

# 农村卫生服务纵向整合实例分析

——以江苏省大丰市为例

田淼淼<sup>1\*</sup> 徐向东<sup>2</sup> 朱坤<sup>1</sup> 张小娟<sup>1</sup> 穆辰<sup>1</sup> 卞晓莉<sup>2</sup> 杨维平<sup>2</sup>

1. 中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

2. 江苏省大丰市卫生局 江苏盐城 224000

**【摘要】**目的:以江苏省大丰市为例,分析农村卫生服务纵向整合的现状 & 效果。方法:收集该市实施农村卫生服务纵向整合的政策文件及 2012—2013 年相关数据,开展相关人员访谈了解整合现状。结果:大丰市纵向整合以虚拟联合的形式开展,组建市级医疗志愿服务团队 6 支、乡镇卫生院健康管理团队 52 支;推行紧密型一体化管理,开展乡村医生签约服务,基本建立乡村统一的服务规范及规章制度;率先开通使用居民健康卡,基本实现诊疗信息区域共享。结论:大丰市农村卫生服务在县乡之间和乡村之间分别通过技术协作和托管予以整合,探索以健康管理服务团队为纽带,以紧密型乡村一体化管理为支撑,以乡村医生签约服务为拓展,以居民健康卡为载体,能够为农村卫生服务纵向整合提供借鉴,但仍需进一步加强乡镇卫生院卫生服务能力、明确机构间利益分配关系、整合卫生服务规范并强化卫生信息化管理系统的共享和对接。

**【关键词】**农村卫生服务;纵向整合;实证研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.10.011

## Situation and effect of vertical integrated of rural health services: A case study in Dafeng County of Jiangsu Province

TIAN Miao-miao<sup>1</sup>, XU Xiang-dong<sup>2</sup>, ZHU Kun<sup>1</sup>, ZHANG Xiao-juan<sup>1</sup>, MU Chen<sup>1</sup>, BIAN Xiao-li<sup>2</sup>, YANG Wei-ping<sup>2</sup>

1. Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Health Bureau of Dafeng, Yancheng Jiangsu 224000, China

**【Abstract】** Objective: To analyze the current situation and effect of vertical integrated of rural health services in Dafeng County. Method: Policy documents and data are collected and interviews are implemented for studying the integrated situation. Results: The vertical integration in Dafeng County is virtual joint form with forming 6 city-level medical volunteer service teams and 52 health management teams. With the implementation of fully integrated management, signing service with rural doctor mode is carried out, which promote the establishment of rural unified service standards and regulations. Using health card of residents which promote the regional shared of treatment information. Conclusions: Vertically integrated mode had connection in health management teams, supported by fully integration, developed by signing service with rural doctor and carried by residents' health card, which could provide reference for implementing vertical integration of rural health service. But strategies needed to be strengthened in improving health services' ability of township hospitals, clarifying interest relationship as well as integrating health service regulations and strengthen the health information system for sharing and docking.

**【Key words】** Rural health services; Vertical integrated; Empirical study

\* 基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费项目(13R0113)

作者简介:田淼淼,女(1987 年—),博士,助理研究员,主要研究方向为基层卫生与卫生政策。

E-mail:tian.miaomiao@imicams.ac.cn

2007 年世界卫生组织提出,整合是加强卫生系统的重要措施之一。<sup>[1]</sup> Shortell 等认为整合医疗是确保向人群提供协调和连续服务的组织网络,能够有效改善服务可及性、病人满意度以及卫生系统服务效率。<sup>[2]</sup> 卫生服务纵向整合是通过协调和管理不同层级的医疗机构,消除服务提供的零散和割裂情况。<sup>[3]</sup>

针对农村卫生服务体系存在的“级在网不在”、机构间相互竞争、转诊机制名存实亡等制约三级卫生服务网络健康发展的根本问题,中国政府对促进农村医疗服务系统的完善进行了政策调节。<sup>[4]</sup> 自 2009 年医药卫生体制改革开始,中国政府提出了基层卫生综合改革,农村的主要目标是要求县域医疗卫生服务提供系统能够承担农村 90% 以上的医疗保健问题,以重建整合农村县域医疗卫生服务网络,发挥其服务提供功能。全国多地逐步探索县域卫生服务体系的完善策略,主要形式有:乡村卫生服务一体化管理、县乡村医疗机构业务合作以及农村卫生服务资源整合实践,部分地区同时开展首诊、分级医疗和双向转诊等。

