

保险政策与中国式减贫： 经验、困局与路径优化^{*}

□黄 薇

摘要：作为助力脱贫攻坚的主要方式，医疗保险和农业保险在防止因病致(返)贫、因灾致(返)贫方面发挥了重要作用，但保险扶贫的实践发展与政策预期尚存有较大差距。本文针对保险扶贫政策实施过程中目标不精准、需求不满足与贫困人口收入约束之间的困局，通过构建贫困人口潜在保险需求转换成有效需求的理论分析框架，利用2000~2011年先后开展的5期“中国家庭健康与营养调查”(CHNS)微观数据，实证检验了倾斜性保险扶贫政策在减贫实践中的作用。研究发现，以适当财政补贴个人缴费、降低起付线、放宽封顶线、提升报销比例为核心的“倾斜性保险扶贫政策”，能够显著激发贫困户医疗保险的需求，对其收入和支出等福利具有显著正向影响，从而起到积极的减贫效果。进一步地，针对扶贫攻坚工作中发现存在一边脱贫、一边返贫的新现象，借助以提升保费补贴程度和住院报销比例等为重点的倾斜性保险扶贫政策，对帮助脱贫和防止返贫具有积极的影响，这为充分发挥保险政策扶贫作用提供了优化路径和发展方向。

关键词：精准扶贫 保险政策 中国式减贫 路径优化

DOI:10.19744/j.cnki.11-1235/f.2019.0010

一、引言

党的十八大以来，在精准扶贫开发工作新的部署下，2013~2017年的5年间，每年农村贫困人口减少都超过1000万人，累计脱贫6853万人，贫困发生率从2012年底的10.2%下降到2017年底的3.1%，脱贫攻坚取得显著成绩。但是，剩下的贫困人口贫困程度较深，减贫成本更高，脱贫难度更大，334个深度贫困县贫困发生率达11.3%，1.6万个深度贫困村超过20%，中国扶贫开发已进入啃硬骨头、攻坚拔寨的冲刺期。针对贫困人口的主要致贫原因，在政策设计和工具运用上实现“精准施策”，是2020年完成脱贫任务的关键。国务院扶贫办建档立卡数据显示，我国农村地区脱贫攻坚始终面临两大挑战，一是因病致(返)贫，另一个是因灾致(返)贫，分别占到贫困人口的42%和20%，已成为我国农村家庭贫困最主要的两大诱因(国务院扶贫办，2017)。通过政府救助、直接补贴等转移支付方式带来的减贫效果是有限的，难以有效地针对疾病、灾害等致贫风险(姚洪心、王喜意，2009)，而作为防范和化解风险的重要手段，以医疗保险和农业保险为代表的保险政策，能够有效提升农村地区贫困人口抵御疾病风险和农业风险的能力，防止因病致(返)贫、因灾致(返)贫，应该成为中国精准扶贫的重要工具，在防范和化解脱贫攻坚的风险中具有不可替代的作用(郑伟、贾若，2018)。

然而，现有保险政策在脱贫攻坚工作中并未得到充分重视，仅将其简单地等同于普惠性的社会保障制度以及兜底式的保障机制加以利用，使得政策对象不精准以及保障范围和力度有限，保险政策的减贫效果大打折扣，在很多农村地区尤其是贫困地区的发展面临困境。究其原因，除了地方政府和贫困人口缺乏风险意识和对保险政策工具了解不够而导致的自我排斥(栗芳、方蕾，2016)以外，贫困人口日益增长的保险需求与其有限的支付能力之间的

^{*}本项研究得到国家社会科学基金重大项目“基于保险精算的精准扶贫研究”(17ZDA090)资助。

矛盾,现有保险政策针对贫困地区的普惠性实践与精准对接贫困人口的特惠性要求之间的矛盾,使得贫困人口无法享受保险扶贫政策带来预期的减贫效应。如何有效突破贫困人口在保险扶贫政策上的支付瓶颈,成功化解贫困人口在保险扶贫政策上的保障困局,尽快将其潜在的保险需求转化为有效保险需求,避免出现灾难性风险冲击导致的因病、因灾致(返)贫,使得保险政策真正成为有效的减贫方式,将是本文重点考虑的问题。

以预期效用和最大化理论为基础的传统保险理论无法解释针对贫困人口保险产品的存在和发展(Dercon and Kirchberger, 2008),因为贫困人口的保险需求能力不足,在基本生活尚未满足的情况下,很难产生保险的有效需求(Rosenzweig and Binswanger, 1993)。但事实上,作为风险厌恶者,贫困人口对保险的潜在需求尤为迫切(Morduch, 2006),对保险产品缺乏了解(McCord, 2008)、投保人对保险的信任感(Radermacher et al., 2007)、保费的支付方式(Cohen and Sebstad, 2006)、个人开支以及家庭规模(Dror et al., 2009)等已被证实均是制约贫困人口保险需求的主要因素,使得其潜在需求无法得到满足。要真正解决贫困人口买不起保险问题,填补潜在保险需求和有效保险需求之间的缺口,有效的方法是利用保险精算技术为不同风险程度的贫困群体厘定合理的保险费率(Knight and Coble, 1997)、实施灵活的保费支付方式(李晓洁、魏巧琴, 2012)、选择合理的收费频次和时机(王守贞、许可, 2008)以及确定有效的保险补偿机制(Platteau et al., 2017)等。

与此同时,很多学者对中国现有保险政策,尤其是医疗保险和农业保险对贫困人口的减贫效果进行了实证分析。在医疗保险方面,齐良书(2011)、杨文等(2012)、宋扬和赵君(2015)等认为新农合等保障性公共服务能够通过减少现金自付医疗支出和灾难性医疗支出发生概率等方式,直接和间接发挥缓解贫困作用,有效降低农村家庭脆弱性,减贫效果明显。鲍震宇和赵元凤(2018)发现新农合的门诊统筹保险虽不具有减贫作用,但住院统筹保险可在5%~7%的水平下显著降低贫困发生率。卢盛峰和卢洪友(2013)也认为政府由单纯的贫困救助转向为低收入群体更好地提供保障性公共服务将是一种有效的政策选择。但另一部分研究对中国医疗保险减贫效果得出了与上述并不一致的评估结论,发现医疗保险制度设计的对象定位出现了“目标上移”现象,使得其作用发挥的精准性受到了影响(黄薇, 2017),研究得出医疗保险补偿后,患病家庭的贫困并没有减轻,医疗保险在减少贫困上的作用很小,甚至并不具备减贫作用(解垚, 2008; Wagstaff and Lindelow, 2009; 姚洪心、王喜意, 2009; 白重恩等, 2013; 李实等, 2016),共同原因可能是,中国医疗费用不断膨胀,但医疗保险的报销比例相对较低,高昂的自付医疗支出超过居民的承受能力,导致医疗保险减贫效果较弱(鲍震宇、赵元凤, 2018)。

在农业保险方面,部分学者的研究肯定了农业保险在稳定农民收入、促进农民消费进而促进农村反贫困方面的积极作用(张伟等, 2014; 邵全权等, 2017),认为其不仅能够放大扶贫资金的政策效果,还能够激励农民积极从事农业生产,通过自身努力提高农业经营收入(张伟等, 2017)。而且,农业保险补贴政策会促使受限于资产贫困的农户选择高生产效率的生产方式,从而减少粮食生产效率损失(高鸣等, 2017),实现农业保险市场中潜在的经济福利,使社会福利得到进一步的增强(冯文丽, 2004),同时并没有在收入分配上造成新的不公平现象(孙香玉、钟甫宁, 2009)。但正是由于农业保险具有典型的正外部性特征,这使得农村保险市场基本完全失灵(栗芳、方蕾, 2016),因此必须通过政府补贴才可以正常运作(Wright and Hewitt, 1994),也只有在较高的保费补贴水平下才能有效提升农业保险的投保率(Goodwin and Smith, 1995),而这不仅受到政府预算的强约束,不符合社会福利最大化原则(孙香玉、钟甫宁, 2008),也会使政府陷入沉重的财政负担,最终不利于农业保险的发展(Goodwin, 2001)。

从上述研究可以看到,无论是医疗保险还是农业保险,有关检验保险政策的减贫效应并未能够形成较为一致的结论,这既与现有保险扶贫政策偏重普惠性,相关研究未能将实证分析对象精准锁定贫困人口有关,也在很大程度上与保险扶贫政策未能有效满足贫困人口潜在保险需求有关。虽然部分文献已经提出保险扶贫政策应在保费补贴、费用补偿、保险保障水平等向贫困人口倾斜,开发梯度式扶贫保险系列产品(郑伟、贾若, 2018),且在部分地区已经开展了保险扶贫的创新模式,形成地方经验,但在规范的实证分析上的研究并不多见。为此,本文针对保险扶贫政策实施过程中目标不精准、需求不满足与贫困人口收入约束之间的困局,构建

了将贫困人口潜在保险需求转换成有效需求的理论分析框架,提出以适当财政补贴个人缴费、降低起付线、放宽封顶线、提升报销比例为核心的“倾斜性保险扶贫政策”作为优化路径。在此基础上,利用2000~2011年先后开展的5期“中国家庭健康与营养调查”(CHNS)微观数据,通过实证分析试图回答和解决以下几个问题:一是如何通过倾斜性保险扶贫政策满足贫困人口的保险需求;二是倾斜性保险扶贫政策是否能够对贫困人口的收入、消费等福利产生积极的影响;三是倾斜性保险扶贫政策是否能够对贫困人口产生显著的减贫效果。

本文结构安排如下:第二部分回顾和总结了近年来中国保险扶贫政策演变的实践和经验;第三部分构建了一个理论分析框架;第四部分包括计量模型构建以及实证结果与分析;第五部分拓展了进一步的研究;最后是结论和政策建议。

二、保险扶贫政策的实践经验

风险管理是保险具有的天然属性,保险作为一个具有“扶危济困、雪中送炭”特征的行业,直接面向最广大的贫困人口和社会弱势群体,与扶贫有着天然的内在联系。2013~2016年,中国农业保险累计提供风险保障7.46万亿元,共支付赔款1546.88亿元;医疗大病保险已覆盖城乡居民9.66亿人,超过800万人直接受益。医疗保险和农业保险的不断完善,无疑成为保险助力脱贫攻坚的两大利器,在防止因病致(返)贫、因灾致(返)贫方面发挥了积极作用,但保险扶贫政策的实践发展与政策预期尚存有较大差距。

(一)农村医疗保险政策的减贫经验

2003年,中国针对农村人口启动了新型农村合作医疗(新农合)制度的试点,采取个人缴费、集体扶持和政府资助的方式筹集资金。2010年,该制度已基本覆盖全国农村居民。从新农合发展的政策效果看,一方面,“新农合”财政补助标准逐步提高,从2003年试点实施时的人均20元到2010年每人每年120元,大幅提高到2017年的450元;另一方面,“新农合”保障待遇水平逐步提高,2016年门诊费用报销比例达到50%,住院费用报销比例达到75%。与此同时,为减轻患大病家庭的医疗支出负担,国家从2012年起推出“新农合”大病保险试点,参合农民患大病产生高额医疗费用的,根据“新农合”政策对其进行补偿后,对自付费用再进行二次补偿,在原有报销基础上再提高报销比例10~15个百分点。2016年,国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,要求整合新农合和城镇居民基本医疗保险两项制度,建立了统一的城乡居民基本医疗保险(城乡居民医保)制度。随着覆盖范围的不断扩大和保障水平的稳步提高,农村医保政策在保障农民享有基本医疗卫生服务、提升医疗保障和健康水平等方面发挥了积极作用。

