

# 贫困缩短了老年人的预期寿命吗？

## ——基于多状态生命表的研究

张立龙<sup>1\*</sup> 韩润霖<sup>2</sup>

1. 首都经济贸易大学 北京 100070

2. 中国社会科学院大学 北京 102488

**【摘要】**本文基于2008—2011年中国老年健康影响因素跟踪调查(CLHLS)数据,利用logit模型和多增减生命表研究了贫困状态对老年人死亡风险和预期寿命的影响。结果发现:(1)非贫困老年人的死亡风险比贫困老年人显著低15.3%;贫困状态对老年人死亡风险的影响在不同居住地(城乡)、不同医疗保险拥有状况的老年人之间存在显著差异。(2)65岁非贫困老年人的平均余寿为16.75年,比贫困老年人长1.21年;其中,农村和城镇65岁非贫困老年人与贫困老年人的平均余寿之差分别为1.11年、2.01年;有无医疗保险者的平均余寿之差分别为1.32年、0.97年。本文建议完善建档立卡贫困人口、低保对象的社会救助体系,提高社会救助水平尤其是医疗救助水平,加强贫困地区医疗卫生服务体系建设,推进贫困地区与城镇地区的基本公共卫生服务均等化。

**【关键词】** 贫困状态; 预期寿命; 死亡风险; 生命表

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.002

### Does poverty reduce the life expectancy of the elderly: Research on multistate life table

ZHANG Li-long<sup>1</sup>, HAN Run-lin<sup>2</sup>

1. Capital University of Economics and Business, Beijing 100070, China

2. University of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 102488, China

**【Abstract】** Based on the 2008 ~ 2011 China's Longitudinal Health Longevity Survey (CLHLS) data, this paper used the logistic model and multistate life table method to study the relationship between economic poverty and the elderly people's death risk and life expectancy. The results found that: (1) death risk of non-poor elderly people is significantly lower than that of poor elderly people by 15.3%; the impact of poverty on the death risk of the elderly exists among the elderly people with different places of residence (urban and rural) and medical insurance status. (2) The average life expectancy of non-poor elderly people is 16.75 years, which is 1.21 years longer than that of the poor elderly people. Based on the results of empirical analysis, it is recommended that, the social assistance system for the poverty-stricken population should be improved; the level of social assistance should be attached more importance, especially the level of medical assistance; the healthcare service system in poverty-stricken areas should be enhanced; and the equalization of basic public health services between poverty-stricken areas and urban areas should be promoted.

**【Key words】** The state of poverty; Life expectancy; Death risk; Life table

## 1 背景

党的十八大以来,中国政府把扶贫开发提升到

了事关全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标的新高度。国家统计局数据显示,2019年末,农村贫困人口比上年减少1109万,贫困发生率0.6%,比

\* 基金项目:国家社科基金青年项目“农村失能老年人家庭非正式照料及政策支持研究”(20CRK016)

作者简介:张立龙(1985年—),男,讲师,主要研究方向为人口社会学、社会保障。E-mail:zhanglilong6124@163.com

上年下降 1.1 个百分点。与其他年龄群体相比,老龄阶段的生理特征、收入水平以及社会角色决定了老年人个体生存和发展的脆弱性更大,老年人的贫困发生率远高于其他群体。<sup>[1-2]</sup>民政部 2019 年民政统计数据显示,中国低保受助人口中老年人占比 32.99%,其中城市低保老年人口占比约为 17.91%,农村低保受助人口中老年人占比约为 37.36%。因此,农村老年人的贫困问题更为突出。

现有文献对老年人贫困问题的研究主要关注老年人贫困发生率及老年人贫困人口规模、老年人贫困人口特征、贫困发生的影响因素等<sup>[1-5]</sup>,较少关注贫困对老年人健康的影响<sup>[6]</sup>。作为物质生活贫乏的一种表现,贫困会影响老年人的健康状况,进而影响其年龄别死亡率和预期寿命。<sup>[7]</sup>贫困对老年人预期寿命影响的研究对于如何通过社会保障助力脱贫攻坚有着重要意义。对老年人死亡风险影响因素的研究,有利于通过政策介入缩小贫困老年人与非贫困老年人的预期寿命差异。基于此,本文将利用微观调查数据,探讨贫困对老年人死亡风险的影响,分析不同特征的贫困老年人与非贫困老年人预期寿命的差异,从而为社会保障扶贫提供政策建议。

