

新医改背景下社区卫生服务若干政策问题的探讨

梁 鸿* 余 兴 仇育彬

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】在新医改政策精神的指导下,医药卫生体制改革进入新阶段,社区卫生服务也面临着新的机遇和挑战。本文从理论层面探讨了社区卫生服务中国家基本药物、信息化建设、绩效考核和人员编制、人才培养以及城乡医疗卫生服务均等化等几大核心问题,对其现有的政策逻辑、面临的问题挑战以及相应的对策建议进行了思考。

【关键词】社区卫生服务;基本药物政策;信息化;绩效考核;人才培养;城乡均等化
中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.07.001

Analysis on policy issues of community health services in the context of new health care reform

LIANG Hong, YU Xing, QIU Yu-bin

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】 With the launch of new health care reform, the health care system reform entered a new stage which brings both opportunities and challenges to the development of community health services. This article discusses core policy issues from the theoretical perspective including essential medicines policy, informatization, performance evaluation, staff training, urban and rural equalization, and so on. The analysis involves the reexamination of the logic of existing policies, the problems and challenges, as well as the corresponding suggestions.

【Key words】 Community health services; Essential medicines policy; Informatization; Performance evaluation; Staff training; Urban and rural equalization

随着新医改进一步推进和落实,现有的相关政策安排不可避免地遇到了一些问题和挑战。应对新医改的形势与要求,探讨如何根据已经出现或潜在的问题,重新审视政策目标和策略,调整相应措施,对深化新医改有重要意义。

1 社区卫生服务中国家基本药物的配备和使用

1.1 政策逻辑分析

国家基本药物目录制度的建立是落实新医改、实现人人享有基本医疗卫生服务战略目标的重要抓手。从现有政策看,国家基本药物制度具有比较清晰的政策理念和目标,即通过在基层配备、使用基本药物,实现对医疗过程中原本配备和使用的同类药物的替代,从而减少由趋利动机导致的“大处方”现

象,进而实现合理医疗,减轻群众医疗负担。

《国家基本药物目录管理办法》明确了国家基本药物是适应基本医疗卫生需求,剂型适宜,价格合理,能够保障供应,公众可公平获得的药品。^[1]国务院相关文件相应提出了国家基本药物制度的具体目标,即2009年起,“政府举办的基层医疗卫生机构全部配备、使用基本药物,其他各类医疗机构也都必须按规定使用基本药物,所有零售药店均应配备和销售基本药物”。^[1]

浙江省卫生厅发布的相关文件也提出了落实国家基本药物制度的几项具体措施,包括“巩固和扩大基本药物制度实施范围”、“严格基本药物采购配送管理”、“加强基本药物配备使用管理”、“基本药物全部纳入基本医疗保障药物报销目录,报销比例明显

* 基金项目:浙江省宁波市江北区社区卫生服务综合改革项目。

作者简介:梁鸿,男(1962年-),博士,教授,主要研究方向为社会保障与公共政策。E-mail: lianghong@fudan.edu.cn

高于非基本药物”、“落实补偿政策”、“会同有关部门,完善基本药物报销政策”、“对基本药物制度实施情况进行监测和评估”以及“加强医务人员的培训和舆论宣传,引导群众形成合理的用药习惯”等。^[2]

1.2 问题与挑战

卫生部副部长刘谦在 2009 年全国社区卫生工作会议上的总结讲话中指出,国家基本药物制度可能面临的两个问题:一是国家基本药物目录数量不够,满足不了社区居民的需求,群众不满意,造成居民就诊重新流向大医院;二是政府补偿不到位,基层医疗卫生机构实行基本药物零差率销售后,收入受到影响,无法正常运转。^[3]另一方面,学术界也对基本药物制度的前景表示出关注和担忧:有学者认为,与现有保障制度的衔接、政府补偿机制的完善度将会影响国家基本药物制度的实施效果;^[4-5]也有学者质疑是否能达到以老百姓承受得起的低价格大批量地生产、供应和使用基本药物,以及能否妥善解决基本药物目录和社保药品目录的衔接问题等。^[6]

