

慢性病共病对城市贫困家庭医疗卫生支出的影响研究*

黄宵^{①②}, 顾雪非^③, 向国春^④

摘要 目的: 评估慢性病共病对贫困家庭医疗卫生相关支出的影响。方法: 采用自行设计的问卷, 对2 300户获得最低生活保障的贫困家庭进行调查。使用秩和检验、线性回归、分位数回归等分析方法进行评估。结果: 有慢性病共病成员家庭的人均慢性治疗支出较有患1种慢性病成员家庭增加了20.95%; 在第10、第25、第50、第75、第90分位下, 有慢性病共病成员家庭的人均医疗卫生支出较无慢性病成员家庭增加了32.68%、32.65%、30.70%、32.89%、32.72%, 家庭医疗卫生支出占总支出比重分别增加了5.12%、7.97%、13.56%、18.94%、21.60%。结论: 慢性病共病增加了贫困家庭慢性病治疗支出、医疗卫生支出; 加大了家庭医疗卫生支出占总支出比重, 挤占了家庭其他支出。因此, 应进一步加大慢性病共病门诊保障力度、逐步建立起支出性医疗救助制度、加强贫困家庭慢性病共病的社区管理及贫困家庭的自我健康管理。

关键词 慢性病共病; 家庭医疗卫生支出; 城市贫困家庭

中图分类号 R1-9; R195 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)12-0062-06

Studying the Influence of Multimorbidity on Medical and Health Expenditure of Urban Poor Families/HUANG Xiao, GU Xue-fei, XIANG Guo-chun//Chinese Health Economics, 2022,41(12):62-66,75

Abstract Objective: To evaluate influences of multimorbidity on health expenditure of urban poor families. **Methods:** A total of 2 300 poor families were surveyed with a self-designed questionnaire. Kruskal-Wallis Test, Linear Regression and Quantile Regression were used to assess the impact. **Results:** The per capita expenditure on chronic treatment for households with members with chronic co-morbidities increased by 20.95% compared to households with members suffering from 1 chronic disease; at the 10th, 25th, 50th, 75th and 90th percentiles, the per capita expenditure on health care for households with members with chronic co-morbidities increased by 32.68%, 32.65%, 30.70%, 32.89% and 32.72% compared to households without members with chronic diseases, and household health expenditure as a proportion of total expenditure increased by 5.12%, 7.97%, 13.56%, 18.94% and 21.60% respectively. **Conclusion:** The multimorbidity increases the chronic disease treatment expenditure and health expenditure of poor families. The proportion of family medical and health expenditure in total expenditure has been increased, and other household expenditures have been squeezed out. Therefore, efforts should be made to improve the outpatient security of multimorbidity, establish expenditure based medical assistance system, strength community management and self-management of multimorbidity.

Keywords multimorbidity; family health expenditure; urban poor family

First-author's address Business School, Macau University of Science and Technology, Macau, 999078, China; School of Humanities and Management Science, Southwest Medical University, Luzhou, Sichuan, 646000, China

Corresponding author XIANG Guo-chun, E-mail: melinda_lx@163.com

疾病是家庭陷入贫困的重要风险因素, 为治疗疾病花费的医疗卫生费用将给贫困家庭带来沉重的经济压力^[1]。慢性病共病是指同一患者体内共存有两种或两种以上慢性病^[2], 是我国贫困人群健康的一大挑战^[3], 其严重影响了居民的生活质量, 增加了死亡风险, 提高了卫生资源消耗及医疗成本^[4]。既往研究证实了慢性病共病将会增加家庭的医疗卫生支出^[5], 但研究对象为中老年人或老年人, 尚未关注到贫困人群和贫困家

庭, 而贫困人群具有更高的慢性病共病患率, 慢性病共病可能会给贫困家庭带来更大的支出风险。本研究以城市地区的贫困家庭为研究对象, 评估慢性病共病对贫困家庭医疗卫生支出的影响。

1 资料与方法

1.1 调查对象与方法

以经吉林省民政厅和辽宁省3个市民政局确认的、享受了低保的家庭作为调查对象。采用最低生活保障线法, 以是否获得国家最低生活保障(以下简称低保)作为衡量是否贫困的标准进行研究。