## 2 资料与方法

### 2.1 数据来源

本文所使用的数据为中国老年健康影响因素跟踪调查(CLHLS)数据。CLHLS 数据是由北京大学健康老龄与发展研究中心/国家发展研究院组织的老年人追踪调查,调查范围覆盖全国 23 个省区市,调查对象为 65 岁及以上老年人及其 35~64 岁成年子女,调查分为存活被访者问卷和死亡老人家属问卷两种。本文利用 2008—2011 年的追踪数据库。2008 年共有调查样本 16 954 个;在 2011 年追踪调查中,有 2 894 个样本丢失,5 642 个样本在追踪调查前死亡,共追踪样本 8 418 个。本文研究以 2008 年调查作为基期,2011 年追踪数据作为末期。

### 2.2 分析方法

本文通过多增一减生命表方法构建自理状态生命表,分析贫困对不同特征老年人群体余寿的影响。

状态转移概率矩阵的估算是多增一减生命表的基础。本文假定老年人自理状态之间可相互转

换且处于不同自理状态的老年人死亡率不同,并假设某年龄段老年人的自理状态服从连续时间奇性 Markov 过程。本文利用二分类 logit 模型估算老年人在期末的死亡概率,利用有序 logit 模型估算老年人由期初的四种自理状态(完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能)向期末的四种自理状态(完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能)的转移概率。

具体地,用  $S_{it}$  表示老年人  $t$  期处于第  $i$  种自理状态, $S_{i,t-1}$  表示老年人在  $t-1$  期处于第  $i$  种自理状态。例如  $S_{1,t-1}, S_{2,t-1}, S_{3,t-1}, S_{4,t-1}$  分别表示  $t-1$  期处于完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能; $S_{1,t}, S_{2,t}, S_{3,t}, S_{4,t}, S_{5,t}$  分别表示  $t$  期处于完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能、死亡。第  $t$  期时老年人的死亡概率可以写为:

$$P(S_{5,t} = 1 | S_{i,t-1}, X) = G(\beta_0 + \sum_{i=1}^4 \beta_i S_{i,t-1} + \sum \delta_j X_j) \quad (1)$$

$i = 1, 2, 3, 4$

通过有序 logit 模型估算老年人在期末处于四种自理状态的概率分别为:

$$P(S_{1,t} = 1 | S_{i,t-1}, X, S_{5,t} = 0) = G(\alpha_1 - \sum_{i=2}^4 \beta_i S_{i,t-1} - X\delta) \quad (2)$$

$$P(S_{2,t} = 1 | S_{i,t-1}, X, S_{5,t} = 0) = G(\alpha_2 - \sum_{i=2}^4 \beta_i S_{i,t-1} - \delta X) - G(\alpha_1 - \sum_{i=2}^4 \beta_i S_{i,t-1} - X\delta) \quad (3)$$

$$P(S_{3,t} = 1 | S_{i,t-1}, X, S_{5,t} = 0) = G(\alpha_3 - \sum_{i=1}^4 \beta_i S_{i,t-1} - \delta X) - G(\alpha_2 - \sum_{i=1}^4 \beta_i S_{i,t-1} - X\delta) \quad (4)$$

$$P(S_{4,t} = 1 | S_{i,t-1}, X, S_{5,t} = 0) = 1 - G(\alpha_3 - \sum_{i=2}^4 \beta_i S_{i,t-1} - X\delta) \quad (5)$$

其中, $G()$  表示 logistic 累积概率分布函数。 $a_1, a_2, a_3$  为模型的门限参数。由于有序 logit 模型在估算老年人由期初的四种自理状态向期末的四种自理状态的转移概率时是以老年人在期末生存为前置条件,为此,本文通过二分类 logit 模型估算老年人的死亡概率,并在构造转移概率矩阵时,利用下式转化为

无条件概率:

$$\begin{aligned}
 & P(S_{4,t} = 1 | S_{j,t-1}, X) \\
 &= P(S_{i,t} = 1 | S_{j,t-1}, X, S_{5,t} = 0) \\
 & * [1 - P(S_{4,t} = 1 | S_{j,t-1}, X)] \quad (6)
 \end{aligned}$$

