

新医改政策对医疗公平性的影响研究

孟 贝¹, 贺庆功², 马语莲², 杨秀木^{1,3}, 齐玉龙³

[摘要] **目的:**从居民的视角了解新医改政策对医疗公平性的影响。**方法:**使用课题组自行设计的《城乡居民新医改政策绩效评价调查问卷》,采用便利抽样法,对安徽省 2 737 名城乡居民的卫生服务公平性进行一对一入户问卷调查。**结果:**在健康的公平指标中,按收入状况将居民分为 <1 000 元、1 000 ~ 3 000 元、>3 000 ~ 5 000 元和 >5 000 元,从低到高收入居民 2 周患病率分别为 36.8%、26.8%、26.8%、22.3%;慢性病患病率分别为 24.6%、18.3%、17.7%、18.3%,不同收入居民 2 周患病率和慢性病患病率差异均有统计学意义($P < 0.01$),并随着经济水平的降低呈增长趋势。logistic 回归显示,居民的年龄、家庭人均月收入是 2 周患病的影响因素;居民的年龄、学历、婚姻状况、家庭收入和支付方式是慢性病患病的影响因素。在卫生服务利用的公平性指标中,不同收入居民患病就诊率分别为 13.1%、9.4%、10.1%、6.9%;过去一年的住院率分别为 7.2%、4.5%、4.4%、2.3%。不同收入组 2 周就诊率和住院利用率的差异均有统计学意义($P < 0.05$)。logistic 回归显示,居民的文化程度越高,2 周患病就诊率就越高。在卫生筹资的公平性指标中,不同收入居民年人均医药费用构成,自费比例下降,公费比例升高。**结论:**城乡居民健康状况存在差异,对卫生服务的需要水平不一致,低收入家庭需要更大;城乡居民主要选取乡镇/社区卫生服务中心就诊,对公共卫生服务的需求和利用得到了改善;在卫生筹资方面存在一定程度的不公平性。

[关键词] 卫生服务;城乡居民;健康公平;卫生服务利用公平;卫生筹资公平

[中图分类号] R 19

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.03.006

The effect of the new health care reform policy on the medical equity

MENG Bei¹, HE Qing-gong², MA Yu-lian², YANG Xiu-mu^{1,3}, QI Yu-long³

(1. Department of Nursing, 2. Department of Ideological and Political,

3. Research Center for General Practice Education Development, Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233030, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effects of new health care reform policy on health equity from the resident's perspective. **Methods:** The health service fairness in 2 737 urban and rural residents in Anhui province were investigated by the self-designed questionnaire "the Questionnaire on New Medical Reform Policy Performance from Urban and Rural Resident's Evaluation" using the convenience sampling method. **Results:** Among the fair indicators of health, the residents were divided into the <1 000 yuan group, 1 000 to 3 000 group, >3 000 to 5 000 and >5 000 group according to their income, the two weeks prevalence rates in four groups were 36.8%, 26.8%, 26.8% and 22.3%, respectively. The prevalence rates of the chronic diseases in four groups were 24.6%, 18.3%, 17.7% and 18.3%, respectively. The differences of the two weeks prevalence rates and prevalence rates of chronic diseases in four groups were statistically significant ($P < 0.01$), which increased with the decreasing of income. Logistic regression model showed that the age and average family income were the risk factors of two weeks prevalence rates, and the age, culture degree, marital status, average family income and payment were the risk factors of chronic illnesses. Among the equitable index of health service utilization, the visit rates in four groups were 13.1%, 9.4%, 10.1% and 6.9%, respectively, and the hospitalization rates of past year in four groups were 7.2%, 4.5%, 4.4% and 2.3%, respectively. The differences of the visit rates of two weeks and hospitalization rates in four groups were statistically significant ($P < 0.05$). Logistic regression model showed the visit rates of two weeks increased with culture degree increasing. Among the fairness index of health financing, the own expense proportion dropped and the public expense proportion increased. **Conclusions:** The need of health service in different health status of urban and rural residents is different, low income families need more. Residents mainly chose villages and towns/community health service center, and the public health service demand and utilization have been improved. The health financing is unfair in a certain degree.

