

农村基层供求视域下的“三医”困局与应对

杨园争¹, 邓婷鹤²

(1.中国社会科学院农村发展研究所,北京 100732; 2.北京邮电大学世纪学院,北京 100876)

摘要:提高农村医疗卫生服务水平是全面建设小康社会的必然要求。目前着眼于医保、医疗和医药的“三医”联动成为全面完善国民健康体系和提升医卫服务水平的重要措施。从医保制度反馈、医疗卫生服务和基本药物制度落实三大供给侧视角与农村居民实际就诊逻辑的需求侧视角出发,在调查湖南、江苏、云南三省9县18个乡镇(镇)中的18个行政村及其231位农村居民的基础上对中国农村地区的“三医”困局进行剖析,可知目前农村依旧存在医卫资源分布非均衡、医保制度满意度有待提高、基药制度作用被稀释、农村居民就诊被迫“上移”等问题。为此政府应增加财政投入,提升医保“性价比”,完善基药补贴制度,保障廉价基药的供给充足,同时加大医卫保健理念在农村地区的宣传力度,多措并举,以实现“三医”的优化联动。

关键词:医疗保障制度; 医疗卫生服务; 基本药物制度 “三医”联动

作者简介:杨园争(1986-),女,山西太原人,管理学博士,助理研究员,主要从事乡村治理、公共服务供给研究;邓婷鹤(1988-),女,山西太原人,管理学博士,讲师,主要从事老龄化治理研究。

中图分类号: C913.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-5587(2021)06-0144-09 **收稿日期:** 2021-06-20

DOI: 10.13763/j.cnki.jhebnu.psse.2021.06.015

引言

医疗卫生事业关系到国计民生,不仅会对民众短期生活质量产生重大影响,还会在更长的时间维度上影响劳动力质量。近年来,以《“健康中国2030”规划纲要》为代表的多项政策均着眼于完善国民健康体系,以提供全方位全周期健康服务为目标,以医疗保障制度的改革完善、医卫服务的提质增效和药品供应的有序规范为具体抓手,三医联动,力求全面提升医卫服务水平。理论上,“三医”联动具备内在的“资源配置-契约治理-健康绩效”的联动逻辑,可从政策、行政体制与治理结构三个层次着手构建联动框架,并在引导医疗服务供方价格和影响医疗服务行为方面发挥积极作用;实践中各地也涌现出了以北京、三明和宿迁等为代表的具有自身特色的实现模式。^①

然而值得注意的是,“三医”联动实施以来,在医疗、医保、医药三个层面呈现出群众就医获得感提升幅度低、个人和国家经济负担增加、药品价格不降反升的负向政策效果。特别在中国农村的基层实践中,很多政策更是产生形式化、过密化和异化的治理效果,农村“三医”面临着诸多“联动问题”。^②

一、问题的提出

在理论分析层面,医保是医卫服务供给侧与需求侧的中间桥梁,其支付机制、谈判机制、价格机制和

* **基金项目:** 国家社会科学基金青年项目“智慧医疗可及性的框架构建、指标测度与影响因素研究”(项目编号:21CGL047);中国社会科学院青年项目“医疗资源在农村贫困地区的配置与利用”(项目编号:2020YQNQD0015)

① 相关研究成果参见翟绍果《“三医”联动的逻辑、机制与路径》,《探索》2017年第5期;王震《“三医”联动的治理结构特征与实践模式》,《探索》2017年第5期;仇雨临《医保与“三医”联动:纽带、杠杆和调控阀》,《探索》2017年第5期。

② 有关农村“三医”面临的诸多问题的历史研究,参见万谊娜《基于齿轮机理的医保、医疗与医药改革联动机制》,《改革》2009年第9期;郑娟、王前强《以医疗为发力点协同推进三医联动改革——由负向联动到正向联动的探索》,《卫生经济研究》2019年第7期;赵黎《发展还是内卷?——农村基层医疗卫生体制改革与变迁》,《中国农村观察》2008年第6期。

监管机制可以影响医药卫生资源的配置情况及价格走向,在医改中发挥着至关重要的基础性作用;然而也有专家认为,现行医保补偿制度不够完备、医疗费用不够清晰明了,很难将所有药械品种都纳入到医保目录中,医保制度无法承担统帅“三医”联动的大任。^①当然,不论医保是否可作为“牛鼻子”牵动改革,学者们一致认同的是,“三医”之所以能联动,就是因为其具备互相牵制的内在属性,且同处于一个大的有机体当中,可以通过三者之间的互嵌机制和互融机制,达到合作治理的政策目标。^②

