

脱贫地区农户脱贫成果的脆弱性分析

——基于四省四县农民健康扶贫调研数据

李静¹ 王月金² 殷宇飞²

(1. 中国社会科学院农村发展研究所, 北京 100732; 2. 湖州师范学院经济管理学院, 浙江湖州 313000)

摘要: 文章考察了4个省份4个县400个农户因病致贫和健康扶贫情况, 并利用抽样调查数据分析和评价健康扶贫效果的脆弱性, 认为贫困地区的健康扶贫效果较好, 脱贫成果面临因病致贫返贫的挑战。以救助为中心的健康扶贫政策是近年来贫困地区摆脱因病致贫的主要措施, 但从长期看, 健康扶贫应从以“救助为中心”转向以“预防为中心”, 着力于培养贫困地区农民良好的饮食和生活习惯, 才能降低低收入群体的因病致贫返贫风险。

关键词: 健康扶贫; 因病致贫; 贫困脆弱性; 疾病预防

中图分类号: F323.89 **文献标识码:** A **文章编号:** 0257-0246 (2023) 01-0073-09

2021年底召开的中央农村工作会议要求, 牢牢守住不发生规模性返贫的底线。根据本研究2020年对安徽、河南、甘肃、贵州的400户农户问卷和村干部访谈以及2021年底对河南两个县的调研, 就业、产业、教育、住房、易地扶贫搬迁等方面的规模性返贫风险不高, 规模性返贫风险主要来自农户因病、因残返贫。在脱贫后新纳入监测的脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户中, 主要原因都是因病致贫或返贫。由此可知, 中国健康扶贫面临三个问题: 一是健康扶贫的成果是否具有稳定性和可持续性; 二是现有的健康扶贫政策是否可以应对因病致贫和规模性返贫的风险; 三是健康扶贫应建立怎样的长效机制。本文尝试初步回答这三个问题。

因病致贫返贫是一个历久弥新的社会研究主题, 学术界对健康扶贫进行了大量研究, 这些研究主要从三个层面展开: 一是政策层面的研究, 即从健康扶贫政策的机制、路径、效果和问题进行研究。如翟绍果等从健康风险的差异化发生、健康机会的公平性弥补、健康服务的可及性提升等方面, 探讨了健康扶贫过程中所面临的现实挑战, 提出了优化健康扶贫的具体路径。^① 二是宏观层面的研究, 即对国内健康扶贫总体状况、政策成效、区域间差异进行研究。李静从全国因病致贫的特点与区域差异等角度出发, 分析了健康扶贫的政策成效, 并认为深度贫困地区的健康扶贫仍存在严重挑战, 提出健康扶贫政策应逐步扩大医保报销范围, 并对深度贫困地区实行更加具有针对性的健康扶贫政策。^② 三是微观层面对健康扶贫成果的研究。如韦艳等选取2018—2019年“精准健康扶贫与人口发展”专项调查数据, 采用倾向性评分匹配法比较健康扶贫政策下贫困户与非贫困户疾病风险认知程度的差异,

基金项目: 中国社会科学院国情调研重大项目 (GQZD2020013)。

作者简介: 李静, 中国社会科学院农村发展研究所研究员, 研究方向: 农村经济; 王月金, 湖州师范学院经济管理学院讲师, 博士, 研究方向: 农村金融; 殷宇飞, 湖州师范学院经济管理学院讲师, 博士, 研究方向: 投资理论与实践。

^① 翟绍果、严锦航:《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)2018年第3期。

^② 李静:《中国健康扶贫的成效与挑战》,《求索》2019年第15期。

结果显示,贫困地区农村居民陷入因病致贫的可能性较大,健康扶贫可以分担贫困农户的疾病风险但作用有限。^①总体来看,目前研究有以下特点:一是现有研究都是以解决农户的短期困难而展开的,即个人因病致贫返贫需要各种形式的外界帮扶,尚缺乏对健康扶贫稳定性和长效机制的研究。二是现有研究都是以“治病为中心”进行的,虽然也有对疾病预防的呼吁,但深入研究不多,对疾病预防在减贫中的作用没有深度调研和量化研究的支持。本文通过调研,深入分析了贫困地区因病致贫返贫的原因,并衡量了农户健康脱贫的稳定性和可持续性,认为从以治病为中心的健康扶贫政策难以解决农户因病致贫和返贫的问题,健康扶持政策应逐步从以治病为中心转向以预防为中心。

