

学校代码: 10126

分类号: _____

学号: 31313018

编号: _____



内蒙古大学

INNER MONGOLIA UNIVERSITY

硕士学位论文

MASTER DISSERTATION

民族地区农村老年人的就医现状、
困境与对策研究
——以内蒙古达拉特旗 E 镇为例

学 院: 民族学与社会学学院

专 业: 马克思主义民族理论与政策

研究方向: 民族理论与政策

姓 名: 武 娜

指导教师: 何生海

2016 年 5 月 1 日

学校代码： 10126

学号： 31313018

分 类 号：

编号：

民族地区农村老年人的就医现状、 困境与对策研究 ——以内蒙古达拉特旗 E 镇为例

学 院：民族学与社会学学院

专 业：马克思主义民族理论与政策

研究方向：民族理论与政策

姓 名：武 娜

指导教师：何生海

2016 年 5 月 29 日

民族地区农村老年人的就医现状、困境与对策研究

——以内蒙古达拉特旗 E 镇为例

摘 要

我国已进入老龄化社会，老年人数量增加，所占人口比率逐步上升，这给我国的老年人保障事业带来巨大挑战。尤其老年人群体是最大的“健康脆弱”群体，其中民族地区农村老年人的健康问题更为严重，他们的医疗服务需求更加强烈，迫切需要政府和社会为其提供综合的、连续的、适宜的医疗服务。

本文运用民族学、社会学等多学科交叉研究，从功能主义视角出发，研究社会构建中的重要组成部分——民族地区农村老年人就医问题，将微观与宏观结合起来，从一个小群体中发掘社会大问题。本论文主要运用文献法、问卷调查法和访谈法，对内蒙古自治区达拉特旗 E 镇的老年人的就医现状与困境进行调查研究，包括他们的健康状况、治疗情况、护理情况和治疗支持等内容，从微观上窥视和揭示民族地区农村老年人的就医现状及困境，分析影响其就医治疗的基本因素，并致力于提出比较具体或者可操作性较强的对策。

通过对 E 镇老年人的就医行为的调查研究，笔者发现西部民族地区农村老年人的健康状况和就医状况都面临严峻挑战。老年人的患病比例较高，而且同时患多种疾病，自评健康也普遍较低。老年人所患慢性病最多的是腰腿疼痛，体现出农村老年人因为长期劳作而导致身体不负重荷的患病特点。在就医过程中，老年人一般会选择较近或者方便治疗的医疗机构，同时也会采用民族传统医药治疗方法和民间巫术治疗方法作为辅助治疗手段，他们基本都得到了有效

救治。在治疗支持中，新型农村合作医疗制度成为民族地区农村老年人的最大帮手，给予民族地区农村老年人很大帮助，老年人对其评价也较高。在就医和护理过程中，农村老年人主要存在着缺乏资金，家庭日常无人护理和缺乏精神慰藉等问题。影响民族地区农村老年人就医的主要因素包括政策因素、经济因素、民族文化因素和个人因素等。所以在完善新型农村合作医疗制度时，应充分考虑老年人的利益，同时要加强基础医疗机构建设，公平分配医疗资源，另外社会各界和家庭成员都要加强对老年人的关爱。

关键词：民族地区农村老年人；就医现状；困境；影响因素

THE RESEARCH ON OLD PEOPLE'S MEDICAL CARE
CONDUCT, DIFFICULTIES AND COUNTERMEASURES IN THE
NATIONAL COUNTRYSIDE

——BASED ON THE SURVEY OF DALAD BANNER E TOWN
IN INNER MONGOLIA

ABSTRACT

Our country has entered the aging society, the number of elderly people increases, the ratio of the elderly population rising gradually, this brings great challenge to the protection of old people in China. Especially the elderly is one of the biggest “vulnerable health” groups, the old people's health problem is more serious in the national countryside, they need more medical services, and they urgently need the government and society to provide comprehensive, continuous, appropriate medical care.

This article uses the multidisciplinary cross studies such as ethnology and sociology, from a functional perspective, it studies an important part in the process of building social ——the old people's medical care conduct in the national countryside, it combines the micro and macro, and find out the problem in the society. This article uses literature method, questionnaire survey and interview method to study the old people's medical care conduct and difficulties in Dalad Banner E town in Inner Mongolia. Including their health status, treatment, care and treatment support, it

reveals the old people's medical care conduct and difficulties, analysis the basic factors of medical treatment, and put forward more specific or strong operability countermeasures.

Based on the study of old people's medical care conduct in E town, the author found that the health and medical care conduct of the rural elderly in west national regions face severe challenges. It has the following characteristics: Most old people get sick, a variety of diseases in the elderly at the same time, and self-reported health are generally lower. Prevalence of chronic diseases, the first of the list is waist or legs pain, it reflects a characteristic is that the health of the rural elderly people becomes poor because of long time work. In the process of medical treatment, old people tend to choose close or convenient treatment of medical institutions, they will use a traditional treatment method and the witchcraft as a means of adjuvant therapy, basically their diseases are cured. In the support of treatment, the new rural cooperative medical care system plays a big role, and gives great help to the old people in the national countryside, old people also speak highly of it. In the process of medical treatment and nursing, there are some main problems, such as difficulty in medical treatment, lack of funds, family daily without care, lack of spiritual comfort. The main factors that influence the old people's medical care conduct in the national countryside include policy factors, economic factors, cultural factors and personal factors and so on. Therefore in perfect new rural cooperative medical system, the government should give full consideration to the interests of the elderly, at the same time they should strengthen the construction of basic medical institutions, the fair

distribution of health resources, but also the social from all walks of life and family members should give more care and love to the elderly .

Keywords: The old people in the national countryside; Present situation to see doctor; Dilemma; influencing factor

目 录

绪 论.....	1
一、研究背景和意义.....	1
（一）研究背景.....	1
（二）研究意义.....	2
（三）相关概念界定.....	3
二、国内外研究述评.....	4
（一）国外研究现状.....	4
（二）国内研究现状.....	5
三、研究方法.....	8
（一）文献法.....	8
（二）问卷调查法.....	9
（三）访谈法.....	9
四、研究重点和难点.....	9
（一）重点.....	9
（二）难点.....	10
第一章 E 镇老年人就医现状.....	11
一、调查地简介.....	11
（一）E 镇社会经济状况.....	12
（二）E 镇老年人基本情况.....	13
（三）E 镇医疗机构基本情况.....	15
二、调查对象基本特征.....	16
三、老年人健康状况.....	19
（一）健康的自我评价.....	19
（二）老年人患病频率.....	20
（三）老年人慢性病患者状况.....	21
四、老年人治疗情况.....	22
（一）疾病治疗情况.....	22
（二）护理情况.....	27

(三) 对就医治疗满意度的自评.....	29
五、老年人的就医支持.....	30
(一) 社会方面.....	31
(二) 家庭方面.....	32
(三) 自身方面.....	33
第二章 老年人就医中存在的困境.....	35
一、社会方面.....	35
(一) 新型农村合作医疗制度缺口.....	35
(二) 医疗资源匮乏及分布不均.....	37
(三) 农村老年人空巢化.....	38
二、家庭方面.....	39
(一) 患病老年人缺乏照料.....	39
(二) 老年人的精神健康易被忽视.....	39
(三) 汉族孝文化流失, 推卸赡养义务.....	40
三、自身方面.....	41
(一) 经济困难.....	42
(二) 就医态度消极.....	42
第三章 影响老年人就医的因素分析.....	44
一、政策因素.....	44
(一) 积极影响.....	44
(二) 消极影响.....	45
二、经济因素.....	45
三、民族文化因素.....	46
四、个人因素.....	47
(一) 老年人个体性差异.....	47
(二) 观念因素.....	48
第四章 对策.....	51
一、完善新型农村合作医疗制度.....	51
二、加强基层医疗机构建设.....	51

三、加强对老年人的关爱..... 52

结 论..... 54

参考文献..... 55

附 录..... 57

致 谢..... 59

绪 论

一、研究背景和意义

（一）研究背景

1. 老年人健康状况令人担忧

经济飞速发展，科技日新月异，我国老年人平均寿命越来越长，基数越来越大，老龄化速度加快。根据民政部发布的《2013 年社会服务发展统计公报》，截至 2013 年底，中国 60 岁及以上老年人口数量已经达到 2.02 亿，占总人口的 14.9%，其中 65 岁及以上老人 1.3 亿人，占总人口的 9.7%。^①据预测，2050 全世界老年人口将达到 20.2 亿，其中中国老年人口将达到 4.8 亿，几乎占全球老年人口的四分之一，到时候我国每三个人中就将有一个是老年人，是世界上老年人口最多的国家。

步入老年后，人的身体机能逐渐衰退，健康水平下降，根据全国老龄办提供的数据，2013 年我国半失能、失能和失智老人近 4000 万，完全失能老人有 100 万左右。目前发达国家 60 岁以上老年人口中身体健康的比例超过 60%，而我国只有 43% 左右。也就是说，发达国家是 60% 的老年人处在“健康老龄化”状态，我国恰好相反，是 60% 左右的老年人生活在“不健康老龄化”的过程中。据统计，我国目前人均预期寿命是 75 岁，健康的预期寿命是 68 岁，其中有 7 年时间老年人是与疾病相伴的。^②

内蒙古自治区 60 岁以上老年人口已接近 450 万，占人口总数的比率接近 18%，这一比率较 2013 年底全国的平均比率，高出了近 5 个百分点。^③内蒙古自治区作为我国跨经度最多的少数民族地区，地势广阔，东西狭长，由于地理地貌的影响，人口分布也具有不规律性，聚居区与非聚居区错落相间。随着经济的发展，人口大量流动，独留农村老年人成为了洒落在乡间田野和高山沟壑间的一抹夕阳，但是病痛和贫困的恶循环给这抹夕阳涂上了灰暗的色彩。现实中的农村老年人健康状况十分脆弱，也令人感到担忧。

2. 老年人就医状况令人担忧

老年人脆弱的健康令人感到担忧，与之相应的，为了保障他们的身体健康，老年人的健

^①资料来源：<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201406/20140600654488.shtml>, 2014-06-17 14:38。

^②吴玉韶，党俊武：《老龄蓝皮书：中国老龄产业发展报告(2014)》，北京：社会科学文献出版社，2014，12 页。

^③贾润林：《内蒙古新型农村合作医疗运行效果评价研究》，内蒙古农业大学博士学位论文，2014。

康和照护问题正是政府和社会所面临的最为突出的问题。最美夕阳红是歌曲中赞美老年人的美妙话语，但在现实生活中，我们的老年人，尤其是农村老年人却并不是都有温馨又从容的生活状态。

老年人具有不良的健康状况，所以他们的就医服务需求就格外强烈，但令人感到困惑的是，在现实生活中老年人的医疗服务利用反而不足。第四次国家卫生服务调查结果显示农村地区老年人两周患病未就诊的比例达到 39.9%，西部农村老年人两周患病未就诊比例最高，农村地区男性未就诊比例高于女性。农村地区 60-69 周岁组的未就诊比例最高，为 40.8%，79-79 周岁组最低，为 38.5%。^①

处于“病苦老龄化”中的老年人，不仅为自己带来了较为沉重的就医压力，也给政府和社会制造了医疗难题。如果病痛中的老年人具有较好的医疗保障，那么他的就医需求必将大量增长，更不必说，生活在穷乡僻壤的农村老年人甚至还处在“小病扛着过、大病等着死”的就医状态。即使医疗卫生事业一直在大力发展，但是我们目前的医疗卫生服务能力显然不能满足如此庞大的就医需求。暂不谈论我国关于老年人的专业性老年病医院、护理康复医院和临终关怀医院的设置和数量，就是一些综合性医院和专业医疗机构也缺乏对老年人病的研究和关注。而现实中，普通人群都会在综合性医疗机构中遭遇就医困境，更不要说老年人在其中所处的弱势地位。另外，我国目前从事老年人医疗服务的医护人员也十分有限，并不能提供足够的医疗服务，不能满足老年人的庞大的就医需求。

现实中老年人的就医状况确实令人感到担忧，他们的就医需求强烈，却又不能得以满足，这就迫切需要政府和社会进行思考，如何更好地为老年人服务，怎能才能为老年人提供综合的、连续的、适宜的医疗服务。

（二）研究意义

1. 理论意义

在社会急剧变革的时代背景下，国内学者们对农村老年人的医疗问题做了很多研究。但是一方面从研究对象上来说，这类研究较多关注的是中东部地区的农村老年人，对于西部地区，尤其是民族地区的农村老年人的就医行为研究较少。另一方面，从研究内容上来说，已有研究更多地从医疗保障制度、医疗服务和医疗消费行为等外在方面进行研究，很少从农村老年人自身出发进行细致深入的探讨，同时关于农村老年人对于民族传统医药和民间巫术治疗应用的相关研究也比较欠缺。

^①卫生部统计信息中心：《2008 中国卫生服务调查研究：第四次家庭健康询问调查分析报告》，北京：中国协和医科大学出版社，2009，97 页。

鉴于以上原因，笔者选取西部民族地区的农村老年人为研究对象，将视角直接放在老年人自身，以他们为出发点和落脚点，深入研究农村老年人的就医行为，并做民族间的比较研究。民族地区农村老年人在患病后如何就医，哪些因素影响他们的就医行为，在就医过程中存在怎样的问题或困难，国家相关政策，例如新型农村合作医疗能给他们带来怎样的影响以及政府和社会以后该如何去关爱他们等等，这些都是本文所关注的重要内容，也是本文区别于以往研究的不同之处。

总之，本文意图通过对 E 镇老年人就医现状和困境的研究，以期能够在学术理论上，对农村老年人的医疗研究作重要补充，为其提供一定的理论基础知识，提高理论的社会利用效率，也为丰富民族社会政策关于老年人的医疗、乃至养老内容提供一定的理论和智力支持。同时本文也将有利于相关学科的建设，有利于学科与现实的紧密结合，有利于开展相关内容的多学科交叉研究。

2. 现实意义

农村老年人可以说是我国最弱勢的群体，令人感到心酸的是，他们辛勤劳动一生，在步入老年后可能还要面临贫困、病痛和社会歧视等困境。其实他们的愿望很简单，就是希望能够吃饱穿暖、看病有钱，这是他们最朴实的需求，却也是他们最迫切、最实际的需求。这不仅要求政府和社会关注农村老年人就医的现实需求和所遇困窘，也要求社会各方深思其背后所反映的社会现实和意义。目前已有研究大多针对老年人医疗行为本身，很少触及其所代表的社会意义，并且他们所提出的应对之策也比较笼统和大而化之。本文意图通过对 E 镇老年人的就医现状进行调查研究，从微观上窥视和揭示民族地区农村老年人的就医现状和困境，分析可能对其造成影响的基本因素，并致力于提出比较具体或可操作性较强的对策，以期为国家制定相关政策提供第一手资料，为政府决策和改善农村老年人的医疗环境和医疗现状，完善医疗保障和医疗服务体系提供一定的现实依据，为解决农村老年人的就医难题提供自己的一份力量。同时，老年人是每个人的未来，关注他们的现在，就是关注我们的未来，我们关注老年人的就医行为也是人生价值的终极关怀，是中华民族传统美德的重要实践。

（三）相关概念界定

“老年人”的概念没有统一的定论，不同国家和地区的学者对其提出了不同的划分标准。世界卫生组织经过对全球人体素质和平均寿命进行测定，将老年人划分标准定为 60 至 74 岁叫年轻的老年人，75 至 89 岁叫老年人，90 岁以上的是长寿的老年人。^①在我国，一般 60 岁及以上的人为老年人，本文中所指的老年人也采用同样的标准。

^① 赵志华：《年龄划分新标准》，载《求医问药》，2014（2）。

二、国内外研究述评

（一）国外研究现状

由于国情不同，国外学者对于民族地区农村老年人的就医研究较少，笔者主要梳理了国外学者关于就医行为和医疗保障制度的相关研究。

1. 在就医行为及其影响因素方面

国外学者对社会中的就医行为关注较早，相关研究也比较丰富，在理论上，他们建立了医疗服务利用的理论模型和计量分析模型等。在实践上，他们主要分析了影响就医行为的基本因素，包括个人的社会特征、经济收入、病情严重程度、医疗保险和医疗费用等多种因素。

首先 Wolinsky, Fredric D. (2003) 将就医行为分为三个阶段，即发现患有疾病并且接受患病角色的转变；患有疾病后是否寻求相关的医疗卫生服务；就医后是否以恢复身体健康而停止医疗服务。^① Samira K. Sarma (2003) 通过对印度农村居民的就医行为进行研究，采用二层嵌套 logic 回归模型做数据分析，发现在经济收入、就诊距离和医疗价格等诸多因素中，影响农村居民就医的决定性因素是经济收入和医疗价格，就诊距离的远近则是阻碍因素。^② Steven Russell 和 Shun-ichiro 等都关注了病情严重程度对就医行为的影响，Steven Russell (2005) 从病情严重程度的影响因素中分析出患者对医疗机构的选择，结果表明当患者患重病时，免费的、病人信任其医疗服务水平的公立医疗机构是他们的他们首要选择，而当患病不严重时，他们则会首选离家近、医生和患者沟通更好的私立医院。^③ Shun-ichiro (2006) 等则认为影响就医行为的主要因素是个人的身体健康状况，病情越严重，患者的就医积极性更高。^④ Matthew Jowett (2004) 等采用二阶段工具变量法多因素 logic 回归分析，研究越南居民医疗保险对就医选择行为进行分析。结果显示，有保险的居民选择门诊服务和公立医院居多，而且低收入群体中这样的选择更加明显。^⑤

从国外关于就医行为的研究上来看，在研究对象上，这方面的研究相对较为深入广泛，研究对象涉及儿童、成年人、精神病人或以整个家庭为单位等等，但以老年人为研究对象的

^① Linda J, Paul M, David K: Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites, *Journal of Adolescent Health*, 2003(6).

^② Samira K. Sarma: Demand for outpatient Health Care in India: A Nested Multinomial Logit Approach, the University of Manitoba, 2003.

^③ Steven Russell: Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers, *Social Science & Medicine*, 2005, 61(7).

^④ Shun-ichiro Bessho, Yasushi Ohkusa: When do people visit a doctor, *Health Care Management Science*, 2006, 9(1).

^⑤ Matthew Jowett, Anil Deolalikar, Peter Martinsson: Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country, *Health Economics*, 2004, 13(9).

