

· 卫生管理 ·

重庆市基本公共卫生服务均等化财政投入机制研究*

吴海峰¹, 何坪^{1△}, 李雪平², 蒲川², 张维斌³, 潘伦¹

(1. 重庆医药高等专科学校 401331; 2. 重庆医科大学 400016; 3. 重庆市卫生局 401147)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.26.040

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)26-2775-03

我国现阶段基本公共卫生服务是根据居民的主要健康问题及其危险因素,按照干预措施的投入产出比、经济社会发展状况和国家财力等来筛选确定,主要通过城乡基层医疗卫生机构向全体居民提供公共卫生服务项目^[1-2]。2009年重庆市根据国家新医改要求启动了9项基本公共卫生服务项目,并于同年9月出台了《2009年重庆市基本公共卫生服务项目实施方案》,明确规定了基本公共卫生服务项目所需经费纳入各级财政预算安排,主要用于提供基本公共卫生服务。2009年,本市人均基本公共卫生服务经费补助标准每年不低于15.00元/人,其中:中央财政补助12.00元/人,市级财政补助2.00元/人,区县(自治县)财政补助1.00元/人。有条件的区县(自治县)应适当提高补助标准^[3]。本文通过对2009年至2010年重庆市基本公共卫生服务的财政投入来分析目前在经费投入方面存在的问题,并提出一些政策建议。

1 对象与方法

1.1 对象 通过随机抽样在重庆的主城、渝西、渝东南、渝东北4个区域各抽取1个区(县),分别为南岸区、开县、武隆县和南川区作为调查对象。对每个区(县)的财政局、卫生局、妇幼保健院、疾病预防控制中心、卫生监督所、2个社区卫生服务中心和3个乡镇卫生院的相关领导进行了访谈。对每个区(县)的财政局、卫生局、2个社区卫生服务中心和3个乡镇卫生院的相关负责人进行了问卷调查。

1.2 方法 设计访谈提纲和问卷,通过半结构式访谈了解重庆市基本公共卫生服务开展情况,经费投入情况,各级财政的分担比例,目前的财政补偿方式,开展各项服务的相关作业流程以及成本,以及存在的问题和建议。通过问卷调查,了解调查区(县)经济发展水平等整体情况,基本公共卫生服务开展情况,具体财政经费投入情况等。并对收集的资料进行分析。

2 结果

2.1 基本公共卫生服务经费增长缓慢,投入总量不足 在调研中,各部门和卫生机构纷纷反映,基本公共卫生服务投入不足。为了更好地分析基本公共卫生服务的投入情况,本文将2009年和2010年全市基本公共卫生费用与公共卫生费用和卫生总费用进行了比较分析(表1,基本公共卫生费用数据来源于重庆市2010年第4季度医改监测,公共卫生费用和卫生总投入数据来源于重庆市财政局)。2009年全市基本公共卫生费用占公共卫生费用的比重为34.65%,占卫生总投入的比例仅为5.16%,人均基本公共卫生费用为15.00元;2010年全市基本公共卫生费用占公共卫生费用比重为29.36%,占卫生总投入的比例为4.26%,人均基本公共卫生费用为15.68元。可以看出2010年基本公共卫生费用在绝对数上得到了增长,

但基本公共卫生费用占公共卫生费用的比重却由2009年的34.65%下降到29.36%,下降了近5.00%,占卫生总投入的比重从5.16%下降到4.26%,基本公共卫生投入还较低,且增长缓慢,跟不上医疗发展和公共卫生发展水平,还应进一步加大基本公共卫生的投入水平。

表1 重庆市基本公共卫生费用投入情况

年份	基本公共卫生费用①(万元)	公共卫生费用②(万元)	卫生总投入③(万元)	①/② (%)	①/③ (%)
2009	42 240.00	121 898.00	818 107.38	34.65	5.16
2010	44 017.54	149 926.00	1 033 972.40	29.36	4.26

2.2 人均基本公共卫生服务筹资标准低,费用分配分歧大 根据相关统计,2010年全国人均基本公共卫生经费达17.5元,其中上海达到人均49.90元,北京达到人均29.40元。重庆同期人均基本公共卫生服务经费为15.68元,低于全国平均水平,与其他省市差距还比较大(图1)。由于人均筹资标准过低,各项基本公共卫生服务经费不足,从而导致人均基本公共卫生服务的分配分歧较大。同时在经费分配中,只有基本的项目服务经费,而培训费、服务涉及交通费、资料成本等工作经费没有纳入经费分配,基本公共卫生服务工作经费保障难以到位。

