

# 中低收入群体医疗服务需求的特点、问题与对策——基于 1642 户中低收入家庭调查

王延中<sup>1\*</sup> 龙玉其<sup>2</sup>

1. 中国社会科学院劳动与社会保障研究中心 北京 100732

2. 中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

**【摘要】**健康是人类生存和发展的基础,中低收入群体的健康问题和医疗服务需求尤其值得政府和社会的关注。通过对七个省份(直辖市)中低收入群体医疗服务需求的实地调查和 1 642 份问卷的分析,发现了中低收入群体医疗服务需求的特点和存在的问题,如健康状况不容乐观、慢性病发病率高、医疗负担过重等;并提出增加投入、完善基层医疗服务体系、减轻中低收入家庭医疗负担、探索新的医疗服务模式等完善中低收入群体的医疗服务与医疗保障的政策建议。

**【关键词】**中低收入群体;医疗服务需求;调查;问题;建议

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.03.004

## Characteristics, problems and recommendations of the mid-and-low income group's medical service demand: based on the survey of 1642 families

WANG Yan-zhong<sup>1</sup>, LONG Yu-qi<sup>2</sup>

1. Research Center for Labor and Social Security, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

2. School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】** Health is the basis for human survival and development, health problems and medical services demand of mid-and-low income group are particularly worthy of government and society's attention. By the field study on mid-and-low income families' medical services demand covering 7 provinces and analysis on 1 642 questionnaires, we found some characteristics and problems of mid-and-low income group's medical services demand, for example, the poor health status, the high chronic morbidity and the heavy economics burden of medical expenses. We also put forward some suggestions on the improvement of medical services and medical security of mid-and-low income group, such as improving primary healthcare system, relieving the economics burden of mid-and-low income group and exploring new model of healthcare services etc.

**【Key words】** Mid-and-low income group; Medical service demand; Survey; Problem; Recommendation

中国社会科学院课题组于 2009 年 7—9 月在全国 7 个省(直辖市)区选择了 10 个县(市)的中低收入家庭进行了入户调查。课题组共发放问卷 2 610 份,收回有效问卷 2 557 份,符合中低收入标准的问

卷 1 642 份,其中城市 1 201 份,占 73.1%,农村 441 份,占 26.9%(表 1)。本报告根据上述调查,分析了中低收入群体医疗服务需求的特点和存在的问题,并提出相关政策建议。

\* 基金项目:中国社会科学院重大课题“中国中低收入群体医疗服务需求与服务模式创新研究”。

作者简介:王延中,男(1963 年-),研究员,中国社会科学院劳动与社会保障研究中心主任,主要研究方向为社会学、社会保障、卫生经济与卫生政策。E-mail:wangyanzhong01@163.com

表1 调查样本分布情况

调查省市	有效调查户数	中低收入家庭样本		
		年人均收入(元)	样本量*	比例(%)
城市	北京市石景山	≤ 12 000	163	69.4
	福建省厦门市	≤ 12 000	223	79.1
	四川省成都市	≤ 8 500	257	85.1
	河南省郑州市	≤ 7 500	104	35.0
	吉林省吉林市	≤ 7 000	211	73.0
	甘肃省兰州市	≤ 6 000	243	97.6
	全部城市	-	1 201	72.6
农村	北京市密云县	≤ 5 000	149	59.6
	河南省新郑市	≤ 3 300	104	34.8
	云南省开远市	≤ 2 000	83	40.5
	甘肃省榆中市	≤ 1 200	105	42.2
	全部农村	-	441	48.9
全国合计	2 557	-	1 642	64.8

\* 数据经过重新检验,可能与各地方报告的样本数量不完全一致。

## 1 中低收入群体医疗服务需求的主要特点

### 1.1 中低收入群体的健康状况不容乐观,患慢性病比较突出

调查的中低收入家庭的健康状况不容乐观,慢性病患病情况最为突出。过去一年调查对象家庭的慢性病患者中,高血压、关节炎、心脏病、非关节炎引起的慢性疼痛、糖尿病等疾病居前五位,分别占所患全部疾病种类的 21.2%、14.1%、12.2%、7.9%、7.4%。根据第四次国家卫生服务调查<sup>[1]</sup>,2008 年患病率较高的五种疾病分别是高血压、胃炎、糖尿病、类风湿性关节炎和脑血管病,占患病总数的 48.3%;而且,2008 年城乡低收入人群两周患病率为 21.8%,略高于全部人群(18.9%);2008 年低收入人群按人数和病例数计算慢性病患病率分别为 18.9% 和 24.3%,都高于全部人群(分别为 15.7% 和 20.0%)。

