

制还不完善。1978 年政府投入占总的卫生投入 30% 以上,加之企业投入,个人的医疗负担平均不到 20%。医院收入来源主要由医疗收入、药品收入和财政补助收入(数据来源于中华人民共和国卫生部编 2003~2012 年《中国卫生统计年鉴》,表 2),从表中可以看出我国公立医院财政补助收入占总收入的比例不大。周绿林等^[6]认为取消药品加成后公立医院的补偿机制在补偿主体、补偿方式、补偿金额 3 方面均存在问题。完善公立医院的补偿机制,必须做到补偿主体多元化、补偿方式合理化、补偿金额科学化。国内主要补偿方式有:(1)直接补偿,由政府财政直接专款补偿,缺多少补多少;(2)相关补偿,设立药事服务费等收费项目;(3)间接补偿,提高医疗技术和价值,新增相应收费项目;(4)综合补偿,“直接补偿+相关补偿+间接补偿”相结合。公立医院因取消药品加成而减少的合理收入,可以按照“总量控制、调整结构”的基本原则,通过政策性亏损补助、医疗服务价格调整、提高医保人员报销比例、建立健全基本药品目录等 4 方面来实施。

表 2 2002~2011 年各项收入占公立医院总收入的比例(%)

年份	政府投入	医疗收入	药品收入
2002	10.20	44.20	43.00
2003	8.80	45.10	43.40
2004	12.80	44.60	40.30
2005	7.40	47.50	43.00
2006	8.40	48.40	41.30
2007	8.50	48.50	41.30
2008	8.40	47.80	42.10
2009	8.80	47.50	42.00
2010	8.80	48.10	41.70
2011	9.30	48.80	40.40

3.3 监管机制改革 2010 年国家发布了《关于公立医院改革试点意见的指导意见》,明确提出要加强卫生行政部门医疗卫生服务的监管职能,完善医疗卫生服务的监管机制,加强公立医院医疗卫生服务的安全质量监管,加大公立医院的运行监管力度,建立社会多方参与的监管制度,充分调动社会各方面对公立医院进行监督的积极性^[7]。真正做到卫生管理者与监督者权利分开,消除监管工作的随意性,实施监测分析评估工作,促

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.04.046

进公立医院的有效运营。英国实行公立医院改革后,政府对公立医院的监管由单方面监管变更为地区卫生主管部门、通科医生、患者、公立医院董事会以及卫生执法者等所有医疗活动参与者对公立医院进行共同监管^[8]。其做法值得参考借鉴。

3.4 提高医务人员积极性 广大医疗机构卫生服务人员是医药卫生体制改革的主力军。其收入水平在很大程度上影响工作积极性,将医务人员积极性转化为优质医疗服务是医改的重要内容。完善绩效工资改革,建立合理的绩效工资制,打破“平均主义”和“大锅饭”,充分调动员工工作积极性,提高效率,增加社会效益,形成良性循环。充分发挥医师多点执业合法化,逐步实现医师由“单位人”向“社会人”转变,有利于优化医疗资源配置,促进基层医疗机构、社会医院的发展。

3.5 改革医保支付制度 县级公立医院的费用补偿主要由医保来支付,因此合理医保支付制度是补偿机制可持续性的重要保证。深化支付方式改革,改变按项目付费的主导地位,在开展医保付费总额控制的同时,加快推进按病种、按人头付费等为主的医保支付方式。

参考文献

- [1] 闫菊娥,高建民.非营利性医疗机构补偿机制研究[J].中国卫生质量管理,2005,12(4):64-66.
- [2] 杨春艳,向小曦,张新平.基本药物制度下基层医疗机构补偿模式探索[J].医学与社会,2012,25(8):37-39.
- [3] 陈建国.关于公立医院管理改革的研究综述[J].生产力研究,2010(2):248-250.
- [4] 赵云,农乐根.县级公立医院管理体制和运行机制改革的思路[J].中国卫生经济,2013,32(8):5-8.
- [5] 陈碧珺.“高州模式”对中国公立医院改革的启示研究[C].北京:2012年清华医疗管理学术会议论文集,北京:清华大学出版社,2012,19-24.
- [6] 周绿林,邹玲红.取消药品加成后公立医院的补偿机制探讨[J].中国药房,2012,23(1):9-11.
- [7] 向佳.卫生部等五部委联合发布《关于公立医院改革试点的指导意见》[J].中国药物经济学,2010,18(1):9-10.
- [8] 王晓明,姚永浮.英国的公立医院管理制度改革及启示[J].医院领导决策参考,2005(8):46-49.

