

重庆农村医疗卫生服务发展现状与问题*

黄 泓

(重庆社会科学院 城市发展研究所 重庆 400020)

摘 要:目前,重庆农村卫生资源严重不足,卫生服务体系不健全,农村卫生投入不足,医疗费用高,农民负担重,特别是卫生资源供给与需求矛盾突出。另一方面,近年来,在各级政府的共同努力下,重庆农村卫生服务供需发展环境正在逐渐改善。

关键词:农村医疗卫生服务;卫生资源;供需能力;发展环境

中图分类号:F127;C913.4 文献标识码:A 文章编号:1008-6439(2007)01-0036-04

Present situation and problem in rural medical and health service development of Chongqing

HUANG Hong

(Urban Development Research Institute, Chongqing Academy of Social Science, Chongqing 400020, China)

Abstract: Presently, Chongqing's rural medical and health resources is serious short, health service system is not complete, rural health investment is not enough, peasants have high burden, and the contradiction between the supply and demand of health resources is serious. On the other hand, in recent years, the development environment of supply and demand of Chongqing's rural medical and health service is gradually improved under the efforts of each government.

Key words: rural medical and health service; health resources; supply and demand ability; development environment

一. 重庆农村医疗卫生服务供需现状

1. 农村医疗服务机构。近5年来,重庆各类卫生服务机构的总数表现出下降趋势,由2000年的9375个减少为2005年的6380个,减少了31.95%(见表1)。其原因主要是2002年的卫生统计制度变更,医疗机构数统计口径改为注册机构数。在各类卫生服务机构中,县及县以上医院增加了80个,增

加1.28倍;乡镇卫生院减少863个,减少44.48%;诊所、卫生保健室减少1710个,减少26.71%。近年来,随着新农村建设与小康社会建设的推进,政府对农村卫生服务体系的建设给予高度重视,农村村级卫生室的建设步伐加快。据统计,2005年,重庆农村地区建有村级卫生室11506个,村级卫生室的覆盖面达到100%。

表1:重庆卫生机构、床位、人员数(2005年)

年份	医疗服务机构数(个)		床位数(张)		人员合计(人)		卫生技术人员	
	2000年	2005年	2000年	2005年	2000年	2005年	2000年	2005年
总计	9375	6380	65666	64674	107868	94761	88619	78780
县及县以上医院	281	361	38736	44484	48633	49172	38045	38910
乡镇卫生院	1940	1077	18713	16269	32232	25537	28755	22048
诊所、卫生保健室	6402	4692			8365	11056	8365	11056

2. 重庆农村医疗服务床位及人员。从2000年到2005年,重庆卫生机构床位数及人员数总体呈下降趋势,但县及县以上医院床位数、人员数呈增长趋势(见表1)。2005年,县及县以上医院床位数增长

1.15倍,卫生服务人员增加1.01倍,其中卫生技术人员增加1.02倍;乡镇卫生院床位数比2000年减少13.06%,卫生服务人员减少20.77%,其中卫生技术人员减少6707人,减少23.32%。

* 收稿日期:2006-11-06

作者简介:黄泓,重庆社会科学院城市发展研究所,副研究员。

3. 医疗卫生服务资源的分布。2005年,重庆区县及以上医院平均拥有床位123.22张;卫生服务人员136.21人,其中卫生技术人员107.78人。乡镇卫生院平均拥有床位15.10张,卫生服务人员23.71人;其中卫生技术人员20.47人;诊所、卫生保健室平均拥有卫生服务人员2.36个。乡镇卫生院拥有的床位仅为全市卫生机构床位数的25.16%,为县级及以上医院拥有床位数的36.57%;乡镇卫生院拥有卫生服务人员仅为全市卫生人员数的26.95%,为县级及以上医院卫生服务人员数的51.93%。此外,乡镇卫生技术人员技术水平偏低,根据璧山县的调查,乡镇卫生技术人员具有高级职称的仅占职工总数的0.52%,中级职称也只占4%。而且据相关部门资料反映,不少高级职称人员是靠工龄熬出来的,并不代表实际水平。

4. 重庆农村医院、卫生院诊疗情况。从2000年

表2:医院、卫生院诊疗情况(2005年)

年份	医院		卫生院		乡镇卫生院	
	2000年	2005年	2000年	2005年	2000年	2005年
诊疗人次(万人次)	2174.57	2387	2972.64	2365	2931.38	2251
健康检查人数(万人)	49.87	93	61.20	67	60.33	66
住院人数(万人)	57.56	90.22	49.64	49.19	49.06	47.04
治愈率(%)	57.18	55.0	77.76	77.90	77.56	77.30

