

农村基层医疗卫生机构运行中的 新问题及政策建议*

张奎力

【摘要】转变农村基层医疗卫生机构运行机制是缓解农民“看病贵、看病难”的关键，是“保基本、强基层、建机制”的重要抓手和切入点。调查显示，“以药养医”运行旧机制已基本破除，但是“维护公益性、调动积极性、保障可持续”的运行新机制尚未建立起来，农民“看病贵、看病难”问题依然不同程度地存在。农村基层医疗卫生机构改革是一项综合性工程，只有进行综合、系统、全面地改革，才能建立起新的体制机制。因此，推进与基本药物制度相配套的一系列体制机制综合改革，已成为当前十分紧迫的重要任务。

【关键词】农村基层医疗卫生机构 运行机制转变 综合改革

【中图分类号】C91 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1000-2952(2012)05-0141-04

在2010年全国深化医药卫生体制改革工作会议上，国务院深化医药卫生体制改革领导小组组长李克强指出，要把保基本、强基层、建机制作为医改工作重心。这是把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的基本途径。国家发改委主任张平在深化医药卫生体制改革工作报告中强调，医改把强基层作为改革着力点。卫生部副部长刘谦在全国社区卫生综合改革经验交流会上也指出，基层医疗卫生工作是整个医疗卫生体制改革的重要突破口和切入点。基层医疗卫生机构是我国医疗卫生服务体系的网底，也是人民群众健康的守门人，所以加强基层的建设，真正发挥好基层医疗卫生机构的作用意义重大。以往相关资料显示，相对于城市社区，农村基层医疗卫生服务机构的运行状况极为堪忧，其有选择地提供服务和不规范提供服务的行为尤为突出。基于此，我们把研究视角聚焦于农村基层。

种种迹象表明，虽然新医改方案实施两年有余，但农民“看病贵、看病难”问题依然不同程度地存在。缓解农民“看病贵、看病难”重在转变农村基层医疗卫生机构运行机制。迄今为止，全国已有60%以上的政府办基层医疗卫生机构实施了基本药物制度；为确保基本药物制度顺利实施，国务院出台了《关于建立健全基层医

疗卫生机构补偿机制的意见》，转变农村基层医疗卫生机构运行机制已经具备了坚实的制度支撑。如今，转变农村基层医疗卫生机构运行机制已成为缓解农民“看病贵、看病难”的关键，是“保基本、强基层、建机制”的重要抓手和切入点。因此，进行农村基层医疗卫生机构运行机制研究具有强烈的现实意义。

基于上述研究意义和研究的必要性，课题组于2011年5月份选择河南省鲁山县进行了专题调研。鲁山县从2010年3月起开始实施国家基本药物制度，是河南省第一批基本药物制度实施试点县。我们采取典型调查法，从中精心筛选出三个乡镇——马楼乡、张良镇和让河乡，

* 2010年教育部人文社科基金项目“农村医疗卫生公共投入的效率保障机制研究”(项目批准号:10YJC840088);中国博士后科学基金面上资助项目“农村基层医疗卫生机构运行机制研究”(资助编号:20110490519);河南省科技厅软科学项目“河南新型农村社会养老保险试点跟踪研究”(项目编号:112400450006);河南省哲学社会科学规划项目“创新与完善河南省新型农村社会养老保险制度的研究”(项目号:2011BSH002)。

通过问卷调查和深度访谈方法对之展开调查。在了解农村基层医疗卫生机构运行状况的基础上,我们发现自新医改方案、尤其是基本药物制度实施以来,所在调研地区医疗卫生机构的运行机制发生了转变:农民看病有了医疗保障,看病贵问题得到一定程度的缓解,公共卫生服务正在逐步均等化,看病的物理可及性得到增强等等。可以说,以药养医机制已基本破除,但是“维护公益性、调动积极性、保障可持续”的运行新机制尚未建立起来。基层综合改革明显滞后于基本药物制度覆盖面的扩大。如果不采取果断有效措施,扭转机制建设滞后局面,将严重影响医改的深入推进和实际效果。推进与基本药物制度相配套的一系列体制机制综合改革,已成为当前十分紧迫的重要任务。

一、基本药物招标采购尚待规范

基本药物制度实施一年来,农民看病用药负担减轻的程度并不明显。其中一个主要的原因在于基本药物招标采购存在不规范现象,致使基本药品价格没有有效、合理地下降。调查问卷显示,该地招标采购不规范现象较为普遍:10%的被调查对象反映不规范现象很严重和比较严重,57%认为不规范现象一般严重,认为不严重或不存在的为6%和12%。调查中甚至发现乡镇卫生院出现了招标后价格比招标前还要高的现象。马楼乡卫生院院长举例说,“脉络宁”招标之前的价格是79元,招标后反而达到89元。药品招标的对象是药品配送企业,而不是药品生产企业,这是致使招标后药品价格不降反升的主要症结。其次,部分药品存在断供、缺货情况。在被调查对象中,认为药品断供、缺货较为严重的比例为22%,认为有断供、缺货情况但不影响看病用药的为65%,而认为不存在这类情况的为3%。

