

民营医院

与 公立医院

共生演化路径与利益协调机制研究

李习平 ◎ 编著



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>

民营医院 与 公立医院

共生演化路径与利益协调机制研究

李习平◎编著



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 提 要

本书从复杂适应系统视角研究民营医院与公立医院共生演化问题,将共生理论应用到医疗卫生领域,在已有共生理论的基础上,改进模型若干环节的构造技术,深入挖掘民营医院与公立医院共生演化过程的影响因素,构建双生双适应模型,实现共生演化耦合,最终形成共生演化路径。

本书适合高校教师、研究人员、卫生管理者及医院管理者学习、阅读。

图书在版编目(CIP)数据

民营医院与公立医院共生演化路径与利益协调机制研究/李习平编著. —武汉:华中科技大学出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5680-3742-6

I. ①民… II. ①李… III. ①医院-体制改革-研究-中国 IV. ①R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 107128 号

民营医院与公立医院共生演化路径与利益协调机制研究

李习平 编著

Minying Yiyuan yu Gongli Yiyuan Gongsheng Yanhua Lujing yu Liyi Xietiao Jizhi Yanjiu

策划编辑:汪飒婷

责任编辑:张琳

封面设计:廖亚萍

责任校对:李弋

责任监印:徐露

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

电话:(027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园

邮编:430223

录排:华中科技大学惠友文印中心

印刷:虎彩印艺股份有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:12

字数:295千字

版次:2018年6月第1版第1次印刷

定价:48.00元



本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

本书是国家自然科学基金委员会资助面上项目“基于复杂适应系统理论视角的民营医院与公立医院共生演化路径与利益协调机制研究”(项目编号:71473075)的研究成果。

序言

长期以来,我国形成了以公立医院为主体的办医格局,民营医院难以与公立医院形成平等的市场地位,导致医疗服务供给不符合功能定位,出现医疗资源过度集中、医疗服务可及性差及“看病难,看病贵”等问题。党的十八届三中全会审议通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》明确提出,鼓励社会办医,优先支持非营利性公立医院的发展。为了满足居民对多层次医疗服务的需求,民营医院与公立医院如何共生?建立怎样的机制来协调其利益?如何构建政策、措施来缓解“看病贵,看病难”等问题?这些问题的深入研究是实现我国医疗服务系统健康发展的关键。

在该背景下,本书利用共生理论分析民营医院与公立医院的共生演化路径,设计其利益协调机制,拓展医院管理的研究领域,将民营医院与公立医院的关系研究及其共生分析置于一个统一的框架下,使本书在理论上具有全局性、前瞻性;将民营医院作为一个组织与其所赋予的组织性质紧密结合起来,充分利用民营资本的优势,使其在医疗服务市场上发挥功能,在一定程度上更好地体现民营医院与公立医院的利益协调,凸显医疗服务供给的正外部性,实现自身利益和社会利益均衡,进而达到医疗服务市场上的多目标协同。同时,本书的研究有利于促进民营医院的发展,转变卫生发展方式,优化卫生资源配置,满足居民多层次医疗服务需求;深入研究民营医院与公立医院共生演化路径及其利益协调机制,其研究成果有利于缓解“看病难,看病贵”等问题,推进我国医疗卫生体制改革,促进医疗服务市场的繁荣和发展。因此,本书中的研究成果能对全社会,尤其是对医疗卫生服务市场产生一定的社会影响,并实现一定的社会效益。

