

# 我国社区卫生组织治理机制的冲突及调整 ——基于典型国家治理模式的比较分析

王 虎 峰

**[摘 要]** 社区卫生组织架构在一国既有社区基础上的与基本卫生制度相关联,同时又有自身发展规律。在考察英国、美国、德国社区卫生组织治理模式和运行机制,并总结其基本规律的基础上,本文认为我国社区卫生组织治理机制存在诸多缺陷,需进一步改进和完善。

**[关键词]** 社区卫生组织;治理模式;机制

**[中图分类号]** D035 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-7320(2009)02-0219-06

社区卫生组织(Community Health Organization, CHO)的发展是中国卫生医疗体制改革的重要内容,2006年初国务院出台了《关于发展城市社区卫生组织的指导意见》(国发[2006]10号)(以下简称《指导意见》),为社区卫生发展指明了方向。但是,就社区卫生组织的微观运行管理来看,还有很多问题值得研究和探讨。笔者在分析归纳典型国家社区卫生组织管理运行一般规律的基础上,结合我国医疗制度背景和改革趋势,就社区卫生组织治理结构所存在的问题进行剖析,并力图提出改进措施。

## 一、典型国家社区卫生组织的治理模式比较

在国际上,社区卫生组织有着不同的管理模式,而不同的模式之间有着共同的运行规律。在考察模式多样性的同时,分析其共同的运行机理,对于完善我国社区卫生组织微观治理机制有着借鉴意义。以下选取实行福利普惠化制全民卫生服务的英国、以商业健康保险为特色的美国、以社会医疗保险为主要保障方式的德国作为典型,从三个国家社区卫生组织的治理结构进行分析,揭示社区卫生组织的运行机理和一般规律。具体情况见表 1。

## 二、典型国家社区卫生组织的功能定位及其与筹资机制的匹配性

### (一) 英国

英国的社区健康服务内容十分广泛,主要有以下八个方面内容:(1)健康促进,包括居住环境、自然、气候、衣食住行的改善与保健。(2)健康教育服务、心理健康、服务需求的咨询,个人卫生行为的培养与自我保健能力的提高。(3)以婚姻保健以及青春期、孕期及围产期保健为重点的妇女保健服务。(4)儿童保健服务,从婴儿开始到 18 岁,生长、生活、学习各方面的系统保健。(5)老年保健,含老年生理、老年高血压、心脏病、糖尿病、心理失衡及老年性痴呆等疾病的预防、治疗以及家庭护理和入住老年健康院检查与诊治。(6)伤残人士保健服务,含意外伤害的防治,弱智等特殊儿童的保健与咨询。(7)疾病诊疗和转诊服务。(8)建立完整与系统的家庭健康档案。总体来看,英国社区卫生服务是以疾病预防和健康促进作为主要职能的。

收稿日期: 2008-07-26

作者简介: 王虎峰,中国人民大学医改研究中心主任,副教授;北京 100872。

基金项目: 中国人民大学“985”工程自由探索项目(21455231)

