

青海省与甘肃省城市医疗救助试点情况调查报告

高梦滔, 顾昕, 张颖

(北京师范大学社会发展与公共政策研究所, 北京 100875)

摘要:介绍了甘肃和青海两省城市医疗救助试点的组织、救助与管理的基本结构。同时,在救助对象、救助项目资金分配三个方面比较了“青海模式”与“甘肃模式”的相异之处,提出了医疗救助和现有医保制度整合的难点以及基层财政困境对于医疗救助效果产生影响的机制。

关键词:城市医疗救助;财政;制度整合

中图分类号:R19 文献标识码:A 文章编号:1004-7778(2006)02-0003-06

Report on City Medical Aid in Qinghai and Gansu Provinces

GAO Meng-tao, GU Xin, ZHANG Ying

(Social Development and Public Policy Research Institute of Beijing Normal University, Beijing 100875, China)

Abstract: This paper introduced the structure of City Medical Aid in Qinghai and Gansu Provinces, and compared “Qinghai Model” with “Gansu Model” in three aspects including population aided, aid project and allocation of funds. It also proposed the difficulty of incorporating Medical Aid into Medical Insurance and influence of financial difficulty on Medical Aid.

Key words: City Medical Aid; finance; institution incorporation

为了更好地体现社会公平原则,有效帮助城市弱势群体,民政部、卫生部、劳动与社会保障部和财政部于2005年2月正式出台了《关于建立城市医疗救助制度试点工作的意见》(以下简称《意见》),提出“从2005年开始,用两年时间在各省、自治区、直辖市部分县(市、区)进行试点,再用2—3年时间在全国建立起管理制度化、操作规范化的城市医疗救助制度”。受国家民政部和中英项目办(UHPP)研究课题组委托,北京师范大学社会发展与公共政策研究所研究人员于2005年10月对青海、甘肃两省的城市医疗救助试点情况进行调查。

本报告主要分为4个部分:(1)两省城市救助模式比较;(2)筹资问题与基层财政的困境;(3)社区医疗模式与城市医疗救助制度的结合;(4)管理成本与制度整合。

一、两省城市救助模式比较

以省人民政府办公厅关于《实施城市医疗救助试点工作的意见》的发布为标志,青海省和甘肃省城市医疗救助试点工作分别于2005年6月和8月开始^①。青海省试点工作在全省范围内全面铺开,甘肃省则选择29个区(县)进行。青海省试点工作在全省开展的原因主要有两点^②。(1)青海省人

口较少,管理相对容易。2004年青海全省城市人口数为207.51万人,城镇低保人数合计为20.08万人(青海省统计局,2005),城市贫困发生率为9.68%;而甘肃仅仅29个试点区(县)合计非农总人口就达346.24万人,低保人数32.35万人(甘肃省民政厅,2005),贫困发生率为9.34%。(2)青海省低保人口集中,基础较好,西宁市集中了青海全省低保人数的37.4%,并且从2003年开始就和中英项目办合作进行医疗救助与社区卫生服务的研究与试点工作,开展试点的基础较好。

虽然两省城市医疗救助受益对象都以低保户为主,但是各自的试点办法有很大的不同。下面对两省医疗救助试点方案(分别称为“青海模式”和“甘肃模式”)加以比较分析。

(一)管理办法和救助程序

1. 管理办法和机构职能

两省的医疗救助组织管理模式基本相同,都涉及4个职能部门:民政、卫生、财政、劳动与社会保障。以民政部门为主。

省民政厅是全省试点工作的核心部门,主要职能是制定救助办法和全面组织实施,包括救助资金的分配和日常的医疗救助补偿工作。省财政厅主要负责省级配套资金的落实。在青海,中央救助资金为720万元,地方按照1:1配套,全部

①《青海省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于在全省开展城市医疗救助试点工作的意见的通知》(青政办发2005年95号);《甘肃省人民政府办公厅批转省民政厅等部门关于实施城市医疗救助试点工作的意见的通知》(甘政办发2005年104号)。

