

整合视角下我国基层卫生服务体系现状与制度安排

史明丽*

广东省卫生厅 广东广州 510060

【摘要】本文从整合的理念出发,对我国基层医疗卫生服务体系中存在的组织机构和任务欠缺协同性、促进体系整合的配套政策缺位、卫生服务模式提供缺乏整合性、规划先行对于卫生服务体系整合没有发挥引导和调节作用等诸多硬性和软性方面的问题进行分析,并提出了制度安排在注重卫生服务体系硬性和软性整合若干方面的协同性、注重规划对于卫生服务体系整合的作用以及基于卫生服务体系整合状态下的基本药物制度实施设想。

【关键词】整合;基层卫生服务体系;制度安排

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.005

Status quo and institutional arrangement of primary health care system based on integrated perspective in China

SHI Ming-li

Department of Health of Guangdong Province, Guangdong Guangzhou 510060, China

【Abstract】 This article makes an analysis on many hard and soft aspects of primary health service system from an integrated conceptual viewpoint, such as organizational structures not matching with the functions, policy measures facilitating an integrated system not in place, lack of integration in health service models, advanced planning not playing a role in guiding and regulating the integration of health service system. It suggests that institutional arrangement should focus more on coordination and consistency of hardware and software in health services, and health plans should take more consideration on integration of health service system. It also develops some recommendations on implementing essential drug system in the context of integrated health system.

【Key words】 Integration; Primary health service system; Institutional arrangement

我国正处在深化医药卫生体制改革的关键时期,改革意味着改变、革新原有的不利于卫生服务公平、可及与效率的体制与机制。而医学整合是医改目标实现的关键,是增进国民健康的必由之路。^[1] 本文结合实地调研,阐述了国内外卫生服务体系整合的概念与内涵,从卫生服务体系整合的视角对目前我国基层卫生服务体系的现状与问题进行分析,并提出政策建议。

1 卫生服务体系整合的概念与内涵

医学的整合,首先是观念的整合、国家各部门政

策资源的整合、卫生服务组织的整合、临床与预防的整合,是一个系统工程。^[2] 卫生服务体系的整合不是一个新概念,它曾经是初级卫生保健所倡导的基石。因此,在2008年世界卫生报告《初级卫生保健:过去重要,现在更重要》中,提到了初级卫生保健改革的四套措施:全民保险、服务提供、领导力和公共政策的改革。其中,公共政策的改革即通过整合公共卫生行动和初级卫生保健,以及探寻促进各部门发展的良好公共政策来保证人群和环境更健康。而这种整合含义相当广泛,它意味着所有与卫生服务有关的部门与政策的良性互动,是牵一发而动全身的举

* 作者简介:史明丽,女(1968年—),硕士,广东省卫生厅农村卫生管理处副处长。E-mail:smilingshi@21cn.com

措。本文认为,整合的卫生服务体系可以从狭义和广义两个层面进行理解和实践。

1.1 广义的内涵

广义来讲,整合的卫生服务体系是指在大卫生范畴内甚至是整个政府及各部门层面的政策和力量整合,以期达到预定的健康目标。广义的卫生服务体系整合既包括公共政策的制定,也包括促进医学整合环境形成的利好政策,更包括卫生服务体系本身与社会其他服务机构以及个人、家庭、村镇社区的力量整合。人群的健康是通过不同部门所控制的政策共同实施来促进的,卫生本身无法掌控政策。^[3]例如,以“保基本、强基层、建机制”为指导思想的基层医疗卫生机构综合改革,最终要靠地方各级财政、编办、卫生等各有关部门共同整合资源和力量,其效果才能显现。

1.2 狭义的内涵

狭义来讲,整合的卫生服务体系是在卫生系统内部,其含义包含硬性和软性两个方面:

(1) 硬性方面是指分级管理的、上下协作互为一体的、分级诊疗秩序良好的卫生服务体系网络框架。

(2) 软性包括三个方面。一是在这个硬性服务网络框架之内,促进各层级机构之间分工协作成为整合的服务体系的制度安排。二是在这些制度安排下规范运作的整合的服务行为。例如,整合型的服务模式,即以人为本、综合全面、持续保健以及由病人、家庭和社区共同参与的基层医疗卫生服务模式。实现这些需要多学科小组负责特定人群的基本医疗卫生工作,以及与社会服务机构和其他部门的服务整合,并协调医院、专家及社区组织的工作。目前部分医疗机构开展的“整合型医疗卫生服务”,以及健康管理团队、全科医生团队、社区卫生服务网格化管理等服务模式,均是对整合基层医疗卫生服务体系的探索。三是促进卫生服务整合的公共政策和行为。卫生服务体系中各规划和各项工作有机整合,以及为达到一个健康目标的多措并举。卫生系统内以及与卫生服务有关的各规划之间互相作用可以产生多重的健康效益。如果一个国家仅在一些特定疾病目标方面取得进展,但是在其他基本医疗卫生方

