

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2010 年 第 12 期

(总第 26 期 嘉定区社区卫生服务综合改革专刊)

上海市卫生发展研究中心

2010 年 12 月 20 日

编者按 区县卫生工作是本市卫生事业发展的前沿阵地，长期以来在卫生改革与发展实践过程中创造和积累了很多鲜活经验。为了更好地传播区县的经验，《卫生政策研究进展》内刊首次尝试与区县卫生局进行全面合作，集中反映区县卫生政策研究动态，推介其卫生改革与发展的相关成果。

嘉定区于 2007 年正式推行社区卫生服务综合改革，为全面总结、评价三年来的改革效果，嘉定区卫生局于今年 6 月启动了“社区卫生服务综合改革评价研究”项目。本期刊登了该项目的研究成果，系统地介绍了嘉定区社区卫生服务综合改革各项任务的实施情况，总结了改革的经验和成效，分析了存在的问题和不足，并提出了进一步深化改革的相关对策和建议。谨供领导和同志们参考。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 3 卷 第 12 期 (总第 26 期)

2010 年 12 月 20 日

(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路 1477 号 801 室

邮编: 200040

电话: 021-22121869

传真: 021-22121879

E-mail: wszcyjz@163.com

网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光

夏毅

主编: 胡善联

常务副主编: 刘雪峰

副主编: 付晨

丁汉升

编辑部主任: 王贤吉

编辑: 李芬 谢春艳

彭颖 何江江

王月强 信虹云

王力男

上海市连续性内部资料准印证

(K) 第 0649 号

目次

区县之窗

嘉定区社区卫生服务综合改革评价研究概述	1
一、背景	1
二、研究目标	2
三、研究内容与人员安排	2
四、研究方法	3
卫生机构镇村一体化在嘉定区的实践与发展	4
一、嘉定区卫生机构镇村一体化管理实施情况	4
二、实施镇村一体化管理的主要成效	7
三、实施镇村一体化管理的体会与建议	9
嘉定区开展全科团队服务的实践模式分析	11
一、全科服务团队的组建背景和发展历程	11
二、全科服务团队的组建方法和运作模式	12
三、全科服务团队取得的成效	14
四、主要体会与建议	16
落实医改任务 推进公共卫生服务进程	18
一、主要举措	18
二、取得的成效	21
三、主要体会和建议	23
完善嘉定区基本医疗服务的主要改革举措及评价	25
举措一: 二级医院支援社区基本医疗服务	25
举措二: 推行“双向转诊”, 引导辖区居民有序便利就医	28
举措三: “中医药适宜技术”进社区	30
浅析嘉定区健康教育工作模式	32
一、健康教育策略与机制	32
二、健康教育内容	33
三、健康教育形式	34
四、健康教育效果	35
五、主要体会和建议	36
嘉定区农村合作医疗: 现状、问题与对策	38
一、主要做法与成效	39
二、存在的问题及相应的解决对策	43
嘉定区社区卫生人力资源状况及分析	45
一、社区卫生人力资源现状	45
二、问题分析	48
三、对策和建议	50
嘉定区社区卫生服务中心经济运行状况分析	53
一、社区卫生服务中心的经济运行状况	53
二、存在的问题及政策建议	59
嘉定区社区卫生绩效考核的实践和探索	62
一、嘉定区社区卫生绩效考核的主要做法	62
二、嘉定区社区卫生绩效考核取得的成效	67
三、进一步完善的对策和建议	69
嘉定区社区卫生服务综合改革阶段性社会效益分析	71
一、社区卫生服务综合改革社会效益分析	71
二、面临的问题	75
三、政策建议	76

嘉定区社区卫生服务综合改革评价研究概述

一、背景

嘉定区地处上海市西北郊区，区域总面积为 464.2 平方公里，辖 7 镇、3 街道、1 个市级工业区（嘉定工业区）及 1 个菊园新区。截至 2009 年末，全区共有常住人口 110.5 万人，其中户籍人口 55.0 万人，外来人口 55.5 万人；实有居委会 114 个，村委会 152 个。嘉定区是“中国健康城市项目”试点区（1994 年）和全国初级卫生保健工作达标先进区，也是 WHO 初级卫生保健合作中心所在地（挂靠在区卫生局）。全区有 6 家二级医院，13 家社区卫生服务中心，116 个标准化社区卫生服务站（村卫生室），“步行 15 分钟就医圈”基本形成。全区共有卫生技术人员 4396 人，年诊疗人次数 575.6 万人，住院人数 5.8 万人。

2006 年底，为贯彻落实中央和市委、市政府有关精神，全面推进社区卫生服务改革和发展，切实为人民群众提供安全、有效、便捷、经济的公共卫生和基本医疗服务，嘉定区政府成立了社区卫生服务综合改革领导小组，由区长任组长，分管副区长为副组长，相关委办局为成员单位，在充分调研、广泛征求意见的基础上形成了《嘉定区社区卫生服务综合改革实施意见》及《嘉定区社区卫生服务中心收支两条线管理暂行办法》、《嘉定区社区卫生服务财政补助暂行办法》、《嘉定区社区卫生服务工作考核暂行办法》、《嘉定区社区卫生服务人才队伍建设暂行办法》等一系列相关配套文件。2007 年 6 月 15 日，嘉定区政府召开了全区社区卫生服务综合改革动员大会，标志着该区社区卫生服务综合改革正式全面启动。三年来，在区委、

区政府的领导下，在各相关部门和各街镇的紧密配合下，嘉定区社区卫生服务综合改革各项任务顺利推进。通过实施收支两条线，推进卫生机构镇村一体化管理等多项改革措施，嘉定区社区卫生服务网络基本健全，运行机制和服务模式逐步转变，人员素质逐步提高，服务能力逐步提升，社区居民得到了切实的实惠。

在新一轮医改的形势下，为全面回顾、及时总结社区卫生服务综合改革三年来取得的经验和成绩，发现问题和不足，嘉定区卫生局于2010年6月21日召开了“社区卫生服务综合改革评价项目启动动员会”，启动了社区卫生服务综合改革评价研究工作。在上海市卫生局、上海市卫生发展研究中心和复旦大学公共卫生学院有关专家的指导和帮助下，经过半年的努力，目前已基本实现了预期研究目标，初步完成了各项研究任务。

二、研究目标

围绕嘉定区社区卫生服务综合改革的系统性、综合性、突破性和创新性要求，全面总结、客观评价各项改革任务的实施情况及取得的经验和成绩，发现问题和不足，提出完善改革的对策和建议，促进社区卫生服务综合改革进一步向纵深发展。

三、研究内容与人员安排

为确保研究工作顺利进行，在总课题下设立了10个分课题，分头推进。总课题由区卫生局书记、局长任组长，成员包括局领导班子成员及相关人员。各分课题组的组长由分管副局长担任，区卫生局各科室、各专业站所、二级医院和社区卫生服务中心负责人为课题成员。主要研究内容包括以下方面：（1）社区卫生体制与机制研究（包括卫生机构镇村一体化管理、全科团队服务等）；（2）社区公共卫生服务相关研究（包括公共卫生服务均等化等）；（3）社区基本

医疗卫生服务相关研究（包括区域联合体、双向转诊、中医适宜技术等）；（4）健康教育相关研究（包括策略、机制、内容、形式、方法等）；（5）新型农村合作医疗制度相关研究（包括覆盖范围、筹资和保障水平、基金监管等）；（6）社区卫生人力资源建设研究（包括教育培训、退休返聘、资源整合、人才引进等）；（7）社区卫生服务机构经济运行状况研究（包括区镇两级财政社区卫生服务经费投入、收支两条线、医保预付、药品零差率、诊查费减免、支医补贴等）；（8）社区卫生服务绩效考核研究；（9）社会效益研究（包括可及性、费用控制、满意度等）；（10）卫生信息化研究。

四、研究方法

对上述研究内容，主要从总结现有的做法，分析成效和问题，寻求解决问题的对策等方面入手开展研究。具体研究方法主要有以下几个方面：

（一）文献、资料查阅与复习。为确保研究质量，课题组成员查阅、学习了大量相关文献和历史资料，并邀请有关专家为课题组成员开展研究思路和方法培训。

（二）现场调查。各课题组专程赶赴部分代表性社区卫生服务中心及社区卫生服务站（村卫生室）进行现场调查，收集相关数据，并开展知情人访谈，了解问题所在。

（三）焦点组讨论。针对课题涉及的有关重点问题，各课题组邀请相关部门和机构的人员进行专题讨论，探究原因，寻找对策。

（四）专家咨询与论证。为了提高研究的科学性，各课题组多次邀请有关专家进行咨询，指导课题的开展。在形成研究报告初稿后，又组织专家就研究结果进行论证，并根据专家意见进行了修改和完善。

（责任编辑：王贤吉）

卫生机构镇村一体化在嘉定区的实践与发展

郑益川¹ 徐建德² 诸文革¹ 张黎明³ 顾大华⁴ 吕颖⁵ 范锦华⁶

【摘要】 嘉定区自 2007 年推行镇村一体化管理以来，理顺了镇村两级卫生机构的管理体制，在完善社区卫生服务网络、提高乡村医生素质、落实社区卫生职能等方面发挥了很好的作用。本文归纳了嘉定区镇村一体化管理的实施情况，分析了其主要成效，并提出了相应的体会和完善建议。

【关键词】 社区卫生；镇村一体化；乡村医生

我国的村级卫生组织建立于 20 世纪 60 年代末期，长期以来在基层卫生保健中发挥着重要作用，但也存在诸多方面的问题。上世纪 80 年代起，为进一步理顺农村卫生管理体制、优化农村卫生资源配置，全国各地逐步推行镇村卫生机构一体化管理。2007 年，嘉定区在全面总结全国各地经验的基础上，积极探索适应嘉定区情的镇村一体化管理办法。经过三年的探索实践，形成了一套比较成熟、符合嘉定实际的镇村一体化管理模式。本文对嘉定区镇村一体化管理的具体做法进行介绍，分析其主要成效，并提出进一步完善的建议。

一、嘉定区卫生机构镇村一体化管理实施情况

嘉定区主要从以下几方面推进卫生机构镇村一体化管理工作：

第一作者：郑益川，男，嘉定区卫生局局长

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区黄渡镇社区卫生服务中心，上海 201800；

3. 嘉定区初级卫生保健委员会办公室，上海 201800；

4. 嘉定区南翔镇社区卫生服务中心，上海 201802；

5. 嘉定区马陆社区卫生服务中心，上海 201801；

6. 嘉定区工业区社区卫生服务中心，上海 201807

（一）构建组织体系

嘉定区采取政府主导的方式推行镇村卫生机构一体化管理，各镇成立领导小组，由分管镇长任组长，在镇党委和镇政府的领导下，制订和实施辖区内基本卫生规划，主导镇村卫生机构一体化管理。领导小组由镇政府、卫生办、财政所、社区卫生服务中心、各村委会等相关部门共同组成，个别镇还加入城建办、民政办、社保办等部门参加。领导小组下设镇村一体化管理办公室，全面负责落实日常行政管理工作。镇财政所负责镇村二级卫生经费的收缴，做好社区卫生服务中心和社区卫生服务站的收支两条线管理。社区卫生服务中心为社区居民提供公共卫生和基本医疗服务，对乡村医生进行考核、分配和管理，保证服务质量，逐步提高服务水平。各村民委员会负责建立标准化社区卫生服务站，保证房屋正常使用，配合社区卫生服务中心和卫生办对社区卫生服务站人员进行管理和考评，并按人口缴纳公共卫生经费。社区卫生服务站在中心的指导下开展预防保健、基本医疗、康复、计划生育指导、健康咨询、健康档案建立等工作，同时开展家庭病床、上门出诊等便民服务。

（二）规划实施步骤

嘉定区推行镇村一体化管理工作主要分为三个阶段：一是调查情况，制订方案。在全区范围内对各镇卫生资源进行调研，制定规划，设立站点，在此基础上制定镇村一体化管理方案。二是各方沟通，统一思想。召开村干部、乡村医生、居民代表座谈会和镇村一体化管理动员大会，并下发相关文件。三是贯彻实施，落实职能。对乡村医生进行考核、录用，并选聘站长，在此基础上制定考核分配方案和各类规章制度，最后依照方案对乡村医生进行考核。

（三）细化管理环节

除整体上规划镇村一体化管理工作外，嘉定区还注重对各个环节的把握。总体而言，社区卫生服务站作为社区卫生服务中心的派出机构，由中心按“六统一”模式进行管理。

一是统一机构设置，构建合理网络。根据区域发展规划、行业标准、地域面积和人口分布情况，制定各镇社区卫生服务网络建设规划，打破原来“一村一室”的格局，形成分布合理的社区卫生服务网络。社区卫生服务站建设根据市级标准的要求，列入政府实事工程，分年度建设完成。

第二，统一组织管理，创新人事制度。对乡村医生进行统一考核，择优录取，统一培训，其人事关系从各村委会剥离出来，委托第三方（镇人力资源公司）管理，缴纳社会保障金。社区卫生服务中心聘任各社区卫生服务站工作人员，统筹安排和管理服务站的工作。乡村医生的分配额度由领导小组核定，逐年递增。

第三，统一财务管理，建立筹资机制。对社区卫生服务站实行收支两条线管理，设立帐户，独立核算，从机制上消除基层卫生机构的趋利行为，确保社区卫生服务的公益性。镇政府和村委会负责筹资，确保镇村一体化管理的可持续运行。村委会缴纳公共卫生经费（按5-20元/人），并确保社区卫生服务站房屋正常使用；镇财政设立风险弥补资金，保障社区卫生服务站的人员经费和办公经费。

第四，统一药械管理，保障工作开展。社区卫生服务中心负责社区卫生服务站药品和医疗器械等物资的采购、配备和管理，建立药品进、销、存帐册，每月盘点、报帐，核定服务站的药品品种、数量，制订药械管理制度，确保药品安全和器械完好。

第五，统一业务管理，提高工作质量。社区卫生服务中心统筹安排和管理社区卫生服务站各项工作，建立各项规章制度和技术操作规程，统一建立和完善各项业务资料，并对各服务站的业务进行考核与管理，包括工作数量、质量考核和满意度测评，每季度一次，考核成绩与分配挂钩，并作为下次聘任的依据。

第六，统一培训考核，提升服务能力。制订乡村医生培训计划并组织落实，利用社区卫生服务中心人才组建师资队伍，培训乡村医生，并对培训进行统一考核，提高其业务能力和技能水平，提升人员素质，并鼓励其参加助理执业医师考试。

二、实施镇村一体化管理的主要成效

经过几年的探索，嘉定区镇村一体化管理已步入良性发展的轨道，无论在卫生资源的合理配置、辖区公共卫生职能的落实、群众就医用药安全，还是在乡村医生积极性的调动等方面都取得了较好效果，具体表现在以下五个方面：

（一）健全服务网络，改善社务设施

镇村一体化管理实施以来，嘉定区对各镇社区卫生服务网络进行了重新规划设置，并按照行业标准进行社区卫生服务站的建设工作。2007-2009年，嘉定区社区卫生服务站从66家增至142家，有效改善了基层卫生硬件设施，健全了社区卫生服务网络。

（二）理顺管理机制，加强业务管理

嘉定区镇村一体化管理的一个显著特点是既解决了人事管理问题，又提高了管理效率和社区卫生服务站的业务水平。改革前，乡村医生与社区卫生服务中心人员在分配水平上存在较大差距，一体化管理实施后，乡村医生的人事和薪酬关系委托给第三方，实行企

业化管理，薪酬与业务挂钩，有效缓解了原有矛盾。另一方面，实施镇村一体化管理之前，村委会负责社区卫生服务站的行政管理，社区卫生服务中心负责业务管理，条块分割严重。改革后，社区卫生服务站的人员聘用和业务管理统一归到社区卫生服务中心，行政管理与业务考核相结合，以考核促建设，改变了原来业务考核形同虚设的局面，调动了社区卫生服务站人员工作和学习的积极性，有力促进了其业务水平的提高。

（三）理顺筹资体系，强化队伍建设

建立和完善镇、村两级筹资体系，是嘉定区镇村一体化管理的又一个有力举措。镇、村两级筹资，不仅确保了社区社区卫生服务站的正常运行，而且彻底解决了乡村医生养老的后顾之忧，客观上为基层卫生队伍的稳定、巩固、发展提供了有力的保障。据统计，实行镇村一体化管理后，嘉定区乡村医生的收入有了明显的改善，人均年收入由 2007 年的 2.12 万元增至 2009 年的 3.06 万，工作积极性得到大大提高。乡村医生待遇的改变也吸引了许多已经改行的年轻医生纷纷回到这支队伍中来，促进了乡村医生的队伍建设。

（四）拓展服务空间，提高群众满意度

镇村“一体化”管理将社区卫生服务中心医疗服务和公共卫生的重点和触角直接延伸到了村级，中心和站之间相辅相成、相互促进、协调发展，拓宽了服务的空间和范围，有力地推动了卫生事业的全面发展。同时，乡村医生的收入直接与工作数量、质量、群众满意度紧密相连，促使乡村医生将更多的精力投入到为群众提供服务上，社区卫生服务利用情况明显好转（表 1）。实施镇村一体化管理以来，区内 75% 的居民表示接受过各类健康教育，96% 的居民表示在就诊

