

政 府 创 新 系 列 丛 书

区域协同、

科学发展与社会和谐

主 编 戴桂英
副主编 徐 林 王诗宗



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

政 府 创 新 系 列 丛 书

浙江大学MPA论文集□第一辑

区域协同、 科学发展与社会和谐

主 编 戴桂英
副主编 徐 林 王诗宗



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

区域协同、科学发展与社会和谐 / 戴桂英主编. —
杭州: 浙江大学出版社, 2011. 11
ISBN 978-7-308-09249-4

I. ①区... II. ①戴... III. ①社会科学—文集 IV.
①C53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 217652 号

区域协同、科学发展与社会和谐

主 编 戴桂英

责任编辑 余健波
封面设计 张作梅
出版发行 浙江大学出版社
(杭州天目山路 148 号 邮政编码 310007)
排 版 浙江时代出版服务有限公司
印 刷 临安市曙光印务有限公司
开 本 710mm×1000mm 1/16
印 张 28
字 数 533 千
版 印 次 2011 年 11 月第 1 版 2011 年 11 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-308-09249-4
定 价 55.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部邮购电话 (0571)88072522

造就西部大开发
人才的摇篮

曹全树

政府创新系列丛书编委会

(以姓氏笔画为序)

王诗宗	包迪鸿	何文炯	吴次芳
郁建兴	姚先国	徐 林	戴桂英

前 言

浙江大学是我国首批试办 MPA 教育的 24 所院校之一,截至 2011 年共招收 MPA 学生 2257 人,其中西部地区 602 人,共有 1352 人毕业,其中西部地区 368 人。为了更加系统全面地展现学生的成果,促进、东西部公共管理部门之间、学生之间更加深入、全面地交流,浙江大学 MPA 教育中心组织教师从近三年毕业的 MPA 学生论文中选取了 30 篇,编辑完成《区域协同、科学发展与社会和谐》一书。全书分为公共服务、社会管理、转型升级、城乡统筹、行政改革和区域协调六个专题,每个专题都包含东、西部公共管理实践中成功的案例,并实际上构成了一种比较研究。论文集将形成系列,每隔几年出版一期。

我们将有代表性的论文汇编出版,主要出于以下几个方面的考虑。首先,促进 MPA 教育的本土化。MPA 教育是“舶来品”,所使用的教材、案例等教学内容大多数是基于西方历史经验基础的,如何将西方公共管理的前沿理论与中国实际相结合,增强学生解释、解决中国实际问题的能力,一直是 MPA 教育界和公共管理学界不断探索的问题。本书针对当前的重要实践话题,取材于学生的论文,从不同角度诠释了公共管理的实际问题。其次,促进东、西部公共管理资源的交流。中国经济社会发展存在着严重的地区不均衡,加强区域之间公共管理资源的交流与沟通,促进区域协调发展,是当前政府面临的重要问题。本书从不同角度,系统、全面地展示公共管理领域东、西部政府之间的政策比较,探索政策的异同点。最后,为 MPA 教学提供鲜活的案例。浙江大学的 MPA 培养强调实践性,要求学生的论文选题围绕工作中的实际问题,使学生的理论研究与实际工作紧密结合在一起。特别强调学生的论文要注重东、西部地区政府管理实践的比较研究,借鉴东部经验,促进西部发展。本书的案例都是从学生的毕业论文中精选的,希望能够为 MPA 教学提供更加丰富的素材。

为了保证质量,论文作者与其导师放弃暑假休息时间,对论文进行了修改和提升,在此,我们衷心感谢他们的辛勤劳动。由于时间仓促,本书有很多不完善的地方,还请读者给予批评和指正。

目 录

一、公共服务

社区卫生服务机构收支两条线改革研究——以杭州市下城区为例	(3)
西部城市政府门户网站公共服务研究——以昆明市“在线办事”为例	(16)
教育培训消费券政策完善研究——以杭州市为例	(33)
中国水务行业民营化改革:竞争与规制	(51)
新农村建设背景下乡镇政府公共服务能力研究 ——以浙江省德清县为例	(64)

