

单位代码 10733

密 级



甘肃农业大学
Gansu Agricultural University

硕士学位论文

慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响
研究——以亳州市为例

The Impact of Chronic Diseases on Rural Elderly Poverty in
Underdeveloped Areas: A Case Study of Bozhou City

戴福妹

指导教师 刘朝霞 教授 所在学院 管理学院

学科专业 公共管理 研究方向 社会保障

论文答辩日期 2023年5月24日 学位授予日期 2023年6月

答辩委员会主席 刘春芳 教授

中国·兰州

2023年6月

The Impact of Chronic Diseases on Rural Elderly Poverty in

Underdeveloped Areas: A Case Study of Bozhou City

By

DaiFuMei

Supervised by

Professor Liu ZhaoXia

A DISSERTATION SUBMITTED IN FULFILLMENT OF THE

REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER

MAJOR IN PUBLIC ADMINISTRATION

In

School of Management

GANSU AGRICULTURAL UNIVERSITY

LANZHOU, CHINA

June 2023

目 录

| | |
|------------------------------------|----|
| 第一章 绪论..... | 1 |
| 1.1 研究背景与意义..... | 1 |
| 1.1.1 研究背景..... | 1 |
| 1.1.2 研究意义..... | 2 |
| 1.2 国内外研究综述..... | 3 |
| 1.2.1 国外研究综述..... | 3 |
| 1.2.2 国内研究综述..... | 5 |
| 1.2.3 研究述评..... | 7 |
| 1.3 研究目标与研究内容..... | 8 |
| 1.3.1 研究目标..... | 8 |
| 1.3.2 研究内容..... | 8 |
| 1.4 研究方法与技术路线..... | 9 |
| 1.4.1 研究方法..... | 9 |
| 1.4.2 技术路线..... | 10 |
| 1.5 创新点和不足..... | 11 |
| 1.5.1 创新点..... | 11 |
| 1.5.2 不足..... | 11 |
| 第二章 概念界定、理论基础与研究假设..... | 12 |
| 2.1 相关概念界定..... | 12 |
| 2.1.1 老年人..... | 12 |
| 2.1.2 老年贫困及其标准..... | 12 |
| 2.1.3 慢性病..... | 13 |
| 2.1.4 欠发达地区..... | 13 |
| 2.2 理论基础..... | 14 |
| 2.2.1 健康需求理论..... | 14 |
| 2.2.2 贫困生命周期理论..... | 17 |
| 2.3 慢性病致贫途径..... | 19 |
| 2.3.1 治疗慢性病的过程会加重农村老年人的经济负担..... | 19 |
| 2.3.2 身患慢性疾病将造成农村老人的劳动供给能力的降低..... | 19 |
| 2.4 研究假设..... | 20 |
| 2.5 本章小结..... | 21 |
| 第三章 数据、变量及实证模型..... | 22 |
| 3.1 数据情况..... | 22 |
| 3.1.1 调查背景..... | 22 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3.1.2 数据来源..... | 23 |
| 3.1.3 数据基本情况..... | 24 |
| 3.2 变量选取与模型构建..... | 25 |
| 3.2.1 变量选取..... | 25 |
| 3.2.2 模型构建..... | 27 |
| 3.3 本章小结..... | 28 |
| 第四章 农村老年慢性病与医疗负担现状 | 29 |
| 4.1 我国农村居民慢性病患者现状 | 29 |
| 4.1.1 我国农村慢性病患者率变化情况..... | 29 |
| 4.1.2 我国农村两个年龄层老年居民患病率变化情况 | 30 |
| 4.1.3 2013—2018 年我国慢性病共病比例的变化情况 | 31 |
| 4.1.4 我国慢性病防控政策梳理..... | 32 |
| 4.2 亳州市农村慢性病与医疗负担情况 | 33 |
| 4.2.1 亳州市常见慢性病种类..... | 33 |
| 4.2.2 亳州市常见慢性病报销水平..... | 33 |
| 4.2.3 亳州市慢性病负担情况..... | 33 |
| 4.3 本章小结..... | 36 |
| 第五章 实证分析 | 37 |
| 5.1 慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响研究 | 37 |
| 5.2 异质性分析..... | 40 |
| 5.3 稳健性检验..... | 41 |
| 5.4 研究结论..... | 44 |
| 5.4.1 慢性病多病共存现象越来越明显..... | 44 |
| 5.4.2 患有慢性病的老年人更容易陷入贫困 | 44 |
| 5.4.3 农村老年人患慢性病数量越多,越容易发生贫困 | 45 |
| 5.4.4 慢性病报销范围有待扩大,报销比例有待提升 | 45 |
| 5.4.5 农村患病老年人容易忽视健康需求,健康意识淡薄 | 45 |
| 5.5 本章小结..... | 46 |
| 第六章 减少慢性病对老年贫困影响的对策建议 | 47 |
| 6.1 完善多层次医疗保障制度 | 47 |
| 6.2 提高基层卫生服务水平..... | 48 |
| 6.3 加强慢性病筛查工作..... | 49 |
| 6.4 制定适宜的慢性病补偿方案 | 49 |
| 6.5 建立健全健康教育体系..... | 50 |
| 参考文献..... | 53 |
| 附录..... | 57 |

图 目 录

| | |
|--|----|
| 图 1-1 本文技术路线图..... | 10 |
| Figure 1-1 Technical roadmap for this paper..... | 10 |
| 图 2-1 健康存量与健康日数的关系..... | 15 |
| Figure 2-1 Relationship between the health stock and the number of health days..... | 15 |
| 图 3-1 2019—2021 年安徽各市生产总值..... | 22 |
| Figure 3-1 GDP of Anhui cities from 2019 to 2021..... | 22 |
| 图 3-2 2019-2021 安徽各市人均 GDP 总值..... | 23 |
| Figure 3-2 Total per capita GDP of Anhui city in 2019-2021..... | 23 |
| 图 4-1 1993—2018 年中国居民慢性病患者率变化情况..... | 30 |
| Figure 4-1 Changes in the prevalence of chronic diseases in Chinese residents from 1993 to 2018..... | 30 |
| 图 4-2 1993—2018 年 55 岁及以上总体居民慢性病患者率情况..... | 30 |
| Figure 4-2 Overall prevalence of chronic diseases in residents over 55 years old in 1993—2018..... | 30 |
| 图 4-3 1993—2018 年 55 岁及以上农村居民慢性病患者率情况..... | 31 |
| Figure 4-3 Prevalence of chronic diseases among rural residents over 55 years old in 1993—2018..... | 31 |
| 图 4-4 2013—2018 年慢性病共病情况..... | 31 |
| Figure 4-4 Comorbidity of chronic diseases in 2013-2018..... | 31 |
| 图 5-1 标准化偏差变化对比图..... | 42 |
| Figure 5-1 Comparison plot of normalized deviation changes..... | 42 |

表 目 录

| | |
|---|----|
| 表 3-1 被调查老年人基本情况 | 24 |
| Table 3-1 Basic information of the investigated elderly people | 24 |
| 表 4-1 2008—2022 年我国重大慢性病政策梳理 | 32 |
| Table 4-1 Policy sorting of major chronic diseases in China from 2008 to 2022 | 32 |
| 表 5-1 不同年龄分段农村老年人贫困状况 | 37 |
| Table 5-1 Poverty status of rural elderly people in different age segments | 37 |
| 表 5-2 调查地慢性病患者状况描述 | 37 |
| Table 5-2 Description of chronic diseases in the survey area | 37 |
| 表 5-3 慢性病对农村老年人贫困的影响分析 | 38 |
| Table 5-3 Analysis of the impact of chronic diseases on poverty in rural elderly | 38 |
| 表 5-4 是否患病和患病数量对农村老年贫困的影响 | 39 |
| Table 5-4 Effect of illness and number of illness on elderly poverty in rural areas | 39 |
| 表 5-5 患病数量对不同年龄段群体发生贫困的影响 | 40 |
| Table 5-5 Effect of the number of diseases on the occurrence of poverty in different age groups | 40 |
| 表 5-6 PSM 平行假设检验 | 41 |
| Table 5-6 Parallel hypothesis tests in PSM | 41 |
| 表 5-7 ATT 效应分析 | 43 |
| Table 5-7 ATT effect analysis | 43 |

摘要

中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）中指出慢性病是威胁人民健康的一种重要疾病，它已经成为关系到国民经济和社会发展的一项重大公共卫生问题^[1]。近些年患有慢性疾病以及因患有慢性疾病但未得到及时治疗而死亡的人数呈上升趋势，同时在治疗慢性病方面的花费不断增多，因慢性病产生的经济负担越来越重，这已成为农村居民因病致贫的主要原因。自实施扶贫政策以来，我国的农村扶贫工作有了很多成果，扶贫减贫的目标也基本得到实现，可由于欠发达地区农村人口的大量外流，使得农村人口老龄化进一步加重，农村贫困中的老年人贫困问题尤为明显。随着年龄的增加健康出现问题，慢性疾病的冲击使得老年人参与生产活动的的能力下降，返贫现象依旧频发，并对老年人的日常生活造成很多困扰。因此关注慢性病对老年人经济状况的影响，预防慢性病致贫返贫，保持扶贫成果，以减少农村老年人因病再度陷入贫困的可能性。

从社会层面的角度看，欠发达地区的农村，经济处于相对落后的状态，老年人的贫困问题也比较典型。在对现有文献中的相关研究进行梳理的基础上，将健康需求理论和贫困生命周期理论作为理论基础，提出研究假设、选取变量并构建实证分析模型。本文选取亳州市作为欠发达地区的典型代表，对调查地患慢性病农村老年人的贫困状况进行分析，对患病情况从是否患病和患病数量上展开了调查。然后进行了异质性分析，并对其进行了年龄段的区分，用来分析慢性病患病数量对不同年龄段农村老年人的影响。另外，使用倾向得分匹配法(PSM)进行再验证，以保持结果的稳健性。

通过以上分析，本文得出以下结论：第一，慢性病多病共存现象越来越明显；第二，患有慢性病的老年人更容易陷入贫困；第三，农村老年人患慢性病数量越多，越容易发生贫困；第四，慢性病报销范围有待扩大，报销比例有待提升；第五，子女的经济支持不足，农村患病老年人的需求得不到保障。

基于以上分析，本文提出如下对策建议：第一，完善多层次医疗保障制度；第二，提高基层卫生服务水平；第三，加强慢性病筛查工作；第四，制定适宜的慢性病补偿方案；第五，建立健全健康教育体系。

关键词：慢性病；老年贫困；欠发达地区；农村老年人

SUMMARY

China's long-term Plan for the Prevention and Treatment of chronic diseases (2017-2025) points out that Chronic disease is an important disease threatening people's health. , it has become a major public health problem related to national economic and social development [1]. In recent years, the number of people suffering from chronic diseases and deaths due to chronic diseases but not receiving timely treatment has been on the rise, as has the increasing cost of treating chronic diseases and the increasing economic burden of chronic diseases, which have become the main cause of poverty among rural residents due to diseases. Since the implementation of the poverty alleviation policy, China's rural poverty alleviation work has achieved a lot of results, and the goal of poverty alleviation and poverty reduction has been basically realized. However, due to the large outflow of rural population in underdeveloped areas, the aging of rural population has been further aggravated, and the poverty problem of the elderly in rural poverty is particularly obvious. With the increase of age, health problems occur. The impact of chronic diseases makes the elderly's ability to participate in production activities decline, and the phenomenon of poverty is still frequent, which causes many troubles to the elderly's daily life. Therefore, we should pay attention to the impact of chronic diseases on the economic conditions of the elderly, prevent chronic diseases from causing poverty and returning to poverty, maintain the poverty alleviation results, and reduce the possibility of the elderly in rural areas falling back into poverty due to illness.

From the perspective of society, the economy of rural areas in underdeveloped areas is relatively backward, and the poverty problem of the elderly is also relatively typical. Based on the review of relevant studies in the existing literature, the health needs theory and poverty life cycle theory are taken as theoretical basis, research hypotheses are proposed, variables are selected, and empirical analysis models are constructed. This paper selects Bozhou City as a typical representative of an underdeveloped area, analyzes the poverty situation of the elderly in rural areas suffering from chronic diseases at the place where the survey is conducted, and investigates the disease situation in terms of whether and the number of the diseases. Then the heterogeneity analysis was carried out, and the age division was made to analyze the influence of the number of chronic diseases on the rural elderly in different ages. In addition, Revalidation is also performed using Propensity Score

Match (PSM) to maintain robustness of the results.

Through the above analysis, this paper draws the following conclusions: first, the coexistence of chronic diseases and diseases is more and more obvious; Second, older people with chronic diseases are more likely to fall into poverty; Third, the more chronic diseases the elderly in rural areas suffer from, the more likely they are to suffer from poverty. Fourth, the coverage of chronic disease reimbursement needs to be expanded and the reimbursement ratio needs to be increased. Fifth, the economic support for their children is insufficient, and the needs of the elderly in rural areas are not guaranteed.

Based on the above analysis, this paper puts forward the following countermeasures and suggestions: first, improve the multi-level medical security system; Second, improve the level of community-level health services; Third, strengthen chronic disease screening; Fourthly, the formulation of appropriate chronic disease compensation program; Fifth, establish and improve the health education system.

Key words: chronic disease; elderly poverty; less developed areas; rural elderly

第一章 绪论

1.1 研究背景与意义

1.1.1 研究背景

“十三五”时期，以习近平同志为核心的党中央把保障人民健康放在优先发展的战略位置，作出实施健康中国战略的决策部署，努力提高人民健康水平。2015年至2020年，我国人均预期寿命从76.34岁提高到77.93岁^[2]，《中国统计年鉴2022》显示，2021年年底，我国老年人口抚养比为20.82%，相比于2020年的19.74%的老年抚养比，上升了1.08个百分点^[3]。这意味着，现在的中国，每100个处在工作年龄的人就要承担21个老人的生活负担，即5个年轻人就要承担1个老人的生活负担。1963年，是新中国建国以来生育率达到了历史最高点的年份，到了2023年这批人的年龄就会达到60岁，所以“十四五”将是人口老龄化最快、规模最大的时期。根据预测，“十四五”期间，我国60岁及以上老人的数量将达到3亿，其中60岁及以上老人的比例将达到20%，达到中等程度的老龄化水平。到2035年，我国60岁及以上老人将超过4亿，超过30%，到时我国将步入重度老龄化社会^[4]。

在世界范围内，关于人口老龄化的普遍观点是，一个国家或地区60岁以上老年人口占人口总数的10%，或65岁以上老年人口占人口总数的7%，表示这个国家或地区的人口处于老龄化社会^[5]。根据2020年底的第七次人口普查数据，我国60岁及以上人口有26402万人，占18.70%（其中65岁及以上人口有19064万人，占13.50%）^[6]。截至2022年底，国家统计局更新的人口数据显示，60岁及其以上的老年人为2.8亿人，占全国人口的比重为19.8%，65岁及其以上人口的占全国人口的14.9%，已经达到2.09亿人^[7]。短短两年时间，60岁及其以上人口已经增加了1602万人，由此可以看出，我国的老龄化状况已经相当严峻。从实践中可以看出，慢性疾病和年龄的增长之间存在着一种自然的联系，人口老龄化程度的加深、人口寿命的延长，使得老年人健康状况面临的风险增多，很大程度上对老年人的身体状况产生负面影响。这种影响主要表现为各种慢性疾病（比如心脑血管疾病、糖尿病等）患病率的大幅增加。同时大部分的老年慢性病患者并不只患有一种慢性疾病，多病并存的现象十分常见。

慢性疾病具有病程长，发病率高，治疗费用高，致残和死亡率高特征^[8]。慢性病主要包括高血压、心脏病、中风、糖尿病、肿瘤/癌症、肾病、肝病、其他消化系统疾病、颈/腰椎病、关节炎、骨质疏松症、慢性支气管炎、其他呼吸系统疾病、痴呆症等 14 种^[9]。据国家卫生和健康委员会统计，我国现有高血压患者 2.7 亿人，脑卒中患者 1300 万，1100 万冠心病患者^[10]，在我国心脑血管疾病已成为中国居民的第一大死因。常见的慢性呼吸道疾病包括慢性阻塞性肺、哮喘等，这类疾病的发病率高，约 1 亿人患有该病，危害严重^[11]。另外，慢性疾病的治疗需要很长的时间，所以慢性疾病不但会损害到老年人的身体健康，还会增加老年人的经济负担。

在中国，农村地区老年人慢性病死亡率、发病率较城市地区高，因患慢性病导致需长期支出医药费加重了农村地区老年人的负担。与其他人群相比，老年群体最大的劣势就是他们的身体机能会不断地下降，他们更容易遭受慢性疾病的侵袭和由此而产生的经济风险，从而使他们的身体健康和经济生活变得脆弱不堪。在欠发达地区，农村老年群体中患慢性病的人数较多，农村的老人的生活水平、家庭经济状况都比较糟糕，这就导致欠发达地区的老年贫困问题更加严重。

从一个角度来看，慢性疾病一旦发生，很难根治，只能通过长时间的服药和治疗来控制病情。这不但会使病人自己和家人的生存质量下降，也会使全家人承受沉重的医疗费用，特别是对低收入家庭来说，更增加了他们的疾病费用占比，进而引发了“因病致贫”“因病返贫”的现象；从另一个角度来看，欠发达地区的经济发展比较迟缓，在社会保障方面还存在着许多缺陷，长期患有慢性疾病还会影响到病人及其家庭成员的工作参与，从长期来看，这也制约着欠发达地区的发展，导致慢性病病人的医疗负担依然沉重。

1.1.2 研究意义

(1) 理论意义

本文在对国内外文献梳理的过程中发现有一些对经济发展较好的地区的农村中老年人慢性病致贫的研究，但缺乏专门对欠发达地区农村老年人患慢性病影响贫困等方面的研究。因此，本研究立足于新的社会背景下，把欠发达地区的调研区域选在安徽省亳州市，将欠发达地区农村慢性病老年人作为研究对象。通过实地调研和问卷分析对农村慢性病老年人贫困的影响因素做进一步的归因分析，

并结合研究结论和相关理论,针对性提出摆脱当前欠发达地区老年人因患慢性病致贫困境的相关对策建议。本文有利于弥补当前研究的不足,进一步改善当前我国农村老年人因病贫困的现状,以及为完善农村慢性病管理制度提供一定的思路,希望能在一定程度上对现有的理论成果进行补充。

(2) 现实意义

现阶段我们通过努力已经消除了绝对贫困问题,使得欠发达地区的贫困发生率有了显著下降,脱贫的质量以及脱贫的精准程度有了很大提升,贫困人口的收入和生活质量有了显著提高。经济发达地区的社会保障政策相对完善,医疗条件和设施也比较完备,对患有慢性病的老年人关注度也比较高。但经济欠发达地区仍有很多方面比较欠缺,当前,在经济欠发达的农村地区,人口老龄化问题日益严重,老年人面临的健康风险也在不断增多,因此实际上很多老年人处在返贫的“边缘地带”,这对欠发达地区摆脱贫困的处境,以及对经济的发展和社会的稳定造成不利影响。由此可见,针对欠发达地区的慢性病老年贫困问题展开研究具有重要的现实意义。

