

doi:10.3969/j.issn.1672-626x.2017.02.015

我国城市社区卫生服务能力的反思

——基于城镇化与分级诊疗的背景

严妮

(湖北经济学院 财政与公共管理学院,湖北 武汉 430205)

摘要:城镇化发展和分级诊疗模式建设的背景下,社区卫生服务机构在城市医疗卫生服务供给中发挥了重要作用。与医院相比,社区卫生服务机构在就医方便性、服务价格、服务功能和发展潜力等方面有明显优势,但是目前社区卫生服务机构也存在各种问题,包括功能定位不准确、卫生资源的配置不合理、社区卫生服务供给主体角色混淆、组织管理不到位等。为了更好地适应城镇化的发展和实现分级诊疗,城市社区卫生服务的发展需要明确其功能定位、完善社区卫生服务机构建设、发挥多方力量参与社区卫生服务、规范服务管理,着力提升社区卫生服务能力。

关键词:城镇化;分级诊疗;社区卫生服务

中图分类号:F840.684 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-626X(2017)02-0098-06

伴随着城镇化加速发展,我国城镇居民的医疗卫生服务问题引起了广泛关注,在解决城镇人口不断扩张的医疗卫生服务需求问题方面,社区医疗卫生服务机构发挥着不可替代的作用。与此同时,2015年9月国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,要逐步建立和形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式”。从分级诊疗的模式和现有的实践看,分级诊疗服务体系的形成离不开基层医疗卫生服务能力的提升。自1999年《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》发布以来,社区卫生服务经过了十多年的发展,在机构建设、卫生资源配置和卫生服务供给等方面也有很大提升。但是,目前社区卫生服务在适应分级诊疗模式建设和满足城镇人口的医疗服务需求方面仍有广阔的发展空间。

一、背景:城镇化进程下城市医疗卫生服务需求增加

改革开放30多年来,我国的城镇化发展迅速,伴随城镇化而来的是我国城镇居民数量和预期寿

命的增长,人口老龄化加快,健康风险加大,医疗服务需求随之增加。

第一,城镇居民数量和预期寿命增加。学术界将城镇化率作为城镇化水平的指标,即城市人口占总人口的比重。据统计,我国城镇居民占比从1978年的17.9%开始增长,到2011年首次突破50%,2014年底城镇居民数量为7.49亿。^①同时,2010年第六次全国人口普查数据显示,我国人口平均预期寿命达到74.8岁,比同期世界人口的平均预期寿命高5岁。城市居民数量和预期寿命的增长意味着城镇人口基数增加,也意味着城镇居民医疗服务需求的增加,具体来看,如表1所示,医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他机构的诊疗人次在近五年都呈递增趋势,其中基础医疗卫生机构的诊疗人次最多,如果加上一些有诊疗需求但未就诊的人口,那么医疗卫生服务机构的实际诊疗量远远大于统计数量。

第二,城市人口老龄化加速。人口老龄化的发展伴随着城镇化的深入而加速,2006—2013年间城镇人口和老龄人口都在迅速增长。根据2010年第

收稿日期:2016-12-29

作者简介:严妮(1988-),女,湖北宜昌人,湖北经济学院讲师,管理学博士,主要从事卫生经济与政策、医疗保障研究。

表 1 2008—2012 年医疗卫生机构诊疗人次(万人次)

年份	合计	医院	基础医疗卫生机构	专业公共卫生机构	其他
2008	490089.7	178167.0	296276.6	15433.3	212.8
2009	548767.1	192193.9	339236.5	17046.8	289.9
2010	583761.6	203963.3	361155.6	18244.7	397.9
2011	627122.6	225883.7	380559.8	19934.9	744.3
2012	688832.9	254161.6	410920.6	22736.4	1014.4
2013	731401.0	274177.7	432431.0	24206.5	585.7
2014	760186.6	297207.0	436394.9	26046.1	538.6

数据来源:《2015 年中国卫生与计划生育统计年鉴》。

全国人口普查数据显示,我国城市 60 岁及以上人口为 4630.44 万人,占城市总人口比重为 11.48%,超过了国际老龄化的标准。同时,我国人口出生率在 90 年代迅速下降,2000 年以来人口出生率和死亡率都较低,老龄人口抚养负担加重。按照健康状况,60 岁以上的城市人口中不健康但生活能自理和生活不能自理的人口占城市老年人口的 10.64%。^②在各个年龄段中,老年人是慢性病多发群体,65 岁及以上人口慢性病患者率最高、增长最快,其次是 55~64 岁人口,慢性病患者对医疗服务的选择是以日常护理和医疗照顾为主,就诊地的选择注重就近方便。^③城镇化、人口老龄化和老年人口的健康状况共同作用使城市人口的医疗服务需求大大增加。

