

# 我国艾滋病防治定点医疗制度的变迁

徐 鹏\* 陈琬莹 琚腊红 马丽萍 吕 繁

中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心 北京 102206

**【摘要】**目的:梳理我国艾滋病定点医疗制度的发展过程,综合分析主要问题及原因,探讨解决思路。方法:对 30 个省的 184 个省市县三级医疗卫生机构中从事艾滋病防治工作五年及以上的领导和专家进行问卷调查,对 7 省 2 432 名 HIV 感染者和病人进行问卷调查。结果:防治人员认为定点医疗制度导致的艾滋病病人手术难和住院难问题突出,严重程度为 6.49 分,在艾滋病防治十大问题中位列第 3;2 367 名(97.3%)HIV 感染者和病人知道定点医疗制度,1 376 人在定点医院就诊过,其中,1 177 人认为病情得到了有效治疗,124 人认为定点医院的医疗技术有限;55 名的手术或住院病人认为非定点医院存在推诿问题。政策分析显示,我国艾滋病定点医疗制度是逐渐发展的,表现出历史阶段性和目标短期性。结论:我国艾滋病定点医疗制度的作用明显,但问题突出。改进现有制度的思路包括:提高定点医院的综合服务能力,健全会诊和转诊机制,协调非定点医院提供技术支援,降低医务人员对艾滋病的歧视和恐惧,减少职业暴露风险,加强医院、疾控和病人的沟通。

**【关键词】** 艾滋病; 定点医疗制度; 变迁; 问题; 策略

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.05.012

## Evolution and perfection of the HIV/AIDS designated hospital system in China

XU Peng, CHEN Wan-ying, JU La-hong, MA Li-ping, LU Fan

National Center for STD/AIDS Control and Prevention, China Center for Disease Control and Prevention, Beijing 102206, China

**【Abstract】** Objective: To summarize the development of the HIV/AIDS designated hospital system, analyze the main issues and explore solutions for this system. Methods: 184 leaders/experts of three levels of healthcare facilities (provinces, cities and counties) from 30 provinces engaged in AIDS prevention and control for over five years, and 2,432 people living with HIV/AIDS (PLWHA) from seven provinces were investigated through two different questionnaires. Results: According to the staff responses, the issues of surgery and hospitalization are difficult and outstanding for PLWHA due to the current designated hospital system with scores of 6.49 in severity. Of the ten largest problems, ranked third is the need for improved AIDS prevention and control. 2 367 (97.3%) PLWHAs had an awareness of the designated hospitals, 1,376 received treatment in the designated hospitals, and 85.5% believed that the illness was effectively treated, while 9.0% thought that the medical technology of the designated hospital was limited; 18.7% of hospitalized HIV/AIDS patients or those who received surgery experienced prevarication by the non-designated hospitals. Policy analysis shows that China's designated hospital system for PLWHA has developed gradually with the characteristics of periodic and temporary changes. Conclusion: The designated hospital system for PLWHA in China has played an important role, but there are still several problems. The government should improve the existing system by strengthening the comprehensive medical service capacity of designated hospitals, improving the mechanism of consultation and referrals, coordinating the non-designated hospitals to provide technical support, reducing discrimination and fear from medical staff against HIV/AIDS, decreasing the risk of occupational exposure, and enhancing the communication among hospitals, CDCs and patients.

**【Key words】** HIV; Designated hospital system; Evolution; Issues; Strategy

\* 基金项目:国家自然科学基金(71373008)

作者简介:徐鹏,男(1976 年—),博士,副研究员,主要研究方向为艾滋病防治政策。E-mail:xupeng2007@163.com

通讯作者:吕繁。E-mail:fanlv@vip.sina.com

艾滋病防治体系较为复杂,这是政府重视的原因,也是众多部门和机构博弈的结果。<sup>[1-3]</sup>在艾滋病抗病毒治疗方面,我国采取了定点医疗制度,维护了艾滋病病毒感染者和艾滋病病人(以下称“HIV感染者和病人”)的就医权益,但是,当HIV感染者和病人到非定点医院就诊时,不可避免地遇到“就医难”的问题。<sup>[4-5]</sup>本文通过现场调查和政策梳理,对艾滋病定点医疗制度的发展、问题及原因进行了分析,并提出了解决思路。

