

内 容 摘 要

一、调查基本情况

2008 年第四次国家卫生服务调查正值新一轮医药卫生体制改革出台的时候，因此这次调查的主要目的除了对前五年卫生改革与发展的绩效进行评价外，还要为新一轮深化医药卫生体制改革的实施和评价提供基础信息，为“健康中国 2020”规划目标、指标、重大行动计划的制定提供依据。

家庭健康调查采用多阶段分层整群随机抽样的方法，在全国 31 个省、自治区和直辖市中抽取了 94 个县（市、区），每个样本县（市、区）抽取 5 个样本乡镇（街道），全国共抽取 470 个（街道）；每个乡镇（街道）抽取 2 个行政村（居委会），全国共抽取 940 个村（居委会）；在每个样本村（居委会）中随机抽取 60 户，全国共抽取 56400 户。

家庭健康询问调查采用入户询问的方法收集资料。经培训合格的调查员在对调查户进行摸底调查后，深入样本户按调查表的项目对该户所有成员逐一进行询问调查。家庭健康询问调查设调查员和调查指导员。调查员负责入户调查，主要由当地医务人员承担。调查指导员由乡镇卫生院及以上卫生机构的医生承担，负责调查的组织、指导、检查及验收工作。

家庭健康调查的主要内容包括：（1）城乡居民卫生服务需要：调查人口与社会经济学特征、健康状况的自我评价、居民患病伤情况、失能状况、健康危险因素等；（2）城乡居民卫生服务需求与利用：因病治疗情况、需求满足程度及未满足原因，公共卫生、妇幼保健、门急诊、住院服务的利用情况，个人医药费用的支付情况等；（3）城乡居民医疗保障：医疗保障系统的组成、医疗保险覆盖情况、补偿范围与补偿水平、主要保险制度的运行情况等；（4）居民的满意度：包括对服务系统、服务提供过程、医疗保障覆盖及其水平等满意度。

调查在各个环节进行了质量控制。调查结果看出：成年人本人应答率为 83.0%，复查与原调查结果的符合率在 95%以上。调查数据质量和一致性的检验显示：玛叶指数为 3.48，说明调查结果无年龄偏好；拟合度检验结果说明调查样本年龄分布与总体分布无显著性差异；DELTA 不相似系数与 GINI 集中比计算结果说明调查家庭规模与总体的一致性良好。

二、家庭健康询问调查结果

（一）调查人口基本情况

本次共调查 56456 户，177501 人。家庭常住人口平均为 3.1 人。

1、人口社会学特征：调查人口中，男女性各占 50%，男女性别比城市为 0.94，农村为 1.02。年龄构成为：5 岁以下儿童占调查人口的 5.5%、5-14 岁人口占 12.2%、15-64 岁组人口占 70.9%、65 岁及以上人口占 11.5%，与 2003 年调查结果比较显示我国人口老龄化程度进一步加剧，农村地区 0-4 岁年龄组和 55 岁以上年龄组比例增多；15 岁及以上调查人口中，没上过学的占 15.5%，小学文化占 26.4%，初中文化占 35.5%，高中中专占 16.0%，大专文化占 3.6%，大学及以上占 3.0%，与 2003 年调查相比，人口总的受教育程度普遍升高，没上过学的比例降低，初中及以上文化程度的比例升高；无业失业半失业者占 15.2%、离退休人员占 9.6%、在校学生占 7.0%、农业劳动者占 46.9%、其他工作人员占 21.3%，与 2003 年调查

相比，失业半失业者、离退休人员的比例上升，农业劳动者的比例下降。

2、家庭经济状况：城市调查家庭人均年收入为 11193 元，人均年支出为 8177 元，其中：食品支出占 43.7%、医疗卫生支出占 9.8%（人均 820 元/年）、教育支出占 9.5%。农村调查家庭人均年纯收入为 4932 元，人均年支出为 3728 元，其中：食品支出占 35.6%、教育支出占 14.3%、医疗卫生支出占 11.6%（人均 442 元/年）。调查家庭中，贫困户占 9.1%（城市 10.1%、农村 8.7%），自报由于疾病或损伤致贫的贫困家庭占 34.5%（城市 28.4%、农村 37.8%）。

3、调查住户生活状况：调查住户平均住房面积为 104.9 平方米，人均住房面积 33.4 平方米，85.7%（城市 99%，农村 80%）的住户住房类型是楼房或砖瓦平房；94.5%的家庭拥有电视机，82.5%的家庭拥有电话。

4、饮用水类型与农村改水：城市居民饮水来源主要为自来水，占调查住户的 93.2%，安全饮用水比例为 98.2%。农村住户安全饮用水比例为 85.8%，高于 2003 年的 80.2%，饮用自来水的比例为 42%，也明显高于 2003 年的 34.0%，农村地区改水工作有明显的进展；但仍有 14.2%的住户饮用的是不安全饮用水（如江河湖、塘沟渠、宅沟水等），经济越贫困的农村地区，不安全饮用水的住户比例越高，如四类农村地区，不安全方式饮用水的住户达到 25.4%，农村地区尤其是落后农村地区的改水工作仍需得到加强。

5、住户厕所类型及农村改厕：在城市地区，住户使用完整下水道水冲式厕所的比例为 85.9%，高于 2003 年的 79.0%，使用无害化厕所的比例为 89.9%，使用卫生厕所比例为 93.8%。在农村，卫生厕所使用率为 43.3%，无害化卫生厕所使用率为 20.6%，水冲式厕所使用率为 11.1%，农村使用水冲式厕所和卫生厕所的比例增加，但 2008 年调查，农村无厕所或者使用的是不符合卫生标准厕所的住户仍占 56.7%，总体来看，农村改厕的任务十分艰巨，尤其是经济不发达的农村。

6、卫生服务可及性：城市 83.5%的被调查家庭距最近医疗点的距离在 1 公里以内，80.2%的家庭到最近医疗点的时间不超过 10 分钟。农村有 58%的家庭距离医疗点在 1 公里以内，65.6%的家庭在 10 分钟内可到达医疗点，农村地区仍有 6.3%的家庭离最近医疗点超过 5 公里，四类农村地区达到 23%。

87.1%（城市 71.9%，农村 92.5%）的被调查人口参加了社会医疗保险。城市地区 44.2%的居民加入了城镇职工基本医疗保险，12.5%的人加入了城镇居民医疗保险，3.0%的享有公费医疗。农村地区，89.7%的居民参加了新型农村合作医疗，2.9%的居民加入了其他社会医疗保险。

城乡居民家庭年人均医药卫生支出费用为 541 元，占家庭生活消费性支出的 10.8%。城市人均医药卫生支出 820 元、农村 442 元，分别占消费支出的 9.8%和 11.6%。按可比价计算，2003 年至 2008 年，医药卫生支出年均增长率为 9.5%（城市 8.4%，农村 10.1%），低于收入增长速度。

（二）居民健康状况与卫生服务需要

1、居民自评健康状况

调查地区居民自我评价健康得分平均为 80.1 分（城市 79.3 分，农村 80.4 分）。自评健康得分随年龄的增加而下降。15 岁及以上居民在“行动”方面存在中度和严重困难的比例占 5.2%，“自己照顾自己”有中度及以上困难的占 3.2%，“日常活动”有困难的比例占 4.8%，

身体有中度及以上程度“疼痛/不舒服”的占 9.2%，“焦虑和抑郁”的比例占 6.4%。

2、两周患病情况

(1) 两周患病率：调查地区居民两周患病率为 18.9%（城市 22.2%，农村 17.7%），与 2003 年的 14.3%（城市 15.3%、农村 14.0%）相比，城乡居民两周患病率均上升。

城市两周患病率排前 5 位，依次是循环系统疾病、呼吸系统疾病、肌肉骨骼等疾病、消化系统疾病、内分泌，营养，代谢等疾病；农村依次是呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、肌肉骨骼等疾病、泌尿生殖系统疾病。循环系统疾病的两周患病率持续上升，城市和农村均比 2003 年增加了一倍。

按病种分析，城市依次是高血压、糖尿病、普通感冒、急性上呼吸道感染、缺血性心脏病，农村依次是高血压、急性上呼吸道感染、普通感冒、胃肠炎、类风湿性关节炎。与 2003 年比较，前 15 种疾病的种类没有变化，疾病别患病率的顺位发生变化，慢性疾病前移；15 种疾病中除感冒、慢性阻塞性肺病的两周患病率有所下降外，其他疾病的患病率普遍增高。

(2) 两周患病发病时间：两周患者中，32.1%的患病是急性病在两周内发生，7.0%的患病是急性病两周前发生延续到两周内，60.9%的患病是慢性病持续到两周内。

与十年前相比，我国两周患病率的疾病结构发生了重大逆转，慢性病占两周患病的比例逐渐上升。本次调查发现，慢性病持续到两周内占两周患病的比例快速持续上升，由 1998 年的 39.0% 上升到 2008 年的 60.9%；急性病占两周患病的比例则由 1998 年 61.0% 下降至 2008 年的 39.1%，急慢性疾病的比例发生了重要的转变。引起这种变化的主要原因是居民的循环系统疾病（如心脏病、脑血管病、高血压病等）、肌肉骨骼系统疾病（如椎间盘疾病）、内分泌系统疾病（主要为糖尿病）迅速上升，而呼吸系统疾病患病率有所下降。

