

健康扶贫政策背景下慢性病患者药品福利受益归属的公平性及其影响因素研究[△]

汤少梁*,殷 婷(南京中医药大学卫生经济管理学院,南京 210023)

中图分类号 R19/F061.4 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2019)08-1009-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2019.08.01

摘要 目的:研究健康扶贫政策背景下慢性病患者药品福利受益归属的公平性及其影响因素,为健康精准扶贫提供参考依据。方法:采用基金课题——“基于慢性病患者药品福利效应提升的卫生精准扶贫政策优化研究”在江苏、四川和浙江这3个省份的调研数据作为样本(调研时间2016年10月—2018年5月),以患者的个人收入作为衡量其经济水平的指标,以其药品费用支出(含报销费用)作为政府健康政策下的药品福利指标,采用受益归属分析方法,以洛伦兹曲线、基尼系数、集中指数、集中曲线和Kakwani指数等对慢性患者的药品福利受益进行绝对公平分析和相对公平分析。采用Anderson卫生服务利用模型,纳入可能影响贫困慢性病患者药品受益分布的因素,运用多元线性回归分析找出主要影响因素。结果:慢性病患者药品福利分布的绝对公平性和相对公平性均较差,存在有利于富裕人群、不利于贫困慢性患者的不公平现象。经济收入、受教育程度、医疗保险类型和患者健康水平对药品福利的影响均有统计学意义($P<0.05$)。结论:健康扶贫政策给慢性病患者带来了药品福利,但仍存在不公平现象。建议政策制定时将慢性病的“救命药”和常用药纳入医保范围,使药品福利更偏向于贫困慢性病患者群;基层医疗机构应加强慢性病相关的健康教育,提高贫困慢性患者的健康素养与健康水平。

关键词 健康扶贫政策;慢性病;药品福利;受益归属分析;公平性;影响因素

Study on the Benefit Incidence Equity and Its Influential Factors of Drug Welfare for Chronic Disease Patients under the Background of Health Poverty Alleviation Policy

TANG Shaoliang, YIN Ting (College of Health Economics and Management, Nanjing University of TCM, Nanjing 210023, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To study the benefit incidence equity and its influential factors of drug welfare for chronic diseases patients under the background of health poverty alleviation policy, and to provide reference for precision health poverty alleviation. METHODS: According to the National Natural Science Foundation project “Study on the Optimization of Precision Health Poverty Alleviation Policy Based on the Improvement of Drug Welfare Effects of Chronic Diseases Patients”, the research data of Jiangsu, Sichuan and Zhejiang provinces were used as samples (during Oct. 2016-May 2018). Taking patients’ personal income as economic measurement index, drug expenditure (including reimbursement) as drug welfare index under government health policy, by benefit incidence analysis, Lorentz curve, Gini coefficient, concentration index, concentration curve and Kakwani index were used to analyze the absolute equity and relative equity of drug welfare benefits of patients with chronic diseases. Anderson health service utilization model was used to incorporate the factors that may affect the distribution of drug benefits among the poor patients with chronic diseases. Multivariate linear regression analysis was used to identify the main influential factors. RESULTS: The absolute fairness and relative fairness of drug welfare distribution in patients with chronic diseases were poor, and there were unfair phenomena that were beneficial to the rich and unfavorable to the poor chronic disease patients. Economic income, education level, types of medical insurance and patients’ health level had effects on drug welfare with statistical significance ($P<0.05$). CONCLUSIONS: The health poverty alleviation policy brings drug welfare to patients with chronic diseases, but there are still unfairness. The policy should be more biased towards the poor people, also more chronic disease “life-saving drugs” and commonly used drugs should be included in the medical insurance catalogue. Health education for chronic diseases in primary medical institutions should be strengthened to improve the health literacy and health of patients with chronic diseases.

