

研究背景

改革开放以来，我国基层卫生服务体系得到了空前发展，卫生资源总量增加、结构优化，居民就医的物理可及性、基层医疗卫生机构服务能力得到极大改善，城乡基层卫生机构医疗服务工作量持续增加，服务效率不断提高：

1、卫生机构总数增加，城乡基层卫生服务体系逐步健全和完善。

改革开放 30 年来，我国医疗卫生事业发展较快。1981 年底，我国城乡共有卫生机构 19.0 万个，其中医院 1.0 万个、农村公社卫生院 5.6 万个、门诊部、所 11.1 万个。2007 年底，全国卫生机构数达 29.8 万个，其中：医院 2.0 万个、街道卫生院 803 个、乡镇卫生院 4.0 万个、社区卫生服务中心(站)2.7 万个、门诊部、所 19.7 万个。

与改革开放初期比较，卫生机构增加 10.8 万个，城乡基层医疗卫生服务体系逐步健全，城市初步形成了社区卫生服务机构与城市医院相衔接的医疗服务体系，在农村地区，虽然卫生院的数量因乡镇调整与乡镇数同步减少，但现有卫生院因资源的优化配置获得了长足发展，农村逐步形成了具备一定卫生服务能力的县、乡、村三级医疗预防保健网。

2、卫生人力总量增加，人员素质结构得到优化。

1981 年底，全国卫生机构共有卫生人员 379.6 万人，其中医院 171.3 万人、农村公社卫生院 106.4 万人、门诊部、所 54.9 万人，另农村地区有赤脚医生、卫生员和接生员 139.6 万人。2007 年底，全国卫生机构人员数达 590.7 万人，其中医院 355.5 万人、街道卫生院 3.0 万人、乡镇卫生院 103.3 万人、社区卫生服务中心(站)17.7 万人、门诊部、所 48.7 万人，另农村地区有乡村医生和卫生员 93.2 万人。值得提出的是，1998 年 6 月 26 日第九届全国人民代表大会常务委员会第三次会议通过的《中华人民共和国执业医师法》，从法律上规定了国家实行医师资格考试制度，截至 2007 年底，我国共有卫生技术人员 478.8 万人，其中：执业(助理)医师 201.3 万人，注册护士 154.3 万人。可见，与改革开放初期比较，卫生人员总量增加，人员素质结构优化明显。

3、城乡居民对医院和卫生院床位可及性提高。

1981 年底，全国卫生机构共有床位 223.4 万张，其中医院 125.4 万张、农村公社卫生院 76.3 万张、门诊部、所 8.2 万张。到 2007 年底，全国卫生机构床位总数达 370.1 万张，其中医院床位 267.54 万张、街道卫生院 16034 张、乡镇卫生院 74.7 万张、社区卫生服务中心(站)7.7 万张、门诊部、所 1.1 万张。农村地区卫生院床位数有所减少主要归因于城市化的发展，而每千农业人口乡镇卫生院床位数由 1980 年 0.95 张减少到 2007 年 0.85 张，则与农村居民对高级别医疗机构住院服务的可及性增加有关。

4、基层卫生机构门诊和住院工作量持续增加。

由于新型农村合作医疗制度的推进、城市社区和农村卫生服务体系的完善，乡镇卫生院和社区卫生服务中心门诊和住院人数持续增加，卫生服务利用提高。

2007 年，社区卫生服务中心诊疗人次数为 1.3 亿，乡镇卫生院诊疗 7.6 亿，与 2003 年比较分别增加 0.891 亿和 0.673 亿；2007 年，社区卫生服务中心入院人数为 74.3 万，乡镇卫生院入院人数为 2662.2 万，与 2003 年比较分别增加 64.0 万和 1054.6 万。

5、基层卫生机构医疗服务效率提高。

我国城乡基层卫生机构病床使用率提高，平均住院日缩短，医师工作负荷增加。2007 年，乡镇卫生院病床使用率 48.4%，出院者平均住院日为 4.8 日，与 2003 年相比，病床使用率提高 12.2 个百分点，出院者平均住院日缩短 0.6 日；社区卫生服务中心病床使用率 59.6%，出院者平均住院日为 13.1 日，与 2003 年相比，出院者平均住院日缩短 10.7 日，缓解了病床占用情况，但使得病床使用率降低了 7.5 个百分点。

但是，基层医疗卫生机构的服务提供能力、服务质量、人员素质和水平以及药品提供状况与居民对基本卫生服务的需要存在差距，居民对基层医疗卫生服务的利用仍然不足；同时，长久以来，我国基层医疗卫生机构一直遵循传统“以药养医、以医养防、重有偿轻无偿、重有收益轻少收益”的补偿模式，城乡基层医疗卫生机构重医轻防、功能发展不均衡。当前基层卫生服务存在一些突出问题：

1、基层卫生人力资源能力和素质亟待进一步提高。

2005 年统计结果显示，全国医疗卫生机构（不包括村卫生室）无专业学历的卫生技术人员比例为 10.0%，而乡镇卫生院为 18.7%、社区卫生服务中心为 11.3%，均高于全国平均值。至 2007 年底，尚有接近 5%的社区卫生服务机构的卫生技术人员和 11%的乡镇卫生院卫生人员没有取得相应的专业技术资格。我们必须意识到，只要组织里存在突出的薄弱环节，就必然影响整个组织达成预期的目标。毫无疑问，我国卫生人力的薄弱环节存在于基层卫生机构。

2、基层卫生服务质量缺乏有效的监督和评价。

从现行国家卫生统计调查制度来看，目前我国还缺乏必要的反映基层医疗卫生机构服务质量的统计内容和统计报表，这主要是由于目前对基层医疗卫生机构服务质量的评价研究还远不能适应实际需要，而对基层医疗卫生机构服务质量的监测和监管不足将会影响到我国新的医改方案的顺利实施。

3、药品采购与使用环节引发的问题层出不穷。

近年来，各地在发展社区卫生服务的过程中对基层医疗卫生机构运行机制的改革屡有创新之举，尤其是药品采购与使用管理，由此对基层卫生机构的用药行为及其运行产生了很大影响。但是，强调规范药品集中招标采购等举措，在推进药品流通领域一系列改革，降低药品价格的同时，是否能够确保质量较好、但相对成本较高的品种进入招标目录？在药品加成对基层卫生机构仍发挥重要补偿作用的条件下，是否能够切断医药之

间的经济纽带？在最大程度上规制了药品加成对医疗机构的补偿作用后，能否对医疗机构/医生形成有效激励，保证价廉质优的基本药物更多地用于临床以促进合理用药，是否会衍生出新的过度医疗形式？以上问题牵涉到医药卫生改革的可持续性和长期成效。而目前各地试点进展散见于各类媒体报道，对其经验总结缺少总结评价，在理论方面对于机制设计和配套措施的可行性与长效性，也缺乏规范分析。

4、我国尚未建立有效的基层医疗卫生机构筹资和激励机制。

经济基础决定上层建筑，从这个意义上来说，影响机构发展和服务提供状况最关键的因素是筹资方式与支付方式，即基层卫生机构的资金来源和筹集方式，以及资金通过什么方式和采用什么标准补偿基层卫生机构的成本。目前一些地区正在推行相关政策或开展这方面的试点工作，主要是加大政府的干预力度，包括政府对基层医疗卫生机构药品零差率、基本设施建设和/或人员工资进行补助，政府购买基层医疗卫生服务，基层医疗卫生机构实行收支两条线管理等等。这些政策推行和试点既获得了一些经验，也发现了一些问题。由于基层医疗卫生机构的筹资来源和筹资水平发生变化，以及一些管理政策的相应改变，带来供方行为的改变。例如，在一些地区政府加大对基层医疗卫生机构的投入，同时采用收支两条线的管理方式，虽然在很大程度上补偿了开展公共卫生服务和提供基本医疗服务的成本，降低了医疗费用，约束了医生过度提供和提供不必要服务的行为，但同时也带来医生工作积极性降低，服务量下降，服务效率降低等问题。因此，必须针对基层医疗卫生机构采取适宜的筹资和激励机制，从而保证基层医疗卫生机构在有效利用资源的前提下，提供满足居民需要的基本卫生服务（包括改善公共卫生服务提供不足的状况），同时促进基层医疗卫生机构的可持续发展。

《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（2009）提出，深化医药卫生体制改革的总体目标是“建立健全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、价廉的医疗卫生服务”。而政府举办的城市社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗卫生机构是实现改革目标的主要载体，大部分改革任务的落实都要围绕这些机构进行。

根据《意见》的阐述，基层医疗卫生机构改革将主要围绕机构功能、服务提供能力、基本药物配备和使用、服务行为和质量、人力资源、补偿机制等展开。主要内容有：完善基层医疗卫生机构的公共卫生服务功能，促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务；健全和完善以社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村卫生室为基础的城乡医疗卫生服务体系，健全基层医疗卫生机构的功能和职责；建立城乡基层医疗卫生机构基本药物配备和使用制度；转变基层医疗卫生机构运行机制；完善政府对城乡基层医疗卫生机构的投入机制；基本医疗服务价格按照扣除财政补助的服务成本制定，体现医疗服务合理成本和技术劳务价值；强化医疗卫生服务行为和质量监管，完善医疗卫生服务标准和质量评价体系；完善全科医师任职资格制度，健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度，鼓励参加学历教育，促进乡村医生执业规范化，尽快实现基层医疗卫生机构都有合

格的全科医生；以建立居民健康档案为重点，构建乡村和社区卫生信息网络平台等。

作为本轮卫生改革的基线调查，2008年第四次国家卫生服务调查针对基层医疗卫生机构的功能和人力资源、卫生服务质量评价、筹资与激励机制，以及药品采购与使用设计了四个专题研究，这四个专题研究在利用国家层面的定量调查数据基础上，还根据研究目的的需要，开展了小规模定性和定量调查，通过定量与定性资料分析相结合，深入探讨相关问题，必将为卫生改革提供有价值的信息，确保改革目标的顺利实现。各项专题研究的主要目的如下：

功能和人力资源：①了解当前城乡基层卫生机构（社区卫生服务机构、乡镇卫生院及村卫生室）卫生人力和服务提供能力状况；②针对基层卫生服务的特点和居民的卫生服务需求，合理确定城乡基层卫生机构应具备的服务功能和与之相适应的服务能力；③分析当前城乡基层卫生机构在服务能力和人力资源方面存在的主要问题及其原因；④提出在完善基层卫生组织的服务功能、提高服务能力方面的长、短期政策建议。

卫生服务质量评价：①提出对基层卫生组织（社区、乡镇、村）卫生服务质量（包括医疗和公共卫生）具有可操作性的评价指标与方法，为监督评价基层服务质量提供技术支持；②评价当前城乡基层组织在服务质量方面存在的主要问题及原因，分析影响服务质量提高的因素；③提出解决服务质量主要问题的策略和措施。