(3) 患病严重程度：调查地区平均两周每千人患病天数为 1537 天（城市 1842 天、农村 1429 天），平均两周患病卧床率为 3.5%（城市 2.9%、农村 3.7%），平均误工率为 1.7%（城市 1.0%、农村 1.8%）。与 2003 年比较，患病天数、卧床天数有增加，总体上本次调查的疾病严重程度要高于 2003 年；但劳动力人口的误工率、误工天数，学生的休学率、休学天数减少，65 岁及以上老年人口的患病天数远高于 65 岁以下各年龄组，也远高于 2003 年，因此，疾病严重程度增加主要由于老年人口患病严重程度增加所致。

3、慢性病患病情况

调查人口慢性病患病率为 20.0%（城市 28.3%，农村 17.1%），与 2003 年的 15.1%（城市 24.0%、农村 12.1%）相比，城乡居民慢性病患病率升高。城市较高的慢性疾病依次是高血压、糖尿病、缺血性心脏病、脑血管病、椎间盘疾病。农村依次是高血压、慢性胃肠炎、类风湿性关节炎、椎间盘疾病、慢性阻塞性肺病。

（三）居民医疗服务需求、利用及费用

1、患者就诊与治疗情况

(1) 两周患病治疗情况：2008 年调查地区两周患者中，62.4%的患者到医疗机构就诊，其中 39.1%的人在两周内就诊，23.3%的人两周前就诊治疗延续至两周内；27.1%的人采取了自我医疗，只有 10.6%的病例未采取任何治疗措施。

(2) 两周就诊率：调查地区两周就诊率为 14.5%（城市 12.7%，农村 15.2%），略高于 2003 年调查的 13.4%（城市 11.8%，农村 13.9%）。东部农村地区两周就诊率为 15.9%，中部农村为 13.9%，西部农村为 15.5%。

(3) 就诊地点构成：在城市，患者在基层医疗构（包括城市社区卫生服务中心和站、农村乡村两级卫生组织、诊所）就诊比例为 48.3%，在市区及以上医院就诊比例为 50.3%。在农村，81.7%的就诊者在基层机构就诊、17.4%在县及县以上医疗机构就诊。相比 2003 年调查在基层医疗机构就诊的比例城市 36.6%，农村 79.3%相比，城乡居民首诊地点向基层医疗卫生机构转移。

(4) 就诊治疗方式：93.6%的两周就诊者采取了口服药物进行治疗的方式，其中农村为 94.2%，高于城市的 91.5%。26.2%采取了肌肉注射的方式，其中农村为 30.4%，远高于城市的 12.9%；34.0%的两周就诊者在就诊时进行了输液，其中农村为 34.5%，高于城市的 32.2%。

(5) 未就诊情况：调查结果显示城乡患者中，未就诊比例为 37.6%（城市 37.3%，农村 37.8%）。与 2003 年调查的 48.9%（城市 57.0%、农村 45.8%）相比，患者未就诊比例降低。患者未就诊的主要原因为自感病轻，占 36.4%，其次为经济困难和就诊太贵（合称“经济原因”），两者占 24.4%。与 2003 年调查相比，患病后未采取任何治疗措施的患者比例下降。

(6) 自我医疗的比例及原因：两周患者中，27.1%的人采取了自我医疗。采取自我医疗的原因，34.6%的是按以前的医生处方进行自我医疗，34.8%的是自感病轻不需就诊，经济困难或就诊太贵（经济原因）的占 23.7%。

(7) 未治疗的比例及原因：10.6%的两周患者未采取任何治疗措施，其主要原因为自感病轻和经济困难，分别占 45.5%和 29.2%，认为没有有效措施的占 11.9%，5.1%的是因为没有时间。与 2003 年相比，因为自感病轻的比例上升了 5 个百分点，因为经济困难的比下降了 9 个百分点。

2、调查人口住院情况

(1) 住院率及住院原因：调查地区住院率为 6.8%（城市 7.1%，农村 6.8%）。与 2003 年调查的 3.6%（城市 4.2%、农村 3.4%）相比，无论城乡住院率均有很大幅度的提高，城市住院率增加了 69.0%，农村则翻了一番。东部农村地区住院率为 5.5%，中部农村为 7.4%，西部农村为 7.3%，东部农村低于中西部农村。

调查地区居民因为疾病住院占 71.4%（城市 78.0%、农村 69.0%），因住院分娩占 16.5%（城市 12.5%、农村 17.9%），因损伤中毒住院占 8.1%（城市 4.9%、农村 9.2%）。城乡比较看，农村地区的损伤中毒和住院分娩的比例明显高于城市地区，因疾病原因住院比例低于城市地区。与 2003 年相比较，总体上因病住院的比例提高，而因损伤中毒和住院分娩而住院的比例略有下降。

(2) 住院地点构成：城市住院患者在省、地市级医院住院比例为 46.6%，在市区级医院为 43.4%，在街道卫生院为 6.7%。农村住院中，36.6%在乡镇卫生院，50.0%在县医院，10.6%在县以上医院。与 2003 年比较，城乡居民在卫生院、社区中心、县级医疗机构住院的比例升高，在地级、省级以上医疗机构住院的比例降低。

(3) 住院天数及手术病人比例：调查前一年内出院病人平均住院天数为 11.8 天（城市 16.6 天，农村 10.1 天）。平均住院天数较 2003 年调查略有减少。住院病人中手术病人占

29.0%（城市 33.3%、农村 27.5%）。与 2003 年比较，城市变化不大，农村有所下降。

（4）出院原因：调查出院病人中 52.1%（城市 54.4%，农村 51.3%）的出院者是疾病痊愈经医生要求出院，7.2%（城市 11.1%，农村 5.8%）是病未痊愈经医生要求出院，36.8%（城市 29.6%，农村 39.3%）的出院者是自己要求出院，自己要求出院的比例与 2003 年调查的 43.3%（城市 34.5%、农村 47.0%）相比有所下降。自己要求出院的患者中，54.5%（城市 52.4%，农村 55.1%）是由于经济困难或花费太多（经济原因）。与 2003 年的 63.9%（城市 53.0%、农村 67.3%）比较：自己要求出院者中，因经济原因要求出院的比例总体上有所下降。

（5）应住院未住院情况：应住院而未住院比例为 25.1%（城市 26.0%，农村 24.7%），与 2003 年调查的 29.6%（城市 27.8%、农村 30.3%）相比，城乡应住院未住院比例均下降，农村下降幅度大于城市。

城市地区没有社会医疗保险的人，未住院的比例最高，为 36.8%，享有城镇居民医疗保险的人群，未住院的比例也较高，为 32.5%；农村参加新型农村合作医疗人群与无任何社会医疗保险人群的未住院比例相近，都是最高，为 25%。

未住院的主要原因：自己认为没有必要住院的占 10.7%、没有时间占 7.7%、经济困难占 70.3%，其他占 11.3%。由于经济困难，在城市占 67.5%，在农村占 71.4%。与 2003 年相比，城市地区因经济原因未住院的比例有所增加，而农村地区则有所减少。

3、居民医疗服务费用

（1）门诊费用：2008 年城乡居民平均每次门诊医疗费用为 169 元（城市 312 元、农村 128 元），高于 2003 年的 120 元（城市 219 元、农村 91 元），中位数为 60 元（城市 120 元、农村 50 元）高于 2003 年调查的 33 元（城市 90 元、农村 25 元）。扣除物价上涨因素，过去五年，次均门急诊医疗费用年均增长 3.25%（城市 3.69%、农村 3.29%），比上一个 5 年（1998-2003 年）的 13.97%（城市 12.94%、农村 15.28%）有明显的减缓，次均门急诊费用增加速度明显低于 GDP 和城乡居民收入的年人均增长速度。

（2）住院费用：城乡居民 2008 年次均住院医疗费用为 5058 元（城市 8958 元、农村 3685 元），高于 2003 年调查的 3921 元（城市 6930 元、农村 2649 元），中位数为 2100 元（城市 5000 元、农村 1500 元），高于 2003 年调查的 1600 元（城市 3375 元、农村 1100 元）。按照与 1993 年第一次调查的可比价格计算，2008 年为 2643（城市 4680 元、农村 1925 元），高于 2003 年的 2441 元（城市 4314 元、农村 1649 元），近 5 年年均增长为 1.60%（城市 1.64%、农村 3.15%），也明显低于上一个 5 年的 10.45%（城市 11.40%、农村 11.56%）。

（四）卫生系统的反应性及居民满意度

41.2%（城市 43.5%，农村 40.5%）的门诊患者对就诊医疗机构表达了不满，城市地区最不满意的 5 个方面分别为：医疗费用高（20.3%）、等候时间长（9.1%）、设备环境差（7.5%）、手续繁琐（5.2%）、药品种类少（5.0%）；农村地区最不满意的 5 个方面分别为：设备环境差（18.9%）、医疗费用高（13.3%）、药品种类少（8.6%）、技术水平低（5.7%）、手续繁琐（3.7%）。

44.2%（城市 48.6%，农村 42.6%）的住院患者对所住医疗机构表达了不满，城市地区最不满意的 5 个方面依次是：医疗费用高（33.0%）、手续繁琐（6.8%）、不必要服务（6.7%）、等候时间长（5.4%）、设备环境差（5.0%）；农村地区最不满意的 5 个方面依次是：医疗费用高（24.8%）、设备环境差（12.2%）、手续繁琐（7.8%）、态度差（4.2%）、技术水平低（4.0%）。