②《意见》仅仅规定各省试点县(市、区)不少于1/5,对上限未作硬性规定。

由省级财政承担;在甘肃,中央救助资金为1030万元,省级财政配套不低于300万元,县区财政大致按照1:1配套。

省卫生厅主要是以对贫困户医疗费用优惠的方式投入部分贫困救助资金。青海省早在2003年就出台实施了《关于在全省县级以上医院设立济困助困病床的通知》,对于低保户给予“一免七减”优惠医疗服务^①。甘肃省《意见》要求医疗机构对医疗救助对象的挂号费等给予适当减免;注射费、换药费按照成本收费;住院费、检验费优惠15%左右。从青海的减免情况来看,一个门诊的低保患者获得的减免金额至少在4.5~5元;根据西宁市UHPH基线调查报告,2003年西宁市贫困人群两周患病率为33.1%,以两周患病就诊率为25.5%计算(卫生部卫生信息统计中心,2004),按照全年52周采用简单的线性外推,则2004年医疗机构减免的贫困人群医疗费用=20.08万人×33.1%×25.5%×26×4.5(5)元/人=198.3(220.3)万元。根据基线调查结果,以同期贫困户门诊次均费用为90元计算,医疗机构费用减免对于门诊的医疗救助率大

致为 $4.5/90=5\%$,医疗机构的投入下限大致在人均10元/年的标准。甘肃虽然还未开始执行减免办法,估计人均标准不会低于青海,则29个试点区(县)医疗机构全年减免的费用也在300万元以上^②。除费用减免外,省卫生厅的职能还包括医政管理(定点机构确定)、社区卫生服务的推进和诊疗目录的核定等方面。由于民政部门没有能力核定具体的诊疗和药品目录,因此两省医疗救助报销采用的都是城镇职工基本医疗保险药品和诊疗项目目录^③。

劳动保障部门配合做好城市医疗救助试点与城镇职工基本医疗保险制度在人员、医疗服务管理、标准等方面的衔接工作。青海省西宁市4个城区还有效地利用城镇职工基本医疗保险的结算和管理系统进行城市医疗救助的费用补偿工作。

2. 医疗救助的申请审批

两省的医疗救助审批和发放程序大致相同,包含申请、审核、公示与救助发放四个步骤(见图1)。

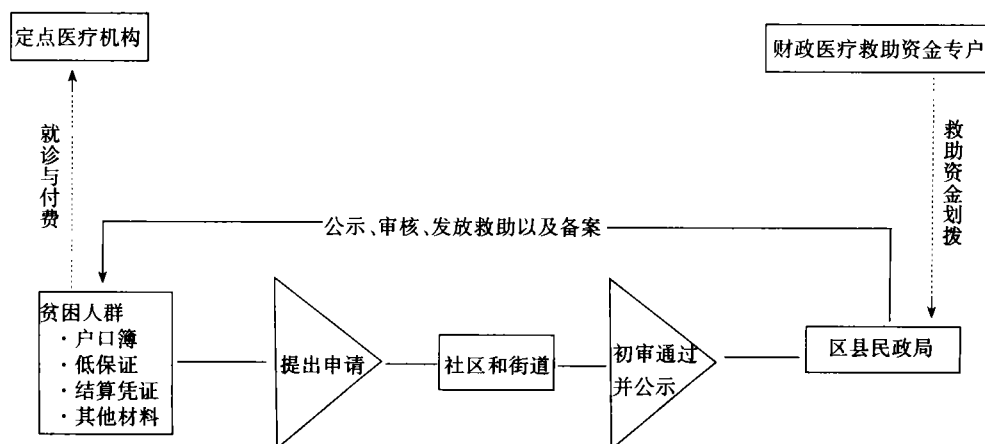


图1 城市医疗救助审核与发放程序

资料来源:根据青海、甘肃两省《城市医疗救助试点意见》绘制,内部资料。

在整个救助程序中,工作量增加较多的是民政部门与街道。各试点县都相应规定了一些不属于医疗救助范围的项目^④,但是民政部门和街道没有能力和精力对医疗开支的项目像劳动保障部门的医保机构一样进行严格审核。为此,民政部门采取两条措施应对:(1)规定报销日期,如青海规定“医疗救助原则上一年两次核发”;(2)与卫生部门、劳动保障部门配合,要求定点医疗机构按照药品和诊疗项目目录,在出具的结算凭证上,指明相应药品和诊疗项目的明细金额。

(二)救助对象的区分

两省模式救助对象最大区别在于:青海仅限于民政部门已经确定的城市低保家庭;甘肃则还包括低保(或者“贫困”)边缘户。例如,兰州市安宁区的试点方案就包括“民政部门认

定的其他困难居民”,从访谈中得知,这是按家庭人均收入低于300元/月(兰州市低保线为195元)划定的。以此为标准,兰州市安宁区确定了医疗救助受益对象合计24799人,其中低保人口8144人,占32.84%;低收入人口16655人,占67.16%(兰州市安宁区民政局,2005),低收入人口将近是低保人口的两倍。与青海相比,甘肃的医疗救助受益对象的范围要大得多。

