

我国农村地区老年人生命质量调查与分析

吉珂* 周王艳 陈家应

南京医科大学医政学院 江苏南京 210029

【摘要】目的:了解我国农村地区老年人的健康相关生命质量,探索其与社会经济、人群健康行为之间的关系。方法:应用欧洲五维度健康量表及直观式健康量表开展老年人生命质量的测量与分析。结果:农村地区老年人总体生命质量明显低于一般人群,配偶健在、有亲友同住、家庭收入水平较好情况下,均有较高的生命质量,低龄老人健康优于 75 岁以上高龄老人,有慢性病的老年人生命质量较差。结论与建议:农村老年人生命质量的提高需要家庭、政府、社会等多方的共同努力,尤其要关注高龄老人、独居及丧偶老人的身心健康;政府部门除了要加大对低收入老年人的医疗和生活救助外,还要重视老年保健服务,最大限度地提高老年人群的生命质量。

【关键词】老年人;健康相关生命质量;欧洲五维度健康量表;农村

中图分类号:R061.4 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.05.010

Analysis on quality of life of elderly people in rural China

Ji Ke, ZHOU Wang-yan, CHEN Jia-ying

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Jiangsu Nanjing 210029, China

【Abstract】 Objective: To understand health-related quality of life (HRQOL) of elderly people in rural China, and to explore the relationship between HRQOL and the socio-economy, population health-related behaviors. Methods: The survey was carried out using EQ-5D and Visual Analogue Scale (VAS). Results: The overall HRQOL of the elderly in rural areas were significantly lower than the general population. The elderly people with spouse, family members living together or better economy might have better health. Those under 75 years old had higher HRQOL. The elderly with chronic diseases had worse health. Conclusions: To improve the elderly people HRQOL, it needs joint efforts from families, governments and society, in particularly to those as such the more elderly (over 75), living alone and widowed elderly people. Apart from medical and living assistance to low-income elderly people, governments should pay attention to elderly care services in order to increase their HRQOL.

【Key words】 Elderly people; Health-related quality of life; EQ-5D; Rural

近年来,人口老龄化的迅速发展,已然引起了联合国及世界各国的重视与关注。根据《2009 年度中国老龄事业发展统计公报》,我国 60 岁及以上老年人口达到 1.67 亿,占全国总人口的 12.5%,到 21 世纪中叶,我国人口的 1/3 将是老年人。这就是说,我国未来将面临人口结构和素质的重大改变,养老形势严峻。^[1]随着健康观以及疾病谱的变化,

人口老龄化的加剧不但给社会带来了巨大的经济压力,也对社会和卫生事业发展提出了新的要求。1990 年 WHO 和 1993 年第 15 届国际老年学会分别提出了“健康老龄化”和“科学为健康老龄化服务”的宏伟目标^[2],将其作为全球解决老龄问题的奋斗目标。

作为一项新型的健康状况测评指标,生命质量

* 基金项目:国家自然科学基金项目(70873064)

作者简介:吉珂,女(1985 年-),硕士研究生,主要研究方向为卫生管理。E-mail:cdi99@126.com

通讯作者:陈家应。E-mail:jychen@njmu.edu.cn

可以从多维的角度反映人群的健康状况,也弥补了传统的单一量化健康测量指标在反映慢性病等疾病上缺乏敏感性的问题。本研究用欧洲五维度健康量表(EQ-5D)对我国东、中、西部8个省共40个县的24 000户样本家庭开展了健康相关生命质量的调查,本文主要是对60岁及以上老年人口进行健康相关生命质量及其影响因素分析,其结果对反映农村老年人群的健康问题具有参考价值。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本次家庭健康询问调查在“世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目”的8个项目省40个项目县开展,采用多阶段分层整群随机抽样方法抽取样本户。每个项目县抽取5个样本乡镇,每个样本乡镇抽取2个样本村,每个样本村抽取60个样本户,每项目县调查样本户600个。总样本量为40个县、200个乡镇、400个行政村、24 000户。调查对象为被抽中家庭中的常住人口。此次抽样设计方法与中国第四次国家卫生服务调查相同,该方法被多次应用在世界银行与中国合作开展的项目中(如农村基本卫生服务项目、新型农村合作医疗评价等)。样本省中,东部地区有江苏(6县),中部有山西(4县)、河南(5县)、黑龙江(4县),西部有重庆(6县)、陕西(5县)、青海(5县)、甘肃(5县)。

