



全球老龄化与成人健康中国研究报告 (第一轮)

Study on global AGEing and adult health
(SAGE), Wave 1

上海市疾病预防控制中心 编



世界卫生组织SAGE项目

SAGE WAVE 1

技术出版社

全球老龄化与成人健康中国研究报告 (第一轮)

Study on global AGEing
and adult health (SAGE), Wave 1

上海市疾病预防控制中心 编

Shanghai Municipal Center for
Disease Control and Prevention (SCDC)

2012 年 10 月

上海科学技术出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

全球老龄化与成人健康中国研究报告：第一轮 / 上海市疾病预防控制中心编. —上海：上海科学技术出版社，2014.7
ISBN 978-7-5478-2279-1

I. ①全… II. ①上… III. ①人口老龄化—研究报告—中国
②成年人—健康状况—研究报告—中国 IV. ① C924.24
② R194.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 136266 号

全球老龄化与成人健康中国研究报告 (第一轮)

上海市疾病预防控制中心 编

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行
200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.cc

上海万卷印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/16 印张：8.75

字数：200 千字

2014 年 8 月第 1 版 2014 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2279-1/R·756

定价：60.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题，
请向承印厂联系调换



世界卫生组织于 2012 年出版，原书名为 *Study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave I. China national report*

© 世界卫生组织 2012

世界卫生组织（WHO）已授权上海市疾病预防控制中心翻译并出版本专著中文版。中文版的翻译质量和准确性仅由上海市疾病预防控制中心负责。如中文版与英文版有任何出入，应以英文原版为准。

全球老龄化与成人健康中国研究报告（第一轮）

© 世界卫生组织 2014

要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可——无论是为了出售或非商业性分发，应向世界卫生组织出版处提出申请（邮件：permissions@who.int）



主要调查和编写人员

以下人员为 SAGE 中国项目第一轮调查和本报告撰写做出了贡献：

- 吴 凡
上海市疾病预防控制中心
- 姜 勇
首都医科大学北京天坛医院
- 饶克勤
中华医学会
- 胡建平
卫生部统计信息中心
- 钱军程
卫生部统计信息中心
- 李新建
上海市疾病预防控制中心
- 应韶旭
上海市疾病预防控制中心
- 陆 晔
上海市疾病预防控制中心
- 徐继英
上海市疾病预防控制中心
- 郭雁飞
上海市疾病预防控制中心
- 郑 杨
上海市疾病预防控制中心
- 陈 涛
上海市疾病预防控制中心
- 张宗荣
上海市疾病预防控制中心
- 宋桂香
上海市疾病预防控制中心



Preface

People in China are living longer than ever before, as a result of rapid economic development, improvements in living conditions, and health and medical advances. This is a cause for celebration. However, as people live longer, often with chronic health conditions which require long term care, this creates a range of challenges for the health system and community support structures. These systems were developed when there was less demand from elderly people.

For China's leaders, the rapid ageing of the population is an extremely important policy issue, which needs to be addressed now—so that the policies and programmes are put in place to address the needs of the ageing population in the future. Right now, China has more than 200 million elderly people, accounting for around 15% of the total population. Of these, three in four elderly people have a chronic health problem, and almost one in four have a disability or difficulty in functioning. By 2050, elderly people will account for almost one-third of China's population. This will have very significant implications for health, medical, and social security expenditure.

This report provides evidence and recommendations for the Government to consider as it develops its strategy on ageing, to address these future challenges.

Firstly, strong action to strengthen prevention of chronic conditions and non-communicable diseases (NCDs), where possible, is critically important. Planning and delivering early interventions to improve *management* of chronic conditions within the current elderly population will also be crucial.

Secondly, China's current health care reforms—and in particular the emphasis on better aligning health care services with people's needs through treating chronic conditions in primary care settings and closer to where people live—are of paramount importance. Relying on expensive hospital care to deal with the growing burden of NCDs is unsustainable. Strategies to provide assistance to those who need assistance with daily living will also be crucial.

The good news is that there is now strong evidence, and many lessons learned, from other countries facing similar challenges which can be used to help shape China's response to these issues, as this Report outlines. And with great challenges, come great opportunities – for China to innovate, and lead the way in developing its own strategies to ensure that its elderly population live a long, happy and healthy life.