青海方案的优点在于目标人群和动态管理识别较为容易,并且基于民政部门本身的数据资料即可,加之制度本身运作的行政主体是民政部门,因此和现行的贫困救助制度能够很好地契合,亦能够节约制度的运行成本,有利于资金预测的监控。但是缺点在于:覆盖的仅仅是一批由一条人为设定的

①门诊病人:免收挂号费,诊查费在本院规定基础上减免20%;住院病人:药费在实际执行价格的基础上优惠10%,检查费减免15%,诊查费、麻醉费、手术费减免20%,住院床位费减免50%。

②甘肃省金昌市2004年开始实施医疗费用减免的试点,当年享受减免困难人群104人,减免费用2.2万元,人均减免211.53元;金昌试点规定的减免仅仅限于大病项目。

③西宁市准备根据贫困人群就诊实际情况对医疗救助药品目录进行适当的调整。

④兰州安宁区规定:超出医疗保险药品、诊疗项目、服务设施“三个录”标准范围的费用,不属于城市医疗救助计费范围。

低保线以下的人群，而忽略了贫困的边缘群体。甘肃方案覆盖低收入人群可以有效扩大救助对象的范围，但问题在于这部分人群数量较大，并且原来不在民政部门检测的范围之内，管理成本较高，难度较大。

(三) 门诊与守门人模式——青海省西宁市的试点
青海模式的救助内容包括门诊和住院，对病种不予限制。根据贫困深度(Gap)将低保人员分为三类，分别制定不同的救助标准(见附表)。

青海省城市医疗救助对象和救助标准(含西宁市四城区单独规定)				
对象分类	划分标准	门诊救助标准指导原则	住院起付线(封顶线)	西宁四区单独规定
一类	三无对象	20元/月·人的门诊补助和“一免七减”	300元/年·人(6000), 救助比例比三类人员高10%	60元/月·人的门诊补助
二类	60岁以上老人、残疾人、长期卧床病人	“一免七减”	500元/年·人(4500), 救助比例比三类人员高5%	60元/月·人的门诊补助
三类	一般保障对象	“一免七减”	800元/年·人(3000), <2000, 25%; <4000, 30%; 4000+, 35%	60元/月·人的门诊补助

资料来源:“青海省和西宁市医疗救助实施方案”, 内部资料, 青海。

西宁市四区一类人员实际上可以获得的门诊救助为 80 元/人·月, 并且家庭内部可以调剂使用。基线调查显示, 西宁贫困家庭人均月门诊医疗费为 83 元, 占人均最低生活费用的 50.3%, 有 70% 的患者两周内未到医院就诊。因此, 西宁 UHPP 项目和政府医疗救助项目充分考虑了门诊救助, 可以称为“助大又助小”模式。

为了有效地降低医疗费用, 为贫困人群提供廉价而有效的基层卫生服务, 西宁市 UHPP 项目配合医疗救助项目开展了社区医疗点体系建设。西宁市 UHPP 项目从 2003 年启动, 到 2005 年 7 月确定了社区卫生服务体系, 由低到高的转诊层次包括: 28 家定点社区卫生服务站(一个街道 1 家)、4 个社区

卫生服务中心(原来 4 家区卫生院转型而来)、一家二级医院(西宁市人民医院)、一家三级医院(青海省人民医院)。社区卫生服务体系和贫困救助项目的整合主要体现在: (1) 贫困人群必须在自己所属街道的卫生服务站登记并建立健康档案, 首诊必须在登记的社区卫生服务站; (2) 必须按照逐级程序进行转诊; (3) 利用职工基本医疗保险的管理体系和终端 IC 卡管理系统进行“一免七减”和救助资金的核发。

