

## 编者按

基层卫生综合改革是深化医改进程中推进最快、取得成效最为显著的重点工作之一。医改以来,各地围绕“保基本、强基层、建机制”的要求,基层医疗卫生机构以实施国家基本药物制度为抓手,着力于长效性的多渠道财政保障机制、竞争性的人事管理体制、激励性的收入分配机制的系统改革,取得了重要进展。本期以“基层卫生综合改革”为主题,系统分析了我国典型地区基层卫生综合改革的主要做法及实施效果,并就国家基本公共卫生服务项目进展及公平性、绩效工资政策和乡村卫生服务一体化等热点问题进行了研究与探讨,以期为进一步完善我国基层卫生综合改革政策提供参考。

## 我国基层卫生综合改革实施效果

代涛\* 王芳 李永斌

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

**【摘要】**目的:分析我国基层卫生综合改革进展和效果,为进一步深化医改提供参考和借鉴。方法:选取北京、安徽、河南和重庆作为样本地区,共调查 171 家社区卫生服务中心和 161 家乡镇卫生院,借鉴 WHO 系统模块框架构建分析框架。结果:改革以后,基层卫生人员数量增加,但结构仍不合理,护士缺口依然较大,学历和职称水平较低;机构收入中政府补助占比显著增加,药占比明显下降;门诊服务数量整体呈增加趋势,住院服务有所削弱,乡镇卫生院的趋势更为明显;合理用药问题仍然突出,高血压和糖尿病有效控制率整体呈上升趋势,且处于较高水平;服务费用快速增长得到缓解;医务人员对收入满意度较低,患者对人员技术、设施设备和就医费用的满意度有较大提升空间。结论:基层卫生体系建设得到加强,但持续性的运行机制仍需进一步推进,建议完善长效稳定的基层财政卫生投入以及人才引进与培养机制,加强岗位管理与绩效考核,促进服务模式转变。

**【关键词】**基层卫生服务;综合改革;筹资;激励;效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.05.001

### Effect on primary healthcare comprehensive reform in China

DAI Tao, WANG Fang, LI Yong-bin

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

**【Abstract】** Objective: In this paper, we analyzed the progress and effect of primary healthcare comprehensive reform in China in order to provide a reference for further reform. Methods: We used an empirical approach to study 171 community health centers and 161 township health centers in Beijing, Henan, Anhui, and Chongqing. The World Health Organization's Building Blocks was used to construct the analysis framework for this study. Results: After reform, the number of health personnel increased but the structure was not optimal. There were still an insufficient number of nurses; the educational levels were still low; the proportion of government investment increased; and drug revenues declined. Outpatient services increased, and inpatient services decreased, the trend was more obvious for township health centers. There were also problems with the rational use of drugs. Hypertension and diabetes management significantly improved; rapidly increasing medical expenditure was slowed; and health personnel remained un-

\* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”;中央级公益性科研院所基本科研业务费“深化医药卫生体制改革监测与评价研究”

作者简介:代涛,男(1969 年—),研究员,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

satisfied with incentives mechanisms and income. There was much room for improvement in terms of patient satisfaction with the technical level of health personnel, facilities, equipment, and the costs of medical service. Conclusions: The primary healthcare system has been strengthened, but operational mechanisms need to be improved. We suggest perfecting stable, long-term investment and health personnel introduction and training, improving performance management and assessment, and promoting integrated health services.

**【Key words】** Primary healthcare; Comprehensive reform; Financing; Incentive; Effect

基层医疗卫生机构承担着基本医疗卫生服务的重要职责,是居民健康的“守门人”。国际经验表明,基层卫生服务发展较好的国家,卫生保健成本相对较低,人群的健康结果也相对更好。<sup>[1-2]</sup>我国新一轮医改以建立基本医疗卫生制度为目标,以基层卫生综合改革为重点,以实施国家基本药物制度为抓手,着力于长效性的多渠道财政保障机制、竞争性的人事管理体制、激励性的收入分配机制的系统改革,旨在建立“维护公益性、调动积极性、保障可持续”的新机制。<sup>[3]</sup>本研究系统梳理了北京、安徽、河南和重庆等四个典型地区的基层卫生综合改革的主要做法,分析其在人才队伍建设、人事分配制度改革、基层卫生机构运行状况、服务数量与质量、医患双方满意度等方面的改革进展和效果,为进一步深化改革提供参考和借鉴。