李习平是我熟悉的一位教授,近年来他一直围绕医院管理开展理论研究和实践研究。本书不仅体现了他的学术功底,也展示了他对中国卫生事业改革和发展的诸多见解。



长江学者特聘教授

华中科技大学同济医学院教授、博士生导师

美国圣路易斯大学特聘教授

华中科技大学健康政策与管理研究院院长

前言

□□□ □ □ □ □ □

本书是受国家自然科学基金面上项目“基于复杂适应系统理论视角的民营医院与公立医院共生演化路径与利益协调机制研究”(71473075)资助的研究成果。

首先,本书在已有共生理论基础上,改进模型若干环节的构造技术,深入挖掘民营医院与公立医院共生演化过程的影响因素,构建共生双适应模型,实现共生演化耦合,最终形成共生演化路径,同时,将共生理论应用到医疗卫生领域,分析民营医院与公立医院共生演化路径及利益协调机制问题尚属首次。其次,本书运用 Logistic 拓展模型进行深度精确模拟仿真,在数据挖掘的基础上提取有效样本,实现与其他数据的对接,验证医疗服务系统共生耦合、共生演化路径及利益协调机制的科学性和可行性。通过对广东省、江苏省和湖北省民营医院与公立医院共生演化的应用分析可知,在国家政策的指引下,民营医院得到了较大的发展,在医疗服务市场上与公立医院之间进行着良性竞争。民营医院与公立医院之间的共生演化朝着健康的方向发展,通过对湖北省的统计数据研究发现,尽管民营医院得到了一定的发展,但是公立医院的强势地位仍然凸显。从共生演化的模式来看,民营医院与公立医院的共生关系仍然从点共生向一体化共生方向演化,同时也由寄生共生向对称性互惠共生方向演化;从共生演化的内在机制来看,按照产权创新、激励相容、资源优化、多目标协同的演化路径进行演化。最后,本书对民营医院与公立医院共生演化政策进行构建。在产权制度方面,建立民营医院与公立医院法人治理制度是使医院所有权与财产权相分离的重要途径,也是我国公立医院改革的方向;在医疗保险制度方面,对医疗保险制度实施现状、效果的科学评价,促进了医疗保险健康稳定发展和“三医”联动;在人事制度方面,对医技人员建立科学的薪酬补偿机制,实现严格的医技人员准入制度,执行严格的惩罚制度,强化医技人员的角色意识;在医疗资源配置方面,完善合理的医疗卫生服务体系是实现民营医院与公立医院卫生资源优化配置的基础,只有通过建立多层次、布局合理的医疗卫生服务体系,才能解决医疗卫生服务提供不足和资源分配不均的问题,使得社会各阶层都能得到应有的医疗服务;在医院监管政策方面,深化政府卫生行政管理体制改革,要求政府着重围绕构建责任政府、服务政府、法治政府展开工作,建立符合市场经济规律的第三方监管体系;在医院资源共享方面,民营医院与公立医院之间信任机制的建立可以防范交易过程中的道德风险,降低彼此投机行为发生的概率,维护民营医院与公立医院共生演化关系的顺利进行。



综上所述,本书通过理论研究,提出民营医院与公立医院共生模型,经过实证分析,获得了具有实用价值的分析成果。后续研究将主要在进一步完善民营医院运营数据的基础上进行。

本书的出版得到了华中科技大学出版社的鼎力支持,在此表示衷心的感谢!本书的编写参阅了大量文献,特此对文献的原作者表示敬意和感谢!鉴于将共生理论应用到医疗卫生领域,分析民营医院与公立医院共生演化路径及利益协调机制问题尚属首次,涉及的理论、方法等较广,加之编者水平有限,书中难免存在不足之处,敬请广大读者批评指正。