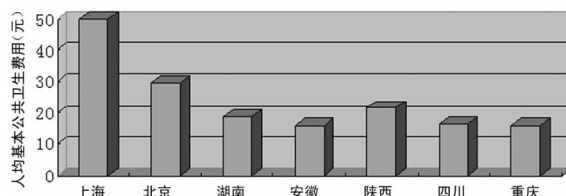


图1 2011年部分省市基本公共卫生服务经费

2.3 农村基本公共卫生服务需求大与农村地区医疗条件落后矛盾突出 财政收入是基本公共卫生服务的保障,受农村经济发展水平的限制,财政收入的增长对于农村基本公共卫生服务需求的增长来说是滞后的。目前在城乡公共卫生服务能力上,农村基层医疗卫生机构不论是房屋、设备,还是人员素质上,均落后于城市社区卫生服务机构。2009年医改方案才将农村纳入基本公共卫生服务范围,因此,对于农村的公共卫生服务保障还只是处于起步阶段,还缺乏历史的积累,农村公共卫生服务起点低、保障范围广和资金需求量大。

2.4 财政投入地区差异大,贫困区县财政保障能力弱 重庆市各区县基本公共卫生服务经费的投入存在较大差异,主要表现为主城区的公共卫生支出无论是支出总量还是人均卫生

表 2 各区域基本公共卫生费用投入情况(元)

区域	投入总额	中央财政	市级财政	县级财政	人均费用
主城	117 053 085.00	78 438 708.00	13 073 118.00	25 541 259.00	17.78
渝西	156 347 565.00	125 078 052.00	20 846 342.00	10 423 171.00	15.00
渝东南	36 892 500.00	29 514 000.00	4 919 000.00	2 459 500.00	15.00
渝东北	129 882 255.00	103 905 804.00	17 317 634.00	8 658 817.00	15.00

支出上都高于其他区县,出现中间高四周低的局面,导致地区公共卫生服务水平差异加大。本文根据重庆市的区域划分,对 2010 年基本公共卫生费用按主城、渝西、渝东南、渝东北 4 个区域进行了抽样调查统计(表 2,数据来源于重庆市 2010 年第四季度医改监测)。2010 年主城 9 个区人均基本公共卫生费用达到 17.78 元。而渝西、渝东南和渝东北地区,人均基本公共卫生费用仅为 15.00 元,低于全市平均水平。中央财政对东、中、西部采取了不同的补助标准来调控地区经济发展水平带来的差异,而对于各区县的经济水平和财政实力的差异,市级财政却没有采取相应的措施进行调控。由于经费投入的差异还会带来设备、服务质量等一系列的差异,因而这种差异会进一步影响到基本公共卫生服务均等化的进程。

2.5 基层公共卫生服务财政补助较低,重医轻防现象难消除

根据 4 个区县调研的基层医疗卫生机构收入结构统计显示(表 3)显示,政府投入仍存在明显不足,且主城区和周边区县有较大差异。2010 年武隆、南川、开县财政补助比例较低,财政补助在整个基层卫生机构总收入中的比例分别为 26.17%、29.01%和 28.70%,而业务收入占总收入的近 3/4。而南岸区基层机构财政补助略高于其他 3 个区县,也只有 45.98%。由于财政投入不足,基层医疗卫生机构建设滞后,人员整体素质较低且严重不足,“重医轻防、以药养医、以医养防”现象还未得到根本性转变,依然有部分医院把主要精力用于“抓收入、发待遇”,医院管理者和医务人员的趋利行为导致公立医院公益性淡化。

表 3 2010 年 4 区(县)卫生机构业务收入情况[万元(%)]

地区	总收入	业务收入	财政补助	其他
武隆	2 709.00	1 987.00(73.35)	709.00(26.17)	13.00(0.48)
南川	1 303.00	920.00(70.61)	378.00(29.01)	5.00(0.38)
开县	3 425.00	2 257.00(65.90)	983.00(28.70)	185.00(5.40)
南岸	7 317.00	3 237.00(44.24)	3364.50(45.98)	716.00(9.79)

2.6 基本公共卫生服务资金绩效考核体系不完善,财政资金使用效益不高 建立基本公共卫生服务资金绩效考核机制,对于促进责任落实,改善服务成效,从而提高财政专项资金使用效益具有重要意义^[4]。目前重庆市基本公共卫生服务资金绩效考核体系还不完善,还没有明确的考核指标体系,各部门的资金绩效考核责任还不明确,从而造成基本公共卫生服务资金监管力度不够,且使用效率还较低、使用不合理。

