

基层医疗卫生机构的性质、行为及发展问题^{〔*〕}

谭秋成

(中国社会科学院 农村发展研究所,北京 100732)

〔摘要〕基层医疗卫生机构为社区居民提供基本公共卫生服务和医疗服务,其中基本公共卫生服务的内容由政府规定,医疗服务的提供则受到基本药物制度、政府指导价、医保总额及各种报销规定的制约。基层医疗卫生机构的激励结构是扭曲的,出现了行政事务挤占业务、人力资本逆向选择、对待基本公共卫生服务以应付式地完成数量指标为主等行为。基层医疗卫生机构职工的收入不高,基本建设和医疗设备长期投资不足,亏损现象比较普遍。2009年医改以来,基层医疗卫生机构提供医疗服务的能力削弱了。由于承担的基本公共卫生服务大部分以临床经验为基础,医疗服务能力削弱导致居民对公卫服务质量不认可,需求意愿不足。乡镇卫生院和社区卫生服务中心提供医疗服务是有市场需求的,提高卫生院和服务中心的医疗服务能力需要大幅度增加投资,扩建、修缮业务用房,配备必要的医疗设备,取消针对基层医疗卫生机构的各种不合理管制。目前,基本公共卫生服务的工作量和复杂性超出了乡镇卫生院和社区卫生服务中心的能力,有必要将公卫任务严格限制在以消除疾病外部性为目标的传染病预防和控制,以及以维持社会公平正义为目标的弱势群体健康保护两方面。

〔关键词〕基层医疗卫生机构;乡镇卫生院;社区卫生服务中心;基本公共卫生服务

DOI:10.3969/j.issn.1002-1698.2021.08.020

自2009年医改以来,作为基层医疗卫生机构的乡镇卫生院和社区卫生服务中心与政府的关系、经营的业务范围及运行的政策环境都发生了很大变化。首先,乡镇卫生院和社区卫生服务中心须接受更多的行政管理,其招聘职工的权利被严格限制;其次,除继续提供医疗服务外,乡镇卫生院和社区卫生服务中心承担为辖区内居民提供基本公共卫生服务的职责,而且后者是必须完成的任务;第三,乡镇卫生院和社区卫生服务中心提供医疗服务时以使用基本药物为主;第

四,随着城乡居民医疗保障制度的建立和完善,医疗服务越来越多的部分由医保资金支付,县市区医保局分配的医保额度及制定的关于起付线、次均费用、报销比例等医保政策直接影响社区居民对乡镇卫生院与社区卫生服务中心提供的医疗服务的需求。这些变化说明,基层医疗卫生机构正逐步失去市场主体地位,完全成为卫生行政部门的代理者和政府医疗卫生政策的执行者。

基层医疗卫生机构性质的变化提出了以下现实问题:1. 目前政府作出的关于乡镇卫生院和

作者简介:谭秋成,中国社会科学院农村发展研究所研究员、博士生导师,研究方向:乡村治理、农村发展、自然资源管理。

〔*〕本文系中国社会科学院优势学科“农村发展经济学”项目的阶段性成果。

社区卫生服务中心的这种制度安排是否与机构负责人和职工激励相容? 2. 如果存在激励扭曲, 这两类基层医疗卫生机构将会出现哪些低效率行为? 3. 乡镇卫生院和社区卫生服务中心是否有能力为社区居民提供好基本的医疗和公共卫生服务? 本文基于对湖南、江苏、广东、江西、广西 5 省 76 家基层医疗卫生机构的问卷调查与访谈, 研究了这些机构的性质、行为及发展问题, 得出的基本观点是: 目前, 基层医疗卫生机构的激励结构是扭曲的, 出现了行政事务挤占业务、人力资本逆向选择、以完成数量指标为主应付式地对待基本公共卫生服务等行为; 自 2009 年医改以来, 基层医疗卫生机构受到基本药物制度、政府指导定价、医保总额及各种报销规定的制约, 提供医疗服务的能力削弱了; 由于承担的基本公共卫生服务大部分以临床为基础, 医疗服务能力削弱导致居民不认可公卫服务质量, 需求意愿不足, 进而增加了基层医疗卫生机构从事公卫的难度和成本。

一、文献回顾

经济学从组织的角度研究医疗机构主要集中在三个方面: 其一是医院内部激励机制的设置; 其二是医院的所有制性质与行为; 其三是市场结构对医院提供服务的效率和社会福利的影响。关于医院内部激励机制设置方面, Harris 研究了医院内部决策的权威分配问题, 认为在医院内部组织结构中实际上存在两方, 一方是行政管理人员, 一方是医生, 前者代表医院供给者, 后者则代表医院需求者。行政管理人员考虑如何充分配置医院全部资源, 而医生考虑如何为病人提供更好的医疗服务。每一方都有自己的管理者、想实现的目标、定价策略和约束条件, 最后双方共同设计了一个以非价格方式配置资源的规则。但是, 这一规则常常因为医生的需求超出行政管理人员短期供给能力而瓦解。由于环境的不确定性和技术的复杂性随时出现, 医院的资源又非常稀缺, 关于提供什么服务、为谁提供服务这类

重大决策一旦处置不当将给医院带来致命后果。Harris 主张, 当医院面临不确定性和复杂性时, 将最终决策的权威分配给医生而不是行政管理人员更有效率。^[1] Harris 关于医院决策的权威分配与 Grossman 和 Hart 提出的企业控制权安排的主张是一致的, 后者认为, 因为不确定性, 企业的所有权, 即剩余控制权应安排给那些生产效率更高的专用性资产的所有者。^[2] 至于医生之间如何激励, Gaynor 和 Pauly 认为, 在一般经济组织中, 只要产出不是成员之间联合生产而且可观察, 报酬与产出水平联系越强, 组织将更有效率。他们实证研究发现, 基于生产水平的补偿激励提高了医院的产出, 尽管成员的数量将降低团队的服务量, 但成员的平均经验大大提高了服务水平。^[3]

关于医院的所有制性质与行为方面, 文献致力于回答三个基本问题, 分别是: 私人性质的非盈利医院为什么普遍存在; 这些非盈利医院与以盈利为目标的医院在行为上有什么区别; 盈利医院是否更有效率。^[4] 在发达国家, 私人性质的非盈利医院大量存在, 这些非盈利医院享有很多特权, 如免公司所得税和财产所得税, 分红时享受更多的税收减免, 有接受捐赠的资格等。一般认为, 非盈利医院普遍存在的原因是: 1. 消费者无法辨识医院提供的服务质量, 为防止道德风险, 医院不宜采取经济利益激励过强的组织形式, 非盈利医院的激励机制被认为是效果中性的; 2. 医院提供部分公共物品, 如传染病防治, 因此需要政府支持。但是, Pauly 和 Redisch 认为, 非盈利医院类似于合作制企业, 实际上由医生控制, 目标便是最大化医生的人均纯收入。^[5] Clark 认为, 非盈利医院加剧了医生与患者之间的信息不对称和医生的道德风险, 既没有提高医疗的服务水平, 也没有促进全社会医疗资源公平分配。非盈利医院是由精英主义控制的, 而不是帮助政府实现医疗健康的目标, 他们阻碍了消费者参与政府关于医疗服务的公共政策的制定, 导致医疗健康政策在经济上愈加不合理。^[6] 当然, Pauly, Redisch 和 Clark 的观点是有争议的。Newhouse 认

