

家庭责任医生制度改革的政策探索

梁 鸿*

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

中图分类号:R197 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.001

Policy exploration on the reform of family doctor system

LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

1 家庭责任医生制度改革的背景与意义

新医改以来,我国社区卫生服务得到了快速发展。一是建立了多层次的医疗保障制度,为社区卫生服务的发展创造了良好的制度环境;二是通过深化社区卫生服务改革,构建了与城市需求相适应的基层医疗卫生服务体系;三是推进了国家基本药物制度和社区卫生服务收支两条线改革,提升了社区卫生服务的公益性。改革成效不仅表现在门诊人次增多、次均费用下降等数据变化上,其核心与实质是基层机构功能定位转换、医务人员行为改变和卫生服务效率的提高。因此,更是一场涉及基层医疗卫生机构管理体制和运行机制的综合变革。^[1]

但是我国卫生事业有着特殊的国情,体现出“两个超前、两个滞后”的特征。两个超前表现在:一是人民健康需求超越了我国经济发展水平的承受能力,二是医疗技术发展的水平和先进性超越了社会经济发展的阶段性;两个滞后体现在:一是卫生体制改革滞后于社会经济发展,二是服务体系和模式转变滞后于健康需求转变。社会福利的公平性要求实现人人享有,而两个超前与两个滞后形成的突出矛盾造成了目前中国社会经济发展的承受能力十分有限。

因此,要推进中国医疗卫生体制改革,一是要找到一条既保障公平又富有效率、适合中国特色的医疗保障和医疗服务的发展道路,能够使有限的卫生

服务资源最大程度地满足老百姓的健康需求;二是要做到及时回应和满足老百姓日益增长的健康需求,从而实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。^[2]从发达国家的经验来看,家庭责任医生制度是在现代社会环境和条件下,应对医疗服务需求快速增长的一种富有效率的服务模式。因此,要进一步深化医改,需要构建与中国健康保障国情相适应的、有中国特色的家庭责任医生制度。

2 家庭责任医生制度改革面临的挑战与政策目标

家庭责任医生制度改革最重要的任务是建立起长期稳定的医患关系。只有建立起长期稳定的医患关系,才能真正做到“定点医疗,社区首诊,分级诊疗,逐级转诊”,这一服务格局的形成需要建立家庭责任医生制度。当前我国家庭责任医生制度改革面临的问题在于:

一方面由于这是一项自上而下推动的改革,容易导致形式主义的服务。因此,目前家庭责任医生制度改革最大的考验就在于政府强力的改革推进过程中如何建立有效的激励机制,来激励家庭责任医生提供基于社区居民需求的有价值的服务。过去十几年,美国兴起了一场“追求医疗价值运动”,即从现有的以数量驱动的医疗卫生转变成价值驱动的医

* 基金项目:2009 年国家社会科学基金重大项目(09&ZD059);上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:梁鸿,男(1962 年—),教授,博士生导师,复旦大学社会发展与公共政策学院副院长,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

疗卫生。^[3]我国目前的情况与美国当时的发展阶段相似,存在着大量的医疗资源浪费和低效率使用。因此,有价值的社区卫生服务应该是基于居民健康需求的服务。

另一方面,由于我国长期将医疗技术水平作为划分医疗机构等级的重要标准,造成了社区卫生服务人力资源匮乏、技术力量薄弱的形象,很难赢得百姓的信任。面对这些挑战,家庭责任医生制度改革需要从制度建设层面上全面考量,制定一系列政策来提高基层医疗卫生服务能力和水平。同时,要加强医疗保险制度与卫生政策之间的衔接,建立有效的分级医疗和转诊制度,引导居民有序就医。^[4]

社区卫生服务与医保联动改革对于推进新医改政策目标的实现具有重要意义。2006年启动新一轮社区卫生服务体系的建设以来,与医疗保险制度的衔接工作就是其中一个重要方面。^[5]联动改革的目标是要通过提供公平有效的服务来降低医疗费用,提升社区卫生服务的利用率和满意度,从而达到重塑医疗服务体系、实现医疗服务纵向资源有效配置的目的。目前,我国分级医疗体系尚不完善,门诊统筹要达到群众受益的目标,必须依托基层。^[6]家庭责任医生制度改革需要与医保支付方式改革有效联动,从而达到从注重治疗转向注重预防,实现居民“健康管理”的目标。

3 上海市长宁区家庭责任医生制度的实践与经验

上海市长宁区自2005年起开始探索家庭责任医生制度,通过界定家庭责任医生服务的内涵和目标、服务对象和内容、制度框架和责任规范、制度实施和管理评估等改革,为居民提供连续、综合、协调的基本医疗卫生服务,逐步实现家庭责任医生社区首诊、逐级转诊的工作目标,为发挥“健康守护人”和“经费守门人”作用奠定基础。

长宁区家庭责任医生制度改革的政策成效主要

体现在探索了家庭责任医生制度的服务模式,建立了家庭责任医生的培养制度、工作机制和激励制度;转变了家庭责任医生的服务方式,提高了家庭责任医生的服务效率和服务价值,初步构建了家庭医生与社区居民具有依存性的伙伴关系,为我国家庭责任医生制度改革提供了参考。主要的政策经验包括:建立了以家庭医生工作室为载体的服务模式、以社区卫生服务为基础的区域医疗协同服务体系、以信息化为基础的慢性病管理模式、循序渐进推进家庭责任医生社区首诊模式和按需求程度提供家庭责任医生个性化服务的路径。为此,本期专题刊发的4篇文章分别从理论基础、制度设计、政策成效、创新路径等方面总结了长宁区家庭责任医生制度改革的经验,以期为我国进一步探索家庭责任医生制度提供借鉴。

参 考 文 献

- [1] 姚岚. 巩固基层医疗卫生机构综合改革[J]. 中国卫生人才, 2012(1): 51.
- [2] 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. (2009-04-07) [2012-05-28]. http://news.xinhuanet.com/health/2009-04/07/content_11141178.htm.
- [3] 蔡江南. 追求有价值的医疗[J]. 中国医院院长, 2012(1): 1.
- [4] 代涛, 何平, 王小万, 等. 我国卫生服务资源的互动与整合[J]. 卫生经济研究, 2008(8): 3-4.
- [5] 贺小林, 梁鸿. 社区卫生服务门诊统筹政策的成效与经验[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 16-21.
- [6] 姚宏. 事关医改全局的两件大事—推进门诊统筹和付费方式改革的基本思路[J]. 中国医疗保险, 2011(7): 12-14.

[收稿日期:2012-05-21 修回日期:2012-05-28]

(编辑 何平)

推进家庭责任医生制度改革 的理论探讨与政策建议

贺小林* 梁 鸿

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】家庭责任医生制度改革的政策核心目标是提供有价值的服务。它不仅是提升社区卫生服务内涵建设的载体,而且是深化全科团队服务的体现。因此,家庭责任医生制度改革应定位于服务主体责任的转变和组织管理的创新。改革的主要内容包括服务模式创新、激励机制改革和家庭医生社区化变革。未来家庭责任医生制度改革发展既需要通过家庭责任医生的培养和培训、激励和发展来不断提高社区卫生服务的内在价值,也需要积极争取外部有利的改革环境和配套政策。通过构建合理的区域医疗协同服务体系、推进社区卫生服务医保预付制等政策来完善家庭责任医生制度。

【关键词】家庭责任医生; 卫生改革; 理论探讨; 政策建议

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.002

The theoretical discussion and policy recommendations to promote the reform of the family doctor system

HE Xiao-lin, LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】 The policy goal of the family doctor system reform is to provide valuable services. It is not only the carrier to enhance the construction of community health service, but also the embodiment to deep the service of the general practitioner team. Family doctor system reform should focus on the change of the main responsibilities of service providers and the innovation of the organizational management. The contents of the reform include service innovation, incentives reform, and the community-oriented change of family doctors. The future reform and development of family doctors system need to strengthen the intrinsic value of community health services through education and training, incentives and development. It also needs to actively build up favorable external reform environment and supporting policies. Development of regional collaborative service system, and promotion of prepaid health insurance system in community health services are essential to improve the family doctor system.

【Key words】 Family doctor; Health reform; Theoretical discussion; Policy recommendations

随着我国覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度的逐步建立,新医改方案对进一步健全以全科团队为基础的社区卫生服务模式,建立家庭医生制度,加强对社区居民的健康管理,逐步实施家庭医生首诊、定点医疗和转诊制度等提出了更为明确的意见。^[1]从公共政策的视角来看,新医改最难的问题在于如何

找到推进改革的路线图。我国社区卫生服务已经经历了三个阶段政策周期的改革:即以标准化建设为标志的形态机制建设,以收支两条线为核心的运行机制改革,以全科服务团队为核心的服务模式改革。目前各地正在进一步深化城市社区卫生体制改革,而家庭责任医生制度作为此项改革的突破口也

* 基金项目:2009 年国家社会科学基金重大项目(09&ZD059);上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:贺小林,男(1985 年—),博士研究生,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。

E-mail:10110730013@fudan.edu.cn

通讯作者:梁鸿。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

在不断积极探索。

然而,由于我国全科医学教育滞后,为解决全科医生缺乏的问题,许多地区采用了组建全科服务团队这样一种人才叠加的方式来提供全科服务。虽然服务人员在上岗前实行了全科培训,但由于医疗技能培训、服务理念转变和服务能力提升需要一个过程,因此,短时间内改革效果难以显现。而全科服务团队医防分开的弊端在社区卫生服务改革过程中不断暴露,社区卫生服务“六位一体”的功能难以真正发挥,影响了全科团队的服务效率与服务效果。

本文认为,家庭责任医生制度是在全科服务团队模式的基础上,从社区居民健康服务需求出发,以健康管理为服务理念,以责任区为管理范围,以重点人群家庭为主要服务对象,使全科医生与责任区内的居民家庭之间互信、互动,成为其健康“守护人”,使社区居民能逐步享受经济、适宜、连续、全程的健康照顾服务。家庭责任医生制度是全科服务团队模式的深化和发展,已经成为推进深化社区卫生服务改革发展路线图中的一个非常重要的政策环节,是深化社区卫生服务内涵建设的重要标志。因此,为解决现阶段我国社区卫生服务内涵深化的困惑,需要家庭责任医生制度试点较早的典型地区通过经验总结和制度模式化来引领改革的发展。

1 家庭责任医生制度改革具有重要的政策意义

社区卫生服务内涵建设需要具有明确的责任主体来提供更为个性化、连续性和综合性的服务,要求全科医生对居民健康的责任细化到家庭和个人。从社区卫生服务发展进程来看,家庭责任医生制度改革具有以下三方面意义。

1.1 家庭责任医生是社区卫生服务内涵建设的载体

社区卫生服务内涵建设要求家庭责任医生向着“早发现、早干预、早治疗”的方向发展,提供基础性、连续性和全程性的健康服务。要实现这一转变,需具备两个基本条件:一是家庭责任医生对社区居民的需求有充分了解,只有这样才能主动提供基础性、连续性和全程性的健康服务;二是家庭责任医生和社区居民必须相互熟悉和相互理解,只有相互信任,

才有可能构建起相互依赖的伙伴关系。因此,家庭责任医生的服务人群一定是有限的。如果家庭责任医生服务的目标人群过大,难以满足有限服务人群这一基本条件,将出现“人人负责等于没人负责”的尴尬局面,人人享有基本医疗卫生服务的政策目标也难以真正实现。

社区卫生服务内涵建设关键需要深化家庭责任医生服务。过去对于社区居民的服务需求主要是通过各种专科化、条线型的服务体系来满足的,这种条线化的社区卫生服务只能针对居民的基本医疗,并不能很好地契合居民健康管理的多样化需求,基本医疗与公共卫生服务割裂会导致服务质量和效率下降,而个性化、综合性、连续性的居民健康服务需求需要通过家庭责任医生的全科服务来加以满足。从社区卫生服务供给者角度来看,只有在社区卫生服务实践中有这样的需求,才能够转化为深化服务模式的内在动力。所以,家庭责任医生服务做得越好,社区卫生服务才能够越深化。

1.2 家庭责任医生服务模式是全科团队服务模式的深化

家庭责任医生服务模式较之全科服务团队更为深化主要体现在以下三个方面:

首先,过去全科团队服务的场所主要在社区卫生服务机构,是一种针对社区面上的服务。居民到社区卫生机构来也主要是为了看病,很难真正达到全科服务所期望的目标。因此,全科团队服务人群有限,这客观要求全科团队服务从社区细化到家庭,为居民提供个性化、连续性的服务。

其次,全科团队服务模式要求一个全科团队负责一个或几个社区的社区卫生服务工作,通过设立社区卫生站点的方式提供基本医疗和公共卫生服务。全科团队内部实行专业分工,并不具体明确某个医生负责某个社区或家庭的服务,总体上还是一种团队负责制,对社区群众承担面上的责任。而家庭责任医生制主要是以家庭医生的责任为基础,强调综合服务,由家庭责任医生承担签约服务对象的健康责任,强调的是点对点的责任。

再次,家庭责任医生服务是以全科团队为基础的协同服务,公共卫生医师和全科护士帮助家庭责任医

生来完成所承担的社区居民健康管理的服务。同时通过纵向资源的联络和整合,由二、三级医院的专家为其提供专业的医疗服务和公共卫生的技术支持。

1.3 家庭责任医生制是社区卫生服务组织管理的再创新

社区卫生服务承担基本医疗与公共卫生服务两个网底的基本功能,强调全科服务团队下社区服务。在过去的改革中,全科服务团队下社区依然是自上而下的行政动员式的改革,提供的服务是行政指令式的,实质上只是把管理中心下移而已,因此,全科团队工作依然是被动式服务。

家庭责任医生制下全科医生承担的对于社区居民健康管理的责任是由自下而上的居民需求来激发的。责任主体的转变促使组织管理发生了变革,也改变了社区服务的提供模式。以家庭责任医生个人工作量为考核标准的激励机制的改变给家庭责任医生的工作带来了新的动力和挑战,改变了以往从上到下的行政化的服务提供方式。新的激励机制督促家庭责任医生提供有价值的服务,以更好地满足居民需求。

2 家庭责任医生制度改革的政策目标与考核标准

2.1 政策目标演进

从社区卫生服务改革进程来看,有三个阶段性政策目标:一是形态机制建设阶段的政策目标。形态机制建设是社区卫生服务改革的第一个发展阶段,其政策目标是“做大做强”社区卫生服务。为了配合社区卫生服务的改革,国家加大了对社区卫生服务的投入,通过卫生部发文的政策形式明确规定了社区卫生服务改造的标准化建设。医保政策也对社区卫生服务倾斜,加大了对社区卫生服务的扶持力度。同时通过门诊挂号免费,治疗费用减免,取消用药级别限制,以及大型综合性医院对口支援等政策来促进社区卫生服务做大做强。

二是体制机制建设阶段的政策目标。体制机制建设是社区卫生服务改革的第二个发展阶段,其政策目标是“做全做好”社区卫生服务。为了充分发挥社区卫生服务基本医疗与公共卫生服务两个“网底”

的功能,这一阶段的改革在强化基本医疗的基础上更为注重公共卫生服务。由于卫生资源的有限性和健康需要的无限性之间存在永恒矛盾,卫生发展必须优先鼓励那些具有良好成本效果的服务和干预措施在公众中得到普遍应用,并首先向预防性措施倾斜。^[2]因此,为了推行公共卫生服务均等化,强调社区卫生服务的公益性,推出了收支两条线、基本药物制度、中医治未病等一系列的改革措施来促进社区卫生服务的发展。

三是深化内涵建设阶段的政策目标。深化内涵建设是社区卫生服务改革的第三个发展阶段,其政策目标是“做深做实”社区卫生服务,即以家庭责任医生制为核心的内涵建设阶段。一方面通过定点医疗,签约式服务;预约门诊,绿色转诊;慢病管理和健康指导等服务形式来吸引居民到社区就诊。另一方面,通过探索社区卫生服务绩效工资制度改革,进行全科医生的规范化培养,实施社区卫生服务信息化、实行按人头预付的医保支付方式改革等制度来帮助做深做实社区卫生服务。内涵建设阶段的最大特征在于其对过去的形态机制、服务模式和体制机制重新再造的过程。现阶段家庭责任医生制改革需要基于以往渐进改革阶段的经验积累,更为重要的是对于社区卫生全科团队服务的重塑。毫无疑问,这一阶段的核心政策目标是家庭责任医生制度为社区居民提供有价值的服务。

2.2 考核标准

从公共政策的目标设定和逻辑发展来看,要实现社区卫生服务改革“社区首诊、分级诊疗、梯度就诊”的政策目标,一定要把社区卫生服务做得更有价值,只有这样才能够提高政府财政投入的产出效益。而由于社区卫生服务改革是一项典型的由政府自上而下推动的政策变革,过去几个改革阶段的考核指标也都是按照布置任务的形式去考核,容易产生为达到改革指标而改革的形式主义。虽然从表面上看,社区卫生服务机构基本完成了政府期望完成的指标任务,但很难检验其服务质量和服务的内在价值。因此,在深化社区卫生服务改革内涵的阶段,需要围绕和强调为居民提供有价值的服务这一核心政策目标。检验政策目标是否实现的标准就在于能否

建立家庭医生和居民长期稳定的伙伴关系。例如,社区卫生签约服务实际上是一种形式上的改革,而改革形式背后的政策目标在于能否建立起长期稳定的服务关系。

实践证明,家庭医生和患者的关系是建立在重复多次的就医以及医疗服务之上的。^[3]家庭责任医生只有为百姓提供有价值的服务,才能够赢得社区居民的信任;只有赢得了社区居民的信任,才有可能建立起具有高度依存性的稳定的医患关系,而只有建立了高度依存性的家庭医生服务关系,才有可能充分发挥社区卫生“防治结合”的服务优势,提高社区卫生服务的质量和效率。因此,在现阶段社区卫生服务发展过程中一定要警惕绩效目标追求下的形式主义改革,最为重要的是要把握改革的政策目标逻辑和考核标准,否则为了完成考核指标而改革一定是形式主义的改革。

3 家庭责任医生制度改革需要重视的几个问题

卫生政策制定的关键是确定问题,选择路径,明确措施,即明确什么是需要优先解决的问题?解决问题的途径与办法是什么?^[4]围绕有价值的服务提供和建立家庭医生与居民长期稳定的伙伴关系,当前家庭责任医生制度探索需要在明确一些基本问题的基础上来开展。关于家庭责任医生制度在整个社区卫生服务改革中的定位,改革涵盖哪些主要内容,需要哪些相应的制度支撑是当前改革需要解决的三个主要问题。

3.1 改革定位

许多人不明确全科服务团队在深化社区卫生服务改革过程中是起阶段性作用还是发挥永久性作用。因为从全球社区卫生服务发展的趋势来看,单个的家庭责任医生是越来越少,发达国家的全科医生都出现了向团队发展的趋势。因此,如何优化社区卫生服务流程来提供有价值的服务?是发展家庭责任医生还是全科服务团队成为当前改革的一大困惑。但任何一项改革都是反复推进、螺旋上升的。从我国社区卫生服务的改革来看,推行全科服务团队的目的将社区卫生服务的重心下移。而当前

改革中家庭责任医生不仅不能消亡,还需要不断强化。因为只有强化家庭责任医生制度,实现家庭责任医生制度主体责任的转变和组织制度的创新,才能够实现社区卫生服务中权益架构的重新调整和利益机制的重新建构。

具体而言,从全科服务团队转向家庭责任医生体现的是主体责任的转变。全科服务团队模式下社区卫生服务的提供主要依靠的是自上而下的行政指令,体现为一种任务的执行。而在家庭责任医生制度下,家庭责任医生将逐步承担起社区居民健康管理责任,是由自下而上的居民需求所激发的服务形式,服务内容也不再完全依据行政指令来确定。自下而上的服务需求变化必将改变以往自上而下的行政化服务提供方式,从而引发社区卫生组织管理关系的制度创新和变革。因此,当前社区卫生服务改革阶段需要从全科团队的基础上继续深化,实行家庭责任医生制度。而只有在家庭责任医生能够提供有价值的服务,做到社区首诊之后,再从承担居民健康管理及医保费用守门人的目标出发,转向家庭责任医生主体责任基础上的全科服务或团队协作。

3.2 改革的主要内容

当前我国社区卫生服务发展面临着的内外环境主要体现为全科医学社会基础薄弱,家庭医生专业基础薄弱和社区卫生政策制度薄弱。要解决这些社区卫生服务发展的瓶颈问题,需要在以下三方面进行改革:

一是服务模式的重新建构。家庭责任医生服务模式一定要以基本医疗为主体,同时积极推进公共卫生服务,做到“防治结合”。

二是要有更为明确的责任主体和激励机制。通过家庭责任医生为有限的服务人群提供服务来明晰主体责任,同时基于主体责任的承担来提供有针对性的激励。家庭责任医生制度改革后,作为个体的家庭责任医生,其身上肩负的责任将更为明晰和艰巨,工作量也会大大增加,因此需要考虑建立家庭责任医生津贴制度等有针对性的激励制度来促进家庭责任医生服务的发展。

三是家庭责任医生社区化变革。可以预见,家庭责任医生制度推行之后,居民社区卫生服务的需

求潜能将被激发出来,而家庭医生的精力却是有限的。即便按照当前试点中一个家庭医生管理 2 500 个左右居民的规模,其工作也基本上处于饱和状态,因此需要家庭责任医生在社区化的过程中有意识地构建多层次、多渠道的服务资源网络体系。一方面家庭责任医生需要与社区组织和管理机构的工作人员建立起良好的合作关系。由于社区基层管理工作者和社区居民具有天然的联系,借助社区基层管理者的资源和帮助,能够使得家庭医生服务工作赢得居民的基本信任,为家庭医生服务创造突破口,达到事半功倍的效果。另一方面,家庭责任医生还需要注重与服务对象尤其是具有忠诚度的患者的关系网络的构建。社区居民作为潜在的服务对象,其积极配合既是服务成效的体现,也是进一步提高家庭责任医生工作效率的基础。

3.3 改革的制度支撑

当前家庭责任医生制度改革已经进行了诸多探索,但任何一项改革都不是单一的制度改革,家庭医生能否提供有价值的服务是决定改革成败的关键。因此,家庭责任医生制度改革的稳步推进还需要以下四方面的制度支撑:

一是强化社区卫生服务公益性的制度支撑,提供公益性服务吸引居民到社区就诊。二是建立家庭责任医生的服务平台支撑。除了继续发挥全科服务团队的配合作用之外,还需要建立与二、三级医院的协同服务机制。三是提升家庭责任医生服务的技术支持。通过规范化的全科医生培训、系统的全科医学教育来提升家庭责任医生的水平,通过信息化的发展来强化服务技术支撑。四是构建有限服务人口的外在环境支撑。一方面,家庭责任医生需要对居民健康负总体责任;另一方面,在区域内的协同服务平台中,社区卫生服务中心需要发挥组织和协调功能。同时,还需要赋予家庭责任医生一定的资源,如提供可供与患者进行“权益交换”的绿色转诊通道等。

4 进一步完善家庭责任医生制度的政策建议

公共政策的传播逻辑表明:当一个政策的口号被广为接受并且经久不衰时,政策一定有其内在合理性。受制于当前我国社区卫生服务发展的现实条

件和外部环境,改革的政策目标很难一步到位。因此,就不同发展阶段而言,家庭责任医生改革的推进也需要遵循循序渐进的原则。家庭责任医生制度发展的演化是从全科—全科团队—“两个网底”的融合—疾病慢性病防治—全科团队的深化、细化,最后到责任主体的转变—组织的再次创新,只有历经这些环节的渐进改革,才能形成具有中国特色的家庭责任医生制度。因此,在社区卫生服务机构内涵建设上,应使加强人才队伍与强化绩效考核齐头并进,着力建立长效发展机制。^[5]未来家庭责任医生制度的发展过程中,既需要通过家庭责任医生的培养和激励,来不断强化和提高社区卫生服务的内在价值,也需要积极争取外部有利的改革环境和配套政策。

4.1 提高家庭责任医生的激励水平,设立家庭责任医生的特殊岗位津贴

收入水平、工作条件、职业发展机会、福利水平和居民认可与尊重是影响社区卫生服务工作行为最为重要的几个因素,而其中社区卫生工作人员最为关切的是收入水平。^[6]由于改革以后家庭责任医生承担了更多的责任,工作也变得十分忙碌,因此必须要有相应的利益导向机制。否则,仅凭道德和奉献精神来鼓励的高压力家庭健康管理服务是不可能持续的。目前,由于工资待遇不高、缺乏吸引优秀人才进社区、扎根社区的有效激励机制,吸引和留住人才成为制约家庭责任医生工作推进的关键环节。建议设立家庭责任医生特殊岗位津贴等有针对性的激励制度来提高家庭医生工作积极性。

4.2 加强家庭责任医生的岗位培训,开展全科医学的学分制教育

家庭责任医生在社区居民健康管理的过程当中必然会遇到一些新问题,其能力培养的问题就变得尤为关键。由于我国全科医学教育尚处于起步阶段,大多数全科医生主要是由专科医生通过自学转岗而来的。社区居民健康状况的复杂性和医疗需求的多样化需要全科医生在实践中发现不足,在学习中不断提高自身的服务能力。鉴于目前社区卫生服务机构人力资源十分紧张,大部分全科医生都在岗服务的情况下,除了加快培养全科医生之外,还需要开展全科医生的学分制教育。根据全科医生在实践

中迫切需要提升的能力需求来设置培训课程,修满一门课程,就能够获得一门课程的学分,通过所有课程考试,学分积满之后可以申请全科医生岗位。此外,在培训内容上,全面的医学知识、过硬的临床技能、预防、康复医学的重要性都已经得到了多数人的认同,而社会学、管理学知识、与人沟通技巧和人文素养的培养则未受到应有重视。为此,应该开展对家庭医生更为全面的规范化培训,弥补家庭医生在这些方面的不足,使居民更容易接受家庭责任医生。

4.3 强化家庭医生制度的支撑平台,构建合理的区域医疗协同服务体系

家庭责任医生的职责主要在于为社区居民提供基本医疗、公共卫生以及与健康相关的教育咨询服务。单个全科医生的能力是有限的,而居民的健康需求是多样的。即便家庭医生的能力再强,也不可能囊括服务对象需要的多样化的医疗服务需求,家庭责任医生在具体服务过程中很可能会遇见超出其能力范围的情况,专业的公共卫生问题和高精尖的专业医疗问题都需要借助更专业化的医疗卫生机构来解决。因此,家庭责任医生制度的实行需要构建与之配套的包括三级医院、区级医院、社区卫生服务中心的医疗服务协同体系和市 CDC、区 CDC 和社区卫生服务中心的公共卫生服务协同体系。值得注意的是,相关研究表明,之前普遍采取的让专家到社区卫生服务中心坐诊的方式仅仅能够暂时吸引居民到社区就诊,专家一走,不仅有可能造成社区病人流失,还有可能强化了病人根深蒂固的到大医院寻求医疗服务的就诊习惯。^[7]因此,建议有条件的地区将大医院专家编入家庭医生服务团队,通过网络等信息化的手段为家庭医生遇见的疑难问题提供技术支撑,构建起包含综合医院、专科医院及中医医院专家的技术支撑平台。

4.4 结合医保支付方式改革,推进家庭责任医生服务按人头预付

家庭责任医生是居民健康和医保费用守门人。在英国,全科医生在一定区域内为病人购买医疗服务,并有着较大的选择权,成为支付医疗保健、医疗转诊和医疗保险的第一道依据。^[8]英国的全科医生“守门人”模式为我国家庭责任医生制改革提供良

好的制度范本。由此可见,医疗保障制度的完善也是解决群众“看病难、看病贵”问题的关键。医疗保障制度的设计不仅有减轻患者医疗负担,减少后顾之忧的功效,还有激励、引导患者流向的功能。因此,应该建立基于健康守门人的医疗保障体系。^[9]家庭医生制度的推进可以结合医保支付制度的改革,争取医保政策与社区卫生改革同步,将医保与社区卫生服务方便快捷、安全有效的服务体系相衔接,试行医保与家庭责任医生服务按人头预付。^[10]由于医保费用按人头预付以后,签约居民患病的多少将直接影响到家庭责任医生的收入和声誉。因此,这一政策将内化家庭责任医生的自主控费意识,发挥其医学知识和服务技能来促进参保人的健康,节约医疗费用,真正实现家庭责任医生居民健康和医保费用守门人的作用。

参 考 文 献

- [1] 中共上海市委、上海市人民政府关于贯彻《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》的实施意见[Z]. 2011.
- [2] 雷海潮. 实现人人享有基本医疗卫生服务的关键问题探讨[J]. 卫生经济研究, 2008(5): 3-5.
- [3] Bailey T. 加拿大的家庭医生与社区[J]. 中国全科医学, 2006, 10(11): 885.
- [4] 张朝阳. 卫生政策制定应把握的关键环节和基本要素[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(5): 1-2.
- [5] 李永斌, 卢祖洵, 王芳, 等. 社区卫生服务机构促进基本公共卫生服务均等化调查分析[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(5): 332-333.
- [6] 孟庆跃. 基层和公共卫生人员激励因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(3): 4-5.
- [7] 王夏玲. “大医院专家编入家庭医生团队”技术支撑效果显著[J]. 中国社区医师, 2010, 12(29): 243.
- [8] 周向红, 王仁元. 地方政府在推动双向转诊的作用和路径研究[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(6): 375-378.
- [9] 杜学礼, 鲍勇. 基于“健康守门”构建双向转诊机制的对策研究[J]. 中国全科医学, 2010, 11(13): 3503-3506.
- [10] 贺小林, 梁鸿. 社区卫生服务门诊统筹政策的成效与经验[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 16-21.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-05-29]

(编辑 薛云)

上海市长宁区家庭责任医生制度设计与实施方案

江萍* 赵晓鸣 徐蕾 胡越 朱吉

上海市长宁区卫生局 上海 200050

【摘要】家庭责任医生制度是贯彻政府提供基本卫生服务宗旨的一项重要措施,是实施居民家庭健康管理服务的制度。上海市长宁区通过为居民提供连续、综合、协调的基本医疗卫生服务,逐步实现社区首诊、逐级转诊的工作目标,为切实发挥居民“健康守护人”和“经费守门人”作用奠定基础。本文介绍了上海市长宁区家庭责任医生制度设计与实施方案,以期为其它地区探索家庭责任医生制度提供借鉴。

【关键词】基本医疗卫生服务;家庭责任医生;制度设计

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.003

The experience of design and implementation of family doctor system in Changning district, Shanghai

JIANG Ping, ZHAO Xiao-ming, XU Lei, HU Yue, ZHU Ji

The Health Bureau of Changning District, Shanghai 200050, China

【Abstract】 Family doctor system is an important reform to realize government's policy objective in providing primary health care. It is also a system to promote family health management. Changning district provides the residents with continuous, integrated, coordinated community health services. It will gradually develop a health system with community health service as the first contact point and with referral system. Community health service will act as gate keeper in terms of health care and fund management. This article introduces the system design and implementation program of the family doctor system in Changning district, in order to provide experiences for other regions to explore the family doctor system.