本文使用的资料、数据来源于课题组2020年7—8月在河南、甘肃、贵州、安徽省的实地调查,每个省选择一个县,每个县选择一个贫困村,每个贫困村选择100个贫困户。所获得的资料包括三部分:一是农户的抽样调查数据:针对建档立卡户和非建档立卡户,分别采取随机起点等距抽样方法,采用中国社会科学院“因残因病致贫人口长期扶持政策调研”项目问卷,获取了400个有效样本;二是政府部门和干部访谈资料:包括对县、镇有关部门以及村干部、驻村帮扶干部访谈过程中得到的访谈记录以及对方提供的各类资料和数据;三是对因病致贫农户的访谈资料,主要是访谈记录。另外,为了进一步论证研究结论,本文作者还于2021年底对河南卢氏县和南召县进行了相关补充调研。

一、农户基本情况分析

本文所调研的4个县都是贫困县,分别居于14个连片特困区的秦巴山区、六盘山区、滇桂黔石漠化区、大别山区,所选择的4个村都是贫困村,在精准扶贫之前,4个村的贫困率较高,因残因病致贫的贫困户超过50%。2014年以来,4个村都进行了脱贫攻坚的努力,并经过外部帮扶和自身努力,发生了翻天覆地的变化,村容村貌得到改观,农户收入提高,并均于2020年实现脱贫。2019年,4个村人均收入从低到高依次是8200元、8700元、10789元、14000元。

1. 调研农户基本情况

调研问卷涉及400户,共1192人。建档立卡户205户,其中,一般贫困户142户,低保户33户,五保户14户,非贫困户(包括建档立卡调出的脱贫户)195户。所调查人口年龄分布比较均匀,20—60岁占66%;村民文化程度普遍偏低,小学及以下占52.4%;人口健康状况差、患病和残疾占32%,其中患有大病占9%,长期慢性病占16.5%,患病人口中60岁以上的135人,占患病者的35%。交叉分析显示,建档立卡的贫困人口中,老年、不健康、文化程度低三者高度相关。2019年,农户户均收入36224元,人均收入13991元。致贫原因方面,因病致贫是首要因素,其次是缺乏劳动力和资金。

2. 贫困地区人口患病情况

(1) 残疾情况

调研农户中,残疾人77人,涉及73户,其中,27户非贫困户,46户贫困户。肢体残疾41人,占残疾人总人数的53%,智力和精神残疾17人,占22%,此类人群大多数生活不能自理。其他依次是视力残疾8人、听力残疾7人、言语残疾4人。从伤残等级来看,其中重度残疾一二级共40人,约占52%。重度残疾意味着生活难以自理,需要人照料,即如果一个家庭有一个重度残疾人,就意味着减少了两个劳动力,这样的家庭共37户,其中贫困户25户,非贫困户12户。从致残原因来看,基因遗传、营养不良和疾病导致的残疾共46人,从痊愈情况来看,痊愈的仅1人,53%的残疾人需时常吃药,一直吃药的残疾人约占39%。

(2) 患病情况

^① 韦艳、张明健、李美琪:《健康扶贫政策对贫困地区居民疾病风险认知的影响》,《医学与社会》2021年第8期。

按照医学分类把患病分为大病、重大疾病和慢性病,其中大病 82 人,癌症 17 人,器官衰竭 7 人,这些患者来自 74 个家庭,其中贫困户 40 户,非贫困户 34 户,10 户有 2 人患病,3 户有 3 人患病,其余 71 户均有 1 人患病。癌症和器官衰竭 24 人,来自 18 户,其中贫困户 13 户,非贫困户 5 户;患重大疾病的共 25 人,其中恶性肿瘤 7 人,急性心肌梗死、脑中风后遗症和心脏瓣膜手术各 3 人,深度昏迷 2 人,偏瘫、严重脑损伤、重大器官移植、多个肢体缺失、慢性肝功能衰竭、双目失明、原发性肺动脉高压各 1 人。重大疾病患者来自 21 个家庭,其中贫困户 12 户,非贫困户 9 户。慢性病共 197 人,高血压 105 人,占慢性病人数的 53%。冠心病、慢性肺病、腰椎间盘突出各 14 人,其次是糖尿病 10 人,心血管疾病 9 人。慢性病来自 98 户,其中 62 户为贫困户,36 户为非贫困户。

