中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

HEALTH CARE FINANCING AND ORGANIZATION IN POOR RURAL AREAS OF CHINA

30个贫困县的政策分析报告
东南亚三国考察报告

POLICY REPORTS ON 30 POVERTY COUNTIES
REVIEWS ON THE HEALTH CARE FINANCING
IN THREE SOUTHEAST ASIAN COUNTRIES



99.2
N-1
图书馆

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组
HEALTH CARE FINANCING AND ORGANIZATION
IN POOR RURAL AREAS OF CHINA
PROJECT GROUP

人民卫生出版社

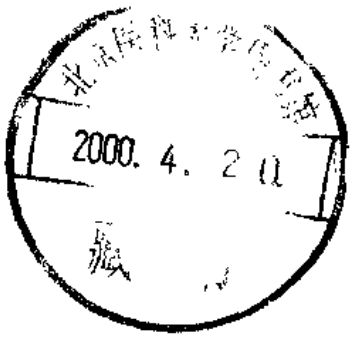
需要全本请访问 www.ertongbook.com

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织

Health Care Financing and Organization in Poor Rural Areas of China

30个贫困县的政策分析报告
东南亚三国考察报告

Policy Reports on 30 Poverty Counties Reviews On the Health Care Financing in Three Southeast Asian Countries



R199.2
ZGN-1
北医大图书馆

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组
Health Care Financing and Organization
in Poor Rural Areas of China
Project Group

人民卫生出版社



中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织
30个贫困县的政策分析报告
东南亚三国考察报告
中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织课题组

人民卫生出版社出版发行
（100078 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼）
三河市宏达印刷厂印刷
新华书店经销

787×1092　16开本　9 1/2印张　212千字
1998年7月第1版　1998年7月第1版第1次印刷
印数：00 001—1070
ISBN 7-117-02994-3/R·2995
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

本研究系由中国卫生经济培训与研究网络承担，为中国农村贫困地区卫生保健筹资及组织研究的一部分。本课题研究领导小组由中方政策顾问魏颖、朱庆生、刘新明和核心研究人员罗五金、胡善联、杜乐勋六人组成，哈佛大学公共卫生学院肖庆伦、刘远立及叶志敏是国外对该课题的合作研究人员。该课题得到联合国儿童基金会(UNICEF)、国际卫生政策组织(IHPP)和中华人民共和国卫生部的资助。联合国儿童基金会北京办事处 Robert Parker、Suomi Sakai 和 Renoud Decoster 也参与课题指导。

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织研究

课题组成员

核心研究成员	罗五金	胡善联	杜乐勋		
课题研究人员	同济医科大学	韩雷亚	郑先荣	陈迎春	姚　岚
	上海医科大学	程晓明	陈兴宝	叶　露	刘松涛
	哈尔滨医科大学	官日昉	马　进	高广颖	刘国祥
		鞠秀荣	马　燕	李　斌	
	卫生经济研究所	傅　卫	赵竹岩	王禄生	李卫平
		刘克军			
	北京医科大学	汪　宏	邢元军	吴　明	张　硕
		张里程			
	华西医科大学	毛正中	龚志平	蒋家林	阎正民
		张　平			
	西安医科大学	张　静	宋云杰	毛　瑛	
政策分析顾问	魏　颖	朱庆生	刘新明		

需要全本请访问 www.ertongbook.com

前　言

“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织”是中国卫生经济培训与研究网络与美国哈佛大学公共卫生学院合作进行的研究项目。本项研究是为解决中国农村贫困地区卫生保健资金的筹集、分配与使用，阻止贫困地区农民因病致贫、因病返贫，提高农民群众对基本医疗卫生服务的可及性，并就如何解决相关的组织与管理问题的一项综合性的政策研究。

研究是在联合国儿童基金会(UNICEF)、国际卫生政策规划组织(IHPP)和卫生部提供资助下，由中国卫生经济培训与研究网络各成员单位在课题组的具体组织下共同完成的。到目前为止，课题研究已经历三个阶段：第一阶段课题组系统地综述了有关中国农村地区特别是贫困地区卫生保健筹资及组织、妇幼卫生筹资和卫生总费用研究方面的文献和各级政府的相应文件；第二阶段，课题组完成了分布在14个省的114个贫困县的基础调查，并撰写了一系列的调查分析报告；第三阶段，对114个县中的30个县、180个乡(镇)、534个行政村、11353户居民户和50115名农村居民进行了深入的调查，对收集的数据经过严格的交叉逻辑检查和校对，并先后在同济医科大学卫生管理干部培训中心和美国哈佛大学公共卫生学院卫生保健筹资研究所(Program in Health Care Financing)分别进行了二个月的数据分析工作；在大量的技术报告的基础上，形成了相互联系的六个政策分析报告。