[收稿日期] 2014-12-26

[基金项目] 安徽省科技厅软科学研究计划资助项目(1402052051);安徽省教育厅重大教学改革研究资助项目(2013zdx108);安徽省教育厅人文社会科学研究重点资助项目(SK2013A111)

[作者单位] 蚌埠医学院 1. 护理学系, 2. 思政部, 3. 全科医学教育发展研究中心, 安徽 蚌埠 233030

[作者简介] 孟 贝(1989-),女,硕士研究生。

[通信作者] 齐玉龙, 硕士研究生导师, 教授。E-mail: qiyulong@ahedu.gov.cn

[Key words] health service; rural and urban resident; health equity; equity of health service utilization; equity of health financing

2009 年,中共中央、国务院颁布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009 - 2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》掀起了新一轮医疗卫生

体制改革,称为“新医改”^[1]。医改的目的是通过建立基本医疗卫生制度,完善医疗卫生体系,缓解当前突出的“看病难、看病贵”问题和医患矛盾,并最终改善和维护人民健康。改革的成效是坚定改革方向、政策和路径的重要依据。目前对医改效果的评估,一般采用医疗卫生体系的评估标准。WHO 强调公平和效率是衡量医改绩效评价的标准,医疗卫生领域中的公平性(医疗公平性)意味着生存机会的分配应以需要为导向,而不是取决于社会特权或收入差异。医疗卫生公平性就是要努力降低社会各类人群在健康和医疗卫生服务利用上的不公正和不应有的社会差距,力求使每个社会成员均能达到基本生存标准。Wagstaff 等^[2]认为卫生服务公平性包括三个方面:健康状况公平,不同社会人群的健康水平相等或相似,健康状况分布均衡;卫生服务利用公平,以按需分配原则,相同的卫生服务需要应该获得同样的卫生服务,不同的卫生服务需要应该获得不同的卫生服务;卫生筹资公平,按可支付能力原则,社会成员按支付能力支付卫生费用。

2000 年 WHO 曾提出用儿童成活率分布指数和伤残调整期望寿命来衡量居民健康状况^[3-4],用反应性来表示卫生服务提供过程中的公平性,用卫生筹资公平性指数来表示卫生筹资的公平性。由于现场实施中,各调查指标不易衡量和标化,目前我国在卫生服务公平性研究中,众多研究均从人群健康状况方面来评价健康公平性^[5],用就诊率、住院率等指标来评价利用的公平性。并根据不同收入人群医疗费用占收入比例来评价卫生筹资的公平性^[6]。本研究采用以上指标,对安徽省城乡居民医疗公平性进行评价,旨在为相关部门科学配置医疗卫生资源、正确制定卫生服务相关政策提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

在全国 18 个省市共发放问卷 3 750 份,收回问卷 3 550 份,回收率为 94.67%,其中有效问卷 3 511 份,有效率为 98.90%;剔除数据缺失问卷及安徽省外问卷,最终得到填写数据完整的安徽省样本 2 737 份,占 78.0%。调查对象社会学特征见表 1。

1.2 研究方法

1.2.1 研究工具

采用课题组自行设计的《城乡居民新医改政策绩效评价调查问卷》。选取问卷中关于居民基本情况、2 周患病情况、慢性病患病情

表 1 城乡居民社会学特征基本情况构成

社会学特征	n	构成比/%
性别		
男	1 481	54.1
女	1 256	45.9
年龄/岁		
<18	110	4.0
18~44	1 827	66.8
45~59	580	21.2
≥60	220	8.0
学历		
初中及以下	864	31.6
高中/中专	679	24.8
大专	339	12.4
本科及以上	855	31.2
职业		
工人	224	8.2
农民	655	23.9
专业技术人员、管理人员	334	12.2
企业员工	221	8.1
自由职业者	284	10.4
离退休	93	3.4
学生	748	27.3
军人	11	0.4
其他	167	6.1
家庭人均月收入/元		
<1 000	581	21.2
1 000~3 000	1 395	51.0
>3 000~5 000	586	21.4
>5 000	175	6.4
支付方式		
公费	87	3.2
医疗保险	1 270	46.4
自费	1 324	48.4
其他	56	2.0
婚姻状况		
未婚	1 037	37.9
已婚	1 641	60.0
其他	59	2.2

