

· 老龄健康 ·

农村女性老年人医疗服务利用的调查研究

赖国毅

(成都师范学院 政教系, 四川 成都 611130)

摘要: 基于北京大学“中国健康与养老追踪调查”(CHARLS)数据库,运用交叉分析和Logistics模型,研究农村女性老年人医疗服务利用水平。农村女性老年人的医疗服务利用水平很低,特别是低、中龄段女性老年人病后不到医院就诊的现象比较突出;医疗保险因素、经济因素和人口因素是影响农村女性老年人医疗服务利用水平的三个重要因素。要提高农村女性老年人的医疗服务利用水平,就要提升社会经济水平、建立健全医疗保障体系,特别是要将提升低、中龄段女性老年人医疗服务利用水平作为工作重点,为此要增强她们的医疗保健意识。

关键词: 农村女性老年人; 医疗服务利用; Logistics模型; 医疗保险

中图分类号: F323.89 文献标识码: A 文章编号: 2095-5898(2014)11-0070-10

The Analysis of Medical Care Utilization for Old Women in Chinese Rural Area

LAI Guo-yi

(Department of Political Science, Chengdu Normal University, Chengdu 611130, Sichuan Province, China)

Abstract: Based on the analysis of “China Health and Retirement Longitudinal Study”(CHARLS) database by using Logistics Model and cross-over analysis, it is found that the medical care utilization rate for rural elder women is low. Especially the phenomenon of elder women not going to hospital after sick gets serious. The medical care utilization is effected by medical care conditions, income and population. For improvement the medical care utilization of elder women in rural area, the economy should be developed and medical insurance system should

收稿日期: 2014-09-19; 修订日期: 2014-10-27

基金项目: 成都市科技局软科学项目“新型城镇化下成都市老年人的医疗消费研究”(项目编号: 2014-RK00-00029-ZF); 四川省教育厅人文社科一般项目“城乡老年人医疗消费的实证分析——以成都为例”(项目编号: 14SB0286); 成都师范学院人文社科重点项目“基于社会经济地位的老年人医疗消费水平研究”(项目编号: CS13SA07)。

作者简介: 赖国毅(1978-), 四川成都人, 成都师范学院政教系副教授, 四川中小学教师师德研究中心学术交流与资讯服务部主任, 研究方向: 公共政策分析。

be established. Especially focus on the work of medical care utilization improvement for elder rural women by enhancing their awareness of health care and legal rights.

Key words : rural old women ; health service utilization ; Logistics Model ; medical insurance

一、前言

前联合国秘书长安南（1998）曾在国际老年人年启动仪式上指出：“在老龄化过程中，我们还应特别注意性别差异问题。在几乎所有的地方，女性的寿命更长于男性。但是，女性老人一般比男性老人更贫穷，患慢性病及因病致残的比例更高，也更容易受到歧视和忽视。”在我国，农村女性老年人存在三重劣势——地域劣势、性别劣势和年龄劣势。这三重劣势的叠加使农村女性老年人日益弱势化，她们总是更少、更晚地从社会发展中受益：她们的经济保障水平低，物质生活贫乏，需要赡养而得不到赡养；她们的健康状况问题多，医疗保障缺失，需要关注而又得不到关注。与之相对应的是，社会和家庭震荡所产生的各种冲击和困难却又总是首先作用于农村女性老年人身上。从某种程度上说，老龄化问题即女性老年人问题。因此，能否根据我国实际情况，切实解决好广大农村女性老年人的老有所医、老有所养问题，使她们过上健康、积极、多彩、有尊严的晚年生活，既是我国解决老龄问题的核心所在，又是每个农村女性老年人的梦想所归，更是全面建成小康社会的重要体现。