江苏省大丰市是江苏省开展县乡村纵向业务协作、乡村卫生服务一体化管理试点县(市)之一,在农村卫生服务纵向整合中进行了有益探索,并取得了较好的效果。本文旨在剖析江苏省大丰市农村卫生服务纵向整合现状,分析其整合形式、制度安排、组织管理等情况,探讨其整合效果,总结经验并发现问题,为制定农村卫生服务纵向整合策略提供借鉴和依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

通过 Pubmed、CNKI、维普中文科技期刊数据库、万方数据库,以及政府部门官方网站,检索国内外卫生服务整合的理论及实践经验。同时,在大丰市卫生局收集卫生服务纵向整合相关政策文件。

2014 年 5 月,采取典型抽样法,抽取已开展纵向整合的大丰市人民医院、3 个乡镇卫生院及 6 家村卫生室,发放机构调查表;在每个乡镇卫生院内随机抽取 15 名医生填写《乡镇卫生院医生调查表》,调查表回收率为 100%。

同时,选择大丰市卫生局相关负责人和人民医院、乡镇卫生院及村卫生室相关负责人开展个人深入访谈,主要了解案例地区医疗卫生服务纵向整合

程度、相关者参与程度、上下级医疗机构协作程度以及现存问题等。选择部分在医疗机构就诊的农村居民开展专题小组讨论,了解居民卫生服务利用情况、转诊方便程度及满意度情况等。共计开展个人深入访谈 12 人次、专题小组讨论 7 组。

### 1.2 调查工具

以自行设计的《农村卫生服务纵向整合基本情况调查问卷(市卫生局)》、《农村卫生服务纵向整合乡镇卫生院调查表》和《乡镇卫生院医生调查表》为调查工具,由经过统一培训的调查员开展一对一调查。调查内容主要包括:辖区卫生资源配置、卫生服务提供能力、卫生服务提供方式、卫生服务提供数量和上下级医疗机构的协作情况,以及医生参与协作的基本情况及其积极性等。

### 1.3 分析方法

针对定量资料,采用 Excel 2010 录入数据,使用 SPSS 13.0 进行描述性分析。针对定性资料,对访谈记录进行 word 转录,并根据讨论内容进行主题分析。

## 2 大丰市农村卫生服务纵向整合实例

### 2.1 整合目的

农村卫生服务纵向整合旨在通过协调和管理县、乡、村三级医疗机构,加强医疗机构间联系、促进信息互通、有效分配资源,为居民提供满足其需要的、连续性卫生服务,实现农村卫生服务体系的整体功能。

### 2.2 整合策略

#### 2.2.1 组织管理

组织合作是医疗服务网络形成的基础。自 2012 年起,大丰市已基本建立起县乡村三级医疗机构纵向协作机制,纵向整合均以虚拟联合的形式开展。在县乡两级卫生服务机构间,其合作主要采取签署协议和技术指导两种方式,其中,大丰市人民医院作为县级医院龙头,同 12 个乡镇卫生院均建立了合作关系并签订双向转诊协议,大丰市中医院与部分乡镇卫生院开展了对口技术指导工作的。

在乡村两级卫生服务机构间,实行紧密型镇村卫生服务一体化管理。将村卫生室建设主体由村集体调整为以镇政府为主,村卫生室法人代表由村委会主任全部改为卫生院院长担任。各镇内设立一体化管理办公室,市卫生局设立镇村卫生机构一体化

