

·调查研究·

江西省残疾人康复医疗服务和救助需求调查

王军永¹ 刘霞^{1,3} 陈和利¹ 刘凤林² 王素珍¹ 王力¹ 朱彦陈¹

摘要

目的:对江西省残疾人康复过程中医疗服务需求及其影响因素进行计量分析,试图找到对医疗服务有迫切需求的残疾人群的特征,从而使有限的扶残助残资源能够得到有效的利用。

方法:抽取 24 个县(市、区)5310 例残疾人进行调查,利用 SPSS 统计软件进行分析。

结果:曾接受过各种医疗服务、领取救济金、女性、中老年、无工作残疾人及精神与视力残疾者医疗服务需求程度相对较高,残疾人所在社区(村、居委会)没有康复站、拥有残疾人专职委员会或残疾人协会/小组等残疾人组织的需求程度较高。

结论:应该增加政府投入,建立健全残疾人组织,扩大康复医疗服务的宣传教育,提高康复医疗服务提供的公平性,并将康复医疗服务重点向女性、中老年、无工作者等相对弱势群体和群众关心的精神残疾等人群倾斜。

关键词: 残疾人;康复;医疗服务;需求;影响因素

中图分类号:R493 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-1242(2011)-01-0060-05

The investigation on demands of medical service in rehabilitation for persons with disability in Jiangxi province/WANG Junyong,LIU Xia,CHEN Heli,et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 26 (1): 60—64

Abstract

Objective:To analysis quantitativly on the disabled persons' medical service demands and the influencing factors in rehabilitation, and to find the characteristics of disabled persons who wanted medical service urgently, thus to make the limited resources effectiely used.

Method:Twenty-four counties of Jiangxi province were selected as the sample,and the rehabilitation medical service demands of 5310 persons with disability were surveyed,and then made a statistic analysis by SPSS.

Result:The rehabilitation medical service demand rates of some certain groups were higher than others,such as women,old people,visual and mental disabilities,non-working disabilities,and the communities without rehabilitation service station. There were more demands from disabled people's organizations and rehabilitation center.

Conclusion:Policy system of disability rehabilitation and education propaganda should be enhanced. And more concern should be given to women,old people,non-working people and mental disabilities people.

Author's address Traditional Chinese medicine of Jiangxi University,Nanchang,330004

Key word persons with disability;rehabilitation;medical services;demand;influence factor

目前,我国有残疾人 8296 万人^[1],其中有康复需求者仅有 30%得到不同程度的康复,距实现残疾人“人人享有康复服务”的目标有很大差距,任务十分艰巨^[2]。《江西省残疾人事业“十一五”发展纲要(2006-2010 年)》提出:全面推进残疾人“人人享有

康复服务”工作,大力实施重点工程,使 30 万残疾人得到不同程度的康复^[3]。2006 年,江西省有残疾人 1021222 人,接受过社区康复的不过 70789 人^[4],占不到 1%。据江西省卫生厅专家测算,目前因白内障致盲的人数约有 25 万人,约有 20 万白内障患者要

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.01.013

1 江西中医学院,江西南昌,330004; 2 江西省残疾人联合会; 3 通讯作者

作者简介:王军永,男,硕士,副教授; 收稿日期:2010-01-07

手术;先天性唇腭裂目前未得到救治的患者为 8000 例;因经济拮据耽误手术的占大多数。近几年,江西省陆续实施了多项白内障康复项目和多种唇腭裂修复慈善活动。但这些慈善活动无法使该省广大白内障和唇腭裂患者全部得到康复治疗^[5]。康复供需的差距可见一斑。

残疾人康复根据不同的标准或划分方式可以划分为不同种类。根据联合国《关于残疾人世界行动纲领》中对康复内涵的界定,康复一般包括医疗护理、自理训练、提供辅助器械等 8 项内容^[6]。医疗护理是其中非常重要的一个成分。就江西省情况看,2363 人曾接受残疾人相关服务或扶助,如医疗服务和救助、辅助器具、康复训练等,而其中 1647 人接受的是医疗服务和救助,占总扶助或服务项目的 69.7%;具有康复医疗服务和救助需求的有 3713 人,占到总人数的 69.9%。表明医疗服务和救助在康复内涵中占有较大的比重。

