

# 欠发达地区农村基层 医疗卫生服务网络调查

张云丰,王 勇

(重庆大学 经济与工商管理学院,重庆 400044)

**摘要:**通过对重庆、四川、河南等中西部 11 个省市的 125 个乡镇 86 个村进行访谈和问卷调查,掌握欠发达地区农村基层医疗卫生服务网络的构成,了解乡镇卫生院和村卫生室、政府投入资金、农村基层医疗人才、新农合、看病难与看病贵问题的现状。通过调查发现部分医疗服务网络存在构成质量差、国家投入资金使用效率不高、村卫生室生存困难及个别支援项目走形式等问题。最后,提出完善欠发达地区农村三级医疗服务网络的对策建议。

**关键词:**欠发达地区;农村;卫生服务网络

**中图分类号:**R19.7      **文献标志码:**A      **文章编号:**1008-5831(2014)06-0011-07

## 一、研究背景

2006 年 8 月,卫生部、国家中医药管理局、国家发改委、财政部联合发布了《农村卫生服务体系建设与发展规划》,提出“十一五”期间,中国要建立起基本设施比较齐全的农村卫生服务网络、具有一定专业素质的农村卫生服务队伍、运转有效的农村卫生管理体制和运行机制,与建立和完善新型农村合作医疗制度和医疗救助制度协同发展,满足农民群众人人享有初级卫生保健服务需求。其主要建设任务,是依据统一的建设标准和规范,对政府举办的乡(镇)卫生院、县医院、县妇幼保健机构和县中医院及村卫生室的业务用房进行建设,配置基本医疗设备,使其具备开展预防保健和基本医疗服务的条件,完善服务功能,提高服务能力。农村基层医疗组织在地理位置上更加接近农民,改善农村卫生服务条件,提高农村卫生服务能力,与同步推进新型农村合作医疗制度相结合,对于预防控制农村地区重大疾病,提高农民健康水平,提高农村的基层医疗服务保障水平有重要意义。

目前关于中国欠发达地区农村三级医疗卫生服务网络的研究较少,少数文献对医疗资源配置、新农合等进行了探讨。如吕春等指出中国农村医疗卫生资源配置中存在政府对农村基层卫生投入严重不足、医疗卫生资源配置缺乏公平性等问题,建议建立国家基本医疗卫生制度,继续加大对农村医疗卫生事业的投入倾斜力度,完善农村三级医疗卫生服务网络等对策<sup>[1]</sup>;伍碧等通过对中国乡镇卫生院医疗资源配置现状进行统计分析,发现近 20 年来中国乡镇卫生院人力资源的质和量都有所增加,基础设备也比过去完善,但与中国卫生事业的总体发展相比较,依然存在硬件设备相对简陋,卫生技术人员缺乏及学历职称结构偏低,政府经费投入不足等问题<sup>[2]</sup>;王碧艳等通过对余姚市实施县乡医疗资源整合的主要做法,改革取得的成效及经验等进行分析 and 总结,梳理中国县乡医疗资源总结的特色模式和成功经验,并提出进一步全面推广的政策建议<sup>[3]</sup>;李晓蓉等以云南省为例,通过文献调查法和深入访谈法,对西部边疆少数民族地区的医疗资源配置现状及问题进行深入分析,从而提出借助网络组织理论构建云南省医疗服务体系,优化云南省医疗资源配置

修回日期:2014-05-22

基金项目:国家软科学研究计划项目(2007GXS3D095);重庆市哲学社会科学规划研究项目(2008-JJ11)

作者简介:张云丰,重庆大学经济与工商管理学院博士研究生,安徽工程大学管理工程学院讲师,主要从事医疗管理研究;王勇(1957-),男,四川内江人,重庆大学经济与工商管理学院教授,博士后,博士研究生导师,主要从事医疗卫生管理、服务供应链研究。

的思路<sup>[4]</sup>;程园园对河南省参加新农合并受益的农民进行调查,研究农民医疗资源利用情况,结果表明河南省参加新农合受益农民普遍支持新农合制度,参合农民卫生服务可及性较好,但仍需提高,经济困难的农户卫生服务需求、利用受抑制现象仍较严重<sup>[5]</sup>。