在具体实践层面,学者对基层医疗机构的医生进行调研发现,有较大比例的医生认为基层医疗机构的医疗服务水平在满足患者健康需求方面存在缺口,有接近九成的医生认为,非常或比较有必要取得上级医院的帮扶。^③相反,也有学者认为提高社区医院的治疗水平不一定能使患者收益增加,提升三甲医院的医疗能力才能使医疗机构及患者收益提升。^④即便是推动已久的分级诊疗,也依旧存在知晓率低、上下转诊手续复杂、医联体建设效果有限等问题;现行的区域医疗卫生信息化建设中也有着规划不够合理、城乡发展不够均衡以及运营模式不够科学等问题,阻碍了区域整体医疗水平的提升。^⑤

综上,现有成果为本文奠定了深厚的研究基础,但同时也可以看出:以往对“三医”联动的“整体性”研究多以理论分析为主,实证研究或是集中分析医疗、医保、医药中的某一部分,或是针对单级诊疗机构展开论述,缺乏对三级机构间互动关系的分析。基于此,本研究以实地调研数据为基础,将农村“三医”进行联动分析,着眼于“三医”在农村最终端的供求情况,从医疗资源分布的均衡层面、医保制度的终端反馈层面、基药制度的作用效果层面等供给侧视角与农村居民实际就诊行为逻辑的需求侧视角,从县医院、乡镇卫生院、村卫生室三级机构,解构“三医”在农村最基层的现实问题,并提出相应的政策建议。

二、数据来源与说明

为了深入了解“三医”在农村基层的具体运行状况,笔者分别在东、中、西部地区选取江苏省、湖南省、云南省作为调研对象,并选取三省经济发展水平较高、一般和较低的9个县中的18个乡镇(镇)共18个行政村为调研点,于2017年9月对当地“三医”进行了实地考察。具体调研地点如表1所示。

表1 调查样本中的省、县、乡镇及村

省	市	县(区)	镇	村
湖南省	湘潭市	湘潭	PT	LJ
			YHQ	XL
			DY	NS
	长沙市	浏阳	ZF	ZJF
			STJ	STJ
			SSL	SSL
江苏省	常州市	武进	XY	XY
			HSQ	WY
			YM	HY
	盐城市	射阳	HH	YH
			QH	DDW
			BTB	XYC
	连云港市	东海		

① 相关研究参考仇雨临《医保与“三医”联动:纽带、杠杆和调控阀》,《探索》2017年第5期;高和荣《医保统领“三医联动”改革的内在矛盾及消解》,《南京社会科学》2019年第6期。

② 相关研究主要有2017年第5期《探索》中刊登的翟绍果论文《“三医”联动的逻辑、机制与路径》和《中国卫生事业管理》2017年第12期登载的赵云的研究成果《“三医”联动改革的历史进程和发展动态》。

③ 李星星、张婷、符雪等《基层医生视角下贵州省基层医疗机构服务能力提升路径探讨》,《中国初级卫生保健》2020年第5期。

④ 罗姮《差异化医保下的双层医疗系统定价方案分析》,《沈阳工业大学学报》(社会科学版)2020年第2期。

⑤ 相关研究参考方伶俐、陈珍、赵振超等《武汉市分级诊疗制度的实施现状、问题及对策研究》,《经济研究导刊》2020年第11期;梁凤玲《区域医疗卫生信息化建设存在的问题及对策探讨》,《中国新通信》2020年第8期。

续表

省	市	县(区)	镇	村
云南省	大理市	弥渡	JL	JL
			HY	CS
	楚雄市	楚雄	ZW	QM
			ZX	LS
	文山市	广南	BM	PN
			ZT	DT

注:按照学术惯例,本文对基层调研涉及的地名作匿名化处理。

调研期间共组织省级座谈会3次、县级座谈会9次,乡镇卫生院院长访谈6次、村卫生室乡村医生访谈6次。累计发放省级问卷3份、市(县)级问卷9份、乡镇问卷18份和村级问卷18份,并全数回收,有效率100%。同时在微观需求层面,于江苏、湖南和云南三省分别发放个人问卷80、81、84份,分别收回80、75、82份,有效问卷分别为76、73、82份,共计231份。

三、基层“三医”的供给侧困局

(一) 医疗资源分布不均

近年来中国农村地区医卫供给能力提升明显,农村每千人口卫生技术人员也不断扩大。三个调研省份的农村每千人口卫生技术人员从2012年到2016年均直线上升,其中湖南省从2012年的4.48人提升至2016年的5.75人,增长率达28.35%。

