

# 我国城市社区卫生服务与医疗保险制度衔接机制研究

傅鸿鹏\* 苏健婷 单楠 党勇 赵琨 杨洪伟

卫生部卫生经济研究所 北京 100191

**【摘要】**目的:分析城市社区卫生服务与医疗保险制度(以下简称社区医保)衔接中的问题,探索促进衔接的方法策略。方法:通过专家咨询、问卷调查法收集资料,采用机构间合作模式和主题框架法进行分析评价。结果:我国社区医保衔接机制处于发展中合作较低水平。在治理结构上缺乏集权化和有效的领导方式,政策环境缺乏对创新的支持;卫生、医保部门在目标上存在分歧,互信程度不高;工作中缺乏规范化的管理程序,合作技术方案不够健全。结论:建议加强体制改革,建立大卫生体制;推进运行机制改革,根据社区卫生特点改进社区医保技术方案;促进部门沟通合作;加强业务管理。

**【关键词】**社区卫生服务;医疗保险制度;合作模式;主题框架分析

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)09-0053-08

## A study on cooperation mechanism of community health service and health insurance system in urban China

FU Hong-peng, SU Jian-ting, SHAN Nan, DANG Yong, ZHAO Kun, YANG Hong-wei

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Objectives: This article aims to analyze the cooperation mechanism of the community health services (CHS) and health insurance system in urban China, and develops methods or strategies to promote cooperation. Methods: Data was collected through the expert consultation and questionnaire investigation. Structure Model of Collaboration and Thematic framework analysis were used to analyze the material. Results: The cooperation mechanism evaluated as a low level of developing collaboration. In terms of the governance dimension, the centrality and leader mechanism were insufficient and incapable, as well as lack of support environmental to policy innovation. Regarding the shared goals and vision dimension, the two departments just have some nominal common goals and the difference was significant during policy implementation. Mutual acquaintance and confidence was relatively week. Analysis of the Formalization dimension shows that the norm and standard hasn't established successfully. Community health insurance policy still needs to improve. Conclusion: To improve the cooperation mechanism, the first thing to do is to establish a general health governance department to combine health sector and insurance sector. The second is to improve operation mechanism and to make policy according to CHS need. The third is to establish communication mechanism among health sector and insurance sector by using norm and standard to strengthen management.

**【Key words】** Community health service, Medical insurance system, Structural model of collaboration, Thematic framework analysis

自 2006 年我国启动新一轮社区卫生服务体系的建设以来,与医疗保险制度的衔接工作(简称社区医保衔接机制建设)就被认为是其中的重要工作环节<sup>[1]</sup>。理论上,社区医保衔接机制将方便社区参保人员就医,有效分流患者,降低医疗总费用,既有利

于社区卫生服务的发展,又有利于医疗保险费用的控制<sup>[2]</sup>。但现实资料表明,由于各类因素的制约,这一制度的推行进展缓慢。从政策主体上分析,社区医保衔接机制的建设,实质为卫生行政和医保两大部门及其下属机构间合作机制的建设,本研究旨在

\* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目(编号:HSS21)。

作者简介:傅鸿鹏,男(1974 年-),博士,副研究员,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:fuhongpeng@hotmail.com

运用机构间合作模型,分析社区医保衔接机制建设的主要因素并研究解决策略。

## 1 研究方法

### 1.1 评价工具

#### 1.1.1 机构合作模式概要

本研究运用机构间合作模式<sup>[3]</sup>作为基本工具分析卫生与医保部门及其下属机构之间的合作关系。该模式从四个维度、共十个指标分析合作行为(图1)。其中,与个体关系相关的两个维度是:(1)目标和愿景,包括共同的目标、以顾客(或忠诚感)为中心两个指标。(2)内在化,指合作者彼此间的熟悉、依赖性,并由此形成的互信互利的归属感。与集体和组织行为有关的两个维度是:(3)规范化,指使用文件规定的形式所安排的工作行为和预期结果,如服务流程等方面的规范。规范化明确了各自的目标和责任。(4)治理结构,即政府权威、领导方式、政策