表 1 英国、美国、德国社区卫生组织治理模式比较

项目	英国	美国	德国
医疗保障制度构架和性质	医疗保险制度以全民健康服务为主体,卫生服务主体制度是“医患双方结构”,即服务方是医院和医生,消费方是全体公民和居民,无保险方。	医疗保障制度以商业健康保险和市场运作机制为主体,卫生服务主体制度是“医患保三方结构”,政府主要建立医疗救助制度和医疗照顾制度。	医疗保险制度由法定医疗保险、法定护理保险、私人医疗保险及福利型医疗保险组成,法定医疗保险实行“封顶、保底”,卫生服务主体制度是“医患保三方结构”。
社区卫生组织的形式、地位和作用	社区卫生服务与大医院、全科医生与专科医生分工协作。社区卫生组织承担计划免疫、健康管理、预防保健,常见病、多发病首诊和转诊,大医院和社区医院间无利益冲突,可双向转诊。	社区卫生组织是非营利组织,由政府、慈善机构或居民兴建,提供医疗、预防、保健、健康教育服务,设立社区卫生服务中心、专科社区卫生服务中心和家庭式护理中心。	由私人开业诊所提供门诊服务,占 90%,98% 以上开业医生与健康保险机构签订服务合同,部分开业医生与医院签订合同,安置床位,实行双向转诊。
社区卫生人员管理	数量调控	实行计划管理,根据服务居民数量调节,建立合同关系。	实行市场调节,制订准入管理和考核制度。
	质量管理	重视医学教育与岗位培训,严格考试,取得执业资格	经过 4 年大学教育 4 年医学院校学习 4-8 年培训后取得医师资格证,执业全科医师须获得资格认证。
	激励机制	发全额工资,由人头费、开业津贴、服务项目收费和奖金组成,特殊费用开支另补,不注重经济手段激励。	实行家庭医生收入和社会信任度超过了律师,年收入至少 10 万美元的市场调节报酬机制。
	约束机制	全科医生须提交年度工作报告,聘用期间若出现问题,政府随时解聘全科医生。	通过委托代理模式下的经济约束和行业自律组织监督管理。
社区卫生组织的监管	制定医疗服务考评监测体系,由议会组织实施,随机抽查评估与国家审计署工作相结合。	以市场竞争调节医疗资源配置,形成网络式和混合式医疗保健联合体管理保健组织,以“疾病诊断治疗分类标准”作为管理和报销依据。	通过医疗保险联合会和合同医生协会签订总医疗报酬合同监管,住院治疗采取与效率挂钩包干费用标准。

英国政府非常重视社区基层卫生工作,根据当地卫生局同社区卫生组织签订的合同规定的目标,社区卫生服务机构若完成目标将获得较大的资助,同时社区卫生服务中心可就近期和远期发展规划、发展规模、员工数量、设备购置、继续教育、后勤服务、基建维修、员工工资等上报给社会基层保健托管机构(Primary Care Trust, PCT),再逐级上报到区域卫生局、卫生部,最后由国家财务部长召集各部长会议,根据需求和财力确定预算,逐层向下分配,约 75% 划拨给社区基层医疗管理系统,25% 划拨给医院,其中一部分费用通过委托—代理合同方式划拨到 GP。目前,英国已有半数 GP 成为“持资 GP”,覆盖了 60% 的居民。所谓“持资 GP”是指通过与卫生局签订合同,全权保管和使用在其区域注册居民的全部医疗经费,同时为病人提供 24 小时初级保健服务的 GP。“持资 GP”代替病人选择就诊医院、科室及专科医生,为病人提供最合理、最有效的医疗卫生服务,提高诊疗效率,减少病人在医院的候诊时间,因而他们是病人医疗经费的“管家”,是病人健康的“守门人”。整体来看,社区卫生组织执行公共卫生职能是与其财政支持机制相匹配的。

(二) 美国

美国社区卫生服务主要由家庭医生负责,家庭医生通常以个体或集体的形式开业。社区卫生服务

主要有三个方面: 第一, 家庭医学服务。居民就医时一般先找家庭医生, 如果需要住院则由家庭医生转诊。第二, 公共卫生服务与预防保健。控制社区疾病(通过监测及预防接种)、妇幼健康计划、营养等教育。预防保健由医院和社区卫生组织实施。在预防保健的具体实施方面, 医院负责预防接种工作。健康教育和健康促进工作主要由社区卫生组织承担。第三, 长期护理(Long-term Care)。是在社区和家庭进行的医疗和生活照顾, 主要对象是不需要在医院治疗的老年病人和残疾人。由此可见, 社区卫生组织定位主要在于预防和医疗首诊工作。