【Key words】 Basic health services; Family doctor; System design

新医改以来,全国许多地方开始探索家庭医生制度的新型服务模式^[1-3],期望进一步完善基层医疗卫生服务体系。上海市长宁区在过去多年的制度试验和发展过程中探索形成了以全科团队为核心的社区卫生服务模式,在全国范围内产生了积极影响。^[4-6]为深入贯彻落实《国务院关于全科医生制度的指导意见》和《关于印发全科医生执业方式和服务模式改革试点工作方案的通知》文件精神,长宁区继续围绕国家和上海市医药卫生体制改革的重点要求,在全国率先对家庭医生制度进行了系统和深化

的试点。本文介绍了长宁区家庭医生制度模式的目标、制度设计和实施路径等,以期为其它地区探索家庭责任医生制度提供借鉴。

1 家庭责任医生制度的内涵与目标

家庭责任医生制度是贯彻政府提供基本医疗卫生服务宗旨的一项重要措施,是实施居民家庭健康管理服务的制度。它是在政府主导下,以人的健康为本,以全科医生为主体,在医保制度支持下,以契约式服务的形式,为社区居民提供连续、综合、协调

* 基金项目:上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:江萍,女(1963年—),上海市长宁区卫生局副局长,主要研究方向社区卫生管理。

E-mail:jiangping@vip.changning.sh.cn

的基本医疗卫生服务。家庭责任医生服务是依托社区卫生服务中心平台和区域医疗卫生协同服务体系,探索逐步建立“首诊在社区”、“逐级转诊”、“防治一体化”的医疗卫生服务体系。

家庭责任医生制度的长远目标是以维护和保障人的健康为目标,以“分步实施、循序渐进”为工作原则,使家庭责任医生成为居民的“健康守护人”和“经费守门人”;具体目标包括以下三个方面:

一是引导社区(家庭责任医生)首诊。引导居民优先选择到社区卫生服务中心的家庭责任医生处就诊。对签约对象实现社区首诊率、定点就诊率不低于80%,对其中“四医联动^①”对象等特殊人群,实现社区首诊率100%;对一般居民,以提高首诊率为目标,完善家庭责任医生在社区卫生服务中心的全科门诊制度。

二是实施逐级转诊。对需要转到二、三级医疗机构做进一步专科诊疗的社区居民,实施逐级转诊。对签约对象实现逐级转诊率80%,对其中“四医联动”对象等特殊人群,实现定向转诊率100%;引导一般居民通过社区卫生服务中心进行逐级转诊。

三是实行预约门诊。家庭责任医生通过预约为社区居民提供全科门诊服务,增加管辖居委的特殊人群和慢性病管理对象的预约门诊量,提高慢性病管理对象的依从性、管理率和控制率。对签约对象,实现“防治一体”的预约门诊率不低于90%。

2 家庭责任医生制度的框架设计

2.1 服务对象与内容

家庭责任医生以管辖居委的居民为主要服务对象,每位家庭责任医生服务800户约2000~2500名居民。依据居民对社区基本卫生服务的需求和利用程度不同,优先将“四医联动”对象和慢性病患者、离休干部、归侨、残疾人等重点对象家庭纳入服务范围,并逐步向有需求、有意愿的一般家庭扩展。家庭责任医生以面向社区居民的基本医疗卫生服务为主要服务内容,并向签约家庭提供以慢性病患者管理、

高危人群的早期发现及有效干预为主的家庭健康管理服务。具体服务内容如下:

(1)对签约居民:一是签订服务协议。家庭责任医生与居民家庭签订服务协议,明确双方的权利和义务,建立契约服务关系。二是健康档案管理。家庭责任医生为签约对象建立和完善家庭健康档案和居民健康档案,对健康档案进行动态管理;根据《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》,为签约对象提供体检(包括中医体质辨识),体检信息及时更新到健康档案系统中。三是基本医疗服务。家庭责任医生通过预约门诊的方式,为签约对象提供常见病、多发病及慢性病的诊断和治疗,并开展签约对象中慢性病患者的随访管理;根据《关于进一步方便社区慢病管理患者用药措施的通知》(长卫发[2012]1号)要求,合理用药;引导签约对象到社区首诊,根据患者病情需要,实施分诊和逐级转诊。四是家庭健康管理。家庭责任医生要对签约对象进行家庭健康评估,明确家庭的主要健康问题、疾病风险及危险因素,制订并实施针对性的干预措施;主动在签约对象中筛选和识别高血压、糖尿病等慢性病的高危对象,并对其进行健康教育、生活方式指导等早期干预;鼓励和协助签约对象开展健康自我管理,并引导其积极参与社区健康自我管理小组活动。家庭责任医生在上述服务内容的基础上,以“分类服务、按需服务”为原则,为签约对象提供个性化的基本卫生服务(包括“治未病”服务)。

(2)对一般居民:参照现行的医疗卫生工作规定和要求,为一般居民提供基本医疗卫生、“治未病”等服务。根据患者病情需要,实施分诊和逐级转诊服务。

2.2 责任规范

2.2.1 责任居委工作规范

责任居委工作规范主要包括:(1)家庭责任医生与管辖居委会建立合作伙伴关系,定期参加居委会工作会议和社区活动,在沟通交流中增进居委会对

① “四医联动”改革是指长宁区社区卫生服务在医保、医药、医疗“三医联动”综合改革的基础上结合医疗贫困救助的进一步改革。采取与社区贫困人群签约,为其提供有针对性的家庭责任医生服务的方式来保障这一特殊人群的健康,同时为建立家庭责任医生与病人和谐稳定的医患关系,为初步实现社区首诊奠定基础。

家庭责任医生制度的认识和理解,提高居委会对家庭责任医生制度的支持和协作力度。(2)家庭责任医生要掌握管辖居委的基本信息,包括人口信息、重点人群和管理家庭的分类信息。定期与居委会联系,及时更新有关信息。(3)家庭责任医生应积极开展和参与管辖居委的社区健康促进工作。

2.2.2 签约家庭工作规范

(1)在建立契约服务关系方面,家庭责任医生应将签约后的权利与义务明确告知管辖居委的居民,签约对象知情同意后,在服务协议上签字。各社区卫生服务中心可根据辖区实际情况、签约对象特殊需求及家庭责任医生服务能力,在协议中酌情增加服务内容或居民义务。

(2)在基本医疗卫生服务提供方面,家庭责任医生以“预约门诊”的方式,为签约对象提供基本医疗和慢性病管理服务。预约可以采取电话预约、现场预约、短信预约、网络预约等多种形式;基本医疗服务应根据签约对象需求提供,参照现行医疗卫生服务规范执行;慢性病管理服务按照《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》中《高血压患者健康管理服务规范》、《2型糖尿病患者健康管理服务规范》等要求执行;对签约对象中的慢性病患者,其慢性病管理率、规范管理率及控制率不低于全区平均水平。

在确保绿色转诊和保障基本药物的前提下,家庭责任医生尽可能引导有医疗服务需求的签约对象,到社区卫生服务中心的家庭责任医生处首诊。家庭责任医生对需要转到二、三级医疗机构做进一步专科诊疗者,实施逐级转诊。对由上级医疗机构转回社区卫生服务中心接受继续治疗的签约对象,家庭责任医生应及时落实出院随访,并了解签约对象在上级医疗机构的诊疗情况。

当然,家庭责任医生要切实遵照国家基本药物制度和《关于进一步方便社区慢病管理患者用药措施的通知》(长卫发[2012]1号)要求,为签约对象合理配药,并追踪用药情况。家庭责任医生可以根据签约对象需求和实际情况,为签约对象建立家庭病床,并参照《上海市家庭病床服务规范》提供相应的服务。

2.2.3 提供家庭健康管理服务

(1)健康档案管理。家庭责任医生要根据《关于进一步完善本市社区居民健康档案工作的通知(沪卫妇基[2004]11号)》文件中《上海市居民健康档案》(主档案部分)及《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》中《城乡居民健康档案管理服务规范》要求,在居民电子健康档案系统中为签约对象建立家庭健康档案和居民健康档案。对已经建立健康档案的签约对象,家庭责任医生要根据其健康状况、体检和就诊情况,及时更新健康档案信息。

(2)家庭健康评估。家庭责任医生要为签约对象开展家庭健康评估,评估情况及干预计划应完整、详细地填写在《家庭健康管理及评估手册》中。家庭责任医生签约后应完成一次家庭健康评估,根据问题制定出干预治疗计划并实施,每半年评估一次干预计划的实施效果,及时调整、完善干预计划,评估情况以书面形式附在《家庭健康管理及评估手册》中。

(3)慢性病高危人群的早期识别及干预。家庭责任医生要主动在签约对象中开展慢性病高危人群的早期发现和有效干预,参照《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》中《高血压患者健康管理服务规范》、《2型糖尿病患者健康管理服务规范》等要求执行。

(4)老年人健康管理。家庭责任医生根据《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》中《老年人健康管理服务规范》,为签约对象中的老年人提供系统的健康管理服务。此外,参照上述规范和《2006年社区离休干部健康保健服务工作要求》、《为老归侨提供的社区卫生服务工作要求》和《关于进一步明确本区助老项目的通知》,为签约对象中的离休干部、归侨、困难老人和百岁老人提供健康管理服务。

(5)“治未病”服务与其他健康管理服务。家庭责任医生可为签约对象提供中医特色的健康保障服务,并按照《长宁区2011—2012年体质调理产品发放、随访要求》及《上海市长宁区亚健康人群干预跟踪随访办法》要求,发放体质调理产品,开展干预随访。家庭责任医生根据签约对象的归类和需求,按照《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》中相

关工作要求,为签约对象提供个性化健康管理服务。

(6)资料管理。对签约家庭,要以家庭为单位建册,实施“一户一档”资料管理。“一户一档”应包括家庭责任医生服务协议、家庭成员的居民健康档案(含体检表、专项档案)、家庭健康管理及评估手册,相关信息应填写完整,并及时更新。

3 家庭责任医生制度的实施与评估

3.1 制度实施

3.1.1 签约率达标

家庭责任医生对社区居民的契约式服务,至少覆盖管辖居委 30% 的人群。同时,对管辖居委的重点对象(“四医联动”对象、慢性病患者、离休干部、归侨、残疾人等),家庭责任医生签约服务覆盖率不低于 50%;对其中的慢性病患者,服务覆盖率不低于 60%。

3.1.2 实行预约门诊

预约门诊是实现“防治一体化”、提高工作效率的一种有效形式,有利于家庭责任医生系统、全面地了解服务对象的健康状况。现阶段限定在签约对象中实行预约门诊,要求每月预约门诊量不低于该家庭责任医生当月门诊总量的 30%,年内逐步提高至不低于 50%。

3.1.3 调整社区卫生服务中心内部科室设置及职能

社区卫生服务中心调整内部科室设置及职能,更好地为家庭责任医生提供协作和支撑。(1)在质控部或支持系统内设公共卫生工作支持部门,牵头组织开展社区卫生服务中心群体性和场所基本公共卫生服务任务,包括突发公共卫生事件的应急处置。(2)加强质控部分诊协调和逐级转诊功能,协调家庭责任医生需要提供进一步专科服务的患者,酌情分诊到中心相关系统、科室或转诊到二、三级医疗机构。(3)进一步完善以家庭责任医生为核心的全科团队协作机制,继续发挥社区卫生服务中心五大系统的协同与支持作用,共同协助家庭责任医生开展服务工作。

3.1.4 完善区域医疗卫生协同服务机制

进一步完善政府构建的以社区卫生服务中心(家庭责任医生)为基础、二、三级医疗机构及公共卫

生专业机构联动的区域医疗卫生协同服务机制。区属综合性二级医疗机构设置全科诊室,专用于接诊由家庭责任医生转诊入院的患者,根据患者病情需要,将其转到相应专科接受进一步诊治。进一步加强逐级转诊工作的管理和考核。

3.1.5 试点开展全科医生多点执业

选取条件较为成熟的 1 家社区卫生服务中心作为试点,允许符合要求的全科医生(家庭责任医生)在 1 家以上的社区卫生服务中心执业,同时打破指定辖区居委限制,允许符合要求的全科医生(家庭责任医生)跨居委签约服务,逐步形成居民自主选择全科医生(家庭责任医生)的格局。建立相关的人力资源管理办法、考核评估及薪酬激励机制;对试点与非试点社区的全科医生(家庭责任医生)工作,开展综合评估。

3.2 管理考核与制度评估

长宁区卫生局将家庭责任医生制度试点工作,纳入社区卫生服务中心的重点工作内容和社区卫生管理中心的工作绩效考核内容,并广泛听取各街道(镇)、居委会和居民意见,对家庭责任医生制度试点工作进行综合评价。由区社区卫生管理中心修订完善长宁区家庭责任医生工作规范,并与区专业机构共同研究制订长宁区家庭责任医生工作绩效考核方案;在区卫生局领导下,组织社区卫生工作质控专家组,对各社区卫生服务中心的家庭责任医生制度试点工作考核评估,落实对家庭责任医生制度试点工作的目标管理。考核结果与社区卫生服务中心工作绩效、医保预付和基本公共卫生服务经费拨付挂钩。实施社区卫生服务中心主任负责制,加强对家庭责任医生制度试点工作的领导、组织管理和工作协调;各社区卫生服务中心修订本中心的家庭责任医生制度试点工作管理和绩效考核方案,落实对本中心家庭责任医生制度试点工作的过程管理。

4 保障措施与政策建议

4.1 加强政府对社区卫生服务的主导作用

加大政府投入,建立社区卫生经费递增机制,确保社区卫生服务中心运行经费、基本公共卫生服务经费投入增长;将社区卫生服务中心(站)硬件建设

纳入区政府重点项目并匹配专项经费。

4.2 强化区域资源整合与联动机制

一是继续发挥区健康促进委员会(公共卫生联席会议)平台作用,推进和强化相关部门在机制创新、政策突破方面的合作,为家庭责任医生制度试点工作提供进一步的政策支持和经费支撑;二是继续发挥街道健康促进委员会的作用,巩固区卫生局、社区卫生服务中心与街道(镇)、家庭责任医生与居委会的沟通协作机制,继续落实居委会例会制度、信息报告制度和志愿者制度,不断拓展和充实家庭责任医生的社区协作队伍。

4.3 完善家庭责任医生工作激励机制

探索实行家庭责任医生特殊津贴及基于签约服务户数的家庭责任医生工作补贴,探索以工作绩效为主要依据的家庭责任医生工作激励办法。此外,对优秀家庭责任医生,在交流学习、出国培训方面给予优先考虑。

4.4 加快家庭责任医生人才队伍建设

通过政策推进和扶持,加大全科医生的引进与培养力度,稳定和壮大家庭责任医生队伍,加快社区卫生人才队伍结构的调整;深入研究社区全科人才的具体培养目标,建立以知识需求为导向、自学自修与继续教育相结合的全科医生培养机制,以项目化培训为抓手,提高家庭责任医生技术水平和综合服务能力,增强社区卫生服务的竞争力;制订和完善全科医生人才招聘制度,对岗位设置、薪酬福利等方面予以大力支持,面向社会公开选拔优秀人才,吸引二、三级医院专业人员到社区,并通过转岗培训,充实到家庭责任医生队伍中来,使家庭责任医生队伍在数量和质量上都有所提升。

4.5 推动基于家庭责任医生工作的信息化建设

围绕家庭责任医生工作内容和要求,完善“家庭责任医生工作站”系统,实现健康档案、签订协议、预约就诊、规范配药、信息共享及绩效考核等信息技术

支持,方便全科医生(家庭责任医生)为社区居民提供基本卫生服务,同时实现通过信息系统采集、分析工作相关数据及统计考核指标,使家庭责任医生工作在信息系统中得以真实反映;在 40 家社区卫生服务站建设以信息化技术为支撑的“居民健康体验小屋”,便于社区居民通过“医健通”网站,实施健康档案自主动态管理。

4.6 加大宣传力度

面向社区居民,积极开展多层面、多渠道、多形式的家庭责任医生制度试点工作宣传,完善家庭责任医生信息公示制度,进一步提高居民对于家庭责任医生的认识、认可和接受程度,营造良好的社会支持环境。面向社区卫生服务中心、街道(镇)及居委会工作人员,强化宣传、解释工作,进一步统一和深化对于家庭责任医生制度试点工作的理解和认识,为继续推进家庭责任医生制度试点工作奠定坚实的思想基础。

参 考 文 献

- [1] 仇逸. 上海将全面推行建立家庭医生制度[N]. 经济参考报, 2011-10-27(6).
- [2] 殷平. 实施家庭医生制度工作体会[J]. 中国社区医师, 2011, 13(33): 325-327.
- [3] 刘峻. 明年江苏有望实施家庭医生制度[N]. 现代快报, 2011-12-28(21).
- [4] 张平. 通往公众健康之路:医疗卫生改革的长宁经验[M]. 上海:上海人民出版社,2007.
- [5] 张平, 赵德余. 中国特殊健康保障之路的探索:长宁社区卫生服务发展模式的演进历程和经验[M]. 上海:上海人民出版社, 2011.
- [6] 赵德余, 梁鸿. 基本医疗卫生服务供给中的医患关系重构[J]. 世界经济文汇, 2007(4): 3-14.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-05-31]

(编辑 薛云)

上海市长宁区家庭责任医生制度探索的政策成效与经验

贺小林^{1*} 梁 鸿¹ 江 萍² 朱 吉² 肖 峰²

1. 复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

2. 上海市长宁区卫生局 上海 200050

【摘要】上海市长宁区探索了家庭责任医生的服务模式、工作机制、培养机制和激励机制,转变了家庭责任医生的服务方式,提高了社区卫生服务的质量和效率,初步建立了家庭责任医生与社区居民的依存性伙伴关系,为构建具有中国特色的家庭责任医生制度改革提供了借鉴。其主要的政策经验包括:以家庭责任医生工作室为载体的服务模式、以家庭责任医生为基础的区域医疗协同服务体系、以信息化为基础的慢性病管理模式、按照时间路径推进的家庭责任医生社区首诊模式和根据服务对象需求提供个性化服务的路径。长宁区的政策实践也表明,改革的推行需要先期进行机构标准化建设、公益性改革以及全科服务团队的培养,以便为家庭责任医生制度改革奠定基础。

【关键词】家庭责任医生; 制度探索; 政策成效; 政策经验

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.004

Exploration and policy experiences of family doctor system in Changning district, Shanghai

HE Xiao-lin¹, LIANG Hong¹, JIANG Ping², ZHU Ji², XIAO Feng²

1. School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

2. The Health Bureau of Changning District, Shanghai 200050, China

【Abstract】 Changning district has built the family doctor training system, working mechanism and incentive systems. It has improved the service quality and efficiency, and has built interdependent partnership between the family doctors and community residents. It provides an exemplary model for the reform of China's family doctor system. The major policy experiences include the service model carried by family doctors studios, the integrated service system based on family doctors, the chronic disease management model based on information technology, family doctor as the first contact point, and the personalized service path according to individual needs. Changning experiences reveal that the reform of family doctors needs to have some basic conditions including standardized facility constructions, public interest reform and development of general practitioner team.

【Key words】 Family doctor; System exploration; Policy effectiveness; Policy experience

* 基金项目:2009年国家社会科学基金重大项目(09&ZD059);上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:贺小林,男(1985年—),博士研究生,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。

E-mail:10110730013@fudan.edu.cn

通讯作者:梁鸿。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

实行家庭责任医生制度是发达国家国民医疗保障的重要基础,也是推进医疗卫生服务体系改革的重要途径。许多国家的实践突显了建立健康守门人制度的重要性,而健康守门人制度的关键是家庭责任医生制度的实施。^[1]发达国家家庭责任医生制度的发展经验给我国提供了借鉴,但由于各国国情不同,我国在构建家庭责任医生制度时不能完全照搬其经验,需要探索有中国特色的家庭责任医生制度。上海市长宁区在家庭责任医生制度改革方面进行了积极探索,本文通过分析其政策成效和经验,以期为其它地区的改革提供借鉴。

1 长宁区家庭责任医生制度改革的探索

长宁区社区卫生服务改革经历了机构标准化建设、体制机制建设和全科服务模式内涵探索三个阶段。社区卫生服务综合配套改革中建立的全科团队服务模式为家庭责任医生制度的探索奠定了良好基础。2007 年,长宁区在全国率先提出实施家庭责任医生制度,选取周桥街道社区卫生服务中心进行了试点。为做好社区卫生服务工作,周桥社区卫生服务中心将健康管理纳入到家庭责任医生的工作内容中,取得了一定成效。2009 年制订了《长宁区家庭健康责任制工作实施方案》,在全区推广家庭责任医生制度。试点改革期间,长宁区建立了与家庭责任医生制度相配套的服务模式、工作机制、培养机制和激励机制。

1.1 探索了家庭责任医生服务模式

家庭责任医生服务模式是社区卫生发展和全科理念深入实践的产物。在机构标准化建设改革阶段,长宁区形成了以医疗康复科、预防保健科、后勤管理科及办公室为载体的“三科一室”的社区卫生服务管理模式,开始引导医务人员走出医院,深入社区服务站点提供服务。在体制机制建设阶段,长宁区社区卫生服务逐渐引入全科理念,构建了以全科团

队服务系统为核心的五个系统^①的管理模式,提出“六位一体”的服务理念。^[2]然而当时缺乏真正意义上的全科医生,为了解决全科医生短缺问题,长宁区将医生、护士、保健师整合成一个全科团队。^[3]随着改革推进,社区卫生服务步入到内涵建设阶段,长宁区探索了以家庭责任医生工作室^②为载体的服务模式,总结了以社区居民健康管理为中心,依靠全科团队与社区卫生服务中心的协同、社区卫生服务中心与其他医疗机构的技术服务协同以及与社区资源的社区协同,向患者提供约定式、互动式、跟踪式、关怀式和监测式服务,以建立与社区居民长期稳定的服务关系、健康促进的伙伴关系以及与重点人群的重点服务关系,最终达到体现健康促进、和谐医患、政府服务意识三大政策目标的家庭责任医生服务模式。

表 1 上海市长宁区社区卫生服务模式的探索情况

发展阶段	管理模式	服务模式	服务内容
机构标准化建设	三科一室	医院服务模式,但开始引导医务人员走出医院,深入社区服务站点提供服务	仅仅是功能定位调整,医疗机构主要服务载体并未发生变化,仍然是内科、外科等专科医疗服务
体制机制建设	五个系统	以全科团队为核心的“六位一体”的服务模式	提供基本公共卫生和基本医疗服务
服务内涵建设	家庭责任医生工作室	以家庭责任医生为责任主体的连续性、个性化健康管理服务模式	以建立契约式服务关系为基础,以健康为核心,以需求为导向,以就近服务为原则,为居民提供防治结合、连续性、个性化的社区卫生服务

1.2 建立了家庭责任医生的工作机制

通过倡导全科医生开展家庭责任医生服务,具体负责一个社区的健康管理工作。长宁区家庭责任医生的服务“关口”也由以往在社区中心坐诊前移到下社区站点、进居民家庭的三站式服务,受到了社区居民欢迎。通过三年努力,初步形成了以居民健康管理为核心、以家庭责任医生为责任主体的社区卫生

① 五个系统是指以全科服务团队服务系统为核心,以全科团队支持系统、病房系统、医技系统和管理系统为支撑的社区卫生服务管理模式。

② 长宁区社区卫生服务内涵建设改革阶段形成的以家庭责任医生工作室为载体,家庭责任医生为责任主体,承担指定社区居民健康管理工作的服务模式。

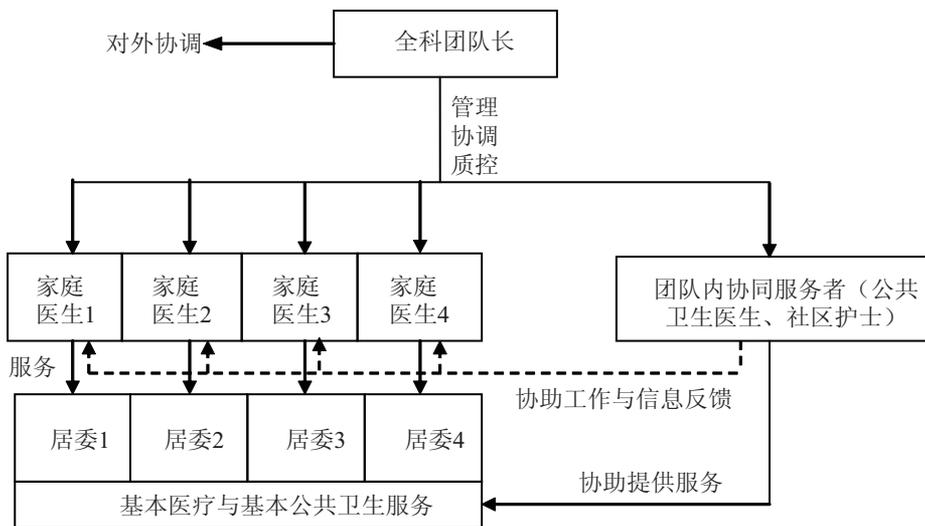


图 1 以家庭责任医生为核心的全科团队服务与组织框架

服务管理新模式,进一步理顺和明晰了全科团队内各成员的职责分工与协作关系(图1)。其中,全科团队长是全科服务团队辖区工作的总协调者与管理者;家庭责任医生是责任区内居民家庭健康的主要服务者,同时还是健康信息的管理者、健康知识的传播者、健康生活与行为的干预者及健康转介服务的指引者;公共卫生医生和社区护士是家庭责任医生的工作助手与健康信息收集者,协助团队内家庭责任医生做好辖区内的基本医疗与基本公共卫生服务工作。^[4]

1.3 建立了家庭责任医生的培养机制

一方面,我国全科医学薄弱,长期由专科医院和公共卫生中心分别负责疾病诊疗和传染病预防,真正意义上的全科医生十分缺乏。长宁区将经过短期全科岗位培训的专科医生和公共卫生人员、社区护士组成全科服务团队,通过知识整合和专业互补来解决全科医生短缺的问题。全科医生在提供基本医疗和公共卫生服务的实践中,锻炼和培养了全科技能,真正实现社区医疗防治结合,逐步成为具有全科服务能力的家庭责任医生。另一方面,随着改革深入,长宁区只招收本科学历以上的全科医生,并对其进行家庭服务意识和能力培训,加强了家庭责任医生队伍建设。

1.4 建立了家庭责任医生的激励机制

一是按照工作内容与责任,建立家庭责任医生

工作补贴制度,并纳入社区卫生服务中心预算管理,通过考核后予以下拨,激励和引导家庭责任医生开展工作,确保改革后家庭责任医生收入不减少。二是加强内部管理,放权给家庭责任医生,即在社区卫生服务中心适当的监管下,将有限的卫生服务资源管理权限交由家庭责任医生负责,提高家庭责任医生在社区居民中的权威。三是逐步建立工作评估、管理评估、效果评估相结合的综合绩效考核评估机制,考核指标包括慢性病管理、家庭责任医生制度知晓、服务满意度、健康知识传播和门诊预约服务率等。^[5]

2 长宁区家庭责任医生制度改革的成效

通过对三年来长宁区社区卫生服务家庭责任医生制度的试点观察,发现家庭责任医生服务模式能够更好地契合社区居民的实际服务需求,提高了社区卫生服务的质量与效率。社区居民和全科医生的关系也从过去一般意义上的医患关系变为了伙伴关系,居民对社区卫生服务的依存性大幅提高。

2.1 转变了服务方式,提高了服务效率

长宁区对家庭责任医生的服务内容进行了多方面探索,不再拘泥于只完成以往的是否上门服务、有没有访视等指标,最为关注如何满足社区居民的卫生服务需求问题。如为了加强与患者的交流沟通,

家庭责任医生尝试了预约式门诊服务,这不但将慢病防治和门诊服务有机地结合起来,还达到了使病人分流、确保就诊时间、提高服务质量的效果。从长宁区周桥社区卫生服务中心家庭责任医生制度试点前后的数据来看,家庭责任签约服务和双向转诊的制度效应开始显现。通过家庭签约的预约式服务,更多的病人配合家庭责任医生,在约定的时间到社区来接受服务,医生家庭病床、临时出诊和出院随访的工作量有一定减少,提高了服务效率。家庭责任医生制度的开展使医生的工作重心进一步下沉,更多的时间放在社区,中心门诊工作时间逐步减少。家庭责任医生月平均门诊天数减少 3 天,而健康教育的场次则增加了 2 场(表 2)。试点前“锦屏”居委平均预约门诊率为 8%,目前已达到 60%,较改革之前有明显提高。

表 2 周桥社区卫生服务中心家庭责任医生改革前后月人均工作量比较

服务内容	试点前	试点后
健康档案(户)	10	10
高血压访视(人次)	22	98
糖尿病访视(人次)	1	52
离休干部访视(人次)	12	10
残疾人访视(人次)	21	18
家庭病床(人次)	67	19
临时出诊(人)	12	8
出院随访(人)	8	0
肿瘤随访(人)	0	6
健康教育(场)	0	2
门诊天数(天)	11	8

数据来源:长宁区周桥社区卫生服务中心

2.2 强化了慢病管理,提升了服务质量

家庭责任医生制度试点以后,慢性病管理等大量

的公共卫生服务也由家庭责任医生来承担,真正做到了防治结合。家庭责任医生服务不再是以前以疾病诊疗为主的“一次性服务”,更为注重在社区有限服务人群的基础上逐步建立起家庭责任医生与居民积极互动、相互信任的健康管理伙伴关系。从慢性病的管理情况来看,家庭责任医生参加社区高血压和糖尿病患者的随访管理,不仅增加了社区高血压与糖尿病患者纳入管理的人数,还提高了其规范管理率、血压控制率和血糖控制率(表 3)。

社区卫生服务质量体现在家庭责任医生将有限的工作时间放在最有价值的服务上。家庭责任医生服务当前的工作重点在于公共卫生服务尤其是慢病管理这一薄弱环节。座谈中有家庭责任医生谈道:“现在对于慢性病的管理与以前有很大不同,不再是为了完成指标而服务。以高血压病人管理为例,现在家庭责任医生上门服务时会仔细询问社区居民的生活规律和健康锻炼情况,认真检查其食盐摄入量等,并经常就健康的生活方式与居民进行沟通交流,这样贴心的连续性服务得到了群众好评,服务质量得到提高。”以华阳社区卫生服务中心的慢性病管理为例,家庭责任医生参与管理高血压患者 3 个月后,高血压患者的预防知识知晓率由 67.9% 提高到 87.4%;健康预防服务的依从性由 48.0% 提高到 62.7%。

2.3 提高了公益性,构建了伙伴关系

家庭责任医生制度改革重点关注“四医联动”服务对象,按照政策制度的规定,采取与社区贫困人群签约,为其提供有针对性的家庭责任医生服务的方式,缓解困难家庭、困难人员就医问题。从 2011 年 4 月改革开始到 2012 年 3 月,全区共减免了“四医联动”对象医疗服务费用 1 527.02 万元,社区卫生服务公益性得到了进一步提高。

表 3 2009—2011 年长宁区社区卫生服务慢性病管理情况

项目	管理人数(人)			规范管理率(%)			重点对象控制率(%)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
高血压管理	28 836	32 697	43 463	84.60	87.57	92.55	65.08	65.69	80.78
糖尿病管理	4 758	5 914	6 492	85.62	93.65	91.05	29.04	27.85	43.50

此外,家庭责任医生制建立以后,社区居民的卫生服务需求能够与自己的家庭责任医生及时有效沟通,从而有针对性地解决。服务质量的提高拉近了居民与家庭责任医生之间的关系,居民对于家庭责任医生制度的认可和依存度也在不断提高。从“四医联动”家庭责任医生的签约情况来看,已签约人数和签约户数逐月增长,截至2012年3月底,家庭责任医生签约人数已达到8317人,已签约户数6403户,签约率达到89.12%(表4)。

表4 长宁区“四医联动”对象与家庭责任医生签约情况

年份	月份	总人数 (人)	签约人数 (人)	签约户数 (户)	签约率 (%)	
2011	4	6366	3829	3323	60.15	
	5	7467	6495	5170	86.98	
	6	7642	6726	5331	88.01	
	7	7987	6995	5540	87.58	
	8	8046	7293	5744	90.64	
	9	8066	7348	5735	91.10	
	10	8162	7554	5928	92.55	
	11	8235	7657	6014	92.98	
	12	8473	7894	6166	93.17	
	2012	1	8975	7911	6350	88.32
		2	9183	8188	6329	89.16
		3	9332	8317	6403	89.12

注:签约率=(家庭医生已签约人数/总人数)*100%

数据来源:长宁区社区公共卫生政策研究中心

3 长宁区家庭责任医生制度改革的政策经验

从长宁区家庭责任医生制度的改革探索可以看出,家庭责任医生与全科服务团队最大的区别体现在服务责任主体的明晰化和固定化。该模式最大的特点在于家庭责任医生明确承担起维护居民健康的责任,变被动医疗服务为主动参与居民健康管理,并将服务对象扩展到整个家庭,为居民提供连续性、针对性和综合性的健康服务。经过三年的家庭责任医生制度试点和改革探索,长宁区积累了一些制度经验,为我国社区卫生服务内涵深化改革提供了借鉴。

3.1 循序渐进推动家庭责任医生社区首诊

长宁区将社区卫生服务中心的服务能力与人群的实际需求以及对社区卫生服务依赖和密切的程度相结合,通过人群划分,分阶段、分步骤推进家庭责任医生制度的实施,逐步实现家庭责任医生社区首诊的目标(图2)。

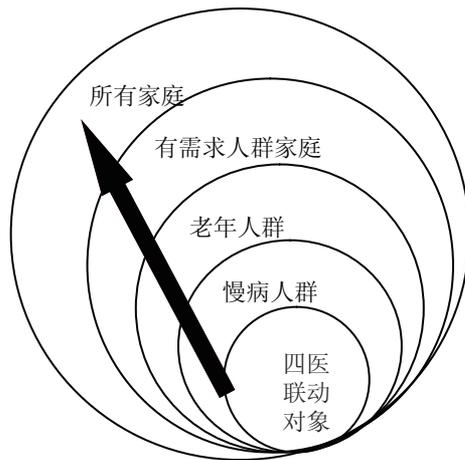


图2 长宁区家庭责任医生制度社区首诊的实现路径

第一阶段,通过“四医联动”来探索社区卫生服务定点医疗,以贫困人群为切入点探索实施家庭责任医生制度。通过“四医联动”的相关优惠政策的实施,率先在贫困人群中探索建立家庭责任医生定点医疗和社区首诊制,开展双向转诊实现梯度就诊,引导“四医联动”人群有序就医。

