

东中西部社区卫生服务站医保纳入及实施效果比较分析

王云霞^{1*} 王芳¹ 李永斌¹ 秦怀金² 秦耕² 刘利群² 周巍² 卢祖洵¹

1. 华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

2. 卫生部妇幼保健与社区卫生司 北京 100044

【摘要】目的:了解我国东、中、西部社区卫生服务站医保政策实施情况及其效果。方法:利用社区卫生服务全国重点联系城市常规监测数据,采用 χ^2 检验、wilcoxon秩和检验和Kruskal-Wallis H检验方法进行统计分析。结果:(1)2009年,东、中、西部地区社区卫生服务站医保定点比例分别为66.52%、56.35%、66.43%。(2)服务提供效率与利用率:东部地区医保定点站医生日均门诊服务数量高于非定点站,居民人均门诊服务利用数量低于非定点站;中部地区医保定点与非定点站医生日均门诊服务数量和居民人均门诊服务利用数量差异均无统计学意义;西部地区医保定点站医生日均门诊服务数量和居民人均门诊服务利用数量均高于非定点站。(3)门急诊服务量与业务收入:东、西部地区医保定点站平均门急诊服务量和业务收入均高于非定点站;中部地区医保定点与非定点站的平均门急诊服务量无统计学差异,医保定点站平均业务收入高于非定点站。有医保收入的站中,东、中、西部地区医保收入占业务收入的比例分别为44.80%、19.97%、37.57%。结论与建议:加大财政投入,提高社区卫生服务站医保定点比例;适度增加东部地区医保定点站人员数量,提高服务能力;促进社区卫生服务站与医保政策的有效衔接,充分发挥医保政策效果。

【关键词】社区卫生服务站; 医疗保险; 卫生服务; 效率; 收入

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.06.005

A comparative analysis on implementation and effect of medical insurance policy in community health service stations in the eastern, central and western regions

WANG Yun-xia¹, WANG Fang¹, LI Yong-bin¹, QIN Huai-jin², QIN Geng², LIU Li-qun², ZHOU Wei², LU Zu-xun¹

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

2. Department of Maternal and Child Health Care and Community Health, Ministry of Health, Beijing 100044, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the implementation status of health insurance and its effect in community health service stations in eastern, central and western China. Methods: Applying χ^2 test, wilcoxon rank test and Kruskal-Wallis H test to describe and compare the implementation of health insurance and its effect in different regions. Results: (1) The proportions of community health service stations covered by health insurance in the eastern, central and western regions were 66.52%, 56.35% and 66.43% respectively in 2009. (2) Efficiency of service delivery and utilization: in the eastern region, numbers of daily outpatient consultations per doctor of community health service stations covered by health insurance were significantly higher than those not covered. However, the quantity of service utilization per resident in community health service stations covered by health insurance was significantly

* 基金项目:卫生部全国社区卫生服务体系重点联系城市基线调查与常规监测项目(NPM040)

作者简介:王云霞,女(1981年—),博士研究生,主要研究方向为卫生政策和社区卫生。E-mail:yunxia_wang01@163.com

通讯作者:卢祖洵。E-mail:luzuxun@hotmail.com

lower than those not covered. In the central region, the number of daily outpatient consultations per doctor and quantity of service utilization per resident showed no significant difference between community health service stations covered by health insurance and those not covered, while in the western region, the daily capacity of outpatient service per doctor and quantity of service utilization per resident of these two indicators were both significantly higher in community health service stations covered by health insurance than those not covered. (3) number of outpatient consultation and revenue: in the eastern and western regions, the average number of outpatient consultations and the average revenue of community health service stations covered by health insurance were significantly higher than those not covered; in the central region, the average number of outpatient consultations showed no significant difference between the two types of community health service stations. However, the average revenue of the community health service stations covered by health insurance was significant higher than those not covered. In the community health service stations with health insurance revenue, the proportions of revenue from health insurance in the eastern, central and western areas were 44.80%, 19.97% and 37.57% respectively. Conclusions and Suggestions: Increase financial input to improve the proportion of community health service stations covered by health insurance; supplement medical staff quantity in community health stations in eastern region to improve their service; provision capacity; promote community health service stations to connect with medical insurance policy effectively for health insurance policy to fully achieve its effect.