第三,人口健康风险增加。总体来说,我国的城镇化发展不够彻底,带来了就业、住房、养老、医疗等多方面的风险,其中,城镇人口的健康风险问题突出。根据国家卫生服务调查(见表 2),1993、1998、2003、2008 年我国城市人口两周患病率总体上呈先减后增的“U”,但 55—64 岁和 65 及以上两个年龄段的人口两周患病率明显高于其他年龄段,增长趋势明显。同时,伴随城镇化而来的是“城市病”的严重化,城市人口膨胀、交通拥挤、资源短缺、环境恶化等,由此引起人们患病和受损伤的风险增加。2014 年城市居民主要疾病死亡率排前五名的是恶性肿瘤、心脏病、脑血管病、呼吸系统疾病和损伤与中毒外部原因,^④这些疾病的产生与恶化和城市病不无关系。城市交通和工业事故也逐年增加,大量的人口因事故带来重大伤害或残疾;工业发展中的粉尘类、化学物质类、物理因素类等职业病人群增长显著,环境污染所致的疑难杂症日趋严重,突发性传染病时有发生,这些问题无疑使本来捉襟见肘的

卫生资源雪上加霜。^②

表 2 1993—2008 年城市年龄别两周患病率(‰)

年龄(岁)	1993	1998	2003	2008
0—4	216.9	221.4	104.2	146.7
5—14	157.9	116.2	60.9	63.9
15—24	104.0	79.6	40.4	50.6
25—34	86.2	93.3	59.5	63.2
35—44	126.0	156.2	100.0	101.6
45—54	188.5	217.3	163.1	213.8
55—64	263.6	312.1	258.1	355.1
65 及以上	309.5	379.4	396.9	580.9

数据来源:《2013 年中国卫生与计划生育统计年鉴》。

二、优势:社区卫生服务机构应对城市医疗卫生服务需求

医疗卫生服务需求的增长带动了各级医疗机构发展,国家在对城市公立医院进行重点改革的同时,开始注重基层医疗机构的建设。社区卫生服务是以基层卫生机构为主体,以全科医生为骨干,以居民健康为服务内容,以妇女、儿童、老年人、慢性病人和残疾人等为重点对象,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,集“预防、医疗、康复、健康教育和计划生育技术指导”六位一体的卫生服务。^③与医院相比,除了国家政策的积极引导,社区卫生服务机构还有多个方面的优势。

第一,社区卫生服务机构以社区为依托,根据人们的聚居状况就近而建,方便人们就近就医。根据调查(见表 3),城市居民就诊单位的原因中“距离近”是首选,而且 1998、2003 和 2008 年在城市住户与最近医疗机构的距离中,不足 1 公里的医疗机构分别占 77.5%、81.8%和 83.5%,其中以社区卫生服务中心和服务站为主。相对于医院,社区卫生服务机构的辐射距离更近,人们就医更加方便。

表 3 1998、2003、2008 年城市居民选择就诊单位的原因(%)

选择就诊单位原因	1998	2003	2008
距离近	46.1	40.0	50.4
价格低(收费合理)	5.5	7.6	6.1
质量好(技术高)	13.5	15.8	17.9
定点医院	30.8	17.6	7.5
有熟人	2.2	3.7	3.0
有信赖的医生	-	10.4	7.0
设备好	-	-	3.8
药品丰富	-	-	1.5
其他	2.0	4.9	1.8