### 1.2 主观上对健康问题比较重视,需求意愿比较强烈

目前,中低收入群体对健康问题比较重视,对医疗服务需求的主观意愿比较明显,主要表现在调查对象在患病时采取的措施、患病后是否看病和吃药、对体检的看法等方面。根据调查,59.4% 的中低收入居民患病都会到医疗机构就诊;从最近一次家庭

成员患病后是否就医的情况来看,患急性病去就诊的比例为 68%,慢性病为 74.4%;从患病后是否服用药品的情况来看,体现得更加明显,患病后服用药品的比率较高,其中急性病为 96.8%,慢性病为 96.2%;从对体检的看法来看,有 80% 的人认为体检有必要。

中低收入群体对未来医疗服务的需求意愿更加明显。根据调查,表示今后会参加体检的占 24.3%,居第一位。随着中低收入群体收入水平的逐步提高和各项医疗保障制度的逐步完善,其医疗服务需求会进一步增加,会更加重视健康体检和疾病预防与治疗。在感兴趣的医疗服务提供方式方面,常规体检、慢性病防治、上门医疗三项所占的比例为 65.5%,此外,健康教育和妇幼保健也较多。

### 1.3 医疗机构的选择主要受病种和城乡医疗机构分布影响

在患病后医疗机构的选择上,急性病和慢性病有所不同,同时,由于城乡医疗机构的分布不同,城乡居民医疗机构的选择也不同。在急性病方面,城市中最近一次患急性病后去的主要医疗机构中,选择基层医疗机构与药店的相对较多,共占 72.4%,其次是去三级医院;而农村则以基层医疗机构、乡镇卫生院为主,共占 72.2%(表 2)。

表2 最近一次急性病就诊的医疗机构

医疗机构	城 市		医疗机构	农 村	
	频数	百分比 (%)		频数	百分比 (%)
基层医疗机构	313	37.0	基层医疗机构	183	49.0
药店	300	35.4	乡镇卫生院	88	23.2
三级医院	162	19.1	县级医院	59	15.6
二级医院	55	6.5	药店	36	9.7
其它	16	2.0	其它	9	2.6
合计	846	100.0	合计	375	100.0

注:城市的基层医疗机构包括私人诊所、社区卫生服务站(中心)、中医诊所、一级医院;农村的基层医疗机构包括村卫生室、私人诊所、中医诊所,下表同。

根据调查,患者因病去基层医疗机构和药店相对较多的原因主要是患急性病或病情较轻,其中,农村去基层医疗机构的比城市更多,主要与药店在农村分布较少有关。由于我们将药店也归入了医疗机构,所以与第四次国家卫生服务调查有所区别,但总

体来看,也比较接近(第四次国家卫生服务调查中,农村低收入人口两周患病在村卫生室和诊所就诊的比例为 29.6%,城市为 58.6%)。

在慢性病方面,城市家庭最近一次慢性病选择就诊的医疗机构所占比例前三位依次是三级医院、基层医疗机构、药店,共占 85.3%。农村家庭最近一次慢性病选择就诊的医疗机构所占比例前三位依次是县级医院、乡镇卫生院、基层医疗机构(表 3)。从慢性病与急性病选择就诊的医疗机构比较来看,慢性病患者更加倾向于选择级别较高的医疗机构。

表 3 最近一次慢性病就诊的医疗机构

医疗机构	城 市		医疗机构	农 村	
	频数	百分比 (%)		频数	百分比 (%)
三级医院	261	35.5	县级医院	116	40.7
基层医疗机构	202	27.4	乡镇卫生院	81	28.4
药店	165	22.4	基层医疗机构	51	18.0
二级医院	84	11.4	药店	6	2.1
其它	23	3.1	其它	31	10.8
合计	735	100.0	合计	285	100.0

