

略论中国城乡卫生服务体系的建构

李 安 明

[摘 要] 我国长期的“城”与“乡”差异性制度设计,使得传统的医疗预防保健网功能弱化,社会公平性差距扩大。卫生行政承载着公众健康使命和公共管理职能,因此,应从战略高度创新“统筹城乡的卫生服务体系”,为医改、资源共享和政府决策提供信息服务。

[关键词] 公共管理;信息管理;卫生体制改革;卫生服务体系

[中图分类号] D035 [文献标识码] A [文章编号] 1672-7320(2009)02-0213-06

良好的公共管理离不开公民的参与及其满意度的提高。卫生服务是事关民生和公众健康的公共服务领域,卫生行政作为政府的社会事务和公共管理者,承载着社会公众健康的使命和公共管理职能。近年来,政府大力推进“基本医疗保障进社区”活动,努力方便社区居民能以最短的时间、最近的距离和最快捷的方式获得基本医疗和公共卫生服务。然而,居民“参与”社区看病积极性并不高,表明政府在健康保健领域的公共管理职能及其绩效尚未被社会认同,尚需进一步加速政府职能转变^[1](第 76 页)。

中国正在进一步深化医药卫生体制改革,目标之一是建立“完善的卫生保健服务体系”,使全体居民公平地享有健康权和改革开放成果。其战略重点就是大力发展社区卫生服务体系、建立新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助保险制度。伴随我国社会经济转型,学界通常把医疗卫生服务界定为公共物品或准公共物品属性,经济学人则将其同政府与市场理论联系起来,把医疗卫生服务过程界定为医疗卫生服务市场。由于多种原因,我国新时期医疗卫生服务呈现出一种“尚不成熟”的特殊市场特征。有研究表明,卫生等五个行业的收入相对较高,普遍带有自然垄断、技术垄断或制度垄断因素^[2](第 263 页)。故昔日的“白衣天使”和“救死扶伤”形象在其市场影响下,常常扭曲为行业垄断,医疗卫生服务供需双方“信息不对称”、消费不透明,甚至成为极少数人“寻租、索取”的基础,在“医患交易”关系中,需方始终处于被动、盲从的无奈状态。

本文试从公共管理和区域健康信息化视角,重点探讨统筹城乡的卫生服务供给体系及其基于区域健康信息相互操作的发展战略,旨在促进医改,并依托网络信息平台,使城乡、区域及群体间失衡的卫生资源得以优化,实现共享,以适应我国社会经济发展和居民健康的需求,为配合即将出台的覆盖全民的基本医疗保障制度,为政府决策提供信息支持服务。

一、中国城乡卫生服务体系建构之战略环境及其可行性分析

(一)政治及政策环境可行性

我国宪法明确规定,“国家发展医疗卫生事业…,保护人民健康”^①。伴随改革开放、社会转型、城市化和信息化进程加速,我国社会物质、政治和精神文明不断增强,综合国力大幅提升,社会政治总体上呈现出稳定局面。在党中央提出以人为本的科学发展观,以及到 2020 年建设社会主义和谐社会的战略任务的新的历史时期,党和政府以及卫生领域管理专家共同关注“看病贵”、“看病难”这一社会热点问题,

可以认为是建立新时期城乡卫生服务体系的政治基础。然而,我国长期习惯于“城”与“乡”差异性的制度设计,使农村居民又一次输在了“经济体制转型”的同一起跑线上,其收入增长、卫生服务及其他公共品、产业结构和投融资等差别进一步拉大。因此,“让全体人民共同享有改革开放成果”即成为构建和谐城乡卫生服务体系的价值取向。

政策层面,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中发〔1997〕3号(简称《决定》)明确指出,我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。卫生事业发展必须与国民经济和社会发展相协调,人民健康保障的福利水平必须与经济发展水平相适应。政府对发展卫生事业负有重要责任。2006年8月,在总结我国农村卫生服务体系建设和发展经验基础上,卫生部等先后出台《农村卫生服务体系建设和发展规划》、《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》、《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》等文件。另在《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》中明确提出“构建社会主义和谐社会”、“健全医疗卫生服务体系,重点加强农村三级卫生服务网络和以社区卫生服务为基础的新型城市卫生服务体系”等,已成为构建城乡卫生服务体系的行动指南。

(二)社会环境可行性

近些年来,社会舆论和广大群众期望公平地享有改革开放成果,尤其是建立公平的卫生保健服务制度体系的意愿强烈;卫生领域与国际接轨,国际合作交流频繁,跨国医疗集团已陆续登陆中国等,可谓是新时期城乡卫生服务体系广泛和深厚的社会基础。