## 1 资料与方法

### 1.1 抽样方法

采取立意抽样的方法,在东、中、西部选取北京市、安徽省、河南省和重庆市作为典型地区,具体为:北京市抽取所有区县 1/3 的社区卫生服务中心(共 108 家);安徽和河南省分别选取三个地级市,每个市选取两个区(县),重庆市选取 3 个区(县),调查抽样区(县)所有社区卫生服务中心(简称“中心”)和乡镇卫生院(简称“卫生院”)。

在基层医疗卫生机构开展机构、医务人员、患者和处方调查,其中每个中心/卫生院抽取 15 名有两年以上工作经验的医务人员;每个区(县)抽取 2 家机构进行患者调查;在进行患者调查的机构内,以基本药物制度启动实施当月作为政策节点,分别抽取实施前一年内和实施后一年内处方各 150 张(3 月、7 月、11 月各 50 张),共抽取处方 10 200 张(表 1)。

表 1 定量调查样本量

调查对象		北京	安徽	河南	重庆	合计
机构	中心	108	24	29	10	171
	卫生院	-	64	40	57	161
	合计	108	88	69	67	332
医务人员	中心	1620	365	429	120	2 534
	卫生院	-	683	569	506	1 758
	合计	1 620	1 048	998	626	4 292
患者	中心	800	530	672	302	2 304
	卫生院	-	661	528	299	1488
	合计	800	1 191	1 200	601	3 792
处方		2 400	3 600	2 400	1 800	10 200

注:北京市原有乡镇卫生院全部转为社区卫生服务中心,下同。

### 1.2 分析框架

2006 年 WHO 提出了“系统模块 (Building Blocks) 框架”,将卫生系统划分为服务提供、卫生人力、信息、医疗产品、疫苗和技术、筹资、领导和治理等模块,通过实现可及、覆盖、质量、安全等中间过程指标,以达到改进健康、增加反应性、提高社会和财务风险保护、提高效率等最终目标,即通过加强卫生系统改善人群健康结果。<sup>[4]</sup>依据上述框架,结合“投入—过程—产出—结果”的卫生改革评价思路,本研究将各项综合改革政策和措施作为政策投入,作用于基层医疗卫生体系的主要要素,重点分析基层卫生服务提供体系、筹资变化、卫生人力等方面的进展,并比较改革前后服务效率、可负担性、质量和满意度等产出指标的改善程度,剖析综合改革实施效果的内在作用机制以及存在的问题,为进一步完善改革提供建议(图 1)。

### 1.3 资料处理方法

定量资料利用 Epidata3.0 建立数据库,数据经录入、核查和整理后,运用 SAS9.2 软件、采用描述性统计学方法进行分析。定性资料采用分类、归纳、总结和提炼的方法进行处理,反映基层卫生综合改革实施后的效果及问题。