二、社会管理

浙江省行业性工资集体协商机制的发展与完善	(83)
涉网公共危机成因分析及对策研究	(94)
城市流动人口犯罪问题研究——以杭州市为例	(107)
物业管理纠纷调解处理中的政府作用	(120)
公共危机管理中非强制行政行为的运用与问责	(133)

三、转型升级

全球价值链视角下地方产业集群升级研究 ——以杭州高新区安防产业集群为例	(147)
重庆都市圈经济一体化研究	(160)
慈溪市产业集群发展与政府作用研究	(173)

昆明市创新型企业创新能力评价与对策研究	(188)
西部地区特色优势产业选择——以宁夏为例	(204)

四、城乡统筹

杭州市外来务工人员住房政策研究	(223)
GIS与城乡规划管理优化研究——以浙江省奉化市为例	(241)
回流农民工社会养老保险制度创新——基于城乡衔接的视角研究	(258)
地方政府在统筹城乡公共卫生服务体系建设中的作用 ——基于云南省红河州的研究	(272)
现阶段农村土地流转制约因素分析及政策建议 ——基于四川省南充市的实证研究	(285)

五、行政改革

“扩权强县”背景下湖北省乡镇综合配套改革研究——以 X 县为例	(301)
西部地区农民利益表达渠道问题研究——以四川省为例	(314)
新形势下降低行政成本的路径选择 ——以杭州市建设节约型机关为例	(328)
我国出口水产品及安全监管问题研究——以舟山检验检疫为例	(340)
我国行政紧急权及其法制建设研究	(353)

六、区域协调

西藏县域经济发展瓶颈与对策研究	(369)
西部县域人力资源结构优化对策研究 ——基于营山县人力资源结构优化研究	(382)
资源型城市的孤岛效应分析与破解——以攀枝花市为例	(397)
高新区对城市化的影响及其发展问题研究——以陕西宝鸡为例	(410)
从贵阳“浙江商城”的兴衰看投资软环境的改善	(424)
跋	(436)

一 公共服务

公共服务供给是当代政府的基本职能。当前,我国正处于一个从发展型政府向服务型政府的转变过程中;在其中,政府的基本职能定位将发生本质性变化,为此,财政结构、权力结构、央地关系调整势在必行。然而,由公共管理的视角看,在既定制度框架下,如何通过政策内容调整、政策工具创新,实现更加相对完善的公共服务,构成了一个更为现实的研究领域。按照当前我国各级政府在公共服务方面的职能划分,地方政府显然更直接地承担着财政支持、政策设计和执行的职责。因此,以地方为主要研究领域,以政策内容和政策工具渐进性创新为主要研究内容,对我国公共服务展开研究,显然是非常必要的。本专题选取的一组论文正体现了这样一种研究倾向。尽管政府转型是一项长期的、系统性任务,其内容远远超过了较微观的政策层面,其困难也远不止于我国公民对公共服务巨大需求,然而这些论文依然可为地方政府特定公共服务改善提供启发。更为重要的是,这些论文也关怀着公共服务的一般机制,因此对政府的转型的普遍性借鉴意义也应得到重视。

社区卫生服务机构收支 两条线改革研究

——以杭州市下城区为例

李 侃

发展城市社区卫生服务是解决城市卫生服务问题的重要举措,也是卫生改革的重要组成部分和关键。2005 年我国城市医疗服务体制改革试点开始启动,引发了从政府到社会各界对社区卫生服务机构管理模式的讨论。2006 年,时任卫生部部长高强就如何把医疗费用控制在较低水平的问题,提出了“收支两条线”的办法。当年起在广州、重庆等 8 省市 11 个县区开展试点,杭州市下城区是试点城区之一。收支两条线的基本思路是,把社区卫生服务机构的收入全部上缴财政专户,机构的所有支出由社区卫生服务机构提出,经财政核准后列入预算。通过这种运行模式,可以促进医务人员的经济利益与服务收入脱钩,抑制医生通过开单提成的欲望,并实行部分甚至全部药品的零差率销售,从而降低医疗费用,提高卫生服务质量,吸引群众前往社区卫生服务中心就诊,建立社区卫生服务机构与大医院之间的双向转诊关系,提高社区卫生服务的使用效率,从而缓解看病难的问题。经过 3 年左右的实践,收支两条线已经基本成为一种比较稳定的模式,得到认同。但是在逐步推广的过程中,也仍然需要对这一改革的运作进行深入的研究。