（五）主要健康行为因素

1、吸烟情况：调查 15 岁及以上人群中，目前吸烟者占 25.1%（城市 22.5%，农村 26.0%），略低于 2003 年的 26.0%（城市 23.9%、农村 26.8%）；男性人口吸烟率为 48.0%（城市 43.8%、农村 49.6%），略低于 2003 年的 48.9%（城市 45.4%、农村 50.2%），女性吸烟率为 2.6%（城市 2.8%、农村 2.6%），低于 2003 年的 3.2%（城市 3.6%、农村 3.0%）。城市男性吸烟率低于农村，女性高于农村。

吸烟者开始吸烟的平均年龄为 21.6 岁（男性为 21.3 岁，女性为 26.5 岁），吸烟者开始吸烟的平均年龄有提前的趋势，2008 年调查 77.5% 的吸烟者是在 15-24 岁之间开始吸烟的，而该比例在 2003 和 1998 年的调查结果分别为 75.4% 和 60.3%。平均每天吸烟量 17.9 支（城市 15.6 支，农村 18.6 支）。其中：男性吸烟量为 18.1 支、女性 14 支。现在吸烟者中每天吸 20 支及以上的重度吸烟者由 2003 年的 51.3% 上升至 2008 年的 61.6%。

吸烟者平均每月为自己购买香烟费用为 112 元（城市 154 元，农村 98 元）。男性月均费用为 120 元（城市 166 元、农村 105 元），女性平均为 69 元（城市 93 元、农村 58 元）。

2、饮酒情况：15 岁及以上居民中，平时不饮或很少饮酒的人占 87.5%（城市 89.4%、农村 86.7%）；经常饮酒的人占 8.6%（城市 6.8%、农村 9.3%）。男性经常饮酒比例 16.1%，女性为 1.2%。分年龄组看，45-54 岁组调查人口经常饮酒的比例最高，为 22.8%，15-44 岁随着年龄的增加经常饮酒人口的比例增加，55 岁及以上随着年龄的增加而逐渐下降。

3、体育锻炼情况：15 岁及以上被调查人口中，业余时间经常参加体育锻炼的人口比例为 21.9%（城市 49.6%、农村 11.0%）。与 2003 年的 14.6%（城市 36.2%、农村 6.2%）相比，参加体育锻炼的比例有所增长。未参加体育锻炼的原因，城市地区一半的人回答是没有时间，另有 17% 的人回答是因为不愿意活动；农村地区 62% 的人回答是因为本身就从事体力劳动，另有 19% 的人是觉得没有时间。有 65.8% 的被调查者采取走、慢跑、太极拳类形式进行体育锻炼，有 14.4% 的人进行球类运动。锻炼者平均每次锻炼时间约在 47 分钟左右（城市 54 分钟、农村 34 分钟）。

4、35 岁及以上健康体检：调查地区 35 岁及以上人口健康体检的比例为 18.8%（城市为 31.7%，农村为 13.4%）。男性为 18.2%（城市为 32.4%，农村为 12.5%），女性为 19.4%（城市为 31.1%，农村为 14.4%）。健康体检的比例随着年龄的升高而增加，随着文化程度的升高而增加，随着收入的增加而增加。

5、35 岁及以上人口血压测量和健康指导：35 岁及以上人口年内测过血压的比例为 49.1%（城市为 65.3%，农村为 42.4%），73.3%（城市 69.6%，农村 76.3%）的高血压病患者 3 个月内接受过健康指导，高血压患者 3 个月内即测量过血压又接受过高血压病防治健康指导的比例为 64.6%，城市为 64.8%，农村为 64.5%。

6、健康教育及其渠道：78.6% 的 15 岁及以上居民把电视作为获取保健知识的主要渠道之一，其次为医生占 47.0%，再次 28.2% 的人回答报刊书籍作为主要渠道之一。获取健康知识的渠道的顺位，城乡略有差异：城镇居民依次通过看电视、阅读报刊书籍、询问医生获得，分别占 83.5%、53.8%、39.8%；农村居民依次通过看电视、向医生询问、阅读报刊书籍获得，分别占 76.6%、49.7%、18.3%。

7、艾滋病防治知识普及：有 80.4%（城市 93.2%、农村 75.5%）的 15 岁及以上调查人

口听说过艾滋病，58.4%（城市 80.3%、农村 49.9%）的 15 岁及以上调查人口知道艾滋病的血液传播途径，57.1%（城市 78.1%、农村 48.9%）知道性传播途径，40.5%（城市 58.6%、农村 33.4%）的居居知道母婴传播途径。

（六）孕产妇和儿童保健

1、妇女健康检查情况：15-49 岁已婚育龄妇女调查前一年内做过妇科健康检查（不包括疾病治疗和孕产期保健）的妇女占 46.9%（城市为 57.0%，农村为 43.9%）。随着文化程度的升高，15-49 岁已婚育龄妇女妇科检查的比例逐渐升高。收入增加，妇科检查的比例增加。与 2003 年相比，妇科病检查的比例，尤其是农村有了明显提高。

2、孕产妇保健：产前接受过一次及以上产前检查的产妇比例为 94.4%（城市 97.6%，农村 93.7%），明显高于 2003 年的 87.8%（城市 96.4%，农村 85.6%），特别是农村地区的变化更为明显。孕早期检查率为 65.2%（城市 73.8%，农村 63.2%），也明显高于 2003 年的 51.0%（城市 67.3%，农村 46.8%）。产前检查率随着地区经济水平下降而降低。城市地区 53.6% 的孕产妇接受了 8 次及以上的产前检查；农村地区 43.9% 的孕产妇进行了 5 次及以上的产前检查。产前检查时，测体重、抽血检查、测量血压、尿常规这四项内容全部检查的比例为 57.8%（城市为 88.1%，农村为 50.4%）。

产后接受 1 次及以上检查或访视的产妇比例为 55.6%（城市 61.0%，农村 54.3%），与 2003 年的 53.3%（城市 59.6%，农村 51.7%）相比略有升高，但仍处于较低的水平。

3、分娩地点及在家分娩原因：城市住院分娩率为 95.1%（59.7% 在医院分娩，27.7% 在妇幼保健机构分娩，7.7% 在街道或乡镇卫生院分娩）；农村为 87.1%（40.3% 在医院，15.3% 在妇幼保健机构，30.4% 在卫生院，1.1% 在社区卫生服务中心），与 2003 年城市 92.6%，农村 62.0% 相比，住院分娩率上升，尤其农村地区上升明显。

本次调查的城市地区共有 17 名产妇在家分娩，原因分别是经济困难 8 人、来不及（急产）5 人、没有必要去医院 2 人、其他原因 2 人。农村有 9.9%（582 名）的产妇在家分娩，不去医院分娩的主要原因依次是来不及（43.0%）、没必要（21.4%）、经济困难（19.9%）。与 2003 年调查结果相比，因经济困难和认为没有必要而选择在家分娩的产妇比例降低，因为来不及（急产）的比例增加。

4、分娩方式及费用：调查地区产妇顺产的比例占 71.0%（城市 47.6%，农村 76.5%），剖宫产占 27.2%（城市 51.1%，农村 21.6%），阴道助产占 1.8%（城市 1.4%，农村 1.9%）。剖宫产比例随着城市规模以及农村地区社会经济水平的增加而增加，尤其是在大城市剖宫产比例高达 63.0%。与 2003 年的调查结果相比，剖宫产比例增加了 11.3 个百分点。

调查地区顺产的平均费用为 1135 元（城市 2253 元，农村 957 元），阴道助产为 1257 元（城市 2072 元，农村 1122 元），剖宫产为 3678 元（城市 4584 元，农村 3153 元）。在医院分娩的平均费用为：2366 元（城市 3568 元，农村 1947 元），在妇幼保健机构分娩平均费用为 2255 元（城市为 3698 元，农村为 1636 元），在卫生院或社区中心分娩平均费用为 991 元（城市为 2486 元，农村为 915 元），与 2003 年的调查结果相比，在各分娩地点的平均分娩费用均有大幅度的提高。在县及以上医院和妇幼保健机构分娩的平均费用提高了近 600 元。

5、孕周和出生体重：本次调查孕产妇分娩的平均孕周为 39.5 周。早产儿（孕周小于 37

周)比例为4.9%(城市为8.4%,农村为4.1%),城市早产儿比例明显高于农村地区。活产儿平均出生体重为3300克。低出生体重(出生体重小于2500克)的比例为2.7%(城市为2.1%,农村为2.8%)。低出生体重比例随着城市规模增加而增加,随着农村地区社会经济水平的下降而增加。和过去3次全国卫生服务调查结果相比较,本次调查城市和农村地区的低出生体重率均较过去有所降低。

6、儿童体检率:本次调查儿童体检率分别为:0岁组儿童为57.7%(城市78.9%,农村53.4%)、1~2岁组为56.6%(城市74.2%,农村53.0%)、2~3岁组为56.0%(城市77.7%,农村51.8%);儿童保健达标率分别为:0岁组的儿童为22.8%(城市29.8%、农村21.4%);1岁组的儿童为39.3%(城市50.0%、农村32.3%);2岁-3岁组的儿童为56.0%(城市77.7%、农村51.8%)。

7、计划免疫:调查地区家长回答,97.9%(城市98.4%,农村97.8%)的儿童有计划免疫接种卡。与2003年88.8%(城市94.7%,农村87.3%)相比,家长回答儿童有计划免疫卡的比例有较大幅度提高,特别是在农村地区提高了10.5个百分点。

