

乡村振兴战略下农村公共医疗服务供给路径优化研究

罗志红 孙伯焱

摘要：农村医疗服务是农村公共服务的重要组成部分，提高农村医疗服务水平对于推动农村全面发展，落实乡村振兴战略有着重要意义。本文从供给角度分析目前农村医疗服务存在的城乡差距较大、缺乏需求表达机制、社会资源参与效率低等问题，建议通过增加资金扶持力度，加强农村人才培养，建立需求表达机制等多条优化路径，加快完善以农民需求为主导的农村公共医疗服务体系。

关键词：乡村振兴 医疗资源供给 需求表达机制 优化路径

一、前言

党的十九大报告提出“乡村振兴”战略，强调坚持农民主体地位，完善基层公共服务建设，推动农业农村现代化发展。习近平总书记也指出人民健康是国家富强的重要标志，要完善相应的医疗服务政策以实现国富民强的目标。

政府作为建立农村医疗服务体系的主要力量，一方面应同步引入市场机制激发医疗系统活力(Kanak Gautam, 2005)，另一方面还应引导社会力量广泛参与(韩俊江、王胜子, 2015)。我国农村医疗服务体系的建设仍处于完善和建设中，不论是从供给侧视角的乡村振兴战略角度(林建, 2020)和“健康中国”战略角度(李立清、龚君, 2020)分析，还是从需求侧视角的老年人医疗需求(肖守渊, 2021)等角度分析，当前农村医疗服务体系都存在城乡服务差距较大(杨远根, 2020)、供给主体单一(卫家希, 2020)等问题。针对这些问题，学界提出了吸引人才回流(李博, 2020)，

建立有效的需求表达机制(乔俊峰, 2017)等建议措施。

综上所述，建立农村医疗服务体系是提升农民健康水平的重要手段，也是振兴乡村的重要途径。目前我国农村医疗服务体系尚待完善，也鲜有学者从需求表达机制的角度分析当前农村医疗服务现状并提出优化措施。本文将基于乡村振兴战略，从供给侧视角发现问题，解析原因，提出方案。

二、我国农村公共医疗服务取得的主要成就

(一)农村卫生医疗服务体系从无到有，农民看病有设施

近年来，我国的农村医疗服务体系逐渐扩大和优化：根据《中国卫生健康统计年鉴》，截至2020年底，乡镇卫生院和村卫生院数量达到644590所，2016—2020年，每千农村人口拥有乡镇卫生院床位数由1.27张增至1.52张，增幅19.69%；在医疗人员方面，乡镇卫生院卫生人员数从132.1万人增加到148.1万人，增幅12.1%。其中，

执业(助理)医师增加近6.5万人，增幅14%左右。农村基层医疗服务机构卫生医疗人员数量和素质都有所上升。

(二)医保覆盖全面铺开，农民看病有底气

2020年新农合医保制度与城市居民基本医保合并为城乡居民医保，从2002年提出新农合医保政策到2017年新农合参保率达到100%，在15年时间里，中国已建立起全球最大的基础医疗保障体系，参保人数超过13.6亿人。除此之外，以城乡基本医保作为基础，各级政府正在建立完善多险种在内的农村人口医疗保障体系，减轻农村病患就医诊治的经济压力，防止农村人口因病返贫。

(三)预防意识增强，普及疫苗接种，农民少得病

我国早期农村地区由于卫生情况堪忧、农民防治意识差、疫苗短缺等综合情况，传染病流行。近年来，随着我国卫生医疗部门推进对农村地区流行传染病的防治，逐步杜绝了多种传染病在农村的泛滥，其他常见传染病也逐步减少。2020年

基金项目：乡村振兴视阈下江西省农村基本公共服务供给效率研究 20GL16；江西省高校科技人员创业政策的供需匹配测度研究 20YB076。

我国甲乙类传染病综合发病率为190.4/10万，死亡率1.9/10万，新生儿死亡率降至5.4‰，预期寿命超过77岁。这些成就的取得都和几十年的农村卫生环境治理、疫苗普及接种、传染病防治教育工作密不可分。