然而,尽管在缴费上中央财政对参保农民的补助标准已向中西部地区倾斜,以尽量减少困难县(市、区)的负担,而在统筹补偿上,重点提高县、乡、村级医疗机构医药费用和使用中医药有关费用的补偿比例,力图缓解农民患大病的医药费用负担,但由于农村医保政策实行属地管理,筹资方式、报销的起付线、封顶线和报销比例等在同一属地范围(如同一省市)都是统一的标准,未能充分考虑该地区内部贫困人口的实际情况,医保政策精准扶贫的效果无法体现。而对照统一的医保保障报销标准,不同人群的贫富差距会造成医疗服务利用的不平等,对低收入阶层医疗服务利用的需求拉动不足,医疗保健支出负担的减轻作用和健康状况的改善作用不甚明显,也无法拉动其扩大教育、培训等人力资本投资类非医疗消费。农村贫困人口“看病难、看病贵”问题依然存在,“因病致贫、因病返贫”问题依然没有得到很好解决。

为保障农村医保政策能够精准对接贫困人口,2016年9月,国务院部署实施健康扶贫工程,提升农村贫困人口医疗保障和健康水平。在此背景下,各地、各部委相继出台医保扶贫的相关特惠政策。如陕西省西安市2017年6月出台《新农合健康扶贫政策》,针对农村贫困人口执行“三免两降两提高”政策。“三免”即参加新农合的贫困人口参合缴费由政府资助、门诊统筹中的一般诊疗费全额报销、推行“先诊疗、后付费”。“两降”即在社区卫生服务中心、乡镇卫生院及一级协议医疗机构住院就诊,不设起付线,合规费用全额纳入报销;大病保险起付线由10000元降至3000元。“两提高”即参合贫困人员报销比例提高10个百分点,最高不突破90%;3类38种门诊慢性病封顶线提高20%,参保贫困人员Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类门诊慢性病封顶线分别调整为24000元、

9600元、6000元。2017年4月,原卫计委、财政部发文要求将贫困人口大病保险起付线降低50%,实现农村贫困人口大病实际报销比例提高到90%以上。原保监会2018年3月也下发通知,建档立卡贫困户意外伤害保险和商业型农业保险的执行费率可在备案费率的基础上降低10%~30%。在相关政策支持下,倾斜性医保支付和报销政策的扶贫效果初步显现。据原卫计委数据统计,2016年贫困人口住院实际补偿比达到67.6%,74%的贫困县初步实现了县域内先诊疗后付费,有效减轻了农村贫困人口看病就医费用负担。

(二) 农业保险政策的减贫经验

2007年始,按照“政府引导、市场运作、自主自愿、协同推进”的原则,中央财政实施了农业保险保险费补贴政策,为投保农户提供一定的保险费补贴,引导和支持其参加农业保险。2016年,中央财政拨付农业保险保费补贴资金158.30亿元,同比增长7.47%,是2007年的7倍多,带动全国实现农业保险保费收入417亿元,为2.04亿户次农户提供风险保障2.16万亿元,玉米、水稻、小麦三大口粮作物承保覆盖率已超过70%,承保农作物品种达到211个,基本覆盖农、林、牧、渔各个领域。目前,中国农业保险业务规模仅次于美国,居全球第二,其中养殖业保险和森林保险业务规模居全球第一。农业保险在提高农业抗灾减灾能力、促进农民增收、维护国家粮食安全等方面正发挥着重要作用。

然而,尽管中央财政结合区域、险种情况实施了差异化补贴政策,逐步提高了中西部地区的补贴比例,缓解了地方财政的支出压力,稳定了农户收入,但这也导致农业保险的赔款支出对政府的财政补贴依赖较高,仅2007~2014年,中央财政已累计拨付农业保险保费补贴资金564.14亿元,占到农业保险风险赔款支出854.04亿元的66.06%(周才云等,2017)。而且,中央财政农业保险保险费补贴是按照保险费的一定比例提供补贴,财政资金受限使得补贴险种的保险金额规模无法有效扩大,“低保险金额、高补贴比例”的补贴政策难以覆盖农户承担的全部农业风险,且相关补贴政策主要针对农作物生产地区(如产粮大县等),农业保险品种设计不精准、保险品种偏少的状态,难以满足经营集约化、特色化农产品农户的多样性保险需求,暴露出补贴目标模糊、“撒胡椒面”、搞平均主义等问题,未能充分考虑贫困地区以及贫困农户的利益和实际情况,极大影响了补贴的精准性和指向性,农业保险政策精准扶贫的效果无法体现,“因灾致贫、因灾返贫”问题依然没有得到很好解决。

为保障农村农业保险政策能够精准对接贫困人口,针对贫困地区和贫困人口,各地、各部委相继出台降低农业保险费率、放宽投保门槛限制等农保扶贫的特惠政策。2018年3月,原保监会下发通知,深度贫困地区财政补贴型农业保险的保险费率在已降费20%的基础上,再降低10%~30%。河南一方面鼓励县市财政统筹资金承担贫困人口种植业、养殖业保险自缴保费,保障贫困人口农业生产;另一方面取消育肥猪保险500头以上的投保门槛,严禁保险机构自行对能繁母猪、奶牛保险等设置参保门槛,实现“贫困人口愿保尽保”。

三、理论分析框架

从以上保险扶贫政策实施的实践看,为了解决保险扶贫收入约束与保险需求的两难困境,普遍针对贫困人口采用倾斜性的保费补贴支付方式和保险补偿机制,从而提升保险扶贫的精准性和有效性。本文以效用理论为基础,通过构建理论模型推演上述倾斜性保险扶贫政策是否能够有效满足贫困人口的保险需求,以及该政策是否能够对贫困人口的消费行为产生影响。

(一) 倾斜性保险扶贫政策对贫困人口保险需求的影响

基于李晓洁和魏巧琴(2012)、高峰和王珺(2008)关于保险需求的理论模型,本文构建一个两期模型说明倾斜性保险扶贫政策对贫困人口保险需求的影响。假设作为投保人的贫困人口是风险厌恶型的,其初期财富用个人收入 Y 表示,基本消费支出为 C ,效用函数为 U ,满足 $U' > 0, U'' < 0$ 。投保人在第1期参加保险的保险费率为 P ,保险金额为 I ,缴纳的保险费为 PI ,则仅有在 $Y - C \geq PI$ 的情况下,投保人才会做出参加保险的决策。

简单来说,投保人如果参加的是医疗保险,在第2期如发生健康医疗风险,面对需要承受的医疗费用支出 Z ,将会获得医保补偿 I ;如果投保人参加的是农业保险,在第2期如发生农业风险,面对需要承受的损失 Z ,将

会获得农保补偿 I 。假设第2期发生风险事故的概率为 $\pi(0 \leq \pi \leq 1)$,则投保人的最优保险假设可以表示为:

$$\begin{aligned} \text{Max} \quad & EU = U(Y - PI) + \pi U(Y - Z + I) + (1 - \pi)U(Y) \\ \text{s.t.} \quad & Y - C \geq PI \\ & 0 \leq I \leq Z \end{aligned} \quad (1)$$

在公平精算费率 $P^* = \pi$ 条件下,期望效用最大化的一阶条件为 $\partial EU / \partial I = -PU'(Y - PI) + \pi U'(Y - Z + I) = 0$,则最优保险需求为 $I^* = Z / (1 + \pi)$ 。同时考虑保险需求受到投保人收入约束 $Y - C \geq PI$,则 $I^* = \min(Z / (1 + \pi), (Y - C) / \pi)$ 。

实际上,无论投保人参加医疗保险还是农业保险,都会面临免赔额(起付线)、赔偿限额(封顶线)以及比例赔偿(报销比例)的政策情形。假设投保人的免赔额、赔偿限额和赔偿比例分别是 d 、 δ 和 $\alpha(0 < \alpha \leq 1)$,则投保人的有效保险需求为:

$$\begin{aligned} \hat{I} = \begin{cases} 0 & Z \leq d \\ \alpha Z & d < Z \leq \delta \\ \delta & Z > \delta \end{cases} \\ \text{s.t.} \quad \hat{I} \leq \frac{Y - C}{\pi} \end{aligned} \quad (2)$$

如果 $\hat{I} \geq I^*$,则投保人的最优保险需求能够得到满足和保障,将做出参加保险的决策,反之则没有参加保险的动力,即使参加保险也难以满足自身保险需求。为此,针对贫困人口,保险扶贫普遍采用了一系列倾斜性特惠政策,尽量提升其潜在保险需求规模并促使潜在保险需求尽量转化为有效保险需求:

1. 财政补贴个人缴费

假设补贴比例为 $\lambda(\lambda = 0$ 表示全额补贴, $\lambda = 1$ 表示没有补贴),则式(1)变为:

$$\begin{aligned} \text{Max} \quad & EU = U(Y - \lambda PI) + \pi U(Y - Z + I) + (1 - \pi)U(Y) \\ \text{s.t.} \quad & Y - C \geq \lambda PI \\ & 0 \leq I \leq Z \end{aligned} \quad (3)$$

因此,贫困人口的最优保险需求变为 $I_p^* = Z / (1 + \lambda^2 \pi)$,考虑收入约束 $Y - C \geq \lambda PI$,则 $I_p^* = \min(Z / (1 + \lambda^2 \pi), (Y - C) / \lambda \pi)$ 。显然,在其他因素相同情况下,财政补贴个人缴费,一方面使得收入约束条件进一步容易实现,另一方面 $I_p^* > I^*$,表明贫困人口的保险需求规模随着补贴比例的提高而递增。

2. 降低免赔额(起付线 d)

当 $Z \leq d$, $\hat{I}_p = 0$,仅当 $d = 0$ 时, $\hat{I}_p \geq I_p^*$ 才能实现,表明取消免赔额或投保门槛限制,有助于满足贫困人口保险需求。

3. 放宽赔偿限额(封顶线 δ)

当 $Z > \delta$, $\hat{I}_p = \delta$,若需 $\hat{I}_p \geq I_p^*$,则 $\delta \geq Z / (1 + \lambda^2 \pi)$,即 $\pi \geq [(Z / \delta) - 1] / \lambda^2$, δ 越大,该条件越容易实现,表明放宽赔偿限额限制,有助于满足贫困人口保险需求。

4. 提升补偿/报销比例(α)

当 $d < Z \leq \delta$, $\hat{I}_p = \alpha Z$,若需 $\hat{I}_p \geq I_p^*$,则 $\alpha Z \geq Z / (1 + \lambda^2 \pi)$,即 $\alpha \geq 1 / (1 + \lambda^2 \pi)$, α 越大,该条件越容易实现,表明提升补偿/报销比例限制,有助于满足贫困人口保险需求。