1.2 方法

1.2.1 量表介绍

本研究采用EQ-5D来对农村居民调查当日的健康状况进行测量,该量表主要从两个方面来评价健康状况:第一部分是EQ-5D五维度(行动 mobility、自己照顾自己 self-care、日常活动 usual activities、疼痛/不适 pain/discomfort、焦虑/抑郁 anxiety/depression)量表,每个维度都包含三个层次(没有问题、有中度问题、有重度问题);第二部分是直观式健康量表(visual analogue scale, VAS),通常被称为“欧洲五维度健康温度计”(EQ-5D thermometer)。VAS评分取值为0~100分,100代表“你所能想象到的最好的健康状况”,0代表“你所能想象到的最差的健康状况”,由被调查的农村居民根据自我感知情况回

答最符合调查当日自身健康状况的评分。调查对象为样本家庭中所有15岁及以上人口,要求由本人回答。

1.2.2 调查方法

调查采用入户询问的方法收集数据。经培训合格的调查员在对调查户进行摸底调查后,深入样本户按调查表的项目对该户所有成员逐一进行询问调查。调查设调查员和调查指导员。调查指导员负责调查的组织、指导、检查及质量验收工作。

1.2.3 统计分析

所有调查均采用卫生部统计信息中心编制的Access数据录入工具软件,由项目省负责组织人员,进行双轨录入和自动核对,采用SPSS16.0进行统计学分析。

1.3 资料清理及剔除标准

40个项目县共调查80 070人,根据EQ-5D量表实际应用要求,调查对象年龄必须大于或等于15岁,年龄、性别、五维度量表任一维度、VAS有缺失值或者由他人代答者,均不纳入分析。经数据库清理后,有效样本量共计55 469人,其中60岁及以上的老年人口10 528人。本文的所有统计分析均是对符合要求的样本人群进行。

1.4 相关指标的界定

1.4.1 经济收入分组

按照家庭人均年收入从低到高排列,等分成五组,分别为低收入组、较低收入组、中等收入组、较高收入组、高收入组。

1.4.2 慢性病患病

本次调查中,调查对象具有下列情况之一者,即可确定为患有慢性病:(1)调查前半年内,经医务人员明确诊断为慢性病。(2)半年以前经医生诊断患有慢性病,在调查的前半年内时有发作并采取了治疗措施,如服药、理疗,或者一直在治疗以控制慢性病的发作等。

2 结果与分析

2.1 社会人口学特征

调查对象的平均年龄为68.26岁,其中年龄最大的为101岁;少数民族占10.1%。从婚姻状况构

表 1 40 个县农村老年人 EQ-5D 五维度存在中度及重度问题的情况

EQ-5D 维度	中度问题		重度问题		合 计	
	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)	人数(人)	百分比(%)
行动	1 816	17.2	149	1.4	1 965	18.7
自己照顾自己	1 186	11.3	184	1.7	1 370	13.0
日常活动	1 660	15.8	332	3.2	1 992	18.9
疼痛/不舒服	2 718	25.8	181	1.7	2 899	27.5
焦虑/抑郁	1 656	15.7	148	1.4	1 804	17.1