## 1 资料与方法

### 1.1 基本概念

艾滋病防治定点医疗制度,是指由指定的传染病医院或设有传染病科的综合医院负责收治艾滋病病人,进行抗病毒、抗机会性感染等艾滋病相关疾病的治疗;其他超出定点医院诊治能力的疾病通过转诊、会诊等方式解决。<sup>[6]</sup>我国市级及以上地区一般都有一定定点医院,疫情严重地区,县级甚至乡镇就有定点医院。

根据艾滋病流行水平,我国可分为三类地区:第一类为疫情较重地区,如河南等;第二类为疫情中等地区,如湖北等;第三类为疫情较轻地区,如内蒙古等。

艾滋病病人是指HIV感染者发展到艾滋病阶段,病人出现艾滋病相关指征性疾病,且 $CD4^+T$ 淋巴细胞总数小于 $200$ 个/ $mm^3$ 。<sup>[7]</sup>

### 1.2 调查现场和调查对象

调查对象包括两大类,一是HIV感染者和病人,二是医疗卫生机构内艾滋病防治工作人员。

在HIV感染者和病人方面。对艾滋病流行水平不同的7个省份的部分地区进行调查,包括云南、河南、湖北、江苏、陕西、吉林和内蒙古。样本量计算公式为: $N = \mu_{\alpha}^2 * \pi * (1 - \pi) / \delta^2$ ,其中, $\mu_{\alpha}$ 为检验水准所对应的 $\mu$ 值,即显著性检验的统计量,本次调查取 $\alpha = 0.05$ (双侧),则 $\mu_{\alpha} = 1.96$ ;  $\pi$ 为预期的就医歧视率,根据相关研究,本次估计 $\pi$ 为60%,需调查2160人;失访率按10%计算。剔除无效问卷,共调查2432人。对部分调查对象进行了定性访谈。

在艾滋病防治人员方面。对全国30个省份(不含西藏)的省、市、县三级卫生行政部门、疾病预防控制中心、医疗机构、妇幼保健机构中负责艾滋病防治工作的领导或专家进行问卷调查,并对其中部分人

员进行定性访谈。第一类地区调查省、市、县三级机构各1个,第二类地区调查省、市两级机构各1个,第三类地区调查省级机构各1个,共调查184个。每个机构调查1人,共184人。要求调查对象从事防艾工作5年及以上,根据工作实际和经验,对防艾工作领域主要问题的严重性进行打分,分值范围0~9分,为递增关系,0分表示该问题不存在,9分表示该问题严重程度最高。

所有调查问卷由课题组根据研究目的和内容制定,并经15位专家进行了3轮修订和预调查。

### 1.3 资料分析

调查数据用epidata3.0录入并整理,用SPSS 17.0统计分析,采用的统计分析方法包括描述性分析和方差检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 我国艾滋病定点医疗制度的发展

采用政策梳理和系统分析的思路<sup>[8]</sup>,可以明确定点医疗制度的发展过程。

(1)肇始阶段。1999年4月,卫生部发布《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理意见》提出,为维护社会安定,严格保密制度,保障个人合法权益,卫生行政部门指定医疗机构为HIV感染者和病人提供医疗服务;被指定的医疗机构必须及时收治就诊患者,并及时安排医务人员为其进行疾病的诊治,不得拒绝。

(2)补充阶段。2004年4月,卫生部和国家中医药管理局发布了《关于艾滋病抗病毒治疗管理工作的意见》,要求设区的市级以上卫生行政部门根据本地区艾滋病发病率及艾滋病病人分布情况,指定传染病医院或者设有传染病区(科)的综合医院负责收治危重、重症机会感染、有伴发疾病或者合并症的艾滋病病人。2005年,卫生部下发的《关于加强艾滋病抗病毒治疗工作的通知》提出,医政管理部门要指定定点医院,承担艾滋病抗病毒治疗任务,负责收治危重、重症机会感染、有伴发疾病或者合并症的艾滋病病人。

