

分类号：
学号：20222114153

密级：公开
单位代码：10759

石河子大学

硕士学位论文



新疆农村地区家庭灾难性卫生支出发生风险及 影响因素研究

学位申请人	李延萍
指导教师	毛璐
申请学位类别	专业硕士
专业名称	公共卫生
研究领域	医学与卫生事业管理
所在学院	医学院

中国·新疆·石河子
2025年5月

分类号：
学号：20222114153

密级：公开
单位代码：10759

石河子大学

硕士学位论文



新疆农村地区家庭灾难性卫生支出发生风险及 影响因素研究

学位申请人	李延萍
指导教师	毛璐
申请学位类别	专业硕士
专业名称	公共卫生
研究领域	医学与卫生事业管理
所在学院	医学院

中国·新疆·石河子
2025年5月

**Study on the Risk and Influencing Factors of Catastrophic Health
Expenditure in Rural Households of Xinjiang**

A Dissertation Submitted to

Shihezi University

In Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of

Master of Public Health

By

LiYan-ping

(Medicine and health service management)

Dissertation Supervisor: A. Prof. Mao Lu .

May, 2025

石河子大学学位论文独创性声明及使用授权声明

学位论文独创性声明

本人所提交的学位论文是在我导师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。据我所知，除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含其他个人已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中作了明确的说明并表示谢意。

研究生签名：李延萍

时间：2025 年 5 月 21 日

使用授权声明

本人完全了解石河子大学有关保留、使用学位论文的规定，学校有权保留学位论文并向国家主管部门或指定机构送交论文的电子版和纸质版。有权将学位论文在学校图书馆保存并允许被查阅。有权自行或许可他人将学位论文编入有关数据库提供检索服务。有权将学位论文的标题和摘要汇编出版。保密的学位论文在解密后适用本规定。

研究生签名：李延萍
导师签名：毛璐

时间：2025 年 5 月 21 日

时间：2025 年 5 月 21 日

摘要

目的:

系统描述新疆农村地区家庭灾难性卫生支出的发生风险，深入分析慢性病家庭灾难性卫生支出的影响因素，进一步探讨门诊慢特病政策对家庭灾难性卫生支出的影响，为“后扶贫时代”降低新疆农村地区灾难性卫生支出的发生提供建议。

方法:

基于 2021 年新疆维吾尔自治区家庭健康询问调查的数据，将发生率、平均差距、相对差距作为评价指标衡量灾难性卫生支出的发生风险，运用单因素分析和二元 Logistic 回归模型分析新疆农村地区全样本家庭和慢性病家庭灾难性卫生支出的影响因素，对集中指数进行分解，确定各影响因素对灾难性卫生支出不公平的贡献率，运用基准回归模型探究门诊慢特病政策对灾难性卫生支出的影响，通过稳健性检验（倾向性得分匹配、更换阈值）和异质性分析（不同地区、不同收入水平、不同年龄组、不同疾病别）来验证回归结果。

结果:

1.新疆农村地区家庭灾难性卫生支出发生率为 24.30%。在不同界定标准下，灾难性卫生支出发生率随阈值的升高呈下降趋势；在不同县区中，东疆 K 县（40.20%）的灾难性卫生支出发生率最高；在不同收入水平下，低收入水平群体的平均差距最大（2.70%）。

2.经过单因素分析和 Logistic 回归分析后，发现无业状态群体（ $p < 0.05$ ）更易发生灾难性卫生支出；自评健康状况（ $p < 0.05$ ）越差，越容易发生灾难性卫生支出；家庭年收入（ $p < 0.05$ ）越低，越容易灾难性卫生支出；家庭规模越小，抵御灾难性卫生支出的能力就越差；慢性病家庭（ $p < 0.05$ ）易发生灾难性卫生支出。

3.公平性分析中，性别（-0.0150）、受教育程度（-0.0171）、工作状态（-0.0502）、自评健康状况（-0.0226）、家庭年收入（-0.0804）、家庭规模（-0.0488）的集中指数为负，说明低收入群体更容易受到这些变量的负面影响。家庭年收入对集中指数的贡献率为 32.73%，在所有变量中贡献最大，是否患慢性病的贡献率为 23.64%，自评健康状况的贡献为 17.27%。