(收稿日期:2015-06-08 修回日期:2015-10-12)

我国东、中、西部地区农村卫生室现状比较分析

龙 华¹,何中臣²,唐贵忠^{1△}

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016;2.重庆市卫生局卫生监督局,重庆 401147)

[中图分类号] R195.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)04-0561-03

农村卫生室作为我国三级农村卫生医疗保健网网底,在农村卫生防病工作中具有不可替代的作用^[1]。新医改确立了村

卫生室在医疗卫生服务中的重要地位^[2],根据卫生部发布的该方面最新数据,本文拟就全国农村卫生室建设的相关资料^[3-5],利用 SPSS19.0 软件进行比较分析,揭示其存在的主要问题,并提出相关建议。

1 东、中、西部地区农村卫生室的作用

根据经济特征,我国可以划分为东、中、西 3 个区。从发展程度来说,东部最优,中部次之,西部相对落后。随着我国经济的不断增长,公民的卫生健康状况逐步得到改善,但因地区经济的差异性,发展的不均衡也引起了医疗、卫生的发展失衡^[6],农村卫生室在各地区所起到的作用也不尽相同。在东部地区,由于经济发展较好,卫生条件更优越,村民就医不仅仅局限于村卫生室,他们的选择面更广;而中、西部地区经济较为落后,医疗卫生配套条件缺失,村民受制于收入水平,不能主动选择就医地点,在生病就医时,则更倾向于就近就医,此时村卫生室就起着不可替代的作用^[7-9]。

2 东、中、西部地区农村卫生室现状

2.1 村卫生室的一般情况 2012 年,东、中、西部地区行政村分别有 221 196 个、192 972 个和 174 307 个;设有卫生室的村数占总的行政村百分比,分别为 82.30%、99.70%和 100.00% (数据来自 2013 中国卫生统计年鉴);平均每村卫生室个数,分别是 1.01 个、1.17 个和 1.17 个。以上数据表明,东部地区的状况不如中、西部地区,这可能是因为东部地区更发达的经济,更便利的交通,农村居民更愿意、更能够选择较村卫生室更高级的医疗服务机构。东、中、西部农村卫生室在行政村的分布情况,见表 1。

2.2 卫生室的办医形式 卫生室的办医形式主要包括 3 种形式:即乡村医生挂村集体牌个人办(个人承办)、村委会集体办(村办)和乡镇卫生院办(政府举办)^[10]。2012 年我国农村卫生室的办医形式主要是以村办为主。在村办卫生室地区分布数量方面,东部有 125 607 个,占东部总数的 56.14%;中部有

143 816 个,占中部总数的 63.57%;西部有 100 676 个,占西部总数的 49.48%。对以上 3 个地区村办卫生室数量、乡镇卫生院设点和个人承办的卫生室数量总体进行统计分析,如,东部(125 607 个)、中部(143 816 个)、西部(100 676 个)地区村办数量进行统计学分析,其他两种办医形式以此类推;再分别对 3 个地区的以上 3 个办医形式进行两两比较,如,东部地区中村办(125 607 个)与乡镇卫生院设点(25 627 个)进行比较,乡镇卫生院设点(25 627 个)与联合办医(10 030 个)进行比较,村办(125 607 个)与联合办医(10 030 个)进行比较;中部和西部地区以此类推,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 2012 年我国东、中、西部农村卫生室在行政村的分布情况

地区	卫生室数 (个)	行政村数 (个)	平均每村 卫生室数(%)
东部	223 743	221 196	1.01
中部	226 215	192 972	1.17
西部	203 461	174 307	1.17
合计	653 419	588 475	1.11

