

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

(2009 年第 7 期)

总第九期

上海市卫生局卫生法规处(政策研究室)

上海市卫生发展研究中心 编

二〇〇九年七月八日

编者按

医疗卫生体制改革是社会管理的重大课题,世界各国都面临共同的问题——控制日益增长的卫生费用、提高资源的利用效率和卫生筹资的公平性。我国新一轮医改将着力于解决以上问题,探索符合我国国情的医药卫生体制。其他国家和地区的医药卫生体制及其改革中有许多值得我们借鉴的经验教训,我们可以从中获得某些启发。本期专家论坛栏目登载的是上海市卫生发展研究中心主任胡善联教授近日撰写的文章,介绍美国奥巴马政府的卫生改革计划。香港的医疗卫生体制及医院管理局运作机制的优良高效赢得了广泛赞誉,本期撰文进行了较为详细的介绍。此外,赵耐青教授的“上海市卫生统计指标体系研究”对近期本市推进医改具有重要的借鉴意义,本刊作简要介绍,供有关领导和同志参考。

目 录

他山之石

美国奥巴马政府医疗改革的特点及其措施	胡善联 1
一、奥巴马卫生改革计划的背景	2
二、美国医疗卫生改革的原则	3
三、美国健康保险的改革	4
四、比较效果分析	5
五、奥巴马医疗卫生改革的新策略	8
香港医疗卫生体制简介	付晨 9
一、卫生管理体制	9
二、卫生筹资体系	10
三、卫生服务体系	11
四、特点和借鉴	12
香港医院管理局：概况、组织架构和运作机制	王贤吉 13
一、香港的卫生发展概况	13
二、香港卫生保健管理机构	14
三、医院管理局的成立背景	15
四、医院管理局的职能和宗旨	16
五、医院管理局的管治架构	18
六、医院管理局的行政管理架构	23
七、医院管理局的发展策略	23
八、医院管理局运作机制的特点	25

成果汇编

上海市卫生统计指标体系研究	赵耐青 罗剑锋 28
一、上海市卫生信息系统现状	28
二、上海市卫生统计指标体系存在的问题	29
三、主要研究结果	30
四、重要指标的筛选	34
五、关于深化上海市卫生统计指标体系建设的建议	35

Content

Experience from other countries and regions

The Characteristics and Measurements of US Healthcare Reform by President Obama	——Shanlian Hu
The Health System of Hong Kong Special Administrative Region	——Chen Fu
The Hong Kong Hospital Authority-overview, structure, and operation	——Xianji Wang

Research Collection

An Analysis on the Health Statistical Indicator System of Shanghai Municipality	——Naiqing Zhao, Jianfeng Luo
---	------------------------------

美国奥巴马政府医疗改革的特点及其措施

上海市卫生发展研究中心 胡善联

[摘要] 本文描述了 2009 年美国总统奥巴马提出的新的经济刺激和医疗改革计划，该计划邀请不同利益集团共同为新的医改计划做出贡献。新医改计划有四大原则，其特点是采用社会保险的方法，覆盖没有保险的 5000 万人口，提高医疗卫生服务的可及性和质量，并且控制成本。加快发展比较效果研究和研究成果的传播，加强预防是改革的重点。美国新一轮的医疗改革能否成功？我们将拭目以待。

[关键词] 美国医疗卫生改革；比较效果研究；可及性；质量；控制成本

The Characteristics and Measurements of Healthcare Reform by US President Obama

Hu Shanlian^[1]

[Abstract]

The paper describes the new stimulus package and healthcare reform plan with \$2 trillion in cost reductions in US future 10 years. It was strongly supported by President Obama, who invited different stakeholders and leading industry groups committed at the white house. The new reform will insist on four principles, especially, emphasizing on the development and dissemination of comparative effectiveness research and prevention. The characteristics of new reform are making universal coverage of health insurance and improving the access, quality of health services and cost containment. We are looking forward to seeing how things are changed this time around.

[Key words] US healthcare reform, comparative effectiveness research, access, quality, cost containment

¹ The Health Development Research Center, Shanghai Municipal Health Bureau

一、奥巴马卫生改革计划的背景

目前，美国一年用于医疗保健的费用约为 25000 亿美元，专家估计其中至少有三分之一的服务是不必要的，医疗成本没有得到控制。在保险业、医院、医生、制药业、工会等医疗保健集团的支持下，奥巴马总统提出了未来十年减税 8360 亿元的计划，对中产阶级家庭减税 7360 亿元，对小企业减税 1000 亿元。降低医疗成本，扩大健康保险的保障范围，增纳 5000 万没有医疗保险的人群。目前美国的情况是约有 15.3% 的人没有健康保险，84.7% 的人已获得保险（包括 59.3% 的雇主保险，13.2% 的 Medicaid 保险，8.9% 私人保险，3.7% 军队保险）。

2009 年 3 月美国奥巴马总统在白宫召开卫生保健高层次会议，要求国会在 2009 年提出卫生改革的计划，奥巴马提出 7870 亿的经济刺激计划——一方面增加投入，另一方面减少税收。估计需要经过 2-3 年才能完成此计划，从而提高卫生保健的质量和成本效果。

为抵御世界经济危机，2009 年美国通过了经济复苏和再投资法案（American Recovery and Reinvestment Act，简称 ARRA），增加了对卫生的投入，其中包括一部分卫生保健计划。在十年内第一步计划投入 6340 亿用于卫生改革，包括覆盖没有保险的人群和控制美国的卫生保健费用。并任命了 DHHS，HRSA，CDC 几个部门的新的领导人选。

在 2010 年前政府对比较效果研究将支持 11 亿美元，4 亿投入到国立卫生研究所（NIH），3 亿美元分配到美国卫生研究和质量机构（AHRQ），美国健康和人类保障部（DHHS）可获得 4 亿美元。从立

法角度，将通过征收香烟税支持扩大联邦儿童健康保险计划(SCHIP)，由原先覆盖的 700 万儿童增加到 1100 万儿童。

表 1 美国近期对卫生保健的投入费用

项 目	费用（亿元）
为社区卫生中心改造及建立健康信息系统	20
为缺乏服务的社区培训护士、初保医生及牙医	5
支持国立卫生研究所生物医学研究	82
国立卫生研究所基建和设备维修及改造	5
由 Medicare, Medicaid, SCHIP 资助的比较治疗效果研究	11
对各州低收入家庭儿童保健服务提供资助	20
对低收入学前儿童 Head Start 规划	10
对低收入婴儿 Early Head Start 规划	11
为社区职工、食品、住房和卫生保健计划提供资助	10
老年营养服务，包括送饭提供资助	1
卫生信息技术国家协调人办公室的额外费用	20
对社区预防性卫生运动、疫苗接种、减少传染病策略	10
提供监督健康和人类服务部的费用	0.17
对实行医疗病历计算机化的医院及医生的激励支付	172
联邦政府对州政府 Medicaid 的资助	870

二、美国医疗卫生改革的原则

1993 年民主党参议员 Baucus 和 Kennedy 两人曾提过卫生改革的提案，当时他们提出的四项原则仍然是今天美国医疗卫生改革的主要基础，其内容包括：（1）卫生保健系统一定要覆盖每一个美国人；（2）健康保险模式一定要改革，使医疗保险方开展价格和质量的竞争，而不是着眼于谁的服务人群患病风险更小；（3）通过卫生信息技术来节省医疗费用和提高效率；（4）在卫生改革过程中每一步都要强调预防。

卫生保健改革的目的是要求改变对医生的激励作用，创造预防疾病的文化观念，推广健康电子信息，对患者赋予权利。美国联邦老人保险系统（Medicare）一直在进行变革，试图提高可及性、质量

和控制成本。今后的改革方向仍然是控制成本。奥巴马宣称；“我们不能继续走在这么多年来一直走的危险道路上，放任成本失控，改革不能拖延，需求不能等待”。AARP 提出要降低 Medicare 的成本，降低医生的收费标准，要明显减少联邦老人补充医疗保险（Medicare Advantage）的支付。因为 Medicare Advantage 计划比按项目支付要支出更多的费用，没有显示出节省费用的效果。