为,非盈利医院的控制权在信用理事会中,信用理事会通常会任命经营者管理医院具体事务,医生在非盈利医院的资源配置决策中起重要的影响。为了提高医院的声誉和社会影响力,非盈利医院中的受托人和管理者既关心医院提供服务的数量,也关心服务的质量。医生更是如此,他们希望医院有更好的设备和条件,吸引外面优秀的医生加入自己的医院。^[7] Becker 和 Sloan 利用 1979 年全美医院调查数据实证研究发现,与标准的产权理论预测不一致,不同所有权形式的医院在成本和盈利性上没有差别。^[8]

研究市场结构对医院提供服务的效率和社会福利的影响主要涉及政府管制、垄断及医疗服务市场需求者变化等多方面内容。传统上,医疗行业准入是受政府严格管制的,因为医疗服务被认为是经验品或信用品,需要保护公众利益,避免低质量医疗服务供给。Shalit 却认为,医生具有垄断地位,医院只是医生联合组织的卡特尔,目的是限制准入,通过提高价格、减少服务供给追求垄断利益。^[9] Reinhardt 研究发现,医院中资源配置不合理是普遍存在的,医生通过雇更多的助手可以提高服务效率。如果平均每个医生多雇佣 1 倍的助手,医生每小时的生产效率可以增加 25%。医生雇佣助手少可能是因为不愿承担管理助手的行政事务,也可能是因为担心让助手工作太多会使病人怀疑医疗服务的质量。^[10] Brown 的研究支持了 Reinhardt 的结论并且发现,医生组成团队工作比单个医生工作效率更高,医生对助手的使用效率不高这一现象的确普遍存在,但另一方面,医生对一些非护士的助手雇佣得太多了。^[11] 关于垄断对医院提供服务的效率和社会福利的影响, Noether 实证研究发现,只要市场集中度不高,医院之间在价格和质量上都进行激烈竞争,医疗服务市场虽然被扭曲,但经济学关于竞争的理论在医疗行业仍起作用。^[12] 在 1980 和 1990 年代,美国大量非盈利医院转变为盈利性的私立医院,转变的方式包括出售、改变医院性质、与盈利性医院合并、由盈利性医院收

购所有权、长期租赁和合资等。^[13] Gaynor 和 Vogt 模拟了 1997 年美国圣路易斯州 Obispo 县两个医院产业链合并的结果,发现合并后医院形成垄断,该地医疗服务价格将上升 53%。Gaynor 和 Vogt 由此断言,非盈利医院与盈利医院大量合并将导致医疗服务价格大规模上升。^[14] Keeler, Melnick 和 Zwanziger 也认为合并增加了医院的市场影响力和集中度,医疗服务价格上升不可避免。^[15] 关于市场需求者变化影响医院提供服务的效率和社会福利, Dranove, Shanley 和 White 认为,医疗保险制度实施后,医疗服务费用由病人变为医疗保险机构支付,医保机构有激励搜寻信息,而且相对于单个病人搜寻成本更低,能减少信息不对称。因此,实行医保后,医院的成本会明显下降,市场集中度低的地方成本下降更快。^[16]

研究中国基层医疗卫生的文献主要集中在医疗对人力资本促进作用及医疗保险的效果、对居民健康的影响、公平性和存在的问题等方面。从组织的角度研究基层医疗卫生机构的文献是较少的。关于所有制性质与行为方面,张自宽等在回顾和总结农村合作医疗发展历程时认为,早期依附于人民公社体制的合作医疗之所以不可持续,是因为合作医疗的性质被扭曲,把农民群众在医疗保健上的互助合作变成了医药上的“大锅饭”。结果,无论有病无病,大病小病都向保健站、卫生所索要与其缴纳的保健费等价甚至更多的药品。少数基层干部则搞特殊化,在医药上多吃多占,而那些患了大病、真正需要医疗服务的农民则得不到应有的帮助。此外,许多社队医药开支过大,后继无源而枯竭。^[17] 关于市场结构对医院提供服务的效率和社会福利的影响方面,朱玲研究江苏农村乡镇卫生院改革时发现,由于县乡医疗服务机构具有市场垄断地位,他们欠缺改善质量的激励却不乏提高价格的动机,患者则对服务质量、效率和价格几乎别无选择,在医患关系中只能陷入绝对劣势。江苏农村医疗卫生改革引导社会力量办医,打破医疗服务供给垄断,

扩大消费者的选择空间,形成医疗服务的买方市场,促使服务供给者节约成本、改善质量和提高效率。而且,政府将源于部分医疗机构改制而节约的财力投资于公共卫生服务,强化了疾病预防网络。^[18] 杜创认为,行业准入限制导致医疗服务行业存在垄断租金,由于服务价格被管制,医院无法一次性收取高额诊疗费来攫取租金,对高收入者进行过度医疗便是获得租金的一种方式。^[19] 政府对医疗服务价格的管制则扭曲了医疗机构行为,医院以卖药盈利,导致看病越来越贵。^[20] 高和荣发现,基本药物制度影响了基层医疗卫生机构的服务能力,加之全科医生不足和器械设备缺乏,分级诊疗在实践中难以推行。^[21]

中国的基层医疗卫生机构(乡镇卫生院和社区卫生服务中心)由政府举办,其性质不同于私有制盈利和非盈利企业,即使与城市二、三级医院相比,其配置资源的权利受限制更多。基层医疗卫生机构负责人由组织部或卫生行政部门任命,招聘人员的权利受到严格地限制。此外,基层医疗卫生机构在业务范围、服务定价、使用药品种类和规格、医保总额和报销比例等方面都要

遵守规定和限制。那么,基层医疗卫生机构的性质是什么?各种管制对基层医疗卫生机构的激励结构、行为及发展有何影响?目前的基层医疗卫生机构是否有能力为社区居民提供好基本的医疗和公共卫生服务?鉴于已有的文献研究不足,本文基于对湖南、江苏、广东、江西、广西5省76家基层医疗卫生机构的问卷调查与访谈,就上述基本问题进行讨论并作尝试性回答。

二、一般情况

(一)调查点分布

本文数据和案例来自作者及团队于2020年8—11月做的“关于基层医疗卫生情况调研”,内容主要涉及基层医疗卫生条件、服务能力、疫情防控、居民对医疗服务的需求等。调研在湖南、江苏、广东、江西、广西5省6地市12县市区开展。调研团队与9个县市区卫健局、疾控中心、人民医院及1家地级市人民医院进行了座谈,对76家基层医疗卫生机构做了问卷调查和访谈,调查点的乡镇卫生院和社区卫生服务中心分布情况见表1。

表1 调查的乡镇卫生院和社区卫生服务中心的地区分布

省、自治区	地市	县市区	中心乡镇卫生院 (个)	乡镇卫生院 (个)	社区卫生服务中心 (个)
湖南	郴州市	宜章县	3	2	0
		北湖区	2	0	5
		苏仙区	3	0	2
江苏	镇江市	扬中市	2	2	2
		句容市	2	4	2
广东	佛山市	三水区	0	1	3
江西	九江市	修水县	3	4	0
		瑞昌市	3	2	2
		濂溪区	2	3	2
广西	南宁市	马山县	3	4	0
		邕宁区	2	3	1
	崇左市	扶绥县	3	4	0
合计			28	29	19

(二)业务用房及设备

调查点 76 家基层医疗卫生机构平均建筑面积为 5979.33 平方米,其中社区卫生服务中心、一般乡镇卫生院、中心乡镇卫生院分别为 4504.81、4018.04、9011.24 平方米;平均业务用房面积为 4268.38 平方米,其中社区卫生服务中心、一般乡镇卫生院、中心乡镇卫生院分别为 3826.08、3084.95、5794.21 平方米。中心乡镇卫生院的建筑面积和业务用房面积明显高于社区服务中心和一般乡镇卫生院。

