卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2009 年 第 11 期
（总第 13 期）

上海市卫生局政策法规处
上海市卫生发展研究中心　　2009 年 11 月 23 日

编者按　随着近年来医药卫生事业的发展和改革的推进，各区县在改革的过程中也在不断加强卫生政策研究，并产出了很多优秀研究成果，本期卫生政策研究进展开始增设“区县之窗”栏目，集中展示区县的医药卫生改革成果及卫生政策研究动态。本期“区县之窗”栏目主要刊载闸北区卫生局的部分研究成果。同时自本期开始将陆续摘编已经完成的 2008 年度市卫生局政策研究课题的优秀项目成果。

此外，市卫生发展研究中心在传统情报分析方法的基础上，摸索了一套专用于卫生决策咨询的技术方法，为全行业提供“定题检索咨询服务”，通过服务提供如文献提要、相关媒体报道、政策评述等资料，本期摘编了林海同志的文章题为“医疗旅游的行业分析和启示”就是通过“定题检索”获得的研究结果。

2009 年度市卫生局卫生政策研究课题立项工作已于近期基本结束，本期对立项评审结果进行刊载。谨请各级领导参阅。

目　　录

区县之窗

上海市闸北区社区卫生服务绩效综合评价 1

1　前言 1

2　研究方法 2

3　研究结果 3

4　讨论 10

5　小结 12

上海市闸北区实施信息化管理对绩效工资的公平性分析..... 13

1　对象与方法 13

2　研究结果 14

3　讨论与小结 16

上海市闸北区社区健康管理的实践与成效 18

1　闸北区社区健康管理的工作流程及运作方法..... 19

2　闸北区社区健康管理的特点..... 21

3　闸北区社区健康管理的支持系统..... 27

4　小结 29

它山之石

医疗旅游的行业分析和启示 32

1　什么是医疗旅游 32

2　医疗旅游产生和发展的背景..... 33

3　医疗旅游人群的特征..... 33

4　医疗旅游对相关国的影响..... 34

5　医疗旅游的质量和安全..... 36

6　亚洲的医疗旅游目的地分析..... 36

7　对上海的启示 38

成果汇编

上海市促进基本卫生服务均等化研究 39

1　基本卫生服务均等化的内涵..... 40

2　基本卫生服务均等化的实施模式特点..... 41

3　上海市基本卫生服务均等化的实证研究..... 42

4　关于促进基本卫生服务均等化的政策建议..... 45

中心动态

2009 年度市卫生局卫生政策研究课题立项情况..... 47

卫生发展研究中心主要研究课题项目简介 49

上海市闸北区社区卫生服务绩效综合评价

闸北区卫生局

【摘要】 本研究从公平性、可及性、满意度等方面，多维综合评价闸北区社区卫生服务绩效，归纳总结影响闸北区社区卫生服务绩效的主要举措，探索分析影响闸北区社区卫生服务绩效的关键理念，旨在为改善我国社区卫生服务绩效提供参考依据。

【关键词】 社区卫生；绩效；综合评价

1 前言

社区卫生服务作为卫生系统的重要组成部分，自 1997 年《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》提出“改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”的重要决策后，我国社区卫生服务发展十分迅速。至 2008 年底，全国城市 6546 个街道中，3704 个街道设立了社区卫生服务中心（占街道总数的 57%），卫生人员数达 13.4 万人（其中卫生技术人员 11.1 万人），平均每个中心 36 人。规模小的街道和社区居委会一般设立社区卫生服务站，全国社区卫生服务站共计 2.4 万个，卫生人员 7.2 万人，平均每站 3 人。

2009 年中共中央国务院公布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，提出完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系。加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络，完善服务功能，以维

护社区居民健康为中心，提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务。转变社区卫生服务模式，不断提高服务水平，坚持主动服务、上门服务，逐步承担起居民健康“守门人”的职责。

闸北区是上海市最早开展社区卫生服务工作的城区之一，迄今已经历了探索起步(1998 年前)、功能转换(1998~2000 年)、标准化建设(2000~2002 年)、深化内涵发展(2003~2005 年)和综合改革(2006 年至今)五个阶段。经过十多年建设，闸北区已初步形成了政府承诺守信、组织网络健全、功能定位准确、服务内容充实、运行机制合理、管理体制规范、人才培养到位的社区卫生服务体系。

那么，闸北社区卫生服务体系的绩效到底如何？经过这些年的改革与发展其是否能实现目前的医改目标？这些问题对下一步的社区卫生服务改革与发展有着十分重要的作用。因此，本研究的目的为：多维度地综合评价闸北区社区卫生服务绩效，归纳总结影响闸北区社区卫生服务绩效的主要举措，探索分析影响闸北区社区卫生服务绩效的关键理念，为改善我国社区卫生服务绩效提供参考依据。

2 研究方法

2.1 研究框架

本研究采用医疗卫生体制改革绩效评价的指标框架，根据三个总体目标（改善国民健康状况、提高疾病风险分担、提高社会公众满意度）、四个

阶段性目标（增强卫生服务可及性、改善公平性、提高卫生服务质量和效率）对闸北区社区卫生服务绩效进行综合评价。

2.2 资料收集

现有资料，包括政策文件，统计年鉴与报表。

现场调查，包括社区卫生服务中心调查，社区居民调查，社区卫生服务人员调查。

2.3 资料分析

现有资料的再评阅与归纳，并结合定量资料的统计描述，进行综合系统分析。

3 研究结果

3.1 社区卫生服务的可及性与公平性

社区卫生服务的可及性包括物理可及性和经济可及性，公平性则体现在不同人群享有社区卫生服务的差异。

闸北区按照每 1~1.5 万居民设置 1 所规范化的社区卫生服务站的要求布点，现已建成集预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术服务指导于一体的社区卫生服务中心 9 家，社区卫生服务站 45 家，其中中医药特色的社区卫生服务站 30 家。居民步行平均 10 分钟可达最近的社区卫生服务机构。

同时，全面推广全科团队服务责任制度，以居住地管理为基础，建立服务责任区，实行“包户到人”、上门服务，基本达到每 1~1.5 万服务人口

设 1 个全科团队的目标，每个团队由全科医师、护士、公共卫生人员共 5~6 人组成，承担相应区域范围内的“六位一体”服务。每个全科团队与责任区内的居民家庭签订健康服务协议，承诺电话预约、预防保健、健康咨询、送医上门等服务项目，开展慢性病防治、儿童保健检查、老年人及残疾人理疗康复等，重点加强社区疾病的筛查监测和综合防治干预，为社区居民提供全面负责、全日服务、全程照顾的“三全”服务。截至 2008 年 12 月，闸北区已建成全科团队 43 个，有 272 名医务人员在全科团队中工作。

另外，闸北全区推广“全时、错时、延时、及时”的“四时”服务模式。社区卫生服务中心根据季节和自身条件，相应延长就诊时间；中医药社区卫生服务示范站实行 12 小时服务；双休日及节假日在社区卫生服务站开展医疗咨询、注射、输液、理疗、测血压及健康教育工作，并增设双休日上门服务；同时在社区卫生服务站点设立 24 小时电话服务热线等服务内容。

由上可见，闸北区社区卫生服务从机构的地理分布、服务人力以及服务时间上，达到较好的物理可及性。

另一方面，本次调查发现，闸北区财政调整支出结构，加大对社区卫生服务的投入，建立稳定的社区卫生经费投入机制，确保社区卫生服务的人员经费、公共卫生经费、基本设施建设经费以及专项经费等。1997~2009 年,社区预防保健经费投入从每万人口 4 万元增加到目前每万人口 50 万元，并适时将外来人口纳入防保经费的服务人口范围之内。

自 2006 年全区实施社区综合改革以来，社区卫生服务机构实施收支两

条线管理，社区卫生服务机构的收入与管理者和医务人员的利益分配不直接挂钩，从机制上切断社区卫生服务的趋利因素，减少大检查、大处方现象，减轻患者负担，使得社区卫生服务具有较好的经济可及性。调查显示，2006-2008 年，闸北区社区卫生服务门诊次均医疗费用呈现较为明显的下降趋势，次均药品费用有小幅上升，门诊次均总费用有所下降，低于全市平均水平，真正减轻了患者的医疗负担，凸显出社区卫生服务的公益性（见表 1）。

表 1 2006~2008 年上海市闸北区 9 家社区卫生服务中心门诊服务量及费用情况

项　目	单位	2006	2007	2008
门诊人次	人次	1744210	2156350	2547739
门诊次均医疗费用	元	34.99	30.17	28.56
门诊次均药品费用	元	85.31	85.82	88.83
门诊次均费用（医疗+药品）	元	120.30	115.99	117.39

社区卫生服务的公平性核心即为以需要为导向，闸北区各社区卫生服务中心和站点根据不同的服务人群，实行差异化服务。重点关注高龄老人、特困人员和残疾人等弱势群体，开展优先、优惠、优质的“三优”服务，提高社区卫生服务的公平性。对老年人特别是高龄老人提供“三级监控、三段服务”，定期上门服务，同时给予每人每年 1000 元的医疗补贴；对残疾人和康复期病人实施“人人享有康复服务”计划，提供卫生保健咨询和康复指导服务；为患有难以治愈病症的患者提供临终关怀服务等；对特困患者实施医疗费用门急诊高额减负、医保综合减负等医疗救助政策，防止低收入人群因病致贫。

3.2 卫生服务的质量与效率

本次调查结果表明，2006~2008 年，闸北区社区卫生服务门诊人次处于逐年上升的趋势，其中 2007 年比 2006 年上升了 23.63%，2008 年比 2007 年上升了 18.15%。社区卫生服务机构提供的基本检查项目（常规物理检查和实验室检查）的服务人数也是逐年上升。除心电图检查和生化检查以外，其他常规基本检查项目的服务人数上升幅度均达到 30%以上。社区卫生服务中心所提供的中医适宜技术及康复服务人次数连续两年呈现明显的上升趋势。中医适宜技术开展人次数 2007 年比 2006 年上升了 29.95%，2008 年比 2007 年上升了 19.13%;康复服务开展人次 2007 年比 2006 年上升了 62.91%，2008 年比 2007 年上升了 16.16%。

