

经济变迁过程中的农村卫生室研究：以山东鲁村为例

姜风雷*

北京市工会干部学院 北京 100054

【摘要】在从计划经济向市场经济转变的过程中,卫生室也从大队卫生室向私人卫生室转变,奠定了村医追求利润最大化的体制基础。卫生室药品经营也从以中草药为主,发展到中西医结合,最终形成目前以西药为主的局面。卫生室的发展与经济体制的变革密切相关。

【关键词】卫生室;集体经济;经济变迁

中图分类号:R197.62 文献标识码:B 文章编号:1674-2982(2009)04-0049-04

Analysis on rural clinics in economic transition: a case study in Lucun Shandong province

JIANG Feng-lei

Beijing Federation of Trade Unions Cadre College, Beijing 100054, China

【Abstract】In the process from the planned economy to the market economy, rural clinics has also transformed from the production brigade clinic to the personal clinic, which has laid the system foundation that the village medicine pursue profit maximization. The main drugs utilization has transformed from the Chinese medicine primarily to the cooperation of Chinese and Western medicine, and finally to the western medicine at present. The rural clinics development correlated with economic system transformation closely.

【Key words】Clinic, Collective economy, Economic transition

鲁村位于鲁西南平原,以农业为主,经济发展水平较低,医疗卫生资源曾经非常匮乏。中医、草医甚至巫医神汉一度成为鲁村人求助的对象。人民公社时期依托集体经济建立了合作医疗制度和大队卫生室,实行家庭联产承包责任制后,集体经济萎缩,大队卫生室倒闭,私人卫生室成为村级医疗卫生系统的主角。

1 合作社及人民公社时期的鲁村经济与卫生室

当时农村产业形式单一,除土地以外,村民没有其它的营生,收入水平很低。

首先,根据当时的制度设计,农民的医疗保障应该由村集体负责。依托集体经济,鲁村建立起合作医疗制度,培养了一些半医半农的赤脚医生。当时的合作医疗国家不拨款,只靠村集体的支持和农民自己每年缴纳一部分的经费,筹资水平很低。当时的合作医疗和大队卫生室紧密结合在一起的,大队卫生室不是一个盈利机构而是一个福利机构,是大队整个行政单位的一个组成部分,但是由于村集体的经济能力有限,无法做到完全的免费医疗,因此卫

生室必须解决资金短缺的问题,就产生了“一根针、一把草”、“土单验”原则和“四自”等具有中国特色的卫生室经营方略。

“一根针、一把草”是说当时卫生室的医生看病主要依靠中国的传统医学——中医。因为中医主要的工具就是银针,所用的草药更是随处可见,成本低且容易获得。给农民看病时要尽量简单、便宜和有效。这就产生了看病过程中的“土单验”原则。

土单验即土方、单方和验方。土方指尽量用本地常见的药方,单方指开中药时要用尽量简单的药方,验方指要用经过检验、切实有效的药方。这体现了当时卫生室行医时遵循的一个基本原则:少花钱,治大病;不花钱,也治病。当时农民的收入水平决定了他们在医疗卫生方面的投入是很低的,这样的原则切合实际。而且最初的体制设计也杜绝了开大方、拿贵药和多收费等不良现象的产生。当时的大队卫生室归集体所有,房屋、药品等一切财产都归大队所有。赤脚医生也一边行医,一边务农,医生只是政府给他们的一个兼职工作,没有固定薪金,生产大队给予一些补贴或者记工分代酬。

* 作者简介:姜风雷,男(1978年-),助理研究员,主要研究方向为社会保障、农村卫生政策,E-mail:jfl790926@sohu.com。

“四自”即自种、自采、自制和自用。由于上级没有拨款,只拨给少量的药物,大队卫生室的经费十分短缺。赤脚医生不得不通过自己的努力来解决经费短缺问题。他们建立起自己的制药厂,利用一些简陋设备,制造一些价格较低的药品,治疗效果很差。