二、文献综述

西方学者关于“双重危险”的假定认为：女性老年人由于面临着“女性”和“老年”这两种不利地位的负面影响，其健康福利处于特别的劣势地位（Chappell et al., 1980）。这一假定得到了国内外学者的实证性支持，比较一致的观点是：尽管女性比男性的寿命长，但是女性罹患慢性病和急性病的概率要高于男性（Gertler et al., 1990）；而且女性在其一生中所要忍受的病痛比起男性来要多得多（Dennerstein et al., 1995；Mark et al., 2000），因而女性对医疗服务的需求大于男性（刘广彬，2009）。但是，女性医疗服务的有效利用程度往往不及男性，女性对医疗服务的利用受到经济状况的影响程度也明显大于男性（Buor, 2004）。男性老年人自我承担医疗支出的能力更多地取决于自身的潜在因素且能力更强，而女性老年人的医疗支出则更多地依赖于家庭和子女支持（宋璐等，2010）。体现在男性和女性身上的这种社会性别差异将持续终生，由此导致女性老年人比男性老年人在社会经济、心理和健康方面都更加脆弱。女性老年人比男性老年人的带病期更长，更容易受到功能障碍的困扰，对自我健康的评价也更低（宋璐等，2010）。

目前，国内学者从社会经济角度专门研究农村女性老年人健康问题的不多，更多的是将农村女性老年人的健康问题作为老年人口现状研究课题的一个子课题来研究。比如，姜向群等（2009）认为，中国老年妇女的健康状况随年龄的增长而降低，农村女性老年人的健康水平在所有老年人中表现最差；并且健康水平的城乡差异强于性别差异。王晶等（2009，2010）认为：超过一半的农村女性老年人身体健康状况较差，但其心理健康状况则较好；妇科疾病的发病率

高,且健康意识差,不知该如何保养身体、维持健康;此外,新农合政策对农村女性老年人的倾斜不够,致使其体弱多病的概率远高于男性老年人。韦艳等(2010,2012)认为:社会经济状况限制着女性老年人的就医积极性,例如个人经济状况是制约女性老年人生殖健康检查的主要因素;农村女性老年人的社会交往频率和交往对象也影响着她们的健康自评。宋璐等(2010)认为农村女性老年人的医疗支出水平较低,大多依赖于家庭和子女的经济支持。

基于以上研究的基础,本文将研究的目光聚焦于农村女性老年人这一特殊群体,通过分析农村女性老年人医疗利用状况,试图找寻出阻碍农村女性老年人医疗服务需要向现实需求转化的障碍性因素,以期为农村医疗保障政策的制定及构建提供数据支撑和理论支持。

三、研究框架

本研究在经典健康行为模型基础上构建了一个涵盖人口因素、健康因素和社会经济因素的扩展健康行为模型(Aday et al., 1974),其基本形式如下:

$$C_m = f(Econ; Insu; Heal; Demo; \varepsilon_i)$$

其中, C_m 表示医疗利用,解释变量划分为社会经济地位(SES)、健康需求和人口禀赋三类。社会经济地位由经济因素和医疗保险因素构成。 $Econ$ 表示经济因素,由人均收入和金融资产两个变量组成,金融资产分为固定资产和金融资产两部分。 $Insu$ 表示老年人的医疗保险,这里主要指新型农村合作医疗(简称“新农合”)。 $Heal$ 表示农村女性老年人的健康需求,包括自我健康状况评价和是否知晓老年病两个变量。 $Demo$ 表示人口特征,由年龄、教育水平和居住状况等变量构成。 ε 表示随机误差。

本研究从两个方面展开:第一是农村女性老年人的医疗利用状况,即生病后她们是到正规医疗机构就医,还是自己“对付”了事;第二是考察影响她们就医治疗的因素是什么。

四、数据来源与研究方法

(一) 数据选取和概况

本文数据来源于北京大学国家发展研究院中国经济研究中心主持的“中国健康与养老追踪调查”(简称CHARLS)数据库。本研究数据取自于2008年的预调查横截面数据,调查对象为浙江和甘肃两省45岁及以上的城乡居民,抽样方法为PPS(Probability Proportional to Size)随机抽样。首先依照PPS方法随机抽选3个调查地区,然后在这些地区随机抽选出25-36个居住处所,最后决定每个住所中家庭户的样本个数。在实地调查中,随机选取符合年龄条件的家庭中一人作为主要受访者。原始数据中共有来自1570个家庭的2685个受访样本。根据研究需要,本文只保留了55岁以上、居住地为农村的女性样本,最后入选的有效样本数为591个。

