

安徽省基层卫生综合改革实施效果

徐恒秋^{1*} 代涛² 陈瑶² 夏北海¹

1. 安徽省卫生厅 安徽合肥 230001

2. 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:分析安徽省基层卫生综合改革的实施效果。方法:按照社会经济状况,选择安徽省三个城市 6 个区县共 88 家基层医疗卫生机构作为研究对象,收集 2009—2011 年的相关数据,分析基层卫生综合改革的实施效果。结果:2011 年社区卫生服务中心和乡镇卫生院药占比分别降至 23.97% 和 30.73%,基层卫生机构的补偿结构发生明显改变;大专以上学历卫生技术人员所占比例明显增加,人力资源数量和结构逐步改善;人员收入有所增长但满意度仍然不高。门急诊服务数量和效率提高,住院服务数量和效率有所降低,医疗费用得到控制,服务质量有所改善。结论:政府的强力推动是安徽省基层卫生综合改革迅速推进的重要保障。初步实现了建立公益性运行新机制的目标,但人力资源仍然不足,绩效考核与预期实现的激励效果仍存在差距。理顺政府与基层卫生机构之间的治理关系仍需继续努力;应完善招聘机制,合理提高医务人员收入,改进绩效考核方案,关注改革措施的综合作用,巩固已有成果。

【关键词】基层卫生;综合改革;效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.05.004

Effect on primary healthcare comprehensive reform in Anhui province

XU Heng-qiu¹, DAI Tao², CHEN Yao², XIA Bei-hai¹

1. Health Department of Anhui Province, Anhui Hefei 230001, China

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

【Abstract】 Objective: In this paper, we discuss the effects of implementing primary healthcare comprehensive reform in Anhui province. Methods: Data was collected for the years 2009 to 2011 from 88 primary healthcare institutes in six districts and counties, and the effects of the primary healthcare reform were analyzed using an input-process-output method. Results: In 2011, the drug revenues had declined to 23.97% and 30.73% respectively in community and township health centers. We found that the reimbursement structure of primary healthcare institutes has fundamentally changed. Human resources have been strengthened and the income of health care professionals has increased; however, satisfaction levels remain low. The service quantity and efficiency for outpatient service has improved, but that of the inpatient service has decreased. Quality and cost control for both outpatient and inpatient service has improved. Conclusion: Reforms in Anhui province have improved under the effective governance, but human resources are still not sufficient to cover the workload, and performance evaluation also needs to be improved. We suggest managers of primary healthcare institutes should be given greater power, and employment packages should be more flexible. We suggest gradually increasing the salaries of healthcare professionals and improving performance e-

* 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:徐恒秋,女(1960年—),安徽省政府食品安全委员会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

通讯作者:代涛。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

valuation scheme. With regards to the behavior of stakeholders and effects of integrated policies, we suggest consolidating achievements of primary healthcare system reform.

【Key words】 Primary healthcare; Comprehensive reform; Effect

新一轮医药卫生体制改革启动后,安徽省于2009年10月率先出台基层卫生综合改革系列文件。^[1]主要包括《综合改革试点实施意见》,《乡镇卫生院、社区卫生服务机构、村卫生室改革试点方案》,《机构编制标准、分流人员安置、绩效考核试点、运行补偿试点、基本药物和补充药品使用采购配送试点》等管理办法,形成了较为完整的改革政策框架。^[2]这些改革措施涉及基层卫生服务体系的领导及治理、服务提供、卫生人力、筹资与支付等多个方面,属于较为系统和综合的政策干预。本研究在改革过程和产出层面确定相应的指标,比较分析安徽省基层卫生综合改革的实施效果。