第二阶段,结合不同人群对社区卫生服务的需求情况,按照“权利换义务”^①的方式来推动社区首诊。首先选择慢性病管理对象、残疾人等有服务需求的人群进行推广;其次,将范围扩大到辖区内的老年人等重点管理对象,以开药的基本医疗为工作突破口,结合基本医疗开展公共卫生服务,将这部分人群纳入家庭责任医生的服务范围;再次,随着家庭责任医生制度的逐级推广、逐层覆盖,不断外延和推广这项制度。

第三阶段,按照公共政策制定的一般经验,当70%~80%的人员拥护家庭责任医生制度时,再通过

① 长宁家庭责任医生“权利换义务”是指用家庭责任医生掌握的有限资源,如门诊优惠、优先转诊、适当延长开药时间等权利来换取居民到社区首诊的义务,吸引百姓到社区就诊的系列措施。

制订政策的方式来实现家庭责任医生的社区首诊。我国医疗卫生资源的“倒三角”形分布造成了医疗卫生资源利用不合理、使用效率低下等问题,严重影响了国民就医。^[6]只有通过家庭责任医生制度的改革,提高服务水平,使得居民信任家庭责任医生并且愿意到社区首诊,才有可能从根本上解决看病难,看病贵问题。

3.2 根据服务对象需求提供个性化服务

考虑到不同人群需求以及社区卫生服务的实际发展情况,将服务人群分为三个范畴:重点人群(即服务利用人群,老年人、妇女儿童、残疾人等)、重点人群辐射人群(重点人群的家庭成员)、社区卫生覆盖人群。对于不同人群,在提供均等化公共卫生服务的基础上,满足其不同需求的基本医疗服务,提供以签约为纽带的健康管理服务。^[7]一是为“四医联动”对象开展签约式服务。家庭责任医生依照协议给予“四医联动”对象医疗费用减免,为实施定点医疗和社区首诊创造条件。二是为有需求的重点人群家庭开展约定式服务。为慢性病患者、老干部、归侨重点人群家庭,提供随访、预约和健康干预等约定式服务,逐步引导其家庭成员到社区首诊、参与社区居民健康自我管理小组活动。

3.3 创建了以信息化为基础的慢病管理模式

家庭责任医生制度改革是重塑和优化社区基本医疗卫生服务系统的过程,运用现代信息技术有助

于提高社区卫生服务的工作效率和管理水平。长宁区建立了以家庭责任医生为核心,以社区全科团队为平台,信息化为基础的社区慢性病防治模式。家庭责任医生通过防治一体化、患者一家庭系统化、信息化全程动态管理三个手段,使慢性病患者在社区得到了系统规范的治疗和干预,为居民与医疗卫生机构间搭建了互动平台。通过家庭责任医生信息平台的构建实现了健康档案的标准化、活档管理的自主化、健康信息即时化和共享化的功能,在为管理部门提供即时详尽数据的同时,也为社区卫生服务的绩效考核提供了依据。

3.4 构建了以家庭责任医生为基础的“321 协同服务”体系

首先建立起二级医院与一级医疗机构之间的协同服务关系,在区域内建立了同仁医院与社区卫生服务中心“21”协同的合作模式。使社区卫生服务机构可以在常见病、多发病诊疗方面发挥积极作用。其次,2006 年起通过同仁医院与仁济医院形成的“32”合作模式,为弥补社区卫生在疑难疾病、复杂疾病的诊治上与三级医院的差距提供了有力的保障。再次,2009 年 4 月进一步拓展了“321 医疗协同服务”体系,通过政府搭台将长宁区 10 家社区卫生服务中心纳入到“321 医疗协同服务体系”,形成了以区域医疗中心、区域公共卫生中心和社区卫生服务中心“三中心”协同服务的格局(图 3)。

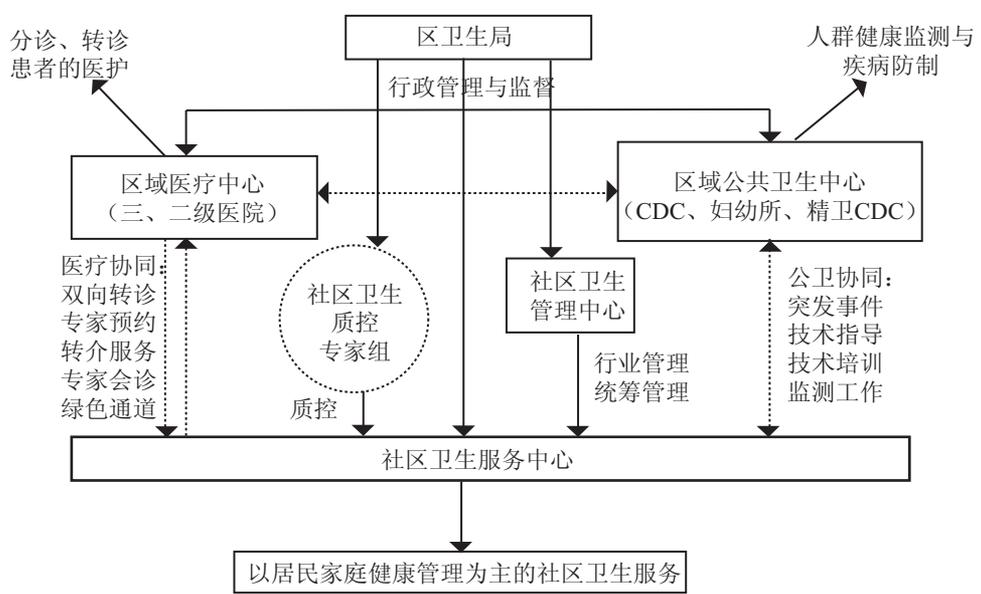


图 3 以社区卫生服务为基础的区域卫生协同服务体系

4 家庭责任医生制度改革的实施条件

家庭责任医生制度改革是一个循序渐进的过程。长宁区社区卫生服务经过全科服务团队网格化管理之后,才逐步开展家庭责任医生制度的试点。从长宁区的改革探索来看,家庭责任医生制度改革需要一定的前提条件。

4.1 进行机构标准化建设,提升社区卫生服务能力

家庭责任医生制度推行的第一个条件是需要对社区卫生服务中心进行标准化建设。社区卫生服务标准化建设的主要目的在于使社区卫生服务的能力得到提升。一方面,硬件设施的标准化使得社区卫生服务的能力得到提升,服务质量更有保障;另一方面,社区卫生服务人才的规范和培养则直接决定了家庭责任医生的服务能力和服务质量,这是家庭责任医生能够顺利进入社区,赢得居民信任的前提。

4.2 进行体制机制创新,提升社区卫生服务公益性

家庭责任医生制度要能顺利推行并实现持续发展,还需要有公益性的体制机制作为基础。家庭责任医生制要求全科医生以居民的健康为中心,为居民提供更具公益性的服务。在之前社区卫生服务收支两条线的改革中,部分试点地方政府存在侥幸心理,决心不够、投入力度不大,突出体现是按“以收定支”的做法对社区卫生服务机构进行支出预算,其结果是潜在地鼓励社区卫生服务机构多创收,无法起到切断机构内部利益链条、扭转其趋利动机、改变其服务行为和模式,以充分体现公益性的作用。^[8]因此,只有构建公益性的社区卫生服务导向机制,医生的行为才能做到真正转变,否则在利益悖反的境况下,家庭责任医生的职责难以实现。

4.3 开展服务模式改革,培养社区化的全科服务团队

家庭责任医生制下的社区卫生服务是综合性服务,要求从以往的专科服务模式向全科服务转变。

社区卫生服务完善内涵建设,关键是组建一支高素质、高水平、具有综合服务能力、实干、乐于奉献的社区卫生人才队伍。^[9]只有建立全科服务团队,并在社区卫生服务实践过程中提高应对居民个性化、多样性服务需求的能力,才能够更好地适应居民健康管理需求。此外,服务模式的转变还要求家庭责任医生具备良好的沟通与交流能力。因此,在实行家庭责任医生制之前,必须有一个全科服务团队模式化和社区化的过程。

参 考 文 献

- [1] 鲍勇,杜学礼,张安,等. 基于健康管理的中国家庭医生制度研究[J]. 中华全科医学, 2011, 9 (6): 831.
- [2] 上海市长宁区卫生局. 通往公共健康之路——解读城市社区卫生服务改革的“长宁模式”[M]. 上海: 上海人民出版社, 2007.
- [3] 沪将推家庭医生制度每位医生管理 2000—3000 人[EB/OL]. (2010-10-15) [2012-05-07]. http://sh.sina.com.cn/citylink/jk/t_hs/2010-10-15/12228942.html.
- [4] 上海市长宁区社区卫生管理中心. 长宁区推进家庭医生制工作实施方案(内部讨论稿)[R]. 2010.
- [5] 上海市长宁区周家桥社区卫生服务中心. 长宁区周家桥家庭责任制医生模式介绍[R]. 2011.
- [6] 潘美,徐怀伏. 国外社区“首诊制”分析及对我国的启示[J]. 中国药业, 2009, 19 (14): 2-3.
- [7] 季晖,陶一众. 关于试行“家庭医生责任制”服务模式的设想[J]. 社区卫生保健, 2008, 7(6): 417-418.
- [8] 姚岚. 社区卫生服务改革与发展中的难点解析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(9): 1-3.
- [9] 冯友梅,姚岚,尤川梅. 社区卫生服务理想模式与现实差异的思索[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 1-5.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-06-04]

(编辑 薛云)

上海市长宁区家庭责任医生制度改革的政策难点与创新路径

杨小亭* 贺小林 梁 鸿

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】构建有特色的家庭责任医生制度需要符合社区卫生服务的发展规律和价值取向。上海市长宁区家庭责任医生制度改革的政策难点在于如何将自上而下的政策推进与自下而上的实践探索相结合,在发展过程中总结出实现改革目标的可操作路径。依照提供有价值的服务这一核心的政策目标指向,长宁区家庭责任医生制度改革需要在宣传工作、培训机制、激励制度、服务模式、组织管理、信息化建设、慢病管理、签约服务模式、自我管理小组以及家庭医生社区化等方面进行机制创新,以期为未来的社区卫生服务改革政策提供经验和依据。

【关键词】家庭责任医生;政策难点;创新路径

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.005

Difficulties and innovations of family doctor reform in Changning district, Shanghai

YANG Xiao-ting, HE Xiao-lin, LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】 Family doctor system is in line with future development of community health services and value-oriented. The difficulties faced by Changning family doctor system reform is how to combine the top-down policies initiatives with the bottom-up community health services practices, and to explore a feasible path to achieve the reform objectives in the development process. In accordance with the key values of community health services, the reform of family doctor in Changning district needs to promote dissemination, training, incentive systems, service delivery model, organizational management, information technology, chronic disease management, contract based service provision, self-management as well as community-based family doctors, to provide experiences and evidence for the future decision-making of community health services.

【Key words】 Family doctor; Policy difficulty; Innovative path

目前上海市长宁区社区卫生服务改革已经发展到了大力推进家庭责任医生制度、深化社区卫生服务内涵的阶段。家庭责任医生制度改革集中体现了我国新医改政策遵循的渐进主义路径。新医改采取的渐进改革模式,在改革进程的每一个重要环节,中央政府都迫切需要通过局部性改革绩效,来启示下

一步改革目标及其路径选择,证明这种选择的合理性,降低全局性改革风险。我国多年改革实践也表明带有突破性的制度创新一般都来自基层试验,因此地方政府不断实践和探索,尤其是一些具有普遍意义的创新将具有引领和先发的地位。^[1]然而,回顾长宁区社区卫生服务的发展历程,以政府推动为基

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(09&ZD059);上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:杨小亭,男(1966年—),博士研究生,主要研究方向为社会管理与社会政策。E-mail:yangxt2020@sina.com

通讯作者:梁鸿。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

本发展动力、以基层医疗机构整体转型为发展资源和以医疗服务延伸为切入点是改革的主要路径。政府推进社区卫生服务改革的作用十分突出,而在基层则从未形成自下而上的制度创新力量。^[2]因此,作为试点单位,长宁区要在家庭责任医生制改革过程中进行制度创新,就必须解决如何将自上而下的政策推进与自下而上的实践探索相结合的问题,在发展过程中不断总结出实现改革目标的可操作路径。

1 家庭责任医生制度改革的难点与目标定位

1.1 家庭责任医生制度改革面临的困难与瓶颈

新医改通过一系列政策文件和改革试点,短期内促进了我国社区卫生服务的快速发展。社区卫生服务改革的制度供给是通过政府自上而下推进的,而服务需求则是由居民基于自身健康状况的理解自下而上的传达。改革过程中如何清晰界定服务功能,准确地把握居民需求,通过服务模式的转变来实现供需匹配十分困难。因此,为准确把握并满足随着经济发展而不断提高的社区居民的医疗卫生服务需求,社区卫生服务模式必须从传统的“坐等医疗”转向深入社区,开展家庭责任医生服务。

目前我国家庭责任医生制度发展面临的主要困难与问题包括:由于医学教育体系的相对滞后,全科医学人才培养远远不能满足实际需求;居民对于社区卫生服务的认知度和认可度很低,对于家庭责任医生这一新生事物心存疑虑。此外,对于家庭责任医生制度改革的推动者而言,政策目标较为清晰而实践路径却十分模糊,在基层难以贯彻落实,“健康管理、全程管理”等政策理念难以落到实处。因此,家庭责任医生制度的发展在目前的现实条件下能够做什么、做到什么程度是两个十分重要的问题。

1.2 家庭责任医生制度改革的政策导向

从理论上来看,理想的家庭责任医生制度应该是通过家庭医生提供基础性、连续性和综合性为特征,方便快捷、适宜有效、安全可靠的有价值服务,在有限服务人群的基础上来构建稳定的伙伴关系,实

现社区健康守门人和医保费用守门人的职责。随着家庭责任医生制度的不断推进,当家庭责任医生人才队伍配置逐渐到位以后,未来社区卫生服务的整体组织架构将发生重大变革,一方面,现有的科室形态将不断地萎缩,另一方面,家庭责任医生队伍不断强化和壮大。最终实现社区卫生服务六个方面的转变:

一是家庭责任医生将以家庭医生工作室为载体实现职业自由化发展,社区卫生服务中心仅仅作家庭医生工作的支撑平台;二是社区卫生服务签约化管理,从而真正实现社区首诊政策目标;三社区卫生服务网络化管理,即从过去的机械式、分割式和固定式的社区网格化管理转变到家庭责任医生对签约对象及其家庭健康全方位的网络化管理;四是社区卫生服务竞争化管理,可以弥补全科团队模式下防治分割、集体负责造成的责任不明晰和考核不精细等制度弊端,既使家庭责任医生的个体服务能力得到极大锻炼,也符合国外以家庭责任医生为责任主体、全科团队服务为基础的服务模式的发展规律;五是社区卫生服务多元化筹资管理,即拓展社区卫生服务筹资渠道,最为重要的是与医保改革联动,使医保成为社区卫生服务最大的买方;六是建立家庭责任医生与居民的伙伴关系,为创新社会管理和建设提供一种方式。

1.3 长宁区家庭责任医生制度改革的重新定位

为实现以上六个方面的转变,长宁区在家庭责任医生制度改革试点的前期,鼓励各试点单位积极探索有特色的家庭责任医生服务,但“家家有特色,站站有创新”的早期发展目标容易将社区卫生服务引向特色医疗的误区。从政策的公平性来看,社区卫生服务追求均等化发展,强调居民享受同等的基本医疗与公共卫生服务,而社区卫生服务的改革和发展又要求强调示范和引领,因此在推进家庭责任医生制度的过程中需要将政策试点经验总结成能够推广的模式,为其它地区提供借鉴。当前长宁区家庭责任医生制度改革探索中,最核心的是提供有价值的服务,消除形式主义的签约服务,进一步稳定和谐的医患关系,为实现社区首诊创造条件。

2 长宁区家庭责任医生制度改革创新的政策路径

家庭责任医生制度要实现“定点医疗、社区首诊、分级诊疗、逐级转诊和防治结合”的目标,靠政府强行的制度推动不具有可行性。因此,要扩大改革的制度效应,可行的路径在于通过权益交换机制吸引居民进行签约服务,将有限的医疗服务资源尽量满足签约服务对象的需求,并逐步扩大签约人群。在做好做实家庭责任医生服务的基础上实现签约人群的价值满足,真正让其体会到家庭责任医生制度个性化健康管理带来的好处。当前家庭责任医生制度建设需要在以下几个方面进行制度创新。

2.1 加强家庭责任医生制度的宣传动员

家庭责任医生要取得居民信任,做好宣传工作至关重要,可以利用报纸、广播、电视等媒体进行宣传报道。^[3]并且,宣传动员过程中要把握三个核心要素。一是知晓率,宣传必须让社区居民知晓。需要考察家庭责任医生公示栏等宣传方式的有效性,真正实现有效的社会宣传和动员。二是认同率,通过宣传使居民对家庭责任医生有科学全面的认知,而不是仅仅停留在提供上门医疗服务的层面,最为重要的是让社区居民认同家庭责任医生服务的价值和目标。三是利用率,通过宣传让居民来利用家庭责任医生服务,在对家庭责任医生服务价值的认可基础上建立起稳定的伙伴关系。

2.2 做好家庭责任医生的培训工作

当前制定的吸引居民到社区卫生机构就诊的政策效果不明显的根本原因在于社区卫生人才素质不高、服务水平有限,因而难以取得患者信任。^[4]因此,加强家庭责任医生培训,提高家庭责任医生的服务能力显得尤为紧迫。虽然目前社区卫生服务工作中十分重视家庭医生的培训工作,但如何让培训真正做到学以致用,从数量方面的追求转向培训质量提高是现阶段需要解决的问题。如何形成培训制度内在的有效激励机制,对于提高培训质量十分关键。培训的有效性和培训内在的激励制度是深化未来的

社区卫生服务培训工作的关键点。长宁区家庭责任医生培训工作需要《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》的指导下,通过开展社区在岗医生转岗培训、定向培养全科医生的技能培训、提升社区在岗医生的学历层次等多渠道的措施来培养合格的家庭医生。^[5]

2.3 转变家庭责任医生的服务模式

家庭责任医生服务模式创新涉及许多方面,其中最重要的是服务体系、服务技能和服务方式“三位一体”的创新。一是服务体系方面,长宁区要充分利用区内已经搭建的以社区卫生服务中心为基础,二、三级医疗机构为技术支撑的区域医疗协同服务体系,进一步做好服务对象的签约工作。二是服务技能方面,提升家庭责任医生的全科服务技能,控制健康风险因素,实施个性化健康教育;提供基本医疗和公共卫生服务,辅助临床决策;实现全程健康管理,借助家庭责任医生支持系统为签约对象提供全方位的服务。^[6]三是服务方式上,转变以往被动的“坐堂待诊”的模式,积极主动地深入社区和家庭去为居民提供个体化、连续性、综合性的健康管理服务,通过服务质量和满意度来促使医生与患者之间建立起一种亲密的互动与伙伴关系。

2.4 重塑社区卫生服务的责任模式

目前社区卫生服务发展过程中,全科团队通过分工协作完成基本医疗和公共卫生服务,但从社区卫生服务发展规律来看,未来“六位一体”的分段式服务将越来越弱化,而家庭责任医生全程性、综合性、个性化服务将越来越强化。因此,社区卫生服务组织责任模式要不断强化家庭责任医生服务。未来的组织管理、质量管理和绩效考核的重点都将强化家庭责任医生的责任。只有强调个体责任,家庭责任医生才会注重提高卫生服务的质量和效率,真正做好签约对象的服务工作。因此,签约服务不是政策强制执行的结果,而应该是家庭医生责任的体现。目前全科团队之所以很难认真地去实践签约式服务,其根本原因就在于其个体责任不明晰,同时考核责任也不明晰。如果个体责任明晰,家庭责任医生将会投入更多精力去巩固已有签约对象的伙伴关

系,这正是未来社区卫生服务发展的政策目标所在。只有这样,政府公共卫生服务经费和医疗保险经费才能体现其购买服务的对等价值。

2.5 完善家庭责任医生的激励机制

完善家庭责任医生有效的绩效考核和激励机制,对于提高社区卫生服务质量和水平具有重要意义。^[7]长宁区过去的社区卫生服务改革中强调经济激励的重要性,但是单一的经济激励是不够的。有研究表明,激励对象的不同对于激励结果存在着明显的影响,在工资较低的情况下提高经济待遇对留住和激励卫生技术人员作用非常明显,而工作条件和职业发展机会对高学历和年轻人员的工作行为影响很大。^[8]在目前以经济激励为首要因素的基础上,如何在激励过程中引导员工自我价值的实现是未来激励机制改革的努力与突破方向。当前长宁区社区卫生服务激励机制面临的最大问题在于许多工作人员对于自我发展认知不够清晰。部分工作人员,尤其是工龄较长的工作人员对自我发展没有期待从而容易让激励陷于无效,也有部分员工尤其是刚进入社区工作的高学历人员对自身期望太高导致对现有激励的不满。因此,要将物质激励与精神激励相结合,充分考虑家庭责任医生的职业发展和认知期望,提供更有针对性的激励。

2.6 推进家庭责任医生的信息化管理

信息化是推进家庭责任医生制度发展的重要工具和助手,一方面要探索家庭医生、社区卫生服务中心、医院之间的信息共享方式及路径,另一方面要制定社区卫生服务信息管理系统的标准与维护程序,确保系统的安全性。^[9]过去信息化建设注重为社区卫生服务的管理工作服务,未来要强调如何为家庭责任医生和签约居民服务。信息交流与互动最终要为社区居民和家庭责任医生之间搭建一个良好的交流与沟通平台。

2.7 鼓励家庭责任医生做好慢病管理工作

疾病谱和医学模式的转变要求社区卫生服务工作要从以疾病治疗为主向预防和健康管理服务模式转变。随着人口老龄化现象日趋严重,慢性疾病成为影响社区居民的主要健康问题,因

此,进行家庭责任医生制度创新,需要家庭责任医生不是提供尽可能多的高成本医疗服务,而是以较小成本维护病人健康为目标,其中做好慢病管理工作在当前显得尤为重要。^[4]并且,有价值的服务与慢性病管理之间有内在关联,长宁区家庭责任医生制度探索过程中,一直非常重视慢性病管理。因此,要真正做实做深社区卫生服务工作,完善家庭责任医生制度,提高居民健康水平,需要制定相应的政策措施鼓励家庭责任医生进一步做好慢病管理工作。

2.8 引导家庭责任医生做实签约服务

签约服务是实现社区首诊的重要途径和手段,做好签约服务关键在于制度设计和技术支撑,特别是制定相应政策措施保证签约对象获得差异性服务。开展家庭责任医生服务切忌盲目追求签约数量扩大,要根据家庭责任医生数量和服务能力来稳步增加签约对象,从而保证社区居民签约后得到适宜的医疗卫生服务。^[10]建议长宁区家庭责任医生的签约重点要从“四医联动”的贫困人口扩展到高血压和糖尿病等慢性病人群。

2.9 引导社区居民组建健康自我管理小组

家庭责任医生制度发展到一定阶段要重视居民自我健康管理,建议组建健康自我管理小组,可以在一定程度上解决家庭责任医生服务时间有限的问题。在健康自我管理小组的组建上,将来可以考虑与高等医学院校结合,让医学院的学生到社区卫生服务中心和家庭医生工作室来参与这项工作,提供公益性的医疗卫生服务。

2.10 鼓励家庭医生社区化发展

社区卫生服务的发展过程中,社区化是一个非常重要但容易忽视的问题。社区是一个平台,具有地域性、社会性、自治性特征,社区卫生机构植根于基层,应该面向服务对象接受监督。借鉴国际经验,政府在对社区卫生服务机构考评时,不仅要考查业务指标,更要有具体渠道采集社区居民的意见和评价。^[11]未来社区卫生服务发展和家庭责任医生制度建设中,不仅要强调家庭责任医生与社区基层管理组织的互动,更需要构建社区卫生与家庭责任医生

服务的网络体系,将家庭责任医生服务体系与政府有关部门、医疗服务体系、公共卫生体系和居民社区网络体系相结合。

3 结语

由于我国社区卫生服务发展时间不长,居民受固有就医习惯影响,对社区卫生服务不够信任,尚未形成全社会关心、支持发展社区卫生服务的良好舆论氛围。^[12]因此,在当前我国社区卫生服务发展的制度探索阶段,长宁区对家庭责任医生的制度创新与探索具有重要的政策价值和现实意义。长宁区家庭责任医生制度改革是在各级政府的大力推动下展开的,但其服务模式探索则由处于一线的社区卫生服务工作人员尤其是家庭责任医生来承担。以家庭责任工作室为载体、家庭责任医生为责任主体的服务模式在一定程度上回应了居民自下而上的服务需求,取得了初步成效,对我国其它地区探索家庭责任医生制度具有一定的参考价值。由于各地经济社会和卫生事业发展不同,社区卫生服务发展基础也存在差异,因此其他地区应在结合当地实际情况的前提下,积极探索家庭责任医生制度发展的不同模式,为创新社区卫生服务发展创造条件。

参 考 文 献

[1] 周向红,王仁元. 地方政府在推动双向转诊的作用和路径研究[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(6): 375-378.

[2] 上海市长宁区卫生局. 中国特色健康保障之路的探索——长宁社区卫生服务发展模式的演进历程与经验[M]. 上海: 上海人民出版社, 2011.

[3] 王郁,戴爱玲. 对妇幼保健院实行以社区服务为依托的家庭医生制度的几点看法[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(3): 285-286.

[4] 张勘,董伟. 社区卫生建设的新阶段:全科医生必需承担起社区健康管理使命[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(8): 23-27.

[5] 《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》[EB/OL]. (2011-07-07) [2012-05-23]. http://www.gov.cn/zwggk/2011-07/07/content_1901099.htm

[6] 上海市长宁区卫生局. 长宁的实践——社区卫生服务发展的组织与制度创新[M]. 上海: 上海人民出版社, 2009.

[7] 梁鸿,贺小林. 社区卫生服务门诊统筹政策的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 9-15.

[8] 李慧,孔鹏,于海宁,等. 基层和公共卫生人员工作行为影响因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(3): 6-11.

[9] 鲍勇,杜学礼,张安,等. 基于健康管理的中国家庭医生制度研究[J]. 中华全科医学, 2011, 9(7): 997-998.

[10] 杜雪平,董建琴. 北京市月坛社区卫生服务中心家庭医生责任制实施效果评价[J]. 中国全科医学, 2008, 11(10): 1811-1812.

[11] 王虎峰. 我国社区卫生组织治理机制的冲突及调整——基于典型国家治理模式的比较分析[J]. 武汉大学学报:哲学社会科学版, 2009, (2): 219-224.

[12] 冯友梅,姚岚,尤川梅. 社区卫生服务理想模式与现实差异的思索[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 1-5.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-05-30]

(编辑 何平)

医疗服务供方支付制度改革面临的挑战与建议

周学山^{1*} 谢双保¹ 吴建² 赵要军³ 张敏¹

1. 河南省卫生厅 河南郑州 450003

2. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

3. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】简要回顾了我国医疗服务供方支付方式改革进展,分析了目前医疗服务支付体系面临的主要挑战,包括:医疗服务各方职责关系不明确、缺乏系统的质量标准和质量改进机制以及缺乏对供方的有效激励与引导等。指出单一的支付方式改革无法解决系统问题,必须通过开展系统、综合性改革才能在支付改革领域取得突破;建议推动经办机构成为战略服务购买者,通过需方筹资改善服务绩效,完善支付制度作为医疗保险战略采购政策工具的功能。

【关键词】医疗服务;供方支付;挑战;政策建议

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.006

Challenges and suggestions on reform of provider payment system of medical services

ZHOU Xue-shan¹, XIE Shuang-bao¹, WU Jian², ZHAO Yao-jun³, ZHANG Min¹

1. Health Department of Henan Province, Henan Zhengzhou 450003, China

2. School of Public Health, Zhengzhou University, Henan Zhengzhou 450001, China

3. School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 This paper reviewed the progress and results of provider payment reform of medical service in China and analyzed the main challenges of payment system, including unclear role of various stakeholders in medical services, lack of quality standards and quality improvement mechanisms, insufficient incentive and guidance on the supply side. This paper clearly points out that reform on payment method alone cannot solve the systematic problems. Breakthroughs in the reform can only be achieved through systematic and overall reform. The paper also proposes encouraging health insurance agencies to become strategic purchasers of health services, improving service performance by demand side oriented financing, and improving payment system's function as the policy tool of strategic purchase of medical services.