全区推广诊疗信息管理软件，推行“先看病、后结算”的“超市化一站式”收费模式，实现诊疗费用一次收取，减少病人不必要的中间排队付费的次数和等候时间，缩短病人的平均就诊时间。

表 2 2006~2008 年闸北区社区卫生服务中心医疗服务质量指标

项　目	单位	2006	2007	2008
住院病人治愈率	%	3.02	3.38	3.75
住院病人好转率	%	73.31	79.03	83.01
出入院诊断符合率	%	99.58	99.35	99.49
基础护理合格率	%	95.97	95.33	97.08
院内感染发生率	%	4.17	7.82	9.05
医疗纠纷发生数	次	61	58	50
护理差错发生率	%	0	0	0
医政处罚次数	次	0	0	0

如表 2 所示，2006~2008 年，闸北区社区卫生服务中心的医疗、护理质

量呈逐年稳步上升趋势，治愈率、好转率、合格率等指标均达标，且无护理差错及医政处罚记录。

公共卫生服务的调查结果显示，2006~2008 年，闸北区免疫接种率保持较高水平，麻疹、百白破、脊灰、卡介苗、乙肝接种率均为 100%，高于全市平均水平。2006 年以来，全区儿童的五苗全程接种率均为 100%，高于全市平均水平。2006~2008 年，闸北区户籍人口甲乙类传染病发病率保持较低水平，传染病漏报率保持为零，传染病报告率和管理率均保持 100%。心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤及其他慢性病的管理数、监测数、访视数都持续增加，高血压首诊测压数由 2006 年的 69779 上升到 2008 年的 158268，上升 126.81%；糖尿病病人管理数由 2006 年的 2512 上升到 2008 年的 5116，上升 103.66%；恶性肿瘤病人管理数由 2006 年的 8219 上升到 2008 年的 11709，上升 42.46%。2006~2008 年，闸北区慢性病规范管理率保持较高水平。户籍人口高血压患者规范管理率在 80%以上。糖尿病患者规范管理率高于上海市平均水平。

闸北区社区卫生服务中心自 2004 年开展居民健康档案建立工作，2006 年开发了以居民家庭健康档案为基础的公共卫生信息管理系统。2006~2008 年共建居民健康档案 84083 份，60 岁以上老年人建档 48615 份。2008 年，闸北区作为卫生部社区居民健康档案建设试点区，在继续扩大健康档案覆盖面的同时对已建档案进行更新，并进行了动态管理减少死档，提高居民健康档案信息的覆盖面和利用率。2006~2008 年，针对不同人群开展健康教育，以社区为基础，开展了重点突出的健康教育与健康促进活动。板报期

数和讲座次数持续上升，2008 年比 2006 年分别上升 50.53%、79.84%。

2007 年，闸北区开发了妇幼保健信息化软件，实现区域内妇幼保健信息交流与共享，提高了外来孕产妇的保健覆盖率。2008 年，孕产妇系统管理率为 89.5%，儿童保健系统管理率为 97%，均高于全市平均水平。

综上所述，闸北区对区域内社区卫生服务信息资源整合，借助以居民健康档案为重点，涵盖居民免疫预防、就诊、健康检查记录等方面的健康信息网络系统，社区医疗和公共卫生服务的效率与服务质量得到逐步提高。

3.3 社会满意度

本次满意度调查包括社区居民以及社区卫生服务机构的医务人员的满意度。

结果显示，77.6%的门诊病人可以选到自己心仪的医生看病，4.4%的门诊病人表示不能选择医生。患者除了对医疗水平和设备情况的满意度较低（仅为 58.6%和 46.0%）以外，其他各项满意度水平较高（均超过 70%）。

表 3 上海市闸北区社区卫生服务患者满意度情况

项　目	很差(%)	差(%)	一般(%)	较好(%)	很好(%)	满意度(%)	平均分
服务态度	0.2	1.0	9.4	50.7	38.6	89.3	4.27
尊重	0.1	0.5	9.9	55.2	34.1	89.3	4.23
仪表举止	0	0.6	11.9	56.3	31.0	87.3	4.18
隐私保护	0	0.7	14.1	52.9	30.5	83.4	4.16
方便程度	0.4	1.7	14.3	50.8	32.5	83.3	4.14
解释病情	0.1	1.6	16.6	54.4	26.8	81.2	4.08
征求意见	0.2	1.7	20.8	52.9	23.8	76.7	4.00
就诊环境	0.2	1.7	24.8	53.3	19.8	73.1	3.91
医疗水平	0.3	2.4	37.9	39.3	19.3	58.6	3.77
设备情况	0.1	4.3	47.5	39.3	6.7	46.0	3.55

79.6%的人认为挂号等候时间较短或很短，就诊等候时间认为很长或较长的患者占 20.4%，检查时间和取药时间患者普遍认为较短，超过 45%的患者认为门诊患者平均就医时间较短或很短。绝大多数受访患者表示诊疗费用差不多，可以接受。感觉不太贵和不贵的患者分别占 18.5%和 17.7%，然而仍然有 27.7%的患者认为医疗费用很贵或较贵。

社区医务人员的调查反映，总体而言，不满意与很不满意者占 4.4%，一般者占 30.7%，较满意者占 47.9%，有 16.9%的人表示目前工作很满意。工作回报满意度评价结果显示，医护人员对收入的满意度评分最低，其次为报酬分配、福利和考核制度，岗位评聘满意度最高（见表 4）。

表 4 上海市闸北区社区卫生服务人员工作回报满意度情况

项　目	很不满意(%)	不满意(%)	一般(%)	较满意(%)	很满意(%)	平均分
收入	19(4.0)	105(22.2)	208(44.1)	116(24.6)	24(5.1)	3.04
福利	5(1.1)	55(11.7)	203(43.2)	170(36.2)	37(7.9)	3.38
报酬分配	12(2.5)	71(15.1)	210(44.6)	146(31.0)	32(6.8)	3.24
考核制度	5(1.1)	26(5.5)	200(42.6)	188(40.0)	51(10.9)	3.54
岗位评聘	5（1.1）	27(5.8)	176(37.5)	199(42.4)	62(13.2)	3.61

相对于工作回报，医护人员对工作环境的满意度比较好，对同事关系的满意度更高。92.0%的社区卫生服务人员参加过不同形式的培训，对培训内容、时间、流程很满意的人员分别占 14.5%、12.1%和 13.2%，而不满意和很不满意的人员比例分别占 3.8%、5.5%和 4.2%。对于培训的效果，绝大多数医护人员表示满意或很满意，其比例占 56%。

3.4 居民的健康状况

社区卫生服务发展最终目标是为了改善居民的健康水平，闸北区总体健康状况已处于上海市中等水平，在全国范围内处于较好水平，基本接近发达国家水平。居民期望寿命呈逐年上升趋势，从1989年的74.74岁增加至2008年的81.67岁，20年间共增加了6.93岁。闸北区近10年来孕产妇死亡率一直为零。监测资料表明，1995~1997年间，5岁以下儿童死亡率高达10‰以上，而1997年以后呈现明显的下降趋势，下降幅度达65.02%。2008年5岁以下儿童死亡率和上海市水平基本持平。1995~2008年闸北区婴儿死亡率总体呈下降态势，2007年最低达到了2.20‰。闸北区婴儿死亡率总体略低于上海市平均水平，远远低于全国水平。

4 讨论

4.1 改善公平，提高社区卫生服务绩效，坚持政府主导，突出社区卫生服务公益性

增强服务可及性，改善服务公平性是提高社区卫生服务绩效的重要内容。本次调查显示，闸北区逐步加大投入，不断完善网络建设，社区卫生服务具有较好的可及性，并重点关注弱势群体的卫生服务需要，实行差异化服务，社区卫生服务公平性不断改善，这与闸北区贯彻坚持政府主导，突出社区卫生服务公益性的核心理念是密不可分的。

健康是人人都应享有的基本权利，通过提供必要的卫生服务，维护人群健康，保证公众在健康水平上的公平是政府的应尽职责。有研究证明，社区卫生服务是最具成本效益的医疗卫生服务方式，它既能为人群提供高

质低耗的基本医疗和预防保健服务，又能有效降低卫生费用，是实现卫生服务公平性的有效途径。国际性的医疗卫生实践也表明，社区卫生服务是成本效益很好的干预措施，应是政府承担主要责任的卫生服务领域。

因此，坚持政府主导，突出社区卫生服务公益性，完善以社区卫生服务为基础的城市卫生服务体系，是改善人群卫生服务公平性的关键之一。

4.2 基于信息系统应用，创新社区卫生服务模式与机制，提高社区卫生服务质量与效率

公平与效率是对立统一的矛盾关系，二者是相互对立、相互联系、相互影响而又相互发展的。卫生服务公平与效率是卫生可持续发展必须解决的两个关键问题。解决卫生服务中公平与效率的矛盾，关键在于使公平与效率之间维持一种必要的张力，寻找两者的最佳“均衡点”。有研究分析，加强卫生服务主体---卫生机构的管理与发展建设是保证卫生服务的公平性、追求社会公共利益的最大化、实现效率和公平的最大化。

2009 年我国新的医疗体制改革方案中就提出了“四梁八柱”，作为“八柱”之一的信息化是提高服务效率、促进卫生资源有效整合、满足居民需求的重要手段。建立居民健康档案、构建社区卫生信息网络平台是卫生事业发展的需要，也是未来社区卫生服务发展的方向。同时，完善卫生服务的管理体制、转变运行机制都是提高卫生体系运行效率的有力保障。

本次闸北调查也表明，整合区域内社区卫生服务信息资源，借助健康信息网络系统，转变社区卫生服务机构的运行机制，创新服务模式，社区卫生服务的效率与服务质量会得到有效提高。

4.3 突出“以人为本”，满足居民需求，提高社会满意度，改善健康状况，社区卫生服务绩效得以最终体现

本次调查结果表明，上海市闸北区社区卫生服务的总体满意度水平较好，大部分患者对就诊的社区卫生服务中心感到比较满意，认为在就医时受到应有的尊重和关怀，拥有择医自主权。居民总体健康状况已处于上海市中等水平，在全国范围内处于较好水平，基本接近发达国家水平。

