

乡村医疗治理问题及其变革研究

——史密斯政策执行过程四因素模型

於轶苹 陈冠宇

(1. 武汉华夏理工学院外语学院 湖北武汉 430223; 2. 玉林师范学院政法学院 广西玉林 637000)

摘要: 乡村医疗治理是健康扶贫的重点任务之一, 在健康扶贫背景下推进乡村医疗治理走向现代化, 逐渐解决“因病致贫、因病返贫”的突出问题。文章运用奥斯特罗姆的多中心治理理论, 从政府、医疗机构、社会组织和村民自身的多元化主体对民族地区西林县乡村医疗治理变革与现代化进行了更深入的研究, 进一步改革与发展西林县乡村医疗卫生治理服务, 从而构建西林县乡村健康脱贫和医疗治理现代化的长效机制。

关键词: 民族地区; 健康扶贫; 乡村; 医疗治理

一、前言

本文通过乡村医疗政策执行问题来验证史密斯政策执行过程四因素模型理论的适用性。本文以乡村医疗政策为研究对象, 运用史密斯政策执行四因素模型理论, 结合发展现状, 经过进行影响政策执行的各相关要素研究, 进一步丰富和补充有关的研究成果, 为政策执行提供一定的理论依据。实行健康中国战略, 坚持问题和需求双导向, 最大限度降低健康伤害因素, 提升医疗卫生服务发展水平, 是解决农村“因病致贫”“因病返贫”问题提出的整体治理方案。本文通过分析目前国内外部分专家学者对农村健康医疗卫生服务的总体概况, 梳理、总结了相关文献并提出相对应的解决对策, 拟结合农村医疗卫生服务健康扶贫的实际情况, 开展进一步的研究, 从而构建起农村有效健康脱贫的长效机制。

(一) 国外关于农村健康医疗卫生服务的现状及对策的研究

国外关于农村健康医疗卫生服务的现状及对策的研究主要是集中在社区健康卫生服务方面, 目前有几种代表模式, 一是以美国为代表的私营为主体的经营模式。美国拥有多种健康保险制度, 是在社区卫生服务的运作方面, 还是以市场调节为主要遵循的原则, 针对农村地区存在的医护人员缺乏, 医疗水平低、机器设备陈旧, 农民的保障水平低等问题, 正逐步引入计划管理的模式^[1]。二是以英国为代表的国家为主体的经营模式, 英国实行全民性免费的国家医疗保健服务制度。社区卫生机构和居民是保健关系, 财政收入是其卫生经费的主要来源。国家对社区卫生具有很强的调节作用, 国家卫生主管部门在卫生系统内建立内部市场, 卫生机构都可以进行公开招标开展社区卫生服务, 这种制度的目标是引入竞争机制, 提高社区卫生服务的效率。三是以澳大利亚为代表的国家计划管理、私人提供服务的经营模式。在澳大利亚, 大部分人群都有社会健康保险, 私营医院的家庭医生与社会健康保险部口签订了一份提供社区卫生服务的合同^[2]。特别针对农村地区医疗队伍薄弱, 施行了不少国家培养计划, 以弥补农村地区医疗预防比较薄弱的情况。

通过研究有关文献, 我们可以发现国外的一些学派的学者都把医疗卫生体系当成一个产品进行分析, 主要针对社会需求以及供给两个因素开展, 研究政府履行主体责任、卫生医疗体系是否平等以及如何提高体系运作的效率, 对于如何制定卫生医疗事业的发展途径进行探讨^[3]。在理论研究方面, 国外在这些方面的探讨重点主要表现在福利经济学、如何使得分配效果达到最好以及公共产品理论

