

# 中国农村卫生服务可及性 对居民健康的影响研究

辛怡 著

ZHONGGUO NONGCUN  
WEISHENG FUWU  
KEJIXING  
DUI JUMIN JIANKANG  
DE YINGXIANG YANJIU



Southwestern University of Finance & Economics Press

西南财经大学出版社



辛怡 著

ZHONGGUO NONGCUN  
WEISHENG FUWU  
KEJIXING  
DUI JUMIN JIANKANG  
DE YINGXIANG YANJIU

# 中国农村卫生服务可及性 对居民健康的影响研究



Southwestern University of Finance & Economics Press

西南财经大学出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

中国农村卫生服务可及性对居民健康的影响研究/辛怡著. —成都:西南财经大学出版社, 2013. 6

ISBN 978 - 7 - 5504 - 1085 - 5

I. ①中… II. ①辛… III. ①农村卫生—卫生服务—可及性—影响—居民—健康—中国 IV. ①R127

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 120053 号

## 中国农村卫生服务可及性对居民健康的影响研究

辛 怡 著

责任编辑:汪涌波

助理编辑:江 石

封面设计:穆志坚

责任印制:封俊川

出版发行	西南财经大学出版社(四川省成都市光华村街 55 号)
网 址	<a href="http://www.bookej.com">http://www.bookej.com</a>
电子邮件	bookej@foxmail.com
邮政编码	610074
电 话	028 - 87353785 87352368
照 排	四川胜翔数码印务设计有限公司
印 刷	郫县犀浦印刷厂
成品尺寸	170mm × 240mm
印 张	11.5
字 数	195 千字
版 次	2013 年 6 月第 1 版
印 次	2013 年 6 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978 - 7 - 5504 - 1085 - 5
定 价	38.00 元

1. 版权所有,翻印必究。
2. 如有印刷、装订等差错,可向本社营销部调换。

# 序

健康的价值无须多言。就个体来说,健康是幸福的要素,也是幸福的源泉;就社会来说,国民健康状况是社会发展水平的标志,也是实现发展的禀赋条件。增进健康既是个人的愿望,也是社会经济发展的首要目标之一。经济增长、财富积累最终是为了人的发展,国民的健康和福祉才是发展的根本目的。改革开放 30 多年来,中国经济快速增长,人民的健康状况也大大改善。2010 年中国人均期望寿命已达到 74.8 岁,处于发展中国家前列。但如同经济发展水平不平衡那样,居民健康水平也存在城乡之间、地区之间的不平衡。农村居民的健康水平相对落后,并且农村内部居民之间的健康水平差距也很大。因此,在为我国人民健康水平大幅提高而自豪的同时,也不应忽视居民健康差距的存在和健康不平等的事实,需要对健康方面的弱势人口予以特别的关注。社会经济发展的成果应该人人共享,中国的发展以共同富裕为目标,自然也包括在居民健康方面实现平等与公平。

个体的健康状况受很多因素的影响和制约,包括自然环境和生物遗传因素、物质生活水平和生活方式、影响健康的行为、医疗卫生条件等。在影响健康的社会因素中,个人可享有的医疗卫生服务尤其受到关注,是各国卫生公共政策的核心。卫生服务可及性状况会直接影响个体的健康后果。可

及性状况可以从两方面度量:一是卫生服务供给特征,指社会可提供的医疗服务资源和提供服务的方式;二是个人利用医疗卫生服务的能力,主要指对服务的经济支付能力。前者涉及卫生资源配置和医疗服务的组织方式,后者主要体现为医疗保障的范围和程度。理想的卫生服务应该是既方便快捷,又能为普通大众经济上可接受。但现实与理想还有很很大的差距。我国卫生资源配置很不平衡,农村普遍存在医疗卫生资源短缺现象。近年来虽然新型农村合作医疗的发展取得了巨大成就,但医疗保障不足的状况并没有得到彻底改变,农村居民看病费用自付的比例偏高。这造成了农村居民中医疗卫生服务可及性的显著差异和卫生服务获得上的严重不公平。