在此期间，课题组的主要研究人员还对东南亚三个国家农村贫困地区的卫生保健筹资及组织进行了较为全面的考察，以期借鉴他国的经验；还组织了国内包括若干相关部委在内的高层次政策制定人员的研讨会，并举办了一次高水平的国际研讨会，其课题组的六个政策分析报告引起了国内外专家和中国政府高层领导人的高度重视和强烈反响。

由于该课题规模大，研究深入，政策性强，有关研究成果已作为中国争取世界银行卫生贷款项目Ⅷ的基本背景材料。国务院研究室对本研究的成果给予了高度的评价，并将其摘要送国家高层领导参阅和应用于全国卫生工作会议。目前，在全国卫生工作会议和各省、地(市)、县各级政府的卫生工作会议相继召开的大好形势下，我国城乡卫生改革与发展开始进入一个新的阶段。为了把本研究成果推向社会，使其在我国农村特别是农村贫困地区的卫生改革与发展中发挥应有的作用，中国卫生经济培训与研究网络决定在该课题继续其第四个阶段研究工作即全国10个贫困县进行合作医疗示范研究的同时，将前三个阶段的主要研究结果分三册出版。它们包括：

第一册：114 个贫困县的调查报告及文献综述

第二册：30 个贫困县的政策分析报告及东南亚考察报告

第三册：30 个贫困县的数据集

我们渴望得到来自各个方面的批评、指导和评价，携手迎接我国农村卫生改革与发展的新高潮！

中国卫生经济培训与研究网络

“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织”课题组

一九九七年十月

目　录

第一部分　三十个贫困县的政策分析报告…… (1)
中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织研究总报告…… (1)
中国贫困农村社会经济状况分析 …… (17)
改善中国农村贫困地区卫生服务利用所需资金的研究 …… (29)
中国农村贫困地区卫生资源拥有量及卫生服务提供能力的研究 …… (38)
中国农村贫困地区需方卫生保健筹资模式研究 …… (50)
中国农村贫困地区卫生保健筹资潜力研究 …… (62)
中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织政策研究 …… (69)
中国农村贫困地区基本妇幼卫生服务的提供和筹资 …… (75)
社区卫生保健 …… (87)
中国农村卫生保健服务的效率--- 随机前沿模型方法…… (101)
中国农村贫困地区医疗服务需求分析及其在卫生筹资与组织中的作用…… (115)

第二部分　东南亚三国考察报告…… (124)
关于出访东南亚三国——泰国、菲律宾、印度尼西亚考察农村卫生筹资
与组织的报告…… (124)
泰国的医疗保健制度…… (130)
印度尼西亚的医疗保障制度…… (135)
菲律宾的医疗保障制度…… (138)

致谢…… (141)

第一部分
三十个贫困县的政策分析报告

中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织研究总报告

魏　颖[1]　罗五金[2]　胡善联[3]　傅　卫[1]

受中国卫生部委托，"中国卫生经济培训与研究网络"于1993年开始进行《中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织》课题的研究工作。目的是寻求解决我国8000万(1993年)农村贫困人口的基本医疗卫生保健服务需求的筹资政策和组织管理。该项研究的合作者是美国哈佛大学公共卫生学院，资助者是联合国儿童基金会(UNICEF)和国际卫生政策规划(IHPP)，参加者为"网络"七个成员单位。

