

安宁市 2018 年居民健康状况评价报告

安宁市卫生和计划生育局

2019 年 2 月

前言

居民健康状况是反映一个国家或地区社会经济发展、卫生保健水平和人口素质的重要指标。健康是人类宝贵的社会财富，是人类生存发展的重要基石，高标准的人群健康水平也是国家富强的重要标志和民族崛起的物质基础。党的十九大报告明确提出实施健康中国战略，完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，使人人享有基本医疗卫生服务。2018 年是全面贯彻落实党的十九大精神开局之年，在市委、市政府的高度重视与正确领导下，安宁市全面深入贯彻落实党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持稳中求进总基调，深入落实新时代卫生与健康工作方针，紧紧围绕健康安宁建设，聚力抓重点、补短板、强弱项，持续深化我市医药卫生体制改革，加快建设和完善全市基本医疗卫生制度，切实提升医疗卫生服务质量，预防控制重大疾病，促进生育政策和相关经济社会政策配套衔接，全面提升卫生计生服务能力，充分调动卫生人员积极性和创造性，进一步增强人民群众获得感，促进经济社会健康发展和民生改善。为评估安宁市居民健康状况，为政府制定卫生与健康相关政策提供科学依据，2018 年，我们全面收集了安宁市卫生和计划

生育局、市民政局、市人力资源社会保障局等卫生与健康相关数据，组织专家对数据资料进行系统整理分析，形成了《安宁市 2018 年居民健康状况评价报告》，对我市居民健康状况及其影响因素等进行了系统分析和说明，以进一步促进我市卫生与健康事业的快速发展，为人民群众提供全方位全周期的健康服务，促进全市居民身心健康，为健康安宁建设添砖加瓦。

安宁市 2018 年居民健康状况评价报告

一、安宁市居民健康基本状况

1. 居民健康总体水平

按照世界卫生组织标准，人均期望寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率是衡量一个国家或地区居民健康水平的重要指标，也是衡量社会经济发展与医疗卫生保健水平的重要依据。人均期望寿命越高，婴儿死亡率和孕产妇死亡率越低，居民的健康水平越高。随着安宁市社会经济和卫生计生事业的快速发展，城乡居民的健康水平持续提高。2018 年安宁市居民人均期望寿命达到 77.66 岁，高于全国平均值（76.7 岁），婴儿死亡率降至 2.59‰，低于昆明市（3.25‰）和全国平均值（6.1‰）；5 岁以下儿童死亡率 2.59‰，低于昆明市（4.28‰）和全国平均值（8.4‰）；孕产妇死亡率为 0，低于昆明市（11.62/10 万）和全国平均值（18.3/10 万）；重大慢性病过早死亡率 11.33%，低于全国平均值（19.1%）；居民健康素养水平 22.5%，高于全国平均值（14.18%）。我市居民的健康状况持续得到改善。2016 年 10 月中共中央国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》，明确提出到 2020 年全国人均期望寿命达到 77.3 岁，到 2030 年全国人均期望寿命达到 79.0 岁。而我市 2018 年的居民人均期望寿命已经达到 77.66 岁，其中，男性居民人均期望寿命为 74.91 岁，

女性居民人均期望寿命为 80.83 岁,已经提前达到目标要求。

2.儿童及青少年生长发育水平

安宁市儿童青少年的健康状况持续改善,低出生体重儿发生率、5 岁以下儿童中重度营养不良患病率和出生缺陷率连续多年稳定在较低值,儿童青少年形态发育水平保持在较高水平。2018 年,安宁市低出生体重儿发生率 5.40%,低于全国平均值 (5.87%); 5 岁以下儿童中重度营养不良患病率 4.02%,低于全国平均值 (5.9%); 出生缺陷率 2.7%,低于全国平均值 (5.6%)。监测数据显示,我市儿童、青少年身高、体重、胸围三项生长发育的主要形态指标总体持续优良。但同时也存在一些值得关注的问题:中小学生常见病患病率依然较高,特别是视力不良在中小学生中较为常见,近年来无明显改观。2018 年安宁市中小学生肥胖、视力不良、龋齿和沙眼的患病率分别为 11.48%、54.39%、24.09%和 2.95%。应进一步重视儿童青少年健康,加强托幼机构、中小学卫生保健与健康教育工作,注重培养儿童青少年科学、良好的学习和生活习惯,倡导合理膳食与体育锻炼,增强儿童青少年体质,促进儿童青少年健康成长。尤其要重视中小学生视力保护与预防工作,鼓励中小学生每天有一定量的体育锻炼和户外活动,做好中小学生使用电子产品的管控,以有效预防控制学生近视的发生发展。

