

# 农村社会健康治理的思路

杨 团\*

中国社会科学院社会政策研究中心 北京 100732

**【摘要】**本文尝试从农村社会健康治理的目的、结构、机制和人才等几个要项提出相关思路,以推进农民健康水平的提高。为实现农村地域全民健康,健康治理结构必须统筹兼顾农民和农民工、公共卫生服务、初级卫生保健和医疗保障、中西部以及欠发达的农村地区。

**【关键词】**健康治理;结构;初级卫生保健

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)03-0015-07

## Thoughts on healthcare governance in China's rural society

YANG Tuan

The Social Policy Research Center, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

**【Abstract】**This paper tries to present several thoughts about rural healthcare governance concerning the objective, structure, mechanism and human resource in order to promote health status in rural China. To realize health for all in rural areas, overall plan must be made to take several issues into account, such as farmers and mobile workers, primary health care and health security, western areas and underdevelopment areas.

**【Key words】**Healthcare governance, Structure, Primary health care

为了实现城乡居民公平享有卫生保健服务,本文尝试提出农村社会健康治理的思路。本文所言的农村健康治理,是指农村各级政府、各类组织和农村居民为了最大限度地增加共同的健康利益而进行的协商与合作。其核心内容是建立、健全和发展维护农村居民健康的生活环境、生活方式与卫生服务,促进健康经济,形成发展、福利、平等和人权的农村健康社会秩序,包括处理农村健康问题的规则和制度。如同皮埃尔·卡蓝默先生所言<sup>[1]</sup>,治理体制是随生产的财富和服务的类型而变化的。医疗卫生作为社会服务行业,有着本行业共同财富的合作生产方式,而农村卫生其实就是农村的地域环境与医疗卫生业的集合,从而也带有自己的特征。这是探索适应农村社会健康治理体制的依据。下面仅就农村社会健康治理体制的目的、结构、机制和人才等几个要项进行初步探索。

### 1 农村社会健康治理的目的

农村社会健康治理的目的是在农村地域实现全

民健康社会。

所谓全民健康社会,指的是健康为社会全体公民所共同创造、共同享用的社会。它主要是由覆盖全民的基本医疗卫生体系、可持续发展的全民健康经济和广泛普及的全民健康文化三大体系所构成的。<sup>[2]</sup>

在当代,全民健康社会大多建立在市场经济体制上,也是民众自组织的公民健康网络社会。在这样的公民社会中,民众不仅视健康为自己的社会权利,而且视健康为一种自由,可以扩展自己能力的一种自由。<sup>[3]</sup>这种自由需要更多地通过健康教育和健康促进活动,认识自己和认识环境来主动获取,而不是主要通过治疗疾病来增进自己的能力。

据世界卫生组织研究的结果,在影响个人健康和寿命的四大因素中,生物学遗传因素占 15%,环境因素占 17%,卫生服务占 8%,生活方式与行为占 60%。

这项研究与人类对于健康的理解和测度有关。早期的健康定义意味着“没有疾病”,认为疾病与健康界限清晰,这是因为烈性传染病与感染性疾病肆虐。

\* 作者简介:杨团,女,研究员,博士生导师,中国社会科学院政策研究中心副主任,主要研究方向为社会政策,E-mail:yangtuan@cass.org.cn。

随着医学的发展,人类对于烈性传染病与感染性疾病找到了有效的控制方式,慢性病占主导地位了,健康与疾病的界限不再清晰。健康的测度也越来越关注期望寿命、健康寿命年、幸福感、生活满意度等指标。<sup>[2]</sup>

依照人类对健康的理解和测度,医疗卫生服务对于健康的贡献并不是决定性因素。在解决了温饱问题之后,对健康影响最大的因素是每个人的生活方式。它可以解释 60% 的健康差异,环境和遗传等因素的影响次之,这两者对健康的贡献率为 30% 左右,最后才是医疗卫生服务。可见,盲目的加大医疗服务投资,忽略对于人本身的健康意识、健康行为的推动和对环境<sup>①</sup>的改进,在推进人类健康的道路上无异于南辕北辙。