较为缺乏。在研究方法上，国外学者主要运用多种理论模型，做了大量定量研究，从而估计有关变量对患者就医行为的影响，但是相关定性研究较少，其反映的社会意义较少谈及。在研究内容上，国外研究较多地集中于病情严重程度、距离就医地点的远近和医疗保险等对就医行为的影响，但是对于就医中的护理情况和治疗支持的相关研究较少。

2. 在医疗保障制度方面

在医疗保障制度研究方面，国外学者较为关注医疗保障制度对于老年人的作用效果，并反思其在运行中的不足之处。也有学者对医疗保障制度进行纵向研究，发掘其示范意义。

早在上世纪 90 年代，美国学者就对美国老年医疗照顾政策进行了剖析，包括它的影响、作用以及支付制度的改革等问题，并对老年医疗照顾政策究竟能给老年人带来什么好处，对他们的生活有怎样的作用等内容较为关注。Marilyn Moon^①（1996），Diane Rowland 和 Barbara Lyons^②（1996）等从老年人的角度观察老年医疗照顾政策在改善老年人生活，特别是贫困老年人的生活方面起到的作用。他们指出，该政策在实行过程中确实让老年人获得很大利益，但还不够充分。由于整个政策在资格方面、服务范围方面和费用担负方面都有一定的硬性规定，所以部分老年人得不到保障，而得到保障的老年人也并不是高枕无忧的，如果他们所患疾病并不在老年医疗政策的范围内，破产或贫困的威胁也将随之降临。

丁潇的《英国老年人社会保障制度研究》^③（2012），从原理、历史发展和具体内容等方面对英国老年人社会保障制度进行研究，并指出其对其他国家和地区的示范性影响。

国外的老年人社会保障比较完备，相关研究也较丰富，对我国老年人的养老医疗保障制度建设有一定的借鉴意义。但是也要承认，西方的医疗保障制度发展已久，较为完备。而且中西方国情不同，发展程度不同，西方没有明显的城乡差别，大多是全民应用一套医疗保障政策，并没有单独的老年人医疗保障体系，因此国外学者对于农村老年人的研究较少，专门针对农村老年人医疗保障问题的研究也很少。

（二）国内研究现状

国内对于农村老年人的就医行为研究比较丰富，多从医疗服务、医疗支出和医疗保障制度等方面进行论述，具体研究情况如下：

1. 农村老年人的医疗服务状况研究

^① Marilyn Moon:What Medicare Has Meant too Older Americans, Health Care Financing Review,1996(2).

^② Diane Rowland,Barbara Lyons:Medicare, Medicaid, and the Elderly Poor, Health Care Financing Review,1996(2).

^③ 丁潇：《英国老年人社会保障制度研究》，山东大学硕士学位论文，2012。

在医疗服务需求方面，林静的《威海市农村老人门诊服务利用与影响因素研究》^①（2008），指出农村老年人群的医疗服务需求量高，男性医疗服务需求的时间跨度要少于女性。虽然需求高，但是级别较低的医疗机构是农村老年人患者较多选择就诊机构。对门诊服务利用有较大影响的有慢性病因素、文化程度和婚姻状况等。姚兆余、陈雪玲和王翌秋的《农村老年人医疗服务利用及影响因素分析》^②（2014）一文中，采用比较研究的方法，分析农村老年人与非老年人的不同的医疗服务需求和利用状况，发现相比之非老年人，农村老年人的医疗服务需求与利用存在矛盾，即他们的医疗服务需求更高，但相反医疗服务利用率却较低。

在医疗服务利用方面，王梦怡、姚兆余的《江苏省农村老年人医疗资源的利用与影响因素分析》^③（2014），在对门诊治疗的机构选择中，多数选择在村卫生室看病；在对住院治疗的机构选择中，有过住院经历多数选择在县级及以上住院。老年人更多选择到非正规医疗机构就诊是受经济因素的影响。性别、受教育程度和经济收入水平等个人特征，以及医疗制度和就医环境、就医机构距离因素和新农保报销因素等都会影响农村老年人对于医疗资源的利用。阎竣、陈玉萍的《农村老年人多占用医疗资源了吗？——农村医疗费用年龄分布的政策含义》^④（2010），通过研究中国农村医疗费用在不同年龄组的分布揭示出老年人对医疗资源的占用并不高，结果显示，发现其它人口占用的医疗资源份额仅比老年人份额低 6%，而且高龄、贫困和女性老年人净占用份额更低。农村常住人口中的青壮年正是挤占了农村老年人医疗份额的主要群体。

研究者们在对农村老年人医疗服务需求、利用状况及其影响因素的研究中，基本一致认为农村老年人的医疗服务需求大，但医疗服务利用率较低，其中最主要的影响因素当属经济原因。这为笔者的研究提供了基础理论帮助，也不禁让人提出疑问，西部民族地区农村老年人存在哪些就医困难，其主要影响因素是否为经济因素。

2. 农村老年人的医疗支出研究

宋璐、左冬梅的《农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异：以巢湖地区为例》^⑤（2010），则从性别的视角研究农村老年人医疗支出状况。研究发现，有医疗支出的农村男性老人的比例低于女性老人，但男性老人的支付水平较高。而且农村老年人医疗支出的影响因素存在明显的性别差异，男性老人的医疗支出更多取决于自身的潜在因素，而女性老人的

^① 林静：《威海市农村老人门诊服务利用与影响因素研究》，山东大学硕士学位论文，2008。

^② 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》，载《中国农业大学学报》，2014（2）。

^③ 王梦怡，姚兆余：《江苏省农村老年人医疗资源的利用与影响因素分析》，载《社会医学杂志》，2014（2）。

^④ 阎竣，陈玉萍：《农村老年人多占用医疗资源了吗？——农村医疗费用年龄分布的政策含义》，载《管理世界》，2010（5）。

^⑤ 宋璐，左冬梅：《农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异：以巢湖地区为例》，载《中国农村经济》，2010（5）。

医疗支出则更多依赖于家庭和子女支持等诱发因素。程颖的《新农合下农民医疗保险决策及对医疗支出的影响研究》^①（2012）指出患有慢性病的参合农民将会增加医疗服务消费，在医疗总支出和门诊支出上都有显著提高。

研究者们从不同的角度对农村老年人的医疗支出行为进行了探讨，为对农村老年人的医疗支出行为研究提供了微观的、不同的视角。但同时研究者较多关注农村老年人的支出行为，较少关注老年人的治疗支持来源和困难，本文将对西部民族地区的农村老年人的治疗支持来源做一定研究。

3. 农村老年人的医疗保障制度研究

在医疗保障制度方面，刘湘玲的《当前农村老年人的社会保障需求》^②（2006），从社会交换理论视角出发，通过实证研究得出结论，农村老年人对社会保障的需求客观存在，并且对医疗保险的需求超过了对养老保险的需求，但却对这种需求存在敬而远之的态度。陈苇、石雷、艾正太的《农村老年人医疗保障调查及制度完善的建议》^③（2014）则进一步指出了这种敬而远之的态度的由来，他们通过对重庆市老年人医疗保障状况的实证调查，揭示出之所以有敬而远之的态度，是因为医疗保障制度存在缺陷，保障程度低，保障范围窄，难以有效解决农村老年人看病难、看病贵的问题。文章同时提出设立定期免费的体检制度，定期送医下乡，加强农村基本公共卫生服务建设等对策。

在对新型合作医疗的研究中，由于不同研究地点或研究时间，不同学者对新型农村合作医疗得出不同的研究结果。赵瑞芳的《农村老年人医疗保障状况的调查研究》^④（2007）中，以姜格庄镇 190 老年人为例进行探讨，认为农村老年人并没有从新型农村合作医疗制度中得到应有的医疗保障，农村老年人医疗保障的主要支柱依然是家庭。易桂兰的《辽宁省参加新型农村合作医疗农民医疗服务利用及影响因素分析》^⑤（2007），则认为新农合对低收入人群医疗服务的利用影响较为明显。彭炜的《农村老年人医疗保障问题研究》^⑥（2012）中，认为新型农村合作医疗已经发生一定作用，他运用马斯洛需求理论和公共产品理论，对湖南双峰县农村老年人的健康状况以及医疗保障享受情况进行了解，认为老年人对新农合基本满意，但与他们的期望仍有一定的进步空间。

^① 程颖：《农合下农民医疗保险决策及对医疗支出的影响研究》，浙江大学硕士学位论文，2012。

^② 刘湘玲：《当前农村老年人的社会保障需求》，湖南师范大学硕士学位论文，2006。

^③ 陈苇，石雷，艾正太：《农村老年人医疗保障调查及制度完善的建议》，载《中华女子学院学报》，2014（6）。

^④ 赵瑞芳：《农村老年人医疗保障状况的调查研究》，载《职业圈》，2007（11）。

^⑤ 易桂兰：《辽宁省参加新型农村合作医疗农民医疗服务利用及影响因素分析》，大连医科大学硕士学位论文，2007。

^⑥ 彭炜：《农村老年人医疗保障问题研究》，湖南师范大学硕士学位论文，2012。

研究者主要是对新型农村合作医疗进行了探讨，对其进行了肯定，但同时也表示新农合还有需要完善和有待提高的方面，或者更应该建立完善专门的、符合农村老年人健康和需求特点的医疗卫生保障制度。但是在对新型农村合作医疗的研究中，研究者对制度的运行效果的论述较多，而对新农合的负功能及其对老年人的影响论述较少。

已有的农村老年人医疗研究多从医疗服务、医疗支出和医疗保障制度等方面进行，同时也多从经济学、医学、社会保障等学科角度进行切入分析。学术成果较为丰富，但还存在以下欠缺：

1、国内关于农村老年人的就医行为暂时没有专著出版，缺乏系统性、全面性、权威性，已有研究多为学位论文，其成果价值还有进一步提升空间。

2、学术界对西部农村老年人的就医现状描述较少，尤其是关于民族地区的研究更为欠缺，对于民族性因素考虑欠缺，已有研究地选择多为中东部地区，而且多以城市老年人为研究对象，以农村老年人视角出发的研究较少，农村老年人就医的具体内容和所遇困难也研究较少。

3、在已有研究中，宏观的理论及对策相对较多，概括性、总体性描述较多，区域性研究较少，具体微观的或者是因地制宜的、可操作性较强的理论对策较少。

鉴于上述问题的缺陷，本研究将试图以民族地区 E 镇为例，从农村老年人自身出发，描摹农村老年人的真实的健康、就医、护理等现状，从微观上窥视和揭示民族地区农村老年人的就医现状及存在的问题，分析其主要影响因素，致力于提出比较具体或可操作性较强的相关政策，以期为政府决策和改善农村老年人的医疗环境和医疗现状，完善医疗保障和医疗服务体系提供一定的现实依据，同时以期在学术理论上，为丰富民族社会政策关于老年人的医疗、乃至养老内容提供一定的理论意义。

三、研究方法

本文采用民族学和社会学等多学科交叉研究，从功能主义视角出发，研究社会构建中重要组成部分——民族地区农村老年人就医问题，将微观与宏观结合起来，从一个小群体中发掘社会大问题。具体采取了以下研究方法：

（一）文献法

从学校的图书馆和网络上的学术文库等地进行相关文献搜集，大量查阅中外关于农村老年人医疗方面的书籍、期刊发表文章和博士、硕士论文，包括医疗保障、医疗服务利用、医

疗支出等内容，为本文提供学科理论和实践方法的支持。同时，向当地政府收集资料，查阅统计年鉴，走访政府办公室、医疗机构、民政局、统计局和合作医疗管理办等单位，搜集当地老年人的基本情况数据资源，为本文提供现实数据基础。

（二）问卷调查法

本文的调查对象为 E 镇 60 周岁及以上的老年人，为保证调查的客观性和有效性，笔者主要在 E 镇的常住老年人口中进行抽取，E 镇常住老年人口即为一年内在 E 镇行政区域内居住满 6 个月的 60 周岁及以上的老年人，同时所选调查对象须为思维清晰，能够进行正常的口语表达的老年人。本文采用多阶段随机抽样方法收集样本：第一步，以分层抽样的方法，从全镇沿滩 5 个村和梁外 10 个村中随机抽取出沿滩 3 个村和梁外 5 个村；第二步，以分层抽样的方式按照 60 至 69 周岁，70 至 79 周岁，80 周岁及以上三个阶段从 8 个村中抽取研究对象，如果所抽取研究对象不符合调查要求要再进行重新抽取。然后在样本中发放 200 份问卷进行访问调查。在对调查所得问卷进行整理分析后，得出 E 镇老年人的就医现状。考虑到民族地区农村老年人的文化水平普遍较低，填写问卷比较困难，所以在调查中笔者主要采取问卷入户访问的方式。

（三）访谈法

对调查对象进行访谈，深入了解他们的患病史、就医情况和护理情况等。深入调查对象的家庭进行访问，包括调查对象的配偶、子女，对家庭成员对于自家老年人患病的认识和护理情况进行了解。同时到当地医疗卫生机构进行观察和访问，包括旗医院、镇卫生院和各诊所等，对当地医疗机构的医生、护士对于农村老年人的患病和就医特点、难点等进行访谈。为了获取更详细深入的资料，笔者还会将一部分老人作为典型个案进行深度访谈。

四、研究重点和难点

（一）重点

在经济快速发展，社会急剧变迁的背景下，我国学者对于农村老年人的就医行为较为关注，研究内容也比较丰富。遗憾的是对于西部民族地区的农村老年人的就医行为研究较少，并且对于农村老年人运用民族传统医药和民间文化进行治疗的就医行为关注度较低。本文将从民族地区农村老年人自身出发，以 E 镇为例，重点研究其就医现状和影响因素。在就医现状中，主要包括老年人的基本情况，患病状况，何时决定进行就医治疗，就医态度和机构的

选择，采取何种医疗体系，住院及家庭的护理情况，以及老年人就医的治疗支持来源。在影响民族地区农村老年人就医的因素中，主要关注政策性、经济性、民族性和观念性等因素。在此基础上，试图提炼出民族地区农村老年人在就医过程中存在的问题和困难，包括缺乏资金，家庭日常无人护理和缺乏精神慰藉等方面，并尝试提出一些可供参考和可操作性强的民族对策。

（二）难点

首先，已有的农村老年人医疗研究多从医疗服务、医疗支出和医疗保障制度等方面进行，多从医学、经济学和社会保障等学科切入，关于农村老年人的就医现状研究成果较少，尤其是关于民族地区农村老年人的就医研究更为缺乏，所以可供笔者参考的研究内容较少。

其次，在调查研究中，如何获得准确的信息也是笔者面临的一个挑战。一些老年人出于维护子女、家丑不可外扬等隐私因素对于自己的实际患病、治疗和护理情况可能存在隐瞒和谎报情况。一些医疗机构人员也出于不愿意承担责任或者多一事不如少一事的心理因素对某些医疗机构的显性和隐性弊端避而不谈。还有一些政府相关人员出于政绩因素考虑对于年收入等经济性数据可能存在虚报、高报等情况。由于笔者难以接触一手资料，这都需要笔者去认真思考调查所得内容，并进行多方求证，尽量做到取得客观真实的调查结果。

最后，笔者理论知识水平和实际调查能力有限，在调查研究和论文写作时遇到一定困难，所以笔者的研究在学术理论高度上可能还比较通俗浅显。

第一章 E 镇老年人就医现状

一、调查地简介

达拉特旗位于内蒙古中西部地区，地处“呼包鄂”经济圈腹地，全旗总面积 8200 平方公里。达拉特旗共有 14 个行政区域，其中 1 个苏木、7 个镇、6 个街道办事处，总人口 36 万，其中农牧业人口 29.8 万。全旗农作物总播种面积为 202.5 万亩，达拉特北部占全旗总面积的 20%，地形为黄河冲积平原，土地肥沃，是重要的产粮基地和现代农业开发区。2011、2014 年被国务院命名为“全国粮食生产先进单位”。2014 年，全旗地区生产总值达 495 亿元，公共财政预算收入 20.2 亿元。境内资源丰富，开发利用潜力巨大，包括矿产、电力和水资源等。同时达拉特旗是沿黄经济带上重要的交通枢纽，“一横两纵”铁路网、“三横五纵”公路网连南通北。2012 年以来，先后被确定为鄂尔多斯县域经济发展示范区，自治区第一批“扩权强县”试点旗，全国第二批农村改革试验区和第三批国家现代农业示范区。^①

2014 年全旗 60 周岁及以上的老年人共有 54524，占全旗总人口的 15%。农村合作医疗参保人数 253399 人，合作医疗费支出 15068 万元。全旗共有卫生机构 305 个，其中：公立医院 2 个、民营医院 6 个、疾病预防控制中心、妇幼保健所、卫生监督所各 1 个、卫生院 22 个、社区卫生服务中心 7 个、社区卫生服务站 2 个、村卫生室 136 个、个体门诊 127 个。床位总数 1777 张，其中：医院 1051 张、卫生院 330 张、其他医疗卫生机构 396 张。卫生技术人员 1635 人，其中执业医师 766 人；执业助理医师 214 人；注册护士 655 人。^②

^① 以上数据均来源于达拉特旗人民政府宣传部。

^② 以上数据均来源于达拉特旗统计局。



（一）E 镇社会经济状况

E 镇总面积 1665 平方公里，下辖 15 个村 158 个社，截止 2015 年底，总人口 11280 户，25681 人，常住人口 3922 户，8063 人，家庭平均常住人口为 2 人。耕地面积 25 余万亩，以种植玉米和葵花等经济作物为主，林场面积 1 万余亩，草场面积 68 余万亩。牲畜饲养以羊为主，有 15 万余只，另外牛的饲养量为 400 余头，猪的饲养量为将近 6000 头，家禽的饲养量为 5 万羽左右。由此可见，E 镇是一个较为典型的农业和畜牧业相结合的农牧区乡镇。其家庭年人均收入为 5300 元左右。2015 年，E 镇在享低保户 630 户，1305 人，其中 60 周岁以上老年人 284 户，515 人。^①

^① 以上数据均来源于《E 镇 2015 年工作总结》。



E 镇区划图

(二) E 镇老年人基本情况

E 镇 60 周岁及以上老年人共 3766 人，占全镇人口总数的 14.7%，^[1]比第六次全国人口普查数据中 60 周岁以上人口所占比例高 1.44 个百分点，其中 65 周岁及以上老年人达到 9.6%，比全国数据高 0.73%。按照国际标准，^[2]E 镇已经进入老龄化社会。

1. 老年人口性别构成

全镇 60 周岁及以上老年人共 3766 人，其中男性 1919 人，所占比例为 51%，女性 1847 人，占 49%，男女性别比为 104。沿滩 5 村 60 周岁及以上老年人有 1408 人，其中男性 843 人，女性 565 人，男女性别比为 149。梁外 10 村 60 周岁及以上老年人有 2358 人，其中男性 1074 人，女性有 1284 人，男女性别比为 84，如图 1.1 所示。^[3]

^[1] 以上数据均来源于《E 镇 2015 年工作总结》。

^[2] 联合国规定：一个国家或地区 60 岁以上人口占该国或地区人口总数的 10%或以上，或一个国家或地区 65 岁以上人口占该国或地区人口总数的 7%或以上，那么，该国家或地区就进入了老龄化社会。