三、美国健康保险的改革

六家美国主要医疗和保险组织(包括医疗器械、制药、医疗保险以及医护行业)愿意帮助政府实现卫生改革的目标，通过压低行政费用成本，把每年医疗保健费用的增长率降低 1.5 个百分点，实现十年后共节省 2 万亿美元的目标。美国年内将通过相关法律，启动医疗改革，白宫于 2009 年 4 月设立了医疗改革办公室，推动医疗改革的进程。

改革将通过公共和私人医疗保险来解决覆盖率问题，但不赞成搞成象加拿大那样单一支付(Single Payer)的卫生系统。不实行原定的要减少 21%的联邦老人医疗保险(Medicare)的费用，而是需要减少老年人的家庭服务，减少住院保险费用和降低再次住院的比例。

6340 亿的预算一半将通过增加税收完成，另三分之一将通过减少对私人的支持和建立 Medicare 补充计划（Advantage Plan）实现。使富裕的保险者支付较高的药费，药厂对穷人医疗保险（Medicaid）要支付 15%-21%药品费用的回扣。另外有 190 亿美元鼓励广泛应用

健康信息系统，如电子病历和电子处方。提高美国国立卫生研究所（NIH）的科研经费，由原来的 290 亿元增加到 390 亿元。对已有疾病的患者不能因为存在较高的风险，而降低药品处方的费用或对药房给予折扣价。

改革对降低医疗费用的效果是非常明显的。由按成本为基础的收费方式改为按事件收费（Episode Payment），医生的收费标准也将降低。尽管按项目收费的支付方式可以通过竞争招标来降低费用，但管理成本太高。家庭保健机构用前瞻性支付系统的方式来增加效率。

为进一步防止医疗保险的欺诈和过度医疗的行为，需要对管理信息系统投资实行更多的项目监测。护理机构的前瞻性支付方式没有获得成功。过去 Medicare 对慢性病的专业支持没有看出医疗成本的降低效果。商业保险目前对一个初诊病人的补偿费用为 109.51 美元，而 Medicare 仅补偿 91.03 美元。复诊病人商业保险补偿 71.67 美元，而 Medicare 仅补偿 59.80 美元，说明商业保险的补偿要比老人社会医疗保险补偿的比例高。改革后总体的医生的补偿费用会有下降趋势。将会增加初级保健的医师和护士数量，表 1 中列举了将对服务不够的地区增加初级卫生保健的提供，培训护士、初级保健的医生和牙医。电子病历实行后可减少药费的开支，选择价格较低的药品。

四、比较效果分析

由国立卫生研究所来负责执行和支持比较效果的研究（Comparative Effectiveness Research，简称 CER）。基金用于加速发

展和传播评价不同卫生保健治疗和策略的比较效果，实现途径为实行、支持或综合比较用于预防、诊断或治疗疾病和其他健康情况的临床结果、效果和适宜的项目、服务、诊疗程序。其次是鼓励发展和应用临床登记、临床资料网络和其他电子健康档案，从而获得健康结果。

比较效果研究的工作定义为：比较不同预防、诊断、治疗、监测和改进疾病保健提供的方式来创造和合成证据。比较效果研究的目的是支持和帮助患者、临床医师、购买者和卫生决策者做出决策。CER的内容包括以下几个方面。（1）直接比较不同治疗方法或药品；（2）包含广泛的内容（试验、治疗、预防策略、保健服务的提供和监测）；（3）以病人为中心，注重病人个性化的治疗方法；（4）具有广泛的受益者（包括患者、临床医生、购买者和政策决策者）。

所谓的“以病人为中心”是指假设一个随机对照试验的结果 A 方法比 B 方法好，但许多病人治疗后反而感到是 B 方法好，如果没有进一步的理论和知识的话，医生就会应用 B 方法。因此，应该积累、发展和传播比较效果研究的方法。鼓励发展和应用临床登记资料、建立临床数据库网络以及各种电子健康信息，以便获得健康结果的资料。

比较效果分析的工作将有一个新成立的联邦协调委员会来领导。该委员会由 21 个委员组成，委员由资深的联邦政府成员和负责健康有关项目的工作人员担任并经总统任命。通过健康和人类服务部，在 2009 年 6 月 30 日前由医学研究所（IOM）起草一个向国会的报告，提出比较效果研究的优先重点，由经济刺激计划来资助。

确定优先重点有以下几点标准：（1）有较高的发病率和死亡率；（2）有各种治疗方法；（3）成本；（4）存在信息差距；（5）存在经费差距；（6）公众有兴趣的；（7）有争议的；（8）对一部分人群有影响的；（9）在具有信息基础上是可以采取行动的；（10）可以被决策利用；（11）有较高疾病负担的。其他信息包括研究的人群、干预的类型；推荐的研究设计和比较效果研究的问题要比较均匀，不能全部集中在心血管疾病方面。

这个系统的建立将促使联邦政府的老年保险（**Medicare**）利用医疗卫生服务比较研究的结果，但是仍然有人担心会不会使医疗走上了老路。

美国政府已拨款 150 万到美国医学研究所，要求在 2009 年 6 月 30 日前向国会和国务卿提交一个比较结果研究的计划，包括对国家优先重点研究的建议。同时考虑不同部门的利益。并将计划在网上公布，可让每个人了解，要求每人提出三个有条件的干预的措施。已有 2500 余人提出了意见，调动了广大医务人员的积极性。

美国联邦老人医疗保险的支付咨询委员会（**Medicare Payment Advisory Commission** 简称 **MEDPAC**）向国会提出下列建议：将 **Medicare** 的居家医疗补偿费用降低 5.5%，但对已有医疗保险的护理医院和康复医院仍按原来水平支付；根据医院市场价格指数的增加，增加对门诊病人的前瞻性支付费用，提高对住院病人的支付率；对医院实行品质激励的计划，减少 1% 费用支出用于间接的医疗教育项目；增加对初级卫生保健医师的支付，减少对老年人私人补充医疗保险

(Medicare Advantage) 的支付；支付补充医疗保险的费用应该与常规按项目支付的标准一致起来，除非有更好的效果和较好的服务才有可能得到更多的支付标准；增加 1.1% 的医师支付费用；建立一个中性的预算支付系统 (Budget-Neutral Payment System)，提高初级保健医师的待遇，对专科医生则支付较低的补偿标准。

五、奥巴马医疗卫生改革的新策略

奥巴马总统吸取了十五年前克林顿总统推动医疗改革失败的经验教训，为减少医疗改革的阻力，邀请六大医疗保健团体共同承诺医疗改革的策略。尽管未来十年的情况难以估计，专家预测，医疗卫生的支出可能每年仍将增加约 7%，会远远超过经济的增长率，但毕竟这次美国卫生改革，向全民医疗保险的覆盖跨越了一大步。

当然改革措施也不可避免地遭到反对，一些代表共和党观点的草根组织认为这样的改革会造成保险业的破产，使美国人民只有一种健康保险的选择，那就是由政府来举办健康保险，认为垄断的组织不可能有好的医疗服务，而且减少了个人的选择。斯坦福大学知名教授 Alain Enthoven 认为 15 年前医疗保险业也曾经保证过支持医疗改革，但结果没有兑现。因此媒体提出这样一个问题，能相信医疗保险业真能帮助美国卫生保健系统的改革吗？

参 考 文 献

- [1]. 法新社：欧推动 10 年减税 8360 亿元.世界日报.2009 年 5 月 12 日 A3 版.
- [2]. Washington update: healthcare reform moves to center stage. Annals of Long-term Care 17(4): 10-11. 2009.
- [3]. Stefanacci RG, Barney SS: The Effect of the Obama Stimulus Plan on Geriatric Healthcare. Clinical Geriatrics. 17(4): 16-19, 2009.
- [4]. Levey N: Debate could threaten a healthcare overhaul. Los Angeles Times. May 15. 2009. A12.
- [5]. Lazarus D: Insurers return to the table — again. Los Angeles Times. May 17. 2009. B1.