整个研究分四个阶段。第一阶段，国内外有关文献综述；第二阶段，对分布在14个省、自治区的114个贫困县的县级调查及初步分析；第三阶段，即现阶段，从114个贫困县中，抽取30个贫困县(分布在13个省、自治区)，180个乡，534个村、11,353户、50,115人进行深入调查，建立数据库，先后在同济医科大学和哈佛大学公共卫生学院进行分析处理，经多次研讨，最后形成了《中国农村贫困地区社会经济状况分析》、《改善中国农村贫困地区卫生服务利用所需资金的研究》、《中国农村贫困地区卫生资源拥有量及卫生服务提供能力研究》、《中国农村贫困地区健康保障制度筹资研究》、《中国农村贫困地区卫生保健筹资潜力研究》和《中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织政策研究》六篇系列技术报告。第四阶段，将是政策方案试点研究。本报告的任务是在六篇系列报告的基础上，总结研究的主要发现，阐述为解决目前7000万农村贫困人口基本医疗卫生保健服务需求应采取的筹资政策和组织管理办法。本文中除特别注明外，均为1993年数据。

主要发现与结论

一、农村贫困地区正处于因贫致病和因病致贫的恶性循环中。

贫困地区多为农业县。人均国民生产总值818元，与全国农村人均国民生产总值

[1] 卫生部卫生经济研究所
[2] 同济医科大学
[3] 卫生部卫生经济研究所，上海医科大学

2662 元相比差距甚大。人均纯收入只有 392.3 元，为全国农村平均水平的 42.6%。有 33%的农户人均纯收入在 200 元以下。在家庭消费结构中，恩格尔系数（食品支出比例）为 69.2%，按联合国划分富裕程度标准，属饥寒型。

贫困地区居民健康状况差。30 个贫困县的婴儿死亡率以县统计资料计算为 52.3‰，而村抽样调查该指标高达 100.0‰，孕产妇死亡率为 216.8/10 万，均高出全国农村水平一倍多。从疾病的严重程度看，两周内因病休工、休学天数和卧床天数均比全国农村同期家庭卫生服务调查的结果高出一倍，反映出居民患病后病情严重，造成劳动力的损失。

贫困地区因病致贫情况严重。年医疗卫生支出占到家庭总支出的 12.0%，越是贫困的家庭，医疗卫生支出的比例越高。在支出大于收入的家庭（占 36.5%）中，医疗卫生支出占总支出的 13.9%。而且，有 15.6%的家庭借钱看病，8.9%的家庭看病后对医院欠款，5.5%的家庭因看病而变卖家产。在患病未就诊和应住院而未住院者中，分别有 72.6%和 89.2%的人是由于经济困难而无支付能力。因此，疾病的经济负担是造成贫困的重要原因之一。

二、贫困地区卫生资源实际拥有量不低，三级医疗卫生保健网基本健全，但各级医疗卫生机构服务的效率偏低。

在贫困地区，卫生资源拥有量已接近或超过全国农村平均水平。如千人口拥有卫生机构数 0.22 个、医院床位数 1.62 张、卫生技术人员数 2.42 人，而全国农村平均水平分别为 0.13 个、1.65 张和 2.55 人。从三级医疗卫生保健网看，除了 30.5%的行政村没有医疗卫生网点外，乡、县级均有相应规模的乡卫生院（含中心卫生院）、县医院和防保机构。

各级医疗卫生机构的服务效率低于全国农村平均水平。村级：每乡村医年诊疗服务量 1042 人次，年产前检查 10 人次，而全国农村平均每乡村医生年诊疗服务量 2166 人次，年产前检查 39 人次。乡级：每卫技人员年门诊量为 709 人次，每天不足 2 人次，全国农村平均每天 2.86 人次；年住院服务量为 27 人次，略高于全国农村平均水平；病床使用率为 33.9%，全国农村平均为 40.5%。县级：每卫技人员年门诊量为 480 人次，全国农村平均为 659 人次；住院服务量为 20 人次，全国农村平均为 22 人次；病床使用率为 71.3%，全国农村平均为 77.5%。

三、贫困地区建立合作性的健康保障制度具有现实可行性，有利于提高农村居民对卫生服务的利用，有利于改善公平和提高效率。

在调查的贫困地区，现有三种健康保障制度：一是妇幼保偿制，覆盖 10.9%的村，入保率为 6.4%，参保人交纳 23.0 元；二是计划免疫保偿制，覆盖 20.7%的村，入保率为 13.8%，参保人交纳 4.5 元；三是合作医疗制度，覆盖 16.5%的村，入群覆盖率为 11.6%，年人均基金额为 4.29 元。筹资形式有单方筹资、两方筹资和多方筹资等。研究发现，总体经济水平和居民个人收入对合作医疗的建立影响并不大，而与集体提留水平关系较密切。

