分级诊疗背景下社区卫生服务站面临的困境

——以嘉兴市为例[1]

陈梦琪，张英红，陈梦伟，华志慧，周维红，莘 超

（嘉兴学院 商学院，浙江 嘉兴 314001）

【摘 要】：分级诊疗制度被认为是破解我国“看病难、看病贵”问题的治本之策，社区卫生服务站在分级诊疗过程中担任着主要职责。但社区卫生服务站面临居民小病大治、医护人员不能满足居民需求、医疗设备落后、政策落实不到位等问题提出必须增强居民基层就诊意识、充实医护人员队伍、改善医疗设备、配套相关医保政策等措施，真正实现基层首诊和双向转诊。

【关键词】：分级诊疗；社区卫生服务站；基层首诊

【中图分类号】：R197.1　　**【文献标识码】**：A

分级诊疗就是要按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，实现基层首诊和双向转诊。建立分级诊疗制度，是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容，对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人民健康水平、保障和改善民生具有重要意义。分级诊疗制度的实行，可以高效、快速解决居民的疾病，有利于保障他们的健康。

社区卫生服务中心的目标人群是社区人群，基本功能是提供基本公共卫生服务。包括预防保健、康复护理服务；常见病、多发病的诊断治疗，如发烧感冒等；建立社区居民健康档案，负责社区人群健康管理；社区范围的传染病及突发公共事件报告及管理工作；妇女儿童和老人的保健工作；提供健康咨询服务，针对社区人群的健康问题开展健康教育；慢性病、重性精神病、结核病患者的健康管理。2006 年国务院颁布的《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》明确提出要建立完善的分级诊疗和双向转诊制度，同时要求在全国范围内开展分级诊疗社区首诊制试点。尽管国家一直倡导分级诊疗，但大医院长期人满为患，而基层医疗机构的人数则呈逐年下降的趋势。这样既浪费了资源，又提高了医疗费用，加重了患者的负担。研究如何发挥社区卫生服务中心在分级诊疗中的作用非常必要。

1、调查的基本情况分析

1.1 调查的基本情况

[1][**收稿日期**]：2018-04-26

[**基金项目**]：嘉兴学院 2017 年度校级科研训练计划（SRT）及商学院计划（SRTP）项目资助论文。

[**作者简介**]：陈梦琪（1997-），女，江苏溧阳人，在读本科生；张英红（1965-），女，湖北麻城人，公共管理硕士，嘉兴学院副教授；陈梦伟（1998-），女，河南新乡人，在读本科生；华志慧（1997-），女，江苏溧阳人，在读本科生；周维红（1998-），女，福建厦门人，在读本科生；莘超（1998-），女，内蒙古锡林郭勒盟太仆寺旗人，在读本科生。

为了了解嘉兴市分级诊疗背景下社区卫生服务站的现状及面临的困境，我们利用了访谈法和实地观察法等方法对阳光社区、金穗社区，长新社区、天佑社区、常秀社区、茶香坊社区等 20 个社区进行了调查。对社区居民和社区卫生服务站的医护人员进行访谈，了解他们对社区卫生服务站的需求和看法。实地观察了社区卫生服务站，记录了全科医生的数量、基本药物供应、基本测量仪器等。

1.2 居民对分级诊疗的认知和就医意愿

年龄在 20 岁以下的被调查者对“分级诊疗”的概念都是比较熟悉的；20～30 岁的青年人大部分人都有听说过“分级诊疗”这一概念，而那些年纪比较大的居民，则对分级诊疗并不了解，表示没有听说过。总体来看，熟悉分级诊疗的占 21%，能够接受分级诊疗模式的占 43%。

从就医意愿来看，居民们普遍认为社区卫生服务中心主要治疗慢性病，比如高血压、糖尿病等，而且一般只有老年人会去社区卫生站看慢性病或者感冒；而对于大多数年轻人，不愿意去卫生服务站。他们则会选择小病去药店，大病去医院，所以社区医院正处于被忽略的状态。另外在上级医院就诊的患者和家属担心转人下级医院无法得到好的医疗服务，影响病情的康复，做重复的检查等原因所以拒绝转诊。