成情况来看,在婚老年人的比例最高,占 71.7%;其次是丧偶老年人,占 25.4%;未婚和离婚老年人数量比例均较少。农村老年人受教育程度总体较低,文盲半文盲占 50%,小学文化程度者占 36.1%,初中文化程度者占 10.9%,高中、技校或中专文化程度者占 2.7%,大专文化程度者占 0.2%,大学及以上文化程度者仅占 0.1%。医疗保障制度参加比例最高的为新型农村合作医疗,占 89.1%;其次是城镇职工基本医疗保险,占 4.4%;没有任何医疗保险的比例为 4.7%;参加商业医疗保险的比例仅为 0.7%。

2.2 农村老年人健康相关生命质量

2.2.1 五维度测量情况

调查结果显示,35.4%的老年人至少在一个维度存在健康问题。存在问题比例最高的维度是疼痛/不舒服,达到 27.5%;其后依次是日常活动,占 18.9%;行动 18.7%;焦虑/抑郁 17.1%。五个维度中,存在问题最少的是自己照顾自己,调查对象中有 13.0% 报告在此维度存在健康问题(表 1)。

2.2.2 VAS 评分及其分布情况

40 个县农村老年人的自评健康得分 VAS 的均值为 69.6,较何敏媚等 2009 年测得的北京某城区老年人平均 VAS 得分 67.6 略高^[3],但较 2008 年第四次国家卫生服务调查所得农村一般人群的 VAS 得分 80.4 低了近 11 分。^[4]VAS 的分布主要集中在 50~100 分之间,小于 50 分的比例仅占 6.2%,有 1.5% 的老年人给自己的健康状况打了 100 分(表 2)。

表 2 40 个县农村老年人 VAS 评分的分布

VAS 得分	人数(人)	百分比(%)
0~	2	0
10~	21	0.2
20~	56	0.5
30~	193	1.8
40~	385	3.7
50~	973	9.2
60~	2 026	19.2
70~	2 765	26.3
80~	2 818	26.7
90~	1 127	10.7
100	162	1.5
合计	10 528	100.0

2.3 健康相关生命质量影响因素

2.3.1 年龄

结合图 1、图 2 可以看出,VAS 总体评分随着年龄的增长而下降,五个维度存在问题的比例总体上均呈现出上升趋势,也就是说,年纪较大的老年人较年纪较小的老年人存在更多的健康问题。然而,五个维度存在问题的比例也有自身的变化特点。随着年龄的增长,行动、日常活动、自己照顾自己三方面问题比例的增长较为迅速。其中,自己照顾自己存在问题的比例始终呈上升趋势,日常活动存在问题的比例在 85~89 岁后有所下降,直至 90~94 岁后又大幅上升。五个维度中疼痛/不舒服与焦虑/抑郁这两个维度问题的增长相对缓慢,其中,疼痛/不舒服这个维度存在问题的比例在 85~89 岁组达到顶峰,焦虑/抑郁维度在 90~94 岁后呈现快速上升的趋势。