建立药品招标采购机制是实施基本药物制度的关键环节,它决定着药品价格能否有效降低、药品质量和供应能否得到充分保障。为确保基本药物制度顺利实施,2010年11月,国务院办公厅印发了《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》。其总体思路是:对实施基本药物制度的政府办基层医疗卫生机构使用的基本药物(包括各省、区、市增补品种),实行以省(区、市)为单位集中采购、统一配送;坚持政府主导与市场机制相结合,发挥集中批量采购优势,招标和采购结合,签订购销合同,一次完成采购全过程,最大限度地降低采购成本,促进基本药物生产和供应。安徽省在2010年探索开展网上集中招标采购新模式,目前基本药物招标采购运行情况良好,实现了零投诉。按照国务院文件要求,借鉴安徽省网上集中招标采购模式,一是主要招生产企业。确

定中标企业是责任主体,对药品质量和配送统一负责,可以最大限度地减少流通环节,降低流通费用。二是招采合一、量价挂钩。发挥规模优势,有效降低药品价格和采购成本。三是双信封制。核心是确保质量安全。四是集中支付。政府直接向生产企业支付药款,保障生产企业利益,也杜绝了不正之风的发生。五是全程监控。对中标药品从生产到使用进行全过程、全覆盖检验,将基层用药全部纳入药品监管范围,确保基本药物安全有效。

二、用人制度和考核激励机制尚待建立

调研发现,该县还没有实施竞聘上岗、能进能出、能上能下的用人制度。在马楼乡卫生院在编人员中,退休人员4人,粮食局关系户1人,其余大都是本单位子弟。也就是说,基本都是通过各种社会关系进来的。令该院院长最为头疼的倒不是没有用人自主权,而是“用不动人”。该院长表示,7~8人中真正干活的只有1~2人。用不动人,自己也无能为力。至于考核激励机制,该院长表示一是制订难,二是执行难,因为会牵涉到许多利益纠葛。事实上,该卫生院实行的仍是开单提成,通过开单量来反映工作量的大小以及工资收益的多少。张良镇卫生院院长也反映,该院的考核激励机制是与经济利益挂钩,业务量与工资挂钩。业务量大、服务态度好,医生拥有的病人就多,收入自然就高。多劳多得、优绩、优酬的考核激励机制至今仍停留在纸面上。

按照“坚持公益性、调动积极性、确保可持续”原则要求,使农村基层医疗卫生机构回归公益性,同时又能充分调动起农村基层医疗卫生机构医务人员的积极性,必须进行人事和收入分配制度的改革,同时进行相应的考核和激励机制改革。一是创新人员编制管理。根据农村基层医疗卫生机构的功能和定位,重新核定岗位和编制,实行“定编定岗不定人”,固定的编制流动的人,编制仅作为聘用人员和核定收支、确定政府补助的重要依据。二是建立能上能下、能进能出的用人机制。实现竞争上岗、全员聘用、定期考核,变身份管理为岗位管理,打破铁饭碗,同时采取多种措施妥善安置分流人员。三是建立保障基本、体现绩效的考核分配机制。以服务数量、质量、效果和群众满意度为核心,考核基层医疗机构,与经费补助相挂钩;以岗位绩效和工作业绩为核心,考核医务人员,与个人收入相挂钩。强化绩效考核,拉开骨干医务人员和一般医务人员的收入差距,打破大锅饭。四是核定任务,核定补助,保障机构稳定运行。按照核定任务、核定收支、绩效考核补助的办法核定政府补助,将农村基层医疗卫生机构纳入公共财政补偿体系,

建立起稳定长效的补偿机制，确保农村基层医疗卫生机构正常运转。

三、公共卫生服务的有效性尚不明确

相比于以前大行其道的重治轻防，现在乡镇卫生工作者非常乐意提供公共卫生服务，因为其收入的70%~80%来自于公共卫生服务。乡镇卫生院如今看病不能挣钱了，公共卫生服务很大程度上在反哺医疗。今年，马楼乡成立了公共卫生服务办公室，基本医疗、公共卫生实现了人员、机构分开，但两者经费可以互用。