1.2 调查内容

本研究采用自行设计的问卷, 由经统一培训后的调查员逐一入户询问并收集资料。调查内容如下: 调查家庭人口社会学特征, 包括家庭人员数、家庭结构、家庭成员年龄、学历、获得的社会保障情况等; 家庭成员健康状况, 包括慢性病患病情、调查前1年住院情况等内容; 家庭经济和消费情况, 包括家庭收入来源、收入结构、支出情况、支出结构、家庭拥有

* 基金项目: 四川省第二批“三全育人”综合改革试点院(系)项目; 四川省农村发展研究中心项目(2017CR18); 广东省哲学社会科学规划项目(GD19CGL37); 广东省卫生总费用核算研究。

① 澳门科技大学商学院 澳门 999078

② 西南医科大学人文与管理学院 四川 泸州 646000

③ 国家卫生健康委员会卫生发展研究中心 北京 100191

④ 南方医科大学卫生管理学院 广州 510515

作者简介: 黄宵(1986—), 女, 博士在读, 副教授; 研究方向: 健康经济; E-mail: huangxiao_2010@163.com。

通信作者: 向国春, E-mail: melinda_lx@163.com。

的家用电器、交通工具、住房情况等。

1.3 抽样方法

本次调查采用系统抽样的方式，即根据当地民政厅（局）花名册中低保家庭编号，按照等距方式抽取样本。共调查2 300户家庭，其中有效问卷2 049份，问卷有效率为89.08%。

1.4 统计方法

采用EpiData软件对问卷进行双人双录入，录入后交互核对；采用SPSS 23.0和Stata 16.0软件对数据进行分析，使用的统计方法包括秩和检验、多元线性回归、EY分位数回归。

在进行多组秩和检验时，使用分割检验，并将检验水准调整至 α' ，分割检验公式为 $(1-\alpha)^{C_k^2} = 1-\alpha \Rightarrow (1-\alpha')^{\frac{k(k-1)}{2}} = 1-\alpha \Rightarrow \alpha' = 1 - (1-\alpha)^{\frac{2}{k(k-1)}}$ ，其中， $\alpha = 0.05$ ， k 为组数， C 为排列组合的数学符号， C_k^2 表示从 k 组中抽取2组进行组合的结果数。

为分析慢性病共病是否会对家庭医疗卫生支出产生影响，本研究采用分位数回归方式进行模型拟合。分位数回归是对均值回归的扩展，依据被解释变量的条件分位数对自变量进行回归分析，分位数回归能够捕捉分布的尾部特征，当自变量对不同部分的被解释

变量产生不同影响时，比如存在左偏或右偏时，能更加全面地刻画分布的特征^[6]。本研究分析的家庭医疗卫生支出即存在一定偏斜程度的分布，因此，分位数回归更够更好地进行模型拟合。在拟合时，将分位数取到第10、第25、第50、第75、第90分位，其中，第10和第25分位为低分位段、第50分位为中分位段、第75和第90分位为高分位段。

1.5 变量设置

为分析慢性病共病对贫困家庭医疗卫生出的影响，以家庭慢性病治疗支出、家庭医疗卫生支出、家庭总支出、家庭医疗卫生支出占总支出比重为被解释变量，以家庭人口学社会学特征、家庭医疗保障情况、家庭经济情况等为控制变量。各变量的解释和定义见表1。

2 结果

2.1 调查家庭基本情况

本研究共调查了2 049户家庭，其中，A市527户，B市542户，C市980户。调查家庭平均每户人口为1.73人，家庭成员平均年龄为46.89岁。有23.43%的家庭有患1种慢性病的家庭成员，有慢性病共病家庭成员的家庭占14.74%。有15.37%的家庭调查前1年有家庭成员住院。有31.87%的家庭获得了医疗救助，92.39%的家庭加入了社会医疗保险。12.69%的家庭有

