



村社力量 与 农村基层卫生服务

治理模式研究

李爽 著



人民
卫生
出版社

村社力量 与 农村基层卫生服务

治理模式研究

李爽 著



人
民
出
版
社

图书在版编目(CIP)数据

村社力量与农村基层卫生服务治理模式研究 / 李爽 著. —
北京: 人民出版社, 2014. 7

ISBN 978-7-01-013341-6

I. ①村… II. ①李… III. ①农村-医疗保健事业-卫生
服务-服务模式-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 055126 号

村社力量与农村基层卫生服务治理模式研究

CUNSHI LILIANG YU NONGCUN JICENG WEISHENG

FUWU ZHILI MOSHI YANJIU

李 爽 著

责任编辑:李 冰

出版发行:人民出版社

地 址:北京市东城区隆福寺街 99 号

邮 编:100706

邮购电话:(010)65250042/65289539

印 刷:北京新魏印刷厂

经 销:新华书店

版 次:2014 年 7 月第 1 版 2014 年 7 月北京第 1 次印刷

开 本:880 毫米×1230 毫米 1/32

印 张:8.375

字 数:170 千字

书 号:ISBN 978-7-01-013341-6

定 价:26.00 元

著作权所有 侵权必究

（作者简介）

李爽，女，1977年7月生，山东省莱西市人。管理学博士。山东财经大学副教授。研究领域：农业经济、农村政策、会计学。曾在《管理世界》、《价格理论与实践》等杂志发表论文多篇，主持省级课题2项，参与国家级课题2项和省级课题3项。

目 录

导 论	1
第一章 我国农村基层卫生服务治理模式的历史 变迁	38
第一节 1949 年至 1978 年的农村卫生服务治理模 式:政府主导,村社约束	39
第二节 1979 年至 2002 年的农村卫生服务治理模 式:市场金钱激励	51
第三节 2002 年至今的农村卫生服务治理模式:呼唤 “村社力量”	59
第二章 卫生行政部门主导的“去村社化” 改革——基于北京市农村的考察	66
第一节 政策排斥致村级卫生人员后继无人	69
第二节 收支两条线对体制内机构和人员的影响	85

第三节	方便不及村医、技术不及县医院的乡镇卫生院	99
第四节	疾病模式转型对传统医疗模式的挑战	115
第五节	亟待干预的不健康行为	127

第三章 实证模型：村社力量与服务行为、健康

	福祉	131
第一节	分析框架	131
第二节	数据来源及变量定义	136
第三节	基层卫生服务、健康状况与幸福感	140
第四节	村社力量	142
第五节	估计方法及估计结果	149

第四章 村社力量作用其间的农村基层卫生服务

	治理模式	155
第一节	农村基层卫生服务治理目标模式	156
第二节	“村社力量”在农村基层卫生服务治理机制中的独特作用	159
第三节	“村社力量”发挥作用的具体途径	165
第四节	“村社力量”发挥作用的现实和潜在障碍	176
第五节	“村社力量”发挥作用所要求的外部环境和支持性配套制度	178

第六节 台湾与上海案例：“逼近”理想模式	180
附录 1 1995—2008 年中国卫生总费用构成中政府 与私人支出比重消长轨迹分析	190
附录 2 乡镇卫生服务人员的不利境地	207
附录 3 基于一般统计数据的分析：村社力量与农 村基层卫生事业紧密相关	211
附录 4 北京家庭健康与就业问题调查问卷	221
参考文献	238
致 谢	250

表 目 录

表 0-1	2009 年中北京市 7 区县 24 调研村一览	17
表 0-2	2002—2008 年北京市乡村卫生机构样本一览	19
表 1-1	1990—2008 年中国城乡人均卫生费用及卫生 总费用 GDP 占比	61
表 2-1	2006 年北京市注册乡村医生性别和年龄	71
表 2-2	2004—2008 年北京市新农合运行情况	72
表 2-3	2006 年底北京市 13 个涉农区县基层卫生资源 基本情况	76
表 2-4	2002—2008 年北京市村卫生室卫生人员规模 分布	77
表 2-5	北京市达到“两个全覆盖”需新增村级卫生人 员数	78
表 2-6	2002—2008 年北京市村卫生室的收入水平及 来源	81