【Key words】 Community health service station; Medical insurance; Health service; Efficiency; Revenue

社区卫生服务在城市公共卫生服务和基本医疗服务中发挥着重要的网底作用,社区卫生服务与医保制度的衔接是社区卫生服务体系建设的重点工作^[1-2],有利于社区卫生服务长效、稳定筹资机制的建立,方便参保人员就医,有效分流患者。^[3]从目前两者的衔接情况来看,社区卫生服务中心医保政策实施情况总体较好,医保定点的比例在90%以上^[4],而社区卫生服务站由于硬件设施、人员配置和经费支持相对落后,在医保政策的落实方面存在一定的困难。并且,经济发展水平对基层卫生服务体系建设和重要影响,我国东、中、西部经济发展不平衡,这对社区卫生服务站医保纳入政策的落实有所影响。本研究利用社区卫生服务全国重点联系城市常规监测数据,对调查地区进行东、中、西部的划分,旨在了解我国不同经济发展水平地区社区卫生服务站医保政策的落实现状,比较其实施效果,发现问题,为进一步完善相应政策提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料主要来源于2009年36个重点联系城市

(区)社区卫生服务机构常规监测资料中社区卫生服务站的相关数据。在进行纵向比较时,还利用了2007年的基线调查和2008年第一次常规监测数据。2009年重点联系城市共有社区卫生服务站5870家,其中填写常规监测有效问卷的有5651家,占96.27%。

1.2 东、中、西部地区的划分方法

按照国家统计局东、中、西部地区的划分标准^[5],本研究将36个重点联系城市(区)进行了区域划分,东、中、西部分别包括14、8、14个城市(区)。其中,东部地区包括:北京、天津、石家庄、沈阳、铁岭、南京、杭州、厦门、济南、青岛、深圳、海口、上海长宁区、上海松江区;中部地区包括:阳泉、长春、哈尔滨、合肥、南昌、焦作、武汉、湘潭;西部地区包括:包头、南宁、柳州、成都、遵义、昆明、拉萨、西安、兰州、西宁、银川、乌鲁木齐、石河子、重庆渝中区。本研究虽未按照严格的随机抽样方法进行抽样,但所涉及的城市基本上覆盖了东、中、西部地区的主要城市,因此,其研究结果可在一定程度上反映我国东、中、西部地区的基本情况。

1.3 统计分析方法

采用 Epidata3.0 录入数据,运用 SAS9.0 进行统计分析。主要运用描述性统计分析的方法,由于本研究所用数值型变量均不服从正态分布,因此,选用中位数代表其集中趋势。两组间中位数的比较采用 wilcoxon 秩和检验,多组间比较采用 Kruskal-Wallis H 检验,不同区域间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 东中西部地区重点联系城市卫生经费投入情况

2009 年,东、中、西部地区各重点联系城市平均卫生事业经费总额分别为 130 020.43 万元、64 624.61 万元和 30 228.00 万元,不同区域间差异有统计学意义($P < 0.05$);东、中、西部地区各重点联系城市的平均社区卫生服务专项经费总额差异无统计学意义($P > 0.05$),但不同区域间人均社区卫生服务经费的差异有统计学意义($P < 0.05$)(表 1)。

表 1 2009 年不同区域卫生经费投入情况

| 区域 | 卫生事业经费总额(万元) | 卫生事业费占财政支出的比例(%) | 社区卫生服务专项经费总额(万元) | 人均社区卫生服务经费(元) |
|----|--------------|------------------|------------------|---------------|
| 东部 | 130 020.43 | 4.62 | 5 790.29 | 24.39 |
| 中部 | 64 624.61 | 5.50 | 4 918.44 | 12.07 |
| 西部 | 30 228.00 | 5.35 | 2 586.50 | 16.24 |

2.2 调查对象基本情况

2.2.1 社区卫生服务站的基本情况

2009 年,重点联系城市东、中、西部地区分别有社区卫生服务站 3 763、756 和 1 132 家,分别占 66.59%、13.38% 和 20.03%。比较不同区域社区卫生服务站的基本情况发现,东、中、西部地区社区卫生服务站的平均服务人口和平均固定资产总额均依次递增($P < 0.05$);东、中部地区平均业务用房面积和平均临床医生数(中位数,下同)相当,西部地区高于东部和中部地区($P < 0.05$);中、西部地区的平均在岗工作人员总数高于东部地区($P < 0.05$)(表 2)。

