

# 国家卫生服务研究

----1998年第二次国家卫生服务调查分析报告

**Research on National Health Services**  
**--An Analysis Report of the Second National Health**  
**Services Survey in 1998**

中华人民共和国卫生部

**Ministry of Health**

**People's Republic of China**

一九九九年七月

## 序 言

为了贯彻落实党的十五大精神和《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》，继续深化卫生改革，推动卫生事业健康发展，按照卫生部《卫生事业第九个五年计划及2010年规划设想》的要求，经国家统计局批准，从1998年6月起，由卫生部主持，各省、自治区、直辖市卫生厅局参与，“第二次国家卫生服务调查”在全国范围内开展，现已完成调查分析报告。这次调查和分析，将对全国卫生改革和发展具有积极的推动作用。

当前，我国经济和社会体制改革全面推进，卫生改革也到了攻坚阶段。卫生改革与发展，一方面要求我们正确认识我国社会主义初级阶段的基本国情，另一方面要求我们准确把握社会主义市场经济条件下卫生事业改革和发展的客观规律。医疗机构改革与发展，卫生监督体制和预防保健体制的改革，农村初级卫生保健工作，是今后一段时期的工作重点。围绕卫生改革和发展的目标和重点，“第二次国家卫生服务调查”对全国城乡居民健康水平、卫生服务的需要和需求量、医疗保障制度改革、医疗保健费用、卫生服务资源及其利用效率等方面内容进行深入、系统的调查分析。这次调查分析探讨了在社会主义市场经济条件下卫生服务供需之间的特点及其影响因素，预测今后卫生服务供需变化的趋势，为进一步制定我国未来卫生事业改革与发展规划，深化卫生改革，提供了大量信息和政策性依据。

在“第二次国家卫生服务调查”过程中，各地卫生行政部门高度重视，精心组织、认真实施，出色地完成了调查和分析任务。在此，我代表卫生部对参加单位、各地调查工作的领导者、组织者和全体调查人员表示衷心的感谢！国家卫生服务调查研究是我国卫生行政部门职能转变的一项基础性工作，是卫生行政管理及决策科学化、民主化的一项重要手段。今后，我们要加强卫生改革和发展的理论、业务学习和政策调研，解放思想，转变观念，知难而进，开拓进取，努力把卫生工作推向一个新的台阶。

中华人民共和国卫生部部长：

一九九九年七月六日

## 编 者 说 明

由卫生部组织，各省、自治区、直辖市卫生厅局参与进行的第二次国家卫生服务调查，按照卫生部制订的《第二次国家卫生服务调查方案及调查指导手册》的要求，组织动员了近2000名各级卫生行政机构领导和医疗卫生单位医务工作者，于1998年6月底完成现场调查，10月底完成数据复核、数据录入和上报，12月底完成数据清理和数据库建立。与1993年第一次调查相比，这次调查的抽样框架、样本地区，调查时间、基本调查项目和调查人员组成基本不变，调查住户重新随机抽取，调查内容有所扩充，既保持调查资料的代表性和可比性，又反映当前居民卫生服务需要、需求变化和卫生改革重点。整个调查涉及范围之广、调查人数之多、调查内容之复杂在国内、外卫生服务调查研究领域尚属罕见。

与第一次调查一样，调查资料的数据处理采用分省录入，集中汇总分析的方法。各样本县、市按期将调查表收齐审核无误后，报送各省、自治区、直辖市卫生厅局。各省、自治区、直辖市卫生厅局组织有关人员按照卫生部统一编制的程序将合格的调查表录入，并将数据软盘保送卫生部。个别省因遭受特大洪水，集中人力抗洪救灾，数据录入和上报数据有所延迟。我们对各省、自治区、直辖市的上报数据进行了认真清理和逻辑审查，与第一次调查相比，这次各省、自治区和直辖市调查数据质量有较大提高。采用EPINFO、SAS、STATA等软件包进行建库、清数和分析。

本报告针对这次调查的重点进行了描述性和分析性分析，并与第一次调查的结果进行了对比。报告内容主要包括五大部分：第一部分为绪论；第二部分为家庭健康询问调查结果的描述性分析；第三部分为影响城乡居民医疗服务利用的多变量分析；第四部分为卫生机构调查结果的描述性分析；第五部分为调查结果的总体估算、主要发现和有关问题的讨论。同时，列出较为详尽的描述性分析表和有关附件。

进一步的分析和专题研究将逐步展开。欢迎各级卫生行政部门、医学科研单位和大专院校同仁们共同利用调查资料。

参加资料分析和报告撰写的同志主要有饶克勤、高军、徐玲、胡建平、周红、黄东祖、张黎明、徐丽和黄林等，陈育德同志对整个报告进行了审阅和修改。

由于时间仓促，资料处理和分析任务量大，内容涉及面广，难负有疏漏与不当之处，请予指正。

卫生部卫生统计信息中心

一九九九年六月三十日

# 第二次国家卫生服务调查分析报告

## 第一部分 绪 论

### 一、前 言

为了适应社会主义市场经济体制形成和发展、政府职能转变和科学决策的要求，加强卫生事业发展战略目标及其实施过程的监督、监测和评价，卫生部于一九九三年在全国范围内开展了第一次国家卫生服务总调查。调查获得的信息对于了解和评价我国居民健康状况、掌握居民卫生服务需要和需求的变化，对于各级卫生行政部门管理科学化、民主化，合理配置卫生资源，调控卫生事业各种供求关系，提高卫生服务的社会效益和经济效益产生了重要作用。

过去五年，我国社会主义市场经济体制逐步形成，国民经济和社会快速发展，居民卫生服务需要、需求、利用和供给都发生了新的变化。随着国家经济和政治体制改革的不断深入，特别是党的十五大精神和《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》的贯彻执行，我国卫生工作不断面临着新的机遇和挑战，城、乡医疗保障制度改革、卫生管理体制和运行机制的改革、实施区域卫生规划等已经提到各级政府及卫生行政部门的议事日程，也对调查研究产生新的需求。为此，卫生部部务会决定在 1998 年开展第二次国家卫生服务调查，并要求此次调查在认真总结首次调查经验、保持调查连续性和可比性的基础上，围绕卫生改革和发展目标和重点，对全国城乡及不同类型地区居民健康水平、卫生服务需要和需求量、医疗保障制度改革、医疗保健费用、卫生服务资源及其利用效率进行深入了解和系统分析，探讨在社会主义市场经济条件下卫生服务供需之间的特点及其影响因素，预测今后卫生服务供需变化的趋势，为推进卫生改革和发展、制定卫生资源配置标准和实施区域卫生规划、评价《卫生事业第九个五年计划及二 0 0 0 年规划设想》实施进展情况提供客观依据。

根据部务会的要求，我们与各省、自治区、直辖市卫生厅（局）以及各样本县、市卫生局相互配合，于 1998 年 2 月完成第二次国家卫生服务调查设计、预调查和方案论证，4-5 月完成国家和样本县、市两级现场调查培训，6 月底完成现场调查，10 月底完成数据复核、数据录入和上报，12 月底完成数据清理和数据库建立。与 1993 年第一次调查相比，这次调查的抽样框架、样本地区，调查时间、基本调查项目和调查人员组成要求不变，调查住户重新随机抽取，调查内容有所扩充。既保持调查资料的代表性和可比性，又反映当前居民卫生服务需要、需求变化和卫生改革重点。此次调查时间紧、任务重、难度大，组织和动员了近 2000 名各级卫生行政机构领导和医疗卫生单位医务工作者，他们为完成调查付出了辛勤的劳动。在此，表示衷心的感谢！

本报告分五个部分：第一部分为绪论，主要介绍这次调查目的、调查方法、调查内容、调查实施的质量控制和调查结果的质量评价；第二部分是家庭健康询问调查结果的描述性分析，包括调查人群的一般情况、居民健康状况和卫生服务需要量、需求量和利用量及其影响因素的分析；第三部分为影响城乡居民医疗服务利用的多变量分析，包括门诊就诊概率、就诊单位选择概率、就诊费用、住院概率和住院费用的影响因素分析；第四部分为卫生机构调查结果的描述性分析，包括样本县、市社会经济发展主要指标，各级各类卫生机构人力、物力、财力以及工作效率、效果分析；第五部分为调查结果的总体估算、主要发现和有关问题的讨论，包括对调查结果的基本评价，通过样本对全国居民健康和卫生服务主要指标的估算，分析变化的趋势以及产生变化的原因，并提示当前卫生服务过程中值得注意的问题和政策建议。

## 二、调查目的

国家卫生服务调查基本目的是提供人群健康状况、卫生服务需求量、卫生服务资源配置及其利用效率的资料，为制定政策和评价提供客观依据。具体目的如下：

(1)通过对样本地区居民各类疾病患病率、伤残率、疾病严重程度及其丧失劳动能力程度等健康状况的调查，掌握我国不同类型地区居民和特殊人群卫生服务需要量以及存在的主要健康问题，分析居民卫生服务需要的变化及其影响因素；

(2)通过对样本地区居民卫生服务利用和卫生资源拥有量的调查，探讨居民卫生服务需要向需求转化的程度、卫生服务需求与供给之间的关系及其影响因素，评价卫生服务资源利用的效率，发现卫生资源配置、利用等方面存在的问题，为制定和实施区域卫生规划、合理配置卫生资源提供客观依据；

(3)通过对样本地区居民医疗保障制度和医疗保健费用的调查，了解城乡和不同类型地区医疗保障制度改革进展、各种医疗保障制度覆盖范围、居民医疗保健负担能力和负担水平，以及医疗保障制度改革对居民卫生服务需求和利用的影响等，为建立健全我国城乡居民的医疗保障制度，完善国家卫生筹资政策提供有关信息；

(4)分析和研究我国居民健康状况、卫生服务需要、卫生服务利用及卫生服务资源之间的联系，探讨卫生服务供需的平衡关系，为卫生事业的改革和发展、宏观管理和科学决策提供依据。

## 三、调查方法和内容

### 1、被调查者与调查时间

家庭健康询问全国城乡被抽中样本户的全部实际人口（凡居住并生活在一起的家庭成员和其他人，或单身居住、生活的，均作为一个住户）。卫生机构调查被抽中样本县（市或市区）、样本乡镇（街道）、样本村（居委会）的卫生机构和基层卫生组织。1998年6月为现场调查时间，10月底初步完成了资料复核，数据录入和上报，12月底完成数据清理和数据库建立。

### 2、抽样设计

1993年第一次国家卫生服务调查遵循经济而有效的原则，采用多阶段分层整群随机抽样的方法，通过样本估计总体。实践证明，抽取的样本对全国及不同类型地区有较好的代表性。第二次调查抽样设计时考虑两个因素：一是资料的可比性；二是对第一次抽样结果进行分析发现，过去五年中不同类型地区之间的差异加剧，但同类地区之间的差异变化不明显，原有抽样框架仍具有代表性。

表 1-1: 国家卫生服务调查样本容量和抽样概率

单位名称	全国总数	抽样样本数	抽样概率
县 / 市区	2450	95	1:26
乡镇 / 街道	71250	475	1:150
村 / 居委会	1045000	950	1:1100
户	280000000	56000	1:5000

因此，“第二次国家卫生服务调查”沿用了第一次调查的样本地区，除住户在样本村重新随机抽取外，样本县（市区）、样本乡镇（街道）和样本村（居委会）基本不变。此外，由于过去的五年中，国家行政区划的调整，如重庆直辖市的成立，这次调查时增加了3个样本县、市。调查样本地区包括：95个县（市区）、475个乡镇（街道）、950个村（居委会）。

家庭健康询问调查最终的抽样单位是户，在每个样本村（居委会）中随机抽取 60 户，全国共抽取 56,000 户（21 万多人口）。全国平均每户被抽取的概率约为 1:5000。

### 3、调查内容

第二次国家卫生服务调查由两个组成部分，即家庭健康询问调查和卫生机构调查。家庭健康询问调查内容包括：①调查家庭成员的社会人口学特征，如性别、年龄、婚姻、教育、就业等；②家庭经济状况、居住条件、生活环境和生活方式、卫生服务可得性及家庭成员的医疗保健制度等；③调查前两周内患病、调查前半年慢性病患病名称、频次、持续时间，因病伤活动受限及丧失劳动能力情况（残疾和失能）；④调查前两周内因病伤就诊人次、就诊费用、就诊机构种类，患者未就诊原因、采取自我医疗的方法和药品来源；⑤调查前一年因病伤住院的人次数、住院日数、住院机构种类、住院费用、需要住院未能住院的原因等；⑥1996-1997 年孕产妇和婴儿保健情况，包括生育史、最后一次妊娠的结局、分娩的地点、接生方式及接生者、产前检查和产后访视、婴儿出生体重、母乳喂养、健康状况、接受系统保健等情况。与 1993 年第一次调查相比，减去了单列的 5 岁以下儿童保健和 60 岁老年人调查表。

卫生机构调查内容与 1993 年第一次调查基本一致，包括：①全县（市或市区）自然条件、人口状况、社会经济发展状况等；②全县（市或市区）卫生资源配置，包括机构、人力、床位、卫生经费等；③县及县以上医院（中医院）、卫生防疫站、妇幼保健所站等卫生机构资源配置及其利用情况；④样本乡镇（街道）卫生机构资源配置及其利用情况；⑤样本村（居委会）卫生组织形式、卫生资源配置及其利用情况；由于预防保健服务对于居民而言大多是被动的，因而在卫生防疫站、妇幼保健所站、乡镇（街道）卫生院和村卫生组织的调查表中，增加了一些预防保健服务需要量指标。

### 4、调查方法

家庭健康询问调查采用派调查员入户询问调查方式。经培训合格的调查员在对调查户进行摸底调查后，深入住户按调查表项目对该户所有的成员逐一进行询问调查。卫生机构调查采用文件抄录和实地调查相结合的方法。常规报告、报表和工作记录已有的指标，可根据调查表具体的要求抄录；需要调查的指标由样本县（市或市区）卫生局、被调查卫生机构的统计人员在有关人员配合下进行实地调查。

（1）调查人员：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。调查员均选择当地的医务人员承担，在农村主要挑选乡镇卫生院的医生和防保人员，并由所调查村的乡村医生配合；在城市挑选街道和地段医院医生。非医务人员由于他们在疾病诊断方面存在困难，不予考虑。一般一个样本乡镇（街道）组织两个调查组，一个调查组有 2 名调查员，具体负责一个样本村的调查。调查指导员负责调查的组织、指导、检查、及调查问卷的验收复查工作。调查指导员均为县（市区）卫生局指定乡镇卫生院负责人担任。此次调查时间紧、任务重、难度大，组织和动员了近 2000 名各级卫生行政机构的领导和医疗卫生单位医务工作者，他们为完成调查付出了辛勤的劳动。

（2）资料收集的工具：家庭健康询问调查采用调查表，具体调查表包括：①家庭健康询问调查表；②孕产妇和婴儿健康调查表；③两周病伤调查表；④调查前一年住院调查表。卫生机构调查采用：①全县（市或市区）基本情况调查表；②乡镇（街道）卫生机构调查表；③村级（居委会）卫生组织情况调查表；④医院（县及县以上医院、中医院）情况调查表；⑤卫生防疫机构情况调查表；⑥妇幼保健机构情况调查表。

## 四、调查实施的质量控制和调查质量评价

### 1、调查实施的质量控制

为了保证调查顺利展开和调查质量，对每一个环节实行了严格质量控制。我们从以下几个方面进行质量控制：

(1) 调查方案设计、论证和试调查：在总结第一次调查方案的基础上，进一步筛选调查指标、保证指标解释清晰、标准统一，召开两次专家论证会，并在天津市蓟县进行了试调查，检验调查设计的合理性及可行性；

(2) 调查人员培训：按统一计划、教材进行了两级培训，卫生部负责培训省级调查管理人员和样本县、市负责人及师资，省督促各样本县、市（市区）直接培训调查指导员和调查员。要求每一个调查员必须明确调查目的意义，了解调查设计原则，掌握调查询问方法和调查表填写内容，保证调查质量。培训结束后，对每个调查员进行考查，合格后方可参加正式调查。根据各调查点调查人员统计：95% 以上的调查员是具有医士及以上技术职称或医学中专及以上学历的医务人员；

(3) 明确调查人员工作职责：建立了“国家卫生服务调查调查人员职责及现场工作准则”，要求每一个调查指导员和调查员必须按照工作准则进行调查；

(4) 建立调查质量的核查制度：包括：①现场调查中，在每户询问并记录完毕后，调查员都要对填写的内容进行全面的检查，如有疑问应重新询问核实，如有错误要及时改正，有遗漏项目要及时补填；②每个乡镇（街道）的调查指导员要对每户的调查表进行核查验收，从正式调查开始后的当晚检查调查表的准确性和完整性，发现错漏项时，要求调查员应在第二天重新询问予以补充更正，认真核实无误后，方可签字验收；③每个县（市区）设立质量考核小组在调查过程中抽查调查质量，调查完成后进行复查考核，家庭健康询问调查的复查考核应在已完成户数中随机抽取 5%，观察复核调查与调查结果的符合率；机构卫生服务调查的复核应与有关报表如人员、财务、工作报表等核对，考查其符合率；④卫生部组织有关省成立质量检查组，分赴一些地区进行质量考核。

(5) 调查的质量要求：从各省 5% 的质量抽查结果来看，基本达到了质量要求。①一致性百分比，用来衡量调查人员调查技术的一致性，要求经过培训后，调查人员调查技术的一致性达到 100%；②符合率：复查考核中，同户复查与调查结果的符合率除了两周患病情况有所差异以外，其他项目符合率均在 97% 以上；③调查完成率：在出现了三次上门无法调查而放弃该户时，应从候补户数中按顺序递补。因个别地区自然灾害等情况，全国调查完成率为 99.8%；④本人回答率：回答应以本人为主，成年本人回答率在 70% 左右，本人不在场时应由熟悉其情况的人代替回答，婴幼儿由直接抚养者回答，育龄妇女基本是本人回答，农村地区此比例略高一些。

## 2、 调查数据质量与代表性的检验与评价

调查资料的质量还可以通过调查数据内部的逻辑关系加以判断，并与 1990 年第四次人口普查的数据对照比较，进一步对调查资料进行评价。如调查的人口年龄别与全国总体比较的一致性检验（Myer's Index 和 Test of Goodness for fit）、某些人口学指标如家庭人口规模、结构、婚姻状况、文化程度、职业状况等与第四次人口普查数据一致性检验（Delta Missimilarity Index 和 Gini Concentration Ratio）。

### (1) 玛叶指数（MYER'S INDEX）

玛叶指数是判断调查质量的一种方法，它先假设在一个不存在任何数据偏好的人口中，以 0-9 中的任何一个数字结尾的年龄别人口数，应该占总人口的十分之一。实际人口年龄分布与理论分布差数的绝对值之和，称为玛叶指数。玛叶指数取值范围为 0-99，0 表示实现数据严格符合理论分布，没有任何堆积现象，99 表示该人口年龄都是同一个数字结尾。一般情况下，由于各年龄组均存在死亡、迁移等现象，而且各年龄组死亡概率、迁移率均不一致，

实际人口年龄分布与理论分布有偏差，但玛叶系数不能大于 60，大于 60 可以肯定该调查人口数据存在严重的年龄偏好即堆积现象。此次调查计算的玛叶指数为 3.725，说明调查质量较好。

表 1-2： 1998 年第二次国家卫生服务调查家庭健康调查人口玛叶指数计算表

年龄 结尾 数字	10-49 混合 人口	岁 权重 系数	区间 (2)*(3)	20-59 混合 人口	岁 权重 系数	区间 (2)*(3)	(4)+(7)	占累计 人口的 百分比	与 10% 的离差
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
0	15996	1	15996	14026	9	126234	142230	11.1965	1.19651
1	14124	2	28248	11819	8	90048	118296	9.3124	0.68759
2	13193	3	39579	11256	7	82082	121661	9.5773	0.42270
3	13729	4	54916	11726	6	69222	124138	9.7723	0.22770
4	13574	5	67870	11537	5	59125	126995	9.9972	0.00280
5	13528	6	81168	11825	4	44240	125408	9.8723	0.12773
6	12857	7	89999	11060	3	33246	123245	9.7020	0.29800
7	12897	8	103176	11082	2	22634	125810	9.9039	0.09608
8	13218	9	118962	11317	1	11071	130033	10.2363	0.23635
9	13249	10	132490	11071	0	0	132490	10.4297	0.42977
							1270306	100.00	3.72527

(2) 拟合度检验 (Test of Goodness for Fit)

比较调查数据是否与其他调查数据相吻合，我们将全国第四次人口普查的数据作为理论数并假设其分布是正态分布，把这次调查的数据作为抽本数据，观察样本数据的分布与理论频数分布的拟合程度，也就是把样本分布与正态分布相比较，作为判断调查质量的一个方法。

表 1-3: 调查人口年龄构成与总体参数的拟合度检验

顺 号	年 龄 分 组	全国人口 构成(Pi)	样本人口构 成(Si)	$\frac{(Si-Pi)^2}{Pi}$
1	0-4	10.30	8.21	0.4241
2	5-14	17.39	18.38	0.0564
3	15-24	21.75	17.98	0.6534
4	25-34	16.64	16.19	0.0122
5	35-44	13.27	15.11	0.2551
6	45-54	8.38	9.25	0.0903
7	55-64	6.69	7.90	0.2188
8	65 及+	4.06	6.95	2.0571
9	合计	100.0	100.0	
1	卡方值			3.7674
0				

表 1-3 是这次调查人口年龄结构与 1990 年第四次人口普查的人口年龄结构的拟合度检验过程和检验结果。过去的八年，不论城市和农村，人口的年龄结构肯定要比 1990 年要偏

老年化，在没有近年全国人口结构的情况下，与 1990 年人口结构相比，如果是偏老年化，没有显著性差异，也可以表明调查的质量和代表性。检验结果在自由度为  $(K-1)-2=5$ ；卡方值为 3.7674，小于 95%  $(n=5)=11.07$ ，P 值大于 0.05，说明样本年龄结构指标的分布与总体分布的差异无显著性。

### (3) DELTA 不相似系数与 GINI 集中比

DELTA 不相似系数和 GINI 集中比均是反映样本指标的分布与总体分布的一致性的大小。它们不仅能判断样本对总体的代表性，同时也能反映抽样调查数据质量。表 1-4 是样本地区实际调查的住户人口分布与 1990 年第四次人口普查全国住户人口总体分布的 DELTA 不相似系数和 GINI 集中比，第(6)栏  $| (3)-(5) |$  的合计被 2 除是 DELTA 不相似系数，第(7)栏合计数与第(8)栏合计数差的绝对值是 GINI 集中比。这两个指标越接近 0，表示样本分布与总体分布一致性越好。

表 1-4: 家庭健康询问调查住户规模构成与总体参数有关指标的计算表

每户人数大小	全国构成%	户数累计 (Pi)	样本构成%	户数累计 (Si)	$  (3)-(5)  $	$P_i * S_{i+1} (7)$	$P_{i+1} * S_i (8)$
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1	0.063	0.063	0.052	0.052	0.011	0.0105	0.0090
2	0.111	0.174	0.115	0.167	0.004	0.0748	0.0691
3	0.240	0.414	0.263	0.430	0.023	0.2865	0.2890
4	0.258	0.672	0.262	0.692	0.004	0.5799	0.5875
5	0.177	0.849	0.171	0.863	0.006	0.7998	0.8060
6	0.084	0.934	0.079	0.942	0.005	0.9134	0.9166
7	0.039	0.973	0.036	0.978	0.003	0.9672	0.9682
8	0.017	0.990	0.016	0.994	0.001	0.9880	0.9910
9	0.007	0.997	0.004	0.998	0.003	0.9970	0.9980
10+	0.003	1.000	0.002	1.000	0.001	--	--
合计	1.000	1.000			0.061	5.6171	5.6344
指数					$\Delta=0.031$	GINI=0.0173	

表 1-4 的结果显示，DELTA 不相似系数等于 0.031 和 GINI 集中比为 0.0173，样本与总体的差异非常小，也可以理解样本住户人口分布与总体分布相差 3.1%或 1.7%。

通过上述方法的检验和判断，我们认为这次调查样本对全国的代表性较好。

## 第二部分：家庭健康询问调查结果的描述性分析

### 第二部分：家庭健康询问调查结果的描述性分析

根据家庭健康询问调查项目，第二部分重点描述分析以下五方面内容：(1) 调查地区居民的主要社会经济学、人口学特征、生活环境和生活方式；(2) 居民健康状况和卫生服务需要量（包括两周患病率及严重程度、慢性病患病率、长期失能和残障等）及其主要影响因素；(3) 居民医疗服务需求量和利用量（包括两周就诊率、年住院率、自我医疗情况、未就诊和未住院原因等）及其影响因素；(4) 居民医疗卫生费用（包括居民生活消费结构、医疗卫生消费支出、两周门诊费用、年住院费用等）及其影响因素；(5) 妇幼卫生保健和儿童预防接种进展。分析结果与 1993 年第一次调查进行比较，反映变化的特点和趋势。

本报告整个分析过程是以地区分类为主线。基本的地区分类是城市和农村，这是由我国地域广泛，社会经济发展、居民健康和卫生服务特征所决定的。问题是即使在城市或农村，地区间的社会经济状况和居民健康状况差异也十分明显。因而，进一步按地区分类分析更显得必要。根据人口规模，我们把城市地区分为大城市（非农业人口在 100 万以上，一般为省会城市）、中等城市、小城市（非农业人口在 30 万以下）三种类型；根据社会经济多个指标进行综合分类，把农村分为四类地区，即一类（相当于富裕农村）、二类（小康）、三类（温饱）和四类农村（贫困）。根据上述分类，我们将各省、自治区、直辖市的每一个市、县均分列在不同地区类别，结果见附件表。

## 一、基本情况的描述性分析

家庭健康询问调查详细询问了每一住户及其每一个家庭成员的一般情况，即社会、人口学特征，家庭经济收支和生活环境条件，家庭成员的生活方式和卫生习惯，享有医疗保障制度和卫生服务可及性等问题。这些问题（因素）不仅与居民健康状况关系密切，同时也对居民卫生服务需求和利用产生影响。描述性分析目的在于了解和掌握这些因素在地区、人群和时间上的分布、特征及其差异，为进一步分析研究和制定相关政策提供线索和依据。但由于篇幅的限制，本报告不可能将如此广泛的调查内容进行详尽地描述。根据宏观管理和决策需要，我们重点选择相关因素进行描述性分析。专题分析研究待下一步深入进行。

### （一）、被调查者的社会人口学特征

社会人口学特征反映了卫生服务对象的特点，也是影响卫生服务需要、需求的客观因素。这次调查重点突出了调查人口的性别、年龄、婚姻状况、文化程度、就业状况、在岗时职业状况等因素。描述性分析主要是了解社会人口学特征的分布规律和特点，并与 1993 年第一调查结果进行比较，考察其变化的趋势。

#### 1、调查范围和调查人口数

本次调查共抽取了 95 个县（市），其中城市 28 个（大城市 10 个、中城市 9 个、小城市 9 个）；农村县 67 个（一类农村 16 个、二类农村 21 个、三类农村 22 个、四类农村 8 个）。家庭健康询问调查共调查住户 56994 户，占应调查户数的 99.9%，其中：城市 16784 户（大城市 6599 户、中城市 4808 户、小城市 5377 户）；农村地区 40210 户（一类农村 9616 户、二类农村 11991 户、三类农村 13803 户、四类农村 4800 户）。调查人口共 216101 人，其中：城市 54549 人（大城市 20775 人、中城市 15581 人、小城市 18193 人）；农村 161552 人（一类农村 35983 人、二类农村 47938 人、三类农村 53815 人、四类农村 23816 人）。

#### 2、被调查者的性别及其构成

在所调查 216101 人中，男性占 50.78%、女性占 49.22%。男女性比例为 1.03。与 1993 年第一次调查相比，性比例略有升高。在城市，男性比例低于女性，与生育率下降、人口逐步老年化，女性寿命高于男性，中老年女性人数多于男性有关；而在农村，男性高于女性，尤其是经济不够发达的第三、四类农村，男女性比例达到 1.06-1.07。

表 2-1-1： 家庭健康询问调查——城、乡及其不同类型地区调查规模、被调查者性别构成

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993年第一次调查规模										
调查县市数	92	27	65	9	9	9	16	20	21	8

调查总户数	54984	16186	38798	5398	5389	5399	9598	11993	12598	4609
调查总人数	215163	54249	160914	17377	18424	18448	36918	49921	51837	22238
1998年第二次调查规模										
调查县市数	95	28	67	10	9	9	16	21	22	8
调查总户数	56994	16784	40210	6599	4808	5377	9616	11991	13803	4800
调查总人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	35983	47938	53815	23816
家庭平均人口	3.79	3.25	4.02	3.15	3.24	3.38	3.74	3.98	3.90	4.96
性别构成(%)										
男性	50.78	49.07	51.35	48.19	49.26	49.92	50.91	51.28	51.54	51.70
女性	49.22	50.93	48.65	51.81	50.74	50.08	49.09	48.72	48.46	48.30
男女性比例	1.03	0.96	1.06	0.93	0.97	1.00	1.04	1.05	1.06	1.07

### 3、被调查者的年龄构成

根据世界卫生组织年龄划分的原则，我们将年龄分为 8 个年龄组。调查城乡人群中：0-4 岁组占人口总数的 5.3%、5-14 岁组占 18.2%、15-24 岁组占 15.3%、25-34 岁组占 17.7%、35-44 岁组占 15.4%、45-54 岁组占 11.7%、55-64 岁组占 8.0%、65 岁及以上组占 8.5%。与第一次调查相比，人口结构更趋老年化。1993 年 65 岁及以上老年人占人口总数的 6.95%，这次调查的结果为 8.5%（调查样本人口年龄结构可能偏大）。按照国际标准，65 岁及以上人口超过 7.0%为老年化人口。如果排除调查中年龄存在偏倚或调查住户有选择的话，应该说我国人口正在开始步入老年化时代。从城乡比较来看，城市人口老年化问题尤为突出，在大城市这一比例超过了 15%，已对社会经济发展和卫生服务产生了重要影响。在经济不够发达或贫困农村地区保持着较高的出生率水平，调查结果显示，低年龄组人群，尤其是婴幼儿年龄组人口构成依然较大，0-4 岁组人口占 8.36%，15 岁以下儿童少年占整个人群的比例超过 30%。在这些地区，不仅社会经济和人口负担系数大，而且卫生服务需要量也大，妇幼卫生、儿童保健工作任务艰巨。

表 2-1-2: 家庭健康询问调查——城、乡及其不同类型地区被调查者的年龄构成 (%)

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
0-4岁	5.30	3.65	5.86	2.98	3.72	4.34	4.83	5.47	5.77	8.36
5-14岁	18.21	12.20	20.24	11.10	11.41	14.13	16.66	21.72	20.20	22.75
15-24岁	15.31	12.40	16.29	10.62	11.75	14.98	14.23	16.43	16.07	19.61
25-34岁	17.72	16.44	18.15	14.74	17.77	17.24	18.07	17.92	18.55	17.82
35-44岁	15.38	18.48	14.33	20.13	17.82	17.17	16.19	14.24	14.62	11.06
45-54岁	11.65	13.07	11.17	12.84	13.83	12.69	12.61	11.17	11.16	9.02
55-64岁	7.97	11.06	6.93	11.51	11.66	10.03	7.61	6.77	6.89	6.31
65岁及以上	8.47	12.70	7.04	16.07	12.03	9.43	9.80	6.28	6.73	5.07

### 4、十五岁及以上调查人口的婚姻状况

本次调查了十五岁及以上人口的婚姻状况。表 2-1-3 显示了城乡居民中，未婚者占十五岁及以上人口的比重为 20.0%，初婚（指一次婚姻）者占 71.1%、再婚者（指两次及以上婚姻）占 1.7%、离婚者占 0.9%、丧偶（指丧偶未再婚）者占 6.2%。从人口年龄构成我们发现，城市青少年人口比例较低，老年人比例较高，因而，人群中未婚所占比例低于农村，

丧偶的比例高于农村。城乡丧偶者的比例，分别为 6.8%和 6.0%，他们大多是孤寡老人，生活需要社会照顾和帮助。与 1993 年第一次调查相比，离婚者所占调查人口的比例有所上升，城市由 0.9%增加到 1.6%，农村由 0.5%增加到 0.7%。在经济欠发达的第四类农村，离婚者占调查人口的比例也达到 1.6%。

表 2-1-3： 家庭健康询问调查—城、乡及其不同类型地区十五岁及以上人口的婚姻状况及其构成 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
调查人数	164593	45789	118804	17793	13205	14791	28016	34721	39743	16324
未婚	20.03	18.18	20.73	16.62	18.05	20.19	18.66	20.49	21.14	23.83
初婚	71.09	71.28	71.01	70.82	73.08	70.23	73.28	72.07	71.13	64.58
再婚	1.74	2.15	1.58	2.85	1.47	1.92	1.34	1.31	1.27	3.35
离婚	0.91	1.58	0.65	1.98	1.33	1.33	0.54	0.50	0.49	1.56
丧偶	6.24	6.80	6.02	7.73	6.07	6.33	6.17	5.64	5.97	6.68

## 5、十五岁及以上调查人口的文化程度及其构成

调查中详细询问了十五岁及以上居民的受教育程度。在十五岁及以上人口中，20.9%为不识字或少识字（文盲半文盲）、28.1%为小学文化程度、33.1%为初中文化程度、11.0%为高中和技校文化程度、3.0%为中专、2.4%为大专、1.54%为大学及以上文化程度。城市地区，尤其是大、中城市十五岁及以上人群中，大、中专学历的比例较高，农村地区大、中专学历的比例较低，尤其是经济不够发达（或贫困）地区大专及以上学历的比例不足 0.08%，而在这些地区中文盲半文盲的比例高达 45.9%。此次调查与 1993 年的结果相比，文盲半文盲的比例有所下降，由 25.9%下降到 20.9%（其中，城市由 13.1%下降到 10.7%，农村由 30.8%下降到 24.9%，贫困农村由 51.6%下降到 45.9%），这是近些年大力发展基础教育事业的结果（见图 1）。

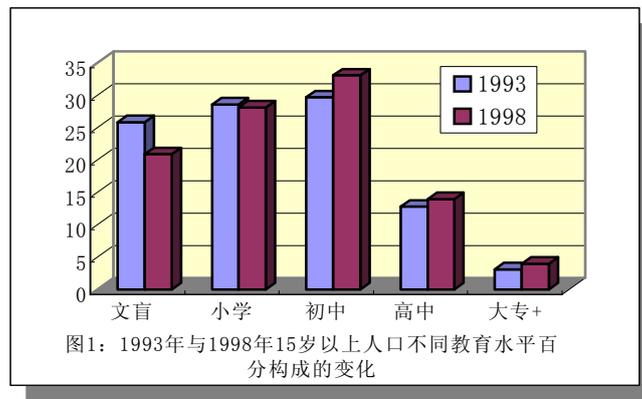
表 2-1-4： 家庭健康询问调查—城、乡及其不同类型地区十五岁及以上人口的文化程度构成 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993年第一次调查居民文化程度构成 (%)										
文盲半文盲	25.86	13.10	30.78	9.79	15.03	14.41	26.65	27.49	28.64	51.61
小学	28.57	16.47	33.24	15.15	14.34	19.92	33.5	33.48	33.15	32.43
初中	29.66	31.71	28.87	32.05	31.15	31.95	31.71	32.09	29.77	13.71
高中技校	10.33	21.61	5.98	22.2	21.6	21.05	6.77	6.09	6.98	1.74
中专	2.47	6.83	0.78	7.09	7.72	5.67	0.91	0.59	1.03	0.39
大专	1.79	5.81	0.25	7.49	6.1	3.85	0.29	0.18	0.36	0.03
大学及以上	1.32	4.47	0.11	6.23	4.05	3.16	0.16	0.09	0.08	0.01
1998年第二次调查居民文化程度构成 (%)										
文盲半文盲	20.92	10.70	24.86	7.74	9.82	15.04	22.18	20.49	21.92	45.86
小学	28.10	15.09	33.12	13.74	12.77	18.78	32.14	32.34	33.61	35.24
初中	33.10	31.46	33.73	30.41	32.35	31.95	35.59	39.00	34.99	16.25
高中技校	10.99	22.78	6.45	23.14	24.29	21.00	8.22	6.50	7.00	1.98
中专	2.97	7.39	1.26	7.97	8.22	5.96	1.27	1.22	1.57	0.58
大专	2.39	7.42	0.45	9.52	7.63	4.70	0.42	0.34	0.71	0.07

教育程度的提高，尤其农村居民教育水平的提高，有助于促进居民健康意识的提高，改善居民的健康行为。值得提出的是，尽管农村，尤其是贫困地区文盲半文盲的比例有所下降，但文盲半文盲比例仍然高达 45.9%。如果认为小学文化是低文化程度的话，贫困地区小学及以下文化程度人口比例高达 81%。

### 6、十五岁及以上调查人口的就业和职业状况

人群就业状况和职业分布是影响卫生服务需求及其利用的一个重要因素。近些年来，我国经济转型，产业结构变化，尤其是城市国有企业经济体制改革，一些企业所有制形式和经营机制发生了较大变化，部分企业职工下岗或转岗，甚至出现失业。故在这次调查设计中，我们增加了就业状况，了解调查者是否在岗、下岗、无业等情况。



就业状况：本次调查了 15 岁及以上人群的就业状况，调查人口为 164593 人，其中城市 45789 人，农村 118804 人。在城市调查人群中，48.3%的被调查者在岗、7.9%下岗、23.9%是离退休人员、6.5%是在校学生、13.5%是无业人员。由于农村地区大多数农民对在岗、下岗、无业等概念较模糊，也没有严格界定，出现在岗比例高于城市，下岗、离退休人员、在校学生和 无业人员比例较城市低。分析时不作为重点。

表 2-1-5: 家庭健康询问调查一城、乡及其不同类型地区十五以上人群就业状况和在岗时职业构成 (%)

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
调查15岁及以上人口就业情况%										
在岗	75.05	48.30	85.36	46.18	47.07	51.95	81.56	86.15	85.68	89.41
下岗	2.78	7.91	0.81	7.31	8.96	7.70	1.12	0.87	0.70	0.39
离退休	7.65	23.89	1.39	29.47	25.97	15.31	2.25	1.21	1.26	0.60
在校学生	5.73	6.54	5.42	6.43	6.58	6.65	5.29	6.05	5.48	4.16
无业	8.79	13.35	7.03	10.61	11.42	18.38	9.78	5.73	6.88	5.43
在岗时的职业构成%										
调查人数	140716	36672	104044	14764	10817	11091	23790	30687	34806	14761
行政管理	5.95	18.21	1.63	20.17	19.22	14.62	2.22	1.35	1.97	0.47
专业技术人员	5.05	14.61	1.67	17.86	13.80	11.08	2.57	1.47	1.74	0.49
办事业务	2.29	6.14	0.93	6.54	5.94	5.81	2.15	0.74	0.53	0.34
商业服务业	6.04	13.78	3.31	14.08	14.29	12.88	6.03	3.31	2.53	0.79

产业工人	12.61	36.67	4.13	37.02	42.74	30.29	10.61	3.13	2.17	0.39
农业生产人员	63.14	5.56	83.44	0.25	0.24	17.82	71.37	87.34	87.86	84.37
林牧渔业人员	2.07	0.56	2.60	0.25	0.25	1.27	0.98	0.55	1.53	11.99
其他	2.84	4.47	2.27	3.83	3.52	6.23	4.07	2.11	1.66	1.16

职业状况：进一步调查了在岗人员和下岗、离退休人员在岗时的职业状况。从城乡合计情况来看，从事行政和管理人员的比例为 6.0%（城市 18.2%、农村 1.6%）、专业技术人员为 5.1%（城市 14.6%、农村 1.7%）、办事务人员为 2.3%（城市 6.1%、农村 0.9%）、商业服务业为 6.0%（城市 13.8%、农村 3.3%）、产业工人 12.6%（城市 36.7%、农村 4.1%）、农业生产人员 63.1%（城市 5.6%、农村 83.4%）、林牧渔业人员 2.1%（城市 0.6%、农村 2.6%），其余为其它职业。

## （二）被调查住户的经济和生活环境

本次重点调查了住户的经济状况、生活及居住条件，包括家庭收入和支出、家庭消费结构、住房面积及其结构、电视普及程度及其类型构成、饮水类型及其构成、厕所使用情况、贫困户数及其贫困原因等，其目的方面是了解与居民健康相关的经济和生活环境的变化，另一方面是了解居民卫生服务的支出能力、贫困户比例及因病致贫情况。

### 1、被调查住户的经济收入

本次调查在城市详尽询问了住户的月收入，在农村询问了年收入。不论城市还是农村，通过问卷调查，自报收入普遍偏低，大多数居民只报工资单或账面收入。由此计算，城市居民 1998 年家庭工资收入年人均均为 4342 元（大城市 5216 元，中城市 4395 元，小城市 3299）；农村年人均收入 1968 元（其中：一类农村户均年收入 2726 元，二类农村 2065 元，三类农村 1751 元，四类农村 1122 元）。与 1993 年第一次调查相比，家庭人均收入和生活消费支出均有明显的增加。

表 2-1-6：家庭健康询问调查一城、乡及其不同类型地区家庭收入、消费支出及其构成情况

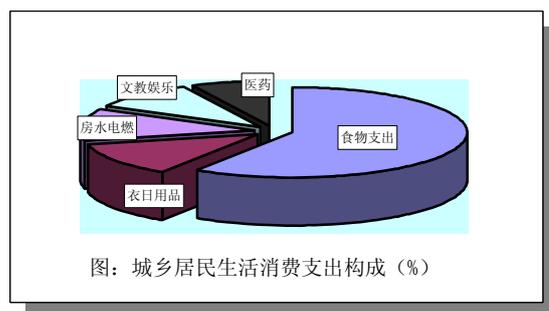
	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993年人均收入(元)	1789	665	2291	1947	1158	927	677	561	441
1993年人均医药花费	114	60	122	114	106	71	63	58	36
1998年第二次调查									
人均年收入(元)	4342	1968	5216	4395	3299	2720	2065	1751	1122
人均年消费支出(元)	3494	1484	4329	3503	2533	1999	1522	1365	894
中：食物支出构成 %	58.69	50.27	59.38	60.41	55.29	49.56	48.78	51.10	54.94
衣着和日用品 %	10.95	12.97	10.48	10.12	12.88	12.79	13.02	12.34	15.59
住房水电燃料 %	10.93	9.58	10.66	11.15	11.21	10.69	8.63	9.86	8.14
文化娱乐 %	7.55	11.41	7.32	7.10	8.55	11.40	12.60	11.72	6.28
医疗卫生药品 %	7.06	9.00	7.25	6.23	7.68	8.12	9.23	9.72	8.75
人均卫生支出 元	247	134	314	218	194	162	140	133	78

### 2、被调查住户消费支出及其构成

如果询问调查收入容易产生低报和回忆偏差的话，调查进一步询问家庭消费支出，一方面为校核收入调查的偏差，另一方面了解消费支出的构成。城市人均年消费支出为 3494

元(大城市年均消费支出 4329 元, 中城市 3503 元, 小城市 2533 元); 农村地区户均年消费总支出 1484 元 (其中: 一类农村 1999 元, 二类农村 1522 元, 三类农村 1365 元, 四类农村 894 元)。

此次从五个方面调查了住户消费支出构成。如果分别考查城市和农村的话, 在城市地区, 每户每月食物支出消费支出总数 58.7%、衣着和日用品支出占 10.95%、住房水电燃料支出占 10.93%、文化娱乐支出占 7.55%、医疗卫生药品支出 7.06%; 农村年户均消费支出中: 食物支出占消费支出总数 50.27%、衣着和日用品支出占 12.97%、住房水电燃料支出占 9.58%、文化娱乐支出占 11.41%、医疗卫生药品支出占 9.00%。



### 3、被调查住户饮用水情况

本次调查结果显示: 城乡居民自来水饮用率为 46.5%、手压机井水为 22.5%、井水饮用占 18.3%, 其它类型的水饮用比例不足 13%。与 1993 年相比, 自来水、手压机井水的比例有一定程度的提高 (分别增加了 3.4 和 1.2 个百分点), 这是近年来改水的成果。但城乡差别、不同类型农村地区的差别仍然较大, 城市地区自来水饮用率在 94.5% (其中: 大城市和中城市均为 99.2%、小城市 84.5%); 农村地区自来水饮用率仅为 26.5%, 在三、四类农村地区自来水饮用率为 20%左右, 但这些地区改水进度较快。比 1993 年增加了 5 个百分点。农村生活饮用水大多以手压机井水和井水为主, 分别占饮用水来源总数的 30.9%和 25.1%。经济落后的四类农村地区饮用沟塘、渠水的比例由 1993 年的 12.4%下降到 4.7%。

表 2-1-7: 家庭健康询问调查—城、乡及其不同类型地区调查住户饮用水及其构成情况 (%)

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993 年第一次调查居民饮水类型构成 (%)										
自来水	43.15	94.37	21.78	99.43	93.82	89.85	33.29	20.82	16.66	14.30
山泉水	7.15	0.33	10.00	0.02	0.06	0.93	2.56	8.91	8.78	31.68
手压机井水	20.78	2.56	28.38	0.04	5.44	2.20	27.71	36.01	29.39	7.12
窖水	1.65	0.17	2.27	0.00	0.02	0.48	1.31	0.43	5.25	0.93
井水	21.30	1.96	29.37	0.30	0.37	5.20	29.34	24.54	36.47	22.59
江河湖水	3.22	0.20	4.49	0.00	0.04	0.56	4.94	4.66	1.63	10.91
塘沟渠水	2.49	0.19	3.45	0.00	0.00	0.57	0.40	4.40	1.62	12.35
其它	0.26	0.22	0.26	0.21	0.25	0.21	0.45	0.23	0.20	0.12
1998 年第二次调查居民饮水类型构成 (%)										
自来水	46.49	94.46	26.47	99.17	99.19	84.45	39.10	24.44	20.42	23.60
山泉水	7.97	0.87	10.93	0.44	0.21	1.99	4.72	9.89	8.02	34.35
手压机井水	22.53	2.50	30.90	0.03	0.17	7.61	31.82	39.37	31.46	6.27
窖水	1.01	0.02	1.42	0.00	0.00	0.07	0.10	0.42	3.40	0.83

井水	18.27	1.84	25.13	0.26	0.12	5.32	21.57	19.88	34.33	18.90
江河湖水	2.25	0.13	3.14	0.00	0.00	0.39	2.22	2.93	1.15	11.21
塘沟渠水	1.27	0.05	1.78	0.06	0.02	0.07	0.19	2.81	0.99	4.69
其它	0.21	0.13	0.24	0.05	0.29	0.09	0.28	0.26	0.24	0.15

#### 4、 被调查住户的厕所类型

本次调查了城乡住户使用的厕所类型。近些年来开展群众性的爱国卫生运动，在城市突出卫生城市建设，在农村主要突出改水改厕。结果显示：城乡住户水冲式厕所占 23.1%、沼气和三格池式占 1.8%、双瓮漏斗式占 1.1%、深坑和免水冲式厕所占 18.6%、马桶占 3.4%、旱厕占 41.8%、无厕所的住户占 7.7%。城市地区比例最高的是水冲式厕所，占 65.1%，其次是旱厕 9.0%，小城市旱厕和深坑的比例较高，分别占 19.9%、10.8%。农村地区比例最高的是旱厕，占 55.6%，其次是深坑，为 24.9%。经济落后的三、四类农村地区无厕所的住户占 7.3%和 14.6%。与 1993 年调查结果相比，无论市城市，还是农村，随着经济的发展，改厕工作进展较大，马桶、旱厕的比例下降明显，尤其是农村地区。同时也要看到，农村地区改厕任务还十分艰巨，尤其是贫困地区。

表 2-1-8： 家庭健康询问调查—城、乡及其不同类型地区调查住户改厕和厕所类型构成情况 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993年第一次调查居民厕所类型构成 (%)										
水冲式	21.17	65.91	2.50	74.81	72.91	50.05	5.82	1.91	1.38	0.17
沼气或三格池	1.18	2.00	0.84	0.09	0.80	5.09	1.94	0.75	0.36	0.13
双瓮漏斗	1.46	0.53	1.85	0.26	0.15	1.17	0.66	4.42	0.88	0.30
深坑或免水冲	19.12	6.26	24.48	0.80	2.63	15.35	21.56	33.10	21.02	17.57
马 桶	4.82	5.89	4.38	10.50	6.29	0.87	14.76	1.17	0.40	2.00
旱 厕 所	47.03	16.62	59.72	8.87	16.35	24.63	50.83	54.94	69.24	64.63
无 厕 所	3.86	1.85	4.71	3.76	0.54	1.24	2.25	3.09	5.01	13.21
其 它	1.30	0.98	1.52	0.91	0.78	1.60	2.18	0.62	1.71	1.99
1998年第二次调查居民厕所类型构成 (%)										
水冲式	23.13	65.07	5.63	63.81	81.24	52.17	14.03	4.41	2.56	0.67
沼气或三格池	1.77	3.24	1.15	6.46	0.17	2.03	1.49	0.98	1.40	0.21
双瓮漏斗	1.11	0.32	1.44	0.03	0.06	0.91	0.80	2.86	1.11	0.17
深坑或免水冲	18.63	3.55	24.92	0.24	0.02	10.77	20.11	36.49	20.98	17.00
马 桶	3.36	4.99	2.68	7.12	4.99	2.38	8.85	1.08	0.37	0.98
旱 厕 所	41.80	9.00	55.50	4.73	2.72	19.86	44.83	47.94	66.05	65.40
无 厕 所	7.66	10.09	6.64	16.23	6.20	6.04	2.70	5.91	7.25	14.58
其 它	2.53	3.73	2.03	1.38	4.60	5.84	7.19	0.33	0.28	1.00

#### 5、 调查住户的房屋面积及结构

本次调查了住户的住房面积以及房屋结构类型、住户家庭拥有电视机及其类型等情况。结果显示：近些年来，尤其是农村地区随经济发展，在住房建设和生活条件的改善上有很大进展，但是地区间的差异较大，结果见表 2-1-9。调查住户平均住房面积为 59 平方米，人均住房面积 15.5 平方米。城市人均住房面积 13.8 平方米，其中：大城市 10.5 平方米、中城市 12.4 平方米、小城市 17.6 平方米；农村地区人均住房面积 16 平方米。与 1993 年

