

# 新医改与中国农村医疗卫生事业的发展\*

## ——十年经验、现实困境及善治推动

赵 黎

**摘要：**本文在回顾与评述农村医疗卫生事业发展现状与成效的基础上，总结2009~2019年的十年新医改经验，从供给、需求和顶层设计三个方面，揭示新医改中农村医疗卫生事业面临的发展困境，指出当前农村医疗卫生事业发展面临的问题集中体现为农村医疗卫生事业的短板性问题、农村医疗卫生服务的功能性问题和农村医疗卫生服务体系的结构性问题。本文认为，为推动农村医疗卫生事业的发展，应以城乡基本公共服务普惠共享为宗旨提高农村医疗卫生公共服务供给质量，以公众医疗卫生服务需求为核心引导广大群众参与健康治理，以“将健康融入所有政策”为依据优化医疗卫生改革顶层设计，以建设健康中国为指引推动农村健康治理进一步走向善治。

**关键词：**新医改 农村医疗卫生 健康治理

**中图分类号：**C913 R-1 **文献标识码：**A

### 一、引言

2009年3月，中国开启了新一轮医药卫生体制改革的进程。新一轮医改方案坚持公共医疗卫生的公益性原则，确定了坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重等新时期医疗卫生工作的方针，明确了改革目标，提出了解决问题的具体措施。经过十年的探索与实践，新医改取得了重大进展，人民健康水平和医疗卫生服务能力显著提高，主要健康指标和人类发展指数全面提升。在推进新医改工作过程中，特别是党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央不断完善顶层设计，加大政府投入，把建设健康中国上升为国家战略。据统计，2018年，政府的卫生支出达到1.64万亿元，其占卫生总费用的比重从2007年的22.31%提高到28.26%；同期，个人卫生支出占卫生总费用的比重从44.05%下降到28.73%，这个比重是近30年来的最低水平<sup>①</sup>。随着新医改工作的推进，国家医疗卫生

\*本文为国家社会科学基金一般项目“农民专业合作社参与农村社会治理的实现机制和路径研究”（批准号：19BJY146）的阶段性成果。笔者感谢匿名评审专家提出的宝贵意见。当然，文责自负。

<sup>①</sup>数据来源：《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》，<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffcdb0.shtml>。

工作的重点逐渐从以疾病控制和“治病”为中心转变为以促进人民健康和“治未病”为中心。2018年3月,在国务院机构改革中,国家卫生健康委员会组建成立。政府卫生行政主管部门的名称从“卫生和计划生育”改为“卫生健康”,这一变化充分体现了未来深化医药卫生体制改革、实施“健康中国”战略这一国家发展目标战略。

实施新医改以来,农村医疗卫生事业的发展迎来了新的机遇。党的十九大以来,农村地区成为实施健康中国战略与乡村振兴战略相结合的重要场域,农村医疗卫生事业在公共卫生、医疗、医药和医保方面取得了实质性突破。但是,由于城乡医疗卫生资源配置不均衡,农村医疗卫生事业的发展现状与制约因素也给新医改的进一步深化带来了挑战,新医改已进入深水区 and 攻坚期。在实施健康中国战略和乡村振兴战略背景下,需要积极探索新医改在农村地区未来纵深发展的有效路径。同时,随着人口老龄化的到来与城镇化的推进,以及疾病谱、生态环境、城乡居民消费行为和生活方式的变化,医疗卫生事业的发展与改革面临新的压力。中共中央、国务院于2016年10月印发的《“健康中国2030”规划纲要》提出以农村和基层为重点,通过完善基层医疗卫生系统建设,普遍提高居民健康素养水平,降低慢性非传染性疾病发病率和重大慢性病过早死亡率,减少卫生支出。因此,讨论与认识新医改在农村地区的发展进程和经验教训,不仅对中国医疗卫生事业发展具有重要意义,而且将会对全球医疗卫生发展模式产生积极影响<sup>①</sup>。然而,现有研究对现行基层医疗卫生体制改革方面的运行障碍及其突破,以及对近期政策变化所产生的影响认识不足(Li et al., 2017)。鉴于此,回顾与总结新医改十年来农村医疗卫生事业的发展、成效与面临的问题,探讨如何建立一个以促进健康为中心的健康治理体系,对促进农村医疗卫生事业发展、推动城乡基本医疗卫生服务均等化、保障与改善民生,都具有重要的理论与现实意义。

本文基于“发展—发展面临的困境—在解决困境的过程中谋求发展进而实现健康治理”的逻辑,在总结新医改十年经验的基础上,揭示其中的不足之处,进而阐释健康治理的政策意蕴、基本要求与内容。本文余下内容安排如下:第二部分回顾与述评新医改十年来农村医疗卫生事业的发展现状与成效,并对十年来的医改经验进行分析与总结;第三部分分别从供给、需求和顶层设计三个方面,揭示新医改中农村医疗卫生事业面临的现实困境;第四部分针对农村医疗卫生事业的发展困境,结合十年改革经验,展望进一步推进农村医疗卫生事业改革与发展的前景。

## 二、新医改十年中国农村医疗卫生事业的发展成就及经验

新医改十年来,在推进医疗保障制度城乡一体化和城乡基本公共卫生服务均等化过程中,农村医疗卫生服务体系不断完善,农村居民健康水平持续提升,医疗卫生领域城乡基本公共服务普惠共享的体制机制初步形成。中国农村医疗卫生事业的发展历程、成就与经验,对促进新时代农村医疗卫生健康事业的可持续发展、对引领和参与全球卫生治理,具有重大的意义和作用(王小合等,2019)。

### (一) 中国农村医疗卫生事业发展成就

<sup>①</sup>资料来源:《中国医疗体系改革具全球影响》, <http://www.scio.gov.cn/zhzc/2/32764/Document/1420237/1420237.htm>。

新医改十年来，中国农村医疗卫生事业发展成就集中体现在以下几个方面：城乡公共卫生服务均等化水平不断提升，基层医疗卫生服务能力不断提高，基层医疗卫生服务模式持续优化，基本药物支出逐步降低、医疗服务负担得到减轻，农村居民基本医疗保障水平全面提高。

1.以增进人民健康为中心，不断提升城乡公共卫生服务均等化水平。为有效解决中国慢性病患者人数快速增加、传染性疾病预防形势依然严峻等公共卫生问题，国家基本公共卫生服务项目已在农村基层普遍实施。2009~2018年，城乡人均基本公共卫生服务经费补助标准从15元逐步提升到55元，服务项目从10大类扩展至14大类<sup>①</sup>，覆盖了城乡居民生命全过程。公共卫生服务项目设计将儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者等作为重点人群，面向全体城乡居民以免费或补助的方式提供基本公共卫生服务，并且重点向农村地区倾斜。提供基本公共卫生服务的主体主要为基层医疗卫生机构，在农村基层主要由60多万个乡镇卫生院和村卫生室提供<sup>②</sup>。2015年，中央财政投入资金2.59亿元，主要用于健康巡讲、健康促进医院创建、健康素养和烟草流行监测、重点疾病或健康教育等健康素养促进项目<sup>③</sup>。项目实施以来，全国各地积极推广健康生活方式。2015年，全国经常参加体育锻炼的人数比达到33.9%；2016年，全国已有81.87%的县（市、区）开展了全民健康生活方式行动<sup>④</sup>。另外，中国城乡居民健康素养水平由2008年的6.48%上升至2017年的14.18%<sup>⑤</sup>。由此可见，从慢性疾病防治、基本公共卫生服务供给、健康素养促进等方面衡量，中国农村医疗卫生事业取得了明显成效。

2019年，为实施国家基本公共卫生服务项目，中央财政补助资金达443.6亿元，比上一年增加了106.6亿元<sup>⑥</sup>。在项目实施中，为合理确定乡村两级的分工，中央政府提出将40%左右的基本公共卫

<sup>①</sup>资料来源：《国家基本公共卫生服务规范（2009年版）》，[http://www.gov.cn/jrzq/2011-06/20/content\\_1888756.htm](http://www.gov.cn/jrzq/2011-06/20/content_1888756.htm)；国家卫生健康委员会、财政部、国家中医药管理局《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2018〕18号）。

<sup>②</sup>2018年，中国共有乡镇卫生院3.6万个，村卫生室63.0万个；此外，3.5万个社区卫生服务中心（站）中的一部分也在农村分布与运行（数据来源：《中华人民共和国2018年国民经济和社会发展统计公报》，[http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190228\\_1651265.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190228_1651265.html)）。

<sup>③</sup>参见国家卫生和计划生育委员会（编），2016：《中国卫生和计划生育年鉴（2016）》，北京：中国卫生和计划生育年鉴社。

<sup>④</sup>资料来源：《中国健康事业的发展与人权进步》，<http://www.scio.gov.cn/ztk/dtzt/36048/37159/index.html>。

<sup>⑤</sup>资料来源：《2017中国居民健康素养监测结果发布》，<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1613856997906802257&wfr=spider&for=pc>。

<sup>⑥</sup>资料来源：财政部、原国家卫生计生委《关于提前下达2018年公共卫生服务补助资金预算指标的通知》（财社〔2017〕198号），财政部、国家卫生健康委《关于提前下达2019年公共卫生服务（基本公共卫生）补助资金预算的通知》（财社〔2018〕162号）。