李习平

目录

第一章 导论 /1

第一节 问题提出 /2

第二节 本项目研究的意义 /12

第三节 相关概念的界定 /14

第四节 本项目的特色与创新之处 /16

第二章 文献综述 /17

第一节 公立医院的相关研究 /18

第二节 民营医院的相关研究 /19

第三节 民营医院与公立医院的关系研究 /20

第四节 医院政策研究 /21

第三章 民营医院与公立医院共生演化机理分析 /25

第一节 民营医院与公立医院共生可能性分析 /26

第二节 民营医院与公立医院共生影响分析 /27

第三节 民营医院与公立医院共生演化机理分析的应用 /37

第四章 民营医院与公立医院共生演化特征分析 /41

第一节 生态种群共生演化分析 /42

第二节 医院共生演化和生态种群共生演化的相似性分析 /45

第三节 民营医院与公立医院共生特征 /51

第四节 民营医院与公立医院共生模式 /55

第五章 民营医院与公立医院共生演化模型的构建 /69

第一节 种群增长模型的拓展分析 /70

第二节 民营医院与公立医院竞争均衡模型 /72

第三节 民营医院与公立医院互利共生演化模型 /77

第四节 民营医院与公立医院共生利益分析 /79



第六章 民营医院与公立医院共生双适应模型构建 /85

第一节 民营医院与公立医院共生演化系统建模思想 /86

第二节 民营医院与公立医院共生演化系统建模方法 /91

第三节 民营医院与公立医院共生双适应演化模型构建 /93

第四节 民营医院与公立医院的双适应过程的耦合 /98

第五节 民营医院和公立医院共生双适应学习分析 /102

第七章 民营医院与公立医院共生演化决策分析 /109

第一节 民营医院与公立医院共生决策模型 /110

第二节 医疗共享资源供给大于需求的利益分析 /111

第三节 医疗共享资源供给小于需求的利益分析 /113

第四节 民营医院与公立医院共生协同决策分析 /115

第八章 民营医院与公立医院共生协同效应分析 /117

第一节 民营医院与公立医院共生收入效应分析 /118

第二节 民营医院与公立医院共生技术溢出效应分析 /121

第三节 民营医院与公立医院共生福利效应分析 /124

第四节 民营医院与公立医院共生演化路径 /130

第九章 民营医院与公立医院共生利益协调机制构建及仿真分析 /137

第一节 共生利益协调机制的特点 /138

第二节 民营医院与公立医院共生利益分配机制 /139

第三节 民营医院与公立医院共生利益信任机制 /140

第四节 民营医院与公立医院共生利益惩罚与监督机制 /142

第五节 民营医院与公立医院共生演化模拟仿真研究 /143

第十章 本项目研究成果 /155

第一节 民营医院与公立医院背景研究 /156

第二节 民营医院与公立医院共生演化研究 /157

第三节 民营医院与公立医院共生演化特征研究 /157

第四节 民营医院与公立医院共生演化模型研究 /158

第五节 民营医院与公立医院共生双适应模型研究 /160

第六节 民营医院与公立医院共生协同效应研究 /161

第十一章 民营医院与公立医院共生演化政策构建 /163

第一节 产权制度 /164

第二节 医疗保险制度 /165

第三节 人事制度 /166



第四节 医疗资源配置政策建议 /170

第五节 医院监管政策建议 /171

第六节 医院共享机制 /173

参考文献 /175

后记 /180

第一章 导 论





第一节 问题提出

一、研究背景

医疗卫生服务业是保障人民健康的基础,在我国医疗健康服务体系中,政府对医疗卫生体制改革的深化不仅为公立医院和民营医院的发展提供了适宜的环境,同时也为合理配置医疗卫生资源、缓解“看病难,看病贵”问题、平衡医疗服务的供需矛盾起到重要的作用。近年来,政府一系列政策的出台(如《国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》(国办发〔2010〕58号)、《关于加快发展社会办医的若干意见》(国卫体改发〔2013〕54号)、《国务院办公厅印发关于促进社会办医加快发展若干政策措施的通知》(国办发〔2015〕45号)),为民营医院的发展搭建了一个政策平台。同时,党的十八届三中全会明确提出,鼓励社会办医,优先支持举办非营利性公立医院。社会资金可直接投向资源稀缺及满足多元需求的服务领域,以多种形式参与公立医院改制重组。^① 这些政策的出台为民营医院的生存和发展提供了机遇。医疗卫生资源如何在民营医院与公立医院之间合理配置? 民营医院的发展潜力如何? 以及民营医院与公立医院的运行效率如何? 这些在一定程度上体现了我国医疗服务行业的发展水平和医疗卫生体制改革的深化程度,也成为决定民营医院与公立医院协同发展的重要因素。随着我国医疗卫生体制改革进程的推进、远程医疗技术的进步及患者就医观念的变革,使得民营医院与公立医院间的竞争关系呈现协同化和复杂化的趋势,其表现有:医疗服务供给定位越来越清晰,致力于创新服务模式,医疗服务项目关联度增加,民营医院与公立医院间服务项目的交互渗透现象更加明显。政府鼓励民营医院的发展,这就打破了公立医院垄断医疗服务供给的格局,实现医疗服务功能互补延伸与协同。