(3) 致病原因

在致病原因的问题中,249 人做了回答,分类看,因不健康饮食致病 70 人,吸烟致病 19 人,身体运动不足致病 17 人,喝酒致病 8 人,环境污染和气候致病各 1 人,其他致病原因不详 123 人。可见,不健康饮食因素占比最高,调研发现,有些不健康饮食主要由于个人饮食习惯不良,如喜欢高热量的肉类,很少摄入蔬菜等。运动锻炼不足也普遍存在于农村,农民季节性农忙之后,贫困地区农民缺少劳动机会,导致大量劳动力闲置,很少锻炼身体,再加上吸烟喝酒等不良嗜好,导致健康很容易出问题,尤其是“三高”问题。总体来看,所调查地区的疾病主要集中在大病、重大疾病和慢性病,而地方病和传染病较少,农户患病原因主要和饮食习惯、生活习惯有关。

3. 农户收入支出分析

因病致贫的后果表现为家庭收入减少和支出增加,尤其是医疗费用支出的增加,本文从对比患病家庭和非患病家庭、贫困户和非贫困户的角度分析农户的家庭收支情况,此外还从患者个人收支情况来考量因病致贫农户的财务状况。问卷中 400 户农户 2019 年户均收入 36 224 元,中位数为 25 000 元,最小值为 0 元,最大值为 517 135 元,2 万元以内收入为 176 户,占 44%,4 万元以内为 284 户,占 71%,6 万元以上为 47 户。关于农户的支出方面,340 户回答了具体支出金额,户均支出 21 857 元,中位数是 20 000 元,最小值为 500 元,最大值为 200 000 元,人均支出 5924 元。根据国家统计局数据,2019 年农村居民人均消费支出 13 328 元,所调查的贫困地区农村人均消费支出远远低于国家平均水平。从家庭支出的用途来看,382 户回答了问题,其中 258 户主要用于生活开支,占 67.5%;70 户用于看病,占 18.3%;其次是教育和农业生产,这说明贫困地区的消费支出主要用于生存需求,一旦有家庭成员患病,家庭支出将大大增加。

从有患病成员的农户家庭和没有患病成员的农户家庭对比来看,2019 年患病家庭户均收入 27 045 元,而非患病家庭户均收入 42 022 元,是患病家庭收入的 155%。从支出看,患病家庭户均支出 20 063 元,略低于非患病家庭的 23 647 元。患病家庭户均医疗自费支出 4791 元,远高于非患病家庭的医疗自费支出 3446 元。患病家庭医疗费用支出占收入的 17.7%,非患病家庭医疗自费支出占收入的 8%,这说明尽管有新农合和健康扶贫等保障,患病家庭尤其是患大病或重病的家庭仍然面临家庭收入低和医疗费用支出高的处境。

从贫困户家庭和非贫困户家庭的对比来看,2019 年贫困户家庭户均收入 29 573 元,非贫困户家庭户均收入 43 324 元,是贫困户家庭的 146%;从支出看,贫困户户均支出 21 457 元,非贫困户户均支出 22 270 元,差别不大。但在贫困户的支出中,医疗自费支出约占消费支出的 25%,而非贫困户家庭的医疗自费支出仅占消费支出的 10%。总体而言,贫困户的收入低且医疗费用支出多,非贫困户家庭收入高,而医疗费用支出低,贫困户家庭比非贫困户家庭多支出 3078 元用于医疗,而收入仅是非贫困户家庭的 68%。

问卷收集到 222 名患者的个人收支情况,最大值 100 000 元,最小值 0 元,均值 5756 元,中位数 3000 元,从具体分布来看,如果按照 2019 年中国贫困线标准 3747 元/年,137 人的收入在贫困线标准以下,约占 62%。所调查人口收入达到或超过 2019 年平均收入 13 991 元的有 19 人,仅占患者者

的8.5%。从2019年报销后的医疗开支看,患病者医疗开支低于2000元的有126人,约占57%,高于2000元的有96人,约占43%。222名患者中,142人感觉报销后的医疗费用仍在消费支出中占比最高。由此可见,因病致贫的原因仍为医疗费用支出较高,尤其是对大病重病患者家庭来说,其收入来源很少,再加上高额的医药自费,使其致贫返贫的风险更高。

