



低收入人群健康冲击及影响因素研究

艾晓倩^{1,2}, 徐爱军^{2,3}, 乔学斌^{1,2}, 宋颖⁴

1. 南京中医药大学卫生经济管理学院, 江苏 南京 210023; 2. 江苏重大健康风险管理与中医药防控政策研究中心, 江苏 南京 210023; 3. 南京中医药大学护理学院, 江苏 南京 210023; 4. 苏州大学附属第一医院组织处, 江苏 苏州 215006

摘要:为了解低收入人群受到健康冲击及其强度的现状并探讨其影响因素,运用江苏省第六次卫生服务大调查数据,采用 Logistic 模型和 Tobit 模型对低收入人群健康冲击的影响因素进行分析。结果显示,低收入人群中健康冲击的发生率为 19.39%(392/2 022),平均强度为 0.096。Logistic 回归分析结果显示,有工作、人均年收入水平高、参加大病保险、自评健康状况较好是健康冲击的正向影响因素($P < 0.05$),来自城镇、患慢性病的种类多、焦虑或抑郁为负向影响因素($P < 0.05$)。应加大政府资金支持,构建慢性病防控体系,完善医疗保障体系,同时重点关注人群心理健康教育。

关键词:低收入人群;健康冲击;大病保险;影响因素

中图分类号:C913.7

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)06-572-007

doi:10.7655/NYDXBSS202106010

健康是人类生存和社会发展的基础,健康冲击(health shock)指一定时间范围内对个体经济、身体和心理的负向冲击,具有突然性、重大性、破坏性的特点。低收入人群健康冲击是其健康到疾病状态转变的一个重要影响因素^[1],与低收入人群因病致贫密切相关。随着国家精准扶贫政策的逐步推进,早期识别低收入人群健康冲击以及遭受到的健康冲击强度并根据其影响因素制定干预措施显得尤其重要。鉴于此,本研究基于江苏省第六次卫生服务大调查的数据,通过对低收入人群健康冲击发生的影响因素进行分析,为今后我国相关卫生政策的制定和精准扶贫提供政策依据。

一、数据和方法

(一)数据来源

本研究数据来源于全国第六次卫生服务调查江苏地区的样本数据,采用多阶段分层整群随机抽样的方法,选取江苏省无锡市锡山区、徐州市邳州区、常州市武进区、苏州市姑苏区、淮安市金湖县、镇江市扬中

市6个样本市(县/区),共计抽取11 550人进行调查。根据研究内容删除了15岁以下、家庭规模为0、自评健康分数缺失以及调查前2周内发生就诊但自费医疗费用为0的样本,最终纳入研究样本为8 910人。

(二)概念界定与测量

1. 健康冲击的概念界定

在“健康冲击”这一概念的界定上,国内外研究存在一定的差异,对健康冲击并没有进行明确的定义。国内学者通常将“自评健康状况”“被医生告知患病”“患新发急慢性疾病或死亡”“巨大医疗健康支出”和“体重的减轻”等因素作为衡量健康冲击的指标^[2-4]。国外大多数学者将健康冲击的研究重点放在了“因病导致无法开展正常活动和工作的天数”“一年内导致第一次入院的主要疾病”以及“新诊断的癌症、心脏病、中风”等重大疾病指标上^[5-6]。本文认为,“健康冲击”作为一种对健康的负向冲击,既可能是严重危害身体健康的意外突发事件,也可能是慢性及复发性疾病和残疾;对身体、心理产生影响的同时,也会影响家庭经济状况。综合国

基金项目:国家社会科学基金“中医针灸技术失传和流传的人文影响因素及其机制研究”(2018VJX065);江苏高校护理学优势学科建设工程资助项目(2019YSHL040);江苏省教育厅哲学社会科学重点研究基地基金“江苏省基层卫生服务提供与利用动态监测研究”(2019A01);江苏高校哲学社会科学重点基地项目

收稿日期:2021-08-26

作者简介:艾晓倩(1997—),女,山东淄博人,硕士研究生在读,研究方向为公共管理;徐爱军(1973—),男,江苏无锡人,教授,硕士生导师,研究方向为社会医学与卫生事业管理、医院管理,通信作者,xuaijun2000@163.com。

