征; 二是贫困概念中存在一种不可缩减的绝对贫困内核, 它并不会因为相对性而发生改变, 即相对的绝对贫困^[8]。贫困评价的全面性要求贫困测量指标能综合反映贫困状况, Sen 指数是综合贫困指标研究的先行者, 但其存在贫困人口如果脱贫会出现数值跳跃等问题, SST 指数虽然弥补了以上问题, 但存在缺乏贫困差异程度的鉴别力, FGT 指数很好的解决了上述问题, 其分别从贫困发生率、贫困发生深度和贫困发生强度对贫困状况进行测量^[9], 可对我国贫困状况进行全方位的评估。再结合本研究主要测量的是因病支出型贫困, 因此将 FGT 指数与因病支出型贫困的

¹ 东中西部地区划分根据《中国卫生健康统计年鉴》, 东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南 11 个省(直辖市), 中部地区包括黑龙江、吉林、山西、安徽、江西、河南、湖北、湖南 8 个省, 西部地区包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆 12 个省(自治区、直辖市)

² 2018 年《中国农村贫困监测报告》东中西部地区的贫困人口分别占全国贫困总人口的 55.2%、36%、8.8%。

测量相结合，具体表达式如下：

$$F_{\alpha} = \frac{1}{n_{\alpha}} \sum_{i=1}^m \left(\frac{Z - Y_i + K_i}{Z_i} \right)^{\alpha}$$

其中， F_{α} 表示支出型贫困测量指标， n 表示各地区人口数， m 表示低于贫困线的人数， Z 表示 2018 年国家贫困线， Y_i 表示第 i 个发生支出型贫困的个体收入，这里指家庭人均收入， K_i 表示第 i 个发生支出型贫困的个体医疗费用支出。当 $\alpha=0$ 时， F_0 为支出型贫困发生率，即贫困广度，指贫困人口规模，贫困人口越多扶贫范围越大，此时 $n_0 = n$ ；当 $\alpha=1$ 时， F_1 为贫困深度指数，指贫困人口收入相对于贫困线的缺口，缺口越大，贫困人口生活水平越低，扶贫成本越大，此时 $n_1 = m$ ；当 $\alpha=2$ 时， F_2 为贫困强度指数，指贫困人口收入分布不均程度，收入差距越大，扶贫难度越大，此时 $n_2 = m$ 。

2.结果

2.1 基本情况

从人口基本特征来看，纳入的 855 例农村贫困人口中，东中西部地区女性占比略高于男性；60 岁以上老年人更多，其中东部地区农村贫困人口中老年人占比更大，达到 80% 以上；患三种及其以上慢性病种数的人口占比 50% 左右，多病共存问题严峻；各地区农村贫困人口文化程度普遍较低，小学及文盲的占比 80% 以上；东部地区农村贫困人口家庭人均收入为 7280 元/年，高于中西部地区。

从各地区医疗费用来看，东中西部农村贫困人口的年人均总医疗费用分别占到家庭人均收入的 61.06%、71.25%、56.93%，同时各地人均医疗总费用补偿比均在 25% 以下。从整体来看，东部地区医疗费用较高，实际医疗保障补偿比例较低为 12.27%，中部地区医疗保障补偿水平较高；从各部分费用构成来看，门诊费用支出较住院和自我治疗更大。见表 2。

表 2 不同地区收入与医疗费用情况

因素	西部(n=420)	中部(n=300)	东部(n=135)
基本情况(%)			
女性	232(55.24)	161(53.67)	68(50.00)
年龄≥60岁	269(64.05)	211(70.33)	111(81.62)
慢性病种数≥3	205(48.81)	155(51.67)	68(50.00)
文化程度为小学及文盲	368(87.62)	246(82.00)	111(82.22)
家庭人均收入(元/年)	6 603.28	5 359.94	7 280.13
医疗费用(实际补偿比%)			

人年均门诊总费用	3 035.98(28.44)	4 314.09(40.93)	7 083.97(26.05)
人年均住院总费用	1 836.17(61.29)	2 2 016.9(64.73)	2 997.88(43.88)
人年均自我治疗总费用	2 2 665.79(5.74)	2 2 452.54(2.65)	2 2 615.17(2.41)
人年均总医疗费用	3 758.94(17.89)	3 818.75(22.61)	4 445.41(12.27)

