



华中村治研究丛书
丛书主编：贺雪峰

田孟著

富县医改

农村卫生事业的制度变迁
与现实困境

HEALTH CARE SYSTEM
INNOVATION IN FUXIAN
THE INSTITUTIONAL CHANGE AND
REALISTIC DILEMMA OF THE MEDICAL AND
HEALTH CAREERS IN RURAL CHINA



华中村治研究丛书
丛书主编：贺雪峰

富县医改

农村卫生事业的制度变迁
与现实困境

HEALTH CARE SYSTEM
INNOVATION IN FUXIAN
THE INSTITUTIONAL CHANGE AND
REALISTIC DILEMMA OF THE MEDICAL AND
HEALTH CAREERS IN RURAL CHINA

田
孟
著

图书在版编目(CIP)数据

富县医改：农村卫生事业的制度变迁与现实困境 /
田孟著. -- 北京：社会科学文献出版社，2019.8
(华中村治研究丛书)
ISBN 978-7-5201-4367-7

I. ①富… II. ①田… III. ①医疗保健制度-体制改革-研究-富县 IV. ①R199.2
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 032583 号

· 华中村治研究丛书 ·

富县医改

——农村卫生事业的制度变迁与现实困境

著 者 / 田 孟

出 版 人 / 谢寿光

责任编辑 / 任晓霞

出 版 / 社会科学文献出版社·群学出版分社 (010) 59366453

地址：北京市北三环中路甲 29 号院华龙大厦 邮编：100029

网址：www.ssap.com.cn

发 行 / 市场营销中心 (010) 59367081 59367083

印 装 / 三河市尚艺印装有限公司

规 格 / 开 本：787mm × 1092mm 1/16

印 张：22 字 数：339 千字

版 次 / 2019 年 8 月第 1 版 2019 年 8 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978-7-5201-4367-7

定 价 / 85.00 元

本书如有印装质量问题，请与读者服务中心 (010-59367028) 联系

 版权所有 翻印必究

中国博士后科学基金第 64 批面上资助项目：

社会学视角下的农村“新医改”——实践困境与治理之道（2018M642889）

“华中村治研究丛书”总序

一

2002 年发表《村治研究的共识与策略》一文，我们提出了村治研究的三大共识，即“田野的灵感、野性的思维、直白的文风”，这三大共识是华中村治学者多年研究所形成的基本共识，一直以来也指导着华中村治学者的研究实践。

“田野的灵感”强调华中村治研究中的经验优先原则。当前中国正处在史无前例的巨大变革时期，经验现象十分丰富，从经验中来，到经验中去，以理解中国经验与实践作为出发点和归属，在理解经验与实践过程中形成对经验与实践的解释，是华中村治研究的显著特征。

“野性的思维”强调华中村治研究中理论与方法的多元性。只要有利于增加对经验与实践的理解，任何理论与方法都是好理论和好方法。正是在用各种理论与方法来理解和解释经验与实践的过程中会形成各种提炼与概括，会形成基于中国经验与实践的具有主体性的中国社会科学。“野性的思维”另外一层含义是，不拘一格，大胆假设，不怕出错，敢于探索。

“直白的文风”强调华中村治研究要能容纳多学科、经验性与原创研究的特点。经验研究看起来没有进入门槛，真正深入进去却需要长期积累和学术功力。“直白的文风”反对雕刻文字、闭门造车，注重想事说事，注重研究向大众开放，注重多学科研究对话。开门搞研究而不是关门自我循环，是华中村治学者的一个基本准则。

中国是一个大国，有 5000 年文明，14 亿人口，陆地国土面积 960 万平方公里。按购买力平价计算，中国 GDP 已是世界第一。中国正处在史无前



例的伟大变革时期，农村人口迅速城市化。中国正由一个传统国家变成一个现代甚至后现代的国家。如何理解巨变中的中国经济、政治、社会、文化和历史，在这个理解与解释的过程中形成有主体性的中国社会科学，并转而指导实践和改造实践，就成为当前中国社会的伟大使命。

立足中国经验和实践的中国社会科学一定是伟大的，是具有中国主体性的，是饱含中国民族性和地域特色的。社会科学研究的目的是改善我们观察和理解实践的视野，而不是屏蔽我们的视野。脱离中国实践的语境，套用没有经过中国实践注解和浸泡的西方理论，往往不仅不能改善我们的视野，反而可能屏蔽我们的视野。只有真正进入经验与实践，我们的理论才有还原经验与实践的能力，才能改善我们观察和理解经验与实践的视野，真正理解实践和改造实践。