^[3] 以上数据均来源于《E 镇 2015 年工作总结》。

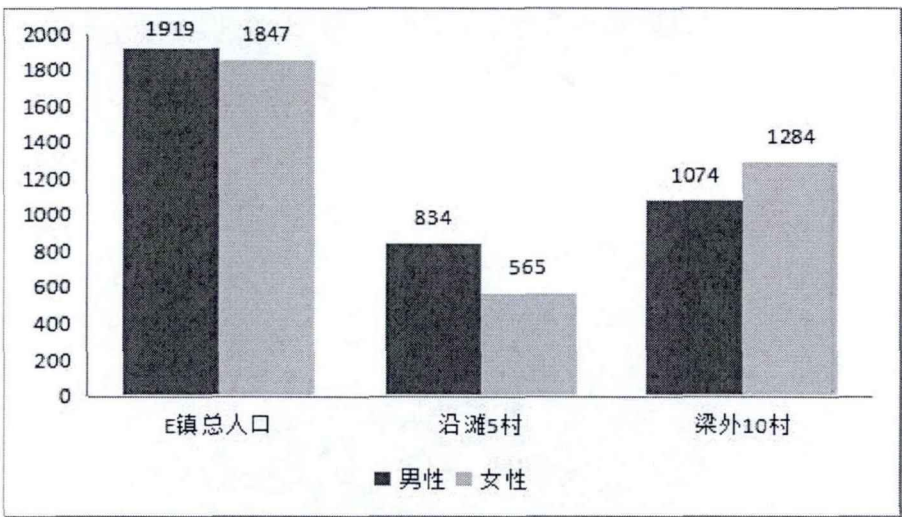


图 1.1 E 镇老年人口性别构成

从图 1.1 中可以看出，E 镇男女性别比例较为均衡，但在不同地区其具体表现有所不同，沿滩 5 村和梁外 10 村的男女性别比例截然相反，沿滩 5 村中男性比例远高于女性，而在梁外 10 村中则是女性比例高于男性。

2. 老年人口年龄构成

如图 1.2 所示，E 镇 60 周岁到 69 周岁的低龄老年人有 2094 人，所占老年人口比例最高，为 55.6%，其中男性 1070 人，女性 1024 人。70 到 79 周岁的中龄老年人有 1107 人，占 29.4%，其中男性 569 人，女性 538 人。80 周岁及以上的高龄老年人有 565 人，占 15%，其中男性 278 人，女性 287 人。

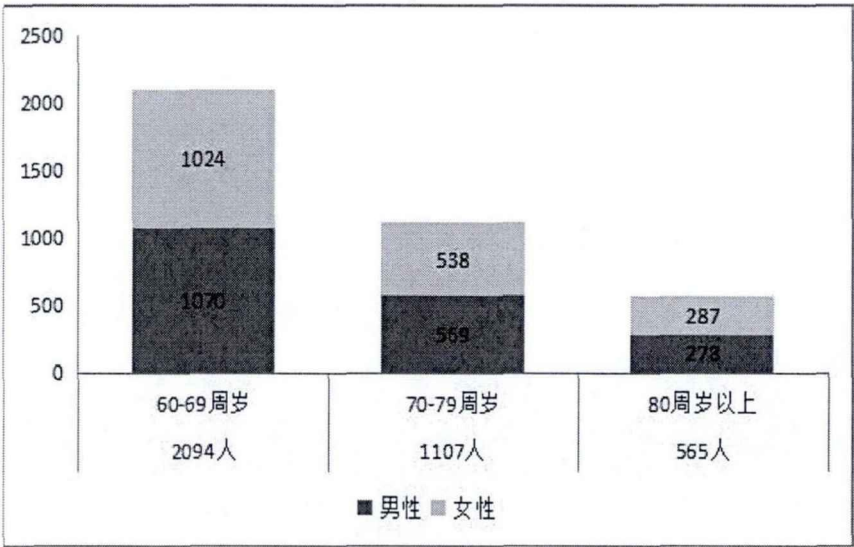


图 1.2 E 镇老年人口年龄构成

3. 老年人口民族成分构成

60 周岁及以上老年人中有蒙族 58 人，其中男性 19，女性 39 人。满族 3 人，均为男性。

其余老年人均为汉族。E 镇是一个多汉族的农牧区乡镇。

（三）E 镇医疗机构基本情况

1. 医疗机构构成

E 镇共有医疗机构 12 个，其中镇卫生院 3 座，村卫生室 9 个。关于镇卫生院，沿滩具有 1 个，梁外具有 2 个。2005 年，E 镇由 3 个乡合并而成，所以此 3 座卫生院都为原乡卫生院。关于村卫生室，沿滩具有 5 个，梁外具有 4 个。其中有 3 个（沿滩 2 个，梁外 1 个）卫生室是在内蒙古自治区“十个全覆盖”工程的推动下，于 2015 年新建的，据此还有 6 个村卫生室待建。目前梁外地区尚有 2 个已建成卫生室因缺乏医师暂不运营。村卫生室是为原来的乡村医生免费提供诊疗场所，由其自负盈亏来运营的。同时 E 镇具有药店 3 家，如图 1.3 所示。³E 镇共有床位 109 张，其中镇卫生院 74 张，村卫生室 35 张，每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）为 0.014。并且镇卫生院和村卫生室都不提供住院服务，床位仅用于输液治疗。

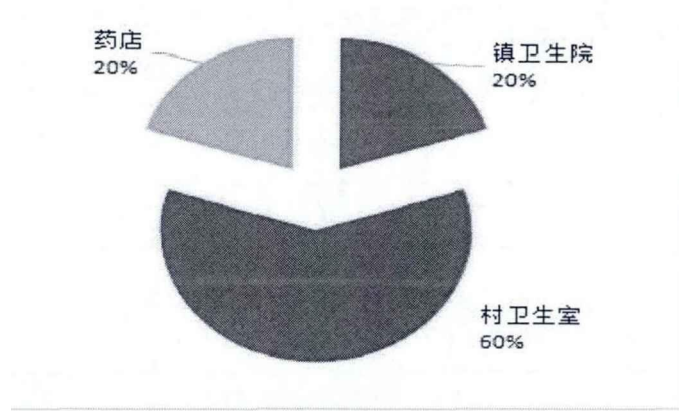


图 1.3 E 镇医疗机构构成

2. 医护人员构成

E 镇 3 座卫生院共有职工 27 名，专业医护人员 18 人，中级职称 3 人，其中执业医师 3 人，执业护士 15 名，如表 1.1 所示。村卫生室共有执业医师 7 个，都为当地的赤脚医生。

表 1.1 E 镇卫生院医护人员构成 单位：人

类别		沿滩卫生院（1 座）	梁外卫生院（2 座）	村卫生室（9 个）
执业医师		1	2	7
执业护师		7	8	0
性别	男	2	2	7
	女	6	8	0

³ 以上数据均来自《E 镇 2015 年工作总结》。

年龄	30 周岁及以下	5	3	0
	30-50 周岁	3	5	4
	50 周岁以上	0	2	3

二、调查对象基本特征

本文的调查对象从 E 镇常住老年人口中选取。笔者共调查了 8 个村的 200 位老年人，其中沿滩 3 村 100 人，梁外 5 村 100 人。

在性别结构方面，其中男性 108 位，女性 92 位，性别-年龄分布如表 1.2 所示。

在年龄结构方面，如表 1.3 所示，60 周岁至 69 周岁的有 109 人，70 周岁至 79 周岁的有 58 人，80 周岁以上的有 33 人。

在民族构成方面，其中汉族 184 人，蒙族 16 人，民族-年龄分布如表 1.4 所示。

表 1.2 调查对象性别-年龄分布 单位：人

性别	60-69 周岁	70-79 周岁	80 周岁以上	合计
男性	62	33	13	108
女性	47	25	20	92

表 1.3 调查对象年龄分布

年龄组	人数（人）	百分比（%）
60-69 周岁	109	54.5
70-79 周岁	58	29.0
80 周岁以上	33	16.5

表 1.4 调查对象民族-年龄分布 单位：人

民族	60-69 周岁	70-79 周岁	80 周岁以上	合计
汉族	104	51	29	184
蒙族	5	7	4	16

在文化程度方面，64%的受调查者没有接受过学历教育，基本为文盲，3%的老年人具有初

中学历，其余为小学学历，如图 1.4 所示。E 镇老年人的文化水平普遍较低，即使具有小学学历，其阅读能力也较弱，所以老年人基本多为文盲半文盲。

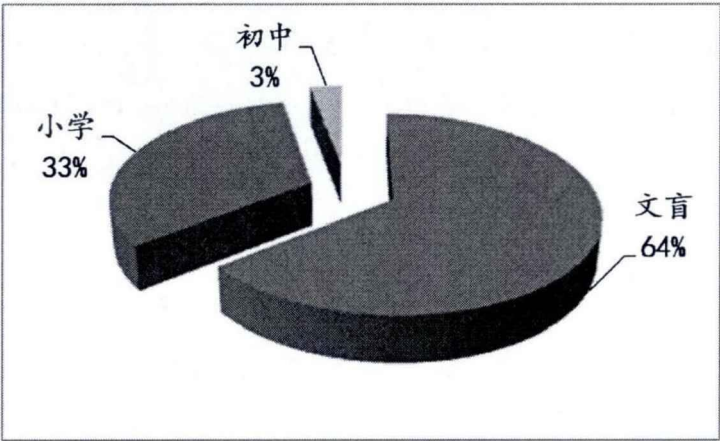


图 1.4 调查对象文化程度分布

在婚姻状况方面，69%的老年人为初婚，27%的老年人为丧偶，3%的老年人为再婚，如图 1.5 所示。

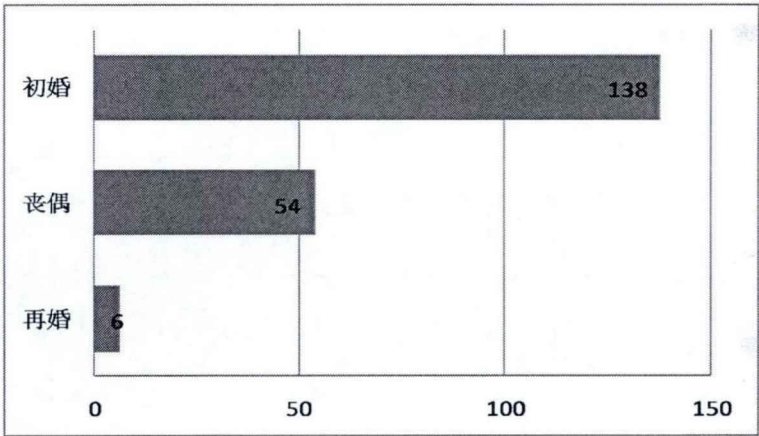


图 1.5 调查对象婚姻状况分布

在子女数量方面，如表 1.5 所示，43%的受调查者拥有 2 到 3 个子女，48%的受调查者拥有 4 到 5 个子女，3%的老年人拥有 1 个子女，6%的老年人拥有 6 个及以下的子女。

表 1.5 调查对象子女数量分布 单位：人

年龄组	1 个及以下	2-3 个	4-5 个	6 个及以上
60-69 周岁	3	68	38	0
70-79 周岁	1	11	43	3
80 周岁以上	2	7	15	9

合计	6	86	96	12
百分比	3%	43%	48%	6%

在居住状况方面，112 位（56%）老年人与配偶一起生活；81 位（40.5%）老年人与配偶和子女居住；7 位（3.5%）老年人独自居住，空巢率高达 59.5%，如图 1.6 所示。60 周岁至 80 周岁的老年人多与配偶一起生活，空巢率较高，80 周岁及以上的老年人没有配偶一起生活的老年人较多，空巢老人的比例较低。另外，在不同地区方面，沿滩地区空巢率相对较低，达到 33%，梁外地区的空巢率相对较高，达到 67%。

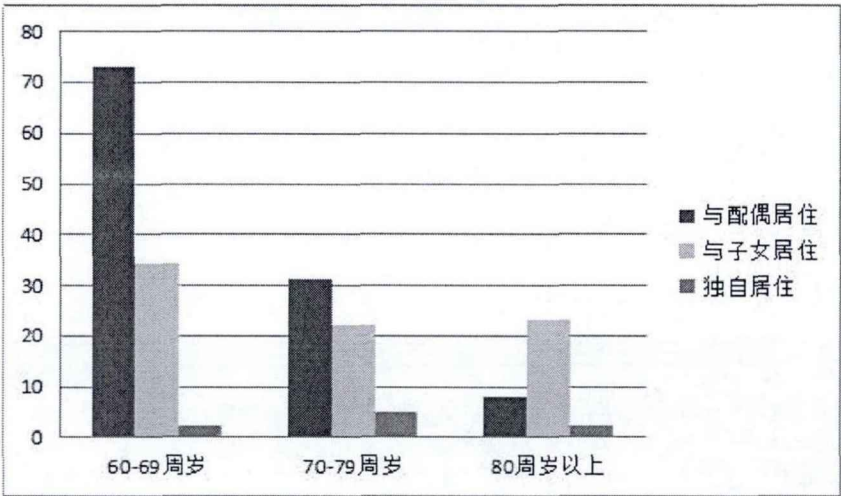


图 1.6 调查对象居住状况随年龄段变化情况

在经济水平方面，按家庭年纯收入将老年人的经济水平分为低收入、中等收入、高收入三组，如图 1.7 所示，49%的老年人处于低收入组，只有 17%的老年人属于高收入组，其他 34%的老年人为中等收入。

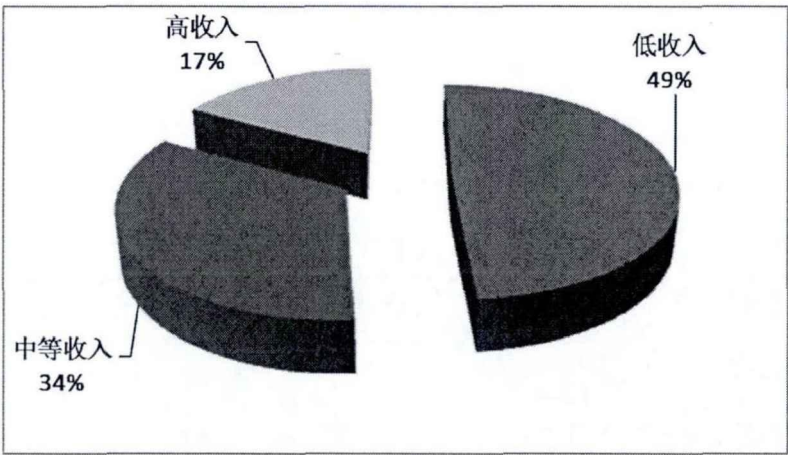


图 1.7 调查对象经济水平情况

在社会保障方面，随着国家对农村老年人社会保障的投入和支持，调查对象大多具有养

老保险和医疗保险。绝大多数（173 位）老年人每月可以领取 316 元左右的养老金，占 86.5%。97%的老年人参加了新型农村合作医疗，具有一定程度的医疗保障，但是没有人员参加其他类型的医疗保险，意味着有 3%的老年人没有任何医疗保险。

三、老年人健康状况

健康，是我们每一个人追求优质生活，实现人生价值的基础，甚至是人类生存发展的基本条件。健康不是万能的，但没有健康是万万不能的。对于老年人来说，是否健康关系着他们能否自如地生活，关系着他们能否参与社会生活，关系着他们能否拥有一个幸福的晚年。通过调查研究，笔者切实感受到民族地区农村老年人令人担忧的健康状况，主要表现在自我评价健康差，患病比率高，同时患多种疾病，并且患病持续时间长等方面。

（一）健康的自我评价

衡量健康的标准有很多，自我评价是其中重要的一项。本文中的健康的自我评价主要指老年人自身对于自己身体状况的主观性感受。在调查中发现，17%（34 位）的老年人认为自己身体健康状况很差，认为自己身体健康状况一般和较差的老年人分别有 38%（76 位）和 32%（64 位），只有 13%（26 位）的老年人认为自己身体健康状况较好，如图 1.8 所示，这充分体现出西部民族地区农村老年人令人担忧的健康状况。

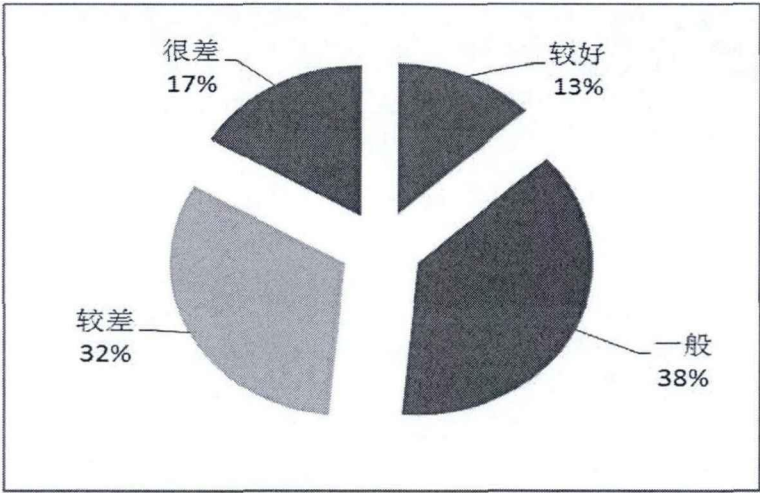


图 1.8 调查对象健康的自我评价

在自我健康评价中，女性健康有问题的比例高于男性。在年龄结构上，随着年龄的增加，对自身健康的评价也越来越低，如表 1.6 所示。

表 1.6 调查对象健康的自我评价

单位：人

类别		较好	一般	较差	很差
性别	男(108)	18	51	27	12
	女(92)	8	26	37	21
年龄组	60-69 周岁(109)	19	59	23	8
	70-79 周岁(58)	7	11	31	9
	80 周岁以上(33)	0	7	10	16

(二) 老年人患病频率

本文中的“两周患病”，主要指在最近两周内被调查者的就医状况和频率，是被调查者的主动自我报告。“两周患病”能在一定程度上反映被调查者的患病情况和就医情况。具体为：（1）在最近两周内感觉到身体不舒服，自行去医疗卫生单位就医治疗；2、在最近两周内感觉到身体不舒服，没有去医疗卫生单位诊治，但自己吃药或采取其他辅助治疗；3、在最近两周内感觉到身体不舒服，没有采取任何治疗手段，但是因为身体不舒服而暂停劳动或者休息一天及以上。如果属于上述三种情况之一，即被认为“两周患病”。

E 镇老年人口的两周患病率为 47%，沿滩地区和梁外地区的两周患病率分别为 53%和 41%，沿滩地区老年人口两周患病率比梁外地区高 12 个百分点。在性别上，男性老年人两周患病率为 44.4%，女性为 50%，女性的两周患病率明显高于男性。在年龄上，随着年龄的增加，老年人的两周患病率也率逐渐上升，60-69 周岁组只有 39.4%，70-79 周岁组有 43.1%，而 80 周岁及以上组高达 63.6%，如表 1.7 所示。

表 1.7 调查对象两周患病率

类别		人数（人）	百分比（%）
地区	沿滩（100）	53	53
	梁外（100）	41	41
性别	男（108）	48	44.4
	女（92）	46	50
年龄组	60-69 周岁（109）	43	39.4
	70-79 周岁（58）	25	43.1
	80 周岁以上（33）	21	63.6

