

分类号 c93 密级 \_\_\_\_\_  
UDC \_\_\_\_\_ 编号 \_\_\_\_\_

# 雲南大學

## 碩士研究生學位論文

題目 乡镇卫生院在医养结合服务构建中的角色研究——以文山州麻栗坡县为例

Title A Study on the Role of Township Health Centers in the Construction of Medical Service - A Case Study of Malipo County in Wenshan Prefecture

学院（所、中心）公共管理学院

专业名称 社会医学与卫生事业管理

研究方向 卫生政策与卫生事业管理

研究生姓名 马利多 学号 12014000133

导师姓名 谢和均 职称 副教授

2017年6月



## 摘要

截止 2014 年末,我国 60 岁及以上人口有 2.12 亿,占我国总人口数的 15.5%,我国人口老龄化问题严重。农村老年人面临的问题更多,农村老年人养老问题比较突出的一个问题就是农村老年人的医疗问题。随着医养结合服务的发展,如何让农村老年人也享受到养老与医疗服务相结合,缓解农村老年人养老服务的医疗问题,探讨乡镇卫生院角色转变的可能性,以及乡镇卫生进行角色转变的对策建议,就是本文的研究主题。

本文主要文山州麻栗坡县为样本,一方面从农村养老的现状进行研究,发现它存在的不足;另一方面研究乡镇卫生院的发展现状和问题,从而找到乡镇卫生院在医养结合服务中应该怎么做,怎么进行角色定位。从这两方面着手,作为本文的两条主线,然后分析乡镇卫生院进行角色转变的可行性;最后找出影响乡镇卫生院进行角色转变的因素,再提出对策。

在本文的研究中,农村养老服务存在以下问题:养老保障水平不高、医疗保障不佳、医疗救助制度还不够完善、社会养老机构发展缓慢、缺乏养老专业人员等问题。乡镇卫生院的主要问题有:人才队伍不合理、重医轻防、忽视中医、经营状况不佳、服务能力不足、职能错位等问题。从以上问题可以看出,乡镇卫生院急需进行改革,进行角色的转变,通过医养结合服务,提高服务利用量,提高自身的医疗水平,发挥作为基层医疗的保障作用,为农村老年人的养老服务提供自己的专业医疗服务。所以,本文最后提出五个对策:1. 减少行政壁垒,推进资源一体化配置;2. 政府主导,完善政策;3. 培养人才,满足需求;4. 进行功能转变,重视预防工作;5. 提供医养服务,重视中医发展。

**关键词:** 乡镇卫生院; 角色转变; 医养结合; 农村养老

## Abstract

As of the end of 2014, China's population aged 60 and above has 212 million, accounting for 15.5% of the total population, China's population aging problem is serious. Rural elderly people face more problems, rural elderly pension problem is a more prominent problem is the rural elderly medical problems. With the development of medical services, how to let the elderly in rural areas also enjoy the combination of old-age care and medical services, alleviate the medical problems of old-age care services in rural areas, explore the possibility of changing the role of township hospitals, and township health change is the research topic of this paper.

On the one hand, the present situation and the problems of the development of township hospitals are studied on the other hand, so as to find the relationship between the township hospitals and the hospitals in the medical and health service. Should be how to do, how to function positioning. Starting from these two aspects, as the two main lines of this article, and then analyze the feasibility of the township hospital to change the role; finally find out the factors affecting the township hospital to change the role, and then put forward countermeasures.

In this study, the rural old-age service has the following problems: the level of old-age security is not high, poor medical security, medical assistance system is not perfect, the slow development of social pension agencies, lack of pension professionals and other issues. The main problems of township hospitals are: unreasonable personnel, poor operating conditions, lack of service capacity, low utilization of services, low efficiency, dislocation and other issues. From the above problems can be seen, the township hospitals need to be reformed, the role of the change, through medical services, improve service utilization, improve their medical level, play as a primary health care for the elderly, Service to provide their own professional medical services. Therefore, this article finally put forward five

countermeasures: 1. Reduce administrative barriers, promote resource integration configuration; 2. The government leading, perfect the policy; 3. To cultivate talents to meet demand; 4. To carry on the functional transformation, attaches great importance to the prevention work; 5. Provide the medical service, attaches great importance to the development of traditional Chinese medicine.

**Keywords:**Township health center; Role change; Medical combination; Rural pension

# 目录

导论.....	1
一、研究背景及意义.....	1
(一) 研究背景.....	1
(二) 研究意义.....	2
二、国内外研究综述.....	4
(一) 国外研究综述.....	4
(二) 国内研究综述.....	5
三、研究理论与概念.....	7
(一) 研究理论.....	7
(二) 研究概念.....	9
四、研究方法.....	10
(一) 实地考察.....	10
(二) 文献法.....	10
(三) 统计分析法.....	10
五、研究难点与创新点.....	11
(一) 创新点.....	11
(二) 难点.....	11
第一章 农村养老现状分析.....	12
一、农村老年人养老服务现状研究.....	12
(一) 调查地区概况.....	12
(二) 调查地区老年人基本情况.....	12
二、调查地区养老机构的基本情况.....	16
三、调查地区养老服务业现状.....	18
(一) 养老服务保障制度、政策措施建立情况.....	18
(二) 农村养老机构和养老服务的发展现状.....	18
(三) 居家养老服务信息机构的发展现状.....	19
(四) 社会力量养老服务情况.....	19

(五) 医养结合发展情况.....	19
(六) 养老服务社会机构和组织的情况.....	20
(七) 养老服务业的就业政策及人才培养.....	20
第二章 乡镇卫生院的发展情况研究.....	22
一、乡镇卫生院发展历程.....	22
二、关于乡镇卫生院的主要卫生政策.....	23
三、乡镇卫生院在现行政策下存在的问题.....	25
(一) 人才问题.....	25
(二) 收益和服务利用量下降.....	25
(三) 诊疗范畴缩小.....	26
(四) 职能错位.....	26
四、麻栗坡县基本卫生情况.....	27
五、麻栗坡县乡镇卫生院的人力资源情况.....	27
(一) 麻栗坡县乡镇卫生院人员构成情况.....	27
(二) 麻栗坡县乡镇卫生院人力资源情况.....	28
六、乡镇卫生院提供医疗服务基本情况.....	31
(一) 乡镇卫生院资产、设备情况.....	31
(二) 乡镇卫生院的收支情况.....	31
(三) 乡镇卫生院医疗服务提供情况.....	34
第三章 乡镇卫生院进行角色转变的可行性.....	39
一、角色转换，实现双赢.....	39
二、硬件设施齐备，人员的专业化程度高.....	39
三、医养结合，整合资源.....	40
四、国家医保作支持，缓解经济负担.....	40
第四章 乡镇卫生院在医养结合服务中发挥作用的影响因素.....	42
一、多头管理联动性差.....	42
二、乡镇卫生院对养老的服务关注程度不够.....	42
三、缺乏相关配套政策的支持.....	43
四、专业养老护理人才不足.....	43
第五章 乡镇卫生院角色定位的对策建议.....	45

一、减少行政壁垒，推进资源一体化.....	45
二、政府主导，完善政策.....	45
三、培养人才，满足需求.....	46
四、进行功能转变，重视预防工作.....	46
五、提供养老服务，重视中医发展.....	47
结语.....	48
附录.....	49
参考文献.....	48
攻读硕士学位期间完成的科研成果.....	54
致谢.....	55



# 导论

## 一、研究背景及意义

### (一) 研究背景

2014 年末,我国 60 岁及以上人口有 2.12 亿,占我国总人口数的 15.5%,其中 65 岁及以上人口为 1.19 亿人,占 8.87%<sup>①</sup>。我国的老龄化发展趋势十分快速,已经成为老龄化国家之一。我国居民的主要养老方式就是家庭养老,但是随着经济条件的发展、思想观念的转变和家庭结构的变化,家庭养老的缺陷日益突出。家庭养老的劣势就促使我们养老方式要发生转变,所以在这个时候,就需要社会化养老方式来补充。而在社会养老方式方面,医疗机构有着其独特的资源优势,软件和硬件优势支撑着它在医疗机构内发展养老服务,将医疗卫生服务与养老服务率先的结合起来,这为我国应对越发严重的人口老龄化的挑战和老年人日益增长的养老需求提供了新方式。

在我国的老年人口中,农村老年人口所占比重更大,但农村老年人所能享受的医疗条件和养老服务却是更差。“保基本、强基层、建机制”是我国新医改提出的核心目标。乡镇卫生院是为最广大的普通民众提供基本医疗保障的主要力量,但是现在乡镇卫生院的发展中却有很多的不足,乡镇卫生院提供的服务中出现了职能错位,重视西医、忽视中医,重医轻防现象的普遍,同时,本着利益本位的原则,乡镇卫生院更愿意提供能带来经济收益的医疗服务,对于多数为国家补助项目的公共卫生服务则比较忽略它们的提供,“重医轻防”的现象严重。一方面,乡镇卫生院因为人才不足出现了服务质量不高服务利用量下降,效率降低的现象,另一方面,随着农村合作医疗的瓦解,农民的经济收入增长、他们的思想意识也有了很大转变,使他们对就医有了更多选择,乡镇卫生院的经营中就出现了服务能力不足、经营能力下降等问题。因为这一系列的原因,乡镇卫生院在强烈的竞争中它也应该转变自己原先的模式,探索医养结合之路,让自己得以更

---

<sup>①</sup>2010 年第六次全国人口普查主要数据公报[EB/OL]  
<http://www.chinanews.com/gn/2011/04-28/3004638.shtml>.

好发展的情况下，更为老年人的健康发展做出自己该做的。作为社会养老模式的新创新，医养结合的新模式就要在乡镇卫生院开始它的新旅程。

麻栗坡县是云南省文山壮族苗族自治州与越南接壤的一个边境贫困县城，辖 4 镇 7 乡 93 个行政村 9 个社区 1946 个村民小组，本县主要居住有汉族、壮族、苗族、彝族、瑶族、傣族、蒙古族和仡佬族 8 种民族。麻栗坡县是一个边境贫困县，全县有 8 个乡镇和越南接壤，占全县总人口的 65%的人口数是边境地区的，麻栗坡县与越南接壤的国境线长 277 公里，占到全州边境线总长的 63.2%。麻栗坡县的少数民族人口数占全县总人口数的 41.1%，人均耕地面积只有 1.1 亩，全国人均耕地面积是 1.4 亩，少了 0.3 亩。麻栗坡县经济发展落后，城镇居民 2015 年的居民人均可支配收入是 21388 元，农村居民的只有 7608 元，与全国城镇居民 2015 年的人均可支配收入 31195 元和农村居民人均可支配收入 11422 元相比差距甚远。同时，麻栗坡县的地理位置十分特殊，同时它经历了好几场战事，有抗法战争、抗日战争、援越抗美战争和 20 多年前的越南自卫反击战，尤其最后一场战争带来的影响最大，它使得麻栗坡县的基础设施遭受了很大的损伤，也错过了改革开放时的首轮经济建设的机遇，直到 1992 年麻栗坡的经济建设才步入正轨，比全国其他地区的发展晚了整整 14 年。

本文选题以云南省文山州麻栗坡为例，以此为个例，来研究乡镇卫生院和养老服务的关系，探讨相对发展较落后的贫困地区农村基层医疗卫生服务，乡镇卫生院在医养结合服务中的角色定位。

## （二）研究意义

我国的人口老龄化现象还是比较严重，这对我国的经济和社会发展来说都有一定的影响，也给我国农村养老服务体系的完善与发展带来严峻的挑战，而这一发展带来的影响不仅是对整个社会的直接考验，同时也是推动我国养老服务业发展的一个挑战和机遇。我国家庭养老依然是主流养老方式更是农村养老的主要方式，我国传统的养儿防老的意识在农村地区更是根深蒂固，农村地区对负担家庭养老在现阶段也是困难重重，需要社会化养老和政府作为依托的新方式。本文研究题目为乡镇卫生院在医养结合服务构建中的角色研究，研究意义如下：

现实意义：（1）农村养老服务的医疗新需求。农村老年人随着生活水平的不断提高，对于养老服务也有了新的需求，不只是简单的生活照料方面的需求，更多的还是医疗保健，以及精神慰藉、康复护理、疾病诊治、临终关怀等方面的需求。农村老年人口的人口基数庞大，而且我国农村现在的空巢老人、失能老人等问题比较严重，农村老年人的养老需求就决定需要一个可以集生活照料、康复护理、精神慰藉、疾病诊治、临终关怀等为一体的完善的养老服务体系，如何实现医疗卫生服务和养老服务有机结合，实现医养结合服务，在农村地区就需要乡镇卫生院所提供的服务有所转变，所以探讨乡镇卫生院在农村养老服务中医养结合服务的角色定位具有重大的现实意义。

（2）养老服务机构的不足促使需要转变。养老机构的服务形式单一，养老机构很少或几乎没有配备医疗设施，养老机构服务人员少，设施简陋，对于老年人医疗保健、健康护理等医疗服务都无法提供，养老机构本身的运行不太完善。尤其农村地区的养老机构对养老服务的医疗养老缺乏关注，服务设施简陋、功能单一，对老年人的医疗康复、疾病诊治的服务无法提供。农村敬老院主要是为了确保农村老年人老有所养、老有所乐，只提供吃住，老年人的医疗需求、心理需求和膳食营养都得不到满足，养老机构并没有关注老年人在医疗卫生服务方面的需求，现在运行的养老机构都没有完善的医疗卫生体系做支撑，“医养脱节”的现象很普遍，所以满足老年人的需求就需要进行业务转型，但是养老机构设施简陋，要开展医养结合服务比较难。

（3）医疗机构需要转变。现在的医疗机构普遍出现重医轻防的现象，对老年人的医疗保健也是，重点放在医疗工作上，因为老年人急性期医疗服务、老年人门诊、住院服务比起预防、控制更有经济效益，对养老服务关注程度不够。目前乡镇卫生院的发展出现了经营困难，服务利用量降低等问题，需要作出改变来改善现在乡镇卫生院的困境，养老机构缺乏医疗卫生资源，医疗机构又对养老服务不够关注，但是相比起在养老机构增设医疗机构要面临设施简陋、工作人员职称等得不到解决的问题，还是在医疗机构增加养老服务要更科学。因此，在乡镇卫生院内提供养老服务，进行“医”和“养”相结合，既可以使得乡镇卫生院的服务得以更好的利用，也可以为农村老年人提供一个更好的养老服务。

