

# 我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究

——基于 2011 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据

李建新\* 夏翠翠

北京大学社会学系 北京 100871

**【摘要】**老年人是对医疗卫生服务需求较多的群体,能否获得及时的医疗服务对老年人健康具有重要影响。本文利用 2011 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据,分析了城乡老年人口医疗服务可及性差异以及影响因素。研究结果表明,城乡老年人在“患重病能否得到及时医治”方面存在显著差异,城镇优于农村;这一差异的影响因素主要是城乡间社会经济发展差异和城乡不同的社会保障、医疗保障体系。同时,城乡老年人患重病不能及时医治的主要原因也存在显著差异,农村因经济和地理不可及而得不到医治的比重高于城镇。

**【关键词】**医疗;服务可及性;老年人口;城乡差异

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.007

## Disparities of medical care access between rural and urban seniors: Based on the data from 2011 CLHLS

LI Jian-xin, XIA Cui-cui

Department of Sociology, Peking University, Beijing 100871, China

**【Abstract】** Elderly population is a group of people who need more medical care and acquiring immediate medical treatment in time is important for the aged to get a good health status. The article demonstrates the differences of medical accessibility between rural and urban seniors and analyses the influencing factors and changes of the disparities using the 2011 waves of CLHLS data. Results indicate that compared to rural seniors, the aged living in urban area are more likely to achieve immediate treatment when they are seriously ill. The mechanism of the disparities is made by the different socioeconomic development level and social and medical security system. Moreover, the main reasons not to visit doctor when necessary are having no money and inconvenience to travel; the proportion of having no money and far from hospital are significantly larger in rural area than urban.

**【Key words】** Medical service; Accessibility; The elderly population; Urban-rural disparities

21 世纪我国已进入了快速老龄化时期。国家统计局数据显示,2010 年我国 60 岁及以上老年人口占总人口的比重为 13.3%,高于世界平均水平(11%);到 2012 年底,我国 60 岁及以上人口比例上升至 14.3%,老年人口接近 2 亿。由于人口流动加剧,我国农村老龄化程度高于城市。<sup>[1]</sup>随着人口老龄化进程加速,城乡人口老龄化带来的养老、医疗保健等一系列问题成为社会和公众关注的焦点。

医疗保健是全社会特别是老年人口最关切的问题之一。老年人身体机能逐渐衰退,患病率较高,60

岁及以上人群的患病率是全体人群的 2.5~3 倍<sup>[2]</sup>,具有较大的医疗卫生服务需求。因此,医疗卫生服务是否可及对老年人群体的影响较其他成年人群体更大,其健康效益也更大。医疗卫生服务可及性的群体差异是社会不平等的反映,在我国城乡二元结构下表现得更为突出。20 世纪 60~70 年代,我国农村根据当时经济发展水平及社会组织制度建立“赤脚医生”和农村合作医疗制度,惠及大约 90% 的农村居民,一度被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少的投入获得了最大健康受益”。<sup>[3]</sup>然而,20 世纪 80

\* 基金项目:国家自然科学基金管理学部重点项目(71233001)

作者简介:李建新,男(1962 年一),博士,教授,主要研究方向为人口社会学。E-mail:ljx@pku.edu.cn

年代以来,伴随市场经济快速发展与社会急剧转型,以“放权让利”为核心的医疗改革瓦解了改革前建立的相对平等的基层医疗服务体系和保障体系,医疗卫生资源向大城市集中,部分城市居民丧失医疗保障,而农村几乎整体处于医疗保障缺失的状态。与此同时,医疗资源由市场和政府“双轨”配置但未能找到合适的均衡点,从而大大提高了医疗成本,这些变化不仅成为引发“看病贵”的重要因素,也加剧了不同社会群体的医疗卫生不平等,尤以城乡差异最为突出。<sup>[4-5]</sup>为改变这一局面,2003年我国启动了新型农村合作医疗保险制度(以下简称“新农合”),2009年进一步深化医疗卫生体制改革,并着重加强基层医疗卫生服务体系建设。实证研究表明,新农合提高了农村医疗服务的利用率,也缓解了医疗服务利用的城乡不平等。<sup>[6]</sup>近些年来我国在医疗卫生方面的投入不断加大,医疗卫生条件和设施也逐渐得到改善,伴随新农合的全面推进和医保覆盖率的不断提高,我国城乡医疗卫生服务水平差异也有了新的变化。以此为背景,本文将从城乡结构分层的视角关注城乡老年人口医疗服务可及性的差异以及影响因素。