环境等方面对于合作的支持。该模型认为,用这四个维度以及它们之间的相互联系可以抓住合作的内在过程。

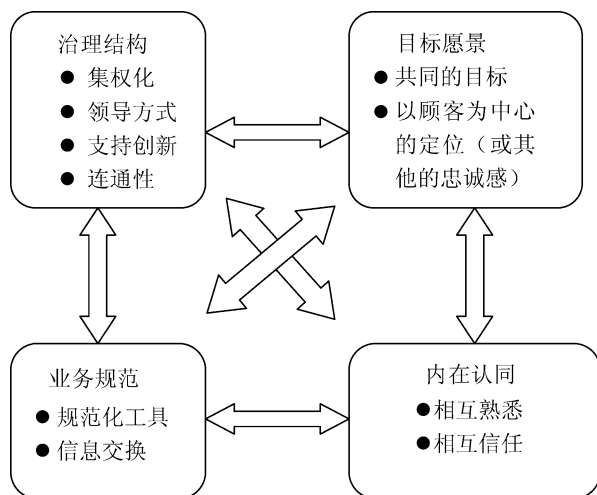


图1 机构合作模型

表1 机构合作模型指标的定义或说明

指标	定义或说明
共同的目标	建立双方都同意的、综合性的目标。合作往往要求合作各方对原价值观和行动做较大幅度的改变,建立新目标。
以顾客(忠诚感)为中心	卫生领域的合作必须以顾客(忠诚感)为中心,合作者在此基础上才能使彼此适应。
相互熟悉	互相了解对方的利益、能力等,这是建立共同目标和信任的基础。
相互信任	合作只有在彼此之间相互信任对方的才能和能力的前提下才能建立。
集权化	有清晰和明确的方向来引导目标行为。中央政权、高层领导有重要影响。
领导方式	具体工作开展的领导或组织形式,通过领导使合作者达成合作或协议。
支持创新	合作将导致新的行为出现,使合作者间的责任分工发生变化。这需要有制度性环境支持这些变化。
连贯性	指个体和组织之间存在讨论和建立亲密关系的空间,能解决协调问题。
规范化工具	规范化是明确各个合作者的责任以及协商如何进行责任分工的一个重要工具。规范化工具包括组织内部的契约、协议以及信息系统等。
信息交换	指合作者之间进行恰当快速完整的信息交换,是建立信任的重要部分。

#### 1.1.2 合作水平的三个层次

**积极性的合作:**合作的最高水平,合作者能够建立持续的、稳定的合作关系,拥有共同的、一致的目标,具有组织归属感和相互信任感,并在管理原则和机制方面达成一致。

**发展性的合作:**合作已经存在,但各方目标、合作者间的关系、管理机制和规范化等方面尚未达成

一致,仍然在协商过程中。这种合作在各方职责、工作上仍要调整,在服务上达不到应有的高效率。

**潜在性的合作:**包括(1)合作尚未建立,或(2)由于冲突而受阻的合作。此类合作难以继续向前发展,令人满意的合作形式不能得以实施。协商要么不能进行,要么就不断的被破坏,引入新的工作方式难度很大(表2)。

表 2 合作类型和指标赋值

指标	积极性的合作	发展性的合作	潜在性的合作
集权化	政府有力积极的支持	定位有误,模棱两可	缺乏地方政权的支持
领导方式	大家都认同的领导	不集中、脆弱的领导	不受认同的领导
支持创新	有效促进创新和变革	零星脆弱的支持创新	很少甚至没有支持
连贯性	各方可充分讨论问题	有限的事后讨论	缺乏讨论
共同的目标	双方同意的综合性目标	只有部分共同目标	存在目标分歧
以顾客为中心	以病人为中心进行定位	按部门或组织利益定位	以各自利益为中心
相互熟悉	频繁见面定期集体活动	很少有见面和集体活动	没有见面机会
相互信任	无条件的信任	有条件的信任	缺乏信任
规范化工具	联合制定的规则和契约	规则契约在讨论建设中	没有契约而导致冲突
信息交换	共享信息或信息交换	不完整的信息交换	缺乏信息交换机制

## 1.2 资料收集

根据机构间合作模式,把指标转换成问题,设计访谈问卷,针对每个问题,采用五点式评分方法,请专家按指标含义对问题进行评分。

结合卫生部举办的全国社区卫生服务相关会议和现场考察,对社区卫生、医疗保险相关领域及发改委、财政部的行政人员和专家学者进行了快速咨询调查。共发放问卷 74 份,回收有效问卷 74 份,有效回收率 100%。

## 1.3 资料整理与分析

### 1.3.1 指标赋值和分析

将各指标选项赋值,计算每一类指标的评分。按等级顺序,把认同程度由低到高,分别赋值为 0, 1/4, 1/2, 3/4, 1.0, 汇总求各指标得分并求取平均值,最后转换成用百分数,表示各指标的得分结果。

