

分层分类模式下医疗救助支出预测与政策优化

周佳卉 朱铭来

〔摘 要〕 进入后脱贫时代，医疗救助面临既要“扩围”又要“增效”的政策目标，亟待进行更加精细化的政策调整。本文利用宏观数据与 CHFS 微观数据，识别并预测 2024—2035 年各类医疗救助对象人数，从资助参保和医疗费用补助两方面构建测算模型，对各类救助对象的救助支出进行预测。随后，从调整救助人群界定标准、强化三重制度综合保障和调控门诊住院救助结构三个方面设置优化方案，比较各项政策参数调整后对资金规模与财政负担的影响。测算结果显示，未来救助对象数量会逐渐减少，而医疗救助资金规模会持续扩张，基本医保与大病保险的保障水平、是否开展普通门诊救助、住院率和医疗费用增速对于医疗救助支出规模的影响最大，政策优化需要整体对各项参数进行系统调整。

〔关键词〕 医疗救助；分层分类救助；救助对象识别；支出预测

一、问题的提出

医疗救助作为多层次医疗保障体系中重要的托底层，在保障困难群众身体健康，化解因病致贫患者高额医疗费用方面发挥了重要作用。此外，医疗救助在脱贫攻坚任务中也扮演了重要角色，《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020 年）》中明确规定，为了提高农村困难人群的医疗保障水平，通过资助参保、提高救助比例以及倾斜救助等措施强化医疗救助的托底保障能力。2020 年脱贫攻坚战取得全面胜利，当前我国进入了较为长期的相对贫困治理阶段，《关于完善社会救助制度的意见》中正式提出要健全分层分类的中国特色社会救助体系，2021 年 10 月国务院办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，在重新审视巩固脱贫成果过渡期任务以及未来医疗救助方向后，将脱贫攻坚期间出台的医疗扶贫政策融入到医疗救助体系中，构建并完善了分层分类的医疗救助制度框架，明确了医疗救助对象范围，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，对医疗救助制度的调整方向做出重要部署。未来医疗救助需要在分层分类模式下，向更加精细、更加精准、更加高效的救助方向发展。

有限的资金规模与不断扩张的救助需求间的矛盾一直是医疗救助政策关注的重点。从制度

〔作者简介〕 周佳卉，南开大学周恩来政府管理学院博士研究生。主要研究方向：医疗保障与卫生政策。朱铭来（通讯作者），南开大学金融学院教授、博士生导师，南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任。主要研究方向：卫生经济与医疗保障。

〔基金项目〕 国家医疗保障局委托项目“健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施情况总结评估”。

正式成立至今,医疗救助资金支出始终呈现逐年增长的态势,自国家医保局成立以来,医疗救助支出资金从2018年的424.6亿元增长至2023年的746亿元,年均增长12%。在巩固脱贫攻坚过渡期以及未来较长时期,医疗救助将面临更大的资金压力。一方面,财政支持能力有限。中央财政投入力度缩减,中央财政医疗救助补助资金占比从2018年的55.35%降低到2023年的39.75%,^①在地方层面,救助需求较高的地区往往又面临财政能力不足的难题;另一方面,支出持续增长已成必然。脱贫群体脆弱性依然突出,低收入人口因病返贫风险依然存在,困难群众“小病拖”“大病扛”,^②救助水平仍需继续提升。由于医疗保障政策的“刚性”特征,脱贫攻坚期的医疗救助水平不能骤然削减降低,^③过渡期内要继续延续倾斜政策,做到“脱贫不脱政策”。再加上进入相对贫困治理阶段后,弱势群体范围不断改变,救助政策的边界也在不断扩展,^④享受医疗救助保障的患者比例逐年增大,该类患者各项医疗费用又普遍高于普通参保患者,未来在逐步提高救助水平的要求下,所需的救助资金规模会持续扩张。^⑤

在分层分类的救助模式下,贫困治理从攻坚性的政治任务转变为常态化的治理工作,对象识别上从单一的按家庭收入划分转为多维度的综合评估,救助方式上从收入补助转为多形式按需精准救助,救助资源上从分割分散转为相对统筹。^⑥根据群体特征和需求差异,进行横向分类纵向分层的救助更符合精细化治理要求。^⑦一方面对救助对象分类别管理,除绝对困难群体之外,将相对困难和其他困难群体纳入进来,拓宽救助对象,使救助保障更加广泛公平;另一方面对救助标准分层次设置,以困难人群需求为导向,实现保基本、专项性和救急难的梯度化救助,使救助帮扶更加精准有效。^⑧分层分类的救助模式赋予了医疗救助新的制度要求,医疗救助政策急需精细化调整,将有限的资金发挥出最大的救助效果,纾解有限资金与无限需求的双重压力,避免财政负担过重的同时提高救助水平。

从已有研究中能够追溯医疗救助政策的改革进路。在制度建立初期,各地政策规定尚未统一,地方自主性较大,医疗救助资金沉积较多,使用效率不高,相关研究通过资金测算来尝试寻找救助的边界与水平。部分研究对资助参合、门诊慢病、普通门诊、孕产妇系统保健、儿童计划免疫服务所需资金进行测算,探讨医疗救助应涵盖的救助范围,^⑨还有学者通过测算资金规模,寻求适宜的住院救助比例,^⑩在探寻中逐步搭建政策框架。随着制度的全面建立,制度逐渐向扩大救助范围,提高救助水平方向完善,部分研究测算了将因病致贫患者以及低保线以

① 数据来源于2018—2023年《全国医疗保障事业发展统计公报》。

② 左停:《脱贫农户医保政策调整影响与发展方向研究》,《社会保障评论》2023年第1期。

③ 马泽乔等:《统筹常规与非常规:农村脱贫人口医疗保障政策调整影响与优化方向》,《中国行政管理》2023年第11期。

④ 胡宏伟等:《“弱有所扶”高质量发展:架构分析、体系评价与改进路径》,《中国行政管理》2023年第10期。

⑤ 毛燕娜等:《医疗贫困救助保障下高血压住院患者人群特征与医疗费用特征研究》,《中国卫生经济》2022年第4期。

⑥ 王小林:《以分层分类社会救助制度推进人口高质量发展》,《中国人口科学》2024年第1期。

⑦ 匡亚林:《需求侧管理视角下社会救助体系分层分类改革研究》,《河海大学学报(哲学社会科学版)》2021年第2期。

⑧ 张浩森、谭洪:《分层分类社会救助体系:核心概念、国际经验与中国路径》,《社会科学》2023年第10期。

⑨ 吴建等:《农村医疗救助基金测算》,《卫生经济研究》2008年第4期;张仲芳:《我国农村医疗救助的筹资需求测算》,《统计与决策》2009年第22期。

⑩ 向国春等:《城乡医疗救助住院救助比例测算方法》,《中国医院管理》2009年第7期。

上低收入群体纳入救助对象后所需的医疗救助资金,^①进而分析扩大救助对象范围的可行性。2012年实施重特大疾病救助试点后,相关研究通过比较按病种与按费用救助的资金需求差异,讨论了两种救助方式的科学性,也为政策制定提供了理论依据。^②

进入后脱贫时代,医疗救助面临哪些新问题,分层分类模式下医疗救助该如何改进,在当前制度发展阶段,相关研究还有待继续丰富,同时,医疗救助资金预测方法也需要随着政策的调整而更新完善。具体从测算数据、方式与范围上来看,既有研究大都基于地区数据来展开预测与推演,以地区案例推及到医疗救助资金的承受度与政策的科学性,而从全国层面整体进行测算分析的研究较少。通过对医疗救助资金进行测算,能够评估并预测调整政策参数对救助资金与保障水平的影响。因此,本文着眼于医疗救助新的发展阶段,根据相关人口数据、家庭微观调查问卷数据以及各地认定政策,对各类医疗救助对象数量变化情况进行预测,通过整理各地政策中各类救助对象的救助标准,测算未来中长期我国医疗救助资金支出规模,模拟比较政策参数优化后带来的资金变动与财政负担,为整体提高救助水平,更好保障困难人群健康提出优化方案与建议。

二、分层分类模式下医疗救助对象的识别与预测

(一) 医疗救助对象含义及其界定

《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》中明确将特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口以及因病致贫重病患者确定为医疗救助对象,根据救助对象类别实施分类救助,县级以上地方政府规定的其他特殊困难人员按照以上类别救助。