3.引起居民死亡的原因分布情况

监测结果显示，2018 年安宁市户籍居民报告死亡个案 1756 人，死亡率为 631.64/10 万，其中男性死亡数为 1068 人，死亡率为 765.18/10 万；女性死亡数为 688 人，死亡率为 496.99/10 万，男性死亡率高于女性，是女性的 1.54 倍。全市居民前十位死亡原因依次为：①脑血管病；②恶性肿瘤；③呼吸系统疾病；④心脏病；⑤内分泌、营养代谢性疾病；⑥消化系统疾病；⑦传染病和寄生虫病；⑧神经系统疾病；⑨精神障碍；⑩造血器官及免疫疾病。按照世界卫生组织推荐的死因归类法，将疾病分为三大类，第一类是感染性、母婴及营养缺乏疾病，第二类是慢性非传染性疾病，第三类是伤害。2018 年，全市三大类疾病死亡率和所占死因构成比分别为：46.04/10 万、538.09/10 万、41.36/10 万和 7.29%、85.19%和 6.55%，与 2017 年相比，慢性非传染性疾病（慢性病）造成的死亡占总死亡的比例稍有下降。而在慢性病中，又以脑血管疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病、内分泌营养代谢病、消化系统疾病为主要死因，占全死因的 84.68%，慢性病成为影响安宁市居民健康的最主要原因。全人群中慢性病的死亡随着年龄的增加所占比重逐渐增大，其中自 50 岁以后，慢性病患病率或（发病率）上升较快，加强全人群尤其是中老年人群的慢性病预防与控制工作，将显著改善我市全人群的健康水平。

4.传染病、突发公共卫生事件发生情况

2018 年，安宁市居民归因于传染病的死亡率为 10.79/10 万，比 2016 降低 1.56%，传染病对居民死亡的影响在逐年下降；安宁市 2018 年传染病发病率为 236.21/10 万，比 2017 年（238.20/10 万）下降 0.84%。2018 年，安宁市共报告乙类传染病发病 10 种 892 例，死亡 18 例，报告死亡率为 4.77%；病死率为 5.28%。发病率居前五位的依次是肝炎、梅毒、肺结核、淋病、猩红热。在乙类传染病中，血源及性传播传染病仍高居首位，占发病总数的 61.43%，其次是呼吸道传染病，占总数的 27.69%；第三位是肠道传染病，占总数的 10.54%。与 2017 年相比，血源及性传播传染病略有上升，呼吸道传染病上升明显，肠道传染病明显下降。安宁市 2018 年未发生重大突发公共卫生事件。

二、 促进安宁市居民健康状况改善的因素

1. 医药卫生体制改革进一步深化，医共体建设继续推进，医疗保障逐步健全，进一步满足了我市居民的卫生服务需求。

2018 年是全面贯彻落实党的十九大精神开局之年，市委、市政府高度重视医药卫生工作，印发了《关于进一步加快卫生与健康事业改革发展的实施意见（安发〔2018〕19 号）》

《关于提升市级公立医院医疗服务质量工作方案的通知（安政办【2018】68 号）》、《关于成立安宁市大健康发展工作领导小组的通知（安办通〔2018〕81 号）》、《安宁市进一步深化医药卫生体制改革的实施方案》（安办通〔2018〕95 号）、

