



江苏省农村贫困居民卫生服务现状与影响因素研究

王启晨,姚俊

南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166

摘要:采用多阶段随机抽样方法,对江苏省农村贫困居民卫生服务现状进行问卷调查,了解江苏省农村贫困居民卫生服务现状及影响因素,为政府进一步开展健康扶贫工作提供依据。结果显示,贫困居民两周患病率为21.9%,两周就诊率为18.0%,一年内住院率为17.8%;农村贫困居民卫生利用率较低,经济困难是主要原因;年龄、是否参加新农合、年人均收入、家庭外出人口数、是否因病负债和慢性病患病数量等是影响农村贫困居民卫生服务利用的主要因素。政府应通过落实卫生投入政策、提高贫困居民医疗保障水平、贯彻落实卫生服务惠民政策、提升基层医疗卫生服务能力等措施,进一步改善江苏省农村贫困居民卫生服务现状。

关键词:农村贫困居民;卫生服务利用;卫生服务需求;影响因素

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)02-133-005

doi:10.7655/NYDXBSS20190212

我国农村居民由于经济水平落后,卫生意识差,卫生资源配置不足,其医疗服务的利用水平较低,因病致贫、因病返贫现象较为严重。根据国务院扶贫办于2016年底进行的数据统计显示,因病致贫、因病返贫户的占比与2013年的42.4%相比增加了近两个百分点^[1]。提高经济薄弱地区医疗卫生服务能力,保障农村低收入人口享有基本医疗卫生服务,提高农村低收入人口健康水平,已成为我国健康扶贫工作的核心目标。

近年来,学术界开始关注农村居民医疗服务利用问题。有学者侧重于整体上分析农村医疗消费行为和农村居民医疗服务利用状况,如姚兆余等^[2]通过对江苏省苏南地区不同模式新农合农民就医行为的研究,得出不同模式新农合制度对农民的医疗服务利用具有显著影响的结论。有学者对农村不同群体的医疗服务利用及影响因素进行研究,如代宝珍^[3]研究表明,与其他年龄组相比,老年人医疗服务需求量大,而规范治疗率却相对低下。有学者以医疗服务利用均等化为视角,讨论了医疗服务利用在城乡之间、不同收入组之间存在的差异,如王翌秋^[4]认为,富人比穷人的健康状况更好,穷人更容易患病,病情更为严重,医疗卫生服务利用的可得

性也较差,不同收入农村居民存在与收入相关的健康不平等,低收入人群并没有获得与他们的需要相对应的医疗资源,与高收入人群相比,低收入人群支付了更多的医疗费用,承担的疾病经济负担更为严重。还有学者以选择的就医机构为切入点,发现县医院和乡镇医院是农村人群的主要就诊机构,随着收入水平的提高,该人群均倾向于选择级别更高的医疗机构就诊^[5]。各地科研人员对不同人群卫生服务需要和利用的影响因素进行了分析。陈雪玲^[6]对江苏省农村老年人的医疗服务利用及影响因素进行分析,并与非老年人医疗服务利用进行了对比,发现老年人的医疗服务利用率低于非老年人,而应就诊未就诊率和应住院未住院率均高于非老年人,并且家庭人均收入、是否参加新农合、疾病严重程度、自评健康状况、是否患有慢性病和地区变量,对农村老年人患病时的就诊决策具有显著影响。随着疾病严重程度增加,不管是老年人还是非老年人,就诊概率和医疗支出都显著提高,且非老年人更倾向于选择较高级别的医疗机构就诊。

新农合及新医改实施至今,农村贫困居民看病就医的公平性、可及性、便利性等均得到改善。江苏省医疗保障制度建设的完善,对保障居民享有基

基金项目:江苏省社会科学基金“基于系统动力学的江苏分级诊疗治理研究”(17ZTB028)

收稿日期:2018-12-26

作者简介:王启晨(1994—),男,江苏南京人,硕士研究生,研究方向为社会保障;姚俊(1981—),男,江苏扬中人,博士,副教授,研究方向为健康老龄化与养老保障,通信作者。

本医疗服务,也发挥了重要作用。然而人口老龄化、新型城镇化、贫困人口全面脱贫等问题,要求医疗保障和医疗卫生服务更加完善^[7]。本文欲研究江苏省农村贫困居民医疗服务利用及其影响因素,进一步提高农村居民基本医疗服务利用,完善健康扶贫工作,夯实经济薄弱地区医疗卫生工作基础,从而切实解决“因病致贫、因病返贫”的农村贫困居民的疾病救治问题,为政府部门对政策的调整和后续方案的制定提供一定科学依据。

