

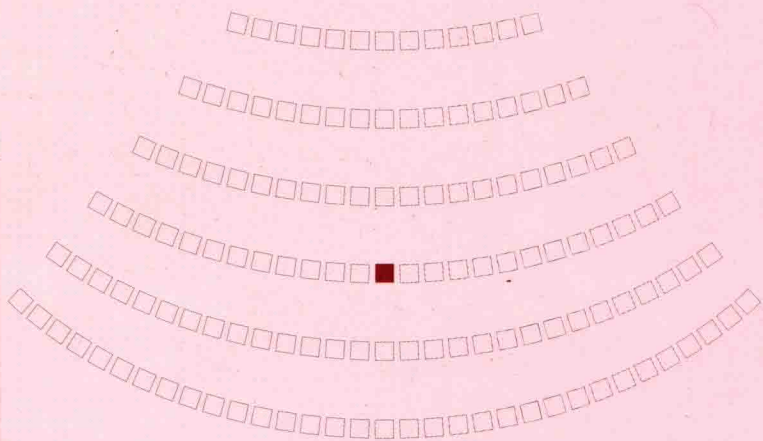
LIEXIZHE DE SHENGYIN

NONGCUN YILIAO WEISHENG ZHENGCE
CANYU ZHUTI XINGWEI FENXI

列席者的声音

农村医疗卫生政策
参与主体行为分析

李 洁◎著



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

非外借

LIEXIZHE DE SHENGYIN
NONGCUN YILIAO WEISHENG ZHENGCE
CANYU ZHUTI XINGWEI FENXI

列席者的声音

农村医疗卫生政策
参与主体行为分析

李 洁◎著



中国医学出版社

全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

列席者的声音：农村医疗卫生政策参与主体行为分析/李洁著. —北京：知识出版社，2017. 8

ISBN 978 - 7 - 5130 - 5048 - 7

I. ①列… II. ①李… III. ①农村—医疗保健制度—研究—中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 182991 号

内容提要

本书以新医改为研究背景，选择山东省 H 市 J 县 T 镇卫生院作为调研地点，分析新医改中与乡镇卫生院相关的政策对乡镇卫生院提供医疗卫生服务行为的影响以及镇卫生院的政策的回应性行为，同时分析基层政府和参保居民在政策规制下的行为向，进而探讨乡村医疗卫生服务提供的现状、存在问题及原因。

责任编辑：龚 卫

责任校对：谷 洋

装帧设计：SUN 工作室 韩建文

责任出版：刘译文

列席者的声音

——农村医疗卫生政策参与主体行为分析

李 洁 著

出版发行：知识产权出版社有限责任公司	网 址： http://www.ipph.cn
社 址：北京市海淀区气象路 50 号院	邮 编：100081
责编电话：010 - 82000860 转 8120	责编邮箱： gongwei@cnipr.com
发行电话：010 - 82000860 转 8101/8102	发行传真：010 - 82000893/82005070/82000270
印 刷：北京科信印刷有限公司	经 销：各大网上书店、新华书店及相关专业书店
开 本：880mm × 1230mm 1/32	印 张：7.5
版 次：2017 年 8 月第 1 版	印 次：2017 年 8 月第 1 次印刷
字 数：165 千字	定 价：30.00 元

ISBN 978-7-5130-5048-7

出版版权专有 侵权必究

如有印装质量问题，本社负责调换。

前 言

长期以来由于我国经济社会发展的城乡二元结构体制，国家在公共卫生领域的财政投入不足，城乡医疗卫生资源分配不合理，有限的医疗卫生资源基本都集中于城市，导致农村卫生事业发展滞后，加之农村社会保障制度严重缺失，农村医疗卫生服务远远不能满足农民的医疗需求。为改善农村地区的医疗卫生服务，2003 年卫生部等部门联合颁发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，开始在部分农村地区开展新型农村合作医疗制度的试点工作。2009 年，中共中央、国务院下发了《关于深化医药卫生体制改革的意见》，在全国开展新一轮医药卫生体制改革。尽管政府在农村医疗卫生机构设置上通过政策和财政上予以极大重视，力图将基层社区乡镇医院、诊所、卫生站打造成非营利性单位和“公共品”，但这种表面上公益性的回归实际上并没有完全满足农民的医疗卫生服务需求，农村医疗卫生服务提供仍然存在问题，农村医疗卫生政策没有真正实现其目标。农村医疗卫生政策的出台无疑是力求实现为农民提供基本医疗卫生服务的公益性目标，但这种公益性目标在政策实际执行过程中并没有