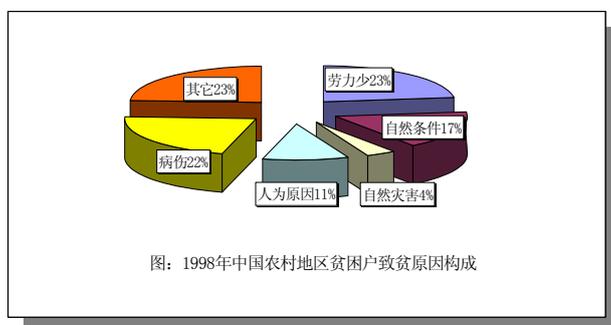
第一次调查相比，城市住房面积增加明显：大城市人均增加 1.5 平方米，中城市人均增加 0.4 平方米，小城市人均增加 1.6 平方米。从住房的结构来看，城市和经济条件好的农村地区，绝大多数住房是楼房和砖瓦平房。在经济条件差的农村地区，土坯平房的比例较大，如第四类农村地区，土坯房达到 72.5%，但与 1993 年的 84.4%相比，下降了 11.9 个百分点。

表 2-1-9：家庭健康询问调查—城乡及其不同类型地区调查住户住房面积、类型构成和电视普及程度

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
户均住房面积	58.53	43.42	64.83	32.97	40.10	59.21	68.23	63.11	63.20	67.65
人均住房面积	15.46	13.38	16.16	10.49	12.38	17.56	18.28	15.85	16.24	13.63
住房类型构成 (%)										
楼房	36.17	73.64	20.53	71.81	85.82	64.98	31.98	20.57	14.58	14.67
砖瓦平房	42.65	23.97	50.45	24.49	13.75	32.47	50.90	58.24	57.24	10.54
木棚土坯平房	19.84	2.10	27.24	3.21	0.25	2.40	16.36	19.97	25.40	72.48
其它	1.34	0.29	1.78	0.48	0.19	0.15	0.76	1.23	2.78	2.31
家中有无电视 (%)										
无电视	16.13	3.47	21.42	2.29	2.60	5.71	10.12	16.56	23.01	51.60
黑白电视	38.90	12.07	50.10	8.12	8.96	19.69	50.32	52.51	52.13	37.83
彩色电视	44.96	84.46	28.48	89.59	88.44	74.60	39.56	30.93	24.86	10.56

## 6、 被调查住户电视机普及率

所有调查住户中，83.9%的家庭拥有电视机。在城市，近97%的家庭拥有电视机，其中拥有彩色电视机的家庭达到85%；在农村地区，近80%的家庭拥有电视机，其中拥有彩色电视机的家庭达到28.5%。在经济不够发达的农村地区，家庭拥有电视机的比例还不太高，如第四类农村，51.6%的家庭没有电视机，拥有彩色电视机的家庭不到11%。



## 7、 贫困户的比例及其致贫的原因

本次调查询问了调查住户是否被列为当地的贫困户，由此计算贫困户比例。在调查的56994户中，共询问出2428户贫困户，贫困户比例为4.3%。城市地区贫困户尚有一定的比例，甚至大城市的比例比一般农村地区还高。一是可能与城市没有统一贫困户标准有关，下岗工人、退休职工家庭和无业人员往往认为收入太低，自报是贫困户；二是可能认识上存在一定的偏倚；从贫困原因中，也可以看出，城市贫困主要不是由于劳动力少、自然条件差、人为原因和疾病致贫，而是其它原因，即下岗和无业等。但应该看到的是，城市仍然存在贫困人群的问题，尤其是一些下岗职工、退休职工家庭和无业人员。加快城镇社会保障体系的建立和完善是当前城市深化经济体制改革的重点之一。

表 2-1-10：家庭健康询问调查—城乡及其不同类型地区调查住户中贫困户的比例及其贫困原因构成

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查总户数	56994	16784	40210	6599	4808	5377	9616	11991	13803	4800
贫困户数	3252	1216	2036	842	111	263	382	431	777	446
贫困户比例%	5.71	7.24	5.06	12.76	2.31	4.89	3.97	3.59	5.63	9.29
贫困原因：%										
劳动力少	17.13	7.07	23.13	2.26	9.91	21.29	27.75	20.19	19.82	27.80
自然条件差	10.82	0.58	16.94	0.24	0.00	1.90	7.33	9.05	18.53	30.04
自然灾害	2.28	0.16	3.54	0.00	0.00	0.76	1.05	2.55	3.73	6.28
人为原因	7.69	2.88	10.56	1.07	9.91	5.70	9.42	9.05	10.81	12.56
疾病损伤	15.19	4.44	21.61	1.90	9.01	10.65	23.82	22.74	24.32	13.90
其它	46.89	84.87	24.21	94.54	71.17	59.70	30.63	36.43	22.78	9.42

在农村，由于不同地区均有一定的贫困户标准，贫困户定义比较清楚，调查结果比较符合实际。农村贫困户比例为5.1%，在经济不发达的农村地区，这一比例超过了9.0%。进一步询问调查贫困户致贫原因。在农村，因缺乏劳动力占23.1%、因自然条件差和灾害20.6%、因人为原因（如生意亏损等）占10.6%、因病伤为21.6%、其余为其它原因。从中可以看出，因病致贫为22%。需要指出的是，由于调查问卷设计中为了避免回答问题有选择上的偏倚，

要求回答一项最主要的致贫原因。因此，在贫困地区，回答自然条件差的占有相当比例（30%），这与实际是相符合的。

### （三）被调查者的行为与生活方式

现代社会中，居民不良行为与生活方式是疾病（尤其是慢性非感染性疾病）的主要危险因素，动态了解居民行为与生活方式的变化趋势，对于我们预测慢性非感染性疾病发生发展，实施和评价干预措施具有十分重要意义。重点描述十五岁及以上被调查者的吸烟和戒烟、饮酒、体育锻炼和健身、被调查者对自身健康状况评价等情况。

#### 1、十五岁及以上人口的吸烟情况

本次调查了十五岁及以上人口的吸烟情况，包括：目前是否吸烟、吸烟年数、吸烟量、吸烟量的变化，以及目前不吸烟者过去是否吸烟和戒烟的年数等问题。调查结果显示，目前吸烟者占调查人数的 28.9%（男性吸烟率 53.4%，女性 4.0%）。城市居民吸烟率 27.2%（男性 50.3%，女性 5.1%），农村居民吸烟率 29.5%（男性 54.5%，女性 3.6%）。与 1993 年第一次调查相比，不论城市，还是农村，十五岁及以上人口的吸烟率均有一定程度的下降，下降幅度为 9.7%，城市下降的比例（11.7%）高于农村（9.2%）。

表 2-1-11：家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区十五岁及以上居民吸烟情况

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993 年吸烟率	32.0	30.8	32.5	30.9	3.2	31.4	33.5	31.5	34.6	27.7
其中： 男性	59.3	56.8	60.3	56.4	56.4	56.7	61.2	58.5	64.3	52.6
女性	5.0	6.2	4.5	6.9	5.3	6.5	5.9	4.2	4.3	2.8
1998 年吸烟率	28.9	27.2	29.5	26.9	26.8	27.9	29.7	28.3	31.7	26.5
其中： 男性	53.4	50.3	54.5	49.9	51.2	50.1	54.7	52.3	58.7	49.0
女性	4.0	5.1	3.6	5.6	3.4	6.1	4.5	3.4	3.6	2.3
每天吸烟量构成（%）										
10支以内	31.93	36.11	30.45	35.93	37.31	35.30	30.28	29.23	28.40	39.66
10支至19支	42.52	37.96	44.13	37.60	38.33	38.06	45.38	43.77	43.79	43.73
20支及以上	25.55	25.93	25.42	26.48	24.36	26.65	24.34	27.00	27.81	16.61
如吸烟，与两年前相比吸烟量										
有增加的比例%	14.27	13.19	14.66	11.25	14.01	14.75	14.17	14.62	15.02	14.57
没变化的比例%	72.99	68.69	74.51	67.52	67.44	71.11	74.10	74.34	74.34	76.18
逐步减少比例%	12.74	18.12	10.83	21.23	18.55	14.14	11.73	11.04	10.64	9.24
平均吸烟年数	17.1	18.5	16.6	21.1	14.8	19.9	20.2	15.4	15.8	16.5
累计戒烟率(%)	3.15	4.21	2.72	5.03	3.98	3.43	4.02	2.64	2.50	1.40
戒烟者/有吸烟史(%)	9.83	13.41	8.45	15.75	12.93	10.95	11.92	8.52	7.32	5.02
戒烟者平均戒烟年数	6.6	8.6	5.4	8.9	8.6	7.9	6.0	5.1	4.7	6.7

调查询问了在一般情况下，吸烟者平均每天吸多少烟。从吸烟量的构成：每天吸 10 支以内的占 31.9%，每天吸 10 支至 19 支的占 42.5%，每天吸 20 支及以上的占 25.6%。农村吸

烟者每天吸 10 支以内的比例低于城市，每天吸 10 支至 19 支的比例高于城市。同时询问了吸烟者从开始到目前吸烟的年数，平均为 17.1 年（城市为 18.5 年，农村为 16.6 年）。不论在城市或在农村，女性平均吸烟年数比男性长，可能女性吸烟者年龄偏大。进一步考查了目前吸烟者的吸烟量与两年以前比较，是增加、没有变化、还是减少。回答吸烟量增加的占 14.3%，没有变化的占 73.0%，逐步减少的占 12.7%。城市吸烟者吸烟量减少的比例大于增加者，农村增加者的比例显著高于减少者。农村人口基数大，随着经济条件的逐步好转，吸烟者改吸其他烟草为香烟的比例明显增加，这也说明吸烟人数减少，香烟消耗量增大的原因。

考查目前没有吸烟，过去是否吸烟及戒烟的情况。调查发现，戒烟者占十五岁及以上整个人群的 3.2%（城市 4.2%，农村 2.7%）。如果将吸烟者和戒烟者之和作为分母，戒烟者占有吸烟史的比例为 9.8%，其中城市占 13.4%，农村占 8.5%，在大城市这一比例达到 15.8%。

## 2、十五岁及以上人口的饮酒情况

本次调查了十五岁及以上人口的饮酒情况，包括：目前是否饮酒、饮酒年数、饮酒量、最常饮酒的类型等系列问题。调查结果显示，目前饮酒者占调查人数的 16.0%（男性饮酒率 29.2%、女性 2.4%）。城市居民饮酒率 15.3%，农村居民饮酒率 16.2%。与 1993 年第一次调查相比，不论城市还是农村，十五岁及以上人口的饮酒率均有一定程度的下降，下降幅度为 13.0%（城市下降 10.0%，农村下降 14.3%）。调查中询问饮酒者平均每周饮酒次数和每次饮各种酒相当于一般白酒（54 度）多少两（每两约 50ML）。

表 2-1-12： 家庭健康询问调查-城乡及不同类型地区十五岁及以上居民饮酒情况

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
饮酒率 (%)	15.98	15.33	16.23	14.65	14.00	17.35	17.97	15.34	15.18	17.93
男性饮酒率 (%)	29.2	28.7	29.4	27.7	27.0	31.3	33.2	27.9	27.6	30.2
女性饮酒率 (%)	2.4	2.5	2.4	2.3	1.5	3.5	2.6	1.8	2.0	4.6
平均周饮酒次数	4.50	4.70	4.43	5.22	3.18	6.08	7.01	3.81	3.85	3.86
平均饮酒年数	13.26	14.77	12.75	18.08	9.67	17.83	17.39	10.63	11.20	16.06
次饮相当白酒两	2.11	1.90	2.19	1.98	1.29	2.58	2.53	1.91	1.77	3.73
最常饮酒类型 (%)										
白酒	60.34	46.51	65.37	42.15	47.89	49.92	50.82	67.06	72.03	71.99
果酒	6.90	7.57	6.66	6.81	1.89	12.42	5.48	3.49	2.58	22.97
啤酒	9.44	19.86	5.65	26.62	19.95	12.97	11.89	5.09	3.59	0.85
白酒和果酒	2.04	2.29	1.94	2.69	1.51	2.45	3.14	2.63	1.11	0.37
白酒和啤酒	14.44	19.26	12.69	16.62	25.03	17.80	15.14	16.04	12.81	2.08
果酒和啤酒	0.96	2.01	0.59	2.96	0.65	2.02	0.84	0.52	0.63	0.20
都饮	5.88	2.49	7.10	2.15	3.08	2.41	12.67	5.18	7.24	1.53

从饮酒者的饮酒量来看：平均每周饮酒 4.5 次，每次饮酒量折算相当一般白酒 2.1 两，即平均每周饮酒量为 9.5 两。城市饮酒者平均每周饮酒次数（4.7 次）高于农村（4.4 次），但每次饮酒量 1.9 两（即平均每周饮酒量为 8.9 两）低于农村 2.2 两（即平均每周饮酒量为 9.7 两）。从饮酒类型来看，回答最常（或最喜欢）饮酒的类型，单饮一般性白酒比例为 60.3%、啤酒 9.4%，果酒 6.9%，余下相当部分饮酒者是白酒加啤酒。城市地区常饮啤酒的比例明显高于农村，农村单饮白酒的比例达到 65.4%。

### 3、十五岁及以上居民经常参加体育锻炼情况

调查问卷询问十五岁及以上被调查者业余时间是否经常参加体育锻炼和健身活动。世界卫生组织有关体育锻炼和健身活动定义为：每周一次以上体育训练或比赛（如田径、游泳、球类活动等）、每周四小时以上的慢跑或健身（如气功、健身舞蹈和体操等）。这一概念应该理解为“主动”锻炼，我们称为“主动锻炼”。在实际中，有一些人群常年坚持诸如散步等活动，一些人群由于工作和生活需要坚持诸如骑车等（存在被动的因素），如果将这些活动计算在内的话，我们将“主动”和“被动”一起统称为“锻炼”。由此计算“主动锻炼率”为7.8%(城市16.3%，农村4.5%)；“锻炼率”为14.0%(城市33.1%，农村6.7%)。可见城市参加锻炼的人数远高于农村，大城市高于中城市，中城市高于小城市。从锻炼类型来看，城市主动锻炼和被动锻炼几乎各半；从坚持锻炼的年数来看，基本在10年左右。

表 2-1-13: 家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区十五岁及以上居民身体锻炼情况

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
主动锻炼率 (%)	7.79	16.33	4.52	19.35	16.86	12.22	6.14	4.16	4.89	1.80
锻炼率 (%)	14.04	33.06	6.73	40.20	31.79	25.60	9.69	6.19	6.82	2.99
<b>各种类型锻炼率 (%)</b>										
体育训练或比赛	3.71	5.87	2.91	6.71	5.54	5.15	3.78	2.78	2.97	1.63
慢跑或健身活动	4.07	10.46	1.61	12.64	11.32	7.07	2.36	1.38	1.91	0.17
散步或骑车	6.25	16.73	2.21	20.85	14.93	13.38	3.55	2.03	1.93	1.19
<b>坚持锻炼年数</b>	9.86	10.21	9.20	11.36	9.03	9.34	9.97	9.83	8.27	7.29

#### 4、被调查者对自身健康的评价

被调查者对自身健康状况的评价是了解居民卫生服务需要量最常见的方法。采用了国际通用的调查问题，询问调查者：“与同龄人相比，自感身体健康状况如何？”，“与调查的前一年相比，自感身体健康状况如何？”两个问题。被调查者回答问题的选择有：很好、较好、一般、较差和很差等五项。对于第一个问题，即与同龄人相比，自感健康状况如何，不论在城市还是在农村，回答的结果异常相似。“很好”占调查者的 27%；“较好”占 36%；“一般”占 30%；“较差”占 6%；“很差”约 0.7%左右（见表 2-1-14）。

表 2-1-14: 家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区居民健康状况的自我评价

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
与同龄人相比，自感健康状况										
很好	26.97	26.15	27.25	22.84	26.41	29.72	28.11	30.63	22.24	30.20
较好	34.10	37.06	33.10	37.08	36.74	37.31	33.01	32.94	32.36	35.23
一般	32.22	29.78	33.04	32.75	30.61	25.69	32.53	30.45	37.56	29.04
较差	6.04	6.25	5.97	6.57	5.55	6.49	5.58	5.39	7.19	5.01
很差	0.67	0.75	0.64	0.77	0.69	0.79	0.77	0.59	0.65	0.52
与前一年相比，自感健康状况										
很好	25.52	24.61	25.82	21.27	24.91	28.18	26.77	29.10	20.86	28.79
较好	30.97	34.11	29.91	34.39	34.18	33.74	29.09	30.53	29.14	31.53
一般	36.39	32.96	37.54	35.24	33.07	30.26	37.69	34.28	42.27	33.53
较差	6.52	7.58	6.16	8.22	7.19	7.18	5.78	5.59	7.18	5.63
很差	0.60	0.73	0.56	0.88	0.65	0.64	0.67	0.51	0.55	0.52

询问与前一年相比，自感健康状况任何这一问题，与回答上一个问题的选择类似，只是“一般”所占比例略大一些。从自我健康状况的评价，可以看出被调查居民对自己健康状况的评价总体上是积极的、良好的，对自己健康状况评价“较差”和“很差”的比例不足 8%。

#### (四) 被调查者享有医疗保障水平和卫生服务可及性

##### 1、调查人口医疗保障制度覆盖率和医疗费用负担形式构成

医疗保障制度是影响居民卫生服务需求与利用的重要因素。在所有被调查者中，

4.95% (城市16.01%、农村1.16%) 享有公费医疗, 6.22% (城市22.91%、农村0.51%) 享有劳保医疗, 1.62% (城市5.78%、农村0.20%) 享有半劳保 (即职工家属或子女), 1.88% (城市3.27%、农村1.41%) 享有医疗保险 (大多数为商业保险, 如中小学生住院保险、大病保险等), 6.50% 参加了合作医疗制度 (主要在农村地区), 76.40% (城市44.13%、农村87.44%) 自费医疗。从表2-1-15可见, 在经济不发达农村地区, 各种医疗保障制度之和的覆盖人口不足5%, 自费医疗比例高达90%以上。与1993年第一次调查相比, 不论城市还是农村, 享有各种医疗保障制度人群的比例下降, 尤其是劳保医疗及其家属享有半劳保的人员比例下降, 这与国有企业改革、下岗人员增多、企业效益不佳有关。因而, 自费医疗比例进一步增加 (城市由27.28%增加到44.13%, 农村由84.11%增加到87.44%)。

## 2、公费和劳保医疗制度的改革及自己负担医疗费用的比例

在过去几年中, 城镇地区公费和劳保医疗都在进行改革, 医疗费用与个人挂钩, 即个人负担部分医疗费用。各单位公费、劳保医疗改革的形式千差万别, 在调查设计中大体分为: 报销制 (自己先垫付就诊费用, 回单位或企业按一定比例报销)、包干制 (大多为企业, 每月发给每人一定数量医疗费由个人掌握使用)、两者结合 (部分包干、部分报销) 或其它形式。在调查设计中, 将门诊和住院分开: 门诊医药费用如果是报销制或其他形式, 询问自己负担的比例; 如果是包干制, 则询问发放包干费为多少; 住院费用主要询问自己负担的比例。

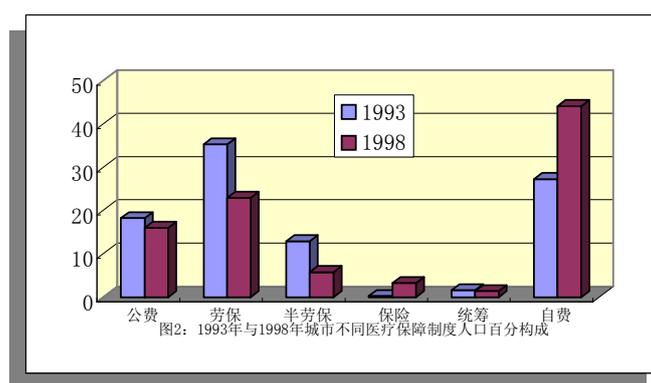


表 2-1-15: 家庭健康询问调查--城乡及不同类型地区居民医疗保障制度及其构成

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年医疗保障制度构成 (%)										
公费医疗	5.76	18.22	1.56	22.98	17.85	14.09	1.84	1.26	2.05	0.61
劳保医疗	9.74	35.26	1.13	41.76	38.31	26.08	2.57	0.70	0.82	0.45
半劳保医疗	3.80	12.93	0.72	16.45	12.29	10.27	1.64	0.46	0.55	0.17
医疗保险	0.31	0.25	0.33	0.19	0.18	0.37	0.61	0.17	0.32	0.28
统筹医疗	7.74	1.62	9.81	0.10	0.04	0.30	28.76	9.14	0.73	1.00
合作医疗	0.30	0.87	0.10	1.63	0.67	0.34	0.35	0.02	0.04	0.02
自费医疗	69.86	27.28	84.11	16.56	20.62	44.04	64.14	88.10	95.40	83.07
其它形式	2.49	3.57	2.24	0.33	10.04	4.51	0.09	0.25	0.09	14.40
1998年医疗保障制度构成 (%)										
公费医疗	4.91	16.01	1.16	21.71	16.40	9.18	1.07	0.76	1.98	0.26
劳保医疗	6.16	22.91	0.51	30.61	28.38	9.44	1.40	0.52	0.15	0.03
半劳保医疗	1.60	5.78	0.19	8.46	6.17	2.40	0.64	0.10	0.07	0.05

医疗保险	1.87	3.27	1.39	0.76	8.05	2.05	2.39	1.57	1.16	0.12
统筹医疗	0.39	1.42	0.04	2.79	1.09	0.13	0.15	0.03	0.01	0.00
合作医疗	5.61	2.74	6.57	0.10	0.09	8.04	22.22	3.61	1.61	1.83
自费医疗	76.42	44.13	87.32	34.30	38.75	59.97	71.79	92.53	94.78	81.49
其它形式	3.04	3.73	2.81	1.28	1.07	8.79	0.34	0.88	0.23	.22

调查的结果显示：在所有被调查的享有公费和劳保医疗人员中，门诊就诊费用采取报销的为63.33%，采取包干制为28.53%，两者结合或其它形式的比例为8.14%。城市门诊采用报销制的比例较高，占61.3%；而农村门诊采用包干制的比例较高，占54.3%。住院治疗费用改革，城市和农村大多采用报销制。

自己负担比例和金额：城市公费和劳保医疗患者门诊就医中，报销制个人支付的比例平均为21.5%，也就是说，如果每一次门诊平均费用为100元的话，自己负担21.5元；包干制的被调查者，平均每月由所在单位或企业发放20.6元，全年包干费用共247元。如果按城市居民年均4.2次门诊计算，包干费仅为个人门诊费用的一半左右。住院个人支付的比例略高于门诊，为23.3%。如果一个公费和劳保患者需要住院治疗的话，平均个人支付在900元左右。

表2-1-16: 家庭健康询问调查--城乡及不同类型地区居民公费和劳保医疗改革情况

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
公费和劳保医疗改革形式										
调查人数	23924	21235	2689	10869	6978	3388	834	641	1145	69
回单位报销 %	57.95	61.37	30.94	65.64	60.25	49.97	51.68	27.46	16.94	44.93
费用包干制 %	28.94	26.15	50.91	18.91	28.60	44.36	37.41	40.25	67.25	42.03
其它形式 %	13.12	12.48	18.15	15.46	11.15	5.67	10.91	32.29	15.81	13.04
门诊自负比例(%)	21.51	20.62	33.61	19.74	20.52	25.16	19.42	34.84	49.46	32.44
门诊月包干费 (元)	20.62	19.46	30.69	18.02	19.80	23.28	25.54	34.73	32.32	29.44
住院自负比例(%)	23.31	25.25	14.76	37.22	18.27	18.91	20.76	12.79	12.83	18.63

### 3、 调查人口经常就诊单位及其构成

居民经常就诊单位的构成可以反映不同层次卫生服务需求与利用以及病人的流向。本次调查人口中，经常就诊的医疗卫生单位：个体开业占 9.5%、卫生室站占 49.7%、门诊部所占 2.4%、乡镇街道卫生院占 19.1%、县市区级医院 5.4%、地市级医院占 8.5%、省部级医院占 3.5%、部队医院占 0.4%、县及县以上中医院占 0.9%。与 1993 年第一次调查相比，城市居民在街道卫生院及以下的医疗单位就诊比例增高，由 34%增加到 40%，在县及县以上医院就诊比例由 66%减少到 60%；农村居民经常在私人开业和村卫生室就诊的比例达到 70%，在乡镇卫生院就诊的比例 23%，也就是说 93%的农村居民经常就诊的医疗单位是乡镇卫生院及以下的医疗卫生单位。

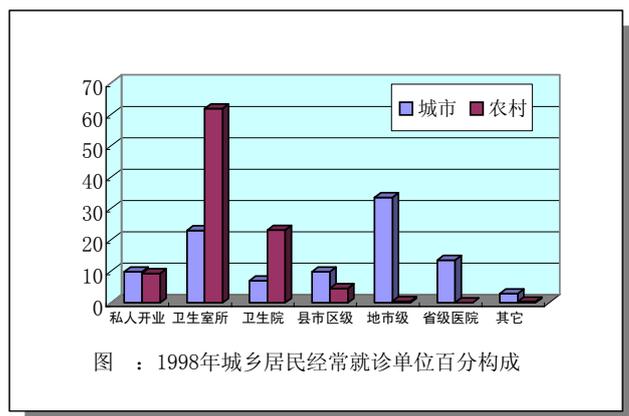


表 2-1-17: 家庭健康询问调查--城乡及不同类型地区居民选择或经常就诊单位构成

调查项目	城乡	城市	农村	大 中 小			一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1998年居民经常就诊的单位构成 (%)										
私人开业	9.53	9.96	9.38	3.63	6.36	20.28	2.98	13.08	10.26	8.65
卫生室	49.73	18.05	60.43	12.05	15.41	27.17	70.82	65.74	60.51	34.36
门诊部所	2.38	5.04	1.49	3.03	5.56	6.89	1.78	1.87	1.50	0.25
乡镇卫生院	19.12	7.06	23.19	10.55	1.96	7.44	16.79	16.01	22.21	49.57
县市区医院	5.37	9.31	4.03	12.34	6.71	8.10	5.77	1.93	3.90	6.31
地市级医院	8.49	32.30	0.45	29.29	54.25	16.92	0.64	0.24	0.62	0.24
省级医院	3.45	13.55	0.04	23.07	5.59	9.49	0.05	0.03	0.05	0.03
部队医院	0.38	1.45	0.01	3.01	0.87	0.18	0.01	0.01	0.02	0.00
县中医院	0.55	0.56	0.55	0.14	0.01	1.50	0.61	0.71	0.41	0.45
市以上中医院	0.33	1.22	0.03	1.13	1.44	1.13	0.02	0.01	0.05	0.01
其它医院	0.68	1.51	0.40	1.76	1.85	0.92	0.53	0.36	0.46	0.13
1998年选择上述就诊单位主要原因构成%										
距离近	66.91	46.07	73.95	44.53	41.83	51.45	75.56	78.16	71.70	67.90
价格低	4.68	5.51	4.39	2.51	6.09	8.44	4.89	4.67	4.24	3.43
质量好	14.37	13.45	14.69	9.71	12.06	18.92	11.28	12.08	18.05	17.42
定点医院	9.70	30.80	2.57	39.75	34.84	17.11	5.21	0.72	1.05	6.18
有熟人	2.78	2.18	2.99	1.42	2.93	2.40	1.92	3.38	3.39	2.79
其它原因	1.56	1.99	1.41	2.07	2.25	1.68	1.14	0.99	1.57	2.28

对于为什么要选择就诊的医疗单位原因的调查，大多数被调查者（66.9%）回答是由于距离近，其次是质量好（14.4%）。也就是说，只要就诊方便，而且质量好，是患者首选的就诊去处。在城市，重要的原因之一是定点医院，所占的比例为 30%，在大城市这一比例达到 40%。

#### 4、 住户离基层卫生组织的距离

这一指标是世界卫生组织提出的卫生服务可及性指标，表示居民去第一级医疗卫生机构的方便程度，即满足居民最基本医疗卫生需求在空间上的难易程度。本次调查有 70.7%

的住户离基层卫生组织的距离在 1 公里之内，14.2%的住户在 1 至 2 公里之间，2 至 3 公里占 7.4%，3 至 4 公里占 3.2%，4 至 5 公里占 1.3%，5 公里及以上占 3.1%。城市 77.5%的住户在 1 公里之内，农村住户占 67.8%。农村在 5 公里及以上的比例还占 4.2%，一些经济欠发达的农村，距离在 5 公里及以上比例达到 15.2%。

表 2-1-18: 家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区居民住户距最近医疗单位距离和时间

调查项目	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
到最近医疗点距离 %										
不足1公里	70.74	77.51	67.91	80.21	74.38	76.99	72.59	79.45	62.93	43.21
1—公里	14.16	14.13	14.17	12.15	17.28	13.73	14.12	10.79	16.86	15.44
2—公里	7.42	5.15	8.37	4.96	5.89	4.72	8.43	4.77	9.48	14.52
3—公里	3.16	1.74	3.76	1.05	0.96	3.29	3.31	2.45	3.93	7.52
4—公里	1.32	0.70	1.59	0.58	0.62	0.91	0.80	1.20	1.59	4.08
5公里及以上	3.19	0.78	4.20	1.06	0.87	0.35	0.75	1.35	5.22	15.23
到最近医疗点需要的时间 %										
10分钟以内	68.83	72.35	67.35	72.39	70.74	73.76	73.72	76.54	63.32	42.90
10— 分钟	18.82	22.08	17.46	22.61	24.92	18.90	16.68	15.25	18.87	20.65
20— 分钟	6.40	3.76	7.50	3.09	2.70	5.52	7.25	4.61	8.77	11.83
30分钟以上	5.96	1.81	7.69	1.91	1.64	1.82	2.34	3.60	9.04	24.63

到最近医疗机构所需要的时间（包括步行和乘车），10 分钟以内占 68.8%，10-19 分钟占 18.8%，20-29 分钟占 6.4%，30 分钟以上占 6%。城市地区居民在 20 分钟之内基本上都能到达医疗机构，农村地区需要 30 分钟及以上时间的比例还占 7.7%，在一些经济不发达的农村，这一比例达到 24.6%。

## 二、两周患病率及疾病严重程度分析

居民卫生服务需要是由居民健康状况所决定。家庭健康询问调查主要是通过询问居民在调查前两周是否“患病”、前半年是否患有医生明确诊断的“慢性病”、患病严重程度、短期失能、长期失能和残障来反映居民的健康状况和医疗服务的需要。下面分别就两周发病和患病情况、慢性病患病情况、失能和残疾情况等分别进行分析。

### （一） 两周患病情况分析

#### 1、 患病和两周患病的概念

卫生服务研究所定义的“患病”是从居民对卫生服务需要和需求的角度考虑，并非严格意义上的“患病”。主要依据被调查者的自身感受和调查员（医务人员）的客观判断综合确定。定义为：①自觉身体不适，去医疗卫生单位就治疗；②自觉身体不适，未去医疗单位诊治，但自服药物或采取一些辅助治疗；③自觉身体不适，未去就治疗，也未采取自服药物或辅助疗法，但因身体不适停工、休学或卧床一天及以上者。上述三种情况有一者，认为“患病”。由于回顾性调查不可避免地存在偏倚，为了减少回顾性偏倚，世界各国普遍采用调查前两周内的患病情况来估算患病率。两周患病率是调查居民中两周内患病人次与调查总人数之比（百分率或千分率）。

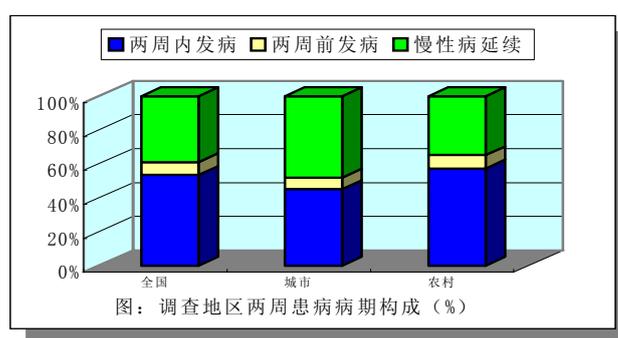
#### 2、 两周患病人数、人次数及两周患病率

被调查 216101 人中两周内有 31244 人患有各种疾病。两周患病人数为 32364（城市 10213、农村 22151）。由此计算被调查城乡居民两周患病率为 14.98%，其中：城市为 18.72%（大城市 22.37%、中城市 15.90%、小城市 16.97%）；农村为 13.71%（一类农村 13.25%、二类农村 13.30%、三类农村 15.38%、四类农村 11.47%）。城市两周患病率高于农村，一是由于城市人口老年化程度高于农村，慢性非感染性疾病患病率高；二是城市居民教育水平和健康意识以及对疾病的认同程度较农村高，自报疾病比农村多。

表 2-2-1: 家庭健康询问调查——城乡及其不同类型地区居民两周患病人数、人次数和患病率

调查项目	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993年第一次调查结果										
调查人数	215163	54249	160914	17377	18424	18448	36918	49921	51837	22238
患病人数	29565	9163	20402	3298	3325	2540	4492	6806	6287	2817
患病人数	30135	9502	20633	3491	3451	2560	4591	6893	6323	2826
两周患病率	140.1	175.2	128.2	200.9	187.3	138.8	124.4	138.1	122.0	127.1
其中：男性	128.4	158.0	118.7	181.0	165.2	129.9	112.5	131.0	113.3	114.1
女性	151.9	191.8	138.1	220.0	208.5	147.7	136.7	145.3	131.0	140.4
1998年第二次调查结果										
调查人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	36136	47785	53815	23816
患病人数	31244	9551	21693	4236	2358	2957	4658	6223	8086	2726
患病人数	32364	10213	22151	4648	2477	3088	4788	6357	8274	2732
两周患病率	149.76	187.23	137.11	223.73	158.98	169.74	132.50	133.03	153.75	114.71
其中：男性	136.19	170.74	125.05	204.34	145.97	154.66	123.66	122.84	138.48	101.24
女性	164.07	203.54	150.12	242.74	171.79	184.82	142.11	144.07	170.03	129.56

与第一次国家卫生服务调查的结果相比，调查地区居民两周患病率比 1993 年 14.01%增加了 6.9%。其中：城市增加了 6.85%，农村增加了 6.94%。农村居民两周患病率增加幅度略大于城市。城乡居民两周患病率的增加，反映了居民卫生服务需要量的增加。



### 3、两周患病的患者发病时间构成

在这次调查中我们将两周患病分为三种情况：一是在两周内发病，即新发病例，由此可以计算发病率；二是两周前发病，疾病持续到两周内；三是已有慢性疾病，持续到两周内，或在两周内服药治疗。从上述图种可以看出，就城乡合计而言，53.49%（城市 45.11%、农村 57.36%）的患者是在两周内发病，如果将此比例与两周患病率的乘积，就是两周发病率；7.54%（城市 6.85%、农村 7.86%）的患者是两周前发病，持续到调查的两周内；

38.97%（城市 48.03%、农村 34.78）的患者是由慢性病延续到两周内。

## （二）居民两周疾病别患病率及其构成分析

### 1、按疾病系统分类分析

调查显示，城乡居民按疾病系统分类分析，两周患病率前五位依次是呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、损伤和中毒是我国居民的常见病和多发病，五类疾病合计占疾病总数的 83.7%。城市居民的前五位依次是呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、肉骨骼结缔组织疾病、泌尿生殖系疾病，五类疾病合计占疾病总数的 85.2%。农村居民的前五位依次是呼吸系统疾病、消化系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、循环系统疾病、损伤和中毒，五类疾病合计占疾病总数的 83.2%。呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、泌尿生殖系疾病、损伤和中毒这六类疾病的患病率无论在城市，还是在农村均位于前六位，只是排列顺序有所不同。这些疾病的两周患病率城市均高于农村，特别是循环系统疾病更为明显。

与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比，循环系统疾病的患病率增高较为明显，在城市循环系统疾病的患病率排位由第三升至第二，患病率增高了近一半（47.1%），在农村该类疾病患病率的排位虽然未发生变化，但是，其患病率却增高了 65.57%。下降明显的是传染病，尤其是农村地区传染病的患病率下降最为明显，顺位由第五位下降到第七位，患病率下降了 35%。

表2-2-2: 家庭健康询问调查—两周疾病别患病率(%)及其构成(%)按疾病别分类系统分析

顺位	全 国		城 市			农 村			
	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成
1993年第一次调查结果									
1	呼吸系病	64.9	46.3	呼吸系病	72.0	41.1	呼吸系病	62.4	48.7
2	消化系病	23.3	16.6	消化系病	27.7	15.8	消化系病	21.9	17.1
3	循环系病	11.1	7.9	循环系病	25.9	14.8	肌肉骨骼	8.5	15.1
4	肌肉骨骼	9.5	6.8	肌肉骨骼	12.5	7.1	循环系病	6.1	4.8
5	传染病	5.4	3.9	泌尿生殖系病	5.3	3.0	传染病	5.7	4.4
6	泌尿生殖系病	4.4	3.1	皮肤病	5.0	2.9	损伤和中毒	4.2	3.3
7	损伤和中毒	4.3	3.1	损伤和中毒	4.7	2.7	泌尿生殖系病	4.1	3.2
8	皮肤病	3.6	2.6	传染病	4.6	2.6	神经系病	3.3	2.6
9	神经系病	3.4	2.4	神经系病	3.8	2.2	皮肤病	3.1	2.4
10	眼及附器病	1.8	1.3	内分泌病	3.4	1.9	血液病	1.7	1.3
1998年第二次调查结果									
1	呼吸系病	69.4	46.7	呼吸系病	74.7	40.7	呼吸系病	67.6	49.4
2	消化系病	22.6	15.2	循环系病	38.1	20.7	消化系病	21.5	15.7
3	循环系病	17.1	11.5	消化系病	25.8	14.0	肌肉骨骼系统	10.1	7.4
4	肌肉骨骼系统	10.9	7.3	肌肉骨骼系统	13.2	7.2	循环系病	10.1	7.4
5	损伤和中毒	4.5	3.0	泌尿生殖系统	4.7	2.6	损伤和中毒	4.6	3.3
6	泌尿生殖系统	4.2	2.8	损伤和中毒	4.5	2.4	泌尿生殖系统	4.0	3.0
7	传染病	3.5	2.4	皮肤皮下组织	3.3	1.8	传染病	3.7	2.7
8	神经系统病	3.2	2.1	传染病	3.2	1.7	神经系统病	3.2	2.3
9	皮肤皮下组织	2.9	2.0	眼及附器疾病	3.1	1.7	皮肤皮下组织	2.8	2.0
10	眼及附器疾病	2.5	1.7	神经系病	3.0	1.6	眼及附器疾病	2.3	1.7

## 2、两周患病按病种分析

两周患病按病种的构成分析,城乡最常见的疾病是急性鼻咽炎、流行性感、急慢性胃肠炎、高血压病、类风湿性关节炎、扁桃体炎和气管炎、慢性支气管炎、脑血管病、口腔疾病、椎间盘疾病、胆结石症和胆囊炎等,疾病别患病率和相对百分比见表2-2-3。

表2-2-3: 家庭健康询问调查—两周疾病别患病率(%)及其构成(%)按疾病别分类系统分析

顺位	全 国		城 市			农 村			
	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成
1993年第一次调查结果									
1	急性鼻咽炎	36.83	26.22	急性鼻咽炎	41.38	23.55	急性鼻咽炎	35.29	27.45
2	流行性感	13.74	9.78	流行性感	13.12	7.47	流行性感	13.95	10.85
3	急慢性胃肠炎	11.74	8.36	急慢性胃肠炎	11.23	6.39	急慢性胃肠炎	11.91	9.27
4	扁桃体气管炎	5.49	3.91	高血压	9.51	5.41	扁桃体气管炎	4.72	3.67
5	慢性支气管炎	4.34	3.09	扁桃体气管炎	7.78	4.43	慢性支气管炎	4.26	3.32
6	风湿性关节炎	4.16	2.96	冠心病	5.86	3.34	风湿性关节炎	4.19	3.26
7	高血压	3.85	2.74	慢性支气管炎	4.57	2.60	消化性溃疡	2.14	1.67
8	口腔疾病	2.46	1.75	口腔疾病	4.48	2.55	高血压	1.95	1.51
9	消化性溃疡	2.26	1.61	风湿性关节炎	4.06	2.31	口腔疾病	1.78	1.39

10	胆结石胆囊炎	1.85	1.32	胆结石胆囊炎	3.50	1.99	肺炎	1.65	1.28
11	冠心病	1.82	1.30	脑血管病	3.28	1.87	贫血	1.64	1.28
12	脑血管病	1.50	1.07	消化性溃疡	2.60	1.48	痢疾	1.52	1.18
13	皮炎	1.50	1.07	糖尿病	2.54	1.45	脱位扭伤劳损	1.38	1.07
14	肺炎	1.49	1.06	皮炎	2.12	1.21	结核病	1.35	1.05
15	贫血	1.47	1.05	肾炎肾变病	1.64	0.93	胆结石胆囊炎	1.29	1.01

---

表2-2-3: 家庭健康询问调查—两周疾病别患病率(%)及其构成(%)按疾病别分类系统分析

顺位	全 国			城 市			农 村		
	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成	疾病系统	患病率	构成
1998年第二次调查结果									
1	急性鼻咽炎	42.44	28.38	急性鼻咽炎	44.63	23.85	急性鼻咽炎	41.73	30.48
2	流行性感冒	14.40	9.63	高血压	15.54	8.30	流行性感冒	14.70	10.73
3	急慢性胃肠炎	11.53	7.71	流行性感冒	13.54	7.23	急慢性胃肠炎	11.64	8.50
4	高血压	6.64	4.44	急慢性胃肠炎	11.23	6.00	风湿性关节炎	5.23	3.82
5	风湿性关节炎	4.97	3.33	扁桃体气管炎	7.21	3.85	扁桃体气管炎	4.19	3.06
6	扁桃体气管炎	4.95	3.31	脑血管病	5.85	3.13	高血压	3.64	2.65
7	慢性支气管炎	3.63	2.43	风湿性关节炎	4.22	2.25	慢性支气管炎	3.62	2.64
8	脑血管病	2.72	1.82	糖尿病	3.85	2.06	口腔疾病	2.19	1.60
9	口腔疾病	2.47	1.65	慢性支气管炎	3.69	1.97	脱位扭伤劳损	1.98	1.45
10	椎间盘疾病	2.12	1.42	椎间盘疾病	3.48	1.86	消化性溃疡	1.86	1.36
11	胆结石胆囊炎	2.08	1.39	胆结石胆囊炎	3.37	1.80	脑血管病	1.67	1.22
12	消化性溃疡	2.08	1.39	口腔疾病	3.30	1.76	椎间盘疾病	1.67	1.22
13	糖尿病	1.27	0.85	消化性溃疡	2.71	1.45	胆结石胆囊炎	1.65	1.20
14	贫血	1.18	0.79	高血压心脏病	2.22	1.18	贫血	1.32	0.97
15	皮炎	1.18	0.79	哮喘	1.63	0.87	肺炎	1.12	0.82

城乡比较：城市居民中最常见的疾病与农村不同的是高血压病十分突出，脑血管病、糖尿病占病例总数的比例也较明显。与1993年调查的结果相比，城市地区两周的前十五位患病的疾病顺序中，高血压病、脑血管病和糖尿病的位次前移，患病率分别提高了63.4%、78.35%、51.57%；农村地区高血压病的患病率提高了86.67%，而痢疾、结核病、肺炎等传染性疾病本次未列入前十五位疾病中。

### (三) 影响两周患病率的因素

#### 1、两周患病率按性别、年龄分析

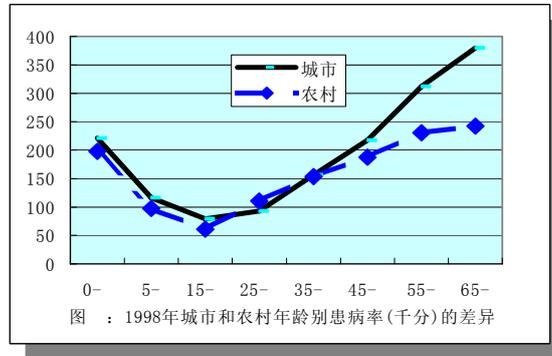
从表2-2-4可见，不论城市地区还是农村地区，两周患病率女性均高于男性。按年龄分组分析：低年龄组和高年龄组的两周患病率较高，0-4岁组为201.6%，15-24岁年龄组患病率最底(64.7%)，以后随着年龄的增加而增高，55-64岁、65岁及以上组患病率超过250%。在城市地区，老年人两周患病率超过350%。从性别年龄别来看，不论城市还是农村，在15岁以前，男性高于女性，15岁以后各年龄组，女性均明显高于男性。农村地区35-44岁组两周患病率高于城市，其他年龄组城市均高于农村，尤其是在老年人中，城市明显高于农村。上述分析与1993年第一次调查结果基本一致。

表2-2-4: 家庭健康询问调查—调查地区居民两周患病率(%)按性别年龄分析

年 龄	全 国			城 市			农 村		
	合计	男性	女性	合计	男性	女性	合计	男性	女性
0-4	201.6	208.9	192.9	221.4	236.0	206.7	197.5	203.7	189.8
5-14	100.6	103.3	97.6	116.2	116.9	115.5	97.4	100.6	93.9
15-24	64.7	62.3	67.2	79.6	68.6	90.7	60.8	60.7	61.1
25-34	106.8	90.3	123.2	93.3	87.5	98.5	110.9	91.1	131.2
35-44	154.3	131.4	177.5	156.2	139.7	172.7	153.5	127.8	179.6

45-54	196.0	165.0	228.1	217.3	182.1	252.5	187.6	158.3	218.3
55-64	259.1	230.1	288.6	312.1	281.4	339.3	230.5	205.4	258.1
65及以上	294.1	278.8	308.2	379.4	362.5	394.6	242.0	229.3	254.0

从图中可以看出,城市低年龄组和高年龄组,尤其是 55 岁以上人口两周患病率明显高于农村,在 20 岁至 35 岁中青年组,城市低于农村。



## 2、疾病别两周患病率按年龄分析

各年龄组的疾病患病率有较大的差异(见表)。少年儿童主要的疾病构成为呼吸系统疾病和消化系统疾病,如:5岁以下儿童的呼吸系病患病率达到161%,占两周患病总数的79.8%。儿童呼吸系病中,主要为急性上呼吸道感染(占94.26%)和肺炎(占4.2%)。消化系统疾病占10.1%(其中:急、慢性胃炎占53.33%),呼吸系病和消化系病合计占5岁以下儿童患病总数的89.9%。

老年人主要的疾病构成是呼吸系病、循环系病、消化系病和肌肉骨骼结缔组织疾病。如:65岁及以上老年人的呼吸系统疾病占32.2%(其中:急性上呼吸道感染占69.39%、慢性支气管炎占18.33%)、循环系统疾病占27.8%(其中:高血压占37.51%、心脏病占36.96%、脑血管占20.29%)、肌肉骨骼结缔组织疾病占11.17%、消化系统疾病占11.16%。四类疾病合计占该年龄组疾病总数的82.4%。中、青年的疾病构成第一位仍是呼吸系统疾病,但是该类疾病所占的比例较儿童和老年人低,但排在第二位的消化系统疾病所占的比例相对较高。

表2-2-5: 家庭健康询问调查— 调查地区疾病别两周患病率(‰)按年龄分析(男女合计)

疾病分类	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65及以上
<b>合 计</b>	<b>201.60</b>	<b>100.61</b>	<b>64.67</b>	<b>106.78</b>	<b>154.35</b>	<b>196.02</b>	<b>259.11</b>	<b>294.05</b>
传染病	5.90	4.80	2.33	2.53	3.19	3.81	3.19	4.15
寄生虫病	0.09	0.41	0.06	0.16	0.06	0.20	0.29	0.11
恶性肿瘤	0.09	0.00	0.15	0.13	0.48	0.95	1.68	2.51
良性肿瘤	0.00	0.15	0.12	0.29	0.51	0.56	0.75	0.66
内、营和代谢病及免疫疾病	0.44	0.38	0.33	0.65	1.38	1.55	1.45	0.98
血液和造血器官疾病	0.09	0.33	0.67	1.62	2.29	2.50	1.57	2.13
精神病	0.09	0.15	0.30	0.71	1.20	1.55	1.39	1.26
神经系统病	0.88	0.71	1.39	2.90	4.24	5.12	5.22	6.94
眼及附器疾病	1.50	2.24	0.82	1.46	1.84	2.46	5.63	7.32

耳和乳突疾病	0.53	0.61	0.18	0.39	0.57	0.64	1.39	0.98
循环系统疾病	0.44	0.41	1.00	3.68	11.52	25.10	59.50	80.29
呼吸系统疾病	160.91	74.41	38.82	51.79	64.42	69.23	80.04	93.03
消化系统疾病	20.43	9.15	9.80	20.09	30.36	35.87	39.76	32.19
泌尿生殖系统疾病	0.62	0.51	1.66	5.96	7.07	6.08	5.75	6.29
妊娠、分娩及产褥期并发症	0.09	0.00	0.30	0.55	0.27	0.12	0.12	0.05
皮肤和皮下组织疾病	5.37	2.54	2.03	2.27	2.89	3.34	3.42	3.99
肌肉骨骼和结缔组织疾病	0.44	0.53	1.24	4.86	12.61	22.92	30.13	32.25
先天异常	0.18	0.13	0.21	0.16	0.12	0.08	0.06	0.16
围产期疾病	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.04	0.12	0.05
损伤和中毒	2.20	2.01	2.12	4.10	5.57	7.75	7.26	7.76
其他	0.18	0.23	0.18	0.63	0.81	0.79	0.75	0.55
不详	1.14	0.74	0.91	1.67	2.32	3.69	3.95	4.92