(二) 倾斜性保险扶贫政策对贫困人口消费支出的影响

借鉴Hubbard等(1995)等理论模型,本文构建一个两期模型说明倾斜性保险扶贫政策对贫困人口消费支出的影响。以医疗保险政策为例,假设贫困参保人的期初非医疗消费为 C_0 ,第2期若发生医疗健康风险事故,则非医疗消费为 C_1^s ,反之为 C_1^u 。则参保人两期非医疗消费的效用函数为:

$$\begin{aligned} \text{Max} \quad & EU = U(C_0) + \pi U(C_1^s) + (1 - \pi)U(C_1^u) \\ \text{s.t.} \quad & C_0 + s = Y - PI \\ & C_1^s = sR - (Z - I) = sR - (I - \alpha)Z \\ & C_1^u = sR \end{aligned} \quad (4)$$

$$U' > 0, U'' < 0$$

其中, s 表示第 1 期的储蓄, R 为无风险折现率。同时, 为简便计, 假定 $I = \alpha Z$ ($0 \leq \alpha \leq 1, Z \leq \delta$)。期望效用最大化的一阶条件为:

$$U'(C_0^*) = R[\pi U'(C_1^{S*}) + (1 - \pi)U'(C_1^{H*})] \quad (5)$$

对式(5)关于 α 求导:

$$U''(C_0^*) \frac{\partial C_0^*}{\partial \alpha} = R[\pi U''(C_1^{S*})(Z - R \frac{\partial C_0^*}{\partial \alpha}) + (1 - \pi)U''(C_1^{H*})(-R \frac{\partial C_0^*}{\partial \alpha})]$$

经推导, 得到:

$$\frac{\partial C_0^*}{\partial \alpha} = \frac{R\pi Z U''(C_1^{S*})}{R[\pi U''(C_1^{S*}) + (1 - \pi)U''(C_1^{H*})] + U''(C_0^*)} > 0$$

说明参保贫困人口的非医疗消费边际效用递增, 反映了参加医疗保险会对第 1 期的非医疗消费支出具有正向影响。

四、实证检验

理论推导表明, 针对贫困人口潜在保险需求与收入约束条件的矛盾, 通过采用倾斜性的保费补贴支付方式以及放松免赔额、提高赔偿限额等保险补偿机制, 不仅可以有效解决该困局, 而且也能有效激发贫困人口的消费支出, 解除其预防性储蓄的后顾之忧, 从而间接促进收入的提高, 起到积极的减贫效果, 这也为近年来各地针对贫困人口采取的倾斜性保险特惠政策提供了理论依据。为从实证上进一步验证上述政策的有效性, 考虑数据的可得性等因素, 本文以农村医疗保险政策为例, 考察倾斜性保险支付和补偿机制是否能够对贫困人口产生显著的影响, 从而为保险扶贫政策提供优化的实现路径。

(一) 实证模型构建

国家的贫困界定方式是以家庭的人均纯收入为标准, 因此, 对贫困的治理与解决都是以家庭为基本范畴与行动单位。本文将农村贫困家庭作为被考察对象, 建立如下回归模型:

$$Y^d = f_1(\text{Subsidy}, \text{Reimbursement}, \text{Deductible}, \text{Cap}, \text{Family}; \theta_1, \theta_2) + u_1 \quad (6)$$

$$Y^{\text{welfare}} = f_2(\text{Subsidy}, \text{Reimbursement}, \text{Deductible}, \text{Cap}, \text{Family}; \theta_1, \theta_2) + u_2 \quad (7)$$

$$Y^{\text{poverty}} = f_3(\text{Subsidy}, \text{Reimbursement}, \text{Deductible}, \text{Cap}, \text{Family}; \theta_1, \theta_2) + u_3 \quad (8)$$

式(6)主要考察倾斜性医疗保险扶贫政策是否能够显著满足贫困人口的保险需求, 式(7)主要考察倾斜性医疗保险扶贫政策是否能够显著提升贫困人口收入、支出等家庭福利, 式(8)主要考察倾斜性医疗保险扶贫政策是否能够显著发挥对贫困人口的减贫效应。其中, Y^d 为农村家庭医疗保险参保意愿和需求程度, Y^{welfare} 为农村家庭收入以及为获得收入所付出的劳动支出等福利因素, Y^{poverty} 为农村家庭贫困状况。Subsidy 和 Reimbursement 分别表示农村家庭参加医疗保险的保费补贴程度和报销补偿程度, Deductible 和 Cap 分别表示参保医疗保险的起付线和封顶线, 这是医疗保险扶贫向贫困人口进行政策倾斜所采用的最主要方式。Family 代表家庭特征, 包括家庭人口规模和结构、户主特征、家庭劳动力特征等, 是家庭贫困较为主要的影响因素。 θ_1 和 θ_2 分别用于控制年份与地区因素, u 为方程的随机扰动项。

(二) 数据来源与指标选取

本文数据来源于“中国家庭健康与营养调查”(CHNS)。该数据库采集范围包括辽宁、黑龙江、江苏、山东、河南、湖北、湖南、广西、贵州等 9 个省份的城镇和农村, 在 2000 年以后分别于 2000 年、2004 年、2006 年、2009 年、2011 年进行了 5 次调查, 每次调查大约访问 4400 个左右的家庭, 涵盖了家庭收入、人口背景、生活卫生、医疗保健、工作职业等数据资料, 样本具有较好的代表性。鉴于城乡医疗保险在调查期间内存在较为显著的差异, 根据研究需要, 本文在样本选择中剔除了城镇家庭, 在剔除数据缺省值和非正常观察值之后, 最终得到 10434 个农村家庭观察值的资料, 包括了详细的人口特征、健康状况、医疗花费、医疗保险以及家庭经济状况等

微观数据。从地区分布看,被观察家庭在9个省区分布基本平均,并覆盖了东、中、西部地区;从时间分布看,被观察家庭在5次调查周期内的分布也比较平均,能够大致反映当前的基本状况,具有广泛的代表性。式(6)~(8)中各项变量的具体指标说明如下:

(1)农户参保意愿和需求变量(Y^d)。合作医疗是农村地区的基本医疗保险,本文将参加合作医疗的家庭成员占比($ncms_ratio$)以及家庭年人均保险缴费支出($premiump$)的对数作为农户参保意愿的替代变量。

(2)农户家庭福利变量($Y^{welfare}$)。包括家庭年人均纯收入($incomep$)和各种费用性支出($expensep$),均取对数。前者是指农村居民家庭全年总收入中,扣除从事生产和非生产经营费用支出、缴纳税款和上交承包集体任务金额以后剩余的,可直接用于进行生产性、非生产性建设投资、生活消费和积蓄的那一部分收入,包括从事生产和非生产性的经营收入、取自在外人口寄回带回和国家财政救济、各种补贴等非经营性收入;后者是农户为产生劳动所得所付出的各项费用性支出,即农户人均的总收入与纯收入之差。同时,为保证可比,上述指标均已平减到2011年的物价水平。

(3)农户贫困程度变量($Y^{poverty}$)。为准确刻画农村家庭贫困状况,本文先后从“绝对贫困”和“相对贫困”两个维度进行测度。首先,在“绝对贫困”层面,一方面,中国实施扶贫开发战略以来,制定和调整过3次贫困标准,分别为1986年的206元、2008年的1196元和2011年的2300元。同时,在每次明确不变价为基数的贫困标准后,再根据物价指数的变动逐年调整按现价计算的年度贫困标准。其中,2000~2007年同时存在两个贫困标准,即按照1986年标准的绝对贫困标准和按照2008年标准的低收入标准,2008年绝对贫困标准和低收入标准合一,将原低收入人口纳入贫困人口统计,统一使用2008年标准作为国家扶贫标准。为此,本文将当年确定的国家贫困线($Poverty_1$)作为衡量农村家庭贫困的标准。另一方面,2007年开始推广的农村最低生活保障制度,其保障对象主要是家庭人均收入低于当地最低生活保障标准的居民,即绝对贫困人口。为此,本文将样本9省区当年所在地区农村最低生活保障标准($Poverty_2$)作为衡量农村家庭贫困的标准。其次,在“相对贫困”层面,借鉴卢盛峰和卢洪友(2013)、陈宗胜等(2013)的做法,设置“相对贫困线”,一是按照样本9省区农户整体进行五等分分组,将人均收入最低的20%标准作为相对贫困线($Poverty_3$);二是按照样本农户所在9省区分别进行五等分分组,将人均收入最低的20%标准作为所在地区的相对贫困线($Poverty_4$),根据农户人均收入的相对位置来衡量贫困状况。

从表1可见,在贫困线设置上,由于农村扶贫标准由国家统一确定,而农村低保标准由地方确定,导致相当多地方两个标准有一定差距,除江苏等部分地区农村最低生活保障标准较高之外,样本中多数地区农村最低生活保障标准($Poverty_2$)要低于国家贫困线标准($Poverty_1$),使得低保无法起到兜底作用。此外,根据农村家庭收入分布所处相对位置确定的相对贫困线($Poverty_3$ 和 $Poverty_4$)要明显高于绝对贫困线($Poverty_1$ 和 $Poverty_2$),且各地区相对贫困线 $Poverty_4$ 差异也较大,这一方面说明各地区经济发展水平的不均衡使得采用一刀切的统一贫困标准是不科学、不合理的,另一方面也反映了目前农村贫困状况存在被低估的情况。相对贫困的设置可以使得贫困线的变动适应经济发展水平的变化,从而能够确保以一个适当高的扶贫标准切实帮助贫困人口。在贫困户占比上,表1显示,以绝对贫困 $Poverty_1$ 为标准,样本中贫困户占比平均从2000年的15.3%下降到2009年的6.7%,后由于2010年贫困标准的大幅提高导致2011年贫困户占比又上升至11.4%;而从地域看,9省区样本中河南等地贫困户占比最高,样本研究周期内平均达到24.3%,而江苏的贫困户平均仅占2.9%,体现了贫困状况与所在地经济发展水平的密切关联。同时,这与国家统计局住户调查办公室(2012)反映全国整体和各地区贫困发生率变化的情况基本一致,表明样本具有较好的代表性。

(4)医疗保险倾斜性政策变量。政府补助收入是农户获得的抚恤金、福利金收入以及各项政策性补贴等,将政府补助收入与家庭保险缴费之比($subsidy$)代表政府保险补贴程度;将家庭纯收入与家庭保险缴费之比($payability$)代表家庭保险支付能力,均取对数,两指标越高,表明农户参加和购买保险的能力越强。同时,本文选取过去4周家庭成员住院费用以及接受保健服务费用中可由医疗保险支付的平均占比($reim_inp$ 和 $reim_outp$)分别作为住院和门诊报销比例的指标^①,以此衡量报销补偿程度($Reimbursement$)。此外,在CHNS数

据库2006年的问卷中,达到医疗保险报销要求的门诊和住院的起付线(*deduct_outp*和*deduct_inp*)、门诊和住院的封顶线(*cap_outp*和*cap_inp*),可以作为*Deductible*和*Cap*的替代变量^②(均取对数)。

(5)家庭特征变量(*Family*)。家庭规模(*familysize*)、老年人和未成年人占比(*seniorrate*和*minorrate*)反映了家庭规模和结构等人口特征;过去4周家庭成员人均住院费用(*exp_inp*)和保健服务费用(*exp_outp*)反映了家庭医疗经济风险的程度(取对数);户主特征则包括了户主的性别(*bossmale*)和受教育年限(*boss_eduy*);劳动力是家庭收入的主要来源,劳动力男性占比(*malerate*)、平均年龄(*aveage*)、教育程度(*aveeduy*)以及健康状况(*avehealth*)等劳动力特征也是决定家庭贫困程度的重要因子。

