

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

HEALTH CARE FINANCING AND ORGANIZATION
IN POOR RURAL AREAS OF CHINA

30个贫困县数据集

DATA OF 30 POVERTY COUNTIES



中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组
HEALTH CARE FINANCING AND ORGANIZATION
IN POOR RURAL AREAS OF CHINA
PROJECT GROUP

人民卫生出版社

99.2

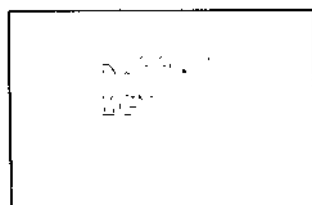
图书馆

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

Health Care Financing and Organization
in Poor Rural Areas of China

30 个贫困县数据集

Data of 30 Poverty Counties



北医大图书馆

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组

Health Care Financing and Organization
in Poor Rural Areas of China
Project Group

人民卫生出版社



A 1 C 0 1 8 5 6 7 2 4

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

30 个贫困县数据集

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16 开本 12 $\frac{1}{2}$ 印张 289 千字

1998 年 7 月第 1 版 1998 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数:00 001—1570

ISBN 7-117-02993 -5/R · 2994

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本研究系由中国卫生经济培训与研究网络承担,为中国农村贫困地区卫生保健筹资及组织研究的一部分,本课题研究领导小组由中方政策顾问魏颖、朱庆生、刘新明和核心研究人员罗五金、胡善联、杜乐勋六人组成,哈佛大学公共卫生学院肖庆伦、刘远立及叶志敏是国外对该课题的合作研究人员。该课题得到联合国儿童基金会(UNICEF),国际卫生政策组织(IHPP)和中华人民共和国卫生部的资助。联合国儿童基金会北京办事处 Robert Parker, Suomi Sakai 和 Renoud Decoster 也参与课题指导。

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

课题组成员

核心研究成员 罗五金 胡善联 杜乐勋

课题研究人员	同济大学	韩雷亚	郑先荣	陈迎春	姚 岚
	上海医科大学	程晓明	陈兴宝	叶 露	刘松涛
	哈尔滨医科大学	官日昉	马 进	高广颖	刘国祥
		鞠秀荣	马 燕	李 斌	
	卫生经济研究所	傅 卫	赵竹岩	王禄生	李卫平
		刘克军			
	北京医科大学	汪 宏	邢元军	吴 明	张 硕
		张里程			
	华西医科大学	毛正中	龚志平	蒋家林	阎正民
		张 平			
	西安医科大学	张 静	宋云杰	毛 瑛	

政策分析顾问 魏 颖 朱庆生 刘新明

前言

“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织”是中国卫生经济培训与研究网络与美国哈佛大学公共卫生学院合作进行的研究项目。本项研究是为解决中国农村贫困地区卫生保健资金的筹集、分配与使用,阻止贫困地区农民因病致贫、因病返贫,提高农民群众对基本医疗卫生服务的可及性,并就如何解决相关的组织与管理问题的一项综合性的政策研究。

研究是在联合国儿童基金会(UNICEF)、国际卫生政策规划组织(IHPP)和卫生部提供资助下,由中国卫生经济培训与研究网络各成员单位在课题组的具体组织下共同完成的。到目前为止,课题研究已经历三个阶段:第一阶段课题组系统地综述了有关中国农村地区特别是贫困地区卫生保健筹资及组织、妇幼卫生筹资和卫生总费用研究方面的文献和各级政府的相应文件;第二阶段,课题组完成了分布在14个省的114个贫困县的基础调查,并撰写了一系列的调查分析报告;第三阶段,对114个县中的30个县、180个乡(镇)、534个行政村、11353居民户和50115名农村居民进行了深入的调查,对收集的数据经过严格的交叉逻辑检查和校对,并先后在同济医科大学卫生管理干部培训中心和美国哈佛大学公共卫生学院卫生保健筹资研究所(Program in Health Care Financing)分别进行了二个月的数据分析工作;在大量的技术报告的基础上,形成了相互联系的六个政策分析报告。

