

# 我国城市居民健康状况及影响因素研究

于晓薇 胡宏伟 吴振华 石 静

(武汉大学社会保障研究中心, 湖北武汉 430072)

[摘要]随着中国城市化、工业化快速推进,城市居民的健康日益受到环境、外部压力等因素的影响,加上生活方式和健康观念方面的原因,城市居民健康状况的改善缓慢。利用2006年中国健康与营养调查(CHNS)截面数据,描述了我国城市居民的健康及其分布状况,利用Ordered Probit模型分析了影响城市居民的健康状况的各类因素。结果发现:家庭状况、生活习惯、就医决策、医疗保险等因素均影响城市居民的健康水平;尤其是在收入、工作等经济因素之外,健康观念、就医决策和保险覆盖等社会和制度因素亦对城市居民个人健康产生影响。同时,通过逐步回归控制相关变量的方法,检验了Grossman模型的适用性,同时也检验了影响因素作用机制的稳定性。在总结研究结论与不足的基础上,提出了应从经济、社会和制度三个层面全面促进城市居民健康的综合改革框架。

[关键词]健康;影响因素;城市居民;Grossman模型

[中图分类号]TU992.031 [文献标识码]A

[文章编号]1002-2104(2010)02-0151-06

[作者简介]于晓薇,研究生,主要研究方向为健康和医疗保险。

[基金项目]受到教育部国际金融危机应对研究应急课题资助(NO.2009JYJR004)、国家自然科学基金重点项目中国补充养老保险制度研究(NO.70533040)资助。

## The Health Status of Citizens in China and Its

# Influencing Factors

YU Xiao-wei; HU Hong-wei; WU Zhen-hua; SHI Jing

(Center for Social Security Studies of Wuhan University , Wuhan Hubei  
430072 , China)

**Abstract:** In the process of China's urbanization and rapid industrialization, the health status of citizens is affected by the environment and external pressures. The life style and the concept of health result in slow improvement of citizens' health. The article depicted the health status of citizens and its distribution based on individual data of China Health and Nutrition Survey in 2006. Besides income, job and other factors, authors find that factors in aspects of society and system such as the family status, living habits, decisions of choosing medical service and medical insurance impact health status of citizens. The concept of health, habits of choosing medical service and coverage of medical insurance also impact the personal health of citizens. The article uses method of step regression controlling correlation variables to test the applicability of Grossman model and stability of mechanism of influencing factors and proposes to accelerate the comprehensive reform framework of the health of citizens from levels of society, economy and system.

**Key words:** health; influencing factors; Grossman model; citizens

健康是重要的人力资本，是人类追求的目标之一。改善国民健康、防范疾病风险必将有助于提高居民的生活质量，进而促进社会和谐发展和持久稳定。中国

建立以来，特别是改革开放以来，国民投入在医疗保健方面的资金量大幅提高，用于医疗保健的社会财富比例不断攀升。1978-2006年，中国卫生总费用从110.21亿元快速增长到9843.34亿元(名义货币值)，提高了11.97倍(实际货币值，去除了通胀因素)，卫生总费用占GDP的比重也从3.02%升至4.67%，与此同时，居民个人用于医疗保健的投入也大幅攀升，个人现金卫生支出从1978年的22.52亿元，上升至2006年的4853.56亿元(名义货币值)，提高了28.87倍(实际货币值，去除了通胀因素)，个人现金卫生支出占卫生总费用的比重上升速度较快，1978年仅为20.4%，2006年则升至49.3%，增长了约29个百分点<sup>[1]</sup>。随着中国经济改革不断深化，医疗卫生服务市场化也改变了传统医疗卫生服务效率低下的弊病，但同时也带来了严重问题，最重要的就是由于医疗卫生服务价格大幅攀升，公众尤其是中低收入水平的家庭无力负担高昂的医疗价格<sup>[2, 3]</sup>。医疗卫生服务仅是影响居民健康状况的一个因素，居民健康还受教育程度、家庭收入等多方面因素的影响<sup>[4, 5]</sup>。相对于农村居民的健康状况而言，在剧烈城市化、工业化、现代化的大背景下，城市居民的健康状况面临更大的冲击与挑战使他们的健康发展状况变得模糊、复杂且难以预测。同时城市居民健康绝不仅仅取决于个人体质和收入水平等简单的几个方面，而是由教育程度、生活习惯、医疗保险保障等多方面共同作用的结果。本文正是基于这样一个背景，旨在通过分析、判定影响中国居民健康的各种因素及其影响的方向和幅度，来揭示城市居民健康水平的综合影响因素，进而为制定全面促进城市居民健康发展的综合改进框架奠定基础 and 依据。在梳理国内外相关研究文献后我们发现，虽然也有部分研究涉及了中国城市居民的健康状况及其影响因素，但是总的来看，这些研究还有三点不足：第一，定性研究较多，缺乏实证依据和数据支撑；第二，部分定量研究往往地域