然而,各地医疗供给水平的持续增长并未解决医疗资源分布不均的问题。如表2所示,农村每千人口卫生技术人员在地区间的差异极大。2012年湖南省农村每千人口卫生技术人员是云南省的2.38倍,到2016年该比例虽有所降低,但也有2.34倍之多。即使是同一省份,各县市的农村每千人口卫生技术人员数量也相差甚远。以江苏省为例,2012年射阳的指标值是东海的2.15倍,即便是武进也有东海的1.87倍之多;到2016年该差距逐步减小至1.74倍和1.93倍,但依旧显示出区域间差异的存在。

表2 湖南省、云南省及江苏省三县农村每千人口卫生技术人员数

年份	省份	县(区)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
农村每千人口卫生技术人员(人)	湖南		4.48	4.83	5.07	5.47	5.75	—
		云南	1.88	2.23	2.24	2.33	2.46	—
	江苏	武进	3.53	3.63	3.7	4.07	4.52	—
		射阳	4.07	4.06	4.02	4.07	4.08	4.09
		东海	1.89	1.9	2.12	2.13	2.34	2.34

注:由于调查时间为2017年9月,湖南省、云南省和江苏省武进县的当年数据尚未统计完全,故未获得具体值,以“—”表示。

在村卫生室这一农村医卫供给的最基层,医卫资源分布的非均衡性也十分明显。从表3可知,湖南省、云南省和江苏省调研地区的村卫生室平均面积分别为70.00平方米、132.67平方米和204.00平方米,村卫生室医生平均数则分别为1.50人、2.33人和2.83人,在硬件和“软件”两方面均差距明显。

表3 样本村卫生室基本情况及农村居民的就诊选择

省份	村	村卫生所 面积(平方米)	村卫生所 医生数(人)	村离乡镇卫生院 距离(公里)	农村居民选择的 主要诊治机构
湖南省	LJ	120	2	20	①
	SJP	40	1	9	①②③
	SS	100	2	3	①②
	ZJF	40	1	0.5	②
	STJ	60	1	0.5	①②
	NT	60	2	10	①③
	平均值	70.00	1.50	7.17	—

续表

省份	村	村卫生所 面积(平方米)	村卫生所 医生数(人)	村离乡镇卫生院 距离(公里)	农村居民选择的 主要诊治机构
云南省	JL	280	4	2	①
	CS	216	3	1.5	①②③
	QM	60	1	6	①②
	LS	80	1	12	①
	PN	70	3	18	①
	DT	90	2	9.7	①②③
	平均值	132.67	2.33	8.20	——
江苏省	XY	150	3	2	①②
	WY	500	4	3	①②③
	HY	120	2	8	②
	YH	200	2	1	①②
	DDW	110	1	3	②
	XYC	144	5	1.5	①
	平均值	204.00	2.83	3.08	——
平均值	135.56	2.22	6.15	——	

注:村级问卷由村主任或村党支部书记填写,其主要作用是与村内个体问卷统计结果相对照并检验个体问卷的代表性,力求反映大多数农村居民的就诊行为特征;表中①②③分别代表村卫生室、乡镇卫生院和县级医院。

事实上,医卫资源数量与财政投入资金及地方经济水平密切相关。通过表4中农村人均卫生费用在地区间的横向对比不难发现,经济相对较发达的江苏省,其农村人均卫生费用投入要远高于云南省,即便是江苏省中经济较为落后的东海县在2015年也要高于云南平均水平大约31个百分点。也就是说,各地医卫投入的多寡直接受到地方经济的影响,而经济收入低本来就容易导致劳动力水平的较慢提升,若再因为卫生费用的投入不足导致地方发展速度的降低或因病致返贫率提升,则会形成“低收入——低投入——低收入”的恶性循环,影响地方经济和民生发展。

表4 样本地区的农村人均卫生费用

年份	省份	县(区)	2012	2013	2014	2015	2016
农村人均卫生费用(元)	云南		391	446	514	578	——
	江苏	武进	494	680	656	786	906
		射阳	538	680	770	801	1008
		东海	656	589	656	755	831