众所周知，发展社区卫生服务的终极目标是为了提高人民群众的健康水平，因此，社区卫生服务绩效的真正体现也就在于提高社会满意度，改善居民健康状况，这就需要在发展实践中，坚持以人为本，了解居民真正的健康需要，不断完善社区卫生服务功能，拓展服务内涵，真正实现人人享有基本医疗和均等化的基本公共卫生服务，使得居民健康得到有力保障。

5 小结

上海市闸北区社区卫生服务发展坚持以人为本，遵循公益性原则，以创新为动力，依托信息化平台，有效改善社区卫生服务绩效，社区发展实践顺应当前医改方向，部分健康和服务指标已初步实现医改目标，其社区卫生服务模式具有一定的推广意义。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅 王月强）

上海市闸北区实施信息化管理对绩效工资的公平性分析

闸北区卫生局

【摘要】 本文运用定量与定性研究方法收集职工绩效管理评定方法与相关资料，旨在探讨社区卫生服务中心利用信息化技术建立职工绩效管理模块对职工绩效工资的公平性分析。研究组采用职工绩效监控管理模块进行职工绩效工资评定（相关系数为 r =0.355，P=0.048），以及对照组采用常规操作对职工绩效工资评定（相关系数为 r =-0.265，P=0.172）。其研究结果表明，社区卫生服务机构利用信息技术建立职工绩效管理模块对职工绩效工资进行综合评价更具有公平性。

【关键词】 社区卫生服务；卫生人力；信息化；绩效管理；公平性

社区卫生服务中心制定的职工激励机制是否完善直接影响医务人员工作的积极性。卫生人力绩效评价应建立在知识、服务劳动和人才价值的基础上，实现“按劳分配、效益优先、兼顾公平”的原则。目前多数城市社区卫生服务中心卫生人力资源绩效考核难以体现科学、公正、公开。彭浦社区卫生服务中心自 2004 年起运用信息技术实施卫生人力绩效考核方式，尽量消除人为因素对职工绩效评价的影响。本文利用信息技术实施卫生人力绩效考核探讨绩效工资评定的可行性与公平性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究组：上海市闸北区彭浦社区卫生服务中心，2004 开始运行信息系

统，通过 HIS 系统建立卫生人力绩效管理模块，对卫生人力绩效工资分配实施信息化管理。

对照组：本市某区某社区卫生服务中心，2004 年新建的社区卫生服务中心，门诊挂号与收费处实施信息化系统，卫生人力资源绩效考核主要根据职称和工作量。

1.2 研究方法

问卷调查：以调查表的形式收集两家医疗卫生机构门诊医生人数、2004~2008 年的门诊量和 2008 年基本工资与绩效工资数。

定性访谈：通过访谈，了解两组职工工作绩效考核方法、绩效评定因素及考评程序。

现有资料收集：收集两家医疗卫生机构院部管理层通过的职工绩效考核文件与管理制度。

2 研究结果

2.1 研究组实施信息化卫生人力绩效管理对门诊工作效率的影响

两组卫生服务人口数接近，分别为 14.08 万和 13 万人。研究组门诊医生 29 名，对照组为 42 名。两组 2004~2008 年门诊服务人次逐年增加。研究组年门诊量均高于对照组(见表 1)，平均高出 28.90%。研究组建立的 HIS 系统使门诊各点服务流程实现电子化，在医疗卫生人力资源少于对照组的情况下实现门诊服务量的最大化，这与信息技术支撑门诊患者在各服务点的时间缩短有直接关系。

表 1 研究组与对照组 2004~2008 年门诊量比较

	2004	2005	2006	2007	2008
对照组	248440	275061	305304	365019	415061
研究组	327184	355708	390293	466461	530714
差值百分比（%）	31.70	29.32	27.84	27.79	27.86

2.2 信息化对人力资源绩效管理的影响

2.2.1 卫生人力资源绩效管理方法

研究组在建立的 HIS 系统中设置了职工的基本工作量、超额工作量及复诊率、药品所占比例、均次费用等组成绩效考核模块。办公室主任每月计算职工绩效工资时可以在职工绩效模块中查询全院每个职工服务量和工作综合质量。设计的奖金基数和绩效评定计算公式由基本工作量、超额工作量和综合质量三部分组成。对照组对医疗卫生人员绩效考核方法是由人工操作计算的，绩效工资评定内容依据职工职称、工作年数和工作量对职工进行绩效工资评定，没有涉及医务人员个人素质与工作能力（见表 2）。

表 2 两组职工绩效工资考核方法比较

	研究组	对照组
奖金基数	奖金基数=工龄+职称+学历+岗位×系数/月 访谈反映：工作质与量与中心绩效工资评定关系密切	奖金基数=职称+工龄+工作量 访谈反映：工作量占奖金的份额较低，目前仍是大锅饭
绩效评定	1.绩效评定=基本工作量+超额工作量+质量考评 2.基本工作量=500 人次/月 3.质量考评=复诊率+药品所占比例+均次费用+二级质控+病人投诉	1.未有真正绩效考核具体指标 2.如果区医保办工作人员半年一次检查发现问题，对违规者象征性地罚些奖金
特点	1.有明确的绩效工资考核标准，发现问题及时改进 2. 职工根据绩效标准进行自我管理	1.缺少明确的绩效工资考核标准 2.职工不了解自己的业务质量和存在的问题

2.2.2 卫生人力资源绩效管理方法评价

研究组门诊全科医生绩效工资主要包括服务量和综合工作质量两部分，这些数据均在医生操作“全科医生工作站”发生诊治行为过程中进行存储，全科医生每月工作绩效奖金是由自己的医疗服务效率与工作质量所决定，减少了人为因素影响，消除了平均绩效分配制度的弊病，倡导了多劳多得，质优多得的绩效分配原则。根据研究组提供的29名门诊医生2008年服务人次、综合工作质量和绩效工资数据，采用 Excel 绘制绩效工资与服务质量的相关散点图，可以得出绩效工资与服务质量的相关程度较大，通过SPSS16.0软件对门诊医生服务质量和绩效工资进行Pearson相关分析(相关系数 r =0.355，P=0.048)，发现研究组门诊卫生人力的服务质量与绩效工资之间存在正相关。

根据对照组提供的 43 名门诊医生 2008 年服务量及绩效工资数据，利用 Excel 绘制散点图可以看出绩效工资与服务量几乎不存在相关，统计分析得到相关系数 r=−0.265，P=0.172，因此认为门诊医生服务量与绩效工资之间不存在相关关系。

3 讨论与小结

3.1 卫生人力资源绩效管理是促进卫生事业发展的保障

卫生人力资源是社区卫生服务中心发展的关键，人力资源管理是整个社区卫生服务中心管理的重点。广义的人力资源管理也就是人力资源开发与管理，即围绕着人力资产的获取和提升以及人力资产最大限度的发挥作

用所开展的各项工作。人力资源管理者既要有效保证社区卫生服务中心发展目标的实现，又要能够促进职工个人的发展，使人力资源管理的核心四步骤（激励、绩效管理、薪酬组合与福利安排）能够与个人行为相结合，从而激励人力资源个人的综合潜力，为社区卫生服务事业发展提供优质卫生人力资源。

3.2 利用信息技术实施人力资源绩效管理体现分配的公平性

研究组门诊医务人员的奖金基数和绩效评定设定的计算公式为：绩效评定=基本工作量+超额工作量+质量，绩效工资与完成工作的数量和质量紧密相关，使得医务人员根据服务数量和质量可以估算自己每月的绩效工资，有助于激发职工工作积极性，充分发挥他们的潜能和创造性，同时实现卫生人力绩效评价的公平性。研究组门诊医务人员服务的质与量和绩效工资存在正相关（P=0.048），对照组门诊医务人员服务质与量和绩效工资之间不存在相关（P=0.172）。对照组绩效工资主要由职务、职称和工作年限等因素决定，呈现平均主义倾向，不重视医务人员在岗位上质与量的表现，这对职工的工作热情具有一定的影响。

3.3 信息技术实施人力资源绩效管理减少了管理成本

研究组人力资源绩效管理是通过信息系统对服务质量的相关数据自动存储，每月对职工进行绩效考核只需从绩效管理模块中调取职工个人工作质量的数据进行绩效考核，全院卫生人力资源绩效工资评定时间只需半个工作日。对照组负责绩效工作评定管理者反映每月在职工绩效工作评定需要 2 个工作日。研究组全年需要 6 个工作日就可完成全院职工每月的绩效

评定，对照组全年需要 24 个工作日才能完成每月职工的绩效成绩评定。由于医疗卫生机构的特殊性，卫生人员的绩效奖金分配也较为复杂。彭浦社区卫生服务中心实施按劳分配和生产要素相结合，即工作风险、技术难度、医保费用控制、业务及服务质量等，制定绩效管理标准与绩效工资核算标准。利用医院 HIS 系统设置绩效管理与奖金核算标准模块，实现职工对绩效薪酬的关注，在相当程度上也反映了职工在医院内部价值的关注，激励职工的工作行为和态度朝本中心的总目标方向发展。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 张进 彭颖）

上海市闸北区社区健康管理的实践与成效

闸北区卫生局

【摘要】 本区立足于不断实践的基础，探索适合本区居民健康管理的流程与方法，从而实现“人群管理”和“个体化健康管理”的目标。研究结果显示，本区所辖社区高血压健康管理人群中血压控制率达到 61.76%，糖尿病健康管理人群血糖控制率达到 59.45%。同时结合本社区卫生服务中心服务特点，创建了“中医治未病”、“社区糖尿病防治”和“社区肿瘤防治”等具有特色的健康管理模式，为社区居民提供了优质、可行和人性化健康管理开辟新路径。

【关键词】 健康管理；社区健康管理；人群健康管理

“健康管理”是世界卫生组织（WHO）在维多利亚宣言中提出的以“健

康四大基石”理念为基础，以预防和控制疾病危险因素为核心，构筑“健康新起点”，最大限度地保障个人与群体健康，实施全方位“管家式”的健康管理服务。上海市闸北区借鉴国际健康管理理念，按照“战略前移”、“重心下移”的管理思路，根据闸北区人口学和疾病谱的特点，不断转化功能，深化内涵，从被动地“以病人为中心”逐步转向主动的“全人群管理”，从“生命某一阶段”到“‘胎儿-死亡’全程式”的个体化、系统化服务的发展，逐渐形成了以社区卫生服务基础，以人群为主导，强调预防、保健、医疗等多学科合作，为居民提供全程化的个体健康管理，开创了社区健康管理的新模式，从而有效地改善了社区居民的健康水平，提高了居民的生活质量。