表 2-7	2002—2008 年北京市获得补贴的村卫生室占比·····	82
表 2-8	2002—2008 年北京市获得补贴的村卫生室数和补贴额·····	83
表 2-9	2007 年以来北京市社区卫生服务政策概要·····	86
表 2-10	2002—2008 年北京市乡镇卫生院总收入中财政投入和上级补助占比·····	89
表 2-11	2002—2008 年北京市乡镇卫生院实有病床使用率和周转率·····	93
表 2-12	2004—2008 年北京市各类卫生服务机构病床使用率·····	94
表 2-13	艾滋病传播途径知晓率·····	96
表 2-14	15 岁及以上人口健康知识来源·····	97
表 2-15	孕产妇住院分娩率、产前检查率和产前检查地点构成·····	98
表 2-16	孕妇产后访视率和访视次数·····	98
表 2-17	两周患病首诊机构选择原因·····	100
表 2-18	大病门诊就诊机构选择原因·····	100
表 2-19	大病住院就诊机构选择原因·····	101
表 2-20	您对就诊单位最不满意的是什么·····	101
表 2-21	2008 年北京市乡镇级卫生机构在岗人员数·····	103
表 2-22	2008 年北京市乡镇级卫生机构编制内卫生技术人员职称和学历状况·····	104

表 2-23	2008 年北京市乡镇级卫生机构现有编制内卫生技术人员的执业资质状况	104
表 2-24	两周患病首诊机构分布	106
表 2-25	疾病的自感严重程度与医疗机构选择	107
表 2-26	住院地点构成	108
表 2-27	住院原因构成	108
表 2-28	孕产妇产前检查率和产前检查地点构成	109
表 2-29	按村到医院、最近的车站码头的距离分布	111
表 2-30	最近医疗单位距离构成	112
表 2-31	去医疗点花费时间构成	113
表 2-32	看病平均占用的时间	113
表 2-33	门诊等候时间及就诊路途花费时间构成	114
表 2-34	2004—2008 年北京市人口平均期望寿命	115
表 2-35	两周患病发生时间及自感严重程度	119
表 2-36	两周患病疾病系统构成	120
表 2-37	调查人口慢性病患者率	121
表 2-38	慢性病疾病系统构成	122
表 2-39	北京与上海的医疗支出与现金收入和生活消费支出的关系	124
表 2-40	住院平均支出	125
表 2-41	医疗费用是否超过家庭的支付能力	126

表 2-42	致贫原因构成	126
表 2-43	15 岁及以上调查对象不同性别吸烟率	128
表 2-44	15 岁及以上调查对象平均每天吸烟量以及戒烟率	129
表 2-45	参加体育锻炼率以及锻炼类型构成	130
表 2-46	调查地区不锻炼原因构成	130
表 3-1	变量分类及定义	138
表 3-2	对本村医疗点服务满意度	141
表 3-3	基层卫生服务满意度、健康状况与幸福感	142
表 3-4	您家与亲戚邻居经常有下列互相帮忙的情况吗?	143
表 3-5	您觉得本村内不同村民小组(家族)之间的关系融洽吗?	144
表 3-6	集体支农服务帮助大不大?	145
表 3-7	您认为本村干部会帮助老百姓致富/说话/协调村民间的利益吗?	146
表 3-8	“亲戚朋友就可信,其他人就不可信”,您同意不同意这种看法?	147
表 3-9	您认为宗教重要吗?	148
表 3-10	您家收入在村里处于什么水平或与五年前相比现在的生活状况?	149
表 3-11	估计结果	150

表 4-1	传统卫生保险和以病人为中心的初级保健之间的差异	173
表 4-2	台湾地区 2002—2009 年全民健保补偿额在各级医疗机构的分布	181
表 4-3	上海金山新农合住院门诊补偿人次金额在不同医疗机构分布	186
附表 1	1995 年和 2006 年不同收入水平的 174 个国家卫生总费用中私人占比	190
附表 2	1995—2008 年我国卫生总费用中公私占比	203
附表 3	2006 年全国县域科技工作者调查卫生技术人员状况县乡对比	207
附表 4	人均筹资额与政府、市场和村社力量相关分析 (1)	213
附表 5	人均筹资额与政府、市场和村社力量相关分析 (2)	216

图 目 录

图 0-1	1995—2008 年中国政府卫生投入“高一低—高”变动轨迹	3
图 0-2	中国 1995—2008 年随人均 GNI 增长卫生总费用中私人占比“低—高一低”变动轨迹	4
图 0-3	1995 年 174 个国家卫生总费用中私人占比与人均 GNI 的匹配	5
图 0-4	2006 年 174 个国家卫生总费用中私人占比与人均 GNI 的匹配	6
图 0-5	举国体制下卫生公共投入猛增：1995—2001—2006—2008 年轨迹	7
图 0-6	本书研究的技术路线	15
图 0-7	医疗卫生服务的长线 with 短线制衡链	30
图 0-8	本书框架	37
图 2-1	2004—2009 年北京市各级医疗机构新农合住院补偿支出结构	74