KEYWORDS Health poverty alleviation policy; Chronic disease; Drug welfare; Benefit incidence analysis; Equity; Influential factor

[△] 基金项目:国家自然科学基金资助项目(No.71673148);教育部人文社会科学研究一般项目(No.15YJA630060);江苏省社会科学基金项目(No.15GLB014);江苏省研究生科研与实践创新计划项目(No. KYCX18_1524)

* 教授,博士。研究方向:医药经济与企业管理。电话:025-85811761。E-mail:tangshaoliang@126.com

慢性病是以心脑血管疾病、糖尿病、癌症和慢性阻塞性肺疾病等为主的一类疾病,其疾病特征决定了患者需长期服药,故患者不仅要承受疾病的痛苦,而且不得不承担长期的医疗费用。最新一期的《柳叶刀》杂志公布的全球死因排行数据显示:在全球范围内,传染性、孕

产妇、新生儿和营养等原因导致的死亡占19.3%，而慢性病导致的死亡占72.3%，其所导致的伤害占8.43%^[1]。慢性病发病率和病死率的上升，给患者个人和社会都带来了极大的经济负担。对于慢性病患者而言，医药费用中药品费用所占比例较大^[2]，药品费用过高不仅给患者带来了沉重的经济负担，而且易使慢性病与贫困形成恶性循环，使患者陷入“因病致贫、因病返贫”的困境。为解决这一问题，国家相关部门先后出台了一系列健康扶贫政策，例如2016年6月由国家卫生计生委联合15个部门出台了《关于实施健康扶贫工程的指导意见》^[3]，再如2018年3月总理政府工作报告明确提出了“推进贫困地区医药卫生体制改革”“加大精准脱贫力度”，让贫困人口“看得起病、看得好病、看得上病、少生病”^[4]。

为减轻慢性病患者的药品负担，同时改善“高价药买不起，廉价药买不到”的现状，自2018年5月起，我国宣布进口抗癌药物实施零关税并降低增值税^[5]；2018年8月，国家医疗保障局印发的《关于做好前期国家谈判抗癌药品医保支付标准调整的通知》中，对14种前期国家谈判抗癌药的支付标准和采购价格进行了下调^[6]。这些政策的实施有助于进一步降低癌症患者的经济负担，助力国家健康扶贫工程，给部分慢性病患者带来极大的药品福利。健康扶贫政策是以切实降低药品费用为目的，为患者特别是慢性病患者带来药品福利。但根据国家卫生计生委2018年最新统计数据显示，我国慢性病患者已增加到2.6亿，慢性病导致的疾病负担占总疾病负担的比重增长到70%，相关健康扶贫政策实际上未能较好地照顾到贫困人群^[7]。因此，本文基于健康扶贫政策背景，以慢性病患者为健康精准扶贫的对象，分析药品受益归属的公平性及其影响因素，以期健康扶贫工作的开展提供政策建议。

1 资料来源

数据来源于南京中医药大学汤少梁教授主持的国家自然科学基金项目——“基于慢性病患者药品福利效应提升的卫生精准扶贫政策优化研究”。该课题主要以贫困慢性病患者为调研对象，采用分层抽样与随机抽样结合的方法，从国家官方公布的国家级贫困县中每个县所在省/县选取1家三级医院、2家县级医院作为样本，采用课题组设计的《贫困慢性病患者药品福利效应调查问卷》进行实地调研^[8]。问卷内容包括：(1)个人情况调查表；(2)药品可及效应调查表；(3)药品价格效应调查表；(4)药品公平效应调查表；(5)欧洲五维健康量表(EQ-5D)。由于课题组在此调研过程中对问卷进行适当调整，为了保证样本间一致性、可比性的要求，本文选取本课题于2016年10月—2018年5月期间在江苏、四川、浙江这3个省份的调研数据作为样本。期间发放问

卷801份并全数收回，回收率为100%；其中有效问卷714份，问卷有效率为89.1%。

本文提取回收问卷中的个人情况调查表和EQ-5D的数据，对慢性病患者药品福利的受益公平性进行分析，并研究影响患者药品福利受益分布的关键因素。(1)个人情况调查表：包括慢性病患者的性别、年龄、受教育程度、经济收入、医疗保险类型和药品费用支出(含报销费用)。政府的卫生投入(即健康投入)包括政策性投入和资金投入，能够给患者带来福利^[9]。但在实际问卷调查过程中，患者并不能准确知道医保报销的具体费用，再加上各地报销比例不一、无法进行统一测算，因此本文将含报销费用的药品费用支出作为健康投入的资金投入部分，用以间接表示患者的药品福利。(2)EQ-5D：包括患者的行动能力、自我照顾、日常活动、疼痛或不舒服、焦虑或沮丧这5个维度，并采用李克特五维量表从低到高进行评分(1分代表不好的方面，5分代表好的方面)。本文以EQ-5D各个维度评分的加和值来表示患者的健康水平，该值越大则表明健康水平越高。