一、对象和方法

(一)调查对象与抽样方法

在参考第五次国家卫生服务家庭健康询问调查表并结合相关专家建议的基础上,制定《江苏省农村贫困居民健康状况与医疗卫生服务利用调查问卷》,在江苏省范围内11个有贫困县(区)的城市进行抽样调查,每个市随机抽取1个贫困县(区)。在各样本县(区)中,采用随机抽样方法抽取4~6个“十三五”省定经济薄弱村,调查对象为2016年各贫困县扶贫办所统计的农村一般贫困户,即人均年收入低于6 000元的贫困户家庭,于2017年12月开展为期1周的实地入户调查。其中,为排除极端值影响,低保户或五保户不纳入调查,且调查对象为家庭户,一人独居的家庭户也不纳入调查。本调查共发放调查问卷3 000份,回收有效问卷2 908份,有效率为96.9%。

(二)调查内容

用定量调查的方法,了解江苏省农村贫困居民医疗服务利用现状并分析其影响因素。调查主要内容包括:家庭一般情况、家庭成员个人情况、调查前4周内病伤情况和调查前1年内住院情况等方面。

(三)统计学方法

利用EpiData3.1进行数据的整理与双向录入;利用SPSS 20.0采用描述性分析方法了解基本情况、卫生需要、需求情况和利用情况等,利用Logistic回归分析方法探讨影响贫困居民就诊和住院的主要因素。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)基本情况

2 908名有效调查对象中,男性占52.5%,女性占47.5%。在年龄分布上,依据世界卫生组织老年期的年龄划分标准将中老年划分为中年人(45~<60岁)、年轻的老年人(60~<75岁)、老年人(75~<90岁)和长寿的老年人(≥ 90 岁)。未成年人(<18岁)占17.4%,青年人(18~<45岁)占28.0%,中年人占19.1%,年轻的老年人占25.6%,老年人占9.1%。农村贫困居民文化程度较低,主要集中在未上过学、

小学和初中文化程度,分别占27.2%、34.3%和28.7%。婚姻状况主要为已婚,占63.7%。工作状况上,有工作的占41.7%,不工作的占39.2%,在校学生或学龄前儿童占19.1%。职业以务农为主,占60.9%,其次是在外务工和本地务工的,分别占17.2%和12.8%。

(二)卫生需要情况

调查对象两周患病率为21.9%,其中男性占46.1%,女性占53.9%。患病分布主要集中在60~<75岁年轻的老年人群体(40.8%),其次是45~<60岁的中年人群体(22.9%)和75~<90岁的老年人群体(16.5%),而90岁及以上的老年人(0.5%)和未成年人群(9.3%)患病率较低。

(三)卫生需求情况和利用情况

1. 门诊服务利用情况

两周就诊率为18.0%,两周患者未就诊率为18.3%,均高于第五次国家卫生服务调查农村地区两周就诊率(12.8%)和两周患者未就诊率(16.9%)^[8]。两周患者未就诊的主要原因为自感病轻(26.5%)和经济困难(25.7%),其次是无有效医疗措施(21.2%)。两周患病就诊的首诊医疗机构主要在基层医疗卫生机构(村卫生室和乡镇卫生院),占74.9%,而首诊选择城市公立医院的占25.1%。

2. 住院服务利用情况

调查对象一年内住院率为17.8%,较第五次国家卫生服务调查农村地区住院率9.0%高8.8个百分点;一年内应住院而未住院率为6.8%,较第五次国家卫生服务调查农村地区应住院未住院率16.7%低9.9个百分点。在住院患者中,采取手术治疗的占26.3%。已出院的患者中,因病愈医生要求出院占39.8%,病未愈医生要求出院占34.2%,自己要求出院占23.7%。自己要求出院的患者中,因经济困难的占82.3%,因久治不愈的占10.0%,自认为病愈的占5.0%。住院机构主要在县级医院(39.6%),其次是基层医疗机构(31.1%)和市级医院(23.2%)。在住院时是否享受到“先诊疗后付费”政策方面,已享受到此政策的患者占61.0%,仍有39.0%的患者表示未享受到。