上述文献并未针对欠发达地区较大范围的农村基层医疗卫生服务网络进行调查研究,特别是对三级网络节点连接距离、国家拨款情况的研究。为明确欠发达地区农村基层医疗卫生服务网络的服务水平与发展影响因素,本研究对欠发达地区农村基层医疗卫生服务网络的发展现状及存在的基本问题进行详细调查。

## 二、调查概况

由于农村基层医疗组织发展中存在的问题属非结构化问题,不适于单纯的问卷调查,故采用专家访谈加问卷调查相结合的方式。调查共分为四个阶段:第一阶段,由课题负责人亲自走访贵州省蒙渡村卫生室、涪陵江东卫生院及白云村卫生室等地进行调查,摸清主要问题,拟定初步问卷;第二阶段,进行问卷试调查,由课题组负责人及主要成员在重庆沙坪坝区陈家桥镇卫生院及该镇官房寺村、三河村卫生室,土主镇四塘村卫生室,大足邮亭镇卫生院等地进行预调查,根据反映的问题对问卷进行调整;第三阶段,在重庆医科大学和重庆大学选择300名左右认真负责、家住农村的研究生或优秀本科生,利用他们暑假回家之机进行调查,且同时收集问卷未涉及的问题;第四阶段,对回收的问卷进行统计与分析。本次问卷调查地域分布广,地理跨度大,为防止重复,同一地点只做2~3份问卷,调查地点多处偏远农村,交通不便,数据获取非常艰难。

调查问卷分为针对乡镇卫生院、村医疗室及患者或家属的调查三个部分。主要目的是摸清欠发达地区农村三级医疗服务网络布局,村镇县三级节点之间的连接方式与距离,病人到达村镇县三级节点的时间和交通工具,政府对乡镇卫生院和村卫生室的拨款、拨物及使用效率,乡镇卫生院和村卫生室医疗人才的来源、构成及结构,新农合对农民健康的作用,农村居民看病治疗的费用,农村医生提高的途径等问题。为了解更多情况,问卷设有12.5%的开放式问题,大部分问题都设有其他及理由等半开放式选项。在调查员培训时强调,特别欢迎问卷没有列举的问题及备选答案,以发现存在的深层次问题。此次调查共发放问卷600余份,回收问卷235份,其中有效问卷213份,另有访谈记录17份;调查范围涉及重庆、四川、陕西、湖北、河南、贵州、河北及江西等8个省市,也包括少量山东、江苏及浙江的落后农村,共125个乡镇86个村154个不同地点;被访人员留下个人电话号码的占62.5%,留下办公室电话占87.5%。

## 三、调查结果分析

### (一) 医疗网络布局与建设

农村基本上形成初步的县医院—乡镇卫生院—村卫生室三级医疗卫生服务网络。所调查的乡镇100%有乡镇卫生院,89.62%的村已有村卫生室。

乡镇医院的服务半径:患者平均77.7%来自本镇,17.1%来自邻镇,4.2%来自较远的镇。每个乡镇医院到最近的上级医院平均距离为27.02公里,走路需270.2分钟;平均每个乡镇医院到最近的同级医院距离13.58公里,走路需155.48分钟。离最近的上级医院10公里以上的占54.7%,30公里以上占35.7%,50公里以上占14.3%,最远的达到89公里。

平均每个乡镇医院覆盖19.87个村;其中有18.11个村有公路,通汽车;1.39个村没有公路,只能开拖拉机或摩托;0.37个村没有公路,病人只能走路或抬。

每个乡镇医院主要病人距该院平均约7公里,其中28.56%的病人坐摩托车,平均需约14.48分钟;24.28%的病人走路,需约56.88分钟;18.37%的病人坐拖拉机,平均需约33分钟;15.66%搭汽车,平均需约12.68分钟;13.12%乘公共汽车,平均需要约21.25分钟。