1. 特困人员与低保对象

在上世纪50年代,依托农村集体经济建立了农村五保供养制度,之后在经济体制和农村税费改革的推进下不断调整。2004年《关于进一步做好农村五保供养工作的通知》中将供养资金纳入乡县财政预算管理,2006年《农村五保供养工作条例》对制度框架进行重构,资金筹资模式转变为地方财政出资,中央财政适度补贴,由此制度正式从集体供养转变为国家供养。^③2014年《社会救助暂行办法》将城市“三无”人员救济制度和农村“五保”供养制度统一为特困人员供养制度,并以行政法规的形式确立下来,2016年从供养对象、内容、标准、形式以及资金等方面再次进行了完善。

最低生活保障制度是为收入低于当地最低生活标准的居民提供现金或实物救助,以保障其基本生存权益。上世纪90年代社会主义市场经济转型,国有企业改革使得城市中下岗职工增加,1997年在地方分散化探索的基础上正式建立城市居民最低生活保障制度。同时,部分地区在农村也开始积极探索,2007年,低保制度正式覆盖至农村居民,之后制度进入完善阶段,从弥补

① 薛秦香等:《城镇贫困居民医疗救助住院报销比例测算研究》,《中国卫生事业管理》2011年第9期;朱铭来、胡祁:《中国医疗救助的对象认定与资金需求测算》,《社会保障评论》2019年第3期。

② 宋虹汛等:《重大疾病住院医疗救助资金的需求测算》,《中国卫生经济》2013年第5期;向国春等:《重特大疾病医疗救助模式选择及筹资测算研究》,《卫生经济研究》2014年第3期。

③ 雷晓康、陈泽鹏:《迈向共同富裕:我国特困供养制度的变迁逻辑与未来进路》,《山东大学学报(哲学社会科学版)》2023年第3期。

城乡保障差距和提高制度运行效率等方面对制度做出调整。

医疗救助在制度建立之初就并非独立建制，是属于社会救助体系中一项重要的专项救助，存在与其他制度相粘嵌、相关联的特征。医疗救助与特困人员供养制度和最低生活保障制度相粘嵌，共同嵌入社会救助制度体系之中，被界定为特困或低保对象的人群可直接接受医疗救助，这体现了社会救助“托底线”的制度要求，能够更加全面地保障困难人群基本生活。

2. 低保边缘家庭成员

由于最低生活保障制度与诸多制度相挂钩，认定为低保对象后即可享受医疗和护理等方面更多倾斜性的保障，随着低保标准的提高，低保标准线内外的对象在收入和保障方面形成较大差距，各地为更好保障困难人员基本生活，开始探索低保边缘人员的保障政策。苏州、南京、绍兴等地较早关注此类群体，中央在地方探索的基础上开始重视低保边缘家庭的基本生活需求保障问题，2020年《关于进一步做好困难群众基本生活保障工作的通知》首次明确，家庭人均收入高于当地城乡低保标准，但低于低保标准的1.5倍，且财产状况符合当地规定的可认定为低保边缘家庭。

3. 纳入监测范围的农村易致贫返贫人口

纳入监测范围的农村易致贫返贫人口是巩固脱贫攻坚成果这一特定过渡时期的救助对象类别，这一类别人群是因各种突发原因可能存在致贫返贫风险的农村人口，以及因易地扶贫搬迁等政策存在暂时性保障缺失的“农转非”新城镇人口，这一类别对象与低保对象存在部分交叉，但为了更加精细化管理，将其中有劳动能力但存在返贫致贫风险的人群划入监测对象。2020年《关于建立防止返贫监测和帮扶机制的指导意见》中规定：监测范围为人均可支配收入低于国家扶贫标准1.5倍左右，刚性支出明显超过上年度收入和收入大幅缩减的家庭。省级层面根据当地各年度物价变化、可支配收入以及低保标准等指标确定本省指导性的界定范围，其收入标准大致与全省城乡平均低保标准近似，各地逐步将防止返贫监测范围和低保标准相衔接，部分地区明确提出过渡期内要实现“两线合一”。随着过渡期内脱贫攻坚成果的巩固，防止返贫政策将逐渐与农村低收入人口常态化帮扶救助政策并轨，监测对象会逐步纳入低保人员或低保边缘群体。

4. 因病致贫重病患者

因病致贫重病患者是家庭经济状况不属于以上类别，但因高额医疗费用而使家庭陷入暂时性经济困难，依靠自身难以化解的人群。因病致贫重病患者认定标准由各省民政部门牵头制定，表1是当前各省规定的因病致贫重病患者的认定标准。各地认定方法与标准差异较大，但均以人均家庭收入或自付医疗费用作为标尺，以当地低保标准、居民可支配收入或最低工资标准为标度，除此之外家庭财产状况也需要符合认定要求。

各地对于因病致贫对象的认定大都采取灾难性卫生支出（catastrophic health expenditure, CHE）和致贫性卫生支出（impoverishment health expenditure, IHE）两种方法。^①灾难性卫生支出认定法（CHE）是通过比较医疗费用支出占家庭支付能力的比例是否超过一定标准，即以自付医疗费用为标尺，以居民可支配收入或自身家庭收入作为标度，这一认定方法以湖南、湖北和西藏为代表；致贫性卫生支出认定法（IHE）是通过衡量医疗费用发生后家庭支付能力是否低于设定的贫困标准，各地多以低保标准的一至三倍作为标度，以扣减自付医疗费用后的家庭

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；朱铭来、胡祁：《中国医疗救助的对象认定与资金需求测算》，《社会保障评论》2019年第3期。

收入为标尺，山西、贵州等地采取这一认定方法。除此之外，还有直接将家庭人均收入（per capita household income，PHI）作为认定条件之一，部分地区将不同认定条件进行叠加，当申请对象同时满足条件时即可认定为因病致贫重病患者。

表 1 各省因病致贫重病患者认定标准

地区	认定标准	认定方法
北京	家庭总收入在扣除个人负担的合规医疗费用后不超过本市同年职工最低工资标准	IHE
山西	扣除个人自付医疗费用后家庭人均收入低于当地当年城乡低保标准的 2 倍	IHE
贵州	扣除自付合规医疗费用后家庭人均收入低于当地低保标准的 1.5 倍	IHE
甘肃	扣除个人自付医疗费用后家庭人均收入低于当地低保标准的 1.5 倍	IHE
新疆兵团	扣除个人负担医疗费用后人均月可支配收入不超过当地低保标准的 1.5 倍	IHE
湖北	基本医疗保险参保群众 12 个月累计自付医疗费用超过当地（市、州）上年度居民人均可支配收入，财产状况符合低保边缘家庭条件	CHE
湖南	个人年度医保政策范围内自付医疗费用达到其家庭年可支配总收入的 50% 以上，家庭财产不足以支付医疗费用自付部分	CHE
西藏	医疗费用经基本医保、大病保险支付后负担达到或超过其家庭上年收入 40%	CHE
河北	政策范围内个人自付费用支出达到或超过其家庭年收入的 50%，且在扣除政策范围内个人自付费用之后，家庭人均年收入低于户籍所在地上年度城乡居民人均可支配收入	CHE+ IHE
山东	政策范围内个人负担费用超过当地上年度城镇或者农村居民人均可支配收入，家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，家庭月人均收入低于当地城乡低保月标准的 2 倍，且不超过当地月最低工资标准	CHE+ IHE
福建	政策范围内个人自付费用达到或超过各统筹区上年度居民人均可支配收入，家庭总收入扣除家庭成员个人负担的医疗费用后，家庭人均收入低于当地低保边缘家庭标准	CHE+ IHE
宁夏	年度个人医疗自付费用达到 2 万元及以上，扣除年度个人自付费用之后，家庭年人均收入低于当地最低生活保障标准的 3 倍	CHE+ IHE
内蒙古	家庭人均年收入低于上年度当地城乡居民人均可支配收入，扣减个人负担医疗费用后，家庭人均收入低于当地最低生活保障标准的 1.5 倍	IHE +PHI
安徽	家庭人均年收入低于上年度户籍所在地居民人均可支配收入，且家庭人均年收入扣减认定的因病刚性支出后低于户籍所在地年最低生活保障标准	IHE+PHI
天津	家庭月人均收入低于 3 倍低保标准，一个自然年度内累计个人负担医疗费高于上年家庭总收入	CHE+ PHI
云南	提出申请前 90 天（含）内，个人承担的医保目录范围内医疗总费用达到上一年度全省居民人均可支配收入 80%（含）以上，家庭人均收入低于户籍地城市低保标准 4 倍（含）且家庭拥有的人均金融资产低于上一年度全省城市居民人均可支配收入 2 倍（含）	CHE+ PHI

