

大医院与社区卫生机构合作模式的探索与分析

——以北京安贞医院为例

吕少丽*

首都医科大学附属北京安贞医院 北京 100029

【摘要】通过介绍安贞医院在发展社区卫生服务上的多种模式做法,并定性分析不同模式的优缺点和实施条件,以及定量对比不同类别人员对不同模式的满意度差别,认为:两级医疗机构之间的利益关系越密切,越能顺利实现相互合作,双方的满意度也越高。“院办院管”模式的整体满意度最高,但实施条件要求高;“单项合作”模式深受社区卫生机构青睐,其实施需要政府充分发挥桥梁和沟通作用;“对口支援”模式的满意度最低。大医院无论采取何种模式,目前都是付出多、受益少,因此要求大医院应具有有一种推进社区卫生服务发展的使命感,切实履行公益性职责,政府也应履行职责,加大政策扶持、资金支持和相关制度建设力度,尤其应理顺医院与社区卫生机构之间的经济利益关系,只有充分调动双方的积极性,才能真正实现城市两级医疗服务体系的协调和可持续发展。

【关键词】城市医疗服务体系; 医疗资源配置; 医院; 社区卫生服务; 分工合作

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.11.007

The exploration and analysis on cooperation models between hospital and Community Health Services: A case from Beijing Anzhen hospital

LV Shao-li

Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University, Beijing 100029, China

【Abstract】 This article aims to describe the multiple models of cooperation between Beijing Anzhen hospital and Community Health Services (CHSs), and to have qualitative analysis of the advantages and disadvantages of different models and implementation conditions. It will also compare different stakeholders' degree of satisfaction with the different cooperation models. Result: Shared interests can promote the mutual collaboration between hospitals and CHS, and improve their satisfaction with the collaboration. The model of “hospital managed community health services” receives the highest satisfaction, but requires the more implementation conditions. The model of “single project cooperation” is favored by the CHS, and needs sufficient communication in the implementation process. The model of “partner assistance” receives the lowest satisfaction. Regardless of the different models, hospitals have limited benefit from the collaboration, comparing to their input. Therefore, it requires that the hospitals should commit to their public service responsibility and missions to support CHS. The government should also fulfill its responsibility to strengthen policy and financial support. Proper attention should be paid to financial incentives of both sides, in order to develop a concordant and sustainable two-level urban health service system.

【Key words】 Urban medical service system; Medical resource allocation; Hospital; Community Health Services; Separation and cooperation

* 作者简介:吕少丽,女(1976年—),硕士,经济师,主要研究方向为医院管理、社区卫生服务。

E-mail:lvshaoli6220@163.com

社区卫生服务是深化城市医疗卫生体制改革的重要环节,是缓解群众“看病难、看病贵”的重要措施。近些年,随着国家各种支持政策和配套措施的逐步到位,城市社区卫生服务得到了蓬勃发展。然而,目前我国城市地区,大医院“门庭若市”而基层医院“门可罗雀”的现象仍十分严重,不仅绝对数量的优质卫生资源集中在大医院,而且70%以上的基本医疗服务由大医院提供,形成“倒三角”关系。^[1-3]

2009年3月,中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中着重指出:要完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系,建立城市大医院与社区卫生机构的分工协作机制。^[4]那么,如何促进大医院与社区卫生机构之间的分工协作?在构建城市两级医疗服务体系的过程中,两级医疗机构应采取什么样的协作模式?北京安贞医院是一所以治疗心脑血管疾病为专业特色的三级甲等综合医院,近年来在推动两级医疗卫生机构的深层次协作方面,采取“院办院管”、“对口支援”、“单项合作”等多种模式,进行了大胆探索。本文通过介绍北京安贞医院在发展社区卫生服务方面的多种模式,并定性分析不同模式的优缺点和实施条件,以及定量对比不同类别人员对不同模式的满意度差别,尝试为有关部门的决策提供依据。

