

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

2010年 第9期

(总第23期)

上海市卫生发展研究中心

2010年9月25日

**编者按** 社区卫生服务是基本医疗卫生服务的重要内容，近年来上海进一步深化社区卫生服务综合改革，以提高社区卫生服务水平。本期围绕社区卫生服务综合改革内容，刊登了相关研究成果。复旦大学应晓华副教授等就构建本市转诊服务模式提出了建议；上海市卫生局基层处介绍了国内外家庭医生制服务模式，并探讨了本市推行家庭医生制的可行性；上海市卫生局规划财务处金春林副处长等分析了本市医疗机构药品零差率与相关补偿政策；上海市老年护理制度考察团介绍了日本老年护理保险制度和服务体系；徐家汇社区卫生服务中心张惠琴主任等总结了该中心在慢性病预防控制方面的改革实践经验。另外，本期还刊登了上海市卫生发展研究中心第二期双月论坛就医改相关问题交流、讨论的主要内容。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9期(总第23期)  
2010年9月25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:wszcyyjz@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:荆丽梅  
李芬  
张进  
彭颖  
王力男

上海市连续性内部资料准印证  
(K)第0649号

## 目次

### 政策研究

构建上海市转诊服务模式的策略研究·····	1
1 国外转诊模式的特点·····	1
2 本市现行自由就医模式存在的主要问题·····	3
3 建立本市转诊模式的政策建议·····	4
上海市社区家庭医生制服务模式的可行性研究·····	11
1 家庭医生制服务的定义·····	11
2 国内外家庭医生制服务的特点·····	11
3 本市家庭医生制的开展现状·····	14
4 本市实行家庭医生制服务模式的可行性探讨·····	16
5 关于推行家庭医生制服务模式的几点建议·····	20
上海市实施医疗机构药品零差率与相关补偿政策研究·····	24
1 药品加价率及医院经济运行情况的变化·····	26
2 本市社区卫生服务机构试行166种基本药品零差率政策·····	29
3 探索药品零差率后的合理补偿模式·····	30
4 结论和建议·····	33

### 他山之石

日本老年护理制度考察报告·····	36
1 日本老年护理制度的发展历程·····	36
2 日本老年护理保险制度的概况·····	37
3 日本老年护理服务体系·····	38
4 主要启示·····	41

### 区县之窗

慢性病防控关口前移的探索 and 对策·····	45
1 探索和实践·····	46
2 问题和困难·····	47
3 建议和对策·····	48

### 动态讯息

上海市卫生发展研究中心“双月论坛”简讯·····	51
--------------------------	----

# 构建上海市转诊服务模式的策略研究

应晓华<sup>1</sup> 付晨<sup>2</sup>

**【摘要】** 上海现行的“自由就医”模式虽然扩大了病人的就医选择权，但也带来了一定的负面影响，如病人过度集中到三级医院、医疗费用上涨过快等。本文总结了国外转诊服务模式的特点，分析了上海市现行“自由转诊”模式存在的主要问题，提出了构建上海市转诊服务模式的策略和建议。

**【关键词】** 上海；转诊服务模式；策略

## 1 国外转诊模式的特点

各国医疗服务体系差别较大，如英国实行国家服务体系，主要通过税收筹资，由政府出资建立公立医疗机构提供服务；德国实行社会医疗保险，主要通过保险筹资，再由保险基金购买服务；美国的医疗服务主要由私立非营利性医疗机构和私人医生提供，通过各类商业医疗保险公司购买服务，居民对医疗服务的使用取决于其投保方案。但是，各国的医疗服务体系也有很多共性，在转诊模式方面具有如下共同点。

### 1.1 设立了通科和专科两层服务体系

在服务体系上，各国均有明确的通科医疗服务和专科医疗服务之分，分别由通科医生和专科医生提供。通科医疗服务一般适用于常见病治疗。通科医生可通过诊所单独提供服务，也可与医疗保险

---

第一作者：应晓华，男，副教授

作者单位：1. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032；2. 上海市卫生局政策法规处，上海 200040

公司（如德国、美国）或卫生管理部门（如英国）签约，作为家庭医生为投保者或居民提供服务。

各国都有规范的通科医生培养机制和明确的通科医生资质要求。通科医生需通过特定考试及医学实践方能获得执业资质。国外的通科医生和专科医生的差别主要是专业的不同，而不是水平的差异。

### 1.2 建立了先通科后专科的转诊机制

英国、德国、美国等国虽然在医疗服务体系和医疗保障体系方面差异较大，但均建立了有序的转诊体系。患者在接受专科医疗服务或住院服务之前必须先接受通科医疗服务，由通科医生根据病人病情决定病人是否转诊、转到何种专科或综合医院（见表1）。这既保证了病人享有适宜的医疗服务，也有利于控制医疗费用的过度上涨。

表1 不同国家通科医生及其转诊情况

国家	居民是否注册	转诊机制
英国	是	有
德国	否	激励转诊
美国	取决于保险	取决于保险
意大利	是	有
挪威	是	有
澳大利亚	否	有
加拿大	否	激励转诊
法国	否	激励转诊

资料来源：Schoen. C., Osborn R. et al., A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspective on care, costs, and experiences. Health affairs 2009 (5): 1171-1183.

### 1.3 转诊制度和医疗保险费用分担机制是构建转诊模式的主要方式

英国主要通过明确不同服务提供者的职责来实现转诊。患者须经过通科医生的初诊后，按照严格的转诊规范方能获得专科服务。医院主要为转诊病人提供住院和专科服务，一般不提供普通门诊服务。超过90%的英国人与特定通科医生签约，并将其作为初诊医生。在选择通科医生时，居民有一定的自主权。

美国从通科到专科服务的转诊并非是强制性的，主要通过不同医疗保险的不同费用分担机制进行激励。美国健康维护组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)转诊制度规定，如果投保者不通过转诊使用专科服务，就须自付更高的医疗费用，甚至不能获得补偿。医疗服务的选择与个人的费用分担挂钩。患者直接到专科服务就诊可选择的诊所和医院较多，但是个人自付费用很高。

德国实行社会保险，其转诊模式由服务体系设置和医疗保险费用分担机制构成。从服务体系上看，医院一般只接受诊所的转诊病人，为其提供住院和专科服务。2007年后，该国明确规定，如果投保者不通过转诊而使用专科服务，将自付更高的费用。

近年来，各国均对原有转诊体系进行了改革，基于不同需求，强调优先选择，主要表现在：认同转诊的作用并立足于建立从通科服务到专科服务的转诊机制；降低转诊制度的强制性，将就医选择与个人费用分担相联系，建立激励机制，保证满足不同层次的需求；尊重病人知情权与选择权，保证转诊过程中患者享有一定的选择权；强化转诊中的通科、专科合作机制，明确通科医生在转诊中的作用。

## **2 本市现行自由就医模式存在的主要问题**

### **2.1 服务提供和使用的不匹配导致市场严重失衡**

上海是典型的三级服务体系——社区卫生服务中心和二级医院以治疗常见病、多发病为主，三级医院以治疗疑难杂症为主。卫生服务资源基本上按照这种服务体系予以配置。然而，居民可自由选择医院和医生，一、二、三级医疗机构的就医诊疗费用相差不大，医疗保险自付费用的差别不大，对患者选择不同医院就医的约束和激励很小，导致病人集聚到三级医院。结果造成三级医院人满为患，医务工作者疲于应付，而一、二级医疗机构则出现服务能力高于服

务提供的现象，资源规划与服务利用倒挂，资源浪费，效率低下。

## 2.2 医疗费用控制难度较大，服务量急剧上升

近年来，上海市医院收入上升较快。2004-2007年，一、二、三级医疗机构的年收入增长速度分别为17.4%、12.8%和13.5%，超出上海同期GDP的平均增长率（12.5%）<sup>[1]</sup>；增长最快的是三级医院，这与上海实行自由就医模式后患者可以自由选择医院和医生有关。

医疗费用的上升可能与服务量上升有关。2008年第四次全国卫生服务调查结果显示，上海市城区两周就诊率为29.8%，人均年就诊次数约为7.5次<sup>[2]</sup>。但是，2006年英、美、法等国的人均年就诊次数分别为5次、3.8次和6.3次，这说明上海城区的医疗服务量已经高出很多发达国家水平<sup>[3]</sup>。影响医疗费用与服务量上升的原因很多，如诱导需求、道德损害、老龄化等，但是，实行自由就医模式无疑也是其主要影响因素之一。

## 2.3 对推进其它改革产生不利影响

上海正在进行一系列医疗卫生体制改革，如社区卫生服务综合改革，聚焦于通过各种机制来评价与规范供方行为。然而，由于需方可以自由选择就医，供方可以通过分解就医、引导患者换院就医等方式应对改革；同时，需方的自由选择就医也加大了对供方行为评价和规范的难度，影响了其它改革措施的成效。在自由就诊的制度下，医疗服务缺乏连贯性和一致性，医生获知患者基础信息的渠道极为有限，不利于医疗服务质量的提升。目前，上海正在酝酿和推进健康全程管理的改革，强调信息在健康管理全过程的共享和畅通。

## 3 建立本市转诊模式的政策建议

### 3.1 转变观念，建立通科医生首诊制

有序的转诊模式可以提高服务效率，促进患者理性就医，更符合

合我国医疗体系的特点。从效率的角度来看，通科服务具有成本低、应用广泛的特点；专科服务在治疗特定疾病方面有优势，但相应的成本较高，应用面较窄。因此，设计通科服务与专科服务合理结合的服务提供新模式，能促进各类医疗服务的科学利用，降低成本，提高效率。从选择角度来看，由于患者缺乏医学专业知识，往往不知道该如何选择医疗服务，而通科医生对医疗系统和医师信息更为了解，能根据患者的具体病情有针对性的选择专科服务。从我国医疗体系特点来看，当前卫生服务体系构架和资源配置是按照社区首诊和逐级转诊设立的，从通科到专科的转诊服务体系更符合我国医疗体系的特点。

自由就医被认为能促进公立医院之间的公平竞争，提高公立医院运行效率。通过消费者自主选择促进竞争是一般商品市场常用的方式，但应用于医疗市场时在理论和实践上都存在一定局限：一是患者缺乏足够信息来判断产品价值，无法做出正确的选择；二是当前公立医院的绝大多数服务有政府价格管制，但这些价格未必能真正反映产品价值；最后，由于上海绝大多数居民享有医疗保险，患者支付的是扣除第三方付费后的价格，远非产品或服务的真实价格。在当前这种价格体系、医疗保险体系下，患者的选择是非理性的，既不能保证让其本身享有最大效用，又不能保证通过选择而消耗的总资源能达到社会福利最大化。这种无序选择下的医院竞争仅能提升个体医院微观层面的效率，却不利于全社会的福利优化。通过加强需方选择加剧供方竞争的前提是需方有充分的产品价值信息和真实的价格信息，且有能力做出最优正确选择。而建立通科医生首诊制，由通科医生帮助病人进行专科服务和住院服务选择，无疑能促进选择的正确性。这种选择才有助于医院之间的有序竞争，在资源有限

的前提下提升全社会福利。

综上所述，在现有的服务体系下，上海应该转变观念，坚定建立通科医生首诊制的决心和信心，这是建立合理就医秩序的基础和前提。通科医生首诊制是由通科到专科的转诊制度，需要多部门共同合作，建立转诊制度和转诊规范，同时探索不同就医模式下的医疗费用分摊制度，通过经济激励引导居民使用转诊服务。

### **3.2 建立通科医生转诊制的方案**

建立通科医生转诊制度应充分考虑当前的各种卫生服务体制、机制的改革实践，确定长期目标和短期过渡方案，积极试点，稳步推进。

#### **3.2.1 建立通科医生转诊制的长期方案**

从长远考虑，建立覆盖全市所有居民的通科医生首诊制，以及专科服务和住院服务的转诊制，必须建立家庭医生制度。通过家庭与通科医生签约，由家庭医生在社区负责居民常见病和多发病的诊治，并帮助患者选择专科服务和住院服务，同时实行按人头预付的卫生服务经费管理模式。