得到完全实现。

安东尼·吉登斯（Anthony Giddens）在其结构化理论中探究了个人的社会行动及其能动性与社会结构之间的关系。吉登斯将“结构”理解为不断地卷入社会系统再生产过程中的规则与资源。结构具有二重性，即社会结构不但对人的行动具有制约性，同时也是行动得以进行的前提和中介，它使行动成为可能；行动者的行动既维持结构，又改变结构。结构并非是人行动的外在之物，而是人们在行动时可以利用的“规则”和“资源”。规则是指行为的规范，它可以为行动者提供相关的方法论与技术，被行动者策略地利用；资源分为权威性资源和配置性资源，行动者在利用资源就等于拥有了改变他人行为的权力，从而行动者具有了改变社会结构的能力。吉登斯的结构化理论阐释启发笔者，农村医疗卫生政策的执行使得政策参与主体产生了相应的行为取向，并形成复杂互动关系，从而影响农村医疗卫生服务的提供和利用，并进而影响整个农村医疗卫生政策的执行情况。因此，本书尝试将制度分析与行为分析相结合，既考察农村医疗卫生政策对目标群体行为的规制，又考察目标群体的行为反过来对农村医疗卫生政策和制度的影响，从而进一步增强政策的导向性，改善农村医疗卫生服务提供的质量。

具体而言，本书将以“新医改”为研究背景（时间轴线），选择山东省H市J县T镇卫生院作为调研地点（空间轴线），着重分析“新医改”中与乡镇卫生院相关的政策对乡镇卫生院提供医疗卫生服务行为的影响以及乡镇卫生院的政策的回应性行

为，并同时分析基层政府和参保居民在政策规制下的行为取向以及这种行为取向对农村医疗卫生服务提供的影响，由此探讨乡村医疗卫生服务提供的现状、存在问题及原因，并从而论证以下内容。农村医疗卫生政策的出台和执行对政策参与主体的行为产生影响，农村医疗卫生政策一方面成为政策参与主体可以利用的资源之一，另一方面也规制了政策参与主体的行为；政策参与主体出于自身的利益取向做出的行为反作用于农村医疗卫生政策，这些行为的目标与政策目标存在一定程度的偏离，从而影响了农村医疗卫生政策的执行效果；农村医疗卫生服务的提供并不单纯取决于提供者即乡镇卫生院的行为，而是同时受到另外两个参与主体即政府和农村患者行为的影响，三方的互动共同影响了农村医疗卫生服务的提供和农村医疗卫生政策的执行。因此，农村医疗卫生政策参与主体的行为目标和政策的宏观目标之间存在差异，是农村医疗卫生政策的政策目标没有得到充分实现的原因，要进一步实现政策目标，政策在制定和执行过程中需要加强对政策参与主体行为的引导。

目 录

第一章 从缺席到出席——新医改下农村医疗卫生政策的出台与执行 11

- 一、缺席——农村医疗卫生政策的相对缺失 12
 - (一) 农村医疗卫生服务整体不足 12
 - (二) 农村医疗卫生服务相对不足 14
- 二、出席——新医改下的农村医疗卫生政策 17
 - (一) 新医改下农村医疗卫生政策的出台 17
 - (二) 新医改下农村医疗卫生服务现状及问题 119
- 三、时空、结构及行为——本书研究视角 121
 - (一) 时空性与农村医疗卫生政策参与主体 122
 - (二) 制度结构与农村医疗卫生政策参与主体 126
- 四、“席”——一个基于具象概念的写作结构 129
 - (一) “席”——基于农村医疗卫生政策参与主体的具象概念 129
 - (二) 研究目的、研究框架 130
 - (三) 研究对象及研究方法 134