江西修水县近年利用扶贫资金明显改善了业务用房条件,但在调查的其他县市区,基层医疗卫生机构房屋陈旧、业务用房不达标的情况比较普遍,如江苏扬中市乡镇卫生院仍然存在不少 C、D 级危楼,目前正利用国债资金进行新建和扩建。

调查点 76 家基层医疗卫生机构拥有的医疗设备总值平均为 540.36 万元,其中社区卫生服务中心、一般乡镇卫生院、中心乡镇卫生院分别为 368.58、458.58、741.63 万元。医疗设备总值的标准误大且中值与平均值相差较远说明各机构在医疗设备拥有上明显不均衡。县市区卫建局和基层医疗卫生机构普遍反映,2009 年医改前后,主要是 2006—2013 年,政府对乡镇卫生院和社区卫生服务中心支持的项目和投资较多,之后投资就很少了。76 家基层医卫生机构有 49 家没有标准手术室,40 家没有产科设施,8 家的厕所达不到无害化处理标准,18 家没有单独污水处理设施,51 家没有单独垃圾处理设施,25 家没有配电室,25 家没有救护车。关于 76 家医疗卫生机构建筑面积、业务用房面积及设备总值方面的数据可参考表 2。

表 2 三类基层医疗卫生机构的建筑面积、业务用房面积及设备总值(单位:平方米、万元)

类别	机构	样本数	中值	平均值	标准误	最小值	最大值
建筑 面积	全部	76	4204.6	5979.33	4813.19	400	23642.47
	社区卫生服务中心	19	3000	4504.81	3848.08	400	16100
	乡镇卫生院	29	3630	4018.04	3112.29	834	11758
	中心乡镇卫生院	28	8800	9011.24	5407.47	1350	23642.47
业务 用房 面积	全部	76	2838	4268.38	3453.92	370	14236.52
	社区卫生服务中心	19	2420	3826.08	3225.50	370	13100
	乡镇卫生院	29	2248	3084.95	2725.02	400	9778
	中心乡镇卫生院	28	4591	5794.21	3800.60	960	14236.52
医疗 设备 总值	全部	76	263.65	540.36	732.78	12.5	4100.34
	社区卫生服务中心	19	230	368.58	447.41	42.53	1820
	乡镇卫生院	29	261	458.58	729.53	12.5	3040
	中心乡镇卫生院	28	502	741.63	858.05	24.48	4100.34

(三)人员及聘用

76 家医疗卫生机构核定的编制人员平均为 58 人,其中社区卫生服务中心、一般乡镇卫生院、中心乡镇卫生院分别是 49、41、80 人;实际在岗人员平均数为 77 人,其中服务中心、一般卫生院、中心卫生院分别是 77、56、101 人。考虑到大部分基层医疗卫生机构编制不满的情况,乡镇卫

生院和社区卫生服务中心因为工作任务重而招聘了大量编外人员。实际在岗人员中,医疗卫生技术人员平均数为 64 人,其中社区服务中心、一般乡镇卫生院、中心乡镇卫生院分别是 66、45、85 人。关于 76 家医疗卫生机构核定编制人员、实际在岗人员和医卫技术人员方面的数据可参考下页表 3。

表3 调查的三类基层医疗卫生机构的核定编制、实际在岗和医卫技术人员(单位:人)

类别	机构	样本数	中值	平均值	标准误	最小值	最大值
核定编制人数	全部	76	40	58	45	0	198
	社区卫生服务中心	19	36	49	46	0	198
	乡镇卫生院	29	32	41	31	10	129
	中心乡镇卫生院	28	76	80	45	16	188
实际在岗人员	全部	76	58	77	58	15	260
	社区卫生服务中心	19	58	77	52	30	221
	乡镇卫生院	29	35	56	55	15	260
	中心乡镇卫生院	28	91	101	61	23	238
医卫技术人员	全部	76	46	64	49	13	227
	社区卫生服务中心	19	46	66	43	27	193
	乡镇卫生院	29	26	45	43	13	201
	中心乡镇卫生院	28	78	85	53	17	227

(四)收入及支出

基层医疗卫生机构的收入分三部分:其一是医疗收入,包括一般诊疗费、检查化验费和药品收入;其二是财政补助收入,包括人员经费、基本公共卫生经费和药品零差率补助;其三是其他收入。药品零差率补助相当于基本药物所售利润,实际上应算作医疗收入。机构的支出包括医疗支出、人员经费支出、基本公卫支出、药品支出和其他支出。76家基层医疗卫生机构2017—2019

年三年平均收入为1786.31万元,其中中心乡镇卫生院最高,社区卫生服务中心次之;三年平均支出1731.66万元,同样是中心卫生院最高,服务中心次之;三年平均纯收入54.66万元,其中社区服务中心最高,中心乡镇卫生院次之。收入、支出和纯收入的平均值显著高于中值,说明三者的分布在机构之间很不均衡。此外,三类医疗卫生机构都存在收不抵支现象。76家基层医疗卫生机构3年收入、支出等方面数据可见表4。

表4 调查的三类基层医疗卫生机构3年平均总收入、支出及纯收入(单位:万元)

类别	机构	样本数	中值	平均值	标准误	最小值	最大值
3年平均总收入	全部	76	1158.87	1786.31	1784.22	230.67	9518.55
	社区卫生服务中心	19	1223.97	1900.90	2218.15	319.96	9518.55
	乡镇卫生院	29	804.91	1321.93	1450.93	230.67	6427.73
	中心乡镇卫生院	28	1455.63	2189.53	1723.39	254.14	6849.67
3年平均总支出	全部	76	1116	1731.66	1648.27	255.57	8308.87
	社区卫生服务中心	19	1116	1805.58	1989.86	410	8308.87
	乡镇卫生院	29	804.91	1307.46	1430.95	255.57	6234.52
	中心乡镇卫生院	28	1517.48	2120.85	1558.63	283.33	5199
3年平均纯收入	全部	76	12.97	54.66	259.25	-342.03	1650.67
	社区卫生服务中心	19	21.84	95.32	314.00	-269.29	1209.68
	乡镇卫生院	29	3.93	14.46	95.61	-253.50	243.72
	中心乡镇卫生院	28	15.35	68.69	329.21	-342.03	1650.67

三、机构的性质

(一)管理者与职工

基层医疗卫生机构是有级别的。我们调研的卫生院和服务中心绝大部分是一级或待评级医疗机构,院长或主任、副院长或副主任由县市区卫健局任命。但是,如果卫生院是二级医疗机构,属副科级单位,如宜章县泉岩镇和句容市下蜀镇中心卫生院,书记和院长就必须由县(市)委组织部任命,副院长才由卫健局任命。主要负责人由组织部任命,意味着机构在行政上的重要性和负责人有更多的提拔机会,但无论由组织部还是卫健局任命,乡镇卫生院和社区卫生服务中心负责人代表政府管理,实现政府意志,属于政府的代理人,这一点显著不同于向信托人负责的非盈利医疗机构。乡镇卫生院和社区卫生服务中心主要负责人组成管理委员会或类似机构,该机构任命本单位科室负责人,评价本单位人员业绩并决定其工资水平。