性较强，缺乏对中国城市居民的总体研究；第三，研究视角往往局限于收入、工作等经济因素，对不良生活习惯、就医意识尤其是对医疗保险因素的作用考察不足。本研究将在一定程度上弥补以往研究存在的上述不足，旨在通过使用 OrderedProbitRegression 对中国健康和营养调查(CHNS)2006 年数据进行分析，主要从“个人状况”、“家庭状况”、“个人体质”和“就医习惯与保险”四个大的方面对城市居民健康的影响因素进行综合性考察，从而揭示、判定影响城市居民健康的各类影响因素及其影响的方向、幅度。特别是为了避免已有研究中存在的协变量控制不足的问题，本文将通过逐步回归的方法依次将各类因素纳入回归模型，从而有效地检验各类因素影响的健康性。最后，在判定和分析各类影响因素的基础上，本文提出了全面促进城市居民健康的综合改革框架，主张三医联动、重视健康教育等观点，这也弥补了已有研究对策提出方面存在的不足。

## 1 数据、模型与方法

### 1.1 数据与模型

1.1.1 数据介绍与使用说明本文所使用的数据来自美国北卡大学和中国预防医学科学院联合执行的中国健康和营养调查(China Health and Nutrition Survey (CHNS))项目。CHNS 调查遵循从多水平、随机抽样的方法。从 1989 年开始包括了黑龙江、辽宁、河南、山东、江苏、湖北、湖南、广西和贵州。

本文进行的截面数据分析，我们选用的是最新的 2006 年的数据，数据共有 9788 个样本点(个人)，其中城市人口约占 34.3%。由于本文重点研究探讨的是城市人口的健康需求，研究样本只筛选了其中户籍为城市户口的居民的数据。同时，卫生经济学考虑到在消费需求中独立自主决定和权衡选择的因素，只选取了 18 岁以上的成年人。另一方面，为了避免衰老对健康的影响和出现极值，我们

删去了 80 岁以上的人群，再去除各年调查中缺乏有关健康、家庭收入、教育或职业等重要变量的观测值和奇异值。

### 1.1.2 Grossman 健康需求模型

根据人力资本理论，美国纽约市立大学教授 Grossman<sup>[6]</sup>构建了分析健康资本需求的模型。假设一个消费者在一生中各时期的效用函数为：

$$U=U(\Phi_t H_t, Z_t), t=0, 1, \dots, n \quad (1)$$

其中  $H_t$  是第  $t$  期累计的健康资本存量， $\Phi_t$  是单位健康资本的收益， $h_t=\Phi_t H_t$  第  $t$  期所消费的健康， $Z_t$  是第  $t$  期所消费的除健康以外的其他商品的数量。初始时健康资本存量是  $H_0$ ，是外生的；以后各期的  $H_t$  是内生的，由消费者自己选择。消费者的寿命  $n$  也是内生的。健康资本的增量为：

$$H_{t+1}-H_t=I_t-\delta_t H_t \quad (2)$$

其中  $I_t$  是对第  $t$  期对健康资本的投资， $\delta_t$  是折旧率。折旧率是外生的，但随着年龄的变化而不同。根据一系列的家庭生产函数， $I_t$  和  $Z_t$  由以下函数决定：

$$I_t=I_t(M_t, TH_t; E) \quad (3)$$

$$Z_t=Z_t(X_t, T_t; E) \quad (4)$$

其中  $M_t$  是卫生服务，作为服务可以产出  $I_t$ ； $TH_t$  用于提高健康的时间； $X_t$  是可购买的一般消费品， $T_t$  是用于产于  $Z_t$  的时间。这几者都是内生的。 $E$  是除了健康以外的人力资本，是外生的。