需方激励——建立以医保费用分担为基础的首诊制和转诊。由于我国医疗机构管理和社会医疗保险管理分属两个政府部门，提供者与购买者相分离，居民已习惯于自由就医，并且医疗需求呈现出多元化、个性化的特点，故强制性规定社区通科医生首诊制的改革方式，必然会影响到居民的多层次需求，遭到较大的社会阻力。为满足不同人群的需求，同时又保证服务的适宜性，可借鉴国外经验，建立需方有序选择的激励机制：首诊及转诊后的专科服务和住院服务的个人自付费用较低；未经转诊的专科服务和住院服务的个人费用较高，甚至承担所有费用。

供方激励——签约后按人头付费。卫生管理部门按照既定的卫生服务经费标准，将经费预付给家庭医生。家庭医生为签约对象支付医疗费用，超额自付、结余自留。这种方式将人群健康与家庭医生收入相联系。

### 3.2.2 建立通科医生转诊制的过渡方案

短期内应基于上海市情和居民的多层次需求，结合通科医生首诊制特点，在重点人群中开展通科家庭医生签约试点，加强其与医生的直接联系，对其进行全程管理，并在通科医生指导帮助下进行转诊。

探索在重点人群中开展家庭通科医生签约制。通科医生首诊制需要医生加强和患者之间的联系，特别适用于某些慢性病患者。这类患者需要定期就医，如果病情控制较好，治疗方案相对变化不大，特别需要全程管理。而且，这类患者消耗医疗资源较多，促进该人群的有序就医有助于较好地控制医疗费用。

探索多来源、多模式的通科医生转诊制。为保证通科医生的服务质量，以及改善当前社区卫生服务中心服务水平相对较低、高水平通科医生相对不足的现状，本文认为可采取如下措施：一是短期内（如1-3年）鼓励二、三级医院的特定科室医师在获得通科医生从业资质后，在社区开设私人诊所提供通科医疗服务；二是允许获得通科医师资质的医生在二、三级医院执业，可选择一所二、三级医院开设通科门诊进行试点；三是在选择不同级别医院的通科服务时，适当拉开居民自付比例的差距。这种方式既可以带动社区通科医生的技术水平，也给居民提供了更多选择，缓解改革面临的压力。此外，由于这些医生与三级医院、二级医院联系紧密，有利于病人的转诊、促进不同级别医疗机构之间的联系，进而推动机构联合等

方面的改革。

结合本市其他改革措施，建立有序转诊的多元激励机制。对选择家庭通科医生并严格执行转诊制度的患者，其使用的部分基本药物由政府买单，免费向居民提供。加大不同就医模式下个人费用分担的差距，有助于吸引患者签约家庭医生，使用有序转诊服务。而诊疗费是不同级别医生劳务价值的最直接体现，也是医院的纯收入，应考虑取消社区诊疗费减免政策，甚至提高诊疗费收费标准。

### **3.3 完善配套措施，促进上海卫生体制各项改革协调发展**

转诊服务模式改革涉及多个相关部门和体制、机制问题，需要多方协调，出台相应配套政策。同时，必须把转诊服务模式置于上海卫生体制改革的大环境下，综合考虑协调其与筹资、提供、利用、结算等多种改革之间的相互影响，促进整个上海卫生体制改革的科学、协调和可持续发展。

#### **3.3.1 加强多部门之间的分工与协作机制**

明确与转诊模式相关政府部门的职责与分工，包括卫生、医保、物价等。卫生部门职责为：加强通科医生培训，建立一支高质量的通科医生队伍；有效落实通科医生多点执业制度；明确患者选择通科医生的权利，促进通科医生之间有序竞争；制定转诊规范，确定通科医生在转诊中的作用；筛选免费提供的基本药物，并进行论证。医保部门的职责为：将有资质的通科医生服务纳入医保支付范围；制定使用转诊服务和自由就医时个人不同的费用分担标准，拉开一定差距。物价部门的职责为调整不同级别医院诊疗费等劳务价格，体现真正的价值差异。

#### **3.3.2 建立一支符合居民实际需求的高质量的通科医生队伍**

在当前住院医师规范化培训制度基础上强化通科医师的培训。

除了要求住院医师在三级医院接受一定时期的轮科，还应该开设符合通科医师特点的高水平专业培训和一定期限的专业实践。在此过程中，需要先集中力量建立培养通科医生的师资队伍。

### 3.3.3 制定转诊规范，明确通科医生在转诊中的职能

根据居民实际需求、通科医生水平、通科与专科医疗卫生资源配置状况等，制定切实可行的转诊规范。转诊规范应本着便民、惠民的原则，在合理使用卫生服务的基础上，保证患者快捷、便利地享有所需的专科医疗服务。鉴于疾病的不确定性和需求的多样性，转诊制度要有一定的灵活性和选择性，可考虑提供 2-3 个转诊方案供患者选择。要明确通科医生在转诊中的关键地位及相应职能。通科医生应该为是否需要转诊的决定者，帮助患者确定最后的转诊目标医院并负责联络。可考虑适当限制通科医生对转诊目标医院的选择范围，以避免医院间的过度竞争。

### 3.3.4 建立基于转诊体系的医保费用分担激励机制

由于上海的社会医疗保险覆盖率极高，医保已经成为最主要的服务购买者，医保政策对医疗服务供方的行为影响很大。因此，上海应建立与转诊体系相适应的医疗保险费用分担机制。在服务使用中，对于按照规定实行通科首诊的患者，可考虑降低起付线、提高封顶线、降低自付比例等优惠政策；对于直接选择专科医疗服务或者住院服务者，可考虑提高起付线，提高自付比例，甚至不予补偿等措施。在首诊通科医生的选择上，如果选择社区通科医生作为其首诊医生，分担的费用应相对较低；如果选择三级医院医生作为其通科首诊医生，则分担的费用应相对较高。通过实施科学费用分担机制，引导居民使用适宜的医疗服务，促进卫生资源的合理配置。

## 参 考 文 献

- [1] 夏毅, 金春林等.上海市卫生总费用核算研究报告[R].上海科学技术出版社.2009
- [2] 卫生部统计信息中心. 2008中国卫生服务调查研究—第四次家庭健康询问调查分析报告[R].中国协和医科大学出版社.2009
- [3] Organization for Economic Cooperation and Development, Health Data 2009. (Paris: OECD,2009)

(编辑: 张进)

# 上海市社区家庭医生制服务模式的可行性研究

余澧 张天晔 刘红炜 董雪芬 李水静

**【摘要】** 本文总结了国内外家庭医生制的特点，全面深入分析了上海部分区县先试先行的情况，初步判断推行家庭医生制的可行性，建议选择有条件的区县进行试点，开展非完全型服务利用人群家庭医生制服务，建立规范的服务流程和有效的管理模式，完善各项相关配套政策。

**【关键词】** 上海；社区家庭医生；可行性

## 1 家庭医生制服务的定义

家庭医生制服务是以全科医生为主要载体、社区为范围、家庭为单位、全面健康管理为目标，通过契约服务的形式，为家庭的每个成员提供连续、安全、有效、适宜的综合医疗卫生服务和健康管理的服务模式。家庭医生必须具有全面的全科医学知识和精湛的全科诊疗技能，善于与服务对象交流，能够做出循证医学决策，提供个性化的医疗卫生服务。家庭医生的服务对象包括签约的个人及其家庭成员。

## 2 国内外家庭医生制服务的特点

### 2.1 国外家庭医生制服务的特点

英国、澳大利亚、德国、智利、加拿大、保加利亚等国已经推行的家庭医生制服务具有如下特点：

---

第一作者：余澧，女，主治医师

作者单位：上海市卫生局基层卫生处，上海 200040

### **2.1.1 建立家庭医生与居民签约机制**

各国普遍建立了家庭医生与居民签约的机制，每名医生签约居民约 2000 人，如英国每名家庭医生签约居民数为 2500 人，美国为 2300 人，保加利亚为 1500 人。

### **2.1.2 实行社区首诊制**

社区首诊制是实施家庭医生制服务的基础，只有实行社区首诊制，家庭医生才可能成为健康的“守门人”。英国的医院不直接接收非急诊病人，除急诊外，患者必须首先到家庭医生处就诊，只有疑难病例或病情严重的患者才会被安排住院。德国、澳大利亚、保加利亚也规定接受其他医疗服务必须由全科医生介绍。

### **2.1.3 实行按人头预付的卫生服务经费管理模式**

各国普遍实行按人头预付的卫生服务经费管理模式。英国卫生管理部门将区域内签约居民的全部医疗服务经费预付给全科医生，由其全权使用和管理，卫生经费的合理结余部分按一定原则纳入家庭医生收入分配。在美国，保险公司代表投保人向医疗服务提供者购买服务，参保人自由选择或由保险公司分配一名家庭医生，保险公司则按人数将保费预付给家庭医生。

### **2.1.4 严格规范家庭医生资质**

各国的家庭医生均由全科医生担任，资质审核严格。英国的家庭医生是经过全科医学专业培训并在皇家医学会注册的医师。荷兰的全科医生需具备良好的医学教育和实践背景，从医学院毕业后还要进行 3 年的规范化临床实践培训。美国要全面考核其医学知识、临床技能和价值观。

### **2.1.5 家庭医生服务项目覆盖面广**

家庭医生服务基本涵盖了居民健康管理的各个方面。英国的家

庭医生为个人、家庭及社区提供便捷的防、治、保、康全方位服务。澳大利亚家庭医生主要提供医疗服务和慢性病管理，包括疾病诊断及处置、健康咨询、体检、转诊、家庭访视，并配合其它卫生机构开展专项工作。

### 2.1.6 家庭医生联合协同服务

各国鼓励家庭医生之间，以及家庭医生与护士、药剂师等辅助人员之间进行协作。德国的家庭医生联合开业提供社区医疗门诊服务的情况非常普遍。澳大利亚诊所一般要有接诊员和护士协助全科医生工作，其中护士承担了大量的慢性病管理工作。英国的诊所往往配备一名健康协调员，从事翻译和医疗辅助工作，药剂师还提供用药咨询、测量血压等服务。

### 2.1.7 家庭医生收入水平较高

为吸引优秀人才担任家庭医生，各国均对家庭医生的收入予以较高水平的保障。美国的家庭医生收入位于全社会前列，其收入和社会信任度超过了律师。

## 2.2 国内家庭医生制服务实践与经验

青海、武汉、深圳、青岛等城市借鉴国际经验，开展了家庭医生制的试点工作。根据家庭医生制度的实施基础，国内的主要做法有两类：

一是在自愿签约的基础上实行家庭医生制，代表城市包括青海、武汉、深圳。通过建立社区卫生服务“分片包干、团队合作、责任到人”，形成以“契约式”为特点的全科医师团队式服务模式。该模式是一般全科医师团队服务模式的进一步深化，政策突破不大。

二是在社区首诊的基础上实行家庭医生制，代表城市为青岛。参保职工就近选择一家试点社区卫生服务机构作为门诊定点医疗单

位，并选择一名符合资质标准的医生作为本人及其家庭成员的家庭医生联系人，按照平等自愿的原则签约。社区卫生服务机构和家庭医生联系人对签约参保职工及其家庭提供免收挂号费和诊查费、建立家庭健康档案、健康体检、出诊等服务，签约参保人及其家庭成员在社区首诊则享受医保优惠政策。各城市的主要做法见表 1。

表 1 国内部分省市开展家庭医生制的主要做法和特点

项目	青海	武汉	深圳	青岛
试点开始时间	2009 年	2008 年	2009 年	2009 年
试点范围	所有社区	所有社区	部分社区	部分社区
服务对象	常住居民	常住居民	常住居民	城镇职工
签约制度	有	有	有	有
首诊制度	无	无	无	有
人员资质	全科医师	全科医师	执业医师、大专以上、全科规范化培训	全科医师
签约人数	50-60 户	1000 户	800 户	尚未明确
预约就诊	有	有	有	有
转诊服务	有	有	有	有
上门服务	有	有	有	有

