

内 容 摘 要

一、调查基本情况

第三次国家卫生服务调查的目的是为了系统了解城乡居民健康状况、卫生服务需要与需求量、卫生服务利用与费用、卫生系统的反应性以及社会各方面对卫生改革与发展的看法和评价等信息，为制定卫生规划、卫生改革政策和评价提供客观依据。

家庭健康询问调查的对象是全国抽中样本住户的常住人口。采用多阶段分层整群随机抽样的方法，在全国共抽取县（市、区）95个；每个样本县（市、区）抽取5个样本乡镇（街道），全国共抽取475个乡镇（街道）；每个乡镇（街道）抽取2个行政村（居委会），全国共抽取950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57000户。

调查内容包括：家庭成员人口社会学特征，家庭经济状况、居住条件、农村改水改厕、家庭成员的医疗保障等；调查前两周内患病、调查前半年内慢性病患者情况；15岁及以上人群健康行为及健康知识了解情况；调查前两周内就诊情况，患者未就诊的原因、采取自我医疗情况、调查前一年内住院情况及应住院未住院的原因、患者对卫生服务的反应；已婚育龄妇女及5岁以下儿童保健情况等。

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。

本次调查加强了各个环节的质量控制。调查结果看出：成年人本人应答率为77.8%，复查与原调查结果的符合率为95%。调查数据质量和一致性的检验显示：玛叶指数为3.32，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较好。

二、家庭健康询问调查结果

（一）调查人口基本情况

本次实际调查57023户、193689人，平均家庭人口为3.4人。

1、人口社会学特征：调查人口中，男性占50.5%，女性占49.5%。年龄构成为：5岁以下儿童占调查人口的4.8%、5-14岁人口占15.7%、15-64岁组人口占70.0%、65岁及以上人口占9.5%，与前两次调查结果比较显示人口老龄化程度有逐渐升高的趋势。15岁及以上调查人口中，文盲半文盲占18.8%，小学文化占26.4%，初中文化占34.2%，高中中专占14.9%，大专文化占3.3%，大学及以上占2.4%；无业失业半失业者占9.7%、离退休人员占7.7%、在校学生占6.5%、农业劳动者占60.6%、其他工作人员占15.5%。

2、家庭经济状况：城市调查家庭人均年收入为6565元，人均年支出为4934元，其中：食品支出占44.4%、文化教育支出占10.4%、医疗卫生支出占9.3%（人均459元/年）。农村调查家庭人均年纯收入为2175元，人均年支出为1781元，其中：食品支出占37.0%、文化教育支出占15.9%、医疗卫生支出占12.9%（人均229元/年）。调查家庭中，贫困户占4.5%（城市6.1%、农村3.8%），自报由于疾病或损伤致贫的贫困家庭占30.0%（城市25.0%、农村33.4%）。

3、卫生服务可及性：城市 81.8%的被调查家庭距最近医疗点的距离在 1 公里以内，81.65 的家庭到最近医疗点的时间不超过 10 分钟。农村有 61.1%的家庭距离医疗点 1 公里以内，66.9%的家庭在 10 分钟内可到达医疗点，农村地区仍有 4.8%的家庭离最近医疗点超过 5 公里，四类农村地区达到 18%。

在城市，享有城镇职工基本医疗保险的人口比例为 30.4%、公费医疗占 4.0%、劳保医疗占 4.6%、购买商业医疗保险占 5.6%、被调查者中无任何医疗保险占 44.8%。在农村，参加合作医疗的人口比例为 9.5%、各种社会医疗保险占 3.1%、购买商业医疗保险占 8.3%、79.1%没有任何医疗保险。

（二）居民健康状况与卫生服务需要

1、两周患病情况

（1）两周患病率：调查地区居民两周患病率为 143.0%，其中：城市为 153.2%，农村为 139.5%。由于受到 SARS 疫情爆发的影响，本次调查时间从 6 月份延后至 9-10 月份，与 1998 年第二次调查结果相比，城市居民患病率有所下降，农村持续增加。

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、消化系统疾病、肌肉骨骼等疾病、内分泌，营养，代谢等疾病；农村依次是呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、肌肉骨骼等疾病、损伤中毒。与前两次调查相比，呼吸系统疾病、传染性疾病、皮肤及皮下组织疾病的患病率逐渐减少；循环系统疾病、肌肉骨骼等疾病、内分泌、营养、代谢等疾病患病率出现递增趋势。

按病种分析，城市依次是高血压、急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、脑血管病、糖尿病，农村依次是急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、高血压、流行性感、类风湿性关节炎。与 1998 年比较，城市地区患病率升高的疾病主要是慢性非传染性疾病，如：高血压两周患病率增加了 41%，脑血管病增加了 9%，糖尿病增加了 64%；农村地区患病率升高的疾病主要是高血压，增加了 131%。

（2）两周患病发病时间：两周患病者中，41.8%的患病是急性病在两周内发生，7.5%的患病是急性病两周前发生延续到两周内，50.6%的患病是慢性病持续到两周内。与 1998 年相比，慢性病延续到两周内的患病比例在城市增加了 33.8%，农村增加了 30.6%。

（3）患病严重程度：调查地区平均两周每千人患病天数为 1093 天（城市 1238 天、农村 1043 天），平均两周患病卧床率为 36.6%（城市 33.7%、农村 37.6%），平均休工率为 33.6%（城市 15.5%、农村 37.5%）。与 1998 年比较，千人口的患病天数、休工休学天数、休工休学率均有不同程度减少，但卧床率和千人口卧床天数有明显增加。

2、慢性病患病情况

调查人口慢性病患率为 151.1%（城市 239.6%、农村 120.5%）。城市较高的慢性疾病依次是高血压、糖尿病、脑血管病、缺血性心脏病、慢性胃肠炎。农村依次是高血压、慢性胃肠炎、类风湿性关节炎、慢性阻塞性肺病。

3、15 岁及以上调查人口的身体与心理健康状况

15 岁及以上调查人口中，73.0%的认为自己健康状况好或者很好（城市 68.6%，农村 74.8%）；5.2%认为自己健康状况差和很差（城市 5.18%，农村 5.19%）。在生活起居、工作家务、疼痛不适、视力、精神状态、记忆、悲伤烦恼抑郁七个方面回答有一项或几项轻度及以上困难或问题的被调查者占 28.2%（其中：城市 30.6%，农村 27.2%）。七个方面健康问题回答有一项或几项达到重度困难或有重度问题的被调查者占 3.1%（其中：城市 3.4%，农村

