DOI:10.16016/j.1000-5404.201606036

重庆农村地区高血压患者疾病经济风险研究

肖南梓[1],钟晓妮[1],汪 洋[1],汤胜蓝[2] (400016 重庆,重庆医科大学:公共卫生与管理学院,医学与社会发展研究中心[1];27708 美国 北卡罗莱纳州,杜克大学全球健康研究所[2])

[摘要] **目的** 研究重庆农村地区高血压患者疾病经济风险的状况并分析影响因素,从卫生资源配置、慢病防治与管理和农村居民基本医疗保险补偿等方面提出建议。**方法** 描述高血压患者的门诊卫生服务利用的情况。利用灾难性卫生支出(catastrophic health expenditure, CHE)发生率评价高血压患者医疗费用及对其家庭经济的影响,并以 Logisitic 回归模型分析促使灾难性卫生支出发生的主要原因,以患者的就医费用相对风险度(relative risk, RR)分析不同经济条件的患者所面对的疾病经济风险情况。**结果** 患者的教育程度、血压状况和患者对血压的关注度等影响着患者的门诊服务利用;相对于基层医疗机构,地市级医疗机构门诊就诊、县市级及以上医疗机构住院等会增加患者的医疗自付费用。28.4%的高血压患者家庭因该病的医疗自付费用发生了灾难性卫生支出;年龄较大、住院天数等原因使灾难性卫生支出更易发生。较低收入的患者门诊就诊的经济风险度较大,除高收入组患者外,其他收入组患者住院就医的经济风险度都较大。**结论** 与基层医疗机构相比,在地市级医疗机构就诊或在县、市级医疗机构住院是增加重庆农村地区高血压患者的疾病经济负担的主要原因;患者中存在重治疗、轻预防的情况,可能导致疾病经济损失额的增加;需要加强患者对高血压的认知并养成规范治疗的习惯;对于主要依靠门诊治疗的高血压患者而言,门诊就诊仍会给较低收入者带来较大的经济风险。建议加快基层医疗机构建设,使卫生服务端口前移,通过有效实施慢病管理策略提高患者的疾病认知,以降低患者的疾病经济风险;提高农村居民基本医疗保险对慢性病门诊费用的补偿标准,为患者提供强有力的经济支持。

[关键词] 高血压;患者;医疗费用;灾难性卫生支出;疾病经济风险
[中图法分类号] R195; R544.1 [文献标志码] A

Analysis of financial risk in hypertension patients from Chongqing rural area

Xiao Nanzi[1], Zhong Xiaoni[1], Wang Yang[1], Tang Shenglan[2] ([1]School of Public Health and Management, Chongqing Medical University, Chongqing, 400016, China; [2]Global Health Research Institute, Duke University, North Carolina, 27708, USA)

[**Abstract**] Objective To investigate the status of financial risk in the hypertension patients living in Chongqing rural area and provide some suggestions in the aspects of allocation of health resources, governance and management of chronic diseases, and reimbursement of rural residents' basic health insurance. Methods Based on the results of the fifth batch of National Health Service Survey (NHSS) in the year of 2013, the situation of health service utilization, especially of outpatient service, was described statistically according to these patients' socioeconomic demographic characteristics. Then the incidence of catastrophic health expenditure (CHE) was used to analyze the medical expenses and effects on the family economy. Logistic regression analysis was performed to analyze the main causes of CHE, and relative risk (RR) of medical expense was used to study the financial risk attributable to the disease among the patients with different income

