

中國農村貧困地區衛生保健問題及對策

羅五金

摘要

中國農村貧困地區衛生保健面臨籌資與組織等方面的問題，尤其是貧困地區經濟發展滯後，嚴重影響了衛生保健需求的購買力，因而形成了因病致貧和因貧致病的惡性循環，嚴重阻礙着生產力的發展。儘管貧困地區政府對衛生保健的投資力度不大，但衛生資源的利用極不充分，表現為人力過剩，業務量不足，設備閑置。調查中發現，貧困地區農民在煙酒、求神拜佛、請客送禮等方面的開支甚大，故仍存在保健籌資的潛力。在保健制度方面，合作醫療比例不大，婦幼保償制和免疫保償制覆蓋面低，病人流向在不同保健制度之間差別較

羅五金，教授，中國同濟醫科大學公共衛生管理學院衛生管理系，武漢市航空路13號，郵編：430003

《中外醫學哲學》II:1 (1999年2月)：頁139~152。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers

大。調查中發現，經濟與保健有着雙向互制作用。衛生保健應與經濟發展同步。政府應承擔發展保健事業的主要責任，加大對保健的投入，引導農民調整消費結構，改善籌資環境，普及健康教育，同時採取分步到位的辦法，逐步建立合作性質的保健制度，並建立相應的法規。

關鍵詞：因病致貧 因貧致病 合作醫療保健制度

中國農村貧困地區貧困人口達6000萬人，衛生保健問題也相當突出，從1993年開始，我們進行了《中國農村貧困地區衛生保健籌資與組織》的課題研究，以尋求解決6000萬貧困人口在醫療衛生保健、衛生服務需求的籌資政策與組織管理方面的有效方法和途徑。該項研究得到聯合國兒童基金會（UNICEF）和國際衛生政策規劃（IHPP）的大力資助，並與美國哈佛大學共同進行合作研究。

本研究分為四個階段進行，首先收集了有關文獻進行綜述，找出有關貧困地區過去的歷史資料、相關政策、背景研究，在此基礎上設計了課題研究的方法、步驟、途徑和技術路線。第二階段，對分佈在14個省、自治區中的114個貧困縣的縣級調查進行初步分析，了解縣級衛生服務的基本狀況，有關政策、衛生服務提供及衛生籌資的途徑。第三階段，對114個貧困縣通過抽樣研究，抽取30個貧困縣，樣本含量為180個鄉，534個行政村，11353戶居民，50115人進行調查，最後形成了《中國農村貧困地區社會狀況分析》、《改善中國農村貧困地區衛生服務利用所需資金的研究》、《改善中國農村貧困地區衛生服務利用所需資金的研究》、《改善中國農村貧困地區衛生服務利用所需資金的研究》、《中國農村貧困地區衛生資

源擁有量及衛生服務提供能力研究》、《中國貧困地區衛生保健籌資與組織政策研究》。

中國農村貧困地區面臨的主要問題

一、因病致貧和因貧致病惡性循環

貧困地區經濟發展滯後，人均國民生產總值818元（人民幣，以下同），以農業為主，自然條件惡劣，人均純收入為392.3元，為全國農村平均水平的42.6%，200元以下農戶人均純收入的比重為33%，在家庭消費結構中，恩格爾系數為69.2%⁽¹⁾，按聯合國劃分富裕程度標準為饑寒型。貧困農村地區因病致貧情況嚴重，醫療衛生支出佔總支出的13.9%，年醫療衛生支出佔家庭總支出的12.0%，15.6%的貧困家庭是借錢看病，8.9%的家庭看病後對醫院欠款，有5.5%的家庭因病而變賣家產。在患病就診中，應就診而未就診的佔72.6%，應住院而未住院的佔89.2%，其應就診而未就診，應住院而未住院的重要原因是由於經濟困難而無支付能力，疾病造成的經濟負擔是導致貧困的重要原因。

在健康指標中，貧困地區居民健康狀況差，嬰兒死亡率以縣為單位統計為52.3%，而在村級抽樣中為名100.00%，孕產婦死亡率為216.8/10萬，比全國農村水平還高出一倍多。兩周內因病休工、休學天數和臥床天數均比全國農村同期家庭衛生

