

基本药物制度下村医收入的补偿渠道研究

苗艳青* 王禄生

卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】通过对江苏吴江等 7 个区县的典型调查,分析了在实行基本药物制度前后村医收入总量和收入结构的变化。研究结果显示:实行基本药物制度后,总体而言,7 个调查地区村医的收入有所提高,但是由于实行基本药物制度之前,村医收入数据通过村医自报获得,因此村医收入增加存在一定“假象”;村医收入结构由原来以药品收入为主转变为以政府补助为主;与相近行业收入相比,村医收入水平仍然很低。为此,提出实行基本药物制度后,村医收入应由以下三条补偿渠道构成:基本公共卫生服务补助渠道、一般诊疗费和政府财政兜底。

【关键词】基本药物制度;村医;收入;补偿

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.09.008

Study on compensatory channels of village doctor's income under the essential medicines system

MIAO Yan-qing, WANG Lu-sheng

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

【Abstract】The paper analyzed that the change of village doctor's overall income and structure before and after implementing national essential medicines system. The result showed that there was a significant increase about village doctor's income, but which maybe be an illusion because the data of village doctor's income was based on self-reported from village doctor before implementing national essential medicines system. Secondly, income structure was from a medicine-dominated to a subsidy-dominated. Thirdly, village doctor's income still lower than other similar industries. The conclusion was village doctor's income should be consist of three compensatory channels that were basic public health service subsidy, basic medical user fee and financial subsidy.

【Key words】Essential medicines system; Village doctor; Income; Compensation

目前,在落实了基本药物制度的地区,政府已经将村医补助纳入了地方财政预算。村医补助从无到有,实现了一个质的飞跃。另外,基本公共卫生服务均等化,也是我国这次医改的重点任务之一。要实现人人都享有基本公共卫生服务的目标,当然离不开村卫生室和村医的配合。而且,在农村,村卫生室和村医是承担基本公共卫生服务工作的主力军。由 2010 年卫生部医改工作进展监测结果可知,全国人均基本公共卫生服务经费补助标准为 17.4 元^[1],可见,村卫生室在承担基本公共卫生服务中将有一部分固定的经费补助,这对于村卫生室和村医收入的

提高可谓是一种新机遇。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本文使用的数据是 2010 年在江苏、安徽、陕西、重庆、贵州开展的关于村卫生室实行基本药物零差率的调查。每个省选择 1~2 个县,调查其卫生局、乡镇卫生院和村卫生室。最后选择了江苏吴江市和南京市浦口区、安徽庐江县和长丰县、重庆黔江区、贵州开阳县和陕西旬邑县共 7 个区县(表 1)。所使用的数据包括村医的收入情况和实施基本药物制度

* 基金项目:卫生部政策法规司资助课题

作者简介:苗艳青,女(1979 年—),博士,副研究员,主要研究方向为卫生经济和医疗保障制度。E-mail:miaopku@gmail.com

后收入结构的变化;实行基本药物制度后村卫生室或村医获得的补偿额和补偿渠道;其他相近行业的收入情况或者来自于调查地区乡镇卫生院相关人员的访谈获得,或者来自文献研究。

表1 调查地区基本情况

地区	村医数(人)	每个村卫生室村医数(人)	每个村医服务人口数(人)	财政支出(亿元)	农民人均纯收入(元)
苏州市吴江市	580	2.51	610.05	132.93	13 600
南京市浦口区	220	2.62	925.31	56.08	9 920
合肥市长丰县	512	2.63	1 288.03	14.93	5 185
巢湖市庐江县	944	4.29	1 075.54	18.50	4 925
重庆市黔江区	158	0.98	2 170.67	22.02	3 750
贵阳市开阳县	570	1.76	633.68	10.31	4 808
咸阳市旬邑县	239	1.24	1 068.67	6.49	3 580

1.2 研究方法

本文使用的研究方法是对比分析法。分为两个层次:一是纵向对比,主要是对比分析实行基本药物制度前后村医的收入水平和收入结构;二是横向对比,主要对比分析实行基本药物制度后村医的收入水平与相近行业收入水平。