商品的预算约束即商品支出的现值等于生命周期中所得的收入现值和初始资产之和。消费者面临的预算约束为：

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t T W_t}{(1+r)^t} + A_0 \quad (5)$$

其中  $P_t$  和  $Q_t$  是价格， $W_t$  是工资率， $T W_t$  是工作时间， $A_0$  是初始财富。除了

预算约束外，消费者还面临时间约束 $\Omega$ 。在每个时期的总时间为 $\Omega$ ，而且必须当期用完，所以：

$$TW_t + TH_t + T_t + TL_t = \Omega \quad (6)$$

其中  $TL_t$  是健康状况不良造成的时间损失。方程(1)到(6)构成消费者对健康需求模型。消费者目标是在预算约束和时间约束下使效用最大。

## 1.2 研究方法 with 工具

当因变量是评分值或者有序的有限数值时，其是非连续分类变量，不符合普通线性回归方法要求因变量必须连续并自由取值的前提条件，因此必须寻求新的解法。近年发展的 Ordered Probit 模型可以解决这一问题。Ordered Probit 模型假设变量  $Z_i$  不可观测， $Z_i = \alpha + \beta X_i$ ，但是， $Z_i$  大小所属的区间是可以区别的。可以根据某种分布，将  $Z_i$  与所处区间的概率相关联，然后利用各个区间的样本概率，通过最大似然估计获得参数 $\alpha$ 和 $\beta$ 的估计值。估计所使用的方法是极大似然估计法(Maximum Likelihood method)。本研究在数据分析时所使用的工具软件是 SPSS13.0。

## 2 结果检验与分析

### 2.1 变量选取

本文分别选取了城市居民的健康自评数据作为因变量，在健康经济学的研究文献中，健康的测度是一个重要的问题，刘国恩等介绍了 4 种常用的方法，其中健康自评数据虽然有所不足，但是依旧是一个非常有价值可用度高的指标，反映了个人健康的重要信息<sup>[7-10]</sup>。本文中根据调查数据把健康自评分为非常好、好、一般、差 4 个等级。自变量包括 5 类变量：地域、个人基本状况、家庭状况、个体特征变量和健康相关变量。

## 2.2 描述分析

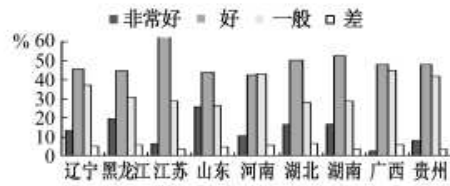


图 1 分省自评健康状况

Fig. 1 Self-rural unificatiassessed health by province

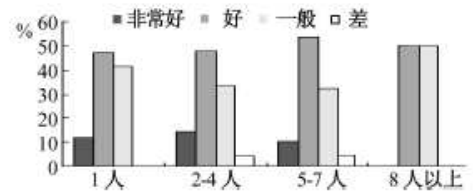


图 2 分家庭规模自评健康状况

Fig. 2 Self-assessed health by household size

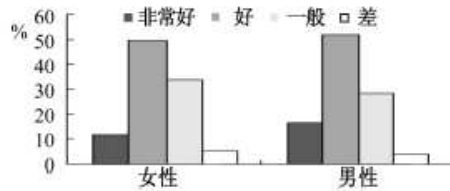


图 3 分性别自评健康状况

Fig. 3 Self-assessed health by gender

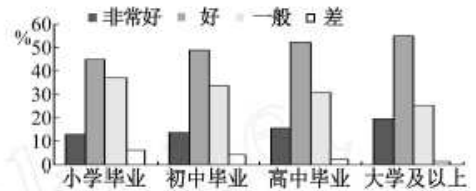


图 4 分教育程度自评健康状况

Fig. 4 Self-assessed health by education

资料来源:作者计算自 CHNS2006 年数据

图 1 至图 4 分别从不同省份,不同家庭规模,不同性别,不同受教育程度描述居民自评健康状况的差别。从图中可以显著看出的是,随着受教育年限的增长,居民自评健康状况越好,自评为“非常好”和“好”的比重逐渐上升。