理论意义：本文通过运用整合照料理论、福利多元主义理论和“国家干预主

义”理论等相关公共管理理论，结合实地考察的实证研究方法，对农村老年人的基本情况与乡镇卫生院发展现状进行研究分析，分析和探讨贫穷地区农村老年人养老问题的现状，对乡镇卫生院在医养结合服务构建中的角色进行研究。

## 二、国内外研究综述

### （一）国外研究综述

Chukwuani（2006）等对尼日利亚东南部地区进行调查，主要是对初级卫生保健系统服务能力的调查与研究，发现尼日利亚东南部地区主要有基础设施建设薄弱、卫生资源利用率低、资金投入薄弱、管理不完善等问题，提出在初级卫生保健服务管理方面要多引进社会力量，确保卫生资金投入的公平性和卫生资源使用的合理性<sup>①</sup>。Donna（2008）等是对心脏病健康促进项目的组织能力进行调查，以加拿大阿尔伯塔地区卫生局为考察点，他们认为影响心脏病健康服务提升的主要因素是基础设施建设不完善和管理方面的欠缺<sup>②</sup>。Laurence C. Baker（2008）分析了近年来专科医院的数目不断增加、医疗分级转诊服务的不断提高是美国卫生系统能力提升的主要因素。通过加强对农村偏远地区医疗卫生人员的培养、资格准入和政策补助等来提高农村医疗卫生人才队伍的建设，从而提高卫生服务能力。例如，澳大利亚的皇家澳大利亚全科医师学院，其中有一个针对农村医疗卫生服务的培训项目，这个项目重点是农村卫生和农村医疗服务，参加培训的人员至少要用1年的时间来进行全科医学的锻炼和训练。加拿大针对农村医疗卫生服务专门成立了农村及偏远地区卫生服务研究机构，主要是对农村的医学教育、医疗卫生服务和卫生政策，还有农村人口和公共卫生等方面进行研究<sup>③</sup>。

国外学者对中国农村养老服务的研究更多停留在制度层面的研究，他们通过对养老保障制度的研究，提出了他们对中国农村的养老保障制度存在的问题和看

---

<sup>①</sup> Chukwuani CM, Olugboji A, Akuto EE, and etc. A baseline survey of the Primary Healthcare system in south eastern Nigeria[J]. Health Policy, 2006(2):182-201.

<sup>②</sup> Donna Anderson, kim D.Raine, Ronald C. Plotnikoff, and etc. Baseline assessment of organizational capacity of health promotion within regional health authorities in Alberta, Canada. [J] Promotion & Education, 2008(14):6.

<sup>③</sup> Laurence C. Baker. The Challenges of health system capacity growth. [J] NIHCM Research Brief, 2008(13):9-11.

法。阿萨·胡塞恩（2006）从制度层面出发，分析了中国社会保障体系的发展现状，并分析了中国农村社会保障体系的改革，他认为在当前中国农村进行社会保障体系改革的优先选择对象应该是农村合作医疗体制和农村医疗保健制度；而针对城镇化进程中产生的问题，主要是要消除社会保障体系中的城乡两级分化状况；同时在实际操作中要处理好中央与地方管理权限的关系问题<sup>①</sup>。

## （二）国内研究综述

### 1、农村养老综述

学术界对我国农村养老的概念和属性的定义还没达成统一标准。胡宏伟（2015）认为如果从公共服务均等化的角度出发，养老服务就可以定义为一种公共服务<sup>②</sup>。陈友华（2012）认为养老服务可以分为三种形式，分别是社会养老、家庭养老和自我养老三种，其中社会养老主要是由社会力量或是政府组织提供，比如社区养老机构和非营利性公益组织，这种服务的资金问题最终可能由政府承担，也可以是家庭、子女和亲属等人承担购买，另一部分则由国家养老政策补贴承担；家庭养老形式就是老年人的养老所产生的一切资金全部由家庭成员承担；自我养老是老年人自己承担其养老生活所发生的一切费用<sup>③</sup>；黄俊辉（2014）认为，养老服务是指为了满足老年人在晚年时期的养老生活所进行各种项目，主要提供生活照料、医疗护理和精神慰藉等服务<sup>④</sup>。

有的学者就均等化问题对城市和农村的养老服务供给是否实现均等化进行研究。丁志宏和王莉莉（2004）的研究指出，在我国社区居家养老服务的提供方面，城市和农村不均等的现象很明显，在养老服务供给方面，城市多于农村，东部地区多于中部地区和西部地区<sup>⑤</sup>。李德明（2009）认为，在我国的城市社区为社区老年人提供养老服务工作要稍微多一些，农村社区为老年人提供的养老服务和城市相比要差得多，社区提供给老年人的服务显著缩小了老年人由于居住地、

<sup>①</sup> 阿萨·胡塞恩.中国农村社会保障的现状与趋势[J].国外理论动态,2006(11): 125.

<sup>②</sup> 胡宏伟,李延宇,张澜等.中国老年长期护理服务需求评估与预测[J].中国人口科学,2015(6): 12-15.

<sup>③</sup> 陈友华.居家养老及其相关的几个问题[J].人口学刊,2012(7): 5-9.

<sup>④</sup> 黄俊辉,李放,赵光,等.农村社会养老服务需求评估—基于江苏1051名农村老人的问卷调查[J].中国农村观察,2014(4): 20-22.

<sup>⑤</sup> 丁志宏,王莉莉.我国社区居家养老服务均等化研究[J].人口研究,2004(5): 83-88.

年龄以及家庭经济情况等因素导致的生活满意度的差异,社区提供的养老服务明显提高老年人的生活满意度,特别是弱势老年群体,如农村老年人、自我养老无家人支撑费用老人的生活满意度<sup>①</sup>。与城市老年人对养老服务的需求相比,农村老年人对社区养老服务的需求更迫切。丁志宏(2011)认为,农村老年人的生活照料发展的不够完善,农村老年人的生活照料由家庭成员承担的比较多,与城市老年人的养老生活相比,他们几乎不使用社区服务和保姆,家庭成员的负担比较重<sup>②</sup>。于戈等(2011)认为,要让农村养老服务发展更好,就需要多方面的共同协作,由政府、社会、市场、家庭等多方共同参与。农村的社会养老服务的提供和建设比城市的社会养老服务发展滞后得多,加上农村的社会保障制度比较落后和不够完善等原因,农村老年人对社会化养老的需求更甚<sup>③</sup>。

目前对于养老服务的研究中,农村养老服务和城市养老服务所研究的内容和对策建议都相差不多,没有正确看待农村与城市养老服务发展的差异性。本文主要是针对农村养老服务存在的切实问题,进行研究和分析,针对农村养老服务存在的问题提出一个可行的办法。

## 2、乡镇卫生院综述

乡镇卫生院存在的问题方面,赵国强(2016)指出,乡镇卫生院在经济欠发达地区的发展中存在着资金投入跟不上,医疗设施设备落后,人才不足,工作人员积极性不高的问题<sup>④</sup>。张朝阳(2005)认为目前我国乡镇卫生院的服务利用率下降,县市级医院及私人医疗机构间的竞争激烈,多数乡镇卫生院存在着经营困境,财务亏损严重的现象。同时20世纪80年代后,随着农村合作医疗的瓦解,加上农民收入的提高和思想意识的转变,使得农村居民对就医的选择变得多样化,乡镇卫生院本身存在职能错位、人才缺乏等问题,导致它经营不佳、服务水平和能力不足<sup>⑤</sup>。

乡镇卫生院应该如何功能定位,马玉琴(2008)等认为,通过“城乡一体化”

---

<sup>①</sup> 李德明. 中国老年人的生活满意度及其影响因素[J]. 中国心理卫生杂志, 2009(21): 13-18.

<sup>②</sup> 丁志宏. 我国高龄老人照料资源分布及照料满足感研究[J]. 人口研究, 2011(03): 7-11.

<sup>③</sup> 于戈, 刘晓梅. 论我国养老服务业展研究[J]. 甘肃社会科学, 2011(13): 35-38.

<sup>④</sup> 赵国强. 经济欠发达地区乡镇卫生院发展现状探析以山东省嘉祥县为例[J]. 长江丛刊, 2016(16): 102.

<sup>⑤</sup> 张朝阳. 我国乡镇卫生院发展现状及影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2005(09): 45-47.

的发展和乡镇卫生院拥有的医疗卫生资源、农村居民的基本医疗需求，乡镇卫生院作为基层医疗卫生机构，它所提供的医疗卫生服务应该以妇女、儿童等弱势群体为重点<sup>①</sup>。张文斌等（2007）对乡镇卫生院的功能进行定位时，选择了15项预防保健项目和康复项目，对安徽等省乡镇卫生院进行了调查，针对是否开展这些预防保健项目和康复项目的服务，发现预防保健、妇幼保健、疾病预防等项目开展率较高，而对于慢性病人的康复护理、精神病人康复护理等工作的服务提供比较低，而且在西部地区服务提供率要低于东、中部地区<sup>②</sup>。

在医养结合服务中，金江（2015）指出，乡镇卫生院可以依托自身所具有的优势进行功能转变，在乡镇卫生院内设立医疗区和养老区，在医疗区进行疾病诊治，在稳定后转入养老区。在乡镇卫生院方面，由于存在着功能错位、效率低下等原因，它可以进行功能转变，实现双赢，既能提高自身的综合能力，也可以为老年人提供更好的服务<sup>③</sup>。

### 三、研究理论与概念

#### （一）研究理论

##### 1、整合照料理论

“整合照料”起源于欧洲，主要是为了应对医疗卫生水平低、医疗卫生资源浪费严重和人们对医疗卫生服务的多元化需求，针对老年人在医疗和照料中的“碎片化”的医疗卫生服务而提出的，旨在通过对医疗卫生资源和社会照料服务等多层次的有效联合，提高医疗服务的能力与效率。整合照料是一个涉及多方面的大系统，不仅包括被照料者，还包括照料专家、和被照料者的家庭成员，他需要各方面的联合参与和配合。整合照料包括国家和个人两方面，国家方面指国家要从政策规划、资金、人力、信息等多方面进行协调与配合，从而建立起一个高

<sup>①</sup> 马玉琴，孙金海，李婷等. “城乡一体化”模式下乡镇卫生院的功能定位与思考[J]. 中国初级卫生保健，2008(20):87-89.

<sup>②</sup> 张文斌，方鹏骞，崔颖. 乡镇卫生院预防保健功能发挥现状调查与分析[J]. 中国卫生统计，2007(13):124-126.

<sup>③</sup> 金江. 医养结合基层可先动起来[N]. 健康报，2015年5月21日第007版.

效、完善的卫生服务系统；个人方面主要是针对老年人的慢性病、残疾等弱势群体的长期照护需求，将基本照料、社区照料、社会照料整合起来，提供高质量的照料服务。

在我国，医养结合服务的发展就是整合照料理论在我国的探索和发展，它是将传统养老服务不能提供的服务，由医养结合服务的新模式来提供，它集生活照料、医疗康复、精神慰藉为一体来满足老年人的养老需求。

## **2、福利多元主义理论**

福利多元主义所提倡的是政府不是社会福利的唯一提供者，政府的角色只应该是政策的制定者、市场规范者、公共服务购买者等多重角色。这个理论认为政府、市场和家庭如果让它们三个分散开单独作为社会福利的提供者，都有它的弊端和缺陷，为了弥补这种缺陷，就需要将三者联合起来，形成合力。对于养老服务的提供，无论是家庭独自承担、政府提供公共服务来供给或是完全由社会的盈利组织提供都是不合理的，三者之间并非是竞争关系，而是可以形成一个合作关系，一起为农村老年人的养老提供服务。

## **3、“国家干预主义”理论**

国家干预主义理论是西方国家对于国家公共管理职能发展阶段所提出的一种主张。主要是提倡国家转变自己的角色，对社会经济活动的发展进行控制与干预，不能放任自由。凯恩斯在西方国家出现经济危机、经济大萧条时提出了“有效需求”理论，他否定了传统的国家不干预的政策，建议政府要用无形的手进行管理，通过政府的干预对经济活动的发展进行调节。

本文以为，针对大部分农村老年人的教育程度较低、老年人经济收入比较低的事实，单纯依靠农民自身的力量难以解决养老问题，必须依靠政府和社会的力量，政府角色不可或缺，应该发挥政府的主体作用，在医养结合服务方面提供政策支持和财政支持，更好的满足农村老年人的养老需求。



## （二）研究概念

### 1、医养结合

目前对于“医养结合”概念的定义主要有两种：一是认为它是医疗卫生服务和养老服务进行结合的一种养老模式；二是认为它是一种将医疗卫生服务作为重点，把医疗服务放在更主要的位置的养老模式。医养结合的新模式是一种需要进行疾病诊疗时就治疗，不需要疾病诊疗时进行健康保健和疗养的一种新型的养老模式。本文认为可以将“医养结合”看做是“整合照料”的一个子概念，是将老年人养老服务的医疗和照护放在同等重要的位置，区别于传统的养老服务提供老年人的基本生活照料。“医养结合”养老模式，应该是将政策、筹资、服务模式等相关方面进行的有效结合，实现对老年人集生活照料、精神慰藉、文化娱乐、医疗康复、临终关怀等服务为一体的新型养老模式。

医养结合主要是有三种形式：一种是在养老机构内设医疗机构；第二种是在医疗机构内设养老部门；第三种是让医疗机构和养老机构进行联合，变成一个独立的联合机构来提供医养结合服务。本文研究以在乡镇卫生院内提供养老服务为研究点。

### 2、养老服务体系

养老服务体系是指为老年人的老年生活提供全方面的帮助与支持的系统。它是一个大范畴，既包括家庭对老年人提供的生活支持服务，也包括政府为养老服务提供的各项政策、制度、机构等。养老服务体系依据提供主体可以分为家庭养老、社会养老。居家养老、社区养老和机构养老都属于社会养老的范畴。

家庭养老服务是指老人居住在家里，由老人的配偶、子女或其他家庭成员提供老年人养老所需的物质需要和生活照料。

社会养老是相对于家庭养老而言的一种养老方式，它的主要提供者不是家庭成员，而是政府、社会上的机构和组织等为老年人提供基本的生活照料服务，社会养老主要是针对我国的家庭养老功能减弱，空巢老人、高龄老人、失能半失能老人的增加而对养老服务的需求增加，由社会机构、政府等为老年人提供服务。