资料来源：根据各地相关政策整理汇总。

制度建立初期，困难群众被认定为低保和特困人员后即可获得各项救助帮扶，救助对象与非救助对象间形成“悬崖式”的保障差距。当前，在社会救助制度“托底线、救急难、可持续”的原则下，扩大救助对象范围的同时精细化分类管理，将收入在低保标准以上，但受其他因素影响而面临医疗费用支付困境的人群纳入进来，打破了过去依照家庭经济收入认定的唯一性，较好地均衡了各类群体所面临的困难度与紧迫性。在分层分类救助模式下，低保边缘家庭成员

的认定弥合了因低保标准划定所造成的制度保障差距；将监测对象和因病致贫重病患者纳入救助范围，不仅考虑了家庭收入与财产状况，还全面保障了因疾病导致的突发性家庭经济风险；常态化监测预警与“一人一议”的精准救助，使得医疗救助范围实现了“悬崖式”向“缓坡式”的转变，符合社会救助“救急难”的原则，同时也更好地体现了制度公平性。

（二）医疗救助对象人数预测

1. 特困人员与低保对象

我国特困人员人数变化明显呈现三个阶段，为顺应经济体制改革，2004 年资金供给方式发生改变，2004—2006 年特困人员数量出现大幅增长，随后在 2010 年供养人数达到最高值，2011—2019 年人数逐年下降，随着经济社会水平的发展，符合条件的特困人数逐渐减少，2019 年之后人数进入平稳期，近 5 年年均人数增长率仅为 0.22%。

低保人数的变化也与制度发展密切关联，2003—2010 年间，城市低保人数逐年增长，2010 年之后缓慢缩减。在地方化探索初期，农村低保人数较少，2007 年制度正式建立后，随着制度在各地的完善，农村低保人数也实现大幅增长，2013 年人数增长至最高点后开始逐年缩减。整体来看，低保对象人数与特困人员数量变化趋势基本一致，2018 年之后人数变化较为稳定。除了经济社会水平影响之外，2018 年民政部印发了《全国农村低保专项治理方案》，对地方政策执行过程中出现的“人情保”“关系保”“错保”“漏保”等低效行为开展集中治理，清理了不符合标准的低保家庭，之后人数变化相对平稳，近 5 年年均增长率为 -1.5%。

特困与低保对象人数变化均在 2019—2023 年间较为稳定，特困人员 5 年内平均占全国总人口比重为 0.33%，低保人员占比为 2.98%。因此假设未来各年度均按照此人数比例认定，以此对未来人数做出预测。本文采用软件 PADIS-INT 对我国 2024—2035 年的人口数进行预测，人口预测相关参数以 2020 年七普数据为依据进行设置，以 2020 年为起始值进行测算，在全国总人口预测的基础上按人数比例可得到 2024—2035 年特困人员以及低保人口数量，预测结果如表 5 所示。

2. 低保边缘家庭成员

近年来低收入动态监测工作逐步成熟完善，各地低收入人口动态监测信息平台也基本建成。2021 年底，全国低收入人口监测平台中纳入 5800 万人，其中低保边缘家庭成员约 431 万人，^①约占当年低保人口的 10%；2023 年 10 月，平台归集的低收入人口增长至 6600 万人，低边成员达 600 多万人，占低保人口比重约 15%；^②2024 年 3 月，全国信息平台中监测人口达到 8015 万人，其中，获得救助的低保边缘成员有 728 万人，占低保对象人数比例增长至 18%。^③从实际工作中了解到，当前的低保边缘家庭成员大多是发生疾病或其他突发风险时才进行申请认定。随着低收入人口动态监测工作的持续开展，将来低边成员会成为更加规范的常态化救助人员类别之一，同时，过渡期纳入监测范围的易致贫返贫人口未来也会逐步划入到低保与低边对象中来，因此，低边成员规模依然存在继续扩大的趋势。

目前大多数地区规定认定家庭的人均收入须低于当地城乡低保标准的 1.5 倍，部分有条件

① 民政部：《低收入人口数据库已建成》，民政部信息中心网：<https://xxzx.mca.gov.cn/n783/c24427/content.html>，2022 年 1 月 28 日。

② 国务院办公厅：《全国低收入人口动态监测信息平台建设已取得积极成效》，中国政府网：https://www.gov.cn/xinwen/jdzc/202310/content_6912006.htm，2023 年 10 月 25 日。

③ 半月谈杂志社：《8015 万人纳入低收入人口动态监测 救助帮扶低收入人口政策升级》，半月谈网：http://www.banyuetan.org/szjj/detail/20240520/1000200033135991716189065225969586_1.html，2024 年 5 月 20 日。

地区为 2 倍。财产方面，各地认定方案中对私家汽车、住房、现金存款与金融资产、企业出资等方面做出相应规定。考虑到认定涉及家庭支出以及家庭财产等方面信息，本文结合各省当年城乡低保标准，通过中国家庭金融调查（CHFS）数据来统计并预测低保边缘家庭人口数量。低保户与低保边缘家庭的识别方案如表 2 所示，按城乡分别提取 CHFS 数据中家庭纯收入符合样本家庭所在省份当年低保标准和 1.5 倍低保标准的家庭，^①在此基础上进一步过滤掉拥有二套及以上住房、拥有私家汽车、家庭成员中有从事个体私营的家庭，且家庭金融资产^②符合认定条件的被识别为低保家庭和低保边缘家庭。

表 2 低保家庭与低保边缘家庭识别方案

识别类别	收入认定	财产认定			
	家庭人均收入标准	是否拥有汽车	是否拥有二套及以上住房	家庭成员有无从事个体私营	家庭人均金融资产额
低保家庭	小于低保标准	否	否	无	小于 24 个月低保标准
低边家庭	小于 1.5 倍低保标准	否	否	无	小于 36 个月低保标准

表 3 为 CHFS 问卷调查中符合识别条件的低保和低保边缘家庭户数，2017 和 2019 年低边家庭占低保家庭户数比例分别为 42.9% 和 37.8%。为了保证数据的可信度和代表性，在中国综合社会调查（CGSS）数据中也对低保和低保边缘家庭进行识别，比较最终结果后发现，在不同数据库与不同调查年份中，低保边缘户数占低保户的比例相差较小，因此识别结果具有一定参考意义。

表 3 低保家庭与低保边缘家庭户数比例（单位：户、%）

微观调查数据库	年份	识别类别	识别户数合计	低边户数占低保户数比例
CHFS 调查数据	2017 年	低保家庭	4887	42.3
		低边家庭	2066	
	2019 年	低保家庭	4953	37.8
		低边家庭	1871	
CGSS 调查数据	2017 年	低保家庭	1787	47.1
		低边家庭	846	
	2021 年	低保家庭	1143	35.6
		低边家庭	407	

考虑到目前我国低保制度已经较为完善，且近年来低保对象人数基本稳定，低保边缘对象的界定也以低保标准为参照，因此本文以在微观家庭问卷中识别得到的平均占比 40% 为依据。未来随着制度的逐渐完善，监测识别出符合收入与财产规定的人员均可认定为低保边缘家庭成员，假设到 2035 年低边人数占低保人数比重将从 2024 年的 18% 线性扩大到 40%，各年度按照该人数比例对低保边缘人数进行预测。

3. 监测对象及其他特殊困难人员

为了确保困难群众应保尽保，除了对特困人员和低保对象这两类重点救助对象资助参保之外，地方政府根据实际情况，还对个人缴费存在困难的其他低收入群体，例如老年人、未成年人以及重度残疾人等人群给予定额资助。2023 年医疗救助资助参保总人数为 8020.4 万人，除重点救助对象之外，其他资助对象为 3856.2 万人，2018—2023 年间占总资助参保人数比例较

① 各省份城镇与农村低保标准来源于历年《中国民政统计年鉴》。
② 金融资产包括存款、股票、基金、债券、金融衍生品、其他金融产品及借款。

为稳定，平均占比为 48%。^①当前部分地区明确指出对低边成员或低边成员中的老年人、未成年人和残疾人采取定额方式资助参保。结合特困人员、低保对象以及低保边缘家庭成员的预测人数，可预测出监测人口及其他特殊困难人员人数规模，测算结果见表 5。