内外相关文献并结合已有的数据和研究,在充分考虑时间范围和内容范围因素的基础上,对健康冲击的定义进行以下界定:

(1)调查前2周内,因不舒服休工、休学或卧床1天及以上,且此次就医行为的自费医疗总支出(包括交通、住宿、伙食、陪护等其他费用)占家庭年收入比重 $\geq 10\%$ ^①;

(2)全年所花费的医疗保健支出占家庭年收入的比重 $\geq 40\%$ ^②。

以上两个条件满足任意一个即说明发生了健康冲击,赋值为1;否则视为未发生健康冲击,赋值为0。

$$\text{Health shock} = \begin{cases} 0 & \text{if } D=0 \text{ and } \text{OPP} \div \text{TI} < Z_1 \\ 1 & \text{if } D \geq 1 \text{ and } \text{OPP} \div \text{TI} \geq Z_1 \end{cases}$$
$$\text{Health shock} = \begin{cases} 0 & \text{if } T \div \text{TI} < Z_2 \\ 1 & \text{if } T \div \text{TI} \geq Z_2 \end{cases}$$

其中D代表调查前2周内,因不舒服休工、休学或卧床的天数;OPP代表调查前2周内因身体不适发生就医行为所产生的自费医疗总支出;TI代表家庭年收入;T代表家庭年医疗保健支出;Z代表是否发生健康冲击的界定标准($Z_1=10\%$, $Z_2=40\%$)。

2. 健康冲击强度的测量

为进一步衡量健康冲击对低收入人群生活的影响程度并与上述健康冲击的定义界定相一致,本文使用自费医疗总支出占家庭年收入的比值与10%的距离,和家庭年医疗保健支出占家庭年收入的比值与40%的距离,对健康冲击发生的强度(intensity)进行测量。为避免个别极端数值对结果的影响,健康冲击强度的范围界定为0~1。

$$\text{Intensity} = \begin{cases} 0 & \text{if } D=0 \text{ and } \text{OPP} \div \text{TI} < 0.1 \\ \text{OPP} \div \text{TI} - 0.1 & \text{if } D \geq 1 \text{ and } \text{OPP} \div \text{TI} \geq 0.1 \end{cases}$$
$$\text{Intensity} = \begin{cases} 0 & \text{if } T \div \text{TI} < 0.4 \\ T \div \text{TI} - 0.4 & \text{if } T \div \text{TI} \geq 0.4 \end{cases}$$

3. 低收入人群的界定

根据研究内容,采用国际惯用的五分法对调查人群进行分组,将调查数据按照年人均收入进行排序,再按照从低到高的顺序将总人数平均分为5组,将最低收入组纳为低收入人群,其他收入组纳为中高收入人群。为避免收入差距太大对回归结果造成的影响,在借鉴相关文献的基础上,对家庭人均年收入取对数处理^[7-8]。

(三)研究方法

应用Stata 15.0软件进行数据处理,以“是否发

生健康冲击”“健康冲击强度”为因变量,分别采用Logistic模型、Tobit模型对健康冲击的影响因素进行分析,并设计如下模型:

$$\text{Shock}_i = \alpha_{c0} + \beta_{c1} \text{Individual}_c + \beta_{c2} \text{Family}_c + \beta_{c3} \text{Policy}_c + \beta_{c4} X_c + \varepsilon_c$$
$$\text{Intensity}_i = \alpha_{i0} + \beta_{i1} \text{Individual}_i + \beta_{i2} \text{Family}_i + \beta_{i3} \text{Policy}_i + \beta_{i4} X_i + \varepsilon_i$$

其中,c,i代表样本个体,Individual为个体特征变量,Family为家庭特征变量,Policy为制度特征变量,X为其他特征变量, β 为对应变量系数, α_{c0} 、 α_{i0} 为截距项, ε_c 、 ε_i 为随机扰动项。