第二章 列席者——农村医疗卫生政策及其参与主体 141

一、“布席”与“列席”——政策及政策参与主体 142

(一) 医疗卫生政策 142

(二) 医疗卫生政策参与主体 145

二、列席者的行为取向：政策参与主体的行为目标 148

(一) 列席者一——政府 150

(二) 列席者二——医疗卫生服务机构 153

(三) 列席者三——患者 155

第三章 列席空间——新医改背景下的乡镇卫生院 157

一、T镇卫生院的运行概况 159

(一) 人事及工资制度 160

(二) 收入及支出情况 162

二、T镇卫生院的主要功能 165

(一) 提供基本医疗 165

(二) 承担公共卫生服务 166

(三) 管理村级卫生室 169

三、T镇卫生院运行中的问题 170

(一) 卫生院运营经费不足 170

(二) 医务人员力量薄弱 175

第四章 列席行为之——卫生院的医疗卫生服务行为策略 181

一、分流病患 182

(一) 应对药品零差价 182

(二) 应对总额预付制 / 88

(三) 应对政策复杂性 / 91

(四) 应对医患关系 / 93

二、基层医务人员工作积极性降低 / 98

(一) 医疗卫生服务态度 / 99

(二) 医疗卫生服务态度降低 / 102

(三) 医务人员工作积极性降低 / 106

三、小结：乡镇卫生院的行为 / 111

第五章 列席行为之——政府及相关部门的行为 / 115

一、制定本地具体执行的政策 / 116

(一) 对政策的“变通”和“通变” / 116

(二) 应对政策“内输入”的策略 / 123

二、对乡镇卫生院绩效考核 / 127

(一) 县卫生局对乡镇卫生院的考核 / 127

(二) 县卫生局与县人社局的管理之争 / 131

三、提供政策执行资源 / 135

(一) 政策执行资源 / 135

(二) 县政府卫生投入状况 / 138

四、小结：基层政府及医保部门的行为 / 143

第六章 列席行为之——参保居民的行为策略 / 145

一、参保居民的医疗卫生政策满意度 / 146

(一) 对医疗卫生政策的满意 / 148

- (二) 对医疗卫生政策的不满 /152
- 二、参保居民的医疗卫生服务满意度 /158
 - (一) 硬件设施满意度 /159
 - (二) 医务人员服务满意度 /160
- 三、参保居民的规避政策行为 /163
 - (一) 规避政策原因 /163
 - (二) 规避政策表现 /168
- 四、小结：参保居民的行为 /172

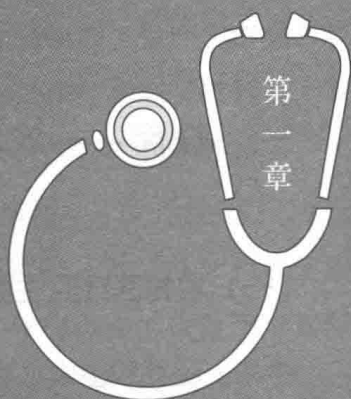
第七章 席间交错——政府、医院及参保居民的行为互动 /175

- 一、政府、医院及参保居民的互动 /176
 - (一) 政府与医院 /177
 - (二) 政府与参保居民 /178
 - (三) 医院与参保居民 /180
- 二、政府、医院及参保居民的实际互动 /181
 - (一) 政府与医院及参保居民 /181
 - (二) 医院与政府及参保居民 /184
 - (三) 参保居民与政府及医院 /187
- 三、小结：政府、医院及参保居民互动的问题 /189

第八章 改席——引导农村医疗卫生政策参与主体的行为 /191

- 一、明确政府责任 /193

(一) 优化制度环境	1193
(二) 增加政策制定科学性	1194
(三) 确保政策执行资源	1196
(四) 约束逐利行为	1198
二、确保医疗卫生政策执行	1198
(一) 提升综合素质	1199
(二) 培育人力资源	1200
(三) 改进考核机制	1201
三、提高政策回应性和参与性	1202
(一) 尊重公民的知情权	1203
(二) 培育公民的参与意识	1204
(三) 鼓励农民的“自我约束”	1206
结 语	1208
参考文献	1212