香港医疗卫生体制简介^[2]

上海市卫生局 付晨

香港位于中国内地东南部，面积 1104 平方公里，包括香港岛、九龙、新界及离岛四座岛屿，人口 692.58 万人，65 岁以上老年人的比例为 12.5%。2007 年香港 GDP 为 1.61 万亿港元，人均 GDP 为 23.28 万港元（约 2.98 万美元），为上海的 3 倍。

由于历史的原因，香港采取了与英国类似的国民卫生服务体制（NHS），即医疗卫生资金主要由政府通过税收筹集，医疗卫生服务（特别是住院医疗服务）主要由公立医疗机构提供，政府对公立医疗机构补助程度很高，居民在公立医疗机构接受医疗服务的收费极低。通过维护和不断发展这一医疗体制，香港政府努力实践着“确保不会有市民因为缺乏金钱而无法获得适当的医疗服务”这一医疗政策。

一、卫生管理体制

食物及卫生局是香港政府最高卫生行政机关，是特区政府 12 个组成部门之一，其主要下属机构包括卫生署、食环署、渔农署、政府化验所。

卫生署承担为政府提供卫生事务咨询、管制医疗卫生服务（通过医疗机构和医师的注册许可）、预防和控制疾病、港口卫生管理、市民健康促进等职能。

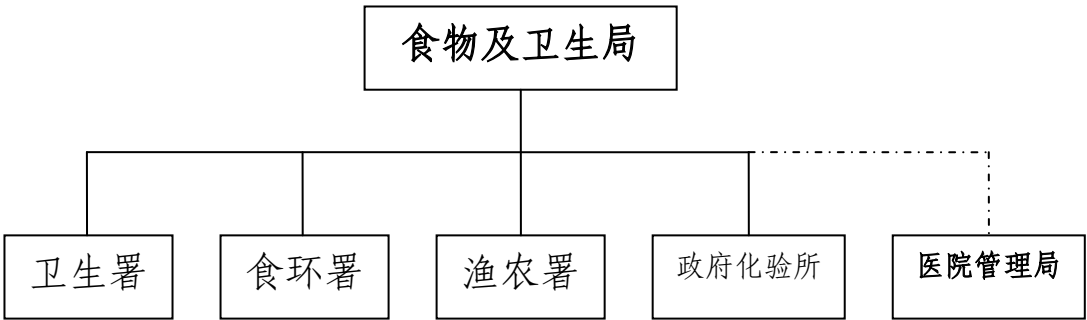
1990 年成立的医院管理局不属于政府行政机关，而是依据《香港医院管理局条例》设立的法定独立机构，负责举办公立医疗机构，

² 本文为赴港考察组所撰写的报告。（编者注）

确保提供具有成效的公共医疗服务。医院管理局是香港公立医疗机构的唯一法人，各家公立医疗机构不是法人单位。

虽然医院管理局不是食物及卫生局的直属部门，但食物及卫生局被赋予充分的管理权限和强有力的管理手段，使其有效地实施了对医院管理局的监管。一是医院管理局的最高决策机构——医院管理局大会（董事局）的主席和所有成员均由香港特区行政长官任命，食物及卫生局秘书长、卫生署署长均为医院管理局大会（董事局）成员。二是医院管理局 92% 的经费来自政府拨款，通过食物及卫生局下达。三是医院管理局对食物及卫生局负责，医管局每季度必须向食物及卫生局提交季度工作报告，每年必须提交年度工作报告。

图 1 香港卫生行政管理架构示意图



二、卫生筹资体系

2008 年度，公共医疗卫生开支为 374 亿港元，占政府财政支出总额的 14.3%，占 GDP 的 2.3%。私人医疗卫生开支与公共医疗卫生开支大致相当，约为 306 亿港元（2004 年数据），主要为市民在私人医院、诊所就医发生的费用。

2008 年度，医院管理局总收入 304 亿港元，其中 92% 为政府拨款，6% 为医疗服务收费，2% 为其它收入。医院管理局支出中，约 80% 为工资支出，20% 为药品、医疗器材等其它支出。

市民在公立医疗机构就诊只需负担少量费用，普通科门诊每次付费 45 港元；专科门诊首次付费 100 港元，复诊每次付费 60 港元；急诊每次付费 100 港元；住院每天付费 100 港元（包含床位、诊疗、护理、检验、药品、餐饮等各项服务的费用）。但是，非急诊住院需要较长的排队等候时间，例如，白内障等一般择期手术的等候时间长达 2－3 年。

三、卫生服务体系

医院管理局下属的公立医疗机构包括 41 家公立医院（27784 张床位）、74 家普通科诊所、48 家专科诊所。公立医疗机构提供的门诊服务占总量的 29%，住院服务占总量的 91%。

私立医疗机构包括 12 家私立医院（3438 张床位）和大量私立诊所；私立医疗机构提供的门诊服务占总量的 71%，住院服务占总量的 9%。

医院管理局将旗下 41 家医院，按照地域分布组成了 7 个医院联网，分别为香港东联网（7 家）、香港西联网（7 家）、九龙东联网（3 家）、九龙中联网（6 家）、九龙西联网（7 家）、新界东联网（7 家）、新界西联网（4 家）。各医院联网设有一名联网总监，以一家大型综合性医院为龙头，专科医院、公营诊所均归入各医院联网。医院管理局的经费下达至各医院联网，再由其下达到各医疗机构。医院联网内实行资源统筹配置，各医院形成明确的功能分工，学科布局上也相互错开，一般情况下各医院联网内有 1 家专门提供康复服务的医院。

与德国相同，香港的医院只设有急诊和病房，不设门诊。其住院病人的来源，一是通过急诊收治住院的病人，二是通过诊所转诊过来，需要收治住院的病人。

四、特点和借鉴

分析香港的医疗卫生体制，有以下显著特点，其中有一些做法和经验值得借鉴。

一是在卫生筹资方面，建立了以税收为基础的卫生筹资制度，政府承担大部分的卫生费用，政府对公立医疗机构补助程度很高，居民的医疗费用负担较低，卫生服务的公平性较好。但同时也产生了政府负担较重、服务效率偏低、排队等候时间较长等问题。

二是在管理体制方面，有效地实行了公立医疗机构管办分离。食物及卫生局作为政府管医院的机构，医院管理局作为法定办医院的机构，二者虽不具有行政上的隶属关系，但政府管理机构对承担办医职能的机构具有很强的约束和调控能力。

三是在资源配置方面，通过整合医疗资源，组建医疗联网，有效地实现了医疗资源的统筹配置，联网内不同类型的医疗机构实现了功能互补，强化了分工与合作，促进了资源共享，避免了资源重复配置和医疗机构之间的恶性竞争，有效提高了资源的配置效率，在医院信息化建设、医务人员培训、医疗服务标准、管制尖端科技与药物、控制医疗费用等方面也取得了显著成效。香港公立医疗机构管理体制高度统一，是医疗资源整合取得成功的一个基础条件。

四是在医疗服务利用方面，建立了合理有序的就医秩序。以基层医疗机构（诊所、家庭医生）为守门人，依托转诊制度，构建了基层医疗机构和医院之间的分级医疗体系。同时，为伤残人士、长期患病者及老人提供了医疗康复服务，适应了人口老龄化和疾病谱转变的需要。

香港医院管理局：概况、组织构架和运作机制^[3]

上海市卫生发展研究中心 王贤吉

香港医院管理局自 1990 年成立以来，坚持奉行香港政府提出的“确保不会有市民因缺乏金钱而不能获得适当的医疗服务”的医疗卫生政策，以其优质、高效、廉价的医疗服务，为保障香港居民健康做出了重要贡献，其透明、公开、问责的管理和运作也赢得广泛的赞誉。本文在对香港卫生发展现状和卫生保健管理部门作简要概述的基础上，介绍香港医院管理局的成立背景、基本情况、组织构架和运作机制。

一、香港的卫生发展概况

香港是全球最富裕、经济最发达和生活水准最高的地区之一。2007 年，香港的 GDP 为 1.61 万亿港币(按当时市价计算)，人均 GDP 为 23.28 万港元(约 2.98 万美元)。香港是一个人口高度密集、高度老龄化的城市。据香港政府统计处发布的数据，2007 年底，香港人口数为 692.58 万，其中常住人口 672.70 万，流动人口 22.58 万，人口密度高达 6410 人/km²(上海 2007 年数据为 2930 人/km²)。65 岁及以上老年人口数为 87.14 万，占全人口的 12.5%。