医疗救助制度(Medicaid)项目包括入院、医生、牙医、老人院和药物等各方面费用, 也报销戒毒、戒酒的医疗费用, 有时也会负责短期精神病治疗费用。医疗照顾制度(Medicare)项目分为 A、B 两部分: A 部分负责入院、离院后转往康复护理或在自家中康复的费用, 其计划下大部分的人都不需付月费; B 部分负责看医生的费用, 几种不需住院的医疗服务。学校会替符合资格的学童申请儿童医疗补助服务, 学童在看病及配药时均可得到资助。孕妇医疗福利(Women and Infant Care)旨在帮助孕妇、产妇及其 5 岁以下的子女, 提供免费营养食品、免疫针及其他医疗服务。因此, 美国政府医疗保障项目的报销范围都支持在社区就医。

除了政府项目, 商业保险公司提供的健康保险产品也基本涵盖了社区卫生组织的支出项目, 这也促进了医生依托于社区卫生组织, 尽量运用预防和经济的治疗技术为病人提供服务。近十几年来, 美国通过发展管理化保健(Managed care), 把医疗保险和医疗服务的功能结合起来。所谓管理保健, 就相当于保险公司和医院医生的选择性合约——保险公司将一定数量的参保者包给某医院或医疗集团, 参保者的医疗费用超过约定的数额, 由医院自己承担; 数额没用完, 医院保留余额。此机制强化了社区卫生组织预防的职能定位, 体现了社区卫生组织的职能重要性。发达的社区卫生组织以及完善的服务, 使得居民首选到社区卫生组织找家庭医生看病成为可能。由此可见, 美国医疗政府保障项目和发达的商业医疗保险与社区卫生组织在服务项目支付上都是相互匹配的。

### (三) 德国

德国社区卫生服务的提供体系是个多元化的结构。公共卫生机构负责公共卫生和传染病的预防和管理; 门诊医疗主要由家庭医生负责提供; 住院医疗由各类医院共同负责; 妇幼卫生由家庭医生、医院和独立的医师协会共同负责。德国的全科医疗正在建立相应疾病的社区防治指南。目前已完成尿道感染、疲劳和后背痛三种疾病的社区防治指南, 心脏病和糖尿病等疾病的防治指南正在制定中。由此可见, 其社区卫生组织主要定位为门诊和慢性病的干预。

在这个多元化的服务体系中, 筹资的渠道是多元化的。政府主要投资公立医院和公共卫生部门, 门诊服务机构的资金主要来源于医生自己。由于绝大多数居民享受社会健康保险, 病人凭健康保险卡可以到任何与健康保险机构签订有服务合同的诊所就医。普通病人必须先到开业医生诊所就诊, 需要住院服务者, 由开业医生出具证明转诊到医院, 接受住院治疗。法定健康保险基金提供服务的范围包括: 健康促进措施、预防保健措施和健康检查, 承担部分或全部预防性治疗的费用; 通过医生或牙医进行治疗(包括提供假牙); 提供药物、外科敷料; 医院治疗; 协助需要长时间精心照顾的病例; 家庭保健; 针对性的康复医疗和辅助服务; 孕妇和产妇津贴等。德国医疗保险通过将社区卫生服务的项目纳入到报销范畴和严格的转诊体系, 使病人首先利用价格低廉的社区卫生服务而不是成本较高的医院服务成为可能, 不仅减少了医疗费用的支出, 同时也使卫生资源得到合理的利用。

## 三、我国现有社区卫生组织治理机制缺陷分析

### (一) 我国医疗保障制度处于创建阶段

我国医疗保障制度体系主要有城镇职工基本医疗保险, 城镇居民医疗保险 2007 年开始在 88 个城市试点, 到 2008 年 3 月大概覆盖了 4000 万人; 农村居民的新型农村合作医疗, 从 2002 年开始试点到 2007 年, 已经覆盖了约 80% 的农村居民, 大约 7.99 亿人。同时, 城市和农村正在进行医疗救助试点。

