

韩 俊 / 主编

调查

DIAOCHA

中国

ZHONGGUO

农村

NONGCUN



关注中国
农业、
农村、
农民、
农民工
的大型
调查报告



中国发展出版社

调查

DIAOCHA

中国

ZHONGGUO

农村

NONGCUN

韩 俊 / 主编

下



中国发展出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

调查中国农村 (上下册) / 韩俊主编. —北京: 中国发展出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 80234 - 341 - 2

I. 调… II. 韩… III. 农村—调查报告—中国
IV. F32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 027984 号

书 名: 调查中国农村 (上下册)

主 编: 韩 俊

出版发行: 中国发展出版社

(北京市西城区百万庄大街 16 号 8 层 100037)

标准书号: ISBN 978 - 7 - 80234 - 341 - 2

经 销 者: 各地新华书店

印 刷 者: 北京源海印刷有限责任公司

开 本: 700 × 1000mm 1/16

印 张: 83.5

字 数: 1580 千字

版 次: 2009 年 4 月第 1 版

印 次: 2009 年 4 月第 1 次印刷

印 数: 1—4000 册

定 价: 186.00 元

咨询电话: (010) 68990692 68990622

购书热线: (010) 68990682 68990686

电子邮箱: fazhan@drc.gov.cn

网 址: <http://www.developress.com.cn>

版权所有 · 翻印必究

本社图书若有缺页、倒页, 请向发行部调换

第九篇

农村医疗卫生

调查中国农村
ZHONG GUO
DIAOCHA NONGCUN

第九篇课题组成员名单

课题组顾问:

李剑阁 国务院发展研究中心副主任 研究员

课题主持人:

韩 俊 国务院发展研究中心农村经济研究部部长 研究员

课题组主要成员:

罗 丹 国务院发展研究中心农村经济研究部博士

张云华 国务院发展研究中心农村经济研究部博士

刘启栋 中国社会科学院博士

赵卫华 北京工业大学社会学系博士

李卫平 卫生部卫生经济研究所研究员

周海沙 北京大学公共卫生学院讲师

程漱兰 中国人民大学农业与农村发展学院教授

当前农村医疗卫生服务状况调查与分析^①

当前我国农村医疗卫生条件仍然比较落后,村级医疗服务质量低,农民医疗负担重,因病致贫、因病返贫等问题影响到农村和整个国家的发展。必须加大政府投入,推广新型农村合作医疗制度,改善农村医疗卫生服务条件,促进农村医疗卫生保障体系的建立与农村的稳定和发展。

为了解农村医疗卫生服务状况,国务院发展研究中心“中国农村医疗卫生保障与筹资”课题组于2004年组织了一次较大规模的实地调查。调查地域涉及25个省市的114个县,共回收《村级调查表》118份、《村级卫生机构及医生调查》问卷192份、《农户家庭经济及卫生医疗服务情况调查问卷》1171份。本次调查样本虽然不是随机样本,但仍然在很大程度上反映了当前我国农村医疗卫生的现状。

一、被调查样本的基本情况

村级调查以行政村为单位,调查了每个村的经济社会发展基本情况和卫生状况。调查结果显示:2003年这些村平均辖村民小组10个,平均每村483户,平均每村人口1894人,劳动力925人。所调查的118个村中,2003年农民人均收入1700多元,其中东部地区的村平均收入2776元,中西部地区比较低,分别为1377元和1264元。总体来看,绝大部分农民基本上可以做到温饱有余,有的已经迈入了小康。

本次共调查了1171户农民,从从业情况看,这些农户中65.5%属于兼业农户,家庭成员中有的从事非农业生产,或者有一定时间从事非农业生产,还有34.5%属于纯农户,家庭成员全部从事农业生产,没有非农业收入。

从所调查家庭的人口状况看,家庭的平均人口是4.14人,家庭结构以核心家

^① 本报告为国务院发展研究中心与世界卫生组织合作课题《中国农村医疗保障体制与筹资研究》的阶段性成果,英国国际发展署为此项研究提供了支持,中国农业大学150多名学生参与了实地调查。

