

论我国农村医疗卫生服务体系的分网改革

——基于浙江省的分析

王克春

【摘要】本文以浙江省为分析的出发点,探讨我国农村医疗卫生体制改革的方向问题。我国现行农村医疗卫生服务体系是医疗与卫生混合运行的体制。在新的历史条件下,混合体制需要分解为医疗服务体系和卫生服务体系互相独立的分网体制。根据医疗服务与卫生服务的特征,医疗服务体系需要采取市场机制运行,卫生服务体系需要采取公共服务机制运行。分网改革的关键在于将农村社区卫生服务的医疗资源划分出来归属于医疗服务体系。

【关键词】浙江; 医疗改革; 农村; 医疗卫生服务体系

【中图分类号】F127

【文献标识码】A

【文章编号】1007- 9092(2011)01- 0009- 06

农村医疗卫生资源是最薄弱的环节,也是浙江省近期投入最大的地方。但是,现行的农村医疗卫生服务体系是计划经济时期的产物,采用的是医疗与卫生混合一体的体制,已不能适应当前的市场经济环境和医疗卫生改革发展的新形势。要发挥出医疗与卫生应有的效能,农村医疗卫生服务体系必须进行体制改革,改革的方向就是将医疗卫生混合体系一分为二:即医疗服务体系和卫生服务体系。

一、现行农村医疗卫生服务体系的及其由来

在新中国成立初期,农村卫生差而传染病流行,因此,毛主席做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示。通过政府投入和农村集体经济参与的方式,我国建立起了农村县、乡、村三级结构的医疗卫生服务体系,并借助集体经济体制建立了农村合作医疗制度。县医院、乡镇卫生院、村卫生室的组织结构将医疗与卫生结合起来开展,并在村级实行赤脚医生制度。农村医疗卫生服务开展的基本方式是:

县医院开展较高水平的医疗,并接受乡镇卫生院和赤脚医生的转诊;县卫生防治所专业开展公共卫生,向卫生院下达公共卫生任务;乡镇卫生院开展小投入低成本的医疗服务,负责组织农村的公共卫生活动,管理村卫生室;赤脚医生背着药箱行走农家,及时处理农民的疾病,组织农民开展公共卫生,推动卫生条件的改善。三级医疗中,疾病治疗由下转上,三级卫生中,卫生活动由上传下,在乡镇卫生院和村卫生室两级,医疗与卫生同做。在计划经济体制和集体经济制度下,农村三级医疗卫生服务体系充分发挥出医疗卫生服务的作用,在低经济水平下取得了高健康效果^①。

到改革开放时期,农村实行了包产到户改革,集体经济随之逐渐瓦解。这样,农村合作医疗和赤脚医生的经济基础遭到破坏,农村卫生工作失去经济支撑而迅速衰落。农村医疗卫生服务体系三级中的中下两级发生巨变,大量的乡镇卫生院转型卖掉或者关闭,村级卫生室完全放任自生自灭。农村基层医疗卫生服务体系的损毁和合作医疗制度的衰败导致农村的卫生状况急剧恶化,农民健康水平下降和公共卫生危险因素威胁增加。在农村医疗卫生服务体系和合作医疗衰落坍塌后,我国政府积极探索在新时期重建农村医疗卫生服务体系的方式,努力推动农村合作医疗的恢复,但没有获得成功^②。

作者简介:王克春,浙江科技学院经济管理学院副教授。

在上世纪九十年代后期,随着我国经济水平不断提升,党和政府把加强农村卫生工作放在重要位置,也在不断探索新时期农村医疗卫生保障的新方式。通过各地的不断探索和总结,于2002年,党中央、国务院作出了进一步加强农村卫生工作的决定,首次明确提出逐步建立新型农村合作医疗制度,并对农村贫困家庭实行医疗救助。浙江省在新型农村合作医疗(以下简称新农合)的建设上起步早、迈步大,走在了全国发展的前列。自2003年浙江省开始试点实施新型农村合作医疗制度以来,全省87个有农业人口的县(市、区)已全部实行新型农村合作医疗制度,保障程度不断提高,部分地方已经接近城市医疗保险的水平^⑤。