《关于印发安宁市政府办基层医疗机构纳入医共体管理的实施方案的通知（安医管〔2018〕6号）》等一系列配套政策与措施，全面推进全市医药卫生体制改革，医疗卫生服务水平稳步提升。进一步规范医共体运行管理，成立医共体理事会、监事会，制定了医共体章程、理事会和监事会章程，在全省率先取得医共体事业单位法人证书。以医共体建设发展为抓手，推动市级公立医院协同发展，实施医共体信息化建设，目前区域卫生信息平台建设已基本完成并正式上线启用。组建医共体管理部门和资源中心，强化人力资源统一管理，强化同质化管理提升服务质量。发挥医共体统一管理、统一服务的优势，医共体各医院相互协作、相互帮助、相互支持，共同发展。扎实推进等级医院创建工作，昆钢医院创建三级甲等医院工作通过评审，市人民医院“提质达标”工作、市中医医院“二级甲等医院”复审工作均通过验收。结合医共体建设、综合医院提质达标晋级、家庭医师签约服务等工作，继续推进分级诊疗工作。同时，我市医疗保障制度不断完善，2018年城镇职工医疗保险参保人数107293人，职工参保率99.29%；城镇居民及农村居民医疗保险参保人数177359人，居民参保率99.8%；报销比例和享受“两特病（特殊慢性病、特殊疾病）”人数持续提高，职工医保和居民医保住院报销比例分别达79.74%和60.03%，2018年累计享受“两特病”人员19797人，有效地保障了广大人民群众卫生服务需求。

2.基层卫生体系建设和制度保障不断完善，家庭医生签约服务不断深化，基层卫生工作取得明显成效

2018 年我市进一步完善了全市基本公共卫生服务项目管理制度，有序推进基本公共卫生计生服务均等化；继续开展执业医师、医疗专家服务基层工作，提升基层医疗卫生机构服务能力。全面推进并完成国家基层高血压防治管理试点工作。大力推进家庭医生签约服务，组建家庭医生团队 118 个，100 个基层医疗卫生机构开展家签服务，通过强化组织保障、加大宣传力度、强化服务管理、紧抓重点人群等措施，2018 年累计签约居民 172209 人，签约率达 61.05%，计生特殊家庭、建档立卡历史脱贫人员签约率达 100%。完善县级基本公共卫生服务项目首席专家制度，充分发挥专业机构及首席专家在基本公共卫生服务项目中的作用，进一步规范基本公共卫生服务项目绩效考核工作，强化分级考核、属地管理的主体责任，推动我市基本公共卫生服务项目全面、真实、规范实施。

3. 疾病预防控制工作有序开展，一系列促进居民健康的惠民政策逐步落实

2018 年，为更好的做到未病先防，做好重点疾病的早诊早治，安宁市卫计局突出做好推进免疫规划、重大疾病防控和卫生应急处置工作，陆续推出了一系列促进居民健康的惠民工程，维护和促进了广大人民群众的身心健康。开展重

点人群免费健康体检工作，将体检对象扩大到 60 岁以上老年人、计划生育特殊家庭、建档立卡贫困户、边缘贫困人口等人群，全年共完成体检 2.4 万余人。开展贫困妇女“两癌”筛查工作，2018 共为 1758 名 20-64 岁的已婚贫困妇女免费提供“两癌”筛查服务，查出乳腺癌 1 人、乳腺可疑癌前病变 13 人。开展农村癌症早诊早治工作，2017-2018 项目年度共完成 1200 人大肠癌免费筛查，查出阳性病例 383 例，其中大肠癌 6 例。开展 60 岁以上户籍老人 23 价肺炎疫苗免费接种工作，2018 年完成接种 11162 人。开展儿童口腔疾病综合干预工作，2018 年免费为 761 名 7-9 岁儿童进行窝沟封闭，共封闭牙齿 2658 颗；为辖区 12 所幼儿园的 3195 名幼儿进行免费涂氟，有效促进了儿童口腔健康。

4. 妇幼计生工作规范落实，成效显著

全面两孩政策实施后，在高危孕产妇增加的情况下，我市各项妇幼计生指标仍整体持续向好。连续三年孕产妇死亡率为 0，婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率均低于昆明市平均水平。2018 年继续加强妇幼计生服务体系建设，研究制定《安宁市控制孕产妇、婴儿死亡工作方案》、《安宁市免费孕前优生及孕产妇健康管理服务实施方案》、《安宁市高危妊娠筛查和管理技术方案》、《安宁市 0-6 岁儿童健康管理实施方案》等管理制度，形成孕产妇和儿童综合管理新模式，妇幼保健服务能力不断提升，儿童早期发展中心服务项目不断