药品采购与使用：①基层卫生机构药品的来源、数量及种类；②政府各项相关补偿和药品使用政策对机构用药行为产生的影响（包括基本药物目录政策和使用情况），了解基层卫生机构对医药分家的看法；③分析当前药品管理政策和价格补偿政策对不同类型基层卫生机构运行产生的影响和存在的问题；④提出完善基层卫生机构药品使用管理的政策建议。

筹资与激励机制：①了解当前政府卫生投入的主要方式和基层卫生机构主要筹资结构与特点；②了解不同类型基层卫生机构资金运行模式和状况，分析不同运行模式及使用状况对服务提供产生的影响；③各种政府卫生投入方式及数量对机构服务效率产生的影响；④研究当前社会经济环境下政府对基层卫生机构投入的适宜方式和可行的管理措施。

本书共五篇，内容如下：第一篇主要描述全国基层医疗卫生机构资源和服务提供现状，使读者从总体上对专题研究的背景有一个初步的了解；接下来四篇主要呈献四份专题研究报告：其一为基层医疗卫生机构功能和人力资源研究报告；其二为基层医疗卫生机构卫生服务质量评价研究报告；其三为基层医疗机构药品采购与使用专题研究报告；其四为城市社区卫生机构筹资及其激励机制研究报告。

第一篇 全国基层医疗卫生机构资源和服务提供现状

第一章 城乡基层医疗卫生服务体系

一、基层医疗卫生机构数量与性质

(一) 机构数量

近几年基层医疗卫生机构数量发展情况见表 1-1。可见，目前基层医疗卫生机构数量发展特点是卫生院数量因机构合并和乡镇撤并的原因有所减少，而社区卫生服务机构数量逐年增加。

城乡基层医疗卫生机构的基础设施建设均获得了长足发展。国家制定实施了农村卫生服务体系发展建设规划，大力加强县、乡、村三级医疗卫生机构基础设施建设，改善农村医疗卫生服务条件；建立以社区卫生服务为基础的新型城市社区卫生服务体系。至 2007 年我国共有 3160 家标准化社区卫生服务中心、23909 家标准化社区卫生服务站、803 家街道卫生院与 39876 个乡镇卫生院；村卫生室是农村地区基层医疗卫生体系的重要环节，随着基层卫生建设力度的不断增加，2007 年底共有 61.4 万所村卫生室，同时还有相当数量的门诊部、诊所与医务室等基层医疗卫生机构。农村和城市社区卫生服务体系的健全，显著增强了基本医疗卫生服务的可及性、为城乡居民逐步开始享受安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务奠定了坚实的基础。

表 1.1 2005-2007 年乡镇级及村级基层医疗卫生机构数量

	2005	2006	2007
卫生院	41694	40791	40679
街道卫生院	787	816	803
乡镇卫生院	40907	39975	39876
中心卫生院	10025	10178	10396
乡卫生院	30882	29797	29480
社区卫生服务机构	17128	22656	27069
社区卫生服务中心	1382	2077	3160
社区卫生服务站	15746	20579	23909
村卫生室	583209	609128	613855

(二) 机构性质

基层医疗卫生机构中，国有全资和集体全资的社区卫生服务中心、卫生院所占比例

超过了 90%、国有和集体的社区卫生服务站所占比例超过 70%；而门诊部所、诊所等机构中私营等经济形式所占比例超过了 60%。

基层医疗卫生机构主要是由政府（包括卫生行政部门）主办的，95%的乡镇卫生院和近 60%的社区卫生服务中心都是政府主办的。只有不足 1%的卫生院和不足 5%的社区卫生服务中心是由个人举办的。绝大多数的基层医疗卫生机构都是非营利性的，营利性的社区卫生服务中心和卫生院所占的比例分别为 1.5%和 0.2%。

表 1.2 2007 年卫生院和社区卫生服务机构性质分布状况

级别	社区卫生服务中心	社区卫生服务站	街道卫生院	乡镇卫生院	门诊部	诊所等 ^①
合计	3160	23909	803	39876	7124	189959
市	2931	19667	704	12252	6283	121182
县级市	191	7587	227	6528	577	29396
县	229	4242	99	27624	841	68777
按经济分						
国有	1980	5716	358	26241	1898	25757
集体	938	11619	412	12991	1174	19091
联营	1	2008	1	29	51	800
私营	158	2919	20	261	3229	136734
其他	83	1647	12	354	772	7577
按主办单位						
政府办	1793	7857	757	38532	496	10674
卫生部门办	1755	7036	749	38450	437	9096
社会办	1219	13231	28	1062	3303	42723
个人办	148	2821	18	282	3325	136562
按分类管理						
非营利性	2479	22098	788	39728	3052	46545
营利性	49	1416	12	69	4018	142262
其他	632	395	3	79	54	1152

从村卫生室设置/主办单位来看，目前举办村卫生室的形式主要有村集体办、乡村卫生院设点、乡村联合办和私人办等不同形式，其中近 55%的村卫生室为村设置/主办，30%为私人设置/主办。自 2005 年以来，设卫生室的行政村比例有逐年增加的趋势，但

^① 诊所等包括诊所、卫生所、医务室、护理站，不包括村卫生室。下同。

2008 年该比例为 89.2%，仍有 10.8%的行政村没有设立村卫生室，居民就医的物理可及性有待进一步提高（见表 1-3）。

表 1.3 村卫生室设置/主办单位分布状况及设卫生室的行政村比例

	合计	设置/主办单位分布（%）					设卫生室的 行政村比例 （%）
		村办	乡卫生 院设点	联合办	私人办	其他	
2005	583209	53.8	5.6	6.6	30.9	3.1	85.8
2006	609128	54.8	5.7	6.0	30.6	2.8	88.1
2007	613855	55.4	5.5	5.5	30.4	3.2	88.7
2008	613143	55.9	6.6	5.2	29.4	3.0	89.2

（三）不同类型机构地区分布

在我国东部地区，因城市化程度较高一些，社区卫生服务中心和服务站的数量占到全国的 60%左右，远远高于中西部地区；而中、西部地区乡镇卫生院的数量要相对多一些。基层医疗卫生机构是各地医疗卫生机构的主要组成部分，在东、中、西部地区基层医疗卫生机构占当地所有医疗卫生机构的比例均达到 89%左右。

表 1-4 2007 年东中西部地区基层卫生机构数量

地区	各类基层卫生机构						占医疗卫 生机构总 数量的%
	社区卫生 服务中心	社区卫生 服务站	街道卫生 院	乡镇卫生 院	门诊部	诊所等	
总 计	3160	23909	803	39876	7124	189959	88.75
东 部	1951	15861	467	10690	5034	72460	89.54
中 部	588	5709	206	12380	944	52974	87.30
西 部	621	2339	130	16806	1146	64525	89.02

二、基层医疗卫生机构床位

（一）床位数现状

2007 年各类基层医疗卫生机构共有 85 万张床位，社区卫生服务中心和社区卫生服务站共有 7.7 万张床位，乡镇卫生院有 74.7 万张床位。基层医疗卫生服务机构床位数占医疗卫生机构总床位数的 23%，在城市地区该比例为 15%，农村地区为 40%。非营利性的、国有和集体经济所有制的、政府办的尤其是卫生部门办的基层医疗卫生机构的床位占基层医疗卫生机构总床位数的比例超过 90%。

表 1.5 2007 年基层医疗卫生机构床位数

	各类基层卫生机构						占医疗卫生 机构总数量 的%
	社区卫 生服务 中心	社区卫 生服务 站	街道卫 生院	乡镇卫 生院	门诊部	诊所等	
合计	56298	20290	16034	747156	10446	87	22.97
市	51807	17204	14754	292882	8153	83	15.09
县级市	2488	3556	4971	161156	1209	3	29.47
县	4491	3086	1280	454274	2293	4	40.48
按管理类别分							
非营利性	55514	17764	15701	743227	4918	80	23.82
营利性	701	2265	333	907	5515	7	5.57
其他	83	261	0	3022	13	0	28.73
按经济类型分							
国有	28086	8145	9182	516072	3652	80	18.24
集体	24716	5841	5997	214202	1355	0	74.49
联营	18	247	0	504	110	0	7.06
私营	1921	4184	414	7000	4971	7	12.70
其他	1557	1873	441	9378	358	0	12.77
按主办单位分							
政府办	46450	6465	14965	724081	1984	0	26.51
卫生部门	46161	5566	14915	723074	1623	0	27.46
社会办	7986	9482	657	15939	3426	80	6.90
个人办	1862	4343	412	7136	5036	7	11.66

（二）病床数分布

①不同类型机构病床数量分布

乡镇卫生院病床数主要集中在 1~49 张。相对来说中心卫生院的规模要比普通卫生院大一些，近 70%的中心卫生院的床位数在 10~49 张，而近 80%的一般卫生院的床位数在 1~19 张。

由表 1-6 可见，2007 年有 42%的社区卫生服务中心设了病床，其中 36%的机构病床数不少于 50 张；而社区卫生服务站有 10%设了病床，其中 23%的机构病床数不少于 10 张。

②不同规模（按病床数量分）机构的地区分布

从表 1-7 来看，东部地区乡镇卫生院的床位数要多于中、西部，具有 50~100 张床位的乡镇卫生院有 45%分布在东部地区；具有 100 张以上床位的乡镇卫生院有 70%分布在东部地区。

从表 1-8 来看，30 张以上床位的社区卫生服务中心和 10 张以上床位的社区卫生服务站主要分布在东部地区。

表 1.6 基层医疗卫生机构病床数量分布 (%)

	合计	无床	1~9 张	10~19 张	20~49 张	50~99 张	100 张及以上
社区卫生服务中心							
2005	1382	56.0	8.0	13.7	8.3	9.5	4.5
2006	2077	54.9	6.3	14.4	9.1	10.4	4.9
2007	3160	57.8	5.2	14.9	8.7	9.4	4.0
街道卫生院							
2005	787	36.0	17.4	29.5	9.9	5.8	1.4
2006	816	29.8	17.5	33.5	10.8	6.5	2.0
2007	803	31.0	16.1	32.9	10.0	7.3	2.7
中心卫生院							
2005	10025	1.3	11.5	47.1	25.8	12.1	2.1
2006	10178	1.0	10.5	46.4	26.5	13.2	2.3
2007	10396	4.8	8.5	42.1	26.6	15.2	2.8
乡卫生院							
2005	30882	7.0	42.5	40.2	7.5	2.2	0.5
2006	29797	6.0	40.3	42.7	8.1	2.3	0.5
2007	29480	10.2	32.7	43.9	9.7	2.9	0.5
社区卫生服务站							
2007	23909	90.1	7.6	2.3 (10 张及以上)			