Dr Bernhard Schwartländer
Representative
World Health Organization
Beijing, China
July 2014



序

随着经济快速发展、居住环境改善和卫生医疗条件进步，中国人民的寿命更长了，这是值得庆祝的事情。但人们寿命延长，往往伴随着慢性病，需要长期护理；而当前的卫生系统和社区支持系统是过去为应对其他卫生重点问题而逐步建立的，没有做好为老龄人口提供长期服务的准备，因此，人口老龄化给卫生系统和社区支持系统带来了诸多挑战。

对中国领导人来说，人口快速老龄化是一个极其重要的政策问题，亟待实施政策和卫生项目，来满足未来老龄人口的需求。目前，中国老龄人口超过两亿，约占总人口 15%。其中，每 4 位老龄人中就有 3 位患有慢性病，近四分之一有残疾或者躯体功能障碍。到 2050 年，中国的老龄人口将占总人口的近三分之一。这将对卫生、医疗和社保支出产生重大影响。

此报告为政府制定老龄策略以应对未来挑战提供了证据和建议。

首先，要通过有力行动来加强慢性病和非传染性疾病的预防工作。同时，还要通过规划并提供早期干预来提高当前老龄人口的慢病管理。

其次，中国当前的医改工作特别重要。医改尤其强调要由群众身边的初级卫生机构来治

疗慢病，从而使医疗服务体系更好地满足人民群众需求。依赖昂贵的医院服务来应对非传染性疾病不断增长的负担，这种做法是无法持续的。还要制定一些策略，帮助那些日常生活需要照料的人。

当前形势很有利，我们已具备了有力证据，面临类似问题的其他国家也积累了很多经验教训，中国可以充分利用本报告中收集的证据和经验，建立应对本国老龄化问题的模式。机会往往与挑战并存，中国可以开拓思路，带头制定自己的策略，使中国老龄人口乐享晚年、健康长寿。

施贺德博士
世界卫生组织驻华代表
中国 北京
2014 年 7 月



前言

全球人口正在快速地老化，人口老化必将引起成年人健康状况的变化，在未来几十年，成年人的健康问题将在所有国家中变得越来越突出。作为世界上人口最多的国家和最大的发展中国家，中国的老龄化过程除了具有全球老龄化的一般特点之外，还具有老龄化程度在地区间和性别上的分布不均、老龄化超前于现代化等自身独特的特点，加之中国自身现代化过程中出现的一系列社会、经济和公共卫生等问题，使中国政府和社会在今后面临越来越严重的挑战。因此，获得可信、可靠并且具有可比性的有关老年人群社会人口学特点、健康状况、风险因素、卫生资源利用、社会保障网络、幸福感及其他方面的数据显得日益重要。

世界卫生组织多国研究部门在中国和全球不同地区的 5 个国家（加纳、印度、墨西哥、俄罗斯和南非）开展了“全球老龄化与成人健康研究”（SAGE）项目。这无疑为中国深入了解老龄化对成人健康与福祉的影响，探索 50 岁及以上人群的健康趋势及其随时间的变化，以及提高中国科研人员的分析能力提供了一个适时机会。

SAGE 调查中国项目由世界卫生组织提供研究资金和技术支持，上海市疾病预防控制中心（SCDC）与卫生部统计信息中心和中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心（NCNCD）共同承担实施。

SAGE 研究项目在 6 个参与国家均采用标准化问卷和调查模块等工具进行调查。在中国，SAGE 调查覆盖 8 个省/市（上海市、山东省、吉林省、浙江省、广东省、湖北省、陕西省和云南省），第一轮现场调查于 2010 年顺利完成，

共完成调查 10 218 户，14 813 人。SAGE 中国项目第一轮调查为今后的纵向跟踪调查获取了丰富的数据信息，但本报告中主要对社会人口学特征、健康状况、风险因素、生活质量，卫生保健资源利用以及卫生系统反应性等方面的重要结果进行描述性总结。因此本报告主要为叙述性的，许多具有特色的研究方法及研究成果，如采用客观情景评判法（vignettes）调整自报健康状况以及作为健康决定因素的社会保障网络（social networks）等均未予呈现，但将在今后作进一步分析。

SAGE 中国调查提高了我们对老龄化现状以及老龄化进程影响人群健康趋势的认识。同时通过项目的实施，也获得了大型多国家调查的宝贵的国际经验。这些结果将为中国老龄健康研究提供良好的基础与平台，也为政府制定老年人健康政策与规划提供高质量的证据支持。