（三）老年人慢性病患状况

E 镇老年人的慢性患病率为 71%。如表 1.8 所示，在性别上，男性老年人慢性患病率为 69.4%，女性为 72.8%。在年龄上，随着年龄的增加，老年人的慢性患病率呈上升趋势，60-69 周岁组为 63.3%，而 70-79 岁周岁组和 80 周岁及以上组分别为 75.8%和 81.8%。

表 1.8 调查对象慢性患病情况

类别		人数（人）	百分比（%）
性别	男(108)	75	69.4
	女(92)	67	72.8
年龄组	60-69 周岁(109)	69	63.3
	70-79 周岁(58)	44	75.8
	80 周岁以上(33)	27	81.8

在老年人所患慢性病频数的排位方面，2008 年第四次国家卫生服务调查分析报告显示，农村地区老年人慢性患病率排前五位的疾病依次是高血压、类风湿性关节炎、脑血管病、慢性阻塞性肺病、胃肠炎。^①但通过对 E 镇老年人所患慢性病的调查分析，发现与全国数据有所不同，排在前五位的依次是腰腿疼痛、肠胃病、高血压、脑血管病、癌症。在受调查者中，有 142 位感到腰腿疼痛，占 71%，87 位患有肠胃病，占 43.5%，45 位患有高血压，占 22.5%，42 为患有脑血管病，占 21%，14 位患有癌症，占 7%，12 位患有心脏病，占 6%，11 位患有糖尿病，占 5.5%，10 位患有肺病，占 5%，7 位患有营养不良，占 3.5%，如图 1.9 所示。

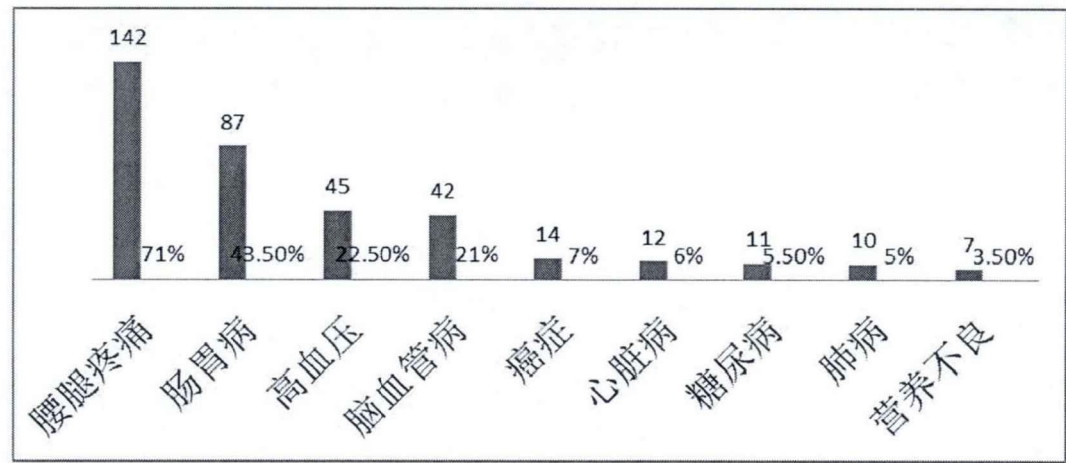


图 1.9 E 镇老年人患慢性病情况表

^①卫生部统计信息中心：《2008 中国卫生服务调查研究：第四次家庭健康询问调查分析》，北京：中国协和医科大学出版社，2009，99 页。

由图 1.9 可以看出，E 镇老年人患腰腿疼痛病的比率最高，这也体现出民族地区农村老年人的患病特点，他们常年致力于耕作农田、放养牛羊等重体力活，在青壮年时期即使超负荷地使用身体，也可以承受并忍耐，但进入老年时期后，各种各样的身体隐患开始出现，最为明显的就是腰腿疼痛，同时肠胃病、高血压、脑血管病的患病比例较高，而癌症的患病比例也紧随其后，比较突出。

另外值得注意的是，受调查者不但患病比率高，而且 73% 的老年人同时患有两种或两种以上的疾病，患病时间持续较长，如个案 1、2。

个案 1：Y 君，男，汉族，79 周岁，与妻子和儿子一起生活，生活来源主要为国家养老保险。耳聋较为严重。约 10 年前因过度劳动开始患有腰腿疼痛，当时因缺乏资金而没有及时治疗，只是在疼痛难忍时，进行输液治疗，或者是在疼痛处贴膏药，以致于后来渐渐丧失劳动能力。4 年前因长期感到头痛和头晕，到旗医院进行检查，检查结果是老人脑供血不足。老人先在旗医院住院治疗 3 周，但因为感到治疗效果不佳，子女将其转到包头市医院就医，在住院后 2 周后，病情得到控制并出院。2015 年 5 月老人又因胃病在包头市医院住院治疗将近一个月。

个案 2：T 君，女，蒙族，67 周岁，与丈夫一起生活，生活来源主要为养殖业收入和国家养老保险。一直伴随有腿疼，5 年前曾因突发高血压晕倒，被邻居送到旗医院进行住院治疗，为期两周，以后一直服用降压药。2 年前在喂羊时不慎跌倒，造成右臂骨折，住院治疗两周后回家休养，现已无劳动能力，基本维持自己和丈夫的日常生活照料行动。

这样多种疾病的爆发，不仅给老人带来巨大的经济压力，也给老人的生活和精神抹上灰暗的色彩。在这样的前提下，一般的身体衰退病症，如视力、听力削弱和牙齿不好等，对于农村老年人来说基本都算不上是需要治疗的病症。

四、老年人治疗情况

E 镇老年人的健康状况在一定程度上拼凑了“病苦老龄化”的大背景，同时也确实折射出这一背景的来袭和其所带来的威胁与挑战。面对老年人脆弱的健康状况，对待疾病的态度、何时治疗以及如何治疗和护理康复都成为尤为重要问题。

（一）疾病治疗情况

1. 老年人患病后就医态度

以老年人就医态度而言，如表 1.9 所示，58% 的老年人在感冒或是察觉自己身体不适时会

选择到私人诊所、村卫生室或镇卫生院就医，19%的老年人会选择自己去药店买药吃，23%的老年人会忍一忍，自己扛过去。被调查的老年人中有 42%存在患病未就医的现象，梁外地区老年人的患病未就医率比沿滩地区的老年人高 8 个百分点。同时调查结果表明，蒙族老年人的就医态度比汉族老年人的更加强烈，有 81%的蒙古族老年人会在身体不适时及时就医，而汉族老年人只有 58%的比率。另外自身身体健康较差，有过住院治疗经历的老年人，具有更为强烈的就医意愿，而本身身体康健或具有轻微疾病的老年人更倾向于自己治疗或忍一忍扛过去。

表 1.9 不同地区调查对象的就医态度

治疗选择	沿滩地区		梁外地区		合计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
到医疗机构就医	71	35.5	45	22.5	116	58
自己买药吃	15	7.5	23	11.5	38	19
忍忍就过去了	19	9.5	27	13.5	46	23

2. 就医时机的选择

以就医时机的选择而言，大多数老年人不会在刚感到不适时就选择就医，占到 23%，在反复发作后选择就医和在疼痛难忍时选择就医的老年人分别占到 31.5%和 45.5%，如表 1.10 所示。这说明疾病严重程度的加深会促使老年人进行就医治疗，同时就医时机的选择也会受到老年人就医态度的影响。

表 1.10 调查对象的就医时机选择

就医时机	人数（人）	百分比（%）
感到不适	46	23.0
反复发作	63	31.5
疼痛难忍	91	45.5

3. 就医机构的选择

以老年人选择就医机构而言，47%的老年人在遇到小病时，会选择到私人诊所、村卫生室或镇卫生院就医，58%的老年人在遇到大病时会首先选择旗级医院，29%会首先选择地市级医院，如表 1.11 所示。27%的老年人到过北京等一线城市医院就医，基本都为北京医院。21%的老年人经历了先在旗级医院就医，后转去地市级医院的过程。总体而言，老年人在选择就

医机构时首先考虑的是就近原则，在现有医疗条件无法满足其就医需求的时候，会转入更高级别的医院。

表 1.11 患不同疾病时调查对象对就医机构的选择

就医机构	患小病		患慢性病		患大病	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
地市级医院	8	4	48	24	58	29
旗级医院	19	9.5	74	37	116	58
镇卫生院	94	47	26	13	22	11
其它	46	23	52	26	4	2

4. 民族传统医药治疗应用

人类在其发展的历史长河中，为了生存与延续，逐渐摸索总结出了各种治疗疾病的方法与医药，并随着科学技术的发展不断将其发扬光大。一个民族，作为拥有自己独特的生理和心理特征的族群，也在其发展过程中，创造了适应于本民族的医药治疗体系，其中我国的中医和蒙医就是其中的优秀代表。

中医体系可谓博大精深。从扁鹊的“望、闻、问、切”诊疗法、华佗的针灸法到《黄帝内经》、张仲景的《伤寒杂病论》和孙思邈的《千金方》等医药典籍，再到如今运用科学技术手段，持续中医药现代化与国际化的发展，中医历经几千年的发展，不仅是汉族人民在与疾病的长期斗争中取得的智慧结晶和经验总结，更是为人类健康和中华民族的繁衍生息做出了重要贡献。

蒙医的产生也是由来已久，它是一门重要的民族传统医学。蒙古族在自身发展过程中，结合自己的身体素质和民族文化等因素，发掘生长于居住环境周围的中草药，根据不断地治疗探索和长期的医疗实践，逐渐形成了适合自身的一套民族治疗方法，具有鲜明的民族特色和地域特点。

在调查中，47%的老年人采用过中医进行治疗，有 29%的老年人看过蒙医或吃过蒙药。采用民族医药治疗的基本都为治疗腰腿疼痛和肠胃病等慢性病。汉族老年人选择蒙医的原因基本为儿女或者其他亲戚邻里的推荐，而且老年人普遍认为蒙医治疗费用较为昂贵。

表 1.12 不同民族调查对象对民族传统医药治疗的应用

类别	蒙医		中医	
	汉族 (184)	蒙族 (16)	汉族 (184)	蒙族 (16)

		人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比
态度	认可	97	52.7	14	87.5	115	62.5	5	31.3
	不了解	59	32.0	2	12.5	66	35.9	9	56.2
	不认可	28	15.3	0	0	0	0	2	12.5
使用过	是	47	25.5	11	68.8	91	49.5	3	18.8
费用	贵	27	57.4	5	45.5	28	30.8	1	33.3
	正常	17	36.2	4	36.4	41	45.0	2	66.7
	便宜	3	6.4	2	18.1	22	24.2	0	0
满意度评价	满意	10	21.3	4	36.4	22	24.2	1	33.3
	较为满意	29	61.7	7	63.6	56	61.5	2	66.7
	不太满意	8	17.0	0	0	13	14.3	0	0

如表 1.12 所示，汉族老年人对于中医和蒙医都具有较高的接受度和认可度，但是蒙古族老年人对于蒙医具有认同感，但对于中医的信任度较低，如果要选择民族医药治疗方法，他们会优先选择蒙医。

同时，民族传统医药治疗发展到今天，开始加入更多的科学技术手段，将西医治疗与中医、蒙医治疗结合起来，运用现代医疗器械确证病症，在治疗时综合运用不同医疗体系的医药和物理手段，实现了民族医药的现代化，同时也增强了患者对民族医药的信任，如个案 3。

个案 3: E 君，男，63 岁，蒙族。2013 年开始感到胃部不适，一开始没有进行检查治疗，2014 年年初，在感到胃部不适加重的情况下决定进行检查治疗。因为听儿子说，在达拉特旗中蒙医院看中医或者蒙医可以多报销钱，即中蒙医院的中、蒙医科的新农合报销比例高，所以他最后选择到达旗中蒙医院的蒙医科进行检查治疗。医生并不是采用传统的蒙医治疗方法进行诊断，而是要求他对胃部进行胃镜检查，在拿到检查结果后，根据胃镜拍片资料给出治疗方案。根据检查结果，E 君患轻度萎缩性胃炎，需要的是吃药治疗，医生给他配置了传统蒙药和西医中的消炎药等药品进行综合治疗。在为期一个半月的疗程后，E 君感到药物治疗具有较好的效果，随后又继续进行了持续的蒙药和西药综合治疗。

从调查中可以看出，不论是中医，还是蒙医，作为传承久远的民族医疗手段，即使是到今天，仍然为人类健康发挥着它们重要的治疗作用。而相应的老年人也对它们有较高的认可度，尤其是民族地区农村老年人，更愿意运用民族医药治疗方式来治疗腰腿疼痛疾病和各类肠胃慢性病。

5. 民间巫术治疗资源再利用

伴随着医学的发展，各个民族在与疾病的抗争过程中发展出借助巫术、宗教和信仰等进行治愈的辅助医疗手段，即民俗医疗。民俗医疗是指流行于主流医学之外，不被科学所承认证实的疗法。^①广义上的民俗医疗，包括各国的传统医学与民俗疗法，如冥想、祷告、气功打坐、针灸、巫术等。本文中的民间巫术治疗是民俗医疗中的一部分，主要指在E镇当地盛行的阴阳先生、神婆等所进行的一系列超自然力的治疗活动，一般在个人或家庭遭遇重大事故，或疾病无法尽快有效治愈，或受到惊吓时，人们会将民间巫术治疗作为一种辅助治疗手段。

如表1.13所示，在对待民间巫术治疗资源的态度上，27%的E镇老年人认可民间巫术治疗，18.5%的老年人使用过民间巫术治疗，并且其满意度评价为89%。年龄组别越高，对民间巫术治疗活动的认可度越高，但在认可的老年人中，70-79周岁组别的老年人在实际应用中使用率最高。

表 1.13 调查对象的民间巫术治疗资源再利用情况 单位：人

类别	60-69 周岁	70-79 周岁	80 周岁以上	合计	百分比 (%)
态度认可	13	22	19	54	27
使用过	9	22	6	37	18.5
治疗效果满意	7	20	6	33	89

从表1.13中可以看出，民间巫术治疗的使用率虽然不高，但是它的满意度评价却极高。一方面是由于民间巫术治疗在宗教信仰之下，加入了热敷等物理治疗手段，确实起到了一定的治疗效果，如个案4。另一方面，民间巫术治疗更多地给与老年人心理上的安慰，这些活动含有心理治疗成分，通过心理机制发生作用，正是老年人对于这种治疗中的超自然力的“相信”，才使其具有心理治疗的意义。

个案4：K君，女，77岁，汉族，丧偶，独自一人居住，依靠养老保险和子女支持生活。患有肺气肿、腰痛等疾病。2015年8月，老人感到胸闷、气短，儿女领其到北京某医院进行检查，检查结果为肺气肿，但是出于医疗费用贵、无人看护和慢性病治疗周期长效果慢等原因，老人并没有接受医院治疗。由于女儿比较相信神灵，经她推荐，到口碑传播较好的某神婆处进行治疗，主要方式为吃“药”、热敷和敬神等。每逢阴历初一、十五，女儿带老人到神婆的家里进行治疗，到神婆处，首先进行热敷治疗，即用在“药水”（即香灰水）中煮的热烫的毛巾敷在背部、腰部，时间宜为半小时至一小时左右，但老人因难以长时间趴伏，一般敷药时长为半小时。在敷药结束后，老人要进行敬神活动，首先要净手，然后脱鞋后进入敬神室，神婆会指导老人进行上香、磕头，室内有三座佛像，每座佛像前上一炷香，神婆身披金色袈裟类长袍，每

^① 龙开义：《壮族的民间信仰与民俗医疗》，载《青海民族研究》，2007（2）。

敲一下磕一个头，数量不等，磕头时要虔诚，手掌摊开，手心向上，头要触到地面。在磕头结束后，要在每座佛像前塞入相同面值的纸币，头像朝上，面值没有要求，主要看敬神者的诚意，老人在第一次去时每座神像塞了100元，其后每次是塞10元。同时，神婆也给老人配“药”吃，所谓“药”就是香灰，将一包香灰在锅中加水煮热，并加入红枣，将其全部喝掉，一天2次。除了敬神时需要花钱，其他的“药”和烫敷治疗都不需要再付钱。老人自称有显著治疗效果，一直持续进行此项治疗。女儿对此坦言：“这种东西就是你信就顶事的（有用），不信就是封建迷信，没用。”

（二）护理情况

调查研究显示，E镇老年人在面对医疗护理问题时，家庭护理依然是老年人的护理主力，甚至可以说是唯一力量。老年人护理一般有三种情况，即子女护理、配偶护理、其他方式。其中子女更多地承担住院护理，配偶主要承担日常生活护理。

1. 住院护理

在调查中。有 121 位受调查者曾经有过住院经历。在住院期间，104 位的老年人主要由子女或孙辈护理，14 位老年人主要由配偶护理，5 位老年人主要由护工进行护理，费用都由子女支付，如图 1.10 所示。

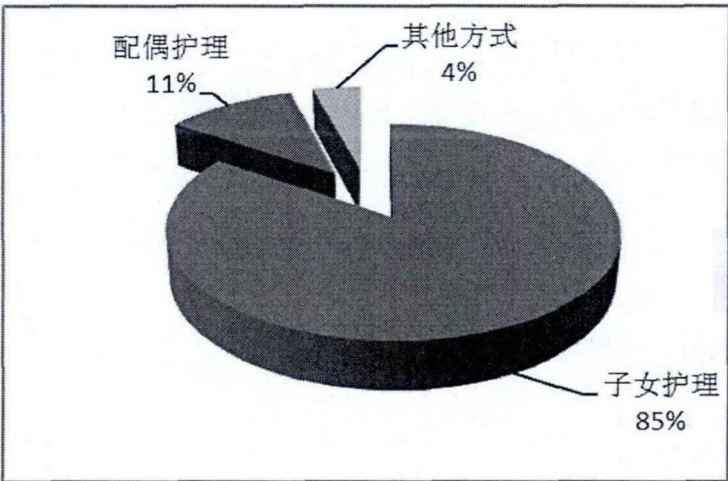


图 1.10 调查对象住院护理情况

在护理方面，子女数量越多的老年人在护理人员上遇到的问题越少，责任分散之后，每个子女所承担的压力减小，如个案 5 中，在老人子女较多，住院护理期间，子女们做出了出钱出力的行为，这对于老人和子女来说都是一件幸事。同时，子女护理体现出有偿性的趋势，对于生活需要他人照料的老年人，比起雇佣护工或保姆，子女间倾向于轮流照顾，或者是由某一子女负责照顾，其他子女提供给予其资金或物资，在个案 5 中都有体现。

个案 5：T 君，女，76 周岁，蒙族，有两个女儿 1 个儿子，与丈夫单独居住。生活来源主要为国家养老保险。2011 年发现患有高血压，一直服用降压药。2013 她在抱柴时因走路不慎跌了一跤，导致右手腕

