

美国社区卫生服务运行机制和管理模式研究

郝晓宁 李士雪 李湘江

摘要:美国的卫生服务系统由社区卫生服务和医院服务两大部分组成。通过从组织形式、筹资机制、人力资源、动力与约束机制以及管理几个方面,对美国社区卫生服务的运行机制与管理模式进行分析,以期对我国社区卫生的发展有所借鉴与帮助。

关键词:美国,社区卫生服务,运行机制,管理模式

中图分类号:R19 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2006)08-0022-03

Research on Running Mechanism and Management Mode of Community Health Services HAO Xiaoning, LI Shixue, LI Xijiang. Center for Health Management and Policy of Shandong University, Jinan 250012, China

Abstract: From such aspects as organizing form, financing mechanism, human resource, the drive and inhibit mechanism and the management mode, both the running mechanism and the management mode of the community health services of America are analyzed. To bring some reference and help to the development of community health service of China.

Key Words: America, community health services, running mechanism, management mode

美国的社区卫生服务起源于19世纪末,其社区卫生服务体系充满活力,形式多种多样。卫生服务组织结构松散,社区卫生资源的配置以市场调节为主,服务或功能的体现以需求为导向,表面杂乱,实际有序。

1 组织形式

美国的卫生服务系统由社区卫生服务和医院服务两大部分组成,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。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。

1.1 社区医院 美国的社区医院主要由地方政府、地方慈善机构或社区居民出资、捐资兴建。服务对象是社区居民。社区医院的数量占医院总数的80%,平均病床数在150张左右,主要是为急性病和外伤患者提供短期住院治疗。目前转变形式:第一,社区医院结成医院联盟,或以公司购买、租赁等形式转变为连锁医院。第二,积极扩展服务功能,即把服务延伸到病人家里,使其真正成为社区卫生服务系统的组成部分。

1.2 家庭式护理中心 家庭式护理中心(Nursing Home)又称为护理院或老年公寓。护理院主要是为那些不需要在医院治疗而又不适合在家里独立生活的老年人开设的机构,提供生活照顾和简单的医疗护理服务,同时非常强调心理服务和健康促进。医疗设备比较简单,但有必要的运动场所和健身设备。护理院一般没有专职医生,有少量的兼职医生;只有少数专业护士,主要是护理助手(nursing aid),还有社会工作者等专业人员。

1.3 社区卫生服务中心 美国社区卫生服务中心(Community Health Center)主要有三种不同类型和功能的社区卫生服务中心:(1)综合性社区卫生服务中心。这类社区卫生服务中心人员配备比较全面,提供医疗、预防、保健、健康教育等综合性服务;(2)以社区护理和照顾为主的社区卫生服务中心。这种类型的社区卫生服务中心实际上是提供家庭护理和生活照顾的专门机构,一般没有专职医生,主要由社区护士上门为病人提供专业护理,由护士助手上门为病人提供生活照顾;(3)专科社区卫生服务中心。最常见的“专科”性社区卫生服务中心是社区精神卫生

服务中心。

美国的社区卫生人员主要有:家庭医生、社区护士、护士助手及其他专业人员。美国医师协会通过对医师资格考试的有关规定,来控制医师数量。其他人员:一类是专业人员,包括社会工作者、康复师、健康教育人员;一类是后勤及辅助人员。

2 筹资机制

美国社区卫生服务筹资机制主要包括国家预算拨款、健康保险(包括社会保险和商业保险)及自费。美国的社区医疗及妇幼保健经费的来源主要有联邦政府和州政府的专项基金。通过项目的形式下拨,个人保险及个人捐赠^[2]。

美国的医疗保健制度主体是多种形式的健康保险。85%的美国居民至少有一种健康保险。美国的健康保险制度大体上可分为三种类型:私人或商业性健康保险、社会性健康保险、社会福利性健康保险。

私人健康保险:分营利性的商业保险和社会团体主办的非营利性健康保险。

社会健康保险:参保者义务性或强制性参加,由国家或组织性强的机构承办保险业务。

社会福利性健康保险:是由政府和慈善组织向特殊人群提供的医疗保健资助。慈善组织提供数量有限的医疗救助基金,为无家可归者、特殊疾病患者等购买基本医疗服务。包括:医疗救助制度(Medicaid):是政府对低收入家庭和有需要的人士如伤残者提供的医疗福利。它包括入院、医生、牙医、老人院和药物等各方面费用。但Medicaid不包括“不须处方”亦能买到的药。当然也不包括看中医和中药。至于精神健康方面,也包括戒毒、戒酒的医疗费用,有时也会负责短期精神病治疗费用。其经费大约60%来自联邦政府,40%来自州政府。医疗照顾制度(Medicare):是政府对65岁以上的老人提供的医疗保险计划,亦适用于65岁以下但患有肾脏衰竭和某些残疾人员。经费主要来自联邦政府。它分为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。A部分计划下大部分的人都不须付月费。B部分负责看医生的费用,某几种不须住院的医疗服务。B部分计划下的人通常都要付月费。只有列明QMB Medicaid的人才有全部医疗补助福利。