4.在新疆农村家庭中，循环系统疾病（20.11%）、内分泌系统疾病（5.54%）、肌肉骨骼系统疾病（2.10%）、消化系统疾病（1.55%）是患病率较高的 4 种慢性疾病。针对慢性病患者的住院服务利用分析可以发现，神经病（78.13%）、消化系统疾病（62.18%）、眼及附器疾病（56.76%）、肌肉骨骼系统疾病（51.21%）的自付费用占比较高。

5.新疆农村地区慢性病家庭的灾难性卫生支出发生率为 33.80%；针对四类主要慢性病进行灾难性卫生支出影响因素分析，发现户主自评健康状况、家庭规模、家庭年收入水平、家庭慢性病患者例数为主要影响因素，且具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；针对不同年龄组进行灾难性卫生支出影响

因素分析，发现相较于 18~45 岁群体和 45~65 岁群体，65 岁以上慢性病患者的影响因素较多，受教育程度、家庭规模、家庭慢性病患者例数是主要影响因素，且具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

6. 在新疆农村地区全参保家庭中，73.30% 的家庭享受门诊慢特病政策，Probit 回归中，模型一、模型二（个人控制变量）、模型三（家庭控制变量）的门诊慢特病系数分别为 -0.0882、-0.0744、-0.0750，均为负且在 1% 的水平上显著，说明享受门诊慢特病政策能够显著降低灾难性卫生支出发生率，稳健性检验验证了此结果，异质性分析显示门诊慢特病政策在不同地区、不同收入水平、不同年龄组、不同疾病别之间的缓解作用存在差异。

结论：

1. 新疆农村地区家庭灾难性卫生支出影响因素多样，低收入群体风险更高；
2. 新疆农村地区慢性病家庭灾难性卫生支出的发生风险较高，65 岁以上慢性病患者的影响因素较为复杂；
3. 门诊慢特病政策能够显著降低灾难性卫生支出发生率。

关键词：灾难性卫生支出；影响因素；新疆农村

Abstract

Purpose:

This study aims to describe the risk of catastrophic health expenditure among rural households in Xinjiang, analyze the influencing factors of catastrophic health expenditure in households with chronic diseases, and further explore the impact of outpatient and chronic disease policies on household catastrophic health expenditure of rural residents. It seeks to provide recommendations for reducing catastrophic health expenditure in rural areas of Xinjiang in the "post-poverty alleviation era".

Methods:

Based on the data from the 2021 family health inquiry survey in Xinjiang Uygur Autonomous Region, the incidence rate, average gap, and relative gap are used as evaluation indicators to measure the risk of catastrophic health expenditure. Univariate analysis and binary Logistic regression model were used to analyze the influencing factors of catastrophic health expenditure for the whole sample families and chronic disease families in rural areas of Xinjiang. The concentration index is decomposed to determine the contribution rate of each influencing factor to the inequality of catastrophic health expenditure. The benchmark regression model is used to explore the impact of outpatient and chronic disease policies on catastrophic health expenditure. Robustness tests (propensity score matching, threshold replacement) and heterogeneity analysis (different regions, income levels, age groups, disease types) are conducted to verify the regression results.

Results:

1. The incidence rate of catastrophic health expenditure among rural households in Xinjiang is 24.30%. Under different definition standards, the incidence of catastrophic health expenditure shows a decreasing trend as the threshold increases; Among different counties, Dongjiang K County has the highest incidence rate (40.20%); Among different income levels, the low-income group has the largest average gap (2.70%).

2. After univariate analysis and logistic regression, it is found that the unemployed population ($p < 0.05$) is more likely to experience catastrophic health expenditure; the worse the self-rated health status ($p < 0.05$), the easier it is to incur catastrophic health expenditure; the lower the household annual income ($p < 0.05$), the more likely it is to incur catastrophic health expenditure.; the smaller the household size, the weaker the ability to withstand catastrophic health expenditure; households with chronic diseases ($p < 0.05$) are prone to catastrophic health expenditure.

3. In the equity analysis, the concentration indices for gender (-0.0150), education level (-0.0171), employment status (-0.0502), self-rated health status (-0.0226), annual household income (-0.0804), and household size (-0.0488) are negative, indicating that the low-income group is more likely to be negatively

affected by these variables. Income level contributes the most to the concentration index at 32.73%, followed by chronic disease status at 23.64%, and self-rated health status at 17.27%.