庭和主干家庭为主。家庭成员包括在外打工的人员,所以,实际在农村的家庭人口要比这个数字小。

在被调查农户中,人口的性别结构是52%为男性,48%为女性。平均年龄为34岁,从人口年龄结构的特点看,20岁左右和40~50岁这两个年龄段人口较多,30岁左右的人口所占比例较小,65岁以上老人占调查人口总数的6.3%。由于20岁左右的人口中有很大一部分是学生,所以,从总体情况看,农村劳动人口年龄偏大,老年人口比例高,老人赡养比和孩子抚养比都比较高,家庭负担重。

从人口的受教育程度看,15岁以上人口中,文盲率为13.3%,初中学历者为最多,占近40%,大专及大专以上学历占7%。

二、农村医疗卫生条件仍然比较落后

(一) 农村住院分娩率和患病就诊率仍较低

随着生活水平的提高,农民生孩子花几百元、上千元去医院已经比较普遍了,这大大降低了婴儿死亡率和孕产妇死亡率。但在一些经济落后地区,在家接生的仍然很多。在本次调查中,32%的婴儿是在家出生的,其中西部高达41.6%,中部为25.2%,东部为17.9%。

2001~2003年,112个村共出生婴儿4368个,死亡116个,婴儿死亡率26.6‰。参加计划免疫的1367人,参加孕产妇保健的为670人,这两个指标都大大低于婴儿出生人数和孕产妇人数,说明农村妇幼保健服务的范围还需要进一步扩大。

农村卫生事业虽然有所改善,但是医疗价格不断攀升,农民医疗负担重,有病看不起是很普遍的现象。按照农民的话说,就是“有多少钱,看多少病”,“得了大病没有钱看,就只好等死”。调查显示,52%的人头痛感冒就自己买点药吃,有近20%的人是自我治疗或者硬挺着等病好。当遇到医生建议病人住院的情况时,只有57%的人会听从医生的建议,43%的人不愿意住院。51%的人是因为“价格太贵”不愿住院,32%的人是因为“经济困难”不愿意住院,也就是说,83%的人是因为经济原因不愿意住院治疗。从这次调查结果看,过去三年内在家死亡的占到了78.6%,其中西部为82.1%,中部为71.9%,东部为79.6%(见表1)。

表1 不同地区农村的出生和死亡情况(每个村平均) 单位:%

所处区域	2001~2003年出生人数	在家生	在医院生	在其他生
东部地区	30.15	5.41	24.15	0.34
中部地区	34.33	8.66	23.02	0.98
西部地区	55.52	23.11	21.94	1.71
全 部	39.16	11.85	23.09	0.97

续表

所处区域	2001~2003 年死亡人数	在家死亡	在医院死亡	在其他死亡
东部地区	25.78	22.15	3.13	0.85
中部地区	27.74	23.21	3.87	0.68
西部地区	44.47	41.41	2.16	0.91
全 部	31.89	28.12	3.1	0.81

（二）乡村医生在数量和质量上都难以满足农村的医疗需要

从农村医生的来源看，有的是原来的赤脚医生，后来通过进修取得了乡村行医资格，有的是卫生学校或者医学院毕业后在农村行医。在村医生中，大约有 80% 具有乡村医疗资格，仍有约 20% 没有取得乡村医疗资格。

从调查情况看，村级医生的受教育程度以中专为主，大约有 70.6% 的村医生是中专学历，8.3% 的是大专学历，本科学历者占 1.9%，还有 19.2% 的村医生是没有学历者。在 20 世纪 80 年代以前从业的医生中，初中和小学的比例合计占了约 30%，高中及以下从医者的比例合计占了 43.3%，医生的文化素质明显低于 20 世纪 80 年代以后从业者，20 世纪 80 年代以后从医者的文化程度主要集中在中专和大专层次，这两者的比例达到了 88.6%，但是这一时期也有一定比例的小学 and 初中毕业生进入农村医疗队伍（见图 1）。乡村医生的文化素质普遍偏低，医疗技术也比较差，只能治疗一些小病和常见病，难以满足农村的医疗需求。