香港的主要健康指标位居世界前列。2007 年，香港男性居民平均预期寿命为 79.4 岁，女性为 85.5 岁(上海 2007 年分别为 78.87 岁和 83.29 岁)。孕产妇死亡率和婴儿死亡率长期维持在最低水平，2007 年全港仅有一名孕妇登记死亡，孕妇死亡比率为 1.4/10 万(上海同期户籍人口孕产妇死亡率为 6.68/10 万)；婴儿死亡率为 1.7‰(上海同期

³ 本文为笔者赴港参加“中国卫生经济网络旗舰培训计划”后根据资料整理而成。(编者注)

户籍人口婴儿死亡率为 3.00‰)。

香港的医疗服务机构分两类，即公立机构和私立机构。其中医院管理局(Hospital Authority, HA, 详见下文)下辖公立机构包括 41 家公立医院、48 家专科诊所和 74 家普通门诊诊疗所，共有床位 27784 张。政府惩教机构(correctional Institutions)下辖医院 22 家，共有床位 761 张。另外，香港目前有 12 家私立医院，共有床位 3438 张；护养院(nursing home)31 家，共有床位 2945 张。全港医疗机构共有床位 3.49 张，千人口床位数为 5.04 张，略低于上海同期水平。截至 2007 年底，香港共有各类注册卫生专业人员 7.58 万人，其中医师 1.19 万人，注册护士有 3.70 万人(另有助产士 0.47 万人)，千人口卫生人员数为 10.94 人，千人口医师数为 1.73 人，千人口护士数为 5.34，医护比为 1:3.09。与上海同期相比，香港的千人口医师数尚不及上海的一半，但千人口卫生人员数、护士数则明显要高，医护比结构也显得更为合理(上海为 1:0.96)。

二、香港卫生保健管理机构

(一) 食物及卫生局(Food and Health Bureau, FHB)

食物及卫生局于 2007 年 7 月 1 日正式成立，是香港政府十二个决策局之一，由前卫生福利及食物局(Health, Welfare and Food Bureau, HWFB) 拆分形成。2007 年 5 月，香港行政长官曾荫权获得连任后，对原有政府部门进行了重组，考虑到卫生福利及食物局承担的任务过重，此次调整将其一部分职责移交至新成立的劳工及福利局，使食物及卫生局集中负责食品安全、环境卫生和健康事务三项重要政策范畴。具体在医疗卫生方面，FHB 负责香港医疗卫生服务政策的制定和资源分配，同时监察各项政策的推行，确保市民不会因缺乏金钱而无法获得适当的医疗服务。FHB 的下设部门包括渔农自然

护理署、卫生署、食物环境卫生署、政府化验所。

(二) 卫生署(Department of Health, DH)

卫生署负责管理香港的所有公共卫生事务,如健康教育、卫生监督、疾病预防控制以及提供门诊服务(由于信息不通,门诊服务在SARS后划归医管局),并负责对私立医院的监管。卫生署下设控烟办公室(Tobacco Control Office),旨在为香港推广无烟文化,保障市民的健康。2003年SARS后,卫生署专门设立了卫生防护中心(Centre for Health Protection, CHP),以强化传染病预防和控制工作。

(三) 医院管理局(Hospital Authority, HA, 简称“医管局”)

1990年根据《医院管理局条例》(《香港法例》第113章)成立,是一个法定的、独立的、非政府部门的公立机构,负责管理香港属有公立医院,通过卫生福利及食物局向政府负责。通过其医疗服务设施网络,医管局向全港居民提供综合性的中层及第三层次的专科医疗服务、康复服务以及部分基层医疗服务。介绍详见后文。

(四) 中医药管理委员会(Chinese Medicine Council of Hong Kong, CMCHK)

根据香港法例《中医药条例》于1999年9月13日成立的行业“自我规管”法定组织,负责实施各项中医中药监管措施。其职责是监管中医药以保障公众健康和消费者权益,确保香港中医药行业的专业水平。该委员会分中医组和中药组,成员包括执业中医师、中药业人士、教育界人士、业外人士和政府人员。

三、医院管理局的成立背景

香港医管局成立于1990年,在此之前,香港政府同样扮演着“管医院”和“办医院”的双重角色,医院由政府部门医院事务署(Hospital Services Department)直接投入和管理(所有公立医院雇员均为公务

员)，也同样面临着医院管理欠佳、病人满意度低下、医疗资源浪费与不足并存等问题。这些问题引起了香港政府的重视，香港政府开始积极着手对医疗保健制度进行改革。

1985 年，香港政府委托澳大利亚斯科特(W. D. Scott)公司为咨询顾问公司，检讨香港医院的管理及行政制度。同年，斯科特顾问公司的报告《医院提供的医疗服务》(The Delivery of Medical Services in Hospitals)发布，该报告建议香港政府建立独立管理的医院制度、收回医院服务的成本、增设较高级的病房(乙级病床)等，继而成立脱离政府框架和公务员体系的医管局，接管公立医疗服务。经过为期三年的公众咨询之后，香港当局颁布《医院管理局条例》。

1989 年，临时医管局发表报告，提出收回医院服务成本 15%至 20%的建议。次年，《人人健康展望将来:基层健康服务工作小组报告》出台，重申政府医疗卫生政策是“确保不会有市民因缺乏金钱而不能获得适当的医疗服务”。

1990 年 12 月 1 日，根据《医院管理局条例》，香港医管局正式成立，并接管原医院事务署下辖的全港 38 家公立医院及有关医疗机构(包括 3.7 万名员工)，成为政府以外的第二个最大的公立机构。目前，医管局及其下属机构共有员工 5.3 万名。

四、医院管理局的职能和宗旨

(一) 医院管理局的职能

根据《医院管理局条例》，医管局的职责包括：

- 按照该条例的相关规定管理及掌管公立医院；
- 就公众对医院服务的需求及满足该需求所需的资源，向政府提供意见；

- 以有助于以下目标实现的方式，管理及发展公立医院系统：(1)有效率地利用医院病床、人员、器材及其它资源，以期在可获得的资源条件下尽可能提供最高水平的医院服务；(2)发展适当的管理架构、制度及工作绩效评估方法，改善医院服务效率；(3)改善公立医院内部环境，以符合病人的需要；(4)吸引、激励及留用符合资质的职员；(5)鼓励公众参与公立医院系统的运作；(6)确保公立医院系统的管理对公众负责；
- 在“确保不会有市民因缺乏金钱而不能获得适当医疗服务”原则下，向食物及卫生局建议医院服务的定价和收费政策；
- 组建并协助他人组建公立医院；
- 促进、协助及参与以下事宜：(1)教育和培养从事或即将从事医院服务或其它公众健康服务的人员；(2)与医院服务有关的研究；
- 执行根据本条例或其它成文法则赋予医管局的其它职能；
- 利用其掌握的资源，落实职能，特别是提升、发展和维持医院服务。

(二)医院管理局的宗旨

按照香港政府的卫生保健相关政策，医管局订立的宗旨如下^[4]：

- 应病人的不同需要提供适当的公立医院服务，并改善医院环境，处处为病人利益着想；
- 树立关怀病人、竭诚服务、高效、善用资源及通力合作的服务形象，鼓励市民参与医院事务，以便能更直接地向公众负责；
- 为所有员工提供合理的薪酬、公平的待遇和富有挑战性的工作条件，以吸引、激励及挽留高质素和有效率的员工；
- 依据市民对公立医院服务的需求以及为适应该需求所需的资源，向政府提供意见，务求以可获得的资源，提供充足并获得国际认可的

高水准的、高效率的公立医院服务；

- 与海外及本地医疗服务机构及有关团体合作，造福本港市民。

五、医院管理局的管治架构

如上所述，在管理体制上，医管局是一个独立的公立机构，通过食物及卫生局向政府负责。在内部管治⁴上，医管局自上而下大致分三个管治层次，强调透明、公开和问责。这三个层次如下：

(一)医院管理局大会(Hospital Authority Board)