每个乡镇医院的较远病人平均距该医院约17.47公里,26.35%的病人坐摩托,平均约需35.88分钟;20.06%的病人乘公共汽车,平均约需37.92分钟;18.23%搭汽车,平均约需37.5分钟;17.86%坐拖拉机,平均约需63.33分钟;17.48%走路,平均约需124.78分钟。

一个村有相当大的范围,从村一头走到另一头平均要花73.5分钟,每村卫生室的主要病人平均距该室1.8公里。

村卫生室的服务半径:71.92%来自本村,20.27%来自邻村,7.80%来自较远的村。平均每村卫生室覆盖559户;其中300户通公路和通汽车;151.88户没有公路,只能坐拖拉机或摩托;103.6户没有路,只能走路或抬。

每村卫生室到最近的上级医院的平均距离6440米,走路需49.6分钟;到最近的同级卫生室距离3035米,走路需35.6分钟。

患者生病后首先想到去的医疗机构是村卫生室占 68.75%,镇医院占 16.67%,县医院占 4.17%,其他占 10.42%。

在选择就医医院的原因中,选择乡镇医院是因为乡镇医院更近的占 48.36%,报销方便、报销比例最大的占 26.22%,长期在这里看病的占 18.03%,信任乡镇医院的医生的占 7.38%。病人选择村卫生室的原因是因为村卫生室更近的占 24.75%,村卫生室更便宜占 22.77%,村卫生室方便灵活占 20.79%,长期在这里看病占 18.81%,信任村卫生室的医生占 8.91%<sup>①</sup>。

### (二) 乡镇卫生院情况

乡镇卫生院有相对较强的医疗力量,距离村民相对较近。乡镇卫生院内外妇分科设置的占 92.8%。国家或上级地方政府对乡镇医院的拨款主要有:房屋、基础设施建设,公共卫生拨款,职工工资,专项定额拨款;乡镇卫生院资金的主要来源有:自筹占 55%,拨款占 45%。

每个乡镇卫生院业务用房平均面积为 2 479.41 平方米,平均每个医院有病床 40.22 张,平均使用率 75.55%。每个乡镇卫生院平均有医务人员 41.7 人,医务人员的平均年龄分布为:40 周岁以下占 56.89%,40~60 周岁有占 38.97%,60 岁以上有占 4.14%。其中男医务人员占 48.50%,女医务人员占 51.50%,基本持平。乡镇卫生院的医务人员的学历分布:初中及以下占 7.05%,高中或中专占 44.98%,大专或大学占 47.97%,无硕士及以上学历,缺乏高学历人才。平均每个乡镇医院有正式在编职工有 35.9 人,非在编职工 7.667 人,医生 18.83 人,护士 10.35 人,执业医师 14.78 名,注册护士数 9.18 名。镇医院医务人员的职称结构:初级占 63.73%,中级占 32.06%,高级占 4.21%。

### (三) 村卫生室情况

平均每卫生室有工作人员 2 人,平均年龄 42 周岁。34% 的村医疗室只有一位医生。村卫生室医生有证书的占 90.63%,有职称的占 84.38%,平均工作年限 20.47 年,从学校毕业的占 93.75%。

每村平均总人口数为 2 435 人,每村平均有 1.4 个卫生室和 0.88 个个体诊所,但质量较差。10.38% 的村没有村卫生室。平均每村卫生室有 1.67 张病床,平均使用率 26.67%,业务用房平均面积为 56 平方米。每村卫生室每月平均接诊的病人数 202 人。村卫生室接诊病人慢性病占 32.96%,急性病占 31.46%,儿科占 15.25%,外伤占 6.1%,妇科占 5.98%,其他占 8.26%。问卷中,要求提高村卫生室医生的医疗技术水平的占 50%,添置设备占 28.57%,开展新技术占 10.71%。

村卫生室对病人采取的治疗方案:肌肉注射占 29.03%,平均花费为 7.33 元;以颗(粒)为单位买药占 25.81%,平均花费 5 元;输液占 18.28%;开中草药占 12.9%;以盒为单位买药占 9.68%;做按摩(理疗)等占病人比例 3.23%,平均花费 4 元;其他 1.08%。由此看出,村卫生室经营方式灵活,医疗费用低,尤其是以颗粒为单位买药,特别适合农村情况。