面没有同时取得进展,就没有净收益,甚至互相抵消出现倒退。^[3]如果一项目标仅在一个方面发力,其他需要配套的政策和制度安排滞后,同样达不到预期效果和既定目标。

在这些整合理念的基础上,国内外都在积极实践和探索多种形式的卫生服务体系整合模式,以期达到在现有卫生服务资源下效率和效果的最优化。在现有卫生服务体系整合的背后,是若干项公共政策的有力支撑和齐头并进,以及监督管理和绩效评价制度的及时到位。

2 整合视角下我国基层卫生服务体系的现状与问题

农村三级卫生服务网络一直在运作,城市也在致力于构建三级卫生服务体系,但是从整合的角度来看,资源的运作还有很大的发挥空间,能够使得卫生投入的成本效益更大。目前我国基层卫生服务体系缺乏整合性,主要有以下几个方面的问题。

2.1 体系内的机构缺乏组织整合性和任务协同性

卫生服务体系内的各层级机构应该是统筹的、网络性的,而不是独立的、分割的。“初级卫生保健是指引病人使用卫生系统的一个中枢,但是,目前将初级卫生保健削弱为独立的卫生站、医院,或单独的社区卫生工作者,这是不能接受的”。^[4]这是现阶段我国基层卫生服务机构的普遍状况。无论从卫生服务组织,还是从制度安排设计,抑或是从配套政策诸如医保经济杠杆的调节引导等诸方面,均未对卫生服务体系的有力整合作出协同配套的制度安排。

2.1.1 综合改革在顶层制度设计方面尚欠缺整合性和同步性

过去三年的基层卫生综合改革,在目前的顶层设计下,各地主要还是重在对单一的基层医疗卫生机构完善建设,诸如加强机构标准化建设、内部人力资源配置、内部激励机制的建立、外部财政补偿机制的建立等。2012年开始的公立医院改革试点,依然是以强健单一机构的机制改革为重点。而软性方面的整合,即促进二级以上医院、县、镇、村整合的机制和制度,是滞后的乃至缺位的,未在卫生服务体系的

整合上作出强制性、引导性的制度安排。这是制度安排重点以及我国卫生事业发展的初级阶段所导致的,不可能一蹴而就。

2.1.2 卫生服务组织缺乏整合性

基层卫生服务体系框架内县(区)、镇(街道)、村(居委)医疗卫生服务一体化管理的整合效果没有显现。目前,镇一村以及社区卫生服务中心一站这两个层级的卫生服务一体化管理模式正在开展,但就各地普遍情况而言,一体化管理还处于初级阶段,以加强机构的规范管理为主要目的,仍未完全达到分工协作、上下联动的目标。普遍来讲,县(区)—镇(街道)两个层级的医疗卫生机构未建立服务整合和分工协作机制,仅局限于本地上一层级对基层机构的个别帮扶和对口支援。

2.1.3 区域卫生信息化建设滞后阻碍了卫生服务体系整合效率

区域卫生信息化建设滞后,不仅在卫生服务的提供、居民健康档案的有效性、医疗卫生服务的延续性和共享性等方面,影响卫生服务提供模式的整合和服务效率,此外,也在不同层级的上下联动和协作以及组织方式上阻碍了整合的进度,导致各层级任务缺乏协同性。

2.2 促进卫生服务体系整合的配套政策缺位

2.2.1 卫生系统外部力量的整合对于卫生服务体系整合的支持不足

公共政策的制定对于卫生改革以及人群健康具有决定性作用。但是,大卫生的特点决定了决策中协调的必要性和难度,政策制定的过程实际是各部门、各利益集团博弈的过程。因此,政策是各方协商妥协的产物,难以作到完美无缺。^[5]各地开展的基层医疗卫生机构综合改革存在一些问题,如卫生投入不到位、可持续的财政补偿机制未建立、各地对于编制核定的理解问题,以及体系整合中涉及到的基层机构标准化建设财政支持不足、基层人才队伍建设滞后等。基层卫生综合改革已经实现政策覆盖,但真正执行到位和显现效果尚待时日,主要原因如下:一是各地财政状况极不平衡,市、县财政配套不到位,作为医改主体的医疗机构和医护人员的积极性