表1 主要变量的描述性统计

变量	定义及赋值
被解释变量	
家庭慢性病治疗支出	调查家庭过去1年使用现金支付的慢性病治疗费用，包括自购药品、门诊、住院等费用，不包含医疗救助、医疗保险等医疗保障制度给予的救助和补偿金
家庭医疗卫生支出	调查家庭过去1年使用现金支付的医疗卫生支出，包括门诊、自购药品、住院等费用，不包含医疗救助、医疗保险等医疗保障制度给予的救助和补偿金
家庭总支出	调查家庭过去1年的所有支出总额
家庭医疗卫生支出占总支出比重	调查家庭过去1年的家庭医疗卫生支出除以家庭总支出
解释变量	
家庭是否有患1种慢性病的家庭成员	1=家庭成员中至少有1人患有1种经医生确诊的慢性病，0=无慢性病成员家庭
家庭是否有慢性病共病的家庭成员	1=家庭成员中至少有1人是慢性病共病患者，0=无慢性病成员家庭
控制变量	
家庭中是否有人住院	1=调查前1年家庭成员有人住院，0=调查前1年家庭成员无人住院
家庭人口数	家庭成员计数（人）
家庭成员平均年龄	家庭成员平均年龄（岁）
家庭成员中最高文化程度	1=文盲，2=小学，3=初中，4=高中（中专），5=大专，6=本科及以上
家庭成员是否就业	1=家庭中至少有1人就业，0=家庭中无人就业
家庭是否参加社会医疗保险	1=家庭中至少有1人参加了城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险，0=家庭中无人参加社会医疗保险
家庭是否已获得医疗救助	1=已获得，0=未获得
家庭是否有除政府救助外的收入来源	1=有，0=没有
家庭是否有外债	1=有，0=没有
家庭是否是自有房屋	1=自有，0=租房或其他
家庭家用电器种类	家庭自有的家用电器种类数（种）
家庭是否使用桶装水	1=桶装水，0=自来水或其他

家庭成员就业，23.57%的家庭有除政府救助金外的收入来源，31.19%的家庭有外债。55.30%的家庭是自有房屋，有1.56%的家庭使用了桶装水，平均每个家庭家用电器种类数为2.75种。在有慢性病家庭成员的家庭中，家庭人均自付慢性病治疗费用的中位数为1 000元/年，家庭人均自付医疗卫生支出的中位数为1 200元/年，家庭人均总支出为6 000元/年，自付医疗卫生支出占家庭总支出比重的中位数为21.38%。

2.2 不同类别贫困家庭的慢性病相关支出对比分析

为分析慢性病共病对家庭医疗卫生支出的影响，本研究将家庭分为3个类别：有慢性病共病成员家庭、有患1种慢性病成员家庭及无慢性病成员家庭。在家庭人均自付慢性病治疗支出上，有共病成员家庭年支出中位数为1 333.33元，有患1种慢性病成员家庭为666.67元，见表2。经秩和检验后，有慢性病共病成员家庭的家庭人均自付慢性病费用更高。在家庭人均医疗卫生支出上，经秩和检验和分割检验（检验水准调整至 $\alpha'=0.0169$ ），差异均有统计学意义，有慢性病共病成员家庭高于有患1种慢性病成员家庭，有患1种慢性病成员家庭高于无慢性病成员家庭。

为进一步考察分析慢性病共病对贫困家庭医疗卫生支出的结构性影响，本研究分析了家庭慢性病治疗支出占医疗卫生支出比重、家庭慢性病治疗支出占总支出的比重、家庭医疗卫生支出占总支出比重3个指标。在有慢性病成员的家庭中，经秩和检验后，发现

家庭慢性病治疗支出占医疗卫生支出比重、家庭慢性病治疗支出占总支出的比重均高于有患1种慢性病成员家庭。经秩和检验和分割检验后，在家庭医疗卫生支出占总支出比重上，有慢性病共病成员家庭高于有患1种慢性病成员家庭，有患1种慢性病成员家庭高于无慢性病成员家庭，对比情况见表2。

2.3 慢性病共病对家庭慢性病治疗支出的影响

为分析慢性病共病对家庭慢性病治疗支出的影响，本研究以有慢性病患者家庭成员的家庭（ $n=782$ 户）的进行分析。以家庭人均慢性病治疗支出对数为被解释变量，采用多元线性回归（步进）进行拟合。模型见表3。

