

# 农村医疗卫生服务改进：农民需要与国家政策\*

吴业苗

(南京师范大学公共管理学院, 江苏 南京 210023)

**[摘要]** 农村医疗卫生服务政策在21世纪前后有较大差别。20世纪六七十年代农村社会缺医少药, 国家政策鼓励乡村集体创办合作医疗, 低层次地解决农民医疗卫生需要问题; 20世纪八九十年代, 多数乡村集体经济因家庭承包制出现式微, 无力支撑合作医疗运行, 农村医疗卫生服务供给短缺, 农民看病难问题突出; 进入21世纪后, 国家主动推进农村医疗卫生事业发展, 不断提高新农合补助和基本公共卫生投入, 基本满足了农民医疗卫生服务需要。近年来, 农民享有的服务水平和质量逐年提高, 不仅新农合正在对接城镇居民医保, 越来越多的农民享受到均等化医疗保障, 而且国家不断改善农村医疗服务和公共卫生条件, 农民的健康权益得到了有效维护和提升。但农村医疗卫生服务仍存在诸多新问题, 面临多方面新挑战, 尤其是公平性、有效性、均衡性与可及性不足的结构困境掣肘农村医疗卫生服务发展。基于此, 改进农村医疗卫生服务, 国家需要在乡村振兴、城乡融合发展和农业农村现代化的战略实施中, 着力推进医疗卫生服务一体化发展, 实施医疗卫生精准化服务, 还需要面向农民新需要, 优化农村医疗卫生服务供需结构, 合理配置农村医疗卫生服务资源, 推动健康服务与乡村振兴深度融合。

**[关键词]** 医疗卫生服务 国家政策 农民需要 农村问题

**[中图分类号]** R197.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-983X(2021)04-0065-11

## 一、问题提出：基于文献概述

学界对21世纪农村医疗卫生服务尤其对新农合重大实践和新医改政策完善及其实施展开了广泛而深入的研究, 一些成果具有较高成熟度。从新型农村合作医疗(下文统称新农合)实践方面的研究看, 2010年前后的研究侧重点有所不同。2010年前, 由于新农合施行时间短, 尚处于探索、推广阶段, 学者们的研究主要关心

新农合运行状况和农民看法, 希望进一步改进新农合。一些学者研究指出, 新农合实施产生群体间新的不平等, 富裕农户的受益要高于低收入农户和贫困农户,<sup>[1]</sup>高收入农户使用了更多的医疗服务,<sup>[2]</sup>影响了农民参加新农合的积极性, 出现部分农民不愿意参加新农合的现象。<sup>[3]</sup>还有学者认为, 新农合在农民看病治病方面的作用比较微弱或不显著, 不能有效解决农民“看病难、看病贵”问题,<sup>[4]</sup>农民医疗卫生支出的经

收稿日期: 2020-12-01

\*基金项目: 国家社会科学基金资助项目“美好生活视域下乡村民生新需求与公共服务提升研究”(19BSH157)

作者简介: 吴业苗, 教授、博士研究生导师, 主要从事公共服务、城乡融合发展与一体化治理、城乡社区治理等研究。

济负担仍旧沉重。<sup>[5]</sup>但2010年后,随着国家和各级政府不断完善新农合体制,加上更多农民从看病报销中得到了较高实惠,越来越多的农民认可新农合。一些实证研究看到了这一变化。如郑适等人在苏鲁皖豫四省的农户调查中发现,新农合促进了农民身心健康改善,农民对新农合总体上表示满意,参与新农合的积极性高。<sup>[6]</sup>

从农村医疗卫生政策方面的研究看,学者们的研究集中在农村医疗卫生体制改革及其演变上。赵黎在农村基层医疗卫生服务现状的田野调查上省思农村基层医疗卫生领域改革与创新以及突破的程度与可能,指出农村公共卫生服务项目、基本药物制度和基本医疗保险制度的改革是“在国家政治社会稳定与经济背景下的渐进的方式呈现出来的”,体现出“医疗卫生领域改革所应有的革新性、适应性与特性化”,但“政策工具在解决问题过程中自身也变为问题”,需要培育符合地方实践的新健康习惯行为和新就医秩序。<sup>[7]</sup>至于如何培育农民新健康行为和建立新就医秩序,赵黎在另一篇文章中做了阐明,即发展农业公共卫生事业,应该以城乡普惠共享为宗旨供给农村医疗卫生服务,以居民医疗卫生需求为核心引导居民参与健康治理,以“将健康融入所有政策”为依据优化农村医疗卫生政策。<sup>[8]</sup>历时性政策研究呈现的是农村医疗卫生服务发展和政策不断完善的图式,反映了国家推进医疗卫生事业发展成效,但政策实施中的问题没有在研究中予以足够重视。

以问题为导向的共时性政策研究注重政策的应用价值,根据问题研判政策合理性并提出改进政策的建议。一些学者注意到农村基层医疗机构设备落后、全科医生缺乏、服务能力低,以及社区首诊和双向转诊难以实施,越来越多的病人选择到县级以上医院看病等现实问题,<sup>[9]</sup>建议增强农村基层医疗卫生服务质量和医疗卫生服务的可及性,为农民的公共卫生和常见病、慢性病、多发病提供有效的预防、诊疗和康复服

