



第二届社会政策国际论坛暨系列讲座

The Second International Symposium and Lectures on Social Policy

中国·北京

2006年8月24日—8月27日

论文集

主办单位：

中国社会科学院社会政策研究中心
北京师范大学社会发展与公共政策研究所
中国社会工作教育协会
清华大学公共管理学院
南开大学社会工作与社会政策系

承办单位：北京师范大学

目 录

大会发言

社会福利与社会投资：福利国家的创新	[英]Peter Taylor-Gooby	1
中国、亚洲与新世纪：挑战与机遇	[美]Richard J. Estes	15
社会政策的近期发展	[新加坡]M. Ramesh	29
21 世纪的欧盟——走向社会欧洲？	[德]Lutz Leisering	36
超越“生产主义福利体制”：韩国的经验	[韩]金渊明	48
发展型社会政策及其对我们的启示	张秀兰 徐月宾	60
欧洲福利国家：阐释及发展中国家可借鉴的教训	[英]伊恩·高夫	76
福利制度的转移性：美国和拉美	[美]Bryan R. Roberts & Javier Rojas	90

第一分论坛

社会政策与社会变迁——从社会学角度看 20 世纪日本的发展历程	[日]藤村正之	112
福利发展的日韩比较	(省略) [日]埋桥孝文 尹炳九	117
福利多元主义：福利提供从国家到多元部门的转型	彭华民 黄叶青	117
贫困、制度和国家的反贫困战略——一项关于转型中国贫困问题的研究	林卡 范晓光	126
欧盟反社会排斥政策探讨	林闽钢 董琳	140
从福利理念的变迁看中国社会福利社会化改革	易松国 丁华	151

第二分论坛

上午

体制建设视野中的医疗卫生体制改革	徐月宾 张秀兰	157
公共卫生体制改革需要有新的突破	孙炳耀	162
共同努力,以直报怨,构造和谐的医患关系	邹珺	167
公共卫生服务的组织与使用者参与—北欧国家的经验	[挪]柯博文(Arnulf Kolstad)	171
财政应该支持建立全民基本医疗保障制度	贡森	176
云南弥渡县加强新型合作医疗治理项目经验分享	张开宁 唐松源	180
中国农村卫生服务领域的九大问题	毕天云	186
西部落后地区农村卫生事业发展与小康建设—以贵州为个案	杨红英	191

下午

中国艾滋病综合防治政策发展及影响因素分析	颜江瑛 陈秋兰 马彦民 索罗丹 Myron Cohen	196
社会性别视角与艾滋病防治工作	靳薇	204
艾滋病患者的社会支持研究	景军 苏春艳	209
全国省一级疾病预防控制机构艾滋病预防控制人力资源现状及培训需求分析项目介绍	葛利荣	217
对实施农民工艾滋病宣传教育工程的多学科思考及解读	张开宁	219
四川省资阳市安岳县女性性工作者易感因素分析及对策研究	(省略)中国人民大学人类学研究所	225
中国媒体艾滋病工作现状评估报告(简要版)	李希光	225

第三分论坛

种一粒籽 结几个瓜——呼图壁县养老保险证质押贷款的福利效应	张时飞	262
-------------------------------	-----	-----

关于居家养老服务若干问题的思考（发言提纲）	陈树强	269
被征地人员基本养老保险模式探索——基于比较的模式选择	张友琴	270
对中国的养老保险的一点思考	杨伟民	277
香港与内地养老金运营模式比较及其对内地的启示	田北海	282
城市中年人非正式养老准备研究——基于南京市白下区 392 位居民的调查	范晓光	289
浅析农民工养老保险模式选择	周作昂	298

第四分论坛

劳动就业与社会性别平等（论文摘要）	彭希哲	304
香港的失業問題與解決政策	梁祖彬	305
反社会排斥：欧盟社会政策发展的新趋势——以劳动力市场问题为例	黄叶青 彭华民	314
我国西部农民工流动就业现状的实证研究——对 2004 年 12 月—2005 年 7 月我国西部地区调研数据的分析	纪韶	321
我国劳动力市场发展体制问题与对策	金维刚	328
失地农民就业问题研究	张彦丽 王峰	334
更加充分发挥社会力量，进一步办好我国职业教育	（省略）李占五	339
北京市农民工社会保障制度的问题与思考	吕学静 王争亚	340
两栖式就业——调节器与安全阀	葛蔓	352

第五分论坛

完善扶贫开发机制：基于山西省两县调查分析	宋洪远	355
西部贫困地区新农村建设与反贫困治理（提纲）	高桂英	377

第六分论坛

艾滋病防治领域中的 NGO: 现状、问题与对策	王名 刘求实 陈旭清 韩俊魁	377
加拿大的社区服务体系建设及对我国的启示	丁元竹	383
有底限的模糊运作: 公益项目的一种运作模式——C 基金会推行“GS 计划”的个案分析	季蕾	390
志愿服务的珠江模式及其研究价值	谭建光	402
论政府的理性与社会政策面向	李正东	410
公共健康领域中政府与非政府组织的互动和互补——昆明市西山区促进流动人口生育健康服务案例讨论	张开宁 田丽春 刘湘源	416
农村新型经济合作组织登记注册问题浅析	张亲培 孙波	420
儿童医疗保险与新农合发展	周安秦	426

讲座文稿

第一讲: 社会政策过程分析的一般理论课程提纲草稿	张秀兰	430
第三讲: 社会政策的组织体系及资源配置(初稿)	关信平	435
第四讲: 社会救助政策的实施与推广——以救助保护流浪儿童政策为例	王思斌	454
第五讲: 公民参与与医疗服务治理——一个两维四圈型医疗服务治理机制的构想	杨燕绥	458
第六讲: 社会政策的协调与治理	杨团	466
第七讲: 社会服务的筹资与服务递送——政府与市场的职能分工与协作(初稿)	顾昕	474

早诊断和早治疗。结果是，我国卫生系统实际上已经追求高质量、高成本、缺乏社会公平和健康改善不大的美国自由主义之路，“哈尔滨天价医疗事件”就是一个缩影。

在我国医疗保障制度改革的早期，引入了以个人主义和商业化保险为主导的美国模式，有助于消除福利“大锅饭”的不利影响；并且，“保大病”有助于缓解“因病致贫”问题，对计划经济时期重视预防和健康促进应该是一个补充。但是，现行做法有些矫枉过正，摒弃了我国数千年“患（政理）不均”的传统文化和社会主义的平等思想，忽视了预防保健，是从一个极端走向另一个极端，是将孩子和洗澡水一起泼掉了。现在我国有条件有必要利用公共财政，发挥社会主义集中力量办大事的优势，着手建立常见病、多发病的全民基本保障，与现行的“保大病”的保险制度以及医疗救助一起形成多层次的医疗保障体系，以保护和促进国民健康，促进社会公平，并且有利于控制卫生总费用。这种制度选择既符合“仁政王道”和“政理均平”的中华传统文化，也有助于完善社会主义制度。

