

# “农转居”社区卫生服务站的“内卷化”及其突破

## ——基于苏州市 S 社区的个案研究

张诗宇<sup>1</sup>

(苏州大学政治与公共管理学院, 江苏 苏州 215000)

**【摘要】**社区卫生服务站为社区居民提供初级卫生服务。长期以来, s 社区卫生服务站始终未能发挥其预设功能, 日渐陷入“内卷化”困境, 主要表现为医务人员专业素质偏低、站点工作量与人员供给不匹配、工资待遇缺乏激励性、站点角色定位不清。从多元主体协作的视角分析, 社区卫生服务站的“内卷化”困境是政府部门、社区组织、社会力量等多方主体造成的, 未来需要优化人力资源配置, 提高医务工作者的待遇水平, 重塑医务人员的新角色, 引入市场化机制、社会化力量, 与上级医院、社区组织等构建相互合作、资源共享的伙伴关系, 从而改善基层医疗卫生服务质量。

**【关键词】**农转居 社区卫生服务站 内卷化

**【中图分类号】**R197 **【文献标识码】**A

随着城镇化进程的加快, 大量村庄被“撤村建居”, 这种“亦城亦村”的过渡性社区由于其自身的特殊性, 存在一定的社区治理困境。城镇化是“以人为本”的城镇化, 农转居社区作为城镇化的成果之一, 应通过社区平台为居民提供各类公共服务, 满足居民生活需要, 帮助其尽快融入城市生活。在诸多社区公共服务项目中, 医疗服务是社区公共服务的重要组成部分, 社区卫生服务站是提供社区医疗服务的主要机构。然而, 长期以来, 社区卫生服务站医务人员专业素质偏低、工资待遇缺乏激励性等问题一直没有得到解决, 站点发展日渐陷入内卷化困境。

内卷化是格尔茨研究爪哇农业时所提出的一个概念, 指一种模式发展到某一阶段后便停滞不前的现象。黄宗智使用“农业内卷化”来解释明清江南农业劳动力投入过密导致边际报酬递减的“无发展的增长”的现象。杜赞奇提出“国家政权内卷化”的概念; 何艳玲用居委会组织变革的“内卷化”来解释居委会改革过程中组织形式与组织运作相分离的现象。综合上述学者对“内卷化”概念的描述和运用, 可见内卷化是指一个系统发展到一定阶段后, 受到内外部环境的约束, 发展丧失活力。本文尝试以 S 社区卫生服务站为研究对象, 借用内卷化概念具体剖析其发展遭遇瓶颈的根源并提出建议, 以期助推社区卫生服务体系的进一步健全。

### 1 社区卫生服务站内卷化分析框架

社区卫生服务站的运行和发展不是“独角戏”, 需要政府部门、社区、居民等多元主体共同协作。因此, 可以从政府部门、卫生服务站、社区组织、居民、社会五个方面分析其内卷化的根源并提出破解的对策。本文根据图 1 分析框架, 首先归纳 S 社区卫生服务站发展内卷化的表现; 其次分析 S 社区卫生服务站发展陷入内卷化困境的根源; 最后提出破解社区卫生服务站内卷化困境的对策。