2.9%)。女性有健康问题的比例高于男性,随着年龄的增加健康状况差的人口比例明显增加。

(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: 本次调查两周患病者中, 去医疗机构就诊的患者占 51.1%, 自我医疗患者占 35.7%, 未采取任何治疗措施的患者占 13.1%。与前两次调查结果相比, 城市患者到医院就诊的比例持续下降。

(2) 两周就诊率: 调查地区两周就诊率为 133.8%, 城市为 118.1%, 农村为 139.2%。城镇职工医疗保险人群的就诊率比无医疗保险人群高 56.5%; 农村有无合作医疗覆盖的两组人群的就诊率接近患病率。与前两次调查相比, 城乡就诊率都有不同程度的下降。不同收入人群就诊率差距不断拉大。

(3) 就诊地点构成: 在城市, 患者在初级医疗机构就诊比例为 25.7%, 街道卫生院为 10.9%, 市区及以上医院为 55.1%。在农村, 53.5%的就诊者在卫生室或私人诊所、25.8%在乡镇卫生院、13.6%在县级县以上医疗机构。城乡均出现到基层医疗机构就诊的比例不断减少, 到县及县以上医院, 尤其是到到大医院就诊的比例不断增加。

(4) 未就诊情况: 调查结果显示城乡患者中, 未就诊比例为 48.9%, 其中: 城市为 57.0%, 农村为 45.8%。与前两次卫生服务调查的结果相比, 患者未就诊比例出现明显增高趋势。

在城市, 有城镇职工医疗保险的患者中未就诊率为 56.1%, 无医疗保险人群未就诊率为 62.5%; 在农村, 尤其是经济欠发达的地区, 无医疗保险的患者未就诊比例明显高于有合作医疗的患者 (前者比后者高 65.2%)。

(5) 未就诊原因: 在未采取任何治疗措施的患者中, 40.5%的患者自感病轻, 认为没有必要就诊, 38.2%的患者由于经济困难, 9.4%的人认为没有有效治疗措施。与前两次调查相比, 未采取任何治疗措施的患者比例上升, 经济困难未治疗的比例增加。

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 3.6%, 城市为 4.2%, 农村为 3.4%。与前两次调查比较, 城市住院率呈现下降趋势, 农村基本没有变化。但城、乡居民住院率在不同收入组变化明显, 低收入组居民住院率呈下降趋势, 高收入组呈上升趋势, 住院率差距加大, 高低收入组的差距由 1993 年的 17%增加到 2003 年 68%。在城市, 城镇职工医疗保险覆盖人群的住院率为 5.8%, 而无医疗保险人群的住院率为 3.0%。

(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 67.9%, 在市区级医院为 17.0%, 在街道卫生院为 5.1%。农村住院中, 28.8%在乡镇卫生院, 42.6%在县医院, 14.1%在县以上医院。与 1998 年比较, 城市在市区及以上医疗机构住院的比例增加了 10 个百分点; 农村在乡镇卫生院住院的比例减少了 6 个百分点。

(3) 住院天数及手术病人比例: 城乡平均住院天数为 12.6 天 (城市 18.1 天、农村 10.2 天)。平均住院天数均呈逐渐下降趋势, 城市下降的幅度大于农村。住院病人中手术病人占 31.4% (城市 33.0%、农村 30.8%)。与 1998 年比较, 手术病人占住院病人的比例增加了 7 个百分点。

(4) 出院原因: 46.1%的出院者是疾病痊愈经医生要求出院, 7.4%是病未痊愈医生要求出院, 43.3%的出院者是自己要求出院。自己要求出院的患者中, 63.9%是由于经济困难, 城市农村分别为 53.0%和 67.3%。

(5) 应住院未住院情况: 应住院而未住院比例为 29.6% (城市 27.8%、农村 30.3%)。城市无医疗保险人群比有医疗保险人群高 15 个百分点; 农村无医疗保险人群比合作医疗覆盖人群高 8 个百分点。与前两次国家卫生服务调查比较, 城市地区总体情况基本没有变化,

农村地区应住院而未住院的比例下降。

未住院的主要原因：自己认为没有必要住院的占 19.5%、没有时间占 4.1%、经济困难占 70.0%，其他占 6.4%。由于经济困难，在城市占 56.1%，在农村占 75.4%。与 1998 年比较，由于经济原因的比例，城市有所下降，农村有所增加。

3、居民医疗服务费用

(1) 门诊费用：城乡居民平均每次门诊医疗费用为 120 元（中位数为 33 元），其中：城市 219 元（中位数为 90 元）、农村 91 元（中位数为 25 元）。居民除了支付门诊医疗费用外，就医过程中支付其他费用（如交通等）间接费用为 8 元，其中城市 9 元、农村 8 元。

扣除物价上涨因素，城乡门诊医疗费用比 1993 年增加了 1.2 倍，比 1998 年增加了 87.5%。城市和农村分别比 1993 年增加了 1.5 和 1.3 倍，比 1998 年分别增加 85%、100%。

(2) 住院费用：城乡居民次均住院医疗费用为 4123 元（中位数为 1600 元），其中：城市 7606 元（中位数为 3375 元）、农村 2649 元（中位数为 1100 元）。每次住院的间接费用（主要包括交通、陪护等费用）平均为 360 元，其中：城市 514 元，农村 294 元。

扣除物价上涨因素，城乡每一住院医疗费用比 1993 年增加了 1.5 倍，比 1998 年增加了 67.2%。城市和农村分别比 1993 年增加了 1.6 和 1.7 倍，比 1998 年分别增加 77%、74%。

(3) 药店购药及自我处置费用：本次调查了城乡居民进行自我医疗和购药的花费情况。城乡患者两周自我医疗和购药的费用为 72 元（城市 112 元、农村 50 元）。与 1998 年比较，城乡居民用于自我处置和购药的费用年平均增长均在 20%左右，高于同期门诊和住院医疗费用的增长速度。