骨折。当时情况危急，但是子女都不在身边，无法立刻赶到现场，所以老伴儿立即请邻居帮忙开车将 T 君送往旗医院。后来在旗级医院住院两周，住院期间由儿子和大女儿负责轮流陪床护理，他们需要和医生商讨治疗方案，和护士请教护理注意事项，每日时刻关注输液进度，询问老人手腕是否不舒服，并承担老人吃饭、洗漱和上卫生间等一切生活、生理需求的照料。二女儿因工作繁忙，无暇顾及，最后给予了 30% 的住院治疗费用。出院以后 T 君和老伴一起居住，但老伴不会做饭，也难以承担护理工作，所以大女儿住在父母家护理 T 君两个月左右。她每天主要做的是帮老人穿脱衣服，时刻提醒她注意不要用右手使力（老人经常因忘记受伤而不自觉地使用右手），并照料老俩口的日常生活起居，包括烧火、做饭和洗衣等等。两个月的护理结束后，另外两个子女一共给予大女儿 5000 元。大女儿结束护理时，T 君的手腕已拆除石膏，但是她的左手腕并没有接正，可能是由于护理不到位，导致了骨头突出歪曲。大女儿刚走时，T 君还不能自如地使用右手，因为她平时使用右手居多，所以即使拆除了石膏，穿衣、做饭等许多自理活动她也做不了，还是依靠丈夫对其护理。经过较长一段时间的慢慢康复，老俩口逐渐恢复了以往相互照料日常起居生活的日子。

2. 家庭护理

一般来说，在老年人患病期间，家庭护理的时间较长，也是有效康复的关键时期。本文中的调查对象都经历过家庭护理，包括出院后续护理，一般药物治疗期间的生活护理等。在此期间，出院后续护理一般前期主要还是由子女负责，虽然 72% 的受调查者拥有配偶，但因其配偶也是老年人，所以他们比较难以胜任出院前期的护理工作，后期开始会主要由配偶进行护理，如个案 5。但总体而言，家庭护理主要还是由配偶护理为主，占到 53%，子女护理占 40%，其他方式占 7%，主要包括保姆护理、自我护理等，如图 1.11 所示。同时男性患者的配偶护理率比女性患者的配偶护理率高 11 个百分点。

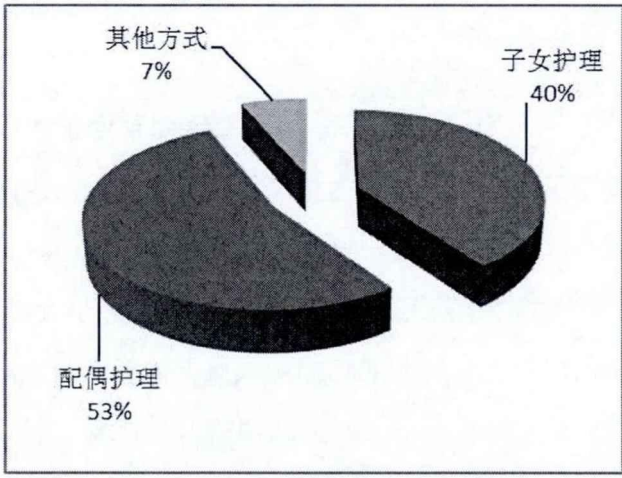


图 1.11 调查对象家庭护理情况

(三) 对就医治疗满意度的自评

治疗效果的好坏与就医者的切身利益有着直接而密切的关系，不容忽视。一直以来，农村地区的医疗设施和医疗资源都比较薄弱，导致其医疗技术水平也相对落后，这直接影响患者的治疗效果，

1. 治疗效果的自评

E 镇老年人的自评就医治疗满意度总体较高，如表 1. 14。老年人就医治疗效果的满意度评价较高，其中对一线城市和镇卫生院满意度较高，分别为 83. 3%和 81%，如个案 6，对地市级医院和旗级医院满意度相对较低，分别为 75%和 72. 3%。另外，60-69 周岁年龄组的自评就医治疗满意度最高，80 周岁及以上的自评就医治疗满意度较低。

表 1. 14 调查对象对治疗效果的自评

就医机构	满意		比较满意		一般		不太满意	
	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
一线城市医院 (54)	14	25. 9	31	57. 4	6	11. 1	3	5. 5
地市级医院 (96)	28	29. 2	44	45. 8	15	15. 6	9	9. 4
旗级医院 (119)	31	26. 1	55	46. 2	18	15. 1	15	12. 6
镇卫生院 (163)	46	28. 2	86	52. 7	20	12. 3	11	6. 8

个案 6: B 君，男，83 周岁，蒙族，有 2 个女儿 2 个儿子，与妻子一起生活。生活来源主要为国家养老保险。患有心肌梗塞和腿疼。2015 年 7 月某天半夜，老人心肌梗塞突然发作，老伴儿当即联系同一村子居住的儿女将 B 君送到镇卫生院进行抢救，第二天早晨又立即送往旗医院进行治疗，使其逃过生死一劫。同时老人因腿部骨质增生而一直患有腿疼病，2013 年开始一度疼到无法下地行走，生活不能自理，进出家门都需要人背抱。儿女先后带他先后到旗医院和地市级医院进行过治疗，均无显著效果。旗医院的诊断结果是 B 君的病情比较严重，需要做手术，将腿锯掉。B 君认为这种做法对于他来说太不现实，作为与妻子一起居住的农村老年人，如果锯掉腿，他将失去自主行动能力，这将严重影响自己的生产生活，于是他没有接受医生的建议。后来老人只好回家在镇卫生院进行保守治疗。令老人没有想到的是，通过镇卫生院张医生抽血、药洗和输液等一系列治疗手段，老人的腿渐渐好转，并于 2014 年后半年开始可以下地行走，现在老人虽已丧失劳动能力，但老人再次恢复了自我行动能力，可以做到自理生活。在调查过程中，老人对张医生赞不绝口，直说没想到大医院要锯掉的腿，最后由镇卫生院的张医生给治好了。

2. 服务态度的自评

由于缺乏必要的竞争机制、工作压力大和医院服务人员的自身素质等原因，医护人员的服务态度在很大程度上大打折扣，医护人员的服务态度差被人诟病也由来已久。在调查中，没有与医护人员出现较大争执与对抗的老年人和家属。但是仍有 48% 的老年人认为医护人员服务态度较差，36% 的老年人认为态度一般，只有 16% 的老年人认为态度较好。

个案 7: Z 君，男，72 周岁，汉族，有三个女儿 2 个儿子，与妻子一起生活。生活来源主要为国家养老保险。2012 年 Z 君因胃病在地市级医院进行检查，在问到关于服务态度的问题时，老人这样回答到：“态度也不能说人家不好，反正是有点脸色，话也有时候不那么好听，咱快也不和他计较，咱是去看病兰，又不是和他宁弥上气了（生气），忍忍不理他也就过个兰。有时候到是也看见那些大夫、护士们忙的破烦的，都也不容易。”

这位老人的话语基本代表了大部分老年人患者对于医护人员服务态度差的看法和回应。虽然在就医时可能经常会遇到医护人员服务态度不好的情况，比如脸色难看，不耐烦，甚至呵斥等等，但是农村老年人们往往以他们朴实无华的心态来应对这种情况，自己不仅做到不与他们生气，同时还尽可能地去理解医护人员的付出和辛苦。

值得注意的是，在就医治疗满意度自评中，出现两极好评的现象，即不论是在医治效果、服务态度等各个方面，调查对象对于北京等一线城市医院和乡镇卫生院的评价普遍较高。老人认为北京等一线城市医院的医护人员看病开药以治疗疾病为主，较少考虑价位，如果一些便宜药可以起到治疗效果，就不会开高价药。另外医护人员的素质也普遍较高，态度即使没有很好到令人感到亲切，也不会差到脸色难看和给予言语刺激。对于乡镇卫生院因为和医护人员的长期相处和接触，老年人对其医疗技术也较为信任，镇卫生院的医生也确实具有较长时间的当地实践经历，对一些地方疾病更有自己的认识和合适的治疗方式，他们互相之间也较为熟识，基本不存在服务态度差的问题，所以老年人的评价也普遍较高，如个案 6。相反对于处于中间地带的旗级医院和地市级医院评价普遍一般，即使治疗效果基本满意，也存在着服务态度差或者是医药费用贵的负面评价，如个案 7。

五、老年人的就医支持

本文中的就医支持主要指老年人在就医过程中的经济支持。E 镇老年人的就医支出较高，在受调查者中，年平均就医支出占老年人年均收入的 52.5%，同时在低收入人群和 80 周岁及以上年龄组中，就医支出所占比例更大，分别为 57.6% 和 53.3%。老年人的治疗支持主要来自

以下三方面：

（一）社会方面

在社会方面，新型农村合作医疗给予民族地区农村老年人的就医支持最大。农村老年人是农民群体中患病的高危群体，他们的医疗保障需求更高，因此，新农合对这一群体体现出较高的有效性，主要降低了他们的就医支出负担，尤其是在个人支付的住院费用负担方面具有显著作用。农村老年人也对其给予了较高的评价，大多数参合老年人认为该制度对其就医治疗具有重要作用，并表示对该制度的实施效果较为满意，同时也都表现出积极的参保意愿。

1. 新型农村合作医疗制度的历史沿革

新型农村合作医疗制度，简称新农合，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。^①2001年，新型农村合作医疗制度开始进入探索阶段，2003年开始在全国304个试点实施，到2004年试点增加到333个。截至2004年10月，新型农村合作医疗试点工作覆盖到全国30个省、自治区和直辖市，有6899万的农民参加新农合，参合率达到72.6%。

2006年新农合将试点县由占全国的21%扩大到40%左右，中央财政的补助标准在原来确定的10元/每人每年的基础上增加到20元。与此同时，扩大中央财政划定的补助范围，将中西部地区和部分参加试点的东部地区困难县(市)纳入其中。

2009年全国卫生工作会议中指出，新型农村合作医疗制度已经实现全覆盖，参加新农合人口超过8.1亿，参合率达到91.5%，这是新农合实施历史中的一个重要里程碑。

2011年，新农合政策范围内的住院费用支付比例达到70%左右。从2011年开始，政府逐步提高新农合补助标准，每人每年由2010年的120元提高到200元，随后2012年又提高到的240元，关于2012年新增40元部分，中央财政对西部地区补助80%，对中部地区补助60%，对东部地区按一定比例补助。农民个人原则上缴费提高到每人每年60元，有困难的地区，个人缴费部分可以分两年缴清。

2. E镇老年人参合及利用情况

新农合制度从2004年在内蒙古自治区鄂温克旗等7个旗(市)开始试点，通过几年试点旗县数量不断增加，到2007年在全区95个旗县(市、区)开始全面推广。2008年是内蒙古自治区新型农村合作医疗全面推广的重要时期，为了加强对基金的管理，确保基金使用安全，各地区都按照内蒙古自治区的统一要求，逐步建立了新农合的管理机构，并积极地推进新农

^① 贾润林：《内蒙古新型农村合作医疗运行效果评价研究》，内蒙古农业大学博士学位论文，2014。

合的制度建设，促进运行模式和机制的日益完善。

2013 年，E 镇新农合的参合率为 95%，人均缴纳的参保费为 60 元，2014 年，E 镇参合率为 96%，人均缴纳的参保费为 70 元，2015 年，E 镇参合率达到 97%，人均缴纳的参保费为 100 元。在调查中，98% 的被调查者参加了新型农村合作医疗，蒙族老年人的参合率为 100%。其中 63% 的老年人从参合以来，医疗费用得到部分报销，其中 41% 的老年人报销过门诊费用。98% 的参合老人认为合作医疗对他们有用，99% 的老年人明年愿意继续参加。

参保费虽然逐年递增，但报销比例和报销范围同时也相应的扩大，参合率的逐年递增也从侧面体现出这一变化。新型农村合作医疗在低收入家庭中所产生的影响更大。

个案 8：Y 君，男，79 岁，汉族，有 4 个儿女，与妻子和二儿子一起居住，无劳动能力，年收入 3800 元，主要生活来源为国家养老保险。本人患脑供血不足、胃病和腰腿疼痛等疾病，妻子患高血压，每半年去一次地市级医院，平均就医花费在 8000-9000 元/年。在访问到新农合是否对他有用时，他这样回答：“有用了哇，那咋能没用，不了我能年年入了，好歹还能报销些儿钱，我现在敢就是没钱看病么。”

个案 9：C 君，男，79 岁，蒙族，有 4 个儿女，与妻子一起居住，无劳动能力，年收入 3700 元，主要生活来源为养老保险。本人患脑血管疾病、肠胃病、腰腿疼痛等疾病，需要到医院做定期检查和治疗。C 君根本无力支付自己的医疗费用，子女也都为农民和打工者，能给予的帮助也很有限。所以，C 君主要依靠医疗费用的报销来支持他下一次的医疗。C 君一年的治疗费用大约需要 1 万元，一般在市级医院进行检查治疗，新农合能够报销 60% 左右。虽然还需要 C 君自己解决剩余部分，但这对于他来说已经是很大的帮助。C 君说：“个儿（自己）没钱就是受罪么，娃娃们也是连个儿也顾不了，我这也是有合作医疗了，要没这，我也就是等死的兰，就这也等不上报，报上点钱赶紧再去医院花出个。”

个案 8、9 中的老人道出了大多数老年人的心声，正因为新农合对个人看病就医带来的有效支持和风险规避，老年人对于新农合的评价度也较高，新农合的参合率也是逐年增长。

（二）家庭方面

在家庭方面，最主要的治疗支持来源于子女负担。农村老年人的养老方式主要还是家庭养老，因为家庭是农村老年人的主要生活交际圈，家庭成员在为老年人提供经济支持、生活照料和情感慰藉等方面都更为方便和舒适。家庭支持是老年人社会支持的基础，也是其社会支持网络的主体。在受调查者中，有 76.3% 的老年人受到过来自于家庭的支持。子女支持多集中在于住院治疗、突发疾病等情况时，日常医疗费用多由老年人自身承担。

民族地区农村老年人的家庭就医支持并不平衡，来自子女的就医补贴受到子女经济收入的影响，所以子女们在对老人进行就医经济支持上存在着差异性。子女的经济状况较好，又对父母孝顺，会给予父母更大的就医支持，相反如果子女的经济拮据，即使有孝心也是有心

无力。并且在访谈中发现，家境较好的子女会经常老人询问是否需要钱，并会及时主动给与，但家境较差的子女询问父母是否需要钱的次数相对较少，一般也不能及时给予。但父母一般都不愿意花费子女的钱，即使是需要花费，也会尽可能地还钱，或从其他地方给与补偿。

家庭及其成员不仅提供工具性的支持而且提供情感性支持。农村老年人具有较高的家庭的亲情心理需求，“儿孙绕膝，天伦之乐”是众多老年人理想的晚年生活，子女孝顺、家庭和睦也会给老年人带来更好的精神支持和情感慰藉，反之，子女生活不如意，甚至是白发人送黑发人，会给老年人带来负面情绪，甚至是巨大打击。另一方面，子女的金钱支持存在客观有限性，即子女本身并没有可支付老年人就医支出的能力，所以子女支持更多地表现在住院护理等其他方面。

（三）自身方面

就医支出对民族地区农村老年人的经济状况造成很大影响，他们应对疾病风险的能力普遍较差。E 镇老年人的经济水平较低，经济来源也比较单一，主要通过自力更生和国家养老保险来获取生活来源。39%的老年人主要依靠养老保险生活，48%的老年人主要依靠个人劳动所得。在 60-69 周岁年龄组中，多数具有劳动能力，从事种植业或养殖业，拥有自身劳动所得所占比例较高，为 57.2%。沿滩地区主要依靠农业，少部分畜牧业辅助，平均年纯收入在 2300 元左右，梁外地区则多依靠畜牧业，平均年纯收入在 3500 元左右。老年人的年龄越大越是主要依靠国家养老保险生活，生活也相对越贫困。按照 2014 年鄂尔多斯市农村牧区人均纯收入低于 4860 元的贫困户识别标准，E 镇有 76%的老年人处于贫困状态中。

个案 10: F 君，男，63 岁，蒙族，有 3 个儿女，与妻子一起居住，年收入 8000 元左右，生活来源为养殖业收入和国家养老保险。本人患胃病、腰腿疼痛等疾病。3 个儿女都是务农，2 个儿子与自己住着同村，女儿嫁到了邻村。大儿子腿部残疾，无法参加重体力活，主要依靠大儿媳操持家里家外。二儿子具有长期吸毒史，2005 年开始染上毒品，2006 年家人得知后，帮助他强制戒毒，成功戒毒 1 年后复吸，后来开始频繁地反复进入戒毒所和看守所，目前在看守所服役，2015 年与妻子离婚。2013 年，老人因胃部疼痛难忍到镇卫生院检查，镇卫生院由于缺乏检测设备，不敢妄下诊断，建议他到大医院做详细检查。后来女儿带着老人到旗医院进行胃部检查，检查结果为胃癌早中期，需要做手术和化疗，预计 6 万元左右。听到检查结果，老人失去了就医意愿，他觉得这是个花钱也治不好的病，还不如不去管它，自生自灭，也不给家里添负担。但是现实情况不允许他放弃自己的生命，他的老伴和儿女还需要他。大儿子和女儿也支持他就医，但是他们都没有经济能力来支付老人的医疗费用。当时老人养羊 100 只左右，种地 10 余亩，有积蓄 5000 元。最后老人将羊整群卖给养殖场，获得 35000 元。在凑到钱后 F 君到包头市医院做了胃部切除手术和后续的化疗治疗，后续的治疗费用主要依靠新农合报销和向亲戚借债。

老年人的自身承担医疗费用主要来源于自身劳动所得和养老保险。在调查中，E 镇老年人基本没有自身积蓄，28 位老年人为低保户在享人员。老年人的年龄越大越是主要依靠国家养老保险生活，生活也相对越贫困，在遇到需要治疗疾病时，养老保险和新农合的报销是他们主要的治疗支持来源。

第二章 老年人就医中存在的困境

老年人的就医行为不仅影响老年人的生命健康，同时也对老年人的生活质量产生重大作用。从上述对 E 镇老年人就医现状的描摹中，我们不难看出，民族地区农村老年人的健康状况普遍较差，客观就医需求强烈，但是在现实生活中，不论是社会，还是家庭，甚至是老年人自身都无法真正满足这种需求，导致实际中农村老年人的就医现状比较严峻。通过调查研究，笔者认为民族地区农村老年人主要存在以下几个方面的就医困境。

一、社会方面

在我国强调改善民生的发展背景下，政府和社会一直致力于促进农村医疗卫生事业的发展，并加大对公共医疗卫生的投入，提高新农合的覆盖率，积极改善医疗条件，着力解决农村就医难题。在承认农村医疗卫生事业取得大力发展的同时，我们也应看到其对于农村老年人来说所存在的不足之处。