2.2 农村中老年贫困人口因病支出型贫困

从医疗保障补偿效果的地区差异来看。见表3。一是门诊费用导致的支出型贫困水平存在地区差异。从因病支出型贫困深度来看，东部地区最高，且医疗保障补偿后差距进一步加大，东中部贫困差距倍数由1.76倍增加到1.98倍，东西部由2.11倍增加到2.69倍。东部地区农村贫困人口门诊费用高，且自付医疗支出大，贫困深度状况进一步加剧。因病支出型贫困强度特征与深度特征表现一致。二是住院费用导致的支出型贫困存在地区差异。医保补偿前，西部地区住院费用导致的支出型贫困深度与强度小于东部地区，贫困深度分别为1.10和1.51，贫困强度分别为3.67和3.87，医保补偿后，西部地区的贫困强度略大于东部地区，分别为1.95和1.87，西部地区住院补偿效果较东部地区更小。中部地区在医保补偿前后，住院费用导致的支出型贫困均较低。三是各地区自我治疗导致的支出型贫困深度与强度均较高，医保补偿仅使贫困指数小幅下降。

从费用结构差异来看，门诊费用导致的支出型贫困深度与强度大于住院和自我治疗，如各地区门诊平均支出型贫困深度和强度分别为2.38和18.44，住院平均分别为1.25和3.45，自我治疗平均分别为1.28和3.00，农村贫困人口门诊支出负担大。医保补偿后，门诊费用导致的贫困程度下降幅度更大，各地区平均下降幅度为44.5%，而住院和自我治疗平均下降分别为34.06%和3.29%，医保对门诊支出型贫困缓贫效果更好。

表3 农村贫困人口因病支出型贫困状况

医疗费用	地区	贫困发生深度			贫困发生强度		
		1	2	3	1	2	3
门诊费用	西部	0.56	1.66	0.81	0.37	13.07	1.04
	中部	0.56	1.99	1.10	0.39	10.96	3.94
	东部	0.61	3.50	2.18	0.46	31.30	10.70
住院费用	西部	0.56	1.10	0.81	0.38	3.67	1.95
	中部	0.46	1.13	0.61	0.29	2.82	0.61
	东部	0.50	1.51	1.06	0.33	3.87	1.87
自我治疗费用	西部	0.54	1.36	1.27	0.37	3.22	2.84
	中部	0.48	1.21	1.18	0.30	2.82	2.67
	东部	0.54	1.27	1.26	0.38	2.96	2.86
年总费用	西部	0.55	1.76	1.34	0.37	8.58	3.47
	中部	0.49	1.76	1.27	0.31	7.82	3.57

东部	0.53	1.99	1.62	0.36	10.05	5.45
----	------	------	------	------	-------	------

注：1表示未发生医疗支出；2表示发生医疗支出，但无任何医疗保障补偿；3表示发生医疗支出且享有所有医疗保障补偿。

2.3 医疗保障减贫效果模拟

本文采用静态模拟，即农村贫困人口医疗支出不随医保制度报销比例的变化而变化。本研究采取 20%、40%、60%、80% 的医保报销比例进行医保减贫效果模拟，是基于以上各地区实际门诊、住院最低报销比例分别为 26.05% 和 43.88%，同时各地区出台的对于贫困人口的医疗保障政策要求贫困人口的医疗费用在经过多重医疗保障报销后自付费用要控制在 10% 左右，政策补偿比与实际报销比例存在一定差距。因此，为囊括实际与政策性医保报销比例，本研究分别模拟 4 种报销比例以进一步反映不同水平报销政策下的减贫效果。模拟结果如表 4，发现：

一是从整体减贫效果来看，随着报销比例的提高，贫困指数下降幅度越大。例如，当报销比例分别达到 40%、60% 和 80% 时，各地区门诊支出型贫困深度平均下降幅度分别为 20.67%、23.33%、27.00%，住院平均下降幅度平均为 14.33%、14.33%、18.33%。