样本的人口学特征如下。(1)55-65岁325人,占55%;66-75岁167人,占28.3%;76-85岁82人,占13.9%;86岁以上17人,占2.9%。样本以中低年龄段女性老年人为主。(2)受教育水平为文盲的449人,占76%;接受过初等教育的128人,占21.7%;接受过中等教育的14人,占2.4%;接受过高等教育的0人。样本整体受教育程度不高。(3)独居女性老年人为138人,占23.4%;有性伴侣同居的453人,占76.6%。(4)有医疗保险的296人,占50.1%;没有医疗保险的295人,占49.9%。(5)人均年收入为4402.8元,标准差为4.31

元。整体收入水平非常低下。(6)“知晓”老年病的仅有 133 人，占 22.5%；“不知道”的为 458 人，占 77.5%。(7)健康状况自评“差”和“很差”的合计 171 人，占 28.9%；“不清楚”人数为 321 人，占比高达 54.3%；“好”和“较好”的合计 99 人，占 16.8%。

(二) 研究方法

1. 变量设置

(1) 因变量

因变量为农村女性老年人的医疗服务利用，其内涵是指她们在生病后到正规医疗机构接受治疗。该变量用“过去两周生病后是否到医院就诊”来表示。老年人的疾病以高血压、心脏病、贫血、冠心病和气管炎为主(嵇丽红等，2011)。这类疾病通常有一个起始期，发病初期不易察觉，一般不会马上就医，要等病症完全明显后才会去就医。

(2) 自变量

表征社会经济地位的变量包括有无医疗保险、医保自付率、人均年收入、家庭固定资产等。社会经济地位对医疗消费的影响路径是：随着收入水平的提高，对健康的需求随之增加，医疗支出水平也相应地提高，因而收入水平高的患者往往代表其具备较高的支付能力(封进，2009)。这里的人均年收入反映农村女性老年人的即期医疗消费能力，家庭固定资产变量反映远期医疗消费能力。

表征健康需求因素的变量包括老年人自我健康状况评价和是否知晓老年病两个变量。这两个变量反映了老年人对自身健康状况的主观感受，它们对医疗消费的影响表现为间接效应。这种效应通常与社会经济地位相联系：收入水平较低的人通常健康状况较差，患病的概率更高，患病后的医疗支出也更高(封进，2006)。

表征人口禀赋因素的变量包括年龄、教育水平和居住状况。以往研究表明，个体特征可能会对患者的就医方式选择产生影响(封进，2006)。比如受教育水平的高低与医疗消费呈正相关(Makinen et al., 2000)。受教育程度低的人会更多地使用健康资本，致使健康资本的折旧率高启，从而表现为生病的概率更大，医疗支出数额也更高。此外，老年人的居住状况也是一个重要的变量。通常独居老年人的健康状况较之有伴侣的老年人更差，其潜在的医疗支出也更高。因而居住状况是改善个体生活和健康状况的最基本要素(苗艳青，2008)。

表1 变量描述性分析

变量类型	变量赋值 / 定义	样本量	比例 (%)
因变量			
医疗服务利用			
过去两周生病后是否到医院就诊	是 = 1	25	4.2
	否 = 0	566	95.8
自变量			
医保因素 (<i>Insu</i>)			
有无医疗保险	有 = 1	296	50.1
	无 = 0	295	49.9
医保自付率 (%)	个人医疗支出 / 医疗总支出	54.3	-

(续表1)