（四）卫生系统的反应性及居民满意度

57.1%（城市 48.4%、农村 59.8%）的门诊病人对就诊机构表示满意。20.9%（城市 31.9%、农村 17.6%）就诊患者对医疗机构最不满意的是医疗费用高，7.4%（城市 3.6%、农村 8.6%）就诊患者对医院的设备环境最不满意，（城市 3.1%、农村 3.9%）3.7%就诊患者对医院技术水平低最不满意。

44.3%（城市 39.8%、农村 46.3%）的出院病人对所住医院表示满意。33.2%（城市 38.2%、农村 31.1%）出院病人对医疗费用高最不满意，6.5%（城市 4.9%、农村 7.2%），的出院者对医院的设备环境最不满意，3.2%（城市 3.8%、农村 2.9%）出院者对医院服务态度最不满意。

（五）主要健康行为因素

1、吸烟率及吸烟严重程度：调查 15 岁及以上人群中，目前吸烟者占 26.0%（城市 23.9%、农村 26.8%）。男性吸烟率为 48.9%、女性为 3.2%。城市男性吸烟率低于农村，女性高于农村。过去 10 年我国 15 岁及以上居民吸烟率呈明显的下降趋势。

吸烟者平均每天吸烟量 15.9 支（城市 14.9 支，农村 16.2 支）。其中：男性吸烟量为 16 支、女性 12 支。值得注意的是：人群中吸烟率逐渐下降，但吸烟者吸烟量在增加，严重程度在提高。

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 79.5%（城市 80.0%、农村 79.3%）；偶尔饮酒的人占 12.3%（城市 12.9%、农村 12.1%）；经常饮酒的人占 8.2%（城市 7.1%、农村 8.8%）。男性经常饮酒比例（15.29%）明显高于女性（1.07%），城市男性经常饮酒比例（13.45%）低于农村（15.97%），女性城市和农村差异不大。45-54 岁组调查人

口经常饮酒的比例最高，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 14.8%(城市 36.3%、农村 6.4%)。10.4%的被调查者采取走、慢跑、太极拳类形式进行体育锻炼，2.2%的人进行球类运动。锻炼者平均每周锻炼次数为 5.3 次（城市 5.5 次、农村 4.8 次），平均每次锻炼时间约在 50 分钟左右（城市 57 分钟、农村 33 分钟）。

（六） 计划免疫与疾病控制

1、计划免疫：调查地区家长回答，89%的儿童有计划免疫接种卡，其中：城市地区达到 94.7%，农村地区，87.3%的儿童有计划免疫接种卡，经济欠发达的四类农村较低，只有 82.2%。与 1993 年相比，家长回答儿童有计划免疫卡的比例有很大幅度提高，特别是在农村地区，但与 1998 年相比，无论城市还是农村都有不同程度的降低，城市平均减少了 3 个百分点，农村减少了 5.5 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 95.9%（城市 97.7%，农村 95.4%）、百白破疫苗接种率为 88.4%（城市为 93.3%，农村为 87.0%）、脊髓灰质炎疫苗接种率为 89.8%（城市 93.9%，农村 88.6%）、麻疹疫苗接种率为 94.3%（城市 96.7%，农村 93.7%）。乙肝疫苗接种率为 80.2%（城市 93.0%，农村 76.7%）。

2、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 96%，与 1998 年调查相比，自来水普及率提高了 2 个百分点。在农村，饮用自来水的比例为 34%、饮用手压机井水占 34%、初级形式（井台加高、加井盖、定期投药）占 8.8%，雨水收集占 3.4%，不安全方式（如江河湖、塘沟渠、宅沟水等）占 19.8%。经济条件好的地区，自来水和改水普及程度较高，经济越贫困的地区，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 50.3%。与前两次调查相比，农村地区改水工作有明显的进展。农村自来水的普及率由 1993 年 22%，增加到 1998 年 26%，2003 年 34%；手压机井水的比例由 1993 年 28%，增加到 1998 年 31%，2003 年 34%。

3、住户厕所类型及农村改厕：在城市地区，有完整下水道水冲式厕所的住户比例达到 79%，粪尿分集式、三联沼气、双瓮漏斗、三格化粪池在市区不多见，主要在城市郊区，四种类型的厕所占比不足 8%，但在城市中，有 13.4%的住户没有厕所，或使用不符合卫生标准的厕所（如马桶、旱厕等）。与前两次调查相比，城市有完整下水道水冲式厕所的住户比例明显增加，没有厕所或使用不符合卫生标准的厕所的住户比例在不断减少。在农村，虽然改厕工作取得了一定进展，但卫生厕所仍然是一个十分突出的问题，到 2003 年，无厕所或使用不符合卫生标准厕所的住户仍占 79.2%，完整下水道水冲式、粪尿分集式、三联沼气、双瓮漏斗、三格化粪池等改厕的住户为 21.8%，从总体上来看，农村改厕的任务十分艰巨，尤其是经济不发达的农村。

4、健康教育及其渠道。47.2%的 15 岁及以上被调查者能主动获取健康保健知识（城市 67.5%，农村 39.5%）。男性（48.9%）略高于女性（45.6%），城市性别差异不大，农村男性（41.9%）明显高于农村女性（37.0%）。71.6%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一，27.3%的人回答报刊书籍作为主要渠道之一，再次为医生占 25.9%。城市

和农村居民获得主要健康知识的主要渠道有所不同：在城市地区前三位主要渠道分别为电视（82.58%）、书刊（55.44%）、广播（22.82%）；而农村地区依次为电视（67.20%）、医生（28.28%）、书刊（16.15%）。

5、艾滋病防治知识普及。有 62.3%的 15 岁及以上调查人口知道艾滋病的血液传播途径（城市 80.0%、农村 52.4%），64.1%知道性传播途径（城市 80.7%、农村 54.8%），37.6%的居居知道母婴传播途径（城市 53.4%、农村 28.8%）。回答不知道艾滋病传播途径的占 23.9%（城市 9.7%、农村 31.8%），认知错误的占 1.9%（城市 1.6%、农村 2.1%）。

