

农村合作医疗制度改革中村卫生室职能的思考

张永辉, 王征兵

(西北农林科技大学 经济管理学院, 陕西 杨凌 712100)

摘要:通过对村卫生室的现状特点以及农村居民健康状况和就诊行为的分析,探讨了新型农村合作医疗体制的制度缺陷。认为应该重新定位村级卫生室的职能,加大对村卫生室基础设施建设的资助,积极培养农村医疗保健人才,充分满足农村居民的医疗保健需求进而推动社会主义新农村建设。

关键词:新型农村合作医疗; 村卫生室; 农村卫生; 医疗保健

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2010)01-0062-06

Analysis on the Status and Functions of Village Clinics in the Reform of the Rural Cooperative Medical Scheme

ZHANG Yong-hui, WANG Zheng-bing

(College of Economics and Management, Northwest A&F University, Yangling 712100, China)

Abstract: Based on the situation of village clinics and villager's health conditions, this paper discusses the institutional defects of the NRCMS. It regards to reconsider the functions of village clinics, fund the infrastructure building of the village clinics, cultivate enough rural health staffs so as to improve healthcare services and its availability to rural residents.

Keywords: rural cooperative medical scheme; village clinic; rural health; health care

健康水平是衡量人力资本质量的重要指标之一。居民的健康状况同其家庭经济状况和医疗保健资源的可及率紧密相关。2003年以来,为了解决农村居民“看病难、看病贵”的问题,政府在全国试点推行新型农村合作医疗制度,作为农村三级医疗保健服务网络基础的农村卫生室也被纳入了这一制度框架下。

一、我国农村村级卫生室的现状和特点

1. 村卫生室的覆盖率有待提高,乡村医生数量不能满足需求

村卫生室是我国农村医疗保健服务供给的基层单位。20世纪80年代之后的市场经济改革弱化了村卫生室赖以存在的集体经济,村卫生室的经营难以为继,许多地方的村卫生室被承包给乡

收稿日期: 2009-05-21; 修订日期: 2009-11-13

基金项目: 教育部新世纪优秀人才支持计划(NCET-05-0859); 西北农林科技大学留学回国人员科研专项基金(011404)。

作者简介: 张永辉(1974-),女,陕西扶风人,西北农林科技大学经济管理学院讲师,管理学博士,主要从事农村金融和农村社会发展研究。

村医生。在此背景下，村卫生室的覆盖率一直徘徊在88%左右。以2006年为例，全国仍然有11.9%的村没有设置村卫生室（见表1）。这一方面是因为部分地处城镇边缘的农村居民可以就近从城镇医疗机构方便地得到医疗保健服务，这些地区村卫生室的职能被其他机构所替代，但更多的则是因为许多地处偏远的农村地区缺医少药，医疗保健人才短缺，没有条件设立村卫生室，中西部欠发达地区尤为突出。

随着城镇化的发展，我国农村人口从1985年的8.4亿人减少到2006年的7.3亿人，而同期乡村医生人数则从1985年的64.3万人增加到2006年的90.6万人（增长了42%），但是由于乡村卫生员的平均量却在减少，每1000人农业人口拥有的卫生技术人员数却从1985年的1.55人减少到2006年的1.11人，低于同期全国平均水平^[1]。到2006年为止，平均每村乡村医生和卫生员的人数仅为1.53人，远远不能满足农村居民日益增长的医疗保健需求（见表1）。