3. 医疗费用情况

贫困居民的两周患病就诊次均费用为704.72元,次均报销费用450.86元,报销比例为64.0%。一年内心均住院费用25 158.94元,次均报销费用7 460.23元,报销比例29.7%。住院费用分布呈负偏态分布,大额费用的患者较多。该人群往往因经济困难、病情较严重且医保覆盖程度较低,个人自费支付较多,因病致贫、返贫现象较严重。

4. 医疗惠民措施情况

调查的贫困居民中,已参加城乡居民基本医疗

保险的占97.8%,已参加城镇职工基本医疗保险的占1.4%,仍有0.8%的人无任何医疗保险。参加城乡居民基本医疗保险的人群中,个人缴费部分由政府补贴的占22.6%,自己支付的占77.4%。拥有健康档案的占91.3%,未建立健康档案的占2.8%,仍有5.9%的并不清楚自己是否建立健康档案。已签订“家庭医生签约服务”的占92.1%,未签订的占7.9%。调查人群中有27.8%为政府医疗救助对象,有17.8%的人并不清楚自己是否是政府医疗救助对象。在住院“先诊疗后付费”政策知晓情况上,知晓此政策的占66.9%,并不知晓此政策的占33.1%。有86.1%的人在一年内进行过健康体检,仍有13.9%一年内没有进行过任何健康体检。

(四) 贫困居民就诊和住院影响因素分析

为考察家庭成员不同情况对贫困居民就诊的影响,以贫困居民是否就诊为因变量,以性别、年龄、文化程度、行动水平、工作状况、年人均收入、家庭人口数、外出人口数、是否因病负债、是否参加新农合、首诊医疗点距离远近、是否为医疗救助对象及慢性病患病数量为自变量,在 $\alpha_{引入}=0.05$, $\alpha_{剔除}=0.10$ 下,采用逐步回归法,建立 Logistic 回归模型。具体赋值详见表1。

表1 贫困居民医疗服务利用的影响因素及赋值说明

因素	变量	赋值
性别	X1	男=1,女=2
年龄	X2	连续变量
文化程度	X3	没上过学=1,小学=2,初中=3,高中=4,技工学校=5,中专(中技)=6,大专=7,本科及以上=8
行动水平	X4	四处走动,无任何困难=1,行动有些不便=2,不能下床活动=3
工作状况	X5	在工作=1,不工作=2,在校学生或学龄前儿童=3
年人均收入(元)	X6	<3 000=1,3 000~5 000=2,5 000~10 000=3,>10 000=4
家庭人口数	X7	生活在一起的人口数,连续变量
外出人口数	X8	家中外出务工人员人口数,连续变量
因病负债	X9	是=1,否=2
新农合	X10	是=1,否=2
首诊医疗点距离远近	X11	≤15分钟=1,>15分钟=2
医疗救助对象	X12	是=1,否=2,不清楚=3
慢性病患病数量	X13	连续变量
是否就诊	X14	否=1,是=2

表2结果显示,年龄、是否参加新农合、年人均收入、家庭外出人口数、是否因病负债和慢性病患病数量是影响农村贫困居民是否就诊的主要因素。年龄对是否就诊的影响是正向的,老年人较年

轻人患病率高,就诊率也更高。参加新农合的贫困居民更愿意选择就诊,这也说明了新农合对于农村贫困居民医疗费用负担的缓解起到了重要作用。与年均收入小于3 000元的贫困居民相比,年均收入高的居民更愿意选择就诊,尤其是年均收入在3 000~5 000元的人群显著性差异最大。家庭中外出人口越多的居民,越不愿意选择就诊,这可能是因为个人行动或身体不便,而家中缺少健康或有空闲的家庭成员陪同,在病情较轻时往往选择不去就诊。家庭因病而负债的居民,更不愿意去就诊,因病而负债的家庭多是由于有家庭成员患有重大疾病且需长期治疗,在住院治疗时花费巨大,医保统筹远远不能满足所需的医疗费用,当患病较轻时,其迫于家庭经济状况原因不就诊,而是选择自我医疗的方式。慢性病患病数量对是否就诊的影响是正向的,所患慢性病越多,其身体状况越差,由于要治疗慢性病或慢性病导致的其他疾病,就越需要选择就诊。

表2 贫困居民就诊的影响因素分析结果

因素	B	S.E	Wals	P值	Exp(B)
年龄(X2)	0.016	0.004	13.887	<0.001	1.016
年人均收入(X6=2)	0.839	0.266	9.956	0.002	2.314
年人均收入(X6=3)	0.631	0.285	4.924	0.026	1.880
年人均收入(X6=4)	0.561	0.278	4.086	0.043	1.753
外出人口数(X8)	-0.152	0.060	6.371	0.012	0.859
因病负债(X9)	-0.461	0.117	15.392	<0.001	1.585
新农合(X10)	-0.809	0.353	5.259	0.022	0.446
慢性病患病数量(X13)	0.474	0.067	49.708	<0.001	1.607
常量	-4.508	1.138	15.689	<0.001	0.011