2 结果

2.1 基本药物制度实施前后村医收入变化分析

2.1.1 收入水平变化

表2显示,在实行基本药物制度之前,调查地区村医收入水平差别不大,除了江苏浦口区,其他地区村医的收入基本维持在每个月1 500元左右。实行基本药物制度后,调查地区村医收入变化非常明显,总体而言,调查地区实行基本药物制度之后,村医收入提高了24.28%。尤其是江苏吴江市,村医收入比实行基本药物制度之前提高了98.81%;其次是安徽长丰县、重庆黔江区和贵州开阳县,村医收入分别提高了24.57%、27.74%和27.68%;对于江苏浦口区和陕西旬邑县而言,村医收入变化不太明显,只有略微的升降。从表2中还可以看出,村医收入的变化情况与当地的经济实力有很高的相关性。人均财政支出代表了地方的经济实力。通过对各调查地区财

政支出的分析发现,东部的吴江市和浦口区的人均财政支出都在1万元以上,西部的三个区县财政支出都在2 000元以上,而中部两个县财政支出分别只有1 555元和1 899元。由于财政支出的差别很大,因此,村医收入水平差别也非常明显。经济水平越高的地区,村医收入水平越高,吴江和浦口区的经济水平最高,村医收入也最高;庐江的经济水平最低,村医收入也最低。

表2 调查地区基本药物制度实施前后村医收入比较

地区	人均财政支出(元)	村医月收入(元)		变化率(%)	
		实行前	实行后		
东部	苏州市吴江市	16 714	1 447.00	2 876.74	98.81
	南京市浦口区	10 221	2 400.00	2 208.30	-7.99
中部	合肥市长丰县	18 99	1 314.95	1 637.97	24.57
	巢湖市庐江县	1 555	1 141.60	1 313.16	15.03
西部	重庆市黔江区	4 221	1 269.00	1 621.00	27.74
	贵阳市开阳县	2 455	1 148.73	1 466.72	27.68
	咸阳市旬邑县	2 305	1 666.25	1 785.48	7.15
平均	—	1 483.90	1 844.20	24.28	

2.1.2 收入结构变化:以重庆黔江区为例

鉴于篇幅关系,本文以重庆黔江区为例说明基本药物制度改革前后村医收入结构的变化。

基本药物制度实行之前,黔江区村医的收入由以下构成:(1)每人每月承担公共卫生补助120~150元;(2)从药品中获得的收入:次均费用×人次×利润率=11×9×30×20%=594元;(3)从诊疗收入中获得的收入:次均费用×人次=2×9×30=540,共计:1 269元。

实行基本药物零差率后:(1)每人每月承担基本公共卫生补助400元;(2)零差率补助(平均):633元;(3)医疗收入:(输液费5.5元+诊疗费1元+注射费2元)/3=2.8元,2.8×7×30=588,共计:1 621元。

从收入结构看,实行基本药物制度之前,村医收入主要由药品收入和医疗收入两部分构成,两部分占了村医收入的近90%;实行之后,村医的收入结构主要以政府财政补助为主,基本公共卫生补助和基本药物制度补助占到了村医全部收入的68.27%(表3)。

表 3 基本药物制度实施前后黔江区村医收入结构变化

项 目	实行前		实行后	
	绝对值(元)	占比(%)	绝对值(元)	占比(%)
基本公共卫生补助	120 ~ 150	10.64	400	24.68
基本药物制度补助	—	—	633	39.05
药品收入	594	46.81	—	—
医疗收入	540	42.55	588	36.27
村医月平均收入	1 269	—	1 621	—

2.2 基本药物制度实施以后村医与相近行业收入的对比分析

关于村医的收入水平到底应该达到多少,这与村医的身份和定位息息相关。目前,普遍的观点是村医是具有一定技术的农民,即村医的职业是卫生技术人员,身份是农民。为此,村医收入应该与农村小学教师的收入水平基本一致。持有这种观点的学者认为,村医与民办教师同生于 20 世纪 50 年代,是社会各界公认的农村“孪生兄弟”。但随着农村改革与社会变迁,这对“孪生兄弟”却有着截然不同的身份和命运,民办教师根据国家相关政策已经转为正式教师,有相应的技术职称和财政拨付工资。但与民办教师情况大致相当的村医却没有同等待遇。