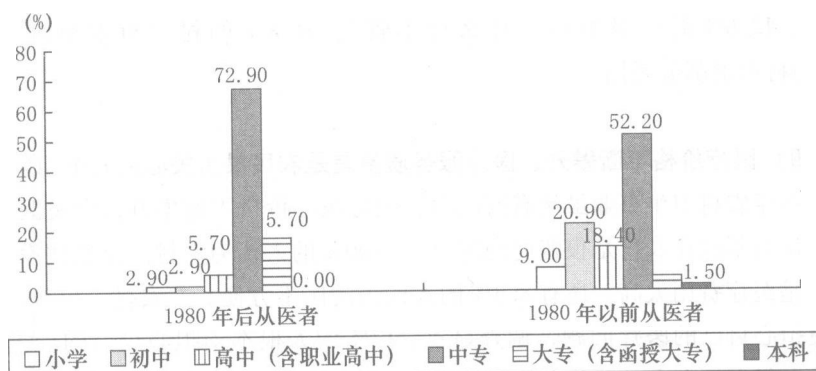


图 1 农村不同时期从业医生的文化程度差别

平均每千人口拥有的医生数是衡量一个国家或地区社会发展状况的重要指标。2002 年我国每千人口拥有卫生技术人员是 3.2 人，平均每千人口拥有的执业医师数是 1.47 人。调查显示，平均每个行政村拥有医生 3 个，其中拥有乡村医疗资格的医生 2.6 个。在所调查行政村中，平均每千人拥有医生 1.8 人，每千人拥有具有乡村医疗资格的医生 1.5 人。因此，在我国广大农村地区，不仅医生的文

化素质和业务素质低，而且医生数量也大大低于全国平均水平。

（三）相当部分的农村预防接种服务是有偿服务

在所调查的村中，村级的预防接种服务相对来说普及率是比较高的，94%的村有预防接种服务，大多数村预防接种的对象是婴幼儿和儿童，有的村则向全体村民提供预防接种服务。预防接种服务有的村是由乡镇级卫生院、防疫部门、村卫生所、村里的赤脚医生或者由私人医生或者私人诊所提供，少数由县医院或其他县级医疗部门提供（主要是针对小学生，这与小学生就学的地域有关）。这里把提供者分为乡镇卫生部门、村级卫生所、私人医生或者私人诊所以及其他四类，统计表明，预防接种服务的提供者中，乡镇卫生院和村卫生所合计才占50.5%，私人医生和私人诊所占了45%。

调查显示，约86%的村预防接种是收费服务，收费标准也差别很大，东部各村平均收费不到4.3元，中部地区各村平均收费7.7元，西部地区各村平均收费9.2元，越是经济不发达的地区，收费标准越高。东部地区72.4%的行政村预防接种是收费的，中部地区和西部地区预防接种收费的行政村分别为94.6%和84.0%。

村级组织在农村预防接种中的作用有限。2003年有公益金的村是35个，约占调查村的30%，平均每个村公益金是14714元，其中公益金用于医疗卫生的有17个村，占被调查村的14.4%，86%的村对于村级卫生都没有资金支持。对于预防接种，42.6%的村级组织“什么也不管”，51.8%的村“负责组织工作”，5.6%的村负责部分费用。

（四）医疗价格不断攀升、医疗服务质量差是农民最为关心的两个问题

这些年农村卫生事业虽然有所改善，但是医疗价格不断攀升，农民医疗负担重，有病看不起在农村是很普遍的现象，如90%的人认为农村医疗条件没有改善的原因是医疗费用太高，还有8.3%的人认为就医不方便。在农村，与养老相比，人们更担心自己的医疗问题，调查显示，17%的人根本不担心自己的养老问题，23%的人很少担心自己的养老，32.6%的人比较担心或者非常担心自己将来的养老问题，但是只有9.4%的人根本不担心自己的医疗问题，20%的人很少担心自己的医疗，却有高达46.6%的人比较担心或者非常担心自己的医疗问题。因此，从调查来看，农村医疗是比农村养老更迫切需要解决的问题（见图2）。