难以有效调动。二是对于卫生系统以外其他部门配套政策的落实,缺乏有效的评价和监督手段。人群的健康通过不同部门所控制的政策实施来促进,单靠卫生部门本身无法实现。三是医保杠杆未真正起到调节和引导病人流向的作用。虽然目前我国社会健康保障覆盖率已经很高,但是,健康保障政策与卫生服务的获取两者并未整合。我国城镇居民医保实行“住院+门诊大病医疗”就医报销模式未与目前倡导的“小病在基层,大病进医院,康复回基层”的分级诊疗和就医模式很好接轨。

2.2.2 卫生系统内配套政策制定没有同步进行

一是分级诊疗体系和双向转诊机制未建立,并缺乏相应标准。二是强制性的分级医疗制度未建立。三是各层级机构的功能定位不明晰,影响了卫生服务整合。各层级医疗机构除有技术准入的诊疗行为外,诊疗特别是基本医疗的功能定位已名存实亡。四是基本药物制度的实施未兼顾到卫生服务的整合,这突出表现在:部分病人尤其是慢性非传染病人人在上级医院诊疗后回到基层医疗卫生机构,长期用药维持治疗,但是现有基本药物目录中的药品品种在基层和大医院之间缺乏衔接,导致一部分病人回到上层级医院进行只是开药的诊疗行为;按照《处方管理办法》规定,一次处方开药3~7天,对于需长期服药的慢性病人来讲,需要经常到基层医疗机构开药,而且每次需要缴纳一般诊疗费,增加了患者就医负担。

2.3 区域卫生规划和医疗机构设置规划引导和调节卫生服务体系整合的作用没有充分发挥

区域卫生规划对卫生机构、床位、设备、人力资源配置、经费等卫生资源进行合理配置,对卫生服务效果具有事半功倍的作用。^[6]对医疗卫生服务合理布局,进行机构分级管理,引导常见病多发病在基层得到诊疗,也是降低医药费用负担的有效手段。

2.3.1 区域卫生规划和医疗机构设置规划实施低效

目前以地级市为基本规划单位的区域卫生规划和医疗机构设置规划未真正发挥作用。各地的区域卫生规划及医疗机构设置规划只是对既有的卫生资源格局的确认和肯定,而不是根据服务供需进行调

整和科学合理设置。大部分地区未规划先行指引布局,在基层普遍缺乏设置合理性,执行政策不配套,以及未随着市场经济以及群众卫生服务需求增长而预留一定的前瞻性。在农村地区尤其如此,缺乏规划先行的指导,相关研究也曾指出我国区域卫生规划在评价和监督环节缺位。^[7]

2.3.2 区域卫生规划和医疗机构设置规划对县域统筹失去作用

我国的行政区划管理以县(区)为基本单元。目前以地级市为规划主体的区域卫生规划和医疗机构设置规划比较具体,但是体现不出县域特征和县域规划,以至县域内卫生服务体系的设置更加缺乏规划性和科学合理布局。当前大部分的县域卫生行政主管施政缺乏整合观念,没有统筹考虑,任由整个地区各层级医疗机构自由发展,影响了医疗卫生服务提供的效果。

2.3.3 区域卫生规划和医疗机构设置规划指导原则上欠缺统筹发展和整合理念

区域卫生规划和医疗机构设置规划的设计本身缺乏卫生服务体系整合的指导思想,导致规划的各机构设置之间分割、而不是互为一体、互相衔接。加之各层级机构的边界不明晰,更加驱使各地盲目扩大规模、服务交叉重叠、以机构单个发展为焦点而非以体系整合为焦点的布局模式。

2.4 卫生服务提供模式与达到卫生服务整合提供的目标之间存在较大差距

卫生服务的提供模式,从供方来讲,需要以人的需求为本,提供全面、综合、连续的医疗保健服务;从需方来讲,从出生到死亡的整个生命过程中,无论在任何地区的任一层级机构,都能得到其所需要的、适度连续的基本医疗卫生服务。但是目前卫生服务提供模式远未达到卫生服务的整合提供。一是基层医疗卫生机构的服务提供模式没有明显改变,依然沿袭医疗机构坐等病人上门就医的服务模式,缺乏健康管理的观念和主动策略和措施;二是区域卫生信息化建设滞后影响了各层级医疗卫生机构服务的连续性和综合性;三是全科医学人才队伍建设滞后于基层综合改革,特别是在经济欠发达地