与 1993 年第一次国家卫生服务的调查结果相比, 5 岁以下儿童的传染病患病率比 1993 年第一次调查的 12.73%降低了一半多。在老年人中, 糖尿病和循环系统患病率明显上升, 与 1993 年调查的结果相比, 增幅达 30-40%。

### 3、两周患病率按文化程度分析

将患病率按文化程度分组, 可以看出 15 岁及以上人口不同文化程度的两周患病率有较大的差异: 文盲半文盲者的两周患病率最高。在城市, 不同文化程度的人群患病率由高到低依次是: 文盲半文盲、小学、大学及以上、中专、初中、大专、高中及技校; 在农村依次是: 文盲半文盲、大专、小学、中专、大学及以上、高中及技校、初中。不同文化程度患病率的差异, 一是与不同文化程度人群的年龄构成有关, 一般来讲, 老年人群中文盲和半文盲比例较高; 二是低文化程度的居民健康知识和意识较低, 对疾病的认同和报告率较低。与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比, 不论城市, 还是农村, 除中专以外, 不同文化程度的人群两周患病率均有不同程度的增加。

表2-2-6: 家庭健康询问调查—调查地区两周患病率(%)按文化程度分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年第一次调查结果										
文盲半文盲	191.0	262.4	179.2	335.0	276.9	198.6	184.8	192.7	177.6	159.3
小学	139.2	222.9	123.2	291.3	227.7	168.2	120.5	133.4	118.5	115.4
初中	109.1	152.4	90.8	173.0	171.5	113.2	83.2	95.8	89.8	101.7
高中、技校	113.0	126.8	93.8	146.0	133.4	100.0	86.4	96.9	94.9	109.8
中专	184.5	198.9	135.8	223.3	208.7	155.4	155.4	172.4	107.9	105.3
大专	152.9	159.8	89.6	174.2	156.9	136.8	113.9	145.2	52.2	0.0
大学及以上	196.4	198.5	163.9	218.3	208.3	147.2	200.0	62.5	193.5	214.3
1998年第二次调查结果										
文盲半文盲	214.9	286.0	203.1	409.6	222.1	246.7	189.8	204.2	252.4	155.6
小学	161.5	248.3	146.3	357.2	218.9	170.3	142.9	150.4	163.8	102.9
初中	125.0	180.9	104.9	210.2	161.3	165.1	101.8	103.9	114.2	73.9
高中、技校	132.0	148.8	109.1	173.2	116.3	150.0	107.2	96.2	121.9	101.9
中专	167.7	188.8	120.1	219.3	152.1	184.8	108.0	114.8	139.2	63.2

大专	165.2	168.1	146.9	180.1	155.8	156.8	135.1	79.4	180.2	181.8
大学及以上	212.5	219.2	115.9	246.8	143.1	252.6	100.0	108.1	133.3	

#### 4、两周患病率按职业状况分析

调查结果显示，离退休人员的两周患病率最高（34.4%），其次是无业人员（23.5%），在校学生的两周患病率最低。分析企业下岗人员，两周患病率明显高于在岗人群，城市下岗人员两周患病率15.5%，比在岗人员高出12%。除了离退休人员外，下岗、无业人员是卫生服务需要量较大的人群。

表2-2-7： 家庭健康询问调查—调查地区两周患病率(%)按从业情况分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
在岗	136.91	138.61	136.54	152.03	126.79	133.82	124.56	133.09	155.33	118.67
下岗	166.56	155.25	209.42	167.05	126.90	171.20	141.26	221.57	254.48	234.38
离退休	344.36	353.07	286.50	418.02	260.51	342.76	281.30	267.82	308.00	295.92
在校学生	71.85	84.84	65.80	88.36	92.27	74.19	82.61	50.74	69.06	64.80
无业	234.68	205.76	255.88	248.14	148.74	207.95	221.76	276.78	293.62	193.22

在岗人员中，城市地区有专业职称技术人员、机关及企事业单位管理人员、林牧渔业生产人员的两周患病率较高（分别为15.6%、15.4%、15.3%），农业生产人员的两周患病率较低；农村地区机关及企事业单位管理人员、有专业职称技术人员、农业生产人员的两周患病率较高（分别为14.9%、14.2%、14.0%），办事或一般业务人员的两周患病率较低。

#### 5、两周患病率按医疗保障制度人群分析

不同医疗保障制度的两周患病率分析，结果显示：城市中享受公费医疗、劳保医疗和统筹的人群两周患病率（患病率分别为24.0%、23.1%和21.9%）明显高于其他医疗费用负担形式的人群；农村中享受公费医疗、劳保医疗和半劳保的人群两周患病率最高（患病率分别为20.8%、18.2%和17.3%），但与其他各种医疗费用负担形式的人群差异不如城市地区明显。农村同城市一样，有医疗保险人群的两周患病率最低，几乎是公费医疗人群患病率的一半。

与1993年第一次国家卫生服务调查的结果相比，有医疗保险人群的两周患病率有所降低（1993年为135.2%），有医疗统筹人群的两周患病率增加明显，提高了52.16%，（1993年为139.39%），其他各类人群的两周患病率略有增加。

表2-2-8： 家庭健康询问调查—调查地区两周患病率(%)按医疗费用负担形式分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
公费	234.44	240.16	207.71	276.94	174.88	240.72	190.86	197.30	220.66	147.54
劳保	228.38	231.46	181.49	258.22	199.00	215.95	182.20	183.91	150.00	375.00
半劳保	170.75	170.58	172.52	197.50	125.91	160.55	106.48	312.50	342.11	272.73
医疗保险	115.05	122.13	109.43	189.87	116.43	112.60	101.49	105.26	126.20	107.14
统筹	212.09	218.91	138.89	246.98	117.65	260.87	100.00	187.50	400.00	
合作医疗	156.03	140.37	158.24	350.00	71.43	138.17	129.58	287.69	150.75	128.44
自费	138.87	159.46	135.35	165.73	140.78	165.70	133.36	126.23	152.54	113.67

#### (四) 疾病的严重程度

##### 1、 “疾病严重程度”的有关概念

居民的医疗需要不仅反映在患病频数的大小，同时还表现在疾病的危害程度上，家庭健康询问调查了解的疾病严重程度不是临床的概念，而是通过询问两周内患病持续天数和因病伤卧床、休工、休学天数来间接了解疾病的严重程度、对劳动生产能力产生的影响及推算病伤造成的经济损失。本次调查使用了两周内每千人患病日数、休工、休学、卧床天数和休工、休学、卧床率等指标来描述疾病严重程度(结果见表)。

##### 2、 疾病严重程度的指标

(1)两周内患病持续的天数：两周内每千人患病日数为 1257 天，平均每人每年患病 32 天。城市地区每千人患病日数为 1646 天，平均每人每年患病 43 天（大城市 53 天，中城市 35 天，小城市 38 天）；农村地区每千人口患病日数 989 天，平均每人每年患病 29 天（一类农村 27 天，二类农村 28 天，三类农村 34 天，四类农村 25 天）。与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比，两周内每千人患病日数增加了 140 天。其中，大城市增加了 314 天，小城市增加了 282 天，中城市却减少了 259 天，农村地区增加了 136 天。

(2)两周患病休工或休学情况：两周内每千劳动者因病休工天数为 308 天，平均每人每年休工 8 天；两周内每千学生因病休学天数为 89 天，平均每人每年休学 2.3 天。城市地区每千人休工天数、休学天数明显低于农村。与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比，两周内每千劳动者因病休工天数增加了 69 天；两周内每千学生因病休学天数变化不大。

(3)两周患病卧床情况：两周内每千人卧床天数 113 天。城市每千人卧床天数为 95 天；农村每千人卧床天数为 119 天。与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比，城市地区的卧床天数下降明显，下降了 29 天（1993 年为 123.9 天）；农村地区基本无变化。

表2-2-9: 家庭健康询问调查--调查地区两周患疾病严重程度的指标

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年第一次调查结果										
每千人患病天数	1117	1496	989	1730	1610	1162	941	1082	964	921
每千人休工天数	239	173	262	153	167	196	224	250	307	252
每千人休学天数	88	117	81	177	93	91	99	84	76	57
每千人卧床天数	123	124	123	136	132	105	120	126	114	142
1998年第二次调查结果										
每千人患病天数	1257	1646	1125	2044	1351	1444	1046	1085	1293	947
每千人休工天数	308	153	347	153	132	170	267	331	404	375
每千人休学天数	89	68	95	81	42	74	98	81	104	101
每千人卧床天数	113	95	119	117	64	96	108	118	115	148

##### 3、 每千人两周因病持续天数按年龄的分析

老年人每千人因病持续天数较长，特别是 65 岁及以上老年人的每千人因病持续天数明显高于其他人群，约为最低组 15-24 岁的 6.6 倍，城市地区该现象更为突出。只有 25-34

岁年龄组城市地区的每千人因病持续天数低于农村地区，其他各年龄组都是城市地区高于农村地区。

与1993年第一次国家卫生服务的调查结果相比，各个年龄组的患病持续天数都有增加，增加最多的仍是老年人。

表2-2-10: 家庭健康询问调查—调查地区每千人两周因病持续天数按年龄分析(天)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
<b>合计</b>	<b>1257</b>	<b>1646</b>	<b>1125</b>	<b>2044</b>	<b>1351</b>	<b>1444</b>	<b>1046</b>	<b>1085</b>	<b>1293</b>	<b>947</b>
0-4	1225	1433	1182	1450	1514	1361	1153	1183	1306	1011
5-14	582	684	561	757	675	624	536	551	616	498
15-24	449	522	431	538	668	410	389	417	455	456
25-34	844	696	889	687	576	811	754	921	988	802
35-44	1331	1350	1323	1405	1099	1499	1096	1208	1602	1292
45-54	1819	1991	1751	2220	1904	1809	1355	1753	2064	1720
55-64	2507	3011	2236	3652	2456	2723	2038	2197	2572	1854
65及以上	2967	3840	2434	4782	2424	3555	2400	2140	2893	2023

#### 4、疾病别每千人患病天数、因病卧床、休工或休学分析

每千人患病天数、卧床天数、休工天数最多的三种疾病是呼吸系统疾病、消化系统疾病和循环系统疾病，特别突出的是急性上呼吸道感染疾病，其各项指标均为最高。

与1993年第一次国家卫生服务调查的结果相比，传染病的每千人患病天数有较明显的减少，减少了46.6%（1993年为49.26天）；循环系统和糖尿病的患病天数明显增加，分别增加了59.8%和42.1%（1993年为120.48天和8.98天）。此外各种疾病的休工休学率和休工休学天数都有不同程度的增加。

表 2-2-11: 家庭健康询问调查—调查地区疾病别每千人患病天数、卧床、休工、休学天数

疾病系统	每千人 患病天数	每千人 卧床天数	每千人 休工天数	每千人 休学天数
合 计	1257	113	308	89
传染病	33.61	4.68	11.80	9.20
寄生虫	1.45	0.17	0.32	0.35
恶性肿瘤	7.30	2.38	3.10	0.33
良性肿瘤	4.18	0.65	2.34	0.35
内、营和代谢病及免疫疾病	9.70	0.34	3.63	0.52
血液和造血器官疾病	15.17	1.78	6.50	0.68
精神病	9.81	1.28	3.46	0.56
神经系统病	32.55	3.40	9.37	1.48
眼及附器疾病	23.26	1.18	4.46	2.46
耳和乳突疾病	5.33	0.22	1.34	0.56
循环系统疾病	192.49	21.37	36.49	1.31
呼吸系统疾病	440.00	32.21	79.95	51.17
消化系统疾病	192.01	15.09	52.61	8.33
泌尿生殖系统疾病	46.31	4.67	17.57	1.81
妊娠、分娩及产褥期并发症	2.20	0.65	1.67	
皮肤和皮下组织疾病	28.67	1.19	5.10	2.51
肌肉骨骼和结缔组织疾病	126.52	9.13	35.05	1.62
先天异常	1.74	0.31	0.35	0.33
围产期疾病	0.29	0.00	0.23	
损伤和中毒	45.75	9.38	27.54	4.69
其他	4.60	0.54	1.27	0.12
不详	18.92	1.87	4.05	0.89

### 三、居民慢性病患病情况分析

如同两周患病率一样，慢性疾病患病率也是反映居民健康状况、疾病负担和卫生服务需要量的重要指标。我们从定义慢性病的有关概念入手，描述调查地区居民慢性病患病率、疾病别患病率和构成，不同地区、不同人群慢性疾病的分布及其影响因素。

#### (一)、调查地区的慢性病患病率

##### 1、“慢性病”和慢性病患病率的概念

卫生服务研究所定义的“慢性病患病”是从居民对卫生服务需要和需求出发，强调有医生的明确诊断。通过询问被调查者在：①调查的前半年内，经过医务人员诊断明确有慢性病（包括慢性感染性疾病如结核等和慢性非感染性疾病如冠心病、高血压等）；②半年以前经医生诊断有慢性病，在调查的前半年内时有发作，并采取了治疗措施如服药、理疗等。二者有其一者，即认为患“慢性病”。

慢性病患病率：慢性病患病率（可按百分率或千分率表示）有两个定义：一是调查前半年内调查的患病人数与调查总人数之比；二是调查前半年内调查的病例数（也就是说，一个人可患有的一种及多种疾病，在调查时最多填写三种）与调查总人数之比。前一定义主要考虑患病的人数，不论一个慢性病患者患多少种类的疾病，该指标主要反映居民健康状

况；后一个定义主要考虑医疗卫生服务需要。本文除有说明外，慢性病患者率的计算均按后一定义进行。

## 2、慢性病患者人数、患病例数及患病率

调查人口中半年内患慢性病的人数 27701，(城市 10958、农村 16743 人)，患病例数 34028(城市 14907、农村 19121)。按患病人数计算居民慢性病患者率为 128.2%，其中：城市慢性病患者率 200.9% (大城市 236.6%、中城市 199.0%、小城市 161.7%)；农村慢性病患者率 103.6% (一类农村 109.4%、二类农村 95.1%、三类农村 113.7%、四类农村 89.4%)；按患病例数计算慢性病患者率为 157.5%，其中：城市 273.3% (大城市 327.7%、中城市 277.8%、小城市 207.3%)；农村 118.4% (一类农村 128.6%、二类农村 106.2%、三类农村 130.3%、四类农村 100.4%)。不论是按患病人数，还是按患病例数计算，城市居民慢性病患者率几乎是农村地区的两倍。在不同类型地区，城市随人口规模的增加慢性病患者率增加，不同类型农村地区趋势不明显。

表 2-3-1：家庭健康询问调查——调查城乡及不同类型地区居民慢性病患者率 (%)

调查地区	全国 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993年第一次调查慢性病患者率										
按人数计算	132.1	192.7	105.9	226.9	202.8	156.8	107.7	100.8	108.3	121.5
按例数计算	169.8	285.8	130.7	323.0	277.6	258.9	128.6	118.0	134.5	153.9
1998年第二次调查慢性病患者率										
按人数计算	128.2	200.9	103.6	236.6	199.0	161.7	109.4	95.1	113.7	89.4
按例数计算	157.5	273.3	118.4	327.7	277.8	207.3	128.6	106.2	130.3	100.4

与 1993 年调查相比，城市慢性病患者率有所增加，农村有所下降。1993 年城市慢性病患者率，按人数计算 192.7%、按病例数计算 285.8%；农村按病人计算 105.9%、按病例数计算 130.7%。可见，不论是城市慢性病患者率增加，还是农村患病率下降，幅度均不明显。

### (二)、慢性病患者率的疾病构成分析

#### 1、慢性病患者按疾病系统分类分析

按系统分析，全部调查人口前六类慢性病依次是：循环系病(38.8%)、消化系病(32.5%)、运动系病(23.4%)、呼吸系病(19.8%)、泌尿生殖系病(8.3%)和神经系统疾病(5.0%)。城市被调查人口中第一位慢性病为循环系疾病(高达 93.6%)，其次依次为消化系病(46.4%)、运动系统疾病(35.2%)、呼吸系病(30.7%)、内分泌、营养、代谢及免疫疾病(13.1%)和泌尿生殖系病(11.8%)；而农村人口中，消化系疾病列第一位(27.9%)，其次依次为循环系疾病(20.3%)、运动系统疾病(19.4%)、呼吸系统疾病(16.1%)和泌尿生殖系病(7.2%)。

从不同类型地区慢性病患者情况分析：城市各类地区，第一位是循环系病，患病率由大到小依次递减，大城市高出小城市一倍以上，第二位是消化系病，大城市中呼吸系病列第三位，中、小城市运动系统疾病列第三位；农村不同类型地区的位次上基本一致。从疾病别患病率来看，城市除传染病、寄生虫病、慢性胃肠炎低于农村外，其他各类慢性病均为城市高于农村，其中循环系疾病患病率，城市为农村 4.5 倍左右。

与 1993 年调查相比，城市居民慢性病患者率有所增加，农村居民慢性病患者率有所下

降。城市居民慢性病患者率的增加主要是由于循环系病，由 1993 年的 78.6%增加到 1998 年的 93.6%，增加了 20%；其次是内分泌、营养和免疫代谢性疾病，（如糖尿病等），增加了 50%。农村居民慢性病患者率下降主要是由于慢性感染性疾病的下降，如慢性传染病下降 20%、呼吸系病下降 18%等。

表 2-3-2 : 家庭健康询问调查-调查城乡及不同类型地区居民疾病别慢性病患病率 (%)

调查地区	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
总患病率	157.5	273.3	118.4	327.7	277.8	207.3	128.6	106.2	130.3	100.4
传染病计	4.84	5.83	4.50	4.57	4.24	8.63	3.43	4.75	3.77	7.26
寄生虫病计	0.54	0.33	0.61	0.05	1.09	0.00	0.22	1.59	0.13	0.34
恶性肿瘤计	1.15	2.27	0.77	3.32	2.37	0.99	1.13	0.80	0.80	0.13
良性肿瘤计	0.93	1.92	0.59	2.31	2.50	0.99	0.77	0.48	0.76	0.17
内,营,代谢病	4.67	13.09	1.83	18.05	14.31	6.38	2.99	1.63	1.80	0.55
其中:糖尿病	3.15	9.83	0.89	13.24	10.59	5.28	1.69	0.77	0.72	0.29
血液,造血病计	2.85	3.26	2.71	3.27	3.59	2.97	2.74	3.10	2.79	1.68
精神病计	1.93	2.40	1.77	2.74	2.63	1.81	2.19	1.65	1.77	1.39
神经系病计	5.03	5.77	4.78	5.68	5.84	5.83	5.59	4.35	5.54	2.69
眼及附器病计	4.26	9.42	2.51	13.19	9.69	4.89	2.55	2.22	2.75	2.52
耳和乳突病计	0.93	1.52	0.73	1.54	1.67	1.37	0.94	0.69	0.74	0.46
循环系统病计	38.83	93.62	20.33	122.94	92.93	60.74	26.70	18.33	20.42	14.49
其中:心脏病	14.23	34.54	7.37	45.29	33.50	23.14	8.72	6.36	6.86	8.52
高血压病	15.82	39.25	7.91	52.85	42.81	20.67	11.37	7.51	7.51	4.37
脑血管病	5.85	13.13	3.40	15.07	10.91	12.81	5.01	2.89	3.79	1.09
呼吸系病计	19.81	30.71	16.13	39.04	26.89	24.46	16.80	13.60	20.09	11.25
其中:老慢支	12.90	18.72	10.94	22.00	16.05	17.26	11.37	9.15	13.60	7.85
消化系病计	32.54	46.36	27.88	48.81	47.37	42.71	30.69	24.00	29.66	27.38
其中:肠胃炎	14.28	16.22	13.63	14.49	17.52	17.09	14.06	11.64	16.06	11.50
肝病,肝硬变	1.72	2.73	1.37	2.31	2.05	3.79	1.49	0.96	1.52	1.68
胆结石胆囊炎	6.39	12.81	4.22	16.17	11.62	10.00	4.40	3.06	3.77	7.26
泌尿生殖系统计	8.34	11.75	7.19	13.67	10.78	10.39	6.36	6.63	7.51	8.86
妊娠分娩产褥期	0.14	0.16	0.13	0.10	0.19	0.22	0.22	0.06	0.15	0.08
皮肤和皮下组织	2.48	3.57	2.12	3.80	4.94	2.14	2.05	1.88	2.77	1.22
运动系疾病计	23.41	35.18	19.43	37.45	39.86	28.58	19.37	16.20	23.75	16.25
其中:关节炎	11.50	12.78	11.07	13.00	10.97	14.07	8.38	9.25	13.16	14.07
先天异常小计	0.58	0.64	0.56	0.53	0.71	0.71	0.36	0.48	0.52	1.09
起源于围产期计	0.06	0.07	0.06	0.00	0.19	0.05	0.03	0.02	0.11	0.04
损伤和中毒小计	2.85	3.24	2.72	3.56	3.59	2.58	2.49	2.45	3.49	1.85
*其他小计	0.39	0.51	0.35	0.87	0.26	0.33	0.25	0.46	0.28	0.46
体征,病状不明	1.38	2.02	1.16	2.84	2.37	0.77	1.25	1.19	1.10	1.13

## 2、 慢性病患病率按病种分析

按病种患病率分析可以得到上述同样结果(见表)。城乡居民患慢性病的前十五位疾病依次是:高血压病、慢性胃炎、慢性支气管炎、类风湿性关节炎、胆结石和胆囊炎、脑血管病、冠心病、消化性溃疡、椎间盘疾病、糖尿病、咽喉扁桃气管炎、贫血、肾炎和肾病变、结核病、病毒性肝炎。城市地区前十五位慢性病顺序中,高血压病、冠心病、脑血管病、糖尿病患病率较为突出,占有相当的比例(占前十五位慢性病患病总数的50%)。在大中城市,高血压病、冠心病、脑血管病、糖尿病患病率更为突出。农村居民主要是慢性

胃肠炎、慢性支气管炎、风湿性关节炎，高血压病、脑血管病占有一定的比例。城乡比较，城市高血压患病率高出农村 3.5 倍、冠心病 5 倍、脑血管病 2.5 倍、糖尿病 8 倍以上。

与 1993 年调查相比，不论城市，还是农村，慢性病患者率中，高血压病、冠心病、脑血管病、糖尿病、等均有明显增加，这些慢性病已经成为城乡居民常见病和多发病。一些慢性感染性疾病，如慢性胃肠炎、慢性支气管炎、风湿性关节炎、消化性溃疡等和慢性传染性疾病，如结核病、病毒性肝炎呈现逐步下降的趋势。

表 2-3-3: 家庭健康询问调查——调查城乡及不同类型地区居民前十五种慢性疾病的患病率(%)

调查地区	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
总患病率	157.5	273.3	118.4	327.7	277.8	207.3	128.6	106.2	130.3	100.4
高血压	13.32	32.01	7.01	42.26	35.68	17.15	10.24	6.91	6.45	3.61
慢性胃肠炎	12.06	12.36	11.97	11.02	13.09	13.25	11.95	10.51	14.03	10.25
慢性支气管炎	9.70	12.36	8.81	13.91	10.27	12.37	8.94	7.53	11.02	6.17
类风湿性关节炎	9.63	9.26	9.76	8.71	7.89	11.05	7.17	8.14	11.54	12.89
胆结石和胆囊炎	4.81	8.49	3.57	10.78	7.89	6.38	3.63	2.55	3.21	6.34
脑血管病	4.70	9.84	2.96	10.83	7.64	10.61	4.29	2.51	3.31	1.05
冠心病	4.35	11.71	1.86	14.34	12.71	7.86	2.77	1.84	1.64	1.01
消化性溃疡	3.96	5.00	3.60	5.49	4.75	4.67	5.12	3.18	3.18	3.11
椎间盘疾病	3.78	7.08	2.66	6.79	7.44	7.09	4.23	2.51	2.42	1.13
糖尿病	2.43	7.35	0.77	10.01	7.32	4.34	1.41	0.69	0.61	0.29
咽喉扁桃气管炎	2.13	3.24	1.76	4.86	2.37	2.14	1.74	1.63	2.14	1.18
贫血	2.05	1.91	2.10	1.68	2.05	2.03	2.16	2.22	2.30	1.34
肾炎和肾病变	1.87	2.36	1.70	2.50	1.41	3.02	1.08	1.49	1.58	3.36
结核病	1.70	1.14	1.89	0.77	0.51	2.09	1.00	1.78	1.49	4.41
病毒性肝炎	1.56	2.35	1.29	1.49	1.99	3.63	0.80	1.86	1.28	0.92

### (三)、影响慢性病患病的因素分析

#### 1、慢性病患病的性别差异

无论是按慢性病患者人数还是按患病例数计算,无论在城市还是在农村,男性慢性病患病的患病率低于女性。男性患病率117.2‰(城市187.6‰、农村94.4‰),女性139.6‰(城市213.8‰、农村113.34‰),男性低于女性16%。也就是说,女性卫生服务需要量高于男性。

分性别各类慢性疾病的患病情况:除传染病、寄生虫病、脑血管病、呼吸系病、慢性胃炎、慢性肝病或肝硬化以及先天异常男性患病率稍高于女性外,其他慢性病患病的患病率均为女性高于男性。从分性别前三位慢性病患病的排列顺序看,不同性别前三位慢性病患病的排列次序也有所不同,尽管男性和女性前两位慢性病分别为消化系病和循环系病,但在男性人口中呼吸系病列第三位,而在女性中骨骼和肌肉疾病列第三位。

表 2-3-4: 家庭健康询问调查——全国及不同类型地区男、女性慢性病患病的患病率(%)

调查地区	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
按患病人数计算患病率(%)										
男患病率	117.16	187.57	94.44	224.00	186.47	148.36	100.98	88.70	103.10	76.57
女患病率	139.59	213.84	113.34	248.51	211.26	175.14	118.08	101.81	125.00	102.93
按患病例数计算患病率(%)										
男患病率	141.62	251.07	106.30	305.90	256.97	185.70	116.27	98.54	116.45	83.97
女患病率	173.87	294.88	131.09	348.31	298.17	228.94	141.37	114.33	145.03	117.55

#### 2、慢性病患病的年龄差异

年龄别慢性病患病的患病率:从分年龄组慢性病患病的患病情况看,无论城市或农村地区慢性病患

病率随年龄组的不断提高而增加，城市随年龄提高的幅度大于农村。下图中显示 20 岁前各年龄组患病率变化不大，20 岁年龄组患病率开始上升，到 35 至 55 岁之间上升最快。城市慢性病患者率高于农村，但农村在小年龄组和 25-34 岁年龄组高于城市。比较不同性别慢性病患者率随年龄变化的趋势，我们发现男性慢性病患者率随年龄增加的趋势在 45 岁以后增长最快；而女性在 35-55 岁时增加最快，在 55 岁以上增幅有所下降。

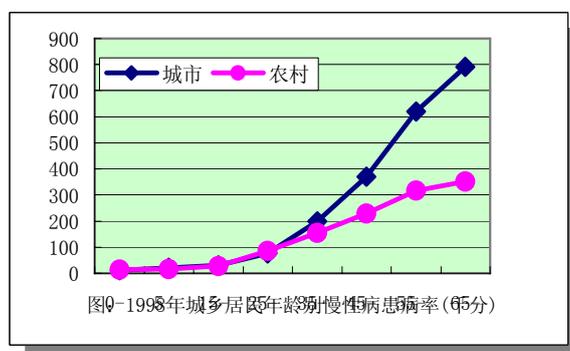


表 2-3-5: 家庭健康询问调查——调查城乡及不同类型地区居民年龄别慢性病患者率 (%)

调查地区	全国 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
0-4	12.7	11.1	13.0	8.1	19.0	7.6	10.7	15.5	15.8	7.5
5-14	17.1	21.0	16.3	22.6	20.3	20.2	14.2	17.4	17.1	15.1
15-24	27.8	30.6	27.1	31.7	33.9	27.5	26.2	24.7	27.4	31.3
25-34	83.4	76.4	85.6	70.9	74.4	83.6	77.4	82.6	89.6	94.7
35-44	167.3	197.9	154.1	201.5	185.5	204.0	142.2	133.4	168.5	190.3
45-54	268.9	369.3	229.2	378.7	409.7	320.6	218.8	204.9	261.4	221.5
55-64	422.9	619.8	316.8	685.1	644.5	509.6	336.1	273.0	362.5	262.3
65-	518.0	791.7	351.2	890.4	770.7	623.0	378.2	307.2	387.3	309.6

### 3、 年龄别疾病别慢性病患者率

分年龄组疾病别慢性病患者分析可见，25 岁以前各年龄组慢性病主要为呼吸系病、传染病和消化系疾病；在 25-44 岁之间主要为消化系疾病、运动系统疾病和呼吸系疾病；在 45 岁以上主要为循环系疾病、运动系统疾病和消化系疾病等。65 岁及以上老年人主要是循环系病，几乎占患病总数的 2/5，其次是呼吸系病（主要为老慢支）。

### 4、 慢性病患者率的职业状态分布

从就业状况看，调查的 15 岁及以上人群中，除了离退休和在校学生两个特殊人群外，不论城市地区，还是农村地区，下岗人员和无业人员慢性病患者率均明显高于在岗人员，一种解释可能是下岗和无业人员年龄结构较在岗人员偏老（待进一步标准化后比较），另一种解释是有慢性病的患者下岗的机会大。

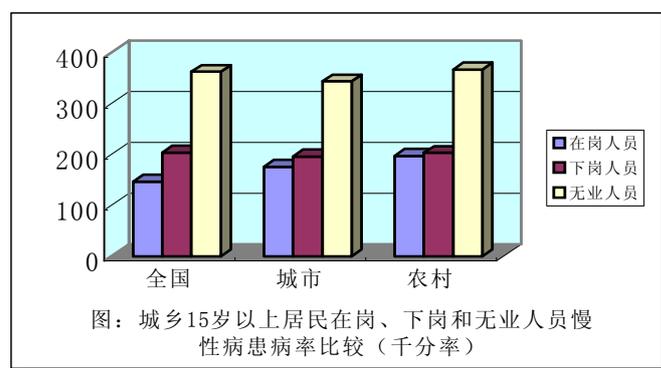


表2-3-6: 家庭健康询问调查— 调查地区居民疾病别两周患病率(%)按年龄分析(男女合计)

疾病分类	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65及以上
合 计	12.70	17.10	27.80	83.40	167.30	268.90	422.90	518.00
传染病	0.52	2.36	2.60	4.86	5.72	7.63	8.82	7.65
寄生虫病	0.09	0.18	0.30	0.60	0.66	0.91	1.10	0.66
恶性肿瘤	0.00	0.05	0.15	0.26	0.84	2.03	3.13	5.41
良性肿瘤	0.09	0.23	0.15	0.68	1.59	2.22	1.63	1.26
内、营和代谢病及免疫疾病	0.35	0.61	0.60	1.25	3.55	7.74	16.48	17.33
其中: 糖尿病	0.00	0.08	0.03	0.24	1.05	4.73	13.87	14.98
血液和造血器官疾病	0.26	0.53	1.36	2.74	4.51	4.69	4.41	5.30
精神病	0.00	0.18	0.85	1.96	2.89	3.30	3.19	3.99
神经系统病	1.05	1.35	1.97	4.54	6.59	8.82	9.17	10.06
眼及附器疾病	0.26	0.56	0.79	0.91	1.75	3.97	12.31	25.36
耳和乳突疾病	0.00	0.28	0.30	0.42	0.87	1.63	2.44	2.84
循环系统疾病	0.96	0.84	1.27	5.82	21.75	59.02	138.79	190.37
其中: 心脏病	0.70	0.56	0.51	2.87	8.63	21.57	48.24	68.70
高血压	0.17	0.20	0.39	1.44	8.54	25.90	59.79	75.15
脑血管病	0.00	0.05	0.09	0.44	1.59	6.24	21.48	36.24
呼吸系统疾病	3.76	3.74	3.11	7.37	16.49	27.60	53.11	84.61
慢性支气管炎	1.66	1.19	0.85	2.87	8.36	16.96	38.37	66.57
消化系统疾病	2.10	2.69	7.07	27.27	51.69	62.79	72.44	58.92
其中: 慢性胃炎	0.52	1.19	3.51	14.10	23.80	27.29	28.91	21.97
慢性肝病和肝硬化	0.09	0.23	0.48	1.25	2.44	4.01	4.18	2.35
胆囊疾病	0.00	0.28	0.85	4.00	9.18	11.48	17.59	15.91
泌尿生殖系统疾病	0.44	0.46	2.12	9.46	13.90	13.38	14.34	16.51
妊娠、分娩及产褥期并发症	0.00	0.00	0.09	0.21	0.27	0.12	0.17	0.22
皮肤和皮下组织疾病	0.96	1.19	1.27	2.35	3.28	3.57	4.35	3.99
肌肉骨骼和结缔组织疾病	0.52	0.64	2.03	9.46	24.88	50.04	69.42	71.87
其中: 类风湿性关节炎	0.35	0.20	0.88	5.04	10.95	24.66	33.09	38.04
先天异常	0.52	0.51	0.76	0.71	0.57	0.60	0.29	0.44
围产期疾病	0.17	0.00	0.06	0.03	0.03	0.16	0.12	0.05
损伤和中毒	0.35	0.43	0.54	1.83	3.67	6.16	5.11	7.76
其他	0.09	0.15	0.09	0.10	0.60	0.95	0.58	0.93
不详	0.26	0.30	0.48	1.12	1.87	2.14	2.32	3.72

表 2-3-7: 家庭健康询问调查——调查城乡及不同类型地区居民就业状况和职业别慢性病患者率(%)

调查地区	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
按就业状况分析										
在岗人员	145.9	175.5	196.9	184.3	145.7	139.4	135.2	128.3	154.8	132.7
下岗人员	203.5	195.9	202.5	174.3	210.7	232.5	156.1	239.1	265.2	375.0
离退休	698.2	728.8	790.4	724.3	592.8	495.1	530.0	362.9	620.0	275.5

在校学生	23.2	28.1	27.1	31.1	26.4	21.0	32.2	15.3	20.7	14.7
无业人员	361.7	342.9	366.4	280.2	361.4	375.5	383.3	360.1	393.0	334.5
按在岗时职业状况分析										
管理人员	388.2	428.4	480.5	462.7	288.5	230.6	216.7	160.9	299.9	58.0
技术人员	334.8	390.2	444.1	338.3	337.7	164.3	197.6	139.0	155.1	137.0
办事和业务	260.8	305.2	356.5	281.9	251.6	157.7	166.3	123.9	213.1	20.0
商业服务业	212.8	271.5	314.6	268.4	212.0	126.8	118.4	109.9	163.3	102.6
生产运输等	294.0	351.8	407.1	346.1	269.7	113.2	102.9	101.0	166.5	70.2
农业生产	142.9	91.2	432.4	230.8	83.0	144.1	145.1	133.9	158.0	130.4
林牧渔业	177.4	424.4	513.5	777.8	333.3	158.7	193.0	121.4	137.0	164.4
其他	253.8	331.7	293.8	370.1	341.5	199.7	196.8	166.2	235.3	228.1

进一步分析在岗时职业别慢性病患者率，本次调查职业别慢性病患者率表明，在所列所有职业中离退休人员慢性病患者率最高为（78.2%），其次为家务人员（36.3%），科技人员慢性病患者率列第三位。城市慢性病患者率最高的前三个职业为离退休、家务和教师；而农村前三位的职业为离退休、家务和行政人员。见表 2-3-7。

从不同职业人员疾病别情况看，除学生、儿童和待业人员外，其他职业人员前三位慢性病患者率主要为循环系疾病、消化系疾病和骨骼肌肉疾病，其中科技、教师、医务人员、离退休人员和家务人员循环系疾病患病率最高，其它职业人员消化道疾病慢性病患者率最高；但在农民中呼吸系病列第二位，而循环系病不在前三位慢性病之列。儿童和学生前三位慢性病患者率为呼吸系疾病、消化系疾病和传染病。待业人员前三位慢性病为消化系病、传染病和循环系病。

表 2-3-8：家庭健康询问调查——调查城乡及不同类型地区居民不同教育水平别慢性病患者率（%）

调查地区	全国 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993年第一次调查结果										
文盲半文盲	332.5	602.5	288.1	714.8	588.8	542.0	292.0	266.9	307.7	283.4
小学	210.6	488.6	157.5	609.7	483.1	401.9	155.7	154.8	157.6	167.4
初中	149.9	270.6	98.8	288.4	271.8	251.8	90.8	94.6	103.3	132.5
高中、技校	154.4	187.5	108.3	221.3	166.2	174.7	103.1	103.5	109.3	176.5
中专	339.1	377.2	211.0	382.0	362.5	391.6	215.1	246.3	168.4	350.9
大专	273.2	288.6	132.6	307.7	276.2	271.8	164.6	145.2	111.9	-
大学及以上	418.8	432.7	196.7	472.2	400.0	398.3	288.9	93.8	225.8	71.4
1998年第二次调查结果										
文盲半文盲	309.3	566.7	750.9	586.7	440.9	266.6	287.5	250.2	316.8	206.4
小学	196.8	449.0	619.9	505.9	264.2	152.6	170.3	148.4	168.2	97.2
初中	138.4	278.8	313.1	307.8	213.1	88.0	91.8	84.4	94.7	55.8
高中、技校	149.1	186.7	216.9	172.8	161.0	98.0	102.4	88.1	103.9	83.3
中专	262.9	321.1	378.7	306.0	247.2	131.4	149.6	90.9	155.2	84.2
大专	245.9	261.4	285.1	255.0	213.0	146.9	126.1	23.8	194.4	245.5
大学及以上	372.8	391.0	444.9	321.5	321.1	109.8	140.0	81.1	106.7	-

## 5、慢性病患者按文化程度分析

从15岁以上人口分不同文化程度慢性病患者率情况看，无论在城市，还是在农村文盲慢性病患者率最高，其次在城市为小学，农村为大学文化程度，初中毕业和高中毕业学历人口患病率最低；大学及以上学历的人口患病率无论在城市或农村，仅次于文盲或半文盲。不同文化程度慢性病患者率的差异可能与年龄因素有关，一般来讲文盲半文盲者多为老年人。不同文化程度疾病别结果显示，所有文化程度人员前三位慢性病患者率均为循环系疾病、消化系疾病和骨骼肌肉疾病，其中文盲、中专、大专和大学以上人员第一位疾病为循环系疾病，小学、初中和高中文化程度人员第一位慢性病为消化系疾病。

## 6、医疗保健制度别人群慢性病患者率

本次调查分不同医疗保障制度人群的慢性病，结果显示：公费医疗、劳保医疗慢性病患者率最高，保险和统筹医疗慢性病患者率最低；其中城市人口中公费和劳保医疗人口慢性病患者率最高，统筹医疗慢性病患者率最低；农村人口中慢性病患者率最高的仍为公费和劳保人员，有保险人员（商业医疗保险）慢性病患者率最低。从疾病别看，各类负担形式人员慢性病患者率较高的疾病主要有循环系病、消化系病、运动系统疾病和呼吸系病，其中公费、劳保、半劳保和统筹医疗人员循环系病为第一位疾病，保险、合作医疗和自费人员消化系疾病占第一位。

表2-3-9：家庭健康询问调查——调查地区及不同类型地区居民医疗保障制度别慢性病患者率（‰）

调查地区	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年第一次调查结果										
公费医疗	411.3	443.2	285.9	460.1	410.2	459.2	303.4	288.4	272.8	288.9
劳保医疗	345.7	354.5	252.5	380.6	319.6	366.5	340.0	162.4	148.2	181.8
半劳保	162.1	155.0	205.5	158.6	135.6	172.6	207.6	199.1	188.2	342.1
医疗保险	86.2	155.6	68.8	272.7	147.1	102.9	35.6	70.6	36.4	269.8
统筹医疗	167.5	269.6	161.8	277.8	400.0	268.7	165.4	150.3	183.7	192.8
合作医疗	92.8	78.7	132.5	56.3	122.0	95.2	70.3	615.4	150.0	400.0
自费医疗	124.1	158.5	120.3	183.8	150.3	153.4	97.9	111.4	131.0	141.7
其它形式	249.4	322.6	208.6	170.7	329.7	71.4	153.9	428.6	400.0	207.5
1998年第二次调查结果										
公费医疗	427.7	457.9	286.4	509.8	410.8	389.8	336.0	229.7	295.8	163.9
劳保医疗	386.7	393.5	283.8	420.5	390.3	301.5	311.4	222.2	300.0	500.0
半劳保	187.7	184.5	219.8	187.8	195.6	146.8	138.9	469.4	368.4	181.8
医疗保险	130.7	222.4	57.8	183.5	235.3	195.7	73.6	47.5	41.5	71.4
统筹医疗	299.8	310.9	180.6	319.5	282.4	304.4	180.0	187.5	0.0	170.0
合作医疗	138.8	82.9	146.7	600.0	0.0	76.6	139.6	194.9	104.7	151.4
自费医疗	122.0	173.3	113.2	168.1	164.3	181.6	121.2	101.0	128.0	91.6
其它形式	165.0	233.8	134.3	300.8	180.7	228.1	127.0	125.9	104.8	136.4

## 四、长期失能和残障情况分析

### 1、“长期失能(Long-term disability)”和“残障(Handicap)”的概念

随着人口老龄化和疾病模式的变化,慢性非传染性疾病导致的公共卫生问题除了在治疗上带来高额费用以外,还造成长期失能或残障,带来沉重的社会负担。“长期失能”做为一个重要的公共卫生问题,被世界卫生组织定义为“日常生活中主要活动的长期受限”。残障是一种严重的长期失能或活动受限,其严重性表现在需要社会支持和他人的帮助才能维持日常生活,如长期卧床,没有他人帮助不能起身、站立或行走。

世界卫生组织有关“长期失能”的问卷有 13 个标准问题,其中有 10 个基本问题和 3 个可选问题。本次调查根据我国的实际,在可选问题中除了“不休息能否上下 12 级楼梯及其身体感觉”这一问题以外(农村得到此资料困难),10 个基本问题和其它 2 个可选问题完全采纳。10 个基本问题包括:在过去的半年内,由于各种原因导致(1)行走方面,自己能否走动;(2)在起居方面,自己能否上下床;(3)在起居方面,自己能否坐椅子;(4)起居方面,自己能否穿衣服;(5)洗漱方面,自己能否洗脸手;(6)就餐方面,自己能否吃东西;(7)生活方面,自己能否上厕所;(8)自制力方面,是否有过小便失禁;(9)听力方面,能否与他人说话;(10)视力方面,认出一个熟人(可戴眼镜)的距离;2 个可选问题包括:(1)语言方面,说话有无困难;(2)能否弯腰放一只鞋到地上,或从地上拾起一只鞋。上述 12 个问题的一般答案选择有,如果没有困难不为失能,有困难称为轻度失能,有困难需要他人帮助称为中或重度失能。在询问上述问题时,如有其中任何一种或多种情况,均要继续询问半年内持续多长时间。

## 2、 长期失能人数及失能率

在调查人口中,应答上述 12 个问题中任何一种或多种情况的人数为 7314 人,其中:城市地区 2293 人、农村地区 5021 人。由应答人数计算居民失能率为 33.85%,其中:城市地区 42.04%(大城市 44.43%、中城市 43.00%、小城市 38.48%);农村地区 31.08%(一类农村 30.00%、二类农村 27.54%、三类农村 35.49%、四类农村 29.85%)。一个失能者可同时存在两种或两种以上的失能情况,如果从卫生服务需要的角度考虑将每一种失能情况作为一例失能的话,调查的失能总例数为 25384,其中:城市 8169 例、农村 17215 例,由此按例数计算的流行率为 117.46%,其中:城市 149.76%、农村 106.56%。不论按人数计算,还是按例数计算,城市高于农村,大中城市高于小城市。

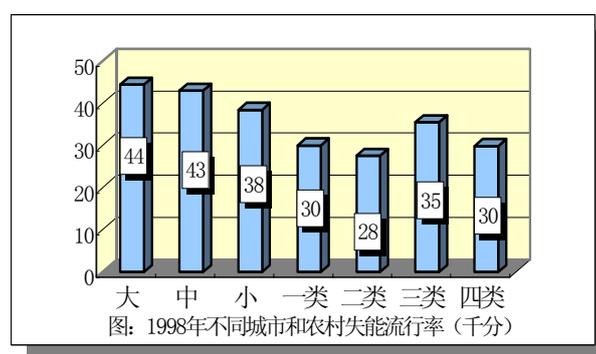
表 2-4-1: 家庭健康询问调查 - 调查地区长期失能人数、例数、失能流行率及其平均持续时间

	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	总计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查失能人数和例数:										
调查人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	35983	47938	53815	23816
失能人数	7314	2293	5021	923	670	700	1084	1316	1910	711
失能例数	25384	8169	17215	3460	1995	2714	3796	4550	6183	2686
按失能人数和例数分别计算失能率(%)										
按人数计算	33.85	42.04	31.08	44.43	43.00	38.48	30.00	27.54	35.49	29.85
按例数计算	117.46	149.76	106.56	166.55	128.04	149.18	105.05	95.22	114.89	112.78
失能的严重程度分类构成(%)										
行动有困难	61.80	55.82	64.53	53.95	59.40	54.86	62.08	64.13	67.23	61.74
有困难要帮	38.20	44.18	35.47	46.05	40.60	45.14	37.92	35.87	32.77	38.26
调查前半年内,失能平均持续的时间(月数)										

平均月数      1.15      1.46      1.05      1.15      1.25      3.23      1.88      0.72      0.99      1.66

### 3、失能的严重程度和持续的时间

在询问调查中，简单了解失能的严重程度，并分为两类即：行动有困难（称轻度失能）、行动困难并需要有人帮助（称中重度失能）。在所有失能者中，行动有困难的轻度失能占 61.8%，行动困难需要有人帮助的占 38.2%。在城市地区，或许老年人较多，行动困难需要他人帮助的失能者的比例较大，占失能者的 44.2%（大城市 46%、中等城市 40.1%、小城市 45.14%）；农村这一比例为 35.47%，不同类型地区差异不显著。从总体上来看，调查的前半年失能者平均失能持续的时间为 1.15 个月（35 天）。其中：城市为 1.46 个月（44 天）、农村 1.05 个月（32 天）。小城市持续时间较长，达到 3.23 个月。



### 4、失能的年龄差异

失能最为突出的特点之一是年龄上的差异。调查的结果显示：失能主要集中在 65 岁及以上的老年人。65 岁及以上老年人占人口的比例为 8%，而失能占失能总数的 49%，失能率达到 195.45%；在城市地区，老年人占人口比例 12.7%，失能占失能总数 60%，失能达到 198.3%；农村老年人比重 7%，失能的比重 44%，失能率也达到 193.72%。同时，也可以看出，不论城市，还是农村，老年人失能率几乎一致。人口逐步老龄化，失能所带来的社会和经济负担也日益加重。

表 2-4-2： 家庭健康询问调查 - 调查地区居民年龄别失能人数和失能率（%）

年龄组	城乡合计			城市合计			农村合计		
	调查人口	失能人数	失能率	调查人口	失能人数	失能率	调查人口	失能人数	失能率
0-4岁	11448	99	8.65	1989	13	6.54	9459	86	9.09
5-14岁	39350	181	4.60	6654	35	5.26	32696	146	4.47
15-24岁	33078	197	5.96	6763	49	7.25	26315	148	5.62
25-34岁	38286	395	10.32	8968	71	7.92	29318	324	11.05
35-44岁	33237	582	17.51	10083	125	12.40	23154	457	19.74
45-54岁	25178	869	34.51	7130	215	30.15	18048	654	36.24
55-64岁	17228	1415	82.13	6033	411	68.13	11195	1004	89.68
65- 岁	18296	3576	195.45	6929	1374	198.30	11367	2202	193.72

### 5、12种日常生活活动受限（失能）发生情况分析

分析 12 种不同失能的发生情况，可以看出视力障碍（13.93%）、听力障碍（13.45%）

的患有率最高，其次是行走困难（12.45%）和起居方面，如上下床困难（11.49%）、自己不能坐椅子（9.50%）、穿衣服困难（8.96%）。从失能的严重程度来考察，行走和起居方面的中重度失能比例相对较高，占40%以上。

表 2-4-3： 家庭健康询问调查 - 城乡及不同类型地区 12 种日常生活活动受限的失能率（‰）

	全国 总计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
调查人口	216101	54549	161552	20775	15581	18193	35983	47938	53815	23816
种类失能率（‰）										
行走有困难	12.45	15.82	11.32	18.10	13.41	15.28	11.37	9.51	11.21	15.12
起居有困难	11.49	14.02	10.64	16.03	10.46	14.79	10.00	9.18	11.32	13.02
坐椅子困难	9.50	12.03	8.65	13.57	9.50	12.42	8.56	7.59	9.03	10.04
穿衣服困难	8.96	11.38	8.15	12.47	8.73	12.42	8.81	6.97	8.34	9.07
洗脸手困难	7.89	10.12	7.13	11.55	7.51	10.72	7.25	6.32	7.38	8.02
吃东西困难	6.98	9.00	6.30	10.25	6.42	9.78	6.48	5.74	6.54	6.59
上厕所困难	10.65	14.04	9.50	15.50	12.26	13.91	9.87	8.45	9.50	11.08
大小便失禁	6.01	7.64	5.45	9.72	6.16	6.54	5.64	5.07	5.87	5.00
听力障碍	13.45	15.86	12.63	17.86	15.60	13.80	12.34	11.10	15.31	10.12
视力障碍	13.93	18.57	12.37	20.75	16.62	17.75	12.03	10.99	14.51	10.79
语言障碍	4.44	5.54	4.07	6.02	4.24	6.10	4.03	3.50	4.61	4.07
弯腰障碍	11.71	15.73	10.36	14.73	17.14	15.67	11.42	8.76	11.28	9.87

城市人口老年化程度、慢性病患者率明显高于农村，因而，失能率所带来的社会负担也高于农村。从调查的资料来看，城市首位的失能是视力和听力障碍，视力障碍达到18.57%、听力障碍达到15.86%，比农村高出50%和26%；其次是行走困难（15.82%）和起居方面，如上下床困难（14.02%）、自己不能坐椅子（12.03%）、穿衣服困难（11.38%），在行走和起居方面中重度失能占50%以上。城市老年人口比例增加迅速，慢性病患者率日益增加，尤其是心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤等是造成失能的主要原因。城市居民中，不仅失能率高，而且失能的程度严重，在行走和起居方面需要他人帮助的失能者占50%。这一疾病的社会负担问题应引起全社会的关注。

