

国家自然科学基金暨社会科学基金项目

大国卫生之论

农村卫生枢纽与农民的选择

王红漫 著



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

大国卫生之论——农村卫生枢纽与农民的选择/王红漫著.
—北京:北京大学出版社,2006.4
(未名·中青年学者文库)
ISBN 7-301-10658-0

I. 大... II. 王... III. 农村-医疗保健制度-研究-中国
IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 040061 号

书 名:大国卫生之论——农村卫生枢纽与农民的选择
著作责任者:王红漫 著
责任编辑:许迎辉 单 勤
标准书号:ISBN 7-301-10658-0/R·0025
出版发行:北京大学出版社
地 址:北京市海淀区成府路 205 号 100871
网 址:<http://cbs.pku.edu.cn>
电 话:邮购部 62752015 发行部 62750672 编辑部 62752824
电子信箱:xuyh@pup.pku.edu.cn
排版者:北京高新特打字服务社 82350640
印刷者:
经 销 者:新华书店
650 毫米×980 毫米 16 开本 13.25 印张 218 千字
2006 年 4 月第 1 版 2006 年 4 月第 1 次印刷
定 价:24.80 元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话 010-62752024; 电子邮箱 fd@pup.pku.edu.cn

大
国
卫
生
之
论

许智宏

实事求是 开拓创新
新为农村 卫生改
革建言 献策

韓啓德 二〇〇五年七月



序 言

党的十六届四中全会提出,构建和谐社会的战略目标是我国新时期的重要任务。新一届政府按照科学发展观的要求,提出了“以人为本”的施政理念,制定了一系列统筹经济和社会发展、统筹城乡发展的重大决策。如何落实科学发展观和政府制定的各项方针政策,是当前政府工作中的一项重要任务。

在中央提出全国学习、贯彻科学发展观,构建和谐社会期间,北京大学王红漫博士历时四年,行程五万多里,完成了一项国家自然科学基金和社会科学基金项目,论证了党中央决策的科学性和重大的现实意义。这就是王红漫博士的专著《大国卫生之论——农村卫生枢纽与农民的选择》。

“空谈误国,实干兴邦。”《大国卫生之论》正是王红漫博士怀着亲民、爱民、爱国、爱党的满腔热情,重实践、务实事、说实话、求实效,扎扎实实深入基层、深入群众、进村入户,与父老乡亲面对面、心贴心、说真话、求实情,在整个调研和书写的过程中,都表现出求真务实的科学精神,可喜、可贺!

中国三农问题是中国社会可持续发展的重要“瓶颈”之一。王红漫博士的这本专著研究难度大,是涉及中国作为人口大国是否能够真正实现小康社会建设的重大问题。作者以北京大学“九八五”青年行动项目,获国家自然科学基金和社会科学基金项目资助,对我国农村医疗

卫生管理供给模式作了实地调研。温家宝总理在 2004 年的《政府工作报告》中强调“要切实把医疗卫生工作的重点放在农村”。作者在其 20 余万字的专著中,从战略角度重点对我国农村农民医疗卫生保障及制度设计提出了建设性意见,对包括会计制度、人事制度等都作了深入阐发。这本专著不仅材料丰富、观点鲜明,真实地反映了农村卫生保障的重要问题,而且提出了切实可行的办法,这对我国制定“农村卫生保障制度”有着重要的参考价值,对国家、社会及有关领导都是一份很好的咨询报告。

陈佳洱

2005 年 7 月 15 日

自序

新中国成立 50 多年来,党和政府十分重视农村医疗卫生事业。1965 年,毛泽东发表著名的“六二六”讲话,提出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”,这是富有远见的重要决策。改革开放以来,特别是近年来,我国公共财政对医疗卫生的投入不断增加。卫生总费用从 1996 年的 2 857.2 亿元,增加到 2001 年的 5 150.3 亿元,其中政府预算卫生支出从 1996 年的 461 亿元,增加到 2001 年的 800.6 亿元。2003 年发生“非典”之后,党中央、国务院高度重视,采取一系列强有力的措施,建立各级政府公共卫生应急机制,增加公共卫生投入,取得了显著效果。温家宝总理在《政府工作报告》中进一步强调“要切实将医疗卫生工作的重点放在农村”。2004 年 4 月,卫生部成立农村卫生管理司,以加强农村卫生的协调管理。农村的医疗卫生保障事业作为构建和谐社会的重要元素,正越来越受到政府和社会的广泛关注。

改革开放以来,国家逐步加大对自然科学和社会科学研究的投入,采取立项规划、基金资助的办法,有力地推动了社会科学研究事业的发展与进步,也为广大研究者从事科研工作铺设了一条平坦之路。