在有合作医疗的地区，大部分诊治都可以在村、乡两级就近解决，且利用水平较高，有利于农村居民的医疗卫生照顾。有合作医疗与无合作医疗相比，两周患病未就诊率低，年住院率高。门诊病人 82.1%集中在村、乡两级，去个体医和县及县以上医院的很少，而无合作医疗的，在村、乡两级就诊的只有 58.9%，去个体医的有 25.4%，高出有合作医疗的

15 个百分点；住院病人中有 58%在乡卫生院，24.8%在县医院，去县以上医院的占 15.5%，而无合作医疗的住院病人在乡级只占 40.5%，县级占 33.2%，有 23.5%的病人去县级以上医院。

合作医疗也有利于医疗卫生服务提供的改善。村卫生室每诊次费用低于无合作医疗一半；在乡级，病床使用率为 52.1%，无合作医疗的为 27.7%，而且每住院日费用及药品收入占医疗收入比重均低于无合作医疗的。

四、贫困地区现有筹资渠道是多方面的，各方筹资均有一定的潜力。

（一）需方筹资

居民个人筹资　按 30 个县农调队的调查，年人均医疗卫生支出为 17.41 元，经相关分析表明，与人均纯收入相关（$R^2=0.7536$，$P=0.0001$），其比例为 3.75%。

年人均收入在 200 元以上的居民，具有一定的筹资能力，而且随着收入的提高，医疗卫生支出占家庭支出的比重降低，筹资的潜力加大。入户调查发现，家庭支出中有 27.91%是烟酒消费、婚丧消费、求神拜佛消费和请客送礼消费，属于可调节性支出，通过对居民的教育，可引导消费结构的适当调整，从中调出一部分用于卫生。而且在调查中，70%以上的居民愿意参与健康保障，并交纳费用，但愿意支付的金额平均为 4.69 元，小于实际的支付数额。

其他渠道筹资　在 30 个贫困县的调查中，还有可用于卫生的扶贫款、老区款、救济款和其他专款。

扶贫款。在 30 个贫困县中，有 23 个县，占 76.6%有扶贫款，人均 13.72 元。在所调查的乡中，有 35.4%的乡有扶贫款，人均 5.16 元，用于卫生的有 1.47 元。

老区款。在 30 个贫困县中，有老区款的只有 4 个县，人均 1.46 元，下放到乡人均只有 0.51 元，用于卫生的为 0.11 元。

政府筹资　在贫困地区，政府目前对需方投入较少，在一些合作医疗的基金中有少量的政府投入。

通过对 80 位省级领导和 980 位县级领导，包括两级计委、财政、农业、卫生等部门负责人的意向调查表明：96.2%的省级领导和 87.1%的县级领导均认为，政府有责任帮助农村居民建立健康保障制度。

（二）供方筹资

政府对农村贫困地区卫生工作比较重视，对供方的投入较多，政府财政预算基本支持了供方，并设立农村三项建设专项资金，来改善基层卫生机构和服务能力。在贫困地区三项建设的进展落后于其他农村地区，虽然，国家计委、财政部和卫生部一直强调三项建设资金向农村贫困地区倾斜，但由于贫困地区缺乏必要的配比资金，地方在计划安排上往往难以倾斜。

政策目标与途径

一、政策目标

本研究的重点是在现有经济条件下，如何改善农村贫困地区居民的健康状况，保护劳

需要全本请访问 www.ertongbook.com

动生产力，从而保证和促进农村贫困地区经济的发展，争取尽快脱贫。因此根据研究的发现和结论提出下述目标：

总目标：降低婴儿死亡率和孕产妇死亡率，提高农村居民健康水平，减少劳动力损失。

分目标：满足贫困地区居民的基本医疗卫生保健服务需求。即：

围产期保健：产前检查1次、分娩、产后访视3次；

计划免疫接种：7岁以下儿童共接种13次；

基本医疗：年人均门诊3次，住院0.5床日。

通过这一目标的实现，预计贫困地区婴儿死亡率、孕产妇死亡率和居民的健康状况可以接近或达到全国农村平均水平。较好的体现出社会公平原则，在很大程度上防止疾病迁延，减少因病造成的劳动力损失，切断因贫致病和因病致贫的恶性循环。