方面; 在实践方面, 结合实际国情选择以效率为标准构建体系还是以公平为标准构建体系, 其中以公平为标准构建体系的典型国家为瑞典、英国, 以效率为标准构建体系的典型国家为智利以及新加坡, 选用双重标准的国家以德国和美国为代表^[4]。健康是人类生存的一项基本权利, 是其他形式人力资本存在与效能发挥的先决条件, 而在我国农村贫困地区, 由于公共卫生可及性滞后, 优质医疗卫生资源匮乏、医疗保障体系不完善等问题, 使得因病致贫、因病返贫依然是影响农村发展和脱贫工作不可持续的主要原因^[5]。

二、民族地区乡村医疗卫生治理变革与现代化的问题

政策执行的因素

1. 政策执行的资金因素

政策的执行不是个体可以完成的过程, 政策执行机构是整合相应的人力资源, 群策群力进行政策执行过程的机构, 执行机构负责政策的执行。能否建立一个切实的政策执行机构是一项公共政策能否确保政策得到有效执行的关键因素。政府使用于医疗卫生治理的费用比例较少, 没有专项乡村医疗治理资金计划, 导致乡村医疗设施不完善, 设备简陋老化且数量非常有限, 乡村医疗条件相对较差, 服务落后。

2. 政策执行的执行机构因素

家庭医生签约队伍尚未成熟, 医疗人员专业技术不高。

很多高层次医护人才不愿意到农村工作, 一些优秀的医学院毕业生一般都会优先选择在城市就业, 导致医疗机构的医护人员专业素质低, 质量下降, 优质人才流失严重, 医务人员的技术水平较低。

3. 政策执行的目标群体因素

村民参与医疗治理意识薄弱, 缺乏健康教育知识。乡村医疗治理没有明确的专门法律制度, 缺乏有效的法律依据, 在乡村医疗治理变革与现代化进程中, 强调以村民为主体, 以乡村地区为本, 但很多乡村地区的村民参与健康医疗意识普遍偏低, 责任感不强, 参与医疗治理积极性不高。

4. 政策执行的社会环境因素

医疗治理社会组织参与不足。乡村医疗治理改革中社会组织还是依附于政府之下, 独立意识较弱, 主要依靠政府进行医疗服务的供给, 单中心管理使乡村医疗服务资源得不到高效率的提供, 无法满足病人的多种需求。社会组织参与乡村医疗治理程度低、积极性不高, 筹资渠道少, 缺乏健康医疗志愿者队伍, 志愿义诊活动开展

的次数很少,医疗救助和扶贫力度不足,慈善组织、社会团体等在乡村健康医疗参与力度不够,对乡村贫困人口进行健康慰问、身体检查、基本治疗以及为老弱病残贫困患者“送医送药送健康”的活动参与力量微乎其微,无法形成一个完整的多元化主体治理体系。

三、乡村医疗治理变革与现代化的途径

(一)乡村医疗政策执行的法制环境变革

政策执行机构中的执行者是政策执行机构中重要的组成部分,其自身的素质和能力也在一定程度上可以左右政策执行的效果。加大医疗治理资金投入力度,健全法制监督机制。多中心治理由多个主体构成,政府只是其中的一个主体,不再是单中心管理中的单一主体,因此,政府需要转变自身的角色与管理方式,从直接转为间接管理,要克服治理过程中的“缺位”和“越位”现象,明确政府在医疗治理改革中的责任和职能,政府要加大乡村医疗治理的费用,设置专项乡村医疗治理资金投入,增加对民族地区乡村医疗配套设施建设的资金投入,提供基本的医疗服务需求,统筹城乡医疗资源均衡发展,完善医疗基础设施、引进更先进的医疗设备和改善乡村就医环境,切实加强各项治理资金监督和管理,建立专门的法律制度,健全民族地区乡村健康扶贫的保障机制,提高乡村医疗治理体系的科学化、规范化,促进乡村医疗治理趋向现代化。