我国城乡居民的健康总体水平持续改善。国际公认的综合反映健康水平的重要指标一般包括婴儿死亡率、人均预期寿命^②、5岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率,上述健康指标已经位居发展中国家前列,达到了中高收入国家的平均水平。我国的人均预期寿命已由中华人民共和国成立初期的35岁、1957年的57岁、1978年的68.2岁提高到2010年的74.8岁。在我国60多年的发展历程里,人均预期寿命延长了39.8岁,但不同时期我国人均预期寿命的增加速率不尽一致,从表1-1中可以看到自2000年以来,我国人均预期寿命呈逐步上升趋势,人均预期寿命显著提高。2008—2012年间,我国婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率都呈现逐年下降趋势(表1-2)。我国孕产妇死亡率从2005年的47.7/10万下降到2013年的23.2/10万(中华人民共和国成立前孕产妇死亡率为1500/10万),目前我国孕产妇死亡率低于中、高收入国家的平均水平,但与经济发达国家相比还有差距。

① 党的十八届三中全会公报《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》。

② 人均预期寿命指出生时预期寿命。



表 1-1 2000 年、2005 年与 2010 年人均预期寿命变化

单位:岁

年份	资料来源	合计	男	女
2000	全国第五次人口普查	71.4	69.6	73.3
2005	人口变动情况抽样调查	73.0	71.0	74.0
2010	全国第六次人口普查	74.8	72.4	77.4

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2013 年中国卫生统计年鉴》。

表 1-2 不同地区婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率比较

项 目	2005	2009	2010	2011	2012	2013
婴儿死亡率/(‰)	19.0	13.8	13.1	12.1	10.3	9.5
5 岁以下儿童死亡率/(‰)	22.5	17.2	16.4	15.6	13.2	12.0

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

二、我国医疗服务市场面临的问题

(一) 居民对医疗服务需求较大

随着经济社会的发展,城乡居民消费观念和消费结构快速转型和升级,人口老龄化不断加重,慢性病患者率逐年提高,我国城乡居民对医疗卫生服务需求不断增加,同时对健康和医疗卫生服务质量有更高的期望,这对我国现有的医疗卫生服务供给方式提出了巨大的挑战。

根据相关统计数据显示,2003 年我国调查地区居民两周患病率是 14.3‰(城市地区为 15.3‰,农村地区为 13.9‰),慢性病患者率为 151.1‰;2008 年我国调查地区居民两周患病率是 18.9‰(城市地区为 15.3‰,农村地区为 13.9‰),慢性病患者率为 199.9‰;2013 年我国调查地区居民两周患病率是 24.1‰(城市地区为 15.3‰,农村地区为 13.9‰),慢性病患者率为 330.7‰^①。通过分析我国调查地区居民两周患病率与慢性病患者率的发展趋势,可以看到我国城乡居民对医疗卫生服务需求呈现不断增长的态势。根据卫生服务调查数据显示,我国城乡居民应就诊而未就诊率一直在 30% 以上,卫生服务需求未能完全实现。

(二) 不同地区居民健康水平不同

我国不同地区居民人均预期寿命存在一定的差异,东部城市和社会经济发展较快的地区(如上海、北京、天津等)人均预期寿命在 2010 年均超过 78 岁,一些城市甚至超过 80 岁,达到目前世界先进发达国家水平;而西部一些经济相对落后的地区(如云南、西藏、青海等)人均预期寿命在 2010 年还不足 70 岁^②。