基于以上设定,估算由老年人期初的四种自理状态向期末四种自理状态之间的转移概率矩阵,从而建立自理状态生命表。在此基础上,以各自理状态的发生风险为基础建立自理状态生命表。将“贫困状态”作为核心解释变量,分析贫困状态对不同特征老年人群体的预期寿命的影响。

### 2.3 变量说明

本文使用 stata15.0 统计软件对 CLHLS 数据进行数据的清理、变量的整理以及模型的构建。

被解释变量为老年人在末期的存活状态和自理状态。二分类 logit 模型的被解释变量为老年人在末期的存活状态,将被访者在 2011 年的状态为“死亡”者赋值为“1”,成功追访则赋值为“0”。有序 logit 模型的被解释变量为老年人在末期的自理状态,将通过 2011 年 CLHLS 追踪调查数据中的基本日常活动能力(ADL)和工具性日常活动能力(IADL)两个指标来测量,分为完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能四种状态(表 1)。

表 1 本文对老年人自理状态的定义

状态	定义
完全自理	没有 ADL 和 IADL 受限
轻度失能	有一项以上的 IADL 受限,没有 ADL 受限
中度失能	有一项或两项 ADL 受限
重度失能	有三项及以上的 ADL 受限

核心解释变量为贫困状态。利用受访者去年家庭总收入除以受访者家庭户规模得到家庭人均年收入。拟通过家庭人均收入作为贫困的衡量标准,即本文所指的贫困为经济贫困。2011 年中央决定将农村扶贫标准提升至人均纯收入 2 300 元/年,全国城镇低保平均标准为 288 元/人·月,即 3 456 元/年;本文所使用数据中城镇老年人占比 39.29%,且东部地区老年人占比 45.03%;由于本文以城乡老年人作为研究对象,为统一城乡老年人的贫困标准,考虑到样本的城乡分布和地区分布,本文拟定 3 000 元作为区分城乡老年人贫困状态的标准。家庭人均年收入低于 3 000 元,则将贫困状态赋值为“0”,为“贫困老年人”;反之,赋值为“1”,为“非贫困老年人”。

控制变量包括老年人的年龄、性别、居住地类型

(城乡)、居住区域、慢性病患者状况与基期自理状态、医疗保险、婚姻状况、居住安排、健康习惯、受教育程度等。

## 3 结果

### 3.1 样本的基本情况

本文所使用的 14 060 个样本中,末期状态为死亡的样本为 5 642 个,占比 40.8%。从末期存活样本的自理状态看,处于完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能的比例分别为 36.21%、37.01%、14.25%、12.54%。总样本中,女性老年人占比 57.23%、不在婚老年人占比 69.03%。职业为农民、居住地为城镇、有医疗保险、有养老保险、非贫困的老年人样本比例分别为 67.82%、39.29%、70.43%、20.61%、49.29%。从患病情况看,患有糖尿病、心脏病、中风脑血管疾病、肺部疾病、老年痴呆的老年人样本比例分别为 2.6%、9.05%、5.85%、11.04%、2.47%。从健康习惯看,有体育锻炼习惯的老年人样本比例为 27.4%;抽烟、喝酒的老年人样本占比分别为 31.4%、28.86%(表 2)。

表 2 样本描述性统计(N=14 060,%)

变量	占比	变量	占比
被解释变量		基期自理状态	
死亡	40.80	完全自理	31.46
末期自理状态		轻度失能	46.53
完全自理	36.21	中度失能	11.05
轻度失能	37.01	重度失能	10.96
中度失能	14.25	健康习惯	
重度失能	12.54	体育锻炼	27.40
解释变量		抽烟	31.40
非贫困老年人	49.29	喝酒	27.86
有医疗保险	70.43	有养老保险	20.61
女性	57.23	职业	
不在婚	69.03	农民	67.82
居住地为城镇	39.29	普通职业/服务人员/ 工人/自由职业者	14.51
与孩子同住	61.35	行政管理/军人	3.66
慢性疾病		专业技术人员	4.06
糖尿病	2.60	其他职业	9.94
心脏病	9.05	居住区域	
中风脑血管	5.85	东	45.03
肺部疾病	11.04	中	28.47
老年痴呆	2.47	西	26.50