在推进和提高新型农村合作医疗的同时,浙江省政府重点加强了对农村医疗卫生服务体系的恢复重建。在以公共卫生为重点的农民健康工程实施中,浙江省各级政府加大投入建设农村的乡镇卫生院以及村卫生室,并将卫生院卫生室改造成为统一标准的社区卫生服务中心与站点,从而基本恢复了农村医疗卫生服务体系,形成了能承担农村卫生的硬件条件。在公共卫生的落实上,推行“三大类十二项”公共卫生任务,由政府按服务人头购买服务^⑥。

针对农村医疗资源落后的现状,浙江省于2009年起开展了对农村医疗卫生资源能力提高的三年建设计划。该计划的基本任务是,从2009年到2011年三年间,各级财政共安排投入农村医疗卫生服务体系建设88.65亿元,达到农村基层卫生基础条件明显改善,城乡医疗卫生资源配置效率有效提升,整体服务能力显著提高,率先建成比较完善的以县级医院为龙头、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)和村卫生室(社区卫生服务站)为基础的农村医疗卫生服务体系^⑦。

浙江省农村医疗卫生服务管理体制基本上是对医疗与卫生两种服务采用上分下合的模式。在县级,医院机构与公共卫生机构分开而分别承担医疗与卫生,在乡(镇)、村两级以及县的街道、社区两级,是由社区卫生服务机构承担医疗与卫生。筹资机制与此体系结构对应:以医疗为主的县级医院采用市场机制获得医保与个人的医疗支付,以公共卫生为主的公共卫生机构采用政府投入和政府主办的机制;将医疗和卫生共同承担的社区卫生服务,采取医疗对应于市场筹资机制,公共卫生对应于政府购买机制。筹资机制上市场机制与政府投入购买机制混合,可称为混合机制^⑧。

二、现行农村医疗卫生体制的内在冲突

农村医疗卫生服务体系的这种混合模式在改革中遭遇到严峻的挑战。在加强农村公共卫生建设中,浙江省政府加大对公共卫生的投入,要求开展“三大类十二项”的公共卫生活动,并要求将社区卫生服务的工作重心放在公共卫生上。但是,对于社区卫生服务机构来说,公共卫生是固定收入,医疗服务是多劳多得,重医疗轻卫生不可避免。在解决“看病难看病贵”的改革中,招标采购药品和降低药品价格严重影响了农村社区卫生服务的收入,导致生存困难。在实施基本药物制度的改革中,约束社区卫生服务使用药品必须在基本药物目录范围内,并实施零差率。基本药物只有307种,浙江省补充了150种,这一药物范围远远小于已经形成的药物使用习惯,也小于医疗保障的报销药物范围,特别是一些社区卫生服务中心开展的有特色有影响的医疗项目,所需要的药物超出基本药物范围。这样,基本药物制度就严重压制了农村社区卫生服务的医疗能力,极大降低了医疗收入。

基本药物制度改革在要求政府增加投入的同时,更给社区卫生服务提出一个重大的方向性难题:面对日益扩大的医疗需求,是顺应基本药物收缩医疗能力而转向公共卫生呢,还是扩大医疗能力以满足日益增长的医疗需求?