表 1 变量的选取及类型

Tab. 1 The selection of variables and variables types

考察指标	操作化变量
Indicator	Selected variables
因变量 健康状况	个人自评健康**
地域变量	调查省区**、调查地点*
个人基本状况	性别*、年龄***、婚姻状况*、受教育年限***、受教育程度**、工作单位类型**、平均每周工作时间***
自变量 家庭状况	家庭规模**、家庭年人均收入***、个人年收入***
个体体质	身高体重比**、现在是否吸烟*
健康相关变量	不舒服时是否就医**、是否享有医疗保险*、平均一次感冒的治疗费用***

注:\*为哑变量,\*\*为序列变量或类别变量处理成为序列变量,\*\*\*为连续变量。身高体重比是按照国际上惯用的 $(\text{身高 cm} - 100) \times 0.9 / \text{标准体重 kg}$ 计算获得。

从表 2 中可以看出,38.6%的人认为自己健康状况一般或较差,其中认为差

的占 4.5%。女性人口数占 52.5%，在婚人群占到了样本总数的 80.9%。城市居民大部分处于稳定性较差的工作中，占到了样本总数的 67.4%。2006 年，城市居民目前享受的医疗保险主要有 5 种模式，商业保险、公费医疗、城市职工医疗保险(通道模式)、城市职工医疗保险(板块模式)、城市职工医疗保险(大病模式)，但享有医疗保险的城市居民仍是小部分，仅占了样本总数的 36.6%，大部分城镇居民并没有被医疗保险覆盖。城镇居民家庭规模大部分集中在 2-4 人，这一规模达到了样本总量的 75.3%。



表 2 描述分析  
Tab. 2 Analysis of description

变量类型 Variable type	变量名 Name	变量取值 Value	频数 Frequency	分布(%) Distribution	
因变量	序列变量 自评健康状况 n=1822	非常好	242	13.3	
		好	877	48.1	
		一般	621	34.1	
		差	82	4.5	
	哑变量	性别 n=1823	女性	957	52.5
			男性	866	47.5
		婚姻状况 n=1823	非在婚	348	19.1
			在婚	1475	80.9
		工作单位类型 n=890	稳定性较弱	600	67.4
			稳定性较强	290	32.6
	是否享有医疗保险 n=1823	无	1156	63.4	
		有	667	36.6	
自变量	序列变量 受教育程度 n=1491	小学毕业	259	17.4	
		初中毕业	588	39.4	
		高中毕业	431	28.9	
		大学及以上	213	14.3	
	序列变量 家庭规模 n=1187	1人	34	2.9	
		2-4人	894	75.3	
		5-7人	243	20.5	
		8人以上	16	1.3	
	序列变量 疾病严重程度 n=246	不严重	123	50.0	
		一般	110	44.7	
		相当重	13	5.3	
	序列变量 不舒服时是否就医 (n=245)	完全不在意	34	13.9	
		自己治疗	142	58.0	
		找当地卫生员	10	4.1	
		去看医生(诊所、医院)	59	24.1	
	序列变量 现在是否吸烟 (n=595)	不吸	59	9.9	
		吸	536	90.1	
	连续变量	变量名	均值	标准差	
		年龄	46.12	14.642	
受教育年限(年)		8.47	4.301		
个人年人均收入		11881.82	11778.58		
家庭年人均收入		31299.67	26619.26		
家庭年人均支出		777.22	2815.318		
家庭规模		3.49	1.364		
受教育年限		8.47	4.301		
平均周工作小时量		46.08	17.257		
次均感冒的治疗费用(元)		68.60	80.902		

注:在 CHNS 数据中处理中,把政府机关、国有事业单位和研究所、国有企业、大集体(县、市、省所属)和三资企业(属于外商、华侨和合资)的工作单位定义为稳定性较强的工作类型,把小集体(如乡镇所属)、家庭联产承包农业和私营、个体企业定义为稳定性较弱的工作类型。