管理领导小组。村卫生室财务以镇为单位建账,分村核算,实行收支统管的两条线管理制度,镇卫生院财务科室设立一个会计岗位,负责辖区内村卫生室的账务核算和财务管理。实行村医聘用制,由卫生院进行资质审核和管理,保障村医队伍的专业性和稳定性。在紧密型一体化管理支撑下,2013年大丰市开展乡村医生签约服务试点项目,在卫生院管理下,依托健康管理团队技术支撑,以村卫生室为签约服务主体,乡村医生为签约服务第一责任人,采取划片负责、以家庭为单位的签约形式,同居民签订卫生服务协议,提供基础诊疗服务和特色诊疗服务。<sup>[5]</sup>

### 2.2.2 合作内容

从县乡协议内容看,县乡合作主要以双向转诊服务、专科延伸服务、业务培训、技术指导、进修培养以及学术讲座为主要内容。部分有条件的乡镇也可同县级医疗机构实现远程医疗。乡镇卫生院同村卫生室的业务合作主要以转诊服务、技术指导和业务培训等为主,在开展乡村医生签约服务的村卫生室可共享乡镇卫生院的设备和检验检查资源。

### 2.2.3 医师团队

自2012年起,大丰市根据江苏省卫生厅《关于开展乡镇卫生院健康管理团队服务的意见》,推进健康管理团队建设,基本建立起县、镇两级服务团队。其中,建立市级医疗志愿服务团队6支,每支团队分别由本院的内科、外科、妇科、儿科专业各一名主治医师及以上人员和护师、公共卫生人员组成,每月定期至辖区内乡镇卫生院进行义诊;组建乡镇卫生院健康管理团队52支,每支健康管理团队由一名主治医师、一名护师、一名防保人员、一名药师以及定点村卫生室乡村医生组成,负责辖区内3~4个村卫生室,主要工作包括:每月两次定期巡回医疗,结合乡村医生签约服务开展农村居民健康管理,培训与指导村卫生室服务。同时,对取得执业助理医师以上资质的村医,分批进行务实进修,强化村医慢病治疗与管理知识、中医药适宜技术服务能力和重性精神病防治意识等。

### 2.2.4 服务规范

在县域医疗服务规范整合方面,县乡两级建立起双向转诊、临床路径以及远程会诊制度,尚未整合其他医疗服务规范。在紧密型乡村一体化管理下,乡镇卫生院对村卫生室实施紧密业务管理,从服务标准、服务内容、质量控制以及应急处理和绩效考核

方面,均建立起统一的服务规范及规章制度。此外,在开展乡村医生签约服务的村卫生室中,实施乡镇卫生院同村卫生室共同制定慢性病、孕产妇等重点人群的健康管理服务流程,并按服务人口的2%抽取村民代表对村医进行测评,绩效考核结果与村医补助挂钩。

### 2.2.5 配套措施

(1)医疗机构设置规划。大丰市“十二五”卫生事业发展规划提出要根据卫生服务需求,健全卫生服务体系,建立适应城镇发展需要的城乡医疗卫生服务网络。在现有市人民医院(二级甲等医院)基础上,在港区和城东新区各设置一所二级综合医院。在现有大丰市急救医疗站基础上,选择条件较好的镇卫生院设立急救医疗分站2~3个。建设标准化镇卫生院,2013年已实现一所中心卫生院建成省示范乡镇卫生院。在“一村一室”的建设基础上,推进标准化村卫生室建设,2013年新建标准村卫生室32个、改扩建10个,建成4个省示范村卫生室。

(2)信息化建设。2013年,大丰市建成基于居民健康档案的区域信息化平台,以公共卫生管理、新农合管理、医院信息管理为主干。依托区域信息化平台,在全省率先开通使用居民健康卡,居民凭卡可在区域内医疗机构中就诊,并可利用网络公共服务平台,实现健康档案调阅、健康教育与咨询、网上预约诊疗等服务。大丰市“十二五”卫生事业发展规划提出要逐步建立覆盖城乡所有医疗机构的区域检验检查、影像中心及远程会诊系统,并逐步实现信息系统实时传送区域平台需要的各类共享数据。

## 2.3 整合效果

### 2.3.1 医生业务交流程度

乡镇卫生院医生同县级医疗机构医生业务交流的主要方式是参加上级开展的业务培训与会议以及电话咨询等,30%表示会经常同县级医生联系,而44%表示仅是偶尔有业务联系,仍有18%的乡镇卫生院医生表示近一年内同县级医院医生无任何业务交流。相比较而言,乡镇卫生院医生同村医的交流程度较高,近45%和49%的医生表示可通过电话和现场技术指导经常同村医进行业务交流,仅有6.67%表示尚无任何交流(表1)。