4. 因病致贫重病患者

为了更准确测度因病致贫重病患者的规模，本文参照各地政策，在各类认定方法中选取典型省份的认定标准作为识别依据，对 CHFS 问卷中医疗费用和家庭收入符合各类认定标准，且财产符合低边成员认定标准的识别为因病致贫重病患者家庭，并与当年所识别的低保家庭户数进行比较。表 4 为 2019 年 CHFS 家庭数据中的识别情况，可以发现，按照不同认定标准所识别出来的因病致贫重病患者规模差距较大，为了反映全国平均水平，本文以各地认定标准下因病致贫重病患者占低保对象的平均比例 8% 为依据，以此预测全国未来 2024—2035 年因病致贫患者规模。

表 4 2019 年 CHFS 问卷中因病致贫重病患者识别结果（单位：户、%）

认定方法	认定标准	识别户数	占低保户比重
IHE	北京标准	1069	21.6
	山西标准	2003	40.4
	贵州标准	512	10.3
CHE	湖北标准	94	1.9
	湖南标准	270	5.5
CHE+IHE	河北标准	145	2.9
	山东标准	38	0.8
	福建标准	58	1.2
	宁夏标准	133	2.7
IHE+PHI	内蒙古标准	500	10.1
	安徽标准	288	5.8
CHE+PHI	天津标准	109	2.2
	云南标准	123	2.5

表 5 为各类救助对象 2024—2035 年人数预测结果。在未来总人口逐年减少的假设前提下，救助总人数会逐年减少，其中，低保边缘家庭成员规模将逐渐扩大，其他救助对象规模均呈现缩减趋势。

表 5 2024—2035 年各类救助对象人数预测值（单位：万人）

年份	总人口①	特困人员 ② = ① × 0.33%	低保对象 ③ = ① × 2.98%	低边成员 ④	监测对象及其他特殊 困难人员 ⑤ = $\frac{② + ③}{52\%} \times 48\% - ④$	因病致贫重 病患者 ⑥ = ③ × 8%
2024	141239.8	466.1	4209.0	757.6	3557.8	336.7
2025	141136.8	465.8	4205.9	814.1	3498.2	336.5
2026	140969.9	465.2	4200.9	874.3	3432.9	336.1
2027	140742.8	464.5	4194.1	938.6	3361.6	335.5
2028	140459.9	463.5	4185.7	1007.3	3284.3	334.9
2029	140125.6	462.4	4175.7	1080.5	3200.8	334.1

① 国家医疗保障局编：《全国医疗保障运行报告（2018—2023 年）》。

年份	总人口①	特困人员 ② = ① × 0.33%	低保对象 ③ = ① × 2.98%	低边成员 ④	监测对象及其他特殊 困难人员 ⑤ = $\frac{② + ③}{52\%} \times 48\% - ④$	因病致贫重 病患者 ⑥ = ③ × 8%
2030	139744.4	461.2	4164.4	1158.7	3111.0	333.2
2031	139320.0	459.8	4151.7	1242.2	3014.6	332.1
2032	138855.7	458.2	4137.9	1331.3	2911.3	331.0
2033	138355.0	456.6	4123.0	1426.3	2801.0	329.8
2034	137820.9	454.8	4107.1	1527.8	2683.2	328.6
2035	137256.2	453.0	4090.2	1636.1	2557.6	327.2

三、分层分类模式下医疗救助资金支出规模测算

（一）分层分类模式下的资金预测模型

为了分析各项政策参数调整对救助资金支出规模的影响，比较分层分类救助模式下各类救助对象的资金支出差异，本文构建分层分类的医疗救助支出测算模型，以更加科学精准地对医疗救助资金支出变化趋势做出预测。

医疗救助主要通过两种方式对困难人群开展帮扶救助，因此医疗救助支出包括两部分，一是资助参保支出（subsidize insurance expenditure，SIE），二是政策范围内医疗费用补助支出（medical expense subsidy expenditure，ESE）。则医疗救助资金支出测算基本模型如下：

$$E_t = SIE_t + ESE_t \tag{1}$$

在资助参保支出测算中，将根据不同救助人员分类别测算资助参保资金需求，在测算公式（2）中， J_t 为第 t 年居民医保人均缴费额， j_i 为 i 类救助对象资助参保缴费比例， N_{ti} 为第 t 年 i 类救助对象资助参保的人数，则第 t 年的资助参保支出 SIE_t 为：

$$SIE_t = \sum_{i=1}^i J_t \times j_i \times N_{ti} \tag{2}$$

医疗费用补助支出分为门诊救助支出。门诊救助主要是对因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用进行补助，此外，例如北京、江苏、上海、海南、西藏、青海等地明确将普通门诊费用也纳入到救助范围中。住院救助是对救助对象在定点医药机构发生的住院费用，经基本医保、大病保险以及其他商业保险等支付后的政策范围内个人自付费用按规定进行救助保障。

考虑到当前各地政策中大部分地区门诊慢特病与住院费用采取统一救助比例，且共用年度救助限额，因此在测算医疗费用补助支出时不区分门诊慢特病与住院救助。设医疗费用剩余自付额为 Z ，即经基本医疗保险、大病保险以及其他商业保险等支付后政策范围内的个人自付医疗费用， e_i 为 i 类对象医疗费用救助标准， Q_{ti} 为第 t 年 i 类对象中享受医疗费用救助的人数，则医疗费用补助支出测算公式如下：

$$ESE_t = \sum_{i=1}^i Z_{ti} \times e_i \times Q_{ti} \tag{3}$$

其中，医疗费用剩余自付额 Z_{ti} 测算方式如公式（4）， E_{t_1} 表示基期城乡居民平均医疗费用， g 为医疗费用增长率， m 为医保目录内医疗费用占比， z 为目录内基本医保与大病保险报销后

自付费用比, RR_i 为 i 类救助对象的医疗费用修正因子。

$$Z_{ti} = E_{t1} \times (1 + g)^{t-1} \times m \times z \times RR_i \quad (4)$$

i 类对象中享受医疗费用救助的人数 Q_{ti} 测算方式如 (5), N_{ti} 为 i 类救助对象第 t 期的预测人数, q 为居民医保参保人员就诊率, rr_i 为 i 类对象就医人数修正因子。

$$Q_{ti} = N_{ti} \times q \times rr_i \quad (5)$$

救助对象的就诊率和医疗费用与普通参保居民存在一定差异。首先, 困难群体自身健康水平普遍较差, 残疾率也较高, 医疗服务需求高于普通参保群体, 但其自身应对疾病风险的能力相对较弱, 医疗救助政策的实施会让其敢于就诊, 因此, 救助对象的就诊率相对较高; 其次, 不同收入层次患者的医疗服务需求弹性不同, 不同就医行为引导下医疗费用也会有所差距。已有研究中有将保险因子作为影响医疗救助支出的因素之一, 以反映补偿水平变动所产生的医疗费用变化,^① 也有在测算医疗救助资金需求时引入流行病学中的相对风险度, 通过计算救助对象与普通人群的人均医疗费用比例来比较二者之间的就医经济风险。^② 本文在现有研究的基础上, 为了反映救助对象与普通患者在就诊次数与医疗费用上的差异, 在测算时对医疗费用和就诊人数进行修正, 医疗费用修正因子 RR_i 即救助对象人均医疗费用与全部参保居民人均医疗费用的比值, 就医人数修正因子 rr_i 为救助对象的就诊率与全部参保居民就诊率之比。如果 $RR_i > 1$, 则证明医疗救助对象的人均医疗费用高于普通参保居民, 其医疗费用是参保居民的 RR_i 倍, 就医人数修正因子 rr_i 含义同理。计算公式如下, $E1_i$ 表示 i 类救助对象的就医费用, $E2$ 表示全部居民就诊费用, k_i 表示 i 类救助对象的就医人数, K_i 表示 i 类救助对象人数, p 表示参保居民中的就诊人数, P 为全部参保人数, 则:

$$RR_i = \frac{E1_i}{k_i} / \frac{E2}{p} \quad (6)$$

$$rr_i = \frac{k_i}{K_i} / \frac{p}{P} \quad (7)$$

因此, 医疗费用补助支出为:

$$ESE_t = \sum_{i=1}^i E_{t1} \times (1 + g)^{t-1} \times m \times z \times N_{ti} \times q \times e_i \times \frac{E1_i P}{E2 \cdot K_i} \quad (8)$$