由于历史和现实的种种原因,“大国卫生之难”仍然是我们需要通过长期努力逐步改善的艰巨任务。

2001 年,我获得了北京大学“九八五”青年行动课题,2002 年获国家社会科学“十五”规划项目,开始对我国农

村卫生保障制度进行研究。

在历时两年(2001.9~2003.9),行程25000余里的实地调研中,发现乡镇卫生院(以下简称卫生院)大多门可罗雀,也听到了“卫生院不改革是等死,改革是找死”的街谈巷议。因乡镇卫生院牵动农村卫生改革的全局,大有研究价值,于是我决定课题组对卫生院做典型调查,试图通过这项研究提出的实证资料以及分析方法,对这一领域研究的展开做出实质性的贡献。

调查显示,卫生院社会功能弱化,经济效益负产出,缺乏成本效益和相应的社会效益。如2001~2003年,贵州省X县26家卫生院,平均每年亏损约234万元;江西省Y县15家卫生院中有11家支大于收;山东省Z县18家卫生院中有17家负债运营;江苏省N县2001年8所中心卫生院全部亏损;江西省M县39所卫生院瘫痪15所……卫生院现状离政府和农民寄予的期望相距甚远。从调查的情况来看,经济发达和欠发达的乡镇,卫生院大都经历了由兴转衰的过程。

目前,各卫生院大多在农村医疗卫生中处于“大病看不了,小病看着不着”的“抽空”窘境。卫生院为求生存和发展,院长们是“各显神通”,有的忙于四处筹资,有的扩展业务,有的出租卫生院的房屋和土地等等,不一而足;确切地说,卫生院目前履行的职能只是它的一种认识的表现。

调研中发现,部分地区卫生局已认识到,一些卫生院已经基本不能,也不需要提供医疗服务,完全可以撤掉,但目前的障碍还在于“一乡一院”的行政安排(这显然有悖于医疗资源的合理配置)。随着我国城市化进程的加快,合乡并镇政策的实施,计划经济体制时期形成的按乡镇设立卫生院的制度安排,已不能适应市场经济体制发展的需要,也必将因资源供给和享受的双方利益的不协调、不公正而逐步淡出。爰及《“按乡建院”能否得到理论支持》、《乡镇卫生院怎么办》等五文载于2003年我主笔的《大国卫生之难》一书中。

时越一年,我仍辛劳不辍,又在国家自然科学基金“十五”项目和国家社科基金重大项目支持下,于寒暑假和授课之余对北京、黑龙江、河南、浙江、广东、青海、内蒙古等地卫生院进行实地考察;虽

然地区各异,但所得结果无别。至若所思考制度改革探讨之方略,在完成山东、江西、贵州(分别位于东、中、西部,人均GDP依次位于全国75%、50%、25%的位次的三个县)等代表经济发展好、中、差的乡镇卫生院典型调查的定量研究后,我提出了《乡镇卫生院改革方案草案》2003年11月九三学社中央参政议政部在《九三信息》上发表《对乡镇卫生院体制改革的建议》2004年5月,中宣部全国哲学社会科学规划办公室拟“成果要报”上呈中央政治局。

为进一步考证我所草拟的改革方案草案的可接受性和可操作性及其预期,我在实地考察、授课及参加世界银行亚欧信托基金(ASEM)项目现场督导、世界银行贷款新的农村基层卫生服务项目(卫十一项目)省级研讨会及现场调研活动时,都不失时机地就该草案广泛征求各地方政府官员、卫生行政人员、卫生院工作人员,以及当地居民(绝大部分是农民)的意见和建议。结果显示:普遍认为该方案的前景利好。课题组的实证研究数据也佐证了这一方案的科学性和重大的现实意义。

期间,时有同事、新闻媒体界、出版界以及领导等关心农村卫生改革的友人以乡镇卫生院出路、新型农村合作医疗前景见问,多次建议我将对卫生院与农民卫生保障制度研究辑集出版,告之众人。清代大儒曾国藩有句话说得不错:“有心得可以告我共赏之,有疑问可以告我共析之。”这确是学者应遵守的本分。

念及责任所在,我不敢懈怠,更不敢做谰词以助听闻。兹本诸亲历亲为“国家社会科学‘十五’青年项目、2005重大项目和国家自然科学基金‘十五’”项目,就乡镇卫生院及新型农村合作医疗问题所观察和思考,试述一二,以供阅者研究。