通过查看计划免疫接种卡、询问家长及查看儿童身上计划免疫接种疤痕,了解儿童计划免疫接种的完成情况。调查地区,卡介苗接种率为98.8%(城市99.6%,农村98.6%)、百白破疫苗接种率为90.7%(城市为84.0%,农村为92.0%)、脊髓灰质炎疫苗接种率为92.4%(城市86.0%,农村93.7%)、麻疹疫苗接种率为92.1%(城市93.6%,农村91.8%)。乙肝疫苗接种率为93.3%(城市90.9%,农村93.8%)。与2003年相比,除了麻疹疫苗的接种率有所下降之外,其余各疫苗接种率均明显增加。农村地区百白破、脊髓灰质炎和乙肝的接种率高于城市地区。

8、母乳喂养:本次调查活产儿出生后开奶时间在半小时内的占27.0%,半小时至24小时内的占41.5%,24小时以后开奶的占27.7%,从未母乳喂养的占3.9%。0-6月龄儿童纯母乳喂养率为27.6%(城市为15.8%,农村为30.3%),6-9月龄儿童辅食添加率为43.3%(城市为37.5%,农村为44.6%)。12-15月龄儿童继续母乳喂养率为37.0%(城市为15.5%,农村为41.8%)。

(七) 重点疾病控制

1、高血压病:调查地区35岁以上人口高血压患病率为93.9%(城市154.2%,农村68.9%);两周高血压患病率为53.8%(城市93.2%,农村37.4%);两周高血压就诊率为21.2%(城市29.6%,农村17.7%),次均两周高血压就诊费用为156元(城市222元,农村111元);高血压年住院率为5.5%(城市7.1%,农村4.8%),次均住院费用为3776元(城市6640元,农村1922元)。

2、糖尿病:35岁以上人口糖尿病的患病率为18.3%(城市41.8%,农村8.5%);两周糖尿病患病率为10.2%(城市23.6%,农村4.6%)。两周糖尿病就诊率为5.0%(城市11.7%,农村2.2%);次均就诊费用为374元(城市467元,农村171元);糖尿病年住院率为2.6%(城市5.9%,农村1.2%),次均住院费用为6581元(城市8352元,农村3548元)。

3、结核病:结核病患病率为273.2/10万(城市204.3/10万,农村297.7/10万),结核病患者治疗率为89.7%(城市87.4%,农村90.3%),结核病患者未治疗的原因10.0%的人因为吃药有副作用,25.0%的人是因经济有困难,20.0%的人是不知可以免费治疗,5.0%

的人因为不方便。

4、伤害：2008年按照人数计算调查地区一年内严重伤害发生率为23.5%（城市18.8%，农村25.1%）；按照人次数计算为28.3%（城市23.2%，农村30.1%）。导致严重伤害的原因主要是。跌倒、交通事故、动物咬伤，占总伤害发生数的比例分别为45.9%、15.5%、13.0%；伤害发生地点主要是道路、家庭和劳动/工作场所，其占总伤害发生数的比例分别为33.6%、33.0%和21.4%。两周损伤中毒发生率为5.6%（城市4.4%，农村6.0%），男性高于女性，二者分别为6.5%和4.7%，随年龄增加，患病率升高；次均就诊费用为346元（城市467元，农村314元）。因损伤或者中毒导致的住院率为6.2%（城市4.4%，农村6.8%）；损伤中毒次均住院费用为7171元（城市9165元，农村6716元）。

（八）重点人群60岁及以上老年人口

1、老年人口一般特征：调查60岁及以上老年人口比例为16.7%。老年人口中男性占48.9%，女性占51.1%。在城市地区，64.9%的老年人参加了城镇职工医疗保险；7.6%的城市老年人参加了城镇居民医疗保险；13.7%的城市老年人没参加任何社会医疗保险；在农村地区，参加农村合作医疗的老年人的比例为89.1%；6.1%的农村老年人没有参加任何社会医疗保险。

2、老年人口健康状况和卫生服务需要：老年人口的两周患病率为43.2%（城市53.4%，农村37.8%）；慢性病患病率为43.8%，（城市为53.2%，农村38.9%）。城市地区老年人慢性病患病率的前五位的疾病依次是高血压、糖尿病、缺血性心脏病、脑血管病、慢性阻塞性肺病；农村地区前五位的依次是高血压、类风湿性关节炎、脑血管病、慢性阻塞性肺病、胃肠炎，在失能方面，4.0%的老年人长期卧床；7.3%的老年人很难听清楚；14.5%的老年人说话有困难；4.3%的老年人视力存在极度困难。城市和农村老年人生活起居需要照顾的比例分别为14.1%和12.8%。

3、卫生服务需求、利用：老年人口患病后，27.4%的在两周内就诊，31.8%的在两周前就诊持续治疗到两周内，31.2%的采取了自我医疗，9.7%的未采取任何治疗措施。老年人口两周就诊率为28.3%（城市28.1，农村28.4%）；未就诊比例为37.0%（城市33.1，农村39.9%）；住院率为13.8%（城市17.2%，农村12.0%）；老年人应住院未住院比例为23.9%（城市为20.4%，农村26.3%）。

4、经济来源、照顾和社会活动情况：在城市地区，老年人最主要的经济来源首先是自己或配偶（83.5%）；而在农村地区，老年人最主要的经济来源首先是子女孙子女（53.9%）。老人生活需要照顾时，59.5%的家庭由子女或孙子女提供照顾，配偶照顾的比例为36.2%。城市地区，76.1%的老年人表示每周都与邻居交往；而每周与亲戚朋友交往的比例则只有26.0%；61.7%的老年人口基本不参加社会聚会。

（九）低收入人口

1、低收入人口一般特征：按照一个国家或地区的中位收入或平均收入的50%作为这个国家或地区的低收入线的划分标准，本次调查地区低收入人口占总人口的比例为13.2%（城市14.9%，农村12.6%）。低收入人口中女性占51.2%，65岁及以上老年人口占17.7%，未参加任何社会医疗保险的比例为18.1%（城市39.8%、农村9.0%）。

2、低收入人口卫生服务需要:低收入人口两周患病率为 21.8%(城市 21.2%、农村 22.0%);慢性病患者率为 24.3%(城市 27.2%、农村 23.1%)。

3、低收入人口卫生服务需求、利用:低收入人口两周就诊率 15.5%(城市 11.7%、农村 17.0%),首诊地点:城市低收入人口在卫生室/诊所门诊就诊的比例为 29.6%,农村为 58.6%,在县级及以上医疗机构门诊就诊的比例,城市为 49.4%,农村为 16.1%。低收入人口在卫生室/诊所门诊就诊的比例比全人群高,而在县级及以上医疗机构门诊就诊的比例比全人群低;2008 年低收入人口两周患者中,未采取任何治疗措施的占 13.4%(城市 8.8%,农村 15.3%),经济困难是最主要的原因,占 45.8%(城市 43.9%,农村 46.3%);

低收入人口因病住院率为 5.9%(城市 5.8%、农村 5.9%),应住院未住院比例为 35.5%(城市 37.6%、农村 34.6%)。83.9%(城市 89.1%,农村 81.5%)的低收入人口应住院未住院是因为经济困难。全人群相比,城市和农村地区低收入人口因经济困难未住院的比例分别高出 21.6 和 10.1 个百分点。

4、医疗费用情况:低收入人口次均门诊费用为 210 元(城市 356 元、农村 168 元),次均住院医疗费用为 4726 元(城市 8163、农村 3506 元)。平均家庭医疗卫生支出为 1404 元(城市 1672 元、农村 1289 元),医疗卫生支出占总消费性支出的比例为 17.5%(城市 14.3%、农村 20.1%),城市和农村低收入人口家庭灾难性卫生支出的发生率分别为 5.9%和 10.2%。

(十) 社会医疗保险与医疗服务利用

1、参保情况:截止 2008 年 6 月,87.1%(城市 71.9%,农村 92.5%)的居民参加了政府或集体组织的医疗保险。城市地区,城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的参保率分别为 44.2%和 12.5%;农村居民新型农村合作医疗参合率达到 93.0%。

2、城镇职工基本医疗保险:参保人口中,男性占 52%,女性占 48%。参保人口两周患病率为 28.6%。参保人口的两周就诊率为 14.5%,两周患病未就诊比例为 33.4%,患病后采取了自我医疗的比例为 27.4%,未治疗比例为 6.0%;首诊在基层医疗机构的比例达到 43%,在区级医院和市级及以上医院分别占 27%和 29%;次均就诊费用为 350 元。两周内就诊病例中,41.1%的病例就诊费用由个人帐户支付,27.9%的就诊费用获得了部分报销,4%的病人就诊费用全部获得了报销,26.3%的就诊病例门诊费用全部是自己支付的;35.8%的门诊病人对就诊过程表示了不满意,病人最不满意的主要方面是医疗费用高、等候时间长和设备条件差。

参保人口年住院率为 9.2%,87.7%的病人因疾病和损伤原因而住院,因疾病损伤住院率为 8.3%;住院地点:在区级医疗机构住院的病人最多,其次是在市级医疗机构和省级医疗机构,在社区卫生服务中心住院的病人只占 5.4%;次均住院费用为 10783 元,日均费用为 560 元,94.8%住院病人的医药费用可以通过医疗保险报销,住院费用报销比为 63.2%,住院病人次均自付医药费用 4069 元,该数额占参保人口家庭人均年收入的比重是 31.8%。住院病人对住院各方面表示出不满意的比例为 33.2%,病人对医疗费用高不满意的比例为 23.2%,是病人对医疗机构抱怨最多的问题。参保人口应住院未住院病人比例 23.9%。