变量类型	变量赋值 / 定义	样本量	比例 (%)
人口因素 (<i>Demo</i>)			
年龄	55-65 岁 =1	325	55.0
	66-75 岁 =2	167	28.3
	76-85 岁 =3	82	13.9
	86 岁以上 =4	17	2.9
教育水平	文盲=1	449	76.0
	接受过初等教育 =2	128	21.7
	接受过中等教育 =3	14	2.4
	接受过高等教育 =4	0	0
居住状况	独居 (离婚、丧偶和未婚) =0	138	23.4
	同居 (已婚且同住和未婚且同住) =1	453	76.6
经济因素 (<i>Econ</i>)			
人均年收入 (元)	Ln (人均年收入)	4402.8	-
家庭固定资产 (万元)	房屋及其他固定财产 Ln (家庭固定资产)	17.6	-
健康因素 (<i>Heal</i>)			
健康状况自我评价	不知道 =0	321	54.3
	很差 =1	68	11.5
	差 =2	103	17.4
	一般 =3	50	8.5
	好 =4	36	6.1
	非常好 =5	13	2.2
是否知晓老年病	知晓 =1	133	22.5
	不知晓 =0	458	77.5

2. 计量方法

医疗服务利用是二分类变量，因而采用 Logistics 回归模型来分析，其基本形式如下：

$$P(y = 1 | x) = \frac{\exp(\beta_1 Demo + \beta_2 Econ + \beta_3 Heal + \beta_4 Insu)}{1 + \exp(\beta_1 Demo + \beta_2 Econ + \beta_3 Heal + \beta_4 Insu)} \quad (1)$$

根据研究设计，对 (1) 式两边取对数后有：

$$\log it\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \alpha + \beta_1 Demo + \beta_2 Econ + \beta_3 Heal + \beta_4 Insu + \xi_i \quad (2)$$

如果从这个模型中得到 β 的估计 $\hat{\beta}$ ，就可以估计出第 i 个样本有 (或无) 的可能性 \hat{P}_i 。

所有分析均在 STATA 中完成。

五、数据分析与结果

(一) 医疗服务利用的一般状况

在医疗利用状况方面，样本中仅有不足 5% (25 人) 的女性老年人生病时能够及时治疗 (见表 2)，超过 95% 的女性老年人在生病时未采取治疗措施，说明农村女性老年人的医疗服务利用水平很低。下面我们对未采取治疗的情况进行分类描述分析。

1. 医疗保险与就医治疗

在未采取治疗的农村女性老年人中，有医疗保险和无医疗保险的比例分别为 46.19% 和 49.58%。

表2 是否有医疗保险与是否治疗的关系

采取治疗与否	无医疗保险		有医疗保险	
	频数	%	频数	%
否	293	49.58	273	46.19
是	2	0.34	23	3.89

2. 婚姻居住状况与就医治疗

生病后，女性老年人中独居无伴侣未采取治疗的比例是 23%（见图 1），同居有伴侣未采取治疗的比例是 77%，这是一个很值得深思的现象。理论预期认为，同居有

伴侣老年人的健康状况往往较之独居无伴侣老年人更好，因为有伴侣就意味着生活中有一个可以随时发现病情并督促其就医的人，其潜在的医疗支出也更低，但本次调查结果却与之相反。我们认为其根源还在于农村女性老年人“三重劣势”中的性别劣势。“男尊女卑”等落后意识在中国农村仍根深蒂固。对农村女性来说，家庭成员重要性的排序通常是丈夫、孩子、父母，最后才轮到自己。中国农村妇女在家庭中的从属地位决定了她们的劣势处境，而常年的辛劳也让她们顾不上自己的健康状况，疾病一旦发觉，往往已经是非常严重了。中国老龄科学研究中心（2003）的一份调查显示，在农村地区，老年妇女“由自己当家做主”和“家庭中办大事花钱自己说了算”的比例分别仅为 28% 和 25.1%，均比男性低近 30 个百分点。