[通信作者] 钟晓妮,E-mail:zxn66@vip.sina.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20161117.1033.001.html

levels. **Results** The patients' educational level, their blood pressure conditions, as well as the attention of the illness affected their utilization of outpatient service. Compared with primary medical institutions, medical settings at prefecture- or country-levels would require more health expenditure when they were hospitalized. Among patients using health service, 28.4% of the households of hypertension patients existed CHE because of the out-of-pocket health expenditure. Elder age and hospital stays made them entrap in CHE more commonly. According to the RR, the patients in lower-income group had higher disease economic risk than the other groups. Except the patients from the high-income group, other patients all faced the economic risk for hospitalization. **Conclusion** Compared with visiting lower-level medical institutes, visiting clinic and being hospitalized in higher level health institutions becomes the main reasons for the hypertension patients' economic burden. Some of patients take treatment seriously but ignore prevention, and these behaviors may increase their financial risk attributable to the disease. The awareness of hypertension should be strengthened and standardized treatment habits should be developed in the patients. Though some patients mainly rely on outpatient treatment, it will also bring greater economic risk for the lower-income patients. It is suggested to speed up the construction of primary health institutions, make the port of health service move forward, and improve the patients' awareness of the disease through effective implementation of chronic disease management strategies in order to reduce the economic risk of the patients. What's more, the compensation standard of basic medical insurance for rural residents should be promoted for chronic disease outpatient expenses to provide strong economic support for the patients.

[**Key words**] hypertension; patients; medical expenditure; catastrophic health expenditure; financial risk attributable to disease

Corresponding author: Zhong Xiaoni, E-mail: zxn66@vip.sina.com

由于生活方式和饮食结构变化、环境恶化以及人口老龄化进程加快等诸多原因,我国的疾病谱发生了巨大变化。据2004年世界卫生组织报告,世界60%的死亡和47%的疾病负担可归于慢性非传染性疾病,其中75%的慢性病死亡发生在发展中国家。Wang等[1]在2005年的研究表明:在中国,死亡率中约有80%是由于慢性非传染性疾病造成的,而失能调整生命年(disability adjusted life years, DALYs)的健康丧失有70%归因于慢性非传染性疾病。其中,高血压也成为危害居民健康的主要慢性病。对高血压的研究发现患病率呈现逐年升高的趋势。2002年中国居民营养与健康状况调查结果显示:大于18岁的成年人高血压的患病率为18.8%[2],2010年,全国162个慢性病监测点的数据显示:中国成年人高血压患病率为33.5%[3]。由于高血压的患病率高、并发症多、治疗周期长、病情发展缓慢等特点,其累积门诊、购药费用负担及病情加重后的治疗费用都会使患者面临较大的疾病经济风险。

为控制疾病经济风险,我国已建立了以三大基本医疗保险(城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度)为主干层的医疗保障体系。其中,针对农村居民的新农合制度为缓解农民的疾病经济风险发挥了重要的作用,但由于该制度优先补偿住院患者,从而限制了其对慢性病等更需要门诊治疗的患者的经济保障能力。Wagstaff等[4]于2007年对于新农合的影响评估表明:门诊费用并未因为该制度的实施而减少,因此,个人自付(out-of-pocket, OOP)的花费依然很大;国内有研究者[5-8]从灾难性卫生支出和因病致贫的角度分析认为:包括高血压在内的慢性病经济负担重,新农合对于患者的保障水平有待提高。

在高血压患病率逐年增高的背景下,如何控制该类疾病的经济风险,不仅为患者或其家庭所期待,也是政策制定者需要时刻关注的内容。本文旨在分析重庆市农村地区高血压患者的疾病经济风险情况及影响因素,在卫生资源配置、慢病防治与管理和农村居民基本医疗保险补偿等方面提出适当建议,为控制疾病经济风险的工作提供参考。

1 资料与方法

以2013年国家卫生服务调查(national health service survey, NHSS)中的重庆农村地区高血压患者

为研究对象。对高血压患者的界定为:调查前半年内由医师诊断明确有该疾病的患者;或调查前半年有医师诊断有该疾病且在调查前半年内有发作,采取了治疗措施的患者。按 NHSS 的问卷设计,对于高血压的合并症主要考虑有:糖尿病、血脂异常症、脑血管病、心脏病、肾病。