三、讨论

(一) 落实卫生投入政策以保障基本医疗

本研究结果显示,门诊患者中表示因经济困难未就诊的占25.7%,家庭因病而负债的更不愿意去就诊,自己要求出院患者中表示因经济困难出院的占82.3%,说明经济困难是农村贫困居民卫生利用率较低的主要原因。政府应更加关注农村地区的贫困居民这一弱势群体,加大贫困地区的卫生投入,完善稳定的财政投入和分担机制,将投入重点放在贫困地区医疗卫生事业建设上,并注重对常见病、多发病的预防保健方面的卫生支持^[9-10]。此外,政府应建立与地区经济发展水平相适应的财政投入保障机制,将投入专项基金列入财政预算,各贫困地区应统筹使用有关财政基金,切实保障政府对贫困地区医疗卫生事业发展的支持,降低就医负担,满足当地居民医疗卫生服务需求,防止出现“因病致贫、因病返贫”的恶性循环现象。

(二) 提高贫困居民医疗保障水平

调查发现,已参加城乡居民基本医疗保险的占

97.8%,已参加城镇职工基本医疗保险的占1.4%,仍有0.8%的人无任何医疗保险。是否参加新农合、收入、慢性病患者数量和年龄是影响贫困居民就诊的主要因素,参加新农合的贫困居民更愿意就诊,居民收入较高者更愿意就诊,慢性病患者较多和年龄较大的人群更愿意就诊。因此政府应着力实现基本医疗保险和大病保险制度覆盖所有贫困居民,并且针对特殊人群采取特殊的医保政策倾斜,尤其是对于农村长期患有慢性病的贫困居民和老年居民,适当降低住院报销费用起付线,并提高政策范围内报销比例,实行门诊封顶补偿的地区适当提高门诊补偿封顶线。同时,本调查中的政府医疗救助对象仅占27.8%,政府应加大贫困居民医疗救助力度,适当降低医疗救助进入门槛,扩大医疗救助受益面^[11]。定期评估新农合部分负担制度对弱势群体就医能力和负担的影响,一旦发现因经济障碍而无法获得必要医疗服务的问题,则应考虑扩大新农合部分负担免除的对象范围,以避免弱势群体的就医权益受损^[12]。另外,要加强医疗救助与基本医疗保险的服务结合,这也意味着卫生部门与民政部门需要更深层次的协调、合作、管理,以期从医疗保险制度和医疗救助制度两方面入手,更加有效解决当前贫困居民卫生服务利用问题,全面提高贫困居民医疗保障水平。

(三) 贯彻落实卫生服务惠民政策

在本次调查对象中,有5.9%的贫困居民不清楚自己是否建立健康档案,有7.9%的贫困居民未签订“家庭医生签约服务”,有17.8%的贫困居民不清楚自己是否是政府医疗救助对象,有33.1%的贫困居民不知晓住院“先诊疗后付费”政策,有13.9%的贫困居民一年内未接受过任何健康体检。健康档案、家庭医生签约、医疗救助制度、住院“先诊疗后付费”政策等本是便民惠民之举,但农村地区本身信息传递慢,加之贫困居民文化程度较低,对于相关卫生政策知晓率不高,这也更加表明当地惠民政策的贯彻和宣传还亟待加强。因此,有关部门应根据当地实际情况进一步贯彻落实卫生服务相关惠民政策,实现100%贫困居民建档立卡、签约“家庭医生服务”和住院“先诊疗后付费”,以期做到精准健康扶贫,并且应做好各项工作完成情况的监督与考核。同时,采取一些可操作、效果好的措施开展有关宣传教育工作,如通过电视、广播、宣传栏(画)和健康小册子等途径,切实提高贫困居民对惠民措施的知晓率,让贫困居民有更多的获得感,充分发挥惠民措施对健康促进的实际作用。重视对较低文化程度人群的健康指导,改善其健康意识,将会有助于提高农村居民整体健康水平,提升贫困居民卫生服务利用水平^[13]。