近年来,世界卫生组织明确提出工作指导原则要从以疾病为中心转向以健康为中心。1992 年的维多利亚宣言更是明确地提倡健康的自我保护。还有学者提出健康智商的概念,认为健康智商是一个人或者一个地区的居民所具有的健康意识、健康知识和健康能力水平的反应。

在追求全民健康社会的目标上,农村与城市本质上是一样的,不同点在于农村和城市地理和生态环境形态不同,一个更多地处于自然状态,另一个更多地属于人造状态。这两类人类栖息地的环境差异对于人类的生活方式发生持久的影响。因为很大程度上,人的习性或者说生活方式是由环境决定的。

如前述,生活方式与环境是影响个人健康与寿命中分量最重的因素。人们的生活方式不同,必然导致在获得健康从而扩展人的能力的方式上存在差异。这也是全民健康社会的实现方式在不同的人类栖息地应有所不同的依据。

在绝大多数的发达国家,农村与城市经济发展水平差距不大,疾病防治水平已经一致化,差异在于人居环境和生活方式。由于农村的人居环境总体而

言优于城市,加之农村居民参与体力劳动、呼吸新鲜空气、食用新鲜的食物和洁净水等生活方式上也优于城市居民,导致农村居民的健康寿命年普遍高于城市居民。

而在我国还远非如此,尽管我国农村的主要疾病也已经发展为慢性病为主,不过,我国目前还是一个发展中国家,农村与城市经济发展水平的差距很大,城乡卫生工作也有很大的差距。特别是中西部农村的贫困问题、卫生环境与疾病防治的问题还严重地困扰着我们。

即便 20 年后我国农村经济发展、疾病防治水平与城市的差距缩小,中西部与东部的差距缩小,也改变不了中国农村地域广大,农民占人口多数的基本国情。<sup>②</sup> 特别是 5 亿农村劳动力当中,到城市打工的近 2 亿农民工大部分半工半耕,其生活方式更接近农民而非城市居民,这种状况在未来相当长的时期内都无法改变。

中国的国情决定了建设全民健康社会的关键在于建设好农民健康社会,在于做好农村社会的健康治理,这应该成为中国建设全民健康社会的基本战略。换言之,中国要健康强国,必须健康强农,只有农民的健康水平提高了,中国的整体健康水平才可能大大提升。

在农村地域实现全民健康社会的目标,有必要区别农村和城市——自然的和人造的这两类人类栖息地不同的环境和人文特征,探索不同于城市的另一种全民健康社会实现方式。在中国社会转型和体制转轨的时期,主动把握时机进行这种探索,这本身就是对农村社会实施健康治理的过程。

所谓治理指的是“社会本身产生的调节能力——调节社会内部、与相邻的社会及其环境的关系,这些调节为社会的生存和发展所必须”。<sup>③</sup> 治理包含法律、权利、政治、体制、行政的概念。在内涵方面,它

① 充足和均衡的营养、安全的饮用水和必需的卫生设施、宽松的住房和清洁的环境、教育水平尤其是母亲的教育水平等对健康影响很大。

② 第五次全国人口普查结果显示,2000 年,居住在农村的人口为 8.074 亿人,占总人口的 63.91%。国家统计局根据 2005 年全国 1% 人口抽样调查数据推算,2006 年底中国大陆城镇人口为 5.77 亿,农村人口为 7.37 亿,农村人口占总人口的比例降到 56%。其中,在县或者县以上城市流动的农民工的总量已达 1.4 亿人。另据黄宗智、彭玉生《三大历史性变迁的交汇与中国小规模农业的前景》(《中国社会科学》2007 年第 4 期)的研究,20 世纪 80 年代以来,全国共有 2 亿农民进入非农就业,其中约半数在乡镇企业,半数在城市,从而使城镇人口比例大幅度上升,从 1980 年的 19.4% 上升到 2004 年的 42.8%,农村人口为 53.8%。