医疗服务价格高和质量低是当前农村医疗中最突出的两个问题。当前医疗价格高是农民反映最强烈的问题，农民有病看不起，由于农村医疗条件差，疾病治疗的效果也不令人满意。农民对医疗机构最不满意的的就是医疗价格和医疗质量，

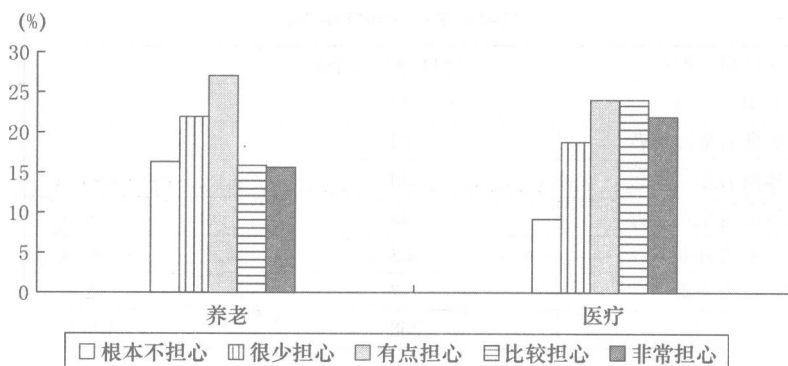


图2 农民对自己的养老和医疗的担心状况比较

从调查来看, 72.4% 的人认为医疗费用过于昂贵, 21.7% 的人认为医院的医疗技术太差, 两者合计占了 94.1%。从对曾经住院治疗者的调查来看, 只有 30% 是病愈医生要求出院的, 53.4% 的住院治疗病人是病未愈自己就要求出院了, 而要求出院者 71.5% 是由于经济困难而要求出院, 医生要求住院而没有住院者中, 82.8% 是由于价格太贵或经济困难而没有住院。

当前, 在“以药养医”的运行模式下, 我国公立医院营利倾向严重, 医药价格高举不下, 医生倾向于给病人开大处方、增加检查项目来增加个人和医院收入, 这是当前我国医疗服务价格不断攀升的主要原因。综合来看, 农民看不起病主要是有两个因素起作用: 一是村级医疗服务质量低, 村级医疗机构不能看大病。农民小病可以在村级医疗机构看, 稍微重一点的病就必须去乡镇卫生院或更高一级的医院, 而这些公立医院在医疗服务和药品价格上却都非常昂贵。二是农民必须由自己承担医疗负担。对于昂贵的医疗服务, 在计划体制内享受医疗保险或者公费医疗的人有能力承担, 城市中收入较高的人有能力承担, 而广大农民收入水平低, 又被排除在国家的医疗保障之外。这样, 两个不同的群体, 面对的是同一个市场, 后者的窘境不言而喻。

三、村级私人医疗机构在农村医疗服务中的作用

(一) 私人医疗机构是农村医疗服务的主要供给者

在所调查的 100 多个行政村中, 平均每个行政村有医疗诊所 2.3 个左右, 这些诊所包括乡镇卫生院设点、村集体所有集体经营、集体所有私人承包、村医联办、个体开业以及其他形式的医疗机构。在这些村级医疗机构中, 80% 以上为各种形式的私营性质的诊所 (见表 2)。

表2 村级医疗机构的整体状况

医疗机构性质	医疗机构数 (个)	百分比 (%)
乡卫生院设点	33	12.3
集体所有集体经营	12	4.5
集体所有私人承包	30	11.2
村医或卫生员联办	23	8.6
私人开业	163	60.8
其他个数	7	2.6
合 计	268	100.0

在医疗机构的选择方面, 45.4% 的人去村里的私人诊所, 27% 的人去村卫生室、卫生站, 考虑到很多村卫生站也是私人承包的, 去私人诊所就诊的比例实际要高得多 (见表3)。与公立医院相比, 私人诊所价格相对较低, 距离也比较近, 可及性更强一些, 但是其医疗水平普遍不高。