山东大学卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

儿童医疗补助(Kidcare):学校会替符合资格的学童申请这项服务,学童在看病及配药时均可得到资助。

孕妇医疗福利(Pregnancy):WIC(Women and Infant Care)这项服务旨在帮助孕妇、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^[3]。

3 动力与约束机制

3.1 动力机制

利益竞争促使医生提供更好的服务。美国的病人与医生间完全建立在信任的基础上,如果医生的服务态度欠佳或者医疗技术不能使病人满意,他就可能失去他的病人,其医疗收入将受到影响。即使是享受 Medicare 和 Medicaid 的病人,虽然固定了部分医院,但仍有选择医生的权力。通过契约制建立了稳定的医患关系。

3.2 约束机制

健康保险制度的规范作用。美国的各种医疗保险制度大多以“疾病诊断治疗分类标准(DRGs)”作为管理和报销的重要依据,明确规定了各种疾病的住院指征和时间周期,即某种疾病或手术,到了一定的康复阶段或住院天数,病人必须转往社区卫生服务机构,或回家中接受社区卫生服务。否则,超过规定时间的住院费用由病人自付。

4 管理模式

4.1 外部管理机制

4.1.1 美国卫生行政实行三级管理体制。即联邦、州及地方政府3个层次组成。

(1) 联邦政府通过立法来保障和促进公民健康:国会制定法律及条例,并由不同行政部门实施管理。美国宪法规定联邦政府应立足于提高公民的普遍福利。联邦政府的卫生组织由卫生及人类服务部实施管理与健康有关的各种活动。

(2) 州公共卫生局是州卫生事务主管机构。州卫生局受州政府的直接领导。州卫生机构是由州长任命的卫生官员或卫生部长直接管理。每个州都有自己的卫生官员,通常是由在公共卫生服务方面取得学位及有经验的一位内科医师担任。护士代表该专业的最大群体而提供卫生服务。州与州的卫生政策有很大的不同。

(3) 地方政府每天的责任是保证居住于该地区卫生系统的居民健康:他们每天负责公共健康服务的直接活动。地区卫生部门由各地领导(如市长、镇长、村长)任命的卫生官员或行政人员直接管理,其中有些卫生官员州政府要求该地区具有至少1种医学学位。这个部门的主体由多种学科专业的队伍组成。公共卫生护士及卫生监察员代表该专业人员的两类最大群体。其他专业人员包括牙医、社会工作者、流行病学家、营养学家及健康教育者。地区卫生部门负责确定他们的公民的健康状况及卫生需求,并采取措施以充分满足居民所需。绝大多数的卫生服务都是在地方政府的水平提供给个人及人群。这些服务可分为以下4类:社区卫生服务;环境卫生服务;心理卫生服务;

个人卫生服务。社区卫生服务包括控制社区疾病(通过监测及预防接种)、妇幼健康计划、营养等教育。其他活动还包括针对通过改变饮食习惯、增加锻炼、减少吸烟、减少毒品及酒精等行为促进健康。同时,对潜在的疾病的预防监测也是地区卫生部门的主要工作,包括遗传异常、发育迟滞、行为失常、高血压、糖尿病及癌症的早期发现^[4]。

4.1.2 市场竞争调节机制

美国是市场经济高度发达的工业化国家,服务模式是以传统私人开业为主体,医疗市场管理采取以市场调节为主,以需求为导向,如果家庭医生诊所入不敷出,将自动关门。

市场方面,让消费者自己组织 Managed Care Organization (MCO,即控制日常健康护理成本的组织)。美国最早(1933年)的医疗消费形式是消费者每月付固定费用,然后免费享受各种医疗保健。随着医疗消费种类的增多、各种医疗服务覆盖面的不同、支付方式不同、雇佣医生的形式不同,MCO这个行业不断在演化。总的来说,规模越来越大。

管理化保健,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。新兴起来的管理保健组织有网络式和混合式(Network and Mixed Models)的医疗保健联合体。医院通过合并、减小规模、减少床位,然后组成联合体,以提高服务效率。这种形式通过采用预付制,使得医生的收入与看病多少无关,可以避免过度利用服务。