(四) 提升基层医疗卫生服务能力

本次调查中,74.9%的两周患者和31.1%的住院患者表示就诊在基层医疗卫生机构(村卫生室和乡镇卫生院)。说明了基层医疗机构是农村贫困居民的首要选择,能最大程度满足基本医疗卫生服务需求,相对于省市级医院在距离、交通便利、医疗费用及新农合报销上有着较大的优势^[10],基本实现小病在基层,这也与新医改的分级诊疗制度的目标相一致。然而大量研究显示,基层的医疗技术和医疗设施有待提高。因此,政府应加强以全科医生为主的基层卫生人才培养,提升基层医疗服务水平,健全和完善以县(区)医院为中心、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的农村三级医疗卫生服务网络,真正实现“小病在社区,大病进医院”的医疗服务新格局^[14]。通过探索县乡村一体化医疗联合体等方式,上级医院对贫困地区县、乡、村医疗卫生服务机构进行帮扶,采取接受进修、上门传帮带等形式加强基层医疗卫生机构人员培训,帮助基层医疗卫生服务机构特色科室建设,以进一步提升基层医疗卫生服务能力。

参考文献

- [1] 乔思敏. 农村贫困地区老年人健康扶贫路径研究[D]. 重庆:重庆工商大学,2018
- [2] 姚兆余,张蕾. 新型农村合作医疗制度模式对农民就医行为的影响——基于苏南三市的比较分析[J]. 南京农业大学学报(社会科学版),2013,13(1):95-102
- [3] 代宝珍. 农村老年居民慢性病管理——基于构建新农合慢性病管理体系的视角[J]. 中国农业大学学报(社会科学版),2014,31(1):121-133
- [4] 王翌秋. 谁从新型农村合作医疗制度中受益——兼论健康和医疗服务利用的公平性[J]. 农村经济,2012(2):84-88
- [5] 姚兆余,陈雪玲,王翌秋. 农村老年人医疗服务利用及影响因素分析——基于江苏地区的调查[J]. 中国农业大学学报(社会科学版),2014,31(2):96-107
- [6] 陈雪玲. 农村老年人医疗服务利用及影响因素研究[D]. 南京:南京农业大学,2014
- [7] 陈家应,胡丹. 改善健康服务,推进新时代“健康江苏”建设[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(2):99-102
- [8] 徐玲,孟群. 第五次国家卫生服务调查结果之二——卫生服务需要、需求和利用[J]. 中国卫生信息管理杂志,2014,11(3):193-194
- [9] 蒋帅,吴维民,范丽,等. 广西壮族自治区财政对县级公立医院投入状况调查分析[J]. 中国农村卫生事业管理,2014,34(10):1189-1191
- [10] 潘红潮,王前强,覃英华,等. 广西农村贫困人群卫生服

- 务现状及影响因素分析[J]. 现代医院管理, 2015, 13(3):20-23
- [11] 李小菊, 秦江梅, 唐景霞, 等. 新疆农村贫困人口卫生服务利用与医疗救助现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2013, 30(3):200-202
- [12] 宁满秀. 新型农村合作医疗部分负担制度对农户住院层级选择行为的影响研究[J]. 农业技术经济, 2014(1): 111-119
- [13] 周王艳, 吉珂, 陈家应. 我国农村居民健康相关生命质量及其影响因素分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2011, 11(3):189-193
- [14] 姚兆余, 朱慧劫. 农村居民医疗机构选择行为及其影响因素研究——基于门诊就医和住院就医的比较[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2014, 14(6):52-61

Current situation of medical service and analysis on influencing factors for poverty rural residents in Jiangsu

Wang Qichen, Yao Jun

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: To learn about the current situation of medical service for poverty rural residents, and influencing factors were analyzed to provide the reference for carrying out health poverty alleviation work. The authors make questionnaire on the current situation of medical service with multistage random sampling and analyze the influencing factors. The two-week morbidity rate is 21.9%. The two-week treatment rate is 18.0%. The hospitalization rate is 17.8%. Financial difficulties are the main reason for the low utilization of health service in poverty rural residents. The influencing factors on their health service are ages, new rural cooperative medical system, annual per capita income, numbers of family outgoing population, liabilities due to illness, and numbers of chronic diseases. To improve the current situation of medical service for poverty rural residents in Jiangsu Province, the government should implement the health input policy, raising the level of medical security for poverty rural residents, the health policies benefiting the people should be adopted with the improvement of the service capability of primary medical institution.

Key words: poverty rural residents; health service utilization; demand for health service; influencing factors