【Key words】 Medical services; Supplier payment; Challenges; Policy suggestions

医疗服务供方支付制度在医疗保障制度体系中占据主导地位并具有重要作用,其科学性和合理性直接影响到医疗保障制度的公平性和可持续发

展。^[1]近年来,随着医疗保障制度覆盖面不断扩大,我国城乡居民医疗服务需求日益增加,医药费用的增长速度远超国民经济增长速度。^[2]相关研究指出,

* 基金项目:河南省世行贷款和英国赠款中国农村卫生发展项目咨询课题(HN-ZX-2009-5A-4)

作者简介:周学山,男(1959年—),高级经济师,河南省卫生厅副厅长,主要研究方向为卫生经济政策与管理。

E-mail:wstgcewj@126.com

通讯作者:吴建。E-mail:jianwu17@163.com

中国在接下来的改革中面临的一个重大调整就是改变医疗服务供方激励机制,其中最紧迫的是改革供方支付方式,减少医疗服务费用上涨压力。^[3]2009年,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,“强化医疗保障对医疗服务的监控作用,完善支付制度,积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式,建立激励与惩戒并重的有效约束机制”,为医疗服务支付制度改革指明了方向。

1 医疗服务供方支付制度改革的背景与现状

1.1 必要性

由于医疗保险的第三方付费特点,医生通常兼有“患者咨询人”和“服务提供者”的双重身份,医患之间存在委托代理关系和信息不对称的市场缺陷,容易导致逆向选择和道德风险问题,即存在医患双方“激励不相容”的可能,有可能出现供方利用信息优势诱导需求、创造消费和提供过度服务的现象。^[4]根据河南省“十一五卫生总费用核算结果公报”公布的数据,2006—2010年流向医疗机构(包括城市医院、县级医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院和其他医院)的卫生费用翻了一番,按可比价格计算,年平均增长达到20.37%。^[5]快速增长的卫生费用给医疗保险基金安全和居民医疗保障水平的持续提高带来了隐患。有研究认为,如果中国在下一个十年内没有实质性改革,医疗保障覆盖面扩大的效果可能无法完全显现,供方将倾向于提供价格越来越高但在临床上并不必要的医疗服务。^[6]为此,改革医疗服务供方支付制度,形成强有力的供方约束体系,成为当前我国深化医药卫生体制改革和推进公立医院改革的关键所在。一个好的支付方式既能把医疗费用的增长控制在合理的范围内,又能激励定点医疗机构提高服务效率,促使医疗保险与医疗服务健康协调地发展。^[7]

国家关于公立医院改革试点的指导思想和工作方案中也多次提出了完善医疗保障支付制度改革的政策要求。国务院《关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》中,为医疗服务支付制度改革提供了比较清晰的思路,包括:结

合疾病临床路径实施,在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付等,增强医保对医疗行为的激励约束作用;积极推动建立医保经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制和购买服务的付费机制;逐步将对医疗机构医疗服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管等。^[8]

1.2 既往改革探索

我国在医疗服务支付领域的改革和探索由来已久。自1995年“两江试点”,1998年全面推进医疗保障制度改革以来,围绕医疗保险供方支付方式改革,全国各地先后开展了按病种、按人头、总额预付以及DRGs等各种不同形式的探索,并取得了一些经验和成果。如上海市的“总额预算管理”,江苏省镇江市的“总额预算、弹性结算、部分疾病按病种付费”,山东济宁医学院附属医院的“单病种付费管理”,河南省在省级医院开展的100种单病种付费改革等。但总体上看进展较慢,没有取得明显突破或形成地区性的成果推广和应用经验。^[9]不少地方的改革名不副实,效果欠佳而难以持续,对于改革的质量、费用、需方行为变化等方面的影响也缺乏实证研究。^[10]究其原因:在改革思路上,更多的着眼于单项改革,缺乏系统设计、配套改革和整体推进。即使考虑,也较少或很难从体制、机制上寻求突破。特别指出的是,以往的改革较少研究新农合支付职能与其控费作用以及保障患者获得合理医疗服务之间的相互关系,忽略了新农合在支付结算时对规范医生行为、控制医疗费用的正向激励作用;在改革措施上,更多地依赖政府资助,过多地强调财政资金对供方补助,忽视了通过需方筹资规范供方服务行为这一重要机制。

新形势下,如何对目前按服务项目付费为主的医疗服务费用支付制度进行系统、综合的改革,在不影响服务质量和效率的同时,建立起医疗服务质量改进与成本费用控制的协调运行机制,提高医疗保障资金的支付效率和保障能力,成为各级政府和决策部门必须面对和亟待解决的重要难题。

2 医疗服务供方支付制度改革面临的挑战

卫生系统的最终目标是改善健康状况。衡量一个医疗保险支付制度优劣的核心评价指标主要

包括服务质量、基金风险(费用控制)和服务效率(需求满足)三个方面。而医疗质量、费用和需求三者之间存在潜在的利益冲突,使政策制定者经常难以在质量、费用和需求三点之间取得平衡,往往是满足了需求,费用难以控制,控制了费用,质量和需求又无法得到有效保证。因此,决策部门是否能够合理、准确地协调好这三个关键利益点之间的关系并使之达到相对平衡是支付制度改革成败的关键,也是支付制度设计的根本出发点。而在现行医保模式和管理体制下,开展支付制度改革面临以下挑战。

2.1 医疗服务体系各方职责与关系不明确

现行体制下,医疗服务管、办、供、需四方主体的职责和关系不明确,如谁应该对需方的健康结果负责?谁来制定服务质量标准?谁应该承担质量监管的职责等。特别是医保经办机构的功能未能得到充分发挥。^[11]以新农合为例,各级合管办实际上仅承担了补偿方案制定、医疗费用结算等职能,成为被动的医疗服务买单人,发挥的作用仍很不够。而在发达国家,经办机构作为需方代言人,往往是最强势的医疗服务购买者,在选择服务项目、加强基金管理、开展价格谈判、对服务机构进行考核与支付等方面发挥着重要作用。

2.2 缺乏系统和完善的质量评价标准和质量控制机制

医疗质量管理领域存在的核心问题之一是缺乏系统、完善、统一的医疗服务质量标准。现有的临床规范与规程等标准不系统、不完善,制定方法和原则不统一,缺少定期调整和机制更新等问题,在实际执行中存在适应性差、制度难以落实等现象。与发达国家如英国的 NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)等比较完善的医疗质量认证体系相比,我国临床领域实际上缺乏权威、系统的服务规范和技术标准。特别是在需要实施严格质量管理与流程控制的医疗机构内部,一直没有建立起有效的质量控制和服务改进机制。

2.3 对医疗服务供方管理缺乏有效激励和引导

现代信息经济学认为,为消除道德风险带来的

损失,最好的方法是采用激励机制。激励机制就是委托人使代理人从自身效用最大化出发,自愿或不得不选择与委托人目标和标准相一致的行动机制。^[11]我国医保经办机构对医疗服务供方管理的手段主要为限制和管制,而较少采用激励和引导。以往开展的费用控制、支付方式改革等探索,更多的是对医疗服务提供方设置了更多门槛和限制,并没有真正通过引入激励机制等方式引导医疗机构和医务人员主动参与。当改革触及供方的核心利益时,只能导致其选择降低服务质量或减少服务数量,从而造成新的医患矛盾。同时对供方的服务效果也缺少行之有效的评价、监管和激励手段。

3 政策建议

综上所述,单一的付费方式改革无法解决系统问题,必须通过开展系统、综合改革,围绕质量管理、费用支付、激励机制、管理信息系统等重要方面开展同步配套改革,整体推进,才有可能在支付改革领域取得实质性突破或有价值的经验。

3.1 推动经办机构成为战略服务购买者

与传统的被动支付或被动购买相比,战略服务购买强调更加主动的购买,即通过分析居民的健康需求及其在不同地区的差异来提高购买的质量和效率,在既有的可用资源下更好地满足居民健康需求和社会期望,促进预防、治疗和康复实现最佳组合。^[13]被动支付往往导致效率低下,现阶段,应以推动经办机构成为战略服务购买者为目标,通过开发主动购买的框架,充分重视和发挥经办机构作为需方代言人的功能和作用,制定质量和效率标准以及基于绩效的支付方式等,通过法制化和契约化的共守规则,强化供需之间的责任和义务,激励服务提供方提供更高质量和更多数量的服务。需要不断地调整和完善用于战略购买的各种措施和方法以获得最佳组合。^[14-15]

3.2 完善医疗质量和信息管理体系

建立较为完善的内部质量管理体系和公开、透明的医疗信息管理系统,是支付制度功能充分发挥的基础和前提条件。完善的医疗质量管理体系能使服务机构对提供的服务实施全程质量控制,包括成

立质量控制组织,完善质量控制流程,定期开展质量检查、自我评价与改进活动等。公开、透明的信息管理系统则使服务提供方与经办机构实现信息资源共享,通过建立信息查询、信息公开等系列制度,能够最大程度地减少医患信息不对称带来的制度和效率损失。

3.3 通过需方筹资改善服务绩效

医疗服务是准公共产品或私人产品,通过市场竞争有利于提高资源配置效率。需方筹资是指以需求为导向的筹资模式,通过强化经办机构需方代言人的战略购买者地位,以需方为中心,以需求为导向开展筹资方案设计,增强需方的购买能力与购买效率,引导医疗服务供方展开市场化竞争,提高运行效率,降低服务成本。我国各级医疗卫生服务体系经过近十年的建设,服务能力不断提高,服务功能明显改善,大部分地区医疗卫生资源短缺的现象已得到缓解,很多地方出现了优质医疗资源不足和医疗资源过剩并存的现象。应调整以补助供方为主的政府投入方式,逐步向以需方和需求为中心的补助模式转变。

3.4 充分发挥支付制度在医疗保险战略采购中的作用

医疗保险经办机构作为战略采购人的核心目标是实现医疗服务质量、费用和效率的最优组合,支付制度成为实施战略采购计划的最有效政策工具之一。以供需双方间的契约关系为基础,通过优化制度设计,最终实现付费系统的激励机制与最佳临床质量标准相结合的目标。如通过合同谈判确定医疗服务的内容、质量标准和费用标准,通过选择付费方式和优化资金支付流程提高支付效率,通过按绩效支付、奖惩和分配权下放等措施激励服务提供方等。在经办机构实现战略采购目标的同时,服务提供方也能够最大程度实现自己的价值和目标。

参 考 文 献

[1] 江里程, 林枫. 论医疗保险和服务制度的可持续发展[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(2): 42-44.

- [2] 河南省卫生厅卫X项目办公室. 河南省农村地区卫生服务支付制度改革操作手册(2011)[Z]. 2011.
- [3] Yip W, Eggleston K. Addressing Government and Market Failures with Payment Incentives: Hospital Reimbursement Reform in Hainan, China[J]. *Social Science and Medicine*, 2009, 58(2): 267-277.
- [4] 郑大喜. 医疗保险支付制度改革与医院成本核算发展趋势探讨[J]. 中国卫生资源, 2005, 21(6): 382-384.
- [5] “十一五”河南省卫生总费用核算结果公报(上)[EB/OL]. (2012-04-26)[2012-04-29]. <http://www.yywsb.com/list,1089656.html>
- [6] World Economic Forum. *Global Risks 2010: A Global Risk Network Report*[R]. Geneva, 2010.
- [7] 钱海波, 黄文龙. 医疗保险支付方式的比较及对我国的发展前瞻[J]. 中国医疗前沿, 2007, 1(1): 101-103.
- [8] 国务院. 关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知(国发[2012]11号)[Z]. 2011.
- [9] 吴建, 周学山, 谢双保. 县级医院开展综合支付制度改革和创新模式[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2011(6): 926-929.
- [10] 孟庆跃. 医疗保险支付方式改革对费用控制的影响分析[J]. 卫生经济研究, 2002(9): 18-21.
- [11] 项莉, 熊巨洋, 陈瑶, 等. 新型农村合作医疗供方支付方式的利益相关者分析[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(9): 1-5.
- [12] 梁忠福. 医疗保险费用支付方式探究——基于镇江模式的案例分析[D]. 北京: 清华大学硕士学位论文, 2005.
- [13] WHO. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*[R]. Geneva, 2010.
- [14] 吴建, 谢双保, 张萌, 等. 政府购买农村基本公共卫生服务绩效合同管理初期效果评估[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(9): 23-24.
- [15] Preker S A, Langenbrunner C J. 明智的支出——为穷人购买医疗卫生服务[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2006.

[收稿日期:2012-03-11 修回日期:2012-05-22]

(编辑 刘 博)

流动人口医疗保障的三大问题

吴少龙^{1,2*} 凌莉^{1,2}

1. 中山大学公共卫生学院 广东广州 510080
2. 中山大学流动人口卫生政策研究中心 广东广州 510080

【摘要】流动人口医疗保障存在没有参保、间断参保和重复参保三大问题,对中国实现全民医保形成挑战。这三大问题既是社会医疗保险体制的制度缺陷造成的,如碎片化、非正规就业、逆向选择和风险选择,也是中国特有的体制问题造成的,如户籍制度、干部目标考核责任制、机会主义行为。面对三大问题,中国政府在医疗保障方面已经进行了很多政策干预,取得了一些成效。彻底解决这三大问题,需要我们总结过去十年中国的医疗保障发展经验,充分借鉴吸收国外经验。

【关键词】医疗保障;流动人口;问题

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.007

Three issues of migrants' health insurance in China

WU Shao-long^{1,2}, LING Li^{1,2}

1. School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangdong Guangzhou 510080, China
2. Sun Yat-sen Center for Migrant Health Policy, Sun Yat-sen University, Guangdong Guangzhou 510080, China

【Abstract】 There exist three big issues of health insurance among migrants in China: Uninsured, intermittent enrolling and repeated enrolling. This has become a major barrier for China to achieve universal coverage. These three issues are not only caused by defects of social health insurance system including fragmentation, informal employment, adverse selection and risk selection, but also caused by China's special management system including household registration system, performance target assessment system for officials, opportunism behaviors. Facing these three challenges, the Chinese government has implemented a lot of policy interventions on health insurance and gets better results. To finally solve the three issues, we should synthesize China's experiences of developing health insurance in the last ten years and adequately draw upon international experiences.

【Key words】 Health insurance; Migrants; Issues

流动人口主要指地理上离开户籍地半年以上的外出人口,也指制度上参保类型发生变化的人口。根据2010年第六次全国人口普查数据,全国跨乡镇流动人口为2.6亿,跨县区流动人口为2.2亿。实现全民医保,流动人口是“拦路虎”。流动人口医疗保障主要存在三个问题:没有参保、间断参保和重复参

保。首先,部分流动人口没有参保。在非正规部门就业的流动人口,从来都是世界各国推行社会医疗保险难以覆盖的对象。其次,流动人口间断参保。在新就业地,流动人口以前的参保年限自动“清零”,不能连续参保,影响了流动人口享受医保退休待遇。第三,流动人口重复参保。三大基本医疗保险在实

* 基金项目:国家自然科学基金(71003109);CMB项目(10—009)

作者简介:吴少龙,男(1976年—),博士,讲师,主要研究方向为医疗保障、卫生筹资、绩效评价。

E-mail:wushlong@mail.sysu.edu.cn

通讯作者:凌莉。E-mail:lingli@mail.sysu.edu.cn

际运作过程中实行强制或半强制参保,加之城镇居民医疗保险有意吸收中小學生来降低基金风险,出现不少重复参保现象。这三大问题源于社会医疗保险体制的缺点和中国特有的体制缺陷,对实现全民医保形成三大挑战。

1 没有参保

1.1 流动人口医保覆盖率低

2009 年末,全国参加城镇基本医疗保险(包括职工医保和居民医保)的人数为 4 亿,新农合为 8.3 亿,城乡居民参保率超过 90%。但是,流动人口的医疗保障覆盖率比较低。从城镇医保体系看,2009 年度全国农民工总量为 22 978 万人,有城镇基本医疗保险的仅占 18.87%。从农村医保体系看,2008 年中国卫生服务总调查数据表明,85% 的农村外出务工人员参加了新型农村合作医疗。^[1]从城乡总体看,根据国家人口和计生委 2009 年 7 月在五个城市的流动人口监测试点调查,只有 48.7% 的流动人口参加了医疗保险。^[2]尽管数据来源、对象和时期存在差异,但都表明:相对全国整体参保水平,流动人口医保参保率低,不少流动人口没有参保。

1.2 制度根源

1.2.1 户籍制度阻碍流动人口参加城镇医保

城镇职工基本医疗保险最初以户籍人口作为目标人群,流动人口被排斥在外。随着城镇职工基本医疗保险的扩面,允许与城镇用人单位签订劳动合同或建立稳定劳动关系的流动人口参加城镇职工医保。然而,只有少数流动人口有资格参加城镇职工医疗保险,大多数流动人口仍然被排斥在外。城镇居民医疗保险也以户籍人口为目标,流动人口也没有资格参加这一险种。本来新农合最适合流动人口,但不少流动人口却因返乡报销困难而拒绝参加新农合。大量流动人口,尤其是农民工,既没有参加输入地的城镇医疗保险,也没有参加输出地的农村医疗保险,形成医疗保障的盲点。

1.2.2 将非正规部门就业人口纳入医保体系面临极大困难

长期以来,户籍制度吸引了人们的注意力,大家

认为只要参保资格和户籍脱钩,流动人口医疗保障的问题就迎刃而解。但是,随着户籍制度的改革和参保资格条件的放松,非正规就业的障碍又浮出水面。社会医疗保险以劳动者为核心,以就业和收入为基础缴费,实现社会互助共济和普遍覆盖。这要求税收或社保部门具备甄别及计算个人应缴费用的能力,能够监控劳动收入并且扣减保费。发展中国家往往存在庞大的非正规部门^[3],大量从业人员在工商税务部门甚至是企业中沒有登记注册,其收入也没有通过银行系统支付,难以强制征收保费,推行社会保险往往困难重重。1978 年中国城镇非正规部门就业人数只有 15 万人,占城镇就业人口的 0.16%。^[4]2009 年城镇非正规部门就业人数达 1.9 亿,占城镇就业人口的 60.98%。^[5]除私营和个体工商户从业人员外,非正规部门多由未登记注册的就业人员组成,如小摊小贩、保姆、钟点工等,他们无组织依托,工作收入不稳定,很难强制其参保。如果让其自愿参保,这些群体收入低,既缺乏能力也没有意愿参保。因此,将这些非正规部门就业的人口纳入医疗保险体系,将面临极大的困难,也是中国快速实现全民医保的关键。

1.2.3 逆向选择问题

流动人口大多是经过健康自我选择的人群,患病风险较低,一些青壮年不愿意参加医保。加之流动性大,在某个统筹区域内患病的可能性就更小了,这进一步减弱了流动人口投资于医保的意愿。这是自愿性医疗保险存在的基本问题,只有实行强制性社会医疗保险,才能解决这个问题。

1.3 政策干预及效果

1.3.1 政策干预:建立流动人口医保体系

一是流动人口参加新农合。到城镇季节性打工的农村人口,或者频繁流动于乡村和城市之间的农村人口,他们不打算在生活成本高昂的城市定居,适合参加新农合。相比城镇职工基本医疗保险一年高达千元的缴费,新农合一年只有几十元的缴费对于低收入的流动人口非常有吸引力。但是,流动人口参加新农合也面临一些挑战,最大的挑战就是他们进城期间的医疗费用难以即时报销并且补偿比较

低。这导致那些常年在外并且返乡需要长途跋涉的流动人口转而寻求城市的医疗保险。

二是流动人口参加城镇基本医疗保险。在城镇永久居住或长期活动的流动人口,他们收入高,工作、居住稳定,适合参加城镇基本医疗保险。面对农民工医保问题的挑战,中央和地方实施了一系列政策和创新,旨在将农民工纳入城镇医保体系。劳动保障和社会部于2004年出台了《关于推进混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员参加医疗保险的意见》,明确要求各地劳动保障部门把与用人单位形成劳动关系的农村进城务工人员纳入医疗保险范围。2006年3月,国务院发布《关于解决农民工问题的若干意见》,要求各统筹地区建立大病医疗保险统筹基金,重点解决农民工进城务工期间的住院医疗保障问题。据此,各地纷纷建立了农民工住院医疗保险。

2009年国务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》指出,要积极推进城镇非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加城镇职工医保。参加城镇职工医保有困难的农民工,可以自愿选择参加城镇居民医保或户籍所在地的新农合。加之上海、成都针对农民工独立设计的“综合保险”,深圳的“劳务工合作医疗保险”,以及以北京为代表的“农民工住院医疗保险”^[6-7],这些专门的农民工医疗保险计划和三大基本医疗保险一起形成了流动人口医疗保险体系。^[8-9]

1.3.2 干预效果:流动人口医保水平尚未“达标”

2009年,中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确了中国医疗保障体系改革的目标:“加快建立和完善以基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”简称为“三纵三横”的医疗保障体系。尽管已经建立流动人口医保体系,但是只有一小部分正规就业的农民工被补充医疗保险所覆盖;非正规就业的农民工完全没有被城镇基本医疗保险体系所覆盖;未就业的流动人口只有少数就读的少年儿童被覆盖,多数随家迁移的少年儿童和老人未被覆盖;所有流动人口未被输入地的医疗救助所覆盖。总体看,流动人口

医疗保障取得了很大成就,但依然有很大的改善空间。系统解决该问题,需要将参保资格与户籍脱钩,还要看经济正规化的程度,这可能需要很长的时间。

2 间断参保

2.1 流动人口医保权益受损

流动人口医保体系建立后,流动人口无论走到哪里基本上都能够“有保可参”,参保面迅速扩大。但是,三大医疗保险之间难以衔接,各地区之间参保年限不互认,流动就业人员只能间断参保。《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》规定:“退休人员参加基本医疗保险,个人不缴纳基本医疗保险费。对退休人员个人账户的计入金额和个人负担医疗费的比例给予适当照顾。”但是,流动就业人员在流入地参加医疗保险时以前的参保年限自动清零,医疗保险年限出现间断,不能像本地职工那样累积参保年限,享受连续参保的补偿比率,享受医保退休待遇。也就是说,一旦参保职工发生流动,晚年的医保待遇就没有着落。总之,医保关系间断导致流动人口在迁移、换工过程中权益严重受损。对此,中央出台了医保关系转移接续的法律法规,但是,目前执行情况并不理想。

2.2 制度根源

2.2.1 医保体制碎片化

中国的医疗保障制度以地区为基础。^[10]我国城镇职工基本医疗保险主要以地级市为统筹单位,北京、上海、天津三个直辖市原则上在全市范围内进行统筹,这导致城镇职工基本医疗保险基金有数百个。城镇居民基本医疗保险也是如此。新型农村合作医疗基金统筹层次更低,以县(区)级为统筹单位,约有近三千个新农合基金。城乡医疗救助也是如此。如此多的统筹地区,不但降低了基金的抗风险能力,而且高度放大了人口的流动性。在中国市场化、城镇化、工业化的发展过程中,人口流向城镇和经济发达地区,轻松地就溢出了这些狭小的统筹单位。这不但产生了跨统筹区域的流动,而且产生了跨医保制度的流动。

2.2.2 流动人口的逆向选择行为

健康高风险人群会流向医疗条件好、医保待遇高的地区。根据我们对某医疗条件较好城市的医保关系转入、转出人员的年龄分析,总体人员的平均年龄为 35.4 岁,转出组的平均年龄为 33.7 岁,转入组的平均年龄为 38.1 岁,两组差异有统计学意义。高年龄意味着健康高风险,初步分析结果表明,医保转移接续过程中确实存在着一定程度的逆向选择问题。转入人口的退休待遇可能会削弱输入地的医疗福利,引发医保基金风险。如果基金超支,输入地政府必须用财政资金“兜底”。我们在访谈中了解到,不但广东这样的富裕省份担心转移接续带来不良后果,而且甘肃这样的欠发达省份也是如此。

2.2.3 输入地政府的风险选择行为

针对可能发生的逆向选择行为,输入地政府想方设法排斥健康高风险人群。流动人口医保关系转移接续有两个过程:一是退出旧保险,它涉及到流动人口与退出地基金间对缴费的分割,尤其是对统筹基金的分割;二是参加新保险,关键是谁为以前的累积年限买单,以保障流动就业人口享有的退休待遇。中央规定“只转关系不转钱”:个人账户资金可以转移,各地统筹基金不转。医疗条件好、医保待遇高的转入地为了避免高风险人群和大量流动人员退休时进入,纷纷出台政策,限制高龄人员转入。如北京市规定:“跨统筹地区到本市流动就业并参加本市城镇职工基本医疗保险的人员,达到法定退休年龄时符合本市按月领取基本养老金条件,且在本市实际缴纳(或补缴)基本医疗保险费满 10 年以上,并累计缴费年限符合女满 20 年,男满 25 年的,可享受退休人员医疗保险待遇。”或者向流动人口转嫁成本,以折算年限的方式变相地收取费用。如重庆市市内的医保制度转移接续规定,参加农民工大病医疗保险的实际缴费时间,按 25% 的比例折算为城镇职工基本医疗保险实际缴费年限;原参加城乡居民合作医疗保险的实际缴费时间,按 50% 的比例折算为参加农民工大病医疗保险的实际缴费年限,按 12.5% 的比例折算为城镇职工基本医疗保险实际缴费年限。

2.3 政策干预和效果

2.3.1 政策干预:流动人口医保关系转移接续

党的十七大报告明确指出要提高统筹层次,制定全国统一的社会保险关系转续办法。2009 年,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度之间的衔接。以城乡流动的农民工为重点积极做好基本医疗保险关系转移接续,以异地安置的退休人员为重点改进异地就医结算服务。2010 年 1 月,人社部、卫生部、财政部联合出台《流动就业人员基本医疗保险关系转移接续办法》,要求各地尽快制定相应管理办法,不得以户籍为由拒绝流动就业人员基本医疗保障关系的转移接续。2011 年 7 月 1 日起施行的《社会保险法》第三十二条规定:个人跨统筹地区就业的,其基本医疗保险关系随本人转移,缴费年限累计计算。各省也根据自身实际情况,出台了转移接续在本省的实施细则和具体操作办法。

2.3.2 干预效果:医保关系只有“转移”没有“接续”

自从 2010 年 7 月 1 日实行流动就业人员医保关系转移接续后,大部分省制定了相关实施细则,部分地级市也制定了相关实施办法,医保转移接续工作已经在各地开展,但实施效果并不理想。本课题组 2011 年 8 月对某省人社厅的调研发现,该省共有 51 人转入医保关系,4 262 人转出医保关系,90 011 人开具参保缴费凭证。在市一级,截至 2011 年 10 月 30 日,该省某市医保关系转入 478 人,转出 736 人。在县区一级,我们访谈的浙江省某区社保和新农合经办机构人员指出,他们还没有开展这项工作。在广东省某市的区分局,受访工作人员指出,“我们现在办理的转出转入总共 10 个,转出的 6 个,转入的 4 个,但都没有成功。”即使是已经成功实现转移的流动就业人员,因为他们的统筹基金没有转过来,医保部门仍然拒绝给予退休待遇。从卫生服务利用的意义上讲,目前的医保关系只是实现了“转移”,还没有实现“接续”,即退休后不用缴费但可以报销医疗费用,流动人口医保转移接续尚有许多困难需要克服。

3 重复参保

3.1 流动人口重复参保现象严重

重复参保指参保人在同一地区不同单位或不同地区有两份或两份以上的基本医疗保险和个人账户。”^[11]重复参保问题在三大保险建立后就发生了,现在已经非常严重,2010年我国约有1亿居民重复参加医疗保险,约占城乡居民参保人数的10%。^[12]浙江审计部门对全省城镇居民基本医疗保险专项审计调查发现,2009年,全省重复参保人员达30余万人,多头报销金额超过100万元。^[13]天津、成都、厦门、泰州整合医疗保险管理资源后,通过信息系统比对,分别发现有45万、27万、8万、20万人重复参保;南京市栖霞区11万城镇居民参保人员中,就有4万人同时又参加了新农合。^[14]重复参保主要是流动性较强的农民工和农村学生。按今年国家对新农合和城镇居民医保每人240元政府贴补计算,国家财政将为1亿重复参保人员额外多补贴240亿元。重复参保也导致参保人多交纳了几十元不等的费用,产生了额外负担。重复参保不但导致了资源的额外投入,还导致了重复报销,甚至出现了报销总额超过看病费用的情况。例如温州市对居民医疗保险的审计发现,重复参保人员中,既在城居医保中报销又在新农合中报销的行为共计99人次,其中三位参保人两头报销的合计金额超过了其实际发生的医疗费用总额。^[15]

3.2 制度根源

3.2.1 城乡分割和强制参保

中国城乡二元体制也反映在医保方面,农村户籍人口参加新农合,城市户籍人口参加城镇居民医疗保险和城镇职工医疗保险。这种以户籍为基础的人群划分方式颇不适应当今社会身份的急剧变化。一方面有些人群界定不清,如被征地农民、村改居群体、乡镇企业职工既可以参加新农合,也可以参加城镇居民医保;农民工既可以参加新农合,也可以参加城镇职工医保。另一方面也不适应人们对医疗保险的需要,如高收入的农村群体想参加城镇医保而不能参加。这种情况下,掌管新农合的卫生部门和统

管城镇医保的人保部门往往又各自为政,互不沟通,重复参保也就难免了。^[16]但老百姓是否愿意交两份或更多的钱呢?为防止逆向选择行为,名为自愿参保的新农合在实际操作中以家庭为单位整体参保,城镇居民医保也是如此,不同之处是除去已参加过其他医保的成员。加上本来就一直强制参保的城镇职工医保,很多人在无奈甚至是不知情的情况下不得不重复参保。

3.2.2 目标考核责任制

既然已经参保的老百姓不愿意重复缴费,医保只需要强制那些没有参保的人就可以了,各医保基金为什么还要强制那些已经参加其他保险的群体来参加自己的保险呢?原来三大医保都制定了自己的参保目标,要求参保人数和比例达到一定要求。如城镇居民医保,《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》规定,三年内参保率提高到90%以上。各级政府下达任务时层层加码,各险种也相互攀比,以完成或超额完成任务为目的,只要符合条件的就全部纳入,不论是否已经参加其他险种。目标考核不当是造成重复参保的重要原因。

3.2.3 输入地政府的风险选择行为

各险种之间除了人数的竞争外,还存在着对健康人群的竞争,尤其是新农合和城镇居民医保。这两个保险名义上都是自愿参保,尽管采取了半强制措施,始终摆脱不了逆向选择问题对基金可持续发展的威胁。虽然农村的青壮年普遍外出打工,只剩下老弱妇孺留守,但相比城镇居民医疗保险,新农合的情况还是稍好一些。城镇居民医疗保险针对的是城镇非就业居民,参保对象俗称“一老一小”。在社会人口严重老龄化的情况下,不少城镇居民医保基金尽管精打细算,仍然出现了基金赤字。为此,城镇居民医保亟需改善年龄结构,吸纳年青健康的人口参保。于是在城镇上学的农村学生就成为其迫切希望纳入的人群,无论他们是本地户籍还是外来农民工子女,现在按居住原则一律加入本地城镇医疗保险。广东的广州、深圳、珠海、河源等市将外来务工人员在本市就读的子女纳入到城镇居民医保范围,本研究所调研的浙江某区也是如此,按居住区域范围参保。

许多地区审计结果表明,学生是最大的重复参保人群。

3.2.4 机会主义行为

包括基层政府和参保人员的机会主义行为。重复参保等于虚报了人数,对于基层政府的好处就是争取了更多的上级财政补贴。中央和省级政府按人头给予新农合和城镇居民医保大量补贴,尤其是中、西部地区,中央和省补助占了大部分。重复参保人数越多,套取中央和省补助越多,从而导致大量重复参保行为。不少老百姓也向上级部门反映,但基层政府却将主要精力用于防止重复报销而不是重复参保。部分参保人员想根据政策漏洞重复报销,在大多数人是“被”重复参保的情况下,他们却是主动重复参保。

3.3 政策干预和效果

3.3.1 政策干预:城乡医保一体化

政策干预的第一个重要手段是监督检查,如审计查出的许多问题。目前各地披露的重复参保问题,多是由审计部门进行专项审计查出的。第二个手段是建立信息系统,城乡医保管理部门互联互通,避免重复参保。但这些都不治本,标本兼治需要合并新农合和城镇居民医疗保险。实施城乡居民医疗保险一体化,既避免了重复参保,又壮大了基金实力和抗风险能力。在中央层面,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出:“随着经济社会发展,逐步提高筹资水平和统筹层次,缩小保障水平差距,最终实现制度框架的基本统一。”“探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。”在地方层面,目前已全面开展医疗保险城乡统筹的地区有天津、重庆和宁夏 3 个省级行政区、21 个地级城市和 103 个县(区、市)。^[14]

3.3.2 干预效果:统筹基金管理存在争议

城乡医保统筹后还有很多好处,如缩小城乡差距、促进社会公平,减少经办机构和信息建设成本等。以本研究调查的安徽某县为例,城乡医保统筹后在机构管理、筹资时间与标准、补偿待遇等方面实现统一。统筹后参保人员每人每年交费标准统一为 30 元,不分城乡户籍,参保居民报销比例和优惠

待遇完全一样,得到了城乡居民的好评。城乡统筹在全国范围内推行却遇到了非常大的争议,卫生部门和人保部门都认为应该由他们来管理合并后的城乡医疗保险基金。专家们认为,谁能够让老百姓获得最优的卫生服务,就应该让谁来掌管。实际上人保部和卫生部门具有不同的专业特点和优势,最佳的治理结构应该由双方进行合作,或者各地根据当地实际情况来做出选择。

4 结语

本文是一个描述性研究,总结了流动人口没有参保、间断参保和重复参保三大问题对中国医疗保障体系产生的挑战,认为流动人口击中了中国医疗保障体制的软肋,户籍制度、目标考核责任制、地方政府机会主义行为和社会医疗保险体制的缺陷(碎片化、非正规部门、逆向选择、风险选择)是制度根源,尽管中国政府进行了很多努力和创新,政策干预也取得了一定成效,但解决这些问题仍需假以时日。中国医疗保障在短短十年间就在制度上做到了覆盖全部人群,如此庞大的国家和人群在这么短的时间内基本实现普遍覆盖,这在全世界绝无仅有。采用社会医疗保险实现全民覆盖是一条十分漫长的道路,德国用了 127 年,比利时 118 年,以色列 84 年,奥地利 79 年,卢森堡 72 年,日本 36 年,韩国 26 年,哥斯达黎加则用了 20 年。^[17]面对流动人口带来的挑战,我们需要认真总结中国医疗保障十多年的经验,充分借鉴吸收国外经验,积极应对这三大问题。

就国内经验而言,户籍障碍正在逐步消除,中国已经非常成功地用国家财政补贴的方式解决了最大的非正规部门——农村的医疗保障问题。虽然城镇的农民工非正规就业问题比较棘手,但我们有解决城镇灵活就业人员医疗保障问题的经验,一定能够摸索出解决非正规就业农民工医疗保障的办法。医疗保障方面的干部目标考核变得越来越全面合理,加强上下级沟通会使基层政府官员更合理地完成医保方面的各项任务。地方政府的机会主义行为也受到越来越严格的监管,审计查出的医保问题通过整改的方式在不断改善。对于“碎片化”问题,城乡一

体化和医保基金市级统筹已经开始实施。面对个人的逆向选择问题,强制参保是写在教科书上的方法,实践中新农合和城镇居民医保以家庭为单位半强制参保也取得了很好的效果。对于地方政府的风险选择行为,一方面要求各地尤其是发达地区发挥社会团结的精神,另一方面中央政府要建立统筹基金对受损地区合理补偿。就国外经验而言,实行社会医疗保险体制的德国等发达国家的经验值得学习,泰国、哥伦比亚等发展中国家的经验也颇有借鉴之处。

参 考 文 献

- [1] 卫生部统计信息中心. 2008 中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [2] 李伯华, 宋月萍, 齐嘉楠, 等. 中国流动人口生存发展状况报告——基于重点地区流动人口监测试点调查[J]. 人口研究, 2010, 34(1): 6-18.
- [3] Van Ginneken W. Social security for the informal sector: A new challenge for the developing countries[J]. International Social Security Review, 1999, 52(1): 49-69.
- [4] 胡鞍钢, 赵黎. 我国转型期城镇非正规就业与非正规经济(1990—2004)[J]. 清华大学学报: 哲学社会科学版, 2006, 21(3): 111-119.
- [5] 黄宗智, 李强, 潘毅, 等. 中国非正规经济(上)[J]. 开放时代, 2011(1): 5-37.
- [6] 龚文海. 农民工医疗保险: 模式比较与制度创新——基于 11 个城市的政策考察[J]. 人口研究, 2009, 33(4): 92-98.
- [7] 李孜, 杨洁敏. 我国城市流动人口医疗保障模式比较研究——以上海、成都、北京、深圳为例[J]. 人口研究, 2009, 33(3): 99-106.
- [8] 刘军安, 卢祖洵, 金建强, 等. 农民工医疗保障制度路径选择及政策建议[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2010, 31(6): 64-66.
- [9] 赵斌, 王永才. 农民工医疗保险制度碎片化困境及其破解[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(11): 41-46.
- [10] Hu X, Cook S, Salazar M A. Internal migration and health in China [J]. The Lancet, 2008, 372 (9651): 1717-1719.
- [11] 王玲燕. 医疗保险重复参保问题探究[J]. 经济视角(中旬), 2011(6): 155-156.
- [12] 赵鹏. 我国 1 亿城乡居民重复参保[N]. 京华时报, 2010-09-17(7).
- [13] 中国广播网. 浙江:30 余万人重复参保 医保多头报销达 100 余万元[EB/OL]. (2010-10-16) [2012-05-10]. http://www.cnr.cn/china/gdgg/201010/t20101016_507182350_1.html.
- [14] 王东进. 切实加快医疗保险城乡统筹的步伐[J]. 中国医疗保险, 2010(8): 6-8.
- [15] 温州市审计局. 温州市审计局对居民医疗保险进行专项审计[EB/OL]. (2010-07-05) [2012-05-10]. <http://www.chinaacc.com/new/201007/05li2807090832.shtml>.
- [16] 华迎放, 张汉玲. 农民工医疗保险政策完善思路[J]. 中国劳动, 2010(7): 16-20.
- [17] Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage[J]. International Social Security Review, 2005, 58(1): 45-64.