三、我国农村医疗服务供给发展障碍

(一) 城乡医疗服务资源不平衡

城乡医疗服务基础设施差距明显，因此本文以较有代表性的床位数(“每千人医疗卫生机构床位数”以下简称“床位数”)作为基础医疗设施的代表进行对比。2015-2019年，城市地区的床位数从8.27张增长到8.78张，增幅6%左右，相对的农村地区床位数增幅近30%，从3.71张增长到了4.81张。在这5年期间，由于农村地区床位数增速明显高于城市地区，因此缩小了城乡床位数的部分差距(14.86%)。然而从床位数的绝对数量上来看，2019年城市床位数高于农村床位数3.97张，两者数量之比接近1:2(见图1)。

随着农村人才外流，城乡医疗在人才资源方面的差距呈扩大的趋势。2015—2019年，城市卫生技术人员增加了1318172人，增幅31.24%，农村卫生技术人员增加了828301人，增幅19.63%。农村地区增速明显低于城市地区，仅5年时间城乡卫生技术人员数量差距从442683人扩大到932554人(见图2)。

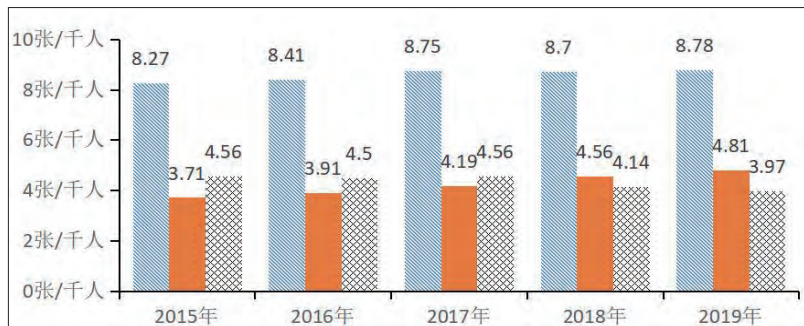


图1 城乡每千人口医疗卫生机构床位数变化

数据来源：2015—2019年《中国卫生健康统计年鉴》。

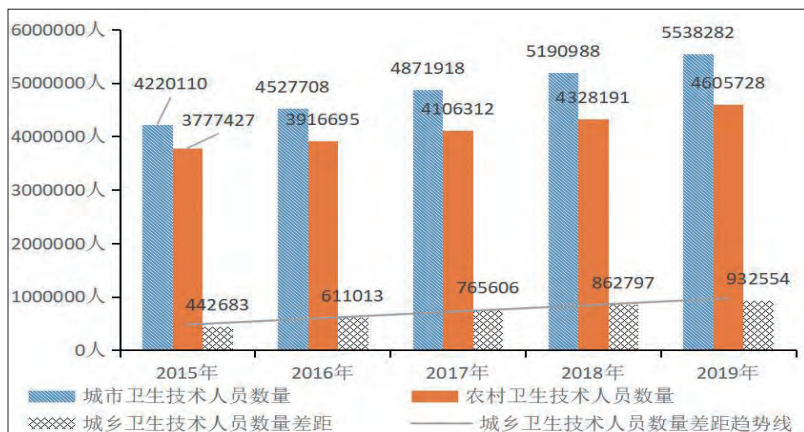


图2 城乡卫生技术人员数量变化

数据来源：2015-2019年《中国卫生健康统计年鉴》。

(二) 需求表达机制缺乏

建立需求表达机制是高效供给医疗服务的重要条件，其运作方式以农民自发通过需求表达渠道提出医疗需求开始，之后对信息进行收集处理，最后政府针对性进行医疗体系建设和医疗资源调配(见图3)。目前，我国医疗服务资源的供给方式主要通过政府判断基层需求进而分配供给医疗服务资源，限制了资源使用效率。现存的需求表达渠道比较传统，通过基层机构收集需求信息，存在诸多缺陷，未能形成畅通高效的表达渠道。而结合“互联网+”等信息技术构建的新型表达渠道尚未成型，国内缺少机构组织

推进研发相关平台技术。

(三) 医疗保障系统存在缺陷

我国现存的农村医疗保障体系存在的缺陷首先是目前的医疗保障体系覆盖的疾病种类较少，而且部分医疗项目和药品不在保障范围之内。其次各地区保障力度不同，由于地区经济发展情况不同和农村人口缴纳基数差异造成各地方政府财政支持力度和对应政策都不同。以2019年江西、北京、湖北、广东四个省份镇卫生院的医疗费用报销情况为例，江西省门诊费用报销比例为40%，报销年最高限额5000元。北京市门诊费用报销比例为55%，每年报销限额为3000元。湖北省门诊费用报销