在此期间,课题组的主要研究人员还对东南亚三个国家农村贫困地区的卫生保健筹资及组织进行了较为全面的考察,以期借鉴他国的经验;还组织了国内包括若干相关部委在内的高层次政策制定人员的研讨会,并举办了一次高水平的国际研讨会,其课题组的六个政策分析报告引起了国内外专家和中国政府高层领导人的高度重视和强烈反响。

由于该课题规模大,研究深入,政策性强,有关研究成果已作为中国争取世界银行卫生贷款项目Ⅷ的基本背景材料。国务院研究室对本研究的成果给予了高度的评价,并将其摘要送国家高层领导参阅和应用于全国卫生工作会议。目前,在全国卫生工作会议和各省、地(市)、县各级政府的卫生工作会议相继召开的大好形势下,我国城乡卫生改革与发展开始进入一个新的阶段。为了把本研究成果推向社会,使其在我国农村特别是农村贫困地区的卫生改革与发展中发挥应有的作用,中国卫生经济培训与研究网络决定在该课题继续其第四个阶段研究工作即全国10个贫困县进行合作医疗示范研究的同时,将前三个阶段的主要研究成果分三册出版。它们包括:

第一册:114个贫困县的调查报告及文献综述

第二册:30 个贫困县的政策分析报告及东南亚考察报告

第三册:30 个贫困县的数据集

我们渴望得到来自各个方面的批评、指导和评价,携手迎接我国农村卫生改革与发展的新高潮!

中国卫生经济培训与研究网络
“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织”课题组
一九九七年十月

目 录

第一部分 调查内容和方法	(1)
一、调查内容	(1)
二、调查方法	(3)
三、数据质量的控制	(4)
第二部分 调查结果分析	(5)
县基本情况调查结果分析	(5)
县级卫生机构调查结果分析	(9)
乡卫生保健筹资与组织调查结果分析	(13)
村卫生保健筹资与组织调查结果分析	(15)
个人健康与卫生服务利用调查结果分析	(17)
家庭经济状况及筹资意向调查结果分析	(25)
乡、村干部意向调查结果分析	(26)
第三部分 调查结果分析表	(27)
县基本情况调查结果分析表	(27)
县级卫生机构调查结果分析表	(52)
乡卫生保健筹资与组织调查结果分析表	(85)
村卫生保健筹资与组织调查结果分析表	(97)
个人健康及卫生服务利用调查结果分析表	(108)
家庭状况及户主筹资意向调查结果分析表	(174)
乡、村干部意向调查结果分析表	(190)
致谢	(192)

第一部分

调查内容和方法

一、调查内容

“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织研究”第二阶段调查内容包括县、乡、村基本情况调查,各类卫生机构调查,居民户经济状况及个人卫生服务利用状况,县、乡、村干部以及居民对集资医疗的意愿调查。

(一)县基本情况调查内容包括

1. 全县人口状况、一般社会经济发展状况、居民的贫困状况及社会救济情况;
2. 全县财政收支、政府卫生支出、卫生事业费的分配、使用情况、“三项建设”资金状况;
3. 全县卫生机构、卫生人力、物力、财力状况,村级卫生机构情况等;
4. 全县卫生机构的服务提供状况,孕产妇、儿童系统保健情况等;
5. 1978~1993年间全县基本情况调查:人口、社会经济、政府卫生支出、卫生事业费、卫生机构人力、财力、物力、收支状况及服务提供。

(二)区、乡卫生保健筹资与组织调查内容包括

1. 全乡自然地理条件、行政区划、人口状况、居民健康状况、居民贫困状况及社会经济状况等;
2. 乡财政收支与卫生投入情况;
3. 初级卫生保健:工作开展情况及费用状况;
4. 卫生人力状况;
5. 区、乡卫生机构情况:医疗机构的性质、经营方式、筹资与组织方式;
6. 医疗保障制度情况:公费、劳保医疗状况、村集资医疗情况;
7. 计划免疫与妇幼保健工作服务量与费用情况。

(三)村卫生保健筹资与组织调查内容包括

1. 一般情况:地理条件、人口状况、居民健康状况、社会经济状况;
2. 集资医疗的历史与现状;
3. 村卫生人力状况;
4. 村卫生机构卫生人员、村干部、乡村教师的劳动报酬及来源;