(3)发展阶段。2006年3月,国务院实施《艾滋病防治条例》,要求医疗机构应当为HIV感染者和病人提供艾滋病防治咨询、诊断和治疗服务。医疗机构不得因就诊的病是艾滋病病人,推诿或者拒绝对其其他疾病进行治疗。2010年,国务院印发《关于进

一步加强艾滋病防治工作的通知》,要求保障 HIV 感染者和病人及其家庭成员在就医、就业、入学等方面的合法权益,加强艾滋病防治定点综合医院及传染病医院的学科和能力建设,保障感染者和病人的诊疗权益。

(4)强化阶段。各地不断出现针对艾滋病病人就医推诿的问题引起了社会关注和政府领导的高度重视。2012 年,卫生部印发《关于加强艾滋病患者和病毒感染者医疗服务工作的通知》,要求各地卫生行政部门统筹考虑艾滋病患者的综合诊疗需求,指定具备条件的医院承担艾滋病患者医疗服务工作;医疗机构要严格落实首诊负责制。2013 年,卫生部等六部委发布了《关于进一步推进艾滋病防治工作的通知》,要求各地指定具备条件的医院承担艾滋病患者的综合医疗服务工作。强化医疗机构首诊(问)负责制,不得以任何理由推诿或者拒绝诊治。在不具备相关诊疗条件时,首诊医疗机构要及时转诊至定点医院;不适宜转诊的,由定点医院医务人员到首诊医疗机构开展医疗服务。

## 2.2 从 HIV 感染者和病人角度进行分析

### 2.2.1 调查对象基本情况

共调查 7 个省 2 432 名 HIV 感染者/病人,其中,男性 1 918 人,占 78.9%;年龄 18 ~ 40 岁的占 56.6%,61 岁以上的占 6.4%;婚姻状况以已婚与配偶同居为主,占 39.5%,单身占 27.5%。艾滋病确诊时间在 1998 年以前的占 0.7%,2006 年以后的占 83.2%。感染途径为男男性传播者占 39.6%,异性性行为占 31.3%,输血/采供血占 15.8%,注射毒品占 9.1%。文化水平小学及以下的占 27.0%,大学及以上的占 25.5%(表 1)。

### 2.2.2 HIV 感染者和病人就医情况

在 2 432 名 HIV 感染者和病人中,2 367 人(97.3%)知道定点医疗制度,了解所居住地区的艾滋病定点医院。1 444 人(59.4%)在感染艾滋病后有到医院就诊的经历,其中,726 人(50.3%)会主动告知接诊医生自己患有艾滋病。1 350 人有到过非定点医院就诊的经历,其中,629 人(46.6%)称医生知道其感染艾滋病后会继续给他看病,605 人(44.8%)被简单问询后就转介到艾滋病定点医院,116 人(8.6%)称医生拒绝给其看病。1 376 名调查对象曾在定点医院就诊过,其中,1 177 人(85.5%)认为得到了有效治疗,124 人(9.0%)认为无法得到有效治疗,75 人(5.5%)认为转诊环节太多。感染艾

滋病后,291 人有过手术或住院的经历,其中,190 人(66.9%)与其他病人一样手术/住院,35 人(12.3%)被医生直接拒绝,53 人(18.7%)认为医生有推诿行为。