2.2.2 纳入医保定点的情况

社区卫生服务站医保定点机构有 3 681 家,占 65.14%。东部和西部地区社区卫生服务站医保定

点的比例分别是 66.52% 和 66.43%,高于中部地区的 56.35% ($P < 0.0001$)(表 3)。

表 2 东中西部地区社区卫生服务站基本情况

| 区域 | 平均服务人口(人) | 平均固定资产总额(万元) | 平均业务用房面积(平方米) | 平均在岗工作人员总数(人) | 平均临床医生数(人) |
|----|-----------|--------------|---------------|---------------|------------|
| 东部 | 5 750 | 9.8 | 156 | 4 | 2 |
| 中部 | 6 402 | 12.0 | 154 | 7 | 2 |
| 西部 | 6 952 | 15.0 | 200 | 8 | 3 |

表 3 2009 年东中西部地区社区卫生服务站纳入医保定点情况

| 区域 | 机构总数(家) | 医保定点机构数(家) | 医保定点的比例(%) |
|----|---------|------------|------------|
| 东部 | 3 763 | 2 503 | 66.52 |
| 中部 | 756 | 426 | 56.35 |
| 西部 | 1 132 | 752 | 66.43 |
| 合计 | 5 651 | 3 681 | 65.14 |

2.3 卫生服务提供与利用

2.3.1 门诊服务数量

2009 年,医保定点和非定点站平均门急诊服务量分别为 7 500 人次和 4 325 人次,医保定点站高于非定点站($P < 0.0001$)。不同区域内,东部和西部地区医保定点站的平均门诊服务量均高于非定点站(东部: $P < 0.0001$;西部: $P < 0.0001$),中部地区医保定点站与非定点站门诊服务量的差异无统计学意义($P = 0.1599$)。

2007—2009 年,东、中、西部地区医保定点站的平均门诊服务量均呈增长趋势;非定点站中,除了东部和西部地区 2009 年的平均门诊量分别下降了 14.16% 和 11.87% 外,其他的平均门诊量都有所增长(表 4)。

2.3.2 门诊服务效率

(1) 医生日均门诊服务数量

2009 年,东、中、西部地区医保定点站医生日均门诊服务数量分别为 13.00、10.18 和 9.76 人次,非医保定点站分别为 8.81、9.77 和 8.66 人次。东、西部地区医保定点站医生日均门诊服务数量数都高于非定点站(东部: $P < 0.0001$;西部: $P = 0.0065$),中部地区医保定点与非定点站差异无统计学意义($P = 0.9978$)(图 1)。

表4 2007—2009年医保定点与非定点社区卫生服务站平均门诊服务情况(人次,%)

| 年份 | 东部 | | | | 中部 | | | | 西部 | | | |
|------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 定点 | | 非定点 | | 定点 | | 非定点 | | 定点 | | 非定点 | |
| | 数量 | 增长率 | 数量 | 增长率 | 数量 | 增长率 | 数量 | 增长率 | 数量 | 增长率 | 数量 | 增长率 |
| 2007 | 5 552 | — | 4 000 | — | 5 208 | — | 4 236 | — | 5 995 | — | 5 350 | — |
| 2008 | 6 665 | 20.05 | 4 380 | 9.50 | 5 547 | 6.51 | 4 562 | 7.71 | 7 212 | 20.29 | 5 600 | 4.67 |
| 2009 | 7 711 | 15.69 | 3 760 | -14.16 | 6 550 | 18.07 | 5 892 | 29.15 | 7 560 | 4.83 | 4 935 | -11.87 |