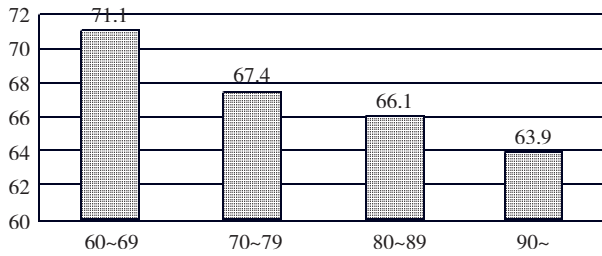


图1 不同年龄分组农村老年人 VAS 评分

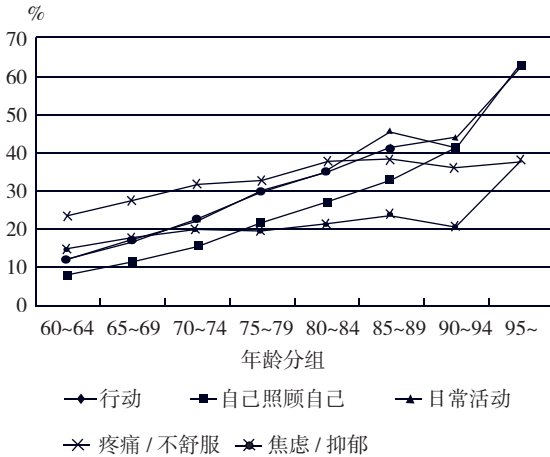


图2 不同年龄组农村老年人五维度存在问题的比例

2.3.2 家庭环境

我们选取了家庭规模、婚姻状况作为代表家庭环境影响的变量。结果发现,不同家庭规模、婚姻状况下老年人的自评健康状况总体评分 VAS 不同,差异有统计学意义(表3)。单因素方差分析两两比较后,可以发现家庭规模中生命质量差异主要显示在是否独居这个因素,而婚姻状况中,差异主要体现在在婚和丧偶老年人群中。

表3 不同家庭规模、婚姻状况下老年人 VAS 评分

分组	人数(人)	VAS 评分	P 值
家庭规模			
独居	770	68.1	0.019
2~4 人	6 553	69.7	
5 人或以上	3 205	69.7	
婚姻状况			
在婚	7 548	70.4	0.000
离婚	58	68.2	
丧偶	2 672	67.3	

考虑到年龄与家庭规模、婚姻状况可能存在一

定交互影响,为了消除年龄因素的混杂,根据国际上常用的年龄划分标准,将老年人群再划分为两个年龄段即老年前期(60~74 岁)和高龄老人(75 岁及以上),进一步开展分层分析。

表4 反映的是独居对不同年龄别老年人生命质量的影响,从 60~74 岁年龄组看,独居老人在五个维度存在问题的比例均较与亲友同住的老年人高,且五个维度卡方检验 P 值分别为 0.02、0.006、0.002、0.001、0.000,均显示出统计学差异(P < 0.05),差异最大的是在焦虑/抑郁维度,两者存在问题的比例相差了 7.4 个百分点。独居老人的 VAS 评分也较与亲友同住的老人低,差异有统计学意义。然而,在 75 岁及以上年龄组,虽然从数据上也显示出了独居老人较与亲友同住老人生命质量差,但是除了在疼痛/不舒服维度显示出统计学差异外,VAS 评分及其他维度均未显示出统计学差异。

表4 独居和与亲友同住老年人年龄别五维度存在中度及重度问题的比例及 VAS 评分

EQ-5D 维度	60~74 岁		75 岁及以上	
	独居	与亲友同住	独居	与亲友同住
行动(%)	19.0	15.3	33.2	32.5
自己照顾自己(%)	13.9	10.2	23.0	24.8
日常活动(%)	20.4	15.4	34.1	33.3
疼痛/不舒服(%)	32.2	25.6	41.5	33.4
焦虑/抑郁(%)	23.3	15.9	24.0	20.0
VAS 评分	68.2	70.4	65.4	66.6

表5 反映的是在婚与丧偶老人在不同年龄别生命质量的差异。从 60~74 岁年龄组看,丧偶老人在五个维度存在问题的比例均高于在婚的老年人,且五个维度卡方检验 P 值均为 0.000,显示出有统计学差异。两者差异最小的是在自己照顾自己维度,但差别仍然达到 5.6 个百分点。在日常活动、行动、焦虑/抑郁维度两者差异均超过 7 个百分点。从 VAS 评分上也同样反映出在婚老年人的生命质量较好。相比而言,在 75 岁及以上年龄组,无论是五个维度问题比例还是 VAS 评分,在婚老人与丧偶老人问题的比例均比较高,但两组人群差异无统计学意义。

表 5 在婚和丧偶老年人年龄别五维度存在中度及重度问题的比例及 VAS 评分

EQ-5D 维度	60~74 岁		75 岁及以上	
	在婚	丧偶	在婚	丧偶
行动(%)	13.9	21.3	30.6	34.3
自己照顾自己(%)	9.2	14.8	22.8	25.8
日常活动(%)	14.0	21.9	31.4	35.1
疼痛/不舒服(%)	24.7	30.8	33.1	36.0
焦虑/抑郁(%)	14.9	22.1	19.7	21.1
VAS 评分	70.9	68.0	66.8	66.1