(二) 参数设定

1. 居民医保人均缴费额 J_t

城乡居民医保整合以来, 个人缴费标准按照每年 20—40 元增长, 2024 年居民个人缴费由 380 元调整为 400 元, 在预测资助参保救助支出时, 以 2024 年为起点, 假设未来人均缴费额按照每年 20 元持续增长。

2. 资助对象与资助标准 j_i

《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》中明确提出, 对特困人员全额资助参保, 对低保对象和返贫致贫人口定额资助。部分省份综合考虑本省内各地救助资金和对象规模差异后, 从省级层面对低保对象最低资助标准做出规定, 资助标准按个人缴费的 100%—10% 不等。未来防止返贫政策与农村低收入人口常态化帮扶救助政策将逐渐并轨, 目前各地针对低边成员与监测人口的资助标准大致相同, 资助标准占个人缴费的 90%—10% 不等, 地区资助标准差距较大。

① 吴建等:《农村医疗救助基金测算》,《卫生经济研究》2008 年第 4 期。

② 易春黎:《城市医疗救助筹资需求测算及其支出影响因素研究》, 华中科技大学博士学位论文, 2010 年。

从目前实际资助情况来看，重点救助对象资助比例较为稳定，2023 年人均资助额占人均缴费额的比例为 70.5%，其他资助参保对象的资助比例有所降低，2023 年平均资助比例为 57.1%。综合各地政策以及当前资助情况，测算中将特困人员资助参保额占个人缴费的比例设为 100%，低保对象设为 70%，低保边缘成员与监测对象及其他困难人员设定为 60%。

3. 医疗费用救助标准 e_i

比较各省救助政策，当前特困人员住院救助比例在 100%—70% 之间，救助比例为 100% 的有 18 个地区；低保对象救助比例除西藏为 95% 外，各地在 85%—70% 不等，其中救助比例为 70% 的有 19 个省份；低边成员、监测对象及其他困难人员救助标准略低于低保对象，除西藏之外，各地标准基本介于 70%—50% 之间；因病致贫重病患者救助比例在 70%—30% 之间，大部分省份规定不低于 50%。考虑全国平均救助水平，测算中将特困人员设置为 90%，低保对象为 80%，低边成员、监测对象及其他困难人员为 60%，因病致贫重病患者为 50%。

4. 医疗费用 E 与增长率 g

自城乡居民医疗保险制度整合以来，2017 年至 2023 年，参保居民次均住院费用（含门诊慢特病）从 6560 元增长至 2022 年的 8643 元，2023 年降低至 8189 元，年均增长率为 3.76%。普通门诊次均费用从 73.79 元持续增长至 116 元，年均增长率为 7.83%。^① 本文在对特困人员、低保对象、低边成员、监测对象及其他困难人员的医疗费用进行预测时，以 2023 年城乡参保居民医疗费用为基期，按照居民医保整合以来 2017—2023 年年均增长率进行估计。由于因病致贫重病患者医疗费用高于普通参保居民，所以对其费用测算时，以享受居民大病保险人员的人均医疗费用为依据（2021 年人均 31502.07 元），2024 年起按照居民次均住院费用年均增长率逐年递增。

5. 目录内医疗费用占比 m

根据 2018—2023 年《全国医疗保障运行报告》中居民政策范围内费用和目录外个人自费额可得到目录内医疗费用占比，2018—2023 年间差异较小，平均占比为 87%，因此假设未来目录内费用占比依然保持 87%。

6. 目录内医疗费用剩余自付比 z

根据基本医保基金支出以及大病医保报销支出可估计目录内医疗费用剩余自付比，计算过程如表 6 所示。根据 2020 年和 2021 年计算结果，测算中假设 2024—2035 年剩余自付比为 20%。

表 6 目录内医疗费用剩余自付比（单位：亿元、%）

年份	医疗费用 ①	目录内医疗费用 ② = ① × 87%	基本医保支出 ③	大病保险支付 ④	目录内剩余自付比 ⑤ = 1 - (③ + ④) / ②
2020 年	14080.43	12249.97	8165	678.21	27.8
2021 年	15107.18	13143.24	9296	753.22	23.5

数据来源：国家医疗保障局编：《全国医疗保障运行报告（2020—2021 年）》。

7. 就诊率 q

自 2017 年城乡居民医保整合以来，参保居民住院率迅速增长且波动较大，2020 年受疫情影响，住院率从 2019 年的 16.6% 下降至 15.1%，2023 年诊疗需求得到释放后住院率突增至

① 国家医疗保障局编：《全国医疗保障运行报告（2017—2023 年）》。

20.7%。^① 考虑到影响住院率变动的因素复杂繁多，受到经济收入水平、医疗服务供给、医疗卫生政策、居民健康水平、人口年龄结构以及重大卫生事件等方面因素的影响，灰色预测能够对这种有序却又含有不确定信息的灰过程进行预测，因此本文采取 GM（1,1）灰色预测模型对住院率做出预测。根据 2017—2023 年住院率得到以下预测公式：

$$\hat{X}^{(1)}(t) = 2.906e^{-0.0489(t-2017)} - 2.765$$

$\hat{X}^{(1)}$ 为住院率的一次累加序列，由此可得到符合 2017—2023 年居民住院率变动趋势的各年度预测值，普通门诊人均就诊次数预测方法与此类似。下表为 GM（1，1）预测得到的参保居民住院率与门诊就诊情况。

表 7 参保居民住院率与门诊就诊情况预测（单位：%、次）

年份	住院率（%）	人均门诊就诊次数（次）
2024 年	19.51	2.16
2026 年	21.52	2.49
2028 年	23.73	2.86
2030 年	26.16	3.29
2033 年	30.30	4.06
2035 年	33.41	4.67

8. 修正因子 $\frac{E1rP}{E2K_i}$

自 2021 年《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》发布以来，2022 年各省市出台并实施分类分层的医疗救助政策。因此，以 2022 年各类救助对象的人数和医疗费用数据计算得到各类人群的修正因子，特困人员、低保对象、低边成员与监测对象及其他困难人员的住院费用（含门慢特）修正因子分别为 3.66、2.81、1.68 和 2.46；普通门诊费用的修正因子分别为 1.54、1.83、1.89 和 1.31。^② 因病致贫重病患者因其收入与普通参保者差距较小，且实际政策执行中，此类对象大都在发生家庭经济风险后才主动申请或被动识别为医疗救助对象，就医行为受医疗救助政策影响较小，因此在测算中将修正因子设定为 1。

（三）测算结果

按照以上参数设置，2024—2035 年的医疗救助资金支出规模预测如下表所示。由于考虑到仅有部分地区将普通门诊纳入医疗救助范围，基础测算中未对普通门诊救助资金进行测算，导致短期内预测资金略低于实际资金支出规模。从长期来看，医疗救助支出规模持续扩张，其中资助参保支出增长较为平稳，而医疗费用补助支出增长则较为迅速。

表 8 2024—2035 年救助资金支出预测（单位：亿元）

年份	资助参保支出				医疗费用补助支出					支出总额
	特困	低保	低边	监测	特困	低保	低边	监测	重病	
2024	18.6	117.9	18.2	85.4	44.3	273.0	22.0	151.5	17.9	748.8
2026	20.5	129.4	23.1	90.6	52.5	323.5	30.2	173.5	21.2	864.5
2028	22.2	140.6	29.0	94.6	62.1	382.6	41.3	197.1	25.1	994.7
2030	24.0	151.6	36.2	97.1	73.3	451.9	56.4	221.7	29.6	1141.7
2033	26.5	167.4	49.6	97.5	93.9	578.7	89.8	258.1	37.9	1399.5

① 国家医疗保障局：《全国医疗保障事业发展统计公报（2019—2023 年）》，国家医疗保障局官网：<https://www.nhsa.gov.cn/col/col7/index.html>，2024 年 7 月 25 日。
② 根据《2022 年民政事业发展统计公报》《2022 年全国医疗保障运行报告》以及课题调研数据整理计算而得。

年份	资助参保支出				医疗费用补助支出					支出总额
	特困	低保	低边	监测	特困	低保	低边	监测	重病	
2035	28.1	177.5	60.9	95.1	110.6	681.6	122.3	279.8	44.7	1600.6

