

# 健康扶贫政策目标与因病致贫情境的确认评价

——以贵州省赤水市健康扶贫实践为例

陈楚<sup>1,2,3\*</sup> 潘杰<sup>1,2</sup>

1. 四川大学华西公共卫生学院/四川大学华西第四医院 四川成都 610041

2. 四川大学西部农村卫生发展研究中心 四川成都 610041

3. 福建省卫生职业技术学院 福建福州 350000

**【摘要】**目的:探讨健康扶贫政策目标与因病致贫情境的匹配情况。方法:采用案例研究法,对贵州省赤水市(国家集中连片特殊困难地区贫困县)42例因病致贫案例进行深度访谈,描绘因病致贫逻辑情境图,确认政策目标与情境的匹配情况。结果:通过大病和慢病的致贫逻辑情境图,呈现出了农户从健康冲击—应对策略—应对失败的“贫困—疾病—贫困”情境。结论:健康扶贫政策目标符合贫困情境;但目前仍存在政策情境例外的情况,如大病导致劳动力丧失、健康冲击后再面临应激事件等。例外情况体现健康扶贫的长期性和协同性,它需要持续开展,且将重点转移至疾病预防;同时,协同其他扶贫举措,能更好地推动贫困地区脱贫致富。

**【关键词】**健康扶贫;情境确认;贫困

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.04.011

## The relevance validation between poverty situation and the objective of health poverty alleviation project in China: Evidence from Chishui city in Guizhou province

CHEN Chu<sup>1,2,3</sup>, PAN JAY<sup>1,2</sup>

1. West China School of Public Health and West China Fourth Hospital, Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China

2. West China Research Center for Rural Health Development, Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China

3. Fujian Health College, Fuzhou Fujian 350000, China

**【Abstract】** Objective: This paper aims to deliberation the justification of the objectives of the health poverty alleviation project. Methods: A theory-based case study is designed to understand the pathways from illness to poverty. In-depth interviews are carried out with 42 poverty households in Chishui City, Guizhou Province. Results: The scenarios from illness to poverty are presented. It shows the impacts of illness and the corresponding coping strategies to mitigate these impacts. Conclusion: The objective of the health poverty alleviation project is appropriate to the situation of poverty caused by illness. However, the interventions of the health poverty alleviation project do not consider the long-term effect of sequelae of illness and other simultaneous stressful events, which lead to long-term poverty.

**【Key words】** Health poverty alleviation project; Situation validation; Poverty

## 1 引言

因病致贫问题受到全世界的广泛关注。Wasgstaff 等<sup>[1]</sup>对世界 122 个国家因病致贫现象的回顾性

分析证实,不仅中低收入国家,发达国家也面临因病致贫问题。世界卫生组织发布的《全民健康覆盖情况的追踪:2017 年全球监测报告》显示:世界 73 亿多的人口,有一半以上没有得到他们需要的基本卫

\* 基金项目:教育部人文社科规划基金项目(18YJA790062);四川省社会科学研究规划项目(SC18B054);教育部学校规划建设发展中心西南地区旅游和健康教育扶贫实验项目(XN0305A)

作者简介:陈楚,女(1988 年—),博士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail: kismuse@126.com

通讯作者:潘杰。E-mail: panjie.jay@scu.edu.cn

生服务,8 亿多人发生灾难性医疗支出,1 亿人因医疗卫生支出而陷入绝对贫困(低于每人每天 1.9 美元贫困线)<sup>[2]</sup>。因病致贫问题的解决,将对世界反贫困运动产生重要贡献。

各国政府和非政府组织为减少因病致贫,积极采取各种举措:(1)实施医疗保险。由于各国经济条件不同、医保筹资水平和方式不同,在补偿项目、补偿比例方面有很大差异,如印度、菲律宾等国家对于参保的贫困人口在公立医院就医时的医疗费用全额报销;中国、越南等国家报销部分医疗费用<sup>[3; 4]</sup>。(2)对贫困人口开展有条件转移支付项目,如格鲁吉亚<sup>[5]</sup>,以及贫困行动研究实验室开展的大量项目。(3)直接的补助,如印度尼西亚健康卡项目,对认定的贫困人口,补偿全部医疗费用<sup>[6]</sup>。

目前,旨在解决因病致贫问题的政策或项目的评价多基于结果开展,主要集中在两个方面:(1)对贫困人口财务风险保护作用的评价,包含对自付费用,灾难性医疗支出及因病致贫的分析<sup>[7-9]</sup>。(2)对贫困人口医疗卫生服务利用的评价<sup>[6; 10]</sup>。政策/项目效果主要呈现以下几类结果:(1)具有财务风险保护的功能,但是医疗卫生服务利用没有增加<sup>[6; 11; 12]</sup>。(2)由于医疗服务利用增加,抵消了项目的财务风险保护功能<sup>[5; 8; 13]</sup>。(3)对贫困人口有财务风险保护<sup>[14]</sup>,或者无财务风险保护<sup>[15]</sup>。(4)贫困人口医疗服务利用增加<sup>[10]</sup>。

这些基于结果的评价研究为政策/项目效果验证做出了重要贡献。但这些政策/项目设立的目标是否可以验证项目效果?弗兰克·费希尔<sup>[16]</sup>在《公共政策评估》中提出了评估公共政策方法论框架的四种讨论形式,其中一种重要的形式即项目的情境确认。它将评价的重点从项目的结果转向证明目标的合理性上。