生服务工作任务<sup>①</sup>交由村卫生室承担。此外，新增的5元人均基本公共卫生服务经费重点向乡村医生倾斜，以此加强村级基本公共卫生服务工作<sup>②</sup>。2019年的《政府工作报告》再次明确了“坚持以预防为主”的方针，而且确定“将新增基本公共卫生服务财政补助经费全部用于村和社区”。

2.以夯实基层服务基础为目标，大力提高农村基层医疗卫生服务能力。2009年3月《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称《意见》）提出政府应重点办好县级医院，并在每个乡镇办好一所卫生院，采取多种形式支持村卫生室建设，使每个行政村都有一所村卫生室。为此，政府投入大量资金，加强基础设施和基础护理设施建设，以此提高基层医疗卫生服务的可获得性、负担能力和质量（Yip et al., 2012）。2009~2011年，政府在农村地区共投入630亿元，支持2200多所县级医院和3万多个乡镇与村级基层医疗卫生机构的建设<sup>③</sup>。到2017年，超过10%的村卫生室成为乡卫生院设点卫生室。另外，农村医疗卫生条件逐步得到改善，每千农业人口乡镇卫生院床位数稳步提高，2017年达到1.35张（见表1）。

表 1 新医改以来农村基层医疗卫生机构医疗服务情况

年份	乡镇卫生院					村卫生室		
	诊疗人次（亿次）	入院人数（万人）	诊疗人次占基层医疗卫生机构诊疗人次比（%）	入院人数占基层医疗卫生机构入院人数比（%）	每千农业人口床位数	诊疗人次（亿次）	诊疗人次占基层医疗卫生机构诊疗人次比（%）	乡卫生院设点数占比（%）
2009	8.77	3808	25.84	92.63	1.05	15.52	45.74	7.18
2010	8.74	3630	24.21	91.90	1.12	16.57	45.88	7.66
2011	8.66	3449	22.77	91.36	1.16	17.92	47.09	8.47
2012	9.68	3908	23.55	91.87	1.24	19.27	46.90	8.92
2013	10.07	3937	23.29	91.56	1.30	20.12	46.53	9.23
2014	10.29	3733	23.57	91.18	1.34	19.86	45.52	9.20
2015	10.55	3676	24.29	91.06	1.24	18.94	43.62	9.40
2016	10.82	3800	24.79	91.24	1.27	18.53	42.43	9.46
2017	11.11	4047	25.08	90.94	1.35	17.89	40.40	10.06

数据来源：根据《中国统计年鉴2018》（国家统计局编，中国统计出版社，2018年）数据计算所得。

为培养基层医疗卫生人才，近年来政府开展以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，大力倡导通过规范化培训、基层在岗医师转岗培训、全科医生定向培养、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养全科医生。2010~2018年，中央财政支持中西部地区70余所医学院校为中西部地

<sup>①</sup>其中不包含新纳入的免费提供避孕药具和健康素养促进这两项。

<sup>②</sup>资料来源：国家卫生健康委、财政部、国家中医药管理局《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2018〕18号）。

<sup>③</sup>资料来源：China's Latest Revolution: Basic Health Care for All, [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS\\_188582/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_188582/lang-en/index.htm).

区乡镇卫生院培养本科层次全科医学人才，招生规模累计达5万余名；2015~2018年已毕业2万余名，其中近90%的毕业生按协议到乡镇卫生院工作<sup>①</sup>。截至2018年底，共有30.9万名全科医生接受了培训，每万人口拥有全科医生2.22人<sup>②</sup>，平均每个乡镇卫生院已经拥有3名全科医生<sup>③</sup>。

3.以患者需求为导向，持续优化农村基层医疗卫生服务模式。逐步建立分级诊疗制度、启动家庭医生签约服务是新医改的重要内容。近年来，为应对基层医疗卫生机构日渐边缘化，政府积极推进分级诊疗制度建设，提出到2020年基本建立符合国情的分级诊疗制度<sup>④</sup>。在试点地区，分级诊疗政策得以有效实施，基层医疗卫生机构的门诊量得到提高。2015年，全国超过一半的县（市、区）开展了基层首诊试点，县域内就诊率达80%以上<sup>⑤</sup>。乡镇卫生院诊疗人次占基层医疗卫生机构的比重开始由降转升，2017年超过25%（见表1）。不同地区的分级诊疗工作各具特色。例如，湖南省推行分级诊疗“县治、乡管、村访”模式，为需要长期、持续治疗的慢性病患者提供县域内规范化的治疗流程，减少了患者就医时间与费用，终末期肾病治疗这一项费用就能减少40%左右，成效较为明显。

在家庭医生签约服务方面，不同地区积极探索团队组建、筹资、激励、考核等新机制。从2016年在综合改革试点城市的200个公立医院开展家庭医生签约服务以来，家庭医生签约服务覆盖率超过30%，重点人群签约服务覆盖率超过60%，正在力争实现国家“十三五”医改规划中提出的“到2020年家庭医生签约服务制度全覆盖”的目标<sup>⑥</sup>。实践中，各地区根据实际情况确定家庭医生签约服务费收费标准。在笔者调查的浙江省，签约服务费由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费构成。例如，在温州市农村地区，家庭医生签约服务费为120元，三方分别承担48元、48元和24元；在宁波市农村地区，三方分别承担50元。此外，实践中，家庭医生签约服务可以分为基础性服务和个性化服务，这在部分地区体现为规范签约和有效签约。规范签约属于基本公共卫生服务的一部分，免费向签约居民提供；而有效签约作为试点性项目，为签约居民提供个性化、细致化的服务项目。

4.以破除以药补医为手段，逐步降低农村基层基本药物支出和减轻医疗服务负担。2009年的《意

<sup>①</sup>资料来源：《国务院关于医师队伍管理情况和执业医师法实施情况的报告》，[http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content\\_2085674.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content_2085674.htm)。

<sup>②</sup>资料来源：《国务院关于医师队伍管理情况和执业医师法实施情况的报告》，[http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content\\_2085674.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content_2085674.htm)。

<sup>③</sup>根据《中国卫生健康统计年鉴2018》（国家卫生健康委员会编，中国协和医科大学出版社，2018年）数据计算。

<sup>④</sup>资料来源：国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号），国家卫生健康委、国家中医药管理局《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》（国卫医〔2018〕28号）。

<sup>⑤</sup>资料来源：《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）。

<sup>⑥</sup>资料来源：国务院医改办、国家卫生计生委、国家发展改革委等7部门《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1号）。

见》提出医药分开的改革思路。同年，卫生部等9个部门印发《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，标志着国家基本药物制度建设工作正式启动。作为一项全新的制度，国家基本药物制度着眼于对基本药物的多个环节实施有效管理，其目的在于恢复公立医院的公益性，破除逐利机制。统计数据显示，基本药物制度的实施能够促进医院收入结构优化。2010~2015年，全国公立医院药占比从46.33%降到约40%<sup>①</sup>。笔者调查发现，一些地区改革成效较为显著。例如，四川省的药占比由新医改初期的33.60%降至2018年的27.33%。到2017年，全国公立医院都取消了15%的药品加成政策<sup>②</sup>。

对基层医疗卫生机构而言，实行基本药物制度意味着政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用国家基本药物，实施基本药物零差率销售政策，而后者又进一步影响到一般诊疗费政策的实施。2010年，国务院办公厅下发《关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》，提出实行“一费制”，在政府举办的已实施基本药物制度的基层医疗卫生机构实施<sup>③</sup>。2013年，一般诊疗费项目的收费标准得到进一步明确，原则上控制在人均10元左右，一般诊疗费开始得到全面实施<sup>④</sup>。例如，在笔者调查的云南省，农村基层医疗卫生机构一般诊疗费收费标准为每门诊人次9元，参保人员个人自付2.5元，其余的6.5元由统筹基金支付，纳入人头付费包干，由医保经办机构结算。在浙江省，基层医疗卫生机构收费标准为每门诊人次10元，村卫生室为每门诊人次5元，对已合并到一般诊疗费里的原收费项目，基层医疗卫生机构不再另行收费。

5.以实现人人病有所医为宗旨，全面提高农村居民基本医疗保障水平。新医改启动之前，新型农村合作医疗制度（简称“新农合”）已经在农村地区得到全面实施。在深化新医改的背景下，医保在新医改中的地位越来越重要，它发挥着引导医疗、合理配置和科学使用医药资源的基础性作用。2017年1月，国务院发布《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》，提出了医保与医疗、医药联动改革的原则。加快推进医保制度建设主要集中在提高筹资和保障水平、整合城乡居民基本医疗保险制度和扩大覆盖面、完善大病保险和医疗救助制度等方面。

一是推进建立稳定、可持续的筹资和保障水平调整机制。近年来，基本医疗保险参保率稳定在95%以上。2018年，农村居民医保财政补助标准达到人均490元，人均个人缴费相应提高（见表2）。基本医疗保险稳定、可持续的筹资和报销比例调整机制逐步建立。到2017年，全国大部分地区基本实现了符合转诊规定的异地就医住院费用直接结算。

年份	各级财政补助标准			个人缴费标准
	中央财政补助标准	地方财政补助标准	总计	

<sup>①</sup>资料来源：《新一轮医改成效显著》，[http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/23/c\\_1120178819.htm](http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/23/c_1120178819.htm)。

<sup>②</sup>资料来源：《卫计委主任：全国所有公立医院都取消了以药养医和药品加成》，[http://www.cb.com.cn/zjssb/2017\\_1022/1204594.html](http://www.cb.com.cn/zjssb/2017_1022/1204594.html)。