注:由于调查时间为2017年9月,云南省的当年数据尚未统计完全,故未获得具体值,以“——”表示。

(二) 医保“性价比”有待提高

从新农合到城乡居民基本医疗保险,医保制度作为“托底”农民医疗需求的制度保障一直发挥着极为重要的作用,尤其是改革开放后,医保覆盖面显著扩大、保障水平不断提升、城乡差距逐步缩小。^①然而需要注意的是,在医保落地的最终端,农村居民认为保费支出后的“回报”即医保的“性价比”依然有较大的提高空间。逐年增长的参保费用、限制较多的报销内容以及复杂繁琐的报销过程是拉低医保“性价比”的主要原因。

首先,个体问卷中2018年意愿参保率较2017年实际参保率出现下降,其主要原因之一即为“医保缴费数额较大”。与此相对应的是,调研地村两委一致反映的也是医保资金收缴难度的逐年上升。以湖南省为例,城乡居保(原新农合)筹资标准由2005年的每人10元不断攀升至2018年的每人180元,保费连年上涨;同时,参保资金的收取以家户而非以个人为单位,若该户人口较多则需一次性交纳较高

^① 杨园争《病有所医,老有所养——中国农村医疗和养老保障制度七十年改革回溯与展望》,《社会发展研究》2019年第1期。

费用,部分家庭难以承受;另外,年轻人较多的家户因生病几率和大病可能性较低,也缺乏较高的参保意愿,因而保险的“相对价格”变高。

其次,“报销力度不足”是在就医及医保报销过程中遇到的重要问题,占全部回答项的45%。具体来讲,有21%的回答认为药物“报销范围小或数额小”,同时有9%的回答进一步认为“有些慢性病药物或者自己的常用药不能报销”,有13%的回答认为“只有住院才能报销,门诊几乎不能报销”,还有2%的回答认为“大病跨省报销比例低”。例如,江苏省新农合门诊报销比例为50%~55%,封顶线为1500元,然而由于总额预付制度,农村居民实际报销额度无法达到上限。如东海县就规定,2016年门诊报销封顶线为300元、2017年为400元,超过的费用门诊不予报销。此类限制因素使部分非大病群体和慢性病群体受惠于基本医疗保险的程度降低,拉低了部分农村居民的参保积极性,认为参加医保“不值得”。

第三,有10%的回答认为“报销过程复杂”。这主要包括了五个方面,分别为“报销程序繁琐”“报销地点距离较远”“合作医疗费用不够用,医院说报完了,不能报”“市里门诊不报销,只有镇上能报”和“不清楚报销流程”。这些不方便及欠合理的报销过程影响了参保人的报销体验,甚至可能使参保人无法取得理应获得的报销金额。面对绝对强势的供给方,参保人无法“讨价还价”只能被迫接受,故而医保的这种低“性价比”就成了“报销及就医过程中遇到的最主要的问题”。

(三) 基药制度的作用被不断稀释

基药制度的核心是保障基本用药、平抑基本药品价格,以协同解决“看病(吃药)贵”的问题。对于农村基层医疗卫生机构而言,基药制度需要与卫生所(室)自负盈亏、独立核算的性质相结合,通过基药补贴的筛选制度实现“零利润”售卖基药。然而,在基药补贴资格的筛选和补贴金额(比例)的确定过程中,基药制度保证基本药品供给和平抑药价的作用被不断稀释。

一是基本药物参差的售卖价格稀释了基药制度的作用。村卫生室零利润出售基药的前提是其获得基药补贴,而补贴资格的获取需要经过审批和筛选。在6个被调研的村卫生室中,只有DY镇SS村和ZF镇SH村这2家卫生所(室)回答“所售药品全为基药”,并“零差价销售”,占全部卫生所(室)总数的三分之一;其余三分之二的卫生所(室)则表示,售卖药品的种类和价格由自己调整。这是因为获得基药补贴是需要申请和筛选的,那些没有获得补贴资格的村卫生室为了避免亏损,会在药品价格上进行加成,“在实际销售中,我们自己确定品种,价钱也自己确定和调整,出售基药名录中的药品时自己也会加利润”。也就是说,基药制度的“降药价”作用会受补贴范围的影响,补贴不及之处药价不会“零利润”,基药制度平抑药价的作用被稀释。

二是补贴比例的非制度化稀释了基药制度的作用。以桃江县GZ村卫生室为例,其基药补贴是“按进货多少算,去年是报销进货总额的50%,今年不知道,因为是年底才结算,而且每年都在变”。也就是说,对于有些获得基药补贴资格的村卫生室而言,其所获补贴的比例在事先是不确定的,而且在年际之间还存在变化。这种随机性较大的补贴机制会降低基层医疗机构参与基药制度的积极性,也会间接稀释基药制度在基层的作用。