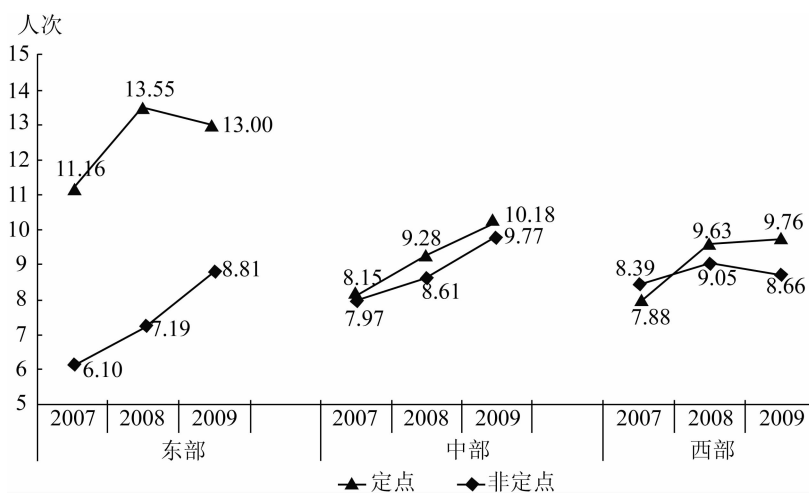


图1 东中西部地区医保定点与非定点站医生日均门诊服务提供情况

纵向比较,2007—2009年东、中、西部医保定点站医生日均门诊服务数量的年均增长率分别为7.94%、11.77%和11.29%,非医保定点站的年平均增长率分别为20.22%、10.72%和1.62%。除东部地区外,中部和西部地区医保定点站医生日均门诊服务量的年均增长率均高于非定点站。

(2) 辖区居民人均门诊服务利用量

2009年,东、中、西部医保定点站辖区居民人均门诊服务利用量分别为1.15、1.02和0.99人次,非医保定点站分别为1.40、0.85和0.86人次。东部地区医保定点站居民人均门诊服务利用数量低于非定点站(P<0.0001);中部地区医保定点与非定点站的差异无统计学意义(P=0.3349);西部地区医保定点站高于非定点站(P=0.0030)(图2)。

2007—2009年,东、中、西部地区医保定点站居民

人均门诊服务利用量的年均增长率分别为14.40%、12.12%和8.73%,非定点站分别为32.54%、4.39%和0。除东部地区外,中部和西部地区医保定点站居民人均门诊服务利用量的年均增长率均高于非定点站。

2.4 收入情况

2.4.1 业务收入

2009年,医保定点和非定点站的平均业务收入分别为33.19万元和20.00万元,医保定点站高于非定点站(P<0.0001)。在不同区域内,东、中、西部地区医保定点站的平均业务收入均高于非定点站(P<0.0001)。2008和2009年,东部和西部地区医保定点站平均业务收入的环比增长率均高于非定点站,但中部地区医保定点站平均业务收入的环比增长率低于非定点站(表5)。

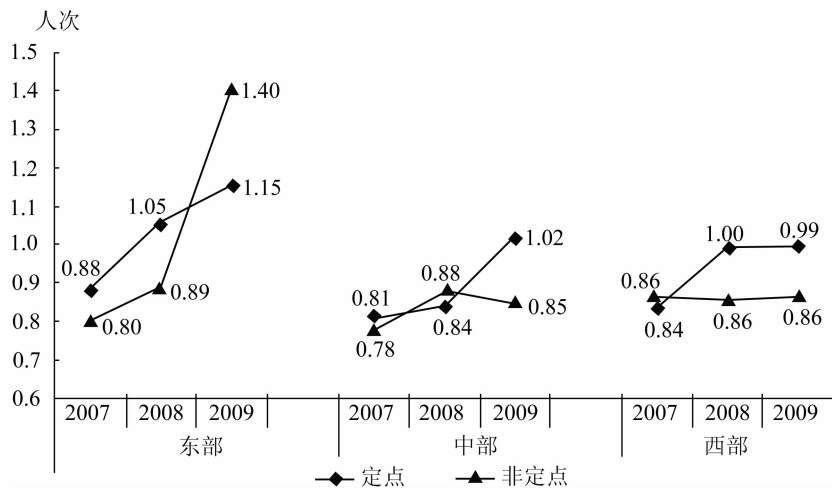


图 2 东中西部地区医保定点与非定点站居民人均门急诊服务利用情况

表 5 2007—2009 年医保定点与非定点社区卫生服务站平均业务收入情况 (万元, %)