过程中没有遇到过度检查和用药的情况。群众就医满意度大幅提高，总体满意度达 93%，区内 92% 的居民看病首选社区卫生机构，实现了就医下沉。

表 1 2005 年 -2009 年上海市嘉定区社区卫生服务利用情况

指标	镇村一体化管理前		镇村一体化管理后		
	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
计划免疫人次	297617	332662	420962	474469	623774
孕产妇管理	2595	3391	7310	9814	11926
高血压管理	15524	17818	26365	31941	33827
糖尿病管理	1557	2404	4510	6460	8280
门诊人次	1051019	1255344	1562980	1988779	2376999

三、实施镇村一体化管理的体会与建议

（一）政府主导是关键

医疗机构镇村一体化管理是实现卫生资源优化配置、提高资源利用效率的有效方法，政府应在其中发挥主导作用。不仅公共卫生服务完全需要财政投入来保障，基本医疗也需要政府的财政支持，并需进一步强化政府社区卫生工作中的职责，体现卫生事业的公益性。同时，卫生行业的特点也决定了卫生资源的配置不能仅靠市场调节，尤其在基层卫生方面。政府应根据区域规划，合理布局，避免卫生资源的不合理分布。政府牵头、加大投入、各方协调配合才能为群众提供安全、有效、方便、价廉的卫生服务。

（二）社区卫生服务中心有效管理是核心

社区卫生服务中心是镇村一体化管理的具体实施者，其作用是无可替代的。社区社区卫生服务中心要加强对各站点的日常管理，定期指导、检查、考核，使其在服务质量上不断提高，服务方式上更加规范，服务内容上更贴近农村实际（包含医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育指导以及居民健康档案的建立与管理等

方面), 关注解决社区公共卫生问题, 切实提高农村居民的总体卫生水平。

(三) 制度化建设是保障

嘉定区在推进镇村一体化管理过程中遇到过诸多问题, 如各村委会对镇村一体化管理的认识不同, 导致其对各项工作的执行力度参差不齐, 出现收缴公共卫生经费困难、推诿房屋修缮责任等问题; 镇村领导换届使镇村一体化工作发生变化, 影响政策执行的连贯性, 等等。因此, 要在全区范围内建立统一的镇村一体化工作制度, 规范各镇村及其相关部门的工作职能, 并强化考核, 使工作常态化、制度化, 保障基层卫生工作有序运行。

(四) 人才培养是基石

乡村医生贴近农民、熟悉农村, 掌握一定的医疗卫生保健知识, 承担大量的简易医疗和公共卫生工作, 是农村卫生工作中不可忽视的重要力量, 很好地充实了社区卫生服务网络。但是, 目前乡村医生人员数量短缺, 年龄结构老化, 业务素质普遍不高, 医疗服务质量和服务方式还不能充分满足农村居民的需要, 已经成为社区卫生服务发展的“瓶颈”。2005-2009年, 嘉定区乡村医生在岗人数从288人降低到247人。其中, 40岁以下的医生人数持续在80-90人之间, 近5年内几乎没有新生力量加入到乡村医生队伍中, 只能聘用大量退休乡村医生充实岗位。面对人才断层, 嘉定区已经出台鼓励政策, 实行定向培养方法建立基层人才培养机制, 加快乡村医生知识更新和能力培养, 加大人才培养力度, 并根据社区卫生服务发展实际需求确立了培养全科医师的目标。

(责任编辑: 信虹云)

嘉定区开展全科团队服务的实践模式分析

郑益川¹ 夏秀萍² 陈丽萍³ 胥玉萍⁴ 王小琴⁵

【摘要】 本文介绍了嘉定区全科服务团队的组建背景和发展历程，归纳了“农村型”、“城乡结合型”、“城市型”三种全科服务团队的组建方法，比较了各自的运作模式，分析了开展全科团队服务实践所取得的成效，并提出了相应的体会和建议。

【关键词】 全科团队；模式；成效

一、全科服务团队的组建背景和发展历程

嘉定区全科服务团队的组建是在全国城市社区卫生服务大发展的背景下提出的。在深化社区卫生服务综合改革的过程中，嘉定区卫生局围绕《上海市人民政府印发关于本市贯彻〈国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见〉实施意见的通知》精神，根据区域卫生规划，先后在全区 13 家社区卫生服务中心建立以“全科服务团队”为服务模式的社区卫生服务网络，采取新型的社区卫生服务提供方式，实施社区综合防治，有效强化了公共卫生和基本医疗服务的功能。截止 2009 年末，嘉定区共组建全科团队 84 个，拥有全科团队人员 540 名，包括 129 名全科医师，111 名社区护士，148 名公共卫生人员和 152 名其他各类人员。经过近三年的实践，探索出了切合实际的全科团队组建形式和运行办法，并取得了较好的效果。

第一作者：郑益川，男，嘉定区卫生局局长

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区黄渡镇社区卫生服务中心，上海 201800；

3. 嘉定区嘉定镇街道社区卫生服务中心，上海 201800；

4. 嘉定区外冈镇社区卫生服务中心，上海 201806；

5. 嘉定区徐行镇社区卫生服务中心，上海 201809

二、全科服务团队的组建方法和运作模式

全科服务团队是一种新型的社区卫生服务模式，是社区卫生服务机构走出医院、走向社区、走进家庭，为居民提供综合、主动、连续服务的有效方式。嘉定区各街镇全科团队组建方法多种多样，主要为“农村型”、“城乡结合型”和“城市型”三种类型（表1）。

表1 嘉定区全科团队的组建方法和运作模式

	农村型	城乡结合型	城市型
人员组成	全科医师 1-2 名、全科护士 1-2 名、公共卫生医师 1 名、乡村医师 2-3 名	同“农村型”	全科医师 2-3 名、全科护士 1-2 名、公共卫生医师 1 名
服务内容与服务方式	社区常见病及多发病诊治、家庭病床、慢性病随访、健康教育、送医送药、康复、计划生育指导、传染病防治等	同“农村型”	同“农村型”
运作模式	1、站长负责制（由乡村医师担任） 2、乡村医师长期固定站点工作 3、全科医师、社区护士、公卫人员实行弹性下沉（每人每周半天或 1 天）	1、团队长负责制（由全科医师担任） 2、模式 I：一个服务站为一个独立的团队，全科医师、社区护士、公卫人员、乡村医师长期固定站点工作，实行划片包干 3、模式 II：中心成立数个全科团队，每个全科团队挂靠 2-3 个服务站，中心团队成员在 2-3 个服务站之间流动工作，实行划片包干、责任挂靠	1、团队长负责制（由全科医师担任）； 2、每个团队根据服务区域实行划片包干 3、根据团队成员的特点在团队内部实行“条块结合”的管理方式
成员职责	1、站长：全科团队的日常管理、工作安排、工作量统计、每月工作报表上报等 2、全科医师：提供业务指导、开展健康教育、布置医疗工作 3、社区护士：指导站点的护理工作和药事管理工作 4、公共卫生医师：布置预防条线的工作 5、乡村医师：承担社区简单的常见病和多发病诊治、慢性病随访、妇幼保健、残疾人康复、精神病人的管理、计划生育技术指导等	1. 团队长：全科团队的日常管理、工作安排、团队内部的绩效考核和奖金劳务费分配 2、全科医师：责任区内的基本医疗、健康教育、家庭病床、慢性病的管理与评估、双向转诊等 3、社区护士：护理、消毒隔离、管理医疗废物、参与健康讲座、健康咨询、家庭病床工作 4、公共卫生人员：参与和指导站点人员进行传染病、慢性病管理及预防条线的质量管理 5、乡村医师：上门服务、代配药、慢性病的随访、产后访视、康复指导、精神病管理、计划免疫查漏等	1、团队长：服务区域内的医疗业务、公共卫生和社区协调工作 2、全科医师：团队内部基本医疗条线的负责人、包干个人责任社区内一切社区卫生服务工作 3、社区护士：团队内部护理工作条线的负责人、包干个人责任社区内一切社区卫生服务工作 4、公卫医师：团队内部慢性病管理条线的负责人、包干个人责任社区内一切社区卫生服务工作

	农村型	城乡结合型	城市型
考核体系	1、建立团队考核标准和质控要求，每个团队有一个具体的负责人进行管理 2、团队工作领导小组（由院部、业务部、预防部组成）每季度按照各工作条线的职责要求对各团队进行考核（包括资料审核、电话与实地抽查相结合，居民满意度调查）	1、将工作数量、工作质量和居民满意度作为团队绩效考核的基本依据 2、采用二级考核管理机制，团队长每月（或每季）对团队成员的工作数量和工作质量进行考核，考核领导小组和质控条线负责人对各团队的工作数量和质量进行抽查，考核结果与劳务直接挂钩	同“城乡结合型”
适用范围	全科团队的初创时期	管辖范围较广泛、社区人员较分散的农村地区	社区人员较为集中、居民知识层次相对较高的地区
优点	1、可解决全科人员紧缺的问题 2、乡村医师人脉关系熟，方便公共卫生工作的开展	1、全科医师诊疗规范，医疗风险相对降低；参与慢性病管理，针对性较强，有利于提高慢性病管理的质量 2、乡村医师人脉关系熟，方便公共卫生工作的开展	1、全科医师诊疗规范，医疗风险相对降低；介入预防领域，能够实现医疗、预防整合；参与慢性病管理及健康教育，使社区居民的认可度提高，有利于提高慢性病管理的质量 2、“条块结合”的模式有利于提高工作成效
缺点	乡村医师业务水平较低，观念陈旧，医疗风险大，慢性病管理质量不高	农村地区地域广泛，影响工作效率	全科医师社区人脉关系不熟

在全科团队的组建过程中，嘉定区社区卫生服务中心打破以往工作模式，成立了三大系统（图1），即中心管理系统、服务系统、支持系统，紧紧围绕“六位一体”、“综合管理”、“突出公卫”、“明确职能”、“绩效评估”五个原则开展工作。此外，每个团队还注重打造自身的品牌和特色，根据团队成员的特长和专业优势的不同，有所侧重。如以组建家庭病床为主的全科团队、以组建预防保健为主的全科团队、以健康教育为主的全科团队或以中医适宜技术推广应用为主的全科团队等。通过组建特色团队，有利于调动团队成员

的积极性，取得最大的工作效益，且更容易被社区居民所接受，对团队其他工作的开展也带来了方便，提高了卫生资源的利用效率和社区居民的满意度。

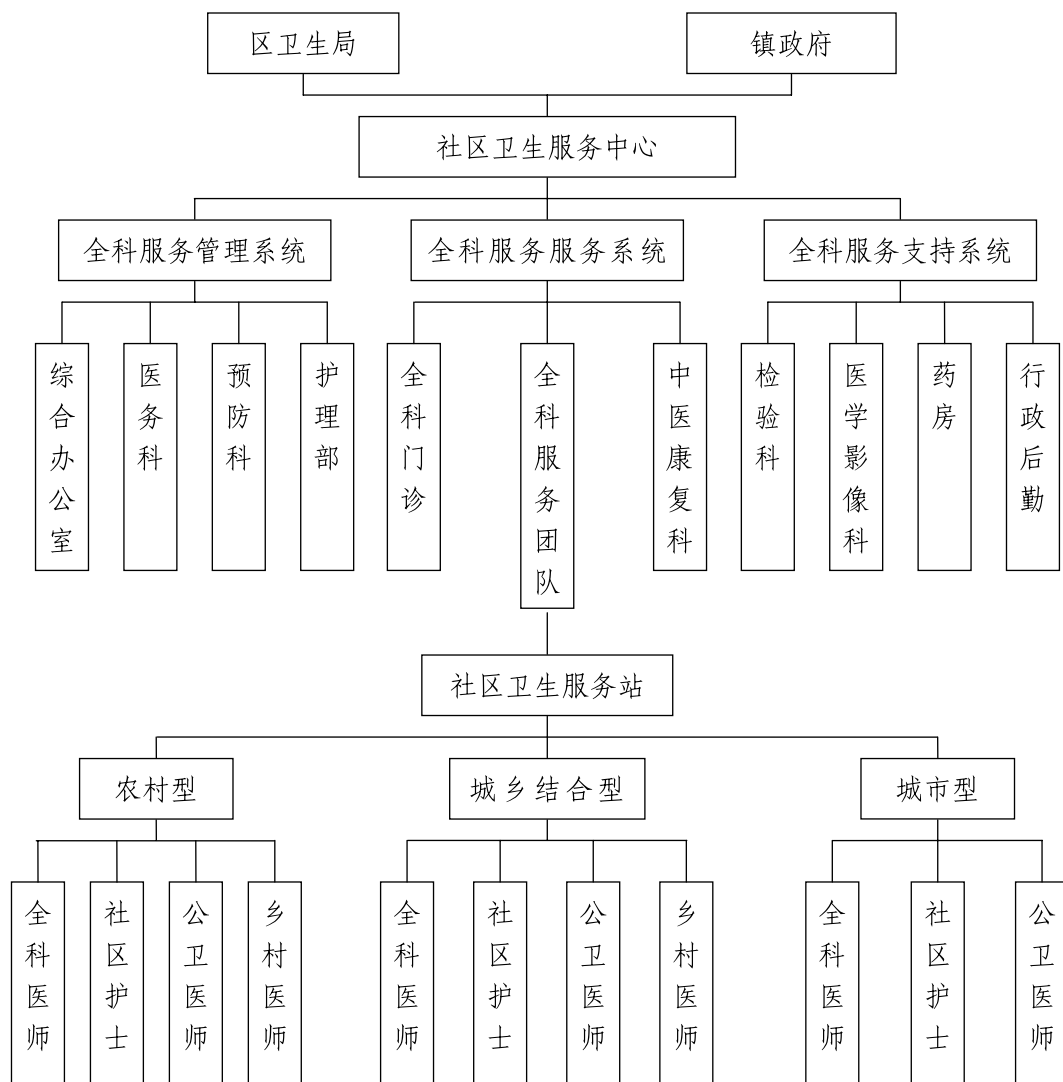


图1 嘉定区全科服务团队的总体框架

三、全科服务团队取得的成效

（一）实现了医疗服务的全覆盖

嘉定区全科团队服务以打造居民“15分钟”就医圈为目标，实行灵活的“三站式”服务，即“中心—站点—家庭”。常见病、多发病问题主要在站点解决，站点无法解决的就在社区卫生服务中心处

理，而疑难危重病人则转到上级医院就诊。截至 2009 年底，嘉定区的全科团队服务覆盖 281931 户，较 2005 年增长近 5 倍；覆盖服务人口数较 2005 年增长了 6 倍，基本达到社区服务人口的全覆盖；社区双向转诊例数与 2005 年相比增长了 26 倍，真正方便了社区居民就医（表 2）。

表 2 全科团队医疗服务覆盖表

	2005 年	2009 年	同比增长（倍）
团队管辖居委数	62	248	4
团队覆盖户数	56412	281931	5
团队覆盖户籍人口数	138626	861654	6
双向转诊例数	616	16252	26

（二）提高了慢性病的管理率和控制率

全科医师既熟悉一般疾病，又擅长社区糖尿病或高血压的规范化管理，有利于提高慢性病管理的质量。据统计，2009 年嘉定区高血压和糖尿病的规范化管理率和控制率较 2005 年有很大提高，有效地降低了病人并发症的发生率（表 3）。

表 3 嘉定区高血压、糖尿病管理与控制情况表

年份	高血压					糖尿病				
	患病数	管理数	管理率（%）	控制数	控制率（%）	患病数	管理数	管理率（%）	控制数	控制率（%）
2005	23330	15524	66.54	11286	48.37	7228	1557	21.54	840	11.62
2009	35295	33827	95.84	18392	52.11	9107	8280	90.92	2956	32.46

（三）提高了重点人群医疗服务的受益率

为提高社区居民的健康水平，儿童、60 岁以上的老年人、残疾人、高危孕产妇、育龄妇女、精神病人等都是全科团队关注的重点对象。2007 年至 2009 年，全科服务团队为重点人群提供卫生服务的普及率逐年上升，服务的质量和居民满意度也不断提高，“六位一体”的社区卫生服务功能得到了有效体现（表 4）。

表 4 嘉定区全科团队对重点人群医疗服务供给情况

项目	2007 年	2008 年	2009 年
慢性病管理数	38993	50113	54723
残疾人的管理数	12419	9727	7919
孕产妇的管理数	7206	8519	10957
新生儿访视数	3500	3495	4260
疫苗接种数	324499	354494	446676
疫苗接种人次	420962	474469	623774
产后访视数	4549	7419	6820
高危孕产妇管理数	1400	2094	2018
计划生育指导数	6667	7451	8458
发放避孕药具数	57229	66660	68739
重点高危危人群健康宣教开展次数	32697	59394	68073
居家养老保健指导次数	60652	59346	63544
社区居民的满意度	72%	83%	91%

（四）提高了社区居民的健康保健意识

2009 年，一项对嘉定区社区居民卫生服务健康保健知识的问卷调查结果显示，居民对健康教育、心理咨询、家庭病床、康复服务、预防接种、双向转诊等基本知识的了解率都达到了 50% 或以上，较 2005 年都有了大幅度的提高。通过进行“六位一体”的服务，社区居民的健康保健意识有了很大提高。