2.3.3 慢性病

由于年龄也是与慢性病密切关联的因素之一,我们首先对不同年龄别的慢性病患者情况及构成进行了分析(表 6)。经卡方构成比检验发现, χ^2 值为 5.002, P 值为 0.170, 差异无统计学意义, 不存在年龄混杂影响, 因此, 我们直接分析慢性病对老年人生命质量的影响。

表 6 不同年龄别慢性病患者构成(%)

年龄组	无慢性病	患有 1 种	患有 2 种	患有 3 种
60~74 岁	58.5	32.5	7.2	1.8
75 岁及以上	55.8	34.7	7.5	2.0

结果显示, 40 个县农村老年人慢性病的患病率为 52.8%, 患慢性病的老年人 VAS 得分为 64.3, 较未患病的老年人低了 9.1 分, 差异有统计学意义, 患 2 种及以上慢性病的老年人生命质量的总体评分较差。趋势卡方检验分析后发现, 五维度存在问题的比例均随着慢性病数量的增加而增加。患有两种慢病者较仅患有 1 种慢病者在日常活动、疼痛/不舒服两维度问题增幅较大, 患三种慢病者较患两种慢病者在焦虑/抑郁维度问题增幅最大。慢性病对老年人健康维度影响最大的是在疼痛/不舒服方面(表 7)。此外, 高血压位居农村老年人慢性病患者首位, 患病人数占总人口的 16.2%, VAS 为 65.8, 而未患高血压的老人 VAS 得分达到 70.3, 甚至高于老年人群的总体得分, 可见老年人群的 VAS 受累于高血压, 但没有发现高血压是否治疗对 VAS 产生影响。

表 7 慢性病影响下的老年人五维度问题比例分布及 VAS 评分

EQ-5D 维度	患有 1 种	患有 2 种	患有 3 种	无慢性病
行动(%)	27.4	36.7	44.4	10.7
自己照顾自己(%)	19.3	25.0	33.9	7.3
日常活动(%)	27.9	38.1	45.5	10.6
疼痛/不舒服(%)	41.7	55.8	60.8	15.0
焦虑/抑郁(%)	25.1	33.0	46.6	9.7
VAS 评分	65.5	60.5	58.5	73.4

2.3.4 家庭人均收入

表 8 反映了不同收入水平下老年人两周患病治疗率的差异。随着收入水平的上升, 两周患病治疗比例也从低收入组的 85.3% 上升到高收入组的 92.0%。卡方检验结果证实不同收入水平下农村老年人两周患病的治疗率不同 ($\chi^2 = 30.782, P = 0.000$)。

表 8 不同收入老年人两周患病治疗情况

家庭人均收入水平	两周患病治疗人数(人)	两周患病治疗率(%)
低收入组	722	85.3
较低收入组	735	86.8
中等收入组	793	91.1
较高收入组	753	90.5
高收入组	843	92.0

将家庭人均年收入从低到高排序, 划分五分位组纳入分析。图 3 显示了不同收入水平下 VAS 的评分, 可以清晰地看到, VAS 评分随着收入水平的提升而升高, 单因素方差分析结果显示差异有统计学意义 ($F = 85.868, P = 0.000$), 除较高收入组与中等收入组没有呈现统计学差异外, 其他各组都显示了高收入组较低收入组相比, 拥有更高的 VAS 评分。