1　闸北区社区健康管理的工作流程及运作方法

闸北区社区居民健康管理主要分为健康调查、健康评估和健康干预三个步骤，三个步骤环环相扣，周而复始（见图 1）。

1.1　健康调查

闸北区社区居民个人健康档案调查主要是指居民健康档案的采集。经过不断探索、调整和完善，目前闸北区社区居民健康档案作为社区卫生服务信息管理系统的一部分，主要包括个人、家庭基本信息，健康特征，主要健康问题，服务记录等模块（见表 1）。其中，大部分内容主要通过专项调查获取，并通过日常就诊和随访服务等方式进行补充更新。而健康维护中的健康筛查，则是定期对全人群启动专门的监测。比如，2009 年闸北区

政府专项经费投入，对 4.6 万居民针对性地开展了包括高血压、糖尿病、高血脂、慢性肾病、大肠癌、乳腺癌在内的健康筛查。通过健康档案信息采集和汇总，为后续的健康评估和健康维护计划的制定做好铺垫。

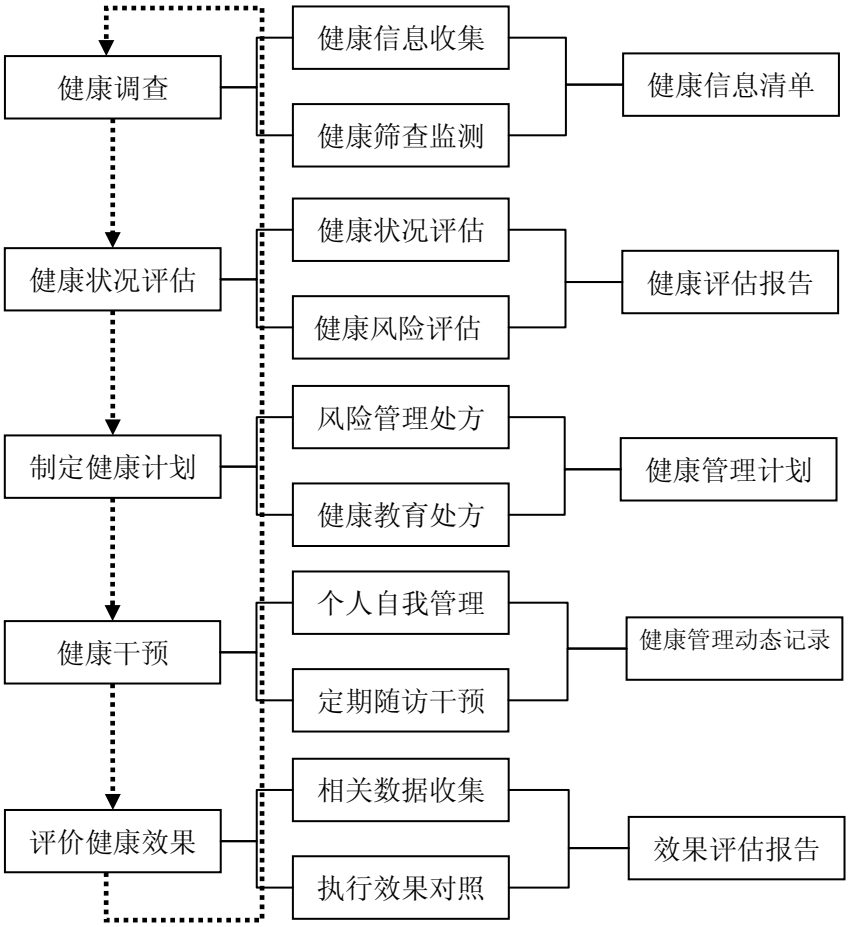

图 1　闸北区社区健康管理的工作流程

1.2　健康评估

在健康调查的基础上，借助计算机系统，参考和结合国际上公认的一些健康评价问卷和上海市提出的技术方案，如 36 项健康调查表（SF-36）、焦虑自评量表(SAS)、老年抑郁量表(GDS)、代谢综合征及其高危人群的诊

断标准等等，并与专家评估相结合，对每位服务对象的健康信息、临床数据进行统计分析，综合个人生活行为、生理心理、社会环境诸多因素的前瞻性，对综合健康得分、心理压力的风险，危险性疾病等进行定量分析，同时，定性概括个人的相关危险问题及风险性的大小，从而对服务对象作出科学、综合、可信的健康评估结论。

表 1 闸北区社区健康档案模块与主要内容

模块	主要内容
基本信息	人口社会经济学特征
健康特征	出生记录、身高、体重、血型、过敏史、月经史、婚育史、献血史、残疾史 自动生成相关年龄段的指标（动态）
主要健康问题	影响健康因素：生活行为习惯 、家族史、暴露、心理因素、社会环境因素 主要疾病：现患病、既往史（疾病、外伤、输血、手术用药史）
服务记录	健康维护：预防保健（免疫接种、妇保、 儿保、老年保健）、健康筛查、健康教育 疾病管理：传染病、慢性非传染性疾病、伤害、康复 诊疗记录

1.3 健康干预

在专家的指导下，在明确人群疾病危险性及疾病危险因素的分布后，按照居民健康管理目标，针对存在的问题制定健康改善和健康促进方案，筛选和制定出个人健康改善的行动计划，对不同危险因素干预提供健康指导和健康处方，向居民提倡有利于健康的行为生活方式。

2 闸北区社区健康管理的特点

闸北区社区个体化健康管理总体上呈现出可行性、多层次、综合性、连续性、规范化、人性化六大特点:

2.1 可行性

闸北区居民个体化健康管理充分考虑到在社区的可行性。首先体现在

人群健康检查，人群健康检查与监测分为必检项目和选择性项目，其中必检项目精选了针对性强、特异性和敏感度高、临床意义大和费用低的项目，如 BMI、血压等。选择性项目也能在社区开展，在健康干预的疾病上，不仅选择了当前对居民健康造成严重威胁、能早期发现并且有有效的治疗和预防方法的疾病，同时选择了筛查方法安全、简单、低成本高效益、便于社区操作和居民易接受的疾病。在健康干预手段上，尽量采用社区适宜的，可以开展的技术。

2.2 多层次

在健康筛查监测的选择性项目上，按照居民的不同年龄段、性别和生活环境，不同健康危险因素和易患疾病的特点，分别设计了具有针对性的健康检查项目和复查周期（见表 2）。其次，在健康干预时，根据健康调查的信息，通过健康危险因素评估，对一般人群、高危人群和患病人群实行分类健康管理。对于一般人群，积极开展健康教育，着重于生活方式进行持续性干预和监测，引导社区采取健康的生活方式；对于高危人群，让服务对象准确了解自己的健康情况和潜在隐患，定期进行防治疾病的宣传和咨询，给予健康生活方式的指导，做好早发现、早诊断和早治疗；对于现患病人，开展定期随访，指导医疗需求和医疗服务，辅助临床决策。针对危险因素的不同组合制定个性化的健康计划，使每个人都能针对自己的危险因素采取措施，纠正不健康的生活方式，降低危险因素，进而控制疾病的进一步发展。对于残疾人和精神疾病患者，则进行康复指导，不仅注重缓解病痛，更注重病人功能性能力的恢复，进行必要的心理指导，尽量减

少疾患的影响。同时结合每个人的生理心理素质、家庭环境、健康状况、文化差别、疾病指标和服务需求等不同，因人而异，制定个性化的健康管理方案。

表 2 社区健康筛查监测项目

年龄段	项　目	筛查内容
18~34 周岁	高血压	血压
35~39 周岁男性	高血压、糖尿病、高血脂	血压，血脂、血糖、肾功能、血尿酸
35~39 周岁女性	高血压、糖尿病、高血脂、乳腺癌	血压，血脂、血糖、肾功能、血尿酸、血癌胚抗原检测、乳房检查
40~64 周岁女性	高血压、糖尿病、高血脂、慢性肾病、乳腺癌、大肠癌	血压，血脂、血糖、肾功能、血尿酸、血癌胚抗原检测、乳房检查、大便隐血试验、尿微量白蛋白
40 周岁以上男性、65 周岁以上女性	高血压、糖尿病、高血脂、慢性肾病、大肠癌	血压，血脂、血糖、肾功能、血尿酸、血癌胚抗原检测、大便隐血试验、尿微量白蛋白

2.3 综合性

首先，在服务对象上，不仅关注病人，而且还关注具有发病风险的高危人群和健康人群。

其次，在服务内容上，从“重点关注疾病的诊疗”扩大到“基本医疗、预防、保健、健康教育、康复、计划生育指导”等延伸性服务，从生理、心理、家庭到环境，全面关心服务对象。2004 年，上海市首个“癌症姑息治疗中心与康复社区支援中心”在闸北区彭浦社区卫生服务中心成立。在姑息治疗的要求下，社区医生除了要对出院的肿瘤患者进行随访复查、预防复发、家庭护理外，还要求与患者及其家属沟通，对家属定期做心理需求筛查评估，对患者的日常生活进行系统指导，从而实现从医院到社区的无缝隙对接，对肿瘤患者实行连续性、全方位的康复性治疗，使患者有效把握与维护自身健康，改善患者症状，延长生存期，提高生活质量。

第三，在服务方式上，从医院“坐堂待诊”转向健康管理人员主动深入社区和家庭，采取灵活多样的健康管理方式。如以高血压患者管理为例，包括：①宣传教育模式：定期举行专家讲座和咨询，讲授高血压防治常识和高血压并发症预防方法；制作和发放健康教育卡片、宣传手册，介绍预防并发症的新进展；健康管理责任医生与患者一对一的沟通交流，解答患者的疑问；②沙龙模式：组织开展高血压健康管理沙龙，以俱乐部和联谊会的形式促进患者座谈、交流、自我管理，并由社区医生面对面给患者心理支持；③家庭干预模式：注重生活环境对疾病控制的影响，以家庭为单位进行健康教育，发放控盐勺、控油壶等，制定符合患者需要的个性化饮食菜单，给患者发放计步器，制作健身套餐。发动家庭成员进行帮助监督，增加患者、医生和家属三者之间的沟通，促成饮食与运动干预方案的有效落实；④定期随访：责任医生应通过电话、手机短信、问卷调查等方式定期随访、测量血压和督促全面体检，通过跟踪回访，了解患者执行健康管理方案的情况及存在的问题，及时给予针对性的指导。