(三)卫生资源及经济环境可行性

笔者前期测算表明,1993—2002年间,我国卫生人员和千人口医生等卫生资源指标的绝对水平仍以增加为主,床位总体上有所减少。最值得关注的是国家卫生事业费,尤其是卫生总费用等财政投入同国民经济逐年高速增长以及卫生事业发展需求形成强烈的反差,呈不和谐发展状态。同期宏观经济指标各年份几乎都是快速发展的,尤其GDP拟合模型显示,2002年及其以后成稳步推高趋势。国家财政支出拟合模型显示国家财政支出十分强劲,客观上已成为社会事业快速发展的基石^②。

(四)工作基础及相关制度环境可行性

我国遍及城乡的“三级医疗预防保健网”,尽管功能有些弱化、资源严重失衡,但卫生服务提供总量还是发展的,尤其高端医疗卫生资源规模和实力相当雄厚,其龙头地位和对基层卫生院和社区卫生服务的带动作用,已成为新时期城乡卫生服务体系坚实的工作基础。非但如此,与构建新型城乡卫生服务体系密切相关的医保全覆盖条件基本成熟。

1. 多层次的医疗保障制度框架(见图1)基本形成。我国在经济体制改革的同时,医药卫生体制的改革等也进行了许多有益的探索。但在控制卫生服务成本方面,美国管理型保健(Managed care)及其卫生服务模式的后发优势值得借鉴。目前,我国医保制度基本实现体制转轨和机制切换。体制方面实现了“福利型公费医疗和劳保医疗制度”向社会公平型的“社会医疗保险制度”转轨;机制方面采取“社会统筹与个人账户相结合,费用分担,医疗服务定点竞争和结算费用控制方式”等协调配套举措。新制度的建立,必然要求新的卫生服务体系、卫生发展战略以及医疗服务过程实现更多的信息资源共享,必将带动健康相关的多网(如医疗卫生服务、医疗保险、区域健康信息和电子政务等)合一,而新型城乡卫生服务体系及其资源共享平台必将成为首选。

2. 其他相关制度和配套机制将逐步完善。在国家基本药物制度、科学而规范的公立医院管理制度和医保定点等一系列配套机(体)制中,建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度是党中央为构建社会主义和谐社会作出的一项重大决策。2007年全国卫生工作会议明确了基本卫生保健制度的实质是加强公共卫生体系、农村卫生体系和社区卫生体系建设,健全财政经费保障机制,完善公共卫生机构和城乡基层卫生机构的公共服务职能。