表 2-4-4: 家庭健康询问调查 - 城乡及不同类型地区失能严重程度构成 (%)

失能类型	城乡合计			城市合计			农村合计		
	例数	有困难	困难要帮	例数	有困难	困难要帮	例数	有困难	困难要帮
行走有困难	2691	51.06	48.94	863	43.22	56.78	1828	54.76	45.24
起居有困难	2484	58.33	41.67	765	52.68	47.32	1719	60.85	39.15
坐椅子困难	2053	53.87	46.13	656	49.24	50.76	1397	56.05	43.95
穿衣服困难	1937	52.04	47.96	621	45.73	54.27	1316	55.02	44.98
洗脸手困难	1704	50.00	50.00	552	42.57	57.43	1152	53.56	46.44
吃东西困难	1508	54.31	45.69	491	49.08	50.92	1017	56.83	43.17
上厕所困难	2301	53.15	46.85	766	48.04	51.96	1535	55.70	44.30
大小便失禁	1298	78.20	21.80	417	75.06	24.94	881	79.68	20.32
听力障碍	2906	81.38	18.62	865	77.34	22.66	2041	83.10	16.90
视力障碍	3011	64.33	35.67	1013	57.85	42.15	1998	67.62	32.38
语言障碍	960	100.0	0.00	302	100.0	0.00	658	100.0	0.00
弯腰障碍	2531	100.0	0.00	858	100.0	0.00	1673	100.0	0.00
合计	25384	65.55	34.45	8169	60.66	39.34	17215	67.87	32.13

与城市相比,农村失能率相对较低。首位的失能是听力和视力障碍,听力障碍患病率12.67%、视力障碍达到12.37%;其次也是行走困难(11.32%)和起居方面,如上下床困难(10.64%)、自己不能坐椅子(8.65%)、穿衣服困难(8.15%)。问题在于农村老年人口比例不断增加,慢性病患率也逐步提高,而且农村不象城市有比较好的社会保障服务体系和经济基础,对疾病所造成的经济和社会负担承受能力低。

## 5、残障率及其严重程度

残障是一种严重日常生活受限或失能,需要社会照顾和他人的帮助才能维持日常生活。世界卫生组织将残障的严重程度分为三类:长期卧床(confined to bed),需要他人帮助才能坐起来为严重残障;不能站立(confined to chair),坐在椅子上需要他人帮助才能站立为中度残障;不能出门(confined to house/flat),需要他人才能外出散步为较度残障。本次调查残障人数为2692人(城市916人、农村1776人),由此计算残障率为12.46%,其中:城市16.79%、农村10.99%。

表 2-4-5: 家庭健康询问调查 - 调查地区残障人数、例数、残障流行率及其平均持续时间

	全国	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	总计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	35983	47938	53815	23816
调查例数	2692	916	1776	380	232	304	418	461	527	370
残障流行率	12.46	16.79	10.99	18.29	14.89	16.71	11.57	9.65	9.79	15.54
其中:男性	11.45	15.47	10.14	16.70	13.81	15.53	10.07	9.02	9.27	14.47
女性	13.48	18.04	11.87	19.72	15.94	17.90	13.14	10.32	10.32	16.53
残障程度分类构成(%)										
严重	30.42	30.90	30.18	32.89	27.59	30.92	30.38	32.97	29.98	26.76
中度	26.60	23.58	28.15	23.68	24.14	23.03	29.19	24.51	30.74	27.84
轻度	42.98	45.52	41.67	43.42	48.28	46.05	40.43	42.52	39.28	45.41

调查前半年内,残障平均持续的时间(月数):

所有残障者	4.01	4.42	3.80	4.41	4.37	4.45	3.77	3.85	4.02	3.44
严重	3.55	4.11	3.25	4.07	4.08	4.17	3.30	3.31	3.18	3.22
中度	3.74	4.11	3.58	4.34	3.78	4.09	3.45	3.46	3.81	3.49
轻度	4.50	4.79	4.35	4.72	4.84	4.82	4.39	4.49	4.85	3.54

注：严重残障指长期卧床，需要人帮助才能从床上坐起来；中度残障是指需要人帮助，才能室内行走；轻度残障是指需要人帮助，才能出门上街。

从不同类型地区来看，大城市较中小城市高，经济条件好的农村地区较高，但在贫困地区，残障率突出的高于其他农村地区 50%，是一个值得重视的问题。从不同性别来看，不论城市还是农村，女性残障流行率明显高于男性。从严重程度考察，严重残障占 30% 左右，中度残障占 25%，余下为轻度残障。有意思的是，尽管城市残障率高出农村 53%，但严重程度的构成基本是一致的。

## 6、残障持续的时间

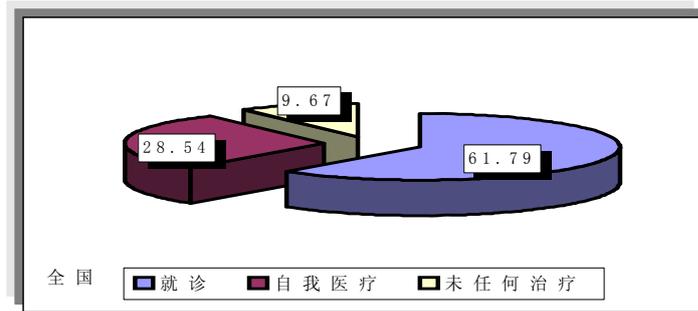
相对失能而言，残障持续的时间较长，从本次调查的结果来看，半年内所有残障者平均持续时间为 4.01 个月（城市 4.42 个月、3.80 个月）。不同人口规模的城市地区，残障持续时间差异不大，农村不同类型地区，除四类农村略短一点外，其它地区差异也不明显。也就是说，残障持续的时间在不同地区差异不大。从不同程度残障的持续时间来看，由于残障是一个变化的过程，一般情况是由重逐步变轻，因而轻度残障持续时间相对长一些。严重残障半年内平均持续 3.55 个月（城市 4.11 个月、农村 3.25 个月）；中度残障平均持续 3.74 个月（城市 4.11 个月、农村 3.58 个月）；轻度残障平均持续 4.5 个月（城市 4.79 个月，农村 4.35 个月）。不同程度残障持续时间除了有城乡差异外，不同规模城市、不同类型农村地区之间差异不明显。

## 五、居民就诊、自我医疗和未就诊情况

分析居民患者后，有多少患者去就诊、上哪里就诊、影响就诊的因素等，没有就诊的病人是否采取了自我医疗，自我医疗药品的来源，既没有就诊也没有自我医疗的比例，原因如何。

### （一）、两周内患病者就诊、自我医疗和未就诊的一般情况

本次调查两周患病的 32364 名患者中，19999 名患者去医疗机构就诊，占患者总数 61.79%。城市有 50.24%（大城市 48.3%、中城市 47.6%、小城市 55.4%），农村有 67.3%（一类农村 68.1%、二类农村 68.4%、三类农村 65.9%、四类农村 67.6%）的患者到不同层次医疗机构就诊。换句话说，49.8%的城市患者、32.9%的农村患者未到医疗机构就诊。与 1993 年调查的结果相比，两周内患病的患者到医院就诊的比例，城市下降，农村有所上升；反过来，城市未就诊率上升，农村则有所下降。

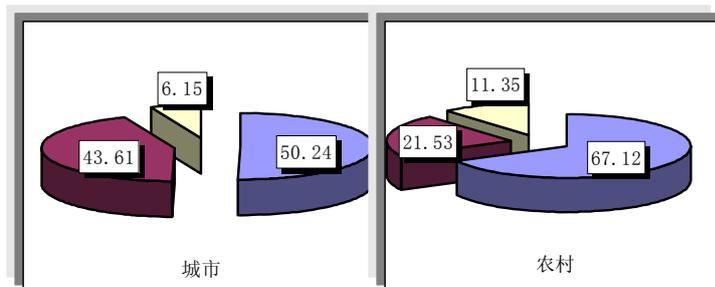


图：1998年城乡患者两周就诊、自我医疗和未采取任何治疗措施构成(%)

## (二) 两周就诊情况分析

### 1、 两周就诊人数和就诊率

就诊率是反映居民对医疗服务利用的重要指标，两周就诊率是指前两周内因病或身体不适到各级医疗机构就诊的人次数与调查人口数之比。一名患者在两周内因同一种疾病可



能看过一次或多次。调查结果显示：两周就诊率为 163.9% (其中：城市 161.9%，农村 164.6%)，农村高于城市。按城市人口规模分析，大城市和小城市两周就诊率均在 177%左右，中等城市相对较低 (124.6%)。农村按地区类别分析，四种类型地区的两周就诊率分别为 149.9%、171.8%、183.6%、129.2%，经济和社会发展相对落后的四类地区两周就诊率较低。分析两周内患者平均就诊次数，也可以看出城市 (1.72 次) 低与农村 (1.79 次)。不同人口规模城市中，大中城市为 1.65 次，小城市为 1.88 次；农村四种类型地区分别为 1.76、1.83、1.82、1.66 次。

表 2-5-1: 家庭健康询问调查--调查地区居民两周就诊人数、人次数和就诊率(%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年第一次调查										
两周就诊率 %	169.5	198.8	159.7	209.0	186.1	201.9	152.7	177.0	149.4	156.5
男性	154.4	179.4	146.3	190.2	157.0	191.4	139.6	165.3	135.9	138.9
女性	184.9	217.7	173.6	227.0	214.0	212.4	166.2	189.1	163.5	174.4
1998年第二次调查										
调查人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	36136	47785	53815	23816
就诊人次数	35417	8831	26586	3684	1942	3205	5418	8209	9882	3077
两周就诊率 %	163.9	161.9	164.6	177.3	124.6	176.2	149.9	171.8	183.6	129.2
男性	149.5	148.5	149.8	161.7	115.7	161.6	150.4	151.4	165.5	110.2
女性	179.1	175.1	180.5	192.6	133.6	190.4	163.2	184.1	202.8	149.1
平均就诊次数	1.77	1.72	1.79	1.65	1.65	1.88	1.76	1.83	1.82	1.66
就诊占病人数%	61.79	50.24	67.12	48.26	47.56	55.38	67.78	68.22	65.64	67.86
未就诊占病人%	38.21	49.76	32.88	51.74	52.44	44.62	32.22	31.78	34.36	32.14
自我医疗病人%	28.54	43.61	21.53	46.23	46.99	36.96	22.96	20.93	22.25	18.36

与 1993 年的调查结果相比, 城市两周就诊率有较大程度下降, 下降幅度达到 18.6%, 尤其是中等城市下降了三分之一, 大城市和小城市分别下降了 15.2%和 12.7%; 与城市就诊率下降形成鲜明对照的是农村两周就诊率略有提高, 比 1993 年的 159.7%增加了 3.1%(其中三类农村增加了 22.5%)。但在一、二、三类农村地区两周就诊率有所增加的同时, 四类农村地区两周就诊率下降了 17.4%, 这也是应该注意的问题。

## 2、两周就诊单位构成

表 2-5-2 列出了城乡及其不同类型地区患者就诊单位的构成。患者在不同医疗机构就诊的比例反映了病人的流向和对不同层次医疗服务的需求。如果将就诊单位简单分为初级(包括卫生室、门诊部所、医务室和个体开业等)、乡镇(街道)卫生院、县及县以上医疗机构。调查地区所有就诊患者中, 52.86%(城市 31.72%、农村 60.17%) 在初级医疗单位就诊, 20.47%(城市 6.42%、农村 25.33%) 在乡镇(街道)卫生院就诊, 26.67%(城市 61.88%、农村 14.49%) 在县及县以上医疗机构就诊。

表2-5-2: 家庭健康询问调查--调查地区居民两周就诊单位构成(%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
私人开业	11.48	10.12	11.95	4.63	8.33	18.57	5.30	12.33	15.12	12.82
卫生室	38.42	15.53	46.33	8.42	15.90	24.60	55.95	49.59	46.36	22.53
门诊部所	2.96	6.07	1.89	4.37	6.80	7.79	2.31	2.52	1.55	0.64
乡镇卫生院	20.47	6.42	25.33	9.58	1.53	5.62	20.27	21.67	23.21	48.61
县市区医院	10.34	10.36	10.33	13.32	7.14	8.67	12.87	9.23	9.03	12.61
地市级医院	8.64	29.28	1.51	25.85	46.26	22.09	1.14	1.47	1.94	0.97
省级医院	4.52	16.31	0.44	27.27	7.74	7.79	0.42	0.36	0.44	0.70
部队医院	0.56	1.91	0.09	2.54	2.04	1.00	0.03	0.18	0.09	0.00
县中医院	1.38	0.86	1.56	0.62	0.17	1.64	1.40	2.01	1.64	0.54



#### 4、疾病别两周就诊率

调查结果显示城乡居民的两周就诊率按疾病系统分析前五位依次是呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、损伤和中毒，五种疾病合计占就诊总数的 82.6%。城市居民的前五位依次是呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、损伤和中毒，五类疾病合计占就诊总数的 83.3%。

表 2-5-4: 调查地区居民疾病别两周就诊率(%)及其构成(%)

顺位	全 国			城 市			农 村		
	疾病系统	就诊率	构成	疾病系统	就诊率	构成	疾病系统	就诊率	构成
1	呼吸系统疾病	75.4	46.2	呼吸系统疾病	61.3	38.5	呼吸系统疾病	80.1	48.7
2	消化系统疾病	25.3	15.5	循环系统疾病	30.2	18.9	消化系统疾病	25.9	15.8
3	循环系统疾病	16.6	10.1	消化系统疾病	23.6	14.8	循环系统疾病	12.0	7.3
4	肌肉骨骼	11.3	6.9	肌肉骨骼	11.6	7.3	肌肉骨骼	11.2	6.8
5	损伤和中毒	6.3	3.9	损伤和中毒	6.1	3.8	损伤和中毒	6.4	3.9
6	泌尿生殖系统	5.7	3.5	泌尿生殖系统	5.3	3.3	泌尿生殖系统	5.9	3.6
7	传染病	4.5	2.8	皮肤和皮下组织	4.4	2.8	传染病	5.1	3.1
8	皮肤和皮下组织	3.8	2.4	眼及附器疾病	3.0	1.9	皮肤和皮下组织	3.6	2.2
9	神经系统病	3.0	1.9	传染病	2.8	1.8	神经系统病	3.3	2.0
10	眼及附器疾病	2.6	1.6	神经系统病	2.2	1.4	眼及附器疾病	2.4	1.5

农村居民的前五位依次是呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病、损伤和中毒，五类疾病合计占就诊总数的 82.5%。城市居民的呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病的就诊率均高于农村居民，而城市居民传染病的就诊率则低于农村居民。与 1993 年调查结果相比，循环系统疾病的两周就诊构成增加了 46.4%，其他疾病两周就诊构成升降幅度不大。

### (三) 影响就诊的因素分析

#### 1、两周就诊率按性别、年龄分析

按年龄分组分析，5 岁以下儿童和 65 岁以上老年人的两周就诊率较高，15-24 岁人群两周就诊率较低。15 岁以前，女性的两周就诊率低于男性，15 岁以后女性就诊率高于男性。55 岁以前农村女性的就诊率高于城市，55 岁以后则城市高于农村；男性 5 岁以下儿童和 65 岁以上老年人两周就诊率城市高于农村，5-64 岁男性的两周就诊率农村高于城市。1993 年调查结果，除 30-39 岁组外城市居民各年龄组的两周就诊率均高于农村，而本次调查，除 0-4 岁组外农村居民各年龄组的两周就诊率均高于城市。

表2-5-5： 家庭健康询问调查—调查地区居民两周就诊率(%)按性别年龄分析

年 龄	全 国			城 市			农 村		
	合计	男性	女性	合计	男性	女性	合计	男性	女性
0-4	307.4	322.0	289.5	311.7	351.0	271.4	306.5	316.4	293.6
5-14	122.7	128.1	117.0	113.3	116.6	110.0	124.6	130.3	118.5
15-24	66.1	63.7	68.8	55.2	48.6	61.8	68.9	67.4	70.6
25-34	115.5	93.1	138.0	85.4	72.5	97.2	124.7	99.0	151.2
35-44	162.0	134.8	189.4	118.4	104.3	132.5	180.9	147.9	214.5
45-54	201.1	167.3	235.6	179.2	142.3	216.2	209.7	177.0	243.4
55-64	266.3	232.9	300.3	271.2	231.8	305.9	263.6	233.4	296.9
65及以上	299.3	286.3	311.4	320.5	326.9	315.0	286.4	262.3	309.1

#### 2、年龄别疾病别两周就诊率

调查显示：不同年龄组疾病构成有很大的差异，随着年龄的增长，慢性非传染性疾病如循环系病、老慢支、糖尿病等疾病患病率逐渐升高，直接影响到两周就诊的疾病构成。0-4岁组就诊的主要疾病是呼吸系统疾病，占79.1%（其中：急性上呼吸道感染占91.3%、肺炎占7.1%），消化系统疾病占10.5%（其中：急、慢性胃炎占65.8%），传染病占3.0%，三者合计占就诊总数的92.6%。65岁以上老年人就诊的主要疾病是呼吸系统疾病，占34.5%（其中：急性上呼吸道感染占69.9%、慢性支气管炎占17.5%），循环系统疾病占24.7%（其中：心脏病占40.9%、高血压占28.3%、脑血管占24.7%），消化系统疾病占12.2%，肌肉骨骼结缔组织疾病10.7%，四类疾病合计占总数的82.1%。婴幼儿呼吸系统疾病和传染病的就诊率明显高于其他人群。循环系统疾病等一些慢性疾病的就诊率则随着年龄的增加而明显增高，从50岁组开始循环系统疾病、呼吸系统疾病、肌肉骨骼结缔组织疾病的就诊率就明显地增加，尤其老年人的循环系统疾病等慢性疾病的就诊率明显高于其他人群。

与1993年调查结果相比，0-4岁组呼吸系统的就诊率略有增加（1993年为232.04‰），消化系统的两周就诊率无变化、传染病的两周就诊率下降了59.4%（1993年为22.76‰），；就诊疾病的构成变化是呼吸系统疾病的比例增加（其中：就诊急性上呼吸道感染的比例增加），消化系统疾病就诊的比例无变化，传染病就诊的比例下降，而三类疾病的合计所占的比例与1993年调查结果相同。65岁及以上老年人循环系统的两周就诊率增加明显，（其中：脑血管疾病就诊的比例增加）。

表2-5-6：家庭健康询问调查—调查地区居民疾病别两周就诊率(‰)按年龄分析(男女合计)

疾病分类	合计	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65以上
传染病	4.54	9.25	7.34	2.78	3.00	3.64	4.61	3.42	4.54
寄生虫	0.21	0.09	0.43	0.15	0.26	0.03	0.12	0.35	0.16
恶性肿瘤	0.75	-	-	0.24	0.24	0.75	0.79	1.57	4.04
良性肿瘤	0.43	-	0.15	0.09	0.24	0.72	0.71	1.10	0.71
血液和造血器官疾病	1.90	0.35	0.64	0.88	2.27	2.95	3.10	2.50	2.51
精神病	0.69	0.18	0.08	0.30	0.44	0.84	1.31	1.80	1.37
神经系统病	3.02	1.14	0.61	1.48	2.59	4.06	4.85	4.59	7.16
眼及附器疾病	2.57	1.23	2.54	1.15	2.04	2.08	2.34	5.28	5.79
耳和乳突疾病	0.81	0.97	1.14	0.15	0.63	0.99	0.71	1.74	0.55
循环系统疾病	16.55	0.62	0.66	1.27	4.21	11.37	24.71	58.34	72.91
呼吸系统疾病	75.38	243.26	89.20	35.04	47.77	62.88	65.62	81.32	101.72
消化系统疾病	25.32	32.24	9.30	10.73	24.40	32.34	38.97	42.66	35.85
泌尿生殖系统疾病	5.72	1.50	1.12	2.66	8.07	9.60	8.38	7.60	6.34
妊娠、分娩及产褥期并发症	0.29	0.26	-	0.51	0.81	0.18	0.20	-	-
皮肤和皮下组织疾病	3.84	8.19	3.41	2.84	2.77	3.79	3.93	3.66	6.23
肌肉、骨骼系统和结缔组织	11.27	0.97	0.86	1.24	5.67	13.45	23.75	29.72	31.43
先天异常	0.10	0.26	0.05	-	0.34	0.03	-	-	0.11
损伤和中毒	6.31	4.58	3.53	3.27	6.22	7.67	9.77	10.39	8.03
其他	0.56	0.18	0.18	0.39	0.97	0.63	0.95	0.52	0.49
不详	1.79	1.06	0.81	0.51	1.41	1.84	3.06	3.48	3.99

### 3、两周就诊率按文化程度分析

将 15 岁及以上人口的就诊与文化程度交叉分析可见，无论是城市还是农村，文盲和半文盲的两周就诊率都是最高（小学文化程度在中等城市就诊率最高）。两周就诊率最低的人群在城市是高中组，在农村是大学组。与 1993 年调查结果相比，初中及以下文化程度人群的两周就诊率有少量的增加，而高中及以上文化程度人群的两周就诊率有不同程度的减少，降低较多的是大学及以上文化程度的人群（1993 年为 207%）。造成不同文化程度组两周就诊率的差异及其变化有以下可以讨论的因素：一是文盲半文盲人群中，老年人占有相当的比例，由于年龄的因素造成文盲半文盲人群就诊率偏高；二是教育层次较高的居民主要分布在国营企事业单位，其就诊率下降与企业转换经营机制，一些职工下岗，加上公费和劳保医疗改革有关。

表 2-5-7: 调查地区两周就诊率(‰)按文化程度分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
文盲	237.08	250.05	234.93	323.89	151.89	261.57	212.97	242.02	290.94	181.11
小学	174.83	224.81	166.05	299.10	169.04	193.30	164.77	170.70	186.26	111.94
初中	126.35	143.12	120.31	152.31	117.28	155.98	107.67	122.41	135.75	77.30
高中、技校	119.43	115.53	124.72	133.11	81.70	127.17	116.25	115.76	139.16	123.46
中专	146.60	152.73	132.76	162.91	133.64	159.86	110.80	124.40	160.00	73.68
大专	144.86	136.00	201.51	134.00	143.85	129.50	135.14	190.48	233.22	181.82
大学及以上	176.10	182.82	79.27	196.55	127.69	228.95	60.00	54.05	106.67	-

#### 4、两周就诊率按医疗费用负担形式分析

两周就诊率按医疗费用负担形式分析见表 2-5-8。不论在城市或农村,享受公费医疗和劳保医疗人群的两周就诊率明显高于半费医疗(半劳保、统筹、合作医疗等),半费医疗又明显高于自费。与 1993 年调查结果相比,享受公费和劳保医疗、参加合作医疗和统筹人群的两周就诊率有不同程度增加,半劳保、医疗保险和自费人群的就诊率有不同程度下降。需要指出的是,一是公费和劳保医疗就诊率的提高是在公费和劳保医疗覆盖率(尤其是劳保医疗覆盖率)明显下降的情况下产生的,如 1998 年,城市享有劳保医疗的比例由 1993 年的 35.26%下降到 22.91%,也就是说,劳保医疗覆盖人群占整个城市人群比例减少了 54%。目前,仍然享有劳保医疗的人员大多数是经济效益好的企事业单位人员和一些退休人员,这部分人就诊率上升与所在单位经济状况有密切关系。如同自费患者就诊率明显下降一样,已不能享受劳保医疗患者的就诊率实际上是下降。

表 2-5-8: 调查地区两周就诊率(‰)按医疗费用负担形式分析(15岁及以上)

调查项目	1993年			1998年		
	城乡合计	城市	农村	城乡合计	城市	农村
公费	223.1	227.5	205.7	234.44	240.16	207.71
劳保	182.5	184.0	166.8	228.38	231.46	181.49
半劳保	180.0	183.2	160.8	170.75	170.58	172.52
医疗保险	160.5	125.9	169.1	115.05	122.13	109.43
统筹	156.7	465.3	139.5	212.09	218.91	138.89
合作医疗	150.9	170.2	96.4	156.03	140.37	158.24
自费	161.2	172.3	160.0	138.87	159.46	135.35
其他	258.4	351.7	206.2	123.35	127.95	121.29

#### 5、两周就诊率按就业状况分析

在调查中,问卷设计将 15 岁及以上人群的就业状况分为在岗、下岗、离退休、在校学生和无业。与就诊率交叉分析,可以看出离、退休人群的两周就诊率最高,无业人员次之,学生的两周就诊率最低。引出这一问题的理由主要是城市下岗人员、无业人员与在岗人员在卫生服务可得性(或可及性)和利用上的差异。前面分析就业状况别两周患病率时,城市下岗人员、无业人员患病率明显高于在岗人员(患病率分别高出 12%和 48%),其原因是城市下岗、无业人员年龄偏老和体质偏弱,患病机率较大,需要年龄标准化处理。但两周就诊率,城市下岗人员明显低于在岗人员,低 15%。无业人员就诊率高出在岗人员 49%,如果用患病率进行调整,两者就诊率没有差异。

分析职业别就诊状况，由于职业别受到医疗保障制度的影响，如行政人员、一些科技人员均有公费医疗、企业工人和一些商业服务业由劳保医疗，职业和医疗保险制度交叉，说明问题的意义不大，故不在此进行描述。

表2-5-9： 家庭健康询问调查--调查地区两周就诊率(%)按从业情况分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
在岗	149.11	115.21	156.51	112.32	86.35	141.63	138.73	155.29	179.16	134.24
下岗	126.99	98.90	233.51	100.85	84.60	111.50	182.16	285.71	218.64	234.38
离退休	306.98	304.20	325.43	352.93	228.97	305.21	334.48	326.13	306.00	367.35
在校学生	72.59	58.78	79.02	35.87	70.36	75.20	100.07	65.58	78.27	76.58
无业	241.05	172.04	291.65	170.73	90.31	218.26	231.17	308.29	361.80	218.08

#### (四) 两周未就诊情况分析

##### 1、 两周未就诊人数及未就诊率

未就诊是指未去医疗机构看病的患者，包括自我医疗和未采取任何治疗措施。两周未就诊率是指两周内患病而未就诊率人次与两周患病人数之比。调查结果显示城乡居民的两周未就诊率为 38.45%，其中：城市为 49.93%，农村为 33.16%。城市未就诊率明显高于农村。按城市规模分析，大、中城市未就诊率高于小城市；在一些城市地区，52%的患者未去就诊，是值得注意问题。在农村地区，不同类型地区未就诊率差异不大。与 1993 年第一次国家卫生服务调查的结果相比，城市地区两周未就诊比例明显增高，比 1993 年 42.4% 增加了七个百分点。农村未就诊的比例有所下降，但幅度不大。

表2-5-10： 家庭健康询问调查--调查地区两周未就诊率及其性别差异

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年第一次调查结果										
两周未就诊率(%)	36.4	42.4	33.7	45.1	46.2	34.1	33.3	33.7	32.5	36.8
其中：男性(%)	35.8	41.4	33.4	43.5	46.7	32.5	32.2	33.2	33.0	36.6
女性(%)	36.9	43.3	33.9	46.3	45.9	35.5	34.2	34.0	31.9	37.0
1998年第二次调查结果										
两周未就诊率(%)	38.5	49.9	33.2	52.0	52.6	44.7	32.5	32.2	34.6	32.4
其中：男性(%)	38.2	49.6	33.3	51.7	52.1	44.3	32.0	32.2	34.9	33.0
女性(%)	38.6	50.2	33.0	52.2	53.0	44.9	32.8	32.1	34.2	31.9

##### 2、 两周未就诊率按年龄分析

无论在城市或农村，两周未就诊率以 0-4 岁组最低，5-14 岁组次之，说明家庭对儿童的照顾。随着年龄的增加，未就诊的比例也随之增加，但各地区的两周未就诊率随年龄的变化没有明显的规律。与 1993 年调查的结果相比，0-4 岁组的两周未就诊率没有变化，城市除 65 岁以上年龄组以外，其他各年龄组未就诊率有不同程度的增高。农村变化不大。

##### 3、 两周患病未就诊的原因—自我医疗的比例和未采取任何治疗措施的原因分析

在两周患病未就诊的人中，城市 87.5%的人采取了自我医疗，农村为 65.12%，未采取任何治疗的比例：城市 12.5%、农村 34.88%，农村明显高于城市。在所有患者中，28.43%（城市 43.59%、农村 21.44%）的患者采取了自我医疗。自我医疗作为就诊的一种替代，在过去几年中，比例逐步增高。我们尚不讨论自我医疗对疾病的效果是否低于就诊治疗，但自我医疗比例的不断增加给医疗卫生服务提出了十分严峻的挑战。

表 2-5-11：家庭健康询问调查--调查地区两周未就诊率(%)按年龄情况分析

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
0-4	19.27	23.27	18.33	24.22	28.57	18.07	12.05	14.15	21.19	26.47
5-14	29.00	42.43	25.74	49.14	52.71	27.96	23.63	22.97	27.09	31.58
15-24	37.77	56.88	31.36	69.73	59.55	40.57	27.94	30.22	32.56	34.66
25-34	37.40	48.51	34.54	54.29	53.98	39.88	34.83	35.43	34.14	33.17
35-44	41.27	54.92	35.22	56.80	60.86	48.41	34.56	34.86	37.32	29.68
45-54	43.06	52.61	38.69	56.31	55.03	45.30	39.95	38.14	39.76	34.17
55-64	43.17	50.93	37.50	50.22	49.89	53.04	38.62	35.96	39.55	32.20
65及以上	43.77	50.25	37.59	49.43	50.22	52.38	35.60	38.24	38.02	39.00

在未采取任何治疗措施的患者中, 37% (城市 39%、农村 35%) 的患者自感病情较轻, 不需要去就诊和采取自我医疗, 也就是说这部分人群虽然感觉到有病, 但自己觉得没有产生医疗需求的必要; 35.8% (城市 32%、农村 36%) 的患者是由于经济困难而没有就诊, 这部分人群在经济不发达的农村地区占未采取任何治疗措施的比例较高。其它原因是由于无时间、无有效医疗措施等, 但所占的比例不大。城乡各种原因构成的比例相差不大, 农村经济困难的因素略突出一些。与 1993 年调查的结果相比, 经济困难所占的比例有所增加。

表 2-5-12: 调查地区两周患病采取自我医疗的比例以及未采取任何治疗原因的构成 (%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
自我医疗人数	9189	4447	4742	2141	1164	1142	1043	1374	1837	488
自我医疗比例%	28.43	43.59	21.44	46.12	47.01	37.02	22.97	20.86	22.22	17.92
未采取任何治疗的原因构成 (%)										
自感病轻	37.35	39.06	35.17	36.93	47.73	28.89	41.23	38.45	36.22	31.28
经济困难	35.81	32.28	36.02	36.69	23.48	42.96	30.09	31.67	42.29	38.72
无时间	4.82	3.31	1.27	5.20	4.17	5.19	2.61	4.01	5.07	10.51
交通不便	1.35	0.16	0.00	1.65	0.38	0.00	0.47	1.24	0.20	7.44
太花时间	0.82	1.26	0.85	0.71	1.89	0.74	0.47	0.14	1.00	1.28
态度不好	0.06	0.16	0.42	0.04	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.00
无有效措施	9.51	9.45	8.90	9.53	8.33	12.59	11.14	14.94	7.26	3.59
其他	10.27	14.33	17.37	9.25	14.02	9.63	13.98	9.41	7.96	7.18

#### 4、自我医疗服用药品的来源分析

自我医疗患者中, 53% (城市 51%、农村 55%) 的患者服用的药品是到药店购买的; 大约 10% (城市 5%、农村 14%) 的比例是从医生那里直接购买; 30% (城市 38%、农村 21%) 是家庭药箱储备或前次看病的余剩。与 1993 年调查的结果相比, 城市患者自我医疗服用药品的来源构成发生了较大变化, 患者到药店直接购药比例 (1993 年为 28.7%) 增加了 78.6%, 农村到药店购药的比例略有下降。这就解释了为什么近几年城市地区药店迅速增加的缘故。

表 2-5-13: 家庭健康询问调查--调查地区两周患病自我医疗的药品来源构成 (%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查人数	9950	4707	5243	2260	1220	1227	1146	1538	2017	542

药店购买	53.12	51.12	54.91	40.62	50.16	71.39	50.09	55.14	60.34	44.28
找医生购买	11.48	6.05	16.35	4.82	6.80	7.58	16.93	19.44	11.16	25.65
家庭药箱以前剩余	28.29	37.09	20.39	48.32	36.72	16.79	20.59	18.21	21.91	20.48
别人送给	2.94	3.42	2.52	3.81	3.69	2.44	3.14	2.08	2.03	4.24
其他	4.17	2.32	5.84	2.43	2.62	1.79	9.25	5.14	4.56	5.35
两周购药费用	32.43	47.29	20.04	55.48	34.59	47.67	27.53	20.05	17.04	17.36

## 六、调查人口住院情况分析

分析居民住院服务利用程度,了解住院服务需要和需求量是确定医疗机构布局和病床发展规划,制订相应的卫生人力计划的依据。衡量和评价住院服务及其利用的指标有每千人口住院率、平均住院天数、住院原因构成、住院者住院机构和科别构成、住院病人手术情况、住院者疾病分类和影响住院的因素。分析住院者的同时,还要分析应该住院而未住院情况以及未能住院的原因等。

### (一) 调查地区住院率和住院情况

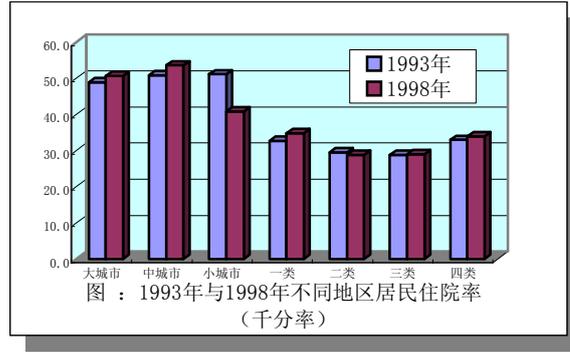
#### 1、住院人次与住院率

本次调查人口中,调查前一年共计住院 7647 人次,总住院率为 35.4%。其中:男性住院率为 32.6%、女性住院率为 38.3%,女性住院率高于男性。城市人口住院率为 48.3%,农村人口住院率为 27.9%。各种类型城市和农村人口住院率分别为:大城市 50.7%、中城市 53.7%、小城市 40.9%、一类农村 34.8%、二类农村 28.9%、三类农村 29.1%、四类农村 34.0%。在不同人口规模城市中,中型城市住院率最高,其次是大城市,小城市最低,比中型城市低 24%。各类农村地区,一类和四类农村地区的住院率高于二类 and 三类地区。

表2-6-1: 家庭健康询问调查—城乡和不同类型地区居民住院人次数和住院率

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
1993年住院率(%)	35.6	50.4	30.6	49.0	50.9	51.2	32.8	29.6	28.8	33.0
1998年调查人数	216101	54549	161552	20775	15581	18193	36136	47785	53815	23816
1998年住院人次数	7647	2634	5013	1054	836	744	1258	1382	1564	809
1998年住院率(%)	<b>35.39</b>	<b>48.29</b>	<b>31.03</b>	<b>50.73</b>	<b>53.66</b>	<b>40.89</b>	<b>34.81</b>	<b>28.92</b>	<b>29.06</b>	<b>33.97</b>
其中:男性(%)	32.58	47.10	27.89	48.71	52.65	40.65	29.23	27.28	26.92	29.27
女性(%)	38.28	49.35	34.36	52.47	54.65	41.07	40.67	30.68	31.31	38.98

与 1993 年调查的结果相比,总的住院率变化不大。分析城乡变化的差距,城市住院率有所下降,下降幅度为 4%。城市住院率的下降主要是小城市,住院率下降了 20.1%,而大、中城市的住院率有少量增加。农村住院率稍有增加,主要是经济条件好的农村地区住院率有所增加。



## 2、住院原因构成

在调查的 6580 个出院者中，因治疗疾病而住院的人数占住院总数的 75.87%（城市 81.52%、农村 73.08%），损伤中毒占 9.60%（城市 5.76%、农村 11.61%），康复占 0.44%（城市 0.45%、农村 0.44%），计划生育占 0.61%（城市 0.36%、农村 0.74%），正常分娩占 13.12%（城市 11.74%、农村 13.85%）。城市因疾病、康复住院的比例高于农村，而农村因损伤中毒、分娩住院的比例高于城市。但在贫困的农村地区，84%是因疾病住院，因分娩的住院比例为 6.4%。

表2-6-2： 家庭健康询问调查—城乡和不同类型地区居民住院的主要原因构成 (%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
<b>住院原因</b>										
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672
疾病	75.96	81.52	73.08	84.29	82.46	76.84	69.85	70.93	72.35	83.71
损伤中毒	9.62	5.76	11.61	5.61	4.68	7.07	10.11	12.87	14.01	6.73
康复	0.44	0.45	0.44	0.34	0.29	0.75	0.29	0.24	0.37	1.20
计划生育	0.61	0.36	0.74	0.56	0.29	0.15	0.48	0.87	0.59	1.20
正常分娩	13.13	11.74	13.85	8.87	12.13	15.19	18.89	14.85	12.68	6.43
住院体检	0.24	0.18	0.28	0.34	0.15	0.00	0.38	0.24	0.00	0.75
<b>转院和手术情况</b>										
转院占住院 (%)	9.29	5.48	11.25	6.49	4.67	4.96	10.20	12.70	10.40	11.90
手术占住院 (%)	24.27	26.13	23.31	29.56	26.28	21.35	24.69	26.11	23.45	15.63

与 1993 年调查的结果相比，因疾病住院的比例下降了 3.2%，损伤中毒住院比例上升了 17.5%，康复住院比例上升了 22.2%，计划生育住院比例下降了 68.9%，正常分娩的比例上升了 17.6%。近些年来居民住院率变化不大，但住院原因构成发生变化，反映了生活节奏和社会问题的变化，如损伤中毒（主要是损伤：包括机动车事故、施工受伤、斗殴暴力等等）的增多；经济条件好转和独生子女政策，住院分娩比例显著增加等。

## 3、住院病人转院情况

调查的住院病人中，9.29%的病人进行了转院治疗，城市住院病人转院率低于农村地区，其转院率分别为 5.48%和 11.25%。在转院病人中，由下级医院向上级医院转院的占 58.9%，转院前后医院级别相同的占 18.3%，由上级医院转向下级医院住院的病人占 7.7%，其余为

不详。与 1993 年调查的结果相比，城市地区的转院率下降（1993 年为 6.61%），农村地区的转院率上升（1993 年为 9.32%）。

#### **4、 住院病人转院后住院医疗机构的分布**

患者在不同医疗机构住院的比例反映了病人的流向和对不同层次医疗住院服务需求。调查地区所有住院患者中，25.15%（城市 5.31%、农村 35.42%）在乡镇（街道）卫生院住院；32.60%（城市 13.73%、农村 42.36%）在县（市区）医院住院；19.67%（城市 41.28%、农村 8.49%）在地市级医院住院；8.56%（城市 20.02%、农村 2.62%）在省级医院住院，余下在中医院、部队医院和其它医疗机构住院治疗。

从住院医疗机构的分布可以看出，城市居民住院基本在大医院，农村绝大部分在县及县以下医院和卫生院住院治疗。城市越大，大医院住院比例越高，如大城市 30%以上的住院者在省级医院住院治疗。不同类型农村在不同层次医院住院的比例基本相似。

表2-6-3: 家庭健康询问调查—城乡和不同类型地区居民住院的医疗机构构成 (%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672
卫生院	25.15	5.31	35.42	3.14	3.50	10.08	38.23	35.08	34.88	32.74
县市区医院	32.60	13.73	42.36	9.97	9.20	23.46	44.33	43.25	38.50	45.39
地市级医院	19.67	41.28	8.49	28.78	59.42	39.40	7.05	7.06	11.28	7.74
省级医院	8.56	20.02	2.63	31.13	11.97	13.38	2.76	2.14	2.58	3.42
部队医院	2.57	4.99	1.31	7.61	4.09	2.41	0.76	1.98	1.40	0.74
县中医院	3.86	2.94	4.33	3.70	1.61	3.31	3.53	4.44	6.12	1.79
市中医院	2.33	5.71	0.58	8.40	4.23	3.61	0.29	0.79	0.66	0.45
其它	5.27	6.02	4.89	7.28	5.99	4.36	3.05	5.24	4.57	7.74

## 5、住院者住院科别构成

从住院科别的分布来看,不论是城市还是农村,与门诊一样,主要是内科,占全部住院的40.35%(其中:城市42.53%、农村39.22%);其次是外科、妇科、儿科和骨科,分别占20.47%、16.49%、5.26%和3.54%。内、外、妇、儿及骨科的住院病人占住院病人总数的比例,在城乡分别为82.48%和87.99%。除了外科、妇科、儿科和传染病科的比例城市低于农村,其它大多数科室的比例高于农村。与1993年调查的结果相比,妇产科、儿科和传染病科住院病人比例有所下降。

表2-6-4: 家庭健康询问调查—城乡和不同类型地区居民住院的科别分布 (%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672
内科	40.35	42.53	39.22	44.57	42.77	39.55	36.61	35.87	40.56	46.88
外科	20.47	18.01	21.74	18.59	17.52	17.74	19.35	25.16	22.79	16.96
妇科	16.49	14.44	17.55	11.87	15.18	17.14	22.88	17.38	16.74	11.16
儿科	5.26	3.48	6.18	2.13	4.09	4.66	7.72	5.95	4.87	6.85
中医	1.14	1.78	0.81	1.79	1.75	1.80	0.10	0.87	1.40	0.60
眼科	2.26	2.85	1.96	2.91	3.36	2.26	2.19	2.06	1.92	1.49
耳鼻喉	0.79	1.16	0.60	1.01	1.61	0.90	0.67	0.56	0.74	0.30
皮肤	0.46	0.40	0.48	0.45	0.44	0.30	0.29	0.56	0.52	0.60
口腔	0.32	0.40	0.28	0.11	0.44	0.75	0.38	0.40	0.22	0.00
神经	1.26	2.32	0.71	1.68	1.90	3.61	0.29	0.71	0.96	0.89
精神	0.73	0.94	0.62	0.90	1.02	0.90	0.86	0.48	0.66	0.45
传染	2.78	2.27	3.04	2.46	1.46	2.86	2.10	3.02	2.06	6.55
肿瘤	1.03	1.65	0.71	2.13	1.46	1.20	1.05	0.71	0.81	0.00
骨科	3.54	4.01	3.30	4.82	3.07	3.91	3.34	3.65	3.69	1.79
康复	0.30	0.49	0.21	0.45	0.44	0.60	0.19	0.24	0.00	0.60
其它	2.81	3.25	2.58	4.14	3.50	1.80	2.00	2.38	2.06	4.91

## 6、住院者住院时间和等候住院的时间

调查显示住院者平均住院日为16.0天,其中:城市地区居民平均住院日为22.6天(大

城市 24.6 天，中城市 21.3 天，小城市 21.2 天)；农村地区居民平均住院日为 12.6 天（一类农村 11.8 天，二类农村 12.4 天，三类农村 11.8 天，四类农村 15.7 天）。与 1993 年调查的结果相比，各类地区的平均住院日均有减少，城市地区缩短了 7.5 天，农村地区缩短了 2.4 天。

确定住院后立即住院的病人占住院病人的 67.5%，29.8%的病人在确定住院后的一个星期内住进了医院，住院病人平均等候时间为 1.2 天，其中：城市地区为 1.5 天，农村地区为 1.0 天。与 1993 年调查的结果相比，城市地区住院病人平均等候时间缩短了 0.5 天，农村地区未发生变化。

## 7、住院病人手术情况

在调查全部住院病人中，有 24.27%的患者进行了手术治疗。其中：城市 26.13%（大城市 29.56%、中城市 26.28%、小城市 21.35%），农村 23.31%（一类农村 24.69%、二类农村 26.11%、三类农村 23.45%、四类农村 15.63%）。本次调查住院病人实行手术治疗的比例大于 1993 年调查的结果。

表2-6-5：家庭健康询问调查——调查地区住院病人医疗费用负担形式构成(%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672
公费	13.25	30.76	4.20	39.53	27.74	22.11	3.53	3.02	7.08	1.64
劳保	8.48	22.65	1.15	27.32	26.86	12.03	1.43	1.59	0.81	0.60
半公费半劳保	1.82	4.50	0.44	5.04	5.55	2.71	0.67	0.48	0.29	0.30
社会医疗保险	2.28	3.70	1.54	1.46	7.45	2.86	3.24	1.35	1.11	0.15
合作医疗	1.67	0.40	2.33	0.22	0.00	1.05	7.24	1.35	0.00	1.19
统筹	0.68	1.60	0.21	3.02	1.31	0.00	0.29	0.08	0.22	0.30
自费	68.77	33.93	86.79	20.27	29.49	56.84	81.03	89.29	87.61	89.43
其他	3.04	2.45	3.34	3.14	1.61	2.41	2.57	2.86	2.88	6.40

## 8、住院者费用负担形式

调查住院患者中，个人支付医疗费用的比例为 68.77%，公费和劳保占 21.73%，社会医疗保险占 2.28%，合作医疗占 1.67%，其他支付形式占 6.55%。在医疗费用负担形式方面，城市与农村存在着较大的差异，城市中多数住院病人享受公费和劳保医疗，占 53.41%，自费病人占 33.93%，社会医疗保险占 3.70%；农村地区住院医疗费用由个人支付的居多，占 86.79%，公费和劳保占 5.35%，合作医疗占 2.33%，医疗保险占 1.54%。与 1993 年调查的结果相比，公费和劳保医疗所占的比例下降了 21.1%（1993 年为 27.53%），个人支付医疗费用的比例上升了 20.4%（1993 年为 57.13%），主要表现在城市地区个人支付医疗费用的比例增大，上升的幅度为 81.2%。

### （二）住院者疾病分类

#### 1、住院率按疾病系统分析

按系统分析疾病别住院率可见，调查地区前五位疾病别住院率依次为消化系病、呼吸系病、妊娠分娩疾病、损伤及中毒、循环系疾病。其中：城市疾病别住院率依次为消化系疾病、呼吸系疾病、循环系疾病、妊娠分娩疾病、损伤及中毒；农村居民疾病别住院率依次为：消化系疾病、呼吸系疾病、损伤及中毒、妊娠分娩疾病、传染病。前五位疾病别住

院率中，损伤及中毒城市和农村相似，传染病住院率农村高与城市，其他各类疾病住院率城市高于农村。无论城市或农村前两位住院率均为消化和呼吸系病，而在城市中循环系疾病仅次于呼吸系疾病列第三位，而农村中传染病仍列入前五位住院疾病中。

表 2-6-6: 家庭健康询问调查---调查地区住院病人疾病类别住院率(%)

疾病分类	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
合 计	35.39	48.29	31.03	50.73	53.66	40.89	34.81	28.92	29.06	33.97
传染病	1.61	1.28	1.72	0.87	1.03	1.98	1.22	1.28	1.45	3.99
寄生虫	0.07	0.06	0.07	.	0.13	0.05	0.08	0.13	0.04	0.04
恶性肿瘤	0.75	1.50	0.50	1.98	1.99	0.55	0.80	0.71	0.24	0.21
良性肿瘤	0.81	1.52	0.56	1.98	1.22	1.26	0.72	0.54	0.67	0.13
内、营和代谢及免疫疾病	0.69	1.76	0.32	2.17	2.18	0.93	0.61	0.31	0.24	0.08
血液和造血器官疾病	0.50	0.33	0.55	0.24	0.19	0.55	0.55	0.57	0.46	0.71
精神病	0.25	0.44	0.19	0.43	0.51	0.38	0.30	0.15	0.20	0.08
神经系统病	0.69	0.94	0.61	0.77	1.35	0.77	0.61	0.44	0.72	0.67
眼及附器疾病	0.74	1.21	0.58	1.35	1.60	0.71	0.61	0.57	0.46	0.80
耳和乳突疾病	0.11	0.20	0.07	0.10	0.19	0.33	0.17	0.02	0.09	.
循环系统疾病	5.18	11.78	2.95	12.48	14.06	9.02	3.54	2.37	2.92	3.32
呼吸系统疾病	5.33	6.31	5.00	6.41	6.87	5.72	5.59	4.29	4.80	6.01
消化系统疾病	6.18	7.15	5.85	7.52	7.70	6.27	6.12	5.72	5.41	6.72
泌尿生殖系统疾病	1.91	2.35	1.76	3.04	2.25	1.65	1.69	1.49	1.64	2.69
妊娠分娩及产褥期并发症	0.23	0.15	0.26	0.29	0.13	.	0.28	0.27	0.33	0.04
皮肤和皮下组织疾病	0.37	0.55	0.30	0.63	0.83	0.22	0.28	0.44	0.19	0.34
肌肉骨骼系统和结缔组织	1.20	1.43	1.13	1.20	1.73	1.43	0.72	0.98	1.17	1.93
先天异常	0.03	0.06	0.02	0.05	.	0.11	.	0.06	.	0.04
围产期疾病	0.07	0.02	0.09	0.05	.	.	0.06	0.13	0.11	.
损伤和中毒	3.32	2.86	3.48	3.18	2.37	2.91	3.60	3.66	3.66	2.52
其他	0.25	0.18	0.27	0.34	0.19	.	0.28	0.23	0.30	0.29
不详	5.12	6.24	4.74	5.73	7.12	6.05	7.00	4.59	3.96	3.36

## 2、病种别住院率及其构成

结果显示：城乡居民住院前十五位的原因依次是：脑血管病、急慢性胃炎、肺炎、胆结石胆囊炎、骨折、阑尾炎、慢性支气管炎、急性鼻咽炎、高血压、结核病、消化性溃疡、扁桃腺气管炎、流行性感胃、肺气肿、开放性创伤等。城市地区前十五位住院原因的排序中，脑血管病、冠心病、高血压病等慢性疾病是主要的住院原因；农村地区前十五位住院原因未列入心脑血管等慢性疾病，痢疾、病毒性肝炎、结核病、流感等传染性疾病列入前十五位疾病，在经济落后的三、四类农村地区，住院原因构成主要是感染性、传染性疾病和营养不良症。见表 2-6-7。