乡镇卫生院和社区卫生服务中心的职工分为三类,分别是编制内、编制外和临时聘用人员。临时聘用人员签订短期合同,主要负责做饭、打扫卫生或从事其他劳务。编制内和编制外聘用人员从事医卫工作,两者在待遇和权利上是有差别的。编制内人员工作稳定,其工资和养老、医疗等福利有财政保证,并有更多晋升机会;编制外人员则可能会因聘用单位效益、工作需要变化在合同期满后解聘,工资和福利水平一般低于条件相当的编制内人员。编制的名额由人力资源和社会保障部门决定。在湖南、江苏、广西调查点,卫生院和服务中心需要编制内人员时,本单位提出申请然后由县市区卫健局和人保局负责统一招聘;江西调查点由省卫健厅和人保厅负责统一招聘;在乡镇和街道经济发达、存在镇和街一级财政的广东佛山市三水区,卫生院和服务中心的编制及招聘则由乡镇和街道组织办负责。编制外人员招聘有两种方式,一种是由县市区卫健局和人保局统一负责,一种是由卫生院或服务

中心自己招聘,报县市区卫健局登记备案,佛山市三水区则是报乡镇和街道管理部门备案。由县市区或者省负责统一招聘编制内和编制外人员这一人事管理方式削弱了乡镇卫生院和社区卫生服务中心配置资源的权利,并使其在招聘人员时处于不利地位,因为县市区直属医疗机构如人民医院、中医院、妇幼保健院、疾控中心的行政级别更高,谈判能力更强,人员将优先满足这些机构的需要。

因为编制内人员与政府财政支出挂钩,人保局对基层医疗卫生机构的编制控制很紧。但是另一方面,因为基层医疗卫生机构自身不掌握招聘在编人员权利,结果这些机构普遍出现编制空缺情况。在调查的76个基层医疗卫生机构中,只有16个机构满编,60个机构存在空编现象,平均空编比例为18.19%。其中,19个社区卫生服务中心有6个不空编,平均空编比例为19.89%;29个一般乡镇卫生院有7个不空编,平均空编比例为18.08%;28个中心卫生院有3个不空编,平均空编比例为17.13%。编制少、空编现象突出,再加上工作任务重,导致基层医疗卫生机构大量使用编制外人员。以江西九江濂溪区五里街道社区卫生服务中心为例,该中心所处街道近5年来新建小区6个,人口增至15万,而中心编制仍保持在20世纪90年代末的水平,下面的卫生服务站完全没有编制。为了开展工作,中心聘请了57位医卫人员。在调查的76个基层医疗卫生机构的在岗人员中,编制外人员占的比例平均为38.09%,最低为6.52%,最高达100%。其中,社区卫生服务中心比例平均为49.47%,最低为9.76%,最高达100%;一般乡镇卫生院比例平均为37.51%,最低为11.11%,最高达60.80%;中心乡镇卫生院比例平均为32.80%,最低为6.52%,最高达52.82%。

(二)业务经营与资源配置

基层医疗卫生机构主要是为社区居民提供两方面服务:其一是基本公共卫生;其二是医疗。公共卫生方面,调查期间各样本点正在执行第三

版《国家基本公共卫生服务规范》，服务的内容包括 12 项。医疗服务方面，由于城市医疗机构较多，社区卫生服务中心主要提供一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务，承担着居民健康“守门人”职责；农村地区的乡镇卫生院负责提供常见病、多发病诊疗等综合服务，医疗服务更重要，内容也更多。此外，卫生院和服务中心还承担对村卫生室和卫生服务站的业务管理和技术指导。在江苏、江西、广西调研点，乡镇卫生院对村卫生室实行一体化管理，卫生室已成为卫生院的派出机构。

基本公共卫生服务的内容是规定好的；服务的收入按辖区内常住人口人均统一标准拨付，也是规定好的。因此，基层医疗卫生机构要提高收入，必须提高医疗服务能力，将投入医疗服务的资源进行最优配置。但是，2009 年实行国家基本药物制度后，政策要求政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物。在 76 个调查点，基层医疗卫生机构被要求使用基本药物的金额占药物总金额的比重须在 70% 以上，这严重限制了卫生院和服务中心选择要素的范围和最优配置资源的能力。广西扶绥县卫健局认为，受基本药物影响，乡镇卫生院医疗服务收入要减少 30%—40%。乡镇卫生院和社区卫生服务中心普遍反映，基本药物制度制约和阻碍了医疗服务，具体表现在：1. 一些效果很好、居民长期习惯服用的常用药进不了基本药物目录，如三九感冒灵、麝香壮骨膏、维生素 B1、B12、治脑梗的药等；妇科和儿科方面的药品种很少；农村痛风的人多，但没有药。2. 即使已被列入基药目录的药品也常常出现短缺的情况。3. 部分药品列入基药后，价格上涨太快。葡萄糖酸钙由 2017 年 0.53 元/支涨至 2020 年 19.8 元/支，碳酸氢钠注射液由 3.5 元/瓶涨至 21.3 元/瓶，地高辛片由 0.73 元/100 片涨至 42 元/30 片，这些都是用于急救的药品。脑心通在乡镇卫生院的价格是 28 元/瓶，药店只卖 20 元/瓶，就诊居民认为卫生院高价卖药赚钱。4. 同一种基药可供选择的产品

太少，以头孢曲松为例，要么是 1 元的，要么是 40 元的。价格便宜的药治疗效果不明显，浪费资源，影响卫生院的声誉。5. 质量好的基药卫生院采购不上。6. 乡镇卫生院和社区卫生服务中心与二、三级医院用的基药不同，特别是中成药、中药及其注射剂只限定二级医院使用。因为没有药品，二、三级医院不能下转病人。7. 基药目录里有的药品医保目录里没有，看病后不能报销。

(三) 服务供给与需求

基层医疗卫生机构提供的基本公共卫生服务由政府购买，提供的医疗服务则需与居民进行交易。乡镇卫生院和社区卫生服务中心属非盈利机构，提供的医疗服务实行政府指导价，价格是被管制的。政策要求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。但是，调查点所有乡镇卫生院和社区卫生服务中心认为目前的门诊收费和护理费极不合理。门诊的价格 10 元，服务内容包括诊疗、棉条、皮试、打针、输液、各种耗材的使用等，该价格是 2013 年由国务院规定的，这些年由于耗材涨价，10 元已抵偿不了实际成本。一级、二级、三级护理收费标准分别是每天 3 元、2 元和 1 元，严重低估了护理人员的劳动价值。此外，政策规定对不同级别的医疗机构和医生提供的服务实行分级定价。在江西瑞昌市，乡镇卫生院每张处方不能超过 55 元，村卫生室不能超过 35 元，二级医院不能超过 85 元，基层医疗卫生机构与县市区二级医院收费标准相差悬殊。

随着城乡居民医疗保障制度的建设与完善，医保在医疗服务费用支付中所占份额越来越大。医保包含哪些项目和药品、起付线、限额、报销比例等影响居民实际支付医疗服务的价格，进而影响对基层医疗卫生机构服务的需求。在调查样本广东佛山三水区，医保采取类似 DRGs 的付费方式，规定每个医疗服务项目一定点数，每一点该支付的医保金额则由整个佛山市医保总额除以全市医疗服务总点数得到，卫生院或服务中心按点数获得相应的医保补偿资金。在湖南、江

