

医院与社区卫生机构分工合作:基本前提与政策建议

陶红兵*

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】本文分析总结了建立医院与社区卫生服务机构分工合作的基本前提条件,并在对不同模式进行比较分析的基础上,归纳总结出可持续发展的分工合作模式的相关政策建议:在保障分工合作的基本前提下,完善医保政策、居民引导政策、财政补偿政策和人才培养政策,同时制定相关的法律法规,通过配套各项政策的落实,促进医院与社区卫生服务机构分工合作的可持续发展。

【关键词】医院;社区卫生服务;分工合作;基本前提;政策建议

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)01-0006-05

Division and Cooperation between hospitals and Community Health Services facilities: the basic prerequisite and relevant policy recommendations

TAO Hong-bin

School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 This paper summarizes the basic prerequisite for building up patterns of Division and Cooperation between hospitals and Community Health Services facilities. In addition, the relevant policies for the patterns of the sustainable development were outlined on the basis of comparative analysis of different patterns. Finally, the paper puts forward policy recommendations as follows: Under the basic conditions, it's necessary to improve policies as such the medical insurance policy, incentives for residents to use community service, financial compensation, and personnel training. At the same time, it is important to formulate relevant laws and regulations. By implementing the relevant policies, Division and Cooperation should be promoted correspondingly.

【Key words】 Hospitals, Community Health Services, Division and Cooperation, Basic prerequisite, Policy recommendations

实现医院和社区卫生服务机构的分工合作,有利于促进卫生资源的合理配置,提高卫生资源使用效率,减少病人就医的盲目性,促进病人合理分流,推进社区卫生服务的可持续发展。利用社区卫生服务提供的医疗保健满足居民大量的基本医疗需求,使卫生服务供求关系趋于平衡,有利于形成“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的就医新格局。这种互动不仅可以实现区域内卫生资源优化和畅通的分工合作机制,还可以减轻医院过高的诊疗压力,使医院可以集中精力开展危急重症、疑难杂症的诊疗工作,结合临床开展教育、科研工作,从整体上推进

我国卫生事业发展。但是,在探索医院与社区卫生服务机构分工合作不同模式的同时,不可忽视其持续开展的基本前提条件和政策方面的支持。

1 分工合作的基本前提

1.1 政府责任落实到位

政府作为社区卫生服务的“总牵头人”,应加强领导,切实承担起首要责任,成立由政府领导、有关部门负责人参与的社区卫生服务领导协调组织,落实好政府各部门在社区卫生服务中的相关职能,加强协调,完善有关配套政策与措施,为社区卫生服务

* 基金项目:中国卫生政策支持项目快速政策咨询领域资助课题(编号:HPSP-CS200702-09)。

作者简介:陶红兵,男(1967年-),博士,华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心副主任,副教授,硕士生导师,主要研究方向为医院管理、社区卫生服务,E-mail:hhbtao@163.com。

创造良好的环境和条件,提高社区卫生服务机构的技术和服务质量,改变居民的就医观念,主动到社区卫生服务机构享受就医的便利与优惠。

同时,政府要做好辖区内区域卫生规划,根据城区服务人口规模、密度、地域环境和功能定位等因素,按照合理、经济、方便的原则,合理布局医院和社区卫生服务机构。按照规范化社区卫生服务站的标准进行建设,作为社区卫生服务体系的补充,以实现社区卫生服务人口全覆盖。

1.2 医院和社区卫生服务机构双方利益平衡

各部门制定分工合作的相关政策时既要考虑社区卫生服务机构的利益,也要考虑医院的利益。社区卫生服务机构与上级医疗机构之间的经济利益博弈问题,是分工合作难以实施的核心问题^[1]。分工合作只有在双方利益一致的情况下才能长期有效地开展下去。

1.3 社区卫生服务机构的持续发展机制健全

社区卫生服务机构必须加强自身的发展,才能使分工合作真正、高效的开展起来。不论是医院支援社区、院办院管、还是“托管”等模式,社区卫生服务机构都不能单纯依靠医院或政府维持自身的生存和发展。要抓住医院与社区密切联系的契机,制定社区卫生服务机构的长期规划,不断培养壮大社区自身的人才队伍,从经费、硬件方面不断提升社区卫生服务机构的服务能力,建立社区卫生服务机构的长效发展机制。