5. 妇幼卫生指标。

(四)县级防治防疫机构、妇幼保健机构、医疗机构卫生保健筹资与组织调查内容包括

1. 各机构卫生人力状况；
2. 收支状况；
3. 固定资产及仪器、设备拥有状况；
4. 卫生服务提供情况；卫生服务量及卫生服务项目。

(五)区、乡卫生院卫生保健筹资与组织调查内容包括

1. 卫生机构规模及人力状况；
2. 医疗保健服务提供情况；
3. 卫生院收支状况；
4. 卫生院仪器设备拥有量及使用情况。

(六)村级医疗网点卫生保健筹资与组织调查内容包括

1. 医疗网点的筹资与组织形式；
2. 卫生机构的规模：仪器、设备、房屋、药品、资产、卫生人力；
3. 卫生服务提供情况；
4. 卫生机构业务收支及乡村医生报酬情况。

(七)家庭状况及户主筹资意向调查内容包括

1. 家庭的人口、财产、收支状况；
2. 就医行为与费用；
3. 对集资医疗的评价及意愿。

(八)个人健康与卫生服务利用内容包括

1. 个人一般情况调查：性别、年龄、职业、文化程度、享受的医疗保障制度等；
2. 调查前两周内患病、休工休学、卧床情况；
3. 调查前两周内因病就诊情况：次数、费用、就诊机构、未就诊原因等；
1. 1993 年因病住院情况：次数、天数、费用、住院机构、未住院原因等；
5. 0~6 岁儿童计免服务情况；
6. 15~49 岁育龄妇女 1993 年孕产情况、接受妇幼保健、计划生育服务情况。

(九)乡村干部意向调查内容包括

1. 乡村干部自身基本情况；
2. 乡村干部对农民状况了解情况；
3. 乡村干部对集资医疗的态度。

二、调查方法

(一)抽样的方法

1. 30个县抽样

抽样原则:从对114个县的资料分析来看,所调查的114个县能够代表我国目前300多个贫困县的水平。本次调查的30个县从原调查的114个县中抽取,抽样遵循的原则为:

(1)代表性原则:

30个县代表中国目前最贫困的地区,能够确实反映农村贫困地区的经济及健康状况、文化素质、地理环境等。

①经济与健康状况代表性:反映农村贫困地区的经济及健康水平,属中国农村经济及健康水平最差的地区,以婴儿死亡率、人均GNP和村卫生室合作医疗比例等指标衡量。

②地理与文化背景的代表性:我国的贫困地区约85%分布在山区和丘陵地带,其中绝大部分在山区;同时又以边远少数民族地区为多,其地理环境、文化素质、文化传统又各有特征。因此,在抽样时考虑到其地理条件、文化背景和民族特点等代表性。

(2)典型性原则:

一定程度的典型化,可以适当增加样本指标的离散趋势,扩大代表范围。典型性原则主要从以下两个方面考虑:

①集资医疗办医模式典型:有特色的集资医疗形式是本次抽样要考虑的最主要的典型因素,它能够在今后的研究提供方向。

②“脱贫”典型:近几年经济发展快、健康状况改善幅度大的县是应该掌握的典型。因为“脱贫”地区的“今天”可能预示着贫困地区的“明天”,我们的研究正是为了“明天”的政策制订进行的研究。

根据抽样原则,以婴儿死亡率、人均GNP、孕产妇死亡率、村卫生室合作医疗比例%(筹资方式)和地理状况以及贫困县级别,作为对县抽样的标识指标。首先选取婴儿死亡率 $\geq 75\%$ 且合作医疗比例 $> 0\%$ 的12个县作为本次研究的对象。然后,在考虑婴儿死亡率、合作医疗比例、地理、地域或可能等因素的基础上选择了另外18个县作为研究对象。