（一）新型农村合作医疗制度缺口

新型农村合作医疗制度在农村老年人的就医过程中起到了很大的作用，帮助很多老年人解决了一定程度上的就医难题，老年人对其也都给予了较高的评价，这在本文的上一章也做了简要阐述。但在现实生活中，新农合还存在一定的问题和有待改进之处。

1. 夸大治疗，浪费资源

医院是一个自负盈亏的独立经营个体，并不是一个公益组织，盈利性也是它的经营目的之一。从 2003 年我国开始实施新农合以来，我国的人均医药费支出呈逐年递增的趋势，其中一个重要原因就是医院的过度医疗服务。在新农合的报销支持下，加之患者对于自身疾病和相关医疗知识不了解，某些定点医院在对病人进行诊治时，并不是按照最有利或者最适合病人的方案去进行，反而会多开药，开贵药，或者是重复进行一些不必要的项目检查等等，如个案 11。

个案 11：W 君，女，66 岁，汉族，有 2 个儿女，与丈夫一起居住，年收入 9000 元左右，生活来源为种植业收入和国家养老保险。2014 年本人因肺部不适到旗医院进行过检查治疗。

问：“您觉得旗医院的治疗费用贵吗？”

答：“报销过来还行哇，主要能报销了，药是贵了，那么一小盒大几十块钱，我当时说了句这么贵了，那大夫说有便宜的了，但是治我这病还是这种药有效，再说能报销了，花不了我多少钱。咱也不懂，就是听大夫的。”

另一方面，患者在增加对新农合的认识后，也存在着“小病大治”的现象，一旦有病就去医院进行住院治疗，甚至故意延长自己的治疗时间和住院时间。新农合主要对住院报销产生作用较大，门诊花费少，补偿比例低，还有封顶线限制，所以患者的医疗费用在达到住院标准的起付线后，即使他的病情并不需要住院治疗，为了获得新农合的报销，病人也会办理住院治疗。达拉特旗普通门诊补偿定点医疗机构为乡镇卫生院、社区服务中心和嘎查村卫生室，不包括旗级和市级医院。其补偿比例为 50%，封顶线为 100 元/人/年。二级以下医院（含二级）的住院补偿起付线为 600 元，报销比例为 80%。^①所以患者一旦达到住院补偿比例后，都会进行住院治疗。这样不仅浪费医疗资源，还在一定程度上造成了对包括老年人在内的其他患者的医疗挤压。

2. 老年人慢性病报销困难

农民参加新型合作医疗的决定性因素在于农民是否能从中受益。这在实施过程中主要表现为医疗费用的报销情况，它直接关系到农民是否参加新农合的行为选择。民族地区农村老年人具有患病比率高，同时患多种疾病，并且患病持续时间长等特征。但是在新农合的就医支持过程中，目前并没有针对老年人患病特点的特殊照顾政策。

在报销分类上，慢性病一般常年在门诊进行就医，所以慢性病实行的是门诊补偿标准，鄂尔多斯市内医院的慢性病报销比例是 50%，比其住院补偿比例低 30%。市外医院的报销比例是 35%，比其住院补偿比例低 25%。^②

在报销范围上，民族地区农村老年人所患疾病首位的腰腿疼痛病并不在内蒙古新农合慢性病的报销范围内，这使很多老年人在进行治疗时左右为难，不进行住院治疗难以承担高昂的治疗费用，但自身又没有足够的时间进行长期住院治疗。

个案 12: X 君，男，64 岁，蒙族，有 3 个儿女，与妻子一起居住，年收入 11000 元左右，生活来源为养殖业收入和国家养老保险。养羊 80 只左右，因长期劳作，X 君常年患有腿疼病，2012 年在达拉特旗中蒙医院中蒙医特色科进行住院治疗，主要采用拔罐、针灸和推拿等治疗手段，治疗效果较好。一周时间共花费 3800 元，该医院新农合住院报销比例为 80%，中蒙医报销比例为 95%，最后自己花费将近 1000 元。但是他因为养羊而不能长时间离开家，无法一直住院治疗。但是如果不住院治疗，他的医药费就无法报销。

^① 以上数据来源于《2016 年鄂尔多斯市新型农村牧区合作医疗管理工作实施方案》。

^② 同上。

所以他只能平均半年去治疗 1 次, 但这样不连续的治疗会使治疗效果大打折扣。

在报销时间上, 慢性病实行一年一报, 费用可以累积计算。这就意味着老年人的看病费用是需要自己先垫付的, 这对于贫困的农村老年人群体而言也是一大难题。就此而言, 新农合并没有对老年人充分发挥它的医疗保障作用。

(二) 医疗资源匮乏及分布不均

进入市场经济后, 我国的医疗卫生事业取得长足发展。医疗改革进行多年, 也做了很多比较好的有效尝试和改进。但现实中的就医难题仍然突出, 根本原因就是我国现有的医疗资源不足以满足人们日益增长的就医需求, 而且医疗资源的配置不均, 尤其是民族地区和农村地区的医疗资源相对都比较匮乏, 主要表现为医疗资源的整体性缺乏和聚居区和非聚居区的分配不均。

1. 医疗资源缺乏

基层医疗机构发展滞后。农村地区的医疗服务机构主要是由旗、镇、村三级组成, 即以旗级综合性医院为龙头, 以镇卫生院为枢纽, 以村卫生室为网底, 但是民族地区的基层医疗机构发展严重滞后。2013 年, 在全国基层医疗机构中, 每千常住人口医疗卫生机构床位数为 0.99 张^①, 而 E 镇拥有常住人口 8063 人, 共有床位 109 张, 该指标数为 0.014, 远远达不到全国平均标准。同时, E 镇现在的村卫生室数量也不足, 且为个人自负盈亏经营, 所以在老年人医疗健康服务方面做得并不好, 也缺乏体检、预防和保健等知识的宣传。另外, 基层医疗机构的硬件设施和药品资源也比较匮乏。E 镇的基层医疗机构基本没有电子检测设备, 镇卫生院只有听诊器等简易检查设备, 村卫生室基本没有医疗检查的硬件设施, 全靠医生的医疗水平和临床经验来进行诊断活动。而且镇卫生院和村卫生室会出现缺药的情况, 医生会告诉患者应该服用何种药物, 然后让他们自己去药店购买。这样的基层医疗条件根本无法满足当地居民的就医服务需求。

基层医疗机构医护人员缺乏且流失严重。人才培养机制缺乏便无法吸引到高技术及专业水平的人才, 医疗服务质量自然而然也就得不到保证。2013 年, 全国每千常住人口执业医师数为 2.06 人, 每千常住人口注册护士为 2.05 人^②, 而 E 镇的这两项数据与全国平均水平相去甚远。一个乡镇卫生院平均配备 1 名医生, 5 名护士, 但平均每天有 40 位左右的患者需就医治疗, 现有医护人员无法满足日常医疗服务工作的正常运行。同时, 由于待遇低、离家远和医护人员年轻化等现实原因, 基层医护人员对于基层工作一般持不愿意的态度, 尤其不愿意

^① 资料来源: <http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201503/6f403fed54754e4f916bcceac28c197a.shtml>, 2015-03-30。

^② 同上。

到偏远地区，即梁外地区工作，如果有合适的机会，就会申请调回城里工作，这引发了基层医护人员流动性大、流失严重等问题。

2. 医疗资源分布不均

医疗资源分布不均也是我国医疗卫生事业发展中存在的突出问题，主要表现为地区和城乡分布不均。由于经济发展的不平衡性和重城市，轻农村的公共产品资源配置方式，严重影响了民族地区农村老年人的就医行为。同时在 E 镇内部也存在着医疗分布不均的现象，即聚居区与非聚居区的医疗资源分配不均。E 镇中，沿滩地区为聚居区，梁外地区为非聚居区。比起梁外地区的 2 座卫生院，沿滩的 1 座卫生院，不论是医疗环境、硬件设施，还是医护人员数量及素质等方面，都要具有更好的医疗资源和更高的医疗水平。非聚居区本身因居住分散、距离医疗机构远而处于就医的劣势地位，再加上较少的医疗资源，使其现实就医状况更是雪上加霜。

（三）农村老年人空巢化

由于我国正处于经济转型时期，大量农村人口向城市流动，农村文化程度较高的青年越来越多地移居城市，大量空巢老年人出现。进入城市的青壮年整日为生计奔波忙碌，无暇顾及家庭，对老年人更是无暇照顾，长期的空巢化致使农村老年人的在遇到困难时孤立无援，其精神健康也会大受影响。

近年来，E 镇的外出打工人员有返乡现象，但数量较少，同时返乡人员多为两地跑，即农忙时回来种地，农闲时外出打工，对老年人的照料也较少顾及。E 镇拥有 2 个及以上子女的老年人有 97%，但是 E 镇老年人的空巢率高达 59.5%。老年人由于身体和交通所限，大多数在就医时需要依赖他人，所以空巢老年人在身体不适时，如果想去就医，他们一般需要儿女或者邻居的帮忙。但是一旦发生突发状况或疾病，将会对他们产生巨大的影响，如个案 13。

个案 13：P 君，女，63 岁，汉族，有 4 个儿女，与丈夫一起居住，生活来源为养殖业收入和国家养老保险，是低保户。P 君的大儿子夫妻俩都在达拉特旗城里打工，二儿子定居东胜，开一个打印复印店，大女儿和二女儿都嫁到了相邻旗县，务农。虽然和子女们都呆在一个市内，但是 P 君平时只有和老伴一起生活。儿女们平时也工作、劳动比较忙，回家次数较少，并且回到家也只待一两天。老人说：“就是逢年过节也凑不齐。”2013 年夏，某天老伴出去地里浇水，P 君一人在家，在喂鸡时意外摔倒在地，左腿受伤，一时无法移动。她努力一边喊人一边尝试移动，但一会后又突然感到一阵晕眩，随即失去意识。恰巧当天老伴因停电提早回家，发现 P 君昏迷在地，立即打电话叫邻居回来帮忙将老伴送到镇卫生院。经卫生院初步检查，老人左腿骨折，昏迷可能是由于高血压引起的。由于医疗条件有限，在经过简单医疗救助后，邻居帮助老伴将 P 君送往旗医院进行进一步治疗。在路上时，老伴打电话通知了 4 个儿女，大儿子由于离得

近，最先到达旗医院照料母亲，P君最后因骨折、高血压和中风在旗医院住院治疗两周。如果老伴没有提早回家，后果不堪设想。即使这样，还是错过了最佳救治时机，P君留下了走路跌破和嘴角歪斜的后遗症。

二、家庭方面

家庭是不仅是社会的基础细胞，也是每个人生活的温馨港湾。经济的快速转型带动社会结构的变迁，家庭结构及其功能也随之发生变化，其中家庭养老功能弱化也在悄然发生。同时由于受到现代文化思潮的冲击，社会评价体系趋向唯金钱权利论，人们的价值观念发生改变，孝文化以及尽孝观念扭曲，由此引发出农村老年人患病时缺乏照料、精神健康易被忽视和子女因赡养义务纠缠不清等一系列问题。

（一）患病老年人缺乏照料

随着经济的快速发展，大量农村人口向城市流动，空巢老年人越来越多。新的代际关系和不同的城乡生活方式，都在弱化着家庭的养老功能。家庭养老功能弱化，农村老年人都处于自我照料的境况，不仅是自我照料生活，而且力所能及地解决自己的生活来源问题。子女们由于各种原因越来越无法提供家庭养老功能。这给老年人带来较大压力，老年人需要自己承担医疗和养老的双重负担，导致老年人日常生活境况较差，不仅不利于养病保健，甚至有可能导致身体疾病的发生。

个案 14: Y 君，男，83 岁，汉族，有 4 个儿女，与妻子一起居住，无劳动能力，年收入 3800 元，主要生活来源为养老保险。本人患心肌梗塞、腰腿疼痛等疾病。儿女都与老人居住在一个村里，虽然是 80 多的高龄，但老两口基本自己解决日常生活问题，平时老伴做饭，儿女间或送饭。以前一直以种地为生，长期过度劳作导致后来身体条件越来越差，对于种地也是有心无力。但在丧失劳动力后，老两口依然承担着自我养老的责任，在家饲养了几只羊和鸡，通过卖肉和鸡蛋来补贴家用，基本维持生活开支。

个案 15: G 君，男，79 岁，汉族，有 3 个儿女，与妻子和弟弟一起居住，无劳动能力，年收入 3800 元，主要生活来源为养老保险。本人患脑供血不足、胃病和腰腿疼痛等疾病，妻子患类风湿性关节炎，丧失自理能力，由 G 君负责日常的生活照料。儿女们都远在外地，无法履行赡养老人的职责。遂于 2010 年雇佣同村一位妇女为三位老人做饭，一天两顿，基本满足老人的生活需求。

（二）老年人的精神健康易被忽视

健康不仅仅是一种身体状态，也包括自理能力和自我娱乐的能力。E 镇的老年人的空巢率为 59.5%，生活孤单，普遍存在孤独感、空虚感。年龄越大，这种情绪更明显。在伴有病

痛的老年人中，在心理和行为上更多地表现出忧郁、消沉，常常会有人生苦短的凄凉感觉。这种情绪如果得不到及时排解和抚慰，不仅会导致抑郁症、老年性痴呆等心理疾病，也会引发身体疾病。

在访问过程中，身体健康较差的老年人经常会说这样的话语：“越活越麻烦”，“紧等死的人呀还，”“就剩下等死的了”，“也不知道活下些甚”，等等。这样消极的话语伴随着老人们低沉微弱的语气，给人浓浓的孤独感、脆弱感，甚至是悲凉感。而子女们一般对老人的这种消极情绪也束手无策，无法做到长期陪伴，甚至也没有意识到老年人的孤单是一种健康问题。

（三）汉族孝文化流失，推卸赡养义务

汉族和蒙族都具有源远流长的孝文化。汉族孝文化起源于为祈求平安而进行的尊敬祖宗的祭祀活动，随后孔孟阐释丰富了孝文化的内涵，经过“以孝治天下”以及孝道的极端化和愚昧化，再到孝文化的变革和社会适应，汉族孝文化已深深根植于每个人的心身上。蒙古族在游牧民族社会制度的发展中，为了强化血缘关系，壮大族群力量，共同的祖先观念是十分重要的。由此逐渐在此过程中形成了本民族的道德价值观，“孝”就成为其中最基本和最重要的部分。

相对于蒙族，经济社会的急剧变革对汉族的孝道文化冲击更甚，导致其孝道的流失与变化，传统的“孝”文化已受到严峻的挑战。首先，“养小”与“养老”的矛盾日趋严重。子女更注重孙辈的成长和教育，对老年人的照料力不从心。其次，对“孝”的理解狭隘。子女大多关注农村老年人的物质生活需求，对老人的内心情感关怀不足。再次，子女分“孝”不清，导致责任扩散，互相扯皮推诿，或是不愿意承担养老重任，除非所有子女一起承担。最后，行“孝”走向功利性。多照顾老人的子女多数会得到老人或者其他子女的经济补偿。

个案 16: L 君，女，68 周岁，汉族，有四个女儿 2 个儿子，丧偶。生活来源主要为国家养老保险。6 个儿女只有二儿子远在外地，其余几个儿女都与老人住在一个镇里。2014 年老人因突发脑溢血在旗级医院住院治疗一个月，期间主要由二女儿和老人的孙辈看护，二儿子远在外地居住工作，无法回来，给予 8000 元治疗费用。其他儿女认为有人看护老人，不需要他们，所以只是去看望过老人，并没有进行护理。二女儿对此颇有怨言，二女儿认为：“又不是我一个人的妈，尽来看一眼走了，把我一个往死熬了，老二倒是说离得远，又拿钱来了，他们尽住在门上，也没说过来帮我一把。”出院回家后 L 君主要由大儿子和二女儿照顾老人生活起居。2015 年 7 月老人因身体不适再次住院，截止笔者调查结束时，老人仍在住院治疗，但已经半身瘫痪。关于老人的出院护理情况还没有定论，除了二儿子的其余 5 个子女进行了商议，二女儿认为应该 5 个子女轮流照顾老人，二儿子每年支付一定额度的赡养费，或者自己照顾也行，但是需要其他

子女每月支付一定金钱。但其他女儿们认为轮流照顾不好操作，一直是二女儿在照顾L君，她比较有经验，出院后还是由她照顾较为合适。但是她们也不愿意给与金钱，称L君的养老保险都让二女儿花了，没必要再问其他子女要钱。二女儿认为她们根本就是不赡养老人，养老保险金额较少，还要积攒下为老人办后事。大儿子对哪种方案都没意见。最后几个儿女间争吵不休，扯出各种陈年旧事大吵一架后，不欢而散。子女们目前倾向于由除去二儿子的5个子女轮流照顾。

而在蒙族家庭中，依然大致保持着传统的孝道文化，在现实生活中，蒙古族在各种仪式、生活细节上也更加注重伦理孝顺，比如生病时必须要有子女陪护，吃饭时等长辈人坐好开始动手，其他人才可以开始吃饭，在平时言语交谈时不能有顶撞等等。在对生病老年人的照顾和护理上更是义不容辞。

个案17: Q君，女，86岁，蒙族，有3个儿女，丧偶，与大儿子一起居住，无劳动能力，年收入3800元，主要生活来源为养老保险。本人患脑梗、腰腿疼痛等疾病。2012年因脑梗在包头市住院，其他2个儿女因远在外地，无法实现长时间的陪护，老人的住院护理和后续的家庭护理由大儿子承担。大儿子家里农活和家庭负担也比较重，他种地100亩左右，养羊200只左右，经济水平中等，有1个女儿在初中寄宿读书，还有1个3周岁的孩子需要大人看护。但是大儿子夫妻俩共同承担了生活重担，悉心照料老人。他们把3周岁的孩子送到相邻镇的寄宿幼儿园，周一到周五都住在幼儿园，周六日接回家中，大儿媳在包头市医院护理老人2周左右，大儿子料理家里的生产生活工作。在老人出院后，夫妻俩共同照顾老人，也共同承担家庭生产活动。以下是对大儿媳的部分访谈内容：

问：“舍得把孩子送到寄宿幼儿园吗？”

答：“舍不得哇，送一回我得哭一鼻子，看见可怜的，还那么小，甚也省不得，去了吃了穿了都得个儿来，人家的娃娃尽跑的耍的，我平时也见不上他，也想，但是没办法哇。”

问：“为什么一定要自己看护老人？”

答：“这有甚为什么，应该的哇，那两个（弟弟和妹妹）都在外地了，病了也都回来看过老人，但也是顾不上，平时的照顾照料，就我们俩做。医院也倒是有护工了，人们也说不行就雇个护工，我们主要还是觉得她（Q君）跟前不能没家里人，雇护工另花钱不说，谁也不在她跟前，她一个人住下也孤的不行，我们也不放心。”

三、自身方面

民族地区农村老年人自身对其就医治疗也存在诸多阻碍，主要表现在经济困难，缺乏资

金进行就医治疗和消极的就医态度等方面。

（一）经济困难

经济收入往往制约着农村老年人的物质消费、医疗消费以及社会交往状况。经济状况宽裕、经济收入来源较多、个人可支配的经济权力越大，老年人的就医行为会更自如，更多考虑自己的身体健康，对生活的积极情绪也更高。