我国不同地区的婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率存在一定的差异

① 中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

② 中华人民共和国国家卫生健康委员会《2013 年中国卫生统计年鉴》。



(表 1-3),2013 年我国城市地区婴儿死亡率为 5.2‰,农村地区为 11.3‰,农村地区约为城市地区的 2.2 倍,与前几年相比差距有所减少;2013 年我国城市地区 5 岁以下儿童死亡率为 6.0‰,农村地区为 14.5‰,农村地区约为城市地区的 2.4 倍;2013 年我国城市地区孕产妇死亡率为 22.4/10 万,农村地区为 23.6/10 万。这些数据表明我国不同地区居民的健康水平的差异虽然在逐渐减小,但仍存在一定的差异,有些方面的地区差异显著。

表 1-3 监测不同地区婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率比较

	2005	2009	2010	2011	2012	2013
婴儿死亡率/(‰)						
城市	9.1	6.2	5.8	5.8	5.2	5.2
农村	21.6	17.0	16.1	14.7	12.4	11.3
5 岁以下儿童死亡率/(‰)						
城市	10.7	7.6	7.3	7.1	5.9	6.0
农村	25.7	21.1	20.1	19.1	16.2	14.5
孕产妇死亡率(1/10 万)						
城市	25.0	26.6	29.7	25.2	22.2	22.4
农村	53.8	34.0	30.1	26.5	25.6	23.6

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

(三) 医疗卫生资源总量不足,结构有待调整

我国医疗卫生服务体系建设经历了不同的发展阶段,形成了以公有制为主导、多种所有制形式并存、城乡二元结构为特点的格局。经过几十年的发展,目前我国公立医院数量已具有相当的规模,医疗卫生服务人员总量也增长较快,但我国人口众多,与其他发达国家相比,医疗卫生资源总体水平较低。同时我国城乡卫生服务利用存在明显差异,医疗卫生资源配置仍存在不合理现象。

1. 医疗卫生资源总量仍然不足

截至目前,我国拥有约 22%的世界人口数,而卫生总费用仅占世界卫生总费用的 2%,卫生经费投入不足,优质医疗资源严重缺乏是长期存在的突出问题^①。与其他国家相比,2012 年美国卫生总费用占 GDP 的比例为 17.9%,而我国 2012 年卫生总费用占 GDP 的比例为 5.4%;2006—2013 年美国每万人口拥有医生数为 24.5,中国每万人口拥有医生数为 15.1,可以看到我国医疗卫生资源总量仍然不足。

2. 卫生技术人员配置存在较大的地域差异

通过分析 2013 年我国各地区每千人口卫生技术人员数可以看到,城市和农村、东部和中西部地区卫生技术人员配置仍存在较大的差异。2013 年城市每千人口卫生技术人员数约为农村地区的 2.52 倍,其中城市每千人口执业(助理)医师数约为农村的 2.29 倍,城市

① 中华人民共和国国家卫生健康委员会《“健康中国 2020”战略研究报告》。



每千人口注册护士数约为农村的 3.28 倍。东部地区每千人口卫生技术人员数约为中部地区的 1.38 倍,约为西部地区的 1.33 倍;其中东部地区每千人口执业(助理)医师数约为中部和西部地区的 1.39 倍;东部地区每千人口注册护士数约为中部地区的 1.41 倍,约为西部地区的 1.39 倍(表 1-4)。

表 1-4 2013 年各地区每千人口卫生技术人员数

地区	卫生技术人员数			执业(助理)医师数			注册护士数		
	合计	城市	农村	合计	城市	农村	合计	城市	农村
总计	5.27	9.18	3.64	2.04	3.39	1.48	2.04	4.00	1.22
东部	6.31	10.20	4.06	2.48	3.81	1.71	2.48	4.37	1.39
中部	4.56	8.68	3.27	1.79	3.16	1.36	1.76	3.94	1.08
西部	4.76	7.91	3.63	1.79	2.90	1.39	1.78	3.41	1.20