二、资金需要量

（一）为实现上述目标，通过30个贫困县的资料，推算出满足全国7000万贫困人口基本医疗卫生保健服务所需的资金量。

1. 围产期保健：在30个贫困县中，年出生率为16‰，产前检查次均费用为2.50元，平均每次分娩费用为22.3元，产后访视次均费用为0.82元，推算在7000万人口中，产前检查费用1474万元，分娩费用2565万元，产后访视费用266万元。

2. 计划免疫接种：在30个贫困县中7岁以下儿童占14.1%，每人次接种费用为0.75元，推算在7000万人口中，覆盖率达到85%，每年需计免费用922万元。

3. 基本医疗：在30个贫困县中，各级医疗机构平均每诊次费用为4.46元，每床日费用31.4元，推算7000万人口年人均3次门诊需93700万元；年人均0.5床日住院需110100万元。

因此，要解决7000万人口基本医疗卫生保健服务需求，按1993年价格计算，所需资金总额为每年20.90亿元，年人均30元。

（二）要满足基本的医疗卫生保健服务需求，与之相适应的改善现有供方的提供能力所需的资金投入。

1. 30.5%的行政村没有设立医疗网点的问题。研究表明，其中有近一半的村其居民可就近到其他村医疗卫生网点或乡卫生院就诊，近期可不设医疗网点。对另一半的村，也不一定强调设卫生室，可采取乡卫生院设点、或鼓励个体医、或组织志愿卫生工作者等办法解决。估算在贫困地区约需3240万元。

2. 乡卫生院要解决两个问题，一是危房改造，需一次性投资7.40亿元。二是设备改善，将现在的装备水平提高到全国农村平均水平，需一次性投资1.51亿元。

3. 县医院将其装备提高到全国县医院装备平均水平，需一次性投资2.64亿元。

4. 增加防保人员及经费需要增加防保拨款基数1.15亿元。

5. 在近年内应继续增加政府对医疗卫生机构的财政补助。

因此，要改善7000万人口的农村贫困地区医疗卫生服务供给能力（数量和质量），以满足其基本医疗卫生保健需求，一次性投资11.87亿元，年正常经费2.90亿元。

三、途径

（一）组织原则

国家对农村卫生事业管理的着重点，要从计划体制下的供方建设，转向对需方的支持和管理，帮助组织建立健康保障制度，与之配套的进行“三项建设”，改善供方提供能力。

（二）筹资途经

1. 需方筹资

居民个人筹资　调查表明，年人均纯收入低于200元的居民属于绝对贫困层，无力支付医疗卫生费用，不宜作为居民个人筹资对象。在7000万贫困人口地区，这部分约有1800万人。对人均纯收入200元以上的居民，按年人均纯收入的3.75%，人均筹资额为21.41元。推算到7000万贫困人口地区，人均为15.77元。这一筹资方式较好地体现了筹资的公平性和互助性。人均纯收入小于400元的低收入家庭，交纳的保障金为人均11.01元，低于1993年人均医疗卫生支出17.41元，高收入家庭筹资水平高于平均水平。由于扣除了生产性开支，不会影响农村居民的生产。主要是引导居民调整消费结构，也大体不会影响居民生活。

乡村集体筹资　村提留乡统筹基金中，可以争取把用于卫生的比例提高到10%～12%，人均接近1元。集体经济组织的投入，也是筹资的一个渠道。在投入方向上，要将用于供方的费用转向需方的健康保障制度，以提高资金使用效率。

其他渠道筹资　贫困地区的扶贫款、老区款、救济款和其他专款中提取一部分加入健康保障。

以上从个人、集体和其他渠道三个筹资来源所能筹得的资金数额各地（有无扶贫款、老区款等区别）不等，大体估算人均接近19元。距人均30元有一个缺口，这是因为年人均纯收入200元以下的居民没有筹资，低收入居民筹资不足而形成的。