3 讨 论

3.1 强化各级政府公共卫生投入责任,健全基本公共卫生服务经费保障机制

3.1.1 强化政府责任,加大投入力度 促进基本公共卫生服务逐步均等化是医药卫生体制改革的重点工作,也是各级政府

和全社会的共同目标。(1)要进一步强化各级政府的投入责任,把基本公共卫生服务纳入各级政府的政绩考核中,促使政府把基本公共卫生服务纳入政府的主要工作之一,从而能加强政府的投入力度和重视程度,确保基本公共卫生服务经费的及时拨付和经费使用的合理性^[5]。(2)要进一步强化政府的投入力度,进一步完善相关配套政策,加强基层医疗卫生机构建设,完善基层医疗卫生机构药品零差率、补偿政策和公共卫生服务专职人员编制政策,并把相应经费纳入财政预算。

3.1.2 稳步提高人均基本公共卫生服务筹资标准 众所周知,我国在农业、教育、科技的支出方面都有法定的增长比例,确保了农业、教育和科技投入的保障,在经费得到保障下,我国近年来在农业、教育和科技方面都得到了迅速发展。可以看出,稳定的投入增长对于发展社会事业具有巨大作用。因此,发展基本公共卫生服务,促进基本公共卫生服务的均等化,可以考虑参照农业、教育和科技方面的法定增长比例,确保服务经费的增长与经济发展和生活消费水平、医疗技术水平和群众需求相适应。

3.1.3 建立人均基本公共卫生服务合理分配方式 建立人均基本公共卫生服务的合理分配方式,把有限的资金合理分配到各项目中,确保各项项目的顺利开展。(1)要合理分配基层卫生机构和专业公共卫生机构的分配比例,专业公共卫生机构可按常住人口人均 1.00 元/年分配督查指导工作经费,并根据督查项目、服务量进行各机构的再分配;(2)合理分配乡镇卫生院与村卫生室、社区卫生服务中心与社区卫生服务站之间的分配比例,根据各机构各自的服务职责和服务内容进行分配,可按照乡镇卫生院、社区卫生服务中心占 70.00%,村卫生室、社区卫生服务站占 30.00%的比例分配。

3.2 加大对贫困区县的投入力度,进一步消除地区差异 重庆各区县自然条件和经济发展水平存在较大差异,各地医疗条件、技术水平也参差不齐,贫困区县在政府财力、医疗基础设施、人员配置、技术条件等方面都远远落后于主城各区。基本公共卫生服务的目标是逐步实现均等化,因此在实践中,应该根据各区县的财政情况和医疗状况进行差别拨款,向贫困区县倾斜,加大对贫困区县的投入力度,特别要加大对贫困区县的农村医疗基础设施的投入,改善医疗条件,促进地区和城乡居民享受基本公共卫生服务的进一步均等化。

3.3 进一步完善农村基本公共卫生服务体系,提高农村基本公共卫生服务能力 (1)要完善基层乡镇卫生院、村卫生室的补助政策,政府承担按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费和其承担的公共卫生服务的业务经费,使其正常运行^[6]。(2)加强农村医疗卫生服务机构人才培养、引进和激励工作。针对农村基层卫生队伍总量严重不足、学历偏低、素质不高、职称结构不合理的现状,一方面要优化现有人力资源,加强对现有卫生人员的专业培训,通过培训,提高现有卫生人员

的素质,以满足开展重大公共卫生服务的需求。另一方面鼓励医学专业学生到基层工作,在住房、待遇和技能培训上给予更好的条件,确保能够把人才引得进,留得住;同时,允许上级医疗卫生专业技术人员到基层兼职,鼓励人才到基层工作,通过以城带乡、县以上级医院或专业公共卫生机构带基层卫生服务机构等办法,建立人员上下流动机制,优化农村卫生人才结构^[7]。

3.4 强化绩效考核,确保基本公共卫生服务的财政投入成效

加强财政专项资金管理,强化支出责任,建立科学、合理的财政专项资金绩效评价管理体系,提高财政专项资金使用效益。

(1)要通过确定的市级统一的基本公共卫生服务资金绩效评价指标体系,明确各级财政部门 and 卫生行政部门在评价体系中的职责。(2)还要加强绩效考核结果的运用,把考核结果与机构经费划拨挂钩。促使公共卫生服务机构能够不断地提高服务质量,改变服务态度,改进服务方式,不断地提高资金的投入成效^[8]。(3)还应完善基本公共卫生服务补助资金管理办法,强化基本公共卫生服务补助资金监管,明确各级财政的拨付方式,对截留、挤占和挪用专项补助资金、虚报、瞒报有关情况骗取市级及以上专项补助资金的,依据相关法律严肃处理,并按规定追究相关单位和人员责任。

参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部. 基本公共卫生服务项目包括哪
• 卫生管理 •

些内容[EB/OL]. (2009-04-09)[2011-08-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohzcfgs/s9664/200904/40035.htm>.