表 1 调查对象基本情况

| 基本情况        | 男     |      | 女   |      | 小计    |      |
|-------------|-------|------|-----|------|-------|------|
|             | N     | %    | N   | %    | N     | %    |
| 年龄(岁)       |       |      |     |      |       |      |
| 18 ~ 40     | 1 163 | 60.6 | 213 | 41.4 | 1 376 | 56.6 |
| 41 ~ 60     | 656   | 34.2 | 243 | 47.3 | 899   | 37.0 |
| 61 ~        | 99    | 5.2  | 58  | 11.3 | 157   | 6.4  |
| 婚姻状况        |       |      |     |      |       |      |
| 已婚与配偶同居     | 630   | 32.8 | 330 | 64.2 | 960   | 39.5 |
| 已婚不与配偶同居    | 139   | 7.2  | 30  | 5.8  | 169   | 6.9  |
| 已婚,离异       | 274   | 14.3 | 27  | 5.3  | 301   | 12.4 |
| 已婚,丧偶       | 69    | 3.6  | 85  | 16.5 | 154   | 6.3  |
| 未婚,同居       | 164   | 8.6  | 15  | 2.9  | 179   | 7.4  |
| 未婚,单身       | 642   | 33.5 | 27  | 5.3  | 669   | 27.5 |
| 有无孩子        |       |      |     |      |       |      |
| 有           | 844   | 45.3 | 418 | 82.3 | 1 262 | 53.2 |
| 无           | 1 019 | 54.7 | 90  | 17.7 | 1 109 | 46.8 |
| 感染途径        |       |      |     |      |       |      |
| 男男性行为       | 964   | 50.3 | —   | —    | 964   | 39.6 |
| 异性性行为       | 459   | 23.9 | 302 | 58.8 | 761   | 31.3 |
| 输血/采供血      | 211   | 11.0 | 173 | 33.7 | 384   | 15.8 |
| 注射吸毒        | 203   | 10.6 | 19  | 3.7  | 222   | 9.1  |
| 拒答          | 81    | 4.2  | 20  | 3.8  | 101   | 4.2  |
| 艾滋病确诊时间     |       |      |     |      |       |      |
| 1998 年以前    | 13    | 0.7  | 4   | 0.8  | 17    | 0.7  |
| 1999—2005 年 | 231   | 12.0 | 161 | 31.3 | 392   | 16.1 |
| 2006 年以后    | 1 674 | 87.3 | 349 | 67.9 | 2 023 | 83.2 |
| 文化水平        |       |      |     |      |       |      |
| 小学及以下       | 376   | 19.6 | 280 | 54.5 | 656   | 27.0 |
| 初中、高中/中专    | 939   | 49.0 | 215 | 41.8 | 1 154 | 47.5 |
| 大学及以上       | 603   | 31.4 | 19  | 3.7  | 622   | 25.5 |
| 居住地         |       |      |     |      |       |      |
| 农村          | 551   | 28.7 | 349 | 67.9 | 900   | 37.0 |
| 小型城市        | 490   | 25.6 | 96  | 18.7 | 586   | 24.1 |
| 大中型城市       | 877   | 45.7 | 69  | 13.4 | 946   | 38.9 |

## 2.3 从艾滋病防治人员角度进行分析

### 2.3.1 调查对象基本情况

共调查 30 个省的 184 个艾滋病防治机构,每个机构调查 1 名领导或工作人员,共 184 人;其中,从事防艾工作超过 10 年的 97 人(52.8%);卫生行政部门 33 人(17.9%),业务技术机构(如定点医院、疾控中心、妇幼保健院)151 人(82.1%);省级机构

109人(59.8%),市级48人,县级27人;本科及以上学历168人(91.3%),大专及中专以下16人(8.7%);40岁以上131人(71.2%),30岁以下5人(2.7%);高级职称112人(60.9%),初级职称31人(16.8%);属于艾滋病流行第一、二、三类地区的分别为77人、72人、35人。

### 2.3.2 艾滋病病人就医难和手术难的问题

184名防治人员均认为,在艾滋病病人医疗服务利用过程中,到非定点医院(综合医院或专科医院)就诊时,常遇到拒绝其住院或手术的情况。这一问题的严重程度为6.49分,在目前艾滋病防治工作所存在的十大问题中位列第三。该问题在艾滋病流行一、二、三类地区的打分分别为6.16分、6.82分和6.51分,不同地区专家打分的差异无统计学意义( $F=0.497, P=0.609$ ),表明这一问题在不同疫情地区同样突出,无地区差异。省、市、县三级机构对此问题的打分分别为6.62分、6.40分和6.15分,不同层级的机构专家打分差异无统计学意义( $F=0.395, P=0.674$ ),说明各级防治机构都认识到了这一问题的严重性。