在城市个别地方还有公费医疗和部分的劳保医疗存在, 离休人员的医疗保障还在特殊人群中实行。商业健康保险也提供了部分自愿参加的医疗保险, 但份额较小。总体来看, 不同人群之间的保障形式和保障水平差异比较大, 还有一部分居民和灵活就业人员、农民工等还没有参加进来。就保障的水平来看, 主要是通过共付费的形式报销一定比例大额医疗费, 农村新农合报销比例在 20%-40%; 城镇居民在试点过程中报销比例在 60% 左右; 城镇职工报销比例则为 80% 左右(一部分不在报销目录中的药品和诊疗项目完全自费, 全部医疗费用的实际报销比例低于这个数字)。整体来看, 保障水平比较低, 且不同群体差异较大, 商业健康保险占很小比例, 医疗保障制度处于创建阶段。

## (二) 社区卫生组织形式有待完善

目前政府提出的发展社区卫生组织的目标是优化卫生资源配置, 缓解群众看病难、看病贵等问题。但目前多数社区卫生组织是公立机构, 多是政府举办的部分二级医院、镇(中心)卫生院通过重组、改造和功能转换而来, 还有一部分是隶属于企事业单位, 通过功能转换建设社区卫生服务机构, 社会力量举办的很少。现有的对非国有非营利医疗机构的政策是空白, 制约了社会资本的投入, 而非国有营利性社区卫生组织又不宜承担公共卫生服务职能, 因而在目前政策框架下, 民间力量难以参加进来。

## (三) 社区卫生组织的功能定位值得进一步探讨

社区卫生组织的定位是坚持公益性质, 完善社区卫生服务功能, 开展健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务。这种定位存在的问题是一个机构提供两种不同属性的产品——免费的公共卫生服务和有偿的医疗服务。因此, 在一个需要核算成本的机构当中, “在经济利益导向下, ‘有偿服务’ 挤压 ‘无偿服务’。预防保健工作受到影响和削弱”。

此外, 社区卫生服务机构与预防保健机构、医院合理的分工协作关系并未形成。目前, 双向转诊实际上变成了“单向转诊”, 即社区医院把病人转向大型医院, 但是大型医院没有把病人转回社区医院。产生这个问题的主要原因有: 第一, 由于社区医院的硬件、软件等原因, 导致大型医院和病人对社区医院的不信任。第二, 没有监督机制和统一标准, 疾病的转诊难以控制和把握, 为追求各自利益导致了争抢病人的现象。第三, 社区卫生组织与大医院的服务雷同, 很多项目是替代性的, 不是互补性的, 因而很难得到患者的认同。

## (四) 筹资机制与功能定位的匹配性不强

目前, 我国社区卫生组织供方筹资主要有: 地方财政投入或社会力量投入; 有偿医疗服务收费; 药品差价收入。服务需方的筹资主要有: 享受公费医疗、劳保医疗或城镇职工医疗保险可以报销的部分; 个人付费。目前规定社区卫生组织的发展是“坚持以地方为主”, 在中西部地区很多地方因为财政投入不足, 中央转移支付力度不够, 实际上社区卫生组织经费短缺, 导致一些公共卫生服务项目难以开展。我国医疗保障水平低, 报销范围窄, 还有一些与社区卫生组织的服务不兼容。商业保险更是难以兼容, 在一些保险条款中明确规定必须是县级以上的医院提供服务才能赔付。总体来看, 筹资渠道有限, 经费不足, 医疗保险与社区卫生组织服务项目匹配性不强。

## (五) 社区卫生人员管理有待提高

目前, 我国从宏观上对社区卫生人员的管理处于制度创建阶段, 主要有以下几个特点: (1) 数量调控。2007 年底, 社区卫生服务中心人员数达 7.7 万人(其中卫生技术人员 6.4 万人), 每个中心平均 31 人; 社区卫生服务站总人员 8.0 万人, 每站平均 4 人。相对于社会需求来说人员相对短缺, 主要任务是如何增加数量而不是控制数量。(2) 质量管理。目前缺乏社区卫生人员的准入标准, 亟须建立一套质量标准和管理办法。(3) 激励与约束不够。社区卫生人员的待遇相对于综合医院, 特别是与大医院医生相比是较低的, 择业的吸引力相对弱, 同时检查、评估、再教育等方面的约束也不足, 激励和约束均不到位, 一方面与整个卫生医疗行业现状相关, 另一方面也与对社区卫生人员重视不够相关。