图 2-2	2002—2008 年北京市获得补贴的村卫生室 占比	82
图 2-3	2008 年全国各省区市每千农业人口乡村卫生 人员数	90
图 2-4	2008 年全国各省区市乡镇卫生院效率	92
图 2-5	中国城乡、北京农村与 OECD 国家医疗机构效 率比较	95
图 2-6	自感不适者的就诊流向	106
图 2-7	村到最近医院或车站的距离分布	111
图 2-8	到不同级别医院看病的平均时间	114
图 2-9	北京市居民的预期寿命	116
图 2-10	1978 年、2008 年北京市农村居民前八位死因 构成	117
图 2-11	2008 年北京市农村居民前八位死亡病因 构成	118
图 2-12	医疗支出及其占比	124
图 3-1	从医疗保健到人类幸福	133
图 3-2	基层卫生服务满意度、健康状况与幸福感交叉 图示	142
图 4-1	浦东新区川沙新镇华路中心村卫生室基层动员 模式	172
图 4-2	2008 年北京和上海新农合与台湾全民健保门 诊与住院补偿结构比较	188

附图 1	1995 年 174 个国家卫生总费用中私人占比与人均 GDP	199
附图 2	2006 年 174 个国家卫生总费用中私人占比与人均 GDP	200
附图 3	1995 年和 2006 年拟合线的变化	202
附图 4	中国不同年份相关数据的变化	205
附图 5	1995—2008 年我国卫生总费用中私人占比与人均 GDP 变化情况	206

导 论

第一节 问题的提出

以人为本为核心、统筹城乡为重要内容的科学发展观,作为治国理政的重大战略思想,自中共十六大、经中共十七大,已经确立。农村基层卫生服务和农民基本医疗保障,作为重要的“民生工程”,其“公益性”已被广为接受。

人们已经不再纠缠于“承认不承认卫生服务的公益性”,“要不要增加卫生公共投入”,以“举国体制”见长的中国,正以前所未有、世所未见的力度,迅速增加对卫生的公共投入。

图 0-1 至图 0-5 显现,表征政府投入力度的指标——“广义政府卫生支出占卫生总费用的比重”迅速上升,2008 年达到 52%,相比因过分商业化偏向达到“谷底”的 2001 年的 35%,7 年间增加了 17 个百分点;比开始这一过程的 1995 年的 50%,还高了 2 个百分点。

以 1995 年和 2006 年(可得数据最近年份)两年全球 174 个国家的“人均国民总收入(GNI,购买力平价美元)—卫生总费用私人

占比”拟合曲线判断,2001 年的中国与美国一样,坐标点高悬拟合曲线上方,表明相比客观经济发展水平(以人均 GNI 表征),政府卫生公共支出不足;而到了 2008 年,中国已经回到 1995 年曾经的“正常”状态,政府卫生公共支出与经济发展水平相匹配。^①

具体来说,我国 2001 年实际人均国民总收入为 2570 美元,按照 2006 年的回归曲线,我国理论上私人卫生支出占比应当为 48.7%,而实际却高达 64%,高出理论水平 15.3 个百分点;与实际 64%的私人卫生支出占比相匹配的人均国民总收入,理论上只应该 120 美元!而到了 2008 年,我国人均国民总收入与私人卫生支出占比的匹配已经回复到了理论水平。

在新增的巨额卫生公共投入中,相当部分被用于农村和基层。以最近的 2009 年为例,政府对县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心基础设施的投入,一年超过了过去 30 年投入的总和。^②

上述变动轨迹,充分显现了卫生事业过分商业化偏向被迅速扭转,政府主导卫生事业已无悬念。

随之而来,急迫需要解决的问题是:如何提高卫生公共资源的有效性;如何避免重蹈“公共”体系中,卫生服务机构/人员、医药

① 1995—2006 年卫生数据来自世界卫生组织(WHO)网站统计信息系统:<http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=%5bLocation%5d.Members>;中国 2007 年数据来自《中国卫生统计年鉴 2009》电子版表 4-1-1;2008 年数据来自卫生部网站《2009 年我国卫生事业发展情况简报》, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/201001/45652.htm>;人均 GNI 的发展阶段比照见“2007 年世界发展指标”,载世界银行:《2009 年世界发展报告:重塑世界经济地理》,清华大学出版社 2009 年版,第 353 页。

② 卫生部部长陈竺就保障和改善民生问题在十一届全国人大三次会议答记者问,中国政府网:http://www.gov.cn/2010lh/govzhibo_20100308b.htm。