医疗服务可及性是指能够接触到所需的医疗服务。<sup>[7-8]</sup>医疗服务可及性的公平是指医务人员、医疗设备等的分配没有结构性差异。<sup>[9]</sup>从社会分层的视角看,城乡二元结构是我国社会分层的重要标志。<sup>[10]</sup>城乡二元结构意味着城乡居民拥有不同的发展机会和资源分配的权利。城乡社会分层可能通过以下方式影响医疗服务可及性:首先,城乡差异表现为个体社会经济地位的差异。城镇居民拥有更好的教育和就业机会,而教育、收入等社会经济地位指标又会对医疗卫生服务利用产生显著影响。<sup>[11-12]</sup>第二,城乡在家庭结构和老年人居住照料方式上存在差异。<sup>[13]</sup>生病时能否及时就医,不仅与老年人获取医疗服务的经济能力和方便程度有关,也是一个家庭决策的问题。当前社会中,独居和空巢老年人增多,是否有人陪同就医、是否能迅速做出就医决策也会影响到老年人的就医可及性。第三,不同的城乡医疗保障体系也会影响到城乡居民医疗服务可及性。长期以来,城市实行公费医疗、城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险制度,而在农村实行新农合,不同类型医疗保险的支付方式、保障力度将会影响到就医可及性。第四,城乡居住地与医疗卫生资源的配置相关。2011年城市每千人口医疗机构床位数是

农村的2.2倍,每千人口卫生技术人员数是农村的2.5倍<sup>[14]</sup>,医疗卫生资源向城镇集中,城镇居民享受到更好的医疗卫生服务条件,医疗服务可及性较好。

按照上述分析思路,本文将从老年人社会经济地位、老年人居住照料方式、二元社会保障和医疗保障体系以及医疗资源配置四个方面考察城乡医疗服务可及性差异及其影响因素,分别反映城乡老年人获取医疗资源的能力、就医决策的可能性、医疗保障和支持以及获取医疗资源的便捷性(图1)。通过此研究设计,本文试图分析城乡老年人是否存在医疗服务可及性的差异以及影响医疗服务可及性差异的因素。

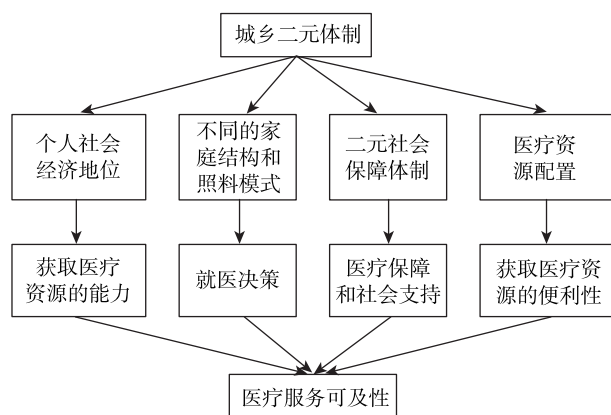


图1 城乡医疗服务可及性差异的可能发生机制

## 1 资料与方法

### 1.1 数据来源

本文使用的数据为2011年中国老年健康影响因素跟踪调查(CLHLS)数据。CLHLS项目始于1998年,对80岁及以上的高龄老年人进行访问调查,覆盖了全国23个省/直辖市,并在2002年将调研年龄范围扩展到65岁及以上。调查随机选取了23个省/直辖市大约50%的区县,在所选中区县随机抽取老年人样本,调查内容涉及到老年人及其家庭的基本信息、老年人健康状况、生活方式、医疗服务可及性等。在本研究中,剔除缺失值后最终进入分析模型的样本量为7 637人,其中男性为3 532人,占46.25%;80岁及以上的高龄老年人4 969人,占65.07%;城镇老年人为3 854人,占50.46%。