三是部分基药的低采购率和“村药镇购”的基药采购流程稀释了基药制度的作用。调研中发现,无论是在村卫生室还是镇卫生院,基药采购品种有限的问题都较为突出。桃江县GZ村卫生室认为,“实施基药制度后,便宜的基药很难买到”;湘潭县PT镇卫生院反映“能采购到的基药并不多,有30%的常见药都没有,基本是因为药厂不生产或者不配送”;湘潭县YHQ镇卫生院也反映“基药药品不全,490多种基药目录,只能在网上买到200多种药,因为药材公司没有”;桃江县NT镇卫生院与之相类似,也存在着“药品不全,基药目录中只能在网上买到260多种药”的问题。导致这一问题的主要原因是,部分药厂在基药竞标时恶意压低价格,中标后又因利润空间较小而减产或停产那些价格低廉的基药,因而廉价基药产量少、配送难的问题十分普遍。这种行为扰乱了市场秩序,也稀释了基药制度保证基本药品供给的作用。在采购方式上,目前村卫生室的药品采购制度基本为“基药从镇卫生院采购,非基药自行采购”。这一制度以规模和话语权更大的乡镇卫生院取代小体量的村卫生室对药公司,理论上讲

可以增加药品供给效率。然而由于基药名录已然确定,且按照零利润销售,如果通过镇卫生院采购基药则是在“没有技术含量的谈判过程”中无谓增加一道程序,降低了采购效率。正如 NT 村卫生室所说:“原来是卫生所(室)自己直接报给公司,打电话给公司就知道有没有药。现在是要报给镇卫生院,药品存量的具体情况我们其实并不知道,最终的采购结果经常是便宜的药基本买不到。”

面对基药采购率低、采购难度大等问题,村卫生室的普遍做法是销售作用类似的替代药物。然而这些替代药物通常价格较高,且在接受程度方面明显劣于那些“便宜又好用”的基药。这就造成了农村居民买来的药“既不好也不便宜”,同时也导致了村卫生室收益的下降。正如 NT 村村医所认为的,“实施基药制度后,便宜的基药很难买到,能采购到的基药价格又普遍偏高,不利于销售。即使有 50%的基药补贴,也不如没有实施基药前售卖药品的收入高”。由此可见,基药制度保证药品质量和降低药品价格的作用被严重稀释。

四、农村居民就诊的现实逻辑与基层诊疗机构的困境

(一) 农村居民就诊的基本逻辑与村卫生室的基础性作用

村级调查结果显示,除湖南 ZJF 村和江苏 DDW, HY 村外,其余 15 个调研村中农村居民的主要就诊场所均包含了村卫生室,占比高达 83.33%。更进一步,如果村卫生室条件足够好,例如江苏省的 XYC 村,其村卫生室面积为 144 平米,共有 5 名医生,农村居民的主要就诊场所甚至只填写了村卫生室而未包含乡镇卫生院。表 5 中个体调研结果也显示,湖南省和江苏省分别有 56.00% 和 59.26% 的被调查者的主要就诊机构包含了村卫生室,三省全部样本中有 49.40% 的农村居民将村卫生室作为主要就诊机构,远高于乡镇卫生院的 38.81% 和县级医院的 11.79%。

表 5 个体问卷主要就诊场所统计结果

	村卫生室	乡镇卫生院	县级医院
湖南省	56.00	30.67	13.33
云南省	32.93	52.44	14.63
江苏省	59.26	33.33	7.41
平均值	49.40	38.81	11.79

单位: %

注:因个体问卷中“主要就诊场所”可多选,故选择去村卫生室、乡镇卫生院和县级医院就诊的比例之和大于 100%。

也就是说,村卫生室在农村基层医卫服务的供给中承担着重要的基础性作用,这主要是由农村地区“轻保健、重治疗”的就诊理念、“就近优先”的就诊逻辑以及陪伴就医者缺乏的就诊现实所决定的。

其一,农村地区“轻保健、重治疗”的就诊理念。一是“轻保健”的程度较大,主要包括保健知识的缺乏和保健知识混杂两大方面。首先,农村居民获取保健知识的主动性较低,对保健知识的关注程度也较低;其次,一些民间“偏方”和部分不科学的传统卫生习惯(如“捂月子”)在经济不发达的农村地区依旧具有一定的影响力,而真正科学的保健知识却缺乏市场和认同,农村居民保健知识缺乏;再次,当今信息量及信息复杂程度较高,很多未经科学证实或随意编造的“保健知识”通过网络和微信等各种渠道不断传播,农村居民对部分虚假保健知识缺乏判断力,保健知识混杂。二是“重治疗”,只是看重对大病的治疗,对于一般疾病的处置态度多是自愈或就近治疗。在此健康保健逻辑下,农村居民较少关注一般性疾病,较少“专程”去大医院诊断治疗,而村卫生室可以“顺道”为农村居民提供诊疗服务,也可通过平时公共卫生服务的开展为农村居民普及科学的健康保健知识,发挥着医卫供给的基础性作用。