(四)变量设置

在健康冲击的影响因素方面,相关研究文献较少。对现有文献研究发现,性别、年龄、职业、社会经济地位以及教育年限等都会影响健康冲击的发生。结合健康冲击的定义,本文主要从国内对于健康、健康风险和灾难性卫生支出影响因素的研究入手,整理总结了包括个人、家庭和制度三个层面的因素。个人因素包括性别、年龄、居住地、婚姻、受教育程度以及就业;家庭因素包括家庭规模、家庭经济收入状况;制度因素主要包括基本医疗保险、大病保险和商业保险;此外,环境、心理、健康状况、社会行为、生活方式以及费用的支出水平等因素都会对健康风险的发生产生一定的影响。结合相关文献^[9-13],具体的变量定义赋值及说明见表1。

二、结果

(一)被调查对象基本情况

数据显示,被调查人口的年龄主要集中在(51.14 \pm 17.01)岁,平均家庭人口数为(3.74 \pm 1.52)人,家庭人均年收入的的对数为9.83 \pm 0.79,大部分被调查人群受教育程度集中在中学/技工(46.59%,4 169/8 910)、有就业(81.62%,7 272/8 910)和参加医疗保险制度(98.11%,8 742/8 910),自评健康状况为(80.47 \pm 14.28)分,3 334人(37.42%)患有慢性病。总样本中755人(8.47%)发生健康冲击,平均强度为0.035 \pm 0.154。单因素分析结果显示,受教育程度、就业、商业医疗保险、体重指数(BMI)、患慢性病种类、体育锻炼、焦虑或抑郁等因素对健康冲击发生率的影响显著($P < 0.001$,表2),大病医保虽然也会对健康冲击的发生率产生影响,但作用有限($P = 0.1$)。受教育程度、就业、商业医疗保险、BMI、患慢性病种类、体育锻炼、焦虑或抑郁等因素同样对健康冲击强度的影响显著($P < 0.001$,表2)。此外,低收入人

①国外学者对于发展中国家的研究中,将医疗支出占消费支出的10%作为家庭灾难卫生支出的门槛值。

②基于WHO计算标准,发生家庭灾难性卫生支出的阈值,也是国际上最常用的标准。因国内外对健康冲击标准研究较少,暂用家庭灾难卫生支出的标准作为阈值。

表1 变量说明

变量	变量名称	赋值及说明
因变量	是否发生健康冲击	否=0,是=1
	健康冲击平均强度	0~1
自变量		
个人特征	性别	女=0,男=1
	年龄	单位:岁
	居住地	农村=0,城镇=1
	配偶状况	没配偶=0,有配偶=1
	受教育程度	小学及以下=0,中学/技工=1,专科及以上=2
家庭特征	就业	无=0,有=1
	家庭规模	家庭户籍人口数
	家庭收入	家庭人均年收入取对数
	制度特征	医保制度
其他因素	大病保险	否=0,是=1
	商业医疗保险	否=0,是=1
其他因素	BMI(kg/m ²)	非正常=0,正常=1(18.5~30.0)
	患慢性病种类	无患病=0,1种=1,2种=2,≥3种=3
	自评健康状况	1~100分
	健康体检	否=0,是=1
	体育锻炼	否=0,是=1
	吸烟	否=0,是=1
	焦虑或抑郁	否=0,是=1

群中健康冲击的发生率为19.39%(392/2 022),平均强度0.096。低收入人群健康冲击的发生率和发生强度分别为中高收入人群的3.68倍和5.80倍,见表3。

(二)回归结果及分析

以是否发生健康冲击为因变量,对其发生率和强度分别进行Logistic回归和Tobit回归,结果见表4。结果显示,健康冲击的保护因素中,家庭人均年收入的增加会显著降低全样本健康冲击的发生率($P < 0.001$),使低收入人群和中高收入人群健康冲击的发生率降低75.5%、71.2%;与没有参加大病医疗保险的人群相比,参加大病医疗保险使得低收入与中高收入人群发生健康冲击的概率分别降低了47.5%、46.1%($P < 0.001$);较好的自评健康状况也是健康冲击的保护因素($P < 0.05$)。就业因素仅对低收入人群有影响,对中高收入人群的作用并不显著,而受教育程度中的中学/技工对中高收入人群有影响,对低收入人群的作用不显著。

在健康冲击的危险因素方面,中高收入群体中慢性病患者与无慢性病患者相比,差异具有统计学意义($P < 0.001$);而对于低收入群体而言,仅当患慢性病数量≥3种时,影响才较为显著。与无焦虑或抑郁的人群相比,焦虑或抑郁使低收入人群和中高收入人群健康冲击的发生率分别提高了61.3%、53.0%($P < 0.05$)。居住在城镇的低收入人群相较于中高