务。<sup>[10]</sup>但基于现实问题的政策研究,主要关心农村医疗卫生政策“应然性”改进,冀望新政策能够解决现实问题。还有一些政策研究不再拘泥现实中个别或系列问题,而从定量研究中寻觅农村医疗卫生服务“过程”的内在机理,从中推演进一步改进农村医疗卫生服务的新政策。如毛捷、赵金冉利用中国家庭追踪调查(CFPS)数据,揭示公共卫生投入不会抑制医疗消费的增长且能促进农民增加健康投入的机理,并由此建议政府要加大公共卫生投入。<sup>[11]</sup>不难看出,这类政策研究探讨的是农村医疗卫生服务更深层次的“未显问题”,所提出的政策改进建议旨在促进政策更有效。

总的来说,既有研究,无论是新农合实践研究还是农村医疗卫生服务政策包括政策设计、政策变革、政策执行以及政策完善的研究,讨论的都是农村医疗卫生服务情况、问题以及相关政策,成果对推进农村医疗卫生事业发展具有一定的理论意义和应用价值。但多数研究偏向于就问题或情境而讨论、研判政策问题或提出政策改进建议,没有深入讨论国家供给医疗卫生服务与农民需要日益增长的关系。其实,国家改进农村医疗卫生服务,不仅出于农村社会新情境和新问题,还需要国家对农民需要尤其是新需要做出及时、适度的回应,唯如此,农村医疗卫生服务才能不断满足农民日益增长的美好生活需要。

也就是说,改进农村医疗卫生服务需要“问题导向+精准施策”。当前农村医疗卫生服务不尽如人意,除了解决问题受到条件限制和需要时间过程外,还与国家没有精准回应农民日益增长的医疗卫生服务需要有关。新发展阶段农民医疗卫生需要因生活水平提高和城镇化发展、乡村振兴等战略实施而不断翻新,变化性大,不确定性强,回应农民需要,提高国家对农民需要的因应能力,对推进医疗卫生服务体系和能力现代化,促进农村医疗卫生服务平衡充分发展有理论意义和应用价值。籍于此,本研究检视农村医疗卫生事业发

展,回应农民日益增长需要的情况,解析当前农村医疗卫生服务结构性问题和困境,从而研判国家满足农民医疗卫生需要更有效的应对策略。

## 二、国家出场：推进农村医疗卫生服务

新中国成立后,国家在将建设和发展重点转移到城市和工业的过程中形塑了城乡二元结构,城乡医疗卫生政策迥异,农民难以享受国家提供的医疗卫生服务。1952年国家实行“公费医疗”政策,城镇职工及其家属子女享有国家和单位提供的“免费”或“半费”医疗卫生服务,基本实现病有所医。相形之下,国家和各级政府向农村供给的医疗卫生服务很少,农村医疗卫生资源匮乏,缺医少药问题严重,很多生病农民得不到基本治疗和必要护理。城乡医疗卫生服务巨大反差以及农民看病难问题引起了毛泽东主席重视,他曾严厉批评国家卫生部工作,说卫生部是给全国人口15%的城市人工作的卫生部,培养医生的方法和医院检查治疗方法“根本不符合农村”,并要求“把医疗卫生的重点放到农村去”。<sup>[12](P505)</sup>

在毛泽东指示下,国家加大农村医疗卫生事业投入,一些城市医生轮流参加巡回医疗工作,深入到农村、边疆为农民提供防病治病服务。与此同时,农村依靠农民自筹和生产大队集体资金陆续办起了合作医疗。<sup>①</sup>尤其在1968年《人民日报》刊发《从“赤脚医生”的成长看医学教育革命的方向》(1968年9月14日)和《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》(1968年12月5日)2篇调查报告后,农村合作医疗雨后春笋般发展。合作医疗兴起,部分地改变了农村缺医少药的窘境,农民看病有了自己的诊所和“赤脚

医生”。

20世纪60年代城市医疗卫生服务下乡,推动了农村卫生防疫以及地方病、慢性病和多发病的医治工作,但籍于国家经济困难,农村医疗卫生服务的硬件和软件并没有因国家领导人的指示和政府重视而发生实质性改变。并且,虽然农村合作医疗运作成本低,简单易行,但它体量小,所提供的医疗卫生服务水平低。一方面,农民每人每年交1元钱的合作医疗费,大队再从集体公益金中每人平均提取5角钱作为合作医疗基金,资金盘子过小,无法保证村民只交5角钱挂号费的“免费”治疗质量。也就是说,农村合作医疗只能解决小病的“有医”“有药”问题,不能真正满足农民看病治病需求,如很多地方将常年吃药的农民排除在合作医疗外,不为他们提供免费服务。另一方面,为农民看病的医生是拥有祖传医术或经过短期速成培训的“赤脚医生”,他们一边参加生产队的农业生产劳动,一边为农民看病治病,服务水平难以保证。不仅如此,治病的药品有限,主要是止痛消炎针剂、红汞、碘酒、阿司匹林等和“赤脚医生”自己采集的中草药。

不难看出,在新中国成立后的十多年,国家医疗卫生事业发展重点在城市,农民较少得到来自国家提供的医疗卫生服务。虽然在20世纪60年代中后期国家迫于农村缺医少药和农民看病难的现实压力,积极推进农村医疗卫生事业发展,但国家对农村医疗卫生事业的投入非常有限,巡回医疗和培训农村医务工作者只能部分地解决农村医疗卫生的暂时、局部问题,不能满足农民看病治病需要。值得肯定的是,国家重视农村医疗卫生事业发展和城市医生下乡激活了农村医疗卫生工作,农村以此为契机创办起农民自己的合作医疗——被世界银行誉为成功的“卫生革命”——农村合作医疗与“赤

<sup>①</sup>1966年8月10日,“乐园公社杜家村大队卫生室”成为中国历史上第一个农村合作医疗试点,组织农民办合作医疗,依靠集体的力量解决农民看病问题。(参见:张国清,吕有志.新中国之韵[M].杭州:浙江教育出版社,2009:306.)