4. 因病因残是农户返贫的最大风险

从调研结果看,一是监测户返贫的最大风险来自疾病和残疾。其中,因病和残疾是脱贫不稳定户再次致贫的主要原因。从调研的4个省看,调研时所有贫困县均已摘帽,但摘帽后的脱贫不稳定户(即剩余贫困户)中,因病因残占50%左右,2021年底调研的河南2个县因病因残占80%以上。在新纳入监测的边缘易致贫户和突发严重困难户中,因病因残返贫占50%以上;二是残疾、大病重病、慢性病之间有紧密联系。问卷显示,从残疾人致残原因来看,基因遗传、营养不良和疾病导致的残疾约占60%,其中因病致残是第一位因素。大病重病多数是由慢性病发展而来,大病重病中前四位分别是恶性肿瘤、心肌梗死、脑中风和器官衰竭,这些病多与“三高”有密切关系。慢性病中,多数是由饮食不健康、吸烟等不良生活方式导致的“三高”。“三高”高发的原因是农村生产方式发生转变,体力劳动大幅减少,但原有的生活方式却没有发生相应转变;三是患病残疾人口与老年人口、文化程度低人口三者高度相关。调研显示,患病和残疾人口中,60岁以上老人占35%,这部分人口依靠自身脱贫的难度较大。随着老龄化社会的到来,乡村人口平均年龄已达50岁以上,以后会有越来越多生活不能自理的老人和病人需要关注;四是医疗支出依然是农户的最大负担。根据健康扶贫政策,农户在县域内就医的报销比例高,如县内70%,乡镇内70%,村内80%,但县域外的报销比例则在50%以下。对大病重病患者来说,在县内治病报销比例高,但治疗效果差,在县外报销比例低,但治疗效果好。一般大病重病农户多选择在县外的大医院治疗,但除了报销比例低,还有很多自费项目,导致治疗费用很高。因此,患病家庭收入低,看病支出大,是导致其容易返贫的主要原因。另外,调研数据显示,脱贫地区农户收入两极分化不严重,监测户和普通户的收入差别不大,而医疗报销比例中对监测户和普通农户的差别待遇(监测户比普通户享受的待遇有:新农合缴费免费或有补贴、家庭医生、先诊疗后付费、一站式结算、报销范围大和比例高)也容易导致普通农户(边缘易致贫户)因医疗开支的增加而返贫。

二、健康扶贫成效

健康扶贫的目标是帮助农户解决看病难、看病贵等问题,且为其提供工作就业机会,帮助因病致贫的农户摆脱贫困。目前,从中央到地方形成了一套完善的健康扶贫政策体系,使贫困地区医疗机构和设施得以全面提升,医疗保障得以完善。

1. 医疗保障得以完善

(1) 医保达到高覆盖

贫困地区的新农合达到了高覆盖率,调研所涉及的1192人中,参加新农合的有1168人,占97.98%,有3人既参加了新农合又参加了商业保险,8人没参加任何保险。随着新农合缴费的连年上涨,农村新农合比率较前几年的比率有所下降,但所调研的贫困地区仍然保持较高的比率,这主要得益于当地的健康扶贫政策。4个县对困难群众参保缴费均有一定的资助,如嵩县对最低生活保障对象、特困供养人员、困境儿童、重度残疾等所需个人缴费的部分由政府全额资助,对建档立卡贫困家庭按每人每年100元的标准予以定额资助。

(2) 医疗报销比例提高

贫困地区的4个县都出台了相关政策并提高了医疗待遇。以嵩县为例:一是门诊医保,将77种需要长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病纳入门诊待遇管理范围。门诊报销不设起付线,报

销比例不低于80%。二是住院医保,参保居民住院就医时,不同级别的定点医疗机构按照不同报销比例进行报销,大病还可以享受大病保险报销政策。三是特殊或重大疾病用药,患有特殊、重大疾病的患者可享受用药报销政策,不同病种有不同限额,报销比例一般在80%左右。此外,困难群众还有大病补充医疗保险,即个人负担的合规医疗费用超过3000元按比例报销,50000元以上的部分按90%报销,没有封顶线。建档立卡的贫困人口还有医疗再保险和医疗保障兜底等报销政策。

总体而言,贫困地区通过各种健康扶贫大大降低了农户因病致贫返贫的概率,使4个村于2020年如期实现了全面脱贫。从被调查的患者对医疗保障的评价可看出,在对新农合评价的390人中,371人评价为好,占95%;对大病救治保险评价的111人中,87人评价为好,占78%;对慢性病签约评价的167人中,146人评价为好,占87%;对重病兜底评价的84人中,71人给予评价好,占84.5%。

