

我国县级中医药发展的现状和策略

蔡毅^{1*} 吴蓓² 汤胜蓝² 毛宗福¹

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

2. 杜克大学 美国达勒姆 27705

【摘要】目的:分析县中医院和县综合医院业务变化趋势,为县级中医药发展提供政策参考。方法:利用 1993—2010 年全国所有县中医院执业医师人员数、县级医院医师服务量和收入数据,进行描述性分析。结果:1993—2010 年,县中医院院均中医执业医师构成比从 62.5% 下降到 38.3%;县中医院的每医师日均门急诊人次、县中医院和县综合医院每医师日均住院床日数均呈现先降低后增长趋势,而县综合医院每医师日均门急诊人次持续增长;县中医院门诊和住院中药收入分别仅占其药品收入的 35.0%~40.9% 和 10.8%~14.2%。结论:县中医院中医人力资源减少,医师服务效率低于县综合医院,收入结构趋近于县综合医院,中药收入少于西药。县中医院仍体现门诊服务优势,而县综合医院体现住院服务优势。建议:建立有效的中医人才激励机制,加强中医人才队伍建设,调整中医药服务价格尤其是门诊服务价格,新农合在分病种的基础上加强补偿中医药门诊服务。

【关键词】中医药; 中医院; 综合医院

中图分类号:R197.4 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.011

Traditional Chinese Medicine at the county-level in China: An analysis of the status quo and development strategies

CAI Yi¹, WU Bei², TANG Sheng-lan², MAO Zong-fu¹

1. School of Public Health, Wuhan University, Hubei Wuhan 430071, China

2. Duke University, Durham 27705, United States

【Abstract】 Objective: To compare the operation trend between Traditional Chinese Medicine (TCM) and general hospitals. Methods: We carried out descriptive analysis of human resources, health services delivery, and income reported nationwide from 1993 to 2010. Results: During these years, the percentage of TCM physicians practicing in country TCM hospitals decreased from 62.5% to 38.3%; the daily number of inpatients and outpatients per doctor in county TCM hospitals decreased; the daily number of inpatients per doctor decreased in county hospitals, but grew in county general hospitals. Herbal medicine respectively accounted for 35.0% to 40.9% and 10.8% to 14.2% of outpatient and inpatient medication income in county TCM hospitals. Conclusions: From 2003 to 2010, county TCM hospitals had less TCM human resources than before and were less efficient than county general hospitals. The breakdown of revenue for TCM and general hospitals gradually became similar, and herbal medicines accounted for a lesser proportion of revenue than western medicine. However, county TCM hospitals prioritized outpatient services, and county general hospitals prioritized inpatient services. Suggestions: We suggest creating incentives for TCM physicians, training TCM physicians, reducing the cost of TCM services (especially outpatient services), and expanding the coverage of TCM outpatient services by classifying diseases in the New Rural Cooperative Medical Scheme.

【Key words】 Traditional Chinese Medicine; Traditional Chinese Medicine hospitals; General hospitals

* 作者简介:蔡毅,女(1983 年—),博士研究生,主要研究方向为中医药服务利用。E-mail:xiaocaiyi117@gmail.com

通讯作者:毛宗福。E-mail:zfmiao@126.com

中医药是中国传统文化的瑰宝,建国初期,简便廉验的中医药是占总人口 70% 以上的农村人口可及、可负担的主要卫生资源。^[1] 随着中医药科学化、规范化的发展,中医服务形式由分散的、个体为主的服务模式逐步向以中医院为主的模式转变。为了促进农村中医药事业的发展,政府建议每县建立一家县中医院^[2],截至 2009 年,县级医院约 50% 为中医院。^[3] 随着现代医学的冲击,中医药事业的发展面临巨大考验: 文化传承脱节、发展道路不清晰、中医药特色淡化等。^[4] 作为农村中医药服务的主要提供者,县中医院西化不但影响农村人口中医药服务的可及性和服务质量,还可能增加其医疗负担。2009 年,新医改方案对中医药的发展提出了明确要求,这为农村中医药事业的发展提供了政策保证。本研究目的是回顾县中医院 1993—2010 年的发展,并与县综合医院的服务提供和收入结构进行比较,为县中医院中医药发展以及农村中医药发展政策的制定和调整提供依据。