1.1 资料来源

数据资料来源于 2013 年第五次 NHSS,涉及全市 32 个区县,88 个街道(乡镇),170 个村(居委会),共调查 8 310 户。

从中采集的主要数据包括:《家庭一般情况调查表》中关于患者的家庭人口数、患者的家庭生活消费性支出等信息;《家庭成员个人情况调查表》中关于患者的社会经济特征、慢性病患病情况调查;《调查前两周内病伤情况调查表》和《调查一年内住院调查表》中关于门诊和住院次数,疾病名称,医疗机构等级,住院时间,医疗费用及补偿费用等信息。

1.2 概念界定与分析方法

疾病经济风险(financial risk attribute to disease)是指患者及其家庭因疾病发生而引致的、现时及未来的经济损失的可能性。从卫生经济学的角度来解释,这种经济损失既包括卫生服务利用过程中发生的费用,即直接经济负担,也包括因病而损失的劳动时间的机会成本,即间接经济负担。患病是疾病经济风险最根本的原因,当患者产生就医行为时,便产生直接经济负担,将这些医疗费用与患者个人或家庭的经济状况结合以后,才能称为疾病经济风险[9]。疾病经济风险又被分为广义和狭义两类[10]。广义的疾病经济风险包括三个方面的内容:一是因该病就医的可能性;二是因病就医可能产生的医疗费用;三是在既定就医风险概率和经济风险损失额下,人们所承受的经济压力。狭义的疾病经济风险主要是以就医费用这一经济损失来衡量疾病经济风险。

本研究分析高血压患者狭义的疾病经济风险,即以患者购买门诊和住院服务的费用来衡量患者的就医经济风险损失额。并且采用灾难性卫生支出(catastrophic health expenditure, CHE)和不同经济条件的患者就医费用的相对风险度(relative risk, RR)两项指标用来评价就医经济损失对患者经济上的影响。

当就医过程中发生的医疗费用高到使患者个人或其家庭不得不大大降低现时或未来的生活水平时,可以认为这些医疗费用是"灾难性的"[11]。所谓 CHE,是指当家庭成员的 OOP 高于家庭可支配收入(household capacity to pay, CTP)时,家庭将在一定时期内降低他们在其他必需品上的花费。按 WHO 的建议,当卫生支出大于或等于家庭支付能力的 40% 时,即认为该类卫生支出对于家庭而言是灾难性的[12]。因此,本研究即以家庭的 OOP 与家庭的 CTP 之比大于或等于 40% 作为衡量患者家庭是否发生 CHE 的标准。本文除了描述 CHE 的发生情况,还将利用 Logistic 回归模型分析影响 CHE 发生的主要原因。

由于选择就医后患者将承受该疾病的经济负担,因此,一些相关研究中也常用 RR 来衡量疾病经济风险[13-15],该指标借用了流行病学中"相对危险度"的概念,是指在其他条件一定时,特定人群人均医药费是观察人群人均医药费的多少倍,从保险学的经济风险角度,可描述为特定人群的疾病经济风险是观察人群的多少倍[14]。为消除不同人群收入差异的影响,以对照人群的人均收入进行标准化,形成了矫正相对风险度,按收入水平矫正之后的 RR 可以更真实地反映不同收入水平的人群之间疾病经济风险的高低[15]。计算公式为:

$$\text{矫正 RR} = \frac{\text{特定人群实际支付医疗费用}}{\text{对照人群实际支付医疗总费用}} \times \frac{\text{对照人群总收入}}{\text{特定人群总收入}} = \text{RR} \times \frac{\text{对照人群人均收入}}{\text{特定人群人均收入}}$$

当矫正 RR > 1 时,说明特定人群的疾病经济风险高于对照人群;当矫正 RR = 1 时,说明特定人群的疾病经济风险等于对照人群;当矫正 RR < 1 时,说明特定人群的疾病经济风险低于对照人群。本研究按家庭年人均收入水平的四分位数,将高血压患者分为低收入组、中低收入组、中高收入组和高收入组,分析不同经济条件的患者所面对的门诊就医和住院就医的经济风险度。数据整理和分析采用统计工具软件 STATA 11.0。统计显著性分析中,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 重庆农村地区高血压患者医疗服务利用情况