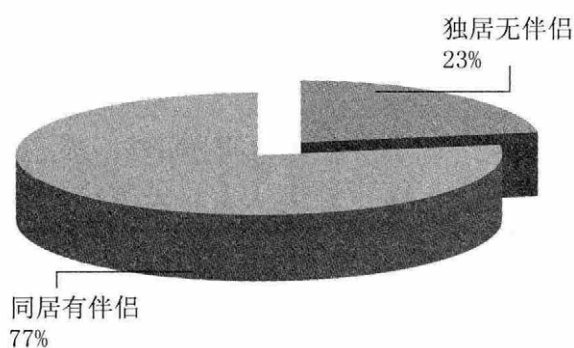


图1 未采取治疗的婚姻居住状况分布

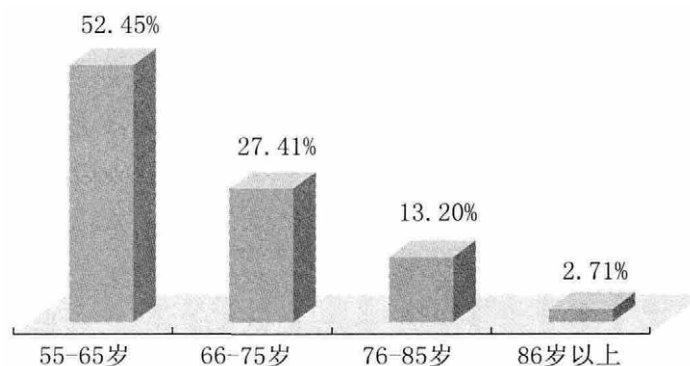


图2 未采取治疗的年龄分布

3. 年龄与就医治疗

从年龄分布结构看（见图 2），生病后未采取治疗的农村女性老年人多集中在 55-65 岁这个年龄段，占比达 52.45%；其次是 66-75 岁年龄段，占比为 27.41%。76-85 岁、86 岁以上的高龄老年人病后未采取治疗的人数比例仅为 13.2% 和 2.71%。

4. 受教育程度与就医治疗

从病后未采取治疗的农村女性老年人受教育程度分布来看（见图 3），文盲程度的农村女性老年人有病未治的比例最高，达 73.43%，随着文化程度的提高，比例随之下降。这一方面与受教育程度和健康状况呈正相关的理论预期相符，另一方面也与我国农村女性老年人文化程度低、观念陈腐的现状一致。

5. 健康自评与就医治疗

从农村女性老年人的健康自评状况分布看（见图 4），很多女性老年人“不清楚”自己的健康状态，同时这一群体在未采取治疗人群中的比例也最大，占到全部未采取治疗人数的 52.12%。在清楚自身健康状况的女性老年人群体中，自评为“差”和“很差”的女性老年人

未采取治疗的比例最高,分别达到 16.58%和 10.66%,而自评身体健康状况积极的女性老年人,其未采取治疗的比例则不断降低,分别为 8.12%(“一般”)、6.09%(“好”)和 2.20%(“很好”)。健康需求对医疗消费的影响是一种间接效应,下面我们通过变量的交叉列联表进一步分析未采取治疗的分布情况,以揭示农村女性老年人的医疗利用水平。