### 1.2 变量

根据以往研究,医疗服务可及性主要测量指标包括有无医疗保险、医疗保险支付者、医疗费用主要

支付方式、是否有定期医疗照料、就医距离和时间、医疗机构类型、医疗服务的类型、是否能在疾病最佳的治疗区间内就医等。<sup>[9]</sup> 本文选用了生重病<sup>①</sup>时能否得到及时治疗作为因变量。样本中,2011 年生重病时能及时就医的老年人占 94.07%,其中城镇有 95.33% 可以及时就医,农村的这一比例为 92.94%。

本文以城乡变量为核心变量,研究城乡居民在医疗服务可及性方面是否存在差异。为进一步研究城乡医疗服务可及性差异产生的影响因素,自变量设置了老年人社会经济地位变量、老年人居住照料模式、社会保障变量和就医距离等变量组。社会经济地位变量包括受教育程度、职业和相对收入。受教育程度分“文盲”和“受过教育”,受过教育的老年人占 43.43%。职业分“高层次职业”和“较低层次职业”,高层次职业对应问卷中的教授、技术人员、政府工作人员、组织和经理人员等;较低层次职业对应问卷中的服务人员、农民、失业者等;前者的比重为 7.86%,其中城镇占 12.51%,农村仅有 3.12%,城乡有显著差异。相对收入在模型中将之分为“较好、一般、较差”三类,2011 年收入较好的人群所占比重为 17.23%,其中城镇为 20.49%,农村为 15.38%,城乡差异显著。老年人居住照料方式包括老年人居住方式和生病时由谁照料这两个问题。居住方式分为“独居”和“非独居”两类,生病时由谁照料分为“有亲属照料”和“无亲属照料”两类。社会保障变量包括有无退休金或养老金、有无医疗保险、看病费用由谁支付。2011 年有养老金或退休金者占 34.59%,其中城镇为 46.89%,农村为 22.07%,城乡差异显著。2011 年有医疗保险者的比重为 85.92%,农村高于城市。医疗花费主要由医疗保险支付的老年人占 36.53%,城市均显著高于农村。在就医距离方面,将最近的医疗机构距离老年人居住地 2 公里以内定义为“较近”,超过这一距离为“较远”,2011 年距医疗机构距离较近者占 79.30%,在这一比例上城市显著高于农村。同时,自评健康也可能影响到老年人的就医可及性,本文将自评健康分为“差”、“一般”和“好”三类。具体的变量描述见表 1。

### 1.3 统计方法

本文采用 logistic 回归对医疗服务可及性的城乡差异及影响因素进行分析,按照研究设计,建立六个

表 1 变量的基本情况(%)

	总体	城镇	农村
及时就医(否=0)	94.07	95.33	92.94
年龄*(低龄组=0)	65.07	64.74	65.40
性别(男=0)	53.75	52.62	54.9
婚姻(无配偶=0)	38.34	38.89	37.77
教育(文盲=0)	43.43	49.48	37.27
职业(较低层次=0)	7.86	12.51	3.12
相对收入(较差=0)	15.73	14.97	16.49
一般	67.04	65.98	68.12
较好	17.23	19.05	15.38
社会保障(无=0)	34.59	46.89	22.07
医疗保险(无=0)	85.92	82.41	89.51
医疗费用主要支付方(自付=0)	36.53	41.88	31.09
距医疗机构距离(较远=0)	79.30	82.17	76.37
居住方式(独居=0)	83.66	85.13	82.16
生病由谁照料(无亲属照料=0)	94.87	93.54	96.22
自评健康(差=0)	18.33	17.83	18.85
一般	36.39	35.73	37.06
好	45.28	46.45	44.09

注: N = 7637

\* 将老年人分为低龄老年人组(65~79岁)和高龄老年人组(80岁及以上)。

模型,模型一为因变量与城乡变量和社会人口特征的回归,以验证城乡医疗服务可及性差异是否存在;模型二在模型一的基础上加入社会经济地位变量;模型三在模型一的基础上加入老年人居住照料模式变量;模型四在模型一的基础上加入社会保障因素;模型五在模型一的基础上加入就医方便性因素;模型六为完整模型。模型二到模型五分别用以验证城乡可及性差异是否通过城乡老年人不同的社会经济地位、居住照料模式、医疗保险和社会保障、就医便利性因素产生作用,即验证差异产生的影响因素。

