

公办村级卫生室对保障基本医疗保健服务供给的作用

朱 玲

【提要】 本文主要根据调查所得和现有的文献及档案资料,说明经济改革前后农村基层公共卫生机构的变化,分析目前制度实验所遇到的问题,并从保障基本医疗保健服务供给的角度,讨论政府在重建和重组农村基层公共卫生机构中的作用。文章表明,与私立医疗点相比,村民共有的卫生室除了提供医疗服务以外,还能够更有效地承担群体预防、保健知识传播和组织改善环境卫生活动等多种社会功能。因此,重建村级公立卫生室并促进其服务水平的提高,对于改善乡村人口的健康指标,是一种最有效率的投资。

【作者】 朱 玲 中国社会科学院经济研究所副所长、研究员。

经济改革以来,中国经济曾连年高速增长,农民家庭收入普遍提高,这无疑会增强农村人口的医疗服务购买力并对他们的健康状况产生积极影响。据1990年全国第四次人口普查资料,中国的婴儿死亡率为32.9%,人均预期寿命达到68.6岁。与同等收入水平的发展中国家相比,健康指标居于前列。然而不容忽视的是,农村居民有关看病吃药既不便宜又不方便的抱怨日益强烈。除了政府公共卫生支出不足和医药市场治理不力的原因之外,大部分村级卫生室的私有化和农村三级预防保健网作用的削弱,也是导致这种现状的决定性因素。为了扭转这种现状,中国东部地区一些县、市10年前即开始重建村级公共卫生室,推进乡村两级预防医疗保健服务一体化。为了了解这一举措对改善乡村基本医疗保健服务供给的作用,笔者自1999年11月起,在浙江省的鄞县、安徽省的宣州市、河北省的易县和广东省的东莞市、中山市、顺德市进行了田野调查。以下将主要根据调查所得和现有的文献及档案资料,说明经济改革前后农村基层公共卫生机构的变化及其影响,分析目前制度实验所遇到的问题,并从保障基本医疗保健服务供给的角度,讨论政府在重建和重组农村基层公共卫生机构中的作用。

1. 农村基层公共卫生机构与集体经济组织

中华人民共和国成立之时,农村广大地区严重缺医少药,居民健康知识和卫生习惯极为欠缺,地方病、传染病肆虐,人民健康指标属于世界上最低水平的国别组(World Band, 1997)。为了扭转这种局面,政府一方面投资于预防活动,着重预防那些严重危害人民健康的流行性疾病和严重威胁母婴生命的疾病。另一方面,整顿已有的卫生工作队伍,建立基层卫生组织。到1965年,农村绝大多数地区的县、公社和生产大队都已建立起医疗卫生机构,形成了较为完善

的三级预防保健网。这其中,公社卫生院的运行在很大程度上依赖于社队财务的支持,大队卫生室则几乎完全靠集体经济维持。卫生室的房屋和医疗器械由大队投资,流动资金和人员经费主要是生产队拨付。

这些措施使农村缺医少药的局面大为改观,并最终带来全国人口健康指标的显著提高。仅1950~1975年间,中国的婴儿死亡率从195‰降到41‰,人均预期寿命从40岁提高到65岁(UNDP,1997)。这些平均数虽然不免会掩盖城乡和地区之间的差别,但它们的变化趋势毕竟足以反映农村卫生事业的巨大成就。为此,中国曾被国际上许多发展经济学家视为在低收入水平下通过公共支持实现社会发展的典范(Dreeze and Sen,1989)。考虑到合作医疗制度在绝大多数地区并不曾巩固过这一事实,撇开社会相对稳定、农民收入有所提高和文盲率逐渐下降等因素不谈,此间农村人口健康指标的显著改善,主要是政府对公共卫生事业持续投资、基本医疗保健服务有着广泛的可及性而且服务的分配趋于均等的结果。

经济改革以来,县乡卫生机构的资金来源中财政拨款所占的份额逐渐下降,这些机构的运行越来越多地依赖于收费。农业集体生产组织解体之后,保留村级卫生室所需要的资金来源就成了问题。村卫生室服务的人群一般规模不大,服务收费所得不足以维持其正常运行。绝大多数中、低收入水平的村庄,仅仅是为了维持本村行政管理,就不得不从一个个农户那里去索取必需的资金。对这些村委会而言,这种筹资方式与生产队收入分配时的提前扣除法相比,组织费用要高得多,即便是出于节约交易成本的考虑,也会促使他们放弃为卫生室筹资。在这种情况下,全国大约50%左右的村卫生室变成了个体医疗点(卫生年鉴编委会,1999)。还有一些卫生室在形式上承包给了卫生员,但实质上由于村委会放弃了管理而与个体医疗点没有什么差别。