通过计算医疗救助资金财政负担系数，即医疗救助支出占财政收入的比重，可以预测未来财政对医疗救助投入的力度。当前全国财政收入增长平稳，2014—2023 年 10 年间从 140370 亿元增长至 216784 亿元，年均增长率为 5%。其中，中央财政收入平均占比约 46%，假设财政收入依旧按照此速度增长，未来各年度中央财政与全国财政总收入预测结果如图 1 所示。比较各年财政负担系数预测值，医疗救助支出增速将高于财政收入增速，财政负担系数逐年增长，2024 年医疗救助资金财政负担系数为 0.33%，2035 年将增长到 0.41%，财政压力逐渐增加。2023 年中央财政医疗救助补助资金占全部医疗救助支出比重为 40%，未来如果依旧按照此比例进行补助，中央财政负担系数将从 0.29% 增长至 0.36%，但低于总体财政负担系数，需要适度加大中央财政的投入力度。

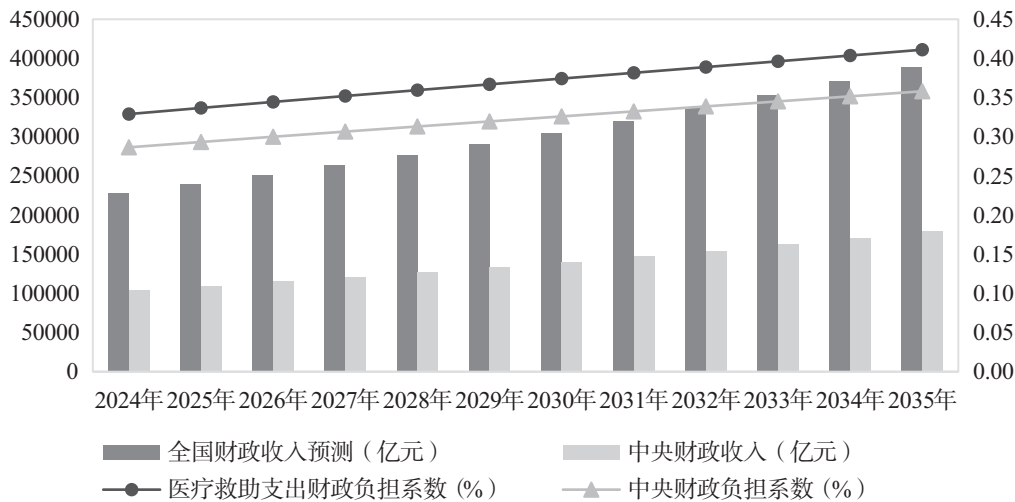


图 1 2024—2035 年医疗救助资金财政负担系数

四、政策调整优化后医疗救助资金支出模拟比较

为进一步完善医疗救助政策，综合提高医疗救助保障水平，本文基于前文测算，从拓展救助对象、提高救助比例以及扩大救助范围三个维度构建多组政策优化方案，并通过分析比较各项政策参数调整后对医疗救助资金规模产生的影响，力求在有限的资金约束下探寻最优的政策组合，为实现困难群众“病有可医、患病敢治”的政策目标提供决策参考。

（一）调整救助人群界定标准

救助对象的认定会对医疗救助资金产生直接影响，目前各地因病致贫重病患者差异化的认定标准导致各地认定人数规模存在较大差异，造成地方认定标准差异化的原因在于重特大疾病医疗救助的含义界定不明晰。从认定方法上来看，直接以自付医疗费用为标尺的 CHE 法能够识别出花费高额医疗费用的患者家庭，但却不能较为精准地剔除自身家庭收入相对较高的群体。而 IHE 法能够反映出相对于家庭收入，医疗费用给家庭所带来的经济压力，但会识别出部分收入略高于低边成员、同时发生了少量医疗支出的家庭，这类家庭成员可能并未发生重特大疾病，

但家庭收入较低使得抵抗疾病风险的能力较差。因此，仅以单一认定标准不能准确识别出因高额医疗费用而存在致贫风险的家庭，不合理的识别规模也会产生较大的资金压力，未来应采取复合式的识别方式。对此，根据不同认定方法设置以下三种优化识别方案。

“CHE+IHE”认定方法较为严苛，识别对象需要同时满足收入水平略高于救助对象，同时患有重特大疾病而产生高额医疗费用。优化方案 1—1 采取福建标准，即政策范围内个人自付费用高于居民可支配收入，且扣除个人自付医疗费后家庭人均收入低于 1.5 倍低保标准，人数按照低保对象的 1% 进行预测。

“CHE+PHI”认定方法能够识别出因高额医疗费用而陷入困境的中低收入家庭，有针对性地对重特大疾病进行救助，同时剔除掉能够承受高额医疗费用的中高收入家庭。因此，按照天津标准设置优化方案 1—2，即家庭人均收入低于 3 倍低保标准，且政策范围内累计个人医疗费高于年家庭总收入，因病致贫患者救助人数按照低保对象的 2% 进行预测。

“IHE+PHI”认定方法能够识别出因医疗费用支出带来家庭经济风险的中低收入群体，较好地平衡了不同收入水平家庭医疗费用承受能力的相对性，更多地将收入水平略高于救助对象的人群纳入进来，防止其因病致贫。2024 年 10 月民政部印发的《刚性支出困难家庭认定办法》中明确将“共同生活家庭成员人均收入低于上年度当地居民人均可支配收入”作为刚性支出困难家庭的认定条件之一，同时家庭刚性支出占家庭总收入比例也要符合当地规定，这一认定办法属于此类认定方式。根据已有地方经验，为了与低边成员救助相衔接，按照内蒙古标准设置优化方案 1—3，即家庭人均年收入低于当地城乡居民人均可支配收入，扣减个人自付医疗费用后，家庭人均收入低于当地低保标准 1.5 倍，因病致贫患者救助人数按照低保对象的 10% 进行预测。

表 9 为基础预测与各优化方案因病致贫重病患者的人数及其资金支出预测结果对比。重特大疾病医疗救助政策定位的不同对于识别人数以及资金规模会产生一定影响，因病致贫重病患者如界定为因医疗费用所产生刚性支出困难的群体，则纳入救助的对象范围较广，支出资金较大；如旨在对重特大疾病进行保障，对高额医疗费用进行救助，则救助对象范围与资金支出规模相对较小。综合对比后方案 1—3 的认定标准更符合当前医疗救助“救急难”的原则，更加广泛地覆盖了因医疗费用而产生经济困难的低收入家庭。

表 9 不同识别方案下因病致贫患者人数及其救助支出（单位：万人、亿元）

年份	基础预测		方案 1—1		方案 1—2		方案 1—3	
	人数	支出	人数	支出	人数	支出	人数	支出
2024 年	336.7	17.9	42.1	2.2	84.2	4.5	420.9	22.4
2026 年	336.1	21.2	42.0	2.7	84.0	5.3	420.1	26.5
2028 年	334.9	25.1	41.9	3.1	83.7	6.3	418.6	31.4
2030 年	333.2	29.6	41.6	3.7	83.3	7.4	416.4	37.0
2033 年	329.8	37.9	41.2	4.7	82.5	9.5	412.3	47.4
2035 年	327.2	44.7	40.9	5.6	81.8	11.2	409.0	55.8

（二）强化三重制度综合保障

有效化解困难人员高额医疗费用，需要医疗救助、基本医疗保险和大病保险三重制度综合发挥效能，因此本文设置以下四种优化方案进行对比分析。

方案2—1：提高资助参保水平。为进一步优化资助参保政策，一是继续提高低保人员资助标准，二是继续扩大资助参保对象范围，假设各地将低保边缘成员与监测对象全部纳入资助参保范围，将低保对象资助标准提高至80%，低保边缘成员和监测对象及其他困难人员提高至70%。

方案2—2：提高医疗费用救助标准。假设各类对象医疗费用救助比例整体提升10%，即特困人员提高至100%，低保对象为90%，低边成员和监测对象及其他困难人员为70%，因病致贫重病患者为60%。

方案2—3：提高基本医疗与大病保险保障水平。为了整体提高救助对象医疗费用的保障水平，需要强化三重制度综合保障，假设基本医保与大病保险政策范围内报销比例提高5%，即假设目录内医疗费用剩余自付比降低至15%。