2. 健康条件得到改善

(1) 卫生环境

在健康扶贫过程中,4个村都进行了村民健康干预工作。从人居环境看,4个村都进行了吃水设施改善工程、厕所改善工程、环境综合整治工程。在本研究所调研的400户中,有393户安装了自来水。在厕所改造方面,各村进展不一,400户中,66户仍使用传统旱厕,317户使用卫生厕所,14户没有厕所而需要使用公共厕所。总体而言,大部分农户用上了卫生厕所,但仍有小部分农户仍使用传统旱厕,这部分农户主要分布于大山之内;从垃圾处理看,4个村的垃圾处理都有规章制度,62户上门收垃圾,162户送到分类垃圾池,170户送到不分类垃圾池,总体而言,农村的垃圾处理问题得到了初步解决。污水方面,260户有管道排放,占64.8%,各村在集中居住地点都建成了污水排污系统,但居住较分散的地方,尤其是分散在大山里的贫困农户,仍在院外沟渠排放生活污水,总体而言,农村污水处理没有生活垃圾处理做得好,一是因为污水渗到地下很难看到,二是农户居住分散,管道铺设工程成本较高。总体来看,4个村对卫生环境都进行了不同程度的改造提升,但通过对4个村生病率和环境改造的相关性对比来看,二者关联性不大,主要原因可能是卫生环境的改造提升作用于村民的路径较复杂,不能立竿见影。

(2) 疾病预防

在当地疾病预防方面,4个村都进行了传染病、地方病、重点寄生虫防治计划;儿童营养改善计划;新生儿疾病筛查计划;妇女乳腺癌筛查等。在健康知识推广方面,各村均进行了入户健康知识宣传、大喇叭健康知识宣传、黑板报健康知识推广、健康知识小册子和网络社群推广等。根据问卷对4个村的健康扶贫政策宣传、医疗下乡健康知识普及、卫生计生技术培训等进行对比发现,生病率与当地的疾病预防和健康促进的次数及频率相关,疾病预防和健康促进最好的A村村民的生病率最低,为21%;最差的D村村民的生病率最高,为29%。从因病致贫户占比来看,预防工作好的A村和B村因病致贫比率分别为6%和7%,远低于C村和D村的16%和15%。这说明健康预防可以降低生病率,进而减少因病致贫现象的发生。从医疗支出来看,A村支出最少,户均支出1486元,其他村这一支出相对较高,当然,医疗支出也和当地的政府补贴有关,如B村虽然健康宣讲和健康知识下乡次数并不落后,但其户均医疗支出仍较高。

3. 健康扶持政策有待完善

尽管脱贫地区在健康扶持政策方面做了衔接、调整 and 清理,但也存在以下问题:

第一,医保资金不足和守住不发生返贫底线任务之间的矛盾。国家医保政策是基本医疗+大病保险+补充医疗保险,由于脱贫攻坚期地方政府盲目提高标准,使健康医疗支出难以为继。“先诊疗后付费”使治疗费用由医院垫付,再找医保报销。如果医保无法报销,则造成治疗费用的拖欠。国家已要求2023年底完成清理地方基本医保、大病保险和医疗救助三项以外的保障政策,但随着人口老龄化,因病因残返贫风险可能越来越大,从而面临医保资金不足和守住不发生因病因残返贫底线任务

的矛盾。

第二，新农合费用增长较快，参保率下滑。新农合费用从2006年的10元提高到2021年的320元，增长了31倍。新农合费用的增长必然导致一部分农户不愿缴费，目前，农户参保率主要依靠政府补贴。

第三，健康帮扶涉及部门较多，协调难度较大。从识别并纳入监测的健康帮扶看，目前有三种方法：干部上门排查、农户自主申报、部门大数据对比，涉及乡村干部、民政、乡村振兴、残联、医保、卫健委等。一方面，个别农户不愿让人知道其生病，认为生病是个人隐私，导致排查较困难；另一方面，信息核实困难，有的地方卫健委、医保、民政、乡村振兴等部门之间还未联网，没有建立起数据共享和监测的预警系统，容易使因病因残返贫的农户不能被及时纳入监测和帮扶之中。

第四，乡镇医疗资源和条件有待提高。从硬件看，一些乡镇医院不具备满足远程医疗的硬件设施，县域医共体还需进一步发展。从软件看，农村缺乏医疗人才，医疗人才不愿意回到县里工作，更不愿意回到乡村。

第五，对疾病预防工作重视不够。目前健康预防主要针对传染病、地方病等重大疾病，但相对“三高”等生活方式病等还缺乏有效的预防措施。从致残原因来看，基因遗传、营养不良和疾病导致的残疾可以提前预防。大部分患病村民已经认识到自己的饮食习惯和生活习惯是导致疾病的主要原因，但还不知道如何改变已经形成的不良习惯。