6、结核病防治情况：被调查者有连续 3 周及以上咳嗽经历者占 1.7%（城市 1.8%、农村 1.6%），其中 14.9%的被调查者有痰中带血或咳血的情况，连续 3 周或以上咳嗽的患者中，去医疗机构就诊的比例为 62.5%。在去医院做过痰检或 X 光检查的就诊者中，22.6%（城市 12.4%、农村 28.0%）的患者被诊断为结核病。按就诊中查出的结核病患者数计算，调查人口结核病患率为 115.6/10 万，其中城市为 84.5/10 万、农村为 126.4/10 万。

（七）孕产妇和儿童保健

1、妇女健康检查情况：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 34.5%，城市地区为 48.9%，农村地区为 29.8%。与 1993 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 87.8%，城市 96.4%，农村 85.6%。城市地区：第一次产前检查在孕期 12 周以内的产妇比例为 58.1%，城市 69.9%，农村 54.7%。产前检查率随着地区经济水平下降而降低。十年来，城乡孕妇产前检查率均呈现增加趋势，特别是农村地区的变化更为明显。

产后接受一次及以上检查或访视的产妇比例为 53.3%，城市 59.6%（大城市 65.0%，中城市 62.8%，小城市 52.9%），农村 51.7%（一类农村 66.5%，二类农村 52.7%，三类农村 50.4%，四类农村 36.9%）。与 1993 年比较，产后访视率明显增加；与 1998 年比较，城市地区和农村二类地区的产后访视率有不同程度的下降，农村一、三、四类地区产后访视率有提高，其中四类地区提高较多，达 39.2%。

3、分娩地点及在家分娩原因：城市地区住院分娩率为 92.6%（53.3%在医院分娩，31.9%在妇幼保健机构分娩，7.5%在街道或乡镇卫生院分娩）；农村地区住院分娩率为 62.0%（医院 24.5%，妇幼保健机构 10.2%，卫生院 27.3%）。

城市有 4.2%的产妇在家中分娩，这些人大多居住在小城市，在家分娩的主要原因是来不及、没必要、经济困难；农村有 33.9%的产妇在家分娩，主要原因是没必要、经济困难、来不及、交通不便。与 1998 年调查结果相比，因经济困难而选择在家分娩的产妇比例有增加趋势，因交通不便而选择在家分娩的产妇比例有明显降低趋势。

4、出生体重：本次调查调查地区婴儿平均出生体重为 3.3 千克，农村婴儿出生体重与城市非常接近。城市地区低出生体重儿的比例平均为 3.1%，农村平均为 3.8%。低出生体重儿的比例随着地区经济发展水平的提高而降低。

5、母乳喂养：婴儿第一次给母乳的时间在出生后半个小时以内的占 21.5%，在半小时

以后 24 小时以内的占 46.3%，24 小时以后开始母乳的占 29.8%，农村与城市大致相同。但没有母乳喂养的婴儿比例城市比较高，5.9%的城市婴儿未接受母乳喂养，农村有 1.5%。城市地区母乳喂养持续的时间为 5.7 个月，农村比城市多一个月。母乳喂养的持续时间在农村地区似乎与经济水平有关，经济条件差的地区母乳喂养时间长。开始给婴儿添加辅食的时间，城市地区平均在 5 个月的时候，农村是在 6 个多月的时候。

三、本次调查的主要发现

（一）城乡居民卫生服务需要量持续增加，疾病负担日益加重，对社会经济发展将产生新的挑战

人口数量、人口结构化以及社会经济文化、疾病结构是影响居民卫生服务需要的最主要因素。在过去的一段时间内，我国的人口数量、人口结构及社会经济文化的变化使我国城乡居民的卫生服务需要数量和结构发生了明显的变化，随着我国社会经济的进一步发展，日益增加和变化的城乡卫生服务需要将可能给我国卫生服务供给带来巨大压力。

1、人口数量增加、结构老年化、城镇化，对卫生服务需要不断增加。过去 10 年，我国人口增加 1.1 亿，65 岁以上人口比例由 5.6%增加到 7.5%。如果按目前调查两周患病率推算，由于人口数量变化，患病人次增加 4.2 亿；65 岁及以上老年人口两周患病率为 33.8%，是 65 岁以下年龄组的 3 倍，并呈持续增加趋势。本次调查发现，疾病患病率随城市化、收入和教育水平有明显增加趋势，城市明显高于农村、富裕农村明显高于贫困地区，城市高收入人群的两周患病率高出低收入人群 15.7%。国内外研究表明，社会经济发展、人口教育水平提高，人们的自我健康意识不断提高，对健康产品与卫生服务的需要不断增加。根据有关部门预测，2015 年我国人口将达到 14.1 亿，65 岁以上老年人口达到 1.33 亿，城镇人口比例达到 40%以上。即使不考虑社会经济条件、年龄别患病率的变化，届时我国患病人次将突破 55 亿。

2、慢性非传染性疾病已经成为城市居民的主导疾病，但重大传染性疾病防控不容忽视。本次调查结果显示，城市地区居民主要疾病模式已经发生了明显转变。从疾病患病率的构成来看，前五位疾病分别为循环系统、呼吸系统、消化系统、运动系统及内分泌与营养代谢疾病。与前两次调查相比，呼吸系统、消化系统、传染性疾病、皮肤病等感染性疾病呈明显下降趋势，而循环系统疾病、运动系统疾病、内分泌与营养代谢疾病则呈现上升趋势。循环系统疾病已列为第一大疾病，其中：高血压、糖尿病和脑血管病已经成为城市居民的常见病和多发病。慢性疾病将随着城市居民生活水平提高和老龄化进程加快，将进一步上升。调查结果表明，年龄每增加 10 岁，慢性病患病率增加 50%以上。当前，城市化进程加快，人口流动频繁、农村劳动力向城市集中，重大传染病（如 SARS 等）传播的潜在危险性加大。我国平均外出时间大于 6 个月的流动人口超过 1.27 亿，每年以 500 万的速度递增。“农民工”已成为城市中独特的边缘人群，他们对城市发展做出了巨大贡献，同时也带来了不可避免的社会经济和卫生问题，他们劳动强度高、收入较低、工作环境、职业安全、居住条件、饮食卫生差，健康知识相对缺乏，是传染性疾病的高发人群。

3、农村居民正面临着感染性疾病与慢性疾病的双重负担。调查结果表明：过去十年，农村地区传染病发病由 5.7%下降到 2.7%。但农村居民常见病、多发病仍以感染性疾病为主，如呼吸系统、消化系统、泌尿系统等疾病，与前两次调查的结果相比没有下降的趋势或