收入人群更容易发生健康冲击,与李勇等^[14]的研究结果不同。与王萱萱等^[13]的研究结论相似,本研究发现与中高收入人群相比,理论上增强体质、促进健康的体育锻炼行为会加大低收入人群发生健康冲击的概率。

在健康冲击强度方面,Tobit回归模型结果显示,家庭人均年收入、大病保险、自评健康状况不仅会对健康冲击的发生率产生影响,对健康冲击强度的影响也具有统计学意义($P < 0.001$),是健康冲击强度的保护因素。有就业会减轻低收入人群健康冲击强度($P < 0.05$),对中高收入人群的影响不显著,但受教育程度为中学/技工是高收入人群健康冲击强度的保护因素。焦虑或抑郁是全人群健康冲击强度的危险因素($P < 0.001$)。居住在城镇、参加商业医疗保险以及进行体育锻炼对低收入人群的影响显著,会加大低收入人群健康冲击强度。患慢性病的数量对中高收入人群的影响显著,会加大健康冲击强度,仅当患慢性病数量≥3种时会加大低收入人群健康冲击强度($P < 0.001$)。

三、结论与讨论

(一)低收入人群健康冲击的发生率和发生强度更为严重

收入是影响健康冲击的一个重要因素^[15-16]。本文结果显示,相较于中高收入人群,低收入人群健康冲击的发生率和强度均相对更高,更容易发生健康冲击且冲击强度更大,从而再次陷入因病致贫、因病返贫的循环怪圈。此外,从Logistic回归的结果可以观察到,家庭人均年收入为全人群健康冲击的保护因素。随着家庭人均年收入的提高,会使低收入人群和中高收入人群健康冲击的发生率降低75.5%、71.2%,是保护效果最为明显的因素。“有工作”被视为低收入人群的保护因素纳入模型,这可能与工作会带来较稳定的收入^[15]、较强的可支付能力,进而提高低收入人群抵御健康冲击的能力有关。本研究结果再次说明经济因素是健康负向事件最基本的影响因素,可以从提高收入、降低医疗卫生支出等方面入手促进人群健康。

(二)慢性病加剧了低收入人群健康冲击的负面影响

在慢性病对健康冲击的影响方面,本研究发现,健康冲击对慢性病患者具有更大的影响且具有低收入倾向,与王中华等^[17]和Gotsadze等^[18]国内外学者的研究结论一致。低收入人群中,患3种以上慢性病者比没有患慢性病患者健康冲击的发生率高3.349倍,健康冲击强度也更加严重。可能的原因为,首先,随着经济的发展,各种疾病普遍呈现出低龄化的倾向,数病共存已成为当今社会的普遍现