经回归拟合后，在调整了慢性病共病和其他变量对家庭人均慢性病治疗支出对数的共同线性影响后，发现有慢性病共病成员家庭的人均慢性治疗支出较有患1种慢性病成员家庭增加了20.95%。

2.4 慢性病共病对家庭医疗卫生支出的影响

为分析慢性病共病对家庭医疗卫生支出的影响，本研究以家庭人均医疗卫生支出对数为被解释变量，使用分位数回归模型进行拟合。模型结果见表4。

在调整了慢性病共病和其他变量对家庭人均医疗卫生支出对数的共同线性影响后，各分位段下，有慢性病共病成员家庭的人均医疗卫生支出均高于无慢性病成员家庭。同时，在低分位费用段和高分为费用段影响更大。在第10和第25分位费用段，有慢性病共病

表2 不同家庭慢性病医疗卫生相关支出情况

家庭类型	人均自付慢性病治疗支出中位数(元)	人均医疗卫生支出中位数(元)	家庭慢性病治疗支出占医疗卫生支出比重(%)	家庭慢性病治疗支出占总支出比重(%)	家庭医疗卫生支出占总支出比重(%)
有慢性病共病成员家庭	1 333.33 (500.00,3 333.33)	2 575.00 (1 333.33,5 000.00)	80.00 (33.33,100.00)	18.18 (7.14,42.16)	39.61 (20.00,56.04)
有患1种慢性病成员家庭	666.67 (250.00,2 000.00)	1 500.00 (750.00,3 000.00)	61.25 (20.00,100.00)	12.18 (4.20,28.57)	26.79 (14.29,44.44)
无慢性病成员家庭	-	1 000.00 (500.00,2 000.00)	-	-	16.67 (7.94,30.00)

注：括号中数据为上四分位数和下四分位数。

表3 慢性病共病对家庭慢性病治疗支出影响的多元线性回归模型

项目	B	SE	t	P	95%CI for B
家庭是否有慢性病共病的家庭成员	0.210	0.042	4.960	<0.001	0.127 ~ 0.292
家庭中是否有人住院	0.191	0.047	4.051	<0.001	0.099 ~ 0.284
家庭人口数	-0.150	0.024	-6.320	<0.001	-0.197 ~ -0.104
家庭是否已获得医疗救助	-0.088	0.041	-2.143	0.032	-0.170 ~ -0.007
家庭是否有外债	0.147	0.041	3.563	<0.001	0.066 ~ 0.228
家庭是否有除救助外的收入来源	-0.080	0.035	-2.262	0.024	-0.150 ~ -0.011
家庭是否使用桶装水	-0.444	0.187	-2.370	0.018	-0.812 ~ -0.076
常量	3.214	0.055	58.004	<0.001	3.106 ~ 3.323