农村老年人在经济上具有脆弱性，普遍面临贫困的经济困境。在依靠自己劳动生活的老年人中，他们的农业收入低，劳动强度大，有时甚至是得不偿失。而在无劳动能力的老人中，他们基本靠养老保险维持日常生活开支，无力支持医疗支出。2015年，E镇老年人人均年收入为4100元，可支配收入为1800元^①，经济水平严重低下。49%的老年人处于低收入组，只有17%的老年人属于高收入组，其他34%的老年人为中等收入。以收入水平来说，收入水平越低的人越容易在治疗时遇到捉襟见肘的残酷现实。68%的受调查者直言在看病时遇到的最大问题是缺乏资金。

民族地区农村生产结构单一，经济来源少，收入低。在西部民族地区，来自土地和养殖业的收入是农民收入的主要来源。但由于老年人的体能、身体素质下降，在种地和养殖业中一直处于保守或弱势地位，也缺乏以提高农产品质量来获取市场竞争力从而增加农业收入的积极性和能力。另外，就土地而言，即使科技进步了，也难以有效提高单位面积土地的产出能力，再加上近年来农产品市场的不景气，多种原因导致务农的老年人劳动付出多，实际收入低，使得他们在就医时遭遇资金缺乏的困难。

丧失劳动能力的老年人基本都是依靠国家养老保险维持生活。每人每月316元，年收入在3800元左右。其实以住在农村的老年人的消费能力，每月的养老保险也够维持老年人的正常生活。主要是由于老年人的医药消费高，所以致使老年人入不敷出，处于贫困生活中，并因为资金的缺乏造成就医的困难。

（二）就医态度消极

根据第一章就医态度的调查数据可知，被调查的老年人中有42%存在患病未就医的现象。19%的老年人会选择自己去药店买药吃，23%的老年人会忍一忍，自己扛过去。而且老年人即使自己去买药看医生，也不愿意告诉子女。常言道：“世界上只有父母会永远无条件地爱你。”老年人出于对子女的爱护和心疼，也不愿意过多地麻烦子女，尤其是子女的经济状况也不宽裕的情况下。既然日常生活都自己解决以后，一般有了病痛后，老年人也会选择力所能及地自己解决。如个案18。

^① 以上数据来源于E镇经济发展办公室2015年的经济普查数据。

个案 18: Y 君, 女, 80 岁, 汉族, 有 4 个儿女, 与丈夫一起生活, 主要生活来源为养老保险。本人患脑供血不足、高血压、胃病、腰腿疼痛等疾病。虽然 4 个儿女都和 Y 君住在一个村内, 离得并不远, 但 Y 君平时也不愿意麻烦他们。在受访问过程中, 老人一直反复说: “不麻烦他们, 不麻烦他们, (儿女) 都是劳动人, 个儿有个儿的生活, 照顾不过来。有时候我个儿去找小张 (镇卫生院医生), 也给老头子安顿 (嘱咐), 要是有人 (儿女) 过来, 不要告诉, 就说我出转个兰。”

这种消极的就医态度在农村老年人中较为普遍, 他们在遇到身体不适时会首先选择忍一忍或者自己买药吃, 在就医过程中也尽量对儿女隐瞒自己的病情。在这种态度的支配下, 老年人会忽视自己的小病小痛, 可能会导致小病累积成大病, 从而对自身健康造成更大伤害, 而且这种消极态度也不利于老年人的精神健康, 可能会使老人产生烦躁、压抑, 甚至是厌世等负面情绪。

第三章 影响老年人就医的因素分析

老年人就医行为本质上是个人行为，但在实际生活中却受到各种各样因素的影响。不同的影响因素会使老年人产生更为积极或消极的就医行为和态度，尤其对脆弱的民族地区农村老年人来说，每一个影响因素的作用都是巨大的，甚至某些因素可能会产生放大作用，足以决定或改变老年人的就医行为。本文通过对上述 E 镇老年人的就医现状和困境进行分析，试图提炼出影响农村老年人就医的基本因素。这些因素是笔者认为比较重要的，可能并不是十分全面，笔者主要考虑的是对于民族地区农村老年人就医行为来说影响比较大的，或者是对他们来说比较独特的影响因素，主要包括以下几个方面。

一、政策因素

对于民族地区农村老年人就医行为影响最大、最为深远的政策当属新型农村合作医疗制度。自从新农合开展实施以来，该制度取得了不断的发展和进步，虽然还有批评和有待改进之处，但是它所发挥的巨大作用也是毋庸置疑的。

（一）积极影响

新农合对民族地区农村老年人的就医行为产生了积极的促进意义，能够显著地提高农村老年人的就医行为比率，调查显示，参加合作医疗的老年人的就医概率更高。2015 年，98% 的被调查者参加了新型农村合作医疗，并表示在新农合的支持下，自己更愿意有病及时治疗，新农合很大程度上减轻了对于就医的经济压力的担心。

新农合一定程度上有力地帮助农村老年人解决“看病难，看病贵”问题，给患者们减轻了经济上的负担。在调查中，53% 的 E 镇老年人从参合以来，住院就医费用得到部分报销。43% 的老年人的门诊费用得到报销。97% 的参合老人认为合作医疗对他们有用，99% 的老年人明年愿意继续参加。

新农合对于医疗体系的应用具有引导作用，促进了民族传统医药治疗的发展和应用。国家一直提倡保护和促进民族传统医药治疗的发展，推动民族传统医药的现代化，并给与大力度的政策支持。2016 年，鄂尔多斯市政府推出优惠政策，鼓励和引导参合人员应用中蒙传统医药治疗服务。对于参加新农合的就医患者，在市内中蒙医院的蒙中医药服务的补偿比例提高 15%，总补偿比例不得高于 95%。在鄂尔多斯市内的中蒙医院住院治疗的参合患者起付线降低

15%。这对于人们在选择何种治疗体系具有一定的积极影响，例如个案 3。

同时内蒙古自治区的新农合制度对于少数民族、低保户、五保户人员实行免收政策，有力地保障了对于少数民族和低收入人群的医疗照顾，使少数民族的参合率达到了 100%。

（二）消极影响

从民族地区老年人在就医中所遭遇的困境中可以看出，新农合对于老年人就医还存在一定的消极影响。

新农合从实施以来，一直以减轻农民就医负担为己任，但在实际中，新农合报销比例的逐渐加大也产生了不利影响。一方面，新农合的发展，在一定程度上扩大了医院的发展空间，使医院出现了夸大治疗的现象，增加了患者的医疗消费。另一方面，也让一部分患者钻了制度的空子，促使他们做出“小病大治”的行为，造成了医疗资源的浪费。

夸大治疗不但增加了新农合医疗服务的支出，造成合作医疗基金流失，有时也会增加农民的医疗消费负担，或者是会损害其他参保人的利益。这让新型合作医疗没有真正充分发挥作用，最终损害的还是参加新农合的农民群众的利益。

二、经济因素

经济收入是农村老年人一切就医活动的基础，往往制约着农村老年人医疗消费。归根到底，经济因素是对民族地区农村老年人就医影响最大的因素。家庭经济状况直接决定农村老年人支付就医费用的能力，对农村老年人医疗资源的利用有着制约作用。

在就医态度上，经济状况宽裕、经济收入来源较多、个人可支配的经济权力越大，老年人的就医态度更积极，就医行为更自如。老年人会更多地考虑自己的身体健康，对生活的积极情绪也更高。而在就医困境中，68%的受调查者直言在看病时遇到的最大问题是缺乏资金，这让他们在面对疾病时有一种畏惧心理，如个案 19。

在就医机构的选择上，从经济收入的高低来看，经济收入高的老年人在选择医疗机构和对医疗费用的投入方面都比收入低的老年人积极，以便获得更好的医疗服务，而经济收入低又患大病的老年人很难满足相应的就医需求，就会形成有病没钱，得不到及时、有效治疗的局面。

个案 19：S 君，女，66 岁，汉族，有 2 个儿女，与丈夫一起生活，主要生活来源为国家养老保险。一儿一女都为农民，经济水平较低。2011 年，老人开始感到头痛，一开始没有注意，以为是没有休息好，后

来头痛次数多了，儿子回家带老人去镇卫生院治疗。在经过4天左右的输液治疗后，老人感觉有所好转。一段时间后老人又犯头痛病时，儿子又领老人在卫生院输液治疗。如此反复三、四次后，老人的儿子想带老人去大医院做一个详细检查。但是老人不愿意。

问：“您当时为什么不愿意去做检查呀？”

答：“还不是没钱，还能因为甚。你说我们老俩口来了是甚钱也没，就那点养老保险，尽平时吃了药兰。去大医院查一趟得多少钱，在检查出个趴病（坏病）来，那看起来没完兰。就卫生院就看的挺好，输两天液就好了，又便宜，还能报销。”

后来在老人疼痛难忍时，儿子带老人到医院进行检查，检查结果为脑瘤。大家都劝她去北京医院做手术，但是她为了省钱最终选择到包头市医院治疗，切除肿瘤为良性，治疗资金主要来自儿女补贴和向亲戚借的钱。手术医生说如果早点治疗的话，肿瘤会更小，治愈率会更高，后续化疗也会更轻松一些。

在民间巫术治疗资源再利用上，出于经济因素的考虑，老年人在治疗慢性病时，会加强对于民间巫术治疗的信任。同时根据调查对象的评价可以看出，相对于常规治疗方法和民族传统医药治疗方法，显然，民间巫术治疗更具有经济性。

三、民族文化因素

就医是每个人都会遇到的问题，但不同民族、不同文化背景的人，面对就医治疗时所做出的决定有时会有很大差异。这种差异除了不同国家或地区、不同医疗体制的影响之外，还有一个非常重要的原因，那就是不同的文化背景下人们所拥有的不同的医疗常识。E镇作为一个民族混居区域，在各民族相互交流的文化影响下，蒙古族和汉族的老年人就医行为在总体上趋于相似，但是在一些细节方面仍然存在着差异。

在就医态度方面，蒙古族老年人比汉族老年人具有更强烈的就医倾向，81%的蒙古族老年人会在身体不适时及时就医，远远高于汉族老年人53%的比率。

在医疗体系选择方面，蒙古族和汉族老年人首先都会选择西医治疗，认为西医治疗效果快、治疗方便、更具有科学性。但是在针对慢性病治疗和辅助治疗手段时，汉族老年人倾向于选择中医，蒙古族老年人则更倾向于选择蒙医。共同点是双方都认为西医治标不治本，副作用大，而中医或蒙医恰恰可以弥补这项缺点。不同点是蒙古族对本民族的传统医学具有独特情感和认同，对其信任和依赖是非常正常的事情，另外在现实生活中他们自身或者别人的蒙医治疗经验都加强了这种认同。进一步说，蒙族老年人在其他治疗方式的选择上不会选择

中医，但是汉族老年人会在亲戚邻里的推荐下选择蒙医来进行治疗，对于口碑较好或者亲人朋友推荐的有效的治疗方法，都愿意进行积极的尝试治疗，如个案 20。

个案 20: L 君，女，68 岁，汉族，与丈夫一起居住，生活来源主要为种植业和国家养老保险。患有腿疼。一直听周围亲戚邻居推荐，蒙医治疗腰腿疼痛具有良好的效果，所以 2008 年因女儿居住在包头市，经女儿推荐在包头市蒙中医院就医，治疗自己的腿疼病，进行过针灸和吃蒙药的治疗过程。老人认为治疗较为有效，有效地缓解了自己的腿疼症状。她不适应的地方在于一开始对于蒙药存有疑虑。老人说：“我一开始看见那蒙药面子（粉状物），那么大一包，灰个旦（灰色），看见就咽不下个，后来吃的也习惯了，倒是也顶事的（有作用）。”另外老人认为：“就是蒙中医院的治疗费用比较贵，因为它那儿是有专门费用的，甚是甚的收费，比如扎针有扎针费这种。”

在护理过程中，蒙族老年人能够获得比汉族老年人更多、更舒心的照顾。游牧民族的孝文化中，强调孝顺长辈中的感情成分，例如爱、恩慈以及顺服，对感情的强调是胜过理论与礼仪的成分，这一点是与儒家的“孝”所不同的地方。作为蒙古社会伦理观念之基础的“孝亲”观，也在于它的感情成分上，所以在调查中，蒙族老人的子女能比汉族老年人的子女做出更大的牺牲。汉族子女在对老年人的就医照料中注重物质、护理质量和护理效果等内容，而蒙古族子女更倾向于关注老年人的情感需求、心理状况以及小辈的情感表达等方面。

四、个人因素

就医行为归根到底是一种个人行为，个人的客观特征和思想观念都影响着他们的就医态度和行为。当然，民族地区农村老年人也不例外，他们的居住地、婚姻状况、家庭成员和思想观念等等都深深地影响着他们的就医状况。

（一）老年人个体性差异

在就医态度上，距离就医机构越近，老年人的就医态度越积极。距离镇卫生院和村卫生室较近的老年人在遇到身体不适时，多会选择到医疗机构去就医。距离就医机构较远的老人则多会选择忍一忍就过去了。沿滩地区由于较为聚居，有公路吉巴线从中穿过，并具有 1 座镇卫生院，5 座村卫生室，所以老年人在距离上具有较好的就医可及性，71% 的沿滩地区老年人离最近的医疗点在 2 公里以内。梁外地区则由于地域面积广，居住较为分散，其老年人的就医可及性较差，58% 的梁外地区老年人的距离最近医疗点的距离在 5 公里以上。所以被调查的老年人中有 42% 存在患病未就医的现象，梁外地区老年人的患病未就医率比沿滩地区的老

年人高 8 个百分点。

在就医机构选择上，距离就医机构的远近同样也产生一定影响。E 镇地域广阔，地形狭长，南于东胜区接壤，北与包头隔黄河相望。所以靠近东胜区的居住农村老年人会更多考虑到东胜区的医院就医，靠近黄河居住的老年人则更多倾向于选择包头市的医院。

在护理过程中，配偶及家庭状态影响老年人就医的积极性。虽然有各种各样影响因素，但如果有足够的家庭成员以及能得到家庭成员的关注和重视，理论上就可以排除农村老年人就医中遇到的其他困难。调查分析中可见有配偶的老年人比没有配偶的老年人在选择医疗机构时更加积极，无配偶的老年人不管患哪种疾病选择医疗机构时都会选相对成本较低的地点，特别是患大病时候依然不能选择最好的医疗机构进行治疗，而有配偶或者有子女的老年人在患病后能够根据病情的严重程度更换医疗机构的类型，从而得到更好的治疗，说明配偶及家庭成员对老年人就医行为从家庭照顾和经济支持上能够起到促进作用，能够给予老年人更多健康指导和关怀，这一点从日常生活中能感受得到。另外，在患病后治病心切，大多数老年人为了得到更好的治疗也会积极参考家人提出的意见进行就医，家人对老年人就医行为影响很大。例如个案 21 中的 Z 君自己对病情以及治疗没有足够重视，因为没有配偶，自己一个人随意应对，儿女也不知情，一开始也掉以轻心，后来在家人的坚持下进行了检查治疗，但已为时已晚。

个案 21：Z 君，男，81 岁，蒙族，有 3 个儿女，独自一人居住，具有长期的吸烟史。2015 年 12 月份左右开始咳嗽，一开始自己也没有重视，以为抗一抗就过去了，也没有告诉子女，后来在病情严重时，自己去镇卫生院治疗，主要以吃西药为主。在吃药治疗期间，病情一直反复，时好时坏。在此期间，家里儿女陆续得知父亲生病，孙子提议去旗医院做一个检查，其他家人以及 Z 君本人认为过于小题大做，就一直没有去旗医院治疗。一直持续到 2016 年 3 月份，Z 君出现轻微咳血症状，家人也认识到病情的严重性，坚持带 Z 君到旗医院作 CT 检查，一周后检查结果为肺癌，结果出来三天后，Z 君去世。

（二）观念因素

一个人自身的价值观和固有观念会首先决定他对于事物的评价和判断，农村老年人出于艰苦朴素、爱护家人、珍惜生命等多种原因，本质上对生病就医产生种消极和积极的不同态度。

在就医态度上，不同的观念和意识会产生不同的就医态度。老年人患病未就医的主要原因是认为病情不严重，而很多老年人患慢性病、患大病都是因为在病情初期没有及时的就医而加重的病情的严重程度，可见老年人对疾病的防范意识还很薄弱。农村老年人处于弱化地位。在市场经济的冲击下，越来越多的人陷入追求经济利益的潮流中，老年人在无法创造多

余价值的情况下，在社会中，甚至是家庭中处于弱势地位，成为边缘化人群。一部分老年人认为自己已对社会、家庭无用，自己就医也是无用功，对于看病花钱存消极态度，如个案 18。在调查中，有些老年人认为看病花钱是一种破财行为，是一种不必要的损失，并且认为医院收费名目种类繁多，将钱花在医院看病治疗根本不值得，有些农村老年人在遇到病痛时首先选择忍耐，在忍受不过时选择就医治疗，只有 23% 的老年人会选择在身体感到不适时及时就医。但是相反有些农村老年人很珍惜自己的生命，如果有病痛出现会及时进行就医治疗，如个案 22。

个案 22: M 君，女，74 岁，汉族，有 3 个儿女，与丈夫一起居住，无劳动能力，年收入 4200 元，主要生活来源为养老保险。本人患肠胃病、腰腿疼痛等疾病。M 君具有强烈的看病就医意识，身体只要出现不舒适的状况，就会让儿女带自己看病就医。由于胃部常年脆弱，M 君只能食用少油、少盐、易消化的食物，如粥、面、蔬菜等，但这对于喜欢吃肉和口味较重的她来说简直是难以忍受的，在刚开始 M 君也会因为胃部情况较好时而偷吃一些自己喜欢的食物，但在食用后胃部的情况反弹让她意识到吃食的重要性，所以后来她一直坚持着忌食和吃药。在 69 岁时，因为胃部难受在市级医院进行了胃镜检查，也尝试过蒙医治疗，如果听到有治疗胃病效果好的医生和药物，M 君都会进行积极的治疗和尝试。2012 年 M 君感到心脏不适，怀疑自己患有心脏病，主动要求子女带自己进行心电图和 C T 检查，在市级医院检查后医生表示没有问题。M 君的子女这样告诉笔者：“其实我妈是可怕死了，有点病病痛痛就赶紧看医生，其实这样也好，省下忍着不说，最后成了大病。”

在就医时机选择上，农村老年人容易陷入自我治疗的误区。在调查中，有些老年人得了慢性病，一般不愿意去医院，总担心花费很多钱却不能彻底治好病，于是一拖再拖，或者就近找小诊所、卫生院随便开药回家吃，结果却容易错过最佳治疗时机。也有不少老人认为慢性病在家治疗省事省钱，以为自己“久病成医”，凭着自己多年看病吃药得来的一知半解给自己开处方。还存在老年人随意改变药物剂量和疗程的现象。他们在看病时医生开了一种药，治疗效果较佳，在吃完药后或者再遇到类似的病症，他们会自己到药店买药进行治疗，这种情况十分常见。以上这些不良的就医观念在农村老年人中十分普遍，但这些做法隐患很多，弊大于利，甚至会导致严重后果。