③ “治理”这个词似新实旧,历久弥新。这个词源于拉丁文,中世纪在法国通用,意思是引导船只航行的“舵”。见“治理:老问题—新答案,”皮埃尔·卡蓝默,协同治理网。[http://www.governance.cn/governance\\_ceshi/1226/browarticle.php?wz\\_id=172](http://www.governance.cn/governance_ceshi/1226/browarticle.php?wz_id=172)

包括思想体系、权力和社会的表现形式,构成我们根基的文化因素,以及“共同生活”的条件。在外延方面,它关注事物在现实中的运作,公共机构的实际组织,在公共权力和社会其他领域之间建立的或无法建立的关系,以及执政者的合法性等等。

对农村社会的健康治理属于社会行业治理的范畴,即在农村地域为实现全民健康社会所进行的社会调节——调节农村社会内部的基本医疗卫生、健康经济和健康文化三大体系自身和相互关系、与城市社会的关系,与环境 and 生态的关系等等。

健康治理的基本元素和基本功能与其他主题的治理是共同的,不过是在特定的时空范围内构成的基本元素和发挥这些功能的表现形式不同而已。

如前述,农村的健康治理是为在农村地域实现全民健康社会目的的,从这个意义上讲,农村的健康治理是实现这个目的的方式。这个方式不可能自发产生,需要由人们主动把握时机努力构建才能形成。在中国社会进入改革时期和社会转型阶段,探索农村社会的健康治理尤为必要,因为它意味着更加注重农村健康领域中制定政策和实施方法的能力,管理各种关系的能力,意味着更注重方式、更高的稳定性、中性和秩序性,而不是在意识形态上进行无休止的争论。

## 2 农村社会健康治理的结构

目标明确之后,首要的问题在于结构。农村社会健康治理的主体是政府和农村社会组织,主要对象是农村的健康政策、健康管理和健康服务体制及其服务运行机构。治理的核心问题是构建为农民的健康提供服务的基本卫生服务体系。

迄今为止,我国农村卫生服务体系的结构仍然沿用计划体制的思路,即与行政区划高度吻合的、依行政等级设立的、由卫生行政部门直接管理的县、乡、村三级卫生机构。这种结构集党和政府的政治权力、行政管理权力与专业管理权力于一身,在计划体制下创造了中国农村卫生快速发展、令世界瞩目的业绩。而在市场体制下,这种行政性的卫生服务体系结构和以行政管理为主导的专业管理模式遇到了前所未有的挑战。不仅与医疗服务相关的所有物品如药品、设备、低值易耗品等价格飞速上涨,导致医疗成本上升,形成卫生机构的行业性政策性亏损,

致使政府无力承担。而且人口流动频繁,尤其计划体制下被“关”在一村一乡的农民依据自己的意愿在全国范围内展开了前所未有的大流动。人口流动导致卫生需求的变化速率加快,这些变化与行政区划基本不相关,而是与一地的经济发展、环境生态、农民的生产和生活方式密切相关。变化的结果,是逐渐形成了需求和供给相似、超越行政区划的地域社区,而且往往由于山地或者城中村等特殊的地理状态,在较发达地区的中部或者边缘出现需求和供给不同的社区,致使非行政区划的地域社区之间始终处于非平衡发展态势,甚至因而带动了大行政社区的发展。在这种发展态势下,卫生服务体系仍旧依托行政区划,体系的结构仍旧行政化,而不向社区迈进,努力满足不同社区的不同需求,就无法适应市场体制的需要。

市场体制下需求的另一种变化在于人的因素突出了。人的因素不仅仅指每一个追求健康的个体,也包括医生、护士等专业人才。人的因素、人的价值逐渐成为决定人的健康价值、卫生服务的质量和—一个公共服务体系最终愿为此付出多大代价的市场核心要素,就与计划体制下以政府权力、行政管理为主导的价值观发生激烈冲突,沿袭以往的理念和思路只能徒增冲突,与解决矛盾成犄角之势。