不明显，处于较高的水平。感染性疾病主要与生活环境、卫生条件、生活习惯有密切关系。调查发现，农村居民在住房面积上改观较大，但饮水条件、环境卫生、卫生厕所等方面进展，尤其是改厕进度不显。同时，一些慢性疾病的患病率在农村呈现明显增加，如循环系统疾病、运动系统疾病，其中：高血压患病率与 1993 年相比，增加了 3.3 倍。农村在一定时期内面临感染性疾病和慢性疾病的双重威胁。

（二）城乡居民对医疗卫生服务需求和利用呈明显下降趋势，有效需求发生转移

过去十年，城乡居民对医疗卫生服务的利用率明显下降。城市地区自 1993 年以来呈现持续下降趋势，近 5 年下降幅度加大增加；农村前五年呈上升趋势，后五年转而出现大幅度下降趋势。本次调查城乡居民两周就诊率为 13.4%（城市 11.8%、农村 13.9%），与 1998 年调查结果相比下降了 18.4%（其中城市下降 27.1%，农村下降 15.4%）。

居民对医疗机构的利用减少，有效需求发生转移。许多居民生病后不去医院就诊，跑到药店购药，采取自我医疗。本次调查显示，全国 36% 的患者采取了自我医疗。自我医疗的比例逐年增加：农村由 1998 年的 23% 增加 31%、城市由 44% 增加到 47%。产生上述变化的主要原因如下：

- 1、医疗保障覆盖水平不高。**医疗保障制度是保护居民健康、抵御疾病风险、提高居民卫生服务利用的有效途径。调查显示，有、无保险人群卫生服务利用水平的差异显而易见，如城市享有基本医疗保险的居民门诊、住院利用率分别为 **13.4%** 和 **5.8%**，而无医疗保险的居民分别为 **8.6%** 和 **3.0%**。本次调查显示我国医疗保障覆盖水平不高：城市享有各种医疗保险的居民占调查人口数的 **49.6%**（其中：城镇职工基本医疗保险人口的比例为 **30.2%**，公费医疗为 **4.0%**，劳保医疗比例为 **4.6%**，大病医疗等保险的比例为 **2.0%**），也就是说城市还有 **50.4%** 的居民没有任何医疗保险。与 1993 年调查结果比较，约 23% 的人口退出了各类医疗保险，此类人员多为劳保医疗职工家属，离岗、下岗、无业人群。在农村地区，有医疗保障居民的比例仅占调查人口 **12.6%**，其中：合作医疗覆盖人口为 **9.5%**。**50%** 以上城市人口、**80%** 以上农村人口无任何医疗保障，居民整体卫生服务的利用必然受到抑制。
- 2、医疗费用增加过快。**过去十年，“看病贵”成为百姓关注的话题。从这次调查结果发现，医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长，医药卫生消费支出已经成为家庭食物、教育支出后的第三大消费。过去五年，城市居民年均收入水平增长 8.9%、农村增长了 2.5%，而年医疗卫生支出城市、农村分别增长了 13.5% 和 11.8%。2003 年，城市居民次均就诊费用为 219 元，次均住院费用为 7606 元，分别比 1998 年增加了 85% 和 88%，农村居民次均就诊费用为 91 元，次均住院费用为 2649 元，分别增加了 103% 和 73%。城乡居民平均一次住院费用相当于一个居民一年的总收入，换言之，住一次医院就要花掉一年的收入。从调查中也可以看出，绝大多数应住院而未住院的原因就是经济负担过重而放弃的。医疗费用过高已经成为制约居民利用门诊与住院卫生服务的主要原因，如果费用上涨趋势不加以抑制，将会给社会和家庭带来更沉重的负担，居民卫生服务的有效需求将更加受到抑制。
- 3、低收入人群、边远农村地区居民卫生服务可及性较差。**“看病贵”对城市和农村低收入人群的影响更为严重。他们大多数（近 **80%**）的没有医疗保障，更没有资金来面对日益上涨的医疗费用，“小病拖，大病抗，重病等着见阎王”成为他们的口头禅。这次调查发现，城乡低收入人群应住院而未住院率的比例达到了 **41%**，远高于一般收入人群。在

部分农村地区，尤其是边远农村，卫生资源不足，居民就医带来困难。如四类农村地区有 18%的家庭距最近的医疗机构超过了 5 公里，有 1/4 的家庭到最近的医疗机构的时间在 30 分钟以上，有 10%以上利用过卫生服务的居民对所利用的门诊和住院医疗服务机构的设备、环境和技术水平提出不满意，边远农村地区的医疗条件和技术水平都不能满足当地居民的卫生服务需求，卫生服务可及性差严重制约了低收入人群和边远农村地区居民的卫生服务利用。

- 4、居民健康知识增强、时间价值观念改变使更多的居民采取自我医疗。**生活水平和受教育程度的提高，人们更加关注健康知识的获得与疾病防治的方法，对一些常见病和多发病，许多居民具备了一定的自我医疗能力。医院“三长一短”的现象没有得到根本改变，忙碌的人们不得不考虑就医时间、就医成本。因此，在是否进行治疗和采用何种方式进行治疗时，部分居民会根据自己所患疾病的严重程度和治疗需要的时间之间做出权衡，对自己认为不严重的疾病，采取自我医疗等代替方式，节省时间。2003 年调查显示，40% 未治疗的患者未治疗的原因是自己认为所患疾病不严重，35.7% 的患者采取了自我医疗。虽然对一些常见病采取到药店买药或者其他替代疗法是可行的，但同时也存在着风险，疾病治疗延误，滥用药物等。