注:二分类变量列出的是取值为 1 的百分比;连续变量给出的是均值;多分类离散变量或多分类定序变量列出的是对应类别的百分比。

### 3.2 logit 回归结果分析

模型 1 为二元 logit 模型,因变量为末期老年人的存活状态;模型 2 为有序 logit 模型,因变量为末期老年人的自理状态。模型 1 与模型 2 的回归结果表明:

第一,贫困状态对老年人的死亡风险有显著影响。与贫困老年人相比,非贫困老年人的死亡风险相对较低。模型 1 结果显示,非贫困老年人的死亡风险比贫困老年人显著低 15.3%。模型 2 结果显示,非贫困老年人的系数显著为正,意味着非贫困老年人更有可能处于较差的自理状态(表 3)。

第二,贫困状态对死亡风险的影响在不同性别、不同医疗保险拥有状况、不同居住地的老年人之间

存在显著差异。模型 1 结果显示,贫困状态与性别交互项的系数为负,即非贫困状态更多地降低了女性老年人的死亡风险;医疗保险和贫困状态的交互项的系数显著为负,即非贫困状态更多地降低了有医疗保险老年人的死亡风险;贫困状态对于城镇老年人和农村老年人死亡风险的影响存在差异。控制变量中,年龄较大、男性、处于不在婚状态、无医疗保险、居住在农村、患慢性病、处于较严重失能状态的老年人有着相对较高的死亡风险,良好的健康习惯等降低了老年人的死亡风险,这些结论与现有研究基本一致。<sup>[8-12]</sup>

表 3 logit 模型回归结果

	二分类 logit 模型(模型 1)			有序 logit 模型(模型 2)		
	系数	标准误	发生比	发生比	系数	标准误
非贫困老年人	-0.166 **	0.073	0.847 **	0.122 **	0.079	1.129 **
有医疗保险	-0.086 *	0.049	0.917 *	0.119 +	0.068	1.126 +
不在婚	0.181 **	0.075	1.198 **	-0.010	0.080	0.990
年龄	0.080 ***	0.003	1.084 ***	0.069 ***	0.003	1.071 ***
女性	-0.434 ***	0.070	0.648 ***	0.099	0.082	1.104
居住地为城镇	-0.138 **	0.067	0.871 **	0.045	0.076	1.046
与子女同住	0.159 ***	0.049	1.172 ***	0.138 ***	0.054	1.148 ***
交互项						
贫困状态 * 医疗保险	-0.137 *	0.082	0.872 *	-0.138	0.097	0.871
贫困状态 * 居住地	-0.081 +	0.054	0.922 +	-0.095	0.106	0.910
贫困状态 * 性别	-0.094 +	0.063	0.910 +	-0.095	0.104	0.910
贫困状态 * 年龄	0.000	0.001	1.000	0.001	0.001	1.001
贫困状态 * 婚姻状况	0.052	0.114	1.053	0.028	0.115	1.028
慢性疾病						
糖尿病	0.071	0.155	1.073	0.053	0.150	1.055
心脏病	0.055	0.082	1.057	0.320 ***	0.084	1.378 ***
中风脑血管	0.172 **	0.095	1.187 **	0.432 ***	0.105	1.540 ***
肺部疾病	0.298 **	0.067	1.347 **	0.047	0.080	1.048
老年痴呆	0.981 **	0.174	2.667 **	0.593 **	0.303	1.809 **
自理状态						
轻度失能	0.564 ***	0.060	1.758 ***	2.855 ***	0.071	17.374 ***
中度失能	1.162 ***	0.087	3.197 ***	3.551 ***	0.112	34.863 ***
重度失能	1.820 ***	0.099	6.172 ***	4.654 ***	0.161	105.050 ***
健康习惯						
体育锻炼	-0.267 ***	0.053	0.766 ***	-0.203 ***	0.057	0.896 ***
抽烟	0.186 ***	0.055	1.204 ***	0.095	0.063 *	1.100 *
喝酒	0.091 *	0.053	1.095 *	-0.004	0.061	0.996
常数项	-8.101	0.308	0.000			
Cut1				6.601	0.272	6.601
Cut2				9.587	0.286	9.587
Cut3				10.848	0.291	10.848

注: +, \*, \*\*, \*\*\* 分别表示  $P < 0.1, P < 0.05, P < 0.01, P < 0.001$ 。本文还控制了被访者的居住区域、是否有养老保险、受教育程度、职业等变量,限于篇幅未列出。Brant 检验( $P = 0.246$ )显示有序 logit 模型符合有序模型的平行回归假设。

