

论农村三级医疗卫生服务网络的组织管理

王禄生* 朱兆芳

卫生部卫生经济研究所 北京 100191

【摘要】本研究通过对部分开展县级医疗卫生机构的横向整合及县乡村三级卫生服务机构纵向合作的地区进行经验总结,结合当前医疗改革的基本要求,提出县乡村三级卫生服务机构组织管理的框架和原则,为全国其他地区加强农村三级卫生网络管理提供参考借鉴。

【关键词】农村卫生;三级卫生服务网络;组织管理

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)04-0044-03

Discussion on organizational management of three tier rural health service system management

WANG Lu-sheng, ZHU Zhao-fang

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

【Abstract】 This study is to summarize the useful experiences of the counties which developed the three tier rural health service system management exploration. Based on the requirement of the health reform, the study brings forward the framework and principle of management on the three tier rural health service system and excepts the policy recommendation could be used for reference by other provinces when developing the rural health system management.

【Key words】 Rural health, Three tier health service system, Organizational management

《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《医改意见》)提出:“深化医药卫生体制改革的总目标是:建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。”同时提出“进一步健全以县级医院为龙头,乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络。”^[1]怎样才能既发挥农村各级医疗卫生机构的功能,又发挥农村三级医疗卫生网络的整体功能,实现一加一大于二的合力,这就需要加强对农村三级医疗卫生服务网络的组织管理,形成对农村卫生服务体系的组织管理制度。

1 关于县级医疗卫生机构横向整合

目前县级医疗机构设置一般按县级医疗、疾病控制、妇幼保健和卫生监督等专业分设;医疗机构又分设为县医院和中医院,有的还有县二院、县三院等;疾病控制机构有的还按重点疾病分设专科防治所,如结核病、地方病、血吸虫病防治所等。县级医

疗卫生机构过细的分专业设置,其结果是机构多,规模小,组织管理成本大,不能形成规模效能,尤其是在人口较少的县域表现的更加突出。

随着新农合的不断推进,县级医疗机构的规模能力不能与农村居民的卫生服务需求相适应,2008年对全国中西部地区县医院调查显示,中西部地区平均每县拥有2.67所县级医疗机构,其中县医院约1.14所,县中医院为0.58所,县妇幼保健院0.95所。县级医院平均服务人口数为39.89万人,多家医疗机构分流的结果是平均每院的服务人口为16.5万人。多家县级医疗机构分流农村医疗服务需求,导致了医疗机构不能形成规模。调查显示,中西部地区县医院平均床位数为245.1张,中医院和妇幼保健院平均床位数仅分别为56.6和29.1张,西部地区平均床位数更少。^[2]床位和规模的分散影响了县级卫生机构综合服务能力的提高,同时增加了医疗机构的管理成本。

《医改意见》提出:“强化区域卫生规划”,“组织

* 基金项目:卫生部政策法规司2008年立项卫生政策研究课题。

作者简介:王禄生,男(1943年-),研究员,卫生部卫生经济研究所副所长,主要研究方向为卫生经济、新型农村合作医疗研究、农村卫生政策研究,Email:wls@nhei.cn。

编制区域卫生规划和医疗机构设置规划,明确医疗机构的数量、规模、布局和功能”,“对不符合规划要求的医疗机构要逐步进行整合”。^[1]县级医疗卫生机构合理设置根本在于制定县域卫生规划,根据县域的人口规模 and 经济发展水平合理规划医疗卫生机构设置,对不合理的机构进行整合,尤其在人口较少的县域不宜设立多个县级医疗机构,公共卫生服务机构也可以根据情况合理整合。

重庆市万州区由于行政区划的改变,2005 年将四个县级疾病控制机构和妇幼保健机构分别整合为一个机构,在 170 万人口的区域运行良好,减少了管理机构和管理人员,降低了管理成本,取得了较好的效果。浙江舟山市普陀区为满足地区社会经济发展对综合医院的需要,将区医院和中医院合并,整合了区级医疗资源,提高了医疗服务水平,提高了资源利用率,满足了地区发展的需要,取得了较好效果,但中医院的整合面临着政策上的障碍。