5. 重庆农村医疗保健费用支出。近年来,重庆居民人均医疗保健支出费用呈攀升之势。据统计数据显示,2005年重庆市城市居民人均医疗保健支出为629.32元,比2000年增长了1.15倍,年均增幅为16.5%,超过可支配收入10.6%的增长幅度。而农村居民家庭人均医疗保健支出2005年比2000年增长了2.07倍,年均增幅为15.68%,大大超过可支

表4:2005年不同收入组农村居民家庭收入支出状况 单位:元

	平均每人总收入	平均每人总支出	生活消费总支出	医疗保健支出	医疗保健支出占生活消费支出%
总平均	3782.99	3273.44	2142.12	142.65	6.66
低收入户	2048.67	2466.61	1619.40	85.91	5.31
中低收入户	2857.40	2870.16	1882.43	98.35	5.22
中等收入户	3597.25	3003.28	1964.93	109.27	5.56
中高收入户	4579.18	3606.06	2356.67	146.89	6.23
高收入户	6631.23	4826.65	3150.05	310.17	9.85

农村居民家庭可支配收入增长幅度低于城市居民可支配收入增长幅度,而医疗保健支出增长幅度却高于城市居民家庭。但农村医疗保健支出的增长,并不是由于农村居民家庭医疗保健支付能力的提高,而主要是由于医疗保健服务价格的提高所致。农村居民家庭人均医疗保健支出仅为城市居民家庭人均医疗保健支出的22.67%,反映出农村居民家庭医疗保健服务支付能力的低下。许多农民处于无钱治病和买药的境地,农民的医疗保障水平大幅度下降。

医院、卫生院诊疗情况统计数据看,乡镇卫生院承担的诊疗人次高于医院承担的诊疗人次,健康检查人数也高于医院,但住院人数略低于医院。2005年,乡镇卫生院承担的诊疗人次基本与医院承担的诊疗人次相当,健康检查人数和住院人数则低于医院。乡镇卫生院健康检查人数为医院的70.97%,住院人数为医院的52.14%(见表2)。可见,乡镇卫生服务资源的承载率高于城市卫生资源承载率。另一方面,乡村医生在农村医疗中发挥了不可替代的作用。在村落离镇乡卫生院的路程较远的情况下,农民生了常见病或者小病,一般不会专程去医院看病,而直接到村卫生室乡村医生那里医治。另外,村民也不愿多花钱支付医疗费用,在医院不管大病小病都需挂号,有的小毛病药费可能还没挂号费用高。因此,乡村医生既为村民提供了医疗服务,又为村民节省了医疗费用。

配收入7.83%的增长幅度。

表3:农村居民家庭平均每人收支状况 单位:元

	总收入	总支出	生活消费支出	医疗保健支出
2000年	2594.95	2165.60	1395.53	68.87
2004年	3341.19	2773.43	1853.94	115.31
2005年	3782.99	3273.44	2142.12	142.65

二. 重庆农村卫生服务供需发展环境分析

近年来,农村卫生服务供需发展环境正在逐渐改善。随着小康社会建设、新农村建设和和谐社会发展目标的提出,农村经济社会发展水平将逐渐提高,农民收入水平也将逐渐提高,这将大大增强农村居民卫生服务需求支付能力,促进农村卫生服务需求的增长。

与此同时,农村卫生服务的发展受到政府及社会各界日益强烈的关注。在2002年10月,中共中

央、国务院下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》。2003年初,国务院办公厅转发了国家卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的通知,随后开始了新型农村合作医疗制度的试点工作。新型农村合作医疗制度是以由政府组织、引导、支持,农村居民自愿参加,集体和政府多方筹资为主要内容的农村医疗互助共济制度;其重点是以大病统筹为主,着力解决农村居民因患大病出现的贫困问题。新型农村合作医疗制度是未来农村基本医疗保障制度的雏形。试点情况表明,这项制度对于缓解农民医疗的经济负担,提高农民医疗服务水平发挥了重要作用。