表1 我国农村村级卫生组织和人员数（1985~2006年）

| 年份 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 行政村个数（个） | 940617 | 743278 | 740150 | 734715 | 709257 | 678589 | 652718 | 629079 | 624428 |
| 设置卫生室的村数占总村数（%） | 87.4 | 86.2 | 88.9 | 89.8 | 89.7 | 77.6 | 80.7 | 85.8 | 88.1 |
| 乡村医生和卫生员数（人） | 1293094 | 1231510 | 1331017 | 1319357 | 1290595 | 867778 | 883075 | 916532 | 957479 |
| 其中：乡村医生 | 643022 | 776859 | 955933 | 1019845 | 1021542 | 791856 | 825672 | 864168 | 906340 |
| 平均每村乡村医生和卫生员（人） | 1.80 | 1.64 | 1.81 | 1.81 | 1.82 | 1.25 | 1.37 | 1.40 | 1.53 |
| 每1000人农业人口乡村医生和卫生员（人） | 1.55 | 1.38 | 1.48 | 1.44 | 1.41 | 0.98 | 1.00 | 1.05 | 1.11 |

数据来源：历年《中国卫生统计年鉴》。

2. 村卫生室的所有制结构多元化

20世纪80年代以来，随着农村居民医疗保健需求的增长，除原有村卫生室之外，一些乡村医生在农村地区设立了许多服务机构，村卫生室的所有权呈现出多元化的趋势。具体来说，在2000年之前，村办的卫生室所占比例徘徊在40%左右，而同期联营和个体办的村卫生室所占比例超过50%。2000年之后，由于新型农村合作医疗制度的推动，村办卫生室在绝对量和相对比例上都有较大幅度的提高。具体来说，村办卫生室从2000年的30.08万个增加到2006年的33.38万个，同期相对量也从41.4%增加到54.8%（见表2）。

表2 我国农村村级卫生室及所有制结构（1985~2006年）

| 年份 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 村卫生室数（个） | 777674 | 803956 | 804352 | 709458 | 698966 | 514920 | 551600 | 583209 | 609128 |
| 不同所有制类型占比（%） | | | | | | | | | |
| 村办 | 39.3 | 33.1 | 37.0 | 42.4 | 41.4 | 53.7 | 54.1 | 53.8 | 54.8 |
| 乡卫生院设点 | 3.8 | 3.7 | 4.5 | 6.6 | 6.4 | 5.1 | 4.9 | 5.6 | 5.7 |
| 联营和个体办 | 53.1 | 58.3 | 55.4 | 48.6 | 49.8 | 37.6 | 37.5 | 37.5 | 36.7 |
| 其他 | 3.8 | 4.8 | 3.1 | 2.3 | 2.4 | 3.5 | 3.5 | 3.1 | 2.8 |

数据来源：历年《中国卫生统计年鉴》。

3. 乡村医生文化技术水平不高

乡村医生是我国农村医疗保健服务的主要力量，他们的职业技能和业务素质直接决定了基层医疗保健的服务质量。2005年，我国共有86.42万名乡村医生，其中约有1.04万人获得执业或助理医师资格，仅为总人数的12%。从文化程度来看，乡村医生中绝大多数（约为60%）具有中专以上学历，而具有大专以上学历的仅占总人数的3.7%。从不同所有制机构就业人数的比例来看，2005年约有56.6%的乡村医生在村办的卫生室工作，值得注意的是，这些人中执业和助理医师人数约占全部农村卫生室具有执业资格人数的58.9%（见表3）。

表3 农村村级卫生室人员的文化技术水平(2005年)

| 性质 | 乡村医生人数(人) | 获得执业或助理医师资格人数(人) | 乡村医生文化水平结构(%) | | | |
|--------|-----------|------------------|---------------|------|---------|-----|
| | | | 大专及以上学历 | 中专学历 | 在职培训合格者 | 其他 |
| 合计 | 864168 | 101356 | 3.7 | 58.8 | 35.4 | 2.1 |
| 村办 | 488789 | 61219 | 3.9 | 57.6 | 36.3 | 2.3 |
| 乡卫生院设点 | 57905 | 8319 | 3.2 | 60.6 | 34.4 | 1.8 |
| 联合或个体办 | 290832 | 7922 | 3.1 | 57.1 | 37.9 | 1.8 |
| 其他 | 26642 | 23896 | 3.9 | 60.7 | 33.2 | 2.2 |