汇总各指标得分结果,可获得对社区医保制度建设工作的评分结果。按照合作模式评分的基本依据,将低于 33.3% 的评分结果判为潜在性的合作,将高于 33.3% 低于 66.6% 的评分结果判定为发展性的合作,将高于 66.6% 的评分结果判定为积极性的合作。

### 1.3.2 定性资料的分析

采用主题框架分析法<sup>[4]</sup>,对定性资料进行整理分析。

### 1.3.3 统计学检验

对经综合计算后获得的评价总分,按不同分类的对象进行方差分析,并做两两比较。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

本研究共调查了来自 16 个省(市/自治区)社区卫生领域相关专家 74 人次,其中卫生行政部门相关专家较多,占总人数的 39.19% (表 3)。

表 3 调查对象基本情况

	频数	百分比(%)
单位性质		
卫生行政部门	29	39.19
医保和其他政府部门	8	10.81
社区卫生服务机构	17	22.97
科研机构及其他	20	27.03
合计	74	100.00
城市级别		
普通地级市	10	18.52
副省级和省会城市	31	57.41
省级单位	13	24.07
合计	54	100.00

注:城市级别分组时科研机构人员 20 人未计入。

### 2.2 主要评价结果

结果表明,调查对象对于社区医保衔接机制十个指标的评分均不高,总评分为 41.49%,为发展中国合作的较低水平。

四个维度中,规范化维度总体得分最低,其中“规范化工具”得分为 36.94%，“信息交换”得分为 35.95%，两个指标均处于发展性合作的边缘水平,即尚难以支持形成合作。治理结构维度得分位居倒数第二,其四个指标中,除“集权化”得分 46.35%,达到了发展性合作水平之外,其余三个指标均处于发展性合作的边缘水平,其中“支持创新”得分为 35.95%,是所有十个指标中得分最低者。内在化维度

在四个维度中得分最高,达到了发展中合作的中等水平。目标愿景维度得分处于第二位,其中“以顾客为中心的定位”得分为 49.65%,是十个指标中得分

最高者,但从绝对值上,这一得分仍属于较低水平的评价(表 4)。

表 4 社区医保衔接机制建设指标评分结果(%)

主要指标	均数	单位性质				所处机构级别			所处地区		
		卫生行政 部门	医保和 其他政 府部门	社区卫 生服务 机构	科研机 构及其 他	普通地 级市	副省级 和省会 城市	省级 单位	东部	中部	西部
1. 共同的目标	42.35	39.31	57.50	35.29	44.00	38.00	43.87	35.38	35.00	44.09	39.09
2. 以顾客为中心的 定位	49.65	39.31	75.00	63.53	41.00	40.00	63.23	35.38	37.50	56.82	38.18
3. 相互熟悉	47.86	41.38	80.00	41.25	50.00	44.00	52.67	36.92	50.00	50.70	41.82
4. 相互信任	44.29	37.93	60.00	48.75	44.00	42.00	47.33	40.00	40.00	46.98	40.91
5. 集权化	46.35	32.41	80.00	52.94	39.00	34.00	57.42	27.69	47.50	49.55	31.82
6. 领导方式	38.12	31.03	60.00	43.53	35.00	36.00	45.81	26.15	40.00	40.91	31.82
7. 支持创新	35.95	28.97	62.50	37.65	31.00	32.00	42.58	26.15	37.50	38.64	27.27
8. 连贯性	37.41	28.97	62.50	42.35	37.00	28.00	46.45	26.15	42.50	40.00	31.82
9. 规范化工具	36.94	26.90	62.50	42.35	35.00	28.00	43.87	27.69	32.50	39.55	31.82
10. 信息交换	35.95	29.66	57.14	40.00	34.00	34.00	41.33	27.69	45.00	37.67	29.09
均数	41.49	33.59*	65.71**	44.76	39.00	35.60	48.46***	30.92	40.75	44.49	34.36****

\* 与医保和其他政府部门、社区卫生服务机构比较, P < 0.05; \*\* 与其他三类机构两两比较, P < 0.05; \*\*\* 与普通地级市、省级单位两两比较 P < 0.05; \*\*\*\* 与中部、东部地区两两比较, P < 0.05, 差别有显著性。