2 研究方法

2.1 受益归属分析

受益归属分析(Benefit incidence analysis, BIA)是测量不同人群的政府补助受益分布状况的工具，其通过测算政府补助在不同经济群体间的分配与受益情况(即谁受益及受益多少)，来评价政府补助的公平性和卫生政策的目标效率^[10]。本文以调研数据中患者的个人收入作为衡量个人经济水平的指标，从低到高将患者划分为最低收入组、次低收入组、中间收入组、次高收入组、最高收入组，各组人数相近；同时，利用洛伦兹曲线、基尼系数、集中曲线、集中指数和Kakwani指数等，从绝对公平和相对公平两个角度分析患者受益情况。

2.1.1 专业概念介绍 ①洛伦兹曲线：这是在一个总体(如国家、地区)内，以“从最贫穷的人群一直计算到最富有的人群”的人口百分比对各人口百分比对应的收入百分比组成的曲线，可用来判断资源分布公平性^[11]。②基尼系数：该系数是洛伦兹曲线和对角线之间的面积与对角线下直角三角形面积的比值，可用来评价财富分配的公平程度^[11]。③集中曲线：该曲线是以按经济水平由低到高排列的人口百分比为横坐标，以各人群的健康/卫生费用等指标计算的累计百分比为纵坐标所绘制的曲线^[11]。④集中指数：该指数通常为集中曲线和对角线之间的面积与对角线下直角三角形面积的比值，取值范围为[-1, +1]。⑤Kakwani指数(k_i)：该指数是基尼系数与集中指数的差值，取值范围为[-2, 1]。其主要作为反映政府医疗补助相对公平程度的指标^[10]，用以评价相对公平程度。 k_i 的计算公式为： $k_i = C_i - G_i$ ，其中 C_i 表示慢性病

患者药品福利受益的集中指数, G_i 表示生活水平(即经济水平)的基尼系数。

2.1.2 绝对公平分析 慢性病患者药品福利分布的绝对公平程度通常用两种不同的方式来表示。首先比较集中曲线与对角线的相对位置:如果集中曲线位于对角线上方,则表明最贫困的 $P\%$ (P 表示横坐标上的任意取值)人群获得的药品福利占总福利的份额大于 $P\%$, 药品福利分布处于绝对公平状态;如果集中曲线位于对角线下方则反之^[12]。然后以集中指数判断公平/不公平程度:当集中曲线位于对角线之上时,集中指数为负值,则表示福利分布偏向于贫困人群,其绝对值越大则公平程度越高;当集中曲线在对角线之下时,集中指数为正值,则表示福利分布偏向于富有人群,其值越大则不公平程度越高^[13]。

2.1.3 相对公平分析 慢性病患者药品福利的相对公平程度通常用两种不同的方式来表示。首先比较集中曲线与洛伦兹曲线的相对位置:如果集中曲线位于洛伦兹曲线的上方,则说明药品福利分布相对公平;如果集中曲线位于洛伦兹曲线的下方则反之^[12]。然后以 Kakwani 指数判断公平/不公平程度:当 Kakwani 指数大于 0 时,则表明相对于人群生活水平的分布而言,药品福利的受益对于缩小相对贫富差距未起到作用,该值越大则相对公平性就越差,对于低收入人群的不利程度就越高;当 Kakwani 指数小于 0 时则反之^[11]。

2.2 多元线性回归分析

依据 Anderson 卫生服务利用模型^[10],以可能影响慢性病患者受益分布的因素作为自变量,以药品福利为因变量,进行多元线性回归,分析影响患者药品福利受益分布的关键因素。本文选取的变量为:1)倾向性特征(患者的性别、年龄、受教育程度);2)能力资源(患者的经济收入、医疗保险类型);3)需要因素(EQ-5D 评分),详见表 1。

表 1 慢性病患者药品福利多元线性回归分析变量

Tab 1 Variables of multivariate linear regression analysis of drug welfare in patients with chronic disease

变量类型	变量名称	变量符号
自变量	经济收入(Income)	Inc
	性别(Gender)	Gen
	年龄(Age)	Age
	受教育程度(Education)	Edu
	医疗保险类型(Type of Medical Insurance)	TMI
	患者健康水平(EQ-5D 评分)	EQ5D
因变量	药品福利(Drug Welfare)	DW