## 3 讨论

### 3.1 我国艾滋病定点医疗制度的变迁特征

艾滋病抗病毒治疗在防治工作中的作用日益重要。<sup>[9-10]</sup>我国艾滋病定点医疗制度具有一定的历史阶段性和目标短期性:为解决临时问题而设立,也随问题的逐渐严重而不断强化。在艾滋病防治初期,HIV感染者和病人数量少,发病的人数也少,医疗服务需求相对不高,为降低对综合性医院的负面影响,出于应急和解决问题的考虑,采用了定点医疗制度。而正是由于政策目标的阶段性和执行体系的不健全,导致问题不断加重,危害逐渐叠加,于是,每隔几年,在不同阶段进行了弥补性的修改。

### 3.2 定点医疗制度的主要作用

通过访谈和调查,定点医疗制度在艾滋病防治工作中发挥了重要作用,主要表现为三方面:(1)解决了HIV感染者和病人的基本医疗需求。<sup>[11]</sup>97.3%的艾滋病病人了解定点医疗制度,知道所居住的地区设有艾滋病治疗定点医院。(2)保障了HIV感染者和病人的就医权益,保护了其隐私,维护了社会稳定。1444人到医院看过病,其中,1376人在定点医院就诊,1177人(85.5%)的认为得到了有效治疗,

而在定点医院就医过程中,隐私泄露现象极少。(3)降低了对综合医院的负面影响,统筹使用了有限的卫生资源。艾滋病病人在定点医院就诊,减少了对综合医院的影响,比如,担心因为收治艾滋病病人,其他病人不来看病,影响医院运营等。

### 3.3 定点医疗制度存在的主要问题及表现

定点医疗制度存在亟需解决的问题,例如,到非定点医院就诊的艾滋病病人中,44.8%认为自己在被简单问询后就转到定点医院了,8.6%认为医生拒绝给其看病。在定点医院就诊的病人中,9.0%认为定点医院技术有限,无法提供有效治疗,5.5%认为转诊环节太多。这些问题无论是在艾滋病疫情较严重的一类地区还是流行水平较低三类地区,都是广泛存在的,其严重性也被各方关注。问题具体表现为:HIV感染者/病人在非定点医院就医过程中存在住院难、手术难问题,在定点医院存在会诊难问题;“住院难”问题是指一些非定点医院不接纳艾滋病病人住院治疗;“手术难”是指部分医院采取不同于其他病人的治疗方式,为非艾滋病病人采取手术治疗,而对患有类似疾病的艾滋病病人采取保守治疗;“会诊难”是指当艾滋病病人病情超出定点医院服务能力时,需要请非定点医院的医生到定点医院会诊,但不能顺利实现。

### 3.4 定点医疗制度主要问题产生的原因

艾滋病病人在非定点医院“住院难”和“手术难”,直接原因是由于定点医院诊疗能力有限,外伤(如骨折等)、专科(如口腔、分娩等)和重症(如肿瘤等)的病人只能到非定点医院就诊,但很多非定点医院以各种理由拒绝接收。深层次的原因包括:

首先,定点医疗制度存在政策操作性不强的问题。《艾滋病防治条例》和《侵权责任法》等法规规定了HIV感染者和病人享有平等的就医权益,医疗机构不得推诿和拒绝。<sup>[12]</sup>但是,大多数地区未就有关条款制定具体的落实办法,比如,没有对拒绝和推诿的涵义进行界定;没有健全的反映问题的渠道,即使被认定为推诿,也很少看到相应的处罚。

其次,多数定点医院的综合诊疗能力不强,艾滋病会诊和转诊机制不健全。<sup>[13]</sup>各地的艾滋病定点医疗机构一般是传染病医院,医疗设施不全,综合服务能力不强,只能进行抗病毒治疗和部分机会性感染的治疗;如果艾滋病病人发生稍重的疑难疾病,就需要请专家会诊,但由于没有通畅的会诊和转诊机制,