表 1 乡镇卫生院医生同县、村两级医生业务交流情况

交流方式	与县医院医生业务交流		与村医业务交流	
	人数	占比(%)	人数	占比(%)
会议	14	31.11	10	22.22
培训	22	48.89	12	26.67
内部 qq 群	5	11.11	8	17.78
电话	16	35.56	20	44.44
现场技术指导	8	17.78	22	48.89
无业务交流	8	17.78	3	6.67

### 2.3.2 服务规范信任程度

在开展乡村医生签约服务的地区,87.5%的乡镇卫生院医生表示从村卫生室转上来的患者在村卫生室的诊治对其后续治疗有一定的帮助作用,其中,开展乡村医生签约服务地区的乡镇卫生院医生表示村卫生室的初级诊治为其开展进一步诊疗起到了促进作用。但在转诊方面,普遍存在着上级医疗机构对下级医疗机构检查检验结果不承认的情况,访谈显示在县级医疗机构需要对上转病人重新做相应的检查,主要包括生化检验、CT、彩超等。

### 2.3.3 服务协调性

目前大丰市县乡村医疗机构都尚未设立病例协调员或协调组织,病人转诊过程基本上都是靠临床医生自觉的职业道德和责任或者由乡镇卫生院办公室或者县级医院的客服部在病人自愿的基础上进行协调,多以电话方式。在开展乡村医生签约服务的乡镇,除了运用电话方式转诊外,还包括乡镇卫生院健康管理服务团队下村义诊时为村民开具转诊单或口头告知。无论是上转还是下转,都带有一定的随意性和不确定性,由于责任未能明确,病人能否接受医生根据疾病需要提供的协调安排具有一定的不确定风险。

调研的三个乡镇卫生院近一年内共上转患者 162 人,下转 74 人,仍存在上转容易下转难的现象。在上转服务提供中,近 30% 主要接受到联络转诊医院的服务,25% 可获得检查病历等资料,医生开具转诊单的仅占 19.75%,同时,近 35% 的患者未接受到任何上转服务。在下转服务中,虽然下转难,但上级医生一旦实施下转安排,可能在手续的完善上更为紧密(如提供检查、病历本等资料占 1/2、开具转诊单的比例接近 1/3),与下级医务人员的业务交流沟通相对较好(如联络下级医院和告知下级医院疾病信息的比例略高于转诊到上级医院的比例)(表 2)。

表 2 为转诊患者提供的服务情况

服务内容	为上转患者提供的服务		为下转患者提供的服务	
	人数	占比(%)	人数	占比(%)
开具转诊单	32	19.75	21	28.38
陪同转诊	8	4.94	0	0.00
联络转诊医院	48	29.63	28	37.84
告知接诊医院疾病信息	11	6.79	15	20.27
提供检查、病历本等资料	41	25.31	42	56.76
均无	56	34.57	26	35.14

### 2.3.4 信息连续性

乡镇卫生院医生在病人上转前与县级医院经常沟通的比例占 33%,但与县级医院相应科室医生经常沟通的比例仅占 8.89%,偶尔沟通的比例占 28.89%。不难发现,乡镇卫生院医生在转诊前与医院沟通的程度多于与医生沟通的程度,或者说患者上转的信息沟通连续性更多发生于上级机构而不是上级医生( $P < 0.01$ )(表 3)。这将影响下级医疗机构与相应科室医生之间沟通的连续性,从而影响病人疾病信息的及时传递。

表 3 信息连续性情况

沟通程度	与县级医院沟通		与县级医院相应科室医生沟通	
	人数	占比(%)	人数	占比(%)
从来不	8	17.78	18	40.00
偶尔	6	13.33	13	28.89
有时	11	24.44	10	22.22
经常	15	33.33	4	8.89
总是	5	11.11	0	0.00