居家养老，是指老年人在家里居住，但是老年人需要的生活照料和医疗服务来源于社会的一种养老模式。社区养老，则是一种在社区创办一个日间的老年人托护服务中心。机构养老模式分两种，一是政府提供的农村敬老院这种福利性的机构，二是不同于我国政府所举办的农村敬老院，它是以商业养老院为主要形式，但是相对于政府的养老机构而言，商业机构养老是需要自费的，费用由家庭或老年人个人承担。

### **3、基层医疗机构**

基层医疗机构在城市里的服务形式主要是由街道卫生服务站和社会卫生服务中心来提供医疗卫生服务，我国农村主要是乡镇卫生院和村卫生室提供医疗卫生服务。基层医疗卫生工作人员所从事的工作多是相对简单而又比较重复性的工作。农村的基层卫生机构主要提供基本公共卫生服务和基本的医疗服务，它是提供我国人口基数最大的农村人民的卫生服务的基层组织机构，承担着我国广大农村地区的群众健康服务。本文主要是研究乡镇卫生院作为基层医疗卫生机构的发展情况。

## **四、研究方法**

### **（一）实地考察**

采取实地考察的方法，下到各个乡镇对乡镇卫生院情况和农村老年人的基本情况数据进行数据和资料的收集。

### **（二）文献法**

本文采用的主要研究方法以文献法为主，查阅了大量国内外关于农村养老和乡镇卫生院的相关书籍和文献，并对这些材料进行梳理和完善。

### **（三）统计分析法**

整理从县民政局、各乡镇卫生院和各乡镇民政所收集的资料，进行数据的整

理分析。

## 五、研究难点与创新点

### （一）创新点

在现有的医养结合服务的研究中，对于乡镇卫生院在医养结合服务中的如何进行角色定位的研究很少，多数的研究都是针对乡镇卫生院如何进行功能调整的建议，且并没有实质性的研究，而且现行的基层养老机构和乡镇卫生院难以实现有效的结合，本人以乡镇卫生院为切入点进行乡镇卫生院在医养结合服务中的角色研究，摸索农村老人的养老服务新模式。

### （二）难点

现有乡镇卫生院进行医养结合服务的角色研究比较少，也很少有实质性的研究可做参考，所以参考性的研究比较少。同时，到各个乡镇进行数据收集有一些难度。

# 第一章 农村养老现状分析

## 一、农村老年人养老服务现状研究

### (一) 调查地区概况

本文以文山州麻栗坡县为样本，全县辖 4 镇 7 乡 93 个行政村 9 个社区 1946 个村民小组。麻栗坡县主要有汉族、壮族、苗族、彝族、瑶族、傣族、蒙古族、仡佬族 8 个民族，麻栗坡县共有人口数 28.01 万人，农村人口有 24.31 万人。麻栗坡县是一个边境贫困县，全县有 8 个乡镇和越南接壤，占全县总人口数 65% 的人口是边境地区的，国境线长 277 公里，占到文山壮族苗族自治州边境线总长的 63.2%。麻栗坡县的少数民族人口数占全县总人口数的 41.1%，麻栗坡县的人均耕地面积只有 1.1 亩，全国人均耕地面积是 1.4 亩，少了 0.3 亩。2015 年麻栗坡县的城镇常住居民人均可支配收入为 21388 元，农村常住居民的人均可支配收入为 7608 元，与全国 2015 年的城镇居民人均可支配收入 31195 元和农村人均可支配收入 11422 元相比差距甚远。

本人是以麻栗坡的 4 镇 7 乡为样本，进行数据的收集与分析，包括天保镇、杨万乡、下金厂乡、大坪镇、六河乡、董干镇、八布乡、麻栗镇、猛硐乡、铁厂乡、马街乡。

### (二) 调查地区老年人基本情况

截至 2016 年底麻栗坡县老年人口数已达 3.76 万人，占全县总人口的 13.4%，其中：城市老年人有 3206 人，农村老年人有 3.44 万人，农村老年人占全县老年人口数的 91.5%，农村老年人口数目庞大。老年人口的增长速度较快，老年人养老需求日益增长，与麻栗坡县经济社会发展出现日趋突出的矛盾，麻栗坡县的老年人需要更好的养老服务。

本部分的数据是以 2016 年麻栗坡县各乡镇民政所的数据为样本进行分析。

## 1、麻栗坡县各乡镇人均经济情况

通过对麻栗坡县农村居民的人均收入进行调查,发现麻栗坡县 4 镇 7 乡的发展情况各不相同,2016 年麻栗镇的为 3000 元,天保镇的为 8310 元,大坪镇为 2500 元,董干镇为 5500 元,八布乡为 8130 元,铁厂乡为 3600 元,下金厂乡为 5500,马街乡为 3000 元,杨万乡为 7712 元,猛硐乡为 5120 元,六河乡为 6585 元。天保镇、杨万乡和八布乡是人均纯收入较高的三个地区,这三个地区是边境地区有边民互市点,农民可以经常进行一些农副产品的买卖或是做些小本买卖,所以经济发展要好一点。

## 2、麻栗坡县老龄化情况

麻栗坡县的农村人口老龄化现象还是比较严峻的,全县共有 3.76 万老年人,农村老年人有 3.44 万,占到了全县老年人的 91.5%,可以看出,农村老年人的数目比城市老年人更多,养老问题更严重。各乡镇的老龄化程度也呈现不一样的趋势,比如麻栗镇是老龄化趋势最严重的地区,但是麻栗镇的人均纯收入却只有 3000 元,这也是我国发展的一个常见现象,未富却已先老。

表 1: 麻栗坡县老龄化情况表

地区	60 岁及以上老人数 (人)	总人数(人)	百分比(%)
农村	3.44 万	24.31 万	14.2%
全县	3.76 万	28.01 万	13.4%

数据来源:麻栗坡县民政局

表 2: 麻栗坡县 2016 年各乡镇老龄化情况

地区	60 岁及以上老人数 (人)	常住总人口数(人)	百分比(%)
麻栗镇	5588	20500	27.26%
天保镇	2131	18767	11.3%
大坪镇	3600	18458	19.5%
董干镇	6167	45090	13.7%
八布乡	2919	21146	13.8%

铁厂乡	3800	28322	13.4%
下金厂乡	1683	11565	14.5%
马街乡	1987	27568	7.2%
杨万乡	2286	17850	12.8%
猛硐乡	1771	14885	11.9%
六河乡	2533	19004	13.3%

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

### 3、农村老年人的健康情况

麻栗坡县共有农村老人 34465 人，其中患有慢性病的共有 7969 人，占全部农村人口的 23%，失能老人占 10%，半失能老人占 13%。农村老年人对医疗的需求很大，他们尤其需要一种集医疗服务和养老服务为一体的照护。

**表 3：麻栗坡县农村老年人身体状况表**

类别	人数（人）	百分比（%）
慢性病患者	7969	23%
失能老人	3499	10%
半失能老人	4431	13%

数据来源：麻栗坡县各民政所

### 4、农村老年人的文化程度

麻栗坡县的农村老年人受教育程度低，没有接受任何文化教育的有 20334 人，占到 59%，文化水平只到小学文化程度的有 12408 人，占 36%，初中文化的占 4%，高中/中专及以上的只有 1%。

**表 4：麻栗坡县农村老年人文化程度情况表**

文化程度	人数（人）	百分比（%）
小学以下	20334	59%
小学	12408	36%
初中	1379	4%

高中/中专及以上	344	1%
合计	34465	

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

## 5、农村老年人的养老提供情况

通过调查，麻栗坡县农村老年人口，通过家人或是家庭养老的占 89%，机构养老的只有 1%，自我养老的有 10%。农村老年人去机构养老的比较少，多数老人在家还要带带小孩，偶尔忙忙地里的农活，去养老机构的老年人多为五保户或是特困户。农村的空巢老人有 3542 人，占 10%。麻栗坡县是一个边疆贫困县，农村的年轻人多外出打工，让父母留守农村，虽然使得家庭经济条件有所改善，但是老人在家里也很辛劳，使得老人的物质需求和精神需求都无法得到满足。

表 5：麻栗坡县农村老年人养老提供情况

类别	人数（人）	百分比（%）
家人（家庭）养老	30673	89%
机构养老	345	1%
自我养老	3446	10%

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

## 6、农村地区老年人参加医保情况

麻栗坡县农村老年人的新农合和新农险的覆盖率还没有完全达到 100%，新农合是针对农村居民的医疗卫生，新农险是指新型农村社会养老保险，主要针对农村老年人的晚年基本生活有一个保障。新农合的全县参保率为 98%，其中天保镇的新农合参保率为 96.8%，铁厂乡为 96%，杨万乡为 99.5%，董干镇、马街乡和大坪镇的参保率为 99%，其他几个乡镇为 100%；新农险的参保率为 99%，其中，除了铁厂乡、董干乡和八布乡，分别为 96%、97%、96%，其他几个乡镇都是 100%。

表 6：麻栗坡县农村地区老年人参加医保情况

分类	人数（人）	百分比（%）
新农合	33776	98%
新农险	34813	99%

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

## 7、农村老年人的主要经济来源

麻栗坡县农村老年人的主要经济来源是子女孝敬，子女孝敬占总经济来源的 41%，主要经济来源是社会保险或救助的占 34%，主要经济来源是劳动收入的占 24%，主要经济来源是退休金的占 1%。虽然绝大部分老年人都参加了新农合，但因为老年人没有自己固定的经济收入，抱着不愿给儿女添负担的思想或儿女不孝、家庭不宽裕等因素，老年人在医疗保障方面仍无钱就医。

表 7：麻栗坡县农村老年人主要经济来源情况表

分类	人数（人）	百分比（%）
劳动收入	8272	24%
退休金	345	1%
子女孝敬	14130	41%
社会保险或救助	11718	34%

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

## 二、调查地区养老机构的基本情况

麻栗坡县共有 5 个农村敬老院，入住的都是五保户，共有床位 180 个，入住人数 75 人，入住率 41.7%，半失能老人 28 人，占 15.6%。共有职工 18 人，文化程度较低，小学文化 1 人，初中文化 14 人，高中文化 3 人，平均年龄为 37.5 岁。养老机构分别是六河乡敬老院、猛硐乡敬老院、下金厂乡敬老院、杨万乡敬老院和董干镇敬老院。其中，六河乡敬老院有 10 个床位，共有 7 名五保户入住，7 名入住老人都是半失能的老人，六河乡敬老院主要负责五保户老人的吃住问



题，只有1名工作人员负责，35岁，小学文化。猛硐乡敬老院有40个床位，入住28人，3人为半失能老人。5名工作人员，4个初中文化，一名高中文化，平均年龄38岁。下金厂乡敬老院有40个床位，只有2个员工，一个初中文化，一个高中文化，平均年龄40岁。入住6人，1个半失能老人。杨万乡敬老院有30个床位，17人入住，入住的都是半失能老人，5个工作人员，4个初中文化一个高中文化，平均年龄41岁。董干镇敬老院有60个床位，17人入住，无失能或半失能老人，5个工作人员，都是初中文化，平均年龄33岁，。

麻栗坡县的敬老院都正常运行，无收费，照管老人的吃和住，有3个养老机构有简单的娱乐设施，活动室里有羽毛球、篮球、电视等。但是5个敬老院都没有任何的医疗设施设备。机构设施总体较差，医疗服务跟不上，老人健康问题没有保障，养老机构工作人员文化水平低、专业化程度低，多为社会人员，缺乏专业知识和培训，工作人员的费用都是由乡镇民政所负责，待遇较差。编制偏少，制约了养老服务队伍建设和工作的开展。近几年以来老龄化形式严峻，为老工作任务日益繁重，养老机构工作人员较少、文化程度低等问题影响了养老服务工作的开展。

**表 8：农村养老机构基本情况**

分类	床位(个)	入住人数 (人)	职工数(人)	半失能老人 (人)	入住率(%)
六河乡敬老院	10	7	1	7	70%
猛硐乡敬老院	40	28	5	3	70%
下金厂乡敬老院	40	6	2	1	15%
杨万乡敬老院	30	17	5	17	56.7%
董干镇敬老院	60	17	5	0	28%
合计	180	75	18	28	

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

**表 9：养老机构工作人员受教育情况表**

文化程度	人数(人)	百分比(%)
小学	1	5%

初中	14	78%
高中	3	17%
高中以上	0	0
合计	18	

数据来源：麻栗坡县各乡镇民政所

### 三、调查地区养老服务业现状

#### （一）养老服务保障制度、政策措施建立情况

麻栗坡县对养老服务业十分重视，关注养老服务保障制度的建立与完善，几年来制定出台了《麻栗坡县老龄事业发展“十二五”规划》（麻政办发〔2012〕179号）和《麻栗坡县人民政府关于加快养老服务业实施意见》（麻政发〔2015〕70号），提出了麻栗坡县在“十二五”“十三五”期间养老服务业的总体目标和发展方向，对城市“三无”老人、农村“五保”老人，实施政府供养或特困人员救助；针对80岁以上的高龄老年人麻栗坡县政府实行高龄补贴及百岁长寿补助的政策；通过调整完善城乡养老保险、失业保险、医疗保险和社会救助，同时对创建敬老院、老年协会等为老年人服务的项目出台了一系列优惠政策，创建了针对贫困老年人服务的一个完整养老保障体系。

#### （二）农村养老机构和养老服务的发展现状

麻栗坡县将养老服务基础设施建设项目纳入新农村建设统筹规划，优先建设。结合各村委会、村小组文化科技活动室，或者利用农家大院、闲置校舍等设施，建设农村居家养老服务中心、农村幸福院、老年人活动协会等互助性公共养老服务设施和项目，对周边村族的空巢老人、散居老人提供活动娱乐场所，更好地为农村老年人的晚年生活提供服务。加快农村敬老院建设，支持敬老院改善设施条件，逐步向社会开放并组织全县敬老院工作人员参加养老护理培训，提高敬老院服务技能和服务水平；充分发挥老年人协会和农村幸福院的作用，组织开展