由以上分析可知,当前农村医疗卫生服务体系的混合体制存在方向性冲突。一个方向是医疗能力要扩大,一个方向是公共卫生能力要扩大,两种方向的扩大在一个体系中就发生了冲突。这种冲突的本质则在于,医疗服务的机制是市场机制,而公共卫生的机制是公共服务机制,两种机制在社区卫生服务这一个机构中运行,一个以增加收入为导向要求按需求扩张服务,一个以居民健康为导向要求专注于区域的卫生改善和居民健康提高,不发生业务收入。这就发生了互相掣肘甚至对抗不相容的矛盾。从发展过程看,当两种服务都还弱小时,即使采用不同机制也还可以互相依存于一个体系中,但当两个服务都已经强大的时候,就不能共存于一个体系中了。一山不容二虎的矛盾必然发生。农村如此,城市也如此。

三、医疗与卫生分网改革的理论分析

医疗与卫生虽然都是服务于健康,目的相同,内在联系非常密切,为什么不能共存于一个体系呢?我们需要从两种服务的服务特征和可推动机制上理解其原因。

(一) 医疗服务是患者需求导向型,可由市场机制推动^⑦

1. 医疗的基本特征

①医疗的需求性。疾病发生,病人能感受到痛苦,因此会主动提出对医疗的需求,并且愿意支付医疗费用。

②医疗的试验过程性和不确定性。医疗是一个试验过程,事先需要诊断病因,治疗需要设计方案,治疗的结果在事先并不确定,并要根据病情发展不断调整治疗方案,因此称此特征为试验过程性。试验特征要求医生必须以仁爱行医,不能以私利行医,否则就会出现普遍的恶的结果而不可控。

③医疗的保障性质。人的存在和健康生活是社会存在的根本所在,社会必须要保证公民得到基本的生命救护,包括医疗资源在地域上的合理的基本配置和居民在医疗支付上的合理负担的保证。

由于医疗具有以上性质,医疗既是市场的又是保障的,同时又是需要医德的。

2. 医疗的可推动机制

①采用交易方式的市场机制可推动医疗服务。患者一般都会主动发出医疗请求,愿意用钱交换医疗服务,因此,医疗可以采用交易的方式推动服务的进行。在有业务收入的利益诱导下,医院和医生都愿意积极主动地开展医疗服务,提高医疗技术和服务质量。因此,市场机制下,医院和医生会自觉满足患者的医疗需求,且愿意承担医疗的风险责任。在市场机制下的患者,则面临复杂的局面,一方面医院和医生能给予积极的治疗,另一方面由于利益诱导而发生过度医疗。此时,需要政府对医疗行为进行引导与监管,则可消减医疗服务者的不良医疗行为。在这里,市场机制的积极作用将大于消极作用。

②采用公共服务机制不可推动医疗服务。若采用公共服务机制,要求医院收入和医生收入与医疗服务业务量不挂钩,则会导致对大病治疗服务的推动力明显不足和服务数量减少。大病治疗需要高强度劳动和承担高风险责任,在医院收入跟大病治疗数量及费用无关情况下,医院会尽可能少地安排大病治疗的组织活动,这样可以既减少医院的劳动和成本支出,又减少医院在大病治疗中的风险;在医生工资与业务量无关的情况下,医生一般也倾向于少劳动,少担风险。在这种双重作用下,大病治疗的积极性大幅度降低,一般医疗积极性也被削弱,所以公共服务机制不能推动医疗以有效率的方式开展。公共服务机制虽然可消除医疗费用过度增长的动力,但却以少治疗为代价,有着不可接受的局限性。

(二) 卫生服务是专业规划导向型,应由公共服务机制推动^⑧

1. 卫生服务的基本特性

①卫生需求隐性。当人们身体健康时,常常会忽略对健康的维护,对威胁健康的因素也不在意和意识不到;即使处于亚健康状态,有些人也不愿意自我强迫改变不良生活习惯,不愿意加强锻炼。这样,卫生服务的价值不易被感知,卫生需求不会提出,这就是卫生需求隐性的特点。

②卫生服务提供的主动性。卫生服务并不是被动等待有人提出需要而进行的服务,而是卫生服务者主动关怀服务对象的身体状况和生活习惯,发现社区存在的健康问题并主动开展卫生活动。卫生活动的开展需要按照专业认识和主动副服务的方式才能充