区,人才缺乏阻碍医疗卫生机构服务能力的提高和服务模式的转变。

2.5 基本药物制度实施存在的问题

基本药物制度是基本医疗卫生制度的一项重点内容,其目的是一是减轻居民医药负担,二是从根本上缓解不合理用药行为。但通过调研发现,基本药物制度实施存在以下问题:(1)基本药物目录不够全面。这主要是医务人员的用药习惯、居民的用药习惯和需求差别、基层医疗卫生机构的规模差别等多种因素共同作用的结果。(2)部分药物品种和品规便宜但效果较好的药物,因成本较高出现配送不及时、不到位的现象。此外,目前政府办基层医疗卫生机构实施基本药物制度后的零差率减少的收入由财政进行补偿,但很多地区补偿不到位,如果基本药物制度扩展到所有非政府办医疗卫生机构,补偿如何实现?是我们亟需思考的重要问题。

3 加强基层卫生服务体系整合制度安排的建议

针对我国目前基层卫生服务体系的现状及问题,从卫生服务体系整合的角度出发,对基层卫生服务体系整合的制度安排方面提出以下几点建议。

3.1 注重卫生服务整合在硬性和软性方面的协同性

基层医疗卫生服务机构是基本医疗卫生服务提供的中枢环节,其职责是引导病人正确合理使用卫生服务,而不只是一个单独的卫生站点。此外,作为卫生服务提供者,要保证每一生命全程都能得到综合、连续的医疗卫生服务,以保障其身心健康。因此,要使卫生服务效益和效果得到优化,就必须在制度上作出整合的安排。制度安排应注重卫生服务整合在硬性和软性方面的协同性、同步性。

3.1.1 硬性方面

加强基层卫生服务体系的建设,使整个卫生服务体系呈“金字塔型”结构,塔底是卫生服务体系中处于低层级的基层医疗卫生服务机构,依次向上,为次一级区域医疗中心和区域医疗中心。在功能定位清晰、依法准入和加强监督管理的前提下,鼓励社会资本举办基层医疗卫生服务机构。每个医疗机构都有

处于卫生服务体系金字塔中的定位标签,并且执行这个层级的诊疗任务,完成病人的上转和下转。

3.1.2 软性方面

第一,对于已有的促进卫生服务体系整合的公共政策,卫生、财政、编办、人保、教育等各部门在执行公共政策的同时,须有后续执行效果的监督和评价机制。任何一项政策,只有制定下发而没有后续完善具体的监督和评价政策,是政策缺损。

第二,建立不同层级医疗机构分级诊疗制度和标准,明晰诊疗定位。建立以契约形式管理的双向转诊制度,并以医保杠杆调节作为引导和辅助保障手段。

第三,制订强制性的首诊在基层的政策,同时辅以医保杠杆调节,如首诊不在基层,可适当提高个人支付比例。卫生服务提供网络必须与社会筹资和预付制为特点的社会健康保障体系齐头并进,才能有效改善和促进卫生服务的公平性。

第四,各层级医疗机构的转诊管理和人力资源管理,可以借鉴军队卫生服务体系的做法,实行分级医疗,明确各级医疗机构的分工。

第五,调整县(区)级医院功能定位和服务外延,充分发挥其作为基层卫生服务体系的龙头作用,加强县(区)级医疗机构与基层卫生服务体系的融合。县(区)级医院服务功能从“以诊疗为中心”扩展到提供临床健康教育、预防保健、康复、家庭护理等基本医疗保健服务,辐射带动到镇(街道),整合带动其次一级的基层医疗卫生机构协同完成县域内基本医疗和公共卫生服务。

第六,以强制性配套政策措施加快卫生服务的模式转变。明确县级医疗机构、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、村卫生室(社区卫生服务站)的功能定位和职能,以区域人群和个体综合连续的健康管理为主要任务,改变当地区域健康状况。其他按规划设置的社会资本办基层医疗机构按分级诊疗体系只提供基本医疗服务。

第七,在卫生服务体系整合的组织形式方面,有些方式值得商榷和探讨。例如,乡镇卫生院等基层机构并入县级医院成为一个综合性医疗机构就可以

完成整合,实现乡镇卫生院基本医疗和基本公共卫生服务职能,在现阶段是值得商榷的。技术支撑固然重要,但从我国卫生事业管理的历史沿革和惯性来看,以县级医院的定位和运作惯性,这种模式可能会忽略预防和公共卫生服务。目前乡镇卫生院公共卫生人员的平均工资水平低于临床人员,部分地区仍存在重医轻防的观念。因此在探索过程中要及时纠正偏倚。一是二级以上综合医疗机构以医疗为主要功能定位和管理方向,并且这种定位依然没有改变。二是公共卫生和临床医疗之间的缝隙和割裂的弥和需要时间。三是行政管理上的人为分割给基层造成错觉,县级以上医院由医政部门负责管理,县级以上基层机构由基层卫生部门管理,从上到下都没有一个工作机制的整合。