村卫生室 97% 的资金来源是自筹,仅有 3% 的资金来源是拨款。对政府拨款,知道有但不知道花在什么地方了占 36.8%,用途一般占 19%,限制太多不能花在急需项目上占 12%,解决燃眉之急占 9%。有被调查者建议改善村卫生室的条件,扩大村卫生室的规模,降低药价,增加设备,让更多的人看得起病。

### (四) 关于国家资助

国家对乡镇卫生院有少部分资金拨款,主要有房屋与基础设施建设,职工工资,公共卫生及专项定额拨款;乡镇卫生院资金自筹占 55%,拨款占 45%。问卷普遍认为国家资金应该向乡镇卫生院倾斜。村卫生室的资金仅有 3% 来源是拨款,比例偏少。

对政府拨的医疗设备或拨款建的基础设施,认为使用率不高占 25%,使用率一般的占 35%,使用率高且解决实际问题仅占 22.5%。

对政府拨的医疗设备使用率不高的原因,太简易落后、镇医院已经不用了占 50%,仪器所检查的病不常见 8.33%。对政府的拨款,解决燃眉之急 27.5%;用途一般 12.5%;限制太多,不能花在急需项目上或不太需要的地方占 30%;不能及时到位占 17.5%。

### (五) 关于农村基层医疗人才

乡镇卫生院医务人员的平均学历分布:初中及以下 3.08 人,占 7.37%;高中或中专 19.6 人,占 47%;大专或大学 20.89 人,占 50.1%;没有硕士及以上学历人员。

平均每村卫生室有工作人员 2 人,34% 的村医疗室只有一位医生,平均年龄 42 周岁,平均工作年限 20.47 年,年轻人很少。

<sup>①</sup> 比例之和不足 100% 的,可能有其他选项未列入,下同。

可以看出农村镇卫生院、村卫生室的人才比较缺乏。现在,城市大医院纷纷要求进博士,调查的42个镇医院没有一个获得硕士学位的医生。村卫生室医生绝大多数是中专、卫校毕业,或上进修班,或自学取得医师资格证书。

乡村不能吸引医疗人才的主要原因是乡村医疗网点工作人员的经济收入差,平均每个乡镇医院每个医生一年的总收入为20 957.89元,护士一年的总收入为17 533.33元,平均每村卫生室医生一年收入为7 373.62元,月平均才614.26元。乡村医生经济收入的提高是加强乡村医疗力量的关键。

乡镇医生的进修与培训是提高农村医疗卫生水平的重要途径。学习进修的途径仍未受到足够重视。除可“公费到上级医院或上级医院免费进修”外,自费到上级医院进修的占37.5%;无深造进修机会,只能通过网上学习或看书自学的占17.5%。对于村卫生室,上级医院(如镇医院)经常来检查指导占40.63%,上级医院负责管理,但只检查不指导占28.13%,上级医院医生未给予指导的占28.13%。

乡村医生的前途是影响吸引和留住人才的另一个因素。目前,多数省市乡镇医生职称晋升的标准、程序与城市医生相同。调查表明,认为“英语太难,实际工作用不上”的占75%,认为“专业考试太难太偏,实际工作用不上”的占57.5%<sup>②</sup>,其次依次是计算机太难、文章太难发、课题太少和要求太高。

#### (六)关于新型农村合作医疗

在调查的患者和农民中,96.88%参加的是新型农村合作医疗,2.08%参加城镇居民医疗保险,1.04%参加城镇职工医疗保险,可见新型农村合作医疗在农村有较大的覆盖面。

调查发现,参加新农合后,医疗支出费用认为和以前差不多的占48.35%,认为费用降低占39.56%,认为费用升高占1.1%。对于新农合对防止因病致贫和因病返贫的作用,认为作用一般占43.48%,作用很大占33.7%,没显著作用占18.48%。对于新农合对农民的帮助,54.35%认为帮助一般,23.91%的认为帮助很大,13.04%的认为帮助小。