辛怡博士在本书中利用丰富的调查资料,详细考察了我国农村自20世纪90年代以来卫生服务可及性的变化,实证分析了可及性因素在形成农村居民健康差异中的作用,并深入研究了可及性状况对个人就医行为的影响。结果发现,由于农村居民收入差距扩大和医疗保障不足,我国农村居民健康不平等状况总体上呈现扩大趋势;经济负担能力对居民健康差异的影响要大于服务供给因素的影响。因此,加快农村医疗保障制度建设,同时加强农村基层特别是乡村两级卫生服务能力,对提高我国农村居民健康水平,降低居民健康不平等程度有重要的意义。这些结论对我国农村卫生改革无疑具有重要的政策参考价值。

提高卫生服务的可及性是我国卫生体制改革的目标之一。它包括两方面的任务:一是要重组医疗卫生资源,特别是加强基层和社区卫生服务能力,健全农村三级医疗卫生服务网络和城市社区卫生服务体系;二是健全和完善医疗保障制度,提高个人应对医疗费用支付风险的能力。可及性改善既有利于提高卫生服务的综合效率,也有利于增进卫生服务和健康的公平性。党的十八大和国家卫生改革发展相关规划已就此做出了行动部署。但必须看到,完善国民健康政策,提高国民健康水平是一项长期而艰巨的工作,需要对实践中的问题进行深入细致的研究。我相信辛怡博士的这本书会给读者提供启迪。

陈卫民

2013年2月20日

## 中文摘要

健康是人类生存、繁衍和发展的一项最基本的需要,是人类从事各项社会生产和创造活动的基本前提,同时也是人类社会的共同发展目标。新中国成立初期,中国在健康领域曾经取得举世瞩目的成就。改革开放后,虽然中国人口的平均健康水平不断提高,但提高的速度明显放缓,在国际比较中的优势也明显下降。过度追求经济效益导致对平等的忽视,从而造成某些社会不平等现象扩大。在经济高速发展的浪潮中,农村居民的疾病谱和卫生服务需求也发生了重大的变化。村卫生室作为农村三级卫生服务体系的基础,承担着农村居民治疗、预防、保健的功能,其运行好坏反映卫生服务可及性的大小,并直接影响农村居民的健康水平。

本书在梳理国内外已有的卫生服务可及性等文献的基础上,利用中国健康与营养调查(CHNS)的数据,考察1997—2006年间我国卫生服务可及性与健康不平等的关系。本书从主观和客观两个角度分析健康,从供方和需方两个角度考察卫生服务可及性,在对我国健康、健康不平等、卫生服务可及性的变化趋势进行描述的基础上,采用Grossman模型建立本书的理论框架,并利用随机截距逻辑回归模型分析卫生服务可及性各变量对健康的作用途径和作用大小,比较需方可及性和供方可及性的作用力度,分析主观

与客观模型结果的异同。由于患病农村居民的患病行为可以反映出农村居民的医疗服务需要,体现卫生服务可及性的公平程度,揭示健康不平等的状况,因此在卫生服务公平性的理论指导下,对患病农村居民的患病行为进行了深入分析,并进一步探讨了村卫生室的发展轨迹和改革困境,介绍国际上农村基层卫生服务建设的经验。通过纵向和横向的比较,本书得出以下结论:

第一,通过对四周患病率和健康不良率、疾病构成、常见疾病别患病率、疾病严重程度等几方面的考察,研究发现:1997—2006年,农村居民的健康水平下降,农村居民的患病严重程度增加。农村居民正面临着感染性疾病与慢性疾病的双重威胁。人口老龄化加速、生活方式改变、公共卫生服务能力下降是导致农村健康水平下降的重要原因,其中农村居民接受预防保健的比例较低,农村改厕进度不明显,公共卫生服务能力亟待改善。

第二,通过极差法、差异指数、不平等斜率指数和集中指数法测算1997—2006年我国农村居民健康不平等的程度,从不同侧面反映健康不平等的状况。研究发现:伴随着我国农村居民收入的大幅增长和收入差距的扩大,我国农村居民的健康不平等总体上呈现扩大趋势,高收入群体比低收入群体享有更高的平均健康水平,即存在着“亲富人”的健康不平等。但集中曲线与公平线的距离并不遥远,这说明健康不平等的程度不是很严重。

第三,本书度量1997—2006年间的我国农村卫生服务的可及性,结果发现:家庭人均收入增长、去卫生室时间减少、看病等待时间减少、村卫生室提供所需药品的能力增强,但是医疗保险的拥有率较低、医疗服务价格偏高且上升速度较快。在潘常斯基(Penchansky)和托马斯(Thomas)的可及性框架下,卫生服务可及性组织障碍较小,经济上的障碍较大,但是否存在个人障碍则要考虑到卫生服务可及性对健康的影响。

