

澳大利亚农村和边远地区分级及其在卫生政策中的应用

李颖* 田疆 张宏 张光鹏

卫生部人才交流服务中心 北京 100097

【摘要】农村和边远地区卫生人力资源严重缺乏是一个全球性的危机。面对千差万别的区域环境,要制定有效的引导卫生人才向农村基层和艰苦边远地区的流动政策,必须了解不同地区的差异,才能用适当的经济杠杆和倾斜政策来撬动医务人员选择择业地点的意愿。澳大利亚政府自1994年开始对地区进行分级,打破行政区划的限制,把地理位置、人口密度和卫生服务可及性等情况相似的地区归为一类,并将边远地区分级标准作为一系列边远地区卫生人力建设项目依据,保证到边远地区工作的卫生人员,可以得到更多的报酬与补助。本文介绍了澳大利亚边远地区分级标准及其在引导卫生人才流动政策中作用,并探讨了其对我国的借鉴意义。

【关键词】澳大利亚;边远地区分级标准;农村卫生人力;政策制定

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.09.013

Introduction of Australian standard geographic classification and its function in health policy

LI Ying, TIAN Jiang, ZHANG Hong, ZHANG Guang-peng

Health Human Resources Development Center, Ministry of Health, Beijing 100097, China

【Abstract】 Severe shortage of well-trained health personnel in rural and remote areas is a global crisis. With various social and economic factors among areas, policy makers should make clear the regional disparities to develop effective measures to attract and retain health personnel in rural and remote areas by economic levers and preferential policies. Since 1994 the Australian government has begun to adopt the Australian Standard Geographic Classification-Remoteness Areas Systems(ASGC-RA). Instead of administrative division, ASGC-RA classifies different areas according to geographical position, population density and health service access. Australian government develops its health personnel system in remote areas basing on ASGC-RA. And the system decides that people who work for remote areas will get a greater reward. This article introduced ASGC-RA and its function in health policies, as well as explored its reference for Chinese health policy making.

【Key words】 Australia; Australian standard geographic classification-rural areas system; Rural health workforce; Policy making

卫生人才的短缺、流失、分布不均和结构失衡等是一个全球性的问题,许多国家和地区都面临着卫生人才(尤其是医生)地区分布不均的难题。^[1]就全球范围而言,占总人口50%的农村人口只拥有38%的护理人力和24%的医师。^[2]医疗卫生资源分布不均衡,农村和边远地区卫生人力资源严重缺乏,不仅是发展中国家独有的问题,也是发达国家所面临的困难。在加拿大,拥有99.8%国土面积和21%人口

的农村地区只拥有9.4%的医生(包括2.4%的专科医生和16%的家庭医生)。^[3]澳大利亚拥有约1/3人口的农村和边远地区每千人口拥有的医务人员数量不到大城市的一半。^[4]2008年在首届全球卫生人力资源论坛上,来自全球的1500多名卫生领导者共同发表了《坎帕拉宣言》,表明要“保证提供足够的激励措施,创造有利和安全的环境,促进卫生人力的平衡配置和稳定性”。^[5]与我国一样,很多

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目资助课题(编号:HSS12和HSS904)。

作者简介:李颖,女(1980年-),助理研究员,主要研究方向为卫生人力资源。E-mail: liying@moh.gov.cn

国家都采取了一系列的政策措施来吸引和留用卫生人才到农村和边远地区工作,但其中成功的范例甚少,各国面临的最大挑战就是地区发展的不平衡和卫生人才“下不去”和“留不住”。

自 1994 年以来,澳大利亚政府开始对地区进行分级,打破行政区划的限制,把在地理位置、人口密度和卫生服务可及性等方面相似的地区归为一类。通过比较不同地区之间卫生服务可及性和社会福利指标的差距,促进政府合理调配资源、针对不同类型的地区采取不同的政策措施。这一做法在鼓励、引导和稳定卫生专业技术人员到农村和边远地区工作上起到了非常积极地作用。^[4] 本文根据 2010 年 5 月澳大利亚农村卫生人力资源管理考察收获,结合文献综述,介绍了澳大利亚边远地区分级标准及其在引导卫生人才流动政策中的作用,并探讨了其对我国的借鉴意义。

1 澳大利亚边远地区分级标准介绍

1.1 2010 年 7 月前主要采用的边远地区分级标准

由于原有区域划分标准不能充分满足政府了解欠发达地区的卫生需求和服务可及性的需要,1994 年澳大利亚卫生与老龄部的前身——澳大利亚公共事业和卫生部在澳大利亚统计局的协助下,制定了最初的澳大利亚边远地区分级标准——“农村、边远地区和大城市分级标准”(The Rural, Remote and Metropolitan Areas classification, RRMA)。^[6] 该标准根据 1991 年人口普查获得的人口密度、与不同类型中心城区的直线距离、地区之间的距离等指标将每一个“局部统计区域”(澳大利亚地理划分的最小单位, Statistical Local Area, SLA)分为 7 类,包括两类大城市、三类农村地区 and 两类边远地区。在 2010 年 7 月之前,澳大利亚与农村和边远地区相关的卫生项目大多数都是在该标准的基础上制定的。从 1994 年至今,边远地区分级标准经过几次改进,已发展成为澳大利亚通用的公共政策制定和实施的依据。