对于新农合管理的看法,认为报帐手续麻烦占28%,缓减了经济压力占25%,报帐比例低占21.9%。对新农合的管理办法,80.21%的农民不清楚。对新农合的报帐流程,52.08%的农民不清楚。16.8%的调查者叙述不能报销门诊费用,41.55%的调查者认为门诊报销比例应该提高。25.97%的调查者认为应该提高住院报销比例。57.6%的被调查者近一年从新农合基金中报销过医疗费用,42.4%的未报销过。未报销的原因是:手续繁琐,等待时间长,占5.62%,自己为省事没报销占6.74%,因不清楚报销程序而没有报销占6.74%,其他是因为未生病或生小病不能报销。

在新农合哪种补偿方式最合适问题上,认为应实施保住院加门诊的占59%,保住院加预防保健服务占21.9%,保住院加每年一次健康体检占6%,仅保住院,但补偿比例大占3%。

#### (七)看病贵、看病难问题

患者在乡镇卫生院平均每次门诊费用的众数段在20~59元的占50%,20元以下占30%,60~99元占17.5%,100元以上仅占2.5%。患者平均每次住院费用的众数段在500~1 000元的占47.5%,500元以下占40%,1 000~2 000元占10%,2 000元以上仅占2.5%。由此看来,乡镇卫生院看病费用的确比城市三甲医院低,但被调查者平均一年的总收入为1 1407.13元,平均一年的医疗费用1 396.52元,占12.23%,已是相当重的负担。

农村居民对乡镇卫生院不满意的原因有:医疗条件差占36.46%,医务人员态度恶劣占35.42%,医疗技术不好占31.25%,乱收费占28.13%,开大处方占22.92%。

对医生的服务态度,满意占73.4%,不满意占21.28%,非常满意占3.19%,非常不满意占2.13%。农村居民认为就医过程中存在的主要问题是:看病之后病仍然不好占57.3%,没钱支付医疗费占22.47%,去看一次病太难占19.1%。对于看病贵的主要原因是:药品贵占25%,经济困难占12.5%。

### 四、欠发达地区农村基层医疗组织存在的问题

#### (一)医疗卫生资源分布严重不均衡

我们根据重庆市卫生统计资料<sup>[6]</sup>计算重庆市渝中区、大渡口区、江北区、沙坪坝区、九龙坡区、南岸区、北碚区、渝北区、巴南区、万盛区、双桥区、涪陵区、长寿区、江津区、合川区、永川区、南川区、綦江县、潼南县、铜梁县、大足县、荣昌县、璧山县、万州区、梁平县、城口县、丰都县、垫江县、忠县、开县、云阳县、奉节县、巫山县、巫溪县、黔江区、武隆县、石柱县、秀山县、酉阳县、彭水县等40个区县2003-2011年的床位数、卫生技术人员数、执业(助理)医师数、注册护士数、机构数按照地域分布的Gini系数,结果见表1。从表中可见,其

<sup>②</sup> 各选项比例之和大于100%的,为多选,下同。

Gini 系数基本上都大于 0.5,为高度不公平状态。床位数的 Gini 系数有所下降;而卫生技术人员数和机构数的 Gini 系数在缓慢增长;执业(助理)医师和注册护士的 Gini 系数是先上升再回到近 2003 年的水平。总体来说,医疗资源分布仍处于高度不公平状态,而且在此状态附近徘徊。

表 1 2003-2011 年重庆市按地理分布的 Gini 系数

	床位数	卫生技术人员数	执业(助理)医师数	注册护士数	机构数
2003	0.579	0.536	0.533	0.641	0.489
2004	0.581	0.539	0.531	0.640	0.505
2005	0.577	0.544	0.536	0.645	0.501
2006	0.565	0.542	0.535	0.644	0.508
2007	0.564	0.550	0.532	0.635	0.518
2008	0.562	0.547	0.534	0.638	0.512
2009	0.561	0.547	0.535	0.637	0.517
2010	0.560	0.546	0.533	0.639	0.518
2011	0.558	0.549	0.532	0.640	0.519