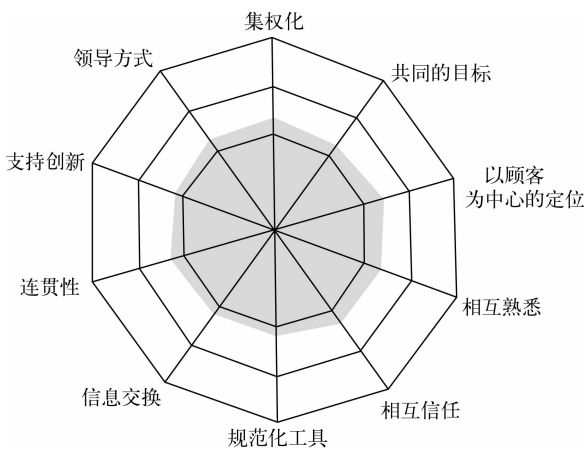


图 2 社区医保衔接机制总体评价结果

综合四个维度的评价结果,总体上可以认为,目前我国社区医保衔接机制的建设在具体指标上分别处于发展性合作的边缘与中期水平之间,在四个维度上都存在较大程度的改善需要。其中,最为薄弱、急需改进的是“支持创新”、“规范化工具”和“信息交换”三个指标,即为社区医保制度的建设提供宽松的政策环境、设计适宜的社区医保制度规范文件和技术性方案、加强信息沟通与共享是目前建立社区

医保制度中最为急迫的要求。

本次调查涉及到卫生行政部门、医保和其他政府部门、社区机构和科研机构等领域的专家学者。从单位分类看,不同单位专家的评价结果有很大差异。其中,评分最高者为医保和其他政府部门,总评分 65.71%,即处于发展中合作的较高水平。其次为社区卫生服务机构人员,评分结果为 44.76%,即处于发展中合作较低水平。再次为科研机构专家,评分为 39.00%,即处于发展中合作的边缘水平。评分最低者为卫生行政部门,评分为 33.59%,即处于发展性合作的边缘水平。

各类单位专家在评价指标上的分歧主要体现在“以患者为中心的定位”、“相互熟悉”、“集权化”上。对这三个指标,医保和其他政府部门均评价达到了积极合作的水平,即认为目前的社区医保机制基本实现了“以患者为中心的定位”、社区和医保机构“相互熟悉”和对社区医保机制的“集权化”管理。但社区卫生服务机构和科研机构专家的评价则均处于发展中合作中等或偏低水平。卫生行政部门对上述指标评价最低,处于较低的发展性合作水平,即基本上对评价指标均持不满意态度。