第五次 NHSS 重庆农村地区共调查 4 244 户,1 1620 人,其中高血压患者 1 265 人,高血压患病率 11%。高血压患者按性别计算的患病率中,女性高血压患病率(11.9%)略高于男性(9.7%);患者年龄偏向老龄化(0 ~ 44、>44 ~ <60、60 ~ <75、75 岁以上占比分别为 0.91%、10.27%、24.50%、34.02%)。

医疗服务利用方面,调查前 2 周就诊率为 19.8%,年住院率为 8%。表 1 显示不同社会经济人

口学特征的重庆农村地区高血压患者的2周门诊服务利用情况。χ^2 检验结果显示,高血压患者门诊就诊情况与其教育程度、调查时血压是否正常、测血压的频率以及服用降压药的频率等有关。

表1 重庆农村地区高血压患者不同社会经济人口学特征的门诊服务利用情况

社会经济人口学特征	人数	未就诊比例(%)	χ^2 值	*P* 值
性别				
男	534	61	0.013 8	0.907 0
女	706	61		
婚姻				
在婚	938	62	1.288 4	0.256 0
非在婚	302	58		
教育程度				
文盲	447	57	5.757 1	0.050 0
小学	635	63		
初中及以上	158	66		
家庭年人均收入				
低收入组(P_{25}以下)	230	64	6.006 9	0.124 0
中低收入组(P_{25}~)	273	61		
中高收入组(P_{50}~)	336	57		
高收入组(P_{75}~)	333	65		
并发症				
有	74	73	1.151 0	0.283 0
无	900	67		
调查时血压情况				
正常	468	65	6.762 7	0.030 0
不正常	509	57		
不清楚	263	63		
近3个月内是否接受了防治指导				
是	1026	65	2.079 1	0.149 0
否	214	60		
最近测血压的时间				
1周内	355	51	23.857 5	<0.000 1
1个月内	453	66		
3个月内	276	66		
半年内	73	66		
半年以前	83	60		
服用降压药的频率				
按医嘱每天服用	697	66	17.945 7	<0.000 1
偶尔或必要时	415	56		
从不服用	128	50		

P_{25}、P_{50}、P_{75}分别表示家庭年人均收入水平的下四分位数、中位数和上四分位数

2.2 重庆农村地区高血压患者就医经济负担及影响因素

重庆农村地区高血压患者的门诊就诊次均自付费用平均值为63元,中位数为37元;住院次均自付费用为2 057元,中位数为749元。

2周内就诊且发生了门诊医疗费用者147人,以其门诊自付费用对数值为被解释变量,以社会经济人口学特征、疾病及治疗情况、疾病管理情况等变量作为解释变量进行多元回归分析(表2),在地市级以上医疗机构就诊、有输液治疗两个因素增加了门诊自付费用($P<0.05$)。

表2 重庆农村地区高血压患者对数门诊自付费用的多元逐步回归分析结果

变量	系数	*P* 值	95% *CI*
常数	1.92	<0.000 1	1.87~1.97
就医机构层级[a]			
县市级医院	0.49	0.072 0	-0.04~1.02
地市级以上医院	0.31	<0.000 1	0.14~0.48
有输液治疗	0.32	<0.000 1	0.20~0.43

a:就医机构层级中对照组为门诊部卫生室/社区卫生中心

同样地,对115名住院者的自付费用对数值作为被解释变量,以社会经济人口学特征、疾病治疗情况等变量作为解释变量进行多元线性逐步回归分析(表3),在婚、小学文化水平、较高的家庭年人均收入、较长的住院天数、县市级医疗机构就医将增加住院患者的自付费用。