2. 样本县乡、村两级和户抽样原则和框架

30个县、乡、村及居民抽样原则和框架

方 法	框 架	结 果
有筹资方式首选 按乡人均收入排列 按乡人口数排列	县 乡 乡 乡 乡 乡 乡	在全县所有乡中选出六个乡,等距离选取
有筹资方式首选 按村人均收入排列 按乡人口数排列	村 村 村 村 村 村	在全乡所有村中选出3个村,等距离选取
以自然村为单位整群抽取	居民户 每村42户 共126户 居民户 每村42户 共126户 居民户 每村42户 共126户	自然村户数 ≥ 42 户,抽样42户。自然村 < 42 户,整群抽取后,不足者到邻近村整群抽取,直至满12户为止

（二）调查对象

本次调查对象为：13 个省的 30 个贫困县，为安徽省潜山县，湖北省竹山县，广西省的天峨县，四川省的盐源县、普格县、昭觉县、喜德县，云南省的大姚县、腾冲县、澜沧自治县、福贡县，贵州省的威宁县、荔波县、镇宁县、三都县，山西省的五寨县，内蒙古自治区的鄂托克旗、乌审旗，陕西省的西乡县、岚皋县、镇安县、横山县，甘肃省的永靖县、广河县，青海省的平安县、库泽县，宁夏回族自治区的固原县，新疆维吾尔自治区的阿图什县、墨玉县、洛浦县；各县所属的共 33 个县级防治防疫机构（其中 30 个卫生防疫站，3 个专科防治机构）；各县所属的共 58 个县级妇幼保健机构；各县所属的共 50 个县级医疗机构（含县医院和县中医院）；各县中抽取的共 180 个区、乡；各区、乡所属的共 192 个乡镇卫生院；区、乡中抽取共 534 个村；各村所属的共 445 个村医疗网点，其中 262 个村卫生室，149 个个体医，34 个其它医疗网点；共 11,353 户居民户及各户共 53,115 人；各乡、村干部 2,321 人。

（三）调查方式及资料来源

本次调查采用现场调查的方式调查，调查工具为调查表，调查的形式有横断面抽样调查，也有时间序列的调查。

本次调查的县、乡、村基本情况均来源于财政局、统计局、卫生局、计划委员会、民政局、扶贫办、计划生育委员会、企业局、劳动局、农业局等部门的各类统计报表和财务报表；各级各类卫生机构的资料来源于其统计报表和财务报表；居民户情况及县、乡、村干部的意向调查采取直接向本人询问的方式现场调查而来。

三、数据质量的控制

（一）调查质量的控制

为保证调查质量，本次调查表的设计通过多次会议讨论，最后通过预调查后才确定；6 所医科大学卫生经济学教师及卫生部卫生经济研究所卫生经济研究人员于 1994 年 3 月接受了 3 天统一的调查培训，成为本次调查的技术指导和质量监督人员；技术指导人员按照本次调查的统一规定，对 30 个县调查小组成员（以各县、乡的统计人员、卫生机构防保人员及财务人员组成）进行了调查培训。按统一要求，于 1994 年 4 月～5 月完成了 30 个县所有资料的调查，技术指导人员对各地的调查资料进行现场审查。

（二）资料录入质量的控制

在资料录入过程中，采取二次录入数据对比及逻辑检查的方式，控制数据录入的质量。

第二部分

调查结果分析

县基本情况调查结果分析

一、调查县一般社会经济状况(1993 年)

1. 调查县规模

本次调查的 30 个贫困县 1993 年的规模为:每县总户数在 8146 户至 214945 户之间,平均 61843 户;每县平均人口数在 44339 人至 916474 人之间,平均为 268734 人;每县农业人口数在 42882 人至 884267 人之间,平均为 246789 人;农业人口占总人口的比重在 76.36%至 96.98%间,平均为 91.83%。

2. 调查县社会人口学特征

调查结果显示:1993 年 30 个贫困县平均孕产妇死亡率和平均婴儿死亡率均较高。孕产妇死亡率平均为 195.75/10 万,而且有的县高达 611.071/10 万;婴儿死亡率平均为 55.53‰,最高的达 127.85‰。