2.3 统计学方法

采用 Adept 软件进行受益归属公平性分析,采用 Stata15.0 软件进行影响因素的多元线性回归分析,部分图

表采用 Excel 进行绘制。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 受访患者基本情况统计

样本人群中,女性占比 55.32%,男性占比 44.68%;年龄 ≥ 60 岁的患者占 60.78%,年龄 ≥ 50 岁患者占 74.33%,这间接说明了慢性病人发病的年龄特征;未受过教育及小学、初中教育程度患者占比较高,分别为 24.23%、31.51%、22.27%,本科及以上学历教育程度患者占比最小,仅 4.48%。样本人群多参加了新型农村合作医疗保险,占比达到 41.88%,购买商业医疗保险的人很少,占比仅为 2.24%;月收入 ≤ 1000 元和 > 4000 元的患者所占比例较大,分别为 24.23%、48.46%。受访患者基本情况见表 2。

表 2 受访患者基本情况 ($n=714$)

Tab 2 General information of surveyed patients ($n=714$)

项目	子项	数量,例	占比,%
性别	男	319	44.68
	女	395	55.32
年龄,岁	< 30	41	5.74
	30~39	61	8.54
	40~49	82	11.48
	50~59	96	13.45
	≥ 60	434	60.78
受教育程度	未受过教育	173	24.23
	小学	225	31.51
	初中	159	22.27
	高中或中专	90	12.61
	大专	35	4.90
	本科及以上学历	32	4.48
医疗保险类型	城镇职工基本医疗保险	232	32.49
	城镇居民基本医疗保险	167	23.39
	新型农村合作医疗保险	299	41.88
	商业医疗保险	16	2.24
经济收入,元/月	≤ 1000	173	24.23
	1001~2000	67	9.38
	2001~3000	82	11.48
	3001~4000	46	6.44
	> 4000	346	48.46

3.2 慢性病患者药品福利公平性分析结果

3.2.1 绝对公平分析结果 根据患者经济收入水平划分为 5 个经济分组(最低收入组为 ≤ 1000 元/月、次低收入组为 1001~2000 元/月、中间收入组为 2001~3000 元/月、次高收入组为 3001~4000 元/月,最高收入组为 > 4000 元/月),并计算出各组患者的经济收入水平和药品福利水平(非累计值),例如:最低收入组的经济收入水平 = 最低收入组的经济收入/总经济收入 $\times 100\%$ (为方便计算,经济收入取均值),最低收入组的药品福利水平 = 最低收入组的药品福利/总药品福利 $\times 100\%$ 。结果,计算得不同经济水平慢性病患者药品福利的受益分布,详见表 3。

表3 不同经济水平慢性病患者药品福利的受益分布(%)

Tab 3 Benefit distribution of drug welfare in chronic disease patients with different economic levels (%)

经济分组	经济收入水平	药品福利水平
最低收入组	24.24	11.44
次低收入组	19.38	20.65
中间收入组	11.48	12.75
次高收入组	16.44	10.81
最高收入组	28.46	44.35

以不同经济水平由低到高排序的人口百分比为横轴、其药品福利累计百分比为纵轴,绘制慢性病患者药品福利集中曲线,详见图1。由图1可见,集中曲线位于对角线下方,表明慢性患者的药品福利分布处于绝对不公平状态, $P\%$ 贫困慢性病患者获得的药品福利占总福利的份额小于 $P\%$ 。经计算,集中指数为 $0.52 > 0$,表明药品福利分布更偏向于富有人群,而贫困慢性患者的药品福利受益小于富有人群。

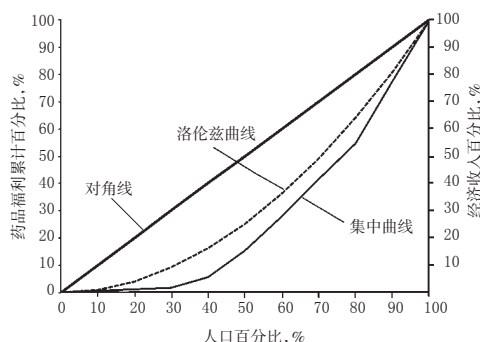


图1 慢性病患者药品福利集中曲线和洛伦兹曲线

Fig 1 Drug welfare concentration curve and Lorenz curve of chronic disease patients

3.2.2 相对公平分析结果 以不同经济水平由低到高排序的人口百分比为横轴、其经济收入百分比为纵轴,绘制洛伦兹曲线,详见图1。由图1可见,慢性病患者药品福利集中曲线位于洛伦兹曲线下方,表明药品福利分布处于相对不公平状态;经计算,Kakwani 指数为 $0.13 > 0$,表明慢性病患者药品福利分布的相对公平性较差,不利于贫困患者人群。