其二,“就近优先”的就诊逻辑。通过问卷调查可知,农村居民在选择就医时具备“就近优先”的就

诊偏好,即农村居民的一般性就诊是先考虑去距离最近的村卫生室或乡镇卫生院,而非先从医院诊疗水平角度进行考量。这不仅是家庭预算条件约束、健康理念和农村客观医疗条件限制的结果,还是心理因素作用的结果。在对农村居民的半结构式访谈中发现,“农民”这一称呼在农村居民自己看来,依旧被认为是一种身份而非职业。在就医决策和行为中,农村居民对医生存在“畏惧情绪”,他们不仅存在医患关系中的患方信息劣势,还存在“农民”的“身份劣势”,这导致了他们更愿意在较为熟悉的圈子中完成就医行为,而非舍近求远去“大医院”就诊。在这一层面,村卫生室具备“先天优势”。一是因为村卫生室可以对疾病进行初步判断并给出治疗建议,满足了农村居民对待一般性疾病“吃点药就好了”的健康保健意识。二是因为村卫生室在物理上具备较高的可及性。村卫生室通常距离农户家庭距离较近,2013~2017年除江苏武进外,所有调研地区设卫生室的行政村占比均在九成以上(见表6),其中云南省则连续五年都处于至少“一村一室”的供给状况,村卫生室在空间距离上有条件成为农村居民的主要就诊场所。三是因为村卫生室在心理上具备较高的可及性。村医与农村居民一样居住在农村,且较为熟悉,不会使农村居民产生“畏惧情绪”,满足了其“就近优先”的心理就诊习惯。

表6 样本地区设卫生室的行政村占比

年份	省份	县(区)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
设卫生室的村占行政村的比重(%)	湖南		87	91	92	95	—	—
	云南		1.08	1.09	1.11	1.11	1.12	—
		武进	70.70	71.40	71.08	70.40	69.50	69.50
	江苏	射阳	100	100	100	100	100	100
		东海	100	100	100	100	100	100

其三,农村居民陪伴就医者缺乏。农村居民的 actual 就诊能力不仅受到家庭预算约束的影响,还受到陪伴就医者的影响。在农村老龄化、空心化进程的推动下,有相当一部分留守在农村的老年人和未成年人由于缺乏陪伴就医者而倾向于选择就近治疗或暂缓治疗。也就是说,他们由于自身行动能力不足而不具备远距离就医的能力。在这方面,村卫生室具备着较大的区位优势,农村居民不需要陪伴就医者即可完成就医;而且近年来家庭医生签约率不断上升,18个调研村村医均提供家庭医生上门服务,且索取的费用也在农村居民支付能力范围之内,因此村卫生室成为了农村居民就诊的主要机构。

(二) 农村居民效率权衡下的就诊“上移”与困境

虽然村卫生室发挥着重要的基础性作用,然而调研也发现,村卫生室在硬件和软件方面均存在着一些不足,严重影响着其积极作用的发挥,农村居民不得不从服务质量和就诊效率的角度出发,选择到乡镇卫生院甚至县级医院获得医事服务,出现了就诊的“上移”。

具体来看,在硬件配置方面,有些村卫生室面积狭小、设备缺乏,在满足农村居民基本医疗需求方面存在困难。与浏阳县 ZJF 村和湘潭县 SJP 村相类似,有相当一部分村卫生室面积不足 60 平米,未达到国家指导意见的建设标准,空间拥挤、布局急促;还有一些村卫生室没有专门的场地,利用村医个人住房的一部分开展诊疗工作(如桃江县 STJ 村卫生室);还有一些已建成的面积达标的村卫生室,经过多年使用后房屋结构陈旧老化、年久失修问题严重。另外,部分村卫生室还缺乏与之服务功能相配套的基本诊疗设备。以云南省为例,截至 2017 年仅有 4055 个村卫生室配备了健康一体机,还有 9296 个村卫生室未配备,配置率仅为 30.37%。