注:农村的“其它”类中包括了县外医院(占9.1%)。

#### 1.4 患病后服用药品以国产西药为主,使用进口西药相对较少

无论从过去一年家庭服用的各类药品的次数和最近一次患病后服用的药品来看,还是从过去一年各类药品的支出和最近一次药品的支出情况来看,国产西药均居第一位。首先,从过去一年内全家服用的各种药品次数来看,排序依次为国产西药、中成药、中草药、进口西药、其它药品;其中,国产西药居第一位,平均为 64.44 次,其次是中成药,平均为 24.43 次。从最近一次患病后服用的药品种类来看,第一位是国产西药,其中急性病服用国产西药占 61.6%,慢性病后服用国产西药占 54.8%;第二位是中成药,其中急性病服用中成药占 29.9%,慢性病后服用中成药占 26.6%;第三位是中草药;第四位是进口西药;最后是其它药品(表 4)。可见,城乡居民患病后首选的药品是国产西药,选择最少的药品是进口西药,这可能与药品的价格与疗效有关。国产西药由于见效相对(中成药、中草药)较快,价格相对(进口西药)较低,所以使用较多。

表 4 患病后服用的药品种类(%)

	急性病			慢性病		
	全部	城市	农村	全部	城市	农村
中草药	6.2	5.3	8.5	13.7	11.4	19.7
中成药	29.9	34.2	17.8	26.6	29.0	20.0
进口西药	2.1	2.2	2.1	4.0	4.7	2.1
国产西药	61.6	58.1	71.4	54.8	53.8	57.4
其它	0.2	0.2	0.3	1.0	1.1	0.9
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

#### 1.5 中低收入群体的医疗费用支出较大,医疗负担过重

从年度各类医疗费用支出情况来看,家庭用于门诊的费用(977.08 元)和用于住院的费用(6 570.86 元)较高(门诊和住院支出里面包括了药品支出)。以调查家庭的人口数为基数进行计算,全国平均的年人均医疗支出为 1 105.1 元,其中城市为 1 200 元,农村为 845.7 元。第四次国家卫生服务调查中低收入人口 2008 年医疗支出为 418 元,其中城市为 518 元,农村为 372 元。<sup>[1]</sup>本次调查结果与第四次国家卫生服务调查有所差别,主要是我们的调查对象中有一部分“中等收入”家庭,而且调查时间也不同。各类药品的支出大小排序依次为国产西药、进口西药、中成药、中草药,农村和城市都是如此。医疗支出在家庭收支中的比重能反映出家庭医疗负担的大小。从表 5 来看,中低收入家庭门诊支出和住院支出占家庭总支出的比例都较高,并且农村地区家庭所占比例高于城市地区。

表 5 年度门诊与住院支出占家庭总支出的比例(%)

	占家庭总收入的比重		占家庭总支出的比重	
	门诊支出	住院支出	门诊支出	住院支出
全部	5.8	38.8	6.2	41.9
农村	10.8	63.6	9.1	53.5
城市	5.0	35.3	5.6	39.6

注:2008 年全部调查对象家庭总收入平均为 16 945.48 元,农村为 8 353.57 元,城市为 20 031.68 元;全部调查对象家庭总支出平均为 15 696.14 元,农村为 9 937.85 元,城市为 17 811.44 元。

#### 1.6 城乡中低收入群体的医疗服务需求差异明显

根据上面的分析,可以看出,城乡居民的医疗服务需求有明显差别,主要表现在:(1)从患病情况来看,过去一年的慢性病患病情况中,城市家庭成员患

心脏病的比例(13.7%)高于农村家庭(7.2%),农村家庭成员患慢性疼痛的比例(14%)高于城市家庭(6.2%)。过去一年患急性病情况中,农村家庭成员患呼吸道疾病的比例(7.5%)高于城市家庭(5.8%)。(2)从最近一次患病后是否看病和服药的情况来看,在急性病方面,城市家庭最近一次患急性病后看病的比例(67%)低于农村家庭(70.8%);在是否服药方面,城市家庭患急性病后服药的比例(97.3%)略高于农村家庭(95.4%)。在慢性病方面,城市家庭最近一次患慢性病看病的比例(74.6%)略高于农村家庭(73.8%);在是否服药方面,农村家庭患慢性病后服药的比例(97.8%)略高于城市家庭(95.7%)。(3)在医疗机构的选择方面,城市家庭在患慢性病后去药店的比例要明显高于农村家庭,这与药店在农村的分布较少有关。(4)在药品选择方面,选择各类药品的排序相同,但城市家庭选择进口西药的比例要高于农村家庭。(5)在医疗支出方面,从支出的绝对值来看,城市家庭高于农村家庭,但从医疗支出占家庭总收支的比重来看,农村家庭的相对支出更大,医疗负担更重。