我国于 2016 提出健康扶贫,旨在从预防、治疗、保障三个维度切断“贫困—疾病—贫困”循环路径。<sup>[17]</sup>健康扶贫的具体目标可阐释为通过预防行动的开展,减少贫困人口疾病的发生;通过提高县域内医疗服务能力,方便群众就医,减轻群众县域外就诊经济负担;通过提高医疗保障,减轻贫困人口就医经济负担,最终减少因病致贫。

为验证健康扶贫目标设立的合理性,本文以贵州省赤水市(国家集中连片特殊困难地区贫困县)因病致贫患者为研究对象,采用案例研究法,获得贫困人口因病致贫的内部情境,理解贫困人口对自己情境的主观解释。通过贫困人口解释他们的经历和对

他们观察后的意见,界定他们所处的情境,识别他们面临的问题,提供一幅相关问题的精细图片,进行健康扶贫政策目标的情境确认评价。

## 2 方法

### 2.1 研究地点

本研究选取贵州省赤水市为研究地点。赤水市位于贵州省西北部,遵义市代管县级市,东南与贵州习水县接壤,西北与四川省合江县交界。赤水市于 2012 年被国务院扶贫办认定为国家集中连片特殊困难地区贫困县。其总面积 1 852 平方公里,辖 9 镇 5 乡 3 街道。2015 年末,赤水市共有 314 118 人,其中 201 388 农村人口,贫困发生率 7.5%,因病致贫占贫困人口的 28.52%<sup>[18]</sup>。

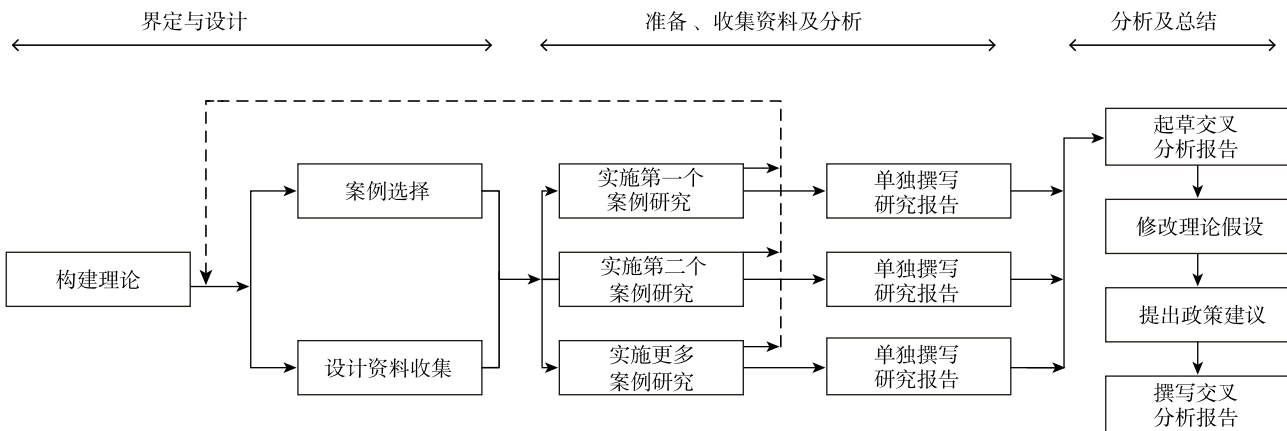
赤水健康扶贫政策依照国家健康扶贫要求,从三个维度开展:(1)预防:通过对贫困人口体检,建立健康档案,做到及早发现和治疗。(2)治疗:县域内通过市级医院托管乡镇卫生院的方式,实现县乡一体化,提升乡镇卫生院医疗服务能力。对于市级医院医疗服务能力建设,由上一级医院对口帮扶。(3)保障:赤水将医疗保障制度拓展为五重医疗保障,依次为:新农合(贫困人口合规费用报销比例增加 5%)、大病保险(起付线降至 3 000 元)、医疗救助(最高额 10 000 元)、小额商业扶贫保险(贫困人口和政府共同出资担负保险费)、医疗扶助(依据家庭收入与医疗自付费用情况给付,年收入低于自付费用的,按照贫困线给予补贴;高于自付费用的,贫困线扣除收入与自付费用的差额给予补贴)。

### 2.2 案例研究法

本文采用多案例研究<sup>[19]</sup>的方法,该方法可以深入了解农户因病致贫情境,有利于寻找健康扶贫可干预之处,对照目前健康扶贫政策目标,判断其与贫困情境的匹配程度,了解有无政策目标例外的情境及处理方法。具体研究步骤如图 1 所示:

#### 2.2.1 理论依据

本研究主要参考弗兰克·费希尔公共政策评估<sup>[16]</sup>事实层面项目目标与情境确认评价。该评价将项目结果证明转向目标,即验证项目目标的合理性。情境确认的讨论主要围绕以下几个问题:(1)项目目标与问题情境有关吗?(2)情境中有关于项目目标的例外情况吗?(3)对于情境和健康扶贫目标的例外情况,如何解决?



注:虚线表示反馈,实线表示步骤进展。在“界定与设计,准备、收集资料及分析,分析及总结”下的箭头表示整个案例中的起始。如“界定与设计”从构建理论到案例选择和设计资料收集结束。

来源:罗伯特·K·殷. 案例研究:设计与方法(第五版),2017.