了丰富多彩的老年人文化娱乐活动，确保农村老年人的晚年生活得到有效保障。“十二五”期间麻栗坡县已建设并运营了 5 所农村敬老院、28 个农村幸福院、52 个老年活动站点（老年协会）和 1 个农村居家养老服务中心，目前规划有 4 个居家养老服务中心、1 个中心福利院、2 个农村敬老院项目正在建设中。

### **（三）居家养老服务信息机构的发展现状**

麻栗坡县目前正以城区为重点，开展对城区老年人基本生活状况、社区老年人养老服务需求、社区养老服务信息化水平尤其是老年人基础信息、消费能力以及电信或移动互联网建设行业等方面进行调研，对涉老的基础性数据进行收集整理，为政府下一步在开展居家养老服务、开展涉老惠民工作、建立为老服务信息平台提供重要的数据支撑和相关情况调研支持，逐步探索政府引进相关企业参与养老互联网平台的鼓励和支持政策制度、服务方式和运营模式，但是麻栗坡县农村地区居家养老相关服务还没有开展。

### **（四）社会力量办养老服务情况**

麻栗坡县目前的民办养老机构还没有发展起来，麻栗坡县政府正在针对如何最大程度的吸引社会资本进入养老服务领域采取了一系列的措施，主要包括降低行业门槛、简化审批，让社会办居家养老服务项目和养老机构尽快为麻栗坡县的老年人服务。

### **（五）医养结合发展情况**

麻栗坡县现在还没有医养结合的试点，但是麻栗坡县对入住养老机构或分散供养的五保户或城乡三无人员医疗保障问题相当重视，“十二五”以来，全县对于集中或者分散供养的五保对象和城乡“三无”人员因生病住院所产生的医疗费用全部纳入医疗救助范围，在 20000 元封顶线救助范围内 100%给予报销。

## （六）养老服务社会机构和组织的情况

麻栗坡县积极摸索各社会组织、行业协会以及中介服务机构承接养老服务项目，养老服务水平逐步提升；加强对老年人的司法援助及法律服务，与法律进村委会、社区活动相结合，着重为失能、高龄、行为能力不健全老人提供房地产、养老等领域的法律保护及维权服务；以养老服务机构作为承接政府购买社会服务主体，增强购买养老服务类社会组织服务和政府职能转移力度；积极鼓励基层群众自治组织进行居家养老互助服务。支持和鼓励老年人群众组织进行自我管理、服务以及进行社会活动；完善基层老年人协会组织，大力鼓励全社会有能力的单位及个人采取各种方式，对养老服务机构进行支持。目前麻栗坡县已创建了 52 个城乡老年协会（老年学校）和 1 所老年大学，会员共 4986 人（48 个农村老年协会、4 个城镇老年协会），以及鼓励了 5 个社会服务窗口创建“敬老文明号”。

## （七）养老服务业的就业政策及人才培养

麻栗坡县目前养老服务业发展步伐滞后，缺乏相关专业养老护理工作人才，服务人员水平和档次偏低，服务质量不高，仅能提供基本生活需求，严重缺乏专业详细的文化娱乐、医疗护理等的服务，无法满足老年人个性化及多样化的需求。加快就业政策及人才培养是当务之急，同时还应该加快培养老年人心理、营养、医学、康复及护理等方面的专业人才，积极改善养老护理员的待遇，完善各类福利，提升养老服务档次。

## 结论

第一，养老保障水平不高。老龄化进程加速，老龄人口增长速度加快，作为财困民穷的边境县，社会养老负担日益加重，导致养老保障政策措施不够、水平不高。

第二，农村的老年人身体情况普遍较差，医疗保障有待加强。养老机构缺乏医疗资源，不能为入住的老年人提供医疗卫生服务，老年人若是生病，就要前往医疗机构就诊，但是这个过程就很可能耽误抢救时间，延误最佳治疗时间。

第三，麻栗坡县医疗救助制度还不够完善，尽管绝大部分老年人都参加了新型农村合作医疗，但因为老年人没有自己固定的经济收入，抱着不愿给儿女添负担的思想或儿女不孝、家庭不宽裕等因素，老年人在医疗保障方面仍缺乏财力就医。

第四，家庭养老功能逐渐减弱，农村地区很多子女的外出务工，让父母留守农村，虽然使得家庭经济条件有所改善，但老人在家里也很辛劳，使得老人的物质、精神需求都不能得到满足。社会养老服务体系的起步晚、发展慢，供需矛盾突出。

第五，麻栗坡县目前养老服务发展步伐滞后，缺乏相关专业养老护理服务人员，服务人员水平和档次偏低，服务质量不高，只能提供基本生活服务，缺乏专业的护理、文化娱乐等方面的服务，不能满足老年人多样、个性的服务需求。需加快人才培养，培养老年人心理、营养、医学、康复、护理等方面的专业人才，积极改善养老护理员的待遇，完善各类福利，提升养老服务档次。

## 第二章 乡镇卫生院的发展情况研究

### 一、乡镇卫生院发展历程

我国在 1949 以前，全国的医疗卫生情况都非常严峻，缺医少药、基本无药的现象随处可见，县级以下的区域只有乡镇上有少数的中药馆和药铺。

新中国解放以后，随着经济条件的好转和城乡一体化进程的加快，我国乡镇卫生院终于开始发展了。第一阶段，1950 年，在全国卫生会议上，第一次提出了要建立健全农村的基层卫生组织，乡镇区域设立卫生委员。这个阶段，乡镇卫生院的主要任务是门诊进行疾病诊治、对住院病人进行病床的一系列管理。这一阶段的乡镇卫生院是自给自足、自负盈亏的状态。

第二阶段，大跃进期间，全国上下都受极左思想的影响，乡镇卫生院也不例外。乡镇的所有卫生机构都进入到人民公社管理阶段。这个阶段乡镇卫生院又有两次改革，第一次是大跃进时期，要求乡镇卫生院公有化，所有的经济收入和支出归公社统一支配；第二次，1962 年，开始改变所有制形式，改公社制为医生集体制，实行按劳分配。

第三阶段，文化大革命期间，这一时期建立起了合作医疗制度，大量的进行乡村医养的培养。

第四阶段，文化大革命结束后，合作医疗制度也瓦解了，涌现出了很多无证行医的现象，乡镇卫生院有些解体了，有些处于半解体状态，农村医疗卫生状况十分糟糕。1989 年到 1991 年，我国提出了农村卫生三项建设（乡镇卫生院建设、县防疫站建设改造、县妇幼保健院改革建设），实施了初级卫生保健服务，这时候乡镇卫生院的总体水平得到了很大的提高，乡镇卫生院的主要任务多了一个预防保健。2002 年，提出了要让所有农民都享受到初级卫生保健服务。2006 年提出到 2010 年要建立健全我国的农村医疗卫生服务基本网，使得人人享受初级医疗卫生保健。

## 二、关于乡镇卫生院的主要卫生政策

关于乡镇卫生院的发展，一些主要的卫生政策有：1949年的时候，我国的全国卫生行政会议提出并确立了我国医疗卫生服务的总方针是预防为主，开展保健工作，主要对象为面向农村、工矿等；1950年的时候，我国第一次全国卫生会议提出，我国的医疗卫生服务方针是以预防为主，中西医结合起来；1984《政府工作报告》中提出，我国的医疗卫生服务方针为预防为主、城乡兼顾，中西医结合。但是1984年到1990年这段时间，我国的医疗卫生服务的发展却并没有按着这个方针来发展，这段时间我国为了解决看病难、住院难、手术难这三大难，加大了医疗卫生服务的提供，预防为主的发展展望成了重医轻防的现状；城乡兼顾的发展展望成了以城市为重点，忽视农村医疗卫生服务的现状；中西医结合的发展展望成了以西医为主的现状。到了1991年，我国要改变这种现状，在《国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》提出，我国医疗卫生服务发展中要中西医并重，医疗工作的重心转移到农村的方针。1996年，《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》提出了，我国现在要以农村为重点，坚持预防为主，中西医并重，全民参与的卫生方针。2002年，《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，提出对农村医疗卫生发展的经济投入上，国家的中央政府和各级政府都要向农村倾斜，加大对农村地区的财政转移和对公共卫生服务项目的补助力度。2006年，《农村卫生服务体系建议与发展规划》，提出要加快我国农村医疗卫生服务的改革之路，我国当前的农村医疗卫生服务远远满足不了农民日益增长的医疗需求，到2010年要建立健全我国的农村医疗卫生服务基本网，使得人人享受初级医疗卫生保健。

表 10：中央各部门关于乡镇卫生院的主要卫生政策

时间	政策、会议	针对乡镇卫生院的主要意见
1949年10月	军委卫生部召开的《全国卫生行政会议》	提出并确立了我国医疗卫生服务的总方针是预防为主，开展保健工作，主要对象为面向农村、工矿等

1950年8月	中央人民政府卫生部和中国人民革命军事委员会卫生部联合召开的《我国第一届全国卫生工作会议》	提出我国的医疗卫生服务方针是以预防为主，中西医结合起来
1984年5月	第六届全国人民代表大会第二次会议的《政府工作报告》	提出我国的医疗卫生服务方针为预防为主、城乡兼顾，中西医结合
1991年3月	国务院颁发的《国民经济和社会发展规划和第八个五年计划纲要》	提出我国医疗卫生服务发展要中西医并重，医疗工作的重心转移到农村的方针
1996年	《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》（中发[1997]3号）	提出了我国现在要以农村为重点，坚持预防为主，中西医并重，全民参与的卫生方针
2002年	《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发[2002]13号）	提出对农村医疗卫生发展的经济投入上，国家的中央政府和各级政府都要向农村倾斜，加大对农村地区的财政转移和对公共卫生服务项目的补助力度
2006年	卫生部、国家中医药管理局、国家发改委、财政部联发的《农村卫生服务体系建议与发展规划》（卫规财发[2006]340号）	提出要加快我国农村医疗卫生服务的改革之路，我国当前的农村医疗卫生服务远远满足不了农民日益增长的医疗需求，到2010年要建立健全我国的农村医疗卫生服务基本网，使得人人享受初级医疗卫生保健
2009年	中共中央、国务院《关于深化医药卫生一直改革的意见》	提出要建立健全覆盖城乡的居民的基本医疗卫生体制，要为群只能够提供安全有效、便捷实惠的医疗卫生服务，乡镇卫生院要承担着基层群众的多数公共卫生服务

数据来源：根据国务院网站、卫生部等网站的资源进行整理而得



### 三、乡镇卫生院在现行政策下存在的问题

2009年我国提出了新医改，提出要建立健全覆盖城乡的居民的基本医疗卫生体制，要为群众能够提供安全有效、便捷实惠的医疗卫生服务，乡镇卫生院要承担着基层群众的多数公共卫生服务，新医改完善和健全了农村的就医保障，探索建立城乡一体化基本医疗保障服务，健全城乡的基本公共卫生服务均等化，缩小保障水平的差距。虽然新医改的实施在一定程度上解决了农民的看病难、看病贵的问题，但是，在新医改政策的实施下，乡镇卫生院的发展还是面临了一些挑战。

#### （一）人才问题

新医改实施后人才方面的问题主要有：一是新医改政策扩大了乡镇卫生院的公共卫生服务的范畴，基层医疗卫生机构承担着越来越多的基本公共卫生服务，但是乡镇卫生院的人才一直以来都比较缺乏，乡镇卫生院要如何满足广大群众的基本公共卫生服务就成了一个大挑战；二是工作人员积极性下降。新医改之后，乡镇卫生院要更多的去提供基本医疗服务，经济收益较好的业务被基本医疗服务代替，工作人员便没有了明确的任务指标和收益，他们的工作压力较之下降，工作的积极性也随之下降，导致乡镇卫生院的服务水平和质量也降低；三是乡镇卫生院一直存在的人才流失问题，乡镇卫生院的地理环境和条件本就很难吸引人才和留住人才，专业人才队伍力量薄弱。

#### （二）收益和服务利用量下降

##### 1、基本药物目录带来的问题

2009年我国的国家基本药物制度正式实施，基本药物制度实施后，药品的种类减少，影响了医疗服务业务的开展，一些常用药的药品被取消，尤其是治疗高血压、糖尿病等的慢性病的药。因为基本药物的种类无法满足临床需要，很多诊疗业务也无法开展，致使农村的患者不得不往上级医疗机构诊疗，流失了一部分的患者，使得乡镇卫生院的经营困难，服务利用量下降，制约了乡镇卫生院的

发展。

## 2、药品零差率带来的问题

虽然药品零差率给群众带来了很多的便利和实惠,但是实行药品的零差率使乡镇卫生院的经济收益有了显著的下降,国家基本药物的目录分为基层医疗卫生机构配备使用的和其他医疗机构的两部分,基层医疗卫生机构只能使用目录里有的药品,因为基本医疗机构的主要收入来源于医疗收入、药品收入和财政补助,但是基本药物制度的实施,取消了药品加成的收入实行药品零差率销售,这就使得基层乡镇卫生院的收入变少,经营运转出现困难。

### (三) 诊疗范畴缩小

新医改政策实施后,使得我国乡镇卫生院的业务范围受到了很明显的限制。近年来我国一些乡镇卫生院的发展还是比较快,但是新医改的一些政策却规定乡镇卫生院业务的开展完全受到等级医院进行手术和临床路径的影响。它本来有些发展较好的医院已经可以开展很多常见的手术,但是由于受这些规定的影响只能进行一些简单的医疗处理,严重限制了乡镇卫生院的发展。

### (四) 职能错位

乡镇卫生院长久出现职能错位,一直以来我国的各项政策都坚持中西医并重,却发展成了西医为主,预防为主的政策发展成了重医轻防。乡镇卫生院的发展应该以公共服务为主,提供包括疾病的预防控制、妇幼保健、计划生育服务等预防和基本医疗服务,重视预防工作才是乡镇卫生院的职能定位,而不是治疗。同时在这些年的发展中,乡镇卫生院一直忽视中医的发展,没搞清楚自己的定位,导致职能错位。既不能看大病,自己却也看不到基本的小病,没有形成良好的三级医疗卫生保健网。

而在此时,我国 2015 年的《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》提出了医疗卫生与养老服务业相结合的一些意见,我国针对养老服务业的需求发展,提出可以进行医养结合服务。乡镇卫生院可以抓住这一契机,在医养结合服务中发挥自己的作用,改善自己现