表3 去什么医疗机构看病

	医疗机构数 (个)	百分比 (%)	累计百分比 (%)
私人医疗机构	457	45.4	45.4
村卫生室、站	271	26.9	72.3
门诊诊所	46	4.6	76.9
乡镇街道卫生院	105	10.4	87.3
县市区医院	85	8.4	95.7
市医院	21	2.1	97.8
省级医院	3	0.3	98.1
县中医院	13	1.3	
其他	6	0.6	100.0
合计	1007	100.0	

(二) 村级医疗机构规模小、设备简陋、药品种类少

本次调查了解了190个医疗诊所的经营情况。在190个诊所中, 53.2%的诊所是个体或者私人所有, 12.1%属于集体所有私人承包, 16.3%属于村医或卫生员联办的诊所, 乡镇卫生院设点或者集体所有集体经营的诊所合计仅占18.4%。

村级医疗机构的规模相对来说都比较小。规模较大一点的医疗机构有的是坐落在调查村的乡镇卫生院, 有的是原来属于集体所有现在被承包的较大的诊所, 其余绝大多数村级诊所的规模都很小。从调查来看, 59%的诊所是1个医生, 85.2%的诊所是1个或者2个医生, 拥有4个及4个以上医生的诊所不到8%。在所调查的村级医疗机构中, 21.5%的诊所只有1间医用房间, 23.7%的诊所有2

间房间, 25.8%的诊所有3间房间, 拥有4间及4间以上房间的诊所合计为29%。(见图3)。

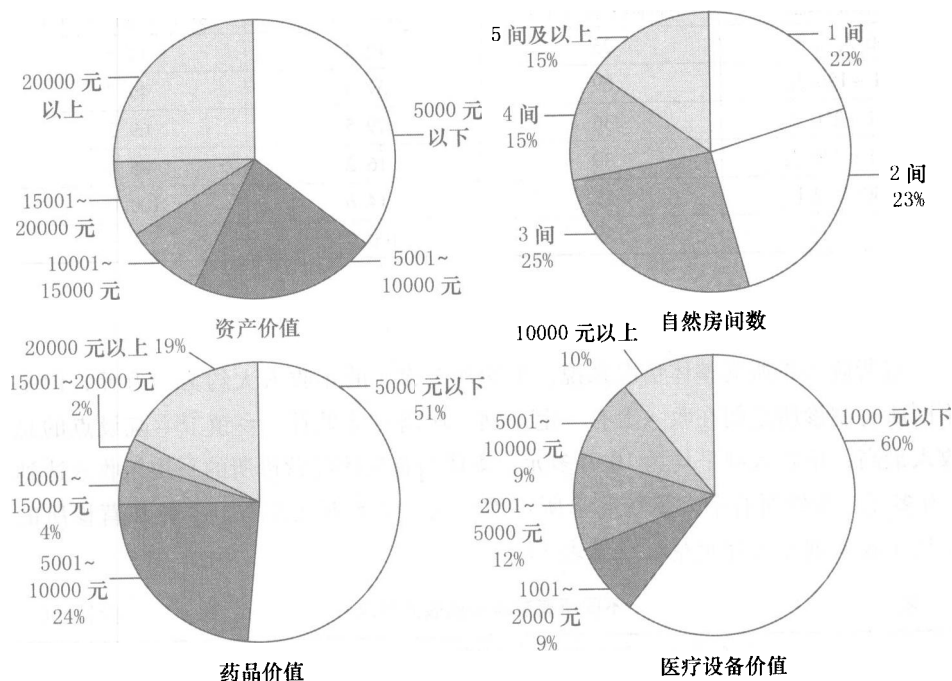


图3 村级医疗机构的规模状况

村级诊所的固定资产都比较少, 包括房产在内, 65.9%的诊所固定资产在20000元以下。很多诊所的设备非常简陋, 只有一些高压消毒锅、听诊器、血压计等最基础的医疗器械, 约60%的诊所各种设备价值合计在1000元下, 80%的诊所设备价值在5000元以下。

村级诊所的药品种类也比较少, 很多诊所没有中药, 西药的品种最少的只有10种, 50%多的诊所中药种类在50种以下, 西药种类在150种以下, 从所调查诊所的平均水平来看, 每个诊所平均有西药102种、中药176种。51%的诊所药品价值在5000元以下, 75%的诊所药品价值在10000元以下。