分促进健康提高,而不可能采用等待居民提出卫生服务需求再开展活动的市场机制方式。

③活动动员与强制参与。如果卫生服务者认为必要,即使居民不愿意接受也必须为其提供服务,或者要求居民参与卫生活动,以保护居民的健康。

④公共产品效应。对于传染性疾病和公共卫生事件,因为威胁到大众的生命安全,因此,这个方面的公共卫生活动具有公共产品性质。

公共卫生具有专业规划导向特征,其服务必须以政权威力和主动服务方式开展。

2. 卫生服务的可推动机制

①采用公共服务机制可推动卫生服务。卫生服务的需要主要不是来自被服务者的自我认知和自发请求,而是来自卫生服务者的主动关怀和主动服务。这种主动服务动力必须来自服务者工作职责要求和内心的仁爱关心,而不能是经济利益的吸引。因为良好卫生习惯的形成常与个人生活习惯相矛盾,健康关怀的工作常与家庭和社会环境相冲突,卫生服务者若缺乏无私的为他人健康着想的情怀,不是处于公共服务机制中,将无法得到服务对象的放心接纳。

因此,这样的工作形态必须是公共服务方式,服务资金来自公共机构,服务提供采用免费方式,服务者代表公共机构。但这样的机制只是具备了卫生主动服务的内在条件,而真正开展卫生服务还需要外在条件。外在条件是指社会环境支持卫生的开展,社会政策要求居民参与卫生活动,卫生活动的管理合理有效。内外条件同时具备,才能保证卫生服务工作的有效开展。

②采用交易机制不可推动卫生服务。卫生服务的需求隐性和服务主动性特征,卫生服务需要以走进居民的心灵的方式提供,而市场机制以逐利为目的,不能被居民的心灵所接受,所以,市场机制方式不能对主要的卫生服务内容产生推动作用,不是卫生服务开展的可推动机制。

3. 社区卫生服务全面转向公共卫生

公共卫生中就有医疗,如公共卫生事件中的医疗救治,传染病治疗,还有就是在社区卫生服务提供卫生保健中包含医疗^⑥。这些医疗的性质是公共卫生性质,需要采用公共服务机制。社区卫生服务的卫生保健所包含的医疗称为初级医疗。初级医疗是指对疾病做第一级接触和处理的医疗。初级医疗的作用是对健康能起基础性保护作用,初级医疗的服务范围和服务水平是在政府能承担得起的限度内。初级医疗的主要内容是,采用低成本、常规成熟技术的医疗,开展初级的社区康复,进行地方病防治、常见病及创伤的有效处理等。初级医疗的药物由基本药物制度保证。

有了初级医疗的概念就很容易推动社区卫生服务真正转向公共卫生。首先,初级医疗从属于公共卫生,必然由政府提供,其次,初级医疗的范围约束在初级医疗技术和基本药物范围,以政府能承担得起为限度,最后,由于初级医疗与基本医疗有在性质上的区分,所以可以将现有的社区医疗划分出来。有了初级医疗概念就可以在社区卫生服务进行医疗的划分,将不属于初级医疗的医疗划分出去,使社区卫生服务的医疗与卫生上都被框定在公共卫生的范围内。

(三) 医疗服务体系与卫生服务体系的不同管理理念

医疗与卫生是健康服务的两个方面,两者在服务特征和运行机制上存在不同,因此需要独立体系分别承载相应的服务。但是,医疗与卫生的联系非常紧密且互有交叉,因此又必须对两个体系联合管理。这是医疗卫生的基本的体制。在基本体制之下,两个体系各有不同特征,所以两体系各有不同的管理理念。

1. 医疗服务体系的管理理念

一个地区的医疗包含有两层意义,第一层是对于本地区居民要有起码的合理医疗资源配置,保证居民能在合理就医距离的范围内及时得到起码的医疗技术和能力的治疗,这是底线公平意义的医疗,也称为基本可得医疗;第二层是指在底线意义之上,需要满足本地与外地的超出底线意义的来自市场需求的医疗。