表2 调查对象基本情况

变量	例数	构成比 (%)	健康冲击发生率 (%)	χ^2 值	P值	健康冲击强度($\bar{x} \pm s$)	Z值	P值
性别				0.08	0.78		0.23	0.82
女	4 583	51.44	8.55			0.034 ± 0.150		
男	4 327	48.56	8.39			0.036 ± 0.158		
居住地				0.06	0.81		0.41	0.66
农村	4 542	50.98	8.54			0.039 ± 0.168		
城镇	4 368	49.02	8.40			0.029 ± 0.137		
配偶状况				0.37	0.54		0.73	0.46
没配偶	1 429	16.04	8.89			0.041 ± 0.170		
有配偶	7 481	83.96	8.39			0.033 ± 0.150		
受教育程度				67.43	< 0.01		16.29	< 0.01
小学及以下	2 891	32.45	11.90			0.054 ± 0.197		
中学/技工	4 169	46.79	7.22			0.027 ± 0.134		
专科及以上	1 850	20.76	5.95			0.019 ± 0.106		
就业				176.30	< 0.01		13.59	< 0.01
无	1 638	18.38	16.73			0.084 ± 0.243		
有	7 272	81.62	6.61			0.023 ± 0.122		
医保制度				0.12	0.73		-0.35	0.72
未参保	168	1.89	7.74			0.029 ± 0.135		
参保	8 742	98.11	8.49			0.035 ± 0.154		
大病医保				2.56	0.10		1.44	0.15
否	4 851	54.44	8.91			0.033 ± 0.148		
是	4 059	45.56	7.96			0.036 ± 0.160		
商业医疗保险				9.25	< 0.01		2.90	< 0.01
否	7 231	81.16	8.91			0.035 ± 0.153		
是	1 679	18.84	6.61			0.033 ± 0.158		
BMI(kg/m ²)				12.45	< 0.01		3.53	< 0.01
非正常	807	9.06	11.77			0.048 ± 0.177		
正常	8 130	90.94	8.15			0.033 ± 0.151		
患慢性病种类				194.99	< 0.01		193.22	< 0.01
无患病	5 576	62.58	5.85			0.025 ± 0.135		
1种	2 247	25.22	10.59			0.040 ± 0.159		
2种	799	8.97	15.51			0.059 ± 0.201		
≥3种	288	3.23	23.26			0.101 ± 0.247		
健康体检				0.13	0.71		0.45	0.65
否	4 240	47.59	8.58			0.037 ± 0.159		
是	4 670	52.41	8.37			0.033 ± 0.148		
体育锻炼				12.16	< 0.01		2.88	< 0.01
否	4 219	47.35	9.36			0.040 ± 0.168		
是	4 691	52.65	7.67			0.030 ± 0.139		
吸烟				0.05	0.82		-0.29	0.77
否	6 464	72.55	8.43			0.034 ± 0.150		
是	2 446	27.45	8.59			0.037 ± 0.162		
焦虑或抑郁				122.75	< 0.01		-11.25	< 0.01
否	8 337	93.57	7.62			0.030 ± 0.141		
是	573	6.43	20.94			0.106 ± 0.272		

表3 不同人群健康冲击发生率和强度

变量	例数	百分比(%)	均值	χ^2/Z 值	P值
健康冲击发生率				401.65	<0.001
低收入人群	392	19.39			
中高收入人群	363	5.27			
健康冲击强度				20.91	<0.001
低收入人群	2 022	0.096 ± 0.258			
中高收入人群	6 888	0.017 ± 0.098			

象,但民众对慢性病的预防意识普遍较弱且健康教育普及工作不够完善。其次,慢性病治疗是一个费用高昂且长期的过程,不仅对患者及其家庭心理上造成巨大的冲击,患病种类增多会增加对卫生服务的需求,更容易发生高额医疗支出,最终增加健康冲击的发生率。最后,此现象还反映出当前我国医保覆盖的深度有限,改革方向还并未将重点放到保障慢性病患者等脆弱人群上^[17]。

(三)大病保险对缓解低收入人群健康冲击具有一定的效果

理论上,医保政策将影响人群对卫生服务的利用,促进个体健康水平进而缓解健康冲击的发生,但与其他学者研究结果不同^[4,19],本研究 Logistic 回归结果显示,医保制度和商业医疗保险对健康冲击的影响并不显著,并不会影响健康冲击的发生,与杨菲等^[20]观点不谋而合。此现象可能是因为江苏省作为经济较为发达的城市,医保制度较为革新成熟,居民利用商业保险享受更高医疗卫生服务水平的时候,存在滥用医保服务导致不合理医疗支出增多的现象,进而增加健康冲击的发生率。大病保险在缓解健康冲击的发生概率和强度上有一定的效果,但在针对低收入人群方面仍存在一定的不公平性^[21],各省市在起付线标准、覆盖范围、报销力度等方面缺乏统一的执行规范,大病保险的优势作用有待进一步挖掘。