启示之四：加大财政投入不仅是为了减轻医患双方的经济负担，同时也是为控制医疗费用以及改善医疗资源的使用效果和公平性创造条件。有关部门应该积极利用这一有利条件强化购买和治理。

目前，在我国医疗卫生领域有一种错误的观点，认为政府对医疗机构的投入很少，因此不应该对医疗服务市场进行监管。理论上讲，由于医疗服务市场存在着信息不对称、供方诱导需求和患者道德风险等失灵问题，即使没有任何政府投入，政府也应该对其进行监管。当然，政府投入很少，主要依靠社会保险或个人现金付费来筹资，政府难以对患者缴费或付费挣来的权利进行限制，更难以保证每一个公民的基本就医权。

近年来，我国政府加大了对卫生的投入，但是，对于政府投入的作用还存在着片面的认识。政府投入仍然是为了增加对医疗机构的补偿以减弱其趋利行为，以及增加对患者的医疗保障以减轻其费用负担。增加的政府投入和增强的购买力，还没有转化成有效的手段，以切实改善全体国民，特别是贫困人口对有效的基本医疗的可及性，同时，控制医疗费用的不合理增长。

在实践中，一些地方增加的政府投入不仅没有用于改善医疗服务的效率和公平，还损害了这两个基本目标。具体来说，一些医疗机构仍然将政府投入作为“种子”基金，用于基建和购买大型设备，提高趋利的能力。在一些地方，由于医疗费用的不合理上涨，农民从新型农村合作医疗的实际受益为零。一些专家担心，如果政府只管投入和储水，不管挖渠和合理分流，放任公共资金的使用，乡镇医疗机构也将成为新的既得利益群体，必为今后的改革制造更大的阻力。因此，政府投入、购买和治理（包括监管）必须多管齐下。

云南弥渡县加强农村新型合作医疗治理项目 经验分享

云南生育健康研究会 张开宁 唐松源

一、项目简介

（一）背景

中国农村的合作医疗始于 20 世纪 30 年代，经历了起起落落。在 20 世纪 70 年代中期达到顶峰，90% 的农村地区均开展了合作医疗。20 世纪 80 年代末合作医疗的参与率跌至 4.8%。2002 年 10 月，中央政府在《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出建立新型农村合作医疗制度，为农民提供基本医疗服务，减轻农民疾病经济负担，从而提高农民健康水平，促进农村经济发展，维护社会稳定。新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农村医疗互助共济制度。

本着“先行试点，逐步推广”的原则，卫生部选定浙江、湖北、云南和吉林 4 省作为新型农村合作医疗的试点省。在试点工作逐渐开展的同时，新型农村合作医疗也成为公共卫生、农村发展、政策研究、管理学、经济学等领域的一个研究热点。各领域都聚焦同一个问题，即新型农村合作医疗如何能持续健康的发展。除了政府作用、方案设计、筹资、奖金管理、监督等老问题依然被关注外，“治理”作为一种新视角也用来审视

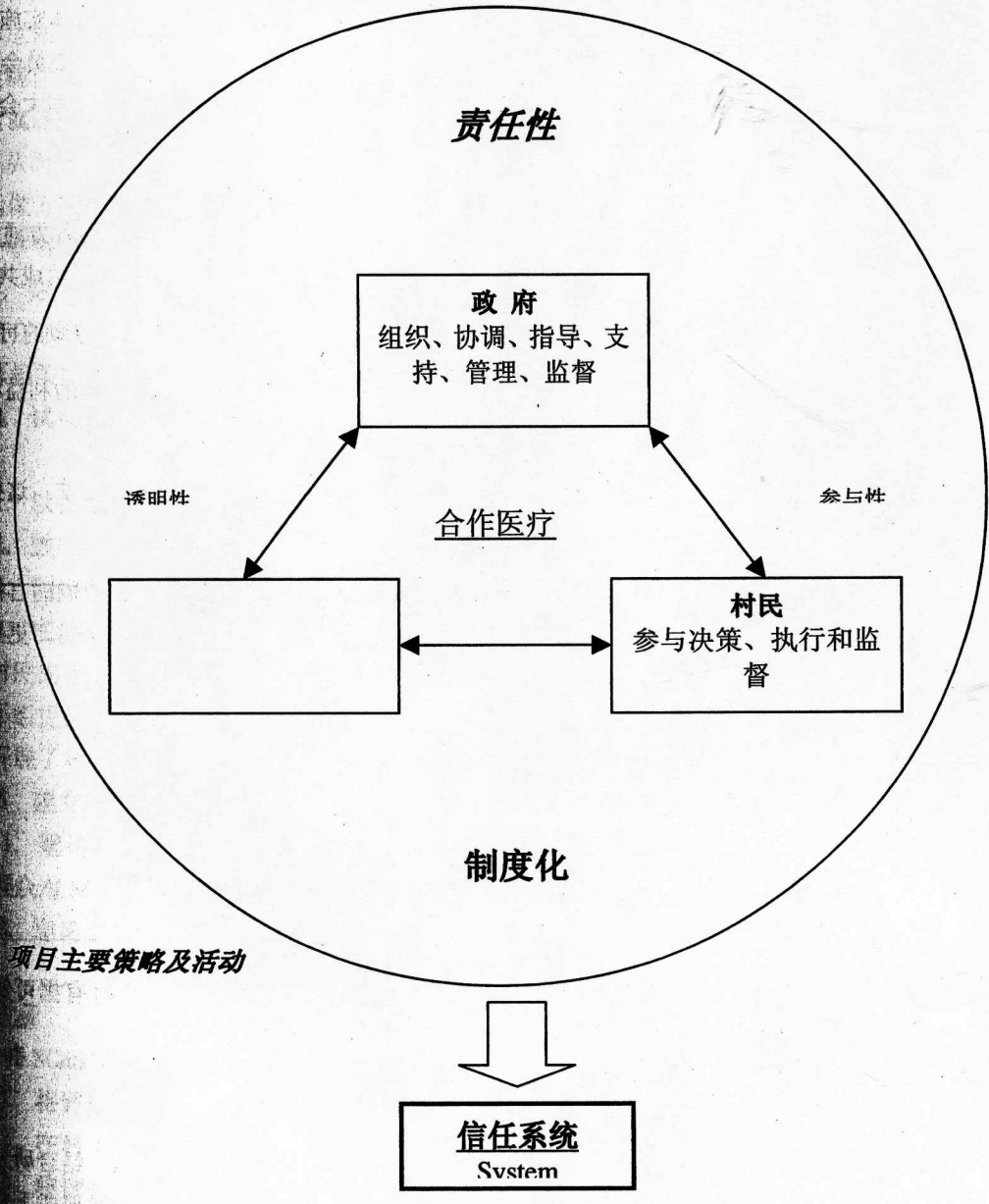
新型农村合作医疗。有学者认为“要构筑我国社会转型期间的农村卫生保障制度, 政府需要秉持国际通行的现代“善治”理念, 与公民、公共组织、私人组织合作管理, 从而实现卫生领域的公共利益最大化。”