一、杭州市下城区的社区卫生服务机构收支两条线改革实践

杭州市社区卫生服务工作起步于初级卫生保健工作,从 1991 年开始探索适合本地实际情况的城市初级卫生保健模式,以“社区康复”为城市初级卫生保健的龙头,通过实践,逐步探索出杭州市社区卫生服务的方法和模式。1996 年杭州市政府明确社区卫生服务属于城市市政卫生服务体系改革的重要组成部分;1999 年提出,到 2010 年要在全市建立起适应社会主义市场经济、不断满足人民群众日益增长的医疗保健需求、功能较完善的社区卫生服务体系,并给予社区卫生服务相应的政策支持。2005 年 12 月进一步明确了社区卫生服务是政府公共服务职能和政府提供公共服务的平台,是积极构建医疗服务体系、公共

卫生服务体系的双重网底。

2000年以来,杭州市不断加强社区卫生服务网络建设。将社区卫生服务发展纳入城市社区建设总体规划统筹实施,财政投入力度不断加大,2005年城区社区卫生财政投入为15万元/万人,每年递增5万元,同时,对非户籍常住人口按常住人口补助标准的50%安排经费。在下城区,6个社区卫生服务中心已经全部纳入城镇职工基本医疗保险,并制定了社区卫生服务机构就诊的自付比例比二、三级医院下降4%至8%的优惠政策,有力地引导和支持了社区卫生服务的发展。民政部门积极探索针对社区居民中特殊人群(下岗职工、残疾人、孤寡老人等)的医疗救助工作形式,通过建立慈善基金、开展爱心社区卫生服务站等活动,开展社区医疗救助,为社区卫生服务保障模式的建立奠定了良好的基础(何华明,2007)。到2008年底全市已建立社区卫生服务机构640个,未设服务站的社区设立了125个以慢病随访、保健咨询、健康教育为主要内容的社区卫生服务室,社区卫生服务覆盖率达100%。在全市成立了“慈善医院”性质的“社区卫生爱心医疗服务站”,基本构筑起布局合理、功能健全、方便群众的较为完善的社区卫生服务网络。

下城区地处杭州市城区中心,辖8个街道71个社区,户籍人口35.7万人,外来流动人口约17万人,区内现有各级各类医疗卫生机构196家,其中街道社区卫生服务中心6家,都是政府举办的公立机构,除1个中心为自收自支单位,没有财政补助以外,其他5个中心都是财政适当补助单位(即差额补助事业单位)。率先开展试点的长庆潮鸣社区卫生服务中心80%以上的医生、90%以上的护士都已参加了全科岗位培训,并已经按照每1000~2000人口配一名社区责任医师的原则,组建了12个社区卫生服务团队,社区人才队伍建设在全国处于领先水平。

尽管有着较好的发展基础,但是由于社区卫生服务机构主要以医疗业务收入来维持运转,而业务收入大多数又来源于药品收入,这就造成了社区卫生服务机构不是以社会效益为导向,而是以经济利益为导向,重医轻防、过度医疗,群众看病难、看病贵问题难以解决。另一方面,杭州市区省、市级医院众多,在医疗价格相差不大和医疗保障报销政策相差都不大的情况下,人们自然愿意选择更高级别的医院就诊,造成省、市级医院人满为患,看病难问题日益严重,社区卫生服务机构却处于吃不饱的状态,陷入恶性循环。“小病到社区,大病到医院”的城市分级医疗中存在的内在性问题没有很好解决。这种医疗卫生服务的困境具有相当的普遍性,也是制约社区卫生服务发展的瓶颈。