表4 不同收入人群健康冲击发生率和强度的回归分析

变量	健康冲击发生率		健康冲击强度	
	低收入人群	中高收入人群	低收入人群(dy/dx)	中高收入人群(dy/dx)
地区(参照组=农村)				
城镇	2.065***	1.073	0.419***	-0.015
婚姻(参照组=无配偶)				
有配偶	0.987	1.250	-0.001	0.038
受教育程度(参照组=小学及以下)				
中学/技工	0.950	0.756*	-0.063	-0.101*
专科及以上	1.189	0.851	0.045	-0.067
就业(参照组=无就业)				
有就业	0.738*	0.944	-0.227**	-0.057
人均年收入	0.245***	0.279***	-0.818***	-0.450***
基本医疗保险(参照组=未参保)				
参保	2.355	1.214	0.333	0.130
大病保险(参照组=无大病保险)				
参加大病保险	0.525***	0.539***	-0.279**	-0.233***
商业医疗保险(参照组=无商保)				
参加商业医疗保险	1.303	1.193	0.246*	0.081
患慢性病数量(参照组=无慢性病)				
1种	1.166	1.621***	0.026	0.162**
2种	1.419	2.017***	0.154	0.227***
≥3种	3.349***	2.210**	0.493***	0.289***
自评健康状况	0.980***	0.976***	-0.010***	-0.008***
体育锻炼(参照组=从不锻炼)				
进行体育锻炼	1.416*	1.039	0.172*	0.195
焦虑或抑郁(参照组=无焦虑抑郁)				
焦虑或抑郁	1.613*	1.530*	0.277**	0.209**
常数项	112 239.5***	123 173.1***	6.875***	3.897
LR	383.180	287.350	418.690	273.240
PR2	0.193	0.101	0.177	0.097

注:仅对部分有显著性的数据进行展示。***、**、*分别表示在1%、5%和10%水平上显著,dy/dx为发生强度的偏效应系数。

(四)心理因素对健康冲击的发生具有一定的保护作用

在健康冲击的衡量方面,多数学者通过自评健康状况进行衡量,并指出该指标能反映被调查者综合健康状况^[8,10]。与李勇等^[14]研究结果不同,本文 Logistic 回归发现,自评健康状况与健康发生率和强度并非负向相关,而是作为保护因素被纳入模型,说明自评健康状况好的人会更加关注自身的健康状况,发生疾病时会更加倾向于进行积极的治疗,从而降低健康冲击的负面影响。此外,同样作为主观心理因素被纳入模型的自感焦虑或抑郁会增加发生健康冲击的概率,也印证了健康不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象,而是一种在身体、心理和社会上完好状态这一定义。相较于家庭灾难性卫生支出仅对经济方面的影响,心理因素是健康冲击所特有的因素,减少健康冲击对低收入人群的负向冲击也要从关注其心理因素方面入手。

四、政策建议

针对以上现状,提出以下建议。第一,政府要加强贫困地区低收入人群的资金投入和政策扶持力度^[15],构建以居民健康为导向的政府卫生投入机制,完善卫生投入的约束与问责机制,保证卫生资金的合理利用。第二,大力开展慢性病的预防保健宣传工作,提高基层医疗卫生机构的硬件设施条件和医务人员的服务能力^[22],探索建立慢性病患者长期护理险^[16]的同时,注重对慢性病患者家属的心理健康教育。第三,加大低收入人群、慢性病患者等特殊人群的医保支付力度,合理利用商业医疗保险,严控医疗费用^[23];加强对医保工作的宣传力度和工作人员的业务专业性,扩大大病保险在病种、人群和地区方面的覆盖范围。第四,及时了解低收入人群的心理状态,加强心理健康教育的社区宣传,运用正念减压和心理咨询等方法,消除心理障碍^[24],改善压力对个体的不良影响,加强心理健康。

参考文献

[1] 张利庠,王录安,刘晓鸥. 基于医疗保障差异的健康冲击与劳动力供给——以中国2011—2013年劳动力市场为对象[J]. 中国软科学,2017(7): 55-65

[2] 杨志海,尔旦·吐尔孙,王雅鹏. 健康冲击对农村中老年人农业劳动供给的影响——基于CHARLS数据的实证分析[J]. 中国农村观察,2015(3): 24-37

[3] 田艳芳. 健康状况和健康冲击对工作时间的影响[J]. 人口学刊,2011(2): 90-97

[4] 楚克本,刘大勇,段文斌. 健康冲击下农村家庭平滑消

费的机制——兼论外部保障与家庭自我保障的关系[J]. 南开经济研究,2018(2): 39-55

[5] WAGSTAFF A, LINDELOW M. Are health shocks different? Evidence from a multishock survey in Laos [J]. Health Econ,2014,23(6): 706-718