政府筹资　建议中央政府按人均2元筹集，省政府按人均1.5元筹集，市、县、乡三级政府也要适当筹集。

从产品属性看，贫困地区健康保障所包含的基本医疗和预防保健项目，均为市场经济体制下市场失灵的部分，必须由政府组织提供。从国际惯例看，在发达国家和泰国、菲律宾、印度尼西亚等发展中国家，解决贫困人口的基本医疗卫生保健服务，都是政府的责任，由政府从财政预算中给予资助，并以此做为维护人权的一种表现。从产生的效果看，政府的投入不仅体现出政府对贫困地区居民的关怀，提高了社会公平，而且可以有力地引导多渠道筹资政策的实现，如果没有政府的资金引导，多渠道筹资是非常困难的。

这一投入对政府而言负担并不重。因为贫困人口的问题是在未来的五年内陆续解决，前一两年，投入较少，到第五年才能覆盖到全部贫困人口。按国家要求，每年要有1000万人口脱贫，这样政府投入也会相应减少，或转向增加对难以脱贫人口补助的力度，加快贫困人口卫生问题的解决。

征收香烟附加费　采取上述措施后，按人均30元还有缺口，所以建议在我国开征香烟附加费。按1992年消费烟草量，如每包香烟征收0.1元，则可达80亿元，而且并不影响烟草生产和政府税收，只取自烟民。将其中一少部分用于贫困地区，甚至各级政府不动用财政预算，即可解决农村贫困地区居民的基本卫生需求，同时还可以增加对全国预防保健

的投入和农村非贫困地区的卫生支持。

从经济的角度进行投入产出分析，如果能实现改善7000万贫困人口的健康目标，或者说通过上述措施，将贫困地区居民的健康水平提高到我国目前农村平均健康水平，仅减少劳动力损失一项，年人均可增加国民生产总值30.22元。即中央政府给每一贫困人口投入2元钱，可增加国民生产总值30.22元，投入产出为1：15；如果加上省级政府投入的人均1.5元，投入产出比为1：8.6；如果将各方包括居民个人投入均算在内，结论是不会因病而影响国民生产总值。

2. 供方筹资

与满足农村居民基本医疗卫生保健服务需求相比，提高现有设施、供给数量和质量所存在的缺口不大。利用国家已经设立的农村三项建设专项资金来引导多方筹资，这一问题可以得到解决。

筹资政策

本课题提出的结论和目标，与国家"八、七"扶贫攻坚计划中所提出的改善农村落后的卫生状况的目标要求完全一致。解决卫生问题实际上是国家扶贫计划的一个重要组成部分。为此提出相应的政策：

一、明确要求各级政府必须把改善贫困农村落后的卫生状况，提高居民健康水平做为政府的责任，纳入各地"九五"规划

各级政府应有专人分管，列人其岗位责任。并将居民的健康水平作为反映其政绩的考核指标。

二、明确各级政府的责任

一是按规划帮助农村居民组织健康保障制度，并相应改善医疗卫生保健服务提供水平，将卫生工作的重点从解决供给转向解决需求。二是将政府应当承担的费用列入财政预算，同时制定与推行多渠道筹资政策。

三、需方筹资政策

解决需方健康保障制度所需资金的总政策是：政府投入部分资金，引导多渠道筹资政策的实现，并保持其连续性和稳定性。

（一）政府投人政策

明确规定中央及有贫困县的省和各级政府都要设立贫困农村居民健康保障基金，并将其列人年度财政预算。

（二）多渠道筹资政策

1. 居民个人筹资政策。明确规定农村居民个人有责任按规定数额交纳健康保障金，并按规定享受健康保障。明确规定居民个人交纳健康保障金，是维护自身权益的表现，不属于乱摊派。明确规定居民个人交纳健康保障金的数额应以人均纯收入的百分比计算。

2. 乡村集体筹资政策。明确规定每年从村提留乡统筹基金中按12%筹集。所提取的资金交健康保障管理部门。明确规定凡有集体经济的乡和村，要在年终分配时扣除适当的

比例纳入健康保障基金。

3. 在多渠道筹资政策中，还应当明确规定凡有扶贫款、老区款、少数民族款等相关专款的乡、都应从中提出一定比例用于农村健康保障。

4. 此外，建议政府认真考虑出台收取香烟附加费的政策。

四、供方筹资政策

（一）国家农村三项建设资金向农村贫困地区转移，转移的力度应与建立健康保障制度相协调，优先安排建立健康保障制度地区的三项建设项目。

（二）从实际出发适当减少县以下三项建设配比资金数额，同时考虑对个别地区免除配比。

（三）要求各县加大对防保经费的投入，使之与所承担的防保任务相适应。

（四）要求各地切实执行财政部、卫生部（1992）141 号文件“关于加强农村卫生工作的通知”精神，其中的政策至今仍有现实意义。

五、政策选择

（一）如果上述的筹资政策建议目前难以完全实施，为了实现国家“八、七”扶贫攻坚计划的目标，建议政府争取世界银行专项贷款，利用贷款推进上述目标的实现，求得健康、经济状况好转后逐步还款。

