

· 讲 座 ·

我国口腔卫生服务系统及人力资源发展趋势

胡德渝 叶咏梅

卫生服务系统是综合各种措施为患者提供保健的组织系统,也是将患者和提供保健者相结合的组织机构,其功能是提供保健和派出各种卫生人员。

1 我国口腔卫生服务系统的特点

目前我国的国情是人多,病多,经济欠发达,医疗保健服务体系尚未完善,医疗保险工作刚起步,宏观调控能力不强,管理体制不完善,人力资源与经济、科技的发展不相适应,而卫生经费投入不足,预防保健工作形势严峻。当前我国多数口腔卫生人力资源集中在口腔医学院校、专科医院以及各级医院口腔科等国家事业单位(表1),优点是保证了一定的覆盖面。其缺点是专业化口腔卫生机构少,口腔卫生人力资源分布与社会经济发展、科技发展不相适应,预防保健工作水平较低,与社会客观需求不相适应,还存在计划经济的弊病,缺乏灵活性,口腔医务人员积极性差。

表1 口腔医疗机构及病床和医务人员分布 (1995~1997年)

Tab 1 The distribution of dental hospitals and dentists (1995~1997)

医疗机构	医院(所)	病床(张)	医务人员(人)
院校附属口腔医院	13	980	3728
口腔专科医院	68	1781	7997
县以上医院	14 800	*	*

* 未统计

然而国外不同,如美国以私人开业为主体制的优点是医生和患者能相互自由选择。医生自己决定为患者服务的时间及数量。当保健工作需要时,可根据情况决定增加服务时间还是增加费用,或两者均增加。但私人资本投资的体系有内在经济刺激作用,其选择的开业地点趋向高收入地区,导致分布不均衡,对弱势群体如低收入、残疾人等不能提供服务。美国70年代开始发展牙科医疗保险。

信息化时代和世界经济大环境要求卫生保健系统提供高速增长的高质量保健服务和复杂的补偿机制。这一趋势使牙科与大医学的关系越来越密切^[1]。我国初级口腔保健服务的提供及其私有化发展速度将同时加快。一方面加强社区保健、初级保健,各种体制口腔诊所将增多,特别是私

人口腔诊所增多,促进预防工作的发展。另一方面是高科技成果的导入,将采用更多的高科技产品并促进牙科复杂技术的发展。牙科医疗卫生保险也将在21世纪迅速发展。

2 口腔保健费用支付

我国卫生经费及与国民生产总值的比值都很低,近年比值均小于3%(表2),口腔保健费用水平很低。发达国家的比值高,美国为14%。我国部分省市口腔卫生经费仅占医药经费的1%~2%。美国的牙科支出一般为全部医疗支出的5%~15%,近年稳定在医疗总经费的5%^[1,2]。

表2 我国卫生经费与国家财政开支比值(1991~1998年)

Tab 2 Health care expenditure in the national finance expense(1991~1998)

统计年	卫生经费(亿元)	财政预算(亿元)	比值(%)
1991	86.40	3813.6	2.27
1992	107.81	4389.7	2.46
1993	119.38	5287.4	2.26
1994	146.00	5748.0	2.54
1996	187.57	7937.6	2.36
1998	282.80	10793.9	2.62

我国2000年享受公费医疗或劳保医疗者约2.3亿人,占总人口的17.7%。公费及劳保医疗费用占医疗总支出的42.5%,高达400亿元,较前一年递增23.3%,超过同期国家财政支出的递增速度(12.5%)。因此,国家近年进行医疗卫生改革,走社会医疗保险之路。口腔保健也将从公费医疗和患者直接支付向社会医疗保险、口腔保健组织和第三方支付发展。21世纪这一趋势将会加速发展。

3 我国口腔卫生人力资源

3.1 我国口腔卫生服务系统人力资源特点

我国口腔卫生人力资源不足。从1991年卫生部公布的资料(表3)^[3]可见,口腔医生与人口之比为1:5万。按近年口腔医学毕业生人数计算,目前约有口腔科医生3.2万~4万(含中专毕业医士晋升医生)。口腔科医生与人口之比约为1:3万~1:4万,与发达国家小于1:2000相差甚远。口腔卫生服务系统人员结构不合理并资源利用率不

高。现有口腔卫生人员高、中、低级的结构和层次不合理,比例失调。受高等教育者从事部分中、低级专业人员的工作,浪费了宝贵的人力资源。现有医院体制使口腔科医生积极性不高,人力资源利用率低。人力资源城乡分布不均衡。目前随市场经济的发展,城乡分布不均衡更趋明显。口腔卫生人力资源转移并浪费。因上述问题导致5%以上的口腔科医生转业从商、改行。口腔卫生人力资源不适应社会及科技发展。口腔卫生人员除数量外,工作、学习、进修的条件差,阻碍了人员素质提高和发展。