苏、江西、广西调查点,基层医疗卫生机构医保资金普遍采取总额预付制,由医保部门根据卫生院或服务中心上年医疗服务情况确定医保额度,并对报销项目、起付线、最高限额、报销比例有具体规定。医保结余在部分地区经过绩效考核达标后可以留用,但用途有严格限制,在部分地区则被收缴。超支需要卫生院或服务中心承担部分或全部,具体比例或有事先规定,或在年底与医保部门谈判决定。例如在江西瑞昌市,基层医疗卫生机构如果医保支付超额 30%,市医保部门补助 70%;如果支付超额 70%,医保部门补助 30%;如果支付超额 100%,全部由医疗机构自己承担。基层医疗卫生机构在医保报销比例上一般比县市区二级医院高 10 个百分点,但由于医疗条件和技术水平与二、三级医院相差悬殊,报销比例这一差别不足以改变居民看病更多选择二、三级医院的趋势。结果,基层医疗卫生机构分得的份额很小。而且,按上年平均数确定医保总额对那些正处于发展中的乡镇卫生院和社区卫生服务中心不利。除了总额限制外,基层医疗卫生机构还有次均费用限制。此外,乡镇卫生院门诊统筹定点的医疗机构只能有一个,且医保基金在家庭成员之间不能互用,既导致居民看病不方便和利益受损,也使卫生院服务的市场受限制。

(四)收益分配

乡镇卫生院和社区卫生服务中心属于公益一类事业单位,职工工资和机构发展投资应由政府财政解决。在调查的样本点,卫生院和服务中心编制外与临聘人员的工资由机构自己解决,编制内人员工资来源则分三种情况:其一是江苏扬中市和广东三水区,财政全额解决工资和绩效,但扬中市财政下拨的工资和绩效包括了卫生院和服务中心承担基本公共卫生服务的补助经费;其二是江西修水县,财政解决工资全部和绩效的 60%;其三是其他样本点,财政补助工资的一部分,如江苏句容补助 60%,广西扶绥补助 70%,湖南宜章 2020 年开始每人一年补助 10000 元等。编制内人员工资不同的解决方式反映县市

区财政能力的差异,工资即使由乡镇卫生院或社区卫生服务中心自己挣得也并不能否认其公益一类的性质,因为这些单位一般实行收支两条线管理,况且本来就可以通过服务交换部分收入。但是,不同的工资解决方式影响基层医疗卫生机构内部的激励结构,扬中市乡镇卫生院和社区卫生服务中心负责人普遍指出,因为财政负责的工资和绩效是按人头拨付的,单位通过拉大绩效差距鼓励多劳多得措施不可行,得绩效少的人认为单位对他进行了克扣,结果大锅饭盛行,只能通过多聘编制外人员完成公卫服务。由单位自己解决职工工资和大部分绩效,通过拉大收入差距可以调动编制内成员积极性,但给那些规模比较小、技术力量比较弱、位置偏僻、所在地常住人口少的医疗卫生机构造成了持久的财务压力。如果机构尽最大努力也无法获得平均的工资和绩效水平,人员将会流失,机构将会萎缩。

调查的 76 个基层医疗卫生机构有 32 个收不抵支,占机构的 42.11%。机构平均盈利是 54.66 万元,中位数盈利是 12.97 万元,第三个四分位数盈利是 61.57 万元。所以,即使是有盈余的机构,大部分盈利是很少的,这其中还包括部分存留在账户上、卫生院和服务中心无法使用的公共卫生经费结余资金。除小部分医疗卫生机构如江苏句容市的天王镇中心卫生院和华阳社区卫生服务中心、江西修水县渣津镇中心卫生院、广东佛山三水区西南街道社区卫生服务中心有能力外,大部分基层医疗卫生机构实际上无力进行投资更新和引进设备。按政策规定,基层医疗卫生机构的投资主要由地方政府负责。但是,县市区更重视二级医院建设,投入基层医疗卫生机构的资金很少。瑞昌市卫健局反映,除 2012 年争取了 400 万元外,自 2010 年以来政府未对乡镇卫生院进行任何投资。该市武蛟乡卫生院多年未得到政府对医院硬件设施的投入,业务用房为 20 年前或 10 年前建设,检验设备均为 8 年前国家配备,这些设施得不到及时更新和维护,如 X 光机报废后一直无钱购置。

四、行 为

(一)行政事务挤占业务

基层医疗卫生机构主要管理者一旦列入行政序列,就必须服从卫生行政主管部门、上级和本级党委政府的领导,承担相应的行政事务,包括:1. 参加党政部门各种会议并落实安全生产、党建、健康扶贫、疫情防控、村卫生室管理等工作;2. 为辖区内中考、高考、职业考试提供医疗服务,防止考生出现医疗事故;3. 为地方党委政府提供防洪抢险等方面的医疗保障措施;4. 为当地创建文明卫生城市选派维护卫生环境的劝导员;5. 牵头组织、参与爱国卫生运动和农村厕所改造计划;6. 疫情防控期间派遣人员驻守卡点,测量过路人体温,负责隔离从高风险区返乡的人员;7. 城市拆迁时派医卫人员和救护车处理可能发生的医疗事故;8. 贫困地区的基层医疗卫生机构主要负责人有结对帮扶任务,如江西修水县白岭镇中心卫生院正、副院长每人有2户帮扶对象,因为工作太繁琐,只能晚上抽时间整理医疗文书。

基层医疗卫生机构行政化后,避免不了文牍主义和形式主义,如填报各种数据和表格,写总结材料,应付各种检查。^[22]数据常常是多部门需要,量大且时间紧。行政化还避免不了卫健和医保部门借调基层医疗卫生机构人员,加剧人员短缺的问题。行政事务、形式主义、人员借调等耗费了基层医疗卫生机构大量时间和精力,影响了医疗卫生业务开展。江苏句容市卫健局反映,乡镇卫生院从事医疗卫生服务的时间只有50%—60%;江西瑞昌市白杨镇卫生院院长告诉我们,医疗服务、公共卫生、行政性事务各占卫生院三分之一的工作;江苏句容市边城卫生院院长也说,各种行政性杂事要占卫生院20%—30%的精力。再以湖南郴州市北湖区郴江街道社区卫生服务中心为例,该中心有编制人员13人,编制外人员17人,30名员工中被上级部门借调走5人,本单位还需支付工资和绩效。中考、高考时,中心每年都要派5个人去考场提供医疗服务;因为

郴州正在争创文明卫生城市,中心要派人上街做10天卫生劝导员;中心需要3人全年工作应付各种报表和检查。因为事多事杂、人员不够,每年中心都派不出人员参加各种医卫技术培训。

(二)人力资本逆向选择

基层医疗卫生机构普遍缺人,尤其是编制内技术人员难招。江苏扬中市西来桥镇卫生院2007年以后就没有进过编制内人员;江西瑞昌市码头镇中心卫生院反映,单位8年没有进编内人员了。没有人事权只是基层医疗卫生机构人员紧缺的原因之一,收入低、缺乏成就感也是主要原因。在调查的76个样本点中,75家回答了本单位职工工资水平,其中56家机构有高级职称医生。包括绩效在内,高级职称医生的平均工资为9.94万元/年,中级职称医生平均工资为7.89万元/年,初级职称医生的平均工资为6.47万元/年,其他人员平均工资为5.12万元/年。县市区卫健局及接受访谈的乡镇卫生院和社区卫生服务中心普遍反映,基层编制内医卫人员工资水平低于相同学历、同年参加工作的公务员和教师。此外,二级医院高级职称医生的收入一般是基层医疗卫生机构同级人员的2倍以上。江西修水县上杭乡卫生院职工告诉我们,卫生院的工资与公务员平时的工资差不多,但年终绩效只有公务员一半,比教师低1000元/月。