#### (二)部分网络构成较差

县医院—乡镇卫生院—村卫生室三级医疗卫生网络已初步形成,但一些偏远地区到医疗网点距离仍然较远,还有超过一成(10.38%)的村没有基本的卫生室。许多村卫生室设在村委办公室所在地或医生家里,没有按人口分布、交通分布来设立。少数乡村距乡镇卫生院较远,10 公里以上占 14%。有些乡村的路况较差,乘车颠簸很大,极不利于运送病人。村村通工程使村镇之间的交通有较大改善,但有些村内的交通仍有不便。到村卫生室平均有 45.7% 的户不能通汽车,特别是 27.16% 的户只能走路,看病有许多不便。有的村,一条街道上存在三、四个医疗点,仅覆盖 1 000 余人,导致每天平均每个医疗点诊疗病人 10 人左右,医生月收入只有几百元。

为提高农村医疗服务水平,一些地方提出了打造农村“半小时卫生服务圈”,使看病农民 10 分钟就能到村卫生所,30 分钟可到乡镇卫生院。但是,这一点普遍实施起来还有较大难度。乡镇医院主要病人距该院平均 7 公里,34.69% 的病人走路,需 56.88 分钟。距最近的乡镇卫生院在 10 公里以上的占 16.8%,最近的调查对象达 30 公里。到达村卫生室需 30 分钟以上者占 19.2%,需 1 小时以上的占 5.4%,调查中到达村卫生室最长时间的达 100 分钟。

#### (三)网络节点质量较差

尽管农村三级医疗网络已基本覆盖,但基层网点质量较差,落后地区的乡镇卫生院的硬件设施和软件较差。调研中发现有乡镇卫生院把其他医院废弃不用的落后设备收到自己医院重新利用。有些镇医院的血压计都已非常破旧还在继续使用。医生说很需要一台心电图机,但上报很久了也没得到,好像听说有拨款补助但从来没有得到过。村卫生室除血压计、体温计、听诊器、消毒锅外,基本没有像样的医疗设备,条件普遍很差。村卫生室医生基本上凭感觉治病,有多处反映“乡村医生技术不过关,诊断不明确,有时差点因为误诊拖延而导致生命危险”的意见。我们利用数据包络法(DEA)对重庆市数据测试,发现中心卫生院、社区服务中心的医疗资源配置属 DEA 无效。有问卷反映农村医疗网点审批中有拉关系现象。

#### (四)村卫生室处境愈加艰难

新农合的报销金额增加,乡镇卫生院的住院患者数量增加,村卫生室的病人在减少。主要原因是由于新农合重点报住院费用,少量的钱(如一年 30 元)不但可以在村医疗室报销,而且可以在镇医院门诊、一些个体药店报销。由于村卫生室大多数不通网络,只能先开发票,再去镇报销;而镇医院门诊、个体药店由于通网络,看病买药可以直接扣减,不必再次报销,所以到村医疗室看病的人越来越少。

平均每个村卫生室一年的总收入 14 747.24 元,平均每天才 40.4 元,如果去掉 60% 的成本,利润才 16.16 元。许多村医由于业务量不饱满,一边行医,一边务农或做小生意等。

#### (五)一些政府拨款使用效率差

近年来国家对农村基层医疗机构有一定的扶持,拨款建设、拨付设备等,但在实施中流于形式。一些拨款拨物项目从启动、制定计划到确定,一共只有 1 周时间,靠几个政府工作人员拍拍脑袋就定了,没有充分了

解基层单位的需求。如拨到某些乡镇卫生院的简易呼吸机和B超,但乡镇卫生院说这种机型在他们医院早就淘汰了,没有医生愿意用,结果一直闲置。政府欲在某地区建一个示范性的全自动消毒手术室,各下层医院编造理由均来申报。最后选定某镇医院,花费50万元建一个现代化的自动消毒的手术室。建成后,医院却没有进行手术的能力,手术室一年只进行了四台阑尾炎手术,空置率很高。类似案例有多起。