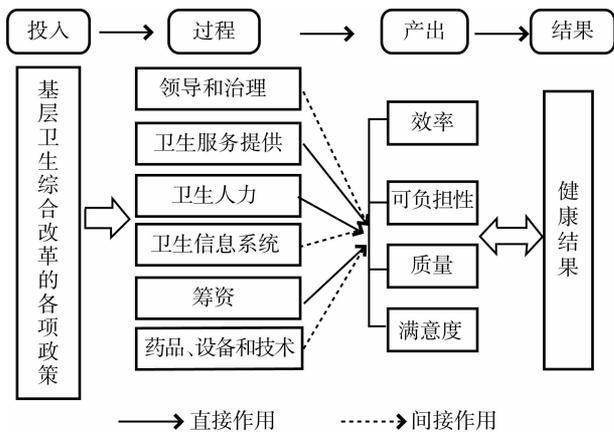


图 1 基层卫生综合改革实施效果分析框架

## 2 结果

### 2.1 基层卫生综合改革的主要做法

本轮医改启动以来,四个调研地区均将基层卫生综合改革作为重点,主要从转变补偿机制、深化人事制度改革、完善收入分配机制和加强绩效考核等方面进行。

主要做法:第一,明确基层功能定位,强化政府投入责任。将基层医疗卫生机构明确为公益性事业单位,政府承担主要投资责任,定位于提供基本医疗服务和基本公共卫生服务。第二,以实行基本药物制度为突破口,转变补偿机制。取消药品加成政策,实施药品零差率销售,切断“以药补医”机制链条,机构补偿主要来源于政府补助和服务收费两个渠道。政府补助按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”,保障机构基本运行;对实施基本药物制度和落实基本公共卫生服务进行专项补助。第三,深化人事制度改革,完善编制管理和用人机制。实行定编定岗不定人,编制作为聘用人员 and 核定收支、确定补助的重要依据;初步建立“竞聘上岗、全员聘用、合同管理、能进能出”的用人机制。第四,推行绩效工资和绩效考核,调动医务人员积极性。实施绩效工资制度,建立按岗定酬、按工作业绩取酬的内部分配激励机制;建立以服务数量、质量、效果和居民满意度为核心的绩效考核机制,并将考核结果与机构的经费补助和个人收入挂钩,与医疗和药品收入脱钩。

但各地做法也各有特点。北京市早在 2006 年就开始实施了收支两条线财务管理和基本药物零差率销售;安徽省在改革初期先行先试的基础上,以完

善基本药物制度的补偿机制为核心出台了“安徽基层医改 30 条”,在补偿和分配机制中实行了更为灵活的政策,收支结余按一定比例返还,提高奖励性绩效工资比例;河南省部分地区适时调整绩效工资制度,提高奖励性绩效工资比例,部分地区将收支净结余按一定比例返还用于二次分配;重庆市参照当地教育部门平均收入水平核定基层卫生单位绩效工资“基准线”,并适时调整“托底限峰”政策为“托底调峰”政策,即提取一定比例的机构医疗收入用于绩效工资发放,改变原来机构工资总额封顶的情况,引入工资增长机制,一定程度上调动了医务人员的积极性,该市九龙坡区将村医纳入乡镇卫生院事业编制管理,在解决村医身份方面有所突破。

### 2.2 基层卫生人力变化情况

#### 2.2.1 编制数、实际在岗和在编在岗数

与 2009 年相比,2011 年四省市基层医疗卫生机构人员编制标准均有不同程度增加,达到或超过 10 名/万人口,平均实际在岗人员数量保持相对稳定;与编制数相比,安徽和重庆实际在岗人员数相对偏少,而北京则略高;在编在岗人员普遍少于编制数(表 2)。

表 2 基层医疗卫生机构编制标准及人员配置情况(名/万人口)

机构	地区	编制标准		实际在岗		在编在岗	
		2009 年	2011 年	2009 年	2011 年	2009 年	2011 年
中心	北京	12.6	13.3	13.2	14.0	9.8	10.5
	安徽	9.8	10.8	7.8	7.3	4.8	5.3
	河南	12.6	13.5	16.8	16.7	12.1	11.5
	重庆	12.8	13.4	8.2	7.6	8.2	5.7
卫生院	安徽	7.7	10.7	8.4	8.4	6.5	6.8
	河南	9.4	11.0	12.9	12.9	4.7	9.4
	重庆	8.3	11.4	8.6	10.6	9.3	9.6

#### 2.2.2 专业技术构成

基层卫生技术人员专业技术构成以临床执业(助理)医师和注册护士为主。在社区卫生服务中心,2011 年执业(助理)医师占卫生技术人员总数的比例与 2009 年相比普遍降低,重庆市下降较为明显;公共卫生医师和注册护士占比则有较为明显的增加。在乡镇卫生院,安徽和河南的执业(助理)医师比例有所增加,重庆市则有所下降。安徽、河南和重庆 2011 年社区卫生服务中心的医护比在 1:1

左右,北京市仅为 1:0.66;乡镇卫生院该比值约为 1:0.65,表明注册护士缺口仍然较大(表 3)。

表 3 基层卫生人员专业构成比例(%)

机构	地区	执业(助理)医师		公共卫生医师		注册护士	
		2009年	2011年	2009年	2011年	2009年	2011年
		中心	北京	31.39	33.34	4.97	5.21
	安徽	37.08	33.81	2.99	5.05	33.39	34.07
	河南	47.03	40.18	1.45	10.30	39.15	41.72
	重庆	67.10	41.91	5.81	10.40	27.10	45.09
卫生院	安徽	42.65	45.33	2.92	3.73	27.86	29.39
	河南	49.14	57.81	3.45	4.09	31.57	37.79
	重庆	51.08	43.60	1.59	1.47	29.44	31.10