2009年医疗卫生体制改革强调基层医疗卫生机构提供公共卫生服务的职责,医疗服务被限制,一批高水平、有经验的医生离开了乡镇卫生院和社区卫生服务中心,留下来的医卫人员年龄偏大,能力下降,积极性也不高。为解决人才断档问题,提升基层医疗服务能力,江苏扬中市和句容市给部分基层医疗卫生机构分配了规培医生名额。调查却发现,除句容华阳社区卫生服务中心分配的规培医生因私人关系来单位工作了2年后调走外,其他分配到规培医生的样本点最终没有一个单位有规培医生报到,单位反而为此支付了这些医生规培期间的3年工资。江西九江市和广西马山县、南宁邕宁区、扶绥县采取定向

委培的方式为乡镇卫生院和社区卫生服务中心培养医卫人才,但收效甚微,委培的医生或者直接违约,或者按合同规定服务2年后调离。基于目前待遇低、业务平台窄、职业前景不乐观、社会认可度不高的现实,基层医疗卫生机构很难招聘到医学院本科毕业生来工作。但是,由于基本公共卫生服务的任务越来越重,大部分单位还需要提供医疗服务挣得工资,基层医疗卫生机构只能招聘大量专科和职高学历的医卫人员。在我们调查的提供了相关数据的72个医卫机构中,医卫技术人员中高级职称只占6.19%,中级职称占到26.42%,初级职称及其他达67.39%。按市场竞争性工资招聘的学历较低的医卫人员流动性大,单位没有激励培训员工,医卫工作最需要的经验、技能等人力资本不易积累。而且,低学历人员增加将降低乡镇卫生院和社区卫生服务中心提供医疗服务的能力,再次减少业务量,降低业务平台,减少较高水平医生加入的可能性。基层医疗卫生机构出现了人力资本逆选择问题。

(三) 公卫以完成数量指标为主

2009年《国家基本公共卫生服务规范》第一版包括10项服务内容,分别是:城乡居民健康档案管理、健康教育、0—36个月儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、预防接种、传染病报告和处理、高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理。2011年《规范》第二版增加了卫生监督协管服务规范,将0—36个月儿童健康管理扩展为0—6岁儿童健康管理、传染病报告和处理增加为传染病及突发公共卫生事件报告和处理。2017年《规范》第三版增加了肺结核患者健康管理和中医药健康管理。2019年《规范》第四版新增19项内容,其中地方病防治、职业病防治和重大疾病及危害因素监测等3项服务为必须完成的工作,其余16项由各省结合本地实际实施。基本公共卫生服务经费补助随内容增加也不断增加,2009年为人均15元,2020年为人均74元。调查点发达地区略高,如江苏句容市人均82元,扬中市人均80元。

基本公共卫生服务是基层医疗卫生机构必须完成的任务,没有讨论还价的余地。但另一方面,公共卫生经费补助按机构所在辖区常住人口拨付,只要乡镇卫生院和社区卫生服务中心完成规定的指标,如老年人体检率达70%、健康档案更换率达50%,公卫补助便是一项稳定的收入。当然,公卫补助不足以补偿编制内和编制外所有成员的工资、绩效及水电物业等办公经费,基层医疗卫生机构需要提供医疗服务挣额外收入保工资保运转。但是,医疗服务收入靠市场交换,并不稳定,由医疗卫生机构的服务能力决定。因此,乡镇卫生院和社区卫生服务中心有激励将经验更丰富、技术水平相对较高的医卫人员配置在临床、住院护理等岗位上,而将学历较低、不再适合承担医疗服务、年龄较大的部分医卫人员安排从事公卫工作。结果,基本公共卫生服务的数量指标已完成但质量没有保证。调查点部分乡镇卫生院承认,因为专业人员缺乏,医疗设备陈旧,存在医卫人员看不懂心电图的现象,体检是否达到要求并不知道。检验基本公共卫生服务的质量要么不可行,要么成本高昂,如老年人体检质量、健康教育效果、健康档案准确性、中医体质辨识等,而目标难以度量的任务容易被代理者忽视。^[23]而且,在基层医疗卫生机构目前收入较低、人员短缺、设备陈旧、任务繁多的情况下,分清公卫服务质量较低是因为客观条件不足还是单位人员配置不当更是困难。此外,公卫补助已成为基层医疗卫生机构收入的一项重要来源,如扬中市已将公卫补助列入财政下拨的工资收入,监督公卫质量的手段也被限制了。

五、基层医疗卫生机构的发展问题

(一) 开展基本公共卫生服务的困难

建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系是我国基本医疗卫生制度的四大内容之一。按照《规范》第四版,基本公共卫生服务中的预防接种、肺结核患者健康管理、传染病和突发公共卫生事件报告和管理的目的是消除疾病外部性,防

止和控制传染病流行;0—6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病管理的目的是保护弱势者健康,促进社会公平正义。从调查点看,基层医疗卫生机构提供基本公卫服务普遍遇到的客观问题是:1. 场地、设备及医务人员数量不足,基层医疗卫生机构没有条件组建日常性的公卫服务中心,方便居民随时体检及咨询服务。2. 公卫专业技术人员不足,服务能力欠缺。公卫人员基本上是从临床医生或护理抽调过来和临时聘请的人员。江西修水县卫健局介绍,全县预防医学专业毕业的医卫人员只有4人。部分公共卫生服务需要专门知识和技能,如老年人中医管理服务内容中的体质辨识,非专业人员难以进行诊断和指导;重性精神疾病患者管理中,乡镇卫生院和社区卫生服务中心没有专业的精神科医生,不能指导病人用药和提供服务。3. 健康档案管理中的表格信息非常繁琐,公共卫生与基层医疗信息系统、人口与计划生育信息系统未进行对接,信息不能共享,不能发挥应有的作用。4. 乡镇卫生院没有专门用于体检的车辆,医疗设备陈旧。5. 公卫经费按常住人口拨款,但城市和乡村、山区和平原,从事公卫的难度及成本耗费差距甚大,调查点部分乡镇卫生院存在做公卫服务亏本的现象。6. 乡镇卫生院下乡开展公卫服务一般集中时间统一进村,农村居民可能刚好上地干活、外出赶集。7. 公共卫生补助资金使用限制太多且不能作为基层医疗机构的业务收入,制约了医务人员积极性。8. 人口流动性大,农村居民外出打工多,城市居民随子女居住或跨区买房,健康档案管理和体检时找不到人。9. 城市部分老人有工作单位组织体检,不愿意接受社区提供的健康管理服务。

基层医疗卫生机构从事公共卫生服务遇到的困难也来自居民的保守认知及自身意愿不足。认知方面,在调查点湖南宜章县,乡镇卫生院下乡为老年人体检,但农户看到救护车停在房前屋后、穿白大褂进门认为不吉利,对公卫人员很是反感;在调查点江西、广西,农村老年人特别反对抽血,或者认为损害健康,或者认为卫生院抽血

卖钱、作其他商业用途;部分70岁以上的老人恐惧体检,认为没必要活太长,万一检查出问题,反而不好;还有部分老人认为自己能吃能喝,没必要体检。自身意愿不足主要是因为经济原因和对体检不认可,多个调查点的公卫人员反映,部分体检后发现问题的老年人并不去医院复检或治疗;下乡体检时老年人常问是否可以提供治疗的药品,得知不配药品时体检意愿明显下降;认为每年都是重复这几个项目,没必要年年体检;负责体检的有相当部分是聘请的编制外人员,调查点发生过体检时村民有药品需要、公卫人员怕指导不到位让他们去找村医,以及小的卫生院读不懂心电图的情况,居民对设备、负责体检人员的水平不认可。居民对健康的保守认知和意愿不足大大增加了基层医疗卫生机构特别是乡镇卫生院提供公卫服务的成本,需要印制宣传品、不断上门劝导、多次下乡甚至晚上入户了解健康管理中需要的信息、购买礼物、动用老年协会和村干部、花钱雇人找老年人来体检等。