(1) 恩格爾系數系指食品佔家庭生活消費的百分比。本文中恩格爾系數69.2%為中位數。家庭生活消費包括食品、住房、衣著、燃料、醫藥、其他六大類，本項調查按醫生說消費(2)分佈是：食品69.2%、衣著10.5%，住房5.6%，燃料3.6%，醫藥3.7%，其他3.6%。恩格爾(Engel)系19世紀德國的統計學家。

服務調查結果高出一倍。

二、中國農村貧困地區衛生服務效率低

從中國農村貧困地區衛生資源的擁有量上分析，資源擁有量包括機構數量、床位數量、人員數量都接近或超過全國農村平均水平，千人口擁有衛生機構數為0.22個，醫院床位數為1.62張，衛生技術人員數為2.42人，而全國農村平均水平分別為0.13個，1.65張和2.55人。除30.5%的行政村沒有醫療衛生網點外，鄉、縣級均有相應規模的鄉衛生院、縣醫院和衛生防保機構。

衛生服務的效率低下主要表現為服務量不足，在鄉級和村級服務量不足表現更加突出。鄉級每衛技人員年門診量709人次，而全國農村平均每天2.86人次，貧困地區每人每天不足2人次，年住院服務量27人次，略高於全國農村，全國農村病床使用率為40.5%，貧困地區為33.9%；在縣級水平上看，每衛技人員年門診量為480人次，而全國農村平均為659人次，住院服務量貧困地區為20人次，全國平均水平為22人次，貧困地區病床使用率為71.3%，全國農村平均為77.5%。村級年診療服務量為1042人次，年產前檢查10人次，全國農村平均每鄉醫生年診療服務量2166人次，年產前檢查39人次，可見，服務量與全國水平相比，無論是縣級、鄉級和村級，貧困地區都比全國平均水平的服務數量低。

三、中國農村貧困地區經濟水平低，籌資渠道困難

農村貧困地區經濟發展緩慢，有33%的農戶人均純收入在200元以下。人均純收入平均只有392.3元，面臨着生存問題。衛生保健方面的籌資難度更大。在籌資渠道中，有供方籌資和需方籌資兩種渠道：供方籌資包括政府籌資，農村“三項”建

設專項資金⁽²⁾、扶貧款、老區款、集體經濟中的公益金和公積金、救濟款等。需方籌資主要是個人付費，由於籌資渠道不多，籌資量有限，所以在貧困地區農村籌資問題特別困難，在居民個人籌資中，按30個縣農村調隊調查，年人均醫療衛生支出為17.41元，佔人均純收入的3.75%。

在需方籌資中，尤其是對家庭居民消費支出進行分析，發現隨着年人均純收入增高，醫療衛生支出佔家庭支出的比重降低。在家庭消費結構中，煙酒消費佔家庭支出的27.91%，婚喪消費、求神拜佛、請客送禮的消費支出較大，這說明衛生宣教、思想觀念更新在貧困地區農村衛生籌資中很有必要。

四、農村貧困地區健康保障制度

農村有三種健康保障制度：一是婦幼保償制⁽³⁾，覆蓋着10.90%的村，入保率為6.4%，參保人交納23元；二是計劃免疫保償制⁽⁴⁾，覆蓋着20.7%的村，入保率為13.8%，參保人交納4.5元；三是合作醫療制度⁽⁵⁾，覆蓋16.5%的村，人群覆蓋率為11.6%，年人均基金額為4.29元。籌資形式有單方籌資、兩方籌資和多方籌資，經濟發展水平和居民個人收入對合作醫療的建立影響不大，而與集體經濟的強弱相關。

由於保障制度不同，病人流向有較大的變化，門診病人

(2) 農村三項建設專項資金，是指為縣衛生防疫站、縣婦幼保院和鄉衛生院基本建設和改造所設立的專項基金，該基金由中央政府撥款，採用地方政府配套而建立的一種專款專用基金。