在当今的社会,健康治理的对象是人和人所组成的机构和社会环境,而不是无生命的机械、设备。当人只相当于一架大机器上的螺丝钉时,以行政机构、行政管理治理健康的效率的确较高。这是因为那时的人与其说是人不如说是物。当人还原为人本身,有不同的需求、有个性、有独特的喜怒哀乐且随环境的改变不断变化时,还依靠行政管理,以行政管理替代专业管理和社会管理直接约束行为,就必然遭遇人的各式各样的抵抗,形成大量扭曲的社会现象。

只有在市场体系下,谋求健康社会目标的政府才可以明白无误地昭示自己的使命——是为了每一个人——每一个个体的健康。社会健康治理这一主题才能够提上政府的议事日程,传统的健康服务体系结构才需要适应新的目的和目标的要求予以改变,传统的以行政管理为主的健康服务管理方式才需要向专业管理和社会管理为主、行政管理为辅,尤为注重公民和专业人员参与的新结构转变。

市场体制下的农村社会健康治理要形成一个可持续发展的体系,必须找到农民的健康需求与资源约束、发展水平约束之间的平衡点。

首先看农民的健康需求:快速工业化、城市化、老龄化给中国农村带来了日益增多的健康难题,农村青壮劳动力几乎全部半工半耕,在城乡之间快速流动,他们的健康观念和生活习惯还是农村式的,并不适应劳动强度大且日均衡的城市生活。由于不多的一份打工收入必须支付打工地和出生地的两份开支,导致他们往往用牺牲个人健康的方式来换取对打工地(一般为城镇)社会要求的适应性,这些人的健康问题之严重已经超过了他们留在家乡的父母妻儿。而且因人口快速流动,也造成了传染病的传播和蔓延。此外,农村地区慢性非传染性疾病如高血压、糖尿病的患者比例在增长,中西部地区有百分之十的贫困人口和低收入人口无力承担基本卫生费用。还有农村老龄化程度已经超过城市一个百分点,老人健康维护尤其高龄老人照护的挑战已经摆在面前。

其次看资源条件:迄今为止,对农村的卫生投资还没有合理的结构性分配机制。从对卫生机构的资源分配走向来看,2005 年有一半的卫生总费用流向城市医院,而公共卫生机构只有 8% (包括疾病控制机构、结核病等专科防治机构、卫生监督所、妇幼保健机构、食品药品监督管理机构、计划生育机构等),县医院只得到 7%,农村卫生院和社区卫生机构总量只有 1%,药品零售机构 9%。当年全部卫生费用中只有 38% 流向农村,而 1999 年这一比例为 46%。也就是说,大多数卫生资源集中在城市,而城市中的大多数的卫生资源又集中于大医院。绝大多数资源集中于疾病的晚期治疗阶段,重治疗,轻预防。2003 年,我国 45% 的城镇居民和 79% 的农村居民没有任何医疗保险。<sup>①</sup><sup>[4]</sup>最近两年资源分配开始有意识地向农村倾斜,但是我国医疗卫生体系已经形成重城轻乡,重治轻防的组织结构和制度结构,要改变不啻是一场革命,并非简单可以实现。组织和制度的结构决定了资源分配的结构,不仅农村健康资源的分配结构性短缺,就连城市的公共卫生事业特别是健康教育和健康促进事业的资源分配也十分短缺。