在充分考虑政府官员和专家学者观点的基础上,结合我国医疗卫生事业的发展现状以及地区医疗卫生体制改革推进的态势,我们认为国家基本药物制度在实施过程中将会面临的挑战可以归结为两大核心问题,一是病人就医和医生行医的习惯,二是政府的财政补偿。

1.2.1 病人就医和医生行医的习惯

首先,从医疗行为的本质分析,就医和行医的目的是解决或减轻病痛,为了达到这一目标,从药物选择和使用的角度而言,患者和医生都会首先关注药物的疗效。药品的这一特性,造成了价格上的差异化策略对于影响或改变就医或行医行为几乎无效,即如果基本药物的疗效不能完全替代病人和医生惯用药物的疗效,价格再低廉也不会受到青睐。相反,病人为了追求疗效,宁可去二三级医院配药。其次,由于社区卫生服务主要提供的是维持性治疗,治疗方案的确由二三级医院或专科医院负责,而这些医疗机构在现阶段并不采用国家基本药物目录。因此,可能导致的局面是病人拿着处方到社区卫生服务中心开不到药,而不得不回到二三级医院开药。这样就会形成社区卫生服务的“病人反流”现象,即

原本下沉到社区的病人重新回到二三级医院就诊配药。“病人反流”意味着社区卫生服务发展的倒退,随着病人的流失,社区卫生服务的“公平”、“可及”品牌也将遭到弱化。

1.2.2 政府的财政补偿

首先,如前所述,低价药不能完全取代原有药物的疗效,因此现有的政策措施并不能完全满足公众对于药品制度改革的期待,老百姓未必会对改革满意,改革也有可能因此被判定为不成功的政策案例。其次,国家基本药物制度的实施需要地方政府大量的财力支持,以补偿社区卫生服务机构原有的药品收入,维持组织正常运转。由于受公共财力可承受能力的影响,目前还难以实现全民的“免费医疗”:对于经济欠发达地区,这笔投入将加大地方财政的负担;而对于经济发达地区,地方财政多年来形成了以经济增长为目标的支出结构,改变财政投入结构面临着一定的风险。由此,面对不明确的政策产出和政府高投入可能对地方财政造成的负面影响,政策推进将出现动力不足的情况,即基于投入产出的理性分析,相关部门无法说服地方财政在该项改革中投入大量资金。最后,在与医疗保险政策的财务联动方面,目前的医疗保险政策与医保支付制度是按照上一年度医保的次均费用来额定支付的。如果当年支出水平没有到额定标准,则按与额定费用差价的 30% 作为奖励,但今年的支出水平作为下一年的额定。这样的支付方式表面上有其合理性,但实质是机械地将以往不合理的医保费用合理化,是一种“鞭打快牛”的机制。

1.3 对策和建议

实行国家基本药物制度给基层医疗卫生机构带来了巨大的挑战,但正如刘谦副部长指出的,“我们应认识到实行国家基本药物制度主要目的是改变基层医疗卫生机构以药补医的机制,遏制不合理用药的问题,最终让居民受益,方向是正确的。”^[3]基于对国家基本药物制度这一政策的逻辑以及面临问题的探讨,我们认为:首先,应当明确有必要发展“适应基本医疗卫生需求,剂型适宜,价格合理,能够保障供应,公众可公平获得”的基本药物制度;其次,对于国家基本药物制度的探索和实践,应当积极审慎地应

对,采用循序渐进、逐步完善的推进策略,即需要在社区卫生服务全部配备基本药物,并确保能全部供给,但全部使用应逐步开展。

1.3.1 采用三类渐进式探索手段

建议在实施国家基本药物制度的初始探索阶段,以三类特殊手段推进和探索。第一,由于短期内无法改变病人的就医习惯以及医生的行医习惯,可以采用“知情选择,优先提供”的方式推行基本药物,即将基本药物作为可选而非唯一选择,优先提供给病人和医生。第二,由于无法估量大幅改变财政支出结构对社会经济发展造成的影响,可以尝试先对部分人群实行基本药物目录制度,例如贫困人口、妇女、儿童、老人等弱势群体。第三,由于面临着两大问题的挑战,可以采取渐进的改革,以部分实施国家基本药物目录制度的策略替代完全使用和配备基本药物,如规定改革初期社区卫生服务实现基本药物30%的使用率,中期提高到60%,进而全面实施。