- [2] 杨亚婷. 省级基本公共卫生服务包设计[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
- [3] 重庆市卫生局,重庆市财政局. 2009年重庆市基本公共卫生服务项目实施方案[EB/OL]. (2009-09-30)[2011-11-30]. http://www.lawyeer.net/Act/Act_Display.asp?RID=642844.
- [4] 江芹,胡善联. 公共卫生体系绩效评估的概念性框架[J]. 中国卫生事业管理,2004,20(5):260-262.
- [5] 刘钟明,徐盛鑫,徐芸,等. 浙江省基本公共卫生服务均等化财政保障体制机制研究[J]. 卫生经济研究,2009(4):5-9.
- [6] 项洪发. 乡、村两级医生的位置、作用、及以后的发展方向[J]. 中国中医药咨询,2010,2(15):222.
- [7] 张燕,幸奠国,王星月,等. 推进重庆基本公共卫生服务均等化的策略[J]. 现代预防医学,2010,37(16):3076-3077.
- [8] 石岩. 天津市疾病预防控制机构实现公共卫生服务均等化的策略思考[J]. 2011,27(9):封2,封3.

(收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-04-23)

家庭医生健康责任制的发展状况及对策建议*

焦婷婷,冯泽永[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.26.041

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)26-2777-03

家庭医生责任制是以社区为载体、家庭为单位、个人为目标,为家庭及家庭成员提供连续性、协调性、可及性的服务,使其得到医生个性化的健康服务和管理。对我国家庭医生健康责任制的发展现状及意义进行总结和分析,找出制约家庭医生健康责任制发展的主要影响因素;通过对其影响因素的具体分析,针对所存在的问题提出相关对策建议以供参考。

1 家庭医生健康责任制的现状与意义

1.1 家庭医生健康责任制的现状 家庭医生是接受过全科医学专门训练的新型医生,是执行全科医疗的卫生服务提供者,是为个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效、一体化的医疗保健服务,进行生命、健康与疾病全方位负责式管理的医生。他既是患者和家庭健康保健的守门人,又是医疗保健和卫生费用的守门人。在欧美一些国家,全科医学的发展经历了通科医生、专科医生和全科与专科协调发展的3个时代。有些学者认为家庭医生就是全科医生,而有些学者却在称谓上有全科医生和家庭医生之分,在服务形式和服务内容上有所不同,但二者本质上都是直接为社区居民服务。发达国家在社区卫生服务和初级卫生保健方面积累了许多宝贵经验,同时为从事社区卫

生服务的家庭医生奠定了人力基础。以美国为例,家庭医生占全美医师的比例高达77.60%,家庭医生实习和培训基地有405个,医科毕业生选择家庭医生的比例呈明显上升趋势。

与西方国家相比,我国社区卫生服务起步较晚,上海市从1994年才开始引进全科医生概念。当前,建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便和价廉的医疗卫生服务是深化医药卫生体制改革的总体目标。这一目标为社区卫生服务实施“家庭医生责任制”提供了发展契机,北京、上海、重庆、厦门等很多地方均在积极试行家庭医生健康责任制。目前,各地的家庭医生责任团队基本上是由社区卫生服务机构的全科医生、社区护士、预防保健人员组成,每个团队以全科医生为核心,实行划片管理,责任到人,建立家庭健康责任服务网络,为居民提供健康保障服务。

家庭医生是家庭医生健康责任制的核心,需要在一定的条件下才能发展:(1)社区要有足够的卫生人力资源;(2)目前社区卫生服务体系建立有全面系统的以家庭为单位管理居民健康的机制和相关条件;(3)社区卫生有足够的服务能力;(4)与上级医院间沟通通畅,可以在必要时及时双向转诊。但是,家

* 基金项目:教育部人文社会科学一般项目(08JA630097)。 △

通讯作者, Tel:13638334396; E-mail: fzy0678@163.com。