图1 案例研究步骤

围绕这三个问题,为了验证健康扶贫目标与情境的匹配情况,要先获得贫困人口因病致贫的内部情境,理解贫困人口对自己情境的主观解释。通过贫困人口描述他们的经历及研究者对他们观察后的意见,界定他们所处的情境,识别他们面临的问题,再评价健康扶贫目标的匹配程度及合理性。

对于“贫困—疾病—贫困”之间的关系在诸多文献中已经进行了探讨。<sup>[17]</sup>按照目前文献归纳,它们之间的关系如图2所示。贫困人口相较于非贫困人口更容易发生疾病,疾病发生后,一方面,医疗

费用支出增加,另一方面,由于疾病导致家庭生产劳动力下降,收入减少。家庭在此情况之下进行应对,如借债、变卖家产、减少子女教育投入等,从而加剧贫困,形成“贫困—疾病—贫困”的恶性循环链。本研究利用此循环链了解因病致贫的内部情境,目的有四:(1)以此循环链为逻辑顺序,探究贫困人口内部情境;(2)发现因病致贫人口在此循环上有无增加;(3)寻找健康扶贫在情境中可干预之处;(4)对照健康扶贫的目标,评价其是否符合情境。

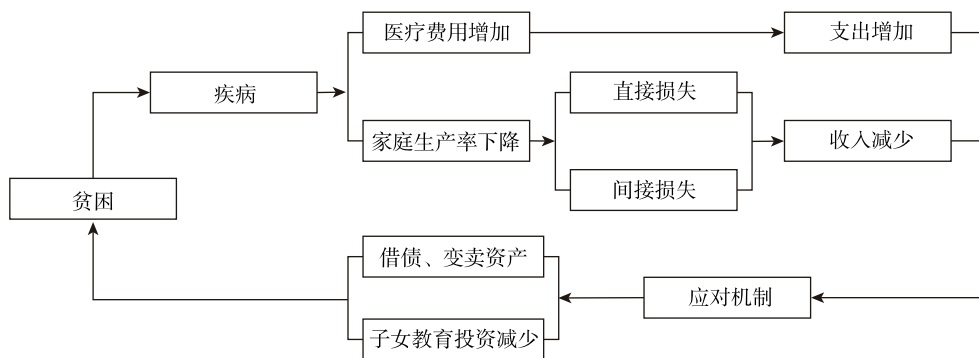


图2 “贫困—疾病—贫困”循环链

2.2.2 案例选择

本研究选取致贫原因均为“因病”的家庭作为案例。考虑赤水县域各个乡镇之间地理位置、经济、文化均会对乡镇医疗服务能力、农户家庭经济情况、医疗卫生服务利用产生影响,结合各个乡镇的因病致贫发生率,共选取8个乡镇(文华办、大同镇、天台镇、旺隆镇、长期镇、官渡镇、两河口镇、元厚镇)因病致贫贫困户进行入户调查。这8个乡镇因病致贫发生率由低到高(图3不同颜色标注);此外,文华办位

于赤水市区,经济条件较好,卫生服务利用条件便利;大同镇和天台镇距离赤水市区较近,约15分钟车程,农户如果发生健康冲击,可及时至市级医院就医;官渡镇为东部片区人口最多的乡镇,且赤水市人民医院在官渡中心卫生院进行托管,实现县乡一体化,提升医疗服务能力;两河口镇是赤水最重要旅游景区所在地,旅游文化对其家庭生活有一定影响;元厚镇为赤水南部人口最多的乡镇;旺隆镇是赤水健康产业金叉石斛的种植基地,同时,赤水市中医

院也托管旺隆乡镇卫生院;长期镇是位于赤水东部较为普通的乡镇。

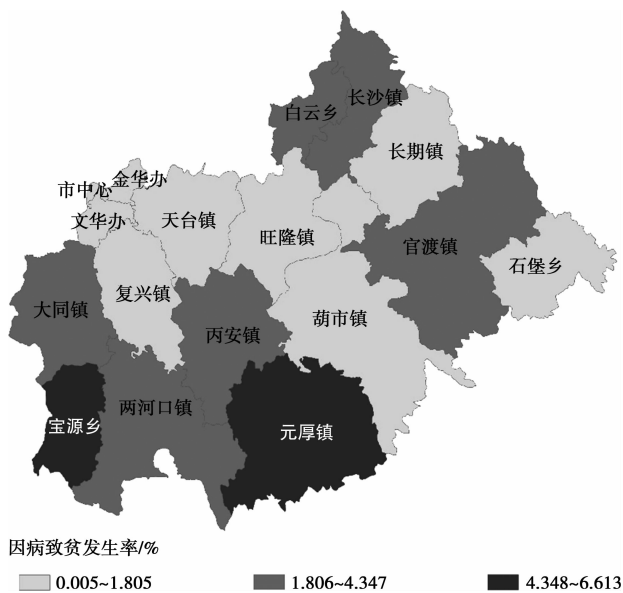


图3 各乡镇因病致贫发生率

通过乡镇、村干部访谈,明确因病致贫情况比较典型、扶贫实践中难度较大的农户和一般的因病致贫农户,进行入户调查。

2.2.3 资料收集与分析

本研究共访谈因病致贫案例42例。因病致贫患者基本情况见表1。访谈提纲依据图2“贫困—疾病—贫困”的逻辑顺序进行设计,具体访谈问题由“您可以和我说一下您是什么时候发现自己得了病”开始,根据案例发病—寻求治疗—家庭应对—进入贫困的历程,进行记录,例如图4为膀胱癌患者的时间—事件致贫逻辑模型。访谈前均签署知情同意书,并且对访谈内容进行录音。