1 资料与方法

本研究对国家中医药管理局 1993—2010 年中医药统计摘编(以下简称“摘编”)数据进行二次分析。研究对象为全国县级公立医院(不包括县级市公立医院),即县中医院和县综合医院,其中县中医院包括县中医医院和县民族医医院。研究内容包括卫生资源、服务提供和收入结构。“摘编”中可及的卫生资源情况仅有县中医院各类执业医师数的相关数据,所以本文分析了县中医院各类执业医师数;其中,中医执业医师即中医类别执业医师,其他执业医师包括临床、口腔和公共卫生执业医师。“摘编”中可及的服务提供情况数据仅为县级医院每医师日均担负门诊人次数和日均担负住院日数,因此,本研究仅分析县级医院服务效率。“摘编”中收入结构中仅能区分中药和西药收入情况,中西医诊疗收入无法区分,本文着重分析县中医院和县综合医院收入结构而非中医药收入构成比。

2 结果

2.1 县中医院和县综合医院基本情况

1993—2010 年,县中医院数量总体呈现增长趋

势,从 1 124 个增长至 1 215 个,但 2003 年左右出现了短期的下降。县综合医院数量 1993—2003 年呈增长趋势,从 1 818 个增长到 2 238 个,而 2003 年以后开始出现下降,到 2010 年降至 1 956 个(表 1)。

表 1 1993—2010 年县中医院和县综合医院数及构成比,个(%)

类型	1993	1998	2003	2008	2010
中医院	1 124 (38.2)	1 238 (38.9)	1 222 (35.3)	1 194 (37.0)	1 215 (38.3)
综合医院	1 818 (61.8)	1 946 (61.1)	2 238 (64.7)	2 029 (63.0)	1 956 (61.7)
合计	2 942 (100.0)	3 184 (100.0)	3 460 (100.0)	3 223 (100.0)	3 171 (100.0)

2.2 县中医院中医执业医师情况

中医执业医师数是反映中医医疗机构中医药服务提供情况的主要指标,而“摘编”中无县综合医院中医执业医师数的相关数据,因此,本文分析了县中医院情况,1993—2010 年县中医院平均执业医师数从 24 人增加到 47 人,其中,中医执业医师构成比从 62.5% 下降到 38.3%,而其他执业医师(包括临床、口腔和公共卫生执业医师)构成比大幅度增加(表 2)。

表 2 1993—2010 年县中医院院均执业医师数及构成比,人(%)

类型	1993	1998	2003	2008	2010
中医	15(62.5)	17(56.7)	15(39.5)	16(37.2)	18(38.3)
其他	9(37.5)	13(43.3)	23(60.5)	27(62.8)	29(61.7)
合计	24 (100.0)	30 (100.0)	38 (100.0)	43 (100.0)	47 (100.0)

注:2003 年起《中国卫生统计年鉴》医师数仅包含执业医师数,2003 年前除了执业医师数,还包括其他医师(实习医生等)。

2.3 县中医院与县综合医院服务效率比较

1993—2010 年,县级医院服务效率先降低后增长,其中 2003 年前效率降低,2003 年后逐渐增长。1993—2003 年,县中医院每医师日均门急诊人次从 6.1 人次降到 5.0 人次,日均住院床日数从 1.0 日降到 0.8 日,到 2010 年,其门急诊人次增加到 5.7 人次,住院床日数增加到 1.8 日;县综合医院每医师日均门急诊人次持续增长,从 1993 年的 4.0 人次增加到 2010 年的 5.6 人次,而日均住院床日数从 1993 年的 1.7 日降到 2003 年的 1.3 日,2010 年又增加到 2.4 日(表 3)。

表 3 1993—2010 年县中医院和县综合医院每医师日均
服务量比较

指标	县中医院					县综合医院				
	1993	1998	2003	2008	2010	1993	1998	2003	2008	2010
日均门急诊人次	6.1	5.5	5.0	5.6	5.7	4.0	4.2	4.2	5.4	5.6
日均住院床日数	1.0	0.8	0.8	1.5	1.8	1.7	1.3	1.3	2.1	2.4