数据来源:《2013 年中国卫生与计划生育统计年鉴》。

第二,根据就诊单位的选择,定点医院与价格合理是人们选择的另外两个重要原因。1999年卫生部等多个部门发布《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,提出把符合要求的社区卫生服务机构作为职工基本医疗保险定点机构,把符合基本医疗保险有关规定的社区卫生服务项目纳入基本医疗保险的支付范围。以武汉市为例,截至2012年10月武汉市有473家定点医疗机构,包括综合医院、中医院、专科医院、社区卫生服务中心(站)、门诊部、卫生所和部分专业公共卫生机构,其中社区卫生服务中心(站)共有142家,占总数的30%,^③从数量上说,定点医疗保险对社区卫生服务机构给予了很大的支持。同时,根据医疗保险的报销要求,基层医疗卫生机构的报销比例高于二、三级医院,而且起付线更低,同一种诊疗过程,在社区卫生服务机构的自付费用远远少于医院。而且,如表4所示,在医疗费用方面,由于服务项目和服务内容等方面的差别,社区卫生服务中心与医院的门诊病人人均医药费和住院病人人均医药费相差较大。

表4 2008—2014年医院与社区卫生服务中心医药费(元)

年份	门诊病人人均医药费		住院病人人均医药费	
	医院	社区	医院	社区
2008	138.3	87.2	5234.1	2514.2
2009	152.0	84.0	5684.0	2317.4
2010	166.8	82.8	6193.9	2357.6
2011	179.8	81.5	6632.2	2315.1
2012	192.5	84.6	6980.4	2417.9
2013	206.4	86.5	7442.3	2482.7
2014	220.0	92.3	7832.3	2635.2

数据来源:2013—2015年《中国卫生与计划生育统计年鉴》。

第三,从服务功能看,社区卫生服务机构是集预防与诊疗为一体的单位,能更好地为社区居民服务。社区卫生服务机构是公共卫生服务的基层单位,服务的可及性更好,社区工作人员能方便地开展健康教育和疾病预防工作。而且社区卫生服务诊疗的主要内容是常见病、多发病和慢性病,是城镇化发展中健康风险的重要方面,从社区卫生服务机构的建设和功能看,常见病和多发病在其诊疗的能力范围内,社区卫生服务机构的设施配置和人员配置能够满足社区居民的基本需求;慢性病的诊疗更是社区卫生服务机构的优势所在,老年人群是慢性病的多发人群,社区内就诊能更好地适应老年人口的生理需求。而且,社区卫生服务机构是提供家庭

卫生服务的主要单位,2014年各地区家庭卫生服务总次数为2421.58万人次,其中社区卫生服务机构为1482.87万人次,占61.24%,而医院仅占20.47%。^①

第四,社区卫生服务的发展潜力不断提升。城镇化加速对社区卫生服务的发展有更高的要求,既包括软硬件设施的改善,也包括服务能力的提升。在软硬件设施方面,社区卫生服务经过十多年的发展有很大的改善,社区卫生服务机构数量几年内快速增加,平均每个社区服务机构的面积也超过了基本标准的规定,服务机构的床位快速增长,政府卫生支出占财政支出的比重逐年增加;软硬件设施的改善吸引了更多优秀人才,社区卫生服务机构的人员数量增长迅速,增强了服务能力,社区卫生服务机构的诊疗人次也明显增加。同时,相对其他医院而言,社区卫生服务机构亲近于社区居民,便于建立居民的健康档案,进行健康管理。

三、问题:分级诊疗制度下城市社区卫生机构服务能力不足

按照分级诊疗的要求,社区卫生服务机构需要承担的责任包括首诊与转诊、承接下转患者和常见病与慢性病的接诊等,尽管社区卫生服务机构有承担这些责任的优势,但城镇化发展带来的压力也显而易见,尤其是城镇居民医疗服务需求不断增加和社区卫生服务能力不足而不能满足需求的矛盾是城市社区卫生服务发展的挑战,也是阻碍分级诊疗格局形成的重要因素。

(一)功能定位不准确

社区卫生服务是医疗卫生保健的基础环节,功能定位不准会影响机构和设施配置、人员招募等一系列计划。从内容看,社区卫生机构积极发展门诊和住院等医疗服务,试图扩大规模、增加大型设备、增强机构配置,向二三级医院的目标发展,而在公共卫生服务方面重视不够。“重医轻防”的做法背离了基层卫生机构“以防为主、防治结合”的功能。从公共产品的角度而言,同一个机构中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,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。^④从服务对象看,我国的医疗保障制度呈现“碎片化”特征,农民、农民工、城镇职工、城镇居民等有不同的医疗保险政策,也因此有不同的就诊和报销方式。一些居住在城市社区的