4. Among rural households in Xinjiang, the four chronic diseases with the highest prevalence rates are circulatory system diseases (20.11%), endocrine system diseases (5.54%), musculoskeletal system diseases (2.10%), and digestive system diseases (1.55%). Analysis of hospital service utilization for patients with chronic diseases reveals that the proportion of out-of-pocket expenses is relatively high for neurological diseases (78.13%), digestive system diseases (62.18%), eye and adnexal diseases (56.76%), and musculoskeletal system diseases (51.21%).

5. The incidence rate of catastrophic health expenditure among households with chronic diseases in rural areas of Xinjiang is 33.80%. Analysis of the main influencing factors for four major chronic diseases shows that household size, annual household income level, head of household's self-rated health status, and number of chronic disease cases in the family are the main factors with statistical significance ($P < 0.05$). Analysis of the main influencing factors for different age groups shows that compared to the 18~45 years old and 45~65 years old groups, chronic patients over 65 years old have more influencing factors, with education level, household size, and number of chronic disease cases being the main factors with statistical significance ($P < 0.05$).

6. Among fully insured households in rural Xinjiang, 73.30% of families benefited from the outpatient chronic/special disease policy. In Probit regression analyses, the coefficients for outpatient chronic/special disease coverage were -0.0882, -0.0744, and -0.0750 in Model 1, Model 2 (with individual control variables), and Model 3 (with household control variables), respectively. All coefficients were negatively signed and statistically significant at the 1% level, indicating that utilization of the outpatient chronic/special disease policy significantly reduces the incidence of catastrophic health expenditures. Robustness checks confirmed the validity of these results. Heterogeneity analysis further revealed varied mitigating effects of the policy across regions, income levels, age groups, and disease categories.

Conclusion:

1. The study concludes that there are diverse factors influencing catastrophic health expenditure among rural households in Xinjiang, with the low-income group at higher risk.

2. The risk of catastrophic health expenditure for households with chronic diseases in rural areas of Xinjiang is relatively high, and the influencing factors for chronic patients over 65 years old are more complex.

3. The outpatient chronic and special disease policy significantly can significantly reduce the incidence rate of catastrophic health expenditure and plays a positive alleviating role.

Key words: Catastrophic health expenditure; Influencing factors; Rural areas of Xinjiang

目录

摘要.....	I
Abstract.....	III
第1章 绪论.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 国内外研究现状.....	2
1.2.1 灾难性卫生支出.....	2
1.2.2 慢性病与灾难性卫生支出.....	4
1.2.3 医疗保障制度与灾难性卫生支出.....	4
1.2.4 研究述评.....	5
1.3 研究内容.....	6
1.3.1 新疆农村地区家庭灾难性卫生支出的发生状况.....	6
1.3.2 新疆农村地区慢性病家庭灾难性卫生支出的影响因素分析.....	6
1.3.3 门诊慢特病政策对家庭灾难性卫生支出影响的实证分析.....	6
1.4 研究目的及意义.....	7
1.4.1 研究目的.....	7
1.4.2 研究意义.....	7
第2章 数据与方法.....	8
2.1 数据来源.....	8
2.2 概念界定.....	8
2.2.1 灾难性卫生支出.....	8
2.2.2 慢性病.....	9
2.3 研究方法.....	9
2.3.1 问卷调查法.....	9
2.3.2 分析方法.....	11
2.4 质量控制.....	12
2.5 技术路线图.....	13
第3章 新疆农村地区家庭灾难性卫生支出的实证分析.....	14
3.1 新疆农村地区全样本家庭灾难性卫生支出的实证分析.....	14
3.1.1 全样本家庭灾难性卫生支出的描述分析.....	14
3.1.2 全样本家庭灾难性卫生支出的影响因素分析.....	16