2.4 县中医院与县综合医院收支结构

2.4.1 总体收支

1998—2010 年,县中医院和县综合医院业务收入均占总收入 85% 以上。1998—2010 年县中医院医疗收入从 136 万元增加到 952 万元,占业务收入的比例从 37.8% 增加到 49.6%;药品收入从 210 万元增加到 928 万元,占业务收入的比例从 58.3% 减少到 48.3%。1998—2010 年,县综合医院医疗收入从 392 万元增加到 2 668 万元,占业务收入的比例从 45.4% 增加到 53.4%;药品收入从 433 万元增加到 2 251 万元,占业务收入的比例从 50.1% 减少到 45.1%。就收支结余来看,县中医院 2003 年以前基本处于赤字状态,2003 年以后逐年增长;县综合医院 2003 年也出现了收不抵

支的状况,2003 年后也逐年增长(表 4)。

2.4.2 门急诊收入

1998—2010 年,县中医院门急诊医疗总收入从 69 万元增加到 337 万元,其中,检查费和治疗费共占医疗总收入的 60% 以上;门诊中药收入占药品总收入的比例约 40% 左右。1998—2010 年县综合医院门急诊医疗总收入从 142 万元增加到 872 万元,检查费和治疗费共占医疗总收入的 60% 以上;门诊中药收入占药品总收入的比例不超过 20% (表 5)。

2.4.3 住院收入

1998—2010 年,县中医院住院医疗总收入从 67 万元增加到 616 万元,其中,治疗费和手术费所占比例最大,为医疗总收入的 50% 左右;住院药品收入中,中药收入占药品总收入的比例为 10.8% ~ 14.2%。1998—2010 年,县综合医院住院医疗总收入从 250 万元增加到 1 797 万元,治疗费和手术费共占医疗总收入的 50% 左右;住院收入中,中药收入占药品总收入的比例为 3% ~ 4.6% (表 6)。

表 4 1998—2010 年县中医院和县综合医院院均总收入情况,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
总收入	418	574	1 406	2 164	992	1 447	3 530	5 561
财政收入	57(13.6)	—	—	243(11.2)	128(12.9)	—	—	569(10.2)
业务收入	360(86.4)	540(94.1)	1 271(90.4)	1 921(88.8)	864(87.1)	1 327(91.7)	3 236(91.7)	4 992(89.8)
医疗收入	136(37.8)	230(42.6)	643(50.6)	952(49.6)	392(45.4)	654(49.3)	1 740(53.8)	2 668(53.4)
药品收入	210(58.3)	285(52.8)	599(47.1)	928(48.3)	433(50.1)	626(47.2)	1 442(44.6)	2 251(45.1)
其他	14(3.9)	25(4.6)	29(2.3)	41(2.1)	38(4.4)	47(3.5)	55(1.7)	73(1.5)
总支出	443	574	1 367	2 054	898	1 462	3 378	5 231
收支结余	-25	0	39	110	94	-15	152	330

注:1993 年的统计汇编尚无相关数据,2003 和 2008 年缺乏财政收入数据;财政收入包括上级补助收入和财政补助收入。

表 5 1998—2010 年县中医院和县综合医院院均门急诊收入比较,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
医疗收入	69	107	248	337	142	248	605	872
挂号费	4(5.8)	4(3.7)	6(2.4)	7(2.1)	7(4.9)	10(4.0)	12(2.0)	15(1.7)
检查费	25(36.2)	40(37.4)	111(44.8)	154(45.7)	64(45.1)	80(32.3)	294(48.6)	429(49.2)
治疗费	—	27(25.2)	52(21.0)	70(20.1)	—	75(30.2)	105(17.4)	147(16.9)
手术费	—	7(6.5)	11(4.4)	13(3.9)	—	11(4.4)	21(3.5)	27(3.1)
药品收入	134	172	266	369	244	259	491	710
西药	—	103(59.9)	173(65.0)	218(59.1)	—	207(80.0)	406(82.7)	588(82.8)
中药	—	69(40.1)	93(35.0)	151(40.9)	—	52(20.0)	85(17.3)	123(17.2)