在的所面临的职能错位、经营困难、空心化、服务利用量低等问题。

#### 四、麻栗坡县基本卫生情况

2016年麻栗坡县共有公立医疗卫生计生服务机构114个，其中县级机构8个，乡镇卫生院13个，村卫生室93个。全县设有病床位编制数930张，实际开放床位909张，每千人口有病床3.2张。

卫计系统核定事业编制人员793名，实有在职在编720名，其中医疗卫生技术人员657名，乡级医疗卫生技术人员只有282名。医疗卫生技术人员中取得高级职称有42名，占6.46%，其中正高2名、副高40名；取得中级职称122人，占20%；取得初级职称172人，占28.62%；未取得职称271人，占44.92%。医疗卫生技术人员中本科学历133名，占20%；专科学历394名，占60%，取得中专学历124人，占19%；取得高中及以下学历6人，占1%。卫生技术人员中男性211人，占32.1%；女性446人，占67.9%；其中50岁以上人员48人，占7.38%，40至49岁人员102人，占15.69%，30至39岁人员203人，占31.69%，30岁以下人员298人，占45.23%。

#### 五、麻栗坡县乡镇卫生院的人力资源情况

麻栗坡县辖4镇7乡，共有13个乡镇卫生院，均设有门诊、住院部、中医科、公共卫生科等科室，负责全镇及邻近乡镇的居民的医疗、预防保健及突发卫生公共事件处置等工作。截止2016年底，各乡镇卫生院都基本满足开展基本公共卫生服务的条件，可以开展基本公共卫生服务的16项工作。具备基本的生化分析仪、全血分析仪、尿液分析仪、体重秤、血糖仪、血压计等设备。

##### （一）麻栗坡县乡镇卫生院人员构成情况

从2013年到2016年，麻栗坡县乡镇卫生院的人数总的增加了55人，2013年医疗卫生技术人员有227人，到2016年增加到了301人，主要是乡镇卫生院

的医疗卫生技术人员数量增加了。

**表 11：麻栗坡县乡镇卫生院人员构成情况 (n,%)**

年份	卫生院人员		合计
	卫生技术人员	非卫生技术人员	
2013 年	227 (91.2%)	22 (8.8%)	249
2014 年	245 (95%)	13 (5%)	258
2015 年	272 (94.1%)	15 (5.2%)	289
2016 年	282 (93.7%)	19 (6.3%)	301
合计	1026	69	1097

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

## (二) 麻栗坡县乡镇卫生院人力资源情况

### 1、性别构成

麻栗坡县乡镇卫生院的卫生技术人员这几年都是主要以女性为主，性别差异比较明显。乡镇卫生院人才队伍的性别比例从 2013 年到 2016 年之间并没有明显的变化，男女之间的数量不平衡也一直没有改善，男女性别构成差异还是较大。

**表 12：麻栗坡县乡镇卫生院卫生技术人员的性别构成 (n,%)**

年份	男	女	合计
2013 年	67 (29.5%)	160 (70.5%)	227
2014 年	74 (30.2%)	171 (69.8%)	245
2015 年	85 (30.1%)	187 (68.9%)	272
2016 年	85 (30.1%)	197 (69.9%)	282
合计	311	715	1026

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

### 2、执业（助理）医师和注册护士情况

麻栗坡县所有乡镇卫生院的 2016 年持有执业（助理）医师证和持有注册护士证的数目分别为：34 人和 105 人，所有乡镇辖区总人口为：24.31 万，而每千人口执业（助理）医师数仅为 0.14，每千人注册护士数仅为 0.43，都远低于我国 2015 年卫生和计划生育事业发展统计公报公布的每千人执业（助理）医师数 2.21 人及每千人注册护士数 2.36 人。

由此可见，麻栗坡乡镇居民所拥有的卫生医疗资源十分贫乏，全县有 28.01 万人，农村的人口有 24.31 万，医疗卫生专业技术人员中在县级 356 人，占 54.7%，在乡级 282 人，占 43.8%，人口基数更大的农村地区却拥有更少的医疗资源。

### 3、职称级别情况

麻栗坡县乡镇卫生院系统的职称级别构成情况为：2013 年全县有初级及初级职称以上的医疗卫生技术人员共 132 人，占全部医疗卫生技术人员的 58.1%，直到 2016 年一直保持上涨的局势，2016 年拥有初级及以上职称的人共 183 人，占到了全部卫生技术人员的 64.9%。从 2013 年到 2016 年共增加 50 人，其中拥有副高及以上职称的为 0 人，中级职称也较少，其中有 8 个乡镇卫生院从 2013 年到 2016 年一直都没有中级职称的卫生技术人员。

据此可见，乡镇的卫生院主要集中培养初级职称医疗卫生技术人员，同时也可见，麻栗坡县乡镇卫生院的人才结构较不合理。

表 13：麻栗坡县乡镇卫生院人才队伍的职称级别构成情况 (n, %)

年份	初级	中级	副高及以上	合计
2013 年	125 (94.7%)	7 (5.3%)	0	132
2014 年	119 (93.7%)	8 (6.3%)	0	127
2015 年	157 (94.6%)	9 (5.4%)	0	166
2016 年	177 (96.7%)	6 (3.3%)	0	183
合计	578	30	0	608

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

### 4、学历情况

2016 年全县卫生技术人员中取得本科学历 133 人，占 20.2%；取得专科学历 394 人，占 60%，取得中专学历 124 人，占 18.9%；取得中专及以下学历 6 人，占 0.9%。所有乡镇卫生院卫生技术人员共有本科学历 26 人，占 9.2%，大专学历 178 人，占 63.1%，中专学历 74 人，占 26.2%中专及下学历 4 人，占 1.4%。其中乡级本科学历的卫生技术人员占全县本科学历卫生技术人员的 19.5%，乡级大专学历的卫生技术人员占全县大专学历卫生技术人员的 45.2%，乡级中专学历的卫生技术人员占全县中专学历卫生技术人员的 59.7%，乡级中专以下学历的卫生技术人员占全县中专以下卫生技术人员的 66.7%。

由此可以说明大量的优质的人力资源留在了县级，而乡级的人力资源队伍十分的稀缺，人才较少，人才队伍整体素质较低，较难提高乡镇卫生院的医疗卫生服务质量，也会影响乡镇卫生院服务内容和项目的扩展。

**表 14：2016 年全县卫生技术人员与乡级卫生技术人员学历构成比 (n,%)**

学历	全县	乡级
本科	133 (20.2%)	26 (9.2%)
大专	394 (60%)	178 (63.1%)
中专	124 (18.1%)	74 (26.2%)
中专及以下	6 (0.9%)	4 (1.4%)
合计	657	282

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

## 5、中西医行医情况

麻栗坡县所有乡镇卫生院的中医发展不太好，中医行医人员比较少，其中八布乡卫生院和麻栗镇卫生院从 2013 年到 2016 年都没有中医行医人员，其他乡镇卫生院的中医行医人员都是只有伶仃的几个。虽然中医行医人员从 2013 年到 2016 年人数有所增加，但是总占比始终不大，2013 年中医行医人员占有所有行医人员的 7.4%，2016 年中医行医人员占全部行医人员的 14.4%。西医行医人员所在的比重一直都很大。中西医结合的是最少的。

可见，麻栗坡县乡镇卫生院的中医和西医所占比重严重失衡，没有坚持我国医疗卫生方针要求的中西医并重。

**表 15：麻栗坡县乡镇卫生院中的中医行医人员情况**

年份	中医	西医	中西医	合计
2013 年	9	112	1	122
2014 年	13	120	1	134
2015 年	18	130	1	149
2016 年	23	135	1	159

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

## 六、乡镇卫生院提供医疗服务基本情况

### （一）乡镇卫生院资产、设备情况

麻栗坡县所有乡镇卫生院的床位数从 2013 年至 2016 年并没有明显得增长，但是万元以上的设备从 2013 年到 2016 年却是大量的增加，这也与我国近几年大力发展基层医疗卫生事业，重视基层的卫生医疗服务质量有很大关系。

表 16：麻栗坡县乡镇卫生院床位数和万元及以上设备情况情况

年份	床位数（个）	万元及以上设备（个）
2013 年	324	50
2014 年	337	61
2015 年	339	90
2016 年	355	99

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

### （二）乡镇卫生院的收支情况

#### 1、乡镇卫生院收入情况

麻栗坡县所有乡镇卫生院的总收入都是呈现一个上涨的趋势，从 2013 年的 3324.34 万元到 2016 年的 5517.34 万元，总收入增加了 2193 万元，但是医疗收入却没有明显的增长，个别年份比上年低，但是还出现了总占比下降的现象，可能因为基本药物制度的影响一部分的患者转到上级医疗机构就医，2013 年医疗收入占总收入的 35%，到 2016 年医疗收入占总收入的 26%；药品收入 2013 年占总收入 27.8%，2016 年占总收入的 19.6%，总占比下降了，可见我国从前以药养医的普遍情况还是有所改善；但是补助收入却是逐年的快速上涨，2013 年补助收入有 1493.02 万元，占总收入 44.9%，2016 年的补助收入为 2715.51，占总收入的 49.2%，增加了 1222.49 万元。

可见虽然从 2013 年到 2016 年麻栗坡县所有乡镇卫生院的总收入在逐年增加，但是医疗收入和药品收入的比例却在逐年下降，补助收入上涨最快，乡镇卫生院的改革迫在眉睫，它需要提升自己作为基层医疗机构的业务能力和水平，让

自己的发展不至于依靠财政补助更多，而是以医疗收入和药品收入作为自己的主要经济来源。

表 17：麻栗坡县所有乡镇卫生院收入情况（万元）

年份	总收入	医疗收入	药品收入	补助收入
2013 年	3324.34	1168.3	927.21	1493.02
2014 年	3616.71	1526.69	925.94	1434.71
2015 年	4399.53	1342.93	983.63	2159.89
2016 年	5517.34	1459.42	1081.22	2715.51

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

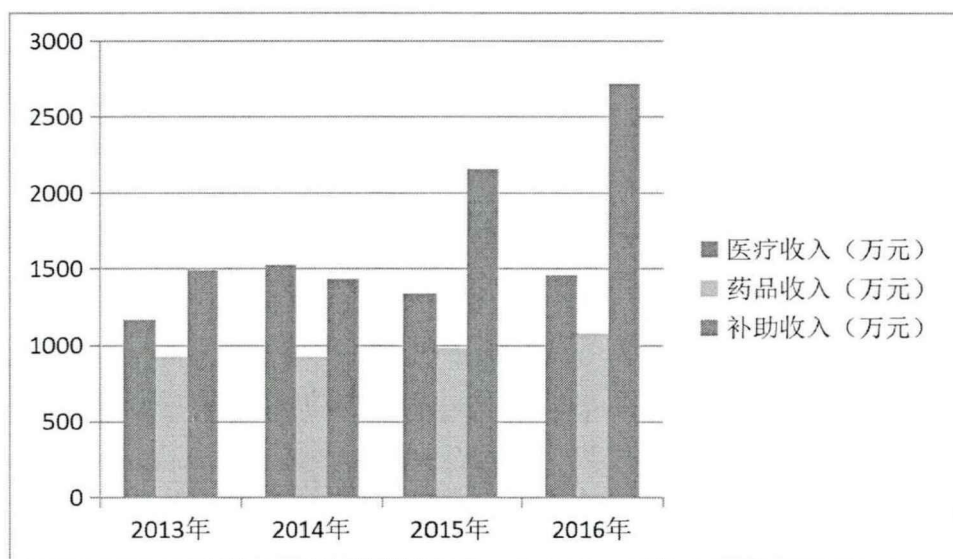


图 1：麻栗坡县所有乡镇卫生院各项收入情况

## 2、乡镇卫生院支出情况

麻栗坡县乡镇卫生院的总支出和总收入一样都在逐年上涨，2013 年的总支出为 3014.26 万元，2016 年的总支出为 5774.04 万元，总支出增加了 2759.78 万元。其中医疗支出在 2013 年为 1679.79 万元，占总支出的 55.7%，到了 2016 年医疗支出为 2688.99 万元，占总支出的 46.6%，比例还是有所下降，下降了 9.1 个百分点；药品支出 2013 年占总支出的 28.7%，2016 年占总支出的 18.3%，下降了 10.4 个百分点；设备支出 2013 年占总支出的 1.8%，2016 年占总支出的 2.1%，



设备支出稍微的增长的 0.3 个百分点；人员经费的增长是最快的，2013 年占总支出的 36.4%，2016 年占总支出的 49%。

人员经费是乡镇卫生院支出所占比例最大的，医疗支出和药品支出所占比例下降最快，设备支出没有太大变化，但是六河乡卫生院、下金厂乡卫生院、麻栗镇卫生院、天保镇卫生院、马街乡卫生院从 2013 年到 2016 年都没有设备支出。乡镇卫生院应该注重自身医疗服务水平的提高，将更多的支出放在医疗和药品上。

表 18: 麻栗坡所有乡镇卫生院支出情况 (万元)

年份	总支出	医疗支出	药品支出	设备支出	人员经费
2013 年	3014.26	1679.79	865.17	54.11	1097.95
2014 年	3364.71	1802.42	777.19	99.92	1206.46
2015 年	4326.73	2076.46	905.74	88.68	1762.06
2016 年	5774.04	2688.99	1054.66	119.84	2832.97