| 年份 | 东部 | | | | 中部 | | | | 西部 | | | |
|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | 定点 | | 非定点 | | 定点 | | 非定点 | | 定点 | | 非定点 | |
| | 收入 | 增长率 | 收入 | 增长率 | 收入 | 增长率 | 收入 | 增长率 | 收入 | 增长率 | 收入 | 增长率 |
| 2007 | 19.00 | — | 15.85 | — | 18.00 | — | 11.20 | — | 22.95 | — | 17.85 | — |
| 2008 | 23.30 | 22.61 | 17.33 | 9.34 | 20.00 | 11.11 | 13.60 | 21.43 | 26.00 | 13.29 | 19.00 | 6.44 |
| 2009 | 49.70 | 113.34 | 21.00 | 21.18 | 24.72 | 23.60 | 19.07 | 40.18 | 29.60 | 13.85 | 19.00 | 0.00 |

2.4.2 医保收入及占业务收入比例

在医保定点社区卫生服务站中,有医保收入的 2 675 家,占 72.67%。其中,东、中、西部地区有医保收入的社区卫生服务站分别有 1 754、332、589 家,各占 70.08%、77.96%、78.28%,其差异具有统计学意义(P < 0.0001)。

有医保收入的社区卫生服务站平均医保收入为 14.41 万元,平均业务收入 38.80 万元,医保收入占业务收入的比例平均为 37.14%。东、中、西部地区的平均医保收入、平均业务收入和医保收入占业务收入比例的差异均有统计学意义(P < 0.05),表现为东部较高,西部次之,中部最低(表 6)。

表 6 2009 年社区卫生服务站医保收入情况

| 区域 | 平均医保收入(万元) | 平均业务收入(万元) | 医保收入占业务收入的比例(%) |
|----|------------|------------|-----------------|
| 东部 | 25.46 | 56.82 | 44.80 |
| 中部 | 5.55 | 27.80 | 19.97 |
| 西部 | 12.59 | 33.51 | 37.57 |

3 讨论

从不同区域社区卫生服务站的基本情况来看,西部地区社区卫生服务站的服务人口、固定资产总额、业

务用房面积和在岗工作人员数量均高于东、中部地区,提示西部地区社区卫生服务站的规模大于东、中部地区。而东部地区人均社区卫生服务经费分别约为中部和西部地区的 2 倍和 1.5 倍。在医保政策的落实和实施效果方面,东、中、西部地区表现出不同的特点。

3.1 不同区域社区卫生服务站医保定点比例存在差异,存在未及时启动医保补偿业务的现象

3.1.1 东、西部地区社区卫生服务站医保定点比例高于中部地区

2009 年,重点联系城市社区卫生服务站医保定点的比例仅为 65.14%,总体水平较低,东、西部地区社区卫生服务站医保定点比例高于中部地区。从各地区的经济发展水平和卫生经费的投入来看,东部地区具有明显优势,西部地区经济发展水平低于中部地区,但人均社区卫生服务经费却高于中部地区,说明西部地区较为重视社区卫生服务的发展,并给予了一定的资金支持。另外,西部地区在“西部大开发战略”的带动下,能够享有一定的政策倾斜,同时,由于拥有较多的国际组织援助卫生项目,这些项目在一定程度上为西部地区卫生事业的发展提供了财政支持。而中部地区在与西部地区经济发展水平和经

费投入相差不大的情况下,主要依靠本地区力量发展卫生事业,与西部地区相比,在财力和政策支持方面处于相对“弱势”。是否由于此种“弱势”导致部分政策在落实过程中出现“中部凹陷”还有待进一步考证。

3.1.2 东、中、西部地区均存在医保定点站未及时启动医保补偿业务的现象

医保定点站中,东、中、西部地区有医保收入的站所占比例均不及 80%,说明各地区均存在社区卫生服务站纳入医保定点后未及时启动医保补偿业务(社区卫生服务站纳入医保定点机构但无医保收入)的情况。其原因可能包括以下三个方面^[6]:(1)社区卫生服务站纳入医保定点后,启动补偿业务的设备配备需自行承担,由于社区卫生服务站自身经济能力有限,导致配套设施未能及时落实;(2)部分领导对医保工作的认识不到位,难以积极主动的落实医保工作;(3)医保补偿需要经过一定的程序,在本调查进行时,可能部分机构的补偿程序尚未完成。