从诊所接诊病人人数看, 每月接诊人数在50人以下的诊所占了12.4%, 接诊人数在150人以下的诊所占了约50%。调查显示, 诊所接诊人数一方面与所服务的村的人口规模有关; 另一方面也与诊所的规模有关, 诊所固定资产越多、药品越多、医生人数越多, 诊所每月接诊的病人也越多。乡镇街道卫生院设点和集体所有集体经营的诊所规模较大一些, 接诊病人人数也多一些, 个体私营诊所的接诊人数相对则比较少, 但是调查发现, 不同文化程度的村医在接诊病人人数方面并

没有显著的差别（见表4）。

表4 诊所每月的接诊情况

接诊病人数	样本数量（个）	百分比（%）	累计百分比（%）
50人以下	23	12.4	12.4
51~150人	69	37.3	49.7
151~250人	36	19.5	69.2
251~350人	30	16.2	85.4
350人以上	27	14.6	100.0
合 计	185	100.0	

（三）诊所收入主要来自药品收入

就所调查诊所的整体情况来说，平均每个诊所的年收入大约为3万元，但是不同所有制诊所之间在收入上有一定差别。从调查结果看，乡镇卫生院设点的总收入最高，年收入额平均为10万多元，集体所有集体经营诊所的平均年收入达到3万多元，集体所有个人承包的诊所年均收入在2.5万元左右，个体私营诊所的平均年收入则在2万元左右（见表5）。

表5 不同所有制诊所的收入情况 单位：元

	总收入	治疗收入	药费收入	疾病预防收入	其他业务收入	其他收入
乡镇设点	100064	15136	62025	4371	11318	3488
集体所有集体经营	30756	4610	22672	368	727	484
集体所有私人承包	24735	5821	17618	197	895	79
个体经营	20705	2406	16186	224	406	189
合 计	29196	4192	21228	632	1549	518

从诊所的收入结构看，很大一部分是药品收入，占其总收入72.5%，治疗收入占15.9%，疾病预防收入占2.1%。

具体到不同类型的诊所来看，乡镇卫生院设点的诊所药品收入的比重稍微小一些，占66.2%，集体和私营诊所的药品收入比例都在71%以上，但集体所有集体经营的诊所诊疗收入的比重最少，其他收入比重最大，其他收入主要是诊所从集体经济中得到补助，这是集体所有集体经营诊所明显不同于其他诊所的地方，但是虽然有一定的集体经济补贴，药品收入却没有减少（见表6）。

表6 不同所有制诊所的收入结构 单位：%

诊所所有制	诊疗收入	药品收入	疾病预防收入	其他收入
乡镇设点	25	66.2	4	9.3
集体所有集体经营	14	71.9	1.4	16.3

续表

诊所所有制	诊疗收入	药品收入	疾病预防收入	其他收入
集体所有私人承包	18.8	72.4	9	7.9
个体经营	15.3	73.4	2	9.3
总体	15.9	72.5	2.1	9.6

村级诊所一般都是盈利的, 70% 的村级诊所年收入在 2 万元以下。从调查的情况看, 规模较大的诊所, 其营利水平也较高, 固定资产价值在 5000 元以下的诊所, 年平均纯收入水平为 3790 元, 固定资产价值在 5001 ~ 10000 元的诊所, 年平均纯收入是 6615 元, 固定资产价值在 20000 元以上的诊所, 其年平均纯收入在 19000 元以上 (见表 7)。

表 7 不同规模诊所的净收入状况

固定资产分组	平均数 (元)	样本量 (个)
5000 元以下	3790	63
5001 ~ 10000 元	6615	34
10001 ~ 15000 元	4457	14
15001 ~ 20000 元	8599	14
20000 元以上	19198	39
平均数	8662	165