由于时间较紧迫任务繁重，涉及面广，本报告如有疏漏和不当之处，请不吝赐教。

SAGE 中国项目负责人
上海市疾病预防控制中心主任



致谢

在世界卫生组织的资助和技术支持以及卫生部统计信息中心的高度重视和广泛支持下，由于中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心的悉心指导以及各级卫生行政部门和疾病预防控制中心的通力合作，全球老龄化与成人健康研究（SAGE）中国项目第一轮现场调查已于 2010 年顺利完成了全国代表性样本——中国 8 个省 / 直辖市（广东省、湖北省、吉林省、陕西省、山东省、云南省、浙江省和上海市）的调查工作。

首先，我由衷感谢中华医学会党委书记饶克勤为项目顺利完成所提供的大力支持和指导。其次，感谢卫生部信息统计中心的以下各位：胡建平和钱军程，为项目的培训和国家督导投入了大量时间和精力；郝惠英，在短时间内帮助开发 SAGE 中国项目调查软件和实现计算机辅助调查（CAPI）。第三，特别感谢 SAGE 中国项目的技术专家金水高教授对本报告数据分析所提的宝贵意见。

此外，我要对世界卫生组织表示深深的敬意，感谢世界卫生组织在整个项目实施过程中给予的指导与帮助。特别感谢 Somanth Chatterji 博士和 Paul Kowal 博士在项目全程给予的无私帮助，还要感谢 Nirmala Devi Naidoo 女士在数据管理和分析方面提供的支持。

世界卫生组织全球老龄化与成人健康研究由美国国立老龄研究院（NIA）资助，资金来源为机构间协议（OGHA04034785，YA1323-08-CN-0020 和 Y1-AG-1005-01）和科研基金（R01-AG034479）等形式。在 Richard Suzman 博士的领导下，美国国立老龄研究所行为和社会研究部向 SAGE 项目提供了持续的智力和技

术支持，并帮助 SAGE 完成实施。

我还要特别感谢本次调查的核心成员，首都医科大学北京天坛医院姜勇，在项目实施全程给予的技术支持。同时感谢中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心张梅和汪媛在调查培训和现场调查早期提供的大量帮助。

SAGE 中国项目其他 7 省的调查队在现场调查中历经艰辛，克服任务繁重而复杂，交通不便，通讯联络不畅等重重困难，出色地完成调查工作。我在此由衷地感谢各项目省负责人和他们带领的 14 支调查队，近 180 名调查工作人员付出的努力和汗水。他们是：俞敏、马文军、马吉祥、张庆军、刘锋、王雅鹃和肖义泽。

我的同事李新建、应韶旭、陆晔、徐继英、宋桂香、郑杨、郭雁飞、陈涛、张宗荣和金萍在整个项目的准备、实施、实验室工作和数据分析等过程中投入了大量时间和精力。其中，郑杨和郭雁飞在本报告撰写中做出了突出贡献。在此一并表示感谢。

SAGE 中国项目的实施和成功完成，归功于所有调查队伍和调查工作人员共同的智慧和付出的努力和汗水，我在此表示诚挚的感谢。

上海市疾病预防控制中心主任



主要数据结果

SAGE 中国项目第一轮调查

注：本报告主要呈现 50 岁及以上研究人群的基本特征和调查结果。调查中还包括少量 18~49 岁对照人群，将在今后的文章做进一步分析，在本次报告中未予呈现。

调查样本完成量	
家庭户	10 218
家庭成员	25 431
50 岁及以上个人调查对象	13 175
18~49 岁个人调查对象	1 636
初级抽样单位（PSU）数量	
城 市	32
农 村	32
家庭基本情况	
家庭规模（人 / 户）	2.6
户主平均年龄（岁）	59.3
家庭主要收入者平均年龄（岁）	55.9
家庭居住方式（%）	
户主独居（户主 ≥ 50 岁）	13.5
只有户主夫妻居住（户主 ≥ 50 岁，配偶 < 50 岁）	2.5
只有户主夫妻居住（户主 ≥ 50 岁，配偶 ≥ 50 岁）	29.5
50 岁及以上户主空巢家庭	45.5
家庭结构（%）	
一代户	49.9

连续两代户	29.8
间隔两代户	3.4
三代户	14.6
四代户及以上	2.3
工作状况	
过去和目前工作状况（%）	
目前工作者	43.6
曾经工作但目前不工作者	47.5
从未工作者	8.9
退休或停止工作的平均年龄（岁）	
合 计	54.3
城 市	53.1
农 村	59.6
男 性	56.7
女 性	52.4
停止工作原因（%）	
照顾家庭	3.3
健康 / 退休或年纪太大	87.9
下岗 / 找不到工作	3.7
其 他	5.1
工作期间主要就业类型（%）	
公共部门（政府）	37.8
私人机构（盈利或非盈利的）	9.9
自我雇佣	49.4
非正式雇佣	2.9