四、主要体会与建议

（一）进一步加大全科人才的培养

人才问题是当今全科团队面临的“瓶颈”问题。嘉定区大多数的社区卫生服务中心都处于偏僻农村，较二、三级医院相比，交通不便、条件落后，再加上人员编制等因素，很难吸引并留住人才。而现有的全科医师都由以前的专科医师通过全科岗位培训转型而来，无论是在全科服务理念或服务技能上都难以满足全新服务模式的挑战。因此，建议一方面在政策上有所倾斜，改变社区卫生服务中心在人才招聘上的劣势地位；另一方面，充分结合社区卫生服务的特

点对现有人员进行培训，注重实用性和可操作性，加强对全科医生职业技能的培训。

（二）进一步完善社区卫生服务评价体系

目前，社区卫生服务处于改革与发展的过程中，全科服务作为一项新生事物，其内容尚未明确界定，这直接关系到对全科团队的绩效考核和对社区卫生服务改革成效的评估，同时也导致全科团队的服务效果与居民期望之间存在差异。因此，对于服务内容和服务质量，需要加以总结、归类和分析。在明确工作的同时，确定统一的操作规范和考核标准，并根据社区居民的健康需求修订评价指标体系，使之更切合实际、具有可操作性，让社区卫生服务落到实处。

（三）打造全科团队的品牌特色

全科服务团队是一种全新的服务模式，只有采用品牌服务策略，才能尽快地得到社区居民的认可，从而进一步发展。一是要体现社区卫生服务的“独特性”。只有把社区卫生服务明显与普通门诊部、私人诊所、二级医院、预防保健等机构提供的服务区别开来，并充分体现其独特性和优越性，才能使其成为社区居民的首选。二是要加大全科服务团队的宣传力度，让居民能经常看到、听到、感受到、联想到全科团队服务。三是要提供高附加值的优质服务，对居民的需求迅速做出反应，尽量为居民提供个性化的服务，以体现社区卫生服务方便、舒适、价廉的特点，引导居民自觉地成为全科服务团队的宣传员和传播者。

（责任编辑：彭颖）

落实医改任务 推进公共卫生服务进程

许文忠¹ 谈佳弟² 张耀华¹ 沈鸿³ 胥玉萍⁴

桂锦良⁵ 甘晓卫⁶ 李月玲⁷ 赵汉鸣⁸

【摘要】 嘉定区以政府为主导，加大公共卫生投入，转变服务模式，在公共卫生服务方面取得了一定的成效，均等化程度明显提高。本文总结了嘉定区在强化公共卫生服务方面的主要举措，分析了其取得的成效，并提出了进一步完善建议。

【关键词】 公共卫生服务；均等化；措施；成效

根据《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》要求，嘉定区委、区政府切实强化区镇政府的公共服务和社会管理职能，充分发挥政府的主导地位，努力推进基本公共卫生服务的均等化。通过各方联动，齐心实践和探索，嘉定区已经基本达到了“确立政府在提供公共卫生和基本医疗卫生服务中的主导地位，公共卫生服务主要通过政府投资，向城乡居民均等化提供”的要求。

一、主要举措

（一）建立综合协调组织，强化政府责任

强化政府的公共服务和管理职能，各方联动推进公共卫生服务

第一作者：许文忠，男，嘉定区卫生局副局长

通讯作者：谈佳弟，男，嘉定区疾病预防控制中心书记

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区疾病预防控制中心，上海 201800；

3. 嘉定区初级卫生保健委员会办公室，上海 201800；

4. 嘉定区外冈镇社区卫生服务中心，上海 201806；

5. 嘉定区工业区社区卫生服务中心，上海 201803；

6. 嘉定区妇幼保健院，上海 201800；

7. 嘉定区牙防所，上海 201800；

8. 嘉定区精神卫生中心，上海 201806

进程。2006 年底，嘉定区成立了社区卫生服务综合改革领导小组，由区长任组长，区发改委、卫生局、财政局等 13 家单位为成员单位，统一领导区域社区卫生改革的进程；建立了公共卫生联席会议制度，50 个相关部门、街道、居委会参加，明确了各成员单位职责，将公共卫生相关指标列入街镇政府工作目标和考核指标，定期召开联席会议，研讨重大公共卫生问题。同时，进一步完善健康促进委员会制度，形成社会动员、合力推进卫生服务发展的格局。

（二）制订指导政策，提供政策保障

区政府发布了一系列文件，指导基本公共卫生服务实施机构转变运行机制。区政府批转《嘉定区加强公共卫生体系建设三年行动计划（2007 - 2009 年）》，下发《社区卫生服务中心收支两条线管理暂行办法》、《社区卫生服务财政补助暂行办法》、《社区卫生服务工作考核暂行办法》以及《社区卫生服务人才队伍建设暂行办法》等文件，明确提出了“承担公共卫生职能的机构，其人员经费及必要的工作经费由财政全额解决”，“社区公共卫生服务实行收支两条线管理”，并强化了社区卫生服务工作考核和人才队伍建设。

（三）加大财政投入，建立增长机制

通过预算管理、经费补贴等形式加大对公共卫生服务提供机构的投入。一是全额保障公共卫生专业机构经费。2004 年起，区级财政对公共卫生专业机构经费实施部门预算、项目管理，人员经费及必要的工作经费由财政全额保障，并建立了良好的增长机制。以疾病预防控制中心为例，2009 年投入已达 3903 余万元。二是自 2006 年起对区级医疗机构开展预防保健工作实施经费补贴机制，2009 年的经费补贴达 2503 余万元。三是加大对社区卫生服务中心的投入。

2007年起，镇级财政对社区卫生服务中心实施收支两条线管理，对公共卫生服务经费投入后仍有收支缺额的社区卫生服务中心，街镇以补贴运行经费的形式投入财政资金支持。2010年，社区公共卫生服务经费投入标准从原来的户籍人口50元/人、外来人口25元/人调整到常住人口50元/人。

（四）核增编制，加强人才队伍建设

一是通过核增编制、定向培养政策稳定和壮大公共卫生服务人才队伍。2008年，在人事部门的支持下，嘉定区增加了公共卫生人员编制近400个。同年开始实施定向培养政策，委托上海医药高等专科学校培养社区医生和乡村医生。

二是通过准入机制、岗位培训制度提高人才队伍素质。一方面，设置了准入标准，明确了区级公共卫生机构专业技术人员结构要求，对疾病预防控制专业人员实行岗位轮训和关键岗位上岗证制度。从2006年到2009年，公共卫生专业技术人员的本科比例由13%上升到28%，中级技术职称人员比例由11%上升到16%。另一方面，健全和完善了社区公共卫生人才培训体系，加大学历教育力度、鼓励在岗人员深造，3年来累计开展公共卫生服务技能培训近1000人次。

（五）转变服务模式，规范服务提供

区级公共卫生专业机构充分发挥公共卫生的信息、监测、预警的作用，成立区域公共卫生专家组，推进临床和预防的结合；组织综合指导团队，分组指导片区工作，以面对面的方式定期开展指导、质控、督查工作。

为规范管理、提高服务质量，嘉定区卫生局2007年编制了区域《居民健康评估报告》，明确区域公共卫生重点工作；下发了《嘉定

区社区公共卫生服务项目工作手册》，要求实施 13 大类、30 小类、112 种基本公共卫生服务项目，并制订了质量考核评估体系；制订了《社区公共卫生服务项目工作指南（试用）》，规范疾病预防控制工作，指导开展社区诊断，促进社区卫生服务中心的公共卫生服务效能、效率提高；对镇村卫生机构实施一体化管理，落实“六个统一”措施，逐步建立收支考核管理办法和分配激励机制，强化对公共卫生服务质量、效率的考核。

（六）开展减免项目和特色服务项目

为提高基本公共卫生服务的可及性，嘉定区针对特定人群、特定病种开展了一系列减免、优惠项目，包括肺结核病人减免治疗项目、贫困精神病人免费服药项目、儿童口腔病防治减免项目、农村高血压病人门诊免费服药项目等。各社区卫生服务中心结合当地实际情况开展特色服务项目，如马陆开展糖尿病运动干预项目，外冈率先推行高血压免费服药项目，江桥的外来人口同等享有卫生服务项目，工业区实施病媒生物控制项目等，这些实践为推进全区工作的开展做了有益的探索。

二、取得的成效

通过一系列组织保障和政策实施，嘉定区基本公共卫生服务能力显著提升，在基本公共卫生服务均等化方面取得了明显成效。对 112 项基本公共卫生服务项目的质量考核评估结果显示，项目实际开展率达到 100%，实际完成率 80-95%，基本实现了基本公共卫生服务城乡、本地户籍与外来人口、不同类别人群之间的均等化。

（一）传染病发病率低

2007-2009 年，嘉定区传染病发病率始终低于全市平均水平，

且对外来人口的传染病控制较好。2009 年甲乙类传染病总发病率 139.47/10 万（表 1）。

表 1 2007-2009 年嘉定区甲乙类传染病发病情况（单位：1/10 万）

年份	嘉定区			上海市		
	户籍人口	外来人口	户籍 + 外来	户籍人口	外来人口	户籍 + 外来
2007	146.30	109.05	124.35	182.71	244.98	198.95
2008	154.97	125.16	138.29	192.92	236.89	204.73
2009	184.49	105.14	139.47	195.37	222.50	202.81

（二）计划免疫接种率高

我区于 2004 年率先在全市实行不分户籍、一类疫苗全部免费接种，免疫接种率和建卡 / 证率处于全市较高水平。本市儿童的五苗接种率、建卡 / 证率已达到 100%，外来儿童的五苗接种率、建卡 / 证率均超过 99%（表 2）。

表 2 2007-2009 年儿童计划免疫五苗接种率、建卡 / 证率（单位：%）

年份	本市儿童		外来儿童	
	五苗接种率	建卡 / 证率	五苗接种率	建卡 / 证率
2007	99.53	100	96.10	97.21
2008	100	100	95.22	99.28
2009	100	100	99.23	99.74

（三）慢性病管理较规范

全区慢病管理有序开展，管理覆盖率和规范管理率处于全市前列。从 2007-2009 年，恶性肿瘤、糖尿病和高血压的管理人数不断增加，糖尿病和高血压管理覆盖率持续升高，规范管理率均达 90% 以上（表 3）。

表 3 2007-2009 年嘉定区慢病管理情况

年份	恶性肿瘤 管理人数	糖尿病管理			高血压管理		
		管理 人数	管理覆盖率 (%)	规范管理率 (%)	管理 人数	管理覆盖率 (%)	规范管理率 (%)
2007	5065	4510	17.58	79.71	26365	30.93	94.04
2008	6049	6460	24.81	89.42	31941	37.24	91.44
2009	7439	8280	31.66	90.92	33827	38.92	95.84

（四）外来人口孕产妇保健水平高

嘉定区对外来孕产妇的服务和管理水平提高。近年来，区域内外来孕产妇保健建册总数明显增加，2009 年的建册总数是 2007 年的 3.3 倍，建册率和产检率明显提高，分别达 79.4% 和 83.1%；危重孕产妇抢救成功率明显提高，2008—2009 年连续两年外来孕产妇死亡率为零（表 4）。

表 4 2007-2009 年嘉定区外来孕产妇管理及危重孕产妇抢救情况

年份	孕妇建册总数	孕妇建册率 (%)	孕妇产检率 (%)	危重孕产妇抢救发生数	危重孕产妇抢救成功率 (%)	孕产妇死亡率 (1/10 万)
2007	4952	—	—	23	82.61	44.26
2008	11667	64.24	79.37	12	100	0
2009	16295	79.38	83.15	10	100	0

（五）公共卫生服务项目成效显著

各项特色项目和减免项目取得了良好的成效：“2.5 万名中小學生免费口腔检查和龋齿充填”项目完成了 3.32 万名中小學生口腔检查，为 1.16 万名学生填充了 3.3 万只牙齿；社区卫生服务中心免费为 19163 名 80 岁以上老人提供年度保健服务和定期访视；310 名肺结核病人得到了减免治疗；91.2% 的参合高血压患者享受了免费服药，减免药费 133.4 万元；在册精神病人管理率达 99.2%，精神分裂症病人维持服药率提高至 68.0%，免费服药覆盖率超过 95%，减免药费 45.4 万元（表 5）。

表 5 2007-2009 年嘉定区精神病人免费服药情况

年份	人次	金额（元）	分裂症服药率 (%)
2007	6354	317229.40	61.57
2008	7039	358050.14	66.03
2009	7618	453840.14	67.91

三、主要体会和建议

（一）进一步完善保障机制，推进公共卫生均等化

进一步完善公共卫生服务均等化保障机制，统筹提高公共卫生

服务能力建设，充实队伍数量，提高队伍能力水平。根据嘉定经济发展水平、人群健康现状，适时增加服务项目，充实公共卫生服务的内涵，扩展公共卫生服务覆盖范围。

（二）明确公共专业机构定位，制定服务规范 and 标准

按照《国家基本公共卫生服务规范》进一步规范公共卫生服务的提供。区级公共卫生专业机构在做好重大公共卫生服务项目基础上，转变卫生服务模式，定期深入工作场所、学校、社区和家庭开展卫生学监测评价，研究制定公共卫生防治策略，并制定公共卫生服务规范、服务标准，更好地指导其他医疗卫生机构开展基本公共卫生服务。

（三）提升基层机构服务能力，促进公共卫生服务下沉

基本公共卫生服务项目主要由基层医疗卫生机构提供。各社区卫生服务中心要大力培养公共卫生技术人才和管理人才，深化绩效考核机制，进一步完善运行机制；要强化公共卫生知识和技能，提升公共卫生服务能力；要加强以健康档案为基础的信息系统建设，提高公共卫生服务工作效率和管理能力。

（责任编辑：李芬）

完善嘉定区基本医疗服务的主要改革举措及评价

陆璇¹ 王涛¹ 谢岳林¹ 应秀玲² 李莉³ 房和平⁴ 任秋生⁵

【摘要】 为进一步提高基本医疗服务能力，嘉定区重点推行了“二级医院支援社区”、“双向转诊”及“中医药适宜技术进社区”等改革举措。本文总结了上述措施的成功经验及尚存在的问题，并提出下一步工作设想。

【关键词】 基本医疗服务；社区；双向转诊；中医药适宜技术

嘉定区社区卫生服务综合改革三年来，重点推行了“二级医院支援社区”、“双向转诊”及“中医药适宜技术进社区”等改革举措，对提升社区基本医疗服务水平产生了积极作用。本文通过总结上述举措的主要做法、成效与问题，为进一步完善和推行相关政策措施提供参考。

举措一：二级医院支援社区基本医疗服务

（一）主要做法

1、实施“3+1”支援模式，促进优质卫生资源下基层

嘉定区在二级医院对口支援社区卫生服务工作方面形成了“3+1”的支援模式，其中“3”指以区中心医院（北部）、南翔医院（东南部）、安亭医院（西南部）为中心建立社区医疗服务支援网络，二级医院与受援单位签订合作协议，协助受援单位开展临床教学和技术培训；“1”指区中医医院以中医药服务支援为主，辐射整个辖区的社区卫生

第一作者：陆璇，女，嘉定区卫生局副局长

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区中心医院，上海 201800；

3. 南翔医院，上海 201802；

4. 安亭医院，上海 201805；

5. 嘉定区中医医院，上海 201800

生服务中心，并在社区卫生服务机构中开展中医药适宜技术培训，指导中医达标建设项目。

为了进一步完善区级医院和受援单位相对稳定的技术支援和业务指导关系，构建以社区卫生服务为基础、分工合理、协作密切的基本医疗服务体系，嘉定区制定了《关于进一步做好二级医院支援社区卫生服务工作的意见》，促进优质卫生资源长期参与到社区的基本医疗服务中。

2、派驻首席医师，长期援助社区基本医疗服务

嘉定区卫生局通过下发《关于深入开展“城市医师支援农村卫生工程”的通知》和制定《嘉定区社区首席医师工作方案》，深入开展“城市医师支援农村卫生工程”，建立二级医疗机构和13家社区卫生服务中心的对口长期援助工作制度，派驻首席医师进社区。二级综合医院根据受援机构的需求，每年派驻中、高级专业职称的临床医师作为首席医师，为社区卫生服务机构提供个性化援助。首席医师在服务期间要做到“三个一”，即每周一次讲课、每周一次技能培训、每周一次带教查房。二级医院针对首席医师设计了《首席医师考核表》，考核内容包括劳动纪律、工作质量、带教能力等多个方面，由社区卫生服务机构对进驻的首席医师进行考评；同时也制定了相关激励政策，如设立了首席医师支援补贴，在医德档案上加分和优先评先竞聘等倾斜制度。此外，二级医院不定期派员到各受援社区卫生服务机构督导、慰问，召开首席医师座谈会，及时了解其工作成效和困难。

（二）成效与问题

1、主要成效

三年来，中、高级医师组成的医疗团队开展社区巡回医疗达

230 余次，免费接送发车 1728 次，服务范围达 10 平方公里，服务人数达 30 万人次，直接减免医疗费用 162 万元，“巡回医疗”活动被评为 2008 年嘉定区精神文明百件好事之一。“首席医师”工作稳步开展，实施以来，4 家二级医院共选派 94 名医德良好、医术精湛的临床医师下沉基层；社区卫生服务中心共有 164 名基层卫生人员接受了进修培训，社区医疗机构开展业务培训 8489 人次，送医下乡 972 次。