中国社会科学是在理解和解释伟大的中国经验与实践中产生的，是服务于中国实践并以中国实践来检验的。这样一种从经验中来—形成理论提炼与概括—回到经验中去的社会科学研究循环，就是中国社会科学研究中的大循环。只有在这样的大循环中，中国社会科学才能选择正确的研究方向，研究也才能获得丰富的中国经验与实践的滋养，也正是在这样一个大循环过程中产生的有主体性的中国社会科学才具有生命力。有了从经验到理论再到经验的大循环，逐步形成了具有中国主体性的社会科学，就必然会有从理论出发—到经验中去—再回到理论的以学术对话为特点的小循环，这样一种小循环是服务于和服从于中国社会科学大循环的。

要在从经验到理论再到经验与实践的大循环中建立起有主体性的中国社会科学，就必须要有真正做中国经验研究的学者。这些学者要有充分的经验训练，要在长期经验调查中形成对经验的总体把握能力，要有“经验质感”，不仅要能从经验中提炼出理论命题，而且要有将理论还原到经验中的能力。

获得经验质感的不二法门是进行饱和经验训练，不断地到经验中浸泡，具有透过现象看本质的能力，具有将经验碎片整合起来的能力，真正形成想事的能力。饱和经验训练尤其要防止对经验的一触即跳，即仅在经验中产生了微弱问题意识就脱离经验去做精致“研究”。正是通过饱和经验训练，才能利用各种理论和方法来分析经验，才能将经验研究中提出的问题

进行理论化的概括，才能为建立有主体性的中国社会科学添砖加瓦。

十数年来，华中村治研究所追求的，就是建立在饱和经验训练基础上的有主体性的中国社会科学的事业。这个事业从理解和解释经验与实践开始，又回归经验与实践，中间留下的理论提炼与概括正是建设有主体性中国社会科学所需要的砖瓦。

二

最近十数年来，我所组织的华中村治研究团队每年驻村调研时间都超过了4000个工作日，平均下来，我们研究团队每天都有10人以上在全国各地农村调研。某种意义上，我们团队同仁都是经历了饱和经验训练的。

从时间上看，我们在取消农业税前的20世纪末期开始农村调研，到现在国家正推进乡村振兴战略，国家与农民关系发生了巨大变化。2000年时中国城市化率只有36%，现在中国城市化率已近60%，几乎所有农村青壮年劳动力都进城了；从地域上，我们不仅在南方中国、北方中国和长江流域调查，而且近年密集地到东部沿海发达地区和西部贫困地区调查，发现了南北中国、东西中国和中国腹地的巨大区域差异；从研究主题上，我们从基层政治研究开始，进入对乡村治理社会基础的研究，再延展到对几乎所有乡村主题的研究上，比如家庭制度、农业发展、宗教信仰、土地制度、乡村教育、医疗保障，等等；近年来我们的研究也跟着农民工进城，开始城市社区、街头治理、信访制度、地方治理等方面的研究。

我们希望在调查和研究中，能做到从经验中来，到经验中去，真正从经验中得灵感，依靠经验形成“想事”的能力，并在此过程中形成若干理论提炼与概括。

十数年来，我们研究团队在饱和调研基础上形成了大量理论概括，这些理论又作为视角参与到政策问题的讨论中，并在一定程度上对政策产生了影响，比如对农业、土地、信访、乡村治理、城市化等方面政策产生了或大或小的影响。我们相信，只要我们团队坚持下去，再坚持十年、十数年，我们就一定可以形成理解中国经验的具有中国主体性的社会学科一家之言。我们希望中国社会科学有百十家这样的一家之言，我们呼吁各种一



家之言良性竞争，相互启发，相互补充，共同发展，最终成长出与中华民族伟大复兴相适应的高水平的中国社会科学来。

我们计划在未来七八年时间将我们团队的最新研究纳入“华中村治研究丛书”出版。希望丛书能增加读者对华中村治研究的了解。

是为序。

贺雪峰

2018年4月10日晚

第一章 导论

- 一 研究缘起与背景 _ 003
- 二 文献回顾与评述 _ 012
- 三 分析框架与方法 _ 023
- 四 章节安排 _ 049

第二章 卫生现代性的兴起

- 一 民国时期的现代卫生行政 _ 055
- 二 现代卫生的全面建立：三级卫生网 _ 057
- 三 现代卫生事业全面建立的基本思路 _ 064
- 四 现代卫生事业全面建立的重要创新 _ 073
- 五 本章小结 _ 081