在福特基金会的资助下, 云南生育健康研究会在云南省弥渡县开展了加强新型农村合作医疗治理项目, 项目自 2004 年 3 月开始, 于 2005 年 6 月结束。项目以亚洲发展银行提出了治理理论框架为理论基础, 从责任性(accountability)、参与(participation)、制度化(predictability)及透明性(transparency)4 个方面开展一系列项目活动以加强弥渡县新型农村合作医疗的管理与运作。本文作为引玉之砖, 将在项目中所取得的若干经验与大家交流, 以期为更好地解决新型合作医疗实践中面临的问题提供新的视角。

(二) 理论框架

本项目的理论框架包括“三主体”和“四要素”。“三主体”指开展新型农村合作医疗的 3 个主体: 1) 政府(包括中央政府与地方政府); 2) 健康系统; 3) 参合群众。“四要素”指“善治”的 4 个要素: 责任性、参与性、透明性和制度化。本项目针对政府、健康系统和村民分别或共同开展活动, 以增强责任性、促进参与性、增加透明度和加强制度化, 从而建立一个有利于新型农村合作医疗健康的信任环境, 最终达到可持续发展的目标。

增强云南农村合作医疗治理的理论框架



(三) 项目主要策略及活动

级医
活动
涉及
策略
方，
活动
对 N
活动
提供
及其
群众
的积
极性
具体
包括
活动
所引
及策
策1
活
活
活
活
程
他
策
活
反
活
出
策
活
活
活

规划阶段:

策略: 促进 NCMS 的 3 个利益相关方的相互理解和交流, 特别是促进参合群众参与 NCMS 具体实施计划的制定。

活动 1. 对项目县 NCMS 管理人员参与式工作思路及方法进行倡导

YRHRA 召开了试点县 NCMS 管理委员会及其下属的经办机构参与式思路及方法培训会, 并初步达到转变 NCMS 管理人员工作思路及掌握参与式工作方法的目的。该培训会为期 2 天, 第 1 天为参与式工作思路介绍; 第 2 天为参与具体方法培训。

活动 2. 倡导项目县的医疗服务机构参与 NCMS 实施计划的制定

YRHRA 派出项目小组成员与县、乡、村 3 级的医疗服务机构代表一起进行了 NCMS 的利益相关方分析, 使医疗机构明确了其在 NCMS 中的角色与任务; 明确医疗机构不仅仅是 NCMS 的服务提供方, 同时也是 NCMS 的受益方; 并了解了 NCMS 对于医疗机构而言既是自身发展的机会, 又是面临的一个重大挑战。

上述 2 个方面的活动为接下来的 NCMS 具体实施方案的参与式规划大会做了充分的准备。

活动 3. 促进项目县 NCMS 的 3 个利益相关方共同参与 NCMS 具体实施计划的设计

参与是善治的基本要素之一, 如何促进公民社会参与到政府的管理与决策之中是善治的一个核心问题。YRHRA 在弥渡县召开了参与式规划大会, 大会邀请了弥渡县 NCMS 的 3 个利益相关方共同参与 NCMS 具体实施计划的设计, 此次大会成为项目的重要起点。此次大会, YRHRA 邀请了省、大理州及弥渡县 NCMS 管理委员会人员, 以及 3 个试点乡、村 2 级的医疗服务人员以及参合群众代表参加 NCMS 具体实施方案的参与式规划大会。共到会 45 人, 其中乡、村基层服务人员及群众代表人数占到参会人员的 2/3 以上。

通过 2 天讨论, 达到以下的预期目标:

- 涉及 NCMS 的机构和人员包括县、乡政府及村委会, 医疗卫生机构和服务人员, 参合群众等各方通过参与实施方案的规划能充分的交流与沟通, 就 NCMS 的目的、内容、具体实施方法及管理制度等达成共识。
- 通过参与性规划, 所制定出的 NCMS 实施方案结合了弥渡县的具体情况, 保证所制定出的方案的可行性。
- 通过参与性规划, 每一个利益相关方明确了各自在 NCMS 中的角色、责任与权利, 并让所有的利益相关者知晓, 从而在所有的参与者之间形成一种相互的民主监督机制。
- 通过参与性规划, 每个参与者均有机会表达他们的利益、兴趣以及在完成任务时面临的困难。这些利益和困难均通过参与式讨论, 加以妥善解决, 保证了 NCMS 的顺利实施。
- 更为重要的是, 通过参与性规划使基层服务人员及当地群众能参与 NCMS 计划过程, 这对他们而言是一种崭新的感受, 使他们对 NCMS 产生一种“拥有感”, 这种拥有感将使基层服务人员工作更努力, 更愿意执行“自己”参与制定的计划; 同时也增强了群众对 NCMS 的信任。

实施阶段:

策略 1: 加强政府在新型合作医疗中的责任性。

项目根据当时弥渡县 NCMS 所面临的主要问题, 从以下 4 个方面开展了活动:

活动 1. 成立了县、乡两级 NCMS 的监督机构, 并邀请社区群众代表参加。

活动 2. 制定了各级监督委员会的工作计划

活动 3. 制定了县、乡 2 级 NCMS 管理委员会的职责和行为规范, 使 NCMS 的监督机构在监督时有据可依

活动 4. 开设了 NCMS 投诉热线, 保证群众能有畅通的投诉途径以监督 NCMS 的运做。

策略 2. 对医疗服务机构提供的诊疗服务进行规范

活动 1. 制定 NCMS 医疗服务规范

YRHRA 邀请了省、县、乡各级有经验的临床医生, 成立了专门的技术小组, 参考权威文献, 结合研究现场的实际情况, 制定出了具有科学性和实用性的弥渡县 NCMS 医疗服务规范, 并以县卫生局的文件形式下发到各

医疗机构，要求各级医疗机构组织专门学习。

活动2. 制定了 NCMS 医疗服务临床药物使用规范

针对合理用药，YRHRA 也制定了相应的用药规范。此规范结合贫困农村的实际情况，给出了 NCMS 服务所治疗的常见病症的首选、次选及备选用药标准以指导基层医疗服务人员的临床用药。

策略3. 注重在 NCMS 运行的各个阶段的信息透明化，维护参加 NCMS 群众的权益。

透明是善治的基本要素之一，也是保证 NCMS 顺利开展的关键问题之一。项目针对 NCMS 的 3 个利益相关方，在 NCMS 运行的各个阶段开展以下活动以保证信息的透明化：