1 资料与方法

1.1 资料来源

采用分层整群抽样方法,在安徽省选择3个城市,每个市选2个区县,调查所有政府办基层医疗卫生机构2009—2011年的运行数据和医务人员满意度情况(每家机构调查15名两年以上工作经验的医务人员);在每个区县各抽取2家基层医疗卫生机构,每个机构随机拦截100名门诊患者进行问卷调查,并开展处方抽查(分别抽取2009年和2011年的3月、7月、11月处方各50张,每家机构300张)。同时,对安徽省卫生厅人员、抽样地区卫生行政人员、机构负责人和医务人员进行访谈。样本量见表1。

表1 安徽省基层医疗卫生机构样本量情况

| 调查范围 | 调查内容 | 抽样标准 | 样本量 |
|---------|-------------|-----------|-------|
| 6个抽样区县 | 社区卫生服务中心(家) | 所有政府办基层机构 | 24 |
| | 乡镇卫生院(家) | 所有政府办基层机构 | 64 |
| | 医务人员(人) | 15人/家 | 1 048 |
| 12家抽样机构 | 门诊处方(张) | 300张/家 | 3 600 |
| | 门诊患者(人) | 100人/家 | 1 191 |

注:部分基层机构因为规模偏小,调查医务人员和患者人数未达到抽样标准。

1.2 研究方法

梳理相关政策文件和文献,了解安徽省实施基层卫生综合改革的相关做法和实施过程。定量数据用Epidata3.1录入,SPSS16.0软件进行统计分析;定

性资料通过录音转录成文本,进行归纳总结。依据世界卫生组织提出的“系统模块(Building Blocks)框架”^[3],分析基层卫生综合改革后,在过程层面基层卫生体系的领导与治理、筹资、服务提供以及人力资源的变化,在产出层面服务效率、费用、质量和满意度等指标的改善程度,剖析安徽基层卫生综合改革的实施效果,为进一步完善改革提供建议。以2009年为对照,2010年为改革实施期,2011年为效果分析期,分析框架及指标见前文“我国基层卫生综合改革实施效果”。

2 结果

2.1 安徽省基层卫生综合改革的主要做法

安徽省以政府为主导,行政推动,政府部门广泛参与,并在实施过程中根据出现的问题不断调整改革方案。安徽省委省政府将医改纳入重大民生工程,以常务副省长牵头组成医改领导小组,在卫生厅、财政厅、发改委、机构编制委员会办公室、人力资源与社会保障厅等部门组成的专题调研组对15个县(市、区)开展研究论证的基础上,研究制定了基层卫生综合改革实施方案。自2010年1月起,在32个县(市、区)实施基层卫生综合改革试点,同年9月,在所有县(市、区)全面实施综合改革,同时对试点期间出台的政策文件进行了修订完善。

改革的主要内容是为保障基本药物制度顺利推行,以实行零差率为突破口,推进基层医疗卫生机构管理体制和补偿机制、人事分配制度等改革,实现基层医疗卫生机构管理体制和运行机制的根本转变。^[4]在管理体制方面,改革后明确了乡镇卫生院公益性事业单位的性质,政府举办的基层医疗卫生机构全部纳入编制管理和财政保障。在补偿机制方面,取消基层医疗卫生机构账户,收支全部纳入国库支付中心统一管理,按照“核定任务、核定收支,绩效考核补助”的原则,财政按月拨付经费保障其正常运转。采用“定编定岗不定人”和绩效考核的人事分配制度,依据服务的人口数、人口特征、地理位置及服务的需求,核定服务人数,即“定编”,根据基层医疗

卫生机构的功能定位和需要提供的服务核定工作岗位,即“定岗”。^[5]人员通过竞争上岗,纳入编制管理,配以绩效考核,实行聘用制和合同管理。政府举办的基层医疗卫生机构及一体化管理的村卫生室全部配备使用国家基本药物及一定比例的省补基本药物,并实行零差率销售。

2.2 机构收入及构成

2009—2011 年,社区卫生服务中心收支结余变化不大,但乡镇卫生院略有收不抵支。社区卫生服务中心总收入平均从 354.53 万元提高至 398.94 万元,年均增长 6.08%;乡镇卫生院平均从 210.79 万元提高至 224.21 万元,年均增长 3.13%。乡镇卫生院收不抵支的情况与其历史债务难以化解有关。访谈中卫生行政管理人员认为:“对于乡镇卫生院的债务化解问题,国家出台了政策,但是没有明确谁来拿资金化解。”