1.4 多种分工合作模式并存

基于我国社会经济发展不平衡的特点以及区域发展不平衡的现实,不同地区或者同一个地区的不同医疗机构可以开展多种形式的医院与社区卫生服务机构分工合作模式的探索^[2]。医院和社区卫生服务机构需要根据内外部环境变化,在保证社区卫生服务机构基本功能的前提下,以提高人民健康水平和群众就医满意度为目标的分工合作模式。

2 构建可持续发展的分工合作模式的政策建议

可持续发展的分工合作模式是指在医院和社区卫生服务机构分工合作的政策环境、机构设置和人才技术的基本保障前提下,以提高居民健康水平为宗旨,本着互利互惠、共同发展的原则,通过医院和社区卫生服务机构的良性互动,使双方的人力资源、

物质资源、技术资源和信息资源得到充分的利用和共享,能够保障相关工作持续、有效、稳定开展的分工合作模式。研究发现,很多城市根据当地的实际情况进行了大胆的探索,摸索出了社区卫生服务机构和医院分工合作的不同模式^[3-5],但不同模式各有利弊,我们在对不同模式进行比较分析的基础上,对形成一种可持续发展的分工合作模式的相关政策进行了归纳总结,提出以下政策建议。

2.1 完善医保政策

完善医保政策,利用医保杠杆调节居民对社区卫生服务机构和医院所提供服务的利用。医疗保险在促进医院和社区卫生服务机构合作方面发挥特殊的作用,医疗保险不同支付方式对医院和社区卫生服务机构的分工合作产生不同的影响。如实行总额预付、单病种付费、按人头付费等方式,将促使医院和社区卫生服务机构努力降低运行成本,而要降低运行成本,社区卫生服务机构与医院的分工合作就成为双方必然的选择,这能促使双方形成深入、持久、稳定的合作机制。

2.1.1 通过完善医保政策促进社区卫生服务利用

在促进分工合作方面,考虑到我国目前开展城镇居民医疗保险试点,未来城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗将构成一个基本覆盖全民的医疗保险体系,因此建议卫生、医保部门协调,制定医疗保险制度与双向转诊衔接的政策,规范医院、社区卫生服务机构和病人三者之间在医疗活动中的行为,确保“小病放心在社区,大病顺利进医院,康复便捷回社区”,使社区、医院和患者三方保持良性互动。

把符合基本医疗保险有关规定的社区卫生服务项目纳入基本医疗保险支付范围。参保人员在社区卫生服务机构和大中型医院就诊时可实行不同的医药费用自付比例和起付标准,降低社区卫生服务机构起付线,提高参保人员在社区卫生服务机构就诊的报销比例,拉开与二、三级医院的差距。参保患者从社区卫生服务机构转上级定点医疗机构治疗的,起付标准只补差额;“上转下”不再收取起付标准。引导参保人员在社区卫生服务机构诊治一般常见病、多发病和慢性病,促进社区卫生服务机构与上级医疗机构之间形成有效的分工合作机制。

建立社区医保家庭医生联系人制度。参保职工

就近选择一家试点社区卫生服务机构作为门诊定点医疗单位,在试点社区卫生服务机构中选择一名具备相应资质的医生作为本人或其家庭成员的家庭医生联系人,并按照平等自愿的原则签约。把社区开展的家庭病床列为门诊特定医疗项目,将需要住院治疗、但因年老或体弱行动不便、住院就诊确有困难的参保人员纳入社区家庭病床治疗^[6]。

2.1.2 改革医保支付方式

医保费用支付方式对分工合作有较大影响,同时由于疾病的多样性和复杂性,我国短期内又无法实行基于 DRGs 的预付制,因此实行多种付费方式可以有效弥补单一付费方式的不足。对于病情变异小,可以实行临床路径管理,对一些常见的病种可以实行急性期按医院住院成本测算支付医疗费用、康复期按社区医疗成本测算支付费用,促使医院将适宜社区康复的病人下转。医保部门可规定某个病种的平均住院天数和平均费用,鼓励医院须将患者转往社区。