1.2 2010 年 7 月 1 日后启用的新边远地区分级标准

从 2010 年 7 月 1 日开始,澳大利亚卫生与老龄部将启用新的标准,“澳大利亚边远地区分级标准”(Australian Standard Geographic Classification-Remote-

ness Areas Systems, ASGC-RA),该标准将澳大利亚划分为 5 类地区:大城市(RA1)、中心地区(RA2)、外围地区(RA3)、边远地区(RA4)和非常边远地区(RA5)。^[7] 所有与农村和边远地区相关的卫生项目都将以此为基础,“保证到越边远地区工作的卫生人员,可以得到越多的报酬与补助”。

ASGC-RA 标准是在由阿德雷德大学制定的“澳大利亚可及性/偏远指数”(Accessibility/Remoteness Index of Australia, ARIA)^[8]的基础上,根据 2006 年人口普查得到的人口密度、物资和各类服务的可及性,以及社会互动的程度等指标制定的。ARIA 指数的确定借助了地理资讯系统(Geographic Information System, GIS)技术来测量一个居民点与距离最近的中心城区的道路距离。其特点是测量道路距离而不是直线距离,与 RRMA 同时考虑人口密度和距离不同,它是一个比较清晰的地理距离指标,使用者可以根据不同的目的来定义中心城区。

1.3 澳大利亚边远地区分级标准的特点

一是由卫生部门率先制定,逐步发展成通用工具。二是已成为政府制定针对农村和边远地区卫生政策的依据。三是澳大利亚所有地区都可以方便地查到对应的地区分级。

2 分级标准在卫生人才流动和稳定政策中的应用

2008 年 4 月 30 日,澳大利亚卫生与老龄部应首相的要求开展调研并发布了《农村和区域卫生人力资源审计报告》,指出澳大利亚农村和边远地区卫生人力的供需严重失衡。为加强农村和边远地区卫生队伍建设,澳大利亚政府于 2009 年 6 月新增设了土著与农村卫生部长一职。2009 年,澳大利亚卫生与老龄部对以往采取的边远地区分级标准和 60 多个由政府出资的农村卫生项目进行了评估和调整,形成了新的“澳大利亚农村卫生人力发展策略”^[9],并于 2010 年 7 月开始正式实施。该农村卫生人力发展策略涉及卫生服务可及性、硬件设施、农村卫生人才队伍建设(包括招募、留用、配置、教育培训等管理环节)、卫生政策制定等各方面的内容,其最大的亮点

就是政府将统一采用“澳大利亚边远地区分级标准”(ASGC-RA)作为一系列边远地区卫生人力建设项目的依据,并根据地区分类对各项经济和非经济优惠政策进行细分,鼓励和吸引更多的卫生专业技术人才到卫生人力缺乏的农村和边远地区工作。

在“澳大利亚农村卫生人力发展策略”中应用了新 ASGC-RA 分级标准的项目包括:

(1) 农村全科医生激励计划 (General Practice Rural Incentive Program, GPRIP)。根据该计划,从级别越低地区(大城市)自愿到级别越高地区(非常边远地区)工作的全科医生,在得到相关部门的认可后,可根据流出地和流入地的不同级别,在新地点执业满一年后获得 15 000 澳元 ~ 120 000 澳元不等的安置费用,安置费在工作第一年底和第二年底分两次发放(表 1)。

表 1 根据流动地区级别差异可获得的一次性安置费(澳元)

流出地区类别	流入地区类别			
	RA2 (中心地区)	RA3 (外围地区)	RA4 (边远地区)	RA5 (非常边远地区)
RA1 (大城市)	15 000	30 000	60 000	120 000
RA2 (中心地区)	-	15 000	30 000	60 000
RA3 (外围地区)	-	-	15 000	30 000
RA4 (边远地区)	-	-	-	15 000

此外,如在 RA2—RA5 地区工作的全科医生的临床工作量(以医疗保险支付费用计算)达到政府规定的最低要求,可根据留用的年限、执业地区的类别,每年获得 2 500 澳元 ~ 47 000 澳元不等的工作津贴(表 2)。

表 2 根据执业地点类别全科医生可申请获得的年度工作津贴(澳元)