从收入结构分析,2009—2011 年,社区卫生服务中心财政补助收入占总收入的比例从 42.80% 增长至 50.33%,乡镇卫生院从 17.05% 增长至 39.43%;社区卫生服务中心药品收入占总收入的比例从 31.56% 降为 23.97%,乡镇卫生院从 42.66% 降为 30.73%，“以药补医”的局面得到缓解(表 2)。

表 2 基层医疗卫生机构收入及构成情况

| 指标 | 社区卫生服务中心 | | | 乡镇卫生院 | | |
|-------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 |
| 收支结余(万元) | 25.92 | 16.97 | 19.38 | 5.24 | -2.71 | -6.50 |
| 机构总收入(万元) | 354.53 | 388.12 | 398.94 | 210.79 | 233.48 | 224.21 |
| 财政补助收入占比(%) | 42.80 | 39.37 | 50.33 | 17.05 | 28.47 | 39.43 |
| 药品收入占比(%) | 31.56 | 29.91 | 23.97 | 42.66 | 36.06 | 30.73 |

2.3 人力资源数量和结构

2009—2011 年,基层医疗卫生机构每千人口卫生技术人员逐步增加。其中,每千人口执业(助理)医师人数逐年下降,每千人口护理人员 and 专职公共卫生人员数量逐年提高,但医护比与世界银行建议的 1:2 相比还有一定差距(表 3)。与核定的编制标准相比(2011 年按户籍人口的 1‰~1.5‰ 总量控制),基层医疗卫生机构的人力资源仍相对不足,尤其是医师数量。被访谈卫生行政管理人员和机构负责人认为主要原因是:“原机构人员被分流后,受人员编制、招聘条件和中高级职称名额的限制,存在符合条件的

人招不来、能干活的又竞聘不上现象。”

从学历构成分析,2009—2011 年,大专以上学历卫生技术人员所占比例社区卫生服务中心从 43.94% 增加至 62.69%,乡镇卫生院从 45.92% 增加至 56.77%。

表 3 基层医疗卫生机构每千人口卫生技术人员数(人)

| 人员类别 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 |
|----------|--------|--------|--------|
| 执业(助理)医师 | 0.38 | 0.37 | 0.34 |
| 护理人员 | 0.18 | 0.20 | 0.22 |
| 专职公卫人员 | 0.07 | 0.11 | 0.13 |
| 卫生技术人员 | 0.67 | 0.69 | 0.70 |

注:每千人口卫生技术人员除医师、护理人员、专职公卫人员外,还包括药师和卫技人员等,所以数量大于医师、护理人员和专职公卫人员之和。

2.4 人员收入及工作量

2009—2011 年,社区卫生服务中心在岗人员的年平均工资从 3.25 万元增加至 4.47 万元,年均增长 17.28%,其中医师和护理人员年均增长 16.92% 和 17.81%;乡镇卫生院在岗人员年平均工资从 2.18 万元增加至 2.75 万元,年均增长 12.32%,其中医师和护理人员年均增长 10.73% 和 13.27%(表 4)。

表 4 基层医疗卫生机构卫生人员年平均工资(万元)

| 卫生人员 | 社区卫生服务中心 | | | 乡镇卫生院 | | |
|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 |
| 在岗人员 | 3.25 | 3.85 | 4.47 | 2.18 | 2.39 | 2.75 |
| 在岗医师 | 3.46 | 4.23 | 4.73 | 2.30 | 2.50 | 2.82 |
| 在岗护理人员 | 3.30 | 4.06 | 4.58 | 2.05 | 2.30 | 2.63 |