脚医生”<sup>①</sup>“保健站”(卫生室)成为解决中国农村医疗卫生工作的“三件法宝”。在国家政治呵护下农村低水平合作医疗平稳运行,到20世纪70年代末,全国约有90%的农村生产大队实行了合作医疗,每个生产大队有1至3名“赤脚医生”,全国“赤脚医生”的数量达到150多万名,生产队的卫生员、接生员达到390多万人,<sup>[13](P112)</sup>超过了1964年《关于继续加强农村不脱离生产的卫生员、接生员训练工作的意见》提出的争取在3—5年做到“每个生产大队都有接生员,每个生产队都有卫生员”的目标。尽管依靠农民自身和集体力量创办的合作医疗被国家政治认可并得以全国推广,农民可以通过集体力量看病,但农村合作医疗不能真正解决农民治病难题。农村合作医疗是当时经济社会条件下国家政治做出的无奈选择,如1974年邓小平接见民主也门卫生代表所说,“赤脚医生总比没有医生好”。<sup>[14](P401)</sup>

人民公社时期国家回应农民医疗卫生需要更多体现在政策话语“重要”上,给予农村的医疗卫生资源并没有多大提高,农民看病主要依靠低层级的集体合作医疗。即便如此,20世纪八九十年代农村合作医疗也从农村场域中退出,广大农民看病又回到自费状态。改革开放后,村集体经济被家庭承包制削弱,有的变成无资产、无收入的空壳,无力支撑合作医疗运行,村医疗室/诊所或解体、或转为私有,不再免费为农民看病。这一时期,国家的农村工作重点在经济建设上,农村医疗卫生事业没有被重视,看病难、看病贵成为部分农民能否过上温饱或小康生活的最大障碍。最需要检讨的是,20世纪八九十年代国家与地方政府通过税费从农户汲取了大量资源,本可以拿出一部分资金发展农村医疗卫生服务,而无论是国家征收的税还是地方政府收取的费包括“三提”(村提留公益金、公积金和管理费)、“五统”(乡统筹办

学、计划生育、优抚、民兵训练、道路建设)以及“两工”(义务工和积累工),用于农村医疗卫生服务的资金很少,农村医疗卫生事业极度衰败、羸弱。可以说,改革开放后的20多年国家和地方政府在农村医疗卫生服务上是缺位的,农民看病治病问题几乎被国家政治遗忘。截至20世纪末,近90%的农村居民没有任何医疗保险,<sup>[15](P67)</sup>看病完全自费。尽管经济逐渐好起来的农民自费看病能力有所增强,但面对大病或重病,一些农户要么被疾病拖累,负债累累,要么选择放弃,在家等死。

农村医疗卫生落后状况与和谐社会建设、城乡统筹发展不相称,不管出于维护社会主义制度优越性还是出于让农村人分享改革发展成果和全面建设小康社会,国家都需要将解决农民看病难问题提上日程。如是,2002年10月中共中央国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,开启国家出钱、政府主推农村医疗卫生事业的新局面。2003年抗击“非典”为各地政府全面启动农村基本医疗卫生服务体系注入新能量,新农合试点工作全面展开。2004年参合率近10%,两年后翻倍增加,2006年约50%农村居民参加新农合,2008年超过90%,近几年都在90%以上,一些地方农村居民几乎人人参加新农合。新农合政策初衷是解决大病统筹和因病致贫、因病返贫问题,支持“大病”,兼顾“保小”,但随着个人缴费标准由2003年人均10元/年增加到2020年的人均250元/年,各级财政补助标准由2003年人均20元增加到2020年人均520元,农民看病门诊、住院报销比例大幅度提高,加上大病保险和重特大疾病医疗救助全面推开以及报销向贫困户倾斜,农民看病负担显著减轻,因病致贫、因病返贫现象大量减少。

比较看,21世纪国家在新农合的担当与20世纪60年代中期的合作医疗不同。农村合作医

<sup>①</sup>联合国妇女儿童基金会1980—1981年年报高度评价中国“赤脚医生”,认为“赤脚医生”为中国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板。(参见:昆明医学院健康研究所.从赤脚医生到乡村医生[M].昆明:云南人民出版社,2002:5.)

疗是农民发明、创造而后被国家政治认可、推广的低层次医疗保障制度，国家出场更多表现在政策话语支持上，为农民合作医疗的实施撑场面，合作医疗运作的逻辑是农村事情由农民自己办。而新农合则不同，国家承担起道义责任，不仅各级政府给予新农合的财政补贴是农民个人缴费的2倍以上，而且在新农合运行中政府始终亲力亲为，不断完善医疗卫生体制机制，最大程度地满足农民医疗卫生需要。正是国家大量推进农村医疗卫生事业发展，各级政府把办好新农合和公共卫生服务纳入行政绩效考核中，农民获得的医疗卫生服务水平和质量才得以大幅度提高。

### 三、现实困境：农村医疗卫生服务中的结构性问题

相比于城市，农村医疗卫生服务仍是国家医疗卫生事业发展的短板，无论是重大疾病预防和基本公共卫生服务，还是医疗健康服务与管理都存在不少弱项。国家满足农民日益增长的医疗卫生服务需要面临诸多挑战，亟需解决深层次结构性问题。当下农村医疗卫生服务中的结构性问题主要如下。