狭义的康复需求包括医疗服务和救助、辅助器具、康复训练与服务等^[7],鉴于医疗服务和救助的重要性,本文拟对康复医疗服务和救助的供需情况进行分析。本次调查中所指的康复医疗服务是指通过医院或专门医疗机构采用手术或其他诊断形式帮助残疾人恢复或补偿功能,提高生活自理和社会适应能力等。康复医疗救助是指政府和社会对因病而无经济能力进行治疗的贫困残疾人实施专项医疗帮助和支持的行为^[14-15]。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源于江西省第二次全国残疾人抽样调查的省级残疾人数据库。依据第二次全国残疾人抽样调查方案的要求以及抽样调查领导小组确定的样本量,按照分层、多阶段、整群、概率比例抽样的方法,抽取了 24 个县(市、区)、96 个乡镇(街道)、22895 户、83088 人进行调查,其中有残疾人的共 4634 户,确定为残疾的共 5310 例。

1.2 统计学分析

收集所有残疾人中把医疗服务作为主需求和不作为主需求的人群信息,利用医疗服务需求比作为统计指标,采用 SPSS11.5 对所收集的数据进行统计

描述与分析。

2 结果

2.1 一般情况

5310 例残疾人中,男性占 51.9%,女性占 48.1%;城镇占 14.12%,农村占 85.88%;四级残疾占 47.48%,三级占 26.38%,二级占 10.49%,一级占 15.65%;51 岁以上残疾人占 61.34%;视力残疾占 16.5%,听力残疾占 22.5%,言语残疾占 1.7%,肢体残疾占 30.1%,智力残疾占 8.8%,精神残疾占 6.92%,多重残疾占 13.44%。

2.2 医疗服务和救助供需基本情况

在接受医疗服务和救助方面,各群体接受比例不同,但总体上曾接受过医疗服务和救助者约占 1/3。其中城镇、男性、离婚群体、精神和肢体残疾、四级残疾、学历较高者和领取低保、救济金和靠养老金生活的残疾人接受医疗服务或救助比例较高;没有康复站、康复协调员和残疾人专职委员的社区残疾人接受医疗服务和救助比例较高(表 1)。

表 1 残疾人接受帮助与医疗服务和救助需求关系

	医疗服务和救助需求		医疗服务	χ^2	P
	需要	不需要	需求比(%)		
是否曾接受某种康复服务或扶助					
未曾接受	954	1993	67.6	16.61	<0.05
曾接受	643	1720	72.8		
是否曾接受某种医疗服务					
曾接受	1323	324	80.33	122.87	<0.05
未曾接受	2390	1273	65.25		

在接受医疗服务和救助的意愿方面,不同群体医院强度并不一致,但是总体上约有 70%左右的残疾人将医疗服务和救助作为康复的主需求。其中城镇、女性、高龄人群、视力残疾和精神残疾和高学历的残疾人希望获得医疗服务和救助的愿望较大;没有领取救济金和低保金、无工作、失地农民医疗服务和救助需求比高;曾接受过某康复救助或医疗服务和救助的残疾人医疗服务和救助的需求比高于未接受者。残疾人所在社区康复站建设不足和残疾人组织健全者医疗服务和救助需求较高。

在医疗服务和救助的供需平衡程度方面,用需求满足比来表示,即用接受医疗服务和救助的比例和把医疗服务和救助作为主需求的比例进行比较。结果显示:城镇、男性、肢体与精神残疾、一级与四级

残疾、领取过低保和没有领取过救济者、高学历人群、未婚与离异者、领取退休金与有工作者、拥有残疾人组织与残疾康复设备设施者医疗服务和救助供需平衡的程度相对较高(见表 1—6)。

2.3 残疾人康复医疗服务需求意愿的影响因素

2.3.1 残疾人一般状况与医疗服务和救助供需:与农村相比,城镇残疾人医疗服务和救助供给明显大于农村,供需之间差值相对较小,与我国城乡二元制结构有一定关系。男性的需求意愿低于女性,但接受程度略高于女性,因此供需差距相对较小,可能与女性逐渐认识到自身康复重要性、部分地区尤其是一些农村存在“重男轻女”思想有一定关系。中年人群接受医疗服务和救助相对频次最高,青年和老年次之,估计与支付能力有关系;青少年和中年接受服务