3. 调查县社会经济状况

本次调查结果显示:所调查的 30 个县社会经济发展水平低下,政府财政状况均很差,而且农民经济水平较低。调查县 1993 年平均每县社会经济状况:人均国民生产总值为 1778.70 元,平均每县年国民生产总值为 47799.77 万元;人均财政收入为 62.827 元,平均每县财政收入为 1688.39 万元;人均财政支出为 138.632 元,平均每县财政支出为 3725.50 万元;所有县均为财政超支县,平均每县财政超支 2037.11 万元;财政自给程度平均为 0.47;农民人均年纯收入为 457.31 元。

4. 调查县农民的收支状况

调查结果显示:农民的生活消费支出占年人均纯收入的比重很高,有很多县农民出现超支;居民生活消费支出中仍以食品支出占重大比重,有的达 77.16%;医疗及药品支出占生活消费支出的比重在 0.63%~17.19%间,占年人均纯收入的比重在 0.55~9.80%间。

5. 调查县贫困及因病致贫状况

调查结果显示:调查县居民生活贫困,且因病致贫现象严重。在所调查的 30 个贫困县中,1993 年因病致贫户平均每县为 1943 户,占贫困户的 15.05%;因病申请救济的户数平均每县为 1203 户,占申请救济户的 26.21%;平均每县社会救济款为 31.36 万元。

二、调查县政府预算内卫生支出状况(1993 年)

1. 调查县政府预算内卫生支出

调查县 1993 年:平均每县政府预算内卫生支出(包括卫生事业费、中医事业费、计划生育经费、公费医疗经费、预算内卫生基建投资、医学科研及其他支出)为 350.36 万元,占财政支出的 9.40%,人均政府预算内卫生支出为 13.04 元;平均每县卫生事业费为 165.04 万元,占财政支出的 4.43%,人均卫生事业费为 6.14 元。

2. 调查县政府各项预算内卫生支出的构成

调查县 1993 年政府各项预算内卫生支出占政府预算内卫生支出的比重为:卫生事业费占 47.10%,中医事业费占 2.60%,计划生育经费占 14.30%,公费医疗经费占 27.77%,医学科研及其他支出占 0.19%,卫生基建投资占 8.04%。

3. 卫生事业费分项支出

调查县 1993 年卫生事业费分项支出构成显示:在卫生事业费的分配中,医疗机构经费所占比重较高,而防治防疫事业费,妇幼保健事业费所占比重仍较低,在很多县没有合作医疗补助费。平均每县卫生事业费分项支出占卫生事业费的比重分别为:医院经费占 28.03%,乡卫生院补助费占 34.28%,防治防疫事业费占 15.81%,药品检验事业费占 0.68%,妇幼保健事业费占 6.51%,中等专业学校经费占 1.47%,处理群众医疗欠费占 1.08%,合作医疗补助费占 1.07%,干部培训费占 1.00%,托儿所经费占 0.02%,其他卫生事业费占 10.14%。

4. 政府预算内卫生基建投资情况

调查县 1993 年平均每县政府预算内卫生基建投资额为 28.17 万元,占政府预算内基建投资的 4.97%。

5. 调查县“三项建设”资金的分配状况

调查结果显示:1993 年,调查县“三项建设”资金主要用于乡镇卫生院,占 59.47%;其次为妇幼保健院,占 26.21%;最低为卫生防疫站,占 14.32%。

1993 年三项建设资金在使用方向上主要用于基本建设的投入,基本建设投入占 91.97%;房屋维修占 7.91%;设备购置占 4.36%。

三、调查县卫生机构基本情况(1993 年)

1. 调查县卫生部门医疗机构基本情况

调查县平均每县拥有:卫生部门医疗机构 30 个;年平均职工 461.56 人;开放床位数 345.47 张;总房屋面积 28585.49m²,其中业务用房面积 17181.20m²,占总房屋面积 60.9%;固定资产总值 435.08 万元,其中专用设备 74.46 万元,占 17.1%;年门诊人次 265150.5 人次;实际占用总床日 77338.82 床日。