3.2 注重区域卫生规划和医疗机构设置规划对于卫生服务体系整合的规制和调节作用

县域是我国最基本的社会管理单元。在整个卫生服务体系“金字塔”形结构中,基层卫生服务体系位居塔的低层级。因此,县域医疗卫生服务体系在整个医改环节中占有重要份额,甚至是决定了一个地区、一个国家居民获得卫生服务的公平性、可及性和效率。在制订区域卫生规划以及医疗机构设置规划方面,一是应突出以县域为基本规划主体,发挥县域主观能动性,纠正县域卫生服务体系设置和规划的随意性,增强科学性、合理性、统筹性,更有利于基层卫生服务体系的整合。二是加强各地根据卫生服务需求制订规划的技术性、宏观性、前瞻性。三是建立对规划制定后实施情况的强制性评价和监督制度,使其具有“规划先行”的约束力,注重其规制和调节区域卫生服务体系整合的作用。四是将区域卫生服务体系整合作为区域卫生规划和医疗机构设置规划的主要指导思想之一。

3.3 基于卫生服务体系整合设计的基本药物制度实施设想

在整合的卫生服务体系“金字塔”型结构中,理论上讲,所有位于金字塔底层的基层医疗卫生机构都应实施国家基本药物制度。除基本药物目录之外,可增设一个可替代药物目录,采取阶梯式医保个

人支付比例。基本药物目录、可替代目录,两者个人支付比例依次提高,并拉大差距。未进入两目录的药物费用完全自付。这样既考虑了人群的不同需求,也引导患者合理用药,从而降低卫生总费用。

基于“金字塔”型卫生服务体系整合的设计,也可充分利用社会零售药店。基本药物目录内的药品在基层医疗机构药房领取,社会资本办的基层医疗机构或诊所也可不设药房,只是进行诊疗服务行为。除急救必须药品之外,非危急重症的患者在基层医疗机构看病就医,可以凭医生处方到社会零售药店自行取药。正规零售药房均需设有基本药物专柜,按照国家指定价销售,并且是省级政府指定生产和配送。可替代药品和费用完全自付药品可以在医保定点的社会零售药店凭医生处方购买。此制度设计的前提是零售药店网络方便群众,纳入医保定点,资质正规,并实行信息化以便监管。这种设计一是可以改变目前基本药物目录不全面而基层想无限扩大目录的现状;二是可以满足不同人群不同服务需求的差异,以阶梯限价引导患者使用基本药物,降低卫生总费用;三是可以解决目前上、下层级机构间双向转诊后带来的用药惯性。

基本药物目录内的药物,可以根据需求情况,以

省级政府为单位指定若干企业生产,保证药品质量和效果。替代目录和两目录之外的任何药物品种品规,可以采取市场化,放开企业自由生产,保证药物的质量和疗效,并对药价进行合理干预。

参 考 文 献

- [1] 尹力. 医学整合:增进国民健康的必由之路[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(1): 2-3.
- [2] 李立明. 医学整合:我国医改目标实现的关键[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(1): 17-19.
- [3] 世界卫生组织陈冯富珍就职演讲,世界卫生组织网站.
- [4] 2008 年世界卫生报告——初级卫生保健:过去重要,现在更重要[R]. 2008.
- [5] 张朝阳. 卫生政策制定应把握的关键环节和基本要素[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(5): 1-2.
- [6] 侯岩. 我国区域卫生规划的沿革与创新[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(9): 1-4.
- [7] 雷海潮. 区域卫生规划在我国的引入和发展[J]. 中国卫生经济, 2000, 19(10): 25-27.

[收稿日期:2012-06-23 修回日期:2012-07-20]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

美国试点“责任保健组织”以提高质量和效率

近日《经济学人》杂志发表了题为“Health-care services: The good old ways”的文章。指出老龄医疗保险与医疗救助服务中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)正在实施由奥巴马医疗法案授权的“责任保健组织”(Accountable Care Organizations, ACOs),其目标是提高卫生服务的质量和效率,以改变长期以来医生因提供更多而不是更好的服务而获得回报。

文章认为,责任保健组织与健康维持组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)既有联系

又有区别,首先,二者都是由医院和医生形成共同体为医保患者服务,若其达到医疗保健质量的目标,并且将成本控制在范围以内,就会受到奖励;其次,二者存在区别,与HMOs不同,如果患者同意,ACOs可以让其他医生为其诊断,并且ACOs无需为每一位患者付费。此外ACOs还为医院和医生建立了适宜的激励机制,并试点了电子健康档案等,以提供综合协调的医疗卫生服务。

(来源: The Economist)