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。其机制是节支收益,医院节约的越多结余的就越多;弊端是医院为了省钱,可能会抑制病人的合理需求,全科医生为了保持预算平衡或增加盈利,就可能减少病人的服务量,该做的检查也不做了,该开的药也不开了。

管理保健制度是支付者主导的竞争:病人把权力交给其选择的保险公司了,委托保险公司与医院签订合同。保险公司有更多的网络、更多的信息,在与医院的谈判中比病人拥有更大的筹码。这种竞争确实有效,它控制了医疗成本。这种制度带来的结果是每个医院竞相压低低成本,因为只有压低低成本,医院才可能生存。所以管理保健制度很有效地控制了医疗费用的上涨,而且医院的效率也提高了。

4.2 内部管理机制

4.2.1 质量管理机制:美国家庭医生的学历教育和基础培训起点高,而且在服务实施方式上与医院形成实质性的联系。美国的家庭医生在医院尤其是社区可有病床或病区,可以使用医院的诊疗设备,当然,这必须有利益条款合同规定作保证。可以带病人到医院自己操作仪器设备进行检查,转病人到医院住院,住院治疗方案由家庭医生和医院医生一同制定。这样不仅使社区卫生服务与医院服务形成了一个连续的过程,提高了社区卫生服务的质量,使家庭医生的业务水平得到了不断提高,而且对确立家庭医生在医学界的专业地位和病人心目中的形象非常重要,也有利于社区卫生工作的开展。在另一方面,家庭医生的专科化是近年来美国家庭医学发展的特点之一。实际上就是家庭医生在掌握各科知识和技能的基础上,注意造就一定的专科特长,以更好的满足病人的需要。更多的家庭医生联合开业及管理化社区卫生服务组织的增加,使家庭医生有“专科化”的机会和条件。

我们应从美国吸取经验。我国社区卫生服务体系的仍不完善。我国绝大部分城镇地区,缺乏独立行医的社区全科医生,本来可以承担社区卫生服务的一、二级区域中心医院和分散在各企事业单位的医院和诊所,因为医疗保险覆盖不及和缺乏有效的转诊制度,其资源被大量闲置。其结果是,本来可以在社区就诊的80%的患者(大都是常见病和慢性病),被迫流向得天独厚的中大型综合和专科医院,使医疗和药品费用的(下转第26页)

时发现和增补个人、家庭和社区的主要健康问题,有针对性地提出防治措施。这样,无论病人何时患病、在何处接受治疗,健康档案中都有记录,社区医生了解病人既往病史、健康状况,有利于病人在以后的就医中选择对自己比较了解的社区进行首诊。

2.4 完善社区与上级医院的转诊制度,促进转诊渠道畅通

双向转诊制度是上下级医生由于责任分工不同而建立的业务交流制度,具体内容为下级医生将不能处理的病人转到上级医生处,待病人病情稳定后,上级医生将病人连同医嘱一起转回下级医生处,由下级医生协助上级医生执行医嘱并反馈医嘱执行过程中所遇到的问题,同时得到上级医生的指导^[7]。然而,目前双向转诊却存在诸多困难,表现为重形式不重实质,缺乏统一的转诊标准、制度和监督机制,转诊受到局限,转上容易转下难等,使转诊渠道不够畅通。所以,有的患者即使有意去社区首诊,但是又担心社区医疗水平有限,而且转诊机制不完善,如果社区解决不了,又不能及时转向上级医院,延误了疾病的诊治。

首先,卫生行政部门要制定符合本地区实际情况、完善统一的各级各类医疗机构的诊疗范围、诊疗体系,具体规定不同病种转诊的条件、程序与监督方法等,并且负责转诊医院的合理布局 and 分配,符合区域卫生规划。其次,合理调整转诊机构之间的经济利益,转诊机构之间要建立能够接受的转诊利益规范,如签订转诊合同、转诊协议等,明确双方责权利,利用转诊制度调整转出和转进医疗机构的利益。再次,建立适宜的转诊管理与监督组织,监督部门定期对医院和社区进行考核;社区卫生服务机构要向医院提供上转病人在社区的治疗情况以及相关资料,危急

重症病人要亲自护送医院,对达不到要求的社区给予处罚;医院方面对社区转来的病人,治疗结束后不下转,或不提供住院治疗情况,没有下一步治疗、康复计划的,对责任医生进行处罚,医生转诊质量的好坏直接和当月奖金挂钩,以保证转诊渠道的畅通。