活动1. 以村民小组长和村民代表作为 NCMS 三方联系的信息“桥梁”，通过培训提高村民代表及村民小组长对 NCMS 具体运做的理解及掌握基本人际交往技巧

活动2. 专门制作了和配发《NCMS 宣传动员及工作指南》

活动3. 对乡、村级医疗服务人员进行 NCMS 相关政策与具体运做方式的培训，确保服务人员能为就诊的群众提供准确、全面的 NCMS 相关信息。

乡、村两级医疗服务人员不仅仅是医疗服务的提供者，其也应该为前来就诊的群众解释 NCMS 相关的政策及具体运做方式，如：如何从 NCMS 报销医疗费用，哪类疾病可以享受 NCMS 的补助等等。前期的研究发现，群众生病前来就诊时，往往特别关心如何享受 NCMS 的补助，如果接诊的医疗服务人员仅仅简单的回答：“NCMS 的规定就这样”或“不知道”，这样将会引起群众对 NCMS 的误解或不信任，严重挫伤群众对参加 NCMS 的积极性，从而将对 NCMS 的可持续性带来负面影响。因此，YRHRA 对乡、村级医疗服务人员进行 NCMS 相关政策与具体运做方式的培训，确保服务人员能为就诊的群众提供准确、全面的 NCMS 相关信息。此外，培训的内容将包括一些咨询技巧与人际交往技巧等等。

活动4. 弥渡县制定了 NCMS 基金使用情况及医疗、药品价格公示制度，定期在村卫生室及村中的其它公共场所张榜公布有关 NCMS 的基金使用情况以及医疗服务、药品价格表，使群众及时了解 NCMS 资金的使用情况以及就诊相关的医疗费用。

策略4. 试点村、乡成立 NCMS 村民管理小组

活动1. 以行政村为单位建立 NCMS 村民管理小组

活动2. 鼓励村民选举村民管理小组代表

活动3. 制定了村民管理小组的工作计划，保证代表参与对 NCMS 的监督

活动4. 在参与过程中提高村民小组的自身能力

村民的参与还取决于村民的参与能力，因此项目组成员协助村民小组成员参与上述活动，使其在参与过程中不断提高自身能力。此外，YRHRA 根据在具体参与 NCMS 的实施与管理的活动中村民管理小组的需要，对他们开展了相关的能力建设的培训。

策略5 建立邀请群众代表参与监督机制

活动1. 邀请参加合作医疗的群众代表参加乡卫生院召开的乡村医生月例会，并留出专门的时间给群众代表反映群众对 NCMS 的意见。

活动2. 邀请参加合作医疗的群众代表参加县、乡 NCMS 管理委员会对 NCMS 执行及财务运转情况的定期督导。

评估阶段

策略 将 NCMS 评估的结果透明化

活动1. 将评估的结果以文件的形式下发到各级医疗服务机构。

活动2. 在村卫生室张贴 NCMS 的评估结果

活动3. 将评估的结果以文件的形式下发到各村民管理小组，由村民管理小组召开村民大会，通报评估结果。

(四) 项目主要产出

1. 项目期间, 弥渡县 NCMS 资金筹集与使用正常

表 1: 弥渡县 NCMS 资金筹集与使用情况 (2003-2005)

年 度	资金筹集						资金使用			
	中央财 政	省财政	州财政	县财政	个人交 纳	合计	门诊		住院	
							补偿金 额	补偿人 次	补偿金 额	补偿人 次
2003.8~ 2004.7	2,355	1,178	589	589	2,355	7,066	687.6	57,640	2059.4	5,756
2004.8~ 2005.5	1,596	1,247	538	538	2,154	6,073	779.2	48,504	2936.7	7,103

乡镇
三者
出,
表 4

2. NCMS 的相关补偿制度与管理得到了不断的改进

- 1) 取消县内逐级转诊
- 2) 制定合理的参合(交款)时间: 原交款时间为 8 月, 而弥渡农村以烤烟为主要收入来源, 每年 9 月份是烟草公司收购烤烟的时间, 那时群众手中才有多余的现金。村民小组代表将这一情况反映到合作医疗办公室, 并得到了妥善的解决。
- 3) 为外出务工人员开启了参合绿色通道
- 4) 开辟群众投诉渠道(热线、参与性小组)
- 5) 制订了 NCMS 中药用药规范, 并通过提高补偿比促进对中药的利用

3. 试点乡镇参合率稳定

表 2 数据可见, 弥渡县非试点乡镇在 NCMS 运作的第 2 年度(2004-2005 年)出现了参合率下降的情况。但在 3 个试点乡镇群众参合率仍保持在与第 1 年相同的水平。

试点乡镇与非试点乡镇参合率的差异充分说明了“加强治理项目”促进了群众的参与, 保证了较高的参合率。表 2 弥渡县试点乡镇及非试点现在参合情况

年度	试点乡镇			非试点乡镇		
	总人口	参合人数	参合率	总人口	参合人数	参合率
2003~2004	107734	87346	81.07%	182877	148194	81.03%
2004~2005	108452	84149	77.59%	183810	131217	71.39%

5.
6.
二
(
(
合
(
计

4. 确保了弥渡县 NCMS 的公平性

由于在我国一些地区的调查显示, 富裕地区的群众获得了较多的补偿; 所以本研究调查了弥渡全县参加新型农村合作医疗农民的住院情况。从表 3 可以看出, 在获得住院补偿的人群之中, 93.33%的人只有一次住院, 而有 2 次、3 次和 4 次住院的分别有 5.63%、0.61%和 0.30%, 5 次以上住院的群众只占到 0.13%。这一比例体现了新型合作医疗补偿的公平性。

表 3 弥渡县新型农村合作医疗个人住院次数统计 (2004.8~2005.5)

个人住院次数	频数	百分比	合计
1 次	6,118	93.33	6,118

机

2 次	369	5.63	738
3 次	41	0.61	123
4 次	19	0.30	76
5~7 次	8	0.13	48
总 计	6,555	100.00	7,103

从表 4 中可以发现,在富裕程度不同的乡镇参加农民新型合作医疗住院基金的利用情况中,贫困乡镇住院人数、住院总费用和受到补偿的费用分别占总数的 43.11%、40.36%和 41.85%,而同期富裕乡镇的比例分别为 25.45%、26.81%和 25.14%,中等乡镇为 31.44%、32.83%和 33.01%。从这一数据看,较贫困的乡镇反而更多的利用了合作医疗住院基金。

表 4 不同乡镇住院补偿情况 (2004.9~2005.5)

地区	住院次数	占住院次数的比例 (%)	住院总费用 (元)	占总费用的比例 (%)	补偿总费用 (元)	占总补偿的比例 (%)
富裕乡镇	1,668	25.45	2,722,401.00	26.81	738,168.2	25.14
中等乡镇	2,061	31.44	3,333,501.45	32.83	969,554.6	33.01
贫困乡镇	2,826	43.11	4,097,552.83	40.36	1,228,996.69	41.85
总计	6,555	100.0	10,153,455.78	100.0	2,936,719.49	100.0