农村人口生病时担心医疗费用过高无法报销,存在“有病就忍、有病就拖”的现象,受户籍和保险制度的影响,他们常常被排斥在社区卫生服务机构之外,医疗服务需求得不到保障。从服务的形式看,社区基本医疗服务除了门诊和住院外还有上门服务,社区卫生机构是提供上门服务的最好载体,但目前社区卫生机构增加床位、提高住院人次的做法弱化了家庭卫生服务的功能。

(二)卫生资源配置不合理

从机构设置、床位、仪器和房屋建筑等方面来说,社区卫生服务资源缺乏与浪费并存。一方面,经济发展水平较低地区的社区建设本身资源缺乏,社区管理制度不健全,社区卫生机构基本设施不完备,硬件设备达不到标准,房屋、设备简陋陈旧,不能满足社会成员的需求;另一方面,经济状况较好的社区卫生机构则盲目扩大规模、增加重大仪器设备,大大提高了成本,形成资源浪费。从卫生费用来说,社区卫生机构次均90多元的门诊医药费和人均2600多元的住院医药费是一笔不小的数目,且医疗费用还在逐年上涨,尤其是社区中的老年人、残疾人和慢性病人的身体状况特殊,需要长期吃药、经常入院和持续的康复服务,他们难以承担高昂的费用。在社区卫生机构中药品费用占门诊和住院费用的比例仍然很高,居高不下的药费也是“看病贵”的重要原因。在社区卫生服务的财政投入中,地方财政和主管部门的投入不足。在社区卫生人员方面,需求量较大的全科医生仍然不足,年龄较长、经验丰富、资历较深的卫生技术人员相对缺乏,学历层次较低,初级职称的卫生技术人员较多。2007年卫生部《关于印发社区卫生人员岗位培训大纲的通知》对社区卫生人员岗位培训内容、方法、考核方式等有明确要求,但能将岗位培训落到实处的并不多。

(三)社区卫生服务供给主体角色混淆

按照政策文件规定,加快发展社区卫生服务要将政府调控和市场配置相结合,发挥社会力量的作用,但是,目前社区卫生服务存在政府与市场角色分工不明、服务的生产和提供混淆的问题。政治经济学家理查德·罗斯格雷夫和文森特·奥斯特罗姆对公共服务的生产与提供进行了区分,生产是指将各种有形和无形的资源转化为物品和服务的技术过程,是一种具体的产出行为,如制造一个产品或给予一项服务;提供是一系列相关的宏观决策行

为,包括是否提供、如何提供、由谁提供、提供的数量和质量、管制方式等规定,根据公共管理运动关于政府职能的理论,公共服务的生产可以从政府职能中分离出来,交由其他社会组织和私人部门。^[5]社区卫生服务作为社区公共服务的组成部分,同样应该区分生产与提供,根据服务的公共性程度不同,服务的提供者可以是政府、市场和非政府组织,服务的生产者也可以是政府、私人或非营利组织。但是,目前社区卫生服务仍然是以政府为主导,政府办机构占据大部分并呈增长趋势,政府既作为提供者的角色安排社区卫生服务的制度、评估和监督,又作为生产者的角色规划社区卫生服务的规模、形式、服务的价格和人员配置等。服务供给主体角色的混淆会造成政府垄断服务、缺乏适当的竞争、服务的效率和质量低下、政府负担过重、市场和社会力量被弱化等问题。

(四)社区卫生服务组织管理不到位

第一,政府和市民对社区卫生服务的认识不足。政府对发展城市社区卫生服务的重要性、紧迫性认识不足,表现在投入少、政策导向作用不明显,这会导致社区卫生工作缺乏统一的领导和科学的发展规划;市民对社区卫生服务的认识不足将会降低机构的利用率。第二,社区居民的健康档案和病案建立不完善。健康档案和病案是社区卫生服务的“指南针”,既有助于社区卫生机构的工作人员掌握临床诊断、治疗及治愈状况等数据,准确掌握辖区居民的健康状况,又有助于通过对健康档案中各种医疗卫生指标的统计分析,促进社区医务人员提高医疗技术水平和医疗服务质量。^[6]目前,部分社区已经建立起健康档案,但在大多数社区中此项工作还未开展。第三,机构间缺乏有效的衔接。社区卫生机构与医院之间的双向转诊主要有两种方式:一是定向转诊,即社区卫生机构与某大医院建立固定联系,遇到大病患者及时向大医院转诊,待病情好转后再转回社区卫生机构进行康复治疗;二是不定向转诊,即社区卫生机构根据患者患病的具体情况向不同的大医院转诊。^[7]但是社区卫生机构的患者转出容易转回来难。第四,监督评估体系不健全。社区卫生服务的机构缺乏有效的奖惩措施,对市民的需求和满意度缺乏了解,上级部门不能对基层卫生机构的发展提供积极的指导,无法及时发现和解决服务中出现的问题。同时,社区卫生服务缺乏必要的