### 2.2.3 学历和职称结构

总体来看,基层卫生机构人员学历和职称结构均在逐步改善。2011年,社区卫生服务中心60%以上人员具有大专以上学历,乡镇卫生院大部分不超过50%;在岗医生中,无论社区卫生服务中心还是乡镇卫生院,具有中级及以上职称的比例除个别地区外,均低于50%,但社区卫生服务中心比例高于乡镇卫生院(表4)。

表 4 卫生技术人员学历和职称结构(%)

机构	地区	大专及以上学历		中级及以上职称医生	
		2009年	2011年	2009年	2011年
		中心	北京	53.24	60.25
	安徽	43.94	62.69	43.13	58.24
	河南	70.02	72.74	52.77	64.31
	重庆	78.92	81.45	33.66	31.82
卫生院	安徽	45.92	56.77	34.07	33.79
	河南	32.28	45.89	27.11	36.79
	重庆	54.96	58.75	25.47	26.68

## 2.3 卫生筹资与费用

### 2.3.1 机构收入结构

与2009年相比,2011年社区卫生服务中心总收入中财政补助收入占比除北京市外,其他三省市均明显上升,但政府补助占收入比例差别较大,安徽省超过了50%,最低的河南省只有25%左右。社区卫生服务中心医疗收入占比相对稳定在20%~30%,北京一直稳定在15%左右,安徽和河南有小幅下降,重庆略有增加。药占比除北京市外,其他三省市均有不同程度的下降。在乡镇卫生院,2011年与2009年相比,安徽、河南和重庆财政补助收入均有显著增加,甚至都增加了一倍以上;医疗收入均略有下降;药占比下降十分明显(表5)。

表 5 基层医疗卫生机构收入构成(%)

机构	地区	财政补助收入		医疗收入		药品收入	
		2009年	2011年	2009年	2011年	2009年	2011年
		中心	北京	41.71	35.88	15.41	16.91
	安徽	42.80	50.33	23.66	20.37	31.56	23.97
	河南	15.83	25.87	36.17	30.63	42.46	36.42
	重庆	42.59	43.28	17.81	21.53	31.04	26.26
卫生院	安徽	17.05	39.43	36.41	27.90	42.66	30.73
	河南	14.84	37.91	34.93	27.60	40.00	29.74
	重庆	23.86	35.85	29.44	26.98	42.46	24.97

注:机构总收入中还包括上级补助收入和其他收入,所占比例较小,此处未列入。

### 2.3.2 服务费用

关于服务费用,主要分为门诊和住院两个方面。2011年与2009年相比,社区卫生服务中心的次均门诊费用除安徽省略有下降外,其他三地均有不同程度上升,北京市最为明显;从平均住院费用看,除安徽小幅下降外,其他地区均有所上升;从平均处方费用来看,北京市有小幅上升,其他地区则有不同程度的下降,河南和安徽降幅显著。在乡镇卫生院,安徽省次均门诊费用下降较为明显,河南、重庆两省略有上升;平均住院费用较为稳定;平均处方费用,安徽、河南下降明显,重庆有所上升(表6)。

表 6 基层医疗卫生机构服务费用(元)

机构	地区	次均门诊费用		平均住院费用		平均处方费用	
		2009年	2011年	2009年	2011年	2009年	2011年
		中心	北京	120.89	175.86	4 031.93	5 070.81
	安徽	96.11	84.01	2 329.23	2 217.04	40.35	29.56
	河南	64.59	68.06	2 358.70	2 497.17	27.95	19.76
	重庆	32.22	38.22	867.60	1 205.20	89.60	68.17
卫生院	安徽	80.51	68.07	1 438.88	1 365.33	61.77	42.20
	河南	45.33	47.29	1 406.61	1 531.55	32.68	24.46
	重庆	32.60	38.74	820.42	913.52	48.49	55.53

## 2.4 服务提供

### 2.4.1 服务数量与就诊流向

关于门急诊服务,社区卫生服务中心和乡镇卫生院平均诊疗人次整体呈上升趋势,只有重庆市的卫生院略有下降。关于出院人次,除重庆市外,其他三省市的社区卫生服务中心均有不同程度的下降;乡镇卫生院出院人次河南有所增加,安徽有较大幅度下降,重庆基本持平。从就诊流向看,在社区卫生服务中心,2011年与2009年相比,诊疗人次占辖区医疗机构诊疗总量的比例除重庆市外均有所增加,且所占比例已达到了20%以上,而卫生院除河南增长6个百分点外,安徽和重庆均有所下降(表7)。

