

我国村卫生室经济补偿机制分析

——基于系统动力学建模

孔 辉* 田 疆 李晓燕

卫生部人才交流服务中心 北京 100097

【摘要】目的:分析我国村卫生室经济补偿机制,探讨相关改革政策。方法:利用系统动力学建模进行分析。结果:村卫生室经济补偿模型涉及农村居民、医保部门、物价部门、财政部门等主体及相关政策;新农合资金、政府财政补助资金、农村居民自费资金共同构成了村卫生室的经济补偿来源。结论:村卫生室相关改革政策的推行,要以其经济补偿机制为基础,系统考量,以权衡村卫生室经济的合理补偿与农村居民医疗费用的合理增长为原则。

【关键词】村卫生室;经济补偿;系统动力学模型;政策分析

Study on economic compensation mechanism of village clinics in China: Based on System Dynamics Modeling

KONG Hui, TIAN Jiang, LI Xiao-yan

Health Human Resource Development Center, Beijing 100097, China

【Abstract】 Objective: To analyse the economic compensation mechanism of village clinics in China and discuss some policies of healthcare reform in rural area. Methods: To research based on the System Dynamics Modeling. Results: The model of village clinics' economic compensation includes rural residents, medical insurance department, pricing department, financial department and some related policies. The fund of the new rural cooperative medical system, the fund of financial subsidy and the out-of-pocket expense of rural residents make up the economic compensation of village clinics together. Conclusions: The new healthcare reform policies in rural area should be systematically designed and carried out on the principle of balancing the reasonable economic compensation of village clinics and the reasonable increase of medical expense of rural residents, based on the economic compensation mechanism.

【Key words】 Village clinics; Economic compensation; System Dynamics Model; Policy analysis

村卫生室作为我国县、乡、村三级医疗卫生服务网的“网底”,在基层医疗卫生服务体系中发挥着不可替代的作用。新医改提出在基层医疗机构推行“公共卫生服务均等化”,对村卫生室的公共卫生职能提出了更高要求;“基本药物制度”的推行逐步呈现覆盖村卫生室的趋势,对村卫生室的收入结构提出挑战。医疗卫生服务职能的健全伴随收入结构的调整,村卫生室的经济补偿机制问题已成为当前的重要研究课题。本文借鉴系统动力学建模的理论方法,对村卫生室经济补偿机制进行研究,以期从系统

角度对当前改革政策进行探讨。^[1]

1 研究方法

本研究以农村卫生系统作为研究对象,分析系统中与村卫生室经济补偿相关的主体间的行为作用特征。卫生系统(health system)是一个复杂系统,系统动力学(System Dynamics, SD)在复杂系统问题的解决上有较成熟的方法。

系统动力学是美国福瑞斯特教授于 1958 年为分析生产管理 & 库存管理等企业问题而提出的系统

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目(HSS904)

作者简介:孔辉,男(1984 年—),硕士,主要研究方向为卫生事业管理。E-mail:konghui_1984@yahoo.com.cn

仿真方法。^[2]它的特点是:一方面,系统动力学将生命系统和非生命系统都作为信息反馈系统来研究,在每个系统中都存在着信息反馈机制;另一方面,系统动力学把研究对象划分为若干主体,并且建立起各个主体之间的因果关系网络。与其它建模方法相比,具有下列优势:(1)适用于处理长期性和周期性的问题;(2)适用于对数据不足的问题进行研究;(3)适用于处理精度要求不高的复杂的社会经济问题;(4)强调有条件预测。村卫生室的经济补偿,取决于与村卫生室相关联的各个主体间的相互作用,其中充满着繁杂的信息流动和反馈。同时,这个过程通常需要在—个相当长的历史时期内来观察,精确度要求不高。基于系统动力学在处理类似复杂系统中的众多成功案例^[3-4],本研究选用系统动力学建模的技术与方法,构建我国村卫生室经济补偿模型。

按照系统动力学建模的基本思路:第一步,明确问题,即我国村卫生室的经济补偿机制。第二步,分析系统构成。探寻研究问题涉及的主体、相关政策。第三步,建立模型。研究主体间以及主体与相关政策间的定性关系,建立系统动力学模型。