1.2 国内外研究综述

1.2.1 国外研究综述

1.2.1.1 关于老年贫困的研究

研究老年贫困要先界定贫困的概念。世界银行认为:如果某些人、某些家庭或某些团体没有能力获得他们在这个社会中普遍享有的饮食、生活条件,以及参与某些活动的条件,那就是贫困^[12]。

英国经济学家 Rowntree (1901) 提出了经典的贫困概念,即“如果家庭总收入不足以满足家庭人口的最低限度的生存活动,则家庭基本处于贫困状态”^[13],这里 Rowntree 讲的主要是绝对贫困。实际收入和拥有的能消费的资料和所接受到的服务无法满足最基本的生存需要,比如衣食住行的需求得不到保障的情况^[14],那就把这类贫困称为绝对贫困,绝对贫困通常用于衡量一个人或一个家庭生存的底线。相对贫困则是指收入低于社会的平均收入水平一定程度的一类贫困,这类人群生活虽然能满足基本生存需要,但仍处于相对低的生活水准中,相对贫困一般用于衡量社会较低层次的生活水平。现在绝大多数国家都用相对贫困来制定自

己的贫困线 (poverty line), 一般认为收入低于收入中位数五到六成的为相对贫困。但是仅以收入水平作为衡量贫穷这一复杂现象是不太准确的, 在绝对贫困和相对贫穷的背后, 是对贫穷的多维度的反思。因此, 学者们提出“多维贫困”的概念, 一般都是用政治权利、教育资源、医疗卫生设施、住房及饮用水等指标来进行分析, 通常认为在许多领域都无法满足基本的标准, 或者在一些重要领域内无法满足这些要求、没有达到基本保障标准的人就被归为陷入多维贫困状态。根据阿马蒂亚·森 (Amartya Sen) 的学说, 联合国开发计划署还制定了一项“人类贫困指数 (HPI)”用于衡量人类贫困状况^[15]。随着对多维贫困研究的继续深入, 联合国开发计划署 (UNDP) 与牛津大学贫困与人类发展中心共同开发, 提出了多维贫困指数 (MPI) 的概念^[16]。

国外关于老年贫困的研究主要集中在以下几个方面: Rowntree (1903) 提出了贫困生命周期理论。他的观点是个体的贫穷在一生中呈现出曲线的变化, 主要表现在年幼时期, 刚当上父母的时期和年老三个时期内, 人处在这三个阶段的时候是最容易发生贫穷的^[17]。Merton (1968) 提出积累的优势与劣势理论, 他认为老年人贫穷的产生, 除了与老年期的年龄相联系之外, 还与其以前的状况有着很大的关系, 老年人贫穷是老年人以前的贫穷状况或可能贫穷状况在老年时期的继续和外在表现^[18]。Leisering, Leibfried (2001) 提出了贫困生命历程的四个原则, 也就是时间化、民主化、行动者和传记化这四个原则^[19]。“时间化”是指个人的贫穷在其生活过程中呈现出不同的时序形式, 可以是单一的或重复的短期贫穷、中期贫穷和长期贫穷三种时间形式。这表明, 老年贫穷的发生和发展并非一蹴而就, 而是一种多轨迹的、在人的一生中不断变化的、动态的和持续的。Dannefer (2003) 提出了积累的弱势/优势模型, 是指个体在某种确立的特征上会随时间而出现系统性的分化^[20]。这一模型表明, 老年人的贫困并非是静态的, 而是由弱势群体累积而成, 并伴随着时间的变迁, 在制度的结构作用下将会愈演愈烈。

1.2.1.2 慢性病对贫困的影响研究

慢性病会对贫困的发生产生负面影响。Strauss (1995) 认为健康风险的冲击不仅对患者本人产生了不利影响, 削弱了患者劳动能力, 还会因为患者需要被照料而使得其他家庭成员的劳动时间减少。因此, 在家庭其他领域的投入不够, 是健康风险导致贫穷的重要原因之一^[21]。Khan, Jahangir A. M. 等人对孟加拉国的一

项慢性病调查研究表明,慢性病死亡率对家庭贫困有加剧的影响,家庭成员因慢性病死亡使家庭的社会经济地位恶化,并经常使更多的家庭陷入贫困^[22]。

Price J. H.认为,美国有十分之一以上的人处于贫穷状态^[23]。这些人口的健康状况受到社会经济、文化及环境因素的负面影响,如慢性疾病、传染病、危害健康的行为等。处于贫困中的人还丧失了社会、心理和政治权利,造成了数代人的卫生状况不断恶化,并陷入了持久的贫穷。

1.2.1.3 关于慢性病共病现状的研究

其实早在2008年WHO(世界卫生组织)就提出了“共病”(Multi-morbidity)这一概念,即同时身患两种以及两种以上的慢性疾病^[24]。Jowsey等人的研究表明,随着慢性病患病数量的增加,可能会造成疾病治疗和护理费用的增长,与此相对应的疾病经济总体负担也会加重,这也将使老年人的自报健康相关生活质量进一步下降^[25]。

1.2.2 国内研究综述

1.2.2.1 关于老年贫困的研究

根据许颖(2008)的研究结果,我国老年居民的“绝对贫困”是指其月平均收入不到最低生活保障标准,而老年人的月平均收入比从调查数据中得到的当地老年人的月人均收入要低,这就是老年人的相对贫困^[26]。黄承伟(2010)认为个人或家庭所处的环境包括经济、社会和自然环境。这些微观或宏观的环境中始终存在各种风险。经济危机、健康打击、家庭结构变化、失业或自然灾害等风险因素对家庭或个人的直接影响使家庭或个人福利水平降低,非贫困人口陷入贫困,已经贫困人口持续或永久贫困^[27]。马小红(2013)通过实证分析,将贫困生命周期理论与生命历程发展范式相结合,通过对不同类型老人的家庭生命轨迹的分析,揭示了老人在家庭生命循环演化中,更易受到各种经济、体制、社会性等因素的冲击,从而导致其在社会生活中的弱势地位,进而导致其走向贫穷^[28]。

程华(2015)提出,在乡村生活水平较低,健康状况较差,居住条件较差,经济依赖性较大的老人通常被视为贫穷老人,他们需要的物质帮助、生活照料和精神慰藉较普通老人更多^[29]。刘一(2016)提出:“贫困线是衡量贫困的通用指标,其选取对衡量指标有重要影响。”贫困也即“生存贫困”,是由于没有足够的基本生活条件而无法达到基本的生活水准,一般以最低的营养水准或恩格尔系

数作为衡量标准；也可以通过购买能力和价格指数来衡量^[30]。在全世界范围内，对贫穷问题的调查，尤其是对比较贫穷的国家的调查，都采用了世界银行的贫困线标准，即每人每天 1.25 美元。相对贫困指的是对于贫困标准的主观判断，一般情况下，以一国或某一地区居民平均收入的 30%~50%为划分标准，如果达不到这个标准，就被认为是贫穷。或是将一个特定比例，比如 5%或 10%的最低收入人口定为贫困人口。

1.2.2.2 关于慢性病对贫困的影响研究

刘生龙、李军（2012）通过实证分析发现，农村老年人的身体健康程度对贫困的影响相对于城市人群和农村中的青年壮年群体来说，是更加敏感的。农村中的老年人的健康状况越差，贫困率是越高的。这两者之间呈现出负相关关系，因此农村中的老年人健康状况越差，贫困发生率也就越高^[31]。杨立雄等人提出，农村老年人参与劳动强度大，营养不良，导致“小病拖成大病”，同时，老年人对医疗服务的要求比较高，但支付能力却不足，他们因疾病而变得贫困，进入“贫病交加”的恶性循环^[32]。

陷入贫困状态也会对健康产生影响。杜雯雯（2009）也发现，贫困负向作用于人们的健康。一旦人们的经济状况好转后，其健康也会逐渐增强。只不过两者没有较强的非线性关系^[33]。王金营等（2013）以三个典型地区的连片贫困地区农村家庭为研究对象，通过对农户家庭贫困的测量与成因的研究，发现影响农户家庭贫困的关键因素包含农户家庭类型、人口特征、耕地状况等^[34]。王瑜等人（2014）从老龄化现状和人口流动迁移的角度出发，对农村老年人的收入、健康和心理三个维度展开贫困决定因素分析。结果显示，影响着老年人的经济和心理贫困的重要因素是子女数量，独居老人陷入收入贫困、健康贫困、心理贫困的风险更高^[35]。

左停（2017）从内在分析了因贫致病的相关机制，贫困说明经济水平低，而经济水平低不光代表着低水平的生活条件，更会进一步造成营养缺乏、饮食习惯不健康。此外，处于贫困中的人群往往文化水平低，更大概率以体力劳动作为工作，长时间下去也会削弱健康水平^[36]。吴华安等人（2019）认为，人们若在 0—17 岁时遭遇过饥饿，其成年后的健康水平也会被影响^[37]。

1.2.2.3 关于慢性病共病现状的研究

《全国第六次卫生服务调查报告》指出，2018 年我国 60 岁以上老年人群中

59.1%至少患有1种慢性病^[38]，有研究表明老年慢性病共病患者是新型冠状病毒肺炎（COVID-19）的易感人群之一，且慢性病共病患者的死亡风险明显升高，高慢性病患者率和老龄化的加剧，使得老年人慢性病常以共病的形式出现，共病会降低老年人生活质量、增加治疗难度和医疗资源利用给患者、家庭和社会带来极大的挑战和负担^[39]。刘贝贝、田庆丰、郭金玲（2022）指出女性共病患病率高于男性，60岁及以上人群共病患病率较高，反映了我国老年人群慢性病患者率仍处于较高水平，农村人口中的共病患病率比城市人口中的要高，而且其中共病患病率最高的是文化程度在小学及以下的人群^[40]。农村地区和城镇地区相比仍存在较大差距，享受不到相对完备的医疗资源，医疗保障方面和城镇地区相比是比较落后的，农村老年群体的慢性疾病发病率比城市高，卫生服务可及性也比较差。在欠发达的农村地区，很多老年人处于缺乏医疗卫生知识的状态中，受教育程度普遍不高，老年人也缺乏主动了解慢性病早期预防相关知识的意识。文化水平越高的人，通常收入相对较高，生活条件和生活环境较好，为获得更高的收入或健康意识交钱，极有可能在自身的健康需求上更加关注，因此这类群体的共病患病率相对农村老年群体、农村受教育程度低的群体呈现较低水平。

范潇茹、陈莎、施予宁、郝春（2022）利用分位数回归的方法，得到了一个更加稳健的结果，它表明，慢性病对医疗费用的影响在不同的分位数水平上是不稳定的，而对于医疗费用和自付费用较高的人群，每多一种慢性病往往会导致更高的医疗费用^[41]。自费费用越高的病人越可能出现因照顾不足导致病人的生活品质及身体健康状况的恶化，而且对整个医疗卫生体系也会造成很大的压力。因此，在我国慢性疾病数量的增多，受到最明显影响的是那些花费较高的人群，同时慢性病患者数量的增加对于医疗体系中的健康服务资源、医疗成本等方面的影响也是不可忽略的。刘晓君、陈雅婷、蒙玲玲等研究发现，有两种慢性病对老年人健康生命质量的影响是明显大于只患有一种慢性病的情况的，身患三种及以上慢性病对老年人健康相关生命质量的影响更大。由健康保护因素产生的对患者生命质量的改善，对于身患多种慢性疾病患者来说作用十分有限^[42]。患有3种以上慢性疾病的老年人的健康状况更加复杂，不仅会给老年人身体和精神上带来巨大的负面影响，还会降低与健康相关的生命质量。

1.2.3 研究述评

以上研究为本文奠定了一定的理论基石,相关学者已经围绕患慢性病对经济和贫困的影响进行了一定量的研究,并获得了较为清晰的结论,即慢性病会负向影响劳动参与、收入水平和医疗支出等,但这些研究仍有其缺陷:第一,一般情况下,学者们测量健康水平采用自评健康得分、日常生活能力(ADL)或者身体质量指数(BMI)^[43]等方法,而在慢性病对贫困产生作用的内在机理方面,却鲜有文献进行具体、细致的讨论;第二,大量研究对象主要为劳动力人口,少量集中在老年群体,但值得我们注意的是,劳动力人口和老年人口在社会资源、健康状况、生存环境、个体基本特征和慢性患病概率等方面都与老年群体有所不同,这部分结论无法解释慢性疾病对老年人贫困风险的作用;第三,大部分针对慢性疾病与经济学的文章均聚焦于慢性疾病对国内生产总值、劳动生产率等方面的整体作用和效果,尽管部分研究设计考虑了慢性疾病对于微观个体和家庭的影响,但对于慢性病如何导致贫困的内在机理并没有进行详细的解释。第四,对于慢性病对贫困的影响,相关研究还不够深入,例如侧重分析某一特定慢性病或少量几类慢性病,导致更为细致的研究数量不足,结论稀缺。第五,国内在针对欠发达地区慢性病对贫困的影响方面所做的研究的不够充分,缺乏关注度。

1.3 研究目标与研究内容

1.3.1 研究目标

(1) 本文拟通过国内外相关研究进展的综述,对“老年贫困”的概念进行系统考察,以期结合当前欠发达地区农村的现实情况,为消除由慢性病引发的老年贫困问题以及提高老年人生活水平提供一定的建议。

(2) 在研究农村患慢性病对老年贫困的影响因素时,本文尽可能纳入更多的影响因素以减少因遗漏变量而可能造成的偏差。

(3) 本文在前期工作的基础上,结合我国欠发达地区的实际情况,对我国慢性病老年贫困的相关问题进行进一步分析。在此基础上,对我国慢性病致贫的相关问题进行深入的探讨。由于本文的研究具有一定的地域特色,因此,既可看作是对现有研究成果的补充,也可为其他经济欠发达地区提供参考。

1.3.2 研究内容

本文对是否患慢性疾病,患慢性病的数量对欠发达地区农村老年贫困发生概

率的影响进行了理论和实证研究,并在此基础上加入相应的机制分析,即分析了患慢性病后在医疗支出增加、劳动参与和收入减少的共同作用下可能会导致老年贫困发生的概率上升的问题。本文的研究内容主要包括以下几个方面:

(1) 首先对我国居民的慢性病患者现状,农村居民不同年龄层患慢性病现状,以及患病数量变化情况现状进行整理,同时梳理了慢性病相关政策的内容。

(2) 对欠发达地区农村老年人患慢性病的现状进行描述。农村老年人健康能力的缺失,导致农村老年人更易陷入因病致贫的状态中,并对农村老年人患慢性病的现状进行分析,为后续的研究奠定基础。

(3) 分析慢性病对农村老年人因病致贫之间的影响。本研究利用调查的数据,进行模型构建以检验是否患慢性病以及患慢性病数量对欠发达地区农村老年贫困发生概率的影响。

(4) 在前面分析的基础之上,进一步通过异质性分析,将调查地研究对象按年龄划分,以研究慢性疾病对不同年龄人群的影响。在此基础上,采用倾向性得分匹配法(PSM)以确保研究结果的稳健性。

(5) 在前文理论与实证研究的基础上归纳主要的研究结论,并针对研究结论提出相关建议。

1.4 研究方法与技术路线

1.4.1 研究方法

(1) 文献研究法

通过查阅文献和阅读书籍的方法,系统回顾了健康需求理论和贫困生命周期理论,研读了大量国内外学者对于贫困的定义以及疾病与贫困之间关系的研究,为本文的理论和实证研究奠定了基础,并在现有研究的基础上着重分析慢性病患者对农村地区老年贫困的影响机制。

(2) 问卷调查法

选取欠发达农村的典型代表——亳州市的农村地区,进行慢性病患者情况调查,把农村地区老年人因患慢性病致贫的影响因素作为调查对象,设计欠发达地区慢性病患者情况对农村地区因病致贫的影响的调查问卷,以分层抽样的方法对调研地进行实地调研,并对当地的患病老年人进行深入访谈,实地了解当地农村

老年人的经济条件和医疗需求,分析慢性病具体是怎么对当地农村老年人的贫困发生影响的,并在此基础上提出相应的对策建议。

(3) 定性方法与定量方法相结合

本文使用了定性研究和定量研究两种研究方法,一是基于已有的理论与研究,分析慢性疾病对老年人贫困的影响。二是用定量的方法对理论分析结果进行验证,以更直观的方式体现出此种影响的程度和范围。

本文使用问卷调查的数据,通过 SPSS 软件对调查到的样本进行描述分析,采用二元 Logistic 模型对数据进行实证分析。描述性分析方法主要用于分析调查地农村老年人贫困的现状和程度;运用二元 Logistic 回归模型分析影响调查地农村老年人贫困发生的相关因素。通过实证分析能帮助了解当前欠发达地区老年人的贫困情况,并且发现慢性病在其中的作用,为改善农村老年人贫困状态提供对策建议。

1.4.2 技术路线

本文整体分析思路是:通过对相关文献的整理,梳理相关理论作为理论支撑,交代慢性病的患病现状和基本情况,根据问卷数据进行实证分析,分析影响农村老人贫困的因素,在得出研究结论后提出相关对策建议。具体技术路线图如下:

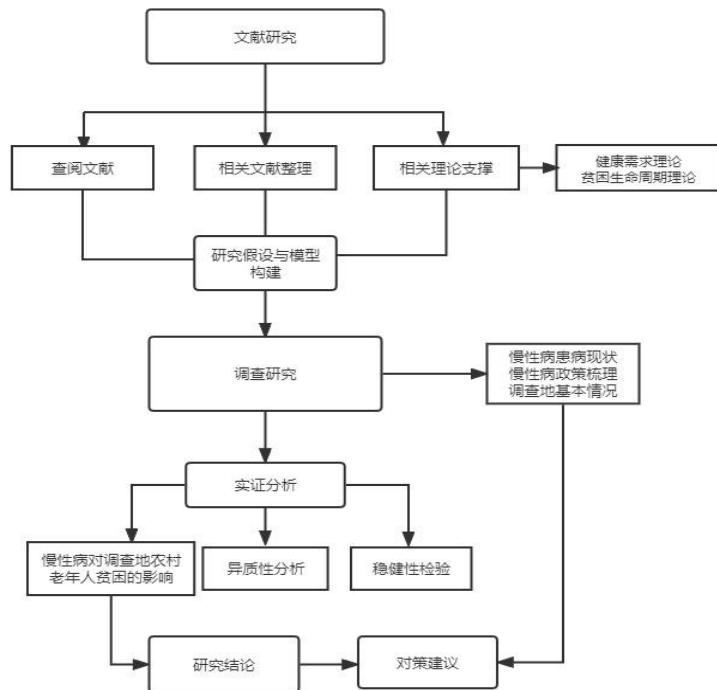


图 1-1 本文技术路线图

Figure 1-1 Technical roadmap for this paper

1.5 创新点和不足

1.5.1 创新点

本文将从上文所列文献中,尚未加以考虑或因随时代变化出现的新切入点入手,旨在对现有研究成果进行部分完善及补充,主要包括以下两方面:

第一,为衡量我国农村居民健康状况对欠发达地区贫困问题的影响,本文选取慢性病作为聚焦点。现有文献不乏考虑居民身体状况对发展的影响,虽然考虑了诸如重大疾病冲击等偶然性因素,自评健康等主观因素,身体质量指数等依靠经验人为提出标准的影响,但是考虑到慢性病作为一种长期患有,且可能会对当地老年人贫困状况造成影响的因素,将其纳入研究范围,并对慢性病致使老年人贫困所造成的影响进行深入、细致的分析。

第二,为衡量本文选取的慢性病因素对农村老年贫困产生的影响,本文选取研究地区的贫困状况作为聚焦点,这是由现有文献的研究内容及当前我国农村地区经济发展的现实情况二者共同决定的。首先,现有文献虽然考虑了慢性病对退休、劳动参与及收入等方面的影响,但却都局限在了个体的生活状态方面。其次,由于我国农村地区“因病致贫”和“因病返贫”的现象较为严重,农村地区的老年人作为慢性病患病的高发群体,其罹患慢性病很可能会降低劳动参与率,因而导致医疗费用的增加又会反过来促进“因病致贫”、“因病返贫”现象。

因此,本文在对现有文献整理及研究的基础上提升了研究视角,符合我国社会发展状况。选取农村地区老年人作为研究对象,结合实地调研数据对农村慢性病老年人贫困的影响因素做进一步的归因分析,并结合研究结论针对性提出摆脱当前欠发达地区的老年人因患慢性病致贫的困境的相关对策建议。

1.5.2 不足

本文存在的不足主要有两方面:第一,由于慢性病和老年贫困之间存在双向因果关系,因此在实证研究中可能会产生内生性问题。即不仅有“因病致贫”现象,反过来也存在“因贫致病”的现象,长期处于贫困中的老年人也会出现健康方面的问题。虽然使用了倾向性得分匹配法(PSM)解决内生性问题,但这种方法仍有不足之处,因此还需要进行更加科学与系统的探索;第二,本文所考虑的模型仍相对理想化,对贫困的界定局限在经济因素,无法纳入全部影响因素并加以分析,后续可进行进一步研究及分析。

第二章 概念界定、理论基础与研究假设

明晰相关概念及理论基础是进行深入有效研究的前提。本文涉及到四个基本概念，即老年人、老年贫困标准、慢性病以及欠发达地区。由于这四个概念内涵及外延所指向的内容十分广泛，因此本章明确了它们在本文中的具体指向，然后梳理了健康需求理论和贫困生命周期理论的内容，并提出了研究假设。对概念和理论进行深层次的研究，有利于在加强理论积淀的基础上促进理论和实践相结合，为后文中假设的提出、变量的选取、模型的构建和实证研究提供理论支撑。

2.1 相关概念界定

2.1.1 老年人

老年人的概念因国家和时代而异，其内涵也不尽相同，通常划分老年人是以年龄为尺度的。按照世界卫生组织的定义，65 岁以上的老人被称为“老年人”，这是欧美和工业化发达国家普遍使用的标准。中华医学会老年学分会在对我国的国情进行了分析之后，确定了 60 岁及以上的是老年人，60-74 岁是青年老年人，75-89 岁是中龄老年人，90 岁以上的是高龄老年人^[44]。本文将生理年龄 60 岁及以上的称为老年人。

2.1.2 老年贫困及其标准

目前而言，学界主要从经济贫困和老年多维度贫困两个角度来界定老年贫困的概念和内涵。

第一个角度是经济贫困。徐勤、魏彦彦（2005）认为老年人的收入不足以维持基本生活需要就会发生老年贫困^[45]。陈友华（2015）通过分析我国老年人口的基本特征，将我国老年经济贫困又分为两种类型，即绝对经济贫困与相对经济贫困^[46]。王小龙、唐龙（2010）从相对贫困的视角，测算老年人的经济贫困问题^[47]。

第二个角度是在老年贫困中存在多维度贫困的情况。杨菊华将老年人的经济贫困扩展到了社会贫困层面，认为社会贫困是衡量老年人“真实贫困状况”的一个重要尺度^[48]。因此从贫困的定义衍生出来，本文将老年贫困界定为主要是指老年群体因就业机会、健康资源和技术、文化优势的丧失，个人储蓄资源的不足和家庭与社会保障的不足等诸多因素使得老年人基本需要不能完全转化为现实的

市场需求，缺少获取和享有正常生活的能力^[49]。

关于贫困的标准，由于本研究以患有慢性疾病，已经处于健康贫困状态的农村老年人为研究对象，考虑到收入对居民生活与消费的重要影响，因此本文中将以收入贫困中的相对贫困来衡量贫困发生的概率。在现有研究的基础上，以 2022 年农村居民人均可支配收入中位数 17734 元的 50%即 8867 元为标准，将其作为划分相对贫困的分界线，如果收入在相对贫困线以下，那么就被认为已经发生了贫困，反之，被认为没有发生贫困。

2.1.3 慢性病

“慢性病”指的是慢性非传染性疾病，慢性病并不是特指某一类疾病，它的发病隐匿且发病时间很长，而且没有明确的病因和传染性^[50]。同时，慢性病也是一种具有长期累积性，不能完全自愈也很难治愈的终身性疾病的总称。疾病产生的病痛在很长一段时期内，对患者自身的劳动能力和生活质量造成了很大的影响，它不仅对几亿人的寿命与健康造成了很大的威胁，还严重地威胁到了社会的进步与经济的发展^[51]。1956 年，美国慢性病委员会将慢性病定义为永久性损害身体健康、导致残疾，具有不可逆转的病理变化同时需要康复和长期的治疗与照顾的疾病^[52]。Lawrence（1979）等认为，慢性疾病是一种长期的状态，其特征是正常的生理功能逐渐地、进行性地下降，并且需要持续的治疗与护理^[53]。慢性疾病所包含的疾病主要有，心血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病、糖尿病、精神卫生问题、运动系统疾病、感觉器官疾病、口腔疾病和遗传病等。本文研究的主要针对欠发达地区的老年人，因此界定了农村常见的几类慢性病作为本文慢性病的范围，即高血压、心脏病、中风、糖尿病、颈/腰椎病、关节炎、骨质疏松症、慢性支气管炎八种疾病^[54]。

2.1.4 欠发达地区

这里所说的欠发达区域，是一个相对的概念，它与北上广深这样的一线大城市有差距、但又不同于西部贫困地区和经济发展相对落后的区域，指的是那些拥有一定发展潜力和资源，但还没有发展起来的“平均发展水平”地区。本文针对的欠发达地区，是以 2022 年我国人均 GDP 的 85698 元为标准^[7]，低于这个标准的即为欠发达地区^[55]。2022 年安徽省人均地区生产总值 73603 元，低于全国平均水平 12095 元。安徽省作为长三角地区欠发达的典型，在 2020 年进入中度老

龄化社会,截至 2022 年末,常住人口中 60 周岁及以上有 1216 万人,占比 19.8%,65 岁及以上人口 968 万人,占比 15.8%,高出全国平均水平 0.9 个百分点。享受农村居民最低生活保障的有 169.9 万,农村特困供养对象 32.4 万人^[56]。

相较于经济发达地区而言,欠发达地区具有较为明显的特点,可总结如下:

(1) 在经济发展方面,欠发达地区的经济发展水平明显落后于经济发达地区,这种落后既体现在发展力度上,即发展薄弱,也体现在发展速度上,即发展缓慢。经济发展水平的落后,直接导致其处于一种经济相对落后的状态。

(2) 在福利保障方面,欠发达地区的社会保障水平与发达地区还存在较大差距。这种差距的存在,不仅因其本身经济发展水平落后导致了农村医疗保险起步晚,水平低,还会反过来影响该地区的进一步发展,致使该地区社会保障长期处于空白状态。

(3) 在群众健康方面,欠发达地区存在的老年病患较多,随之带来了愈加沉重的医疗负担,进一步阻碍了该地区的发展^[57]。

2.2 理论基础

2.2.1 健康需求理论

针对健康的特征,Grossman 构造了一个用于分析个体健康需要的微观模型,格罗斯曼运用了人力资本的理论,提出了“健康资本”的概念,来说明人们对健康和医疗服务的需求^[58]。

在这个框架下,健康不仅被看作是一种消费品,也是能给人带来效用,处于不健康的状态则会产生负的效用;同时,这也是一种资本产品,既能增加人们的可用时间,也能促进人们的生产力,让他们成为一个健康的生产者。消费者并不需要医疗保健服务本身,他们需要的是健康。人们把健康看作是一种存量,它可以随着时间的推移而增长、维持或降低。如果不进行投资,那么健康的存量就会随时间而降低,而健康也会因为生病和受伤而快速降低,因此,健康被视为一种资本。

图 2-1 中横坐标表示健康存量,纵坐标代表的是健康日数,从表中可以看出当健康存量最小值的时候健康日数为 0,即死亡。健康日数是随着健康存量的增大而增加的。

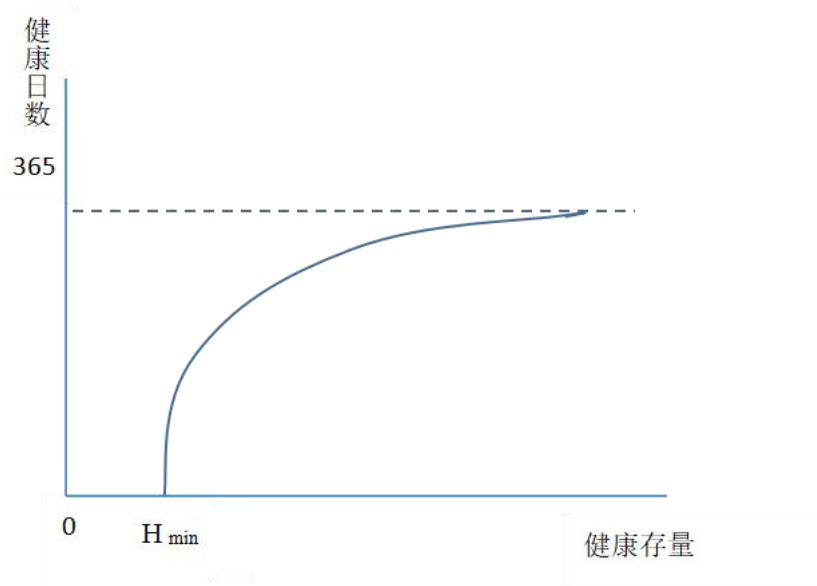


图 2-1 健康存量与健康日数的关系

Figure 2-1 Relationship between the health stock and the number of health days

假定个人所拥有的健康原始存量在生活中的一些特定时期，会随时间而加快下降的速度，而在对健康方面的投资会提高这种健康存量。在健康需求函数模型里个人的影响主要是由如下五项重要的因素构成：

(1) 年龄

格里斯曼认为，由于年龄是一种内生性因素，因此，尽管年龄并不会对健康产生直接的影响，但他假定健康资产的折损率与年龄成正相关关系，尽管消费者会随着年龄的增长而减少对健康的需求，但消费者会用增加毛投资的方式来弥补实际健康资本存量的不足，进而对自己的生命长度进行延长^[59]。另外，健康资本的边际生产率下降的情况下，随着年龄的增加，消费者的健康水平会下降，他们对健康需求的要求会下降，而对医疗保障的需求则会上升。所以，当其他因素保持不变时，人们的健康需求将会随着他们年龄的增加而增加。

(2) 教育水平

教育水平的高低代表了人力资本存量的多少。格里斯曼认为，一个人的文化程度和受教育水平越高，同时，消费者在健康保健方面的效率也会更高，这体现在生产过程中的直接因素（卫生保健等）的边际生产率上。

(3) 收入

收入的高低会影响消费者的健康需求。收入越高对健康的需求越大，并且消

消费者对医疗的需求也会产生变化,这种影响呈现正向相关。这种效应主要是由两个方面来产生的:一种情况是工资率的增加会让健康时间的货币价值变得更高,如果因为生病而无法去挣得工资,那么就会失去这一部分收入,这会促使消费者提高对健康的重视。另一种情况是,收入增加了以后也会对总投资的边际成本产生影响,也就是说比如消费者通过购买健康医疗服务其目的是增加其健康资本的存量,健康状况的变好会为消费者的健康时间增多,收益显然很可观的情况下使得消费者会更愿意在健康需求上增加投资。

(4) 医疗服务价格

医疗服务价格的提高对消费者的投入是具有负向影响的,具体表现在:最明显的一点,价格的变动对消费者来说是非常敏感的,价格提高使得消费者的边际回报率下降,消费者会通过减少需求来保证自己的收益符合自身预期。并且在消费者收入不变的情况下,医疗服务价格的提高使得消费者自身可支配的收入变少了,消费者考虑到自身情况可能会降低对健康资本的投入水平。

(5) 参加保险情况

在 Grossman 的健康需求模型并没有明确是否参加保险这两种情况会产生何种影响,可是没有参加保险的消费者在寻求医疗卫生服务时,所要负担的价格是比参加了保险的消费者更高。面对低的价格时消费者会增加健康投资,相反高的价格会让消费者减少需求。

可将效用函数写为如下形式:

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_j H_j, Z_0, \dots, Z_j)$$

上式中的 U 是用来表示效用函数,是单位健康资本的收益情况, H_j 表示的是消费者第 j 期所累积的健康资本存量, $\phi_j H_j$ 代表第 j 期个体消费者所消费的健康存量; Z_j 意味着在第 j 期消费的健康以外的其他产品。在这个模型里面消费者最初的健康资本是 H_0 ,它是外生变量;而在此之后每个时期的健康资本都是内生变量,因为是消费者自主选择的;时期 m 表示消费者的寿命,也是内生的变量。因此消费者在某时期的健康资本增量可以表示为:

$$H_{j+1} - H_j = I_j - D_j H_j, j = 0, 1, \dots, m$$

在上式中 I_j 表示在第 j 期对健康的投资， D_j 表示健康资本的折旧率，虽然是外生的，但是折旧率与消费者年龄相关，年龄越大健康资本的折旧速度越快。

有健康资本的累积公式如下：

$$H_{j+1} - H_j = I_j - D_j$$

等式两边表示的是第 $j+1$ 期的健康资本的存量， I_j 表示的是第 j 期健康资本的毛投资， D_j 指的是健康资本在第 j 期的折旧率。

I_j 与 Z_j 分别由以下函数决定：

$$Z_j = (X_j, T_j, E_j)$$

$$I_j = (M_j, T_{hj}, E_j)$$

其中， X_j 代表的是从市场获得，并且对个人产生效用的消费物品， T_j 指的是个人为生产消费物品的的时间投入， M_j 指的是医疗卫生投入， T_{hj} 指的是个人投资于健康的时间总量， E_j 指的是在 t 时刻的受教育状况，它表示个人生产健康的效率因素。

健康是生命质量的保障，是个人与社会全面发挥其作用的先决条件。这不仅表明了发展的根本目的，而且也是带动发展的有力保障。把健康当作一种社会权利已在当代成为一项共识。联合国《经济、社会、文化权利国际公约》第 12 条规定，“人人有权享有能达到的身心健康的最高标准”^[60]。世界卫生组织强调，“人人享有卫生保健”不仅是一项理想，而且是一项行动的原则。国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务的通知》中明确指出，深化医疗、医保、医药联动改革，持续推动从以治病为中心转变为以人民健康为中心，持续推进解决看病难、看病贵问题^[61]。

2.2.2 贫困生命周期理论

Rowntree 在 1903 年提出了“贫困家庭生命周期”的概念，他指出，人一生中的贫穷程度呈现 W 形变化，并指出儿童时期、刚当父母以及老年三个阶段是贫穷危险最高的时期^[17]。在家庭生命周期的不同阶段，贫困的状况表现不同^[62]。在人的一生中，各种突发的、急性的负面生活事件，如老年生理机能的衰退和疾病的发生增加，老年时期不利因素的累积效应会持续显现，健康对农村老年人福

利有较大的影响，可以通过增加劳动参与度、增加经济来源、降低贫困发生率、改善卫生条件，极大地改善农村老年人的健康状况，从而减少其致贫的风险。

由于社会经济发展、家庭规模缩小、城市化、人口流动等因素的影响，以及外来文化的冲击导致传统文化意识淡漠，家庭养老保障作用日益减弱，家庭养老功能的弱化与农村老年贫困有直接联系。中国家庭“代际倾斜”的现象，导致老年人的需要与利益首先被忽视，导致老年人获得生活资源的能力处于弱势地位。家庭规模的缩小与子女数量的减少在一定程度上使老年人群获得的经济支持下降^[63]。

非正规社会支持在缓解农村老人的贫穷方面具有显著的效果，其关键在于增强子女对老人的健康方面的责任与义务的认知。非正式的社会支持缺乏有效的法律保护，对其进行监督也比较困难，因此，它更多地偏向于对社会道德的约束，所以，要让成人的子女在观念上对自己的赡养父母的义务有一个清晰的认识，这样他们就可以在实际工作中更好地履行自己的义务。与此同时，在人口不断增加的情况下，传统的“养儿防老”的模式已经无法满足老年人的健康照料需求，虽然老年人从子女那里得到的经济支持能够有效地减轻农村老人的贫穷状况，但是现实生活中老年人尤其生病的老年人，是最容易受到忽略的。因此其核心问题其实就是如何增加农村老年人子女后代的收入，只有他们的收入得到了提升，他们的代际转移支付能力得到了提升，才会使得老年人的生活质量得到真正的提升。在此基础上，国家应加大对“三农”问题的关注力度，提高农村子女经济水平，以提高农村老年人的直接经济收入和来自子女的经济支持，有效减少贫困发生。

随着年龄增长农村中的很多老年人体质变差，很多人缺乏锻炼身体、增强体质的健康意识，特别是还患有慢性疾病的老年人。慢性疾病属于老年人群中的高危疾病，它的发病率很高，而且很难治愈，需要长时间的服用药物进行治疗。与城市老年人比较起来，农村老年人的经济收入较低，他们的生活条件更加艰难，他们的身体状况也更加糟糕。这不仅对老年人的身心造成了一种煎熬，还会提高他们的医疗费用和经济费用，严重的话会导致家里背上债务，变成一个很大的负担，进而产生了一系列的因病致贫、因病返贫的现象。医疗费用的增长速度很快，已经远远超出了农民的经济承受范围，因此，农民们不得不选择生病不就医，“小病靠抗、大病靠拖”的方式来处理疾病。这些年新闻中总能见到农村老年人因生