表 1.7 2007 年各地乡镇卫生院床位数分布 (%)

类别	合计	无床	1~10 张	10~30 张	30~50 张	50~100 张	101 张及以上
东 部	10690	11.3	13.6	42.5	19.9	10.2	2.6
中 部	12380	7.8	19.0	49.3	16.6	6.5	0.8
西 部	16806	8.0	40.0	39.8	8.5	3.2	0.5

表 1.8 2007 年各地社区卫生服务机构床位数分布 (%)

地区	社区卫生服务中心							社区卫生服务站			
	总计	无床	1~10 张	10-30 张	30~50 张	50~100 张	101 张及以上	总计	无床	1-10 张	11 张及以上
总 计	3160	57.8	5.2	14.9	8.7	9.4	4.0	23909	90.1	7.6	2.3
东 部	1951	63.2	2.4	9.8	8.6	10.7	5.3	15861	93.7	4.7	1.6
中 部	588	40.6	11.4	25.5	10.4	9.2	2.9	5709	86.2	11.3	2.5
西 部	621	57.2	7.9	20.8	7.6	5.6	1.0	2339	74.9	18.3	6.9

值得提出的是，有些社区卫生服务机构是由远超过其规定建设标准的机构设置的，这些社区卫生服务机构和举办该机构的基础建设水平较高的机构的人、财、物很难截然分开，因此，卫生统计年鉴的统计结果可能会导致我们高估社区卫生服务机构的配置水平和服务能力，而确保投入在社区卫生服务方面的资金的合理使用也将产生较高的管理成本。

三、基层医疗卫生机构设备

基层医疗卫生机构共有 25.99 万台万元以上设备，其价值总额达 153 亿元，分别占医疗卫生机构内万元以上设备总数及其价值总额的 13%和 5%。社区卫生服务中心和乡镇卫生院分别有 3.25 万台和 19.31 万台万元以上设备，在基层医疗卫生机构内 98%左右的设备都是 50 万元以下的设备。

表 1.9 2007 年基层卫生机构万元以上设备台数

分类	各类基层卫生机构						占医疗卫生机构总数量的%
	社区卫生 服务中心	社区卫生 服务站	街道卫 生院	乡镇卫 生院	门诊部	诊所等	
设备总价值(万元)	292148	125071	39061	952723	120816	5	5.19
设备台数	32529	5412	6711	193136	22090	3	13.09
其中: <50 万元	31597	5269	6536	189733	21315	3	13.50
50-100 万元	830	121	141	2814	625	0	6.89
>100 万元	102	22	34	589	150	0	2.53

四、基层医疗卫生机构房屋建筑

基层医疗卫生机构用房面积合计 10912.5 万平方米,其中自备用房的建筑面积为 10446.9 万平方米,租用房屋面积 465.6 万平方米。基层医疗卫生机构的建筑房屋面积和租用房屋面积分别占医疗卫生机构总建筑和租用房屋面积的 25.5%和 2.4%。

社区卫生服务中心、社区卫生服务站、街道卫生院和乡镇卫生院的用房面积分别为 596.0、370.0、185.7 和 8103.2 万平方米,其中社区卫生服务站和街道卫生院租用房屋面积占其用房面积的比例比较高,分别为 22%和 40%,而乡镇卫生院和社区卫生服务中心用房自备率较高。

基层医疗卫生机构 68%的建筑房屋面积用作业务用房,在社区卫生服务中心和社区卫生服务站这一比例为 80%左右。

在基层医疗卫生机构中业务用房中还有一定比例的危房,乡镇卫生院共有 259.4 万平方米的业务用房为危房,占 5%。

表 1.10 2007 年基层卫生机构房屋建筑面积(万平方米)

分类	各类基层卫生机构						占医疗卫生机构总数量的%
	社区卫生 服务中心	社区卫生 服务站	街道卫 生院	乡镇卫 生院	门诊部	诊所等	
合计	596.0	370.0	185.7	8103.2	404.6	1253.0	25.42
自备	520.4	288.0	173.0	7992.8	220.0	1252.7	25.47
业务用房	419.2	235.1	130.7	5308.1	163.8	--	22.56
危房	11.1	3.5	3.0	259.4	0.7	--	51.67
租用	75.5	82.0	12.7	110.4	184.6	0.3	2.42

第二章 基层医疗卫生机构卫生人力资源

一、卫生人员数量和人员结构

基层医疗卫生机构共有 172.6 万名卫生人员，其中 149.3 万名卫生技术人员、25.9 万名其他技术人员、6.8 万名管理人员和 10.5 万名工勤技能人员。

目前，在社区卫生服务中心共有 10.6 万名卫生人员，其中 82% 的人员为卫生技术人员；社区卫生服务站共有 7.1 名卫生技术人员，其中 89% 的人员为卫生技术人员；街道卫生院的 3.0 万名卫生人员和乡镇卫生院的 10.3 万名卫生人员中 84% 的人员为卫生技术人员。

在乡镇和社区的基层医疗卫生机构卫生技术人员中 45% 的人员为执业（助理）医师，而注册护士占技术人员的比例不同，在社区卫生服务中心、社区卫生服务站、街道卫生院和乡镇卫生院的比例分别为 30%、27%、24% 和 20%。

各类机构中执业医师和注册护士的比例为 1：0.65~0.82，而《关于印发城市社区卫生服务中心、站基本标准的通知》（卫医发〔2006〕240 号）的要求是社区卫生服务机构每名执业医师至少配备 1 名注册护士。

表 2.1 2007 年基层卫生机构卫生人员数量

卫生人员分类	各类基层卫生机构						占医疗卫生机构总数量的%
	社区卫生服务中心	社区卫生服务站	街道卫生院	乡镇卫生院	门诊部	诊所等	
合计	106098	70574	29795	1032921	77361	409503	31.01
卫生技术人员	86934	62813	25010	863662	61551	393493	32.86
执业（助理）医师	39142	27694	11788	396181	30365	223316	38.04
注册护士	25875	16930	6071	175713	16388	93360	21.93
药师(士)	8070	4057	2560	73206	5559	15530	33.98
技师(士)	5422	1905	1344	45315	4617	3911	24.28
其他卫生技术人员	8425	12227	3247	173247	4622	57376	49.14
其他技术人员	3800	2938	1330	48098	3027	3	27.81
管理人员	6335	2713	1467	50958	6885	4	21.07
工勤技能人员	9029	2110	1988	70203	5898	16003	21.69

村卫生室中的卫生人员包括执业（助理）医师、注册护士、乡村医生和卫生员，其中乡村医生是村卫生室的主要卫生技术人员，村卫生室人员中乡村医生占 80%以上，执业（助理）医师占 10%左右，卫生员占 5%左右，注册护士仅为 1.5%。2007 年村卫生室共有 105.7 万名卫生技术人员，其中乡村医生为 88.2 万名。平均每个村有 1.5 名乡村医生和卫生员，而每千人农村人口拥有 1.1 名乡村医生和卫生员。

表 2.2 2005 年~2007 年村卫生室人力资源状况

年份	合计	执业（助理）医师 (%)	注册护士 (%)	乡村医生数 (%)	卫生员 (%)	平均每村乡村医生和卫生员	平均每千农业人口乡村医生和卫生员
2005	1020395	10.2	——	84.7	5.1	1.46	1.05
2006	1061669	9.8	——	85.4	4.8	1.53	1.10
2007	1057337	10.4	1.5	83.4	4.7	1.52	1.06

二、不同地区卫生人员数量

乡镇卫生院共有 86.4 万名卫生技术人员，其中执业（助理）医师 39.6 万名、注册护士 17.6 万名。执业（助理）医师和注册护士的比例东部地区（1：0.48）高于中部地

区（1：0.45），西部地区最低为 1：0.39。每千农业人口平均乡镇卫生院人员数为 1.18，东、中、西部地区的平均数分别为 1.37、1.21 和 0.95。

表 2.3 2007 年乡镇卫生院卫生人员构成情况

地区	卫生技术人员						其他技术人员	管理人员	工勤技能人员	每千农业人口乡镇卫生院人员数
	合计	执业（助理）医师	注册护士	药师人员	技师（士）	其他卫生技术人员				
总计	863662	396181	175713	73206	45315	173247	48098	50958	70203	1.18
东部	318763	144342	69498	30859	18291	55773	17312	18618	27138	1.37
中部	313214	137754	61566	28198	17538	68158	21218	18738	26388	1.21
西部	231685	114085	44649	14149	9486	49316	9568	13602	16677	0.95

社区卫生服务中心和社区卫生服务站共有 15.0 万名卫生技术人员，其中 6.7 万名执业（助理）医师和 4.3 万名注册护士。管理人员、工勤技能人员和其他技术人员共有 2.7 万名。东、中、西部地区执业（助理）医师占卫生技术人员总数的比例分别为 44.3%、44.7%和 46.1%；执业（助理）医师和注册护士的比例分别为 1：0.60、1：0.73 和 1：0.69。

表 2.4 2007 年社区卫生服务机构卫生人员构成情况

地区	卫生技术人员						其他技术人员	管理人员	工勤技能人员
	合计	执业（助理）医师	注册护士	药师（士）	技师（士）	其他卫生技术人员			
总计	149747	66836	42805	12127	7327	20652	6738	9048	11139
东部	93134	41238	24601	7673	4654	14968	4451	5741	8097
中部	35142	15702	11409	2666	1697	3668	1354	2042	1787
西部	21471	9896	6795	1788	976	2016	933	1265	1255

东部、中部和西部地区分别有 34.0 万、33.1 万和 26.0 万名乡村医生和卫生员；东部地区平均每千农业人口拥有 1.22 名乡村医生和卫生员，高于中部地区的 1.05 名和西部地区的 0.91 名。

表 2.5 2007 年村卫生室乡村医生和卫生员数

年份	合计	乡村医生	卫生员	平均每村	平均每千农业人口
东部	340286	322678	17608	1.44	1.22
中部	331176	317167	14009	1.67	1.05
西部	260299	242373	17926	1.46	0.91

三、卫生人员素质

（一）无专业学历人员比例

从人员素质来看，乡镇卫生院和社区卫生服务中心无专业学历人员比例 2005 年比 2002 年有所降低。乡镇卫生院卫生技术人员中，无专业学历比例最低的为注册护士，仍为 11.7%，而无专业学历比例最高的为药剂人员，为 40.8%。社区卫生服务中心卫生技术人员中，执业医师无专业学历人员比例最低，为 6.3%；药剂人员比例最高，为 27.1%（表 2.6）。