1.3.2 加强医保政策的联动改革

要推进国家基本药物制度,从而实现公益性机制改革创新的可持续,一定要取得医保政策配套支持,要对现行医保政策进行适当调整,变“鞭打快牛”改为“奖励领头羊”。即按地区平均的支付水平来进行额定的奖励标准。在条件具备的情况下,可以尝试实行医保总额预付。这样医保政策调整,不仅有利于医保制度的完善,而且有利于医疗保险费用增长控制及新医改目标的实现。另一个重要的支撑条件是地区公共财政的投入,医改的推进与政府投入是高度关联的。如果需要在更大的范围内铺开国家基本药物制度,则必须将二三级医院纳入联动改革中。

2 社区卫生服务的信息化建设

2.1 政策逻辑分析

随着社区卫生服务的深入开展,“群众健康需求日益增加”、“社区卫生服务机构需要对以往的工作效果进行评价”、“需要有针对性地开展”、“需要为群众提供优质的个性化服务”,这些因素构成了信息化的客观需要^[7],社区卫生服务的功能定位以及具体的服务内容也决定了其向信息化建设方向的转变^[8]。因此,用信息化手段管理社区卫生服务,

符合医疗卫生事业发展的规律,同时也是社区卫生服务现阶段的发展要求以及迈入下阶段的必要条件。

信息化技术作为提高公共服务效率的有力手段,在以“服务”为核心理念的社区卫生的长远发展中占有重要地位,对于社区卫生服务而言,信息化建设是一项系统工程。概括来说,信息化建设的目标是提高管理效率,实施的载体是居民健康档案,最终的产出是对于社区卫生防治结合服务过程的支持。从实施的角度来看,信息化建设首先要完成的是信息化的基础建设,其次是基于居民健康档案的信息资源整合,最后是和社区卫生服务过程相匹配的信息开发和利用。

目前,我国大多数地区的社区卫生信息化建设尚处于起步阶段,现阶段的主要推进内容仍是“以建立居民健康档案为重点,构建社区卫生信息网络平台”,卫生部发布的《2010年卫生工作重点》也明确了“逐步推进以居民健康档案为核心的卫生服务信息化建设”。^[9]关于具体的阶段工作目标,卫生部副部长刘谦指出,“2009城市健康档案建档率要达到30%,农村达到5%。各地在建立健康档案过程中要注意与其他国家基本公共卫生服务项目有关要求相结合,要做到城乡统一,积极推进电子化,加强信息系统建设”;^[3]而浙江省卫生厅提出的2010年信息化工作目标是农村居民电子健康档案建档率达到20%以上。^[2]

2.2 信息化建设的问题

现阶段信息化建设已经暴露出一些问题,包括信息资源的利用不足、缺乏信息化标准、信息系统开发成功率低、信息更新不同步等。^[10]结合信息化的目标和现有政策,我们认为目前信息化建设面临两个主要问题,一是缺乏整体规划,二是服务过程中未合理应用信息资源。

2.2.1 信息化的整体规划

缺乏整体规划是信息化建设中较为普遍的问题。相比于社区卫生改革的其他配套政策,信息化建设需要比较大的财政资金投入,为了规避高投入带来的高风险,信息化建设通常采取选择重点投入的策略。这样的改革策略,造成了社区卫生服务信

息化建设缺乏总体规划,改革过程不连续,政策措施难以继承和整合,进而出现改革中的“信息孤岛”,导致信息化的真正优势无法全面体现。

2.2.2 信息资源的合理应用

信息资源的合理应用也是现阶段出现的一大问题。由于社区卫生的管理者和服务人员未能将信息化建设与社区卫生服务连接匹配,健康档案的建立工作变成了毫无意义的工作要求,流于形式。一些社区卫生服务机构将建立健康档案作为单项任务布置和完成,因此就出现了一边大力推进社区居民的资料数字化建设,一边仍在以传统的服务模式提供基本医疗和健康管理服务的状况。这样的割裂源于信息资源应用不当,社区卫生管理者未能利用所得的资料有针对性地开发公众健康需求,进而开展相关的业务活动。