2011 年被调查医务人员对收入满意、一般和不满意的分别占 32.19%、6.12% 和 61.69%。经统计学检验,不同专业和学历医务人员对收入满意度的差异有统计学意义,公共卫生人员满意度较高(44.52%),其次是护理人员(34.4%)和医疗人员(26.69%);本科及以上学历医务人员满意度较高(44.34%),其次是大专(34.16%)和中专及以下(31.99%)医务人员。不同职称医务人员的收入满意度没有统计学差异。

社区卫生服务中心和乡镇卫生院医务人员平均每周工作 44.83 小时和 58.45 小时。按每周平均工作时间分组,每周工作时间越长,医务人员收入满意度越低(表 5)。按专业分析,医师随着每周工作时间增加,收入满意度明显降低,差异有统计学意义;护理和公共卫生人员的收入满意度在不同工作时间分组间无差异。按学历分析,大专学历的医务人员随

着每周工作时间增加,收入满意度明显降低,差异有统计学意义;本科及以上学历和中专及以下学历的医务人员则无差异。

表5 不同工作量医务人员的收入满意度(%)

| 类别 | 每周平均工作时间(小时) | | | | P 值 | |
|----|--------------|--------|--------|-------|-------|-------|
| | 40 以下 | 40 ~60 | 60 ~80 | 80 以上 | | |
| 专业 | 医疗 | 44.30 | 31.65 | 17.17 | 11.11 | 0.000 |
| | 护理 | 24.62 | 43.70 | 36.11 | 31.25 | 0.068 |
| | 公共卫生 | 48.08 | 43.24 | 33.33 | 50.00 | 0.845 |
| 学历 | 本科及以上学历 | 50.00 | 48.99 | 31.25 | 20.00 | 0.371 |
| | 大专 | 38.24 | 38.33 | 21.43 | 16.67 | 0.009 |
| | 中专及以下 | 32.14 | 32.90 | 24.39 | 23.81 | 0.650 |
| 合计 | | 38.78 | 37.47 | 23.62 | 19.64 | 0.002 |

随着人员分流、公共卫生服务量增加,医务人员普遍认为工作量大,收入与工作强度不匹配。医生认为:“收入比以前确实提高了,但是我们的工作增加了更多。”“目前业务量增加,临床医生由过去的18人减少到10人,医务人员明显超负荷劳动,尤其是还要承担公共卫生任务”,“我们一般都是抽下班的时间去做公共卫生。其实,一个人都做2到3份工作。”卫生行政人员认为:“绩效工资增加幅度和档次差别有限,不能很好调动积极性”。

2.5 服务数量和效率

2009—2011年,社区卫生服务中心和乡镇卫生院的门急诊服务量年均增长19.17%和3.53%,出院人次数年均降低20.95%和8.51%,医生日均诊疗数分别从7.52人次和6.37人次提高至9.10人次和7.21人次,平均住院床日分别从6.33床日和6.14床日提高至7.07床日和7.49床日(表6)。

表6 基层医疗卫生机构服务量和效率变化情况

| 机构 | 年份 | 门急诊人次 (人次) | 出院人次 (人次) | 医生日均诊疗 人次(人次) | 平均住院床 日(床日) |
|--------------|------|---------------|--------------|------------------|----------------|
| 社区卫生 服务中心 | 2009 | 26 314.54 | 418.11 | 7.52 | 6.33 |
| | 2010 | 28 664.29 | 262.40 | 7.96 | 6.54 |
| | 2011 | 36 933.29 | 214.28 | 9.10 | 7.07 |
| 乡镇卫生 院 | 2009 | 14 176.09 | 931.19 | 6.37 | 6.14 |
| | 2010 | 15 581.17 | 747.63 | 6.94 | 6.64 |
| | 2011 | 15 335.02 | 718.77 | 7.21 | 7.49 |