据此可以判断,农村集体经济组织的解体导致了基层卫生机构大规模的私有化。这意味着原有预防保健服务体系组织结构发生巨变,它无疑会对基本医疗保健服务的可及性和可得性产生强烈影响。

2. 预防保健组织结构变化带来的服务供给问题

在村级卫生机构私有化和医药供给市场化的情况下,倘若健康服务领域有着健全的监管机制,村民还不至于因为制度转换而在获得服务方面蒙受实质性的损失。然而问题恰恰在于,经济体制转型期间不仅监管机制不健全,政府监管部门的管理行为也不规范,这就使村民失去了获得价格合理、质量可靠的预防保健服务的保障。

现在的个体乡村医生,虽然多半就是原来的卫生员或赤脚医生,但由于其收入直接与医疗服务供给和药品销售挂钩,就不再胜任一些具有社会目标的职能。原因在于,他们对利润的追求,既与群体预防和健康教育一类的公共保健活动目标不相容,又与村民对低价高效医疗技术的需求相冲突。进一步讲,这些个体医生虽然或多或少地都参加过一些培训,但毕竟由于缺少专门训练而难以满足日益复杂多样的基本医疗保健需求。与此相关,他们中间的绝大多数人难以凭借行医来积累资金或取得贷款,以进行必要的器械和设备投资。在人员专业水平低和设备条件差的情况下,村级卫生人员一般除了应对常见的小病症,多半是建议患者转诊。

按常理,乡镇卫生院应该是转诊的首选。可是据笔者所做的调查,在类似广东省、浙江省这样的发达地区,乡镇医疗技术力量还优于村级;而在其他地区(例如安徽省与河北省),乡村两级卫生人员的业务水平往往不相上下。因此,多数被转诊患者干脆直接去县医院。结果是患者及其亲属不得不支出更多的时间和交通费用,甚至还要承受贻误病情的风险。据卫生部门公布

的调查资料显示,1998年中国农村平均门诊费用为每次44.7元,住院病人的平均住院费用为1532元,与1993年相比,门诊费用增加了2.7倍,住院费用增加了2.5倍,远远超过同期农民收入增长(卫生部基层卫生与妇幼保健司农村卫生处,2000)。难怪国家在此期间虽然对农村防疫站、妇幼保健站和乡卫生院改造项目投资不少,农民还在抱怨就医不便、药品太贵。这说明,仅仅是由于投资没有完全落实到农民最需要的地方,这类项目就难以收到预期的社会效果。

基本医疗服务广泛的可及性和政府对群体预防活动的强力支持,曾经是中国农村健康事业取得伟大成就的重要原因。在从计划经济走向市场经济的过程中,基本医疗保健服务供给领域所出现的问题,可以说是部分地放弃公共支持传统的结果。它表明,预防医疗保健是一个不能简单听凭市场调节的领域。在既不缺医又不少药的情况下,这些问题的解决取决于对这一产业的有效治理,即对基本医疗保健服务领域进行有效率的监管和操作。

3. 村级卫生机构改造

农村大多数人口居住在村庄,他们最经常利用的卫生资源是村卫生室或个体乡村医生。经济改革前后的实践表明,与私立医疗点相比,村民共有的卫生室除了提供医疗服务以外,还能够更有效地承担群体预防、保健知识传播和组织改善环境卫生活动等多种社会功能。因此,重建村级公立卫生室并促进其服务水平的提高,对于改善乡村人口的健康指标,是一种最有效率的投资。当然,这种判断并非是排斥私立医疗机构,因为它的存在能够对公立卫生机构形成竞争,有利于促进双方提高服务质量。

在这次调查中笔者看到,在浙江省鄞县、广东省中山市和顺德市,雄厚的地方财政和村级财务都在支撑着三级公共卫生保健网的有效运转。这些地方的多数村庄已建成村民共有的卫生室。此类卫生室所在的行政村一般公共收入来源较多,或有企业股份分红,或有土地和厂房租金收入,或有债券和存款利息,年平均收入总额多在百万元以上。在这种情况下,村民们对公益和福利支出也就有较高的要求。投资并维持村里的公共卫生室便是公益支出的一个大项目。卫生员的工资与药品销售脱钩,完全由村财务支出,一般年薪在2万元以上。药品由乡镇卫生院统一进货,批零差价用以补充本乡、镇范围内医疗预防保健活动的管理经费。无论是村卫生员的业务培训,还是计划生育、孕产妇保健和儿童计划免疫活动,都由乡、镇卫生院指定医生专门进行管理、监督和指导。