表3 重庆农村地区高血压患者对数住院自付费用的逐步回归分析结果

变量	系数	*P* 值	95% *CI*
常数	5.22	<0.000 1	4.80~5.63
在婚	0.42	0.024 0	0.06~0.79
教育程度[a]			
小学	0.40	0.030 0	0.04~0.76
初中以上	0.04	0.888 0	-0.56~0.64
家庭年人均收入	0.03	0.034 0	0.00~0.07
就医机构层级[b]			
县市级医院	0.92	<0.000 1	0.56~1.27
地市级以上医院	0.24	0.273 0	-0.19~0.68
住院天数	0.08	<0.000 1	0.06~0.10

a:教育程度中对照组为文盲;b:就医机构层级中对照组为卫生院/社区卫生中心

2.3 重庆农村地区高血压患者疾病经济风险

2.3.1 重庆农村地区高血压患者的灾难性卫生支出

2013年NHSS在重庆农村地区的调查统计结果显示:28.4%的高血压患者家庭因该病的医疗自付费用而发生了灾难性卫生支出。χ^2 检验结果显示:患者的教育程度与患者家庭灾难性卫生支出发生率有关(表4)。

表 4 重庆农村地区 2013NHSS 按社会经济人口学特征的灾难性卫生支出发生情况

社会经济人口学特征	人数	发生 CHE 比例(%)	χ^2 值	*P* 值
性别				
男	134	33	2.482 9	0.115 0
女	144	24		
婚姻				
在婚	194	56	1.288 4	0.256 0
非在婚	84	27		
教育程度				
文盲	123	27	14.124 6	0.001 0
小学	118	40		
初中及以上	37	14		
经济水平				
低收入组(P_{25}以下)	52	29	0.863 0	0.834 0
中低收入组(P_{25}~)	62	29		
中高收入组(P_{50}~)	86	29		
高收入组(P_{75}~)	65	23		
并发症				
有	32	22	0.952 4	0.329 0
无	218	30		

P_{25}、P_{50}、P_{75}分别表示家庭年人均收入水平的下四分位数、中位数和上四分位数

以社会经济人口学特征、疾病严重程度及健康管理方式、就医情况作为解释变量,采用 Logistic 回归模型分析 CHE 发生的影响因素。观察人数为 339 人。回归结果如表 5 所示:高血压患者的医疗费用对其家庭的影响若是灾难性的,则取决于以下两个因素:患者年龄和住院天数。即年龄较大者和住院天数长者更容易产生灾难性的卫生支出。

表 5 2013 年 NHSS 中重庆农村地区高血压患者发生灾难性卫生支出的 Logistic 回归分析

变量	*OR*	*P* 值	95% *CI*
年龄[a]			
60~74 岁	4.33	0.011 0	1.46~14.25
75 岁以上	5.30	0.009 0	1.48~18.38
教育程度[b]			
小学	1.52	0.207 0	0.79~2.90
初中及以上	0.73	0.637 0	0.19~2.75
按医嘱每天服药	1.59	0.220 0	0.76~3.31
住院天数	1.10	<0.000 1	1.05~1.14

a:年龄对照组是 0~59 岁高血压患者;b:教育程度对照组为文盲组

2.3.2 重庆农村地区不同经济条件下高血压患者的就医相对风险度 较低收入组的高血压患者门诊就诊经济风险度大于 1(即矫正 RR 值大于 1),且中低收入组的门诊就医风险度最大,是高收入组的 10.2 倍;就住院就医经济风险而言,除高收入组患者外,各组的住院就医经济风险度都大于 1(表 6)。

表 6 2013 年 NHSS 中重庆农村地区不同经济水平高血压患者就医经济风险度

患者的经济水平	门诊		住院	
	自付费用 RR	自付费用矫正 RR	自付费用的 RR	自付费用的矫正 RR
低收入组(P_{25}以下)	0.591 2	1.521 3	0.475 1	1.067 9
中低收入组(P_{25}~)	1.918 6	3.060 0	1.084 0	1.702 7
中高收入组(P_{50}~)	0.761 0	0.761 9	1.690 5	1.663 4
高收入组(P_{75}~)	0.601 0	0.301 2	0.852 4	0.488 9