根据访谈资料,住院服务量下降主要与某些药品种类不齐全以及机构手术项目减少等有关。一位乡镇卫生院院长在谈及住院患者减少时说到:“那时候手术病人也多,即使有风险,为了收入也得做。现在应该讲,对老百姓更负责一些,能干什么事情就干什么事情,不去冒风险。”“药品品种不能完全满足病人需求,有的基本药物不一定能够达到效果。”也有

部分机构负责人认为目前按照以往平均工作量核定收支的方式不够合理,影响基本医疗工作开展:“过去业务不好的医院受益,好的乡镇卫生院医疗技术骨干积极性受损;现在公共卫生这块的任务非常重,不得不把大部分的时间花在公共卫生上面来,所以从事基本医疗的时间较少。”

在公共卫生服务方面,2009—2011年,抽样地区城镇居民健康档案计算机管理率从36.53%提高至55.91%,农村居民健康档案计算机管理率从10.89%提高至86.98%;基层医疗卫生机构0~6岁儿童系统管理率从73.35%提高至86.18%,孕产妇系统管理率从58.14%提高至65.36%,65岁以上老年人健康管理率从18.81%提高至90.89%,公共卫生服务的覆盖内容和范围明显扩大。

2.6 医疗费用

基层医疗卫生机构次均门诊和住院费用开始降低,费用控制效果显现。2009—2011年,社区卫生服务中心的次均门诊费用从90.98元降为70.63元,年均降低11.89%;次均住院费用从2 165.87元降为1 675.70元,年均降低12.04%。乡镇卫生院的次均门诊费用从79.36元降为68.04元,年均降低7.41%;次均住院费用从1 395.61元降为1 326.67元,年均降低2.50%(表7)。

表7 基层医疗卫生机构次均门诊和住院费用(元)

| 机构 | 年份 | 次均门诊费用 | 次均住院费用 |
|--------------|------|--------|----------|
| 社区卫生 服务中心 | 2009 | 90.98 | 2 165.87 |
| | 2010 | 91.94 | 2 208.01 |
| | 2011 | 70.63 | 1 675.70 |
| 乡镇卫生 院 | 2009 | 79.36 | 1 395.61 |
| | 2010 | 63.20 | 1 429.20 |
| | 2011 | 68.04 | 1 326.67 |

2.7 服务质量

从处方合理用药和慢性病有效控制率两方面分析基层医疗卫生机构基本医疗和公共卫生服务质量。在基本医疗方面,基层医疗卫生机构改革前后平均每张处方用药数为3.32种和2.98种,处方药品数超过5种的处方比例为10.58%和7.45%,二联及以上抗生素处方率分别为17.37%和14.25%,差异有统计学意义,样本地区基层卫生服务机构“大处方”现象有所好转。但抗菌素处方率和激素处方率改革前后变化不大,注射剂处方率从42.82%上升为47.20%,差异有统计学意义(表8)。

表 8 改革前后单张处方药品数量和结构变化

| 指标 | 2009 年 | 2011 年 | P 值 |
|-------------------|--------|--------|--------|
| 单张处方用药种数(种) | 3.32 | 2.98 | <0.001 |
| 用药数大于 5 种的处方占比(%) | 10.58 | 7.45 | <0.001 |
| 抗菌素处方率(%) | 64.73 | 64.45 | 0.871 |
| 二联及以上抗菌药物处方率(%) | 17.37 | 14.25 | 0.015 |
| 激素处方率(%) | 22.31 | 21.00 | 0.368 |
| 注射剂处方率(%) | 42.82 | 47.20 | 0.013 |

在公共卫生服务方面,2009—2011 年基层医疗卫生机构的高血压和糖尿病的规范管理率逐年增长。社区卫生服务中心高血压规范管理率从 68.05% 增长至 81.77%,糖尿病规范管理率从 83.73% 增长至 84.20%,但两种疾病的有效控制率略有下降;乡镇卫生院高血压规范管理率从 73.33% 增长至 85.06%,糖尿病规范管理率从 72.57% 增长至 79.29%,两种慢性病的有效控制率均有所提高(表 9)。