从样本的描述性统计(表2)可见,无论是根据哪种贫困划分标准,贫困户的人均纯收入(*incomep*)和人均费用性支出(*expensep*)均明显要小于非贫困户。家庭成员参加合作医疗的人数占比(*ncms_ratio*)没有明显差异,这可能与合作医疗虽为自愿参与,但在全覆盖的政策要求下,合作医疗制度在2003年试点之后的推广过程中已具有半强制性特征有关。但从家庭人均保费支出(*premiump*)看,贫困户的保费支出明显要弱于非贫困户,保险服务对贫困家庭而言仍然难以企及。而且,样本中非贫困户的支付能力(*payability*)和保费补贴程度(*subsidy*)均要显著高于贫困户,家庭成员住院和门诊平均报销比例(*reim_inp*和*reim_outp*,或者*reim_inp1*和*reim_outp1*)也是非贫困户较高。此外,虽然贫困户相较于非贫困户,在门诊起付线(*deduct_outp*)上差异不大,在住院起付线(*deduct_inp*)上还略低,但无论是门诊还是住院的封顶线(*cap_outp*和*cap_inp*)上均显著小于非贫困户,表明当年医疗保险政策对贫困人口的倾斜性、特惠性和精准性不够,其潜在保险需求未能得到有效满足。此外,贫困家庭中老人和小孩相对非贫困户占比较高、户主受教育年限不够、家庭劳动力人均受教育程度有限等,这都是家庭致贫的重要因素(宋扬、赵君,2015)。

(三)实证结果分析

1. 新型医疗保险试点期(2000~2009年): 保险扶贫政策对贫困人口保险需求的影响

2003年,在原有合作医疗的基础上,新型合作医疗保险开始试点,2009年在全国基本实现了全覆盖。在试点期间,农户参保采取自愿原则,以CHNS在2000年、2004年、2006年先后进行的

表1 4种贫困标准和样本分布

年份		辽宁	黑龙江	江苏	山东	河南	湖北	湖南	广西	贵州	总计
2000	Poverty_1	865									
		贫困线	16	48	16	30	69	42	55	25	346
		占比	5.8	16.7	6.6	15.2	29.2	16.7	24.1	9.5	16.2
	Poverty_3	1090									
		贫困线	22	66	31	35	90	66	69	37	483
		占比	8	23	12.7	17.7	38.1	26.3	30.2	14	24.1
	Poverty_4	贫困线	1820	1000	2318	1520	612	948	612	1496	959
		贫困线	61	59	57	46	45	54	49	57	485
		占比	22.3	20.6	23.4	23.2	19.1	21.5	21.5	21.6	20.5
	总户数	274	287	244	198	236	251	228	264	278	2260
2004	Poverty_1	908									
		贫困线	27	30	0	9	52	32	24	31	247
		占比	10.9	11.4	0	4.6	21.6	13.7	12	12.6	17.3
	Poverty_3	1361									
		贫困线	46	51	3	20	87	54	44	60	437
		占比	18.6	19.3	1.6	10.2	36.1	23.1	22	24.3	29.6
	Poverty_4	贫困线	1696	1402	3744	1900	900	1180	1400	1210	970
		贫困线	55	53	44	46	50	48	45	50	46
		占比	22.3	20.1	23.2	23.4	20.7	20.5	22.5	20.2	18.9
	总户数	247	264	190	197	241	234	200	247	243	2063
2006	Poverty_1	939									
		贫困线	11	20	5	17	41	24	25	30	198
		占比	5.9	7.8	3	8.9	17.2	12.3	11.7	11.6	10.2
	Poverty_3	1558									
		贫困线	24	47	13	40	73	45	46	64	406
		占比	13	18.2	7.8	20.8	30.7	23.1	21.6	24.8	23.9
	Poverty_4	贫困线	2019	1722	3020	1565	1019	1539	1534	1362	1449
		贫困线	34	50	37	44	47	43	46	55	46
		占比	18.4	19.4	22.2	22.9	19.7	22.1	21.6	21.3	20.4
	总户数	185	258	167	192	238	195	213	258	226	1932
2009	Poverty_1	1196									
		贫困线	16	10	5	9	41	10	18	17	22
		占比	6.1	3.9	2.3	3.6	16.9	4.4	7.9	5.9	9.3
	Poverty_2	贫困线	1490	1149	2496	1203	970	990	875	1013	896
		贫困线	18	9	11	9	30	7	12	17	21
		占比	6.8	3.5	5.2	3.6	12.4	3.1	5.3	5.9	8.9
	Poverty_3	3000									
		贫困线	39	36	17	28	99	37	47	74	54
		占比	14.8	14.1	8	11.3	40.9	16.2	20.6	25.8	22.9
	Poverty_4	贫困线	3686	3867	5310	4328	1387	3155	2880	2480	2320
		贫困线	53	50	42	50	48	45	44	57	45
		占比	20.2	19.6	19.7	20.2	19.8	19.7	19.3	19.9	19.1
	总户数	263	255	213	247	242	229	228	287	236	2200
2011	Poverty_1	2536									
		贫困线	15	13	5	22	71	9	29	40	22
		占比	6.5	5.7	2.6	9.5	36.4	4.2	13.7	14.3	11.3
	Poverty_2	贫困线	1944	1491	3598	1701	1254	1455	1373	1226	1449
		贫困线	10	9	11	14	42	7	18	16	12
		占比	4.3	3.9	5.7	6	21.5	3.3	8.5	5.7	6.2
	Poverty_3	4000									
		贫困线	24	30	12	41	98	25	43	76	44
		占比	10.4	13.1	6.2	17.7	50.3	11.8	20.4	27.1	22.6
	Poverty_4	贫困线	5933	5250	8160	4992	1150	5867	3924	3050	3675
		贫困线	47	46	38	47	38	42	42	56	39
		占比	20.3	20.1	19.6	20.3	19.5	19.8	19.9	20	20
	总户数	231	229	194	232	195	212	211	280	195	1979
总计		1200	1293	1008	1066	1152	1121	1080	1336	1178	10434

注:(1)贫困线单位为元/人/年,贫困户数单位为个,占比单位为%;(2)2000~2007年Poverty_1按照就高不就低的原则适用2008年标准作为贫困线;(3)因为农村低保自2007年才开始推广,Poverty_2仅在2009年和2011年才有统计,数据来源于民政部网站公布信息,统计其中9个省区当年第4季度的低保标准,推算出年均数据。

数据来源:根据样本整理得到。

3期调查为分析周期,能够更好地考察保险政策对贫困人口保险需求的影响。回归结果显示(见表3),对全体样本而言,医疗保险保费补贴(Logsubsidy)和住院报销比例(reim_in)对家庭成员是否参保的决策没有显著影响,这与医保政策设计之初人均保费补贴规模不大,相比于大病等高额医疗费用来说微不足道,无法吸引投保人参加医疗保险的兴趣有关。但医疗保险保费补贴(Logsubsidy)对家庭人均缴纳的保费确实有显著的减免作用,而门诊报销比例(reim_out)则对家庭成员参保有很好的促进作用,这也是由新农合满足基本医疗保障的政策定位

表2 样本的描述性统计

变量名	总样本			Poverty_1						Poverty_2					
				贫困户			非贫困户			贫困户			非贫困户		
	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值
incomep	8852.3	-14249.3	343328	789.6	-14249.3	2997.1	9865.7	1182.3	343328	769.5	-433.8	3986.5	13880.2	990.8	343328
expensep	1525.2	0	341588.4	494.6	0	18721.5	1651.7	0	341588.4	369.8	0	5437	1901.7	0	306189.6
ncms_ratio	0.3	0	1	0.2	0	1	0.3	0	1	0.5	0	1	0.5	0	1
premiump	69.7	0	7200	17.8	0	2040	76.2	0	7200	51.7	0	2040	150.8	0	7200
payability	7279.1	-21220	502035.2	1200.2	-21220	10106.6	8043.1	0.5	502035.2	236.5	-350	12000	4058.9	0.5	488012
subsidy	63.4	0	57870	2.6	0	1000	71.1	0	57870	1.8	0	212	11.6	0	3758.8
reim_inp	60	0	80	40	0	80	60	0	70.8	60	0	66	60	0	80
reim_outp	30	0	100	10	0	80	30	0	100	0	0	0	50	0	100
exp_inp	158.5	0	99999	124.1	0	74999.3	162.8	0	99999	85.3	0	7500	120.9	0	49999.5
exp_outp	0.8	0	300	0.6	0	116.7	0.8	0	300	0.4	0	100	1.3	0	250
familysize	4.5	1	16	4.8	1	13	4.4	1	16	4.8	1	13	4.6	1	16
seniorrate	7	0	66.7	8.1	0	66.7	6.8	0	66.7	7.8	0	50	8	0	66.7
minorrate	18	0	80	21	0	75	17.7	0	80	17	0	71.4	13.9	0	71.4
bossmale	0.9	0	1	0.9	0	1	0.9	0	1	0.8	0	1	0.9	0	1
boss_eduy	7.2	0	18	6.3	0	15	7.4	0	18	6.4	0	15	7.5	0	18
malerate	48.7	0	100	49.3	0	100	48.6	0	100	47.5	0	100	47.5	0	100
aveage	38.2	18.1	60	37.7	20	59.8	38.3	18.1	60	39.3	24.5	59.8	39	19.3	60
aveeduy	7.4	0	17.5	6.6	0	14.5	7.5	0	17.5	7	0	14.5	7.7	0	17.5
avehealth	1.8	0	4	2	0	4	1.8	0	4	1.2	0.5	3.5	1.2	0	4
观察值	10434			1165			9269			273			3906		
reim_outp1	15.1	0	999	10.3	0	100	15.4	0	999						
reim_inp1	26.6	0	800	20.4	0	80	27	0	800						
观察值	1558			103			1455								
deduct_outp	7	0	600	7.1	0	10	7	0	600						
deduct_inp	237.9	0	4800	193	0	1000	241.8	0	4800						
cap_outp	455.6	0	49999.7	264.8	0	10000	471.1	0	49999.7						
cap_inp	15471.8	0	999999	12691.9	0	999999	17255	0	600000						
观察值	433			35			398								
变量名	总样本			Poverty_3						Poverty_4					
				贫困户			非贫困户			贫困户			非贫困户		
	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值	均值	最小值	最大值
incomep	8852.3	-14249.3	343328	1481.4	-14249.3	4959.1	10765.3	1566.2	343328	1761.1	-14249.3	9511.6	10696	1031.9	343328
expensep	1525.2	0	341588.4	585.1	0	18721.5	1766.1	0	341588.4	643	0	18721.5	1751.7	0	341588.4
ncms_ratio	0.3	0	1	0.2	0	1	0.3	0	1	0.3	0	1	0.3	0	1
premiump	69.7	0	7200	24.8	0	4000	81.4	0	7200	30.9	0	4000	79.8	0	7200
payability	7279.1	-21220	502035.2	1777	-21220	17270	8707	1.4	502035.2	1853.1	-21220	35082.9	8689.8	1.4	502035.2
subsidy	63.4	0	57870	3.9	0	1200	78.9	0	57870	5.1	0	1000	78.6	0	57870
reim_inp	60	0	80	60	0	80	60	0	70.8	60	0	80	60	0	70
reim_outp	30	0	100	10	0	99	30	0	100	10	0	99	30	0	100
exp_inp	158.5	0	99999	110.7	0	74999.3	170.9	0	99999	116.7	0	74999.3	169.3	0	99999
exp_outp	0.8	0	300	0.5	0	116.7	0.9	0	300	0.5	0	116.7	0.9	0	300
familysize	4.5	1	16	4.8	1	13	4.4	1	16	4.7	1	13	4.4	1	16
seniorrate	7	0	66.7	8.1	0	66.7	6.7	0	66.7	8	0	66.7	6.7	0	66.7
minorrate	18	0	80	20.5	0	75	17.4	0	80	19.1	0	75	17.7	0	80
bossmale	0.9	0	1	0.9	0	1	0.9	0	1	0.9	0	1	0.9	0	1
boss_eduy	7.2	0	18	6.4	0	15	7.4	0	18	6.4	0	16	7.4	0	18
malerate	48.7	0	100	48.8	0	100	48.7	0	100	48.8	0	100	48.7	0	100
aveage	38.2	18.1	60	37.7	19.3	59.9	38.4	18.1	60	38.1	20	59.9	38.3	18.1	60
aveeduy	7.4	0	17.5	6.7	0	14.5	7.6	0	17.5	6.6	0	14.5	7.6	0	17.5
avehealth	1.8	0	4	1.9	0	4	1.8	0	4	1.9	0	4	1.8	0	4
观察值	10434			2150			8284			2153			8281		
reim_outp1	15.1	0	999	12.4	0	100	15.5	0	999	12.2	0	100	15.7	0	999
reim_inp1	26.6	0	800	18.3	0	80	27.9	0	800	21.6	0	80	27.6	0	800
观察值	1558			222			1336			266			1292		
deduct_outp	7	0	600	7.6	0	500	6.1	0	600	6.6	0	500	6.4	0	600
deduct_inp	237.9	0	4800	182.5	0	1000	249.8	0	4800	211.1	0	1000	243.7	0	4800
cap_outp	455.6	0	49999.7	121.7	0	10000	522.7	0	49999.7	111.8	0	10000	533.5	0	49999.7
cap_inp	15471.8	0	999999	14583.6	0	999999	17459.3	0	600000	14856.9	0	999999	17378.2	0	600000
观察值	433			79			354			79			354		