P_{25}、P_{50}、P_{75}分别表示家庭年人均收入水平的下四分位数、中位数和上四分位数

3 讨论

根据国家统计局的数据,农村家庭恩格尔系数 2003、2008、2012 年分别为 45.6%、43.7%、39.3%,说明农村居民生活水平不断地改善。另有研究发现食盐消费量超过建议量的居民城乡存在差异,农村居民比例超过城市居民[16];老龄化方面,伴随着大量青壮劳动力向城市流动,老龄化的程度在农村已高于城市。所有这些因素都使农村地区高血压患病率呈现逐渐增加的趋势。该疾病风险的增加势必相应地增加了疾病经济风险。按第五次 NHSS 的结果显示,全国范围内的农村地区的高血压患病率为 12.3%[17],NHSS 在重庆农村样本地区的调查数据显示高血压患者的患病率达 11%,而且患者年龄偏向老龄化。本研究分析了重庆农村地区高血压患者所承受的疾病经济负担、灾难性卫生支出发生情况和就医经济风险度等,了解到患者疾病经济风险的部分情况,针对研究中发现的问题,从加强农村居民基本医疗保险政策抵御疾病经济风险的能力方面,提出补偿政策的改进建议,也从现有慢性病防治工作及卫生资源配置的角度思考如何提高控制疾病风险的效率。

3.1 加快基层医疗机构建设才能使卫生服务端口前移,以降低患者的疾病经济风险

由于高血压并发症多、需终身治疗和预后差等特点,它会在一个较长的时期内逐步损害患者的劳动能力,逐渐消耗患者家庭的资源,从而使患者家庭的生活水平和创造财富的能力降低。为控制疾病风险,政府在慢性病防治方面已建立“政府主导、部门协作、动员社会、全民参与”的慢性病防治新的工作机制。开展了国家慢性病综合防控示范区建设。截至 2014 年,已建成 265 个国家级示范区,542 个省级示范区。2012 -

2015年中国慢性病防治工作规划提出要提高慢性病防治能力,控制由慢性病造成的社会经济负担水平。具体包括构建由疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构组成的慢性病防治网络;将高血压、糖尿病患者纳入基本公共卫生服务范畴;通过广泛的健康促进和健康教育,改善全体居民的健康行为,并建立慢性病监测和信息管理系统,进行慢性病危险因素监测、患病监测、死因监测等工作[18]。这些高血压健康管理的各项措施是控制疾病经济风险的关键,只有减缓疾病的进程,将病情控制住,才能真正降低患者的疾病经济风险。

根据影响门诊和住院自付费用的多因素分析,在地市级医疗机构就诊或在县市级医疗机构住院都是增加高血压患者就医经济负担的原因,而住院就医的相对经济风险度也显示:除了高收入者而外,住院自付费用对于大部分患者的经济影响都很大。同样地,影响灾难性卫生支出发生的各因素也说明,只有减少住院的可能,才能降低患者的疾病经济风险。汲进梅[19]研究结果也表明:只有减少慢病患者人群,有效控制病情以延迟恶化和严重并发症的发生,才能从根本上降低慢性病患者的疾病负担。

作为控制慢性病患者疾病风险和疾病经济风险的第一道防线,基层医疗机构的软硬件建设必须满足慢性病患者医疗服务的需要。实际上,自2009年全面启动医药卫生体制改革以来,基层医疗卫生机构硬件设施明显改善,百姓就医人数明显增多,但大医院仍旧人满为患。总之,基层医疗机构本身要有相应的软硬件设施,才能使患者愿意留在基层,实现分级诊疗。否则,势必加重高血压患者的疾病风险,也相应增加他们的疾病经济风险。