3.1.3 全样本家庭灾难性卫生支出的公平性分析	20
3.2 新疆农村地区慢性病家庭灾难性卫生支出的实证分析	20
3.2.1 慢性病家庭的患病情况以及住院服务利用情况	21
3.2.2 慢性病家庭灾难性卫生支出的描述分析	22
3.2.3 慢性病家庭灾难性卫生支出的影响因素分析	24
第4章 门诊慢特病政策对家庭灾难性卫生支出影响的实证分析	28
4.1 医疗保险待遇保障情况	28
4.1.1 医疗保险待遇享受情况	28
4.1.2 新疆地区门诊慢特病政策实施进展	29
4.2 基本情况	30
4.2.1 数据来源	30
4.2.2 变量选取	30
4.2.3 变量描述性统计	31
4.3 模型设定	32
4.3.1 基准回归模型	32
4.3.2 倾向得分匹配模型	33
4.4 Probit 回归	33
4.5 稳健性检验	35
4.5.1 倾向得分匹配法检验	35
4.5.2 更换阈值检验	37
4.6 异质性分析	38
4.6.1 地区异质性分析	38
4.6.2 收入异质性分析	39
4.6.3 年龄异质性分析	39
4.6.4 疾病别异质性分析	40
第5章 讨论与建议	41
5.1 讨论	41
5.1.1 新疆农村地区灾难性卫生支出影响因素多样	41
5.1.2 慢性病家庭灾难性卫生支出的发生风险较高	42
5.1.3 门诊慢特病政策能够显著降低灾难性卫生支出发生率	43
5.2 政策建议	44
5.2.1 多因素协同干预降低灾难性卫生支出	44
5.2.2 甄别脆弱群体，强化慢性病管理	45
5.2.3 完善医疗保障体系，强化门诊慢特病政策	46

5.3 研究局限性	46
第 6 章 结论	48
参考文献	49
文献综述	56
参考文献	59
致谢	63
作者简介	64

第 1 章绪论

1.1 研究背景

截至 2020 年，我国现行标准下实现了农村贫困人口全部脱贫，彻底解决了绝对贫困和区域性整体贫困^[1]。然而，依然存在许多待解决的重要问题，如发展不平衡、城乡区域差距大等，实现人的全面共同富裕依然任重道远^[2]。在脱贫攻坚任务完成以后，防止规模性返贫既是巩固拓展脱贫攻坚成果的首要任务和底线要求，也是全面推进乡村振兴、扎实推进共同富裕的重要前提^[3]。2022 年 10 月，党的二十大报告提出：中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化^[4]。当下我国正处于全面建设社会主义现代化国家的关键时期，实现农村共同富裕不仅是经济高质量发展的内在要求，更是构建新发展格局、推动乡村振兴战略的必然选择^[5]。据统计，重点监测的“三类户”（脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户），其因病返贫风险占比在 40%以上^[6]。由此可见，疾病冲击是返贫致贫的巨大潜在隐患，其偶发性和持续性的特征，极易让患者及其家庭成员长期处于相对贫困状态，最终陷入“疾病—贫困”的循环困境^[7]。

由于疾病特别是突发重大疾病具有不可预见性，一旦发生家庭的疾病经济负担会较快增加，从而将面临较大的致贫和返贫风险^[8]。WHO 发布的《2023 年全球卫生统计》指出，随着人口老龄化程度不断加深，慢性病死亡率逐渐升高，并呈现由传染性疾病转向慢性病的流行病学变化，慢性病已经成为世界范围内的主要疾病负担和死因^[9]。

《全国第六次卫生服务统计调查专题报告》显示，居民治疗慢性病所产生的个人支出占医疗总支出的 47.30%^[10]，慢性病给患者带来了较高的疾病经济风险^[11]。2023 年我国个人卫生支出占卫生总费用比重为 27.33%，比 2022 年上升 0.44 个百分点，超出消除家庭灾难性卫生支出国际经验上限值（20%）7.33 个百分点，说明我国居民仍然存在一定的卫生费用负担与筹资风险^[12]。国际上诸多学者常使用“灾难性卫生支出”指标来衡量家庭的疾病经济风险，当家庭的自费医疗支出占家庭非生存性支出比例超过界定标准，就认为发生了灾难性卫生支出^[13]。研究显示我国居民灾难性医疗支出发生率已由 13.23%下降至 7.85%，但不同地区之间仍存在较大差距^[14]。

共同富裕是中国式现代化的关键标志，是乡村振兴的根本目标，难点和重点是农民农村的共同富裕^[15]，尽管我国农村已解决绝对贫困，居民的收入水平和健康水平在量和质的层面都取得了显著提升，但是“因病返贫”这一规模性返贫风险依然存在^[16]。与城市人口相比，农村人口面临的疾病风险冲击往往更大，更容易因病致贫^[17]。由于农村地区医疗卫生水平较为落后，居民患病风险较大，随着家庭慢性病患者人数和家

