

安徽省深化基层卫生综合改革的进展与挑战

徐恒秋*

安徽省卫生厅 安徽合肥 230000

【摘要】安徽省为深化基层卫生综合改革,于2011年8月颁布了《关于巩固完善基层卫生综合改革的意见》。本文主要分析了该项政策实施以来的主要进展与挑战。政策实施以后,提高了乡镇卫生院服务效率和农村居民就医受益程度,促进了村卫生室落实基本药物制度等;但财政补助政策落实、乡镇卫生院服务提供、卫生技术人才队伍建设和药品配送等方面还存在一些问题。针对这些问题,提出了如下政策建议:落实财政保障制度,建立统分结合的人员聘用制度,完善基本药物采购及配送制度,加强村医及村卫生室管理,建立县域基层卫生服务能力评估制度等。

【关键词】基层卫生综合改革;基层医疗卫生机构;进展;挑战

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.007

Progress and challenges of the comprehensive primary health care reform in Anhui province

XU Heng-qiu

Health Department of Anhui Province, Anhui Hefei 230000, China

【Abstract】In order to deepen the comprehensive health care reform at primary medical and health institutions, Anhui province issued a documentation entitled “proposal on consolidate and improve the comprehensive reform” in August 2011. This paper has analyzed the progress and challenges since the implementation of the policy. Since the implementation of the policy, the service efficiency of the township health center and the level of benefit of rural residents for medical treatment have been improved. However, there are still some problems as such as insufficient financial assistance policy, township health center to provide relevant low quality of care services, poor health personnel development and drug distribution. Therefore, we made the following recommendations: making a workable financial security policy, establishing a combination of centralized and decentralized performance based employment system, improving procurement and distribution system of national essential medicine, strengthening village doctors and village clinic management, providing evaluation system of basic health service capacity.

【Key words】Comprehensive primary health care reform; Primary health care institution; Progress; Challenge

安徽省基层卫生综合改革自2010年1月开始在32个县、区试点,同年9月全面推开。运行一年后,省政府在充分调查研究的基础上,针对基层卫生综合改革出现的新问题,于2011年8月出台了《关于巩固完善基层卫生综合改革的意见》(简称《医改三十条》)。为了解《医改三十条》的实施效果,最近通过专家座谈、现场调研等方式了解文件的贯彻落实

情况及存在的问题。结果表明,《医改三十条》的颁布实施对提高基层卫生机构的服务能力、调动基层卫生机构及医务人员的积极性等有较大的促进作用,居民在看病就医方面得到了新的实惠。但全省各地发展很不平衡。当前,除了要求各级政府切实落实《医改三十条》精神,决策层还需要对相关政策进行再一次的补充和完善。

* 作者简介:徐恒秋,女(1960年—),安徽省政府食品安全办公室主任兼卫生厅副厅长,教授,主要研究方向为农村卫生、新农合制度、基本药物制度以及卫生改革。E-mail:937559002@qq.com

1 主要进展

1.1 乡镇卫生院服务效率明显提高

《医改三十条》明确财政对基层医疗卫生机构的基本支出纳入财政预算予以保障,医疗收入返还按规定用途使用,主要用于职工和院长的奖励、福利以及业务发展,此项政策有效调动了医务人员的积极性;《医改三十条》将中心卫生院定位于县域内医疗次中心,并且在药品使用上予以放宽,允许在新农合和城镇职工医疗保险用药目录中选择不超过总采购金额 15% 的药品。此项政策使中心卫生院摆脱了药品使用面过窄的束缚,服务能力明显提升。

1.2 农村居民就医受益程度明显提高

目前,全国乃至全世界医疗费用快速增长,但是,安徽省农村居民的医疗费用保持稳定。新农合数据显示,参合农民在乡镇卫生院住院病人占新农合住院病人总数的比例已经由 2011 年三季度末的 27% 上升到 2012 年上半年的 35%^①,村卫生室和乡镇卫生院的门诊病人占新农合门诊病人总数的 70%。全省乡镇卫生院的次均住院费用比去年同期上涨 2.9%,涨幅均远低于同期 GDP 和 CPI 的增长幅度。乡镇卫生院及村卫生室的次均门诊费用分别比去年同期下降了 2.8% 和 27.3%。

1.3 村卫生室落实基本药物制度有所创新

落实村卫生室零差率补助分配方式进行了创新,如广德县邱村镇卫生院为了避免村卫生室自购药品加价销售的现象,对村卫生室的零差率补助采取按人头分配与按基本药物实际销售额分配相结合的方式。财政给予的人均 5 元零差率补助中,2 元按服务人口分配,3 元按药品实际销售额分配,有效控制了村卫生室网下购药加价销售的现象。

1.4 农村基层卫生机构滥用注射问题得到有效控制

长期以来,由于经济利益的驱使及病人在农村长期养成的就医习惯,导致农村病人滥用注射的问题非常普遍,尤其是村卫生室存在着很大的医疗安全隐患,村卫生室的医疗事故绝大多数是静脉注射引发的。《医改三十条》下发后,由于实施了一般诊疗费制度,所有门诊费用打包一次性收取,此项政策