**作者简介:** 张诗宇 (1996-), 女, 浙江绍兴人, 在读硕士, 研究方向: 城镇化与社区治理。

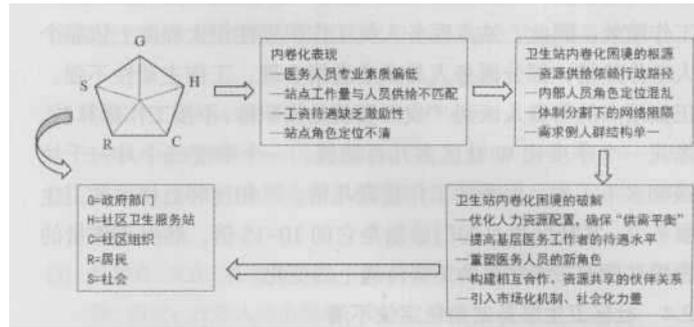


图 1 S 社区卫生服务站“内卷化”困境与破解路径的分析框架

## 2 社区卫生服务站内卷化表现

S 社区卫生服务站作为城市卫生服务的神经末梢，为社区居民提供预防、保健、健康教育和一般常见病、多发病的诊疗等服务，服务内容大体上可以归类为基本医疗服务和公共卫生服务。此外，因其独特的地理位置和历史渊源，站点还发挥着社区交往空间的功能。然而，社区卫生服务站也面临着发展乏力的现实困境，在人员、物资、管理等方面遇到了许多问题和困难。

### 2.1 医务人员专业素质偏低

医务人员的专业素质是保障社区卫生服务质量的前提。由于自身吸引力不足，站点内高素质医务人员缺乏。调研发现，该社区卫生服务站医务人员 40% 为退休返聘的乡村医生，这些乡村医生普遍没有接受过专业且长期的医学理论知识学习，医学知识的获得主要依靠常年的实践经验积累，专业水平普遍偏低。访谈中一位卫生站负责人表示：“报告下来以后，有些报告乡村医生还读不懂，都是仪器做出来的，我们也看不大明白。”

### 2.2 社区卫生服务站工作量与人员供给不匹配

根据调研得知，该社区卫生服务站日常提供的服务主要有常见病、多发病的诊疗；居民健康档案建档；开展健康教育讲座和家庭签约医生的推广及后续服务。站点工作量与人员供给不匹配表现为以下三点：一是站点门诊流量的不均衡。该站点日均就诊患者数量在 200 人左右，门诊工作量远大于附近其它站点；二是居民健康档案建档正处于进行中，近 5 万人口的建档量极大地增加了医务人员的工作量；三是家庭签约医生的推广实行。推广需要人员宣传、登记，后续实行过程中需要专门医务人员负责签约家庭的健康管理。因此，该站点医务人员工作量大大超出其可承受的能力范围。正如站点负责人所言：“我们这点人，每天 200 个门诊就诊看病都差不多了。家庭签约医生真正要推广的话，必须要整个联动起来，不是说单一把任务放到这个站。”

### 2.3 医务人员工资待遇缺乏激励性

站点医务人员实行定岗工资，工资发放标准依据人员的职称和工龄设定，工资变化幅度不大，难以体现医务人员的实际工作绩效。因此，站点医务人员工作积极性很大程度上依靠个人工作热情，部分医务人员产生怠惰心理，工作主动性不强。正如站点的负责人谈到：“发工资就是按职称，不按工作量算的。像我一个季度比 W 社区多几百块钱，一个季度三个月一千块钱都多不了的，但我的工作量翻几倍。”相比邻近社区的卫生服务站，S 社区每月的门诊量是它的 10-15 倍，然而工作量的剧增并没有带来明显的工资待遇上的变化。

### 2.4 社区卫生服务站角色定位不清

社区卫生服务面向社区全体居民提供健康教育、预防、保健、康复等六位一体的综合服务。实际上，站点向社区居民提供卫生服务时，依旧保持着传统医疗机构以“治”为主的服务意识，预防、保健等功能并未得到完全发挥。社区卫生服务站并未充分认识到自身角色的本质，作为社区健康管理的领导者，长期听从上级指示，被动地提供社区卫生服务，忽视了自身的特殊地位和地理优势，而未能通过跨部门协作、建立合作关系等对社区居民展开长期、有效的健康管理。即使是在疫情防控时期，S社区卫生服务站的卫生防疫工作也仅限于站点内部，并未参与小区的疫情防控工作。对此，社区居委会书记表示：“疫情防控主要是对小区实行封闭式管理。以居委会为主，没有卫生服务站，如果有疑似病例，我们要报给他们，他们再上报卫生服务中心。实际上居委会不参与卫生服务站的管理，相互各做各的”