中英项目对于社区卫生服务体系建设的强调, 主要基于让社区卫生服务中心扮演“守门人”角色, 能够有效发挥医疗费用控制和提供便捷服务的功能(见图 2)。

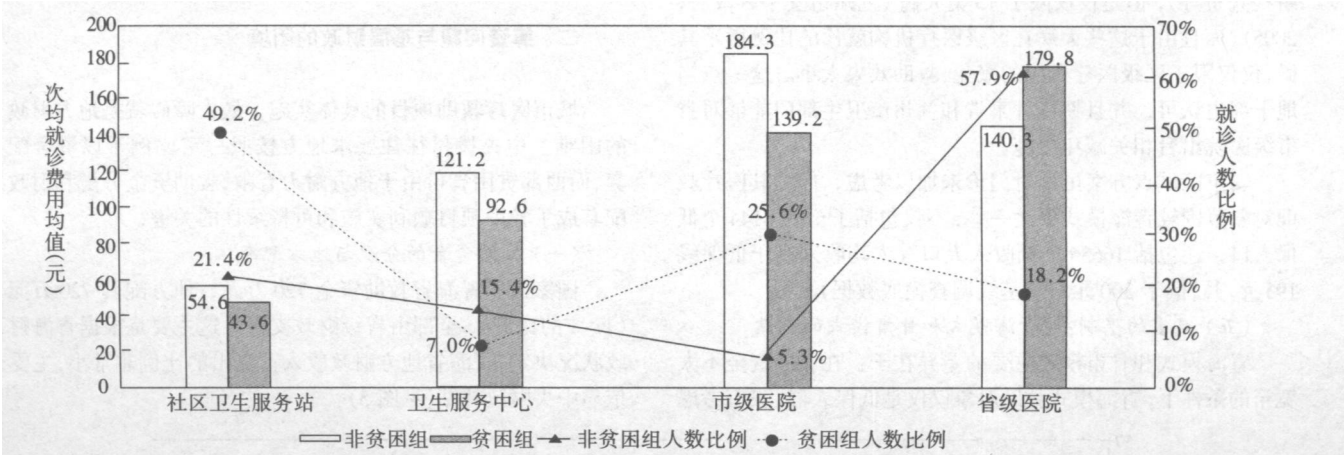


图 2 西宁市不同医疗机构的就诊费用和人次比例(2003 年)

资料来源: 卫生部卫生信息统计中心, 2004《中英城市社区卫生服务利用与贫困救助项目: 卫生服务利用及其影响因素研究》, 第 49 页数据绘制, 内部资料, 北京。

UHPP 项目和政府医疗救助的门诊补偿加上医疗机构的费用减免措施, 几乎可以负担西宁市全部贫困人群的门诊花费, 救助率几乎达到 100%。

社区卫生服务站作为定点机构, 必须对贫困人群就诊费用进行减免, 需要付出一定的成本, 但是访谈发现, 医疗救助项目开始以后, 门诊人数明显增加。而从基线调查情况来看, 社区卫生服务站的盈利情况和门诊流量的增加存在显著的正相关关系(见图 3), 平均每增加一个门诊人次, 可以带来约 11

元($t=1.864$)的毛利^①。因此, 基层诊所大多非常愿意被列为定点机构, 以让利换取稳定的病源, 并获得长期的盈利。如果能够实现这样的良性循环, 就可以保证社区卫生服务“守门人”模式在市场竞争条件下的可持续性。

但是, 社区医疗服务与城市基础医疗设施建设密不可分, 在青海省, 仅西宁市具备这样的基础, 对于其他地区来说, 尚无有效的社区医疗服务网络, 而仅仅是规定: 救助在全省范围的县级以上医院就诊皆不受限制。政府亦考虑两种模式的并

①剔除掉西园和七一路的两个异常值以后, 基本趋势不变(见图 3)。

行,从实际运行的效果来决定未来城市社区医疗服务模式和救助模式的走向。

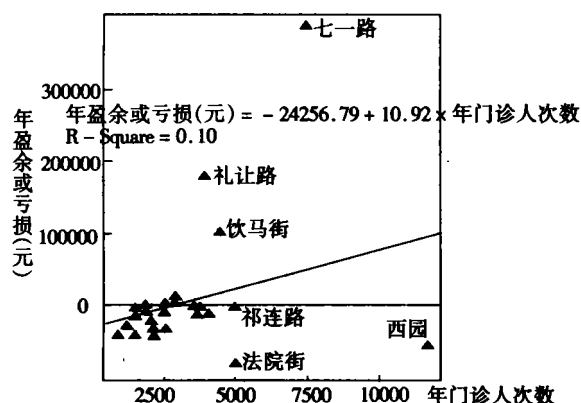


图3 西宁市社区卫生服务站门诊人次与盈余情况(2002年)

(四) 按照病种的救助方案——以甘肃省安宁区为例

在救助内容上,甘肃省的《意见》没有作硬性规定。从兰州市三个区的试点情况来看,可以称为“助大不助小”模式,即:救助的范围限于医疗费用开支较为巨大的13类大病(肾衰竭、恶性肿瘤、器官移植等);救助起付线为10000元,按照5000元划分一个救助档次,封顶线为5000元/年·户。