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

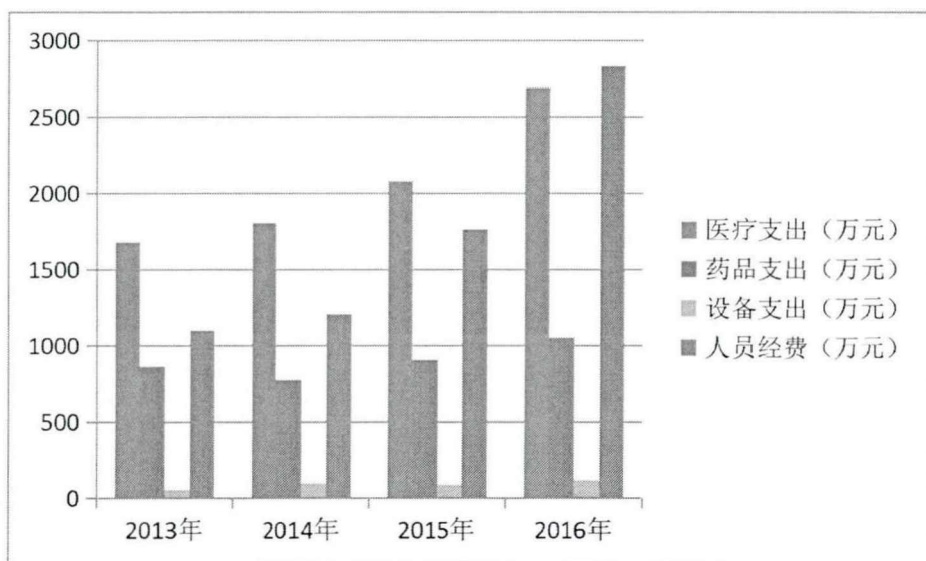


图 2: 麻栗坡县所有乡镇卫生院各项支出情况

### 3、乡镇卫生院收支分析

麻栗坡县所有乡镇卫生院从 2013 年到 2015 年都处于总收入略大于总支出的一个现象，每年都有结余，到 2016 年出现了反转，总支出开始大于总收入，可

能是因为 2015 年底开始文山州对所有的机关事业单位人员的经费支出多了一项，每人多加一千的自治州民族补贴费，所以总支出就变多了，医疗支出出现了亏损。从上面两部分内容可以看出，乡镇卫生院已经出现能力不足，经营困难的现象。

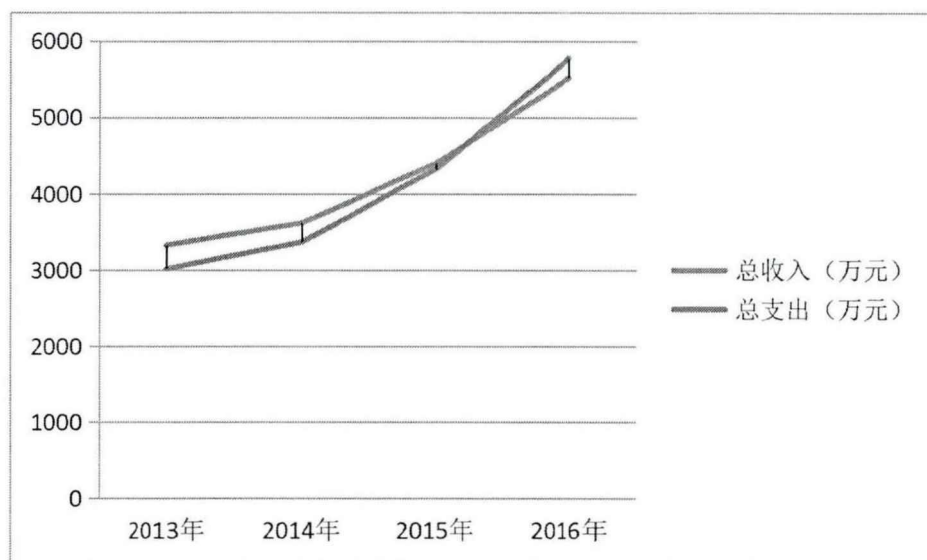


图 3：麻栗坡县乡镇卫生院总收支趋势图

### (三) 乡镇卫生院医疗服务提供情况

#### 1、乡镇卫生院基本医疗服务情况

麻栗坡县所有乡镇卫生院的诊疗人次从 2013 年的 141116 人次，到 2016 年的 318975 人次，涨了 2.26 倍。住院人次从 2013 年的 10218 人次，到 2016 年的 10850 人次，增加了 632 人次，个别年份还出现了比去年减少的现象。其中，猛洞乡卫生院、杨万乡卫生院、马街乡卫生院、八布乡卫生院、天保口岸卫生院、麻栗镇卫生院和六河乡卫生 7 个卫生院都在 2014 年出现了住院人次比上一年减少，之后的两年都没有明显上涨，还有一些一直处于下降状态：麻栗镇卫生院的住院人次从 2014 年就逐年减少，2013 年有 782 人次，2016 年只有 119 人次；下金厂乡卫生院 2013 年住院人次有 347 人次，2016 年只有 87 人次；猛洞乡卫生院 2013 年有 1409 人次，2016 年只有 779 人次。

可见，乡镇卫生院的住院人数处于不佳状态，服务利用率少，效率低，乡镇卫生院需要提高自身综合实力，提高基本医疗卫生服务利用量，改善住院人数不断减少现象。

表 19：麻栗坡县所有乡镇卫生院基本医疗服务提供情况

年份	诊疗人次	住院人次
2013 年	141116	10218
2014 年	151903	8368
2015 年	184892	9223
2016 年	318975	10850

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

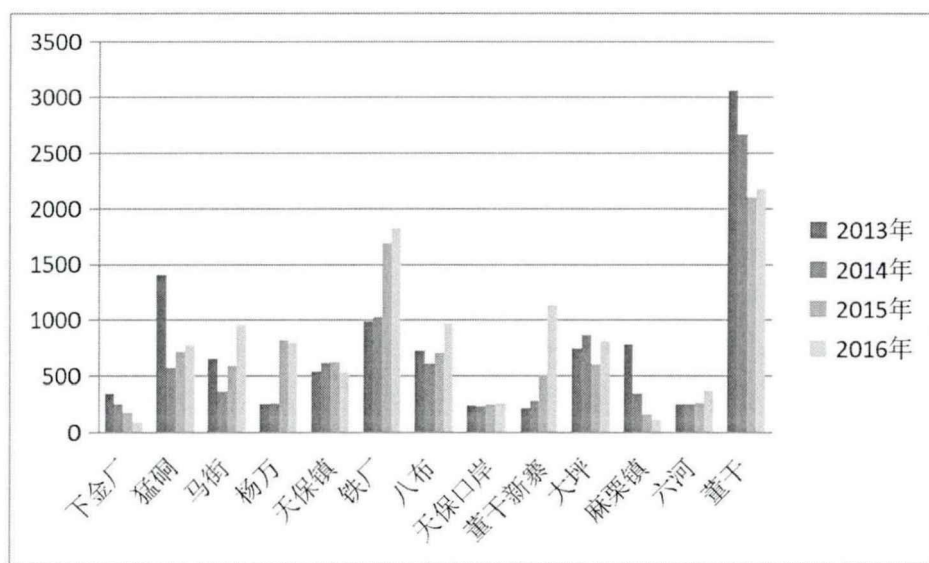


图 4：麻栗坡县各乡镇卫生院住院人次情况表

## 2、乡镇卫生院公共卫生服务提供情况

基本公共卫生服务包括 16 项，但是本文主要是针对可以为老年人提供的高血压患者管理服务所做的调研。调查结果显示麻栗坡县所有乡镇卫生院对它辖区内的居民的高血压人数管理率从 2013 年的 86%，到 2016 年的 94% 多了 8 个百分点，高血压人数的管理率保持率比较高，其中下金厂乡卫生院和天保口岸卫生院

从 2013 年到 2016 年的高血压人数管理率一直保持着 100%，猛硐乡卫生院的高血压人数管理率最低，2013 年为 59%，2016 年为 81%，都没有达到高血压人数管理率的平均数。高血压人数控制率从 2013 年的 30%到 2016 年 47%上涨了 17 个百分点，但是其中有 9 个乡镇卫生院的高血压人数控制率都没有达到 2013 年到 2016 年高血压人数控制率的平均数。

可以看出多数乡镇卫生院并没有做好高血压人数的控制工作，有些乡镇卫生院 2016 年的高血压人数控制率达到了 75%，乡镇卫生院“重医轻防”。

表 20：麻栗坡县所有乡镇卫生院高血压患者管理服务情况

年份	高血压人数管理率（%）	高血压人数控制率（%）
2013 年	86%	30%
2014 年	89%	34%
2015 年	93%	40%
2016 年	94%	47%

数据来源：麻栗坡县各乡镇卫生院

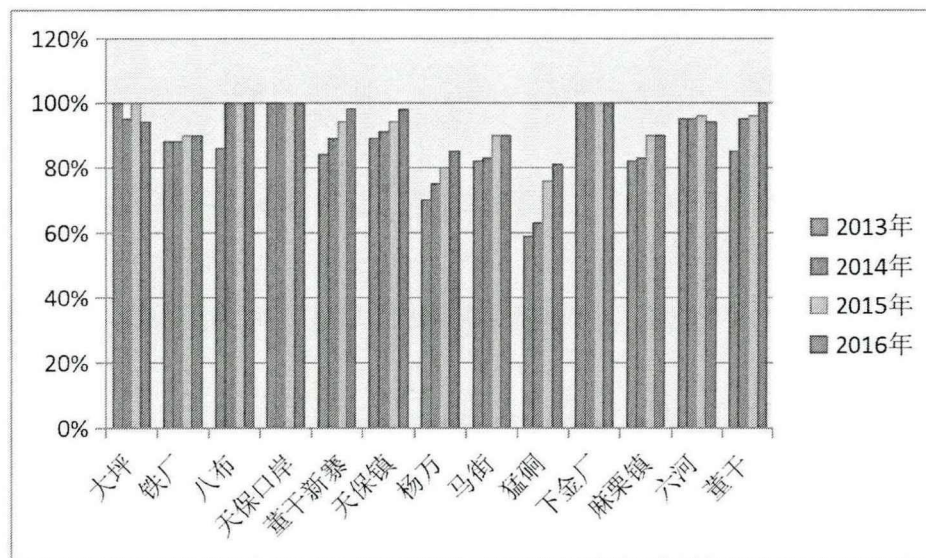


图 5：各乡镇卫生院高血压人数管理率

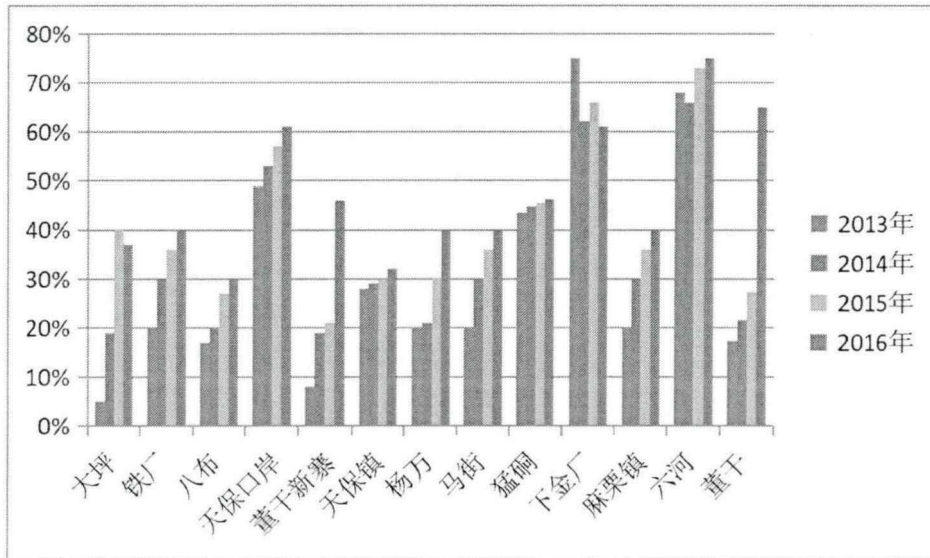


图 6: 各乡镇卫生院高血压人数控制率

## 结论

本章对乡镇卫生院的人力资源状况、收支状况和乡镇卫生院的医疗服务状况进行了一个研究，可以看出乡镇卫生院有如下问题：

第一，人才队伍不合理。麻栗坡农村居民所拥有的卫生医疗资源十分贫乏，54.7%的卫生专业技术人员在县里，占全县 86.8%的农村人口却只拥有 43.8%的卫生专业技术人员，人口基数更大的农村地区却拥有更少的医疗资源；乡镇卫生院的人才队伍职称级别组成情况为：2013 年全县有初级及初级职称以上的卫生技术人员占全部卫生技术人员的 58.1%，直到 2016 年一直保持上涨的局势，2016 年拥有初级及以上职称的人占到了全部医疗卫生技术人员的 64.9%。其中拥有副高及以上职称的为 0 人，中级职称也较少，可见乡镇卫生院主要集中培养初级职称卫生技术人员，同时也可以看出，麻栗坡县乡镇卫生院的人才结构还是比较匮乏；2016 年全县医疗卫生技术人员中取得本科学历的占 20.2%，取得专科学历的有 60%，取得中专学历的有 18.9%，取得中专及以下学历的占 0.9%。乡级本科学历的医疗卫生技术人员占全县本科学历医疗卫生技术人员的 19.5%，乡级大专学历的医疗卫生技术人员占全县大专学历医疗卫生技术人员的 45.2%，乡级中专学历的医疗卫生技术人员占全县专科学历医疗卫生技术人员的 59.7%，乡级中专以下学历的医疗卫生技术人员占全县中专以下医疗卫生技术人员的 66.7%。由此可以说明大量的优质的人力资源留在了县级，而乡级的人力资源队伍十分的稀缺，人才较少。

第二，乡镇卫生院服务利用能力不够、经营困难、效率低。从 2013 年到 2016 年麻栗坡县所有乡镇卫生院的总收入在逐年递增，但是医疗收入和药品的收入比例却在逐年下降，补助收入上涨最快，可见，前来就诊的村民有了很多的就医选择，使得乡镇卫生院的服务利用率减少，乡镇卫生院的改革迫在眉睫，它需要提升自己作为基层医疗机构的业务能力和水平，让自己的发展不至于依靠财政补助更多，而是以医疗收入和药品收入作为自己的主要经济来源；人员经费是乡镇卫生院支出所占比例最大的，医疗支出和药品支出所占比例下降最快，设备支出没有太大变化，乡镇卫生院应该注重自身医疗服务水平的提高，将更多的支出放在医疗和药品上，提高自身的服务利用量和服务效率。

第三，乡镇卫生院的住院人次处于不佳状态，乡镇卫生院需要提高自己的综合实力，提高基本医疗服务，改善住院人次不断减少的现象。

第四，乡镇卫生院没有做好自己的角色定位。作为农村基础医疗卫生服务机构，乡镇卫生院的主要功能是预防，做好基本公共医疗卫生服务。乡镇卫生的高血压人数管理率没有达到高血压人数管理率的平均数，高血压人数控制率也没有达到平均数，所以乡镇卫生院可以提高预防为主的医疗服务。