表 9 基层医疗卫生机构公共卫生服务质量(%)

| 指标 | 社区卫生服务中心 | | | 乡镇卫生院 | | |
|----------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 |
| 高血压规范管理率 | 68.05 | 85.99 | 81.77 | 73.33 | 78.84 | 85.06 |
| 糖尿病规范管理率 | 83.73 | 82.74 | 84.20 | 72.57 | 74.52 | 79.29 |
| 高血压有效控制率 | 89.88 | 87.42 | 85.90 | 84.04 | 83.88 | 85.22 |
| 糖尿病有效控制率 | 91.00 | 85.58 | 86.53 | 82.57 | 81.27 | 84.87 |

2.8 医务人员和患者总体满意度

2011 年,被调查基层医疗卫生机构医务人员的总体满意度为 61.09%。对于自身的社会地位和职业环境,医务人员中有 52.28% 自评社会地位在 50 分以上(满分为 100),41.59% 对执业环境满意。在执业环境方面,医务人员最希望得到改善的是个人收入和工作条件,表明基层医疗卫生机构的工资待遇水平以及工作环境是医务人员最关心的问题,也是影响人才队伍稳定的主要因素。

门诊患者对基层医疗卫生机构的总体满意度为 78.99%。从患者的就医意愿分析,有 72.4% 的患者自感病轻时愿意首选基层医疗卫生机构就诊,主要原因是就医方便、服务态度好和费用低廉。同时,有超过 40% 的患者认为医改以来基层医疗卫生机构的就医费用有所下降。

3 讨论

3.1 政府强力推动是安徽省基层卫生综合改革迅速推进的重要保障

安徽省充分发挥政府的主导作用,有力推动改

革,走在了全国前列,为全国作出了表率。主要表现在三个方面:一是安徽省政府在国家政策框架内,以基本药物制度为切入点,结合人口众多、财力薄弱等实际情况,开创性提出包括补偿机制、人事制度、分配机制在内的基层卫生综合改革的总体思路,并将其付诸实施,成为地方政府落实医改政策的一个范例。二是安徽省以常务副省长为主进行基层医改的统筹协调,有力推动了各政府部门对基层医改的重视和参与程度,以往医改中难以突破的财政补偿、人事分配等环节的改革有了重大进展,体制变革与机制建立成为可能。三是适时自我调整。在改革全面实施一年后,政府针对改革实施过程中的问题,提出了巩固完善基层卫生综合改革的 10 个方面共 30 条意见,弥补了原有制度的缺陷,进一步提高了基层医改的可持续性。^[6]但从治理规律看,只以行政方式推进改革难以持久,关键是在现有制度框架内,理顺政府和医疗卫生机构之间的权责关系,建立长效的体制机制安排。

3.2 基层医疗卫生机构补偿机制发生改变,公益性运行机制开始形成

在补偿机制、人事分配制度等改革措施的综合作用下,安徽省抽样地区基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例显著提高,药品收入占总收入比例明显降低,补偿结构改革后发生根本性改变。部分超出范围的手术项目被禁止,处方用药行为有所改善,医疗费用得到控制,趋利的运行机制得以扭转,初步实现了综合改革政策在基层机构补偿和运行机制上的目标。需要注意的问题是虽然政府加大了投入力度,但乡镇卫生院的历史债务仍难以化解,主要原因是规划内投资额较低难以满足需求,地方政府将资金配套责任下移给机构以及工程造价过低等多种因素。

3.3 人力资源数量和结构逐步改善,但与工作量仍不匹配

综合改革后,抽样地区基层卫生技术人员数量增加,结构优化,但仍出现医生数量减少、人员分流后空编的现象。主要原因是基层医疗卫生机构虽然增加了编制,但职业吸引力仍不高,难以招到符合要求的卫生技术人员;而在招聘权统一由省级行政部门掌握背景下,基层医疗卫生机构没有权力和资