1 资料与方法

1.1 调查对象

采取典型抽样的方法,在安贞医院“院办院管”、“对口支援”、“单项合作”的社区卫生机构中,分别选取一家作为调查机构。满意度调查对象共240名,包括:(1)安贞医院参与支援社区卫生工作的医生60名;(2)在三种模式的社区卫生机构中分别调查20名医护人员(合计60名)、20名社区患者(合计60名);(3)安贞医院管理人员30名和社区卫生机构管理人员30名,本部分管理人员在进行问卷调查后,同时采取典型座谈的形式进行面对面访谈,定性了解不同模式的优缺点和实施条件。

1.2 满意度调查方法

满意度问卷调查在以往通常使用的Likert-scale尺度(Likert-scale法^[5]通常将评价结果只简单地限

定为几个等级,比如优、好、中、差等,只是半定性数据)基础上进一步量化,使用百分制描述被调查者的满意度。

在查阅文献^[6-7]和专家论证的基础上,本次满意度调查设计了8个测量项目,分别为:服务技术、服务价格、就诊环境、医疗设备、服务态度、信任度、就诊距离、就医程序。请被调查者在综合考虑自己对8个项目的评价后,在规定的0~100的体温计式刻度尺上,用箭头标示出自己的综合满意度评分。

1.3 资料统计方法

所有数据采用Excel 2007软件建立数据库,利用Spss16.0软件进行统计分析。采用大样本数值变量的T检验比较不同类别人员对不同模式的满意度评分的差异。

2 结果

2.1 安贞医院与社区卫生机构合作的不同模式

自20世纪90年代以来,北京安贞医院投入人才、技术、设备等共计3000余万元,采取以下三种模式与社区卫生机构进行了深层次对接。

2.1.1 “院办院管”模式

“院办院管”模式是指大医院直接举办或托管社区卫生机构的模式。北京安贞医院自1999年开始以“院办院管”模式独立举办社区卫生服务站。北京市朝阳区卫生局与安贞医院签订服务协议,将辖区内的大屯社区卫生服务中心及下设的4个卫生服务站转交给安贞医院管理。社区卫生机构为独立法人,实行独立核算,日常管理完全由安贞医院“院办院管”,经济上由安贞医院自负盈亏。朝阳区卫生局对社区卫生机构的日常工作定期考核,若考核不合格,可取消安贞医院的举办权。

2.1.2 “对口支援”模式

“对口支援”模式是指在政府主导下,大医院对指定社区卫生服务中心实施技术援助的模式。北京安贞医院以“对口支援”的方式,对指定的朝阳区、东城区共8个社区卫生服务中心(站)进行了义务援助,医院每年派中高级职称医师,以专家门诊、专家带教等形式到指定的社区卫生机构服务,每人每年至少15天。2007年4月—2011年4月,安贞医院共

计安排中高级以上职称医生 800 余人, 赴各社区卫生机构出诊 9 263 个工作日。

2.1.3 “单项合作”模式

“单项合作”模式是指大医院充分发挥科研、教学、人才、技术方面的优势, 以签订协议的形式, 与不同需求的社区卫生服务中心进行多种形式的单项合作的模式。北京安贞医院采取以下形式与多家社区卫生服务中心进行了协议合作:

(1) 人才培养合作。安贞医院以协议培养的方式, 招收北京市社区卫生服务中心新毕业的全科医生, 对其进行为期 1~3 年的内、外、妇、儿、急诊等专业的规范培养。另外, 通过短期业务培训班的形式, 为朝阳区社区卫生服务中心培训检验专业、心电图专业医师。

(2) 科研合作。安贞医院利用科研基础和人才优势, 与北京市西城区、房山区、延庆县、门头沟区的多个社区卫生服务中心合作, 承担了多项社区科研课题, 带动了社区卫生服务机构能力的提升。