3.3 健康扶贫政策背景下慢性病患者药品福利受益的影响因素分析

利用多元线性回归分析,进一步探讨药品福利的受益在不同人群中的分布特征,找出对药品福利有显著影响的因素。

3.3.1 模型建立 初步建立线性回归模型如下: $DW = \beta_0 + \beta_1 Inc + \beta_2 Gen + \beta_3 Age + \beta_4 Edu + \beta_5 TMI + \mu$,其中, β_0 为回归常数项, $\beta_1 \sim \beta_5$ 为自变量的系数, μ 为回归误差项^[14]。

3.3.2 模型检验与结果 多元线性回归模型结果显示,模型 P 值为 $0.006 4 < 0.05$,具有统计学意义; R^2 为 $0.825 0$,

提示其拟合效果较好。根据各自变量的相关系数及显著性水平可发现,Inc、Edu、TMI 和 EQ5D(即经济收入、受教育程度、医疗保险类型和患者健康水平) P 值均小于 0.05 ,对药品福利分布的影响均有统计学意义;而其余自变量的 P 值均大于 0.05 ,则其对药品福利分布的影响无统计学意义。多元线性回归结果见表4。

表4 多元线性回归结果

Tab 4 Results of multivariate linear regression

变量	系数	估计标准误	t	P
Inc	0.003 446 2	0.001 598 7	2.16	0.031
Gen	102.083 7	114.233 1	0.89	0.372
Age	6.309 532	4.085 27	1.54	0.123
Edu	150.823 6	6.381 08	3.25	0.001
TMI	-15.045 15	27.939 12	2.26	0.015
EQ5D	-8.948 239	12.800 82	-2.70	0.005
常数	-739.860 7	543.012 9	-1.36	0.173

经济收入和受教育程度与慢性患者的药品福利受益呈正相关,即慢性患者的经济收入越高,其药品福利受益越多,这一结果与上文的相对公平性分析结果一致;患者受教育程度越高,其药品福利受益越多,推测患者教育程度与其经济收入及对药品福利政策的知晓程度有一定关系,因此可能间接影响了其受益。而医疗保险类型与慢性患者的药品福利受益呈负相关。医疗保险类型变量赋值为“城镇职工基本医疗保险=1”“城镇居民基本医疗保险=2”“新型农村合作医疗=3”,数值越大则对应的报销比例就越小,而报销比例越小则药品福利受益越小,因此慢性病患者药品福利受益分布由小到大排序为:参加新型农村合作医疗保险者<参加城镇居民基本医疗保险者<参加城镇职工基本医疗保险者。患者健康水平与慢性患者的药品福利受益呈负相关,即患者健康水平越高则其药品福利受益越少。笔者分析,因健康水平高的患者身体素质较高,因而药品费用支出越少,其药品福利受益就减少。

4 讨论与建议

4.1 健康扶贫政策给慢性病患者带来了药品福利,但仍存在不公平现象

随着“健康中国”战略和健康扶贫工程的实施,国家对于贫困人群切身利益和福利的提高保持了高度密切的关注,也为有效提升农村贫困人口医疗保障水平和贫困地区医疗卫生服务能力采取了更加切实可行的措施,旨在全面提高农村贫困人口的健康水平,这些政策的实施对于实现“到2020年让农村贫困人口摆脱贫困”这一目标具有十分重要的意义。本研究分析发现,慢性病患者按照经济收入分组,最高收入组获得了药品福利受益的 44.35% ,集中指数为 0.52 ,绝对公平性差,表明受益分布更偏向于富有人群而不利于贫困慢性病患者,不符合健康扶贫政策“防止因病致贫、因病返贫”的目标。