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

3. 不同地区医疗卫生机构床位数存在显著差异

从不同地区每千人口拥有的医疗卫生机构床位数的角度分析,2013 年底我国城市每千人口医疗卫生机构床位数约为农村的 2.20 倍,东部地区每千人口医疗卫生机构床位数和中部、西部地区相差不大(见表 1-5)。

表 1-5 2013 年我国各地区每千人口医疗卫生机构床位数 单位:张

地区	每千人口医疗卫生机构床位数			每千农业人口乡镇卫生院床位数
	合 计	城 市	农 村	
总计	4.55	7.36	3.35	1.30
东部	4.41	7.46	3.37	1.31
中部	4.54	7.88	3.05	1.20
西部	4.83	6.62	3.67	1.39

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

(四) 疾病发病和死亡模式转变,疾病负担仍然沉重

随着社会的转型和经济的迅速发展,人口老龄化和疾病谱的转变是我国卫生工作所面临的挑战。我国老龄化进程表现出“两高、两大、两低”的基本特征,即高速、高龄、基数大、差异大、社区养老社会水平低、自我养老和社会养老意识低。快速的老龄化带来了疾病谱的转变、医疗保障体系不健全等问题,同时也使我国疾病负担更加沉重。

1. 慢性非传染性疾病成为威胁我国城乡居民健康的主要疾病

通过分析 2013 年我国城乡居民主要疾病死亡率及构成(表 1-6),以及 2003 年和 2008 年我国城乡居民两周患病率情况(表 1-7),可以看到我国居民的疾病谱和死因谱都发生了明显的改变,慢性非传染性疾病(包括心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等)已成为我国居民的最主要健康威胁。目前大多数国家的主要死因都为慢性非传染性疾病,这类疾病已成为全球的一个重要的公共卫生问题。慢性非传染性疾病病因复杂,发病与职业、环境、行为等多因素有关;潜伏期较长,没有明确的患病时间;病程长,随着疾病的发展,对健康损伤严



重;很难彻底治愈,表现为不可逆性等特点,因此又被称为“生活方式疾病”。

表 1-6 2013 年我国城乡居民主要疾病死亡率及构成

疾 病 名 称	城 市			农 村		
	死亡率 (1/10 万)	构成 /(%)	位次	死亡率 (1/10 万)	构成 /(%)	位次
传染病(含呼吸道结核)	6.93	1.12	8	7.94	1.21	8
寄生虫病	0.04	0.01	17	0.06	0.01	17
恶性肿瘤	157.77	25.47	1	146.65	22.38	2
血液、造血器官及免疫疾病	1.27	0.21	15	1.16	0.18	15
内分泌、营养和代谢疾病	17.12	2.76	6	11.76	1.79	7
精神障碍	2.86	0.46	11	2.72	0.41	11
神经系统疾病	6.85	1.11	9	6.81	1.04	10
心脏病	133.84	21.60	2	143.52	21.90	3
脑血管病	125.56	20.27	3	150.17	22.92	1
呼吸系统疾病	76.61	12.37	4	75.32	11.49	4
消化系统疾病	15.78	2.55	7	15.19	2.32	6
肌肉骨骼和结缔组织疾病	1.71	0.28	14	1.60	0.24	14
泌尿生殖系统疾病	6.44	1.04	10	6.96	1.06	9
妊娠、分娩产褥期并发症	0.11	0.02	16	0.15	0.02	16
围生期疾病	2.02	0.33	12	2.50	0.38	12
先天畸形、变形和染色体异常	1.98	0.32	13	2.13	0.32	13
损伤和中毒外部原因	39.01	6.30	5	57.14	8.72	5
诊断不明	2.83	0.46		2.03	0.31	
其他疾病	8.71	1.41		7.66	1.17	

