

灾难性医疗支出对我国农村贫困的影响研究

——基于中国家庭追踪调查

王钦池*

中国人口与发展研究中心 北京 100081

【摘要】农村贫困人口脱贫是全面建成小康社会艰巨的任务。本文利用2014年中国家庭追踪调查数据,通过测算灾难性医疗支出(CHE)家庭的发生率、贫困发生率、占贫困家庭的比重、CHE致贫率等多个指标,定量分析CHE对我国农村贫困的影响。基于测算结果,建议把CHE家庭作为医疗卫生部门在农村实施精准减贫的重点对象;为了实现扶贫绩效的最大化,CHE标准的设定需要综合考虑扶贫精准度和覆盖面两个因素。

【关键词】灾难性医疗支出; 贫困; 减贫

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.02.002

Effects of catastrophic medical expenditure on rural poverty in China

WANG Qin-chi

China Population and Development Research Center, Beijing 100081, China

【Abstract】 Helping all rural people living below the poverty line shake off is the most difficult task to build a moderately prosperous society in all respects. Based on 2014 China Household Panel Data Survey, this paper evaluates the effects of catastrophic health expenditure (CHE) on poverty in the rural areas of China by calculating the CHE and households poverty incidences, the poor families' proportions, and the poverty incidence due to CHE and other indicators. According to estimated results, we recommend that CHE households should be regarded as the main target population to be shaken off poverty in the rural areas by the national health department. In order to maximize the poverty reduction performance, it is necessary to take into account both the poverty alleviation accuracy and coverage while setting the CHE criteria.

【Abstract】 Catastrophic medical expenditure; Poverty; Poverty reduction

农村贫困人口脱贫是全面建成小康社会艰巨的任务。灾难性医疗支出是贫困产生的重要原因,有效防止灾难性医疗支出的发生对于实现农村贫困人口全面脱贫目标具有重要意义。2015年7月国务院办公厅发布的《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发[2015]57号)提出,到2017年,建立起比较完善的大病保险制度,与医疗救助等制度紧密衔接,共同发挥托底保障功能,有效防止发生家庭灾难性医疗支出。因此,消除灾难性医疗支出对于减贫和促进医疗卫生服务公平都有重要意义。现有文献对于因病致贫问题做了较多研究^[1-3],围绕医改

和灾难性医疗支出的关系做了积极探讨^[4-5],但是对于灾难性医疗支出和贫困关系的定量研究仍然较少。基于上述背景,本文利用全国性大样本调查数据,定量研究灾难性医疗支出与我国农村贫困的关系,为从医疗卫生角度开展农村精准扶贫提供经验支持。

1 资料和方法

1.1 资料来源

本文的数据资料来自国家卫生计生委组织的2014年中国家庭追踪调查。该调查涉及31个省(区、市)、233个地(市)、321个县(市、区)、1560个

* 基金项目:“十二五”国家科技支撑计划(2012BAI40B01)

作者简介:王钦池,男(1975年—),博士,副研究员,主要研究方向为人口和健康经济学。E-mail: wangqinchi@bq.com

乡(镇、街道)的 1 625 个样本村(居委会),覆盖 70% 的地级市、11% 的区县和 4% 的乡镇,采用分层多阶段按规模大小成比例的概率抽样(PPS),具有较好的代表性,反映了调查对象 2013 年的人口、收入、消费等状况。根据研究需要,本文采用调查获得的农村家庭样本数据。剔除缺失值后,最终样本 17 587 个农村家庭,48 780 人。

1.2 研究方法和概念界定

利用调查数据测算农村家庭灾难性医疗支出发生率、灾难性医疗支出家庭的贫困发生率、占贫困家庭的比重、灾难性医疗支出的致贫率等。相关分析应用 SPSS21.0 软件。相关概念界定如下:

(1)灾难性医疗支出:当家庭医疗支出占家庭非食品支出的比例达到或者超过某一界定标准时,认为该家庭发生了灾难性医疗支出。世界卫生组织推荐把医疗支出占家庭非食品支出的 40% 作为灾难性医疗支出界定标准。为了反映不同界定标准对结论的影响,本文测算了不同界定标准的相关结果。

(2)灾难性医疗支出发生率:指发生灾难性医疗支出家庭数量占全部样本家庭比例。计算公式是:

灾难性医疗支出发生率 = (发生灾难性医疗支出家庭数量/全部样本家庭数量) × 100%

(3)贫困家庭:当一个家庭的人均支出或者收入低于某个设定标准时,该家庭被称为贫困家庭。我国政府对农村贫困家庭的界定是从收入角度提出的,2013 年农村贫困线是人均年纯收入 2 736 元,相当于 2010 年不变价的 2 300 元。

(4)贫困家庭(人口)发生率:指贫困家庭(人口)数量占全部样本家庭(人口)数量的比例。计算公式为:

贫困家庭发生率 = (贫困家庭数量/全部样本家庭数量) × 100%

贫困人口发生率 = (贫困家庭人口数量/全部样本家庭人口数量) × 100%

(5)灾难性医疗支出家庭占贫困家庭比重:指已经处于贫困状态而又发生灾难性医疗支出的家庭占贫困家庭的比例。其计算公式是:

灾难性医疗支出家庭占贫困家庭比重 = (发生灾难性医疗支出的贫困家庭数量/全部贫困家庭数量) × 100%

(6)灾难性医疗支出的致贫率:指对于发生灾难性医疗支出的家庭,将其人均医疗费用和实际人均收入之和作为其潜在人均收入,那些潜在人均收入小于贫困线的家庭人口数量与实际发生灾难性医疗支出家庭人口数量之差占全部样本家庭人口的比例。记全部样本家庭人口数量为 P ,实际发生灾难性医疗支出家庭人口数量为 P_1 ,发生灾难性医疗支出家庭的人均医疗费用为 E ,家庭人均实际收入为 I ,贫困标准线为 L ,满足 $E + I < L$ 条件的家庭人口数量为 P_2 ,那么有如下计算公式:

灾难性医疗支出致贫率 = $[(P_1 - P_2)/P] \times 100\%$

(7)家庭收入水平划分:将全部样本家庭按照家庭人均收入水平由低到高顺次排序,然后依次按相同人数分为 5 个收入组,按照收入水平高低依次归为低收入家庭、中低收入家庭、中等收入家庭、中高收入家庭、高收入家庭。

2 结果

2.1 家庭贫困和医疗支出基本状况

2.1.1 农村家庭和人口的贫困基本状况

我国农村家庭贫困发生率为 13.79%,人口贫困发生率为 11.76%。按照 2013 年全国农村家庭和人口总量估计,农村贫困家庭数量为 3 167 万个,贫困人口为 7 403 万。

2.1.2 家庭医疗支出情况

2013 年,由家庭负担的医疗净支出均值为 4 001 元,人均医疗支出为 1 683 元,医疗支出占家庭生活消费的比重为 19.03%。随着家庭收入水平的提高,家庭医疗支出大致呈现先减少后增加的趋势,人均医疗支出呈现先增加后减少的趋势,医疗支出占家庭消费比重则呈现明显下降趋势。对比看,收入较低家庭的绝对医疗负担与收入较高家庭相差较小,但是相对负担明显高于收入较高的家庭。在五等分的家庭中,中高收入家庭医疗支出最少,为 3 627 元;中低收入家庭最高,为 4 308 元,后者是前者的 1.2 倍。中高收入家庭的人均医疗支出最低,为 1 410 元;低收入家庭最高,为 1 974 元,后者是前者的 1.4 倍。高收入家庭的医疗支出占家庭消费的比重最低,为 10.65%;低收入家庭最高,为 30.9%,后者是前者的 2.9 倍。低收入家庭的平均医疗支出仅次于中低收入家庭,而其人均医疗支出和占家庭消费的比重在各类家庭中都是最高的(表 1)。

表1 不同收入水平的家庭医疗支出情况

收入水平分组	家庭支出(元)	人均支出(元)	消费比重(%)
低收入	4 125	1 974	30.90
中低收入	4 308	1 598	22.28
中等收入	4 125	1 541	17.47
中高收入	3 627	1 410	13.98
高收入	3 833	1 888	10.65
平均	4 001	1 683	19.03

2.1.3 贫困家庭的医疗支出情况

贫困家庭医疗支出均值为4 065元,比非贫困家庭高2.5%;人均医疗支出为1 987元,比非贫困家庭高23.7%;医疗支出占家庭生活总消费的比重为19.8%,比非贫困家庭高8.4个百分点(表2)。可见,贫困家庭和非贫困家庭的人均医疗支出差距明显大于家庭医疗支出差距,贫困家庭的医疗支出占家庭消费比重明显高于非贫困家庭,考虑到贫困家庭收入水平低,贫困家庭的医疗负担较重是显而易见的。