三、脱贫地区农户脱贫成果的脆弱性分析

课题组的抽样调查数据分析结果显示，贫困地区因病致贫返贫情况在健康扶贫政策措施下得到遏制，但仍然存在因病致贫返贫风险，脱贫成效不稳定。

1. 农户因病致贫返贫脆弱性分析

受全球疫情和经济下滑的影响，一些刚脱贫的农户还面临许多未知的返贫风险，即脱贫农户还较脆弱。贫困脆弱性是指当前非贫困的家庭可能在未来跌至贫困线以下，也指刚脱贫的农户在未来还有返贫的风险。^① 贫困脆弱性测度是对农户家庭及个人在未来可能遭受贫困的估计，参考已有的测度模型，本文以人均每日消费1美元、1.25美元和2美元作为贫困线标准，来测算贫困地区农户因病致贫返贫的风险。

贫困脆弱性的测度公式：

$$V_{it} = P(C_{i,t+1} \leq \mu) \quad (1)$$

其中， $C_{i,t+1}$ 是 i 家庭在 $t+1$ 时期的家庭支出， μ 为预先设定的贫困线水平。家庭支出 C_{it} 受到当期财富水平、家庭成员特征（性别、年龄、疾病等）、当期收入等可观测因素（ X_i ）以及预期收入、外部环境冲击等不可观测因素（ γ_i ）的综合影响。因此，式（1）也可写为： $V_{it} = P[C(X_i, \gamma_i) \leq \mu]$ 。

由贫困脆弱性的定义可知，影响家庭贫困脆弱性的因素较多，不仅受到家庭预期支出的影响，还受到家庭支出稳定性的影响。本文以调查获取的横截面数据为基础，对家庭脆弱性进行估计。首先，假定家庭 i 的消费支出为影响家庭脆弱性的一系列可观测因素的函数，具体如下：

$$\ln C_{it} = \sum \beta_i X_{it} + \varepsilon_i \quad (2)$$

其中， C_{it} 是家庭 i 在 t 时期的消费支出， X_{it} 是一系列家庭 i 的可观测特征，包括家庭收入、家庭净资产、家庭人口数、户主年龄、教育程度等。 ε_i 为残差项，表示影响家庭支出差异性的异质性因素。残差项表示为 X_{it} 的函数，即 $\varepsilon_i^2 = \alpha_i X_{it}$ 。本文采用三阶段广义最小二乘法（FGLS）对 β_i 和 α_i 进行估

① 韩静舒、谢邦昌：《中国居民家庭脆弱性及因病致贫效应分析》，《统计与信息论坛》2016年第7期。

计, 得到一致估计量为 $\hat{\beta}$ 和 $\hat{\alpha}$, 即影响家庭支出的期望和方差。假定家庭支出变量服从正态分布, 设 $f(\cdot)$ 为正态分布函数的概率密度函数。家庭贫困脆弱性 V_{it} 的表达式为:

$$V_{it} = P(C_{i,t+1} \leq \mu) = f\left(\frac{\mu - \beta_i X_{it}}{\sqrt{\alpha_i X_{it}}}\right) \quad (3)$$

2. 描述性统计

调查样本的均值描述统计特征见表 1, 同时将样本按照健康家庭和患病家庭进行分组。从全样本来看, 体现农户家庭经济水平的人均纯收入变量高度一致, 是否贫困户对家庭收入水平影响不明显, 医疗保健支出对家庭收入水平影响明显。按照处理变量分组来看, 健康家庭的经济水平明显高于患者家庭, 人均纯收入、人均消费支出和家庭净资产等都优于患病家庭。

表 1 变量描述统计表

变量	全样本		健康家庭		患病家庭	
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
人均纯收入 (元)	13 991.170	28 926.340	16 165.850	34 941.930	9674.500	7024.190
对数人均纯收入	9.102	0.872	9.200	0.899	8.908	0.782
人均消费支出 (元)	5924.358	6912.812	6825.530	7704.977	4073.303	4379.985
对数人均消费支出	8.309	1.030	8.407	1.079	8.097	0.887
家庭净资产 (元)	36 224.070	45 033.200	40 301.120	52 462.080	28 131.270	22 384.000
对数家庭净资产	10.108	0.894	10.197	0.897	9.933	0.865
家庭人口规模 (人)	3.003	1.143	2.977	1.136	3.052	1.159
是否贫困户	0.555	0.498	0.526	0.500	0.612	0.489
新农合比例 (%)	0.979	0.111	0.979	0.120	0.978	0.090
医疗保健支出 (元)	3839.912	9083.809	3163.722	8778.419	5182.201	9553.803
户主年龄	52.356	12.287	51.030	11.648	54.992	13.117

