
民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响

——基于湖北省建始县的调查¹

黄瑞芽，易晶晶

(中南民族大学公共管理学院，湖北武汉 430073)

【摘要】 基于湖北省恩施土家族苗族自治州建始县的调查数据，本文利用有序多分类 Logistic 回归模型分析民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响。研究表明，民族地区农村居民的健康水平相对较低；年龄、是否患有慢性病、乘坐交通工具、一般性疾病的就医机构、对就诊医生技术的评价等都对民族地区农村居民的健康有显著影响。而性别、民族、婚姻、受教育程度、是否参加新型农村合作医疗、至最近医疗机构的距离、至最近医疗机构的时间、是否开展预防宣传教育等对民族地区农村居民的健康没有显著影响。以此为依据提出提高民族地区农村居民健康水平的政策建议。

【关键词】 民族地区；医疗服务可及性；农村居民；健康

【中图分类号】 F232.89 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-433X(2017)05-0138-04

近年来，民族地区卫生计生事业得到快速发展，健康状况不断改善，预期寿命大幅提高，但由于基础薄弱和地理环境等特殊特性，卫生事业发展与群众健康水平仍相对滞后于全国同类地区。与其他地区相比，由于长期受饮食习惯、生活条件以及医疗水平的影响，民族地区疾病风险发生的概率更高。如何进一步提高民族地区农村居民的健康水平是目前医疗卫生事业面临的一项重要任务。

医疗服务可及性是影响居民健康的重要因素。世界卫生组织认为医疗服务可及性就是满足居民最基本医疗卫生需求在空间上的难易程度。医疗服务可及性分为供方可及性与需方可及性，供方可及性指的是医疗服务的提供方能否为居民提供充足的、全面的医疗卫生服务；需方可及性指的是医疗服务的需求方是否有能力获得由供方提供的医疗卫生服务。目前部分学者选取不同的研究对象来分析医疗服务可及性对居民健康的影响，但已有的研究还没有得出一致的结论。有些研究结果显示医疗服务可及性对健康有显著的影响，如苗艳青（2008）研究发现，卫生资源可及性能够有效改善农民的两周患病率和慢性病患者率。与之相反，有些研究结果显示医疗服务可及性对健康没有显著的影响，如宋月萍和谭琳（2006）通过对农村儿童的研究发现，增加人均医生数和病床数并没有改善农村儿童的健康状况。

收稿日期:2017-05-20

基金项目: 民族团结进步创建活动研究中心招标课题“民族团结进步创建与民族地区医疗保障制度供给问题研究(MSY16026)。

作者简介:黄瑞芽，女，中南民族大学副教授，主要研究农村社会保障。E-mail:huangrq210@163.com

上述研究着重围绕某一特定人群如老年人、儿童等展开研究,而较少关注民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响。因此,本文以民族地区农村居民为研究对象,他们有其特殊的文化习俗与生活方式,以自评健康状况作为衡量健康的指标,利用有序多分类 Logistic 回归模型,深入分析民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响,基于此提出完善民族地区医疗服务可及性的政策建议,以提高民族地区农村居民的健康水平。

一、数据、模型与变量

1. 数据描述。本文数据来源于 2016 年 7 月课题组成员对湖北省恩施土家族苗族自治州建始县的调查。此次调查重点围绕当地农村居民的家庭基本情况、自评健康状况、就诊情况与医疗服务费用情况等问题展开。抽样调查前,课题组对建始县卫生与计划生育局相关工作人员进行了深入访谈,收集了大量的访谈资料,在此基础上,选取 2 个乡镇,每个乡镇选取 2 个村,每个村随机抽取 40 户;同时选取县人民医院的 5 个科室和县中医院的 4 个科室,每个科室随机抽取 20 个农户,这 180 户家庭分布在 40 多个自然村。共发放问卷 340 份,回收有效问卷 298 份,有效率为 87.6%。

此次调查样本中土家族、苗族、侗族等少数民族占 55.37%,汉族占 44.63%;男性占 45.64%,女性占 54.36%;从受教育程度上看,小学及以下文化水平的占 69.46%,初中文化水平的占 20.13%,高中和中专文化水平的占 7.05%,大专及以上学历文化水平的占 3.36%;从年龄结构上看,16-29 岁的占 2.35%,30-44 岁的占 12.75%,45-59 岁的占 38.59%,60 岁及以上的占 46.31%。