2.3 对策和建议

2.3.1 制定可分步实施的总体规划

为解决整体规划的问题,应当将现有的“重点投入”策略转变为“分步实施”的方法。相比于重点投入,分步实施更强调不同改革阶段的衔接,突出信息化建设的整体框架。分步实施应建立在完整详细的改革时间表和路线图基础上,这样即便是不增加财政投入的力度,也能通过有计划地优化投入效率来提高社区卫生信息化建设的整体功效。

2.3.2 研发服务导向的信息管理系统

为解决信息资源的合理利用问题,即实现数字化健康档案和基于个人的社区卫生服务的对接,需要研制开发适宜的信息管理系统。只有建立完整的信息管理系统,进入实质性的、实时的、系统的数字化健康管理,才能对病人的健康状况进行追踪和更新,并在此基础上提供服务,从而实现真正意义上的社区卫生服务信息化。由此,信息管理系统必须具备三项层层递进的功能:一是资源共享,实现数字化管理,提高管理效率;二是实时更新,反馈病人健康动态,提高管理时效性;三是诊断分析,依据各类数据对不同人群进行健康状态的分析,真正起到健康守门人的作用。

现今全国各地的社区卫生服务机构已经开发出了一些实用性较强的社区卫生信息管理系统,设计

思路值得借鉴:孟庆兰等将信息管理系统分为以下几个档案信息管理模块,包括妇幼保健模块、慢性疾病管理模块、药品管理模块、双向转诊信息管理、报警信息管理和系统管理;^[11]吴永浩等设计了包含 4 个层次的信息管理系统,第一级为社区卫生服务站,主要根据社区的工作需求设计,如:规范化服务、健康档案、预防保健和社区站的管理;第二级为社区卫生服务中心,主要功能提供院内的门诊和病房管理、药品管理和财务管理,以及社区的综合服务信息管理;第三、四级为区县卫生局和市卫生局,主要是对辖区内的各个站点和社区卫生服务中心的各项医疗卫生服务活动进行质量控制、分析评价、技术指导、监督和调控管理等。^[12]

3 社区卫生绩效考核与人员编制

3.1 政策逻辑分析

绩效考核与人才培养是社区卫生人力资源管理的核心内容,也是推动社区卫生服务事业不断前行的可持续动力。绩效考核办法以切断服务人员趋利行为、转变社区卫生服务模式为基本设计原则,对服务人员的行为具有导向意义。社区卫生的绩效考核理论上应当以结果为考核对象,即是否有效提高了居民的健康水平。然而由于个人的健康水平是多种因素综合影响的结果,同时又难以在短期内检测和检验的,因此在实际操作中,绩效考核主要考察医务人员行为,并结合居民的满意程度进行综合绩效判定。

卫生部发布的《2010 年卫生工作要点》指出,要贯彻落实公共卫生与基层医疗卫生事业单位实施绩效工资政策,制定绩效考核办法,及时研究绩效工资实施过程中出现的情况和问题。^[9] 卫生部部长陈竺也指出,要“建立以服务数量、服务质量、服务效果和居民满意度为主要指标的社区卫生服务机构绩效考核办法”,“要把国家基本公共卫生服务项目完成情况、社区门急诊数量占区域门急诊总量的比例以及次均门诊费用等列为重要的考核指标”,“要充分发挥考核结果在激励、监督和资金安排等方面的作用,考核结果要与经费补助以及单位主要领导的年度考核和任免挂钩,作为人员奖惩及核定绩效工资的依据”等。^[13]

3.2 问题与挑战

社区卫生服务事业发展的可持续性在很大程度上取决于社区卫生中心服务供给的可持续性,而绩效考核办法则应当起到规范社区卫生服务人员服务行为的作用。绩效考核在有效提升服务人员工作效率和效果的基础上,获得了公众较高的满意度评价,但尚未完全解决一些问题。

(1)社区卫生服务偏向基本医疗服务,基本公共卫生服务未受到充分重视。由于公共卫生服务采用的是定额包干制,医疗服务采用服务购买制,因此社区卫生服务人员倾向于多做基本医疗工作,以获取更多的报酬。