表1 因病致贫患者基本情况

编号	年龄/岁	性别	疾病类型	访谈对象类型
1	72	女	精神分裂症	患者家属
2	63	男	精神分裂症	患者家属
3	37	女	精神分裂症	患者
4	70	男	精神分裂症	患者家属
5	65	女	精神分裂症	患者
6	43	女	慢性阻塞性肺疾病	患者
7	73	男	肺气肿	患者
8	52	男	腰椎间盘突出	患者
9	80	女	腰椎间盘突出	患者
10	62	男	腰椎间盘突出	患者
11	46	女	肾萎缩	患者
12	65	男	脑梗死	患者
13	65	男	脑梗死	患者
14	60	男	脑梗死	患者
15	73	女	脑梗死	患者
16	70	男	脑梗死	患者
17	68	女	慢性肾衰竭	患者
18	35	男	慢性肾衰竭	患者
19	40	男	膀胱癌术后	患者
20	73	男	缺铁性贫血	患者
21	45	女	宫颈瘤术后	患者
22	38	男	脑肿瘤术后	患者
23	76	女	股骨头骨折术后	患者家属
24	47	女	肾透析治疗	患者
25	40	男	肾透析治疗	患者
26	50	男	肾透析治疗	患者
27	51	男	肾透析治疗	患者
28	53	男	肾透析治疗	患者
29	40	男	肾透析治疗	患者
30	39	男	肾透析治疗	患者
31	48	女	肾透析治疗	患者
32	45	男	肾透析治疗	患者家属
33	44	男	肾透析治疗	患者
34	48	女	乳腺癌术后	患者
35	55	男	动脉瘤术后	患者家属
36	43	女	直肠癌术后	患者
37	48	男	髋关节置换术后	患者
38	62	女	肝癌	患者家属
39	74	女	颈椎骨折	患者
40	68	女	冠心病	患者
41	46	女	脑梗死后遗症	患者家属
42	55	女	脑梗死后遗症	患者家属

注:患者本人无法回答的由家属代签。

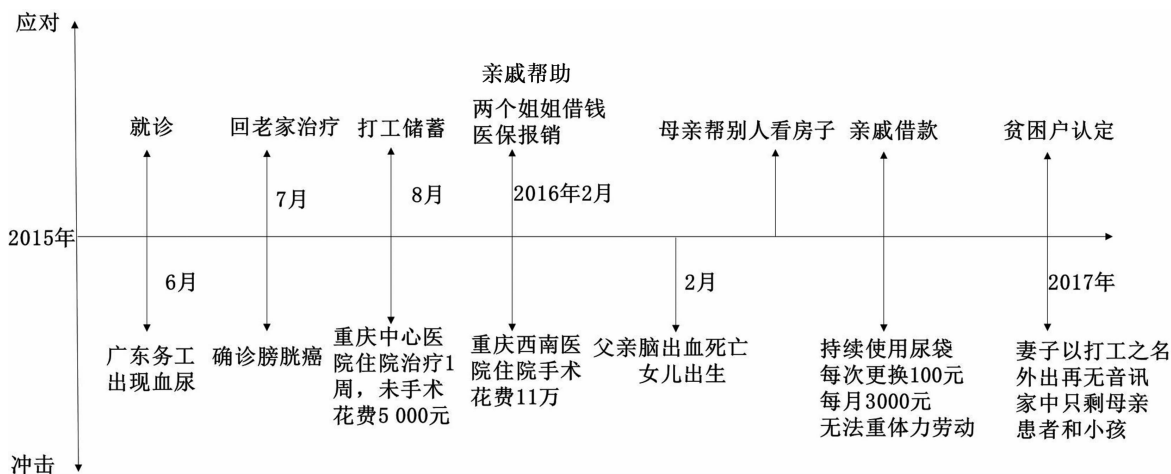


图4 案例因病致贫时间事件逻辑图

资料的分析,依据图 2 的逻辑顺序,整理录音资料,补充致贫逻辑图,撰写每一个案例的致贫历程,再将大病和慢病的致贫案例再次分类进行整理。主要分类见表 2。分类后再进行综合。

表 2 致贫历程及归属

维度一	维度二
家庭结构	家庭构成
健康状态的变化	疾病名称 对生产力的影响
门诊治疗	门诊机构 门诊治疗费用
住院治疗	住院治疗机构 住院时长 转诊医院 住院时长 住院费用 交通住宿等其他费用
其他应激事件	治疗的满意情况
家庭应对方式	除了患者本人外 基于行为的策略 基于资产的策略 基于接受救助的策略

### 3 结果

#### 3.1 大病致贫的逻辑情境图

综合案例分析,得出大病致贫的逻辑情境图(图 5)。因病致贫的家庭大部分原本为普通农户,他们外出打工或者打工回来后症状初次出现时,严重者直接就诊;对于一般症状如腰背疼痛,先自行处理或者不予治疗,等到症状难以忍受时才就医,由于县域医疗服务能力不足,这两种情况导致的大病,需要外出就诊。由于赤水市地理位置的特殊性,病人