参考文献

- [1] 张宇,肖十力,张拓红,等.社区卫生服务机构与医院双向转诊实施途径和管理办法的研究[J].中国全科医学,2002,5(2):123-125.
- [2] 刘梅,陈金华,彭晓明.社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议[J].中国社区卫生服务,2004,7(1):38-39.
- [3] 刘雪荣,于普林.浅析人口老龄化与老年社区卫生保健[J].中国卫生事业管理,2002,6:366-368.
- [4] 赵志广,彭绩,程锦泉,等.深圳市流动人口社区卫生服务的弱势分析[J].医学与社会,2005,18(5):1-3,6.
- [5] 梁万年,王亚东,杨兴华,等.全国社区卫生服务现状调查[J].中国全科医学,2005,8(9):705-708.
- [6] 高博,任晓晖,刘丹萍,等.成都市武侯区社区居民卫生服务需求[J].现代预防医学,2005,32(4):283-284,289.
- [7] 中国全科医学杂志社.摘编.双向转诊支持简介[N].中国全科医学视窗,2001:06-25(4).

作者简介:王丽娜(1982-),女,河北省邢台人,山东大学卫生管理与政策研究中心硕士研究生在读,社会医学与卫生事业管理专业,研究方向:卫生管理与卫生政策。

收稿日期:2006-03-29

修回日期:2006-06-30

(责任编辑:董方立)

(上接第23页)控制成为神话。据调查,所有病人中只有5%左右的患者需要专科医生诊治,而人群中90%以上的健康问题可通过训练有素的全科医生来解决^[5]。在美国的医疗机构中,民间非营利性的占60%,民间营利性的占30%,而政府非营利性的只占10%。但医疗机构间的有序竞争,却有赖于医疗保险机构的多元化及其之间的竞争。通过吸收会员的竞争,医保机构才能借助其网络规模优势,在与医疗机构之间的价格和质量谈判中取得优势地位,反之,医生和医疗机构为了获得更多的病源,才有动力提供物美价廉的医疗服务。

这种产业模式尤其值得我国借鉴。其主要理由在于,我国的公共财政实力薄弱,公共财政体制不健全,以及我国政府的公共事务管理水平不足。与其让一个只承担极少数社会弱势群体医疗保障的政府承办全社会的基本医保,还不如开放医保市场,鼓励在基本医疗服务领域引入民间自组织的会员性医疗保险机构(如大型企业集团自办保险),打破由政府独家运作医疗保险的垄断局面,让社会各群体自由选择竞争性的基本医疗保险组织。政府在医疗卫生领域的主要功能,应该主要集中财力和借助财政转移支付,解决医疗服务公平性和可及性的问题,让城市的低收入人群和落后地区的广大农民尽早得到基本医疗服务。同时建立适度的监管体制,保证竞争性的医保和医疗机构竞争产业有序竞争。

要加快社区卫生服务体系的建设。把80%的患者截留在社区卫生服务体系内,是大幅度抑制医药费用上涨的釜底抽薪之举。而建设社区卫生服务体系的“牛鼻子”在于:第一,鼓励医生从医院分离出来,同时大力培养全科医生,由此形成独立执业的

医生市场;第二,鼓励医生或医生团体开办社区医疗诊所,社区诊所可以是新设立的,也可以在现有社区性医疗机构(如区级中心医院、厂矿事业单位医院等)的基础上,通过产权结构的调整,形成以执业医生为主体的社区医院;第三,积极放开民间资本进入社区卫生服务体系的建设,使其达成与独立医生的结合,同时鼓励民间对社区医院的捐助;第四,医生独立诊所和民间资本进入的社区医疗机构,可以按照医疗机构分类管理的办法加以梳理;第五,社区医疗机构必须纳入基本医疗保险体系。

(本文“中英城市社区卫生服务与贫困救助项目(UHPP)资助”课题成果之一)

参考文献

- [1] 卢祖洵,金生国.国外社区卫生服务[M].北京:人民卫生出版社,2001.
- [2] 中华人民共和国卫生部妇幼卫生司赴加拿大美国考察团.赴加拿大美国妇幼卫生社区服务考察报告[J].中国妇幼保健,1998,13(6):373-375.
- [3] 周达生,戴梅竟.美国的社区医疗保健及医疗保险一瞥[J].中国全科医学,2001,4(5):412-413.
- [4] 王改青,刘爱敏.美国社区卫生服务体系的介绍[J].中华医院管理杂志,2001,17(9):575-576.
- [5] DUPUIT F M, HASMAN A, POP P. Computer-based assistance in family medicine[J]. Computer Methods and Programs in Biomedicine, 1998,55(1):39-50.

作者简介:郝晓宁(1977-),女,山东人,博士在读。研究方向:卫生政策与卫生管理。

收稿日期:2006-06-07

修回日期:2006-07-08

(责任编辑:张斌)