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2014 年中国卫生统计年鉴》。

表 1-7 2003 年和 2008 年我国城乡居民两周患病率情况

排序	2003 年		2008 年	
	疾病名称	患病率 MR/(‰)	疾病名称	患病率 MR/(‰)
1	急性上呼吸道感染	20.4	高血压	31.4
2	急性鼻咽炎	17.8	急性上呼吸道感染	18.2
3	高血压	11.9	急性鼻咽炎	15.4
4	胃肠炎	10.5	胃肠炎	13.6
5	流行性感冒	5.8	类风湿关节炎	7.6
6	类风湿关节炎	5.1	椎间盘疾病	6.8
7	慢性阻塞性肺疾病	3.8	糖尿病	6.0

续表

排序	2003 年		2008 年	
	疾病名称	患病率 MR/(%)	疾病名称	患病率 MR/(%)
8	脑血管病	3.7	脑血管病	5.8
9	椎间盘疾病	2.8	流行性感胃	4.4
10	胆结石胆囊炎	2.5	慢性阻塞性肺疾病	4.1

资料来源:中华人民共和国国家卫生健康委员会《2013 年中国卫生统计提要》。

2. 健康危险因素的广泛存在影响人群健康

随着生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,当前的健康危险因素已远远超过了生物学范畴。健康危险因素的种类很多,从社会医学的角度看,影响健康的因素包括遗传因素、环境因素、生活方式与行为、卫生服务四大类。健康危险因素从可控性的角度又分为可控和不可控两大类,可控因素是指能够通过干预措施或行为改变而减少或消除对健康有影响的因素,如吸烟、酗酒、身体活动不足、不健康饮食、不安全性行为、药物滥用等;不可控因素包括性别、年龄、种族、家族遗传史等。

目前我国城乡居民不健康的生活方式与行为影响着人群健康。不健康的生活方式与行为主要包括以下方面。①烟草的使用。我国是世界上烟草生产和消费量最大的国家,约占世界烟草消费总量的 30% 以上,过去几十年我国卷烟生产、进口和销售均呈现增长的趋势。②酗酒。我国制酒历史悠久,品种繁多,名酒荟萃,享誉中外。适量饮酒不会对成人造成身体伤害,但酗酒会引起许多疾病,包括神经性功能障碍和损害、肝硬化、心脑血管疾病、肿瘤等,此外酗酒还会带来诸多家庭和社会问题。③不合理膳食。不合理膳食包括不良的膳食习惯或膳食结构不合理,其影响包括挑食、偏食等导致某些营养素缺乏引起的疾病,暴饮暴食引起的疾病,以及膳食结构不平衡导致的疾病等。④缺乏运动和锻炼。随着社会经济和科学技术的发展,过去许多繁重的体力劳动已逐渐由现在的自动化设备代替,人们的劳动强度逐渐下降。由于体力活动减少,加上长期静坐,缺乏必要的运动和锻炼,由此引发的健康危害不容忽视。⑤药物滥用和不安全性行为。药物滥用和不安全性行为不仅会直接伤害身体,而且会导致某些疾病的传播,对社会造成严重的危害。

我国环境污染加重对人群健康带来新的威胁。根据世界卫生组织的相关报告,全球疾病负担的 24% 及总死亡的 23% 可归因于环境因素。我国环境污染主要包括大气环境污染、水体环境污染、污染物排放等。

3. 我国因疾病带来的经济负担仍然较重

随着疾病发病和死亡模式的转变,我国疾病的防治工作又面临新的挑战。一方面,传染性疾病的防治任务依然较重,中国与世界各国的合作日趋紧密,使得传染性疾病的防治工作面临更大的压力。继 2003 年 SARS 暴发以后,我国又相继出现了禽流感、手足口病和甲型 H1N1 流感等大型疫情,对我国民众健康造成威胁。另一方面,慢性非传染性疾病已成为威胁我国城乡居民健康的主要疾病,由于其影响因素的复杂性与广泛性,以及危害的日趋严重性,给我国经济带来了巨大的压力。根据《2014 年中国卫生统计年鉴》显示,2013 年调查地区按人数计算居民慢性病患者率为 245.2‰(2003 年慢性病患者率为 151.1‰,2008 年慢性病患者率为 199.9‰),65 岁及以上的老年人慢性病患者率为 539.9‰。