第三章 市场主导下的“旧医改”

- 一 农村改革与乡村医生的“落单” _ 092
- 二 以“放权让利”为核心的医改 _ 096
- 三 市场主导下的资源动员及困境 _ 109
- 四 本章小结 _ 136

第四章 新医改中的“看病难”问题

- 一 医学毕业生过剩与农村医生短缺的悖论 _ 144
- 二 卫生人才“过剩与短缺”困境的既有研究 _ 149
- 三 医师制度的变迁与村医的“执业化” _ 153
- 四 “后乡村医生时代”的卫生人才供给 _ 178



五 本章小结 _ 198

第五章 新医改中的“看病贵”问题

一 新农合制度的现状及问题	_ 204
二 新农合制度困境的既有研究	_ 211
三 新农合制度困境的制度原因	_ 222
四 实行“以预防为主”的新农合制度	_ 251
五 本章小结	_ 263

第六章 总结：医改中的现代与传统

一 从“政府 - 市场”到“国家 - 社会”：卫生政策 研究范式转换	_ 272
二 农村“新医改”困境的破解之道：政府主导下的农民参与	_ 290
三 政府主导下的农民参与：一些具体的农村新医改政策建议	_ 302

参考文献 _ 313

后 记 _ 339



第一章 导 论

一 研究缘起与背景

（一）研究的缘起：调研中的困惑

在全国多地开展农村社会调查的过程中，疾病问题总是不断进入笔者的视野之中，并日益积累成为一个引人注目的研究议题。众所周知，21 世纪以来，“打工经济”在全国兴起，此后，农村中的青壮年大都外出务工——客观上说，他们都是不太容易患病的人——而留下来的则主要是老弱病残妇幼，也被形象地称为“386199 部队”，而他们正是农村中最容易患病的人。在这样的背景下，当我们在农村开展社会调查时，主要的访谈对象就是这些容易遭受，且有很多人当下正在遭受着某些疾病困扰的农民。因此，在他们的叙述中，疾病总是会直接或间接地出现：有时是以一种十分直接的方式被叙述出来，而另一些时候则是在低保、婚姻、老人自杀、扶贫等现象中间接地呈现——从这些现象之中可以看到疾病的重要影响。总体来看，打工经济不仅优化了农民的收入结构，提高了农民的生活质量，进而大大改善了农民长期以来营养不良的局面，而且大大改善了农民的社会关系（尤其是家庭关系）——年轻媳妇外出务工，此前主要以婆媳矛盾为主的家庭矛盾几乎是在一夜之间就被化解掉了。农民因为营养不良所患的疾病以及因社会关系紧张导致的悲剧越来越少。但是，因为生活方式不健康、卫生意识淡薄以及卫生知识匮乏等带来的疾病，则日益成为广大农民的主要困扰。

那么，当疾病来袭，农民是如何应对的呢？早在 2008 年，笔者所在的研究团队在江汉平原调研时便发现，当地农民主要以“自杀”的方式来应对疾病威胁。当调查人员问到最近村里有没有老年人“非正常死亡”时，有两位老年人回答道：“最近这些年，我们村民组就没有老年人是正常死亡”。



的!”在当地，所谓的非正常死亡主要是指自杀行为。其中又分两种类型：一种是因为得了重病而自杀，另一种则是因为子女不孝而自杀（贺雪峰，2010）。值得注意的是，当地已经形成了一种鼓励农村高龄老人，尤其是因病丧失了劳动能力乃至自理能力的老人，采取这种令人震惊的应对方式的公共舆论，并转化成很多人的行动自觉，即构成了一种当地人普遍认同的人年老或得病以后没用了就该去死的“自杀秩序”。对此，贺雪峰（2009）、刘燕舞（2009，2012，2014）、杨华和范芳旭（2009）、陈柏峰（2009）等人分别从农村社会结构变迁、农民家庭关系变动、中国的传统社会文化价值生态等多个角度分析了这种“自杀秩序”的形成机制和社会后果，十分具有启发意义。不过，在笔者看来，上述研究都是将疾病作为一种预先给定了的影响因素和变量，将研究和分析的注意力主要放在了农民患病以后当地社会和个人的行为响应方面，进而考察当地的村庄社会性质和社会变迁。