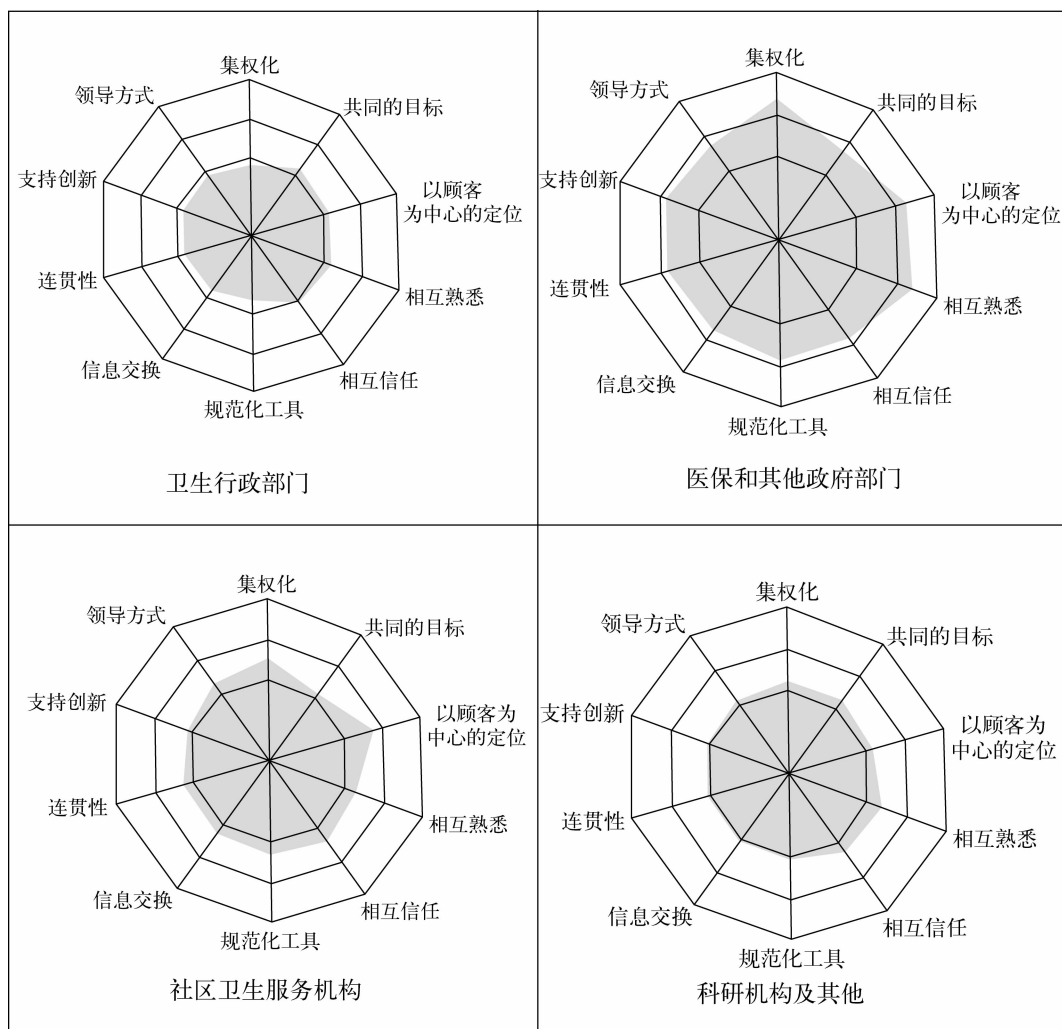


图3 按机构类型分类专家评价结果

从调查对象所处机构级别看,各机构城市专家总评分差别较大,普通地级市和省级单位的评价结果分别处于发展中合作的边缘水平和潜在性合作水平,副省级和省会城市的评分结果处于发展性合作中等水平。其中副省级和省会城市专家在“以患者为中心的定位”、“集权化”指标上评分较高,均高出其他两类城市约 30 个百分点。

按调查对象所处地区分析,不同地区专家对目前的社区医保衔接机制总评分基本一致,东、中部专家基本相同,分别为 40.75% 和 44.49%,高于西部地区的 34.36%。但东部地区专家评分在管理维度的“连贯性”和规范化工具维度的“信息交换”指标上的评分要高于中西部地区。中部地区则在目标和愿景维度的“共同目标”、“以患者为中心的定位”和管理维度的“集权化”等指标上评分较高。

### 3 讨论

#### 3.1 社区医保衔接机制建设的进展评价

社区医保衔接机制的建设是各级政府社区卫生工作的重点之一。2007 年全国重点联系城市社区卫生服务工作方案中,国务院明确提出了提高医保制度覆盖社区的方案,包括制定单独的纳入标准、定点且打破区域限制、扩大医疗保险支付范围、降低起付线/提高报销比例、试点总额预付、探索门诊统筹等措施。但这些政策在实施上仍存在较多问题。各地社区机构反映医保政策倾斜度不够的问题比较突出。本研究采用模型方法对目前社区医保衔接机制进行评价,结果为目前的社区医保衔接机制处于低层次的发展中合作水平,在政府领导体制、业务管理、技术方案等方面均存在改进之处,与现实情况基本一致。