书中关于社会保障制度——新型农村合作医疗制度评估及完善空间探讨,源于课题组对黑龙江省、吉林省、贵州省、青海省、内蒙古自治区、云南省、湖南省、湖北省、河南省、河北省、山东省、广东省、北京市试点县、非试点县进行实地调研和对20世纪曾经推广过的历次合作医疗的历程回顾和总结。

第五章中选取三省一市(浙江、河南、黑龙江、北京)有代表性的卫生院个案均实地调查所成——个案研究均采取了典型调查和官方普查数据相结合的办法,按地理位置(东、中、西部)和经济发

展水平(以人均 GDP 数据为依据)两个维度,抽取了人均 GDP 位于 1/16 位点档次的县市乡镇,从中再分别抽取发展水平好、中、差的卫生院——采取“解剖麻雀”的方法,将所获资料逐一剖析。至若将来我国农村卫生之蓝图是否与所设计的改革方案符合,则未可臆断。

本书虽然以农村卫生为切入点,但不仅仅局限于或着眼于农村卫生。从现象上看,目前在我国城市中,同样存在着大医院“人满为患”,小医院“门厅冷落”,群众“看病难、看病贵”的现象;在制度设计中,政府力图通过不同医院等级医院分流病人的做法,效果不佳,而且城市居民卫生保障同样存在着需要完善的空间。从本质而言,卫生改革是个系统工程。本书纵横公共经济学、管理学、社会学、法学、卫生学等多学科视角,综合评估并力图整合政府预期、卫生服务方利益、农民个体理性的不同取向,以建国以来卫生组织制度、机构设置以及历次合作医疗的经验和教训为借鉴,在解决上述若干主要矛盾的基础上,构建中国特色的农村卫生医疗保障体制框架,并依此提出统筹城乡,改革政府投入方式,医保剥离、管办分开,用两只不同的“手”破解农村难题,化解群众“看病难、看病贵”矛盾的更为有效的针对供需双方的可操作性政策建议。

王红漫

北京大学文珍阁

2006 年 3 月 20 日

目 录

导 言	(1)
第一章 递送模式研究	(10)
第一节 制度沿革历程回溯	(10)
第二节 既往相关理论研究梳理	(13)
第三节 政策反思与论争	(15)
第二章 保健制度发微	(18)
第一节 宏观目标	(18)
第二节 实施机构:三级卫生保健网	(22)
第三节 投入和补偿机制	(24)
第四节 总 结	(27)
第三章 新研究维度的引入	(29)
第一节 整合理论解释现实	(29)
第二节 建立新的会计制度	(36)
第三节 启动新的人事制度	(41)
第四节 研发新的技术配置	(45)
第五节 构建新的筹资和报销模式	(47)
第六节 开拓新的报销途径	(51)
第四章 制度改革方案设计	(53)
第一节 卫生网发展道路的思考与建议	(53)
第二节 乡镇卫生院改制实施方案 (参考方案)	(68)

第三节	新型农村合作医疗制度评估及完善 空间探讨	(75)
第四节	农村卫生保障水平的多种达成模式 ...	(92)
第五章	乡镇卫生院实证考察案例分析 及部分调研手记	(99)
第一节	黑龙江省 G 县卫生院实证考察	(100)
第二节	河南省乡镇卫生院描述性研究	(114)
第三节	北京市郊区乡镇卫生院个案分析 ...	(154)
第四节	浙江省 X 市乡镇卫生院典型调查 ...	(184)
参考文献		(196)
青年可效,学者当为(代跋)		(199)
后 记		(201)

导 言

本研究以农村卫生枢纽——乡镇卫生院为切入点,从盘活资源、节约公共物品供给成本、优化社会资源配置、提供无差异医疗卫生服务、构建和谐社会角度,就基层医疗机构的医疗水平如何监督、其参差不齐造成的药店对患者的分流之潜在药物乱用的药害风险如何解决、外地民工如何迅速克服与本地居民对医疗市场了解的信息不对称、获得可靠的医疗保障、以及在新型农村合作医疗制度实施中,显现出来的农民认识与政府预期差距、受惠广度与受惠深度不可兼得和“劫贫济富”的现象^①等一系列问题,在获得第一手资料基础上,结合市场经济体制,并根据实际,经过深入分析研究,讨论建立农民需要、政府预期和实际运行绩效相契合的农村医疗保障体制的可行性。对基层医疗卫生机构配置维度、财务制度、人事制度、社会保障制度等都做了阐发,从战略角度重点对我国农村农民医疗卫生保障及制度设计提出了建设性意见和建议、改革实施参考方案及思路。希望能以此构建出一个可行的分析框架,并且从中受到启示。