2、社区卫生服务站提供服务的现状

2.1 全科医生数量、素质

服务站人员配备不足，全科医生一般每个服务站只有 1 到 2 名，年龄大多在 35 岁以上，学历大多是中专，治疗水平有限。护理人员一般是 2 个或者 3 个，而周末就只剩下一个人在值班，安排人员过少。但是值得肯定的是，医护人员对待患者很热情，服务态度良好。

2.2 预防保健现状

据了解，社区卫生服务站的预防保健目前主要体现在宣传上。大多数的社区卫生服务站会张贴预防知识的宣传材料，社区居家养老中心会举行相应的讲座。但 90%以上的社区卫生服务站不会接种疫苗，在预防保健的实质性行动上，很少有社区卫生服务站落实。

2.3 康复治疗现状

调查数据显示，嘉兴市的双向转诊制度并没有完成的很好。90%的社区居民会直接选择去医院，康复会直接在医院或家里完成。而即使居民有这个意向选择在社区卫生服务站康复，卫生服务站也没有配套的设施及设备。

2.4 妇幼保健现状

尽管社区卫生服务站有提供相应的妇幼保健方面的服务，但 95%以上的孕妇和幼儿不会选择在社区卫生服务站看病。调查过程中我们发现，社区卫生服务站没有 B 超等观察工具，即使是病人来了，也只能根据经验看看，有时候都会让病人去大医院看病。

2.5 健康教育现状

每个社区卫生服务站都会有健康教育的宣传资料，大多张贴在墙上。而社区卫生服务站的医护人员表示，很少开展针对社区居民的健康宣传教育和指导，更谈不上宣传的效果。

3、分级诊疗背景下社区卫生服务站面临的困境

3.1 分级诊疗宣传不到位，居民基层首诊意识不强

群众对于分级诊疗制度和社区卫生服务的功能认识是不够的，可见社区卫生院宣传力度不够，没有深入到老百姓中。此外，分级诊疗制度推行以来，虽然嘉兴市及各县（市、区）市卫计委（局）通过了多种方式进行宣传，但受多种因素影响，群众仍然对分级诊疗的目的意义缺乏正确的认知，对具体就诊流程、医保政策等内容知晓率不高。

随着经济发展，群众对健康越来越重视，嘉兴四通八达的交通网络也为患者到城市就诊提供了便利。同时，可能与长期以来养成的就医习惯还有社区医院的知名度不够高有关，社区居民对基层医护人员不信任。即使是慢性病、常见病，群众仍然更倾向于选择大医院就诊，患者看病就高不就低，舍近求远现象较为普遍，群众基层首诊意识和意愿尚待加强。

3.2 社区卫生服务站人才队伍建设滞后，无法满足病患需求

嘉兴社区卫生站的医护人员一般是 3 个或者 4 个，就人员质量来说，社区医生的学历和职称都偏低，并且呈下降趋势，可能存在人才流失或者人才引进困难的问题。所以，医护人员自身能力的不足也是居民不愿意去社区卫生服务站的重要原因。

3.3 社区卫生服务站医疗设施落后，基础医疗设备简陋

社区卫生服务站的规模不大，社区医院基础设施有限，功能不太齐全。据观察，社区医院里具备了一些基本测量仪器，如听诊器、血压计、血糖仪器等，还有些测量仪器是没有的。基本药物供应没问题，但是没有床位和手术室，一些小型的手术在社区医院根本不能完成；康复护理服务和特色科室只有少数服务站拥有，电子化健康档案病历和康复护理服务也没有普及完全。

而当前国内开展的远程会诊主要以“一对多”的形式，表现为一家三级医院接口多家社区基层医疗机构，导致了社区医疗机构和患者的可选择性差，且部分社区医疗机构未能配备相应设施，影响了远程医疗的普及和功效。

3.4 医保政策引导力度过小，分级诊疗难以落实

医疗保险制度方面，在调查中有些居民反映社区卫生服务站的报销力度还不够，而外地居民更是无法报销。而分级诊疗的基本原则是“患者自愿”，因此医保支付比例的差异大小对患者首诊选择有较大的影响。