表2 贫困家庭和非贫困家庭医疗支出情况

家庭类型	家庭支出(元)	人均支出(元)	消费比重(%)
贫困家庭	4 065	1 987	19.8
非贫困家庭	3 966	1 606	11.41

2.2 家庭灾难性医疗支出情况

2.2.1 家庭灾难性医疗支出发生率

随着CHE标准提高,家庭灾难性医疗支出发生率明显下降。当CHE标准为20%和60%时,灾难性医疗支出发生率分别为33.81%和7.09%,前者是后者的4.8倍。在相同的CHE标准下,收入水平越低,灾难性医疗支出发生率越高。当CHE等于40%时,低收入家庭的灾难性医疗支出发生率为31.64%,高收入家庭的灾难性医疗支出发生率仅为5.66%。随着CHE标准提高,不同收入水平家庭的灾难性医疗支出发生率趋于收敛;但是低收入家庭的发生率仍然明显高于其他家庭(表3)。

表3 家庭灾难性医疗支出发生率(%)

CHE标准	低收入家庭	中低收入家庭	中等收入家庭	中高收入家庭	高收入家庭	平均
10	68.95	60.21	51.60	42.93	32.47	51.26
20	54.31	40.56	30.82	24.17	17.49	33.81
30	42.08	28.22	19.50	14.40	9.67	23.03
40	31.64	19.13	12.29	9.15	5.66	15.78
50	23.46	12.66	7.90	5.16	3.53	10.67
60	17.03	8.35	4.93	2.74	2.02	7.09
70	11.00	4.53	2.88	1.34	1.08	4.24
80	6.15	2.02	1.48	0.48	0.45	2.16

2.2.2 灾难性医疗支出家庭的医疗支出情况

随着CHE标准提高,灾难性医疗支出家庭的医疗支出明显提高。当CHE标准为20%时,灾难性医疗支出家庭的医疗支出均值为9 194元;当CHE标准为40%时,家庭医疗支出均值为13 561元;当CHE标准提高到40%时,家庭医疗支出均值增加到18 745元。随着CHE标准的提高,灾难性医疗支出家庭和非灾难性医疗支出家庭的医疗支出相对差距呈现先下降后升高的趋势。当CHE等于20%时,灾难性医疗支出家庭的医疗支出均值是非灾难性医疗支出家庭的6.8倍;当CHE等于40%时,前者是后者的6.1倍;当CHE等于60%时,前者是后者的6.5倍(表4)。灾难性医疗支出家庭的人均医疗支出的基本特征与家庭医疗支出基本一致。差别之处在于,发生灾难性医疗支出的家庭与未发生灾难性医疗支出家庭的人均医疗支出相对差距大于家庭医疗支出。当CHE标准为20%时,灾难性医疗支出家庭的人均医疗支出是非灾难性医疗支出家庭的7.5倍;当CHE标准为40%时,前者是后者的6.9倍;当CHE标准为40%时,前者是后者的7.7倍(表4)。

表4 灾难性与非灾难性医疗支出家庭医疗支出对比

CHE标准(%)	家庭平均(万元)		家庭人均(万元)		CHE与非CHE之比	
	CHE家庭	非CHE家庭	CHE家庭	非CHE家庭	家庭之比	人均之比
10	0.70	0.08	0.29	0.03	9.1	9.7
20	0.92	0.14	0.39	0.05	6.8	7.5
30	1.13	0.18	0.49	0.07	6.3	7.0
40	1.36	0.22	0.60	0.09	6.1	6.9
50	1.61	0.26	0.72	0.10	6.3	7.3
60	1.87	0.29	0.87	0.11	6.5	7.7
70	2.24	0.32	1.04	0.13	7.0	8.2
80	2.64	0.35	1.27	0.14	7.5	8.9

2.3 灾难性医疗支出的致贫效应

2.3.1 灾难性医疗支出家庭的贫困发生率

随着CHE标准提高,灾难性医疗支出家庭的贫困发生率明显升高:当CHE标准为20%时,贫困发生率为23.46%;当CHE标准为40%时,贫困发生率为30.15%;当CHE标准为80%时,贫困发生率45.78%。从拟合曲线看,灾难性医疗支出家庭贫困发生率与CHE标准呈显著的线性正相关,CHE标准每提高一个百分点,灾难性医疗支出家庭的贫困发生率大致提高0.36个百分点(图1)。

