

乡村医疗服务供给中存在的问题及对策

□ 赵宇

一、目前乡村医疗服务供给中存在的主要问题

(一) 在基本健全的农村三级医疗服务体系中, 乡镇卫生院资源利用率较低, 骨干作用没有充分发挥。目前, 我国由县医院、乡镇卫生院、村卫生室组成的农村三级医疗卫生服务体系基本健全。乡镇卫生院的数量趋于稳定, 村卫生室的数量逐年增加, 村卫生室占行政村的比例逐年提高。农村居民出于熟悉、便利以及治疗效果因素的考虑, 农村居民得小病时的治疗场所主要是村卫生室, 得大病时的治疗场所主要是县及县以上医院, 而愿意选择乡镇医院治疗的却很少。2010年, 山东全省乡镇卫生院共有床位9.13万张, 病床使用率为53.16%, 虽比2009年增加1.89个百分点, 但病床使用率仍然较低。据调查, 山东省某镇卫生院有病床88张, 年实际开放总床日数为32120日, 实际占用总床日数为10060日, 病床使用率为31.32%; 某乡卫生院有病床97张, 年实际开放总床日数为3285日, 实际占用总床日数为76日, 病床使用率仅为2.31%。《中国卫生统计年鉴》提供的医疗服务情况也表明, 2011年, 乡镇卫生院诊疗人次为8.66亿人次, 村卫生室诊疗人次为17.9亿人次, 乡镇卫生院诊疗人次不足村卫生室的一半; 乡镇卫生院医师日均担负诊疗8.5人次, 低于城市社区卫生

服务中心医师的14.0人次。这表明村卫生室在农村基本医疗服务供给中起着非常重要的基础作用, 而乡镇卫生院由于在技术上不如县医院, 在服务的可及性、灵活度以及医疗成本方面又比不上村卫生室, 其资源利用率较低, 骨干作用没有得到充分发挥。

(二) 受医疗技术和卫生资源制约, 农村居民患大病依然存在“看病难”。首先, 目前农村乡镇卫生院及村卫生室医务人员不仅数量不足, 而且医疗水平不容乐观。统计资料表明, 2010年全国每千人所拥有的医疗卫生专业技术人员平均为4.37人, 其中, 城市约为7.62人, 而每千农业人口所拥有的乡村医生和卫生员仅为1.23人。可见, 乡村两级普遍存在医疗服务技术人员匮乏的现象。调查显示, 多数农村居民认为本乡镇卫生院及村卫生室医生的医疗水平一般或较差。乡镇及村级医生中, 中专以下学历占18.3%, 中专学历占68.7%, 大专学历占11.2%, 本科学历仅占到1.8%。其次, 村卫生室尽管都具备了诊断、治疗、观察和药房等功能分区, 其规模初显, 但医疗设备数量有限, 而且较为简陋。由于受医疗技术和卫生资源的制约, 许多农村乡镇卫生院和村卫生室不能满足农民的大病医疗需求, 农民患大一点的疾病在乡村难以得到有效治疗, 农民相对的“看病难”问题依然存在。

(三) 政府对乡村基本医疗服务

投入不足, 特别是村卫生室财政投入更少。首先, 农村基本医疗服务的财政投入整体不足, 远低于城市。2010年全国人均卫生费用1490.1元, 其中, 城市2315.5元, 农村666.3元。我国人口2/3生活在农村, 1/3生活在城市, 而农村人口只占用了不到1/3的卫生经费。同样, 近几年中央和省两级财政医疗卫生支出中70%的医疗费用用于城市, 只有约30%用于农村。其次, 尽管近年来各级政府在财政压力较大的情况下, 加大了对乡镇卫生院的经费投入, 但在农村乡镇卫生院的收入中政府投入所占比重依然很低。2008—2009年我国农村乡镇卫生院的收入中, 财政补助收入和上级补助收入总额虽逐年增加, 但两者合计所占比例不足20%。2010年两者合计所占比例也不过26.93%。在农村县、乡、村三级医疗服务网中, 政府财政对村卫生室的支持更少, 村卫生室总收入的90%以上来源于自身的业务收入。

(四) 乡村医疗救助资金有限, 制度有待完善, 管理效率有待提高。首先, 尽管我国近年来农村医疗救助人次和救助支出金额不断增加, 但支出总额有限, 增幅逐年减缓。2009年, 我国民政部门农村医疗救助金额增幅为68.73%, 2010年仅为29.18%。由于农村医疗救助资金有限, 民政部门要“看米做饭”, 即根据医疗救助资金的额度来决定医疗救助的人次和