同时,安宁区救助办法规定了区属医院对低保对象就诊给予费用减免的优惠条款(如免收20%手术费、10%大型设备检查费等),但是仅仅限于13类大病(兰州市安宁区政府,2005)。而且由于这些大病在区级医疗机构就诊的比例微乎其微,仅仅限于区级医疗机构的减免,救助效果太小。这一点当地干部也认可,并且期待甘肃省和兰州市卫生部门能够对省市级医院出台相关减免措施。

安宁区试点方案虽然对门诊未加以考虑,但是其医疗救助对象范围较青海模式要大一些,不仅包括了全区8144个低保人口,还包括16655个低收入人口(人均收入高于低保线195元/月,低于300元/月,基线调查摸底数据)。

(五) 双重的限制:对青海模式和甘肃模式的小结

青海模式和甘肃模式主要的差异在于:在救助资金不太宽裕的条件下,青海模式救助对象仅仅是低保人群,没有考虑

贫困边缘户;而甘肃模式救助内容仅仅为13类大病,但是救助对象扩大到贫困边缘户。基于两个限制条件,可以大致对全国医疗救助试点可能出现的操作模式进行总结(见图4)。

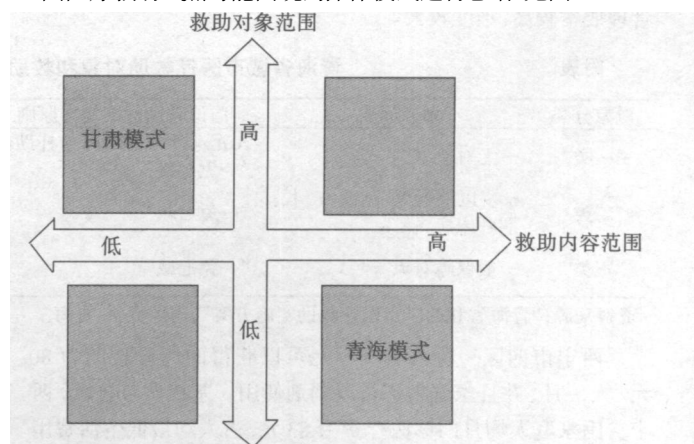


图4 城市医疗救助操作模式

大致可以预计,较为富裕的省份,医疗救助定位会向第一象限偏移,而最为贫困的省份有可能靠近第三象限。这当然还取决于行政管理能力、管理成本等因素,如西宁获得UHP项目的救助,可能是导致青海模式位移到第二象限的一个原因。

二、筹资问题与基层财政的困境

城市医疗救助项目的具体实施,最大障碍就是地方财政的困难。中央拨付往往要求地方按照一定比例予以资金配套,而西部贫困省份由于地方财力有限,救助资金分配和财政配套成了救助项目顺利实施和可持续性的关键。

(一) 救助资金的分配与地方配套

国家给予青海省救助资金720万元,地方配套720万元(1:1的比例),全部由省级财政支付。这主要是根据青海财政状况决定,青海省地方财政收入占支出的比例非常小,主要依靠中央财政补贴(见图5)。

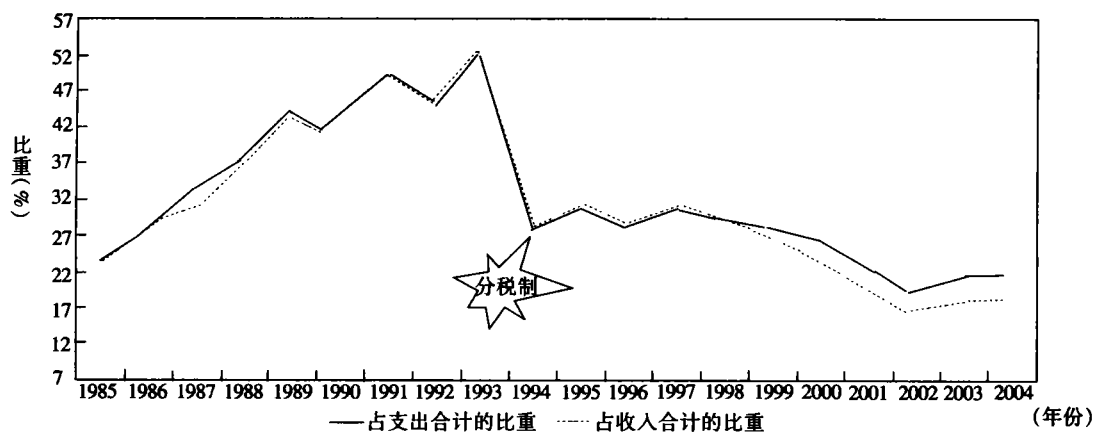


图5 青海省地方财政占财政总收入和总支出的比例(1985—2004年)