表 7 基层医疗卫生机构服务数量与就诊流向

机构	地区	门急诊人次(人次)		出院人次(人次)		占辖区诊疗总量比例(%)	
		2009 年	2011 年	2009 年	2011 年	2009 年	2011 年
中心	北京	94 209.62	117 146.70	321.08	302.87	14.80	21.58
	安徽	23 044.25	28 390.46	341.93	289.50	19.69	22.09
	河南	26 112.96	26 615.23	379.44	319.20	15.86	20.47
	重庆	41 931.14	45 517.50	1 084.33	1 131.50	10.02	9.41
卫生院	安徽	14 606.40	15 570.00	919.92	741.13	37.21	30.10
	河南	28 215.30	33 479.87	952.30	1 045.95	12.00	18.09
	重庆	28 381.13	23 576.71	704.83	697.75	30.51	28.43

#### 2.4.2 服务效率

从医生日均门诊人次看,在社区卫生服务中心,2011 年比 2009 年均有一定程度上升;在乡镇卫生院,安徽、河南略有上升,重庆则有所下降。按照平均住院日计算,在社区卫生服务中心,北京、重庆有所上升,安徽、河南有所下降,差异不大;在乡镇卫生院,平均住院日均有小幅上升(表 8)。

表 8 基层医疗卫生机构服务效率

机构	地区	日均门诊人次 (人次/医生)		平均住院床日 (床日)	
		2009 年	2011 年	2009 年	2011 年
中心	北京	11.38	13.39	15.50	16.17
	安徽	6.49	7.90	9.30	7.69
	河南	6.62	7.74	14.65	13.23
	重庆	13.45	17.22	6.41	6.81
卫生院	安徽	6.31	7.20	6.29	7.47
	河南	7.18	8.27	8.51	8.72
	重庆	14.41	11.46	5.51	5.86

#### 2.4.3 服务质量

以静脉注射处方率、抗菌素处方率、激素处方率等为代表指标,分析医疗服务质量的变化。在社区卫生服务中心,合理用药变化趋势不明显,2011 年与 2009 年相比,静脉注射处方率、抗菌素处方率北京与河南下降显著,而安徽和重庆则略有上升;激素处方率,北京、重庆有所上升,安徽和河南则略有下降。在乡镇卫生院,河南省的三种处方率均有不同程度下降,安徽、重庆则有升有降,变化不规律(表 9)。

关于公共卫生服务质量,高血压和糖尿病有效控制率整体处于较高水平。与 2009 年相比,2011 年安徽省中心的高血压和糖尿病有效控制率、重庆市中心的高血压有效控制率小幅降低,其他均有不同程度提高(表 10)。

表 9 合理用药情况(%)

机构	地区	静脉注射处方率		抗菌素处方率		激素处方率	
		2009 年	2011 年	2009 年	2011 年	2009 年	2011 年
中心	北京	12.11	3.00	19.71	12.83	1.44	2.42
	安徽	39.94	42.62	57.20	62.43	22.31	21.00
	河南	25.80	18.00	22.60	19.20	11.80	8.00
	重庆	25.08	26.71	39.09	43.00	3.59	4.90
卫生院	安徽	45.35	50.55	71.36	65.93	18.40	13.80
	河南	35.53	30.93	58.53	53.47	14.67	11.47
	重庆	18.63	16.99	54.08	56.70	2.93	5.21

表 10 慢性病有效控制率(%)

机构	地区	高血压		糖尿病	
		2009 年	2011 年	2009 年	2011 年
中心	北京	68.83	73.80	67.39	72.86
	安徽	89.88	85.90	91.00	86.53
	河南	78.94	80.10	84.50	86.37
	重庆	80.45	75.83	77.40	80.09
卫生院	安徽	84.04	85.22	82.57	84.87
	河南	90.00	90.97	87.00	89.25
	重庆	69.03	77.70	68.49	79.28

#### 2.5 医患双方满意度

##### 2.5.1 医务人员工作满意度

50%~70%的医务人员对工作总体感觉满意,社区卫生服务中心医务人员对执业环境的满意率高于乡镇卫生院,安徽最高,为 53.45%;对收入的满意率在各选项中最低,除北京超过 30%外,其他省市均在 10%左右(表 11)。