从缺席到出席 ——新医改下农村医疗卫生政策的出台与执行

我们无法孤立的研究医疗体制。它是社会文明的一个部分，它与社会的整体结构紧密相连，不可分割。

(沃尔顿·H. 汉密尔顿)

一、缺席——农村医疗卫生政策的相对缺失

（一）农村医疗卫生服务整体不足

中华人民共和国成立后，对于农村医疗卫生服务的提供，政府并非是完全的缺席状态，与之相反，事实上中央政府早在1950年8月召开的第一届全国卫生工作会议上就已经确定了医疗卫生工作方针。其中第1条内容就是“面向工农兵”，这一极具政治目标导向的方针同时发挥了实际指引作用。截至1952年底，全国县级卫生机构从1949年的1400余所增加至2123所，分布于全国约90%以上的地区。在当时的时代背景下，鼓励个体中西医组建联合诊所为农民提供医疗服务是政府在基层农村的主要卫生策略。但直到1955年前，中国农村基本上实行的仍然是自费医疗制度，在医疗卫生筹资方面也没有明显变化，也正是基于这种费用收支的现实状况和农民的实际支付能力，通过“合作”发展农村医疗卫生服务理念由此开始萌芽。此后，1955年席卷中国农村的合作化高潮对提供医疗卫生服务的农村基层卫生组织的发展产生了极大促进，在其后短短两三年的时间里，全国5万多个乡镇都设立了联合诊所或区卫生所，多数农业合作社也

都设有卫生室（站）、配备有不脱产的卫生员、接生员，从而提出“农村卫生工作网”的概念及具体实践奠定了基础。而且更重要的是，农业合作化成为合作医疗的催化剂。生产、资金、农具、技术上的互助合作启发农民把互助合作扩大到医疗领域，可以说，没有农业合作化运动就不会有农村的合作医疗运动。

农村合作医疗在将近 50 年的发展历程中，先后经历了 20 世纪 40 年代的萌芽阶段、50 年代的初创阶段、60 ~ 70 年代的发展与鼎盛阶段、80 年代的解体阶段和 90 年代以来的恢复和发展阶段，作为由我国农民自己创造的互助共济的医疗保障制度，其在保障农民获得基本卫生服务、缓解农民因病致贫和因病返贫方面发挥了重要的作用，为世界各国，特别是发展中国家所普遍存在的问题提供了一个范本。这不仅在国内受到农民的欢迎，成为中央政府执政合法性的重要的群众基础之一，而且在国际上得到广泛好评，其成本及收益受到肯定。1974 年 5 月在第 27 届世界卫生大会上，第三世界国家对农村合作医疗表现出普遍的热情关注和极大兴趣，联合国妇女儿童基金会也在 1980 ~ 1981 年年报中指出，中国的“赤脚医生”制度在落后的农村地区提供了初级护理，为不发达国家提高医疗卫生水平提供了样本，世界银行和世界卫生组织更是把农村合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

然而，自 70 年代末到 80 年代初，由于农村合作社体制的逐步解体，随着农村内的“工分制”瓦解，赤脚医生无法通过从事医疗活动来换取工分进而获得粮食等其他生活资料，基本上完

全丧失了外出行医的动力，以及由于合作社的瓦解无法再为村内卫生所的正常运行提供资金来源，村内的公共卫生机构无法继续支撑而瓦解。与此同时，适应市场经济体制和社会化的农村医疗卫生服务体系并没有建立起来，农村的公共医疗卫生机制基本上呈现着真空的状态，农村医疗卫生服务提供严重不足。

（二）农村医疗卫生服务相对不足

农村医疗卫生服务不足表现在多个具体的方面，如医疗卫生政策制度建设不足、医疗卫生服务资源匮乏、医疗卫生服务设施落后、医疗卫生服务人才缺乏等，然而，所有这些具体的可以量化的因素其实都可以从医疗卫生服务政策参与主体的主观意愿上寻求解释，即保障主体（政府）的缺位和被保障主体（农民）的缺失。