2 村卫生室经济补偿系统动力学模型

2.1 村卫生室经济补偿系统的构成分析

卫生系统宏观模型原理提示:(1)卫生系统的构成虽然繁杂,但仍可用一系列子模表达。(2)子模间的联系是有逻辑规律的,子模之间相互依赖和作用。^[5]将“村卫生室发展”置于卫生系统宏观模型的“系统结果”子模,以此为线索向前探寻:村卫生室、物价部门、医保部门、财政部门、农村居民、农村社会经济以及各类相关政策,共同构成了村卫生室经济补偿系统。

2.2 村卫生室经济补偿系统动力学模型的建立

2.2.1 理想模型:村卫生室与农村社会经济协调发展

卫生系统作为社会大系统的子系统,其发展遵循大系统的总体规律。农村经济的发展程度决定了村卫生室的发展水平,表现为村卫生室总成本。同时,也决定了农村居民医疗服务需求水平,表现为医疗费用。村卫生室的发展速度,农村居民的医疗需求释放或抑制,都不可能脱离农村社会经济的大背

景。因此,从—个较长的历史时间段来看,农村经济、村卫生室总成本、农村居民医疗服务费用的发展应该是相互协调的。

新中国成立初期至改革开放前,村卫生室的经济补偿是建立在以集体经济为基础的合作医疗制度之上的,与上述理想状态基本相近:村卫生室提供公益性的基本医疗卫生服务,农村社、队集体核算村卫生室所提供的卫生服务,给予相应补助,社员几乎不用交纳费用。^[6]

2.2.2 第二个模型:医保制度不健全,医疗价格管制,村卫生室收入降低

—定农村经济水平决定下的医疗服务总价值,我们称之为“潜在医疗服务总资金”。改革开放之后,我国农村合作医疗组织逐渐解体^[7],必然会有部分人群因支付能力不足而“医疗服务需求被抑制”,即部分潜在的医疗服务资金未转化为真实的医疗费用,存在—个“资金显性比例”。潜在的医疗服务资金与资金显性比例乘积为“显性医疗服务资金”,即村卫生室总收入。因资金显性比例达不到100%,所以,相对于理想状态村卫生室总收入降低;尽管由于部分未就诊病人所应消耗的医用材料、药品等未成为现实,村卫生室总成本稍有降低,其他诸如房屋建设(租赁)、设备购置及折旧等可能均未有变化。因此,村卫生室盈余降低。

—般情况下,村卫生室盈余降低,有两条路可走:—是压缩成本,二是提高价格。首先,压缩成本,这条路很难,村医不愿降低其个人收入,房屋、设备折旧依然存在,公用支出方面亦无法削减;其次,提高价格,物价部门仅需调高医疗保健价格,即可直接拉大潜在医疗服务总资金,带来显性医疗服务资金的增加,增加村卫生室收入(医疗服务的需求价格弹性属于缺乏弹性^[8]或者说是仅有一定的价格弹性^[9],故可忽略资金显性比例的降低)。但现实中的物价部门实行的是严格控制医疗服务价格的政策。因此,村卫生室弥补亏损的第二条路也行不通。甚至可以说,在物价部门对医疗服务价格的严控政策下,村卫生室盈余再次被压缩,村卫生室可能出现“亏损”。

改革开放至20世纪90年代中期,与上述模型相近:改革开放初期我国农村合作医疗制度出现严重

滑坡。^[10]《第二次国家卫生服务调查分析报告》显示:1993 年与 1998 年农村居民两周患病未就诊比例分别为 33.7% 与 33.2%; 应住院而未住院的比例分别为 40.6% 与 34.5%。^[11]说明农村居民医疗服务需求抑制的现象比较严重。医疗价格管制, 自建国以来一直存在, 尤其是 20 世纪 80 年代后期, 我国农村卫生工作者又失去了集体经济的支撑, 待遇得不到保障, 开始逐渐显现出不稳定的状态。一些受过培训的乡村医生离开岗位, 弃医从商、务农, 乡村医生的数量呈现大幅度下降趋势。^[12]这些都源于当时村卫生室“不赚钱”甚至“亏损”的局面。那么村卫生室面对亏损将做何种应对? 这就导致了第三个模型情况的产生。