5. 提高了 NCMS 管理人员对治理的意识与理解

6. 促进了村民对 NCMS 管理的参与

三、主要经验分享

(一) 治理理论及实践为确保新型农村合作医疗的健康发展与运作提供了一个新的思路

(二) 项目实践及大量数据证明:增强责任性、促进参与性、增加透明度和加强制度化有利于建立新型农村合作医疗健康的信任环境,最终达到可持续发展的目标。

(三) 新型农村合作医疗善治项目中的一些实践经验:

1. 尽可能早的邀请 NCMS 的各个利益相关者参加到 NCMS 项目的整个过程中,包括:实施方案设计、工作计划制订以及具体实施和评估之中。
2. NCMS 项目开展前应有一个深入且科学的需求评估。
3. 参与性工作思路与方法应广泛的应用到项目中。
4. 治理理论应被应用于 NCMS 资金的筹集、管理与使用。
5. 利用种种途径与机会开发领导层。
6. 医疗服务质量是 NCMS 可持续发展最核心的问题,对医疗服务机构所提供服务的要有监督及提高机制。

7. 保证社区群众参与 NCMS 管理与监督的经验

- ◆ 社区组织与当地政府、卫生机构（乡镇卫生院）的良好关系和互动有利于组织的持续运行。
 - ◆ 小组建立真正体现村民的需求，村民具有拥有感，小组才能持续有效运行。
 - ◆ 利用现有组织建立的小组运行好于新建的小组，即使新建小组成员是公开选举出来的。
 - ◆ 小组活动与当地文化背景、固有活动相结合更容易开展，效果也更好（花灯、传统节日活动）。
 - ◆ 小组领袖人物/关键人物的能力、声望、时间和精力投入对小组运行有重要影响。
8. 应将治理理论引入 NCMS 评估体系的设计与制定中，包括：政府的责任性、群众、服务提供者的参与性、信息的透明性以及制度化。
9. 公平性应该被充分的强调与重视。

中国农村卫生服务领域的九大问题

毕天云*

（云南师范大学社会学与社会政策研究所 云南 昆明 650092）

摘要：农村卫生工作是我国卫生工作的重点，做好农村卫生工作是改善和提高农民健康水平，建设社会主义新农村与和谐社会的重要任务之一。全面、客观、科学地认识农村卫生服务领域存在的突出问题，并采取针对性的有效措施加以解决，是促进农村卫生服务事业健康发展，实现城乡卫生事业公平协调的重要前提。

关键词：农村，卫生服务，问题

农村卫生工作历来是我国农村社会事业的重要组成部分，做好农村卫生工作对于改善和提高农民的健康水平具有十分重要的意义。但是，近 30 年来，由于各种原因，我国的农村卫生服务事业在发展过程中逐渐产生和形成了一系列突出的问题，严重影响农民的健康状况和农村社会的和谐发展，需要我们在建设社会主义新农村的过程中加以研究与解决。

关于农村卫生服务领域存在的问题，从事和关注农村卫生和农村医疗保障制度的理论研究者 and 实际工作者已经从不同的角度进行过一些讨论分析，但笔者认为，现有的分析还没有完全到位。笔者认为，分析农村卫生服务领域存在的问题，不能就事论事，只重现象，忽略本质，必须采取系统分析与层次分析相结合的方法。所谓系统分析，就是要把农村卫生服务领域的问题放在整个中国医疗保障体系中进行审视，放在整个农村社会系统中加以“解读”；所谓层次分析，就是要看到农村卫生服务领域的问题是分层次的，不同层次的问题地位不同，解决的难度和对策也有差异。根据系统分析与层次分析相结合的方法，我们认为，在当下的农村卫生服务领域，存在着以下九个方面的突出问题。

一、农村卫生服务事业的本质属性认识不清

对农村卫生服务事业的本质属性认识不清，是导致农村卫生服务领域存在诸多问题的思想认识根源。在 1949 年新中国成立后三十多年的时间里，我们片面理解甚至断章取义地解读“老祖宗”的经济理论，始终坚信社会主义制度下只有“产品”没有“商品”。由于市场经济是“万恶之源”，农村的卫生服务事业当然不可能成为商品，更谈不上市场化。但在经济体制改革的市场化取向确定之后，我们在突然之间来了个一百八十度的转弯，对“商品化”奉如神明，似乎在社会主义市场经济条件下，一切都可以商品化了，包括农村的卫生服务

* Saltman, R. B., Reinhard Busse and Josep Figueras (2004). *Social Health Insurance System in Western Europe*. Pp. 81-133. Berkshire: Open University Press.

没有吸引力;

具有副高以上专业技术职称人员普遍感到工作压力较大。而刚进入工作岗位的年轻人,则普遍感到自身技能不足,工作上得不到上级的支持,工作难以开展等问题。

对未在职人员的培训工作,目前都没有建立各自的培训制度或培训计划,均为被动地接受培训。普遍希望接受国际前沿的艾滋病防治知识。

根据艾滋病流行形势的不同,我们也对几个重点省份(河南、云南)和不同区域(东部、中部、西部)的数据结果作了比较分析(略)。

3. 结果分析(略):

按照项目事先设计的进度,我们还未来得及做深入细致的分析和总结,只是匆忙将项目的进度在此向大家做一个简单的汇报,希望得到大家的批评指正。

谢谢大家!

对实施农民工艾滋病宣传教育工程的多学科思考及解读

张开宁

为了在农民工中普及艾滋病防治知识,提高他们的自我保健意识,降低经性途径感染艾滋病的危险,2005年12月,国务院防治艾滋病工作委员会办公室、中宣部、劳动保障部、建设部、农业部、卫生部、人口计生委、工商总局、全国总工会、共青团中央、全国妇联、全国工商联十二部委下发了《关于联合实施全国农民工预防艾滋病宣传教育工程的通知》([2005]53号)(以下简称“通知”),要求各级政府高度重视农民工预防艾滋病宣传教育工作,并在北京召开了工程启动大会。《通知》对“农民工预防艾滋病宣传教育工程”(以下简称“工程”)的目的、对象、组织实施者和实施方法做出了明确说明和部署。

“工程”是在国家艾滋病防治的关键时期,针对数量极其庞大的一个在艾滋病应对方面脆弱的群体——农民工,以预防艾滋病为目的,宣传教育为手段的一项大规模人民健康行动。就本质而言,农民工预防艾滋病不仅仅是一个群体的健康问题,更是一个社会发展的课题,《通知》是对这一问题的积极的、负责任的回应。启动这一项意义重大、刻不容缓的庞大国家工程,将促使人们跳出狭隘的传统思维,不再就艾滋病抓艾滋病,就农民工谈农民工。在这份言简意赅的文件背后,有很多值得人深思的重要问题。人们可以通过若干关键词进一步解读和领会《通知》精神。