第四，在服务技术上，根据现实情况和居民需求，紧紧抓住中医药“简、便、验、廉、效”的特点，在居民健康管理实践中，积极推广运用中医适宜技术，使中药调养、针灸、推拿、气功导引、食疗等多种中医药特色健康维护干预措施充分参与健康管理体系，在健康人群中积极推广养生保健体操（拳）和特色膳食等，体现了国家政策导向，符合“三医”改革目标，深受社区居民欢迎。逐步形成了具有中国特色的社区健康管理模式。

2.4 连续性

闸北区社区个人健康管理还体现出连续性和全程性服务的特点。第一，贯穿服务对象的生命全过程服务。近年来，闸北区社区卫生服务的功能不断拓展，内涵不断深化，目前已能提供包括新生儿期、婴幼儿期、青春期、孕产期、中年期、更年期、老年期、高龄期等不同时期的“分段式”社区疾病监测及保健服务。第二，2006 年 9 月开始，闸北区各社区卫生服务中心陆续与上海市第十人民医院、上海市中医医院及闸北区市北医院等区域内的各级医疗机构建立了“双向转诊”制度，社区居民“小病康复在社区，大病急症进医院”。双向转诊路径规范了医疗行为，提高了社区医务人员的业务水平，“绿色通道”的建立，有利于危重患者及时抢救，同时也实现了对患者的连续性照顾，社区卫生服务也越来越发挥出疾病预防守门人和费用控制守门人的作用。从疾病发生的“上游”入手，对健康人群和高危人群健康危险因素评价、筛查、定期随访宣教；疾病发生后定期按需门诊或上门随访管理，必要时建立家庭病床；在疾病急性发作或恶化时通过双向转诊路径的应用，转到上级医院诊治，在年终阶段，实行社区临终关怀服务等。由此，组织家庭、社区和医院之间的“一条龙”服务系统，提供“接力棒”式快捷、无缝隙、深层次的服务，实现健康向疾病转化和疾病发展全过程的监控和管理。

2.5 规范化

为了促进规范管理、责任明确的良性运行机制的建立，闸北区统一了健康管理人员岗位职责制。另外，成立的专家组会同疾控中心等专业站所，以卫生部《慢性非传染性疾病预防医学诊疗服务规范》、《上海市社区高血

压防治指南（试行）》、《上海市社区糖尿病防治指南（试行）》和中华中医学会等制定的有关标准作为参照，制定并每年更新适合闸北区社区全科团队操作的技术规范、操作手册及管理路径等，并且在疾病预防控制中心等专业站所的技术指导下，规范管理与评估，有力保证了健康管理方案的实施。

2.6 人性化

开展各种形式的人性化服务是闸北区社区健康管理工作的又一大特点。如通过了解居民健康需求，推出干预菜单，由居民选择适合自己的干预方式；建立“绿色通道”，为居民提供全天候、全方位服务。目前，闸北区各社区卫生服务中心和站点均开通热线电话，医务人员公开手机号码，为居民提供 24 小时慢性病防治、中医药养生保健、老年保健、康复和计划生育指导等电话咨询服务。自 1999 年开设热线电话以来，全区热线电话和呼叫上门服务每年达万余次；宝山社区卫生服务中心针对老年人日趋严重的心理问题，在原有的心理护理和健康教育的基础上，推出“聊天护士”特色服务项目，并设立了“聊天室”。建立聊天护理服务的基本框架和保障措施、培训一支聊天护士队伍，这都体现了聊天护理服务在社区护理中的功能和作用。通过“聊天护理”的干预，对老年高血压患者的知信行有明显的促进作用，有效降低了老年高血压患者脑卒中并发症的发病致残率，提高了老年人生命质量。

3 闸北区社区健康管理的支持系统

3.1 信息化支持系统

为了使社区健康管理和健康档案有机地联系在一起，真正实现动态管理，信息系统支持不可或缺。作为卫生部健康档案信息化试点区，从 2000 年起，闸北区率先在彭浦社区卫生服务中心进行信息化建设试点，探索居民电子健康档案的研发。2004 年建成以居民健康档案与临床信息一体化的信息平台。随后，又逐步将独立开发的 IC 卡儿童保健电脑管理系统、居民健康信息和疾病监测预警系统软件、社区高血压管理信息系统、结核病“三位一体”管理信息系统等和电子健康档案链接融合，逐步实现“多档合一”，从而使闸北区社区健康管理信息基本实现了包括根据体检信息自动实现人群分类、危险分层、随访内容和时间提醒、急性事件报告等在内的“社区全人群信息化管理”和包括危险因素干预、高血压用药、随访技巧等专业知识及管理水平进行管理的“社区专业人员信息化管理”。随后，社区健康管理信息系统又与医院信息系统整合，使两系统病人信息互通。2007 年闸北区基本实现区域联网和 17 家医疗机构、45 家社区卫生服务站点的信息共享、异地调阅，并建立了专家、社区医生、患者信息沟通平台。进而又开展了电子双向转诊和检查结果互认的服务等。

2008 年，在用活居民健康档案、实现居民健康自我管理方面，闸北区又开发了加密存储个人身份认证的“健康钥匙”。居民只要登录闸北卫生信息网，将“健康钥匙”插入电脑 USB 接口，就可以通过电脑查询到个人健康档案、免疫接种计划，在本区医疗机构的诊疗记录、检查化验结果、费

用明细等，获得针对个体健康状况给出的健康教育指导。随着功能的不断拓展，利用“健康钥匙”还能逐步实现在家预约挂号、预约随访、与医生互动、健康咨询、对医疗卫生服务满意度反馈等服务。在居民积极参与关注和管理自己的健康方面，“小钥匙”发挥了“大作用”。

综上所述，居民电子健康档案真正实现了健康信息的集成和整合，它包括区域内医院就诊记录、社区保健记录、医疗护理记录、个人基本健康信息和随访信息等，记录一生中各种健康相关信息，整合多方采集和多种格式的数据信息为一体，成为真正意义上的个人终生健康档案。

3.2 技术支持系统

健康管理涉及内容广泛，如社区诊断、健康档案管理、健康教育、慢性疾病控制、精神卫生、妇幼保健、老年保健、康复等诸多内容，如社区卫生工作者个人无法做到集这些知识于一身，但如果形成团队，他们可达到取长补短的目的，开展多种形式的预防和治疗活动，从而完成对辖区人群基本的健康管理。为此，闸北区积极组建社区健康管理责任团队，搭建防治结合专业队伍。目前，全区 9 家社区卫生服务中心已经组建了 45 支全科团队，团队人员由全科医生、公共卫生医生、护士等专业人员组成，为辖区内固定人群服务，成为闸北区社区居民个人健康管理的主力军。

为了促进健康管理内涵建设，提高服务质量，医务人员应成为有病会治、无病会防、各科全通、服务家中的全科人才。闸北区卫生局积极开展了职称、学历和岗位培训等多种形式的全科团队培养，在工作实践中采取请进来、送出去及补缺培训形式努力打造一支结构合理和素质优良的服务

团队，如邀请复旦大学公共卫生学院、上海第二医科大学、上海职工医学院对社区卫生工作医务人员进行系统培训，考核合格后方可上岗；选送社区卫生服务中心的医生到上海职工医学院进行全科医师培训，全科医生上岗培训率达 100%；承办并积极组织参加全国中医药参与社区卫生服务培训班，上海市全科团队公共卫生知识技能培训班。另外，还积极引进专业技术人员和大专院校毕业生，不断充实社区卫生服务队伍，为社区卫生服务建设增添骨干力量，从而促进了社区健康管理的可持续发展。

为了实现服务供方高效率、需方低成本的总目标，近年来，闸北区积极致力于资源整合，强调各医疗机构应统一协调和密切协作，实行服务一体化；聘请三级医院主任医师到社区担任首席医生，帮助社区卫生服务中心严把医疗质量关，落实“双向转诊”，在社区卫生服务中心与三级医院之间架起一座桥梁，并协助提高社区医生团队的技术水平。上海市中医医院为区内所有社区卫生服务中心成员免费定期培训针灸、推拿治疗方法，开展大型群众咨询活动，“坐堂”老年大学普及中医知识等。“癌症姑息治疗中心与康复社区支援中心”的社区医生有机会接受长征医院肿瘤科医生的专业培训，给患者提供更专业的服务。在糖尿病管理方面，各社区卫生服务中心积极与上海市糖尿病研究所、第六人民医院进行合作，依托资源和技术优势，培养糖尿病管理的专门人才，不断提高综合治疗水平，改善服务质量。

3.3 社会支持系统

闸北区社区个人健康管理充分考虑整合利用现有的各种层次的社会公

共服务资源。社区卫生服务中心大力倡导与街道、社区合作，形成患者、医院、社区和政府的新型合作伙伴关系，组建社区卫生综合服务团队，共同做好居民健康管理。医院服务团队深入社区，充分利用社区平台，开展培训、讲座、版面宣传、健康咨询、社区义诊、跳保健操等形式多样、通俗易懂的健康教育活动。从2007年开始，闸北区在社区中选派健康管理专员，通过健康管理专员在责任医生团队化管理的基础上实施高血压、糖尿病精细化管理，强化对高血压、糖尿病患者个体行为的干预，使患者在提高疾病知晓率、服药率、控制率的同时，改变不良行为模式，达到提高疗效的目的。社区居委会等部门在健康档案调查和健康筛查的工作中，对社区居民进行充分动员、宣传，提高患者的疾病发现率。闸北区目前还组建了一支 368 人的社区健康教育志愿者队伍，活跃在社区健康教育与健康促进舞台，传播健康知识，培育健康理念。“海纳社工”、“自强社工”等服务社在社区传染病防控和管理中发挥着积极作用。