表3 中国口腔卫生人力资源状况(1991)

Tab 3 Dental manpower in China (1991)

职称	人数	构成比(%)
口腔医生	23725	38.62
口腔医士	16643	27.09
口腔技师	8120	13.22
口腔技士及技工	12923	21.03
其它	27	0.04
总计	61438	

3.2 口腔医学教育

建国以来,我国口腔医学教育事业已得到长足发展,但学生数量少,教育水平不均衡,层次比例失调(表4、5)^[4,5],仍不能适应口腔卫生事业发展的要求及21世纪对口腔医学教育的要求。近年来,我国各地加快了口腔医学专业的建设,目前已有47个口腔院系,招生规模迅速扩大,特别是博士、硕士研究生的招生数量更是成倍上升。

表4 中等医学及口腔医学专业人才培养统计(人)

Tab 4 Dental education in middle medical school

专业	1995年		1997年		1999年	
	毕业	招生	毕业	招生	毕业	招生
口腔医学	1410	1902	2033	2006	*	*
医学	75584	117257	119323	129639	137255	175854
比值(%)	1.87	1.62	1.70	1.55		

* 未统计

表5 医药院校学生统计(1999)

Tab 5 Medical and dental student graduated (1999)

院校	院校(所)	在校生(万人)	毕业生(万人)
高等医药院校	118	32.92	6.15
中等医药学校	525	52.42	13.73
口腔院系	38	0.60	0.11

3.3 解决人力资源与需求矛盾

21世纪社会需要以科技发展来调整口腔保健服务的需求,促进预防保健的发展而不是昂贵的治疗。为此,需要提高医生工作效率,促进卫生服务系统提高服务效率。还应

加强对牙科服务的研究,避免无效保健服务,适当培训辅助人员并更好地发挥他们的作用。

4 口腔卫生保健体制改革和发展

卫生服务、健康、经济三者间相互促进且关系密切。受当前全球经济及竞争的影响,全世界面临卫生改革,保健费用的改革是重要的一环。患者看病直接付钱的方式对高质量牙科保健有负面影响。保健管理系统(manage care)正促进牙科界重新检查口腔卫生服务系统,争取以患者能够支付的价格获得高质量的保健。近年美国卫生改革将重点转向初级保健服务,以期降低费用、增加基本医疗服务,传统开业模式也将发生改变,由医生单独开业行医转变为多学科专家组合开业,共享诊所资源和信息系统,加强集团购买优势及专业管理,为口腔保健提供相应合理的价格^[6-8]。今后我国私人牙医将从单个行医逐渐向牙科服务组织发展。

我国为了达到人人享有卫生保健的目标和适应医疗服务模式的转变,在城市推行城市职工医疗保障制度、全科医生和社区卫生服务体系,农村则实行农村合作医疗制度,建立初级卫生保健网,作好农村预防保健网、乡村医生队伍、合作医疗制度等农村卫生工作三大支柱的建设。在农村开展口腔保健工作是一难点。今后应依托原有保健网建立口腔预防保健网,培训乡村医生,将口腔保健纳入农村合作医疗制度。此外,应强调口腔保健体系的社会效益,公平地向患者提供口腔保健服务,确保服务质量,提高口腔卫生资源利用率,合理控制医疗费用。

参考文献

- George GM, Morganstein WM. Community Dental Health. 4th ed, St. Louis: Mosby, 1998:9~23
- Brian BA, Eklund SA. Dentistry, Dental Practice, and the Community. 5th ed, Philadelphia: Saunders, 1999:37~39
- 中华人民共和国卫生部. 中国卫生年鉴. 北京:人民卫生出版社, 1992:638
- 中华人民共和国卫生部. 中国卫生年鉴. 北京:人民卫生出版社, 1997:155
- 中华人民共和国卫生部. 中国卫生年鉴. 北京:人民卫生出版社, 2000:466
- American Dental Association. The 1996 survey of dental practice. Chicago: ADA, 1997
- Douglass CW, Day JM. Cost and payment of dental services in the U.S. J Dent Educ, 1979, 43(1):7~10
- Garrison J. Purchasers and payers: Who's driving the market? J Dent Educ, 1996, 60(4):356~359

(1999-09-08 收稿, 2002-08-23 修回)

(本文编辑 邹玲莹)