城市居民的烟民比例较高,且吸烟史长、不易戒除,现在仍在吸烟的人数占到吸烟人数的 90.1%。城市居民平均受教育年限为 8.47 年,次均感冒治疗费用

为 68.60 元，约是农村居民次均感冒治疗费用 36.07 元的两倍，城市“看病贵”普遍存在。

### 2.3 Ordered Probit 模型回归结果与分析

为全面考察中国农村居民健康影响因素，同时，为了验证回归结果的稳健性，本研究通过逐步纳入自变量并加以控制的方式进行逐步回归，回归结果见表 3。

表 3 Ordered Probit 模型回归结果  
Tab. 3 Outcome of regression of ordered probit model

变量名 Variable	基本模型 Model 1	考虑家庭 Model 2	考虑工作 Model 3	考虑体质 Model 4	考虑生活习惯 Model 5	考虑就医决策 Model 6	考虑保险 Model 7
年龄	-0.040***	-0.040***	-0.050**	-0.050***	-0.065***	-0.086	-0.066
教育年限	-0.030**	-0.026*	-0.057**	-0.059**	-0.067	-0.173	-0.107
非在婚	-0.030	-0.019	-0.487	-0.373*	-0.845**	-2.970*	-3.399
女性	-0.306**	-0.337***	-0.329	-0.297**	-0.263	-1.170	-0.650
个人年收入	-0.000						
家庭规模		-0.045	-0.008*	-0.011	-0.091	-0.165	-0.548
家庭人均收入		-0.00002***	-0.00002***	-0.00002**	-0.00001	-0.00017	-0.00020
工作稳定性弱			-0.235	-0.253*	-0.169	-3.120**	-2.530
周工作小时			-0.004**	-0.004	-0.014*	-0.067*	-0.066*
身高体重比				-0.966**	-1.491*	-4.832	-5.144
不吸烟					-0.273	8.312**	7.455*
是否就医						-0.438	-0.022
医疗价格						-0.022*	-0.022*
无医疗保险							-2.369
模型检验	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.115	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.121	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.086	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.088	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.135	Modelsig. =0.034 Pseudo R <sup>2</sup> =0.799	Modelsig. =0.000 Pseudo R <sup>2</sup> =0.829

注：\*，\*\*，\*\*\*分别表示在 1%，5%，10%的显著性水平上显著。

#### 2.3.1 个人基本状况对城市居民个人健康的影响

将年龄、教育年限、性别、婚姻、个人年收入四个变量个人基本状况纳入回归，作为基本回归模型。结果显示：第一，年龄越高，个人健康状况越差。逐步控制其他影响因素发现，年龄对城市居民健康的影响较为稳健。这证明了 Grossman 模型的适用性。第二，教育对城市居民健康具有正向作用。回归结果显示，教育程度越高，城市居民个人健康状况越好，逐步将纳入模型的其他因素加以控制发现，教育对城市居民健康的正向作用具有稳健性。这证明了 Grossman 模型的正确性。第三，女性健康差于男性。回归结果显示，在控制了其他基本影响因素后发现，女性健康状况比男性要差。逐步纳入并控制家庭等因素，发现性别对城市居民健康的影响较为稳定，但在控制生活习惯后，性别的影响

响变得不显著了。

此外，个人基本情况中，婚姻状况和个人年收入对城市居民个人的健康状况影响不具有显著性。为了进一步检验经济状况对个人健康的影响，下文将使用人均家庭收入变量替代个人年收入，这样也可以很好的体现家庭作为一个统一的消费和应对风险的单位的作用。

### 2.3.2 家庭因素对城市居民健康的影响

家庭是社会基本的生产、消费和风险分担单位，能够在其内部协配资源，较好的应对各类风险，实现投资和消费平滑。为了分析家庭因素对城市居民健康的影响，本研究主要考虑了家庭规模和人均家庭年收入两个因素。将两个因素纳入回归模型，在其他因素不变的前提下，发现家庭规模越大，城市居民个人健康状况越好，人均家庭收入越高，城市居民个人健康状况越好。虽然在纳入和控制诸如工作、体质等因素时，家庭因素对城市居民个人健康状况的影响的显著性变得不稳定，但是，其方向均未改变，这证明了 Grossman 模型的正确性。

### 2.3.3 工作因素对城市居民个人健康的影响

在逐步控制体质、生活习惯等因素时，工作稳定性与工作时间对城市居民个人健康影响的方向和显著性都变得不太稳定。没有考虑就医决策和保险因素时，工作因素对城市居民个人健康状况的影响似乎与常理相悖：工作性质越不稳定的居民，其健康状况可能越好，工作时间越长的城市居民，其健康状况可能越好。这很可能是有关影响因素没有被很好控制所导致的。当控制了就医决策和保险因素时，工作性质越稳定的城市居民可能健康状况越好，个人工作时间越短，个人健康状况可能越好。