### 3 本市家庭医生制的开展现状

#### 3.1 典型区县的主要做法

从 2006 年起，本市长宁、徐汇、闵行、青浦、金山五个区陆续开展“责任制医生”的健康管理模式。通过签约的形式，全科医生为签约对象提供基本医疗和公共卫生综合服务。主要做法见表 2。

#### 3.2 主要成效

各区县普遍建立了以区县卫生行政部门为主管、社区卫生服务中心为依托、全科团队为主体、社区居民家庭为落脚点的服务构架，促进了社区基本医疗服务和基本公共卫生服务的开展。在基本医疗服务方面，居民就医便利性提高，医疗服务下沉；在基本公共卫生服务方面，慢性病、传染病管理等控制率逐步上升，健康管理质量

有所提高。各区县普遍建立了区县考核社区卫生服务中心、社区卫生服务中心考核团队长、团队长考核家庭医生的分级考核机制，考核结果与个人绩效收入挂钩。此外，信息化支撑作用充分显现，信息化平台对推进家庭医生制试点起到了良好作用，家庭医生可充分运用现代信息技术为居民提供连续、高效的社区卫生综合服务。这项制度社会反响良好，社区居民对社区卫生工作的满意度不断提高。

表2 本市五个典型区县试行家庭医生制主要做法

项目	长宁	徐汇	闵行	青浦	金山
项目名称	责任制医生	全科医生 户籍制	家庭医生 责任制	户籍责任制 医生	家庭责任 医生制
实施时间	2009年	2006年	2008年	2008年	2009年
实施范围	在试点基础上 全区推广	枫林社区卫生 服务中心试点	全区试点	在部分地区 试点	在试点基础上 全区推广
服务对象	常住居民	户籍居民	常住居民	重点人群	常住居民
服务数量	1个居委1名 全科医师	1000-2000人	每个团队 2万居民	-	1000—2000人
是否签约	是	否	是	否	否
联系制度	有	有	有	有	有
组织架构	社区中心-团 队-家庭医生	社区中心-团 队-家庭医生	社区中心-团 队-家庭医生	社区中心-团 队-家庭医生	社管中心-社 区中心-团队
服务内容	健康档案+基 本医疗+公共 卫生	基本医疗+公 共卫生	基本医疗+公 共卫生	健康档案+基 本医疗+公共 卫生	“十个一”便 民利民措施
管理考核	分级绩效考核	分级绩效考核	分级绩效考核	分级绩效考核	分级绩效考核
试点特色	签约	五员合一	信息化	立足农村	利民举措

### 3.3 存在的主要问题

目前存在的主要问题有：一是缺乏全市统一服务模式，各区县在家庭医生的定位、是否签约、签约人数、服务方式、服务内容、政策保障等方面未达成共识。二是服务模式突破有限，目前各区县试行的家庭医生制是全科团队服务模式的深化，而不是真正意义上的居民健康“守门人”。三是市级政策支持不足。家庭医生制需要市级层面相关政策的支持，包括人力资源、信息化建设、医保预付、

考核机制等方面。目前各区县在辖区内能够争取到的支撑资源有限，这也是目前家庭医生制没有在机制和模式上取得突破的重要原因。

#### 4 本市实行家庭医生制服务模式的可行性探讨

##### 4.1 初步具备实行家庭医生制服务模式的基础

本市实施家庭医生制服务有一定的有利条件。社区卫生服务网络健全，服务模式已从单纯提供医疗服务向“六位一体”的综合服务转化，社区卫生服务综合改革初见成效，家庭医生制实施的政策环境初步形成，各区县的积极性较高。

##### 4.2 不同家庭医生制服务模式比较

按照卫生经费运行模式以及服务人群的不同，家庭医生制服务模式可分为五类：完全型全人群服务模式、完全型重点人群服务模式、非完全型全人群服务模式、非完全型重点人群服务模式和非完全型服务利用人群服务模式（见表3）。

表3 家庭医生制服务模式分类

经费运行模式	常住人口	社区卫生服务利用人群	疾病高风险人群
完全型（家庭医生负责人头经费管理和服务提供）	完全型全人群服务模式	-	完全型重点人群服务模式
非完全型（家庭医生仅负责服务提供）	非完全型全人群服务模式	非完全型服务利用人群服务模式	非完全型重点人群服务模式

##### 4.2.1 按经费运行模式分类的家庭医生制模式比较

国际上通常实行完全型家庭医生制服务模式，即实行卫生经费按人头预付制和家庭医生首诊制。在这种情况下，家庭医生成为居民健康和卫生经费的双重“守门人”。家庭医生所支配的卫生经费支出是否合理和所提供的卫生服务是否有效是考核家庭医生的主要指标。在提供合理有效的卫生服务前提下，划拨给每位家庭医生的卫生经费的结余部分可用于奖励家庭医生。这一激励机制有效提高了家庭医生的工作积极性和效率，促使家庭医生致力于为服务人群开

展全面、适宜、有效的健康管理，强化初级预防保健工作，提供适宜的医疗服务，降低医疗费用。

目前，国内试点的家庭医生制模式多为非完全型，即卫生经费管理按项目实际支出支付，或按项目预算支付，家庭医生仅负责提供卫生服务，不负责辖区服务人群的卫生经费管理；同时居民可以自由选择家庭医生，或直接到专科医院就诊。这种模式对家庭医生服务行为无法形成有效的激励和约束机制，管理成本较大、效率较低，家庭医生“守门人”的作用缺乏机制保证。

#### 4.2.2 按服务对象分类的家庭医生制模式比较

家庭医生制服务模式按服务对象可分为全人群服务、重点人群服务和社区卫生服务利用人群服务三种模式。

全人群服务模式是指以辖区内常住人口为服务对象，通过签约，由家庭医生提供全程健康管理的服务模式。从服务对象的可及性考虑，在非完全型服务模式下对全人群提供服务，家庭医生难以掌握不经常利用社区卫生服务的常住人口信息，对这部分人群需要主动排摸、上门宣传和提供服务。

重点人群服务模式是指以辖区内高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病患者，以及老年人、残疾人等为服务对象，通过签约，由家庭医生提供全程健康管理的服务模式。重点人群服务模式与现行社区卫生服务中心提供公共卫生服务的方式比较接近，工作机制较规范、基础较好。但社区卫生服务中心主要对管理对象提供服务，非管理对象范围内的患者基本信息需要每年进行疾病普查才能掌握，基本处于服务的“真空带”。

服务利用人群服务模式是以利用本辖区社区卫生服务的人群为服务对象。当前的服务利用人群主要是慢性病患者、弱势群体和一

些特殊人群，这部分人群虽然覆盖面相对较小，但社区卫生服务中心获得服务对象信息的人力和财力成本较低。在非完全型服务的模式下，对这一人群提供签约家庭医生服务，并给予一定的政策优惠，有利于引导居民就诊“下沉”社区。

#### 4.3 不同家庭医生制服务模式下的人力资源缺口

根据各区县调查数据，本市目前常住人口约 1940 万，社区重点服务人群约 408 万，利用社区卫生服务的人群约 254 万。按照国内外 1:1000-1:2000 的比例计算，得出各种模式所需要的家庭医生数（见表 4）。

表 4 按服务对象分类的家庭医生制服务模式人力资源需求情况（单位：人）

服务模式	1:1000	1:2000	1:2500
全人群服务模式	19400	9700	7760
重点人群服务模式	4080	2040	1632
服务利用人群服务模式	2540	1270	1016

家庭医生承担了居民常见病诊疗和疾病筛选分诊的职责，全科主治医师是成为家庭医生的必要条件。目前，本市经执业注册的全科医师 3503 名，其中全科主治医师 2403 名；经全科岗位培训但尚未完成全科执业注册的临床主治医师约 1760 名。根据家庭医生配置比例，结合本市全科医师人力资源现状，得出不同模式下家庭医生人力资源缺口（见表 5）。

由此可见，以全科主治医师为家庭医生任职条件，全人群服务模式的人力资源缺口最大，即使按照 1:2500 配置比例计算，家庭医生的数量缺口仍为 4757 名；如果将家庭医生资质条件放宽到执业注册全科医师，甚至进一步放宽到经过本市全科岗位培训而尚未完成执业注册的临床主治医师，人力资源仍然不能满足全人群服务模式下的需求。而在重点人群和服务利用人群服务模式下，按 1:2000 和

1:2500 比例配置，本市的全科主治医师数量就能够满足需求。

表 5 按服务对象分类的家庭医生制服务模式人力资源缺口情况（单位：人）

服务模式	1:1000	1:2000	1:2500
以全科主治医师为家庭医生任职资格			
全人群服务模式	16997	7297	4757
重点人群服务模式	1677	-	-
服务利用人群服务模式	110	-	-
以全科注册执业医师为家庭医生任职资格			
全人群服务模式	15897	6197	3657
重点人群服务模式	577	-	-
服务利用人群服务模式	-	-	-
将经过全科岗位培训但未经执业注册的临床 主治医师纳入家庭医生任职资格			
全人群服务模式	14137	4437	1897
重点人群服务模式	-	-	-
服务利用人群服务模式	-	-	-

#### 4.4 服务内容的范围选择

国内外家庭医生的服务内容以基本医疗和公共卫生服务为主。基本医疗包括预约门诊诊疗、家庭病床、上门服务、疾病筛查和转诊服务等；公共卫生包括健康档案管理、传染病管理、慢性病分级管理、残疾人康复、孕产妇保健、儿童计划免疫、意外伤害报告以及健康教育等。服务内容的选择取决于服务对象的范围，如果对全人群提供家庭医生服务，目前的人力状况还无法保证服务的覆盖面和质量，尤其是实现健康档案管理的全覆盖难度大；如果针对重点人群或服务利用人群提供基本医疗和公共卫生服务，工作机制和工作基础已经较为成熟，相对容易保证服务的覆盖面和质量。

#### 4.5 需投入经费测算

家庭医生除完成常规团队工作外，还承担了家庭健康档案管理、电话咨询和联系转院等诸多额外工作，在收入上应有所倾斜。在完全型家庭医生服务模式下，家庭医生的工作绩效与人头经费节余挂

钩的方式能起到激励家庭医生提供有效服务的作用。在非完全型服务模式下，除对家庭医生给予常规工作收入以外，还应提供与家庭医生工作绩效挂钩的收入补贴。按照 1:2500 的比例配置家庭医生、每人每月 2000 元的标准（试点区县经验），实行全人群、重点人群和服务利用人群服务模式所需经费分别为 1.7 亿元、3916.8 万元、2438.4 万元。

#### **4.6 推行家庭医生制存在的障碍**

全科医生数量和质量仍然是制约家庭医生制服务模式推进的主要瓶颈；居民健康档案尚未实现动态管理和区域互联，为家庭医生进行健康管理带来难度；社区公共卫生服务项目还没有确定；医疗保险“一卡通”使患者可自由就诊，家庭医生属地化管理难度增加；传统观念使全科医生较难接受以健康管理为中心、基本医疗和公共卫生并重的家庭医生制服务模式。

### **5 关于推行家庭医生制服务模式的几点建议**

#### **5.1 选择适宜的服务模式**

从国际经验来看，完全型家庭医生服务模式通过按人头预付卫生经费和首诊制，在提高家庭医生降低医疗费用、加强预防保健服务的积极性方面优于非完全型家庭医生服务模式。但在卫生经费管理实行按项目实际支出支付或按项目预算支付、医保卡自由就诊的医保制度现状下，实行完全型家庭医生服务模式难度大。在服务人群的选择上，根据本市目前卫生经费管理和人力资源现状，建议选择管理成本较低、服务效果较好的服务利用人群模式。

#### **5.2 试点先行，逐步推开**

选取有条件的区县开展非完全型服务利用人群家庭医生服务试点，在试点评估总结的基础上逐步在全市推开。试点区县以利用本

辖区社区卫生服务的人群为服务对象，提供签约服务，签约对象及其家庭成员均能利用家庭医生提供的服务。家庭医生以全科主治医师为任职资格，家庭医生与签约家庭按 1:2500 比例配置，服务内容以基本医疗和公共卫生服务为主。随着医疗保障制度的完善以及全科人才队伍的壮大，家庭医生制可逐步探索向按人头付费和社区首诊制的完全型全人群服务模式发展。