病或者抑郁而自杀的报道，可以看出患病老年人的生存状态不容乐观。在上述分析的基础上，贫穷的生命周期理论成了研究的理论依据之一。

2.3 慢性病致贫途径

2.3.1 治疗慢性病的过程会加重农村老年人的经济负担

由于慢性病造成的基础挂号费、门诊费用、住院费用、各项检查费用甚至会有高额的手术费支出，并且看病过程中产生的交通住宿费用也是一笔支出。农村老年人的收入来源也相对比较单一，对于常人来说微不足道的支出，对他们而言却是很看重的。在调查问卷发放过程中一些老年人也会吐露心声，认为自己一年种植的粮食、养的家畜为给医疗机构、医院种的、养的，因为钱都用来看病了。这从侧面表明了农村老年人的疾病经济负担较为繁重，并且慢性病并不能根治，每年可能都要支出很多费用用于看病。研究显示，慢性疾病明显提高了医疗成本，慢性疾病病人的医疗成本比一般人高出 47%^[64]。慢性疾病给乡村老人带来了比城市老人更大的经济负担^[65]。

2.3.2 身患慢性疾病将造成农村老人的劳动供给能力的降低

身患疾病对农村老年人来说，会直接降低他们的劳动生产效率，减少农村老年人的社会活动，从而降低他们的劳动收益。城市中很多老年人工作到一定年龄就会退休，退出劳动市场，领取退休金保障生活，而中国的绝大多数农村老人是没有“退休”这一说法的，他们在身体状况许可的情况下，都会继续劳作，直到无法工作才停止^[66]。患有慢性疾病的人，如果他们的健康水平降低，那么他们在工作中可以利用的时间就会变短，收入也会随之降低。病情严重的患者，可能会因为彻底失去工作能力，导致丧失收入来源。而病情比较轻微的患者，获得收益的途径大大减少了，即使可以重返劳动力市场，想要找到一份与其之前劳动收入相同的工作也是非常困难的。因而，随着慢性疾病的发生，甚至患有多种慢性病的情况越来越多，其所造成的医疗成本的提高，以及工作的参与度的降低，将使我国农村老年贫困的发生率大大提高。

由于中华民族的孝文化依旧深入人心，一般来说老年人每年也会有子女后代的经济支持，加上政府给老年人发放的养老金、退休金以及补贴等等，所以当患病的老年人的收入减少和支出增加并不能完全等同于一定会陷入贫困，但是由于

经济社会发展的进程加快,更多的有农村户口的人选择留在城市安家。第七次人口普查数据显示,与 2010 年第六次全国人口普查相比,城镇人口增加 2.3 亿人,乡村人口减少 1.64 亿人,城镇人口比重上升 14.21 个百分点。大部分农村的老年人由于观念的因素、生活习惯的不适应等原因还是留在农村,而子女不在身边的还是占了大多数的。农民外出务工进城后,外来人口的家庭要面对更大的生活压力,一般情况下会优先满足下一代子女的物质需求,下一代子女占有较多的生活、教育上的经济支持,流动家庭劳动力夫妇的精力也主要放在孩子身上,会压缩赡养自己父母的物质资源,这也对农村传统家庭赡养模式造成了冲击。另外国内外多种因素对传统大家庭模式发起强烈的冲击,与不断加深的人口老龄化趋势相比,家庭户老化的速度更加明显,具体表现为,有老年人的家庭是普遍存在且还在不断增加,只有老年人的家庭户也呈现明显增加的趋势^[67]。同时,家庭规模的缩小导致农村老年人从后代那里得到的经济支持相较以前也有所减少。农村大部分老年人能够料理日常基本生活,就会变成他们自身晚年生活的主要责任者,尽量不给子女增加过多的压力和负担^[68]。

2.4 研究假设

H1:和没有患有慢性病的老年人相比,患有慢性病的农村老年人陷入贫困的概率更大。

如果一个人得了慢性疾病,那么他在市场上的参与时间就会变少,相应的他所能获得的收入也会变少;并且在患上慢性疾病之后,患者需要对其进行更多的健康投资,也就是使用医疗服务,与之相对应的,患者也就是要花费与之相匹配的医疗费用,从而造成了患有慢性病的家庭中医疗支出的增长,也会对家庭其他部分的支出比如家庭生产生活支出,教育支出等产生压力。综合起来,会使出现贫穷的概率大大提高。

H2:年龄越大的患病老年人,陷入贫困状态的概率越高。

农村老年群体的年龄越大,身体机能不允许高强度的长时间处于工作状态,并且劳动能力相对于低龄老年人来说也是减少的,这意味着年龄较大的农村老年人比低龄老年人获得收入的途径更少,经济收入水平较低,因此假定年龄越大的农村老年人越容易陷入贫困状态。

H3:农村老年人患慢性病数量越多, 越容易发生贫困。

一项国外研究表明, 新加坡有超过 25%的人患有多种慢性病, 在 60 岁以上的老人中, 有 50%的人都患有两种或两种以上的慢性病^[69]。我国的研究人员也发现, 患有多种慢性病, 相较于只患有一种慢性疾病, 处在共病状态会使得老年人的生命质量降低^[70], 因此假定农村老年人患慢性病的数量越多, 有更大概率陷入贫困。

2.5 本章小结

本章分别就相关概念界定、理论基础、慢性病致贫途径进行了阐述, 并提出了研究假设。

首先厘清了本研究中相关概念的定义和范围, 避免由于概念模糊导致的歧义。其次本章在前文理论分析的基础上, 运用健康需求理论和贫困生命周期理论, 探讨了慢性病致贫的途径。最后提出了全文的研究假设, 为后文进行描述分析和实证分析奠定基础。

第三章 数据、变量及实证模型

3.1 数据情况

3.1.1 调查背景

亳州市地处安徽省西北部，位于华北平原南部，下辖 1 区 3 县。2021 年全市常住人口为 498.6 万人，城镇地区常住人口 215.3 万人，乡村地区常住人口 283.3 万人，城镇化率为 43.19%，人口流动性比较大^[71]。

本次调查的重点区域是欠发达地区，而选取亳州市的原因主要基于以下两点：第一个原因是虽然安徽省在地理位置上和发达的江浙沪地区距离较近，被划入长江三角洲地区，但实际经济发展水平却不高，和长三角地区的上海市、浙江省、江苏省相比，差距十分明显，属于欠发达地区。而位于安徽省西北边陲的亳州市其实是安徽很多城市的缩影。老龄化较为严重的地方并非通常认为的只是在较为发达的城市，反而是一些欠发达地区的人口老龄化的增速，相较于全国平均水平要高得多，关于老年人的问题也就更加突出。

二是常见的研究慢性病和老年贫困的关系问题的内容，主要研究对象是较发达地区的城市老年人，对于欠发达地区的慢性病老年人贫困问题还是比较少的，调查数据也比较少，但欠发达地区农村老年人应该得到重视，所以对欠发达地区农村慢性病老人的贫困问题进行调查是非常必要的。

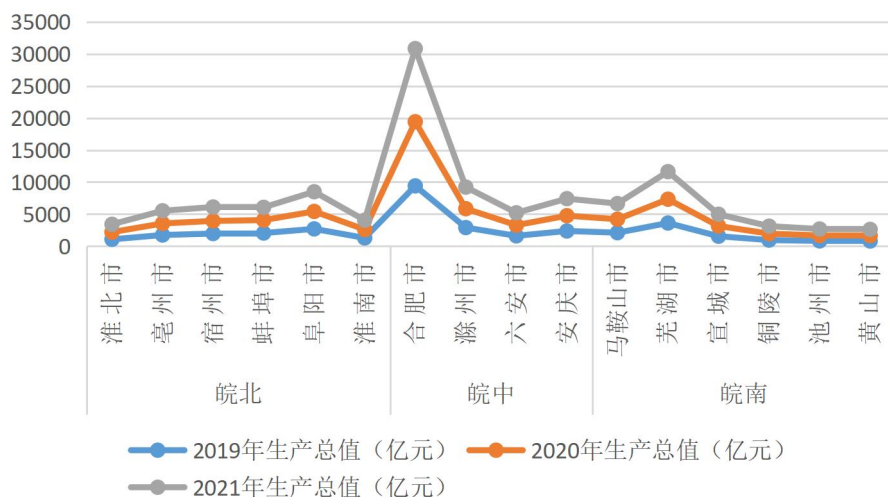


图 3-1 2019—2021 年安徽各市生产总值

Figure 3-1 GDP of Anhui cities from 2019 to 2021

数据来源：根据安徽省统计局 2019—2021 年社会统计年鉴整理

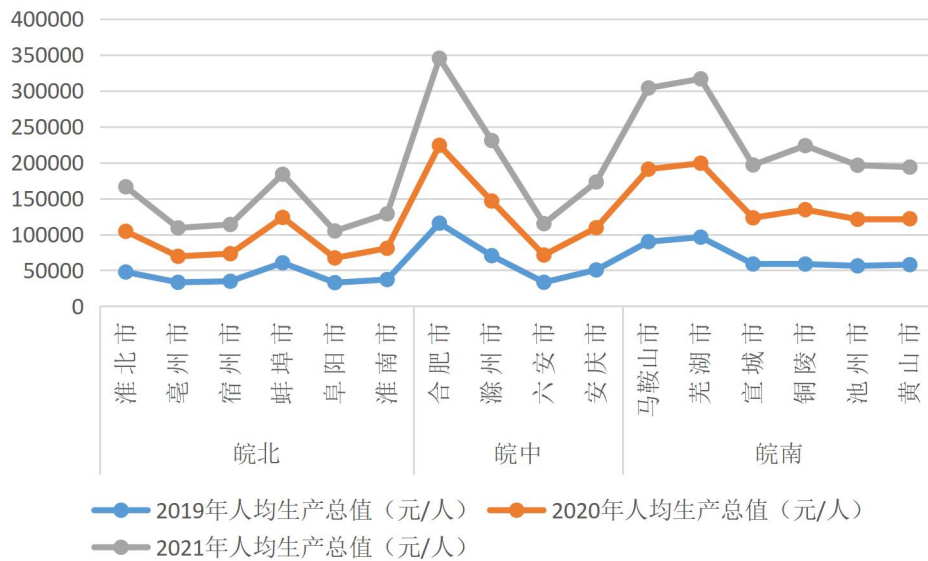


图 3-2 2019-2021 安徽各市人均 GDP 总值

Figure 3-2 Total per capita GDP of Anhui city in 2019-2021

数据来源：根据安徽省统计局 2019—2021 年社会统计年鉴整理

淮河和长江将安徽省分为皖南、皖中、皖北三大区域，图 3-1 可以看出皖北经济相比皖中、皖南来说是比较差的，皖北六市均处在较低水平^[72]，不仅生产总值不高，皖北地区人口众多，所以人均 GDP 更是处于全省末流。其中亳州市更为典型。图 3-1、图 3-2 表明，2021 年全市地区生产总值 1972.7 亿元，全年城镇常住居民人均可支配收入 37319 元，农村常住居民人均可支配收入 16769 元。而安徽省全省城镇居民人均可支配收入达到 39884 元，全省农村人均可支配收入为 18372 元^[71]。亳州市的人均可支配收入不仅低于全省平均水平，而且在安徽省的 16 个市中排第 10 位。这表明在安徽省内亳州市的收入水平并不高。

3.1.2 数据来源

本文数据来自于在调查地亳州市发放的“慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响研究调查问卷”。本次纳入调查的对象是亳州市 60 岁及其以上的农村老年人，调查的老年人户口均为农业户口，并且至少在亳州市居住超过一年时间。调查中每位家庭中仅对一位超过 60 岁的老年人进行调查。采用分层抽样方法，在亳州市抽取 2 个县（区），在每个县（区）随机抽取 5 个乡镇，在每个乡镇随

机抽取 2 个村，每个村发放 15 份问卷。在获得受访者知情同意后，调查人员对农村居民进行问卷调查，发放问卷 300 份，回收问卷 296 份，剔除无效问卷 6 个，得到有效问卷 290 个，有效回收率为 96.7%。

本文个案数据是在村干部的帮助下在本地户籍资料中查找出 60 岁以上的患慢性病的老年人，在对村部工作人员提供的一些贫困患病老人的基本情况进行一定的了解后，进入老年人的家中访问。在走访调查中，总共访问了 8 位贫困老人，由于这 8 位老人的受教育水平不高，甚至从未上过学，所以收集资料中采用个案访谈的方法收集资料。在这些患慢性病的贫困老年人中选取了 5 位具有突出问题和代表性的老年人，根据“欠发达地区农村贫困老人访谈提纲”中的问题进行进一步的深度访谈，通过手写笔录的方式记下他们家庭中的基本情况。

3.1.3 数据基本情况

表 3-1 被调查老年人基本情况

Table 3-1 Basic information of the investigated elderly people

| 名称 | 选项 | 频数 | 百分比 (%) |
|---------|---------|-----|---------|
| 性别 | 男 | 146 | 50.3 |
| | 女 | 144 | 49.7 |
| 年龄 | 60-69 岁 | 118 | 40.7 |
| | 70-79 岁 | 126 | 43.4 |
| | 80 岁及以上 | 46 | 15.9 |
| 婚姻状况 | 已婚，有配偶 | 205 | 70.7 |
| | 丧偶 | 75 | 25.9 |
| | 离异 | 1 | 0.3 |
| | 未婚 | 9 | 3.1 |
| 文化程度 | 未上过学 | 89 | 30.7 |
| | 小学 | 113 | 39.0 |
| | 初中 | 76 | 26.2 |
| | 高中 | 10 | 3.4 |
| | 大专及其以上 | 2 | 0.7 |
| 居住方式 | 独居 | 75 | 25.9 |
| | 与家人一同居住 | 206 | 71.0 |
| | 养老机构 | 9 | 3.1 |
| 是否有医疗保险 | 是 | 290 | 100.0 |
| | 否 | 0 | 0 |

在收集到的样本中，农村老年人的平均年龄是 73.39 岁，最低年龄 60 岁，最高年龄为 95 岁；60—69 岁的老年人有 118 位，占比为 40.7%；70—79 岁

的老年人 126 位, 占比为 43.4%; 80 岁及其以上的老年人有 46 位, 占比为 15.9%, 其中 80-89 的有 37 人, 年龄在 90 岁及其以上的老年人有 9 位。

在性别方面, 样本中的男性老年人数为 146, 占比 50.3%, 女性数量为 144, 占比为 49.7%, 样本老年男性数量比女性数量多了两人, 总体性别比例比较均衡。

在婚姻状况方面, 已婚, 且有配偶的老年人有 205 人, 占比最高, 为 70.7%, 并且老年人随着年龄的增大, 死亡的概率也变大了, 所以丧偶的老年人比例并不低, 样本中丧偶的老年人占比为 25.9%, 离异的只有 1 人占比最少, 0.3%, 未婚的有 9 人, 占比 3.1%。总体看, 已婚且有配偶的老年人占大多数表明, 绝大多数老年人还处在一个完整的家庭结构中。

在文化程度方面, 学历在大专及其以上的老年人占比较少, 大专及其以上学历的只占比 0.7%, 高中学历的只有 10 个人, 占比 3.4%; 小学学历的老年人占比最多, 达到了 39%, 甚至有 30.7% 的老年人未上过学。这表明其中大部分老年人的受教育程度是处于较低的阶段, 更多地从事体力劳动获取收入, 这可能也是导致收入水平不高的原因。

在居住方式方面, 独居的老年人占比 25.9%, 与家人一同居住的老年人有 206 人, 占比 71%, 而住在养老机构的只有 9 人, 占比 3.1%。访谈中也发现多数老年人还是和家人居住在一起, 可能受到中华传统文化和老年人认知习惯的影响, 绝大多数老年人宁愿独居也不愿意去养老机构, 依靠其他亲属或者农村社区专业人员照顾的老人也比较少。

在医疗保险参保方面, 样本结果显示, 这次调查的所有老年人均已参加了医疗保险, 因此是否参加了医疗保险这个特征并不作为控制变量参与分析。

3.2 变量选取与模型构建

3.2.1 变量选取

(1) 被解释变量

本文的被解释变量为农村老年人贫困, 本文的贫困标准依据 OECD (经济合作和发展组织) 根据人均可支配收入的 50% 的指标识别贫困人口。2022 年我国农村居民人均可支配收入中位数为 17734 元^[73], 因此本文将收入低于人均可支配收入中位数的 50% 即 8867 元以下视为发生了贫困。

（2）解释变量

本文设置慢性病患者状况为解释变量。它不是单指某一种疾病，而是一系列有共同特点的疾病的总称，这类疾病发病期长、暂无确定的病因解释、发病后病人长期无法痊愈，往往给患者生活带来大量的负面影响。为了精准辨别慢性病给欠发达地区老年人贫困带来的影响，因此界定了农村常见的几类慢性病，即高血压、心脏病、中风、糖尿病、颈/腰椎病、关节炎、骨质疏松症、慢性支气管炎^[74]。由于慢性病对农村老年贫困状况的影响不仅体现在是否患慢性病上，也体现在患慢性病数量上，因此，本文将分别分析是否患慢性病以及农村老年人患慢性病的数量两方面对其贫困的效应，并揭示其作用机制。

（3）控制变量

为了尽量地避免遗漏变量造成的估计误差，本文统筹考虑了个体特征和家庭特征两方面的因素。文章设置的主要控制变量如下：年龄分段、性别、文化程度、是否有医保、婚姻状况、居住方式等等。

①年龄分段。为了便于分析，本文将样本内个体分为三个年龄段，60—69岁为低龄老年人年龄段，赋值为1；70—80岁的老年人属于中龄年龄段，赋值为2；80岁及其以上的属于高龄老年人年龄段，赋值为3。首先，老年人的年龄随着时间不断增长，身体机能将逐渐下降，医疗支出也在持续增加。其次，随着人们的年龄越来越大，他们在从事体力工作方面的能力也越来越弱，许多老年人退出工作岗位，使得他们的收入下降。那么由于年龄升高而产生贫困的概率就会相应增大。

②性别。由于性别不同导致抵御贫困的能力也有区别。因此将调查对象是男性赋值为1，女性则赋值为0。

③文化程度。老年人不同的受教育程度也会影响其贫困状况，因此控制变量中将文化程度也纳入进来，教育水平对个人获得收入的能力有明显的影响，受教育程度高的通常比文化程度低的要求有更多的技能和更多地提高收入的能力，并且可能对自身的健康问题也比较重视，那么患病数量也少一些，可能陷入贫困的可能性就会小一些。没有上过学的赋值为1，接受小学教育的赋值为2，初中的赋值为3，文化程度在高中的赋值为4，而大专及其以上的赋值为5。

④婚姻状况。配偶之间不但可以共同承担家务、农业活动等工作，还可以共

同承担更沉重的家庭财务负担。本文中已将已婚，有配偶的赋值为 1，丧偶的、离异的、未婚的赋值为 0。

⑤居住方式。居住方式的不同对农村老年人来说造成的生存状况也不一样，也会影响健康状况和贫困状况。农村老年人主要的三种居住方式为——独居、与家人一起居住、居住在养老机构三种，将以上三种情况依次赋值为 1、2、3。