拓展。全面落实妇幼保健工作，为妇女儿童提供了全程、连续、规范的妇幼健康服务。2018 年全市孕产妇早孕建册率达 73%，较 2017 年提高 10 个百分点；孕产妇保健覆盖率达 98.9%，住院分娩率达 100%，高危产妇管理率达 100%。遗传代谢性疾病筛查率 96.64%，新生儿听力筛查率 98.03%，新生儿访视率达 99.79%，7 岁以下儿童保健覆盖率达 88.48%，3 岁以下儿童系统管理率 87.06%。

5. 慢性非传染性疾病防控不断加强，严重精神障碍患者治疗管理逐步完善

安宁市卫计局继续加强慢性病防控服务体系建设，强化慢性病防控队伍建设。以疾病预防控制机构为指导、市级医疗机构为依托、基层医疗卫生机构为网底的“三位一体”的慢性病防控体系日趋完善。积极组织开展居民死亡原因登记报告、肿瘤登记报告、心脑血管事件报告、慢阻肺登记报告、慢性病及危险因素监测等慢性病监测，全面落实基本公共卫生服务均等化高血压、糖尿病和严重精神障碍患者管理工作，2018 年，全市管理高血压患者 19008 例、糖尿病患者 6187 例、严重精神障碍患者 1577 人。积极组织实施全民健康生活方式行动，开展“三减三健”专项行动；认真开展中央补助地方慢性病防治项目，加快推进国家慢性病综合防控示范区建设工作。目前，我市以慢性病综合防控示范区建设为抓手，积极营造良好的慢性病防控氛围，初步形成了政府主导、多

部门合作、专业机构支持、全社会参与的慢性病综合防控工作机制，力争 2019 年通过国家慢性病综合防控示范区考评验收。

三、 制约安宁市居民健康状况改善的因素

1. 居民健康素养整体水平不高，制约居民健康水平的进一步改善

健康素养是指个人获取和理解基本健康信息和服务，并运用这些信息和服务做出正确决策，以维护和促进自身健康的能力。健康素养和期望寿命、生命质量高度相关。持续开展居民健康教育，提升居民健康素养，是促进人民群众健康生活方式形成、改善人民群众健康状况的重要策略和措施，也是健康中国建设的重要抓手。我市城乡居民健康素养水平不高，不健康的生活行为和方式还普遍存在，容易引发传染病、慢性病和伤害，对居民健康造成极大的威胁。调查显示，2018 年安宁市居民健康素养平均水平为 22.5%，比 2017 年全国居民健康素养平均水平（14.18%）高 8.32%，比 2017 年云南省居民健康素养平均水平（12.20%）高 10.3%。虽然我市居民健康素养水平高于全国和全省平均水平，但总体情况仍不太理想，居民健康素养水平的提高是一个缓慢的过程，需要大力、持续开展健康素养促进行动，充分利用各种传播渠道和方式，宣传普及健康知识，倡导科学的健康理念和行为，创造良好的健康氛围。

2. 慢性病已成为影响安宁市居民健康的主要公共卫生问题，防治基础依然薄弱

慢性病是一组发病率、致残率、致死率极高的疾病。2018年，在安宁市全部居民死亡原因中，85.19%的死亡是由慢性病造成的。其中，脑血管疾病、肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病死亡率分别达 129.13/10 万、128.77 /10 万、114.02/10 万、112.22/10 万。监测数据显示,2018 年安宁市 18 岁及以上居民超重率为 31.3%，肥胖率为 12.6%，高血压患病率为 21.7%，糖尿病患病率为 9.5%，高胆固醇血症患病率为 5.6%，高低密度脂蛋白胆固醇血症患病率为 3.7%，低高密度脂蛋白胆固醇血症患病率为 17.7%，高甘油三酯血症患病率为 23.0%，肿瘤发病粗率为 230.19/10 万，心脑血管疾病发病率为 381.17/10 万。慢性病给安宁市的个人、家庭及社会带来了沉重的经济和精神负担，严重影响了居民的人均期望寿命，因此，慢性病已成为危害安宁市居民健康的主要公共卫生问题。然与慢性病防控的严峻形势相比，我市慢性病防治基础仍然薄弱。重医轻防观念普遍存在，专业机构队伍建设有待加强，基层医疗卫生服务能力薄弱，慢性病防控融入各部门政策制度还不理想，信息化建设和互联网+在慢性病防控中的应用还不充分。