### 5.3 规范服务流程

签约后，家庭医生在以家庭健康档案为核心的信息化管理基础上开展服务。服务流程如下：一是签约家庭通过预约，在约定时间段内利用签约家庭医生的门诊服务；二是通过预约提供上门服务、家庭病床和公共卫生服务；三是当签约家庭有患者病情严重或加重，经家庭医生诊断确实需要转诊的，由家庭医生开具转诊证明，病人持转诊证明至上级医院转院治疗，病人出院后由家庭医生进行出院后访视和康复指导。

### 5.4 建立有效的管理模式

家庭医生制服务模式实行社区卫生服务中心主任负责制。家庭医生根据社区卫生服务中心的工作任务，结合街道健康促进委员会意见制定具体的工作目标，会同所在街道和居委会相关条线的干部共同开展工作。社区卫生服务中心、区域医疗中心和市级医疗机构形成区域医疗联合体，通过家庭医生首诊，使患者得到必要的分级诊疗（见图 1）。

建立分级考核体系。社区卫生服务中心质量控制科每月进行工作考核，根据考核情况发放家庭医生绩效奖励；区卫生局组织质控专家组，每半年对各社区卫生服务中心家庭医生工作进行督查，并听取所在街道健康促进委员会、居委会、村委会、社区等联动机构



上下级医院联合体和社区各部门之间形成分工协作的工作机制，整合全科团队内部的公卫、中医、护理等资源，为签约对象及其家庭成员提供综合服务。家庭医生转诊患者至上级医院或专科医院，并非依靠家庭医生个人关系，而是以社区卫生服务中心与二、三级医院、专科医院之间紧密配合的联合体工作机制为基础，保证患者顺利获得适当的分级诊治。

#### **5.5.4 完善社区卫生信息化建设**

居民健康档案是家庭医生开展工作的信息基础，但目前本市各区县社区卫生信息化程度不一，尤其是健康档案没有实现动态管理和区域共享，难以为家庭医生提供全面、连续的卫生服务信息，为健康管理带来难度。因此，完善本市基于居民健康档案的卫生信息化建设是推行家庭医生制服务的重要基石。

#### **5.5.5 加快发展，推进全科人才队伍建设**

全科主治医师是家庭医生职责的主要承担者，要着力加快全科人才梯队建设，培养一批全科医学知识全面、临床经验丰富的全科主治医师，为服务利用人群模式向全人群服务模式的转变做好人力资源储备。

#### **5.5.6 逐步改革，建立按人头付费的经费管理制度**

按人头预付卫生经费和首诊制是家庭医生成为居民健康和卫生经费“守门人”的基础。本市的家庭医生制也必然向这一方向不断发展。财政和医保部门要积极探索按人头支付卫生经费的管理制度，为家庭医生制的不断发展完善打下基础。

（编辑：李芬）

## 上海市实施医疗机构药品零差率与相关补偿政策研究

金春林<sup>1</sup> 陈卓蕾<sup>1</sup> 贺黎明<sup>2</sup> 赵靛<sup>1</sup> 荆丽梅<sup>3</sup>

**【摘要】** 目的：实证研究实行药品加价率下降后医院经济运行及医药费用的变化，并提出实行药品零差率相关补偿政策。资料与方法：对本市医疗机构 2003-2008 年财务报表数据（含复旦附属医疗机构）进行定量分析。结果：2006 年实行控制药品加价率政策后，我市医疗机构的药品加价率已从 33% 下降至 17%，但药品收入仍然是医疗机构主要的收入来源；有 37% 的医疗机构出现了亏损，而医药费用并没有降低。若实行药品零差率政策，我市所有医疗机构所需补偿约为 30 亿元 / 年，不同补偿渠道将会对患者医药费用产生不同影响。建议：实行药品零差率后应采取综合补偿模式，建立医疗机构主动合理控制药品费用的长效机制。

**【关键词】** 医疗机构；药品加价率；零差率；补偿政策

我国公立医疗机构的收入来源主要有财政补助、医疗收费、药品收益三个渠道。政府财政补助的力度无法完全满足公立医疗机构在市场上生存发展的需要，医疗服务收费限于政府定价的制约且目前所定医疗服务价格总体偏低，医院只得从剩下的唯一补偿渠道，也就是药品收益中追寻结余。1954 年国家出台了医院药品顺加作价政策，期望药品的加成收入政策能补充医院经费的不足<sup>[1]</sup>。1989 年我国政府对公立医疗机构实行“定额投入、超支不补、结余留用”的政策，再次明确规定公立医疗机构销售药品时可加价 15-20% 作为

第一作者：金春林，男，高级经济师

作者单位：1. 上海市卫生局规划财务处，上海 200040；2. 上海市发展和改革委员会，上海 200003；

3. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040

补偿。1984-1994年全国医疗机构的药品收入增加了5.6倍,1994年药品收入占医疗机构业务收入的比例达到55.3%<sup>[2,3]</sup>。药品加成收入成为医院的主要经济补偿来源,用于弥补医疗服务收费不足和医院发展所需资金的需要,由此引发了“以药养医”等一系列问题<sup>[4]</sup>。

党的十七大之后,在强调医疗领域的政府责任、改变“以药养医”现状政策的引导下,开展了医院药品顺加作价办法改革试点工作。2001年以来,中央和本市出台了一系列文件,特别是2006年5月国家发展和改革委员会等八部委出台的《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见》(发改价格[2006]912号)文件,要求县及县以上医疗机构销售药品,要严格执行以实际购进价为基础,顺加不超过15%的加价率作价,中药饮片加价率原则上应控制在25%以内,以遏制医院药品费用和药品比重的过快增长<sup>[5]</sup>。药品加价政策改革的初衷是为了改变不合理的医疗机构补偿机制,切断医务人员收入与业务收入(主要是药品收入)的直接联系,避免公立医院和医务人员的趋利倾向,强调恢复公立医疗机构的公益性质,从而达到降低医药费用、减轻病人负担的目的。然而,这一政策对于医疗机构的行为到底有什么样的影响,对减轻病人负担能否起到作用,相应的合理补偿机制如何建立才能产生更大的社会效益等一系列问题值得进一步探讨。

新医改方案提出要推进医药分开,积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制,逐步将公立医院收入补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。为全面落实新医改方案,本文实证分析降低药品加价率对医疗机构经济运行及医药费用的影响,并定量测算实行药品零差率后,不同补偿渠道下的补偿结果,在此基础上探索综合补偿模式,以便既保证

医疗机构正常运转，又减轻患者经济负担。

## 1 药品加价率及医院经济运行情况的变化

### 1.1 药品加价率状况分析

在各项政策影响下，2001-2008年我市医疗机构药品加价率出现了下降趋势。2001年全市药品加价率为33.2%，2002年略有下降，2003-2004年增长恢复到33.4%的水平，但是自2005年以来呈现逐年下降的趋势，特别是2007年的降幅较大（下降了9.5个百分点），2008年下降到17.3%。结合药品加价率政策出台的时间节点，表明药品加价率控制政策正发挥作用，我市医疗机构的药品加价率从33.4%下降至17.3%，降幅明显。但是，药品加成收入是医院重要的补偿渠道，药品加价率的大幅下降必然会影响医院的经济运行。

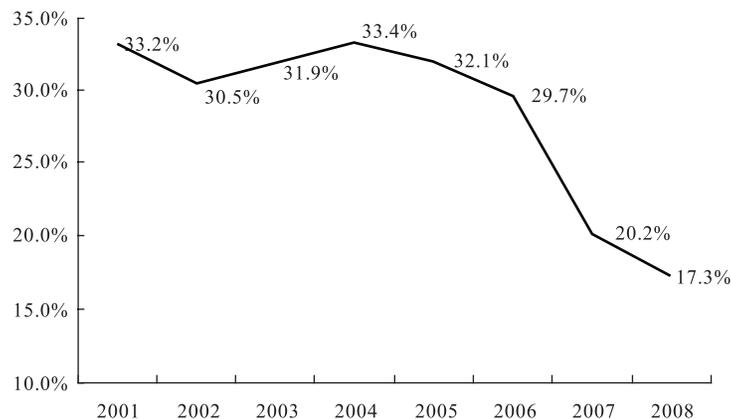


图1 2001-2008年上海市医疗机构药品加价率变化趋势图

### 1.2 医疗机构经济运行情况

2003-2008年，我市医疗机构的收入结构变化如图2所示，财政补助收入构成呈上升趋势，但是占总收入比例仍较低（低于8%）；药品收入构成仅在2006年略有下降，2007-2008年均有所上升，2008年达到了47.1%。医疗收入的构成低于药品收入，2008年医疗收入构成比为42.5%，约比药品收入构成低5个百分点。其他收入自2004年大幅下降后，其构成一直保持在2.5%左右的水平。可见，

降低药品加价率的政策并没有改善医院医疗和药品收入的结构，药品收入仍然是医疗机构主要的收入来源。

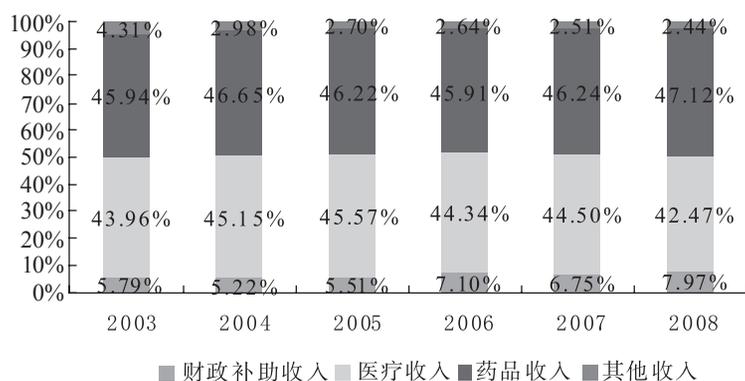


图2 2003-2008年上海市医疗机构收入构成情况

从支出构成来看，医疗支出一直是医疗机构的主要支出，其构成超过55%，但有逐年下降的趋势；随着药品收入构成的增加，药品支出构成呈逐年上升的趋势，详见图3。

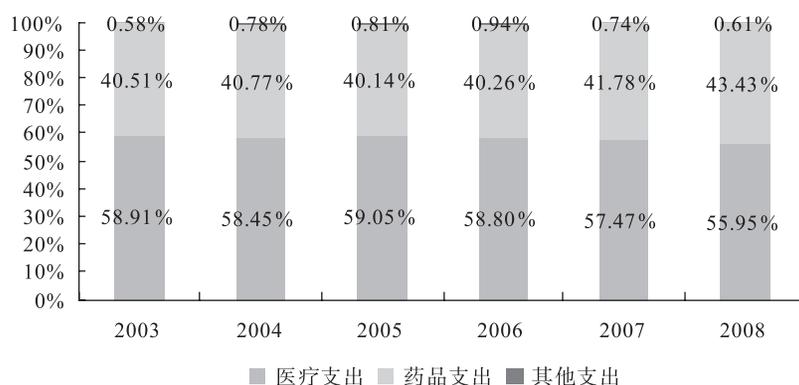


图3 2003-2008年上海市医疗机构支出构成情况

从以上分析可以看出，尽管医疗机构药品加价率大幅下降，但药品收入和药品支出的构成比不降反升，这有悖于降低药品费用的政策初衷。进一步分析药品收支结余的变化及对总收支结余的影响发现，2007年随着药品加价率的大幅下降，药品收支结余率也下降到10%以下，2008年药品收支结余率只有7.8%。同时，2007年医疗机构开始出现总体收支亏损，出现亏损机构的数量占总机构数的比例达45.1%，2008年有所减少，但仍有37.4%的医疗机构亏损。详见表1。

表1 2003-2008年上海市医疗机构收支结余分析表(单位: %)