(3) 主要是指對孕產婦和嬰兒實行的一種保障制度，包括產前訪視、產後訪視和孕婦生產時母嬰保險。

(4) 計劃免疫保償制，主要是對兒童(0-7歲)進行預防接種的一種保障制度。

(5) 合作醫療制度：是農村對農民實行的醫療保障制度，農民共同集資，互助共濟，共擔風險。

82.1%集中在鄉、村兩級，去個體醫和縣及縣級以上醫院的非常少，在無合作醫療的鄉村，鄉、村就診率為58.9%，個體醫就診的有25.4%，高出合作醫療的15個百分點。住院病人中，有58%在鄉衛生院，24.8%在縣醫院，15.5%在縣以上醫院。

中國農村貧困地區衛生保健政策

制定貧困地區政策的理論基礎是“公平”理論，經濟發展是解決貧困地區問題的根本，健康發展必須與經濟發展同步，政府對貧困地區的健康負主要責任。對貧困地區經濟發展和健康發展可採取分步、分層次的政策策略，對於提高勞動生產率，減少勞動損失，改善健康狀況，切斷“因貧致病”和“因病致貧”的惡性循環，加強社會安定，促進社會福利都是重要的。

一、中國農村貧困地區衛生服務的供給與需求政策分析

研究結果表明，中國農村貧困地區衛生資源的擁有量基本能滿足現有的衛生服務需求，但衛生服務提供能力質量差，效率不高，從床位佔有和人員佔有的數量看，貧困縣接近於全國農村水平，但每床設備價值在縣級醫院和鄉衛生院都較低，貧困地區無醫療網點的村佔30.5%，而全國平均水平為7.9%，效率不高主要表現在二方面，一是人員的工作量；二是病床的使用率低，其結果見表1。

表1 中國農村貧困地區與全國農村衛生供給水平的比較

	30個貧困縣	全國農村
無醫療網點的村 (%)	30.5	7.90
每千人口床位數 (張)	1.62	1.65
每千人口衛生技術人員數 (人)	2.42	2.55
縣級醫院每床設備價值 (萬元)	0.2785	0.4748
鄉衛生院每床設備價值 (萬元)	0.1394	0.2453
鄉衛生院每衛技人員年診次 (人次)	708.00	1044.05
鄉衛生院病床使用率 (%)	33.88	38.60

資料來源：全國農村數據來自於國家衛生服務總調查1993

從農村貧困地區衛生服務需求看，總的印象是居民缺乏購買衛生服務的能力。在未住院的原因分析中，貧困地區由於經濟困難應該住院而沒有住院的佔89.02%，而全國農村平均只有60.63%，應住院而未住院率貧困地區為51%，高於全國農村平均水平的40.59%；鄉衛生院每千人口門診人次貧困地區為563.26%，而全國平均水平為829.83%，見表2。業務危房面積在鄉衛生院為35.32%。

表2 中國農村貧困地區與全國農村衛生服務需求比較

	30個貧困縣	全國農村
應就診未就診率 (%)	23.40	33.70
應住院未住院率 (%)	51.00	40.59
鄉衛生院每千人口門診人數 (人次)	563.26	829.83
鄉衛生院每千人口住院人次 (人次)	21.07	25.21
由於經濟困難未住院百分比 (%)	89.20	60.63

資料來源：全國農村數據來自於國家衛生服務調查1993

從以上結果可以看出，貧困地區供方資源數量（包括人員、床位）並不低，最突出的問題有三點，一是村衛生室網點建設；二是提供能力方面的質量問題；三是資源利用效率不高。需方最主要的問題是缺乏購買衛生服務的能力。

政策印象：

衛生籌資主要的目標是促進衛生資源的有效利用，在現有條件下，政府應轉變職能，將過去支持供方（衛生保健組織）向支持需方農民的健康保障制度上轉移，提高需方（農民）購買衛生服務的能力。這一政策方面的調整，既能增加公平，也能改善效率，供方的投入一是靠政府正常經費的支持；二是靠專項投入如農村衛生“三項”建設⁽⁶⁾，未來的投入將應是衛生增量投入轉向農村貧困地區的健康保障制度建設，並將農村衛生“三項”建設投入與健康保障制度建設相配套。