在社区医保衔接机制中,卫生部门、医保与其他

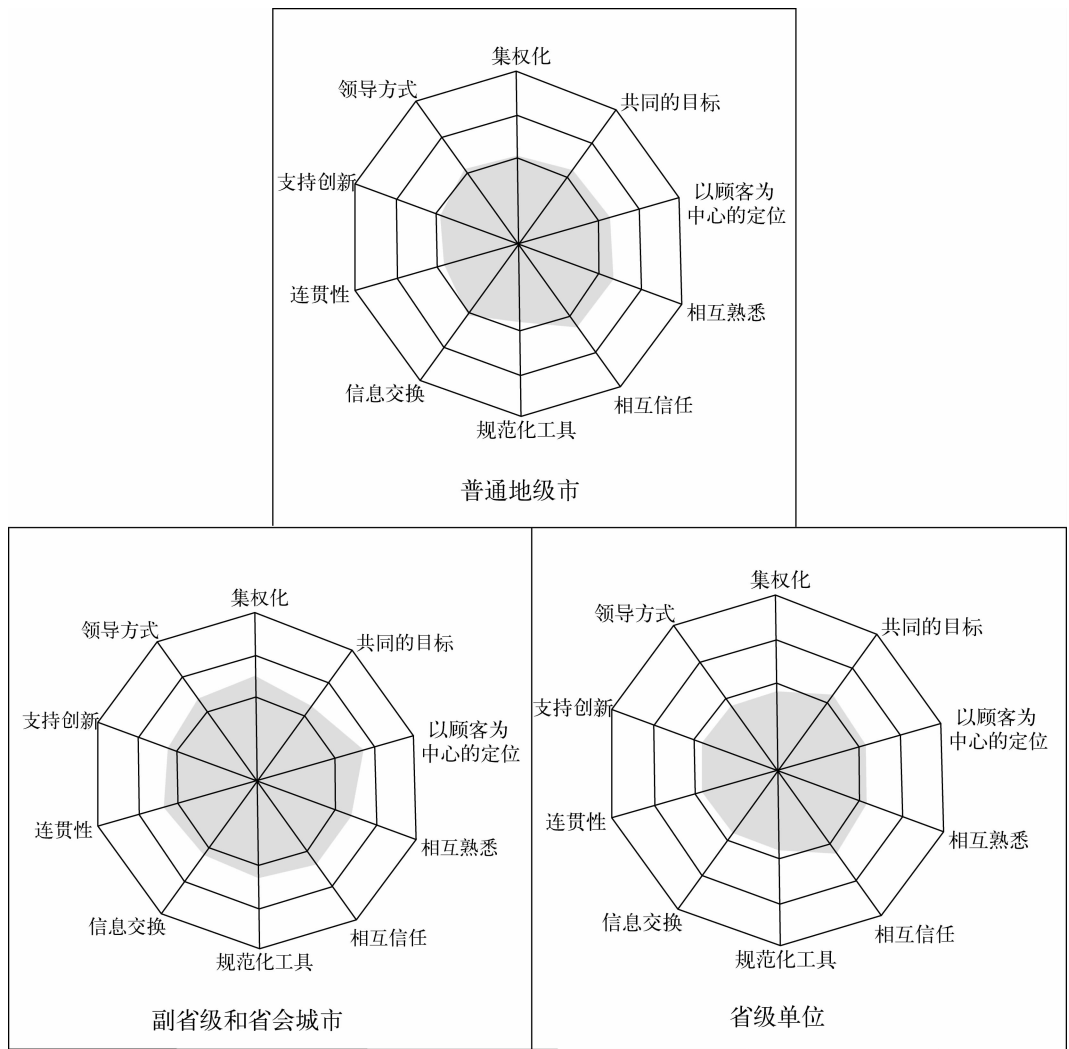


图4 按机构级别分类专家评价结果

政府部门、社区卫生机构、科研机构等所处角色不同,对政策的感受和理解存在差异。本研究中各方评价的差异,与现实中职责分工、权利义务存在一定的吻合性。社区卫生服务机构的生存和经营,直接与医保政策相关联,最希望获得政策改善,因此对现状的评价较低。医保部门是当前社区医保政策的主要制定者,故对政策总体评分相对较高。本研究结果中,卫生部门、医保和其他政府部门评分结果间出现较大差异,一定程度上体现了部门立场和工作重点的差别。但在“支持创新”、“规范化工具”、“连贯性”等三个指标上,上述部门基本一致,均评为最低分,表明目前社区医保制度建设在政策环境、技术方案和工作环境建设等方面迫切需要改进。

### 3.2 运用评价模型对社区医保衔接机制建设现状的分析

既往围绕社区医保衔接机制的研究多集中于技

术方案的设计上,旨在通过对社区患者和机构支付制度的改善,促进两者的衔接。但机构合作模型提示我们,研究社区医保衔接机制,需要考虑更为广泛的问题。

#### 3.2.1 目标愿景维度的现状和问题

合作需要建立双方都同意的、综合性的目标。由于我国社区、医保分属不同部门管理,“提高健康水平”这一类共同的目标可能在名义上存在,但实际工作中往往难以落实。相当多文献表明,医保部门的具体工作目标是维持基金的平稳甚至是保持基金大量节余,与“提供健康保障、提高居民健康水平”这一初衷相差甚远。与此类似,社区卫生服务体系建设的初衷是“提高卫生服务水平、改善居民健康”,但在实际工作中,相当多地区的具体目标被调整成了提供公共卫生服务项目,甚至部分地区还把维持社区卫生机构的生存作为核心目标。社区卫生机构医疗功能被认为应当压缩,社区纳入医保被作为一