第四,采用随机截距逻辑回归模型,实证分析1997—2006年卫生服务可及性对农村居民健康的影响。研究发现:在控制个体特征的因素下,四周患病模型的需方可及性变量对健康有显著影响,家庭人均收入越高,个体健康状况越好,未拥有医疗保险的个体的健康水平要好于拥有者;而供方可及性变量只有医疗服务价格有显著影响,价格越高,患病几率越大,而是否提供药品、去卫生机构的时间、看病等待时间却未表现出显著作用;主观自评模型的需方可及性变量中只有家庭人均收入表现出显著性,而供方可及性变量表现不显著;若比较需方和供方作用力度,需方比供方影响程度大;若从时间的动态变化来看,家庭对健康的影响在减弱。四周患病模型中看病等

待时间由原来的显著变为不显著,主观自评模型提供所需药品、去卫生机构时间变量由原来的显著变为不显著,这说明供方在一定程度上有改进,但需方却存在个人障碍。

第五,通过对患病农民患病行为的分析,可以发现1997—2006年就诊率、住院率上升。人均门诊费用、人均住院费用、人均费用、人均自付费用总体上呈现上升趋势,这对低收入群体的卫生服务需要转化为需求造成了障碍。同时,我国农村居民的卫生服务不公平性突出,医疗救助制度难以真正起到扶贫效果。另外,乡镇卫生院和村卫生室滞后于社会经济的发展,不能满足广大农村居民多元化的卫生服务需求。

第六,通过纵向比较我国村级卫生服务发展辉煌时期与衰落时期的发展状况,横向对比印度、古巴和巴西等国家的基层卫生服务状况,可以得到以下结论:政府应该承担主要筹资责任,要立足于基层卫生服务建设,同时兼顾效率与公平。

第七,针对当前我国农村居民健康不平等和卫生服务可及性存在的问题,提出了供我国医疗管理主管机关参考的相关政策建议。

**关键词:**健康 健康不平等 卫生服务可及性 卫生服务公平性  
村卫生



# Abstract

Health is one of the most basic needs for the survival, reproduction and development of human being, the basic premise of various social activities and creative activities that human beings are engaged in, and also a common development goal of human society. In the beginning of the establishment of the New China, China has made remarkable achievements in the health field. However, since the reform and opening - up, although the average health level of the Chinese population continued to improve, the growth rate was obviously slow and the advantages in the international comparison also decreased significantly. Excessive pursuits for economic benefits led to the neglect of equality, which resulted in the expansion of social inequality. Compared to urban residents, the health of rural residents was still in a weak position. Since the rapid economic development, the spectrum of diseases and health demand of rural residents have undergone great changes. Village clinics as the basis of three - tier health system in rural areas, should undertake the responsibilities of treatment, prevention and healthcare. The running of village clinics reflects the access to health care and directly affects the health level of rural residents.

After summarizing the home and abroad studies on health inequality, the paper investigates the relationship between access to health care and health inequality in China during 1997 – 2006 by means of China Health and Nutrition Survey (CHNS) data. The paper analyzes health from subjective and objective points of view, and investigates the access to health care from the aspects of supply and demand. On basis of reviewing the changing trends of health, health inequality and access to health care, the paper adopts Grossman model to build the theoretical framework, and analyzes the affecting approaches and degree of the variables of access to health care on health by using random – intercept logistic regression model, compares the affecting degree of access to demander, and supplier, and analyzes the similarities and differences of the results of subjective and objective models. The illness behavior of sick rural residents can reflect their health service needs, show the equality degree of access to health care, and illuminate the situation of health inequality. Therefore, under the theoretical guidance of equity in health care, the paper makes deep analysis of the hospitalizing behavior of sick rural residents, further discusses the development process and reformation difficulty of rural clinics, introduces the international experiences of primary health service construction in rural area, and by vertical and horizontal comparisons makes the flowing conclusions:

Firstly, by analyzing four – week morbidity rate, self – rated ill health rate, the diseases composition, the morbidity of common diseases and the severity of illness, the results show that for the rural residents the health level decreases, and the severity of illness increases. The rural residents are facing the double burden of infectious diseases and chronic diseases. The aging of population, the changing lifestyle and the decreasing of the public health service ability are the main reasons for the deceasing of rural health level.