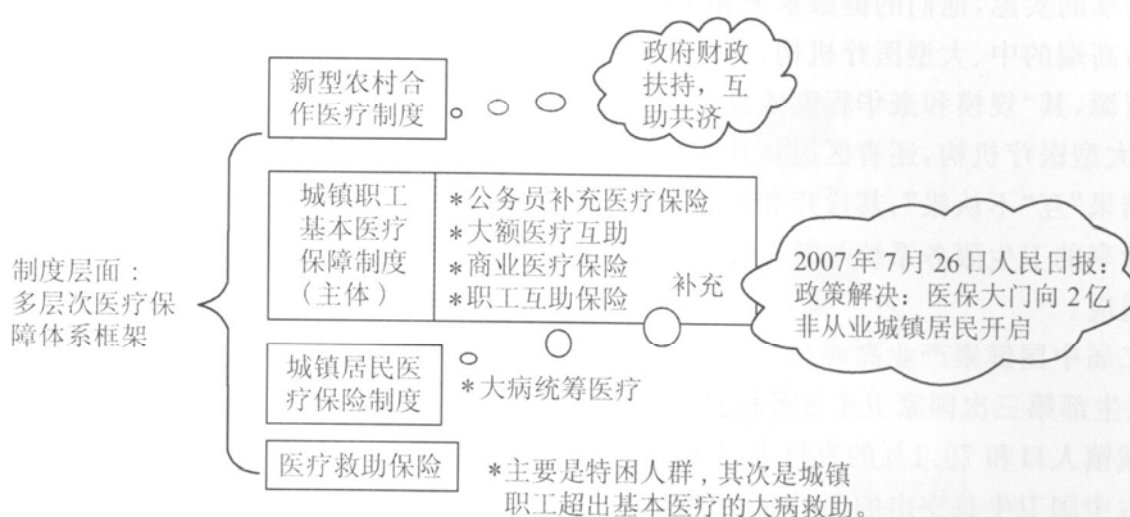


图1 中国多层次的医疗保障体系框架

(五)技术环境可行性

目前,我国卫生领域新技术不断涌现。中、大型医疗机构几乎引进了世界发达国家和地区最先进的医疗设备和技术。但在基层社区,诊疗技术的缺乏正是制约居民有效利用其卫生服务的瓶颈问题。为提高社区居民的健康和科学文化素质,卫生部等联合开展了“卫生科技进社区”大型健康知识普及和适宜卫生技术推广活动,但因缺乏长效机制,其作用相对有限。要使基层的社区卫生服务持久而实质性地共享其区域内高端医疗卫生资源,必须创新管理手段和组织体系:即通过现代信息技术,构筑网络信息和卫生资源的共享平台,其组织保障为新型和谐的城乡卫生服务体系。目前理论和网络信息技术层面实现都不困难,真正的困难其一是出于机构各自的利益,“我投资、我受益,凭什么与你共享”之类的思想大量存在,缺少共享多赢意识;其二是“谁买单”;其三是必要的行政干预以及如何干预。目前,一部分大型医疗卫生机构内部封闭式的卫生信息化已初具规模,显然,通过其自发的行为去实现区域医疗信息化或让基层共享高端优质资源将是不现实的,必须要有政府的适度干预、正确引导和机制协调。

综上战略环境状况分析认为,目前,我国国家宏观经济持续向好(每年10%以上增长),国家财政支出非常强劲,人口生育已进入低出生期,人口迁徙成“反Z字形”特征,老龄化程度尚不严重。因此,从公共管理和区域健康信息互操作的新视角,全方位地构筑“基于网络信息技术平台、以社区卫生服务为基础、与城乡高端医疗资源共享互动的新型卫生服务体系”,整体推进医疗卫生改革的条件基本成熟。

二、中国目前城乡卫生服务体系的困惑

我国卫生服务网络体系具有一定的中国特色,即由政府、军队、集体、社会、个人举办的医疗卫生机构所组成,曾是贯彻和落实“预防为主”的卫生工作方针,实现医疗、预防、保健等多重服务功能的组织保障。经过数十年的建设和发展,其“三级医疗预防保健网、合作医疗制度、赤脚医生”形成其特有的时代标志,“以消灭急性传染病”为特征的第一次卫生革命,改善了基层卫生状况,缓解了医疗卫生资源的供需矛盾,其成就让国人受益,令世人瞩目。

改革开放以来,我国卫生服务网络发生了前所未有的变化。其一,不成熟的市场经济环境,以及按照“全行业管理”和“属地化管理”原则,一些部队医院和“分离国有企业医疗资源社会化”后,在一定程度上加剧了基层对“病人客流量”的争夺,使基层卫生机构生存更加困难,公共卫生普遍不被重视,“传统的卫生服务网络”已部分地名存实亡。其二,长期的计划经济体制、城乡二元经济背景以及过去政府的投入及政策导向,造成了我国医疗卫生资源伴随着条块分割的办医格局在城乡之间、区域之间和不同群体之间的分布严重失衡。全国人口绝大多数生活在农村和城中村(包括农民工),无论是按每单位的区域面积,还是按万人口医疗机构、千人口医生等卫生资源,基层民众都未能公平地获得足够的基础卫生设

施和资源共享的实惠,他们的健康水平和生命质量不同程度地受到“制度的非理性影响”。其三,处在卫生服务网络高端的中、大型医疗机构,由于长期受到政府资金呵护,盲目扩张而几乎囊括了所有的高端优质医疗资源,其“规模和豪华程度或仪器装备”甚至超过某些发达国家。特别是有的区域内甚至密布着数家中、大型医疗机构,还有区级和社区医院等。近在咫尺却各自为政,竞相购置,“信息资源”互不共享,“检查结果”互“不认帐”,其诊疗和检查重复收费更是加剧了需方的疾病负担。如此区域资源布局、如此信息独享的卫生服务系统与整个社会发展和居民健康需求严重不相适应,与整个国家信息化发展纲要不相适应。

据第二届中国健康产业高峰论坛^③某学者的数据:我国卫生总费用只覆盖 20%人口的卫生服务。2003 年,卫生部第三次国家卫生服务调查,患病群众 48.9%应就诊而未就诊,29.6%应住院而未住院,44.8%的城镇人口和 79.1%的农村人口无任何医疗保障。另据测算分析^[3](第 52 页),2000 年财政的卫生支出只占中国卫生总支出的 14.89%(这在当今世界,属于最低一档的国家)。国际组织(WHO,2000 年)对成员国卫生筹资和分配公平性的排序中,中国位列 191 个成员国的倒数第四(188 位),足以整个医疗卫生服务体系已不能适应社会与经济发展的内在需要。

此外,伴随卫生改革之深化,“医改的困惑及社区卫生服务尴尬”等许多深层次矛盾已浮出水面。(1)国家大环境已从计划经济转向社会主义市场经济,国有公立大型医院要不要市场化?(2)“看病贵、看病难”吼声四起,“双向转诊”成为单边行动计划,国有公立大型医院究竟如何面对?如何作为?(3)医疗卫生服务究竟是“政府主导”还是“市场化”?更有社区卫生服务之尴尬:(1)哪怕是一个小小的感冒,居民却不太愿意到家门口的社区寻医问药,政府的“小病进社区”目标尚待时日;(2)社区卫生服务被定义为“政府实行一定福利政策的全额补助公益性事业单位”,可是只有区(近年来市)级财政才有有限的投入,省及中央财政转移支付很难到位。