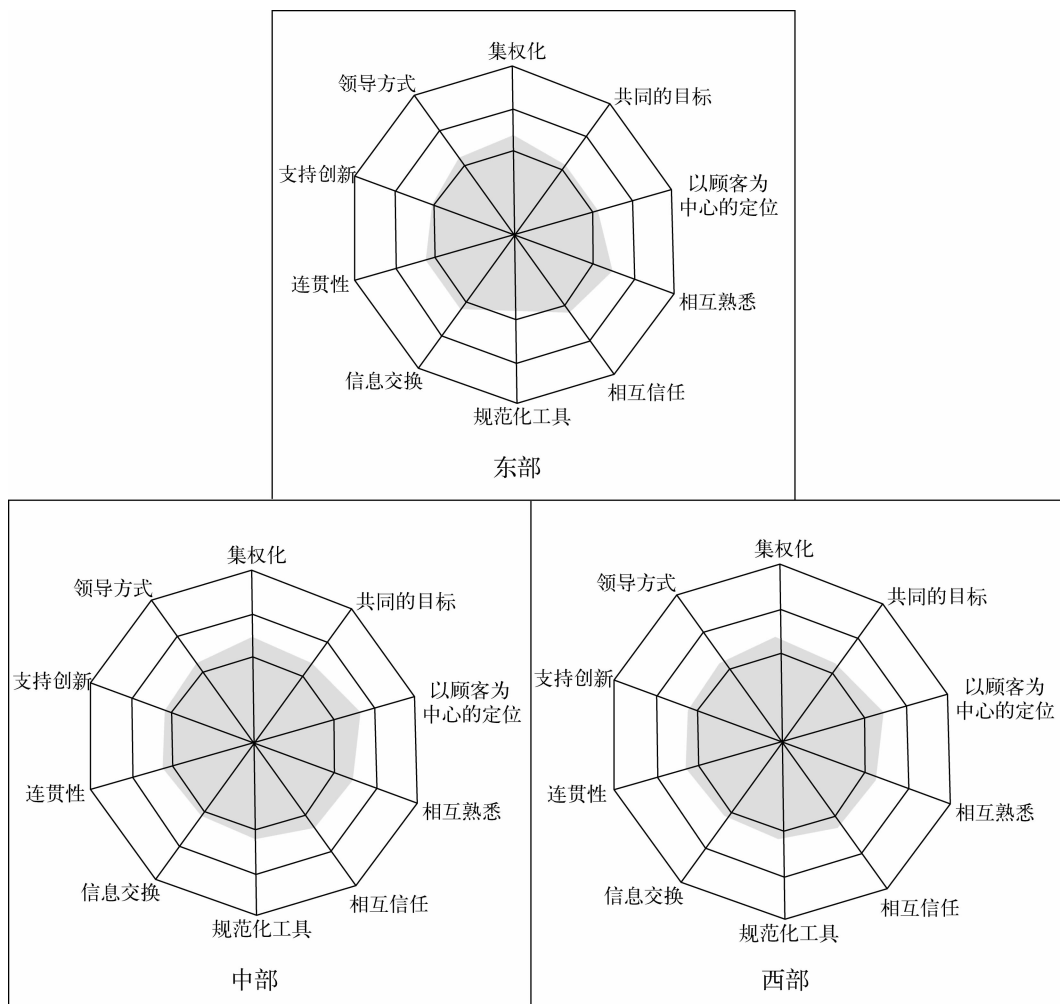


图 5 按地区分类专家评价结果

种社区机构的筹资机制,而非服务内容的深化和扩充来对待。现场考察中,这两大部门围绕这些问题相互指责的现象在各地均有所表现。由于目前两大部门之间在目标上存在分歧,社区医保机制以患者或健康为中心的定位在实际工作中未能有充分的体现。医保部门对可扩展的部分社区服务项目的覆盖工作始终进展缓慢。在定点医疗机构的年度考核工作中,更多的仍是注重医疗服务本身的质量、数量和费用考核,患者的参与程度不足。

### 3.2.2 治理结构维度的现状和问题

卫生、医保两个部门分治的方式,使得社区医保制度建设必然是两部门协商开展。目前卫生部门对此较为积极,社保部门相对被动,两部门内部博弈激烈。这一管理方式显然不符合集权化的要求。为加强相关管理,政府直接参与或牵头社区医保工作的呼声正日益高涨。

部门分工方式直接影响着社区医保工作的领导方式,尽管目前卫生部门比较积极主动,但医保部门

实质控制着决策权和主动权。调研中,卫生部门人员多用“求着医保部门办事”来形容其客观处境。表明作为两个平行的政府部门,在落实具体工作上,没有政府的统一协调,有效的领导难以形成。同理,建立起密切沟通、解决协调问题的工作机制难度也较大,合作的连贯性水平难以提高。

合作往往导致合作者之间的责任分工变化,需要宽松的政策环境。我国的行政管理体系长期以来以“僵化”和“条条框框”众多出名,对于出台新政策、建立新机制具有严重的束缚作用。目前我国一些地区社区医保工作已经积累了一定的经验,但经验推广遇到了较大阻力,与多数地区缺乏宽松的政策环境具有直接的关系。