表4 慢性病共病对家庭人均医疗卫生支出影响的分位数回归模型

变量	低分位费用段		中分位费用段	高分位费用段	
	Q_{10}	Q_{25}	Q_{50}	Q_{75}	Q_{90}
解释变量					
家庭是否有患1种慢性病的家庭成员	0.247*** (0.040)	0.213*** (0.027)	0.198*** (0.030)	0.213*** (0.022)	0.232*** (0.038)
家庭是否有慢性病共病的家庭成员	0.327*** (0.080)	0.326*** (0.042)	0.307*** (0.037)	0.329*** (0.047)	0.327*** (0.079)
控制变量					
家庭中是否有人住院	0.346*** (0.070)	0.307*** (0.036)	0.312*** (0.039)	0.337*** (0.047)	0.425*** (0.064)
家庭人口数	-0.138*** (0.031)	-0.151*** (0.022)	-0.128*** (0.024)	-0.135*** (0.021)	-0.150*** (0.017)
家庭成员平均年龄	0.006*** (0.002)	0.004*** (0.001)	0.002** (0.001)	0.002** (0.001)	0.001 (0.002)
家庭成员中最高文化程度	0.003 (0.027)	-0.012 (0.015)	-0.012 (0.013)	0.005 (0.011)	0.012 (0.017)
家庭成员是否就业	-0.008 (0.075)	-0.041 (0.049)	-0.090*** (0.034)	-0.103*** (0.032)	-0.115* (0.069)
家庭是否参加社会医疗保险	0.031 (0.084)	0.037 (0.059)	0.015 (0.075)	-0.025 (0.060)	0.060 (0.040)
家庭是否已获得医疗救助	0.018 (0.041)	0.025 (0.037)	0.029 (0.021)	0.030 (0.026)	0.045* (0.023)
家庭是否有除政府救助外的收入来源	0.001 (0.032)	0.001 (0.034)	-0.004 (0.025)	-0.001 (0.031)	0.033 (0.063)
家庭是否有外债	0.199*** (0.048)	0.230*** (0.028)	0.233*** (0.028)	0.219*** (0.027)	0.267*** (0.063)
家庭是否是自有房屋	0.086** (0.042)	0.055** (0.026)	0.073*** (0.018)	0.076*** (0.024)	0.073* (0.041)
家庭家用电器种类	0.006 (0.018)	-0.015 (0.012)	-0.021 (0.014)	-0.023** (0.009)	-0.030** (0.012)
家庭是否使用桶装水	-0.331*** (0.110)	-0.233 (0.153)	-0.265** (0.118)	-0.174 (0.152)	-0.039 (0.151)
地区	控制	控制	控制	控制	控制
常量	2.148*** (0.162)	2.648*** (0.114)	2.972*** (0.118)	3.235*** (0.109)	3.473*** (0.139)

注：表中的系数为调整了其他变量的共同线性影响后，各变量平均变化1个单位，家庭人均自付医疗卫生支出对数平均变化的程度；括号中数据为标准误。*、**、***分别表示 $P<0.01$, $P<0.05$, $P<0.1$ 。 Q_{10} 、 Q_{25} 、 Q_{50} 、 Q_{75} 、 Q_{90} 分别表示家庭人均医疗卫生支出对数的第10、第25、第50、第75、第90分位数。

成员家庭的人均医疗卫生支出较无慢性病成员家庭分别平均增加了32.68%和32.65%；在第75和第90分位费用段，有慢性病共病成员家庭的人均医疗卫生支出较无慢性病成员家庭平均增加了32.89%和32.72%。

在控制变量的各分位费用段中，家庭有人住院、家庭成员平均年龄越大、有外债家庭、自有房屋家庭的人均医疗卫生支出均呈递增趋势；家庭人口数越多，人均医疗卫生支出越低。在中分位费用段和高分位费用段，家庭成员中有人就业家庭的人均医疗卫生支出更低。在低、中分位费用段中，使用桶装水家庭的人均医疗卫生支出更低。在高分位费用段中，获得

医疗救助家庭的人均医疗卫生支出更高。

2.5 慢性病共病对家庭医疗卫生支出占总支出比重的影响

为衡量慢性病共病是否造成了医疗卫生支出挤占家庭其他支出，本研究以家庭医疗卫生支出占总支出的比重为被解释变量进行分析，该比重取值是位于(0,1)区间的连续性变量，因此，使用分位数回归模型进行拟合，见表5。

拟合后，在调整了慢性病共病和其他变量对家庭医疗卫生支出占总支出比重的共同线性影响后，各分位比重段下，有慢性病共病成员家庭的医疗卫生支出

表5 慢性病共病对家庭医疗卫生支出占总支出比重影响的分位数回归模型

变量	低分位比重段		中分位比重段	高分位比重段	
	Q_{10}	Q_{25}	Q_{50}	Q_{75}	Q_{90}
解释变量					
家庭是否有患1种慢性病的家庭成员	0.033* (0.007)	0.046* (0.011)	0.080* (0.015)	0.103* (0.019)	0.135* (0.039)
家庭是否有慢性病共病的家庭成员	0.051* (0.012)	0.079* (0.011)	0.136* (0.016)	0.189* (0.015)	0.216* (0.033)
控制变量					
常量	控制	控制	控制	控制	控制
常量	0.034** (0.018)	0.058* (0.023)	0.150* (0.033)	0.263* (0.055)	0.352* (0.071)