二是从地区减贫效果差异来看，在不同报销比例下，东部地区因病支出型贫困深度和强度下降幅度较大，因病支出型贫困发生率下降幅度较小。例如，当门诊报销比例由 60% 上升到 80% 时，东部地区因病支出型贫困发生深度和强度分别下降了 34% 和 64%，西部地区分别下降了 21% 和 60%。

三是从各指标减贫效果差异来看，各地区医疗保障对改善贫困强度的作用大于贫困深度大于贫困率，如当门诊报销比例由 60% 达到 80% 时，各地区贫困强度平均下降 61.33%，贫困深度下降 27%，贫困率下降 7.33%。

表 4 医疗保障对因病支出型贫困的减贫效果模拟

费用支出	报销比例	地区	贫困发生率	贫困发生深度	贫困发生强度
门诊	20%	西部	0.62	1.40	8.37
		中部	0.61	1.75	7.63
		东部	0.65	2.81	19.85
	40%	西部	0.61	1.13	4.69
		中部	0.59	1.43	4.55
		东部	0.65	2.11	11.33
	60%	西部	0.59	0.90	2.25
		中部	0.58	1.06	2.21
		东部	0.61	1.60	6.05
	80%	西部	0.54	0.71	0.89
		中部	0.50	0.78	0.89
		东部	0.61	1.05	2.19
住院	20%	西部	0.57	0.99	2.64
		中部	0.60	0.96	1.92
		东部	0.64	1.26	2.57

40%	西部	0.55	0.89	1.78
	中部	0.58	0.81	1.24
	东部	0.62	1.05	1.68
60%	西部	0.52	0.79	1.12
	中部	0.51	0.72	0.78
	东部	0.62	0.83	0.98
80%	西部	0.50	0.68	0.64
	中部	0.46	0.59	0.45
	东部	0.60	0.64	0.54

3 讨论

3.1 各地区趋同化贫困人口倾斜性医保政策水平与地区差异性贫困特征不匹配

具体分析各地区贫困人口倾斜性医保政策发现政策趋同性特征明显。各地区在补偿方式、补偿水平上都非常接近。

门诊均采用普通门诊补偿比一般居民提高 5~10 个百分点，特殊疾病门诊补偿比例比一般居民提高 10~20 个百分点的方式。云南省对认定的 28 种特病报销比为 80%，山西省对 35 种慢病的门诊费用按病种限额内 100% 报销，河北省进一步划分了 18 种普通慢性病与 4 种重大慢性病，报销比例分别为 75% 和 90%，地区之间的差别不明显。然而东部地区农村相较于中西部，医疗服务可及性更高，在一定程度上会增加卫生服务利用，致使其直接卫生支出及与高生活成本相关的间接卫生支出都显著高于中西部地区。东部地区对于农村贫困人口的门诊补偿并没有显示出较大的政策优势，导致了东部地区医保对门诊支出型贫困减贫效果较差。有研究也证实了东部地区贫困家庭医药费报销之后的贫困发生率降低幅度显著低于中部地区^[10]。

同样，从各地区对于贫困人口住院费用的倾斜性医保政策来看，都主要以医疗救助为主，县级财政兜底。对于贫困人口采取减免起付费，提高报销比例，参考疾病严重程度与贫困程度相结合的方式分阶段报销。贵州和海南对于贫困人口的县域内普通住院费用不设起付线，河北将医疗费起付线降低 50%；贵州和湖南对报销后负担仍较重的按不低于个人自付费用的 70% 比例进行救助；海南和湖南救助水平确定综合考虑了贫困程度与疾病类型，贫困程度越严重，救助比例越高。但相较门诊服务，住院服务利用各级别医疗机构存在明显差异，居民倾向于向高级别医院流动。西部地区对贫困人口的住院补偿倾向于采取分级分区报销，医疗机构级别越高或者县域外就医，报销比例越低，该种补偿方式没有更好的考虑到不同贫困程度人群需求差异，因此西部地区住院补偿效果较差。