2.2.3 第三个模型: 诱导服务, 医疗费用膨胀

村卫生室在农村地区具有技术垄断性和信息不对称的特性^[13-14], 这些特性正好为村医留下了作为空间, 若政策允许, 这些特性会被逐步运用起来。物价部门对医疗服务价格严格控制的同时, 放开了药品、检查的收费标准。^[15]因此, 村卫生室逐步探寻到通过“多卖药”来获取补偿的途径, 即我们通常所说的“诱导服务”、“以药养医”。

诱导服务带来医疗费用的膨胀, 由此产生的压力传导过程如下: 膨胀的费用由医保和个人自费共同来偿付。诱导服务行为的持续, 有一个前提条件是自费人群的存在。其中的道理在于, 一定社会经济条件下的农村合作医疗资金数额是一定的, 村卫生室无法获得增量资金。诱导服务的膨胀费用最终着落于自费人群, 尤其是部分收入状况较好、有支付能力的自费人群, 导致这部分人医疗费用负担加重。

我国自改革开放以来的卫生总费用数据证明了上述过程的存在: 1978—2009 年, 按当年价格计算, 个人现金支出 32 年来增长高达 291.78 倍, 而政府预算支出和社会支出增长仅 132.21 和 131.84 倍。社会总体情况如此, 更不用说医疗保障制度不健全的农村地区。那么, 在“看病贵”的社会舆论下, 政府部门会有何种反馈?

2.2.4 总模型: 纳入三方决策反馈, 建立总模型

病人医疗费用负担过重, 要求调整筹资政策(补需方), 比如要求扩大农村合作医疗的覆盖面、提高

报销比例等。政府补偿压力过大, 则会控制村卫生室的行为, 不让其走“成本推动型”的资源浪费路线, 控制方式是对村卫生室实施各类管制政策。村卫生室若是在政府管制下导致盈余过低, 则有三个途径可走: 一是要求物价部门调整医疗服务价格; 二是在现有的村卫生室管制政策允许的某些方面创收, 或者要求政府对村卫生室管制政策有所放松; 三是作用于筹资政策, 要求政府提供财政补助(补供方)。

至此, 模型构建完成, 如下图。下一步, 我们可以根据该模型对村卫生室若干改革政策进行讨论。

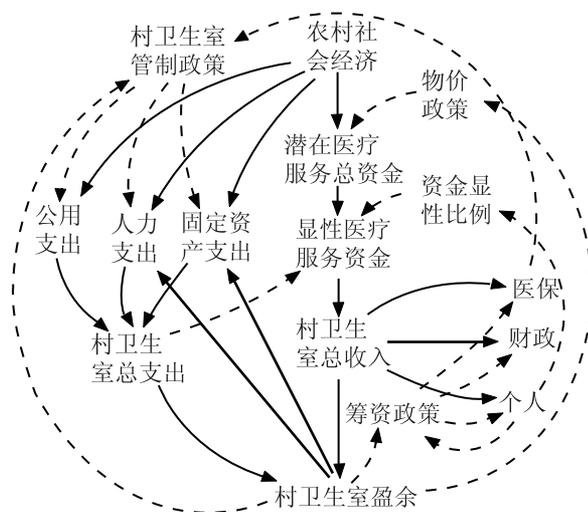


图 1 村卫生室经济补偿系统动力学模型图

3 村卫生室改革政策分析

3.1 政策一: 村卫生室实行基本药物制度

《关于建立国家基本药物制度的实施意见》中提出: “政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物”。目前, 各省市的社区卫生服务中心、乡镇卫生院已基本实现基本药物制度全覆盖, 部分省市正在积极推行村卫生室的基本药物制度。该政策体现的是模型图中的“村卫生室管制政策”。医疗服务费和药品差价两部分业务收入占村卫生室收入的绝大部分, 有研究显示这一比例高达 70% ~ 85%。^[16]农村居民和社会各界普遍期望基本药物制度能够切实遏制农村地区药品费用的过快增长, 增加老百姓对基本药物的可及性, 缓解看病贵问题。这一期望忽略了两个问题: 第一, 政府对村卫生室药品零差率销售的财政补助根本弥补不了这块“损