表2-6-7家庭健康询问调查---调查地区住院病人疾病别住院率(%)及其构成(%)

顺位	全 国			城 市			农 村		
	疾病系统	住院率	构成	疾病系统	住院率	构成	疾病系统	住院率	构成
1	脑血管病	1.70	4.80	脑血管病	4.20	8.69	急慢性胃炎	1.73	5.57
2	急慢性胃炎	1.55	4.39	胆结石胆囊炎	2.29	4.75	肺炎	1.45	4.67
3	肺炎	1.45	4.11	高血压	1.81	3.76	骨折	1.23	3.95
4	胆结石胆囊炎	1.39	3.92	骨折	1.52	3.15	胆结石胆囊炎	1.08	3.49
5	骨折	1.30	3.67	肺炎	1.47	3.04	阑尾炎	1.07	3.45

6 阑尾炎	1.08	3.05	慢性支气管炎	1.45	3.00	脑血管病	0.85	2.75
7 慢性支气管炎	0.97	2.75	糖尿病	1.21	2.51	急性鼻咽炎	0.82	2.65
8 急性鼻咽炎	0.79	2.22	阑尾炎	1.10	2.28	慢性支气管炎	0.81	2.61
9 高血压	0.75	2.12	急慢性胃炎	1.04	2.16	结核病	0.66	2.13
10 结核病	0.59	1.66	肺气肿	0.75	1.56	扁桃体气管炎	0.53	1.70
11 消化性溃疡	0.56	1.57	高血压心脏病	0.73	1.52	消化性溃疡	0.52	1.68
12 扁桃体气管炎	0.51	1.44	急性鼻咽炎	0.68	1.40	流行性感胃	0.50	1.62
13 流行性感胃	0.50	1.43	椎间盘疾病	0.68	1.40	开放性创伤	0.50	1.60
14 肺气肿	0.43	1.22	消化性溃疡	0.66	1.37	类风湿关节炎	0.47	1.52

### 3、 调查地区居民疾病别平均住院天数

进一步考察疾病别的住院天数，不难发现，不论城市还是农村，慢性非感染性疾病平均住院天数明显高于感染性疾病。就全国而言，平均住院天数最长的疾病是精神病，达 50 天（城市 70 天、农村 34 天）、其次是恶性肿瘤、脑血管疾病，为 30-32 天（城市 33-37 天、农村 24-26 天）。一般来讲，同一疾病住院天数在城市和农村相差一半，如呼吸系病，城市为 17.5 天、农村 8.2 天，消化系病城市 20.2 天、农村 10.4 天。在不同人口规模城市，大城市高于中小城市，不同类型农村地区，经济条件好的地区疾病别平均住院天数高于贫困地区。

表2-6-8： 家庭健康询问调查---调查地区住院病人疾病别平均住院天数

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
<b>合 计</b>	<b>16.0</b>	<b>22.6</b>	<b>12.6</b>	<b>24.6</b>	<b>21.3</b>	<b>21.1</b>	<b>11.8</b>	<b>12.4</b>	<b>11.8</b>	<b>15.7</b>
传染病	20.5	31.7	17.5	23.6	42.4	31.0	22.4	13.6	12.4	21.8
寄生虫病	18.1	17.3	18.4	--	21.0	10.0	14.7	28.4	5.5	5.0
恶性肿瘤	31.3	38.5	25.4	45.3	25.9	43.5	21.9	27.4	27.0	27.0
良性肿瘤	17.4	20.4	14.5	20.3	28.0	14.7	16.2	11.6	15.2	18.7
内、营和代谢及免疫	22.8	27.1	15.4	28.7	27.1	24.0	13.3	14.6	20.9	12.5
其中：糖尿病	25.5	28.1	16.3	34.4	19.8	28.5	14.6	15.8	21.0	--
血液和造血器官疾病	13.0	16.7	12.0	16.8	13.3	18.1	10.9	14.3	8.2	16.5
精神病	50.0	69.5	33.5	44.4	37.0	145.2	23.1	30.8	45.4	12.5
神经系统病	17.3	27.3	12.4	45.8	16.1	25.1	13.0	12.2	13.0	9.6
眼及附器疾病	16.0	17.0	15.3	15.0	19.0	17.4	13.5	17.1	14.2	16.0
耳和乳突疾病	17.3	21.7	13.4	22.0	15.0	26.5	22.6	4.0	4.3	--
循环系统疾病	23.7	27.7	18.4	30.8	26.3	24.7	15.1	20.8	18.5	20.7
其中：心脏病	21.1	25.8	15.5	28.6	26.9	18.3	14.8	13.0	14.0	19.6
高血压	18.9	21.3	15.3	25.0	17.3	22.6	11.2	16.7	15.7	24.2
脑血管病	29.9	33.3	24.6	38.1	30.4	30.9	18.2	28.4	28.5	22.9
呼吸系统疾病	11.0	17.5	8.2	22.3	15.7	12.6	8.0	8.0	8.2	9.0
其中：急上呼吸道感	6.1	9.9	4.9	12.2	7.4	11.3	4.1	4.9	5.6	5.0
肺炎	10.7	16.5	8.7	22.5	14.6	11.0	7.6	9.6	7.9	9.3
慢性支气管炎	14.6	21.0	10.4	27.5	20.3	12.3	9.5	12.5	8.9	14.0
消化系统疾病	13.3	20.2	10.4	19.7	21.1	19.9	9.2	10.8	9.8	12.5
其中：急、慢性胃炎	8.8	14.5	7.6	11.3	10.5	20.8	5.7	9.1	6.3	10.6

慢性肝病和肝硬化	25.1	39.0	19.1	32.3	23.0	53.3	7.3	19.6	31.5	15.1
泌尿生殖系统疾病	16.5	22.5	13.6	24.8	21.5	19.0	13.7	11.9	13.3	15.9
妊娠、分娩及产褥	8.2	9.1	8.0	8.2	11.5	--	8.4	8.4	7.5	7.0
皮肤和皮下组织疾病	13.8	19.0	11.0	14.2	24.0	17.0	13.0	10.1	11.5	9.7
肌肉骨骼和结缔组织	19.7	28.6	15.7	37.6	25.7	23.4	14.7	15.6	13.0	20.7
先天异常	12.1	11.7	12.5	7.0	--	14.0	--	14.3	--	7.0
围产期疾病	10.1	15.0	9.6	15.0	--	--	6.5	8.8	13.3	--
损伤和中毒	22.8	33.3	19.9	32.4	28.1	37.6	20.3	19.5	17.3	29.5

### (三) 影响住院的因素分析

#### 1、住院者的年龄构成

从年龄别住院情况可见,不论城市还是农村,年龄别住院率均呈W型分布,除在10-19岁组农村稍高于城市外,其余各组人口住院率均为城市高于农村。城市和农村在20-29岁年龄组出现一个住院高峰,并且城市和农村住院率最低点在10-19岁年龄组。通过分性别的年龄别住院情况分析可见,在男性中城市农村住院率均呈V型分布,而女性在20-29岁年龄组有一明显的住院高峰,由此我们认为总住院率之所以在20-29岁出现一个高峰,主要是由于女性妊娠分娩等原因引起。通过比较分性别各年龄组住院率我们发现在20岁以前男性住院率明显高于女性,而在20-64岁女性住院率明显高于男性,但到65岁及以上时男性住院率再次高于女性,城市和农村分性别分年龄住院率也均基本呈现类似现象。

表2-6-9: 家庭健康询问调查---调查地区居民不同年龄组住院率(%)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
0-4	40.07	33.16	41.52	18.49	41.52	38.12	44.32	44.21	44.00	31.71
5-14	12.43	12.17	12.48	10.84	15.75	10.89	15.48	9.21	12.88	14.40
15-24	23.07	19.37	24.02	15.86	21.86	20.54	32.02	22.51	20.12	24.62
25-34	35.34	40.25	33.84	34.28	45.86	41.14	39.30	32.21	30.25	37.00
35-44	32.13	32.43	32.00	31.32	32.05	34.26	32.08	29.72	30.37	42.54
45-54	42.62	48.81	40.18	44.99	61.25	41.59	37.40	39.51	35.13	61.89
55-64	57.17	74.09	48.06	74.86	87.51	59.73	48.43	46.64	50.40	44.61
65及以上	79.58	125.70	51.46	133.31	126.40	110.14	53.79	46.96	48.07	69.54

#### 3、年龄别疾病别住院率

疾病别住院率随年龄组的不同而有所变化,0-4岁组人口住院疾病主要集中在呼吸系统、消化系病、传染病和损伤中毒等;5-9岁组分别为呼吸系统、损伤中毒、传染病、消化系病;10-19岁组消化系病上升至第一位,其后为中毒和损伤、呼吸系统及传染病;在20-29岁及30-39岁组若除去妊娠和分娩住院外,其前三位疾病住院率排列次序相同,依次为消化系病、损伤和中毒、呼吸系统。

表2-6-10: 家庭健康询问调查---调查地区居民疾病别住院率(%)按年龄分析

疾病分类	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65以上
合计	40.07	12.43	23.07	35.34	32.13	42.62	57.17	79.58
传染病	4.14	1.02	0.97	1.80	1.53	2.34	1.68	1.15
寄生虫	--	0.10	--	0.08	0.12	0.08	--	0.11
恶性肿瘤	0.09	0.03	0.27	0.13	0.45	1.47	2.26	3.06

良性肿瘤	--	0.08	0.48	0.44	1.78	1.95	0.70	0.98
内、营和代谢疾病及免疫疾病	0.35	0.10	0.06	0.21	0.57	1.59	1.86	2.13
其中：糖尿病	--	0.03	--	0.03	0.15	0.95	1.28	1.69
血液和造血器官疾病	0.35	0.18	0.42	0.68	0.36	0.68	0.87	0.66
精神病	--	0.05	0.12	0.44	0.42	0.20	0.41	0.33
神经系统病	0.88	0.46	0.51	0.39	0.78	0.91	0.93	1.31
眼及附器疾病	0.09	0.28	0.18	0.18	0.48	1.27	1.80	3.01
耳和乳突疾病	--	0.03	0.06	0.24	0.15	0.08	0.23	--
循环系统疾病	0.62	0.33	0.39	1.15	2.56	7.79	15.38	27.11
其中：心脏病	0.44	0.33	0.21	0.76	1.14	3.65	6.15	11.75
高血压	--	--	--	0.08	0.63	1.27	2.44	3.50
脑血管病	0.09	--	0.09	0.10	0.33	2.11	6.15	10.33
呼吸系统疾病	21.75	4.14	1.39	2.27	3.10	3.65	7.60	15.47
其中：急性上呼吸道感染	8.19	2.19	0.70	1.25	1.38	1.19	1.63	1.91
肺炎	11.71	1.75	0.45	0.39	0.36	0.75	0.58	2.24
慢性支气管炎	0.53	0.08	0.06	0.16	0.63	0.75	2.50	6.01
消化系统疾病	6.69	1.68	3.27	4.91	8.54	8.38	12.31	10.38
其中：急、慢性胃炎	3.79	0.64	0.60	0.86	2.17	2.07	2.96	2.19
慢性肝病和肝硬化	--	0.10	0.09	0.16	0.33	0.79	1.10	0.22
胆囊疾病	0.09	0.15	0.51	0.99	2.02	1.91	3.83	3.12
泌尿生殖系统疾病	0.79	0.64	0.82	1.83	2.77	2.78	2.32	4.32
妊娠、分娩及产褥期并发症	--	--	0.54	0.55	0.15	0.24	--	--
皮肤和皮下组织疾病	0.62	0.23	0.12	0.24	0.60	0.48	0.41	0.60
肌肉骨骼系统和结缔组织疾病	0.09	0.10	0.33	0.91	1.32	2.70	3.13	2.35
其中：类风湿性关节炎	--	--	0.09	0.34	0.24	0.68	1.34	1.09
先天异常	--	0.10	--	--	--	--	0.12	0.05
围产期疾病	0.79	--	--	0.03	0.12	0.04	--	--
损伤和中毒	1.59	2.44	2.60	3.45	4.18	4.45	3.31	4.21

40-54 岁组损伤和中毒仍列第二位原因，呼吸和消化疾病分别为住院第一和第三位原因，循环系病开始上升为第五位。50-64 岁组和 65 岁及以上组疾病别住院率的前四位疾病排列次序分别为消化系病、循环系病、呼吸系病及损伤和中毒。由此可见，小于 10 岁各年龄组，第一位住院疾病为呼吸系病，10 岁以上各年龄组第一位疾病为消化系病；在 10-49 岁组，损伤和中毒为第二位原因，到 45 岁以上各年龄组循环系疾病上升为第二位原因。

### 3、就业状况和职业别住院情况

如果重点考察城市地区，我们发现与就诊率一样，下岗人员的住院率明显低于在岗人员，平均低 21%，这一现象在大、中城市尤为突出。是值得注意的一个问题。

表 2-6-11： 家庭健康询问调查---调查地区居民住院率(%)按从业情况分析(15 岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
在岗	34.94	38.92	34.07	37.76	43.02	36.84	35.61	33.75	30.05	41.64
下岗	36.50	30.94	57.59	22.32	32.99	38.63	55.76	52.48	68.10	46.88
离退休	106.91	108.08	99.15	109.37	112.15	98.94	84.05	86.39	122.00	132.65

在校学生	11.04	11.69	10.73	12.25	12.69	10.16	12.09	7.18	15.65	2.95
无业	52.56	48.13	55.81	46.66	55.11	45.27	67.39	46.53	54.99	45.20

关于不同职业的住院率，由于职业与年龄、享有不同医疗保障制度等多种因素相互交叉影响，因而不单是职业因素所决定。可以看出住院率最高的是离退休人员，行政人员次之，最低的学生，农民列倒数第二位。除离退休人员外各类职业人员住院率均为城市高于农村。从分职业疾病别住院率分析可见，除科技、行政、教师和医务人员前三位住院原因包括循环系疾病及儿童包括传染病外，其他各类职业人员的前三位住院原因均为消化系病、呼吸系病及损伤和中毒。

#### 4、不同文化程度人口住院情况

本次调查 15 岁及以上不同文化程度人口住院情况显示，在所有文化程度中，大专文化水平者住院率最高，初中文化程度者住院率最低；城市和农村人口不同文化程度住院率也有所不同，在城市中文盲或半文盲住院率最高，大专和小学文化程度者次之；在农村，高中、技校文化程度者住院率最高，文盲或半文盲、小学文化程度人员次之；城市和农村人口均为初中文化程度者住院率最低。从不同文化水平住院率不规律的差异上，我们也可以判断不同文化程度可能存在与其他因素，如年龄、性别、不同医疗保障制度等因素交互影响。从疾病别住院情况看，如果不考虑妊娠、分娩因素，除大学及以上文化程度者外，其他各类人口第一位住院疾病均为消化系疾病，而大学及以上文化程度人口第一位住院疾病为循环系疾病。从传染病住院情况看，大专以下文化程度传染病住院率差别不大，而大专及以上文化程度人口传染病住院率明显较低。

表2-6-12: 家庭健康询问调查---调查地区居民住院率(%)按文化程度分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
文盲	46.16	69.81	42.23	84.97	74.02	57.98	48.35	42.69	38.10	41.54
小学	40.54	68.47	35.64	85.52	80.07	46.44	36.54	35.55	31.44	44.15
初中	35.19	48.10	30.55	46.21	54.31	44.66	35.23	28.39	28.90	32.05
高中、技校	35.76	39.69	30.40	42.26	40.54	35.42	32.41	28.05	29.13	43.21
中专	53.64	57.02	46.03	54.30	66.36	49.89	55.40	35.89	51.20	21.05
大专	60.08	63.29	39.55	57.26	77.38	57.55	27.03	31.75	45.94	90.91
大学及以上	64.90	65.17	60.98	68.27	63.08	57.89	40.00	54.05	80.00	.

#### 5、不同医疗费用负担形式人口住院率分析

从 1993 年调查的结果可知，住院率受到医疗保障制度的影响最大。从这次调查的结果来看，医疗保障制度仍然是主要的影响因素。

表2-6-13: 家庭健康询问调查---调查地区居民住院率(%)按医疗费用负担形式分析(15岁及以上)

调查项目	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
公费	91.76	89.97	100.11	92.02	84.12	93.41	77.96	97.30	107.04	131.15
劳保	60.74	60.32	66.99	55.35	63.77	69.85	31.78	91.95	125.00	750.00
半劳保	44.42	42.49	63.90	30.73	62.43	45.87	46.30	62.50	184.21	.
医疗保险	36.20	48.18	26.69	50.63	47.85	48.26	33.83	23.77	19.17	.
统筹	58.06	55.70	83.33	55.27	64.71	.	120.00	.	.	.
合作医疗	39.54	27.41	41.25	.	.	28.04	37.59	51.91	18.41	105.50

自费	29.41	29.49	29.40	24.70	33.29	30.52	33.23	26.98	27.43	34.88
其他	27.38	39.37	22.01	63.91	42.17	35.00	39.68	39.63	48.39	18.63

无论城市还是农村，住院率最高依次是：公费医疗、劳保医疗，统筹医疗、半劳保医疗，合作医疗制度和医疗保险（商业性质），最低的是自费人员。公费医疗住院率高出自费人员的两倍以上、劳保医疗高出自费者一倍以上。这一现象在农村更为突出。

从疾病别情况来看，去除妊娠分娩因素后，公费医疗人员中循环和消化系疾病住院率较高，占疾病别住院率的第一和第二位，其次为呼吸系病；劳保医疗人员中第一位住院疾病为消化系疾病，依次为循环系病和呼吸系病。合作医疗、医疗保险和自费医疗前三位住院疾病排列位次与农村人口相似，依次为消化系疾病、呼吸系疾病和损伤中毒。而统筹医疗，呼吸系疾病住院率较高，其次为消化系病和传染病。

#### （四）出院者出院的原因分析

##### 1、 出院者出院原因分析

调查6580个出院病人中, 46.23%（城市48.33%、农村45.15%）的出院者是疾病痊愈医生要求出院；6.95%（城市9.09%、农村5.83%）是疾病未痊愈，医生认为可以出院；42.10%（城市36.47%、农村45.01%）的出院者是自己要求出院的，余下4.73%（城市6.11%、农村4.01%）是其它原因。从出院原因构成中可以看出，很大比例是住院者自己要求住院，这一比例农村高于城市。在不同人口规模的城市，小城市比例较高，在经济条件差的农村地区此比例较高。

##### 2、自己要求出院者的原因分析

进一步分析自己要求出院的原因，可以发现56.14%（城市45.72%、农村60.50%）是由于经济上的原因，也就是说没有经费再继续住下去，自己要求出院。由于经济上的原因自己要求出院的比例在不同人口规模的城市，规模越小比例越大（大城市35.66%、中城市46.89%、小城市53.77%）；在不同类型农村地区，社会经济条件越差比例越大（一类农村56.30%、二类农村54.10%、三类农村59.30%、四类农村79.94%），尤其突出的是在一些贫困农村此比例达到80%。

#### （五）出院者对医院服务质量（服务态度、技术水平、设备和住院环境）的评价

这次家庭健康询问调查中，增加了出院者对医务人员服务态度、医院技术水平、医院设备和住院环境的满意程度调查问题，用于评价医院的服务质量。调查6580个出院病人中，对医务人员服务态度总体上是满意的，认为很满意（33%）和较满意（43%）两者占调查人数75.7%（城市74.0%、农村76.6%），不满意占3.8%（城市占5.4%、2.9%）。从不同地区来看，大、中城市的出院者对医院服务态度不满意，达到6%左右。

对医院的技术水平从总体上也是满意的，认为很满意（29%）和较满意（44%）两者占调查人数73.2%（城市70.3%、农村74.8%），不满意占3.4%（城市占5.1%、2.5%）。从不同地区来看，中等城市的出院者对医院技术水平不满意的比例较高，达到6.9%左右。

对医院的设备和环境的满意程度，认为很满意（25%）和较满意（39%）两者占调查人数63.3%（城市66.9%、农村61.4%），不满意占4.4%（城市占5.7%、3.7%）。

表2-6-14：家庭健康询问调查——调查地区出院者出院原因构成和自己要求出院的原因构成（%）

调查项目	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
出院者出院原因 (%)										
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672

病愈医生要求	46.23	48.33	45.15	52.86	48.18	42.41	52.62	41.51	43.58	43.45
病未愈医生要求	6.95	9.09	5.83	9.97	9.34	7.67	5.62	6.03	6.42	4.61
自己要求	42.10	36.47	45.01	30.46	35.18	45.86	37.08	48.41	46.39	48.21
其他原因	4.73	6.11	4.01	6.72	7.30	4.06	4.67	4.05	3.61	3.72
自己要求出院的原因(%)										
调查人数	2770	818	1952	272	241	305	389	610	629	324
久病不愈	8.74	13.08	6.92	12.50	13.69	13.11	6.94	8.03	6.36	5.86
经济困难	56.14	45.72	60.50	35.66	46.89	53.77	56.30	54.10	59.30	79.94
医院条件所限	4.01	4.65	3.74	7.35	4.98	1.97	3.60	4.26	4.45	1.54
服务态度不好	0.83	1.10	0.72	1.84	1.66	0.00	0.51	1.48	0.32	0.31
其他	30.29	35.45	28.13	42.65	32.78	31.15	32.65	32.13	29.57	12.35

从上述三个方面的评价来看,都有值得改进的地方,尤其在城市地区,三个方面不满意的比例均在5%以上。从三个方面不满意和认为一般的比例的高低判断,不论城市还是农村,首先是医院环境和设备条件、其次医务人员服务态度,再者是医院技术水平。也就是说,对医院的技术水平的满意度较高。应该指出的是医院环境、设备条件和医务人员服务态度是相互联系的。面临社会经济的快速发展,居民生活水平提高,21世纪的到来,百姓肯定再也不满足拥挤、嘈杂、洗漱和大小便极不方便的大病房。

表2-6-15: 家庭健康询问调查——调查地区出院者对住院服务质量满意程度评价的分析

调查项目	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
调查人数	6580	2243	4337	893	685	665	1049	1260	1356	672
对医院的服务态度评价(%)										
很满意	33.02	31.88	33.62	30.46	30.22	35.49	37.08	33.81	28.98	37.20
较满意	42.69	42.13	42.98	40.87	43.21	42.71	41.56	43.02	44.91	41.22
一般	20.52	20.55	20.50	22.73	20.58	17.59	19.07	19.84	22.49	19.94
不满意	3.77	5.44	2.91	5.94	5.99	4.21	2.29	3.33	3.61	1.64
对医院技术水平的评价(%)										
很满意	29.47	28.22	30.11	26.32	26.42	32.63	32.89	31.03	25.81	32.74
较满意	43.83	42.18	44.69	42.33	40.73	43.46	43.28	45.79	45.72	42.71
一般	23.33	24.48	22.73	26.76	25.99	19.85	21.45	20.08	25.88	23.36
不满意	3.37	5.13	2.47	4.59	6.86	4.06	2.38	3.10	2.58	1.19
对医院设备、环境的评价(%)										
很满意	24.50	26.48	23.47	26.76	22.63	30.08	30.70	23.49	20.58	18.01
较满意	38.77	40.44	37.91	33.82	46.13	43.46	37.27	37.94	37.54	39.58
一般	32.33	27.37	34.89	33.48	23.94	22.71	29.55	35.40	36.50	38.99
不满意	4.41	5.71	3.74	5.94	7.30	3.76	2.48	3.17	5.38	3.42

## 七、家庭调查居民卫生费用分析

## （一）调查住户收入、消费支出、消费支出结构及其变化

### 1、调查住户收入、支出及其构成分析

家庭收入指被调查住户报告的月或年各种来源得到的全部实际收入(不包括借贷收入)。支出是指被调查家庭报告的月或年中全部生活消费支出(不包括生产性支出)。在家庭基本情况对这个问题已进行了简单描述性分析,为了与卫生费用分析有机地结合,故有重点地作进一步描述。

调查结果显示(见表 2-7-1),城乡居民报告的人均收入为 2567 元,其中:城市 4542 元,农村 1968 元。城市是农村的 2.3 倍。不同规模的城市,大城市人均收入最高,小城市最低;不同类型农村,一类农村人均收入是四类农村人均收入的 2 倍以上。由此可见,我国城乡之间,不同经济发展地区之间的居民收入存在着较大差异。

从调查的人均消费支出情况来看,城乡居民报告的人均支出为 1991 元,其中:城市 3494 元,农村 1484 元。城市是农村 2.4 倍。支出水平与收入一样,在不同规模城市 and 不同类型的农村地区存在较大差异。大城市是小城市的 1.7 倍,一类农村是四类农村的 2.2 倍。

从居民消费结构来看,居民食物支出占有相当比例达到 54%,而且城市(59%)高于和农村(50%)。如果在食物支出上加上基本日常生活用品消费,占总支出的比例城市为 70%、农村为 63%,在贫困的四类农村,这一比例达到 71%。也就是说,可用于其他方面的消费支出的潜力有限。本次调查,城乡年人均医疗保健消费支出为 162 元(占总支出的 8.1%),其中:城市 247 元(占 7.1%),农村 134 元(占 9.0%)。在四类农村,人均医疗消费为 78 元(为农村人均医疗保健支出的 58%),但占人均消费总支出的 8.8%。

表 2-7-1: 家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区家庭收入、消费支出(元)及支出构成(%)

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
户年均收入	9693	14056	7872	16341	14207	11115	10177	8201	6790	5544
人均年收入	2567	4342	1968	5216	4395	3299	2720	2065	1751	1122
户年消费支出	7520	11310	5937	13562	11326	8533	7482	6047	5294	4418
人均年消费支出	1991	3494	1484	4329	3503	2533	1999	1522	1365	894
食物支出构成%	54.00	58.69	50.27	59.38	60.41	55.29	49.56	48.78	51.10	54.94
衣着日用品%	12.08	10.95	12.97	10.48	10.12	12.88	12.79	13.02	12.34	15.59
房水电燃料%	10.18	10.93	9.58	10.66	11.15	11.21	10.69	8.63	9.86	8.14
文教育娱乐%	9.70	7.55	11.41	7.32	7.10	8.55	11.40	12.60	11.72	6.28
医药卫生 %	8.14	7.06	9.00	7.25	6.23	7.68	8.12	9.23	9.72	8.75
人均年医药卫 生支出(元)	162	247	134	314	218	194	162	140	133	78

### 2、按收入分组考察住户收入、消费支出及其消费结构

我们分别考察城市和农村不同收入组的平均收入、消费支出及其构成。在城市地区,人均年收入主要分布在 2000 至 6000 之间(占调查人口的约 60%),17.7%的人群人均年收入低于 2000 元,高于 1 万元的人约占 4.8%。考察不同收入组人群的消费支出可以看出:收入在 1000 元以下人群是严重的收不抵支,收入在 1000-2000 元的人群是收略低于消费支出,收入在 2000 元以上人群收入均大于支出。也就是说,在城市地区,大约 10%的人口收不抵支。进一步考察消费支出构成,低收入人群食物支出占 60%左右,必须开支的住房、水电

和燃料支出占 13%，医药卫生方面的支出占 8% 以上。

在农村地区，人均年收入分布相对分散，主要在 1000 至 3000 元之间（占调查人口的 63%）。20.4% 的人报告人均年收入低于 1000 元，15% 报告高于 3000 元，收入在 5000 元以上的人群为 4.9%。不同收入组人群的收支情况与城市地区相类似，年人均收入在 500 元以下人群严重收不抵支，收入在 500-1000 元收入组人群收略低于支，收入在 1000 元以上的人群收大于支。也就是说，在农村地区，大约 12% 的人群收不抵支。不同收入组消费支出构成，总的趋势是低收入组食物支出比例高，医疗卫生支出比例也高。收入在 1000 元以下的人群，医疗卫生支出比例超过了 11%。

表 2-7-2: 家庭健康询问调查—城乡及不同类型地区按家庭收入分组的收支及支出构成 (%)

收入分组	人口比例 (%)	平均收入 (元)	平均支出 (元)	食物构成 (%)	衣着日用品 (%)	住房水电 (%)	文化教育 (%)	医药卫生 (%)
<b>城市</b>								
<1000 元	3.45	722	1318	57.27	8.65	13.23	6.99	8.57
1000-	14.27	1497	1571	60.21	8.72	13.03	7.20	8.32
2000-	37.35	2873	2602	60.71	9.85	11.59	7.24	7.49
4000-	22.85	4642	3987	58.76	10.45	10.42	7.19	6.82
6000-	12.98	6504	5069	58.78	11.74	10.54	7.97	6.87
8000-	4.93	8558	6371	56.11	11.83	10.04	7.73	6.61
10000-	4.76	14946	7945	54.66	14.46	10.46	8.61	6.37
<b>农村</b>								
<500 元	4.18	325	642	48.85	13.58	7.72	8.78	11.38
500-	16.22	739	742	52.41	12.94	8.52	9.87	11.94
1000-	24.98	1186	1050	53.46	12.90	8.26	11.05	9.93
1500-	17.10	1664	1381	52.62	12.46	8.53	11.67	9.29
2000-	21.31	2307	1734	51.72	13.10	9.19	12.31	8.69
3000-	11.34	3570	2487	47.78	12.95	10.72	11.38	8.05
>=5000	4.86	7332	3839	42.54	13.44	12.78	11.22	7.15

## (二) 调查人口门诊就诊费用分析

### 1、 门诊就诊的直接费用

门诊直接费用是指在就诊过程中所有诊断、治疗、药品等费用，由于门诊就诊费用的变异较大，分析时，我们分别采用算术均数、中位数和对数均数测量：

算术平均数：调查结果显示（见表 2-7-3），患者每次就诊医药费用的平均值（算术均数）为 63.1 元，其中：城市 118.6 元，农村地区为 44.7 元。经对所调查数据进行分析发现，被调查者门诊医药费用的分布呈明显的偏态分布，算术均数所表示的平均花费水平可能较大多数人的花费水平偏高。为更加合理地反映本次调查平均门诊医药费用情况，我们分别计算了门诊医药费用的中位数和对数均数回代值，经比较发现所得到的中位数和对数均数回代值在各类城市和农村相差不大。因此。我们认为采用中位数或对数均数回代值可能更能反映所调查的大多数人的平均花费水平。为了保持结果的可比性和适应进一步分析的需要，在本次分析报告中我们对大多数分析结果依然采用算术均数表示，仅在合计和机构别门诊医药费用分

析中分别给出中位数和算术均数供参考和比较。

中位数和对数均数：本次调查全部人口平均门诊费用的中位数和对数均数分别为 20 元和 22.4 元，其中：城市分别为 50 元和 51.6 元，农村分别为 15 元和 16.8 元。由此可以看出，调查人口中大多数人的门诊医疗花费在 20 元左右（城市 50 元左右，农村 15 元左右）。

## 2、影响门诊就诊直接费用的因素

城乡差异：各种计算方法均显示城市平均门诊费用明显高于农村地区，城市地区平均门诊费用约是农村平均门诊费用的 3 倍左右，而在城市地区中，大城市次均门诊费用最高，是小城市次均费用的 2 倍，而在农村地区不同类型农村次均门诊花费变动相对较小。

表 2-7-3： 不同地区分性别、年龄、医疗保障制度别门诊医药费用（元）

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
男女合计										
算术均数	63.1	118.6	44.7	159.6	131.4	63.6	56.3	45.2	39.0	40.2
中位数	20.0	50.0	15.0	75.0	55.0	25.0	20.0	15.0	14.0	14.0
对数均数	22.4	51.6	16.8	78.8	55.9	28.3	21.0	17.1	15.9	13.1
性别差异										
男性	69.6	140.3	47.0	196.5	151.7	71.7	56.8	46.9	41.9	44.5
女性	57.5	100.8	42.7	130.8	114.3	56.7	55.9	43.8	36.5	36.9
年龄别差异										
0-	30.1	66.0	22.4	96.7	77.7	39.6	25.6	22.2	19.5	26.2
5-	35.3	79.7	27.0	111.8	64.8	63.4	29.8	28.1	22.9	30.9
10-	59.0	100.6	50.5	207.4	103.5	49.0	53.7	56.6	45.7	45.5
20-	66.6	110.1	57.5	150.3	140.6	75.8	76.7	63.2	46.8	46.0
30-	62.3	106.4	49.8	130.8	154.5	61.2	72.0	43.0	43.6	43.9
40-	64.8	99.2	53.2	140.7	113.0	50.0	69.3	57.2	47.2	36.9
50-	79.0	127.5	52.1	159.7	132.6	71.7	60.0	58.8	43.7	46.9
>=60	93.3	163.2	45.6	193.2	188.4	77.8	56.4	42.3	40.6	50.3
医疗保障制度										
公费	138.5	157.3	65.0	181.4	135.4	106.9	53.7	42.9	76.2	76.8
劳保	140.5	142.6	109.7	177.3	138.2	40.0	115.3	69.3	187.4	430.0
半劳保	108.4	115.7	37.5	140.4	121.7	31.2	41.7	19.5	45.7	36.7
医疗保险	80.8	158.5	30.0	80.3	189.6	120.9	42.3	28.6	14.9	8.4
统筹	108.5	109.5	90.5	116.6	77.7	102.5	128.5	20.0	9.0	
合作医疗	65.6	67.1	65.3	56.0	80.0	67.4	86.1	30.9	51.2	39.2
自费	48.9	87.9	43.6	117.3	115.4	63.4	49.4	46.2	37.7	48.2
其他	28.5	66.3	11.0	186.0	55.0	42.7	9.1	39.2	29.8	7.1

年龄差异：从不同年龄别平均每次门诊就诊医药费用情况可见，就全部调查地区而言，小于 10 岁儿童次均花费最低，而 50 岁以上老人次均医药费花费最高，但不同年龄组在城市和农村地区的平均门诊花费趋势不同，在城市地区 20-30 岁、50 岁以上年龄组平均门诊花费相对较高，而农村地区 20-30 岁平均门诊花费最高，10-20 岁、30-50 岁年龄组花费居中，而 10 岁以下年龄组平均花费最低。

表 2-7-4: 不同地区不同层次医疗机构平均门诊费用 (元)

机构级别	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
私人开业	42.3	79.4	32.0	176.9	63.0	55.9	29.8	37.0	28.3	35.8
卫生室	28.6	43.1	26.7	62.0	40.3	35.2	37.0	24.8	21.8	16.3
门诊部	78.3	104.0	40.1	128.2	165.1	54.6	42.1	37.0	29.5	125.0
乡镇卫生院	58.3	138.1	49.9	158.8	32.0	99.3	83.5	45.0	49.3	32.8
县区医院	188.8	229.2	173.7	278.8	161.8	138.0	175.4	221.9	149.6	150.0
市、地医院	230.7	213.4	350.4	226.8	230.2	170.7	721.4	358.7	235.7	340.7
省级医院	299.2	254.5	912.4	270.9	218.6	157.9	676.3	878.7	827.8	1475.0
部队医院	289.8	221.8	691.0	142.0	390.9	87.8	1500.0	860.0	83.3	-
县中医院	136.2	44.1	151.9	60.8	85.0	30.3	167.5	164.1	133.9	121.3
地省中医院	222.2	162.5	388.8	176.6	191.1	44.9	500.7	82.5	549.8	245.3
其他	97.1	242.1	32.7	648.8	38.0	39.5	18.5	36.8	39.2	4.3

医疗保障制度别差异: 根据不同医疗保障形式人口的平均门诊医药费用情况可以看出, 无论在城市或农村, 在各类医疗保障形式中, 公费和劳保人员平均门诊花费最高, 在城市地区医疗保险、半劳保、统筹等人群次均门诊费用居中, 而自费人员平均费用最低, 而在农村地区合作医疗人员平均费用高于自费人员, 其他保障形式人员平均花费最低。

不同层次医疗机构的差异: 从不同类型卫生机构次均门诊费用情况看出, 在城市地区在省级医院就诊次均费用最高, 平均值达 250 元以上, 其次为县区医院、部队医院和地市医院、而在县区中医院和卫生室就诊次均费用最低; 在农村地区, 不同类型医疗机构平均门诊花费差异较大, 其中省级医院花费最高平均值达 900 多元, 其次为部队医院为近 700 元, 地市级医院和中医院次均花费在 350 元左右, 县级医院和中医院在 150 元左右, 而村卫生室就诊费用最低, 平均值为 26.7 元。

表 2-7-5: 调查不同地区疾病别两周平均就诊费用情况 (元) (男女合计)

疾病分类	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
传染病计	60.8	100.3	52.6	138.5	121.7	81.6	53.7	69.6	40.1	52.8
寄生虫病计	48.6	93.9	39.0	130.0	80.0	10.8	8.5	16.5	77.9	47.1
恶性肿瘤计	326.2	375.8	281.0	282.0	586.4	683.3	238.3	427.7	246.8	2.5
良性肿瘤计	222.9	209.9	232.4	77.7	821.4	65.0	369.8	116.6	221.9	14.0
内营代谢免疫病	103.8	149.6	80.5	163.0	169.9	99.7	75.5	101.3	75.9	19.1
其中: 糖尿病	152.2	184.3	71.2	240.9	161.6	63.6	78.2	125.1	44.2	14.1
血液造血病计	92.6	329.9	54.7	646.7	612.2	103.4	65.2	36.8	36.9	213.6
精神病计	121.8	144.3	111.0	91.8	508.5	45.5	302.8	170.2	40.6	31.0
神经系病计	79.4	164.2	58.2	126.8	378.0	112.8	110.8	43.4	38.4	57.5
眼及附器病计	69.2	102.5	56.0	167.2	47.5	34.3	59.0	113.7	30.1	13.2
耳和乳突病计	56.9	204.7	22.6	553.3	10.0	32.3	12.5	25.2	29.5	22.3
循环系病计	108.5	152.6	67.9	181.1	177.2	83.9	75.3	58.9	66.5	82.4
其中: 心脏病	117.2	174.5	70.8	213.5	235.1	68.2	90.8	70.1	67.2	56.7

高血压	81.3	121.7	41.7	145.9	132.6	39.1	42.9	33.8	49.4	32.9
脑血管病	145.9	162.9	123.2	188.3	167.1	130.8	115.4	108.8	95.6	514.0
呼吸系病计	34.8	76.1	24.0	118.2	76.5	41.7	29.9	23.1	22.1	21.0
其中：急性上感	28.1	59.7	20.3	84.0	68.3	37.5	25.9	19.0	18.8	17.1
肺炎	74.5	160.9	57.3	216.4	230.9	79.4	57.1	63.2	49.2	57.9
慢性支气管炎	48.6	108.0	28.5	163.4	97.4	28.8	34.4	29.1	27.4	17.9
消化系病计	61.9	99.0	50.3	121.2	122.9	66.6	67.9	51.5	44.8	35.0
其中：急慢胃炎	39.3	66.5	32.1	107.5	91.4	27.6	36.1	33.1	31.2	25.9
慢性肝病肝硬化	186.3	148.3	202.5	167.0	136.7	143.7	339.4	73.6	215.3	143.8
胆囊疾病	118.4	170.6	91.9	188.7	259.0	115.0	95.1	124.5	99.2	40.6
泌尿生殖系病	105.5	157.0	89.9	213.1	162.7	89.0	169.4	115.0	55.7	50.6
妊娠分娩并发症	123.8	133.1	121.1	175.0	165.0	33.3	87.4	143.6	135.0	110.8
皮肤皮下组织病	45.5	65.3	36.9	87.0	56.0	37.0	43.6	41.1	31.4	15.4
肌肉骨骼疾病	59.8	83.1	50.8	98.8	90.7	45.8	63.9	50.1	46.1	44.8
：类风湿关节炎	38.8	48.6	36.5	46.9	77.9	36.7	42.7	41.4	34.2	29.1
先天异常	51.3	93.3	44.3	200.0	-	40.0	100.0	83.3	15.0	8.4
围产期疾病	63.0	64.0	58.0	100.0	-	10.0	-	-	58.0	-
损伤和中毒	90.2	122.6	78.7	207.2	88.3	67.2	109.5	63.0	67.4	108.2
其他	79.7	213.5	46.9	378.3	135.0	31.4	40.9	45.1	28.5	72.0
不详	57.3	80.3	49.5	90.1	72.0	51.8	50.7	37.4	27.6	385.5

疾病别两周平均就诊费用：调查结果显示，在各类疾病中恶性肿瘤平均门诊费用最高（次均费用达 300 元以上），其次为良性肿瘤、脑血管病和慢性肝病（平均门诊费用在 200 元左右），而上呼吸道感染次均门诊费用最低，在 30 元左右；在城市和农村地区，不同疾病次均花费的趋势略有不同。从总体来说，除良性肿瘤、妊娠分娩及并发症外，其他各类疾病的平均花费城市均高于农村，在城市地区次均花费最高的前 5 位疾病为恶性肿瘤、血液造血系疾病、其他疾病、良性肿瘤、耳和乳突疾病，而农村地区次均花费的前 5 位疾病为恶性肿瘤、良性肿瘤、慢性肝病、脑血管病和妊娠分娩及并发症。

### 3、门诊就诊的间接费用

间接费用指除了支付给医院的诊断、治疗和药品等费用以外，为了就诊所花费的其它费用，如差旅费等。调查发现，就诊过程中的间接费用平均城市为 6 元左右，农村为 4 元左右。城市随人口规模的增加间接花费相应增加，农村前三类地区，经济条件越好间接费用越高，但在四类农村地区间接费用较高。在不同类型卫生机构就诊的间接费用显示，除中医院外，门诊就诊的间接费用随所就诊的卫生机构级别的升高而增加，此类现象在农村地区更加明显，在农村地区不同级别就诊的其他花费有十分明显的差异，在省级医院其他花费达 150 元，在部队医院就诊其他花费水平较省级医院略低为 100 元左右，在地市级医院其他花费为 40 元，而在乡和乡以下卫生机构就诊其他花费均在 5 元以下。

表 2-7-6： 不同地区、性别、机构别门诊就诊间接费用（元）

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
男女合计	4.5	6.0	4.0	7.8	6.3	3.8	5.4	3.9	2.9	4.7
男性	4.6	6.5	4.0	8.4	6.3	4.5	4.5	3.5	3.2	6.8

女性	4.4	5.6	3.9	7.3	6.3	3.2	6.3	4.2	2.7	3.0
机构别										
私人开业	1.8	2.7	1.5	7.0	2.2	1.7	2.1	1.2	1.0	3.4
卫生室	0.5	0.7	0.5	1.2	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	0.3
门诊部	1.8	1.3	2.6	2.0	0.9	1.0	0.4	4.1	0.9	12.4
乡镇卫生院	3.2	1.9	3.4	1.4	0.5	3.8	5.9	3.3	2.4	2.8
县区医院	17.9	7.3	21.9	7.4	7.7	6.6	23.3	37.9	11.3	17.2
市（地）医院	11.6	7.5	39.5	6.6	9.5	6.2	32.4	48.7	35.1	43.0
省级医院	25.7	16.1	157.5	16.9	17.0	7.5	137.1	70.6	154.3	322.5
部队医院	23.5	10.1	102.6	13.2	4.8	10.0	200.0	96.0	83.3	-
县中医院	55.2	2.0	64.2	0.4	-	3.0	173.4	9.5	9.5	19.7
地以上中医院	38.6	14.3	106.6	21.4	10.4	2.4	66.7	96.0	141.5	28.0
其他	9.9	18.1	6.3	21.5	3.0	29.8	0.5	10.3	4.6	-

#### 4、就诊费用的变化

比较 1993 年和 1998 年两次调查的平均门诊费用（直接）可以发现（见表 2-7-），在过去的 5 年间门诊医疗费用增长速度较快，城乡合计年增长率为 35.5%，城市门诊费用增长速度高于农村，在城市次均门诊费用增长率达 44.4%，大、中城市增长速度相似，小城市增长速度略低于大、中城市，在农村地区门诊费用平均增长速度为 31.2%，并且平均门诊费用的增长速度随地区类型变化不明显，但应当注意的是在四类农村地区费用增长速度在农村中最快，仅次于大、中城市的增长速度。

表 2-7-7： 1993 年与 1998 年两次调查平均门诊费用的比较（元）

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993 年	21.2	32.4	16.4	39.6	33.1	25.4	20.0	15.5	16.2	13.2
1998 年	63.1	118.6	44.7	159.6	131.4	63.6	56.3	45.2	39.0	40.2
年增长 %	35.5	44.4	31.2	45.8	46.3	36.5	32.1	32.7	26.0	39.9

### (三)、调查人口住院费用分析

#### 1、住院直接费用

住院直接费用是指在住院期间支付给医院的所有病床费、诊断治疗费、手术费和药品等费用。与门诊就诊费用一样，由于住院费用的变异较大，分析时，我们分别采用算术均数、中位数和对数均数测量：

调查结果显示（见表 2-7-8），所调查人口住院花费的平均值为 2384 元，城市地区平均花费为 4037 元，农村地区为 1532 元。同门诊花费一样，在分析过程中我们发现由于住院花费人群分布呈明显的偏态，单纯采用算术均数能够反映所调查人群的住院花费的平均数，但由于平均数可能受个别极值的影响很大，故不能很好地放映所有住院者的一般费用支出情况，因此在本次分析中除提供了算术均数外，我们还分别给出了调查人群住院费用的中位数和对数均数回代值。从所得到的中位数和对数均数结果可见，目前在城乡住院费用一般支出水平在 1100 元左右，城市一般在 2400 元左右，而农村在 700 元左右，不论是算术均数还是中位数或对数均数，可以看出居民住院花费随所在地区的经济发展程度的增加而升高，城市平均花费是农村的 3 倍左右，而大城市是小城市的 2 倍以上，在农村地区中不同类型地区间的变化较城市小，但一类农村地区的平均住院花费也较四类农村地区升高近 1 倍。

#### 2、影响住院费用的因素分析

性别、年龄差异：通过不同性别比较分析，不论在城市还是农村，平均住院费用男性高于女性；不同年龄住院者的平均住院费用随住院者年龄的升高而增加，50 岁以上住院者的平均费用较 30-50 岁年龄组升高近 1/3，而 30-50 岁年龄组住院平均花费较 30 岁以下人员住院花费高 1/3；不同年龄别住院费用变动趋势在城市和农村地区略有差异，在城市地区呈明显的随年龄增长而上升的趋势，而在农村地区在 60 岁以下各年龄组有随年龄而上升的趋势，但其变动不如城市明显，但在 60 岁以上年龄组平均住院费用反而比 50-60 岁年龄组降低，此类现象在四类农村地区更加明显。

表 2-7-8： 不同类型地区平均住院费用、不同性别、年龄别住院费用（元）

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
算术均数	2384	4037	1532	5458	3646	2565	1885	1574	1460	1013
中位数	1100	2500	700	3541	2100	1400	930	735	680	500
对数均数	1048	2322	698	3455	2133	1514	827	755	678	487
男性	2778	4521	1855	6050	4329	2757	2325	1858	1812	1202
女性	2045	3606	1259	4944	3041	2387	1558	1319	1146	854
年龄组										
0-	737	817	724	803	665	930	689	997	661	433
5-	1184	1632	1091	1943	1455	1550	1299	1441	944	671
10-	1493	2244	1331	3444	2681	1241	1730	1162	1368	972
20-	1645	2842	1212	4368	2271	2137	1311	1122	1192	1242
30-	2348	3670	1768	4786	3088	2869	1967	1683	1854	1368
40-	2834	4577	1966	6358	4204	2677	2533	2339	1725	993
50-	3236	4510	2156	5175	4677	3288	3002	2409	1694	1163
>=60	3733	5069	1801	6338	4376	3071	2226	1580	2016	848

不同医疗保障制度人群住院费用的差异：表 2-7-9 可见，不论是城市还是农村，公费医疗和劳保医疗的次均住院费用均是最高的，尽管本次调查结果显示合作医疗次均住院费用也相对较高，但由于调查样本的局限，参加合作医疗的被调查者发生住院的情况相对较少（仅在城市和一类农村地区出现），此调查结果可能受个别高费用或被调查者的错误理解影响较大。在各类保障制度中自费人员的住院费用在最低水平，其平均费用支付水平基本上是公费或劳保医疗的一半左右。

表 2-7-8: 不同地区不同医疗保障制度人群的平均住院费用（元）

保障制度	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
公费	4694	5095	3037	6080	4623	3221	4684	2786	2798	1254
劳保	4379	4424	3757	5775	3603	2731	3222	2495	7353	6999
半劳保	3224	3342	2582	4357	2990	1764	4179	2333	636	
保险	2969	4254	1124	7401	4331	2630	1457	794	592	
合作医疗	5836	6036	4637	6881	3840		4637			
统筹	1714	2376	1643			2376	1807	1708	913	661
自费	1624	2729	1435	3622	2781	2204	1749	1519	1333	1067
其他	1789	2836	930	3992	745	2809	4196	1750	948	499

不同层次医疗机构平均住院费用：表 2-7-9 显示：不论城市地区和农村地区，随着住院医疗机构级别的增高住院费用呈明显的上升趋势，从总体上讲省级医院住院费用最高，其次为地（市）及以上中医院，之后为部队医院和地（市）医院，县级医院和中医院花费总体上相类似，但在二类以下农村地区县中医院次均花费明显低于县医院，在所有类型机构中乡镇卫生院次均花费最低，在农村地区乡镇卫生院次均住院花费平均值是县级医院次均花费的一半以下。

表 2-7-9: 不同地区不同类型医疗机构平均住院费用（元）

机构类型	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
乡镇卫生院	740	1957	646	3794	1202	1452	790	693	584	409
县区医院	1923	2752	1784	4784	2189	1847	2337	1763	1642	1153
市（地）医院	3466	3804	2619	4997	3790	2696	3351	3033	2382	1522
省级医院	5485	5590	5073	6151	5429	4011	4721	6040	4754	4909
部队医院	4438	4854	3622	5546	3112	4961	3604	3418	3958	3352
县中医院	2014	3458	1515	5113	3170	1194	2435	1514	1245	493
地以上中医院	5300	5356	5015	6824	3266	3292	6750	4640	6033	770
其他	2018	3590	1009	4434	3062	2427	1278	1031	1384	359