庭承担医疗费用的增加,使得家庭再次陷入贫困的可能性逐渐增大^[18]。相对于城市居民,收入差距使农村家庭的现金卫生支出比重高于城市家庭,面对疾病的经济抵抗能力更弱^[19],农村地区家庭更易发生灾难性和贫困性医疗支出^[20],并面临更高的灾难性医疗支出风险。西部地区生态环境脆弱,医疗资源存量相对较少,医疗服务可及性较差,因此遭受疾病风险的可能性大,抵御疾病冲击的能力较弱,从而易引发灾难性卫生支出^[21]。新疆位于祖国西北边陲,发展相对滞后,生态环境脆弱,产业基础薄弱,城镇与农村地区发展差距较大,致贫因素复杂^[22],这使得灾难性卫生支出的发生风险进一步增加。

乡村振兴视域下推进农村共同富裕具有深远的现实意义,这是实现农村现代化、实现全体人民共同富裕、实现中华民族伟大复兴的必然要求^[23]。基于上述部分,本文将从以下几个部分探究:第一,国内外学者大多描述我国整体灾难性卫生支出的发生状况,极少关注西部农村地区,因此新疆农村地区家庭灾难性卫生支出的发生状况如何?第二,国内外学者多选择慢性病患者来分析灾难性卫生支出的发生状况,新疆农村地区的慢性病患者率如何?慢性病家庭灾难性卫生支出的影响因素有哪些?第三,医疗保障制度作为防范和化解疾病风险的重要手段,在新疆农村地区,基本医疗保险对于灾难性卫生支出是否有缓解作用?结合新疆农村地区的实际情况,对新疆农村地区的灾难性卫生支出的发生风险及影响因素进行分析,根据研究结果提出相关建议,从而推动新疆农村地区加快实现乡村振兴和共同富裕。

1.2国内外研究现状

1.2.1灾难性卫生支出

1.2.1.1灾难性卫生支出定义、界定

Berki 最初根据 1986 年美国收入所得税法案,将灾难性卫生支出临界值设定为 5%^[24]。Wagstaff (2003) 选取了 2.5%到 40%不等的 8 个界定标准来研究越南家庭灾难性卫生支出的发生情况^[25]。Xu (2003) 以 40%作为阈值研究了 59 个国家或地区的灾难性医疗支出情况,发现不同国家之间发生差异较大^[26]。Ramirez 等人 (2023) 将哥伦比亚的灾难性卫生支出门槛值确定为 20%,发现有 1.77%的家庭曾经历过灾难性卫生支出^[27]。国内学者大多采用 WHO 提出的 40%的标准,李相荣 (2017) 采用了 10%、15%、25%、40%四个不同阈值标准对灾难性医疗支出发生率进行研究^[28]。朱铭来 (2017) 借助面板门槛回归模型开展研究,将 44.13%作为我国灾难性卫生支出的界定临界值^[29]。高健等学者 (2018) 以因病致贫指标为参照,对灾难性卫生支出进行匹配分析,得出其临界值约为 12%至 17%^[30]。姜学夫等 (2019) 鉴于各家庭收入水平的差

异，为低收入家庭和高收入家庭分别设定了 15%与 25%的界定标准^[31]。丁继红等（2019）仍以 40%作为灾难性卫生支出的界定标准^[32]。

1.2.1.2 灾难性卫生支出的现状

疾病治疗导致的经济负担问题在全球卫生领域中备受关注，大多数国家的自付医疗支出仍是卫生筹资的主要来源。美国、德国和瑞士等高收入发达国家，其社会保险或税收资助的医疗体系可使家庭灾难性卫生支出发生率降至 1%以下；而越南、巴西等许多中低收入发展中国家，因贫困率高被排除在金融风险保护机制之外，超过 10%的家庭面临灾难性卫生支出^[33]。印度学者的研究结果显示，印度老年人口的医疗支出占家庭消费支出的 17.4%，其中最贫困的老年人医疗支出比例最高，在 10%的家庭消费支出阈值水平下，老年人口中灾难性卫生支出发生率和强度分别为 46.5%和 16.1%^[34]。