4 小结

多年来，闸北区社区树立了一种全新的健康理念，从传统的单纯疾病治疗模式向健康管理的防治模式转变，从以病症治疗为主向病症与病因并举转变，探索出一套行之有效的社区健康管理服务模式，构建富有生机的社区全程健康管理体制和运行机制。目前，居民健康档案建档率达到了应建档人数的90%以上。截至2008年底，累计管理高血压患者39244人，规范管理率 84.47%，重点对象血压控制率 62.87%，一般对象血压控制率

58.44%；累计管理糖尿病患者 4802 人，规范管理率 61.76%，血糖控制率 59.45%；基础免疫五苗接种率 100%；急性传染病病例访视、管理、疫点处置及时完整率均为 100%；疑似肺结核病人转诊率 100%，菌阳肺结核病人 2 月末查痰率 93.2%。全区 161 人获得全科医师职称，其中 129 人在一线工作，全科医师和受过全科培训的临床医师已达社区临床医师的 80.69%，中医药医务人员占社区医务人员的三分之一。闸北区社区卫生不断涌现出一批技术精湛、深受社区居民欢迎、有突出贡献的先进卫生工作者。2004 年，闸北区通过了首批“全国社区卫生服务示范区”和卫生部、民政部、全国中医药管理局“全国区级中医药特色示范区”的验收。2005 年，经上海市卫生局同意，成立“上海市中医药社区卫生服务研究中心”。现在，国家中医药管理局又把闸北区作为中医治未病的试点区。2009 年，彭浦和宝山社区分别率先成为上海市“社区肿瘤防治示范基地”和“社区糖尿病防治示范基地”。闸北区将进一步提升社区健康管理和卫生服务的内涵质量和技术水平，满足社区居民日益增长的卫生服务需求，促进闸北社区卫生服务再上新台阶。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 王月强 张进）

医疗旅游的行业分析和启示

林海

1 什么是医疗旅游

按照医疗旅游协会的定义[1]，医疗旅游[2]（Medical Tourism/Travel）是指一国居民为寻求与原在国相同或者更佳的就医条件，或者为获得负担得起的、可获得的或更优质的服务而到另一国接受医疗、牙科或手术服务。

首届“世界医疗旅游和全球卫生大会”于 2008 年 10 月 26~28 日在美国旧金山召开，约有 2000 人参会，同时成立总部位于美国佛罗里达的医疗旅游协会。医疗旅游协会的网站宣称其使命为：提高人们对其他国家提供的高质量卫生服务的关注程度；促进国际卫生服务的质量、定价和病人安全上的透明化；为病人、保险公司和雇主提供有关医院、医疗质量和医疗结果的公正的信息和教育；形成一个稳定的供业界人士交流的论坛。医疗旅游协会于 2007 年 8 月创刊了同名杂志，免费提供纸质和电子版本。

医疗旅游协会是一个行业中介组织，本身不足为奇。但中介组织的发展壮大显示出医疗旅游行业的高速发展态势。本文的资料来自学术期刊和报刊文献，试对此作回顾和前瞻分析。

林海：上海市卫生发展研究中心，助理研究员

[1] www.medicaltourismassociation.com

[2] 到境外就医的病人对旅游这一附加价值并不看重，其主要目的还是就医。因此笔者认为“医疗旅行”的译法比“医疗旅游”更符合 medical tourism/travel 的本意。本文仍沿用约定俗成的“医疗旅游”的译法

2 医疗旅游产生和发展的背景

以往的医疗旅游目的地是欧美发达国家，但是21世纪以后出现了发达国家病人流向发展中国家的新趋势。美国作为世界上最大的发达国家，但其医疗保障程度相对落后于经济水平，改革的推进面临了一定的政治阻碍。这也决定了医疗旅游需求的客观存在。估计美国每年有5万~50万人到境外就医[3]。蓝十字、蓝盾等健康保险公司计划支付部分保险人的境外就医费用。

3 医疗旅游人群的特征

发达国家民众愿意承受不方便和不确定性的境外就医最主要的原因是费用较低。美国参加医疗旅游的病人大多数是需要接受可选外科服务（Selective Surgery）的中产阶级，他们往往没有参加商业医疗保险，或保险权益不足，被称为是“美国逃避因病致贫的中等收入群体”[4]。另外还有寻求整容、牙科整形、生育、变性手术等其他未被医疗保险项目覆盖的病人。这一群体的特征是他们能负担到低费用国家就医，但在本国享受同样服务的费用非常昂贵。如心脏搭桥术在美国需13万美元，而在泰国只需1.1万美元; 膝关节置换术在美国需4万美元，在新加坡只需1.3万美元[5]。

其次在实行政府主导卫生体制的国家，病人到境外就医的主要原因是为了避免过长的排队等候而延误病情[6]。另外，国家卫生保健项目一般不支付整容等服务，加拿大和英国的病人为了获得价格较为低廉的服务也会到

[3] American Medical Association–Organized Medical Staff Section. Governing Council Report B, p. 1.
[4] Milstein A, Smith M. America's new refugees – seeking affordable surgery offshore. N Engl J Med. 2006;355:1637–1640
[5] York D.J. Medical tourism: The trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries Cont. Educ. Health Prof. 2008 28:2 (99-102)
[6] Beat waiting lists with overseas op. Daily Express (UK). July 3, 2005.

境外就医。

第三，有些病人是为了获得本国不能开展的服务。如一些工业化国家对干细胞疗法是严格控制的（该疗法能治疗多种疾病），而韩国等亚洲国家能够提供这一服务。有些整容、变性和戒毒病人为了保护隐私到境外就医。也有病人到境外就医的同时顺便度假[7, 8]。医疗旅游行业中争议最大的莫过于为外籍病人开展器官移植手术。由于涉及严重缺乏的器官供体的分配等伦理问题，我国卫生部于 2007 年 7 月发布了《卫生部办公厅关于境外人员申请人体器官移植有关问题的通知》，要求人体器官移植应优先满足中国公民需要，“医疗机构及其医务人员不得为以旅游名义到我国的外国公民实施人体器官移植。”同时，对于违反规定的医疗机构及其医务人员，将给予严厉处罚。

4 医疗旅游对相关国的影响

首先是对病人流出国的影响。为应对医疗旅游增长，美国卫生保健组织整合联合委员会（the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations）专门成立了国际服务联合委员会（Joint Commission International，JCI），目的是以美国商业医疗保险的标准规范其他国家医院的医疗服务。实际上，美国是欢迎医疗旅游的，这有助于缓解美国国内的卫生保健压力。据估计，2007 年有 75 万美国病人出境就医，2010 年该

[7] Breen, K. Patients heading abroad for hope. Dallas Morning News. May 29, 2007. http://www.dallasnews.com/sharedcontent/dws/dn/latestnews/stories/052907dnmetmedicaltourism.3993464.html# Accessed May 29, 2007.

[8] Americans seek stem cell treatments in China - Cloning and stem cells - MSNBC.com

数量将达到 600 万[9]。加拿大也有类似的政策，据估计。该国出境就医病人每年将为加拿大节省 30%的医疗开支。

另一个不可忽视的就是医疗旅游产业对目的地国影响。Mattoo 等[10]认为发展中国家提供涉外医疗服务增加了本国财政收入，有助于提高本国卫生服务的可及性和质量。Bookman 等[11]指出目的地国政府必须强化再分配的宏观经济政策，以确保本地民众能够享受到医疗旅游带来的潜在利益。而 Ghinai 等[12]担忧医疗旅游可能不恰当地改变了当地卫生人力配置，因此可能损害本地居民的卫生服务。Ramirez 等[13]认为医疗旅游有可能造成发展中国家以牺牲本国公民的基本卫生保健为代价，加强对外籍病人提供高技术含量的三级医疗服务，以及造成卫生人力从公立医院向私立医院的转移。泰国和印度已经表现出了此类负面效应，这提出了社会公平和稀缺资源的分配的问题。

提供对外医疗服务输出的国家 GDP 和人均收入均较低，因此有可能给出如此低廉的服务价格。低廉的医生行政管理费用和相关法务费用也是原因之一，如印度的外科医生专业开业资格保险的保费只有纽约的 4%[14]。

价格因素是考虑推广医疗旅游战略时必须考虑甚至是测算的一个前提条件，若当地的收入和消费水平不足以支撑相对低廉的服务价格，则在面

[9] Michael D. Horowitz. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. MedGenMed. 2007; 9(4): 33.
[10] Mattoo A, Rathindran R. How health insurance inhibits trade in health care. Health Affairs. 2006;25:358–368.
[11] Bookman, MZ.; Bookman, KR. Medical tourism in developing countries. New York, NY: Palgrave Macmillan Ltd; 2007. pp. 169–185.
[12] Ghinai R, Goswami R. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. Bull World Health Organ. 2007;85:164–165.
[13] Ramirez De Arellano A.B. Patients without borders: The emergence of medical tourism . International Journal of Health Services. 2007 37:1 (193-198)
[14] Lancaster, J. Surgeries, side trips for medical tourists. p. A1. Washington Post. October 21, 2004.