调查县平均每县拥有卫生部门县级医疗机构 1.67 个;平均职工 190.90 人;开放床位数 174.07 张;房屋总面积 11953.44m²,其中业务用房面积 6864.72m²,占 57.5%;固定资产总值 233.64 万元,占全县卫生部门医疗机构固定资产总值的 53.7%;专用设备 50.75 万元,占固定资产总值的 21.8%,占全县卫生部门的医疗机构专用设备的 68.1%;年门诊 60815.57 人次,占全县卫生部门医疗机构年门诊总人次的 22.9%;年实际占用病床日

35466.25 床日, 占全县卫生部门医疗机构年实际占用床日的 45.9%。

调查县平均每县卫生部门乡级医疗机构情况: 乡级医疗机构 24.37 个; 职工人数 231.82, 床位 186.10 张; 房屋总面积 14921.81m², 占全县卫生部门医疗机构房屋总面积的 52.20%; 业务用房面积为 5101.93m², 占全县卫生部门医疗机构业务用房面积的 29.69%; 固定资产总值为 154.07 万元, 占全县卫生部门医疗机构固定资产总值的 35.41%; 其中专用设备 18.92 万元, 占固定资产总值的 12.28%, 占全县卫生部门医疗机构专用设备值的 25.41%; 年门诊 149113.5 人次, 占全县卫生部门医疗机构年门诊量的 56.24%; 年实际占用总床日为 20366.38, 占全县卫生部门医疗机构年占用床日的 26.33%。

2. 调查县预防保健机构基本情况

本次调查 30 县平均每县拥有预防保健机构 2.43 个; 平均职工 68.98 人; 固定资产总值为 99.74 万元, 其中专用设备 21.09 万元, 占 21.14%; 房屋及建筑物总面积为 3932.3m², 价值 46.10 万元; 有偿服务收入为 7.72 万元; 有偿服务支出为 6.62 万元。

本次调查 30 县平均每县拥有防治防疫机构 1.33 个; 平均职工 43.60 人; 固定资产总值 54.25 万元, 其中专用设备 15.44 万元, 占 28.46%; 房屋及建筑物总面积为 2325.5m², 价值 25.19 万元; 有偿服务收入为 5.20 万元; 有偿服务支出为 4.37 万元。

本次调查 30 县平均每县拥有妇幼保健机构 1.07 个; 平均职工 22.88 人; 固定资产总值 25.99 万元, 其中专用设备 5.58 万元, 占 21.47%; 房屋及建筑物总面积为 1010.1m², 价值 18.96 万元; 有偿服务收入为 3.45 万元; 有偿服务支出 2.98 万元。

四、调查县卫生部门医疗机构收支状况(1993 年)

1. 调查县卫生部门医疗机构业务收入

调查结果显示: 调查县卫生部门医疗机构业务收入中, 药品收入所占比重很大。

1993 年 30 个调查县平均每县卫生部门医疗机构业务收入构成: 总业务收入为 357.03 万元, 其中: 医疗收入 98.97 万元, 占 27.72%; 药品收入 238.97 万元, 占 66.93%; 制剂收入 5.43 万元, 占 1.52%; 其他收入 12.57 万元, 占 3.52%。平均每县医疗收入中: 门诊医疗收入 35.57 万元, 占 35.94%; 住院医疗收入为 61.13 万元, 占 61.74%; 业余医疗收入 0.95 万元, 占 0.96%; 其他医疗收入 1.36 万元, 占 1.37%。平均每县药品收入中: 门诊药品收入为 136.65 万元, 占 57.18%; 住院药品收入为 102.33 万元, 占 42.82%。

2. 调查县卫生部门医疗机构支出状况

1993 年 30 个调查县平均每县卫生部门医疗机构支出合计为 403.89 万元, 其中: 医疗支出 184.21 万元, 占 45.61%; 药品支出 213.63 万元, 占 52.89%; 制剂支出为 4.19 万元, 占 1.04%。

五、调查县村级卫生状况(1993 年)

1. 调查县村级卫生组织拥有量

在所调查的 30 个县中, 平均每县拥有村卫生室 140 个, 乡村医生 208 人, 卫生员 109 人。

2. 调查县村卫生室办医形式构成

在所调查的 30 个县中,平均每县村卫生室办医形式的构成为:集体办医占 46.15%;集体承包占 5.68%,个人承包占 47.26%;乡村联办占 4.32%,医生联办占 5.02%。