### 3.3 生命表结果分析

贫困状态会通过改变老年人的死亡风险、期初老年人自理状态向期末老年人四种状态的转移概率进而影响老年人的预期寿命和预期失能时间。本文在 logit 模型的基础上预测老年人死亡概率、老年人由期初的四种自理状态向期末四种自理状态的转变概率,并利用多状态生命表,计算不同特征的贫困老年人与非贫困老年人预期寿命的差异。

从不同贫困状态的老年人自理状态生命表看,

表4 不同贫困状态老年人的自理状态生命表(年)

年龄	非贫困老年人					贫困老年人				
	余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能	余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能
65~67	16.75	10.31	4.78	0.97	0.69	15.54	9.76	4.39	0.84	0.54
80~82	7.66	2.85	3.13	0.94	0.75	7.03	2.75	2.84	0.81	0.63
89~91	4.58	1.10	1.92	0.79	0.77	4.26	1.07	1.79	0.72	0.69

注:由于篇幅限制,这里仅给出65~67岁、80~82岁、89~90岁的老年人自理状态生命表,下同。

贫困状态对老年人平均余寿的影响在不同性别、不同医疗保险拥有状况、不同居住地的老年人之间存在显著差异。(1)性别差异。65~67岁男性非贫困老年人的平均余寿为15.60年,比同龄的男性贫困老年人长0.83年;从预期处于中、重度失能时间看,65~67岁的男性非贫困老年人比贫困老年人长0.35年。65~67岁的女性非贫困老年人的余寿为17.99年,比同龄的女性贫困老年人长1.48年;其中,女性非贫困老年人预期处于中、重度失能的时间比贫困老年人长0.15年。即与男性老年人相比,贫困状态对女性老年人预期寿命影响较大。(2)不同居住地老年人的差异。65~67岁的农村非贫困老年人的平均余寿为15.97年,比同龄的农村贫困老年人长1.11年;其中,农村非贫困老年人预期处于中、重度失能时间为1.33年,比农村贫困老年人长0.20年。65~67岁的城镇非贫困老年人的平均余寿为

65~67岁非贫困老年人的余寿约为16.75年,其中预期完全自理、轻度失能、中度失能、重度失能的时间分别为10.31年、4.78年、0.97年、0.69年;而65~67岁的贫困老年人的余寿为15.54岁,比非贫困老年人低了1.21岁,其中预期处于完全自理的时间短了0.55年,预期处于中、重度失能的时间短了0.28年,即贫困老年人的余寿和健康余寿均比非贫困老年人短;同时,预期处于中、重度失能的时间也相对较短(表4)。

18.15年,比同龄的城镇贫困老年人长2.01年;其中,城镇非贫困老年人预期处于中重度失能时间为2.16年,比城镇贫困老年人长0.42年。与农村老年人相比,贫困状态对城镇老年人的预期寿命影响更大。(3)不同医疗保险拥有状况之间的差异。65~67岁有医疗保险的非贫困老年人的平均余寿为16.92年,比同龄有医疗保险的贫困老年人长1.32年;其中,有医疗保险的非贫困老年人预期处于中、重度失能时间为1.73年,比有医疗保险的贫困老年人长0.29年。65~67岁无医疗保险的非贫困老年人的平均余寿为15.79年,比同龄无医疗保险的贫困老年人长0.97年,其中,无医疗保险的非贫困老年人预期处于中、重度失能的时间为1.30年,与无医疗保险的贫困老年人基本相同。即与无医疗保险的老年人相比,贫困状态对有医疗保险老年人的预期寿命影响更大(表5)。

表5 不同性别、居住地、医疗保险状况的贫困与非贫困老年人的自理状态生命表(年)

年龄	非贫困老年人					贫困老年人					
	余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能	余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能	
男	65~67	15.60	10.04	4.17	0.81	0.58	14.77	9.74	3.99	0.65	0.39
	80~82	7.11	2.82	2.85	0.81	0.63	6.47	2.77	2.55	0.66	0.48
	89~91	4.26	1.12	1.80	0.69	0.65	3.92	1.13	1.67	0.60	0.53
女	65~67	17.99	10.62	5.41	1.13	0.83	16.51	9.46	5.24	1.07	0.74
	80~82	8.35	2.95	3.45	1.07	0.88	7.75	2.78	3.20	0.98	0.79
	89~91	4.94	1.12	2.06	0.88	0.88	4.56	1.04	1.91	0.81	0.80
农村	65~67	15.97	9.99	4.65	0.79	0.54	14.86	9.48	4.25	0.69	0.44
	80~82	7.18	2.74	3.04	0.79	0.60	6.82	2.70	2.86	0.73	0.53
	89~91	4.34	1.06	1.92	0.71	0.66	4.15	1.06	1.83	0.66	0.59