### 1.7 经济因素是影响中低收入群体医疗服务行为的主导因素

研究表明,影响中低收入群体医疗服务需求的主要因素包括户籍、医疗费用报销时间、家庭类型、患病类型、家庭收入等方面。根据调查和访谈,经济因素是影响中低收入群体的一个重要因素。最近一次患急性病后不去医疗机构看病的原因中,16.3%是因为经济困难,71.5%是因为自感病轻;最近一次患慢性病后不去医疗机构看病的原因中,41.4%是因为经济困难,39.9%是因为自感病轻。可见,慢性病不去医疗机构看病的原因中,经济困难所占的比例更大,可能是由于患者对慢性病的病症比较清楚,或者慢性病治疗费用较高。

## 2 中低收入群体医疗服务需求存在的主要问题

### 2.1 中低收入群体的诸多医疗服务需求难以满足

不同收入组人群的医疗需要是有差别的,低收入组人群的医疗需要高于其他人群。<sup>[2]</sup>中低收入家庭的健康状况和患病情况决定了他们需要更多的医

疗服务,随着将来中低收入群体收入水平的逐步提高和各项医疗保障制度的逐步完善,会更加重视健康体检和疾病预防与治疗。但是,中低收入家庭的医疗需求行为与其主观需求意愿并不完全一致,医疗需求难以得到满足。还有相当一部分的中低收入人群患病后选择自我诊疗(38%),少部分人不采取任何措施(1.7%)。虽然患病后服药的比例较高,但是,自我诊疗服药具有较高的风险性,尤其是对于文化程度不高的中低收入群体来说更是如此。根据第四次国家卫生服务调查,2008年低收入人口两周患者中,未采取任何治疗措施的占13.4%,应住院未住院比例为35.5%。<sup>[1]</sup>

### 2.2 医疗费用高、增长速度较快,医疗负担过重

改革开放以来,我国卫生事业不断发展,医疗费用也不断增长。20世纪90年代以来我国医疗费用的快速上涨,不仅给企业、国家和个人带来了沉重的经济负担,而且带来了严重的经济社会后果。<sup>[3]</sup>不仅中低收入群体医疗费用支出的绝对数较大,而且,快速增长的医疗费用更是难以承受。1990—2008年全国各级综合医院的门诊次均医药费和出院病人人均医药费来看,2008年的门诊次均医药费为146.5元,是1990年(10.9元)的13.4倍;2008年的住院人均医药费为5463.8元,是1990年(473.3元)的11.5倍(表6)。<sup>[4]</sup>

2008年,被调查对象家庭医疗保健支出占消费性支出的比例为22.81%,其中农村家庭高达30.61%。2008年第四次国家卫生服务调查低收入家庭的灾难性卫生支出(家庭现金支付的医疗卫生费用占家庭总消费性支出的比例超过40%)发生率为8.9%(其中农村为10.2%,城市为5.9%),此次调查的中低收入家庭灾难性卫生支出发生率为5.1%(其中农村为4.3%,城市为5.3%),相对低于国家卫生服务调查的数据,可能与我们的“中低收入”定义、样本的选择等因素有关。

### 2.3 医疗服务体系不完善难以为中低收入群体提供质优价廉的医疗服务

目前医疗服务体系存在诸多问题,体现在医疗机构、医护人员和药品三个方面。

(1)基层医疗机构的服务能力较弱。从最近一

表 6 1990—2008 年全国各级综合医院门诊次均医药费和出院病人人均医药费

年份	门诊次均医药费 (元)			占门诊医药费的 百分比(%)		住院人均医药费 (元)			占住院医药费的 百分比(%)	
	合计	药费	诊疗费	药费	诊疗费	合计	药费	诊疗费	药费	诊疗费
1990	10.9	7.4	2.1	67.9	19.3	473.3	260.6	121.5	55.1	25.7
1995	39.9	25.6	9.1	64.2	22.8	1 667.8	880.3	507.3	52.8	30.4
2000	85.8	50.3	16.8	58.6	19.6	3 083.7	1 421.9	978.5	46.1	31.7
2004	118.0	62.0	35.1	52.5	29.8	4 284.8	1 872.9	1 566.3	43.7	36.6
2005	126.9	66.0	37.8	52.1	29.8	4 661.5	2 045.6	1 678.1	43.9	36.0
2006	128.7	65.0	39.9	50.5	31.0	4 668.9	1 992.0	1 691.3	42.7	36.2
2007	136.1	68.0	42.4	50.0	31.1	4 973.8	2 148.9	1 734.6	43.2	34.9
2008	146.5	74.0	45.3	50.5	30.9	5 463.8	2 400.4	1 887.0	43.9	34.5