一般前往四川省泸州市或者重庆市进行就医,为县域外的跨省就医,报销比例低,同时就医需要承担交通、住宿等费用,导致医疗费用高。在治疗期间,需要家庭成员照顾,甚至康复后,家人不再外出打工,而选择留在赤水打工,使得整个家庭的收入降低。面对高额的费用及收入下降,一般家庭刚开始会呈现三种应对模式:一是行为策略,在案例中,有老人参与劳动,妻子外出打工,孩子到医院照顾。老人参与劳动、妻子外出打工一般是在病人出院以后。二是资产策略,以向亲戚借钱为主,部分向信用社进行贷款。三是申请政府民政救助。因此,在家庭成员大病之后,呈现家庭负债的情况,生活困难。然而,如果疾病没有太多后遗症,随着生产能力的恢复,有可能避免长期贫困。进入长期贫困者,一般是家庭疾病发生后连续发生系列应激事件,如离异,家庭其他成员生病,或家庭成员发生意外事故,使得家庭再次面对冲击。另外,疾病导致后遗症的患者,出现劳动能力丧失,无法继续创收;同时,他们在后期需要康复治疗,而康复治疗的费用常常不在医保报销范围内。如一些病人,之前在县域外就诊,治疗后,还需定期持续门诊,县域内缺少相关药品,他们必须再去之前就诊的医院就诊,医保报销范围外的医疗费用,加上外出就诊的交通费用,使得家庭持续支出而陷入更深的贫困。贫困的条件又更容易引起其他家庭成员发生疾病,或者家庭因为贫困减少了家庭成员营养、子女教育等的投入,陷入“贫困—疾病—贫困”的持续循环。

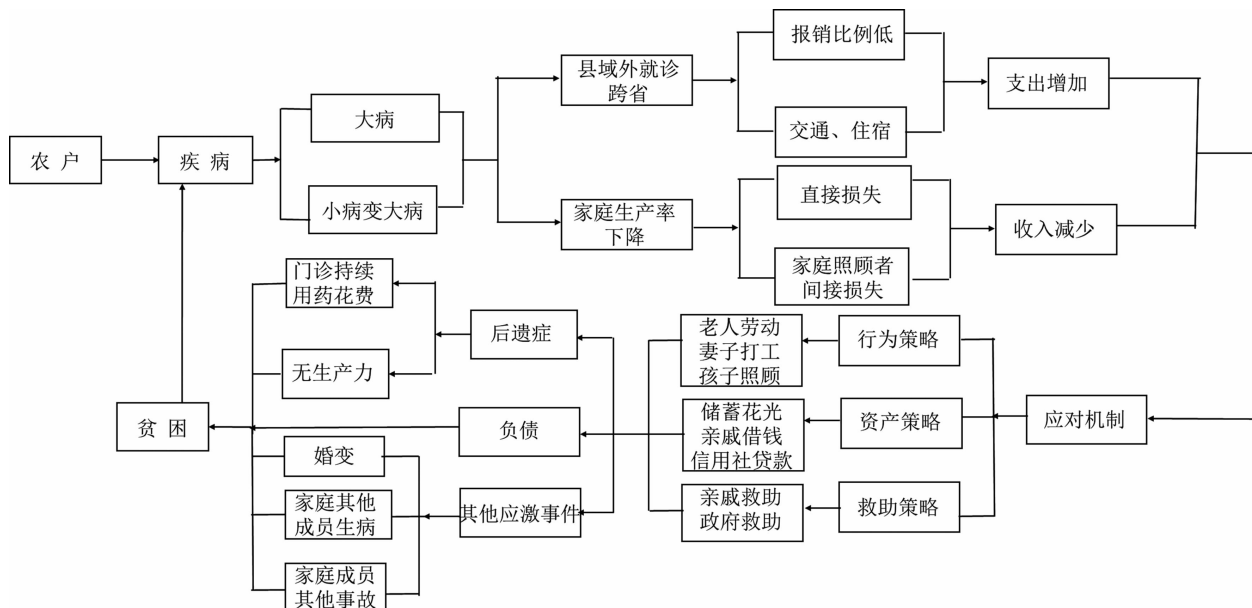


图 5 大病致贫逻辑情境图

### 3.2 大病致贫情境可干预之处

从大病致贫的逻辑情境图可以确定在大病致贫情境中的可干预之处。图6标出的序号即为可干预点。序号①农户在发生疾病之前,提高健康意识、促进健康行为、改善健康环境将有助于减少疾病的发生。序号②农户发生疾病后,在小病到大病的发展历程中,加强健康教育和提高健康意识对疾病愈后十分重要。在案例中,有些疾病,尤其是肾透析治疗病人,刚开始出现腰痛,或者检查结果为肾小球肾炎,因对疾病缺乏重视,常选择自行处理,如贴药膏,吃中药;当发现需要肾透析时,病人常不选择直接治疗,而选择偏方,原因在于对费用的忧虑及周围类似疾病患者长期透析后死亡而产生的恐惧。如果可以加强对相关疾病的认识,早治疗可以避免疾病的恶化。序号③赤水县域内的医疗服务能力差,病人常需要外出就诊,因赤水与四川省交界,病人多出现跨省就诊,医疗自付费用和间接的交通、住宿费用高。

对此提高县域医疗服务能力,可以很大程度缓解病人医疗费用压力。序号④外出就诊报销比例低,赤水病人主要在泸州就诊,如果存在县域内无法就诊的情况,跨地区医保报销结算可以解决。序号⑤创造条件,提高家庭生产率,如利用村产业发展,鼓励病患家属参与适合的工作,在同等情况下优先考虑给予其工作机会。序号⑥对于报销后仍然发生较高的医疗费用,则需进一步完善救助体系,减少医疗自付费用。序号⑦大部分患者在大病治疗后出现后遗症,需要持续服药。因当地无法购得所需药品,而必须跨地区或跨省就医,导致后期门诊治疗压力大,此部分也是健康扶贫可以干预之处。⑧加强对应激事件的抵抗风险的能力,如相关部门做好意外事故的防范宣传、鼓励购买意外保险等。⑨对于已恢复生产力的患者,帮助其尽快返回劳动岗位,做好与产业扶贫等政策的对接,帮助他们创收。