数据来源:中国卫生统计年鉴2007。

二、我国农村居民健康状况和就诊行为分析

1. 农村居民身体状况呈下降趋势

两周患病率和慢性病患率是衡量人群健康状况的主要指标。根据卫生部国家卫生服务调查提供的数据,我国农村居民的两周患病率呈上升趋势,从1993年的12.8%上涨到2003年的13.9%,增加1.1个百分点。分地区类型来看,虽然二类地区居民的两周患病率在不同调查时点有所下降,但是一类地区和三类地区的这一指标却有比较明显的提高,其中三类地区从1993年的12.2%上升到2003年的16%,上涨约4个百分点。四类地区调查对象的两周患病率在1998年到2003年期间上涨了约0.2个百分点(见表4)^①。两周患病率的变化说明了我国农村居民身体健康状况下降的事实。

另外,在1998年到2003年间,虽然农村居民慢性病患率总体上变化不大,但是,分年龄段来看,45岁及以上年龄段人群的慢性病患率上升明显。其中,65岁及以上年龄段调查对象的慢性病患率5年间上涨了3.7%,而45~54岁和55~64岁年龄段的患病率则分别上涨了0.8%和0.7%(见表5)。在我国农村地区,这些人群通常依然是家庭经济收入的主要提供者,他们的身体状况将影响到家庭收入和家庭成员医疗保健需求的保障水平^[2]。

表4 不同类型地区农村居民两周患病率的变化 %

| 地区 | 全国 | 一类地区 | 二类地区 | 三类地区 | 四类地区 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| 1993年 | 12.8 | 12.4 | 13.8 | 12.2 | 12.7 |
| 1998年 | 13.7 | 13.3 | 13.3 | 15.4 | 11.5 |
| 2003年 | 13.9 | 12.8 | 13.3 | 16.0 | 12.9 |
| 2003年比1993年增长 | 1.1 | 0.4 | -0.6 | 3.8 | 0.2 |

数据来源:中国卫生统计年鉴2007。

表5 农村地区居民慢性病患率 %

| | 1998年 | | | | | 2003年 | | | | |
|--------|-------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|
| | 合计 | 一类 | 二类 | 三类 | 四类 | 合计 | 一类 | 二类 | 三类 | 四类 |
| 慢性病患率 | 10.4 | 10.9 | 9.5 | 11.4 | 8.9 | 10.5 | 11.0 | 10.0 | 10.8 | 9.9 |
| 年龄段: | | | | | | | | | | |
| 35~44岁 | 12.8 | 12.0 | 11.2 | 14.0 | 15.3 | 11.7 | 9.1 | 10.9 | 12.7 | 15.7 |
| 45~54岁 | 19.5 | 18.0 | 18.7 | 21.8 | 18.4 | 20.3 | 18.7 | 19.2 | 22.0 | 21.9 |
| 55~64岁 | 29.6 | 31.1 | 25.2 | 34.6 | 23.9 | 30.3 | 28.3 | 30.8 | 31.1 | 30.6 |
| 65岁及以上 | 35.5 | 38.2 | 32.4 | 39.0 | 28.9 | 39.2 | 42.9 | 36.7 | 38.6 | 37.3 |

数据来源:中国卫生统计年鉴2007。

2. 村卫生室是最主要的就诊单位,就近方便是考虑就诊单位的首选

根据卫生部第三次国家卫生服务调查分析,农村居民在“经常就诊单位”的选择中,村卫生室的比例最高,占60.4%,其次为乡镇卫生院,占23.2%,而选择私人诊所和门诊部就诊的

① 地区类型是按照地理区域划分的,一类地区是平原地区,二类地区是丘陵和山区,三类地区是山区,四类地区是其他的老少边穷地区。

较少（见表6）。分地区类型来看，一类地区71.7%的农村居民经常在农村卫生室就诊，二类和三类地区则分别为64.8%和60.5%，占这类地区人数的绝大部分。至于四类地区，虽然经常在村卫生室就诊的人数仅占34.4%，但是这类地区的居民中有49.6%的居民选择乡镇卫生院作为经常就诊地点，一种可能的解释是村卫生室组织的缺失提高了人们对乡镇卫生院的依赖性。