家庭收入和支持网络 ¹	
家庭月收入（元）	
合 计	2 571
城 市	3 822
农 村	1 302
收入来源（%）	
工 资	61.7
做生意	16.4
租金、利息和股息等	9.2
国家养老金（抚恤金）、特殊贡献基金、社会保险等	40.2
其 他	18.5
收入满意度，即收入满足全家日常生活开销比例（%）	
合 计	72.1
城 市	77.7
农 村	66.4
家庭获取外部支持比例（%）	
未共同居住的家人或亲属	33.4
社 会	2.6
政 府	15.5
家庭向外提供支持比例（%）	
未共同居住的家人和亲属	18.9
社 会	4.6
家庭支出	
家庭月消费支出（元）	
合 计	1 413
城 市	1 841
农 村	948
家庭医疗保健月实际支出（元）	
合 计	211
城 市	270
农 村	148

贫困家庭比例（%）	
合 计	29.5
城 市	10.1
农 村	50.6
因病致贫家庭比例（%）	
合 计	6.1
城 市	4.4
农 村	8.0
发生灾难性医疗保健支出的家庭比例（%）	
合 计	20.5
城 市	19.0
农 村	22.1
家庭医疗保健实际支出构成（%）	
住院费	10.8
门诊费	12.9
传统诊疗费（中医等）	3.3
药物费	55.7
其他费用	17.3
家庭购买医疗保健服务的经济来源比例（%）	
储 蓄	17.1
变卖财产	0.2
亲属或朋友资助	10.0
借 贷	1.1
健康保险（社区卫生项目）	45.8
当前收入	92.6
其 他	2.3
健康风险因素（%）	
吸烟率	
城 市	28.7
农 村	42.3
轻度饮酒率（社交饮酒率）	
城 市	15.4

农 村	20.7
水果蔬菜摄入不足比例 ²	
城 市	34.7
农 村	36.6
体力活动构成	
低水平	28.2
中等水平	27.4
高水平	44.4
家庭饮用改良型饮用水比例 ³	
城 市	99.9
农 村	93.3
家庭使用改良型厕所比例 ⁴	
城 市	87.2
农 村	67.6
家庭使用清洁能源比例 ⁵	
城 市	92.8
农 村	13.8
家庭使用煤油和石蜡作为能源的比例	
城 市	0.2
农 村	0.1
家庭使用固体燃料比例 ⁶	
城 市	7.0
农 村	86.1
自报健康状况	
总体健康状况评价 ⁷ (%)	
非常好	3.3
好	30.4
一般	45.2
差	19.0
非常差	2.2
工作和家务活动困难评价 ⁸ (%)	
无	61.0

轻 度	25.6
中 度	10.1
重 度	2.7
极重度	0.5
健康综合得分 ⁹	
平均分	
合 计	67.9
城 市	70.7
农 村	65.3
男 性	70.0
女 性	65.7
机能健康	
WHODAS 平均分 ¹⁰	
合 计	8.9
城 市	6.9
农 村	10.7
男 性	7.7
女 性	10.1
ADL 日常生活能力受限比例 (%)	
合 计	6.2
城 市	3.5
农 村	8.5
男 性	5.1
女 性	7.2
IADL 工具性日常生活能力受限比例 (%)	
合 计	1.8
城 市	1.4
农 村	2.1
男 性	1.6
女 性	1.9
慢性病和伤害状况 (%)	
关节炎	

自报患病率	22.0
症状患病率	20.4
目前治疗率（过去 2 周）	42.6
长期持续治疗率（过去 12 个月）	66.6
脑卒中	
自报患病率	3.1
目前治疗率（过去 2 周）	60.1
长期持续治疗率（过去 12 个月）	70.8
心绞痛	
自报患病率	7.9
症状患病率	10.0
目前治疗率（过去 2 周）	61.0
长期持续治疗率（过去 12 个月）	78.4
糖尿病	
自报患病率	6.6
目前治疗率（过去 2 周）	82.1
长期持续治疗率（过去 12 个月）	84.4
哮喘	
自报患病率	2.0
症状患病率	3.9
目前治疗率（过去 2 周）	23.0
长期持续治疗率（过去 12 个月）	34.3
抑郁症	
自报患病率	0.3
症状患病率	2.0
目前治疗率（过去 2 周）	5.2
长期持续治疗率（过去 12 个月）	9.3
高血压	
自报患病率	26.8
症状患病率（测量血压高和 / 或过去 2 周里服降压药）	54.5
目前治疗率（过去 2 周）	78.0
长期持续治疗率（过去 12 个月）	84.7