##### 2.5.2 患者就医满意度

患者对社区卫生服务中心和乡镇卫生院最满意的是工作人员的服务态度和等候时间,其次是就医环境;满意度相对较低的是人员技术、设施设备和就医费用(表 12)。

表11 基层医务人员工作满意度(%)

项目	中心				卫生院		
	北京	安徽	河南	重庆	安徽	河南	重庆
工作总体满意度	67.49	62.96	52.55	70.00	60.09	49.17	52.39
执业环境	50.07	53.45	31.63	45.80	34.73	26.40	24.43
个人收入	30.90	11.67	11.18	11.70	12.38	10.00	11.99

表12 患者就医满意率(%)

项目	中心				卫生院		
	北京	安徽	河南	重庆	安徽	河南	重庆
等候时间	84.21	84.01	85.19	81.27	89.49	91.32	80.27
就医环境	79.65	79.38	83.36	80.27	79.46	92.11	69.57
人员技术	68.81	76.11	84.73	71.57	77.39	88.68	62.21
服务态度	91.02	91.14	92.06	87.63	91.40	94.21	77.93
设施设备	59.26	64.16	66.56	58.53	72.29	77.89	59.87
就医费用	72.57	67.49	74.84	61.34	67.79	84.45	61.60

### 3 讨论

#### 3.1 政府财政投入有所增加,基层卫生服务体系建设得到加强,但人力资源数量和质量尚未根本改善

三年医改各级政府将投入重点聚焦在基层,城乡基层卫生服务体系得到了前所未有的重视和加强,基层医疗卫生机构收入结构明显改变,政府投入占机构收入的比例明显增加。机构建设得到加强,机构标准化水平稳步提高,调研地区的机构达标率高于同期全国医改监测平均水平(中心 87.5%,卫生院 70.8%)。<sup>[5]</sup>同时,基层医务人员的配备总体向好,人员数量稳步增加,人才队伍素质和结构得到一定程度的优化。通过多种途径的培养和培训,服务能力开始得到提升,60%以上的医务人员反映其自身医疗技术水平和服务能力等相比于医改前有明显提高。

但是,目前基层卫生人力资源在数量和质量方面仍未根本改善,主要表现在几个方面:一是缺编和空编现象同时存在。改革后虽然编制数已有明显增加,但由于任务量较大,编制数不能满足工作需要,同时由于基层待遇整体较差,吸引人才到基层仍存在较大困难,一些机构存在岗位流招、人才流失的现象;二是“定编不定人”的改革仍不彻底,存在“在编不在岗”的现象<sup>[6]</sup>;三是专业结构不够合理,特别是社区护士缺口较大,医护比倒置,与世界银行建议的 1:2 的比例<sup>[7]</sup>差距甚大,目前 1:1 不到的医护比例显然不能满足基层预防保健、健康教育、家庭访视等工作的需要;四是人员整体素质不高,农村地区更为突出,目前基层具有

中级职称的医务人员明显缺乏,与世界银行建议的高、中、初级职称人员比例的适宜水平(1:3:1)仍有较大差距。

#### 3.2 基层卫生综合改革是一项系统工程,形成稳定的运行新机制尚需一个过程

基层卫生综合改革目标的实现,需要长效的多渠道财政保障机制、竞争性的人事管理体制、激励性的收入分配机制等做支撑,以保证基层卫生服务的公益性,改变医务人员服务行为,提高服务质量和效率,促进人群健康。<sup>[8]</sup>虽然各地结合自身实际,以实施国家基本药物制度为突破口,通过加大政府投入、实施绩效工资、开展绩效考核等途径改变基层公益性缺失、发展活力不足等问题,也取得了一些进展,但稳定可持续的运行机制建设仍面临挑战。

首先,公共财政体制仍然沿用“包干制”的简单化管理思路,投入多以专项补助为主,结构性(预算)投入明显不足,加之补助经费标准测算科学性不强,现有的运动式投入机制缺乏制度保障,投入随意性大且可持续性欠缺;其次,在分税制体制下医疗卫生等公共服务的支出责任主要在于地方政府,卫生事业资金需求高而短期内经济效益不明显,使得地方政府投入积极性不高,特别是经济发展相对落后、地方财力有限的中西部地区,财政补助不到位现象仍较为普遍;再者,由于行政体系中“财权上收、事权下移”的矛盾,区县级以下政府往往缺乏足够的配套资金,导致中央政策在地方难以落实或缺乏持续性,最需投入的基层、农村地区被相对边缘化。