从以上问题可以看出，麻栗坡县的人口老龄化问题突出，给社会和家庭以及医疗保健都带来很大影响。对于乡镇卫生院现在的困境，开展健康养老和医养结合服务是可行办法。我国基本公共卫生服务 16 项服务项目里的 65 岁以上老人、高血压患者、2 型糖尿病患者健康管理、中医药健康管理等服务，为在乡镇卫生院开展医疗与养老结合的服务提供了很好的可行性。麻栗坡县的乡镇卫生院对老年人的医疗卫生服务工作提供进村入户开展健康体检，体检的项目包括一般体检、肝功、肾功、全血分析、血糖、血压、尿液分析、心电图、B 超等，体检的同时还对老年人进行健康教育，对体检结果进行反馈，并告知老年人注意事项、视老年人健康情况进行复查或者入院治疗，对有需要的进行转诊等事宜。农村人口的老龄化对基层医疗服务提出了新要求，医疗机构的角色转变势在必行，乡镇卫生院作为基层医疗服务机构是整个医疗机构角色转变的关键所在。乡镇卫生院急需进行改革，进行角色的转变，通过医养结合服务，提高服务利用量，提高自身的医疗水平，发挥作为基层医疗的保障作用，给老年人的养老服务提供自己的专业医疗。

### 第三章 乡镇卫生院进行角色转变的可行性

#### 一、角色转换，实现双赢

养老服务机构的服務形式单一，而且调查中发现麻栗坡县的所有养老机构都没有配置医疗设施，养老机构服务人员少，对于老年人医疗保健、健康护理等医疗服务都无法提供，养老机构本身的运行不太完善。而麻栗坡县现在运营的5所农村敬老院主要是保障农村的老年人老有所养，只提供吃住，老年人的医疗需求、心理需求和膳食营养都得不到满足，养老机构并没有关注老年人在医疗卫生服务方面的需求，现在运行的养老机构都没有完善的医疗卫生体系做支撑，所以满足老年人的需求就需要进行业务转型，但是养老服务机构设施简陋，要开展医疗养老结合的服务比较难。

乡镇卫生院近几年的发展也存在不少问题，在这几年的发展中，医疗收入和药品收入在乡镇卫生院总收入中所占的比重越来越少；人才队伍方面本科及以上学历的人才在乡级医疗单位所占比重很少，优质的医疗资源更多留在了县级医疗单位；乡镇卫生院中医疗支出和药品支出在总支出所占的比重也不如人员经费比重大；医疗服务提供方面住院人次也并没有较好的发展，乡镇卫生院的经营困难，服务利用量下降，所以乡镇卫生院需要大力发展自己作为基层医疗机构的预防为主的医疗服务，进行角色转换，创造更好的农村医疗卫生服务，提高自身的运行效率。

#### 二、硬件设施齐备，人员的专业化程度高

医疗和养老结合模式是一种新型的养老服务保障，它是以基本的养老服务为基础，并且着重强调护理康复、保健医疗、诊治疾病、临终关爱等老年人所需的服务，集养老服务和医疗保健为一体。传统养老模式只注重老年人生活照料，但是老年人还需要护理康复、保健医疗、诊治疾病、临终关爱等方面的专业医疗卫生服务。医养结合的“医”并非简单的打针、吃药，需要具有一定的医疗服务专业水平，而乡镇卫生院作为一级医院，具有比较健全的科室和诊疗项目，在硬件

条件上它具备足够的空间、业务用房、多项医疗器械设备，同时它也有一定的医疗卫生服务人员，有一定数量具备资格的医师和护士。乡镇卫生院优良的硬件设施能够为疾病的康复诊治提供一个好的平台和保障，相比起在养老机构设立医疗科配备医疗人员，乡镇卫生院的平台和职业的稳定性能更能吸引医疗卫生人员。乡镇卫生院开展医疗与养老相结合的优越性和可行性是肯定的，它可以为患病的老年人提供可靠的医学诊疗设备、专业的医护人员。

### 三、医养结合，整合资源

乡镇卫生院是医疗机构，由卫生部门主管，养老机构由民政部门主管，所以乡镇卫生院和养老机构都是独立的而又有自己的系统。养老机构没有医疗设施不方便就医，乡镇卫生院又不能进行养老服务，养老机构里的老年人一旦生病，即使只是日常的小毛病也必须前往乡镇卫生院或去到县级医院，如果是大病就得前往三级医院更好的医疗机构进行诊治。这样就不得不在养老机构和医疗机构之间进行往返，不仅耽搁治疗，延误最佳治疗时间，而且还会使得老年人非常疲惫，徒增人力耗费和经济负担。

乡镇卫生院是基层医疗卫生的医疗、急救、疾控、妇女儿童保健、居民健康档案管理等系统的重要组成部分。以健康管理体系为主，为老年人提供系统的健康管理发展医养结合服务，有助于解决养老机构缺乏医疗卫生服务的短缺。乡镇卫生院可以以健康管理体系为主，对辖区内的老年人进行科学全面的分类管理、指导就医，对高危老年人群进行护理和临终关爱等的医疗与养老结合服务，对危急急诊的老年人进行及时抢救和分级转诊，对普通老年人可以开展心理辅导、健康教育、医疗保健等医养结合的养老服务。这样就可以有效对乡镇卫生院现有的医疗基础设施和人才技术进行整合利用，同时可以为老年人的养老医疗需求提供服务，保障老年人的晚年医疗与养老的需求，开拓农村养老的新模式。

### 四、国家医保作支持，缓解经济负担

麻栗坡县对入住养老机构的或分散供养的“五保户”或城乡“三无”人员的



医疗保障问题相当重视，“十二五”以来，全县对于集中或者分散供养的五保对象和城乡“三无”人员因病住院所产生的医疗费用全部纳入医疗救助范围，在20000元封顶线救助范围内100%给与报销。乡镇卫生院作为政府举办的公立医院，患者可以享受一定比例的医疗报销。而全县的医疗保险覆盖率基本实现了全民覆盖，有了医保作支持，在乡镇卫生院内推行医养结合服务，既能为老年人提供健康保障，又能享受医疗报销。

相对于公立医院来说，推行医疗与养老结合服务也有很多的优势，但是大多数县级、市级、州级等的医疗资源很紧缺，在这样的情况下，如果不规划扩建新医院，让本来就供不应求、人满为患的大医院专门为老年人开设医养结合的床位基本是不可能的。所以可以在乡镇卫生院发展，乡镇卫生院这几年的住院人数出现略微减少的趋势，服务利用率不大，正好可以把乡镇卫生院的医疗资源利用起来，再加之有国家医保作支持，可以更好的缓解经济负担。

## 第四章 乡镇卫生院在医养结合服务中发挥作用的影响因素

### 一、多头管理联动性差

人们常说“老有所养、老有所依”，老年人的养老服务不仅需要衣食住行的生活照料，更需要专业的医疗服务，以及学习、娱乐等的服务。但目前的养老机构多数只提供基本的生活照料服务，尤其是农村养老机构的服务内容更加单一。乡镇卫生院要发展医养结合来解决养老机构缺乏医疗卫生服务问题，就需要跨部门运作。

农村普通养老机构由民政部门审批和管理，经费也由各乡镇民政所负责。乡镇卫生院是医疗卫生机构，归卫生部门管理，医保报销由社保部门管理，医疗卫生专业人才、养老护理专业人员的配置由人社部门主管，这就决定了乡镇卫生院要发展医疗与养老结合服务，进行角色转变，就要跨多部门进行运作，实践起来比较复杂。要有效的实现医疗养老结合，让乡镇卫生院在医养结合服务中进行职能转型，就必须要让民政、卫计、人社等部门有机联动。但目前这些部门都比较独立，实现它们的联动非常困难，同时医养结合的话又受民政部门、卫生部门、社保部门的多重管理，部门之间的协作也多是停留在理论层面的探讨，这便直接影响了乡镇卫生院进行医养结合服务的进程。

### 二、乡镇卫生院对养老的服务关注程度不够

乡镇卫生院的医疗模式一直都是“重医轻防”，对于老年人的医疗服务，除了“重医轻防”还“重医轻养”，乡镇卫生院的重点是医疗服务，没有着重发挥自己基层医疗卫生机构的预防作用，对于老年人的服务，也更加关注老年人的急性的医疗服务，更重视老年人的门诊和住院服务，没有重视老年人中慢性疾病的预防与控制，更注重可以带来经济效益的诊疗服务，对国家的基本公共卫生服务里针对老年人的公共卫生服务并不是很注重，只是尽力完成卫计部门给的指标，对养老服务的关注不高。基层医疗机构更是缺乏养老意识，对于老年人需要的生

活照料、护理康复、保健医疗、临终关爱等方面为一体的服务提供不关注。乡镇的卫生院服务设施虽说比起很多养老机构要好得多，但是它的主要功能是医疗卫生，对于突然转变角色提供养老服务，老人需要的娱乐设施、生活照料方面的服务还是需要有一个过渡。乡镇卫生院在医疗卫生服务中，忽视了老年人的健康管理需求，也对预防保健、慢性疾病的控制与预防、疾病恢复、失能半失能老人的护理康复、临终关爱等方面的需求不够重视。因此，乡镇的卫生院对医疗养老结合关注程度不够也是乡镇卫生院在医养结合服务中进行角色转变的一个阻力。

### 三、缺乏相关配套政策的支持

在乡镇卫生院实行医养结合服务，就会面临由于各部门联动性差，相关配套政策不能很好落实到位的现象，这就给乡镇的卫生院开展养老服务带来了又一个难题。麻栗坡县的对老年人的医养政策也只是对五保户、城乡的三无人员因病住院产生的医疗费用全部纳入了医疗救助范围，对于 2 万元封顶线救助范围内给与全部报销。但是其他患病老年人医疗费用的报销就还是有些问题，乡镇卫生院提供养老服务的相关标准还无明文规定，对于接收养老服务的收费、报销等应该怎么定位，就致使医保报销的政策衔接不能很好落实，而且医疗报销的范畴还有很多不完善，患病老年人的康复、护理等项目产生的费用该怎么报销，这些都是开展乡镇的卫生院医疗养老结合服务的制约因素。

有医保的患病老年人住院时所发生的住院费用可以根据政策享受一定比例报销，但是当老人进入需要看护养老阶段时，却没有民政部门的资金支持和补助。这样乡镇卫生院就会因为自己是医疗卫生机构的身份不符合养老机构的身份，没有民政部门对养老事业的支持和补助而经济负担变重，陷入这样的困境。

### 四、专业养老护理人才不足

老年人普遍身体状况、自理能力差，老年疾病有治疗周期长、护理要求高、

难治愈等特点，决定了患病老年人对医疗健康卫生服务的依赖度很大。那么针对这些在乡镇卫生院进行养老的人群，就需要更为专业的养老护理人员。乡镇卫生院开展医养结合服务，就需要养老服务专业人员，这种人员与普通医疗机构的护理人员不同，也与普通养老机构只负责日常生活照料的照护人员不同，它介于这两者之间，同时又需要兼顾这两种人员的主要职能。这种医养结合型的养老护理员，不仅需要像养老机构一样为老人提供日常生活照料服务，还需要为老人提供观察病情、输液、急救处理等医疗服务。但是由于医养结合服务是一个新型的养老服务形式，所以社会上这种专业的护理人才还很缺乏。现在农村老年人服务的人才队伍现状就是养老机构里护工人员文化水平低，人员数量少，只提供最简单基本的日常生活照料；乡镇卫生院的卫生服务人员都是专业的卫生技术人员，还没有转换角色为老年人提供一些生活照料方面的准备，所以乡镇卫生院的专业养老护理人员严重不足。

## 第五章 乡镇卫生院角色定位的对策建议

### 一、减少行政壁垒，推进资源一体化

医疗与养老结合服务在实践中，已经开始行动，但是各方面各部门的联合支持却没有跟上。要让乡镇卫生院在医养结合中进行角色转变，首先就是要打破、减少现在各个部门之间的行政壁垒，加强卫生部门、民政部门、社保部门等各个行政部门间的合作与支持，让各级政府及卫生、民政、社保等部门齐心协力，重视加快医养相结合服务的重要性，各自明白自己的职责，划分各自的审批标准、职能范围、考核标准、管理准则，不要再因为审批标准、行业准则、财务分割等原因给乡镇卫生院开展医养结合服务增加困难。解决好民政、卫计、社保部门，多头管理，又都“不管理”状态，对提供医养结合服务的乡镇卫生院制定统一的审批标准，明确各部门在医养结合服务上的职责与权力，重点是要解决医疗报销和运营补助的问题。打破行政壁垒，推进医养结合服务顺利开展。

### 二、政府主导，完善政策

要实现乡镇卫生院角色转变，完成医疗、卫生、养老服务的一体化，就必须建立完善扶持政策，坚持政策导向。应该根据医养结合服务的目标定位，出台制定相关的规定、规划，明确乡镇卫生院增加养老服务机构的机构布置、管理章程、服务对象、服务内容和所需人员的职责与条件。为了让乡镇卫生院有效的在医养结合服务中成功进行角色转变，各级政府就需要因地制宜的制定相应的配套政策和规划，要为乡镇卫生院的角 色转变实现各部门的一体化资源配置，民政部门、卫计部门、社保部门等要联合起来建立和完善医疗养老相结合服务所需要的老龄发展规划和政策、卫生医疗发展的规划和政策、养老服务发展的规划和政策、医疗机构设置的规划和政策等。老年人是一个特殊的群体，他们对医疗卫生服务的特殊需求，要求对乡镇卫生院开展医养结合服务进行合理的调整与安排，让医疗卫生服务与养老服务有机结合，优化调整乡镇卫生院的规模和功能，提升乡镇卫生院的整体质量和服务能力。进一步制定与养老服务相关的扶持政策，让乡镇卫生院接受“托护养老”老年人的服务收费和医保报销有政策保障，可以真正实现