(3) 双向转诊及远程会诊。为给社区患者建立顺畅的双向转诊通道, 安贞医院与朝阳区多个社区卫生服务中心签订了双向转诊协议, 根据协议内容, 社区患者转诊到安贞医院享受“就医绿色通道”。另外, 安贞医院还与北京郊区社区卫生服务中心进行了远程会诊合作。

2.2 不同模式的优缺点和实施条件

2.2.1 “院办院管”模式

定性访谈结果显示, 被访人员普遍认为, 大医院直接举办社区卫生服务, 无论是社区卫生人员技术提升、资金设备增加方面, 还是提高双向转诊紧密程度方面都会在短期内得到较大改善, 也有利于地区医疗资源的统筹整合。但“院办院管”模式中, 医院经济投入很大, 且由于大医院定位于疑难杂症, 其自身的诊疗模式和人力资源容易使社区变成医院的另一种门诊, 社区“六位一体”的职能有可能难以保证。

实施“院办院管”, 因地因医院而异, 依赖条件较多。不仅需要当地政府和政策的支持, 如财政补贴政策、人员编制政策等; 更需要医院的主观积极性和人力储备、专业特色、医院文化、经济投入等客观条件。

2.2.2 “对口支援”模式

这种模式有利于在短期内迅速扭转社区卫生机构人才短缺的局面, 但被访人员认为, 由于大多数的大医院工作繁重, 长期连续安排人员至对口支援机构难度较大, 社区卫生机构有时也难以安排这些专科医生。

全地区范围内统一实施“对口支援”, 离不开强有力的“政府主导”。该模式仅适用于大城市地区, 这些地区大医院数量多, 且各医院人力资源充足, 各种形式的对口支援历史基础好, 医务人员接受程度高。

2.2.3 “单项合作”模式

被访人员认为, “单项合作”模式因地制宜、灵活易行, 非常符合社区卫生机构的实际需要。社区卫生机构可以有针对性地选择项目与大医院合作, 从而寻求到有自身特色的发展道路。不足之处是由于两级医院的行政隶属和职能定位不同, 双方往往缺乏良好的沟通, 联系纽带很少, 很难有机会建立起互惠互利的合作关系。

如果政府部门能做好桥梁, 协助社区卫生机构了解三级医院的信息和沟通两者之间的协作, 将会有很大帮助。

2.3 满意度调查结果

本次调查共发放问卷 240 份, 回收有效问卷 236 份, 有效回收率 98%, 其中, 医院和社区卫生机构管理人员 60 份, 安贞医院医生 60 份, 社区卫生机构医护人员 60 份, 社区患者 56 份。不同类别人员对不同协作模式的满意度评分见表 1。

表 1 不同类别人员对不同协作模式的满意度评分情况

	院办院管模式	对口支援模式	单项合作模式	P 值
安贞医院管理人员	93.10	68.50	82.93	P < 0.001
安贞医院医生	85.88	68.50	92.80	P < 0.001
社区卫生机构管理人员	*	81.43	93.53	P < 0.001
社区卫生机构医护人员	*	80.75	94.73	P < 0.001
社区患者	90.15	77.87	*	P < 0.001

注: * 为不涉及内容

经过统计学检验, 不同类别人员对不同模式的满意度评分有显著性差异 ($P < 0.001$)。从评分结果不难看出: (1) 安贞医院管理人员对“院办院管”模式满意度最高, 医护人员对“单向合作”模式满意度最高; (2) 社区机构管理人员和医护人员对“单向合作”模式

的满意度都显著高于“对口支援”模式;(3)社区居民对“院办院管”模式的满意度显著高于“对口支援”模式。

3 讨论

3.1 任何一种模式中,大医院的投入都很大

任何一种模式中,大医院的经济投入都很大。显而易见,在目前两级医疗机构的协作中,大医院付出多、回报少。由于目前政府对医院经费投入相对不足,加上三级医院医护人员的临床、科研、教学压力已经很大,难以腾出更多的时间和精力去大规模地扶持社区卫生,部分大医院对这种“以支援为主”的协作形式积极性不高。