3. 慢性病相关行为危险因素广泛存在人群中，亟待加强推广健康行为。

国内外研究表明，吸烟、饮酒、身体活动不足、蔬菜水果摄入不足、食油、食盐及红肉摄入过多是慢性病的危险因素。安宁市 2018 年调查结果显示：安宁市 18 岁及以上居民现在吸烟率为 29.2%，饮酒率为 42.7%，危险饮酒率为 6.9%，有害饮酒率为 11.2%，蔬菜水果摄入不足比例为 26.6%，每日红肉摄入过量的比例为 22.2%，食盐摄入过量比例为 57.4%，日均烹调油摄入过量比例为 87.5%，不经常锻炼率为 58.4%，身体活动不足率为 41.6%。因此，慢性病相关行为危险因素广泛存在安宁市人群中，健康意识亟待提高，养成并践行健康的生活方式。

4. 与“为人民群众提供全方位全周期健康服务”的要求相比，我市卫生计生服务能力和服务水平仍显不足

习近平总书记在十九大报告中提出新时代卫生工作要求：“为人民群众提供全方位全周期健康服务”，这为新时代卫生与健康工作提出了更高的目标和要求。目前，安宁市基层医疗卫生机构基础薄弱、人员不稳定，服务能力有限；分级诊疗、双向转诊工作才刚起步，尚缺乏完善的制度和措施保障；公共卫生服务体系仍然薄弱，配套政策和保障措施尚不完善，专业公共卫生机构-医疗机构-基层医疗机构三者间尚缺乏良性的促进与融合，“三位一体”工作模式尚未得到有效的落实，制约了我市居民健康状况的进一步改善。应进一步贯彻落实新时代党的卫生健康工作方针，深入实施健康中

国战略，聚力抓重点、补短板、强弱项，全面推进我市医药卫生体制改革，继续推进医共体建设，提升综合医院服务能力，大力发展远程医疗，做实做细家庭医生签约服务；着力推进基层首诊、急慢分诊、双向转诊的分级诊疗制度；全力推进疾病防控模式转变，大力加强公共卫生服务体系和基层医疗卫生服务体系和能力建设，全力推进健康服务业发展，全力实施健康扶贫工程，努力为全市人民提供全方位全周期健康服务，促进我市居民健康水平的进一步提升。

居民健康状况评价主要指标的解释和说明

1.期望寿命：是指同时出生的一代人活到 X 岁时，尚能存活
的平均年数，也称可享寿命或平均余年。出生时的期望寿命称为平均期
望寿命，是衡量一个国家或地区的社会经济以及卫生事业发展状况、
评价居民健康状况的主要指标，可概括说明某人群的健康水平。平均
期望寿命是各年龄组人口死亡率的综合反映，不受人口构成的影响，
常用于比较不同国家或地区居民的健康水平。

2.人口老龄化：是指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数
量增加而导致的老年人口比例相应增长的动态。国际上通常把 60
岁以上的人口占总人口比例达到 10%，或 65 岁以上人口占总人口
的比重达到 7%作为一个国家或地区进入老龄化社会的标准，当一个
国家或地区 60 岁以上老年人口占人口总数的 10%，或 65 岁以上
老年人口占人口
总数的 7%，即意味着这个国家或地区的人口处于老龄化社会。

3、死亡指标

3.1 死亡率：表示在一定时间内，在一定人群中，死于某病（或
死于所有原因）的频率。

$$\text{死亡率} = \frac{\text{某时期内（因某病）死亡总数}}{\text{同期平均人口数}} \times K$$

K=100%，1000‰，或 100000/10 万...

