

社区卫生服务支撑体系建设状况分析与发展策略探讨

卢祖洵* 王 芳

华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

【摘要】本文基于全国社区卫生服务体系建设 29 个重点联系城市(区)的基线调查数据,对我国社区卫生服务发展四大支撑体系的现状进行了分析。针对存在的问题,对发展社区卫生的相关策略进行了探讨,以期为我国社区卫生的深入、持续发展提供参考与借鉴。

【关键词】社区卫生服务;支撑体系;策略

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)01-0015-05

Analysis on the situation and development strategy of supportive system of Community Health Services

LU Zu-xun, WANG Fang

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

【Abstract】 Drawing on the base-line data of 29 important contacting cities (districts), this article has analyzed the situation of four supportive system of Community Health Services(CHS). To address the problems and some of issues, the study has also explored the strategies of developing CHS in order to provide some of references and evidences for further and sustainable development of CHS in our country.

【Key words】 Community Health Services, Supportive system, Strategy

纵观世界各国社区卫生的发展历程,凡是社区卫生发展相对较好的国家,往往在制度建设、经费保障、服务组织和人才队伍方面均比较完善,对社区卫生服务的发展发挥了较好的支撑作用。近 10 年来,我国社区卫生发展十分迅速。为进一步贯彻《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,加快社区卫生服务体系建设,保障群众享有安全、有效、便捷、经济的社区公共卫生和基本医疗服务,国务院社区卫生服务领导小组办公室 2007 年确定了 29 个工作基础较好或积极性较高的城市(区)作为社区卫生服务体系建设重点联系城市(区),针对社区卫生服务的关键问题,通过试点探索,进一步健全社区卫生服务运行机制和管理体制,率先建立起布局合理、设施完善、筹资通畅、运行科学、人才稳定、功能良好、群众广泛利用的社区卫生服务体系。2007 年底,在卫生部妇社司的组织下,针对影响社区卫生服务发展的关键问题和难点,我们对 29 个重点联系城市

的社区卫生服务基本发展状况,包括政策落实、经费投入、制度规范、人员、服务提供、服务质量以及居民满意度等进行了全面的调查。本文以本次基线调查数据为基础,对社区卫生服务发展具有重要支撑作用的制度保障、经费保障、组织保障和人员保障等状况进行重点分析,根据存在的问题对相关发展策略进行了探讨,旨在为社区卫生服务的深入、持续发展提供一些参考和借鉴。

1 我国社区卫生服务的支撑体系现状分析

1.1 政策与制度

从 29 个重点联系城市的情况看,各市基本上都在试点探索主要政策,试点范围及力度差异较大。

1.1.1 实施收支两条线,体现社区卫生服务的公益性

收支两条线制度实施有利于切断医务人员收入与机构收入的联系,更好地控制费用,加强预防保健

* 基金项目:卫生部全国社区卫生服务体系建设重点联系城市基线调查课题。

作者简介:卢祖洵,男(1959 年-),教授,博士生导师,主要研究方向为社会医学、卫生政策、社区卫生, E-mail: luzuxun@hotmail.com。

工作,落实社区卫生的基本功能^[1-2]。但从调查情况看,以区为单位,各重点联系城市中实施收支两条线财务管理制度的辖区仅占有所有辖区的30.37%,平均每区实行收支两条线的机构数为20个。由于管理体制、政府财力、思想认识等原因,收支两条线实施范围还比较局限,其效果也有待进一步观察。

1.1.2 制定基本用药目录,改善药品流通环节,积极开展试点工作,降低药品价格

药品政策改革试点正逐渐得到重视。大多数城市采取了多方面措施加强对药品价格、质量和用药的管理,制定了社区卫生服务基本用药目录的辖区占辖区总数的35.26%,平均每区社区基本用药药品种数为779.82种;同样比例的辖区实施了药品统一采购、集中配送制度以及药品零差率销售制度的试点,且平均每区实行药品零差价机构数为29个,平均每区实行药品零差价的药品数为200种。另外还有12.63%的辖区开展了医药分开或药房托管制度试点,平均每区实行医药分开或药房托管的机构数为4.74个。以上制度的制定和落实,其目的是为了切实降低社区药品价格,为老百姓提供优质价廉的基本医疗卫生服务。但是,由于上述制度实施时间不长,覆盖范围有限,其成效还有待继续观察。而且从机构收入构成来看,药品收入仍然是业务收入的主要来源。服务对象的满意度调查发现,在所有调查项目中,对药品价格的满意程度最低(53.56%)。