[收稿日期:2012-04-12 修回日期:2012-05-16]

(编辑 薛云)

推进乡村卫生组织一体化的障碍

——基于行动者中心的制度主义分析

匡莉^{1*} 冯惠强² 马远珠¹

1. 中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

2. 广东省卫生厅 广东广州 510060

【摘要】推进乡村卫生一体化管理是深化医药卫生体制改革中的一项重要举措。然而,全国各地在实施过程中障碍重重,进程并不顺利。对此,本文以乡村卫生组织一体化模式为例,运用行动者中心的制度主义这一理论工具,结合广东省 13 县(市)关键行动者的现场访谈,从政策制定者、实施者与政策目标对象的互动出发,分析相关行动者的特征、行动者格局和相互间的互动模式,剖析推进的障碍因素,揭示一体化政策实施过程的复杂性。最后,提出从政策资源、财政资金资源和组织资源投入的角度,建立乡村卫生组织一体化推进策略。

【关键词】乡村卫生组织一体化;行动者中心的制度主义;乡镇卫生院;村卫生室

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.008

Barriers of promoting rural health care organizational integration: Analysis based on actor-centered institutionalism

KUANG Li¹, FENG Hui-qiang², MA Yuan-zhu¹

1. School of Public Health, Sun-Yat Sen University, Guangdong Guangzhou 510080, China

2. Department of Health of Guangdong Province, Guangdong Guangzhou 510060, China

【Abstract】Facilitating the integration between township and village level health services is one of the important strategies in health system reform in China. However, the implementation of the policy is not as smooth as expected. Based on the information derived from interviews with key actors from 13 counties and cities, this study employed the theory of actor-centered institutionalism to analyze the interaction between policy makers, policy implementers and policy targets in relation to the organizational integration. The study also identified the barriers of promoting rural health care organizational integration, which revealed the complexity of this issue. Finally, to facilitate the integration, we suggest that the government should focus on inputting more policy resources, financial resources and organizational resources.

【Key words】Integration of township-village health organizations; Actor-centered institutionalism; Township health center; Village clinic

长期以来,村卫生室和村医在农村基层卫生服务体系中发挥着重要作用,但由于村医学历层次低、技术水平差,村卫生室组织松散,导致医疗行为不规

范,医疗安全风险重重。村级卫生服务体系已处于十分薄弱的境地^[1],加强村卫生室的基础建设、能力建设和服务监管已迫在眉睫。对此,新医改提倡并

* 基金项目:2011 年广东省卫生厅科技项目;中山大学 985 工程二期公共卫生研究平台建设
作者简介:匡莉,女(1963 年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策、卫生经济学。

E-mail: kuangli@mail.sysu.edu.cn

积极推进乡镇卫生院和村卫生室一体化管理。回顾历史,早在 20 世纪 80 年代,卫生部就提出实行乡村一体化管理,然而,30 年过去了,各地推进乡村一体化进程并不顺利,障碍重重。现有对乡村卫生一体化管理的研究,主要在政策实施^[2]与实施效果评价^[3]、实施组织^[4]等方面展开。本文以乡村卫生组织一体化为例,运用行动者中心的制度主义这一理论工具,剖析推进乡村一体化的障碍因素。同时,本研究对广东省 13 个县(市、区)进行了调研,访谈了省市县行政部门官员、乡镇卫生院院长、村医等,分析和比较乡村卫生一体化管理政策实施过程中的复杂性和多样性。

1 理论框架:行动者中心的制度主义

传统的制度主义认为,制度具有稳定性、能动性以及自我实施的特征,行动者受到制度约束,只能被动地接受制度。但新制度主义认为,行动者具有能动性,在遵守制度的同时,也在建构制度,双方形成“互嵌”(inter-embeddedness)关系。^[5] Mayntz 和 Scharpf 于 1995 年首次提出了行动者中心的制度主义。^[6] 该理论认为,一项政策的出台和实施结果是该项政策涉及到的多个行动者相互冲突、协调、磨合与博弈的复杂过程,在多元化、分权化、利益化、均衡化为特征的社会系统或网络背景下,政策分析必须考察不同主体相互作用的方式与程度以及它们对管理目标的影响。

行动者中心的制度主义分析框架包括行动者、行动者格局、行动者互动模式以及制度环境四个要素。

行动者是指某一项政策所涉及到的利益相关者。他们在政策变迁过程中对自身利益有明确认知,有维护自身利益的动机,进而可能采取行动实现自身利益。但是,行动者是否能付诸行动以及以什么样的方式维护自身利益,则受制于行动者所拥有的权威性、资金大小、行动合法性、掌握的信息和组织资源等。

不同的行动者在行动资源、能力、利益和价值偏好方面存在差别,决定了行动者之间在分权和权力地位中各有不同,构成了行动者格局(场域),决定了

每一个行动者可能的行动策略。通常拥有最多资源的行动者构成了政策过程的优势组织,主宰着整个资源交换过程和政策过程。

由于没有任何一个行动者拥有所有必要的资源,不能完全决定政策结果,他们通过互动交换资源,达成妥协,完成政策的形成或实施过程。互动模式可呈现为单边、双边或多边行动、少数服从多数和下级服从上级等四种模式。

行动者特征、行动者格局和行动者间的互动模式同时受到制度环境的影响,并最终决定政策的走向。突出制度环境作用的意义在于:政策制定者和推动者为了达到目的,应充分利用制度环境因素,采取积极行动,让大众和相关行动者接受和理解政策理念,促成政策形成;或者是随着制度环境改变,适时调整政策或政策实施路径,以最适宜的方式达到政策目标。

行动者中心的制度主义为政策研究提供了重要思路^[7],在卫生政策领域,Ingrid Mur-Veeman 等人利用行动者中心的制度主义分析了欧洲六个国家卫生保健服务一体化政策^[8]。本文运用行动者中心制度主义的分析框架见下图。

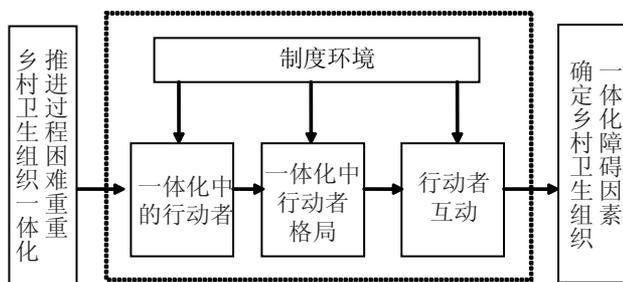


图 1 行动者中心的制度主义分析框架

2 推进乡村卫生组织一体化的障碍

要对现有的以自主经营为主的村卫生室在人事、业务、财务、药械、绩效考评方面进行乡村统一管理,只有将村卫生室的所有权收归乡镇卫生院,乡镇卫生院才能“理直气壮”地对下属的村卫生室行使内部经营管理权,基于这一认识和推理,乡村卫生组织一体化模式是卫生行政部门认同的主流模式。^[9] 所谓乡村卫生组织一体化,是指将村卫生室转变为由乡镇卫生院举办并成为其隶属机构,通过产权合并,

原先两个独立的组织形成了上下层级关系的一体化组织。^[10]

2.1 行动者与行动者特征

推进乡村卫生组织一体化涉及到县卫生局、县级最高决策者及其它相关政府部门(例如县财政局和县人事局)、乡镇卫生院、村医、村委会等关键行动者。

县卫生局是乡村一体化的推行者与组织者,是最主要的行动者。县卫生局是县域卫生行业的主管部门。根据卫生部出台的《村卫生机构管理办法》和《乡村医生从业管理条例》,县卫生局统一规划设置本县域村卫生机构、负责乡村医生执业注册、制定乡村医生培训计划、组织考核工作、检查乡村医生执业情况。在政策资源方面,县卫生局负责组织国家、省、市级卫生政策在本地区的实施。在组织资源方面,卫生局拥有明显优势,政府举办的县级医疗机构(县人民医院,县中医院)、县级专业公共卫生机构(县疾控中心、卫生监督所、慢性病防治机构以及妇幼保健院等)和乡镇卫生院,形成了横向到边、纵向到镇的卫生服务网络。但是,县卫生局在资金和机构人员编制方面资源很少。按照事业单位的财权和事权归属,卫生事业经费划拨权在县财政部门,卫生机构的人员编制在县编制办和县人事局,这些部门均服从本县域最高决策者。因此,县域最高决策者和相关行政部门构成了第二方行动者。

作为乡村卫生组织一体化的具体管理主体,乡镇卫生院构成了第三方行动者。乡镇卫生院是县卫生局的下属事业单位,一般来说都会无条件执行县卫生局的政策和指令。依据《村卫生机构管理办法》,乡镇卫生院受县卫生局委托,履行对本乡镇辖区村卫生室的监督管理、业务指导和乡村医生考核等职能,因而拥有管理村卫生室和村医的权威性,以及一定的资源组织能力。

作为乡村卫生组织一体化的受控对象,村医是第四方行动者。在乡村卫生组织一体化中,村医拥有的最大资源就是相关政策赋予其对村卫生机构的所有权。例如,国家相关政策指出,村卫生室可以由乡镇卫生院、村委会、村医联办或个人举办。根据所有权法,村医对自己或与他人联办的村卫生室拥有

所有权和管理权,包括对自身业务开展、资产处置、收支处置和生产材料的购置与管理。当然,村医必须接受乡镇卫生院监督管理和业务培训。对于这一点,村医在自身利益没有受到实质影响的情况下,一般都会至少在形式上接受乡镇卫生院的管理。

作为村卫生室和村医的所在地,村委会在乡村卫生组织一体化管理中发挥一定的作用,构成了第五方行动者。村委会是中国农村最基层的行政组织,负有执行县级和镇级政府决策的职责,在村里具有较高的权威性,掌握本村一定的土地资源和村集体资金,这些资源可用于支持村卫生室建设。尽管村医属于“个体经营”,村委会对其仍具有较大权威性,因为管理文件要求,村卫生室设置申请、村医执业注册申请和年度考核通过等手续均需征得村委会同意许可。

关于村民是否应该纳入行动者,本研究认为,由于医疗卫生服务的信息不对称性,村民不具备专业产品的辨别力,无法识别村医提供医疗服务的安全性合理性,加上村民间关系处于非组织状态,种种因素导致村民不具备行动者应该具有的认知,实现自身利益和拥有相应资源与能力的条件。因此,本文未将村民纳入到行动者中进行分析。

2.2 行动者格局

乡村卫生组织一体化推进过程是相关行动者利益的调整过程,行动者将根据自身利益的预期变化和判断,决定采取相对应的行动策略。行动者所拥有的行动资源和行动能力决定了他们在乡村卫生组织一体化推进过程中处于不同的分权和权力地位,构成了行动者格局(场域)。

贯彻落实国家、省和市关于推进乡村一体化政策,既是县卫生局的职责,又在很大程度上解决了农村最基层医疗卫生服务监管薄弱的局面。因此,县卫生局具有推进一体化政策的强烈动机。

对村医而言,将村卫生室的内部经营管理权转移到乡镇卫生院,意味着自身利益会发生较大变化,利益的增减导致村医对一体化的态度存在差异。由于村医群体间业务素质差距较大,不同的村医对一体化的态度不同。业务能力差的村医可能持赞成态度,因为一体化管理可使村医纳入乡镇卫生院人事

管理,有助于其获得稳定收入和提高业务水平。但那些业务水平好、收入较高的村医则担心:“我们归并到乡镇卫生院管理后,工作量增加,但收入可能减少。”从而对一体化持抵触情绪和反对态度。总的来说,接受访谈的乡村医生谈得最多的是:“一体化后,我们的收入由乡镇卫生院发,那我们的收入是否减少?收入能保障吗?能否像卫生院的职工那样参加养老保险?现在,兽医都有养老保险了,村医的养老保险何时能解决呢?”两个受访的某县乡村医生协会会长表示:“若实行一体化管理,能确实解决村医目前所处的困境,保障他们的利益,解决他们的后顾之忧,我们协会愿意积极配合推进一体化管理。”同时,他们希望“能够有相关的法规条例和政策,保证村医今后的利益,能够老有所养,安心执业。”

乡镇卫生院则对乡村卫生组织一体化的推进持赞成态度,因为一体化对其利益影响不大,甚至还会增加其收入。特别是从2011年开始,我国乡镇卫生院定性为公益性医疗卫生事业单位^[10],其业务运行由财政托底。在此情形下,乡镇卫生院提高业务收入的动力不强,成本压力较小,对实施乡村卫生组织一体化所带来的收入变化或成本增加不敏感。而且,乡村卫生组织一体化扩大了乡镇卫生院直接掌握资源的规模(包括直接管理的人员数量、药品卫生材料的使用量、资产总量等)。

2.3 行动者互动模式与制度环境

不同行动者的态度决定了其可能采取的行动,但实际上采取什么样的行动、如何采取行动又取决于他们拥有的资源和价值观,并受到制度环境的影响,构成了行动者的行动策略,形成行动者间的互动模式。

针对推行乡村卫生组织一体化管理存在的障碍,本研究对县卫生局局长、卫生局分管农村卫生管理科长、乡镇卫生院院长、卫生院管理村卫生室负责人约40人进行了访谈。访谈结果显示,排在前两位的障碍分别是:政府对一体化管理没有投入或者投入少、缺乏完善的一体化管理机制。下面的分析也印证了访谈结果。

县卫生局作为县级政府部门的行业主管部门,虽然拥有卫生行业资源配置与行业监管的权威性、

强大的组织资源和政策资源,但不会对村医采取单边行动,即在没有任何利益补偿的情况下,不会强制要求村医放弃对村卫生室的所有权和经营管理权。村医拥有对现有村卫生室的所有权和内部经营管理权,若县卫生局采取单边行动强制推行乡村卫生组织一体化,村医可能会集体上访,这很可能会导致上级政府或部门要求放弃推进乡村卫生组织一体化而告终。

若不能对现有村卫生室实施所有权转移,也许可以采取回避现有矛盾的方式,即重建一个村卫生室,划归乡镇卫生院管理,直接形成乡村卫生组织一体化。对这一可能的推进路径,县卫生局往往持隐蔽的反对态度。根据访谈结果,这个态度的后面隐藏着现实环境所包含的三个基本事实:一是乡镇卫生院自身对符合资质的卫生人员的需求尚处于短缺状态,寄希望于有数量足够、资质合格的卫生人员进入并替补现有的村医队伍,既不现实,在相当长的一段时间也不可实现。二是近年来随着国家相关政策,乡村教师和乡村兽医都陆续纳入事业单位编制,有技术职称和财政工资,而处于同等地位的村医却没有相应的待遇^[11]。三是将村卫生室划归到乡镇卫生院,需要解决村卫生室的标准化建设和公共用房问题。若政府和村集体没有投入,推进乡村卫生组织一体化只能是空谈。

总的来说,实现乡村卫生组织一体化,将目前以个体经营为主要模式的村卫生室转移到乡镇卫生院,需要三方面投入:一是解决村医纳入乡镇卫生院后的工资收入、社保福利问题,二是将个人所有的村卫生室的土地、房屋、基本医疗设备配置等固定资产从私有性质转化为公共性质,三是维持一体化后的村卫生室的运营。从资源供给看,县卫生局和乡镇卫生院均无相应的资源投入到上述三方面。当村医原有利益被剥夺、新利益无法兑现时,县卫生局与村医陷入了僵局。而打破这一僵局,就需要行动者之间交换资源,达成妥协,完成政策的形成或实施过程。

从我国基层医疗卫生服务体系长期缺乏政府投入的历史情况看,上述投入就是由县级政府承担主要责任。由此推断,县级政府是推进一体化的关键行动者,具有交换资源的主动权。县级政府投入资源包括:财政资源,解决村医一体化后的工资补助和

村卫生室标准化建设;政策资源,出台相关文件,解决村医编制和职工身份的养老保险;组织资源,规定和动员政府和村委会,解决村卫生室公共用地,规劝说服有抵触情绪的村医。县级政府对一体化资源投入视经济发展程度及其政治意愿而定,也与县卫生局的领导开发能力有关。

在经济发达、财政状况好、社会发展理念领先的地区,乡村卫生组织一体化推进顺利,我们所调研的 3 个经济发达地区的县(区)都实现了乡村卫生组织高度一体化,即在规划设置、行政、人员、业务、药械、财务六方面一体化。其中,县(区)政府的投入起了关键作用。例如,广州市萝岗区在推进乡村卫生组织一体化过程中,按每个村卫生室财政投入 15 万~22 万元,为村卫生室配备了基本医疗设备;每个村卫生室核定 2 个编制,纳入乡镇卫生院统一管理,财政按照每人每月 3 000 元标准,核拨村卫生室人员经费;乡镇卫生院为村医购买养老和医疗保险。

在经济欠发达地区,由于财力较差,县级卫生投入优先考虑的是医改责任书中规定的政府投入项目和政府举办的医疗卫生机构间的基本支出,已无余力解决村卫生室的建设经费和人员经费,使得乡村一体化的推进过程停滞不前。正如两位受访的县卫生局局长分别表示:“没有政府投入的话最好不要推行镇村一体化管理。”“推进一体化管理,政府要重视,加大投入,有了基础建设,才能推进农村医疗(卫生)的健康发展。”本次所调研的 10 个经济欠发达县,绝大多数只有在统一规划设置和统一人员业务培训方面进行了一体化管理,在人事、药械和财务等方面均未实行一体化管理。

同时,也有一些经济欠发达地区的县卫生局,拥有较强的领导开发能力,促使县域最高决策者形成推进乡村一体化的意愿,并采取行动投入了资金和政策资源。例如,广东省惠来县是一个典型的经济欠发达地区,该县卫生局采取多种手段开发领导,促使县委县政府重视和支持乡村卫生一体化工作。县委县政府联合印发《惠来县推进镇村卫生机构一体化管理试点工作方案》,成立县镇村卫生机构一体化管理试点工作领导小组,采用逐步推行分步实施策略,首期选择条件较好的 33 个行政村作为试点,列

入试点的村卫生室由村集体出地,进行标准化建设,验收合格后,县财政给予每站 5 万元补助,不足部分由所在镇、村负责筹集。新的村卫生室由乡镇卫生院一体化管理,原村卫生室的乡村医生经过考核招聘,在新的村卫生室工作。

因此,推行乡村卫生组织一体化,财政投入是最关键的因素,但政策资源和组织资源也很重要。正如一位县卫生局长说的:“推行镇村一体化管理是可行的,尽管面临许多问题,但关键是找到问题的所在。比如部分村医可能不愿意参与一体化管理,这可以通过相关优惠政策来解决。”

3 乡村卫生组织一体化推进策略

3.1 政策资源投入

国家层面,消除乡村卫生组织一体化的政策障碍,在村卫生室所有权、经营管理权和监督权方面的相关政策要逐步减少政策冲突,增加政策相容性,最后达到政策统一,使乡村卫生组织一体化有法规层面的制度保障。省级层面,应该建立推进乡村卫生一体化的整体规划,包括采用适宜的一体化模式、一体化推进时间进度表、一体化指导方案、总结推广一体化的经验等。县级层面,县卫生局采取积极行动,开发县级政府最高决策者,以获得对一体化工作的重视和支持,把一体化工作从卫生行政部门层次提高到县政府工作的层面,在乡村医生人事编制、养老保险和财政投入上获得政策支持并保持政策的稳定性;具体工作上,应该注意选择适合本县域实际情况的推进策略;同时,积极引导乡镇卫生院建立科学、合理、有效的村卫生室和村医的监督和激励制度。

3.2 财政资源投入

虽然乡村卫生组织一体化的事权全部落在县级政府,但在我国现有财税体制下,县级财力薄弱,乡村卫生组织一体化属于农村基层医疗卫生体系建设,从基本医疗卫生均等化角度而言,县级财政不应该承担主要的投入责任。建议国家层面设立一体化专项资金,建立中央、省、市和县的多级财政投入的保障机制,实现县域基本医疗卫生服务财力均等化。省级和市级层面,也应积极筹集一体化专项资金,争取省市财政专项转移支付。

3.3 组织资源投入

组织资源投入是行动保障,主要落实在县级层面。从县政府层次,统筹卫生、财政、人事、社保、镇政府和村委会的组织资源,以保障一体化顺利推进。长期而言,实现一体化后,乡镇卫生院还要建立专门部门负责一体化管理工作,保证一体化运行持续、正确、有效和顺畅。

参 考 文 献

[1] 钱茅锐, 杨竹, 陈永忠. 乡村医生运行机制存在的问题及其对策研究[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2009, 30(3): 59-61.

[2] 郝模, 姚树坤, 王小宁, 等. 乡村卫生组织一体化管理政策研究和实践概述[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(3): 133-138.

[3] 胡晓媛, 姚华, 耿直, 等. 新疆南北疆乡村卫生服务一体化管理实施现状分析[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(11): 42-46.

[4] 张翔, 张亮, 刘军安, 等. 乡村卫生组织一体化管理的启动与实施[J]. 中国农村卫生事业管理, 1999, 19(3): 7-9.

[5] 张军, 王邦虎. 从对立到互嵌: 制度与行动者关系的新

拓展[J]. 江淮论坛, 2010(3): 147-152.

[6] Scharpf F W. Games Real Actors: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research [M]. Boulder: Westview Press, 1997.

[7] 刘晓峰, 刘组云. 行动者研究: 我国行政组织研究的一个未来方向[J]. 深圳大学学报: 人文社会科学版, 2010, 27(6): 44-50.

[8] Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter[J]. Health Policy, 2008, 85(2): 172-183.

[9] 朱兆芳, 姜巍, 王禄生. 乡村卫生机构一体化管理的内容和可行策略[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(12): 45-47.

[10] 中央编办, 卫生部, 财政部. 关于印发乡镇卫生院机构编制标准指导意见的通知(中央编办发[2011]28号)[Z]. 2011.

[11] 田疆, 张光鹏, 任苒. 医改背景下解决乡村医生待遇与保障问题的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(12): 33-36.

[收稿日期:2012-04-11 修回日期:2012-05-28]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

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,国内外公开发行,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

healthpolycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670

差距模型在社区卫生机构内部管理中的应用

——以北京市某城区为例

张恩宇* 陈娟

北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:探索差距模型在社区卫生机构内部管理中的应用,分析社区卫生机构内部管理中存在的问题。方法:通过文献研究,构建出测量社区卫生内部服务质量的差异模型量表,并以北京市某城区的 440 名社区医务人员和 30 名管理者为样本,结合个人访谈对该城区社区内部管理中存在的差距及其成因进行了实证分析。结果:该城区社区卫生机构主要在硬件设施、团队建设和工作安排等方面的管理存在缺陷,导致医务人员存在不满。产生管理缺陷的主要原因是管理者对医务人员期望认识不足、管理制度未按规定执行和缺乏沟通。结论:差距模型能够较好的应用于社区卫生机构内部管理研究,该方法不仅强调了管理的连贯性,也有助于实现权责分明。

【关键词】社区卫生服务; 内部服务质量; 差距模型; 内部管理

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.009

GAP Model application in community health institutions' internal management: An empirical study in urban area of Beijing

ZHANG En-yu, CHEN Juan

School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: Explore the gap model application in community health institutions' internal management and analyze the problems existing in the management. Methods: Based on literature review, a Gap Scale was built to measure internal service quality. We did a survey toward 440 medical workers and 30 managers in an urban district of Beijing. This study is to analyze the reason of internal service quality disparity using the survey and interview results. Result: The deficiencies are in hardware facilities, team building and work arrangement. The main causes of the defects are inadequate understanding of staff expectations, inattentive management and poor communication. Conclusion: GAP Model can be applied in community health institutions' internal management. It emphasizes the continuity of management, and also helps to clarify responsibilities.

【Key words】 Community health service; Internal service quality; GAP Model; Internal management

随着我国医药卫生体制改革的逐步深化,以城市社区卫生服务中心为代表的基层卫生服务体系有了长足的发展。但基层医务人员却长期处于低满意度状态,本课题组曾就基层医务人员的工作满意度情况开展了调查和研究,发现基层卫生机构的管理模式是导致医务人员低满意度的重要原因。^[1]

Berry 等人提出的“差距模型”(GAP Model)是目前学术界比较认可的内部管理模型,在银行、酒店等企业间应用广泛。^[2-5]差距模型认为,顾客对于服务质量的满意程度是企业内部的行为所导致的;而企业内部行为环环相扣,相互影响,故差距模型将服务质量的满意度差距(也叫期望差距)反映在服务过程

* 作者简介:张恩宇,男(1986年—),硕士研究生,主要研究方向为社区卫生服务。E-mail:angelser4@gmail.com

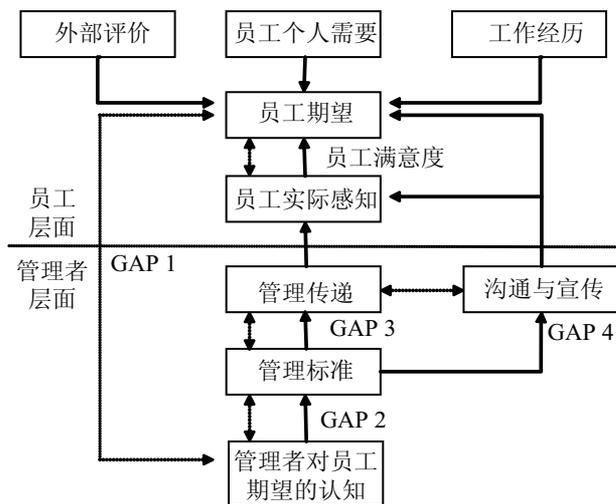
通讯作者:陈娟。chenjuan@bjmu.edu.cn

中的4个差距中,通过弥合这些具体的差距达到有效提升企业管理水平的目的。

鉴于此,本研究试图运用实证分析方法,验证差距模型在社区卫生服务内部管理中应用的可行性,以期为提高社区卫生服务医务人员满意度,促进社区卫生服务体系发展提供理论参考和实践价值。

1 模型与假设

差距模型是以期望与实际感知的差异为基础的,这与满意度的概念极为相似,因此有理由认为内部服务质量可以通过员工满意度进行反映,而且可以按照差距模型进行细化,即员工满意度 = 感知差距 + 标准差距 + 传递差距 + 沟通差距(图1)。



注:GAP1:感知差距;GAP2:标准差距;GAP3:传递差距;GAP4:沟通差距

图1 社区卫生机构内部服务质量差距模型

由于社区卫生服务具有无形性、异质性、生产消费同时性、敏感性和多样性等特点,需要对员工满意度量表进行改编,以适应社区卫生机构内部服务质量的测量。本研究参考“员工满意度量表”^[6]和“SERVQUAL量表”^[7],结合社区卫生服务的特点,选取可靠性、发展性、接近性、有形性、移情性和适宜性共6个维度构建社区卫生机构内部服务差距量表(简称“GAP量表”),并得到如下假设:

假设1:GAP量表可以用于测量社区卫生机构内部服务质量,同时上述6个维度可以解释内部服务质量差异。

假设2:对于内部服务,员工的期望与管理者对

其期望的感知存在显著性差异。

感知差距(GAP1)是指社区卫生机构的管理者对于社区医务人员的工作期望不够了解或者存在误区。为了设计长期的内部管理产品,机构管理者必须了解是什么样的行为导致了员工不满意或满意。了解医务人员的期望可以帮助管理者对内部顾客进行细分,并据此满足顾客期望。

标准差距(GAP2)是指社区卫生机构的管理者在管理过程中缺乏相应的工作规范及考核标准。在内部管理中,为员工提供合理稳定的工作内容也是一项艰巨的任务。改动既有的工作设计所引起的财务成本和心理成本都对管理者改进工作设计形成了障碍。不同部门之间复杂的相互依赖关系也造成了管理者不愿意改变工作流程或工作设计。

传递差距(GAP3)是指社区卫生机构的管理者在管理过程中并未按照相关工作规范进行管理。对于管理者来说,如果设计好的工作职责、绩效考核等一些内部产品不能真正的得到执行,同样会导致医务人员产生不满情绪。

沟通差距(GAP4)是指社区卫生机构的管理者在进行管理的过程中,没有将管理意图告知医务人员或缺乏医务人员与社区管理者的外部沟通。建立合理的沟通和反馈机制是弥合该差距的有效手段。

2 实证检验

2.1 量表与样本

2.1.1 量表的编制

本文采用问卷调查和深入访谈法收集数据,使用课题组自制的GAP量表来测量社区卫生机构内部服务质量,包括6个维度的35个题项(表1)。

表1 GAP量表

维度	涵盖内容	题项数
可靠性	组织可靠、正确地履行管理职责,保障员工权益的能力	12
发展性	管理者为员工制定的职业发展规划及培训项目	6
接近性	组织内部互相配合工作的能力	4
有形性	设备与工作环境等硬件设施	5
移情性	员工自己及顾客对工作成果的认可程度	5
适宜性	员工与工作难度和数量的契合度	3

2.1.2 调查对象

本次调查在北京市选择了一个社区卫生服务管理方面有特点的城区。该城区的社区卫生服务机构采用扁平化管理模式,基层卫生服务工作由社区卫生服务站和区医院保健科(以下简称“保健科”)共同承担,并由社区卫生管理中心(以下简称“社管中心”)进行统一管理。之所以选择该城区是因为这种管理方式简化了管理层级和部门,避免了通常医院中医生兼职管理的问题,使得管理者和员工的角色区分更明确,便于应用差距模型进行分析。

我们选择了该城区的 41 个社区卫生服务站和 11 个保健科全部 440 名社区医务人员和社区卫生管理中心的全部 30 名管理人员作为问卷调查对象。由于管理人员数量较少,为保证研究的准确性,笔者对管理者进行了深入访谈来辅助分析。本次调查共发放问卷 470 份,回收有效问卷 447 份,回收率 95.1%。

2.2 数据分析与解释

本文使用 SPSS 15.0 统计软件进行数据分析。

2.2.1 探索性因子分析

用样本数据对测量内部质量的 35 个项目进行 KMO 指数与 Bartlett's 球形检验。结果显示, KMO 系数为 0.931, Bartlett's 球形检验的显著性水平小于 0.01, 说明适合因子分析。

通过主成分因子分析方法,并对共同因子进行正交旋转处理,以特征根大于 1 为标准截取数据。结果表明,量表中的 35 个项目能较好的被 6 个因子解释,累计方差解释贡献率达到 59.9% (表 2)。

表 2 正交旋转后总方差解释

因子	特征根	方差解释贡献率(%)	累计贡献率(%)
1	7.215	20.613	20.613
2	4.054	11.584	32.197
3	3.176	9.075	41.272
4	2.320	6.628	47.900
5	2.203	6.295	54.195
6	1.997	5.706	59.902

在分析各个因子所包含的项目意义的基础上,

参照国内外学者对内部营销构成维度的定义,并结合社区的实际情况,对萃取出的 6 个因子依次命名为可靠性因子、发展性因子、接近性因子、有形性因子、移情性因子和适宜性因子。

2.2.2 信度检验

本文采用 Cronbach α 系数检验量表的信度。总量表的 Cronbach α 系数为 0.938,各因子的 Cronbach α 系数均大于 0.8 (表 3),说明量表的内部一致性很好,量表的信度符合标准。

表 3 信度分析结果

因子	可靠性	发展性	接近性	有形性	移情性	适宜性	总量表
α 系数	0.930	0.838	0.869	0.852	0.877	0.816	0.938

2.2.3 效度检验

本研究中采用的量表是以“员工满意度量表”和“SERVQUAL 量表”为基础的,借鉴国内外多个成型量表和论文观点,并征询了业内专家的意见修正而成,因此本量表能够符合内容效度要求。