[6] DATTA G N, LARSEN M. Health shocks and retirement: the role of welfare state institutions[J]. Eur J Ageing,2007,4(3): 183-190

[7] 蔡雪雄,郭新琴,施生旭. 妇女健康冲击与家庭消费支出结构——基于CGSS2015数据的实证分析[J]. 经济问题,2019(12): 16-22

[8] 于新亮,上官熠文,申宇鹏,等. 因病致贫:健康冲击如何影响收入水平?——兼论医疗保险的脱贫效应[J]. 经济社会体制比较,2020(4): 30-40

[9] GARCIA-GOMEZ P. Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe [J]. J Health Econ,2011,30(1): 200-213

[10] 李昊,张昭,杨晓维. 老年人健康冲击是否挤出家庭教育支出?——基于医疗支出的中介效应检验[J]. 教育与经济,2019(6): 46-56

[11] CURRIE J, HYSON R. Is the impact of health shocks cushioned by socioeconomic status? The case of low birthweight[J]. The American Economic Review,1999,89(2): 245-250

[12] 黄术生,尹爱田. 山东省农村家庭灾难性卫生支出及其影响因素[J]. 中国公共卫生,2018,34(9): 1221-1223

[13] 王萱萱,郭海健,陈家应. 我国农村居民自评健康状况与报告行为实证研究[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(6): 68-74

[14] 李勇,周俊婷,赵梦蕊. 大病保险对我国中老年人家庭灾难性卫生支出影响实证分析[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(6): 41-46

[15] 李艾春,王静,闫朝阳,等. 我国不同失能程度中老年人家庭灾难性卫生支出状况及其影响因素[J]. 医学与社会,2020,33(3): 1-5

[16] 张薇薇,李国红. 老年人家庭灾难性卫生支出出现况及其影响因素研究[J]. 上海交通大学学报(医学版),2015,35(3): 432-436

[17] 王中华,李湘君. 老年慢病家庭灾难性卫生支出影响因素及其不平等分析[J]. 人口与发展,2014,20(3): 87-95

[18] GOTSADZE G, ZOIDZE A, RUKHADZE N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications [J]. BMC Health Serv Res, 2009,9: 69

[19] 周钦,刘国恩. 健康冲击:现行医疗保险制度究竟发挥了什么作用?[J]. 经济评论,2014(6): 78-90

[20] 杨菲,樊琼玲,张雪莲,等. 中老年慢性病家庭灾难性

卫生支出水平及其影响因素[J]. 医学与社会, 2021, 34(10): 48-52

[21] 杨红燕, 黄梦. 灾难性卫生支出的城乡差异及分配敏感性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(07): 24-29

[22] 陈鸣声. 医疗共同决策的内涵与外延: 社区慢性病服务应用研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2021, 21(2): 101-104

[23] 赵钦风, 李佳婧, 焦晨, 等. 慢性病患者家庭发生灾难性卫生支出研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(02): 7-10

[24] 吴宪明, 孙跃民. 焦虑抑郁与高血压[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(2): 188-192

(本文编辑: 接雅俐)

Study on health shock and influencing factors of low-income population

AI Xiaoqian^{1,2}, XU Aijun^{2,3}, QIAO Xuebin^{1,2}, SONG Ying⁴

1. School of Health Economics and Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023; 2. Jiangsu Center for Major Health Risk Management and Prevention and Control of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210023; 3. School of Nursing, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023; 4. Organization Department of the First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, China

Abstract: To understand the current situation of health shock and its intensity among low-income population, Logistic model and Tobit model were used to analyze the influencing factors of health shock of low-income population based on the data of the 6th National Health Service Survey in Jiangsu Province. The results showed that the incidence of health shock of low-income population was 19.39% (392/2 022), with an average intensity of 0.096. The results of Logistic regression analysis showed that having a job, high annual per capita income level, participating in serious illness insurance and good self-rated health status were the positive factors of health shock ($P < 0.05$), while coming from urban areas, suffering from a variety of chronic diseases, anxiety or depression were the negative factors ($P < 0.05$). It is necessary to increase the support of government funds and policies, construct the chronic disease prevention and control system, perfect the medical security system, and pay special attention to the mental health education of the population.

Key words: low-income population; health shock; serious illness insurance; influencing factors