年份	药品收支结余率	总收支结余率	总体亏损面
2003	15.84	4.55	18.68
2004	17.23	5.29	14.89
2005	17.15	4.59	13.14
2006	15.61	3.76	23.61
2007	9.25	-0.44	45.13
2008	7.81	-0.03	37.44

注: 药品收支结余率=(药品收入-药品支出)/药品收入×100%;

总收支结余率=(收入总计-支出总计)/收入总计×100%;

总体亏损面=出现亏损的医疗机构数/医疗机构总数×100%

近年来,各医疗机构的医疗收入逐年增长,医疗支出也同步增加,医疗亏损扩大。医疗收入、财政经常性补助、药品收支结余以及其他收支结余是补偿医疗支出的三大渠道,但医疗收入一直无法补偿医疗支出,最高只能补偿到80%的水平,其余20%需要财政补助及药品收支结余来补偿。2006年以前,药品收支结余可以补偿12-14%的医疗支出,财政经常性补助能弥补10%的医疗支出,总体收支平衡,略有结余。2007年,在药品加价率大幅下降的情况下,药品收入仍然在增长,但是药品收支结余明显减少,仅占医疗支出的7.4%,无法弥补医疗收支的亏损,2008年情况仍未见好转。详见表2。

表2 2003-2008年上海市医疗机构医疗服务支出补偿分析表(单位: %)

年度	医疗收入占医疗支出的比重	药品收支结余占医疗支出的比重	其他收支结余占医疗支出的比重	财政经常补助占医疗支出的比重	合计
2003	78.19	12.95	6.68	10.29	101.42
2004	81.57	14.52	4.05	9.43	105.51
2005	80.87	14.07	3.42	9.79	104.72
2006	78.37	12.67	3.06	12.55	103.59
2007	77.10	7.41	3.05	11.69	96.19
2008	75.88	6.57	3.25	14.24	96.69

### 1.3 医药费用变化

2003-2008年,次均门诊费用和次均住院费用均呈逐年上涨的趋势。在2007年药品加价率大幅下降后,2007-2008年的次均门诊

费用和次均住院费用均未降低，其中次均门诊费用的年增长速度较前两年放缓，但次均门诊费用中药品所占比例并未降低；次均住院费用近两年增长较快，2008年次均住院费用较2007年增长10%，医疗和药品均有所增长，且药品费用的增长快于医疗费用的增长。因此，医药费用没有因药品加价率的降低而节省，患者并没有得到实惠。详见表3。

表3 2003-2008年次均医药费用情况表(单位:元)

年份	2003	2004	2005	2006	2007	2008
次均门诊费用	138.54	158.46	167.16	166.67	167.28	174.91
其中: 医疗	54.97	62.78	66.31	65.75	65.78	66.27
药品	83.57	95.68	100.84	100.92	101.51	108.65
次均住院费用	6126.56	7014.43	7529.08	8212.09	8614.61	9533.02
其中: 医疗	3030.84	3536.77	4757.04	5112.86	5352.72	5757.50
药品	3095.71	3477.66	2772.05	3099.23	3261.89	3775.51

## 2 本市社区卫生服务机构试行166种基本药品零差率政策

根据上海市政府2008年的重点工作安排，上海市卫生局会同市财政局和市医保局联合制定下发了《关于上海市社区卫生服务中心实施基本药品零差率的试行意见》(沪卫基层[2008]11号)，在基层单位推荐、两轮专家遴选和论证的基础上，选取了166种基本常用药品试行零差率，其中有90种药品与国家基本药物目录重合，差额部分由医保基金和区级政府财政给予补足。该政策于2008年12月28日正式实施。

政策实施一年后各项指标的变化见表4。2009年，社区卫生服务机构药品加成收入下降了约3350万元，药品加成率比2008年下降了约两成。药品收支结余率较2008年有所减少，由于财政补助投入的增加，总体收支才得以保持平衡。从次均医药费用来看，次均门诊费用略有降低，次均住院费用仍增长9.6%，两者的药品费用均未降低。

表 4 社区卫生服务机构试行药品零差率政策后各项指标变化

指标	2008 年	2009 年	增减变化	变化率 (%)
药品加成收入 (万元)	74306.2	70956.5	-3349.7	-4.5
药品加成率 (%)	17.4	14.1	-3.3	-19.0
财政补助收入占总收入的比重 (%)	12.9	13.6	0.7	4.9
总体收支结余率 (%)	-0.1	0.3	0.4	-373.6
药品收支结余率 (%)	9.1	7.1	-2.0	-21.4
次均门诊费用 (元)	109.7	109.0	-0.8	-0.7
其中: 药品 (元)	83.6	83.8	0.2	0.2
次均住院费用 (元)	4883.2	5352.1	468.9	9.6
其中: 药品 (元)	2240.6	2493.6	253.0	11.3

### 3 探索药品零差率后的合理补偿模式

通过上述分析发现单纯降低药品加价率政策无法达到控制药品费用的目的, 反而影响了医疗机构的正常经济运行。因此, 降低药品加价率政策必须与完善财政补助政策、调整医疗服务价格、增设药事服务费及完善医保支付制度等政策同步推进。

根据医疗机构财务报表数据, 假设按照近两年的药品加成收入状况测算实施药品零差率政策的补偿总额, 全市约需补偿 30.6 亿元/年。在此基础上探索政府财政拨款、医疗服务收费 (包括药事服务费) 以及医疗保险等补偿渠道, 进行定量测算分析。

#### 3.1 通过政府财政补偿实行药品零差率后的损失

该补偿方式是由政府财政专款补偿降低药品加价率后医疗机构的损失。若实施药品零差率, 在医疗服务价格保持不变的前提下, 财政需额外补助 30.6 亿元/年, 占 2008 年度财政补助收入经常性经费的 89%。按 2008 年次均费用计算, 相当于给每一门诊人次补贴 15.4 元, 给每一住院床日补贴 33.5 元。该情况下, 门诊患者医药费用负担下降 8.8%, 住院患者医药费用负担下降 5.6%。

### 3.2 通过增设药事服务费补偿实行药品零差率后的损失

新增药事服务费收费项目，内含医师处方与药师调配的技术和服务费用，以及相关财物等的成本与增值，如医院药品的准入、进出库、质检、购销、售后跟踪服务等过程中的人工费、场地租金、水电费、物资费、资金流转利息、药品耗损费、药品不良反应监测费和药品储备费等。

药事服务收费标准可以用两种方式确定：一是按照处方金额提取药事服务费，另一种是按照处方量（业务量）测算。第一种方式实际是变相的药品加价率，因此不推荐。第二种方式是将实施药品零差率后的损失通过增设药事服务费的方式来补偿，并按照门诊与住院业务量计算，测算得出每次门诊收取的药事服务费为 15.4 元，每住院床日收取的药事服务费为 33.5 元。该方法的门诊与住院患者医药费用负担均未变化。

### 3.3 通过提高医疗服务价格补偿实行药品零差率后的损失

一直以来医疗服务价格没有达到社会平均成本，医疗亏损成了普遍现象，导致以药养医政策的出台。2009 年 11 月 23 日国家发改委、卫生部等部门发布的《改革药品和医疗服务价格形成机制意见》强调要改革医疗卫生机构的药品销售加成政策。按照“医药分开”的要求，改革医疗机构补偿机制，逐步取消医疗机构的药品加成，进一步理顺医疗服务比价关系。在规范医疗服务价格项目的基础上，适当提高临床诊疗、护理、手术以及其他体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，同时降低大型医用设备检查和治疗价格，加强对植（介）入类等高值医疗器械价格的监管。因此，用提高医疗收入来补偿降低药品加价率的损失符合该文件“提高诊费降低药价”的医改方向。

若实施药品零差率，在财政不额外投入的情况下，大约要提高医疗收入 30.6 亿元。假设在业务量不变的情况下，测算得出医疗服务价格水平需在 2008 年的基础上提高 15.7%，抵消药品价格降低的损失后，门诊患者医药费用负担下降 2.9%，住院患者医药费用负担上升 3.8%。

### 3.4 通过医疗保险补偿实行药品零差率后的损失

各医院管理部门对医疗机构药品费用的给付标准仍按目前 15% 的药品加价率政策（不实行零差率的价格），补偿实行药品零差率后的部分药品收入损失。该方法可以缓解财政补偿及医疗服务价格调整的压力。

### 3.5 综合补偿模式初探

#### 3.5.1 假设前提条件及原则

一是按照 2007-2008 年的财政补助收入平均增长率测算，政府财政补助增长额最多不超过 12.6 亿元。二是假设补偿政策实施后医药费用结构，尤其是用药量没有发生变化。三是在药品加价率降低 17.4 个百分点（2008 年药品加价率）后，即次均门诊与住院药品费用降低，提高医疗服务价格或提取药事服务费的程度必须保证门诊与住院患者的医药费用负担均不增加（与 2008 年相比）。

#### 3.5.2 综合补偿模式

根据前述测算数据、假设前提及原则要求，在实行药品零差率的政策下，按照药品加成收入计算，共需要补偿医疗机构 30.6 亿元/年。假设医疗保险也按药品零差率价格给付（即医疗保险不承担医疗机构药品零差率损失），综合考虑上海实际情况，建议财政补助增加 12.4 亿元，医疗服务等收入（包括药事服务费）增加 18.1 亿元。若设立药事服务费，每次门诊收费 10.8 元，每住院床日收费 23.4 元，

该情况下门诊患者医药费用负担降低 3.6%，住院患者医药费用负担降低 2.3%；若将医疗服务价格提高 9.3%，该情况下门诊患者医药费用负担降低 5.3%，住院患者医药费用负担降低 0.01%。可见，在不考虑医保补偿渠道的情况下，若财政补助补偿 12.4 亿元，其余损失通过设立药事服务费或提高医疗服务价格水平来补偿，患者的医药费用负担没有上升。鉴于各地医保费用占医药费用的比例差异较大，在此难以估计用一个总体比例进行测算，但仍建议医保部门对医疗机构药品费用的给付标准按目前 15% 的药品加价率政策，补偿实行药品零差率后医疗机构的部分（如 50%）收入损失，以缓解财政补偿及医疗服务价格调整的压力。

#### **4 结论和建议**

##### **4.1 降低药品加价率并未减轻患者疾病负担，同时医疗机构经营状况却有所恶化**

降低药品加价率政策的主要目标之一是通过降低医疗机构的药品加价率来达到控制药品费用的目的。然而数据显示药品费用并没有因此下降，反而在政策实施的第二年（2008 年）有较大反弹，其原因在于几乎所有医疗机构仍然按照国家发改委统一公布的药品价格销售药品，再按加价 15% 后等于国家发改委统一公布的药品价格确定进价。对医疗机构来说，采取这样的方式可以尽可能减少医疗机构自身的损失，又不违背政策。其结果是药品零售价格并没有下降，病人没有得益，医疗机构的药品差价减少，而医疗机构减少的药品差价部分转为商业流通领域的利润，增大了商业流通领域的利润空间。因此，降低药品加价率政策之后，“以药补医”现象表面上减轻了，但实际上医疗机构的药品收入总额和比重并未降低，其经营状况却有所恶化。药品差价部分的既得利益由医疗机构部分转移到药

品流通和生产企业，而患者根本没有享受到该政策带来的实惠。

#### 4.2 通过“四个一点”，建立控制药品费用的长效机制

根据上述经费测算及利弊分析，我们认为在实行药品零差率后应采取综合补偿模式，并根据不同地区、级别、类型的医疗机构的实际情况区别对待。同时建议先对国家基本药物目录范围内的药品实行零差率政策，试行一段时间并进行评估后再确定是否在所有药品中推行零差率。

通过“政府财政出一点、医疗保险分担一点、药事服务收费补一点、医疗服务价格调一点”的“四个一点”建立医疗机构主动合理控制药品费用的长效机制，维护医院的正常运行，最终切实让患者得益。