医管局大会是医管局的最高决策机构，其主席和董事局成员由香港政府直接委任，成员来自社会各界，包括企业家、大学医学院院长、公职人员、法律界人士、社区代表等。按照《医院管理局条例》的规定，医管局大会设主席 1 名，不得是公务员；公务员不超过 3 名，主要行政人员不超过 4 名；其他成员不超过 23 名，均须不是公务员。目前医管局大会除主席外，有成员 25 名(包括医管局行政总裁在内)，公职人员代表为香港卫生署署长、食物及卫生局卫生常任秘书长、财经事务及库务局局长代表。大会的职责是加强对医管局的监管，力求医管局在工作业绩、问责和道德操守方面达到最高标准。医管局大会下设 12 个委员会，分别是：

1.审计委员会。现有主席 1 名、副主席 1 名、成员 4 名，另外医管局行政总裁和卫生常任秘书长也列席会议。该委员会的职权范围宽泛，包括：(1)监察医管局的内部审计。(2)就外界核数师的委任及核数师费用向医管局大会提出建议，批准由外界核数师提供的任何非审计服务，并审议任何有关的请辞或解聘事宜。(3)就有关事项咨询医管局外界核数师，包括审计评核的性质和范围、年度财政报告及核数师意见、核数师致管理层的函件、管理层的响应及外界核数师提出讨

⁴ 由 governance 一词译来，其概念与“治理结构”相当（编者注）

论的任何事项。(4)保证年度财务报告涉及会计政策及标准的适当性和披露数据的充分程度，以及确保重大审计调整等方面的完整、准确与公平(与财务委员会合作)。(5)通过医管局内部及外界的审计评核结果，监察其财务及行政规管程序，包括保障资源及运作效率的有关程序。(6)监察医管局管理方，使其遵守有关法律法规和医管局的行为守则，以及防止出现利益冲突及欺诈行为。

2.财务委员会。现有主席 1 名、副主席 1 名、成员 5 名(包括医管局行政总裁、财经事务及库务局局长代表和卫生常任秘书长代表)。其职权是监察医管局的财政状况，并在以下几个方面提供意见和建议：(1)医管局年度工作计划及整体发展计划中涉及财务方面的内容；(2)医管局的财政规划、管制、表现、监察及报告；(3)相关财务问题，包括投资、业务及保险的政策等；(4)医管局的资源分配政策；(5)医管局的年度财政报告。此外，也负责与医管局公积金计划及强积金计划的信托人联络，并向医管局作出建议。

3.人力资源委员会。现设主席 1 名、副主席 1 名、成员 13 名(包括医管局行政总裁和卫生常任秘书长的代表)。其职权是在以下几个方面提供意见、作出检讨及提出建议：(1)职员培训及发展事宜；(2)人力规划；(3)人力资源政策及有关事宜；(4)职员的任用条件；(5)职员的薪酬及整体人员结构；(6)其它任何与职员有关的事宜。

4.资讯科技服务管制委员会。现设主席 1 名、副主席 1 名、成员 3 名。其职权范围包括：(1)审核医管局信息科技/信息系统政策及标准；(2)审核及监察信息科技/信息系统策略计划的整体进度；(3)审核及监察信息科技/信息系统年度工作计划的实施；(4)审议信息科技系统发展及实施的优先次序；(5)审议信息科技咨询委员会提交的意见；(6)审议信息科技系统的表现及进度报告；(7)向医管局大会定期提交

工作进度报告。

5.医疗服务发展委员会。现设主席 1 名、副主席 1 名、成员 16 名(包括医管局行政总裁、卫生署署长、食物及卫生局卫生常任秘书长、财经事务及库务局局长代表)。其职权范围包括：(1)就市民对公立机构所提供的临床服务不断转变的需求进行研究、检讨并提出建议；(2)就公立医院及有关服务的提供、规划及发展的整体政策、方针和策略提供意见和建议；(3)就公立医院及有关服务的规划与发展的整体先后次序进行考虑并提出建议，以确保现有资源能被最有效地利用；(4)就其他任何与公立医院及有关服务的规划与发展有关事宜进行考虑、检讨并提出建议。

6.支持服务发展委员会。现设主席 1 名、副主席 1 名、成员 5 名(包括医管局行政总裁、卫生常任秘书长)。其职权范围包括：就业务支持性服务和环境保护工作的发展路向和政策提供意见，以便最有效地支持医管局的医疗服务；(2)检讨医管局基本工程项目的推行和监察，并提供意见；(3)检讨业务支持性服务的新措施，例如改善供应链管理、设备管理、策略性外判、核心服务以外的公私营协作，以及发展增加收入的支持性服务，并提供意见；(4)针对医管局规划和推行业务支持性服务及基本工程项目，在采纳业内更佳做法和创新方面提供意见。

7.公众投诉委员会。现设主席 1 名、副主席 1 名、成员 21 名。该委员会是医管局最终的投诉处理和上诉机构。其职权是独立地审议及决定公众人士的投诉(这些投诉最初向医院提出，但投诉人对医院的回复不满意)，独立地向医管局提出投诉处理建议并监察建议的执行。该委员会须定期并至少每年一次向医管局大会和公众汇报工作，包括提交有关的统计数字和重要议题。

8.职员上诉委员会。现设主席 1 名、成员 3 名。该委员会负责对通过正常内部渠道提出申诉而又不满有关决定的职员上诉个案进行审议并作出决定，其决定即为医管局的最终决定。该委员会须每年向医管局大会提交报告。

9.行政委员会。现设主席 1 名(由大会主席兼任)，成员 7 名(包括医管局行政总裁)。其职权范围包括：(1)针对医管局总办事处及其部门的组织架构及职能向医管局大会提供意见。(2)针对医管局总监及医院联网总监的聘任、薪酬及合约改动事宜向医管局大会提供意见。(3)审批医院行政总监、总办事处副总监及部门主管的聘任、薪酬及合约改动事宜。(4)检讨行政总裁、总监和医院联网总监的工作业绩。(5)根据医管局紧急应变计划以紧急应变策导委员会的名称召开会议(如召开紧急应变策导委员会会议，则需增补一名食物及卫生局的高级官员)；及(6)监督医管局大会的自我评核，并就大会架构及其程序的改变提供意见。

10.中央投标委员会。现设主席 1 名，成员 10 名。其固定成员包括医管局行政总裁、财务总监(或其委任代表)，其他 8 名成员为轮值成员，每次只有 3 名参会。该委员会的职权范围是：(1)对投标评估小组所作的建议进行检讨和评核；(2)检讨投标评估小组遴选时所采用的程序及准则；(3)在上述基础上就投标评估小组的选择作出最终的批核。

11.资讯科技资讯委员会。现设主席 1 名，成员 7 名(包括医管局行政总裁和 1 名后补成员)。其职权范围是：(1)针对信息科技/信息系统服务的路向、政策及策略提供意见；(2)针对信息科技/信息系统全面服务规划和发展的重点，提供意见；(3)针对其它与信息科技/信息系统服务有关事项向医管局提供意见。

12.紧急应变策导委员会。该委员会只在紧急情况下启动，设主席 1 名(由医管局大会主席兼任)，成员 8 名(包括医管局行政总监)，另外也包括由该委员会主席委任的两名可能具备处理有关事故经验和技巧的其他医管局大会成员。其职权范围包括：(1)代表医管局大会运作，并行使其权力及职能，包括对现有医管局政策、标准、指引及程序作出更改、修订或否决，以及设立小组委员会或专责小组处理具体事项；(2)为医管局面对的紧急情况鉴辨目标及评估风险；(3)批核医管局中央指挥委员会所制订的紧急应变策略和方针，并监察所有医管局医院及机构的执行进度；如出现三级应变计划以外而需启动委员会的情况，则委员会须负责制订应付该紧急事故的策略及方针；(4)统筹其它医管局委员会，包括医院管治委员会的行动；(5)确保与主要利益相关各方(包括职员、病人、政府及市民)信息沟通的通畅有效。该委员会须向医管局大会负责，并于可行范围内尽快向医管局大会成员报告。

(二)区域咨询委员会(Regional Advisory Committee)

