

[7] 黄丽,王玉珍,闫卫东. 医院办公自动化系统建设中应注意的几个要素[J]. 西北国防医学杂志, 2011, 32(6): 499-500.

息, 2012, 25(2): 6-7.

(收稿日期: 2014-04-10 修回日期: 2014-08-22)

[8] 王步斐. 浅谈办公自动化系统在我院的应用[J]. 医学信
• 卫生管理 • doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 31. 050

从基层医疗卫生服务能力的角度分析重庆市基层医疗机构现状*

潘 伦¹, 吴海峰¹, 何 坪^{1△}, 邓 宇¹, 张维斌², 潘传波³

(1. 重庆医药高等专科学校 401331; 2. 重庆市卫生和计划生育委员会 401147;

3. 重庆市渝中区卫生和计划生育委员会 400010)

中图分类号: R197

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)31-4259-03

基本医疗服务指居民生存发展必需的、人人都能得到的、现有政府财力与居民个人收入能支付得起的医疗服务^[1]。根据国内外经验,基本医疗服务主要依托于基层医疗机构或者初级医疗机构。结合我国实际情况,基本医疗服务体系的主体应是社区卫生服务中心(站)、街道/乡镇卫生院、村卫生室。因此,分析重庆市基层医疗机构的现状和存在的问题,不仅有利于基层医疗机构综合配套改革,也有利于基层医疗服务体系的构建,进一步深化医药体制改革,提高人民健康水平。本文拟通过分析重庆市基层医疗机构现状,分析存在的问题,并在此基础上提出可行性建议。

1 对象与方法

1.1 对象 研究对象为重庆市基层医疗机构,包括是社区卫生服务中心(站)、街道/乡镇卫生院、村卫生室。

1.2 方法 采取文献查询法和专家咨询法进行分析,定量数据主要来源于 2011、2012 年重庆统计年鉴、2012 年中国统计年鉴,并对研究重庆市基本医疗卫生事业的相关专家进行访谈。

2 结 果

2.1 基本情况 重庆全市面积 8.24 万平方公里,共辖 19 个区和 19 个县,设置乡镇 823 个、街道办事处 189 个、居委会 2 370 个、村委会 8 575 个。2011 年,总人口 3 329.81 万人,其中农业人口 2 052.17 万人、非农业人口 1 277.64 万人, GDP 10 011.37 亿元,人均 GDP 3 065 元;地方财政收入 2 908.91 亿元,城市居民人均可支配收入 21 955 元,农村居民人均纯收入 6 480 元^[2]。全市(不含军队系统和村卫生室)共有卫生机构 7 076 个,其中医院 433 个(三级甲等医院 19 所)。床位 115 627 张,平均每千户籍人口病床 3.47 张;卫生技术人员 120 169 人,平均每千户籍人口拥有卫生技术人员 3.61 人、执业(助理)医师 1.49 人、注册护士 1.28 人。除每千农业人口拥有乡镇卫生院病床数超过全国水平,其他主要卫生资源指标均落后于全国平均水平,但居民主要健康指标却高于全国平均水平,处于西南地区前列。2011 年底,全市人均期望寿命达到 76.77 岁,孕产妇死亡率下降为 21.61/10 万,婴儿死亡率下降为 6.44‰,新生儿死亡率下降为 4.07‰^[3]。

2.2 农村地区办公机构少、一体化管理比例较低 全市有社区卫生服务中心 161 个,社区卫生服务站 307 个,乡镇卫生院 966 个,街道卫生院 8 个,村卫生室 10 584 个。截至 2011 年底,全市还有 28 个街道未设置社区卫生服务中心,93.04% 的

村设置了村卫生室,略低于全国 93.40% 的水平。政府办社区卫生服务中心比例达 88.82%,社区卫生服务站达 54.07%,乡镇/街道卫生院达到 100.00%,但村卫生室比例较低,仅 10.70%,略高于全国 8.47% 的平均水平。乡村一体化管理比例较低,仅为 24.40%。