2. 变量与模型选取。本文选取农村居民自评健康状况为因变量,具体分为非常好、好、一般和差 4 个类别,调查样本中,自评健康为非常好的占 5.37%、自评健康为好的占 20.47%、自评健康为一般的占 49.66%,自评健康为差的占 24.50%。由于因变量是有序分类变量,因此本文选择有序多分类 Logistic 回归模型。

已有研究成果表明,影响农村居民健康的因素很多,本文着重从医疗服务需方可及性和医疗服务供方可及性两个方面进行探究。性别、民族、年龄、婚姻、受教育程度、是否患有慢性病和是否参加新型农村合作医疗等七个变量属于医疗服务需方可及性因素;至最近医疗机构的距离、至最近医疗机构的时间、乘坐交通工具、是否开展预防宣传教育、一般性疾病的就医机构和就诊医生技术的评价等六个变量属于医疗服务供方可及性因素。自变量的基本特征见表 1 所示。

表 1 自变量的基本特征

自变量		含义及赋值	均值	标准差
医疗服务需方可及性	性别	0 = 女性;1 = 男性	0.46	0.499
	民族	0 = 少数民族;1 = 汉族	0.45	0.498
	年龄	1 = 60 岁及以上;2 = 45 - 59 岁;3 = 30 - 44 岁;4 = 16 - 29 岁	1.71	0.777
	婚姻	0 = 有配偶;1 = 无配偶	0.11	0.318
	受教育程度	1 = 大专及以上学历;2 = 高中中专;3 = 初中;4 = 小学及以下	3.56	0.769
	是否患有慢性病	0 = 没有患慢性病;1 = 患有慢性病	0.68	0.467
	是否参加新农合	0 = 参加;1 = 未参加	0.05	0.219
医疗服务供方可及性	至最近医疗机构距离	0 = 5 公里及以上;1 = 不足 5 公里	0.95	0.219
	至最近医疗机构时间	1 = 超过 30 分;2 = 21 - 30 分;3 = 11 - 20 分;4 = 不超过 10 分	2.73	1.118
	乘坐交通工具	1 = 步行;2 = 摩托车;3 = 公交车;4 = 私家车	1.78	0.983
	开展预防宣传教育	0 = 开展;1 = 未开展	0.53	0.500
	一般疾病的就医机构	1 = 市级及以上;2 = 县级医院;3 = 乡卫生院;4 = 村卫生室	2.51	0.792
	对就诊医生技术评价	1 = 高;2 = 一般;3 = 低	1.68	0.693

二、实证结果分析

采用有序多分类 Logistic 回归模型分析民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响。利用统计软件 SPSS20.0 进行平行线检验,结果显示 $X^2=64.541$, $P=0.056$, 模型拟合情况较好。这说明医疗服务需方可及性因素与医疗服务供方可及性因素对民族地区农村居民的健康状况都有重要影响。表 2 描述的是民族地区农村居民健康状况影响因素多分类有序 Logistic 回归分析结果。

1. 医疗服务需方可及性因素对民族地区农村居民健康的影响。表 2 模型回归结果显示,“性别因素”对民族地区农村居民的健康状况没有显著影响。这与杜鹏(2013)的研究结果不同,杜鹏对中国老年人口健康状况的研究发现,男性老年人的健康状况好于女性。