<sup>③</sup>即将挂号费、诊查费、注射费（含静脉输液费，不含药品费）以及药事服务成本合并为一般诊疗费。

<sup>④</sup>资料来源：国务院办公厅《关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》（国办发〔2013〕14号）。

新医改与中国农村医疗卫生事业的发展

	西部	中部	西部	中部		
2003	10	10	10	10	20	10
2004	10	10	10	10	20	10
2005	10	10	10	10	20	10
2006	20	20	20	20	40	10
2007	20	20	20	20	40	10
2008	40	40	40	40	80	20
2009	40	40	40	40	80	20
2010	60	60	60	60	120	30
2011	124	108	76	92	200	50
2012	156	132	84	108	240	60
2013	188	156	92	124	280	70
2014	220	180	100	140	320	90
2015	268	216	112	164	380	120
2016	300	240	120	180	420	150
2017	324	258	126	192	450	180
2018	356	282	134	208	490	220

数据来源：相关年份《关于做好新型农村合作医疗工作的通知》和国家医保局、财政部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委《关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》（医保发〔2018〕2号）。

注：根据中央关于农村居民医疗保险筹资的规定，中央财政对东部地区补助标准为“按一定比例补助”。

二是整合城乡居民基本医疗保险制度。逐步实现城乡医疗保障一体化是新医改的发展方向。自2016年实施城乡居民医保制度以来，各地大力推行城乡居民医保在“覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理”等方面实行“六统一”的政策<sup>①</sup>。不同地区因地制宜地探索行之有效的整合方式。例如，云南省在“六统一”政策的基础上，结合本地实际增加了统一统筹层次、统一归口管理、统一信息系统以及完善付费方式的目标要求。广东省东莞市、山东省青岛市等地进一步创新体制机制，将新农合、城镇居民医保、职工医保进行“三险合一”，打破了城乡居民身份和职业界限，有效推动了城乡居民平等享受医疗保险服务。

三是巩固和完善城乡居民大病保险和医疗救助制度。近年来，中国政府先后出台了一系列政策<sup>②</sup>，并投入大量资金推动城乡居民大病保险和医疗救助政策的实施。2018年，城乡居民大病保险和重特大疾病医疗救助全面推开，城乡医疗救助的中央财政补助资金达到235亿元，比2016年增加75亿元。各地区积极探索增强城乡居民医疗保险的保障能力与医疗救助能力的有效途径。例如，云南省取消

<sup>①</sup>资料来源：国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。

<sup>②</sup>例如原国家卫生计生委、国务院扶贫办、民政部、国家发展改革委等15部门《关于实施健康扶贫工程的指导意见》（国卫财务发〔2016〕26号），原国家卫生计生委、国务院扶贫办《关于印发健康扶贫工作考核办法的通知》（国卫财务发〔2016〕56号）等文件。

建档立卡贫困人口医疗救助起付线，规定年度累计救助封顶线不低于10万元，建档立卡贫困人口符合转诊转院规范的住院发生的医疗费用，政策范围内经基本医疗保险、大病保险报销后达不到90%的，通过医疗救助报销到90%，县级政府可通过整合医疗救助和统筹资金实行兜底保障。湖南省提出“三提高、两补贴、一减免、一兜底”综合保障措施，贫困大病患者在县域内定点医院住院可以获得“先诊疗后付费”和“一站式”结算等优质服务。

## （二）中国农村医疗卫生事业改革发展经验

回顾新医改的发展历程，可以发现，坚持精细化的顶层制度设计、注重基层民生保障和动员社会各界广泛参与、加强医疗服务供给能力建设以及树立健康治理新理念，是发展农村医疗卫生事业的基本经验。

1.坚持精细化的顶层设计，是发展农村医疗卫生事业的制度基础。农村医疗卫生事业的发展需要具有可操作性和前瞻性的顶层设计。新医改十年来，各项政策设计不断细化，可操作性不断增强，各部门职能分工不断优化，政策边界也更加清晰。改革之初，中国政府提出了2009年推进改革的10项任务34个主要工作目标<sup>①</sup>，改革措施分解落实到各职能部门。2018年，国务院进一步从七个方面提出了50项重点工作任务<sup>②</sup>，明确了各项工作的承担部门和完成进度，制定了改革时间表，突出了分类指导和精准施策的治理效果。

政策设计的基础性和“源头质量”对政策实施效果具有决定性影响（刘继同，2019）。在新医改过程中，顶层设计始终坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则。首先，区分基本和非基本，“保基本”着眼于提高全民健康水平，保障城乡居民基本医疗卫生需求<sup>③</sup>，按照实现全民基本医保的要求，逐步扩大覆盖面，提高门诊统筹和住院费用报销比例，促进城乡居民基本医保服务均等化。其次，为突出“强基层”，《意见》要求用三年时间建成比较完善的基层医疗服务体系，加快农村三级医疗卫生服务网络建设。如上所述，积极推进农村基层医疗卫生机构基础设施和能力建设、加强农村卫生人才培养和队伍建设、逐步建立分级诊疗制度、启动家庭医生签约服务等，都是“强基层”的主要内容。最后，为落实“建机制”，创新农村初级卫生保健服务供给方式、改进新农合运行状况、优化农村医疗救助制度、规范基本药物等改革工作，对农村医疗卫生事业的发展产生了积极影响。为落实顶层设计，不断强化政策的基础性功能和执行力，推动体制机制创新，将满足人民群众基本健康需求置于更加突出的位置，推动医疗卫生资源向农村和基层倾斜，向重点人群倾斜，让农民群众和困难群体享受改革成果，从而促进了城乡医疗卫生事业的均衡发展。

<sup>①</sup>资料来源：《国务院办公厅关于印发医药卫生体制五项重点改革2009年工作安排的的通知》（国办函〔2009〕75号）。

<sup>②</sup>资料来源：《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务的通知》（国办发〔2018〕83号）。

<sup>③</sup>资料来源：《不断深化医改 推动建立符合国情惠及全民的医药卫生体制》，<http://theory.people.com.cn/GB/82288/83845/83846/16265477.html>。

2.注重基层民生保障和动员社会各界广泛参与，是发展农村医疗卫生事业的重要引擎。新医改源于20世纪90年代末日益凸显的“看病难、看病贵”问题。这在广大农村地区尤为明显，农村三级医疗预防保健网基本破裂，曾一度享誉世界的合作医疗制度几乎崩塌殆尽。1998年，87%的农村人口需要自费医疗。为解决农村人口几乎完全没有医疗保险所带来的一系列严重问题，2002年中共中央、国务院在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出在农村实行新农合，这标志着新医改的序幕由此拉开（王绍光、樊鹏，2013）。面对医疗资源占有与医疗服务质量的城乡差距、地区差距和人群间差距，党中央和国务院对基层公共卫生服务薄弱和农村基本医疗保障缺失给予了特别关注，将大力发展农村医疗卫生体系作为改革工作的重中之重。可以说，改进农村医疗卫生状况成为新医改的源起，而新医改的开展又进一步推动了农村医疗卫生事业的发展。

新医改的意义，不仅局限于它所开创的医疗模式可能带来的巨大影响，其政策形成过程本身同样包含着丰富的中国经验（王绍光、樊鹏，2013）。回顾新医改启动前后，医改问题从民众抱怨变为政策研究者的课题，经历了媒体议程到公众议程、最终变为政府的政策议程的过程，从提上议事日程到最终决策，共历时约四年（王绍光、樊鹏，2013）。为了使改革方案具有更广泛的民意基础，调动社会各方面积极性，平衡利益相关者的诉求，深化医药卫生体制改革部际协调工作小组于2008年10月发布《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》，以开门决策的方式推进政策讨论和制定，意在修正和调整政策，促进社会各方的互动和交流（吴文强、郭施宏，2018）。通过向社会公开、广泛、长时间地征询意见，开放式决策和共识型决策模式激发了群众、媒体、社区等社会力量的广泛参与，让农村和基层医疗卫生工作处于新医改的聚光灯下，医疗卫生服务的公众需求得到政策响应，公民参与健康治理的意识更加强烈（王晓迪等，2017）。公共健康治理需要遵循社群成员的集体行动逻辑，这种集体行动带来的合力推动了医疗卫生服务保障问题的缓解与改善。

3.加强医疗服务供给能力建设，是农村医疗卫生事业发展的有效途径。新医改的发展历程表明，为如期实现2020年覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立的目标，加强医疗服务供给能力建设是农村医疗卫生事业发展的有效途径。对此，新医改在提升农村地区基层医疗卫生服务能力、转变基层服务模式、完善分工协作机制、改进配套体制机制等方面提供了有益的经验<sup>①</sup>。

首先，在提升农村地区基层医疗卫生服务能力上，新医改的经验表明，基层医疗卫生工作和初级保健发挥着至关重要的作用（Blumenthal and Hsiao, 2015）。根据国务院新闻办公室2017年9月发布的《中国健康事业的发展与人权进步》白皮书，2011~2015年，国家共投入420亿元，重点支持建设1500多个县级医院、1.8万个乡镇卫生院、10余万个村卫生室和社区卫生服务中心，支持农村基层医疗卫生事业“补短板”，从医药卫生体制、医疗服务机构设置、医疗服务人员配备等多方面向基层和农村倾斜，农村基层医疗卫生条件得到进一步改善。可以说，中国新医改政策决策和实施的历程为建立和完善新型农村合作医疗制度和医疗救助制度，推动和建立以县为主、县乡村分级负责的农