⑥是否有医疗保险。当前已有不少研究指出，医疗保险对于老年贫困具有缓解效应和平滑作用。为了尽可能减少医疗保险带来的估计偏误，有参加医疗保险的赋值为 1，没有参加的赋值为 0。

3.2.2 模型构建

本文中主要使用的模型为二元 Logit 模型，其因变量是二分变量（即 $Y=1$ 或 $Y=0$ ）。本文的被解释变量为是否发生了贫困，将样本家庭人均可支配收入减去 2022 年农村居民人均可支配收入中位数的 50%，小于 0 赋值为 1，即发生了贫困，否则赋值为 0，即未发生贫困。除慢性病患者状况会显著影响贫困发生概率之外，个体特征、家庭特征等也都会对贫困的发生产生影响。

将模型按照如下方式构建：

$$\text{Logit}(pov_i = 1) = \beta_0 + \beta_1 Chr_i + \beta_2 Num_i + \beta_3 K_i + u_i$$

$pov_i = 1$ 意味着调查的老年人处于贫困状态， $pov_i = 0$ 代表被调查的老年人不是贫困状态；农村老年人患有慢性病的， Chr 取值 1，没有患有慢性病的，取值为 0； Num 表示的是患病老年人的患病数量，取值区间为 [1, 9] 之间的整数； K 代表控制变量集合，包括被调查的所有农村老年人的个人和家庭特征，包括性别（男性=1、女性=2）、年龄分组（60-69 岁=1、70-79 岁=2、80 岁及其以上=3）、居住方式（独居=1、和家人共同居住=2、养老机构=3）、文化程度（未上过学=1、小学=2、初中=3、高中=4、大专及以上=5）、是否有医疗保险（有=1、没有=0）。 β_0 为截距项， β_1 、 β_2 、 β_3 分别代表是否患慢性病、患病数量以及个人和家庭特征的待估系数， u 为随机扰动项。

3.3 本章小结

本章对调查背景亳州市进行了介绍,解释了选取亳州市作为调查地的两点原因,一是欠发达的经济状况比较典型,二是亳州市的老年慢性病问题比较突出。本章交代了数据来源并对调查数据的基本情况调查基本情况进行了梳理,选取了相关的变量并进行了模型构建。

第四章 农村老年慢性病与医疗负担现状

我国从成立之初到现在，虽然在医疗和健康方面均取得了长足的进步，但是提高平均预期寿命并不等于延长了健康寿命。在中国，慢性疾病发病率高，发病时间早，带病生存时间长，是制约“健康中国”建设的一个重要因素。为了解现阶段慢性病政策的发展，农村老年人慢性病负担情况等，通过对农村老年慢性病患者状况和亳州市慢性病医疗负担状况的整理，以期对慢性病致贫这种不利情况的改善提供一定的思路，降低农村老年群体因患慢性病发生贫困的风险。

4.1 我国农村居民慢性病患者现状

4.1.1 我国农村慢性病患者率变化情况

图 4-1 表明从 1993 到 2018 年，中国总体慢性病患者率的变化大致是在不断增高的，虽然 1998—2003 年有略微的下降，从 12.82% 下降到 12.33%，但在 2003 年后呈现一个增长较快速的趋势。尤其从 2008 年的 15.74% 开始，到 2018 年已经增长至 34.29%，十年间我国总体慢性病患者率增长已经超过一倍，加上不断加深的老龄化危机以及复杂的疾病变化方向，由此可以预测慢性病患者率在接下来仍会处于一个增长较快的阶段。

仔细观察可知，图中数据还显示出农村慢性病患者率与总体慢性病患者率的差距在逐渐减少，2018 年农村慢性病患者率超过了总体患病率，从 2008 年到 2018 年，农村慢性病患者率由 14.04% 增加到 34.29%，增长速度超过总体患病率增长速度，可见农村慢性病患者情况不容乐观。

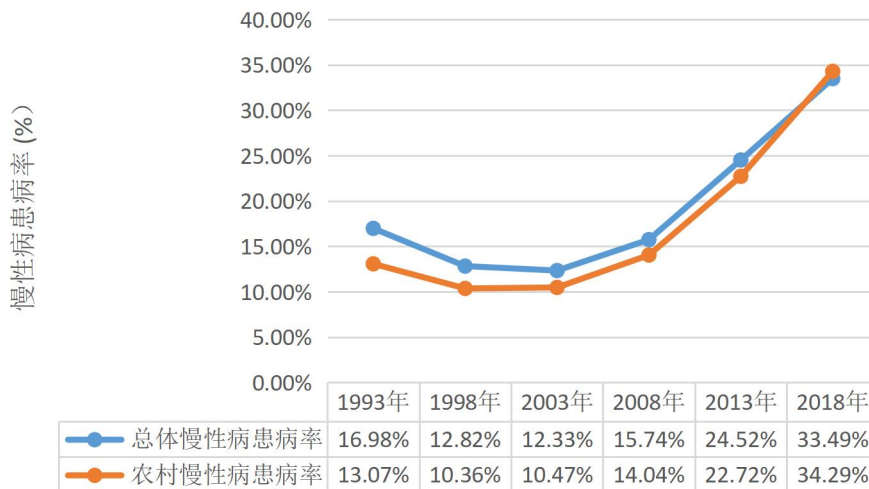


图 4-1 1993—2018 年中国居民慢性病患者率变化情况

Figure 4-1 Changes in the prevalence of chronic diseases in Chinese residents from 1993 to 2018

数据来源：根据国家统计局 1993—2018 社会统计年鉴整理

4.1.2 我国农村两个年龄层老年居民患病率变化情况

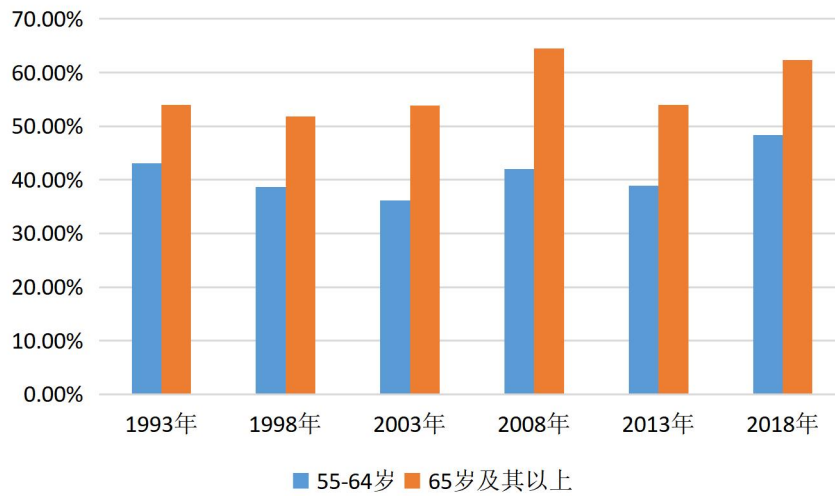


图 4-2 1993—2018 年 55 岁及以上总体居民慢性病患者患病率情况

Figure 4-2 Overall prevalence of chronic diseases in residents over 55 years old in 1993—2018

数据来源：根据国家统计局 1993—2018 社会统计年鉴整理

图 4-2 可以得出 1993 年到 2003 年总体居民处于 55-64 岁年龄段的患病率是有所下降的，2003 年以后整体处于上升趋势，但是在 65 岁及其以上这个年龄层从 1993 年到 2018 年总体居民慢性病患基本上呈现增长趋势，2018 年处于 65 岁及其以上年龄层的患病率已经高达 62.33%，这也表明患有慢性病的绝大多数是老年人，致使许多老年人在看病上的花费也已成为自身支出的重要组成部分。慢性病不仅带来很多经济问题，而且老年人深受慢性病的困扰，健康状况堪忧，并且这些都会影响经济社会发展健康发展，影响老年居民生活质量，甚至造成老年人贫困问题的发生。

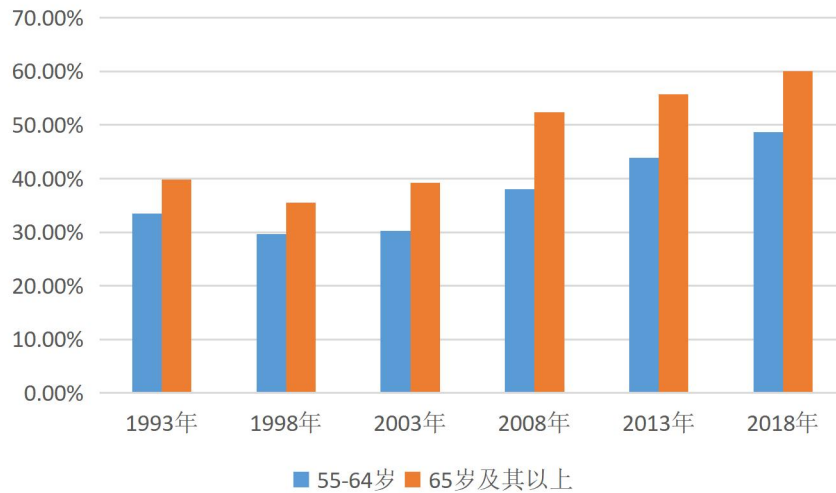


图 4-3 1993—2018 年 55 岁及以上农村居民慢性病患病率情况

Figure 4-3 Prevalence of chronic diseases among rural residents over 55 years old in 1993—2018

数据来源：根据国家统计局 1993—2018 社会统计年鉴整理

图 4-3 中可以明显看出在农村居民中 55—64 岁、65 岁及其以上人群的患病率从 1993 到 2018 年保持整体持续上升趋势，2018 年数据显示 55—64 岁的农村居民的患病率为 48.65%，而 65 岁及其以上的患病率已高达 60%，这与上图总体居民患病情况保持一致，数据也证明了农村老年人的慢性病患病率较高，是否患有慢性病已经成为影响农村老年居民健康的重要因素。

4.1.3 2013—2018 年我国慢性病共病比例的变化情况

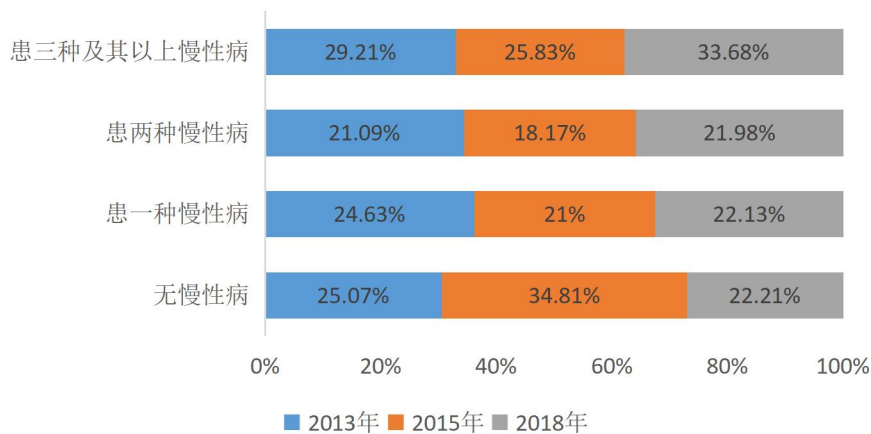


图 4-4 2013—2018 年慢性病共病情况

Figure 4-4 Comorbidity of chronic diseases in 2013-2018

数据来源：根据 2011-2018 年 CHARLS 数据绘制，CHARLS, <http://charls.charlsdata.com/pages/data/111/zh-cn.html>.

结合图 4-4 可知, 2015 年无患病的比例与 2013 年相比有所上升, 证明我国居民的慢性病情况有好转但是在 2015—2018 年无患病比例又下降了, 说明慢性病患病人数仍在上升。患有一种慢性病、两种慢性病、患有三种及以上慢性病的比例虽然在 2013—2015 年有一个下降趋势但是在 2018 年又上升了, 而且图中患三种及其以上慢性病的比例是最大的, 表明我国居民慢性病共病现状不容乐观, 很多居民已经身患多种慢性病, 这不仅对我国居民的健康和经济的发展带来了不利影响, 同时也对医疗卫生和保健服务是一个巨大的挑战。

4.1.4 我国慢性病防控政策梳理

我国政府从国家层面针对慢性病防治的策略是逐步推进的。随着时间的推移, 慢性病防治工作的战略地位也在逐步地提升, 我们要全面地进行慢性病的管理, 来保证人民的身体健康, 经济的繁荣稳定。表 3-1 列出了从 2008 年至今的有关慢性病防治问题的重要政策。

表 4-1 2008—2022 年我国重大慢性病政策梳理

Table 4-1 Policy sorting of major chronic diseases in China from 2008 to 2022

| 时间及发布单位 | 名称 | 主要内容 |
|--------------------|-----------------------------|---|
| 2008 年国务院 | 《卫生事业发展“十一五”规划》 | 建立慢性病防治监测网络, 开展慢性病研究 |
| 2009 年国务院 | 《关于深化医药卫生体制改革的意见》 | 国家正式启动实施基本公共卫生服务项目, 将慢性病患者作为重点人群, 免费提供最基本的公共卫生服务 |
| 2012 年国务院 | 《卫生事业发展“十二五”规划》 | 提出建立覆盖城乡的慢性病防控体系 |
| 2012 年原卫生部 | 《中国慢性病防治工作规划(2012—2015 年)》 | 提出建立政府主导、多部门合作的跨部门慢性病防治协调机制和将健康融入各项公共政策的发展战略 |
| 2015 年 国务院办公厅 | 《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》 | 首次提出把高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病等慢性病作为突破口, 开展分级诊疗试点工作 |
| 2016 年中共中 央、国务院 | 《“健康中国 2030”规划纲要》 | 明确指出要“实施慢性病综合防控战略, 加强国家慢性病综合防控示范区建设” |
| 2017 年国务院 | 《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》 | 突出慢性病防治工作的综合性和社会性, 提出构建自我为主、人际互助、社会支持、政府指导的健康管理模式 |

| | | |
|------------------|--|--|
| 2019 年国务院办 公厅 | 《国务院关于实施健康中 国行动 的意见》 | 对慢性病防治提出了具体目标 |
| 2021 年国务院办 公厅 | 关于印发国家残疾预防行 动计划（2021—2025 年） 的通知 | 加大慢性病高危人群筛查力度，加强慢性病 致残防控 |
| 2022 年卫生健康 委 | 关于推进家庭医生签约服 务高质量发展的指导意见 | 将慢病患者、老年人等纳入签约服务重点人 群范围管理，为符合条件的签约慢性病患者 提供长期处方服务 |

在表 4-1 所示政策文件不断推进的基础上，结合我国慢性病高发的内部原因（生活方式、环境）、外部原因（医疗、社会资源），建立了慢性病“从防治到治疗”的一体化服务体系，2019 年中国四种主要慢性病早期死亡率下降到 15.9%，明显低于世界平均 19.0%、中上收入国家 18.3%，与高收入国家 14.4% 的平均水平比较接近。当前看来慢性病防控虽有成效，但总体病死率及死亡人数仍然居高不下，这提示我们对慢性病防控仍不能掉以轻心，因此仍需持续努力，不断改善慢性病防治的质量和效果。

4.2 亳州市农村慢性病与医疗负担情况

4.2.1 亳州市常见慢性病种类

亳州市医疗保障局印发关于亳州市《亳州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法（试行）》中规定本市 I 类门诊慢性病有 40 种，其中常见慢性病主要包括高血压、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、溃疡性结肠炎、慢性乙型肝炎、慢性肾脏病、糖尿病、类风湿性关节炎、重症肌无力、结核病、支气管哮喘等几类^[75]。

4.2.2 亳州市常见慢性病报销水平

亳州市医疗保障局规定，对于 I 类慢性病患者，在医保定点医院就诊的门诊就医的，其支付标准为：200 元（起付线），按年度计算；省内和省外的合规费分别按 60% 和 50% 报销，每季度最高限额 900 元，每年最高限额 3000 元。凡有两种或两种以上 I 类慢性疾病的患者，其每年最高限额为 3000 元，但所用药物目录有所增加。

4.2.3 亳州市慢性病负担情况

根据亳州市人民政府公布的慢性病数据可知，该市常住居民慢性病患者率及

危险因素流行率均维持在较高水平,威胁老年人群的主要慢性病为心脏病、糖尿病、高血压等疾病类型。问卷调查数据显示该市老年人每月慢性病个人负担的金额集中在 100-200 元之间,即平均一个老年人一年需要承担 1200-2400 元的慢性病费用,由此可见慢性疾病所造成的经济负担较重。

为了解亳州市老年慢性病患者的医疗经济负担状况,现通过个案研究具体情况。

(1) 慢性病共病现象的不断增加,使得老年人用于维持健康的治疗费用较高。

个案 1,王 XX,男,1928 年出生,95 岁,丧偶。育有两子,大儿子已去世,小儿子 1973 年出生,生有一女。一直以种地为生,年龄大了以后不再种地,收入以国家补贴为主,年轻时爱抽烟喝酒,身患高血压、糖尿病、慢性支气管炎、心脏病等慢性病。

在对王某某老人的访谈中了解到,现在几乎没有老年人不生病,并且都是身患不止一种疾病。王某某表示身体健康时,自己主要靠干体力活赚取的收入为生,随着查出高血压和糖尿病,身体机能下降了以后,已经干不动沉重的体力活了。一段时间后又患上了心脏病和支气管炎,现在腰椎和腿部情况也并不好,疼痛时有发生,农活早已干不动了。在欠发达地区,许多农村的老人,在年轻的时候,都是靠着做体力活来维持生计的,而过度透支身体所带来的后果,也会随着年龄的增长而逐渐显现,当他们从工作岗位上退下来之后,他们的身体机能就会大打折扣,随着农村老年人患有多种慢性疾病的问题越来越显著,付更多费用用于治疗慢性疾病的情况越来越常见,对农村老年人来说无疑加重了负担。

(2) 慢性病的冲击导致老年人的身体机能的下降,疾病负担沉重。

个案 2,郭 XX,男,1954 年出生,69 岁,1975 年结婚,1976 年女儿出生,1978 年儿子出生,儿女都是 70 后。女儿婚后育有两子,儿子婚后育有一儿一女。郭某某身患尿毒症、高血压两种慢性病。郭某某年轻时以种地和卖保险业务谋生,年龄大了以后也放弃了跑保险,同时也因疾病冲击无法从事体力劳动,每周去医院透析 2-3 次,目前家中无低保,每周透析费用和药物治疗费用主要靠妻子种地收入和儿女给的经济支持来承担。一个星期得去县医院透析 2-3 次,透析一次至少上百,郭某某老人的亲哥哥患病状况和郭某某类似,但是由于哥哥是城市职工