(续)

	年龄	非贫困老年人					贫困老年人				
		余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能	余寿	健康	轻度失能	中度失能	重度失能
城镇	65~67	18.15	10.55	5.44	1.23	0.93	16.14	9.60	4.80	1.04	0.70
	80~82	8.34	2.81	3.46	1.12	0.95	7.32	2.66	2.97	0.92	0.77
	89~91	4.89	1.07	2.03	0.88	0.90	4.42	1.02	1.83	0.78	0.79
有医疗保险	65~67	16.92	10.32	4.87	1.01	0.72	15.6	9.72	4.44	0.87	0.57
	80~82	7.69	2.81	3.15	0.96	0.78	7.16	2.75	2.89	0.85	0.67
	89~91	4.62	1.08	1.92	0.81	0.81	4.30	1.05	1.8	0.74	0.72
无医疗保险	65~67	15.79	10.25	4.24	0.77	0.53	14.82	9.18	4.31	0.80	0.52
	80~82	7.72	3.14	3.08	0.85	0.64	6.76	2.74	2.72	0.75	0.55
	89~91	4.51	1.16	1.93	0.74	0.68	4.18	1.10	1.77	0.68	0.63

## 4 讨论与建议

### 4.1 讨论

#### 4.1.1 贫困状态对老年人的死亡风险有显著影响

贫困老年人有着相对较高的死亡风险与其面临较差的居住条件、较差的医疗条件、营养不良等因素有关;非贫困老年人较高地获取资源的能力降低了其死亡风险。即贫困老年人与非贫困老年人在拥有资源或利用资源的能力方面的不同带来了其死亡风险的差异。因此,整体来看,通过一定的公共政策改善贫困老年人的居住条件、医疗条件、营养状况等,提高其获取资源的能力,从而缩小贫困老年人与非贫困老年人在拥有资源与利用资源能力方面的差异,对于降低贫困状态对死亡风险的影响,缩小贫困老年人与非贫困老年人预期寿命的差异至关重要。

#### 4.1.2 贫困对死亡风险和平均余寿的影响在不同特征的老年人之间存在异质性

医疗保险通过医疗费用的分担机制增强了老年人购买医疗服务的能力,但不同贫困状态的老年人在利用医疗保险的能力上存在差异。经济条件相对较好的非贫困老年人比贫困老年人可以更好地利用医疗保险,贫困状态对不同医疗保险拥有状况老年人的死亡风险和平均余寿的影响存在显著差异。随着社会保障制度的逐步完善,医疗保险已基本实现对贫困人口的全覆盖,基层医疗条件也逐步完善,医疗保险对贫困老年人与非贫困老年人预期寿命差异的影响也在降低;但贫困人口经济状况较差导致其利用医疗保险和医疗条件的能力不足。因此,通过公共政策提升贫困老年人利用医疗保险和医疗条件的能力,将有利于降低贫困老年人尤其是患病贫困老年人的死亡风险。

贫困状态对死亡风险的影响在不同居住地的老

年人之间存在显著差异。由于农村地区的医疗条件相对落后,居住在农村的老年人,不论贫困与否都会面临相对较差的医疗条件,即是否处于贫困状态对其能否获得更好医疗条件的影响相对较小。城镇地区的医疗条件相对较好,居住在城镇地区的贫困老年人与非贫困老年人在面对较好的医疗条件时,非贫困老年人可以更好的利用这些医疗资源,贫困老年人受自身经济条件的限制不能较好的利用医疗资源,这使得贫困状态对于城镇老年人和农村老年人死亡风险的影响存在差异。因此,改善农村地区尤其是贫困农村地区的医疗卫生保障条件,提升贫困地区县域医疗卫生服务能力,缩小基本公共卫生服务提供的城乡差异,实现城乡基本公共卫生服务提供的均等化,对于降低贫困状态对城乡老年人死亡风险的影响有重要意义。