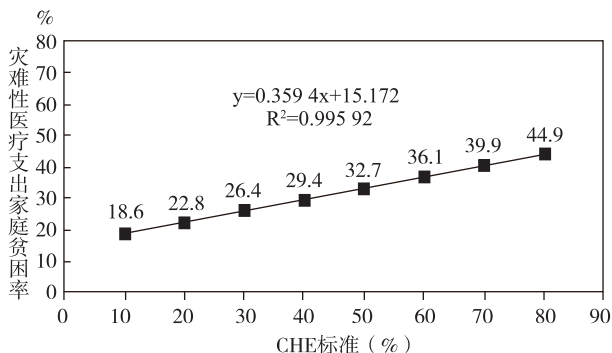


图 1 灾难性医疗支出家庭贫困率和 CHE 标准的关系

2.3.2 灾难性医疗支出的致贫率及其贫困贡献率

随着 CHE 标准提高,灾难性医疗支出致贫率趋于下降,这是因为 CHE 标准越高,灾难性医疗支出家庭发生率越低,对贫困发生率的影响就越小。当 CHE 标准为 20% 时,灾难性医疗支出的致贫率为 4.61%;当 CHE 标准为 40% 时,致贫率下降到 3.29%;当 CHE 标准为 60% 时,致贫率下降到 2.05%。按 2013 年家庭贫困率 13.79% 测算,当 CHE 标准为 40% 时,灾难性医疗支出对贫困发生率的贡献是 23.87% (表 5)。

表 5 灾难性医疗支出的致贫率及其贫困贡献率

CHE 标准 (%)	致贫率 (%)	贫困贡献率 (%)
10	5.1	37.11
20	4.6	33.40
30	4.0	29.07
40	3.3	23.87
50	2.7	19.67
60	2.1	14.89
70	1.4	10.35
80	0.9	6.23

2.4 灾难性医疗支出家庭占贫困家庭的比重

灾难性医疗支出对贫困的影响还可以通过发生灾难性医疗支出的贫困家庭占全部贫困家庭的比重得到反映。随着 CHE 标准提高,灾难性医疗支出家庭占贫困家庭的比重趋于下降 (图 2)。当 CHE 标准为 20% 时,灾难性医疗支出家庭占贫困家庭的比重为 55.7%;当 CHE 标准为 40% 时,比重下降到 33.51%;当 CHE 标准为 60% 时,比重进一步下降到 18.5%。这是因为灾难性医疗支出标准越高,家庭发生灾难性医疗支出的可能性越低,同时贫困家庭的医疗支出占家庭消费的比重相对较高,从而导致灾难性医疗支出家庭占贫困家庭的比重较低。灾难性医疗支出家庭占贫困家庭比重和 CHE 标准的拟合

结果显示,灾难性医疗支出家庭占贫困家庭比重和 CHE 标准的二次曲线拟合度优于线性曲线。根据线性拟合结果估计,CHE 标准每提高 1 个百分点,灾难性医疗支出家庭占贫困家庭的比重下降 0.88 个百分点 (图 2)。

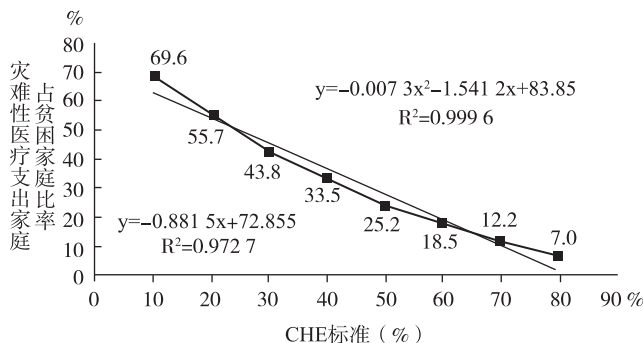


图 2 灾难性医疗支出家庭占贫困家庭比重和 CHE 标准关系

3 讨论和建议

3.1 医疗消费需求的刚性特征决定了减轻医疗负担对于减贫的极端重要性

按照现有的贫困标准线,我国农村贫困人口规模巨大,要实现未来五年全部消除贫困人口的目标难度非常大。本文的结果表明,低收入家庭的绝对医疗负担与高收入家庭相差不大,前者的人均医疗支出明显大于后者,相对医疗负担差距更大。这主要是源于医疗消费是一种刚性需求,其收入弹性较小^[6],收入水平的高低往往不是决定医疗消费需求的主要因素。上述结论的政策含义是,从医疗卫生角度实施减贫,一方面要通过提升医疗卫生服务水平促进国民健康水平的提高,减少疾病的发生和减轻医疗负担;另一方面,要通过大病保险等政策减轻家庭的直接医疗负担。考虑到疾病预防的长期性和效果的时滞性,减轻家庭的直接医疗负担对于短期内实现减贫目标的作用更为有效。