注:由于数据可得性因素,CHNS数据库里reim_inp1和reim_outp1只有2000年、2004年、2006年3期数据,表内根据该3期进行的统计;deduct_outp和deduct_inp、cap_outp和cap_inp只有2006年1期数据,表内根据该1期进行的统计。其余变量则均是根据研究周期2000~2011年5期数据统计得到。

数据来源:根据CHNS数据库整理得到。

所决定的。除此之外,农户家庭收入水平、支付能力对其购买足够的医疗保险产品具有显著的保障支撑作用,保费支出水平也会显著影响农户参保的积极性,住院医疗费用、家庭人口规模、未成年人占比、户主和劳动力受教育程度以及劳动力平均年龄等家庭特征因素也对其参保意愿和保险需求具有显著影响,这与李晓洁和魏巧琴(2012)、宋扬和赵君(2015)的研究也是一致的。

为进一步精准考察医保政策对贫困户保险需求的影响,在式(6)的基础上引入农户贫困虚拟变量 *poverty* 和医保优惠政策变量(*subsidy*、*reim_outp* 和 *reim_inp*)的交互项。结果发现,无论按照哪种贫困标准统计,对于贫困户而言,保费补贴(*poverty*×*Logsubsidy*)以及住院报销比例(*poverty*×*reim_inp*)的提升都能显著地激发其医疗保险的需求,而门诊报销比例提升(*poverty*×*reim_outp*)对其无影响。以国家贫困线(*Poverty_1*)为例,保费补贴和住院报销比例每提升1%,会促进贫困户家庭参加合作医疗的人数占比相应上升0.26%和0.81%,激发其人均保费支出相应增加1.77%和1.88%,这表明贫困户主要受到收入约束限制和住院等大病医疗费用的负担,保险需求无

表3 合作医疗保险对农村家庭保险需求的影响(2000/2004/2006)

	<i>ncms_ratio</i>	<i>premiump</i>	<i>poverty_1</i>		<i>poverty_3</i>		<i>poverty_4</i>	
			<i>ncms_ratio</i>	<i>premiump</i>	<i>ncms_ratio</i>	<i>premiump</i>	<i>ncms_ratio</i>	<i>premiump</i>
<i>Logincomep</i>	0.1820*** (0.0186)	0.7289*** (0.0077)	0.1822*** (0.0187)	0.7292*** (0.0078)	0.1832*** (0.0188)	0.7300*** (0.0078)	0.1828*** (0.0188)	0.7297*** (0.0078)
<i>Logpremiump</i>	-0.1404*** (0.0237)		-0.1406*** (0.0238)		-0.1410*** (0.0239)		-0.1407*** (0.0238)	
<i>Logpayability</i>	0.1797*** (0.0173)	0.7194*** (0.0042)	0.1799*** (0.0173)	0.7194*** (0.0042)	0.1801*** (0.0174)	0.7193*** (0.0042)	0.1799*** (0.0173)	0.7193*** (0.0042)
<i>Logsubsidy</i>	-0.001 (0.0014)	-0.0065*** (0.0017)	-0.001 (0.0014)	-0.0069*** (0.0017)	-0.0021 (0.0014)	-0.0078*** (0.0018)	-0.0019 (0.0015)	-0.0075*** (0.0018)
<i>reim_inp</i>	-0.0015 (0.0023)	0.0059* (0.0034)	-0.0013 (0.0023)	0.0065* (0.0035)	-0.0011 (0.0025)	0.0047* (0.0027)	-0.0012 (0.0025)	0.0047* (0.0027)
<i>reim_outp</i>	0.0028** (0.0011)	0.0047*** (0.0014)	0.0028** (0.0011)	0.0048*** (0.0014)	0.0027** (0.0011)	0.0045*** (0.0013)	0.0028** (0.0011)	0.0045*** (0.0013)
<i>Logexp_inp</i>	0.0063*** (0.0023)	0.001 (0.0026)	0.0063*** (0.0023)	0.001 (0.0026)	0.0062*** (0.0023)	0.0009 (0.0026)	0.0062*** (0.0023)	0.0007 (0.0026)
<i>Logexp_outp</i>	-0.0137 (0.0084)	-0.004 (0.0118)	-0.0137 (0.0084)	-0.0041 (0.0118)	-0.0137 (0.0084)	-0.0036 (0.0118)	-0.0136 (0.0084)	-0.0035 (0.0118)
<i>familysize</i>	0.0192*** (0.0030)	0.0760*** (0.0031)	0.0192*** (0.0030)	0.0761*** (0.0031)	0.0194*** (0.0030)	0.0762*** (0.0031)	0.0193*** (0.0030)	0.0761*** (0.0031)
<i>seniorrate</i>	-0.0001 (0.0003)	-0.0002 (0.0004)	-0.0001 (0.0003)	-0.0002 (0.0004)	-0.0001 (0.0003)	-0.0002 (0.0004)	-0.0001 (0.0003)	-0.0002 (0.0004)
<i>minorate</i>	0.0004** (0.0002)	0.0021*** (0.0002)	0.0004** (0.0002)	0.0021*** (0.0002)	0.0004** (0.0002)	0.0021*** (0.0002)	0.0004** (0.0002)	0.0021*** (0.0002)
<i>bossmale</i>	0.0485*** (0.0103)	0.002 (0.0146)	0.0487*** (0.0103)	0.0024 (0.0146)	0.0484*** (0.0103)	0.0023 (0.0147)	0.0485*** (0.0103)	0.0015 (0.0146)
<i>boss_eduy</i>	0.0066*** (0.0013)	0.0047*** (0.0016)	0.0065*** (0.0013)	0.0047*** (0.0016)	0.0066*** (0.0013)	0.0045*** (0.0016)	0.0066*** (0.0013)	0.0046*** (0.0016)
<i>malerate</i>	0.0001 (0.0002)	-0.0005* (0.0003)	0.0001 (0.0002)	-0.0005* (0.0003)	0.0001 (0.0002)	-0.0005* (0.0003)	0.0001 (0.0002)	-0.0005* (0.0003)
<i>aveage</i>	-0.0016*** (0.0006)	-0.0028*** (0.0008)	-0.0016*** (0.0006)	-0.0028*** (0.0008)	-0.0016*** (0.0006)	-0.0028*** (0.0008)	-0.0016*** (0.0006)	-0.0028*** (0.0008)
<i>aveeduy</i>	0.0131*** (0.0016)	0.0196*** (0.0020)	0.0131*** (0.0016)	0.0196*** (0.0020)	0.0130*** (0.0016)	0.0196*** (0.0020)	0.0131*** (0.0016)	0.0196*** (0.0020)
<i>avehealth</i>	-0.0069 (0.0049)	-0.0093 (0.0062)	-0.0069 (0.0049)	-0.0095 (0.0062)	-0.007 (0.0049)	-0.0091 (0.0063)	-0.0069 (0.0049)	-0.0092 (0.0062)
<i>poverty</i>			-0.0321*** (0.0109)	-0.0554*** (0.0159)	-0.0014*** (0.0103)	-0.0589*** (0.0152)	-0.0488*** (0.0104)	-0.0352*** (0.0140)
<i>poverty</i> × <i>Logsubsidy</i>			0.0026* (0.0038)	0.0177* (0.0101)	0.0204*** (0.0080)	0.0251*** (0.0063)	0.0142** (0.0059)	0.0151*** (0.0057)
<i>poverty</i> × <i>reim_inp</i>			0.0081* (0.0067)	0.0188** (0.0081)	0.0021* (0.0052)	0.0083* (0.0153)	0.0021* (0.0053)	0.0093* (0.0161)
<i>poverty</i> × <i>reim_outp</i>			0.0026 (0.0054)	0.0246 (0.0061)	0.0064 (0.0067)	0.0085 (0.0168)	0.0035 (0.0097)	0.0076 (0.0131)
常数项	0.1819*** (0.0387)	0.2191*** (0.0682)	0.1820*** (0.0390)	0.2164*** (0.0690)	0.1741*** (0.0389)	0.2066*** (0.0691)	0.1765*** (0.0388)	0.2118*** (0.0689)
地区变量	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
年份变量	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
R-squared	0.3043	0.9574	0.3044	0.9575	0.305	0.9575	0.3048	0.9575
观察值	6203	6203	6203	6203	6203	6203	6203	6203

注:括号中为稳健标准误;***表示1%显著,**表示5%显著,*表示10%显著。

法得到满足,只有对症下药,给予其保费补贴、提升住院报销比例,方能解除其后顾之忧,将潜在的需求转化为有效需求,保险扶贫政策的精准效用才能体现。换句话说,普惠性的医保政策对包括贫困人口在内的农村家庭保险需求没有显著影响,只有针对贫困人口的倾斜性特惠政策才能发挥积极的扶贫作用,这也印证了农村医保政策设计初期无法实现精准扶贫、导致出现“目标上移”的现象。

在此基础上,本文进一步将医保政策补偿机制中的起付线和封顶线设置加以考虑。鉴于相关数据仅在CHNS数据库2006年问卷中得到,为此,单独将2006年当年作为研究样本进行回归分析,同时,使用 $reim_outp1$ 和 $reim_inp1$ 作为门诊和住院报销比例的替代变量。表4显示,医保政策在保费补偿以及门诊和住院报销比例等方面对农户家庭,尤其是贫困户保险需求的影响与表3是一致的,这也表明结果相对稳健。同时,降低门诊和住院的起付线、抬高封顶线,对农村家庭参加医疗保险有正向促进作用。特别是对于贫困户,降低门诊的起付线($poverty \times Logdeduct_outp$)、抬高门诊的封顶线($poverty \times Logcap_outp$)能够显著的强化其参保意愿,表明合理的门诊统筹安排能够较大幅度地满足贫困人口基本医疗服务的可得,这与其收入约束限制有关。而在住院方面,降低住院的起付线($poverty \times Logdeduct_inp$)对贫困户参保有一定正向影响,但抬高住院的封顶线($poverty \times Logcap_inp$)却没有显著作用,这说明贫困户面对高额的住院医疗费用,即使提升其住院报销的最高限额,也难以承受灾难性医疗支出风险而导致保险有效需求不足,这也是后期新型合作医疗保险在原有基础上推出大病保险的初衷。