1.1.3 规范社区公共卫生服务项目,加强绩效考核

随着国家对社区公共卫生服务的投入不断加大,加强社区公共卫生服务绩效考核就显得十分重要和重要。社区公共卫生服务项目和考核补助办法的制定和落实,一方面提高了公共卫生服务的规范化程度,另一方面,为公共卫生服务的科学投入和经费划拨提供了标准和依据。在29个重点联系城市(区)中,大部分辖区在逐渐规范社区公共卫生服务。以辖区为单位,83.77%的辖区制定并实施了社区基本公共卫生服务项目,73.4%的辖区实行了社区公共卫生考核补助办法。

1.1.4 建立双向转诊制度,合理使用城市卫生服务资源

双向转诊制度的实施为病人的合理分流和医疗服务秩序的正常化提供了制度保障。从调查结果看,目前双向转诊的落实还不尽如人意,只有36.13%的辖区建立并实施社区卫生服务机构与上级医院的双向转诊制度,双向转诊有待真正落实。

1.1.5 推进医疗保险进社区,发挥社区卫生服务在医疗保险、医疗救助中的作用

推进医疗保险进社区是居民获得基本医疗卫生服务的基本保障,也是合理分流病人、科学利用卫生资源、节约卫生费用的重要措施。调查发现社区卫生服务中心纳入医保定点的比例为89.81%,纳入医保定点机构的社区卫生服务站的比例仅为55.26%,也就是说还有将近一半的站没有纳入医保定点机构,使居民利用社区卫生服务受到一定的限制。社区卫生服务机构就诊报销比例和起付线方面,57.23%的辖区降低保险基金起付线,51.45%的辖区降低自付比例,且不同级别的医疗机构起付线和自付比例均不同,但是降低的幅度还比较有限。以上数据提示大部分重点联系城市医保政策对社区卫生有一定的倾斜,但还未真正发挥引导居民利用社区卫生服务的作用。

1.2 经费保障

1.2.1 政府对卫生事业的投入力度在加大,社区卫生服务经费增长速度较快

从各地财务数据来看,2006年26个重点联系城市(上海两区和重庆渝中区除外)平均每个城市财政可支配收入为685 958.10万元,其中卫生事业费为26 703.57万元,社区卫生服务专项经费为5 010.51万元,卫生事业经费占财政支出的比例平均为4.39%,而社区卫生服务经费占卫生事业经费的比例为18.76%。相对于2006年,绝大部分城市2007年各项预算总体上呈现增加的趋势,其中,平均财政可支配收入为773 203.30万元,比2006年增加12.72%;卫生事业费为35 597.37万元,比2006年增加33.31%;社区卫生服务专项经费增长速度较快,2007年为9 107.38万元,比2006年增加81.77%;卫生事业经费占财政支出的比例平均为5.29%,比2006年增加了0.90个百分点,而社区卫生服务经费占卫生事业经费的比例为25.58%,比2006年增加了6.82个百分点。在经费来源上,区级财政投入是其主要来源,占70%左右。

1.2.2 社区公共卫生经费逐步落实,但各地投入差别比较大

表1 调查地区社区人均公共卫生服务经费投入情况

项目	2006年 (元/人/年)	2007年 (元/人/年)	增加额度 (元)	增加幅度 (%)
人均年投入总额	10.96	16.20	5.24	47.81
其中:中央投入	1.83	1.83	0	0
省级投入	0.53	1.43	0.90	169.81
市级投入	1.39	3.37	1.98	142.40
区级投入	7.21	9.57	2.36	32.73

从公共卫生服务经费的筹资来源看,中西部城市除有省、市、区三级投入外,还有来自中央转移支付的资金投入,体现了国家对中西部地区的扶持政策。表 1 是社区人均公共卫生服务经费的投入情况。数据显示,社区人均公共卫生服务经费在增长,且以区级投入为主。

1.3 组织保障

1.3.1 加强机构建设,提高社区卫生服务的覆盖率,仍然是一项重要任务

机构组织网络的完善是社区卫生服务的基础保障。根据规划设置的社区卫生服务中心数与已经建成的中心数,大多数城市中心建成率达到 80% 以上,平均建成率为 72.11%,社区卫生服务中心的街道覆盖率为 77.55%;社区卫生服务站的建设情况与中心相似,平均建成率为 74.68%。如此看来,提高社区卫生服务的覆盖率仍然是一项重要任务。

