

边疆民族地区基层基本医疗服务改革实证研究

王松,刘光远

(新疆农业大学管理学院,新疆 乌鲁木齐 830052)

摘要:目的:调查边疆民族地区基层基本医疗卫生服务改革进展,探讨加强服务保障能力与水平的路径。方法:随机抽取乌鲁木齐市4个区19所基层医疗卫生机构进行调查研究。结果:乌鲁木齐市基层医疗卫生机构有4种举办主体,其中非政府举办占89.8%,政府举办占10.2%;基层医疗卫生机构医护比仅为1:0.96,远低于1:2的国际水平;社区卫生服务机构近三年年均门诊量无明显变化;新农合参合率达到99.9%。基药制度实施进展:社区卫生服务中心达到88.9%,社区卫生服务站达到62.5%。结论:乌鲁木齐市基层基本医疗卫生服务公共财政投入明显增加,服务规模明显扩大,基层群众就医方便程度明显提高,但服务能力建设还亟待加强。

关键词:民族地区;基本医疗;卫生服务;医疗改革;实证研究

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2015)04-266-004

doi:10.7655/NYDXBSS20150404

近年来,我国基层基本医疗卫生服务稳步推进,以农村乡镇和城市社区医疗机构为着力点的基层医疗卫生体系建设,正成为新医改的突破口。本实证研究通过对乌鲁木齐市基层医疗卫生服务机构医护资源配置、服务能力、基本医疗卫生服务运行机制等基本情况的调查,总结经验,揭示存在的突出问题,为完善边疆民族地区基层医疗卫生服务政策,提高其基本医疗卫生服务保障能力与水平,促进边疆民族地区基层“社会稳定、长治久安”总目标的实现提供相关理论支撑。

一、资料及方法

(一)资料来源

本项目调查资料来源于两方面,一是乌鲁木齐市卫生局提供的该市基层医疗卫生机构综合改革、政府工作报告等文件;二是课题组随机选取本市沙依巴克区、米东新区、水磨沟区、高新区19所基层医疗卫生机构作为调查对象,获取第一手调查资料。

(二)研究方法

对9所社区卫生服务中心、8所社区卫生服务

站、1所乡镇卫生院、1个村卫生室进行实地调查访谈。其内容主要包括基层医疗卫生机构的医护配置比例、服务保障能力等情况。了解政府对基层基本医疗卫生服务在公共财政补贴方面的政策实施情况,分析存在的突出问题,征求基层医务人员对现行体制机制改革方面的意见和建议。

二、结果

(一)被调查区概况

乌鲁木齐市是新疆维吾尔自治区首府、新疆生产建设兵团首脑机关所在地。2013年,全市常住人口346万人,居住着汉族、维吾尔族、回族、哈萨克族等51个民族,是典型的边疆多民族聚居地区。第六次全国人口普查结果显示,全市共有少数民族人口780905人,占25.09%,与第五次全国人口普查相比增长了51.85%,并且广泛分布在市辖的七区一县。其中75%的少数民族人口居住在城市市区,维吾尔族、回族有相对集中的居住区域,其他少数民族则是分散杂居。在基层医疗卫生服务资源方面,截至2013年末,全市共有医疗卫生机构1682个,其中

基金项目:乌鲁木齐市政府公共服务“十三五”规划前期调研项目资助

收稿日期:2015-04-08

作者简介:王松(1990-),男,四川德阳人,硕士研究生在读,研究方向为行政管理;刘光远(1955-),男,陕西杨凌人,硕士生导师,研究方向为公共政策,通信作者。

基层医疗卫生机构 1 512 个, 占全市医疗卫生机构的 89.9%, 且点多、面广、情况复杂。其他医疗机构还有: 医院 136 所, 专业公共卫生机构 31 个, 其他卫生机构(包括疗养院)3 个。在现有医护资源下, 2013 年接诊 2 143.7 万人次。

(二) 基层医疗卫生服务机构概况

基层医疗卫生机构是承担基本医疗卫生服务的责任主体, 主要包括农村乡镇卫生院、村卫生室和城市的社区卫生服务中心、社区卫生服务站四种形式。2013 年, 乌鲁木齐市农村有乡镇卫生院 27 所、村卫生室 188 所; 市区有社区卫生服务中心 59 所、社区卫生服务站 208 所。社区卫生服务中心是为市民提供基本医疗卫生服务的重要主体, 下辖社区卫生服务站。目前, 该市社区卫生服务中心主要有四种举办主体, 具体情况见表 1。