执业地点类别	在当地执业时间				
	0.5 年	1 年	2 年	3~4 年	5 年及以上
RA2(中心地区)	-	2 500	4 500	7 500	12 000
RA3(外围地区)	4 000	6 000	8 000	13 000	18 000
RA4(边远地区)	5 500	8 000	13 000	18 000	27 000
RA5(非常边远地区)	8 000	13 000	18 000	27 000	47 000

为鼓励住院医师到农村和边远地区接受规范化

培训,澳大利亚的住院医师可根据接受培训地点和接受培训时限向政府申请 2 500 澳元 ~ 47 000 澳元不等的工作津贴(表 3)。值得一提的是,这些安置费用和工作津贴都是免税的。

表 3 根据培训地点类别住院医师可申请获得的年度工作津贴(澳元)

接受培训地点地区类别	接受培训的时间				
	0.5 年	1 年	2 年	3~4 年	5 年及以上
部分 RA1 地区 (大城市)	-	2 500	4 500	7 500	12 000
RA2(中心地区)	-	2 500	4 500	7 500	12 000
RA3(外围地区)	4 000	6 000	8 000	13 000	18 000
RA4(边远地区)	5 500	8 000	13 000	18 000	27 000
RA5(非常边远地区)	8 000	13 000	18 000	27 000	47 000

(2) 海外医生和医学毕业生工作受限制年限变化。1997 年澳大利亚一项法案规定,到澳大利亚执业的海外医生及医学毕业生需接受十年的执业地点和医疗保险报销补偿范围的限制,并需到卫生人力匮乏的地区服务一定期限。配合“边远地区地理分级标准”,到边远地区工作的海外医生的受限制工作年限将可以适当缩短(非常边远地区 5 年,边远地区 6 年,外围地区 7 年,中心地区 9 年,大城市 10 年)。

(3) 定向培养医学生学费返还年限变化。以往与医学院校签订合同定向免费培养的医学生需要到合同地点工作五年后才能返还学费。配合“边远地区地理分级标准”,到边远地区工作的医学生的学费返还年限将可以适当缩短(非常边远地区 2 年,边远地区 3 年,外围地区 4 年,中心地区 5 年,大城市不返还学费)。

(4) 农村地区医生临时代班计划(National Rural Locums Program)。为使在农村及边远地区工作的医生获得足够的时间休假和进修学习,一项新的“农村地区医生临时代班计划”即将启动,通过短期雇佣其他地区的医生临时代班,使在农村及边远地区工作的医生获得足够的时间进行休息和能力提高。配合“边远地区地理分级标准”,自愿到 RA2—RA5 地区临时代班并获批的全科医生、产科医生和麻醉医生,可根据所到工作地点的类别,获得金额不等的临时代理费用和差旅费用。

(5) 医学生到农村工作奖学金项目(Medical Rural Bonded Scholarships)。该项目意在鼓励医学毕业生到农村和边远地区工作,参与该项目的医学生,

每年将获得 23 686 澳元的奖学金,但毕业之后必须到农村或边远地区连续工作 6 年。配合“边远地区地理分级标准”,医学生工作的期限进行相应的缩减,其中去非常边远地区的,工作时限可以缩减 50%,边远地区的可以缩减 40%,外围地区的可以缩减 30%,中心地区缩减 10%,大城市则不允许缩减。

3 对我国的借鉴意义

在我国,卫生人力的城乡和地区分布失衡的问题同样存在,47%的城市人口占有 67%的卫生人力资源,城乡卫生人员素质差异更大,乡镇卫生院无专业学历比例高达 18.5%。^[10]卫生人力资源地区发展不均衡,西部地区和农村卫生队伍流失严重、整体素质较东部地区和城市低等问题日益突出,严重影响了区域、城乡卫生事业的协调发展。党和国家也高度重视这一问题,《国家中长期人才发展规划纲要(2010—2020 年)》专门将实施引导人才向农村基层和艰苦边远地区流动政策列为未来十年国家的十项重大人才政策之一,并提出了相应的人才支持计划。就卫生人才而言,温总理在 2008 年政府工作报告中明确指出“支持卫生事业改革和发展,重点要向农村和基层倾斜,要鼓励高素质人才到基层服务。为使卫生人才资源配置趋于合理,需加强对卫生人才流动的宏观调控,并亟需强有力的政策措施进行引导”。

澳大利亚卫生与老龄部细化地区划分标准,形成全国性的标准和规范,并作为一系列边远地区卫生人力建设项目依据,在本文提到的五个应用地区分级标准的卫生项目中体现出以下几个特点:

一是不同地区补助和优惠政策的差别较大。例如,到非常边远地区工作享受的补助和优惠较有吸引力。如果一个全科医师选择到非常边远地区工作,可以得到最高 12 万澳元的一次性安置费和每年 4.7 万的额外工作津贴,而且这些补助都是免税的。据澳大利亚统计局数据,2009 年澳大利亚平均家庭年收入为税前 6.7 万澳元,收入最高的首都直辖区平均家庭年收入也不过税前 9.1 万澳元。^[11]