慢性肺部疾病	
自报患病率	7.9
目前治疗率（过去 2 周）	38.7
长期持续治疗率（过去 12 个月）	63.6
无牙症比例	9.1
白内障自报患病率	8.1
女性乳腺癌筛查率	27.4
女性宫颈癌筛查率	20.5
伤害	
道路伤害发生率	1.8
道路伤害致残率	24.5
其他伤害发生率	5.2
其他伤害致残率	13.2
健康测量	
按 WHO 标准的体质指数 (BMI) 分布 ¹¹ (%)	
低体重	4.3
正常体重	60.5
超重	29.6
肥胖	5.7
按中国标准的体质指数 (BMI) 分布 ¹² (%)	
低体重	4.3
正常体重	48.5
超重	34.3
肥胖	12.9
健康风险 比例 (%)	
按腰围判断健康风险增加比例 ¹³	21.5
按腰围判断健康风险显著增加比例 ¹⁴	22.2
按腰臀比判断健康高风险比例 ¹⁵	57.5
按中国标准的中心性肥胖率 ¹⁶ (%)	
合计	59.6
城市	67.9
农村	52.6

男 性	49.8
女 性	69.2
测量高血压率 ¹⁷ (%)	
合 计	54.5
城 市	48.0
农 村	60.0
男 性	54.0
女 性	55.0
单纯性收缩期高血压比例 ¹⁸ (%)	
合 计	45.9
城 市	43.7
农 村	47.4
男 性	42.6
女 性	49.0
低视力比例 (%)	
近视力	36.2
远视力	9.4
握力测量均值 (kg)	
合 计	26.7
城 市	27.3
农 村	26.2
男 性	32.8
女 性	20.7
4m 行走测量平均时间 (秒)	
正常行走	4.4
快速行走	3.3
认知能力测试平均得分	
词语回忆 (总分 10 分)	5.4
语言流畅度	12.8
数字顺序跨度能力 (总分 9 分)	7.0
数字倒序跨度能力 (总分 8 分)	3.4
认知能力总得分 (总分 100 分)	57.4

卫生服用利用 (%)	
最近一次卫生服用需求时间分布	
3 年及以上	15.8
不足 3 年	78.7
从无需求	5.5
过去 3 年接受卫生服务类型分布	
住 院	22.2
门 诊	49.0
未接受	28.7
过去 3 年住院原因分布	
慢性非传染性疾病	34.9
急性病	4.8
其他疾病	60.4
过去 3 年门诊原因分布	
慢性非传染性疾病	28.0
急性病	33.1
其他疾病	38.9
卫生系统反应性得分	
住 院	
城 市	69.3
农 村	73.6
门 诊	
城 市	63.2
农 村	65.8
健康保险覆盖比例 (%)	
城 市	
只有强制型保险	67.1
只有自愿型保险	8.0
两种都有	6.9
无保险	17.9
农 村	
只有强制型保险	85.3