2.3 人力资源现状 截止 2012 年年底,我国东、中、西部地区农村卫生室拥有卫生人员分别为 475 521 人、508 089 人和 387 982 人。3 个地区执业医师比例分别为 17.96%、17.44%、15.16%;注册护士比例分别为 3.51%、3.33%、2.78%。对东、中、西 3 个地区执业医师数量 85 392 个、88 606 个、58 828 个和注册护士数量 16 672 个、16 906 个、10 769 个进行统计学分析,差异有统计学意义($P < 0.05$);从每千农业人口拥有卫生室人员数来看仍然为东部地区最高,西部地区最低。可看出我国农村卫生室在卫生人员配备上东部地区更加充足,而西部地区相对匮乏,见表 3。

表 2 2012 年我国东、中、西部地区农村卫生室办医形式比较[n(%)]

地区	合计	村办	乡镇卫生院设点	联合办	私人办	其他
东部	223 743(34.24)	125 607(56.14) ^a	25 627(11.45) ^a	10 030(4.48) ^a	55 944(25.00) ^a	6 535(2.92)
中部	226 215(34.62)	143 816(63.57)	12 516(5.53)	12 116(5.36)	49 530(21.90)	8 237(3.64)
西部	203 461(31.14)	100 676(49.48) ^a	20 174(9.92) ^a	10 132(4.98) ^a	61 551(30.25) ^a	10 928(5.37) ^a
合计	653 419(100.00)	370 099(56.64)	58 317(8.92)	32 278(4.94)	167 025(25.56)	25 700(3.93)

^a: $P < 0.05$,与中部比较。

表 3 2012 年我国东、中、西部地区农村卫生室卫生人员现状[n(%)]

地区	人员总数 [n(%)]	执业(助理)医师 [n(%)]	注册护士 [n(%)]	乡村医生和卫生员[n(%)]		平均每村卫生室 人员数(n)	平均每千农业人口 村卫生室人员数(%)
				乡村医师	卫生员		
东部	475 521(34.67)	85 392(17.96) ^a	16 672(3.51) ^a	357 970(75.28)	15 487(3.26) ^a	2.15	1.76 ^a
中部	508 089(37.04)	88 606(17.44) ^a	16 906(3.33) ^a	379 631(74.72)	22 946(4.52) ^a	2.63	1.56
西部	387 982(28.29)	58 828(15.16)	10 769(2.78)	285 268(73.53)	33 117(8.54)	2.23	1.38
合计	1 371 592(100.00)	232 826(16.97)	44 347(3.23)	1 022 869(74.58)	71 550(5.22)	2.33	1.56

^a: $P < 0.05$,与西部比较。

2.4 服务范围 2012 年我国东、中、西部地区在诊疗人次方

面分别为 79 837.25 万人次、67 346.58 万人次和 45 523.74 万

人次,其中门急诊人次 3 个地区分别为 70 974.70 万人次、59 607.13 万人次和 41 673.75 万人次。从诊疗人次看,西部最少,但从门急诊人次占诊疗人次百分比看,西部比例最高,对 3 个地区的门急诊人次进行统计分析,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 2012 年我国东、中、西部地区农村卫生室诊疗人次比较

地区	诊疗人次 (万人次)	其中门急诊人次 (万人次)	门急诊人次占诊疗 人次百分比(%)
东部	79 837.25	70 974.70	88.90 ^a
中部	67 346.58	59 607.13	88.51 ^a
西部	45 523.74	41 673.75	91.54
合计	192 707.58	172 255.59	89.39

^a: $P < 0.05$,与西部比较。

3 讨论

3.1 我国东、中、西部地区村卫生室分布不均衡原因分析 由于经济、地域等原因,我国村卫生室分布不均衡,从个数来看西部地区低于东部和中部地区,但从卫生室个数所占行政村比例来看西部地区覆盖最为全面;而东部地区无论是在平均每村卫生室个数还是设卫生室的村占行政村的比例方面都低于其他两个地区,这主要与东部地区经济更发达,医疗卫生条件更优越,人们选择性更多有关。卫生室以村办为主,中部比例最大(63.57%),其次是私人办医,西部比例最大(30.25%),最后为乡镇卫生院设点,东部比例最大(11.45%)。其中,西部地区私人办医形式较为突出,主要是由于政府对该地区投入较少,以村的形式无法承办村卫生室,部分有条件的医务人员承担了村医的角色,办起了诊所,虽然私人承办可以提高乡村医生工作积极性,但不利于提高村卫生室抗御风险的能力,也难以保证村卫生室医疗服务的公益性^[11]。人力资源方面,总体来说我国村卫生室的执业医师和注册护士都比较少,村卫生室工作人员水平相对偏低,其中仍然以西部地区为主^[6]。服务范围局限性较大,以东部地区诊疗人次最多,西部地区最少,但门急诊人次以西部地区所占比例最大,达到 91.54%,可见,西部地区农村居民在生病需急诊时大多数首选村卫生室。服务对象大部分为村卫生室周边地域的村民,服务业务多为基础诊疗,对难度较大的疾病医治能力不足,对疾病的预防、妇幼保健等方面的业务开展较少^[12]。