与其他发展中国家类似，我国也面临着沉重的疾病负担，尽管自付医疗支出在减少道德风险和控制卫生费用方面有一定作用，但随着时间的推移会变成灾难性的支出，并对个体健康公平、生活福利产生影响^[35]。何建功（2019）的研究发现 2018 年新疆维吾尔自治区（乌鲁木齐、博州、克州、哈密、伊犁州）城乡居民的灾难性卫生支出发生率分别为 20%、32%、28%、34%、28%^[36]，王怡欢、张楚（2021）利用 2018 年 CHARLS 数据研究发现，中国农村贫困家庭的灾难性卫生支出发生率高达 28.2%，平均强度达到 0.076^[37]。郑浩琳（2023）研究发现，城市的灾难性医疗支出发生概率普遍低于农村，自付医疗费用占家庭收入的比重大于 50%的概率在城市只有 3.8%，而在农村有 5.1%^[38]。李月（2023）研究发现宁夏农村地区灾难性卫生支出发生率为 36.86%^[39]。

1.2.1.3 灾难性卫生支出的影响因素

Kien（2017）对越南北部非传染性疾病患者进行灾难性卫生支出的评估，发现患有非传染性疾病，家中有大于 60 岁的老年人更可能遭受灾难性卫生支出^[40]。尼泊尔学者 Mamata Ghimire 等（2018）研究发现，家庭中有慢性病患者、老年人（≥60 岁）或地处偏远地区更易发生灾难性卫生支出，灾难性卫生支出在贫困和偏远地区家庭中更为集中^[41]。Lee（2019）发现韩国癌症患者家庭灾难性卫生支出的决定因素有年龄、拥有国民健康和私人健康保险^[42]。Azzani M 等（2019）在对灾难性卫生支出影响因素的 Meta 分析中发现，家庭经济状况、住院服务利用情况、家庭中老年人、残疾人以及慢性病患者的人数，均为灾难性卫生支出的关键影响因素^[43]。埃塞俄比亚学者 Kasahun 等（2020）研究发现，医疗机构的性质（私有或公共）、癌症类型、化疗周期次数、在私人医疗机构的就诊经历均为灾难性卫生支出的重要影响因素^[44]。Akhtar A 等（2020）发现家庭收入和地区差异是造成印度全国灾难性卫生支出不公平性的主要

因素^[45]。Njapi P (2020) 在肯尼亚地区的研究也同样发现灾难性卫生支出的发生具有不公平性^[46]。

国内关于影响因素的研究中,徐文娟(2018)、王怡欢(2021)研究表明家庭规模、健康水平、家庭收入和慢性病都对灾难性卫生支出产生重要影响^[37,47]。Jing Z (2019) 对山东省 2 型糖尿病患者的研究发现,家庭经济状况、有无并发症、有无利用门诊是灾难性卫生支出的主要影响因素^[48]。刘世爱和张奇林(2020)利用 CHARLS 2011—2015 年三期平衡面板数据进行分析,发现有显著影响因素的包括是否住院、是否有过门诊及是否有残障人员等变量^[49]。胡宏伟等(2023)强调了灾难性卫生支出的三个核心要素:贫困、医疗服务的可获得性和使用情况、自付费用^[50]。Liu L (2019) 等基于第五次国家卫生服务调查研究发现,医疗保险和户主教育程度差异是我国居民家庭灾难性卫生支出发生不公平的主要影响因素^[51]。苏敏(2022)的研究表明经济状况、教育程度、地区和年龄是影响灾难性卫生支出公平性最主要的因素^[52]。

1.2.2 慢性病与灾难性卫生支出

现有研究指出,慢性病患者家庭在卫生支出方面面临较高的灾难性风险。若家庭中有成员患慢性病,那么该家庭发生灾难性卫生支出的概率会明显升高(2013)^[53]。Schofield (2014) 等通过对澳大利亚糖尿病患者的研究,发现患病会间接导致收入水平显著降低,进而引发灾难性卫生支出^[54]。Datta (2018) 研究发现,孟加拉国的慢性病家庭发生灾难性医疗支出的概率会显著提高 6.7%,并且家庭经济情况会进一步恶化^[55]。ZhaoY 等(2020)利用 CHARLS 三年面板数据分析发现,慢性病共病将显著增加城镇居民基本医疗保险收入参保者的灾难性卫生支出^[56]。刘二鹏(2020)研究发现,患慢性病使老年人劳动参与概率下降 18.7%,各项医疗支出显著增加,两种效果共同作用下导致其发生灾难性医疗支出贫困的概率显著上升^[57]。王怡欢(2021)、赵钦风(2021)的研究表明家庭成员患慢性病将显著提高家庭发生灾难性卫生支出的风险,患慢性病数量越多,其灾难性卫生支出的概率也越高^[37,58]。杨菲(2021)、周洪国(2022)的研究表明有家庭成员利用门诊或住院卫生服务、家庭有慢性病患者的家庭为灾难性卫生支出的脆弱群体,更易发生灾难性卫生支出^[59,60]。