### 3 社区卫生服务站内卷化困境的根源

社区卫生服务站的内卷化困境由来已久，其中既有行政控制下的组织结构问题，也有市场化、社会化力量不足的原因，本文从政府、社区卫生服务站、社区组织、居民和社会五个方面分析了内卷化的成因。

#### 3.1 资源供给依赖行政路径

我国的基层医疗服务体系中，行政力量仍然居于主导地位。社区卫生服务站是由国家设立的非营利性基层医疗卫生服务机构，资源供给由上级社区卫生服务中心提供，行政路径依赖性较强，社会化管理和市场化改革进展缓慢。调研发现，社区卫生服务站的物资采购需要经由上级社区卫生服务中心的审批，而资金拨付也由其统一安排，在物品和资金上都受到了上级的约束。因此，社区卫生服务站在日常的运行中，缺乏改善硬件设施和提高医务人员专业素养的物质基础。

#### 3.2 内部人员角色定位混乱

角色定位指社区卫生服务站医务人员根据自身条件和站点需要而选择自己适合扮演的角色。作为社区卫生服务站的医务人员，首先要扮演社区卫生服务提供者的角色，提供符合社区居民期望的卫生服务。其次是要扮演社区健康引导者的角色，开展健康教育，引导社区居民树立健康管理意识，养成健康的生活习惯。最后是作为社区卫生服务站的负责人，同时也要扮演管理者的角色，管理站点日常运行，带领站点的医务人员为社区居民提供更高质量的卫生服务。实际上，由于社区卫生服务站内医务人员不足，站内并没有明确的职责分工，经常出现一人承揽行政管理、医疗服务、宣传推广等多重工作职责的情形。

#### 3.3 体制分割下的网络阻隔

在我国的基层社会治理体系中，政府体制的条块关系是最基本的结构性关系，各职能部门之间的条块分割也是一直存在的痼疾。在S社区，社区卫生服务站由上级社区卫生服务中心管辖，形成了条条管理型的医疗服务体系。在这种严格的自上而下的管理模式中，社区卫生服务站的发展受到了极大的行政约束。社区内，社区卫生服务站、社区居委会与第三方社会组织各自为政，相互独立。在这样的条块分割机制下，社区卫生服务站的横向沟通渠道缺失，习惯于听从上级机构的指令，自身缺乏向外寻求合作的动力。社区各主体在物理空间上彼此邻近，形成空间上的实体网络，但在各自的工作活动中，却处于一种阻隔状态。

#### 3.4 需求侧人群结构单一

社区卫生服务站是面向全体社区居民提供医疗服务的基层医疗卫生服务机构，这里实际蕴含了两个预设：一是服务人群为全体社区居民；二是服务方式为主动服务。但在S社区，社区卫生服务站的服务人群结构日渐单一，仅局限于中老年人和慢性病人，即站点服务人群具有老龄化特点。卫生服务需求侧人群结构的单一化，导致了卫生服务需求的简单化。社区卫生服务站因此丧失了提供更高级、更全面的卫生服务的动力，发展缺乏活力，运行模式简单重复。

---

## 4 社区卫生服务站卷化困境的破解

社区卫生服务站在为社区提供基本医疗服务和公共卫生服务的过程中，面临着人力资源缺乏、专业素质偏低、角色定位不清等问题。解决社区卫生服务站卷化困境，需要政府、社区、居民和社会等多方力量的参与和协作。

### 4.1 优化人力资源配置，确保“供需平衡”

不同的社区卫生服务站所承担的业务量是不同的，近乎相同的人力资源配置和差距过大的业务量造成了站点人力资源供需的不平衡。因此，要优化社区卫生服务站人力资源配置，上级部门应开展充分的调研，根据社区卫生服务站的实际业务量配备人力资源，并且时时跟进社区卫生服务站业务开展情况，动态调整人员配置，确保人力资源供给与社区卫生服务站的业务量相匹配，进而提高社区卫生服务站的服务质量，提升基层卫生服务水平。