(2)全科团队工作负担偏重,服务动力不足。随着社区卫生服务的群众基础越发牢固,业务开展越发顺利,全科团队的工作量因此不断提升;而另一方面,团队成员的工资上涨幅度与工作强度的增加并不完全匹配,使有些服务人员产生了报酬“明升暗降”的质疑,进而影响了他们的工作意愿和服务质量。这样就有可能步入社区卫生服务只加任务,不加“资源”的误区,从而压垮社区卫生服务,因此必须考虑如何合理确定社区卫生服务中心编制。

3.3 对策和建议

绩效考核办法的设计应当按照边探索、边实践、边完善的渐进改革策略,根据每个阶段出现的新问题做相应调整。对于公共卫生和基本医疗服务的失衡现象,由于公共卫生服务补偿机制的固定性,因此可以从完善医疗服务绩效考核的角度来解决问题。现有的医疗服务考核主要围绕服务质量、服务数量以及居民满意度展开,因而有些全科团队通过增加上门次数来提高服务数量得到更高的报酬。所以需要在绩效考核的方向上作适当调整,从现有对服务行为的过程考核转变成对服务结果的关注。转变后的考核办法就要求全科团队必须在基本医疗服务上付出更多的努力,从而能够改变他们认为基本医疗服务比公共卫生服务容易完成的想法,进而恢复两项工作内容的平衡。对于全科团队动力不足的问题,必须要将绩效考核办法进一步向全科倾斜。在提高薪酬的基础上,增加多种形式的福利激励,例如定期带薪休假和外出培训考察等。

总的来说,对于绩效考核,其基本走向应当是从以行为为考察对象的考核方法逐步过渡到以结果为考察对象的考核方法,从注重行为规范转变成强调居民健康产出。当前绩效考核体系下服务人员被动地遵守标准、服从规范,以物质报酬作为工作动力;而将来的方向应当是激发服务人员主动地创造价值,灵活应用各种策略和手段切实地提高居民健康水平,以物质和精神的双重满足和回报推动服务供给。对于社区卫生人员编制,必须坚持在保障公平提高效率的前提下,实现发展与资源投入同步,从而渐进完善,实现新医改目标,满足居民对社区卫生服务的基本医疗卫生服务需求。实行编制总额预付制,以便在现实条件最大调动员工积极性和社区卫生服务运行潜力。关键是要根据社区卫生服务发展的实际情况,进行动态调适,以更好地促进社区卫生服务可持续发展。

4 社区卫生服务人才培养

4.1 政策逻辑分析

全科服务是社区卫生差异化服务的核心,而全科医生又是该核心服务的提供者,因此培养全科医生被看作是社区卫生服务可持续的基本条件。由于学科体系、师资等方面的不足,我国尚未建立起独立的全科医生培养机制,现阶段采用的是综合性的专科培养模式。

卫生部的相关政策文件提出了培养全科医生的各种途径和手段,包括“制定以全科医师为重点的基层医疗卫生队伍建设规划”、“继续推进全科医师、社区护士的岗位培训工作”、“遴选并着力培养一批全科医师骨干作为社区卫生人才培养的核心师资,培育社区卫生服务机构成为全科医师培训基地”、“采取有效措施安排高等医学院校本科毕业生到综合公立医院进行3年的住院医师规范化培训”等。^[13]浙江省卫生厅发布的相关文件提出了2010年的人才培养目标,包括将“继续实施‘订单式定向培养农村社区医生’制度,委托普通高校定向培养800名”,“推进乡镇卫生院‘招聘执业医师’试点,争取全省34个欠发达县(市、区)乡镇卫生院(社区卫生服务机构),招聘1000名本科及以上学历医学院校毕业生”,“开展全科医生知识培训1万人次、培养全科医生1000名、培

训社区护士 1 000 人;培训农村社区卫生服务中心主任(乡镇卫生院长)400 人”等。^[2]

4.2 问题与挑战

我国现行的以综合性专科来培养全科医生的模式,尚存在一系列挑战:

(1)是否能够提供针对全科特点的技能培养方案。全科技能既包括学科知识,也涉及实际应用,既要求服务人员具备医生的技术水平,也必须能够适应社区化角色的融入,而现有的综合性专科培养缺乏对全科医生作为社区成员的技能培养。