表 2.6 乡镇卫生院和社区卫生服务中心无专业学历人员构成（%）

	卫生技术人员							其他技 术人员	管理人 员	
	合计	执业 （助 理）医 师	其中： 执业医 师	注册护 士	药剂人 员	检验人 员	其他			
乡镇卫生院										
2002	21.6	15.7	16.5	13.9	45.3	22.4	31.3	50.3	38.4	
2005	18.7	13.1	13.4	11.7	40.8	19.6	27.4	45.1	33.3	
社区卫生服务中心										
2002	12.3	9.0	7.1	11.3	26.7	13.5	19.3	38.3	25.7	
2005	11.3	7.9	6.3	9.3	27.1	13.7	17.4	37.1	22.3	

（二）人员学历及职称分布

乡镇卫生院近 60%的卫生技术人员为中专学历，其中执业（助理）医师、注册护士和检验人员中中专学历的比例分别为 54%、74%和 65%。而且总体看来大学本科及以上学历的乡镇卫生院人员的比例不足 5%；高中与初中以下学历的卫生人员的比例则接近 20%。

中高级的乡镇卫生院卫生技术人员的比例不足 15%，初级职称包括师级/助理职称和士级职称的卫生人员比例分别为 41%和 35%，还有 11%的乡镇卫生院卫生人员没有取得相应的专业技术资格。

表 2.7 2005 年乡镇卫生院人员学历及职称构成(%)

分类	卫生技术人员合计	执业(助理)医师	注册护士	药剂人员	检验人员	其他卫生技术人员	其他技术人员	管理人员
按学历分								
硕士及以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
大学本科	2.2	3.9	0.3	0.6	0.9	1.2	1.4	3.2
大专	20.3	28.8	13.5	9.9	14.8	13.3	13.8	24.0
中专	58.7	54.2	74.4	48.6	64.7	58.0	39.7	39.5
高中	10.3	6.8	6.9	21.4	12.8	15.8	24.8	20.5
初中及以下	8.4	6.3	4.8	19.4	6.8	11.6	20.3	12.8
按专业技术资格分								
正高	0.1	0.2				0.0	0.0	1.0
副高	0.7	1.4	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	1.2
中级	13.0	19.4	11.8	8.5	9.1	2.5	3.2	12.6
师级/助理	40.6	52.6	40.7	37.8	36.2	16.4	15.7	28.2
士级	35.0	24.4	44.2	40.9	41.5	46.2	33.7	28.8
其他	10.7	2.0	3.3	12.6	13.0	34.9	47.1	28.3

社区卫生服务机构中 43%的卫生技术人员具有中专及以上学历，执业（助理）医师和注册护士中大专以上学历的比例分别为 60%和 24%，还有约 10%的高中与初中及以下学历的卫生技术人员。

超过 30%的社区卫生服务机构的卫生技术人员具有中高级技术职称，执业（助理）医师中这一比例超过了 40%。不足 5%的卫生技术人员没有取得相应的专业技术资格。

表 2.8 2005 年社区卫生服务机构卫生人员学历及职称构成(%)

分类	卫生技术人员合计	执业(助理)医师	注册护士	药剂人员	检验人员	其他卫生技术人员	其他技术人员	管理人员
按学历分								
硕士及以上	0.1	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.5
大学本科	12.0	21.7	1.1	3.9	5.7	9.4	5.9	13.5
大专	30.6	38.6	22.6	21.7	27.6	26.2	24.4	38.5
中专	45.9	31.6	67.0	47.2	53.0	46.8	32.6	25.3

分类	卫生技术人员合计	执业(助理)医师	注册护士	药剂人员	检验人员	其他卫生技术人员	其他技术人员	管理人员
高中	5.8	4.0	4.7	13.9	7.9	8.7	17.2	13.4
初中及以下	5.5	3.9	4.6	13.2	5.8	8.7	19.9	8.9
按专业技术资格分								
正高	0.6	1.1	0.2	0.4	0.1	0.4	0.6	0.8
副高	3.4	6.6	0.2	0.8	0.9	0.7	0.6	5.0
中级	26.2	34.0	22.0	16.7	22.4	10.9	7.8	25.4
师级/助理	42.5	43.0	44.8	45.6	43.6	27.0	22.4	23.0
士级	22.7	13.7	30.9	30.6	26.4	32.7	37.5	21.9
其他	4.6	1.6	1.9	5.9	6.8	28.3	31.0	23.9

从乡村医生学历来看,以中专学历及中专水平为主,2007 年该学历水平的乡村医生占 68.0%;其次是在职培训合格者,2007 年该类乡村医生占 23.1%,比 2006 年下降了 11.5 个百分点;大专及以上学历的乡村医生比例较低,2007 年仅为 4.1%,但自 2005 年以来,有逐年增加的趋势。

表 2.9 乡村医生学历状况

年份	合计	大专及以上学历(%)	中专学历及中专水平(%)	在职培训合格者(%)
2005	864168	3.7	58.8	35.4
2006	906320	3.8	58.9	34.6
2007	882218	4.1	68.0	23.1

第三章 基层医疗卫生机构资产状况

一、基层医疗卫生机构收支情况

基层医疗卫生机构(含村卫生室)2007 年总支出为 1961 亿,其中人员经费 640 亿,而来自财政补助的收入为 376 亿,比 2006 年增加了 1.28 倍,但也仅为人员经费的 58.8%,接近一半的人员经费支出需要通过业务收入,即药品收入和医疗服务收入进行补偿。

表 3.1 基层医疗卫生机构收支总额（千元）

	总收入	财政补助收入	总支出	人员经费
2005	86470825	7701341	80797014	27938781
2006	91282425	9789708	88111520	31663829
2007	208276180	37634730	196063777	63975603

社区卫生服务中心收入来源主要是业务收入和财政补助，其中财政补助占总收入的比例逐年增加，2007 年总收入的 15.5%来自于财政补助，比 2006 年增加了 6 个百分点；各类卫生院来自财政补助的收入比例也有逐年增加的趋势，街道卫生院、中心乡镇卫生院和一般乡镇卫生院 2007 年来自财政补助的收入比例分别为 26.9%、21.2%、25.0%，比 2006 年增加的百分点数分别为 14.2、7.2 和 7.4。

表 3.2 卫生院、社区卫生服务中心收支状况

	总收入（千元）				总支出（千元）			人员经费支出（千元）
	合计	财政补助(%)	上级补助(%)	业务收入(%)	合计	业务支出(%)	财政专项(%)	
社区卫生服务中心								
2005	7255685	7.5	1.1	90.2	7098151	93.1	2.2	27.3
2006	11334607	9.6	2.6	85.0	10844325	93.1	2.3	28.8
2007	22146840	15.5	1.8	82.7	22383890	95.9	4.1	28.9
街道卫生院								
2005	1763130	10.7	1.0	87.0	1724442	93.6	2.0	34.7
2006	2170712	12.7	1.8	84.2	2074735	94.0	2.3	36.7
2007	3294580	26.9	0.9	72.2	3169190	97.5	2.5	42.6
中心卫生院								
2005	19768833	12.9	0.8	83.8	19201211	90.2	2.1	35.6
2006	22269781	14.0	1.0	83.0	21636530	89.2	2.2	35.2
2007	55541530	21.2	2.4	76.3	51945460	94.9	5.1	32.4
乡卫生院								
2005	28404325	15.6	1.0	80.3	27899696	88.0	2.5	35.2
2006	30264478	17.6	1.5	78.9	29820421	85.1	2.6	36.0
2007	85936280	25.0	1.2	73.8	80583000	95.5	4.5	33.1

社区卫生服务站收入来源主要是业务收入,2007年总收入的96.5%来源于业务收入,支出主要是人员经费和药品,其中人员经费比例逐年下降。2007年总支出中人员经费占29.7%,药品支出缺失;2006年总支出中人员经费占37.0%,药品支出占56.0%。收支结余56.81万(表3.3)。村卫生室收入主要来源于业务活动的开展,补助收入的比例很低(表3.4)。

表 3.3 社区卫生服务站收入与支出构成(%)

	总收入				总支出			
	合计(千元)	上级 补助	业务 收入	其他 收入	合计(千元)	人员 经费	药品 支出	其他 支出
2005	4624437	5.5	72.8	21.7	3866892	47.5	37.6	14.9
2006	3140163	2.5	91.9	5.6	3598258	37.0	56.0	7.0
2007	17978400	—	96.5	—	17410300	29.7	—	—

表 3.4 村卫生室收入与支出(%)

	年总收入					年总支出			
	合计(千元)	上级 补助	村或群众 补助	业务收 入	其他	合计(千元)	人员经 费	药品支 出	其他
2005	24654415	1.8	1.3	82.1	14.8	21006622	32.9	55.9	11.2
2006	22102684	1.9	1.5	92.6	3.9	20137251	40.3	55.6	4.1

二、基层医疗卫生机构资产状况

基层医疗卫生机构总资产达1187.0亿元,其中净资产873.3亿元、负债313.7亿元,资产负债率为26%。

政府办基层医疗卫生机构总资产达915.3亿元,社区卫生服务中心、社区卫生服务站、街道卫生院和乡镇卫生院的总资产分别为118.2亿元、17.3亿元、30.4亿元和743.6亿元。

表 3.5 2007 年基层医疗卫生机构资产与负债

卫生机构分类	社区卫生 服务中心	社区卫生 服务站	街道卫生 院	乡镇卫生 院	门诊部	护理站
总计						
总资产(亿元)	131.5	44.4	32.1	770.2	208.7	0.1
流动资产	53.6	14.4	10.9	223.6	105.7	0.0
固定资产	76.1	27.4	20.8	541.2	95.0	0.1
负债(亿元)	33.8	9.8	7.4	208.0	54.6	0.0
净资产(亿元)	97.7	34.6	24.7	562.2	154.0	0.1
每床固定资产(万元)	13.74	--	13.17	7.27	--	--
政府办						
总资产(亿元)	118.2	17.3	30.4	743.6	5.7	
流动资产	49.4	6.4	10.5	216.1	1.8	
固定资产	67.7	10.6	19.6	523.0	3.8	
负债(亿元)	30.1	3.9	7.1	200.2	1.0	
净资产(亿元)	88.2	13.4	23.3	543.4	4.7	
每床固定资产(万元)	14.70	--	13.29	7.25	--	

第四章 基层医疗卫生机构服务量

2007 年全部医疗卫生机构（不包括村卫生室）诊疗人次总数为 33.3 亿，其中卫生院、社区卫生服务机构诊疗人次数为 10.1 亿，也就是说，基层医疗卫生机构完成了门诊服务总量的 30.4%，该比例在 2006 年和 2005 年分别为 35.5%和 34.7%。从门诊服务提供效率来看，除社区卫生服务中心外，社区卫生服务站及各类卫生院每卫生技术人员诊疗人次均逐年增加。