3、城镇居民基本医疗保险:参保人口中,男性占 44.8%,女性占 55.2%。参保人口两周患病率为 14.6%,两周就诊率为 10.5%,两周患者患病后去就诊的比例为 58.0%,自我医疗比例为 35.5%,未治疗病人占 6.4%;就诊者首诊在基层医疗机构的比例达到 50.9%,在区级医院和市级及以上医院分别占 27%和 20.1%;参保人口次均就诊费用和例均就诊费用分别为 242 元和 415 元;34.6%的就诊病人门诊费用有报销。

参保人口年住院率为 5.1%，其中 82.3% 的病人因疾病损伤原因住院，因病住院率为 4.3%；病人住院地点主要是区级及以上医疗机构，其中 48.3% 在区级医疗机构，44.0% 在省和市级医疗机构；住院病人日均住院费用为 5020 元，日均住院费用 409 元；近 80% 的住院病人住院费用可以获得报销，报销医疗费用占住院总医疗费用的 49.3%，报销后病人平均需自付医疗费用 3522 元，自付医疗费用占参保人口家庭人均年收入的 38.2%；应住院未住院率平均为 25.9%，其中 84.8% 的病人未利用住院服务的原因是经济困难。

4、新型农村合作医疗：2008 年参合农民的两周患病率为 16.1%，两周就诊率为 14.6%；两周患病未就诊比例为 37.7%，其中一半以上的未就诊病人采取了自我医疗，未治疗比例为 12.7%；病人未治疗的最主要原因是自感病轻，其次是经济原因；参合人口两周患病首诊地点以乡村两级医疗机构为主，为 82.6%，在县级医院的比例为 14.8%，在市级医院比例为 1.2%，省级医院比例为 0.6%。与 2003 年相比，首诊地点的选择进一步向基层机构转移；参合病人日均就诊费用为 163 元，两周内就诊病例中，14.1% 的病例就诊费用由个人帐户支付，18.5% 的就诊费用获得了部分报销，0.9% 的病人就诊费用全部获得了报销，66.6% 的就诊病例门诊费用全部由自己支付；37.8% 的门诊病人对就诊过程表示了不满意，病人最不满意的方面是设备差、费用高、药品少。

参合人口年住院率为 6.5%，78.1% 的病人因疾病和损伤住院，参合人口因疾病和损伤住院率为 5.3%；住院地点：在乡镇卫生院住院的病人占 41.0%，县级医院住院占 44.8%，市级住院占 7.1%，省级医院住院的病人占 4.3%；参合人口出院病人日均住院费用 3412 元，病人日均住院费用平均为 312 元，参合人口中有 80.2% 的住院病人的住院费用得到报销，住院费用的报销比例为 26.6%。住院病人日均自付费用为 2503 元，占家庭人均年收入的 56.0%；与 2003 年相比，住院病人的满意程度明显改善，对住院不满意病人比例由 2003 年的 72.4% 下降到 49.7%。不满意原因中费用高的病人比例由 2003 年 54.3% 下降到 2008 年 29.7%；应住院未住院病人比例 27.9%。

三、本次调查的主要发现和政策建议

（一）主要进展

1、我国居民医疗卫生服务需要量明显增加，健康模式转型加速。

过去 5 年，随着我国经济社会快速发展、人口城镇化和老龄化加速，城乡居民医疗卫生服务的需要明显增加，反映居民医疗卫生服务需要量的两周患病率由 13.0% 增加到 18.9%，慢性病患者率由 15.1% 增加到 20.0%。按 2008 年人口数（13.3 亿）推算，当年全国两周患病例数达 65.4 亿，比 2003 年增加了 14.6 亿；慢性病病例数达到 2.7 亿，比 2003 年增加了 7000 万。分析发现，老年人口数量增长和老年人口患病例数的增加是我国城乡居民医疗卫生服务需要量快速增长的主要原因。2008 年底，我国 60 岁以上人口已达 1.6 亿¹，两周患病率由 2003 年 32.1% 增加到 2008 年 43.2%、慢性病患者率由 38.2% 增加到 43.8%。患病率和增加幅度明显高于其他年龄组。

调查发现，我国居民患病结构出现了明显变化：感染性、急性疾病所占的比例明显下降，慢性、非传染性疾病迅速上升。从两周患病的疾病结构分析来看，两周内新发的疾病的比例由 1998 年的 61% 下降到 39%，而有医生明确诊断的慢性病持续到两周内的病例由 39% 增加到了 61%。其中：循环系统疾病（如高血压病、心脏病、脑血管病等）、运动系统疾病（如椎

¹ 数据来源：国家统计局《2008 年国民经济和社会发展统计公报》

间盘疾病)、内分泌系统疾病(如糖尿病)迅速上升,而呼吸、消化系统疾病逐步下降。按全国人口测算,有医生诊断的循环系统疾病例数由1993年的0.37亿增加到1.11亿(其中:高血压患者由1400万增加到7100万、脑血管病由500万增加到1300万),有医生诊断的糖尿病例数从200万增加到1400万。按病种分析,高血压、糖尿病、缺血性心脏病已经成为城市居民前三位常见慢性疾病,这三种疾病在农村地区也呈增加趋势。

调查发现,我国居民疾病负担有所增加。调查地区两周内每千人口疾病持续天数为1537天、每千人口因病卧床天数为185天,每千劳动力人口因病休工天数为90天,每千在校学生的因病休学天数为44天;与2003年调查结果相比,每千人口疾病持续天数、因病卧床天数增加,休工、休学天数有减少。

2、城乡基层医疗卫生服务体系得到加强,医疗卫生服务可及性提高,患者利用基层卫生机构的比例增加。

2005年以来,各级政府安排217亿专项经费,重点加强城乡基层医疗机构的建设。在农村,支持2.2万个基层卫生机构的基础设施建设,在城市,建立2.4万个社区卫生服务机构,基层医疗机构服务能力及居民就医可及性有较大程度提高。

调查发现,城乡居民卫生服务利用的物理可及性增强。城市地区93.5%的家庭居住地2公里内有医疗机构,97.1%的家庭在20分钟内即可到达最近的医疗机构;农村地区75.9%的家庭距医疗单位不足2公里,85.4%的家庭在20分钟内可到达最近医疗单位。

调查发现,无论城市还是农村,患者就诊流向发生变化,利用基层医疗卫生机构的比例明显增加。从两周就诊单位构成来看,到乡村(街道和居委会)卫生机构就诊的比例由2003年的69.5%增加至2008年的73.7%,其中:城市由36.6%增加至48.3%,农村由79.3%增加至81.7%。

3、城乡居民医疗卫生服务利用量达到了历史较好水平,医药费用快速增长趋势得到控制。

城乡居民门诊及住院医疗服务的利用量均呈上升趋势,达到历史最好水平。调查发现,城乡居民两周就诊率增至14.5%;年住院率达到6.8%,比2003年增加近一倍。按全国人口推算,2008年全国门急诊人次达50.1亿,比2003年增加2.6亿人次;住院人次达到9200万,5年增加4500万。医疗服务利用增加除了上述医疗卫生服务需要量、基层服务能力增加以外,城乡居民收入水平提高、医疗保障覆盖面扩大、医疗费用增长得到初步控制有密切关系。

调查发现,我国城乡居民医疗费用过快增长的趋势得到基本控制。过去5年,按可比价格计算,年门诊次均费用增长幅度城市为3.7%、农村为3.3%;年住院均次费用增长幅度城市为1.6%、农村为3.2%。与1998-2003年相比(年门诊费用增长城市12.9%、农村15.3%;年住院费用增长城市为11.4%、农村11.6%),增长幅度有了明显降低。

2008年我国城镇居民人均可支配收入15781元、农村居民人均纯收入达到4761元。扣除价格上涨因素,过去5年,每年城镇居民收入增长6.4%、农村年均增长6.1%。由此可见,过去5年,城乡居民门诊、住院医疗费用的增长幅度明显低于实际收入的增长,实际反映了城乡居民医疗费用的支付能力增强。

4、城乡居民医疗保障体系初步形成,社会医疗保险覆盖面进一步扩大,居民受益水平逐步提高。

城乡居民基本医疗保障体系由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助制度组成。调查发现，全国有 87.1%的城乡居民参加了各种社会医疗保险，与 2003 年相比，参保率提高了 3 倍。在城市人口中，参加各种医疗保险的比例为 71.9%，其中：参加城镇职工医疗保险的比例为 44.2%、参加城镇居民基本医疗保险的比例 12.5%；在农村人口中，92.5%拥有各种医疗保险，其中：89.7%的调查居民参加了新型农村合作医疗。

城镇职工基本医疗保险的参保人口中，73.7%门诊病人的医疗费用获得了报销或由个人帐户支付，94.8%住院患者得到了医疗费用报销。平均报销住院费用 6988 元，报销比例为 63.2%，受益程度较 2003 年有明显提高。

城镇居民医疗保险报销以住院为主，部分地区门诊费用给予部分补偿。城镇居民基本医疗保险的参保人口中，约三分之一的门、急诊患者的医疗费用获得了报销；住院患者获得报销的病人比例为 79.2%，平均报销住院费用 3425 元，报销比例为 49.3%。

农村新型合作医疗参保人员中，33.4%门诊患者医疗费用得到报销(或由家庭账户支付)；83.7%的住院患者的医疗费用得到报销，平均每次住院费用报销额为 1130 元，占住院费用的比例为 33.7%。新型农村合作医疗制度一定程度上缓解了农民看病难、看病贵的问题，从出院病人情况来看，自己要求出院的比例由 51.5%下降到 43.4%，因经济原因要求出院的比例由 73.1%下降到 38.0%。