在减轻病人经济负担的同时,村卫生室注射率减少了约 50%,乡镇卫生院门诊病人的注射率减少了约 30%,使基层卫生机构滥用注射的问题得到了很好的控制。病人就医安全得到保障的同时,经济负担也有所减轻。

2 主要挑战

2.1 《医改三十条》规定的财政补助政策部分地方不落实

全省约一半以上的县市区仍以核定的收支差额作为确定政府补偿的依据,不少地方存在以公共卫生经费和乡镇卫生院上缴的医疗收入冲抵人员经费的做法。比如,调研中发现某县级市从人均 25 元的公共卫生经费中扣除 12 元冲抵人员经费。部分县、区仍对卫生院核定收入,并且逐年增加收入任务指标,其后果有两种:一是迫使乡镇卫生院提供过度服务,二是不能完成任务、消极等待不作为。调查中发现,截至 2012 年 6 月,某些地区的公共卫生经费只下拨了 20%,部分乡村医生药品零差率补助还未落实。

2.2 部分乡镇卫生院服务提供还存在着比较突出的问题

补偿不足必然导致监管乏力,由于补偿不足和监管乏力并存,卫生服务中存在“重医疗,轻预防”、“重效益,轻公益”现象,公共卫生服务存在“重进度、轻质量”现象。医疗创收成为部分乡镇卫生院的主要业务。比如,调研中的一所一般乡镇卫生院,2011 年外科手术 200 多台,其中上腹部手术占 20% 左右,手术主要靠外请医生;妇产科剖腹产占接产总数 80%;卫生院病历牌显示有 30 多名住院病人,但我们实际看到的住院病人只有 10 名左右,存在“挂床”现象。

2.3 卫生技术人才短缺和流失问题仍较严重

调研显示,乡镇卫生院缺编现象普遍存在。基层卫生综合改革后全省乡镇卫生院缺编 9 000 人,2011 年设置了 3 000 个岗位由省人事厅和卫生厅联合组织公开招聘,有近千个岗位流招,原因主要是基层尤其是山区条件太差,待遇吸引力不够大。由于严重缺编,一些乡镇卫生院不得自主聘用,如某镇

① 本文的数据主要来源于安徽省新农合统计数据库、安徽省卫生厅财务报表和安徽省药采中心数据库,下同。

卫生院核定编制 34 人,实际在编 24 人,卫生院自主聘用 10 人。同时,由于补偿政策不落实,激励措施不到位,每年都有卫生技术人员自动离职,如宣州区的乡镇卫生院去年有 8 名在编者自动离职,且多为中青年技术骨干。

2.4 药品配送问题显现

由于 2010 年基本药物生产厂家招标时,对配送企业的招标问题没有涉及,完全由生产厂家指定配送商,使全省基本药物的配送企业过多过散,多达 200 多家,每个县都有数十家配送企业对应,比如皖北某县药品的配送企业多达 41 家,这就使得有些配送企业由于配送药品量过少,配送成本太高而拒绝配送或拖延配送;同时由于一些县区药品回款时间太长,有的县回款时间长达 4 个月以上,企业药品配送率在逐步减少。全省药品入库率由初期的 95% 以上下降到目前的 80% 左右,导致基层卫生机构尤其是村卫生室存在药品短缺。

调研中同时发现药品“应急采购”量较大。省卫生厅 2010 年曾经出台药品应急采购办法,规定了应急采购的条件及使用范围等。但据一些地方的村卫生室反映:当地规定,网上订单只要不被企业响应,就可以走应急采购的途径购药,如某村卫生室的应急采购药品占用药总量的 50% 以上。应急采购的药品虽属于基本药物目录内药品,且是按照招标价格采购,但大多不属于招标的生产厂家。此外,应急采购的药品有相当一部分不属于应急使用,而是基本药物的中药独家品种,这些药物在招标采购时由于是独家品种价格难降,被省药招领导小组规定为限制采购药品。种种迹象表明,应急采购的药品有可能存在促销行为。

2.5 村医养老及医疗风险等问题

《医改三十条》规定,到龄退出的村医每月补助 300 元,但普遍没有实行,原因是补助对象难以界定。地方政府担心发放面过窄会引起大规模上访,发放面过宽会导致财政负担重,希望有更详细的文件出台,应明确界定 300 元养老金领取者的条件。医疗风险的承担是村医关心的另一问题:皖南某县一所村卫生室今年发生一例医疗纠纷,3 名村医每人承担 5 万元赔偿。由于无力承担医疗风险,加之待遇偏低,可能导致村医流失。

3 政策建议

3.1 落实财政保障制度

按照《医改三十条》文件精神,明确政府对乡镇卫生院补助的口径是人员经费(含在岗人员基本工资、绩效工资、社会保障经费、住房公积金以及离退休人员的离退休费)和公共卫生服务经费,不再以核定的收支差额作为核定补偿的口径。对挪用公共卫生服务经费和乡镇卫生院上缴的医疗收入冲抵人员经费的做法应明令禁止。乡镇卫生院医疗服务收入应及时返还,用于医疗服务的物化成本支出,保证医疗机构正常运转,其收支结余部分,用于职工福利、奖励和业务发展,以调动医务人员的积极性。公共卫生经费及药品零差率补助应及时拨付,保证相关工作的顺利进行。