2007 年全部医疗卫生机构出院人次总数为 9777 万，其中卫生院、社区卫生服务机构诊疗人次数为 2772 万，也就是说，基层医疗卫生机构完成了住院服务总量的 28.3%，该比例在 2006 年和 2005 年分别为 24.1%和 23.2%。除社区卫生服务站因数据不全无法比较外，各类机构住院服务提供效率均逐年增加。

表 4.1 卫生院、社区卫生服务机构门诊、住院服务人次数

	诊疗人次	每卫生技术人员 诊疗人次	出院人次	每卫生技术人员 出院人次
社区卫生服务中心：2005	59385194	1617	253750	6.9
2006	82854794	1505	430971	7.8
2007	127124460	1462	723737	8.3
社区卫生服务站：2005	62814512	1062	—	—
2006	93789368	1226	—	—
2007	98749683	1572	381933	6.1
街道卫生院：2005	20178355	961	193407	9.2
2006	24177890	1029	221693	9.4
2007	28820836	1152	321364	12.8
中心卫生院：2005	252882507	705	7267610	20.2
2006	272889046	749	8288634	22.8
2007	296311733	803	11090315	30.0
乡卫生院：2005	426350653	833	8792061	17.2
2006	427993733	864	10070541	20.3
2007	462246949	935	15198903	30.7

社区卫生服务中心每卫生技术人员年床日数为 111 天，低于 2006 年的 121 天；2007 年出院者平均住院日为 13.1 天，有逐年下降趋势。各类卫生院每卫生技术人员年床日数均为 5 天左右，2005 年以来有逐年增加的趋势。

表 4.2 卫生院、社区卫生服务机构床位利用情况

	出院者占用总 床日数	每卫生技术人 员床日数	病床使用率 (%)	出院者平均住 院日
社区卫生服务中心：2005	4360031	119	60.7	17.2
2006	6686016	121	57.9	15.5
2007	9660722	111	59.6	13.1
社区卫生服务站：2007	1180006	19	51.1	2.6
街道卫生院：2005	1468818	70	41.1	7.6
2006	1676748	71	43.3	7.6
2007	2039871	82	51.1	6.3
中心卫生院：2005	34521923	96	40.6	4.8
2006	39666795	109	43.1	4.8
2007	62207707	169	50.3	5.6
乡卫生院：2005	39861017	78	35.6	4.5
2006	45164458	91	36.6	4.5
2007	65200394	132	47.1	4.3

小结

我国城乡基本医疗卫生服务体系已基本建立，基层医疗卫生机构卫生人力数量大幅增加，基层医疗卫生机构财政补助比例逐年增加，基层医疗卫生机构完成的服务量约占全国总服务量的 1/3，服务效率和住院床日数有所改善，但从功能设置与实现、卫生人员能力和素质、服务质量保证、药品的合理使用等方面与建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度还有一定的差距，影响居民基本卫生服务需要的满足，要很好解决供需双方之间的矛盾，必须积极创新，从体制机制方面深入研究，寻求解决问题的有效方法。

第二篇 基层卫生机构功能和人力资源研究

山东大学卫生管理与政策研究中心 孟庆跃

建立基本医疗卫生制度，促进健康，是党和政府推动卫生改革与发展的根本性目标。基本医疗卫生制度的构建，关键是在合理的筹资制度保证下，进一步完善和落实不同层次卫生机构的服务功能，为社会提供可支付得起的有质量的卫生服务。基层卫生组织是提供基本医疗卫生服务的主体，是最接近社区居民和应该提供最具有成本效果服务的机构。基层卫生机构运行的功能和绩效，在很大程度上决定卫生服务体系对健康、疾病经济风险和社会满意度的影响。本课题作为国家第四次卫生服务总调查专题研究内容之一，主要研究目标是调查我国基层卫生组织功能和人力资源基本情况，为加强基层卫生组织能力建设提供政策依据，为评价基层卫生组织功能和人力能力建设效果提供基础数据。

本研究资料来源包括第四次卫生服务总调查机构调查数据，以及基层卫生机构功能和人力资源研究专题调查数据。第四次卫生服务总调查数据用于基层卫生机构功能和卫生人员数量结构分析，共有全国 31 个省（市、自治区）的 1225 家机构。专题调查数据用于基层卫生机构服务提供能力和功能分析、卫生人员能力分析等，样本地区为山东省三县一市、湖北省和重庆各两县一市，资料来源包括对城乡社区卫生服务中心、社区卫生服务站、农村乡镇卫生院和村卫生室的机构调查、人员调查，以及相关知情者的访谈。

主要结果

1. 基层卫生机构功能开展现状

1) 基本卫生服务分类：根据经济社会发展水平、基层卫生机构服务能力和城乡居民需要解决的主要健康问题，基本卫生服务在不同时期和不同条件下，需要明确服务提供的优先程度。本研究将基本卫生服务项目按照优先程度分为一级、二级、三级等三个等级，三个等级的卫生服务均为基本卫生服务。一级项目是应当最优先开展的项目，是指可以满足居民最基本卫生服务需求、政府通过公共筹资具有相应支付能力、目前绝大多数基层卫生服务机构已经普遍开展且各地区差异不大、全体居民应人人享有的最低保障的适宜卫生技术；二级项目是指现阶段多数基层卫生服务机构应当且能够开展、但可能受到当地社会经济条件制约而存在地区差异的适宜卫生技术；三级项目是指在保障一级和二级项目开展的条件下、现阶段需要在经济社会发展和卫生服务等各方面条件比较成熟的地区开展、需要鼓励并创造条件保障其开展的服务项目。

2) 基层卫生机构功能开展的总体状况：基层卫生机构基本服务功能需要进一步加强，约三分之一的城乡基层卫生机构尚不能提供全部一级基本卫生服务；中西部地区基层卫生机构开展基本卫生服务的能力明显偏弱；农村基层卫生机构服务能力与城市基层卫生机构相比更为薄弱，特别是村级卫生机构基本卫生服务能力需要加强。乡镇卫生院和社区卫生服务中心开展全部一级项目的比例均不足 70%，开展二级项目比例不足 50%；村卫生室和社区服务站全部开展一级项目比例分别为 62%和 77%，开展二级项目的比例只有 36%和 54%。

基层卫生机构基本医疗和预防保健等主要功能需要进一步提升，健康管理、信息管理和弱势群体服务等功能需要继续加强。与城市基层卫生机构相比，农村基层卫生机构除传染病控制外，其他服务功能均有较大差距。在全面提高基层卫生机构基本服务功能的同时，需要重点加强农村基层卫生机构能力建设。

3) 农村乡镇卫生院功能：乡镇卫生院是农村基本卫生服务提供的核心和主体，其功能完善程度对卫生服务供给的可及性和质量有重要影响。虽然我国乡镇卫生院已经发展多年，但与基本卫生服务提供的需求相比，乡镇卫生院无论医疗服务还是预防保健服务，都存在功能不够完善的问题。乡镇卫生院目前开展的工作尤其不能满足慢病控制和健康促进等工作需求。

在所有 142 项服务中，乡镇卫生院仅开展了 50%，东部比中部多开展 11.5 项，比西部多开展 18.3 项，中部比西部多开展 6.8 项。分优先等级来看，一级项目平均开展数占一级总项目数的 66.8%，二级项目平均开展数占二级总项目数的 41.4%，三级项目中平均开展比例不足 30%。这三个优先等级的地区间差异显著，并且二级项目的地区差距最大。不管分地区还是总体来看，随着项目等级的降低，平均开展项目比例也大幅度降低。

分功能来看，基本医疗功能项目开展比例不足 50%。预防保健功能包括 21 项预防接种、16 项妇幼保健管理、12 项慢病管理和 12 项健康教育服务，共计 61 项，乡镇卫生院平均开展了 32.6 项。其中，预防接种开展 14.4 项，妇幼保健开展 9.2 项，慢病筛查与管理仅开展 2.6 项，健康教育开展 6.4 项。健康管理功能共 3 项，平均开展 0.7 项；特定人群保健功能共 10 项，平均开展 2.4 项；公共卫生监测和传染病控制功能共 11 项，平均开展 7.2 项。

4) 农村卫生室功能：村卫生室是农村卫生体系的重要组成部分。村卫生室服务功能不健全，即使是最基本的医疗服务，提供能力也很有限。预防保健和健康管理等功能也需要较大的加强。在 29 个基本卫生服务项目中，村卫生室平均开展 15.9 项，占总项目数的 54.9%。分优先等级来看，在 21 个一级项目中，

62%的项目得以开展；8个二级项目仅开展了36.3%。分功能来看，基本医疗功能共9项，平均开展5.5项；预防保健功能13项，平均开展6.2项；健康管理功能共3项，平均仅开展0.9项；公共卫生监测与传染病控制功能共3项，平均开展2.7项。

5) 城市社区卫生服务中心功能：城市社区卫生服务机构是城市卫生服务体系建设的重点。城市社区卫生服务中心近几年在数量和规模上发展较快，但服务功能还需要进一步完善。城市社区卫生服务功能的特点是医疗服务功能缺口较大、妇幼保健和慢病管理等预防保健核心功能薄弱、对脆弱人群提供卫生服务的能力欠缺。

在所列的142项基本卫生服务中，城市社区卫生中心开展了58.3%。分优先等级来看，一级项目平均开展数占一级总项目数的70%，二级项目平均开展数占二级总项目数的50%，三级项目平均开展了44.4%。

分功能来看，基本医疗功能共57项，平均开展了32.9项，占医疗服务项目的57.7%。预防保健功能共61项，平均开展37.7项，占预防保健项目数的61.8%。其中，预防接种开展66.7%，妇幼保健开展50.5%，慢病管理开展56.5%，健康教育开展73.5%。健康管理功能共3项，平均开展1.8项；特定人群保健功能共10项，平均开展4.2项；公共卫生监测和传染病控制功能共11项，平均开展5.5项。

6) 城市社区卫生服务站功能：虽然与社区卫生服务中心相比，社区卫生服务站开展基本卫生服务的比例较高，但其在功能方面还需要得到全面加强，包括预防保健和医疗服务功能。在29项基本卫生服务项目中，平均开展20.4项，占总项目数的70.4%。分优先等级来看，一级项目开展了76.6%，二级项目开展了54%。分功能来看，基本医疗功能9项，平均开展5.7项；预防保健功能13项，平均开展8.6项；健康管理功能3项，平均开展2.8项；公共卫生监测与传染病控制功能共3项，平均开展2.5项。