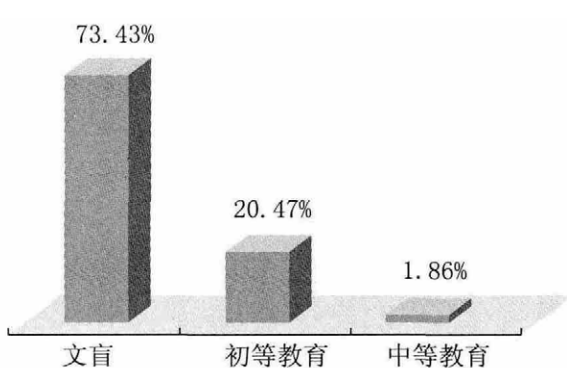


图3 未采取治疗的教育程度分布

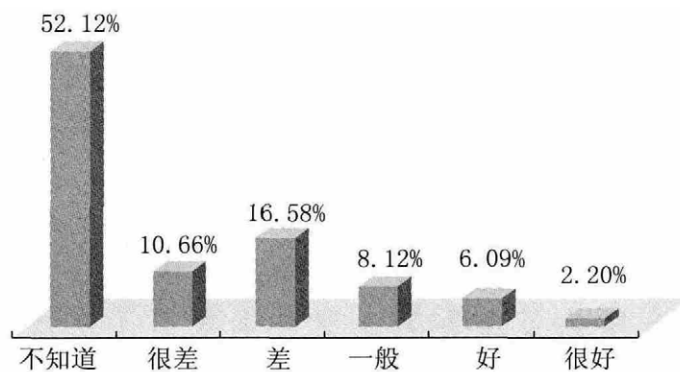


图4 未采取治疗的健康自评分分布

6. 婚姻居住状况、健康状况自评、受教育程度、年龄等的交叉分析

(1) 在婚姻居住状况与年龄的交叉分布表(表3)中我们可以看到,55-65岁和66-75岁这两个年龄段同居有伴侣女性的未采取治疗比例最高,分别达到36.0%和25.8%,而80岁以上高龄老人(无论是否有伴侣)未采取治疗比例最低,分别是2.5%和4.1%。

表3 未采取治疗的婚姻居住状况与年龄的交叉分布

	55-65岁		66-75岁		76-85岁		86岁以上		总计
	频数	%	频数	%	频数	%	频数	%	
独居无伴侣	54	9.5	44	7.8	16	2.8	14	2.5	128
同居有伴侣	204	36.0	146	25.8	65	11.5	23	4.1	438

(2) 在健康状况自评与年龄的交叉分布表(表4)中,55-75岁的中低年龄段女性老年人由于还具有劳动能力,常常对自己的身体健康状况缺乏足够关注,因而她们生病后未采取治疗的比例最高,分别达到25.7%和17.1%。同时,这一年龄段的老年人即便知道自己的身体状况不佳,但由于大量的生活琐事又时常让她们缺乏充足的“时间”和“空间”来为自己求医问药。

表4 未采取治疗的健康状况自评与年龄的交叉分布

	不知道		很差		差		一般		好		总计
	频数	%	频数	%	频数	%	频数	%	频数	%	
55-65岁	146	25.7	9	1.6	68	12.0	13	2.3	22	3.9	258
66-75岁	97	17.1	10	1.8	79	13.9	4	0.7	-	-	190
76-85岁	38	6.7	1	0.2	22	3.9	14	2.5	6	1.1	81
86岁以上	37	6.5	-	-	-	-	-	-	-	-	37

(3) 在老年病知晓度与教育程度的交叉分布表(表5)中,受教育程度低的女性老年人对老年病的知晓度很低,特别是未受过教育的老年人,她们中超过半数的人对老年病几乎一无所知。

表5 未采取治疗的老年病知晓度与教育程度的交叉分布

	不知晓		知晓		总计
	频数	%	频数	%	
文盲	332	58.7	102	18.0	434
初等教育	99	17.5	22	3.9	121
中等教育	9	1.6	2	0.4	11

(二) 医疗服务利用与支出分析

为了进一步考察导致农村女性老年人医疗服务利用水平低下的原因，我们对问题“过去两周生病后是否到医院就诊”中选择了“否”的样本建立Logistics模型，通过对模型自变量的显著性检验来探究深层次的原因。