2.2.1 村医与农村小学教师收入比较

表 4 显示,调查地区村医收入与当地农村小学教师相比,差距非常明显,差距最大的是吴江市,据了解,吴江市农村小学教师年收入是 7 万元,平均每

月 5 833 元,而当地的村医年收入是 3.5 万元,平均每月是 2 876.74 元,村医收入仅仅是农村小学教师的一半,有的甚至一半都不到。不过,安徽庐江县和长丰县村医与小学教师的收入差距不是非常明显,村医收入是小学教师收入的 80% 左右。从地区看,东部差距最大,西部次之,而中部差距最小,平均而言,村医收入不及农村小学教师收入的三分之二。

2.2.2 村医与乡镇卫生院卫生技术人员收入比较

关于村医的身份和定位问题,还有另外一种观点,即村医是村级卫生技术人员。持有这种观点的学者认为,当前大多数村医都是正规大中专院校毕业的,或者是已经经过再培训后获得学历的人员,而且有些已经考取了执业(助理)医师,在医疗技术方面与乡镇卫生院一般的技术人员差别不大。只是他们的工作地点不同,在其他方面并没有明显的差距,为此,村医收入应该等同于乡镇卫生院医务人员的平均收入。

表 5 显示,卫生院医生的月收入明显高于村医,而且卫生院医生的收入与之前农村小学教师的收入基本一致,略微低于农村小学教师的工资。具体而言,吴江和开阳村医的收入都只是卫生院医生收入的一半左右。庐江、黔江和旬邑村医的收入平均是卫生院医生的三分之二,长丰县村医的收入超过了卫生院医生。平均而言,调查地区村医的收入是当地卫生院医生收入的三分之二。

表 4 村医与农村小学教师收入对比

	东部		中部			西部		平均
	吴江	浦口	长丰	庐江	黔江	开阳	旬邑	
农村小学教师月收入(元)	5 833	4 166	2 000	1 700	2 400	3 000	2 500	3 085.57
村医月收入(元)	2 876.74	2 208.3	1 637.97	1 313.16	1 621	1 466.72	1 785.48	1 844.3
村医收入/教师收入	0.49	0.53	0.82	0.77	0.68	0.49	0.71	0.60

注:小学教师工资是通过访谈得到的,并非精确的工资。

表 5 村医与乡镇卫生院医生收入比较

	东部		中部			西部		平均
	吴江	浦口	长丰	庐江	黔江	开阳	旬邑	
卫生院医生月收入(元)	5 833	3 333.33	1 600	2 000	2 574	3 000	2 629	2 995.62
村医月收入(元)	2 876.74	2 208.3	1 637.97	1 313.16	1 621	1 466.72	1 785.48	1 844.3
村医收入/卫生院医生收入	0.49	0.66	1.02	0.66	0.63	0.49	0.68	0.62

注:吴江市、旬邑县和黔江区卫生院医生的工资是通过卫生院的工资表获得的,其他区县卫生院医生的工资是通过访谈得到的。

2.2.3 村医和外出打工农民工收入比较

从表6的结果可以看出,村医平均月收入与全国外出打工农民的月均工资水平基本一致。^[2]进一步分析了建筑行业部分工种的月收入^[3],并与村医当前的收入进行比较后发现,建筑行业农民工月平均工资为3 550元。这与村医的月工资差距非常大,几乎是村医月收入的2倍。可见,年龄偏小的村医选择当村医的机会成本非常高。在庐江县的调查过程中也发现,2009有1 008名村医,2010年只有826名,一年内减少了18.05%。

2.2.4 村医与村干部收入比较

表7显示,村医月均收入是当地村干部的1.08倍,即当前村医收入与主职村干部的收入水平基本一致。按地区而言,东部地区,村医的月收入不及村干部,吴江和浦口区村医收入分别是当地村干部收入的85%和89%;中部地区,村医的月收入与当地村干部的收入基本持平;西部地区村医的月收入要高于村干部收入,村医收入是村干部收入的1.36倍。