### 4.2 提高基层医务工作者的待遇水平

社区卫生服务站相较于医院，工资待遇水平低、工作发展前景差、工作内容繁琐，因而很难吸引到高素质的医务人员。针对这一问题，首先，要提高医务人员的薪资待遇，尤其要提高其绩效工资，使得医务人员获得的薪酬与其创造的价值相匹配。其次，要关注社区卫生服务站医务人员的职业发展，对到基层医疗卫生机构参与卫生服务的医务人员，在职称评定和职业晋升渠道上采取特殊的政策倾斜。工资待遇和职业发展两手抓，多方位提高基层医疗服务机构对医务工作者的吸引力。

### 4.3 重塑医务人员的新角色

社区卫生服务站医务人员拥有多重角色，作为社区卫生服务的提供者、健康引导者和社区卫生服务站的管理者，承担了社区居民对这些角色行为模式的要求和期望。角色重塑的过程是角色认知、角色学习和角色扮演的过程。社区卫生服务站的医务人员首先要形成正确的角色认知，摆脱过去卫生服务提供者的简单认知，将自身定位为社区健康管理师，在提供必要的卫生服务的同时，还应引导居民学习健康知识，养成健康的生活习惯。此外，社区卫生服务站的负责人还应认识到自身的管理者角色，对照角色要求，通过专业培训或向专家咨询等方式提升个人的管理水平。

### 4.4 构建相互合作、资源共享的伙伴关系

社区卫生服务站在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下，为社区全体居民提供卫生服务。因此，站点应加强与上级医院、社区居委会、社区社会组织合作，构建资源共享的伙伴关系。一方面，主动上联上级医院，将社区内的需求主动向上反馈，积极寻求支持和帮助。例如，申请选派业务骨干到上级医院进修培训，提升医务人员专业素质。另一方面，社区卫生服务站要摆脱“等靠要”的固有思维，充分利用邻近优势，与社区居委会、社区社会组织加强互动、交换信息，提供更加有效、连续、全面的卫生服务。例如，疫情期间配合社区居委会开展疫情防控，为参与疫情防控的志愿者提供防控知识培训；为日间照料中心及社区养老机构提供及时的医疗卫生服务，实现社区卫生与养老资源的整合等。

### 4.5 引入市场化机制、社会化力量

当前社区卫生服务站作为社区健康的守门人，实际上其功能并未得到充分发挥。除资源、组织成员以及权力受到上级约束外，缺乏社会力量的竞争和监督也是社区卫生服务站发展停滞不前的原因。未来相关部门要公开服务标准信息，鼓励第三方或私人服务提供者进入社区，从而对惰于进取的社区卫生服务站形成市场竞争压力。同时，要引入第三方评估机构定期对社区卫生服务站进行服务质量评价，为其卫生服务质量提升提供改进方向，进而提升基层医疗卫生机构的卫生服务水平。

---

### 参考文献:

- [1]GEERTZ C.Agricultural Involution: the Process of Ecological Change in Indonesia[M].Berkeley:University of California Press,1963:82.
- [2]黄宗智.长江三角洲小农家庭与乡村发展[M].北京:中华书局,2000:427.
- [3]杜赞奇.文化、权力与国家:1900-1942年的华北农村[M].王福明,译.南京:江苏人民出版社,1996:67.
- [4]何艳玲.都市街区中的国家与社会[M].北京:社会科学文献出版社,2007:136-145.
- [5]李翔,贺芒.角色理论视角下村改居社区居民城市融入困境研究[J].吉林省教育学院学报,2020,36(07):163-166.
- [6]饶常林,常健.我国城市街道办事处管理体制变迁与制度完善[J].中国行政管理,2011(02):85-88.
- [7]刘雪荣,于普林,叶文,等.河北省燕郊社区717名老年人慢性病现况调查[J].中华老年医学杂志,2004(01):43-46.
- [8]罗秀娟,董建成,张志美,等.我国社区卫生服务利用及居民满意度的分析研究[J].中国全科医学,2010,13(25):2790-2793.