一般难以顺利进行,有些定点医院的医生往往只能通过私人关系邀请一些专家会诊。

第三,非定点医院曲解了定点医疗制度。一些非定点医院认为,既然实施定点医疗制度,设立了定点医院,只要是艾滋病病人,都应该到定点医院治疗。殊不知,我国采取定点医疗制度的初衷之一就是为综合医院考虑的,减少对其负面影响,而并不是非定点医院没有责任进行艾滋病诊治。<sup>[6]</sup>2006 年《艾滋病防治条例》就明确规定,任何医院都不能推诿和拒绝艾滋病病人。

第四,艾滋病标准防护制度落实不到位,医务人员因自我保护而不愿意给艾滋病病人提供医疗服务。由于标准防护知识和技能培训不够,相关的防护设施缺少,我国医务人员发生职业暴露的比例较高<sup>[14]</sup>,部分医务人员对艾滋病防治知识掌握不全面,比如知道艾滋病的传播途径,但不了解非传播途径,增加了无谓的恐惧;部分医务人员对艾滋病进行道德评价,对艾滋病病人产生歧视。基于以上原因,医护人员会通过避免接触艾滋病病人来保护自己。<sup>[15]</sup>

### 3.5 艾滋病定点医疗制度的变革

随着医学进步和社会发展,将来艾滋病不再被认为特殊疾病,艾滋病病人不再被认作特殊群体,那时,艾滋病定点医疗制度或许就没有存在的必要了。但是,艾滋病定点医疗制度依然适用于当前实际情况。绝大多数艾滋病病人了解定点医疗制度,熟悉当地定点医院并前往就诊,从某种意义上讲,担心被歧视和高昂医疗费用的艾滋病病人已经依赖了这一制度:解决了基本医疗需求,有效保护了其隐私。对存在的不足,需要进行必要的修正。<sup>[16]</sup>

首先,提高现有定点医院的综合医疗服务能力,让艾滋病病人的医疗需求在定点医院得到解决。按照政策要求,加强定点医院的学科和软硬件建设,提高其综合诊疗能力,包括:设立一些传染病医院不具备但艾滋病病人经常求诊的临床科室,如妇产科、普外科、骨科等;引进和培训医务人员,提高医疗服务能力;增加必要的诊疗设施和设备等。

其次,健全会诊和转诊机制,在非定点医院内增加定点临床科室,提供技术支持。由于定点医院不可能在短期内发展成学科齐全的综合医院,因此,根据当地艾滋病疫情和病人需要,卫生行政部门需制定和完善艾滋病会诊和双向转诊的专项制度,指定某些综合医院或专科医院的特定临床科室对艾滋病

定点医院进行技术支援,明确其承担的治疗职责、工作程序,以及合理的经济补助。当 HIV 感染者和病人患有重症疾病,需要接受专科治疗或手术,但技术要求超出定点医院救治能力时,按照程序进行转诊或会诊,指定的非定点医院不能推诿或拒绝;另一方面,当非定点医院收治了艾滋病病人,按照首诊负责制,在经过合理治疗后,可以转诊到定点医院进行康复治疗。

第三,在定点和非定点医院中,都要加强医务人员的培训,降低歧视和恐惧,减少职业暴露的风险。首先,针对医务人员对防艾知识掌握不到位和歧视艾滋病病人的问题,加强培训和宣传教育,促使医务人员掌握传播途径和非传播途径相关知识,降低对艾滋病病人的歧视,杜绝推诿。其次,医院按照技术要求,开展职业防护知识和技能培训,增设必要的防护设施,减少医护人员对职业暴露的恐惧,提高职业暴露后紧急处理和预防感染 HIV 的能力,避免发生医院内艾滋病感染。