5、计划免疫持续保持较高水平，妇幼保健工作得到改善，疾病防治得到进一步加强。

调查发现，城乡儿童计划免疫建卡率为 97.9%，与 2003 年调查的 88.8%相比有明显提高。儿童实际五苗接种率均高于 90%，与 2003 年相比，卡介苗、白百破、脊髓灰质炎、尤其是乙肝疫苗接种率均明显增加，其中农村地区百白破、脊髓灰质炎和乙肝的接种率高于城市地区。

过去 5 年，我国孕产妇死亡率由 51.3/10 万下降到 34.2/10 万，婴儿死亡率由 25.5‰下降到 14.9‰。妇幼健康水平的提高，与妇幼保健各项工作的改善和提高明显相关。调查发现，孕妇产前检查率为 94.4%（城市 97.6%，农村 93.7%），比 2003 年增加了 6.6 个百分点；孕早期检查率为 65.2%（城市 73.8%，农村 63.2%），比 2003 年增加了 14.2 个百分点；住院分娩率为 88.6%（城市为 95.1%，农村为 87.1%），比 2003 年增加了 20.3 个百分点。

城乡居民安全饮用水条件得到改善，城市住户安全饮用水已达至 98.2%。农村安全饮用水比例和自来水普及率分别为 85.8%和 41.9%，明显高于 2003 年的 80.2%和 34.0%。

城市居民厕所条件有所提高，水冲式厕所的比例为 85.9%，高于 2003 年的 79.1%。农村住户无害化厕所普及率达到 20.6%，与 2003 年调查结果相近；卫生厕所普及率比 2003 年有所上升，达到为 43.3%，但是，仍有一半以上的家庭使用不卫生厕所，尤其经济不发达的三、四类农村地区，改厕工作任务仍很艰巨。

调查发现，35 岁及以上居民年内血压测量率为 49.1%，60 岁及以上人口测量率为 63%。测过血压的比例城市明显高于农村，社会经济水平越差，测过血压的比例越低。64.6%的高血压患者在调查前三个月内测量过血压并接受过医生的健康指导。

（二）主要问题与挑战

1、慢性非传染性疾病快速增长，主要危险因素未能得到有效控制。

近 5 年来，我国居民慢性病患者率迅速上升，2008 年我国有医生诊断的慢性病总病例数达到 2.7 亿，年均增加 6.2%。目前，我国居民死亡原因中，82.5% 的死者死于慢性疾病、10.1% 的死者死于损伤与中毒²，与 1998 年第二次国家卫生服务调查结果相比，有医生诊断的高血压病和糖尿病的病例数增加了 2 倍，心脏病和恶性肿瘤的病例数增加近 1 倍。慢性疾病给国家、社会、家庭和个人带来了极大的经济负担。

健康相关行为和生活方式是影响慢性病发生、发展的重要因素。本次调查发现城乡居民健康相关行为和生活方式（如吸烟、饮酒、体育锻炼等）与前几次调查结果相比出现好转，如吸烟率、饮酒率出现下降，体育锻炼率逐步提高，但是，这些危险因素未能得到有效控制，如吸烟，吸烟率有一定程度下降，而吸烟人群中重度吸烟者的比例增大，开始吸烟的年龄出现提前的趋势；参加体育锻炼的人群主要是老年人，而全人群参加体育锻炼的人仅为 22%；35 岁及以上人口年内参加健康体检率仅为 18.8%（城市 31.7%、农村 13.4%）。

目前，我国人口死亡原因中，10% 死于损伤和中毒，尤其在城、乡 5-24 岁年龄组中，伤害造成死亡的比重分别超过 40% 和 60%。本次调查人群中，严重伤害率（有医疗需求）为 2.8%（城市 2.3%、农村 3.0%），由此推算全年我国严重伤害发生例数 3900 万。调查发现，造成我国城乡居民伤害的主要原因与职业安全防护、交通事故防范有关。

2、基层卫生机构能力建设急需加强，医疗卫生服务质量亟待改善。

过去 5 年，我国卫生机构的基础设施建设取得明显进展，但最为突出的问题是人才队伍和医疗服务质量。调查发现，在乡镇卫生院卫生技术人员中，中专及以下和没有学历的人员比例达到 63%，村级卫生组织中这一比例高达 90%，其中 1/3 村医没有学历；人才下不去、也留不住，没有真正形成农村基层培养适宜人才的有效途径。调查发现，基层卫生机构用药还存在不合理现象，乡村两级处方中抗生素的使用比例分别达到了 62% 和 65%（远高于发展中国家 45%）；门诊病人中输液率达到 34%（低收入国家 23.1%，中收入国家 6.7%）。这种人才结构和医疗服务质量，很难满足城乡居民日益增长的医疗卫生服务需求。

3、城乡居民对医疗服务的满意程度不高，卫生系统反应性有待提升。

提高居民和患者对卫生服务的满意度和反应性是医药卫生体制改革追求的最终目标之一。调查发现，过去 5 年全国各级医疗卫生部门通过开展“以病人为中心”等措施，居民满意度和反应性，尤其在城市地区有了一定程度的提高。但是，从总体看，城乡居民卫生服务的满意度和反应性水平仍然不高。如门诊服务中有 41.2% 患者感到不满意，住院服务中有 44.2% 感到不满意。原因分析：门诊服务中城市患者不满意的方面主要是医疗费用高、等候时间长（主要在大、中城市）、设备环境差（主要是中、小城市），分别占就诊病人的 15.8%、9.1% 和 7.5%；农村地区依次是设备环境差、医疗费用高和药品种类少，分别占门诊患者的 18.9%、10.6% 和 8.6%。住院服务最不满意的方面是医疗费用高，城市占住院患者的 26%、农村占 20%；其次设备环境差的问题在农村比较突出，占 12%。

4、城乡低收入人群医疗卫生服务利用不足，健康公平性需要改善。

过去的五年，随着新型农村合作医疗制度、城镇居民医疗保障制度、医疗救助制度的不断建立和完善，城乡居民特别是低收入人群医疗卫生服务的需求与利用得到了明显改善。调查显示，低收入人群的因病住院率由 2003 年的 2.9% 提高到 5.9%，但还是低于一般人群。低收入人口卫生服务需求未满足程度相对较高。低收入人口应住院未住院比例达到 35.5%，

² 《全国第三次死因回顾抽样调查报告》，中国协和医科大学出版社。

比平均水平高 10 个百分点，两周患病未治疗的比例也高于平均水平。在城市，40% 的低收入人口没有社会医疗保障，城乡低收入人群家庭灾难性卫生支出的发生率分别达到 5.9% 和 10.2%，高于全人群的 4.7% 和 6.0%。

（三）政策建议

1、适应医学模式的转变，加快制订预防为主、防治结合、成本效果好的卫生发展战略及其制度安排。

人类跨入 21 世纪后，全球化和城市化的趋势使疾病发生和流行的危险因素不断增加，对人类健康的最大挑战主要来自慢性非传染性疾病。尽管预防为主成为我国卫生工作方针的重要内涵，在应对传染性、感染性疾病，保护和促进国民健康方面取得了瞩目成就，但用传统的生物医学模式来指导慢性非传染性疾病的预防和控制显得力不从心，在新形势下应对传染病的威胁也显得单薄无力。因此，我们建议要适应新的生物-心理-社会-环境医学模式的转变，全面制定预防为主、防治结合的政策策略，采取成本效果好的卫生发展战略及其制度安排。

（1）加强各类公共卫生机构与医疗机构力量的整合，改变组织模式，建立层次清晰、安全高效、成本合理的一体化防治结合的医疗卫生服务体系，实现疾病预防治疗的关口前移和重心下沉。

目前我国各类公共卫生机构之间、公共卫生机构和医疗机构之间完全以疾病或疾病不同发展阶段互相分割，业务工作互相独立、联系不够紧密，而没有以一个“完整的人”的健康为基础、有机地建立起预防和治疗的业务系统，防治工作各自为战，是生物医学模式下的、关注疾病的组织体系。随着医学模式的转变，应研究如何将疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生服务网络与医疗机构更加紧密的结合在一起，并纵向延伸至社区卫生服务中心或乡镇卫生院以及村卫生室，建立起公共卫生服务体系内各级有关机构之间的工作协调机制以及业务转换机制，加强医疗服务机构在预防疾病方面的作用体现。通过组织模式的调整，使医疗卫生工作重点关口前移和重心下沉，真正实现“预防为主”。“关口前移”指思想观念、经费投入、研究内容（生命周期和健康过程）和研究领域（生物医学、医药产品研发）的重心前移。“重心下沉”，则主要指把人口与健康的工作重点放在城乡社区的基层医疗卫生服务机构，使全体国民都能享受基本医疗保健和公共卫生服务。把传统的“以疾病为本”、“以治疗为纲”的组织功能体系转变成“以人为本”的、“预防和治疗紧密结合和相互融合”的“从出生到死亡”的全过程的业务流程性的组织功能体系，通过组织与功能整合，更好的发挥现有医疗卫生资源的效率，最大程度的促进人民群众的健康水平、降低疾病的经济负担。