方案2—4：按照以上方案综合提高资助参保水平、救助比例和基本医保与大病保险保障水平。

图2为各项方案的资金测算结果。比较后发现，提升资助参保水平和医疗费用救助标准都会增加一定额度的救助资金，且支出增速存在小幅提升，提高基本医保和大病保险的保障水平会整体大幅减少医疗救助资金支出。方案2—4与基础测算相比支出有所降低，因此，强化三重制度综合保障，重视基本医保与大病保险的保障，不仅可以提高困难人群医疗保障水平，同时有利于医疗救助资金平稳运行。

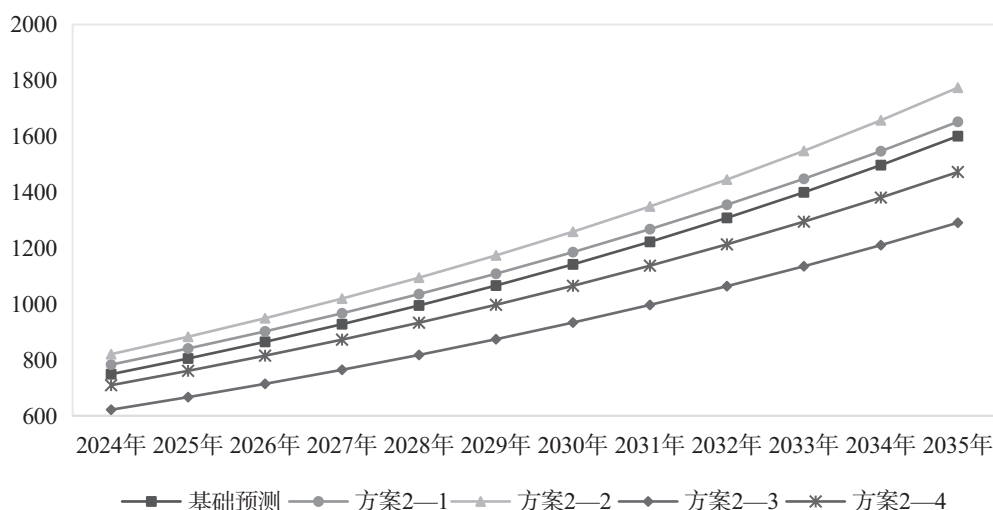


图2 强化三重制度综合保障后各项优化方案支出对比（单位：亿元）

（三）调控门诊住院救助结构

当前普通门诊救助仅在部分地区实施，报销门槛的设置让困难人群可能会选择“小病拖”，不及时就医最终导致小病拖成大病，最终只能住院治疗，影响健康水平的同时也不利于资金的高效利用。此外，近年来我国住院率增长迅速，已经远远超过其他国家平均住院率，人均医疗费用也持续高位增长，为保证制度可持续运行，未来需要多措并举，严格控制住院率与医疗费用快速增长，综合调节并合理控制门诊与住院费用支出结构。对此设置以下四种方案：

方案3—1：将普通门诊纳入救助范围。根据已有地方经验以及住院救助标准，假设特困人员普通门诊费用采取全额救助，低保对象救助标准设为90%，低边成员和监测对象及其他困难人员为70%，因病致贫重病患者不纳入救助。

方案 3—2: 开展普通门诊救助, 并控制医疗费用增长。通过落实分级诊疗、推进支付方式改革、加强基金监管等方式降低医疗费用增长率。在方案 3—1 的基础上, 假设未来住院费用增长率从 3.76% 降至 2%, 门诊费用增长率从 7.83% 降至 5%。

方案 3—3: 开展普通门诊救助, 并控制住院率增长, 实现“以门诊换住院”。我国当前住院率增长速度极其不合理, 未来急需严格控制住院率增长, 在方案 3—1 的基础上, 假设到 2035 年住院率不超过 25%, 2024—2035 年间按照 1.58% 年均增长率增长。

方案 3—4: 同时对以上方案进行优化。通过开展普通门诊救助引导就诊, 控制住院率增长, 挤出不合理住院, 构建高效控费机制, 挤出不合理支出。

对比图 3 中各方案的预测结果, 在方案 3—1 中, 将门诊费用纳入救助范围后, 救助资金支出增速较快, 短期内对资金支出规模影响较小, 长期会产生较大支出压力。从方案 3—2 与方案 3—3 可以看出, 控制医疗费用与住院率快速增长, 可以有效降低支出增速, “以门诊换住院”的优化策略有利于提升困难人群的健康水平, 同时可以有效降低救助资金支出压力。方案 3—4 综合调整门诊与住院救助支出结构, 将普通门诊纳入医疗救助范围后, 短期支出可能存在小幅增长, 如果配合降低住院率与医疗费用, 在 2028 年, 支出将低于基础预测, 长期来看, 支出规模会大幅缩减。

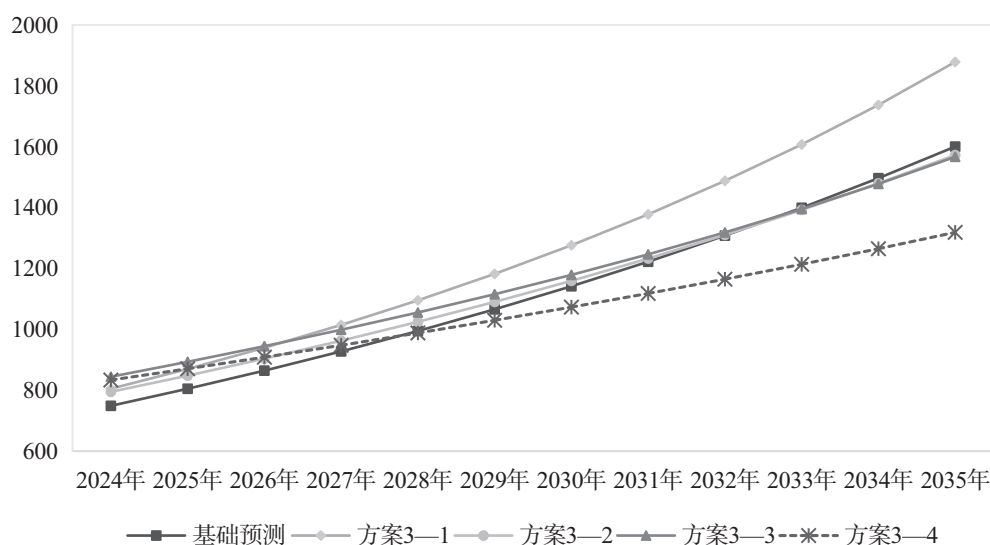


图 3 调控门诊住院救助结构后各项优化方案支出对比 (单位: 亿元)

(四) 综合优化后财政负担比较

根据以上讨论, 为了全面覆盖因医疗费用支出陷入家庭经济困难的群体, 提升医疗救助水平与资金支出效率, 从调整界定救助对象、夯实三重制度保障、调控门诊与住院支出三个方面进一步完善政策, 设置综合优化方案, 即按照方案 1—3 改进因病致贫重病患者认定标准, 并根据方案 2—4 与方案 3—4 综合调整政策参数。

综合优化方案预测结果如下表所示。政策调整短期而言, 资金需求可能会出现小幅增长, 从 2026 年起, 综合优化后的资金支出规模开始小于基础预测资金; 长期来看, 提高基本医保与大病保险保障水平, 控制住院率与医疗费用增速是缓解医疗救助资金压力的关键。未来提高医疗救助水平, 并且重视救助资金支出效率是政策优化的方向, 这要求对各项政策参数进行系统调整, 需要协同发挥政策合力。

表 10 综合优化后资金预测结果（单位：亿元）

年份	资助参保支出	医疗费用补助支出		合计
		门诊救助	住院救助（含门慢特）	
2024 年	274.2	41.0	465.3	780.4
2026 年	301.0	52.1	497.0	850.1
2028 年	327.2	66.1	529.7	923.0
2030 年	352.6	83.8	563.4	999.8
2033 年	389.4	119.6	615.7	1124.8
2035 年	413.0	151.6	651.7	1216.3

从表 11 各项优化方案财政负担系数来看，调整因病致贫重病患者人数规模几乎不会对资金支出规模造成较大影响，对财政负担的影响较小。与基础预测相比，综合提高三重制度保障的优化策略会整体降低财政负担系数；而通过综合调控门诊与住院的支出结构，医疗救助支出增速将逐渐低于财政收入增速，短期来看需要增加财政投入，但长期将逐渐低于基础预测的财政负担。如果对各政策参数进行综合优化，2026 年财政负担系数将低于基础预测，财政负担水平可持续保持在 0.34%—0.31% 之间，能够有效缓解财政负担压力。而中央财政负担系数整体低于总财政负担系数，央地财政责任不均衡，地方财政所承担的筹资压力相对较大。