（二）如果还有困难，中央、省级政府可以先以少量预算资金，在贫困县较多的省份，选择若干县、乡试点，视筹资运行情况再分期分批推进，争取 2000 年在贫困县的多数乡得以实现。

组 织 保 证

为了贯彻落实有关政策，有效的提供和利用卫生保健服务，实现所提出的目标，必须通过建立健康保障制度，加强各级政府的责任，依靠完善的组织系统来保证。

一、建立健康保障制度

解决农村贫困地区卫生问题的关键在乡村基层，组织工作的重点是健康保障制度和健康保障管理，其中优先重点是建立健康保障制度。只有建立保障制度，才能组织筹资，才能提高贫困地区居民的支付能力，才能改善公平和提高效率。本课题经三年来的调查研究，吸取我国合作医疗的经验和发展中国家的成功做法，结合我国现状，提出一个健康保障制度的方案 —— 合作健康网络。

（一）健康保障制度特点

保障范围为基本的一揽子卫生服务，包括基本的公共卫生服务和基本的医疗服务；为了提高抗风险能力，提高管理水平，最低要以乡为单位组织实施；坚持保障制度覆盖全乡，除享受公费医疗、劳保医疗以外的所有家庭和人口；筹资额以年人均纯收入百分比计；体现参加健康保障制度的凭证是“健康保障卡”，一户一卡，卡中注明全家一年应享受的服务项目和次数，超过部分需审批后报销，结余部分 50% 结转下年使用，另 50% 做为互济；支付方式采取预付制；服务提供和卫生事业管理乡村一体化。

（二）健康保障管理

成立健康保障管理委员会，由分管乡长任主任、卫生院院长任副主任，乡财政等有关部门负责人任委员。其职责是：组织设计全乡健康保障制度实施方案；组织动员居民参与；组织资金筹资，其中居民个人交纳部分可以组织粮管、信贷、税务等部门代扣、代缴，组织收缴其他渠道的投入和申请、接收各级政府的投入；制发“健康保障卡”；负责对健康保障制度运作情况的监督检查，并采取措施，促其完善。在管委会下设置办公室，负责日常管理工作，包括财务帐目、“健康保障卡”管理、处理投诉、协调各方关系等。

（三）基金支付管理

总结各方经验，力上由健康保障管理委员会代表全体居民，与卫生院就全乡健康保障问题进行谈判，签定委托合同，内容包括全乡卫生系统全年应为居民提供的服务项目、数量和质量；管委会应支付的费用及支付方式；以及考核、奖惩办法。管委会每年分三次将合同规定的支付数额预付给卫生院，第一次，合同生效时预付全年费用的50%；第二次，合同执行半年后再预付25%；最后一次，合同执行到期，经评估合格支付剩余的25%。

这种支付管理方式，符合卫生经济运行规律，可取得较好的经济效益和社会效益。卫生院为了节省费用，就会更多地组织提供成本效益好的预防保健服务，大力发展医疗成本较低的民族医药事业，同时激励卫生院更加有效地为全乡居民的健康服务。

（四）全乡卫生事业管理

上述方案，使卫生院处于全乡卫生事业管理的中心位置，促进了乡村卫生事业的一体化。乡卫生院与管委会签定合同，得到预付款后，要实现合同规定的服务，除了改善自身服务提供，提高效率，确保质量以外，必将与村级卫生组织建立起极为密切的关系。包括与乡村医生签定合同，规定村卫生室应完成的服务项目、数量、质量、药品采购供应、转诊、服务报酬等；以及协商制定对合同执行情况进行检查、监督、奖惩的办法。同时也必然促使卫生院更加关注全乡的卫生工作和居民健康状况的变化，自然地从需方需求的角度考虑问题，主动进行调查研究，采取改进措施，以此带动机构自身的发展。