3.2 通过慢病管理策略的有效实施来提高患者的疾病认知是降低疾病经济风险的关键

以上研究结果表明:重庆农村地区高血压患者的门诊服务利用与其教育程度、调查时血压是否正常、测血压的频率、服用降压药的频率等有关,其中,患者对血压越不关注,门诊利用也越少;血压不正常时,患者更易门诊就医,也就是说,患者中存在依症状的有无来决定是否就医的情况。王彩艳[20]的研究结果表明:高血压患者不服药或不按时服药,这与对高血压的危害认识不足、不了解无症状期高血压的危害等有关。由于农村地区居民受教育程度相对较低,对健康知识的学习需要不断、多次地重复和加强。王荣付等[21]的研究指出:根据农村地区的实际情况,积极探索具有农村特色的教育方式是十分必要的,通过喜闻乐见的形式把健康理念送到农村居民的心坎里。本研究结果也发现:得到医师随访的患者其门诊治疗更积极,这也从另一方面说明包括随访在内的所有慢性病管理策略的有效实施有利于患者的疾病认知度的提高,养成良好、规范的治疗习惯,尽可能地将病情控制在较轻微的状态中,从而有利于降低患者的疾病经济风险,最终降低患者的疾病风险。

3.3 提高基本医疗保险对慢性病门诊费用的补偿标准,为患者提供强有力的经济支持

本研究通过对高血压患者的门诊就医风险度的研究发现:门诊就诊对于较低收入者而言仍是较大的经济风险,累积门诊费用对于他们仍是不小的负担。三大基本医疗保险制度是全社会成员抵御疾病经济风险的主要防线。相应地,已有研究表明对于缓解农村居民疾病经济负担的新型农村合作医疗制度的效果[22-25]。由于为农村居民提供经济保障的新农合具有针对大病支出的补偿而忽略慢性病支出的特点,使其对这部分患者的经济保护作用较弱。Wagstaff等[26]的研究发现:造成因病致贫的主要原因是门诊费用,而不是住院费用。本研究结果显示低收入组的门诊就医风险低于中低收入组,我们认为不能排除该组患者因经济困难而放弃治疗的可能,一旦患者感受到经济风险过大,则很可能放弃规范的治疗,井珊珊等[27]的研究指出经济困难仍然是农村慢性病患者不去就医的重要原因。放弃就诊将使其病情恶化,进而疾病经济风险更大,形成一个恶性循环。针对老龄化、慢性病患病率增加,以及存在贫困者的社会现状,研究者们呼吁提高该政策在筹资机制上的改革,加大政府对基金的投入,提高补偿水平。

因此,对于主要依靠门诊治疗的高血压患者,要减少经济条件的制约,使高血压患者的就医机会均等,在医疗保险政策方面还需要考虑提高对慢性病的门诊费用的补偿水平,并扩大门诊补偿政策的受益面。

综上所述,重庆农村地区高血压患者未在基层医疗机构就诊或住院增加了其疾病经济负担;而加强患者对高血压的认知并养成规范治疗的习惯有利于改变患者中存在的重治疗轻预防的观念,有利于疾病经济风险的控制;特别值得注意的是,对于主要依靠门诊治疗的高血压患者而言,在基本医疗保险的补偿方面还应更多考虑提高门诊补偿标准和门诊费用补偿的受益面。另外,由于国家卫生服务调查的慢性病患者是以被调查者自我报告为基础的,因此,本研究中患病率可能存在低估的情况。而且,用于分析慢性病患者疾病直接经济负担的数据来自于国家卫生服务调查对居民

的询问,如果能获得重庆市医保数据库的数据,将能更准确地反映两类疾病的疾病经济负担,做出更好的评价。下一步还需要进一步开展具有针对高血压患者的专门研究,对已经实现了城乡统筹的居民基本医疗保险政策对人们疾病经济风险效应进行评价。

参考文献:

[1] Wang L, Kong L, Wu F, *et al*.. Preventing chronic diseases in China[J]. Lancet, 2005, 366(9499): 1821 - 1824. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67344-8

[2] 李立明, 饶克勤, 孔灵芝, 等. 中国居民2002年营养与健康状况调查[J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(7): 478 - 484.

[3] 李镒冲, 王丽敏, 姜勇, 等. 2010年中国成年人高血压患病情况[J]. 中华预防医学杂志, 2012, 46(5): 409 - 413.