为破解社区卫生发展的瓶颈,下城区自2006年1月份开始在长庆潮鸣街道社区卫生服务中心进行收支两条线改革试点,并从同年10月1日起在全区

社区卫生服务机构全面实施。试图通过社区卫生服务收支两条线改革,完善社区卫生服务机构运行和补偿机制,建立起一个以社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与医院、预防保健机构分工合理、协作密切的高效、经济、公平的新型城市社区卫生服务模式,努力满足广大人民群众日益增长的医疗卫生服务需求。

(一)明确机构性质定位

明确社区卫生服务机构是落实政府公共卫生和基本医疗服务的基础单位,是政府主办的公益性质事业单位,并核定为财政补助事业单位,不以营利为目的,机构工作人员原有事业身份不变,人员经费、运作经费和其他各项经费纳入财政预算管理,业务收入全部上缴区财政,支出由区财政按照预算拨付。

(二)转变服务职能

社区卫生服务门诊机构向一级大科过渡,向与全科医师团队服务相配套的全科诊室设置过渡,全科医师团队以家庭责任医生为骨干,以团队协作为基础,以社区妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人、贫困居民的健康保健为重点,以主动服务、上门服务为主,积极开展社区居民传染病的有效防控和慢性病(高血压、糖尿病、结核病、精神病等)适宜技术应用,为社区居民提供全方位的、基本的、适宜的、质量较优良的健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术指导服务和一般常见病、多发病的诊疗服务,社区卫生服务模式和内容逐步向综合型、主动型转变。

(三)确定人员岗位编制

以社区卫生服务中心承担的职责任务、服务人口、服务半径及设置康复床位等因素为核定依据,按照精干、高效的原则定岗定编。确定每万名居民配备工作人员 13 名(含康复床位医务人员),其中全科医师 3~4 名、公共卫生医师 1 名,在医师总编制内配备一定比例的中医类别执业医师,并同比例配备护士。中心主任、副主任由卫生局聘用,其他工作人员则根据工作需求和设置相应的岗位,采用定编不定人的办法在编制范围内实行公开竞聘,并在“平等自愿,协商一致”基础上签订聘用合同,明确双方权利和义务。社区卫生服务机构对聘用人员全面考核每年不少于两次。对于考核不合格的受聘人员可以调整岗位。对不同同意调整岗位,或者虽然同意调整工作岗位,但到新岗位后考核仍不合格、无法胜任工作的,社区卫生服务机构可以与之解除聘用关系。

(四)明确收支预算编制和管理

区财政局、卫生局共同设立银行基本账户,并在卫生局设立财务管理办公室,负责对社区卫生服务中心资金进行统一的收支核算、收缴和拨付。中心的

所有收入全额上交区财政专用账户,社区卫生服务机构工资、津贴、目标考核奖和住房公积金等按照原有标准测算并核定;养老、医疗、工伤、失业等社会保险和社会福利由政府财政承担;业务用房、基本设备、工作经费等由政府安排,并纳入财政预算。

区卫生局成立“下城区社区卫生服务中心财务管理办公室”,负责对社区卫生服务中心收支进行统一核算和拨付;社区卫生服务中心按规定编制收支预算,并按批准的预算合理使用卫生经费,保证基本医疗和预防保健的支出;财政部门根据公共财政相关规定,审定财政预算,确定补偿标准。

区财政部门根据全年批准的预算总额按预算执行的进度全额拨付至卫生局财务管理办公室,区卫生局先下拨 90%(不含药品、卫材成本及应缴纳的各项保险),其余部分经年终考核后视考核结果一次性拨付。

收入预算编制:收入包括医疗业务收入和其他收入。业务收入按照本单位上年度业务收入实绩为基础,按照均费双控的要求以及社区卫生服务项目变化等因素进行综合平衡后予以确定,其他收入的编制则参照本单位上年度其他收入的实绩予以编制。

支出预算编制:支出包括人员经费、工作经费、社会保险、社会福利、修购及设备添置资金等。其中人员经费按照每万人口配备 13 名工作人员的编制核定,工资和社会保险缴费按照国家规定标准执行,奖金按照上一年度人均奖金乘以编制内核定的实有人数编制。卫生材料和水电支出按照上一年度的支出占业务收入的比例乘以预算业务收入来计算。公务经费按照上年度实际发生数审核编制。业务招待费按照医疗收入 3‰ 的标准编制。其他基本建设、修购及设备支出由中心提出计划申请,卫生局、财政局根据区域卫生规划的发展、服务数量与质量的需求,确定专项经费预算额。