况、就诊情况、住院情况、家庭医药费用支出情况等内容进行分析。

1.2.2 调查方法

2014 年 9~10 月,采用便利抽样的方法,由调查员一对一入户进行调查。本次调查人员为我校临床医学本科生,具有扎实的专业基础,并在调查开始前由专业老师对其进行统一的现场调查培训。要求居民独立填写问卷,自行完成;对

于不能完成问卷者由调查者逐条询问,逐条记录调查对象的回答;调查结束后对所有调查问卷进行逻辑纠错等审核。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 logistic 回归分析。

2 结果

2.1 不同社会学特征情况下居民患病、慢性病患病情况调查 居民 2 周患病率为 28.6%。不同年龄、家庭人均月收入居民的 2 周患病率差异有统计学意义($P < 0.01$),不同性别、学历、婚姻状况、职业、支付方式的居民 2 周患病率差异均无统计学意义($P > 0.05$)。居民慢性病患病率为 19.5%。男性慢性病患病率高于女性;随着年龄增长慢性病患病率呈增长趋势, ≥ 60 岁慢性病患病率高达 58.2%。文化程度高的居民较文化程度低的居民慢性病患病率低,初中及以下人群的慢性病患病率最高,为 30.8%;离退休人群的慢性病患病率为 58.1%;慢性病患病率在低收入居民中较高。不同性别、年龄、学历、婚姻状况、职业类型、家庭人均月收入和支付方式的慢性病患病率差异均有统计学意义($P < 0.01$)(见表 2)。

2.2 影响健康公平的因素分析

2.2.1 2 周患病影响因素分析 以是否 2 周患病作为因变量,性别、年龄、学历、婚姻状况、家庭人均月收入等作为自变量进行多因素分析。logistic 回归分析结果显示,城乡居民的年龄、家庭收入是 2 周患病的影响因素,居民年龄越大,家庭收入越低,则 2 周患病率就越高($P < 0.01$)(见表 3)。

2.2.2 慢性病患病影响因素分析 以是否慢性病患病作为因变量,性别、年龄、学历、婚姻状况、职业、家庭人均月收入和支付方式作为自变量进行多因素分析。logistic 回归分析结果显示,居民的年龄、学历、婚姻状况、家庭收入和支付方式均是慢性病患病的危险因素。文化程度越低,年龄越大,婚姻状况越差,家庭收入越低,则慢性病患病率越高($P < 0.05 \sim P < 0.01$)(见表 4)。

2.3 调查对象的卫生服务利用水平和影响卫生服务利用的因素分析

2.3.1 调查人群卫生服务利用公平现状 不同收入居民 2 周就诊率和住院利用率差异均有统计学意义($P < 0.05$),在就诊构成中,乡镇/社区就诊占首位,为 13.3%,其次为县级/二级医院占 7.8%,三级/专科医院占 5.1%,城乡患者 2 周就诊机构主要

集中于乡镇/社区卫生服务中心(见表 5)。

2.3.2 2 周患病就诊的影响因素分析 以 2 周患病后是否就诊为因变量,以性别、年龄、婚姻状况、职业类型等作为自变量,进行多因素分析。logistic 回归分析结果显示,居民的文化程度越高,2 周患病就诊率越高($P < 0.05$)(见表 6)。

表 2 不同社会学特征城乡居民 2 周患病率和慢性病患病率比较[n ;百分率(%)]