在激励机制方面,虽然绩效工资得到推广实施,绩效考核也普遍开展,但是绩效工资总额标准较低,与医务人员的个人预期有较大的差距;收入的增长与工作任务的增加不相匹配;绩效考核机制和工具不完善等导致医务人员之间的收入没有拉开差距,影响了工作积极性,特别是骨干人员的价值没有得到充分体现,政策激励效果不显著,医务人员对收入的满意度较低。

#### 3.3 基层卫生服务功能得到一定程度的落实,卫生绩效需持续改善

基层医疗卫生机构定位于基本医疗和基本公共卫生服务的“双重网底”,以促进全人群的健康为目标,为居民提供经济、方便、安全、有效的基本卫生保

健。<sup>[9]</sup>改革以来,调研地区基层医疗卫生机构基本医疗服务和基本公共卫生服务总体呈现向好趋势,门诊量逐年增加,基层诊疗人次占辖区诊疗总量的比例稳中有升,国家基本公共卫生服务项目广泛开展,基层卫生服务逐步落到实处。就医费用快速上涨有所遏制,部分地区费用下降明显,居民就医负担有所缓解。然而,由于基本公共卫生服务任务重,考核压力较大而备受基层重视,但基层现有人力资源相对不足,且服务模式尚处于探索阶段,基本医疗与基本公共卫生服务协同程度不高,使基层卫生出现“顾此失彼”现象,部分地区基本医疗服务有所削弱,特别是住院服务减少较为明显,卫生资源使用效率降低,农村地区更为突出。

改革以来,基本医疗和公共卫生服务质量均有不同程度的改善,取得初步成效。但是,基层合理用药问题仍然比较突出,静脉注射用药和抗菌素使用较为普遍,有的地区抗菌素处方率仍超过 60%,静脉注射处方率达到 40%~50%,与国际标准相比有很大的差距,少数指标超过国内平均水平。<sup>[10-12]</sup>究其原因,实行基本药物零差率销售后基层医疗卫生机构虽然从药品本身获得的收益下降,但是非基药仍占一定比例以及使用输液医疗器材等仍有利可图,导致利益链条并未完全切断,加之以质量为导向的绩效考核机制尚不完善,对医生的行为监管也难以完全到位,导致处方行为有不合理现象。

### 3.4 本研究的特点与局限性

本研究作为第三方独立评价研究,以 WHO 提出的“系统模块框架”为基础,从投入、过程和产出构建评价框架,强调评价框架和指标体系的通用性、可比性和系统性;同时选择东中西部有代表性地区开展现场调研,进行实证研究,研究结果具有一定的代表性;注重对不同层面的利益相关者进行调查,包括卫生行政部门、服务机构以及服务对象等,使结果更加客观公正。

由于人群健康改善是一个长期过程,本研究距离改革启动时间较短,难以在短期内对其长期效果和影响进行评价,故重点针对服务效率、质量、费用负担和满意度等近期效果进行分析,长期影响还需进一步观察;另外,由于政策效果评价的社会实验法、准社会实验法等难以选择对照,使本研究存在一定局限性。

## 4 建议

### 4.1 建立长效稳定的财政投入机制,切实维护基层卫生服务公益性

进一步落实财政保障制度,强化预算管理,逐步增加结构性(预算)财政投入,由专项补助逐步向一般性补助过渡,将政府投入制度化、常态化,并逐步上升为法律法规,从而建立稳定的长效补偿机制。<sup>[13]</sup>完善政府购买服务机制,加强资金监管机制,确保资金及时到位,加强绩效考核,提高资金使用效率。

### 4.2 完善人才引进与培养的长效机制,扩充基层卫生人才队伍,优化人才结构

以全科医生制度建设为契机,加强基层高素质适宜人才的培养。根据服务需求,科学测算和制定基层卫生机构人员编制标准,合理配备全科医生、社区护士和公共卫生人员。加强与大医院和专业公共卫生机构的互动,注重多学科交叉和实践技能培养,提升基层服务能力。合理核定基层医务人员的工资待遇,在岗位聘用、职称评定、工资待遇和工作晋升等方面给予一定优惠政策倾斜,在人员聘用上给予基层一定的用人自主权和政策灵活性,创造良好的职业发展空间,使基层卫生人才“进得来、用得上、留得住”。