3.2 相比“对口支援”模式,社区居民更青睐“院办院管”模式

卫生服务利用者的满意度是反映卫生服务效果的重要指标。社区居民满意度调查结果显示,相比“对口支援”,社区居民更青睐“院办院管”模式。同样是大医院专家到社区出诊,“院办院管”模式中,大医院专家直接定岗在社区,专家们切实关心社区卫生机构的发展,切实以主人翁的精神踏踏实实地为百姓看病;而“对口支援”模式中,大医院专家流动性大,由于社区卫生服务中心的发展与专家无关,加上工作繁忙,专家看完门诊就走,居民很难获得持续性服务,满意度相对较低,甚至有很多抱怨。

3.3 “院办院管”模式中,大医院积极、群众满意、社区卫生机构受益

各类人员对“院办院管”模式的整体满意度较高,原因可能如下:

(1)大医院积极:大医院自收自支,如果能达到“收支平衡,略有结余”,就在一定程度上弥补了大医院的经济投入,这样既保证大医院履行了其公益性职责,也激发了其在推进社区卫生发展上的积极性。

(2)群众满意:大医院直接办社区卫生,可以确保群众在社区卫生机构看病,既能够得到大医院专家质量的医疗服务,又能享受就近服务、费用低、报销比例高等社区优惠政策。

(3)社区卫生机构受益:人才、技术、管理等资源短缺是目前社区卫生机构发展的“短板”,在短期内难以扭转,在这种情况下,直接从医疗资源雄厚的

大医院下沉人才和技术,有助于统筹整合地区医疗资源,促进社区卫生机构的整体发展。

3.4 “对口支援”模式中,两级卫生机构和社区居民的满意度都最低

“对口支援”模式中,无论是大医院、社区卫生机构,还是社区居民满意度都很低。原因是“对口支援”模式存在下列问题:

(1)大医院医生专科分工细化,许多专家在自己的专业领域内向高精尖发展,却并不适应社区卫生机构的全科诊疗模式,加上社区卫生机构缺乏大型医疗设备、用药目录范围窄以及专家不熟悉社区零差率药品等原因,专家到社区后无法充分发挥自己的能力。^[8]一些医院以晋升职称作为专家下社区的动力,许多医生十分无奈。

(2)大医院的医生流动性过大,一方面使得大医院的管理成本和交通成本很高,另一方面也不利于对社区患者疾病的连续管理;另外,大医院经常调整支援专家的门诊时间,也容易造成患者不满。

因此,尽管大医院竭尽全力来安排支援专家,但居民对大医院支援医生的服务利用程度却相对较低。有研究显示,在北京市接受支援的社区卫生机构中,只有不到 20% 的门诊患者曾经利用过大医院医生的服务。^[9]

3.5 两级医疗机构之间的利益关系越密切,越能够顺利地实现相互合作

“院办院管”模式中,医院与社区卫生机构间存在产权关系,从人、财、物等资源到服务质量改进等各项工作都实行一体化管理,不仅双向转诊没有障碍,也保证了患者获得连续性、综合性的服务;“单项合作”模式中,医院与社区卫生机构之间形成某一层面的利益共同体,双方合作也容易默契;“对口支援”模式中,两级机构关系松散,完全依赖政策环境,双方都没有足够的动机和愿望建立他们之间的联系,所以在很大程度上影响了合作的效果。