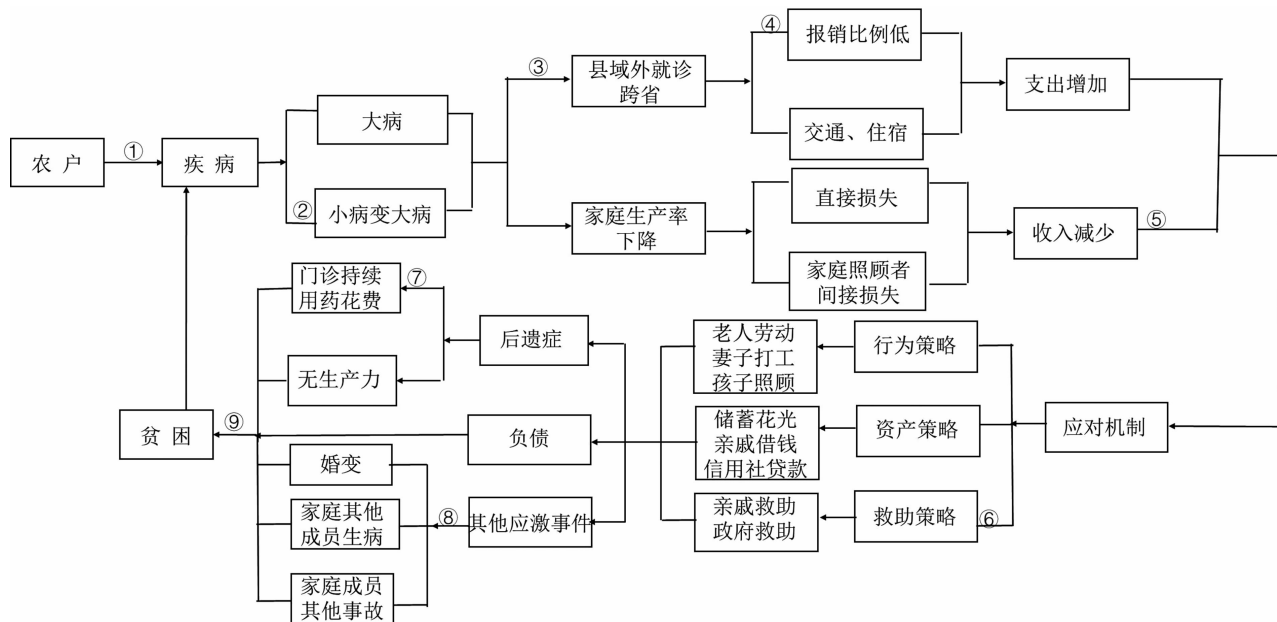


图6 大病致贫可干预之处

### 3.3 慢病致贫的逻辑情境图

图7展示的是慢病致贫的情境逻辑图。在本研究访谈的案例中发现,这些慢病患者的家庭构成有以下特征:家庭中老人(65岁及以上)居多,且一个家庭中往往多个人同时患有慢性病;再者,发生因病致贫很重要的原因之一是家庭应激事件的发生,如在研究案例中,有妻子先重病死亡,中年主要劳动力意外死亡,形成只有老人与小孩的

家庭结构。在这些家庭中,均有在市级医院住院诊治疾病后,在乡镇卫生院进行门诊治疗的经历。因门诊治疗费用报销比例较低,且需要长期服药,使得家庭出现持续医疗支出。对于上述构成的家庭,持续的支出,加之生病后生产率更低造成更大的经济负担,从而致贫。访谈案例中的家庭,可采取的应对措施较少,大部分以接受政府低保救助、亲戚救助为主。