通过与上述四个行业收入水平对比,除了村干部外,村医收入都不及其他行业的工资水平,尤其是与外出打工农民工相比,村医的收入水平偏低。从经济学理论出发,人人都会理性选择,如果村医

的收入继续保持低水平状况和缺乏相应的福利待遇,那么将会严重威胁到村医队伍的稳定和发展,进而会降低农村居民的卫生服务可及性。

3 结论

第一,与实行基本药物制度之前相比,调查地区村医的收入水平平均提高了24.28%,不过存在一定“假象”。实行基本药物制度之前,调查地区村医的收入水平总体偏低,平均只有1 483.93元/月,而实行基本药物制度后,村医收入平均达到了1 844.3元/月。不过,基本药物制度实行之前的村医收入采取的是自报方式,倾向于低报自己的收入。

第二,村医收入低于农村小学教师、卫生院卫技人员和外出打工建筑农民工。与农村小学教师相比,村医收入只是小学教师收入的60.74%;与乡镇卫生院医生相比,村医收入也只有卫生院医生收入的62.57%;与建筑行业技术工种农民工相比,村医收入只是这些农民工的52.80%,尤其是庐江县村医的收入只有建筑行业技术工种农民工收入的36.99%。根据经济学理论,资源总是自动流向利润率高的行业,因此,年轻村医转行的可能性很大,一旦年轻村医选择工资高的行业,村医队伍的稳定就受到严重影响。

表6 村医与外出打工农民工收入比较

指标	东部		中部		西部		平均	
	吴江	浦口	长丰	庐江	黔江	开阳		旬邑
村医月收入(元)	2 876.7	2 208.3	1 637.9	1 313.2	1 621	1 466.7	1 785.5	1 844.3
建筑行业技术工种月均收入(元)	—	—	—	—	—	—	—	3 550
村医收入/建筑行业月均收入	0.81	0.62	0.46	0.37	0.46	0.47	0.50	0.52
全国外出农民工月均工资(元)	1 455		1 389		1 382			

注:1. 考虑到建筑行业受天气影响较大,每个月按20天的工作日计算。一年按7个月计算。

2. 瓦工、钢筋工、抹灰工、吊车工月收入分别为4 000元、3 000元、5 200元、2 000元。

表7 村医与村干部收入比较

指标	东部		中部		西部		平均	
	吴江	浦口	长丰	庐江	黔江	开阳		旬邑
村支书或村主任月收入(元)	3 400	2 480	1 296.25	1 231.25	1 306	1 202	1 092	1 715.4
村医月收入(元)	2 876.74	2 208.3	1 637.97	1 313.16	1 621	1 466.7	1 785.48	1 844.3
村医收入/村干部收入	0.85	0.89	1.26	1.07	1.24	1.22	1.64	1.08

注:按照中组部政策,各地村干部收入根据当地上年农民人均纯收入的2倍而定,不低于2倍,最高不超过3倍,因此,按照3倍计算村干部收入。

第三,基本药物制度实行前后,村医的收入结构由以业务收入为主转变为以政府补助为主。具体而言,实行之前,村医收入渠道主要是药品收入和医疗收入,财政补助占比微乎其微;实行基本药物制度后,村医的收入结构发生了明显的变化,村医收入渠道变成了主要是基本药物制度补助、基本公共卫生补助和医疗收入,而且,基本药物制度补助和基本公共卫生补助占主要比例,达到了 65% 以上。

第四,村医的服务行为由以医疗为主转变为以公共卫生服务为主。从收入结构看,财政补助占村医收入的比例由原来的 10% 左右提高到现在的 60% 左右。收入渠道的改变带来服务行为的转变。由于村医可以从政府的公共卫生和基本药物制度中获得更多的补助,当然村医的服务行为也会由原来的以医疗服务为主,转变为以公共卫生服务为主。