第三看发展水平:作为全球最大的发展中国家,中国在经济和社会发展上面临着城乡之间、东部沿海地区和中西部地区之间、不同阶层、不同职业人群之间发展的极大不平衡性,有学者将其概括为“一个中国,四个世界”。第一世界是如上海、北京、深圳等高收入地区。他们占人口比重最低,而人均 GDP 明显高于世界上中等收入国家的水平,已经向高收入国家收入水平挺进。例如上海浦东 1999 年人均 GDP 为 25 472 美元,高于高收入国家水平,相当于美国人均水平(30 600 美元)的 83.2%,位居世界第 11 位。第二世界是大中城市和沿海中上等收入地区。天津、广东、浙江、江苏、福建、辽宁等沿海省份人均 GDP 均高于世界中下等收入国家平均水平(3 960 美元),而低于中上等收入国家水平。这六省市人口占全国总人口比重的 21.8%。第三世界是中下等收入地区。包括沿海地区的河北,东北、华北中部部分地区。人均 GDP 均低于中下等收入国家平均水平,人口占全国总人口比重的 26.0%。第四世界是中西部贫困地区、少数民族地区、农村地区、边远地区和低收入地区。中国目前约有 6.3 亿人,占全国人口总数一半的人口居住在这类地区。这类地区位居世界第 140 位之后。<sup>[5]</sup>

综合农民健康需求、资源约束和发展水平这三方面的要求,中国农村社会健康治理体系与农村卫生服务体系的结构选择空间比其他国家要小得多。甚至可以说,中国的选择就是多个不同国家的联合选择。

迄今为止,世界各国的医疗卫生制度都是城乡统一的制度,无论德国的社会医疗保险为主体的制度,英国以国家统一规划的全民健康服务制度,还是美国的公私混合式的医疗保险制度都是如此,他们的制度选择主要是从本国的历史条件和文化习惯出发,因而有相当的宽容度,并非由社会结构决定。

而在中国,城乡发展水平以及不同地区发展水平的差异如此之大,超过任何一个国家和地区。例如按照购买力平价计算,贵州省 1999 年的人均 GDP 为 1 247 美元,低于世界低收入国家平均水平(1 790 美元),相当于世界排名的第 177 名,与上海相差 132

① 《2007 年国民经济和社会发展统计公报》显示,2 448 个县(市、区)开展了新型农村合作医疗,7.3 亿农民参加了新型农村合作医疗,参合率 85.7%。

位,与北京相差 113 位。在如此大的发展水平差异下,上海、北京与贵州等中西部地区的健康需求、资源约束和发展约束都有本质上的不同,不可能采用同样的社会健康治理结构与服务体系结构。

就总体而言,中国农村地区的健康治理结构必须考虑在健康需求上统筹兼顾农民和半工半耕的农民工的不同需求,在资源供给的约束上统筹兼顾初级卫生保健和医疗保障,在发展水平约束上统筹兼顾中西部贫困地区与其它相对发达的农村地区。

满足这种苛刻的制约条件的卫生服务体系结构可能是参与式健康服务双层结构体系。即在初级卫生保健上坚持公共服务,在专科医疗上容许公私并存,同时,运用健康自治组织的参与模式协调初级卫生保健服务。这个体系要以初级卫生保健为中心,即构建一个满足社区卫生需要的社区卫生服务和管理系统作为农村健康体系建设的主要内容。它必然要求中国的卫生服务体系来一个大转折,不仅要目前的以专科医院为中心转向以社区服务为中心,而且还需要明确这两层服务体系之间的确定性关系。

这个体系的总体特征必须城乡一致。只是,农村卫生服务体系中,初级卫生保健服务的分量应该比城市更重。而且这个比重应该随地区经济发达的程度而降低。即西部比中部、中部比东部、东部农村比城市初级卫生保健服务的比重更大些。这才是将卫生服务的重点放到农村,将农村卫生服务的重点放到基层。

为此,需要构建以初级卫生保健服务为重点、以社区卫生服务为基本方式、以乡镇卫生院为主要执行机构、以县乡政府为政治保证的农村基层健康治理结构。其中,融县乡行政、财政和卫生服务、健康管理于一体的健康行政体系的构建可能是建设一个优质高效的农村卫生服务体系的前提和条件。