表 1 2013 年乌鲁木齐市社区卫生服务中心属性分布

举办主体	数量(所)	构成比(%)
政府举办	6	10.2
公立医院举办	33	55.9
企业医院举办	16	27.1
社会举办	4	6.8

(三) 政府公共财政补助情况

市政府对各基层医疗卫生机构都有财政资金补助保障, 但各基层医疗单位补助差距较大, 最多的为 6 656 528 元, 最少的 511 966 元, 二者相差 13 倍。并且市政府公共财政补助普遍不能保障基层医疗卫生机构的基本运行需求, 尤其对企业举办的社区卫生服务机构的财政补助更低, 导致企业不得不提高对本企业医疗机构的资金投入, 以维持其正常运转。在资金使用支配方面, 由于社区卫生服务站隶属于社区卫生服务中心, 社区卫生服务站没有自主的资金支配权, 市政府公共财政资金只到社区卫生服务中心, 所有资金均由社区卫生服务中心统一支配、调度、管理。在激励机制方面, 上级组织通过有计划的医护人员能力建设培训项目进行激励, 但是在工资分配方面, 基层医务人员的基本工资较低, 一般正式在编人员月工资为 2 000 元左右, 无编制的医务人员待遇更低。这种工资待遇基本上不能对基层医务人员起到稳定作用, 反而会影响其主动提高服务质量和效率的积极性。

(四) 医护资源配置概况

1. 医护比例

医护资源是提高基层医疗卫生机构服务保障能力的基础, 医护配置比例对医疗卫生服务质量有重要影响, 按照国际惯例, 医护比应为 1:2^[1], 即按照 1

名医生、2 名护士的比例配置。本次调查结果显示, 社区卫生服务中心平均有 18 名医生、18 名护士, 社区卫生服务站平均有 4 名医生、3.5 名护士, 总医护比为 1:0.96(表 2)。显然, 上述被调查基层医疗卫生机构的医护比均明显低于国际水平, 最低仅为 1:0.35, 不足国际标准的 25%。

表 2 社区卫生服务机构医护结构情况

机构	医生比重(%)	注册护士比重(%)	医护比
社区卫生服务中心	50.80	49.20	1:0.96
社区卫生服务站	53.30	46.70	1:0.88

2. 人员培训

2013 年乌鲁木齐市重大公共卫生专项职业能力建设培训 6 800 人, 乡镇卫生院和村卫生室人员在职岗位培训 820 人, 培养中等医学学历村医 50 人, 乡村医生注册能力培训 257 人。另外, 医院对基层医疗机构的援助力度进一步加大, 7 所市属二级以上医院与 17 个基层医疗机构建立了长期对口协作关系, 通过 1+X 模式, 即一家市属医院与 X 家基层医疗机构建立紧密的协作关系, 开展远程教学讲座 16 次, 共培训 44 家社区卫生服务中心和卫生院医护人员 3 122 人次。

(五) 基层医疗机构门诊服务情况

1. 门诊次均费用

门诊次均费用是医疗卫生服务机构全年所有门诊病人在该机构的诊疗所支出的每次平均费用, 从一定程度上反映了本市基层群众医疗费用负担的基本情况。调查结果显示, 2011—2013 年, 基层医疗卫生机构的门诊次均费用均有上升。以社区卫生服务机构为例, 社区卫生服务中心门诊次均费用从 113.89 元上升至 166.30 元, 社区卫生服务站从 77.39 元上升至 88.89 元, 分别增长了 45.7% 和 14.9%。显然, 社区卫生服务中心门诊就诊者次均费用增长速度远远高于 28.7% 的同期居民收入水平增长速度和 20.6% 的 GDP 增长速度。

2. 门诊情况

门诊是基层医疗机构提供基本医疗卫生服务的主要窗口, 调查结果显示, 自基本药物零差率政策实施三年以来, 基层社区医疗卫生机构门诊量无明显变化, 社区卫生服务中心年均门诊量均在 10 万人次/年左右, 明显高于社区卫生服务站(均低于 1 万人次/年)。