4.2 将慢性病的“救命药”和常用药纳入医保范围,使药品福利更偏向于贫困慢性病患者群

从多元回归结果来看,贫困慢性病患者药品福利低的原因主要是经济收入少,且这部分患者大多为参加新型农村合作医疗保险人群。为保障低收入人群从新型农村合作医疗保险中获得更多的药品福利,应采取措施降低药品价格。但药品价格的降低涉及到多方利益,药品政策改革必须发挥所有利益相关者的协同作用。在取消政府定价后,在充分发挥药品定价对市场资源配置决定性作用的同时,政府仍应发挥其对药品定价的引导作用,多措并举切实降低慢性患者的药品费用。一是要降低进口药关税和增值税,让特殊患者如癌症患者用得起好药。但药品进入国内市场后,代理层级、是否垄断供应等因素仍然对药价有影响,故政府应加强监管、多部门联动,真正降低药品价格。二是要将更多的“救命药”或基本药物纳入医保基药目录,增加目录中慢性病常用药的品种,切实给患者带来药品福利。三是要支持仿制药的研发,即在鼓励研发创新药的同时,大力发展仿制药,以生产出与原专利药在质量和疗效上一致的替代药品。近年来,中国已实施仿制药质量和疗效一致性评价,以实现进口原研药的国产替代,从根本上降低患者药品费用。降低药品价格,不仅可以减轻慢性患者的经济负担、提高药品福利,而且对于帮助慢性病患者走出“因病致贫”的困境具有重要意义。

4.3 基层医疗机构应积极加强慢性病健康教育,提高贫困慢性患者的健康素养与健康水平

患者健康水平与慢性患者的药品福利受益呈负相关,说明慢性病患者自身健康素养和健康水平还有待提高。社区医院等基层医疗机构应肩负起慢性病防治与患者康复的责任,积极开展更加丰富的健康卫生宣传教育。一方面,政府要将公共卫生服务的功能统筹兼顾,例如可通过专业的卫生知识讲座、卫生服务相关工作人员走进社区等方式,有效提高居民对健康和药物的认知度,增强居民健康的素养和对科学健康知识的认知度;又如利用新闻媒体、网络等普及率较高的宣传载体,加大对慢性病知识、服务政策在群众中的宣传力度,营造一个有利于卫生健康良好发展的社会环境。另一方面,居民要注重自身饮食的合理性和膳食营养的均衡性,积极参加合理的身体锻炼和有意义的社交活动,培养健康的身体和心理素质,提升自身健康需求和健康认知,更好地了解到自己所需要的药品福利。

参考文献

- [1] GBD 2016 Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. *Lancet*, 2017, 390(10100):1084-1150.
- [2] 宋蕾,张开金,包思敏,等.不同支付方式下慢性病患者住院费用对比分析[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(5): 440-441.
- [3] 国家卫生计生委,国务院扶贫办,国家发展改革委,等.关于实施健康扶贫工程的指导意见[EB/OL]. (2016-06-21)[2018-09-30]. <http://www.nhffc.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>.
- [4] 中国军网. 2018年国务院政府工作报告[EB/OL]. (2018-03-05)[2018-09-30]. http://www.81.cn/2018zt/2018-03/05/content_7960112.htm.
- [5] 中国经营网. 国务院:5月1日起进口抗癌药实施零关税[EB/OL]. (2018-04-23)[2018-09-30]. <https://www.cnh-healthcare.com/article/20180423/content-502628.html>.
- [6] 北京市人力资源和社会保障局. 关于做好前期国家谈判抗癌药品医保支付标准调整的通知[EB/OL]. (2018-08-29)[2018-09-30]. http://bjrbj.gov.cn/xxgk/zcfg/201808/t20180829_75351.html.
- [7] 人民网. 慢病患者超2.6亿,慢病防控亟待健康科普[EB/OL]. (2018-06-05)[2018-09-30]. <http://pic.people.com.cn/n1/2018/0605/c1016-30036809.html>.
- [8] 沈旖旎. 基于两步聚类法的慢性病患者药品福利效应研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2018.
- [9] 张婷. 政府健康投入与居民健康效用关系研究:经济学分析方法的应用[J]. *陕西行政学院学报*, 2016, 30(1): 111-115.
- [10] 刘文莉,徐凌忠,李李佳,等. 新型农村合作医疗保险住院补偿受益公平性分析[J]. *中国卫生事业管理*, 2017, 34(2): 117-119.
- [11] 孙玉凤. 政府医疗卫生支出受益归属的测算研究[D]. 济南:山东大学, 2016.
- [12] 高建民,卢丽,李倩,等. 陕西省城乡居民政府医疗补助受益归属分析[J]. *中国卫生经济*, 2014, 33(8): 20-22.
- [13] 马千慧,高广颖,马骋宇,等. 新型农村合作医疗大病保险受益公平性分析:基于北京市三个区县的数据分析[J]. *中国卫生经济*, 2015, 34(10): 54-57.
- [14] 王佳毅. 我国寿险保费影响因素的实证分析[J]. *企业导报*, 2014(10): 12-13.

(收稿日期:2018-10-10 修回日期:2019-03-06)

(编辑:段思怡)