六、调查县防保工作情况分析(1993 年)

调查县“四苗”全程接种覆盖率为 87.07%,孕产妇系统管理覆盖率为 5.08%,食品从业人员受检率为 95%,安全卫生水饮用率为 41.46%,法定传染病的漏报率为 7.20%。

七、调查县 1978~1993 年间基本情况调查结果分析

平均每县 1978~1993 年间,人口年均增长 1.28%;农业人口年均增长 0.97%;国内生产总值年均增长 13.78%,人均国内生产总值年均增长 12.34%;国民收入年均增长 14.52%,人均国民收入年均增长 13.07%;财政收入年均增长 12.38%,人均财政收入年均增长 10.95%;财政支出年均增长 11.55%,人均财政支出年均增长 10.13%;政府卫生支出年均增长 11.05%,人均政府卫生支出年均增长 9.64%,略低于财政支出增长速度,政府卫生支出占财政支出比重年均增长-0.45%;卫生事业费年均增长 9.31%,人均卫生事业费年均增长 8.82%,低于财政支出的发展速度,卫生事业费占财政支出的比重年均增长-2.00%。

县级卫生机构调查结果分析

一、防治防疫机构调查结果分析

本次调查防治防疫机构共 33 个。

1. 防治防疫机构人员状况(1993 年)

(1) 防治防疫机构人员的职务构成

在所调查的 33 个防治防疫机构中,1993 年平均每机构拥有人员 40.5 人,其中:卫技人员 28.7 人,占 70.87%;管理人员 1.8 人,占 4.44%;工勤人员 3.6,占 8.89%。

(2) 防治防疫机构卫技人员的年龄构成

在所调查的防治防疫机构中,卫技人员主要集中在 30 岁左右,其中 30~39 岁组的卫技人员所占比重最高,平均每机构为 13.7 人,占卫技人员的 47.73%;其次为 20~29 岁组,平均每机构为 7.4 人,占 26.13%;再次为 40~49 岁组,平均每机构 4.6 人,占 16.06%;再依次为 50~59 岁组,小于 20 岁组,60 岁及以上组,其卫技人员所占比重最低。

(3) 防治防疫机构卫技人员的学历构成

调查结果显示:在所调查的防治防疫机构中,卫技人员主要是中专毕业生,本科及以上学历的人员很少,其中有 20 个县(即 66.7%的调查县)的防治防疫机构中没有本科及以上学历的卫技人员。在所调查的防治防疫机构中,平均每机构卫技人员的学历构成为:人数最多为中专学历者 20.2 人,占 70.38%,其次为无专业学历者,5.3 人,占 18.47%;再次为大专学历者,2.3 人,占 8.01%;最少为本科及以上学历者,仅有 0.9 人,占 3.13%。

(4) 防治防疫机构卫技人员职称构成

调查结果显示:在所调查的防治防疫机构中,以师级职称卫技人员居多,平均每机构有 13.6 人,占 47.39%;其次为士级卫技人员,平均每机构有 8.5 人,29.62%;再次为主治(管)级卫技人员,平均每机构有 5.1 人,占 17.77%;平均每机构有员级卫技人员 1.2 人,占 4.18%;主任(副)级卫技人员最少,在所调查的 30 个县中,80%的县没有该职称人员,平均每机构只有 0.2 人,占 0.70%。

2. 防治防疫机构资产状况(1993 年)

(1) 防治防疫机构房屋状况

调查结果显示:所调查的防治防疫机构的危房面积所占的比重仍很高。平均每机构危房面积为 488.86m²,占总建筑面积(1974.62m²)的 24.76%;平均每机构业务用房面积 841.1m²,占 42.60%;平均每机构生活用房面积为 942.64m²,占 47.74%。

(2) 防治防疫机构资产值

在所调查的防治防疫机构中,平均每机构固定资产总值为 40.14 万元;房屋及建筑物价值为 22.57 万元。1000 元~10000 元的仪器,平均每机构 10.75 台,价值 3.92 万元;