一是公平性问题。农村医疗卫生服务存在城乡、地域不均等的问题。一直以来，中国医疗卫生服务重城轻乡，城市人享有较全面、较高水平的医疗卫生服务，而国家对农村医疗卫生服务投入非常有限，主要在地方病如血吸虫病防治和疫苗接种上。城乡二元结构下广大农村公共卫生条件差，缺医少药，农民医疗卫生方面的需求只能“自力”或依托集体“合力”解决。不仅如此，不同农村地区的医疗卫生服务水平也有较大差距。中国农村地域广阔，各地自然条件、经济发展和农民生活状况差异大，城郊农村、经济发达地区农村的农民能从村集体得到较多的医疗卫生保障，而且这些地区的基层政府也有财力进行乡镇卫生院、村诊所建设和农村公共卫生条件改善，农民获得的医疗卫生服务比老少边穷地区和经济欠发达或落后的农

村要多、要好。城乡不均等与地域不均等叠加，相互掣肘农村医疗卫生结构，加剧中国农村医疗卫生服务不公平问题。

农村医疗卫生服务不公平缘于国家医疗卫生资源的重城轻乡配置以及农村地区经济社会发展不平衡，即国家对城乡、不同地域、不同人群供给的医疗卫生服务不平衡和农村医疗卫生服务发展不充分。其问题主要表现为两个不足：一是农村医疗卫生服务供给不足，农民生病就医成本高，包括看病要花更多的路费、住宿费；另一方面，农民的生命健康权保障不足，多数农村地区的医疗卫生条件不能满足农民“病有所医”需要，尤其是一些事关农民生命健康的服务，如年度体检、临终关怀等还不能提供。就此看，农村医疗卫生服务落后不仅是农民看病难、看病贵的问题，还有关乎农民生命健康权益保障的深层次公正问题。公平性是农村医疗卫生服务的价值皈依，农村医疗卫生服务体系建构需要有公平、公正的基座。

二是有效性问题。医疗卫生服务与其他类型的公共服务一样，需要国家和政府根据民众需求予以供给，唯有供需结构协调，医疗卫生服务才能实现有效。然而，长期以来农村医疗卫生服务供给的增长跟不上农民需要的增长，存在效率低的问题。其一，新农合的实施，国家供给的大病统筹服务部分地、一定程度地缓解了大病、重病医治问题，但农民承担比例较高，仍有不少病人家庭难以承受余下部分的医疗费用。其二，最初新农合的设计意向是“保大”甚于“保小”，农民门诊看病报销门槛高、报销少，新农合在减轻农民医疗支出方面的效果弱。<sup>[16]</sup>至今，新农合仍没有回应农民进一步提高报销比例要求。其三，国家不断提高农民个人缴费档次，2020年达到人均250元，部分身体状况好且家庭经济条件差的农民不愿意再缴费。这降低了新农合的参保率，不仅不能让每一个农民应保尽保，还可能加剧部分农民看不起病的问题。

此外，农村医疗卫生服务效率还存在有限的医疗卫生资源及其服务错位、越位问题。随

随着中国城镇化步入中后期,农村社会人口频繁流动,越来越多农民进城打工、居住、上学,静态的医疗卫生服务不能满足流动人口需求。即使政府改善乡村医疗卫生条件,提高门诊、住院报销比例,也不能保障大量流动人口的医疗卫生权益。留守人口和流动人口对医疗卫生服务需求不尽相同,比如,年龄大的留守农民更需要机构提供上门服务,而流动人口则需要城乡医疗卫生保障对接,能随时随地享有医疗卫生服务保障。遗憾的是,当前政府实行医疗卫生保障没有充分兼顾到农村人口居住空间变化和异质性需求,也没有精准识别农民的需求表达,供给上的越位和错位造成有限的医疗卫生资源被闲置被浪费。

三是均衡性问题。作为公共服务重要内容之一的医疗卫生服务项目多达20项,除了医疗机构实施的看病治疗服务外,公共卫生服务需要开展传染病、慢性病、精神障碍、地方病、职业病和出生缺陷等的联防联控工作,高危孕产妇和新生儿健康管理、妇女常见病筛查率和早诊早治、妇女宫颈癌、乳腺癌项目检查的妇幼健康工作,以及食品药品安全、农村环境卫生整洁等工作。但国家对农村医疗卫生不同领域工作的重视程度不同,各级政府将工作重点放在新农合的医疗上,农村公共卫生问题突出。虽然2003年“非典”疫情后国家加强了公共卫生体系建设,提升了国家防治重大疾病和应急处理突发公共卫生事件的能力,但农村公共卫生一直是国家医疗卫生服务的弱项——新冠疫情再次暴露了农村应对突发公共卫生事件能力弱、资源不足等问题;虽然中央政府要求村卫生室承担40%左右的基本公共卫生服务工作任务,<sup>①</sup>新增的人均基本公共卫生服务经费重点向乡村医生倾斜,但现有的村卫生室条件和医护人员水平不能完全支持国家公共卫生服务职能的实施,有些公共卫生服务项目开展不起来或“空转”。