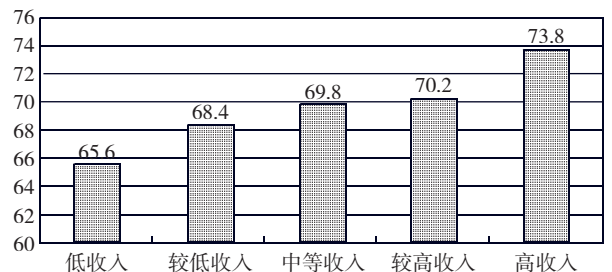


图 3 不同收入水平下老年人 VAS 评分

3 讨论与建议

农村老年人的健康相关生命质量总体水平明显低于一般人群,这是老年人这个特殊群体的生理特点所决定的。在 EQ-5D 量表反映生命质量的 5 个健康维度中,农村老年人在躯体的疼痛/不舒服上存在问题的比例最大,在其他方面存在问题的比例相对较少,尤其是在自我照顾方面,老年人的自我评价是最高的,这说明了虽然当前社会老龄化问题严重,但是大部分老年人有基本自理能力,这点对于减轻家庭甚至是整个社会的负担和压力有一定的作用。

3.1 注重高龄老人的生命质量

从相关因素分析中,可以看出,年龄对于生命质量来说是一个敏感变量,就一般情况而言,年龄增加势必会使老年人面临更多的健康问题,这与有关研究结果一致。^[5-6] 进入老年阶段后,生理机能会出现一系列退行性变化,导致生命质量呈明显下降趋势。VAS 分析中还发现,70~79 岁是一个分界点,70 岁以下老年人的 VAS 评分相对较好,结合五维度问题比例分析,在 75 岁似乎是一个转折点。在我国农村地区目前尚没有实现养老的社会化,作为基本公共卫生服务的重要内容之一,农村地区的老年保健更应该加强,以帮助有老人的家庭改善老年人生命质量。在目前尚无足够资源对全部老年人群开展保健的情况下,重点关注高龄老人的保健,既是必要的,也是可行的。

3.2 独居、丧偶老年人的生命质量需尤为关注

农村老年人以家庭养老为主,分析结果显示家庭环境对低龄老年人的生命质量有明显影响。老人与亲友、保姆等共同居住,有利于其身心健康,与独居老人的生命质量差异有统计学意义。在婚老年人与丧偶老年人的生命质量差异显著,丧偶老人的生命质量差。因此,关注农村独居、丧偶老人的健康非常重要。一方面,子女要尽可能地为老人营造一个温馨的家庭环境,多多关注老年人的情绪与情感,有条件地情况下选择与老人同住或者就近居住;另一方面,居委会和村民委员会要充分发挥基层群众性自治组织的作用,走进社区、村舍,关心孤寡老人的生活与健康,鼓励他们参与社区活动,促进他们与外

界的交流,农村基层卫生机构在开展老年保健时,也应该对独居老人给予更多的照顾。通过建设老年公寓、养老院等形式逐步开展农村集中社会化养老,为老年人群提供生命和医疗照顾,对老年人群的生命质量改善也会有较大帮助。^[7]

本次调查中,没有发现家庭规模、婚姻状况等家庭环境因素对高龄老人生命质量的影响,原因可能是由于高龄老人较低龄老人而言,健康问题都比较多,掩盖了夫妻和家人照顾的影响,也可能是高龄老人在时间上更能适应老年人的生活。这需要在以后的研究中进一步探讨。

3.3 慢性病是影响老年人生命质量的重要因素

研究结果显示,慢性病对于老年人生命质量的影响较大,其中高血压是困扰老年人身心健康的主要慢病之一。患慢性病的老年人较未患慢性病的老年人不但 VAS 评分低,五维度存在健康问题的比例均大幅增加。贾守梅等在 2004 年采用 SF-36 量表也测得有慢性病的老年人生命质量各维度得分均低于没有慢性病的老年人^[8],两者反映的结果一致。老年人因其身体机能的衰退本身就更容易受到疾病的侵袭,加上慢性病病程长、病因复杂、容易反复等特点,不但造成老年人身体的长期不适,更容易使他们陷入消极、烦躁的不良情绪中。趋势检验发现,健康问题会随着慢性病数量的增加而增加,可见,在控制慢性病方面,不仅是控制慢性病的发生发展,更为重要的是病因预防以及防止并发其他慢性病。因此,需在老年人中开展慢性病防治的宣传指导,提高老年人的自我保健意识和能力,帮助他们正确认识慢性病及其危害,指导老年人慢性病治疗和康复,最大限度地减少慢性病对患者生活能力的影响。同时,要对慢性病患者尤其是老年患者建立慢性病健康档案,开展慢性病规范管理,有效控制慢性病的症状,提高老年慢性病患者生命质量。