从软件配置来看,村卫生室医生数量偏少、队伍不稳定、年龄结构老化、学历结构偏低,在提供及时高效的医卫服务方面必然存在诸多困难。首先,村医数量偏低、流失严重。以江苏省常州市武进区为例,其虽经济较为发达,然而 2017 年乡村医生总数仅为 396 人,与 2014 年国家卫计委《村卫生室管理办法》(试行)的村医配备标准“每千名服务人口不低于 1 人”的要求相去甚远;同时各地村医因身份、待遇和保障等问题上访不断,数量逐年减少,岗位也失去了吸引力,湖南省桃江县的乡村医生已由 2009 年注

册时的 783 人减少到 2017 年的 632 人,流失率接近 20%。其次,村医老龄化现象明显。江苏省武进区退休返聘村医为 98 人,占村医总数的 24.75%;湖南省 60 岁以上的乡村医生占比也达 20.3%,30 岁以下的乡村医生仅 4 人,村医年龄结构明显老龄化。再次,村医学历水平普遍较低。在湖南省受访村医中有 83.33% 仅为中专学历,持执业助理医师证的村医占比仅为 50%,距每个村卫生室一名执业(助理)医师的要求也相去甚远。

面对村卫生室在硬件和软件方面的不足,农村居民的就诊选择可能会上移至乡镇卫生院甚至县级医院;尤其是乡镇卫生院具备了与村卫生室较为相近的区位优势和心理优势,同时又比县级医院有更低的收费标准和更高的报销比例,对农村居民有更高的性价比。例如湖南省的 SS 村、ZJF 村、STJ 村和云南省的 CS 村、QM 村、DT 村以及江苏的 XY 村、WY 村、YH 村和 DDW 村,他们距镇卫生院距离分别为 3 公里、0.5 公里、0.5 公里和 1.5 公里、6 公里、9.7 公里以及 2 公里、3 公里、1 公里和 3 公里。这一距离对于现代交通来讲并不遥远,如果公路的通达性较好,则农村居民的主要就诊场所会发生“自选择上移”。

然而与村卫生室相类似,乡镇卫生院也面临着硬件不足和软件缺乏的问题。截至 2017 年,云南省除部分中心卫生院外,大部分乡镇卫生院缺乏数字化 X 光机、全自动生化仪、彩色 B 超、救护车等“四大件”设备;部分乡镇卫生院实际业务用房不足、功能不完善,没有标准的手术室、产科设施,没有单独的污水处理、垃圾处理和配电室等辅助设施,服务能力受到严重限制。同时,乡镇卫生院人才招聘难,缺编、空编和使用大量临聘人员的矛盾突出。由于没有稳固的长效投入机制,难以建立针对村医和乡镇卫生院卫生技术人员科学规范化的培训制度和体系,加之在基层工作收入水平有限、发展空间不足,多数有一定学历和能力的年轻卫生技术人员都不愿在乡镇卫生院甚至村卫生室工作,导致了基层医卫队伍不稳定,医卫服务质量难以提升。

(三) 制度缺陷下的过度医疗与向上转诊

与农村居民自行选择上移就诊的现象不同,农村居民还可能被动地面临过度医疗和向上转诊。正如大多数卫生院所言,基药制度的实施使售药不再成为收益的主要来源,“卫生院的主要收入是诊疗费、检验费、床位费、护理费和治疗费”,住院治疗 and 检查更受“欢迎”,“实行基药后,卖药卖多少都没关系,所以没动力看病卖药,转院率上升 10%”。

以上种种都导致了就诊者或是被诱导以打针输液甚至住院治疗替代药物治疗,或是直接推荐其向上转院,均为小病大治、过度医疗的表现。基药制度本意在于平抑药价、确保基本用药,虽然降低了以药养医的可能性,却在医药分开之外变相助长了过度医疗的可能。当然,也存在一些来自于农村居民自身的过度医疗现象,因为门诊费用一年的报销封顶值相比于九成左右的住院报销比例,住院显然是更优选择。在供求双方的共同影响下,基层诊疗机构接诊量下降,过度医疗行为产生。这既不利于节约国家医保支出,也不利于基层医卫服务质量的提升,应从制度设计和政策落地两方面着手加以治理。