社会学特征	n	2 周患病	χ^2	P	慢性病患病	χ^2	P
性别							
男	1 481	425(28.7)	0.004	>0.05	326(22.0)	12.86	<0.01
女	1 256	359(28.6)			208(16.6)		
年龄/岁							
<18	110	30(27.3)	20.34	<0.01	14(12.7)	257.95	<0.01
18~44	1 827	504(27.6)			203(11.1)		
45~59	580	158(27.2)			189(32.6)		
≥ 60	220	92(41.8)			128(58.2)		
学历							
初中及以下	864	276(31.9)	7.48	>0.05	266(30.8)	122.32	<0.01
高中/中专	679	176(25.9)			131(19.3)		
大专	339	94(27.7)			50(14.7)		
本科及以上	855	238(27.8)			87(10.2)		
婚姻状况							
未婚	1 037	298(28.7)	0.71	>0.05	77(7.4)	156.94	<0.01
已婚	1 641	472(28.8)			445(27.1)		
其他	59	14(23.7)			12(20.3)		
职业							
工人	224	55(24.6)	7.96	>0.05	49(21.9)	222.88	<0.01
农民	655	206(31.5)			196(29.9)		
专业技术人员、管理人员	334	95(28.4)			66(19.8)		
企业员工	221	65(29.4)			30(13.6)		
自由职业者	284	68(23.9)			53(18.7)		
离退休	93	28(30.1)			54(58.1)		
学生	248	214(28.6)			48(6.4)		
军人	11	4(36.4)			4(36.4)		
其他	167	49(29.3)			34(20.4)		
家庭人均月收入/元							
$<1 000$	581	214(36.8)	25.80	<0.01	143(24.6)	12.30	<0.01
1 000~3 000	1 395	374(26.8)			255(18.3)		
$>3 000 \sim 5 000$	586	157(26.8)			104(17.7)		
$>5 000$	175	39(22.3)			32(18.3)		
支付方式							
公费	87	20(23.0)	1.42	>0.05	26(29.9)	30.97	<0.01
医疗保险	1 270	365(28.7)			292(23.0)		
自费	1 324	383(28.9)			203(15.3)		
其他	56	16(28.6)			13(23.2)		

表3 2周患病多因素回归分析结果

影响因素	B	SE	Wals	P	Exp(B)	Exp(B)95% CI	
						下限	上限
性别	0.026	0.087	0.091	0.763	1.026	0.866	1.216
年龄	-0.221	0.069	10.265	0.001	0.802	0.700	0.918
学历	0.039	0.044	0.753	0.385	1.039	0.953	1.134
婚姻状况	0.168	0.112	2.257	0.133	1.183	0.950	1.473
职业	-0.002	0.021	0.009	0.922	0.998	0.957	1.041
家庭人均月收入	0.199	0.056	12.582	0.000	1.220	1.093	1.361
支付方式	-0.007	0.074	0.010	0.922	0.993	0.858	1.148
常量	0.636	0.403	2.487	0.115	1.889		

表4 慢性病患病多因素分析结果

影响因素	B	SE	Wals	P	Exp(B)	Exp(B)95% CI	
						下限	上限
性别	0.210	0.107	3.847	0.050	1.233	1.000	1.521
年龄	-0.887	0.077	133.821	0.000	0.412	0.354	0.479
学历	0.181	0.056	10.536	0.001	1.199	1.074	1.337
婚姻状况	-0.476	0.141	11.353	0.001	0.621	0.471	0.819
职业	0.005	0.025	0.037	0.847	1.005	0.957	1.055
家庭人均月收入	0.162	0.070	5.352	0.021	1.176	1.025	1.349
支付方式	0.256	0.090	8.100	0.004	1.292	1.083	1.541
常量	2.758	0.494	31.144	0.000	15.765		

表5 调查对象卫生服务利用情况

分组/元	n	患病就诊率	就诊构成(%)			住院利用率
			乡镇/社区	县级/二级	三级/专科	
<1 000	581	76(13.1)	115(19.8)	55(9.5)	36(6.2)	42(7.2)
1 000~3 000	1 395	131(9.4)	171(12.3)	109(7.8)	56(4.0)	63(4.5)
>3 000~5 000	586	59(10.1)	66(11.3)	42(7.2)	39(6.7)	26(4.4)
>5 000	175	12(6.9)	13(7.4)	8(4.6)	8(4.6)	4(2.3)
合计	2 737	278(10.2)	365(13.3)	214(7.8)	139(5.1)	135(4.9)
χ^2	—	8.43	—	—	—	9.97
P	—	<0.05	—	—	—	<0.05