(五)调整考核分配制度

根据“按岗定酬、按任务定酬、按居民满意度定酬”的原则,建立起重实绩、重贡献,向优秀人才和关键岗位倾斜,有利于基本医疗和社区卫生服务有序发展的分配激励机制。机构职工的收入与机构收益、科室收益“双脱钩”,实行档案工资与绩效工资分轨制,推行岗位工资和绩效工资为主要内容的收入分配办法,在保证社区居民能得到全方位、多层次、高质量的基本医疗和社区卫生服务的前提下,按照开展公共卫生服务和基本医疗服务的范围、服务数量、服务质量、居民满意度以及医药费用控制等指标进行考核,实行定性与定量考核相结合,聘期考核与定期考核相结合。使工作人员的收入与其岗位职责、工作业绩和实际贡献紧密联系起来。考核结果也作为续聘、解聘或者调整岗位的依据。

在社区卫生服务中心的绩效考核指标中,内部管理类指标占 10%,社区卫生

生与公共卫生服务指标、社会满意度指标各占 35%，医疗质量和医疗业务指标占 20%。社区卫生“六位一体”的服务功能和群众满意度被放在了显著的地位。同时，对医疗业务指标要求有所调整，要求门诊人次、住院人次同比有增长，而人均医疗费用、人均药品费用等同比有下降（具体指标随年份不同各有不同）。

（六）部分基本医疗用药零差率销售

试点中心所有药品、一次性卫生材料和医疗仪器均纳入省、市药品集中采购，并按省物价局规定的“顺加作价”原则定价，零差率药物参照《浙江省城镇职工基本医疗保险基本用药目录》、《浙江省乡村医生基本用药目录》和试点中心实际临床用药情况设定，确定了 17 大类 200 种基本医疗用药对所辖社区居民实行零差率销售。自 2006 年 10 月 1 日起在全区社区卫生服务机构全面实行七大类 200 种基本医疗用药零差率销售并逐步扩大到 300 种。

二、杭州市下城区收支两条线改革成效分析

（一）医疗服务量的变化

2006 年上半年试点期间，试点中心 1～6 月份门诊量同比增长幅度达到 9.10%，对照中心同比增长为 2.3%，试点中心的增长幅度几乎是对照中心的 4 倍。全面实施收支两条线以后，中心门诊量呈现持续性增长（表 1）。这表明实施收支两条线以后，本来流向市级、省级医院的门诊病人出现了“回归”。从社区卫生服务的理念来讲，这是促进病人的合理分流，是社区卫生服务所期待出现的理想结果。

表 1 下城区社区卫生服务机构门诊业务情况统计表

年 份	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年
门诊人次(万人)	120.90	129.82	135.75	165.69
门诊次均费用(元)	119	113.1	109.64	107.37
门诊业务收入(万元)	12966.72	14683.31	15045.01	17821.98

与省、市级医院相比较，在诊疗技术、设备、人员资质等方面都不占优势的社区卫生服务机构，吸引门诊病人回归的关键就在于方便和廉价。从表 1 也可以看出，实施收支两条线以来，在社区卫生服务机构就诊的门诊次均费用呈现逐年下降的趋势，但是由于门诊人次的增长幅度较大，门诊业务收入还是呈现逐年上升的趋势。

(二)公共卫生服务量的变化

卫生局大力推广“机构围着社区转,医生围着居民转”的理念,推出了全天候延时工作制、契约式家庭医疗服务、居民健康短信服务平台、家庭保健等服务。改革后的同期对比数据显示,医务人员下社区的有效工作日同比增加了2.03倍,进家庭服务人次同比上升1.37倍。