### 2.3.5 服务连续性

大多接受过转诊服务的居民表示,乡村两级医疗机构医生均能推荐上转医疗机构并联系相应科室;多数居民也认为向上转诊渠道较为便利,村医能够提供病历资料、告知上级医院疾病情况、陪同转诊等。与村医比较,无论在协调病人转诊服务,还是在与上级医疗机构沟通交流方面,乡镇卫生院医生为转诊病人提供协调性和连续性的服务都要好于村医。虽然仍存在上转容易下转难,但上级医生在实施下转安排后,手续更为完备(如提供检查单、病历本、开具转诊单等),与下级医务人员的业务交流沟通相对较好。

### 2.3.6 服务能力与就诊流向

2013 年,大丰市共有乡村医生 617 人,其中拥

有执业(助理)医师资格者 286 人,占 46.35%;由乡村两级卫生机构卫生技术人员组成的健康管理服务团队,进一步加强对村卫生室人员的技术指导和培训,夯实了农村卫生服务网底。

在 2012 年进一步推进紧密型镇村一体化建设、乡村医生签约服务、双向转诊等工作后,县乡村三级医疗机构门急诊就诊流向呈现下沉的趋势。其中,县级医疗机构门急诊占比从 2012 年的 37.13% 下降为 2013 年的 31.15%,乡镇卫生院门急诊量基本保持在 25% 左右,村卫生室就诊的人次明显增加,占比由 2012 年的 37.43% 增至 2013 年的 43.15%。(表 4)

表 4 县乡村三级医疗机构门急诊人次构成情况

医疗机构	2012 年		2013 年	
	人数	占比(%)	人数	占比(%)
县级医疗机构	1 033 523	37.13	988 840	31.15
乡镇卫生院	708 102	25.44	816 036	25.70
村卫生室	1 041 763	37.43	1 369 744	43.15

### 3 结论与讨论

#### 3.1 不同层级医疗机构之间的整合形式不同

大丰市农村卫生服务纵向整合形式主要以县乡之间的技术协作和乡村之间的托管构成。其中,技术协作多由政府指导,要求县级医疗机构履行其在三级医疗卫生服务网络中的技术指导作用,加强对辖区乡镇卫生院的业务指导和培训等帮扶工作;托管形式体现为紧密型乡村一体化管理,由乡镇卫生院对村卫生室的人事、业务、财务、行政等进行统一管理,增加对村级医疗服务的技术指导、团队协作及服务质量审查等内容,但不涉及产权转移。可以看出,随着政府鼓励县乡医疗机构开展纵向技术业务合作等政策的实施,大丰市县级医院与乡镇卫生院在医疗服务机构大都建立了纵向合作关系,乡村卫生服务一体化也推动了农村基层医疗机构间的紧密协作。

#### 3.2 以健康管理服务团队为纽带,仍需推进协调管理机制的建立

县乡和乡村两级医疗机构间建立起医疗服务义诊团队和健康管理服务团队,在一定程度上能够为加强上下级医疗机构业务联系提供保障。但由于在全县范围内尚未建立相应的协调管理机制,使得这种业务协作缺少约束力,尤其在县乡之间团队协作上,基本以上级医疗机构的意愿为主导,合作尚处于比较松散的状态,执行情况的优劣同上级医疗机构

的利益关系不大。相比之下,依托于制度建设的乡村两级健康管理服务团队能够成为乡镇卫生院同村卫生室业务协作的纽带。在签约服务制度下,乡镇卫生院医生绩效结果同健康管理服务团队开展情况相关,同村医共同提供签约服务是重要的考核指标;同时,村医业务开展情况及收入也与参与纵向协作的积极程度相关,乡镇卫生院按照乡村医生的签约人数、签约服务提供情况等考核其绩效,并作为发放签约服务补助的依据。乡村两级医疗机构共同提供基本医疗和公共卫生服务,一方面提升了村卫生室的服务能力,能够留住患有小病或慢性病的居民;另一方面促进了服务的连续性和协调性,居民卫生服务可及性及转诊方便程度得到提升。