2.3 无病床的基层医疗机构比例高于全国平均水平 由于政策导向,社区卫生服务中心的床位数偏少,有 74 个社区卫生服务中心(占 45.96%) 的没有配置床位。本市无病床的社区卫生服务中心和卫生院比例(45.96%、5.75%) 略高于全国平均水平(45.72%、3.94%)。

2.4 业务用房中仍存在危房、租房的情况 截止 2011 年,本市基层医疗机构业务用房 319.251 5 万 m²,临床科室面积总计 157.758 8 万 m²,预防保健和医技科面积偏小,分别为 20.083 2 万 m² 和 31.583 3 万 m²。业务用房中,危房面积共 96 575 m²,占业务用房总面积的 3.03%;租房面积共 80 062 m²,占业务用房总面积的 2.51%。基本医疗服务的就医环境尚有待进一步改善。

2.5 社区卫生服务中心(站)、村卫生室设备配置较差 截止 2011 年,本市社区卫生服务中心(站)万元以上设备价值 13 812 万元,卫生院万元以上设备价值 74 197 万元,总计 88 009 万元。基层医疗机构万元以上设备绝大多数为 10 万以下的设备,其中社区卫生服务中心达到 85.86%,卫生院达到 86.76% (表 1)。社区卫生服务中心(站)的 100 万元以上设备比例(0.18%) 低于全国水平(0.40%)。村卫生室基本诊疗设备配置不全,除了诊查床和药柜能满足平均每个村卫生室配备一个以外,其他设备都不能满足(表 2)。侧面反映出村卫生室的标准化管理建设情况较差。

2.6 社区门诊所占比例偏低 基层医疗机构门诊诊疗人次占总诊疗人次数的 53.74%,入院人数占总入院人数的 39.03% (表 3)。社区卫生服务中心(站)所占比例偏低,门诊诊疗人次仅 4.55%,低于全国 8.72% 的比例,可能是由于政府加大基本公共卫生服务投入与考核力度,导致基本医疗服务日趋萎缩,以城市的社区卫生服务机构最为明显。农村地区基层医疗机构基本医疗做得较好,门诊人次数和住院人次所占比例均高于国家平均水平。

2.7 卫技人员队伍层次低、结构不合理 本市基层医疗机构卫生技术人员学历、职称、执业资格情况统计,见表 4。结果显示:(1) 人员的学历、职称结构不尽合理,具有本科学历及以上

* 基金项目:重庆市卫生局委托项目(2012 年)。 作者简介:潘伦(1981—),讲师,本科,主要从事卫生管理工作。 △ 通讯作者, Tel: 13808341617; E-mail: heping1229@163.com。

和中级职称以上人员的比例较低,与 WHO 倡导的中等发达国家卫技人员人力资源配置标准高级、中级、初级职称人员的比例为 1.0:1.2:3.0 相比,仍存在较大差距^[4]。(2)无职称(含待聘)者远高于全国平均水平。在人事制度和分配制度呈“二元化”结构,且失衡现象严重^[5]。基层医疗卫生机构普遍存在

临聘人员比例高,分配又未能体现公平,收入与正式员工差距较大。如渝中区望龙门社区卫生服务中心临聘医务人员占 77.55%,但其收入不足在编人员的 1/2,一定程度影响了临聘人员的工作积极性。(3)低职称医护人员较高。(4)“医护比”较低。

表 1 2011 年重庆市基层医疗机构的设备情况

项目	社区卫生服务中心(站)			卫生院		
	重庆		全国比例(%)	重庆		全国比例(%)
	台数(n)	比例(%)		台数(n)	比例(%)	
10 万元以下	1 457	85.86	97.95	8 239	86.76	98.34
10~<50 万元以下	206	12.14	—	1 017	10.71	—
50~100 万元以下	31	1.83	1.65	201	2.12	1.30
100 万元以上	3	0.18	0.40	39	0.41	0.36
总计	1 697	—	—	9 496	—	—