同时也有退休工资，而郭某某并没有职工医保，在医疗费用方面报销得少，疾病负担沉重。

(3) 慢性病数量的增加也会加重农村老年人的经济负担。

个案 3，老年人田 XX，男，1945 年出生，78 岁，未婚，无子嗣，居住在养老院。年轻时在江浙一带打工，四十多岁查出来患有癌症，胳膊做了截肢手术。田 XX 身患高血压、糖尿病、心脏病等慢性病，有低保补助，他的主要经济来源于政府的支持和村里的帮扶。这位老年人表示自从做了手术截了肢以后，虽然生活上能渐渐习惯，但是由于家庭经济条件不好一直没能结婚。积蓄也花差不多了，可是后来身体又不断查出一些并发症，慢性病等问题，吃药并不能根治疾病，无子嗣的他现在居住在养老院，并对自己的老年生活抱有消极想法。有慢性疾病的人，必须要经过很长时间的坚持服用药物才能保持健康，患有的慢性疾病数量越多，医药费用支出也会越多，这就使得老年人的经济状况变得更差。

(4) 慢性病的报销范围有限，报销水平不高。

个案 4，张 X，女，1950 年出生，73 岁，丧偶。育有一儿一女。大儿子一家在外地定居，小女儿家中以务农为生。大儿子育有两子，由于给孩子买房子和做生意投资不利导致身上背负沉重债务，一年回家三到五次。小女儿养育的子女较多，家庭条件比较一般，偶尔回家看望母亲。张某身患高血压、心脏病、胆石症等疾病。需要定期服用药物降低血压，稳定心脏不好问题。主要经济来源是售卖家养牲畜和子女的经济支持。访谈中可以得知，张某表示自己每年养的家畜都是要卖了换钱然后付医药费的，因为她每周都要去卫生室拿药，她本人觉得自己养的家畜是给医院养的。张某的意思是自己每年将生活来源的很大一部分都花在了看病上，这对多病共存且年龄较大的老年人来说，虽然减轻了一部分负担，但效果甚微。

(5) 子女的经济支持不足，农村患病老年人的需求得不到保障。

个案 5，马 XX，女，1936 年出生，87 岁，丧偶，育有两女一子。1956 年大女儿出生，1958 年小女儿出生。儿子生于 1964 年，儿女属于 50、60 后。俩女儿均已嫁去外地。儿子育有两子，全家在外地打工，一年回家一次。身患高血压、冠心病、糖尿病、支气管炎等慢性病。主要经济来源是国家发放的老年人补助、做一些手工活的报酬（并不固定）以及子女逢年过节给的经济支持。马某某

老人的两个女儿远嫁外地，家里的经济条件不好，而且都忙着照顾孙辈，很少回家看望老人。十年前儿子将所有的积蓄连同贷款都拿了出去干工程，最后被人坑骗，把自己能卖掉的东西都卖掉了，连老人家的存款都被掏空了。近几年马某某老人的儿孙都在外地打工，不仅要还债还要为孙子娶妻做打算。马某某表示自己从来不会主动做体检，她认为不用浪费钱在检查身体上，另外也不会为自己补充营养物质，有时候感觉身体不太舒服只会觉得休息够了就会好。

从访谈中可以感觉出来，老年人仍然觉得自身受到了严重忽视，子女对老人的照顾很少。因此，老年人大多只能自力更生。如果子女能够提供一定的物质帮助，老年人会接受帮助；但若子女没有提供经济支持，或者仅能提供有限的物质帮助，在这种情况下很多老年人会选择尽量不消费以减少生活支出，导致这些老年人生活过的较为拮据。很多生活困难的老年人由于摄入的营养物质太少导致身体素质不佳，晚年生活状态较差。

4.3 本章小结

本章对目前我国农村居民慢性病患者现状、亳州市农村慢性病、慢性病医疗负担现状进行了梳理，整理了个案研究的基本调查情况。

首先梳理了我国慢性病患者率变化情况、老年慢性病患者率情况以及慢性病共病比例变化情况。数据表明农村老年群体的慢性病患者情况不容乐观。其次，本章梳理了 2008—2022 年我国颁布的重大慢性病政策，当前看来慢性病防控已有成效，但对慢性病防控不可掉以轻心，应不断改善慢性病防治的质量和效果。最后交代了调查地亳州市的常见慢性病种类及报销水平，亳州市的慢性病负担情况，为提出政策建议奠定了基础。

第五章 实证分析

5.1 慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响研究

表 5-1 不同年龄分段农村老年人贫困状况

Table 5-1 Poverty status of rural elderly people in different age segments

| 年龄分段 | 60-69 岁 | 70-79 岁 | 80 岁及其以上 | 总体 | |
|------|------------|-------------|------------|------------|--------------|
| 是否贫困 | 是 | 36 (30.5%) | 59 (46.8%) | 27 (58.7%) | 122 (42.07%) |
| | 否 | 82 (69.5%) | 67 (53.2%) | 19 (41.3%) | 168 (57.93%) |
| 合计 | 118(40.7%) | 126 (43.4%) | 46 (15.9%) | 290 (100%) | |

欠发达农村地区老年人虽然都属于老年人范畴,但是不同年龄段的老年人贫困的发生率是不同的。本文把老年人按照年龄段分成三组,即 60-69 岁、70-79 岁、80 岁及以上,按照这个划分标准探究三个年龄段农村老年人的贫困发生概率。表 5-1 表明调查的 60-69 岁农村老年人中,有 30.5%的老年人处于贫困状态,70-79 岁的老年人有 46.85%的比例是贫困的,而 80 岁及其以上的老年人有超过一半的人处于贫困中。这表明贫困发生的概率随着年龄的增大增加了,这与老年人因年龄增长从而导致劳动能力下降,获得经济收入的渠道越来越狭窄有关,并且寿命在增加的同时,不可避免也带来了健康方面的风险,甚至健康状况的恶化。这种情况也增加了医疗支出,导致了随着年龄的增大贫困的概率的升高。

表 5-2 调查地慢性病患病状况描述

Table 5-2 Description of chronic diseases in the survey area

| 类别 | 分类 | 频数 | 百分比 | 累计百分比 |
|---------|-----|-----|--------|--------|
| 是否患有慢性病 | 否 | 41 | 14.14% | 14.14% |
| | 是 | 249 | 85.86% | 100% |
| 患病数量 | 无患病 | 41 | 14.14% | 14.14% |
| | 一种 | 95 | 32.76% | 46.9% |
| | 两种 | 65 | 22.41% | 69.31% |
| | 三种 | 59 | 20.34% | 89.66% |
| | 四种 | 18 | 6.21% | 95.86% |
| | 五种 | 9 | 3.1% | 98.97% |
| | 六种 | 3 | 1.03% | 100% |

总体来看, 调查的农村老年人中未患有慢性病的人数为 41 人, 占被调查的农村老年人总人数的 14.14%, 而患有慢性病的农村老年人占比 85.86%, 由此可见农村老年人患有慢性病的比例是很高的, 这可能和当地经济发展水平、农村老年居民生活习惯等因素相关。从患病数量上看, 患有一种慢性疾病的老年人有 95 人, 占全部人数的 32.76%, 占比最高; 同时患有两种慢性病的农村老年人占比 22.41%, 患有三种及其以上的农村老年人总占比达到了 30.68%, 这表明农村老年人身患三种及三种以上慢性病的人已经将近占老年人的三分之一, 目前的农村老年人出现多病共存现象并不少见, 并且老年人身患多种疾病的这种情况还有继续扩大的趋势。

表 5-3 慢性病对农村老年人贫困的影响分析

Table 5-3 Analysis of the impact of chronic diseases on poverty in rural elderly

| 类别 | 回归系数 | 标准误 | z 值 | Wald χ^2 | p 值 | OR 值 | OR 值 95% CI |
|------|--------|-------|--------|---------------|-------|--------|-----------------|
| 性别 | 0.182 | 0.311 | 0.585 | 0.342 | 0.559 | 1.200 | 0.652 ~ 2.208 |
| 年龄 | 0.519 | 0.255 | 2.034 | 4.136 | 0.042 | 0.595 | 0.361 ~ 0.981 |
| 文化程度 | -1.736 | 0.244 | -7.105 | 50.487 | 0.000 | 0.176 | 0.109 ~ 0.284 |
| 婚姻状况 | 0.691 | 0.272 | 2.539 | 6.448 | 0.011 | 1.996 | 1.171 ~ 3.402 |
| 居住方式 | -0.423 | 0.354 | -1.196 | 1.432 | 0.232 | 0.655 | 0.327 ~ 1.310 |
| 截距 | 3.956 | 1.425 | 2.776 | 7.707 | 0.006 | 52.242 | 3.199 ~ 853.037 |

从上表可知, 将性别, 年龄, 文化程度, 婚姻状况, 居住方式设为自变量, 将是否贫困作为因变量进行二元 Logit 回归分析从上表可以看出, 性别、年龄、文化程度、婚姻状况、居住方式可以解释是否贫困的变化原因。最终具体分析可知:

性别的回归系数值为 0.182, 但是并没有呈现出显著性 ($z=0.585$, $p=0.559>0.05$), 意味着性别并不会对贫困产生显著影响。年龄的回归系数值为 0.519, 并且呈现出 0.05 水平的显著性 ($z=2.034$, $p=0.042<0.05$), 意味着年龄会对贫困产生显著影响。优势比 (OR 值) 为 0.595, 意味着年龄越大的老年人陷入贫困的概率越高。

文化程度的回归系数值为 -1.736, 并且呈现出 0.01 水平的显著性 ($z=-7.105$, $p=0.000<0.01$), 意味着文化程度会对贫困产生显著的影响。以及优势比 (OR 值) 为 0.176, 意味着文化程度增加一个单位时, 发生贫困的幅度会减少 0.176 倍。

文化程度高的老年人可能会更加重视自身健康，并且受教育水平越高，获得的收入相对也就越高，抵御贫困风险的能力也就越强。

婚姻状况的回归系数值为 0.691，并且呈现出 0.05 水平的显著性 ($z=2.539$, $p=0.011<0.05$)，优势比 (OR 值) 为 1.996，意味着婚姻状况越不好的情况下，老年人发生贫困的概率是越高的。丧偶的老年人比已婚有配偶的老年人发生贫困的概率要高 1.996 倍，未婚的老年人的贫困发生率是最高的，这可能跟绝大多数未婚农村老年人没有后代，缺少子女的支持，因而经济状况不好有关。居住方式的回归系数值为 -0.423，但是并没有呈现出显著性 ($z=-1.196$, $p=0.232>0.05$)，意味着居住方式对贫困产生影响并不显著。

总结分析可知：性别、居住方式对贫困的影响并不显著。年龄越大，贫困越容易发生；婚姻状况越差，对贫困产生影响更加显著；文化程度越低，越容易陷入贫困中。

表 5-4 是否患病和患病数量对农村老年贫困的影响

Table 5-4 Effect of illness and number of illness on elderly poverty in rural areas

| 类别 | 回归系数 | 标准误 | z 值 | Wald χ^2 | p 值 | OR 值 | OR 值 95% CI |
|---------|--------|-------|--------|---------------|-------|-------|----------------|
| 是否患有慢性病 | 1.597 | 0.694 | 2.301 | 5.297 | 0.021 | 4.936 | 1.267 ~ 19.225 |
| 患病数量 | 0.870 | 0.176 | 4.956 | 24.563 | 0.000 | 2.387 | 1.692 ~ 3.368 |
| 截距 | -2.539 | 0.600 | -4.234 | 17.924 | 0.000 | 0.079 | 0.024 ~ 0.256 |

是否患有慢性病的回归系数值为 1.597，并且呈现出 0.05 水平的显著性 ($z=2.301$, $p=0.021<0.05$)，意味着是否患有慢性病会对贫困产生显著的正向影响关系。也就是说患有慢性病比没有患慢性病的老年人，更容易陷入贫困状态。患病数量的回归系数值为 0.870，并且呈现出 0.01 水平的显著性，意味着患病数量会对贫困产生显著的正向影响关系。优势比 (OR 值) 为 2.387，意味着患病数量增加一个单位时，贫困增加的幅度为 2.387 倍。总结分析可知：患有慢性病，患病数量的增多均会对贫困的发生产生显著的正向影响关系。

5.2 异质性分析

不同年龄层的农村老年人对慢性疾病的影响有一定的差别。考虑到本研究的对象是农村老年人，而老年人是一个很大的群体，根据年龄的不同，可以将其分为低龄、中龄与高龄老年群体。按照之前的界定，低年龄为 60-69 岁，中年龄为 70-79 岁，高年龄为 80-89 岁，这三个阶段均有很大的差异。根据不同年龄层的农村老年人因患病数量的多少对贫困的影响程度的不同，进行了详细的分析。

表 5-5 患病数量对不同年龄段群体发生贫困的影响

Table 5-5 Effect of the number of diseases on the occurrence of poverty in different age groups

| | 整体 | 60-69 岁 | 70-79 岁 | 80 岁及其以上 |
|----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 常数 | 0.086 (1.398) | 0.111 (1.160) | 0.100 (1.200) | -0.347 (-1.272) |
| 患病数量 | 0.247** (12.088) | 0.198** (5.634) | 0.273** (8.929) | 0.304** (6.075) |
| 样本量 | 290 | 118 | 126 | 46 |
| R^2 | 0.371 | 0.241 | 0.456 | 0.463 |
| 调整 R^2 | 0.367 | 0.228 | 0.447 | 0.438 |
| F 值 | $F(2,287)=84.660,$ $p=0.000$ | $F(2,115)=18.293,$ $p=0.000$ | $F(2,123)=51.477,$ $p=0.000$ | $F(2,43)=18.529,$ $p=0.000$ |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

上面的表格中区分了 60-69 岁，70-79 岁和 80 岁及其以上三个组别的回归结果。从表中可知，在不区别年龄的情况下，整体来看，患病数量会正向影响贫困的发生。具体区分不同年龄情况时，无论是 60-69 岁的农村老年人，还是 70-79 岁，80 岁及其以上的老年人，患病数量的增加都会明显提高老年人群出现贫穷的概率，并在 1% 的水平上通过了显著性检验。同时可以看出，80 岁及其以上老年人患慢性疾病的数目愈多，就愈容易陷入贫穷。与年龄较小的老人相比，年龄

较大的老人参与经济生活的机会较少，受到的社会和家庭支持也更少，导致他们的生活来源较少，因此高龄农村老年人是最容易受到慢性疾病危害的人群。

5.3 稳健性检验

为克服慢性疾病与老年贫困之间可能会出现内生性问题，本研究将采用倾向得分匹配法（PSM）方法来检验回归结果的稳健性。倾向得分匹配（PSM）是一种将观察数据处理为随机对照数据的方法，以减少数据偏差和混杂因素的干扰^[76]。“选择偏误”是由于农村老年人是否患有慢性疾病不能被判定为完全随机事件，因而无法利用关联样本来估算；“异质性偏差”是由于“是否患有慢性疾病”，而非单纯由于“是否患有慢性疾病”，而是由于个人和家庭情况的差异，以及“遗漏变量”等很难观察到的因素。因此首先采用倾向得分匹配法（PSM），选取有慢性疾病的老年人为实验组，并寻找与实验组老年人具有类似个性特征的未患病老年人为控制组。

本文 PSM 分析使用半径匹配方式和精确匹配优先的算法，使用放回抽样方法。在使用半径匹配法时，要对阈值（半径值，卡钳值）进行设置，设置的阈值越小，就代表着对匹配精度的要求也就越高，因此，要根据具体的情况进行调整，通常，将其设置为 0.01、0.02、0.05 等均可被接受，本文设置为 0.02。通常情况下，在匹配之后，“标准化偏差”的绝对值低于 20%，表示匹配的结果较好，如果不在这个范围之内，则表示匹配的结果并不佳。

表 5-6 PSM 平行假设检验

Table 5-6 Parallel hypothesis tests in PSM

| 类别 | 状态 | Treated (实验组) | Control (控制组) | 标准化偏差 (%) | 标准化偏 差减少幅 度(%) | t 值 | p 值 |
|----|-----|------------------|------------------|--------------|----------------------|--------|-------|
| 性别 | 匹配前 | 1.534 | 1.268 | 55.98% | 88.96% | 3.458 | 0.001 |
| | 匹配后 | 1.464 | 1.495 | -6.18% | | | |
| | | | | | | -0.608 | 0.543 |

| 类别 | 状态 | Treated (实验组) | Control (控制组) | 标准化偏差 (%) | 标准化偏 差减少幅 度(%) | <i>t</i> 值 | <i>p</i> 值 |
|------|-----|------------------|------------------|--------------|----------------------|------------|------------|
| 年龄 | 匹配前 | 1.771 | 1.634 | 20.28% | 79.53% | 1.273 | 0.208 |
| | 匹配后 | 1.613 | 1.639 | -4.15% | | | |
| 文化程度 | 匹配前 | 1.932 | 2.732 | -91.77% | 91.92% | -5.224 | 0.000 |
| | 匹配后 | 2.119 | 2.062 | 7.42% | | | |
| 婚姻状况 | 匹配前 | 1.398 | 1.146 | 41.87% | 76.70% | 2.716 | 0.009 |
| | 匹配后 | 1.206 | 1.149 | 9.75% | | | |
| 居住方式 | 匹配前 | 1.739 | 2.000 | -61.68% | 77.16% | -4.428 | 0.000 |
| | 匹配后 | 1.928 | 1.974 | -14.09% | | | |

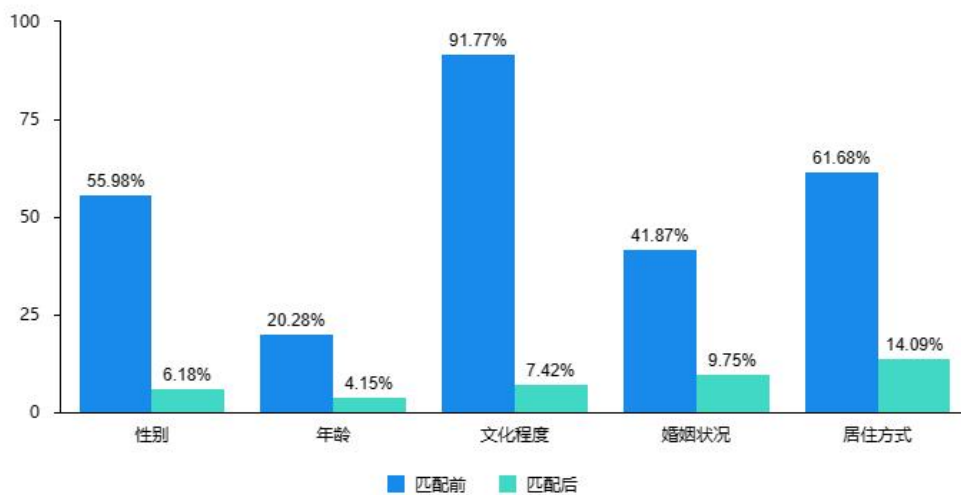


图 5-1 标准化偏差变化对比图

Figure 5-1 Comparison plot of normalized deviation changes

从表 5-7 和图 5-1 可知：在匹配前可以很明显看出，实验组和控制组（是否患病）这些农村老年人的性别、文化程度、婚姻状况、居住方式等特征均有着显著性差异（ $p < 0.05$ ），也即说明是否贫困的这两类群体，他们的个人特性、家庭特征的确存在着差异，是属于干扰因素。在匹配之后，‘性别’，‘年龄’，‘文化程度’和‘婚姻状况’，‘居住方式’这五项干扰因素，在实验组（‘患有慢性病的农村老年人’）和控制组（‘没有患慢性病的农村老年人’）两组间并没有呈现出显著性（ $p > 0.05$ ），即说明匹配之后，实验组和控制组在个人特征和家庭特征上具有一致性。