#### 3.3 局部服务规范得到整合,但需进一步提高机构间信任程度

从系统层面,县域内三级医疗机构间尚未建立通用诊疗规范,除乡村两级卫生机构之间能够针对慢性病患者、孕产妇等提供协调、连续的卫生服务外,其他诊疗工作均基于各自机构的诊疗流程。与此同时,上下级医疗机构间诊疗信任程度不足,尤其体现在县乡医疗机构之间的向上转诊,一方面受机构经济效益的影响,另一方面由于基层医疗机构服务能力较弱,多数乡镇卫生院医生表示:患者需在上级医疗机构重新做部分检查,尤其是一些对诊疗技术要求偏高的检查项目。地方卫生行政人员认为,大丰市目前仍存在着县乡村三级医疗机构卫生服务能力差距大的问题,在缺乏制度约束、利益交互作用以及基层卫生服务能力不足时,难以形成行之有效的整合服务规范。

#### 3.4 基本建成以居民健康卡为依托的卫生信息化管理系统,但信息共享与利用仍存在较大障碍

大丰市基本建成以居民健康卡为依托的卫生信息化管理系统。居民可利用网络实现健康档案的借阅,但由于目前机构之间沟通协作机制、利益分配机制不健全等问题,使得居民健康档案信息尚难在医疗机构之间传递,无法有效应用于协作诊疗过程中。31.58% 的乡镇卫生院医生会在上转患者时规范填写转诊单,但大多数患者在转诊过程中只是偶尔或有时能够携带相关检查资料。即使可申请电子健康档案的查阅,但由于耗时较长,也难以及时使用诊疗信息,难以真正意义上形成诊疗信息多机构共享的信息系统平台。

参 考 文 献

- [1] WHO. Making health system work: Integrated Health services-What and Why [R]. May 2008.
- [2] Shortell S, Gillies R, Anderson D. The new world of managed care: creating organized delivery systems [J]. Health Affairs, 1994, 13(5): 46-64.
- [3] 匡莉, 甘远洪, 吴颖芳. 纵向整合的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 24

(8): 564-566.

- [4] 李伯阳, 张亮. 断裂与重塑: 建立整合型医疗服务体系[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(7): 16-19.
- [5] 叶龙杰. 健康报: 服务包带来村医村民双赢[N]. 2014-1-22.

[收稿日期:2014-05-13 修回日期:2014-09-01]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

## 埃博拉:全球卫生领导力的一场危机

近日,《柳叶刀》杂志发表的题为“Ebola: a crisis in global health leadership”的文章指出,埃博拉病毒在全球蔓延,反映了全球卫生领导力的失败。

文章指出,埃博拉疫情之所以不断发展,一定程度上是由于世界卫生组织本身的局限性。一方面,近年来,世界卫生组织预算不断缩减,一些流行病学专家相继离开,削弱了卫生应急响应小组的能力。另一方面,世界卫生组织要求 196 个成员国遵守《国际卫生条例》,提高各国公共卫生反应能力,并对国际关注的突发公共卫生事件进行监测,加强国际合作。但由于该条例缺乏具体的责任分配以及对不合作国家的制裁措施,导致取得的效果并不理想,特别是一些低收入国家应对突发公共卫生事件的能力依然不足。

因此,面对埃博拉疫情的不断失控,联合国必须采取行动。2014 年 9 月 18 日,联合国安理会就埃博

拉疫情召开紧急会议并一致通过决议,呼吁各国部署医疗资源、扩大公共教育和停止交通管制。尽管决议没有明确各个国家的责任,但依然强烈要求各国采取行动,出台关于埃博拉的政策文件。此外,联合国还组建了“埃博拉应急特派团”,以调动联合国系统的行动力和专业能力,为受疫情影响国家提供大力支持。

文章最后认为,联合国安理会下一步还应继续监测埃博拉疫情,明确各国责任,并为世界卫生组织的行动找到合理的法律支持。世界卫生组织应该吸取埃博拉疫情带来的教训,不断提高领导力和治理能力。世界卫生大会应该大幅提高成员国的出资水平,创立紧急事件基金,改革区域组织,并吸引非国家组织。

(王璐 摘编自 The Lancet)