

# 城市社区卫生服务功能与资源获取能力研究

侯志远\* 孟庆跃 袁 璟 赵苗苗 钟 爽 孙晓杰 曲江斌

山东大学卫生管理与政策研究中心 卫生部卫生经济与政策研究重点实验室 山东济南 250012

**【摘要】**目的:分析我国城市社区卫生服务中心的服务功能及资源获取能力现状,挖掘资源获取能力与功能完善程度之间的关系,提出政策建议。资料与方法:分析国家第四次卫生服务总调查数据。结果:社区卫生服务中心不能开展的服务项目超过总项目数的40%,即使最应优先开展的一级项目仍有30%没有开展。结论:社区卫生服务功能不够完善,应以资源获取能力提升为前提,全面完善社区卫生服务中心的各项功能。

**【关键词】**社区卫生服务;功能;资源获取能力;能力建设

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)11-0012-04

## Analysis on functions and resources allocation capacity of community health centers in urban China

HOU Zhi-yuan, MENG Qing-yue, YUAN Jing, ZHAO Miao-miao, ZHONG Shuang, SUN Xiao-jie, QU Jiang-bin  
Center for Health Management and Policy of Shandong University, Key Lab for Health Economics and Policy Research of Ministry of Health, Shandong Jinan 250012, China

**【Abstract】** Objective: This article is to analyze the situation of functions and resources allocation capacity of community health centers in urban China, and to find out the relationships between resources allocation capacity and functions fulfillment by using a correlation analysis. Data: The data used is from the 4th National Health Services Survey. Results: It finds that the community health centers can not provide more than 40% of the required total services, and 30% of the most prior programs are not carried out. Conclusions: Community health service functions are still inadequate. So it is important to improve the each functional services at the community health institutions under the condition of the capacity of acquiring resources in urban China.

**【Key words】** Community health services, Functions, Resources allocation capacity, Capacity building

积极发展社区卫生服务是健全城市卫生服务供给体系、提高卫生服务公平性和优化卫生资源配置的重要举措。1997年提出社区卫生服务至今已有10余年,加强能力建设、拓宽服务内涵、完善服务功能是社区卫生服务健康发展的重要标志。<sup>[1]</sup>其中,社区卫生服务功能是建设社区卫生组织能力的出发点;社区卫生组织的能力是实现其功能的基本条件,决定着社区卫生服务功能实现的程度。而现有研究中,能力建设与功能实现往往脱节,降低了研究成果的应用价值。因此本文首先描述我国城市社区卫生服务中心功能项目开展现状及其资源获取能力,然后利用“结构—过程—结果”研究方法分析能力加强与功能之间的关系,进而为完善社区卫生服务功能

提供政策依据。

## 1 资料来源与研究方法

### 1.1 资料来源

资料来源包括第四次国家卫生服务调查,以及基层卫生机构功能和人力资源研究专题调查。面上调查抽取全国31个省市的116家社区卫生服务中心,其中,东部46家,中部34家,西部36家。专题调查抽样选取山东省淄博市张店区、湖北省潜江市、重庆市沙坪坝区各2家社区卫生服务中心,共6家。

### 1.2 研究方法

#### 1.2.1 研究思路

“结构—过程—结果”研究方法将卫生服务看成

\* 基金项目:卫生部统计信息中心和美国中华医学基金会资助项目:国家第四次卫生服务总调查专题研究。

作者简介:侯志远,男(1983年-),博士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail: fexplorer1019@163.com

是一个系统,由结构、过程和结果三部分构成。<sup>[2]</sup>其中,“结构”特征反映了卫生系统资源获取能力,包括卫生服务提供者的技术配备、资源分布结构和组织结构等;“过程和结果”特征意味着卫生服务潜在能力的实际发挥程度及其导致的健康结果。“结构”特征的变化对卫生服务的质和量、服务功能的完善会产生影响,因此本文将从“结构”特征(资源获取能力)与“过程和结果”特征(服务功能完善程度)两方面分别描述,并进一步探讨两者之间的关系。

### 1.2.2 分析方法

描述服务功能的指标是机构平均开展项目数及其占调查总项目数的比例,用中位数来描述社区卫生服务中心的筹资、人员、设备配置能力。运用方差分析来检验数值资料的地区差异,如不符合方差分析的要求,则使用 Kruskal-Wallis 秩和检验;分类资料采用卡方检验;服务功能与资源获取能力之间采取 Spearman 等级相关分析。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

同时,将基本卫生服务功能按照优先程度分为一级、二级、三级,具体界定与分类见文章《我国基层卫生机构服务功能分析》。

## 2 结果与分析

### 2.1 社区卫生服务功能开展项目数分布

社区卫生服务中心开展的服务项目数分布情况见表 1,表中数值为能够开展各项目数等级的机构数量及其占调查机构总数的比例。76.6% 的社区卫生

服务中心开展项目数集中在 60 ~ 119 项这两个等级。其中,东部地区有五分之二的中心开展了 90 ~ 116 个服务项目,13.6% 的中心开展了 120 ~ 142 个服务项目,中部地区近五分之三的中心开展项目数为 60 ~ 89 项,西部地区近三分之一的中心开展了 90 ~ 199 项服务。