区域咨询委员会有 3 个，即港岛区域咨询委员会、九龙区域咨询委员会和新界区域咨询委员会。这些委员会属于咨询性质，其成员由医管局成员、卫生署署长代表、社区人士和医院代表组成，其主要职责是就各区域内的医疗需求向医管局提出意见和建议。医管局行政总裁和该区域的医院行政人员须定期向区域咨询委员会汇报工作。

(三)医院管治委员会(Hospital Governance Committee)

目前医管局共有 38 家医院设有医院管治委员会。这些委员会相当于各医院的董事会，负责审查医院行政总监的定期管理报告，监察医院在运作和财务方面的表现，参与医院的决策和管治工作，以及医院与社区的协作活动。医院行政总监须定期向医院管治委员会汇报。

六、医院管理局的行政管理架构

在行政管理方面，医管局自上而下也分三个层次。分别为：

(一)总办事处(Head Office)

总办事处是医管局整个机构的主脑，负责制定政策方向，统筹全盘策略规划、管理和支持。总办事处由行政总裁(Chief Executive)领导，下设 7 个部门，包括中央事务部、公共事务部、财务部、人力资源部、专业事务及设施管理部、专业事务及医疗发展部和专业事务及运作部，执行管治支持、机构发展、提供共享服务和专业人员发展培训等工作。行政总裁下设 8 个高级领导岗位，分别为联网服务总监、战略与规划总监、质量及安全总监、财务总监、机构事务主管、人力资源主管、内部总审计师(Chief Internal Auditor)和信息科技总监(Chief Information Officer)。

(二)联网(Clusters)

医管局将其所有公立医院按区域划分为 7 个联网，即港岛东联网、港岛西联网、九龙东联网、九龙中联网、九龙西联网、新界东联网和新界西联网，每个联网区域内有 3-7 家医院。各联网均设有医院联网行政总监(Cluster Chief Executive)，一般由其区域内的龙头医院的院长兼任。联网总监下设有服务总监和联网经理，分管医务、财务、人事、护理及支持服务等工作。

(三)医院

每个医院有行政总监(角色相当于院长)，总监之下设有总经理和经理，管理医院各项事务。

七、医院管理局的发展策略

医管局设立的整体目标是：与社区内其他提供医疗护理服务的机

构一同携手合作，建立一个连贯的医疗护理制度，以发挥最佳的医疗护理效果，并迎合社区的需求及期望。为了实现这一整体目标，医管局制定了五个发展策略。

1.建立一个以成效为本的医疗护理体制。这一策略是针对市民的健康状况和需要，制定医疗资源配置的准则，有系统、有步骤地提供医疗服务，使有限的医疗资源发挥最大的效益。这一策略的第一步，是要找出市民在健康及医疗方面的需要。通过全港公立医院的信息网络，获得影响居民的“杀手病”资料，了解医疗问题的重点所在，进而分析影响健康和损失生命年数的主要原因，确定需要优先处理的问题。

2.建立一个连贯性的医疗护理体制。香港的医疗服务分为基层、中层和第三层，并包括急症服务和延续(即康复和长期住院)护理服务。在整个医疗服务体系内，医管局是中层和第三层医疗服务的主要提供者，大部分基层医疗服务和一小部分中层和第三层服务由私立部门提供，而延续护理几乎全部由医院管理局提供。在这种情况下，医管局制定了这一策略，致力于与其它医疗护理服务提供者(包括病人家属、社区组织、福利团体、私立机构等)合作，将服务重组为一个合作网络，为病人提供全面的、有连贯性的医疗服务。

3.在决策和提供医疗护理服务过程中与社区携手合作，促进健康。《医院管理局条例》规定医管局必须建立一个社区参与的咨询、问责机制，其中包括医院管理局大会、区域咨询委员会以及医院管治委员会等。该条例还明确规定这些委员会中要有社区代表参与，从而达到与市民互动、增进了解的目的。医管局各委员会包括了数百位独立的公众人士，他们具有不同的专才、背景和经验，不同的角度和立场，影响和参与决策过程，也拉近了医院和社区之间的距离。同时，

医管局定期检讨公众对医疗服务的意见，并调查病人对服务的满意度，无论是在总办事处还是医院层面，均有由管理人员和医务人员组成的特别小组，负责调查、跟进和回复每一个投诉个案，务求公众的满意，并以此作为改善服务和制定管理政策的依据。

4.通过多学科合作提供全面医疗护理服务和进行持续质量改善，谋求组织转变与发展。这一策略旨在通过引入现代医疗管理理念和培训，采取多学科合作，注重一线临床医护服务小组的发展，培养其所需的专业知识和技能，为病人提供全面的医疗护理服务。医管局管理者认识到，医管局的成功有赖于群策群力和持续改善质量的组织文化。因此，医管局鼓励员工在各方面的工作中推行持续质量改善的措施。如上所述，医管局大部分医院都设有医院管治委员会，其决策讨论机制有利于这一策略的实现。

5.促进基础设施的发展与创新，以支持服务的改善。医管局除致力于发展临床医疗科技外，也注重基础设施的发展和创新。例如系统地提升医院的设施水平，配合管理的改善，确保病人感到舒适、方便；所有基础工程都严格遵循质量保证程序并引进健康安全标准；开发和完善医疗信息系统，为医护人员提供临床决策支持；实行后勤支持服务改革，提高公立医院服务质量和成本效益；制定统一的财务管理信息框架，强化内部资料标准的一致性，方便医院间的比较，也方便管理层进行有效的资源规划和管理，等等。

医管局每年的工作计划都是根据上述五项整体发展策略拟定的，经广泛的公众咨询等程序制定，以实现其整体目标。

八、医院管理局运作机制的特点

(一) 政府保证经费投入

2008 年，政府对医管局的拨款为 299.15 亿港元，占其总收入的

90.7%，向病人收取费用收入仅占其总收入的 8.7%(包括医疗费用收入和非医疗费用收入，其它 0.6%来自于社会捐赠)。这种政府主导的高福利医疗卫生制度，保障了市民在纳税后平等地享有几乎免费的医疗卫生服务，体现了较高的公平性和可及性。

(二) 管办分开

香港实行的是“管办分开”的医疗服务管理体制，其管办分分开两个层次。在宏观层面，食物及卫生局负责“管”，管政策、管拨款；医管局负责“办”医院，推行政策，提供服务。在微观层面，医管局内部也实行的是管办分开，即医管局大会董事局负责“管”，管方向，管策略；行政人员负责“办”，推行服务，执行决策。通过实行问责制，行政人员要向医管局董事局汇报，医管局要向食物及卫生局汇报。

(三) 高度统一的运作模式

医管局是一个庞大的机构，但其运作却是高度统一的。医管局在政府卫生政策的指导下，宏观上依据社会需求和疾病谱确定优先项目，微观上以病人为中心来考虑重点规划方向。医管局建立了“年度工作规划制度”，每年开展一次工作回顾总结，明确下一年度的发展重点和资源分配方案，并制定年度工作规划，来统一工作路线，确保下辖的各联网、各医院奉行共同的宗旨，发展与医管局的整体方向相一致。各医院联网的营运开支是由总办事处拨款，统一安排医疗设备、药品等医用物资的采购和食品制作、物料连锁管理等支持性服务，采用同一套规章制度(包括财务、人事等)和统一的信息平台，减少资源重复投入，提高效益。

(四) 充分的放权

医管局在统一管理下，对各联网充分的放权。联网总监可以对区域内的医疗资源进行自主调配，以使各医院的定位更为清晰，医院之

间相互配合协作，相互支持，弥补不足。这样一来，每一联网内的医院按照其服务性质分为急诊医院和康复医院，在每一所急诊医院的附近都有 1~2 所康复医院与之配套。在这种集团化的管理模式下，联网总监就像是“大院长”，各医院的行政总监相当于业务院长。联网对各医院行政总监也实行充分的权力下放，确保服务前线有困难时管理者有权力去解决问题。

参 考 文 献

- [1]. 香港政府统计处网站. <http://www.censtatd.gov.hk>.
- [2]. 香港卫生署健康宝库网站. <http://www.healthyhk.gov.hk>.
- [3]. 香港医院管理局网站. <http://www.ha.org.hk>.
- [4]. 香港食物及卫生局网站. <http://www.fhb.gov.hk>.
- [5]. 香港卫生署网站. <http://www.dh.gov.hk>.
- [6]. 香港中医药管理委员会网站. <http://www.cmchk.org.hk>.
- [7]. 冯蕾. 港式“管办分离”——访香港医院管理局专业事务及运作总监张伟麟医生. 中国医院院长, 2006,(16): 26-29.
- [8]. Peter P. Yuen. The Corporatization Of Public Hospital Services In Hong Kong: A Possible Public Choice Explanation. Asian Journal Of Public Administration Vol.16, No.2 (Dec 1994):165-181.
- [9]. 浦启华. 香港的医疗制度及其改革. 当代世界与社会主义, 2008, (6): 174-178.
- [10]. 张大成. 香港管理局五个发展策略. 中国医院管理, 1997, 17(7): 23-25.