(二) 医疗服务与公共卫生服务的关系

基层医疗卫生机构提供的公共卫生服务中,肺结核患者健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生监督协管属传统的公共卫生范畴,其他公卫服务是基于临床医学基础的,技术水平较高、有临床经验的医生参与更能准确了解居民健康状况,建立的健康档案更真实,老年人体检结果更可信,儿童和孕妇能得到更好的健康指导,慢性病患者能更好用药。我们访谈了一些县市区的卫健局和人民医院以及基层医疗机构负责人,除其中一位认为乡镇卫生院应该以做公卫为主外,其余都认为基层医疗卫生机构须立足医疗服务。江苏扬中市新坝镇卫生院院长认为,脱离了医疗的公共卫生是无稽之谈。事实上,调查点医疗服务强的单位公共卫生服务也做得好,如广西马山县古零镇中心卫生院,16名医卫人员全年从事公卫服务,下拨的公卫补助经费仅够应付团队的工资和耗材开支,卫生院用临床医疗收入补助公卫人员绩效以稳定团队。广西

南宁邕宁区蒲庙镇卫生院同样用医疗收入补助公卫人员,保证每人每月工资 6000 元。该卫生院鼓励公卫人员长期包村,让公卫人员熟悉所有村内居民,这样既利于开展工作,又利于居民监督。公卫亦有助于医疗服务发展,因为良好的公卫易使基层医疗卫生机构与社区居民建立信任获得社会资本,留住辖区内病人。

目前的问题是:一方面,受人员、场地、设备、基本药物和医保制度限制,基层医疗卫生机构的技术水平下降,医疗服务能力被削弱;另一方面,基本公共卫生服务任务越来越多,工作量和复杂性超出了乡镇卫生院和社区卫生服务中心的能力,结果导致公共卫生和医疗服务出现紧张关系。基层医疗卫生机构提供基本公共卫生服务时以应付和完成数量指标为主,居民对公卫的质量不认可,需求意愿不足,这又增加了基层医疗卫生机构从事公卫的难度和成本。而且,公共卫生不能给予专业的健康指导、与临床完全脱节给老年人和慢性病患者带来了风险。随着收入水平提高,居民将更关心自己的健康,不会满足于健康体检、随访或只是饮食和生活习惯方面的建议,还希望得到更专业的健康指导、更直接的后续服务、更个性化的诊疗方案。这就需要基层医疗卫生机构提高医疗服务能力,将公共卫生与临床医疗服务更紧密地结合起来。

(三)社区存在对医疗服务的需求

目前,乡镇和城市社区居民看病越来越朝县市区二级医院集中,基层医疗卫生机构与二级医院在收入及医保金额补偿上差距显著。在江苏扬中市,2020 年医保资金有 75% 用于公立医疗机构,其中 60% 用于二级医院,只有 15% 用于基层医疗机构。在江西修水县,2019 年全县医保支付总费用为 12.03 亿元,其中县内 8.98 亿元,县外 3.32 亿元;在县内的 8.98 亿元中,6 个县级医院 7.07 亿元,占 78.73%;35 所乡镇卫生院 1.91 亿元,占 21.27%。在江西九江濂溪区,2019 年全区医疗机构业务收入为 1.55 亿元,其中区人民医院 1.40 亿元,占 90.38%;7 家乡镇卫生院

和 2 家社区卫生服务中心 0.15 亿元,占 9.62%。在广西马山县,2019 年全县药品销售金额达到 1.30 亿元,其中县级公立医院为 1.03 亿元,占 79.23%;基层医疗机构 0.27 亿元,占 20.77%。访谈的乡镇卫生院职工多有抱怨,认为农村交通条件改善后,农民随着收入增加对医疗服务要求更高,于是都进城看病了。这实际上反映了基层医疗卫生机构的医疗服务能力相对或绝对下降、提供的服务质量达不到农民预期的现实。

乡镇卫生院和社区卫生服务中心承担常见病多发病的诊疗工作,是社区居民健康的“守门人”,是发现、报告、预防传染病的哨口。所以,较强的医疗服务能力是基层医疗卫生机构行使好职责和存在的根本。的确,中国仍处于城市化过程,农村人口将进一步缩减,但这不是忽视基层医疗卫生机构医疗服务能力建设的理由,因为:

1. 如前所述,这些机构目前负责的基本公共卫生服务也是以临床医学为基础的。
2. 人口城镇化是一个长期过程,这期间生活在农村的居民以老人和儿童居多,那些正在城市打工的青壮年以后也将有较高比例在年老时返乡居住。健康作为人力资本,儿童和老年人特别是老年人对医疗服务需求更高。^[24]
3. 即使城镇化率达 70%,仍将有超过 4 亿的居民生活在农村,平均每个乡镇的居民将超过万人,这部分人的健康和就医的可及性不应被忽视,健康可提高他们的生产力和收入水平。^[25]
4. 目前,病人朝城市二、三级医院集中,有大部分实际上只是常见病和多发病患者,乡镇卫生院和社区卫生服务中心病人流失严重的现象恰恰是其医疗服务能力被削弱的结果。事实上,在调查点,部分医疗水平较高的卫生院如湖南宜章县黄沙镇中心卫生院和江西修水县白岭镇中心卫生院不仅没有病人流失,而且其服务能力甚至能辐射周边乡镇。
5. 医疗服务能力弱迫使农村居民进城就医,实际上提高了收入水平相对较低的人群获得医疗服务的价格,抑制了其看病的需求,导致部分居民有病不看的现象。^[26]相反,服务能力提高将为基层医疗卫生机构创造部分

医疗需求。6. 随着收入水平提高,居民将更关注健康和生活质量,对医疗服务的需求是上升的。^[27]根据 WHO 发布的资料,2010—2018 年,美国、英国、法国、德国、日本平均每万人拥有医生 26.1、28.1、32.7、42.5 和 24.1 位,护士 145.5、81.7、114.7、132.4 和 121.5 位,而同期中国分别只有 19.8 和 26.6 位。^[28]

(四) 基层医疗卫生机构的发展

提高基层医疗卫生机构医疗服务能力需要大幅度投资,扩建、修缮乡镇卫生院和社区卫生服务中心业务用房,配备必要的医疗设备。在调查样本点,乡镇卫生院和社区卫生服务中心普遍存在办公环境局促、诊疗设备严重不足、配套设施不健全现象,致使基层医疗卫生机构不能有效开展诊疗工作。我们在江西、广西调查时,赶上政策要求卫生院和社区服务中心建发热门诊应对 COVID-19 疫情,但大部分卫生院和服务中心并没有多余房屋,只能挪用传达室或其他业务用房。提高基层医疗卫生机构医疗服务能力还需要解决这些机构的激励难题。首先,允许乡镇卫生院和社区卫生服务中心有一定的人事权。编制内人员指标可以由县人保局和卫健局审批和分配,但具体招聘工作应由卫生院和服务中心自己负责,编制外人员招多少、招谁更是如此。其次,保持乡镇卫生院和社区卫生服务中心在基本药物使用比例、药品目录和种类上与二、三级医院完全一致,促进基层医疗卫生机构与二、三级医院在医疗服务市场上有效分工合作,真正做到“基层首诊、分级诊疗、双向转诊”。第三,取消乡镇卫生院和社区卫生服务中心的业务范围管制,提高这些机构的门诊和护理服务价格。第四,基层医疗卫生机构与二、三级医院实行相同的医保政策,取消专门针对卫生院与服务中心的次均费用限制,适当提高基层的医保报销比例。