的意愿较高,与这些年龄段人群各方面负担有一定关系。精神残疾与视力残疾人群接受医疗服务和救助意愿明显高于其他群体,精神残疾接受的服务与救助比例最高,可能与精神残疾受社会歧视、视力残疾对人影响明显且救治措施和免费诊治相对较多等有一定关系。不同等级间需求意愿相似,而四级残疾接受医疗服务与救助较多,一级和四级供需的平衡程度最高,可能与一级程度很高,容易引起关注,而四级程度较低容易救治有一定关系(见表 2)^[12,14-15]。

2.3.2 社会保障状况与医疗服务和救助供需:相对而言,领取过低保和救济的人医疗服务与救助需求程度低,接受医疗服务和救助多于未领取过者,可能与参加社会保障,提高支付能力有一定关系(表 3)。

表 2 残疾人一般情况与医疗服务和救助供需状况关系

比较项目	例数	需求状况			接受状况			需求满足比(%)
		需求比(%)	χ^2	P	接受比(%)	χ^2	P	
地区类别			0.99	>0.05		7.14	<0.05	
城镇	750	71.5			35.2			46.87
乡村	4560	69.7			30.3			43.47
性别			17.94	<0.05		2.17	>0.05	
男	2754	67.4			31.9			47.33
女	2556	72.7			30.0			41.27
年龄			5.70	>0.05		64.84	<0.05	
童年(≤6岁)	165	66.7			14.5			21.74
少年(7—17岁)	289	73.0			22.8			31.23
青年(18—44岁)	1222	68.1			28.6			42.00
中年(45—59岁)	1091	71.7			38.9			54.25
老年(≥60岁)	2543	69.9			30.8			44.06
残疾种类			212.71	<0.05		441.67	<0.05	
视力残疾	875	82.3			25.9			31.47
听力残疾	1197	67.0			17.1			25.52
言语残疾	90	60.0			16.7			27.83
肢体残疾	1599	65.3			45.7			69.98
智力残疾	469	55.9			13.4			23.97
精神残疾	367	91.3			53.4			58.49
多重残疾	713	69.6			29.6			42.53
残疾等级			3.35	>0.05		14.46	<0.05	
一级	831	67.5			31.5			46.67
二级	557	69.8			30.0			42.98
三级	1401	71.2			27.3			38.34
四级	2521	70.1			33.1			47.22

2.3.3 教育状况与医疗服务和救助供需:相比较而言,高学历者实际接收服务和救助较多,可能与高学历者经济实力相对更强有一定关系;但是不同学历间对医疗服务和救助的需求程度差别不明显,只是本科学历残疾人需要程度高,可能与被调查人数太少导致偏差较大有一定关系,也可能跟高学历对康

复知识了解较多,诊治意识强有关系(见表 4)。

2.3.4 婚姻状况与医疗服务和救助供需:离婚者医疗服务和救助需求与接受比例都相对较高,前者可能与离婚者对婚姻家庭的渴求和对重组家庭的期望有关,后者可能与离婚者家庭负担变小有关(表 5)。

2.3.5 工作状况与医疗服务和救助供需:无工作者

需求与供给都略高于有工作者;无工作者有 2244 人将医疗服务和救助作为康复主需求,占 72.5%,有 996 人接受过医疗服务,占总人数 32.2%,可能与无工作者心理及可支付能力有关系,而接受服务多可能与各地更容易关注弱势群体中的更弱势者有关系。无工作者中失地农民、因人原因丢失工作者服务需求较高,应该引起我们的关注;在接受方面,离退休人员接受比例高,与经济支付能力、原单位社保制度有关系。无工作而靠离退休金维持生活者需求、供给、供需平衡程度高于其他群体,与支付能力有关(见表 6)。

2.3.6 收入状况与医疗服务和救助供需:农村人群中,收入越低,总体需求比例越高,而接受医疗服务与救助反倒相对越多一点,可能原因是统计误差或

当前农村救助因为整体经济支付能力较低,所以倾向于相对弱势的低收入、贫困家庭有一定关系;城镇残疾人在需求意愿上几乎相同,而接受频次差异也不具有显著性意义,可能与当前城市救助宣传力度大、救助体系相对完备、方式相对较多有关系(见表 7)。