#### 4.3 对医院具体补偿方式应与所要导向的目标直接相关

无论是财政专项补偿，还是医疗保险基金补偿，均要考虑具体补偿方式所带来的影响。一种方式是直接补偿，即缺多少、补多少，实事求是；另一种方式是结合业务量的情况按标准补偿。直接补偿方式容易操作，但是并未对医院行为产生任何影响，特别是对医生开大处方等行为没有起到任何约束作用。该方式只是把原来让老百姓负担的药品加成价格转嫁到政府财政承担，不利于医疗机构合理用药、合理治疗。财政或医保对医院补助的理想模式应该与政策目标直接相关，体现医疗卫生服务的公益性质，可尝试选择按照业务量结合均次药费水平进行补偿。根据药品零差率实行之后均次门诊和住院床日药品费用的损失额确定财政补助标准，再设定药品费用比重越低补偿系数越高的操作办法。同时，医院间补助分配的基本原则采用标杆法理论，即同类医院可按平均值进行比较。这样既补偿了医疗机构由于实行药品零差率后造成的经济损失，又形成了医

院主动降低或控制药品费用的机制。

#### 4.4 进一步完善医疗服务价格补偿机制

将医疗服务价格调整到平均水平是建立医疗机构合理补偿模式的基础。加强医疗机构内部经济管理,推进医院全成本核算工作,以成本核算数据为基础,为建立和完善医疗服务价格体系、财政补偿机制提供科学依据。在明确成本的基础上,医疗服务收费总体要向上调整,但也要予以分类管理。对很难通过诱导造成过度服务的医疗服务提供者,如挂号诊疗费、住院床位费、手术费等,应大幅度提高价格;而比较容易通过诱导造成过度服务的医疗服务项目,如某些检查、检验项目等,应下降价格甚至低于成本价。医疗服务价格调整与降低药品收益应同步,并根据有升有降的原则,不断调整医疗服务内部比价关系,逐步提高技术劳务价格,降低大型医疗设备检查服务价格<sup>[6]</sup>。

### 参 考 文 献

- [1] 吴晶. 完善医院药品顺加作价政策建议[J]. 价格理论和实践, 2009,(02):34-35.
- [2] 胡善联, 陈文, 程晓明. 药物经济学与药品政策研究[M]. 昆明: 云南科技出版社,2000.
- [3] 孙哲, 王克春. 医院药品顺加作价政策出台的背景和内容[J]. 中国医院管理, 2005, 25(5): 11-13.
- [4] 金春林. 公立医疗机构补偿机制改革的思考[J]. 中国卫生资源, 2005,8(6): 265-267.
- [5] 金春林. 也论“看病难、看病贵”的现象、成因与对策[J]. 中国卫生资源, 2007, 10(6): 270-272.
- [6] 凌云, 田文华, 金春林等. 我国公立医院补偿方式存在的问题和对策[J]. 海军医学杂志, 2008,29(1): 72-73.

(编辑: 荆丽梅)

## 日本老年护理制度考察报告

余澐 刘红炜

**【摘要】** 本文回顾了日本老年护理制度的发展历程，介绍了老年护理保险制度的基本内容、费用分担和申请、认定机制，详述了老年服务管理体系、机构及人员准入机制，总结了日本老年护理制度的特点及对上海市发展老年护理的启示。

**【关键词】** 日本；老年护理；保险制度；服务体系

上海市老年护理制度考察团赴日本进行实地考察，通过专题报告、座谈交流和实地走访，对日本老年护理制度有了进一步的认识，现将本次考察的成果报告如下：

### 1 日本老年护理制度的发展历程

日本老年护理制度的发展可以分为四个时期：（1）60年代的基础建设时代，以实行国民保险和老年人福祉法为代表。（2）70年代的护理服务扩大期，以老年人福祉法修改后实行的老年人医疗免费制度为代表。（3）80年代的服务转换期，1982年出台的《老年人保健法》结束了老年人医疗免费制度，提出老年人也要负担部分医疗费用，同时创设老年人保健设施，作为家与医院的中间体。（4）90年代的改革时期，1989年出台的《老年人保健福祉促进十年战略》提出未来护理服务的目标，1997年出台了《护理保险法》，2000年创立了护理保险制度。

---

第一作者：余澐，女，主治医师  
作者单位：上海市卫生局基层卫生处，上海 200040

## 2 日本老年护理保险制度的概况

1995年日本老龄人口比例已达14.4%。在老年护理需求剧增的形势下，原有完全免费的政策局限为只有低收入者才能享受，由政府主导经费投入并指定服务内容的老年护理政策已不适应社会发展需求。许多因护理缺失的老年人住进医院，老年人生活护理挤占医疗护理资源，激化了医疗资源供需之间的矛盾。在这种社会背景下，日本于1997年12月通过了《老年护理保险法》，并于2000年4月开始实施，每三年修订一次。

### 2.1 护理保险制度的基本内容

日本老年护理保险（在日本被称为介护保险）是运用社会保险机制，对失去生活自理能力的老年人实施社会化护理服务的制度，在应对人口老龄化所带来的社会负担方面做出了有益的探索。

日本参加老年护理保险的主体分为两类。第一类称为第1号被保险人，是指65岁及其以上的所有老年人。第1号被保险人根据收入水平分为五类，交纳与个体收入水平相当的固定金额的保险费。第二类称为第2号被保险人，指40岁至64岁的人，他们的护理保险费按照医疗保险费乘以一定系数的方法确定，与医疗保险费一起缴纳。根据老年人口比重不同，不同区域的被保险人缴纳以保险费为基准额乘以0.5-1.5的系数，保险费高低之间相差约3倍，以适应不同区域老年人护理的负担差异。以2009年为例，日本全国平均月保险费为4160日元，大阪府平均月保险费则为4588日元。

### 2.2 护理费用的分担

老年人在享受护理服务时，原则上必须缴纳护理费用的10%，余下的90%费用由中央财政和地方财政承担一半，护理保险基金承担一半。

以大阪市为例，2009年护理保险年度预算额为1697亿日元，由保险基金承担50%，其中第1号被保险人（2400万人）承担保险费的20%；第2号被保险人（4300万人）承担保险费的30%。中央和地方财政承担50%，其中，中央和大阪府财政承担37.5%，大阪市财政承担12.5%。这种预算结构既体现了政府责任，又体现了个人义务。

### 2.3 护理保险的申请与认定

日本护理保险服务对支付对象有严格的限定。第2号被保险人中，只有被确诊患有闭塞性动脉硬化、类风湿关节炎、慢性阻塞性肺疾病、脑血管疾病、糖尿病合并症、帕金森综合症、老年痴呆症等15种慢性病才能享受护理服务。交通事故等人为原因造成的伤患原则上不在护理保险服务范围之内。但第1号被保险人不受此条件限制。

被保险人接受护理之前必须经过严格的专家认定程序：首先，被保险人先向市町村政府管理部门提出护理申请。第二，市町村派出认定调查员对申请人进行访谈调查，作出初步认定。第三，市町村委托主治医师对被申请人进行体检，由其提出审查意见。第四，市町村护理认定审查委员会根据上述两次调查作出二次认定。认定结果分为四类：重新调查；有自理能力，不需要接受护理服务；需要支援（1-2级），但只需要接受居家护理服务，不需要利用老年人护理设施；需要护理（1-5级），根据轻重程度分为轻度护理、中度护理、重度护理、最重度护理和特重度护理。最后，被保险人原则上每隔半年必须重新接受一次专家认定。

## 3 日本老年护理服务体系

### 3.1 护理服务的类型

按照服务地点的不同，日本老年人护理服务可分为居家护理服

务和设施护理服务两大类。居家护理服务指访问护理员到被保险人家里进行护理，被保险人偶尔去护理设施接受检查。此类服务包括居家护理、入浴护理、访问看护、访问康复训练和疗养管理指导等13类服务项目。居家养老护理服务按照所提供服务程度又可分为护理预防服务和护理服务。护理预防服务的对象是需要部分生活能力支援的老年人，内容是维持和改善他们的状态，目的是达到无需护理的自立状态。护理服务则主要针对需要常规生活支持和护理的老年人提供日常护理服务。居家护理服务的价格以2004年为例，可利用金额最低为每月6.2万日元，最高可达20万日元，个人承担10%，低收入阶层还可以享受特别减免。

设施护理服务指被保险人完全离开住所，住进护理设施接受各种程度的护理，包括老年人护理设施、老年人护理保健设施和老年人疗养型医疗设施三类服务。老年人护理设施服务主要提供生活护理和生活功能训练，每月自费5-6万日元；老年人护理保健设施服务以恢复居家养老为目标，主要是针对病情稳定的老年人，在看护和医学管理下，接受护理、功能训练等，每月自费约7万日元；老年人疗养型医疗设施服务主要为需要长期疗养的人员提供护理、功能训练和其他必要的医疗等，服务费用是三者中最高的。近年来还发展了与社区紧密结合的社区小型护理机构，对失能、失智老年人提供夜间上门服务、短期入住服务等，通过社区照顾，就近解决老年人护理需求。

### 3.2 护理服务的分级管理

市（区）町村政府根据老年居民提出的护理申请、调查员和主治医师以上职称的医生提出的健康状况认定书，以及由保健、医疗和福祉专家组成的护理认定审查会所认定的护理等级，由轻到重将

老年护理分为需要支援（1-2级）和需要护理（1-5级）共7级，分别由地区综合支援中心、居家护理支援单位和老年人护理服务设施提供相应的护理预防、居家护理和设施护理服务（详见图1）。

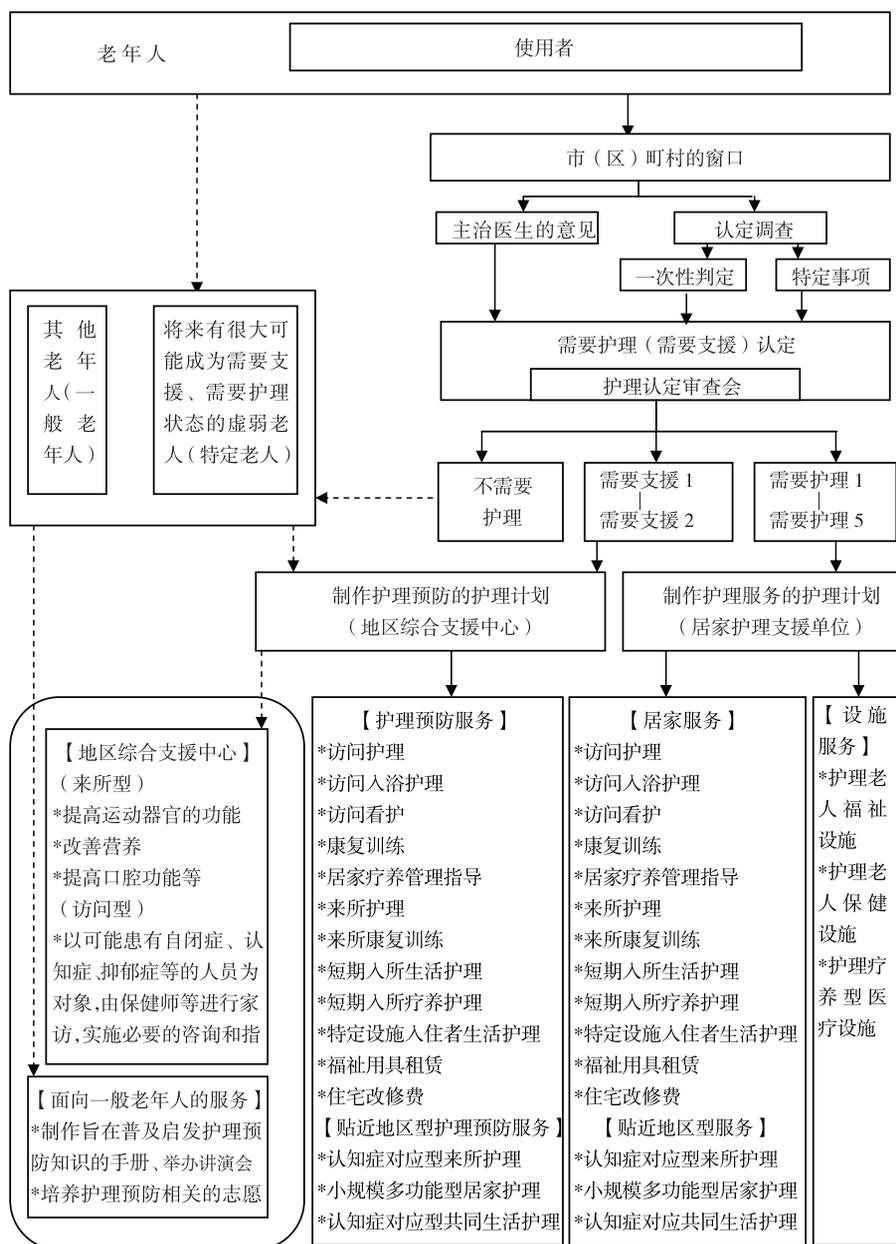


图1 日本老年护理体系架构

注：不同市村町服务内容略有不同

### 3.3 护理人员的资质与培养

日本从事老年护理服务的人员大致分为两类。第一类称为介护福祉士（护理员），第二类为社会福祉士（相当于社工）。前者需要

3年的正规学习，并通过国家统一考试及格后，才能取得上岗资格。他们一般在护理设施内就职，从事技术性较强的护理服务。日本一些大学设立了护理人员培训专业，如羽衣大学和东京福祉大学都设有介护福祉专业，招收应届高中毕业生进行为期3年的专科学习，每年招收学生约40名。课程设置包括社会学、护理理论技术、老年疾病以及心理学、行政管理等学科。介护福祉士一般分为三级：高级介护福祉士兼做管理，负责安排管理辖区内护理员的工作，同时参与对老龄者的护理；中级介护福祉士要求胜任所有的护理工作；初级介护福祉士则从事简单的家政服务 and 一般性护理工作。