疾病别住院费用：不同地区平均住院费用见表 2-7-10，除围产期疾病以外所有疾病别住院费用均为城市高于农村，但城市和农村高住院花费疾病别的分布有所不同，在城市地区前 5 位高花费疾病依次为恶性肿瘤、良性肿瘤、脑血管病、心脏病、内分泌营养和代谢疾病，而农村地区前 5 位高花费疾病依次为恶性肿瘤、慢性肝病和肝硬化、脑血管病、糖尿病、良性肿瘤。

表 2-7-10 不同地区疾病别平均住院费用情况（元）（男女合计）（1）

疾病分类	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
传染病计	2039	4222	1439	5441	5140	3108	2203	1518	1230	1151
寄生虫病计	2379	2767	2274		3150	2000	1167	4130	370	120
恶性肿瘤计	8172	11894	5092	13077	10466	11204	5264	4592	7102	950
良性肿瘤计	4229	5665	2862	7112	6189	2865	2868	2717	2970	2900
内营代谢免疫病	3252	5170	1582	5049	6417	3542	1705	1774	1379	600
其中：糖尿病	3950	4161	3213	5417	3394	2701	3594	3050	2540	
血液造血病计	1565	3107	1186	4660	3733	1729	1643	1270	618	1584
精神病计	2471	2930	2083	2956	2757	3092	2129	1800	2460	700
神经系病计	2065	3263	1481	4118	3888	1500	1793	1681	1484	508

表 2-7-10 不同地区疾病别平均住院费用情况（元）（男女合计）（2）

疾病分类	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
眼及附器病计	2638	3490	2022	4178	3245	2583	2320	2833	1210	1313
耳和乳突病计	2038	3011	1162	7500	1200	2125	1840	220	550	
循环系病计	3876	4956	2444	6799	4202	3130	2930	2540	2464	1393
其中：心脏病	3626	5214	1754	7148	3988	2916	3185	1279	1443	1043
高血压	2819	3406	1933	4567	3389	2352	1578	1704	2647	876
脑血管病	4728	5377	3715	7726	4579	3737	3275	3851	4106	3567
呼吸系病计	1441	2934	801	4582	2396	1180	924	873	846	455
其中：急性上感	578	1099	421	1775	818	946	447	462	441	237
肺炎	1263	2783	731	4458	2745	847	823	1062	780	411
慢性支气管炎	2070	3805	932	5695	3512	1382	753	1316	745	1034
消化系病计	2203	4040	1441	5115	3508	3216	1753	1503	1315	1126
其中：急慢胃炎	924	2261	651	2761	1475	2345	654	769	587	609
慢性肝病肝硬化	4171	4835	3884	6328	1619	3916	1292	3663	7485	2270
胆囊疾病	3346	4952	2127	5159	4701	4778	2869	2164	1977	1451
泌尿生殖系病	2499	4149	1701	5132	3674	2727	2712	1293	1971	728
妊娠分娩并发症	1444	2340	1248	2660	1540		1163	1564	1044	900
皮肤皮下组织病	1432	2012	1116	1705	2383	1763	1322	1407	797	486
肌肉骨骼疾病	2274	3244	1834	3836	4448	1682	2859	2285	1647	803
中:类风湿关节炎	914	1637	806	767	4269	753	535	1195	705	745
先天异常	2629	3433	2025	1500		4400		2600		300
围产期疾病	2027	1500	2075	1500			3705	2192	753	
损伤和中毒	2800	4798	2239	5914	4473	3764	2970	2091	1937	2191
其他	1022	1911	821	2093	1487		939	1196	710	314
不详	1235	2237	801	3673	2043	1071	1003	685	711	715

### 3、 平均住院间接费用

本次对住院的间接费用（如交通和其他费用）进行了询问调查，调查结果显示（见表 2-7- 11），在所调查的全部城乡居民中因住院所引起的其他花费平均为 442 元，城市地区明显高于农村地区（城市为 670 元，农村为 324 元），住院其他花费随城市规模和农村发展状况的增加而明显升高；除小城市外，在各类地区中男性住院所引起的其他花费均高于女性。住院其他花费的机构别变动趋势同医药费一样，随住院级别的升高而增加，县级医院住院其他花费是乡镇卫生院的 1 倍以上，地市医院住院其他花费较县级高近 1 倍，而省级医院住院其他花费是地市级医院的 2 倍左右。

表 2-7-11: 不同地区、性别、医疗机构住院间接费用情况（元）

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
男女合计	442	670	324	947	573	405	424	340	279	219
男性	495	695	390	999	641	360	519	384	357	268
女性	395	648	268	902	513	446	353	301	210	178

机构别:

乡镇卫生院	146	328	132	382	183	358	171	129	123	82
县区医院	359	345	361	583	296	232	491	380	287	241
市(地)医院	554	499	694	568	548	356	1180	801	469	451
省级医院	1093	1122	977	1242	1002	864	666	1305	1072	870
部队医院	810	819	791	780	985	696	1178	741	757	461
县中医院	348	434	319	666	329	150	539	346	225	155
地以上中医院	1419	1569	650	2290	498	613	1275	617	453	505
其他	358	538	242	688	447	329	227	208	402	105

#### 4、住院费用的变化

比较 1993 年和 1998 年两次调查所得到的住院平均费用, 从表 2-7-12 可见, 在过去的五年间, 平均住院费用从 933 元上升至 2384 元, 年平均增长率为 20.64%。其中: 城市从 1703 元上升至 4037 元(年平均增长率为 18.84%), 农村从 613 元上升至 1532 元(增长率为 20.10%)。不同类型地区间除小城市年均增长率 13.20%外, 其他地区年增长率均在 19%左右, 在农村地区中四类地区略低于其他地区年增长率为 17.72%。

表 2-7-12: 1993 年与 1998 年两次调查平均住院费用的比较

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993 年住院费用	933	1703	613	2210	1517	1380	732	655	546	448
1998 年住院费用	2384	4037	1532	5458	3646	2565	1885	1574	1460	1013
平均增长率(%)	20.64	18.84	20.10	19.82	19.17	13.20	20.83	19.17	21.74	17.72

#### (三)、调查人口自我医疗费用分析

调查中我们对过去两周内患病者发生药店购药情况及药店购药所发生的花费进行了询问调查。结果显示(见表 2-7-13): 城乡居民两周内平均购药花费为 31 元(城市为 44.90 元, 农村为 19.39 元)。同门诊费用和住院费用一样, 由于居民药店购药费用呈偏态分布。因此, 在本次分析中我们还计算了药店购药花费的中位数和对数均数, 以了解大多数人购药的花费水平, 通过所得到的中位数和对数均数情况可以看出, 在所调查人群中大多数人的购药平均花费在 15 元左右(城市在 20 元左右, 农村在 10 元左右)。通过比较不同性别人群药店购药费用可以发现, 女性患者平均药店购药花费略高于男性, 在城市和二类以上农村地区, 平均药店购药费用均为女性高于男性, 而在不发达的第三、四类农村地区男性购药费用高于女性。从不同年龄组居民药店购药花费情况可见, 平均购药花费随年龄的升高而增加, 但在城市地区低年龄组和高年龄组平均购药花费较高, 而 10-30 岁组购药花费相对较低, 但在农村地区儿童购药花费最低, 高年 10-30 岁组平均花费居中, 而高年龄组花费较高, 但在最贫困的四类农村地区 30-40 岁年龄组的平均购药花费最高, 而儿童和 60 岁以上老人平均购药花费则相对较低。

表 2-7-13: 不同地区居民自我医疗两周内在药店购药费用情况(元)

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
男女合计										
算数均数	31.00	44.90	19.39	49.69	34.59	47.09	23.88	20.07	17.09	17.54

中位数	15.00	20.00	10.00	21.00	20.00	20.00	10.00	10.00	10.00	8.75
对数均数	13.62	21.66	9.24	23.53	17.64	22.93	9.86	9.18	8.95	9.50
性别										
男性	29.72	43.00	19.17	48.46	33.43	44.15	19.98	19.76	17.83	21.85
女性	32.03	46.37	19.57	50.58	35.50	49.51	27.42	20.32	16.47	13.91
年龄组										
0-	18.93	43.37	9.57	94.42	22.91	14.00	7.96	10.06	9.13	12.79
5-	19.15	36.20	10.94	46.58	40.75	19.47	17.11	6.50	11.59	8.53
10-	20.29	23.48	17.76	21.70	28.19	18.90	11.96	16.66	20.10	21.60
20-	21.83	29.96	17.65	32.16	26.18	31.74	22.57	20.79	13.82	12.19
30-	28.74	39.22	20.15	41.27	29.94	43.03	16.70	21.38	19.42	31.88
40-	34.66	47.42	23.99	38.60	52.14	52.81	33.13	28.72	16.54	14.65
50-	37.87	49.82	23.44	49.15	32.85	60.10	26.45	25.24	21.05	23.67
>=60	43.83	59.06	23.07	69.52	31.18	57.54	35.34	19.44	20.18	16.96

## 八、妇幼保健和预防服务

育龄妇女和儿童是卫生服务的特殊人群，也是卫生服务需要和需求量最大的人群。这次卫生服务调查设计中针对1996-1997年有分娩和流产史的妇女，询问他们生育史、孕期健康和保健情况、出生和接生情况、产后保健情况、婴儿喂养、预防和保健情况等。分别描述如下：

### (一)被调查者的生育史和最后一次妊娠分娩保健情况

#### 1、被调查者及其生育史

本次调查询问了1996-1997年间有分娩和流产史的妇女。在调查的4429名（城市864名、农村3565名）妇女中，58.8%（城市67.7%、农村56.7%）的妇女是第一次妊娠，26.5%（城市21.3%、农村27.8%）是第二次妊娠，8.9%（城市7.4%、农村9.2%）是第三次妊娠，5.8%（城市3.6%、农村6.3%）是第四次及以上的妊娠。平均妊娠次数为1.67次（城市1.50、农村1.71）。有分娩和流产史的妇女中，有生过孩子的妇女为4303名，其中：70.2%（城市90.7%、农村65.4%）生过孩子数为一个，22.5%（城市7.7%、农村26.0%）生过孩子数为两个，4.6%（城市1.2%、农村5.4%）为三个，2.7%（城市0.4%、农村3.3%）为四个及以上，平均生过孩子数为1.39个（城市1.07个、农村1.47个）。

表 2-8-1： 家庭健康询问调查—调查地区 1996 -1997 年间有分娩和流产史妇女的妊娠和生育情况

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查怀孕妇女人数	4429	864	3565	282	257	325	672	1004	1178	711
平均妊娠次数	1.67	1.50	1.71	1.52	1.55	1.43	1.60	1.60	1.60	2.15
妊娠次数构成 (%)										
一次	58.84	67.71	56.69	63.48	66.93	72.00	60.12	59.26	58.91	46.13
二次	26.53	21.30	27.80	24.47	19.84	19.69	28.27	27.39	28.86	26.16
三次	8.85	7.41	9.20	8.87	8.56	5.23	6.85	9.86	8.32	11.95
四次及以上	5.78	3.59	6.31	3.19	4.67	3.08	4.76	3.49	3.90	15.75

有孩子出生妇女数	4303	815	3488	254	245	316	652	983	1150	703
平均出生孩子数	1.39	1.07	1.47	0.96	1.01	1.20	1.28	1.36	1.34	2.00
出生孩子数的构成 (%)										
生过一个孩子	70.16	90.67	65.37	94.88	95.10	83.86	73.77	67.96	67.48	50.50
生过二个孩子	22.52	7.73	25.97	4.72	4.49	12.66	22.39	25.84	28.61	25.18
生过三个孩子	4.58	1.23	5.36	0.39	0.41	2.53	2.45	5.39	3.04	11.81
生过四个孩子	2.74	0.37	3.30	0.00	0.00	0.95	1.38	0.81	0.87	12.52

## 2、 1996-1997 年间最近一次妊娠的结局

调查的妇女中,最近一次妊娠结局的构成显示,顺产占 80.9%(城市 60.6%、农村 85.8%),发生助产(难)产的比例 3.2%(城市 2.0%、农村 3.5%),进行剖腹产的比例占 6.1%(城市 19.2%、农村 2.9%),死胎死产占 0.4%(城市 0.2%、农村 0.4%),自然和人工流产占 9.4%(城市 18.0%、农村 7.3%)。与 1993 年调查的结果相比,城市最近一次妊娠结局中,剖腹产的比例由 6.4%增加到 19.2%,在大城市和中等城市人工流产的比例超过了 20%,分别为 21.4%和 24.6%。剖腹产和人工流产率的增加,尤其是剖腹产比例的显著增加,应该引起有关方面的重视。

表 2-8-2: 家庭健康询问调查—调查地区 1996 -1997 年间最近一次妊娠结局分析(%)

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查妇女数	4419	860	3559	280	256	324	672	1002	1176	709
顺产	80.92	60.58	85.84	44.29	50.00	83.02	79.32	84.53	87.07	91.82
助产(难产)	3.21	1.98	3.51	2.14	1.17	2.47	1.64	4.69	2.47	5.36
剖腹产	6.06	19.19	2.89	29.64	21.88	8.02	6.55	2.79	2.47	0.28
死胎死产	0.38	0.23	0.42	0.00	0.39	0.31	0.30	0.60	0.09	0.85
自然流产	1.49	1.51	1.49	2.50	1.95	0.31	1.93	1.30	1.70	0.99
人工流产	7.92	16.51	5.84	21.43	24.61	5.86	10.27	6.09	6.21	0.71

### 3、 产前检查覆盖情况和产前检查次数

产前检查的覆盖率为 79.4%，其中：城市为 86.8%，农村为 78.6%。1993 年调查产前检查覆盖率平均 69.5%，其中农村为 60.32%。与 1993 年相比，产前检查覆盖率，尤其在农村地区增加十分显著，提高了 15 个百分点。从产前检查的次数分析，平均每一个孕妇接受 3.9 次产前检查，城市 6.4 次，达到 8 次及以上者几乎占 50%；农村 3.2 次。应该看到的是，虽然经济落后的农村地区孕妇未进行过产前检查的比例由 1993 年的 70% 下降到 50%，但还显著高于经济较好的农村地区，检查者平均次数也还很低（仅 1.3 次），仍然是妇幼保健的薄弱环境。

从第一次产前检查的孕周构成来看，68.6%（城市 80.9%、农村 65.6%）在怀孕的第 12 周以内，21.7%（城市 16.32%、农村 23.1%）在怀孕的 12 周至 24 周之间，9.7%（城市 2.8%、农村 11.3%）是在 25 周及以上。平均为 13.1 周（城市 10.3 周、农村 13.9 周）。

表 2-8-3: 家庭健康询问调查—调查地孕产妇产前检查覆盖率、检查次数和检查孕周构成情况

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
调查怀孕妇女人数	4429	864	3565	282	257	325	672	1004	1178	711
平均产前检查次数	3.85	6.42	3.22	7.65	6.23	5.51	4.49	3.82	3.13	1.34
是否进行产前检查及其次数构成(%)										
未进行检查占产妇%	20.61	13.19	22.41	12.77	16.34	11.08	12.65	12.55	19.10	51.05
一次检查占产妇%	8.74	7.64	9.00	9.22	8.56	5.54	6.85	8.47	9.42	11.11
二次	12.85	5.09	14.73	2.48	5.45	7.08	12.05	13.15	17.66	14.63
三次	15.51	5.32	17.98	2.84	2.33	9.85	19.79	18.03	19.19	14.21
四次	8.87	4.63	9.90	1.77	2.33	8.92	9.23	14.74	10.27	3.09
五次	9.32	7.06	9.87	2.48	5.84	12.00	10.71	13.75	10.02	3.38
六次	5.28	5.90	5.13	2.84	7.78	7.08	5.36	5.88	6.54	1.55
七次	2.80	4.40	2.41	3.19	3.50	6.15	2.68	4.58	1.78	0.14
八次	16.01	46.76	8.56	62.41	47.86	32.31	20.68	8.86	6.03	0.84
平均首次进行产前检查的周数和周数构成(%)										
产前检查怀孕周	13.14	10.32	13.88	10.56	10.15	10.25	12.93	13.00	14.95	14.61
12周以内	68.60	80.90	65.62	80.14	81.32	81.23	71.62	64.94	60.19	69.90
12--24周间	21.74	16.32	23.05	18.44	16.34	14.46	19.61	25.30	25.72	18.71
25周及以上	9.66	2.78	11.33	1.42	2.33	4.31	8.77	9.76	14.09	11.39

#### 4、 孕产妇孕期患与妊娠有关疾病的情况

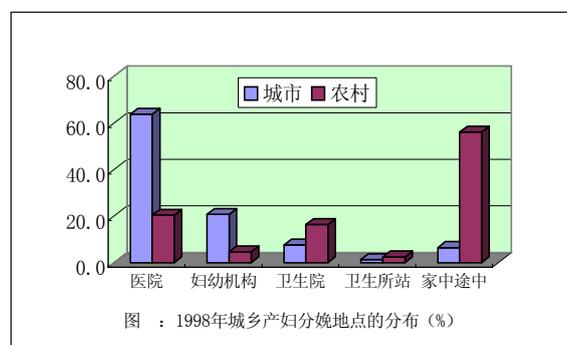
本次调查了孕产妇孕期患与怀孕有关疾病的情况，由此计算妊娠有关疾病的患病率为5.8%(城市6.1%、农村5.7%)。从患病的构成来看，主要是妊娠中毒症、妊娠合并高血压和贫血。城市孕妇中，妊娠合并高血压及其妊娠中毒症是最主要的原因，在农村除了妊娠中毒症及其妊娠中毒症外，贫血还占1/3。

表 2-8-4: 家庭健康询问调查—调查地区 1996 -1997 年孕妇患与妊娠有关疾病患病率及其构成(%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
患病率 (%)	5.80	6.13	5.72	6.74	5.06	6.46	4.61	6.18	5.52	6.47
主要疾病构成 (%)										
妊娠中毒症	23.74	30.19	22.06	36.84	30.77	23.81	22.58	14.52	24.62	28.26
妊娠合并心脏病	3.89	0.00	4.90	0.00	0.00	0.00	0.00	1.61	3.08	15.22
合并肝脏病	0.78	0.00	0.98	0.00	0.00	0.00	0.00	1.61	0.00	2.17
贫血	32.68	24.53	34.80	21.05	30.77	23.81	38.71	45.16	29.23	26.09
糖尿病	0.39	0.00	0.49	0.00	0.00	0.00	0.00	1.61	0.00	0.00
其他	38.52	45.28	36.76	42.11	38.46	52.38	38.71	35.48	43.08	28.26

## 5、 分娩地点

调查孕产妇分娩的地点，结果显示：47.2%的分娩地点是在家中，0.1%在途中，2.3%卫生室（所、站）、14.8%在乡镇街道卫生院，28.1%在县及县以上医院，7.5%在各级妇幼保健机构。城市63.8%在县及县以上医院、20.8%在妇幼保健机构，在家中的比例为6.5%；



在农村，家中和途中分娩比例占55.9%（一类农村28.8%，二类农村46.5%，三类农村59.0%，四类农村87.3%），在卫生院、妇幼保健院和医院分娩的比例较低，尤其贫困地区，仅12%。

表 2-8-5: 家庭健康询问调查—调查地区 1996 -1997 年孕妇分娩地点和未去医院分娩的原因构成

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
分娩地点构成 (%)										
医院	28.05	63.84	20.38	71.63	76.06	50.82	37.29	21.72	17.99	8.01
妇幼保健机构	7.50	20.76	4.66	22.79	20.21	19.67	6.27	7.20	4.43	0.29
乡镇街道卫生院	14.83	7.63	16.38	2.33	2.66	14.43	26.10	21.72	14.67	3.72
卫生所站	2.27	1.27	2.48	1.40	0.00	1.97	1.53	2.80	3.87	0.72
家中接生	47.17	6.50	55.89	1.86	1.06	13.11	28.81	46.45	58.58	87.12
路途中	0.17	0.00	0.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.46	0.14
未去医院分娩原因构成 (%)										
没必要去医院	54.39	23.91	55.15	0.00	0.00	27.50	39.41	64.58	55.75	52.22
来不及(急产)	14.38	32.61	13.92	0.00	0.00	37.50	25.29	12.04	15.28	10.67
经济困难	14.90	17.39	14.84	50.00	0.00	15.00	20.00	10.65	14.96	16.26
交通不便	9.62	10.87	9.59	0.00	0.00	12.50	3.53	6.94	6.93	15.93
其他	6.71	15.22	6.50	50.00	100.00	7.50	11.76	5.79	7.09	4.93

应该看到的是：尽管农村地区在医疗机构分娩的比例很低，但与 1993 年调查相比，比例有显著提高（由 22% 提高到 43%）。1993 年，农村地区在家中分娩高达 76.6%（一类农村 60.4%，二类农村 78.7%，三类农村 80.9%，四类农村 92.7%），在家分娩比例下降最快的是经济发展较快的农村地区（如一类农村在家分娩的比例由 60% 下降到 29%），而经济落后的农村，仅从 93% 下降到 87%。

进一步考查未去医疗机构分娩的原因，城市地区主要是来不及（急产）占 33%、认为没有必要上医院占 24%、经济有困难占 17%；在农村地区主要为没有必要上医院占 55%、经济有困难占 15%、急产占 14%，还有一部分原因是交通不便等。在经济不发达的农村地区，经济困难和交通不便占有相当比例。

## 6、 在家中分娩的接生者和接生方式

调查结果显示，在家中分娩的接生者构成中，乡及以上医疗机构医生占 5.5%、乡村医生占 18.3%、接受过正规培训的接生员占 33.8%、未受过正规接生培训的占 17.6%、家人自接占 23.6%。在贫困农村，家人自接的比例相当大，占 54.2%，未经训练者接生的比例 13.0%。家中接生中，66.0% 进行了产包、接生者的手、产妇外阴部和婴儿脐带“四消毒”（新法接生），34.0% 的没有进行“四消毒”或消毒不完全。在贫困农村地区，未消毒或消毒不完全的比例占 62.0%。因而这些地区发生产时产后大出血、产伤、产褥期感染的比例明显高出其它地区。

表 2-8-6： 家庭健康询问调查—调查地区孕妇家中接生人数, 接生者构成和接生方法构成 (%)

	城乡合计	城市合计	农村合计	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
在家接生人数	1892	46	1846	4	2	40	170	432	635	609
接生者构成 (%)										
乡及以上医生	5.50	4.35	5.53	0.00	0.00	5.00	0.00	8.80	7.24	2.96
村医生	18.34	6.52	18.63	0.00	0.00	7.50	25.88	22.22	20.47	12.15
专职接生员	33.88	41.30	33.69	25.00	0.00	45.00	44.71	47.45	37.01	17.41
会接生者	17.55	8.70	17.77	25.00	0.00	7.50	20.59	14.58	23.78	12.97
家人自接	23.57	30.43	23.40	0.00	0.00	35.00	6.47	5.56	10.55	54.19
其他	1.16	8.70	0.98	50.00	100.00	0.00	2.35	1.39	0.94	0.33
家中接生方式构成 (%)										
新法接生	65.91	54.35	66.20	25.00	0.00	60.00	89.41	84.49	74.65	37.93
旧法接生	34.09	45.65	33.80	75.00	100.00	40.00	10.59	15.51	25.35	62.07

## 7、 分娩并发症情况

为了解产妇保健情况，调查设计中询问孕产妇在产时、产后是否发生了与分娩有关的疾病。不论在城市，还是在农村，94% 的被调查者回答未发生，2.4%（城市 1.8%、农村 2.5%）发生了大出血，0.6%（城市 0.7%、农村 0.5%）发生了梗阻性分娩，1.9% 发生产伤（城市 2.0%、农村 1.9%），0.5% 发生产褥期感染。

表 2-8-7： 家庭健康询问调查——孕产妇在产时产后有关疾病的发生情况

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
--	----	----	----	---	---	---	----	----	----	----

	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
未发生任何情况	94.24	94.06	94.28	93.46	93.62	94.75	95.08	94.62	93.72	93.99
产时产后并发症发生率 (%)										
大出血	2.39	1.84	2.51	2.34	2.66	0.98	1.69	1.72	2.77	3.86
梗阻性分娩	0.55	0.71	0.51	0.47	1.06	0.66	0.17	0.43	0.55	0.86
产伤	1.90	1.98	1.88	1.40	2.13	2.30	2.54	2.15	2.12	0.57
产褥期感染	0.47	0.99	0.36	1.87	0.53	0.66	0.17	0.43	0.37	0.43
其它产时产后疾病	0.45	0.42	0.45	0.47	0.00	0.66	0.34	0.65	0.46	0.29

## 8、 产后访视情况

52.1%产妇出生孩子后得到了产后访视。与 1993 年调查相比，产后访视率明显提高。城市由 39.6%提高到 61.4%，农村由 48.3%提高到 50.2%。但在一些农村地区，尤其是贫困地区，产后得不到访视的比例还较高，如在三类农村地区，未访视率在 51.7%，四类农村地区未访视率达到 73.5%。从每个产妇产后访视的次数来看，平均为 1.32 次，其中城市 1.5 次、农村 1.3 次。

表 2-8-8： 家庭健康询问调查——调查地区产妇产后访视覆盖率及访视次数

	城乡	城市	农村	大	中	小	一类	二类	三类	四类
	合计	合计	合计	城市	城市	城市	农村	农村	农村	农村
平均产后访视的次数	1.32	1.49	1.28	1.66	1.37	1.44	1.69	1.68	1.17	0.60
访视是否及其构成 (%)										
未访视	47.87	38.65	49.85	29.77	35.98	46.56	35.93	38.71	51.71	73.53
一次	12.11	16.08	11.26	16.28	22.75	11.80	11.86	11.51	12.72	8.15
二次	15.18	16.36	14.92	19.07	19.05	12.79	19.15	15.05	15.85	9.73
三次	15.70	19.89	14.80	29.30	17.46	14.75	21.36	21.29	11.80	5.29
四次	5.48	6.91	5.18	4.19	2.65	11.48	7.46	7.53	4.70	0.86
五次及以上	3.66	2.12	4.00	1.40	2.12	2.62	4.24	5.91	3.23	2.43

### (二) 婴儿出生体重、喂养和保健情况

#### 1、

##### 调查婴儿人数

本次调查 1996-1997 年怀孕分娩的婴儿，到 1998 年 6 月调查时间，这些出生的孩子的年龄在六个月至一岁六个月之间。调查孩子数共 3996 名，其中：城市 707 人（大城市 215 人、中城市 188 人、小城市 304 人），农村 3289 人（一类农村 588 人、二类农村 924、三类农村 1084 人、四类农村 693 人）。通过儿童母亲的回顾，除了询问儿童健康调查的内容以外，还调查儿童出生体重、喂养和儿童卫生保健等情况。

#### 2、

##### 婴儿出生体重与低出生体重发生率

在调查的 3996 个（城市 707 个、农村 3289 个）出生婴儿中，出生后立即称体重的比例为 57.6%，城市为 95.2%、农村为 49.5%。在大中城市几乎每一个出生婴儿均称了体重。在贫困农村地区，称体重婴儿的比例不足 22%，这与在家中分娩有关。

表 2-8-9： 家庭健康询问调查——调查出生婴儿数、出生体重、开奶时间及其构成 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
调查婴儿人数	3996	707	3289	215	188	304	588	924	1084	693
出生体重情况										
称出生体重百分比 %	57.61	95.19	49.53	99.53	98.40	90.13	70.92	61.90	45.30	21.50
平均出生体重 (克)	3284	3318	3270	3337	3317	3305	3297	3257	3291	3174
低于2500克的比例%	3.62	3.43	3.70	4.74	2.70	2.92	1.45	4.72	4.69	2.80
开奶时间及其构成(%)										
断脐后立即开奶	19.27	25.46	17.94	27.91	25.00	24.01	25.85	13.42	8.49	32.03
出生后24小时内	40.89	40.45	40.99	46.51	46.28	32.57	46.60	37.23	38.19	45.60
出生后24小时后	39.84	34.09	41.08	25.58	28.72	43.42	27.55	49.35	53.32	22.37

被调查的婴儿，出生时平均体重为 3304 克，其中：城市平均为 3328 克（大城市 3367 克、中城市 3317、小城市 3305 克）；农村平均为 3294 克（一类农村 3305 克、二类农村 3287 克、三类农村 3314 克、四类农村 3227 克），可见出生体重与经济状况有较密切关系，贫困地区平均出生体重最低。与 1993 年调查相比，平均出生体重在农村有明显的提高，这与农村经济条件好转，注重孕妇营养有关。

出生体重低于 2500 克的婴儿称为低出生体重婴儿。本次调查低出生体重婴儿的比例为 3.01%，其中：城市为 3.28%，农村为 2.90%。有两个理由说明农村这一指标有偏高的可能：一是农村出生婴儿称体重的比例较低，即使称体重的婴儿，大多数均在医疗机构中出生，这些婴儿的家庭在农村地区尚属条件较好的家庭，真正贫困家庭的婴儿大多数在家中接生；二是称体重的时间和计量单位，有些农村地区并非在孩子出生后的即刻进行。但与 1993 年相比，不论城市，还是农村，低出生体重所占的比例在下降：城市由 3.76% 下降到 3.28%，农村由 3.32% 下降到 2.90%。

### 3、

#### 开奶时间构成和母乳喂养情况

被调查婴儿出生后，产妇开奶的时间构成，结果显示，19.3%（城市 25.5%、农村 17.9%）是在断脐后立即进行开奶，40.9%（城市 40.5%、农村 41.0%）在出生后 24 小时以内，39.8%（城市 34.1%、农村 41.1%）在出生后 24 小时以后。

出生后第一个月喂养情况：调查结果显示：出生后第一个月以母乳喂养占儿童总数的 85.86%，人工喂养和混合喂养比例分别为 7.88% 和 5.92%。城市母乳喂养的比例低于农村，而且越大城市，母乳喂养的比例越低，混合喂养和人工喂养的比例越高；在农村地区，母乳喂养占 89.25%，经济发达的地区，母乳喂养的比例较低。

表 2-8-10: 家庭健康询问调查——调查出生婴儿纯母乳喂养时间及其构成 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
调查婴儿人数	3996	707	3289	215	188	304	588	924	1084	693
纯母乳喂养时间及其构成 (%)										
平均喂养时间 (月)	4.65	3.79	4.84	3.25	3.75	4.18	4.63	5.04	5.33	3.98
纯母乳喂养时间构成 (%)										
一个月	9.79	11.61	9.42	17.42	10.56	8.33	8.62	7.43	7.38	16.39

二个月	8.57	10.45	8.20	14.04	10.56	7.95	9.16	5.42	5.51	15.73
三个月	13.81	20.40	12.50	24.72	25.47	14.39	16.16	11.56	8.96	16.39
四个月	12.68	15.09	12.20	15.73	16.15	14.02	13.46	15.80	10.93	8.11
五个月	19.38	17.91	19.67	10.67	18.63	22.35	18.67	21.34	22.05	14.24
六个月	12.24	7.79	13.12	8.99	3.73	9.47	12.21	12.97	17.52	6.79
七个月	9.59	9.12	9.69	3.37	7.45	14.02	8.26	11.08	10.04	8.44
八个月	13.95	7.63	15.21	5.06	7.45	9.47	13.46	14.39	17.62	13.91

64.5%的儿童母乳喂养持续时间在五个月以上，小于五个月的比例占 35.5%，其中：少于一个月的占 5.1%、1-2 月占 8.3%、2-3 月占 6.0%、3-4 月占 9.5%、4-5 月占 6.6%。城市仅有一半多一点(52.9%)持续时间在 5 个月以上，其中：中城市仅为 38.8%；农村 66.3%的儿童母乳喂养持续时间在 5 个月以上，其中以三类地区为最高(71.8%)，四类地区为最少(54.3%)。

#### 4、

开

#### 始添加辅食时间分析

调查婴儿中，平均开始添加辅食时间在出生后第 5.85 个月（城市在第 5.25 个月、农村在第 5.98 个月），城市早于农村。开始增加辅食时间构成可见，出生后的头三个月就增加辅食的比例为 21.3%，比 1993 年调查的 20.6%有所增加；4-5 个月占 26.8%，比 1993 年的 21.1%也有较大的增加，余下是半岁及以后开始添加。城市出生婴儿增添辅食的时间较早，基本在 2 至 6 个月时就增添辅食，农村较晚，主要集中在半岁及以后。

表 2-8-11: 家庭健康询问调查——调查出生婴儿平均开始添加辅食时间及其构成 (%)

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
调查婴儿人数	3996	707	3289	215	188	304	588	924	1084	693
平均开始时间	5.85	5.25	5.98	5.01	5.10	5.50	5.77	6.15	6.52	5.12
开始加辅食时间构成 (%)										
一个月	5.73	8.65	5.09	6.16	5.49	12.29	2.99	4.10	3.59	10.46
二个月	7.52	8.96	7.24	12.36	8.70	6.82	6.82	5.66	4.33	14.74
三个月	8.05	11.61	7.34	16.29	13.66	7.20	7.90	4.48	4.72	15.23
四个月	14.20	24.05	12.23	33.71	29.81	14.02	15.98	11.44	8.46	16.23
五个月	12.62	15.42	12.07	17.42	16.15	13.64	13.29	14.86	11.22	8.44
六个月	20.31	19.40	20.50	13.48	18.63	23.86	19.03	22.88	22.64	14.90
七个月	12.16	7.96	12.99	8.43	3.11	10.61	11.85	12.50	17.91	6.46
八个月	24.92	17.74	26.35	9.55	16.77	23.86	24.24	27.36	28.54	23.18

## 5、

## 婴

## 儿保健手册建立情况

通过了解有出生后婴儿是否建立了预防接种卡或保健手册, 从一个方面来了解和掌握儿童系统保健的情况。调查的 3996 名婴儿中, 92.1% (城市 97.3%、农村 91.8%) 有预防接种卡或登记本。与 1993 年相比, 农村预防接种卡或登记本拥有率增加明显, 由 56% 增加到 92%。这与近些年加强计划免疫工作管理和儿童保健有关。值得注意的是在贫困农村地区, 虽然预防接种卡或登记本的拥有率由 36% 提高到 87%, 但还有 13% 没有此类卡或本。

表 2-8-12: 家庭健康询问调查——调查出生婴儿预防接种卡拥有率和平均预防接种次数

	城乡 合计	城市 合计	农村 合计	大 城市	中 城市	小 城市	一类 农村	二类 农村	三类 农村	四类 农村
1993 年有接种卡率%	61.47	89.2	56.02	97.35	88.46	83.6	72.28	62.09	52.8	35.78
1998 年有接种卡率%	92.78	97.29	91.81	99.06	100.00	94.39	96.76	94.12	90.21	86.99
平均预防接种次数	7.85	10.70	7.23	12.19	12.01	8.84	9.26	8.33	6.82	4.69

## 第三部分 影响医疗服务利用的多因素分析

我们知道人们的医疗行为是一系列主观和客观因素交叉影响的结果。医疗服务利用实际上包括三个内容相互独立而又相互联系的一个过程: (1) 患者决定是否利用医疗服务, 当一个人身感不适时, 首先要判断所患疾病的严重程度, 然后根据其对医疗服务效果、价格、方便程度的认识, 以及经济承受能力, 决定是否就医以及花多少钱就医; (2) 患者一旦进入医疗保健系统, 医疗服务提供者 (如医生) 决定诊断治疗的种类以及进一步的服务内容 (虽然不排除患者在诊治方面的参与, 但医患信息不对称, 医疗服务利用主要由供方控制); (3) 考虑到患者病情严重程度和权衡利弊, 医生决定患者是否应该住院治疗。因而, 医疗服务利用研究应该对上述整个过程的影响因素有全面认识和深入剖析。近年来, 国内外一些学者对医疗服务的全过程进行了深入地研究, 并提出“一个过程、四个组成部份”的理论假设, 在此基础上建立了一系列独立等式分别解释门诊利用概率、住院利用概率、门诊对数费用和住院对数费用, 并可在此基础上将上述等式的期望值有机结合, 预测每一个人医疗总费用。

第三部分将在描述性分析的基础上,应用“一个过程、四个组成部分”的基本理论假设,从需方角度出发,系统地分析和研究影响城乡居民门诊就诊概率、住院概率、门诊费用、住院费用以及门诊就诊单位选择概率的因素,以揭示影响我国城乡居民医疗服务利用的主要因素,为卫生改革和医疗保险制度的改革提供参考。

## 一、医疗卫生服务利用多变量分析的基本原理和方法

为了使读者更为深入地了解多变量分析的结果,在多变量分析前,我们将本部分使用的多变量分析法的基本原理和分析步骤简单介绍如下:

### 1、 医疗服务利用过程的“四步模型”分析法

根据医疗服务利用“一个过程、四个组成部份”的基本理论假设,建立四等式模型。有时也将“四步模型”分解为“门诊两步模型”和“住院两步模型”。“门诊两步模型”是把就诊分为两个组成部分:(1)就诊概率模型;(2)如去就诊,就诊的费用模型。每一个组成部分有一个等式:

第一个等式是二值响应变量的概率模型,见等式(1)。

$$(1) \quad I_i = x_i \delta_1 + \eta_{1i}, \quad \eta_{1i} \sim N(0,1)$$

等式(1)中:  $I_i$  为个体 $i$ 发生就诊的概率,如果 $I=1$ ,则有就诊费用(MED) $>0$ ;否则就诊费用(MED) $=0$ ;  $x_i$ 为个体 $i$ 的社会、经济、人口学等解释变量;  $\delta_1$ 解释变量的参数估计;  $\eta_{1i}$ 为随即误差,  $\eta_{1i} \sim N(0,1)$ 。

第二个等式是对就诊费用取对数的线性模型:

$$(2) \quad \text{Log}(\text{MED}_i | I_i > 0) = x_i \delta_2 + \eta_{2i}, \quad \eta_{2i} \sim N(0, \sigma^2)$$

对于具有特征 $x_i$ 的个体,门诊就诊费用的期望值为:

$$(3) \quad E(\text{MED}_i | x_i) = P_i * E(\text{MED}_i | \text{MED}_i > 0, x_i) = P_i * \exp(x_i \delta_2 + \sigma^2/2)$$

式中:  $P_i = \Pr(\text{MED}_i > 0) = \Pr(I_i \geq 0) = \Phi(x_i \delta_1)$

等式(3)中,期望门诊就诊费用值能通过  $\delta_1$ ,  $\delta_2$ , 和  $\sigma^2$ 的估计值来替代。如果等式(2)中误差项  $\eta_{2i}$  不是正态分布的话,等式(3)计算的期望费用估计值与统计值不一致。

四步模型是在二步模型法基础上,引入住院概率模型和住院费用对数线性模型。它把非门诊利用者和门诊利用者,非住院利用者和住院利用者之间分隔开来,获得下列四个等式:

$$(4) \quad \Pr(\text{SICK}=1) = \Phi(x_i \delta_3)$$

$$(5) \quad \Pr(\text{INP}_i > 0 | \text{SICK}=1) = \Phi(x_i \delta_4)$$

$$(6) \quad \text{Log}(\text{MED}_i | \text{SICK}=1, \text{INP}_i = 0) = x_i \delta_5 + v_i$$

$$(7) \quad \text{Log}(\text{MED}_i | \text{INP}_i > 0) = x_i \delta_6 + \omega_i$$

等式(4)和(5)把研究对象分为三个群体:非利用者、门诊利用者、住院利用者,实际上就是就诊概率和住院概率模型;等式(6)和(7)分别模拟门诊和住院利用者各自的费用,实际上是两个对数线性模型。

与二步模型一样,四步模型的似然函数是积性可分。在等式(4)和(5)中的误差项  $v_i$  和  $\omega_i$  均为正态分布,则具有 $X_i$ 特征个体的预测医疗总费用(期望医疗总费用值)为:

$$E(\text{MED}_i) = P_i [(1 - \pi_i) \exp(x_i \delta_5 + \sigma^2/2) + \pi_i \exp(x_i \delta_6 + \sigma^2/2)]$$

式中  $P_i = \Pr(\text{MED}_i > 0)$ ,  $\pi_i = \Pr(\text{INP}_i > 0 | \text{MED}_i > 0)$ 。

基于上述基本原理，在实际应用中由于就诊概率和住院概率均为二值响应变量，采用 Logistic 回归模型；就诊费用和住院费用均为左偏态分布，采用对数线性回归模型。

## 2、影响患者就诊行为因素的多项式 LOGISTIC 回归分析

我们知道二值响应变量（如：患病和未患病）和多项响应变量（如：患病轻、中、重）的问题在广泛存在卫生服务的研究领域。对于这一类问题，通常使用 LOGISTIC 回归分析来研究这些离散响应变量与一组解释变量之间的关系。在二值响应模型中，响应  $Y$  代表一个个体或一个实验单元，它的取值有两种可能性，0 和 1（如：患病  $Y=0$ ，否则  $Y=1$ ），假定  $X$  是一个解释变量向量，且  $p = \Pr(Y=1|x)$  是要建模的响应概率，线性 Logistic 模型有如下的形式：

$$(8) \quad \text{Logit}(p) = \text{Log} \left( \frac{p}{1-p} \right) = a + b'X$$

其中  $a$  是截距参数， $b'$  是斜率参数向量。

在多项响应变量中，响应变量  $Y$  的取值  $1, 2, 3, \dots, m$ （这里数值  $1, 2, 3, \dots, m$  只表示一个排列序号，不存在  $1 < 2 < 3 < \dots < m$  的数量关系）， $X$  表示一个解释变量向量集。为了方便起见，假定  $m=3$ （如就诊单位：村卫生室、乡镇卫生院和县及县以上医院三组结果类型），多序 Logistic 回归模型对每一个结果类型均有一系列参数估计：

$$\Pr(y = 1) = \frac{e^{x\beta^{(1)}}}{e^{x\beta^{(1)}} + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

$$\Pr(y = 2) = \frac{e^{x\beta^{(2)}}}{e^{x\beta^{(1)}} + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

$$\Pr(y = 3) = \frac{e^{x\beta^{(3)}}}{e^{x\beta^{(1)}} + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

显然，这个模型感觉上是不确定的： $\beta^{(1)}$ 、 $\beta^{(2)}$ 、 $\beta^{(3)}$  有多个解， $Y=1$ 、 $Y=2$ 、 $Y=3$  有相同的概率。为了确定模型，任意确定  $\beta^{(1)}$ 、 $\beta^{(2)}$  或  $\beta^{(3)}$  的其中一个为 0，如果我们假设  $\beta^{(1)}=0$ ，保留  $\beta^{(2)}$  和  $\beta^{(3)}$  去测量相对于  $Y=1$  组的变化；同样如果我们假设  $\beta^{(2)}=0$ ，保留  $\beta^{(1)}$  和  $\beta^{(3)}$  去测量相对于  $Y=2$  组的变化。由于不同假设，它们的系数值是不同的，但对于  $Y=1, 2$  或  $3$  来讲，预测的概率还是一致的。这样，对于相同的下列模型，任何一个参数均有一个结果。建立  $\beta^{(1)}=0$ ，上述等式变为：

$$\Pr(y = 1) = \frac{1}{1 + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

$$\Pr(y = 2) = \frac{e^{x\beta^{(2)}}}{1 + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

$$\Pr(y = 3) = \frac{e^{x\beta^{(3)}}}{1 + e^{x\beta^{(2)}} + e^{x\beta^{(3)}}$$

对于第一组类型类型，第二组  $Y=2$  的相对概率：

$$\frac{\Pr(y = 2)}{\Pr(y = 1)} = e^{x\beta^{(2)}}$$

我们常称这个比值为相对危险度。进一步假设： $X$ 和 $\beta^{(2)}$ 分别为等于 $(x_1, x_2, x_3, \dots, x_k)$ 和 $(\beta_1^{(2)}, \beta_2^{(2)}, \dots, \beta_k^{(2)})$ 的矢量。对于 $x_i$ ，一个单位变化的相对危险度比值有：

$$\frac{e^{\beta_1^{(2)}x_1 + \dots + \beta_i^{(2)}(x_i+1) + \dots + \beta_k^{(2)}x_k}}{e^{\beta_1^{(2)}x_1 + \dots + \beta_i^{(2)}x_i + \dots + \beta_k^{(2)}x_k}} = e^{\beta_i^{(2)}}$$

这样，系数的幂指数值是协反应变量变化一个单位的相对危险度比值，可以理解为被测量的类型相对于基础（用于比较）类型的危险。

### 3、研究变量和解释变量

**因变量：**根据“四步模型”的基本理论和方法以及研究的目的，我们分别选择城市和农村门诊就诊概率（包括人群就诊概率和患者就诊概率）、门诊就诊费用、住院概率和住院费用作为研究变量。由于门诊和住院费用均呈明显的左偏态分布，建立模型时我们对费用数据进行了对数转换。

研究患者选择就诊单位的因变量在城市为四值响应变量，即街道卫生院及以下医疗机构、市区级医院、地级医院和省级医院；在农村为三值响应变量，即村级卫生组织、乡镇卫生院、县及县以上医疗机构。在城市，将街道卫生院及以下医疗机构作为对照，选择其它不同级别就诊单位分别与此进行比较；在农村，分别将村卫生组织和乡镇卫生院作为对照，选择其它就诊单位分别与此进行比较。

**解释变量：**我们将解释变量大体划分为社会经济、人口学特征，卫生服务可得性和医疗保险制度变量，居民健康状况，患病严重程度等四大类指标变量。对每一个定性指标，如婚姻、文化程度、就业状况、医疗保险制度、自感疾病严重程度等因素，以及性别、年龄、人均收入、是否患慢性病、是否残障、是否失能等指标进行了分组，并进行数量化赋值。对于一些定量指标，如恩格尔系数（食物消费占收入的百分比例，反映生活贫困化程度，系数越大，生活越贫困）和就诊距离（反映卫生服务可得性）直接引入模型。

**结果解释：**我们分别建立了城市、农村门诊就诊概率（居民和患者）、住院概率的回归模型和就诊费用、住院费用的对数线性回归模型。利用模型的主要参数，如回归系数估计值（弹性系数）、差异显著性水平、相对危险度（RR，即研究组与对照组概率相差的倍数）及其模型效率等来判断主要影响因素及其影响程度的大小。

## 二、影响城乡居民就诊和住院的多因素分析结果

### （一）、影响城市和农村居民和患者门诊就诊概率的主要因素分析

#### 1、城市 15 岁及以上居民就诊概率模型及其结果

居民就诊概率是指在调查的居民中（包括正常人和患者）发生就诊的机会，也可以认为在调查人群中发生就诊的概率。描述性分析中，我们按不同因素（如性别、年龄、文化程度、婚姻状况、就业状况、医疗保险制度等）进行分层，分别计算各层就诊率，发现各因素间居民就诊率高低不尽相同，同时也发现不同因素之间有明显的交互作用。建立影响就诊概率的多变量模型，一是研究在控制其它因素的交互作用后，特定解释变量对就诊概率的影响；二是采用不同变量组分别引入模型，考察特定解释变量对就诊概率作用的变化。

表 3-1-1 和表 3-1-2 是城市地区分别引入不同变量后,解释变量对居民和患者门诊就诊概率影响的分析结果。表中模型一是引入了社会、经济、人口学的主要特征变量、卫生服务可得性、医疗保险制度等解释变量,各因素间对就诊概率的影响程度及显著性水平;模型二是在模型一的基础上增加了居民健康状况的变量,如是否患有慢性病、失能和残障;模型三是在模型二的基础上再增加居民就诊前对自己所患疾病严重程度主观判断变量。分析结果表明三个模型的检验假设均具有高度显著性 ( $p < 0.001$ ),其预测的一致性 (Concordant) 分别达到 65.6%、71.4%、91.5%。

从模型一中可以看出,在没有控制居民健康状况和自感疾病严重程度时,性别、年龄、婚姻状况、文化程度、就业状况、收入水平、居民消费结构(恩格尔系数)、医疗保险制度等社会、经济、人口学特征和卫生服务可得性等变量对居民门诊就诊概率均有明显的影响。如在控制其它因素后,女性就诊概率高于男性( $RR=1.26$ );35 岁以上各年龄组就诊概率高于对照的 15-24 岁年龄组,年龄越大就诊概率与 15-24 岁组的差异越大,如 65 及以上老人( $RR=3.34$ );不同婚姻状况与未婚者相比,差异具有高度显著性,尤其是离婚者,就诊概率是未婚者的 2.2 倍;在控制其它因素后,尤其是年龄,不同文化程度就诊概率与描述性分析(文盲半文盲就诊率较高)有较大差异,这证实了不同文化程度就诊概率差异受到其它因素的交互影响,如文盲半文盲多半是老年人等;就业状况中,离退休和无业人员就诊概率高于在岗人员;高收入人群就诊概率高于低收入人群( $RR=1.13$ );恩格尔系数越大,即家庭越贫困,就诊概率越低,差异具有显著性( $RR=0.41$ );在控制其它变量后,除了参加商业医疗保险(大多为学生)外,有医疗保险居民的就诊概率明显高于自费者,如公费医疗就诊概率是自费医疗者的 1.38 倍、劳保医疗是自费的 1.33 倍、半费医疗是自费的 1.20 倍、合作医疗是自费的 1.78 倍。就诊概率与离最近医疗服务机构的距离呈正相关,但差异无显著性。

如果在模型一基础上引入反映居民健康状况指标,即就诊者前半年是否患有慢性病、失能和残疾等。结果显示:一方面有无慢性病( $RR=6.50$ )和是否残障( $RR=1.82$ )的就诊概率差异具有高度显著性;另一方面当健康状况指标引入模型后,某些因素对就诊概率的影响程度消失(如年龄、文化程度),一些因素影响程度减弱(如性别、婚姻、人均收入、恩格尔系数等),有的因素影响程度增大(如就诊距离),说明这些影响因素与居民健康状况有交互作用,如老年人慢性病多,控制慢性病,年龄因素作用就显示不充分。如果在模型二的基础上进一步引入居民对自己疾病严重程度判断变量,年龄、文化程度、就业状况、恩格尔系数等因素对就诊概率影响基本消失;性别( $RR=1.12$ )、有无慢性病( $RR=1.38$ )就诊概率的差异有明显的减弱;医疗保险制度、收入水平和就诊距离的作用增强。