比例为 50%，报销年限额为 400 元。广东省门诊费用报销比例为 60%，报销年限额为 600 元（表 1）。对于经济实力较弱的地区，较低的保障力度会加剧农村病患经济压力，削弱医保对于农村健康水平的促进作用，降低农村医疗服务实施效率，阻碍乡村振兴战略的推进。

（四）社会资源参与效率低

随着市场经济推进，社会资源开始以私营医院等方式参与医疗体系的建设，并且近几年私营医院的数量超过了公立医院，占据了医院总数的 6 成以上。然而近 5 年来私营医院诊疗人次数增长缓慢，2020 年私营医院就诊人次仅有 5.3 亿人次，其就诊人次只占总数的 16%。这导致了大量医疗资源闲置，降低了社会资源参与农村医疗服务体系建设的效率。

四、我国农村医疗服务发展障碍背后的成因

（一）资金投入力度不足

几十年的城乡二元经济结构导致我国城乡经济不均衡发展，两者之间的医疗服务资源有较大差距。目前农村公共医疗服务的建设需要各级政府持续投入大量资金。而且，随着现代化农村的推进，农村医疗服务的高效供给也需要结合“互联网+”等技术。但目前资金主要的使用方向都是直接补贴病患医疗费用等方面，对建立信息化平台或者成立第三方机构的资金支持较少，减缓了农村医疗服务的信息化建设。

（二）相关政策待完善

推进基层卫生机构建立是党的十九大报告提出的工作重点之一，为了落实推动农村医疗服务体系建设，我国又出台了《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》等政策文件，但是仍缺少更全面深入的相关政策法规。以医疗保障为例，随着医疗技术水平的提高，目前基础医保覆盖范围逐渐无法满

足病患的诊治需求，导致部分病患需要承担较大的经济负担。社会资源参与农村医疗服务体系建设的政策也同样缺乏，社会医疗机构缺少积极的鼓励性政策，医疗服务公益性被忽视，难以作为医疗服务体系的重要组成部分发挥功能。

（三）人才资源匮乏

随着近些年城乡经济差距加大、各城市加强人才引进等新形势的出现，农村人才外流趋势愈演愈烈。农村地区晋升机制不完善、周边设施不完备等现状，也导致城市医疗人才难以在农村扎根。同时，由于缺乏合理的派遣机制，派遣城市医疗人才前往农村地区容易造成专业不对口、原有医疗体系破坏等次生问题，对建立农村医疗人才培养和派遣机制形成反作用力。

（四）表达机制缺乏的多方面因素

由于我国人口基数较大，主动进行基层需求调研较为困难。目前主要通过基层组织和基层政府被动收集整理需求表达信息，导致表达渠道缺少维护和有效利用，而建立新型信息化的表达机制可以参考借鉴的案例较少，缺少相应的政策指导帮助。而对于建立新型信息化表达机制，部分农民认为学习成本较高且无法获得直观收益，对其持抵触情绪。

五、优化措施及建议

（一）增加资金扶持力度，填补城乡差距

图 3 反馈机制流程图

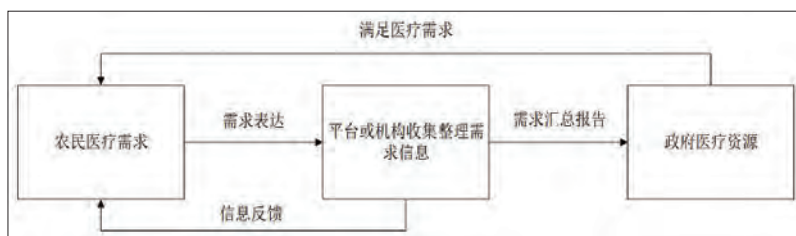


表 1 部分省份镇卫生院医疗费用报销对比情况

地区	项目	门诊报销比例	门诊报销金额上限(元)	住院报销比例	住院报销金额上限(元)
江西		40%	5000	60%	10 万
北京		55%	3000	80%	20 万
湖北		50%	400	90% 享受低保的残障人士为 92%	15 万
广东		60%	600	90%	按照医疗机构报销上限，不设费用最高支付限额