### 4.2 政策建议

#### 4.2.1 完善建档立卡人口、低保人口的社会救助体系,提高其社会救助水平尤其是医疗救助水平

(1)强化针对贫困人口的基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能,促进各类医疗保障制度互补衔接,增强对贫困人口重大疾病的综合保障能力,减轻贫困人口长期医疗负担。(2)进一步完善贫困人口的医疗救助制度,强化特殊疾病、支出型贫困家庭的临时医疗救助力度,更好地发挥特殊情况下的医疗救助托底作用。(3)继续完善针对贫困人口的“先诊疗后付费”制度。建档立卡贫困人口住院时,不收取其入院预付金;先进行诊疗,之后再按要求结算费用;减轻贫困人口的医疗费用负担。(4)探索建立针对贫困人口的医疗补充保险制度,进一步降低贫困人口的就医费用。贫困人口就医发生费用后,按新农合(医保)基本医疗补偿、大病保险赔偿、城乡居民医疗救助先后顺序得到补偿或救助后,若自付

费用仍超过一定数额,启动医疗补充保险进行理赔。

#### 4.2.2 加强贫困地区医疗卫生服务体系建设,推进贫困地区与城镇地区的基本公共卫生服务均等化

(1)按照“填平补齐”原则,实现贫困地区县级医院、乡镇卫生院、村卫生室标准化建设,提高医疗服务设施的配备水平。(2)提升贫困地区基层医务人员的医疗服务能力。一方面加大对基层医疗机构的经费投入和人员薪酬待遇,提高人才吸引力,解决农村贫困地区基层医疗机构专业人才短缺、整体综合服务能力较为薄弱的问题;另一方面,采取“组团式”帮扶或“定期派出医疗队”等方式,在医疗服务上给予贫困地区技术支持、人员培训、管理指导等,提高贫困地区的医疗服务能力。(3)加强贫困地区以重大传染病、地方病和慢性病防治为重点的公共卫生体系建设,从源头上预防和控制疾病,切实防止贫困人口因病致贫、因病返贫。加强贫困老年人的健康教育,传播现代健康观念,普及健康知识,提倡健康生活方式,引导贫困老年人改变不良生活习惯;完善贫困地区村庄或社区和公共场所的体育健身设施,不断改善贫困老年人体育健身活动场地,充分考虑老年人自身的特点和健身的需要,提高贫困老年人体育锻炼的兴趣和积极性。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

#### 参 考 文 献

[1] 陈银娥,何雅菲. 人口结构与贫困:来自中国的经验证

据[J]. 福建论坛, 2013(7): 17-22.

[2] 王德文,张凯梯. 中国老年人口的生活状况与贫困发生率估计[J]. 中国人口科学, 2005(1): 58-66.

[3] 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(1): 56-68.

[4] 解丕. 公共转移支付与老年人的多维贫困[J]. 中国工业经济, 2015(11): 32-46.

[5] 张川川, Giles J, 赵耀辉. 新型农村社会养老保险政策效果评估——收入、贫困、消费、主观福利和劳动供给[J]. 经济学(季刊), 2015(1): 203-229.

[6] 温兴祥,程超. 贫困是否影响农村中老年人的心理健康——基于 CHARLS 数据的实证研究[J]. 南方经济, 2017(12): 47-65.

[7] Olshansky T, Antonucci L, Berkman H, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up[J]. Health Affairs, 2012, 31(8): 1803-1813.

[8] 黄枫,吴纯杰. 基于转移概率模型的老年人长期护理需求预测分析[J]. 经济研究, 2012(S2): 119-130.

[9] 黄枫,吴纯杰. 中国医疗保险对城镇老年人死亡率的影响[J]. 南开经济研究, 2009(6): 126-137.

[10] 焦开山. 中国老人丧偶与其死亡风险的关系分析——配偶照顾的作用[J]. 人口研究, 2010(3): 64-76.

[11] 曾宪新. 社会经济地位对我国老年人死亡风险的影响[J]. 人口与经济, 2007(5): 50-55.

[12] 陶立群. 高龄老人自理能力和生活照料及其对策[J]. 中国人口科学, 2004(S1): 36-41.

[收稿日期:2020-03-22 修回日期:2020-06-28]

(编辑:赵晓娟)