3.2 各地区自我治疗费用导致的支出型贫困不容忽视

自我治疗支出型贫困较为严峻，医保补偿不足。自我治疗利用率高，研究

显示由于医疗水平限制以及外出就医成本高等原因，在因病致贫家庭中，长期自付打针吃药费用占比达到 **51.2%**，甚至有超过三分之二的因病致贫家庭不愿去医院就诊^[11]，同时该部分费用以自付为主，研究显示老年人自我治疗费用中超过 **90%**需要自己支付^[12]。从各地区对于贫困人口的倾斜性医疗保障政策来看，均主要对就诊产生的政策范围内的医疗费用进行补助报销，政策范围外费用补偿仍显不足。如，四川省 **88** 个贫困县每个县设立 **300** 万元卫生扶贫救助基金对现行扶持政策覆盖范围之外出现的一些特殊困难予以救助，湖南省要求各医疗机构对贫困人口住院及门诊治疗目录外医疗费用比例要努力控制在 **10%** 以内，广东省通过为特困供养人员购买商业保险的方式以减轻政策范围外的医疗负担。地区对于目录外的自付医疗费用补偿较少，且补偿政策并不明晰，自我治疗费用仍以自付为主。

3.3 各地区门诊支出型贫困更为严峻但医保减贫效果较好

门诊费用导致的支出型贫困水平较高，这和门诊支出大，且报销比例低有关。各地区除对慢特病门诊补偿水平较高，倾斜力度较大外，对于普通门诊补偿比例相对较低，致使其对大部分贫困人口疾病经济风险分担能力进一步减弱^[13]。如，贵州省对贫困人口的普通门诊与慢特病门诊统筹报销封顶线标准分别为每人每年不低于 **400** 元和 **2** 万元，山西省对慢特病和其它病种的报销分别为按病种支付限额内的 **100%**和不低于 **60%**的比例报销，河北省对于普通门诊与重大慢性病门诊的封顶线分别为每人每年不低于 **500** 元和 **15** 万元。门诊医保减贫效果较好，这可能和较高的门诊利用与门诊支出致使门诊减贫空间较大有关，且对于门诊的医保补偿水平不断提高。

3.4 医保缓贫效果大于减贫效果

医疗保障对贫困程度的改善作用大于对降低贫困发生率的作用。这和仇雨临等人^[3]的研究结果一致，其研究结果显示三重医疗保障对缓解农村贫困人口贫困程度的作用更为明显。这与各地区针对不同贫困程度或不同医疗费用的贫困人口实施差异化的报销政策有关，其有助于缩小贫困人口与贫困线以及贫困人口内部的贫困差距。例如，贵州省对农村贫困人口大病报销实行分段累加政策，第一档（起付线 **0~3000** 元）报销比例不低于 **50%**，之后每提高一档报销比例提高 **10** 个百分点以上；河南省同样根据大病医疗费用实行分段报销，**10** 万元以上部分报销比例达到 **95%**；广东省大病保险按照贫困程度实施分类报销，特困供养人员报销比例达到 **80%**以上。医保减贫作用较小，一方面可能因为受访者存在回忆偏倚，同时存在多报自付医疗费用的心理，另一方面剩余贫困人口多为深度贫困，单纯依靠医疗保障水平难以实现脱贫。

从总体情况来看，相较于中西部地区，东部地区医疗保障对贫困人口的贫困改善效果较好，对于减少贫困人口数量效果较差，表明东部地区剩余贫困人

口的贫困程度较深，仅通过提高医疗保障水平难以实现脱贫，中央财政资金重点投向中西部贫困地区，东部地区自己办事自己买单的方式致使扶贫投入较为审慎。而西部贫困地区贫困规模大^[14]，因病致贫率高的特点^[12]致使其减贫空间较大，但同时农村贫困人口所享有的医保扶贫资源也相对有限，缓贫效果有待提升。

4. 建议

4.1 增强财政能力与医保补偿适配度，促进医保政府筹资及投入责任的“上”移

东部地区特别是沿海地区在对农村贫困中老年人开展医保扶贫时，应切实提高门诊实际报销比例，扩大门诊救助范围，建立门诊补偿与地区经济发展水平相适应的动态增长机制。西部地区应进一步完善贫困人口的住院报销政策，结合贫困程度、疾病严重程度、医疗支出等多元化标准对贫困人口实行差异化报销，以提高住院补偿效果。各地区进一步健全医疗救助财政投入体系，促进救助责任上移，强化中央和省级财政的承担责任，对于贫困程度深、筹资能力弱的基层政府的医疗救助资金分担比例控制在30%以内，省级和中央政府根据各地贫困状况、财政能力、收入水平实现转移支付的规范化和制度化。