农村公共卫生服务还存在设施落后、条件差方面的问题。如一些县市精神病院设施简陋、病房少,有的10多位患者同住一间病房,缺少公共活动空间。很多精神病院的床位严重短缺,一床难求,精神病人住院甚至需要地方主要领导干预才能解决,以至于一些精神病人流落在社会上,对居民生命安全造成隐患。再如,一些农村卫生监督机构存在设备落后、人员编制不足的问题,不仅大量地使用外聘人员或临时工,而且缺少资金添置新设备,不能对蔬菜、水果、蛋奶、肉类等农产品的化学元素超标进行有效检测。又如,农村环境卫生整治还存在诸多死角、空白处。政府推进改厨、改厕、改圈等民生工程,以及“村收集、镇运输、县处理”垃圾处理和垃圾分类工作仍在实施中,一些村庄的环境卫生整治不彻底,按下葫芦浮起瓢,老的卫生问题解决了,新的问题又出现,甚至新问题比老问题还严重。

四是可及性问题。医疗卫生服务可及性是指居民与医疗卫生系统间的“适合度”,即居民能够容易地获得医疗卫生服务供给方提供的医疗卫生资源。Penchansky等人认为可及性可以从可得性、可接受性、可适合性、可承受性、可接近性五个维度进行测量。<sup>[17]</sup>在医疗卫生体系建设中,政府习惯从患者到医疗卫生服务机构的距离来提高可及性,着力打造“30分钟服务圈”,即看病农民10分钟到村卫生所,30分钟到乡镇卫生院。实际上,乡村在城镇化进程中已进行多轮拆并,乡镇或村的地域范围不断增大,不少农民难在“30分钟服务圈”内获得服务。张云丰和王勇在重庆、四川、陕西、湖北、河南、贵州、河北及江西等8个省市125个乡镇86个村做的调查显示,乡镇医院距病人平均7公里,病人走路需56.88分钟,约16.8%的调查对象距最近的乡镇卫生院在10公里以上,最远的达30公里。19.2%的调查对象到达村卫生室需30分钟以上者,5.4%的需1小时以上,最长的要100分钟。<sup>[18]</sup>

<sup>①</sup>其中不包含新纳入的免费提供避孕药具和健康素养促进这两项。

过于强调将医疗卫生服务送到“家门口”的可达性现实意义不是很大，有可能造成医疗卫生资源闲置和不必要的浪费。依据Penchansky等人的“可达性”诠释，农村医疗卫生服务的可达性应该包括医疗卫生服务机构和设施能够满足农民看病治疗需要、农民到医疗卫生机构比较方便、农民适应或认可医疗卫生服务方式、农民支付能力以及现有的医疗保险能够承受医疗卫生服务价格、农民对医疗卫生服务设施和服务态度满意。如今，除了极少数山区外，农村道路交通条件比较好，农户的交通工具普遍是电动车、摩托车，拥有汽车的也不在少数，送病人到村诊所、乡镇卫生院看病没有多大难度。如此，当前农村医疗卫生服务可达性问题主要体现在：一些病人择医包括选择看病医院渠道不通畅，现有的报销体制限制了农民看病选择；外出打工者或居住在城镇的农民在居住地看病后报销难；农民跨市、跨省看病报销比例低；还有一些重病或年老病人希望有上门服务，而不少基层医疗机构没有资质开展送医上门服务等等。可见，农村医疗卫生服务中的可达性不仅仅是农民与服务机构间的距离问题，还有选择优医、要求异地报销和上门服务等复杂问题，需要国家统筹解决。

#### 四、提升能力：农村医疗卫生服务再改进

当下农村社会处于向现代社会转型和全面开启实现社会主义现代化的新阶段，农村医疗卫生服务中公平性、有效性、均衡性和可达性等结构性问题比20世纪八九十年代复杂，也与21世纪初有所不同。单纯地增强农村医疗卫生服务供给量不能解决农业医疗卫生服务结构不平衡、发展不充分问题和深层次矛盾，甚至可能造成医疗卫生资源严重浪费。城镇化发展尤其是新型城镇化和乡村振兴战略实施改变了农民需要结构，拉高了农民需要层级，农村医疗卫生服务的有效供给需要立足于农村社会新变

化、新情况和新趋势。

**（一）立足新变化，推进医疗卫生服务一体化发展** 中国医疗卫生服务非均等化状况是城乡、地域的非均等化发展长期累积造成的，医疗卫生服务城乡不平衡发展和农村地域不充分发展的叠加导致一些农村地区和部分农民群体享受不到“国民待遇”。21世纪后国家实行的新农合尤其是2009年的新医改确立了提高农村医疗卫生服务公平性和促进基本公共卫生服务逐步均等化发展方向，国家在医药卫生资源配置、机构设置、人员编制上向农村倾斜，不断改善农村基层医疗卫生条件。特别是，近年来国家实施乡村振兴、城乡融合发展和精准脱贫、全面建成小康社会等战略，部分地解决了农村医疗卫生服务因城乡二元结构消解和城镇化发展带来的一些问题和矛盾。

作为重要民生的医疗卫生服务，国家在政策上已经对“新变化”做出“城乡统一”部署。2016年国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》指出，建立城乡居民医保制度，推行城乡居民医保在“覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理”等方面“六统一”。同年，《“健康中国2030”规划纲要》指出，保障农村居民健康是构建全民健康和健康中国的重要组成部分，医疗卫生事业发展要“以农村和基层为重点，推动健康领域基本公共服务均等化”，并且，“逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异，实现全民健康覆盖”。2019年国家医疗保障局和财政部印发的《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》再次提出，加快整合城镇居民医保和新农合，要求2019年底前实现两项制度并轨运行、并向统一的居民医保制度过渡。当前最紧要的是认真落实“意见”“纲要”“通知”，着力消除阻碍提升农村医疗卫生服务的不利因素，完善城乡医疗卫生服务一体化体系，促进城乡、地域间医疗卫生服务“整合”“统一”。特别需要各级政府将改善和提高农村医疗卫生服务置于一体化中，利用移动通信技术手段和城