1.3.2 以政府为主举办社区卫生服务的基本政策落实较好

社区卫生服务中心和站都以政府举办为主,政府举办的中心占 77.10%,站为 69.16%(表 2)。

表 2 社区卫生服务机构举办主体

项目	中心		站		所有机构	
	机构数 (个)	比例 (%)	机构数 (个)	比例 (%)	机构数 (个)	比例 (%)
政府举办	1 461	77.10	3 618	69.16	5 079	71.28
企事业单位举办	317	16.73	702	13.42	1 019	14.3
个人举办	82	4.33	818	15.64	900	12.63
其他	35	1.85	92	1.76	127	1.78

1.3.3 社区卫生服务机构业务用房问题仍未得到妥善解决

表 3 社区卫生服务机构房屋来源及房屋租金来源情况

项目	中心		站	
	机构数(n)	比例(%)	机构数(n)	比例(%)
填写机构数	1 890	-	5 235	-
房屋来源				
免费使用	554	29.3	1 792	34.06
自有	729	38.55	825	15.68
租用	607	32.1	2 644	50.26
租用房屋或自购房资金来源				
政府提供	335	25.89	511	15.05
政府部分提供	194	14.99	359	10.57
自筹	637	49.23	2 359	69.48
其他	128	9.89	166	4.89

社区卫生中心平均业务用房面积为 1 984.03 平方米,站平均业务用房面积为 244.19 平方米。其中,36.4% 的中心和 48.1% 的站其业务用房面积未达到卫生部规定的标准。在业务用房为自购和租用的机构中,还有相当大比例的机构为自筹资金解决房屋费用问题(表 3)。可见社区卫生的业务用房还未得到妥善解决。

1.3.4 社区卫生服务站与中心的关系(管理机制)有待进一步理顺和加强

调查显示,实行中心、站一体化管理的机构占 62.75%,23.70% 的站仅业务上接受中心的管理和指导,13.55% 的站为独立站,与中心没有任何关系。在所有城市中,北京、上海两区、天津、深圳、沈阳和杭州等地中心、站一体化管理的比例较高。总的来看,部分城市中心、站之间的关系还比较松散,有待进一步理顺管理机制,加强统一管理,真正体现以网络建设为基础的社区卫生服务模式。

1.4 加强人才队伍建设,完善用人机制,提高社区卫生服务能力

人才队伍的建设和稳定是社区卫生能够长期持续稳定发展的重要决定因素,本次调查对社区卫生服务机构人员总体构成以及全科医学培训等情况进行了调查。29 个重点联系城市(区)社区卫生服务机构工作人员总数为 132 747 人,其中临时聘用人员占 26.78%;卫生技术人员占 76.71%;临床医师占卫生技术人员总数的 44.13%,其中注册全科医师仅占临床医生总数的 33.64%,中医师占 17.72%,口腔医师占 6.47%;卫生技术人员中从事防保工作的人员的比例为 13.09%。护士总人数占卫技人员总数的 30.79%。根据填报学历的医生和护士数计算,社区卫生服务的医护比为 1:0.635,护士比例偏低。

1.4.1 社区卫生人员配置数量基本达标,但质量不高
按照户籍人口数和总人口数计算单位人力资源服务的人口数,每名医生服务总人口数为 1 351 人,每名护士服务的总人口数为 2 128 人,数量上基本达到了配置要求,但是通过对医护人员特别是医生的学历和职称构成进行分析,社区卫生服务中心具有本科以上学历的医生比例不到 35%,站的比例更低,不到 30%,大部分医生的学历为专科及以下(超过 60%),近 3 年新进医生具有本科以上学历的比例有所提高,但仍然不到 50%;从职称方面看,具有高级职称的比例低于 15%,医生职称以中、初级为主,初

级职称者占 46.38%,具有中级职称的医生比例不到 40%,通过国家全科医学专业中级技术资格考试的医生只有 6.89%,而具有中级职称的医生应该是社区卫生服务人才队伍的骨干力量,因此,从现有的情况看,人才素质有待进一步提高。

1.4.2 社区卫生服务专业人员培训比例不足,全科医学培训是一项长期性的工作

综合各项培训数据分析,接受过岗位培训及更高级别培训(如全科医师规范化培训)的在岗社区卫生服务人员比例不足 60%。人员流动、临聘人员比例大可能是实际培训数大、而在岗人员培训率不高的重要原因。实现全员培训,任务仍十分艰巨。