### 3.4 慢病致贫的可干预之处

图 8 展示的是慢病情境图中可干预之处,序号①慢性病相关因素的防控方面;②应激事件发生的

应对,如意外保险;③慢性病的医疗费用支出,主要是门诊的医疗支出;④政府在家庭自身无法应对的情况下进行救助。

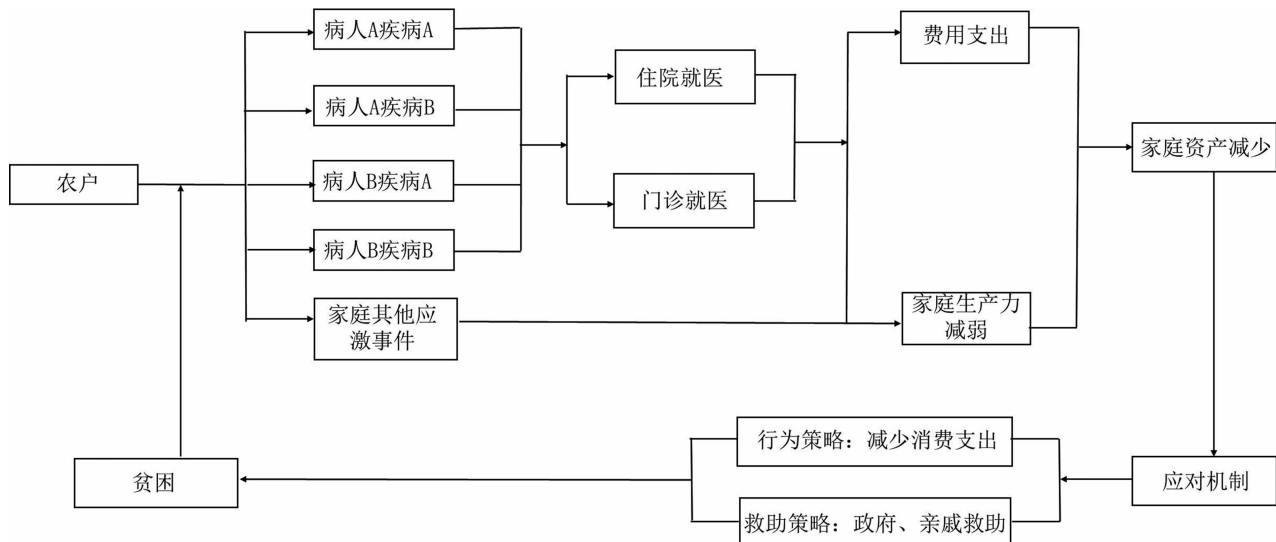


图 7 慢病逻辑情境图

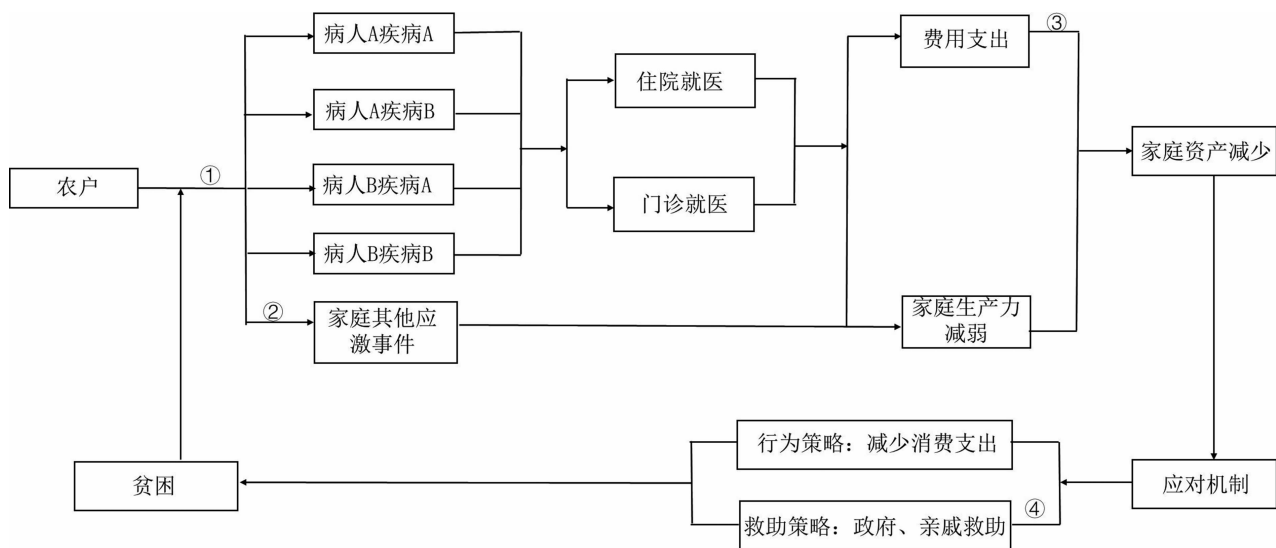


图 8 慢病致贫逻辑情境图干预之处

## 4 讨论

### 4.1 健康扶贫目标与情境匹配

本研究回顾因病致贫人口致贫历程,描绘逻辑情境图,证实疾病对贫困的巨大影响和健康扶贫的必要性,它符合贫困情境,为贫困人口所需。健康扶贫目前设立的目标是通过预防减少疾病的发生,通过提高县域内医疗服务能力、加强医疗保障,减轻贫困人口支出,促进贫困缓解,它和因病致贫情境是匹

配的。

本文的结果与文献中关于疾病、健康及贫困的研究一致。目前研究主要从两类论证了健康扶贫的必要性和合理性。一类是论证健康冲击对经济负担的影响,从而说明疾病对贫困的影响。Prinz 等人<sup>[20]</sup>总结出疾病对经济负担的作用机制在于健康冲击后,人群在劳动力市场的竞争力变弱,同时会导致在职的人提早退休等,导致家庭创造财富的能力降低,收入减少。同时,弱势群体因健康不良遭受的损失

更大,他们在劳动市场中重新找到合适其健康状况的工作难度也更高<sup>[21]</sup>。另一类论证通过对健康的投资,可以促进贫困的缓解,经济的提升。王曲等<sup>[22]</sup>人通过对健康价值的综述说明了健康对经济增长的价值。刘国恩等人<sup>[23]</sup>也证实,健康投资,农村人口比城市人口的健康经济回报更大。因此,对于贫困人口的健康扶贫是必要的也是合理的。

#### 4.2 健康扶贫目标与情境的例外

从大病和慢病的致贫逻辑情境图,我们可以看到有以下例外场景:(1)对于大病后遗症、丧失劳动力、无法参与生产活动的贫困人口,目前健康扶贫政策的目标和内容较难让他们脱贫。如案例中脑梗死、脑瘤的病人,由于偏瘫、语言障碍无法参与劳动,在治疗后期,就医费用集中在持续服药,该部分可报销较少;另外是后遗症使得他们难以再进入劳动力市场,无法继续创收,使得家庭负担持续加重,家庭脱贫的稳定性难以保证。(2)对于部分大病患者,出院后需要持续门诊或者其他治疗的,如结直肠癌、膀胱癌的患者,这些病人需要持续使用造瘘袋。不仅给患者在经济上形成较大负担(后期材料费无法进行报销),而且对他们的生产生活产生很大的影响。目前,健康扶贫政策目标中没有涉及这类情况。(3)家庭应激事件的发生,如其他家庭成员在患者患病期间或愈后再发生意外事故,家庭雪上加霜,无法应对;另外,大病的年轻患者,容易发生婚变。这些例外的情况更需要得到关注,它们是患者长期贫困的重要原因,加大了其脱贫难度。