总之,市场化的条件尚不成熟,即开始盲目地将医疗服务市场化,其结果必然是扰乱医疗卫生服务的市场秩序。因此,本人观点是“既要政府主导,也要市场化”。其前提是一次性地整体设计我国 21 世纪医疗卫生改革的总体方案,分期实现。即在由计划经济转向社会主义市场经济的早期阶段,也就是“过渡期”必须坚持“政府主导”。在加大卫生投入的同时,政府应积极推进“基于信息技术”的医疗卫生体制、卫生服务体系和相关配套政策及运行机制等方面的改革。经若干年的发展过渡,通过市场培育、政策引导而形成共识后,再逐步将条件成熟的医疗卫生服务项目、乃至整个机构有计划地“市场化”。

三、中国城乡卫生服务体系的战略构想

在对乡镇卫生院深入研究的基础上,鉴于其在农村预防保健服务网络中的特殊“兜底作用”,笔者认为,从网络信息技术角度出发,应彻底打破乡镇界限,根据“区域卫生规划”,结合行政手段调整县(市)级医疗机构和乡镇卫生院(尤其中心卫生院)的总体布局,建立一种新型方便的全行业管理和网络信息化管理,向上与县(市)级医疗机构、疾病预防控制中心在功能上紧密衔接,向下真正以中心卫生院为“中心”并辐射到基层网点(一般卫生院、分院、门诊部和个体),基于中心卫生院的农村医疗预防保健的网络拓扑结构体系(见图 2)^④。只有这样,才能打破原乡镇界限,重构农村基层综合性医疗预防保健服务网络体系,以利于整合卫生资源存量、优化增量、控制总量,提升乡镇卫生机构竞争综合实力,从而降低管理成本,提高医疗卫生服务质量,提高资源利用效率。

具体说,应从以下方面着手:

1. 以“科学发展观”及构建“社会主义和谐社会”统领思想,夯实网底。目前,我国城市虽然已初步建立起社区卫生服务体系框架,但很不健全。农村原有的三级医疗预防保健网功能已严重弱化,因此,必须树立统筹城乡的和谐的卫生服务体系理念以及中国特色的卫生信息化意识,以系统的思想、分解的观点,构筑 21 世纪城乡居民的健康防线基础——“社区卫生服务体系”和“基于中心卫生院辐射源的农村医疗预防保健网络体系”,并为其全方位地开展城乡联动的“六位一体”的基层卫生服务功能创造必要的

价格等信息披露,促进卫生服务体系的规范管理和可持续发展。

注 释:

- ① 参见《中华人民共和国宪法》(2004 年版)第一章第二十一条。
- ② 参见李安明、俞思伟、董建华:《基于健康信息互操作的城市卫生服务体系及医改战略选择》,载《2007 年湖北省卫生信息网络大会论文集》,第 133 页。
- ③ 参见《中国青年报》2006 年 9 月 19 日。
- ④ 笔者于 2004 年 9 月 23 日所作的湖北省卫生厅课题成果汇报——“湖北省农村卫生资源调查与查询系统开发”调研咨询报告。

[参 考 文 献]

- [1] 李安明:《论加速政府职能转变》,载《武汉大学学报(哲学社会科学版)》2005 年第 2 期。
- [2] 赵玉琳:《中国市场经济学概论》,北京:清华大学出版社 2004 年版。
- [3] 平新乔:《从中国农民医疗保健支出行为看农村医疗保健融资机制的选择》,载《管理世界》2003 年第 10 期。
- [4] 李安明、段文岚、俞思伟等:《社区卫生服务与其高端医疗资源共享体系创新》,载《医学与哲学》2007 年第 11 期。
- [5] Kongstvedt, Peter R. 2002. *Managed Care: What It Is and How It Works*. Maryland: An Aspen Publication.
- [6] 王保真:《企业卫生资源有效利用与优化配置研究》,武汉:武汉大学出版社 2003 年版。

(责任编辑 叶娟丽)

The strategic Choice of the City-Countryside Health Service System in China

Li Anming

(School of Politics & Public Administration, Wuhan University, Wuhan 430072, Hubei, China)

Abstract: During to the otherness system design between city and countryside for a long time, the function of the traditional medical prevention and care net has been more weakened, and the difference of social fair has been more enlarged. As the carrier of the mission of public health and the function of public management, the health administration should creat and serve to offer information for medical reformation, resource sharing and government's decision-making on a strategic standing.

Key words: public management; information management; health system reformation; health service system