### 2.3.4 个人体质对城市居民个人健康的影响

在控制其他因素的前提下,发现个人体质对个人健康的影响具有较好的稳定性。将身高体重比作为个人体质的代理变量纳入回归模型,发现城市居民越瘦,其身体健康状况可能越差。这表明,虽然,中国城市居民个人生活已经有了较大改善,但是,体质较弱、营养不均衡仍阻碍个人健康状况的改善。

### 2.3.5 生活习惯对城市居民个人健康的影响

回归结果显示,生活习惯显著影响城市居民个人身体健康状况,以是否吸烟作为个人生活习惯的代理变量纳入回归模型,同时控制就医决策和保险因素,发现不吸烟的城市居民具有更好的健康状况,这符合常理。

### 2.3.6 就医习惯对城市居民个人健康状况的影响

以“患病是否就医”和“医疗价格”作为分别代表就医习惯和就医成本,纳入模型回归,结果显示,就医习惯对城市居民健康状况影响的方向和显著性均不稳定。而医疗价格越高、就医成本越大,城市居民健康状况可能会更好。这似乎违背常理,但是,结合上文描述分析可以发现,就医价格越高的地区可能也是经济较发达、家庭收入较高的地区,这些地区生活条件、医疗环境、保健意识等也将较高,这显著有利于这些地区居民健康状况的提高。

### 2.3.7 保险对城市居民个人健康的影响

为了考察保险因素对城市居民个人健康的影响,以是否有保险为保险影响因素的代理变量纳入模型,发现保险是否拥有保险,对城市居民个人健康影响不大,亦不显著。结合中国当前城市医疗保险覆盖的现状和水平可以肯定,2006年左右,虽然城市仍有大部分人没有被覆盖到医疗保险体系中来,被医疗保险体系覆盖的企业职工和机关事业单位职工在健康方面并没有因此而得到明显改善。

## 3 结论与思考

### 3.1 研究结论

健康的稳定影响因素分析。综合各扩展模型，比较不同分析模型变量的稳定性，得出如下结论：

第一，年龄显著且稳定影响个人健康状况，年龄越大，健康状况越差，这证明 Grossman 模型适用于城市居民。

第二，教育水平显著影响个人健康，教育水平越高，其健康水平越高，验证了教育对健康的积极作用，而且变量稳定性较强，这也符合 Grossman 模型的结论。

第三，性别对健康影响显著，女性比男性的健康状况可能更差。

第四，个人年收入对城市居民个人的健康状况影响不具有显著性，但是家庭规模和家庭人均收入显著影响个人健康，较为显著，且稳健性较高，家庭人均收入越高，个人健康状况越好，这证明了家庭在分散疾病和健康风险方面的积极作用，符合 Grossman 模型的结论。

第五，没有考虑就医决策和保险因素时，工作状况显著影响个人健康状况，且较为稳健，工作性质越稳定，个人健康状况可能越差；当控制了就医决策和保险因素时，个人工作时间越短，个人健康状况可能越好。

第六，个人体质显著影响个人健康，城市居民越瘦，其身体健康状况可能越差。

第七，生活习惯显著影响个人健康，吸烟对个人健康危害较大，吸烟比不吸烟将会导致个人健康状况下降。

第八，就医习惯对城市居民健康状况影响的方向和显著性均不稳定，但是就医价格越高，个人健康状况越好，这可能是由经济发展程度和个人收入水平影响

导致的。

第九，是否参加医疗保险对城市居民的个人健康状况影响不显著，可能由于由城市医疗保险保障水平低且存在制度缺陷造成的。

### 3.2 若干思考

本文研究结论表明，促进农村居民健康不能依赖单独某一个方面的改革，而是需要一个综合的制度、政策框架来全面促进城市居民的健康。综合上述研究结论，本文认为居民健康促进应着眼于经济、社会和制度三个层面，只有三个大的方面均能协调推进，城市居民健康的改进才能得到保障并成为现实。