在民间巫术治疗资源再利用上，相信的人 would 认为这是一种治疗治病的方式，不相信的人会将这种民间巫术治疗斥为封建迷信活动。随着科学的日益普及和社会主义精神文明的持续建设，事实上农村的各种封建迷信活动比以往都大大减少。一方面是由于，老年人所患疾病大多是具有客观性，具有明确的病理特征和相应的治疗方法，选择去医院治疗一般能满足他们的基本治疗需求。另一方面是由于老年人的科学思想有较大提升，并不相信“讲迷信”活

动的有效性。调查中，老人们大都常说的“那都是骗人的”，“我们从来不讲迷信”，“现在谁还讲迷信了”都反映出这一点。

个案 23: W 君, 女, 75 周岁, 汉族, 与丈夫和儿子一起生活, 生活来源主要为国家养老保险。患有高血压、心脏病。老人一直觉得自己心脏不舒服, 去医院检查过, 也配了药, 但是一直断断续续地不见好, 所以自己一直要求讲迷信, 老人说: “我就这心上难活的, 慌得麻嚷疙道间 (心慌、烦躁), 吃上药也甚事不顶。”子女耐不过她, 于 2014 年请了阴阳先生给看看, 阴阳先生进行了俗称“叫人”的治疗活动。对于治疗效果, 老人说: “顶事的 (有作用), 比以前好活些了。”但儿子说: “其实也没用, 她是个儿 (自己) 信这个, 没用也没法说了。其实医院也不是看不好, 是她个儿也不好好吃药么。”对于儿子的说法, 老人则认为: “这种东西就是你相信她就有, 你不相信它就不顶事, 我觉得是有用的。”

第四章 对策

根据上述对民族地区农村老年人就医现状、困境以及影响老年人就医因素的分析，笔者认为应该从以下几方面改善老年人的就医状况。

一、完善新型农村合作医疗制度

在以人为本、关注民生的社会发展背景下，新型农村合作医疗制度现在已经基本实现全覆盖。然而，新农合在对农村老年人的关照上，还存在着不少不尽如意的地方。今后国家和政府应注重巩固和完善新型农村合作医疗制度，规范医疗行为，不断扩大老年人的受益面。

一方面，新型农村合作医疗应该对老年人有所区别。人一生中 60% 以上的医疗消费是在老年时期发生的。农村老年人是新农合需要重点保障的人群，他们的经济水平低，生活贫困，但就医需求旺盛。通过前文我们也可以发现，农村老年人对于新农合具有巨大的依赖性，如果能够发掘新农合对于老年人的特殊照顾，这将是农村老年人的一大福音。因此新农合的发展和完善应进一步考虑对老年人的政策倾斜，对于 60 周岁以上的老年人，医疗报销的范围和力度应该更宽更大，甚至可以考虑在新农合的基础和框架内形成更适宜、更有利于农村老年人的医疗保障政策。例如，新农合可以适当考虑慢性病的补偿问题。老年人所患疾病多为慢性病，或者是老年人同时患多种慢性疾病，但目前慢性病的补偿比例较低。首先可以考虑加大新农合对慢性病的补偿力度，然后再循序渐进地进行探索，从而提高农村老年人的医疗保障水平。

另一方面，加强对新型农村合作医疗的管理。新农合管理机构和经办机构应加强对就医行为的规范，严格审核医疗报销，避免夸大治疗，挤占医疗资源的现象，应致力于使有限的新农合资源发挥最大的作用，必要时政府应考虑加强新农合的立法工作，使其更具规范性。

二、加强基层医疗机构建设

政府应该切实负起责任，保护和改善人们的健康。确保基层医疗卫生机构和资源能够与

人们的就医需求相匹配，同时，还要充分考虑到医疗资源的合理配置。

加强基层医疗机构建设。在新农合施行过程中，民族地区乡镇卫生院的医疗条件获得了很大程度的完善，但还远远不够。而现在处于最底层的村卫生室——曾经的赤脚大夫曾提供给广大的农民群众许多的方便及贴心的服务，但现在却被忽视。所以，政府应加强乡镇卫生院和村卫生室的建设，加强基层医疗服务管理，拓展村卫生室的免费体检功能，大力发展基层老年护理医疗机构和社会养老机构，扩大护理床位和养老床位，使农村老年人的就近治疗能够有效实现。另外，政府可以探索成立虚拟性的护理机构，不设护理地点，招聘当地农村妇女对有照护需求的老年人进行就近照料，对其提供必要的医护培训。这样不仅可以让农村老年人实现居家养病，也可以一定程度上解决子女无暇照料的问题，还对留守妇女的经济状况和社会价值产生积极意义。

促进民族医药发展。人们信奉民族医药治疗，国家也鼓励民族医药发展，所以在基层医疗机构的建设中也应给予积极响应。加强民族医药治疗机构的建设，加大对民族医药的投入和补贴，降低民族医药的治疗费用，培养民族医药治疗人才，传承经典有效的民族医药和治疗手段，对于民族医药治疗的优惠政策要予以广泛宣传，例如很多人其实并不知晓E镇新农合对于中蒙医的报销优惠政策。

保障基层医护人员权益。政府可以探索城乡医护人员的定期流动，让城市医生可以直面乡村的医疗状况，增强自身的实践能力，同时也带去更新、更有效的治疗理念和手段。也可以让乡村医生到城市进行进一步的学习和锻炼，保障他们的生活权益。或者是，提高基层医护人员的福利待遇，降低基层医护人员的流失率。

公平分配医疗资源。公共卫生资源只有做到分配合理，才能充分体现公平和正义。政府只有不断增加对我国农村医疗资源的投入，才能从根本上解决医疗资源城乡分配的不公平不均衡问题，以及广大农民的“看病贵、看病难”的问题，农村老年人的健康状况才能得到根本保障。

三、加强对老年人的关爱

中国农村老年人是一个孤独的群体，不仅身体健康脆弱，而且空巢率高。政府、社会和家庭都应尽可能地多关爱老年人。我国将常回家看看纳入法律体系中，正是对老年人的一种人文关怀。

做好农村特困老年人医疗救助工作。农村老年人就医治疗是一个全社会关注的热点问题，也是解决看病难问题的关键和重点。医疗救助制度在农村要逐步建立和不断完善，而且要与新型农村合作医疗制度紧密地结合起来。在这里，民政部门的指导作用要充分发挥出来，调动红十字会、慈善机构和其他社会力量，多渠道筹集资金，发展医疗救助制度的建设。其中关键要想办法解决农村贫困老年人家庭以及“五保老人户”的就医问题。既要鼓励和帮助救助对象积极参加新型农村合作医疗，又要针对个人医疗费过重、超出支付能力的部分给予适当的补贴。如果是极其贫穷的农牧民，应该采取多重措施来加以解决，比如可以实行合作医疗资金预缴、民政医疗救助、提高报销比例以及医院减免等等。同时，基层医院应多开展医疗下乡和部分免费诊治工作，并将其常态化、制度化，使贫困的人们能享受免费医疗。

做好农村老年人心理慰藉工作。政府和社会要鼓励老年人积极参与社会活动，多与人交流，摆脱孤独寂寞，保持乐观健康的生活状态。鼓励老年人积极参与各项文体娱乐活动，丰富空余时间，例如达拉特旗电视台的乡村大舞台节目能够深入农村进行文艺表演，受到老年人的热烈欢迎，但是它的制作期数比较少，需要政府加强对送文艺下乡村活动的投入和支持。家庭成员要关注农村老年人的精神健康问题，常回家看看，多与父母沟通交流，尽可能地让老年人保持愉悦的心情状态。

结 论

本文通过对 E 镇老年人的就医问题的调查研究,发现西部民族地区农村老年人健康及就医状况面临严峻挑战。老年人患病比例高,且同时患多种疾病,自评健康普遍较低。慢性病患病率排在首位的是腰腿疼痛,后四位依次是肠胃病、高血压、脑血管病、癌症,体现出农村老年人因长期劳作而身体不负重荷的患病特点。在就医过程中,老年人基本遵循就近和就治的一般就医模式,同时会采用民族治疗方法和民间巫术治疗方法作为辅助治疗手段,他们基本都得到了有效救治。在就医治疗满意度自评中,出现两极好评的现象,对于北京等一线城市医院和乡镇卫生院的评价普遍较高,对于地市级和旗级医院评价相对较低。在治疗支持中,新型农村合作医疗制度发挥很大作用,给予民族地区农村老年人很大帮助,老年人对其评价也较高,但同时它还有很大的改进空间可以探索。

在对民族地区农村老年人就医困境的分析中,笔者不仅发掘出老年人存在着缺乏资金,家庭日常无人护理,缺乏精神慰藉等问题,同时也揭示出其背后隐含的社会意义,即农村老年人的边缘化和孝道的滑坡和功利化。农村老年人为社会和家庭奉献自己的一生,到了年老时却不能得到应有的尊重和社会地位,不仅在社会中处于弱势地位,在家庭中也是被边缘化的成员,这是一个典型的社会契约失范问题。家庭孝道的滑坡和功利化反映出现代人的逐利性和对人本性的忽略,社会评价体系主要以金钱为指标,不重视对孝道的赞美,这是孝道滑坡和功利化的根源,同时也是老年人就医困境所折射的社会价值问题。

最后,笔者在对民族地区农村老年人就医行为的影响因素进行分析,主要包括政策因素、经济因素、民族文化因素和个人因素等。在此基础上提出相应的对策,在探索保障民族地区农村老年人的就医权利,提高老年人的就医能力,改善老年人的就医环境中,要在完善新型农村合作医疗制度时,充分考虑老年人的利益,同时要加强基础医疗机构建设,公平分配医疗资源,还要社会各界和家庭成员都要加强对老年人的关爱。

参考文献

- [1]于保荣,高静,于龙凤.农村老年人日常生活照顾服务需求与供给研究[M].山东大学出版社,2012。
- [2]孙鹃娟.中国老年人生活质量研究[M].知识产权出版社,2007。
- [3]叶敬忠,贺聪志.静默夕阳——中国农村留守老人[M].社会科学文献出版社,2008。
- [4]宋璐,李树茁.当代农村家庭养老性别分工[M].社会科学文献出版社,2011。
- [5]鄧玉玲.和谐社会语境下的老龄问题研究[M].浙江大学出版社,2011。
- [6]宋世斌.中国老龄化的世纪之困[M].经济管理出版社,2010。
- [7]丁潇.英国老年人社会保障制度研究[D].山东大学,2012。
- [8]林静.威海市农村老人门诊服务利用与影响因素研究[D].山东大学,2008。
- [9]王梦怡,姚兆余.江苏省农村老年人医疗资源的利用与影响因素分析[J].社会医学杂志,2014,12(2)。
- [10]贺飞燕,任燕燕,阚兴旺.老年人群医疗服务和健康状况的影响因素研究[J].调研世界,2004(12)。
- [11]陈培榕,吴拉,朱丽莎.老年人医疗服务利用及其影响因素分析[J].中国社会医学杂志,2015,32(2)。
- [12]阎竣,陈玉萍.农村老年人多占用医疗资源了吗?—农村医疗费用年龄分布的政策含义[J].管理世界,2010(5)。
- [13]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[J].中国农业大学学报,2014,31(2)。
- [14]叶春辉,封进,王小润.收入、受教育水平和医疗消费:基于农户微观数据的分析[J].中国农村经济,2008(8)。
- [15]宋璐,左冬梅.农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为例[J].中国农村经济,2010(5)。
- [16]程颖.农合下农民医疗保险决策及对医疗支出的影响研究[D].浙江大学,2012。
- [17]刘湘玲.当前农村老年人的社会保障需求[D].湖南师范大学,2006。
- [18]陈苇,石雷,艾正太.农村老年人医疗保障调查及制度完善的建议[J].中华女子学院学报,2014(6)。
- [19]金美善.民族地区新型农村合作医疗制度实施之考察[D].延边大学,2012。

-
- [20]贾润林. 内蒙古新型农村合作医疗运行效果评价研究[D]. 内蒙古农业大学, 2014。
- [21]赵瑞芳. 农村老年人医疗保障状况的调查研究[J]. 职业圈, 2007 (11)。
- [22]易桂兰. 辽宁省参加新型农村合作医疗农民医疗服务利用及影响因素分析[D]. 大连医科大学, 2007。
- [23]彭炜. 农村老年人医疗保障问题研究[D]. 湖南师范大学, 2012。
- [24]张迪. 大理白族地区残疾老年人生存质量调查研究[D]. 大理学院, 2014。
- [25]乌仁其其格. 蒙古族萨满医疗的医学人类学阐释[D]. 中央民族大学, 2006。
- [26]周爱萍. 老龄化背景下少数民族老年人生活质量研究[J]. 云南民族大学学报, 2012, 29 (2)。
- [27]Linda J, Paul M, David K. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites [J].Journal of Adolescent Health, 2003(6).
- [28]Samira K.Sarm. Demand for outpatient Health Care in India: A Nested Multinomial Legit Approach[D]. the University of Manitoba, 2003.
- [29]Steven Russell. Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers[J].Social Science &Medicine, 2005, 61(7).
- [30]Shun-ichiro Bessho, Yasushi Ohkusa. When do people visit a doctor?[J].Health Care Management Science, 2006, 9(1).
- [31]Matthew Jowett, Anil Deolalikar, Peter Martinsson. Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country[J]. Health Economics, 2004, 13(9).
- [32]Marilyn Moon. What Medicare Has Meant too Older Americans[J]. Health Care Financing Review,1996(2).
- [33]Diane Rowland, Barbara Lyons. Medicare, Medicaid, and the Elderly Poor[J]. Health Care Financing Review,1996(2)

附录

关于民族地区农村老年人就医现状的调查问卷

- 1、您的年龄：
- 2、您的性别：A 男 B 女
- 3、您的民族：A 汉 B 蒙 C 其他
- 4、您的文化程度：A 文盲 B 小学 C 初中 D 高中
- 5、您的婚姻状况：A 初婚 B 丧偶 C 再婚 D 未婚
- 6、您的子女数量：A 无 B 1-2 个 C 3-4 个 D 5 个及以上
- 7、您的居住状况？
A. 个人独居 B. 与爱人一起居住 C 与儿女一起居住
D 与爱人和儿女一起居住 E 福利部门（如敬老院等） F. 其他
- 8、您的年人均收入和来源？ 年收入：_____
A 积蓄 B 个人劳动所得 C 养老保险 D 子女或者其他亲属的资助
E 享受国家最低生活保障 F 其他
- 9、您是否领取国家养老保险？ A 是 B 否
- 10、您的健康状况：
A 很好 B 还可以，偶尔有些小毛病 C 多病，但可以治好
D 久病，很多是难治的 E 不清楚
- 11、您最近一次的就医时间为：
A 两周内 B 一个月内 C 半年内 D 一年以上
- 12、您患有以下哪些疾病？
A 糖尿病 B 癌症 C 高血压 D 心脏类疾病 F 内脏类疾病 G 骨折 H 其他
- 13、平时的遇到身体不适时，您会选择：
A 忍一忍撑过去 B 自己买药治疗 C 上医院
- 14、您一般在什么情况下会选择到医疗机构就医？
A 刚感到不适 B 反复发作 C 疼痛难忍
- 15、您更倾向于在哪里就医？
A 赤脚医生 B 镇卫生院 C 达旗医院 D 包头呼市等地医院 E 北京等地医院

16、您是否认可蒙医/中医？

A 认可 B 不了解 C 不认可

17、您是否使用过蒙医/中医？

A 是 B 否

18、您认为蒙医/中医效果如何？

A 很有效果 B 比较有效果 C 效果一般 D 完全无效

19、您认为蒙医/中医治疗费用如何？

A 贵 B 正常 C 便宜

20、您是否认可民间巫术治疗资源？

A 认可 B 不了解 C 不认可

21、您是否采用过民间巫术治疗资源？

A 是 B 否

22、您认为民间巫术治疗效果如何？

A 很有效果 B 比较有效果 C 效果一般 D 完全无效

23、您生病时由谁护理？

A 自我护理 B 配偶护理 C 子女护理 D 其他情况

24、您对就医治疗的效果是否满意？

A 满意 B 一般 C 不满意

25、是否参加新型农村合作医疗？ A 是 B 否

26、您认为参加新型农村合作医疗有作用吗？ A 有 B 没有

27、您认为新型农村合作医疗需要改进的地方是？

A 提高报销比例 B 扩大报销范围 C 加快报销速度 D 其他

28、您认为目前您就医存在的主要困难是什么？

A 费用太高 B 交通不便利 C 无人带领就医 D 医疗条件较差 E 其他

致 谢

时光匆匆如白驹过隙，转眼间三年的研究生生活就要走进尾声，我的校园生活似乎也要止步于此了，心中一时感到对未来的憧憬和向往，一时又感到无限的留恋和不舍。回首过往，勤奋学习和研究的画面历历在目，其中有快乐也有艰辛。在这期间，太多的人给予我学习和生活上诸多的帮助。

特别感谢我最敬爱的导师——何生海老师。何生海老师不仅是我的研究生导师，还是我本科生时期的班主任老师。七年时间的相处，何老师给予我太多的帮助和支持。在学习上，何老师严谨端正的学术作风深深地影响了我，他时刻关注我的学习研究进程，并不厌其烦地给予我宝贵的指导意见，使得我的论文结构一步一步完善，内容日趋丰满，何老师是我能够顺利完成学位论文的重要保障。在生活中，何老师和蔼可亲，真诚乐观，关心我的生活，是我学习做人的榜样。

感谢民族学与社会学学院的全体教师。三年以来，每一位老师都给予了我孜孜不倦的教诲。他们不仅给我传授专业知识，更对我的成长给予了关心和爱护。他们给予我学业和生活上的教导将伴随我的一生。

感谢各位研究生同学。大家来自五湖四海，来自不同的大学，最终在内蒙古大学一起度过了欢乐的研究生时光。我的研究生生涯能够有你们的陪伴是我最值得珍藏的记忆之一。

感谢接受我访问的老年人、医护人员和政府干部等等研究相关人员。他们细心地给我提供了各项统计数据，并耐心地接受了我的访问。没有他们，我的学位论文不可能顺利完成。

感谢我的父母和家人。在我的十几年求学历程里，离不开父母的鼓励和支持。他们从不给我施加学习压力，给予我无限的包容，正是这种看似“放养”的教育政策，培养了我良好的学习习惯和独立能力。

书到用时方恨少，在这篇论文的写作过程中，我深感自己的水平还非常的欠缺。生命不息，学习不止，人生就是一个不断学习和完善的过程，我将带着所有人给予我的支持和帮助。在此过程中不断前进。最后衷心地感谢大家！