市优质医疗卫生服务资源,构建城乡一体、地域一体、市域一体化的“智能传感终端+移动通信平台+医疗卫生服务”体系。

## (二) 面向新需求,实施医疗卫生精准化服务

近年来,国家和各级政府把体制机制建设重点放在供不应求的调整上,不断出台新的农村医疗卫生政策,冀望通过增加服务供给量来满足农民的医疗卫生需要。但是,农村医疗卫生服务供需结构失调矛盾的主要方面在需求端上,即农村社会转型、人口流动以及居住空间整合和生活方式变化已经并正在改变农民的医疗卫生需求,国家和各级政府需要理顺供需关系,调整供给结构,唯如此,才能为农民提供更精准的医疗卫生服务。

也就是说,在国家供给保持不变的条件下农村医疗卫生服务效率的提高取决于准确识别农民需求及其变化。调整新农合的门诊、住院报销比例,实行基层首诊、双向转诊,组建医联体和医疗集团,以及安排城乡医生互动、培养基层全科医生等措施都是服务供给结构的调整,并取得了一些成效。但这些举措在实施过程中出现了一些新问题,比如农民看病、住院愿意向上转而不愿意向下转、乡村医疗机构门诊量少和运行困难等。这些问题是扩大医疗卫生服务数量、增强农民医疗服务能力过程中出现的资源错配引发的,需要进一步调整供给结构。不过,供给结构调整和完善要在识别农民医疗卫生需要基础上进行,尤其是基本公共卫生服务。因为公共卫生关涉大众公共利益,对农民个人的影响是间接的,其关注程度不及医疗,农民对公共卫生的自发性表达、组织性表达和参与式表达普遍较弱。<sup>[19]</sup>在农村社会人口流动和空间调整的当下,越来越多的农民将预期放到城镇,不再关心身边的公共卫生问题。就此而言,国家试图把公共卫生服务送到每一个村和每一个农户,并为此而扩大公共卫生项目内容和增加公共卫生服务经费补助标准是不切实际的,也是没有必要的。再者,现有的乡村卫生院和诊所的人力不足以承担为流动乡村的流

动人口提供基本公共卫生清单上的服务。当下最需要的是,国家和政府根据不同类型农民的居住预期、流动意向和未来需求提供固定性与流动性兼顾的疾病预防、身心健康、治疗护理服务。

## (三) 根据新情况,优化农村医疗卫生服务资源配置

自2009年新医改提出“保基本、强基层”以来,农村医疗卫生服务出现了新情况。政府不断加强乡村卫生院和卫生室/诊所的建设,除了行政村的卫生室标准化建设外,乡镇的中心卫生院也提档升级,有的成为片区的中心医院,并设有康复、儿科、妇产科等特色专科,规模、设施、人员配置达到二级医院水平。然而,生活逐渐好起来的农民仍不满意乡村卫生院和诊所医疗水平和设备条件,宁愿多花钱到县级医院或地域中心“大医院”看病。近年来政府采取拉大门诊、住院的分级报销差距等办法,希望把首诊、康复留在乡村。但遗憾的是,由于医疗机构等级差别大,分级治疗好像是分等级看病,加上管理部门给基层医院配备的是低价、低效药物,治病效果不理想,更多的病人还是选择到县市中心医院看病,致使大医院严重拥挤。就此看,加强农村基层医疗卫生服务,并非提高乡村医疗机构条件,还需要照顾农民更高的服务需求,加大县域、市域中心医院建设,扩大二甲以上医院的容量,以满足农民日益增长的医疗服务。未来乡村医疗机构职能定位重点应该在疾病预防、传染病疫情报告、计划免疫、妇幼保健、计划生育、健康档案建立、卫生保健、常见病多发病慢性病的一般诊治和转诊服务,以及病、残等一般康复等工作上,而非门诊、住院。

其实,公共服务效率在生产阶段和分配阶段是不同的,生产阶段要实现投入与产出上的技术效率,分配阶段要实现供给与需求间配置效率。<sup>[20]([122])</sup>实现农村医疗卫生服务效率最大化,在生产阶段,既要改变政府独立从事服务经营状况,支持社会力量参与农村医疗卫生服务,又要扩大购买医疗卫生范围,鼓励更多的有能力的社会医疗卫生机构和人员从事农村医疗



服务和公共卫生服务；在分配阶段，除了上文提及的遵循需求端进行医疗卫生服务供给侧结构调整外，还需要调整大医院、小医疗机构（卫生院、诊所）资源配置，将资源优先配置给农民希望的机构中。不能将国家“强基层”的政策片面地理解为扩大、加强乡镇和行政村的医疗卫生服务机构，“强基层”的关键在于根据农民需要及其变化情况，优化、提高基层服务质量，不能违背农民意愿，强迫日子好起来的农民在乡村医疗机构看病、治病。

**（四）顺应新趋势，推动健康服务与乡村振兴深度融合** 随着“健康中国”战略实施，农村医疗卫生服务出现新趋势，即国家和农民都愈发重视健康权及其实现。从政策层面看，政府不断完善农村基本公共卫生服务项目，增加人均基本公共卫生服务经费补助标准，并且向村和社区倾斜，让农民群众享有高质量的公共卫生服务。从实践层面看，家庭医生签约服务全面推开，农村居民健康档案、健康教育、疫苗接种、疾病预防、儿童和孕产妇健康管理，以及农村65岁以上老人体检、慢性病和重症病人护理等服务逐步向广大农民覆盖，农民的健康权益得到了一定程度维护。但农村基本公共卫生服务仍差强人意，不仅家庭医生或家庭医生团队上门服务次数少，服务对象多，很多服务是乡镇卫生院和村卫生室的医务人员利用休息日或节假日时间开展的，难以保质保量地完成《国家基本公共卫生服务规范》规定的工作，而且广大农民尤其是老年农民对健康体检和慢性病健康管理的需求显著提高，<sup>[21]</sup>基层基本公共卫生服务却没有及时、同步跟进。