2 策略探讨与建议

从上述分析结果来看,我国社区卫生服务的管理体制、运行机制和支撑条件等方面还需完善和改进,从政策与制度、筹资、机构与网络建设、价格、服务提供等方面还需要进一步探讨。

2.1 进一步明确社区卫生服务的发展目标,完善相关政策和运行机制,为社区卫生服务的深入和持续发展营造良好的政治和政策氛围

从长期目标来讲,发展社区卫生服务是深化我国城市医疗卫生体制改革、解决居民“看病难、看病贵”问题的重要突破口^[3],目的是通过完善城市基层卫生服务体系,为居民提供基本的公共卫生和基本医疗服务,维护人群健康。为了实现社区卫生服务发展的最终目标,我国政府近年来非常重视建立和完善相关政策和制度,在经费投入、机构建设、人才队伍以及服务提供等方面均作了相应规定和要求,从而达到逐步完善社区卫生服务功能,合理分流病人的目的。但是,社区卫生服务体系建立是一个综合系统工程,需要多部门联动,相互协调、配合才能取得实效^[4]。从 29 个重点联系城市的发展现状看,目前社区卫生在筹资、人事、医保及机构运行机制和管理方面还存在落实不到位或不成熟的问题,给社区卫生的发展造成一定的局限,如资金投入力度不够、人才队伍不够稳定、医疗保险倾斜力度不大以及相关管理制度和运行机制不够完善等。因此,全方位开发政府资源对社区卫生服务的作用,特别是社区卫生服务筹资是极为关键的。实际上,国家层面的政策及对政府和相关部门的职责是明确的,但是如何得到各地政府及主管部门的重视,提高认识是

完善和落实相关政策的关键,要采用多种方式和途径使其深刻领会社区卫生工作的政治和社会属性,明确发展社区卫生是体现“三个代表”的重要手段,同时也是创造良好政绩的民心工程。只有这样,落实相关政策、积极探索运行机制才能成为可能。

2.2 调整政府财政支出结构,利用多种筹资途径,加大对社区卫生的投入

社区卫生的基本任务是为社区居民提供基本的公共卫生和基本医疗服务,根据公共卫生和基本医疗服务的基本性质和特点,政府在社区卫生筹资方面应该承担义不容辞的责任。《指导意见》明确要求各级政府要调整财政支出结构,加大对社区卫生的投入力度。政府要建立科学、稳定的社区卫生服务筹资和投入机制,没有政府的投入,社区卫生事业不可能得到发展,预防保健服务也不会得到落实,看病难、看病贵问题就不可能得到有效解决^[3]。从筹资途径讲,一是政府要按照规定加大对社区卫生服务机构房屋、设施设备以及人员培训的投入力度,要保证社区公共卫生补助经费的投入。二是加大医保政策对社区卫生的政策倾斜,补偿基本医疗服务费用。三是对实施社区卫生服务运行机制改革的地区或机构,如药品零差率、收支两条线等,政府的补偿一定要到位,否则这些试点不可能长久。

2.3 完善机构与网络建设,加强管理,理顺关系,提高社区卫生服务的可及性

在机构建设方面,政府主导、多方参与的局面已基本形成。但是如何进一步提高社区卫生的覆盖面,提升机构服务能力,正确处理中心、站之间的关系,充分发挥不同机构举办社区卫生服务机构的长处是值得进一步思考和探索的。各地在这方面也进行了不同程度的探索,如成都采取以中心为主、站为补充的策略等。中心与站之间的关系可以是多方面的,如站可以是中心的派出机构,实行一体化管理,或实行目标管理与承包,业务上对其实行指导与监管,还可以采取托管的方式等,这些都是值得进一步探讨和不断完善的。另外,统一标识、标牌,规范科室设置等都是完善机构网络建设的重要基础工作。总之,只有在组织机构和网络建设不断完善的前提下,社区卫生服务的益处才能惠及到全体居民。

