

宁夏老年人群的医疗费用和影响因素

陈曦 赵世明 张玥 杨静

宁夏回族自治区卫生健康委员会信息中心 宁夏 银川 750000

摘要: 宁夏老年人群医疗费用呈现差异化分布, 高龄、慢性病及城乡差异显著影响费用。费用变化短期波动与长期增长并存。影响费用的因素包括个体健康、家庭支持、医疗资源与政策、社会环境等, 且各因素间存在交互作用。本文提出强化健康管理、完善医保救助、提升资源可及性、促进家庭与社会支持等策略。

关键词: 宁夏; 老年人群; 医疗费用; 影响因素

引言: 随着宁夏老龄化进程加速, 老年人群医疗费用问题日益凸显, 成为影响社会经济发展与民生保障的关键因素。老年人群因身体机能衰退、慢性病高发, 医疗需求持续增长, 费用负担不断加重。同时城乡差异、医疗资源分布不均等问题进一步加剧了费用负担的不均衡性。深入分析宁夏老年人群医疗费用现状及影响因素, 探索优化策略, 对于提升老年人健康水平、促进社会和谐稳定具有重要意义。

1 宁夏老年人群医疗费用现状

1.1 费用总体特征

2024年末, 全区60岁及以上老年人口达到116万人, 占全区常住人口的15.91%。60-64岁老年人群出院患者次均医疗费用8411.23元, 65-69岁老年人群出院患者次均医疗费用8544.25元, 70-74岁老年人群出院患者次均医疗费用8082.42元, 75-79岁老年人群出院患者次均医疗费用7696.31元, 80岁及以上老年人群出院患者次均医疗费用7619.11元, 根据数据显示, 宁夏老年人群住院费用呈现“先升后降”的规律, 峰值出现在65-69岁组(8544.25元), 70岁后费用逐龄下降。这主要因为60-69岁是重大疾病干预高发期, 治疗更积极; 而70岁以上患者, 治疗目标往往转向保守控制与支持性照护, 高成本手术减少。该趋势提示, 控制医疗费用的重点应前移至年轻老年群体, 加强慢性病早期管理; 同时需为高龄老人发展康复、长期照护等适宜服务。

1.2 费用结构的推断分析

根据以上数据发现, 不同年龄段的住院原因、治疗强度和医疗资源消耗模式存在系统性差异。60-69岁年龄段患者身体机能相对较好, 是进行冠脉搭桥、冠脉支架、关节置换、肿瘤根治性手术等大型、高费用治疗的主要人群, 治疗目标以“积极治愈或显著改善功能”为主, 倾向于采用成本较高的新技术和新药物, 因此费用结果中材料费是核心驱动因素。70-79岁年龄段患者基础

疾病增多, 手术耐受性下降, 治疗策略转向以药物控制、微创手术为主, 住院原因常为多种慢性病(如心衰、慢阻肺)急性加重, 需要全面的检查评估和药物调整, 因此费用从“手术驱动”向“综合管理驱动”过渡。80岁及以上年龄段患者治疗目标更多是维持功能、缓解症状、提高生存质量, 而非激进治疗, 住院常因肺炎、跌倒、营养不良等急性事件引发, 或慢性终末期的照护需求, 因此费用以常规医疗、护理和支持治疗为主, 导致次均费用最低。^[1]

1.3 费用变化趋势

总体来看, 老年医疗费用的变化呈现“短期波动”与“长期增长”并存的复杂趋势。短期波动主要受季节性流行病与突发公共卫生事件驱动, 这种波动会暂时改变各年龄段的费用水平与结构。例如, 冬季呼吸道疾病高发会导致老年人(尤其是高龄群体)门诊与住院率骤增, 短期内大幅推高医疗支出。据中国疾控中心数据, 流感季老年人门诊量可增长30%以上。在突发公共卫生事件期间, 集中的检测、防护和应急治疗支出, 也会形成阶段性的费用高峰, 叠加于常态费用结构之上。长期增长主要与深度老龄化及技术进步趋势深度绑定, 这是决定费用曲线整体上移的根本力量。一方面, 老年人口基数持续扩大, 《国家人口发展规划(2016-2030)》预计, 2030年我国60岁以上人口占比将达25%左右, 导致慢性病等医疗需求人群规模刚性增长; 另一方面, 医疗技术进步在延长寿命、提升疗效的同时, 也往往伴随新的、成本更高的诊疗手段。两者共同作用, 推动了医疗费用总量的长期上涨。

预计未来十年, 包括宁夏在内的全国老年人群医疗费用将保持较高年均增长率。据《中国医疗保健支出预测报告》, 全国相关支出年均增长率预计在7%-9%。这一趋势意味着, 前述“60-69岁费用高峰”的绝对值将水涨船高, 而高龄老人“照护密集型”费用的总额也将因人