在区别效度方面,如表 4 所示,各维度之间的相关系数均在 0.01 水平以上,与表 3 所示的信度水平有很大差异,即各维度间具有较强的区分效度。

表 4 各维度间的相关系数

	可靠性	发展性	接近性	有形性	移情性	适宜性
可靠性	1					
发展性	0.076	1				
接近性	0.038	0.027	1			
有形性	0.026	0.030	0.042	1		
移情性	0.041	0.039	0.020	0.013	1	
适宜性	0.068	0.065	0.029	0.028	0.337	1

2.2.4 回归分析

本文以 6 个维度的因子得分为自变量,员工满意度为因变量,进行多元回归分析。估计的多元回归模型为:

$$ES = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \lambda$$

式中,ES 为因变量员工满意度, X_1, X_2, \dots, X_6 为内部营销的 6 个维度, α 为常数项, $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_6$ 为回归系数, λ 为随机误差。

回归分析的结果如表 5 所示,6 个维度的 VIF 值均大于 1,表明变量间不存在多重共线性问题;调整后的 R^2 为 0.26,这样的拟合优度对一般的实证分析也是可以接受的;F 值为 19.77,P 值小于显著性水平 0.01,因此回归方程成立;6 个维度均通过 T 检验,说明 6 个维度的变化可以较好的解释内部服务质量,即员工满意度的变化。

表 5 各维度对员工满意度的回归分析

	回归系数	标准差	T 值	P 值	VIF
可靠性	0.157	0.696	0.226	0.021	3.076
发展性	1.457	0.675	2.158	0.032	2.723
接近性	0.695	0.432	1.608	0.009	1.357
有形性	0.344	0.507	0.679	0.047	1.282
移情性	0.736	0.408	1.804	0.027	1.233
适宜性	0.574	0.607	0.945	0.035	2.028

由以上分析可以看出,GAP 量表在测量社区卫生机构内部服务质量时信度和效度都很好。探究性因子分析中发现的 6 个内部服务质量的维度,通过回归分析也验证了其员工满意度的定量关系,证实了假设 1。

3 差距模型分析

由于假设 1 得到了验证,说明本次问卷调查所得到的数据可以代表该城区社区卫生机构内部服务质量,进而可以通过 GAP 模型对其机构内部管理过程进行分析。

3.1 感知差距

对于假设 2,本文采用两独立样本 T 检验来测量员工的满意度和管理者对其满意度的感知是否有显著性差异。在统计过程中,首先进行 Levene 方差齐性检验,以 $\alpha = 0.05$ 为显著性水平,对结果进行取舍,得到检验结果如表 6 所示。在总满意度方面,员工和管理者的感知并无差异,但在某些维度,尤其是硬件设施方面(有形性),该城区的管理者尚未意识到医务人员对于环境和设备的不满。该感知差异可能是由于医务人员与管理者工作内容与办公地点的差异,使管理者无法切身感受到社区医务人员对硬件改善的强烈需求。

表 6 员工满意度与管理者感知之间的 T 检验

维度	T 值	P 值	均值差
可靠性	1.10	0.27	0.16
发展性	0.28	0.78	0.04
接近性	-1.08	0.28	-0.02
有形性	-3.25	0.00	-0.41
移情性	2.28	0.02	0.31
适宜性	1.96	0.05	0.30
总满意度	-0.385	0.70	-0.66

3.2 标准差距

优秀的工作产品设计必须是福利、保障、激励、监督等方式的完美结合,既要符合或超出内部顾客的期望,同时也要服从组织目标。^[8]对该城区社区卫生服务管理者的访谈表明,社区卫生服务工作的政策导向性很强,大部分管理制度是由各级卫生行政部门逐级制定并释义,管理层级较多,高层管理者对于社区医务人员的现状和需求是通过层层呈报来了解的,信息不够直观;而一线管理者对工作产品的设计空间又十分有限。因此,如何在职能范围之内设计出能够满足社区医务人员期望的工作产品是一项艰巨任务。

3.3 传递差距

当工作产品设计好后,管理者需要指导并帮助员工按设计要求去完成工作。本研究显示,该城区社区卫生服务的内部管理中不存在传递差距,82.3%的医务人员认可社区卫生相关政策在其实际工作中的落实情况;其中对政策落实存在不满的医务人员的主要问题集中在人员配置数量方面。根据相关文件,该城区每个社区卫生站的核定编制数为 7 人,实际编制数一般为 4~5 人,相当一部分社区卫生站存在空编现象。

3.4 沟通差距

沟通是管理者和医务人员交流工作目标、反馈问题的重要手段,内部沟通产生的误差会直接而迅速的表现到对患者服务的过程中。本研究显示,该城区医务人员对于双向沟通机制基本满意,但在工作安排及解释方面,社区卫生管理中心的工作尚存在不足。在工作安排及解释方面,55.6%的医务人员表示满意,17.7%的医务人员对社区卫生管理中

心表示不满;在问题反馈方面,83.8%的医务人员表示满意。

4 讨论

4.1 差距模型在社区卫生机构内部管理中的应用条件

差距模型是一种企业管理领域的成熟模型,被广泛应用于酒店、旅游、银行等多个行业。在利用差距模型分析社区卫生机构内部管理时,首先要对机构内部服务质量进行测量,这就需要考虑到量表的适用性问题。一般采用的 SERVQUAL 量表或其他量表应将差距分析的研究范围控制在 5~10 个维度之间,以降低模型的复杂程度。

本研究中的 GAP 量表,经验证是可以用于测量社区卫生机构内部服务质量的,上述模型分析的结果也说明了差距模型确实能反映社区卫生机构内部管理中存在的问题。但由于不同地区的社区卫生政策不尽相同,因此,在使用该量表时,必须借助定性分析方法,对当地社区卫生政策和医务人员需求进行系统而全面的研究,这是运用差距模型对社区卫生机构服务质量进行研究的前提条件。

4.2 差距模型应用于社区卫生机构内部管理的优势

随着基层卫生服务网络的重要性逐渐凸显,如何科学评价社区卫生机构内部管理质量成为了学术研究的重要课题。目前,针对社区卫生机构内部管理的研究大多以医务人员工作满意度为评价指标,而满意度研究的主要作用应是描述基层医务人员的工作状态,对于机构管理问题的分析大多比较具体。而我国的社区卫生服务以行政管理为主,具备“瘦高”的特点,即纵向管理层级较多,横向职能部门较少。因此政策建议越具体,管理部门越难以推行;相反,如能将管理中存在的问题,分解成多个节点,形成模型体系,应更具备可推广性。

差距模型可以认为是工作满意度的一种延伸,将满意度(期望差距)依照管理过程细化为 4 种差距,既突出了管理环节之间的连贯性,也有助于实现权责分明。^[9]将差距模型应用于社区卫生机构内部管理中,使本单位的管理者、社区卫生管理中心、卫生局、疾控中心都被视为一个独立的服务单位,在各

个管理环节中提供管理服务。通过收集机构内部服务质量数据,就可以对各管理部门的服务质量进行测评,进而发现是哪个部门的哪个环节存在差距,便于各级管理者及时修正管理策略。

5 建议

5.1 注重医务人员待遇和工作量的比例关系

待遇是影响员工工作满意度和忠诚度的重要因素,但是我们不能盲目夸大它的激励作用。近几年来,社区卫生人员的低收入状态一直被视为造成社区人才流失的重要因素。为了提高社区卫生人员的收入,国家在不断增加财政支持的同时,也在逐渐探索新型激励机制。在这些保障措施的背后,社区卫生人员的收入有了一定程度的提高,但他们的工作满意度水平提高的却并不明显。同时,从上文的分析中,我们也没有发现医务人员对收入待遇的不满。鉴于此,本研究认为社区卫生人员不满意的不是单纯的收入水平,而是当前的收入分配制度。社区管理人员应该充分肯定医务人员在工作中付出的努力和心血,在正常的福利保障之外,增加奖励的成分,可以采取“以奖代补”的形式体现多劳多得。特别是在医务人员付出较多额外工作和努力的时候,要给予物质或是精神上的补偿和嘉奖。

5.2 注重医务人员工作环境和设施的改善

本研究发现,该城区大部分社区卫生服务站都是由老旧四合院或者社区活动中心改建,办公家具也都十分陈旧。多名社区卫生人员反映,曾有患者被破损的办公桌划伤而引起纠纷。医疗服务不同于其他服务,其顾客因疾病而处于烦躁状态,微小的矛盾会被迅速放大。从医务人员的角度看,工作环境影响到正常工作的进行,通过工作环境的改善可以体现管理者对医务人员的重视与人性化关怀,激发他们对工作的热爱。从某种意义上说,这种情感上的传递是可以直接在工作中转化为生产力的。

5.3 发挥一线社区卫生管理者的纽带作用

进行内部管理要求社区管理者与医务人员之间的沟通及时、准确。社区卫生管理部门的一线管理者是沟通医务人员与上级行政部门的重要纽带。他们与社区卫生人员接触最为频繁,管理者与员工的

矛盾相对集中,正确的沟通方式极为重要。一线管理者应在上级部门的宏观管理下,把社区内部的上下流程及岗位之间的业务关系由原来的单纯行政机制转变成平等的合作关系和服务关系,做好计划安排和行政指令的解释工作,避免社区医务人员在工作中出现误解。同时,建立横向和纵向渠道,鼓励科室间互相了解各自的业务知识与业务流程,以做好业务衔接工作。定期走访社区,了解医务人员的工作情况,为今后管理工作的改进提供思路。

参 考 文 献

[1] 张恩宇,陈娟.北京市某城区社区卫生服务医务人员满意度分析[J].中国卫生政策研究,2011,4(8):44-47.
[2] Berry L L. The employee as customer[J]. Journal of Retail banking, 1981(3): 25-28.
[3] 李平,陈颖,张小芳.商业银行内部营销与员工满意关系的实证研究[J].湖南大学学报:社会科学版,2008,22(6):68-72.

[4] 曹飞飞.酒店顾客感知服务质量控制策略研究——基于服务质量差距模型[J].商品与质量:理论研究,2011(4):46.
[5] Rafiq M, Ahmed P K. Advances in the internal marketing concept: definition, synthesis and extension [J]. Journal of Services Marketing, 2000, 14(6): 449-462.
[6] 王宪祥,祁秉先,姜润生.社区卫生机构员工工作满意度量表的编制[J].昆明医学院学报,2006(2):110.
[7] 丁夏齐,徐金灿,马谋超.服务质量差异模型及应用[J].心理科学进展,2002(4):460-465.
[8] 王德胜.内部营销理性思辨及运作模型研究[J].山东大学学报:社会科学版,2006(3):124-129.
[9] 张言彩,韩玉启.基于员工满意的内部营销规划模型[J].郑州航空工业管理学院学报,2007,25(6):101-104.

[收稿日期:2012-02-25 修回日期:2012-05-19]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

第 65 届世界卫生大会在日内瓦召开

2012年5月21—26日,第65届世界卫生大会在瑞士日内瓦举行,来自194个世界卫生组织成员国、相关国际组织、非政府组织的代表约3000人参会。大会任命陈冯富珍为下一届世卫组织总干事,讨论了卫生研发和筹资、防控非传染性疾病等32项技术和管理议题。

关于卫生研发和筹资,大会欢迎研发筹资和协调问题磋商性专家工作组(Consultative expert working group on research and development: financing and coordination, CEWG)报告的分析,重申国际社会应加强对影响发展中国家疾病的研发工作,加大筹资力度和建立协调机制,敦促成员国在国家层面协调相关部门研究该报告的建议,要求世卫组织各地区

委员会审议该报告,深入分析建议的可行性,并通过2013年1月执委会向第66届世卫大会报告。

关于防控慢性非传染性疾病,大会审议了世卫组织在联合国大会关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议《政治宣言》的后续行动,决定通过一项全球目标,即到2025年使非传染性疾病导致的过早死亡率降低25%;要求成员国与世卫组织秘书处继续磋商,就烟草使用、有害使用酒精、不健康饮食和缺乏身体活动等4项主要风险因素的具体目标达成共识;大会决定,在2012年10月底之前举行一次成员国正式会议,以完成全球监测框架指标及其目标方面的工作。

(来源:卫生部网站)

安徽省农村居民卫生服务利用公平性分析

吴 宁^{1,2*} 许东霞³ 王安珏² 王文娟² 江启成²

1. 卫生部卫生发展研究中心 北京 100191
2. 安徽医科大学卫生管理学院 安徽合肥 230032
3. 石河子大学医学院 新疆石河子 832002

【摘要】目的:分析 2009 年安徽省农村地区 15 岁及以上居民门诊和住院利用公平性。方法:计算不同经济水平人群门诊和住院实际利用、需要预期利用、标化后利用及集中指数。结果:居民门诊服务实际利用、需要预期利用和标化后利用在五等分组人群间的构成均在 20% 左右,集中指数分别为 0.03、-0.02 和 0.05; 贫困人群住院实际利用水平低于富裕人群;年住院次数与年住院天数实际利用的集中指数分别为 0.23 和 0.29,需要预期利用的集中指数分别为 0.01 和 -0.03,标化后利用的集中指数分别为 0.22 和 0.32。结论:门诊服务利用公平性较好,住院服务利用公平性需要引起重视;社会经济因素对住院服务利用影响较大。

【关键词】卫生服务;需要;利用;农村居民;公平性

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.010

Analysis of equity in health service utilization among rural residents in Anhui province

WU Ning^{1,2}, XU Dong-xia³, WANG An-jue², WANG Wen-juan², JIANG Qi-cheng²

1. China National Health Development Research Center, Ministry of Health, Beijing 100191, China
2. School of Health Management, Anhui Medical University, Anhui Hefei 230032, China
3. School of Medicine, Shihezi University, Xinjiang Shihezi 832002, China

【Abstract】 Objective: To analyze equity in outpatient and inpatient service utilization among different economic groups in rural areas of Anhui province in 2009. Methods: Calculate the actual utilization, predicted utilization based on needs, standardized utilization among different economic groups and concentration index (CI). Results: In terms of outpatient services, the proportions of actual utilization, predicted utilization based on needs, and standardized outpatient utilization by each quintile were at about 20%, the CI were 0.03, 0.02 and 0.05 respectively. Inpatient utilization among the poor residents was less than the rich. The CI of actual inpatient admissions and length of day were 0.23 and 0.29 respectively, predicted utilization based on needs were 0.01 and -0.03; and the standardized inpatient service utilization were 0.22 and 0.32. Conclusion: The equity in outpatient service utilization was better than that of inpatient, the equity of inpatient service utilization should be paid more attention. Social-economic factors which impact the utilization of inpatient services were greater than that of outpatient.

【Key words】 Health service; Need; Utilization; Rural residents; Equity

提高农村居民的健康水平,是我国卫生领域的重要任务之一。而健康水平的提高不仅取决于卫生

资源投入的总水平,还取决于卫生资源配置效率、机构的管理效能,更直接的是居民对卫生服务的利

* 基金项目:国家自然科学基金(70873001)

作者简介:吴宁,男(1982 年—),研究实习员,主要研究方向为卫生经济政策与管理。E-mail: wn@nhei.cn

通讯作者:江启成。E-mail:jiangqicheng@ahmu.edu.cn

用。^[1]本研究通过对 2009 年安徽省农村地区 15 岁及以上居民对卫生服务利用的分布情况进行公平性研究,运用标化的方法分析不同经济水平人群在卫生服务需要相同时,其卫生服务利用的公平状况。为推进农村地区卫生改革和发展、合理制定农村卫生发展政策提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

根据 2005 年卫生部推荐新农合基线调查的抽样公式计算每县的样本含量:

$$N = \frac{u_{\alpha}^2}{\{\sin^{-1}[d/\sqrt{p(1-p)}]\}^2}$$

其中: u_{α} 是正态分布曲线右端切去 α 面积时的横坐标, p 是农民住院率的估计值, d 是容许误差。取住院率 4%, $\alpha = 0.05$, $u_{\alpha} = 1.96$, $d = 0.01$,算得:

$$N = \frac{1.96^2}{\{\sin^{-1}[0.01/\sqrt{0.04(1-0.04)}]\}^2} \approx 1475 \text{ 人}$$

按常住人口每户平均 3.5 人计算,本研究每县拟调查的样本含量估算如下:

$$3(\text{乡镇}) \times 3(\text{村}) \times 60(\text{户}) \times 3.5(\text{人}) = 1890 \text{ 人}$$

本研究采用多阶段分层整群随机抽样的方法,在中部地区安徽省按照经济水平高、中、低的不同,抽取了 6 个县的 3240 户居民,最终获得有效数据 3149 户,共 9800 人,其中 15 岁及以上居民 7976 人。实际每县平均抽取 1633 人,符合抽样标准。调查采用入户询问的形式,了解 2009 年全年(以下资料同)样本家庭经济状况(包括家庭年度总收入、年度消费性支出及各个支出细项)、家庭成员基本状况以及卫生服务利用等基本信息。

1.2 变量及分析方法

1.2.1 所需变量

(1)家庭等值人口(AE) = (家庭成年人口数 + 0.5 * 14 岁及以下儿童人口数)^{0.75},家庭等值人口可消除不同家庭规模及年龄构成的影响。^[2]个体生活标准采用消费性支出指标,计算公式为:等值人均消费 = 家庭消费性支出/家庭等值人口。(2)需要变量,理论上讲是居民的健康状况,但居民客观的健康状况指标通常很难得到,借鉴国际研究经验及我国

卫生服务调查数据的可得性,选择了个体自我报告的患病情况、年龄、性别等作为需要变量,并对年龄、性别组设立哑变量。在分析中通过标化需要变量来消除居民间卫生服务需要的差异。(3)非需要变量,是指影响卫生服务利用的社会经济变量,包括个体经济水平、婚姻状况、文化程度、职业、医疗保险的情况、个人就诊的时间、就诊距离、所在地区等。

1.2.2 五分组法

对样本人群按个体生活标准从低到高排序,等分为五组,分析不同组别之间两周就诊次数、年住院次数和年住院天数的分布情况。

1.2.3 确定个体卫生服务的实际利用量、需要预期利用量和标化后利用量

实际利用量反映调查居民自己报告的实际卫生服务利用量,主要包含的指标有:两周就诊次数、住院次数和住院天数;需要预期利用量是指去除非需要变量的影响,根据实际需要预测出可能发生的卫生服务利用量;标化后利用量是将需要变量处理成同一水平后,即去除这些需要变量的影响,由非需要变量决定的卫生服务利用量。^[3]

1.2.4 对卫生服务利用进行标化

本研究通过建立回归模型对影响卫生服务利用的需要变量和非需要变量进行间接标化,住院天数采用线性最小二乘法模型对需要变量进行标化。首先,建立住院天数变量(y_i)的等式:

$$y_i = \alpha + \sum_j \beta_j \chi_{jt} + \sum_k \gamma_k Z_{kt} + \varepsilon_i$$

对需要变量(χ)和住院天数(y)以及这些变量间的相关程度进行估算。这里 i 代表个人, χ_i 是要标化的需要变量, Z_k 是非需要变量。在方程中,最小二乘法对系数的估计值把 χ 变量的真实值和 Z 变量的样本平均值联系起来,就可以得到 \hat{y}_i^x ,它表示对非需要变量加以控制之后由需要因素决定的卫生服务利用量:

$$\hat{y}_i^x = \hat{\alpha} + \sum_j \beta_j \chi_{jt} + \sum_k \gamma_k \bar{Z}_k$$

那么,需要变量标化后的卫生服务利用估计值 \hat{y}_i^{JS} ,就可以由真实的利用值和控制非需要变量后的利用值之差,再加上样本平均值(\bar{y})得到:

$$\hat{y}_i^{JS} = y_i - \hat{y}_i^x + \bar{y}$$

门诊就诊次数及住院次数为偏态分布,不满足线性模型的条件,采用负二项模型对需要变量进行标化,其具体思路与上述方法大体一致,在此不作赘述。^[4]

1.2.5 集中指数

由排序后的居民生活标准的人群累积百分比和相应人群卫生服务实际、预期和标化利用量的累积百分比,可以绘制出相应的集中曲线。集中曲线与 45 度对角线(绝对公平线)之间面积的 2 倍即定义为集中指数,集中曲线在公平线之上为正值,反之则为负。集中指数用以定量反映居民卫生服务利用的公平程度,取值范围为 -1 ~ 1。集中指数为 0,反映卫生服务利用公平;集中指数为正,反映卫生服务利用倾向于富人,且绝对值越大,对该人群越有利。^[5]

1.3 统计分析

调查问卷数据采用 Epidata3.0 软件进行录入,SPSS18.0 进行变量的逻辑检错,运用 stata10.0 等软件进行统计分析。

2 结果

2.1 调查人群基本情况

本研究样本人群中 15 岁及以上农村居民为 7 976 人,其中男性 4 025 人,占 50.5%,女性 3 951 人,占 49.5%。55 岁及以上人口占 37.0%,其中男性 1 371 人,女性 1 262 人,男性略多于女性。样本人群的学历方面,初中及以上文化程度占 43.7%,文盲和小学学历人口超过半数。婚姻状况方面,未婚人口占 10.8%,已婚人口占 87.9%,离婚和丧偶人口占 1.3%。两周患病率为 14.1%,两周患病人群中男性为 47.5%,女性为 52.5%。样本人群年住院率为 6.4%,其中男性 55 岁及以上人群住院率为 8.7%。样本人群的医疗保险状况均为新型农村合作医疗。

2.2 不同经济水平人群实际卫生服务利用

对样本人群按照年人均消费性支出等分成五组,各组的均数分别为:2 942 元、4 692 元、6 367 元、8 839 元和 11 599 元,其中,最富裕组约是最贫困组的 4 倍。从居民两周就诊次数在不同人群中的分布来看,各组人群两周就诊次数占全人群就诊次数的比例分别为:最贫困组占 17.9%,最富裕组占

21.0%,次贫困组、中间组及次富裕组均接近 20%,各组分配较为均匀;年住院次数在不同人群中的分布差别较大,且随着经济水平的提高而增加,其中最贫困组年住院次数占全人群年住院次数的 9.6%,而最富裕组占 30.5%。年住院天数在不同经济水平人群中的分布趋势与年住院次数一致,但不同经济水平组之间的差别更大,其中最贫困组年住院天数占总人群年住院天数的 7.2%,而最富裕组达到 32.6%(表 1)。

表 1 2009 年安徽省 15 岁及以上农村居民实际卫生服务利用的分布(%)

五分位组	两周就诊次数	年住院次数	年住院天数
最贫困 20% 人群	17.9	9.6	7.2
次贫困 20% 人群	19.6	13.9	11.8
中间 20% 人群	20.8	21.9	21.4
次富裕 20% 人群	20.7	24.1	26.9
最富裕 20% 人群	21.0	30.5	32.6

2.3 不同经济水平人群需要预期卫生服务利用

通过回归模型,将个体经济水平、婚姻状况、文化程度、就业状况、就诊距离等变量固定后,根据需要预测门诊和住院服务利用。两周就诊次数五分位组需要预期利用的分布均在 20% 左右,在各人群中分布较为均匀;年住院次数需要预期利用呈现最富裕和最贫穷的人群略高的趋势;年住院天数需要预期利用随着经济水平的提高,需要预期有略为下降的趋势(表 2)。

表 2 2009 年安徽省 15 岁及以上农村居民需要预期卫生服务利用的分布(%)

五分位组	两周就诊次数	年住院次数	年住院天数
最贫困 20% 人群	20.9	21.4	21.6
次贫困 20% 人群	20.4	18.9	20.7
中间 20% 人群	19.8	18.2	19.9
次富裕 20% 人群	19.6	18.5	19.3
最富裕 20% 人群	19.3	23.0	18.6

2.4 不同经济水平人群标化后卫生服务利用

利用回归模型,去除年龄、性别和是否患慢性病等变量影响,标化后的两周就诊次数在五等分组中的分布均接近 20%;标化后年住院次数的分布分别为 9.4%、16.0%、20.1%、23.7% 和 30.8%,标化后

年住院天数的分布分别为 5.9%、13.8%、19.5%、25.7% 和 35.1% (表 3)。

表 3 2009 年安徽省 15 岁及以上农村居民
标化后卫生服务利用的分布 (%)

五分位组	两周就诊次数	年住院次数	年住院天数
最贫困 20% 人群	17.4	9.4	5.9
次贫困 20% 人群	19.2	16.0	13.8
中间 20% 人群	20.2	20.1	19.5
次富裕 20% 人群	20.8	23.7	25.7
最富裕 20% 人群	22.4	30.8	35.1

2.5 卫生服务利用的集中指数

集中指数可从总体上评价居民卫生服务利用的公平性。从表 4 可以看出,两周就诊次数、年住院次数与年住院天数的实际利用的集中指数分别为 0.03、0.23 和 0.29,上述三个指标的需要预期利用的集中指数分别为 -0.02、0.01 和 -0.03,三个指标的标化后利用的集中指数分别为 0.05、0.22 和 0.32。

表 4 2009 年安徽省 15 岁及以上农村居民
卫生服务利用的集中指数

指标	实际利用	需要预期利用	标化后利用
两周就诊次数	0.03	-0.02	0.05
年住院次数	0.23	0.01	0.22
年住院天数	0.29	-0.03	0.32

3 讨论

卫生服务利用数量受需要变量和非需要变量的共同影响,在无法分解二者作用的情况下,由于居民卫生服务需要本身各不相同,即使人群卫生服务利用存在很大差异,也不能做出其利用公平与否的判断;另一方面需要的差异很难量化,比如年龄差异大小与需要差异的大小并不一致,因此采用“垂直公平”的原则进行分析难度较大。本研究运用标化方法消除个体间卫生服务需要的差异后,如果卫生服务利用在人群中分布不均衡,这种不均衡就可以认为是由“需要”之外的社会经济因素导致的。根据“水平公平”的原则,人群卫生服务需要相同时,卫生服务利用也应该相同,此时,我们可以对人群卫生服务利用是否公平做出明确

的判断,并可以通过集中指数大小分析其不公平程度。

3.1 门诊服务利用公平性较好,住院服务利用公平性需要引起重视

从门诊服务利用的分布看,不同经济水平组人群的利用均在 20% 左右,集中指数为 0.03,接近 0,表明门诊服务利用的分布趋于均衡,公平性好。从住院服务利用的分布来看,随着经济水平由低到高,利用逐渐增加,最富裕组人群的住院利用是最贫困组人群的三倍以上,提示不同经济收入人群住院利用存在差异,贫困人群较富裕人群利用少。两周就诊次数的集中指数为 0.03,接近 0,公平性较好;年住院次数集中指数为 0.23,年住院天数的集中指数为 0.29,与 2003 年陕西、甘肃、浙江实际住院天数的集中指数(依次为 0.31,0.31 和 0.37)较为接近^[6],公平性均较差,说明住院服务利用总体上公平性不高,需要引起重视。

3.2 社会经济因素对门诊服务利用影响较小,而对住院服务利用影响较大

集中指数反映利用分布的不公平程度,实际利用的集中指数等于需要变量与非需要变量对不公平程度的影响之和。2009 年安徽省农村居民门诊实际就诊次数的集中指数为 0.03,其中由非需要变量引起的不公平程度为 -0.03,由需要变量引起的不公平程度为 0.05,均较小,社会经济变量与需要变量对门诊服务利用的影响均较小,说明农村居民门诊利用主要取决于自身疾病及严重程度。分析需要与非需要变量对住院服务利用的影响发现,实际住院次数的集中指数为 0.23,由需要变量、非需要变量引起的不公平程度分别为 0.01 和 0.22,相比门诊服务利用,非需要变量对年住院次数的影响相对较大;与住院次数类似,非需要变量对年住院天数的影响也较大。因此,住院服务公平性主要是受个体经济水平、婚姻状况、文化程度、职业、个人就诊时间、就诊距离、所在地区等社会经济因素(非卫生服务需要变量)的影响。

上述影响卫生服务利用的社会经济因素中,很多因素是相互作用的,并且具有较强的相关性,因此将影响简单归结于某个社会经济因素是不科学的。

这些社会经济因素通过居民的支付能力、健康意识、卫生服务可及性和社会保障制度等影响卫生服务利用。本研究在对卫生服务利用公平性分析的基础上,可以初步判断安徽省农村地区卫生服务利用的公平程度,为有关部门和学者提供参考。下一步还可以对卫生服务利用不公平的社会经济影响因素进行分析。卫生服务利用的影响因素可分为可控因素和不可控因素,其中一些因素,如医疗保障制度、健康意识和卫生服务可得性可以通过政策措施加以改变,通过分析计算影响卫生服务利用的主要因素、特别是可控因素,为制定合理、公平的卫生政策提供依据。

参 考 文 献

[1] Lionel Demery. Benefit incidence: a practitioner's guide,

Poverty and Social Development Group Africa Region [R]. The World Bank, 2000.

[2] Wagstaff A Doorslaer E V. Measuring and Testing for Inequality in the Delivery of Health Care [J]. Human Resources, 2000, 35 (4): 716-733.

[3] Wagstaff A, Van doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery [R]. 1998.

[4] 谢小平, 刘国祥, 李斌, 等. 卫生服务利用公平性方法学研究 [J]. 中国卫生经济, 2007, 26(5): 74-76.

[5] 赵郁馨, 张毓辉, 唐景霞, 等. 卫生服务利用公平性案例研究 [J]. 中国卫生经济, 2005, 24(7): 5-7.

[6] 唐景霞, 张毓辉, 郭振友, 等. 浙江省医疗服务利用公平性分析 [J]. 卫生经济研究, 2005(12): 20-23.

[收稿日期:2012-04-12 修回日期:2012-05-08]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》杂志呼吁:结束对中国医生的暴力行为

近日,《柳叶刀》(lancet)杂志发表题为“Ending violence against doctors in China”的社论,呼吁结束对中国医生的暴力行为。

文章指出,中国医生正面临重大危机。近年,中国医生在医院面临越来越多的人身安全威胁,受到来自病人及家属的辱骂、人身伤害甚至杀害。最近发生的惨案是一名实习男医生在哈尔滨第一附属医院被病人杀害身亡。为应对这一危机,中国卫生部 and 公安部联合发表声明,宣布在医院内增设警卫,对于那些扰乱日常诊疗工作、携带危险品或威胁医务人员的行为都将被追究法律责任。

文章认为,中国医生面临威胁的原因可能有很多:一方面,卫生系统内部因素,如卫生系统投入、对医生的培训和支付不足,可能会导致医疗失误、腐败和医患沟通不畅等现象;另一方面,一些社会因素,

如媒体负面报道、公众对医学的认识不足、病人对治疗效果的过高期望、家庭灾难性卫生支出等,都是不可忽视的原因。不论发生暴力的深层次原因是什么,其对中国医学的影响都引起了极大关注。中国宁波大学一名医学生表示,新一代的医生十分迷茫,他们不知道是否该继续学医,更不知道该如何面对复杂的医患关系。

文章指出,就像目前亚洲其他国家的医生一样,在中国,医生曾是倍受尊敬的职业。中国需要改变现状,让医生再次成为有吸引力、受尊敬、高薪、安全的职业,通过保护现在的和未来的医生,进而最终令患者受益。目前中国政府首先要做的就是调查暴力产生的原因并加以解决。

(摘编:张小娟;来源:《柳叶刀》杂志)

农村住院分娩补助项目效果评价

沈娟* 谢铮 简伟研 郭岩

北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:评价农村孕产妇住院分娩补助项目是否提高了住院分娩率和达到了预期目标。方法:数据来源于卫生部2004—2011年《中国卫生统计年鉴》和2009—2011年的《全国妇幼卫生年报》,分析住院分娩补助项目的目标实现情况,分别计算东、中、西部地区住院分娩率的变化趋势,以及重点地区住院分娩率的提高幅度和不同基线水平下的提高幅度。结果:2010年,全国31个省、自治区、直辖市全部完成住院分娩率提高的目标,西部省份增加幅度较大。全国住院分娩率低于80%的县由2008年的334个减少至2010年的151个。结论:住院分娩补助重大专项的实施大大促进了农村孕产妇住院分娩,尤其是孕产妇住院分娩率基线水平较低的地区,区域不公平的问题在一定程度上得到改善。

【关键词】农村地区;住院分娩;补助项目;效果评价

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.011

Evaluation of institutional delivery subsidy program in rural China

SHEN Juan, XIE Zheng, JIAN Wei-yan, GUO Yan

School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To evaluate the effect of institutional delivery subsidy program on hospital delivery rate and achieved the goal. Method: Data were collected from China Health Statistics Yearbook 2004—2011 and provincial Maternity and Child Hygiene Annals 2009—2011. Institutional delivery rates of different provinces and counties on different levels and districts were analyzed. Results: By 2010, all 31 provinces have achieved the goal on increasing the institutional delivery rate, especially in the western areas. With the institutional delivery subsidy program in rural areas, counties with the institutional delivery rate under 80% had decreased from 334 in 2008 to 151 in 2010. Conclusion: The implementation of the institutional delivery subsidy program has greatly increased the institutional delivery rate in rural areas, especially the areas which had lower institutional delivery rate, and the problem of regional inequity has been improved to some extent.