农村社会的健康治理结构包括健康行政体系的基本框架、相关制度和运行机制。相关制度主要是筹资、健康服务包、医疗保险、社区卫生服务体系、社区卫生人才的培养与使用、药品管理、体系监管等等。

进行农村基层健康治理结构设计的首要问题,是明确农村卫生服务体系的性质。农村卫生服务体系是为广大农民的健康服务的,其公共性质不容置疑。按照美国公共经济学家埃利诺·埃斯特洛姆所

提出公共服务产业的概念,那些参与一组相关的公共物品或者公共服务的提供单位和生产单位,相互之间结成的类似于私人生产机构在市场中的那种相互促进、共同发展的常规关系,就可以称之为公共服务产业。<sup>[6]</sup>那么,参与农村卫生服务的提供和生产的单位即县政府、县财政局、卫生局、县 CDC 和其他相关卫生管理机构,还有县医院和乡镇卫生院,以及由乡镇卫生院管理的村卫生室共同构成了农村基层的卫生公共服务产业。其中很重要的一点,是将农村卫生服务的公共职能的性质与负责完成这一职能的机构的性质分开,也就是将提供单位与生产单位分开,这样,就为非政府管理的机构例如农民医疗合作组织、健康协会、个体或者合伙诊所、企业办医疗机构等等去完成公共服务的职能打开了大门。只要这些卫生公共服务的生产性机构遵循公共服务产业的常规关系,服从公共服务市场中的提供者(规划者)即政府和相关卫生机构的规划、安排和监管评估,就完全可以独立运行,生产出合格的健康服务产品。

这样的农村卫生公共服务产业形成了,农村社会健康治理体系的基本要素即健康行政体系的基本框架、相关制度和运行机制就都具备了。按照公共服务产业理论,构建农村社会健康治理体系的工作其实就是构建农村卫生公共服务产业。

图 1 揭示了农村卫生公共服务产业体系的结构,我们称它为农村健康治理结构图<sup>[7]</sup>。

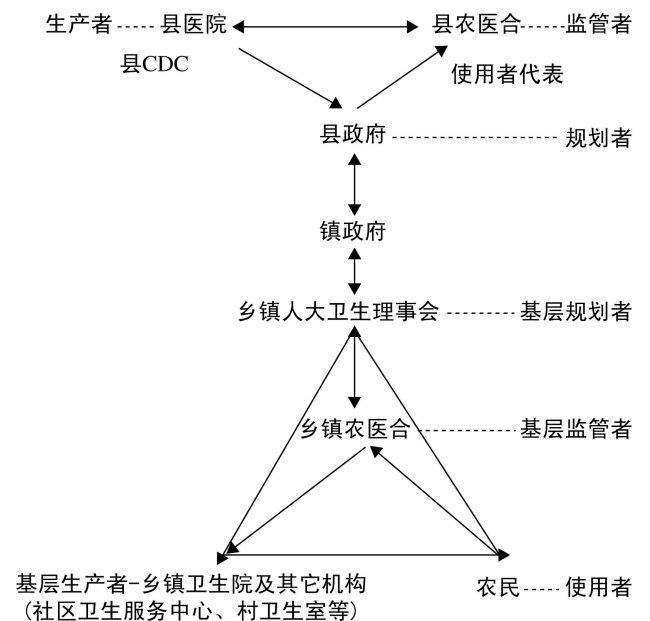


图 1 农村健康治理结构图

在这个结构图中,乡镇社区的卫生服务属于基层治理结构,由四方组成。规划者是乡镇政府授权下的乡镇人大卫生理事会,生产者乡镇卫生院(社区卫生服务中心)为主体的各类卫生机构,监管者是乡镇农民医疗合作社或者健康协会等社会组织,使用者是农民。