金招聘部分资格稍低、但能胜任工作岗位的人员。这使得部分临床医生承担了大量公共卫生任务,工作负荷加重,挤占了从事基本医疗服务的资源,是改革后医生数量减少的重要原因。尽管强化基层人才队伍建设的作用开始显现,但由于配套政策不健全,难以完全实现预期效果,基层机构人才引进、稳定和培养等问题依然很突出。^[7]

3.4 绩效考核与预期实现的激励效果仍有差距

绩效考核的设计初衷是根据基层医疗卫生机构及医务人员产出的数量和质量,明确收入分配的科学依据,完善机构和人员的激励约束机制。由于预算管理机构和机构自主权较小等条件约束,目前的绩效考核方式过于强调数量上的产出,存在核定工作任务方式较为僵化等问题。部分改革前业务量大的机构提供基本医疗服务的积极性受损,不利于基层医疗卫生机构充分发挥其服务提供能力。医务人员的收入虽有所提高,但收入总额已固定,其劳动付出与收入不相符,骨干技术人员与其他人员之间的收入差距也不大。基层医疗卫生机构的运行活力和医务人员的积极性提高有限。

4 建议

4.1 理顺政府与基层机构之间的治理关系

将现有的政府投入与监管责任以制度的形式固定下来,作为政府履行卫生职能与评价绩效的依据。继续完善基层医疗机构的收支财务管理方式,将机构内部治理、人员聘用、收入再分配等权限逐步向机构管理者归还,更大程度上发挥医疗机构的自主性和积极性。

4.2 完善招聘机制,加强基层卫生人才队伍建设

采取多项措施,完善基层机构卫生人才的招聘机制,引导卫生人才流向基层。根据基层医疗卫生机构的工作需求,制定合理的招聘计划,对基层机构给予政策上的优惠,形成长效的人才引进机制;并赋予基层行政部门和机构一定的招聘自主权,缓解目前空编的问题。

4.3 合理提高医务人员收入,改进绩效考核方案

参照其他行业工资标准,合理制定基层医疗卫生机构医务人员的收入水平及增长机制,保证基层医务人员的收入与工作量相当,且不低于当地平均

收入水平;改进绩效考核方案,合理设定基本医疗和公共卫生考核指标的权重,加大奖励性绩效工资比例,适当拉开收入差距,提高业务骨干积极性。

4.4 关注改革措施的综合作用,巩固已有改革成果

基层卫生综合改革属于系统层面的政策干预措施,应综合分析和比较补偿、人事和分配等相关政策的实施效果,从政策执行层面剖析出现的问题及其原因,并从循证的角度出发,对改革的关键机制不断进行完善,巩固改革已取得的成果。^[8]

致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目的大力支持;感谢安徽省卫生厅各处室负责人的指导与帮助,感谢抽样城市和区县卫生局在现场调研中的协助与配合;感谢参与安徽省调研的中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的老师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] 安徽省政府办公厅. 安徽省人民政府关于基层医药卫生体制综合改革的实施意见[Z]. 2010.
- [2] 徐恒秋. 安徽省基层卫生综合改革的进展、挑战与展望[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(7): 1-3.
- [3] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies[R]. WHO, 2010.
- [4] 朱霖, 叶宜德, 吴晓红. 安徽省基层医药卫生体制综合改革中的政府职责及其实现形式探讨[J]. 华东经济管理, 2010, 24(10): 28-32.
- [5] 姚岚. 安徽四大举措, 力挺基层卫生服务跨越式发展[J]. 中国社区医师, 2011(28): 25.
- [6] 徐恒秋. 安徽省深化基层卫生综合改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 26-29.
- [7] 尹爱田, 王文华, 杨文燕. 基于WHO卫生人力战略目标的我国农村卫生人才政策研究[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(1): 43-45.
- [8] World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems[J]. Lancet, 2009, 373(9681): 2137-2169.

[收稿日期:2013-03-25 修回日期:2013-05-06]

(编辑 薛云)