3.4 要重视低收入老人健康保护

值得注意的是,生命质量在不同收入组所显示出的差异,再一次证明了经济对健康的正向促进作用。^[9] 收入水平对生命质量的影响是多方面的。一方面,收入的高低会间接影响到疾病的就诊与治疗。分析中我们发现收入水平最富裕组,两周患病治疗

率达到了 92.0%，相比最贫困组，提高了近 7 个百分点。且在患病未治疗的原因分析中，由于经济困难而导致未治疗的比例也随着收入水平的提升而大幅减少。另一方面，较高的收入水平，有利于老年人追求更高层次的健康需求，比如养生、保健等，对生命质量有促进作用。因此，政府要加大对低收入老年人群的健康保护，完善健康保障制度，加大医疗救助力度，提高低收入老年人群的医疗服务利用，减少因经济障碍导致的卫生服务利用不公平，提高人群健康的公平程度。

参 考 文 献

- [1] 全国老龄工作委员会办公室. 2009 年度中国老龄事业发展统计公报[R]. 2010.
- [2] 李秀燕, 郭继志. 老年人生命质量评价的现状与展望[J]. 国外医学·社会医学分册, 2003, 20(4): 154-158.
- [3] 何敏媚, 吴明. 北京市某城区老年人居住模式与健康状况关系初步分析—以 EQ-5D 为健康测量量表[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(4): 478-481.

- [4] 卫生部统计信息中心. 2008 中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [5] 林佩贤, 钟倩红, 王维, 等. 广州市社区老年伤害与生命质量的调查[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(1): 94-95.
- [6] 郑玉仁, 柯雪梅, 柯朝晖, 等. 老年人生活质量及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2006, 22(6): 746-747.
- [7] 史关荣, 冯雪影, 蹇秀兰, 等. 平顶山市市区老年公寓 117 例老年人生命质量分析[J]. 按摩与康复医学, 2010, 1(3): 119-122.
- [8] 贾守梅, 冯正仪, 胡雁, 等. 上海市社区老年人生活质量及影响因素调查[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(5): 420-423.
- [9] 周菲. 城市农民工收入与健康: 职业地位的影响[J]. 经济论坛, 2009(22): 49-52.

[收稿日期:2011-02-22 修回日期:2011-04-03]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

第三届西湖论坛在美国亚特兰大举行

2011 年 4 月 10-12 日, 第三届西湖论坛在美国亚特兰大召开, 主题为“中美两国医疗改革: 异同与挑战”(Healthcare Reform in China and the US: Similarities, Differences and Challenges)。中美两国卫生部门、高等院校和科研机构卫生政策和体系科学(health policy system sciences, HPSS)的研究人员约 250 人参会, 其中中国代表 70 余人。

中华预防医学会会长、卫生部原副部长王陇德院士和美国卫生和人类服务部副部长 Howard Koh 博士就中美两国医疗卫生体制改革作了主旨报告。与

会专家就中美两国在医疗体制改革中的重大问题, 如全民医疗保障、特殊人群的医疗保障、公共卫生服务和医疗服务的公平性和可及性、医疗服务的质量管理、医院的综合职能、医务人员的专业精神和职业道德等方面进行了广泛深入的讨论。同时, 会议期间中美学者还就人才培养和合作研究方面进行了交流。

(来源: 浙江大学网站)