## 2 结果

### 2.1 患重病可及时治疗的城乡差异和影响因素分析

如表 2 所示,在仅控制年龄、性别、婚姻等基本人口变量的情况下,城乡老年人在“是否能得到及时治疗”方面具有显著差异,城镇老年人可以得到及时治疗的比重是农村老年人的 1.59 倍。模型二和模型四分别加入社会经济变量组、社会保障变量组后,城乡差异仍然显著,但 OR 值由 1.59 分别降到 1.47 和 1.43,这说明社会经济变量组、社会保障变量组在一定程度上解释了城乡老年人医疗服务可及性差异,

① CLHLS 项目调查中,“重病”是指“需要住院治疗或在家卧床不起”。详情请见 <http://web5.pku.edu.cn/ageing/> “全国老年健康影响因素跟踪调查 65 岁及以上老人问卷(2011)”。

即城市老年人拥有更高的社会经济地位和更好的社会保障和医疗保险,因此医疗服务可及性较好。模型三在模型一的基础上加入了老年人居住照料模式这一变量,城乡差异依然显著,且系数变大,虽然城镇老年人具有较少的独居比例,但生病时无亲属照料的比例比农村老年人高,这一因素对老年人医疗服务可及性产生不利影响,因此在加入了老年人居住照料模式后城乡差异的系数变大。模型五在模型一的基础上加入了“距离医院的远近程度”这一变量,用以验证医疗服务体系和资源配置对医疗服务可及性的影响。加入了这一变量后,整个模型的解释力更强,城乡差异依然显著,但系数变化不大,说明资源配置因素对城乡老年人医疗服务可及性差异的影响不大。完整模型中,城乡差异仍然显著,这意味着除了社会经济地位和社会保障之外,还有其它因素导致了城乡老年人医疗服务可及性差异。

在生重病能否得到及时治疗方面,除城乡差异,其它因素也可能对可及性产生显著影响。相比高龄组老年人,低龄组生病得到及时治疗的可能性更高;有配偶者比无配偶者得到及时治疗的可能性更高,但性别差异不显著。在社会经济变量组中,拥有较高层次职业者及时就医的可能性更高,收入较高者比收入较低者及时就医的可能性更高,但不同教育程度者的差异不显著。在老年人居住照料模式变量组中,“独居”和“生病时无亲属照料”的老年人在就医可及性上处于劣势。在社会保障变量组中,有养老保险或养老金者、有医疗保险者获得及时治疗的可能性更高,但在控制其它因素的情况下医疗费用支付方式的作用不显著。在医疗资源配置变量组中,离医疗机构较近者及时就医的可能性更高。同时,自评健康状况与能否得到及时治疗具有正向相关关系。

表2 “生重病时能否得到及时治疗”影响因素的 logistic 分析

	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五	模型六
城乡变量						
城乡(农村=0)	1.59***	1.47***	1.65***	1.43***	0.428***	1.42**
基本人口变量						
年龄(低龄组=0)	0.67**	0.64***	0.62***	0.70**	-0.405**	0.60***
性别(男=0)	0.97	1.12	0.92	1.07	-0.036	1.21
婚姻(无配偶=0)	1.36**	1.30**	1.05	1.23	0.296**	1.03
社会经济地位变量						
教育(文盲=0)		1.02				1.01
职业(低层次=0)		4.59***				3.85**
相对收入(差=0)						
一般		8.05***				5.87***
较好		24.81***				15.02***
家庭变量						
居住方式(独居=0)		1.66***			1.30*	
生病由谁照料(无亲属照料=0)		3.20***			2.40***	
社会保障变量						
养老金或保险(无=0)			2.36***		1.64***	
医疗保险(无=0)				1.95***		1.66***
医疗费用主要支付方(自付=0)			1.05		0.96	
医疗资源及配备						
距医疗机构距离(远=0)				1.67***	1.40***	
自评健康(差=0)						
一般						1.49***
好						2.46***
LRchi2	55.3***	559.2***	134.9***	131.5***	76.2***	678.4***
df	7	11	11	10	8	21
ΔLRchi2	—	503.9***	79.6***	76.2***	20.9***	623.1***