在利益指挥棒的指导之下，乡镇卫生工作者对待医疗和公共卫生服务的态度发生了一百八十度的转变。这固然不难理解，但却令人担心，以利益为导向的乡镇卫生工作者是否真的会全心全意为农民服务？事实表明我们的担心并非多余。乡镇卫生工作者提供公共卫生服务的有效性尚不明确。据我们之前在江苏、浙江乡镇调研时了解到，不少卫生人员拿到财政补助，却疏于提供公共卫生服务，或者提供服务只是为了应付检查、流于形式。投入的钱怎样转换为有效的服务，还需要政策、机制各方面来完善。首先要赋予农民知情权。也就是说农民对于应该享受到哪些公共卫生服务项目、服务项目实施的时间和频率、服务项目的具体内容等都要做到心中有数。在此基础上，赋予农民监督权。建议每个农户家里配发一张“公共卫生服务卡”。卫生工作者提供服务之后，应在卡上清楚明白地标注在什么时间提供了什么服务等信息，由农民对于服务的效果进行评价，关键点是在卡上应有农民的亲笔签名或印章。以后随着信息化程度的普及，可以由电子卡代替纸质卡。财政拨付的人均基本公共卫生服务经费每年直接打入卡中。慢性病患者、孕产妇、儿童、60岁以上老人等再按相应的标准增加充值额。农民在基层医疗卫生机构刷卡，免费享受规定的公共卫生服务。为了让大家主动地按时享受服务，可以规定年底卡里没用完的充值额自动归零，不能结转到下年使用。实行常规性的绩效考核，每半年或一季度一次。同时采取随机调查的方式，把居民满意度作为考核的重要依据。这样就形成“不服务，得不到钱；服务不好，钱拿不全”的局面，促使公共卫生服务提供者积极主动地提供服务。

四、门诊统筹遭遇尴尬

在乡镇调研中，马楼乡卫生院院长认为，门诊统筹难度大，事实上该制度实施已经失败了。门诊没有实现统筹，实际上还属于个人账户。无法实行门诊统筹的原因在于外围改革没有到位。假如全村共1000口人，每人

交30元，共可以消费30000元，消费时不能超过这30000元。而目前村医的收入多少直接与患者的多少挂钩，无法控制门诊费用。张良镇卫生院院长更是直言不讳地说，门诊统筹是假统筹。关键是农民觉悟低，小农意识浓。农民交30元参保费，他认为这是属于自己的钱，必须把它花掉。比如，今年这里发病率为13%，87%的健康人应该让生病的人使用这些钱。但是农民尚没有这种觉悟，有病没病，在年终前都要去医院把这钱消费掉，结果就造成发病率100%。在与村医的交谈中，他们说上面给配备了电脑，但是读卡器迟迟没发下来，所以农民看门诊时不能实现刷卡即时结算。

门诊统筹之所以在实行中遭遇尴尬，以至于与原有的家庭账户真假难辨，关键还在于政策措施不完善和执行不严格。开展门诊统筹要坚持以下原则：坚持基本保障，重点保障群众负担较重的门诊多发病、慢性病，避免变成福利补偿；坚持社会共济，实现基金调剂使用和待遇公平；坚持依托基层医疗卫生资源，严格控制医疗服务成本，提高基金使用效率。^①以三个坚持为指导，为了给门诊统筹“正名”，首先要积极创造开展门诊统筹的条件，尽快建立门诊电脑收费管理系统、实行乡村卫生服务一体化管理。其次，以“总额预算、分期支付、绩效考核”的方式，向定点医疗机构支付门诊统筹费用，以乡镇为单位由定点医疗机构包干使用，控制定点医疗机构以分解处方的方式增加门诊人次、以开大处方的办法提高单次门诊费用。再次，以户为单位年度封顶，设立单日门诊补偿封顶额（比如乡级单日门诊封顶额12元左右，村级8元左右），控制农民年底集中突击把钱花光的现象。此外，为了进一步提高门诊费用受益水平，调动起大家参合的积极性，参合农民单次门诊费用补偿比例应不低于40%。

五、农民需要健康守护人

调查发现，由于基层医疗机构服务能力及居民卫生服务利用的可及性增强，患者就诊流向发生变化，利用基层医疗卫生机构的比例明显增加。从就诊单位构成来看，到基层卫生机构就诊的比例由2003年的69.5%增加至2008年的73.7%，其中城市由36.6%增加至48.3%，农村由79.3%增加至81.7%。这印证了我们在调研中的发现：患小病往往就近选择基层医疗卫生机构，患大病时更倾向于去县级及县级以上的大医院。但是，患者利用基层医疗卫生机构的比例增加并不意味着对之信任度或者满意度提高