在二级医院的支持下，嘉定区社区卫生服务机构基本医疗服务量逐年提高。截至 2010 年上半年，社区卫生服务机构门急诊量达到公立医疗机构门急诊总量的 49.2%，较 2007 年同期提高了 11.4%。2007—2009 年，社区卫生服务中心年门（急）诊服务总人次增长速度均超过 17%，而次均门（急）诊费用呈逐年下降趋势（表 1）。

表 1 2007-2009 年嘉定区社区卫生服务中心基本医疗服务情况

项目	2007 年	2008 年	2009 年
年门（急）诊服务总量（人次）	1347102	1699708	1993537
次均门（急）诊费用（元）	100.93	93.45	93.16

2、主要问题

一是受体制和政策因素的影响，目前还起不到激励医疗资源纵向整合的作用。二是卫生部门、支援和受援医疗机构在落实支援社区工作的过程中，缺少有效沟通，个别单位没有考虑对口支援工作的真实需求和长远规划，影响了支援效果。三是由于支援单位普遍存在业务工作繁重和人员紧缺的情况，部分首席医师还承担较多的本单位工作，难以按时长期驻扎，而受援单位设施设备配置不足，致使支援社区人才资源不足与浪费现象并存。

3、下一步工作设想

以对口支援社区为基础，探索构建“互动”的医疗联合体。嘉

定区将探索以区内三级综合性医院为龙头、整合二级医院和社区卫生服务中心的纵向区域医疗卫生联合体。在区域医疗联合体内，推行“双向转诊”、“双向服务”和“多点执业”，进一步发展和完善社区基本医疗服务网络，让群众真正享受到优质的医疗服务。

举措二：推行“双向转诊”，引导辖区居民有序便利就医

（一）主要做法

嘉定区积极组织和引导二级医院与社区卫生服务机构建立稳定的业务合作关系，推行双向转诊制度。社区卫生服务机构逐步承担二级医院的一般门诊、康复和护理等服务，方便群众就近看病。部分二级医院指定专门的职能科室和人员负责双向转诊管理工作，制定双向转诊流程和处理规范，建立双向转诊“绿色通道”，对上转的患者提供科室选择、预约检查、组织会诊及安排住院等服务；同时将康复期患者和诊断明确的慢性病经住院治疗病情稳定的患者转回社区医疗机构，并提供跟踪服务。

（二）成效与问题

1、主要成效

双向转诊制度已初步形成。目前，嘉定区已累计向社区医疗机构转诊 7152 人次，向上级医院转诊 373623 人次（表 2）。

表 2 2007-2009 年嘉定区二级医院支援社区卫生工作情况

医院名称	支援社区数（家）	派出医师人数（人）	接受进修人员（人）	业务培训人次（人次）	双向转诊（人次）		送医下乡次数
					下转诊	上转诊	
中心医院	6	21	35	4031	13	300000	452
南翔医院	4	25	16	2000	120	600	190
安亭医院	3	30	20	1600	7000	72000	230
中医医院	13	13	94	858	19	1023	100
总计	13	94	164	8489	7152	373623	972

社区基本医疗服务反应性提高。2010 年社区医疗机构反应性调

查显示，社区医疗机构在“征求患者诊疗看法”达到“经常”以上的为 70%，较 2008 年高出 14%；“让患者了解诊疗过程等情况”达到“经常”以上的为 72%，较 2008 年高出 11%；在社区就医时，由绿色通道转诊到上级医院达到“经常”以上的为 42%；“上级医院告知可以到社区卫生服务中心（站）去复诊”达到“经常”以上的为 34%（表 3）。

表 3 2010 年嘉定区社区卫生服务反应性调查结果（%）

问题	总是	经常	有时	从不
征求诊疗看法	38	32	22	8
让你了解诊疗过程等情况	38	34	20	10
由绿色通道到上级医院去就诊	23	19	30	28
上级医院告知可以到社区卫生服务中心（站）去复诊	17	17	34	33

2、主要问题

推进双向转诊的积极性不够。由表 2 可见，由二级医院向下转诊人数明显低于向上转诊人数；表 3 中“由绿色通道转诊到上级医院”调查答案为“从不”的占 28%，“上级医院告知可以到社区卫生服务中心（站）去复诊”调查答案为“从不”的占 33%。分析其原因可能是：首先，二级医院和社区卫生服务中心在运行机制上存在差异，双方尚未形成良好互动；其次，基层医疗机构在技术、人员、药物配备上的不足给向下转诊带来困难；再次，由于宣传力度不够，患者对双向转诊“绿色通道”等知晓程度不高，再加上对基层医疗技术的担忧，向下转诊的依从性较差。

3、下一步工作设想

一是探索建立社区首诊制度。嘉定区将进一步强化社区卫生服务机构的网底功能，通过二级医院的技术支持，提升社区卫生服务机构的服务水平。其次，通过多种渠道加强宣传，让患者认识到在社区卫生服务中心同样可以得到安全、有效的医疗服务。再次，明

确社区卫生服务机构的“守门人”地位，允许居民自由选择首诊社区卫生服务机构和医生，在区域内建立起有序的诊疗秩序和双向转诊机制。

二是探索建立区域内转诊平台。区域内各家医疗机构共同组建“区域医疗服务网双向转诊服务中心”，作为展示医疗资源的平台和双向转诊的载体。通过设计统一的诊疗标准，减少群众对不同医疗机构间的信任差异，消除病人向下转诊的心理障碍。其次，通过建立信息化的转诊系统，共享双向转诊信息，以实现双向转诊服务规范化和科学化。

举措三：“中医药适宜技术”进社区

（一）主要做法

为发挥中医药特色优势，推动社区中医药工作的开展，嘉定区制定了《嘉定区中医药适宜技术进社区三年行动计划（2008-2010年）》，成立了推广项目领导小组，在全区社区卫生服务机构中推广了至少24项疗效显著、安全、方便的中医药诊疗适宜技术；针对社区常见病和慢性病，开展《中医药适宜技术（验方）应用100例》培训活动。

作为嘉定区中医药服务建设的龙头单位，嘉定区中医医院承担了对社区医师的中医适宜技术的培训和指导工作：选派中医骨干到各社区卫生服务中心（站）指导医务人员，每季度至少开展一次专门培训；免费接受社区卫生服务中心（站）医务人员进修学习；定期组织社区居民开展中医养生保健知识讲座。同时，各社区卫生服务中心加强中医药服务提供设施建设，积极创建中医药服务建设达标单位，派医务人员参加市、区组织的有关中医适宜技术专项培训，积极培养中医类全科医师。

（二）成效与问题

社区卫生服务机构的中医药服务能力得到提高。中医药适宜技术进社区实施以来，全区已经有 8 家社区卫生服务中心取得了社区中医药服务建设示范（或达标）单位资格。2009 年，嘉定区 13 家社区卫生服务中心共设置了 13 个中医科和 12 个中药房，开展的中医药适宜技术项目有 14 种；参加各类中医培训达 858 人次，培养了 9 名中医类全科医师；社区中医类门（急）诊量 375433 人次，占社区门（急）诊总量的 15.6%。

目前，嘉定区中医药服务事业尚处在发展阶段，社区卫生服务机构在推进“中医药适宜技术”的过程中存在效果不佳、力度不够等问题，不能很好的满足辖区居民日益增长的中医药服务需求。为此，下一阶段将继续积极推进中医药服务进社区，建立覆盖城乡、特色明显、功能完善的中医药服务网络。

（责任编辑：何江江）

浅析嘉定区健康教育工作模式

许文忠¹ 王良锋² 龚岳良³ 徐立新²

周嘉平⁴ 朱杰⁵ 朱华英⁶ 陈丽萍⁷

【摘要】 社区卫生服务综合改革项目启动以来,嘉定区努力开创政府负责、部门配合、社会支持、群众参与的健康教育工作模式。本文从健康教育的策略和机制、内容、形式、效果等四个方面对转型中的嘉定区健康教育工作模式进行介绍,并从建立健康教育评价体系、建设健康教育人才队伍和完善健康教育网络等方面提出了进一步完善的建议。

【关键词】 健康教育; 转型; 模式; 效果

随着社会经济的发展,医学模式和疾病谱的转变,健康教育与健康促进的功能、作用和社会影响正日益扩大,已经成为我国卫生工作乃至和谐社会建设不可缺少的内容。社区卫生服务综合改革实施以来,嘉定区努力开拓政府负责、部门配合、社会支持、群众参与的健康教育工作模式,以提高全民健康为目标,以“健康素养 66 条”和健康生活方式为主要内容,采用多种方式,在社区基层开展健康教育活动,促进了城乡居民健康素养的提高。现从以下几个方面对转型中的嘉定区健康教育工作模式进行介绍:

一、健康教育策略与机制

世界卫生组织在健康促进方面推崇“赋权、协调、倡导”三大

第一作者:许文忠,男,嘉定区卫生局副局长

作者单位:1.嘉定区卫生局,上海 201800;

2.嘉定区疾病预防控制中心,上海 201800;

3.嘉定区爱国卫生运动委员会办公室,上海 201800;

4.嘉定区迎园医院,上海 201822;

5.嘉定区菊园新区社区卫生服务中心,上海 201800;

6.嘉定区华亭镇社区卫生服务中心,上海 201816;

7.嘉定区嘉定镇街道社区卫生服务中心,上海 201800

基本策略，该策略的基本框架是：以赋权策略应用于个体对象，采取有针对性的教育内容与方法，促使其态度由被动转化为主动；以协调策略推动个体参与各种小范围组织或团体的活动；进而采取倡导策略，鼓励其个体从参与小范围活动到参与更大范围乃至社会活动”。

按照该策略框架，嘉定区建立了从区到街镇（部门）、村居（单位）健康教育工作网络，完善了社区、医院、学校、机关企事业单位等直接面向目标人群开展健康教育服务的设施。在实施上，嘉定区建立了政府主导、多部门合作的健康教育工作体制和协调、高效的运行机制，成立了由相关委办局组成的嘉定区健康促进委员会，制定健康教育相关文件（如《嘉定区建设健康城区 2006-2008 年行动计划》等）和措施，并定期召开会议，落实健康教育工作各项任务。区卫生局作为牵头部门，将健康教育工作纳入目标管理和工作计划，组织实施并进行监督考核。区爱卫办履行组织协调职能，会同成员系统积极推动健康教育工作。在这一机制下，健康教育工作层层有人管，事事有人做，有效保障其在社区、学校、医院和工厂等单位中的有效开展。

二、健康教育内容

（一）“健康城区”建设活动

开展以全面提高市民健康素质为核心，以改善群众生产生活环境、提高市民健康水平为目标，以各种健康促进活动为载体，以加强健康管理、营造健康环境、完善健康设施、发展健康服务、拥有健康人群、普及健康教育为主要内容的“健康城区”建设活动。利用爱国卫生运动委员会这一组织平台，开展健康促进及宣传活动，

鼓励全社会积极参与，逐步形成了促进全民健康的社会支持系统，营造了“人人为健康，健康为人人”的良好社会氛围。

（二）“全民健康生活方式”行动

通过实施这一行动，搭建了全区健康教育与健康促进工作平台，加强了相关部门之间的合作。如联合区体育局共同开展“迎奥运，万人健步行”活动；联合区文明办组织“查找我身边的陋习”学生征文活动；联合区红十字会等八个部门开展“9·1全民健康生活方式日”主题宣传活动等。通过这一系列的活动，促进居民健康生活理念的形，从而改善居民的生活方式，不断地提高健康行为的形成率。

（三）“健康素养促进”行动

2008年，卫生部发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能》公告和《健康66条——中国公民健康素养读本》。在其指导下，嘉定区将“健康66条”的推广和普及作为健康教育工作的一项长期任务，以“健康66条”为核心，在各社区、学校、建筑工地、医院及人口流动量较大的公共场所开展健康教育巡展活动，针对社区居民、工人、外来务工人员和学生等进行巡讲。同时，积极加强了健康素养促进行动网络及能力建设，以逐步提高居民健康素养水平。

三、健康教育形式

一是设立健康服务咨询点。在居(村)委会设立健康服务咨询点，在接受居民咨询的同时，还为居民提供测量血压和血糖、就医指导、心理咨询、健康保健等服务，深受社区居民的欢迎。全区咨询点建点率达95%以上。二是拓展健康教育阵地。建立多渠道的健康教育宣传模式，如宣传栏、黑板报、健康画廊、社区广播、电子屏幕等方式，

同时联合各种宣传媒体（如电视台、报纸、网络等），拓宽健康教育宣传途径。三是开展健康知识大讲堂。组建由专业人员构成的讲师团，针对社区居民需要的健康知识，定期开展专项的系列健康知识讲座和“健康大讲堂”等活动。通过居民自选主题，以专题讲座的形式，普及健康知识。四是开展健康危险因素综合干预。以社区卫生服务中心全科团队为主体，开展针对慢性病、传染病、常见病等主要危险因素的各种干预措施，如糖尿病运动干预项目、老年人防跌倒干预项目等。

四、健康教育效果

（一）健康教育网络得到完善

建立了爱卫会—委办局、街镇政府—居/村委会（企事业单位）三级组织网络和区疾控（健康教育专业机构）—社区卫生服务中心—社区卫生服务站全科团队三级技术指导网络，使各单位能各尽其责、层层落实，健康教育工作呈现百花齐放、全面盛开的局面，群众真正享受到了健康教育服务。

（二）项目管理逐步规范

三年来完成了多项健康教育重大项目的实施，健康教育项目管理工作更加规范，形成了申报—审核—实施—结题的系统化管理流程，明确各类人员的职责分工。

（三）人员队伍建设得到强化

一是通过“送出去、请进来”的方式，加强对健康教育专业机构技术人员培训的力度，培养出一批“拿得出、干得好”的健康教育专业队伍。基本知识和技能测试结果显示，全区健康教育网络人员的基本知识和技能掌握率达到90%以上。二是建立了健康促进志

愿者队伍管理机制，通过推荐发展热心公益事业、愿意为社区居民提供健康服务的市民加入，壮大健康促进志愿者队伍，并组织定期培训和实践，提升志愿者队伍的服务水平。

（四）居民健康素养不断提升

2010年嘉定区居民健康素养抽样调查结果显示，全区居民健康知识知晓率为85.7%，健康行为形成率为79.6%，与2009年相比分别上升1.2%和2.7%，均达到并超过了《全国健康教育与健康促进工作规范纲要（2005～2010）》提出的相关目标要求。

五、主要体会和建议

（一）建立健康教育评价体系

目前，全国尚未形成一套完整的健康教育评价标准体系，不同地区、单位和部门之间针对健康教育效果的评价缺乏可比性。因此，迫切需要建立一套适合嘉定区总体情况的健康教育工作评价体系，在进一步促进本区健康教育工作的同时，也可为其他地区健康教育工作评价体系的建立和完善提供参考。

（二）进一步强化健康教育人员队伍建设

健康教育工作具有面广、量大等特点，而随着嘉定区外来人口不断增多，工作任务将越来越重，因此强化健康教育人员队伍建设十分重要。首先，要继续加强对健康教育专业机构技术人员培训的支持力度，加大健康教育专业队伍的建设；其次，要吸引具有相关专业背景的各行各业人员加入到健康教育队伍中，建立志愿者工作长效管理和激励机制，发展多种形式的志愿者队伍。

（三）完善健康教育工作网络

嘉定区已经建立了健康教育网络体系，但随社会经济发展

和外来人口的不断增加，健康教育网络仍需不断完善。如对工厂、企业等等场所的健康教育工作，目前还只能靠健康教育人员通过点对点的联系取得一定程度的支持，健康教育工作的形式和内容有限，难以开展系统的、深入的健康教育干预活动。今后还需进一步完善合作机制，深入薄弱场所、重点人群开展健康教育工作。

（责任编辑：彭颖）

嘉定区农村合作医疗：现状、问题与对策

杨波¹ 俞利平² 张黎明² 王小琴³ 沈鸿²

【摘要】 嘉定区农村合作医疗起步早，近年来政府加大基金投入，适时调整合作医疗政策，建立了长效监管机制，合作医疗保障水平进一步提高，管理监督机制进一步完善。但在新形势下，新农合也面临统筹风险增加、逆向选择增加、合管队伍不稳定、医疗费用迅速上涨等问题，建议进一步提高统筹层次，采用以集体为单位参合的方式，出台相关政策稳定人才队伍，加大对医疗机构的监管。

【关键词】 合作医疗；保障水平；基金监管；统筹层次

全面推进新型农村合作医疗制度建设，是统筹城乡发展，改善民生，构建和谐社会的重要举措。嘉定区于 60 年代末开展农村合作医疗试点，到 1970 年已经普及到全县，设置了村卫生室，配备专职乡村医生。在初创阶段，基金管理均采取“村办村管”的方式，资金筹集少（人均 2-5 元）、报销水平低（人均 20-50 元），以保障门诊为主。经过四十年的发展，合作医疗已经形成区、镇两级管理，农民自愿参加，个人、集体、企业和政府多方筹资，“基本医疗”和“大病统筹”相结合的医疗保障制度。