2 家庭联产承包责任制背景下的鲁村卫生室的发展

家庭联产承包责任制带动农村全方位的变革,使农业内部的经营结构日趋合理,而且释放出大量劳动力,为其它行业的发展提供了条件,私人开业的卫生室也在这一背景下发展起来。

2.1 改革初期的鲁村卫生室

改革解决了鲁村人吃饭的问题,但是现金收入的增加有限。这种经济状况对鲁村第一个私人卫生室的经营者 Y 来说,必须考虑的问题有两个:一是既有的经济水平能否维持一个卫生室的运转,二是经营活动如何安排才能既满足村民需求又能保证自己一定的盈利。因为与之前的大队卫生室相比,最大的不同就是私人卫生室没有集体经济和其它资金的支持,自负盈亏,卫生室的运营和发展必须以一定的盈利为基础。当时一个比较有利的条件就是上级卫生部门为了解决村里的防疫任务,也需要有人从事卫生室经营,因此从管理上,对当时的私人卫生室不收取任何费用。但是,当时国家规定卫生室的药品销售价格 of 中药提价 30%,西药提价 10%,而且由于政策限定,也因为药品市场不够发达,卫生室药品由乡卫生院统一配给或者从县药材公司进货,没有其它的进货渠道。因此卫生室从每种药品的获利是既定的。据 Y 介绍,卫生室常备的药品也就十多种,“贵药老百姓买不起,便宜药虽然盈利少,但老百姓总还吃得起”。

2.2 市场化改革深入发展并全面展开时期的鲁村卫生室

到了 20 世纪 80 年代末 90 年代初,我国的市场化改革进入深入探索并全面向市场经济过渡时期,1985 年,国家取消了农产品的统购派购制度^[1]。农民继获得生产经营自主权之后,又获得了产品交换的自主权,成为相对独立的商品生产者。现金收入的增加使鲁村人医疗需求水涨船高,在可承受的范围内,他们愿意花多一些钱,采用较好的治疗方式。这样的市场需求无疑是一个极大的诱惑,鲁村及其附近村子的卫生室增加到 5 家,卫生室是专卖西药

不卖中药,因为西药效果快且服用方便,而中药量大、效果慢且服用麻烦,在经济条件许可的条件下,鲁村人普遍选择了西药。

3 社会主义新农村背景下的鲁村卫生室发展

十六届五中全会提出了“建设社会主义新农村”,在农村医疗方面决定各级政府要不断增加投入,健全农村三级医疗卫生服务体系等^[2]。鲁村所属的单县进一步加强乡村卫生一体化管理,加强村级卫生服务站建设,并将其直接纳入乡镇卫生院管理,在乡村医生中推行聘任制、工资制和养老保险制,对村级卫生组织的行政、业务、财务、药品实行统一管理^[3]。在这样的政策下,鲁村与周围六个村庄一起成立了一个卫生服务站,鲁村卫生室的经营者也成为服务站的工作人员,运作模式也日益规范化,但是,鲁村的卫生室仍然继续经营,只不过由原先的挂牌经营,改为“地下”经营。这一方面是村医的个人选择,另一方面,客观上也方便了鲁村人,因为合并后的服务站设在距鲁村 1 公里远的一个村庄。这种状况是政策法规与乡土规则相遇时的一种变通。

4 鲁村卫生室的经济特征分析

在目前的农村经济体制下,卫生室不仅是一个承担农村防疫任务的公共卫生机构,而且是一个自负盈亏的经营机构。作为农村社区的一个经济体,必然与社区经济环境有一种互动关系。

4.1 卫生室与村医个人的家庭经济是融为一体的

鲁村最初开业的卫生室是以自家的房屋作为办公室的,以后的开业者延续了这个传统。这种“家室一体”的空间结构决定了卫生室必然采取“村医为主、全家参与”的经营模式,充分利用家庭内部的人力资源,关键时刻能承担收费取药、注射和协助注射等任务,从经济学的角度来说,这是一种十分合理的资源组合。但是,家庭内部的分工还是非常明确的。洗衣做饭和农活等都由村医妻子和儿女承担,村医则专职经营卫生室,即便在农忙时期也是这样,村医从来不参与家务和农活的劳动。

在收入方面,W 家的收入主要包括两部分:卫生室的收入以及农田和养殖的收入。2006 年,W 家农田收入大约在 1 万元;据 W 本人透露,经营卫生室一个月大约盈利 1 200 元,一年就能收入 1.4 万元。这样 W 家庭一年的收入大约在 2.4 万元,扣除种田的成本,其每年的纯收入在 2 万元,人均 4 000 元,高于鲁村的人均水平(2 300 元)和全国的(2006 年:3 587

元)人均收入水平,略低于山东省(2006年:4 368元),这样的收入在鲁村应属于上等,足以保证 W 一家充裕、体面的生活。

卫生室的运营没有进行严格的成本核算,卫生室的发展缺少一个长远的规划,或者说卫生室经营者根本就不打算进行长远规划,他的期望就是能在既有的水平上循环。村医的这种期望是合理的,首先,从政策上,为保证乡镇卫生院的业务量,卫生行政部门限制卫生室的经营规模与范围,例如只允许卫生室配有体温计、听诊器和血压表,不准使用大型设备;其次,目前乡村的医疗消费水平决定了卫生室的盈利空间是有限的,从而也决定了其经营规模不能太大,太大只能造成资源的闲置和浪费。

4.2 适应鲁村经济状况的卫生室经营行为

2000 年以来,在国家多项政策激励下,鲁村人在一定程度上增加了收入,但是,农村社会保障制度不健全,社会化服务体系不发达,市场有不确定性以及农业生产抗灾性弱等因素都制约着村民的收入安排,在保证一定生活水平的条件下,形成“储蓄为主,节约开支,预防风险”的理财观念。

这样的经济背景下,鲁村卫生室是如何经营的呢?