（三）城乡公共卫生状况有所改善，但任务仍然艰巨

- 1、居民的健康知识逐步提高，健康行为得到改善。**随着物质文化水平的提高，健康生活和健康成为人们关注的问题，一些地区尤其是城市居民主动获取健康知识、改变不良生活习惯、参加健身活动蔚然成风。15 岁及以上调查人口中，有接近一半的人能够主动获取保健知识，城市达到了 67%。电视是广大城乡居民获取健康知识的最主要途径，报刊书籍是人们获取知识的另一个主要途径，此外比较多的城市居民还通过广播获得知识，农村中则有相当多的人是通过医生获取健康知识的。居民对于健康知识的掌握程度也越来越高，在调查 15 岁以上人群中，城市有 90.0%、农村有 62.5% 的被调查者知道艾滋病是一种严重的传染病。过去十年，居民生活方式和行为有明显的改变，15 岁及以上人口吸烟率和饮酒率持续下降，男性吸烟率由 59.3% 下降为 48.8%，女性由 5.0% 下降到 3.2%；男性经常饮酒率由 33.8% 下降到 15.2%，女性经常饮酒率由 3.1% 下降到 1.1%。2003 年经常主动参加体育锻炼的人占 14.7%（城市 36.2%，农村 6.4%），比 1998 年提高了一倍。15 岁及以上居民能主动获取保健知识的人口比例为 47.0%（其中：城市为 67.2%、农村为 39.2%）。居民获取健康知识的 3 个主要途径，城市地区为看电视、阅读报刊书籍、听广播；农村地区为看电视、向医生询问、阅读报刊书籍。
- 2、妇幼卫生保健取得了明显进展。**围绕着落实“两个纲要”而采取的一系列措施成效显著。妇女病防治工作、孕产期保健各项指标均有较大程度提高。在调查近 4 万名 15-49 岁已婚育龄妇女中，前一年内做过妇科检查的妇女占 34.5%（城市为 48.9%，农村为 29.8%）。与 1993 年调查的 24.5%（城市 47.7%，农村 16.4%）相比，妇科病检查的比例，尤其是农村有了明显提高。调查地区产妇产前检查率为 87.8%（城市为 96.4%，农村为 85.6%）。与 1993、1998 年调查相比，孕妇产前检查率有明显的提高。全国产后访视率达到 53.3%，比 1993 年（46.0%）、1998 年（52.1%）略有增长。调查产妇中，住院分娩率为 68.3%（城市 92.6%，农村 62.0%），与 1993 年和 1998 年相比，农村地区有十分明显的增加（1993 年为 21.7%）。孕产妇死亡率和儿童死亡率下降在徘徊了近十年后又呈现出下降的趋势。但是，妇幼卫生保健工作仍面临着许多问题，如与 1998 年相比，城市地区和农村一、

二类地区产后访视率均有不同程度的下降；农村地区在家中分娩的比例仍比较高，为 33.9%（主要原因认为没有必要去医院的占 39.9%、来不及去医院占 21.0%、经济困难的占 28.6%、交通不便的占 5.6%）；在家分娩，由非专业人员接生的比例城市和农村分别为 25.0%和 41.6%。

- 3、**改水改厕工作取得一定进展，农村安全饮用水仍是重要的公共卫生问题。**爱国卫生运动得到进一步加强，改水、改厕有了新的进展。我国城市自来水普及率达到 96%，比 1998 年提高 2 个百分点。农村生活饮用水也大有改观，自来水普及率达到 34%，手压机井水为 34%，加井盖、定期投放消毒药品的井水为 9%，三者比例达到 77%。与 1998 年调查相比，自来水普及率提高了 7.5 个百分点，手压机井水提高了 4 个百分点。但经济越贫困的地区，不安全饮用水（不含井台加高、加井盖、定期投药以及雨水收集等低标准的安全饮用水）的住户比例越高，在农村三类地区为 20.9%，而四类农村地区高达 50.35%。与此同时，城乡改厕也取得了明显进展。与 1998 年相比，城市水冲式厕所由 65%增加到 79%，农村改厕（水冲式、粪尿分集式、三联沼气、双瓮漏斗式、三格化粪池）的比例达到 20%。但应该看到的是，农村不卫生厕所如旱厕和深坑的比例仍比较高。
- 4、**儿童计划免疫覆盖率维持在较高水平，但近年来基础性工作有所减弱。**从总体来看，城市和农村地区儿童计划免疫覆盖率仍呈现比较高的水平。本次调查现场查看了儿童计划免疫接种卡或手册，儿童计划免疫建卡率为 88.8%（其中：城市 94.7%，农村 87.3%），与 1998 年调查的 91.8%相比，略有下降。本次调查计划免疫接种情况为：卡介苗接种率为 95.9%（城市 97.7%，农村 95.4%）、百白破疫苗接种率为 88.4%（城市为 93.3%，农村为 87.0%）、脊髓灰质炎疫苗接种率为 89.8%（城市 93.9%，农村 88.6%）、麻疹疫苗接种率为 94.3%（城市 96.7%，农村 93.7%），乙肝疫苗接种率为 80.2%（城市 93.0%，农村 76.7%）。公共卫生工作在农村特别是贫困地区落实不够，三类地区儿童计划免疫建卡率仅 83.2，四类地区仅为 82.2%。
- 5、**结核病在部分地区患病率仍然较高，防控措施需要进一步加强。**调查结果显示，调查地区估计结核病患者率为 153.4/10 万（城市 115.5/10 万，农村 166.2/10 万），其中：96.4%的结核病患者接受了治疗。但是，仅有 61.1%（城市 73.7%，农村 58.4%）药物治疗的患者有人监督其吃药；城市督导人员主要是家庭成员 82.1%，其次是医院医生 14.3%，农村地区主要由家庭成员（62.7%）、村医（15.7%）、医院医生（13.7%）担任。

（四）城乡间卫生服务利用的差异明显，城市或农村不同人群之间的差异逐步扩大

- 1、**城乡之间居民卫生服务利用的差别明显。**我国“二元”经济结构，反映在城乡健康状况、疾病负担、卫生服务利用上存在巨大的差异。三次卫生服务调查结果显示，城市卫生服务需求和利用水平明显高于农村。近年来，城市和农村在卫生服务利用水平上的差异表面上有逐步缩小的趋势，如：城乡居民的两周就诊率在 1993 年分别为 19.9%和 16.0%，在 2003 年分别为 11.8 %和 13.9%，年住院率在 1993 年分别 5.0%和 3.1%，在 2003 年分别为 4.2%和 3.4%，实际上是城市门诊和住院服务利用水平不断下降所引起的。从卫生服务利用的经济负担上来看，城乡居民医疗卫生支出占家庭支出的比例分别为 9.3%和 12.9%，农村明显高于城市。由于农民缺乏医疗保险，经济条件仍然是影响农村居民卫生服务利用的主要原因。尽管近年来农村卫生改革措施相继出台，合作医疗覆盖率有一定程度回升，从调查结果看，这些政策的对农村卫生改革，农民最终受益还需要有个过