(六) 基本公共卫生服务进展情况

基本公共卫生服务是疾病预防控制的重要措施, 也是国家大力发展的重点公共卫生事业。乌鲁木

齐市基本公共卫生服务在城乡基层广泛开展,截至2013年9月底,全市居民健康档案信息管理系统中已采集城市健康信息1 637 201人,农村246 272人,城乡居民健康电子档案建档率75.5%;农村产妇住院分娩率达到100%,65岁老人建档率、高血压病人规范管理率、糖尿病病人规范管理率分别达到96.40%、89.97%、87.55%。同时,政府投入的基本公共卫生服务经费补助标准从2010年的人均18元增加到2013年人均50元,年均增长48.5%,远高于国民收入增长速度。

(七)新农合政策实施进展情况

2011—2013年,乌鲁木齐新农合参保率达到99.9%,政府对新农合基金补助力度持续加大。一方面,新农合筹资标准从2012年的313元/人提高到2013年的425元/人,增长35.8%。另一方面,在新农合政策范围内,住院费用可报销比例提高至75%左右,最高可报销额超过8万元。为更好满足基层群众享受医疗服务政策的便利,支付方式的改革已经启动,按床日付费的支付方式已在各定点医疗机构试行。

(八)基本药物零差率政策实施情况

自2009年国家基本药物零差率政策实施以来,乌鲁木齐市积极推进该政策在基层医疗卫生机构的贯彻执行。调查结果显示,在社区卫生服务中心的落实情况是:88.9%得到全面落实,11.1%处于部分落实;在社区卫生服务站的落实情况是:62.5%得到全面落实,12.5%部分落实,还有25.0%的机构完全没有落实。此次调查的1个村卫生室和1所乡镇卫生院均完全落实了此项政策。

三、讨 论

(一)问题分析

1. 基层医疗卫生机构数量不足,政府管理理念有待提高

调查结果显示,按照自治区人民政府基层医疗卫生服务机构设置标准,5~10万人设立1个社区卫生服务中心,2013年乌鲁木齐市常住人口为346万人,最优应设立69所社区卫生服务中心,而实际只设立了59所,二者相差14.5%。另外,在推进基层医疗卫生机构改革过程中坚持“政府举办为主体,社会力量举办为辅”的原则^[2],与当前坚持发挥市场在资源配置中的决定性作用的改革发展思想背道而驰,政府管理理念有待提高。

2. 公共财政补助资金不足,且分配不尽合理

在国家实行基本药物零差率政策后,药品销售

收入占总收入的比重由2009年的27.66%下降至2012年的17.66%^[3],当地公共财政补助成为维持基层医疗卫生机构正常运行的重要资金来源。在调查中了解到,政府公共财政补助资金普遍不能弥补基层医疗卫生机构因实施国家基本药物零差率政策所减少的收入,尤其是企业举办的基层医疗卫生机构获得的财政补助更少。另外,公共财政补助资金在社区卫生服务中心和社区卫生服务站之间的分配不尽合理,卫生服务站没有资金自主权,导致部分社区卫生服务站因缺乏资金而运行困难的局面。

3. 医护资源配置比例严重偏低

基层医疗机构条件差、待遇低,人员流动性大,基层医护配置比例最低的仅为1:0.35。护士的工作任务重、待遇低,大部分基层医疗卫生机构变成护士的过渡性“培训机构”或者跳板,一旦取得相关执业资格证之后便另谋高就。

(二)继续深化基层医疗卫生服务机制改革的路径选择

1. 适应全面深化改革的新要求,树立政府主导医疗卫生服务新理念

关键是正确处理“发挥市场在资源配置方面的决定作用与更好发挥政府作用”之间的关系,坚持政府在基层医疗卫生服务中的主导作用,并非以政府为主体直接举办更多的基层医疗卫生服务机构,而是要着力构建市场决定资源配置的新机制,主要通过政府购买公共医疗卫生服务的方式,面向市场一切有资格、有能力的举办主体购买基本医疗服务。政府的责任主要在于:一是建立基层医疗卫生服务主体的准入与退出保障机制;二是通过制定规则、加强监管等措施,确保依法、规范、有效提供基本医疗卫生服务的基层医疗卫生机构,能够公平合理及时地获得公共财政资金的补助。