2010 年城镇居民医疗保险将在全国全面推开,逐步覆盖全体城镇非从业居民。目前许多城市进行城镇居民医疗保险试点工作,为了促进医疗保险分工合作的衔接,建议在有条件的地区,城镇居民医疗保险试点开始就确定社区首诊、双向转诊的原则,即要求患者除急诊外,必须先社区社区卫生服务机构就诊,并制定促进医院在病人康复期下转到社区卫生机构的政策。

2.2 制定居民就医行为的引导策略

从相关文献分析及现场调研的情况可以看出,单纯的经济手段引导无法将患者吸引到社区就诊,必须采取综合措施,鼓励患者到社区卫生服务机构就诊。

2.2.1 引导双向转诊

在鼓励社区首诊方面,可借鉴新加坡的做法:新加坡政府为鼓励居民到社区首诊,对于经社区首诊转入大医院者给予 10% ~ 20% 的费用优惠,而对于直接到大医院首诊者增加自负比例,从经济利益上促使居民首先进入社区就诊^[7]。结合我国实际情况,可以实施以下优惠政策:在社区卫生服务机构就诊的患者,免收挂号费,直接安排就诊;在社区卫生服务机构已检查的项目,转诊后无需重复检查。同时,转诊病人在医院可按一定比例减免诊疗费和检查费;如患者病情较重,则转入医院相应科室治疗。

目前很多患者认为在医院就诊等候时间长,医院应对社区卫生服务机构转诊的患者提供绿色通道,方便居民就诊。一些医院动态预留部分床位,用于接受从社区卫生服务机构转来的患者。

针对部分地方患者下转手续繁琐、需要再次支付起付线费用问题,参保病人下转时无须再次支付起付费用,上转时只须补足不同等级医疗机构起付标准的差额部分;有条件的地区制定城镇居民基本医疗保险、外来务工人员医疗保险的社区首诊政策,同时建立健全医疗救助的特困居民的社区首诊制。将出院患者在社区卫生服务机构进行康复或后期治疗的有关诊疗项目纳入城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的报销范围,诊断明确的慢性病患者在社区卫生服务机构配药可不设起付线,引导患者在社区康复和治疗。

2.2.2 增加分工合作的透明度与知晓率

加大对分工合作制度的宣传,让患者了解分工合作的优点,特别是通过医院与社区卫生服务机构分工合作,能使患者获得更为全面的连续性、综合性卫生服务和更加健康、更加高质量的生活,节约患者就诊时间和费用。加强宣传发动,营造良好氛围。利用报纸、电视、电台、网络等多种形式,广泛宣传社区卫生服务机构与医院的分工合作相关的政策、内容和程序,为分工合作工作的开展营造良好的氛围,争取全社会支持和配合,确保试点工作顺利进行。

2.3 落实财政补偿政策

过去一段时间,政府对社区卫生服务投入相对不足^[8],各级财政应保证社区卫生服务机构人员经费、日常性的公务费、业务费、培训费等经费投入。根据各地实际情况,通过政府购买服务等多种形式,加大对社区卫生服务机构的投入,完善社区卫生机构的职能。财政对归入三级医院的社区卫生机构给予基本支出补助和项目补助。基本支出补助包括在编人员的基本工资、城镇职工社会保险费用、收费标准降低的减收部分(减免、降低医疗服务收费和药品加成率的减收部分)及离退休人员的退休金;项目补助包括基本建设(新建业务用房),必要的设备配置,房屋修缮等。

在医院与社区卫生服务机构分工合作过程中,由于医院要对口支援社区卫生服务机构,需派出医护人员到社区,在一定程度上影响医院的收入,因此财政、卫生等部门可根据医院支援社区工作的数量

和质量,在考核后给予必要补偿,以此激励医院主动加强与社区卫生服务机构的联系,从而推动双方的分工合作深入开展。在支持社区卫生服务发展方面,中央财政的支持力度弱于地方财政,希望中央政府随着国家经济社会的不断发展加大对社区卫生服务的财政支持力度。