表6 调查对象2周患病就诊多因素分析结果

影响因素	B	SE	Wals	P	Exp(B)	Exp(B)95% CI	
						下限	上限
性别	0.109	0.129	0.711	0.399	1.115	0.866	1.435
年龄	-0.118	0.099	1.436	0.231	0.889	0.732	1.078
学历	0.142	0.067	4.461	0.035	1.153	1.010	1.316
婚姻状况	0.152	0.169	0.802	0.370	1.164	0.835	1.622
职业	0.054	0.032	2.725	0.099	1.055	0.990	1.124
家庭人均月收入	0.134	0.084	2.541	0.111	1.143	0.970	1.348
支付方式	-0.128	0.110	1.345	0.246	0.880	0.709	1.092
常量	1.513	0.598	6.407	0.011	4.541		

2.3.3 居民未就诊情况分析 主要原因有病情轻

不需要(34.5%)、没有时间(13.8%)、感觉治疗无作用(16.0%)及经济困难(21.7%),而交通不方便为5.7%,其他为3.6%,医疗服务差为4.7%。自感病情轻是居民患病不就诊的最主要原因。

2.3.4 居民就诊原因情况分析 进行就诊的主要原因为距离近(29.6%)、价格低(13.7%)、质量好(16.2%)、定点单位(8.5%)、有熟人(7.9%)、有信赖的医生(11.0%)、服务态度好(10.4%)及其他(1.3%)。离医疗机构的距离是就诊最重要的因素,其次是价格低和质量好。

2.4 调查对象的卫生筹资公平性状况 在调查人群医疗费用构成中,公费占3.2%,医疗保险占46.4%,自费占48.4%,其他占2.0%,并且随着经济水平的提高,自费比例下降,公费比例升高,说明城乡居民的卫生服务筹资在一定程度上存在不公平性(见表7)。

表7 调查对象医药费用构成[n;构成比(%)]

分组/元	n	公费部分	医疗保险	自费部分	其他
<1 000	581	7(1.2)	186(32.0)	364(62.7)	24(4.1)
1 000~3 000	1 395	35(2.5)	669(48.0)	675(48.4)	16(1.1)
>3 000~5 000	586	24(4.1)	322(54.9)	226(38.6)	14(2.4)
>5 000	175	21(12.0)	93(53.1)	59(33.7)	2(1.1)
合计	2 737	87(3.2)	1 270(46.4)	1 324(48.4)	56(2.0)

3 讨论

健康状况受到综合因素的影响,与生活环境、经济状况、教育程度、卫生服务利用可及性等有关。采用单因素分析发现,不同年龄、家庭人均月收入是居民2周患病的影响因素;不同年龄、学历、婚姻状况、职业类型、人均月收入和支付方式是居民患慢性病的影响因素;年龄越大、文化程度越低、经济状况越差,其慢性病患病越高,这一结果与李江红等^[7]研究结果不一致,其对甘肃省贫困地区育龄妇女的研究认为文化程度越高,年龄越大,家庭收入越高,慢性病患病率越高。本研究结果可能与居民卫生知识掌握程度和对自身生活质量的关心以及就医承受能力等因素有关,即在安徽,年龄越轻,文化程度越高、经济状况越好,卫生知识掌握程度越高,越关心自身生活质量,就医承受能力相对越高^[8-9]。而甘肃位于我国西北地区,文化程度高、家庭收入高的居民生活习惯并没有发生相应改变^[7]。本研究与其他类似研究^[8-9]结果一致。

采用居民 2 周患病率和慢性病患者率进行健康公平性分析发现,城乡居民人群的患病率和慢性病患者率存在差异,提示城乡居民卫生服务需要水平不一致。患病率高于 2014 年安徽省卫生服务调查结果(22.8%),居民因患病对卫生服务需要增加。慢性病患者率低于安徽省慢性病患者率(29.4%),可能与最近几年安徽省开展慢性病防控措施,取得的效果较好有关。logistic 回归分析发现,年龄和经济收入均是 2 周患病率和慢性病患者率的影响因素。在不同收入组间居民患病率和慢性病患者率存在差异,与文献^[10]研究结果一致,经济状况是造成社会健康不公平的最深层次原因。