注：表中的系数为调整了其他变量的共同线性影响后，各变量平均变化1个单位，家庭医疗卫生支出占总支出比平均变化的程度；括号中数据为标准误。*、**分别表示 $P<0.01$, $P<0.1$ 。 Q_{10} 、 Q_{25} 、 Q_{50} 、 Q_{75} 、 Q_{90} 分别表示家庭医疗卫生支出占总支出比重的第10、第25、第50、第75、第90百分位数。

占总支出比重均高于无慢性病成员家庭。分位数越高,影响越大。在第10、第25、第50、第75、第90分位比重段,有慢性病共病成员家庭的家庭医疗卫生支出占总支出比重较无慢性病成员家庭分别增加了5.12%、7.97%、13.56%、18.94%、21.60%。

在控制变量的各分位段中,家庭有人住院、家庭成员平均年龄越大、有外债家庭、自有房屋家庭的医疗卫生支出占总支出比重均呈递增趋势;家庭人口数越多、家庭成员中有人就业、家用电器种类数越多、使用桶装水的家庭,医疗卫生支出占总支出比重更低。在中分位段和高分位段,家庭有除政府救助外收入的家庭,医疗卫生支出占总支出比重更低。

3 讨论

3.1 慢性病共病增加了贫困家庭慢性病治疗支出

本次研究发现,对比于有患1种慢性病成员家庭,有慢性病共病成员的家庭人均慢性病治疗支出、慢性病治疗支出占医疗卫生支出的比重、慢性病治疗支出占总支出的比重均高于有患1种慢性病成员家庭;经多元回归分析后,发现慢性病共病家庭的人均慢性治疗支出较有患1种慢性病成员家庭平均增加了21%。可见,慢性病共病增加了贫困家庭的慢性病治疗支出,其原因可能是共病增加了卫生服务利用^[6],在自购药品、门诊和住院服务次数上均有增加,从而导致家庭慢性病治疗支出的增加。因此,慢性病共病给贫困家庭带了一定的疾病经济风险。

3.2 慢性病共病增加了贫困家庭医疗卫生支出

慢性病共病增加了贫困家庭医疗卫生支出,经分位数模型拟合后,在第10、第25、第50、第75、第90分位下,有慢性病共病成员家庭的人均医疗卫生支出均高于无慢性病成员家庭。同时,慢性病共病对贫困家庭医疗卫生支出在低分位费用和高分为费用段影响更大,原因可能是在低分位费用段中,有慢性病共病成员家庭更多地使用自购药品和门诊服务,该类费用尚未完全获得医疗救助或医疗保险的保障;在高分位费用段中,可能有慢性病共病导致了贫困家庭更多次数住院和更高的住院费用^[7-9],造成了家庭自付医疗卫生支出增加。

本研究发发现医疗保障制度对贫困家庭医疗卫生支出影响不大。在分位段费用下,家庭是否参加社会医疗保险对家庭医疗卫生支出无影响。在第90分位费用段中,获得医疗救助家庭的人均医疗卫生支出较没有获得救助的家庭增加了4.50%,说明医疗救助主要针对高费用段进行救助,这符合我国当前医疗救助的定位,但经救助后自付费用并未降低,说明救助力度仍然有待进一步加大。

3.3 慢性病共病增大了医疗卫生支出占总支出比重

本次研究发现,在各分位比重段下,有慢性病共

病成员家庭的家庭医疗卫生支出占总支出比重均高于无慢性病成员家庭,分位数越高,影响越大。因此,慢性病共病增加了贫困家庭的医疗卫生支出,且慢性病共病容易造成高额的医疗卫生支出。在高额医疗卫生支出的家庭中,家庭总支出中更多地用于医疗卫生支出,家庭被迫在住房、交通、食品、教育等方面做出让步,慢性病共病带来的家庭医疗卫生支出挤占了其他支出,导致贫困家庭的生活质量和健康状况进一步下降,陷入恶性循环。