(四) 在价格、服务和方便性上, 私人诊所和村卫生室表现较好, 乡镇卫生院最不令人满意

调查中, 绝大多数村医都表示, 他们和村民的关系很好, 村民相信他们。村民有病总是先找村医, 村医医治不了的, 才会建议他们到大医院去就诊。熟人社区的道德观念对村医具有很强的约束力, 所以村医要比其他更高一级医疗机构的医生具有更多的人情味, 几乎所有的村医都允许患病的村民赊账, 对于家庭特别困难的病人, 会减免诊疗费, 少收药费。对特别困难的家庭, 没有钱也会给治病。

关系融洽、信任会使村医赢得村民的尊重, 也赢得生意, 所以村医非常重视与村民的关系。村医把村民信任他们的原因归结为以下几点: 一是为病人着想; 二是收费较低; 三是服务态度好。

从村民对各级医疗机构的评价看, 私人诊所在方便性、态度方面的得分最高, 其次是村卫生室; 在价格方面, 私人诊所的得分略低于村卫生室, 但二者也都好于乡镇卫生院、县及县以上医院, 只是在质量方面私人诊所和村卫生室相对较差, 比不上乡镇卫生院和其他更高一级的医院。县及县以上医院最不方便, 价格相对也最高, 但是质量好。

乡镇卫生院的价格和态度都最不令人满意，在方便性上比不上村级诊所，质量方面也与县及县以上医院有较大的距离，只略好于私人诊所和卫生室。村民的这种评价总起来看是非常中肯的，也可以看作是对村级医疗机构的肯定（见表8）。

表8 村民对各类卫生机构的评价

卫生机构的服务	私人诊所	卫生室	卫生院	县及县以上医院
方便性	8.26	7.71	6.68	5.99
态 度	7.94	7.61	6.73	6.78
价 格	6.6	6.65	5.97	5.75
质 量	6.45	6.46	6.75	7.74

四、大病对农民家庭生活的影响

为了解大病对农民家庭生活的影响，在调查农户中，专门选取了402个大病户，占调查样本的34.3%。调查表明，大病给农民的生活带来了沉重的负担，是导致贫困的重要原因，是农民无力承担的风险。

（一）农民的大病负担

1. 农民难以承受大病的高昂治疗费用。从调查来看，农民一次大病的平均花费（包括药费、治疗费、交通费等在内）为7051元（见表9）。大病花费的地区差别并不大，东部地区的平均花费略高于中部和西部地区。中西部地区人均收入水平低，以人均收入2000元计，一个三口之家一年的收入也不过6000元，一次大病的医疗费就花掉了一个家庭一年多的全部收入。而且，实际上越是有大病的家庭，其生产能力和劳动能力越是受到损害，收入也会相应地降低，其家庭人均收入又很难达到2000元，所以，疾病对家庭生活的影响是带有恶性循环性质的。

表9 不同地区一次大病的平均花费

地 区	平均花费（元）	调查人数
东 部	7484.18	125
中 部	6495.64	132
西 部	7231.18	106
平 均	7050.83	363

从收入水平看，大病户人均年收入是2061元，非大病户人均年收入是2609元，大病费用发生后，减去医疗费用，大病户人均占有的收入就大大减少了。（如图4）家庭的人均收入减去年人均医疗费用后，大病户和非大病户家庭可支配

的收入差距拉大了将近3倍,差距由500多元拉大为1400多元。

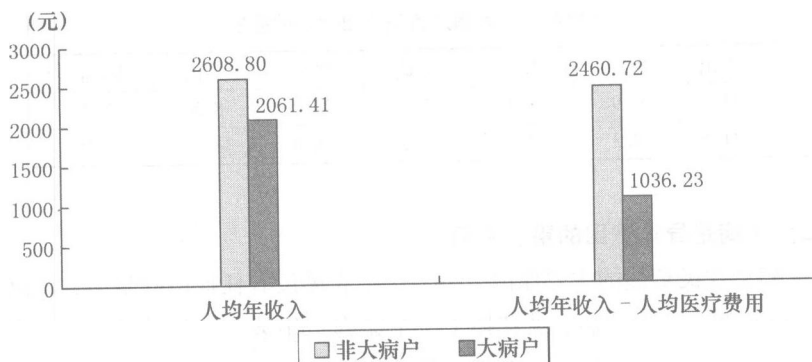


图4 大病户和非大病户的收入差别

2. 大病严重影响了农民家庭生活。在2003年农民的消费支出中,非大病户平均每户的药品、医疗服务开支是683元,大病户平均每户的医疗服务和药品费用是4279元,后者是前者的6倍多,可见大病对家庭的影响之大(见表10)。