表 3-1-1: 1998 年城市地区 15 岁以上居民门诊就诊概率的 LOGISTIC 回归模型结果

解释变量	模型一			模型二			模型三		
	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性
性别 (0=男性)	0.2316 **		1.26	0.2031 **		1.23	0.1113 **		1.12
年龄组 (对照=15-24岁)									
25-34岁	0.0890		1.09	-0.0126		0.99	-0.0485		0.95
35-44岁	0.4320 **		1.54	0.0291		1.03	-0.1917		0.83
45-54岁	0.6983 **		2.01	0.0622		1.06	-0.0931		0.91
55-64岁	0.9628 **		2.62	0.1376		1.15	-0.0186		0.98
65岁及以上	1.2044 **		3.34	0.2246		1.25	-0.0372		0.96
婚姻状况 (对照组=未婚)									
初 婚	0.4053 **		1.50	0.3967 **		1.49	0.3634 **		1.44

再 婚	0.6271 **	1.87	0.5606 **	1.75	0.5676 **	1.76
离 婚	0.7034 **	2.02	0.6656 **	1.95	0.4794 *	1.62
丧 偶	0.4319 **	1.54	0.3346 **	1.40	0.3097 *	1.36
文化程度 (对照组=文盲半文盲)						
小 学	0.1229 *	1.13	0.1338 *	1.14	0.1871 *	1.21
初 中	0.1125	1.12	0.0826	1.09	0.0575	1.06
高 中	0.0771	1.08	0.0563	1.06	0.0749	1.08
大专及以上	0.1758 *	1.19	0.1186	1.13	0.0969	1.10
就业状况 (对照组=在岗)						
下 岗	0.0380	1.04	-0.0740	0.93	-0.1479	0.86
离 退 休	0.3892 **	1.48	0.1468 **	1.16	0.0451	1.05
学 生	0.1930	1.21	0.1782	1.20	0.0893	1.09
无 业	0.2019 **	1.22	-0.0177	0.98	-0.0440	0.96
人均收入 (对照组=低收入)						
中等收入	-0.0130	0.99	-0.0485	0.95	0.0421	1.04
高 收 入	0.1176 **	1.13	0.0618	1.06	0.1735 **	1.19
消费结构 (占消费支出的比例)						
恩格尔系数	-0.8964 **	0.41	-0.5055 **	0.60	-0.1704	0.84
医疗保险 (对照组=自费组)						
公费医疗	0.3202 **	1.38	0.1428 **	1.15	0.2490 **	1.28
劳保医疗	0.2870 **	1.33	0.1662 **	1.18	0.1985 **	1.22
半费医疗	0.1845 **	1.20	0.0871	1.09	0.2291 **	1.26
医疗保险	-0.3798 **	0.68	-0.3828 **	0.68	0.0190	1.02
合作医疗	0.5764 **	1.78	0.8091 **	2.25	1.4469 **	4.25
卫生服务可得性						
就诊距离	0.0106	1.01	0.0431 *	1.04	0.1330 **	1.14
健康状况						
是否患慢性病			1.8712 **	6.50	0.3231 **	1.38
是否有残障			0.6012 **	1.82	-0.1697	0.84
是否有失能			-0.0852	0.92	-0.2730	0.76
自己对疾病判断 (对照组=不严重)						
较严重					3.6690 **	39.21
很严重					4.5584 **	95.43
说不好					3.7973 **	44.58
常数项	-3.3413 **		-3.6132 **		-4.7723 **	

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

从上述三个模型的结果可以看出，除了自感疾病严重程度以外，医疗保险制度、居民健康状况（有无慢性病）、收入水平、恩格尔系数、性别是影响中国城市居民就诊概率的主要因素。

我们继续考察城市居民中患者的就诊概率（条件概率），影响因素除了自感疾病严重程度、医疗保险制度、收入水平、就诊距离等以外，患者就诊概率与人群就诊概率显著不同的是就业状况，模型显示下岗患者的就诊概率低于在岗人员，差异具有显著性（P<0.05）。在模型一中，控制其它社会经济、人口学特征、卫生服务可得性和医疗保险制度等因素的作用



是否患慢性病	0.0647	1.07	-0.1402 **	0.87
是否有残障	0.2869 **	1.33	-0.0950	0.91
是否有失能	-0.0908	0.91	-0.2277	0.80
自己对疾病判断（对照组=不严重）				
较严重			0.6953 **	2.00
很严重			1.6145 **	5.03
说不好			0.9178 **	2.50
常数项	-0.6308 **	-0.6903 **	-1.4173 **	

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

与 1993 年调查的城市居民门诊就诊概率模型分析结果相比，除了疾病严重程度和居民健康情况是影响城市居民就诊概率的主要因素外，经济收入差距和恩格尔系数增大，下岗人员增多，医疗保险制度覆盖率减少对就诊概率影响程度加大。1993 年调查研究中发现，如果控制居民健康状况和疾病严重程度指标，几乎所有的社会经济和人口学特征变量、卫生服务可得性变量组间的差异没有显著性，即使是非重症疾病，文化水平高、收入高患者就诊概率反而低、自我医疗的比例高，不仅说明九十年代初期城市地区不同阶层居民在就诊概率即门诊利用上不存在明显差异，也就是当时城市地区有较好的卫生服务体系和医疗保险覆盖程度。

## 2、农村 15 岁及以上居民和患者就诊概率模型及其结果

与城市一样，我们分别建立了农村地区 15 岁以上居民和患者门诊就诊概率的 Logistic 回归模型。表 3-1-3 显示了农村地区 15 岁及以上居民就诊概率模型的分析结果，从模型一中可以看出，不同性别、年龄别、婚姻别、文化程度别、就业状况别、恩格尔系数、医疗保险制度别的就诊概率差异均有显著性。

如控制其它因素作用后，女性就诊概率高于男性 1.30 倍；25 岁以上各年龄组就诊概率均高于对照组（15-24 岁）；初婚、再婚、离婚、丧偶组居民就诊概率均高于对照组未婚者；与文盲、半文盲组相比，具有小学及以上文化程度人群就诊概率均较低，且差异有显著性；就诊概率与恩格尔系数呈负的关联 (RR=0.40)，也就是说，农村越贫困的家庭，就诊概率越低，差异具有高度显著性；享有公费医疗、劳保医疗、半费医疗、商业医疗保险和合作医疗就诊概率分别高于自费者 1.47、1.10、1.18、1.27 和 1.08 倍；不同收入组和就诊距离间差异的显著性不强。

在模型一的基础上引入居民健康状况指标，有无慢性病和有无残障的就诊概率分别表现出显著差异 (RR=7.46, RR=1.34)，就诊概率与有无失能呈负的关联，差异未见显著性。健康状况指标的引入，文化程度、就业状况、除公费医疗外其它形式的医疗保险制度的就诊概率与对照组就诊概率的差异显著性消失；性别、年龄和婚姻别组间就诊概率差异的显著性有所减弱；而就诊距离的差异呈现出显著性，即与就诊概率的负关联增强（就诊距离越远，就诊概率越低，差异具有显著性）。

在模型二的基础上进一步引入自感疾病严重程度的指标，与对照的“不严重”组相比，“较严重”、“很严重”、“说不好”组就诊概率的差异具有高度显著性。由于这一变量的引入，性别、年龄、婚姻别和有无慢性病组间的差异显著性减弱，有无残障方向改变，即有残障者就诊概率反而低；无业人员与在岗人员、高收入与低收入人群、就诊距离差异的显著性增强。

因此，从上述三个模型的结果可以看出，中国农村地区居民就诊概率的影响因素除了自感疾病严重程度和健康状况外，主要为收入高低、恩格尔系数大小、就诊距离远近、医疗保险制度、无业人员以及性别、年龄和婚姻状况。

与城市一样，我们进一步考察农村居民中患者的就诊概率及其影响因素，结果见表3-1-4。可以认为，影响农村患者就诊概率的主要因素依次是：疾病严重程度、高收入、恩格尔系数、就诊距离、无业和性别。

表 3-1-3: 1998 年农村地区 15 岁以上居民门诊就诊概率的 LOGISTIC 回归模型结果

解释变量	模型一			模型二			模型三		
	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性
性别 (0=男性)	0.2655 **		1.30	0.2443 **		1.28	0.1673 **		1.18
年龄组 (对照组=15-24岁)									
25-34岁	0.3289 **		1.39	0.1774 **		1.19	0.1000		1.11
35-44岁	0.6048 **		1.83	0.3034 **		1.35	0.1795 **		1.20
45-54岁	0.7704 **		2.16	0.3012 **		1.35	0.0640		1.07
55-64岁	0.9903 **		2.69	0.4071 **		1.50	0.1717 *		1.19
65岁及以上	0.9727 **		2.65	0.4051 **		1.50	0.1946 *		1.22
婚姻状况 (对照组=未婚)									
初婚	0.4521 **		1.57	0.3777 **		1.46	0.2813 **		1.33
再婚	0.6291 **		1.88	0.5006 **		1.65	0.3648 **		1.44
离婚	0.4231 **		1.53	0.3312 *		1.39	0.3396		1.40
丧偶	0.3404 **		1.41	0.2984 **		1.35	0.2634 **		1.30
文化程度 (对照组=文盲半文盲)									
小学	-0.0779 **		0.93	0.0071		1.01	0.0584		1.06
初中	-0.1283 **		0.88	-0.0102		0.99	0.1064 *		1.11
高中	-0.2176 **		0.80	-0.0834		0.92	-0.0052		1.00
大专及以上	-0.2025		0.82	-0.0592		0.94	0.0191		1.02
就业状况 (对照组=在岗)									
下岗	0.2680 **		1.31	0.1997		1.22	-0.0460		0.96
离退休	0.3178 **		1.37	0.0158		1.02	-0.0066		0.99
学生	0.2322 **		1.26	0.2659 **		1.31	0.1767		1.19
无业	0.2067 **		1.23	-0.0561		0.95	-0.2027 **		0.82
人均收入 (对照组=低收入)									
中等收入	0.0156		1.02	0.0316		1.03	0.0512		1.05
高收入	-0.0505		0.95	-0.0191		0.98	0.1262 **		1.14
消费结构 (占消费支出的比例)									
恩格尔系数	-0.9192 **		0.40	-0.5583 **		0.57	-0.5300 **		0.59
医疗保险 (对照组=自费组)									
公费医疗	0.3839 **		1.47	0.1999 **		1.22	0.2200 *		1.25
劳保医疗	0.0937		1.10	-0.0100		0.99	-0.0797		0.92
半费医疗	0.1623 **		1.18	0.0752		1.08	0.0063		1.01
医疗保险	0.2411		1.27	0.1125		1.12	0.1856		1.20
合作医疗	0.0764 *		1.08	0.0249		1.03	0.0376		1.04
卫生服务可得性									
就诊距离	-0.0138		0.99	-0.0195 *		0.98	-0.0583 **		0.94
健康状况									
是否患慢性病				2.0089 **		7.46	0.5136 **		1.67
是否有残障				0.2955 **		1.34	-0.2345 **		0.79
是否有失能				-0.0681		0.93	-0.1070		0.90

自己对疾病严重性判断（对照组=不严重）			
较严重		4.2275 **	68.55
很严重		4.5475 **	94.40
说不好		4.2243 **	68.33
常数项	-2.8277 **	-3.2168 **	-4.0010 **

---

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

表3-1-4: 1998年农村地区15岁以上患者门诊就诊概率的LOGISTIC回归模型结果

解释变量	模型一			模型二			模型三		
	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性
性别 (0=男性)	0.0778 *		1.081	0.08 *		1.083	0.0860 *		1.09
年龄组 (对照=15-24岁)									
25-34岁	-0.0995		0.905	-0.0967		0.908	-0.0969		0.91
35-44岁	-0.1483		0.862	-0.1412		0.868	-0.1388		0.87
45-54岁	-0.262 **		0.77	-0.2511 **		0.778	-0.2642 **		0.77
55-64岁	-0.1391		0.87	-0.1271		0.881	-0.1452		0.87
65岁及以上	-0.0764		0.926	-0.0684		0.934	-0.0895		0.91
婚姻状况 (对照组=未婚)									
初婚	0.1402		1.15	0.1445		1.156	0.1477		1.16
再婚	0.2316		1.261	0.235		1.265	0.2188		1.25
离婚	0.1727		1.189	0.1743		1.19	0.2012		1.22
丧偶	0.139		1.149	0.1434		1.154	0.1631		1.18
文化程度 (对照组=文盲半文盲)									
小学	-0.0252		0.975	-0.0248		0.976	0.0147		1.02
初中	0.0256		1.026	0.0265		1.027	0.0916		1.10
高中	-0.0762		0.927	-0.0749		0.928	-0.0211		0.98
大专及以上	-0.2777		0.758	-0.2808		0.755	-0.1775		0.84
就业状况 (对照组=在岗)									
下岗	-0.0788		0.924	-0.0817		0.922	-0.1127		0.89
离退休	-0.1505		0.86	-0.1514		0.859	-0.1254		0.88
学生	0.2532 *		1.288	0.2519 *		1.287	0.2306		1.26
无业	-0.2227 **		0.8	-0.2265 **		0.797	-0.2243 **		0.80
人均收入水平 (对照组=低收入)									
中等收入	0.0568		1.058	0.0571		1.059	0.0631		1.07
高收入	0.1283 **		1.137	0.1288 **		1.137	0.1585 **		1.17
消费结构 (占消费支出的比例)									
恩格尔系数	-0.3914 **		0.676	-0.3958 **		0.673	-0.3772 **		0.69
医疗保险 (对照组=自费组)									
公费医疗	0.1305		1.139	0.1329		1.142	0.1369		1.15
劳保医疗	0.2058		1.229	0.2007		1.222	0.1495		1.16
半费医疗	0.2559 *		1.292	0.2532 *		1.288	0.1609		1.18
医疗保险	0.1986		1.22	0.2038		1.226	0.1868		1.21
合作医疗	-0.1111		0.895	-0.1093		0.896	-0.0576		0.94
卫生服务可得性									
就诊距离	-0.0358 **		0.965	-0.0359 **		0.965	-0.0505 **		0.95
健康状况									
是否患慢性病				-0.0413		0.96	-0.1850 **		0.83
是否有残障				0.0781		1.081	-0.1125		0.89

是否有失能		0.3034	1.354	0.1229	1.13
自己对疾病判断（对照组=不严重）					
较严重				0.7038 **	2.02
很严重				1.1498 **	3.16
说不好				0.8692 **	2.39
常数项	0.7213 **	0.7276 **		0.1773 *	

---

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

## (二)、影响城市和农村居民门诊就诊费用的主要因素分析

### 1、影响城市居民就诊费用的对数线性回归模型及其结果

不同人群在门诊服务利用上的差距不仅反映在就诊概率,而且反映在就诊过程的资源消耗上。也就是说,患病后是否就诊只是整个就诊行为和医疗服务利用过程的一个方面,另外一个重要的方面是考察就诊所获得服务的数量和质量(通常用服务费用的高低来表示)。正如我们在医疗费用理论模型的讨论中所提到的,医疗费用的多少不仅反映了病人就诊行为,同时也反映了医务人员的服务行为。就诊费用描述性分析发现其分布是一个左偏态,为了便于多变量分析,将就诊费用取对数,取对数后的就诊费用分布接近正态分布。

表 3-2-1: 1998 年中国城市地区 15 岁以上患者均次就诊费用的对数线性回归模型结果

解释变量	所有疾病			重症疾病			轻症疾病		
	参数估计	标准误差	显著水平	参数估计	标准误差	显著水平	参数估计	标准误差	显著水平
性别 (0=男性)	-0.1168	0.0502 *		-0.2369	0.1406		-0.0519	0.0573	
年龄组 (对照组=15-24岁)									
25-34岁	-0.2264	0.1762		-0.0721	0.5810		-0.2837	0.1982	
35-44岁	-0.1144	0.1780		0.1267	0.5857		-0.2207	0.2006	
45-54岁	-0.2498	0.1804		-0.0127	0.5843		-0.3270	0.2039	
55-64岁	-0.1463	0.1878		0.0432	0.5803		-0.1829	0.2129	
65岁及以上	0.0644	0.1907		0.1488	0.5865		0.0111	0.2165	
婚姻状况 (对照组=未婚)									
初 婚	-0.0604	0.1401		-0.1355	0.4297		-0.0716	0.1572	
再 婚	-0.2407	0.1905		-0.8019	0.5104		-0.0231	0.2210	
离 婚	-0.2292	0.2179		-0.5877	0.6520		-0.0492	0.2496	
丧 偶	-0.1273	0.1587		-0.1014	0.4612		-0.1668	0.1793	
文化程度 (对照组=文盲半文盲)									
小 学	0.1810	0.0835 *		-0.2481	0.2154		0.2522	0.0955 **	
初 中	0.2933	0.0870 **		-0.0080	0.2318		0.3475	0.0984 **	
高 中	0.2470	0.0931 **		-0.0647	0.2474		0.3434	0.1064 **	
大专及以上	0.3213	0.1093 **		-0.1464	0.3189		0.5056	0.1239 **	
就业状况 (对照组=在岗)									
下 岗	0.3486	0.1121 **		1.1514	0.3535 **		0.2336	0.1249	
离 退 休	0.1583	0.0791 *		0.2844	0.2327		0.1359	0.0893	
学 生	-0.2372	0.2003		1.4296	0.7116 *		-0.4723	0.2223 *	
无 业	0.0315	0.0943		0.0573	0.2686		0.0442	0.1081	
人均收入水平 (对照组=低收入)									
中等收入	0.4213	0.0619 **		0.3423	0.1701 *		0.4636	0.0705 **	
高 收 入	0.6862	0.0730 **		0.6457	0.1995 **		0.7204	0.0834 **	
消费结构 (占消费支出的比例)									
恩格尔系数	-0.3464	0.1640 *		-0.4405	0.4100		-0.2567	0.1892	
医疗保险制度 (对照组=自费组)									
公费医疗	-0.0588	0.0789		-0.1196	0.2118		-0.0474	0.0897	
劳保医疗	-0.0422	0.0700		0.2248	0.1939		-0.0381	0.0796	

半费医疗	-0.2168	0.0945 *	-0.4678	0.2390 *	-0.1392	0.1079
医疗保险	0.0296	0.1761	1.3660	0.6632 *	-0.0923	0.1907
合作医疗	-0.2762	0.1472	-0.8195	0.9970	-0.1788	0.1527
卫生服务可得性						
就诊距离	-0.0483	0.0289 **	-0.1034	0.0750	-0.0340	0.0341
健康状况						
是否患慢性病	0.3433	0.0559 **	0.3224	0.1926	0.3344	0.0620 **
是否有残障	0.5258	0.0903 **	0.1694	0.1799	0.6693	0.1130 **
是否有失能	0.3111	0.3857	0.9701	0.6693	-0.0971	0.4908
常数项	3.1714	0.2007 **	3.8159	0.5876 **	2.9687	0.2280 **

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

表 3-2-1 是我们根据医生的临床判断，将疾病简单分为轻症和重症两大类，分别建立了全部疾病、重症和轻症疾病费用的对数线性回归模型。引入社会经济、人口学的特征，卫生服务可得性和医疗保险制度，居民健康状况等作为解释变量，并利用对数线性回归模型的参数估计值（弹性系数）、标准差及其显著性水平来评价这些因素影响程度的大小。结果表明三个模型的检验假设均具有非常显著的统计学意义（ $p < 0.001$ ）。从全部疾病对数费用的模型中可以看出，就诊费用估计值高于对照组差异有显著性的包括性别、文化程度、就业状况、收入水平、恩格尔系数和卫生服务可得性。如控制其它交互影响后，男性患者的平均就诊费用是女性的 1.12 倍；不同文化程度，文盲半文盲就诊概率高，但平均就诊费用低，文化程度越高平均就诊费用越高，如小学高出文盲 18%、初中高出文盲 29%、高中高出文盲 24%、大专以上高出 32%；不同收入组平均就诊费用呈现明显梯度，中等收入人群高出低收入组的 42%，高收入人群较低收入人群高出 67%，差异有显著性（ $p < 0.01$ ）；与贫困有关的恩格尔系数与就诊费用呈负关联，差异具有高度显著性；在控制其它变量后，享有各种医疗保险制度患者就诊费用与自费者差异无显著性。离最近门诊服务机构的距离与就诊费用呈正相关，也就是住的越远的患者就诊费用越高。

进一步考察城市重症疾病患者的就诊费用，影响因素主要表现在就业状况、经济收入和医疗保险制度上。即使都是重症患者，收入越高次均就诊费用水平越高，如中等收入组是低收入组患者次均就诊费用的 1.34 倍、高收入组是低收入组次均就诊费用的 1.65 倍；差异具有显著性（ $p < 0.01$ ）；医疗保险制度中，有商业医疗保险的重症患者次均就诊费用是自费者的 2.36 倍。从轻症疾病患者次均就诊费用来看，影响因素主要反映在文化程度和收入水平上，文化程度或收入水平越高，次均就诊费用越高。

由此可见，从患者角度考察，影响城市居民门诊就诊费用的主要因素是收入水平、恩格尔系数、文化程度和医疗保险制度。

## 2、影响农村居民就诊费用的对数线性回归模型及其结果

表 3-2-2 是农村门诊两周次均就诊费用的对数线性回归模型测量结果。与城市一样，分三个模型：全部疾病、重症疾病和轻症疾病就诊费用模型。三个模型的检验假设均具有非常显著的统计学意义（ $p < 0.001$ ）。从全部疾病就诊费用模型可以看出，对数就诊费用估计值高于对照组，差异有显著性的有年龄、婚姻、文化程度、收入水平、恩格尔系数、劳保医疗等。也就是说，在控制其它交互作用和健康状况的影响后，农村中老年患者次均就诊费用均低于 15-24 岁组；已婚患者次均就诊费用高于未婚；高中、大专以上文化程度次均就诊费用高于文盲半文盲；收入高的患者次均就诊费用高于收入低的患者；家庭越贫困（即恩格尔系数越大）的患者，次均就诊费用越低，差异具有高度显著性；在农村，除了公费医疗和半费医疗患者与自费患者次均就诊费用差异显著性不强（由于例数关系存在抽样误差）以外，劳保医



公费医疗	0.0002	0.1047	-0.1404	0.3695	0.1212	0.1131
劳保医疗	0.6001	0.1501 **	0.7984	0.4235 *	0.4902	0.1744 **
半费医疗	-1.8459	0.0837 **	-2.0549	0.2285 **	-1.7766	0.0915 **
医疗保险	0.3407	0.1891 *	0.5907	0.6565	0.3952	0.2058 *
合作医疗	0.4157	0.0501 **	0.5173	0.1681 **	0.3743	0.0539 **
卫生服务可得性						
就诊距离	0.0837	0.0105 **	0.0967	0.0313 **	0.0772	0.0117 **
健康状况						
是否患慢性病	0.4185	0.0284 **	0.0626	0.0964	0.4233	0.0311 **
是否有残障	0.3051	0.0618 **	0.4709	0.1356 **	0.2121	0.0742 **
是否有失能	0.6638	0.2777 *	-0.0420	0.4425	0.8705	0.4039 *
常数项	2.4531	0.0843 **	3.5033	0.2663 **	2.1958	0.0914 **

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

由此可见，从需方角度考察，恩格尔系数（家庭贫困化程度）和收入水平、医疗保险制度、就诊距离和患者的年龄、文化程度依次是影响农村患者就诊费用的主要因素。

就诊费用高可以由多种因素造成：病情严重、价格因素、医疗服务质量高、诱导需求。在上述城市和农村的测量模型中，我们通过控制疾病严重程度，对疾病的轻、重（临床判断）进行分层分析，模型反映控制疾病严重程度对就诊费用的影响；同时，上述模型主要针对门诊服务利用，门诊价格对不同人群没有规定收费上差异，价格不致于成为不同人群门诊就诊费用差异的主要因素。因此，我们认为不同人群就诊费用的显著性差异主要是由于不同服务质量或不同服务效率所造成的。在下一个部分，我们将对患者门诊就诊流向进行分析，并在加以综合讨论。

### （三）影响城乡居民住院概率主要因素分析

#### 1. 城市 15 岁以上居民住院概率模型及其结果

患者是否住院，主要取决于医生对疾病诊断及其严重程度。当然与患者社会经济、人口学特征、卫生服务可得性和医疗保险制度有联系。表 3-3-1 是 1998 年城市 15 岁及以上居民住院概率的 logistic 回归模型的结果。模型一是没有引入居民健康状况的结果。模型二是在模型一的基础上增加健康状况，即是否有慢性病，是否有残疾，是否有失能等指标。

表 3-3-1: 1998 年中国城市地区 15 岁以上居民住院概率的 LOGISTIC 回归模型结果

解释变量	模型一			模型二		
	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性
性别 (0=男性)	0.0509		1.05	0.0301		1.03
年龄组 (对照=15-24岁)						
25-34岁	-0.2389		0.79	-0.4008 *		0.67
35-44岁	-0.5085 **		0.60	-1.0352 **		0.36
45-54岁	-0.2398		0.79	-1.0244 **		0.36
55-64岁	-0.0496		0.95	-1.0452 **		0.35
65岁及以上	0.4698 **		1.60	-0.7718 **		0.46
婚姻状况 (对照组=未婚)						
初 婚	0.9191 **		2.51	0.9727 **		2.65

再 婚	1.0546 **	2.87	1.0603 **	2.89
离 婚	0.8887 **	2.43	0.8739 **	2.40
丧 偶	0.9835 **	2.67	0.8798 **	2.41
文化程度 (对照组=文盲半文盲)				
小 学	0.0655	1.07	0.1456	1.16
初 中	0.0727	1.08	0.142	1.15
高 中	0.1413	1.15	0.217 *	1.24
大专及以上	0.1675	1.18	0.2001	1.22
就业状况 (对照组=在岗)				
下 岗	0.1455	1.16	0.00572	1.01
离 退 休	0.5032 **	1.65	0.2252 *	1.25
学 生	-0.1025	0.90	-0.1088	0.90
无 业	0.4075 **	1.50	0.1058	1.11
人均收入水平 (对照组=低收入)				
中等收入	0.0418	1.04	0.0439	1.05
高 收 入	-0.0611	0.94	-0.0741	0.93
消费结构 (占消费支出的比例)				
恩格尔系数	-1.404 **	0.25	-0.8738 **	0.42
医疗保险制度 (对照组=自费组)				
公费医疗	0.8173 **	2.26	0.6623 **	1.94
劳保医疗	0.5259 **	1.69	0.4242 **	1.53
半费医疗	0.4172 **	1.52	0.3368 **	1.40
医疗保险	0.4554 **	1.58	0.5689 **	1.77
合作医疗	-0.7589 **	0.47	-0.5325	0.59
卫生服务可得性				
就诊距离	-0.0825 *	0.92	-0.0434	0.96
健康状况				
是否患慢性病			1.8112 **	6.12
是否有残障			1.9198 **	6.82
是否有失能			0.3279	1.39
常数项	-3.838 **	.	-4.3535 **	.

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

表 3-3-2: 1998 年中国农村地区 15 岁以上居民住院概率的 LOGISTIC 回归模型结果

解释变量	模型一			模型二		
	参数估计	显著水平	相对危险性	参数估计	显著水平	相对危险性
性别 (0=男性)	0.1709 **		1.19	0.1438 **		1.16
年龄组 (对照=15-24岁)						
25-34岁	-0.4631 **		0.63	-0.6873 **		0.50
35-44岁	-0.6443 **		0.53	-1.0542 **		0.35
45-54岁	-0.3679 **		0.69	-0.9717 **		0.38

55-64岁	-0.1854 *	0.83	-0.9436 **	0.39
65岁及以上	-0.1703	0.84	-0.9705 **	0.38
婚姻状况 (对照组=未婚)				
初 婚	1.3031 **	3.68	1.2834 **	3.61
再 婚	1.8935 **	6.64	1.8159 **	6.15
离 婚	1.2119 **	3.36	0.9983 **	2.71
丧 偶	1.0855 **	2.96	1.0757 **	2.93
文化程度 (对照组=文盲半文盲)				
小 学	-0.0134	0.99	0.1157 *	1.12
初 中	-0.1351 *	0.87	0.0368	1.04
高 中	-0.1853 *	0.83	0.0285	1.03
大专及以上	-0.2478	0.78	-0.0447	0.96
就业状况 (对照组=在岗)				
下 岗	0.5829 **	1.79	0.4235 *	1.53
离 休	0.5879 **	1.80	0.2515 *	1.29
学 生	-0.4218 **	0.66	-0.3766 *	0.69
无 业	0.371 **	1.45	-0.0698	0.93
人均收入水平 (对照组=低收入)				
中等收入	0.052	1.05	0.0834	1.09
高 收 入	0.0562	1.06	0.1422 *	1.15
消费结构 (占消费支出的比例)				
恩格尔系数	-2.5112 **	0.08	-2.092 **	0.12
医疗保险制度 (对照组=自费组)				
公费医疗	0.9993 **	2.72	0.8834 **	2.42
劳保医疗	0.7395 **	2.10	0.5499 **	1.73
半费医疗	0.1084	1.11	-0.0156	0.99
医疗保险	0.7416 **	2.10	0.6512 **	1.92
合作医疗	0.2543 **	1.29	0.2001 **	1.22
卫生服务可得性				
就诊距离	0.0441 **	1.05	0.0455	1.05
健康状况				
是否患慢性病			1.8706 **	6.49
是否有残障			1.6266 **	5.09
是否有失能			-0.0162	0.98
常数项	-3.5149 **	.	-4.0444 **	.

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

从模型一中可以看出，影响城市居民住院概率的因素有年龄、婚姻、就业状况、恩格尔系数、医疗保险制度和就诊距离等。在控制其它变量后，与 15-24 岁相比，25-34 岁各年龄组住院概率较低，其中，35-44 岁组明显低于 15-24 岁组，而老年人（65 岁及以上）住院概率明显高于 15-24 岁。也就是说在城市地区，65 岁及以上老年人群住院概率最高，其次是 15-24 岁年龄组（可能与生育期年青人住院分娩有关）；已婚、再婚、离婚和丧偶人群住院

概率均高于未婚者；与年龄有一定关系的就业状况，离退休人员和无业人员住院概率大于在岗有业人员，下岗人员略高于在岗人员，但差异无显著性。结果显示，收入水平与住院的关系不显著，但恩格尔系数与住院概率的关联有显著性，即恩格尔系数越大，住院概率越低。有医疗保险制度的人群住院概率高于自费者 ( $p<0.01$ )，其中，公费医疗患者住院概率是自费者的 2.26 倍，劳保医疗是自费者的 1.69 倍，半费医疗是自费者的 1.52 倍，商业医疗保险是自费者的 1.58 倍。从卫生服务可得性来看，就诊距离越远，住院概率越低，差异有显著性 ( $p<0.05$ )。

在模型一的基础上引入居民健康状况指标，可见，有慢性病和残疾人群住院概率明显高于正常人 ( $RR=6.12$  和  $6.82$ )。由于健康状况指标引入，各因素别的差异有一定的变化。就诊距离的差异消失，与政策有关的因素主要突出在恩格尔系数和医疗保险制度上。

## 2. 农村 15 岁以上居民住院概率及其结果

对农村居民住院概率也建立了二个 logistic 回归模型，结果见表 3-3-2。与城市的结果相比，农村住院概率的影响因素除了健康状况、恩格尔系数、医疗保险制度以外，性别、收入各组间的差异有显著性，即农村女性住院概率高于男性（可能因女性住院分娩），收入高者住院概率高。

在农村，十分突出的因素是恩格尔系数。模型一中，弹性为-2.5112， $RR=0.08$ ；在模型二中，弹性为-2.092， $RR=0.12$ 。可以说，农村地区患者决定是否住院的主要因素是恩格尔系数，其次是医疗保险制度，有公费医疗者住院概率是自费者的 2.4 倍以上，劳保医疗者是自费者的 1.7 倍以上，有商业医疗保险者是自费者的 1.92 倍以上，合作医疗者是自费者的 1.2 倍以上，差异均有显著性 ( $p<0.01$ )。

### （四）影响城乡居民住院费用的主要因素分析

#### 1、影响城市居民住院费用的对数线性回归模型及其结果

与门诊就诊费用分析一样，分别建立了全部疾病、重症和轻症疾病住院费用的对数线性回归模型。引入社会经济、人口学的特征，卫生服务可得性和医疗保险制度，居民健康状况等作为解释变量，并利用对数线性回归模型的参数估计值（弹性系数）、标准差及其显著性水平来评价这些因素影响程度的大小。表 3-4-1 是城市居民住院费用的对数线性回归模型的结果，三个模型的检验假设均具有高度显著的统计学意义 ( $p<0.001$ )。

从全部疾病对数费用的模型中可以看出，住院费用估计值高于对照组差异有显著性的包括年龄、文化程度、就业状况、收入水平、恩格尔系数、卫生服务可得性、医疗保险制度和居民健康状况。如控制其它交互影响后，35-44、44-54 岁年龄组患者次均住院费用最高，分别是 15-24 岁组的 1.38、1.41 倍，其次是 55-64、和 65 岁及以上老年人组，分别是 15-24 岁组的 1.31、1.30 倍；高中及以上文化程度患者次均住院费用是文盲半文盲组的 1.2 倍以上；不同收入组次均住院费用明显梯度，中收入组患者次均住院费用是低收入组的 1.17 倍、高收入组是低收入组 1.52 倍，差异具有高度显著性 ( $p<0.01$ )；与贫困有关的恩格尔系数与住院费用呈负关联，差异未见显著性；在控制其它变量后，除合作医疗组次均住院费用高于自费组的差异不显著以外，其他各种医疗保险制度患者次均住院费用均明显高于自费组，差异有高度显著性 ( $p<0.01$ )；离医疗机构距离与住院费用呈正相关，距离越远，次均住院费用越高 ( $p<0.01$ )。

表 3-4-1: 1998 年中国城市地区 15 岁以上患者均次住院费用的对数线性回归模型结果

解释变量	所有疾病			重症疾病			轻症疾病		
	参数	标准	显著	参数	标准	显著	参数	标准	显著
	估计	误差	水平	估计	误差	水平	估计	误差	水平
性别 (0=男性)	-0.0306	0.0534		-0.0361	0.1134		0.0149	0.0738	
年龄组 (对照=15-24岁)									
25-34岁	0.2552	0.1358		-0.0137	0.4244		0.3960	0.3264	
35-44岁	0.3846	0.1445 **		0.0120	0.4496		0.6205	0.3293	
45-54岁	0.4096	0.1485 **		0.2743	0.4384		0.5171	0.3322	
55-64岁	0.3143	0.1566 *		-0.0502	0.4351		0.4744	0.3445	
65岁及以上	0.3066	0.1596 *		0.0219	0.4381		0.4346	0.3468	
婚姻状况 (对照组=未婚)									
初 婚	-0.1281	0.1384		0.1713	0.3070		-0.1809	0.2132	
再 婚	-0.1983	0.1903		0.1703	0.3903		-0.3181	0.2757	
离 婚	0.0324	0.2374		0.2081	0.5062		0.0743	0.3526	
丧 偶	-0.1291	0.1598		0.1991	0.3336		-0.2786	0.2388	
文化程度 (对照组=文盲半文盲)									
小 学	-0.0187	0.0910		0.1090	0.1695		-0.1334	0.1288	
初 中	0.1467	0.0920		0.2773	0.1749		0.0829	0.1337	
高 中	0.2126	0.0991 *		0.4953	0.1923 *		0.0518	0.1419	
大专及以上	0.1182	0.1132		0.0792	0.2312		0.0503	0.1608	
就业状况 (对照组=在岗)									
下 岗	0.1734	0.1244		0.3206	0.3174		0.1022	0.1922	
离 退 休	0.2236	0.0835 **		0.3019	0.1753		0.1865	0.1185	
学 生	0.2178	0.2484		0.0847	0.4381		0.6861	0.4970	
无 业	0.1924	0.0996 *		0.2954	0.2235		0.2170	0.1625	
人均收入水平 (对照组=低收入)									
中等收入	0.1747	0.0630 **		0.3186	0.1294 *		-0.0011	0.0961	
高 收 入	0.5156	0.0752 **		0.5570	0.1597 **		0.4529	0.1121 **	
消费结构 (占消费支出的比例)									
恩格尔系数	-0.2594	0.1602		-0.3651	0.3293		-0.2685	0.2432	
医疗保险制度 (对照组=自费组)									
公费医疗	0.2806	0.0811 **		-0.0027	0.1639		0.5390	0.1171 **	
劳保医疗	0.2775	0.0767 **		0.0083	0.1582		0.4874	0.1147 **	
半费医疗	0.2573	0.0977 **		0.2102	0.1953		0.4104	0.1507 **	
医疗保险	0.3561	0.1422 **		0.4338	0.3180		0.3544	0.2048	
合作医疗	0.1376	0.1928		0.4682	0.6504		0.0523	0.2941	
卫生服务可得性									
就诊距离	0.0624	0.0293 *		0.0809	0.0570		0.0770	0.0444	
健康状况									
是否患慢性病	0.1505	0.0607 **		0.2723	0.1355 *		-0.0357	0.0858	
是否有残障	0.3496	0.0689 **		0.2307	0.1238		0.3577	0.0957 **	
是否有失能	0.3401	0.2657		0.3865	0.3811		0.3748	0.4911	



中等收入	0.0936	0.0491 *	0.2108	0.0893 *	0.0391	0.0797
高收入	0.3937	0.0560 **	0.3924	0.1046 **	0.3598	0.0887 **
消费结构 (占消费支出的比例)						
恩格尔系数	-1.4444	0.1001 **	-2.1645	0.2080 **	-2.2082	0.1873 **
医疗保险制度 (对照组=自费组)						
公费医疗	0.3071	0.1208 **	0.5490	0.2076 **	0.2316	0.1917
劳保医疗	0.3417	0.1905	0.7896	0.3472 *	0.1295	0.3084
半费医疗	-0.2608	0.1304 *	-0.5811	0.2140 **	-0.0522	0.2007
医疗保险	0.2550	0.2600	-0.0154	0.4440	-0.1323	0.5401
合作医疗	0.0987	0.0698	-0.0401	0.1237	0.1168	0.1171
卫生服务可得性						
就诊距离	-0.0270	0.0156	-0.0591	0.0275 *	-0.0275	0.0250
健康状况						
是否患慢性病	0.0319	0.0462	0.1213	0.0832	-0.0446	0.0704
是否有残障	0.4858	0.0689 **	0.3988	0.1104 **	0.4671	0.1030 **
是否有失能	0.6436	0.2982 *	0.3647	0.3439	1.1103	0.7414
常数项	7.0735	0.1240 **	7.5288	0.2141 **	7.5246	0.2060 **

注：\* P<0.05 \*\* P<0.01

从全部疾病对数费用的模型中可以看出，农村几乎所有的解释变量与住院费用的关联有显著性。如控制其它交互影响后，男性次均住院费用高于女性（16%）；45-54、55-64岁组住院者次均住院费用高出15-24岁组26%、28%，其他年龄组差异未见显著性；已婚、再婚、离婚、丧偶组均高于未婚组；初中及以上文化程度住院者次均住院费用均明显高于文盲半文盲组；不同收入组次均住院费用呈明显的梯度，中收入组患者次均住院费用是低收入组的1.10倍（ $p<0.05$ ）、高收入组是低收入组1.39倍（ $p<0.01$ ）；恩格尔系数与住院费用呈负关联，弹性系数为-144%，差异具有高度显著性；在控制其它变量后，劳保医疗、医疗保险、合作医疗高于自费组，但差异无显著性，公费医疗住院费用高于自费住院者，差异具有高度显著性。

对于重症疾病的住院费用，影响因素与全部疾病的大体相似，说明农村住院者大多数是重症疾病患者。差异具有高度显著性（ $P<0.01$ ）的因素主要是恩格尔系数、收入水平和医疗保险制度。对于轻症住院患者住院费用的影响因素，也与全部疾病分析结果相类似。

### 三、影响居民就诊单位选择的多变量分析

#### 1、影响城市居民就诊单位选择的因素分析

在描述性分析中，我们系统阐述了城乡居民患病就诊单位的构成及其不同人群间的差异。如同就诊概率一样，就诊单位的选择主要是由患者决定，当然不能排除医疗保险制度定点医疗的影响。当患者确定需要就诊后，还要决定去什么地方、或什么医疗机构就诊。因此，影响患者就诊单位选择的因素也是多方面的。

分析时，将因变量归类为四值响应变量，即根据患者就诊单位分为四级：街道卫生院及以下医疗机构（作为对照组， $y=1$ ）、市区医院（ $y=2$ ）、市级医院（ $y=3$ ）和省级医院（ $y=4$ ）。解释变量与门诊就诊概率模型基本类似。表3-5-1是城市地区影响患者选择就诊单位因素的多项式logistic回归分析的结果，可以看出影响城市患者选择就诊单位的主要因素是医疗



小 学	0.0783	0.1851	0.1832	0.1346	-0.0910	0.1690
初 中	0.2308	0.1943	0.3816	0.1408 **	0.0131	0.1764
高 中	0.6221	0.2035 **	0.6213	0.1516 **	0.2325	0.1877
大专及以上	0.9653	0.2510 **	1.2784	0.1880 **	1.0962	0.2202 **
就业状况 (对照组=在岗)						
下 岗	0.1375	0.2569	0.3297	0.1696 *	-0.2204	0.2834
离 退 休	0.2789	0.1763	0.5052	0.1283 **	0.2068	0.1604
学 生	-0.0696	0.4762	0.4258	0.3234	0.3152	0.4669
无 业	0.2738	0.2132	0.0388	0.1527	0.0962	0.2038
人均收入水平 (对照组=低收入)						
中等收入	0.2002	0.1384	0.2186	0.0947 *	0.9950	0.1465 **
高 收 入	0.5817	0.1587 **	0.1599	0.1173	1.5571	0.1625 **
消费结构 (占消费支出的比例)						
恩格尔系数	1.0767	0.3811 **	0.0284	0.2665	-0.6139	0.3294
医疗保险制度(对照组=自费组)						
公费医疗	0.3782	0.1789 *	0.2505	0.1259 *	0.3209	0.1629 *
劳保医疗	0.1733	0.1584	-0.1868	0.1097	0.1386	0.1476
半费医疗	0.4889	0.2213 *	0.5600	0.1528 **	0.7417	0.1888 **
医疗保险	0.4489	0.3943	0.4567	0.2865	0.2199	0.3740
合作医疗	-0.5075	0.3582	-2.8613	0.5931 **	-2.4226	1.0219 *
卫生服务可得性						
就诊距离	-0.0001	0.0752	0.2161	0.0482 **	0.3102	0.0567 **
健康状况						
是否患慢性病	0.1032	0.1206	0.4233	0.0885 **	0.7118	0.1194 **
常数项	-3.0473	0.4561 **	-1.7470	0.3293 **	-3.1071	0.4526 **

注: \*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

表 3-5-2: 中国农村地区影响患者选择就诊单位因素的多项式 logistic 回归分析的结果

变量	(对照 = 村级卫生组织)						(对照 = 乡级卫生院)			
	乡级卫生院			县及县以上医院			县及县以上医院			
	参数 估计	标准 误差	显著 水平	参数 估计	标准 误差	显著 水平	参数 估计	标准 误差	显著 水平	
性别 (0=男性)	0.0822	0.0508		0.1269	0.0599 *		0.0447	0.0666		
年龄组 (对照=15-24岁)										
25-34岁	-0.1675	0.1240		-0.2034	0.1424		-0.0359	0.1573		
35-44岁	-0.1924	0.1262		-0.5306	0.1470 **		-0.3382	0.1617 *		
45-54岁	-0.2581	0.1301 *		-0.3461	0.1493 *		-0.0880	0.1647		
55-64岁	-0.2185	0.1363		-0.6040	0.1603 **		-0.3855	0.1759 *		
65岁及以上	-0.3459	0.1440 *		-1.1046	0.1751 *		-0.7588	0.1913 **		
婚姻状况 (对照组=未婚)										
初 婚	0.1424	0.1217		0.1281	0.1410		-0.0143	0.1562		
再 婚	0.3551	0.1894		0.0125	0.2408		-0.3427	0.2591		
离 婚	0.0235	0.3077		-0.6915	0.4668		-0.7150	0.4939		
丧 偶	0.0115	0.1494		-0.2045	0.1825		-0.2160	0.2008		
文化程度 (对照组=文盲半文盲)										
小 学	-0.0563	0.0625		0.0030	0.0759		0.0592	0.0836		
初 中	-0.0295	0.0753		0.1797	0.0879 *		0.2093	0.0978 *		
高 中	0.1575	0.1202		0.8395	0.1252 **		0.6819	0.1393 **		
大专及以上	-0.7721	0.5354		1.6193	0.3448 **		2.3914	0.5032 **		
就业状况 (对照组=在岗)										
下 岗	-0.0215	0.2345		0.7149	0.2286 **		0.7364	0.2686 **		
离 退 休	0.6443	0.1727 **		1.0059	0.1848 **		0.3615	0.1866 *		
学 生	0.2771	0.1708		-0.0167	0.2016		-0.2939	0.2209		
无 业	-0.1046	0.0900		0.1784	0.1070		0.2830	0.1202 *		
人均收入水平 (对照组=低收入)										
中等收入	-0.2294	0.0557 **		-0.2773	0.0664 **		-0.0479	0.0731		
高 收 入	-0.1829	0.0669 **		-0.1001	0.0769		0.0828	0.0856		
消费结构 (占消费支出的比例)										
恩格尔系数	0.0360	0.1343		-0.7635	0.1554 **		-0.7995	0.1723 **		
医疗保险制度 (对照组=自费组)										
公费医疗	0.8013	0.1958 **		0.9711	0.1913 **		0.1698	0.1945		
劳保医疗	0.8022	0.2935 **		1.3701	0.2769 **		0.5679	0.2704 *		
半费医疗	0.7718	0.1494 **		0.9661	0.1668 **		0.1943	0.1554		
医疗保险	1.3904	0.3351 **		0.8920	0.3914 *		-0.4984	0.3514		
合作医疗	0.2862	0.0851 **		-0.0826	0.1079		-0.3688	0.1189 **		
卫生服务可得性										
就诊距离	0.3524	0.0179 **		0.2117	0.0225 **		-0.1407	0.0219 **		
健康状况										
是否患慢性病	0.3403	0.0498 **		1.0304	0.0607 **		0.6900	0.0672 **		

截距                      -1.4941   0.1499 \*\*                      -1.5495   0.1734 \*\*                      -0.0554   0.1930

注：\* p<0.05, \*\*p<0.01

#### 四、小 结

针对医疗服务“一个过程，四个组成部分”的理论假设，采用多变量分析技术，系统地分析了影响门诊就诊概率和费用、就诊单位选择概率、住院概率和费用的因素。分析结果与研究假设和实际情况基本一致，显示出较强的因果联系，并由此得出了一些和政策启示。

居民是否利用卫生服务实际上取决于居民对所患疾病严重性程度的认识、机会成本（包括支付能力、价格水平、时间、服务态度等）以及替代方法（自我医疗）之间的权衡。不同人群医疗卫生服务利用上的差距不仅表现在门诊、住院服务利用概率上，而且还表现在就诊、住院过程中的资源消费水平上。表 3-6-1 是城乡居民医疗服务主要影响因素（按影响程度大小依次排列）。在控制疾病严重程度和其他交互作用的变量后，不论是城市，还是农村，既有共同的影响因素，如恩格尔系数、经济收入和健康状况；又有各自的特点：城市突出在不同的医疗保险制度、下岗人员；农村则表现在就诊距离，即卫生服务的可得性上。

表 3-6-1: 城乡医疗服务的主要影响因素小结

	城 市	农 村
就诊概率	医疗保险制度、健康状况、收入水平、恩格尔系数、就业状况、性别	恩格尔系数、就诊距离、收入水平、无业、性别
住院概率	健康状况、医疗保险制度、恩格尔系数、婚姻、年龄	健康状况、恩格尔系数、医疗保险制度、性别、年龄、婚姻
门诊费用	收入水平、恩格尔系数、文化程度和医疗保险制度	恩格尔系数、收入水平、医疗保险制度、就诊距离、年龄、文化程度
住院费用	医疗保险制度、收入水平、健康状况、年龄	恩格尔系数、收入水平、年龄、文化程度、性别

在 1993 年调查的多变量模型中，影响城市居民门诊概率和住院利用因素除了疾病严重程度、健康状况、年龄和文化程度外，未见经济、卫生服务可得性和医疗保险制度因素的显著性差异，说明在九十年代初，城市居民门诊和住院利用较为充足。本次研究结果提示出经济状况、贫困程度和医疗保险制度上的显著性差异，表明城市不同人群在医疗服务利用上的鸿沟正在拉大，经济因素、医疗保险制度、就业状况等因素正在约束收入水平低、自费医疗和下岗无业人群的就医行为，在一定程度上抑制他们的医疗服务需求。

城市不同人群在医疗服务利用上差距还突出反映在门诊和住院过程中的资源消耗。享有医疗保险、教育水平高、收入水平、经济状况好的人群的医疗费用与对照组的差异具有高度显著性。从就诊单位选择分析上，这些患者不论患什么病，门诊和住院主要集中在大、中型医院（包括定点医院），而经济收入低、自费或文化程度低的患者大多在私人开业或基层医疗单位诊治。如果高层次的医疗机构所提供的服务确实是质量高、效果好的话，那么研究发现可以解释为不同阶层居民在所获得的医疗卫生服务质量上，存在着显著差异。同种疾病医疗费用差异的显著性，不仅指出了医药消费中的浪费现象，也提示供方（医生）有诱导需求的可能。也就是说，假设没有证据说明高阶层人群所享受的高就诊费用带来了健康状况的显著改善，那么上述研究结果表明并不意味着低阶层人群没能得到所需要的服务，而是揭示出高就诊费用中所包含的一定低效率和资源浪费。

与城市相比，农村医疗服务利用的影响因素主要集中在经济因素（恩格尔系数和收入水平）和卫生服务可得性（就诊距离等），与 1993 年调查的模型结果一致。从目前情况来看，

农村医疗服务呈市场化趋势,在没有医疗保险制度条件下(90%以上农村居民没有医疗保险,自费就医),经济条件决定了不同人群医疗服务利用的层次和质量。不论从就诊和住院概率,还是从就诊和住院费用,恩格尔系数的高弹性,说明经济因素是最主要的决定因素。