在调研地区中,顺德市伦教镇在村级卫生机构改造和管理方面更是独树一帜。该镇卫生院首先对其范围内的乡村医生进行考核,将已满退休年龄和业务不合格者交由村委会安排,对合格者则根据业务专长聘用,与卫生院在编人员一样上岗,实行同劳同酬。然后,对原有村卫生室进行资产清算,合并成立5个分院,承担社区健康服务中心的职能。由于当地人口居住集中、交通便利,这种重组显然有利于集中投资,发挥卫生资源的规模效益。根据建设规划,每个分院服务地域为1~2平方公里,服务居民8000~20000人。居民到最近的分院只需要行进10分钟的自行车或4分钟摩托车的路程。笔者走访过的羊额分院由镇政府和相关的几个村委会投资500万元建成。占地4500平方米,建筑面积2000平方米,工作人员26人,装备有心电图、B超机、验血和验尿仪器,对服务地域内的2万当地居民和7000多名外来工提供中西医诊疗、预防、慢性病控制、计划生育、妇幼保健、卫生监督、健康教育、心理咨询和家庭健康档案计算机管理等多种服务。在这里,基本医疗保健服务的质量无疑得到了技术上的保证,因而也得到了居民的信任,平均每日门诊量达400人次之多,病床使用率在70%以上,大约比全国卫生院同类指标水平高1倍。

顺德是中国农村工业化、城市化程度最高的少数县级市之一,伦敦镇的做法显然以发达的地域经济为前提。但是,经济实力仅仅是重建村级公共卫生机构的前提之一,并非所在富裕地区的卫生事业都获得了如此强有力的公共支持。例如,在经济实力超过顺德市的东莞市,村级卫生站几乎是个体经营的天下,卫生主管部门的领导与欠发达地区的同事们一样,深为三级卫生网的“网底”(即村级卫生机构)难以胜任公共卫生功能而困扰。其实,只要居民能够促使政府和村委会采取公共行动,无论在何等经济发展水平的地区,都可以建立并维持公立卫生室,只不过卫生室的装备和卫生员的报酬取决于当地收入水平罢了。对于不发达地区,通过加强村级卫生管理和监督,保证村民获得方便可靠的基本医疗保健服务,是赢得村民信任以争取他们参与重建公立卫生室的关键。至于资金来源,有些村庄通过培育公共资产资助卫生室的运行,有些村庄则通过村民集资补贴乡、村两级卫生机构或群体预防活动。

目前,香港乐施会在陕西省实施的一个妇女发展项目对于重建欠发达地区村级公共卫生机构具有示范意义:项目资助农村妇女开辟和经营公共林地,将收入用于村卫生室的重建及其妇幼保健活动。河北省易县的做法是,动员村民资助现有的基层卫生机构。地处易县山区的牛岗乡规定,每人每年缴款5元,收集的资金交给乡卫生院支配。卫生院有医务人员5名,行政村卫生室按照大约每500个居民配备一个卫生员的标准设置,由乡卫生院统一管理。其一,卫生员为村民提供的药品从乡卫生院领取,售药所得交回卫生院财务。其二,卫生院根据村卫生员的行医年限和医术分等定级,并参照其营业额发放工资。卫生院医务人员和村卫生员的月工资额最低为200元,最高可达1800元。其三,当卫生员遇到疑难病症时,乡卫生院医务人员出诊相助。在开展计划免疫活动期间,则到各村巡回检查。每逢集日,卫生院抽调两名村卫生员协助门诊服务。

缴款的村民若在村卫生室和乡卫生院就诊,可减免50%检查费和注射费,并享受减免50%计划免疫费和减免5%药费的优惠。检查、注射和计划免疫服务原本就定价不高,例如,注射一针正常收费0.5元,村民皆知能够从中得到的优惠少到可以忽略不计。可是患者对用药是否适度和药品销售批零差价的信息所知甚少,难以断定是否享受了药费减免以及究竟得到了多少优惠。因为就诊费用的大部分在药费上,减免部分药费对他们还是有吸引力的。据乡卫生院院长介绍,实行这些减免措施意味着减少一些利润,不过却能为本系统保持稳定的就诊人群,以应对私人开业医生的竞争。只是当医药分开经营时这种制度是否还行得通,目前还是个问题。