政府拨付医疗设备或拨款建的基础设施有一半以上存在闲置或者使用率低的现象,主要原因在于拨款建设的限制条件太多,有时纯粹是政绩工程。有些国家拨款到基层后没有真正用于村卫生室建设,或没有用于急需项目建设,如用于装修的多,而村卫生室急需添置的医疗设备却让医生自己出钱买,否则通不过检查;而拨付乡镇的设备不少是发达地区闲置甚至淘汰的设备。这些都使政府扶持的实际效率不高。

村卫生室、乡镇卫生院是最贴近农民的医疗机构,但资金相当短缺,政府对乡镇卫生院和村卫生室的拨款偏少,基本上属于象征性的。大部分乡镇卫生院和绝大部分村卫生室的资金属于自筹,一些村卫生室处于自生自灭状态。资金匮乏制约了基层医疗机构硬件条件改善,缺乏对优秀医务人员的吸引力,极大限制了基层医疗机构的医疗服务水平。

#### (六)培养农村医疗人才缺乏有效形式

部分地区实行的支援农村基层医疗组织的活动流于形式。如某些地区开展的“万名医生下乡活动”,大医院医生到农村后,由于缺乏疑难病源,多数无法示范,且多数时间闲坐无事,许多医生无法发挥其优势。现在城市大医院看病难的主要瓶颈是城市医院的有经验的医生少,而培养一个有经验的医生需要5年以上的时间。农村医院本来工作量不饱和,结果城市大医院抽走医生后,导致大医院看病更难。农村医院病源少,城市大医院拥挤。应该抽调农村医生到城市大医院进行制度化的进修实习,既解决大医院人手不够问题,又提高农村医生水平。

乡镇卫生院和村卫生室医护人员学历、职称结构水平落后,再学习和进修机会少,乡镇医生进修提高的机制不健全,有关部门少有组织系统有效的乡镇医生进修提高培训,村医的进修学习主要靠自费,镇医院医生进修学习主要靠医院出钱。这些都直接影响了基层医疗组织的医疗服务水平。

基层医疗单位收入水平低,缺乏对优秀人才的吸引力。这种现象持续加剧了发达地区和落后地区医疗资源配置的马太效应。此外,职称评定和考试机制未针对乡镇医生的特点和实际需要,也十分不利于乡镇医生的职称评定。

#### (七)新农合报销比例偏低

新农合在农村的推广率明显上升。就其实施结果,绝大部分被调查者认为至少不会增加农民负担,但对其防止因病致贫和因病返贫的作用认可程度并不高,只约有1/3的被调查者认可。同时,由于新农合报销范围、程序和农民了解度不够等原因,有一小半的参与者没有享受新农合的好处。一些一年需要花费几十万元医疗费用的疾病,在新农合中只能报销几万元,起不到根本缓解的作用。

此外,新农合报销的流程规定形成了在乡镇医院就医报账便捷的客观事实,使镇医院的患者数量增加,村医疗室的病人减少。如果这个趋势持续下去,村卫生室的处境将会愈加艰难,质量越来越差,实际不利于农民小病的就近治疗,这个问题值得高度重视。

#### (八)农村看病贵、看病难的现象依然存在

尽管乡镇医疗价格远低于大医院价格,但医疗支出仍占到被调查者总收入的一成以上,农民医疗负担十分沉重。乡镇医疗水平低、医疗条件差、服务态度差和收费高是农民不满意基层医疗的主要原因。

### 五、完善欠发达地区农村基层医疗网络的对策建议

#### (一)灵活设置农村基层医疗机构

由于农民到村卫生室、乡镇卫生院距离近,在村中设一个村卫生室及部分个体诊所完全有必要。村卫生室和乡镇卫生院在农民的就医选择中占有重要地位,其建设在欠发达地区农村非常重要,镇、村医疗机构的设立要因地理、人口分布而异,不必以行政区划方式统一规定。在一些偏远乡村,应支持私人创办医疗诊所。

#### (二)改善村卫生室、乡镇卫生院硬软件条件

由于村卫生室和乡镇医院直接承担着满足农民卫生保健服务需求的责任,具有一定的公共品职能,政府应该在财政资金上给予逐步倾斜和扶持;乡镇卫生院是解决农村常见病的关键机构,可以选择辐射力强、声誉好的乡镇卫生院重点建设。