2.4 贯彻人才扶持政策

社区卫生服务机构缺乏高素质人才,由于人员待遇低、工作条件差、缺少业务进修机会,很难吸引并留住年轻的医务人员,更难留住人才^[9-10]。聘请的退休专家因年龄大只能坐诊,难以巡诊,不能满足社区居民的保健需求,致社区卫生资源短缺,发展滞后,群众在社区不能得到有效的卫生保健服务,患常见病、多发病也要寻求到大医院进行治疗,加剧了群众看病就医问题。要将社区卫生服务机构的人才培养问题放在重要的位置,全方位引进人才,培养人才,保住人才,是医院和社区卫生服务机构分工合作长期高效开展的有利保障。

2.4.1 人才培养方式

(1) 医院组织专家“帮带”社区医务人员。医院通过定期派出专家在社区卫生服务机构坐诊,并固定“带”社区医生,充分发挥老专家传、帮、带的作用,进行业务指导、接受社区全科医生参加教学查房和短期进修等措施,建立专家预约门诊,实行化验及各种特殊检查共享,提高社区诊疗水平。从事卫生专业技术工作的医学专业学历人员,在晋升主治医师或副主任医师资格之前,必须到社区卫生机构累计服务一段时间。

(2) 实施定向培养定向就业。每年从临床医学专业(全科医学方向)学生中,选招一定名额的学生作为定向生。定向生须与培养学校、定向社区、卫生行政部门签订定向培养与就业协议。毕业后定向到农村或者社区卫生服务机构服务 5 年以上,凭就业单位出具的证明,经上级卫生行政部门审核后,地方财政为其支付在校规定学制期间的培养费。

(3) 在职人员的学历教育和继续教育。对在岗无学历的进行大专以上学历教育,完成学业者授予学历文凭并可参加执业助理医师资格考试。对于具有相应执业资格的医师、护士、药剂以及医学类相关专业人员,按照有关规定和专业对口的原则通过参加成人高等教育等多种形式进行后续学历教育,进一步提高基层卫生人员的学历层次。

对社区卫生机构卫生技术人员实行全员继续教育,以继续教育项目为主要学习形式,多种形式并举,包括网上学习、送教下乡、巡回办班、专题讲座和手术示范等,满足社区卫生服务机构卫生技术人员就近学习的需求。并定期安排社区医务人员参加相应医院的学术活动、交流会和专家讲座,对社区卫生机构的医务人员分期分批进行全科医学培训,全面提高医疗服务质量和技术水平。

(4) 鼓励和吸引人才。鼓励和引导高等医学院校毕业生、优秀退休医生和城市富余医务人员到社区卫生服务机构工作。到社区卫生服务机构工作的大中专及以上毕业生,可提前转正定级,转正定级时薪级工资高定 1 至 2 级。制定相应的培养计划,支持毕业生参加规范化培训,为毕业生在大中型医疗卫生机构实习、进修创造条件。凡到社区卫生服务机构工作的医师和护师,可提前一年参加全国卫生专业技术中级资格考试,各地也可根据实际情况对在社区工作的卫生技术人员职称晋升,给予适当倾斜。在社区卫生服务机构工作满五年的卫生专业技术人员,可优先参加相应的培训或业务进修。

2.4.2 人才培养内容

对于社区卫生服务机构的管理人员,需要围绕实现社区卫生服务的功能、任务和要求,社区卫生服务机构建立健全各项规章制度,完善考核办法,规范内部管理,提高管理水平等相关内容进行培训。对于社区的医务人员,需要重点培训全科医学、慢病管理和健康教育等内容,不断改变“重医疗,轻预防”的思想^[11]。

2.4.3 人才培养机制

(1) 加强组织领导。医院成立领导小组,制定好“帮带”社区卫生技术人员的年度和中长期计划,以及不同时期选派支援社区的人员名单,下派前,卫生行政部门和支援单位要对其进行政治思想教育、医德医风教育、工作任务部署、工作要求等专题培训。

(2) 制定相关政策。卫生行政部门和医院要针对不同的培养形式制定政策,保证培养工作能够持续开展,包括医院下派人员在社区帮带,教学期间待遇、补助问题和医院帮带、培训社区人员的长效工作机制等;对于返聘的优秀退休医务工作者以及引进的优秀大学毕业生和城市富余医务人员,要制定政策保证他们的待遇和生活水平。