近年来，我区卫生局会同相关委办局陆续制定了《上海市嘉定区人民政府批转区卫生局等三部门关于进一步提高嘉定区农村居民

第一作者：杨波，男，嘉定区卫生局副局长

通讯作者：俞利平，女，嘉定区初级卫生保健委员会办公室副主任

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区初级卫生保健委员会办公室，上海 201800；

3. 嘉定区徐行镇社区卫生服务中心，上海 201809

基本医疗保险水平意见的通知》(嘉府发〔2006〕32号)、《关于进一步提高嘉定区农村合作医疗保障水平的意见》(嘉卫〔2007〕14号)、《关于完善〈关于进一步提高嘉定区农村合作医疗保障水平的意见〉的通知》(嘉初保办〔2008〕1号)、《关于调整嘉定区农村合作医疗区级大病报销政策的通知》(嘉初保办〔2009〕2号)等文件,进一步提高合作医疗保障水平,缩小城乡之间、地区之间、不同收入群体之间医疗保障差距,规范合作医疗资金的使用、管理。

一、主要做法与成效

(一) 加强宣传工作,做到应保尽保

嘉定区非常重视农村合作医疗政策宣传工作,每年年底各镇通过村委会将宣传册(宣传单)发放到户。随着城镇化速度加快,农业人口逐年减少,合作医疗参保人数下降明显,但是投保率稳中有升。由于镇保人员未实行门急诊统筹,嘉定区各级政府允许镇保人员参加合作医疗门急诊,加大了镇保人员的医疗保障力度,增加了合作医疗的覆盖面。到2009年,全区农业人口降至100185人,但是应参保率升至174%。

表1 2005-2009年嘉定区农村合作医疗参保情况

年份	总人口数	农业人口数	应参保人数	实际参保人数			应参保率 (%)
				总数	农保人数	镇保人数	
2005	519555	131181	94789	102905	79521	19991	108.56
2006	527117	113812	65910	77504	68244	9260	117.59
2007	532458	112527	58816	74054	47140	26914	125.91
2008	543600	103969	46146	61124	46146	14978	132.46
2009	546513	100185	33198	57772	33198	24574	174.02

注:应参保率=(实际参保人数÷应参保人数)×100%

(二) 政府加大基金投资力度,人均保费逐年提高

从2006年起,区政府每年扶持合作医疗大病基金904万元。镇级财政以上一年度本镇农业人口数为基数,按照人均不低于88元标

准下拨合作医疗基金。农民个人缴纳保费按照不低于上年度所在镇年人均纯收入的 1.5-2.0% 标准筹集。2009 年，合作医疗人均保费已达到 695 元（表 2）。本市《〈关于加强和完善本市新型农村合作医疗工作意见〉的通知》（沪府办〔2008〕55 号）提出，到 2010 年各区县的最低筹资水平（不包括市级补助）不低于 2007 年底全市平均水平（450 元）。我区 2006 年即已达到市级标准，到 2009 年已高出市级标准 245 元。

表 2 2005-2009 年嘉定区农村合作医疗筹资情况

年份	筹资总额（万元）						人均筹资水平（元）					
	合计	区政府	镇政府	企业	村集体	个人	人均	区政府	镇政府	企业	村集体	个人
2005	3461	360	737	313	547	1504	346	45	72	30	53	146
2006	3798	904	941	136	607	1210	490	118	121	17	78	156
2007	3710	904	973	168	456	1209	502	123	131	23	62	163
2008	3386	904	970	28	429	1055	554	147	159	5	70	173
2009	3349	904	1044	8	373	1020	695	271	181	2	65	176

（三）及时调整合作医疗政策，提高保障水平

嘉定区出台了一系列政策提高参保农民的保障水平：一是扩大保障内容、支付范围，与“城保”接轨。合作医疗实行门急诊、住院统筹，将门诊尿毒症、肿瘤放、化疗、精神病纳入到大病管理，支付范围完全参照“城镇职工医保支付范围”。二是提高门诊补偿比例，并拉大不同级别医院的补偿比例，即将报销比例调整为市级医院 50%、区级医院 60%、社区卫生服务中心 70%、村卫生室 80%。三是取消住院及门诊大病起付线，住院费用 1600 元以下补偿不少于 50%，1601 元以上补偿比例为 70%，60 周岁及以上补偿比例增加 10%，最高实际补偿限额为 60000 元。

随着人均保费和保障水平的提高，我区参保农民门急诊和住院的实际报销比例和均次补偿额逐年提高（表 3、表 4）。到 2009 年，

我区合作医疗病人门急诊均次补偿金额达到 90 元，实际补偿比例达到 51.3%，比全市平均水平（45.1%）高 6.2 个百分点；住院及门诊大病均次补偿达到 3985 元，实际补偿达到比例 57.5%，比全市平均水平（42.4%）高 5.7 个百分点。

表 3 2005-2009 年嘉定区农村合作医疗门诊补偿情况

年份	门诊人次	发票总额(万元)	补偿金额(万元)	实际报销比例(%)	均次补偿额(元)
2005	377341	3753	1736	46.25	46
2006	284200	2911	1286	44.19	45
2007	262069	3533	1517	42.92	58
2008	220690	3630	1759	48.46	80
2009	256429	4518	2320	51.34	90

表 4 2005-2009 年嘉定区农村合作医疗住院补偿情况

年份	住院人次	发票总额(万元)	补偿金额(万元)	实际报销比例(%)	均次补偿额(元)
2005	12895	3023	1279	42.30	992
2006	5247	2350	1005	42.74	1915
2007	4627	2192	935	42.64	2020
2008	4553	2570	1052	40.93	2310
2009	3682	2552	1467	57.50	3985

在自由就医的模式下，农村居民到二级、三级医院就诊的比例逐渐提高。合作医疗补偿政策对村卫生室、社区卫生服务中心的倾斜对于引导患者就诊流向起到了一定的积极作用，参合农民就诊流向仍以基层医疗机构为主，2009 年村镇就诊比例占 58.6%（表 5）。

表 5 2005-2009 年嘉定区新农合病人就诊流向（单位：%）

年份	基层医疗服务机构			区级医院	市级医院
	村卫生室	社区卫生服务中心	合计		
2005	61.97	15.40	77.37	19.85	2.78
2006	59.73	12.31	72.04	24.59	3.37
2007	50.87	15.73	66.60	29.68	3.73
2008	40.69	21.83	62.52	33.79	3.68
2009	37.02	21.57	58.59	36.04	5.37

（四）力推惠民政策，使农民受益

加大对特定人群的救助力度，确保全区人人享有基本医疗卫生

服务。自 2007 年起，对于参合人员中 70 周岁以上，以及 60-70 周岁的低保农民，个人缴费部分由区民政局、区残联和镇政府共同负担。三年来共有 14972 人次受益，减免金额达 235.7 万元（表 6）。对于低收入的参合家庭，家庭自付医疗费用在 1-2 万元之间的救助 80%，2 万元以上的救助 90%。

表 6 2007-2009 年嘉定区 70 周岁及以上农民、60-70 岁低保农民免费参保情况

年份	减免人次	减免金额（万元）
2007	2470	37.05
2008	5475	83.18
2009	7027	115.48
合计	14972	235.71

此外，2007 年嘉定区全面开展参合高血压患者免费服药政策。截至到 2009 年底，参加合作医疗的高血压患者 9908 人，服药人数 9032 人，减免服药人数占参合人员总数的 91.2%，共减免药费 133.4 万元。

（五）建立长效管理监督机制，保障合作医疗资金安全

一是建立了工作考核制度：区合管办每年对各镇合作医疗工作进行年中和年末的两次考核，重点在筹资情况、减免政策的落实、补偿及补偿公示、账户与资金安全等方面进行考核。

二是设立了合作医疗专户，建立了严格的财务审计制度。嘉定区合作医疗实行专用账户基金管理制度，报销窗口当场结付、操作透明，结算由两名工作人员分别进行初审和复核，以减少差错发生几率。各镇每年向区合作医疗基金管理委员会办公室提交年度总结报告和镇财政所审计证明；区合作医疗基金管理委员会办公室每年向市合管办提交合作医疗资金使用情况报告，接受区级审计部门的审计。

三是建立了合作医疗补偿公示制度。嘉定区以村为单位，每月将合作医疗基金补偿情况在村委会或村卫生室公示栏中进行公示，同时公布监督电话，接受群众监督。

四是开展业务培训制度。区合作医疗管理办公室每年对报销人员进行 1-2 次业务培训，培训课程包括参合人员管理、报销范围、报销金额正确计算等内容，并及时通报报销范围及医疗价格的调整，提高报销的准确度。

（六）加强信息化建设，提高管理水平

1998 年，为及时了解合作医疗基金的使用情况，嘉定区率先运用 Foxpro 数据库开发了简便、科学的管理软件来管理农村合作医疗数据。2003 年，区合作医疗管理办公室与金士达软件公司合作，开发合作医疗报销系统管理软件，建立区级合作医疗门诊大病及住院报销费用数据交换平台，使报销等待时间大大缩短，结算效率明显提高。2009 年，按照《关于做好 2009 年市政府实事实现 800 所村卫生室新型农村合作医疗实时报销项目的通知》（沪卫基层〔2009〕4 号）的要求，徐行镇 10 家村卫生室开展实时报销试点工作，目前系统运行稳定，2010 年已在全区推广。

二、存在的问题及相应的解决对策

（一）目标人群减少，统筹风险增加

随着城市化进程的加快，嘉定区农业人口大幅减少，合作医疗目标人群大幅减少，统筹风险逐年上升。针对这一问题，嘉定区计划在 2011 年实现合作医疗区级统筹，统一合作医疗基金筹集和管理，统一补偿比例等，扩大“风险池”，增强农民互助抗风险的能力，进一步提高参保农民利用卫生服务的公平性。

（二）镇保人员逆向选择情况普遍

《关于本市小城镇医疗保险参保人员参加农村合作医疗有关问题的实施意见》（沪医保〔2005〕114号）明确规定：“镇保人员参加合作医疗后，享受所在镇合作医疗规定的普通门急诊医疗待遇”。根据该文件，镇保人员自由选择参加镇保或合作医疗，而嘉定区合作医疗住院、门诊大病医疗待遇明显优于镇保，故疾病风险大的镇保人员积极参加合作医疗，造成合作医疗基金负担增大。建议今后镇保以集体为单位参保，减少镇保人员的逆向选择。与此同时，要加大合作医疗政策的宣传，尤其是在乡镇企业中的宣传，提高医疗保障意识，动员企业为职工参保，以减少合作医疗基金风险。

（三）经办机构人员队伍不稳定

合作医疗镇级经办机构编制问题一直没有得到落实，工资、福利待遇较同类岗位在编人员低，导致人员流失严重，管理及服务水平难以提高。建议各级管理部门通过区人大、政协等向有关部门呼吁，解决人员编制问题，提高人员待遇，稳定合作医疗机构的经办队伍。

（四）有效费用控制机制尚未形成

目前嘉定区合作医疗实行事后报销制度，对医疗费用只能从需方来控制，如定点医疗、设置起付线等，对医疗服务提供方尤其是市级医院尚无有效控费措施。应进一步规范定点医疗机构的行为，建立有效的控费机制，加大对医疗机构医疗行为的监管。建议进一步加强信息化建设，实行合作医疗基金的精细化、实时跟踪管理，促使医疗机构和医务人员做到合理检查、合理用药。对违反医疗行为规定的医疗机构，由卫生主管部门核实确认后，进行通报并追回不合理费用，严重者取消定点医疗机构资质。

（责任编辑：李芬）

嘉定区社区卫生人力资源状况及分析

方云芬¹ 周军谊¹ 桂锦良² 朱华英³ 陈德英⁴

【摘要】 社区卫生人力资源管理是嘉定区社区卫生服务综合改革的关键环节。本文总结分析了社区卫生人力资源管理的现状和存在的问题,并提出相关对策建议,进一步强调了人力资源管理在社区卫生服务综合改革中的重要作用。

【关键词】 社区卫生; 人力资源; 岗位能级结构; 人员聘用

一、社区卫生人力资源现状

(一) 基本情况

截至 2009 年 12 月底,嘉定区各社区卫生服中心在岗人员 1536 人,其中专业技术人员 1401 人(占 91%),管理人员 39 人(占 3%),后勤人员 96 人(占 6%);事业单位在编人员 952 人(占 62%),非在编人员 584 人(占 38%)。

除去退休、协保返聘等临时用工,常规在岗卫生专业技术人员 1072 人,其中医师 569 人(占 53%),护士 341 人(占 32%),药剂人员 89 人(占 8%),医技类人员 73 人(占 7%);本科 302 人(占 28%),大专 453 人(占 42%),中专 317 人(占 30%);高级职称 9 人(占 1%),中级职称 173 人(占 16%),初级职称 890 人(占 83%)。

第一作者:方云芬,女,嘉定区卫生局副局长

作者单位:1.嘉定区卫生局,上海 201800;

2.嘉定区工业区社区卫生服务中心,上海 201803;

3.嘉定区华亭镇社区卫生服务中心,上海 201816;

4.嘉定区人才服务中心卫生分中心,上海 201800

（二）管理措施与成效

1、强化教育培训，普及社区卫生服务知识和技能

坚持以社区、农村群众服务需求和社区卫生服务中心的功能定位为导向，开展形式多样、内容丰富的培训，同时注重培训的实用性和实效性。加强社区全科医师和护理人员的教育，提高社区卫生人才整体素质，积极鼓励和支持在职卫生人才参加高等医学教育与社区护理知识学历教育。各社区卫生服务中心每年有计划选派社区卫生服务人员到上级单位进修，并对在岗人员开展岗位培训。2007-2009年，累计培训社区卫生人才40369人次，其中到三级医院进修246人次（占1%），到二级医院进修1191人次（占3%），参加区卫生局组织培训11402人次（占28%），参加各社区卫生服务中心自行组织培训27530人次（占68%）。三年培训经费总投入为289.3万元。

2、返聘退休人员，缓解社区人才紧缺矛盾

鼓励二级以上医院退休中、高级卫技人员到社区从事卫生工作。2009年底，社区返聘使用退休卫技人员100人，其中，从机构级别看，二级医院返聘27人，社区卫生服务服务中心返聘73人；从职称情况看，高级职称14人、中级职称31人、初级职称55人。

3、整合纵向资源，上级医务人员支援社区

二级医疗机构向对口支援的一级医疗机构派驻中级及以上职称的卫技人员（含晋升高级职称之前的卫技人员）到社区定期工作，帮助社区卫生服务中心加强门诊服务，带教培训人员，提高诊疗水平，促进双向转诊。2007-2009年，二级医院对口支援总人数为85人，其中中级职称以上79人（含晋升副高前定期工作50人）。

4、开展委托学历教育，创新社区（乡村）医生培养模式

在乡村医生队伍培养方面，以在职学历教育为主，鼓励 45 岁以下在职乡村医生积极参加乡村医生大专及以上学历教育。2007 年，通过全国成人教育考试，录取优秀的在职在岗乡村医生，并委托上海交通大学医学院成人教育学院进行正规的临床医学专业教育，第一批 28 名临床医学（乡村医生方向）的大专学生经过三年的基础理论学习和为期一年的临床实习，完成了所有课程并顺利毕业。

2008 年，针对五年内将有 115 名乡村医生到龄退岗的情况，区卫生局联合人事局、财政局制定了《关于在本区户籍应届高中毕业生中定向培养社区（乡村）医生的实施意见》，以解决社区卫生人才后继乏人的问题。从 2008 年开始，连续三年定向培养社区（乡村）医生 102 名。定向培养生参加上海市高等教育统一考试，择优录取，并委托上海医药高等专科学校进行三年临床专科教育和培养，录取的定向培养生在校期间的学杂费给予减免，享受生活补贴。

5、以社区卫生服务功能转变为重点，抓紧培养全科医师

以全科医师规范化培训和全科医师职称考试为抓手，提高社区临床医生中全科医师的比例。同时制定政策，对取得全科医师岗位培训证书人员予以适当培训补贴，且在职务聘任同等条件下，享受单位优先聘任待遇。2009 年底与 2007 年底相比，全科医师人数从 118 人增加到 163 人。

6、拓宽渠道，加强合作，积极主动吸引人才

大力加强与高校、人才服务机构的合作，通过多种途径，积极吸引各类人才从事社区卫生服务工作。2007 年到 2009 年，共吸收录用 198 人，其中应届生 78 人，社会人员 120 人；本科及以上学历 87 人，占录用人员总数的 44%。同时制定相关倾斜政策，吸引、留

住社区卫生人才，鼓励优秀应届全日制毕业生进社区工作，在 5 年工作期间给予支医补贴。

7、争取用好人员编制，稳定社区卫生人才队伍

本着吸引人才、稳定人才、调动人才积极性的原则，制订《嘉定区卫生局关于非事业编制人员转为事业编制的指导意见（试行）》，确定转编基本条件。全区 13 家社区卫生服务中心共有 113 名专业技术人员落实转编政策，有效稳定了社区卫生人才队伍。对在社区工作的符合条件的非上海生源高校毕业生，视单位编制空缺情况，经考核优秀者，优先考虑进编。另外，经积极争取和多次沟通，在有关部门的工作支持下，社区增加了 190 个事业人员编制。