(2)是否具备全科医生实践锻炼的平台。除了课堂教育外,全科医生更需要实战平台来磨练技术水平。而现阶段,普通病患尚未养成首先向全科医生咨询的就医习惯,或者没有主动地表达出寻求全科服务的需求。相应的,由于没有需求作为基础,医院也不会设置全科科室。缺乏公众的需求,以及医院的平台,全科医生很难找到实践锻炼的平台。

(3)是否具有推动全科医生成长的激励机制。除了个人追求之外,外来的激励是有效推动全科医生提高个人业务水平的重要动力,因此薪酬和福利保障机制的到位与否直接关系到全科医生成长的动力。

(4)是否具备强大的专科体系支撑。专科的诊断以病理学为导向,判断器质性病变;而全科的诊疗则是以症状为导向,发现异常症状性表现。在就医过程中,全科医生的职能是初步分检、筛诊,专科医生负责更细致的病理诊断。因此,如果缺乏专科体系的支撑,就无法提供连续性的服务,全科的价值就将大大降低,公众甚至会认为全科医生没有存在的必要。

4.3 对策和建议

针对上述提到的四大问题,首先,要在全科医生培养的课程设置中添加社区行为的专题,由于全科医生的服务模式不同于传统的坐诊医生,因此需要具备更加优秀的人际沟通能力。其次,要建立全科医生的实践培养机制,如相关高校与社区卫生服务中心结成合作关系,每年输送全科医学生到社区卫生服务岗位上实习演练。再次,要建立完善的激励机制,在激励方式中以薪酬和福利最为有效,实行全

科“四金”将会使医学院校毕业生对全科医生职业的向往程度有所提升。最后,必须建立强大的专科体系支撑,有了专科的强有力支持,连续服务才能成为可能,全科的价值才会得到凸显。

5 城乡医疗卫生服务均等化

5.1 政策逻辑分析

城乡医疗卫生服务均等化的要求是和谐社会背景下,公平、正义价值标准的重要表现。由于城乡二元格局造成的结构性失衡,以及“均等化”这一要求本身的高标准,社区医疗卫生服务的均等化必须逐步推进、实现。推动城乡均等化的共识和具体实施过程的渐进策略在中央和浙江省的相关政策文件中都有所体现。

卫生部等部委在《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》中提出,到 2011 年,国家基本公共卫生服务项目得到普及,城乡和地区间公共卫生服务差距明显缩小。^[14]浙江省卫生厅也制定了相应的城乡服务均等化目标,相关文件指出要“确保基本公共卫生服务覆盖城乡居民”、“抓好三大类 12 项基本公共卫生服务项目的实施工作,项目经费统一调整为人均 20 元,突出重点人群和疾病”、“深入开展第三轮参合农民健康体检工作,2010 年完成体检率 30% 以上,农村居民电子健康档案建档率达到 20% 以上”、“把基本公共卫生服务延伸到流动人口”等。^[2]

5.2 问题与挑战

实现城乡均等化的目标面临着来自城乡二元结构和农村医疗卫生工作特点两方面的压力。一方面,由于城乡二元制度的分割,导致了城市和农村经济发展水平、人民生活水平等方面的显著差距,而由于个人福利感受的不可逆性,不可能以缩减城市居民的医疗福利开支为手段达到城乡均等化的目标。这意味着唯有通过将大量人力、物力、财力投放到农村医疗供给体现,才能完成基层医疗卫生服务的均等化。

其二,相比于城市医疗卫生资源的布局基础,我国的农村医疗卫生局面呈现出一些不同的特点,具体体现在“农村地区地域广、人口密度低”,“农村居民健康保健知识贫乏,疾病知晓率低”,“对自身疾病

听之任之,不当回事,不重视治疗”,“农村居民服药极不规范”,“农村居民作息时间不规律”等。^[15]这些因素将导致以连续性治疗、上门服务为特色的社区卫生服务成本大大增加,若要提供与城市社区卫生相同标准的服务,仅仅以城市的投入机制无法补偿到位农村医疗卫生服务的高成本。