(二)政策执行的医疗群体变革

医疗机构也是多元治理结构中的一个主体,要加强医疗机构自身治理能力,提高医疗机构工作效率和医务人员质量,建立专业化的签约服务队伍,落实县、乡、村三级的多层次签约服务团队,加快推进民族贫困地区的家庭医生签约服务进程,家庭医生与签约对象要建立一种长期、稳定的服务关系,对签约村民个人健康状况进行评估并制定个性化的健康指导,以便对村民健康进行全面的服

(三)政策执行的目标群体意识变革

强化村民参与意识,协同治理乡村医疗。多中心治理格局下,加强村民自治治理能力,积极主动参与到医疗治理改革中,树立承担责任意识,转变村民自身的健康医疗理念,加强健康教育意识。以县政府投入为主,不断加大财政资金投入,提高补助标准,积极拓宽社会慈善,加大对健康扶贫医疗治理资金的筹资渠道,确保乡村医疗治理工作的正常运行。政府必须承担主要责任,实施健康扶贫项目,协调治理资金投入分配、医疗保障制度衔接、人力资源配置、签约家庭医生等工作,确保相关政策的实施。

结语

实施健康扶贫,促进民族地区乡村的医疗改革与现代化的发展,将健康医疗治理工作落到实处,对乡村经济发展、医疗服务变革、医疗现代化及人民健康质量的改善具有巨大的促进作用和深远的发展意义,有效解决农村“因病致贫”、“因病返贫”问题。目前民族地区乡村医疗治理变革中可能存在诸多挑战,影响到乡村健康医疗治理现代化进程的推进,推动健康医疗治理工作仍需地方政府、社会组织共同参与,共同构建民族乡村地区的医疗健康发展,希望通过多中心治理主体加强对乡村健康医疗治理体系的管理,能够为乡村居民提供安全、健康、便捷、有质量的乡村健康医疗服务,进一步提升民族地区乡村健康医疗治理水平和医疗保障治理制。

参考文献:

[1]汪三贵.刘明月.健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2019(3).

[2]翟绍果.健康贫困的协同治理:逻辑、经验与路径[J].治理研究,2018.34(5).

[3]王培安.全面实施健康扶贫工程[J].行政管理改革,2016(4).

附录:西林县农村健康医疗卫生服务访谈提纲

访谈人: 被访谈人:

访谈地点: 访谈时间:

访谈内容:

1、西林县有多少个村卫生室?乡村医生人数、学历分配情况

2、西林县农村近三年的医疗支出比重

3、西林县农村健康医疗设备投入情况以及就医环境情况

4、家庭医生签约服务团队开展活动次数、人员分配情况

5、政府或相关部门是否组织对乡村医生的培训?若组织培训,多长时间一次?

6、乡村医生的培训的经费来源

7、开展群众性健康教育次数以及对健康政策的宣传渠道

8、西林县网络信息化设备硬件条件,互联网健康医疗信息平台建设情况

9、西林县农村健康医疗的资金筹集主体来源有哪些

10、西林县农村村卫生室分配情况

[I]张奇林.论美国的医疗卫生费用控制[J].美国研究,2002(01).

[II]姚建红.澳大利亚的农村卫生体制[J].中国初级卫生保健,2006(07).

[III]James A.Johnson.Comparative Health Systems: Global Perspectives[M].Jones & Bartlett Learning, 2011.

[IV]Inge Kaul. Providing Global Public Goods: Managing Globalization[R].New York,2002.

[V]林闽钢.在精准扶贫中构建“因病致贫返贫”治理体系[J].中国医疗保险,2016(2):20-22.

[作者简介]於轶辈(1995—),女(汉族),湖北黄冈人,英语硕士,武汉华夏理工学院英语教师,主要从事英语教学研究;陈冠宇(1972—),男(汉族),广西玉林人,法学博士,玉林师范学院特聘副教授,主要从事公共管理学研究

[中图分类号]D63 [文献标识码]A

[基金项目]广西高校人文社会科学重点研究基地民族地区文化建设与社会治理研究中心课题主持人,政府各部门在社区治理上的机制、法制研究:统合主义视角,2019年7月,主持在研