通过这种健康保障制度的建立和有效的管理措施，在组织上将乡政府、卫生院、村卫生室、居民，这些原本各自独立的点，与卫生筹资、卫生服务提供、卫生服务利用、卫生资源配置等各个环节有机地联结起来，既相互促进，又相互制约，因此称之为“合作健康网络。”“合作健康网络”的建立和正常运行，是实现所提出的政策目标的基础和保证。

建立这种保障制度要吸收以往合作医疗的经验，不搞一哄而起。可以先在有条件的乡实验探索，以乡为单位出台保障章程，由省级地方政府制定试行管理条例，在适当的时候由国家出台健康保障管理条例。推进的策略是成熟一批，建立一批，巩固一批，分阶段前进。此外，本研究只是提出总的方案和原则，具体到每个乡的实施，还要根据其具体情况进行研究、论证和精算，制定出筹资水平、管理方式、保障范围和补偿办法等。

二、加强各级政府的组织与管理

以乡为单位的“合作健康网络”的建立与完善，是一项复杂的系统工程，必须有政府的强有力支持和必要的资金保证，因此要加强各级政府对这一工程的领导。

（一）中央级

在国务院扶贫办公室设卫生工作组，由卫生部牵头，各有关部委参加。主要职责是：掌

握7000万农村贫困人口与卫生健康相关的基本情况；组织研究并制定发展基层"合作健康网络"的规划；协调各有关部门的政策；分配中央级贫困农民健康保障专项基金；检查、监督规划执行情况。

现有的592个贫困县分布在26个省、自治区，建议中央应更多地关心、支持贫困县多的省份。据统计，目前有20个以上贫困县的省份有12个。贫困县少的省份，应尽可能本省负责解决。

（二）省级

含有贫困县的省，也要组织类似中央级的卫生工作组，职责也类似中央级。此外，除了接收中央拨付的专项基金，还要负责筹集、管理省级专项资金，并将这两级专项基金，按规划拨付给贫困县。

（三）县（市）级

是最接近乡、村基层的地方政府，建议由一位副县长兼管组织"合作健康网络"事宜较为稳妥。在该副县长领导下，成立各相关部门人员参加的工作组。其职责除类似上述政府的以外，还要在调查研究的基础上，制定"九、五"期间建立"网络"的规划及年度执行计划；组织力量具体指导乡级组建"网络"的工作；筹集和接收上级政府拨付的专款，按计划和实际进程组织分配；总结"网络"建设经验，协调相关政策；协调与建立"网络"相适应的农村卫生"一项建设"事宜，以便配套发展。

（四）乡级　如前述之。

三、卫生人才问题

要解决农村贫困地区的卫生问题，使"合作健康网络"正常运转，使乡卫生院起到应有的作用，卫生人才问题不容忽视。根据韩国和印度尼西亚的经验，建议政府制定有关政策，规定医学院校毕业生，在经过4～5年住院医训练后，要去乡卫生院，特别是贫困地区的乡卫生院工作一年，任务是协助卫生院院长管理全乡卫生事业，组建"合作健康网络"，协助解决临床问题，负责培训乡、村级卫生人员；同时锻炼自己，密切同农民群众的联系，提高自身的政治思想素质。下乡人员的工资由原单位发放，同时乡卫生院按平均工资水平给予补助，并免费提供住房。为促使这一政策的实施，要相应修改卫生技术人员技术职称条例，明确规定到乡卫生院工作一年的经历和表现，做为晋升中级职称的必备条件。这一政策的实施，势必极大地增强农村卫生院的实力，无疑是成本效益最好，对各方面都有利的政策。

附件　1. 年门诊服务总费用计算方法

一、卫生需求法

用卫生需求法计算年门诊服务总费用是根据居民实际利用的门诊服务量，各级医疗机构门诊比例是由30个贫困县11353户家庭卫生服务调查中获得。卫生需求法中的就诊次数是实际就诊的频数。两周内在抽样家庭50115人中共患病6557次。平均每诊次费用是根据卫生机构调查的数据。全年门诊总费用是将两周内门诊总费用乘以26求得。（表1）

需要全本请访问 www.ertongbook.com