（2）根据医学模式的转变和危险因素的可控性，改变卫生服务的提供模式，做到预防先行、寓防于治、防治并举。

随着社会的发展、科学技术的进步以及人口的快速老年化，疾病构成与人口的死亡模式中以慢性病占据了主导地位，无论是疾病原因还是健康后果，其模式均已转变成为当前的生物—心理—社会医学模式。世界卫生组织在《迎接 21 世纪的挑战》报告中指出：“二十一世纪的医学，不应继续以疾病为主要研究对象，应以人类健康作为医学研究的主要方向”。医学发展的趋势已由“以治病为目的的对高科技的无限追求”，转向“预防疾病与损伤，维持和提高健康水平”。这种转变将深刻改变医学的理论和实践：一是由疾病医学转向健康医学，充分发挥现代医学发展及中医药理论技术优势提高全民健康素质；二是由关注疾病转向关注人本身，在依靠科技进步的同时加强人文关怀和对人所处社会及心理环境的认知，并重视人

体自身健康动力的挖掘。生物医学模式已越来越不适应人民群众的健康需要，其弊端已开始显现。为了应对我国人民健康将要面临的各方面挑战，需要先发制人，实现医学工作模式的转换，改变卫生服务的提供模式，做到预防先行、寓防于治、防治并举。让临床医生不仅仅专注于治疗疾病本身，而应从医疗工作的纯临床型转换成临床与疾病预防相结合的模式，由医生把健康知识、与个人行为相关的防病措施有针对性的传达给患者；预防工作人员也应改变传统的预防工作模式和预防工作内容，把以预防传染病为主转变成传染病和慢性疾病同时预防，把传统的由供方提供为主的（如疫苗接种）居民被动预防手段扩大至改变居民个人健康行为的主动预防手段。

（3）强化传统公共卫生措施，筛选成本效果好的预防措施、降低人群的健康危险因素水平。

传统的公共卫生措施如计划免疫、改水改厕、改炉改灶、灭虫除害、食盐加碘、安全套的使用、卫生监督等等，被证明是对预防传染性疾病、寄生虫及地方性疾病非常有效的措施，应继续强化。而目前对慢性疾病的预防，如对高血压、糖尿病、心脑血管疾病、恶性肿瘤等具有多因多果、一因多果的疾病，在明确健康危险因素的情况下（包括（1）生物学因素：高血压、高血糖、高血脂等；（2）心理学因素：压力大、生活满意度低、工作满意度低等；（3）生活方式因素：睡眠障碍、不合理膳食、药物滥用、吸烟、运动少等；（4）医疗系统因素：医疗事故，院内感染等；（5）环境因素：包括自然环境、社会环境因素（收入，教育等）。应筛选成本效果好的预防措施，比如如何有效控烟、如何开展全民健身、如何让人民群众平衡膳食、如何建立起健康的生活方式、如何延缓衰老等等，以降低人民群众的健康危险因素水平。同时，也应重点开展疾病早期和发病前阶段的诊断、干预、预防和治理的研究，大大提高防病治病的效果和减轻疾病的经济负担。

2、加快建立医疗卫生机构合理的筹资机制和科学的支付制度，加强基层医疗卫生机构能力建设，提高医疗服务质量。

当前群众反映的看病难、看病贵的问题与我国医疗卫生机构的运行机制关系密切，由于缺乏合理的筹资机制、科学的支付制度和有效的监管措施，一些医疗卫生机构难免出现不规范行为（如诱导需求、过度服务、大处方、不必要的检查），过度追求经济利益，公益性性质日益淡化，服务质量难以提高。

（1）建立公立性医疗卫生机构可持续性的、政府投入为主的合理筹资机制和筹资制度。

由于医疗卫生行业定性为公益性行业，它就不能向服务利用方无限制的赚取利润，而只能是以一种保本经营或微利经营的模式，也不能给患方造成不合理的经济负担。因此，国家必须对公益性行业进行成本补偿性的投入。目前，医疗卫生机构的筹资渠道主要依赖业务收入和药品加成，尤其是基层单位基本靠卖药，这种筹资机制与规范医疗行为、合理用药和提高服务质量存在悖论。医疗卫生机构的发展如房屋建设、设备购置等固定资产投资除了国家补助一部分外，大部分靠自筹。自筹资金终究是要收回成本或盈利的，负担一定是转嫁到患者身上。解决上述问题，一是要通过区域卫生规划控制医疗卫生机构的盲目扩张外，另外一个重要的方面是要建立公立性医疗卫生机构可持续的、合理的筹资机制和筹资制度。要通过立法明确政策，确定医疗卫生机构的筹资来源和适当合理的筹资比例。

（2）建立科学的支付制度。

诱导需求或过度服务具有个人与院方双重利益的内在驱动，而目前按服务项目收费的制度是其可实现的条件。利益驱动是市场经济发展的内在动力，难以改变，在市场环境下只有改变市场规则才能让医疗卫生服务市场向健康的方向发展。国内外已经有了这方面的尝试和

经验，目前，国际上通用的医疗费用支付方式主要有四种：第一种是预算制方式；第二种是按服务项目支付的方式；第三种是按平均费用标准付费的方式；第四种是按病种支付和按人头支付以及其他一些特殊的支付体系。除了按服务项目支付的方式外，其它支付方式均有对医疗服务的不合理费用进行控制的作用，但其在操作中的难易程度不同，我们应在总结现有经验的基础上，改变以按项目付费占主导的情况，建立以降低医疗费用、保证医疗质量、提高医院管理水平为目标，把费用、质量、管理三者结合在一起的科学的支付制度。

3、加强政府及行业监管，努力提高卫生服务质量和改善服务行为。

医疗卫生服务行业的特殊性在于其是由供方主导的市场，医学行为技术复杂、专业性强、医疗方案可选性较多，同时对利用者来说是一个信息高度不对称的行业，服务的提供方处于明显的强势地位，而服务的利用方处于被动接受的地位。尽管医疗服务市场开展竞争是个好事，但医疗行业不同于一般商品的生产竞争，购买者的选择性不强，因此有其特殊性和难度，在现有的管理技术条件下很难进行充分的市场培育并通过正当的市场竞争而达到降低价格、提高质量和规范行为的作用，因此医疗卫生服务行业基本上市场失灵的。在一个市场失灵的行业，同时也是国家财政拨款扶持的社会公益性行业，必然要加大政府与行业的监管力度。政府与行业管理方作为医患之间的第三方，首先要加强医疗服务监管能力的建设；其次应研究探讨有效的医疗卫生服务行为和质量的监管内容和方式。政府与行业部门应以中立公正的态度，针对行业内的普遍性市场失灵问题制定相应的法律法规、管理制度和政策，同时应加强督察力度、把行业监管作为政府与卫生行政部门的日常工作之一，发现行业内的不规范行为加以曝光、纠正，并研究不规范行为的深层次原因，通过制定政策法规，尽量从机制上解决不规范的医疗行为。在监管过程中除了可使用传统的检查、督导、评估、举报等手段进行监管外，在信息化高度发展的今天，建议充分利用目前互联互通的卫生与医院信息网络系统，用高科技手段准确快速发现不规范的医疗行为如收费过高等情况，同时也可利用越来越普及的互联网充分调动群众的积极性，让群众通过网络举报不合理的医疗行为。总之，政府与行业的监管，规范和管理医疗卫生机构的服务行为，保证居民得到规范、有质量保证的卫生服务，目的是要促进医疗卫生行业的健康发展。

4、加强和谐医患关系建设，建立医患矛盾、医疗纠纷的防范机制和协调处理机制，构建和谐医患关系的政策和制度环境

医患关系是患者求医问药与医务人员救死扶伤之间的关系，是社会关系的重要组成部分。和谐的社会需要和谐的医患关系。随着市场经济制度的不断发展和完善，人们的权利意识、参与意识以及医方对利益的追求等等诸多因素使得医患关系日趋紧张，医患矛盾、医疗纠纷发生的数量有所上升，甚至暴力冲突时有发生。医疗纠纷频繁发生，且影响范围越来越大，不仅有损医护人员在患者心目中的形象，而且有损医疗秩序和质量，最终会损害患者的切身利益。医疗纠纷问题不仅仅是一个单纯的医疗问题，已经演变为一个社会问题，对这一问题的解决要从纠纷发生前的防范、纠纷发生后的协调处理以及适宜的政策环境的建立进行综合考虑。

(1) 建立有效的医患矛盾、医疗纠纷的防范机制

增加政府财政投入，完善筹资与支付制度。由于政府财政投入不到位，医疗卫生机构的发展资金，很大一部分来自患者，虽然拥有一定的医疗保险，但患者自身也需要承担较高的医疗费用，老百姓很容易质疑医方收费的合理性，导致医患关系紧张。防范医疗纠纷很重要的一点就是要增加政府对医疗卫生机构的财政投入，完善筹资与支付制度，在制度设计上消除患者不必要的经济负担和对医疗机构不合理收费的质疑，有效避免因经济因素引发的医疗

纠纷。

完善诊疗规范，提高医疗质量。医务人员在诊疗过程的各个环节，都严格执行诊疗操作规范，精心施行技术操作，确保较高的医疗技术质量，尽一切可能避免医疗差错和事故的发生，提供安全放心的医疗服务，这不仅能缓和医患矛盾，减少医疗纠纷，有利于提高医疗单位的社会声誉，也有利于医疗卫生事业的健康发展。

加强医务人员职业道德教育。医学是一门实践性、服务性、社会性都很强的学科，而“以人为本”的科学发展观也对其服务性提出了更高的要求。医院要加强医务人员职业道德教育，培养良好的医德医风，增强医务人员责任心和事业心。医务人员应该做到一切为病人着想，根据病人的病情和经济承受能力选择最佳诊疗手段和合理用药，使患者从心理上消除一切顾虑，减少纠纷的发生。