例如,通过细读《通知》,可以体会到“农民工预防艾滋病宣传教育工程”直接目的是防治艾滋病,其本质是一项意义深远的人民健康工程,是实现政府承诺和责任的重要行动,也是国家防治艾滋病行动的一个重点。“工程”的组织和实施者是政府及相关部委,其受益对象和主体则是亿万进城务工者及其他们的亲属和家庭。

通过学习和解读《通知》,不难认识“工程”的三个鲜明特点,即“农民工预防艾滋病宣传教育工程”的战略性;作为受益对象和主体的农民工在应对艾滋病方面的脆弱性;以及联合实施全国农民工预防艾滋病宣传教育工程所面临的复杂性。同时,要达到“工程”预期目标的关键手段和途径,则有赖于宣传教育的创新。

一、“工程”的深远意义及战略性

“工程”是国家在艾滋病防治关键时期采取的重要行动

艾滋病对人类健康和社会发展构成了巨大威胁,已危及到整个国家和民族的生存和发展,是一个全球性公共健康问题和社会问题。预防与控制艾滋病是一项刻不容缓而又需要长期努力的艰巨任务。

我国正处于防治艾滋病的关键时期。“中国已经成为世界上艾滋病病毒侵袭最严重的国家之一!艾滋病的流行将成为国家性灾难!中国艾滋病预防和控制已经到了一个生死存亡的关键时刻!艾滋病防治工作已成为

与中华民族兴亡休戚相关的政治使命!”这是我国著名科学家何祚庥、曾毅、钟南山等 22 位两院院士联名向全社会发出的呼吁。

面对艾滋危机,我们有两种抉择,两种结局:“如果抓住这个关键时期,采取有效措施,切实加强防治工作,我们完全可以遏制艾滋病的传播和流行;如果防治不力或任其发展,失去这个稍纵即逝的时机,后果将十分严重。”(吴仪副总理)因此,必须抓住机遇,切实做好防治工作,这是涉及经济发展、社会安定、民族兴亡的根本性大事。在这历史性的关键时候,“国家预防艾滋宣传教育工程”显然具有重要的战略意义。

2、“工程”是“抓住关键时期,切实做好艾滋病防治工作”的具体落实

农民工是一个数量庞大的群体,同时他们也是艾滋病脆弱群体,极易受到艾滋病的威胁和伤害。实施“工程”有助于他们免遭威胁和伤害,这是政府的责任,也是艾滋病防治工作的战略选择。“工程”的受益者除了近 1.2 亿农民工外,还包括他们的家人——约 10 亿农村人口。过去艾滋病预防的重点主要是特殊人群(静脉吸毒者、性工作者、男同性恋者),而“工程”关注的是普通的脆弱人群,能否实施好这一意义深远的国家工程是对各级领导和“工程”实施人员责任心和使命感的考验。

3、“工程”是构建社会和谐的重要途径

农民工我国城市化过程中的出现的一个新兴的特殊群体,由于种种原因,包括城乡二元体制的隔离,农民工成为因经济和社会双重因素造就的弱势群体,在就业、劳动权益、医疗和社会保障,以及子女教育等方面,面临着诸多困难且往往处于边缘状态。农民工是经济体制转型和利益格局调整过程中出现的弱势群体,农民工问题的解决需要随着社会经济的发展逐步加以解决。为此中央把解决农民工问题放到了“事关我国经济发展全局”的地位,提出了指导思想;基本原则;政策措施;公平对待,一视同仁;强化服务,完善管理,统筹规划,合理引导;因地制宜,分类指导,立足当前,着眼长远。毫无疑问,“工程”以保护农民工的健康为切入点,在统筹解决农民工相关的公共管理和公共服务方面的问题,保护农民工的合法权益方面迈出了切实的步伐,一定会作为践行三个代表重要思想,体现以人为本,执政为民精神的范例载入史册。

联系中央政府近期对流动人口、乡村发展乃至新农村建设的一系列文件进行解读,不难领悟出这样的道理:农民工流动性强,社会资源少,城市资源和卫生服务支持少,在目前城乡二元结构的制度安排没有突破的情况下,“工程”有利于推动使相关的政策、资源和服务向农民工群体倾斜,显然不仅能有效降低其应对艾滋病方面的脆弱性,而且将有利于促进和谐社会的构建和社会主义新农村的建设。

二、农民工在应对艾滋病方面的脆弱性

需要强调指出的是,1 亿多农民工既是本次国家“工程”宣传教育的受益对象,更是本次全国性人民健康宣传教育运动不可或缺的主体。如此巨大的一个群体,并不是艾滋病防治中亟需进行“行为干预”的高危人群,而是需要满腔热情地开展宣传教育、鼓励和促进其自我学习并提高能力的一个人数众多的脆弱群体。

回顾全球防治艾滋病的历史与实践,“高危”(也作“风险”)、“高危行为”(也作“风险行为”)和“高危人群”(也作“高风险人群”)概念的提出以及“降低高危策略”的实践为全球艾滋病预防控制做了巨大的贡献。而对高风险行业及高危人群的行为干预成为了国际公认的、有效的艾滋病预防措施之一。

风险是由于从事某项特定活动过程中存在的不确定性而产生损失,破坏或损伤的可能性。联合国艾滋病规划署把艾滋病感染的风险定义为“一个人由于自己的行为方式而可能感染艾滋病的概率”。所谓高危行为或高风险行为,也就是导致感染艾滋病的概率较高或极高的行为方式。主要包括:共用针具注射毒品,多性伴行为、男性同性恋行为、无保护的性行为等。

一般而言,高危人群是指具有上述高危行为的人群。主要包括:静脉吸毒者、同性恋者、性工作者及其顾客以及多性伴者。现在,考虑到羞辱与歧视的问题,越来越多的人士对“高危人群”这一表述提出质疑,提出“具有高危行为的人群”、“高受害风险群体”等新的替代词语。但若干正式文件依然沿用着“高危人群”的表述。

高危人群是艾滋病毒传播的起点,高危行为是造成艾滋病传播流行的主要行为因素。围绕减少个人和群体的危险行为,人们采用了“降低危险策略”,常见的主要干预措施为:提供信息和教育,提倡使用安全套,

防治性病, 针具交换, 加强自我保护能力, 提高包括安全输血在内的医疗操作的安全性, 等等。采用“降低危险策略”干预措施, 能减少艾滋病在一些人群中的流行。实践证明, 在“降低危险策略”执行良好的社区, 特别是在那些容易得到足够信息、教育和服务的社区和人群中, 高危人群的艾滋病病毒感染率的确有所下降。但同时, 艾滋病又开始在新的地方、新的人群中继续扩散。从积累的经验来看, 人们得到重要启示: 要控制住艾滋病的流行, 单一地执行“降低高危策略”远远不够, 还必须扩大艾滋应对的范围, 增强防治工作力度。