同时针对标准化偏差值来看，在匹配之后，标准化偏差的绝对值保持在 20% 以内甚至基本上小于 10% 的绝对值，这表明匹配效果比较理想。对于标准化偏离下降幅度来说，下降幅度是非常明显的，也就是说，PSM 匹配后，实验组和控制组的个体特征差别，有了很大的提高。在配对之前，实验组与控制组的干扰因子的平均水平存在显著的差异，而在配对之后，两组的平均值没有显著的差异。综合上述说明可知：此次 PSM 有着良好的效果，判断匹配的效果比较好，说明在样本之间不会有较大的特征差别，已经满足了进行准确估计所需的样本条件。

表 5-7 ATT 效应分析

Table 5-7 ATT effect analysis

| 类别 | Treated (实验组) | Control (控制组) | Difference (差值 /ATT 效应值) | 标准误 Std. Error | t 值 | p 值 |
|-------------|------------------|------------------|-----------------------------|-------------------|-------|-------|
| Unmatched | | | | | | |
| 匹配前 (全部样本时) | 0.466 | 0.146 | 0.320 | 0.064 | 4.974 | 0.000 |
| ATT 效应 | 0.466 | 0.284 | 0.182 | 0.045 | 4.022 | 0.000 |

从上表可以看出，在匹配之后，ATT 效应值呈现出显著性（ $p < 0.05$ ），即说明进行 PSM 分析后显示是否有慢性病与是否贫困之间呈现出显著性差异，ATT 效应值为 0.182，即意味着有慢性病对贫困的发生起到正向作用。

5.4 研究结论

5.4.1 慢性病多病共存现象越来越明显

从整体上来看,在调查到的农村老年人中,没有患有慢性病的人数为 41 人,占被调查的农村老年人总人数的 14.14%,而患有慢性病的农村老年人占 85.86%,由此可以看出,农村老年人患有慢性病的比例很高,这与当地经济发展水平、农村老年居民的生活习惯等有很大关系。从患病的数量来看,有 95 名老人患有一种慢性疾病,占了所有人的 32.76%,这一比例是最高的,两种慢性病的农村老年人占 22.41%,三种及其以上的农村老年人占 30.68%。并且根据崔娟等人的研究表明,患有慢性病的老年人中,患有一种慢性病的比例为 71.94%,患有两种、三种及以上常见慢性病的比例分别为 24.27%、3.79%,单一患病的老年人虽然占患病老年人的大多数,但是随着年龄增加,老年人的患病数量也会呈现增加趋势^[77];孙丹丹等人认为,我国 60 岁及以上的老年人在 2018 年的慢性病共病状况就已经不太乐观,差不多每五位老年人就有一位患有两种及两种以上慢性病,老年人慢性病共病率为 17.4%^[78];黄晓亮测算得出 2018 年广东省的老年人慢性病共病率已达 15.9%^[79];朱佩媛等人的研究表明,在成都市金牛区 2019 年的老年慢性病患者中,患有慢性病的老年人占比 48.1%,这表明已经有近一半的老年人处于患病状态,同时处于共病状态的老年人占比 16.6%^[80],这些现状表明我国目前慢性病共病情况已经非常普遍。

欠发达地区的农村老年人很多在年轻时是靠卖苦力打工为生,过度透支身体的代价会在老年时慢慢显现出来,老年人在退出劳动市场后,身体机能大不如前,患有多种慢性病的情况并非罕见,而且农村老年人身患多种疾病的这个情况还在不断增加。

5.4.2 患有慢性病的老年人更容易陷入贫困

与没有疾病的农村老年人相比,有慢性疾病的农村老人更容易陷入贫穷。无论是在实证研究中,还是在稳健性检验中,对于慢性病对农村老年人贫困的影响,得出的结果是相同的,农村的老人在得了慢性病后,会以不同的方式进入到不同的贫穷状态,并且,不同的个人特征会对贫穷产生不同的影响。结果表明:农村老年人随着年龄的增加,其出现的贫穷危险也会显著增加:丧偶、单身老年人和在养老院居住的高龄老年人出现贫穷的风险更大;受过较高教育的老人,陷入贫

穷状态的可能性较小。

农村老年人相比城市老年人，很多没有正式的退休工资，加上患病的现状，生活艰难，贫困的情况也会更严重。

5.4.3 农村老年人患慢性病数量越多，越容易发生贫困

随着慢性疾病的增多，农村老年人更容易陷入贫穷。农村老年人每多患一种病，陷入贫困的概率会增加的现象表明，随着慢性疾病的增多，健康状态差的老年人所需的治疗成本也随之增加，从而使他们更有可能陷入贫穷。并且对健康方面的开支增多，会挤压他们的其他开支，如生产性投资额度，生活开支预算等。生产类投资额度的降低，会导致这个家庭或个人的经济收入出现下滑，生活开支的减少也会导致家庭成员的身心健康水平的恶化，甚至会对一个家庭获得长期经济收入的可能性产生损害，这些因素不但对家庭或个人脱离贫困不利，而且还会使他们的贫困更加严重。

5.4.4 慢性病报销范围有待扩大，报销比例有待提升

前面对于慢性病政策的梳理表明我们国家对慢性病治疗表现出来充分的重视，但是就目前的情况来看仍存在很多不足，慢性病的医保报销的范围不够广泛，很多慢性病治疗费用虽然可以报销，但是也有许多限制，很多老年人在慢性病医疗费用上的负担依旧沉重。

调查中还发现甚至很多患病老年人身体不舒服时并不去看病，而是选择熬过去或者选择价钱低的药品对病痛进行缓解，面对这样的现状应更关注扩大慢性病报销的范围，提高慢性病门诊报销和住院报销比例，控制不合理医疗费用的支出，以此缓解老年人因病致贫的现状。

5.4.5 农村患病老年人容易忽视健康需求，健康意识淡薄

欠发达地区的农村，人口流动性很大，中青年人为了谋生选择外出打工，很多农村都只能见到老年人和留守在家里上学的孩子。流动性大一方面实属无奈之举，另一方面很多人进城务工以后习惯了城市的生活节奏，享受城市生活带来的较好的资源，不愿意回到农村，但是农村老年人仍然还在农村，所以农村的老年人是被忽视的一个群体，一方面他们融入不进城市，另一方面他们的子女回不去农村。许多老年人缺少健康需求意识的培养，忽视自身健康的情况十分普遍，健康意识比较淡薄。

从访谈中可以看出,很多农村老年人的子女在赡养老年人方面的做法存在不足,许多老年人对自己的晚年生活充满悲观的想法。老年人也缺乏对自身健康关注的意识,同时健康方面的知识也是一知半解甚至在治疗慢性病上,听信偏方,导致自我诊疗时用错药的问题频发。

5.5 本章小结

本章依据问卷调查数据,首先对调查地患慢性病农村老年人的贫困状况进行分析,其次进行了异质性分析,并对其进行了年龄段的区分,用来分析慢性病患病数量对不同年龄段农村老年人的影响。另外,使用倾向得分匹配法进行再验证,以保持结果的稳健性。

实证结果验证了提出的研究假设,即和没有患有慢性病的老年人相比,患有慢性病的农村老年人陷入贫困的概率更大;年龄越大的患病老年人,陷入贫困状态的概率越高;农村老年人患慢性病数量越多,越容易发生贫困。

第六章 减少慢性病对老年贫困影响的对策建议

通过上述研究结论可知：在欠发达地区经济不够发达的现实情况以及社会保障不够充分的前提条件下，由于欠发达地区人口流动较大，老年人被留在农村其健康状况屡屡遭到忽视，这种现象导致了当地老年人因患慢性病而变得生活贫困，并且农村地区的老年人患慢性病数量越多，他们的生活水平越差。

为了改善欠发达的农村地区因病陷入贫困的不利情况，使得更多的老年人能够减轻因患病导致的沉重经济负担，同时也为了提高欠发达地区慢性病管理水平，提升基层卫生服务能力，更好地贯彻分级诊疗政策，使得慢性病在农村得到有效控制，本文认为通过减少慢性病的发生、减轻老年人在治疗慢性病的过程中产生的医疗经济负担、加强老年人自身的身体素质等方面可以减轻慢性病对农村老年贫困的影响，因此根据前文分析结果提出以下建议：

6.1 完善多层次医疗保障制度

在我们国家，建立多层次的医疗保障体系，不仅仅要依靠基本医疗保险，更重要的是要实现多层次的保障^[81]，加强各个层面的合作，最终达到各个层面的医疗保险相互补充的效果。主要包括：

(1) 探讨设立慢性病救助基金，拓宽慢性病救助的资金渠道。这既要依靠国家财政支持，又要面向全社会。加强慢性病救助金的监管，防范套取救助基金的欺诈行为。同时要加强多层次医疗保险的协同性，提高医疗保障体系的保障水平，从而真正将减贫缓贫的救助政策落实到位。并且，面对慢性病参保患者，要简化参保人员申请救助的手续以及参保人员的医疗费用报销程序，提高参保人员的医疗保障待遇。

(2) 加强各级医保制度之间的协调，提高多层次医保制度的覆盖程度。在构建多层次医疗保障制度体系的过程中，长期慢性病病人的经济负担仍很沉重，且出现重大疾病的风险也并没有减少，因此强调要适度照顾中低收入群体，同时，要加强医保的健康管理职能，增加慢性病防治的资金投入，加强对慢性病病人的管理，并充分发挥基层社区卫生机构的职能，使医保个人账户和门诊统筹资金得到更好的利用。

(3) 鼓励商业保险开发出适合不同群体的健康险, 为国家基本医疗保险起补充作用。当前, 虽然商业健康险的发展在我国还处于初期阶段, 但因为商业健康保险其实蕴藏着庞大的市场潜力, 各类商业保险公司应抓住机遇和风口实施差异化战略, 开发出适合不同群体的健康险, 使得不同收入的不同健康状况的老年人可以根据自身情况选择相应的保险, 不仅会使商业保险市场又好又快地发展壮大, 也会为国家基本的医疗保险起到补充作用。

6.2 提高基层卫生服务水平

要关注欠发达地区农村慢性病老年人的医疗需求, 少不了基层医疗卫生机构的参与。基层医疗卫生机构是一类在农村慢性病治疗中扮演着重要角色, 距离较近、方便沟通等原因使得农村慢性病患者倾向于选择基层的医疗卫生服务机构, 并且基层医疗机构也是分级诊疗制度的基础一环, 所以其服务水平的高低程度将直接影响到基层医疗效率的高低以及效果的好坏。对慢性病患者来说, 如果基层医院的医疗质量得到了提升, 那么当地的老年居民就会更愿意将其作为首诊对象, 不仅有利于分级诊疗制度的发展, 也有利于医疗资源的整合, 更好地为老年患者提供更好的服务。

(1) 强化基层医疗卫生服务体系的建设。2022年3月3日国家卫生健康委等联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》表明要明确重点群体, 要优先签约, 优先服务老年人, 以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神疾病患者等重点群体^[82], 已经脱贫的地方也要与实际相结合, 逐渐将脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等群体中的慢病患者、老年人等纳入签约服务重点人群的范围, 促进家庭医生的签约有利于及时筛查出慢性病, 同时签约了家庭医生的每年定期会组织体检, 家庭医生也会指导签约的老年人合理服用药物。所以, 首先要定期为基层卫生机构工作人员组织专业培训, 注重以慢性病预防为主, 医疗和保健为辅, 不断增强基层卫生工作人员在慢性病预防和治疗方面的能力。

(2) 加快培养全科医生的速度, 积极引导有资格的医师加入基层卫生服务体系。医生数量的缺乏是比较核心的问题, 想要解决这一问题, 需要拓宽渠道接纳更多的医师加入进来。同时基层医生工作繁杂且待遇相对不高, 家庭医生获得

的成就感不强。应提高基层卫生服务人员的待遇标准,注重人文关怀,以提高基层医生的积极性,使得基层卫生服务人员继续为基层的卫生服务事业努力;促进家庭医生签约服务发展,促进更多老年慢性病患者签约家庭医生服务,更好地从签约中获益。并重点做好对主要慢病患者的规范管理和医疗服务工作。

6.3 加强慢性病筛查工作

我国现有慢性病患病的状况并不乐观,同时慢性病患病数量有继续扩大趋势,患慢性病导致医疗负担加重从而影响居民生活的情况也已经显而易见。我国居民对预防和定期筛查慢性病的健康意识比较淡薄,生了病不及时就诊、一直拖着不主动接受医疗卫生服务的情况更是司空见惯,但是小病拖成大病后,带来的是更加沉重的经济负担和身体负担。所以,积极进行慢性病筛查的宣传,以指导人们养成理性、健康的生活方式是非常必要的。

(1) 定期为辖区内居民做检查,实现早发现早治疗,不断降低高危人群发病风险。定期筛查使慢性病早日发现并进行干预,因为慢性病越早发现对治疗和恢复有很大的正向影响,一旦发现慢性病患者和高危人群,及时为他们提供干预指导。社区卫生服务中心和乡镇卫生院定期为辖区内老年人做基础性的检测服务做好预防工作^[83]。为老年人推出健康体检业务,对一些较为严重的慢性病比如脑卒中、癌症等的机会性筛查,尽可能降低老年人遭受的风险。

(2) 开展慢性病咨询和运动健康服务。为了帮助人们养成理性、健康的生活方式,医疗卫生部门需要有针对性地采取一些措施,比如培养健康饮食习惯、规律作息的生活习惯以及进行适当运动的观念等。在具备相应条件的医疗卫生机构设立体育辅导门诊,开展体育保健工作。在基层卫生服务中心和乡镇卫生院,对慢性病高危人群进行疾病风险评估和干预指导,并向他们提供平衡膳食、身体活动、养生保健等咨询服务^[84]。

6.4 制定适宜的慢性病补偿方案

在经济欠发达地区,大部分人的经济条件并不是很好,并且慢性病的病程长,很多伴有并发症且不能根治,需要长期治疗,经济条件不好的慢性病患者更多地考虑如何节省自己的开支,老年人日常用药需求产生的医疗卫生支出费用可以报

销一定比例，但是相对于经济条件较好、报销比例更高的老年人群，欠发达地区的老年人相对较低的收入水平导致他们因看病产生的经济负担更重。如果农村老年人患有更加严重的慢性病，基层医疗卫生机构没有条件和能力提供治疗时，他们只能承担更高的间接医疗成本，比如去外地的医疗条件较好的大医院，这对老年人群来说不仅仅要支付看病的费用，还有交通费、住宿费等等支出这也增加了他们的疾病负担。所以，要减少慢性病人疾病经济风险的发生，就需要从直接医疗支出和间接医疗支出两个层面入手。

(1) 提高慢性病患者医疗费用报销的封顶线。这种方式能够减少患者的直接医疗费用，对降低老年慢性病居民的医疗负担有很大帮助^[85]。不是所有的老年慢性病患者都会住院进行治疗，大部分以自我治疗和门诊治疗为主，一些特殊的严重的慢性病可能会长期住院接受治疗。目前我国的基本医疗保险给付主要是针对重大疾病的补助，在慢性病门诊治疗以及自我治疗方面的支持不够。所以，应以慢性病病种目录为依据，以门诊治疗和自我治疗为主要的慢性病，应当对门诊和自我治疗的费用进行一定的报销^[86]。而对于以住院治疗为主的慢性疾病，在住院费用支出上更多地给予补偿。根据慢性病患者所患疾病的不同治疗方法给予不同程度的支持。总结来看就是，注重在慢性病患者不同治疗方法的选择上，给予一定程度的支持。

(2) 扩大医疗保险慢性病药品目录，增加老年人购买药品的补助。比如，糖尿病、高血压等慢性病，因为需要长期服用药物，患者存在着一定的经济负担。最近几年，国家药品集中采购政策的实施和落地，通过努力国家已将原发性高血压病常规用药治疗费用从 5.6 元/片降低到 0.13 元/片，这极大地减轻了患者的用药负担^[87]。欠发达地区应当按照国家集采药品相关政策，结合自己的区域特点，接纳更多的慢性病患者进入相关的医疗保障体系，提高因患有慢性病导致需要长期吃药的老年人的待遇，降低他们治疗慢性病过程中产生的经济费用。

6.5 建立健全健康教育体系

慢性病的防治需要健全健康教育体系，开展全民健康教育，不仅要在社会培养重视老年人的观念，引导全民树立正确的健康观，还要普及健康知识，科学有

效地根植于群众心中。因此，要注重培养老年人，尤其是老年慢病患者的健康的生活方式，加强自身的健康管理。

(1) 培养重视老年人的观念。随着人口老龄化的不断加强，老年发生贫困的风险已经成为不容忽视的社会问题。每个人都不可避免的会变老，因此关注老年人也是关注未来老年群体状态的发展趋势。老年群体对社会的发展做出了贡献，不应该被时代抛弃。家庭子女应在物质上和精神上对老年人进行关怀，也要多关注老年慢病患者的身体健康状况，提醒患者多重视自身健康。

(2) 进行慢性病防治宣传教育。卫生管理部门既要通过专门机构发布相关领域专家及学者编制的有关慢性病防治的内容，还要了解不同年龄层群众的需求，通过传统主流媒体和各种新媒体形式进行慢性病防治的宣传教育，以达到有针对性的健康教育宣传效果^[88]。国家还要在全社会提倡健康生活的氛围，依托村委会和村委会的志愿者、健康生活方式指导员等对群众自我健康管理进行指导，为落实健康中国战略，促进全民健康素养提升起到助力作用。

(3) 完善相关的基础设施。为老年人提高休闲锻炼场所，鼓励老年人，尤其是老年慢病患者根据自身情况积极参与身体锻炼，注重健康饮食，培养休闲娱乐生活，提高其健康意识。每个人都是自己健康的第一责任人，尤其是鼓励中老年人对自己的健康上心，生活方式尽量做到健康文明，要注重培养老年人，特别是培养老年慢性病患者，养成健康的生活方式，不仅要强化对自身的健康管理，更要注重自我治疗的有效性和安全性，特别是要让老年人对慢性病等疾病管理知识有更多的了解。