3.2 纳入医保定点有利于引导医保患者到社区就诊,提高社区卫生服务站的服务量与业务收入

3.2.1 纳入医保定点对引导医保患者到社区卫生服务站就医发挥了重要作用

社区卫生服务站纳入医保定点机构需符合一定条件并通过相关行政部门审核批准,因此,医保定点站可能在人员和设备配备等方面存在一定优势,其服务提供能力可能在纳入医保定点之前就强于非医保定点站。但医保定点站服务提供量和业务收入的持续增长,且增长率均高于非定点站,说明医保定点站有着更好的发展态势,提示医保政策在引导医保患者到社区卫生服务机构就医、增加社区卫生服务站收益方面发挥了一定的作用。^[7]

3.2.2 东、西部地区医保定点站服务量与业务收入持续增长,中部地区效果不明显

全国重点联系城市医保定点站的平均门急诊人次显著高于非定点站,不同区域内,东、西部地区医保定点站平均门诊人次均显著高于非定点站。2007—2009年,医保定点站平均门急诊服务量持续增长,东、西部地区效果明显。服务量的增加直接导致业务收入的增长,医保定点站的平均业务收入显著高于非定点站,不同区域内医保定点与非定点站平均业务收入的增长态势与服务量基本一致。需要

指出的是,医保政策对中部地区社区卫生服务站服务提供量及业务收入的影响不明显。有研究表明,56%的医保患者可以通过政策优惠措施来影响其择医行为^[8],中部地区医保政策的导向作用难以发挥,可能与该区域社区卫生服务机构医保政策优惠幅度较低有关。

3.3 不同区域医保定点与非定点站的社区卫生服务提供效率和服务利用率的差异各不相同

医生日均门诊服务提供量和辖区居民人均门诊服务利用量分别从供方和需方的角度反映了社区卫生服务站的服务提供效率与利用率。

3.3.1 东部地区医保定点站服务提供效率高于非定点站,但居民服务利用率低于非定点站

东部地区医保定点站的医生日均门诊服务提供量虽然在 2009 年有所下降,但仍显著高于非定点站;而同期其居民人均门诊服务利用量显著低于非定点站。

3.3.2 西部地区医保定点站服务提供效率与利用率均高于非定点站,中部地区无明显差异

2007—2009年,西部地区医保定点站的医生日均门诊服务提供量与居民人均门诊服务利用量均显著高于非定点站,这说明在医保政策的影响下,西部地区医保定点站具有更快的发展速度;中部地区医保定点与非定点站的医生日均门急诊服务提供量与辖区居民的服务利用量均无统计学差异。

3.3.3 东部地区医保定点站服务提供量的增长率低于中、西部地区

2007—2009年,东部地区医保定点站医生日均门诊服务提供量的年平均增长率在三个地区中最低。从其医生日均门诊服务提供量变化的趋势来看,2008年最高,约为中部和西部定点站的 1.5 倍和 1.4 倍,在此种较高水平下,医生服务提供效率的进一步提高受到限制。2009年,东部地区医生日均服务提供量有所降低,但其医保定点站的平均门急诊服务量依然高于 2008年,可能是由于定点站为满足服务提供的需要而增加了医生数量的结果。另外,东部地区定点站的服务提供量和辖区居民的服务利用率均呈持续增长,若其医生服务提供效率增长受限、医生数量未及时补充,在未来几年可能出现难以满足服务提供需求的情况。

3.4 医保收入占业务收入的比例总体较低, 医保政策仍有较大潜力

有医保收入的社区卫生服务站医保收入占业务收入的比例平均为 37.14%, 东部地区所占比例最高, 亦不及 45%。一方面, 说明医保患者占社区就诊患者的比例处于较低水平; 另一方面, 也提示部分社区卫生服务站纳入医保定点后, 可能未及时把符合医保规定的社区卫生服务项目纳入基本医保支付范围^[4], 从而影响了参保患者的就诊。同时, 在基本医疗保险的服务范围、用药范围、诊疗项目范围等约束下, 社区卫生服务站为医保患者采取了价格较为低廉的服务, 也降低了医保患者的医疗费用。^[6] 医疗保险制度的持续发展需要不同功能层次的医疗卫生机构^[9], 社区卫生服务的发展有利于医疗保险基金的稳定及费用的控制^[2]; 而医保政策作为引导患者就医的重要手段以及稳定的筹资方式, 在社区卫生服务机构有较大发展潜力。