2. 影响基层卫生机构功能开展的主要原因

影响基层卫生机构功能的主要因素为人员数量不足、人员能力不够、缺乏设备、缺乏运转资金、需求较少等。

基层卫生机构人员数量不足、人员能力不高、经费投入不足是其中最重要的原因。

3. 基层卫生人员的能力和素质

本研究中，基层卫生人员的能力和素质主要从三个方面反映：受教育程度；医生、护士和防保人员专业知识综合能力测试；常见疾病和健康问题操作处理能力。

在所调查的基层卫生机构中，卫生人员受教育程度无法保证农村卫生室的医疗服务质量。在农村，乡镇卫生院的医生、护士从业前大多接受过医学专业教育，但防保人员、村医中未接受过医学专业教育的比例较高。社区服务中心中，护士和防保人员未接受医学专业教育的比例接近 20%。

基层卫生机构人员实践操作能力和常见病诊治能力需要提高。乡镇卫生院基本医疗和卫生知识掌握情况测试，医生知识测试平均得分 61.9 分，及格率 62.7%；护理人员平均分为 64.1，及格率为 67.2%；防保人员平均分为 64.9，及格率达到 67.1%。在产前检查测试中，妇产科医生的平均得分为 46.7 分，仅有 21.8% 的医生得分超过 60 分；在高血压社区管理测试中，平均分为 52.2 分，仅有 48.5% 的被调查者得分超过 60 分；对村医进行肺结核管理知识测试，平均分为 65.7 分，仅达到及格水平。

政策建议

基层卫生机构不仅是最贴近社区居民的卫生机构，也是在我国社会经济条件下，政府能够承担其经济责任的机构。如何抓住卫生改革的良好机遇，切实促进基层卫生机构的发展，是实现全民覆盖基本卫生服务的关键。

1. 以基层卫生机构功能建设为核心，创新我国基本医疗卫生保健体系：政府卫生投入已经把基层卫生机构建设作为重点之一。将卫生投入有效的转化为提高卫生服务可及性和质量的实质性资源，需要加强基层卫生机构的功能建设。基层卫生机构功能完善和加强是全面发挥其作用的着力点。建设和完善基层卫生机构功能，需要：

- 对不同层次和地区基层卫生机构的功能进行准确和客观的评价，并对其影响因素进行分析，明确基层卫生机构功能完善所需的资源和机制；
- 对完善基层卫生机构的功能进行工作规划，针对不同类型和地区基层卫生机构功能建设存在的主要问题，制定阶段性目标，并有相应措施保证目标的实现；
- 基层卫生机构功能建设应纳入我国卫生改革的整体框架中，利用农村新型农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、医疗救助制度等医疗保障制度建设的机遇，通过患者分流等手段，为基层卫生

机构改善功能增加动力和压力；利用公共卫生体系建设的机遇，强化基层卫生机构承担公共卫生服务的职能；

- 对基层卫生机构的投入应当以绩效为标准，功能完善程度和服务提供能力应当作为基层卫生机构绩效的主要指标；
- 借鉴国际上成功的基本卫生保健发展模式，围绕功能建设，结合我国基层卫生机构的实际，探索和创新我国基本医疗卫生保健体系；
- 加强基层卫生机构与其它卫生机构的联系，促成各类卫生机构伙伴关系的建立，整体上促进卫生服务体系的建设。

2. 以提高基层卫生人员能力为重点，促进基本卫生服务提供的水平：基层卫生机构人员的素质和能力不但影响基层卫生机构功能的实现，也将决定卫生服务提供的内容、数量和质量。加强基层卫生机构功能建设，必须以卫生人员能力建设为核心，从根本上解决基层卫生机构发展的问题。提高基层卫生机构人员能力，需要：

- 从政策上将基层卫生人员纳入到卫生服务的主要力量中，特别是将村卫生室人员纳入发展计划；
- 有针对性的制定基层卫生机构人力发展规划，从基层卫生人员数量、结构、质量和分布等方面，制定明确的发展目标，实施一系列加强基层卫生人员能力的措施；
- 改进基层卫生人员培训的内容、方式和管理，以基层卫生人员需求为导向，通过加大培训的投入和工作力度，切实解决卫生人员培训中存在的问题，提高基层人员的效率；
- 积极创造条件，鼓励医学院校毕业生到基层卫生机构工作。医学教育部门和卫生部门密切合作，为基层卫生机构培养“用得上、留得住”的卫生人员；
- 建立制度性的上级卫生机构对基层卫生机构支持政策和机制，充分利用高层次卫生机构人才资源优势，通过挂职、现场指导、集中培训等方式，提高基层卫生机构人员的能力；
- 完善基层卫生人员激励机制，改善其工作环境和工作条件，提高基层卫生技术人员工作的稳定性。

关键词 基层卫生机构 功能 人力资源

第三篇 基层医疗卫生机构卫生服务质量评价研究

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 张亮

本专题研究目的主要有三点：一是提出对基层卫生组织（社区、乡镇、村）卫生服务质量（包括医疗和公共卫生）具有可操作性的评价指标与方法，为监督评价基层服务质量提供技术支持；二是评价当前城乡基层组织在服务质量方面存在的主要问题及原因，分析影响服务质量提高的因素；三是提出解决服务质量主要问题的策略和措施。

本研究从功能质量、感知质量、专业质量和质量管理四个方面对服务质量进行了分析和评价，其研究过程简要介绍如下：

首先在文献综述的基础上，提出了基层医疗质量和公共卫生服务质量的评价框架：门诊和住院服务质量主要从提供者专业质量和患者感知质量两个维度进行评价，门诊服务提供的专业质量主要通过合理用药、门诊费用、处方书写、用药信息提供、护理操作规范 5 个方面进行评价，住院服务提供的专业质量主要通过病案书写、辅助检查、诊断、合理用药、护理、治疗效果、平均住院天数、住院费用 8 个方面进行评价，而门诊和住院服务的患者感知质量主要通过医患病情交流和患者满意度状况进行评价；公共卫生服务质量的评价则针对不同的服务内容如预防接种、传染病控制、慢性非传染性疾病防治、孕产妇保健、儿童保健、健康教育等从服务提供数量、服务公平性和服务规范性三个维度进行评价。

研究者认为机构功能是卫生服务质量存在的基本前提，因此接下来对基层医疗卫生机构各项服务项目的开展率进行了分析，展示了功能质量的现状，并对与功能质量有关的机构所拥有人、财、物力资源状况，如人员、机构收支和设备现状进行了描述性分析；然后采用事先确定的基层医疗质量评价框架，从供方专业质量和需方感知质量两个方面分别对门诊服务和住院服务质量现状进行了描述；采用事先确定的公共卫生服务质量评价框架，对选择的几种特定的公共卫生服务主要从服务覆盖和服务规范两个方面对公共卫生服务的质量现状进行了描述；接下来从基层医疗卫生机构内部和外部对质量管理现状进行了分析；最后总结了主要结论并提出了政策建议。

本研究提出了基层卫生服务质量评价框架，为建立质量评价框架指标体系奠定了一定的工作基础。本研究的数据来源于全国代表性基层机构调查数据、处方调查数据、典型定量和定性调查数据和家庭健康询问调查数据，在进行质量现状描述时，在各个既定的评价维度上都利用有数据支持的指标对质量现状进行了分析。本研究的不足是所使用的评价指标都是在撰写报告时可找到数据支持的，但

并没有证据显示这些指标的集合可构成评价体系的全部指标或者这些指标在进行某维度质量评价时的重要性如何。

研究主要发现：

本研究在确定了卫生服务质量评价概念框架的基础上，采取了规范分析与实证研究相结合的综合研究方法，对基层卫生服务质量评价指标，基层医疗卫生机构功能质量，基本医疗服务质量，公共卫生服务质量以及基层医疗卫生机构质量管理进行了深入研究，主要发现如下：

1、基层卫生服务质量评价依然是需要进一步研究的领域

在卫生领域的质量和质量评价研究主要集中在医院质量及其评价方面，而对公共卫生服务质量研究不足。更为关键的是基层医疗卫生机构的服务质量及其评价，不管是理论和方法都处于“起步”阶段。核心的问题是人们对基层机构综合性卫生服务的特点及其相关联的质量特征、内容还缺乏深入分析，特别是在基层机构信息系统还处于发展和建设时期时，加大了机构医疗卫生机构的服务质量评价操作性困难。

中国正处于大力发展基层医疗卫生机构时期，在对其质量进行评价时不能不考虑这样的机构是否具备基本或标准的功能。因为，任何质量必然是依附于行为的，评价医疗质量必然有医疗行为，评价公共卫生服务质量必然有公共卫生服务行为。如果机构没有一定（或社会要求）的行为（没有开展相应的服务），应该说其机构质量是有前提缺陷的。这是本次研究不同于国外和国内已有研究之处，这也是中国基层医疗卫生机构质量评价应有的特点。

2、基层机构功能质量存在结构性缺陷

从总体上说基层医疗卫生机构具备初步为群众提供基本医疗的服务能力，但中医基本技术、儿科常见病诊疗、院前急救、康复医疗等医疗服务功能和慢病控制、老年保健、社区卫生诊断、建立家庭健康档案和精神卫生服务等公共卫生服务开展率低。因此，城乡基层医疗卫生机构还不是完整意义上的综合性服务机构，目前的基层医疗卫生机构其服务质量存在服务结构的缺陷。

在已开展的服务功能中，基层机构重基本医疗项目，轻公共卫生服务项目。在医疗项目中重西医项目，轻中医项目；在公共卫生服务中，重传统的服务项目，轻“新”公共卫生项目（如慢性病管理等）。

3、基本医疗服务质量问题未发现新的变化

基层医疗卫生机构重视基本医疗技术水平的提高，但是在基本医疗质量方面存在的主要问题也集中在医疗技术或专业质量方面。就技术质量或专业质量而言，患者感知质量整体较好，服务态度不好和医患交流不充分等问题在基层卫生机构不是突出的问题。在门诊提供中专业质量存在比较突出的问题是合理用药问

题。设备和药品的缺乏在经济水平相对较低的中、西部地区以及广大农村地区，很大程度上影响了患者对基层医疗卫生机构的就医选择。改善设备和完善药品配置依然是患者，尤其是农村和中西部地区患者对基层医疗卫生机构的普遍期待。在住院提供者专业质量存在突出的问题表现为：病案书写不够规范、辅助检查不足、诊断正确率较低、抗菌素和激素滥用、护理提供不够合理、平均住院费用城乡差异大。住院服务提供不足和过渡并存，不足是主要问题。尽管存在客观便利性，但是首选基层医疗卫生机构住院的患者比例仍较低。专业技术质量薄弱和费用偏高依然是构成不满意的主要原因。

4、公共卫生服务质量总体较高，但规范服务成为质量的主要缺陷

计划免疫、孕产妇系统管理等服务覆盖率较高，而慢性病管理等服务覆盖较差。公共卫生服务规范问题已成为公共卫生服务质量的主要问题。由于对基层医疗卫生机构公共卫生服务的考核中，服务数量方面的指标往往是最为常用的指标，因此基层医疗卫生机构往往注重完成服务的数量，服务的规范方面则未得到足够的重视。表现为虽然提供相应服务，但未达到相应规范要求。