2. 构建有效的公共财政补助资金使用效率评价机制,确保资金供给与医疗服务效率提高双赢。

首先,要确保不同主体举办的基层医疗卫生机构能够享受同等政策待遇,应当建立科学合理的公共财政补助资金到位及时率、使用效率的评价机制,探索引入第三方评估机构,确保评价的客观公正性。其次,对基层基本医疗卫生服务机构要建立以服务数量、质量、效果以及居民满意度为主要内容的公开透明、全程动态跟踪评价的绩效考核机制,考核结果与经费补助力度挂钩^[4]。对于经多轮绩效评估证明,基本医疗卫生服务能力强、基层群众享受到的服务满意度高、服务群众范围广、业务量大的基层医疗卫生服务机构,政府应当加大专项经费扶持力度,持续

提升其服务保障能力,发挥其带动示范效应。

3. 构建医护人员在基层从业的工作机制

针对医护配置比例偏低的现状,要积极引进增加具有专业技能的护理人员,对于多民族聚居地的基层医疗卫生服务机构,要适当增加双语交流能力强的医务人员。基层医疗卫生服务机构专业技术人才严重不足与人才流失频繁并存,医护人员待遇不高与接诊量下降等突出矛盾的化解必须依靠深化改革,不仅要增加基层医疗卫生工作人员的经济收益,还要为其拓展发展空间,确保医护人员的待遇随着业绩提升而提高,使业绩突出、贡献显著的基层医护人员有事业成就感,有社会尊严获得感。

4. 健全社区首诊制度,完善双向转诊体系

社区首诊和双向转诊是完善社区医疗卫生服务体系的重要途径。调查显示,近三年来基层社区医疗卫生服务机构门诊量无明显变化。因此,有关部门应完善区域医疗卫生事业发展规划,着力构建基层医疗机构与大医院分工协作长效机制。一方面,加强基层医疗卫生机构的基础设施建设,提升医疗设备技术档次,着力提高其医疗服务能力和服务质量满意度,积极实施社区首诊制度,鼓励居民就诊时,首先联系社区全科医生就诊^[5]。另一方面,基层

医疗卫生机构要与大医院进行双向转诊,形成功能互补、梯次搭配的医疗卫生服务资源合理配置体系,既能保障患者及时就医,又不会导致医疗资源的闲置,逐步提升医疗卫生服务均等化能力与水平,最终实现人人享有基本医疗卫生服务的政策目标。

参考文献

- [1] 朱蒙蒙,颜康康,王秉文,等. 灰色 GM(1,1)模型在医护比例预测研究中的应用[J]. 中国卫生统计, 2014,31(4):690-692
- [2] 乌鲁木齐市人民政府办公厅. 关于印发乌鲁木齐市加快推进基层医疗卫生机构综合改革实施方案的通知[R]. 2013
- [3] 黄鑫淼,刘继文,李静,等. 国家基本药物制度在新疆的实践及效果评价[J]. 新疆医学, 2013,43(12): 107-112
- [4] 杨廉平,唐玉清,张小鹏,等. 药品“零差率”下基层医疗机构补偿机制转变实证分析[J]. 中国医院管理, 2013,33(10):45-47
- [5] 王玲智,王艳妮. 发挥社区首诊制度的资源配置作用[J]. 经营管理者, 2004(25):295

Empirical research on the basic medical service reform of basic level in frontier minority area

Wang Song, Liu Guangyuan

(School of Management, Xinjiang Agricultural University, Urumqi 830052, China)

Abstract: Objective: To investigate the progress of the basic medical service reform in base frontier minority areas, and to explore the path to strengthen the capability of the base medical. **Methods:** A simple sample was used to randomly select 19 of basic medical and health institutions of four districts in Urumqi. **Results:** The basic medical and health institutions in Urumqi were held by four different main bodies, the non-governmental bodies account for 89.8%, and only 10.2% of basic medical and health institutions were held by the government. The medical ratio of basic community health service institutions was only 1:0.96, and it was far lower than international standard which was 1:2. The annual average outpatient amount of community health service institutions had no obvious change in nearly three years. The participation rate of new village cooperation medical treatment expenses reached 99.9% in rural. The progress of implementation of basic drug homodyne rate system in urban and rural basic medical and health institutions was listed as follows: community health service center reached 88.9% and community health service station reached 62.5%. **Conclusion:** The public finance of the basic medical and health services increase obviously, the scale of expanded significantly. It is more convenient for the masses of basic level to take medical treatment. However, the capacity of basic medical and health services institutions should be sharply strengthened.

Key words: minority areas; basic medical; health service; health care reform; empirical research