2. 新型医疗保险成熟期(2009~2011年):保险扶贫政策对贫困人口收入、支出等福利的影响

随着2009年新型农村合作医疗在全国基本实现全覆盖,农村居民参保率达到90%以上,参保人口达到8.33亿人,即使是贫困人口,因为政策普及也已经拥有了医疗保险。但是,保险政策是否对农村居民,尤其是针对贫困人口的收入和各类费用性支出等福利因素产生显著的影响,却是需要实证检验的问题^③。为此,以

表4 合作医疗保险政策对农村家庭保险需求的影响(2006)

	$ncms_ratio$	$premiump$	$poverty_1$		$poverty_3$		$poverty_4$	
			$ncms_ratio$	$premiump$	$ncms_ratio$	$premiump$	$ncms_ratio$	$premiump$
$Logsubsidy$	0.0197 (0.0237)	-0.0291** (0.0136)	0.0246 (0.0241)	-0.0309** (0.0154)	0.0186 (0.0257)	-0.0232* (0.0150)	0.0205 (0.0248)	-0.0322** (0.0153)
$reim_outp1$	0.0011** (0.0005)	0.0011** (0.0005)	0.0012* (0.0006)	0.0009* (0.0005)	0.0012* (0.0006)	0.0008* (0.0005)	0.0013* (0.0006)	0.0009* (0.0005)
$reim_inp1$	-0.0004 (0.0003)	0.0012*** (0.0002)	-0.0003 (0.0004)	0.0012*** (0.0002)	-0.0004 (0.0004)	0.0012*** (0.0002)	-0.0005 (0.0003)	0.0012*** (0.0002)
$Logdeduct_outp$	-0.0143* (0.0191)	-0.0549*** (0.0177)	-0.0191 (0.0199)	-0.0606*** (0.0196)	-0.0246 (0.0208)	-0.0407** (0.0191)	-0.0187 (0.0203)	-0.0546*** (0.0197)
$Logdeduct_inp$	-0.0176* (0.0131)	-0.0190* (0.0103)	-0.0217 (0.0151)	-0.0108* (0.0099)	-0.0193 (0.0154)	-0.0088* (0.0101)	-0.0219 (0.0156)	-0.0114* (0.0107)
$Logcap_outp$	0.0190* (0.0117)	0.0199** (0.0100)	0.0216 (0.0133)	0.0188** (0.0095)	0.0154 (0.0130)	0.0206** (0.0099)	0.0181 (0.0132)	0.0189* (0.0100)
$Logcap_inp$	0.0098* (0.0078)	0.0208*** (0.0066)	0.0066 (0.0091)	0.0165*** (0.0062)	0.0083 (0.0099)	0.0138** (0.0065)	0.0057 (0.0098)	0.0201*** (0.0067)
$poverty \times Logsubsidy$			0.1947*** (0.0585)	0.0846* (0.0460)	0.0050* (0.0566)	0.0050* (0.0346)	0.0617* (0.0882)	0.0417* (0.0296)
$poverty \times reim_outp1$			-0.0002 (0.0015)	-0.0007 (0.0015)	-0.0004 (0.0013)	-0.0004 (0.0010)	-0.0009 (0.0013)	-0.0001 (0.0010)
$poverty \times reim_inp1$			0.0015* (0.0024)	0.0021* (0.0041)	0.0011* (0.0024)	0.0010* (0.0022)	0.0016* (0.0021)	0.0017* (0.0020)
$poverty \times Logdeduct_outp$			-0.1768** (0.0849)	-0.2378*** (0.0893)	-0.1220* (0.0820)	-0.2523*** (0.0814)	-0.0763* (0.0942)	-0.1489* (0.1073)
$poverty \times Logdeduct_inp$			-0.0130* (0.0323)	0.0435 (0.0295)	-0.0095* (0.0298)	0.0348 (0.0221)	-0.0208* (0.0277)	0.0289 (0.0212)
$poverty \times Logcap_outp$			0.0178* (0.0227)	0.0116* (0.0333)	0.0144* (0.0279)	0.0064* (0.0328)	0.0004* (0.0253)	0.0081* (0.0321)
$poverty \times Logcap_inp$			0.0207 (0.0154)	-0.0227 (0.0154)	0.0086 (0.0157)	-0.0154 (0.0136)	0.0164 (0.0150)	-0.0105 (0.0144)
常数项	0.7619*** (0.2745)	0.0060*** (0.9639)	0.8823*** (0.2947)	0.9223*** (0.3308)	0.8811*** (0.3127)	1.0144*** (0.3715)	0.7404** (0.3220)	1.1800*** (0.3496)
地区变量	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
R-squared	0.2264	0.961	0.2415	0.9632	0.2338	0.9658	0.2321	0.9644
观察值	363	363	363	363	363	363	363	363

注:限于篇幅,没有列出其他变量的回归结果。括号中为稳健标准误;***表示1%显著,**表示5%显著,*表示10%显著。

CHNS在2009年和2011年先后进行的2期调查为分析样本,根据式(7)得到的回归结果发现(见表5),对全体样本而言,家庭参保率(*ncms_ratio*)对人均收入(*Logincomep*)和支出(*Logexpensep*)均有显著的促进作用,表明医疗保险政策在促进农户增收和增支方面确实能够发挥积极作用,这与医疗保险能够降低农户预防性储蓄、减少未来不确定性有关,也与甘犁等(2010)、齐良书(2011)等研究是一致的。其中,保费补贴程度(*Logsubsidy*)的影响尤为明显,而门诊和住院报销比例(*reim_outp*和*reim_inp*)则对家庭的收入和支出没有影响。进一步地,对于贫困户,除保费补贴程度对其人均收入依然具有显著正向影响外,住院报销比例对于贫困户人均收入、门诊报销比例对于贫困户人均支出也会产生正向影响。可能的解释是,家庭成员住院多为发生灾难性医疗风险,提高住院报销比例能够有效分担灾难性医疗费用支出,减缓对家庭收入的冲击和影响;而家庭成员门诊则多为常规性医疗服务,提高门诊报销比例会鼓励其更有机会接受医疗服务,从而带来医疗消费支出的增加。以国家贫困线(*poverty_1*)为例,贫困户住院和门诊报销比例每提高1%,分别会带来贫困户人均纯收入增加8.61%、人均费用性支出增加3.19%,表明对于贫困人口的倾斜性医疗保险政策确实能够在一定程度上发挥精准的影响作用。

3. 样本考察期(2000~2011年):保险扶贫政策对贫困人口减贫效果的影响

为了直接考察各项倾斜性农村医疗保险措施的减贫效果,在式(8)基础上运用probit模型发现(表6),家庭参保率(*ncms_ratio*)的提升以及保费补贴力度(*Logsubsidy*)的加大,在整个样本考察期内能够有效减缓贫困的发生,但这种减贫作用在医保政策的试点期(2000~2006年)较为明显,而在医保全覆盖的成熟期(2009~2011年)后,这种减贫效果不再显著,表明了这种全覆盖的普惠性医疗保险政策缺乏对贫困人口的重点倾斜,缺乏精准扶贫的功能。此外,住院报销比例(*reim_inp*)对贫困户能够起到积极的减贫效果,这与表5反映出住院报销比例(*reim_inp*)会对贫困户增收产生积极的正向影响有关,提升贫困户应对灾难性医疗风险冲击的能力有助于帮助其减轻贫困程度。而门诊报销比例(*reim_outp*)无论对相对贫困户还是绝对贫困户均未有显著的减贫效应,这主要是因为门诊保障力度较低、疾病风险分担能力较弱,而对绝对贫困户来说,即使医疗保险报销一部分医疗费用也难以抵御住院等灾难性医疗支出的冲击,这与鲍震宇和赵元凤(2018)的结论相一致。进一步地,将2006年作为观察期发现,降低门诊的起付线(*Logdeduct_outp*)和提升住院的封顶线(*Logcap_inp*)对相对贫困户的贫困发生概率能起到缓解作用。但对于绝对贫困户而言,无论是门诊还是住院,降低起付线(*Logdeduct_outp*和*Logdeduct_inp*)和提升封顶线(*Logcap_outp*和*Logcap_inp*)的设计对其减轻贫困程度都没有影响,说明这样的制度安排仅是增加贫困户利用医疗保险获得医疗保健服务的机会,即使有部分医保报销可以缓解看病压力,但相对于绝对贫困户微薄的收入,自付的医疗费用依旧是较大的负担,仍不足以使其摆脱贫困

表5 合作医疗保险对农村家庭福利的影响(2009/2011)

	<i>Logincomep</i>	<i>Logexpensep</i>	<i>poverty_1</i>		<i>poverty_2</i>		<i>poverty_3</i>		<i>poverty_4</i>	
			<i>Logincomep</i>	<i>Logexpensep</i>	<i>Logincomep</i>	<i>Logexpensep</i>	<i>Logincomep</i>	<i>Logexpensep</i>	<i>Logincomep</i>	<i>Logexpensep</i>
<i>ncms_ratio</i>	0.1391** (0.0590)	2.9126*** (0.1155)	0.1445** (0.0578)	2.9141*** (0.1156)	0.1455** (0.0577)	2.9124*** (0.1156)	0.1447** (0.0577)	2.9078*** (0.1157)	0.1548*** (0.0580)	2.9047*** (0.1157)
<i>Logsubsidy</i>	0.1087*** (0.0170)	0.3798*** (0.0457)	0.1403*** (0.0143)	0.3845*** (0.0454)	0.1374*** (0.0144)	0.3805*** (0.0460)	0.1581*** (0.0142)	0.4137*** (0.0451)	0.1678*** (0.0141)	0.4030*** (0.0465)
<i>reim_inp</i>	0.0018 (0.0038)	0.0124 (0.0080)	0.0112 (0.0032)	0.0139 (0.0089)	0.0095 (0.0032)	0.0127 (0.0086)	0.0175 (0.0031)	0.0168 (0.0098)	0.0191 (0.0031)	0.0157 (0.0100)
<i>reim_outp</i>	0.0018 (0.0018)	0.0106 (0.0066)	0.0018 (0.0018)	0.0116* (0.0067)	0.001 (0.0018)	0.0106 (0.0066)	0.0025 (0.0016)	0.0119* (0.0071)	0.0024 (0.0016)	0.0120* (0.0070)
<i>poverty</i> × <i>Logsubsidy</i>			1.0777*** (0.2337)	0.1441 (0.3508)	1.1860*** (0.2596)	0.0258 (0.3373)	0.8073*** (0.0954)	0.5080** (0.2167)	0.6413*** (0.0824)	0.2375 (0.1720)
<i>poverty</i> × <i>reim_inp</i>			0.0861*** (0.0263)	0.0002 (0.0179)	0.0914*** (0.0320)	0.003 (0.0178)	0.0613*** (0.0102)	0.0151 (0.0145)	0.0547*** (0.0092)	0.0084 (0.0145)
<i>poverty</i> × <i>reim_outp</i>			0.0506 (0.0284)	0.0319* (0.0214)	0.0364 (0.0167)	0.0367* (0.0234)	0.0008 (0.0157)	0.0148* (0.0105)	0.0039 (0.0134)	0.0170* (0.0107)
常数项	8.4996*** (0.2362)	1.1835** (0.5170)	8.5119*** (0.2309)	1.1537** (0.5199)	8.5139*** (0.2306)	1.1764** (0.5198)	8.5529*** (0.2324)	1.0193** (0.5190)	8.4782*** (0.2324)	1.1174** (0.5180)
地区变量	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
年份变量	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
R-squared	0.0595	0.2913	0.086	0.2917	0.0858	0.2914	0.0899	0.2932	0.087	0.292
观察值	4174	4174	4174	4174	4174	4174	4174	4174	4174	4174