口基数扩大而急剧增加。这将对医保基金的长期可持续性和家庭照护的经济负担构成双重挑战。

2 影响宁夏老年人群医疗费用的核心因素

2.1 个体层面因素

个体健康状况是医疗费用的直接驱动因素。慢性病数量与自评健康状况对费用影响显著,患有两种及以上慢性病的老年人因需长期联合用药、定期复诊及并发症管理,年均医疗支出高于单一慢性病患者。自评健康状况较差的老人更易因身体不适频繁就医,形成健康差、就医多、费用高的循环。年龄与性别差异进一步细化费用分布,高龄老人因身体机能衰退、疾病易感性增强,住院率与重症治疗需求上升,费用支出显著增加。性别差异在特定疾病中表现突出,例如女性因骨质疏松等就诊频次较高,而男性在心脑血管疾病治疗上的费用占比更大。

2.2 家庭层面因素

家庭支持能力是费用分担的重要缓冲。子女经济支持强的家庭可为老人购买商业保险、支付高端医疗服务费用,或承担交通、陪护等间接成本,显著减轻老人自付压力。照护能力同样关键,具备医学知识的子女能协助老人规范用药、监测病情,减少因操作不当引发的二次治疗费用。家庭结构变化则推高部分群体费用,空巢老人因缺乏日常照护,易因小病拖延发展为重症,独居老人突发疾病时因无人及时送医导致治疗延误,均造成费用激增。多代同堂家庭中,老人可能因子女关注度分散而忽视健康管理,间接增加医疗支出。

2.3 医疗资源与政策因素

医疗资源可及性直接影响就医成本。医疗机构分布密度高的地区,老人可就近接受诊疗,避免跨区域就医的交通与住宿费用;基层医疗水平提升则能承接更多常见病治疗,减少向上转诊率^[2]。医保政策通过报销范围与支付限额调节费用分担,将更多老年常见病纳入报销目录、提高大病保险支付比例,可显著降低老人自付压力。长期护理保险试点地区通过覆盖失能老人护理费用,缓解了家庭照护经济负担,例如银川市试点中,参保老人日均护理费用报销比例达60%,有效减少了因失能导致的家庭支出。

2.4 社会环境因素

地区经济发展水平塑造了医疗消费能力的梯度差异。经济发达地区如银川,老年人收入水平较高,医疗支付能力更强,对高端医疗服务需求旺盛,推动费用总量上升。而经济欠发达地区如固原,老年人则更依赖基本医保,自费部分仍构成沉重负担,形成“需求抑制-健康恶

化-费用激增”的困境。文化观念深刻影响老年人就医行为。传统“养儿防老”观念下,部分老年人将医疗支出视为家庭责任,即使面临健康问题也选择隐忍,导致小病拖成大病。同时,“重治疗轻预防”的观念使定期体检、健康管理等预防性服务利用率低下,未能有效降低后期高费用风险。对医疗资源的信任度差异也导致部分群体过度依赖大型医院,即使常见病也要求专家诊疗,进一步推高非必要费用支出。

3 医疗费用影响因素的交互作用机制

3.1 健康状况与医疗资源的协同效应

健康状况与医疗资源分布的协同作用直接塑造老年人群医疗费用的地域差异。健康状况较差的老年人因多病共存,对医疗服务频次与质量要求更高。在医疗资源短缺地区,基层医疗机构设备陈旧、人才匮乏,难以满足复杂疾病管理需求。例如农村地区患高血压合并糖尿病的老年人,因村卫生室无法开展并发症筛查,被迫频繁前往县城医院,累积的交通和时间成本显著推高总支出。反之资源充裕地区老人可在疾病早期获得规范干预,通过分级诊疗控制单次费用,减少急性发作风险,形成健康需求高、资源供给足、费用可控的良性循环。优化资源布局成为缓解费用负担的关键前提。

3.2 家庭支持与政策保障的互补性

家庭支持能力与医保政策的互补性在费用分担中发挥核心作用。家庭支持较强的群体,子女可通过经济资助、陪同就医等方式降低老年人就医成本。例如子女为父母购买商业补充医疗保险,或协助预约专家号,均能减少非必要费用支出。但当家庭支持不足时,医保政策的兜底作用更为凸显。对于空巢老人或经济困难家庭,基本医保报销比例、大病保险二次补偿及医疗救助机制,成为避免因病致贫的重要保障。试点地区长期护理保险将失能老人护理费用纳入范围,填补家庭照护缺失空白。若医保目录外药品占比过高、异地结算流程繁琐,政策难以完全抵消费用风险。需通过动态调整报销目录、简化结算流程等措施强化协同效应。