表6 2003年农村居民经常就诊的单位构成 %

| 地区类型 | 私人开业 | 卫生室 | 门诊部所 | 卫生院 | 其他 |
|------|------|------|------|------|-----|
| 合计 | 9.4 | 60.4 | 1.5 | 23.2 | 5.5 |
| 一类地区 | 2.9 | 71.7 | 1.7 | 16.0 | 7.6 |
| 二类地区 | 13.6 | 64.9 | 1.9 | 16.6 | 3.1 |
| 三类地区 | 10.3 | 60.5 | 1.5 | 22.2 | 5.5 |
| 四类地区 | 8.7 | 34.4 | 0.3 | 49.6 | 7.2 |

数据来源：中国卫生统计年鉴2007。

在选择就诊单位的影响因素中，虽然不同地区类型有差别，但总体上看，73.9%的农村居民将“距离近”作为首先考虑的因素，其次考虑的因素是“质量好”，约占14.7%（见表7）。这说明，在就诊单位的选择上，就近方便是农村居民首先考虑的因素，同时，医务人员的业务素质也是考虑的主要因素之一。

表7 农村居民选择经常就诊单位的主要原因构成 %

| 地区类型 | 距离近 | 价格低 | 质量好 | 定点医院 | 其他 |
|------|------|-----|------|------|-----|
| 合计 | 73.9 | 4.4 | 14.7 | 2.6 | 4.4 |
| 一类地区 | 75.8 | 4.9 | 11.2 | 5.0 | 3.2 |
| 二类地区 | 78.1 | 4.7 | 12.2 | 0.7 | 4.4 |
| 三类地区 | 71.7 | 4.2 | 18.0 | 1.0 | 5.0 |
| 四类地区 | 67.9 | 3.4 | 17.4 | 6.2 | 5.1 |

数据来源：中国卫生统计年鉴2007。

三、新型农村合作医疗制度的缺陷与村卫生室的困顿

新型农村合作医疗制度本质上是一种以“大病统筹”为主的互助医疗制度，目的是减轻农民的疾病负担，这就带来了不可忽视的制度缺陷。

1. 大病统筹与医疗保健需求特点的矛盾

医疗保健需求是一种派生需求，来自于人们对健康的需要，而科学保健和合理饮食是维持身体健康的重要环节。另外，从营销学的角度来看，医疗保健服务属于非渴求商品，不是万不得已人们不会主动去求医问诊。近年来，农村居民的生活水平不断提高，生活方式和饮食习惯也有了很大的改变，但是，相当一部分农村居民忽视了日常的身体保健和健康投资，也不懂得科学饮食，这是近年来许多慢性病发病率提高的重要原因。大病统筹的制度目标固然有其吸引之处，但是它却忽视了传统的“预防为主”的医疗保健理念，这就让人们容易陷入忽视日常保健和小病防治，而重视大病诊治的恶性循环中。

2. 村卫生室的性质定位和经营状况的矛盾

在新型农村合作医疗制度框架下，村卫生室是具有一定福利性质的公益性的基层卫生机构。但是，在农村集体经济解体以后，相当多的村办卫生室已经承包给乡村医生，而绝大多数中低收入水平地区的村委会既无动力也无渠道筹措村办卫生室营运需要的资金，村办卫生室在逐利性方面同私人诊所已经没有太大区别^[3]。从村卫生室的收支情况来看，2006年业务收入占村卫生室总收入的92.6%，平均每个卫生室的年均纯收入（扣除了人员工资）为3230元。其中，乡卫生院设点的村卫生室的收入接近7000元，是平均水平的2倍多，而村办的卫生室收入高于平均水平（见表8）。可以看出，盈利依然是目前公办村卫生室的主要经营目标。虽然许多地区对村卫生室的设备更新给予了一定程度的资助，对执行公共卫生职能的人员工资也给予了部分补贴，但