3.2 以灾难性医疗支出家庭作为减贫对象能够兼顾收入贫困和消费贫困的双重影响

贫困人口和贫困家庭的产生是一个动态过程,减贫对象的选择对于实现减贫目标至关重要。本文的结果显示,灾难性医疗支出对家庭带来了巨大负面影响,无论从家庭医疗支出还是人均医疗支出角度看,发生灾难性医疗支出家庭的医疗负担显著高于未发生灾难性医疗支出家庭,因此把发生灾难性

医疗支出的家庭作为减贫对象具有重要意义。此外,我国现有的扶贫标准是从收入角度提出的,反映了低收入对生活质量的影响。考虑到医疗消费的收入弹性较小,仅从收入角度衡量贫困问题很可能低估了医疗负担对家庭生活的影响。因此,有必要以灾难性医疗家庭作为扶贫对象,兼顾收入贫困和消费贫困的双重影响,这对于减贫更有现实意义。

3.3 灾难性医疗支出标准的设定取决于对减贫精准性和覆盖面的权衡

从消除灾难性医疗支出的角度开展减贫工作,需要设定灾难性医疗支出的标准。本文的研究结果显示,一方面,灾难性医疗支出标准设定越高,灾难性医疗支出家庭的贫困发生率越高。这意味着,如果以发生灾难性医疗支出的家庭作为扶贫对象,那么扶贫的精准性越高,更能体现精准扶贫的要求。另一方面,灾难性医疗支出标准设定越高,发生灾难性医疗支出的家庭数量越少,其占全部贫困家庭的比重越小。这意味着,如果以灾难性医疗支出家庭作为扶贫对象,那么减贫的覆盖面和力度越小。因此,从扶贫角度看,灾难性医疗标准的设定取决于对扶贫精准度和覆盖面的权衡。在实践中,这主要取决于相关的筹资水平。

参 考 文 献

- [1] 郭梦童, 吴群红, 李叶, 等. 医保患者住院费用补偿、自付比及因病致贫变化趋势分析[J]. 中国医院管理, 2014, 34(12): 74-76.
- [2] 季煦, 黄丽花, 万瑾, 等. 艾滋病高发区艾滋病病毒感染者及病人因病致贫现状分析[J]. 医学与社会, 2015(3): 33-36.
- [3] 孙梅, 吕军, 王颖, 等. 缓解居民“因病致贫”:“总额预付+按服务单元付费”组合支付方式预期效果之一[J]. 中国卫生资源, 2011, 14(1): 19-20.
- [4] 陈李娜, 魏伟, 王静, 等. 新农合贫困和低收入居民灾难性卫生支出研究——基于三省份的抽样调查[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(4): 32-37.
- [5] 吴群红, 李叶, 徐玲, 等. 医疗保险制度对降低我国居民灾难性卫生支出的效果分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 62-66.
- [6] 陈明, 秦小岸, 沈其君. 新型农村合作医疗目标筹资水平估计中贫困线的测算[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(3): 36-38.

[收稿日期:2015-11-04 修回日期:2016-01-20]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

加拿大开发出可供借鉴的全球精神卫生能力建设干预框架

精神卫生服务的可及性和质量在全球各国之间存在巨大差别,同时,由于不同国家之间的干预框架不统一,难以进行评估和反馈。2016年1月,《Health Policy and Planning》发表了题为“Developing a holistic policy and intervention framework for global mental health”的文章,加拿大安大略省成瘾和心理健康中心(The Centre for Addiction and Mental Health, CAMH)基于科学证据、相关学习和行为理论以及健康公平和人权的基本准则,构建了全球精神卫生能力建设的干预框架,主要包括5个部分:(1)整体性

健康;(2)文化和社会经济的相关性;(3)伙伴关系;(4)以联合行动为基础的教育和学习;(5)可持续性。最后,文章通过三个国际案例对该框架进行了实际应用,讨论了其优点、缺点和未来发展机遇。该框架可认为是目前该领域最可靠和最好的框架,反映了一种迭代学习(iterative learning)过程,通过适当的修改可以应用和扩展到不同国家的环境中。

(王璐 摘编自《Health Policy and Planning》)