在上述措施的共同作用下，据统计，2009 年与 2006 年相比，社区卫生服务人员本科学历所占比例由 13% 上升到 28%，中专学历比例由 42% 下降到 30%；中级及以上职称比例由 11% 上升到 17%。社区卫生服务中心完成的诊疗人次从 2006 年的 35% 上升到 2009 年的 46%，且在手足口病防治、问题奶粉追查、H1N1 流感防治等社区公共卫生工作中发挥了重要的作用。

二、问题分析

（一）现行财政拨款方式制约社区卫生人力资源的宏观管理

从职工个人收入分配的资金渠道来看，社区卫生服务中心自 2007 年下半年起实行镇（街道）级收支两条线管理，镇（街道）财政根据区卫生局、财政局指导意见，以及各社区卫生服务中心历年工资外收入分配水平核定限额，实行“高的低增长、低的高增长”，逐步缩小差距。因此，各社区卫生服务中心职工工资福利水平受原来所在镇（街道）的财政收入分配状况影响，一定程度上引起了人力资源的配置与流动。此外，“收支两条线”制度导致了社区卫生人

员的工资福利水平不再与业务收入挂钩，影响了社区卫生人力资源的绩效考核等宏观管理工作。

（二）人口变化导致社区卫生人力资源总量不足

上海市卫生局关于社区卫生服务中心人员编制配备已有明确标准，即：每万服务人口（包括户籍人口、6个月以上常住人口）配备12.6-16.6名社区卫生服务人员。截至2009年底，嘉定区社区卫生服务中心人力资源总量仅为1536人（含退休、协保返聘267人），随着人口的不断增加，社区卫生服务中心的人力资源将在多年内维持一定的缺口（表1）。

表1 社区卫生服务中心人员配置标准与实际对比

年份	服务人口（万人）	配备标准（人）	实有人员（人）
2007年底	103	1269-1672	1171
2008年底	111	1550-2042	1365
2009年底	130	1638-2158	1536

（三）现有社区卫生人力资源岗位能级结构不合理

社区卫生人力资源的岗位结构是评价社区卫生服务人力资源配置是否合理的重要指标。目前，嘉定区社区卫生服务机构人才匮乏，岗位能级结构不尽合理。由镇（街道）卫生院转型而来的社区卫生服务中心，因为历史遗留等原因缺乏高素质的医务人员。另外，机构内部人员构成比例不合理，多家社区卫生服务中心不能配全临床医学以外的专业人员（如B超、心电图、放射、预防医学等），只能由临床医生、护士转岗或者兼职，导致医护人员数据更趋紧张、能级结构不合理。

根据上海市社区卫生服务中心人员编制配备标准，每万服务人口配4-5名全科医师，4-5名护士，1.5-2.5名公卫医师，3-4名其他人员（包括药剂、检验、影像、专科执业医师、信息、财会、管

理等)。但是嘉定区社区卫生人力资源中,全科医师、护士和公共卫生人员无论在绝对数还是相对数上都未达到配置标准,需要其他人员通过培训或转岗补充上述三类人员的缺口(表2)。

表2 社区卫生服务中心人员结构标准和实际情况对比

人员类别	应配人员数	实际人员数	标准配备比例(%)	实际配备比例(%)
全科	524-691	223	32	18
护士	524-691	341	32	27
公卫	197-259	129	12	10
其他	393-518	576	24	45

注:服务人口按2009年底130万计算。

三、对策和建议

为进一步加强嘉定区社区卫生人才队伍建设,提高社区卫生人才队伍的整体素质,现提出以下对策和建议:

(一) 完善考核与收入分配办法,建立健全激励约束机制

完善对各社区卫生服务中心和职工个人的绩效考核及收入分配挂钩办法,把镇(街道)财政直接拨款给社区卫生服务中心改为区级统筹,实施绩效工资分配管理。同时,改革社区卫生服务机构收入分配制度,实行以岗位工资和绩效工资为主要内容的收入分配办法,使工作人员的收入与其岗位职责、工作业绩和实际贡献紧密联系起来,加强和改善工资总额管理,对公益目标任务完成好、考核结果优秀的社区卫生服务机构,适当增加绩效工资总量。

(二) 吸引和稳定社区卫生人才队伍

制定配套政策,积极吸引和鼓励高等医学院校毕业生及医院工作人员到社区卫生服务机构工作。凡到社区卫生服务机构工作的医师和护师,可提前一年参加全国卫生专业技术中级资格考试,也可根据实际情况对在社区工作的卫生技术人员职称晋升,给予适当倾斜。在社区卫生服务机构工作满五年的卫生专业技术人员,可优先

参加相应的培训或业务进修。采取多种形式鼓励和组织二、三级医院和预防保健机构的高、中级卫生专业技术人员定期到社区卫生服务机构提供技术指导和服务。有计划地组织社区卫生服务机构卫生技术人员到上级医院和预防保健机构进修学习、参加学术活动，提高社区卫生技术人员的素质和专业技术水平。

（三）健全和完善社区卫生人才培养体系

对已经从事社区卫生服务工作的人员和由其他医疗机构转入社区开展卫生服务工作的有关专业人员，可采取脱产或半脱产的方式进行符合社区卫生服务要求的岗位培训。通过对在社区卫生服务机构中从事医疗工作的高年资临床注册执业医师进行系统的全科医学及相关理论、临床和社区实践技能培训，全面提高全科医师骨干对社区常见病多发病的诊断、转诊、预防保健和健康教育技能。按照卫生部《全科医师岗位培训大纲》和《社区护士岗位培训大纲》，分期分批对从事或即将从事社区卫生服务工作的执业医师、护士进行全科医师岗位培训。此外，按照相关规定，对社区卫生服务中心管理人员及其他工作人员也要分批进行有关知识与技能培训，以全面提高社区卫生服务质量和管理水平。加强职业技能和医患沟通技能的训练，运用社区卫生独特的技术、技能，为居民提供及时、便捷、人性化、高质量的医疗卫生服务，及时有效地完成公共卫生服务任务。

（四）完善社区卫生服务中心人事管理制度

社区卫生服务中心的岗位根据其社会功能、职责任务和工作需要设置，应具有明确的岗位名称、工作任务、工作标准、职责范围和任职条件。按照国家在事业单位实行人员聘用制度的有关规定，通过公开招聘，竞聘上岗，实行择优聘用，合同管理。有法定执业资格要求的岗位，其受聘人员应当具有相应的执业资格。岗位考核

以专业水平、工作绩效和务居民满意度为主要标准，实行定性与定量考核相结合，聘期考核与定期考核相结合。考核结果作为续聘、解聘或调整岗位的依据。

（责任编辑：王月强）

嘉定区社区卫生服务中心经济运行状况分析

徐锋¹ 张丽敏¹ 苏永强² 朱杰³ 吕颖⁴ 徐卫青⁵ 王吉龙⁵

【摘要】嘉定区社区卫生服务综合改革实施后，社区卫生服务中心实行收支两条线管理、医保预付制、诊查费减免和药品零差率等政策。本文从财政投入、收支情况、医保费用等方面对社区卫生服务中心的经济运行状况进行分析，总结了改革取得的成效，分析了存在的问题，并提出了相应的政策建议。

【关键词】社区卫生；经济运行；分析

2007年7月1日，嘉定区正式启动社区卫生服务综合改革，对社区卫生服务中心实行收支两条线、医保预付制等管理措施。通过加大区镇两级政府财政资金的投入，确保了社区卫生服务中心的良好运行，提升了其服务能力和水平，强化了公益性，取得了初步的成效。现对三年来社区卫生服务中心的经济运行等情况进行分析，为完善社区卫生服务综合改革提供参考依据。

一、社区卫生服务中心的经济运行状况

嘉定区社区卫生服务综合改革以实行收支两条线管理为突破口，区级层面制定了《嘉定区社区卫生服务中心收支两条线管理暂行办法》及《嘉定区社区卫生服务中心财政补助暂行办法》。其具体做法是，以街镇财政所为收支两条线管理的平台，各社区卫生服务中心

第一作者：徐锋，男，嘉定区卫生局副局长

通讯作者：张丽敏，女，嘉定区卫生局财务科科长

作者单位：1.嘉定区卫生局，上海 201800；

2.嘉定区医保办，上海 201800；

3.嘉定区菊园新区社区卫生服务中心，上海 201800；

4.嘉定马陆社区卫生服务中心，上海 201801；

5.嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

的年度收支全面纳入街镇部门预算，中心取得的收入按规定全部上交街镇财政所预算外资金专户，支出按预算管理由街镇财政予以拨付。与此同时，社区卫生服务中心实行医保预付制，即对参保病人的费用进行全年的总量控制，医保部门按月预拨医保费用，各社区卫生服务中心根据总量定额，控制医保量、门诊均次费用、复诊率、人均药品费的占比等指标。

（一）财政投入和收支情况

1、财政投入情况

改革以来，嘉定区政府对社区卫生服务的投入逐年增长，增幅较改革前显著提高，以区、镇两级财政为主体的稳定、长效投入机制已初步形成。2007年，全区13家社区卫生服务中心经常性投入（不包括基本建设）为6195.3万元，较改革前（2006年）增长87.4%，2009年达8788.5万元，为改革前的2.7倍。同时，一般项目补助经费及区级财政下拨的补助经费也逐年提高。2009年，嘉定区社区卫生服务中心的区镇两级投入占财政支出比例由改革前的0.5%增加到1.1%，占中心收入的比例由改革前的16.6%增加到29.4%（表1）。

表1 社区卫生服务中心财政投入表

指标	2006年	2007年		2008年		2009年	
	金额	金额	增长 %	金额	增长 %	金额	增长 %
财政补助收入（万元）	3305.8	6195.3	87.4	8087.4	30.5	8788.5	8.7
其中：专项补助（万元）	495.0	548.0	10.7	678.0	23.7	1054.0	55.5
上级补助收入（万元）	482.0	592.9	23.0	632.5	6.7	1256.8	98.7
区镇两级投入总计（万元）	3787.8	6788.2	79.2	8719.9	28.4	10045.3	15.2
占财政支出比例 %	0.5	0.9	—	1.0	—	1.1	—
占中心收入比例 %	16.6	25.6	—	29.0	—	29.4	—

2、收支情况

（1）总体情况

改革三年来，嘉定区社区卫生服务中心全年收支保持平衡并略有结余，其中业务收入平均增幅为 12.5%，支出平均增幅为 16.6%，两者之间的缺口主要由政府投入来弥补（表 2）。

表 2 社区卫生服务中心收支情况表 *

指标	2007 年	2008 年		2009 年	
	金额	金额	增长 (%)	金额	增长 (%)
收入总计 (万元)	26656	30632	14.9	35560	16.1
其中：业务收入 (万元)	19824	21504	8.5	25094	16.7
支出总计 (万元)	25675	30354	18.2	34907	15.0
收支结余 (万元)	981	278	-71.7	653	134.9

（2）收入结构

业务收入作为社区卫生服务中心的主要收入来源，一般由药品收入、医疗收入和其他收入三部分构成。如表 3 所示，嘉定区社区卫生服务中心的医疗收入 2008 年有显著下降（因部分社区卫生服务中心撤销老年护理病房），而药品收入占比三年均在 60% 以上，且呈逐年上升趋势，可见社区综合改革对业务收入结构影响不大。

表 3 社区卫生服务中心收入结构表

指标	2007 年	2008 年		2009 年	
	金额	金额	增长 (%)	金额	增长 (%)
业务收入总计 (万元)	19824	21504	8.5	25094	16.7
药品收入 (万元)	12061	14039	16.4	17053	21.5
占比 (%)	60.8	65.3	—	68.0	—
医疗收入 (万元)	5844	4587	-21.5	5088	10.9
占比 (%)	29.5	21.3	—	20.3	—
其他收入 (万元)	1919	2878	50.0	2953	2.6
占比 (%)	9.7	13.4	—	11.8	—

（3）支出构成

2006-2009 年，嘉定区社区卫生服务中心工资福利支出、材料

* 由于 2006 年南翔镇社区卫生服务中心的数据合并到南翔医院，与 2007 年数据口径不一致，表中为 12 家独立核算的社区卫生服务中心数据。

费和运行成本三年变化均不明显，平均占比分别为 33%、5% 和 11%；占比最高的是药品成本，三年平均为 41%，且呈逐年上升趋势。

（4）药品加成率下降对收支结余的影响

研究发现，对社区卫生服务中心经济状况影响较大的政策因素是药品加成率的下降。据统计，2006 年嘉定区社区卫生服务中心的平均药品加成率为 32.6%，2007 年为 21.5%，2008 年为 16.6%，2009 年为 12.5%。以 2006 年为基数计算，2007-2009 年减少的收入分别为 1116 万元、1978 万元、3050 万元。而社区卫生服务综合改革提供了相应的财力保障，各社区卫生服务中心能保持经济平稳运行，防止了政策性亏损的发生。

（二）医保费用

对参保病人实行医保预付制以后，各社区卫生服务中心严格执行医保政策，合理控制医保费用。在诊查费减免和药品零差率双重因素的作用下，2008-2009 年，在社区卫生服务中心就医的参保病人持续增长，年门急诊量从 2007 年的 75 万攀升至 2008 年的 104 万，2009 年更是达到 123 万，平均增长率为 28%。财政投入到位以后，各社区卫生服务中心想方设法降低医疗费用，趋利行为明显减少，医保费用的支出逐年趋向合理的水平，参保病人的门诊次均费用三年来持续下降，并且在全市处于较低水平（表 4）。

表 4 社区卫生服务中心参保病人门急诊次均费用比较（单位：元）

指标	2007 年	2008 年	2009 年
嘉定区均次费用	102	100	99
郊区均次费用	97	105	99
市区均次费用	112	137	113

（三）医疗业务量

改革三年来，嘉定区社区卫生服务中心门急诊人次逐年递增，

平均增幅为 28%，且占全区公立医疗机构总门急诊人次数的比重也逐年上升（从 2006 年的 35.3% 上升到 2009 年的 45.5%），可见群众对社区卫生服务的利用明显增加。而与此同时，社区卫生服务中心的门急诊均次费用却逐年下降（从 2006 年的 110.9 元下降到 2009 年的 95.4 元，三年下降 15.5 元），按三年平均门急诊量 189.8 万人次计算，每年为患者节约 2940 万元（表 5）。

表 5 社区卫生服务中心医疗业务工作情况表

指标	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
门急诊人次（万人）	115.7	143.0	182.7	243.8
占全区公立医疗机构比（%）	35.3	37.8	40.3	45.5
门急诊均次费用（元）	110.9	105.2	95.9	95.4

（四）相关政策实施带来的影响

一是诊查费减免政策。嘉定区自 2007 年 2 月实行社区卫生服务中心诊查费减免政策。截至 2010 年底，全区社区卫生服务中心共减免门诊病人 481.3 万人次，减免金额为 3369.4 万元，其中财政补助非医保人员费用 1190.9 万元。

二是药品零差率政策。从 2008 年 3 月 24 日起，嘉定区在社区卫生服务机构实行 301 个品种共 629 个规格的基本药品零差率政策，2009 年 1 月，零差率基本药品扩大到 372 种，共 750 个品规。实行零差率政策两年来，受益人次占比从 2008 年的 44.2% 提高到 2009 年的 64.5%，优惠金额占比由 2008 年的 13.7% 上升到 2009 年的 25.2%，人均优惠金额从 3.75 元上升到 5.12 元，切实让群众得到实惠。

上述两项政策的实施，使人均门诊均次费用中病人负担的医药费用平均减少 11.4 元，为群众减轻了就医负担，减少的医药费用由医保基金和市、区、镇三级财政予以补偿。

（一）初步建立了区镇两级稳定长效的财政投入机制

嘉定区委四届四次全会明确了本区卫生投入占财政支出的比例不低于 2.5 %。2006-2009 年，实际比例分别为 1.73 %、2.48 %、3.30 %、3.17 %，在邻近 5 个区县（嘉定、宝山、青浦、松江、闵行）中的排位从原来的最低上升到第三（仅次于松江、宝山）。与此同时，按照《嘉定区社区卫生服务中心财政补助暂行办法》，区镇两级财政对社区卫生服务中心财政补助内容包括公共卫生服务经费、运行经费及项目经费。在公共卫生服务经费方面，2010 年起各街镇的投入标准由原来的户籍人口 50 元 / 人、外来人口 25 元 / 人调整为按常住人口 50 元 / 人，其中区级财政以转移支付的形式补贴街镇财政 16%-20%。对于公共卫生服务经费投入后仍存在收支缺额的社区卫生服务中心，街镇以补贴运行经费的形式投入财政资金，确保基本收支平衡。

（二）社区卫生机构软硬件实力增强，内部管理更加规范

改革后，政府对加大的对社区卫生工作的重视力度。除了增加财政经常性投入外，政府在人才、基础设施建设方面也增加财政支持，提升了社区卫生服务中心的软硬件实力。2007 年，区政府层面推出了“支医补贴”项目，每年区财政提供 200 多万元支医补贴经费，为社区人才建设打下了坚实基础；各机构层面也加大了自身的人才培养力度，总培训费从 2006 年的 70 万元上升至 2009 年的 200 多万元。2008 年，嘉定区在全市率先实施了户籍应届生定向培养社区医生项目，为社区卫生人才队伍建设注入了新鲜血液。与此同时，三年中全区 13 家社区卫生服务中心有 11 家得以新建或改扩建，118 所村卫生室已完成市级标准化建设，社区卫生机构的硬件设施明显改善。另外，收支两条线管理的实施，也使得社区卫生服务中心在预算管理、