医养结合服务，让农村老年人的医养分离问题得到解决，加快乡镇的卫生院在养老的方面实现角色转变。

### 三、培养人才，满足需求

通过本文对麻栗坡县的调查看出，贫困地区农村养老机构工作人员的文化程度低，整体素质不高，具有养老护理专业知识的工作人员为零，他们大多数都是初中文化，高中文化的很少，高中以上文化的几乎没有，整个养老机构的人员队伍素质较低，无法为老年人在养老服务方面的医疗需求提供支撑。乡镇卫生院的卫生技术人员整体文化水平也低，有本科学历的都很少，中专学历的却是最多的，其次就是大专学历，还有一小部分是中专以下学历，乡镇卫生院人力队伍整体素质偏低，这严重影响了它提供的医疗卫生服务质量、项目的扩展，这样在乡镇卫生院开展医养结合所需的人才就不够，而且还缺乏区别于养老机构工作人员和乡镇卫生院卫生技术人员的专业养老护理工作人员。因此，对于乡镇卫生院的卫生技术人员队伍素质偏低的问题，应该一方面加强工作人员的专业知识和技能的培训，另一方面，乡镇的卫生院改善工作人员住、食条件，给工作人员提供一个好的发展平台，吸引人才，留住人才。对于乡镇卫生院开展医养结合所需的专业养老护理人员，可以有计划的在一些医学院校设置医疗养老相关专业的课程，主要内容应该包括老年人养老服务所需的基本医学、养老护理、心理咨询、膳食营养等内容，对现有的养老机构想转岗的人员开展转岗培训，使其具备基本的医疗卫生技能，为老年人的养老需求提供服务，为老年人提供一个满意的养老保障服务。对从业人员实行职业资格认证，要求持证上岗，从而培养和打造一支满足老年人医疗和养老服务需求的专业人才队伍，致力于老年人的健康养老发展。

### 四、进行功能转变，重视预防工作

乡镇卫生院要转变自己重医轻防的医疗的发展模式，重点功能放在预防为主的项目上，发挥作为农村三级医疗卫生机构的骨干的基层医疗预防作用，积极开展国家基本公共卫生服务，把自己的主要业务重心向基本公共卫生服务转移，特

别是老年人群体需要的中医管理、糖尿病控制等基本服务。老年人随着年龄的增长，身体状况就会越来越差，各种常见的慢性疾病更是屡见不鲜，这些慢性病的患病与生活方式有着很大关联，健康的生活方式需要健康管理和健康教育来实现，而怎么让老年人有一个健康的生活方式，乡镇卫生院就可以发挥自己的医疗保障作用了。乡镇卫生院通过建立居民健康档案，可以为辖区内的老年人制定合理的健康规划，进行适当的医疗干预，逐步实现辖区内老年人的健康管理信息，这样就可以满足老年人的多样性的健康养老需求。

## 五、提供养老服务，重视中医发展

因为乡镇卫生院所拥有的医疗卫生资源开展医养结合服务更为合适，那么就on应该把乡镇卫生院的一部分的床位转型成为专门针对老年人的医养结合的床位。在乡镇卫生院内开展养老服务，就可以为患病老人带来更多便利，省去了来回往返于医疗机构和养老机构的路程，更重要的是可以减少很多时间的延误。在乡镇卫生院开展养老工作，就需要针对老年人的特殊需求，增加一些特殊的设备，比如对于失能半失能老人应该多关注其日常居住的设施，失能老人多为已经丧失或是大部分丧失了身体的功能，所以对于生活起居设施有更多的需求，有必要增加防滑、防摔，安置安全扶手等基础设施。医院可以专门针对老年人增加的一些娱乐活动设施，让老年人在就医的同时，不会觉得生活不自在。

乡镇卫生院可以开展针对老年人的中医诊疗室，为一些疾病恢复期长、患有中慢性疾病、失能半失能的老年人提供长期的专业中医医疗护理，解决这些老人生活和医疗上的特殊需求，乡镇卫生院开展养老服务，发展医养结合服务，开展中医康复和护理工作，发挥中医在老年人养老服务方面的优势，把乡镇卫生院的所拥有的医疗卫生资源优势发展到最大化。

## 结语

农村老年人的养老问题是一个很严峻的问题，在我国的人口中农村人口的基数最大，但是农村所拥有的医疗资源却与它的人口不成正比。现阶段老年人对养老服务的需求已经不是简单的生活照料的需求，他们还需要医疗保健、康复护理、疾病诊治等医疗卫生方面的服务。要满足老年人对养老服务的医疗与生活照料与一体的需求，在农村地区提供医养结合服务新型养老形式，通过对比养老机构 and 乡镇卫生院的基本情况可以发现在乡镇卫生院开展医养结合服务更为合适。

乡镇卫生院的发展中可以发现，它近几年有经营状况不佳、服务利用量不大、人才队伍素质低、职能定位错位等问题，为了改善它的现状，乡镇卫生院可以进行角色转变，在医养结合服务中找到自己的合理角色定位，不仅可以改变自己目前的困境，而且可以满足农村老年人的养老服务的医疗需求。乡镇卫生院进行医养结合服务，有很多的优越性，但是也有一些问题不得不面对。所以本文针对这些问题提出一些解决方法，希望可以帮助乡镇卫生院在医养结合服务构建中自己的角色可以更好的发挥。

农村老年人的养老服务有一个很好的发展还需要各方面的共同努力，政策的保障是重中之重，希望本文的一些研究可以对农村养老服务事业的发展有一点点的帮助，让农村老年人的养老服务和医疗需求得到一个好的满足。



## 附录

### 各乡镇卫生院基本情况调查表

乡镇名称

科室情况:

开展公卫情况（详细的具体情况）：

业务开展情况（详细的具体情况）：

老年人卫生服务开展情况（详细的具体情况）：

服务辖区总人口	常住人口	60岁以上老年人口	农民人均纯收入

卫生人员:

	2013年				2014年				2015年				2016年			
	总人数	男	女	平均年龄	总人数	男	女	平均年龄	总人数	男	女	平均年龄	总人数	男	女	平均年龄
卫生技术人员																
执业/助理医师																
注册护士																

服务提供情况(年)

		2013年	2014年	2015年	2016年
基本医疗服务情况	诊疗人数				
	住院人数				
公共卫生服务情况	居民健康档案管理率(%)				
	高血压				

	人数管理率 (%)				
	高血压人数控制率 (%)				

### 人力结构

		2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
总人数					
在编人数					
学历构成					
职 称	高级				
	副高级				
	中级				
	初级				
平均年龄					

### 收支情况

		2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
收入	医疗收入				
	药品收入				
	补助收入				
	总收入				
支出	药品支出				
	医疗支出				
	人员经费				
	设备支出				
	总支出				

### 设备、资产

	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
床位数				
万元以上设备 (个)				

## 参考文献

- [1]2010年第六次全国人口普查主要数据公报[EB/OL]  
<http://www.chinanews.com/gn/2011/04-28/3004638.shtml>.
- [2]国家统计局 <http://m.mnw.cn/news/china/844094.html>.
- [3]Chukwuani CM, Olugboji A, Akuto EE, and etc. A baseline survey of the Primary Healthcare system in south eastern Nigeria[J]. Health Policy, 2006(2):182-201.
- [4]Donna Anderson, kim D.Raine, Ronald C. Plotnikoff, and etc. Baseline assessment of organizational capacity of health promotion within regional health authorities in Alberta, Canada[J]. Promotion & Education, 2008(14):6.
- [5]Laurence C. Baker. The Challenges of health system capacity growth[J]. NIHCM Research Brief, 2008(13):9-11.
- [6]Pearce C, Liaw ST, Chondros P, and et al. Australian doctors and their postgraduate qualification[J]. Aust Fam Physician (Australia), 2003(32): 92-94.
- [7]MLP MacLeod, JA Dosman, JC Kulig, and etc. The development of the Canadian Rural Health Research Society: creating capacity through connection[J]. Rural and Remote Health, 2007(7): 622.
- [8]阿萨·胡塞恩. 中国农村社会保障的现状与趋势[J]. 国外理论动态, 2006(11).
- [9]杨宜勇, 杨亚哲. 论我国居家养老服务体系的发展[J]. 中共中央党校学报, 2011(5): 94-98.
- [10]丁志宏. 我国高龄老人照料资源分布及照料满足感研究[J]. 人口研究, 2011(03):7-11.
- [11]于戈, 刘晓梅. 论我国养老服务业展研究[J]. 甘肃社会科学, 2011(13):35-38.
- [12]许佃兵, 孙其昂. 完善我国社会养老服务体系的深层思考——基于江苏养老服务现状的考察分析[J]. 学海, 2011(6): 92-95.

- [13]丁志宏, 王莉莉. 我国社区居家养老服务均等化研究[J]. 人口研究, 2004(5):83-88.
- [14]张国庆. 公共政策分析[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004.
- [15]郭庆旺, 赵志耘. 公共经济学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2006.
- [16]李德明. 中国老年人的生活满意度及其影响因素[J]. 中国心理卫生杂志, 2009(7)
- [17]张文斌, 方鹏骞, 崔颖. 乡镇卫生院预防保健功能发挥现状调查与分析[J]. 中国卫生统计, 2007(13):124-126.
- [18]马玉琴, 孙金海, 李婷等. “城乡一体化”模式下乡镇卫生院的功能定位与思考[J]. 中国初级生保健, 2008(20):87-89.
- [19]金江. 医养结合基层可先动起来[N]. 健康报, 2015年5月21日第007版.
- [20]王光荣, 江明, 龚幼龙等. 72所乡镇卫生院456名医生书面知识考试成绩分析[J]. 中华医院管理杂志, 2000.
- [21]郝模, 王小宁等. 我国农村三级医疗预防保健网的焦点问题、作用机制和发展战略研究结果简介[J]. 中国卫生资源, 2000(12):16-18.
- [22]Liu X, XuL, Wangs, Reforming China's 50000 township hospitals-effectiveness, challenges and opportunities[J]. Health Policy, 1996(38):13-39.
- [23]张朝阳. 我国乡镇卫生院发展现状及影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2005(09):45-47.
- [24]中央人民政府卫生部公布关于组织联合医疗机构实施办法[N]. 河南政报, 1951-11-22(11).
- [25]关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示[Z]. 1991-01-17.
- [26]关于农村卫生改革和发展的指导意见[Z]. 2001.
- [27]中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定[Z]. 2002.
- [28]中共中央关于推进社会主义新农村建设的若干意见[Z]. 2006.
- [29]中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. 2009.
- [30]丁燕. 三省乡镇卫生院筹资和人员宵现及服务功能分析[D]. 上海: 复大学, 2010.
- [31]国家人口和计划生育委员会办公厅. 我国城镇化进程中统筹解决人口问题的实践与展望[M]. 北京: 世界知识出版社, 2010.
- [32]左冬梅, 李树茁, 宋璐. 中国农村老年人养老院居住意愿的影响因素研究[J]. 人口学刊, 2011(11):24-31.

- [33]张宗光,孙梦露,高上雅,等.对医疗卫生和养老服务实行一体化资源配置模式的思考[J].中国卫生经济,2014(9):8-10.
- [34]潘屹.优化整合城乡资源,完善社区综合养老服务体系——上海、甘肃、云南社区综合养老服务体系研究[J].山东社会科学,2014(3):30-39.
- [35]景跃军,李元.中国失能老年人构成及长期护理需求分析[J].人口学刊,2014(2):55-63.
- [36]黄俊辉,李放,赵光,等.农村社会养老服务需求评估——基于江苏1051名农村老人的问卷调查[J].中国农村观察,2014.4.
- [37]胡宏伟,李延宇,张澜,等.中国老年长期护理服务需求评估与预测[J].中国人口科学,2015.6.
- [38]陈友华.居家养老及其相关的几个问题[J].人口学刊,2012.7
- [39]赵国强.经济欠发达地区乡镇卫生院发展现状探析以山东省嘉祥县为例[J].长江丛刊,2016(16):102.

## 攻读硕士学位期间完成的科研成果

### 一 参与课题

1. 省级课题——昆明市“十三五”规划编写；
2. 国家级课题——西南少数民族地区医养服务构建及干预运行研究，负责乡镇卫生院在医养结合服务构建中的角色分析方面的数据资料。

### 二 论文成果

以第一作者发表 9 篇论文：

- 1、社区卫生服务人员现状分析及改进对策[J].人间，2016 年 1 月上。
- 2、.基层卫生人才队伍的建设状况研究——以云南省某市某镇为例[J].消费导刊，2016 年 2 月刊。
- 3、食品安全问题浅析[J].小品文选刊，2015 年第 9 期。
- 4、浅析医疗市场政府规制[J].西部皮革，2016 年 01 月 02 期。
- 5、国家基本公共卫生服务发展中存在的问题及对策——以云南省某省某市为例[J].山海经，2016 年，2 月上。
- 6、社区卫生服务人员现状分析及改进对策[J].人间，2016 年 1 月上。
- 7、对“中国医疗市场政府规制”的文献综述[J].中学生导报，2015 年 50。
- 8、对医疗纠纷诱发原因的浅析[J].西部皮革，2016 年 01 月 02 期
- 9、文山州社区卫生服务问题研究[J].经济与社会发展研究，2015 年第 2 期。

## 致谢

少年不知愁，只恨太匆匆。时光太匆匆，不敢回头看。

时光荏苒，不曾想转眼间研究生三年时光也一晃而过。这三年的时间，对我来说是一段十分珍贵的记忆。很庆幸自己遇到我的导师，谢和均老师，谢谢您。三年时间，经常督促着我看书，写材料，对我自己的也是一种很大的能力提升。我的导师真的是一位非常和蔼可亲，非常有才华的老师，我希望自己的以后的生活也可以像他一样，做着自己喜欢的学问。同时很感谢我们学院学生管理处的布晓萍布老师，真的是一位我很喜欢的老师，谢谢老师一直对我的照顾。

三年时间还让我认识了很多很好的同学，感谢你们出现在我的生命里，我一直都很感激命运的眷顾，一路走来总可以认识温暖的人。从我的专科生涯到本科生涯再到现在的研究生生涯，同一宿舍的舍友总是那么相处融洽，谢谢我的舍友们，同宿舍三年，我们的每次夜谈，每次出游，都让我觉得因为有你们，生活才那么美丽。

最后，非常感谢一直以来默默支持我的父母，我的家人，不管我做什么决定，都没有否定过我，支持着我去做我自己喜欢的事。你们永远都是我生命中最珍贵的礼物。谢谢你们，我的家人，因为你们，我才可以这样勇敢的生活着，走下去！