程。

- 2、**城乡不同人群之间卫生服务利用的差异在扩大。**我们按收入水平分为五个收入组，结果表明不同收入水平居民之间的卫生服务利用差异明显，未就诊率、未住院率随着收入水平的提高而降低。问题的关键是，过去十年，不论城市、还是农村，不同经济收入水平人群的卫生服务利用差距没有缩小，反而在进一步加剧。从患者未去就诊的比例来看，1993 年到 2003 年城乡居民未就诊率、未住院率呈逐步上升的趋势，收入越低的组，未就诊比例越高，未就诊增加的幅度越高，也就是说城乡卫生服务利用率下降主要归因于低收入人群。收入组与高收入未就诊率、未住院率的差异扩大有进一步加剧的趋势。低收入组不仅疾病经济负担大，医疗保险覆盖率也低，2003 年城市低收入人口中无医疗保障人口的比例高达 76%。
- 3、**贫困地区，低收入人群、弱势人群公共卫生状况不容乐观。**不同类型地区、不同收入人群卫生服务需要、需求和利用分析，可以看出城乡之间、不同农村地区之间、同一地区不同人群之间的差异。贫困地区、低收入人群、弱势人群不仅在医疗服务，而且在公共卫生服务都处于较低水平。如贫困农村地区不安全饮用水住户比例高达 50.3%，使用不卫生厕所的住户比例高达 91.3%（经济好的农村地区分别为 7.8%和 67.2%）；不同农村地区儿童计划免疫接种率也表现出经济水平越高，接种率越高的趋势。同样，在同一地区不同人群中，公共卫生服务差异明显，如孕妇产前检查的比例，城市最低收入组为 90%、最高收入组为 100%，农村最低收入组为 75%、最高收入组为 95%；住院分娩的比例，城市最低收入组为 85%、最高收入组 98%，农村最低收入组 45%、最高收入组 81%。

（五）卫生资源总量不断增加，但配置不合理、效率低下的现象没有得到根本扭转

- 1、**国家对卫生机构投入增加，卫生资源总量增加，但投入方向不尽合理。**过去五年，政府卫生财政支出持续增加，但对公共卫生支出增加不显。调查结果表明，调查地区各级政府卫生财政支出 2002 年比 1997 年增加了 30%。政府卫生支出主要集中在医院、卫生院和中医院，占卫生事业费支出总计的比例从 1997 年的 89.9%降低为到 2002 年 88.4%，而公共卫生经费支出(如防治防疫和妇幼保健支出)比例仅 8.8%增加到 10.5%，增加比例不足两个百分点。
- 2、**我国卫生事业取得长足发展，不论是卫生机构的规模、还是人力、物力和财力的数量和质量，均有所增加和提高。**2003 年卫生部门每所综合医院平均固定资产为 3166 万元，比 1998 年增加了 66%，平均每床占用固定资产总金额为 150189 元，比 1998 年增加了 94%。医院 CT 设备台数从 3543 台增至 4760 台，核磁共振仪从 512 台增至 714 台，彩超从 4596 台增至 5926 台，肾透析仪从 5390 台增至 7703 台，心脏监护仪从 27580 台增至 47024 台，产程监护仪从 3864 台增至 5316 台，800MA 及以上 X 光机从 2748 台增至 3093 台。过去我们常说，国家和各级政府财政对卫生投入的 80%集中在城市，其中 80%集中在城市大医院，这种现象并没有得到根本转变。一些符合公众利益、具有更大社会效益的预防保健、基本医疗服务和农村卫生事业等工作，却因筹资困难发展缓慢，甚至有些已开展的工作难以为继。
- 3、**病人流向不合理，进一步刺激了卫生资源不合理配置。**本次调查表明，城乡居民就诊流

向进一步向上级医院集中，病人就诊不合理的现象没有得到改变。城市 25.7%、农村 53.5%的患者在基层医疗单位就诊，与 1998 年调查相比，城市就诊患者在基层医疗机构就诊的比例减少了 1.1 个百分点，一些城市减少了 6 个百分点，农村在村卫生室就诊的比例下降了 7 个百分点。农村患者到县及县以上医院、城市患者到大医院就诊的比例增加。不合理的病人流向，一方面使基层医疗机构的资源利用率和技术水平下降，另一方面也使大医院的资源得不到合理利用，大医院看小病、看常见病，也是造成“看病难、看病贵”，等候时间长的原因。

- 4、**医疗服务系统整体效率下降。**近年来，医疗机构规模逐步扩大，但服务总量减少，医疗服务系统的整体效率下降。从全国来说，近五年来医疗机构诊疗人次不断下降，住院人数起伏不断。医疗机构服务效率如病床使用率，综合医院由 1990 年 88.2%下降到 70.6%，乡镇卫生院由 40%下降到 36.3%。综合医院平均每一医生每工作日担负诊疗人次由 5.5 次下降到 5.0 次、住院床日数由 2.1 下降到 1.5。
- 5、**医疗机构业务收入增加明显，群众满意度有待提高。**医疗机构工作效率下降，但业务收入增长明显。2003 年全国综合医院业务收入为 1750 亿元，比 1998 年增加了 66.4%；综合医院平均每个门诊病人医疗费为 108.2 元，比 1998 年增加了 57.5%，平均住院病人医疗费 3910.7 元，每床日 391 元，比 1998 年增加了 76.1%。居民对医疗服务费用过快增长明显不满。调查结果显示，32%城市、18%农村的门诊患者认为门诊医疗费用过高且收费不合理；38%城市、31%农村的住院者对住院费用过高表示明显不满。医疗服务利用者除对医疗费用反映强烈以外，也有部分患者对医疗机构进行投诉的方便程度、查询医药费用账单的方便程度、就诊路途上花费时间和不方便、以及在就诊机构的技术水平、设施和环境等表示不满意。