死亡率是测量人群死亡危险最常用的指标，它反映居民总的死亡
水平。常以年为单位。死于所有原因的死亡率是一种未经过调整的率

也称死亡粗率。死亡率也可按不同特征如：年龄、性别、职业、民族、婚姻状况及病因等分别计算，此即死亡专率。对不同地区死亡率进行比较时，须注意不同地区人口构成不同而存在差异，为消除年龄构成不同所造成的影响，需将死亡率进行标化后才可进行比较。死亡率即可反映一个地区不同时期人群的健康状况和卫生保健工作的水平，也可为该地区卫生保健工作的需求和规划提供科学依据。

3.2 婴儿死亡率：指某年活产儿中不满 1 周岁（婴儿）的死亡频率。

婴儿死亡率是反映社会卫生状况、婴儿保健工作以及人群健康状况的重要指标之一，也是死亡统计指标中较敏感的指标。

$$\text{婴儿死亡率} = \frac{\text{某年不满 1 岁婴儿的死亡数}}{\text{同年出生（活产）总数}} \times 1000\%$$

3.3 新生儿死亡率：是指某地某年活产儿中未满 28 天新生儿的死亡频率。

新生儿死亡率可反映某地区妇幼保健水平特别是肺炎、腹泻、出生缺陷、新生儿破伤风等原因导致的死亡。新生儿死亡率包含于婴儿死亡率中，发达国家新生儿死亡率占婴儿死亡率的 60%，发展中国家一般占 40~50%甚至更低。

$$\text{新生儿死亡率} = \frac{\text{某年不满 28 天的新生儿死亡数}}{\text{同年出生（活产）总数}} \times 1000\%$$

3.4 孕产妇死亡率：指某年中由于怀孕和分娩及并发症造成的孕产妇死亡人数与同年出生活产数之比。

孕产妇死亡率是评价人群健康状况的重要指标之一，也可以评价

妇女保健工作，可间接反映一个国家的卫生文化水平。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{某年孕产妇死亡数}}{\text{同年出生（活产）总数}} \times 100000 / 10 \text{ 万}$$

3.5 5 岁以下儿童死亡率：指一年内每 1000 名活产儿中每一个儿童从出生至 5 周岁的死亡概率。

$$5 \text{ 岁以下儿童死亡率} = \frac{\text{某年不满 5 岁的儿童死亡数}}{\text{同年出生（活产）总数}} \times 1000\text{‰}$$

5 岁以下儿童死亡率是衡量一个国家或地区经济文化，卫生状况等方面重要的综合指标。反映了 0~4 岁儿童的生存状况，而这段期间正是儿童保健服务的主要年龄阶段，是儿童营养、预防接种、常见病防治、生长监测、清洁用水和健康教育等多种投入的最终结果；也是近年来国际组织推荐并应用较多的综合反映儿童健康水平和变化的主要指标。

3.6 死因构成比：是由某种（类）病伤致死的人数占死亡总数的比例。

$$\text{某死因构成比} = \frac{\text{同期某年病伤死亡数}}{\text{某期间因病伤死亡总数}} \times 100\%$$

在死因分析中一般按各种（类）死因构成比的大小顺序排列（死因谱），以便为医务工作者指出应重点防治的疾病。死因构成比不能说明某种死因死亡的绝对水平，与死亡率结合起来进行分析才能得出某地居民死因特征及其变动的全貌。死因构成比可以从一个侧面反映居民的健康状况及该地区卫生工作的水平。在一些发展中国家的死因构成中，各种传染病仍占很高的比重，卫生事业发达的国家致死的主要疾病是心脏病、恶性肿瘤和脑血管疾病等。

3.7 死因顺位: 采用 ICD10 进行死因分类 (以疾病监测系统大类为准), 根据某年某地区各类死因构成比大小由高到低排列。死因顺位说明各种死因的相对重要性。

3.8 重大慢性病过早死亡率: 指某年 30 岁的人群活到 70 岁生日前因恶性肿瘤、心血管疾病、糖尿病和慢性呼吸系统疾病死亡的概率大小。该指标是世界卫生组织推荐作为评价国家慢性病控制水平的重要指标。与慢性病死亡相关指标相比, 该指标与期望寿命近似, 不受人口年龄构成的影响, 可以在不同时间、区域间进行比较, 因此, 世界卫生组织推荐恶性肿瘤、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病四类慢性病早死概率作为评价国家慢性病控制水平的重要指标。