^① 能够承担自费部分因而愿意就医的“富人”报销掉了不能承担自费部分因而不
敢就医的“穷人”缴纳的合作医疗基金。

一、递送模式探析 按乡建院的窘境和改革建议

(一) 按乡建院的窘境

课题组调查显示,乡镇卫生院(以下简称卫生院)社会功能弱化,经济效益负产出,缺乏成本效益和相应的社会效益。如贵州省 X 县 26 家卫生院,近 3 年(2001 ~ 2003 年)平均每年亏损约 234 万元;江西省 Y 县 15 家卫生院中,有 11 家支大于收;山东省 Z 县 2001 年 18 家卫生院亏损面几乎达 100%;江苏省 N 县 2001 年 8 所中心卫生院全部亏损;江西省 M 县 39 所卫生院瘫痪 15 所;河南省 A 市(SZ、JC、MJ)卫生院 2003 年总亏损达 36.3 万元,同年该省 B 县(SJ、DM、ZP)卫生院负债 37.4 万元;黑龙江省 G 县(C、X、Y)乡镇卫生院平均每年亏损 9.7 万元;浙江省 X 市(1999 ~ 2001 年)在财政支持下,3 年内有 14 家亏损,总亏损额为 127.4 万元,平均每家年亏损 9.1 万元。若无财政补助,50 家卫生院 3 年中,1999 年亏损 8 家,2000 年亏损 4 家,2001 年亏损 16 家,总亏损额 199 万元,平均每家年亏损 9.1 万元;北京市 F 区^①卫生院财务入不敷出,2003 年(N、S、L)卫生院平均亏损 29.2 万元……卫生院现状离政府和农民寄予的期望相距甚远。从调查的情况来看,经济发达和经济欠发达的乡镇,卫生院都经历了由兴转衰的过程。卫生院执业市场环境欠佳,与个体诊所和已被承包的村诊所、各种既看病又卖药经营不规范的药店之间都存在着激烈的竞争。卫生院人心思变,外调、自开诊所、转行、外出打工等自谋生路的事情层出不穷。目前,各卫生院大都门可罗雀,在农村医疗卫生中处于“大病看不,小病看不着”的“抽空”窘境。由于业务量小或无,部分卫生院干脆就把卫生院的土地、房屋出租,一边拿着政府卫生事业的财政补贴,一边以租金创收。而上级补贴和专项基金却仍在支持这种

^① 2005 年 4 月至 5 月,课题组第二次到 F 区调研了解到,该区已进行了合乡并镇卫生院的调整改革。

有其名、不司其业的卫生院,以至于出现卫生主管部门给配备的新型X光机,一次没用就被堆进了废品库的现象;而有些地区又急需医疗设备……“卫生院不改革是等死,改革是找死”的说法已在民间流传。因此,扭转这类状况,应及早提上日程。

(二) 原因分析

1. 政府按乡办院,职责、权力、义务混淆

卫生院长期遵循政府办院的基本模式,卫生行政权威处于卫生院总院长的角色,难以逃脱“办”与“管”的尴尬境地;卫生事业在“公益”、“福利”、“营利”属性上漂移、含混、争论,可接受的标准还没有成文,部分原因是因为不明确的法律认可,也有部分原因是因为没有明确的准则可遵循;卫生院难以提供农民需要、政府预期和实际运行绩效相契合的基本卫生服务。

2. 社会影响卫生服务因素的变化,对按乡建院模式负影响增长

(1) 流行病学因素的显著改变和生活水平的提高,使农民对高质量医疗需求增加。卫生院设置的初衷是提供基本医疗服务,解决群众基本卫生问题,因而其设备配置和人员安排是以基础设备和初级人员为主。而随着农民收入的增加、保健意识的增强,他们愿意享受高级医疗服务的需求也随之增长,而卫生院显然满足不了这种需求,这更加剧了卫生院资源的不合理配置。

(2) 人口流动性加大,使卫生院的总服务人群发生变化,形成按乡建院相对过剩或者不足。中西部地区年轻人出去打工,乡村常住人口减少,按乡建院出现过剩;东部地区大量流动人口涌入,现有卫生院规模远不能适应新增服务人群的基本预防保健等工作。

(3) 医疗保障体制改革对按乡建院形成冲击。无论是针对群众的合作医疗还是针对乡干部的公费医疗,卫生院都曾是定点医疗机构,这一因政策稳定下来的医疗服务群体,对卫生院的业务量和资源效用的发挥起了很大作用。合作医疗的解体^①和公费医疗