[4] Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, *et al*. Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme[J]. J Health Econ. 2009, 28(1): 1 - 19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.007

[5] 井珊珊, 刘晓云, 孟庆跃, 等. 农村慢性病病人家庭疾病经济风险的比较研究[J]. 中国卫生事业管理, 2010, (2): 5.

[6] 桑新刚, 尹爱田, 宋春燕, 等. 农村慢性病患者疾病负担及新农合补偿分析[J]. 中国公共卫生, 2010, 26(5): 76 - 79, 84.

[7] Zhang L, Cheng X, Tolhurst R, *et al*. How effectively can the New Cooperative Medical Scheme reduce catastrophic health expenditure for the poor and non-poor in rural China?[J]. Trop Med Int Health, 2010, 15(4): 468 - 475. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2010.02469.x

[8] 崔颖, 刘军安, 叶健莉, 等. 贫困农村地区高血压及其合并症病人家庭灾难性卫生支出分析[J]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(3): 37 - 39.

[9] 桑新刚. 新型农村合作医疗制度对慢性非传染性疾病患者的保障能力研究[D]. 济南: 山东大学, 2011.

[10] 徐成. 农村贫困家庭老年人疾病经济风险及分担方式研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2007.

[11] Stiglitz J E. Economics of the Public Sector[M]. 3rd ed. New York: WW Norton & Company, 2000.

[12] Xu K, Evans D B, Kawabata K, *et al*. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis[J]. Lancet, 2003, 362(9378): 111 - 117. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5

[13] 郝模, 丁晓沧, 罗力, 等. 农村居民疾病经济风险测定方法及意义[J]. 中国初级卫生保健, 1997, 11(10): 17 - 18.

[14] 陈仁友, 尹爱田, 赵文静, 等. 农村居民疾病经济风险与灾难性卫生支出关联性研究[J]. 卫生经济研究, 2012(2): 26 - 29.

[15] 王志锋, 尹爱田, 郝模, 等. 农村居民乡镇卫生院住院经济风险的测定[J]. 中国初级卫生保健, 1997, 11(10): 23 - 25.

[16] 马冠生, 周琴, 李艳平, 等. 中国居民食盐消费情况分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2008, 16(4): 331 - 333.

[17] 国家卫生计生委统计信息中心. 2013第五次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2015.

[18] 李立明, 吕筠. 中国慢性病研究及防治实践的历史与现状[J]. 中华流行病学杂志, 2011, 32(8): 741 - 745.

[19] 汲进梅. 农村慢性非传染性疾病控制机制研究[D]. 济南: 山东大学, 2009.

[20] 王彩艳. 高血压患者的自我管理及其影响因素的研究进展[J]. 右江医学, 2011, 39(5): 647 - 649.

[21] 王荣付, 刘小鹏, 张杰, 等. 农村地区慢性病流行现状及控制管理对策分析[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(18): 3536 - 3539.

[22] Yip W, Hsiao W C. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment?[J]. Soc Sci Med, 2009, 68(2): 201 - 209. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.066

[23] Li Y, Wu Q, Liu C, *et al*. Catastrophic health expenditure and rural household impoverishment in China: what role does the new cooperative health insurance scheme play?[J]. PloS one, 2014, 9(4): e93253. DOI: 10.1371/journal.pone.0093253

[24] Jing S, Yin A, Shi L, *et al*. Whether New Cooperative Mmedical Schemes reduce the economic burden of chronic disease in rural China[J]. PloS one, 2013, 8(1): e53062. DOI: 10.1371/journal.pone.0053062

[25] Jiang C, Ma J, Zhang X, *et al*. Measuring financial protection for health in families with chronic conditions in Rural China[J]. BMC public health, 2012, 12: 988. DOI: 10.1186/1471-2458-12-988

[26] Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and Impoverishmentin Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98[J]. Health Econ, 2003, 12(11): 921 - 934. DOI: 10.1002/hec.776

[27] 井珊珊, 尹爱田, 孟庆跃, 等. 农村居民慢性病患者的就医选择行为研究[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(2): 32 - 34.

(**收稿**:2016-06-08;**修回**:2016-06-28)

(编辑 吴培红)