首先,来看卫生室的基础设施:在房屋上,按上级要求必须做到观察室、治疗室、诊断室和药房四室分开,鲁村卫生室只有三间房,一间用作药品仓库,另外两间一间是药房,一间是治疗室,观察室和诊断室则是随机的,药房和治疗室都有可能作为观察室和诊断室。治疗室有两张病床(病床是自己用木头加工的,床上的被褥和枕头很不卫生),两个吊瓶架,一个吊扇,一条长凳(供病人候诊用);药房有一个药架(药架上药品存放没有秩序),一个柜台(柜台上无序地放着一些笔墨、纸张、书籍和水杯,柜台兼作诊桌),一张桌子(上面放置注射器、生理盐水和药棉等,村医注射的准备工作就是在这张桌上进行的),在桌子的下面则是成堆的医疗垃圾,包括液体针剂的玻璃碎片、用完的药瓶和用过的药棉等。据村医介绍,医疗垃圾并不一天一清,堆不下了才清理一次。根据标准,这样的状况根本不符合要求,但是,前来就诊的村民并不在意,笔者询问了一位村民,他说:“老百姓没那么多讲究,天天在地里爬,比这脏多了,再说,如果整的和城里的医院似的,来看病肯定贵”。这样的意见虽然不能代表全部的村民,但是笔者相信能代表大部分村民。经营者所提供的服务数量和质量在很大程度上根据需求者的要求来定,在

村民要求不高的前提下,村医显然不会拿出更多的成本来改善经营状况。卫生室主要的检查设备是听诊器、血压表、体温计和出诊箱,这是上级医疗行政部门规定的,超出允许的范围,是要处罚的。这种规定符合村民的需求,村民认为:在卫生室看一些简单的小毛病或者买点药还可以,如果得了大病,还是到大医院(乡镇卫生院或者县医院)去看。这说明,在收入提高的前提下,虽然在应付大额医疗开支方面还有困难,但是村民的医疗观念有了提高,不再仅仅考虑花钱的问题,逐渐重视自己的健康问题。

其次,卫生室的用药情况:卫生室主要治疗本地常见病,例如,消化道、呼吸道以及心脑血管疾病等。同时,卫生室兼有药房的性质,既看病也卖药,为村民提供方便。在这样的情况下,卫生室的常备药品一般是 300 种左右,药品库存价值达一万多元,基本能满足村民日常医疗的需要。另外,近些年,鲁村贫富之间的差距也是相当明显的,尤其是一些外出打工者医疗要求比在家留守的人要高,他们希望治疗效果越快越好,因此卫生室的药品也是分等级的,用来满足不同的需求。最贵的药品每盒一般在 80~90 元,如菌必治、冠心宁和脉络宁等,便宜的药一般只需几角钱就可以了。治疗的时候也会因人用药,以感冒为例,在没有并发症的情况下,十元左右就能看好,这是一般情况,对于比较穷的,一元钱的安乃进也能治病,只不过可能慢一些。但是对于比较富的人,有可能输液,花 30~50 元,也是一种治疗方案。

最后,通过具体的诊疗过程和行为来观察卫生室的经营特点。笔者在一天的下午四点到六点四十五之间对村医的工作作了详细观察,并将在这个时间段前来就诊的病人基本情况列表(表 1)。由此表可以看出,鲁村卫生室业务基本是以本村为主,兼有外村患者。村医介绍,附近村子患者来本村就诊或者本村患者去附近村庄卫生室就诊都很正常,这在村级医疗市场中是经常性的。首先,村医的专长不同,村民会根据自己的患病情况选择就诊卫生室,例如鲁村卫生室以牙病和小儿腹泻为特长,因此,经常有外村患者就诊。其次,村民往往会根据自己上一次的受益情况来选择下一次的行为,如果一次患病在鲁村没有治好或者认为治疗费用超过自己的接受范围,那么下次就有可能选择去别村就诊。最后,如果村民与村医有矛盾或者认为村医有不规范经营行为,也会去别的自认为可靠的村卫生室就诊。在医疗费用方面,一次就诊的费用比较低,最高才 10 元,但是据一感冒病人反映,到笔者调查为止,已经是第