表 1 2007 年社区卫生服务中心总体功能开展项目数分布(%)

总体功能开展项目数(项)*	开展机构数(家)	东部	中部	西部
0 ~ 29	3(2.8)	0(0.0)	1(3.1)	2(6.5)
30 ~ 59	15(14.0)	4(9.1)	5(15.6)	6(19.4)
60 ~ 89	47(43.9)	16(36.4)	19(59.4)	12(38.7)
90 ~ 119	35(32.7)	18(40.9)	7(21.9)	10(32.3)
120 ~ 142	7(6.5)	6(13.6)	0(0.0)	1(3.2)

注: \*  $\chi^2 = 13.600, P = 0.056$

在 142 项服务中,社区卫生服务中心仅开展了 58.3%,东部比西部多开展 16.0 项,西部比中部多开展 3.5 项,中部开展项目数最低,地区间差异有统计学意义(表 2)。分优先等级来看,最应优先开展的一级项目开展比例仅有 70%,二级项目仅开展了二分之一,三级项目平均开展比例不足 45%。不管从总体还是分地区来看,随着优先等级的下降,平均开展项目比例也随之降低,并且一级项目和二级项目间差距较大。

表 2 2007 年社区卫生服务中心分优先等级开展项目数(%)

优先等级	总项目数	开展项目数	东部	中部	西部	P
一级项目	63	44.1(70.0)	48.7(77.2)	40.6(64.4)	41.4(65.6)	0.000
二级项目	53	27.2(51.3)	30.6(57.7)	23.7(44.7)	25.9(48.9)	0.006
三级项目	26	11.5(44.4)	14.1(54.2)	9.5(36.7)	10.0(38.5)	0.000
项目合计	142	82.8(58.3)	93.3(65.7)	73.8(52.0)	77.3(54.4)	0.000

### 2.2 社区卫生服务各类功能完善程度

社区卫生服务中心各类功能均不够完善。分析结果(表 3)显示,基本医疗、预防保健、健康管理功能开展了总项目数的五分之三,公共卫生监测与传染病控制功能开展了二分之一,特定人群保健功能仅开展了五分之二。除基本医疗功能外,其他功能地区间差异有统计学意义,东部比中西部功能完备,中西部的预防保健和健康管理功能更为薄弱,比东部地区少开展五分之一的功能。

### 2.3 社区卫生服务中心资源获取能力

社区卫生服务中心的资源获取能力是实现其功能的基本条件,并决定着其服务功能实现的程度。从“结构特征”角度,资源获取能力可以体现在筹资、人力、设备配置、管理制度等方面(表 4)。

社区卫生服务中心的财政补助收入仅占总收入的十分之一,财政获取能力有限。机构卫生技术人员和执业(助理)医师与其服务人口之比分别为 0.80‰和 0.39‰,即每个医生要服务 2 500 多人,现

有人力资源明显不能满足居民卫生服务需求。社区卫生服务中心仅配置了 18 种基本诊疗设备中的三分之二。分地区来看,中部地区机构总收入和财政补助只有东部地区的十分之一,人力资源指标仅有

东部的二分之一。中部地区的筹资能力、人力资源相对偏低,东部高于中西部,这与社区卫生服务功能开展项目数在东中西部各地区的分布趋势一致。

表 3 2007 年社区卫生服务中心分功能类别开展项目数 (%)

功能类别	总项目数	开展项目数	东部	中部	西部	P 值
基本医疗功能	57	32.9 (57.7)	34.7(60.9)	30.3(53.2)	33.0(57.8)	0.250
预防保健功能	61	37.7 (61.8)	44.5(72.9)	32.3(52.9)	33.7(55.2)	0.000
健康管理功能	3	1.8 (59.8)	2.2(71.7)	1.6(54.9)	1.5(49.1)	0.005
特定人群保健功能	10	4.2 (42.3)	5.1(50.7)	3.8(37.9)	3.6(35.8)	0.001
公共卫生监测与传染病控制功能	11	5.5 (50.4)	6.5(59.3)	5.4(48.9)	4.4(40.4)	0.001
信息管理功能*	4	3.0(75.0)	4.0(100)	2.0(50.0)	3.0(75.0)	-
协调沟通功能*	6	5.3(88.3)	5.0(83.3)	5.5(91.7)	5.5(91.7)	-

注: \* 这两项功能数据来自专题调查,东、中、西分别专指山东淄博、湖北潜江、重庆沙坪坝。

表 4 2007 年社区卫生服务中心资源获取能力(中位数)

地区	筹资能力		人力资源		设备配置	
	总收入(万元)	财政补助收入(万元)	机构平均卫生技术人员数(人)	每千人卫生技术人员数(人)	每千人执业(助理)医师数(人)	拥有设备种类(共 18 种)
全国	242	26	30	0.80	0.39	12
中部	100	8	21	0.62	0.30	11
西部	239	14	29	0.79	0.37	13
$\chi^2$ 值	26.797	13.338	11.929	13.977	11.530	0.642
P 值	0.000	0.001	0.003	0.001	0.003	0.725
东部	979	76	41	1.26	0.56	11