5、服务质量管理没有成为基层机构的核心，现有的质量管理未形成系统。

在宏观政策集中解决基层基础质量（设备、房屋等）以及机构内部尚处于“生存”阶段的背景下，城乡基层医疗机构服务质量管理的“零碎”和不系统构成当前基层机构质量管理的基本特征。一是，政府投入到基层的目的在于弥补过去“补偿”的不足和纠正机构自我利用“市场机制”的偏差，以质量或绩效补助的财政投入的作用还没有显现。二是，基层机构在外部市场压力（主要是医疗）和政府压力（主要是传统公共卫生服务）下，建立和实施的机构内部管理涉及到部分服务质量激励的内容，但机构管理机制的整体效应主要不是促进服务质量的提升，而更多体现在经济利益或生存的需要上。

据此，提出以下政策建议：

一、完善卫生服务质量基础资源的系统配置，明确政府在系统配置中的职能

从整体的角度建立并实施基层卫生服务机构资源配置规划，继续推进基层卫生服务机构的基础设施和能力建设，推进对基层卫生服务机构人力资源的合理管理与配置，明确各级政府经济责任，合理加大对基层机构的投入力度。

二、加快制定国家基层卫生机构服务质量标准与规范，保证卫生服务的提供质量与安全性

继续建立和完善基层医疗机构基本医疗服务和公共卫生服务提供中的各项规范与标准，各地应结合自身实际情况，制定相应的规范实施细则及补充规定，如处方、病历书写规范及检查制度、服务态度及医患沟通方面的制度、设备管理与维修制度、医技质量控制制度、双向转诊操作规程、质量定期审核评价制度等。

各级管理者在制定上述规范制度时，应切实考虑实际情况，从服务对象与服务提供者的角度出发制定质量标准，使质量管理有章可循。制定出的质量标准应符合实际情况，能够实施且便于操作，标准尽可能的量化，以便于考核测量。重点建立并完善在基本医疗服务中不健全的规章规范，保证基本医疗服务的质量及安全。探索并建立健全国家级基层公共卫生服务与基本医疗服务质量评价标准，保障基本卫生服务的质量水平的提高。

三、明确卫生服务利用者的权利以及责任

制定卫生服务利用者“宪章”明确卫生服务利用者的权利和义务。卫生服务是提供者和利用者的交互活动，只有卫生服务利用者了解和明白了自己的权利和义务，卫生服务质量在可能有持续提升的机制。患者在有权接受所需要的卫生服务的同时也有相应的责任，如配合基层卫生服务机构合理用药，反馈存在的服务质量问题等，帮助基层卫生机构提高卫生服务质量。利用者应做到如实反映自身感觉的疾病状况，而不应为了尽快解除痛苦及达到治疗效果而夸大症状，从而浪费卫生服务资源并可能增加卫生服务提供过程的危险性。另一方面，加强健康和卫生服务的宣传教育工作，提高服务利用者的公共卫生服务意识，促进机构开展公共卫生服务项目。

四、建立基于卫生服务安全的基层卫生机构卫生服务质量保障系统

建立以服务条件保障、服务过程监管保障和以质量绩效补偿等为内容的服务质量保障体系。基层医疗卫生机构的服务条件保障，就是要通过政府的经济责任保障基层机构人、财、物等“到位”，特别是农村和城市边缘地区的卫生服务机构。服务过程监管保障就是要建立制度和机制，保障基层医疗卫生机构的监管方能够持续和有效的质量监管。政府应建立特殊的机构或调整部门分工，确保质量监管队伍能持续开展基层医疗卫生机构的监管。建立质量评价和考核制度，从合理用药入手，通过外部和内部专业审核评价医疗质量，并将质量考核结果同基层机构分配制度挂钩。质量绩效补偿保障就是要保证“经济补偿随质量走”。调整政府投入和补偿方式，使投入的量以质量考核结果为基础。

五、建立基层卫生服务机构的质量信息系统

建立以质量为中心的基层医疗卫生机构信息系统，改变“各自为政”基层信息系统的局面。建议由卫生部统一规划和设计基层医疗卫生机构信息系统，统一标准，统一步骤，以信息系统建设带动基层医疗卫生机构服务质量建设和发展。

第四篇 基层医疗机构药品采购与使用专题研究

复旦大学 陈文

基层医疗机构药品采购与使用专题研究的具体目标为：(1)了解基层医疗机构药品使用的来源、数量及种类；(2)分析不同药品采购模式及相关补偿和药品使用政策对基层医疗机构用药行为产生的影响；(3)分析当前药品管理政策和价格补偿政策对基层医疗机构运行产生的影响及其存在的问题；(4)提出完善基层医疗机构药品采购与使用管理的政策建议等。

通过对基层卫生机构的抽样调查，了解基层医疗机构药品采购情况、基本药物配备与费用情况、药品收入与支出情况等；并通过基层医疗机构门诊处方调查了解分析其合理用药情况。通过文献检索与汇总，总结基层医疗机构药品采购模式及各自特点；通过典型案例调查与专题访谈，了解评估不同药品采购模式、经济补偿方式和相关药品使用、管理政策的实际效果，分析其本质特征及其对基层医疗机构运行机制产生的影响，探究相关各方的利益变化及对当前药品采购与使用管理政策的态度与看法。

根据调查与分析，我国基层医疗机构药品采购种类较为齐全，但存在一定程度的城乡差异，城市配备范围更广；中成药应用较为普遍；进口药比例较低；国家基本药物应用较为广泛，医保、新农合覆盖范围较广，且城乡差别不大。城乡均以集中采购为主要采购方式，城市集中采购比例高于农村；集中采购的具体形式以集中招标/竞价为主，城乡差别不大。城市基层医疗机构处方用西药数量低于农村，中成药使用比例差别不大；抗菌素、激素与输液使用比例普遍偏高，其中城市与农村相比抗菌素与激素使用比例较低；处方费用较高且城市高于农村。城市基层医疗机构药品收入高于农村；城乡药占比均较高且差别不大；药品毛利率差别不大；药品经营管理费用率城市低于农村。高血压等常用药物配备率和每DDD最低费用城市均高于农村。总体问题主要表现为药品使用不合理及药品费用较高。

药品采购与使用管理现状与问题主要表现为：(1)集中招标采购仍然是各地主流的集中采购成交方式，但传统集中招标采购的综合效果趋于弱化。各地正逐步实践以省为单位的大范围集中招标采购和各种新型集中成交模式的探索，但多数在规则设计上因多品牌及没有实现量价挂钩而未能充分发挥集中采购的价格发现机制。(2)在配送渠道模式的选择上，主流是由投标人为主确定的厂商/代理商渠道模式。部分地区开始尝试由医疗机构采购联合体主导的配送渠道集中遴选和渠道层次控制，对物流成本的压缩和物流效率的提升起到了一定效果，但对藏

匿于中间渠道、用于终端促销的不合理费用的挤压，尚缺乏可操作的有效模式与机制。(3)对集中成交药品的日常采购，绝大多数地区仍然沿用以单个医疗机构为单位的分散采购、分散结算支付模式；少数地区正尝试区域医疗机构采购联合体集中统一采购，集中统一结算支付，对保证履约，解决货款拖欠的买方事实违约问题效果显著。(4)药品零售定价基本上根据国家政策发展变化，由以差别差率为主发展到顺加作价为主，部分常用低价药品又回归到政府直接定价，逐步试点的零差率定价销售降低了基层医疗机构对药品收益的敏感性，显著控制了药品费用增长。零差率在不少地区尚缺乏有效的配套政策与资源支持。(5)各地不同程度采用了处方规范、处方结构控制和费用控制等药品使用规制手段，力度和侧重点有所不同，对促进安全合理用药、控制药品费用增长发挥了不可或缺的作用。但部分地区尚存在处方行为不规范现象；处方结构控制效果不理想；直接费用控制虽然目标简洁明确，但对过程实现的严谨性和可控性较差。(6)基层医疗机构与药品有关的运营成本补偿，多数沿用了自收自支、差额自处的管理模式，但普遍将增加财政补偿作为发展方向并取得显著进展。差额乃至全额收支分离正被更多地区所采用；医保已成为越来越重要的收入补偿渠道，少数地区正积极尝试总额预付等补偿管理模式。由于缺乏替代补偿来源的现实保障和有效实现途径，现行成本补偿机制仍然未能与药品收益有效隔离。另外，信息化、网络化等现代技术手段已在基层医疗机构药品采购与使用管理中得到广泛应用，各地还普遍采用了基层用药目录、网上网下用药检查监控和针对性考核等配套措施，确保基层医疗机构药品采购与使用符合政策目标。

综合调查研究结果，提出供应链综合作用机制与政策建议：

与药品采购与使用相关的供应链中，医疗机构由于其专业代理角色而处于核心地位，运营成本补偿机制承担医疗机构利益驱动和激励导向的关键作用；药品定价和使用规制则分别从价、量两个方面对医疗机构和医生行为进行规范制约和奖惩导向；成交模式、渠道模式和采购支付模式，则是医疗机构获得药品的成本控制途径与手段，对药品生产、经营企业而言，则是市场化的利益激励与约束机制。具体政策建议包括：

(一) 坚持政府主导与市场运营相结合的指导思路，理顺政府主导与基层医疗机构主体的关系。政府以基本药物目录制定、临床用药、零售定价、筹资支付和终端采购制度作为主要干预和规制目标范畴；通过市场利益导向机制间接引导和调控上游企业实现基本药物生产与供应。在基层医疗机构购销环节，政府负责制定目标、建立规则，集中组织完成分散的成交决策和结算支付等。医疗机构的主体作用则主要体现为直接参与专业成交决策和根据临床需求具体执行日常购销。

（二）结合国家基本药物政策确定适度缩小的以基本药物为核心的基层医疗机构用药目录。确立以基本药物为核心的基层用药准公共物品的社会定位，参考国际经验结合我国实际形成相对精简的基层用药目录，既满足大多数人群的大多数疾病诊治需求，又以可承受的费用负担保障其实际可及性。

（三）建立以医疗保险为主，财政税收为辅的筹资模式和总额预付、财政补偿为主的成本补偿替代机制。加快推进全民医保筹资体系建设，通过调整政府财政支出结构和增加各级转移支付加大对基层医疗机构的投入。推行基层医疗机构净运营成本预付和外购成本后付相结合的医保差额预付补偿模式；医保资金补偿不足部分主要由政府财政资金补贴；使与药品购销相关的补偿机制被完全替代。

（四）推行零差率为主的采购成本加成定价。基层医疗机构取消药品销售加成，由此带来的药品管理成本乃至其它运营成本补偿的不足，通过测算与服务人次和病种等相关的整体运营成本与现行其它补偿额度的差额，通过增加与服务人次和病种相关的服务收费、财政补贴和医保支付等方式适度补偿。