—:表示此项无数据。

表 2 2011 年重庆市村卫生室设备配置情况(n)

区域	村卫生室	简易呼吸器	便携式 高压消毒锅	冷藏包	诊查床	无菌柜	药柜	担架	处置台
都市圈	956.000	156.000	715.000	312.000	1 787.000	287.000	2 300.000	84.000	726.000
1 小时圈(除都市圈)	4 154.000	799.000	2 250.000	1 518.000	5 755.000	1 575.000	7 203.000	557.000	3 298.000
渝东北	4 109.000	604.000	2 733.000	2 684.000	4 789.000	1 881.000	6 826.000	828.000	3 222.000
渝东南	1 365.000	87.000	398.000	784.000	1 239.000	328.000	2 135.000	81.000	491.000
总计	10 584.000	1 646.000	6 096.000	5 298.000	13 570.000	4 071.000	18 464.000	1 550.000	7 737.000
平均配置设备数	—	0.156	0.576	0.501	1.282	0.385	1.745	0.146	0.731

—:表示此项无数据。

表 3 2011 年重庆市基层医疗机构门诊/住院人次量

项目	门诊			住院		
	重庆		全国比例(%)	重庆		全国比例(%)
	诊疗人次数(n)	占总门诊人次 数比例(%)		入院人数(n)	占总住院人次 数比例(%)	
社区卫生服务中心	4 621 650	3.69	6.53	141 637	3.83	1.62
社区卫生服务站	1 076 552	0.86	2.19	432	0.01	0.28
街道卫生院	544 255	0.43	0.18	13 151	0.36	0.15
乡镇卫生院	24 669 187	19.69	13.82	1 289 581	34.84	22.54
村卫生室	36 075 388	28.79	28.58	0	0.00	0.00
总计	66 987 032	53.47	60.68	1 444 801	39.03	24.67

表 4 2010 年基层医疗卫生技术人员学历、职称、职业资格构成(%)

项目	社区卫生服务中心(站)		卫生院		村卫生室	
	重庆	全国	重庆	全国	重庆	全国
学历						
研究生	0.17	0.60	0.05	0.10	—	—
本科	10.76	18.40	3.81	5.60	3.49	4.91
大专	40.49	39.90	34.13	33.90	—	—
中专	33.34	35.90	43.86	52.20	76.02	74.74
高中及以下	15.24	5.20	18.16	8.30	18.73	19.12
职称						
正高	0.17	0.50	0.04	0.10	—	—
副高	2.25	3.80	0.76	0.80	—	—

续表 4 2010 年基层医疗卫生技术人员学历、职称、职业资格构成 (%)

项目	社区卫生服务中心(站)		卫生院		村卫生室	
	重庆	全国	重庆	全国	重庆	全国
中级	13.26	25.10	8.14	14.00	—	—
初级	31.24	59.60	27.45	74.30	—	—
无职称(含待聘)	53.09	11.10	63.62	10.80	—	—
执业资格						
执业医师	31.50	34.94	27.25	25.74	12.70	16.79
助理执业医师	14.47	8.59	21.58	17.70		
注册护士	29.57	32.15	20.76	22.40	0.79	2.64

—:表示此项无数据。

根据吴海峰等^[6]2010年抽样调研的武隆、南川、开县、南岸4地区20个基层卫生机构结果,每千人口拥有卫生技术人员数最高的主城区(南岸)与最低的渝东南(武隆)相差1.53倍。每千人拥有医师数最高主城区(南岸)与最低渝东南(武隆)相差1.38倍。调研机构医师还有3.82%没有医师执业资格,医护比例1.00:0.79,低于国家规定不少于1:1的最低标准,平均年收入仅2.29万元。根据何坪等^[7]2010年在渝中区专项调查结果,全科医生所占比例较小,仅为3.97%,全科医师平均1.15名/万人,未达到国家标准2~3名/万人。近3年新进医护人员91名(其中医生36名、护理55名),除6名退休外,26名主动离职(工龄最短为1后,最长10年),提示基层医疗机构队伍极不稳定。