### 4.3 加强岗位管理与绩效考核,完善绩效工资制度设计,提升基层运行效力与发展活力

做好定岗定责和有效监管,真正实现从“编制管理”到“岗位管理”的转变;建立以公益性为核心、以质量为导向的绩效管理制度,构建系统的精细化服务质量标准与考核方案,依托信息化手段,提高考核效力。完善绩效工资制度设计,合理核定基层医务人员的工资水平,建立符合基层医疗卫生人员职业特点,以医疗数量、质量、风险程度及患者满意度为核心的薪酬支付制度,建立“多劳多得、优绩优酬”的收入分配机制,激发基层发展活力,调动基层医务人员工作积极性。

### 4.4 转变服务模式,坚持医防并重,促进服务有机整合

坚持基本医疗与基本公共卫生服务并重,巩固和强化基本医疗服务功能,更好的满足群众基本医疗需求。合理确定基本公共卫生服务项目,项目增加和内容拓展要与基层能力相适应。切实转变服务

模式,加强全科团队服务,注重服务有机整合,增强服务协同性。

## 致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目的支持和卫生部政法司领导给予课题的指导;感谢北京市卫生局郭积勇副局长、河南省卫生厅黄红霞副厅长、安徽省卫生厅徐恒秋副厅长、重庆市卫生局尹祖海副局长等领导的支持以及调研卫生行政部门和医疗卫生机构的协助;感谢参与调研的中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的同事和研究生在资料收集整理和分析过程中付出的辛勤劳动。

## 参 考 文 献

[1] Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology [R]. New York: Oxford University Press, 1998.

[2] Starfield B. New paradigms for quality in primary care [J]. British Journal of General Practice, 2001, 51 (465): 303-309.

[3] 孙志刚. 实施综合改革加快基层医改新机制建设 [J]. 行政管理改革, 2011(10): 9-13.

[4] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [R]. WHO, 2010.

[5] 卫生部. 2011 年卫生部门医改工作进展监测结果报告 [R]. 2012.

[6] 刘利群. 我国社区卫生服务发展现状及面临的挑战 [J]. 中国护理管理, 2011, 11(12): 6-8.

[7] 卢祖洵, 李永斌, 王芳, 等. 全国社区卫生服务体系建设重点联系城市试点工作进展、成效及值得关注的问题——基于基线调查和常规监测数据的综合分析 [J]. 中国社会医学杂志, 2009, 26(6): 321-325.

[8] 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.

[9] 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.

[10] 傅卫, 孙奕, 孙军安, 等. 农村乡镇卫生院合理用药及其管理措施分析 [J]. 中国卫生经济, 2004, 23(6): 25-27.

[11] 刘利群, 卢祖洵, 张新平. 城市社区卫生服务机构合理用药情况分析 [J]. 中国卫生经济, 2009, 28(4): 45-47.

[12] 张新平, 郑明节. 我国农村地区合理用药指标值的研究 [J]. 中国初级卫生保健, 2005, 19(12): 18-19.

[13] 梁鸿, 余兴, 仇玉彬. 新医改背景下社区卫生服务若干政策问题的探讨 [J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(7): 2-8.

[收稿日期:2013-03-18 修回日期:2013-05-08]

(编辑 赵晓娟)

## · 信息动态 ·

# 《经济学人》杂志:扩大 Medicaid 计划制度需要开展更多研究

2014 年,奥巴马政府承诺将投入数十亿美元用于扩大 Medicaid 计划,但目前约有一半的州认为其收效甚微,并不打算实施这一行动。

2008 年,哈佛大学和麻省理工学院联合开展了一项针对 Medicaid 计划的随机对照试验研究,通过对两年的数据分析发现,Medicaid 计划能够有效避免灾难性卫生支出的发生,但对患者健康结果的改善

并没有明显效果。

民主党人对此结果并不认同。一方面,民主党人指出,也有研究认为 Medicaid 计划的扩大能够使死亡率下降 16%;另一方面,民主党人正组织开展多种形式的研究,以反驳上述观点。

(来源: The Economist)