对于第一层意义的医疗,需要由政府配置这种底线公平意义的医疗资源,并保证资源的正常运行。

对于第二层意义的医疗,需要由市场机制自发配置资源,但要约束承担社会医疗保障责任的医疗是为国家的卫生事业服务,不是为自身经济利益服务,即要求公立医院是非营利和公益性。

这就决定了政府在资源配置上需要进行分层管理,在底线层的医疗资源,需要由政府投入和维持,对于市场需求层的医疗资源,需要政府放手让医院自我经营。对于农村医疗服务体系的公立医院配置,底线层医疗资源占据主要的成分,政府因此要承担主要的配置责任,但也要区分经济发达与欠发达的情况。

除了资源配置上的政府与市场关系外,政府还要对医疗服务行为的良好承担引导管理责任。医疗行为良好的状态不是任何环境都能产生的,是需要特定的环境,这个环境就是形成“医乃仁术”的医疗氛围。只有医院和医生按照“医乃仁术”的动机行医才能产生良好的医疗行为,而“医乃仁术”动机的形成需要政府在管理制度、社会共识和仁心澄明等多角度进行综合治理。因此,政府不但要从堵截医疗不良行为上进行管理,更重要的是从回归“医乃仁术”的仁心上进行正向引导的管理。

2. 卫生服务体系的管理理念

公共卫生服务体系由两个分体系交叉混合而成,一个是公共卫生专业体系,一个是社区卫生服务体系,简称为卫生服务体系。

公共卫生专业体系负责公共卫生的监测、技术处理和危机事件的应对,社区卫生服务体系负责在基层的公共卫生活动和任务的开展。公共卫生服务的开展有两个基本形式,一个是专业认知引导下的工作人员自主开展活动,一个是公共卫生任务下达下的执行与完成。

任务有指标,而卫生活动需要自主和由心而发,因此,政府的管理重心应该放在激发基层的卫生活动主动开展上。政府对卫生服务体系的管理理念就应该是,激发工作人员的责任意识和仁爱善心,创造工作人员自主开展卫生活动的空间和环境,将工作人员的收入与管辖区域的居民健康联系起来。

四、分网重组:农村医疗卫生服务体系的改革方向

(一) 一网与两网的结构功能比较

农村医疗卫生服务一网体系的特点是县乡村三级网络,依托的是行政力量。分网体系的特点是,卫生服务体系是县乡村三级网络,依托的是行政力量;医疗服务体系依靠的是政府对底线资源的支撑和满足需求的市场力量。因此,一网与两网的区别既有层次上的差异,又有机制上的差异。