社会福祉士需要本人亲自报名，然后参加政府出资举办的培训班，接受50-230个小时的专门培训，考试合格后获得执业资格证书，到居住所在地的相关部门登记注册，等待上岗。

## **4 主要启示**

### **4.1 建立以护理保险为基础的老年护理服务保障制度**

日本于2000年开始实施护理保险，通过社会保险模式，打破了传统老年护理模式完全由政府主导经费投入、指定服务对象和服务内容的局限性，实现了个人与政府共同承担义务的普惠制服务。同时，护理保险制度将老年护理从老年人医疗中剥离，减轻财政的医疗费用负担，并将原来分离的老年人福利制度和老年人医疗保险制度进行了整合，创建了一个更加公平和有效的老年人护理经费支付制度。护理保险制度是应对人口高龄化的积极可行的举措。日本实行护理保险制度时的老龄化程度、家庭结构等与目前上海情况大体相当，因此对上海有积极的启示作用。

### **4.2 形成社会团体和企业进入养老护理行业的良性竞争机制**

日本老年护理服务机构除国家福利事业单位之外，还鼓励民间

力量参与，分为营利性和非营利性组织，按照相应的法律设立。设施服务几乎全部由政府、社会福利团体等非营利机构经营，政府予以资助。居家上门护理服务以及与地区紧密结合的小型设施服务可由企业参与。

社会力量进入老年护理服务行业不仅缓解了政府举办设施不足的压力，满足了多层次服务需求，而且在成本控制、服务质量等方面形成了行业竞争机制，在降低服务成本的同时向老年人提供更加高效优质的服务。日本老年护理服务走出了仅靠国家大量投资营建老年人护理机构的误区，让政府可以以较小的投资获得最大的社会收益。以日本 Long Life 集团公司为例，其旗下共有 20 多家营利性养老机构，并提供居家上门护理服务。目前该公司已经上市，养老护理产业已经形成。

#### **4.3 构建医疗、护理、生活照料相互衔接、分级管理的服务体系**

日本护理服务的核心理念是持续照顾。从老年人身体状况和服务需求出发，通过统一评估，建立了从家庭、社区、机构相互衔接的护理体系。尽管加入保险是强制性的，但老年人可以自由选择申请符合自己身体状况的护理等级，经过专家审核后按实际情况提供相应服务。由于日本社会福利和卫生同属于厚生劳动省（福利与卫生部）管理，护理服务资源优化组合，没有“碎片”分割，实现了一体化、分级分类管理的老年人护理服务链。

#### **4.4 强调居家护理和社区照顾的作用**

虽然建立了稳定的老年护理保险支付制度，日本的老年护理服务依然以居家护理服务以及与地区紧密结合的社区小型设施服务为主，并且非常重视以促进老年人独立生活能力恢复为目标的护理预防服务。以大阪府为例，2009 年居家护理服务费占老年护理总费用

的 57.9%，地区紧密结合的社区小型设施服务费占 6.1%，设施护理服务费占 36.0%。居家养老服务项目很多，包括上门生活护理、洗澡、康复训练、医疗护理、护理用品租借等。护理预防还包括了康复训练和疗养管理指导等。多层次、高质量的居家护理和护理预防服务不但减少了设施护理服务费用，缓解了政府财政压力，有利于缓解护理机构、床位数及服务人员不足引起的供需矛盾，也有利于老年人继续得到家人的亲情关怀。

#### 4.5 建设专业化的护理服务队伍

从事老年护理行业工作必须有相应资质，如社会福祉士（社工）必须经过培训，通过政府举办的资质考试；介护福祉士（护理员）一般经过 3 年专科培养，并取得专业资质。经过专门培养的护理人员不仅提高了服务的质量，还提高了护理服务管理的精细化程度，通过建立老年人电子档案，为不同老年人制订相应的护理计划，实现个性化护理。护理服务非常注重操作细节的规范，如上门洗澡服务人员团队由三人组成，各有分工又相互协作。老年人们可以得到更加安全、规范和专业的照料。

#### 4.6 现行制度存在的问题

作为一项社会保险型的护理制度，日本现行制度也存在一些问题。一是基金筹资水平需要提高。日本各级政府财政对老年护理保险制度投入达 50%，然而，保险基金筹资越来越难以满足快速增长的老年护理需求。二是护理设施需求的增加与护理费用大幅度上升的矛盾。据日本厚生劳动省统计，截至 2009 年，65 岁以上的老年人中，有 20 万患有痴呆症，120 万卧床不起，加上其他原因需要护理的人群共有 280 万，并以每年 3.5% 的比例增加。相对需求来说，日本的老年护理设施仍显不足，但增加设施将导致护理费用进一步

上升，政府在控制经费和规划增加设施上难以权衡。三是专业护理人员劳动条件有待提高。老年护理服务劳动强度大、内容琐碎、收入较低，许多日本年轻人不愿意选择这一专业，导致专业护理人员不足。政府正力图通过签约服务、免除学费等措施加强专业护理人员队伍建设。

日本在老龄服务方面已经做了很多尝试，积累了有益的经验教训。我国老年人口基数大，老龄化程度已经和日本施行老年护理制度时相当。学习日本的先进经验，探索和发展符合我国国情的、确有实效的老年护理制度有利于我国有效应对老龄化进程，保证老年人晚年生活质量和人身尊严，更有利于减少医疗费用增长，缓解医疗资源和需求之间的矛盾。

（编辑：彭颖）

## 慢性病防控关口前移的探索和对策

张惠琴<sup>1</sup> 杨柯君<sup>2</sup> 马勇<sup>1</sup>

**【摘要】** 针对目前我国慢性病流行状况严峻的局面,上海市徐家汇社区卫生服务中心在慢性病预防控制、关口前移方面进行了探索。本文分析了我国在慢性病防控中存在的问题,并就如何提高慢性病防控水平、抑制慢性病“井喷”问题提出了相关对策。

**【关键词】** 慢性病; 预防管理; 实践与对策

我国慢性病流行状况严峻,已成为危害人民健康的主要疾病。我国现有高血压患者近2亿人,糖尿病患者9700万人、糖调节受损1.5亿人,血脂异常1.6亿人,慢性病致死人数占全国因病死亡人数的80%以上。在目前的医学水平下,慢性病患者不可能彻底治愈,只能缓解症状。因此,慢性病的预防显得尤为重要,有研究表明,建立健康的生活方式可以预防90%的冠心病、80%的高血压和1/3的糖尿病。

近十年来我国慢性病快速增长的主要原因有两个方面。一是不好的生活方式,包括工作和生活压力过大、吸烟、过量摄入高热量饮食和缺乏体育锻炼。目前我国男性吸烟率常年保持在66%左右,超重人群和肥胖人群占成年人总数的30%。二是受城市化的影响,生态失衡和环境污染不断加剧,再加上老龄化进程加速,慢性病患

第一作者:张惠琴,女,全科主任医师

作者单位:1.上海徐家汇社区卫生服务中心,上海 200030;2.上海市卫生工作者协会,上海 200040

病率不断上升，而慢性病防控网络尚未成熟。虽然上述因素不可能在短期内完全清除，但是通过政府、社会和家庭共同努力，以及公共部门和个人的合作，慢性病发展的严重态势可以得到有效的抑制。面对慢性病将要发生“井喷”的严峻局面，我国应尽早采取上游策略，将防病关口前移。近年来，上海市徐家汇社区卫生服务中心（以下简称“中心”）在慢性病规范管理、防控关口前移方面进行了一些有益的探索与实践。

## **1 探索和实践**

### **1.1 利用社区资源建立慢性病预防管理网络**

建立慢性病预防管理网络、将预防工作深入到社区和居民家庭是慢性病管理关口前移的重要保证。中心以社区全科服务团体为主体，建立了横向到边、纵向到底的防治网络，积极推行慢性病网格化管理。全科服务团队以全科医生为核心，社区护士、公共卫生医师、社区卫生助理员共同参与。每个团队管辖4-5个居委会，在街道和居委会的协作支持下，在社区开展疾病预防、健康管理、疾病管理。

### **1.2 探索全科医师责任制的服务模式，开展健康管理**

中心积极转变服务模式，探索以全科医生责任制为重点的服务：每位全科医生负责一个居委会，以建立家庭健康档案为抓手，开展社区诊断，摸清所负责区域的疾病谱、死亡谱、高危人群、重点人群等有关信息。针对辖区居民健康需求，对健康资源进行计划、组织、指挥和协调，开展健康管理工作。中心将健康教育和健康促进作为一级预防的主要手段，在社区定期举办群体讲座，在公共场合播放健康宣教片、发放宣传资料，同时利用门诊有针对性的开展临床预防。全科医生走进居民家庭发放盐勺、油壶，指导如何合理饮食。通过太极拳、易筋经等形式，组织居民进行适量运动锻炼，开展无烟家庭、

无烟楼宇创建活动，帮助居民逐步养成健康行为方式，努力使居民少生病、不生大病。

### 1.3 实施慢性病规范管理

对高血压、糖尿病患者实施规范管理。上海已经出台了《上海市高血压社区管理指南》和《上海市糖尿病社区管理指南》，严格实施指南要求、规范管理是提高社区慢性病管理效率和效果的关键。中心对所有社区医护人员进行了规范化管理的操作培训，所有社区医护人员考核合格后方能上岗；制定了社区慢性病管理工作流程，明确每一环节的工作要求和考核标准，使慢性病管理有章可循。为了提高慢性病管理效果，中心还积极推进慢性病群组管理和自我管理：以居委会为单位，组织成立高血压自我管理小组、肿瘤俱乐部等；发挥家属和社区志愿者的作用，提高患者自我管理疾病的能力。经过中心的努力，所服务社区患者的慢性病知晓率、管理率、控制率明显提高，就医次数不断减少，满意度显著提升。

### 1.4 利用信息技术，提高慢性病预防管理效率

信息化管理是做好慢性病预防和管理的前提，开展健康管理和疾病管理必须以信息技术为支撑。中心建立了数据库，不仅与所有卫生服务站点联网，而且实现了诊疗信息、健康档案及预防保健信息的实时交换。全科医生可及时掌握新发病人的信息，监测病情动态变化和治疗效果，提高了慢性病规范管理率。

## 2 问题和困难

### 2.1 传统观念未转变

慢性病预防管理虽然已经开展了多年，但部分医务人员并不是从慢性病防控的战略意义上认识这项工作，而是带着任务观点、被动应付检查来完成任务，有的全科医生甚至认为医生做慢病管理是