从表6我们可以发现，Logistics模型的Pseudo R²为0.255且通过1%水平下的显著性检验，这说明建构的模型能够很好地反映实际现象。

表6 未利用医疗服务的Logistics分析

变量	对照组	系数 (β_i)	Logistics 模型	
			S.E	95% CI
医疗自付比例	—	0.730	0.966	-1.164 — 2.625
有无医保	无	-2.364**	0.962	-4.250 — -0.478
婚姻居住状况	独居	1.266**	0.548	0.191 — 2.340
老年病知晓度	不知晓	-0.497	0.510	-1.496 — 0.501
年龄	86岁以上			
55-65岁		0.116	1.228	-2.290 — 2.522
66-75岁		0.817	1.238	-1.610 — 3.244
76-85岁		0.863	1.259	-1.605 — 3.331
受教育程度	高教			
文盲		2.386**	0.926	0.571 — 4.201
初教		1.766*	0.979	-0.153 — 3.685
健康自评	非常好			
不知道		0.243	0.855	-1.433 — 1.919
很差		-0.359	0.958	-2.238 — 1.519
差		0.089	0.950	-1.773 — 1.951
人均年收入	—	-0.631**	0.234	-1.089 — -0.173
家庭资产	—	-0.158	0.167	-0.485 — 0.170
常数	—	7.412**	2.686	2.147 — 12.676
Pseudo R ²			0.255	
Prob>chi ²			0.000	

注：*、**代表1%和5%水平上显著。

通过对Logistics模型结果的分析(表6)，我们发现均通过显著性检验的变量包括“有无医保”、“婚姻居住状况”、“受教育程度”和“人均年收入”四个。

就医疗保险因素和经济因素来说，拥有医疗保险会使农村老年妇女的未就医概率下降90.6%；人均年收入每增加1.0%，未就医概率将下降46.8%，但是“家庭资产”变量对医

该数据是对模型系数(β_i)进行指数化测量后得到的，计算公式为 e^{β_i} ，表示模型系数每变化一个单位时发生比率的变动情况。若 $\beta_i > 0$ ，表示发生比增加，变动率为 $1 - e^{\beta_i}$ ；若 $\beta_i < 0$ ，表示发生比减少，变动率为 $e^{\beta_i} - 1$ 。下同。

疗服务利用没有显著影响。因此,即期收入对就医积极性影响显著,财富状况对就医积极性没有显著影响。这一现象可用收入效应和健康效应来解释。经济收入的增加,不仅增强了农村女性老年人的医疗支付能力,还增强了其健康意识,而健康意识水平越高,其医疗服务利用率往往也越高。

就人口特征因素来说,同居有伴侣老年人的就医概率比独居无伴侣老年人的就医概率低,后者是前者的2.54倍。文化程度越低的老年人其就医概率也越低。接受过高等教育的女性老年人,其就医概率是未接受过教育女性老年人的9.87倍,是仅接受过初等教育女性老年人的4.85倍。

综合来看,农村女性老年人的医疗服务利用影响因素服从于农村老年人医疗利用一般规律,即医疗保险状况和经济状况是影响她们利用医疗服务的关键因素(王怀明等,2011)。

六、结论和建议

从整体看,农村女性老年人的医疗服务利用水平很低,生病后不到医疗机构医治的现象比较突出。这些老年人具有如下一些特征:(1)同居有伴侣;(2)低龄段(55-65岁)和中龄段(66-75岁)老年人居多;(3)文化程度普遍低下;(4)健康意识较差。通过交叉列联分析进一步发现:低龄同居有伴侣女性的医疗服务利用率最差;低龄段和中龄段女性老年人由于文化程度不高且还具备相当劳动能力,常常忽视自己的身体健康状况,所以医疗服务利用率也不高。