数据来源:2009 年《中国卫生统计年鉴》。

次患慢性病后选择的医疗机构来看,在城市,选择三级医院和二级医院的比例合计为 46.9%;在农村,选择县级医院的比例也达 40.7%。中低收入家庭在未来经济条件改善时,农村有 57.5%的家庭优先选择县级医院,14.0%的家庭选择县外医院;城市有 69.7%的家庭选择三级医院。之所以出现这种现象,实际上是对目前基层医疗机构不信任,说明了目前基层医疗机构还存在诸多问题。第四次国家卫生服务调查专题研究也证实了基层卫生服务机构服务能力较差的特点,针对保障居民最基本健康需求的一级项目,乡镇卫生院和社区卫生服务中心的项目开展比例均不足 70%,二级项目开展比例只有 50%左右,村卫生室和社区卫生服务站的情况就更差了。<sup>[5]</sup>

(2) 医护人员的业务能力和服务意识较差。在我们的调查中,认为医护人员技术水平比较低和很低的占 10.2%,认为一般的占 53.7%;在对病情的解释程度方面,认为比较差和很差的占 15%,认为一般的占 47.1%;认为医护人员服务态度比较差和很差的占 10.3%,认为一般的占 38.2%。可见,对医护人员业务能力和服务意识的评价不高。

(3) 药品价格较高是引起医疗费用上涨的重要因素。“以药养医”是近些年来我国医疗卫生领域的突出问题,药品价格较高,是这次调查过程中反映较为突出的问题之一,78.1%的人认为药品价格高。有学者对医院门诊药房和零售药店同类品种的零售价格水平进行了比较研究,发现二者在价格上具有较大的差异性,从总体上看,医院门诊药房的实际零售价高于零售药店。<sup>[6]</sup>其中进口西药的价格最为昂

贵,因而中低收入家庭在患病后选择进口西药的比例相对更少,而是倾向于选择更便宜的药。

#### 2.4 医疗保障制度不完善,中低收入群体的医疗负担难以减轻

(1) 医疗保障制度公平性不足。一是覆盖面不足。目前还有大量的低收入人口没有任何医疗保险。根据第四次国家卫生服务调查,2008 年城市未参加医疗保险者占 39.8%,农村未参加任何医疗保险者占 9.0%,并且低收入人口未参加任何医疗保险的比例明显高于全部人群。目前的医疗保障制度对位于极端贫困人口之上的大量边缘贫困人口和相对贫困人口关注不够。二是个人账户问题。中低收入群体由于缴费能力的不足,个人账户积累不足,难以发挥作用;而相对高收入人群积累较多,出现了一些过度使用个人账户和恶意浪费的现象;个人账户的设置影响了医疗保障制度的互助共济功能,也造成了一定的管理难题。三是特殊人群问题。目前的医疗保障制度在制度设计和实际运行中对特殊人群关注不够。比如,流动人口尤其是农民工、残疾人、老年人、学生的医疗保障问题未能得到较好地解决。四是制度分割问题。目前我国医疗保障制度的分割问题十分明显,表现在具体制度分割、地区分割、城乡分割、人群分割等方面,各种人为的分割,严重影响到了制度的公平性。

(2) 制度设计尤其是补偿机制设计不合理。目前的医疗保障制度主要是保大病,对门诊报销较少。主要补偿住院费用对减轻医疗负担和灾难性医疗支

出的作用十分有限。<sup>[7]</sup>一是补偿方式不合理。目前的补偿方式主要是后付制,对于中低收入群体来说,尤其是在患大病时,垫付医疗费用成为了一个难题。二是受益面窄。根据调查,所有急性病患者中医疗费用部分报销的只占20%,全部报销的仅占7%;慢性病患者中医疗费用部分报销的占30%,全部报销的占5%。三是补偿比例低。在调查中,认为报销额度低的达45.7%,40.8%的人认为一般。在第四次国家卫生服务调查中,低收入人口次均自付住院费用占总费用的比例为65.8%,其中城市为55.7%,农村为73.1%。四是补偿限制过多,报销手续麻烦。一方面,设立了较高的起付线,提高了报销门槛;另一方面,规定了较低的封顶线,使得一些患大病的人在封顶线之外仍然要负担大量的医疗费用。此外,报销药品的目录范围比较窄。中低收入调查对象认为报销药品的目录范围窄的达53.7%,36.3%的人认为一般,认为比较宽的仅占10%。尤其是对一些疗效较好的进口西药,几乎没有纳入医疗保障的范围,要么得不到报销,要么报销比例极低。