根据《“健康中国2030”规划纲要》的“将健康融入所有政策”理念以及农民日益增长的健康需要，农村医疗卫生服务要在“病有所医”的基础上转型、提升，将工作重点由“治病为中心”转变为“健康为中心”，全方位立体式地保障农民的卫生健康权益。保障农民健康是一项重要民生服务工程，需要有相关的服务介入。当前，农村正在实施乡村振兴战略，可以将保障

农民健康权置入乡村振兴中统筹实施。具体地说，一要在乡村产业振兴中推进大健康产业发展，不仅让健康产业带动农民就业、增加农民收入，还要借助健康产业振兴推进乡村健康事业；二要在乡村生态宜居中整治乡村居住和生活环境，让农民拥有清洁的空气、干净的河道、卫生的厕所，使居村农民、甚至下乡居住的市民都有一个美丽环境；三要在乡风文明中弘扬健康文化，动员社会组织开展健康教育活动，支持和鼓励相关组织开展义诊，利用村民广场和文体活动室等开展健身娱乐活动；四要在生活富裕中培养农村居民健康生活，包括改变农民落后、不健康的饮食习惯，养成文明健康的生活方式；五要在治理有效中提高农村医疗卫生服务水平，治理有效的乡村应该是高水平医疗卫生服务的乡村，乡村治理需要通过提高乡村医疗卫生水平改变农民健康状况。

## 五、结语：再强调三点

城乡二元结构下的国家医疗卫生服务供给不能满足农民基本需要，尤其在20世纪八九十年代农村医疗卫生服务被忽视，农村长期处于缺医少药和公共卫生落后状态。进入21世纪后，国家政治重拾农村医疗卫生事业，积极回应农民医疗卫生服务需要，持续改善农村医疗服务和公共卫生条件，农民的健康权益得到了有效维护和提升。当前，农村多数医疗卫生服务已经与城市对接或并轨，基本实现“看得起病、看得上病、看得好病、少得病”。但是，农村医疗卫生深层次问题并没有因为国家提供的服务项目增多而得到根本解决，仍需要国家力量再给力。随着农村向现代社会进一步转型和农民生活预期变化，农民的医疗卫生需要更加多变、多样，带来的不确定因素将一次又一次地冲击国家和政府的医疗卫生服务既定政策。面对农民日益增长的美好生活需要，国家需要在如下方面提高服务能力。

第一，优先发展农民健康事业。近20年国

家推行新农合、新医改等新政策,重点解决了农民看病难看病贵问题,提供的是“病有所医”服务,而“大健康”事业还方兴未艾。虽然公共卫生经费大幅度提升并向乡村底层倾斜,农民能够得到卫生防疫、健康教育等服务,但年度体检、疾病预防、健身保健等有助于农民身心健康的服务发展缓慢。“个人健康是立身之本,人民健康是立国之基”。<sup>[22]</sup>在全面建设社会主义现代化国家中,发展农民健康事业、保障农民健康权益是实现乡村振兴和城乡融合发展的“压舱石”,如果没有农民的健康,就没有农民的幸福感和安全感。只有将农民健康事业放在优先发展上,以农民健康为中心,全方位全周期保障农民健康,农村美、农业强、农民富的乡村振兴才会有持久的生命力。

第二,增强国家响应力度。检讨国家在农村医疗卫生服务中的不足,最需要的是纠正国家在集体经济时期和改革开放初期对农民医疗卫生服务需要响应迟缓,充分发挥国家在推进农村医疗卫生事业发展中的作用。新发展阶段农民医疗卫生服务不再是农村的事,仅占GDP7%的农业和农村小集体无法独立支撑农村医疗卫生事业,农村医疗卫生事业发展需要国家担当道义——国家支持农村医疗卫生事业发展只能加强,不能以任何理由削弱。已有的经验表明,乡村医疗卫生事业发展不能没有国家参与,正是“国家的爱心创造和激活了社会”,<sup>[23](P31)</sup>21世纪的农村医疗卫生事业才得以快速发展。如今,国家不仅要加快补齐农村医疗卫生服务短板,为农民提供基本医疗卫生服务,还要秉承城乡一体化发展理念,促进城乡医疗卫生服务实现均等化。这是乡村振兴、城乡融合发展的实践需要,也是国家履行公平公正道义的责任要求。

第三,着力打造农村医疗卫生服务“高地”。国家实施城镇化发展、城乡融合发展战略已经并正在改变农村未来和农民选择,农村医疗卫生服务机构设置和资源配置需要根据城镇化进程和农民需求的城镇化面向进行调整。当前全国各地农村在国家资金支持下“一步到