3.4 家庭人口少、老龄化家庭是贫困家庭中高医疗卫生支出家庭

本研究发发现,家庭人口数和家庭人口平均年龄影响了贫困家庭的人均医疗卫生支出、家庭医疗卫生支出占总支出比重。在各分位段上,呈现出家庭人口数越多、人口越年轻,家庭人均医疗卫生支出、家庭医疗卫生支出占总支出比重更低的趋势,这也意味着家庭人口少、老龄化家庭的医疗卫生支出、医疗卫生支出占总支出比重较高,在家庭支出上更多地用在了医疗卫生服务上,家庭疾病经济负担较重。这两类家庭本身抗风险能力较弱,高额医疗卫生支出使其更容易陷入“疾病—贫困—疾病”的循环中。

4 建议

4.1 提升医疗保障制度中慢性病共病门诊保障力度

医疗救助和基本医疗保险制度是贫困人群疾病经济风险保障的重要制度。慢性病共病的治疗费用增加了家庭医疗卫生支出,挤占了家庭其他开支,给贫困家庭带来了支出压力和社会风险。本研究发发现,医疗保障制度对贫困家庭医疗卫生支出影响不大。究其原因,我国当前的医疗保障制度仍以住院保障、门诊特殊疾病保障为主,门诊和自购药品保障程度不足。门诊保障不足也造成了本来可通过门诊就医的慢性病共病患者选择住院就医^[7],这反而推高了家庭医疗卫生支出。

基于此,建议进一步加大医疗保障制度中的慢性病共病门诊保障力度。首先,应放宽医疗救助中门诊病种限制和提升救助额度,同时,对年累计自付门诊费用仍然较高的进行专项救助。其次,适度降低重特大疾病的医疗救助门槛,将医疗卫生支出较高的慢性病共病逐步纳入重特大疾病的医疗救助范围。最后,应加快推进社会医疗保险门诊统筹改革,进一步放松对门诊报销的约束,逐步提高门诊报销比例。对于慢性病共病患而言,门诊统筹可直接降低其医疗卫生支出,同时还可能会降低住院利用效率,进而降低其医疗卫生支出^[8],因此,门诊统筹将有利于降低慢性病共病对贫困家庭的支出风险。

4.2 逐步建立起支出性医疗救助制度

医疗救助制度是我国医疗保障体系中的最后一道保护线^[9]。 (▶▶下转第75页▶▶)

参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委. 国家卫生健康委办公厅关于印发健康中国行动方(2019—2025年)的通知[EB/OL]. (2019-02-16) [2022-07-25]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-02/16/content_5366239.htm.
- [2] 刘扩军, 阮世红. 深圳市口腔健康流行病学调查报告[M]. 广州: 广东科技出版社, 2021.
- [3] 王紫娟, 潘钰婷, 刘诗洋, 等. 我国136家三级医院患者满意度及其影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2019(4): 287-291.
- [4] 包曹歆, 周莹, 李晶, 等. 2170例门诊患者满意度调查与分析[J]. 中国医院管理, 2015,35(9):34-36.
- [5] 邱恒, 刘俊, 刘瑾, 等. 广东省三级医院门诊患者满意度调查[J]. 医学与社会, 2019,32(7):62-66.
- [6] 卿尚兰, 宋锦璘, 季平, 等. 589例重庆市口腔门诊患者医疗服务满意度的调查研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(26):2722-2724.
- [7] 深圳市卫生和计划生育委员会. 市卫生健康委关于2021年我市医疗行业服务公众满意度调查监测结果的通报[EB/OL]. (2022-05-16) [2022-07-25]. http://wjw.sz.gov.cn/wjtz/content/post_9887252.html.
- [8] YU W, LI M, XUE C, et al. Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction: a survey on tertiary hospitals in the People's Republic of China[J]. Patient preference & adherence, 2016(10):601-612.
- [9] 李玥, 梁万年. 北京地区民营口腔医疗机构资源配置及诊疗