乡镇人大卫生理事会是社区公权力的代表机构。它是全体社区居民权益的代表者,社区公共卫生资产的委托人。它以社区农民医疗合作组织为主干力量,同时,农村社区卫生的相关利益方——乡镇政府和卫生、物价、卫生监督、疾病预防控制中心等机构,以及社会支持方共同参与。这个社区公权力的代表机构负责社区卫生服务的规划、融资,同时对卫生院院长实施招聘和委托管理,实现公权力监督下的卫生院委托代理制。乡镇卫生院(社区卫生服务中心)经过一定的签约程序履行受托代理的生产者职责,负责为所有缴费参加社区卫生服务统筹的农民提供预防保健、健康教育、基本医疗。

由自愿缴费参加社区卫生服务统筹的全体农民组成的农民医疗合作社或者健康协会,通过由村到乡镇推选代表形成镇农民医疗合作代表会,在镇人大卫生理事会的委派和指导下,对生产者的卫生服务进行监管和协同。农医合组织的主要功能,是整合微弱的小农户(需方)的利益需求,进行利益表达,形成对专业权力即社区卫生机构的制衡力量。

由此,形成了由农医合、乡镇人大卫生理事会、卫生院共同构成的农村社区卫生的公共服务产业常规关系,形成了利益相关方共同参与的社区型的健康治理结构。在社区规划者集体动员和组织下,社区使用方与生产方之间形成一种集体签约、集体购买的关系,它不同于私人服务业一对一的市场供需关系,而是在公权力保护下多对多的具有选择性和组织监管的新市场关系。

这个治理结构图还是一个双层结构图,在基层结构的上位设有县级的治理层级,即县政府为规划者,县 CDC 以及县医院为生产者,县农医合代表农民做监管者的公共服务产业三个主体的结构。之所以需要设置县级层级,是因为任何一个真正的社会问题都无法在一个层级上处理,重要的是几个治理层级分担权责,在农村社会,所有的公共服务都需要县和乡这两个层级来分担。县级作为公共卫生服务治

理的上位层级,具有为全县卫生公共资源的配置进行筹措和分配的权能,这是基层卫生服务得以实施的根本保证。

### 3 农村社会健康治理的机制

农村健康治理运行机制包含的要素,主要系管理的权力架构——是管办分离还是政府直接管理,管理的方式和基本制度,如何处理激励与制约的关系,如何评估绩效、如何监督等等。

关于农村卫生管理的权力架构,尽管多数人都同意管办分离,不过实际上却做不到。调查显示,县卫生局之所以不肯放掉直接管理县医院和乡镇卫生院的权力,主要源自经济利益。在县域经济无力自给自足的中西部农村,县卫生局经费中的相当部分是由县乡两级卫生机构“进贡”的。所以,若不解决政府机构的正常经费问题,无法斩断政府部门和经营性事业的经济利益关系,所谓健康治理机制的培育也无从谈起。

其次,县医院和乡镇卫生院在农村卫生服务体系中的角色不同,前者主要承担医疗任务,后者则是健康服务。在使用同种运营方式即政府定额补贴、亏损自理的条件下,两类卫生机构的运营目标都朝向医药利润。在利益动机驱使下,越是盈利空间小的基层卫生院,越可能脱离医疗卫生行业的职业操守而胡作非为。这对于农民的健康维护是非常不利的。乡镇卫生院以公共卫生服务为主要任务,其主要行为是帮助农民通过预防维护健康,争取少吃药、不吃药,这与县医院主要通过医疗来维护健康属于性质不同甚至具有冲突性的两个卫生服务类型,不仅不适用于用同一种运营方式,而且不适用于同一个管理体制。

以往的研究往往将这个问题归结为微观机构的操作问题,或者说是卫生院的人事机制问题。即乡镇卫生院院长只能由卫生局任命,在册职工只能养不能退,工作内容只能听命于卫生行政机构等等,因此禁锢了农村基层卫生机构活力。其实,现在已经看得比较清楚,问题的症结在于体制。若将乡镇卫生院除地处偏远的少量机构(可改为乡镇医院)之外,统统改造为社区卫生服务中心,同时,由地方政府而不是卫生局来主管这些社区中心,从体制上切开利益链条,有可能会解决微观的机制问题。