在“降低高危策略”的指导下, 通过短期干预降低人们感染艾滋病病毒的风险, 进而控制艾滋病的流行。干预包括: 基于生物学原理的性病诊疗, 基于物质保护措施的安全套使用, 影响个体决策制定以提高自我保护能力的行为改变, 以及特殊情况下的强制性艾滋病病毒检测等。其中, 行为改变主要是指改变艾滋病感染者和艾滋病病人以及具有感染艾滋病病毒危险行为人群的高危行为, 例如针对吸毒人群的行为改变。干预措施包括以下几个方面的内容: (1) 预防艾滋病宣传教育; (2) 针具交换; (3) 美沙酮维持治疗; (4) 使用避孕套。这些措施统称为“减少危害”。实践表明, 行为干预能有效地改变人们的危险行为, 而“降低危险策略”所提及的包括注意医用血液安全在内的医疗安全保障措施的共同实行, 在很大程度上减少艾滋病毒的传播。

纵观全球, 即使是预防效果显著的“降低高危策略”也没能遏止住艾滋病蔓延的趋势。艾滋危机日益紧迫。联合国艾滋病规划署提出了“扩大艾滋病的应对”。而在扩大的艾滋应对中, “降低脆弱”的概念成为了人们对艾滋病预防新视角中的一个重要的亮点。

基于全球防治艾滋病工作的实践, 联合国艾滋病规划署在“扩大艾滋病应对”理论中提出了“艾滋病脆弱”概念, 和“降低艾滋病脆弱性”的防艾工作新理念。在近年的中国艾滋病防治工作中, “艾滋病脆弱”概念的引用率也正直线上升。

“脆弱”是指“暴露于危险或威胁之中, 且对危险和威胁所带来的影响缺乏应对能力”。在这个定义中, “脆弱”强调两个要素: 暴露于危险或威胁之中, 以及缺乏应对能力。

在环境、生态和灾害学等领域的有关文献中, “脆弱”用来描述相关系统及其组成要素易于受到影响和破坏, 并缺乏抗拒干扰、恢复初始状态(自身结构和功能)的能力。“脆弱性”是指人类、人类活动及其场地的性质或状态。它可以看成是安全性的反面。脆弱性增加, 安全性就降低。反之亦然。在人文社会科学领域内, “脆弱”涉及更加丰富的内容: 社会脆弱性、社会群体脆弱性、弱势、弱势群体……这些内容往往牵引着社会构建、政治体制、经济机制、法制等复杂而深刻的社会问题, “脆弱”的表现、“脆弱”状态以及引起“脆弱”的各种因素相互交织、相互作用, 共同形成了分析“脆弱”问题的复杂体系。将“脆弱”及其相关理念引入公共卫生领域, 有助于理解并关注疾病流行表面现象背后更深层的原因, 进而采取有针对性的应对措施, 由此, 预防疾病的思路将深受启发, 控制疾病的效果可以大为改善。

联合国艾滋规划署(UNAIDS)将个人因缺乏资源与应对能力不足导致的艾滋病易感性定义为“应对艾滋方面的脆弱性”, 即指个人无法(或仅有极其有限的)控制自己感染艾滋病病毒的风险的程度, 或者在感染艾滋病病毒后无法获得适当的(或仅能获得极其有限的)治疗/关怀和支持的程度。弱势群体是最容易受艾滋病伤害的群体, 这已为流行病学调查所证实。究其原因, 与其缺乏资源和应对能力不足相关。

“应对艾滋病方面的脆弱性”与个人因素、卫生服务以及社会因素密切相关。

(1) 个人因素包括: 自我保护的意识、知识和技能; 性行为史(性伴数、无保护措施性行为数、性行为的性质); 寻求治疗和获取社会支持的知识和技能; 特殊社会网络中的成员身分等。例如, 个人缺乏艾滋病的防范意识。由此可能导致危险行为发生, 从而暴露于艾滋病病毒感染风险中。

(2) 卫生服务和社会支持因素包括: 对艾滋病项目有负面影响的文化背景因素。如存在于医疗服务机构及其工作人员的歧视; 由于医疗服务机构的距离、提供服务的时间及服务的价格等原因, 导致的医疗服务不可及; 卫生系统在治疗/关怀和支持需求增加的情况下, 应对能力不足。如当流动人口的生殖健康服务纳入流动人口管理时, 流入地政府和医疗服务机构是否做好相应的资金、人力和技术资源的配置, 以满足来自于流动人口的相关需求量等。

(3) 社会因素包括：文化；法律；社会行为；信仰等。

面对艾滋病的威胁，不同个体和群体之间存在的差异，在应对艾滋病方面，一些个人和群体相对于另一些个人和群体往往更显脆弱。总体看来，艾滋病往往倾向于袭击那些由于性别、年龄、民族、种族、性意识、经济状况、文化、宗教和政治因素等原因而遭受歧视或面临边缘化的个人或群体。农民工群体的弱势地位，使其面对艾滋病的威胁时，同样表现出脆弱性特征，属于“艾滋病脆弱人群”。

农民工“在应对艾滋病方面的脆弱性”的表现主要在以下几个方面：

城市缺少社会支持，当自身权益受到侵害时往往不能得到来自社会的支持与保护；工作环境不佳，收入偏低；农民工青壮年（尤其以男性）居多，处于性活跃期；性观念相对开放，对多性伴、婚前性行为往往采取宽容的态度；文化生活相对单一；文化水平相对不高，对艾滋病相关知识的知晓率低；部分女性农民工因缺乏技能、文化水平不高，因生计而在服务行业就业；夫妻城乡两地分居的农民工，进城者脱离了原始的社会控制网络，原来的性行为容易发生变化，表现在多性伴侣和未婚者的婚前性行为两种现象。对于进城的农村女性来说，由于在体力上没有男性的优势，在工作选择上的余地太小，而一些适合他们的家政服务行业又常常是人满为患，这种明显的弱势地位就可能会让她们中的部份人铤而走险，使她们选择从事性服务这种带有高利润回报的职业。家境经济困难、受教育程度低和缺乏正式就业机会和能力，是农民工存在的一个十分普遍的特点。而且相当比例的农民工从业人员有着心理创伤经历，经历过爱情婚姻危机。若干少数民族群居于地理环境极为恶劣的边远地区，生产结构单一，经济发展极为缓慢。为了满足自身物质生活的基本需求，他们中的部份人很有可能加入到劳动成本低而利润极高的贩毒者行列中去。

在联合国艾滋病规划署和世界卫生组织等将“脆弱”理论引入艾滋防治工作框架以来，出现了一批针对“脆弱性”和“脆弱人群”的讨论和研究，由此至今，在人类健康、社会稳定、人权保障、国际安全和可持续发展等重要领域内，“降低脆弱性”、“关注脆弱人群”正作为一个应用广泛重要的国际理念，在国际、地区、国家和社区不同层面不同内容的工作中给人们以新的指导。

早在 2001 年 6 月 27 日中国政府在联合国第 26 届特别会议上签署的《艾滋病毒/艾滋病问题承诺宣言》[2]就已经几度提到了“脆弱人群”和“艾滋病脆弱性”。在国务院