结 语

综上,医卫资源在地区间的不平等分布依然不可忽视,医保制度的顶层设计虽然向好,然而在获得感提升上仍有欠缺,具体落地时的繁杂程序也将制度效果打了折扣。基药制度平抑药价的作用不断被参差的基药售卖价格、尚未制度化的基药补贴比例、部分基药的低采购率和“村药镇购”的基药采购流程所稀释。在农村三级医疗体系中,村卫生室居于基础性地位,绝对不能忽视,这一结论与以往某些研究中只注重大型医院或乡镇卫生院提质增效的结论不一致。村卫生室在软件和硬件上的短板会推动村民的就诊“上移”,而医保制度的报销规定也会拉动就诊“上移”,这种“双动力”上移最终在基药制度的管控下倾向于多检查、多住院,助推了过度医疗的上涨。

面对这种联动式的困局,应至少从以下四方面施策:一是增加政府财政投入、完善信息上报机制。在现阶段经济发展水平下,医卫服务作为保障民生的重大公共产品,其供给仍以政府主导为主。虽多地都出台了鼓励民间参与的相关政策,但医卫供给质量的高低依旧大多数取决于政府财政投入的多寡,农村基层医卫供给机构硬件、软件的提升更是如此。针对某些经济落后地区村卫生室甚至乡镇卫生院都

出现的医疗设备不足、老化等问题,不仅需增加相关财政投入,更应建立长效、及时的信息传达机制及实物更替机制,保障基层医疗能力的稳步提升。

二是关注医保报销“最后一公里”,切实提升医保“性价比”。虽然医保应着眼于“保大病”进而减少因病致贫的概率还是应着眼于“保基本”进而提升民众获得感仍然在争论中,但提升保障内容知晓度、简化报销流程却是这两种政策目标下都要强调的内容。对于当前较多的报销规定和繁复的报销过程,政府应配合基层医疗卫生机构宣传到位,达到知晓报销流程和报销要求的实际效果,以将医保惠民之处真正落地。在这方面,山西省实施的健康扶贫“双签约”制度可作为借鉴,虽然其中也会存在一些问题,然其使医疗卫生供给得到政府和基层医疗机构“双保障”的取向实为可取。

三是完善基药补贴制度,保障廉价基药供给充足。基药制度作为目前药品流通和使用的重要规范,应从制度设计本身及制度落实管控两方面真正体现其权威性。制度设计上要突出长效性和规范性,对于基药补贴数额的计算方式要作出清晰明确的规定,稳定基层医疗卫生机构落实零差价售药的收入预期。制度落实上要加强基药供给监管,杜绝价格较低的基药只存在于名录之上而消失于实际之中的现象;对于恶意低价竞标和蓄意不生产、不配送低价基药的,可考虑取消其竞标资格并予以经济处罚,缓解基药采购难的问题,确保全种类、低价格的基药能进入销售终端。

四是加大农村地区医疗卫生保健理念的宣传力度,“扶智”与“扶志”并重。要想使健康中国所倡导的大健康、重预防的理念深入人心,需注重细节、久久为功,同时还需从制度设计和实际执行中让农村居民不再有区别对待之感,真正使农民成为受尊重的职业而非身份的桎梏。

“Tripartite Medical System Reform” from the Perspective of Rural Supply and Demand: Predicaments and Countermeasures

YANG Yuanzheng¹, DENG Tinghe²

(1. Institute of Rural Development, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China;

2. Century College, Beijing University of Posts and Telecommunications, Beijing 100876, China)

Abstract: Improving the level of rural medical and health services is an inevitable requirement for building a well-off society in an all-round way. The “Tripartite Medical System Reform (TMSR)” (medical insurance, medical services and medicine), is important to comprehensively improve the national health system and enhance the level of medical and health services. From three supply-side perspectives, i.e., medical insurance system feedback, medical and health services, and implementation of national essential medicines system (NEMS), and a demand-side perspective, i.e., the actual causes that make rural residents to see a doctor, this paper analyzes the predicaments in the TMSR in rural China based on a survey of 18 administrative villages and 231 rural residents in 18 townships (towns) in 9 counties of Hunan, Jiangsu and Yunnan provinces. At present, there are still some problems in rural areas, such as unbalanced distribution of medical and health resources, dissatisfaction with medical insurance system, diluted effect of the NEMS, and rural residents are forced to see doctors in higher level medical institutions. Therefore, the government should increase financial input, improve the “cost performance” of medical insurance, improve the NEMS subsidy system, ensure sufficient supply of cheap basic medicines, and at the same time increase the dissemination of medical and health care concept in rural areas, so as to break through these predicaments in rural communities.

Key words: medical insurance system; medical and health services; national essential medicines system (NEMS); Tripartite Medical System Reform (TMSR)

[责任编辑 李 谦]