地方政府管理社区卫生服务中心,需要重新调整公共卫生服务的布局,建立社区健康维护组织,形成非专业(农民群众)、半专业(健康协会等组织的骨干成员、社区卫生员)与专业人员(医师、护士、社工等社区卫生服务机构聘任人员)相互协同与合作的社区队伍,并将社区卫生服务中心这类专业机构通过社区组织融入家庭,从而形成新的社区卫生公共服务的治理结构。

#### 4 农村卫生服务的人才问题

卫生技术人才是为农民提供健康保障的人力资源,他们的数量与质量直接关系到农村卫生服务的供给能力,与农民的健康保障直接相关。目前的主要问题还不是数量不够,而是质量太低,人才结构如初级卫生保健的合格人才匮乏也是问题。

计划体制下,中国农村的初级卫生保健人才队伍主要是村卫生室的赤脚医生,尽管他们的水平不高,不过因为报酬稳定——来自生产大队按照每日记十分工的标准进行年终分配,队伍一直稳定。

在市场条件下,作为个体经营者的村医,只能依赖看病抓药获得报酬,卫生保健无人付费。而医疗业务量少,收入相应也少,不足以补偿全职工作的成本,因此村医大都采取兼营方式,同时经营土地耕作或者小生意等等。只要其他行业的从业成本效率高过医疗,就会以他业为主,医疗成了随时可被挤压、甚至可有可无的兼业,村民委员会手中没有资源,对其无力制约。经济机制加文化素质因素——村医年纪偏大,文化偏低,很难进行知识更新,导致计划体制的“赤脚医生”遗产会随时间的流逝而逐渐丧失,目前占到村医总数约 90% 的老医生实难成为初级卫生保健服务的依靠力量。

新成长起来的年轻医生,大都有中专学历,但经验有限,有能力的不是千方百计往县医院就是自行

开业办私人诊所赚钱,没能力的宁肯在县医院做月薪 180 元的临时工,也不愿意下农村做月薪 500 元的社区医生。这些情况导致处于基层的卫生人力很不稳定,职业操守、专业追求和专业技术都存在很大的问题。未来,农村地区初级卫生保健适宜人才的培养和使用,将成为制衡农村卫生服务发展的重要瓶颈。要解决这个问题,必须调整基本政策,将初级卫生保健人才的培养和使用纳入公共服务和公共管理体系。例如,建立符合实际需要的初级卫生保健人才专业资格认证体系,将中专毕业生通过培训考核培养成社区卫生员和社区卫生社会工作者,探索在市场体制下正式与非正式制度互补,专业与半专业、非专业队伍共建的做法。

#### 参 考 文 献

- [1] 皮埃尔·卡蓝默. 非国家行动者与世界治理[R]. 雅典: 世界治理学院第三届年会, 2008.
- [2] 刘远立, 李蔚东. 构建全民健康社会[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [3] 阿马蒂亚·森. 以自由看待发展[M]. 任贇, 于真, 等译. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [4] 中国医疗改革解读: 多重垄断致医疗卫生体制扭曲[EB/OL]. (2008-01-04) [2008-09-10]. [http://news.xinhuanet.com/politics/2008-01/04/content\\_7361584.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2008-01/04/content_7361584.htm).
- [5] 胡鞍钢. “一个中国 四个世界”析地区发展差距[EB/OL]. (2001-04-17) [2008-09-10]. <http://finance.sina.com.cn/d/53140.html>.
- [6] 埃利诺·奥斯特罗姆. 公共事物的治理之道[M]. 上海: 上海三联书店, 2000.
- [7] 杨团. 医疗卫生服务体系改革的第三条道路[J]. 浙江学刊, 2006, (1): 37-47.

[收稿日期:2008-10-20 修回日期:2008-10-26]

(编辑 许素友)