三次就诊了,但是还没有治好,每次的花费都是5元左右。另外也有村民反映,要去2~3次才能治愈。笔者不排除病人体质弱需要较长的治疗周期这种情况,但是,这也许是医疗行为导致的。因为村民的消费行为有个特点,如果一次性拿出30元治病,对村民来说冲击力是很大的,他们会很在意,认为卫生室的收费太高,这种情况会影响卫生室的服务室在社区中的声望。通过“降低次均费用、增加诊疗次数”的方式,会弱化医疗花费对村民的冲击,既保住了声望又增加了收入。而且笔者在附近村庄调查时也有村民反映卫生室增加就诊次数的做法。笔者认为,这是市场经济遇到乡土社会的规则时采取的一种应对之策。

表1 2006年8月某日16:00-18:45时间段内卫生室就诊病人情况统计表

患病情况		
疾病	人数	医疗费用(元/人)
感冒	12	3.0~5.0
冠心病	1	5.0
鼻炎	1	10.0
腿疼	2	5.0
牙疼	1	3.5
咽喉炎	1	4.0
中暑	1	不详
其他	1	2.0

注:就诊病人鲁村14人,外村6人;医疗费用为一次就诊费用。

从村医的工作方式来看,村医诊断以“望”和“问”为主,结合听诊器、血压计和体温计的测量,对病人的病情做出判断。在治疗方式、包药用纸等方面很不规范,随意性较大。村民对此并不介意。

4.3 卫生室与上级医疗机构的经济关系

卫生室作为农村三级医疗网的网底,与上级医疗机构有着密切的关系,当然这种关系,有政策规定的关系,也有私下的业务关系。对此,卫生室会慎重选择,择其有利者而从之,不利者则变通执行。例如,政策规定,卫生室的药品由卫生局统一配给乡镇卫生院,然后由乡镇卫生院加价配给卫生室,但是,村医认为,配给的药品循环周期长,而且价格较高,到卫生室已经没有多大的盈利空间了。针对药品配给制,卫生室采取迂回的战术。由于卫生室地处村落社区,较为分散,卫生院的监管能力有限,而且,乡村医疗市场的发展也给卫生室在卫生院以外进药提

供了机会。利用这些有利条件,卫生室每月仅象征性地从卫生院进一点药品,用来履行程序,应付上级检查,大部分药品则从其它渠道购进。卫生院也知道村医这种行为,采取了一些措施,比如向负责“包片”的乡卫生员制定任务,如每个村卫生室每月从卫生院购进最低为1000元的药品,来督促卫生员的监管积极性,但是收效不大,只有默认这一事实。但是药品统购统销的政策仍然存在。

另外,村医所掌握的专业知识,使村医在社区中处于权威的地位,对村民的就医选择有很大影响。村民会去村医推荐的医疗机构就诊,而且,村医对自己无法治疗的病人负有转诊的责任,但是转到哪个医疗机构,村医是有一定的操作余地的。这样的地位,使村医成为各医疗机构争取的对象,争取的方法多样,如赠送一些医疗器械,向村医提供一些报酬等,也给村医带来一些额外的利益。

在争取更多病人方面,村卫生室和县级医疗机构之间没有利益冲突,因为村医的诊疗范围影响不到县级医疗机构的收益,在村卫生室和乡镇卫生院之间以及卫生院和县级医疗机构之间,其诊疗范围有一定的重合。在建立新型合作医疗制度的过程中,通过增加对卫生院的投资以及逐级转诊制度等措施,对三级医疗机构之间的利益关系有一定的规范,这对建立秩序化的乡村医疗市场有积极作用。

产生于乡土社会的乡村卫生室其运作过程必然受乡土规则的影响,但是,随着逆城市化的发展,更多的城市元素植入乡村,影响着乡村卫生室的运作方式和村医的个人行为。就目前鲁村的卫生服务站来说,其性质已经是一个植入乡土社会中的正规医疗机构,原先那种“家室一体”经营结构必然会逐渐淡化并最终消失。

参 考 文 献

- [1] 刘伯霞. 中国农村改革的回顾、反思与展望[J]. 学习与实践, 2008, (12): 23-33.
- [2] 王延中. 中国卫生改革与发展实证研究[M]. 北京: 中国劳动与社会保障出版社, 2008.
- [3] 菏泽市卫生局基妇股. 单县进一步加强乡村卫生一体化管理工作的意见. 2008.

[收稿日期:2008-12-20 修回日期:2009-01-15]

(编辑 薛云)