评估,如机构的规模、人员的分配、服务的效果、工作的绩效等,如果没有科学的评估体系就难以促使社区卫生工作取得更大的进步。

四、措施:提升社区卫生机构服务能力

综上所述,城镇化背景下要实现分级诊疗和满足城镇居民医疗服务需求,社区卫生服务机构还需要从多个方面提升服务能力。

(一)明确社区卫生服务的功能定位

社区卫生服务机构要重视基本公共卫生服务,做好疾病预防工作,及时控制传染性、突发性疾病,加大预防保健宣传力度,为儿童提供保健服务、为妇女传授卫生计生知识、为老年人提供护理服务、为残疾人提供康复训练,为工作环境恶劣和风险较大的成员提供预防知识和措施,促进基本公共卫生服务更好地在社区内完成。在基本医疗方面,社区卫生机构应该以社区居民基本需求为出发点,提供便捷、低价、有效、及时的服务,增加全科医生的比重。医疗卫生服务中,无论是城市户口还是农村户口都有平等地接受医疗卫生服务的权利,因此需要打破户籍限制,提高医疗保险统筹层次,促进城乡医疗保障制度一体化,使社区内的居民都能社区卫生机构就诊。只有明确了社区卫生服务自身的定位,才能使社会成员明确社区医疗卫生服务中心能够给予的服务,也才能提高社区卫生服务的社会认同感。

(二)完善社区卫生服务机构的基本建设

首先,社区卫生服务应该纳入社区建设的整体规划之中,社区建设是一项涉及经济、政治、文化、卫生、教育、环境、治安等方面的综合性工程,在社区建设中需要协调好各部门的工作,为社区卫生服务的发展创造良好的环境,促进社区成员的共同参与。其次,社区卫生资源的配置需要综合考虑社区需求和社区经济发展水平,机构的设置符合基本建设标准,硬件设施的配置要适中,限制盲目扩大规模和增加设备的做法。卫生人员的性别、年龄和学历水平搭配得当,使社区卫生服务人员的配置与其功能定位相一致。促进社区卫生工作人员的知识结构多元化,合理配置公共卫生服务人员,根据服务的实际需求可以适度配置社会工作专业人员,为个人、家庭和弱势群体提供心理上的支持。最后,控制社区卫生费用的增长,尤其是药品费用占医药费用的比例,对疗效好、成本低的药品给予激励政策,扩大社区卫生机构中医疗保险报销的范围和比例,吸

引更多人员在社区范围内解决常见病、多发病和慢性病的诊治,各级政府和主管部门根据需求增加投入,保障各项基本服务的顺利开展。

(三)发挥多方力量参与社区卫生服务

社区卫生服务是一项主要的社区公共服务,公共服务的提供者即政府、社会或非营利组织,都可能出于成本效益的比较利益而选择效率较高的服务生产者,而不必顾虑这个生产者的产权和经营权是公还是私。在公共服务提供者的安排下,生产者的生产能力成为首选的要素,而生产者的身份则退居次要地位。生产者不管是私人、政府还是非营利组织,都可以在提供者面前竞争。^[8]目前我国的社区卫生服务付费者主要是政府和个人,慈善组织、社会捐赠等社会力量的参与程度较低,很大程度上是因为缺乏制度支持和社会环境。根据国际经验,社区卫生服务参与主体多元化是许多国家和地区的选择,新加坡社区卫生服务采取政府引导、多元参与的模式,强调政府、个人与社会共同负担医疗费用,鼓励私人和社会团体自愿开办机构,非营利性、营利性、综合性医疗机构等多种性质机构并存,使不同机构之间形成分工与配合;^[9]美国既有国家、地方政府所属的卫生组织,也有私人、慈善机构和社会公共基金组织开办或支助的机构;加拿大社区卫生机构既有公有的,也有私人投资开办的诊所,同时也有股份公司、企业、宗教团体和红十字会等经营的非营利性的社区医院;中国的香港社区卫生机构投资主体包括政府、民间非营利性组织、个人开业的诊所、营利性的商业机构等。^[10]