(3) 形成激励约束机制。制定相应的激励约束机制,通过定期与不定期考核,使医院的帮带、教学

工作与自身的绩效或奖金挂钩,与评优、评先进挂钩;社区卫生服务机构有关人员的学习效果也要与自身的薪酬挂钩,促使社区医务人员专业技术、管理人员管理能力不断得到提高。

2.5 完善相关法律法规

法律法规的相对滞后性,使社区卫生服务工作乃至整个卫生改革工作都面临重要挑战。社区医务人员在执业过程中常遇到职责与法规矛盾的尴尬局面,如社区医务人员工作的流动性与执业范围和注册地的矛盾,如有纠纷得不到有力的法律保障^[12]。即使在常见病的治疗过程中,由于疾病的不可预见性,在对病人的留、转处置上处于两难境地。出诊过程中的安全问题也是社区医务人员的执业风险。因此相关部门要及时完善和修订相关法律法规,促使分工合作更好的开展。

目前尚无一部关于分工合作的法律法规,这导致社区卫生服务机构和医院分工合作缺乏制度保障,也缺乏利益协调手段。因此政府如能以法律法规的形式明确分工合作中各方的责、权、利,将会促使医院与社区卫生服务机构分工合作持续推进。

在现阶段,医院与社区卫生服务机构分工合作还处于探索之中,可先由卫生行政部门出台有关分工合作的管理办法,完善医院与社区卫生服务分工合作的规章制度,建立监管制度,使分工合作有制度保障。随着医院与社区卫生服务机构形成更为稳定的协作关系,国家可以在更高层次制定分工合作的行政法规,实现分工合作有法可依,并有利于形成更为稳定的合作机制。建立了完善的社区卫生服务法律体系,对社区卫生服务的各个方面进行法制化管理,对社区卫生服务的筹资、机构设置、人员资格认定、全科医师培养、社区卫生服务质量控制和技术标准等方面制定严格的法律规定。

另外,需要强调政策的贯彻落实。目前中央和地方政府制定了针对医院和社区卫生服务机构分工合作的许多政策,既需要中央与地方各级党委、政府

的坚强领导,更需要各级相关部门之间的协调配合,确保政策的真正落实。

参 考 文 献

- [1] 井玲, 颜祥建, 李静, 等. 城市医疗服务中双向转诊影响因素的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(11): 772-774.
- [2] 刘谦, 代涛, 王小万, 等. 我国医院与社区卫生服务机构卫生资源互动整合模式与政策研究[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(10): 688-692.
- [3] 田昊. 托后有序 管而不死 政府引导 三方共赢——有关武汉“大医院托管社区卫生服务中心”模式的调查[J]. 中国社区医师, 2008, 24(17): 2-3.
- [4] 王枫叶. 政府主导下社区卫生服务市场化管理模式探讨[J]. 江苏卫生保健, 2008, 10(2): 37-39.
- [5] 段小贝, 曾永光, 杨辉星, 等. 实行院办院管模式 规范社区服务功能——深圳市龙岗中心医院社区健康服务的实践与探索[J]. 现代医院, 2001, 1(1): 48-50.
- [6] 岳艺, 张媛, 于润吉. 对发展社区卫生服务相关政策的探讨[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(4): 34-35.
- [7] 常修泽. 三方共建 两方分担 双向转诊 医道清廉——新加坡医疗卫生体制考察感受[J]. 中国经贸导刊, 2007, (3): 35-36.
- [8] 朱孔东, 王革, 谭景琛. 社区卫生发展及筹资与补偿政策[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(7): 18-20.
- [9] 虞建荣, 梁玲芳, 张华杰. 温州市城乡社区卫生服务人才培养的现状及存在的问题[J]. 中国全科医学, 2007, 11(7A): 12-17.
- [10] 陈惠, 孙怡春. 待遇问题是社区留住人才的最关键[J]. 中国社区医师, 2007, 23(15): 3-4.
- [11] 徐哲芳. 探索社区卫生服务机构人才培养路径[J]. 医院管理论坛, 2008, 25(4): 51-54.
- [12] 谭晓莉. 社区卫生服务政策扶持的强势与法律规定的不足和纠纷隐患[J]. 国际医药卫生导报, 2007, 13(8): 125-127.

[收稿日期:2008-12-29 修回日期:2009-01-12]

(编辑 何平)