（五）参考国际成功经验，采取多种手段组合实行处方规制。参照国际标准结合当地实际继续完善处方结构控制；尝试引进国际或国内成熟的标准诊疗规范，逐步建立临床处方集；严格按通用名开具处方，鼓励处方自由流动；尝试引进独立的专业评估机构定期对医生临床处方行为进行抽查评估。

（六）构建基本药物集中采购制度。包括：省级集中准入与市县级品牌遴选相结合，通过各种形式量价挂钩发现真实价格；区域内渠道集中遴选与渠道层次控制相结合压缩流通费用；利用政府引导和市场机制实现全程集中采购，确保采购主体严格履约。

（七）完善相关配套制度和措施。积极引进信息、金融、审计、评估等市场化专业中介服务，为政策干预过程中涉及的流程再造、资金融通、规范监控、技术实现等专业过程，提供高效率、高质量的外部支撑与实践保障；继续完善各种内外部监督监管、评估考核和责任追究制度，确保政策的有效实施和稳步推进。

第五篇 城市社区卫生机构筹资及其激励机制研究

北京大学公共卫生学院卫生政策与管理系 吴明

本课题为第四次国家卫生服务调查专题研究之一。目的是通过对社区卫生机构各类卫生服务筹资方式、支付方式和收支管理以及政府资金的激励作用及其政策适用条件的实证分析和理论研究,了解当前社区卫生机构主要筹资结构与特点和政府卫生投入的主要方式,研究社区卫生机构筹资以及政府对社区卫生机构收支管理对供方行为的影响,探讨适合我国国情的针对社区卫生机构的有效的激励和约束机制,并提出政策建议。

资料来源包括:第四次国家卫生服务调查机构调查数据(包括 101 个社区卫生服务中心)、3 个典型调查地区的社区卫生服务中心定量调查资料以及对 39 人次的访谈资料。采用实证研究、规范研究与理论研究相结合,定量与定性资料分析相结合,以定性为主、定量为辅的研究方法。主要运用政治学、经济学和社会学等学科的有关理论和方法,以政府资金投入和使用为核心,深入探讨相关体制、机制问题。

主要发现:

1、城市社区卫生服务中心的筹资现状。除 9%的全额预算管理机构外,其余 91%的被调查社区卫生服务中心为混合筹资或市场筹资。由于政府资金占社区卫生服务中心收入的比重不高,因此,目前社区卫生服务中心的主要筹资形式为混合筹资方式,且仍以市场筹资为主。筹资结构仍以业务收入为主,政府资金占社区卫生机构收入的比重不到 15%。全额预算管理机构政府资金在社区卫生机构收入中所占的比重为 23%,差额预算管理机构为 12%。对于部分地区,政府资金在社区卫生机构收入中的比重逐年提高,已成为社区卫生机构最主要的筹资来源。

2、政府投入及其影响。近年来政府对社区卫生机构的投入明显增加。政府投入的增加改变了社区卫生机构的筹资来源和筹资结构,政府财政补助在社区卫生机构成本补偿中的力度越来越大,政府社区卫生服务提供中的作用也越来越明显,对社区卫生机构的行为改变产生了明显的影响。但相当比例的社区卫生机构政府投入比重还很低,在满足社区卫生机构开展公共卫生方面的需要方面仍然存在较大差距,影响到服务提供的质量与效果。

3、社区卫生服务提供者行为的变化。政府投入增加以及相关卫生政策的实施，明显改变了社区卫生机构的行为。公共卫生服务提供范围明显扩大，服务量明显增加；社区卫生机构工作重心从几乎单纯的医疗服务向医疗服务与公共卫生服务并重转移；社区卫生机构和医生的不规范行为在很大程度上得到了控制；社区卫生机构的次均门诊费用和次均门诊药品费用有了明显降低。但是在一些地区，一些政策的实施使得部分社区卫生机构出现了医疗服务量下降、医疗服务效率降低、提供者积极性不高的情况。

4、政府对社区卫生机构筹资的干预方式及其作用

政府对社区卫生机构筹资的干预方式可以分为收入干预和支出干预。前者可以采用价格干预、制定报销目录、预付形式的支付方式、收入总量控制等方式，也可以通过投入到社区卫生机构财政资金的数量、补贴类型及支付方式等对机构进行激励与控制；后者主要通过预算管理的形式影响社区卫生机构资金的使用。

政府资金投入对社区卫生机构行为的影响主要取决于政府资金投入量占社区卫生机构收入的比重以及投入方式和支付方式。不同的政府资金投入方式和不同的支付方式，对社区卫生机构产生不同的激励和约束作用。

支出干预对机构行为的影响力度最大，尤其是对社区卫生机构采用严格的预算管理形式，无论社区卫生机构的收入来自何方，无论采用什么样的政府投入方式和政府资金支付方式，市场筹资的激励作用以及采用各种支付方式的激励作用均被弱化，甚至不再有效。

5、关于收支两条线管理政策

实施收支两条线管理已经产生了明显效果。一是政府投入明显增加，尤其是公共卫生投入；二是建立了新的激励机制，改变了医务人员过度提供的行为，开展公共卫生工作的积极性明显增强；三是改变了社区卫生机构的行为，从只关注医疗服务变为医疗服务和公共卫生服务并重，公共卫生服务提供状况明显得到改善。但是，收支两条线管理也带来了一些新问题，包括部分机构的医疗服务量下降、部分提供者积极性不高、社区卫生机构缺乏控制成本的动力、倾向于增大预算等。

问题产生的原因：一是该方法的内在特性决定了方法本身存在一定的局限性，并对政策效果产生不利影响。包括：理论上和操作上的内在不足，导致该方法不能够产生足够大的激励作用；有弹性的卫生服务与低弹性的政府预算管理方式的内在特点存在矛盾，很可能会限制社区卫生机构对居民卫生服务需要和需求的满足程度；卫生服务提供具有难以确定卫生服务范围、服务质量和水平

边界的特点与收支两条线管理需要根据对服务提供过程的评估结果激励提供者的内在要求存在矛盾，致使设计合理的评估指标体系成为技术难点。

二是目前实施收支两条线管理政策所需要的条件不完全具备，使推行该政策面临很大挑战：如何保证绩效评估所需信息的真实性；政府或政府下属管理机构能否保证对不同的社区卫生机构“一视同仁”，且完全按照规定操作；监管不到位、奖惩机制没有发挥有效的作用导致违规成本过低，难以以保证政策的有效实施；政府代替市场激励提供者，管理成本会明显增加，政府配置资源的相对低效率影响政策效果；如果监管缺位，公权扩大可能会带来腐败。

6、关于政府购买社区卫生服务

可促使提供者尽可能多的提供满足政府要求的服务，同时有控制成本的动力。但政府代表老百姓购买公立社区卫生机构的服务与市场交易存在本质不同，因为政府与社区卫生机构的关系不完全等同于市场中医疗消费者与提供者的关系。因此，政府购买公立社区卫生机构的服务并不是真正意义上的“市场购买”，其本质是通过政府“买”还是“不买”的最终选择，建立一种包含有市场机制激励在内的财政补助方式。

7、关于社区卫生机构的管理体制

目前在社区卫生机构管理体制方面还面临着一些急需解决的问题。一是政府的角色和职责需要进一步明确，主要是明确哪个部门行使“出资人”的职责，以及作为“出资人”的职责和权力。二是需要明确政府及其管理机构与社区卫生机构管理者之间的责任、权力，其中政府或其管理机构是否应该拥有社区卫生机构的经营权需要开展深入研究。三是需要明确社区卫生管理机构的角色、责任和权力。

9、关于政策选择

可供选择的社区卫生机构筹资方式有多种，可供选择的政府干预社区卫生机构收入以及干预社区卫生机构支出的方式也有多种，不同的方式各有特点、各有利弊。在选择政策时需要考虑到政策的有效性。一是在政策设计时应考虑到政策的激励（内在作用机理）与利益相关者的利益的一致性，（即尽可能减少激励不相容的问题）；二是采取措施提高相关主体对政策的遵循程度，如加大监督力度、提供违规成本等。

政策建议：

1、继续增大政府对社区卫生机构投入

继续加大政府对社区卫生机构的投入。政府投入至少应该首先满足开展公共卫生工作的需要

2、政府干预方式的选择

建议采用多种干预方式相结合的形式。首先选择利用政府资金干预社区卫生机构收入的方式。对弹性比较小的必需的基本建设经费、部分人员经费（如离退休人员经费、社区卫生机构工作人员的基本报酬等），可采用政府直接补贴成本的方式支付给社区卫生机构；对于支出弹性较大的医疗服务，可采用单元付费加总量控制的方式；对于支出弹性较大的公共卫生服务采用政府购买服务的方式。让机构管理者承担一定的经济责任，促使其控制成本、提高效率。

严格的收支两条线管理的内在特性决定了方法本身存在一定的局限性，并对政策效果产生不利影响。此外，目前实施收支两条线管理政策所需要的条件并不完全具备，致使推行该政策面临着风险和很大挑战。因此，在没有深入研究是否其它方法是否能够达到同样效果的前提下，并考虑到目前试点机构的特殊目的和特殊行为，建议在是否全面推行社区卫生机构收支两条线管理政策的选择上应持慎重态度。

3、完善社区卫生机构的管理体制

应明确政府、社区卫生管理机构和社区卫生机构的角色、责任和权力。一是政府的角色和职责需要进一步明确，主要是明确哪个部门行使“出资人”的职责，以及作为“出资人”的职责和权力。二是需要明确政府及其管理机构与社区卫生机构管理者之间的责任、权力，其中政府或其管理机构是否应该拥有社区卫生机构的经营权需要开展深入研究。三是需要明确社区卫生管理机构的角色、责任和权力。

4、加大对提供者的监管力度

在建立和完善对卫生服务提供方监管制度的基础上，应将重点放在如何保证制度执行者确实能够按照规则实施方面，即加强对制度运行过程、相关政策执行和落实情况的监督，以便及时发现问题，保证各项制度的有效落实。其中又以增加监管供给、提高监管能力、完善监管制度和监管机制作为重中之重。

5、探索收支两条线管理下严格的预算管理如何适应社区卫生工作实际需要的新机制

收支两条线管理面临着有弹性的卫生服务与低弹性的政府预算管理方式的内在特之间的矛盾。因此，如果实施收支两条线管理，除了要建立收支两条线管理所需要的条件外，还要研究和探索如何使严格的预算管理符合社区卫生服务工作的实际需要。建议进一步加强对收支两条线管理可行性的研究，探索收支两条线管理下严格的预算管理如何适应社区卫生工作实际需要的新机制。