财务管理等内部管理上更加规范。

（三）调动了医务人员的积极性，稳定了医务人员队伍

收支两条线管理的实施切断了社区卫生服务中心业务收入和医务人员收入的直接联系，政府加大了投入，确保了中心的收支平衡，切实保证了医务人员的基本收入及相应的递增机制，对稳定医务人员队伍、调动积极性方面起到了很好的促进作用。全区社区卫生服务中心在编人员平均年收入从2006年的6.5万元增至2009年的8.4万元，年平均增长9%。

二、存在的问题及政策建议

（一）存在的问题

1、各街镇财政对社区卫生的投入差异较大，负担不均衡

从三年来的财政投入数据看，各街镇对社区服务中心的投入差异较大，街镇政府财政对卫生的经常性投入占街镇财政支出的比例从0.3%到5.2%不等。部分街镇（特别是北部经济欠发达地区）财政负担较重，也有部分街镇只承担了公共卫生服务经费，卫生投入占比相对较低。

2、社区卫生服务中心仍有创收压力，公益性得不到完全体现

嘉定区的社区卫生服务中心收支两条线管理以街镇为平台，政府投入主要依靠街镇财政，而由于部分街镇财力有限，其辖区内的社区卫生服务中心仍存在创收压力，需要一定的医疗收入才能保证中心的收支平衡，影响到其公益性充分落实。此外，个别街镇仍存在医生收入和业务收入相关联的情况，如允许社区卫生服务中心从体检收入中提取一定比例的劳务费，用于额度外职工收入的发放。

3、社区卫生服务中心发展不平衡，尚难做到服务均等化

由于基础不同，各街镇财力存在差异，各社区卫生服务中心的

软硬件发展不平衡。首先是硬件条件（包括房屋建筑物面积、设备设施的配置等）差异较大，一些机构的医疗设备得不到及时改善，存在超期使用的现象。其次是软实力也存在一定差异，如北部社区卫生服务中心中级以上人员和本科以上学历人员的占比都处于相对较低的水平。

（二）政策建议

1、实行社区卫生服务经费区级统筹，克服地区差异

实行社区卫生服务经费区级统筹可克服上述街镇政府负担不均衡、地区之间发展不平衡以及社区卫生服务中心公益性得不到充分落实的问题。结合嘉定区实际情况，建议分阶段稳步推进区级统筹，可先行试点再全面推行，或是先开展人、财、物的基础摸底工作，制定科学的实施方案。

2、完善各项配套政策，提高“收支两条线”管理成效

一是完善财政补助办法，加强预算管理。收支两条线管理的关键在于完善财政补助办法，明确政府投入的内容和标准，建立财政投入的长效机制。建议除公共卫生服务经费外，对人才建设经费、科研经费、设备维修等经费制定相应的投入标准。同时应加强预算管理，根据各社区卫生服务中心的实际业务量、财务状况，控制单位人员和公用经费支出，力求预算编制的科学合理、细精规范。如在制定预算定额时，尽量细化支出内容，明确支出标准；在安排支出时，可考虑人员支出与医院绩效挂钩，进行总额控制；公用支出中固定成本按需核定，变动支出与业务量挂钩等。此外，要严格预算执行，强化预算监督，提高资金使用效率。

二是制定硬件和人员配备标准，加强基础管理。预算管理的重要内容在于核定支出，而支出的重点是硬件和人员的配置。建议结

合嘉定区各街镇的实际情况（如医疗业务量、服务人口数、服务地域面积等），合理确定各社区卫生服务中心应配置人员总量（包括非编用工）、医疗设备等硬件设施。

三是进一步完善绩效考核机制，加强监管力度。要提高财政资金的使用效率，考核是关键。建议进一步细化社区卫生服务的考核内容和考核标准，考核结果要与社区卫生服务中心的预算下拨经费、绩效工资总量挂钩。同时，各社区卫生服务中心要结合绩效工资改革，完善内部分配方案，建议以工作数量、工作质量、居民满意度等为考核指标，通过考核指标的导向作用，提升社区卫生服务质量，让群众真正享受到改革的成果。

（责任编辑：王力男）

嘉定区社区卫生绩效考核的实践和探索

陆璇¹ 高雪琴² 庄琴³ 潘志坚⁴ 范锦华⁵ 顾大华⁶

【摘要】 本文通过分析上海市嘉定区社区卫生绩效考核的现状，归纳总结嘉定区社区卫生服务综合改革实施以来对区卫生局、街镇及社区卫生机构等多层面绩效考核的经验，探讨绩效考核工作中存在的问题，提出解决思路，为完善社区卫生绩效考核提供参考和借鉴。

【关键词】 社区卫生；绩效考核；实践；探索

合理的绩效考核机制是实现和维护社区卫生服务机构公益性的重要保障之一。嘉定区自实施社区卫生服务综合改革以来，积极开展社区卫生绩效考核，区政府、区卫生局、各街镇和社区卫生服务中心等层面相继制定和实施了不同层级的绩效考核办法，建立了以服务数量、质量和社区居民满意度为主要内容和指标的考核机制，形成了一套较为科学、合理的绩效考核体系，促进了社区卫生服务内涵的转变，提高了社区公共卫生和基本医疗服务的工作质量和效率，推进了社区卫生服务的规范化和可持续发展。

一、嘉定区社区卫生绩效考核的主要做法

（一）总体框架

嘉定区社区卫生绩效考核采用年度考核和日常考核相结合的方

第一作者：陆璇，女，嘉定区卫生局副局长

通讯作者：高雪琴，女，嘉定区菊园新区社区卫生服务中心副主任、副书记

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 嘉定区菊园新区社区卫生服务中心，上海 201800；

3. 嘉定区疾病预防控制中心，上海 201800；

4. 嘉定区安亭镇社区卫生服务中心，上海 201800；

5. 嘉定区工业区社区卫生服务中心，上海 201800；

6. 嘉定区南翔镇社区卫生服务中心，上海 201800

式，分三个层面：第一个层面是区政府对区卫生局和各街镇进行绩效考核，第二个层面是区卫生局、街镇政府对辖区内社区卫生服务中心进行绩效考核，第三个层面是社区卫生服务中心在机构内部开展绩效考核（图1）。

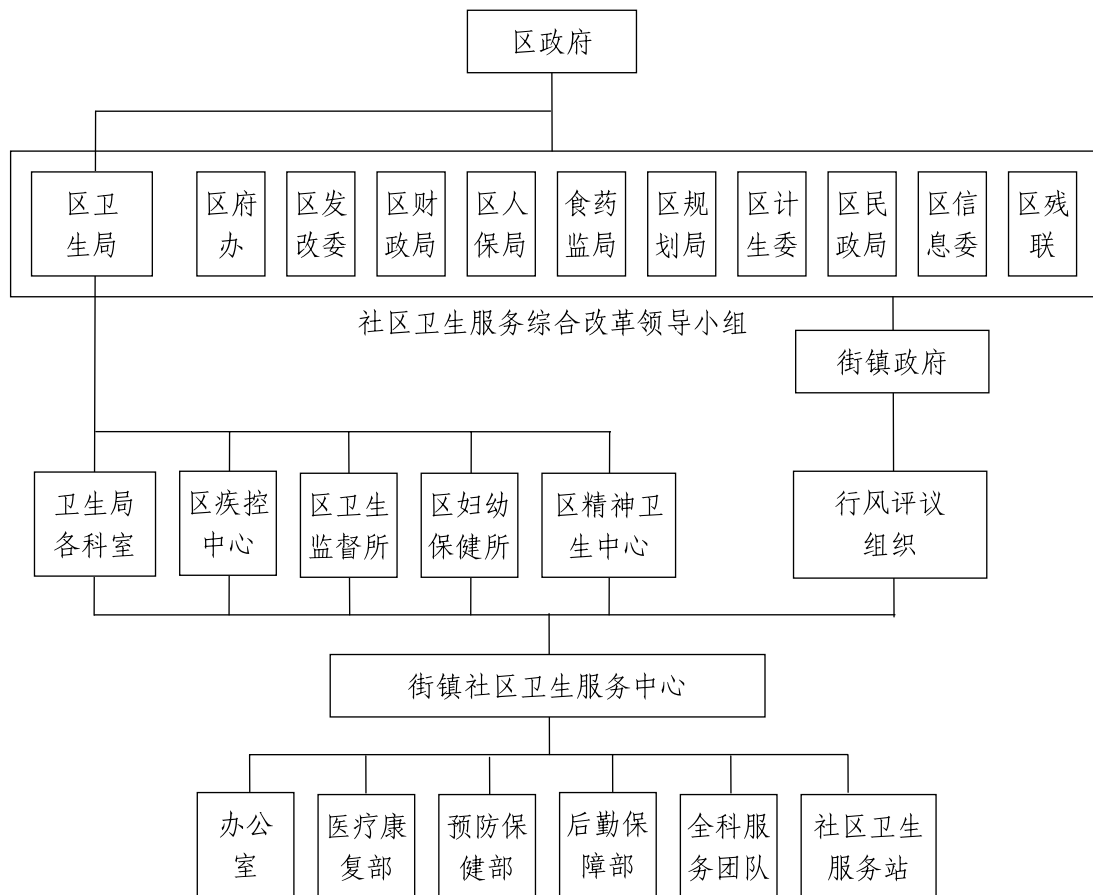


图1 嘉定区社区卫生绩效考核的总体框架

（二）对区卫生局的绩效考核

嘉定区将社区卫生工作直接纳入区委、区政府对区卫生局的绩效考核体系之中。区卫生局每年年初结合区政府本年度重点推进工作、实事项目和督查项目，制定和申报年度工作目标，由分管区委副书记、副区长审核批准，年终进行考核。对区卫生局的绩效考核由业务工作考核、共性工作考核、机关效能测评、综合加分或扣分四部分组成，其中社区卫生服务综合改革推进工作作为业务工作考

核的主要内容之一，由区分管领导考核、区四套班子领导考核、街镇测评三部分组成。考核结果与区卫生局公务员年度考核“优秀”比例限额及适当物质奖励挂钩。

（三）对街镇社区卫生的绩效考核

嘉定区政府成立了由区长任组长，分管副区长任副组长，区政府办、卫生局、发改委、财政局、人保局（医保办）、食药监局、规划局、人口计生委、民政局及区残联等主要领导组成的社区卫生服务综合改革领导小组，总体负责社区卫生绩效考核。领导小组下设办公室，由区卫生局局长兼任办公室主任。对街镇社区卫生的绩效考核分年中考核和年度考核，主要从政府履行社区卫生服务管理职能和社区卫生服务中心工作两方面入手，考核结果作为衡量各街镇社区卫生工作效能及核定社区卫生服务机构职工可分配奖金额度*、中心主任薪酬的主要依据。

在考核内容和指标方面，改革实施三年来，嘉定区社区卫生绩效考核以社区卫生服务中心运行机制和服务模式转变为主线，注重对服务数量、质量和社会满意度的绩效评估。随着改革的不断推进，考核的侧重点每年都有调整，以期充分发挥绩效考核的引导和激励作用。如在改革初始阶段，对政府履行社区卫生服务管理职能的考核侧重于政策支持、公共卫生经费投入、硬件建设达标、镇村一体化工作推进和爱国卫生创建等五项指标，2009年在此基础上增加了人才队伍建设指标，以保证社区卫生人力资源的配备，促进其软件建设与发展；2007年对社区卫生服务中心工作的考核侧重满意度评价、服务费用、服务效率、服务质量和经济运行等五项指标，2008

注：嘉定区社区卫生服务中心实行收支两条线管理，收支两条线平台建设在街镇一级，各街镇社区卫生服务中心的职工可分配奖金额度由区社区卫生服务综合改革领导小组核定。

年起又增加了需要政府多方协调、多部门共同协作的公共卫生服务质量指标（包括计划免疫、孕产妇管理、打击非法行医、职业卫生等）和重点工作指标（包括全科团队的建设、基本药品零差率的实施等），推动了“政府领导、街道搭台、医院唱戏、社区参与”的社区卫生服务新模式的建立，促进了社区卫生服务综合改革向纵深发展。

（四）对社区卫生服务机中心的绩效考核

嘉定区对社区卫生服务中心的绩效考核由区卫生局和街镇共同负责，区疾病预防控制中心、区卫生监督所、区妇幼保健所、区精神卫生中心等部门配合，考核形式包括听取汇报、查阅资料、实地督查、问卷调查等多种。

1、区卫生局对社区卫生服务中心的综合目标管理考核

区卫生局成立了综合目标管理考核领导小组，其成员由局领导及相关科室负责人组成。每年10-11月进行集中考核，考核的主要原则是：（1）突出重点，点面结合；（2）定量与定性结合，以定量为主；（3）平时考核和年终综合评定结合，以平时考核为主；（4）纵向和横向结合，两者兼顾。考核结果与社区卫生服务中心党政领导考评、奖惩挂钩。

综合目标管理考核的内容和指标主要集中在两个方面，服务能力和效率占80%，基础管理占20%。前者主要包括基本医疗、公共卫生和重点工作推进等三个方面，后者主要包括党群工作、依法执业、财务审计管理、后勤保障管理、信息化工作等内部运行管理指标。

2、区卫生局对社区卫生服务中心党政领导干部的绩效考核

区卫生局对社区卫生服务中心党政领导干部的绩效考核频度为一年一次。考核内容包括德、能、勤、绩、廉、学六个方面，区卫生局从单位综合目标管理考核（占50%）、职工民主测评（占25%）、

社会评议（占 25%）等三个方面对党政领导干部进行综合评价，考核原则主要是领导测评与群众测评相结合、日常考核与专项考核相结合、定性评价与定量评价相结合。考核结果方面引入排名制，由区卫生局和街镇政府根据排名情况统筹安排领导干部个人收入，并作为干部选拔任用、职务升降、奖惩等方面的重要依据。

3、街镇政府对辖区社区卫生服务中心的绩效考核

街镇政府对辖区社区卫生服务中心的绩效考核注重社区居民满意度和卫生行业行风评议。各街镇聘请民主评议代表，主要由人大代表、政协委员、政风行风监督员、居委会代表和居民代表等构成。考核频度为一年一次，社区居民满意度考核采用拦截式调查问卷，主要内容包括居民对社区卫生服务中心人员的满意度、看病费用的满意度、健康教育的满意度和总体的认同度等；卫生行业行风评议采用听取汇报、查阅资料、实地督查、实例调查等多种形式进行，主要内容包括依法办事、办事效率、信息公开、服务质量、廉洁自律、制度建设等。

（五）社区卫生服务中心机构内部的绩效考核

在区社区卫生服务综合改革领导小组的统一部署和区卫生局的具体指导下，嘉定区的社区卫生服务中心普遍建立健全了机构内部绩效考核体系，成立了以中心书记、主任为组长，分管领导为副组长，机构各科室负责人为组员的领导小组，制定了以岗位工作数量、质量、满意度为核心的绩效考核方案（三者权重分别占 33%、35%、22%，另单位设定的个性指标占 10%）。考核类型分日常考核、季度考核和年度考核三种，遵循院科二级考核、逐级负责的原则。考核结果与职工收入分配挂钩，作为单位职工职称晋升、奖惩等方面的重要依据（绩效考核奖占职工工资收入的 51%）。随着镇村一体化工

作的推进，社区卫生服务站（村卫生室）也纳入了社区卫生服务中心的统一考核。

二、嘉定区社区卫生绩效考核取得的成效

三年来，嘉定区的社区卫生绩效考核从区卫生局、各街镇到社区卫生服务中心，从社区卫生服务中心党政领导干部到一般职工，环环相扣，考核内容不断完善，考核措施不断落实，有力地促进了社区卫生服务综合改革各项工作顺利推进。

（一）社区卫生绩效考核的框架基本形成

随着社区卫生服务综合改革的不断推进，嘉定区社区卫生三级绩效考核的框架基本形成。在具体实施上，改变了以往一个单位“唱独角戏”的做法，卫生、发改、财政、人保等多个政府部门及区疾控、卫监、妇幼保健等多家机构共同参与，并通过拦截式问卷调查和行风评议等形式，实现了从传统的质量检查单项测评向综合测评的转变。

（二）社区卫生改革重点项目逐步推进

在绩效考核的引导和推动下，嘉定区社区卫生改革重点项目逐步推进。一是区镇二级政府社区卫生经费投入按年初预算基本到位，各街镇社区卫生服务中心公共卫生经费和运行经费全额到位，并逐年增长。全区13家社区卫生服务中心中有11家已经得以新建或改建，创建了标准化社区卫生服务站116个，17个预防接种门诊全部达到市级规范化门诊建设标准。二是卫生机构镇村一体化工作成效明显。社区卫生服务中心对社区卫生服务站（村卫生室）基本做到机构设置、组织、人员、财务、药械、业务等“六统一”管理，乡村医生全部纳入社区卫生服务中心统一考核，社区卫生服务站（村卫生室）服务水平得到了显著提高。三是基本药品零差率政策顺利推进，全区社区卫生服务中心零差率受益人次占比和金额占比均有