Secondly, the degree of health inequality of rural residents in China during 1997 – 2006 is measured and calculated by the range analysis, the dissimilarity index, the slope index of inequality (SII) and the concentration index to reflect the status of health inequality from different aspects. The studies show that, along with the substantial growth of income and the expansion of income gap for rural residents, their health inequality has widening trend in general. Moreover, higher – income groups have higher health level, compared with the lower – income

groups, which means that pro - rich inequalities exist in health. However, the concentration curve is not far from the fair line, which indicates the extent of health inequality is not so serious.

Thirdly, the paper studies the access to health care in rural area in China during 1997 - 2006, and the results are as follows: Per capita household income increases, the time in clinic decreases, the clinic waiting time decreases, and the ability of village clinics to provide necessary drugs increases. But people who have health insurance are less and the medical services price is higher and increasing faster. Under the framework of Penchansky and Thomas, the access to health care has less barriers in organization, more barriers in economy, but whether it has personal barriers needs to consider the effect of health care on health.

Fourthly, by random - intercept logistic regression model, the paper analyzes the impact of access to health care on the health of rural residents during 1997 - 2006. The study shows that: under the control of individual factors, the access variables of the demander in the four - week morbidity model have a significant effect on the health. For example, the higher the per capita household income, the better the health. The health of the individual who owns medical insurance is worse than the individual who doesn't. The access variables of the supplier only have a significant effect on the price of medical service. The higher the price, the higher the morbidity rate. The other variables such as the medicine provision, the time in clinic and the clinic waiting time have not played significant roles. In the subjective model, among the access variables of demander only the per capita household income affects significantly, while the access variables of supplier do not affect the health. The rho has been decreasing which shows that the family's effect on health turns weaker. The affecting degree of the demander is larger than that of the supplier. The clinic waiting time in the four - week morbidity model becomes less significant, and the medicine provision and the time in clinic in the subjective model become less significant, which indicates that the supplier has improved to some extent, but the demander has personal barriers.

Fifthly, through the analysis of illness behavior of sick rural residents, it can be found that clinical rate and hospitalization rates rise during 1997 - 2006. Per capita outpatient costs, per capita cost of hospitalization, per capita costs, and

per capita self-payment generally show an upward trend, which creates the obstacles to turn the need to the demand of health service for the low-income people. Meanwhile, the issue of the health service inequity of rural residents is prominent, and the medical assistance system cannot really play the role of poverty alleviation. Moreover, the township hospitals and village clinics are lagging behind the socio-economic development, and also cannot meet the diversified health service demand of major rural residents.

Sixthly, through the vertical comparison of glorious period and decline period of village health services in China and the horizontal comparison of primary health services status in India, Cuba and Brazil and other countries, the paper draws the following conclusions: the government should take the main funding responsibility on basis of the construction of primary health services and take account of both efficiency and just.

Finally, concerning the problems existing in current health inequalities and access to health care, the paper draws the conclusions and puts forward some suggestions for correlative policy.

**Keywords:** health health inequality access to health care equity in health care rural clinic

# 目 录

## 1 导言 1

### 1.1 研究背景与意义 2

### 1.2 研究思路与研究结构 5

#### 1.2.1 研究思路 5

#### 1.2.2 研究结构 7

### 1.3 数据来源与研究方法 8

#### 1.3.1 数据来源 8

#### 1.3.2 研究方法 9

### 1.4 可能的创新 10

#### 1.4.1 本书系统研究了中国农村卫生服务可及性与健康不平等的关系 10

#### 1.4.2 对中国农村健康不平等及卫生服务可及性进行动态考察 11

#### 1.4.3 本书利用分层线性模型,动态地考察了卫生服务可及性对农村居民健康的影响 11

## 2 文献综述 13

- 2.1 相关概念界定与度量 14
  - 2.1.1 农村居民的概念 14
  - 2.1.2 健康的概念与度量 14
  - 2.1.3 健康不平等的概念与度量 16
  - 2.1.4 卫生服务可及性的概念与度量 22
- 2.2 影响健康及健康不平等的因素分析 24
  - 2.2.1 一般因素 25
  - 2.2.2 教育因素 25
  - 2.2.3 收入因素 27
  - 2.2.4 卫生服务可及性因素 31
- 2.3 简要评述 34