农村医疗卫生服务体系一网与两网结构功能比较见下图。

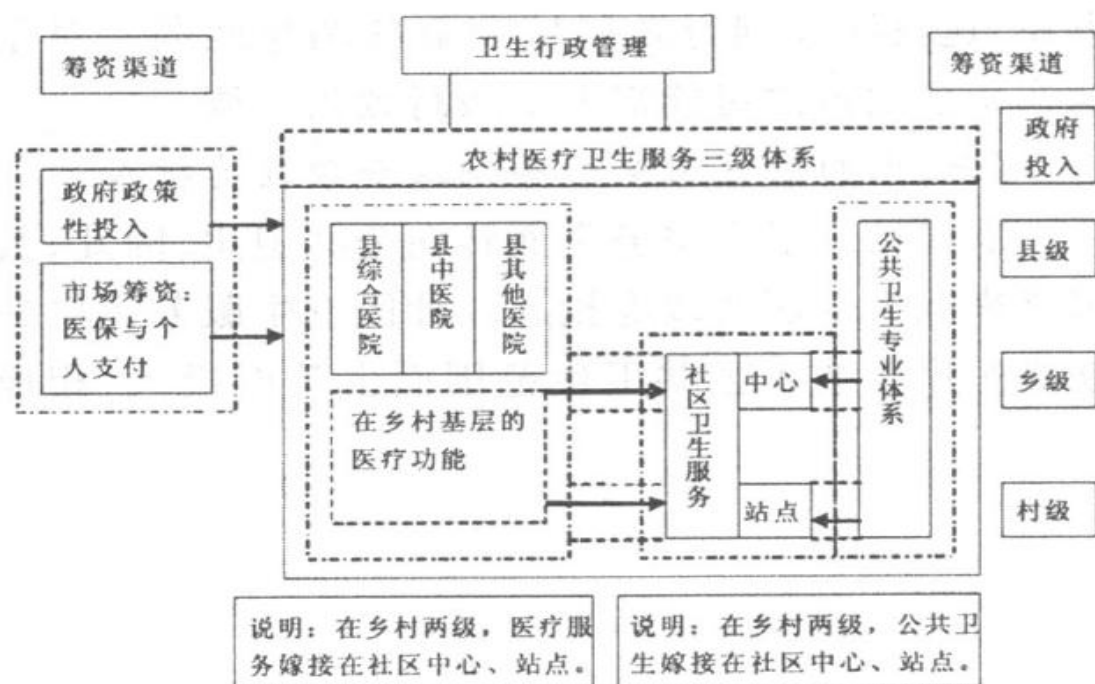


图 1 医疗与卫生混合一网旧体系

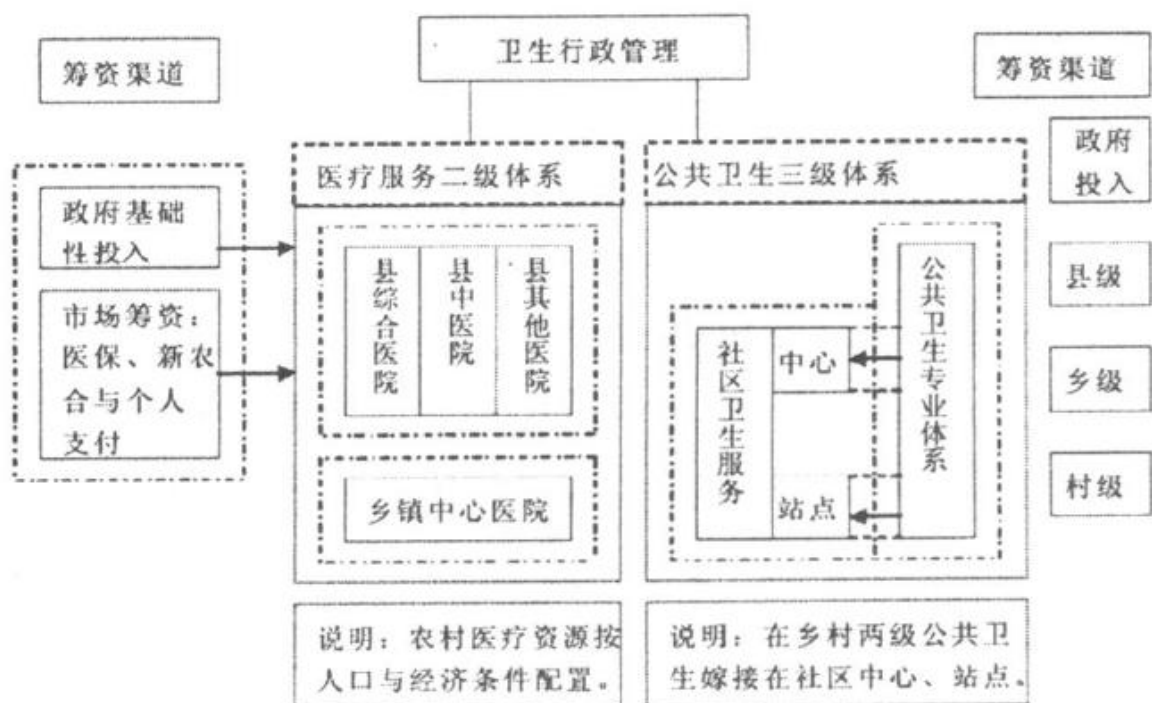


图 2 医疗与卫生两网分离新体系

从以上两种体制的比较可以看出,分网改革的核心焦点是医疗资源归队。由于农村社区卫生服务转型后提供的是初级医疗,因此原有医疗资源将会多出,这些多出的医疗资源需要纳入医疗服务体系中,由其组建乡镇医院。