注: N = 7637 \* P < 0.1, \*\* P < 0.05, \*\*\* P < 0.01。

## 2.2 患重病不可及时治疗的原因分析

2011 年患病不及时医治的老年人占 5.93%，其中城镇有 4.67%，农村为 7.06%。患病不及时医治的原因中，没钱和行动不便比例最高，各占 38.37% 和 22.40%；其次是“不愿意”，占 16.12%；路途远和无人陪伴均占 9.27%。城乡在患重病不及时治疗的原因方面存在显著差异，农村由于“没钱”和“路途远”的比重高于城市，分别高出 3.2 和 5.6 个百分点；城镇由于“不愿意”的比重较高，比农村高 3.09 个百分点左右。这一结果反映出农村老年人在就医的经济压力上高于城镇。同时，农村老年人在距医院的距离上较城镇远，因此呈现出由于“路途远”而不去就医的比重较高。

表 3 患重病不及时治疗的原因构成(%)

老年人居住地	没钱	路途远	行动不便	无人陪伴	不愿意	其它
城镇	36.40	5.88	23.53	9.19	18.01	6.99
农村	39.63	11.42	21.68	9.32	14.92	3.03
合计	38.37	9.27	22.40	9.27	16.12	4.56

注: Pearson  $\chi^2 = 12.913, P = 0.024$

综上，在医疗服务可及性的城乡差异方面，“生重病能否得到及时治疗”具有显著的城乡差异，城镇老年人有更高的可能性得到及时治疗。这一城乡差异，部分可以由城乡老年人的社会经济地位和医疗保障差异来解释，城市老年人有更好的教育水平、职业和相对收入，同时也拥有更健全的养老保障和医疗保险，因此其就医可及性较农村老年人更好。然而，社会经济地位和医疗保障并不能完全解释就医可及性的城乡差异，说明还存在其它影响因素。在不能及时就医的原因方面，城乡存在显著差异，农村由于没钱和路途远的比例高于城镇，反映了医疗卫生资源、社会经济发展水平和医疗保障在城乡间的差异。

## 3 结论与讨论

### 3.1 结论

老年人口是医疗卫生需求较大的群体，老年人在两周患病率、慢性病患率、身体日常活动能力等健康指标上普遍弱于其他成年人，对医疗卫生服务的需求也较多，能否获得及时的治疗和充足的医疗卫生服务对老年人的自评健康、自理能力和认知能力均具有较大的影响。<sup>[15]</sup>然而，由于我国长期实行城乡二元体制，城乡老年人群体在享受医疗卫生服务

方面存在较大的群体差异，城市老年人相比农村老年人拥有更好的医疗服务可及性，由此产生了以城乡为分层的老年人口医疗卫生不平等的问题。伴随着近十几年来我国社会经济发展和医疗卫生体制改革，全国的公共卫生服务体系、医疗服务体系和医疗保障体系均有较大改善，同时“以农村为重点”的卫生工作方针也致力于缩小城乡间医疗卫生服务差距。本文的研究结论表明，城乡老年人医疗卫生差异仍然存在。城乡老年人就医可及性差异表现为，城镇老年人生重病时及时就医的可能性高于农村老年人，以城乡为分层的老年人就医不平等的问题仍然存在。而城乡间经济发展差异、不同的医疗保障体系和社会保障制度等是产生城乡医疗服务可及性差异的主要原因。