位”地配置医疗卫生资源,卫生室、卫生院、中心医院以及科室设置都普遍标准化,很多地方的医疗卫生服务出现“高配”现象,产生因农民流动和农村人口减少而出现机构、设备、人员闲置问题。斯科特指出,国家对未来干预做出科学预判,如果不知道未来的变化,“我们更应该尽可能迈小步,停一停,退后观察,然后再计划下一步的行动”。<sup>[24](P442)</sup>城镇化发展必然带来农村地域缩小、人口减少,农村医疗卫生服务的可及性不仅仅是“就近服务”。因此,国家设置乡村医疗卫生机构不能撒胡椒面,而要“天女散花”,在农村中心地区建设好医疗卫生服务“高地”。只要道路交通条件好且方便,只要服务资源能够与农民需求有效链接,中心城镇尤其是县城镇或县级市的医疗卫生机构能更有效地为农民提供医疗卫生服务。也就是说,政府需要根据城镇化发展趋势、农村人口流动和选择意愿,优先、重点建设好片区的医疗卫生服务高地,避免因农村人口流动或居住空间结构调整产生因应失灵问题,进而保证医疗卫生服务供给与农民需要全面、高质量对接。

#### 参考文献:

- [1]方黎明,顾昕.突破自愿性的困局:新型农村合作医疗中参合的激励机制与可持续性发展[J].中国农村观察,2006(4):24-32,79.
- [2]解垵.与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J].经济研究,2009(2):92-105.
- [3]张兵,王翌秋.新型农村合作医疗制度的政策选择[J].中国农村经济,2005(11):26-32.
- [4]You X D, Kobayashi Yasuki. The new cooperative medical scheme in rural China[J]. Health Policy, 2009, 91(1): 1-9.
- [5]Sun X, Jackson S, Carmichael G, etc. Catastrophic medical payments and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province[J]. Health Economics, 2008, 18(2): 103-119.
- [6]郑适,周海文,周永刚,王志刚.“新农合”改善农民的身心健康了吗?——来自苏鲁皖豫四省的经验证据[J].中国软科学,2017(1):139-149.
- [7]赵黎.发展还是内卷?——农村基层医疗卫生体制

- 改革与变迁[J]. 中国农村观察, 2018(6): 89-109.
- [8]赵黎. 新医改与中国农村医疗卫生事业的发展——十年经验、现实困境及善治推动[J]. 中国农村经济, 2019(9): 48-69.
- [9]韩俊江, 王胜子. 试论我国农村医疗卫生服务体系的完善[J]. 东北师大学报(哲学社会科学版), 2015(2): 72-76.
- [10]吴闽川, 吴志澄. 论农村医疗卫生服务能力建设的问题与对策[J]. 福建论坛·人文社会科学版, 2009(11): 167-171.
- [11]毛捷, 赵金冉. 政府公共卫生投入的经济效应——基于农民消费的检验[J]. 中国社会科学, 2017(10): 70-89.
- [12]逢先知, 冯惠. 毛泽东年谱(1949-1976)第五卷[M]. 北京: 中央文献出版社, 2013.
- [13]李红岩, 龚云, 宋启发. 中国道路[M]. 合肥: 黄山书社, 2014.
- [14]曹卫东. 红病历[M]. 太原: 山西人民出版社, 1993.
- [15]洪秋妹. 健康冲击对农户贫困影响的分析[M]. 北京: 经济管理出版社, 2012.
- [16]Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: How effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment?[J]. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(2): 201-209.
- [17]Pechansky. R., Thomas. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction[J]. *Medical Care*, 1981, 19(2): 127-140.
- [18]张云丰, 王勇. 欠发达地区农村基层医疗卫生服务网络调查[J]. 重庆大学学报(社会科学版), 2014(6): 11-17.
- [19]蔡礼强. 政府向社会组织购买公共服务的需求表达——基于三方主体的分析框架[J]. 政治学研究, 2018(1): 70-81.
- [20]荷兰萍, 傅利平. 公共服务供给与居民获得感[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2019.
- [21]王伟. 山东省农村居民公共卫生服务需求及影响因素研究[J]. 东岳论丛, 2014(10): 155-158.
- [22]白剑峰. 让全民健康托起全面小康[N]. 人民日报, 2020-04-10(19).
- [23][美] 乔尔·S. 米格代尔, 阿图尔·柯里, 维维恩·苏. 国家权力与社会势力: 第三世界的统治与变革[M]. 郭为桂, 曹武龙, 林娜, 译. 南京: 江苏人民出版社, 2017.
- [24][美] 詹姆斯·C. 斯科特. 国家的视角——那些试图改善人类状况的项目是如何失败的[M]. 王晓毅, 译. 北京: 社会科学文献出版社, 2012.

【责任编辑 杨从从】

## The Improvement of Rural Health Service: Farmers' Needs and National Policies

WU Yemiao

**Abstract:** The national policy of farmers' medical and health needs is quite different before and after the new century. In the 1960s and 1970s, the rural society was short of medical care and medicine. The national policy encouraged the rural collective to establish cooperative medical care to service farmers at a low level. In the 1980s and 1990s, due to the decline of household contract system, most rural collective economies were unable to support the operation of cooperative medical care, and the problem of farmers' difficulty in seeing a doctor was serious. After entering the new century, the state actively constantly improves the new rural cooperative medical assistance and basic public health investment, which basically meets the needs of farmers' medical and health services. At present, the rural medical and health services are facing many new challenges, especially the structural is lack of equity, effectiveness, balance and accessibility, which holds back the development of rural medical and health services. Therefore, to improve rural medical and health services, the state not only needs to promote the integrated development of medical and health services under the new changes in rural society, implement the precise medical and health services, but also to meet the new needs of farmers, optimize the supply and demand structure of rural medical and health services, allocate rural medical and health services resources reasonably, and promote the deep integration of health services and rural revitalization.

**Keywords:** medical and health services; public policy; farmers' need; rural problem