水平,加之宣传力度不够,农村居民对农村医疗救助政策了解较少,农村医疗救助的范围和力度都不够。2009年,我国民政部门农村医疗救助每人平均救助金额仅为134.94元,2010年也不过148.16元,医疗救助救急救难作用没能得到很好发挥。其次,乡村医疗救助制度有待完善。从救助内容来看,主要集中于“资助参合”和“大病医疗救助”,救助服务内容较少,范围较为狭窄。从救助标准来看,不但设置了“起付线”的门槛,客观上限制了乡村贫困人口对医疗救助的利用,而且救助比例较低、数额有限。第三,乡村医疗救助申请、审批程序较为繁琐,救助资金到位也不及时。按照规定,医疗救助申请人(户主)先要向村民委员会提出书面申请,填写申请表,如实提供医疗诊断书、医疗费用收据、按规定领取的合作医疗补助凭证、社会互助帮困情况证明等,经村民代表会议评议同意后报乡镇政府审核。乡镇政府对上报的申请表和有关材料进行逐项调查审核,对符合医疗救助条件的上报县(市、区)民政局审批。过于繁琐的乡村医疗救助审批程序不仅给文化程度普遍不高的救助对象增加了难度和成本,而且也耽搁了时间,使医疗救助资金到位不及时,从而降低了救助效率。

二、保障乡村医疗服务供给的几点建议

(一)加大财政对乡村基本医疗服务的资金投入,鼓励、引导社会资本发展乡村医疗服务事业。首先,完善政府主导的多元化农村医疗投入机制,确立政府在提供乡村基本医疗服务中的主导地位,建立不断增长的财政乡村医疗支出长效机制。在每年的政府财政预算中,中央和地方各级财

政乡村基本医疗支出规模应保持较快增长,其增长幅度要高于经常性财政支出增长幅度,从而使财政乡村基本医疗支出占经常性财政支出的比重逐步提高,政府乡村基本医疗投入占农村基本医疗服务总费用的比重逐步提高。对于政府负责举办的乡镇卫生院,应严格按国家规定核定其基本建设经费、设备购置经费、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费,本着政府与市场合理负担成本的原则,由财政统筹安排经费,使其正常运行;对于社会力量举办的乡镇卫生院,可采取政府购买服务等方式进行必要的财政补助。对村卫生室规定包括注册资金、业务用房规模、人员配备、常用基本设备等在内的低限标准,对于不超过该低限标准所进行的建设费用实行财政补贴;对于村卫生室购置常用基本设备以外的较为大型的医疗设备实施以奖代补。其次,鼓励和引导社会力量积极参与部分政府兴办的乡村医疗服务机构的重组改制或者直接投资兴办乡村基层医疗机构,通过建立公私伙伴合作关系,促进乡村医疗机构之间的竞争与合作。同时,对于社会力量举办的营利性乡村基层医疗机构,除了按规定享受相应的税收优惠政策外,地方政府还可以在房屋建设、设备购置以及人员培养等方面给予一定的财政补助。

(二)完善医疗救助制度,提高乡村医疗救助管理效率。首先,建立政府投入为主体、社会力量积极参与的乡村医疗救助筹资机制。在加大各级财政资金投入的同时,积极发动社会力量,通过彩票公益金、慈善组织和社会个人捐助等,多渠道筹集乡村医疗救助资金,为提高乡村医疗救助水平提供充足的资金来源。其次,完善医疗救助制度,尽量满足乡村贫困居

民的基本医疗服务需求。在原有“资助参合”和“大病医疗救助”的基础上,新增设“门诊救助”、“临时医疗救助”和“慈善医疗救助”,使救助对象享受到更多医疗救助,打消乡村贫困居民患病不敢治和治不起的顾虑。逐步降低或取消乡村医疗救助起付线,提高封顶线,逐步提高救助对象经新型农村合作医疗制度补偿后需个人自付的基本医疗费用的救助比例,以扩大乡村医疗救助的范围,提高医疗救助的标准和水平。做好乡村医疗救助与新型农村合作医疗制度之间的衔接与配合,以发挥制度的整体效能。第三,简化乡村医疗救助审批程序,推行定点医疗机构即时结算,提高管理服务效率。在简化乡村医疗救助申请、审批程序的基础上,每年向社会公开经过审批符合条件的乡村医疗救助对象名单。符合条件的乡村医疗救助对象持相关证件在新型农村合作医疗定点医疗机构就诊,可按照新型农村合作医疗制度和医疗救助制度的相关规定,实行新型农村合作医疗报销和医疗救助同步、即时结算。这既方便了救助对象,又有利于提高乡村医疗救助管理服务效率。

(三)加强乡村两级医疗服务人才队伍建设。采取面向农村乡镇卫生院及以下的医疗岗位订单定向、免费培养医学大学生,制定优惠政策鼓励应届和往届大中专医学毕业生到农村医疗机构基层工作等措施引进新人才,改善乡村医疗服务人员结构。选派乡村两级医疗技术人员定期到县级以上医疗机构进修学习、岗位培训,更新知识,提高农村医疗服务从业人员的业务技术水平,提升乡村两级农村医疗服务供给水平。

(作者单位:山东财经大学)

责任编辑 李艳芝