3.3 个体行为与社会环境的动态影响

个体健康行为与社会环境的互动形成费用调节的动态机制。社会环境通过文化观念、健康宣传与社区服务引导老年人行为选择。社区定期开展健康讲座、免费体检活动,能够提升老年人疾病预防意识,促使其建立健康档案、参与慢性病管理,从而减少急性病发作导致的高费用。健康宣传普及还能纠正忽视早期症状的错误观念,降低非必要医疗支出。若社会环境健康服务供给不足,或存在重治疗轻预防倾向,老年人可能因缺乏知识

支持而延误诊治,引发更高治疗成本。社区组织的健身活动、老年互助小组等非正式支持网络,通过促进社交互动缓解孤独感,间接改善心理健康,减少因心理问题引发的医疗消费。优化社会环境设计是控制费用增长的长效路径。

4 优化策略与建议

4.1 强化健康管理

针对老年人群慢性病高发、多病共存的特点,需构建预防为主的健康管理体系。推广慢性病分级诊疗制度,明确各级医疗机构职责,引导轻症患者基层首诊,复杂病例有序转诊,避免资源错配与重复检查^[1]。建立动态健康档案,整合老年人就诊记录、用药信息与体检结果,实现健康数据跨机构共享,减少重复检验。加强家庭医生签约服务建设,为老年人定制个性化健康管理方案,开展随访、用药指导与并发症预警,将疾病管理关口前移。基层医疗机构需提升老年病干预能力,培训全科医生掌握慢性病诊疗规范,配备基础康复设备,使老年人就近获得连续性服务,从源头降低急性病发作与住院率。

4.2 完善医保与救助体系

医保政策应向老年群体倾斜,扩大报销范围覆盖更多老年常见病与康复项目。将骨质疏松、认知障碍等纳入门诊特殊病种,提高报销比例减轻用药负担。康复训练、物理治疗等项目纳入医保支付,鼓励老年人接受专业康复服务,减少功能退化引发的二次住院。优化医疗救助机制,对低收入家庭、失能老人实施精准帮扶,通过提高救助比例、降低起付线确保费用可负担。建立一站式结算平台,整合基本医保、大病保险与医疗救助,实现费用即时报销,避免垫资压力延误治疗。

4.3 提升医疗资源可及性

均衡城乡医疗资源布局是缓解费用差异的关键。加大对偏远地区基层医疗机构投入,更新设备、引进人才,提升服务能力,使老年人就近获得优质医疗服务。推动互联网医疗模式落地,通过远程诊疗、在线问诊、电子处

方流转打破地域限制,降低就医成本。偏远地区老年人可视频连接三甲医院专家获得诊疗建议,慢性病患者在线复诊续方,药品配送到家,减少医院往返频次。完善基层药品供应保障,确保常见病、慢性病用药齐全,避免缺药导致向上转诊。

4.4 促进家庭与社会支持

社区应发挥纽带作用,组织老年互助小组、志愿服务队等,开展日常照护、心理慰藉与健康宣传活动,缓解空巢老人孤独感与照护压力。建立时间银行机制,鼓励低龄老人为高龄老人提供服务并存储服务时间,未来可兑换自身所需照护,形成代际互助循环。加强孝老文化宣传,通过媒体报道、社区活动等形式,弘扬家庭责任意识,引导子女主动参与老年人健康管理,如陪同就医、监督用药、协助康复训练等。政府可出台税收优惠、护理假等政策,激励家庭履行照护义务,构建家庭为主、社区为辅、机构补充的多元支持网络,从社会层面降低老年人医疗费用增长压力。

结束语

宁夏老年人群医疗费用问题复杂多元,受个体、家庭、医疗资源及社会环境等多重因素交织影响。优化策略需从强化健康管理、完善医保救助体系、提升医疗资源可及性、促进家庭与社会支持等多方面入手,形成协同效应。通过构建预防为主、资源均衡、政策兜底、社会共治的医疗费用控制机制,可有效缓解老年人医疗费用增长压力,提升健康水平与生活品质,为宁夏老龄化社会可持续发展提供有力支撑。

参考文献

- [1]史文欣,景丽伟,刘志,等.老龄化对医疗服务体系的挑战及对策研究[J].卫生经济研究,2022,39(07):18-20.
- [2]刘雪冰,曾展.老年人医疗服务设施可达性测度[J].测绘与空间地理信息,2025,48(6):59-62.
- [3]刘欢.失能风险对老年人医疗消费的影响[J].中央财经大学学报,2023(11):52-63.