卫生服务可得性也是制约农村居民卫生服务利用的重要因素。虽然与就诊、住院概率和费用的弹性不是很大,但在边远、贫困农村地区差异具有高度显著性。

## 第五部分 调查结果的总体估算、主要发现和有关问题的讨论

第五部分包括两个方面:一方面根据第二次卫生服务调查的结果对全国卫生服务需要量、需求量、利用量等指标进行估算,并将估算结果与1993年调查的估算进行比较;另一方面概述这次调查的主要发现,提出当前卫生改革和发展中值得注意的几个问题并加以讨论,供大家参考。

### 一、我国城乡居民主要卫生服务需要、需求、利用和资源指标的总量估算

根据家庭健康询问调查的结果对我国主要卫生服务需要、需求、利用和资源指标进行估算(结果见表5-1)。由于本次调查是多阶段分层整群随机抽样,与全面调查相比存在一定程度的抽样误差,用样本统计量推断总体参数应充分考虑到抽样误差和参数估计的可信区间。但由于时间的限制,没有系统研究每一个指标的抽样误差,也未对各种率进行标准化处理,参数估计仅考虑了集中趋势,尚未列出可信区间。

估计总量时,主要估计参数和假设如下:(1)我国1998年年中人口数为124810万,约为12.5亿;(2)不考虑疾病发病(患病)的季节因素(调查时间在6月,假设接近季度别发病(患病)率平均数);(3)未进行城乡人口或调查样本市县人口的加权处理。(4)采用直接计算估计,如根据调查样本所计算事件发生的频率(两周患病率、两周就诊率)乘以总体人口数(12.5亿)和时间跨度(一年26个两周)可以得到相应事件全国估计数(全年患病人次、全年就诊人次)。表5-1列出了1993年和1998年两次调查的估算值,供读者比较。

### 二、调查的主要发现

#### (一)、不论城市还是农村,居民卫生服务需要量明显增加

1、过去的五年中,居民卫生服务需要量指标,无论是反映疾病频率的两周患病率、慢性病患者率、失能和残障流行率,还是反映疾病严重程度每人每年患病天数、休工休学天数、失能和残障持续的时间等均有不同程度的增加,而且变化趋势是一致的。卫生服务的需要量是由居民健康状况所决定的,卫生服务需要量的增加,与人口逐渐老龄化、城市化,经济条件和生活水平改善,居民健康意识增强密切相关。

根据两周患病率推算,我国1998年全年患病人次为48.69亿,即每人每年患病3.9次。与1993年第一次调查相比,患病人次增加了4.98亿,如果排除人口增加因素的影响,患病人次增加3.04亿。同样,根据慢性病患者率推算,我国1998年全年慢性病患者人次为1.6亿次,也就是说每十个人中有1.3人患有或患过各种慢性感染性和非感染性疾病。与1993年第一次调查相比,全国慢性病患者人数增加了100万。由于我国人口逐步进入老年化和某些疾病患病率的增加,疾病对社会、家庭和个人造成的负担也日益增加。衡量疾病严重程度的指标,如疾病持续天数、休工休学天数、卧床天数等明显增加,1998年我国居民患病总天数达到408.5亿天,平均每人每年患病持续总天数为33天,与

1993年相比,全国居民患病总日数增加了24.5亿天。由于患病,全国劳动力人口休工总天数为63.8亿,平均每人每年休工8天,与1993年相比,平均每人每年休工天数增加了1.8天;全国学生休学总天数10.78亿天,平均每个学生每年病假4.8天;由于患病,全国居民每年卧床总天数为38.75亿,平均每人每年卧床2.9天,与1993年相比,平均每人每年卧床天数有所减少。反映疾病的社会和经济负担的指标还包括长期失能和残障。1998年,全国因病伤失能的总人数达到8500万,需要社会和他人帮助的严重失能,即残障的总人数达1600万人。

表5-1: 中国卫生服务主要需要量、需求量和利用量指标的测算

项 目	1993年第一次调查推算结果	1998年第二次调查推算结果
<b>1、需要量指标的估算:</b>		
居民每年患病人次	$12 \times 0.1401 \times 26 = 43.71$ 亿	$12.5 \times 0.1498 \times 26 = 48.69$ 亿
居民每年患慢性病人数	$12 \times 0.1321 = 1.59$ 亿	$12.5 \times 0.1282 = 1.60$ 亿
居民每年患病总日数	$12 \times 29 = 384.00$ 亿	$12.5 \times 32.68 = 408.50$ 亿
居民每年休工总日数	$12 \times 0.638 \times 6.2 = 47.50$ 亿	$12.5 \times 0.638 \times 8.0 = 63.80$ 亿
居民每年休学总日数	$12 \times 0.1797 \times 2.3 = 5.00$ 亿	$12.5 \times 0.1797 \times 4.8 = 10.78$ 亿
居民每年卧床总日数	$12 \times 3.2 = 38.40$ 亿	$12.5 \times 2.94 = 38.75$ 亿
年因病伤失能人数		$12.5 \times 0.0339 \times 2 = 0.85$ 亿
年因病伤身体残障人数		$12.5 \times 0.01246 = 0.16$ 亿
<b>2、卫生服务利用指标的估算:</b>		
每年因病伤就诊人次	$12 \times 0.1695 \times 26 = 52.88$ 亿	$12.5 \times 0.1639 \times 26 = 53.26$ 亿
中: 各级各类医院就诊人次	$52.88 \times 0.4730 = 25.01$ 亿 (全国统计年报统计推算各级各类医疗机构诊疗人次25亿)	$53.26 \times 0.4714 = 25.11$ 亿 (全国统计年报统计推算各级各类医疗机构诊疗人次24亿)
基层医疗卫生单位就诊患者中未就诊人次	$52.88 \times 0.5220 = 27.60$ 亿	$53.26 \times 0.5286 = 28.15$ 亿
自我医疗人次	$43.71 \times 0.3640 = 15.91$ 亿	$48.69 \times 0.3812 = 18.56$ 亿
每年住院人数	$12 \times 0.0356 = 0.43$ 亿 (全国统计年报统计推算各级各类医院卫生院入院人数0.5亿)	$12.5 \times 0.0354 = 0.44$ 亿 (全国统计年报统计推算各级各类医院卫生院入院人数0.5亿)
每年住院手术人数	$0.43 \times 0.2173 = 934.4$ 万	$0.44 \times 0.2427 = 1074$ 万
需住院未能住院人次	$12 \times 0.0122 = 1464$ 万	$12.5 \times 0.0145 = 1813$ 万
未能住院者因经济困难的人数	$1464 \times 0.5421 = 794$ 万	$1885 \times 0.6271 = 1137$ 万
住院者住院总天数	$0.44 \times 19.5 = 8.58$ 亿	$0.44 \times 16.02 = 7.05$ 亿
<b>3、卫生服务资源指标的估算:</b>		
居民年支付医疗保健费用	$12 \times 73 = 876$ 亿元	$12.5 \times 162 = 2025$ 亿元
年患者门诊就诊总费用	$52.88 \times 13.78 = 729$ 亿元	$53.26 \times 22.4 = 1193$ 亿元
年住院者住院总费用	$0.43 \times 933 = 401$ 亿元	$0.44 \times 2384 = 1048$ 亿元

2、过去五年,我国居民两周发病或患病的疾病结构正在发生变化,一些慢性非传染性疾病已成为居民的常见病、多发病,客观上要求卫生服务模式随之发生转变。表5-2显示

了城乡居民疾病别两周患病率及其构成，可以看出：流感、痢疾、肝炎及结核等急慢性传染病、寄生虫病、妊娠分娩病及产褥期并发症以及肺炎、慢性支气管炎等疾病患病率下降显著，如与 1993 年调查结果相比，传染病两周患病率下降了 35%，寄生虫病患病率下降了 47%，肺炎下降了 30%，慢性支气管炎患病率下降了 16%。居民两周患病中，感冒、高血压、冠心病、急慢性胃肠炎、消化性溃疡、运动系病及外伤等已成为居民的常见病和多发病。这是近些年加强预防保健，控制重点传染性疾病、寄生虫病的结果。

表 5-2: 中国城乡居民疾病别两周患病率(%)的变化 (男女合计)

疾病分类	城乡合计			城市地区			农村地区		
	1993	1998	变化%	1993	1998	变化%	1993	1998	变化%
<b>疾病合计</b>	<b>142.9</b>	<b>149.8</b>	<b>4.80</b>	<b>173.5</b>	<b>187.2</b>	<b>7.91</b>	<b>129.7</b>	<b>137.11</b>	<b>5.71</b>
传染病计	5.4	3.54	-34.50	4.61	3.15	-31.57	5.67	4.40	-22.44
寄生虫病计	0.34	0.18	-46.90	0.24	0.13	-46.50	0.37	0.11	-70.29
恶性肿瘤计	0.53	0.58	10.06	1.05	1.03	-2.18	0.35	0.44	25.65
良性肿瘤计	0.38	0.36	-6.19	0.76	0.61	-20.36	0.25	0.27	9.94
内,营,代及免	1.34	2.12	58.58	3.43	5.36	56.15	0.64	3.52	449.72
其中:糖尿病	0.75	1.27	69.75	2.54	3.85	51.65	0.15	2.47	1549.17
血液,造血器官	1.62	1.40	-13.41	1.27	0.97	-23.46	1.74	1.37	-21.02
精神病小计	0.72	0.79	9.31	0.81	1.01	24.54	0.68	0.93	37.43
神经系病计	3.43	3.16	-7.95	3.8	3.08	-18.91	3.3	3.35	1.62
眼及附器疾病	1.76	2.51	42.57	2.25	3.12	38.58	1.6	2.09	30.56
耳和乳突疾病	0.66	0.59	-10.21	0.96	0.55	-42.68	0.56	0.55	-1.84
循环系统疾病	11.07	17.15	54.91	25.9	38.06	46.95	6.06	27.43	352.66
其中:心脏病	4.66	6.28	34.81	11.48	14.07	22.55	2.36	10.06	326.27
高血压	3.85	6.64	72.56	9.51	15.55	63.55	1.95	8.85	353.87
脑血管病	1.5	2.72	81.48	3.28	5.85	78.39	0.89	6.60	641.20
呼吸系统疾病	64.85	69.43	7.06	72.04	74.74	3.75	62.42	74.71	19.68
中:急上呼感染	56.06	61.84	10.31	62.29	65.37	4.95	53.96	65.86	22.05
肺炎	1.49	1.04	-30.40	1.01	0.81	-20.09	1.65	1.04	-36.70
老慢支	4.34	3.66	-15.62	4.57	3.80	-16.92	4.26	4.01	-5.80
消化系统疾病	23.33	22.56	-3.30	27.72	25.77	-7.03	21.85	23.58	7.93
中:急性胃炎	11.74	11.55	-1.65	11.23	11.23	-0.04	11.91	11.93	0.16
肝病硬化	0.66	0.56	-15.83	0.85	0.72	-15.84	0.6	1.15	92.40
胆囊疾病	1.85	2.09	12.86	3.5	3.37	-3.57	1.29	2.58	100.29
泌尿生殖系病	4.4	4.22	-4.04	5.31	4.73	-10.88	4.09	5.17	26.34
妊,分及产褥	0.2	0.22	8.80	0.15	0.22	46.74	0.21	0.16	-21.47
皮肤皮下组织	3.6	2.90	-19.37	4.98	3.32	-33.34	3.13	2.80	-10.43
肌肉,骨骼结缔	9.51	10.92	14.79	12.5	13.22	5.80	8.51	12.92	51.80
中:类风湿关节炎	4.16	4.99	19.97	4.06	4.24	4.36	4.19	5.39	28.57
先天异常	0.1	0.14	38.89	0.15	0.11	-26.63	0.08	0.11	37.43
围产期疾病	0.03	0.03	-7.41	0.05	0.04	-26.63	0.04	0.05	37.43
损伤和中毒	4.33	4.53	4.57	4.7	4.46	-5.17	4.2	4.12	-1.84

其他 0.17 0.51 202.29 0.17 0.50 191.31 0.17 0.27 61.68

3、过去的五年，我国居民慢性病疾病别患病率也发生了明显变化，疾病模式的流行病学转变 (Epidemiological Transtion) 进一步加快，对我国预防保健战略提出了新的挑战。按照患病人数计算慢性病患病率有所增加；按患病例数计算，患病率有所下降，农村慢性病患病率下降的趋势较城市地区明显。表 5-2 显示了城乡居民疾病别慢性病患病率的变化，可以发现慢性感染性疾病如慢性传染病（肺结核病、病毒性肝炎等）、呼吸系统（老年慢性支气管炎肺炎等）、消化系统（肝炎及肝硬化等）、血液和造血系统（贫血等）、神经系统、耳和乳突等疾病患病率有明显的下降趋势，尤其是农村地区，慢性感染性疾病下降十分显著，如慢性传染病下降了 16.7%，慢性呼吸系统疾病下降了 18.6%，慢性消化系统疾病下降了 16.1%。

与此同时，慢性非传染性疾病，如循环系统（心脏病、脑血管病、高血压等）、肿瘤、内分泌营养代谢性疾病（糖尿病等）、运动系统疾病等患病率有较大幅度的上升，如糖尿病城市上升 53%、农村上升 128%，高血压城市上升 32%、农村上升 36%。可以看出，我国疾病模式的流行病学转变不仅在城市有明显表现，农村也正在发生显著变化。

表 5-2： 中国城乡居民疾病别慢性病患病率（%）及其变化，（男女合计）

疾病分类	城乡合计			城市地区			农村地区		
	1993	1998	变化%	1993	1998	变化%	1993	1998	变化%
<b>疾病合计</b>	<b>169.8</b>	<b>157.5</b>	<b>-7.24</b>	<b>285.8</b>	<b>273.3</b>	<b>-4.37</b>	<b>130.7</b>	<b>118.4</b>	<b>-9.41</b>
传染病计	5.34	4.84	-9.36	5.18	5.83	12.55	5.4	4.50	-16.67
寄生虫病计	0.42	0.54	28.57	0.29	0.33	13.79	0.47	0.61	29.79
恶性肿瘤计	1.01	1.15	13.86	2.1	2.27	8.10	0.65	0.77	18.46
良性肿瘤计	0.87	0.93	6.90	1.86	1.92	3.23	0.54	0.59	9.26
内,营,代及免	3.14	4.67	48.73	8.66	13.09	51.15	1.27	1.83	44.09
其中：糖尿病	1.91	3.15	64.92	6.43	9.83	52.88	0.39	0.89	128.21
血液,造血器官	3.09	2.85	-7.77	3.41	3.26	-4.40	2.98	2.71	-9.06
精神病小计	1.79	1.93	7.82	2.08	2.40	15.38	1.7	1.77	4.12
神经系病计	5.53	5.03	-9.04	6.36	5.77	-9.28	5.25	4.78	-8.95
眼及附器疾病	3.42	4.26	24.56	6.69	9.42	40.81	2.32	2.51	8.19
耳和乳突疾病	0.97	0.93	-4.12	1.7	1.52	-10.59	0.73	0.73	0.00
循环系统疾病	31.4	38.83	23.66	78.55	93.62	19.19	15.51	20.33	31.08
其中：心脏病	13.07	14.23	8.88	33.83	34.54	2.10	6.07	7.37	21.42
高血压	11.89	15.82	33.05	29.83	39.25	31.58	5.85	7.91	35.21
脑血管病	3.96	5.85	47.73	9.79	13.13	34.12	1.99	3.40	70.85
呼吸系统疾病	22.71	19.81	-12.77	31.28	30.71	-1.82	19.82	16.13	-18.62
老慢支	13.76	12.90	-6.25	15.91	18.72	17.66	13.04	10.94	-16.10
消化系统疾病	36.53	32.54	-10.92	48.96	46.36	-5.31	32.34	27.88	-13.79
中：急性胃炎	16.21	14.28	-11.91	16.11	16.22	0.68	16.24	13.63	-16.07
肝病硬化	2.06	1.72	-16.50	2.65	2.73	3.02	1.86	1.37	-26.34
胆囊疾病	5.6	6.39	14.11	12.77	12.81	0.31	3.18	4.22	32.70
泌尿生殖系病	8.33	8.34	0.12	12.9	11.75	-8.91	6.79	7.19	5.89
皮肤皮下组织	2.67	2.48	-7.12	3.37	3.57	5.93	2.44	2.12	-13.11

肌肉、骨骼结缔	26.9	23.41	-12.97	11.02	35.18	219.24	21.18	19.43	-8.26
中：类关节炎	13.51	11.50	-14.88	14.58	12.78	-12.35	13.14	11.07	-15.75
先天异常	0.33	0.58	75.76	0.66	0.64	-3.03	0.21	0.56	166.67
损伤和中毒	1.31	2.85	117.56	1.99	3.24	62.81	1.08	2.72	151.85
其他	0.05	0.39	680.00	0.04	0.51	1175.0	0.06	0.35	483.33
不详	14.68	1.38	-90.60	30.4	2.02	-93.36	9.38	1.16	-87.63

4、过去的五年，我国社会主义市场经济体制的逐渐形成，促进了城乡居民收入水平的提高和生活条件的改善，农村贫困人群的比例减少，医疗卫生的支付能力增强，但居民收入差距拉大，城市地区也出现一定比例的贫困人群。从家庭人均收入和生活消费支出都可以看出，不论是城市还是农村，收入水平和生活条件有显著改善，如人均住房面积增加，电视机，尤其是彩色电视机普及率提高等。农村贫困户的比例也从1993年的10%左右下降到5%以下，贫困户中因病致贫的比例也有所下降。居民用于医疗卫生支出城市由1993年的114元增加到247元，农村由60元增加到134元。同时，也应该看到的是，在城市地区出现了一定比例的贫困人群，虽然城市没有统一的贫困户标准，调查中可能存在着偏倚，但是一些企业停产或开工不足、数以万计的职工下岗待业，还有一定比例的居民无业，城市相对贫困人群的产生就不足为奇了。

## （二）农村初级卫生保健工作，尤其是妇幼卫生保健取得了较大进展

1、过去的五年中，我国农村地区爱国卫生运动得到进一步加强，改水、改厕有了新的进展。调查结果显示：虽然目前农村生活饮用水大多以手压机井和井水饮用为主，分别占饮用水的30.9%和25.1%。但这次调查结果与1993年调查相比，自来水普及率由21.8%提高到26.5%，手压机井水由28.4%提高到30.9%；而窖水由2.3%下降到1.4%，江河湖水由4.5%下降到3.1%，塘沟渠水由3.5%下降到1.8%。反映了过去五年农村改水的进展和成果。与此同时，农村地区改厕也取得了一定的成就。与1993年相比，水冲式厕所由2.5%提高到5.6%，沼气或三格池厕所由0.8%提高到1.2%，而旱厕由59.7%下降到55.5%。但是，应该看到的是，目前农村地区厕所中旱厕（55.5%）和深坑（24.9%）的比例还比较高，经济落后农村无厕所的住户还占14.6%。农村改水改厕的任务还十分艰巨，尤其是贫困地区。

2、过去五年，农村孕产妇保健覆盖率扩大，产前检查、产后访视、住院分娩等均有较大程度的提高。我国目前出生率约为20%，意味着每年大约2500多万个婴儿出生。面对如此巨大的妇幼卫生及预防保健的需要，我国妇幼卫生保健和预防工作做出了积极的努力。与1993年调查相比，孕妇产前检查覆盖率由60.3%提高到78.6%，提高了15个百分点；在怀孕的第12周以内进行第一次产前检查的比例达到65.6%，产前检查次数提高到3.2次。产后访视率也明显提高，由1993年的48.3%提高到50.2%。产妇分娩地点是影响农村产妇死亡的一个重要因素，目前在家中分娩比例还高达55.9%，住院分娩率还比较低（贫困地区仅12%，是这些地区孕产妇高死亡率的一个重要原因）。但与1993年调查相比，住院分娩率显著提高，由22.0%提高到43.4%。进一步考察未去医疗机构分娩的原因，主要是农民认为生孩子没有必要上医院（占55%）、经济有困难（15%）、急产来不及（14%），还有一部分原因是交通不便。要提高农村住院分娩率，关键在于加强对住院分娩的认识，打破传统观念和习惯，引导农民生孩子应该上医疗机构。

即使在家中分娩，接生者构成中医生或乡村医生占23.8%、接受过正规培训的接生员占33.8%、未受过正规接生培训的占17.6%、家人自接占23.6%。家中接生中，66.0%进行了产

包、接生者的手、产妇外阴部和婴儿脐带“四消毒”（新法接生），34.0%的没有进行“四消毒”或消毒不完全。如果住院分娩的比例加上“四消毒”（新法接生）的比例，已由1993年的76.6%增加到80.8%。

3、过去的五年中，农村婴幼儿卫生保健工作得到了加强，低出生体重婴儿比例降低，母乳喂养、儿童保健覆盖率由一定程度的提高。虽然在农村地区一多半孩子在家中出生，称了体重的孩子不足50%，计量器具、计量单位和计量时间也都可能存在一些偏倚，但与1993年相比，出生体重低于2500克的婴儿由3.32%下降到2.90%。近些年来，我国城乡积极推进“爱婴医院”建设，很大程度提高了母乳喂养的比例。这次调查结果显示：农村婴儿出生后，17.9%母亲是在断脐后立即进行开奶，41.0%的母亲在出生后24小时以内开奶，41.1%在出生后24小时以后开奶。出生后第一个月以母乳喂养占婴儿总数的89.25%；66.3%的婴儿母乳喂养持续时间在5个月以上。调查的婴儿中，91.8%有预防接种卡或登记本。与1993年的56%相比，预防接种卡或登记本拥有率增加明显。一岁以内平均预防接种次数为7.2次。

### （三）城市居民医疗服务需求和利用量下降，农村居民需求和利用量增加

1、过去五年中，城市居民门诊服务需求下降、未就诊比例上升，农村则相反，农村居民两周就诊率和平均就诊次数高于城市。这次被调查的所有患者中，61.63%（城市50.17%、农村66.95%）的病人到医疗单位就医治疗；28.54%（城市43.61%、农村21.53%）的病例未去医疗单位就医，但采用了自我医疗；10.01%（城市6.47%、农村11.66%）的病例既未就医，也没有采取自我医疗。由到医疗单位就诊的人数计算两周就诊率为16.43%（城市16.15%、农村16.52%）；就诊者两周内平均就诊次数为1.78次（城市1.72次，农村1.80次）。与1993年调查相比，城市两周就诊率比1993年的19.88%下降了18.8%，而农村两周就诊率比1993年的15.97%增加3.4%。城市人群就诊率较大幅度下降和农村人群就诊率的增加形成了鲜明对照。值得注意的是，调查地区中，近50%的城市患者未去医疗单位就诊，此比例明显高于农村；但在农村患者中，未采取任何治疗措施的比例几乎是城市的二倍。

根据两周就诊率测算，全国年就诊人次达到53.3亿，比1993年的52.9亿增加了0.4亿。就诊人次总数中，25.1亿人次是在各级各类卫生院和医院，占47%；28.2亿人次是在卫生院以下的基层卫生组织（如卫生室、门诊部所、私人诊所等），占就诊总人次的53%。如果说近年来门诊量减少，主要是在城市，而且是城市中小型医院和部分大医院，农村、基层并未见减少的趋向，农村就诊率增加和基层就诊人次较1993年有所增加说明了这一点。

两周未就诊率是指两周内有病患者未去就诊的人次数与患病总人次数的百分比。调查地区患者两周未就诊率为38.55%（城市50.08%、农村33.18%），与1993年调查的36.4%相比，增加了5.9%（其中：城市增加了21.0%，农村减少了0.7%）。在调查中进一步询问了患者未就诊的原因，未去就诊主要是患者自己感觉病情较轻和经济困难，其中由于经济困难原因，在城市占32.14%、农村占37.51%。

2、过去的五年中，住院服务总量稍有增加，但城市居民住院率下降，城乡平均住院日和病床使用率均有明显减少。调查结果显示：年住院率为3.53%（城市4.84%、农村3.08%）。按照住院率计算，全国年住院人次数为4400万，与年报统计的5000万有一定的差距，主要是居民把转院和转科作为一次住院。与1993年调查的结果相比，城市住院率下降了4.3%（主要发生在小城市和部分中等城市），农村下降不显，由于人口数量的增加，住院病人总

数略有增加，比1993年增加100万（主要是住院分娩的增加）。在住院病人中，24.3%实施了手术治疗，与1993年相比，全国手术病人增加了140万。调查住院者平均住院日为16.0天（城市22.6天、农村12.6天），与1993年的19.5天（城市30.1天、农村15.0天）相比有较大幅度下降。调查人群中应住院未能住院的比例为33.45%（城市29.46%、农村35.54%）。与1993年相比，城市应住院未能住院的比例（26.2%）上升，农村（40.6%）有所下降。从未住院的原因分析，城市地区居民未住院者由于经济困难的比重由39.8%增加到63.13%，农村经济困难的比重由58.8%增加到65.25%。住院总量变化不大，但每年医院病床平均增加4-5万张，病床使用率下降，病床负荷减少。

**3、城乡居民，尤其是城市居民医疗服务的有效需求部分发生了转移，患者中自我医疗比例增加，到药店直接购药的人数增多。**调查中发现：有28.54%（城市43.61%、农村21.53%）的患者采取了自我医疗，按次计算全国约有13.84亿人次的患者采取了自我医疗。与1993年相比，采取自我医疗的比例，尤其是城市有进一步增加的趋势。关于自我医疗的药物来源，65.47%（城市57.47%、农村72.40%）的药品是患者或家属直接到药店或通过其他途径购买的；27.45%（城市36.70%、农村19.43%）药品是患者常备家庭药箱或上次看病节余下来的。调查中询问了药店购药的花费，结果显示：购买药品的平均金额为31.0元（城市44.9元、农村19.4元）。这也解释了近几年，特别在城市地区，药店成倍增加，药品销售量增大的原因。

我国卫生服务的需求量总体上随着需要量的增加而增加，但城市和农村医疗服务需求量在时间系列上的变化有明显差异。城市居民医疗服务需求量，无论是门诊，还是住院，利用率均有所下降，医疗服务需求受到一定制约，一些患者的医疗卫生需求发生转移，购买药品和自我医疗。而农村，门诊和住院利用则随着需要量的增加而增加。

#### **（四）、医疗保险 覆盖率有所下降，医疗卫生费用上涨较为迅速，贫困人群基本医疗服务得不到满足**

**1、医疗保险 覆盖率减少，一些城镇职工保障水平降低，个人支付医疗费用的比例上升。**被调查者中，公费医疗覆盖率为4.95%（城市16.01%、农村1.16%）、劳保医疗覆盖率6.22%（城市22.91%、农村0.51%）、职工家属半劳保覆盖率1.62%（城市5.78%、农村0.20%）、其它各种医疗保险覆盖率1.88%（城市3.27%、农村1.41%）、农村合作医疗制度覆盖率6.50%，自费医疗占人群的比例为76.40%（城市44.13%、农村87.44%）。与1993年调查相比，不论城市，还是农村，自费医疗比例进一步增加（城市由27.28%增加到44.13%，农村由84.11%增加到87.44%）。城市医疗保险 制度覆盖率减少主要是劳保医疗及其家属享有半劳保福利的人员比例下降。农村享有公费劳保医疗、合作医疗的比例均有轻度减少。

城镇公费和劳保医疗改革，个人负担部分医疗费用。改革形式（就诊费用）主要为报销制（占63%）、包干制（占29%）。城市职工公费和劳保医疗患者就诊，报销制个人支付比例平均为22%，即每一次门诊自己负担26元；包干制平均每月发放22元，如按城市居民年均门诊费用计算，全年包干费用仅为个人门诊费用的53%。住院费用个人支付比例平均为21%。

**2、不论城市或农村，次均就诊费用和次均住院费用有较大幅度的增加，居民医药卫生费用在消费支出中的比例增加，个人对医疗卫生服务支付能力可增加的余地有限。**调查就诊患者两周平均每次就诊费用为63.1元。其中：城市为118.6元（大城市159.6元、中城市131.4元、小城市63.6元）；农村为44.7元（一类农村56.3元、二类农村45.2元、三类农村39.0元、四类40.2元）。次均门诊费用城市是农村的2.65倍。除了就诊费用以外，调查了就诊的间接

费用（如差旅费等），次均就诊的间接费用为4.5元（城市6.0、农村4.0元）。与第一次国家卫生服务调查的结果相比，城市平均每次就诊费用（1993年为32.4元）增加了2.7倍，农村（1993年为12.9元）增加了2.5倍，城市增加的幅度明显大于农村。

住院者每次平均住院费用，平均为2384元。其中：城市为4037元（大城市5458元、中城市3646元、小城市2565元）；农村为1532元（一类农村1885元、二类农村1574元、三类农村1460元、四类农村1013元）。与次均门诊费用基本一致，次均住院费用城市居民是农村的2.64倍。此外，每次住院差旅费、陪住费等间接费用为442元，城市为670元、农村为324元。与1993年结果相比，城市平均每次住院费用（1993年为1703元）增加了1.4倍，农村（1993年为613元）也增加了1.5倍。

家庭消费支出及其构成：城市户均年消费支出为11,310元，农村年消费支出为5,937元。城市年户均消费支出中：食物支出占58.7%、衣着和日用品支出占11.0%、住房水电燃料支出占10.9%、文化娱乐支出占7.6%、医疗卫生药品支出占7.0%；农村年户均消费支出中：食物支出占50.3%、衣着和日用品支出占13.0%、住房水电燃料支出占9.6%、文化娱乐支出占11.4%、医疗卫生药品支出占9.0%。与历年国家统计局的家计调查结果相比，医疗卫生药品支出比例增加，尤其在农村地区。

由就诊、住院概率和均次门诊和住院费用测算，城市和农村人均年医疗卫生服务支出分别为695元和239元。如果扣除家庭成员享受各种医疗保险制度的费用支出，与家庭年医疗卫生药品消费支出基本吻合。虽然住户收入、支出的调查可能存在一定程度的偏差，但上述结果与医疗机构门诊、住院费用增加的幅度是一致的。根据国家家计调查，城乡居民人均收入年增长率为5-7%，由于经济转轨过程中居民各种消费成本迅速上升，用于支付医药卫生费用的比例及金额不可能有较大幅度的增加。

**3、贫困人群基本医疗服务得不到满足，患者由于经济困难，未就诊、住院治疗占有一定比例。疾病是致贫的重要原因。**不论城市，还是农村，均存在一定比例的贫困人群。调查发现：贫困户(或人群)占调查住户4.6%(城市2.6%、农村5.0%)。未就诊也未自我医疗的患者中，由于经济困难的原因，城市和农村分别占32%、农村占38%。调查人群中应住院未能住院的比例为33.45%(城市29.5%、农村35.5%)。未能住院原因中，由于经济困难在城市和农村分别占63%、和65%。调查贫困户的致贫主要原因：因缺乏劳动力占25%(城市21%、农村26%)、因自然条件差和灾害19%(城市2%、农村22%)、因人为原因(如生意亏损等)11%(城市9%、农村12%)、因疾病损伤为22%(城市13%、农村23%)。

**4、农村居民参加合作医疗制度的愿望和可支付的金额出现较大的反差。**在农村地区，调查了自费医疗居民对合作医疗制度的愿望和可支付的金额。结果显示：所有住户中，愿意参加合作医疗占51.12%，不愿意参加占44.26%，还有4.62%无所谓。经济越贫困的地区，不愿参加合作医疗的比例越高（四类农村占62.21%）。在所有愿意参加合作医疗的住户中，希望合作医疗仅保门诊的比例为23.97%，仅保住院占20.73%，即保门诊又保住院占55.31%。进一步询问如果参加合作医疗，全家每年能拿出多少金额，由此即计算平均每户愿拿出79.8元，平均每个人为20元左右。仅为农村每年家庭实际医疗卫生药品支出15.5%。

**（五）卫生服务资源的供给有了显著增加，服务能力和技术水平有较大提高，但利用效率有所下降**

**1、医疗卫生服务的机构、人力和物力资源不断增加，但分布和配置不合理。**近十年是建国以来我国卫生事业发展最快的时期。不论是医疗卫生机构的规模、还是卫生人力、物力和财力的数量和质量，均有较大幅度的增加和提高。截止到1998年，全国医院和卫生院6.8

万所，门诊部(所)和单位医务室22.9万(包括私人办诊所12.5万，不包括村卫生室)；全国医院和卫生院人员总数达423万人(其中：卫生技术人员达338万)，门诊部(所)和单位医务室卫生技术人员近50万人；医院、卫生院病床数达291万张。医疗机构、人力和物力不仅在规模上扩大，而且在质量上也有较大程度提高：改革开放以来，全国高、中等医药院校为卫生行业输送了近250万名毕业生；各级政府共拨款600多亿元用于卫生系统的基本建设；高新尖医疗技术和装备广泛使用，大型医疗仪器设备更新换代加快，提高了医院的诊治水平。但是，医疗卫生机构、人力和物力的发展相对集中在城市地区。据统计，国家和各级财政对卫生投入的80%集中在城市，其中又有80%的集中在城市大医院。一些符合公众利益、具有更大社会效益的预防保健、基本医疗服务和涉及9亿人口的农村卫生等方面的工作，却因社会筹资困难而发展缓慢，甚至有些已开展的工作难以维继。

**2、医疗机构服务效率逐年下降。**近几年来，各地反映医疗机构门诊量和住院量下降。根据卫生统计年报，1998年全国医院和卫生院门诊总量为21.3亿人次，与1992年25.7亿相比减少了4.4亿；住院人次数为4995万，与1992年的5222万相比减少了227万。进一步考察医疗机构的服务效率，据卫生部门综合医院统计：九十年代以来，医疗机构人员迅速增加，门诊量减少，住院病人增加不多，医生每天担负的工作量和病床使用率下降。平均每个医生全年负担诊疗人次和住院床日数均呈下降趋势：1998年与1990年相比，诊疗人次由1683下降到1178；住院床日由767下降到506。病床使用率也出现明显的下降：全国医院病床使用率由80%减少到60%，卫生部门综合医院病床使用率也由1990年85.7%下降到1998年63.3%。乡镇卫生院病床使用率目前仅为33.2%。

**3、业务收入增加迅速，收支节余增加。**九十年代以来，医疗机构业务收入呈明显的增长趋势。根据卫生部门和集体所有制医疗机构收支决算统计，截止到1997年底，全国卫生部门和集体所有制医疗机构收入为1316亿元，其中：城市为782亿元，农村县级医疗机构为227亿，城乡卫生院为31亿。与1992年相比，卫生部门和集体所有制医疗机构收入增加了2.03倍，其中城市增加了2.43倍，县级医疗机构增加了1.87倍，卫生院增加了1.38倍。从中可以看出，过去的五年，城市医疗机构收入增加的幅度明显大于农村。卫生部门综合医院统计，医院业务收入年均增长20.8%。业务收入构成中，门诊诊断治疗费用占15.5%，住院诊断治疗费用占27.3%，门诊和住院药品费用占51.6%。可见，医疗机构业务收入增加主要依靠药品收入的增加。

1997年卫生部门综合医院平均每个门诊病人医疗费为61.6元，住院病人医疗费2384元。与1989年相比，门诊医疗费增加了51.9元，年平均增长26%；住院医疗费增加了1951.6元，年平均增长23.8%。

**4、医疗机构的经济运行机制不合理，政府对医疗机构的投入相对减少。**经济转轨，医疗机构外部经济环境发生根本变化，由于政府对医疗卫生的经济责任不明确，财政资金供应范围不规范，可供财力与卫生事业发展需求相差甚远，原有对医疗机构的差额补贴、医疗服务价格和药品销售补偿机制的弊病日益突出，医疗机构补偿机制和补偿结构不合理，矛盾日益尖锐。财政补贴在医疗机构收入中的比重越来越小(据卫生部门综合医院统计1997年仅占6.2%)，除离退休人员外，不足人员工资35%。在医务人员工资、管理费用和各种医用物品价格上涨同时，大多数医疗技术服务项目收费价格较低，不能反映卫生服务中的经济规律。医疗机构只能从药品销售、大型医疗设备检查和新特项目中得到补偿，导致医疗机构不正常的经济行为，造成医药费用迅速增长和资源浪费。

全社会卫生总费用测算估计，1997年卫生总费用超过3600亿元，人均由1980年的13.4

元增至 280 元以上。卫生总费用中，政府卫生投入的比例由 36% 下降到 15% 以下，社会卫生投入由 40% 下降到 30% 以下，居民个人卫生支出由 23% 上升到 55% 以上。

### 三、有关问题的初步讨论

#### 1、我国社会经济发展的不平衡性，决定了我国不同类型地区所面临的卫生问题有很大的差异。

社会主义市场经济体制的建立，促进了我国社会经济的快速发展，同时也促进了人群健康水平和卫生状况的改善。但是，应当看到的是我国社会经济发展并不均衡，无论在不同地区之间，还是在同一地区不同人群之间，居民经济收入的差距进一步拉大，并对居民卫生服务的需要量、需求量和利用产生影响。从我国城市地区和经济发展较好的一类农村地区卫生服务的需要量、卫生服务的资源及其利用和人群健康水平等指标来看已经接近发达国家的水平。九十年代初城市居民人口死亡率按世界人口年龄结构调整为 7.4%、经济较好的农村地区为 8.3%，婴儿死亡率城市为 19%、经济较好的农村地区在 30% 及以下，平均期望寿命城市地区超过 72 岁、经济较好的农村地区也超过 70 岁，居民两周患病率以及患病的构成、慢性病患病率以及慢性病患病构成、住院疾病构成、已经转变为心脑血管、恶性肿瘤和糖尿病等慢性非传染性疾病是主导原因的疾病模式，尤其是城市地区的老年人疾病谱中，高血压病、脑血管病、冠心病、糖尿病的位置日益突出，在城市地区心脑血管、恶性肿瘤等慢性、退行性疾病的死亡占死亡总数的 80% 左右。这些地区面临的社会卫生问题是不良生活方式和行为导致的疾病不断地增长、人口的老年化和精神疾患的问题、城市化与环境污染的健康危害，医疗费用迅速上升等等；而在部分农村地区，尤其是经济较为落后的三、四类农村地区，卫生服务需要量、卫生服务利用和资源指标尚属于不发达国家类型，按世界人口年龄结构调整死亡率超过 10.0%，几乎是城市地区的一倍；婴儿死亡率超过 50%，有的贫困农村地区婴儿死亡率超过 100% 以上；平均期望寿命 65 岁左右，有的甚至低于 60 岁。农村地区，尤其是经济欠发达的农村地区居民的两周患病及其疾病构成、慢性病患病及其构成、住院原因及其构成还是以感染性、传染性疾病和营养不良症为主导的疾病模式。这些地区居民死亡原因中呼吸系统、消化系统疾病、传染病和损伤中毒还是前十位主要死因，占死亡总数的 50% 以上。从这次调查资料可见，95% 以上的居民自己负担医疗保健费用，难于获得基本医疗服务，60% 以上的儿童没有进行健康体检检查，50% 的孕妇没有进行过产前检查和产后访视，90% 以上的产妇在家中分娩，而且分娩接生者 60% 未受过正规培训或自家接生，因病伤需要住院治疗而未能住院的人数相当比例是由于经济困难。卫生状况的不平衡，不仅取决于地区社会经济发展水平，还取决于政府在医疗卫生方面的导向和作用。

#### 2、资源配置不尽合理，卫生服务利用不足，效率不高，卫生资源的不足和浪费共存，卫生行政部门在资源配置中的宏观调控能力和手段逐渐削弱。

从上述主要发现中我们得知：我国城乡居民卫生服务需要量指标在过去的几年中迅速增加。同时，全国各级各类医院人员、病床逐年增加，如每年卫生技术人员增加 2-4 万人，医院卫生院病床每年增加 2-3 万张。但是，居民卫生服务需要量的增加与卫生资源的增加并行不悖，但卫生资源利用率下降，尤其是城市医疗机构服务的利用率下降，新增卫生资源没有发挥应有作用。不论是新增卫生资源，还是存量配置，还是相对集中在城市地区，从近些年卫生经费统计来看，80% 的卫生经费相对集中在城市，城市中 80% 的卫生经费相对集中在大医院。在城市地区条块分割、各自为政、机构重叠、人员臃肿、配置不当、效率低下的现象没有得到改善，一些医疗机构之间还在相互攀比，靠拼条件、拼设备争病人，

造成新的浪费。卫生事业经费投入不足，资源短缺，公共卫生、农村卫生的政府筹资空间有限。卫生行政部门在资源配置中的宏观调控能力和手段逐渐削弱，区域卫生规划在现行体制下较难推广实施。

### 3、城市居民医疗卫生服务有效需求受到约束和抑制

城市地区50%的患者未去门诊就诊，30%应住院的患者未去住院治疗，未就诊的患者绝大多数到药店购药和自我医疗，医疗卫生机构利用量下降。医疗服务的有效需求取决于居民卫生服务的需要、医疗服务的支付能力和提供者的服务意识与动机。调查结果表明，过去五年中，我国城乡居民卫生服务需要量增加，与农村形成对照的是城市居民就诊率、患者就诊比例和住院率均呈明显的下降趋势。如果单从节省和控制卫生费用角度考虑，医疗服务需求量的约束无疑是件好事。问题在于哪些居民医疗服务需要向需求转化受到了抑制，产生需求抑制的原因是否合理。从需方考察影响医疗服务利用因素，不难发现城市医疗服务需求的约束和抑制与许多企业经济效益不景气、职工下岗待业、社会医疗保险制度不完善，医疗费用上涨幅度过大等经济转轨过程中所产生的社会结果关系密切。1993年调查结果显示，影响城市居民就诊概率的主要因素是居民的健康状况和疾病种类；文化程度低、收入低、没有医疗保险制度的普通百姓利用门诊服务较为充分，就诊概率高于文化程度高、收入高和享有医疗保险的居民。而这次调查结果是：需求受约束和抑制的患者恰恰是普通百姓、经济效益不景气的企事业单位职工、下岗待岗职工及其家属。这些人群不仅是经济上的脆弱人群，而且也是卫生服务需要量最大的人群。他们原有的医疗保险覆盖面正在减少，加上公费和劳保医疗如同住房、退休制度等一系列改革措施一样，与个人挂钩，自付一定比例的费用，无疑增加了他们消费成本，约束和抑制了他们对某些商品的选择和购买的支付能力。与此同时，价格和药品费用上涨进一步加剧了他们对医疗服务利用的抑制。已有研究表明：城市医疗卫生服务的收入弹性系数为34%，价格弹性系数为48%。就是说，居民收入增加一倍，医疗卫生服务需求量增加34%，医疗卫生服务的价格提高一倍，需求量减少48%。而价格弹性变化对普通百姓和经济脆弱人群的影响更为明显。

### 4、医疗费用上涨幅度过大，超过了国家、社会和个人的支付能力

医疗费用既受需方支付能力、患病种类及其严重程度，也受医疗服务供方行为的影响。医疗费用增长是伴随人口老龄化、疾病结构变化、经济发展和高新技术运用不可避免的全球趋势。问题在于城乡医疗费用上涨幅度超过了同期城乡居民收入增长的水平(尤其是城市门诊费用)和国家、社会和个人的负担能力。尽管家庭询问调查可能存在回忆偏差，或收入低报、支出高报的倾向，但医疗费用上涨幅度与医疗机构收支统计相比，其趋势和结果是一致的。如1997年统计的4000多所卫生部门综合医院收支与1992年相比，过去的五年中，每一门诊费用增加了3.3倍，住院费用增加了2.1倍。除了合理因素外，医疗费用不合理增长的原因，一是药品费用(尤其是新特药)价格的膨胀和上涨，直接推动了医疗费用中药费支出的大幅度上升。近几年，新特药品在大、中城市盲目超前消费的趋势十分明显，市场需求年增长达到30-40%，一些城市大、中医院占有用量达60%以上。二是药品加成政策，使得医疗机构过多地依赖药品收入。药品经营中让利、折(回)扣以及利益驱动机制导致大处方、贵重药品、不合理用药等问题产生，造成药品使用浪费，推动了医药费用迅速增长。调查显示，城市患者门诊费用中，药品支出占62%以上，住院费用中占50%以上，在农村就诊费用中，药品支出占70-80%。三是医疗服务供方的需求诱导。从理论上讲，如果医生的收入不受提供服务多寡影响时，患者病情越轻，医生提供的服务量越少，医疗费用也越少；当医生收入与提供的服务多寡成正比时，服务量与患者就医时疾病状况不一定有联系，提示诱导需求的可能性。需求诱导不仅表现在药品上，还表现在检查和治疗手段上。医疗费用高涨，抑制了

一些患者就医，医院为了维持生存，又不得不加大单位就诊和住院费用，进一步加剧医疗费用增涨。

## **5、医疗保险制度的改革对医疗卫生机构生存和发展将产生严峻挑战**

医疗保险制度的改革即将在全国城镇范围内全面展开。低水平、广覆盖，个人帐户和社会统筹相结合，改革现有公费和劳保医疗制度中存在的合理、不公平的弊病，为城镇全体劳动者获得基本卫生服务提供可靠保障。医疗保险制度改革，对医疗卫生机构生存和发展将带来三方面的挑战：一是低水平在一定时期将带来医疗服务需求的进一步约束和抑制，使得本来出现的医疗服务利用率下降进一步加剧。如果进入帐户和统筹总金额按职工月工资的8%计算，平均年金额不足580元(假设月均工资600元)，个人帐户(工资额的3.8%)全年不足300元，均低于目前城市实际人均医疗费用支出(695元)；二是医疗保险从控制费用入手，规范基本医疗服务和处方用药，单位门诊和住院费用也将出现下降趋势；三是多机构定点医疗，增加了定点医疗机构之间的竞争，非定点与定点医疗机构不平等竞争，加上社会统筹，大部分工业及其他部门医疗机构逐步社会化，医疗市场的竞争将愈加激烈。

近些年来，农村合作性质医疗保险制度的建立和完善进度不快。从这次调查的结果来看，愿意和不愿意参加合作医疗的比例几乎各半，经济越贫困的地区，不愿参加合作医疗的比例越高。即使愿意参加合作医疗的农民，愿意交付合作医疗的基金与想要得到的保障(保住院、门诊和住院均保)之间存在相当大的差距。这也是一些基层干部和农民对合作医疗产生认识上偏差和工作上畏难情绪的原因之一。卫八贷款项目调查，不愿参加合作医疗的原因，主要是对合作医疗经费管理不信任。在市场经济条件下，提高农民自我保健和互助共济意识，正确引导农村积极参加合作医疗，加强合作医疗资金使用管理，是当前和今后农村卫生工作的难点和重点。

## **6、自我医疗作为患者满足医疗服务需求的一种替代，比例将会断增加**

自我医疗作为一种替代，在满足城乡居民医疗服务需求上已占有十分重要的地位。此次调查的结果已经显示，无论城市，还是农村，未就诊的患者中大多数采取了自我医疗的措施。我们的研究虽然还没有涉及到医疗机构就诊比自我医疗优越多少，也未评价自我医疗的健康效果。但随着市场经济发展，人们生活节奏加快、教育水平提高，医疗保险制度的改革，药品、器械等直接面对消费者的零售市场的逐步形成，患者自我医疗的比例将会增加。其政策启示至少有两个方面：第一，自我医疗迅速增加既是对现有医疗卫生服务模式的挑战，也可以看成是一个机遇。如果自我医疗做为一种患病就诊的替代越来越普遍的话，医疗机构还坚持坐等病人上门、就诊程序繁琐、病人长时间等候的办法显然行不通。患者并不满足于自我诊断和治疗，医疗卫生机构如果主动转变服务模式，面向社区、直接面对消费者、“服务上门”，满足患者就医治疗的需求，就能在挑战和竞争中不断发展。第二，“基本医疗服务”的界定应有新思路：目前“基本医疗服务”的界定多集中在服务项目的性质上(主要考虑成本—效果指标)。我们发现一些常见病、多发病，即使收入高、有保险的人也倾向选择自我医疗，而患急性重症疾病，即使是低收入、无保险的人也去就诊，患不同疾病的人其需求弹性不同。如果“基本医疗服务”选出的若干成本低、效果好，哪怕免费提供，人们对此需求弹性小，使用率不会明显增加。有些患重症疾病的人，可能因治疗项目成本昂贵没被列入“基本医疗服务”而得不到帮助。因此，在界定“基本医疗服务”内涵时，除了考虑成本—效果、还应考虑需求弹性、疾病性质和自我医疗的能力。

## **7、政府对健康和公共卫生的职责及其经济政策，是市场经济条件下调控卫生事业改革和发展的主要手段**

卫生服务供需的特殊性决定了政府必须对医疗服务市场进行干预。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》已经明确了在市场经济转轨过程中，政府对卫生事业发展的职责以及相应的宏观经济政策。但目前相关政策还不到位，各级政府对医疗卫生机构(尤其是对公共卫生)应有的经济责任还不明晰，财政补助的内容和方式也不规范。一些关键问题，如政府卫生资金的配置、公共卫生和基本卫生服务的政府作用、医疗机构的经营和运行机制等还缺乏具体政策措施。到目前为止，即使是公共和准公共产品，政府的调控能力仍在减弱，如调查结果显示，政府对卫生防疫站的资金投入占防疫站收入的比重逐年下降，1997年与1994年相比，城市卫生防疫站由46.2%下降到38.8%，农村由40.2%下降到34.8%。同时，一些地区，维护和发展公共卫生服务的财力空间有限，卫生防疫站面对各项成本上升所造成的经济拮据，不得不依靠组织“创收”来解决所面临的困难。“创收”带来两方面的负面影响：一是利益驱动机制，使一些防疫站把注意力放在“创收”或有收入的项目上，影响工作进展不平衡，诸如一些地方法定传染病无报告，计划免疫覆盖率下降；二是收费降低了居民(尤其是贫困人群)对诸如结核病控制服务和预防卫生服务的需要。

除公共卫生的问题外，另一个问题是农民的初级卫生保健。虽然，近几年农村初级卫生保健工作取得了一定成绩，无医疗点的村数减少，村集体办医的比例增加，但政府对农村初级卫生保健支持力度有限，只得依赖市场力量来调整农村卫生服务的组织、筹资和供给。农村基层初级卫生保健工作存在不少薄弱环节，一部分村和集体办卫生室由个体承包，一些乡村医生转为私人开业。由于87%的农村居民没有医疗保险，承担疾病风险能力低。因病致贫、因贫致病的现象时有发生，尤其在贫困农村。