<sup>①</sup>资料来源：《中国经验引发共鸣——第70届世卫大会金砖国家边会侧记》，<http://health.people.com.cn/n1/2017/0527/c14739-29304026.html>。

村卫生管理体制，整合农村三级医疗服务网络，提升农村基层医疗卫生服务能力提供了强大的动力。其次，在转变基层服务模式上，如前文所述，为了满足居民多样化的健康需求，家庭医生签约服务得到拓展和深化。再次，在完善分工协作机制上，各地区推进区域医疗资源共享，加强各级各类医疗卫生机构的协作联动，特别是县域医疗卫生机构联合体建设的实践探索不断深化（彭宅文，2018），农村基层医疗卫生机构医务人员的诊断能力、服务能力和管理能力不同程度地得到提高。最后，在改进配套体制机制上，分级诊疗、双向转诊标准逐步完善，医保支付制度改革、医疗卫生信息化建设稳步推进，使得农村医疗卫生服务供给更具层次性，各级各类医疗卫生机构功能定位更加合理。

新医改的经验充分表明，为加强医疗服务供给能力建设，新医改需要遵循从体系分立到协同发展的改革逻辑。医疗卫生领域的协同发展首先体现为健康优先原则下各部门各行业之间的沟通协作与合作治理，减少政策冲突，形成政策合力，把健康治理融入社会经济发展之中（王晓迪等，2017；彭翔、张航，2019）。在卫生法制与公共行政中，医疗卫生服务体系长期以来被分割为医疗保障体系、医疗服务体系、医药价格与质量监管三个独立的部分，筹资、服务递送与管制改革思路与改革步伐之间的差异导致医疗卫生服务体系改革与发展步履维艰且绩效不彰（彭宅文，2018）。为有效解决此问题，新组建成立的国家医疗保障局充分整合了多方面的职能，包括医保基金监督管理与医保筹资和待遇政策制定，药品、医用耗材和医疗服务价格管理，医保、医疗救助等医疗保障制度制定与组织实施，等等。国家医疗保障局的成立打破了城乡医保管理分割的局面，有助于巩固统筹城乡居民基本医疗保险建设成果，有助于实现“三医”联动，有助于提高医疗服务供给能力。

4. 树立健康治理的新理念，是发展农村医疗卫生事业的有力支撑。长期以来，健康治理问题被归结为医药卫生体制改革问题，而这并不等同于健康治理的原本涵义。从医疗服务体系和卫生政策的实施来看，实现从“以疾病为中心”向“以人民健康为中心”的转变，建立一个以促进健康为中心的新型医疗卫生服务供给模式显得尤为重要（Deng et al., 2017）。新医改将医药卫生体制改革的目标，从为发展战略与经济政策服务，转变为实现人人享有基本医疗卫生服务和改善全民健康水平。特别是党的十八大以来，党中央、国务院把“推进健康中国建设”摆到重要地位，将“健康中国”上升为国家战略，这为农村医疗卫生改革和发展带来了重大机遇。《“健康中国2030”规划纲要》强调“以农村和基层为重点，推动健康领域基本公共服务均等化”，“逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异，实现全民健康覆盖”，保障农村居民健康成为构建全民健康和健康中国的重要组成部分。遵循健康治理和“将健康融入所有政策”这一新发展理念，2019年5月，中共中央、国务院发布《关于建立健全城乡融合发展体制机制和政策体系的意见》，将健全农村医疗卫生服务体系作为推动实现城乡基本公共服务普惠共享的重要工作内容，要求通过建立和完善相关政策制度，着重解决好乡村医疗卫生人才队伍建设问题，提高基层医务人员岗位吸引力，改善以乡镇卫生院和村卫生室为组成基础的农村基层医疗卫生机构的条件。全民健康与卫生工作，特别是农村基层医疗卫生治理实践成为建设健康中国、保障和改善民生、创新社会治理的重中之重。

### 三、当前中国农村医疗卫生事业面临的发展困境

农村医疗卫生事业的发展水平是衡量新医改成效、国家治理能力和健康中国建设水平的重要依据。上文分析表明，农村医疗卫生事业的发展成就得益于科学的政策体系和高效的保障机制。回顾新医改的发展历程，既要肯定农村医疗卫生事业取得的进展，也要客观认识农村医疗卫生事业发展中的困境。在新医改过程中，“三医”联动在一定程度上尚未实现实质性突破，一些政策的实施效果有待加强，农村基层医疗卫生服务功能弱化、“看病难”和“看病贵”问题有待进一步解决。同时，伴随着顶层设计的精细化，一些发展中的结构性障碍成为基层医疗卫生工作者反映强烈的问题，医疗卫生服务体系政策范式转移和政策绩效需要得到更多的关注，部门之间的利益调整仍在进行，居民的获得感在某种程度上出现下降（彭宅文，2018；赵黎，2018）。随着改革的不断深入，医疗环境、医保政策与患者认知也在不断发展变化，医疗卫生管制在某种程度上与实践需要不相适应。

### （一）农村医疗卫生事业的短板性问题

新医改以来，尽管政府投入大量资金来加强农村医疗卫生基础设施建设，但仍然存在医疗服务基础薄弱、乡村医生紧缺与老龄化等问题，这进一步削弱了农村基层的医疗卫生服务能力。

1.农村基层医疗服务基础薄弱。一方面，从城乡对比来看，2017年，农村每千人口卫生技术人员、职业（助理）医师、注册护士分别为4.28人、1.68人和1.62人，分别比城市少6.59人、2.29人和3.39人；城市每千人口医疗卫生机构床位数比农村多出4.56个<sup>①</sup>。这表明，城乡之间医疗卫生资源存在较大差距。2018年，农村每千人口医师数为1.8人，仅为城市的45%<sup>②</sup>，与实现城乡基本公共服务均等化的要求相差甚远。另一方面，与医院相比，2015年，基层医疗卫生机构门急诊量是医院门急诊量的1.36倍，但入院人数仅为医院的25.2%，医疗收入仅为医院的12.9%（牛亚冬等，2018）。笔者在调查中还发现其他制约农村基层医疗卫生机构服务的情形。例如，在一些交通不便的偏远山区，乡镇卫生院的出诊车辆面临报废，在当地医疗投入有限且没有相应资金来源的情况下，基层医疗卫生机构诊疗服务的可持续性面临危机。

2.乡村医生紧缺，且普遍老龄化。新医改以来，为提高乡村医生待遇，有关部门多次出台关于建立健全乡村医生养老和退出的政策<sup>③</sup>。尽管如此，中国普遍存在乡村医生紧缺和老龄化的问题（Li et al., 2015）。笔者调查发现，无论是在经济发达地区还是经济欠发达地区，都存在“年老的村医退不出去，年轻的村医招不进来”的困境。导致这一困境的因素很多，主要原因可以归结为，乡村医生无论是在经济回报还是职业回报上都不是一个富有吸引力的职业（Ding et al., 2013；Shi et al., 2014；Li et al., 2015）。在经济回报方面，尽管工作量繁重，乡村医生工资和奖金低且缺乏有效的

<sup>①</sup>根据《中国统计年鉴 2018》数据计算。

<sup>②</sup>资料来源：《国务院关于医师队伍管理情况和执业医师法实施情况的报告》，[http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content\\_2085674.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/cwhhy/13jcw/2019-04/21/content_2085674.htm)。

<sup>③</sup>例如，国务院办公厅《关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》（国办发〔2013〕14号），国务院办公厅《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（国办发〔2015〕13号）。

养老保障计划。在实施基本公共卫生服务均等化项目中，只有一小部分专项资金用于补偿乡村医生<sup>①</sup>。在农村实施基本公共卫生服务和慢性病防治工作中，一些地区只能通过乡镇卫生院医生兼职的方式开展工作，这些基层医务人员在从事基本医疗工作的同时还要承担繁重的公共卫生工作，工作量大而待遇低，这也加剧了农村基本公共卫生服务项目管理的形式化（赵黎，2018）。在职业回报方面，乡村医生的继续教育机会少，其子女的受教育条件和社会经济条件普遍不高（Yip et al., 2012; Li et al., 2015）。总的来说，资金不足一直是许多农村地区提供良好卫生服务的主要障碍之一（Wang et al., 2012），而财政和非财政激励对于吸引更多的乡村医生同等重要。乡村医生是农村居民医疗卫生健康的“守门人”，其短缺与老龄化有可能给整个医疗卫生服务体系带来深刻的负面影响（Li et al., 2017）。

3. 农村基层医疗卫生服务质量偏低。由于农村基层医疗卫生服务资金不足、基础设施薄弱、缺乏训练有素的临床医生和乡村医生，农村初级保健水平与护理质量较为低下（Liu et al., 2011; Shi et al., 2017）。相关研究还发现，改革过程中存在重视增加基层医疗卫生机构供给数量而不是提高服务供给质量的问题（Li et al., 2015）。农村基层医疗卫生机构和上级医院之间以及城乡之间在医疗服务供给质量上存在巨大差距，集中体现在慢性病管理（Li et al., 2017）、误诊情况（Shi et al., 2017）、抗生素使用（Yin et al., 2013）和静脉注射（Liu et al., 2015）等方面。