#### 2.4 社区卫生服务功能与资源获取能力相关分析

将社区卫生服务各功能的项目开展情况与资源获取能力各指标进行 Spearman 相关分析(表 5),结果显示,除了设备配置水平与预防保健功能不相关外,服务功能与资源获取能力存在显著的正相关关系,社区卫生服务中心的资源获取能力很大程度上决定了机构功能的完善程度。财政补助收入与预防保健功能的相关性要高于基本医疗功能,基层人力资源与基本医疗功能的相关性则高于预防保健功能。这提示我们,财政补助对于完善预防保健功能的重要性,同时卫生人员在没有合适机制约束下更

倾向于提供医疗服务。

考虑到经济发展因素和各地的差异性,分地区分析功能与能力加强之间的关系。可以发现,不同地区基本医疗功能与其资源获取能力的相关性和总体一致,只是财政补助的相关性不再显著。预防保健功能与资源获取能力的相关性在不同地区间差别很大,中部地区资源获取能力较强的机构其预防保健功能反而较弱(表 6),这说明中部地区机构治理模式存在缺陷,不能使更多的资源投入转化为有效的预防保健服务功能。

表 5 社区卫生服务中心功能与资源获取能力相关系数矩阵

服务功能	总收入	财政补助收入	机构平均卫生技术人员数	每千人卫生技术人员数	拥有设备种类
基本医疗功能	0.455 **	0.259 **	0.571 **	0.395 **	0.638 **
预防保健功能	0.431 **	0.382 **	0.401 **	0.232 *	0.158
总体功能	0.488 **	0.388 **	0.558 **	0.369 **	0.402 **

注: \*\* 表示在 0.01 水平有统计学意义, \* 表示在 0.05 水平上有统计学意义。

表 6 不同地区社区卫生服务中心预防保健功能与资源获取能力相关系数矩阵

预防保健功能	总收入	财政补助收入	机构平均卫生技术人员数	每千人卫生技术人员数	拥有设备种类
东部	0.491 **	0.387 **	0.569 **	0.344 *	0.362 *
中部	-0.248	-0.203	-0.281	-0.217	-0.303
西部	0.547 **	0.340	0.522 **	0.182	0.376 *

注: \*\* 表示在 0.01 水平有统计学意义, \* 表示在 0.05 水平上有统计学意义。

### 3 讨论与建议

#### 3.1 社区卫生服务功能有待进一步完善

社区卫生服务中心服务功能不够完善,超过五分之二的服务项目不能开展,即使最应优先开展的一级项目仍有 30% 没有开展。服务功能地区间差距较大,东部比中西部多开展近 15% 的项目。在保障基本医疗功能的前提下,预防保健、健康管理和特定人群保健功能需要进一步加强,特别是中西部的预防保健和健康管理功能更为薄弱。在全面提升社区卫生服务功能的同时,需要重点关注中西部地区功能建设情况。

#### 3.2 社区卫生服务中心的资源获取能力直接影响服务功能完善程度

社区卫生服务体系是结构与功能的统一体,其结构对功能有决定性的影响。<sup>[3]</sup>通过“结构—过程—结果”特征的相关分析发现,社区卫生服务中心的资源获取能力是实现其功能的基本条件,很大程度上决定了机构功能的完善程度。但是不同类型的资源获取能力对不同类别的功能具有不同的影响。相对于基本医疗功能,财政补助对预防保健功能具有更强的支撑作用;相反,卫生人员在没有合适机制约束下更倾向于提供医疗服务,而非预防保健服务。基层卫生人员工作时间分布也反映了这一点,医生、护士用于预防保健活动的的时间仅占总工作时间的

14.4% 和 18.4%,而医疗时间接近 60%。即便是防保人员,用于妇幼保健、健康体检、慢病管理和健康教育等预防保健服务的时间也仅占 27.9%,34.9% 的时间则用于传染病防治。可见,在没有有效激励机制下,基层卫生人员不会主动将更多的精力用于预防保健。

因此,必须以资源获取能力提升为前提,全面完善社区卫生服务中心各项功能。同时加大财政补助力度,建立有效的激励机制,促使卫生人员行为发生有益的转变,保证卫生人员预防保健工作时间的投入,促进预防保健功能的有效开展。特别是中部地区,现有治理模式不能使资源投入有效地转化为预防保健服务功能的落实,资源获取能力较强的机构其预防保健功能反而较弱,更应改变机构治理模式,提高预防保健功能。

#### 参 考 文 献

- [1] 尹文强, 严非, 冯学山, 等. 试点区社区卫生服务机构服务提供现状分析[J]. 中国卫生资源, 2003, 6(3): 117-119.
- [2] 郝模. 卫生政策学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [3] 王颖, 孙梅, 柴煜卿, 等. 卫生监督体系投入产出多因素分析[J]. 中国卫生资源, 2009, 12(3): 103-105.

[收稿日期:2009-07-29 修回日期:2009-08-13]

(编辑 何平)