表 2 健康状况影响因素多分类有序 Logistic 回归分析结果

影响因素	变量	回归系数	标准误	Wald	显著性	OR
阈值	很好	0.675	1.449	0.217	0.641	
	好	3.403	1.475	5.320	0.021	
	一般	6.610	1.504	19.323	0.000	
性别	女性	0.089	0.245	0.131	0.717	1.093
民族	少数民族	0.075	0.254	0.088	0.767	1.078
年龄 (16-29 岁为参照组)	60 岁及以上	3.844	1.040	13.675	0.000	46.719
	45-59 岁	2.475	1.014	5.957	0.015	11.878
	30-44 岁	1.571	0.973	2.608	0.106	4.810
婚姻	有配偶	-0.598	0.416	2.066	0.151	0.550
受教育程度 (小学及以下为参照组)	大专及以上学历	-0.142	0.854	0.028	0.868	0.867
	高中中专	-0.597	0.551	1.175	0.278	0.551
	初中	-0.397	0.345	1.321	0.250	0.673
是否患有慢性病	没有患慢性病	-1.658	0.279	35.284	0.000	0.190
是否参加新农合	参加	0.004	0.688	0.000	0.996	1.004
至最近医疗机构的距离	5 公里及以上	0.827	0.607	1.857	0.173	2.287
至最近医疗机构的时间 (不超过 10 分钟为参照组)	超过 30 分钟	0.335	0.400	0.702	0.402	1.398
	21-30 分钟	-0.476	0.339	1.971	0.160	0.621
	11-20 分钟	-0.053	0.358	0.022	0.882	0.948
乘坐交通工具 (私家车为参照组)	步行	1.487	0.613	5.880	0.015	4.422
	摩托车	1.667	0.662	6.339	0.012	5.297
	公交车	1.152	0.645	3.188	0.074	3.164
是否开展预防宣传教育	开展	-0.075	0.262	0.082	0.775	0.928
一般性疾病的就医机构 (村卫生室为参照组)	市级医院及以上	2.927	1.021	8.220	0.004	18.673
	县级医院	1.471	0.350	17.684	0.000	4.355
	乡镇卫生院	0.467	0.419	1.246	0.264	1.596
对就诊医生技术的评价 (低为参照组)	高	1.022	0.393	6.764	0.009	2.779
	一般	0.561	0.405	1.912	0.167	1.752

“年龄因素”对民族地区农村居民的健康状况有显著的影响。调查样本中,相对于 16-29 岁的农村居民来说,45-59 岁、60 岁及以上的农村居民自评健康状况更好。这与刘恒等(2009)的研究结论相同,年龄越大的老年人自评健康状况越好。

“是否患有慢性病因素”对民族地区农村居民的健康状况具有显著影响。卢鸿雁等（2014）对银川市社区老年人的研究发现,患有慢性病的老年人自评健康状况更差。

“民族因素”、“婚姻因素”、“受教育程度因素”、“是否参加新型农村合作医疗”对民族地区农村居民的健康状况没有显著影响。

2. 医疗服务供方可及性因素对民族地区农村居民健康的影响。从表 2 模型回归结果看,“至最近医疗机构的距离”、“至最近医疗机构的时间”和“是否开展预防宣传教育因素”对民族地区农村居民的健康状况都没有显著影响。

“乘坐交通工具因素”对民族地区农村居民的健康状况有显著影响。乘坐交通工具在统计学上非常显著,从 OR 值来看,在控制其他变量的条件下,选择步行的农村居民自评健康积极的概率是开私家车的 4.422 倍,骑摩托车的农村居民自评健康积极的概率是开私家车的 5.297 倍。

“一般性疾病的就医机构因素”对民族地区农村居民的健康状况具有显著影响。一般性疾病的就医机构在统计学上非常显著,从 OR 值来看,在控制其他变量的条件下,选择市级医院及以上的农村居民自评健康积极的概率是选择村卫生室的 18.673 倍,选择县级医院的农村居民自评健康积极的概率是选择村卫生室的 4.355 倍。

“对就诊医生技术的评价因素”对民族地区二村居民的健康状况具有显著影响。从 OR 值来看,在控制其他变量的条件下,对就诊医生技术评价高的农村居民自评健康积极的概率是对就诊医生技术评价低的农村居民的 2.779 倍。

三、结论与讨论

本文通过对湖北省恩施土家族苗族自治州建始县的农村居民进行问卷调查,利用有序多分类 Logistic 回归模型分析民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响。模型回归结果显示,对民族地区农村居民健康状况有影响的因素为年龄、是否患有慢性病、乘坐交通工具、一般性疾病的就医机构、对就诊医生技术的评价等五个因素。

1. 民族地区农村居民的健康水平相对较低。调查数据显示,民族地区农村居民自评健康状况为非常好或好的占 25.84%,认为自评健康状况为一般或差的占 74.16%,与已有的研究相比,民族地区农村居民的健康水平相对较低。刘汝刚等（2016）对我国农村居民的研究结果显示,71.47%的农村居民自评健康状况为非常好或较好,有 28.53%的居民对自身健康状况不十分满意[9]。刘枫等（2011）对北京市农村居民的研究结果显示,50%的农村居民自评健康状况为很好或较好,50%的农村居民自评健康状况为一般或差。