资料来源:青海省统计局,2005《青海统计年鉴》,中国统计出版社,2005年8月第一版,北京。

尤其是在实行分税制以后,地方财力占财政支出和收入的比重降到了20%以下。在比较贫困的州县财政更是紧张,如:果洛州和玉树州2004年地方财政占支出的比重仅为3.4%和3.7%。因此青海的许多项目配套资金都由省级财政统一解决。由于近年来中央财政对青海的转移支付力度较大,青海省贫困人口总量较少,按照1440万元救助资金计算,贫

困人口人均达到70元/年,加上医疗机构实施费用减免,则救助程度大致为 $(1440+198.3)/3966=42\%$ ^①。甘肃省尚未确定省级财政和地方财政的配套具体数额,但是在选择试点区县的时候,要求区县财政承诺配套资金的才加以考虑。但从地方财政已经明确承诺的数量情况看,基本都达不到1:1的要求(见图6)。

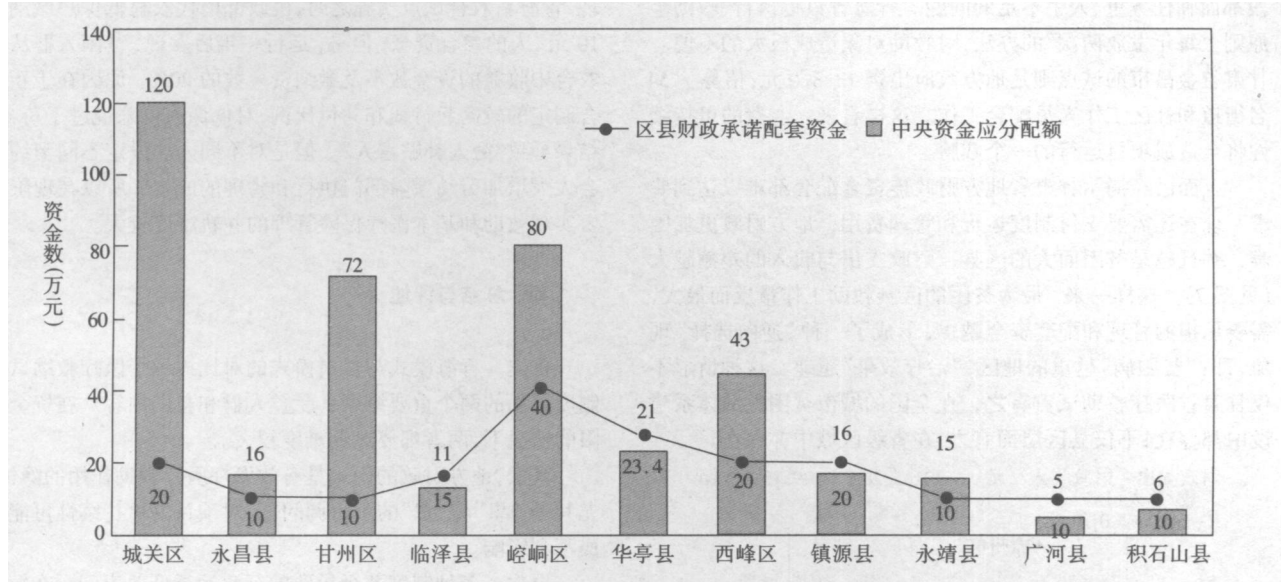


图6 甘肃若干试点县资金配套情况

资料来源:甘肃省民政厅,《全省城市医疗救助试点县(区)情况汇总表》,内部资料,甘肃。

按照现有的资金数量来看,如果只是进行大病救助,试点区县大病患者人均救助资金范围在500~3500元之间。以金昌市为例,2005年上半年共救助大病患者100人,发放救助金14.58万元(金昌市人民政府,2005),人均1458元;按照20000元/人的医疗费用计算,救助程度仅为7.29%。