表6 1998—2010年县中医院和县综合医院院均住院收入情况,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
医疗收入	67	123	396	616	250	407	1 134	1 797
床位费	9(13.4)	14(11.4)	39(9.8)	56(9.1)	29(11.6)	41(10.1)	106(9.3)	155(8.6)
检查费	9(13.4)	12(9.8)	44(11.1)	75(12.2)	34(13.6)	41(10.1)	130(11.5)	222(12.4)
治疗费	27(40.3)	42(34.1)	115(29.0)	183(29.7)	102(40.8)	151(37.1)	356(31.4)	563(31.3)
手术费	—	25(20.3)	88(22.2)	117(19.0)	—	71(17.4)	215(19.0)	293(16.3)
药品收入	76	113	332	559	189	367	951	1 541
西药	—	97(85.8)	296(89.2)	481(86.0)	—	350(95.4)	923(97.1)	1 495(97.0)
中药	—	16(14.2)	37(10.8)	78(14.0)	—	17(4.6)	28(2.9)	46(3.0)

3 讨论

从县中医院的总体发展来看,2003年以前县中医院的发展处于停滞期,医疗资源、服务利用等都未见明显增加,收支出现赤字;2003年以后,发展势头较好,医疗资源和服务利用均成倍增加,收支有结余。然而,通过对医疗资源和服务利用增长方式的进一步分析发现,县中医院中医执业医师比例逐渐下降,门诊服务优势弱化,中药收入比例缩小,这一趋势不利于中医药的发展。

3.1 县中医院中医人力资源弱化

1993—2010年,县中医院中医执业医师比重逐渐下降,尤其是2003年前降幅较大,具体表现在县中医院平均中医执业医师人数维持在15~18人左右,而平均其他执业医师人数从9人增加到29人,2003年其他执业医师已达23人。根据2009年中医药管理局组织制定的《中医医院评价标准》要求,中医院中医医师所占比例不得低于60%。然而,仅有部分地区市级中医院达到了这一标准,如北京市中医院中医医师比例已达到61.82%。^[5]从总体情况来看,1993—2010年间,县中医院中医医师比例呈下降趋势,2010年县中医院平均中医医师的比例不到40%。

中医医院中医执业医师减少的原因可能与以下两方面因素有关。一是对中医药服务的需求减少。随着经济社会的发展和就医观念的改变,中医药疗法见效慢、使用不方便以及对其安全性和科学性的质疑,使人们倾向于选择方便科学的现代医学诊断和治疗,从而对中医药服务的需求逐渐减少。^[6-7]二是中医药服务价格过于低廉,既不能维持中医院的

收支平衡,也不能体现中医医师的劳动价值。随着医疗服务市场化,财政投入逐渐减少,县中医院需要依靠业务收入来维持医院的收支平衡。^[8]而价廉的中医药服务不能维持医院的收支平衡,需要依靠更多的西医药服务来增加医疗收入,从而需要雇佣更多的西医医师。^[9]此外,中医药治疗收费过低,如40~50元一次的针灸或推拿治疗需要30分钟^[5],中医医师的劳动价值得不到体现,影响了中医药从业人员提供中医药服务的积极性和主动性。

3.2 县中医院仍体现了中医药以门诊为主的服务优势

比较县中医院和县综合医院的每医师日均服务量可以看出,县中医院医师担负的门急诊服务量同期多于县综合医院医师,而担负的住院服务量同期少于县综合医院。说明县中医院和县综合医院仍体现着各自的服务提供优势。

目前,医院的收入仍以业务收入为主。由于中医药服务主要依靠中医医师来提供,如针灸治疗、推拿治疗、中医诊断等,耗时较长,且收费较低。因此,县中医院中医药服务效率的提高面临两难选择。单纯发挥中医药门诊服务优势,提高服务效率,则很难提高业务收入,不能保证医院的正常运营;相反,如果盲目追求较高的服务效率,中医药服务的质量可能下降,且不能保证提供较高比例的中医药服务。因此,应以服务质量为主,同时考虑到县中医院面临的低效率、低收费问题,结合中医药服务劳动成本,提高中医药服务的价格。

3.3 中医药服务提供在县级医院中普遍减少

县中医院门诊和住院收入中,中药收入构成比较较小,其中,门诊中药收入为35%~40.9%,而住

院中药收入构成比更小,仅为 10.8% ~ 14.2%。随着县中医院门诊服务优势逐渐弱化,住院服务提供增加,中药收入构成比也逐渐下降。在县综合医院中,门诊和住院中药收入构成比均小于县中医院,且逐渐减小。可见,中医药服务提供存在普遍减少的现象。