明显提升。2009年，全区零差率受益人次占比从2008年的44.2%提高到64.0%，零差率金额占比从13.7%上升到25.0%；人均优惠费用5.13元，同比增长36.8%。

（三）社区卫生服务效率和质量不断提高

改革三年来，嘉定区社区卫生绩效考核以效率和质量为导向，取得了明显的成效。社区门急诊人次及占比逐年提高，增幅大于区级医院，社区门急诊均次费用却逐年下降（表1）。与此同时，社区卫生服务质量逐年提升，其中列入街镇社区卫生绩效考核的孕产妇管理、计划免疫等工作成效尤为明显。以外来孕产妇管理为例，在绩效考核的推动下，区妇幼保健所单一管理的模式得以改变，建立了由区卫生局、区人口计生委、妇联等多部门共同管理，区妇幼保健所、各街镇社区卫生服务中心和社区卫生服务站、社区综合协管员和计生干部组成的四级孕产妇保健管理网络，加强质量控制和考核，全区外来孕产妇管理工作质量得到明显提高（表2）。

表1 2006-2009年嘉定区社区卫生服务中心与区级医院门急诊服务量及服务费用比较

指标	社区卫生服务中心				区级医院			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
门急诊人次（万人次）	115.7	143.0	182.7	239.7	207.8	230.7	264.5	277.2
占公立机构门急诊量比例（%）	33.2	37.8	40.4	45.8	59.6	54.6	54.2	49.2
均次费用（元）	110.9	105.2	95.9	95.4	162.0	161.2	166.3	179.4

表2 2007-2009年嘉定区外来孕产妇管理情况

年份	全区外来孕妇建册总数	外来孕妇建册率（%）	外来孕妇产检率（%）
2007	4952	—	—
2008	11667	64.2	79.4
2009	16295	79.4	83.2

（四）社区居民满意度和医务人员满意度不断提高

三年来，各街镇积极开展社区卫生服务综合改革民意调查，卫

生行业行风评议工作得到扎实推进，社区居民积极参与社区卫生绩效考核，促使社区卫生服务水平得到不断提升。改革以来，全区居民对社区卫生服务的总体满意度为 93.2%，社区居民看病首选社区卫生服务机构的比例达 91.5%，对社区医务人员服务态度的满意度达 94.2%。与此同时，在社区卫生绩效考核和收支两条线政策的实施下，社区医务人员的基本收入得到保证并逐年递增，积极性有了明显提高。2006-2009 年，全区社区卫生服务中心在编人员人均年收入分别为 6.5 万元、7.0 万元、7.8 万元、8.4 万元，年均增长 9%。

三、进一步完善的对策和建议

（一）街镇社区卫生服务模式差异较大，绩效考核不能“一刀切”

嘉定区南北经济发展不平衡，辖区城乡二元结构突出，社区卫生服务存在城市型、农村型、城乡结合型等多种模式。在这种情况下，使用同一种绩效考核办法，未能体现各街镇社区卫生工作的差异，直接影响到绩效考核的公平性。建议引入分类考核的方法，根据上述不同的社区卫生服务模式，在注重共性指标（政策支持、经费投入、人才建设、硬件建设、满意度等）考核的基础上，探索具有各街镇特色的社区卫生工作考核内容和指标，采取年前申报、年终评估的方式，引导街镇创建“一镇一品”社区卫生服务特色品牌。同时，把条件相同或相近的街镇放在同一起跑线上进行考核，也可以减少不公平因素，凸显各街镇的比较优势。

（二）绩效考核侧重点应适当调整，实现公共卫生和基本医疗并重

社区卫生服务遵循“预防为主，防治结合”的方针，在改革初期，嘉定区的社区卫生绩效考核以公共卫生为主，其出发点是引导和强化社区卫生服务的公益性。而在当前，如对公共卫生方面的考核过于侧重，势必影响社区基本医疗的发展。因此，应适当调整现有绩

效考核的侧重点。建议建立社区卫生服务机构的行业规范、技术服务规范和评价标准，在此基础上，结合卫生部《社区卫生服务机构绩效考核办法（试行）》，完善绩效考核内容，调整公共卫生和基本医疗考核指标比例。在基本医疗考核指标设定上，要注重对服务模式转变的引导，如增加中医药服务的考核内容，对服务效率的考核不但要看门诊量增长与否，还应结合其占该地区总门急诊量的比例等指标。

（三）信息化建设需进一步加强，提高绩效考核数据的可靠性

嘉定区社区卫生信息化建设工作还相对滞后，社区卫生服务信息网络系统尚未实现全覆盖，相关信息的收集、存储和利用等存在较为严重的条块分割现象。统计口径不一致，统计手段不科学，数据可靠性不强，这些都会对绩效考核工作的效率和结果产生不良影响。针对上述问题，要加快推进社区卫生信息化建设，完善绩效管理信息系统，使得绩效考核工作格式化、标准化、程序化。

总之，社区卫生绩效考核是社区卫生服务综合改革的重要内容之一，建立一套科学且行之有效的绩效考核制度，是促进社区卫生工作健康可持续发展的当务之急。嘉定区社区卫生绩效考核体系将随着社区卫生服务综合改革的推进而不断完善，发挥更大的作用。

（责任编辑：王贤吉）

嘉定区社区卫生服务综合改革阶段性社会效益分析

顾惠文¹ 陈雅琴¹ 谢彬¹ 沈亚平¹ 杜惠琴¹ 王建芳² 周嘉平³

【摘要】 嘉定区社区卫生服务综合改革三年来，取得了较为显著的社会效益，群众的医疗费用负担有效减轻，基本医疗卫生服务可及性明显提高，公共卫生服务均等化进一步推进，社区居民满意度和社区医务人员满意度大幅提升。本文分析了外来人口带来的社区卫生服务挑战以及社区“六位一体”功能落实方面面临的问题，并为进一步推进改革提出了政策建议。

【关键词】 社会效益；可及性；费用控制；均等化；满意度

嘉定区社区卫生服务综合改革实施三年来，取得了显著的社会效益，得到了群众的认可。

一、社区卫生服务综合改革社会效益分析

（一）有效减轻了群众的医疗费用负担

针对近年来社会反映强烈的“看病难，看病贵”问题，嘉定区相继推出一系列减轻群众医疗费用负担的措施：2007年开始推行社区诊查费减免政策，到2009年共减免费用2700余万元；2008年初率先在社区卫生服务机构实行基本药品零差率，使得两年来社区平均处方费用降低了5元以上；此外，简、便、验、廉的中医适宜技术进社区等措施均减少了群众的医药支出。据统计，2006-2009年嘉定区社区门诊均次费用由110.9元降到95.4元，

第一作者：顾惠文，女，嘉定区卫生局局长

通讯作者：陈雅琴，女，嘉定区卫生局党政办副主任

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. 上海市真新社区卫生服务中心，上海 201824；

3. 新成路街道社区卫生服务中心，上海 201800

降低了 15.5 元。

（二）基本医疗卫生服务可及性明显提高

一是地理上的可及性提高。改革以来，嘉定调整区域卫生规划，全面加强硬件建设，13 家社区卫生服务中心中有 11 家得以新建或改扩建，完成了 119 个市级标准化社区卫生服务站（室）建设。调查显示，近 70% 的居民表示 15 分钟内可就近到达一家社区卫生服务机构，步行 15 分钟“就医圈”基本形成。

二是时间上的可及性提高。嘉定区社区卫生服务机构现有全科服务团队 84 个，已基本覆盖全区 114 个居委和 152 个行政村。全科服务团队由全科医生、公共卫生医生、社区护士、乡村医生组成，以常驻社区卫生服务站、弹性下沉社区等不同形式，落实“社区医生户籍制”管理。为解决居民夜间和节假日在社区就医难的问题，嘉定区 13 家社区卫生服务中心开展了夜间门诊服务，将门诊延至晚八点（部分服务时间更长，如安亭镇社区卫生服务中心延至晚十点）。

三是经济上的可及性提高。除门诊均次费用降低外，经济可及性的提高还医疗保障体系的完善密切相关。据统计，嘉定区市级统筹医疗保险（城保、镇保、居保和大学生医保等）参保率在 98% 以上；新型农村合作医疗制度在全市郊区也具有鲜明的特色，不少方面如减免老年人参保费用、新农合与“城保”接轨、提高门诊报销比例、取消住院及门诊大病起付标准、大病医疗救助等方面均走在全市前列。2009 年全区农业人口应参合人数约 3.3 万人，实际达 5.8 万人，做到了应保尽保，农民的基本医疗卫生服务经济可及性大大提高。

（三）公共卫生服务均等化成效明显

1、非户籍人口与户籍人口均等化程度提高

在公共卫生经费投入方面，嘉定区已从 2007 年各街镇户籍人口

50 元 / 人、外来人口 25 元 / 人的标准提到 2010 年的常住人口 50 元 / 人，这对外来人口数过半的嘉定区来说是个不小的飞跃。此外，嘉定区从 2004 年 9 月起在全市率先对外来儿童实施国家免疫规划，疫苗费用由国家提供，接种材料费 1.4 元由区财政承担。外来人口享受社区诊疗费减免和药品零差率政策；全区设 3 家流动人口孕产妇接产点（区妇幼保健院、南翔医院、安亭医院），正常分娩住院 3 天内限价收费 800 元。这些措施都有效缩小了区域内非户籍人口与户籍人口在享受基本公共卫生服务方面差距。

2、城乡人口均等化程度提高

随着镇村一体化管理等措施的推进，城乡居民之间在享受基本公共卫生服务方面的差异已越来越不明显。嘉定区针对农业人口推出了多项政府实事，例如 2008 年将“健康进农家”项目中免费检查对象从 60 周岁以上的农村老年人扩大到 36 岁以上人口，近三年平均体检覆盖率达 97%；2009 年起实施了农村妇女宫颈癌和乳腺癌检查、增补叶酸预防神经管缺陷、孕产妇住院分娩补助三个重大妇幼卫生项目等。

3、关注对特定群体的公共卫生服务提供

公共卫生重点关注对象是“上老下小中间妇女”，除了上述针对老人和妇女的项目外，区牙病防治所实施了“以社区、学校为中心，一老一小为两个基本点”的工作策略，启动为中小學生免费口腔检查、龋齿充填项目和 70 岁以上的贫困老人免费装全口牙项目。此外，嘉定区还针对特定疾病开展减免政策，如为贫困精神门诊病人免费送医送药，高血压患者免费服药等。

（四）社区居民满意度和医务人员满意度大幅提高

据课题组对 1200 名社区卫生服务利用者的满意度调查发现，社

区居民对社区卫生服务的总体满意度达到 93.2%，无论是硬件建设（机构网络、环境设施、医疗设备）还是软件建设（服务态度、价格、诊疗过程等）方面，都得到了群众广泛认可（表 1）。

表 1 社区卫生服务利用者的满意度基本情况

调查项目	满意 (%)	一般 (%)	不满意 (%)
1. 您觉得到这里来看病或利用服务方便吗？	97.5	0.7	1.8
2. 您对这些的就医环境和设施、设备满意吗？	91.8	3.4	5.0
3. 您对医务人员的服务态度、尊重程度满意吗？	94.2	0.9	5.0
4. 您现在看病是否首选社区卫生服务中心或服务点？	91.5	—	8.6
5. 您感觉到社区卫生服务中心看病是否便宜？	91.2	—	8.8
6. 您最近一年是否接受过社区卫生服务中心的健康教育？	74.8	—	25.2
7. 您认为这里的药品价格如何？	64.1	31.5	4.4
8. 您是否感到有过度检查或者过多开药的情况？	95.6	0.0	4.4
改革以来，您对社区卫生服务的总体感觉是：	93.2	6.6	0.2

与此同时，调查显示，嘉定区社区卫生服务机构医务人员对社区卫生服务综合改革的总体满意度达到 87%，近七成的人员感受到收入有较明显的增加，其中中层干部的收入增加感受度最高（表 2）。值得注意的是，一般职工的收入与业务收入挂钩的比例明显高于中层以上干部，但对收入增加的感受度、满意度低于中层以上干部，即挂钩程度与收入增加不成正比。而调查中发现，相当多的被调查者（多为一般职工）均表示本单位的考核“非常注重数量、质量和满意度的结合”，“注重根据岗位分类考核”，“考核方案注重社会效益”，“更加合理化、人性化”，“内容明细化”、“奖勤罚懒”，“从单纯业务考核转成全方位”，可见社区卫生绩效考核体系已经由单一业务经济指标考核转向全面的卫生绩效考核，考核体系逐渐科学化、合理化。

表 2 社区卫生机构医务人员满意度情况（单位：%）

调查项目	班子成员	中层干部	一般职工	合计
1. 改革三年来你的收入是否增加（是）	79.5	82.4	64.8	69.4
2. 是否与业务收入挂钩（是）	5.1	25.0	32.4	28.3
3. 改革三年来工作环境是否有改善（是）	—	—	—	91.2
4. 你对社区卫生改革的效果是否满意（是）	—	—	—	87.0

二、面临的问题

（一）庞大的外来人口给社区卫生服务带来挑战

嘉定区有着数量庞大的外来人口，给社区卫生服务带来了严峻挑战。一是这类人口数量多，占用了大量的社区公共卫生资源。目前非户籍人口分娩数约占全区分娩总数 75%，计划免疫接种量约占 70%，结核病病例数占全区总例数的 60%。二是这类人口的医保覆盖率低、保障水平低、医疗负担较重。三是非户籍人口多大量集聚、居住条件差、卫生意识薄弱，加大了公共卫生管理的难度。四是由于教育层次、信任度等原因，一部分人群选择到非法行医诊所就诊，不仅进一步增加了医疗负担，且存在医疗安全隐患。

（二）社区“六位一体”功能有待进一步落实

明确和落实社区卫生服务机构“六位一体”功能是进一步提高社会效益的基础，但从“部分社区卫生服务项目知晓度”来看（表 3），实现“六位一体”功能还任重道远。以社区医生“健康守门人”角色为例，出诊是其标志性工作方式之一，是全科医师走出医院，进入社区，主动向居民提供卫生服务的一种有效形式。近年来，嘉定区卫生服务需求快速增加，社区医生三年内负担的人均门诊人次增长近 44%，而社区医务人力资源配备有限，使得出诊尚未有效开展。此外，家庭病床也应是社区卫生服务的特色之一，对于增进与服务对象的感情、获得居民信任、形成“健康守门人”角色能够起到很好的作用。但在老龄化程度高、家庭病床需求刚性增长的情况下，这种形式并没有得到充分的重视，家庭病床的开设处于无序状态，升降幅度过大，社区医生作为居民“健康守门人”的角色缺乏公认度和信任感。

表3 部分社区卫生服务项目知晓度（单位：%）

项 目	听说过，较了解	听说过，但不了解	从没听说过
1. 健康教育	68.6	19.9	11.5
2. 心理咨询	51.9	29.6	18.5
3. 家庭病床	49.2	29.4	21.4
4. 康复服务	54.1	27.3	18.6
5. 预防接种	72.1	17.9	10.0
6. 协助转院	57.2	26.7	16.2

三、政策建议

（一）提高非户籍人口的基本医疗保障和服务水平

一是建议健全“五险合一、地税统征”的工作机制，不断提高非户籍人口的基本社会医疗保险覆盖面。进一步完善外来人口综合保险制度，在目前无法实现异地结算的情况下，可以实行定点医疗、定点结算。二是进一步扩大政府有关实事项目的范围，提高基本医疗服务的可及性。如在区镇两级财政条件和医疗资源允许的情况下，将享受诊疗费减免和药品零差率政策覆盖所有非户籍人口，并由辖区社区卫生服务中心向外来人口聚集地区增设卫生服务站（点），为其提供经济、便捷的医疗服务。三是建议政府针对外来人口提供统一居住地或加强居住地管理，实现信息资源共享，以便疾病预防控制日常性工作的开展及突发公共卫生事件的应急处置。

（二）建立务实、通畅的医疗联合体，改善基本医疗服务

以“十二五”期间瑞金医院落户嘉定、区中心医院提升等级为契机，探索建立以三级综合性医院为龙头、纵向整合二级医院和社区卫生服务中心的区域性医疗联合体，改善基本医疗服务。一是建立社区首诊制度，进一步强化社区卫生服务的网底功能，确立社区卫生服务机构的“守门人”地位，实现基本医疗与非基本医疗的有效衔接。二是建立区内转诊平台，推行双向服务、多点执业，确保双向转诊的有效运行，提高社区卫生服务水平。

（三）内外兼修，提高社区卫生服务满意度

一是要加强“六位一体”功能内涵的建设。以本市住院医师规范化培训为契机，招收经规范化培养的全科医师，提高全科医师队伍的水平，逐步改变“挂全科，看专科”的现状。建立科学、合理的社区卫生服务机构考核体系，促使社区卫生服务机构转变观念，促进“六位一体”功能的落实。二是要建议加强对社区卫生服务功能定位的宣传，提高居民对社区卫生服务知晓度，合理引导其期望值，促进社区卫生服务满意度的进一步提高。只有群众对社区卫生服务的满意度、信任度提高到一定程度，基本医疗才会真正下沉，才会实现 WHO 提倡的“80% 的基本医疗问题在社区卫生解决”的目标。

（责任编辑：谢春艳）

送:

世界卫生组织驻华代表处、卫生部相关司局
卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区县卫生局、相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构