在慢性病管理方面，农村地区高血压和糖尿病的诊断低估率较高而诊疗水平和控制率较低（Lu et al., 2017）。即使农村居民被诊断出慢性病，其病情也不太可能受到较好的控制（Lu et al., 2017）。在诊疗错误方面，Shi et al.（2017）在四川、陕西和安徽三省的乡镇医疗服务调查中发现，只有9%的乡村医生和14%的乡镇卫生院医生按照国家标准正确治疗了腹泻病例，而在治疗心绞痛时，只有67%的乡村医生和59%的乡镇卫生院医生正确地转诊了患者。在开具抗生素和使用注射剂方面，Dong et al.（2011）研究发现，西部农村地区存在严重的开具处方药不合理现象，其中最突出的表现是抗生素和静脉注射过度使用。Chen et al.（2010）在东部和西部省份调查常规门诊诊疗期间，发现成人患者在没有任何感染迹象的情况下服用抗生素的比例在34%到77%之间，而这些患者的非肠道用药（即静脉注射）的比例在22%到61%之间。此外，同医生一样，病人也可能助推过度用药和过度使用静脉注射的现象。相关研究指出，中国多数病人（尤其是农村地区的病人），认为输液和注射比口服药物更有效，患者的偏好容易给医生带来伦理上的两难境地（Yao et al., 2015）。总体而言，农村基层医疗卫生基础设施投资的成效似乎尚未充分体现，乡村医生没有足够的技术支持和适当的财政激励来为患者提供综合性的、高质量的医疗护理服务（Li et al., 2015; Li et al., 2017）。在当前及后续改革中，特别需要优先考虑提高基层医疗卫生服务质量的政策（Shi et al., 2017）。

## （二）农村医疗卫生服务的功能性问题

当前，部分地区仍然存在居民就医费用增加、基层诊疗服务成本上升等问题，农村基层医疗卫生服务体系变得相对萎缩，表现出功能退化的趋势（顾雪非等，2018）。农村基层医疗卫生服务功能

<sup>①</sup>例如，有学者在对项目实施早期评估的研究中发现，在人均15元的公共卫生补贴中，村卫生室只收到约3元，其余的则分配给县疾病预防控制中心和乡镇卫生院（Ding et al., 2013）。

弱化进一步影响了患者在基层就医的意愿，农村居民对基层医疗卫生服务和护理质量的不信任又对分级诊疗的有效推进带来了负面影响。

1.居民就医费用增加与“看病贵”。尽管政策逐步完善，资金投入增长幅度较大，药占比显著下降，城乡居民大病保险和医疗救助办法不断更新，但这似乎没有显著减轻患者的医疗费用负担（Zhang et al., 2017）。患者实际自付医疗费用仍然呈现增加趋势，医保报销的费用不足以抵消快速增加的就医费用（陶鹰，2018）。究其原因，首先，从基本药物制度实施效果来看，其政策干预性措施阻碍了基层医疗卫生机构的自主性，这导致基层医疗卫生机构的发展困境，激励基层患者外出就医，刺激医疗费用增加（李春南，2017）。此外，政策实施效果在城乡之间存在差异。与农村患者相比，城市患者可以享受到更多成本降低的医疗服务（Yao et al., 2015）。尽管国家出台了药品零差率政策，但部分医疗卫生机构通过制定相应对策以寻求新的收入来源（如增加对住院病人的护理）（Yi et al., 2015），这也导致医疗服务体系效率低下、基层患者医疗成本提高。

其次，从医疗服务政策实施效果来看，国家调整医疗服务价格的改革并未达到预期目标（Yang, 2018）。由于医疗服务价格调整不到位，患者就医费用增加的问题未能有效解决。例如，2015~2017年，急性阑尾炎患者的平均医药费增长了16.5%，其中手术费、检查费、治疗费、卫生材料费分别增长了32.2%、12.7%、18.3%和38.6%，完全不足以抵消费减少的额度（2.9%）<sup>①</sup>。

再次，从医保政策实施效果来看，社会医疗保险名义保障水平与实际保障水平之间差距较大，实际保障水平偏低带来的“保障水平幻觉”（李亚青，2012），导致“看病贵”问题被淡化，形成了社会医疗保险的“形式化”与“无功能化”（刘继同，2019）。

2.分级诊疗难以有效推进与“看病难”。建立一个完善的转诊系统，可以将基层医疗服务与二级和三级医疗服务提供者联系起来，并帮助和指导患者使用最适当的服务，减少因不当使用昂贵的医疗服务而产生的成本负担（Yang, 2018）。尽管通过分级诊疗建立合理有序就医新秩序的改革方向是正确的，但短期内马上下沉到基层并非易事。究其原因，首先，从医保改革情况来看，医保差异化支付在一些情形下不利于分级诊疗的推进，在一些地方因脱离实际而难以实现，特别是在交通不便、经济不发达地区。例如，双向转诊要逐级上报，有时候会延误病情（赵黎，2018）。

其次，从药物制度改革来看，基本药物制度的实施确实对降低药品收费起到了积极作用，但由于缺乏完善的配套措施，基本药物制度在探索阶段会遇到许多障碍（Xu et al., 2015）。政策的不确定性、基本药物的低利润水平以及药品配送分销机构基于生产和配送成本考量而形成的供应链，使得基本药物的配送不够及时与全面（李春南，2017），供应不充足降低了基层基本药物的使用率与可获得性（Xiao et al., 2013），造成了居民用药不便，低价药品在一定程度上失去了其应有的作用。此外，基本药物制度还导致一部分低价药品消失（朱恒鹏，2011）。农村基层居民用药不便增加了病人越过基层医疗卫生机构就医的可能性，导致部分地区基层医疗卫生机构陷入困境（李春南，2017）。而患者向下转诊困难，直接制约了基层医疗卫生机构自身功能的发挥，这也会阻碍分级诊疗制度的

<sup>①</sup>根据《中国卫生和计划生育统计年鉴2016》和《中国卫生健康统计年鉴2018》的数据计算。

有效实施（高和荣，2017）。

再次，从医疗服务实际效果来看，基层医疗卫生机构与上级医疗卫生机构之间在医院管理和资金收入上存在冲突，而这些冲突继而导致医疗服务中出现人际信任与层级沟通的障碍，阻碍了知识共享、有效转诊与分级诊疗的实现（Zhou and Nunes, 2016）。由于缺乏功能良好的转诊系统，患者在病情较为轻微的情况下也往往会绕过基层医疗卫生机构而直接去上级医院甚至三级医院就医（Fe et al., 2017）。对农村居民而言，异地就医与医院门诊部的拥挤状况加重了其“看病难”问题。此外，家庭医生队伍仍在建设之中，这也影响了分级诊疗功能的实现（陶鹰，2018）。

3. 农民居民对基层医疗卫生服务功能的信任度降低。医疗、医药、医保等政策和与其相配套的技术体系的负面影响，导致初级保健服务功能不断退化，患者对基层医疗卫生机构提供的服务质量产生了不信任。即使患者患有轻微疾病，只要能负担得起相应的医疗服务费用，他们也倾向于绕过发挥着“守门人”角色的基层医疗卫生机构，更愿意到二级或三级医院寻求更专门的咨询和医疗护理服务（Duckett et al., 2016; Li et al., 2017）。而医院门诊部的持续拥挤也表明，患者对基层医疗卫生机构是否能有效提供专业服务持怀疑态度。公众对诊疗“高科技”和专科医院的偏好进一步加剧了信任难题（Eggleston, 2012; Duckett et al., 2016）。一项对中国江苏、湖北、云南三省农村居民的调查结果显示，农村居民对不同层级医疗卫生机构提供的医护质量的认知存在差异，约30%的受访者认为村卫生室提供的医护质量差或非常差，而只有10%~20%的受访者认为乡镇卫生院提供的医护质量差或非常差，认为县医院提供的医护质量差或非常差的受访者不到5%，这种认知差异在贫困地区更加显著（Ratigan, 2015）。实际上，即使在基层医疗卫生机构可以满足患者需求的情况下，大多数患者仍对专科医院抱有期望，他们对基层医疗卫生机构的服务质量的怀疑态度并非总是与实际基层医护质量相关（Yang, 2018）。从社会资本的视角看，掺杂着人际信任因素的医患信任也属于村庄社会资本的一种，农村居民对村医信任程度的降低容易弱化村庄团结（房莉杰，2018），为村庄社会的和谐稳定带来一定程度的负面影响。

### （三）农村医疗卫生服务体系的结构性问题

伴随着疾病谱、死因谱的变化以及分级诊疗功能弱化、医疗资源上下流动停滞等问题的出现，城乡医疗卫生一体化与区域医疗服务体系整合已经成为新医改的发展方向，整合城乡与县域医疗卫生服务体系是大势所趋（顾雪非等，2018）。在推进分级诊疗的过程中，针对城市医疗资源与农村县乡村三级医疗卫生服务网络协同性与整合性不强的现状，各地逐步发展不同区域、不同层次、多种形式的医联体，探索县域、跨区域、边远贫困地区医疗卫生发展结构性改革新思路。然而，当下的改革实践表明，农村医疗卫生服务体系仍然存在发展结构失衡的问题，不同类型和不同层级的医疗卫生服务机构之间的协同程度有待提高，利益冲突加剧的问题有待克服。可以说，这种状况与医疗卫生服务体系总体上布局结构不合理、分工协作机制尚未有效建立密切相关<sup>①</sup>。