笔者虽未参与上述调查，但2014年11月在江汉平原堤村开展村治模式调研时，也发现了几乎同样的现象。当地人表示，近些年来，由于农闲时还能打工，农民的收入增长较快，生活水平也越来越高。在这样的背景下，子女不孝顺老人的现象已经很少了，再加上国家的保障制度对老年人养老进行了兜底，老人靠养老金即可以解决基本生存问题，因此家庭关系也和睦了很多，因家庭关系紧张而自杀的老年人现在已经很少见到了。目前，老年人自杀的主要原因是疾病，尤其是大病或绝症。很多老年人出于不给儿女增加负担的考虑，往往自己主动选择自杀。这样的家庭老年人自杀的原因往往并非子女不孝，而是出于无奈：农村老人的病，往往一查出来就是大病或绝症，治病需要花很多钱，有可能影响家庭其他方面的计划和发展。为了不给予子女增加负担，当地一些老年人在自己房屋内尤其是床边准备了农药，一般是用来控制和调节棉花生长的助壮素，以便以后自杀时无须求助于人。在对一位老年人进行访谈时，在笔者多次要求下，她给我看了早已准备好的三支助壮素，笔者至今想来都觉得后背发凉。

与上述学者将疾病作为一个给定因素不同，笔者的问题是：目前，农民的病——尤其是农村老年人的病——为什么一查出来就是大病或绝症？笔者出生于一个基层医生家庭，我的爷爷、父亲、姑姑和姐姐都是基层医

务人员。因此，对笔者来说，疾病从来都不是一个预先给定的状态。疾病有一个从小到大的发展过程，而在这个过程中，疾病总是会以相应的症候表现出来，只要及时注意到这些症候，进而采取必要的干预措施，完全可以在疾病还没有恶化乃至演变成绝症之前进行治疗，根本不会发展到最终必须以自杀的方式来应对。那么，在当地农民从健康到生病最终到自杀的整个演变历程中，个体、社会、市场、国家（医疗卫生机构和医保制度等）究竟发挥了什么样的作用？众所周知，2009年，我国启动了“新医改”，在新医改的第一个阶段（2009~2012年），基层医疗卫生体制改革和建设是工作重点，相应的制度建设和财政投入的力度都是很大的。然而，我们2014年在农村调研却发现了与2008年在农村调研时几乎同样的问题，这些问题不仅没有得到解决或缓解，甚至还在加剧和扩大。这个现象引起了笔者对新医改在农村中的实践过程及其所发挥的作用与存在的问题的研究兴趣，并最终成为本书的主题。

（二）研究的背景：媒体的披露

“医改是一个世界性难题”（李克强，2011）。一直以来，世界上有很多的国家都在不遗余力地推进医疗卫生体制改革。然而，在改革的过程中，这些国家或多或少遇到了困难，有些国家甚至举步维艰。其中，负面典型当属美国，其高昂的卫生费用与相对低下的卫生绩效形成了非常鲜明的反差；尤其让人震惊的是，与其他发达国家相比，美国至今仍有10%以上（2900多万人）的居民没有获得任何形式的医保，是唯一未实现医保全覆盖的发达国家。与美国实行个人自愿参加商业保险的模式不同，英国采取由财政将国民卫生服务全包下来的办法，而德国则采取强制性地统一参加社会医疗保险的模式，这些是目前世界上最主流的三种卫生体制（乌日图，2003；宋其超，2009）。遗憾的是，后两种模式近年来也遇到了各自的问题：前者效率低下，后者则费用剧增。因而英国和德国也在进行着改革——而从目前的状况来看，两国医改所取得的效果均十分有限。

我国目前的医改一般被称为“新医改”，其标志是2009年3月17日由中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）。与新医改相对的是改革开放初期的“医改”——为了表述方便，笔

者称之为“旧医改”，其标志是1985年4月由国务院转批卫生部的《关于卫生改革工作若干政策问题的报告》（国发〔1985〕62号），故而1985年也被称为“医改元年”。当然，旧医改以前，是现代医疗卫生事业在我国逐步建立的阶段，也可视为一种医改。旧医改的指导思想是“放权让利”，强调医疗卫生事业的商品性和市场机制的主导作用；新医改的指导思想则是“政府主导”，强调医疗卫生事业的公益性和政府的公共职责。新医改的思想早在2000年前后便已基本确立起来。1996年12月，中共中央、国务院召开“建国以来规格最高、层次最高的全国性卫生工作会议”，时任中共中央总书记和国务院总理出席并发表重要讲话（王绍光，2014）；1997年1月15日，中共中央、国务院颁布《关于卫生改革与发展的决定》（中发〔1997〕3号）；2002年10月19日，中共中央、国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发〔2002〕13号）等重要文件，因此，笔者将新医改的起点前移至“21世纪”。