二、中國農村貧困地區健康保障制度政策分析

中國農村貧困地區健康保障制度的建立，不單純受經濟水平的影響，在30個貧困縣中，有合作醫療制度的人群，人均純收入為421.80元，而未建立合作醫療保健制度的人群，人均純收入為441.30元。從本次研究結果中可以看出，有健康保障制度的人群，在得到衛生服務和婦幼保健上都優於未建立健康保障制度的人群，而且在低成本和抗風險水平上也優於未建立健康保障制度的人群，結果見表3。

表3 有無健康保障制度對比分析

比較項目	有健康保障制度	未建立健康保障制度
婦幼保健：		
產前檢查率（%）	82.80	39.40
產後訪視率（%）	48.60	21.70
自己接產比例（%）	13.50	43.80
活產率（%）	100.00	92.70
衛生服務可及性：		
兩周內應就診未就診率（%）	23.40	28.00
年應住院未住院率（%）	43.20	48.70
成本與費用：		
村級診次費用（元）	1.52	3.04
鄉級診次費用（元）	12.35	16.18
年人均醫療費用（元）	49.66	60.11
藥品收入比重（%）	65.70	79.20
抗風險水平：		
因病借款戶的比例（%）	13.50	16.30
因病變賣家產的比例（%）	5.00	5.90
因病獲救濟的比例（%）	0.80	1.10

資料來源：根據中國農村貧困地區衛生保健籌資與組織研究“30個貧困縣調查資料”

政策啟示：

合作性質的健康保障制度的建立，必須推動農村初級衛生保健工作的開展，這是尋求中國農村貧困地區健康問題解決的根本途徑。從預防保健、婦幼衛生、居民服務的可及性、低成本和抗風險能力上看，合作性質的健康保障制度優於非合作的自費醫療制度，實施農村健康保障制度的政策途徑是進行健康保障制度立

(6) 指縣衛生防疫站、縣婦幼保健院和鄉衛生院三項建設。

法，並由政府牽頭組織合作健康保障制度資金的籌集、組織和管理，並成立由過去政府支持的供方“三級預防醫療保健網”並聯接需方健康保障制度——合作健康網絡。

三、領導層與戶主意向調查的政策分析

本次研究結果表明，各級領導層非常關心貧困地區農民的健康問題，他們對農民的健康問題普遍都感到憂慮。在省級領導和縣級領導層中，認為有必要建立合作性質的健康保障的分別為**96.20%**和**87.10%**，認為這種合作性質的健康保障制度不是加重農民負擔的分別為**92.30%**和**76.40%**⁽⁷⁾。

對貧困地區的居民來講，幾乎**90%**的人願意建立合作性質的健康保障制度，而不願意走自費醫療的路，而且自己願意出5元錢加入合作性質的健康保障制度。

在調查合作健康保障制度未建立的原因時，無人組織原因佔**22.26%**，無明確的政策支持佔**12.00%**，經濟收入水平低是主要原因，佔**52.52%**。

以上結果表明，領導層有積極支持農民建立合作性質的健康保障制度意願，農民自己也有建立這種制度的意願。

政策印象：

首先政府應該從根本上肯定合作性質的健康保障制度的優越性，加速健康保障制度的立法，政策上要解決建立合作性質的健康保障制度的籌資政策問題，明確規定：合作性質的健康保障制度籌資不是加重農民的負擔，更不是屬於“亂攤派”的範疇。

四、貧困地區衛生籌資潛力的政策分析

根據研究推算，為滿足貧困地區**592**個貧困縣，**6000**萬貧困人口的基本醫療衛生保障服務，提供圍產期保健：產前檢查

4次，產後服務**3**次和分娩；計劃免疫接種：**7**歲以下兒童共接種**13**次；基本醫療服務：年人均門診**3**次，住院**0.5**床日的服務，按**1993**年價格計算，所需資金每年為**17.89**億元，見表**4**，人均費用為**30.00**元。

表4 基本衛生服務的資金需要量

內容	單位	資金量 (億元)
門診服務	3次/人	8.03
住院服務	0.5床日/人	9.44
*計劃免疫	13次	0.08
產前檢查	4次	0.10
產後訪視	3次	0.02
分娩		0.22
合計		17.89