是，如果村卫生室工作人员没有基本的收入保障和有效的制度约束短期内很难转变村卫生室盈利性的经营动机。

表 8 我国村卫生室收入情况（2006 年）

| | 总收入及构成 | | | | | 平均每卫生室 纯收入 (元) |
|--------|------------|-------------|---------------|-------------|-----------|----------------------|
| | 总收入 (元) | 上级补助 (%) | 村或群众补助 (%) | 业务收入 (%) | 其他 (%) | |
| 合计 | 22102684 | 1.9 | 1.5 | 92.6 | 4.0 | 3230 |
| 村办 | 11166538 | 1.8 | 2.7 | 91.1 | 4.3 | 3700 |
| 乡卫生院设点 | 3879811 | 0.5 | 0.2 | 97.3 | 2.0 | 6950 |
| 联合办 | 1536110 | 11.6 | 0.5 | 80.1 | 7.9 | 2450 |
| 私人办 | 5045315 | 0.4 | 0.2 | 95.7 | 3.7 | 2070 |
| 其他 | 474910 | 0.7 | 0.5 | 96.4 | 2.4 | 800 |

数据来源：根据《中国卫生统计年鉴 2007》整理。

3. 业务定位与技术人员数量的矛盾

2002 年国务院转发的卫生部《关于农村卫生机构改革与管理的意见》中指出“村卫生室承担规定的疾病预防、妇幼保健、健康教育、残疾人康复等工作，提供常见病、多发病的一般诊治和转诊服务等，要积极提供巡诊和上门服务”。但是，村卫生室有限的技术力量根本不能保证全面开办这些业务。以 2006 年为例，我国农村平均每个村医务从业人员不到 2 人，实际上许多地区村卫生室工作人员的主要工作仅是日常疾病的简单诊治，没有时间和精力顾及其他业务。

4. 村卫生室和乡卫生院分工协作的矛盾

村卫生室接受乡卫生院的业务指导，承担简单疾病的诊治和传染病报告、计划免疫等公共卫生服务职能，而没有就人员互动、业务分工与协作等实质性的细节问题做出具体规定，这就无形中村卫生室纳入了乡卫生院公共卫生服务以及部分卫生行政职能的附属。在这种情况下，村卫生室的地位和作用同以前相比并没有发生多少改变，不利于新形势下村卫生室的可持续发展。

四、村级卫生室在新型农村合作医疗体系中的地位和职能定位

村级卫生室是我国农村三级医疗保健体系的基础，在满足社区居民公共卫生和医疗保健服务方面具有不可替代的作用。随着经济社会的发展，结合农村地区医疗保健需求的特点和村卫生室的发展现状。笔者认为，村卫生室在农村医疗保健体系中应该发挥更加重要的作用。其基本职能包括：

第一，以日常疾病诊治为中心，向社区居民提供居民常见病、多发病的快速诊治和必要的义务护理服务。日常疾病诊治和医疗救助是村卫生室最主要的职能，它为农村居民提供最便捷廉价的医疗服务。

第二，以健康教育为中心，向社区居民开展群众性的医疗保健知识的普及教育，传播健康的生活理念，倡导科学的生活方式，从而增强社区居民的医疗保健意识，减少疾病的发病诱因。

第三，以公共卫生服务为中心，动员公办卫生室的力量，协同乡镇卫生院重点做好疾病监测与防控。

第四，逐步扩大业务经营范围，在有条件的地区开展家庭医生及心理干预服务，提供必要的家庭保健指导，满足不同人群多样化的医疗保健需求。

五、新型农村合作医疗制度改革中村级卫生室发展的建议

我国农村地区经济社会发展水平差异较大，应该因地制宜，结合各地经济社会发展水平和群众需求，充分利用农村医疗保健资源，推动新型农村合作医疗制度的发展，提高社区居民的健康水平和生活质量。在村卫生室的建设中，应该从以下几方面入手。