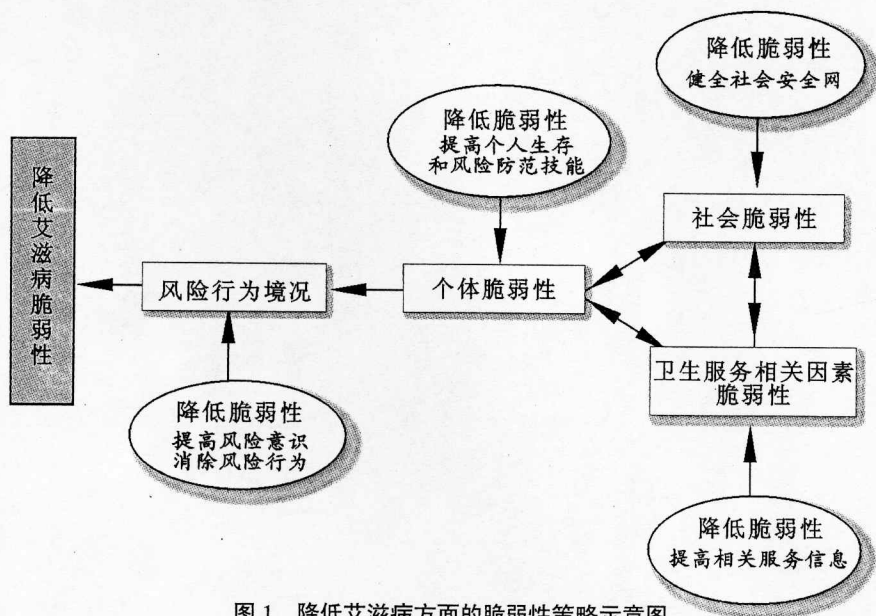


图 1 降低艾滋病方面的脆弱性策略示意图

防治艾滋病工作委员会办公室发布的《全国艾滋病防治宣传教育工作指导方案（2004—2008 年）》中更是直接指出必须“针对青少年、妇女、流动人口、高危行为人群和脆弱人群的特点，开展广泛的和深入细致的宣传教育工作”。而在全球范围，最早在联合国艾滋病规划署《1998—1999 年度预算与工作计划》提出的扩大艾滋病应对的理论中，“降低脆弱”就已经成为艾滋病预防新视角中一个重要的新策略。

艾滋病方面的脆弱性相关因素有：个人缺乏艾滋病风险防范意识；由于危险行为发生，使人们暴露于艾滋病病毒感染者由于不能获得足够的优质健康服务和社会服务得到适当的治疗/关怀和支持；影响个人获得资源的政治、经济、社会、文化等因素。

“降低应对艾滋病方面的脆弱性策略”，是指针对可能引发、加剧人们应对艾滋病方面的脆弱性，使之面临更大艾滋病感染风险的各种社会因素，采取适当措施，以减少人们在艾滋病感染风险中的暴露程度，或是提高他们在风险中应对艾滋病的能力，从而降低人们的艾滋病脆弱性。

“降低艾滋病脆弱性策略”通常应对影响艾滋病脆弱性的个人、服务和社会三个层面展开，包括政策制定、改善服务和能力培养等内容。通过对个人和群体的赋权，营造一个倡导安全和有防护措施行为的社会氛围，以此来增强人们对自己所面临风险的控制能力，进而大大降低艾滋病的流行与蔓延。

采取“降低应对艾滋病方面的脆弱性策略”体现的原则包括：关注脆弱人群，关注对其脆弱性产生影响的社会、经济以及文化方面的因素，以便有针对性地制定国家的战略规划并出台相应的政策法规；确保各种策略和干预措施之间协调且相互支持，各相关部门携手增强综合、协调的社会服务；基于“降低风险策略”实施中积累的优秀经验，在需要干预的地区因地制宜地倡导和加强有效干预等。

“降低应对艾滋病方面的脆弱性策略”的常用措施有：在最为脆弱的社区加强调整和完善政策法规及实施方案，倡导减轻对某些特定群体的歧视，尊重每一个人的包括健康权在内的基本权力；实现既定发展目标等方面的短期工作；在更广的范围内实施着眼于促进与权力、教育和就业相关的社会性别平等和减少贫困的长期计划等。

“降低应对艾滋病方面的脆弱性策略”在“工程”中的应用：加强宣传教育，提高农民工预防艾滋病知识的知晓率，增强艾滋病风险的防范意识和技能。根据农民工的需求，设计和组织宣传教育活动，增强农民参与“工程”活动的积极性和主动性。改善对农民工的医疗保健服务，提高他们获取相关服务信息的能力。建立和完善农民工社会支持网，当他们面临困难时能够得到支持与帮助。提高农民工的生活技能和综合能力，使他们能够采取正确的、恰当的行为，有效地处理日常生活中发生的事件或面临的各种挑战。

综上所述，农民工是现代化中国的重要建设者，但由于种种原因，他们同时又是面对艾滋病的脆弱群体，但不是高危人群。联合实施全国农民工预防艾滋病宣传教育工程，亟需政策引导、多部门关注和全社会参与，特别是农民工自身及其家庭和社区的参与和能力的增强。

三、联合实施全国农民工预防艾滋病宣传教育工程所面临的复杂性

如前所述，联合实施全国农民工预防艾滋病宣传教育工程是一项意义深远的社会系统工程，涉及面广，政策性强，决定了它同时又是一项复杂的社会行动。由于存在诸多政策方面以及宏观和微观环境的影响因素，再加上社会误解的以及农民工本身的诸多特点，对农民工防艾宣传工程面临不可小视的复杂性。主要原因如下。

1、影响艾滋病传播因素的多样性决定了工程的复杂性

艾滋病的传播受生物因素、个体行为因素和复杂的社会因素影响，这决定的预防艾滋病必须采取综合措施，单纯的生物医学措施难以全面遏制艾滋病的蔓延和流行。不论采取行为干预，还是提供社会支持，都需要有多部门的合作，需要多学科研究的支持。

2、农民工亚群体间的巨大差异性决定了工程的复杂性

不同个体和群体之间存在差异、各具特征，艾滋病方面的脆弱性方面，个人和群体相对于另一些个人和群体往往更显脆弱。总体看来，农民工群体具有共同社会经济特征，但稍加分析，我们就能看到，就艾滋病方面的脆弱性而言，农民工群体中也存在具有差异的亚群体。他们因工作受教育水平、个人技能、工作生活环境生活方式、权力意识与权力主张能力，获取信息和服务的能力等，存在着不同的艾滋病暴露风险，如未婚农民工的多性伴，娱乐服务业的性交易、劳动者性别单一的工作环境等等。对待不同的亚群体宣传教育的策略是不相同的，应当采取不同方式和途径。

3、社会误解增加了工程的复杂性