4.2 缓解自我治疗支出型贫困，促进医保基金支付范围适当“外”移

加大对农村贫困地区的基层医疗卫生服务投入，改善村卫生室和乡镇卫生院的医疗条件，增加基层医疗卫生机构用药目录，尽可能满足贫困人口的就近用药需求；将贫困人口需求较高、负担较重的目录外药品费用进行专项扶助，明确补偿方式与标准，完善贫困人口自我治疗费用补偿政策，结合商业保险、社会救助等方式多渠道帮扶，以切实降低政府部门及贫困人口负担。

4.3 防范门诊支出型贫困深化，推动医疗保障关口“前”移

门诊费用高且门诊补偿减贫效果较好，各地区应注重降低农村中老年贫困人口的门诊负担，提高普通性门诊费用补偿力度，实行医疗救助预付款制度，以防止因为就诊不及时导致病情发展严重，提高门诊补偿效果。同时，老年慢病应坚持“三早”原则，早发现、早认定、早治疗，急需将老年特别是贫困老年慢病特病资格认定前移，以实现医保减贫效果的最大化。

4.4 改善医保减贫缓贫效果，推进医保倾斜力度“下”移

继续延续对不同收入等级以及医疗费用的人群实行差异化的倾斜性医疗保障政策，实施阶梯式报销，加大对农村低收入贫困老年人的医保补偿力度。对于东部地区需加强综合性帮扶措施，对于创收能力弱，医疗负担重的深度贫困人口加大养老保险等转移支付力度，根据收入、医疗支出、疾病程度等综合指标对贫困人口进行贫困等级划分，对于深度贫困人口实行多部门联动、多项帮扶政策叠加，做到应保尽保高水平保。

参考文献

- [1] 顾海英. 新时代中国贫困治理的阶段特征、目标取向与实现路径[J]. 上海交通大学学报(哲学社会科学版),2020,28(06):28-34.
- [2] 白增博, 汪三贵, 周园翔. 相对贫困视域下农村老年贫困治理[J]. 南京农业大学学报(社会科学版),2020,20(04):68-77.
- [3] 仇雨临, 张忠朝. 贵州少数民族地区医疗保障反贫困研究[J]. 国家行政学院学报,2016(03):69-75.
- [4] 丁少群, 苏瑞珍. 我国农村医疗保险体系减贫效应的实现路径及政策效果研究——基于收入再分配实现机制视角[J]. 保险研究,2019(10):114-127.
- [5] 程杰. 社会保障对城乡老年人的贫困削减效应[J]. 社会保障研究,2012(3):52-66.
- [6] 安华, 赵云月. 民族地区农村因病支出型贫困家庭社会救助机制研究——基于发展型社会救助视角[J]. 广西社会科学,2020(05):78-83.
- [7] 王超群. 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[J]. 公共行政评论,2017,10(03):99-115.
- [8] 杨立雄, 谢丹丹. “绝对的相对”,抑或“相对的绝对”——汤森和森的贫困理论比较[J]. 财经科学,2007(01):59-66.
- [9] 陆康强. 贫困指数:构造与再造[J]. 社会学研究,2007(04):1-22.
- [10] 李实, 詹鹏, 杨灿. 中国农村公共转移收入的减贫效果[J]. 中国农业大学学报(社会科学版),2016,33(05):71-80.
- [11] 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[J]. 经济学家,2016(10):71-81.
- [12] 岳海燕. 老年人医疗费用支出及影响因素研究_岳海燕[D]. 贵州财经大学,2019.
- [13] 孙巍, 冯星, 徐彬. 异质性视角下区域式精准扶贫研究——基于收入分布变迁贫困分解[J]. 河北经贸大学学报,2019,40(05):70-76.
- [14] 国务院新闻办公室. 国家医疗保障局 医保动态 推进健康扶贫和医保扶贫 确保贫困人口基本医疗有保障发布会[Z]. 2021:2021.