3 建议

3.1 明确政府财政投入责任 基本医疗服务的属性决定政府承担主要责任。首先,享有基本医疗服务是国际公认的基本人权,保障城乡居民的基本健康权利是政府的责任。其次,基本医疗服务具有公共产品和准公共产品的经济属性,从政府和市场的责任边界来看,由市场提供基本医疗服务将带来提供不足或失去其公益性,政府必须给予财力保障基本医疗服务的提供。再则,政府提供基本医疗服务体现了党和政府坚持立党为公、执政为民、关注民生、改善民生的执政理念,是党和政府义不容辞的责任^[8]。

3.2 加快基层医疗机构标准化建设

3.2.1 加强基层医疗机构标准化建设,夯实基本医疗服务基础 市级财政要加大对基层医疗机构标准化建设转移支付力度,各区县要加强建设规划,切实补足建设经费,落实建设用地、相关费用减免等优惠政策,加快推进基层医疗机构标准化建设。

3.2.2 社区卫生服务中心与卫生院转变职能,加强社区卫生服务站和村卫生室一体化管理 社区卫生服务中心与卫生院要加快职能转变,落实“六位一体”功能,大力推行片区医生首诊负责制、签约式服务等体现全科医疗特征的“防治结合”的服务模式,在推进基本公共卫生服务均等化同时,提高基本医疗服务效率。社区卫生服务中心与卫生院要加快推进对社区卫生服务站和村卫生室一体化管理,通过技术指导、考核监管,规范社区卫生服务站和村卫生室的医疗服务行为,保证基本医疗服务质量。

3.3 加快推进基层卫生机构人事制度改革,吸引高素质人员落户基层

3.3.1 完善卫生人员编制标准 市编办、人社、财政、卫生等部门要按照基本医疗与公共卫生任务和流程、服务范围、居民公共卫生需要,确定基层医疗机构人员编制标准。同时,根据

居民基本医疗的卫生需求动态增加调整人员编制标准,保障基层医疗卫生机构正常运行。

3.3.2 建立能进能出的用人激励机制 卫生、编制、人社、财政等部门要加快推进基层医疗机构定编、定岗、定责、不定人的全员聘用制,建立岗位聘用、竞争上岗、合同管理和能进能出的用人激励机制。人事部门下放基层卫生人员人事管理权,将基层人员的招录考试交由卫生行政部门组织,考试内容主要突出基层医疗卫生服务需要,对连续3年考核优秀的聘用人员,按照相关程序经卫生行政部门审批可转为正式编制。

3.3.3 建立基层医疗机构人才引进激励机制 对自愿到偏远山区乡镇卫生院工作的医学专本科毕业生、硕士研究生,分别设立每月特殊岗位补贴,通过绩效考核按月发放。改革基层医务人员职称评定制度,单独建立基层医疗人员、公共卫生、护理人员职称评定序列,严格评定标准,实行评聘分开。参照大学生村官模式,对基层卫生人员建立退出机制,服务5~6年以后,通过考试,符合条件优先调至区县卫生系统工作或进行学历提升等^[9]。对基层卫生人员调入二级及以上公立医院或县级及以上医疗卫生服务机构,相关职称按要求予以转续。参照少数民族地区工作政策,对长期从事基层卫生工作的人员在工资、住房、职称等待遇方面、子女升学和参军与参公方面给予特殊政策,鼓励和吸引优秀人才到基层。