1. 医疗卫生服务供给的“部门化”和“碎片化”。医疗卫生服务机构的横向整合旨在立足于群众

<sup>①</sup>资料来源：国务院办公厅《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015~2020年）》（国办发〔2015〕14号）。

和患者需求,提供包括保健、预防、治疗、康复和临终关怀等在内的全面、完整、连续的服务,以提高医疗卫生保健服务的有效性和协调性,提高医疗资源使用效率。一方面,在新医改过程中,医疗卫生服务供给能力得到了提高。另一方面,对医疗卫生治理的协同性认识不足,以及忽视非卫生部门的共同治理,是当前中国卫生政策面临的一个重要问题(王晓迪等,2017)。不同类型的医疗卫生服务机构之间协同合作、资源共享等问题仍然需要解决,城乡医疗卫生服务体系处于条块分割状态(顾雪非等,2018),临床护理和公共卫生服务难以在基层医疗卫生保健系统中得到整合(Li et al., 2017),不同部门之间缺乏沟通与合作(Tan et al., 2017),医疗卫生服务体系亟需从“部门化”和“碎片化”向跨部门协作转变。此外,在城镇化和老龄化的背景下,中国居民慢性病发病、患病和死亡人数不断增多,慢性病死亡占总死亡人数的比例高达86.6%,慢性病疾病负担已占总疾病负担的70%以上(王有强,2017),成为影响国家经济社会发展的重大公共卫生问题<sup>①</sup>。慢性病发病与个人生活方式、医疗条件、社会环境和食品安全等多种因素密切相关,因此需要建立多部门协作的工作机制。然而,慢性病防控的多部门间缺少明确的任务分工和有效的协作机制,难以满足慢性病长期防控的需要(张春艳、秦江梅,2014),慢性病防控工作的可持续性亟待解决。

2. 县域纵向整合的协同机制尚待完善。在推进医联体试点工作中,在县域主要组建医共体,使之成为医联体的一种重要组织模式<sup>②</sup>。笔者调查发现,虽然医联体和医共体是两种全新的组织形式,但是试点内部运行机制出现的问题成为构建三级联动的县域整合型医疗卫生服务体系的障碍。例如,笔者调查的某经济发达地区在推动城市优质医疗资源下沉和医务人员下基层、提升县域医疗卫生机构服务能力和群众就医满意度的工作中,要求“派出城市医生晋升职称前到基层医院工作,每个晋升时段不少于4个月,每周不少于4个法定完整工作日”。而这一做法被基层医务工作者认为“基本流于形式”:上级医院的医生由于在本医院可以发挥更大的价值,而乡镇卫生院诊疗的疾病往往较为简单,这是城市医生不愿意下基层的一个原因。而且农村居民由于与当地医生建立了长期的感情,基于信任关系,对于慢性病和病情较轻的情形,更倾向于找自己熟悉的医生。由于基层医疗卫生机构与上级医院没有形成利益共同体,二者人财物的统筹分配尚未形成合力,基层医疗卫生机构认为医务人员下沉是在和他们抢诊。此外,在作为被托管医院的基层医疗卫生机构看来,上级医院的医生下沉多是出于其本人职称晋升的目的,而作为托管医院的上级医疗卫生机构在没有资源损失的情况下,还可以得到业务收入的3%作为托管经费,这既打破了区域医疗生态平衡,还存在将医疗资源下沉变为商业化运作行为的倾向<sup>③</sup>。换言之,当前三级医院托管基层医疗卫生机构往往是建立在基层

<sup>①</sup>资料来源:《国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017~2025年)的通知》(国办发(2017)12号)。

<sup>②</sup>资料来源:国务院办公厅《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发(2017)32号)。此外,根据2019年全国医疗管理工作会议的部署,2019年国家卫健委医政医管局将确定500个县域医共体建设试点,指导地方落实县域医共体建设规划(资料来源:<http://www.ygtop.com/article/583.html>)。

<sup>③</sup>被托管医院可以增挂托管医院分院名称,作为被托管医院的基层医疗卫生机构认为“下沉的医院目的性不纯”“感觉我三甲的牌子给你用,你就要给我那么多钱”(来自笔者调查访谈)。

医疗卫生机构独立核算基础上的经营管理托管，没有做到门诊量及住院量的托管，更没有实现医疗技术的兜底与托管。现行的试点改革只是停留于文本化的政策供给，没有从提升基层医疗卫生机构疾病治疗能力出发，给予系统化、常态化和体系化的政策支持（高和荣，2017）。

3.农村三级医疗卫生机构之间产生梯度挤压效应。农村三级医疗保健网和医院分级管理对卫生资源合理、有效利用具有重要意义。然而，在梯度挤压作用下，当前农村三级医疗卫生机构之间的关系未能理顺（田孟，2019）。已有研究表明，当前的医疗卫生政策和技术体系具有明显的局限性（Yip et al., 2012），一方面无法解决基层医疗卫生机构能力不足的问题（高和荣，2017），另一方面制约了基层医疗卫生机构和以医院为主的上级医疗卫生保健部门之间的合作（Li et al., 2017）。在有的地区，由于基层医疗卫生机构与上级医院建立起区域医疗联合体，这些机构的仪器设备或被淘汰或上交到上级医院，儿科、医学影像科等科室被取消，基层医疗卫生机构只能做三大常规性检查。硬件设施不完善使得基层医疗卫生机构的医生无法及时准确判断患者的病情，这在一定程度上削弱了他们的服务能力，进而增加了群众的不信任感，助推了三级医院门庭若市而基层医疗卫生机构门可罗雀的现象（高和荣，2017）。从2009年起，乡镇卫生院的诊疗人次虽然逐年上升，但是占总诊疗人次的比重却逐年下降，基层医疗服务量相对于医院而言呈下降趋势。

另外，在推行医疗服务价格改革之后<sup>①</sup>，由于价格调整有利于高层级的医疗卫生机构而不利于基层医疗卫生机构，调整后的医疗服务价格与基层医疗卫生机构所提供的医疗服务不匹配，导致不同层级的医疗卫生机构之间的矛盾加剧，进一步削弱了基层医疗卫生机构的服务能力，影响了基层医务工作者的积极性（赵黎，2018）。在自负盈亏的利益驱动下，大医院在以行政审批为核心的医疗卫生管理的利益博弈中处于主导地位，导致难以形成更加有利于基层医疗卫生机构发展的局面，基层医疗卫生机构始终处于缓慢发展之中（高和荣，2017）。

#### 四、以善治推动农村医疗卫生事业的发展

从世界医疗卫生发展总体趋势来看，加强医疗卫生服务体系建设的路径正在发生变化。目前世界上不同国家越来越依赖于通过“引导和谈判”的方式解决整个医疗卫生系统的问题，这一方式将医疗卫生服务供给的重点转向加强以人民健康为中心的初级保健，转向构建整合型医疗卫生服务体系，转向强调患者、社区和其他利益相关者的共同参与，并力图将健康融入所有政策（WHO，2011）。这些新的政策方向促进了初级医疗卫生工作的转型，推动了以健康为中心的新型医疗卫生服务供给模式的建立。在构建整合型医疗卫生服务体系过程中，不同国家积极鼓励医疗卫生专业人士组成服务网络，推动其提供健康促进、疾病预防、诊断、治疗、疾病管理、康复和姑息治疗等一系列服务，并与患者形成密切的合作关系。在健康治理过程中，许多发达国家通过协调公共部门、私人营利部门和私人非营利部门等不同利益相关方，积极强化监管能力、完善政策工具，制定和实施更强大有力

<sup>①</sup>参见国家发展改革委、原国家卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部《推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格〔2016〕1431号）。

的卫生政策、战略和计划，从而实现分散的各系统之间的协调性和合理化。此外，将健康融入所有政策意味着，关于加强卫生系统的辩论往往超出医疗卫生服务供给本身，而转向涉及其他行业和部门的更为广泛的公共卫生议程，诸如公众健康的社会决定因素、卫生部门与社会其他部门之间的互动等。构建以人为本的整合型医疗卫生服务体系，强调公众和社区广泛参与，并将健康融入所有政策，是推动医疗卫生领域走向善治的有效途径。

在统筹城乡发展、建设健康中国的国家战略指引下，健全农村医疗卫生服务体系、推动农村医疗卫生事业改革成为建立健全城乡融合发展体制机制的重要环节。在建立健全城乡基本公共服务普惠共享体制机制的过程中，通过改善供给与需求两个方面，缩小城乡医疗卫生服务差距，以公众医疗卫生服务需求为导向培育广大群众参与健康治理的意识，将政府、市场、村社、家庭、个体等多主体参与健康治理纳入政策体系，并将这种参与同“将健康融入所有政策”相结合，依靠一系列正式与非正式的制度和规则，着力破解农村医疗卫生服务体系的结构性问题和其他发展中存在的问题，推动城乡基本公共卫生服务和医疗服务均等化，是中国农村健康治理走向善治的全新探索。在总结过去十年改革经验的基础上，在新医改走向第二个十年的征途中，展望中国农村医疗卫生事业的发展方向，可以从以下四个方面进行政策优化与实践拓展：