对其他竞争对手时就会显得缺乏优势。

5 医疗旅游的质量和安全

关于医疗旅游的文献目前还不多，缺少足够肯定或否定的证据。但是医疗旅游打破了传统的卫生保健模式，病人选择、服务连续性、医疗审查等机制难以起作用[15]。外籍病人在陌生的环境较难确定医生和医院的质量，而有医疗背景的服务机构的介入一定程度上有助于帮助病人选择。JCI 认证系统和/或其他国际标准化组织（如 JCAHO 等）对外籍病人选择医疗机构有帮助，JCI 已在 24 个国家认证了 125 个机构。术后医疗旅游可造成各种并发症，如在飞机上长时间保持一个姿势易引发血栓，对此还没有太好的办法。

6 亚洲的医疗旅游目的地分析

医疗旅游目的地的从业医护人员多数讲英文，对外籍顾客没有语言障碍，并以高质低价的卫生保健吸引顾客和投资者。下文简要介绍亚洲的医疗旅游目的地。

由于航空旅行和因特网提供的便利，亚洲医疗旅游市场正越做越大，也面临着激烈的全球竞争。在印度、泰国、马来西亚、新加坡等国家，这一产业已经成为国家战略和现代服务业的一部分。

6.1 印度

据预测，亚洲 2012 年的医疗旅游市场将达到 44 亿美元，其中一半的

[15] Cheung I.K. and Wilson A.Arthroplasty tourism. Med. J. Aust. 2007 187:11-12 (666-667)

病人将流向印度[16]。印度可能是所有医疗旅游目的地国中最低价、最高质的。许多医院通过了 JCI 认证，并拥有高水平的医生和尖端医疗技术。2005 年约有 50 万外籍病人到印度就医。印度最著名的是心脏和整形外科手术。2003 年印度财政部通过了政策性预算，要建立“全球健康目的地”，随后采取了一系列措施。

6.2 泰国

根据泰国卫生部公布的预测数字，2005 年泰国的医疗旅游将创汇 230 亿铢（5.61 亿美元），比 2003 年增长 16%。目前，泰国的旅游地区普遍能为游客提供牙科治疗和整形手术治疗，许多私立医院雇佣了能讲流利的英语、阿拉伯语、孟加拉语、汉语、日语、朝鲜语和西班牙语的人员。曼谷康民医院（Bumrungrad Hospital）的外国病人数量居世界第一，有“病患联合国”之称。医院的 500 多名医生大都有在海外培训的经历。医院医疗价格十分低廉。医院每年约接收 100 万名患者，其中一半是外国人，尤以美国和澳大利亚人居多。医院和泰国国际航空公司签有合作协议，为外国游客提供医疗检查和观光旅游一条龙服务。

6.3 马来西亚

近年来马来西亚的医疗旅游产业发展很快，2001 年来马来西亚就医的境外病人为 7.5 万。2006 年，这一数字增至 29.6 万，大量的外籍病人带来了 5900 万美元的财政收入。据估计，到 2010 年以前，该国医疗旅游病人会以每年 30%的速度递增。马来西亚主要提供牙科、整容和心脏外科手术服

[16] Appleby, J.; Schmidt, J. Sending patients packing. USA Today. July 26, 2006. http://www.usatoday.com/money/industries/health/2006-07-26-travel-surgery-usat_x.htm Accessed June 21, 2007.

务，价格约 6~7 千美元。马来西亚吸引医疗旅客和投资者的原因还有其汇率较低、政治经济形势稳定，以及高识字率。其房地产市场也因医疗旅游产业获得了丰厚回报。

6.4 其他亚洲国家和地区

韩国利用在许多国家尚未开发或被法律禁止的干细胞技术吸引患者，尤其是瘫痪患者到韩国就医。新加坡则计划依靠其医疗旅游产业到 2010 年时每年吸引 100 万外国游客。台湾地区在开通两岸直航后，确定观光医疗、保健与医疗照顾都将成为未来服务的旗舰产业。

7 对上海的启示

医疗旅游行业的出现和发展是全球经济一体化的产物，与发达国家因其高昂的人力成本而推行服务外包的趋势是密不可分的。从对世界上其他国家的分析中不难看出，推行医疗旅游都是国家战略，服务提供的主体是私立部门。地方政府能否驾驭可能出现的监管真空及其导致的负面影响还是个未知数。上海在建立“四个中心”，实现“四个率先”的过程中应吸取竞争性领域服务外包的经验，结合医疗卫生服务行业的特点，以及医药卫生体制改革进程，在争取外部支持的基础上，研究和计划发展上海医疗旅游业的战略部署。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅 彭颖）

上海市促进基本卫生服务均等化研究

基本卫生服务（Basic health care）最早于1923年由耶鲁大学的Winslow教授提出。1978年，WHO和联合国儿童基金会在《阿拉木图宣言》中提出了初级卫生保健（Primary health care）的策略，成为各国政府实施基本卫生服务的责任和行动。此后，WHO又提出全民覆盖的目标，其目的是使健康促进、预防、治疗和康复等主要卫生干预措施实现全民可及。1993 年世界发展报告首次提出基本公共卫生服务及基本卫生服务包（benefit package）的概念，并列举了具体内容。

我国基本卫生服务的实践探索可追溯到上世纪60年代。1965年，毛主席发出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的号召，全国普遍建立农村医疗卫生防治网，对开展疾病防治工作和促进农业生产等起到了重要的作用。近年来，随着国际社会对基本卫生服务的广泛重视以及基本卫生服务包概念的提出，新的基本卫生服务概念在国内逐步形成，即从现实性出发，指现阶段能够实现、效用最大、充分体现公平、基本免费、在基层卫生机构可获得的服务。2009 年 4 月，在中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》中，明确提出将“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”作为医改的总体目标，并计划到 2020 年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。

1 基本卫生服务均等化的内涵

基本卫生服务应当实现在社会成员间的均等化(Equalization),即保证全体居民享有水平大致相当的基本卫生服务，而均等化最基本、最集中的体现是基本卫生服务的公平性（Equity)，即每一个社会成员都能有相同的机会获得卫生服务,而不因为其所拥有的社会特权不同而出现差别。

1.1 均等化不等于平均化

基本卫生服务均等化的本质内涵是指在基本卫生服务方面有全国统一的制度安排，也就是说，基本卫生服务的水平可以有一定的差别,但制度建设应当追求统一。比如,城市有城镇居民医疗保障制度,农村有新型农村合作医疗制度,最低医疗保障的标准可以根据各地经济发展实际来确定，但在制度设计上必须统一。同时，基本卫生服务均等化也并不排斥社会成员的自由选择权。

1.2 均等化与平等性辨析

均等化与平等性是不同的概念，均等强调的是机会均等，而平等则强调平均占有。因此，对于卫生服务需求大的社会成员应该获得多的卫生服务是公平的，但并不意味着平等。从某种意义上说，卫生服务均等化很多情况下是不平等的利用卫生服务,但保证每个社会成员获得卫生服务机会相等，按需获得卫生服务，从而使有限的卫生服务资源得到合理高效的利用。

2 基本卫生服务均等化的实施模式特点

2.1 相关制度是开展基本卫生服务需要保证

保证广大人民公平获得基本卫生服务是政府的责任和义务。实现全民卫生保障覆盖的国家（如英国、泰国等）都通过法律提出了人人享有基本卫生服务的目标，并清楚地界定了政府在实现这一目标过程中的责任。

2.2 合理的筹资模式是开展基本卫生服务的基础

从国际社会来看，保证人人享有基本卫生服务主要有两种筹资途径：税收和社会医疗保险。从不同收入国家看，无论是高收入国家还是低收入国家．采取税收为主筹资模式国家所占比例都是最高的，而实行社会保险筹资模式的国家主要是高收入国家和中高收入国家。

2.3 科学的界定是实施基本卫生服务的核心

基本卫生服务包的内容因不同国家而异，这与各国的政治制度，经济水平，疾病特征等因素相关。但基于基本卫生服务的基本特性，基本卫生服务包应当包括基本卫生服务和基本医疗服务两项内容，而其中具体的项目界定，各国需要结合自身的国情，提出科学、适宜、可操作的方案。

2.4 有效的实施模式是保证基本卫生服务效率的关键

世界各国实施基本卫生服务的模式大致分为以下三种：

全民医保模式。即通过某种保险形式，对全民实施医疗保障。这种模式虽然有很多益处，但最大的弊端是不能全面解决卫生服务可及性问题，特别是在一些边远地区，仅有保险而没有卫生服务的提供，

只能是“可得而不可及”。

全民免费模式。即通过国家支付，为全民提供医疗保障。如英国，从上世纪 40 年代开始就着手建立国家卫生服务系统（NHS），构建全民医疗服务体系，政府投资举办公立医院，居民基本上实现免费医疗，但效率较低是其中最大的弊端。

多维复合模式。即公共卫生靠政府、小病在社区、大病靠保险，即疾病预防控制和公共卫生工作由政府负责投入资金并组织实施；对于一般常见病、多发病的诊治，由政府设立的社区卫生服务机构免费提供；通过社会或商业保险筹集资金，支付大病所需的医疗服务费用。这种模式通过小病和公共卫生的免费服务，不仅可以解决可得性问题，而且可以处理好可及性问题，还能够解决大病医疗的问题，但在具体的操作上需要进行深入细致的分类、论证和测算。

3 上海市基本卫生服务均等化的实证研究

课题组采用整群抽样调查的方法，选择本市宝山区大厂镇、嘉定区真新社区、杨浦区五角场镇、徐汇区康建街道共四个居民区进行了一次横断面调查，其结果如表 1 所示。

3.1 卫生服务利用均等化分析

两周患病就诊水平和慢性病患病就诊水平较高。被调查样本的两周患病就诊率和慢性病患病就诊率分别为 73.8%和 66.4%，均高于其他部分城市水平。上海市居民两周患病就诊率较高主要与上海市卫生资源相对丰富、卫生服务可及性较高、医疗保险覆盖面较全、人均收

入水平较高等因素有关。

表 1 不同社会人口经济特征人群的卫生服务分布情况（%）

		两周患病率	慢性病患病率	两周患病就诊率	慢性病患病就诊率
性别	男	16.8	37.2	78.8	64.4
	女	15.5	38.2	68.8	68.4
年龄	15～	9.8	4.9	66.7	66.7
	30～	11.4	13.9	33.3	45.5
	45～	11.7	39.9	78.9	61.5
	60～	31.0	73.0	83.9	74.0
婚姻状况	未婚	112	13.9		
	在婚	610	75.7		
	离婚	42	5.2		
	丧偶	42	5.2		
受教育水平	未上过学	33.3	66.7	50.0	75.0
	小学	26.7	63.3	87.5	78.9
	初中	18.5	35.3	68.2	59.5
	高中或大专	14.0	38.3	74.1	64.9
	本科及以上	10.9	23.6	83.3	76.9
家庭人均年收入（元）	≤5000	20.0	2.5	100.0	60.0
	5001~10000	10.3	7.2	66.7	58.3
	10001~20000	19.2	41.4	78.1	71.0
	20001~30000	13.9	26.8	73.3	59.4
	30001~40000	13.3	11.2	66.7	71.4
	40001~50000	16.0	6.2	75.0	72.7
	50001~100000	18.8	4.0	33.3	62.5
	>100000	0.0	0.7	-	0.0
医疗保险	城镇职工医疗保	17.4	40.8	76.1	72.2
	城镇居民医疗保	15.6	35.4	73.3	55.9
	新型农村合作医	0.0	19.0	-	50.0
	其它医疗保险	28.6	28.6	50.0	50.0
	全部自费	0.0	28.6	-	0.0