数据来源：各对应省份《城乡居民基本医疗保险办法》

城乡医疗资源的差距主要是由于经济发展不均衡造成的,各级政府应加大资金扶持力度最大限度弥补城乡之间经济发展差距。一方面加大直接支持资金投入力度,更新添置农村医疗服务机构设备,在硬件上提高农村医疗服务的数量和质量。另一方面,以经济振兴带动农村医疗服务资源提升才是最根本的长效机制,加大资金投入量,推进乡村振兴战略落实,结合地利营造生态农村,完善基本的农村生产经营活动,增加农民收入渠道,稳定提高农民收入水平。乡村振兴和农民健康相辅相成,推动农村经济发展能有效助推建设农村医疗服务体系。

(二) 完善农村医疗人才资源长效机制

人才培养方面,我国目前需要建立农村地区与高校之间的互帮互助体系,高校可设置农村地区医疗人才培养计划,对口解决农村病患诊治需求。同时完善长效晋升鼓励制度,加快基层医疗机构周边生活环境改善和配套设施建立,降低基层医疗人员流失速度。人才引进方面,合理放宽专业岗位要求,降低岗位考试门槛,简化录用手续,减少因流程繁杂造成的人才流失。促进城市医疗机构制度改革,将农村基层医疗服务经验纳入绩效晋升考核标准,并建立相应的交流路径,激发城市医疗人才对建立农村医疗服务体系的积极性。

(三) 建立高效畅通的需求表达机制

农村医疗服务体系需要建立高效的表达机制,首先对现有基层需求信息收集渠道进行优化维护。同时,高新技术的应用为表达机制创造了技术条件,各级政府的政策在人力、财力、物力方面为表达机制的建立创造了资源条件,借此逐步搭建医疗需求反馈平台或相关机构。也包括建立与表达机制配套的信息反馈机制,及时公开需求建议收集处理情况,向上监督政府职能部门推进农村医疗服务体系建设,向下提高农村人口需求表达积极性,推进需求决定供给的高效运作方式。

(四) 健全医疗保障体系,推进商业保险覆盖

由于各地区经济发展状况不同,造成了对农村人群医疗保障力度有所差别。这需要中央财政全面详细了解各地区经济发展状况和医疗服务资源需求程度,平衡各地区补助资金倾斜力度。同时,仅依靠政府财政支持的基本医疗保险势单力薄,需要逐步推进农村商业保险的普及。规定农村商业保险项目立项标准,出台商业保险农村地区实行政策,逐步改变传统思维对于商业保险的认知,推进商业保险在农村地区的普及,使其成为医疗保障重要的一环。

(五) 提高社会资源参与效率,引导社会力量有效扶持

社会资源的参与不仅有助于农村医疗体系的建设,同时也能为农村引入多元化发展机遇,提升农民收入,更快促进全民共同富裕,带动更广泛的资

源参与农业供给侧改革,推进乡村振兴战略的高效快速施行。结合人才引进政策,以政府采购等方式利用社会资源所能提供的土地、物资、设备等资源,推进社会资源的利用,提高社会资源利用的效率。降低政府单一主体推进医疗服务体系的建设成本和资金压力,提高社会资源参与的积极性。■

参考文献:

[1]Kanak Gautam. Transforming hospital board meetings:Guidelines for comprehensive change[J]. Hospital topics, 2005, Vol.83(3).

[2] 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).

[3] 林建. 乡村振兴战略下我国农村医疗卫生服务供需矛盾分析 [J]. 中国卫生经济,2020,39,(12).

[4] 李立清,龚君. 农村贫困人口健康问题研究 [J]. 湖南社会科学,2020,(2).

[5] 肖守渊. 更加有效满足老年人健康需求 [N]. 江西日报,2021-03-31(010).

[6] 杨远根. 城乡基本公共服务均等化与乡村振兴研究 [J]. 东岳论丛,2020,41(3).

[7] 卫家希. 乡村振兴战略背景下农村公共服务有效供给现状及对策 [J]. 乡村科技,2020(18).

[8] 李博. 乡村振兴中的人才振兴及其推进路径——基于不同人才与乡村振兴之间的内在逻辑 [J]. 云南社会科学,2020,(4).

[9] 乔俊峰. 基于需求导向的农村公共服务调查及完善对策 [J]. 经济纵横,2017,(8).

(作者单位:东华理工大学)

责任编辑:康伟