在影响老人就医的因素中,医疗保险因素、经济因素和人口因素是三个重要的决定因素。从医疗保险因素看,有无医疗保险对就医概率产生正向影响,即拥有医疗保险的农村女性老年人其未治疗的比例也越低。可见,改善农村女性老年人医疗服务利用水平的首要之选便是建立健全农村医疗保障体系,实现应保尽保。从经济因素看,随着人均年收入的增加,农村女性老年人的就医比例也随之提升。由此,提升农村女性老年人的经济水平可以改善她们的就医状况。从人口因素看,值得引起关注的是,同居有伴侣农村女性老年人的未就医概率比独居无伴侣老年人高。因而,在“男尊女卑”性别色彩较浓厚的农村,要注重提升女性老年人在家庭中的角色地位,以增强她们对自身健康状况的关注,提升她们的医疗服务利用水平。此外,提高农村女性老年人的医疗保健水平,应该以低、中龄段女性老年人为工作重点,要注重增强她们的医疗保健意识。可通过定期和不定期举行小型讲座、义诊、咨询、健康处方等活动,使她们认识到更年期是妇科疾病的高发阶段,实现从被动接受健康知识到主动参加保健培训活动的行为方式的转变。

参考文献:

封进,秦蓓.中国农村医疗消费变化及其政策含义[J].世界经济文汇,2006(1):75-87.

封进.健康需求与医疗保障制度建设:对中国农村的研究[M].上海:格致出版社,上海三联书店,上海人民出版社,2009:160-161.

- 嵇丽红, 高建民, 王明奇等. 基本医疗保障制度下老年参保人群卫生服务利用 [J]. 中国老年学杂志 2011(9) : 3345-3347.
- 姜向群, 杨菊华. 中国女性老年人口的现状及问题分析 [J]. 人口学刊, 2009(2) :48-52.
- 科菲·安南. 建立不分年龄人人共享的社会 [J]. 中国老年, 1998(11) :1-2.
- 刘广彬. 我国居民的健康不平等状况及其发展趋势——基于 CHNS 2006 年的健康自评数据 [J]. 卫生经济研究, 2009(4) :21-23.
- 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) :47-55.
- 宋璐, 左东梅. 农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异：以巢湖地区为例 [J]. 中国农村经济, 2010(5) .
- 王怀明, 尼楚君. 农村居民收入和收入差距对健康的影响分析 [J]. 农业技术经济, 2011(6) :120-128.
- 王晶, 殷月园. 农村新型合作医疗制度的现状分析与思考——基于“吉林省百村老年妇女生存状况调查” [J]. 吉林师范大学学报 (人文社会科学版), 2009(5) :35-40.
- 王晶, 赵莹, 刘彦喆. 关于老龄女性化与农村老年妇女生存状况的思考——基于吉林省百村老年妇女生存现状调查 [J]. 东北师大学报 (哲学社会科学版), 2010(3) :169-175.
- 韦艳, 贾亚娟. 社会交往对农村老年女性健康自评的影响：基于陕西省调查的研究 [J]. 人文杂志, 2010(4) : 160-165.
- 韦艳, 张美玲. 农村老年女性生殖健康影响因素研究 [J]. 南京人口管理干部学院学报, 2012(1) :24-29.
- 中国老龄科学研究中心. 中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析 [M]. 北京：中国标准出版社, 2003 :75-84.
- Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care[J]. *Health Service Research*, 1974(9) : 208-220.
- Buor D. Gender and the Utilization of Health Service in the Ashanti Region, Ghana[J]. *Health Policy*, 2004(69) :375-388.
- Chappell N, Havens B. Old and Female: Testing the Double Jeopardy Hypothesis[J]. *The Sociological Quarterly*, 1980(21) : 157-171.
- Dennerstein L. Gender, Health, Health[J]. *WHI*, 1995, Summer, 5(2) :53-59.
- Gertler P, Vander GJ. The Willingness to Pay for Medical Care, The World of Bank[M]. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990 :467-474.
- Mark W, Wilson RK, Gender, Poverty and Location, How Much Difference do They Make in the Geography of Health Inequalities? [J]. *Social Science & Medicine*, 2000(51) :275-287.
- Makinen W, Rauch A, Bitram. Inequalities in Health Care Use and Expenditures :Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition[R]. Bulletin of the World Health Organization, 2000,78 :55-65.

[责任编辑：贺拥军]