#### 4.3 目标与情境例外的解决

对于情境例外的情况,需要发挥扶贫政策间的协同作用,如(1)家庭生产力下降后,针对现有生产力,考虑帮助家庭增收的途径。赤水对于这部分的家庭,提供“五员”岗位,如护林员,保洁员,让其家庭成员,或者有后遗症但仍然可以从事相关工作的人员担任,以增加家庭收入。(2)对于大病后需要持续门诊就诊、康复治疗者,提高门诊报销比例,增加纳入医保的疾病类型。(3)对于已经恢复健康的患者,帮助他们更好地返回劳动力市场创收。可通过扶贫项目、发展村集体经济来带动村民、贫困人口增收。(4)对于再也无法恢复健康的贫困人口,尤其是结构特殊的家庭,可以通过低保兜底的方式保证家庭最基本的生活需要。

疾病的发生无法避免,但一些疾病发生的概率

可以降低,疾病的预防是有效的方法。加强疾病预防工作,有利于减少疾病的发生,减少进入“贫困—疾病—贫困”路径的人数。因此,后期要加强疾病的预防,同时,预防工作的对象不应局限于贫困人口,而是对全人群的加强疾病防控。

## 5 致谢

感谢教育部人文社会科学研究规划基金项目(18YJA790062)、四川省社会科学研究规划项目(SC18B054)、教育部学校规划建设发展中心西南地区旅游和健康教育扶贫实验项目(XN0305A)资助;感谢贵州省赤水市人民政府在课题开展期间给予的大力支持和帮助;感谢四川大学赵小双、江庆玲、唐吉、朱丽花在现场调查、访谈录音转录给予的帮助。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] Wagstaff A, Flores G, Smits M-F, et al. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study[J]. *The Lancet Global Health*, 2018, 6(2): 175-198.
- [2] Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report[EB/OL]. [2018-10-10]. [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/)
- [3] Verguet S, Laxminarayan R, Jamison D T. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: an extended cost-effectiveness analysis[J]. *Health Economics*, 2015, 24(3): 318-332.
- [4] Vilcu I, Probst L, Dorjsuren B, et al. Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia[J]. *International Journal for Equity in Health*, 2016, 15(1): 165.
- [5] Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N, et al. An impact evaluation of medical insurance for poor in Georgia: preliminary results and policy implications[J]. *Health Policy and Planning*, 2015, 30(suppl\_1): 99-105.
- [6] Johar M. The impact of the Indonesian health card program: a matching estimator approach[J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1): 35-53.
- [7] Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China[J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(4): 990-1005.
- [8] Karan A, Yip W, Mahal A. Extending health insurance to the poor in India: An impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare



- [J]. *Social Science & Medicine*, 2017(181): 83-92.
- [9] Chen C, Pan J. The effect of the health poverty alleviation projection for rural residents evidence from Chishui city China[J]. *International journal for equity in health*, 2019, 18(1): 79.
- [10] Gotsadze G, Murphy A, Shengelia N, et al. Healthcare utilization and expenditures for chronic and acute conditions in Georgia: does benefit package design matter? [J]. *BMC Health Service Research*, 2015(15): 88.
- [11] Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia[J]. *Health Policy and Planning*, 2003, 18(2): 172-181.
- [12] Moreno-Serra R, Millett C, Smith P C. Towards improved measurement of financial protection in health[J]. *PLoS Medicine*, 2011, 8(9): e1001087.
- [13] Wagstaff A, Pradhan M. Evaluating the impacts of health insurance: looking beyond the negative[J]. *Policy Research Paper*. Washington, DC: World Bank, 2003.
- [14] Barnes K, Mukherji A, Mullen P, et al. Financial risk protection from social health insurance [J]. *Journal of Health Economics*, 2017(55): 14-29.
- [15] Shahrawat R, Rao K D. Insured yet vulnerable: out-of-pocket payments and India's poor[J]. *HealthPolicy and Planning*, 2011, 27(3): 213-221.
- [16] Fischer F. *Evaluating Public Policy*[M]. Cengage Learning, 2005.
- [17] 陈楚,潘杰. 健康扶贫:机制探讨与政策总结[J]. *卫生经济研究*, 2018(4): 23-25,30.
- [18] Statistical communique on the national economic and social development of chishui city in 2015[EB/OL]. [2018-10-10] <http://www.gzchishui.gov.cn/doc/2016/04/30/105885.shtml>.
- [19] 罗伯特 K. 案例研究:设计与方法[M]. 重庆:重庆大学出版社, 2017.
- [20] Prinz D, Chernew M, Cutler D, et al. Health and Economic Activity Over the Lifecycle: Literature Review[R]. National Bureau of Economic Research, 2018.
- [21] Luft H S. The impact of poor health on earnings[J]. *The Review of Economics and Statistics*, 1975: 43-57.
- [22] 王曲, 刘民权. 健康的价值及若干决定因素:文献综述[J]. *经济学*, 2005, 5: 1-35.
- [23] 刘国恩, W H D, 傅正泓. 中国的健康人力资本与收入增长[J]. *经济学*, 2004, 4(1): 102-118.

[收稿日期:2018-10-10 修回日期:2019-03-02]

(编辑 刘博)