4.发病与患病指标

4.1 发病率: 表示在一定时期内, 在可能发生某病的一定人群中新发生某病的强度。

$$\text{发病率} = \frac{\text{一定期间内某人群中某病新病例数}}{\text{同时期暴露人口数}} \times K$$

$K=100\%, 1000\%, \text{或 } 100000/10 \text{ 万} \dots$

发病率是表示发病危险的直接指标, 可用于探讨疾病的危险因素, 评价疾病防治效果。发病率可按不同特征 (如年龄、性别、职业、民族、种族、婚姻状况、病因等) 分别计算, 此即发病专率。由于发病率的准确度可受很多因素的影响, 所以在对比不同资料时, 应考虑年龄、性别等的构成, 进行发病率的标化。

$K=100\%, 1000\%, \text{或 } 100000/10 \text{ 万} \dots$

4.2 患病率: 也称现患率。是指某特定时间内总人口中, 曾患有

某病（包括新旧病例）所占的比例。

$$\text{患病率} = \frac{\text{某观察期间内一定人群中现患某病的新旧病例数}}{\text{同期的平均人口数（被观察人数）}} \times K$$

$K=100\%$ ， 1000% ，或 $100000/10$ 万...

患病率可按观察时间的不同分为期间患病率和时点患病率两种。以时点患病率较常用。时点在理论上是无长度的，但实际上以不超过一个月为度。而期间患病率的时间范围较长，特指一段时间，通常超过一个月。患病率的变化可反映出发病率的变化或疾病结果的变化或两者兼有。患病率通常用来表示病程较长的慢性病的发生和流行情况，如冠心病、肺结核等。可为医疗设施规划、估计医院床位周转、卫生设施及人力的需要量、医疗质量的评估和医疗费用的投入等提供科学的依据。

4.3 病死率：表示一定时间内（通常为 1 年），患某病的全部病人中因该病死亡者的比例。

$$\text{病死率} = \frac{\text{某时期内因某病死亡数}}{\text{同期患该病病人人数}} \times 100\%$$

病死率表示某确诊疾病的死亡概率。它可表明该疾病的严重程度，也可反映医疗水平和诊断能力。通常多用于急性传染病，较少用于慢性病。一种疾病的病死率在不同流行中可因病原体、宿主和环境之间的平衡发生变化而变化。但是在比较不同医院的病死率时，须格外小心。因为医疗设备好，规模较大的医院接受危重型病人比较小的医院要多，因而大医院有些疾病的病死率可能高于小医院。所以用病死率作为评价不同医院的医疗水平时，要注意可比性。

4.4 低出生体重发生率：指某地区在一定时间（通常指一年）内出生的活产婴儿中，出生一小时内测其体重小于 2500 克的活产婴儿数占当地活产婴儿总数的比例。该指标反映孕期营养和胎儿发育状况，也反映孕期保健工作质量，是分析婴幼儿死亡原因和营养不良状况的重要指标。低出生体重是现阶段我国新生儿死亡的第二位死因。全国调查资料表明低出生体重儿死亡率是正常出生体重儿的 50 倍。最近资料表明低出生体重儿成年后发生冠心病、高血压、糖尿病等概率明显高于正常出生体重儿。降低低出生体重儿，对于减少新生儿、婴儿死亡率，减少儿童营养不良患病率及成年疾病患病率都有重要意义。

$$\text{低出生体重发生率} = \frac{\text{出生婴儿中体重小于 2500 克的人数}}{\text{该地区当年活产婴儿数}} \times 100\%$$

4.5 出生缺陷：是指新生儿出生时就存在的人类胚胎（胎儿）在结构和功能（代谢）方面的异常，包括先天畸形、智力障碍和代谢性疾病等。目前是我国围产儿死亡和儿童残疾的主要原因。是遗传和环境两大类因素，相互作用所造成的严重危害。

4.6 出生缺陷发生率：出生缺陷发生率指某地当年围产儿中发现有先天性缺陷的人数与当年围产儿数之比，一般以千分率表示。

$$\text{出生缺陷发生率} = \frac{\text{某地当年围产儿中发现有出生缺陷的例数}}{\text{某地当年围产儿数}} \times 1000\%$$