4 建议

4.1 加大财政投入, 提高社区卫生服务站医保定点的比例

建立社区卫生服务站专项扶持基金, 用于社区卫生服务站的基础建设和人才培养, 使较多的社区卫生服务站逐步达到标准及时纳入医保定点。需要注意的是, 在进行财政扶持时, 应适当对中部地区进行倾斜, 以促进中部地区社区卫生服务站与医保政策的衔接, 缩小区域差距。同时, 中部地区相关部门也应提高自身认识, 充分了解医保政策对社区卫生服务持续发展的重要性, 加大社区卫生服务站医保实施力度, 完善医保配套政策, 通过降低自付比例和起付线等优惠措施增加社区医保的吸引力。

4.2 适度增加东部地区医保定点站人员数量, 提高服务能力

较为充足的人员配备是社区卫生服务机构为居民提供方便、及时服务的前提。社区卫生服务的特点决定了社区医生需要较长时间与病人沟通。因此, 服务效率可能受到一定影响。针对东部地区医保定点社区卫生服务站医生服务效率较高、增长空间有限的现状, 建议东部地区按照医保定点站的服务人口、服务量、服务效率和能力等指标重新测算机构的人员配置, 特别是临床医生的配置数量。对于

临床医生数量不足的机构及时补充人员, 以提高定点站的服务提供能力, 降低在岗医生的工作压力, 满足居民服务利用需求, 保证服务质量。

4.3 促进社区卫生服务站与医保政策的有效衔接, 充分发挥医保政策效果

社区卫生服务站与医保政策有效衔接才能使医保政策的效用充分发挥。社区卫生服务站纳入医保定点后应及时启动医保补偿业务, 相关部门应督促医保定点站在一定时间内完成设备配备及联网等一系列工作, 对于确实存在经济困难的机构, 地方政府应根据实际情况给予一定的财政补偿。另外, 医保定点站应按照规定更新医保服务项目, 将符合医保规定的项目及时纳入医保支付范围, 以方便参保居民服务利用、增加机构医保收入。同时, 加大社区医保宣传力度, 引导更多参保居民到社区就医。

参 考 文 献

- [1] 陈迎春, 唐圣春, 乐虹, 等. 东中西部地区农村卫生发展比较(一)[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(2): 37-38.
- [2] 傅鸿鹏, 苏建婷, 单楠, 等. 我国城市社区卫生服务与医疗保险制度衔接机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(9): 53-60.
- [3] 陈新中, 张毅. 从镇江社区医保政策看社区卫生服务的改革方向[J]. 卫生经济研究, 2009(3): 39-44.
- [4] 卢祖润, 李永斌, 王芳, 等. 全国社区卫生服务体系重点联系城市试点工作进展、成效及值得关注的问题——基于基线调查和常规监测数据的综合分析[J]. 中国社会医学, 2009, 26(6): 321-325.
- [5] 朱莉莉. 东中西三大经济带 2008 年上半年经济态势[J]. 上海经济, 2008(11): 75.
- [6] 侯万里, 李永斌, 王芳, 等. 全国重点联系城市社区卫生服务机构医保工作进展[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(2): 17-20.
- [7] 李玉霞, 曲江斌. 我国社区卫生服务的业绩与发展障碍[J]. 社区医学杂志, 2006, 4(4上): 40-42.
- [8] 方少华. 医保政策对社区卫生服务利用的影响研究[J]. 卫生经济研究, 2008(11): 32-35.
- [9] 卢祖润. 城市社区卫生服务筹资[J]. 中国全科医学, 2004, 7(19): 1373-1376.

[收稿日期:2011-04-02 修回日期:2011-05-16]

(编辑 刘 博)