只有自愿型保险	4.3
两种都有	6.9
无保险	3.5
生活完满和生活质量状况 (WHOQOL 得分 ¹⁹)	
合 计	47.9

城 市	46.3
农 村	49.3
男 性	47.1
女 性	48.6

1. 家庭支持网络为调查日开始过去 12 个月的情况。
2. 水果蔬菜不足：指调查日开始过去 7 天内一般一天水果蔬菜摄入量不足 5 份（1 份 = 80 克）。
3. 改良型饮用水包括：自来水到住处、自来水到庭院、公共水管、压把井、加盖井、受保护的泉水、收集的雨水、瓶装水 / 桶装水。
4. 改良型厕所包括：冲入下水管道的厕所、冲入化粪池厕所、冲入粪坑、冲入地方不确定、通风改良坑式厕所、无害化厕所、流入带混凝土底的粪坑。
5. 清洁能源包括燃气和电。
6. 固体燃料包括煤 / 炭、木头、农作物秸秆、动物粪便、灌木枝 / 枯草等。
7. 健康状况为调查时的情况。
8. 活动状况为调查日开始过去 30 天的情况。
9. 健康综合得分为调查日开始过去 30 天的情况。包括 8 个健康维度（情绪、灵活性、睡眠和精力、认知、人际活动、视力以及疼痛和不适）。健康综合得分越高，表示健康状况越好。
10. WHODAS 得分为调查日开始过去 30 天的情况。采用世界卫生组织残疾评定列表（WHODAS）II 问卷 12 条目版本进行机体评估。得分范围为 0~100。分值越低，表示失能水平越低。
11. WHO 标准：BMI<18.5, 低体重；BMI = 18.5~24.9, 正常体重；BMI = 25.0~29.9, 超重；BMI ≥ 30, 肥胖。
12. 中国标准：BMI<18.5, 低体重；BMI = 18.5~23.9, 正常体重；BMI = 24.0~27.9, 超重；BMI ≥ 28, 肥胖。
13. 健康风险增加判断标准：男性腰围 ≥ 94 cm 或女性腰围 ≥ 80 cm。
14. 健康风险显著增加判断标准：男性腰围 ≥ 102 cm 或女性腰围 ≥ 88 cm。
15. 高风险判断标准：男性腰臀比 ≥ 0.90 或女性腰臀比 ≥ 0.85。
16. 中国中心性肥胖判断标准：男性腰围 ≥ 85 cm 或女性腰围 ≥ 80 cm。
17. 高血压判断标准：收缩压 ≥ 140 mmHg 和 / 或舒张压 ≥ 90 mmHg。
18. 单纯性收缩期高血压指收缩压 ≥ 140 mmHg 和舒张压 <90 mmHg。
19. WHOQOL 得分是生活质量的评估指标。分值范围为 0~100，得分越高表示生活质量越差。



目 录

第 1 章	研究背景与目的	1
1.1	全球老龄化状况	1
1.2	老龄化带来的健康和社会变化新趋势	2
1.3	中国老龄化状况	2
1.3.1	中国老龄化趋势	2
1.3.2	中国老龄化地区差异	2
1.3.3	国内外老龄化发展趋势差异	3
1.4	中国卫生和社会人口学特征	3
1.5	中国老龄化问题和政策目标	4
1.5.1	养老保障体系	5
1.5.2	健康保障体系	5
1.5.3	社会服务	7
1.6	老龄化相关研究、资料及政策问题	7
1.7	SAGE 全球覆盖情况及基线调查（世界卫生服务调查的一部分）	8
1.8	SAGE 目的和目标	8
1.9	信息传播	9
第 2 章	研究方法	10
2.1	抽样设计、实施和样本量	10
2.1.1	全国抽样方案	10
2.1.2	SAGE 中国项目组织	11
2.2	调查问卷	11
2.3	健康测量和生物标记物测定	13
2.3.1	健康测量	13
2.3.2	生物标记物测定	13
2.4	地理信息数据	14
2.5	情景描述	14
2.6	收入五等分位数	14
2.7	数据收集过程	15

2.7.1	调查员及其培训	15
2.7.2	数据收集过程	15
2.8	调查评价和数据质量	15
2.8.1	应答率	15
2.8.2	基本人口学特征	16
2.8.3	玛叶指数	17
2.8.4	数据可靠性	18
2.9	数据加权	19
第3章	调查家庭及个人基本特征	20
3.1	调查家庭人口概况	20
3.1.1	调查家庭社会人口学特征	22
3.1.2	家庭规模、家庭户主和主要收入者	22
3.1.3	家庭居住方式	26
3.2	个人调查对象特征	26
3.2.1	年龄与性别分布	26
3.2.2	婚姻状况	27
3.2.3	受教育程度	27
3.2.4	宗教、种族和语言	28
第4章	收入、消费、资源转移和退休	29
4.1	工作史	29
4.1.1	工作状况	29
4.1.2	退休或停止工作的年龄及原因	29
4.1.3	就业类型	31
4.1.4	职业类型	33
4.2	家庭收入与转移	34
4.2.1	家庭收入来源	34
4.2.2	家庭月收入与收入满意度	35
4.2.3	家庭资源转移	36
4.3	消费（家庭支出）	37
4.3.1	家庭月支出与贫困家庭	38
4.3.2	家庭医疗保健支出	38
4.3.3	医疗保健支出类型	42
4.3.4	医疗保健支出来源	44
第5章	风险因素	46
5.1	吸烟与饮酒	46