### 3.2 讨论

在城乡二元体制下，城乡在整体的经济发展水平、基础设施建设、医疗资源配置、社会保障水平、医疗保障力度等方面存在较大的制度性差异。农村老年人社会经济地位较低，教育、职业地位和收入水平均比城镇老年人差，这在一定程度上影响了老年人是否及时选择就医、是否具有经济能力去获取医疗资源，城乡间社会经济发展水平的差距成为导致城乡老年人医疗服务可及性差异的主要影响因素。此外，长期以来我国实行城乡不同的医疗保障体系，在城市实行公费医疗、城镇居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险，保障程度较高，而农村实行新型农村合作医疗保险制度，保障程度较低。在 2011 年 CLHLS 数据中，医疗费用主要支付方为医疗保险的比例，农村老年人普遍低于城镇老年人。城乡不同的医疗保障体系及其保障力度，也是城乡老年人医疗服务可及性产生差异的原因之一。同时，不仅医疗保障制度会影响到老年人的就医可及性，老年人的养老金和养老保险也起到了积极的影响，有养老金的老年人普遍就医可及性较好，因此城乡老年人医疗差异的影响因素不仅与医疗保险相关，也与老年人的社会保障水平有关。最后，城乡医疗资源配置也存在较大差异，城镇拥有更好的医疗设备、专业医疗人员配置。总体上，城乡老年人在患病能否及时医治的差异方面，社会经济变量和社会保障、医疗保险变量仅能做出部分解释，这说明还有其它导致城乡老年人及时就医差异的影响因素未能纳入模型。比如城乡老年人不同的个体心理特征、以往患

病和就医情况、就医信息可及性等 CLHLS 数据中未能涉及到的制度变量也可能会成为导致城乡差异的影响因素。

由于长期城乡二元制度形成的医疗卫生不平等不可能在短时间内得到改变,城乡老年人口健康差异还将继续存在,因此,今后的卫生政策应该更加关注农村医疗卫生事业的发展,在提高社会整体医疗发展水平的同时,着重关注缩小城乡差异和群体差异,使得城乡老年人都能享受到高质量、平等的医疗卫生服务。另外,城乡老年人医疗不平等的影响因素除城乡二元医疗卫生资源分配状况之外,其它社会经济和社会保障因素也起到了重要作用。因此,缩小城乡老年人医疗服务可及性差距,不仅要从城乡医疗卫生投入上改善,加快农村社会经济发展,同时还要加强农村养老保险制度的建设,从社会经济、医疗保障和社会政策等方面破除二元壁垒,缩小城乡差距。

#### 参 考 文 献

- [1] 曾毅. 中国人口老化、退休金缺口与农村养老保障[J]. 经济学, 2005, 4(4): 1044-1056.
- [2] 曾光. 中国公共卫生与健康新思维[M]. 北京: 人民出版社, 2006.
- [3] 世界银行. 1993 世界发展报告: 投资于健康[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 1993.
- [4] 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005(6): 101-123.
- [5] 王绍光. 中国公共卫生的危机与转机[J]. 比较, 2003(7): 1-31.
- [6] 程令国, 张晔. “新农合”: 经济绩效还是健康绩效? [J]. 经济研究, 2012(1): 120-134.
- [7] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care[J]. The Milbank memorial fund quarterly, 1966, 44(3): 166-206.
- [8] 朱莉华, 曹乾, 王健. 居民健康与卫生保健及医疗服务的可及性关系——基于 CHNS 2006 年数据的实证研究[J]. 经济研究导刊, 2009(13): 205-207.
- [9] Aday L A., Andersen R. A framework for the study of access to medical care[J]. Health services research, 1974, 9(3): 208.
- [10] Wu X, Treiman D J. The household registration system and social stratification in China: 1955-1996 [J]. Demography, 2004, 41(2): 363-384.
- [11] 解翌. 与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究, 2009(2): 92-105.
- [12] 范丽亚, 马爱霞. 居民就医选择与基层医疗机构的竞争性分析[J]. 中国初级卫生保健, 2012, 26(7): 13-16.
- [13] 王跃生. 当代中国城乡家庭结构变动比较[J]. 社会, 2006, 26(7): 13-16.
- [14] 国家统计局. 中国统计年鉴 2012[M]. 北京: 中国统计出版社, 2012.
- [15] 顾大男. 中国高龄老人就医及时性状况研究[J]. 人口学刊, 2002(3): 54-60.

[收稿日期:2014-08-15 修回日期:2014-09-10]

(编辑 赵晓娟)