失”;第二,推动农村地区医疗费用非合理增长的关键因素是村卫生室诱导服务。因此,面对“损失”,只要村卫生室在农村地区的技术垄断性一直存在,诱导服务就不会消失,药品仅仅是一个载体。所以通过基本药物制度来遏制农村地区医疗费用非合理增长是不现实的。村卫生室完全可以把载体转移到输液治疗、医用材料上,部分可以进行简单检查检验服务的村卫生室将可探寻到更多的载体。因此,基本药物制度只能在一定程度上缓解农村居民医疗费用负担,而不能从根本上解决农村居民医疗费用非合理增长的问题。

3.2 政策二:调整村卫生室医疗服务价格

温家宝总理在2011年政府工作报告中提出“鼓励各地在医疗服务价格形成机制和监管机制等方面大胆探索。”从当前各地探索来看,降低药品和大型设备检查治疗价格,提高医疗服务技术价格,将成为改革趋势。由模型可知,调整医疗服务价格可直接改善村卫生室的经济补偿。我们是否可以预测物价部门将会调高医疗服务价格?分析一下:村卫生室医疗服务价格提高之后,增加的显性医疗服务资金会落在哪个群体上。医疗费用由三方共同承担:首先是医保,即新农合制度。不同于城镇职工医疗保险制度,新农合的筹资方式为“定额筹资”,因此每年村卫生室无法从新农合资金池获取更多补偿;其次,财政,即公共卫生服务经费补助,^[17]该项补助亦为“定额补助”,因此每年村卫生室也无法从财政获取更多补偿;最终,为显性医疗服务资金增加“埋单”的只有农村自费病人。因此,在农村居民自费就医比例很高的情况下,如果调高村卫生室医疗服务价格,最终就会增加农村居民负担,招致社会谴责。从这个意义上说,物价部门严格控制医疗服务价格是明智的、理性的。^[18]

参 考 文 献

[1] Davey P. National guidance and allocation of resources. Economics has both strengths and weaknesses in health re-

source allocation[J]. BMJ, 2002, 324(7334): 427-428.

[2] 王其藩. 系统动力学[M]. 北京:清华大学出版社, 1988.

[3] 蔡林. 城市生活垃圾管理系统动力学模型研究——以北京市为例[M]. 北京:知识产权出版社, 2009.

[4] Ford A. 环境模拟——环境系统的系统动力学模型导论[M]. 唐海萍, 史培军, 译. 北京:科学出版社, 2009.

[5] 郝模. 卫生政策学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005.

[6] 方青. 农村社会保障:回顾与前瞻[J]. 中国农村观察, 2001(3): 20-27.

[7] 黄新华. 市场化改革以来中国经济制度变迁的内容探析[J]. 经济纵横, 2004(8): 23-27.

[8] 崔志强, 马蜂. 医疗服务需求弹性研究[J]. 中国卫生经济, 1990, 9(12): 7-18.

[9] 陈心广, 饶克勤. 中国城市基本医疗服务需求弹性经济学模型研究[J]. 中国卫生经济, 1996, 15(2): 55-57.

[10] Yuanli Liu, Shanlian Hu, Wei Fu. Is Community Financing Necessary and Feasible for Rural China[J]. Health Policy, 1996(38): 155-171.

[11] 第二次国家卫生服务调查分析报告[R]. 1998.

[12] 方素珍, 马达飞. 中国乡村医生历史回顾与现状研究[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.

[13] 吕本友. 论大型国有医院垄断的成因和影响[J]. 卫生经济研究, 2007(11): 18-19.

[14] 黄如意, 胡善菊. 供给诱导需求下的医疗费用增长问题分析[J]. 中国医疗前沿, 2008, 3(4): 43-46.

[15] 袁克俭. 取消加价只是治标[J]. 当代医学杂志, 2005(7): 88.

[16] 霍丽伟, 孙劲峰. 乡村医生收入来源及其保障制度[J]. 合作经济与科技, 2010(16): 94-95.

[17] 国务院办公厅. 关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见[Z]. 2010.

[18] 罗力, 刘芳, 舒蝶, 等. 中国公立医院经济补偿规律和成本管制的必然性[J]. 中国医院管理, 2010, 30(8): 3-5.

[收稿日期:2011-04-10 修回日期:2011-06-24]

(编辑 刘 博)