#### (三)建立科学的考评机制

在政府对基层医院拨款建设和设备调拨中,建立自下而上的需求表达机制和完善的项目评价机制,防

止面子工程。建设医院的选定、扶持项目的定位、设备类型和数量的选择等,应赋予基层医院更多的表达权和选择权,要做好充分的调研和论证工作,充分听取基层医院的意见,掌握各医院的实际,必要时应进行拨款效果评价或第三方效果评价,使国家资金充分发挥作用;鼓励合作医疗,实施对基层医疗机构的间接扶持和优选配置。

#### (四)改善基层医疗卫生从业人员的待遇和培训

建立专门的基层医疗从业人员业务职称评价系列。乡镇村医生与城市医院医生的职责有所不同。乡镇村医生的任务是治疗多发病、常见病,阅读外文资料和进行科研不是他们的主要任务。应根据乡村医生的实际任务,从提高地区医疗水平和向欠发达农村倾斜的角度出发,研究适合西部农村医疗任务实际情况的医师晋升的特殊政策。

#### (五)加强大医院对基层医院的联盟与组织管理

一些农村地区开展挂牌“某城市大医院指导医院”,基层医院派人到大医院进修学习,将疑难病人送给大医院医治,而城市医院则派医生到县乡镇医院会诊或短期指导(一天以内),互相不收费用,这种模式值得推广。将“万名医生下乡活动”与“万名农村医生到大医院进修活动”相结合,派农村基层医疗组织的医生到城市大医院进修学习,不仅学习先进医疗技术,而且学习大医院严密的组织流程。改变大医院医生下乡半年为每月甚至每周定期一两天下乡巡回,通过增大时间聚集稀少的疑难病需求,更能提高有经验医生资源的利用率,帮助基层医院医生提高业务水平。

#### (六)进一步完善新农合制度

要进一步提高新农合的资费力度,建议财政资金数量和比例增加。在操作中,合作医疗报销政策要注意倾向基层医疗机构,注重村卫生室,避免新农合的操作制度对村卫生室发展的不利。可考虑专门划分一定比例在村卫生室报销,以非电子方式记账,具体比例需对农民看病支出费用进行结构调查;随着新农合的完善和基层卫生组织的健全,逐步解决农民看病贵看病难问题。

#### 参考文献:

- [1] 吕春,陈德芬,黄显官,等.农村医疗资源纵向整合及优化配置的思考与时间[J].中国卫生资源,2014,17(1):55-57.
- [2] 伍碧,刘俊荣.我国乡镇卫生院医疗资源配置现状分析[J].中国卫生资源,2012,15(4):338-340.
- [3] 王碧艳,刘侃,方鹏骞.浙江省余姚市县乡医疗资源整合路径研究[J].中国卫生经济,2013,32(4):17-19.
- [4] 李晓蓉,顾幼瑾,梁武超.西部边疆少数民族地区医疗资源配置现状及问题研究——以云南省为例[J].学术探索,2012(6):113-115.
- [5] 程园园,程多娇,朱桂兰,等.河南省新型农村合作医疗受益农民医疗资源利用研究[J].中国初级卫生保健,2010,24(1):29-32.
- [6] 重庆市卫生信息中心.重庆市卫生统计资料[G].重庆:重庆市卫生局,2012.

## A Survey Research on the Primary Health Service Network in Less Developed Rural Areas

ZHANG Yunfeng, WANG Yong

(School of Economics and Business Administration, Chongqing University, Chongqing 400044, P. R. China)

**Abstract:** A survey was carried in 125 small towns and 86 villages in 11 provinces and cities such as Chongqing and Sichuan. Its target is to reveal the structure of three-tier medical network in China rural, the situation of health-care institutions at small town and village, government funds, doctors in primary medical care, new rural cooperative medical system, the difficulty and high expenditure when seeing doctor. The problems that quality of partly medical network is relative poor, utilization of some government fund is not high, some small clinic is in rather difficulty, individual aid project goes through the formality are found and corresponding countermove are suggested.

**Key words:** in less developed areas; rural; the primary health service network