## (六) 社区卫生组织的监管有待加强

我国目前还没有一套社区卫生服务绩效考评的标准, 也缺乏相应的考核办法, 经济杠杆不能用, 而

政府考核也跟不上,因此,亟须有针对性地建立一套监管办法。

## 四、完善社区卫生组织治理机制的思路和政策建议

### (一) 深刻认识社区卫生组织的地位和作用

第一,发展社区卫生服务组织是医疗服务组织结构适应医学模式转变的具体体现。现代的生物—心理—社会医学模式要求对个体进行系统、全面的健康保护,不但针对生物、心理因素,还要针对社会因素进行干预,以促进居民身心健康,而在社区提供连续、稳定的卫生医疗服务,弥补了其他医疗机构服务的局限性,适应了医学模式转变的要求,也体现了预防为主的思想。

第二,发展社区卫生组织是提高卫生资源配置公平性的有效措施,是解决医疗服务公平性的必由之路。当前我国卫生资源配置严重失衡,80%的资源分布在城市,而这部分又多数集中在大城市的大医院。发展社区卫生组织可以有效矫正资源配置的不平衡,同时也可改善医疗服务的公平性。

第三,发展社区卫生服务是培养高素质基层卫生服务人员的有效途径。通过培养专业化的社区医生,可提供与大医院有差异化的服务。改变人们以往认为大医院医生医术好、基层医疗机构医生医术相对差的思维定势,可以有效提高基层卫生服务人员的素质。

第四,发展社区卫生组织,不能仅限城市社区,农村也要发展。在东部以及经济发达区域,提倡建立城乡一体的社区卫生服务;在中西部以及经济不发达地区,应结合新型农村合作医疗构建乡村基层卫生网络,发展类似城市的社区卫生服务,从而构建全国性的基层卫生服务网络。

### (二) 科学定位社区卫生组织功能

第一,社区卫生组织不能与医院使命定位重叠,而要体现互补性。社区卫生组织不是预防和治疗的结合体,也不像基层的“小医院”主要做医疗兼做预防,而应该以卫生预防为主。

第二,社区卫生组织应重在管理,也就是连续动态的管理,服务对象“发病时”要管,“不发病时”也要管,初诊对象“转出去管”,“转回来或者出院后”还要管。

第三,以社区卫生组织为依托,构建家庭医生制度。

### (三) 兴办主体多元化和服务多样化

第一,社区卫生组织不能完全依靠政府投资兴办,要有社会资本参与。应该在政策上允许非公有非营利性社区医疗机构的存在(其他医疗机构也应如此),鼓励民间设立公益性社区卫生组织,给予这类组织与公立非营利性组织享受同样的财政税收政策。

第二,社区卫生组织应该依照当地居民服务对象不同的需求,鼓励发展一些有特色的服务组织,如提供康复、精神卫生、老年人医疗、妇幼保健等特色服务的社区卫生组织。

### (四) 多渠道筹资,提高医疗保障同社区卫生服务的匹配性

第一,加大财政支持力度,尤其是加大对中西部社区卫生组织的支持力度。

第二,改进医疗保障报销范围同社区卫生服务项目的匹配性。改变单一按项目付费的方式,探索多种付费方式,鼓励引导商业健康保险开发新的险种产品,将社区卫生组织作为定点服务机构,与其服务内容和项目相匹配。