【Key words】 Rural area; Institutional delivery; Subsidy program; Effect evaluation

有效提高农村地区的孕产妇住院分娩率对进一步提高我国孕产妇住院分娩率的整体水平,降低孕产妇死亡率,实现千年发展目标具有重要意义。^[1]中国政府出台了一系列政策措施促进农村孕产妇住院分娩,提高农村住院分娩服务水平。^[2]

为了促进基本公共卫生服务逐步实现均等化,在医药卫生体制改革中增加了国家重大公共卫生服务项目,其中包括农村孕产妇住院分娩的

重大公共卫生项目。^[3]2009年2月2日,卫生部下发了《关于进一步加强农村孕产妇住院分娩工作的指导意见》(卫妇社发[2009]12号)^[4],补助方案以逐步提高农村孕产妇的住院分娩率为工作目标,由中央财政对困难地区农村孕产妇住院分娩给予补助。

近年来,关于卫生支出的研究逐步开始关注政府卫生支出的效果评价问题^[5],Filmer 等人在关于

* 基金项目:国家自然科学基金(71173005)

作者简介:沈娟,女(1982年—),博士研究生,主要研究方向为卫生项目管理、卫生政策、卫生事业管理等。

E-mail: shenjuan@bjmu.edu.cn

如何评价政府卫生支出政策的研究中提出了要用系统的观点把这些问题联系起来,并通过一系列的研究最终构架了系统模型^[6-8],认为评价政府卫生支出的作用,首先要回答如下三个问题:第一,政府卫生支出的边际效用有多大?第二,如何在给定预算下,将公共资金分配到不同的卫生项目中,从而使健康水平达到最优?第三,如何拟定合理有效的政策?

本研究旨在解决政府住院分娩补助项目的卫生支出是否有效增长的问题,具体回答了农村孕产妇住院分娩补助项目是否确实有助于提高农村地区住院分娩率的问题。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源于卫生部 2004—2011 年《中国卫生统计年鉴》,包括全国及 31 个省、自治区、直辖市的孕产妇和儿童保健等数据。分析指标住院分娩率的定义是指年内在取得助产技术资质乡的机构分娩的活产数与所有活产数之比,用百分数表示。资料还包括 2009—2011 年的《全国妇幼卫生年报》,年报为全国各县级以上上报的妇幼卫生保健指标相关资料,由卫生部妇幼保健与社区卫生司汇总。

为了更系统的分析,对东、中、西部进行了划分。划分标准沿袭了 1996 年全国妇幼卫生监测“三网合一”时的规定:东部包括北京、天津、辽宁、上海、山东、江苏、浙江、福建、广东;中部包括河北、山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、海南;西部包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆。

1.2 分析方法

首先根据卫生部《农村孕产妇住院分娩补助项目管理方案》(卫妇社发[2009]91 号)中颁布的不同省份住院分娩率提高的目标,以 2008 年各省住院分娩率为基数,利用年鉴数据,分析全国各省份妇幼卫生相关指标的变化趋势和住院分娩补助项目目标的完成情况。分别计算东、中、西部地区住院分娩率的变化趋势和住院分娩率的边际增长率,并使用拟合曲线的方法,分析东、中、西部之间的区别。利用年报数据,分析了全国妇幼卫生发展水平较为落后的

地区住院分娩补助项目开展后住院分娩率的变化情况,分析 2008 年和 2010 年全国住院分娩率仍小于 80% 的县在各个省的分布情况,以及不同水平住院分娩率在各省份的分布情况,计算这些县的住院分娩率的提高幅度和不同水平下的提高幅度,对农村孕产妇住院分娩补助项目在重点地区的效果进行评价。数据分析软件为 SPSS13.0。

2 结果

2.1 住院分娩补助项目目标的实现情况

《农村孕产妇住院分娩补助项目管理方案》对各省(区、市)的项目目标有明确规定:“以 2008 年住院分娩率为基础,逐年增长,应达到以下目标:(一)住院分娩率低于 80% 的省(区、市),在原基础上年增长 5%~10%;(二)住院分娩率为 80%~90% 的省(区、市),在原基础上年增长 4% 以上;(三)住院分娩率为 90%~95% 的省(区、市),在原基础上年增长 2% 以上;(四)住院分娩率已达到 95% 以上的省(区、市),在原基础上稳步增长。”

以 2009—2011 年《中国卫生统计年鉴》中公布的 2008—2010 年各省的住院分娩率为标准,2010 年全国 31 个省份全部完成目标,贵州、西藏、云南、甘肃、四川等西部省份 2008—2010 年的住院分娩率增加幅度较大。

图 1 将全国 31 个省份 2008 年与 2010 年的住院分娩率进行对比,发现贵州、云南、西藏、甘肃、四川、重庆、青海等省份的住院分娩率增加幅度较大,东部地区受基数水平较高的影响,增加幅度不如西部地区明显。

2.2 东、中、西部地区住院分娩率的变化趋势比较

2003—2010 年,东、中、西部地区住院分娩率的变化趋势以及拟合曲线(R^2 值)详见图 2。如图 2 所示,东、中、西部地区在此期间的住院分娩率都呈明显的上升趋势,上升幅度西部(4.758)最大,东部(0.702)最小。但一直以来,住院分娩率都是东部最高,中部其次,西部最低。到 2010 年,东部和中部地区的住院分娩率均达到 95% 以上,甚至接近于 100%,差距明显减小。西部地区住院分娩率虽然增加明显,但与东部和中部地区仍存在一定差距。

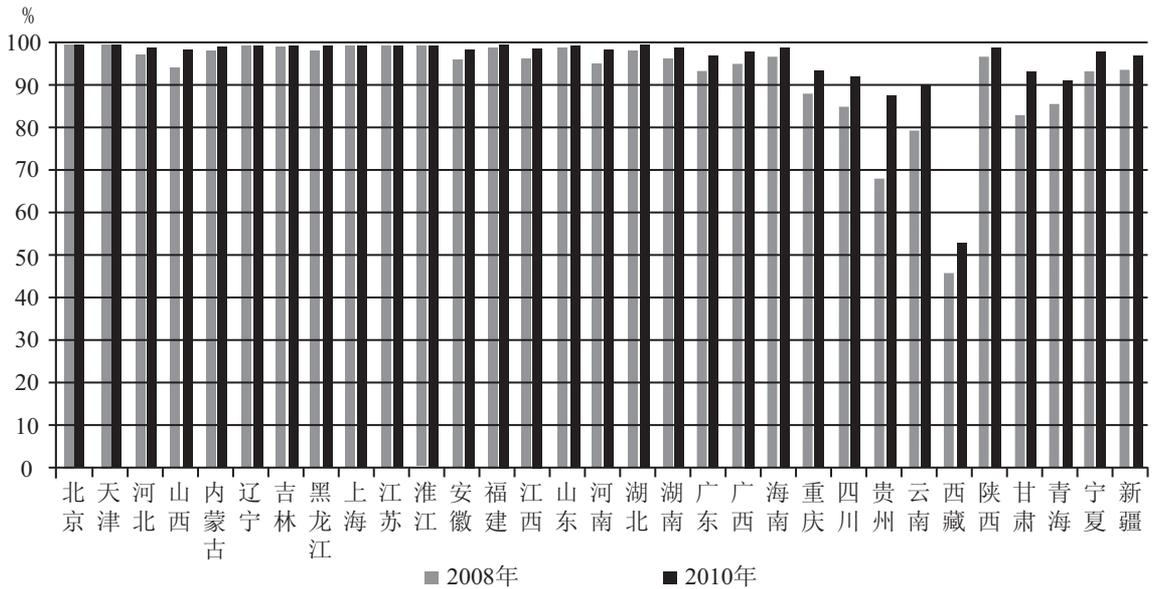


图1 全国31个省(自治区、直辖市)2008和2010年住院分娩率对比

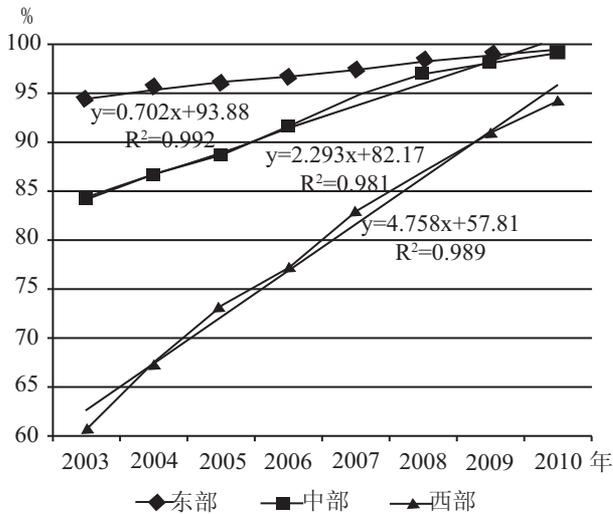


图2 东、中、西部地区住院分娩率变化趋势

2.3 重点地区住院分娩率的增长趋势

在项目执行的过程中,中央财政对于中、西部地区以及住院分娩率基线水平较差的地区给予了更多的财政支持与政策支持。全国31个省份的农村孕产妇住院分娩补助标准按经济发展水平不同分为四类。第一类为北京、天津、上海、浙江、广东这5个经济最发达的地区,中央财政给予每名住院分娩的农村孕产妇50元的补助;第二类为江苏、辽宁、山东、福建这4个经济较发达的地区,中央财政根据各省的具体情况给予每名住院分娩的农村孕产妇100~250元的补助;第三类为河北、山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、海南这10个经济欠发达

的中部地区,中央财政给予每名住院分娩的农村孕产妇300元的补助;第四类为内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆这12个经济最不发达的西部地区,中央财政给予每名住院分娩的农村孕产妇400元的补助。

根据全国妇幼卫生年报的数据,2008年全国仍有334个县住院分娩率低于80%,其中,绝大多数分布于西藏、贵州、四川、云南、甘肃、青海等西部省份。表1列出了2008年全国住院分娩率低于80%的县的分布情况。

农村住院分娩补助项目推行两年多以后,2010年全国住院分娩率低于80%的县减少至151个,表2列出了2010年住院分娩率低于80%的县的分布情况。与表1中2008年的数据相比,2010年,山西、广西、河南、江西、安徽、河北、黑龙江、湖南、内蒙古、山东10省已经全部实现住院分娩率高于80%。

进一步将这334个县按照2008年的住院分娩率进行划分,住院分娩率小于20%的县增加明显,增幅均达到100%以上;住院分娩率为20%~40%的县增加幅度前三位的为贵州、甘肃和陕西;住院分娩率为40%~60%的县增加幅度前三位为山西、山东、甘肃;受基数水平影响,住院分娩率为60%~80%的县比前三组的增加幅度小,增加幅度前三位的为新疆、陕西、广东(表3)。

表 1 2008 年全国住院分娩率低于 80% 的县数量及分布(个)

省份	县数	0~20%	20%~40%	40%~60%	60%~80%
西藏	69	10	21	21	17
贵州	57	—	2	23	32
四川	57	6	20	14	17
云南	54	—	1	15	38
甘肃	31	—	1	5	25
青海	19	—	—	7	12
山西	13	—	—	4	9
广西	7	—	—	2	5
重庆	7	—	—	1	6
广东	5	—	—	—	5
河南	3	—	—	—	3
江西	2	—	—	—	2
陕西	2	—	—	1	1
新疆	2	—	—	1	1
安徽	1	—	—	—	1
河北	1	—	—	—	1
黑龙江	1	—	—	—	1
湖南	1	—	—	—	1
内蒙古	1	—	—	—	1
山东	1	—	—	1	—
合计	334	16	45	95	178

表 2 2010 年全国住院分娩率低于 80% 的县数量及分布(个)

省份	县数	0~20%	20%~40%	40%~60%	60%~80%
西藏	59	3	12	17	27
四川	45	2	6	20	17
云南	17	—	—	—	17
青海	12	—	—	2	10
甘肃	8	—	—	1	7
贵州	6	—	—	—	6
重庆	1	—	—	—	1
广东	1	—	—	—	1
陕西	1	—	—	—	1
新疆	1	—	—	1	—
合计	151	5	18	41	87

表 3 2008—2010 年重点地区不同水平的住院分娩率提高幅度(%)

	2008 年	2009 年	2010 年	增加幅度
0~20%				
四川	13.81	20.77	30.79	123.01
西藏	11.92	33.75	26.44	121.76
20%~40%				
贵州	29.90	61.90	82.01	174.32
甘肃	22.31	48.30	59.44	166.42
陕西	37.15	83.00	87.73	136.17
云南	35.37	50.37	64.51	82.40
西藏	31.97	42.35	49.43	54.62
四川	30.21	30.75	37.67	24.68
40%~60%				
山西	50.12	83.77	96.99	93.51
山东	56.97	99.81	100.00	75.53
甘肃	51.02	70.56	83.84	64.33
贵州	51.82	65.92	81.30	56.88
重庆	56.38	70.08	83.42	47.97
陕西	51.71	72.03	76.51	47.96
青海	53.16	50.75	75.63	42.27
云南	54.85	67.81	77.95	42.10
广西	59.30	78.10	82.99	39.94
西藏	50.95	56.94	66.34	30.21
四川	50.92	58.74	65.80	29.21
新疆	45.13	39.87	51.04	13.10
60%~80%				
新疆	70.44	98.40	98.54	39.88
陕西	66.67	89.29	88.77	33.15
广东	69.90	81.41	91.71	31.20
内蒙古	76.63	99.55	99.42	29.74
河南	72.80	87.30	94.35	29.60
山西	74.75	87.65	96.06	28.51
安徽	74.84	90.02	95.80	28.02
黑龙江	79.16	99.07	99.89	26.18
四川	72.21	85.00	91.10	26.17
河北	79.14	99.54	99.84	26.16
贵州	70.95	78.68	88.29	24.43
甘肃	71.88	81.01	89.20	24.11
江西	79.39	96.70	97.26	22.51
云南	69.95	78.49	84.80	21.22
湖南	77.81	85.71	92.64	19.06
广西	74.25	82.76	86.73	16.81
重庆	73.69	77.90	84.38	14.51
青海	72.20	65.39	76.03	5.30
西藏	71.15	64.88	69.40	-2.46

3 讨论

3.1 农村孕产妇住院分娩率上升明显,成效显著

近十多年来,全国的农村孕产妇住院分娩率有大幅度的上升,这主要是由于我国采取的促进孕产妇住院分娩的各种策略和措施发挥了积极的作用,同时也是住院分娩的医疗技术服务水平不断改善的结果。2008年全国有9个省住院分娩率达到了99%,到2011年已经有18个省住院分娩率达到这一水平。全国住院分娩率的上升和孕产妇死亡率的下降是在经济高速发展、国民健康状况普遍改善的大背景下发生的,是居民的健康知识水平逐步提高、健康行为得到改善的直接体现,是卫生事业发展的成果之一。^[9]

3.2 住院分娩补助项目在不同地区的作用不同

结果显示,住院分娩补助项目实施后,基线水平较低和经济落后地区的住院分娩率提高尤为明显。东部地区孕产妇住院分娩率上升缓慢,中部地区次之,西部地区上升最快。2008年,全国共有334个县住院分娩率低于80%,到2010年已减少至151个。住院分娩率增加幅度最大的省为贵州、西藏、云南和甘肃,分别增加了27.6%、21.82%、13.44%和11.99%。

3.3 农村孕产妇住院分娩率的区域不公平现象有所改善

研究也发现,住院分娩补助项目实施前中部地区与东部的住院分娩率有较大差距,但到2010年,中部地区的住院分娩率已经与东部地区差距很小,且已经基本接近100%的水平。整体而言,东、中、西部地区住院分娩率的差距在缩小,区域不公平的现象有所改善。但是,西部贫困地区与中、东部地区仍存在明显的差距,如西藏、青海、云南、四川,尤其是西藏和四川2010住院分娩率未达到80%的县仍有104个,占这两个省县总数的三分之二。

东、中、西部的区域不公平性与世界范围内的巨大差异趋势是一致的。例如,东部地区孕产妇死亡率在局部地区已经与世界发达国家持平,但在贵州、青海、西藏等西部农村地区,孕产妇死亡率与发展中国家,如印度、孟加拉国等不相上下。^[10]近年来,东部

与西部的差异和不公平问题,无论在学术研究者还是政府宏观政策制定层面,都引起了普遍关注。但可以看到,随着国家对西部地区的倾斜扶持政策,这种区域间的不公平现象在逐渐减小。区域间的不公平,不仅是因为地理因素,还会因为地理因素造成的基础设施如道路、交通、通信等差异的影响,事实上,往往后者的影响更大。所以,解决这个问题,除了要依赖卫生服务能力和水平的提高,更关键的是依靠西部地区社会经济的发展。

3.4 Filmer 系统模型在住院分娩补助项目中的运用

如前文介绍,Filmer等人关于如何评价政府卫生支出政策的研究中提出系统模型,但是要回答住院分娩项目效果评价的这三个问题,必须与项目在具体实施中的情况相结合进行分析。第一,关于政府卫生支出的边际效用有多大的问题,显然在我国目前妇幼卫生事业发展的具体情况下,是不能在全国水平上一概而论的,不能因为项目对住院分娩基线水平已很高的发达地区提高空间不大就否认项目的效果,而更应该采用分层分析的研究方法,分析对重点地区的影响和效果,并作为未来政策导向的研究依据。第二,关于如何在给定预算下将公共资金分配到不同的卫生项目中从而使健康水平达到最优状况的问题,本研究发现,随着我国对住院分娩一系列项目和政策的推进,区域间的不公平现象有了明显改善,对于社会经济发展情况对项目效果的影响应该在进一步的研究中加以重视,分析提高农村地区住院分娩率的全面的社会政策。第三,关于如何拟定合理有效政策的问题,有研究认为如何科学民主决策,如何创造性地制定优秀的卫生政策框架,是卫生改革发展成功的前提。好的卫生政策来源于中外医药卫生体制改革的经验教训,来自中国社会现实。^[11]所以,住院分娩项目的阶段性评价有利于了解农村住院补助项目的现实情况,有利于项目进一步的有效推进。

参 考 文 献

[1] Feng X L, Guo S F, Hipgrave D. China's facility-based birth strategy and neonatal mortality: a population-based epidemiological study [J]. Lancet, 2011, 378 (9801):

1493-1500.

- [2] 北京大学医学部妇女与儿童青少年卫生学系. 中国妇幼卫生发展回顾——妇幼卫生政策研究课题结果汇编[G]. 2006.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011)[EB/OL]. (2009-04-07) [2012-03-15]. http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content_1279256.htm.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 关于印发《关于进一步加强农村孕产妇住院分娩工作的指导意见》的通知[EB/OL]. (2009-02-02) [2012-03-15]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3581/200902/38943.htm>.
- [5] 中国卫生总费用课题组. 中国卫生总费用数据测算工作的进展[J]. 中国卫生经济, 1997, 16(12): 38-39.
- [6] Filmer D, Pritchett L. The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter? [J]. Social Science & Medi-

cine, 1999, 49(10): 1309-1323.

- [7] Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain[R]. The World Bank Policy Research Working Paper Series, 1999.
- [8] Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries[J]. The World Bank Research Observer, 2000, 15(2): 199-224.
- [9] 卫生部统计信息中心. 第三次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.
- [10] World Health Organization. The World Health Report[R]. 1995-2010.
- [11] 刘继同, 郭岩, 陈宁珊. 什么是“好”的卫生政策[J]. 中国医院管理, 2007, 27(4): 3-6.

[收稿日期:2012-04-23 修回日期:2012-05-18]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

卫生部发布《中国吸烟危害健康报告》

5月31日是世界无烟日,今年的主题是“烟草业干扰控烟”,口号是“生命与烟草的对抗”。2012年5月30日,卫生部在京举行世界无烟日宣传活动,发布了《中国吸烟危害健康报告》。

1 我国吸烟人群逾 3 亿, 公众对吸烟危害认识严重不足

报告指出,我国是世界上最大的烟草生产国和消费国,吸烟对人民群众健康的影响尤为严重。我国吸烟人群逾 3 亿,另有约 7.4 亿不吸烟人群遭受二手烟的危害,每年因吸烟相关疾病所致死亡人数超过 100 万。公众对吸烟和二手烟暴露危害的认识严重不足:3/4 以上的人群不能全面了解吸烟对健康的危害,2/3 以上的人群不了解二手烟暴露的危害。

2 烟草烟雾中含有 69 种致癌物

报告指出,烟草烟雾中含有 69 种已知的致癌物,这些致癌物会引发体内关键基因突变,正常生长控制机制失调,最终导致细胞癌变和恶性肿瘤的发生。

3 二手烟暴露没有“安全水平”

报告认为,二手烟中含有大量有害物质及致癌

物,不吸烟者暴露于二手烟之中同样会增加多种吸烟相关疾病的发病风险。同时,二手烟暴露没有所谓安全水平,即使短时间暴露于二手烟之中也会对人体健康造成危害,唯一能够有效避免二手烟危害的方法就是在室内环境中完全禁烟。

4 “新型卷烟”并未降低疾病风险

报告认为,只要吸烟即有害健康,不存在无害的烟草制品,“新型卷烟”并未降低吸烟者的疾病风险。相比普通卷烟,“低焦油卷烟”并不会降低吸烟带来的危害;“中草药卷烟”与普通卷烟一样会对健康造成危害。

5 吸烟成瘾是一种慢性疾病

对于吸烟对平均寿命的影响,报告指出,吸烟者与不吸烟者相比,平均寿命约减少 10 年,60、50、40 或 30 岁时戒烟可分别赢得约 3、6、9 或 10 年的预期寿命。戒烟后所增加的寿命年数为“健康的生命年数”,与持续吸烟者相比,戒烟者更少伴有疾病和残疾。

(来源:中国政府网)

支付方式对住院分娩费用的影响

——基于四所县医院的抽样调查

沈娟* 简伟研 谢铮 郭岩

北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:分析不同支付方式对住院分娩服务费用的影响,以及是否可以降低个人自付费用。方法:使用双重差分的方法,以按项目付费为对照组,分析按人头付费、单病种付费—剖宫产控制、单病种付费在住院分娩补助项目实施前后对不同分娩方式分娩费用的影响。结果:按人头付费和单病种付费可以有效降低顺产的住院分娩费用和个人自付费用,但按人头付费对剖宫产的住院分娩费用无影响。结论:支付方式改革确实可以控制医疗费用和个人自付费用,但同时必须注意服务类型的影响。

【关键词】住院分娩;支付方式;医疗费用;个人自付费用

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.012

The impact of provider payment on expenses institutional delivery: Survey study based on four county hospitals

SHEN Juan, JIAN Wei-yan, XIE Zheng, GUO Yan

School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To analyze the impact of different payment methods on hospital delivery expenses in rural area, and whether it decreased the out-of-pocket expenses for the rural women to use the hospital delivery services. Method: We carried out difference-in-difference analysis for hospital delivery expenses using capitation payment and case based payment, with fee for service as the control group. Results: Capitation and case based payment can effectively reduce the total expenses and the out-of-pocket expenses of the spontaneous delivery for the rural women using the hospital delivery service, but the capitation payment has no effect on the expense of cesarean section. Conclusion: Payment reforms can control the health care expenses and the out-of-pocket expenses, but the effects varies according to different types of health services.

【Key words】 Institutional delivery; Provider payment; Medical expense; Out-of-pocket expenses

支付方式按计价单元可以分为按项目付费、按床日付费、按诊次付费、按病例付费、按人头付费等。^[1-4]二十世纪七八十年代,国外就有许多学者开始进行支付方式对医生行为的影响研究,支付方式对医生行为会产生影响的观点已被广泛认同^[5],同时认为不同的支付方式对服务提供者会产生不同的

激励作用。支付方式是影响医疗费用支出的关键性因素,也是医疗过程中涉及各方经济利益的最直接、最敏感环节。^[6]既往研究认为,在卫生部门,经济激励是影响组织和个人行为的因素之一。^[7]

2009年初,卫生部下发了《关于印发〈关于进一步加强农村孕产妇住院分娩工作的指导意见〉的通

* 基金项目:国家自然科学基金(71173005)

作者简介:沈娟,女(1982年—),博士研究生,主要研究方向为卫生项目管理、卫生政策、卫生事业管理等。

E-mail:shenjuan@bjmu.edu.cn

知》(卫妇社发[2009]12号),中央财政对经济困难地区农村孕产妇住院分娩给予补助。各地根据实际情况,采用了不同的支付方式对住院分娩进行补助,大致可以分为以下四个类型:按项目付费、按人头付费、单病种付费—剖宫产控制、单病种付费。住院分娩补助项目是新医改提出的重大公共卫生专项之一,2009—2011年中央财政共计投入79亿元,补助农村孕产妇2726.6万人。本研究的目的是分析住院分娩补助项目的具体实施中,支付方式对住院分娩服务的费用是否有影响,是否可以有效降低农村孕产妇住院分娩的个人自付费用。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选择山西省广灵县(按项目付费)、宁夏回族自治区西吉县(按人头付费)、陕西省周至县(单病种付费—剖宫产控制)、贵州省毕节市^①(单病种付费)作为现场调查地点,均属于我国经济状况较差、卫生事业发展较为落后、妇幼卫生水平较差的地区。山西广灵在2009年7月开始住院分娩补助,项目实施前后一直实行按项目付费的支付方式,作为本研究的对照组,其他三县为研究组。宁夏西吉于2010年1月开始实施住院分娩补助项目,不论何种分娩方式政府一律按照住院分娩孕产妇人数以定额标准向医院支付住院分娩费用。陕西周至和贵州毕节均于2009年5月开始实施住院分娩补助项目,分别按照不同的分娩方式(顺产、剖宫产)对住院分娩服务限价,且规定了顺产和剖宫产服务的基本服务包,陕西周至同时加入了剖宫产的控制制度,定期由省内产科专家对剖宫产病例进行评审,以控制剖宫产率的增长。

在四个县医院各随机抽取2006—2010年每年100~120例分娩记录,首先筛选出住院分娩病历,再在新农合办公室和住院分娩补助项目办调阅报销及补贴信息,包括住院分娩的总费用、费用明细、新农合及项目补助金额等数据。

1.2 分析方法

使用双重差分法(Difference-in-Difference, DD)法对数据进行分析。近年来,双重差分估计法在评估政策的影响时得到了较为广泛的应用^[8],其主要思路是利用一个外生的公共政策所带来的横向单位(cross-sectional)和时间序列(time-series)的双重差异来识别公共政策的“处理效应”(treatment effect),可以有效排除时间干扰,并同时控制可观察和不可观察的即时因素的影响。使用双重差分法可以减小改革后时段两组比较时由研究政策外的其他因素造成的差异,同时可以消除研究组本身前后对比时由长期趋势造成的偏倚。假定 y 是社会政策的结果随机量, $x=1$ 或 0 分别代表对样本点进行“处理”或“未处理”,处理所产生的因果效应就表现为 $E(y|x=1) - E(y|x=0)$ 。这种方法解释了干预组与对照组在时间趋势上的效果变化,将项目的效果分解为两个部分,前后差别($B-A$)和参与与不参加差别($D-C$),也就是说,用公式可以这样表示: $DD = (B-A) - (D-C)$ 。

在本研究中,比较的是不同支付方式下住院分娩补助项目实施前后费用变化,所以一方面关注的是时间上(项目实施前后)的差异,另一方面是卫生政策(医疗费用支付方式)所带来的影响,同时因为卫生政策的实施会受到政策外因素的影响,所以使用双重差分方法既可以达到本研究的目的,也可以控制由时间因素造成的偏倚。使用SPSS13.0软件进行描述性分析,使用SAS9.1软件进行双重差分统计分析。双重差分模型的基本形式如下:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \text{Period} + \beta_2 \text{Payment} + \beta_3 \text{Period} * \text{Payment}$$

其中, Y 是因变量,分为住院总费用和个人自付费用。住院总费用为产妇该次住院分娩向医院支付的费用,不包括交通、食宿等间接费用。个人自付费用为产妇该次住院分娩总费用减去补助费用,即需要个人负担的费用。 Period 是不同时期的虚拟变量, Payment 是不同支付方式的虚拟变量。本研究实际

^① 2011年设立地级毕节市,本研究调查时间为2011年初,主要调查2010年及以前的情况,所以仍将毕节市作为县级行政单位进行考虑和分析。

上是进行了三次 *DD* 的分析,每次都是由一种支付方式与按项目付费进行比较。*Period * Payment* 是不同时期和不同支付方式的虚拟变量的交互项,即双重差分变量。如果拒绝 $\beta_3 = 0$ 的假设,则可以解释为该支付方式与按项目付费相比,因变量 *Y* 的差别有统计学意义。自变量的赋值见表 1。

表 1 自变量的赋值及解释

自变量	赋值	解释
<i>Period * Payment</i>	—	双重差分变量
<i>Period</i>	0	项目前
	1	项目后
	0	按项目付费
<i>Payment</i>	1	按人头付费
	2	单病种付费—剖宫产控制
	3	单病种付费

2 结果

2.1 调查对象基本情况

现场共收集病历记录 2 439 例,缺失处理后样本量为 2 308 例,其中按项目付费(山西广灵)532 例,按人头付费(宁夏西吉)579 例,单病种付费—剖宫产控制(陕西周至)607 例,单病种付费(贵州毕节)590 例,项目实施前后顺产和剖宫产的样本分布见表 2。

表 2 项目实施前后顺产和剖宫产的样本分布(人)

分娩类型	按项目付费		按人头付费		单病种付费—剖宫产控制		单病种付费	
	项目前	项目后	项目前	项目后	项目前	项目后	项目前	项目后
顺产	332	151	422	74	298	181	234	144
剖宫产	38	11	71	12	77	51	160	52
合计	370	162	493	86	375	232	394	196

2.2 住院分娩费用的描述性分析结果

对于顺产样本,项目后与项目前相比,各支付方式下住院总费用均上升,其中上升幅度最大的为按项目付费(72.45%);按项目付费的自付费用上升,其他支付方式均下降,下降幅度最大的为单病种付费—剖宫产控制(83.72%)。对于剖宫产样本,项目后与项目前相比,住院总费用按项目付费上升(31.52%),其他支付方式下住院总费用均下降,单病种付费—剖宫产控制下降幅度最大(8.36%);各支付方式下个人自付费用均下降,单病种付费—剖宫产控制下降幅度最大(84.53%)(表 3)。

以按项目付费为对照组,分别对按人头付费、单病种付费—剖宫产控制、单病种付费计算双重差分值。结果发现,与按项目付费相比,不论是顺产还是剖宫产,其它三种支付方式下的住院总费用和个人自付费用均下降(表 4)。

表 3 不同支付方式下项目实施前后的住院分娩费用(元)

分娩类型	费用类型	按项目付费		按人头付费		单病种付费—剖宫产控制		单病种付费	
		项目前	项目后	项目前	项目后	项目前	项目后	项目前	项目后
顺产	总费用	465.32	802.43	678.74	779.73	668.64	815.44	896.33	932.42
	自付费用	378.57	498.46	591.59	329.95	500.39	81.45	552.95	285.12
剖宫产	总费用	1 873.77	2 464.31	2 576.43	2 490.78	2 677.39	2 453.61	2 232.08	2 134.92
	自付费用	1 263.77	1 196.40	2 355.70	1 690.78	2 029.38	313.90	1 232.43	729.38

表 4 不同支付方式下住院分娩费用的双重差分值(元)

分娩类型	费用类型	按项目付费		按人头付费		单病种付费—剖宫产控制		单病种付费	
		D	D	DD	D	DD	D	DD	
顺产	总费用	337.11	100.99	-236.12	146.80	-190.31	36.09	-301.02	
	自付费用	119.89	-261.64	-381.53	-418.94	-538.83	-267.83	-387.72	
剖宫产	总费用	590.54	-85.65	-676.19	-223.78	-814.32	-97.16	-687.70	
	自付费用	-67.37	-664.92	-597.55	-1715.48	-1648.11	-503.05	-435.68	

表 5 不同支付方式下住院分娩费用的双重差分参数估计值(元)