第一，农村农民医疗保障乃至整个社会保障意识的缺乏和权利的缺失。在新中国成立最初阶段的社会保障制度建设中，即是以城镇职工的社会保障制度建设为起始点的，其制度建设的理念依据即是“农民有土地保障，工人有劳保保障”。可以说，无论是农民自身还是社会其他成员，都习惯于认为农民依赖于土地，从土地中获得自己所需要的任何形式的保障都是理所应当的，并且是有可能性而为之的。这种“农民有土地”的意识根深蒂固，使得为农村建立社会保障制度几乎没有理论和现实根据，农村的社会保障几近空白。在家庭联产承包制实行以前，农民还能从原有的以社队为基础的集体经济制度中得到一些集体保障，如“五

保户”、合作医疗等，而随着人民公社体制的解体以及原有的集体保障基本消亡，农民本来就较少的保障也产生了存在危机，全国95%的农村也已没有合作医疗。并且，尽管农民热爱甚至膜拜土地，土地是农民的“衣食父母”，是农民的主要生产资料，拥有土地就是拥有安全与自由的希望，但随着工业化的发展、农民支付结构的变化，土地作为唯一生产资料的地位在下降。农村社区保障的发展、集体企业和村级经济组织实力的增强，为社区农民提供了相应的保障，也促使农民产生了放弃土地的倾向；工业化、城镇化的推演必将导致耕地减少，从而将使部分农民永久失去土地而彻底失去土地保障。从总体上看，随着农村剩余劳动力非农化就业的深化，当农民收入提高到这样的程度，以至土地收益在其总收益中所占比重下降到微不足道的地步时，将使部分进城农民自愿放弃承包地。因此，无论是在农民主观意愿上还是宏观社会政治经济条件的发展变化上，单纯的依赖于土地解决农民的社会保障问题已经不具有科学性。

第二，国家在发展策略选择上重城市轻乡村，长期的城乡二元结构导致农村、农民社会保障、医疗保障的缺失。在去革命化、进行工业化建设的最初阶段，大部分发展中国家都选择倾向于城市和资本的政策策略，使得农村和农民处于政治上的边缘化状态，进而使得农村农民的福利也处于相对被轻视的地位。政治家往往对城市和农村采取了不同的政治策略，失去城市选民的支持会付出较大的政治成本，引起社会动荡的风险较大；而相反，得到农民的支持的政治收益和经济收益则相对较低。因此，政治

家往往会“舍农村，取城市”^①，我国长期的城乡二元结构可以说是国家政策这一偏向的具体表现。自1954年刘易斯提出“城乡二元结构”的理论后，结合我国现实国情和发展路径，关于我国城乡二元结构的研究大量涌现，尽管在具体的定义以及生成机理的表述上有所差异，但是，对于何谓城乡二元结构及其所具有的基本特征已经形成共识，即指以社会化生产为主要特点的城市经济和以小农生产为主要特点的农村经济并存的经济结构。具体则表现为：城市经济以现代化的大工业生产为主，而农村经济以典型的小农经济为主；城市的道路、通信、卫生和教育等基础设施发达，而农村的基础设施落后；城市的人均消费水平远远高于农村；相对于城市，农村人口众多等。在城乡二元结构生成问题方面，林毅夫认为我国城乡二元结构的生成与新中国成立初期国家的“重工业优先发展战略”政策有重大关联，重工业的资金密集型产业特点，本身不会产生众多就业机会，无法吸收农村劳动力到城市就业，倒逼国家采取干预政策，导致城乡二元结构的形成。^② 孙立平则认为，城乡二元结构的引发有“行政主导型的二元结构”与“市场主导型的二元结构”两种，行政型的城乡二元结构与市场型的城乡二元结构共同导致城乡二元结构生成。^③ 因此，中国城乡二元结构内容的特殊性在于它不仅局限于

① 贝茨. 市场与国家：发展经济政治学 [M]. 北京：国际文化出版公司，2002：110.

② 林毅夫. 中国的城市发展与农村现代化 [J]. 北京大学学报：哲学社会科学版，2002（4）：12-15.

③ 孙立平. 转型与断裂 [M]. 北京：清华大学出版社，2004：114-115.