資料來源：根據**30**個貧困地區抽樣調查測算

*計劃免疫按**90%**的覆蓋率計算

供方資金的需要量根據測算為**14.77**億元，其中，一次性投資需資金**11.87**億元，年正常經費為**2.90**億元。

根據供需雙方所測算的需要量，衛生籌資的問題擺在我們面前，即如何進行籌資，有多大潛力籌資，根據研究，貧困地區的籌資潛力主要有三個來源，一是政府投放引導基金支持合作性質的健康保障制度建設；二是依靠統籌、村提留基金中提取；三是靠貧困地區農民個人交納。

籌資的政策：

個人籌資按人均純收入的**2.50%**，可籌集到資金**4.11**億元。就醫時按應付費用的**1.25%**交費，可籌集金**2.94**億元；中央政府投入引導基金，人均**2**元，省政府人均**1.5**元的配套資

(7) 本項資料是對縣、鄉、村三級領導進行問卷調查統計的結論。

金，共籌集2.10億元；從鄉統籌、村提留中按10%-12%的比例提取，可籌資0.60億元；總的籌資能力為9.75億元，需方基本衛生服務的需要量為17.89億元，缺口為8.14億元，這部分缺口資金可通過其他籌集渠道如世界銀行貸款、香煙附加費等方法加以解決。供方籌資仍以正常經費投入和加強農村衛生“三項”建設資金的傾斜予以解決。

五、貧困地區籌資與組織的政策及程序分析

農村貧困地區衛生保健籌資，主要是通過建立合作性質的健康保障制度的建立，以政府為籌資主渠道，進行多渠道籌資。

資金的主要來源是來自於政府、集體和個人，並在政策上明確各自的責任，組織上明確各自職責。引導基金的投入將會對合作性質的健康保障制度的建立起巨大的推動作用，政府的承諾和籌資政策的認可將對資金籌措產生巨大影響。

在組織上，合作健康網絡計劃的推進將極大地支持健康保障制度的建立，合作健康網絡計劃是以政府為主組織實施的聯接供方三級醫療預防保障網，並以需方為基礎的組織構架，合作健康網絡以健康保障制度為依托，在組織上，將政府、供方、需方在衛生資源的籌集、分配和使用上，把預防、治療、保健融為一體，這一網絡具有以下特征：一是充分體現了政府對健康的責任；二是提供基本衛生服務的範圍明確；三是人群的廣泛覆蓋；四是以鄉為單位增加抗風險的能力；五是實行預付制，對居民發放健康卡。為確保貧困人群得到衛生服務，人均純收入200以下的家庭不進行個人衛生籌資。

在組織制度上，由中央成立以財政部、農業部、國家扶貧辦公室、民政部、衛生部等參加的協調領導小組，負責衛生扶貧基金的籌措與分配，省級、地（市）級、縣級也應成立相應的各級政府部門協調組織。

合作健康網絡以鄉為單位，資金的籌集以政府代購、代管的方式進行，成立鄉合作健康網絡委員會，該委員會可以根據當地實際吸收各類人員參加，關於資金的籌集、分配、管理和支付方式可以根據當地的實際情況因地制宜。

政策分析結論

經濟與健康有雙向發展的作用，貧困地區經濟狀況差，“因貧致病”和“因病致貧”形成惡性循環，在貧困地區更多的是在公平理論基礎上體現政府的責任，發展經濟並減少勞動力損失，貧困地區衛生服務的供求不能達到平衡，衛生服務效率差，需方缺乏購買力。在政策上，必須實現政府從支持供方向支持需方建立健康保障制度上的轉移，並加強農村“三項”建設的投入配套；合作性質的健康保障制度仍然是當今中國農村適宜的保健制度，這一保健制度需要政府加速立法進程，並解決建立這種保障制度的籌資，組織的各類政策；問題在籌資潛力上，應該明確政府投入的引導作用，採取多渠道籌資以個人投入為主的籌資方式；集體經濟、鄉村企業在不同地區有一些籌資潛力，通過貸款和收取香煙附加費是衛生籌資的其他渠道；政府應投放和建立合作健康保障制度的引導基金，加速合作健康網絡的建設。

參考文獻

- (1) 羅五金：《30個貧困縣的政策分析報告》，中國農村貧困地區衛生保健籌資與組織課題組，人民衛生出版社 1998
- (2) 國家衛生部：國家衛生服務調查1993