第四,增强医疗和疾控的合作,加强对艾滋病病人的宣传和沟通。<sup>[17]</sup>在完善定点医疗制度方面,不能一味强调艾滋病病人的就医权益,而打击医务人员的积极性,除了监督医疗机构,也需要与病人沟通。对一些确实是因艾滋病导致免疫力低下,不适合进行手术的患者,不能认为是医务人员的歧视和拒绝,遇到此类情况,需要医疗与疾控部门共同对病人耐心解释,减少误解;同时,加强对艾滋病病人的健康教育,必须履行就医告知接诊医生的义务,减少医生职业暴露的风险。

### 参 考 文 献

- [1] 郝阳,孙新华,夏刚,等.“四免一关怀”政策实施 10 年中国艾滋病防治主要进展[J].中国艾滋病性病,2014,20(4):228-232.
- [2] 吴尊友.中国艾滋病防治面临新形势与新挑战[J].中国公共卫生,2011,27(12):1505-1507.
- [3] 中华人民共和国卫生部,联合国艾滋病规划署,世界卫生组织.2011 年中国艾滋病疫情估计工作报告[R].2011.
- [4] Zhang F, Dou Z, Ma Y, et al. Five-year outcomes of the China National Free Antiretroviral Treatment Program[J]. Ann Intern Med, 2009, 151: 241-251.
- [5] 于竞进.迎难而上扎实推进保持艾滋病低流行态势[J].中国艾滋病性病,2012,18(3):139-140.
- [6] 王陇德.艾滋病防治工作手册[M].北京:北京出版

- 社, 2006.
- [7] 王陇德. 艾滋病学[M]. 北京: 北京出版集团公司, 2009.
- [8] 郝模. 卫生政策学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [9] Cohen S M, Chen Q Y, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy[J]. The New England Journal of Medicine, 2011, 365: 493-505.
- [10] Potts M, Halperin D T, Kirby D, et al. Public health. Re-assessing HIV prevention [J]. Science, 2008, 320 (5877): 749-750.
- [11] Fujie Zhang, Zhihui Dou, Ye Ma. et al. Effect of earlier initiation of antiretroviral treatment and increased treatment coverage on HIV-related mortality in China: a national observational cohort study [J]. Lancet Infect Dis, 2011, 11 (7): 516-24.
- [12] 王陇德. 艾滋病与法律[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010.
- [13] 徐鹏, 张大鹏, 吕繁, 等. 卫生系统内艾滋病防治工作的主要问题、原因及解决思路[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(10): 68-72.
- [14] 项丽芬, 高洁, 单多, 等. 云南省德宏州 2004-2009 年艾滋病病毒职业暴露状况分析[J]. 中国艾滋病性病, 2011, 17(2): 148-151.
- [15] 徐鹏, 韩琳, 吕繁, 等. 医务人员对艾滋病职业暴露相关知识和态度的分析[J]. 中国医院管理, 2014, 34 (1): 66-68.
- [16] 刘世亮, 徐鹏, 吕繁, 等. 医疗机构推诿艾滋病病毒感染者/艾滋病病人应对策略[J]. 中国医院管理, 2012, 32(6): 17-19.
- [17] 吕繁. 完善体系, 确保艾滋病防治工作“质量高”和“覆盖广” [J]. 中华预防医学杂志, 2013, 47 (11): 984-987.
- [收稿日期:2015-02-03 修回日期:2015-03-09]  
(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

## 墨西哥:大众医疗保险有效减少居民灾难性卫生支出

墨西哥于 2004 年引入大众医疗保险制度 (Seguro Popular), 以防止居民发生灾难性卫生支出。近日,《Health Policy and Planning》发表了题为“Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: the case of Mexico”的研究论文。文章的田野试验表明,大众医疗保险制度有效减少了农村居民的灾难性支出。对于农村居民而言,卫生基础设施良好、卫生服务可及

性较好的地区,居民的灾难性卫生支出显著下降;而卫生资源有限且卫生服务可及性较差的地区,其灾难性卫生支出的下降不明显。对城市居民而言,大众医疗保险制度的实施使其灾难性卫生支出普遍降低。总体而言,墨西哥的大众医疗保险在降低居民灾难性卫生支出方面效果显著,但要加强偏远农村地区居民的政策干预。

(王璐 摘编自《Health Policy and Planning》)