表 11 各项优化方案财政负担系数比较（单位：%）

测算方案	负担系数	2024 年	2026 年	2028 年	2030 年	2033 年	2035 年
基础预测	总财政负担系数	0.33	0.34	0.36	0.37	0.40	0.41
	中央财政负担系数	0.29	0.30	0.31	0.33	0.35	0.36
方案 1—3	总财政负担系数	0.33	0.35	0.36	0.38	0.40	0.41
	中央财政负担系数	0.29	0.30	0.32	0.33	0.35	0.36
方案 2—4	总财政负担系数	0.31	0.32	0.34	0.35	0.37	0.38
	中央财政负担系数	0.27	0.28	0.29	0.30	0.32	0.33
方案 3—4	总财政负担系数	0.37	0.36	0.36	0.35	0.34	0.34
	中央财政负担系数	0.32	0.32	0.31	0.31	0.30	0.30
综合优化	总财政负担系数	0.34	0.34	0.33	0.33	0.32	0.31
	中央财政负担系数	0.30	0.30	0.29	0.29	0.28	0.27

五、总结与建议

（一）研究结论

本文在总结梳理各地救助对象界定规定的基础上，结合特困与低保人员数量以及 CHFS 调查数据，识别并预测 2024—2035 年各类医疗救助对象人数；之后建立医疗救助支出测算模型，对未来救助资金支出规模进行测算，模拟比较了调整各项政策参数后的资金变化，尝试寻找救助水平高且财政负担轻的政策优化方向。对此得到以下结论：

基于我国总人口预测结果，救助对象数量会逐渐减少，而医疗救助资金支出规模则会逐年扩张，其中，资助参保支出增长速度相对缓慢，医疗费用补助支出增长较快，财政负担系数逐年增

长。央地财政责任不均衡,加大财政对医疗救助的投入力度是必然要求。未来继续提高救助水平,减轻财政支出负担,提升有限资金的支出效率,需要多措并举,对各项参数进行系统优化。

具体而言,首先,救助对象认定方法会对救助资金支出规模产生一定影响,但限制因病致贫重病患者的人数也不一定带来巨大的资金节约。目前各地对因病致贫重病患者界定的标准与方法多样,不同方法与标准下,所识别的对象数量差异较大,以单一灾难性卫生支出或致贫性卫生支出作为认定条件,不能很好地精准识别出因患病而存在致贫风险的低收入群体,同一认定方法下,所锚定的标度的不同也会对识别人数产生较大影响;其次,三重保障制度是相互影响的有机整体,通过测算比较发现,系统提升基本医保和大病保险的保障水平对医疗救助支出规模的影响最大,而提高各类救助对象的资助参保水平与医疗费用救助标准对医疗救助资金规模影响相对较小。因此,提升困难人群的医疗保障水平需要三重保障制度综合发力;第三,如果将普通门诊纳入救助范围将会产生较大规模的资金支出压力,而控制住院率与医疗费用快速增长能够有效减缓医疗救助支出增长速度,对此应协同调控门诊与住院救助,实现以门诊救助置换高额住院救助支出,同时多方控费,提高资金支出效率的同时提升救助对象健康水平。

(二) 政策建议

结合以上分析结论,未来继续提高医疗救助水平与支出效率需要系统调整综合施策,对此,针对医疗救助制度的进一步完善提出以下建议:

加大中央财政投入力度,明确各级政府财政责任。中央财政负担系数略低于总财政负担系数,地方财政承担更多支出责任,未来应适度提高中央财政对医疗救助的投入力度。当前各级政府财政投入责任尚未明确,地方政府应根据自身实际财政能力与救助深度,明确地方各级政府筹资比例,逐步提高医疗救助资金统筹层次,充分发挥省级和市级中间层政府的财政责任,均衡地区之间的救助资金供需差距。

综合管理各类救助基金,拓宽资金筹资渠道。可以探索借鉴海南建立“医疗救助资金池”的经验,将疾病应急救助、临时救助、帮扶援助、工会互助和慈善救助等各类救助资金统一管理,集中盘活各类医疗救助基金,互通各类资金的收入和支出情况,精细化管理各项资金。积极探索并鼓励多方筹资,借鉴泉州“百企联百村帮千户”的工作,广泛动员鼓励企业、商会、社会组织结对帮扶,多方筹集救助资金,建立统筹区内慈善救助帮扶基金。

科学制定对象界定标准,动态管理救助对象。结合地方实际情况制定各类救助对象的界定标准,因病致贫重病患者要综合衡量家庭收入与医疗支出,采取组合式的认定方法。目前采取“IHE + PHI”认定方式能够较好地保障支出型困难群体,锚定的标度也要科学测度后设置,对于扣减自付医疗费的家庭人均收入,救助资金筹集能力较强的地区可适度扩展到低保标准的2至3倍。识别过程要更加精细,救助对象的认定上依靠基层力量,精准掌握救助对象信息,日常开展高额医疗费用预警监测,实现“自上而下”的闭环管理,利用基层力量主动发现,向上实时反馈,上级研判后向下指导基层定期回访,实现人员动态管理。

厘清医疗救助功能定位,实现制度适度保障。医疗救助制度要坚持“托底线、救急难、可持续”原则,与其他保障制度相衔接,充分发挥三重保障制度的保障合力,在有限的资金约束和坚持公平的制度原则下,最大限度地保障困难人群的就医需求。明确各层级保障的界限与范围,实现基本医疗保险“保基本”,大病保险“保大病”,医疗救助“兜底线”,改叠床架屋

式施救为分层分类式救助，细化各类救助对象的救助水平，在宏观把握基金规模和困难人群需求的基础上，通过科学测算，运用好起付标准、救助比例和最高限额等政策工具。

以门诊救助置换住院救助，构建科学控费机制。通过将普通门诊纳入救助范围，做到“小病不拖”，同时管控住院，防止“小病大治”，积极引导困难群众及时就医、按需就医。通过门诊救助改变引导困难人员的就医习惯，在疾病发生早期及时救治，将医疗救助支出向诊疗前端转移，不仅能够整体提高困难群众的健康水平，也有利于救助资金高效使用。与此同时，需要严格监管不合理就医行为，挤出不合理支出。门诊与住院待遇水平要相配合，医院等级与待遇水平相协调，设置门诊最高限额，适度拉开门诊与住院的起付线与报销比例差距，实现疾病发展全过程费用控制，防止普通门诊乱开药、医生诱导就医、分解住院等道德风险的发生。

Expenditure Prediction and Policy Optimization of Medical Assistance under a Tiered and Categorized Model

Zhou Jiahui¹, Zhu Minglai²

(1. Zhou Enlai School of Government, Nankai University, Tianjin 300350, China;

2. School of Finance, Health Economy and Medical Security Research Center, Nankai University, Tianjin 300350, China)

Abstract: In the post-poverty-eradication era, medical assistance in China faces dual policy objectives: expanding coverage and improving efficiency. These goals call for more refined and targeted policy adjustments. This study combines macro-level data with micro-level data from the China Household Finance Survey (CHFS) to identify and forecast the number of medical assistance recipients under the tiered and categorized model from 2024 to 2035. Based on two major components—insurance premium subsidies and medical expense subsidies—the authors construct a forecasting model to estimate future expenditures for different recipient groups. The paper then proposes three policy optimization strategies: adjusting eligibility criteria, enhancing the integrated protection of the three-tier medical security system, and rebalancing the structure of outpatient and inpatient assistance. It further evaluates the impact of each parameter adjustment on overall funding needs and fiscal burden. The results suggest that while the number of recipients will gradually decline, total medical assistance expenditures are expected to continue rising. The most influential factors on spending include the coverage level of basic medical insurance and critical illness insurance, whether general outpatient assistance is implemented, hospitalization rates, and the growth rate of medical costs. Systematic adjustment of these parameters is essential to achieving sustainable and balanced medical assistance policy outcomes.

Keywords: medical assistance; tiered and categorized assistance; identification of recipients; expenditure prediction

(责任编辑: 仇雨临)