资料来源: 抽样问卷调查数据。

3. 农户因病致贫的实证分析

(1) 样本农户家庭经济脆弱性风险的测算

国家统计局网站于 2021 年 2 月 28 日发布的《中华人民共和国 2020 年国民经济和社会发展统计公报》显示, 2020 年人民币平均汇率为 1 美元兑 6.90 元人民币, 比上年升值 0.02%。日均 1 美元相当于年支出 2517.55 元, 日均 1.25 美元相当于年支出 3146.94 元, 日均 2 美元相当于年支出 5035.10 元。依据 1 美元、1.25 美元和 2 美元三档贫困线, 本文测算出三档脆弱性指标, 阈值分别为 0.2, 0.4 和 0.6, 阈值越高则家庭脆弱性程度越大; 在对应阈值下, 家庭脆弱性大于阈值的农户比例, 结果如表 2 所示, 当贫困线为 1 美元时, 20.6% 的农户家庭脆弱性超过 0.2, 2.7% 的农户家庭脆弱性大于 0.6。当贫困线的标准提高后, 相应阈值下的农户家庭比例有所增加。

表 2 不同贫困线标准下脆弱性大于阈值的户数比例

贫困线	0.2	0.4	0.6
1 美元	20.6	9.4	2.7
1.25 美元	25.7	11.5	3.5
2 美元	33.2	14.6	5.5

(2) 全样本因病致贫效应估计

本文采用倾向得分匹配 (PSM) 中 Biweight 内核匹配方法对数据样本进行匹配, 匹配带宽为 0.060, 其中干预组和控制组分别为 134 和 266。如表 3 所示, 当设定贫困线为 1 美元时, 全样本的因病致贫效应, 即样本农户的医疗支出增加了家庭经济脆弱性的风险为 0.07。当贫困线提高到 1.25 美

元和2美元时,对应的增加家庭脆弱性风险的概率到0.13和0.25。当以平衡样本进行检验时,在贫困线为1美元、1.25美元和2美元时,对应的增加家庭经济脆弱性风险的概率分别为0.08、0.15和0.28,均且随着贫困线标准的升高而显著升高。

表3 因病致贫效应 PSM 估计结果

不平衡协变量	全样本致贫效应	贫困标准	致贫效应
家庭规模	0.07 (-2.27)	1 美元	0.08 (-2.34)
	0.13 (-2.19)	1.25 美元	0.15 (-2.29)
	0.25 (-2.11)	2 美元	0.28 (-2.14)

(3) 不同收入群体因病致贫效应估计

由于不同收入水平在“因病致贫”效应中的反应可能不同,如低收入家庭在面临疾病风险时可能比高收入家庭表现出更大的脆弱性,因此有必要考虑样本农户的家庭收入特征在“因病致贫”效应中的异质性影响。基于此,本文将样本农户的家庭收入分为4组,分别为低收入0—10 000元,中低收入10 000—20 000元,中高收入20 000—40 000元,高收入40 000元及以上,见表4。在不同贫困线标准下,低收入组因医疗支出行为造成的家庭经济脆弱性增加均显著高于其他收入组,即低收入组在“因病致贫”效应中表现出更强的脆弱性。例如,当贫困线为1美元时,高收入组的因病致贫可能性增加了0.04个百分点,而低收入组是0.38个百分点。

表4 不同收入水平因病致贫效应 PSM 估计

样本	1 美元	1.25 美元	2 美元
低收入组	0.38	0.45*	0.56
中低收入组	0.21	0.23	0.27*
中高收入组	0.15	0.17	0.20
高收入组	0.04	0.05	0.06*

说明: *表示t值小于1.96,统计结果不显著。

总体来看,患病农户家庭经济水平明显低于健康家庭,三档贫困线下的估值结果表明,中低收入群体的家庭经济脆弱性会因为医疗支出显著增加,因病致贫和返贫的风险增大,基本医疗保险缓解因病致贫的作用未能充分发挥。

四、结论与政策建议

1. 结论

根据以上分析,本文得出以下结论:

第一,贫困地区健康扶贫取得了明显脱贫成效,但扶贫成果的稳定性和可持续性面临挑战。通过健康扶贫政策等一系列措施,贫困地区“看病难、看病贵”问题得到基本解决,尤其是医疗报销率的提高减轻了患病农户家庭的财务负担,很大程度避免了因病致贫返贫现象的发生,使因病致贫的农户全面脱贫。但健康扶贫成果的稳定性和可持续性面临挑战:一是新农合费用增长较快。新农合费用的不断增长必然会导致一部分农户不愿缴费。二是报销比例低。一般农户的新农合报销比例低,一次大病或重病就可能使一般农户沦为贫困户。三是报销范围小。很多医疗项目和药品没有列入报销范围内。四是乡镇医疗资源有待提高。脱贫攻坚使县级医疗机构和医疗资源获得了较大提升,但乡镇医疗资源与农户的巨大需求还有较大距离。