根据中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》的规定,对乡镇卫生院基本建设和设备购置的经费应该列入年度预算安排。建议以县域户籍人口为基数,按人均 3~5 元的标准核定总额,由县卫生局会同相关部门根据县域卫生院建设发展规划统筹安排。

3.2 建立统分结合的人员聘用制度

鉴于去年的公开招聘尚有相当多的岗位流招,建议建立统分结合的人员聘用制度,允许乡镇卫生院在核定的编制数内,自主聘用符合资质的人员。政府对乡镇卫生院的聘用行为履行监管职能,监管的内容是编制总额、人员资质和合同内容。审核合格后方可聘用。

3.3 完善基本药物采购及配送制度

有条件的地方允许招标基本药物配送企业;鼓励县(市、区)建立本区域的药品配送中心;各地要严格按照药品入库一个月即回复药款的规定,及时回复药款;采取创新举措,提高配送效率,保证基层用药。药品应急采购严禁任意扩大范围。严禁收受药品回扣,对有药品回扣促销行为的企业,应立即终止其供货资格。

3.4 加强村医及村卫生室管理

对到龄退出享受 300 元补助的对象,建议由省级政府统一界定,并尽快落实。进一步强调乡村卫生服务一体化管理,再次明确“四统两分”的管理

模式,把对村卫生室的监管纳入乡镇卫生院的目标管理范畴。设立村卫生室医疗风险资金,建立风险分担机制。各地一般诊疗费的总额控制基数应按照省卫生厅的指导意见尽快确定方案,并实行预付制度。对游离于体制外的村医也要加强行业监管,促进医疗安全。

3.5 建立县域基层卫生服务能力评估制度

基层卫生综合改革的关键在于县级政府对基层卫生机构的财政保障和监督管理。保障到位,监管

到位,基层卫生综合改革就能顺利进展,反之医改就必然陷入困境。为了促进县级政府履行其保障和监管职能,建议由省政府委托省卫生厅开展县域农村卫生服务能力评估活动,拟定出能够敏感地反映基层卫生服务能力的指标体系,进行年度量化评估,并将评估结果向社会披露。

[收稿日期:2012-06-17 修回日期:2012-07-20]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

《经济学人》杂志关注近期中国公立医院改革

新医改三年多来取得了明显成效,公立医院改革虽然取得了许多共识,但一些体制机制问题仍然悬而未决。2012年,各地终于传来公立医院改革试点的消息,几十年来养成的“以药养医”痼疾能否革除?取消药品加成之后医院收入如何保障?提高的医师服务费该如何分配?医保和财政资金能否承受?针对这些问题,近日《经济学人》(The Economist)杂志发表了题为“Health - care reform: Heroes dare to cross”的文章。

文章认为,随着社会主义市场经济体制的建立,医疗费用也水涨船高,个人自付费用占卫生总费用比例从1978年的20%左右攀升至2001年的60%左右。2003年以后,政府不断加大对卫生事业的投入,个人自付费用逐渐降低。2009年新医改以来,政府卫生投入继续加大,资金用于基层卫生机构建设、医务人员培训、医疗保障制度建设等方面,截止2011年底,医疗保障覆盖比例达到95%,而2003年这一数据则不足1/3,这说明新医改取得了巨大成效。

但是,前期的改革措施相对忽略了民众对医疗服务不满的根本原因,即医院“以药养医”这一事实。可喜的是,2012年6月25日,中国政府决定在311家县级医院实行改革,实行药品零差率销售,消除“以药养医”现象。同年7月,包括北京友谊医院和

深圳所有公立医院在内的少量大城市医院也加入了试点行列。在北京友谊医院,取消药品加成的亏空将由提高医师服务费来弥补。患者在看病时可以自选医生,既有42元的普通门诊,也有100元的专家门诊。根据友谊医院的价目表,在新的医师服务费中,医保可以承担40元,病人只需花2元钱就可以看普通门诊。但一些患者对这一做法存在疑虑,担心在新的医疗体制下,看病不会便宜。如一位60多岁的老大妈说,她的病情比较复杂,只看普通门诊远远不够,还需要看好几个专家门诊,而看专家门诊的自付费用(60元)比改革前提高了很多。她还说,医院的药房有时没有她要吃的药,医生就会开替代药,但是这些药却享受不了国家的药物补贴。

同时,媒体称药价削减会使医院收入减少,尽管国家承诺协助弥补医院的损失,但专家认为医生和医院管理人员对改革仍心存疑虑。2011年中国某地方政府做了一项研究,发现实行“医药分开”试点的医院管理者非常担心当地政府无力弥补取消药品加成造成的损失,并且导致一些医院的运营举步维艰。媒体指出,如果政府财政卫生支出还是“含糊不清”的话,医生们的顾虑就会变成对改革的抵制,那时改革想要成功恐是难上加难。

(来源:“The Economist”和《经济学人中文网》)