在救助资金分配上,青海省采取的是简单的加权平均法,用公式表示如下:

$$fund_i = \frac{poor_i}{\sum poor_i} \times fund_{total} \quad (1)$$

$fund_{total}$ 表示救助资金总额(包括中央和省配套); $\frac{poor_i}{\sum poor_i}$ 表示*i*地低保人数占全省低保人数的比例; $fund_i$ 表示*i*地应分配的救助资金。这种资金分配办法的优点是简单易行,具有很好的可操作性;不足之处在于没有考虑各地贫困人群的患病率,特别是忽视了贫困深度在各地的差异。

甘肃省主要是沿用财政资金分配的指数法,即:考虑非农人口比例、低保人数和是否为国定贫困县等因素,建构一个加权分配系数进行资金分配,用公式表示如下:

$$fund_i = 0.2ratio_{non} \times Adj + 0.4 \times \frac{poor_i}{\sum poor_i} + 0.4 \times dummy \times \frac{poor_i}{\sum poor_i} \times fund_{total} \quad (2)$$

$ratio_{non}$ 表示非农人口比重; Adj 表示当地大型企业调整因

素; $dummy$ 表示哑变量,国定贫困县=1,否则为0。(2)式其实是使用 $dummy$ 对贫困深度进行了一个简化。

在难以准确估测贫困人群患病率的情况下,可以考虑使用 Sen 指数或者 SST 指数对贫困进行测量,并且按此分配救助资金。以 SST 指数为例说明:

SST 指数 = 贫困率 × 贫困深度 × (1 + 总人口贫困差距的 GINI 系数)

(1 + 总人口贫困差距的 GINI 系数) 在各地变化较小,并且有民政部门低保登记可以准确计算, 贫困深度 = $\max(poverLine - Income, 0)$, 即贫困线减去实际家庭收入(非低保户贫困深度为0), 就是民政部门登记的“人均补差金额”指标; 贫困率就是低保人数/总人数。这样利用民政部门现有的资料可以在式(1)的基础上乘上一个正则化处理的调整因子 $SST_i / \sum SST_i$ 即可。这种处理在欧洲和加拿大都已经广泛引入扶贫计划的实际操作中。

(二) 财政困境与救助效果: 一个因果链

在地方财政资金紧张的情况下, 各个医疗救助试点地区都采取了较为稳妥的策略, 以“不崩盘”为原则。这样导致一个怪圈: 财力不足导致救助政策制定较为谨慎, 资金结余较大, 使得在新一轮的资金分配上处于不利地位, 资金更少, 政策制定更谨慎, 救助水平在低水平徘徊。这种情况不仅仅是医疗救助项目特有, 在其他项目中也普遍存在。

^①由于缺乏青海全省的统计数据, 按照西宁市基线调查数字计算 2004 年全年的贫困人群医疗费用 = $20.08 \text{ 万人} \times 33.1\% \times 25.5\% \times 26 \times 90 \text{ 元/人} = 3966 \text{ 万元}$ 。

三、管理成本与制度整合

(一) 事与费

在医疗救助项目中, 依然存在费与事的脱节问题。中央和地方财政配套的医疗救助资金没有包括相应的管理和制度运行的费用。根据课题组的访谈, 青海和甘肃民政部门现阶段都面临任务重、人手不足的问题。青海省只得执行“救助金原则上每年发放两次”的办法, 对救助对象造成极大的不便。甘肃省金昌市的试点则是地方政府出资 13.8 万元, 招募了 54 名街道和社区工作人员配合工作。这样看来, 经费的可持续性将会造成项目运行的一个威胁。

上面已经揭示甘肃省地方财政连资金配套都难以达到要求, 现在还需要支付制度运行和管理费用, 地方财政更加困难, 并且越是贫困面大的区县, 财政支出与收入的差额越大(见图 7)。这样一来, 最为贫困的区县救助工作量反而最大, 需要承担的管理和配套资金越多, 形成了一种“逆向选择”现象, 即: “贫困病”越重的地区, “治疗效果”越差。这种情形不仅甘肃省医疗救助试点有之, 在全国的城市贫困救助体系建设中都存在; 不仅县区层面有之, 在省级区域中亦存在。