2.4 改革探索运行机制,切实降低服务价格

价格策略是一种吸引消费者、提高市场竞争力的营销组合策略。那么社区卫生服务是否应该重视

价格策略呢? 发展社区卫生服务的重要目的之一就是为老百姓提供质优价廉的服务。社区卫生服务处于竞争激烈的医疗市场中, 服务不免费就存在价格竞争。因此低价是社区卫生服务的特点之一。但是从我们调查的数据来看, 老百姓对社区卫生服务的价格并不十分满意, 特别是药品的价格。近期各地积极进行了试点探索, 如医药分开、药品零差率、收支两条线以及服务减免策略等, 其实质就是为了降低社区卫生服务的价格, 保证其公益性。通过一些城市的试点表明, 如武汉市的医药分开(社区卫生服务机构提供房屋作为药房, 医药公司提供较高额的租金, 并吸纳社区卫生服务机构分流人员; 社区卫生服务机构不享受药品利润分成; 财政无经费投入等)效果是药价下降近 25%, 服务量上升^[5]。北京、成都、银川、杭州等地的药品零差率试点, 降低了药品价格、推广了基本药物的使用, 最终受益的是广大的社区居民。但是也存在零差率药品使用量有限的问题。北京、上海、成都、杭州、南京、深圳等地的收支两条线试点, 切断了医务人员收入与机构收入的联系, 控制医疗费用, 促使医务人员加强预防保健, 但又可能出现低效率、养懒人以及政府负担加重等问题。另外, 武汉等地采取减免策略, 如武汉市的“五免六减”等, 运作比较简单、灵活, 效应直接、广泛, 投入产出效果比较好。总之, 只要补偿到位, 监管措施到位, 效果就明显。当然, 对于存在的问题, 要积极制定和完善相应的配套措施加以弥补和解决, 如绩效考核等。

2.5 转变观念, 加强内涵建设, 提高社区卫生服务能力是社区卫生持续发展的重要条件

社区卫生服务具有方便、经济、综合、连续的特点, 并且接近居民, 也能得到政府支持, 但是目前我国社区卫生服务总的来讲基础比较薄弱, 技术竞争力不强, 随着卫生改革与发展的进程不断加快, 满足居民特别是社会弱势人群的基本医疗和公共卫生服务需求是完善基本医疗服务体系和公共卫生服务体系的重要内容。除了降低价格、提高报销比例以外, 改善服务能力是决定我们能走多远的关键环节, 是社区卫生发展面临的长期任务。因此, 借助目前良好的发展氛围, 加强人才队伍建设, 建立和完善全科医师规范化培训体系, 积极探索其他一切可能的途径(如大医院参与社区卫生服务建设等)来提高社区

卫生服务机构的服务能力, 获得老百姓的认可, 为社区卫生相关政策的落实奠定基础。另外, 发挥社区卫生服务的优势, 打造社区卫生服务的品牌和特色也是工作的重点, 社区卫生不仅在外观上要有自己的风格, 更重要的是在内涵上不断地得到丰富。在服务模式上, 一定要夯实社区卫生服务的基本模式, 坚持“以人为本、以健康为中心”、“以现代医学模式为指导”、“以网络建设为基础”、“以团队合作为特点”的原则, 转变观念及服务方式, 贴近病人和居民, 为他们提供人性化的服务。要做到此点, 应注重提高认识、树立为人民服务的思想、注重交流技巧, 体现社区居民期望, 维护社区居民利益, 营造社区卫生服务文化, 努力创新, 保持社区卫生服务的活力。如很多地方在管理上不断探索, 实行机构招标、人员竞争上岗, 改革经营模式, 打造特色品牌(如康复、中医等), 这些都是改善服务质量, 提高社区卫生生命力的创新之举, 值得肯定。

综上所述, 要使社区卫生服务得到持续、健康的发展, 完善四大支撑体系建设是基础, 在此基础上, 加强规范管理, 完善运行机制, 提高服务能力, 改善服务态度和方式, 发挥自身优势, 加强成本管理, 提高资源配置效率, 创造“多赢”局面, 使老百姓、医疗卫生机构和政府都满意。

参 考 文 献

- [1] 傅家康. 社区卫生服务机构收支两条线改革的实践及思考[J]. 卫生经济研究, 2007, (2): 51-52.
- [2] 金生国, 张彤, 陈子敏, 等. 实施收支两条线管理, 实现社区卫生服务公益性回归[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(5): 301-303.
- [3] 卫生部政策法规司. 蒋作君副部长在全国大力推进社区卫生服务体系重点联系城市工作启动会上的讲话[EB/OL]. (2007-09-19) [2008-10-12]. <http://61.49.18.102/newshtml/20174.htm>.
- [4] 王斌. 城市社区卫生服务的发展: 挑战与机遇[J]. 中国卫生政策研究, 2008, 1(1): 13-15.
- [5] 卢祖洵, 刘毅俊, 王芳, 等. 武汉市社区卫生服务中心医药分开改革的成效分析[J]. 中国预防医学杂志, 2008, 9(8): 734-736.

[收稿日期: 2008-12-08 修回日期: 2009-01-08]

(编辑 许素友)