当然县级卫生资源有效利用也可以采取合作等更加灵活的方式,如大型医疗设备共建共享,检查结果互认等。医疗机构与公共卫生服务机构之间要逐步拟合医与防截然分离的局面,如医疗机构也应结合临床诊治开展健康教育,慢性病防治,承担一定的公共卫生服务任务等,实现防治结合。

2 关于县乡医疗卫生机构纵向合作

《医改意见》明确指出“县级医院作为县域内的医疗卫生中心,主要负责基本医疗服务及危重急症病人的抢救,并承担对乡镇卫生院、村卫生室的业务指导和卫生人员的进修培训。”^[1]早在 2002 年《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》(中发[2002]13 号)文件中提出“鼓励县、乡、村卫生机构开展纵向合作业务,提高农村卫生服务网络整体功能。”^[3]

全国大多地区的县级疾病控制和妇幼保健机构与乡镇卫生院之间,通过开展预防保健服务在业务上已经建立了较为稳定的密切联系机制,并能对卫生院给予业务指导。但县级医疗机构与乡镇卫生院之间虽然政策上要求县承担对乡的业务指导和帮扶,但尚未建立起稳定地纵向业务指导和帮扶机制,县乡纵向合作还面临着诸多问题,如县级医疗机构缺乏动力,双向转诊上转容易下转难,县乡医技检查的“一单通”难以实现等,有的甚至还在无序竞争。

近年来,有些地区在县级医疗机构对乡镇卫生

院的纵向合作方面开展了有益的探索。如山东胶南市实行的市、镇、村一体化管理,通过用人、分配、整改、建制和监管等决策权的改革,取得了提高服务能力和服务质量的成效。又如黑龙江省的龙江县通过县级医院对卫生院的托管,提高了服务能力,改变了卫生院人不敷出,濒临倒闭的困境。这些改革探索的共同特点:(1)改革目的都在于帮助乡镇卫生院提高服务能力和服务质量,提高管理水平;(2)不改变乡镇卫生院的业务功能、机构性质、法人地位、产权和财务独立核算;(3)既明确县级医疗机构的帮扶责任,又赋予县级医疗机构对卫生院的人员使用、绩效分配、整改建制和监督管理的权力;(4)取得了一定效果,建立起了县与乡的稳定帮扶机制。

当然县乡医疗机构纵向合作的改革探索还面临着诸多值得讨论的问题,我们应该以《医改意见》为指导,正确把握改革方向,保证乡镇卫生院的基层卫生机构性质和综合服务功能不变,保证卫生院的公共卫生服务功能不弱化,保证法人地位和产权不变,保证卫生院利益不受损害。

3 关于乡村卫生机构一体化管理

《医改意见》指出:“乡镇卫生院负责提供公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗等综合服务,并承担对村卫生室的业务管理和技术指导;村卫生室承担行政村的公共卫生服务及一般病的诊治等工作。有条件的农村实行乡村一体化管理。”

长期以来农村卫生服务体系存在的突出问题就是村卫生室缺乏管理,医疗用药行为不规范,服务质量差、收费行为不规范等。为加强村卫生室的管理,早在 1983 年山西省黎城县南泉公社就对所属村级卫生组织实行了六统一管理(统一领导、统一承包任务、统一调拨药品、统一调配赤脚医生、统一赤脚医生的待遇、统一核算)。各地乡村一体化管理的探索和研究逐渐得到了政府部门的肯定和支持,1999 年卫生部首次以基妇司文号印发了《关于进一步规范和积极稳妥的推行乡(镇)村卫生组织一体化管理的几点意见》。^[4]此后在有关农村卫生改革与发展的重要文件中几乎都强调了乡村一体化管理。

近年来,全国各地普遍开展了乡村一体化管理方面的尝试,内容基本包括人员、业务、财务、政务和药品等五个方面。根据各地乡村一体化管理内容和

管理程度的不同,大体可将一体化管理分为低度、中

(转 58 页)