1.2.3 医疗保障制度与灾难性卫生支出

为缓解群众就医就诊时的经济负担、切实提高居民应对疾病经济风险的能力,国内外均实施各类医疗保障制度以缓解灾难性卫生支出的发生,但基本医疗保险能否缓解灾难性卫生支出的发生尚无一致定论。Ito (2022) 的分析表明,在老挝某省份推行的国民健康保险(NHI)有助于提升慢性病患者治疗的连续性,但该地区慢性病患者的

灾难性卫生支出水平依然居高不下^[61]。Bodhisane（2022）探讨了老挝 NHI 在慢性肾病及相关治疗保障方面的可及性，评估了 NHI 对慢性肾病患者灾难性卫生支出的影响^[62]。Getachew（2023）研究发现埃塞俄比亚某地区未参加社区医疗保险且患有慢性病的家庭，其发生灾难性卫生支出的风险显著增加^[63]。国内大部分学者的意见同样不统一，一种观点认为医疗保险制度降低了灾难性卫生支出的发生，谢明明（2020）、顾鑫等人（2021）等认为基本医疗保险制度对存在高额医疗费用支出的家庭以及受到大病冲击的家庭起到较好的减贫效果^[64,65]。史春红（2020）研究认为医疗保险对家庭的灾难性医疗支出有社会溢出效应，长期能够降低家庭发生灾难性医疗支出发生率^[66]。另一种观点认为，医疗保险的作用有限，于新亮（2019）、王龙安（2020）等研究发现，基本医疗保险对于慢性病患者以及农村家庭灾难性医疗支出的缓解作用并不显著^[67,68]。李涛等（2022）研究发现基本医疗保险在缓解流动人口这一群体的共性风险方面未能发挥有效作用^[69]。

门诊慢特病制度是医保管理部门针对具有病情相对稳定、疾病经济负担相对较重、长期需要门诊治疗或无需住院治疗等特点的规定慢性病病种，以补偿参保患者门诊医疗费用为主要内容的一项医保制度安排^[70]。其作用是利用门诊服务的诸多功能优势满足患者的医疗需求，减少不必要的住院服务利用，降低患者的疾病经济负担^[72]。截至2023年9月，已有16个省在门诊共济保障改革政策出台前后单独发布了省级门诊慢特病政策^[71]。朱斌（2022）对全国31个省、自治区、直辖市的基本医疗保险门诊慢特病政策进行了系统梳理，指出我国基本医保门诊慢特病政策仍处于探索和创新阶段，尚未形成统一的国家层面指导框架，各省份在政策制定上既存在一定的共性，又各自展现出不同的特点，政策的碎片化现象较为明显^[73]。孔凡心（2024）的研究发现兰州市城乡居民门诊慢特病病种覆盖范围不断扩大，尽管纳入病种数量在国内属于较高水平，但病种纳入可能存在不合理现象，且门诊慢特病政策存在政策碎片化、常态化监管机制不够完善等问题^[74]。

1.2.4 研究述评

通过梳理国内外相关文献可以看出，学者们对灾难性卫生支出这一研究已经有了丰硕的成果。关于灾难性卫生支出的标准，大多学者均采用 WHO 所建议的 40% 的阈值，并设置多个阈值进行比较和检验；灾难性卫生支出现状研究方面，主要利用发生率和发生强度描述家庭灾难性卫生支出的发生风险，但大多以发达国家及城市为主，对西部地区的关注度较低；关于影响因素的研究，多采用个人特征的变量（年龄、受教育程度等）和家庭特征的变量（家庭收入水平、家庭规模等）；慢性病与灾难性卫生支出的研究中，发现慢性病家庭面临较高的灾难性卫生支出发生风险；在医疗保险制度与灾难性卫生支出的研究中，关于医疗保险能否缓解灾难性卫生支出的发生，目