新医改一个最基本而又直观的特征是国家大量的公共财政向城乡卫生事业领域不断涌入，并且财政投入至今仍在快速增长。2017年5月11日，财政部社会保障司的有关负责人表示，2017年全国财政医疗卫生支出预算为14044亿元。这个数据是2008年医改启动前的4.4倍，比2016年同口径支出增长5.1%，比同期全国财政支出预算增幅高出1.9个百分点，医疗卫生支出占全国财政支出的比重从2008年医改启动前的5%提高到了7.2%（刘慧娴，2017）。至此，自新医改启动以来的8年时间内，全国各级财政医疗卫生支出累计约7万亿元。与之相伴的是国家自上而下的一系列公共卫生制度的出台。具体到农村卫生事业领域，笔者认为，农村卫生人才制度、新型农村合作医疗制度和基本公共卫生服务均等化制度是最重要的三项制度供给。21世纪以来的农村新医改实践主要就是围绕这三项制度投入了大量的公共财政资金。截至目前，这三项基本制度已经初步建立起来，并取得了一定的成效，但与此前的预期相比仍然相差甚远。

国家卫计委公布的《第五次国家卫生服务调查分析报告（2013年）》（国家卫生计生委统计信息中心，2016）显示，当前我国医疗卫生领域存在的问题和挑战主要有以下四个方面：首先，医疗卫生服务需求迅速增加。城乡居民两周患病率从18.9%提高到了24.1%，15岁及以上人口中被医生

明确诊断患有慢性疾病的比例从 24.1% 上升到了 33.1%。其次,健康危险因素尚未得到较为有效的控制。15 岁及以上人口饮酒率有所增加,不主动锻炼率达到了 72.2%,18 岁及以上人口超重和肥胖率分别为 24.8% 和 5.4%。再次,住院服务利用率呈快速增长态势,尤其是住院率在 10 年内增长了 150%。最后,医疗卫生费用控制面临着挑战。

对于新医改实施以来存在的问题,与官方的隐晦相比,原卫生部部长高强在 2014 年 12 月 27 日召开的“第七届健康中国论坛”上的发言则显得更为直白。他指出,2009~2013 年,全国财政医疗卫生支出累计高达 30682 亿元;仅在 2014 年,财政预算安排的卫生支出便高达 10071 亿元,与 2003 年全国财政卫生经费的 778 亿元相比,11 年间增长到了 10000 多亿元,国家财政的投入力度不可谓不大。然而,政府的财政投入并没有有效地减轻居民个人的负担,老百姓的获得感并不强(宣金学,2014)。那么,政府投入的钱究竟去了哪儿呢?

对此,有不少学者和官员认为,尽管新医改以来国家财政投入大幅度增加,但我国财政对医疗卫生事业的投入以及卫生总费用占国民经济的比重仍然偏低,这是造成新医改绩效不明显的主要原因。这个观点是值得商榷的。早在 2013 年 3 月,时任财政部副部长、国务院医改办副主任王保安便曾公开表示:由于我国的医保没有税收,与国际上通行的统计口径非常不同,存在医保收费与医保收税概念上的差别;如果同口径比较的话,我国医疗卫生支出占财政支出的比例在 2013 年便已经达到了 12.5% 左右,这一比例不仅高于希腊、瑞士等发达国家,同时也高于俄罗斯、巴西和南非等金砖国家(财政部,2013)。有研究进一步揭示,如果与国际数据做同口径比较的话,我国的实际财政投入水平并不算低:2013 年,我国广义政府卫生支出占卫生总费用的比重为 55.8%,虽然低于英国、加拿大、澳大利亚、德国、法国、日本等发达国家,但在俄罗斯(48.1%)、巴西(48.2%)、墨西哥(51.7%)、南非(48.4%)和印度(32.2%)等发展中国家中比重却是最高的,甚至还高于部分发达国家,如美国(47.1%)和韩国(53.4%),且已经十分逼近中高收入国家的平均值(56.2%)。此外,我国广义政府卫生支出占财政总支出的比重在 2013 年是 12.5% 左右,这个水平既高于全球中高收入国家的平均水平(11.4%),也高于俄罗斯(8.4%)、巴西(6.9%)、印