3.3.4 提高基层从事医疗卫生人员的待遇 对从事基本医疗与公共卫生人员给予全额拨款,实施具有激励作用的绩效工资,即按不低当地公务员平均水平的“托底不限峰”政策,鼓励多劳多得、优劳多得,并根据经济发展水平逐年调整标准,实行动态管理。建立健全体现“向重点岗位和骨干人才倾斜”的绩效考核分配制度,充分调动广大医务人员积极性。对工作成绩突出的业务技术骨干可探索建立年薪制^[10]。建立健全乡镇卫生院、社区卫生服务机构人员的养老、医疗、工伤、失业保险和住房公积金等社会保障制度。

3.4 完善卫生人才培养体系,提高基层卫生人员素质

3.4.1 加大基层卫生人才培养投入 市财政要不断加大卫生人才培养专项资金投入,区县政府每年预算不低于50万元的卫生人才培养专项经费,各级医疗卫生机构至少要按照业务收入的1%提留卫生人才培养专项资金,切实保障卫生人才培养需要。

3.4.2 加强在职培训,提高实践技能 卫生行政部门要整合培训资源,建立基层卫生人才培训基地、专职师资队伍,有计划、有组织、分层次地开展基层医务人员在岗培训、继续医学教育、上派进修、实践技能培训等。进一步完善岗位继续医学教育的管理制度,将在岗培训与医务人员的考核、聘用、晋升、任职、执业再注册、绩效工资等挂钩。(下转第4265页)

制作和成果展示这个过程转变。从学生提问看,是从学生对于学科学习提出认知过程中的结构性问题,到探究过程中的探究性问题,问题深度和广度有很大的区别。从教师利用微视频进行教学研究看,是从了解教学规范,到“反客为主”阶段发现学生创新和问题的转变,也是从教学设计和教学应用分离,到“反客为主”阶段学生制作指导中教学设计和教学应用密切配合的转变。

因此,从教和学的角度看,学生“反客为主”式的学习过程和教学过程,为“探究式学习”和“对话式教学”创造了良好的条件。“探究式学习”是学生在科学课中自己探索问题的学习方式,与传统的课堂教学相比,特征是有来自学科领域或者现实生活中的研究主题,运用类似于学术研究的方法,学生自己或者群体去发现问题、调查收集、实验论证的积极的学习过程;在这个过程中,信息技术对于“探究式学习”发挥的作用是创设问题情境、呈现过程、拓宽视野,对于大学生而言,则主要是拓宽视野^[10]。有人用“最好的教学是对话式教学”来表达对“一言堂”的不满,认为对话式教学能够激发学生求知欲为和智力潜能,关键在于传统式教学教师是静态的处理教材、教参和教案,“对话式”教学教师是充分考虑了学生的认知水平、情感和思想^[11]。因此,对话式教学能否成功的关键是对话中“话题”的来源。话题形成的原因包括学生阅读后的疑问,包括联系实际问题产生的困惑,也包括对于不同学术观点的评判标准。

参考文献:

[1] 梁乐明,梁锦明.从资源建设到应用:微课程的现状与趋

势[J].中国电化教育,2013,8(319):73-76.

- [2] 龙丽娟.何为微课程——三类“微课程”的对比分析[J].中小学电教,2013,9(6):19-21.
- [3] 高佳乐.浅析微课程支撑下的翻转课堂[J].中国教育技术装备,2013,10(30):93-94.
- [4] 余剑波,王陆.微课程设计的点链圈(PLC)模型研究[J].远程教育杂志,2013,5(218):32-36.
- [5] 李巧芳,杨文美.我国微课程研究现状及发展趋势分析[J].中国教育技术装备,2013,10(30):13-15.
- [6] 金陵.从联系中看 MOOC、微课和微课程[J].中国信息技术教育,2013,14(6):33.
- [7] 张林.任务驱动教学法的理论与策略研究[J].教书育人,2013,36(12):90-91.
- [8] 李庆丰.夯实高校课程改革 着力创新人才培养[J].中国高等教育,2012,65(7):29-32.
- [9] 马巧云,刘同生,张晓梅.大学数学的任务驱动型教学模式研究[J].中国电力教育,2014,30(2):119-120.
- [10] 李冬梅.信息技术对启发式教学、探究式学习的促进作用[J].教育实践与研究,2013(28):62.
- [11] 杨任勤,苏克霞.走向交流与对话的教学——对话式教学探析[J].宁夏教育科研,2013,28(1):48-49.