3.2 应加强我国东、中、西部地区村卫生室的建设 无论从卫生室的分布,还是卫生工作人员的整体水平,或是诊疗服务人次,西部地区都明显低于中、东部地区。第三次国家卫生服务调查结果显示,在农村,53.50%的就诊者选择村级卫生机构^[13],农村卫生室在我国农村起着重要的作用。(1)由于西部地区经济较落后,居民的选择性较小,对本村卫生室的依赖性更大,政府应该加大对西部地区农村卫生室的投入^[12],以农村居民对村卫生室的需求为导向,扩大该地区村卫生室的规模数量,改善配套设施的条件,优化卫生服务的硬件水平,提升农

村居民对村卫生服务的预期水平;在办医形式方面,尽量增加西部地区村集体办医和政府办医规模,有效的提高村卫生室抗御风险的能力。(2)应改善西部地区农村卫生室服务的局限性,在提高基础医疗服务水平的基础上加强对高血压,糖尿病等慢性疾病的宣传预防,适当增加妇幼保健或老年疾病等方面的服务项目。(3)应加强对村卫生室工作人员的培训,提升其医疗保健服务能力。开拓多种学习、培训渠道,实现由数量型向质量效益型转变,由单纯的业务培训向强化全面素质教育转化的目标^[14];建立吸引大中专毕业生到村卫生室工作的激励机制,并根据实际情况鼓励实行多种形式的乡村医生养老保险^[15],让更多优秀人才愿意留在农村。

参考文献

- [1] 张庆宁. 农村卫生室现状分析及对策[J]. 中国现代医生, 2008,4(1):119-120.
- [2] 罗奎. 村卫生室建设及管理的实践与思考[J]. 医学与社会, 2009,2(3):49-51.
- [3] 国家卫生和计划生育委员会.《中国卫生统计年鉴 2013》[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2013:3-364.
- [4] 中华人民共和国卫生部.《中国卫生统计年鉴 2012》[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2012:1-391.
- [5] 中华人民共和国卫生部.《中国卫生统计年鉴 2011》[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2012:1-360.
- [6] 先德强,程文玉. 西部农村地区医疗卫生现状和对策[J]. 中国卫生事业管理, 2008,25(8):553-556.
- [7] 钟文娟,李彬,王仕美. 不同经济地区村民对村卫生室反应性的调查分析[J]. 中国卫生经济, 2010,29(6):68-69.
- [8] 江金启. 新农合政策与农村居民的就医地点选择变化[J]. 南方经济, 2013,21(2):56-66.
- [9] 汤捷. 广东不同经济地区农民健康教育需求调查[J]. 中国健康教育杂志, 1999,15(6):13-14.
- [10] 何明彬. 浅谈山区农村卫生室的发展走向及对策[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011,31(1):53-54.
- [11] 周伟,袁兆康,俞慧强,等. 江西省村卫生室基本设施状况的追踪调查[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011,31(9):905-908.
- [12] 吕龙驹,刘毅,张鹏,等. 四川省贫困地区村卫生室服务能力现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2006,22(2):70-72.
- [13] 王维夫,孟庆跃,李慧,等. 山东省村级卫生机构慢病防治服务研究[J]. 中国卫生事业管理, 2008,25(4):275-276.
- [14] 李彬,陈丹霞,倪荣丽,等. 中国 4 省农村卫生室建设现状调查[J]. 中国公共卫生, 2010,26(9):1094-1095.
- [15] 钱矛锐,杨竹,陈永忠. 乡村医生运行机制存在的问题及其对策研究[J]. 医学与哲学, 2009,30(3B):59-61.

(收稿日期:2015-08-24 修回日期:2015-10-16)