5.3 对策和建议

考虑到城乡二元结构以及农村医疗卫生工作的特点,我们认为应当将城乡均等化的可操作目标理解为在差异中寻求公平,在公平中减小差异,因此对于城乡均等化的理解也可分解成多个层面,并结合客观条件逐步实现。具体来说,城乡均等化的政策目标可进一步细分为形式均等化、服务内容均等化以及保障质量的均等化。

(1)形式的均等化指服务供给体系的一致性。无论是农村还是城市,基层医疗卫生服务供给体系都必须纳入到同一系统中进行管理,规定统一的管理机构、管理标准和业务流程等,比如在农村构建以社区卫生服务中心为主体,以社区卫生服务站为补充的一体化网络,逐步将村卫生室改造为社区卫生服务站。

(2)服务内容的均等化指的是在具体提供何种服务上,农村社区卫生服务站点和城市社区卫生服务站点并无本质区别,即发挥“两个网底”的功能,提供基本医疗和基本公共卫生服务。

(3)保障质量的均等化是指在接受同类服务的基础上,实现保障程度和服务质量的同等化。

在探索城乡医疗卫生服务均等化的初始阶段,形式均等化和内容均等化是基本的政策抓手,也是进一步实现保障质量均等化的基础。随着医疗卫生体制改革的不断深入,城乡均等化将逐步过渡到对保障质量的追求,以实现结果均等化的最终目标。

参 考 文 献

[1] 国家基本药物目录管理办法(暂行)[Z]. 2009.
[2] 统筹兼顾,突出重点:全力做好2010年卫生重点工作[EB/OL]. (2010-03-16) [2010-05-03]. <http://www.zjggws.com/>

[html/News/2010-3-16/2010031612015447111.html](http://news/2010-3-16/2010031612015447111.html).

[3] 陈竺部长、刘谦副部长在2009年全国社区卫生工作会议上的讲话[EB/OL]. (2009-08-31) [2010-05-03]. <http://news.sohu.com/20090831/n266343590.shtml>.
[4] 厉李, 刘国恩, 陈瑶, 等. 北京市社区卫生服务机构实施药品“零差率”政策的效果评价与思考[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(4): 41-43.
[5] 厉李, 陈瑶, 姚岚, 等. 成都市试点社区卫生服务机构实施药品“零差率”政策的效果评价[J]. 中国新药, 2008, 17(21): 1820-1823.
[6] 符策慧. 基本药物制度初步成型[J]. 中国医疗前沿, 2008, 3(1): 36.
[7] 蒋海雄, 李继荣, 龚长虹. 关于社区卫生服务信息化建设的探讨[J]. 中国初级卫生保健, 2005, 19(10): 53-54.
[8] 祝友元, 庞连智. 浅议城市社区卫生服务中心的信息化建设[J]. 社区医学杂志, 2004, 2(6): 43-44.
[9] 卫生部发布《2010年卫生工作要点》[EB/OL]. (2010-01-07) [2010-05-03]. <http://www.chinanews.com.cn/jk/news/2010/01-07/2059735.shtml>.
[10] 蓝怀仁, 赵光恒, 胡煜. 浅议社区卫生信息化面临的问题[J]. 现代医院, 2007, 7(6): 28-30.
[11] 孟庆兰, 贺孟泉. 社区卫生服务信息化管理系统开发研究[J]. 中国全科医学, 2008, 11(15): 1417-1419.
[12] 吴永浩, 徐国桓. 计算机信息化管理在社区卫生服务中的应用[J]. 中国全科医学, 2000, 3(3): 201-202.
[13] 陈竺. 抓住机遇, 迎接挑战, 加快推进社区卫生服务健康发展[EB/OL]. (2009-08-31) [2010-05-03]. http://www.gov.cn/gzdt/2009-08/31/content_1405362.htm.
[14] 卫生部. 卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见[EB/OL]. (2009-07-14) [2010-05-03]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3577/200907/41745.htm>.
[15] 周健. 农村社区卫生服务模式的探讨[J]. 上海预防医学, 2008, 20(6): 288-289.

[收稿日期:2010-05-20 修回日期:2010-06-10]

(编辑 何平)