(4) 引导树立正确的自我医疗理念。在现实生活中，仍然有许多病人因为不正确的自我医疗行为，给自身带来了许多消极的后果，例如，病人缺乏医学知识，无法对病情做出正确的判断，从而造成了不良后果。所以，提高老年慢性病患者自我医疗的认知水平，提高自我健康意识，是推动患者合理开展自我医疗并提高自我医疗行为有效性和安全性的根本前提。特别是要加强对常见慢性病、已经确诊或需要长期治疗的慢性病等疾病的认识。对于某些病人无法自己解决的问题，就必须到专业的医院，在医生的监督指导下，进行治疗的疾病或者症状。也就是说，如果在进行自我医疗风险很大的这一部分的疾病或者身体症状，要加强病人寻求专业的医院诊治的健康意识，避免产生拖延、省事、省时、省钱等心理。

要想使病人对疾病有更好的认知、更好的自我保护，就必须全社会的参与。医疗卫生部门要做好相关政策的制定，同时做好相应的健康宣教工作，来提高老年慢病患者的健康素养，普及老年患者合理用药的知识。

参考文献

- [1] 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017, 582(07): 17-24.
- [2] 国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2022, 1771(16): 17-31.
- [3] 中华人民共和国统计局. 中国统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2022.
- [4] 史薇. 老龄社会的健康风险及对策[J]. 决策探索, 2020, (8): 13-14.
- [5] 高彦著. 延迟退休与中国城镇企业职工基本养老保险改革[M]. 北京: 对外经济贸易大学出版社, 2019. 11.
- [6] 国家统计局 国务院第七次全国人口普查领导小组办公室. 第七次全国人口普查公报[1](第五号)[N]. 中国信息报, 2021-05-12(002).
- [7] 国家统计局. 中华人民共和国2022年国民经济和社会发展统计公报[1][N]. 人民日报, 2023-03-01(009).
- [8] 张荣荣. 我国慢性非传染性疾病的流行现状[J]. 医药前沿, 2018, (35): 9-10.
- [9] 宋新明, 周勇义, 郭平, 等. 中国老年人慢性病的致残作用分析[J]. 人口与发展, 2016, 22(03): 79-83.
- [10] 刘伟平. 老年脑卒中合并冠心病病人的综合护理措施探究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, (2): 113, 120.
- [11] 郑淑梅. 城市与边远地区常见慢性病及指标异常流行病学分析[D]. 武汉: 中南民族大学, 2016.
- [12] 孙博. 林西县贫困问题与反贫困问题的研究[D]. 北京: 中央民族大学, 2013.
- [13] 向德平. 中国反贫困发展报告[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2019.
- [14] 毛赟. 安徽省岳西县扶贫问题研究[D]. 合肥: 安徽农业大学, 2014.
- [15] 张梦. 云南省农村居民的多维贫困动态测度研究[D]. 昆明: 云南财经大学, 2017.
- [16] 侯亚景, 周云波. 收入贫困与多维贫困视角下中国农村家庭致贫机理研究[J]. 当代经济科学, 2017, 39(02): 116-123+128.
- [17] Rowntree B. S. Poverty: A Study of Town Life [M]. London, 1902: 103.
- [18] Robert K. Merton. Social Theory and Social Structure[M]. New York: Free Press, Enlarged edition, 1968.
- [19] Leisering L., Leibfried S. Time and Poverty in Western Welfare States: United Germany in Perspective[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- [20] Dannefer D. Cumulative Advantage/ Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory[J]. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2003, 58(6), S327-S337.
- [21] Strauss J., Thomas D. Health, Nutrition and Economic development[J]. Journal of Economic Literature, 1998, 36(2): 766-817.
- [22] Khan Jahangir A.M., Trujillo A.J., Sayem A., et al. Distribution of chronic disease mortality and deterioration in household socioeconomic status in rural Bangladesh: an analysis over a 24-year period[J]. International Journal of Epidemiology, 2015(6): 1917-1926.
- [23] Price J. H., Khubchandani J., Webb F. J. Poverty and Health Disparities: What Can Public Health Professionals Do? Health Promotion Practice. 2018, 19(2): 170-174.

- [24] World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview[Z]. Geneva:World Health Organization, 2008.
- [25] Jowsey T., Yen L., Wells R. et al. National Health and Hospital Reform Commission final report and patient-centred suggestions for reform[J]. Australian Journal of Primary Health, 2011, 17:162-168.
- [26] 许颖. 老年人口致贫机制研究[D]. 上海: 复旦大学, 2008.
- [27] 黄承伟, 王小林, 徐丽萍. 贫困脆弱性: 概念框架和测量方法[J]. 农业技术经济, 2010, 184(08): 4-11.
- [28] 马小红. 家庭生命周期、结构变动与老年人贫困研究[D]. 长沙: 中南大学, 2013.
- [29] 程华. 江西农村社区贫困老年人口居家养老服务研究[D]. 南昌: 南昌大学, 2015.
- [30] 刘一. 贫困的定义与我国反贫困问题思考[J]. 安徽农业大学学报(社会科学版), 2016, 25(01): 71-74.
- [31] 刘生龙, 李军. 健康、劳动参与及中国农村老年贫困[J]. 中国农村经济, 2012, 325(01): 56-68.
- [32] 杨立雄, 郝玉玲. 农村老年人贫病交加问题研究[J]. 中国医疗保险, 2016, 98(11): 29-33.
- [33] 杜雯雯, 曹乾. 贫困、收入差距与城镇居民健康[J]. 人口与经济, 2009, 175(04): 8-12.
- [34] 王金营, 李竞博. 连片贫困地区农村家庭贫困测度及其致贫原因分析——以燕山—太行山和黑龙港地区为例[J]. 中国人口科学, 2013, 157(04): 2-13+126.
- [35] 王瑜, 汪三贵. 人口老龄化与农村老年贫困问题——兼论人口流动的影响[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2014, 31(01): 108-120.
- [36] 左停, 徐小言. 农村“贫困—疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2017, 38(01): 1-8.
- [37] 吴华安, 胡静, 石智雷. 长期贫困、发展干扰与城乡居民健康[J]. 中南财经政法大学学报, 2019, 232(01): 28-37.
- [38] 刘秀秀, 郭洪菊, 余雨珂等. 绵阳市老年人慢性病共病现状及关联规则分析[J]. 预防医学情报杂志, 2023, 39(01): 52-59.
- [39] 王浩, 张琳, 方晓雅, 等. 中国中老年人慢性病共病现状及其空间分布研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(10): 1186-1190+1196.
- [40] 刘贝贝, 田庆丰, 郭金玲. 我国中老年人群慢性病患病现状及共病模式分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(08): 58-61+66.
- [41] 范潇茹, 陈莎, 施予宁, 等. 我国中老年人慢性病共病现状及其对卫生服务利用和医疗费用的影响研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(19): 2371-2378.
- [42] 刘晓君, 陈雅婷, 蒙玲玲, 等. 我国老年人慢性病患病数量与健康相关生命质量的关系[J]. 医学与社会, 2022, 35(08): 73-77+83.
- [43] 袁晶晶. 慢性病对我国农村中老年贫困的影响研究[D]. 武汉: 中南财经政法大学, 2020.
- [44] 王红雨, 张林著. 我国高龄化老年人健康体适能的测量与评价[M]. 南京: 河海大学出版社, 2019.
- [45] 徐勤, 魏彦彦. 从社会性别视角看老年贫困[J]. 市场与人口分析, 2005(S1): 99-109.
- [46] 陈友华, 苗国. 老年贫困与社会救助[J]. 山东社会科学, 2015, 239(07): 104-113.
- [47] 王小龙, 唐龙. 家庭养老、老年贫困与农村社会养老保险的角色定位[J]. 人文杂志, 2012(02): 132-139.
- [48] 杨菊华. 人口转变与老年贫困问题的理论思考[J]. 中国人口科学, 2007, 122(05): 8

8-94+96.

- [49] 杨桂宏. 农民工就业与社会保障问题研究[M]. 长春: 吉林大学出版社, 2010.
- [50] 易韬, 戚莉, 吴焕淦, 等. 中医药防治慢性病的几点思考[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(04): 1194-1196.
- [51] 胡敏予. 食品安全与人体健康[M]. 北京: 化学工业出版社, 2013.
- [52] 梁鸽. 老年慢性病患者长期照护需求的调查[D]. 蚌埠: 蚌埠医学院, 2014.
- [53] 张立颖. 糖尿病前期及糖尿病病人营养及运动健康教育需求调查[J]. 护理学报, 2011(7): 5-8.
- [54] 朋文佳. 2009—2010年某市居民死因及潜在减寿年数分析[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2013.
- [55] 冯诚悻, 狄佳. 基于CiteSpace可视化分析的发达地区与欠发达地区医院感染研究现状对比[J]. 现代预防医学, 2021, 48(20): 3815-3820+3827.
- [56] 安徽省统计局, 国家统计局安徽调查总队. 安徽省2022年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL], <http://tjj.ah.gov.cn/ssah/qwfbjd/tjgb/sjtjgb/147903181.html>, 2023-03-21.
- [57] 朱文龙. 欠发达地区农村养老保险的政策困境与对策[D]. 苏州: 苏州大学, 2020.
- [58] 庞吉芬. 青岛市健康人力资本对经济增长的影响研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2009.
- [59] 许甜甜. 代际照料支持对失能老人医疗服务利用的影响研究[D]. 武汉: 中南财经政法大学, 2019.
- [60] 关信平. 社会政策概论第3版[M]. 北京: 高等教育出版社, 2014. 10.
- [61] 国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2022, 772(17): 11-15.
- [62] 谢沁怡. 基于贫困线测度的湖北农村贫困进入与退出标准研究[D]. 武汉: 武汉大学, 2018.
- [63] 白增博, 汪三贵, 周园翔. 相对贫困视域下农村老年贫困治理[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2020, 20(04): 68-77.
- [64] 李树茁, 徐洁, 左冬梅, 等. 农村老年人的生计、福祉与家庭支持政策——一个可持续生计分析框架[J]. 当代经济科学, 2017, 39(04): 1-10+124.
- [65] 于长永. 慢性病对农村老年贫困的影响研究——以新疆11地州市31县调查数据为例[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2018, 39(03): 1-8.
- [66] 解垚. 中国居民慢性病的经济影响[J]. 世界经济文汇, 2011, 202(03): 74-86.
- [67] 王磊. 中国家庭结构变化及其政策意涵——对“人口规模巨大的现代化”的思考[J]. 人口与发展, 2023, 29(01): 118-122+111.
- [68] 麻国庆. 当代中国家庭变迁: 特征、趋势与展望[J]. 人口研究, 2023, 47(01): 43-57.
- [69] Leng L. L., Heng K. Y., Min K., et al. Epidemiologic characteristics of multimorbidity and sociodemographic factors associated with multimorbidity in a rapidly aging asian country[J]. JAMA Network Open, 2019, 2(11): 2269-2276.
- [70] 孙丹丹, 黄蓉, 索靖东, 等. 中国老年人慢性病共病对其健康状况的影响[J]. 武汉大学学报(医学版), 2022, 43(02): 302-306.
- [71] 国家统计局安徽调查总队编. 安徽调查年鉴 汉文英文 2022[M]. 北京: 中国统计出版社, 2022. 08.
- [72] 吴晶. 安徽省县域经济差异及空间格局演变研究[J]. 华东经济管理, 2017, 31(08): 18-24.
- [73] 国家统计局. 中华人民共和国2022年国民经济和社会发展统计公报[N]. 中国信息报, 2023-03-01(001).

- [74] 刘二鹏, 张奇林, 冯艳. 慢性病的老年贫困风险: 理论机制与实证检验[J]. 保险研究, 2020, 391(11): 63-78.
- [75] 亳州市医疗保障局.亳州市医疗保障局关于印发亳州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法(试行)的通知[EB/OL], <https://www.bozhou.gov.cn/OpennessGazette/show/1578.html>, 2023-03-21.
- [76] 祝明月. 健康资本投资对农村居民可持续生计的影响研究[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2021.
- [77] 崔娟, 毛凡, 王志会. 中国老年居民多种慢性病共存状况分析[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(01): 66-69.
- [78] 孙丹丹, 黄蓉, 索靖东, 等. 中国老年人慢性病共病对其健康状况的影响[J]. 武汉大学学报(医学版), 2022, 43(02): 302-306.
- [79] 黄晓亮. 广东省老年人群多重慢病现状及相关因素分析[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2021, 18(04): 545-550+555.
- [80] 朱佩媛, 雷方, 乔彬, 等. 2019年成都市金牛区老年人慢性病共病现况及其影响因素研究[J]. 预防医学情报杂志, 2023, 39(01): 84-92.
- [81] 张朝阳. 全民健康覆盖的内涵界定与测量框架[J]. 中国卫生政策研究, 2014, (1): 19-22.
- [82] 卫生健康委, 财政部, 人力资源和社会保障部, 医保局, 中医药局, 疾控局关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2022, 1774(19): 61-64.
- [83] 邹文开, 赵红岗, 杨根来. 全国健康养老保障政策法规和标准大全[M]. 北京: 化学工业出版社, 2017.
- [84] 刘芳. 新疆维吾尔自治区慢性心肺疾病防治规划研究[D]. 北京: 中国疾病预防控制中心, 2018.
- [85] 易倩. 基本医疗保险制度对中老年慢性病患者疾病经济负担的影响[D]. 武汉: 中南财经政法大学, 2019.
- [86] 李湘君. 基于病种差异的中老年人群慢性非传染疾病的经济负担与经济风险[J]. 中国老年学杂志, 2017, (11): 2817-2820.
- [87] 赵萌. 青烟威地区农村慢性病管理问题及对策研究[D]. 烟台: 烟台大学, 2022.
- [88] 中华人民共和国国务院. 中国防治慢性病中长期规划(2017-2025年)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2017, (11): 6-11.

附录

附录一

慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响研究调查问卷

编号：__

您好！我是甘肃农业大学管理学院的研究人员，为了解亳州市慢性病患者健康贫困现状，分析慢性病对贫困的影响，现通过发放《慢性病对欠发达地区农村老年贫困的影响研究调查问卷》，为优化健康扶贫政策提供一定的参考。感谢您在百忙中填答这份答卷，本次调查不记名，请您如实填写，我们保证对您的资料严格保密。谢谢您的配合与支持。

一、个人基本情况

1、您的性别为：（ ）

(1) 男 (2) 女

2、您的年龄为：（ ）

(1) 60—69 岁 (2) 70—79 岁 (3) 80—89 岁 (4) 90 岁以上

3、您的文化程度为：（ ）

(1) 未上过学 (2) 小学 (3) 初中 (4) 高中 (5) 大专及以上

4、您的婚姻状况：（ ）

(1) 已婚，有配偶 (2) 丧偶 (3) 离异 (4) 未婚

5、您现在和谁生活在一起？（ ）

(1) 独居 (2) 与家人一同居住 (3) 养老机构

6、您的职业：（ ）

(1) 机关企事业单位职工 (2) 个体工商户

(3) 在附近打工 (4) 在家务农

(5) 离退休 (6) 其他

7、您的主要医疗保障形式：（ ）

(1) 城镇职工基本医疗保险 (2) 城乡居民基本医疗保险 (3) 公费医疗

(4) 商业医疗保险 (5) 无任何医疗保险（全自费）

8、您家有__口人，家庭前一年的年收入大约是_____元。

9、您是否患有慢性病？

(1) 是 (2) 否

10、您患有几种慢性病？

(1) 1种 (2) 两种 (3) 三种及以上

11、您确诊患病有多少年：

(1) <5年 (2) 5—10年 (3) 11—15年 (4) >15年

12、您家离最近的村卫生室大的有____里；离最近的乡镇卫生院有____公里；离最近县级医院（县人民医院县中医院）有____公里（1公里=2里）。

13、目前，您的慢性病（及并发症）治疗平均每月医药费（自付）____元，报销前总费用____元/月。

14、您患慢性病最初在哪家医疗机构确诊？

(1) 县级及以上医院 (2) 乡镇卫生院

(3) 村卫生室 (4) 其他

15、您身患的慢性病是否影响日常生活？

(1) 相当大 (2) 一点儿 (3) 没有

16、您日常的药物主要从哪里得到？

(1) 村卫生室 (2) 乡镇卫生院 (3) 县级及以上医院

(4) 药店/网购 (5) 别人给的

17、当您的慢性病发作，吃药已无法控制，你不得不就诊时，你首先会选择？

(1) 村卫生室 (2) 乡镇卫生院 (3) 县级及以上医院 (4) 其他

18、患慢性病后，医生是否告诉您下列一些非药物治疗方式？（可多选）

(1) 戒烟或本不吸烟 (2) 戒酒或本不喝酒 (3) 控制饮食

(4) 适当体育锻炼 (5) 中医理疗 (6) 医生未说过

19、您如何按医嘱要求服药？

(1) 会自行减量或加量 (2) 没按规定时间服药

(3) 不能坚持，中止服药 (4) 常断断续续服药

(5) 按照医嘱按时按量，长期坚持服药

20、如未按照医嘱服药（19题没有选择5），原因是（可多选）：

(1) 经济困难 (2) 服药没有效果 (3) 害怕长期吃药对身体不好

(4) 药物副反应重 (5) 没有时间：或忘记吃药 (6) 太麻烦 (7) 其他

附录二

欠发达地区农村贫困老人访谈提纲

笔者在征得受访者同意后，以手写的方式，对贫穷老年人的家庭状况作了简单的记录。采访的大纲如下：

- 1、请问您有哪些家庭成员？（追问家庭中子女的数量，子女住不住在本村）
- 2、您的婚姻状况怎样？（追问结婚多少年了，是初婚还是再婚）
- 3、您目前的生活来源是什么？主要依靠谁供养？（追问获取的部分有哪几类？数目有多少？追问是给钱还是给实物？如何给以及给多少？这部分来源对您的作用是什么）
- 4、您去年的家庭总收入约是多少元？（追问您每年可以从国家得到多少钱？国家中得到的钱是否可以满足您的日常生活需要）
- 5、您的子女的工作情况？（追问子女的经济状况？子女生育孩子的数量、性别、受教育程度、现在与谁住在一起）
- 6、您当前是和子女一起生活还是自己单独生活？（追问居住情况，饮食情况以及子女的态度等，承担的劳动或家务活动情况）
- 7、您的身体状况如何？（追问有哪些疾病，子女针对这些疾病有哪些态度）
- 8、您身边的老人当他们患有疾病时候通常都是到哪些医院去看病？（追问当其治疗时候子女的态度，这些老人医药费的来源情况，如何去较远的县城或者镇医院看病，如果住院，在医院里面吃些什么，最后医药费的报销情况）
- 9、您现在参加农业劳动的程度是？（追问平时子女会不会帮忙？如果不劳动，有没有稳定的收入来源？收入来自哪里？子女的赡养情况）
- 10、您认为目前您最需要哪方面的帮助？（追问国家和社会需要做些什么来改善您的物质生活和精神生活）