安徽省宣州市的乡级卫生机构多半是由3~5人组成的防疫保健站,笔者走访的村庄都只有个体乡村医生开办的医疗点。这里的试点主要是建立大病风险基金,其中包括筹集群体预防活动补贴。以水东镇为例,全乡每人交纳5元/年,由村委会和乡政府负责征收。此外,村委会和镇财政分别按每年1元/人给与补贴。所筹资金5%用作管理经费,10%用于预防保健,其余85%用于缴款者大病补偿。这种制度明显地促进了地方政府对村医疗点的管理。笔者注意到,与非试点村相比,试点村的乡医文化程度较高,操作较规范。例如宣州市卫生局要求,乡医应做到看病有登记、用药有处方、收费有发票、进药有账目。这些规定在试点村都得到了执行,但在非试点村的医疗点却看不到任何行医记录。这表明,无论卫生机构是公立还是私立,加强监管对于规范服务提供者的行为都是有效的。

但是为了保证公共卫生目标的实现,仅仅采用监管手段是不够的,还必须辅之以必需的公共卫生投资。

4. 小结

村级公立卫生室如同村庄小学一样,是农村人口获得基本社会服务的一个组织保证,因而有必要通过立法保证村级公立卫生室像村庄小学一样有稳定的财政支持。除了必要的医疗装备投资以外,支持的重点应为防疫防病、健康教育和营养及生活习惯干预项目。就医学的发展过程来看,人类最初采用的都是成本低廉的医药技术。随着科学发现的增加、诊疗技术的创新和新药的研制,原来不能治愈的疾病逐渐变得可治,医疗手段因而就日趋复杂昂贵。但是免疫技术的发展和广泛应用,则能够通过防止疾病的发生,而从根本上降低整个人群和国家的医药费用。出于这个缘故,投资于群体预防项目具有如同“四两拨千斤”一般的高效率。然而这些项目涉及的都是典型的公共产品供给,如同构筑江河堤坝一样对公众有利,但服务提供者却由于不可能确认所有受益者而难以得到足够的支付,故而需要政府直接投资。否则这些服务的供给将低于群体预防所需要的水平。

需要强调的是,对村级卫生机构的重组和扶持,将有利于在全国范围内建立双轨(公立和私立)医疗保健体系,从而保证都市城镇和农村基层都有公立卫生机构承担基本医疗保健服务供给的任务。经济改革前,农民既投资于基层卫生机构,又对所购买的医疗保健服务完全付费。城市医疗机构的投资则来自于公共开支,城镇公有机构和企业的就业人员还可享受医疗保健服务费用减免的福利。如果说这种情形在国家工业化初期财力极端紧缺、城市普遍实行低工资的条件下尚有一定的合理性的话,那么在城乡收入差距不断增大的今天,如果还将其当作天经地义的事情保留下去,就只能造成“穷人反倒多付钱”的状况,加剧社会的不平等和不公正,留下影响社会稳定的隐患。据世界银行专家组的估算,中国城市公费医疗和劳保医疗制度覆盖的人群仅占全国人口的15%,然而却占用了政府卫生支出的2/3(World Bank, 1997)。可见,仅仅是出于校正城乡之间分配不均等的目的,也应重提“将医疗卫生工作的重点放到农村去”的原则,通过增加农村基层公共卫生支出而使政府投资向乡村倾斜。

在各级政府财政普遍拮据的情况下,这种设想似乎可望而不可及。然而如果调整现有财政支出结构,就有可能起步。目前县、乡两级医疗和计划生育服务机构各成系统,资源利用率低下,倘若将计划生育纳入医疗保健系统的服务范围,即可节约大量经费投向村级公共卫生室。进一步讲,由于卫生室的服务对象是既定村庄范围内的人群,从“谁受益谁付钱”的角度来看,这一受益群体也有参与投资的义务。这种参与,在发达地区已没有实质性的困难。在贫困地区,可以从发展援助中拨出专款替代。在其他地区,则有可能通过创造公共资产来培育稳定的村庄收入来源,或借助于低水平集资来补充。

参 考 文 献

1. Dreeze and Sen, (1989), *Hunger And Public Action*, pp. 206-210, Clarendon Press, Oxford.
2. 卫生年鉴编委会:《中国卫生年鉴》,人民卫生出版社,1999年,第168~169页,396页和410页。
3. 卫生部基层卫生与妇幼保健司农村卫生处:《规范农村基层卫生人员用药(提纲)》,2000年,第1页。
4. UNDP (1997), China: National Human Development Report, p. 9, Beijing.
5. World Bank (1997), *Financing Health Care*, p. 28-29, China 2020 Series, Washington D. C.

(本文责任编辑: 朱 萍)