2003年至2005年,新型农村合作医疗试点工作先后在重庆渝北区、黔江区、江津市、铜梁县、巫溪县、忠县、荣昌县进行。据统计,至2005年9月,7个试点区县参加新型合作医疗的农民达230万人,占试点区县(市)农业人口总数的60.5%,共筹集合作医疗资金3475.36万元,为农民报销医药费6300万元,补偿103.64万人次,农民受益率45%,参加新型合作医疗的农民受益率达到90%。重庆市卫生局的统计数据显示,共有8.83万人次因病住院治疗,他们共报账3706.82万元,人均每次住院之后大约可以报销420元。

为推进和完善新型农村合作医疗工作,重庆市每年都将逐步增加试点区县,2006年试点区县增加到16个,参加新型农村合作医疗农民达到700万人。2007年将增加到24个区县,2008年增至32个区县,到2010年新型农村合作医疗制度覆盖39个区县,实现覆盖全市农村居民的目标。2006年起,中央财政对参加合作医疗农民的补助标准由原每年10元增加到20元;市政府和区县(自治县、市)政府对农民的补助标准由每人每年10元提高到15元,从2007年起提高到20元。新型农村合作医疗制度的建立与完善,将大大增强农村居民的卫生服务支付能力,促进农村卫生服务需求的增加。

此外,政府加强了对药品价格的管理监督,采取了一系列降低药品价格的措施,使农民看病的医药费得到控制。重庆黔江地区调查资料显示,与开展新型农村合作医疗试点前比较,乡镇卫生院次均住院费从518元下降到401元,次均门诊费从21.3元下降到14.3元,村卫生室次均门诊费用从14.4元下降到9.9元。这有效地减轻了农民医疗卫生服务的负担,增强了农民对卫生服务的消费能力。2006年6月,《重庆市医疗服务价格管理暂行办法》颁布,重点规范医疗服务价格行为,加强医疗服务价格管理,这对于促进农村医疗卫生事业改革和发展,维护

卫生服务消费者的合法权益,增强农村居民卫生服务消费能力,都具有积极的意义。

在促进农村卫生服务需求发展的同时,农村卫生服务能力建设也得到政府的高度重视。卫生服务能力的提高,依赖于卫生机构的数量和类型、卫生机构中卫生人员和设备的数量及种类、卫生人员的质量、人与物质要素的结构及匹配程度、卫生机构的经营方针及管理水平的提高。2004年,卫生部、国家计委、财政部、人事部、国家中医药管理局五部委联合发文《关于农村卫生机构改革与管理的意见》,明确规定:“原则上每个乡(镇)应有一所卫生院,调整后的乡(镇)卫生院由政府举办”。2005年,卫生部农村卫生管理司组织专家制订了“提高农村卫生服务能力及新型农村合作医疗管理能力”总体方案、培训考核评估方案和培训大纲,目标是通过対中西部地区新型农村合作医疗试点地区领导干部、医疗管理干部、具体经办人员、定点医疗机构的院长和相关人员,分层次、分类型进行针对性的培训,提高决策水平、管理能力和管理效率,保证新型农村合作医疗试点工作的顺利进行。

近日,卫生部、国家中医局、国家发展改革委、财政部四部门发布《农村卫生服务体系建设与发展规划》,提出“十一五”时期中国推进农村卫生事业改革与发展的基本思路和总体目标:加强农村公共卫生和基本医疗服务体系建设,加强农村卫生基础设施建设,提高农村医疗卫生机构的服务能力;到2010年建立起适应社会主义市场经济体制、适应我国经济发展水平、适应人民健康需求和承受能力的比较完善的医疗卫生服务体系。

近年来,重庆黔江地区农村卫生服务能力建设方面取得了明显成效。由于卫Ⅵ(世行贷款综合性妇幼卫生保健项目)、卫Ⅷ(世行贷款重点改善贫困地区乡村医疗卫生条件项目)等项目先后在黔江实施。几年来,黔江地区累计向上争取各种资金1000多万元,同时对乡镇卫生院配套建设按照每个地方25万元的标准给予补助。按照“统一规划、分步实施、一步到位”的原则,从2002年起实施卫生院改造和配套建设。到2005年底,黔江已建成规范化村卫生室127个,占村卫生室总数的70%。农村卫生机构服务条件得到明显改善,农村卫生人员素质也大为提高,乡镇卫生院工作人员中无学历、无职称人员所占比例由2000年的58%降到了2005年的5%。同时,农村公共卫生服务能力大为增强。与2000年比较,2005年,全区免疫接种率从85%上升到95%,住院分娩率从49.9%上升到80.7%,孕妇死亡率从132.8/10万下降到了76.3/10万,而婴儿死亡率从