第二,贫困地区农户仍然面临因病致贫返贫的贫困脆弱性风险。贫困地区农户家庭收入普遍低于全国农村水平,尤其是患病农户家庭的收入更低。对贫困地区农户在未来可能遭受贫困的估计结果显

示, 贫困地区农户家庭经济收入面临着因病致贫的风险, 医疗支出加大了农户家庭贫困脆弱性, 中低收入群体的家庭经济脆弱性会因医疗支出而显著增加, 基本医疗保险缓解因病致贫脆弱性方面的作用未能充分发挥。首先, 疾病治疗中自费支出的逐年升高给原本收入微薄的家庭带来沉重的财务压力, 尽管健康扶贫中医保报销比例有所提高, 但医疗价格逐年走高, 导致患者自费支出水涨船高, 超出贫困家庭的财务承受能力。其次, 一人患病则整个家庭收入会受到巨大影响, 贫困地区没有患者的贫困家庭也面临着因病致贫的脆弱性风险。调查数据分析显示, 贫困地区贫困户和普通户没有明显的收入差别, 而医疗报销比例中对建档立卡贫困户和普通农户的区分很容易导致普通农户医疗开支增加而致贫。很多情况下, 普通农户和贫困户的差别就是一病之隔, 贫困地区大部分农户游离于贫困户和普通农户之间, 随着气候和疫情等不可预知因素的增加, 贫困地区普通农户因病致贫返贫的脆弱性程度有所升高。

第三, 以“预防为中心”的健康扶贫机制还未形成。贫困地区在卫生环境硬件设施上都开展了工作, 卫生环境整体提升。在疾病预防方面, 贫困地区对疾病预防也进行了不同程度的宣传推广。但应当看到, 健康扶贫的预防主要针对传染病、地方病等重大疾病, 但相对于“三高”等由于生活习惯造成的疾病尚缺乏有效的预防措施。

2. 政策建议

随着脱贫地区老龄化的加速, 老弱病残因素越来越成为脱贫地区稳定脱贫成果的最大挑战, 本文提出以下政策建议:

第一, 对脱贫地区医保基金建立专项补贴。脱贫地区农户的新农合缴费不应持续增长, 对低收入农户的缴费应给予长期补贴; “先诊疗后付费”应扩大到所有农户, 不能返贫后再扶贫。扩大对大病重病县外治疗的报销比例, 减少自费支出。扩大医保报销范围, 把患者经常用的特效药、高效药等以及一些治疗项目等纳入医保报销范围。鉴于脱贫地区老龄化严重和经济相对贫困的现状, 国家对脱贫地区医保基金应建立专项补贴, 以解决医保资金不足的问题, 同时, 医保部门应加强监督, 打击医保资金使用中的违法行为, 提高医保资金的使用效率。脱贫县应取消超出国家医保政策要求的各种额外保障, 严格按照保基本病种、保基本药物的要求, 防止过度诊疗和超范围保障。第二, 加快建立部门间数据共享和协调机制。目前, 一些地方和部门数据依然没有联网, 可能导致因病因残返贫者不能被及时发现并救助。建议及早建立数据共享机制和长期预警机制, 在医疗基金使用上建立部门协调机制, 使因病返贫风险早发现、早纳入。第三, 提升乡镇卫生院服务能力。加大对贫困地区乡镇医院医疗设施的投入, 改善乡镇卫生院医疗条件; 制定符合乡镇卫生院实际需求的人才招聘引进办法, 多渠道培养乡镇医疗卫生技术人员和乡村医生; 建立薪酬福利与乡镇医疗卫生人员服务年限相对应的递增机制; 逐步完善农村三级医疗卫生服务网络建设。第四, 重视疾病预防, 特别是“三高”慢性病的预防。加强宣传教育, 提高农户健康素养, 鼓励各地探索切实可行的经验, 建立一套提高预防效果的衡量标准。另外, 高度重视脱贫地区儿童和青少年的心理健康, 做好心理疾病的预防和治疗。第五, 集中供养无力脱贫的病残老人。有的地方实行机构兜底的“住医管护一体化服务”是较好的经验, 即县级福利机构集中供养、乡镇养养老机构集中供养、村级幸福大院集中托管、医疗卫生机构集中康复治疗, 服务对象可以包括特困供养人员、重症残疾人员、重症慢性病人、失能半失能人员、孤儿、孤寡老人。

责任编辑: 刘雅君