不务正业。不少居民“生病再求医”的传统观念尚未改变，对卫生中心提供的预防服务和疾病管理服务不理解、不支持、不配合，更有甚者把全科医生拒之门外。

## 2.2 社会参与力度不够

全科团队在社区开展疾病预防，社区的单位、团体和居委会支持力度不够，全科医生大多依靠个人关系来得到一些支持。社会支持的缺乏影响了慢性病预防工作的顺利开展。

## 2.3 服务水平和技能存在差距

社区医务人员对开展慢性病预防管理的相关知识掌握不够全面，能力和水平与工作要求存在一定差距，造成工作质量不高，影响居民的认可度。

## 2.4 三级预防缺位或不到位

目前社区卫生服务中心都在开展临床三级预防，但现实状况是一级预防和三级预防不到位、二级预防缺位。中心的防控工作主要是健康教育、免疫接种、儿童和孕产妇保健、若干常见慢性病的管理，对临床预防服务的效果缺乏科学的评价指标，服务效率和效益不高。二级预防方面，只有部分企事业单位组织职工体检，全民定期健康体检及疾病早期筛查尚未纳入公共卫生服务内容。

# 3 建议和对策

## 3.1 建立慢性病防控社会性网络

实施慢性病预防上游策略是有效控制慢性病、提高国民健康水平的有效策略。慢性病防控不仅仅是政府和卫生部门的事，需要全社会关注、参与和支持，建议建立由政府、单位、卫生机构、社会团体、家庭和个人组成的慢性病防控社会性网络。如果仅仅依靠卫生服务机构的努力，有效开展慢性病防控困难巨大，难以有效实施上游策略。

### 3.2 全面推广家庭医生责任制服务模式，开展生命周期健康管理

社区卫生服务机构的管理者和全科医生都应转变理念，树立“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”的核心理念，应用现代医学模式思维处理健康问题。应全面推广家庭医生责任制，以建立健康档案为抓手，围绕生命准备、生命保护、生命质量等不同阶段，针对不同阶段的生理、心理、社会特点开展生命周期健康管理，控制健康危险因素，对居民健康和主要疾病进行健康照顾，达到促进健康、提高生命质量的目的。尽早实施“上游策略，关口前移”，在妇女怀孕时期和儿童早期阶段就实施健康管理（饮食习惯、合理营养、生活方式、健康行为等），对个人行为和生活方式进行指导和干预，促进健康行为形成。

### 3.3 加强舆论引导，强化公民维护自身健康的责任意识

第三次卫生革命的挑战主要是慢性病对健康和生命的威胁，健康教育、健康促进是重要的应对手段。目前开展健康教育和健康促进面临的关键问题之一是得不到单位、社会团体、个人的理解、支持、配合，而且公民缺乏维护自身健康的责任意识。因此新闻媒体应加强舆论宣传，引导公民建立维护自身健康的责任意识，让人们意识到维护健康的第一责任人是健康需求者自己，每个人都应重视接受健康知识教育并养成良好的健康行为，担负起维护自身健康的责任。

### 3.4 建立健康促进的法律支撑体系

社区卫生机构和疾病预防控制部门的宣传和管理是非强制性的，政府可考虑制定与健康促进相关的法律文件（如控烟、限酒、环境污染等），来强制人们改变生活方式和个人行为，以减轻慢性病危险因素对健康危害。通过健康促进来延长健康年龄段、推迟进入亚健康年龄段、缩短慢性病年龄段，提高生活质量和生命质量，减轻个人、

社会、政府的经济负担。

### 3.5 提高全科医生素质，提升服务能力

社区卫生服务机构是慢性病防控的网底，全科医师是社区卫生服务的核心和骨干。全科医生应学习掌握慢性病预防、规范管理、诊疗、康复适宜技术，不断提升慢性病防控的能力和水平，承担起慢性病预防控制的使命，让居民放心地将自己的身心健康和基本卫生保健托付给全科医生。

（编辑：彭颖）

## 上海市卫生发展研究中心“双月论坛”简讯

为充分发挥卫生政策研究平台作用、增进卫生政策研究的学术交流、提升卫生政策研究的水平，我中心于2010年9月17日举办了第二期“双月论坛”。参加本次论坛的人员有中心特约研究员、上海市社科院相关专家、上海财经大学相关学者和中心研究人员。本次论坛主要就上海医改相关问题进行了充分研讨，包括主题发言、自由讨论和总结发言三个阶段，现将本次论坛的主要内容总结如下。

### 1 主题发言

#### 1.1 关于上海医改若干问题的思考

对于上海医改所面临的若干问题，中心特约研究员、上海市卫生局政策法规处付晨副处长就改革的基本理念、公立医院改革、基本药物制度、医疗资源整合和区域卫生信息化五个问题进行深入剖析。首先，上海医改是更高层面的“保基本、强基层、建机制”。目前关于上海市医改存在众多思想误区：不能简单的说上海已经完成国家医改任务；医保已经实行了“自由就医”，这种情况是否无法改变；社会福利并非一定不可逆等。其次，公立医院改革的目标是维护公益性、调动积极性。但目前公立医院公益性淡薄的根本原因是缺乏相应的激励约束机制，公立医院改革的重点是建立以公益性为核心的激励约束机制，使体现分离公益性的行为受到激励，违背公益性的行为受到约束；另一个改革重点是药品管理机制，要从生产、流通、采购和使用全过程实施改革和监管。在深度剖析闵行药品改

革做法的同时，建议各区县根据实际情况取其精华，并指出全市推行此方法存在一定风险。第三，基本药物制度的出发点是确保最贫穷的人也能获得最基本的药品，而不是说限定基层卫生机构只能使用基本药物。建议从市级层面确定入围厂家，区县实行单一货源承诺。第四，医疗资源整合的本质是对疾病管理和健康管理模式优化设计，使卫生资源实现功能分工、提高配置效率；同时引导患者“按需”利用资源，减少过度利用。整合内容包括机构、床位、设备、人力、信息和技术，涉及到整个医疗服务模式和卫生系统运行机制的转变。第五，区域卫生信息化的基础是个人健康信息。应统一信息标准，建设信息网络和数据中心，并配备个体 ID 唯一识别技术，达到信息的充分共享，促进医疗资源的节约使用，为百姓谋更多福利。

## 1.2 江苏省镇江、无锡市医保资金管理模式

医疗保险资金的筹集、分配和使用是卫生系统可持续发展的重要基础，是医药卫生体制改革的重要内容。中心特约研究员、复旦大学陈英耀教授在对比分析两种医保资金管理模式后，总结出镇江无锡模式的基本特征：（1）根据各相关部门的职责和能力，实施分段管理，构建了具有地方特色的医保资金管理体系；（2）卫生行政部门积极参与医保资金的管理，提高了医保资金管理的能力；（3）各部门不断磨合，相互合作，建立了医疗保险基金管理的跨部门平台和机制。从医保支付方与医疗服务提供者之间的矛盾和政府亟待解决卫生方面的民生问题来看，此种医保资金管理模式具有一定推广价值。医疗卫生行政、医疗保障和财政部门的多重监管有利于控制医疗费用的过度浪费，但更应注重部门间的协调机制。各地医保结算管理中均存在人员配置问题，医保对医疗服务管理的薄弱使得结算方式的作用难以充分发挥，而医保——卫生联手的基金管理模

式丰富了对医疗机构进行监控的手段和途径，有利于医疗保险的健康发展，保障投保人的合法利益，并能形成医保——患者——卫生之间的良性委托代理关系。建议各地建立与医保相关的多部门协调平台机制，努力探索尝试隶属于卫生部门的医疗保险结算中心新模式，充分发挥卫生部门专业监管和经济制约功能的同时，弱化行政管理，尽量做到管办分离、政事分开，更好的发挥卫生部门监管作用。

### 1.3 推动我国不同社会医疗保险制度的融合

上海市社会科学院常务副院长左学金教授针对我国社会医疗保险“属地管理”的现状，提出社会保险计划“碎片化”的主要问题：管理成本高、抗风险能力差、劳动力市场的分割和配置效率低下，即公平与效率的问题并存。中央和地方均注意到基金分割带来的问题，并提出了相应的整合的原则；另有部分地区在财政投入充足的前提下，试行“全民免费医疗”等方法，如陕西省神木县。实际上，社会保障计划由分散走向整合，是世界上一些国家和地区（日本、泰国和我国台湾）社保发展的共同趋势。我国社会医疗保险制度整合的大背景是人口老龄化和疾病谱的转变，因此整体整合思路应是群体性预防和注重关口前移，即有病早治。整合过程中必须设计有效的激励机制，充分发挥基层医疗机构的作用显得尤为重要。整合的具体步骤是：（1）在各属地范围内整合不同的医保制度；（2）逐步实现省级统筹；（3）实现省级统筹与全国统筹的结合。此外，左学金教授还专门针对上海市医保整合提出了具体措施建议：（1）将城镇职工基本医疗保险（简称“城保”）、外来务工人员综合保险（简称“综保”）与小城镇保险（简称“镇保”）整合为新城保，其中新城保可进一步划分为基本计划即A计划（缴费率6+2）和附加计划即B计划（缴费率6+0），其中基本计划由全体城保参保人员参加，

而 B 计划主要由原城保参保人参加。将新型农村合作医疗（简称“新农合”）与城镇居民基本医疗保险（简称“居保”）整合为新居保。（2）将各类医保基金收入的 40% 整合起来，结合上海市和各区县财政的卫生投入直接补偿基层医疗机构，同时实行医药分开，减少药品流通费用。

#### 1.4 上海市基本医疗卫生服务统筹发展的财政政策选择

上海财经大学公共经济与管理学院李华副教授从上海市基本医疗卫生服务的现状入手，分析了存在的主要问题及其成因和危害，并提出统筹发展的思路、目标模式和方案，最后对新农合的统筹发展模式进行模拟。统筹发展的目标模式是市区两级财政“统分结合，共同发展”，逐渐实现“以收定支、收支分离，分级预算管理”的公平有序性财政管理体制。其中市级财政对策可围绕以下内容进行：（1）确定市级财政社区卫生服务支出的项目；（2）统一市级财政对新农合支付的方式和水平；（3）全市新农合和居保缩小差距，水平渐近；（4）尽快实现全市城乡居民跨区就医进入医疗保险，即“一卡通”。区县财政政策应以“市保基本，区保附加，逐步延伸，提高水平”为原则，具体方案有：（1）在社区试行“护理保险和老年服务”；（2）扩展对外来人口社区卫生服务的财政补助；（3）在新农合统筹发展的基础上增加新的项目；（4）提高区财政对城乡居保和新农合的投入水平。

## 2 自由讨论

在自由讨论环节，有专家提出成立医保基金理事会，由人力资源与社会保障部门、卫生部门、企业等共同参与，通过不同利益群体之间的相互协调达到资源最优配置的目的。另有研究员指出影响公立医院公益性定位的重要因素是其结余资金的使用问题，应明

确医院经常性支出与资本性支出的比例及标准，避免“军备竞赛”带来的资源浪费现象。还有研究员指出医改包罗万象，必须寻求合适的切入点，可以以医保制度为突破口，只有医保筹资水平得到提升，公立医院才有实力进行改革；与此同时，必须加强政府对公立医院的监管，通过改革整合医疗资源是实现公立医院公益性的前提与基础。

### 3 总结发言

最后，中心主任胡善联教授在总结发言中指出，面对障碍重重的医药卫生体制改革，亟需出台宏观、系统的改革方案，以确立整体目标，建立部门间的协调机制。中国和美国都在进行医改，美国的医改方案预算非常明确，我国也应建立循证决策机制，制定相应的预算，并对改革结果进行评估。此外，胡善联教授还指出，定性访谈的调查方法在卫生政策研究领域已经广泛应用，运用该方法一定要保证调查的质量。以“一对一访谈”为例，该方法对于研究不同部门之间利益冲突的效果毋庸置疑，但录音整理的质量还有待提高，研究者需要进一步加强社会学调查研究方法的理论基础。

（编辑：王力男）

---

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