上海市卫生统计指标体系研究^[5]

复旦大学公共卫生学院 赵耐青 罗剑锋

国际上对卫生统计指标体系的研究已有几十年的历史，已形成了一些科学、逻辑性强的卫生指标概念框架和相应的指标体系。影响比较大的有 WHO 的卫生统计指标体系、OECD 的卫生统计指标体系、《千年宣言》和《千年发展目标》（MDGs）中的卫生指标。为了适应新形式的要求，中国卫生部统计信息中心于 2007 年组织构建了一套中国国家卫生统计指标体系。

上海具有自身独特的特点。面对迅速的老龄化，和全国的经济中心，上海有丰富的卫生资源，上海的卫生医疗机构不仅承担了上海市常住人口的卫生医疗服务，而且还承担全国各地到上海求医患者和外来人口的医疗服务；同时全球化和信息化的进程影响着上海的方方面面，上海正以建设成为亚洲一流医疗卫生中心城市为目标全力迈进。这些都不仅要求有适应上海自身特点的卫生统计指标体系，来反映上海的卫生状况和卫生工作，而且要求上海的卫生统计指标能满足和国际交流的目的。同时，各种信息化建设使得各种信息的收集更为全面和快捷，也对如何使用信息提出了更高的要求。

一、上海市卫生信息系统现状

目前，上海的卫生信息系统基本上处于国家和上海的双重系统并

⁵ 本研究项目是上海市卫生局 2007 年资助的卫生政策研究课题，于 2008 年 7 月份结题。（编者注）

存的状态。在 2008 年之前，上海各级卫生机构既需要根据《2002 国家卫生统计调查制度》的要求向国家报告卫生数据；又需要填报“沪卫统表”满足市卫生局的要求。随着《2007 国家卫生统计调查制度》的颁布，国家根据实际需要和实际工作情况增加了一些新指标，这样国家的要求和上海原来的要求就比较接近了。目前上海正处于从“沪卫统表”向《2007 国家卫生统计调查制度》要求过渡的阶段。

现有上海的卫生信息的产出主要有《上海卫生年鉴》和《上海市主要卫生统计数据》（小册子）。《上海卫生年鉴》的指标分布主要以卫生资源、健康状况、预防、妇幼、医疗以及基建投资为框架，以报告常规收集的数字为主。《上海市主要卫生统计数据》主要内容有：卫生基本情况（包括机构、床位、人员）、全市人口变动情况、妇幼卫生、防病工作、农村合作医疗、医疗业务、院前急救、卫生事业经费和献血用血情况。数据缺乏对卫生信息进行深入分析的指标。

除此之外，卫生局还得满足公安局、统计局等其他职能部门对卫生信息的要求。虽然他们涵盖了大量的卫生信息，但是这些指标和数据在某种程度上已经不能满足实际工作的需要了，有些“不解渴”了。

二、上海市卫生统计指标体系存在的问题

上海现有的卫生统计指标暴露出一些不足与缺陷，主要可概括为“三不”，即不接轨、不适用、不应用。

“不接轨”是指上海卫生指标与某些国际或发达国家指标体系不接轨，主要表现为概念框架上的不接轨、指标设置上的不接轨。

“不适用”是指上海现有卫生统计指标不能完全反映上海当前的卫生状况和特点。如今，联合国千年发展目标已走完一半，中国也步入了第十一个五年计划，中国医疗卫生体制改革深入人心，上海也出台了一系列相关的配套措施和规划。然而，上海至今使用的仍然是多年前制定的卫生指标，在上海卫生发展的当前形式下已不能完全满足国家对卫生统计工作的要求，也无法完全满足上海市卫生局及各职能部门的需求。

“不应用”是指已存在的一些卫生指标在实际工作中未被卫生部门充分应用。

上海需要的是一套可以在各领域层面，对大卫生系统的工作内容和效果进行评价与信息发布，同时可以为客观系统地反映工作中的问题、调整公共卫生策略、制定合理的公共卫生政策等提供依据的科学完整的卫生统计指标体系。

三、主要研究结果

（一）卫生指标体系概念框架

结合我国和上海现有的卫生体制的特征及卫生数据的管理方式，借鉴中国公共卫生指标体系概念框架，上海市的卫生统计指标概念框架如图1所示。概念框架设计可概括为基础、过程、条件和结果，包括五个维度：健康状况、非医学健康因素、卫生系统的绩效、卫生系统的特征、政策和文化特征；公平性则贯穿五个维度始末。为了确保上海卫生统计指标体系的全面性和科学性，在选择上海卫生统计指标

时应考虑在这五个维度上都有完整的覆盖。

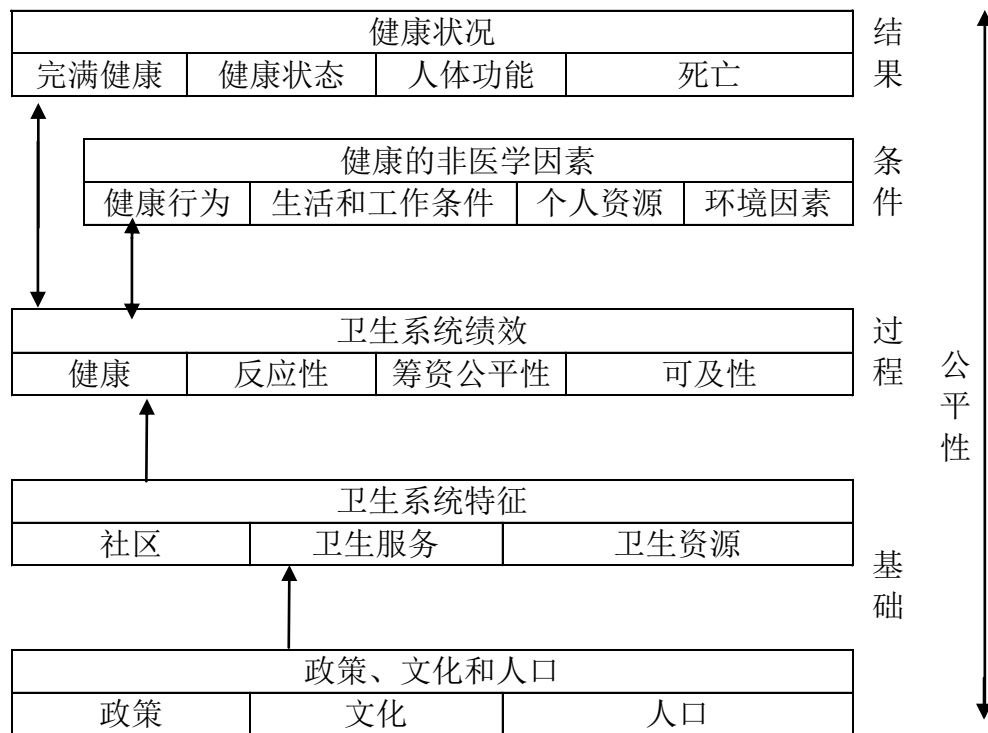


图1上海卫生统计指标概念框架图

在文献研究、问卷调查、专家论证会、深入访谈和实证研究的基础上，确定了上海市卫生统计指标体系的 8 个方面的一级指标，42 个二级指标，285 个三级指标。三级卫生统计指标体系和指标纳入符合 6 个原则：科学性原则，系统性原则，代表性原则，动态性原则，可行性原则和稳定性原则。