基层医疗卫生机构承担的另一重要职责是为辖区内居民提供基本公共卫生服务。有必要将公卫任务严格限制在两方面:其一,以消除疾病外部性为目标的传染病预防和控制,如疫苗接

种、卫生健康教育、发现传染病人及时报告和隔离、疫情期间组织群防群控和联防联控、肺结核病人管理等;其二,以维持社会公平正义为目标的弱势群体健康保护,如儿童管理、孕妇管理、老年人慢性病管理等。如果公卫的任务量和专业性复杂性超出了乡镇卫生院和社区卫生服务中心的能力,势必出现应付和公卫服务质量得不到保证、挤占和削弱医疗资源的现象。在目前基层医疗卫生机构的技术水平和条件下,应将重症精神病患者管理服务 and 中医药健康管理服务交给二、三级专业医疗机构负责;健康档案管理应基于临床诊断,而不是每年下指标让卫生院或服务中心派人下乡访问得到数据,因为后者是不准确的;鼓励城乡社区居民来卫生院或服务中心体检并给予专业的健康指导。

六、结 论

本文基于问卷调查与访谈,介绍了来自湖南等 5 省的 76 家基层医疗卫生机构在业务用房及设备、人员及聘用、收入及支出等方面的基本情况,分析了这些机构的性质和行为。基层医疗卫生机构主要负责人由县市区组织部或卫健局任命,属于政府代理人,须执行政府意志。机构本身没有招聘编制内人员的权利,招聘编制外人员的权利也被严格限制;基层医疗卫生机构为社区居民提供基本公共卫生服务和医疗服务,其中基本公共卫生服务的内容由上级政府规定,医疗服务的提供则受到基本药物制度、政府指导定价、医保总额及各种报销规定的约束。所以,基层医疗卫生机构并非一种完全市场主体,其选择要素的范围和最优配置资源的权利受多方面制约。基层医疗卫生机构目前出现了行政事务挤占业务、人力资本逆向选择、以完成数量指标为主应付式地对待基本公共卫生服务等行为。

2009 年医改以来,基层医疗卫生机构提供医疗服务的能力削弱了,导致居民不认可公卫质量,需求意愿不足,进而增加了基层医疗卫生机构从事公卫的难度和成本。乡镇卫生院和社区

卫生服务中心提供医疗服务是有市场需求的,提高卫生院和服务中心的医疗服务能力需要大幅度增加投资,扩建、修缮业务用房,配备必要的医疗设备;需要取消针对基层医疗卫生机构的各种不合理管制,允许乡镇卫生院和社区卫生服务中心有一定的人事权,在基本药物使用比例、药品目录和种类上与二、三级医院保持完全一致,提高其门诊和护理服务价格,实行与二、三级医院相同的医保政策。此外,有必要将公卫任务严格限制在以消除疾病外部性为目标的传染病预防和控制,以及以维持社会公平正义为目标的弱势群体健康保护两方面。

注释:

[1] Harris. Jeffrey, "The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications", *The Bell Journal of Economics*, 1977, Vol. 8, No. 2, pp. 467 - 482.

[2] Grossman. Sanford and Oliver. Hart, "The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration", *The Journal of Political Economy*, 1986, Vol. 94, No. 4, pp. 691 - 719.

[3] Gaynor. Martin and Pauly. Mark, "Compensation and Productive Efficiency in Partnerships: Evidence from Medical Groups Practice", *Journal of Political Economy*, 1990, Vol. 98, No. 3, pp. 544 - 573.

[4] Sloan. Frank, "Not - For - Profit Ownership and Hospital Behavior", in *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 2000, Elsevier Science B. V.

[5] Pauly. Mark and Redisch. Michael, "The Not - For - Profit Hospital as a Physicians' Cooperative", *The American Economic Review*, 1973, Vol. 63, No. 1, pp. 87 - 99.

[6] Clark. Robert, "Does the Nonprofit Form Fit the Hospital Industry?" *Harvard Law Review*, 1980, Vol. 93, No. 7, pp. 1416 - 1489.

[7] Newhouse. Joseph, "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital", *The American Economic Review*, 1970, Vol. 60, No. 1, pp. 64 - 74.

[8] Becker. Edmund and Sloan. Frank, "Hospital Ownership and Performance", *Economic Inquiry*, Vol. XXIII, 1985, pp. 21 - 36.

[9] Shalit. Sol, "A Doctor - Hospital Cartel Theory", *The Journal of Business*, 1977, Vol. 50, No. 1, pp. 1 - 20.

[10] Reinhardt. U., "A Production Function for Physician Services", *The Review of Economics and Statistics*, 1972, Vol. 54, No. 1, pp. 55 - 66.

[11] Brown. Douglas, "Do Physicians Underutilize Aides?" *The Journal of Human Resources*, 1988, Vol. 23, No. 3, pp. 342 - 355.

[12] Noether. Monica, "Competition Among Hospitals", *Journal of Health Economics*, 1988, Vol. 7, pp. 259 - 284.

[13] Needleman. D, Chollet. J and Lamphere. J, "Hospital Conversion Trends", *Health Affairs*, 1997, 16, No. 2, pp. 187 - 195.

[14] Gaynor. Martin and Vogt. William, "Competition among Hospitals", *The RAND Journal of Economics*, 2003, Vol. 34, No. 4, pp. 764 - 785.

[15] Keeler. Emmett, Melnick. Glenn and Zwanziger. Jack, "The Changing Effects of Competition on Non - Profit and For - Profit Hospital Pricing Behavior", *Journal of Health Economics*, 1999, Vol. 18, pp. 69 - 86.

[16] Dranove. David, Shanley. Mark and White. William, "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient - Driven to Payer - Driven Competition", *Journal of Law & Economics*, Vol. XXXVI, 1993, pp. 179 - 204.

[17] 张自宽、朱子会、王书城、张朝阳:《关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究》,《中国农村卫生事业管理》1994年第6期。

[18] 朱玲:《构建竞争性县乡医疗服务供给机制》,《管理世界》2006年第6期。

[19] 杜创:《价格管制与过度医疗》,《世界经济》2013年第1期。

[20] 朱恒鹏:《还医生以体面:医疗服务走向市场定价》,《财贸经济》2010年第3期。

[21] 高和荣:《健康治理与中国分级诊疗制度》,《公共管理学报》2017年第2期。

[22] 谭秋成:《基层治理中的激励问题》,《学术界》2019年第6期。

[23] Holmstrom. Bengt and Paul. Milgrom, "Multitask Principal - Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design", *Journal of Law, Economics, & Organization*, 1991, Vol. 7, Special Issue, pp. 24 - 52.

[24] Grossman. Michael, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, 1972, Vol. 80, No. 2, pp. 223 - 255.

[25] Liu. Gordon, Dow. William, et al., "Income Productivity in China: On the Role of Health", *Journal of Health Economics*, 2008, Vol. 27, pp. 27 - 44.

[26] Gertler. Paul, "Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru", *Journal of Econometrics*, 1987, Vol. 36, pp. 67 - 88.

[27] Jones. Charles, 2011, "Life and Growth", NBER Working Paper 17094, <http://www.nber.org/papers/w17094>.

[28] WHO, *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY - NC - SA 3.0 IGO.

〔责任编辑:刘毅〕