(四)规范社区卫生服务管理

规范社区卫生服务的管理需要做好以下几项工作:第一,政府在重视社区卫生工作的同时要做好引导工作,要加大社区卫生服务机构各方面的宣传力度,让社会成员更好地了解社区卫生服务的职能和优势。第二,社区卫生机构要建立社区成员健康状况的信息平台,尤其是健康档案,了解社区居民的基本身体状况、诊疗记录、社区内卫生的隐患等,能及时做好准备,更好地应对和处理突发情况。第三,做好机构之间的衔接工作,一方面,社区卫生机构要与流行病、传染病等疾病预防控制中心做好衔接,及时发现社区疫情并及时处理,与妇幼保健机构做好衔接,做好常规体检与新生儿保健,其他公共卫生机构也能为社区基本公共卫生服务提供

指导;另一方面,社区卫生机构与医院建立良好的合作关系,目前我国多个地区进行医疗联合体的试点,将三级、二级和一级医疗机构联合起来办医,这种模式还在探索之中,但从其优点来说可以促进双向转诊和医师多点执业的发展,由于一个联合体内不同机构之间是合作互利的关系,“以医帮医”避免机构间“争夺”患者,社区卫生机构转出与转入相对容易,而且二、三级医院医师可以到社区坐诊,使人力资源得到更好利用。第四,完善社区卫生服务机构的监督管理制度,优化管理模式,健全法律法规,社区卫生服务机构的管理层要根据立法、规划对社区卫生服务的发展方向做好指导,在管理手段上利用好信息技术和网络,社区卫生服务的监督也必不可少,建立良好的监督机制使上层主管部门、社区工作人员、社区居民共同监督社区卫生服务。

注 释:

- ① 数据来源于《2015 年中国卫生与计划生育统计年鉴》。
- ② 数据来源于国家统计局网站,2010 年第六次全国人口普查。
- ③ 数据来源于武汉市人力资源和社会保障网站,武汉市城镇基本医疗保险定点医疗机构名单。

参考文献:

- [1] 张云熙. 人口老龄化背景下城市社区卫生服务体系建设的对策建议[J].理论观察,2013,(6):54-55.
- [2] 刘荣,王秀峰.城镇化进程中社区卫生发展不足的应对策略[J].现代经济,2007,(5):91-94.
- [3] 中国国情网.关于印发《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》的通知(卫基妇发[1999]第 326 号)[EB/OL].http://guoqing.china.com.cn/zwxx/2011-10/25/content_23721673.htm,2011-10-25.
- [4] 王雪.浅谈城市医疗管理[J].出国与就业(就业版).2012,(2):94-95.
- [5] 郑晓燕.中国公共服务供给主体多元化发展研究[M].上海:上海人民出版社,2012.29.
- [6] 潘炳凯.社区居民健康档案的开发与利用[J].中国中医药现代远程教育,2010,(2):124.
- [7] 邱伟.加强社区医疗卫生服务的几点思考[J].中国医药指南,2009,(14):15-17.
- [8] 金南顺.城市公共服务理论与实践[M].北京:中国社会科学出版社,2009.
- [9] 刘德吉.国外社区医疗服务模式比较及对我国的启示[J].中国卫生事业管理,2009,(9):596-599.
- [10] 侯岩.中国城市社区服务体系研究报告[M].北京:中国经济出版社,2009.

(责任编辑:卢 君)

Study on the Capabilities of Urban Community Health Service

——Based on the Background of Urbanization and Classification Diagnosis and Treatment

YAN Ni

(School of Finance and Public Administration, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China)

Abstract: In the progress of urbanization and classified diagnosis and treatment, the community health service institutions play an important role in the supply of medical and health services in urban. Compared with hospitals, community health service institutions have obvious advantages in terms of convenience of medical care, service price, service function and development potential. However, there are various problems in community health service, including the inaccurate functional location, irrational allocation of health resources, the confused roles of community health service, and dislocation of management. In order to better adapt to the development of urbanization and achieve the classified diagnosis and treatment, we should clear the functional orientation of urban community health services, improve the institutions of community health service, play a multi-party participation in community health services and standardize the service management, to improve community health services ability.

Key words: urbanization; classified diagnosis and treatment; community health services