(收稿日期:2014-02-20 修回日期:2014-06-22)

(上接第 4261 页)

继续实施对口支援的完善机制。

3.4.3 加快全科医师培养 各医学教育高等院校要积极改革医学教育专业设置,加快“防治结合型”的全科医师培养。根据目前基层卫生人才队伍的现状,可开设全科医师本专科国民教育,全科医学专业的大专、本科成人教育、全科医师专业学位研究生培养等^[11-12]。现阶段,积极开展“卓越医生培养计划”和本科“5+3”和专科“3+2”全科医师培养模式改革,实施住院医师培养和专科医师(全科医学科)准入制度。

3.4.4 推进面向基层的单定向医学生项目 力争通过 3 年努力,继续并完成农村订单定向医学生免费培养 1 000 名,使每个乡镇卫生院新增 1~2 名医学专业大学生,为欠发达地区乡镇卫生院(社区卫生服务中心)招聘执业(助理)医师 500 名。

3.4.5 加强高层次领军人才培养 以重点学科建设和国家级、市级重大科研项目为依托,培养一批有重大项目组织协调能力和有专业领域发展开拓引导能力的全科医学领军人才。以市级医疗卫生单位内设研究机构、市级攻关科研项目和省级学术技术带头人、后备人才和创新人才为依托,培养在市内外有影响的中青年学术技术带头人。从而创新全科医学教育和社区卫生服务方面的技术及方法,推进我市社区卫生服务的可持续发展。

参考文献:

- [1] 赵宁,张宗久,陶红兵,等.基本医疗服务的内涵及其外延的界定探讨[J].中华医院管理杂志,2014,30(4):241-243.
- [2] 重庆市卫生信息中心.2012 年重庆卫生统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2012:22.

- [3] 重庆市卫生信息中心.2011 年重庆卫生统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2011:46.
- [4] 曹朝伏,郑兴荣,刘菊玲.西安市 2011 年妇幼保健机构卫生人力资源现状分[J].中国妇幼健康研究,2013,24(4):624-627.
- [5] 高开焰.安徽省基层医疗卫生机构补偿机制改革现状及分析[J].卫生经济研究,2012(1):4-8.
- [6] 吴海峰,何坪,潘伦,等.基于能力角度对重庆市基本公共卫生服务的思考[J].中国全科医学杂志,2013,(4):62-65.
- [7] 何坪,刘平,潘传波,等.基层医疗卫生机构综合配套改革与实践:以重庆市渝中区为例[J].重庆社区卫生,2012,(4):13-17.
- [8] 邢海燕,李海玉,高向华,等.流动人口基本公共卫生服务均等化调查[J].中华医院管理杂志,2011(273):201-204.
- [9] 赵郁馨.中国基本卫生服务筹资研究[M].北京:卫生部卫生政策法规司,2007:43.
- [10] 吴春容.社区卫生服务的体系建设[J].中国全科医学,2006,9(5):365-366.
- [11] 何坪,邓宇,罗利刚,等.基于全科医师职业能力的专科层次临床医学专业(全科医学方向)课程体系研究[J].中国全科医学杂志,2011,14(9A):75-78.
- [12] 何坪,邓宇,罗利刚.重庆市专科层次临床医学专业培养现状分析及对策研究[J].中国全科医学杂志,2011,14(12A):81-83.

(收稿日期:2014-04-10 修回日期:2014-07-20)