#### （一）以城乡基本公共服务普惠共享为宗旨，提高农村医疗卫生公共服务供给质量

党的十九大报告提出全面建立中国特色优质高效的医疗卫生服务体系，这是新医改第二个十年的重要工作内容和发展方向。在这一发展方向的指引下，针对农村医疗卫生事业的短板性问题，需要切实从农村地区实际情况出发，增加农村医疗卫生公共服务供给，补齐总量不足的短板，改善农村基层医疗卫生服务基础薄弱的状况，促进城乡基本公共卫生和医疗服务项目及标准相衔接，鼓励和引导城市医疗卫生资源向农村流动，着力构建以人为本的整合型医疗卫生服务体系，从机构、组织和功能上推动城乡之间医疗卫生服务体系的整合。

为提高农村基层医疗卫生服务质量，应从健康中国战略和国家治理现代化的角度来审视城乡基本公共服务的供给问题，探寻推进城乡基本公共服务均等化的对策。为有效实施公共卫生服务均等化政策，增加财政投入是必要的，但如何以更有效的方式将资金分配给乡村医生同样重要。中央和地方政府需要建立可持续的运行机制，推动卫生健康、财政、人社等部门形成合力，提高乡村医生的经费与待遇，扩宽更新基层医务工作者知识结构的途径，探索培训方式的多样化，完善乡村医生专项经费使用政策。为应对乡村医生紧缺和老龄化问题，需要制定切实可行的稳定乡村医生和基层医疗队伍的政策，这是农村医疗卫生事业持续发展的重要基础。

#### （二）以公众医疗卫生服务需求为核心，引导广大群众参与健康治理

随着新医改的纵深推进和《“健康中国2030”规划纲要》（下文简称《纲要》）的实施，广大群众应充分发挥主体作用，推动健康中国建设。《纲要》既是今后十年推进健康中国建设的行动纲领，也是指导新医改第二个十年工作的基本方略。《纲要》强调，所有人都应该对自己的健康负责，政府应该把卫生保健政策纳入所有重大政策，动员所有人参与到健康治理规划实施中来。具体而言，推动广大群众参与健康中国建设应该包括宏观和微观两个层面。一方面，需要进一步完善医疗卫生

服务的保障机制，以更好地适应广大群众的切实需求，调动广大群众参与健康治理的积极性。另一方面，政策的有效实施，需要加强广大群众的健康自我管理能力和健康自治意识。这是激发农村社会民主活力、推进村民自治与促进乡村善治的一种有效手段。

与其他公共服务和公共产品的供给类似，目前中国农村医疗卫生服务“自上而下”为主导的供给模式在一定程度上忽视了广大农民群众的实际需求，部分医疗卫生服务供给过剩与供给不足并存、质量和效益低下，不利于充分优化公共资源的有效配置和利用。为应对农村医疗卫生服务的功能性问题，在总结基层民生保障和动员社会各界广泛参与的基本经验的基础上，进一步遵循社群成员的集体行动逻辑，采纳“自上而下”和“自下而上”相结合的方式，将农村社会和农民个体对医疗卫生服务的需求作为出发点，创造农村社会和居民参与健康治理的条件，扩大社会组织、村集体及村民、家庭参与健康治理的范围，“自下而上”地推动农村医药卫生体制的改革与发展，提高农村居民对基层医疗卫生服务功能的信任程度。择其要者，应根据影响当地居民的主要公共卫生问题确定公共卫生服务项目，完善农民群众对公共卫生服务需求的表达机制，并根据疾病模式的改变和农民群众需求的变化而相应调整；加强健康促进、疾病预防、康复护理等连续性卫生服务，打通全周期健康服务向农村社区和家庭延伸的“最后一公里”。此外，积极推动社区、患者与医疗卫生服务部门之间的协作，助力建设人人参与、人人共享的健康中国。

### （三）以“将健康融入所有政策”为依据，优化医疗卫生改革顶层设计

《“健康中国2030”规划纲要》的颁布，意味着实现人民健康与经济社会协调发展有了统筹考虑的制度安排，意味着在新医改中需要纳入促进健康的因素，推动医疗机构和公共卫生机构的有机结合。“将健康融入所有政策”是保障健康中国战略顺利实施、引领医疗卫生事业改革和发展大局的基础性方针，也是应对卫生健康挑战的核心策略，需要从顶层设计上推动医疗卫生与健康促进的多部门融合发展。为此，需要在以精细化的顶层设计推动基层医改的基础上，加快推进《基本医疗卫生与健康促进法》的立法工作，填补医疗卫生与健康领域无基础性、综合性法律的空白。

让现行的“部门化”与“碎片化”的医疗卫生服务体系得以和谐有序、协同发展，需要对医疗卫生服务体系进行结构性调整，有效解决部门之间、行业之间、层级之间的利益冲突。针对农村医疗卫生服务体系存在的结构性问题，应着眼于发挥好政府的四项职能，即通过完善城乡居民医保体系发挥社会保障供给的职能，通过购买基本医疗卫生服务发挥降低服务成本的职能，通过建立有效的基层医疗卫生服务体系发挥引导医疗卫生资源公平有效配置的职能，以及通过控制医疗服务市场失灵发挥行业监管的职能（Chen et al., 2014）。为了在医疗卫生领域实现城乡基本公共服务普惠共享，需要将城市与乡村作为一个有机整体，在顶层设计上避免制定相互掣肘的政策，重新梳理相关制度规范，在基础设施、人才培养、行业发展等方面进行科学合理的规划，大力推进城乡基本医疗卫生公共服务政策的有机衔接，创新实现医疗卫生公共服务均等化的基础条件和有效路径。

### （四）以建设健康中国为指引，推动农村健康治理走向善治

为有效实施“健康中国”战略，需要进一步加深对健康治理新理念的认识。当前中国医药卫生体制改革出现问题的一个重要原因，是从公共治理的视角对健康治理范式远未能形成共识。总结与

回顾新医改十年来的发展经验与相关问题，可以看到，政府与市场二元对立的传统范式限制了医疗卫生健康领域公共治理的创新与可能。与传统的健康管理相比，健康治理需要更多地依赖不同部门、不同层面、不同主体的参与和合作。在新时代，改革的整体性、系统性和协同性至关重要，这是实现健康中国目标的应有之义，也是实现健康治理的必然要求。

进入深水区的新医改，其核心是公共治理范式要从政府与市场的二元对立转向政府、市场和社会三者的互动协同，重视多方主体协作互动在健康治理中的重要性（杨立华、黄河，2018）。在国家与家庭之间，应当引入一个新的社群机制，发挥行政、市场和社群机制互补嵌入性对推动新医改的作用，重视在政策分析中普遍遭到忽视的社群治理维度，彰显社群治理在未来医疗卫生健康新治理范式中所应有的重要地位（顾昕，2018）。为推动农村医疗卫生事业的发展，应充分发挥民间组织、农民专业合作社、非营利部门以及非正式关系网络等在内的社群治理的作用和价值，发挥农村社区在健康风险治理中的积极作用，通过健康促进活动提高农村居民的健康素养，使健康治理活动与区域社会共同体建设互动互促。在迈向新医改第二个十年的征途中，在“建机制”与完善现有机制的同时，应进一步尊重地方改革实践与基层经验，在坚持新医改“保基本、强基层”的过程中，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，推动农村医疗卫生事业迈向善治。

#### 参考文献

- 1.房莉杰，2018：《中国新医改十年：从社会维度加以观察》，《文化纵横》第5期。
- 2.高和荣，2017：《健康治理与中国分级诊疗制度》，《公共管理学报》第2期。
- 3.顾昕，2018：《新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府—市场—社会的互动协同》，《武汉科技大学学报（社会科学版）》第6期。
- 4.顾雪非、张美丽、刘小青、李婷婷，2018：《整合型医疗卫生服务体系的构建与治理》，《社会治理》第1期。
- 5.李春南，2017：《政府统筹还是医院自主？——一个贫困乡镇医改中基药制度的运行困境》，《社会发展研究》第2期。
- 6.李亚青，2012：《社会医疗保险的真实保障水平研究——兼论“保障水平幻觉”》，《人口与经济》第5期。
- 7.刘继同，2019：《中国社会医疗保险制度40年的历史经验、结构困境与改革方向》，《人文杂志》第3期。
- 8.牛亚冬、张研、叶婷、张亮，2018：《我国基层医疗卫生机构医疗服务能力发展与现状》，《中国医院管理》第6期。
- 9.彭翔、张航，2019：《健康中国视角下健康风险治理探讨》，《宁夏社会科学》第1期。
- 10.彭宅文，2018：《改革开放以来的社会医疗保险制度改革：政策范式转移与制度约束》，《社会保障评论》第4期。
- 11.陶鹰，2018：《中国医改面面观——十年新医改，仍在深水区》，《人口与计划生育》第9期。
- 12.田孟，2019：《理顺农村三级医疗卫生机构的政策建议》，《中国农村卫生》第9期。
- 13.王绍光、樊鹏，2013：《中国式共识型决策：“开门”与“磨合”》，北京：中国人民大学出版社。
- 14.王有强，2017：《卫生体系和服务能力现代化的实现路径：基于协同治理视角》，《中国行政管理》第4期。