2.3.7 残疾人组织、设施建设与医疗服务和救助供需 拥有残疾人组织和康复帮护人员的社区,残疾人医疗服务和救助需求相对高,可能与宣传教育力度大、相关医疗服务和救助知识知晓度高有一定关系;而在接受方面,有残疾人组织和康复帮护人员的社区残疾人接受医疗服务与救助相对少,可能与接受其他康复训练与救助措施多,减少了直接接受医疗救助有关(见表 8)。

表 3 社会保障状况与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

社会保障	例数	需求状况			接受状况			供、需比值关系 (%)
		需求比(%)	χ^2	P	接受比(%)	χ^2	P	
领取低保	375	65.6	3.59	>0.05	41.1	19.05	<0.05	48.02
未领低保	4935	70.3			30.3			42.67
领取救济	868	65.9	8.00	<0.05	39.9	37.94	<0.05	41.43
未领救济	4442	70.7			29.3			46.82

表 4 教育程度与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

教育状况	例数	需求比 (%) ^①	接受比 (%) ^②	供、需比 比值关系(%)
教育程度				
未上学	74	70.3	29.7	42.25
小学	1957	69.7	32.5	46.63
初中	659	68.7	38.1	55.46
高中	141	63.8	38.3	60.03
中专	40	67.5	50.0	74.07
大专	12	50.0	75.0	150.00
本科	10	80.0	70.0	87.50

注:教育程度统计人数总数为 2893 人,是因为此项存在不需要填写者和未填写者;① $\chi^2=4.96,P>0.05$;② $\chi^2=27.4,P<0.05$

3 讨论

“十五”期间,江西省为全省 22 万名各类残疾人提供了康复服务,其中为 7.7 万余名白内障患者施行了复明手术;为 2343 名肢体残疾、脑瘫儿和智力残疾儿童进行了康复训练;为 309 例麻风畸残患者和肢体残疾儿童实施了矫治手术。“十一五”期间,这些数字都有所提高。但是距离“人人享有康复”目标还有距离,许多残疾人尤其是一些弱势群体(如女性、农村、儿童等)通过医疗服务改善身体状况的需求没有得到满足。“十二五”即将来临,如何使残疾人的康复需求得以实现,需要政府在理念、政策和经费

表 5 婚姻状况与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

婚姻状况	例数	需求比 (%) ^①	接受比 (%) ^②	供、需比 比值关系(%)
未婚	611	63.0	30.9	49.05
初婚有配偶	2802	70.5	34.0	48.23
再婚有配偶	182	70.9	30.2	42.60
离婚	68	79.4	39.7	50.00
丧偶	1280	73.0	27.0	36.99

注:总数为 4943 人,少于总人数 5310,是因为有未填写者,如学龄前人员;① $\chi^2=22.99,P<0.05$;② $\chi^2=22.78,P<0.05$

上予以保证^⑧,在组织机构、人员、设备设施、经费等方面作出努力。

3.1 建立健全康复体系

康复是残疾人功能补偿,实现自强自立的基础。但是医疗服务和救助不是康复的唯一手段,数据表明接受过其他康复服务会相对减少医疗服务的需求量,降低医疗资源消耗。因此,需要健全康复体系,综合使用心理、社会、教育、医疗等各种手段,协调医疗机构、社区、家庭等在康复中的关系,构建适合省情的残疾人管理与帮扶组织体系,为残疾人提供全面、完整的康复服务。同时,扩大康复的宣传教育,让更

表 6 工作状况与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

工作状况	例数	需求比 (%)	接受比 (%)	需求满足比 (%)
有无工作				
有	1846	66.9 ^①	31.1 ^②	46.49
无	3097	72.5	32.2	44.41
无工作原因				
在校学生	47	70.2 ^②	23.4 ^①	33.33
离退休	210	75.2	52.4	69.68
料理家务	744	76.6	31.5	41.12
丧失劳动力	2005	70.9	30.6	43.16
毕业未工作	11	63.6	36.4	57.23
单位原因	14	57.1	57.1	100.00
个人原因	14	78.6	35.7	45.42
承包地被征	5	80.0	60.0	75.00
其他	47	66.0	14.9	22.58
主要生活来源				
离退休金	216	75.0 ^②	51.9 ^①	69.20
领基本生活费	145	65.5	33.8	51.60
家庭成员供养	2663	72.8	30.6	42.03
财产性收入	8	75.0	25.0	33.33
保险收入	2	50.0	0.00	0.00
其他	63	65.1	30.2	46.39