## 3 农村居民的健康及健康不平等 35

- 3.1 农村居民健康状况 36
  - 3.1.1 定义 36
  - 3.1.2 健康状况 36
- 3.2 农村居民健康不平等的现状及变化趋势分析 43
- 3.3 农村居民健康及健康不平等的主要问题及原因分析 47
  - 3.3.1 主要问题 47
  - 3.3.2 原因分析 48

## 4 卫生服务可及性 53

- 4.1 指标说明 54
- 4.2 卫生服务可及性的现状及变化过程分析 55
  - 4.2.1 需方可及性 55
  - 4.2.2 供方可及性 55
- 4.3 可及性障碍分析 59
  - 4.3.1 医疗保险的拥有率较低 60

#### 4.3.2 医疗服务价格偏高 61

### 5 卫生服务可及性与健康不平等的关系:理论框架和实证模型 63

#### 5.1 Grossman 健康需求模型 64

##### 5.1.1 年龄因素 67

##### 5.1.2 工资率因素 67

##### 5.1.3 教育因素 68

#### 5.2 卫生服务公平性理论 69

##### 5.2.1 筹资公平性 70

##### 5.2.2 卫生资源配置公平性 72

##### 5.2.3 卫生服务利用公平性 72

#### 5.3 卫生服务可及性与健康不平等关系:理论框架 73

#### 5.4 研究假设与实证模型 74

##### 5.4.1 研究假设 74

##### 5.4.2 实证模型 75

### 6 卫生服务可及性对农村居民健康影响的实证分析 79

#### 6.1 样本情况及变量说明 80

#### 6.2 实证结果分析 80

##### 6.2.1 逻辑回归模型与随机截距逻辑回归模型比较 80

##### 6.2.2 健康影响因素分析 86

#### 6.3 本章小结 93

### 7 患病农村居民的患病行为分析 95

#### 7.1 基本理论 96

##### 7.1.1 社会学视角 97

##### 7.1.2 经济学视角 100

##### 7.1.3 地理学视角 100

##### 7.1.4 社会人口视角 101

- 7.1.5 社会网络视角 102
- 7.2 实证分析 104
  - 7.2.1 治疗方式 104
  - 7.2.2 就诊率及住院率 108
  - 7.2.3 首诊医疗机构及收入别差异 110
  - 7.2.4 医疗服务费用 113
  - 7.2.5 家庭卫生筹资贡献率 116
- 7.3 问题分析 117
  - 7.3.1 低收入农村居民的卫生服务公平性问题突出 117
  - 7.3.2 村卫生室和乡镇卫生院滞后于社会与经济的发展 119
- 7.4 本章小结 121

## 8 村卫生室发展的问题分析与经验探讨 123

- 8.1 村卫生室的发展过程 124
  - 8.1.1 探索阶段(1949 年之前) 124
  - 8.1.2 快速发展阶段(1949—1979 年) 126
  - 8.1.3 衰落阶段(1980—1996 年) 127
  - 8.1.4 徘徊阶段(1997—2002 年) 128
  - 8.1.5 规范化阶段(2003 年至今) 129
- 8.2 村卫生室发展困境分析 129
  - 8.2.1 制度困境 130
  - 8.2.2 资源困境 131
  - 8.2.3 基于社会角色视角的困境分析 132
- 8.3 农村基层卫生服务供给的国际经验分析 134
  - 8.3.1 农村基层卫生服务供给的国际经验 135
  - 8.3.2 经验分析 139

## 9 结论与政策建议 141

- 9.1 结论 142
- 9.2 研究局限 144
- 9.3 政策建议 144



- 9.3.1 将预防保健与健康教育相结合,提高农村居民对疾病的认知能力 145
- 9.3.2 完善农村基本药物制度,建立与农民有效支付需求能力相适应的医疗服务价格政策 145
- 9.3.3 降低收入差距,改善低收入群体的健康水平,提高农村卫生服务公平性 146
- 9.3.4 加大村级卫生服务投入力度,优化农村三级卫生服务网络体系 146
- 9.3.5 建立家庭医生制度,培养全科乡村医生,完善乡村医生补偿和养老政策 147

## **参考文献** 148

## **后记** 165