### 3.2.3 业务规范维度的现状和问题

社区医保机制在行政管理上是两个政府部门的衔接,在具体工作上 是医保经办机构和社区卫生机构的衔接。从机构准入、覆盖业务范围、报销政策、保费核算和支付、问题处置等方面均需要规范化的

管理制度和流程。但目前我国各地社区医保衔接工作中多数只有一些内容比较简明扼要的文件对相关问题进行规定,在诸多管理细节上,缺乏规范化的制度和流程。在社区医保报销政策的技术方案上,目前普遍存在合理性不足问题,难以体现对社区倾斜的要求,但多数地区对政策改进的速度缓慢。

在信息交换上,目前两部门之间主要呈现为单向医保信息上报的交流方式,卫生部门或社区卫生机构对社区卫生服务信息的宣传缺乏力度,医保部门集中关注医疗保险信息系统业务数据,对信息的分析反馈不足,此外,医保部门对社区卫生具体工作不了解、不熟悉,也成为支持力度不足的原因之一。

### 3.2.4 内在认同维度的现状和问题

双方互相了解对方的利益所在和能力水平,是合作的基础。在此基础上,合作还需要双方信任。目前我国多数地区医保部门对社区卫生业务内容并不熟悉,信任程度不足,虽能按政府要求,将一些社区卫生服务中心(站)纳入医保定点,但在具体政策上结合社区实情的不多。这里既有社区机构能力有限的问题,也有医保部门对社区卫生服务的认识不足问题,还有社区卫生机构自身形象塑造问题。卫生和医保双方在加强双方内在认同维度上仍有较长的道路要走。

## 3.3 加强社区医保衔接机制建设的建议

### 3.3.1 加强行政体制改革

(1)加强政府的卫生职能,落实政府对卫生的集中领导作用,围绕维护群众健康为中心,建立整合卫生、医保的大卫生管理体制。(2)短期内,先由各级政府直接负责社区医保衔接机制建设工作,明确卫生部门是领导部门,医保部门是责任部门,促进管理的集权化,建立合理的领导方式。

### 3.3.2 推进运行机制改革

(1)围绕以病人/健康为中心的目标,建立相关绩效考评体系,完善社区卫生服务体系和医疗保障制度,消除、削弱部门利益导致的不协调问题。(2)建立宽松的政策环境,开展社区医保政策创新。如,探索门诊统筹<sup>[5-6]</sup>,将适合社区卫生服务机构开展的医疗项目、家庭病床以及慢性病管理纳入医保支付范围,大幅度降低社区机构就诊自付比例和起付标

准等。(3)建立良好的合作与协调管理机制。由政府牵头,在部门和机构间建立协商机制,制定问题或冲突处理程序,及时社区医保制度。

### 3.3.3 加强业务管理

(1)建立社区医保衔接机制各环节的规范化管理流程。包括各类规范化技术方案、事务处理流程、议事程序等。明确各方责任,促进社区医保衔接机制的高效运行。(2)加强信息沟通和共享。加强卫生与医保部门及下属机构的沟通,建立定期信息通报或沟通机制。在目前已经存在的各类社区卫生信息、医疗保险信息管理系统的基礎上,建立综合性信息服务平台,提高信息共享水平和管理工作效率<sup>[7]</sup>。

### 3.3.4 改善工作环境

(1)加强对社区卫生服务工作特点的宣传和社区卫生服务的质量管理,提高社区卫生机构的信誉水平,提高社会各界对社区卫生服务的接受程度。(2)通过正式沟通制度和非正式沟通渠道的建设,从个人和单位层面分别着手,促进卫生与医保部门的互信水平。

## 参 考 文 献

- [1] 国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见(国发[2006]10号)[Z]. 2006.
- [2] 金生国,卢祖洵,姚岚,等. 中国社区卫生服务[M]. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [3] D'Amour D, Goulet L, Labadie J F, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations [J]. BMC Health Services Research, 2008, (8): 188.
- [4] 汪涛,陈静,胡代玉,等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(2): 86-88.
- [5] 新华社. 中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[M]. 北京:人民卫生出版社,2009.
- [6] 卫生部. 2009年人大建议、政协提案答复办理内容参考[Z]. 2009.
- [7] 岳公正,潘虎. 中国管理型医疗保险的制度结构选择[J]. 中国医院管理, 2006, 11(1): 33.

[收稿日期:2009-08-13 修回日期:2009-08-20]

(编辑 薛云)