公共卫生服务是基层卫生的重要组成部分,具体包括组建责任医生团队,为社区居民建立健康档案,开展60岁以上老年人保健、高血压糖尿病等慢性病随访和康复治疗,以及传染病控制、妇女儿童保健、健康教育、计划生育技术指导等共计三大类12项公共卫生服务。这些项目基本上属于公共产品或准公共产品范畴,不产生直接经济效益,社区卫生服务机构普遍缺少提供此类服务的动力。实施改革后,社区卫生服务和公共卫生服务被提到重要的位置,通过绩效评估机制的调整,公共卫生服务工作量明显上升。从为60岁以上老年人服务人次、高血压病人和糖尿病人管理人次、上门诊疗服务人次四个主要衡量指标来看,都呈现明显的持续上升趋势(表2)。

表2 下城区社区卫生服务机构公共卫生服务情况统计表

年 份	2006 年	2007 年	2008 年
为 60 岁以上老年人服务人次	53157	58216	73650
居民糖尿病管理人次	7634	8795	14344
居民高血压管理人次	42099	49194	61115
居民上门诊疗人次	2380	5750	5460

综合医疗业务量和公共卫生服务量两个方面的变化情况,实施收支两条线改革后,并没有出现曾经担心的“吃大锅饭”、“混日子”等低效率现象。我们认为,这主要得益于适当的内部绩效考核机制。在保证员工应得利益的基础上,对原先的考核机制进行了较大的调整,突出了工作量(特别是公共卫生工作量)指标、工作质量指标(包括对门诊处方值的控制等)和社会满意度指标。因此,通过适当的绩效考评机制设计,所谓低效率的担忧完全是不必要的。

(三)社区卫生服务机构经济运行及政府投入情况

严格来讲,实行了收支两条线以后,社区卫生服务机构应该不再存在所谓“收支结余”,但是为了衡量机构经济运行情况,在此仍然沿用了这一概念来进行分析。如表3(表中政府投入部分不包括人员经费及基本建设等投入),实行收支两条线改革以后,社区卫生服务机构收支结余迅速下降,出现了“亏损”。但是政府给予的财政支持还是非常有力的,确保了社区卫生服务机构的运行不

至于因为收支结余的亏损而陷入困境,同时,机构人员的收入也能够稳定增长。

表 3 下城区社区卫生服务机构经济运行及政府投入情况统计表

项 目	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年
社区卫生服务中心业务收入(万元)	16302.94	16126.82	15821.02	19551.94
社区卫生服务中心业务支出(万元)	15641.86	16027.52	16056.02	19752.86
其中:人员支出(万元)	3079.3	3231.29	3320	3862.54
收支结余(万元)	661.08	99.3	-235	-200.92
政府投入(万元)	1016.29	1173.79	1657.97	1683.73

(四)机构人员满意度情况

对试点中心 32 位员工的满意度测评结果如表 4 所示,试点后各项指标都有所下降,其中下降最明显的是对工作量和工作条件的满意度。很显然,实施改革以后,由于门诊量和公共卫生服务量的双重增长,医务人员的总体工作量明显上升,特别是上门诊疗、慢性病随访等耗时耗力的服务,与以往坐在医院等病人的服务模式完全不同,医务人员自然会产生不适应感。在劳动量大大增加的情况下,收入虽然有所增长,但是员工仍然会觉得这一部分增长不足以反映他们的劳动,因此对收入的满意度也是有所下降的。

表 4 下城区试点机构人员满意度评价统计表(%)

	工作量	收入	工作条件	福利待遇	总体评价
试点前	43.75	57.03	49.22	67.74	56.11
试点后	26.47	53.95	30.88	51.39	41.04

三、杭州市下城区收支两条线改革中存在的问题及其原因分析

总体来看,应该说下城区的收支两条线改革取得了积极的成效。但是这一机制远远未臻完美,从思路到具体实践都还有值得探讨的地方,另外,下城区作为一个东部沿海发达地区的城区,在推广时,其做法和成功经验能否为其他地方所“复制”,也需要进行探讨。

(一)收支预算编制方法科学性不足

在下城区的预算方案中,业务收入预算以上年度业务收入实绩为基础,按照均费双控的要求以及社区卫生服务项目的变化等因素进行综合平衡后予以