注:限于篇幅,没有列出其他变量的回归结果。括号中为稳健标准误;***表示1%显著,**表示5%显著,*表示10%显著。

表6 合作医疗保险对农村家庭的减贫效果

	poverty_1			poverty_2	poverty_3			poverty_4		
年份	2000~2011	2000~2006	2009~2011	2009~2011	2000~2011	2000~2006	2009~2011	2000~2011	2000~2006	2009~2011
ncms_ratio	-0.9779*** (0.1377)	-0.3600* (0.2804)	-0.0252 (0.1991)	0.0738 (0.2170)	-1.3302*** (0.0986)	-1.0250*** (0.2166)	-0.3896 (0.1855)	-1.1036*** (0.0689)	-1.3438*** (0.1148)	-0.0448 (0.0955)
Logsubsidy	-0.1606*** (0.0620)	-0.0854* (0.1251)	-0.1663 (0.1019)	0.0323 (0.1721)	-0.0441* (0.0316)	-0.0564* (0.0726)	-0.1307 (0.0929)	-0.0364* (0.0201)	-0.1017*** (0.0275)	0.0712 (0.0508)
reim_inp	-0.0049* (0.0099)	-0.0115* (0.0176)	-0.0081* (0.0084)	-0.0041* (0.0090)	-0.0132* (0.0075)	-0.0654*** (0.0168)	-0.0268** (0.0118)	-0.0174*** (0.0058)	-0.0099* (0.0182)	-0.0126** (0.0060)
reim_outp	0.0176 (0.0094)	0.0316 (0.0036)	0.0112 (0.0116)	0.0015 (0.0184)	-0.0046 (0.0061)	-0.0092 (0.0056)	-0.0108 (0.0079)	-0.0067 (0.0047)	-0.0005 (0.0075)	-0.0009 (0.0042)
Pseudo R ²	0.8352	0.9344	0.8339	0.8399	0.7717	0.8986	0.9014	0.6166	0.6822	0.6386
观察值	10377	6195	4174	4148	10377	6195	4174	10377	6195	4174
2006年										
ncms_ratio	-0.3244* (0.2763)				-0.3310* (0.2515)			-0.5895** (0.2574)		
Logsubsidy	-0.1458* (0.1403)				-0.1041* (0.0935)			-0.1855* (0.1011)		
reim_outp1	0.0000 (0.0033)				0.0041 (0.0027)			0.0043 (0.0026)		
reim_inp1	-0.0001* (0.0013)				-0.0021* (0.0019)			-0.0015* (0.0017)		
Logdeduct_outp	-0.1985 (0.1413)				0.1624* (0.0977)			0.3037** (0.1448)		
Logdeduct_inp	-0.0508 (0.0659)				-0.0294 (0.0500)			-0.0139 (0.0532)		
Logcap_outp	0.0158 (0.0738)				-0.0054 (0.0552)			-0.0216 (0.0600)		
Logcap_inp	-0.0144 (0.0433)				-0.0664** (0.0320)			-0.0518* (0.0333)		
Pseudo R ²	0.0801				0.1195			0.1088		
观察值	363				363			363		

注:限于篇幅,没有列出其他变量的回归结果。括号中为稳健标准误;***表示1%显著,**表示5%显著,*表示10%显著。

状况,这仅对贫困程度不是很深的相对贫困人口具有减贫作用。

五、进一步研究

农村地区贫困人口抵御风险的能力有限,灾难性医疗支出以及农业灾害等风险冲击会导致贫困家庭因病致(返)贫、因灾致(返)贫,这也是脱贫攻坚工作最大的难点。针对农村贫困家庭贫困状况的动态变化,以医疗保险为例,本文进一步考察了保险扶贫政策对农户因病致贫、因病返贫的减缓作用。根据CHNS数据库2000~2011年期间进行的5期调查,以农村家庭前后两期贫困状况的变化情况为研究对象,将前1期处于贫困状态、本期处于非贫困状态的家庭视为脱贫,取变量 $outpoverty=1$ (=0则表明前1期处于贫困状态、本期仍处于贫困状态的未脱贫家庭);将前1期处于非贫困状态、本期处于贫困状态的家庭视为返贫,取变量 $reypoverty=1$ (=0则表明前1期处于非贫困状态、本期也处于非贫困状态的非贫困家庭)。根据数据可得性,本文共采集了5751户农村家庭,并跟踪了其前后两期的贫困变化情况。同时,本文分别使用 $poverty_1$ 和 $poverty_4$ 两个贫困衡量标准,从绝对贫困和相对贫困两个维度进行了分析。

表7显示,2000~2011年期间,按照 $poverty_1$ 标准衡量,在前1期属于绝对贫困的615户贫困户中,在本期实现脱贫的达到494户,脱贫率达到80.3%,脱贫效果显著。但是,如果按 $poverty_4$ 标准衡量,这494户脱贫户中仍有173户处于相对贫困状态,占脱贫户数的35%,表明虽然这些农村家庭摆脱了绝对贫困,但实际贫困程度还是比较高的,脱贫任务仍然十分艰巨。与此同时,按照 $poverty_1$ 标准衡量,在前1期处于非贫困状态的5136户农户中(其

表7 样本农村家庭脱贫和返贫情况

	贫困标准	是否贫困	户数		贫困标准	是否贫困	户数
前1期	绝对贫困 $poverty_1$	是	615	前1期	绝对贫困 $poverty_1$	否	5136
本期	绝对贫困 $poverty_1$	否	494	其中:			
				相对贫困 $poverty_4$	是	966	
	相对贫困 $poverty_4$	是	173	本期	绝对贫困 $poverty_1$	是	468
脱贫率			80.30%	返贫率			9.10%
	贫困标准	是否贫困	户数		贫困标准	是否贫困	户数
前1期	相对贫困 $poverty_4$	是	1150	前1期	相对贫困 $poverty_4$	否	4601
本期	相对贫困 $poverty_4$	否	777	本期	相对贫困 $poverty_4$	是	791
脱贫率			67.60%	返贫率			17.20%
样本家庭观察值			5751	样本家庭观察值			5751

中处于相对贫困状态共 966 户,占非贫困户总量的 18.8%),在本期因为各种风险冲击导致出现贫困的达到 468 户,返贫率为 9.1%。在这些返贫的 468 户中,有 130 户在前 1 期就处于相对贫困状态,占返贫户总量的 27.8%。进一步地,如果将贫困标准放宽到相对贫困状态,按照 *poverty_4* 标准衡量,在前 1 期属于相对贫困的 1150 户贫困户中,在本期实现脱贫的达到 777 户,脱贫率为 67.6%。同时,在前 1 期处于非贫困状态的 4601 户农户中,在本期出现贫困的达到 791 户,返贫率为 17.2%。这表明如果提高贫困标准,脱贫效果远不如以国家绝对贫困标准衡量的情况,同时返贫情况相较国家绝对贫困标准衡量的情况则更为严峻。

上述数据一方面说明在扶贫攻坚工作中一边脱贫、一边返贫的现象仍然十分突出,会使得扶贫净效果大打折扣;另一方面也说明脱贫农户还是比较脆弱和不稳定的,处于相对贫困的农户重新返贫的概率较大,这也为更加关注相对贫困群体,从而巩固脱贫攻坚成效的可持续性提出了新的问题。

在式(8)基础上,本文采用 probit 模型分析了农村家庭前后 2 期在医疗保险、家庭特征等方面的变化对其贫困变化状态的影响,方程如下:

$$Y^{\Delta poverty} = f_4(\Delta Subsidy, \Delta Reimbursement, \Delta Family; \Delta \theta_1, \Delta \theta_2) + u_4 \quad (9)$$

表 8 显示,住院费用(*lapLogexp_inp*)的增加以及劳动力健康状况(*lapavehealth*)的恶化会显著的导致农村家庭返贫或是延缓脱贫,门诊费用(*lapLogexp_outp*)的增加对返贫则有推动作用,这在一定程度上印证了因病致贫、因病返贫已经成为中国农村贫困家庭最主要的贫困原因。在此基础上,考察倾斜性医保政策保费补贴制度和补偿机制的扶贫效果发现,针对贫困人口医疗保险保费补贴程度(*lapLogsubsidy*)的提升以及住院报销比例(*lapreim_inp*)的提升对脱贫和防止返贫具有显著的正向影响,而家庭成员参加医疗保险以及门诊报销比例(*lapncms_ratio* 和 *lapreim_outp*)的变化对贫困变化没有影响,这指出了医疗保险制度在农村普惠性、全覆盖的推广过程中,参加医疗保险的政策要求在帮助贫困户脱贫或减缓其返贫上具有一定的局限性,只有针对贫困人口采取倾斜性、特惠性的措施才能让医疗保险扶贫真正发挥作用。此外,加大改革门诊统筹保险报销制度,扩大保障范围和程度,使其能够有效帮助贫困户应对疾病风险冲击,提高脱贫和防止返贫的效果,也是后续发挥保险扶贫功能需要重点考虑的问题。

六、结论与启示

保险是扶危济困的行业,直接面向最广大的贫困人口和社会弱势群体。与扶贫具有天然内在联系的保险

表 8 合作医疗保险对农村家庭贫困动态变化的影响

	<i>poverty_1</i>		<i>poverty_4</i>	
	<i>outpoverty_1</i>	<i>repoverty_1</i>	<i>outpoverty_2</i>	<i>repoverty_2</i>
<i>lapLogincomep</i>	0.3427 *** (0.0767)	-1.2752 *** (0.0472)	0.3548 *** (0.0593)	-1.2396 *** (0.0425)
<i>lapncms_ratio</i>	0.3583 (0.2354)	-0.1496 (0.1125)	0.0664 (0.1272)	0.1263 (0.0854)
<i>lapLogsubsidy</i>	0.0836 ** (0.0424)	-0.0248 * (0.0199)	0.0139 ** (0.0294)	-0.0291 * (0.0169)
<i>lapreim_inp</i>	0.0037 * (0.0150)	-0.0033 * (0.0084)	0.0143 * (0.0079)	-0.0017 * (0.0051)
<i>lapreim_outp</i>	0.0061 (0.0013)	0.0054 (0.0058)	0.001 (0.0069)	-0.0004 (0.0020)
<i>lapLogexp_inp</i>	-0.0522 * (0.0279)	0.0261 * (0.0168)	-0.0133 * (0.0184)	0.0132 * (0.0134)
<i>lapLogexp_outp</i>	-0.2053 (0.1395)	0.1008 ** (0.0452)	0.0033 (0.0841)	0.0302 * (0.0372)
<i>lapavehealth</i>	0.0807 * (0.0778)	-0.0967 ** (0.0470)	0.0655 * (0.0505)	-0.0646 * (0.0363)
常数项	0.3899 *** (0.1244)	-2.1611 *** (0.0598)	0.0396 *** (0.0751)	-1.5253 *** (0.0423)
地区变量	Yes	Yes	Yes	Yes
年份变量	Yes	Yes	Yes	Yes
Pseudo R ²	0.2093	0.5278	0.1578	0.4282
观察值	587	5114	1124	4578