第五,政府补助高的区县,村医从医疗服务中获得的收入比例低;补助低的区县,村医从医疗服务中获得收入比例就高。江苏吴江市的政府补助一个村医一年是 3.5 万元,医疗收入占村医收入的比例只有 20.40%;开阳县的政府补助(包括公共卫生)一年只有 0.9 万元,村医从医疗服务中获得的收入占村医总收入的比例达到了 58.41%。

4 建议:基本药物制度下村医收入应形成三条补偿渠道

4.1 确定补偿额度

要确定一个合理的补偿额度,就需要制定一个收入标准,即村医的收入应该达到一个什么样的水平。本文比较了村医与农村小学教师、卫生院卫技人员、建筑行业技术工种农民工和村干部的收入,正如前所说,平均而言,村医收入只有农村小学教师和卫生院医生的 60% 左右,建筑行业技术工种农民工收入的 52.8%,略高于当地村干部的收入。对于村医而言,转行做小学教师,或者进入卫生院做医生的门槛很高,这涉及到村医身份的转变问题,但是村医转行做建筑农民工的概率很大,尤其是年轻的村医,如果他们的收入比不上建筑行业技术工种农民工,他们很可能就会转行。另外,虽然当前村医的收入略高于主职村干部,但是由财政拨付给村干部的这部分收入仅仅占村干部收入的小部分,在东部的农村,有

些地区村干部的年收入高达 15 万元。根据上述比较,本文提出村医收入不低于当地农民人均纯收入的 4 倍,最好与外出打工的建筑行业技术工种农民工相当。

4.2 形成三条补偿渠道

实行基本药物制度之前,村医收入补偿主要以药品收入为主;实行基本药物零差率后,由于切断了从药品销售中获利的渠道,村卫生室的收入将明显减少,如果不能形成合理的补偿渠道,将不利于村卫生室的可持续发展。为此,补偿渠道应根据村卫生室职能确定。新时期下,村卫生室的职能应该是承担国家规定的基本公共卫生服务,并兼顾农村居民的基本医疗服务,药品实行零差率销售。为此,应形成三个补偿渠道:即公共卫生服务补助、诊疗收入和政府财政兜底。

4.2.1 基本公共卫生补助

按照 2009 年国家基本公共卫生服务项目的安排,村医应该承担如下工作并给予相应的经费补助:(1)建立居民档案 0.75 元/农业人口;(2)健康专栏更新 $0.57 \times 0.25 = 0.143$ 元;(3)传染病报告和处理 $0.45 \times 0.025 = 0.011$ 元;(4)新生儿访视 0.28 元;(5)老年人保健 1.20 元;(6)高血压患者病例管理 2.09 元;(7)糖尿病患者病例管理 1.30 元,一共是:5.77 元($\approx 5 \sim 6$ 元)。为此,村医从基本公共卫生服务工作中获得的收入应该 5~6 元,占人均 15 元的 33%~40%。

2011 年,基本公共卫生服务补助提高到人均 25 元,新增经费主要用于扩大覆盖人群,提高服务质量,增加服务项目。主要是:(1)将儿童保健管理人群从 0~3 岁扩大到 0~6 岁,并增加口腔保健等服务内容;(2)增加 65 岁以上老年人、孕产妇等重点人群检查项目;(3)增加健康教育服务,提高服务频次;(4)增加高血压、糖尿病、重性精神疾病患者管理人数;(5)增加公共事件卫生应急处置和卫生监督协管服务项目。

从增加的 5 项基本公共卫生服务来看,除了儿童口腔保健服务、65 岁以上老年人和孕产妇人群检查项目外,其他三项服务村医都可以协助完成,而且是工作任务的主要承担者。为此,2011 年提高的 10 元中,村卫生室应该占到 3~4 元,加上前面的 5~6 元,村医从基本公共卫生服务中获得的补助应该是到 8~10 元。这就是当前村医从公共卫生服务中获得的补助。

表8 村医收入的补偿渠道(元)