15. 王晓迪、俞春江、瞿先国、刘新功、倪荣、郭清, 2017: 《治理视阈下公民参与“健康中国 2030”战略的实施路径》, 《中国卫生政策研究》第 5 期。
16. 王小合、王福洁、张靖, 2019: 《我国农村卫生事业发展历程及取得的成就》, 《中国初级卫生保健》第 8 期。
17. 吴文强、郭施宏, 2018: 《价值共识、现状偏好与政策变迁——以中国卫生政策为例》, 《公共管理学报》第 1 期。
18. 杨立华、黄河, 2018: 《健康治理: 健康社会与健康中国建设的新范式》, 《公共行政评论》第 6 期。
19. 张春艳、秦江梅, 2014: 《将健康融入所有政策视角下慢性病防控的挑战与对策——基于我国健康城市的典型调查》, 《中国卫生政策研究》第 1 期。
20. 赵黎, 2018: 《发展还是内卷? 农村基层医疗卫生体制改革与变迁》, 《中国农村观察》第 6 期。
21. 朱恒鹏, 2011: 《管制的内生性及其后果: 以医药价格管制为例》, 《世界经济》第 7 期。
22. Blumenthal, D., and W. Hsiao, 2005, “Privatization and Its Discontents—The Evolving Chinese Health Care System”, *New England Journal of Medicine*, 353(11): 1165-1170.
23. Chen, W, S. Tang, J. Sun, D. Ross-Degnan, and A.K. Wagner, 2010, “Availability and Use of Essential Medicines in China: Manufacturing, Supply, and Prescribing in Shandong and Gansu Provinces”, *BMC Health Services Research*, 10: 211.
24. Chen, Y., Z. Yin, and Q. Xie, 2014, “Suggestions to Ameliorate the Inequity in Urban/rural Allocation of Healthcare Resources in China”, *International Journal for Equity in Health*, 13: 34.
25. Deng, F., J.H. Lv, H.L. Wang, J.M. Gao, and Z.L. Zhou, 2017, “Expanding Public Health in China: An Empirical Analysis of Healthcare Inputs and Outputs”, *Public Health*, 142: 73-84.
26. Ding, Y, H.J. Smith, Y. Fei, B. Xu, S. Nie, W. Yan, V.K. Diwan, R. Sauerborn, and H. Dong, 2013, “Factors Influencing the Provision of Public Health Services by Village Doctors in Hubei and Jiangxi Provinces, China”, *Bulletin of the World Health Organization*, 91(1): 64-69.
27. Dong, L, D. Wang, J. Gao, and H. Yan, 2011, “Doctor's Injection Prescribing and Its Correlates in Village Health Clinics across 10 Provinces of Western China”, *Journal of Public Health*, 33(4): 565-570.
28. Duckett, J., K. Hunt, N. Munro, and M. Sutton, 2016, “Does Distrust in Providers Affect Health-care Utilization in China?”, *Health Policy and Planning*, 31(8): 1001-1009.
29. Eggleston, K.N., 2012, *Health Care for 1.3 Billion: An Overview of China's Health System*, Asia Health Policy Program Working Paper 28, Stanford University.
30. Fe, E., T. Powell-Jackson, and W. Yip, 2017, “Doctor Competence and the Demand for Healthcare: Evidence from Rural China”, *Health Economics*, 26(10): 1177-1190.
31. Li, X, C. Cochran, J. Lu, J. Shen, C. Hao, Y. Wang, M. Sun, C. Li, F. Chang, and M. Hao, 2015, “Understanding the Shortage of Village Doctors in China and Solutions under the Policy of Basic Public Health Service Equalization: Evidence from Changzhou”, *The International Journal of Health Planning and Management*, 30(1): E42-E55.
32. Li, X., J. Lu, S. Hu, K.K. Cheng, J. De Maeseneer, Q. Meng, E. Mossialos, D.R. Xu, W. Yip, H. Zhang, H.M. Krumholz, L. Jiang, and S. Hu, 2017, “The Primary Health-care System in China”, *The Lancet*, 390(10112): 2584-2594.

- 33.Liu, Q., B. Wang, Y. Kong, and K.K. Cheng, 2011, "China's Primary Health-care Reform", *The Lancet*, 377(9783): 2064-2066.
- 34.Liu, C., X. Zhang, and J. Wan, 2015, "Public Reporting Influences Antibiotic and Injection Prescription in Primary Care: A Segmented Regression Analysis", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(4): 597-603.
- 35.Lu, J., Y. Lu, X. Wang, X. Li, G.C. Linderman, C. Wu, X. Cheng, L. Mu, H. Zhang, J. Liu, M. Su, H. Zhao, E.S. Spatz, J.A. Spertus, F.A. Masoudi, H.M. Krumholz, and L. Jiang, 2017, "Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China: Data from 1.7 Million Adults in a Population-based Screening Study (China PEACE Million Persons Project)", *The Lancet*, 390(10112): 2549-2558.
- 36.Ratigan, K., 2015, "Too Little, But Not Too Late? Health Reform in Rural China and the Limits of Experimentalism", *Journal of Asian Public Policy*, 8(1): 69-87.
- 37.Shi, L., K. Song, S. Rane, X. Sun, H. Li, and Q. Meng, 2014, "Factors Associated with Job Satisfaction by Chinese Primary Care Providers", *Primary Health Care Research & Development*, 15(1): 46-57.
- 38.Shi, Y., H. Yi, H. Zhou, C. Zhou, H. Xue, S. Rozelle, A. Medina, and S. Sylvia, 2017, "The Quality of Primary Care and Correlates among Grassroots Providers in Rural China: A Cross-sectional Standardized Patient Study", *The Lancet*, 390(S16): 16.
- 39.Tan, X., X. Liu, and H. Shao, 2017, "Healthy China 2030: A Vision for Health Care", *Value in Health Regional Issues*, 2017 (12c): 112-114.
- 40.Wang, Y, J.J. Shen, S. Mei, C.B. Moseley, J. Lu, F. Lin, X. Li, F. Chang, and M. Hao, 2012, "Why Healthcare Became So Expensive in China? The Transformation of Healthcare Financing during Chinese Economic Development", *International Journal of Public Policy*, 8(1-3): 4-20.
- 41.World Health Organization, 2011, *Health System Strengthening: Current Trends and Challenges*, Report by the Secretariat, <https://www.who.int/nationalpolicies/en>.
- 42.Xiao, Y, K. Zhao, D.M. Bishai, and D.H. Peters, 2013, "Essential Drugs Policy in Three Rural Counties in China: What Does a Complexity Lens Add?", *Social Science & Medicine*, 93: 220-228.
- 43.Xu, S., C. Bian, H. Wang, N. Li, J. Wu, P. Li, and H. Lu, 2015, "Evaluation of the Implementation Outcomes of the Essential Medicines System in Anhui County-level Public Hospitals: A Before-and-after Study", *BMC Health Services Research*, 15: 403.
- 44.Yang, M., 2018, "Demand for Social Health Insurance: Evidence from the Chinese New Rural Cooperative Medical Scheme", *China Economic Review*, 52(c): 126-135.
- 45.Yao, Q., C. Liu, J.A. Ferrier, Z. Liu, and J. Sun, 2015, "Urban-rural Inequality Regarding Drug Prescriptions in Primary Care Facilities: A Pre-post Comparison of the National Essential Medicines Scheme of China", *International Journal for Equity in Health*, 14: 58.
- 46.Yi, H., G. Miller, L. Zhang, S. Li, and S. Rozelle, 2015, "Intended and Unintended Consequences of China's Zero Markup Drug Policy", *Health Affairs*, 34(8): 1391-1398.

47.Yin, X., F. Song, Y. Gong, X. Tu, Y. Wang, S. Cao, J. Liu, and Z. Lu, 2013, “A Systematic Review of Antibiotic Utilization in China”, *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(11): 2445-2452.

48.Yip, W.C., W.C. Hsiao, W. Chen, S. Hu, and J. Ma, A. Maynard, 2012, “Early Appraisal of China’s Huge and Complex Health-care Reforms”, *The Lancet*, 379(9818): 833-842.

49.Zhang, A., Z. Nikoloski, and E. Mossialos, 2017, “Does Health Insurance Reduce Out-of-pocket Expenditure? Heterogeneity among China’s Middle-aged and Elderly”, *Social Science & Medicine*, 190(c): 11-19.

50.Zhou, L., and M. B. Nunes, 2016, “Barriers to Knowledge Sharing in Chinese Healthcare Referral Services: An Emergent Theoretical Model”, *Global Health Action*, 9: 1-13.

(作者单位：中国社会科学院农村发展研究所)

(责任编辑：何 欢)

## **Healthcare Reform and the Development of China’s Rural Healthcare: A Decade’s Experience, Development Predicament and Promotion of Good Governance**

Zhao Li

**Abstract:** In 2019, after one decade of healthcare reform, China has made remarkable achievements in promoting the development of the healthcare sector in rural areas. Within the context of unbalanced development in urban and rural areas, there is a need to actively explore new paths for further development in order to implement the strategy of Healthy China. This article conducts a comprehensive review on the current situation and effectiveness of rural medical and healthcare services provision, summarizes the experience of reform in the past decade, analyses the practical dilemmas from three aspects of supply, demand and top-level design. It points out that the problems facing the development of the rural medical and healthcare sector are mainly reflected in the capacity constraints of rural medical and healthcare providers, poor functioning of rural medical and healthcare services and the structural problems of the rural medical and healthcare system. In order to build a Healthy China, it is necessary to improve the quality of rural medical and healthcare services supply to provide equal access to basic public services, encourage citizens to participate in healthcare governance, optimize the top-level design of medical and healthcare reform on the basis of “integrating health into all policies”, and finally promote good governance in the field of healthcare.

**Key Words:** Healthcare Reform; Rural Healthcare Provision; Health Governance