支付方式	变量	顺产		剖宫产	
		总费用	自付费用	总费用	自付费用
按人头付费	Period * Payment	-236.13 ** (48.50)	-381.52 ** (52.95)	-676.18 (557.72)	-597.55 (520.09)
	Period	573.25 ** (72.07)	501.41 ** (78.68)	1266.72 (696.54)	530.18 (649.55)
	Payment	213.42 ** (22.99)	213.02 ** (25.10)	702.65 ** (142.24)	1091.93 ** (132.65)
	Constant	251.89 ** (37.62)	165.55 ** (41.07)	1 171.12 ** (245.23)	171.84 (228.68)
	R ²	0.14	0.08	0.18	0.41
单病种付费—剖宫产控制	Period * Payment	-95.15 ** (17.39)	-269.41 ** (17.13)	-407.16 ** (77.25)	-824.06 ** (122.93)
	Period	432.27 ** (39.51)	389.30 ** (38.92)	997.70 ** (208.26)	756.68 * (331.42)
	Payment	101.66 ** (10.19)	60.91 ** (10.04)	401.81 ** (39.83)	382.81 ** (63.38)
	Constant	363.66 ** (22.28)	317.66 ** (21.95)	1 471.96 ** (100.79)	880.96 ** (160.39)
	R ²	0.24	0.27	0.37	0.57
单病种付费	Period * Payment	-100.34 ** (14.14)	-129.24 ** (12.10)	-4.10 * (71.43)	-145.23 * (62.73)
	Period	437.46 ** (39.82)	249.13 ** (34.06)	586.44 * (260.85)	77.86 (229.06)
	Payment	143.67 ** (8.36)	58.13 ** (7.15)	119.44 ** (34.41)	-10.45 (30.22)
	Constant	321.64 ** (22.41)	320.44 ** (19.17)	1 754.33 ** (124.93)	1 274.22 ** (109.71)
	R ²	0.33	0.13	0.22	0.15

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

2.3 不同支付方式下住院分娩费用的双重差分估计结果

根据上述的双重差分估计模型,分别对不同支付方式下,顺产和剖宫产的住院总费用和个人自付费用进行双重差分估计,结果见表 5。

结果发现,对于顺产来说,按人头付费、单病种付费—剖宫产控制和单病种付费的支付方式下,与按项目付费相比,项目实施前后住院总费用和个人自付费用的双重差分参数估计值均为负,且差异有统计学意义(P < 0.01),说明控制时间趋势后,这三种支付方式与按项目付费相比可以控制顺产分娩费用、降低自付费用。

但对于剖宫产来说,按人头付费与按项目付费比,项目实施前后的住院总费用和个人自付费用的差异无统计学意义(P > 0.05),没有起到控制剖宫产分娩费用、降低自付费用的作用。单病种付费—剖宫产控制和单病种付费与按项目付费相比,项目实施前后的住院总费用和个人自付费用的差异有统计学意义(P < 0.01),且双重差分参数估计值均为负,说明这两种支付方式起到了控制剖宫产分娩费用、

降低自付费用的作用。

3 讨论

3.1 支付方式改革对于控制住院分娩费用、降低个人自付费用的意义

《柳叶刀》杂志最近指出,中国新医改方案除了大量的卫生投入之外,还必须要改革对卫生服务提供者的激励机制,完善公立医院治理,建立更为有力的监管体系,才可能实现卫生投入的最终目标。^[9]对于住院分娩补助项目,支付方式如何对卫生服务提供者进行有效激励,从而影响其行为,达到控制住院分娩费用并最终降低农村孕产妇住院分娩自付费用的政策目标,是项目进一步推进所必须要考虑的问题。

按人头付费事实上是一定期限、一定人数的医疗费用包干制。^[10]对于住院分娩来说,按人头支付可以激励医生去降低每一位孕产妇的治疗风险和成本,选择无严重产科并发症的孕产妇进行诊治。从长期来看,按人头付费也可能会激励医生尽力提供预防服务以降低治疗成本,从而降低医疗

费用。^[11]

就住院分娩补助项目来说,单病种付费制度对服务提供方控制费用的行为可能产生两方面影响。一方面,如果患者在医院的实际花费高于限价标准,那么超出部分将由医院来承担;这相对于按项目付费,可以有效改善由患者承担所有成本风险的问题,但是医院为了控制成本,不承担这部分超出限价的费用,必然会努力控制成本,将费用控制在最高限价标准之下。另一方面,单病种付费制度结合剖宫产率的支付方式,可以限制医疗服务提供方为了增加收益而提供不必要的剖宫产服务的行为,而不是像按项目付费一样可以任意增加剖宫产的数量以及药品、检查等服务项目。

3.2 对于按人头付费对剖宫产住院分娩费用无影响的解释

通过对不同分娩方式下住院总费用和个人自付费用的分析发现,按人头付费和单病种付费虽然可以有效控制顺产的住院分娩费用,但按人头付费对控制剖宫产的住院分娩费用无影响。一方面可能与宁夏西吉开始住院分娩补助项目较晚,使得研究中宁夏西吉在项目后的样本量较少有关,再加上宁夏西吉的剖宫产率十分低,使得项目后的剖宫产样本量也较少;另一方面,可能是因为住院分娩服务本身的特殊性导致。住院分娩服务是一种“全或无”的服务类型,医生不可以通过分解诊次的形式来增加服务,并且由于住院分娩服务的临床诊疗过程相对简单明了,不存在因无法确诊而需要进行大量检查的情况,这些因素都可能会使得剖宫产的费用在项目实施前后变化并不明显。所以,在制定支付方式改革措施的时候,具体服务的类型也是必须要考虑的因素。

参 考 文 献

- [1] Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, et al. A typology for provider payment systems in health care[J]. Health Policy, 2002, 60(3): 255-273.
- [2] Welch W P. Bundled Medicare payment for acute and pots acute care[J]. Health Affairs, 1999, 7(6): 69-81.
- [3] Maarse J A M. Hospital budgeting in Holland: aspects, trends and effects [J]. Health Policy, 1989, 11 (3): 257-276.
- [4] Thorpe K E. Does all-payer rate setting work? The case of the New York prospective hospital reimbursement methodology[J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1987, 12(3): 391-408.
- [5] Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services[J]. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1989, 39 (320): 114-117.
- [6] 孙光德, 董克用. 社会保障概论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2000.
- [7] McGuire, Thomas G, Mark V Pauly. Physician Response to Fee Changes with Multiple Payers[J]. Journal of Health Economics, 1991, 10(4): 385-410.
- [8] J M 伍德里奇. 计量经济学导论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2007.
- [9] Yip W C, Hsiao W C, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms[J]. Lancet, 2012, 379(9818): 833-842.
- [10] 程晓明. 医疗保险学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2003.
- [11] 王小万, 杨莉, 胡善联. 按人头付费、工资支付、按项目付费以及混合支付制度对初级保健医生行为的影响[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 8(6): 416-417.

[收稿日期:2012-05-01 修回日期:2012-05-21]

(编辑 薛云)

杭州市居民食品安全满意度现状及影响因素分析

魏洁* 李宇阳

杭州师范大学健康管理学院 浙江杭州 310036

【摘要】目的:了解杭州市居民食品安全认知情况和满意度现状,分析食品安全满意度影响因素,为加强杭州市食品安全工作、改善食品安全现状提供决策依据。方法:采用多阶段随机抽样方法抽取样本,描述性分析、卡方检验和二分类 Logistics 回归分析方法进行统计分析。结果:42.5% 的被调查居民掌握了基本的食品安全知识,37.4% 的居民养成正确的食品安全行为习惯。74.3% 的居民关注食品安全,对食品安全表示非常满意和比较满意的比例分别为 8.4% 和 23.6%,满意度主要与性别、年龄、文化程度以及居民每月食品消费支出、食品安全治理措施感知、不安全食品经历等因素有关。结论与建议:为提高居民食品安全认知度和满意度,建议政府相关部门构建食品安全教育体系,加大食品安全监管力度,畅通食品安全信息沟通机制等。

【关键词】居民; 食品安全; 满意度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.013

Analysis on the status quo and determinants of food safety satisfaction among residents in Hangzhou

WEI Jie, LI Yu-yang

School of Health Management, Hangzhou Normal University, Zhejiang Hangzhou 310036, China

【Abstract】 Objective: To investigate the knowledge and satisfaction regarding to the food safety among residents in Hangzhou and to analyze the influencing factors, in order to provide evidences for policy making. Methods: A multistage random sampling method is used to conduct the survey. It uses descriptive method, chi-square test and Binary Logistics. Results: 42.5% of residents know well of the basic knowledge of food safety and 37.4% of them are well with correct food safety habit. 74.3% of residents concern about food safety. The satisfaction rates on food safety are 8.4% (fully satisfied) and 23.6% (partly satisfied) respectively. The factors affecting satisfaction are gender, age, educational level, monthly food consumption, perception of food safety regulation, and experiences of un-safety food. Conclusions and recommendations: This study suggests that the government build food safety informed system, strengthen food safety supervision and coordinate food safety information sharing mechanism in order to improve the attitude and satisfaction toward food safety.

【Key words】 Residents; Food safety; Satisfaction

“民以食为天,食以安为先。”食品是人类生存和发展最基本的物质基础,享用安全食品是每个公民的基本权利。在我国食品安全主要包括两层含义:一是政府给人民群众提供食品安全的保障;二是食品中有害物质对人体安全的影响。^[1]但是近年来,国内食品质量安全问题频繁发生,包括“三聚氰胺毒奶粉”、“瘦肉精”、“地沟油”、“问题胶囊”等事件,不断

冲击着广大居民对食品安全的心理底线。食品安全直接关系到国家和社会的稳定发展,关系到居民的身体健康和生命安全,已成为当前我国亟待解决的重大民生问题。

杭州市政府高度重视食品安全工作,把食品安全工作列入打造平安杭州重点工作,纳入对各地、各部门综合考评和绩效评价。^[2]本次调查从杭州市居

* 基金项目:2011 年浙江省社会科学界联合会重点课题(2011xz01)

作者简介:魏洁:女(1987 年—),硕士研究生,研究方向为卫生政策与管理。E-Mail:wj19870206@126.com

通讯作者:李宇阳。E-mail:yuyang7033@foxmail.com

民食品安全认知度、食品安全关注度等角度全面了解居民食品安全满意度现状,分析满意度影响因素,为加强杭州市食品安全工作、改善食品安全现状提供决策依据,为保障居民饮食安全提供信息支持。

1 资料与方法

1.1 调查对象和内容

调查对象为居住在杭州市区(包括城区和郊区),年龄在16~65周岁的常住人口,包括户籍不在本市区,但已在本市区连续工作、生活6个月及以上的人员。调查内容主要包括食品安全认知度、食品安全关注度、食品安全现状满意度等。

1.2 调查工具

本研究在专家咨询的基础上,参照中国居民健康素养调查和世界卫生组织关于食品安全的内容以及国内外有关居民食品安全满意度、信赖感等相关文献自行设计调查问卷,包括食品安全现状、食品安全认知度、食品安全工作建议、个人基本情况共4个维度。基于50名社区居民的预调查结果,对问卷的信度和效度进行检验,结果问卷总体的Cronhach's alpha值为0.87,4个公因子的累计贡献率为0.73,表明问卷具有较好的稳定性和内部一致性。

1.3 调查方法

采用社区横断面拦截方式开展现场自填式问卷,覆盖杭州市6个主城区。利用多阶段随机抽样方法抽取样本,考虑10%的失访率确定样本量为1169份,经严格审核,实际有效问卷为1110份,问卷有效率为95%。运用Epidate3.0和SPSS16.0统计软件进行数据录入与整理,主要采用描述性统计、卡方检验和二分类Logistics回归分析。

2 结果

2.1 调查对象基本情况

从性别构成来看,男女比例基本持平;从年龄构成来看,16~30岁年龄组所占比例最高,为51.8%;被调查居民以5年以上常住居民、本科/大专以上学历、专业技术工作人员为主;家庭月收入以2000~4000元所占比例最高,为36.3%,而家庭月食品消费支出以1000~1500元所占比例最高,为34.0%(表1)。

表1 调查对象社会人口学特征

项目	样本量(n,%)
性别	
女性	597(53.8)
男性	513(46.2)
年龄(岁)	
16~30	575(51.8)
31~45	384(34.6)
46~65	152(13.7)
居住时间(年)	
0.6~	167(15.1)
1~	378(34.1)
5~	565(50.9)
文化程度	
小学及以下	34(3.1)
初中	176(15.9)
高中/中专/职高	372(33.5)
本科/大专	487(43.9)
硕士及以上	41(3.7)
职业	
机关事业单位	115(10.4)
专业技术人员	237(21.4)
工人	81(7.3)
服务性工作人员	165(14.9)
商业工作人员	129(11.6)
农民(含农民工)	39(3.5)
其它就业人员	150(13.5)
离退休人员	44(4.0)
其它	150(13.5)
家庭月收入(元)	
0~	98(8.8)
2000~	403(36.3)
4000~	294(26.5)
6000~	137(12.3)
8000~	176(15.9)
家庭月食品消费支出(元)	
0~	129(11.6)
1000~	377(34.0)
1500~	303(27.3)
2000~	192(17.3)
2500~	110(9.9)

2.2 居民食品安全认知度

2.2.1 食品安全知识

为了解居民食品安全知识掌握情况,问卷对居民食品安全知识进行了测试,其中认为“保健食品可以替代药物治疗某些疾病”的答对率最高,占81.6%(表2)。五道题目中全部答对的占42.5%,答对4

题、3 题、2 题和 1 题的比例分别为 26.3%、13.7%、9.6% 和 4.1%，全部答错者占 3.9%。

表 2 居民食品安全知识掌握情况

食品安全知识	答对率(n, %)
保健食品可以替代药物治疗某些疾病	905(81.6)
以专家等人做广告的保健食品更加值得信任	840(75.7)
食品添加剂都是不安全的	856(77.1)
“不含任何添加剂”的标签都是可信的	897(80.8)
把食物煮熟,几乎可以杀死所有的微生物	738(66.5)

2.2.2 日常饮食卫生习惯

本次调查参照中国健康素养调查中关于食品安全的内容和世界卫生组织(WHO)推荐食品安全五大要点等有关内容列出了五种不良饮食卫生习惯。结果显示,有“不吃变质、超过保质期的食品”这个良好卫生习惯的居民最多,占 85.7%,而坚持“把生、熟食分开存放和加工”的居民最少仅占 54.6%(表 3)。其中,具备五项良好食品安全行为习惯的居民占 37.4%,而具备 4 项、3 项、2 项和 1 项良好食品安全行为习惯的分别为 14.4%、24.1%、16.9% 和 7.3%。

表 3 日常饮食卫生习惯情况

日常饮食习惯	样本量(n, %)
食用彻底煮熟的饭菜	859(77.4)
把生吃的蔬菜水果洗干净再吃	886(79.8)
把生、熟食分开存放和加工	606(54.6)
及时冷藏熟食或易腐烂食物	668(60.2)
不吃变质、超过保质期的食品	951(85.7)

2.3 居民食品安全关注度

随着城乡居民改善生活质量、提高健康水平的需求不断增加,食品安全受到广大居民的高度关注。本研究的调查问卷中,将居民对食品安全的关注度分为 5 个等级:非常关注、比较关注、一般、不太关注和不太关注。结果显示,35.4% 的被调查居民认为自己非常关注食品安全,38.9% 认为比较关注,10.9% 表示关注度一般,仅 7.6% 和 7.2% 的居民表示日常生活中对食品安全不太关注和不太关注。分析居民食品安全关注度,结果发现,不同人口学特征居民对食品安全关注度不同,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。其中,中间年龄组、居住 5 年以上的常住人口、月收入 and 月食品消费额较高人群对食品安全的关注程度较高(表 4)。

表 4 不同类型居民在食品安全关注度分布上的差异

指标	关注度(%)	χ^2	P
年龄(岁)			
16~30	68.4		
31~45	78.3	26.517	0.001
46~65	60.4		
居住时间(年)			
0.6~	65.5		
1~	70.3	42.555	<0.001
5~	73.6		
家庭月收入(元)			
0~	53.2		
2 000~	59.3		
4 000~	64.8	40.333	0.001
6 000~	68.5		
8 000~	73.9		
家庭月食品消费支出(元)			
0~	51.4		
1 000~	59.3		
1 500~	62.6	44.069	<0.001
2 000~	73.1		
2 500~	75.7		

注:关注度 = (非常关注人数 + 比较关注人数) ÷ 总人数 × 100%

如遇到不安全食品侵害,有 49.5% 的居民选择与经营者交涉,但也有 28.5% 的居民选择自认倒霉息事宁人。另外,只有约占一成居民选择向政府有关部门投诉或媒体反映情况(表 5)。

表 5 解决食品安全侵害的处理方式

处理方式	样本量(n, %)
与经营者交涉	549(49.5)
向消费者协会投诉	139(12.5)
向政府有关部门投诉	74(6.7)
向媒体反映情况	32(2.9)
自认倒霉	316(28.5)

2.4 居民食品安全满意度及影响因素

本研究的调查问卷中,将居民对食品安全的满意度分为 5 个等级:非常满意、比较满意、一般、不太满意和不太满意。结果显示,8.4% 的被调查居民对食品安全感到非常满意,23.6% 感到比较满意,49.2% 表示一般,12.6% 的居民表示不太满意,6.2% 的居民表示不满意。采用二项 Logistics 回归方法进一步分析居民食品安全总体满意度影响因素,结果显示,性别、年龄、文化程度、月食品消费支出、食品安全治理措施、不安全食品经历这六个要素有统计学意义

($P < 0.05$),其中不安全食品经历影响最为显著,其次是食品安全治理措施和家庭月食品消费支出,文化程度对居民食品安全满意度影响相对较轻(表6)。进一步分析发现,女性、中间年龄组对食品安全满意度相对较低,居民文化程度越高、家庭月食品消费支出越多、不安全食品经历越多,满意度相对越低,另外食品安全治理措施越强,居民满意度越高。

表6 居民食品安全总体满意度的二项 Logistic 回归分析

变量	满意度(%)	P	Exp(B)
性别			
男性	35.7	0.043	0.731
女性	26.2		
年龄(岁)			
16~30	28.7	0.022	0.758
31~45	22.1		
46~	36.1		
文化程度			
小学及以下	34.7	0.002	0.727
初中	31.3		
高中/中专/职高	29.5		
本科/大专	24.8		
硕士及以上	23.1		
家庭月食品消费支出(元)			
0~	34.1	0.014	0.814
1 000~	30.6		
1 500~	27.4		
2 000~	26.1		
2 500~	23.9		
食品安全治理措施感知			
经常采取	34.2	0.044	0.842
有时采取	28.6		
很少采取	20.9		
从来没有	17.4		
不安全食品经历			
经常遇到	16.3	<0.001	2.079
有时遇到	24.1		
很少遇到	27.9		
从来没有	35.1		

注:满意度=(非常满意人数+比较满意人数)÷总人数×100%

3 讨论

3.1 食品安全认知度有待提高

从食品安全知识答对率情况来看,大部分居民认识到保健食品和药品之间有区别,但没有深入了解两者之间的具体差别,居民对食品添加剂的认识比较模糊,单纯认为食品添加剂都是有害健康的,对

其原料和作用缺乏科学认知。由此可见,当前居民对食品安全知识仍缺乏系统了解。另外,相对于其它食品安全隐患,居民对转基因食品担忧程度相对较低,原因可能在于居民缺少转基因食品的知识,对转基因食品认识不足,相关部门应当加强转基因食品信息宣传,使居民有更科学合理的认识。^[3]

在食品安全行为方面,具有五项良好卫生习惯的被调查居民所占比例不足四成,尽管许多居民已经认识到养成良好食品卫生习惯的重要性,但却无法保持这些习惯,一方面是由于居民自身食品安全知识的匮乏,另一方面也可能和居民常年饮食习惯或者文化习俗有关。^[4]

3.2 食品安全维权意识还需加强

调查发现,当遇到不安全食品侵害时,约有一半被调查居民选择与经营者交涉维护自己的权益,但是也有相当一部分居民自认倒霉,没有采取积极的维权措施。究其原因,一方面是居民抱怨投诉手续繁琐且不能立即解决问题;另一方面居民自身食品安全法律意识薄弱,遇到相关食品安全侵害时不知道如何正确取证来维护自己的权益。其中值得注意的是,只有不到一成被调查居民遇到食品安全侵害事件时选择向有关部门举报或者法院投诉,表明居民对政府相关部门处理食品安全事件的信任度不高,信息沟通机制不畅通。

3.3 食品安全满意度受多种因素影响

根据消费者理论的基本假设,人均收入、文化水平是影响居民购买食品偏好的个体因素^[5],收入的变化和学历的高低会引起消费者在选择商品时所追求利益的变化^[6]。研究发现,居民的文化程度与食品安全满意度呈现负相关,文化程度越高的居民对食品安全满意度越低,原因可能是文化水平较高的居民自身食品安全意识较强,且一般具有稳定收入,生活水平相对较高,对食品安全有较高要求。另外性别、年龄等一般社会人口学特征对居民食品安全满意度也有一定影响。女性对食品安全满意度低于男性,相对于低龄组和高龄组,中间年龄组居民对食品安全不满意程度最高。

此外,食品消费支出越高的居民食品安全满意度相对越低,原因可能是高消费人群相对来说收入水平较高,对食品安全的要求较高;居民感知到的食

品安全措施越强烈,食品安全满意度相对越高;居民的不安全食品经历与食品安全满意度呈现负相关,不安全食品经历越少,满意度越高。

4 政策建议

4.1 构建食品安全教育体系

有研究发现,健康教育能够提高居民食品安全意识,改善食品安全行为。^[7-10]针对居民食品安全知晓率不高、食品安全行为习惯薄弱的现状,建议相关部门构建一个完整的食品安全教育体系。考虑杭州市的实际情况,可由杭州市食品安全委员会牵头,联系各成员单位和区(县、市)食安办,针对不同年龄层次和文化水平的社区居民建立一个全方位的食品安全教育体系,采取多样的教学方式,设置丰富的教学内容,重点加强居民对食品添加剂、转基因食品的科学认识,切实提高居民的食品安全知晓率,养成良好的食品安全行为习惯。

4.2 加大食品安全监管力度

食品安全治理措施感知和不安全食品经历是影响居民食品安全满意度的两大重要因素,相关政府部门应当加强食品安全监管,不断改善食品安全监督管理模式,进一步完善各相关部门之间的信息沟通机制,对重点区域、场所和重要环节加强监督,发现问题及时告知辖区和监管部门落实整改,强化部门协同,完善信息会商和联合发布机制,真正落实各项监管措施。同时,对食品安全监管工作人员开展多种形式的培训教育,提高业务素质,强化职业责任感,认真落实各项食品安全治理措施,减少不安全食品事件发生。

4.3 畅通食品安全信息沟通机制

导致食品安全问题产生的一个重要原因是食品安全信息不对称。调查中只有不到一成的居民在遇到食品安全侵害问题时选择向政府有关部门投诉,说明政府相关部门和居民之间缺乏有效的信息沟通和交流。建议相关部门建立一个信息披露平台,及时通过该平台向居民通报食品市场中所销售的食品状况,动态发布食品安全相关信息,积极宣传与食品安全相关的法律法规和科普知识,向居民宣传辨别食品品质的方法和技巧,畅通食品安全信息沟通机制。

4.4 加强食品安全法律法规宣传

不同年龄、居住时间及收入水平的居民对食品

安全的关注度存在差异,老年人、暂住居民和中低收入者对食品安全关注度相对较低,尤其表现在食品安全相关法律法规知识方面。建议相关政府部门加强食品安全法律法规宣传,考虑杭州市具体情况,可由市食安办通过进社区、上媒体、办培训等多种形式开展《食品安全法》、《食品安全法实施条例》等相关法律法规的宣传,一方面使居民更好地了解食品安全相关法规政策,增强自我保护能力和食品安全意识;另一方面利用已发生的食品安全事件教育、警示食品生产经营者,提高经营者自身诚信经营意识,利用法律与道德两种机制对食品经营者和食品消费者加以调整,形成和维护有序、高效、公正的食品安全法律网络^[11],营造良好的食品安全社会氛围。

参 考 文 献

- [1] 张森富, 赵婷. 现阶段我国食品安全问题的成因及其对策研究[J]. 长春理工大学学报:社会科学版, 2010, 23(1): 38-39.
- [2] 浙江省考评组检查考评杭州市食品安全工作[EB/OL]. (2012-2-21) [2012-05-12]. <http://www.hzfs.gov.cn/newShow/newDit.jsp.html>.
- [3] 成黎, 马欣, 李璐子, 等. 北京城区消费者对食品安全问题的关注调查[J]. 北京农学院学报, 2009, 24(1): 47-49.
- [4] 沈丽. 深圳市食品安全知识、态度和行为的调查[J]. 现代预防医学, 2010, 37(13): 2414-2415.
- [5] 李春成. 居民消费品购买地点的选择及其特征识别[J]. 商业经济与管理, 2005, 2(2): 60-63.
- [6] 彭海兰, 马卓. 城乡食品状况差距的成因分析[J]. 世界农业, 2007(2): 28-36.
- [7] 杨发莲, 何作顺, 张丽兰. 云南成年人营养与食品卫生知识、态度和行为调查[J]. 中国健康教育, 2003, 19(6): 406-408.
- [8] 史根生, 刘亦农, 张卫民, 等. 广东、吉林、四川、湖北四省居民食品安全知识、态度和行为调查[J]. 中国健康教育, 2004, 20(8): 677-680.
- [9] 高歌. 上海市居民食品卫生知识、态度、行为的调查分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 1998, 18(3): 31-33.
- [10] 史根生, 刘亦农, 张卫民. 广东、吉林、四川、湖北四省居民食品安全教育前后知行行的比较[J]. 中国健康教育, 2004, 20(6): 532-534.
- [11] 王道才, 张文. 关于食品安全信用体系建设的几点思考[J]. 医学信息, 2010, 23(7): 2230-2231.

[收稿日期:2012-04-23 修回日期:2012-06-03]

(编辑 薛云)

第二届中国卫生政策研究论坛征文通知

为搭建卫生政策研究者和决策者的交流平台,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心和《中国卫生政策研究》杂志于2011年4月创办并召开了首届中国卫生政策研究论坛,160余位政府官员和专家学者参与了研讨。为更好地借鉴国际经验,加强国际学术交流,促进中国循证卫生决策,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心将与英国BMJ出版集团共同主办第二届中国卫生政策研究论坛,拟于2012年9月在北京举办。

第二届中国卫生政策研究论坛的主题为“整合的卫生服务体系:国际视角与中国实践(Integrated health care system: International perspective and China practice)”。论坛将邀请中、英卫生官员介绍两国医改的最新进展和卫生服务体系整合的实践经验,国际和中国的专家学者将分享整合卫生服务体系的国际经验和实证研究结果。同时,为提高我国卫生政策研究水平,论坛将组织卫生政策与体系研究方法学的专题研讨。欢迎广大卫生政策研究者和实践者踊跃投稿。现将有关事项通知如下:

一、征文对象

高等院校、科研机构、卫生等行政部门、社会团体和其他单位中从事卫生政策研究和实践工作的人员。

二、征文内容

(一) 医改的进展与评述。我国及各地医改的总体进展与挑战;整合卫生服务体系的改革实践与评述。

(二) 卫生体系整合的现状与制度安排。基层卫生服务体系的现状与问题,基层综合改革的做法与经验;基层卫生机构与二、三级医院之间的分工协作,农村三级卫生服务网络及一体化管理;卫生服务体系整合的管理体制与跨部门协作;整合卫生服务体系的财政补偿机制、医疗服务和药品价格调节机制和激励机制;不同医疗保障制度的衔接与统筹等。

(三) 卫生服务体系整合的国际经验。国际上典型国家整合卫生服务体系的办法、经验与启示;国

际组织推动卫生服务整合的主要思路和做法等。

(四) 卫生人力资源建设。各级医疗卫生机构人才队伍现状与人力资源建设;医护人员的激励与约束机制;医师多点执业及医务人员流动机制;全科医师规范化培训;基层卫生人员的吸引与留用等。

(五) 卫生政策与体系研究的方法学。卫生政策研究的理论与方法,相关学科理论在卫生政策研究中的应用;循证卫生决策,卫生政策研究成果转化;卫生服务体系整合的概念与界定;卫生系统评价方法及应用等。

以上选题方向供作者参考,欢迎与卫生改革和卫生服务体系整合主题相关的一切学术文章。

三、投稿需知

请将文稿发送至论坛专用邮箱 forum@imicams.ac.cn; 邮件标题请注明:文章题目+作者姓名+联系电话。如稿件希望在《中国卫生政策研究》杂志发表,需要同时登录杂志网站 <http://journal.healthpolicy.cn> 在线注册投稿。

(一) 论文要求:未在正式出版物公开发表的文章。其中评论3000~5000字,包括中英文题目和参考文献;研究论文和综述5000~10000字,包括中英文摘要、关键词和参考文献。并须提供作者简介,包括姓名、性别、出生年月、学历学位、工作单位、职称职务、研究方向、基金项目、电子邮箱、联系电话等。

(二) 截稿日期:2012年7月15日。

(三) 稿件处理:优秀论文将在论坛现场张贴、入选论文集和推荐《中国卫生政策研究》杂志予以发表,部分优秀论文作者将获会议资助或论坛发言。

四、联系方式

联系人:刘博

电话:010-52328669

传真:010-52328670

E-mail: forum@imicams.ac.cn

网址: <http://journal.healthpolicy.cn>

地址:北京市朝阳区雅宝路3号《中国卫生政策研究》编辑部 邮编:100020

稿 约

《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,2008年10月正式创刊发行。

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。欢迎各界人士踊跃赐稿,以期百家争鸣,探索创新,繁荣我国卫生政策与管理研究,促进我国医药卫生事业发展。

来稿要求

文稿必须包括:中、英文题名,作者姓名(包括姓名汉语拼音),中、英文作者单位、地址、邮编,中、英文摘要,中、英文关键词,正文及参考文献。

1. 作者:稿件署名作者应为合法著作权人,注明作者单位和邮编。第一作者需提供简介,包括姓名、性别、出生年月、工作单位、职务/职称、研究方向、近期开展的研究课题、通讯地址、联系电话和电子邮件等,脚注于首页左下方。通讯作者需提供 E-mail 地址或其它联系方式。

2. 题名:力求简明,反映出文章主题。中文题名一般不超过 20 个汉字,英文题名不超过 10 个实词,中英文题名含义一致。

3. 内容:文稿应具科学性、实用性,论点明确,资料可靠,数据准确,层次清楚,文字精练,用词规范。

4. 摘要:文章需附中、英文摘要,中文摘要一般不超过 500 个汉字,英文摘要 400 个实词左右,中英文摘要内容相对应。

5. 关键词:2-5 个中、英文关键词,关键词尽量从美国 NLM 的 MeSH 数据库 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>) 中选取,其中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。

6. 缩略语:首次出现列出全称,然后括号注出中文缩略语或英文全称及其缩略语,后两者间用“,”分开。

7. 计量单位:执行 GB 3100~3102-1993《量和单位》中有关量、单位和符号的规定及其书写规则。

8. 图表:按其在正文中出现次序连续编码,每幅图表应冠有图(表)题,说明性文字应置于图(表)下方注释中。表格按照三横线(顶线、表头线、底线)表模式制表。所有的图表在文中相应部分应提及。

9. 参考文献:应引自近年出版的正式出版物,在稿件的正文中依先后顺序用阿拉伯数字加方括号在段末上角标出,按引用的先后顺序列于文末。文后参考文献著录格式基本执行 GB/T 7714-2005《文后参考文献著录规则》。同一文献作者不超过 3 人全部著录;超过 3 人可以只著录前 3 人,后依文种加表示“,”等”的文字。作者姓名一律姓氏在前、名字在后,外国人的名字采用首字母缩写形式,缩写名后不加缩写点;不同作者姓名之间用“,”隔开,不用“和”、“and”等连词。题名后标注文献类型。文献类型和电子文献载体标志代码参照 GB 3469《文献类型与文献载体代码》。期刊类参考文献均须著录起止页码。

10. 数字:执行 GB/T 15835-1995《出版物上数字用法的规定》。公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。小数点前或后 ≥ 4 位数字时,每三位一组,组间空 1/4 个汉字空,如:“1234.56789”应写成“1 234. 567 89”。但序数词和年份、页数、部队番号、仪表型号、标准号不分节。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分符号不能省略,如:5%~95%不能写成5-95%。

11. 科研课题:论文所涉及的课题应按有关部门规定的正式名称填写,多项基金项目应依次列出,并脚注于文题页左下方,如“基金项目:×××××基金资助(编号)”。

投稿要求

请登录本刊网站 <http://journal.healthpolicy.cn> 投稿。如需采用 E-mail 方式投稿,请在电子邮件主题栏中注明“投稿+第一作者姓名+论文题目”。文稿请以 Word 格式存储,以附件形式发送,并注明通讯作者的详细联系方式,以便及时联系。

稿件处理

本刊对来稿认真负责,处理及时,收到稿件后统一编号,一周内给予回执,今后联系时请注明稿号。作者若欲另投他刊,请先与本刊编辑部联系。根据《著作权法》,结合本刊具体情况,编辑部可作修辞等文字修改、删节,凡涉及原意的重大修改,则会征求作者同意;修改稿务请在电子邮件的主题栏注明稿号及“修改”字样,并以 word 格式发送至编辑部收稿信箱。

来稿刊用后,使用权即归本刊所有。除以纸载体形式出版外,本刊有权以光盘/网络期刊等其他方式出版决定刊用的文稿。