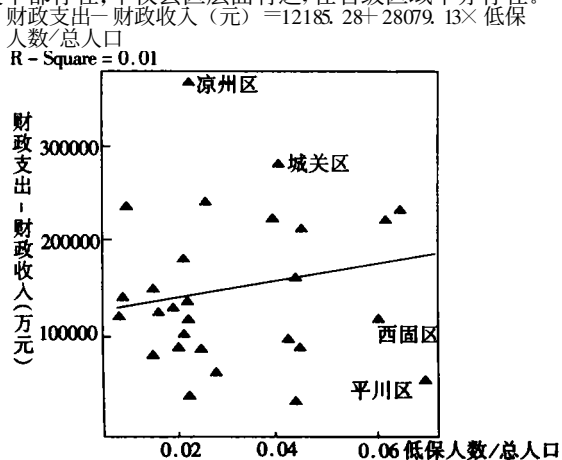


图7 甘肃省试点区县财政状况与贫困面

资料来源:《甘肃年鉴 2004》(光盘版), 中国统计出版社, 2004 年第一版, 北京。

(二) 数种制度的并存

制度的割裂是试点省份在医疗救助试点过程中行政管理低效率的关键问题。课题组在调查中发现, 劳动保障部门实际上在城镇职工基本医疗保险制度的建立和运行方面已经花费大量资金建立了一套集审核、管理、报销、资金流动于一体的制度, 但是民政部门在医疗救助过程中没有有效利用城镇职工基本医疗保险体系, 还在另建一套管理制度。

除了西宁四区有 UHP 试点项目的医疗救助在有效利用基本医保的 IC 卡管理以外, 两省其他的试点地区都是以民政为主, 单独进行管理与报销、审核。医疗票据审核技术性较强, 工作量也大, 民政部门在医疗救助审核过程中只有完全照搬基本医保的模式, 并且实际上不可能对于就诊和用药实施有效控制和监督。

对于为何不力图实行两种制度的结合, 进行行政管理的

专业分工, 当地干部认为难点主要在于: (1) 费不随事转, 劳动保障部门不愿意平添这样大的工作量; (2) 制度整合存在一个逆向选择的问题, 即: 如果按照职工医疗保险合同进行医疗救助的实施, 其起付线和其他条款对于医疗救助对象来说显得过高, 导致的结果就是救助资金纳入基本医保后, 贫困人群反而无法享受。这在青海新型农村合作医疗过程中已经有所出现。青海新农合试点实施之时, 民政部门代农村低保户缴纳了 10 元/人的参合资金, 但是, 运行一年后发现, 贫困人群从新农合中收益的资金数不及缴纳资金数的 20%。原因在于新农合制定的较高起付线和共付比例, 对低保人群来说过于苛刻, 结果导致“穷人补贴富人”。但是对不同人群设定不同契约又会大大增加劳动保障部门执行和管理的成本, 所以在现阶段要实现救助和基本医疗保险管理的并轨难度较大。

四、总结与评述

首先, 青海模式与甘肃模式的对比揭示了医疗救助试点制度层面的两个重要维度: 受益人群和救助内容。在资金有限的情况下, 两者都要兼顾难度较大。

其次, 地方财政的困难是有效发挥医疗救助作用的隐忧, 尤其是“事”与“费”的不协调问题, 对项目的可持续性可能造成不利影响。

再次, 多种制度并行导致的行政运行低效率问题在短期内无法有效克服, 制度并轨的成本较高, 难度较大。

最后, 在城市医疗救助试点过程中, 首先应该认识到医疗救助的本质是“救助”而不是“保险”, 这就要求试点工作首先应该考虑贫困人群的“瞄准”机制。

参考文献:

- [1] Jenkins, S.P. and Lambert, P.J., Three Types of Poverty Curves, With An Analysis of UK Poverty Trends [J]. Oxford Economic Papers, 1997, 49: 317—327.
- [2] 甘肃省民政厅. 全省城市医疗救助试点县(区)情况汇总表. 内部资料, 2005.
- [3] 甘肃省统计局. 甘肃年鉴 2004(光盘版) [M]. 北京: 中国统计出版社, 2004.
- [4] 高梦滔, 王健. 从需求角度对新型农村合作医疗可持续性的思考 [J]. 卫生经济研究, 2004, 10.
- [5] 金昌市人民政府. 在全省城乡社会救助体系建设工作会议上的发言. 内部资料, 2005.
- [6] 兰州市安宁区民政局. 安宁区城市医疗救助试点情况汇报. 内部资料, 2005.
- [7] 兰州市安宁区政府. 安宁区城乡居民医疗救助实施方案(试行). 内部资料, 2005.
- [8] 青海省统计局. 青海统计年鉴 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2005. 63, 385.
- [9] 卫生部卫生信息统计中心. 中英城市社区卫生服务利用与贫困救助项目: 卫生服务利用及其影响因素研究. 内部资料, 2004.

收稿日期: 2005—12—12

(责任编辑 叶向明)