医疗保险报销比例不同与卫生服务利用不均等相关。虽然上海市居民的两周患病就诊率和慢性病患病就诊率都比较高，但在上海市不同类型医疗保险人群（城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险）中却存在着卫生服务利用的不均等化。新型农村合作医疗保险人群的慢性病患病就诊率最低，仅为 50.0%，其次是城镇居民医疗保险人群，为 55.9%，最高的是城镇职工医疗保险，为 72.2%。参加医疗保险情况是影响样本人群卫生服务利用均等化的重要因素，医疗保险的报销比例越高，患者的卫生服务利用率越高。不同医疗保健制度病人卫生服务利用是不均等的。

家庭经济水平不是影响就诊的重要因素。与其他地区不同的是，家庭人均年收入与慢性病患病就诊率无关。主要因为：一方面，上海市的经济发展水平较高，居民经济收入较高；另一方面，上海市的医疗保健制度覆盖率较高，在自认病情较重有必要就诊的情况下很少因经济困难而不去就诊，家庭经济状况不会是导致未就诊的重要因素。

3.2 卫生服务筹资均等化分析

不同医疗保健制度病人卫生服务存在不公平性，城镇居民医疗保险病人的两周患病次均就诊费用、年住院次均就诊费用和自购药物次均费用都明显低于城镇职工医疗保险病人，但这不能完全归咎于城镇居民医疗保险病人不需要医疗保险，而是因为其医疗保险报销比例低于城镇职工医疗保险，疾病经济负担会在很大程度上限制其卫生服务的利用。城镇职工医疗保险病人，虽然次均就诊费用和年人均总费用明显高于城镇居民医疗保险病人，但获得补偿后，实际自费部分则明

显降低，这一结果不符合“支付相同的费用可以满足相同的卫生服务需要”的卫生服务均等化的要求。

4 关于促进基本卫生服务均等化的政策建议

面对当前有限的卫生资源与人民群众医疗保健需求日益增长的矛盾，必须坚持基本卫生服务均等化的原则，把解决医疗卫生资源在不同社会成员之间分配的公平性问题摆在优先地位，确保所有社会成员的基本健康权利，实现“人人享有卫生保健”。针对主要问题，建议着重开展以下工作。

4.1 强化政府在推进基本卫生服务均等化进程中的主导作用

政府为社会提供均等化的公共产品与服务是现代市场经济的必然要求。基本卫生服务是每个社会成员应当享有的卫生保健权益，而不能因为其收入水平或社会地位的差异而存在区别。政府应该切实发挥在筹资方面和监管方面的主导作用，建立规范的卫生转移支付制度，确保目标人群受益，逐步缩小城乡之间、区域之间的公共卫生和基本医疗服务差距，最大限度地做好人民群众尤其是困难群体基本医疗的筹资工作，同时实施基本卫生服务机构有效的监管，确保基本卫生服务在社会成员中的均等化。

4.2 拓展基本卫生服务的保障模式

除了开展城镇职工医疗保险外，对于广大农村地区的居民，要大力推进农村合作医疗和互助医疗等基本卫生服务的保障模式。近期的研究表明我国的新型农村合作医疗制度是实现初级卫生保健的有效

途径。农村互助医疗项目的实施提高了门诊服务利用率，降低了住院服务利用率，显著提高了门诊和住院服务利用的公平性。同时，要加强各类特困人群基本卫生服务保障的研究。

4.3 以现有卫生体系为基础，稳步推进基本卫生服务的改革

从各国的做法和实际的可操作性来看，基本卫生服务的改革大多以现有制度和体系为基础，既可以利用目前已有的体制和制度优势，又能针对存在的问题进行改革，从而实现改革顺利和稳定实施。我国在建立基本卫生服务制度过程中，也应以目前的服务体系和保障制度为基础．进行渐进式的改革．降低改革的社会成本，保证改革的顺利进行。目前，我市初步建立了公共卫生服务体系和覆盖城乡的医疗服务体系，依托这一服务体系，既具有可操作性，也能以较低的改革成本实现基本卫生服务均等化的目标。

基本卫生服务的均等化是医药卫生体制改革的重要目标，也是符合卫生事业发展规律的重要战略，均等化的途径需要我们在具体实施基本卫生服务的过程中不断探索。随着相关政策、制度的完善和良性机制的建立，以及相关研究的不断深入，基本卫生服务保障水平将快速持续提高，最终实现“人人享有卫生保健”的目标。

（课题承担者：第二军医大学附属长征医院　唐晓峰）

（编辑：上海市卫生局政策法规处 高广文）

2009 年度市卫生局卫生政策研究课题立项情况

为进一步拓宽卫生政策研究渠道，在原有公开招标课题的基础上，市卫生局卫生政策研究课题立项增设了定向委托课题和区县自选课题，同时，申报单位也由区县卫生行政部门扩大到了市级医疗卫生机构。11 月 13~14 日，市卫生局委托市卫生发展研究中心邀请相关领域的专家，组织召开了公开招标、自选申报两类课题的立项评审会。经专家评审，最终确定了上述两类课题的立项人选。

一、公开招标课题

根据专家评审结果，上海市卫生发展“十二五”规划研究课题的中标人为复旦大学郝模教授和上海财经大学俞卫教授，上海市医药卫生体制改革监测评估体系研究课题的中标人为闸北区卫生局王光荣局长和复旦大学陈文教授。

二、定向委托课题

根据市卫生局各处室的意见，9 个定向委托课题的立项情况如表 1 所示。

三、自选申报课题

由于今年自选申报课题较多，该类课题的立项评审采取专家书面评审的形式。将所有自选申报课题按研究内容分列综合组、公共卫生（学科人才）组、医疗组 3 个组，每组选 3-4 个课题予以立项。最终通过专家评审的课题有 11 个。

各类课题的具体立项信息列表如下:

表1　2009年度市卫生局卫生政策研究立项课题一览表

类型	课题名称	负责人	依托单位
公开招标	上海市医药卫生体制改革监测评估体系研究	王光荣	闸北区卫生局
	上海市医药卫生体制改革监测评估体系研究	陈　文	复旦大学
	上海市卫生“十二五”规划研究	郝　模	复旦大学
	上海市卫生“十二五”规划研究	俞　卫	上海财经大学
定向委托	上海市实施医疗机构药品零差率与相关补偿政策研究	叶　露	复旦大学
	上海市住院医师规范化培训制度研究	冯晓源	复旦大学
	上海市职业病综合防治体系建设研究	施为利	宝山区卫生监督所
	上海市虹桥、浦东国际医疗中心发展思路研究	曹建文	市第六人民医院
	上海市突发公共卫生事件应急经费保障机制研究	田文华	第二军医大学
	构建与城市人口老龄化相适应的医疗卫生服务体系研	李国红	交通大学
	上海市精神卫生防治体系规划研究	李　炜	市发展和改革委
	上海市十二五地方卫生立法规划研究	陈　刚	复旦大学
	以公益性为核心的上海公立医院综合评价策略研究	王贤吉	市卫生发展研究中
自选申报	上海市公立医院与社区卫生服务中心合作模式与机制	刘　霞	市第六人民医院
	闵行区卫生改革阶段性评估研究	洪　洋	市第五人民医院
	单病种临床护理路径与护理成本核算研究	沈蓉蓉	市第十人民医院
	区域健康指标体系和社区健康诊断框架研究	王克利	徐汇区卫生局
	上海市学校卫生工作中卫生专业机构－社区－家庭－学校联动机制研究	罗春燕	市疾病预防控制中心
	上海市街头血液募集管理策略研究	朱跃国	市血液管理办公室
	全院病种临床路径的智能化、信息化建设研究	范理宏	市第六人民医院
	新医改下二级甲等综合性医院在区域医疗协同服务中的功能定位	白朝晖	长宁区同仁医院
	医生多点执业的有关人事管理制度的改革	陈立今	瑞金医院
	精神卫生服务的投入机制研究	谢　斌	市精神卫生中心
	基于国家中医临床研究基地建设基础上的纵向医疗资源整合模式研究	郑　锦	龙华医院

对于上述立项课题，市卫生局拟于近期组织专家召开开题汇报会，指导各课题组完善研究思路和研究方案，并委托市卫生发展研究中心承担课题日常管理工作。

（编辑：上海市卫生发展研究中心　彭颖　王月强）

卫生发展研究中心主要研究课题项目简介

市卫生发展研究中心成立一年多来，先后开展了20余项卫生政策课题研究，目前中心承担的主要研究项目及进度如下：市卫生局重大课题项目“上海市卫生总费用核算研究”，该课题已经完成2001~2007年上海市卫生总费用核算研究和卫生筹资研究、公共卫生机构、公立医疗机构、中医医院、社区卫生服务机构收支状况分析以及药品费用测算与分析等研究报告，并于2009年9月顺利结题，现已进入2008年数据收集和分析阶段；国家发改委委托的“医保费用支付方式比较研究”经过典型调研、关键知情人访谈，已经完成报告撰写工作，待结题汇报及出版印刷；市卫生局课题项目“上海市医疗机构成本核算研究”现已完成文献综述等前期工作，准备开题报告；卫生部信息统计中心委托课题项目“医药卫生体系绩效评价研究——上海市试点研究工作”，该课题现已制定《医药卫生体系绩效评价研究上海试点工作方案》，建立了由市卫生局、局信息中心、市卫生发展研究中心、复旦大学和相关区县卫生局等组成的工作小组，进入指标体系完善和数据收集阶段。

（编辑：上海市卫生发展研究中心 荆丽梅 张进）

欢迎批评指正，不吝赐稿

来稿来信请寄:

上海市北京西路 1477 号 801 室，邮编：200040

电子邮件：limei_jing@163.com

网址：www.shdrc.org（上海卫生发展研究网）

联系人：荆丽梅

电话：021-22121872

传真：021-22121879

内部资料，免费交流