注:第一部分总数为 4943 人,少于总人数 5310,是因为有未填写者,如学龄前人员;① $P<0.05$;② $P>0.05$

表 7 收入状况与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

地区类别及收入状况	例数	需求比 (%)	接受比 (%)	需求满足比 (%)
农村				
绝对贫困家庭	429	75.3 ^①	35.7 ^②	47.41
低收入家庭	463	70.6	30.9	43.77
非低收入家庭	3668	69.2	30.4	43.93
城镇				
低收入家庭	20	70.0 ^②	40.0 ^②	57.14
非低收入家庭	730	70.0	31.2	44.57

注:农村收入划分标准是按照 2007 年国家扶贫标准;城镇收入划分是按照上年度可支配收入 60%的标准,即各地比较普遍采用的判断低收入家庭的标准① $P<0.05$;② $P>0.05$

表 8 残疾人组织、设施建设与残疾人医疗服务和救助供需状况关系

康复组织与设施状况	例数	需求比 (%)	接受比 (%)	供、需比值关系 (%)
残疾人协会(小组)				
有	2173	73.7 ^①	30.2 ^②	40.98
无	3137	67.3	31.6	46.95
残疾人专职委员				
有	1056	74.1 ^①	24.7 ^①	33.33
无	4254	68.9	32.6	47.31
社区康复协调员				
有	782	69.9 ^②	24.6 ^①	35.19
无	4528	69.9	32.1	45.92
康复站				
有	406	62.3 ^①	10.1 ^①	16.21
无	4904	70.6	32.7	46.32

① $P<0.05$;② $P>0.05$

多的人关注残疾人事业,为残疾人提高自身康复能力提供社会基础。

3.2 拓展资源供应渠道

在物资方面:首先是政府重视,科学分配,加大投入;其次是做好宣传,扩大社会的捐助渠道,积少成多,尤其是大力发展福利彩票等事业,获得更大的资金支持。在人力资源方面:大力推进志愿者队伍的建设;同时发挥社区和家庭的作用,对志愿者、社区和家庭的相关人员进行康复所需相应知识的培训,使残疾人能得到应有的和就近的方便康复服务。

3.3 提高残疾人医疗服务与救助接受能力

残疾人医疗服务需求得不到充分满足的原因当中,经济原因是非常重要的一方面。各级政府部门应考虑到残疾人的实际困难,完善落实社会保障制度,扩大社会保障面,提高社会保障水平,加大的社会保障力度^[9]。同时,政府还是要坚持正确引导,促进地方经济发展,提高家庭、社会为残疾人支付的能力。

3.4 构建良好残疾人救助社会环境

加大宣传教育力度,呼吁全社会关注、关心、关爱残疾人,关注残疾人的生活状况,关心残疾人的婚姻状况,给残疾人更多的关爱,消除对残疾人的歧视,鼓励残疾人与正常人建立幸福美满的家庭,扩大残疾人的就业渠道,增加残疾人的收入^[10]。

3.5 提高康复医疗服务提供的公平性

通过加大政府投入,并将康复医疗服务重点向女性、高龄者、无工作者等相对弱势群体和群众关心的精神残疾等人群倾斜,提高不同残疾人群间公平程度,最大限度的提高康复医疗服务的效果,为构建和谐社会做出有益贡献。

参考文献

- [1] 第二次全国残疾人抽样调查领导小组,中华人民共和国国家统计局.2006 年第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报[J].中国康复理论与实践,2006,12(12):1013.
- [2] 中国残疾人联合会,中华人民共和国卫生部.关于进一步将残疾人社区康复纳入城乡基层卫生服务的意见 [J]. 中国康复, 2005,20(2):67—68.
- [3] 中国残疾人联合会 2008 年度统计年鉴[EB/OL].http://www.cdplf.org.cn/tjsj/ndsj/2008/indexch.htm
- [4] 江西省人民政府批转江西省残疾人事业“十一五”发展纲要(2006 年—2010 年)的通知[EB/OL].http://www.jxdplf.gov.cn/view.

(下转第 71 页)