第三,有组织地开展捐赠活动。政府主管部门应将宣传、引导、组织对社区卫生组织进行捐赠作为一项经常性工作进行,统一策划,统一组织社会各界对分散的社区卫生组织进行捐赠,以弥补单个组织筹资能力不足以及和大的医疗机构在吸引社会捐赠方面的优势。

### (五) 建立社区医生科学管理体系

第一,建立一整套技术标准。发展社区卫生组织有赖于一支专业化的队伍,而构建专业化队伍必须要建立一整套的专业技术门类、教育学科、职称体系,使这类医生按其自身的规律来确定技术标准、培养模式、职称评定标准等。

第二,建立对社区医生的激励和约束机制。应做到激励与约束相匹配,待遇和贡献相适应。同时,

还应借鉴国际经验建立社区医生考核制度、学历标准以及在职学习制度。

#### (六) 科学协调社区卫生组织和综合性医院的关系

社区卫生组织功能发挥还有赖于综合性医院的协作, 应该通过卫生规划来整合当地卫生资源配置, 适宜设立社区卫生组织的区域就不应该设立综合性的医院, 资金也应该根据当地居民的要求相应投入到社区卫生组织。同时, 还要通过职能划分协调两者间的关系, 大医院应负有对周围基层组织在技术上“传帮带”的责任, 还有促进病源合理分流的义务。大医院应主动采取措施宣传、教育和分流一般患者, 支持社区卫生组织开展工作。

社区是一个平台, 具有地域性、社会性、自治性特征, 社区卫生组织植根于基层, 应该面向服务对象, 接受监督。借鉴国际经验, 政府在对社区卫生组织考评时, 不但要有可以核查的业务指标, 更要有具体渠道采集社区居民的意见和评价。居民的这种意见反馈应能在一定程度上决定社区卫生组织的评价和奖惩, 从机制上使社区卫生组织不仅“向上负责, 也要向下负责”, 在执行政府赋予的职能同时, 充分考虑当地居民的需求, 使其保持为居民服务的本色性质。

#### [参 考 文 献]

- [1] 韩洪迅:《解读欧美 GP》, 载《中国医药指南》2007 年第 7 期。
- [2] 黄存瑞、叶文彬、李国鸿:《英国社区卫生服务制度及启示》, 载《国外医学(卫生经济分册)》2004 年第 21 期。
- [3] 谢鑫友、王劲:《美国全科社区卫生服务》, 载《全科医学临床与教育》2004 年第 3 期。
- [4] 郝晓宁等:《美国社区卫生服务运行机制和管理模式研究》, 载《医学与哲学(人文社会医学版)》2006 年第 8 期。
- [5] 杨春华、宣瑞祥:《德国社区卫生服务的现状及对我们的启示》, 载《全科医学临床与教育》2006 年第 4 期。
- [6] 李 勤:《德国、瑞典的社区卫生服务》, 载《全科医学临床与教育》2005 年第 3 期。
- [7] 陈 野:《德国医疗保险制度及对我国的启示》, 载《经济问题》2004 年第 6 期。
- [8] 王虎峰:《公共管理视角下的卫生医疗体制改革》, 载《公共管理与政策评论》, 北京: 中国人民大学出版社 2007 年版。
- [9] 王虎峰:《解读中国医改》, 北京: 中国劳动与社会保障出版社 2008 年版。

(责任编辑 叶娟丽)

## Governance Deficiencies and Improvement of Chinese Community Health Organizations

Wang Hufeng

(Health Reform and Development Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**Abstract:** Community Health Organization (CHO), based on the existing communities of respective countries, is not only significantly influenced by countries' health system, but also has its own development track. Through the examination of governance model and operation mechanisms of typical countries including American, British and German CHO s, the paper comes into a summary about their experiences and implications for China, and thereby, a systematical analysis Chinese governance deficiencies is provided, based on which, both by referring to international experiences and grounding at Chinese context, the paper gives suggestions on improving and advancing Chinese governance system of CHO.

**Key words:** Community Health Organization; governance model; mechanism