^① 人力资源和社会保障部：《关于普遍开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹有关问题的意见》，人力资源和社会保障部网站，2011/6/10，<http://www.mohrss.gov.cn>。

了。仍有较多的患者(18.4%的门诊病人和15%的住院病人)表示对医生“一般信任”或“不信任”。同时,患者对医疗服务仍有较高比例的不满意(有40.5%的农民对于门诊服务不满意,42.6%的农民对住院服务不满意)。^①

我国基层医疗卫生队伍建设相对滞后。其中表现在人才结构上是全科医生严重缺乏。我们所在的调研地区尚没有制订全科医师培养计划,也没有开展执业医师转岗培训。全国范围内,全科医生只有6万名,只占执业医师总数的3.5%,而国际上通常要占到30%至60%。表现在互动关系上是医患之间的互动是短暂的、临时性的。也就是说只有在生病的情况下才与医生发生联系,没有建立起一个稳固的、长久的互动渠道。我们在调研中常思考这样一个问题:农民看病时的择医行为(往往直奔某个医生看病)与其说该医生医术高超、名望大,不如说病人相对了解该医生、该医生也了解病人的病情。世界卫生组织报告认为,初级卫生保健服务的初始点应从医院及专科医师转移至贴近客户的全科初级保健中心,服务提供者与其所服务的社区人们之间直接、持久的医患关系对于保证服务在不同时间和不同服务机构里的持续性有至关重要的意义。^②因此,我们不仅需要建立看病“守门人”制度,推广社区卫生服务的首诊制和转诊制,引导人们更多地社区卫生服务机构中寻求门诊服务,更为根本和重要的是要建立“健康守护人”制度。倡导巡回医疗、上门服务、主动服务,方便群众看病。一旦条件成熟,便推行家庭签约医生服务。具体做法是乡镇卫生院由三人(一个全科医生、一个护士、一个预防保健人员)组成一个团队,该团队与当地农民在自愿的基础上签署家庭医生服务协议;一个团队负责为五六百人或一个自然村提供24小时电话或上门服务。通过家庭签约医生服务协议,可以建立起稳定的健康管理关系,为农民提供主动、持续、综合的健康管理服务。

New Issues and Policy Recommendations of Rural Community

Medical Institutions Operation

Zhang Kuili

Abstract: The key to relieve “difficulty and high cost in seeking medical services for peasants is to transform rural community medical institutions, and it is also an important handle and breakthrough point for “guaranteeing basic service, strengthening community capability and establishing mechanism”. Survey shows that compensation mechanism for medical institutions by medicine-selling has been roughly eliminated. However, the new operating mechanism of maintaining public-welfare, stimulating enthusiasm and guaranteeing sustainability is not established yet. The issue of “difficulty and high cost in seeking medical services” still exists in different degrees. It is a comprehensive project to reform rural community medical institutions, and only carrying out comprehensive, systematic and complete reform, can new system and mechanism be established. Therefore, it has become an urgent mission to promote a series of comprehensive system and mechanism reforms which are coordinated with basic pharmaceutical reform.

Key words: rural community medical institution; transformation of operating mechanism; comprehensive reform

六、小结

以药养医机制是多年来农村基层医疗卫生机构重要的运行机制。这一机制导致农村基层医疗卫生机构偏离公益性方向。不彻底破除以药养医机制,就难以使农村基层医疗卫生机构回归公益性,难以从体制机制层面解决看病贵、看病难问题。以药养医机制在农村基层医疗卫生机构起着枢纽作用,渗透到其机体的方方面面。^③要转变农村基层医疗卫生机构的运行机制,就必须进行以破除以药养医机制为核心的一系列体制机制的综合性、根本性变革。但是调查发现,一些基层医疗卫生机构只是简单地实行药品零差价销售,没有按照国务院补偿机制文件要求实施综合改革,机构仍旧在原有的体制机制下运行,看病贵、看病难问题没有得到有效破解,农民没有从中得到真正的方便和实惠。安徽省医改经验告诉我们,农村基层医疗卫生机构改革可谓牵一发而动全身,只有进行综合、系统、全面的改革,才能建立起新的体制机制。因此,推进与基本药物制度相配套的一系列体制机制综合改革势在必行。

本文作者:河南农业大学文法学院讲师、中国社会科学院社会学所在站博士后

责任编辑:马光

① 卫生部统计信息中心:《2008中国卫生服务调查研究》,中国协和医科大学出版社2009年版,第9、75页。

② 世界卫生组织:《初级卫生保健:过去重要,现在更重要》,人民卫生出版社2008年版,第53页。

③ 孙志刚:《重塑基层医疗卫生体制机制》,《求是》2010年第14期。