25.07%下降到 17.83%,农民健康水平得到稳步提高。同时,黔江区在农村卫生管理制度改革方面也取得了积极的进展。黔江农村卫生改革实践具有积极的现实意义,它不仅促进了重庆农村卫生服务能力的增强,也为中西部贫困地区卫生事业发展的软件建设,包括制度的设计、政策的调整、思想观念的转变和运行机制的调整等,探索了一条可行之路。

三. 重庆市农村卫生服务发展存在的主要问题

1. 农村卫生资源严重不足。卫生事业发展中一个突出的问题,就是卫生资源配置不合理,优质资源过度向大医院集中,城市大中型医院集中了大量的高新医疗设备和优秀医护人才,而基层卫生资源则严重不足。重庆医疗卫生服务资源主要集中在县及县以上区域,农村医疗卫生服务资源严重短缺。2005年,重庆农村村卫生室共有 11506 个,乡村医生和卫生员 19878 人,平均每个村卫生室 1.73 人;重庆每千农业人口仅拥有乡村医生和卫生员 0.85 人。

2. 卫生服务体系不健全。农村卫生院是三级卫生网的枢纽,但管理体制不顺,在卫生院乡办乡管体制下,卫生经济投入政策落实不到位,业务不景气,加之管理不善,不少集体乡镇卫生院解体为个体经营。村卫生室是三级卫生网的网底,但事实上绝大多数名存实亡,变为个体行医。三级卫生网底破裂,严重影响农村基本医疗和公共卫生工作任务的落实,致使农村疾病控制、妇幼保健、卫生监督等公共卫生工作难以开展,公共卫生问题突出。新型农村合作医疗制度还在试点阶段,覆盖面小,资金筹集及运行管理模式还需要进一步完善。

3. 农村卫生投入不足。长期以来,各级政府对卫生工作重要性尚未形成共识,国家制定的卫生经济政策不能兑现,近年对农村卫生投入有所减少。例如,重庆万州区 2002 年农村卫生投入经费由 2001 年的 547.21 万元下降到 511.37 万元,下降 6.55%。铜梁县 2003 年总投入仅 315 万元,人均 3.91 元,大大低于全市人均 21.39 元的水平;2004 年在此基础上还约有下降,总投入 274 万元,人均 3.39 元;同

时,应由县财政配套的新型农村合作医疗补助资金也未到位。绝大多数农村卫生院成为自收自支单位,医疗卫生工作不能正常开展。

4. 医疗费用高,农民负担重。据 2004 年农调队对五个区县的调查,有 50.0%以上的农户反映,由于医疗费用高,农民看不起病,只好小病拖、大病才医治;有 20%的农户反映,就是患个感冒就医,一般也需要 200~300 元。璧山县农村住户调查资料显示:近几年医疗费用支出急剧增加,2000 年人均 13 元,到 2004 年人均 87.45 元,是 2000 年的近 7 倍。同时在农村居民医疗卫生支出结构中,近两年来,人均医疗费支出占人均医疗卫生支出一半左右。因病致贫、因病返贫的现象十分普遍。在奉节县 20.03 万建卡贫困人口中,因病致贫 67313 人,占 33.6%。

参考文献:

- [1]魏颖. 卫生经济学与卫生经济管理[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.
- [2]胡苏云. 健康与发展:中国医疗卫生制度的理论分析[J]. 人大复印资料—社会保障制度,2005(10).
- [3]钟敬文. 透析我国医疗服务的供求状况[J]. 人大复印资料—社会保障制度,2005(9).
- [4]重庆市统计局. 2000 重庆统计年鉴[DB]. 北京:中国统计出版社,2001.
- [5]重庆市统计局. 2005 重庆统计年鉴[DB]. 北京:中国统计出版社,2006.
- [6]合作医疗动态[R/OL]. 重庆卫生信息网.
- [7]重庆市万州区农村卫生事业发展规划[EB/OL]. 重庆市万州区人民政府网.
- [8]重庆市农调队. 贫困山区农村致贫因素分析及对策建议[R].
- [9]重庆市农调队. 重庆璧山县农村卫生现状浅析[R].
- [10]重庆市农调队. 当前农民生产生活存在的问题[R].
- [11]张元红. 农村公共卫生服务的供给与筹资[J]. 中国农村观察,2004(5).

(责任编辑:夏 冬)