4 建议

4.1 鼓励大医院切实履行公益性职责,政府部门给予适当的经济补贴,保证支援工作的质量

鉴于目前两级医疗机构的协作中,大医院付出

多、回报少的现实,在构建城市两级医疗服务体系进程中,应鼓励大医院具备一种扶持社区卫生发展的使命感,切实履行公益性职责。由于社区卫生机构刚刚起步,各种优质医疗资源还十分匮乏,这就要求大医院能充分认识公立医院在社区卫生服务体系建设中的责任,发挥公立医院的公益性,积极利用大医院的技术优势,俯身下沉到社区去扶持社区机构的良性发展。当然,政府部门作为社区卫生服务的“总牵头人”,也应切实担当起首要责任,有条件的地区应完善有关配套财政补贴政策,考虑按照支援的数量和质量,给大医院适当的补贴,以提高大医院的积极性,进而改善相关工作的效果。^[10-11]

4.2 在大医院与社区卫生机构分工合作的模式设置上,提倡多种模式百花齐放、百家争鸣

毫无疑问,建立起大医院与社区卫生机构互动合作、资源共享的医疗服务体系,对于提高社区卫生服务的信誉度、管理能力和服务水平,实现“小病在社区、大病去医院,康复回社区”的有序医疗格局具有重要作用。但基于目前我国区域经济发展不平衡、卫生资源分布不均匀的现实,在坚持“政府主导”办社区卫生的前提下,目前应鼓励多种模式百花齐放、百家争鸣,尤其应鼓励大医院以兼并、重组、托管等方式,开展多种形式的与社区卫生机构分工合作模式的探索^[12],以有效提高医疗资源使用效率。

4.3 进一步明确大医院与社区卫生机构之间的利益关系、功能定位和职责分工,建立可持续发展的长效机制

政府部门在制定政策时,不能简单地把支援社区作为行政任务分配给大医院。应进一步明确大医院与社区机构在卫生服务方面的功能定位、责任分工,并建立健全相关制度,如对双方的有效制约机制、质量考核办法和奖惩措施等,尤其要注意调整好他们之间的经济利益关系。缺乏利益联系的两方关系往往缺乏生命力,只有充分调动双方的积极性,才能在大医院与社区卫生机构之间形成良性的既合理分工、又存在有机联系的互惠互利关系,才能真正实现城市两级医疗服务体系的协调和可持续发展。

参 考 文 献

- [1] 张拓红,谢铮,杨辉,等. 某市社区卫生机构与大中型综合医院的关系模式研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 11-14.
- [2] 尹文强,严非,丁国伟,等. 三城市社区卫生服务机构医疗服务提供效率评价[J]. 中华医院管理杂志, 2004, 20(3): 145-149.
- [3] 李长明,姚建红. 大力推进医疗卫生体制改革 加快发展社区卫生服务[J]. 中华医院管理杂志, 2003, 19(2): 65-68.
- [4] 中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》[EB/OL]. (2009-04-06) [2011-09-22]. <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html>.
- [5] 梁万年. 医学研究方法学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [6] 梁万年,王红,杨兴华. 中国城市社区卫生服务评价指标体系的建立[J]. 中国卫生事业管理, 2002, 18(8): 460-462.
- [7] 陈洁,杜雪平,席修明. 不同级别医院开展社区卫生服务的居民满意度分析[J]. 中国全科医学, 2009, 12(8A): 1443-1445.
- [8] 张国红,张向东,刘亚军,等. 北京市大医院对口支援社区卫生服务的工作现状分析[J]. 中国全科医学, 2010, 13(19): 2092-2094.
- [9] 陈琦,潘岳松,王君丽,等. 北京市社区卫生服务门诊患者对大医院医生支援社区的服务利用评价研究[J]. 中国初级卫生保健, 2009, 23(8): 33-35.
- [10] 陶红兵. 医院与社区卫生机构分工合作:基本前提与政策建议[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 6-10.
- [11] 刘谦副部长在 2009 年全国社区卫生工作会议上的总结讲话[EB/OL]. (2009-09-01) [2011-09-22]. <http://www.hebei.gov.cn/article/20090901/1275628.htm>.
- [12] 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.

[收稿日期:2011-09-26 修回日期:2011-10-14]

(编辑 薛云)