^① 据课题组走访新型农村合作医疗试点地区来看,某些地区/县卫生局希望压缩在市区两级的报销比例,维持乡镇卫生院报销不变,以此鼓励农民去乡镇卫生院就医。我们认为,这一方法仍是治标不治本。

制度的改革,使卫生院不再拥有这一笔资源,按乡建院随之失去其存在的政策基础和经济基础。

(4) 交通、通信事业的快速发展,使按乡建院模式失去自然基础。现在基本上村村通公路,交通发达,电话普及,通讯工具方便快捷,农民有病直奔县医院大多很方便,按乡建院已失去了提高卫生服务可及性的功能。

(5) 社会办医的环境宽松,各卫生院周边都有个体诊所,卫生院失去其垄断地位。个体诊所提供的主要是基本医疗服务,和卫生院的功能基本重叠;服务价格一般低于卫生院;在技术上,双方差距不大。^①这就使按乡建院保障群众基本健康的职能难以稳定发挥。

(6) 按乡建院容易滋生腐败和特权现象。部分地方政府官员和卫生院领导随意安插人员,使卫生院非学历、非技术、不能胜任的人员大增,有能力的人才流失,造成卫生服务能力下降,导致了浪费和腐败,严重影响了政府的形象和卫生院的声誉。

3. 卫生院其自身已缺乏存在的合理性

从组织与环境的关系来看,卫生院的存在取决于两个因素:效益和合法性。效益是从经济学的角度来说,作为一个进入市场的主体,卫生院应当自负盈亏,在市场中求生存;合法性是从社会制度或文化的角度来说,作为社会系统不可缺少的子系统(医疗保健),国家通过行政手段(公共政策)提供公共物品(对卫生院的财政支持),并得到社会对卫生院的广泛认可。

然而,在我们调查的范围以内,发现有些卫生院上述两个因素都存在问题。一是效益因素。农民选择医疗单位,主要在医疗水平和就医费用(药费、诊费、交通费、误工费等)之间权衡,卫生院的医疗和费用都在县级医院和村级卫生室之间,当外部条件变化(如交通条件的改善)改变了水平与费用的均衡之后,农民会淘汰卫生院,两极分化。一个农民究竟会去哪儿看病呢?根据合法性机制

^① 调查发现,乡镇卫生院在技术配置上存在两个看似矛盾的问题,一是作为医院必备的医疗设备不全;二是存在巨大的资源浪费,有70%~90%的进口设备(进价高导致检查费高,多在经济发达地区),技术利用率(非设备使用率)只有5%~20%。建议合理进行技术配置,以节约成本、降低收费标准(见第三章第四节)。

及成本的制约,如果是小病,农民会就近在村里看;如果是大病,农民会觉得到县级医院去看放心。既然无论是大病小病,农民(病患)都不倾向于选择卫生院,它在市场中的生存自然就成了问题,即它缺乏效益。二是合法性问题与经济体制改革密切相关。在计划经济下,基于行政划分带有社会福利性质的制度设置——按乡建院,无论是从国家财政支持,还是从社会普遍认可,都具备合法性,卫生院发挥了积极的作用。随着市场经济体制的不断深入,卫生院规范机制、治理方式以及稳固地位受到冲击;农民的观念和生活状况也都发生了改变,卫生院已不是唯一的选择,因此其存在不是必须的。随着两方面合法性的逐渐丧失,按乡建院的存在基础随之发生了动摇。

(三) 改革建议

1. 人事改革

建立人员流动模式。以政府卫生行政主管部门行文规定,无论将来在何种医疗机构(国立、民营、自行开业),已在岗的医技人员采取轮岗制,即将进入卫生行业的毕业生首先必须经过一轮从三级医院到二级医院,再由二级医院到一级乡镇卫生院的整体循环。

严格控制医疗体系的人才入口。开始实施循环方案之时,一级和二级医疗机构不再引进医疗体系外的医护人员,整个医疗体系的医护人员的人才入口设在三级医疗机构。所有医学院校毕业生必须先到三级医疗机构进行科室轮换,而后在某专科正式工作三年后,才能进入医疗机构的人才循环体系。(详见第三章第三节)

二级以及三级医疗机构不再引进卫生管理人才,卫生管理人才的入口设在一级医疗机构。通过执业资格、职称、奖金考评的机制,强制二级、三级医院的医生参与循环,缩减不同级别医疗机构人力资源上的差异,促进城乡居民享有无差异的医疗保障服务。

2. 布局改革

取消按乡建院制度,按照覆盖半径和人口重新配置医疗资源,使地方医疗资源的配置维度由行政建制维度转化为以人为本的按