- 服务开展现况[J]. 医学信息, 2019,32(9):127-130,134.
- [10] 深圳市卫生健康委员会. 2020深圳市卫生统计年鉴[M]. 深圳: 深圳报业集团出版社, 2021.
- [11] 冯文, 林明健, 周子君, 等. 三城市居民对民营医疗门诊服务的绩效评价[J]. 中华医院管理杂志, 2003(9):24-28.
- [12] LI Y, GONG W, KONG X, et al. Factors associated with outpatient satisfaction in tertiary hospitals in China: a systematic review[J]. International journal of environmental research and public health, 2020,17(19):7070.
- [13] 杨婧, 周伟娇, 张岩, 等. 门诊患者满意度关键驱动因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2016(8):578-581.
- [14] 深圳市医疗保障局. 深圳市社会医疗保险办法(2013版)[EB/OL]. (2021-05-07) [2022-07-25]. http://hsa.sz.gov.cn/ztzl/szsztjbbcyx/zlzy/content/post_8746657.html.
- [15] 王光明, 许艳贞. 国内门诊预约诊疗开展现状及未来发展趋势探讨[J]. 中国社会医学杂志, 2015,32(2):4.
- [16] 胡媛, 金文忠, 陆耀, 等. 口腔科复诊患者分时段预约诊疗服务序列优化算法[J]. 上海口腔医学, 2015, 24(6):4.
- [17] XUAN X, LI Z, CHEN X, et al. Study of the physical environment of waiting areas and its effects on patient satisfaction, experience, perceived waiting time, and behavior in China[J]. HERD: health environments research & design journal, 2021,14(3):108-123.

[收稿日期: 2022-09-22] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第66页◀◀)

对于慢性病共病对贫困家庭带来的支出性风险, 应进一步发挥医疗救助作用。建议相关部门在强化政府投入、广泛动员社会力量加入医疗救助筹资的基础上, 逐步建立起支出性医疗救助制度, 为慢性病共病患者家庭、人口少的家庭和老龄化家庭等容易发生高额医疗卫生支出的贫困家庭制定专项救助内容。

4.3 强化贫困人群慢性病共病的健康管理

做好慢性病共病的预防和疾病管理是减轻其对贫困家庭支出性风险的最具有成本效用的举措。我国当前已通过国家基本公共卫生服务项目对糖尿病、高血压等慢性病进行了规范化管理, 但是管理内容上针对的是单一疾病, 对慢性病共病的健康管理尚未开展。因此, 建议将慢性病共病纳入国家基本公共卫生服务项目的慢性病管理, 梳理常见的慢性病共病模式, 完善其技术规范 and 指南, 提高慢性病共病的社区健康管理效率。同时, 建议依托家庭医生签约服务, 加强贫困家庭的慢性病共病患者的健康教育, 提高其对慢性病共病的认知和自我管理水平。

参 考 文 献

- [1] PRADHAN M, PRESCOTT N. Social risk management options for medical care in Indonesia[J]. Health economics, 2002,11(5):431-446.

- [2] 孔芸, 王蕾, 杨光红, 等. 贵州省建档立卡老年人慢性病现状及共病模式分析[J]. 现代预防医学, 2021,48(17):3216-3219.
- [3] World Health Organization. The world health report 2008: primary health care—now more than ever[R]. New York: World Health Organization, 2008.
- [4] GU J, CHAO J, CHEN W, et al. Multimorbidity in the community—dwelling elderly in urban China[J]. Arch gerontolgeriatr, 2017(68):62-67.
- [5] 范潇茹, 陈莎, 施予宁, 等. 我国中老年人慢性病共病现状及其对卫生服务利用和医疗费用的影响研究[J]. 中国全科医学, 2022,25(19):2371-2378.
- [6] 陈建宝, 丁军军. 分位数回归技术综述[J]. 统计与信息论坛, 2008(3):89-96.
- [7] 佟影. 因病支出型贫困视角下农村医疗救助保障效果研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2021.
- [8] 朱凤梅, 张小娟, 郝春鹏. 门诊保障制度改革: “以门诊换住院”的政策效应分析——基于中国职工医保抽样数据的实证检验[J]. 保险研究, 2021(1):73-90.
- [9] 钟玉英, 司文晴, 刘怡辰. 医疗救助有效率吗: 中国省际医疗救助支出效率评估——基于考虑环境因素的三阶段DEA模型[J]. 学术研究, 2016(11):59-66.

[收稿日期: 2022-09-16] (编辑: 高非)