表10 大病户和非大病户各项支出的差别 单位:元

	总支出	食品	衣着	交通	住房	文化	医药	其他
非大病户	10232.86	3299.96	850.56	853.55	655.99	2784.66	682.56	1472.91
大病户	12680.1	3319.64	776.9	906.98	536.96	2409.76	4278.77	970.05

从经济发展水平看,我国东部地区农村经济条件好于中西部地区,但由于我国医药市场化程度比较高,中西部地区虽然收入水平不高,但是医药价格却不低,农民的疾病负担相对就更重。对于一般农户来说,医药支出在总支出中的比重平均在8.5%左右,而大病户的医药开支平均要占到家庭总支出的30%以上。大病户和非大病户的支出构成有很大差别。恩格尔系数(即食品支出在家庭总支出中的比重)是衡量家庭消费水平的一个重要指标,一般来说,消费水平越高,食品支出在家庭总支出中的比重越低。但是这一系数在应用到农民的消费时有一定的局限性,在很多农村地区,由于教育、医疗、子女结婚、盖房等大额支出都具有很强的刚性,这些支出常常需要农民倾其一生的积蓄来完成,所以农民们一般在吃用方面都比较节俭,特别是在吃上,常常是以维持基本温饱为标准,农民的恩格尔系数相对于其生活水平来说是偏低的,一些相对贫困家庭的恩格尔系数还要低一些。从大病户和非大病户各项支出的比重看,大病户和非大病户的恩格尔系数(食品支出比重)有很大差别,大病户的恩格尔系数是31.5%,而非大病户的恩格尔系数是41%。虽然大病户的恩格尔系数低于非大病户,但是这里绝对不能认为大病户的生活水平高于非大病户。这种支出结构的差别也说明了大病对家庭

生活的严重影响（见表 11）。

表 11 大病户和非大病户各项支出比例的差别 单位：%

	总支出	食品	衣着	交通	住房	文化	医药	其他
非大病户	41	9.9	8.3	7.5	22.7	8.5	12.4	
大病户	31.5	7.3	7.1	5.3	16.9	31	7.9	

（二）大病是导致贫困的重要原因

1. 大病是农民负债的主要原因之一。由于农民没有任何医疗保障，看病的支出都是自己负担，一次大病，就花掉了一个家庭一年甚至两年的总收入。所以在农村，只要家庭有人生大病，一般都要举债度日。调查发现，很多农民家庭都有负债。负债的原因是多方面，除了生产性负债以外，负债原因最多的还是疾病和子女教育，这两项占到了 50% 以上（见表 12）。

表 12 农民欠债事由

	调查户数	百分比（%）
生产	90	23.7
交提留	2	0.5
子女教育	82	21.7
疾病	110	29.1
住房	59	15.6
日常生活	11	2.9
其他	24	6.3
合计	378	100.0

疾病负债是农民最沉重的负担之一。大病户的家庭平均负债额明显高于非大病户的平均负债额。大病户的家庭平均负债是 5454.87 元，而非大病户家庭的平均负债是 2648.75 元，疾病造成的家庭经济负担非常明显（见表 13）。

表 13 不同地区大病户和非大病户 2003 年的欠债情况

所属地区	非大病户		大病户		总 计	
	平均欠债（元）	户数	平均欠债（元）	户数	平均欠债（元）	户数
东部	2865.54	135	5319.04	296	3634.04	431
中部	2228.97	146	5472.77	277	3348.58	423
西部	2920.16	121	5584.79	192	3950.26	313
合计	2648.75	402	5454.87	765	3618.38	1167

2. 大病在很大程度上导致了贫困。疾病对家庭造成的损害还可以从家庭生活状况反映出来。在所调查农户中，非大病户的家庭生活状况相对来说要大大好于