二是政策制定考虑全面、操作性强。(1)流动政策涉及的对象广泛,包括医学生、住院医师、全科医师、海外医师和边远地区需要的产科、麻醉科专科医师等。(2)地区分级标准已成为全国性的标准,所有

涉及农村和边远地区的卫生政策都采用同一标准,既便于政府操作,也便于提高医务人员对相关政策的认知和了解。(3)为避免标准更换使某些地区医生的既得利益受到损害,澳大利亚卫生与老龄部还专门提出了“过渡政策”——即原有地区等级发生变化,导致补助减少的医生,可以申请延续以前的补助标准三年。(4)设定工作量最低标准,避免出工不出力。在农村和边远地区工作的相关医务人员都可以申请相应的补助,但资格需得到专门部门的审核,而且临床工作量(以医疗保险支付费用计算)需达到政府规定的最低要求。

以上做法值得我国借鉴。第一,为制定有针对性和强有力的区域卫生政策和卫生人才流动引导政策措施,我国卫生部门可学习澳洲经验,率先在国内建立地区分类标准。虽然区域政策在中国一直存在,但中国并没有统一的区域划分,政府在不同的时期基于不同的目的会划分出不同的区域。从 1986 年“七五”计划的东、中、西三大地带划分,到“八五”计划的沿海地区、内陆地区、少数民族地区和贫困地区,再到 2005 提出的东部、中部、西部、东北四大板块划分。卫生倾斜政策的制定通常也是基于这些较粗线条的划分,向中、西部地区、民族地区和农村倾斜。我国幅员辽阔,大陆地区有 31 个省区市和 333 个地级地区,由于自然条件、经济和社会发展水平存在较大的差异,区域经济发展仍明显不平衡。其实测量区域差异的方法很多,例如城市化不平衡指数、城市化水平区位商、基尼系数 Gini、泰尔指数 Theil,地理集中指数 G 等^[12],如果能综合考虑多方因素建立我国的农村和边远地区分级标准,无疑对我国制定卫生政策,引导卫生人才合理流动起到积极地作用。

第二,为使卫生人才资源配置趋于合理,应出台更全面、更有力的卫生人才流动宏观调控政策,确保高素质人才下得去,留得住。目前,我国在做好农村卫生队伍的培养、吸引、使用和稳定等环节上不断探索新的途径,想了很多办法,采取了不少措施,也取得了一定的成效。单就“吸引”环节来讲,一是初步建立了城市医师晋升高职称前到农村累计服务一年的制度;二是实施了“万名医师支援农村卫生工程”,组织城市卫生机构的医务人员到县医院和乡镇卫生院提供医疗卫生服务、开展人员培训和技术指

导等;三是开展“三支一扶”工作,鼓励和吸引医学院校毕业生到农村“支医”2~3年;四是开展乡镇卫生院招聘执业医师试点工作,吸引一批有经验的执业(助理)医师到乡镇卫生院工作。但相比之下,澳大利亚的农村卫生人力流动政策和人才项目考虑更全面,优惠力度和吸引人才的力度更大,值得我国借鉴。

参 考 文 献

[1] 卫生部人才交流服务中心翻译. 卫生人力资源战胜危机 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2007.

[2] World Health Organization. The World Health Report 2006-Working Together for Health[R]. 2006.

[3] Pong R W, Pitblado J R. Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where[M]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2005.

[4] Australian Government Department of Health and Ageing. Report on the Audit of Health Workforce in Rural and Regional Australia[R]. 2008.

[5] Kampala Declaration on fair and sustainable health financing [R]. Kampala: World Health Organization Country Office in Uganda, 2006.

[6] Rural, Remote and Metropolitan Areas[EB/OL]. [2010-

06-10]. <http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/work-RRMA>.

[7] McGrail M, Humphreys H. The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access[J]. BMC Health Services Research 2009, 9: 124.

[8] Measuring remoteness: Accessibility/Remoteness Index of Australia (ARIA) [R]. Occasional Papers: New Series Number 14, 2001.

[9] Rural Health Workforce Strategy[EB/OL]. [2010-06-10]. <http://www.health.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/program-RuralHealthWorkforceStrategy-lp>.

[10] 卫生部人事司, 卫生部统计信息中心. 2006年中国卫生人力报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2007.

[11] Australian Bureau of Statistics. Household Income and Income Distribution, Australia, 2007-08 [EB/OL]. (2009-08-20) [2010-03-28]. <http://www.abs.gov.au>.

[12] 张立. 1980年代以来我国区域城市化差异的演变[J]. 城市规划, 2010, 34(5): 9-17.

[收稿日期:2010-06-21 修回日期:2010-07-19]
(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发售,每期 64 页,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670