2. 提升民族地区医疗机构的服务能力是提高民族地区农村居民健康水平的重要途径。模型回归结果显示,一般性疾病的就医机构和对就诊医生技术的评价对民族地区农村居民的健康有显著影响。因此,加强医疗卫生设施建设,重点为乡镇卫生院及以下的医疗卫生机构培养从事全科医疗的卫生人才,提高医生的医疗技术水平,将促进民族地区医疗机构的服务能力与服务质量的提升,缩小健康水平的地区差异,从而有助于民族地区农村居民健康水平的提高和健康公平的实现。

3. 加强预防宣传教育。调查数据显示,“是否开展预防宣传教育”对民族地区农村居民的健康状况没有显著影响。但不能说开展预防宣传教育毫无意义,目前各级政府普遍存在重医疗轻预防的现象。韩启德

院士提出医疗对人的健康只起8%的作用,更多的是由生活方式、生活条件、经费的保障来决定。因此,明确医疗的定位至关重要,卫生部门应多开展乡村两级健康教育知识讲座,利用新媒体等媒介积极宣传健康的生活理念,通过开展预防宣传教育,将预防保健需求转化为医疗服务需求,从而降低“小病转化成大病”的概率。

4. 控制医疗保险的费用。医疗保险最直接的作用是减轻农村居民医疗负担,从而达到分摊健康风险最终降低疾病患病率,改善农村居民的健康状况。调查数据显示,“是否参加新型农村合作医疗”对民族地区农村居民的健康状况没有显著影响,可能的原因是调查地区的新型农村合作医疗以解决大病为主,补偿范围有限,保障水平较低。从调查结果看,参加新农合的农村居民占调查总数的94.97%,参合率虽然高,但用当地农村居民的话说“住院才能报销,门诊又报不了”,很多农村居民为了获得补偿而过度住院,因此,要合理控制新农合制度实施带来的费用上涨问题,减少为了获得补偿而浪费医疗资源的现象,使真正需要就医的农村居民获得及时的医疗服务。

5. 加大对民族地区农村义务教育的投资。调查数据显示,农村居民受教育程度对其健康程度没有直接的显著的影响,但是我们应该看到,一个人教育程度的高低对其认知疾病的能力却有着显著影响,而人们对疾病的认知能力又影响着他对疾病的态度和行为。因此,还必须通过提高民族地区农村居民的文化教育水平,提高他们对疾病的认知能力,从而积极、及时消除疾病隐患,真正提高民族地区农村居民的健康水平。

参考文献

- ① 陈啸宏. 增强针对性, 全力提升民族地区卫生计生服务能力[N], 中国民族报, 2014-08-15.
- ② 吴长玲, 方鹏骞. 中国西部地区农村居民卫生服务不平等与潜在的可达性状况分析与对策探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2007(8).
- ③ Pechansky, R., Thomas, W. The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction[J]. Medical Care, 1981, 19(2): 127-140.
- ④ 苗艳青. 卫生资源可及性与农民的健康问题: 来自中国农村的经验分析[J]. 中国人口科学, 2008(3).
- ⑤ 宋月萍, 谭琳. 卫生医疗资源的可及性与农村儿童的健康问题[J]. 中国人口科学, 2006(6).
- ⑥ 杜鹏. 中国老年人口健康状况分析[J]. 人口与经济, 2013(6).
- ⑦ 刘恒, 巢健茜, 杨迎春, 江莉莉. 老年人自评健康影响因素分析及程度比较[J]. 中国全科医学, 2009(13).
- ⑧ 芦鸿雁, 李燕兵, 张东芝, 许少先. 慢性疾病对银川市社区老年人健康自评影响的研究[J]. 宁夏医学杂志, 2014(11).
- ⑨ 刘汝刚, 李静静, 王健. 中国农村居民健康影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2016(4).
- ⑩ 刘枫, 张炎, 孙剑颖. 北京市农村居民健康状况及其影响因素调查[J]. 中国健康教育, 2011(7).

⑪ 黄哲雯. “医疗对健康只起 8%的作用” [N]. 工人日报, 2014-05-30.

⑫ 韩俊, 罗丹. 中国农村医疗卫生状况报告[J]. 中国发展观察, 2005(1).