#### 3.2.1 经济层面：增加城市居民收入、发挥家庭分担风险的积极作用

随着我国经济的发展，企业改革进入市场化，大量下岗职工和失业人群收入较低，根本无力承担高昂的医疗卫生费用。研究表明，就医价格越高的地区可能也是经济较发达、家庭收入较高的地区，这些地区生活条件、医疗环境、保健意识等也将较高，这显著有利于这些地区居民健康状况的提高。政府应通过各类鼓励措施，增加城市居民收入，同时应注重缓解城市居民内部的收入差距，促进收入的公平性提高。

家庭是社会的基本单元，家庭互助文化在中华民族传统文化中占据着重要的位置。由家庭成员组成的分担风险的团体，可以相互帮助，提高家庭保障的作用，与我国目前尚不完善的社会保障制度互补。

#### 3.2.2 社会层面：重视文化教育和健康教育、提倡良好生活习惯

教育作为人力资本组成部分之一，与健康水平有着紧密的联系。本研究证明教育对城市居民健康有显著的促进作用。提高城市居民教育水平，使其能够注重自己的健康状况，将健康作为一种长期投资，改变因为低教育水平导致的盲目就

医，或者有病不医的情况，这都将有助于城市居民健康水平的提高。

由于缺乏健康生活方式，部分城市居民视了定期进行医疗保健的重要性，甚至养成了吸烟、酗酒等不良生活习惯。研究表明吸烟、酗酒等不良习惯对居民健康状况的负向影响显著。城市居民应改变不科学的健康观念，注重合理的膳食、营养，加强身体锻炼，增强自身体质，并且加强宣传健康管理，树立良好的健康意识。

### 3.2.3 制度层面：实施三医联动改革

促进城市居民健康离不开医疗卫生体制和医疗保障体制改革，需要三医联动，在推进城市居民医疗制度建设、推动医疗保障制度全面覆盖的同时，大力改革医疗卫生体制和药品流通体制，加强基层社区医疗机构建设，加强公共卫生建设，同时，改革药品生产和流通体制，减少流通环节、控制药品价格。三医改革要联动，否则，单方面推进任何一项改革都将无法从根本上解决“看病贵”、“看病难”的现实问题。

### 3.3 研究中的不足

采用自评健康状况作为衡量居民的健康状况存在主观性，可能会造成误差。虽然，部分国内外学者发现，其他指标，如死亡率、预期寿命、健康调整生命年(Health-adjusted Life Years, HALY)、质量调整生命年(Quality-adjusted Life Year, HALY)、伤残调整生命年(Disability-adjusted Life Years, DALY)等也存在误差，甚至存在量化困难等问题。但是，单独使用自评健康状况指标在未来研究中显然是不够的，发现并使用更为客观的健康评价指标或者将主客观指标结合起来使用也将是我们未来研究的方向。

## [参考文献]

- [1]2008 年中国卫生统计年鉴 [EB/OL][2009-01-26].http :  
//www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm
- [2]魏众 , B·古斯塔夫森.中国居民医疗支出不公平性分析[J].经济研究 , 2005 ,  
(12) : 26-34.
- [3]牟俊霖.我国居民医疗资源利用状况的不平等[J].中国社会科学院研究生院学报 , 2007 , (5) : 20-27.
- [4]马晓荣.我国农村居民健康需求的实证研究[D].南京 : 南京农业大学 , 2007.5.
- [5]赵忠 , 侯振刚.我国城镇居民的健康需求与 Grossman 模型——来自截面数据的证据[J].经济研究 , 2005 , (10) : 79-90.
- [6]Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health , Journal of Political Economy[J].1972 , (80) : 223-55.
- [7]刘国恩 , WilliamH.Dow , 傅正泓 , JohnAkin.中国的健康人力资本与收入增长 [J].经济学季刊 , 2004 , (4) : 101-118.
- [8]Gerdtham U-G , M Johannesson. New Estimates of Demand for health : Results Based on a Categorical Health Measure and Swedish Micro Data[J]. Social Science and Medicine , 1999 , 49(10) : 1325-1332.
- [9]Kaplan ,R ,and T. Camacho , Perceived Health and Mortality :A Nine-Year Follow up of the Human Population Laboratory Cohort[J]. American Journal of Epidemiology , 1983 , (117) : 292-304.
- [10]赵忠.我国农村人口的健康状况及影响因素[J].管理世界 , 2006 , (3) : 78-85.