注:限于篇幅,没有列出其他变量的回归结果。括号中为稳健标准误;***表示 1% 显著,**表示 5% 显著,*表示 10% 显著。

有着独特的体制机制优势。作为风险管理的基本手段,保险在助推脱贫攻坚中可以大有可为。然而,贫困人口日益增长的保险需求与其有限的支付能力之间的矛盾,现有保险政策针对贫困地区的普惠性实践与精准对接贫困人口的特惠性要求之间的矛盾,使得保险扶贫政策缺乏定向性、精准性、特惠性和创新性,在脱贫攻坚工作实践中陷入困局。为此,本文通过构建将贫困人口潜在保险需求转换成有效需求的理论分析框架,在部分地区成功经验做法的基础上,利用2000~2011年先后开展的5期“中国家庭健康与营养调查”(CHNS)微观数据,实证检验了倾斜性的保费补贴和风险补偿机制等最优路径设计在保险政策扶贫减贫上的积极作用。

研究发现,无论按照相对贫困标准还是绝对贫困标准,保费补贴程度以及住院报销比例的提升都能显著地激发贫困户参加医疗保险的意愿并增加医疗保险费用支出,同时降低门诊的起付线、抬高门诊的封顶线也能够显著地提升贫困户医疗保险的需求,这也为破解贫困人口保险服务利用困局、将其潜在保险需求转化为有效需求提供可能的路径选择。在上述政策措施下,保费补贴程度以及住院报销比例的提升能够有效增强贫困户抵御灾难性医疗支出风险的冲击,从而对其增加收入产生积极的促进作用,而门诊报销比例的提升可以有助于贫困户增加医疗服务可得的机会,从而对其增加支出产生积极的促进作用,这表明对于贫困人口的倾斜性医疗保险政策确实能够发挥精准的影响作用。进一步地,实证结果显示,一方面,单纯地依靠保费补贴对贫困户确实具有一定的减贫效果,但是这种作用呈现逐渐减弱的趋势,还必须结合提升贫困户住院报销的比例,才能产生显著的减贫效应;另一方面,降低起付线、提升封顶线的制度设计虽对绝对贫困户没有显著的减贫作用,但降低门诊的起付线、提升住院的封顶线对相对贫困户的贫困程度还是能够起到积极的缓解作用。

在此基础上,本文进一步考察了保险扶贫政策对农户因病致贫、因病返贫的减缓作用,发现在脱贫攻坚工作中一边脱贫、一边返贫的现象仍然十分突出,脱贫农户还是非常脆弱和不稳定的,处于相对贫困的农户重新返贫的概率依然较大。针对贫困人口医疗保险保费补贴程度的提升以及住院报销比例的提升对脱贫和防止返贫具有显著的正向影响,而家庭成员参加医疗保险以及门诊报销比例的变化对贫困变化没有影响,这表明只有针对贫困人口采取倾斜性、精准性、特惠性的措施才能让医疗保险扶贫真正发挥作用。

为此,本文建议:一是改变农村保险政策“重覆盖、轻保障”、“重普惠、轻特惠”的现象,对贫困户的医疗保险和农业保险给予倾斜支持,实施倾斜性的保费补贴和风险补偿机制,适当降低起付线(免赔额)、放宽封顶线(最高赔付额),提升报销比例,确保保险扶贫发挥作用。二是改变扶贫工作中“重脱贫、轻解困”以及“边脱贫、边返贫”的现象,不能简单将国家绝对贫困标准作为脱贫任务来完成,而应将农村相对贫困人口也要纳入保险扶贫的保障范围内,给予适度倾斜,保证脱贫攻坚的成效落在实处,确保可持续。三是在倾斜性保费补贴和风险补偿机制的资金来源上,针对不同收入群体科学设置梯度,实现扶贫资金的再分配,并根据财政支付能力对该政策实施所产生的财政预算影响进行科学评估,从而确保财政支持的可行性;同时,为提升财政资金使用效率,通过政府购买保险服务的方式,大力发展商业医疗补充保险、叠加保险和住院津贴保险等保险扶贫产品,既能精准确定风险保障内容和保障水平,又能分担财政资金压力,从而提升财政扶贫资金使用效能的最大化。

(作者单位:对外经济贸易大学保险学院。责任编辑:尚增健)

注释

①由于CHNS数据库直接关于家庭成员住院和门诊费用医保报销比例(*reim_inp1*和*reim_outp1*)的微观数据(问卷代码为M10和M9)仅在2000~2006年的3期调查中可得,为保证研究周期内相关指标口径的一致性,本文选用过去4周家庭成员住院费用以及接受保健服务费用中可由医疗保险支付的占比(*reim_inp*和*reim_outp*,问卷代码为M31和M51)作为替代。同时,为保证结果稳健性,本文后续实证中也使用*reim_inp1*和*reim_outp1*进行了分析(见表4),所得结论具有一致性。

②CHNS数据库2006年问卷中,医疗保险报销门诊和住院起付线的问卷代码分别为M54和M55、门诊和住院封顶线的问卷代码分别为M57和M58,但仅在2006年可得,而在其他各期中未涉及上述数据指标。

③医保政策对居民收入和消费支出产生正面影响的可能性是存在的,但很难得到较为统一的结论,具体可参见甘犁等(2010)、齐良书(2011)、黄薇(2017)。

参考文献

- (1)白重恩、董丽霞、赵文哲:《“新农合”的再分配效应:基于中国农村微观调查数据的分析》,《21世纪数量经济学》,2013年。
- (2)鲍震宇、赵元凤:《农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于PSM的实证分析》,《江西财经大学学报》,2018年第1期。

- (3)陈宗胜、沈扬扬、周云波:《中国农村贫困状况的绝对与相对变动——兼论相对贫困线的设定》,《管理世界》,2013年第1期。
- (4)冯文丽:《我国农业保险市场失灵与制度供给》,《金融研究》,2004年第4期。
- (5)甘犁、刘国恩、马双:《基本医疗保险对促进家庭消费的影响》,《经济研究》,2010年增刊。
- (6)高峰、王珺:《小额保险需求分析》,《保险研究》,2008年第10期。
- (7)高鸣、宋洪远、Michael Carter:《补贴减少了粮食生产效率损失吗?基于动态资产贫困理论的分析》,《管理世界》,2017年第9期。
- (8)国家统计局住户调查办公室:《中国农村贫困监测报告2012》,中国统计出版社,2012年版。
- (9)国务院扶贫办:《砥砺奋进的五年:精准扶贫,攻坚克难,践行庄严承诺》,国务院扶贫办网站,2017年。
- (10)黄薇:《医保政策精准扶贫效果研究——基于URBMI试点评估入户调查数据》,《经济研究》,2017年第9期。
- (11)李实、詹鹏、杨灿:《中国农村公共转移收入的减贫效果》,《中国农业大学学报》,2016年第5期。
- (12)李晓洁、魏巧琴:《破解贫困农民保费支付之困:收入约束与保险需求》,《财经研究》,2012年第12期。
- (13)卢盛峰、卢洪友:《政府救助能够帮助低收入群体走出贫困吗?——基于1989~2009年CHNS数据的实证研究》,《财经研究》,2013年第1期。
- (14)齐良书:《新型农村合作医疗的减贫、增收和再分配效果研究》,《数量经济技术经济研究》,2011年第8期。
- (15)邵全权、柏龙飞、张孟娇:《农业保险对农户消费和效用的影响——兼论农业保险对反贫困的意义》,《保险研究》,2017年第10期。
- (16)栗芳、方蕾:《中国农村金融排斥的区域差异:供给不足还是需求不足?——银行、保险和互联网金融的比较分析》,《管理世界》,2016年第9期。
- (17)宋扬、赵君:《中国的贫困现状与特征:基于等值规模调整后的再分析》,《管理世界》,2015年第10期。
- (18)孙香玉、钟甫宁:《对农业保险补贴的福利经济学分析》,《农业经济问题》,2008年第2期。
- (19)孙香玉、钟甫宁:《福利损失、收入分配与强制保险——不同农业保险参与方式的实证研究》,《管理世界》,2009年第5期。
- (20)王守贞、许可:《小额保险保费收取策略研究》,《南方金融》,2008年第9期。
- (21)杨文、孙蚌珠、王学龙:《中国农村家庭脆弱性的测量与分解》,《经济研究》,2012年第4期。
- (22)解垚:《医疗保险与城乡反贫困:1989~2006》,《财经研究》,2008年第12期。
- (23)姚洪心、王喜意:《劳动力流动、教育水平、扶贫政策与农村收入差距——一个基于multinomial logit模型的微观实证研究》,《管理世界》,2009年第9期。
- (24)张伟、黄颖、易沛、李长春:《政策性农业保险的精准扶贫效应与扶贫机制设计》,《保险研究》,2017年第11期。
- (25)张伟、罗向明、郭颂平:《民族地区农业保险补贴政策评价与补贴模式优化——基于反贫困视角》,《中央财经大学学报》,2014年第8期。
- (26)郑伟、贾若:《保险扶贫的理论与实践:中国案例》,北京大学“保险与扶贫”项目组,2018年。
- (27)周才云、李伟、张毓卿:《精准扶贫视阈下我国农业保险扶贫困境与创新路径》,《广西社会科学》,2017年第8期。
- (28)Cohen, M. and Sebstad, J., 2006, “The Demand for Microinsurance”, in Churchill C., (Ed), *Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium*.
- (29)Dercon, S. and Kirchberger, M., 2008, “Literature Review on Microinsurance”, Oxford University and European Development Research Network, Working paper.
- (30)Dror, D. M., Radermacher, R., Khadilkar, S. B., Schout, P., François-Xavier, H., Singh, A. and Ruth, H., 2009, “Microinsurance: Innovations in Low-Cost Health Insurance”, *Health Affairs*, 28(6), pp.1788~1798.
- (31)Goodwin, B. K., 2001, “Problems with Market Insurance in Agriculture”, *American Journal of Agricultural Economics*, 83(3), pp.643~649.
- (32)Goodwin, B. K. and Smith, V. H., 1995, *The Economics of Crop Insurance and Disaster Aid*, Washington: The AEI Press.
- (33)Hubbard, R. Glenn, Skinner, J. and Zeldes S. P., 1995, “Precautionary Saving and Social Insurance”, NBER Working Paper.
- (34)Knight, T. O. and Coble, K. H., 1997, “Survey of U.S. Multiple Peril Crop Insurance Literature Since 1980”, *Review of Agricultural Economics*, 19(1), pp.128~156.
- (35)McCord, M. J., 2008, “Visions of the Future of Microinsurance, and Thoughts on Getting There”, Microinsurance Note no. 9, United States Agency for International Development.
- (36)Morduch, J., 2006, “Microinsurance: The Next Revolution?” in Banerjee A. V., Benabou R. and Mookherjee D. (eds), *Understanding Poverty*, Oxford University Press.
- (37)Platteau, J. P., Bock, O. D. and Gelade, W., 2017, “The Demand for Microinsurance: A Literature Review”, World Development.
- (38)Radermacher, R., Dror, I. and Noble, G., 2007, “Challenges and Strategies to Extend Health Insurance to the Poor”, *Social Science Electronic Publishing*, 29, pp.65~93.
- (39)Rosenzweig, M. R. and Binswanger, H. P., 1993, “Wealth, Weather Risk and the Composition and Profitability of Agricultural Investments”, *Economic Journal*, 103(416), pp.56~78.
- (40)Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao J., Xu L., Qian J., 2009, “Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme”, *Journal of Health Economics*, 28, pp.1~19.
- (41)Wright, B. D. and Hewitt, J. A., 1994, “All-risk Crop Insurance: Lessons from Theory and Experience”, *Economics of Agricultural Crop Insurance: Theory and Evidence*, pp.73~112.