四、相关政策建议

本次调查的主要发现，揭示了我国卫生事业在改革和发展中出现的矛盾、问题和挑战。可以看出，在我国经济结构转型阶段，卫生改革和发展面临的矛盾和问题与计划经济时期有着本质的区别。经济结构重大调整、市场供求关系变化、居民收入差距拉大、卫生服务需求多样化在很大程度上撞击着传统的卫生管理体制和服务体系。落后的卫生管理手段、不合理的卫生经济政策、以及医疗机构的逐利趋势、市场的失灵和缺陷，使得医患之间、供需之间矛盾进一步加剧，体制和机制的深层次问题日益突出。卫生改革与发展面临着政府（计划）与市场的艰难选择，只有用改革和发展的手段，研究和解决发展中出现的问题，促进卫生改革和发展。针对调查中的主要发现，以下政策问题需要认真研究和解决。

1、**如何界定政府的卫生职责，明确政府在卫生领域中的作用和功能？**目前，我国卫生服务需要、需求随着经济结构调整和收入水平的变化出现多样化、多层次化趋势，政府财政已经无法满足人们日益增长的要求。同时，卫生服务特别是公共卫生的社会属性决定了市场无法保证广大居民获得基本医疗服务的权益。因此，合理地划分政府与市场的责任，明确政府的卫生职责，是亟待研究的重要宏观政策问题。政府至少应该在投资公共卫生和基本医疗服务；建立居民医疗保险制度和医疗救助制度；改革医疗卫生体系，促进多样化和竞争；转变职能，加强执法监督；规范医疗服务市场和行为等卫生领域中发挥作用。

2、**如何改革和完善我国卫生服务体系，适应不断变化的卫生服务需要和需求？**调查发现，我国居民疾病模式发生了重大变化，卫生服务体系结构必须做出相应调整。当前，许多

地区，通过区域卫生规划，改革现有卫生服务体系，调整医疗机构的布局，加强社区卫生服务，取得了一定进展。问题在于改革我国卫生服务体系，主动满足群众需求的动力在哪里？如何建立明确的激励机制和制约机制，使目前存在的“条块分割”“功能相近”“相互无续竞争”的状况得到改善，使各级各类机构形成责任明确、分工合作、统一协调的服务体系？解决这些卫生管理问题首先应该加快发展社区卫生服务，完善社区卫生服务政策；改革基层卫生服务管理，减少基层专业性机构；规范综合性医院、专科医院的服务内涵，建立与社区卫生服务双向转诊制度；加快现代医院制度建设，积极探索公立医院改革的有效途径；多渠道举办医疗卫生机构，扩大卫生筹资来源，促进卫生领域竞争。

3、如何改革和完善卫生经济政策，保障卫生事业持续、稳定、健康的发展？现行卫生经济补偿基本沿用计划经济时代的政策，如医疗机构沿用“药品加成”、“项目收费”等，这些政策在计划经济时代是可行的，当时医生的收入与开多少药品、做什么检查没有直接联系。问题是在市场经济时代，由于医疗市场是不完全的市场，具有医疗消费的不确定性、消费信息的不对称性、消费行为的被动性以及医疗服务的公益性等本身固有的属性，一般市场调节手段很难对医疗服务起作用。当医院和医务人员的补偿与医疗行为挂钩时，这些政策不仅不能克服市场失灵的问题，却成为了一些医院和医生诱导医疗服务需求的手段，使得医疗单位在机会成本利益的驱动下，利用大处方、高价位和进口药品、竞相添置大型高精尖设备，以期获得超额收益，反而加大了市场失灵。这就是当前医疗费用不断高升，医疗行为扭曲、医德医风滑坡、社会反应强烈的根本原因。如果这些问题得不到根本解决，卫生改革必然走向死胡同。当前，各方面对改革现行卫生经济政策争议很大，难度确实很大。建议：认真研究目前卫生经济政策的不合理性，为制定和出台新的医疗服务补偿政策和价格体系打下基础；加快“四降一升”的试点，推进卫生经济政策的改革；积极探讨建立以“病种费用”为基础、多种收费制度相结合的方法；加大财政对公共卫生的投入，逐步减少公共卫生服务收费项目。

4、如何加快农村卫生事业发展，逐步减少城乡卫生服务的差距？近些年来，各级政府加大农村卫生投入，通过“三项建设”，是农村卫生基础设施有了明显改观；国家财政通过转移支付，重点加强了中西部农村地区疾病控制机构、采供血机构、部分乡镇卫生院建设；新型合作医疗制度的试点和逐步推广，将逐步减少农民的疾病风险和就医负担。但是，农村卫生事业发展仍然落后，除了加大政府转移支付力度，加强农村卫生事业基础设施建设外，农村卫生事业发展的关键是人才。2002年10月，中共中央、国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，明确提出了农村卫生工作的指导思想和奋斗目标，做出了建立农村卫生服务体系和新型合作医疗制度的重大决策，将成为推进新时期农村卫生工作的重大里程碑。因此，应该继续加强农村卫生事业的基本建设，体现卫生工作以农村为重点；稳步推进新型合作医疗制度工作，积极探索多种医疗保险的实现形式；建立农村人才培养的机制，加快卫生人才的培养；加快落实城市对口支持农村的政策；加快建立和完善农村医疗卫生机构管理体制和内部运行体制。

5、如何全面提高全社会的健康意识、广泛提倡科学的健康行为，将被动预防变为主动的综合预防？通过广泛的健康促进和健康教育，改善全体居民的健康行为，开展综合性预防措施，积极预防慢性非感染性疾病的发生，推进全体居民的健康水平。突出一级预防，发挥预防、医疗、和社区卫生服务等各方面机构的作用，通过各种途径在大力推行科学合理的健康行为的同时，改变城乡居民对健康和卫生服务利用的观念和行为，提高卫生服务的有效性和安全性。明确政府公共卫生和重大传染病防控的责任，有针对性地加强重大传染病的控制，以减小重大传染病对城乡居民健康和我国社会稳定和经济发展的影响。要动员全社会的

力量，通过各级政府调动不同部门和全社会的积极性，加强重大传染病的及时发现与报告，制定相应的传染病控制预案，采取针对性的预防和控制措施，针对重大传染病的发生、传播和治疗的各个环节，切实防止重大传染病的大规模发生。及时发现计划免疫、妇幼卫生保健等基础性公共卫生工作中存在的问题和薄弱环节，强化各级政府公共卫生责任，有重点地推动各项基础公共卫生工作的覆盖水平和服务质量。