4 建议

4.1 建立有效的中医人才激励机制,加强中医药人才队伍建设

卫生人力资源是卫生服务提供的主体,中医药人才引得进来、留得住是县中医院中医药发展的核心。目前,按服务提供的工资支付方式使中医执业医师不能主动积极的提供中医药服务,因此,建议增加县中医院的财政投入,财政投入覆盖中医医师人员支出,使中医药服务提供与服务效果和质量挂钩,而与经济效益无关。同时监测中医医师处方,鼓励中医医师在诊疗过程中加大中医药疗法的使用,对中医药服务提供比例较高的县中医院给予更多的经济激励。此外,大量的高学历、高职称、有经验的中医医师集中在地市级以上中医院,县中医院中医医师水平相对较低,不能应对现代疾病结构的诊疗和患者的需求,加强县中医院中医医师在岗培训和继续教育,改变陈旧服务提供观念,积极学习和应用新技术、新方法,均有利于县中医院中医医师服务能力的提高。

4.2 合理调整中医药服务价格

中医药诊疗收费不能体现中医医师的劳动价值。中医诊断是通过中医医师“望闻问切”收集患者各项体征、症状后,根据中医基础理论和依靠中医医师的经验来确定患者症型。然而,在中医诊疗过程中,中医药收入不包含中医诊断的费用,中医医师仅通过中草药利润或较低的针灸、推拿等治疗项目获取不对等的收入。因此,在调整中医药服务价格时,应充分考虑中医医师诊断服务的价值,通过成本核算等卫生经济学理论,合理确定中医药价格。

4.3 调整新农合制度中中医药服务补偿机制

新农合应按照中医药服务特色和优势制定促进中医药服务利用的补偿机制。中医药服务在门诊应

用频率较住院高,新农合应逐步覆盖门诊服务,增加覆盖的中医药服务项目,以便提高农村人口门诊中医药服务可及性。根据不同疾病的需求,筛选出中医药优势病种,制定分病种中医药门诊治疗或住院治疗服务包。如癌症化疗患者多采用中草药疗法缓解化疗副作用、延长寿命等,这类患者需要长期中草药治疗但不需要住院治疗,因此,新农合提供癌症患者门诊中草药疗法服务包,不但提高了癌症患者中草药服务可及性,还减少了不必要的住院康复治疗。再如中风后瘫痪患者失去行动能力,因此需要住院康复治疗。新农合可根据患者需要,制定中医药住院康复服务包,减少不必要的西医检查,最终提高疗效、降低医疗费用。

参 考 文 献

- [1] 金二澄. 中医药参与初级卫生保健的意义与措施[J]. 中国初级卫生保健, 1990, 4(4): 3-4.
- [2] 邱洪钟, 梁瑞琼. 中医药服务模式的演变与评价标准[J]. 现代医院管理, 2007, 5(3): 9-10.
- [3] 卫生部. 2010 年卫生统计年鉴[EB/OL]. [2012-09-23]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wgkzt/ptjnj/year2010/index2010.html>.
- [4] 桑滨生. 关于中医药事业科学发展的思考[J]. 中国卫生政策研究, 2008, 1(2): 39-45.
- [5] 国家中医药管理局. 中医医院评价标准[EB/OL]. [2012-09-23]. <http://www.satcm.gov.cn/web2010/zhengwugongkai/xingyekuaixun/zhongyifazhan/2010-10-07/1920.html>.
- [6] 梅全喜, 曾聪彦. 试论中药现代化与中药安全性[J]. 临床药物治疗杂志, 2009, 7(2): 23-29.
- [7] 温长路. 关于中医西化的文化思考[J]. 环球中医药, 2010, 3(4): 241-246.
- [8] 林海, 荆丽梅, 金春林, 等. 上海市中医医院收入与支出分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 21-30.
- [9] 陈曼莉, 姚岚. 新医改背景下我国基层中医药发展策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [10] 张立强, 李强, 汪早立, 等. 新型农村合作医疗中医药补偿政策实施效果制约因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(2): 49-54.

[收稿日期:2012-09-25 修回日期:2012-12-25]

(编辑 薛云)