(二)农村医疗资源的重新配置

在乡镇配置医疗资源、组建新的乡镇医院,面临的问题是,乡镇的行政格局与人口地理经济分布情况可能存在不吻合,医疗资源的配置格局可能不一定遵循行政格局,这样,按照行政格局从社区卫生服务中划分出来的医疗资源存在跨行政区域的整合问题。

医疗资源配置的重新配置面临的主要矛盾是,根据人口和地理进行底线公平意义的配置存在与医院经营的经济盈亏之间的冲突。面对这样的矛盾,需要根据地理条件和经济集聚程度以及未来发展趋势做综合平衡的考虑。医疗资源重新配置的另一个矛盾是从社区卫生服务中划分出来的资源可能异地利用,这就涉及到行政区域利益的调整问题。对于这个矛盾的解决可能需要上级行政的协调。

(三)农村社区卫生服务纳入全额政府投入

农村社区卫生服务全面转向公共卫生,因此,其筹资来源为全额的政府投入。社区卫生服务提供的初级医疗因纳入公共卫生范围而由政府投入,相应的,医疗原来定点在医疗保险和新农合的渠道就需要进行脱钩的改革。在医疗服务体系来讲,则保持医保和新农合渠道。

社区卫生服务的医疗资源的切分转出和政府全额投入的跟进以及乡镇医院的重组重建,是一个严密的系统工程,需要缜密设计,保持改革的协调同步。

五、结语

农村医疗卫生服务体系需要分网,是因为医疗与卫生都在变强大的情势所迫,而医疗与卫生各需要在各自的体制里运行则是由医疗卫生的内在规律所致。在农村,分网的需要既大且迫切,分网的阻力相对弱小,所以,分网在农村具有可行性和易实现性,是我下一步医疗改革的恰当选择。而在城市,虽然也是混合一网体制,也需要分网改革,但分网的需要尚不迫切,而医疗资源的强大更使社区卫生服务难以割舍出医疗资源,分出的医疗资源也难以融入城市医疗服务体系中的现有医院,所以,不宜选择城市作为分网改革的先锋。分网改革需要采取农村包围城市的方式进行。

注释:

①王红漫:《大国卫生之难——中国农村医疗卫生现状与制度改革探讨》,北京大学出版社 2004 年版,第 3- 13 页。

②唐旭辉:《农村医疗保障制度研究》,西南财经大学出版社 2006 年版,第 27- 43 页。

③王小合等:“浙江省不同经济类型试点县新型农村合作医疗基金运行状况比较研究”,《中国卫生经济》2007 年第 12 期。

④王克春、王小合:《农村卫生事业理论与实践》,科学出版社 2009 年版,第 71- 80 页。

⑤浙江省人民政府办公厅:《关于浙江省农村医疗卫生服务体系建设和改革实施方案的通知》(浙政办发[2009]191 号)。

⑥王克春、王小合：《农村卫生事业理论与实践》，科学出版社 2009 年版，第 180- 182 页。

⑦王克春、高炎、向永辉：《健康服务特征与医疗卫生的两种可推动机制》，《中华医院管理杂志》，2007 年第 11 期。

⑧王克春、高炎、向永辉：《健康服务特征与医疗卫生的两种可推动机制》，《中华医院管理杂志》，2007 年第 11 期。

⑨杨文秀、杜亚平：《社区卫生服务》，高等教育出版社 2004 年版，第 35- 37 页。