## 2.5 对医疗服务的满意度评价不高,“看病贵、看病难”问题突出

中低收入群体不仅医疗服务需求得不到满足,医疗负担过重,而且对目前的医疗服务满意度评价不高。根据调查,从总体评价来看,中低收入群体对目前医疗服务满意的(包括很满意和比较满意)占44.6%,认为一般的占36.4%,还有19%的人对目前的医疗服务明确表示不满意。在第四次国家卫生服务调查中,对门诊服务不满意的比例为41.2%(城市为43.5%,农村为40.5%),对住院服务不满意的比例为44.2%(城市为48.6%,农村为42.6%)。从对目前医疗服务不满意的具体方面来看,问题主要体现在:看病等候时间太长、医生的技术水平较低、医生的服务态度差、乱收费问题、药品价格太高、药品质量问题等。其中,最为突出的是医疗费用问题,占42.8%。与第四次国家卫生服务调查的数据相比,不满意的原因基本一致。可见,中低收入群体对目前医疗服务的总体满意度不高,“看病贵(医疗费用高、收费不合理)、看病难(看病手续麻烦、等候时间长)”的问题依然比较突出。

## 3 提高中低收入群体医疗服务与医疗保障水平的建议

### 3.1 进一步加大卫生投入,完善基层医疗服务体系

自从2003年以来,国家加大了对医疗卫生事业的投入,在全国卫生总费用中,政府预算支出的比重逐年上升,个人现金支出的比重逐年下降,但是,同改革开放初期相比,相差较大,1978年政府预算卫生支出占卫生总费用的比重为32.2%,而2007年只有20.4%。政府财政投入不足,难以适应目前我国医疗卫生事业的发展,更难以满足中低收入群体的医疗服务需求。除了投入不足外,投入结构也存在为题,存在重城市轻农村的现象。政府投入的差别,直接导致了医疗资源配置的差别,形成了城乡之间、不同地区之间的明显差别。因此,政府需要进一步加大对医疗卫生事业的投入,同时,调整投入结构,加大对农村地区和中西部地区的财政投入,尤其是要加强这些地区的基层医疗机构的投入。

完善基层医疗服务体系,加强基层医疗机构能力建设。(1)完善布局 and 规划,保证有足够数量的基层医疗机构;(2)加强对基层医疗机构的投入,配备好满足就诊需要的适当数量的医疗设备,并改善就医环境;(3)规范基层医疗机构的诊疗行为,卫生部门要经常性加强监督指导,对基层医疗机构的用药、处方和收费进行检查;(4)提高基层医疗机构医护人员的技术水平,完善社区首诊和双向转诊制度,培养全科医生,真正发挥其“守门人”的作用;(5)加大政府财政投入,推广基本药物制度,完善相关的配套措施。

### 3.2 健全医疗保障制度,切实减轻中低收入家庭的医疗负担

(1)关注中低收入人群,增强医疗保障制度公平性。中低收入人口的健康状况相对较差,需要更多的医疗服务,但由于受到收入制约,需求难以满足,在完善医疗保障制度的过程中,需要重点关注中低收入人群。(2)扩大医疗保障制度覆盖面,真正实现全民覆盖。目前我国基本医疗保障制度已经覆盖了绝大部分人口,尤其是新型农村合作医疗的覆盖率已经超过90%,扩大覆盖面已进入攻坚阶段。未纳入医疗保障制度的绝大多数是中低收入人口(包括老年人、学生、失业人员、流动人口等),扩大医疗保障制度覆盖面的