加强医疗服务质量监管。医疗卫生机构自身和卫生行政管理部门要从医疗结构（包括医院组织、人员素质、硬件设备）、医疗过程和医疗结果三个层面开展全面质量管理，不仅强调终末质量，尤其重视基础质量和环节质量，确保医疗安全，最大限度地防范医疗纠纷的发生。

(2) 建立医疗纠纷的协调处理机制

政府牵头成立医疗纠纷协调处理机构，完善纠纷协调处理程序及制度。建议由地方政府牵头成立医疗纠纷协调处理机构，因医疗专业性强，可纳入医疗专业技术人员和法律人员，在卫生行政管理部门设立办公室，并在医院外设点协调处理医疗纠纷，建立医疗纠纷预警机制、制定医疗纠纷协调处理程序及制度，避免医患双方在医疗机构面对面的接触，减少纠纷对医院正常医疗活动的干扰，促进医疗纠纷及时有效的化解，缓解医患关系的紧张状态。

建立完善的医疗行业保险机制。由于机体的复杂性和个体差异，诊疗结果具有未知性和不确定性，医疗活动存在着很高的风险，增加了医患双方发生矛盾的可能性。可借鉴国外发达国家的经验，为医疗行为提供风险分担机制，设立医疗责任保险和医疗意外险。医疗行业保险由政府、医疗机构、医护人员与患者共同缴纳，防范因医务人员过失或诊疗护理中发生意外造成患者人身损害的经济风险，可有助于解决医患双方因协商损害赔偿责任产生的纠纷。

医患关系第三方管理。引入独立于“医疗卫生机构、患者、保险机构”之外的专门从事医疗风险管理的机构，对医疗风险实施一种“事前预防、事中干预、事后补偿”的新型医患关系管理。医疗卫生机构可委托医院风险管理公司提供医疗纠纷的处理、医疗责任保险的投保与索赔服务，非医疗责任纠纷的理赔服务，一旦发生突发事件，由受委托的公司采取措施，对医疗纠纷进行标准化、规范化处理，及时化解医疗纠纷。

(3) 构建和谐医患关系的政策环境

积极推进医药卫生体制改革。政府承担公共卫生和维护群众健康权益的责任是构建和谐医患关系的基础。建立以国家为主导的医疗卫生服务体系，制订合理的卫生补偿机制，增加政府对卫生的投入，完善医院的运行机制，维护医院的公益性质，消除医疗机构和医务人员的逐利行为，完善医疗保障制度，提高医疗保障水平，加强政府对医疗服务行业监管、大力发展农村和社区医疗卫生服务事业等，缓解群众“看病难、看病贵”带来的心理压力，是构建和谐医患关系的根本措施。

建立患者权利法案，规范患者权利与义务。病人的权利是指病人拥有的权利和享受的利

益，完善的病人权利维护制度和有效的管理措施可保证患者的权利在医疗实践中得到实现，对高水平的医疗服务和良好的医患关系起到保障作用，可借鉴国际经验，建立包括以下内容的患者权利法案：①就医权；②安全保障权；③知情同意权；④选择权：其中包括对医疗机构的选择、对医生的选择、对治疗方案的选择及对治疗药物的选择；⑤隐私权；⑥获得赔偿权，同时，也要明确患者的义务，使患者自觉履行自己相应的责任，如充分尊重医生，促进医患关系的良性运转。

制定类似“医师宪章”的行业规范，明确医务人员权利与义务。医务人员由于专业性而被认为在医患关系中处于优势地位，国际上对于医生的权利和义务的规定往往以行业规范如制定医师宪章的形式出现。通过行业规范，可确定医学专业的基本原则如把患者利益放在首位、患者自主性和社会公正，还可明确一系列专业责任，如致力于提高专业水准、对患者诚实、为患者保密、和患者保持适当关系、不断提高医疗服务的品质、推动医疗服务的普及、对有限资源进行公正分配、进行科学知识的创新并保证知识的可靠性、通过控制利益冲突维护信用、承担本专业内部的责任等。

加强与媒体的沟通力度，确保媒体能发挥正确的舆论导向。百姓就医问题是社会关注的热点，也是新闻宣传的焦点。要高度重视与媒体的沟通联系，及时向媒体提供准确、全面的信息，让媒体及时了解真实的情况，发挥正确的舆论引导作用，客观如实报道医疗卫生服务活动，不刻意炒作个别医疗纠纷事件，全社会共同努力构建和谐医患关系，维护健康有序的医疗秩序。

5、统筹城乡卫生事业发展，缩小不同地区和人群间医疗卫生服务需求和利用的差距，促进公平与效率的统一。

近年来农村卫生工作虽然有了很大发展，取得了显著成绩，但是依然面临很多问题。多年来，卫生投入不足导致的卫生资源过多向城市、向大医院集中，城乡服务水平差距大，农村卫生明显滞后的局面还没有根本改变。医疗保障制度的建立为广大居民的就医提供了基本保障，但是不同地区不同人群间服务需求和利用仍然存在差异。因此，需要进一步加强城乡卫生事业的统筹发展，增加对农村地区及经济不发达地区卫生事业的投入，降低贫困人口的就医负担，努力缩小差距。

(1) 加强卫生事业城乡统筹发展。

政府需进一步加大对农村卫生事业的投入，建立稳定的卫生投入保障机制，促进农村卫生服务体系建设和发展。进一步健全县、乡、村三级医疗卫生服务网络，改善农村基本医疗卫生服务提供能力；加强农村卫生服务队伍建设，大力培养农村适宜人才，引导、鼓励医科院校毕业生到农村服务，探索建立农村卫生人员培养培训的长效机制。组织城市医疗卫生机构的医护人员到农村提供医疗卫生服务和技术指导，探索建立对口支援的长效机制，改善农村医疗卫生服务水平。努力推进农村医药卫生体制改革，加强农村医疗卫生机构建设与管理，规范农村卫生服务提供和收费标准，提高服务质量，降低服务成本，逐步缩小城乡差距。

(2) 逐步缩小不同医疗保障制度的差距，加强不同医疗保障制度的衔接。

现阶段的社会医疗保险主要包括城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗等。总体上看，现行社会医疗保障制度与社会各阶层的期待还有较大差距，制度设计带有明显的城乡二元化的色彩，造成管理资源的极大浪费。建立城乡居民统一标准的社会医疗保险制度，遵循以人为本的理念，有利于推进城乡统筹发展，符合科学发展观的要求，可以充分调动社会各阶层的创新、创业、创造热情，维护其合法权益，使其病有所医，对促进发

展、构建和谐社会具有重要的现实意义。随着我国综合实力不断增强，建立城乡统一的社会保障制度，将成为统筹城乡协调发展的客观要求。可首先建立政策发展的长远规划，在此基础上因地制宜，逐步推进，比如可将城镇居民医保与大病统筹的新型农村合作医疗统一标准合并实施，再逐步过渡实现各类医疗保险统一。

医疗保障制度是面向所有居民的保障制度，而要更好地改善贫困人口对卫生服务的可及性，减轻其疾病经济负担，缓解“因病致贫、因病返贫”问题，还要依靠完善的医疗救助制度。医疗救助是由政府提供的对贫困人口的医疗服务资助行为，医疗救助是确保贫困人口与一般人群获得同样的医疗服务的重要手段。所以，在推进基本医疗保障制度建设中应加强医疗救助制度建设。切实建立起资金来源稳定，管理运行规范，救助效果明显的医疗救助制度。逐步扩大医疗救助范围，逐步提高补助标准，实行多种方式救助，并且要加强医疗救助与相关医疗保障制度的衔接，改进各项制度的结算办法，为困难群众提供方便、快捷的服务，降低困难群众的就医负担。

(3) 加强基层卫生机构能力建设，提高服务质量，缓解居民就医压力。

基层医疗卫生服务体系是提供公共卫生与基本医疗服务的重要载体。基层医疗卫生机构贴近居民群众，服务成本比较低，在为城乡居民提供安全、方便、质优、价廉的基本医疗卫生服务方面具有不可替代的作用。近五年来，卫生部和有关部门采取多项措施增加投入，加强公共卫生、农村卫生和社区卫生的建设，基层医疗服务情况有所变化，但城乡间、大医院与基层医疗机构间的差距仍在扩大。医药卫生体制改革近期重点实施方案对公共卫生、农村卫生和社区卫生的发展有了很多明确措施，需要进一步强化和落实。加大基层卫生服务体系建设，重点要加快基层卫生人才培养，制定切实可行的培养和再培训制度，确保具有较高质量的适宜人才留在基层为老百姓服务。改革基层医疗卫生机构补偿机制，完善收入分配制度，鼓励基层卫生服务机构采取适宜医疗技术和基本药物为城乡居民提供安全有效和成本低的基本医疗服务，逐步建立起分级医疗、社区首诊和双向转诊制度，为广大城乡群众提供安全、方便、质优、价廉的服务。

政府应加强服务质量监管。建立质量评价和考核制度，通过外部和内部专业审核评价医疗质量，政府投入和补偿的数量应以质量考核结果为基础，并将质量考核结果同机构分配制度挂钩，另外，还应建立以质量为中心的、统一标准的医疗卫生机构信息系统，改变“各自为政”的信息系统局面，以信息系统建设带动医疗卫生机构服务质量建设和发展。