1. 重新定位村级卫生室的职能和地位，逐步扩大服务项目

明确村卫生室在业务范围上同乡镇卫生院的区别与联系,确保常见病多发病的快速诊治。动员各种力量,将不同所有制性质的村级卫生机构全部纳入新型农村合作医疗体制框架下,完善社区医疗保健服务。在条件具备的经济发达地区试点将村卫生室转化为综合性的医疗保健服务机构,给社区居民提供多样化的服务。

2. 加大对村卫生室基础设施建设的资助

重视村卫生室的基础设施投资,为社区居民的医疗保健需求提供物质保障。优化农村公共卫生的投入机制,适当将中央财政资金向中西部落后地区和贫困地区倾斜,由地方或中央财政为村医务室配备家庭医疗保健和医务护理需要的基本设备,提供健康生活指导需要的影音和图书资料。为村卫生室医疗事故设立专项风险基金或提供意外保险,促进村卫生室的可持续发展。充分挖掘乡镇卫生院的资源,密切乡镇卫生院和农村卫生室的业务联系和技术交流,健全乡镇卫生院医务人员的定期巡诊制度。建议有条件的地区在村卫生室配备预防保健专职人员,向社区居民普及健康生活和慢性病防治等提高生活质量的科学知识。

3. 挖掘农村医疗保健资源,积极培养急需的农村基层医疗保健人才

鼓励中西医结合,减少农村居民的疾病负担。加大对医学专科学校的支持,通过减免学费、设立特别奖学金等形式,鼓励农村地区定向培养中高等专业技术人才,并鼓励他们向全科医生方向发展。鼓励城镇地区的医疗机构定点支援农村,完善城镇医疗机构医务工作者基层服务轮换制度。积极引导医学专业大学毕业生志愿者服务农村。设立专项基金,为农村医务工作者提供免费的技能培训,提高乡村医生的业务技能。

4. 探索提高村卫生室工作人员待遇的途径和方式

因地制宜,结合不同所有制类型村卫生室的经营范围和职责权限,通过政府购买、财政补贴等各种途径和形式,提高村卫生室工作人员的待遇,解除他们的后顾之忧,使他们安心服务于农村卫生服务工作。

参考文献:

- [1] 国家统计局. 中国统计年鉴 2007 [M]. 北京: 中国统计出版社; 2008. 105.
- [2] 张永辉, 王征兵, 赵晓锋. 我国农村医疗保健体制改革的障碍因素和政策建议 [J]. 西北农林科技大学学报 (哲学社科版), 2007, (6).
- [3] 杨敬宇, 王军. 村级公共卫生机构与基本健康保障 [J]. 中国卫生经济, 2006, (5).

[责任编辑 王树新]

=====
(上接第 61 页)

参考文献:

- [1] Akerlof, G. The market for lemons; quality uncertainty and the market mechanisms. *Quarterly Journal of Economics*, 1970, (84).
- [2] Rothschild, M. & J. Stiglitz. Equilibrium in competitive insurance markets; an essay in the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, 1976, (90).
- [3] Van De Ven, W. P. M. M., & Ellis. Risk adjustment in competitive health plan markets. A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.). *Handbook of health economics*, 2000. 757 - 845.
- [4] Noterman, J. P., et, al. A prepayment scheme for hospital care in the Masisi District in Zaire; A critical evaluation. *Social Science & Medicine*, 1995, (7).
- [5] Arhin, D. C. The health card insurance scheme in Burundi: A social asset or a non-viable venture? *Social Science & Medicine*, 1994, (6).
- [6] Dror, D. M., et, al. Field based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by Micro Health Insurance Units in Philippines. *Health Policy*, 2005, (73).
- [7] H. Wang et al., Adverse selection in a voluntary Rural Mutual Health Care health insurance scheme in China. *Social Science & Medicine*, 2006, (63).
- [8] 同 [7].
- [9] 张庆洪. 保险经济学导论 [M]. 北京: 经济科学出版社, 2004.

[责任编辑 王树新]