过程中,需要重点考虑这些人群。(3)完善制度设计,尤其是完善补偿模式与补偿机制。完善制度设计的重要前提是要明确其公平互助理念,并将这一理念贯穿于整个制度完善的过程中。需要对目前的制度模式进行调整,针对目前制度模式中公平性不足等问题,建议取消医疗保险的个人账户,将之全部纳入统筹范围,以克服个人账户在实践中带来的诸多问题。完善补偿模式,改革支付制度,将后付制变为预付制,将偏重于大病补偿的制度调整为门诊与大病补偿相结合,尤其是要加强慢性病的门诊补偿,研究和探索按病种付费的方式。要减少补偿限制,提高补偿比例,进而提高受益面和受益额度;建议对起付线和封顶线进行调整,降低或取消报销门槛,提高补偿额度,争取城乡居民基本医疗保险的补偿比达到 60% 以上(基本药物目录下的药物全部报销)。<sup>[9]</sup> 扩大报销药品的目录范围。目前的报销药品目录范围较窄,给报销带来较大的限制,因此,在完善医疗保障制度的过程中,需要研究和完善医疗保障制度的药品目录,将一些价格虽高但疗效较好的药品纳入报销范围。(4)将医疗保障制度与社区卫生服务、慢性病防治相结合。医疗保障制度设计要在政策上鼓励慢性病的预防与控制,从而控制医疗费用过快上涨。此外,要加强制度之间的整合与地区之间的衔接,包括医疗保障制度与养老保障制度等其它社会保障制度的结合。

### 3.3 重视健康教育与健康教育,探索新的医疗服务模式

健康教育对于慢性病的防治非常重要。要建立加强健康教育的长效机制,加大对健康教育的经费、人员、设备、设施的投入,规范健康教育的内容和形式,做好健康教育效果的评估。健康管理是健康管理组织或人员对个人或人群的健康危险因素进行全面检测、分析、评估以及预测和预防的全过程。有研究表明,在健康管理方面投入 1 元,相当于减少 3~6 元医疗费用,如果加上由此产生的劳动生产率提高的回报,实际效益是投入的 8 倍。<sup>[9]</sup> 健康管理是以人和人群的健康为中心的,偏重于疾病的预防干预,可以弥补人们疾病与健康知识的缺乏,帮助人们养成健康的生活方式,减少疾病风险;在疾病发生后,可以帮助人们正确应对疾病,尽快恢复健康。要加强健康管理的宣传和资金投入,提高城乡居民的健康水平。

目前我国医疗服务模式不利于中低收入群体医

疗服务需求的满足。因此,需要结合国情加强医疗服务模式的创新。一是要确立科学合理的理念,从重治疗、轻预防转变为防治结合、重视预防保健;从供方占主导地位转变为以病人为中心、以人为本;从单一的服务转变为综合性的服务。二是要围绕中低收入群体的健康教育、健康管理、慢性病防治、药品供应、基层医疗机构建设等方面进行医疗服务模式创新。三是要在充分认识我国国情、政策现状及未来发展趋势的基础上,加强医疗服务模式创新的理论研究,同时通过具体的服务模式方案设计,在符合条件的地区开展试点探索,逐步完善并加以推广,切实解决中低收入群体的医疗服务需求问题。

### 致谢

本文为中国社会科学院课题组集体成果。100 多名调研人员进行入户调查,20 余名相关专家参加讨论,在此对上述人员深表谢意。

### 参 考 文 献

- [1] 卫生部统计信息中心. 2008 年中国卫生服务调查研究第四次家庭健康询问调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [2] 任苒, 张琳. 中国农村地区合作医疗干预后不同收入人群的医疗服务需要与利用[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(2): 22-25.
- [3] 陈佳贵, 王延中. 中国社会保障发展报告(2007)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2007.
- [4] 卫生部统计信息中心. 2009 中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [5] 卫生部统计信息中心. 第四次国家卫生服务调查专题研究报告:(一)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [6] 于德志. 医院门诊药房与零售药店药品品种及价格的比较[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 23(12): 845-848.
- [7] 封进, 李珍珍. 中国农村医疗保障制度的补偿模式研究[J]. 经济研究, 2009, 44(4): 103-115.
- [8] 中国发展研究基金会. 构建全民共享的发展型社会福利体系[M]. 北京: 中国发展出版社, 2009.
- [9] 魏炜, 赵亮. 现代健康管理模式浅析[J]. 卫生经济研究, 2006(5): 19.

[收稿日期:2010-01-14 修回日期:2010-02-24]

(编辑 许素友)