(二) 上海卫生指标体系研究和设置

根据概念框架的五个维度结构，将WHO、OECD、中国和上海的卫生指标体系整理如表1所示。

表 1 上海与国内外卫生统计指标分类及数量比较

归类	WHO	OECD	中国	上海
	健康状况 (15)			
健康状况	健康的不平衡性 (4)	健康状况 (11)	健康状况 (49)	人口出生、死亡情况
健康的非医学因素	危险因素 (9)	非疾病原因健康状况 (5)	[健康状况] [预防保健]	
卫生系统绩效	卫生服务覆盖 (13)	卫生费用 (24) 卫生保健 (11)	预防保健 (63) 医疗服务 (32) 卫生监督 (19)	预防工作情况 妇幼卫生情况
卫生系统特征	卫生系统 (5)	卫生资源 (7) 卫生保健资金 (4) 药品市场 (3)	卫生资源 (52)	基本情况 医疗工作 基建投资情况
国家政策、文化、人口	人口社会经济状况 (7)	社会保障 (3) 人口学 (4) 经济 (2)		人口出生、死亡情况

可以看出，对于 WHO 和 OECD 的各卫生统计指标体系，虽然在指标数量上有着比较明显的差异，但都有比较清晰的五维结构。相对来说，中国的一级指标没有办法很清晰地被划分为五类，但是其二级指标实际上也覆盖到了各个维度：例如，中国健康状况的指标同时包含有健康状况以及环境与行为影响因素两类指标；而中国预防保健的指标又同时包含有卫生系统和环境行为影响因素两类指标。而国家政策文化人口指标在中国卫生指标体系中未涉及，似乎是被有意识忽略掉的一个方面。上海的卫生统计指标由于缺乏体系，因此无法统计指标总数，分类上也是根据上海卫生年鉴上 30 张表格的分类划分，并

不能称为一级指标。可见，上海卫生指标体系的规范化，确实很有必要。

因此，课题组特别邀请了市卫生局及学校相关专家进行上海卫生统计指标框架的论证会，确定了上海卫生指标体系框架应当以中国卫生指标体系的框架为基础，吸收国际组织指标体系的先进概念框架。其理由是：首先，上海是中国的组成部分，必须定期向国家上报规定的卫生信息，如果采用了国际组织的框架收集指标，势必造成信息的上报困难，降低效率；其次，上海的卫生机构职能设置与国家的一致，采用国家的框架结构，可保证与上海的卫生机构设置以及卫生数据传报系统比较吻合，方便卫生信息的收集。同时，为了指标体系的完整性，我们补充人口社会经济学状况的一级结构。另外，我们将原来放在国家卫生指标体系的预防保健部分的医疗保障制度单独提出来，作为与预防保健同级的一级结构，再增加医学教育和科研，使得医、教、研三个部分更加全面，最终得到如下表的上海卫生统计一级指标。

表 2 上海卫生统计一级指标框架

一、人口社会经济状况	五、医疗保障制度
二、健康状况	六、医疗服务
三、预防保健	七、医学教育、科研
四、卫生监督	八、卫生资源

在一级指标的框架下，根据各个大类的工作覆盖情况设置二级指标。二级指标的设置力求涵盖一级指标下属的各个方面，对于不同的一级指标，二级指标的设置逻辑有所不同。比如预防保健和卫生监督尽量按照实际的科室设置和服务内容来设置，医疗保障制度按照类型

来设置，而医疗服务、卫生资源则按照各自的要素来设置。其主要框架参考《国家卫生统计指标体系》。

表 3 上海卫生统计二级指标框架

一、人口社会经济状况	人口情况（数量、结构）、经济指标（数量、公平性）
二、健康状况	寿命、死亡（率、构成）、病死、发病、患病、感染 生长发育、营养状况
三、预防保健	计划免疫、疾病防治（传染病、慢性病、牙齿、视力）、 孕产妇保健、儿童保健、行为和危险因素、健康教育
四、卫生监督	卫生监督概况、医政监督、饮用水、食品卫生、职业卫生、放射卫生
五、医疗保障制度	参保人数、机构、医保基金、新农合
六、医疗服务	门急诊、医疗急救、住院、社区卫生、医疗服务质量、 医疗服务水平、工作效率、医疗费用、药品、采供血
七、医学教育、科研	教育（医学生培养、继续教育）、科研（经费、论文、 奖）
八、卫生资源	机构、床位、人员、设备、用房、经费

四、重要指标的筛选

指标体系中的不同指标的重要性是不同的。从决策的角度说，虽然整个指标体系的指标具有全面、宏观和具体的特点，但是也有必要在众多的指标中筛选出相对重要的指标。一小部分关键的指标使得决策者能在尽量短的时间内了解本地区的卫生工作和卫生状况。以《上海市卫生统计指标体系》为基础，依据《上海市卫生发展“十一五”规划》、《WHO Health 2008》、《中国统计年鉴》、《上海卫生年鉴》等相关文献，并且通过专家咨询得到以下重要指标：

表 4 上海市卫生统计关键指标

序号	指标	序号	指标
1	平均期望寿命	15	年人均社区预防保健经费
2	健康寿命	16	每万人拥有救护车数
3	婴儿死亡率	17	院前急救平均反应时间
4	5 岁以下儿童死亡率	18	二级以上综合性医院治疗床位平均住院天数
5	5 岁以下儿童低体重率	19	中医医疗机构中医药治疗率
6	孕产妇死亡率	20	千人口医院床位数
7	居民死亡原因构成	21	每千人执业(助理)医师
8	自愿无偿献血比例	22	全科医师占社区临床医师的比例
9	医保覆盖率	23	每千人注册护士
10	医保基金结余	24	注册护士大专及以上学历比例
11	新型农村合作医疗参合率	25	疾病预防专业技术人员本科及以上学历比例
12	儿童免疫规划接种率	26	卫生监督员本科及以上学历比例
13	孕产妇保健覆盖率	27	人均卫生总费用
14	0-6 岁儿童保健管理率	28	卫生总费用占 GDP 比例

五、关于深化上海市卫生统计指标体系建设的建议

基于课题研究过程发现的一些问题,上海市卫生统计指标体系建设应加强领导,统一管理;加强信息系统建设;加强人员培训和指标培训。

(一) 加强领导,统一管理

目前上海的卫生信息传报从基层医院、疾控中心、妇幼保健院等基层单位,上报区级管理机构再上报国家卫生信息中心或者上海市卫生局。有的信息是网络直报,有的是报表。而且是处于《国家卫生调查制度》和上海市卫生局的双重要求之下,有些头绪繁多,条线交叉。

另外，上海市卫生局信息中心仅仅对“卫生信息直报系统”，而对于出生、死亡、传染病、妇幼、卫生监督等传报系统没有直接的管理，缺乏专业的信息管理。建议让某一个部门统一管理各条线的信息，以提高效率。

（二）加强信息系统建设

指标体系建设是信息系统建设的一个组成部分，指标体系的产出受到信息收集、指标计算、指标报告形成等过程的制约和影响。可在目前各个条线信息报告系统的基础上，根据上海市卫生统计指标体系的要求，建立信息各种直报系统。该系统最好具有良好的兼容性、可扩充修改、报告形式友好等特点。建立信息系统之后，可以根据各条线信息传报的规律，随时动态掌握上海市的卫生信息，为决策提供更好的科学支持。

（三）加强人员培训和指标培训

在调查中发现不同来源的指标，比如“十一五”规划或者国家卫生年鉴对于同一个指标有不同的名称，不同的调查对象往往对同一个指标有不同的理解。应对不同来源的指标统一解释，并且对相同意义的不同名称进行鉴别标注。对于从事信息收集、整理和计算的各个相关人员进行统一培训，使得相关人员明白指标的意义和要求。另外，应该配备专门的信息技术人员，从事网络、信息传递安全的工作。做好网络安全防范工作。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅）

欢迎读者来信批评指正，不吝赐稿。

来信来稿请寄：

北京西路 1477 号， 801 室，邮编：200040

联系人：陈力歌、林 海

电话：021-22121869、22121878

传真：021-22121879

电子邮件：lige.chen@gmail.com, lin_hai_@hotmail.com

网址：www.shdrc.org（上海卫生发展研究网）

内部资料，免费交流