目前在市域内就诊县级医院与基层机构门诊报销，职工医保享受同样报销比例，居民医保相差 25%；住院报销职工医保相差 5%，居民医保相差 10%。只有未通过转诊自行到辖区外就诊报销比例才下降 30%。5%～10%的支付差别对患者影响较小，不足以改变患者的就医行为，对推进基层首诊难以起到引导作用。

4、分级诊疗背景下发挥社区卫生服务站功能的对策

4.1 多种方式加强宣传，提高居民分级诊疗的积极性和主动性

建议市、县（市、区）卫计委对分级诊疗宣传工作进行统一部署，对宣传内容、宣传方式、传播途径等进行科学策划，通

过充分利用卫计委（局）、发改委等政府官方网站，各级各类医疗卫生机构网站、微信公众号、手机等公共新媒体，不断加大对基层首诊制、双向转诊政策、本地医疗机构和专家、专科特色等医疗资源的宣传，引导患者树立科学有序就医理念，增强群众基层首诊意识和意愿。同时加强医生在诊疗过程中对患者的宣传力度，提高广大群众对首诊制、全科医生签约服务的知晓度，了解首诊制、全科医生签约服务的好处，让群众更愿意去到社区卫生服务站治疗。

4.2 充实社区卫生服务站的人才队伍，增强基层就诊能力

医生可根据工作需要，选择医联体内具有相应诊疗科目的医疗机构开展多点执业。结对医院可每年选派有一定管理经验的中层干部或业务骨干，到基层医疗机构领导班子或业务科室中任职，各基层医疗机构应逐步安排业务骨干或管理人员到上级医院进修。同时，还可以组织基层医务人员定期到上级医院接受专业医护知识的培训，为其培养一批能诊治常见病、多发病和明确诊断慢性病的医护人员，不断提升基层医疗机构业务素质和服务水平。

4.3 增加卫生服务站医疗设施，改善居民就医条件

在多次社区卫生服务站调查中，发现一个共通的问题：社区卫生服务站医疗设施落后，基础医疗设备缺失。因为居民对卫生站的不认可，要想让小病进社区，需要改变社区卫生服务机构的诊疗环境和医疗设施等硬件，应该加大对社区卫生服务机构硬件设施的投入和改造，在硬件上缩短社区卫生服务机构和上级医院的差距，从而提高社区医疗服务质量，吸引更多的患者前来就诊。

4.4 转变工作机制，完善配套财政补偿和报销制度

首先，建议在现有各级医疗机构的医疗信息系统基础上，实现纵向无缝对接，推动同级医院的横向互通，制定诊疗信息等级公开标准，在保障信息安全的前提下实现诊疗信息共享，提高诊疗信息利用效率。

其次，简化转诊流程，将转诊系统植人医生诊间，明确医疗机构和医生在转诊平台上进行双向信息反馈的责任，提高信息回应的及时性和准确性。

同时，推动电子转诊单全面使用 CA 认证公章，并与医保对接，方便支付与报销，提高转诊、报销效率，也就需要卫生主管部门调整现有的医保制度，限制就医过度自由。上转病人在综合医院诊治疾病过程中免收挂号费，在就诊时所需费用完全按照所在医疗机构的收费标准收取，实现分级诊疗的基本原则“患者自愿”。

最后，建立签约医生、转诊责任医生与医疗机构的信息沟通机制，并进一步推进“互联网+”医疗和智慧医疗体系的建设。构建综合医院与社区的信息交换平台，综合医院对就诊之后的患者病例、诊疗及指导意见通过互联网上传回社区，以便社区医院能够做好记录并学习、修正。

[**参考文献**]：

[1]鲍勇.社区卫生服务导论[M].南京：东南大学出版社，2009.

[2]朱有为，柏涌海，刘宇.国外双向转诊的启示[J].中国卫生资源，2014（17）.

[3]李和伟，杨洁，袁刚，等.我国社区卫生服务现状与对策研究[J].中国公共卫生管理，2015（2）.

[4]郑明端.分级诊疗视角下结构性“看病难”问题探讨[J].中国卫生标准管理，2016（7）.