以 2 周门诊就诊情况和住院利用情况进行公平性分析发现,低收入人群的就诊率和住院率明显低于高收入组,这可能由于低收入人群经济状况相对较差、生活水平相对较低、健康相关知识缺乏、对疾病的认识和自身健康的重视不够,健康状况难以得到应有的保障,生了病得不到及时治疗,导致身体状况不佳^[11]。文化程度是公众判断和接受健康信息能力的主要影响因素^[12],很大程度上影响一个人对疾病的认识程度,文化程度越高,对疾病的认识相对越充分,治疗的主动性也就越强。城乡居民的就诊机构主要为乡镇/社区卫生服务中心,这与 2014 年安徽省卫生服务调查结果一致,提示居民对基层公共卫生服务的需求和利用得到了改善。

在医疗费用构成中,随着经济水平的提高,自费比例下降,公费比例升高,在一定程度上表明卫生筹资的不公平性,加大了居民的医疗费用负担,使贫富差距加大^[13]。研究^[14]表明,不同医疗保障制度人群的卫生服务公平性存在明显差别。本研究中医疗保险比例小于自费比例,参保覆盖率未达到国家要求的 90%,这也说明了卫生资源短缺是造成卫生服务不公平的根本原因。

为了提高卫生服务的公平性,今后政府相关部

门需加大力度提高低收入人群的经济水平,缩小城乡贫富差距,健全医疗卫生保障制度、健康知识宣教,推进基层卫生服务制度等措施,实现公平性。

[参 考 文 献]

- [1] 王诺,杨卫彬,王永炎. 新医改与我国医疗卫生体制的公平性[J]. 北京中医药大学报,2010,33(8):509-513.
- [2] Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care[J]. J Hum Resour,2000,35(4):716-733.
- [3] Terschuren C, Mekel OC, Samson R, et al. Health status of "Ruhr-City" in 2025 predicted disease burden for the metropolitan Ruhr area in North Rhine Westphalia[J]. Eur J Public Health,2009,19(5):534-540.
- [4] Zhou SC, Cai L, Wang J, et al. Measuring the burden of disease using disability adjusted life years in Shilin County of Yunnan Province, China[J]. Environ Health Prev Med, 2011, 16(3):148-154.
- [5] 朱伟,田庆丰,朱洪彪. 河南省农村地区卫生服务公平性研究[J]. 卫生经济研究,2001(1):27-29.
- [6] 李顺平,孟庆跃. 卫生服务公平性及其影响因素研究综述[J]. 中国卫生事业管理,2005(3):132-134.
- [7] 李江红. 甘肃省贫困地区育龄妇女健康现状及卫生服务公平性研究[M]. 兰州:兰州大学,2007.
- [8] 王媛,于维莉,芦文丽,等. 天津社区居民慢性病患病现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2012,28(3):46-48.
- [9] 王海鹏,孟庆跃. 慢性病患者医疗服务利用影响因素及其趋势研究[J]. 中国初级卫生保健,2013,27(8):83-85.
- [10] Dalal K, Aremu O. Fairness of utilizing health care facilities and out-of-pocket payment burden: evidence from cambodia [J]. J Biosoc Sci,2013,45(3):345-357.
- [11] 洪浩远. 福建省首次公众健康素养状况调查分析[D]. 福州:福建医科大学,2010.
- [12] Unger F. Health is wealth: considerations to european healthcare [J]. Prilozi,2012,33(1):9-14.
- [13] 叶冬青,何义林,马李,等. 安徽省岳西县新型合作医疗对健康及卫生服务公平性影响的研究[J]. 中华流行病学杂志,2006,27(11):934-938.
- [14] Reungjui S, Anunnatsiri S, Limwattananon C, et al. Health insurance system and health care provision: nationwide hospital admission data 2010 [J]. J Med Assoc Thai, 2012, 95(7):240-253.

(本文编辑 姚仁斌)