项目	东部		中部		西部		平均	
	吴江	浦口	长丰	庐江	黔江	旬邑		开阳
基本公共卫生月补助	406.70	616.87	858.68	717.03	648.50	712.44	422.46	626.10
一般诊疗费	988	1 060	480	804	980	1 460	940	960
村医月收入	4 533.33	3 306.67	1 728.33	1 641.67	1 741	1 602.67	1 456	2 216.95
政府兜底的额度	3 138.63	1 629.80	389.65	120.64	112.83	-569.77	93.54	630.85

注:基本公共卫生补助占补助额的33%~40%;一般诊疗费按4元计算;村医月收入按当地农民人均纯收入4倍计算。

4.2.2 一般诊疗费

国务院办公厅于2010年底印发的《关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》(简称《补偿意见》)要求将现有的挂号费、诊疗费、注射费等合并为一般诊疗费,规定乡镇卫生院的一般诊疗费为10元/次,并且纳入医保报销范围。虽然没有规定村卫生室收取多少一般诊疗费,但是可以参照乡镇卫生院的标准,制定一个合理的标准。根据村卫生室当前的服务内容和服量,测算了村卫生室收取一般诊疗费为4~5元。具体思路如下:

(1) 确定输液率和肌肉注射率

村卫生室医疗服务的内容主要包括静脉输液、肌肉注射和口服药物。为此,首先确定一个合理的输液率和肌肉注射率。根据国家第四次卫生服务调查结果,2008年全国农村地区的输液率是34.5%,肌肉注射率是30.4%,考虑到全国的地区差异明显,确定输液率为25%~34.5%,肌肉注射率为30%~40%。

(2) 确定输液服务的诊疗费收费项目和标准

根据《补偿意见》的规定,输液服务应收取的项目包括输液费、加瓶费、挂号费和诊查费;根据7个调查地区的实际情况,确定输液费为5元、加瓶费1元、挂号费1元、诊查费1元。根据调查地区实际情况,确定每次输液加瓶次数为1.5次,从而可以计算出一次输液的诊疗费用为:5+1×1.5+1+1=8.5元。

(3) 确定肌肉注射的收费项目和标准

根据《补偿意见》的规定,肌肉注射应收取的项目包括注射费、挂号费和诊查费;根据7个调查地区的收费情况,确定注射费为2元,挂号费和诊查费与前述相同,从而计算出一次肌肉注射的诊疗费用为:2+1+1=4元。

(4) 确定口服药物的收费项目和标准

根据《补偿意见》的规定,口服药物的治疗方式

只应收取挂号费和诊查费,标准与前面两种治疗方式相同。

(5) 计算一般诊疗费的收入标准

为了计算方便,确定一个村卫生室的门诊人次为100人次,输液的诊疗费=门诊人次×输液率×输液费用=100×[25%,34.5%]×8.5=[212.5元,293.3元];肌肉注射诊疗费=门诊人次×肌肉注射率×注射费用=100×[30%,40%]×4=[120元,160元];口服药物诊疗费=门诊人次×口服药物率×费用=100×[25.5%,45%]×2=[76.5元,135元]

把上述三种治疗方式的诊疗费用加总,可得100人次的诊疗费用为:[468元,531元],因此,如果按照100人次计算的话,每人次的诊疗费是[4元,5元]。当然,各地可以根据实际情况进行调整。

4.2.3 政府兜底额度

在考虑了上述两条补偿渠道能补偿的额度后,剩余的差额应该由政府财政兜底,根据调查地区农民人均纯收入水平,可以计算出各地政府兜底的额度。总体而言,政府兜底的额度为每月630元左右(表8)。

参 考 文 献

- [1] 2010年卫生部门医改工作进展监测结果分析报告[R]. 北京:2011年全国卫生工作会议,2011.
- [2] “用工荒”倒逼“加薪潮”,廉价劳动力时代一去不复返[N]. 中国证券报,2010-02-23.
- [3] 网友列农民工工资表称建筑工收入比白领高[EB/OL]. (2009-02-17) [2011-08-02]. <http://china.rednet.cn/c/2009/02/17/1708974.htm>.

[收稿日期:2011-07-15 修回日期:2011-08-19]

(编辑 薛云)