

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2011 年 第 4 卷第 1 期
(总第 27 期)

上海市卫生发展研究中心

2010 年 3 月 9 日

编者按 本期围绕卫生规划,刊登了上海财经大学俞卫教授的《关于上海“十二五”卫生发展若干问题的思考》;根据卫生部区域卫生规划座谈会整理了《我国部分省市区域卫生规划比较分析》,并特邀辽宁省卫生经济学会于润吉会长和卫生部卫生发展研究中心黄二丹助理研究员分别撰写了《卫生资源配置标准的编制程序与计算方法介绍》和《发达国家区域卫生规划制定的经验与启示》。此外,还刊载了上海市卫生局科研与教育处张勘处长等撰写的《上海市住院医师规范化培训发展现状及政策建议》。谨供有关领导和同志参考。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 4 卷 第 1 期 (总第 27 期)

2011 年 3 月 9 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: shanghai.hdrc@gmail.com

网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光

肖泽萍

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 高广文

谢春艳 信虹云

何江江 彭颖

王月强 王力男

薛佳

上海市连续性内部资料准印证

(K) 第 0649 号

目次

专题研究

关于上海“十二五”卫生发展若干问题的思考——从需求角度出发

..... 1

一、老年护理服务需求..... 1

二、农村户籍居民医疗卫生需求..... 4

三、外来从业人员医疗卫生需求..... 6

四、高层次医疗服务需求..... 8

五、外来就医需求..... 12

我国部分省市区域卫生规划比较分析..... 14

一、各省市区域卫生规划编制工作进展情况..... 15

二、各省市区域卫生规划分析与比较..... 15

三、需要考虑的问题..... 19

卫生资源配置标准的编制程序与测算方法介绍..... 21

一、卫生资源配置标准的编制程序..... 21

二、卫生资源配置标准的测算方法..... 24

发达国家区域卫生规划制定的经验与启示——以法国为例..... 29

一、发达国家区域卫生规划的制定..... 29

二、法国区域卫生规划的制定..... 32

三、法国区域卫生的借鉴与启示..... 36

政策解读

上海市住院医师规范化培训发展现状及政策建议..... 39

一、上海市住院医师规范化培训工作发展概况..... 40

二、新医改背景下上海市建立住院医师规范化培训制度的探索
..... 42

三、上海市住院医师规范化培训改革的突破和亮点..... 44

四、推进上海市住院医师规范化培训制度建设的政策建议... 44

《卫生政策研究进展》约稿函..... 47

关于上海“十二五”卫生发展若干问题的思考

——从需求角度出发

俞卫 李华

【摘要】 本文从需求角度出发,分析上海老龄人口、农村户籍居民、外来从业人员、高收入人群和外来就医人群的医疗卫生服务需求的状况,并分别提出对策与建议,为上海“十二五”卫生发展提供参考。

【关键词】 医疗卫生服务需求;老年护理;新农合;外来从业人员;高层次医疗

从计划经济向市场经济转变的一个核心问题是资源配置的原则从政府主导转向了需求主导,而公共服务方面的资源配置也应该在需求的基础之上根据社会的意愿进行合理分配。根据这样一个思路,本研究重点分析了老龄人口、农村户籍居民、外来从业人员、高收入人群及外来就医人群五大特殊群体对上海医疗卫生服务的需求。这五类群体的医疗卫生服务需求各有差异,而且在很长一段时间内会共同存在。作为国际大都市,上海“十二五”卫生发展应充分考虑这些需求。

一、老年护理服务需求

(一) 上海老龄人口状况

上海作为我国经济最发达、平均期望寿命最高的城市之一,早在1979年60岁以上老年人口就占总人口的10.1%,率先进入老龄化社会。截至2009年底,上海60岁以上人口315.7万,占户籍总人口的22.5%;65岁以上人口221.0万,占户籍人口比例为15.8%,

第一作者:俞卫,男,教授

作者单位:上海财经大学,上海200433

已接近日本（22.1%）、瑞典（16.4%）等老龄化程度较高国家的水平。另外，75岁以上高龄老人所占比例呈明显的上升趋势，老龄人口高龄化程度不断加深，形势非常严峻。

（二）“十二五”期间老年护理服务供需预测

随着人口结构的转变，养老的压力已经逐渐由家庭转移到各类老年护理机构。目前上海市有独立老年护理院12所，床位2668张。2009年底各区县社区卫生服务中心共有核定床位19203张，即使社区卫生服务中心的所有床位全部转为老年护理床位，这些机构最多只能提供21871张床位。此外，上海市有非独立老年护理院55所（多为社区卫生服务中心加挂老年护理院牌子）。

假定老年人每年住1次护理院，平均住院天数131.1天，根据测算，2010年和2015年上海市的老年护理床位需求量分别为5.7万张、9.4万张。即便按照现行医保对住院时间最长不得超过90天的规定，2010年和2015年也各需床位3.9万张、6.5万张*。可见，即使将社区卫生服务中心床位全部用于老年护理服务，2010年上海老年护理床位供需之差仍接近2万张，这给老年护理服务体系甚至整个医疗服务体系带来了巨大挑战。

（三）对策与建议

1、合理分流护理需求

第一，建立满足不同层次需求的老年护理和医疗服务链来分散对老年护理床位的需求。依据老年人的健康程度和生活自理能力，构建居家、机构养老—老年护理—老年医疗三级服务体系（图1），对老年人展开有针对性的养老、护理、医疗服务；同时明确各机构的进入和流出标准，建立不同机构间的支撑转诊制度，实现老年人

*测算公式为：老年护理床位需求量=不能自理老年人数×选择机构护理比例×平均住院天数/365

在机构间的流动。

第二，实现医疗机构对居家养老和养老院的医疗支持。鼓励各类医疗机构对居家养老和机构养老提供上门诊疗服务，区域内的二级医院和老年专科医院以及邻近的社务卫生服务中心要对养老机构提供医疗支撑。

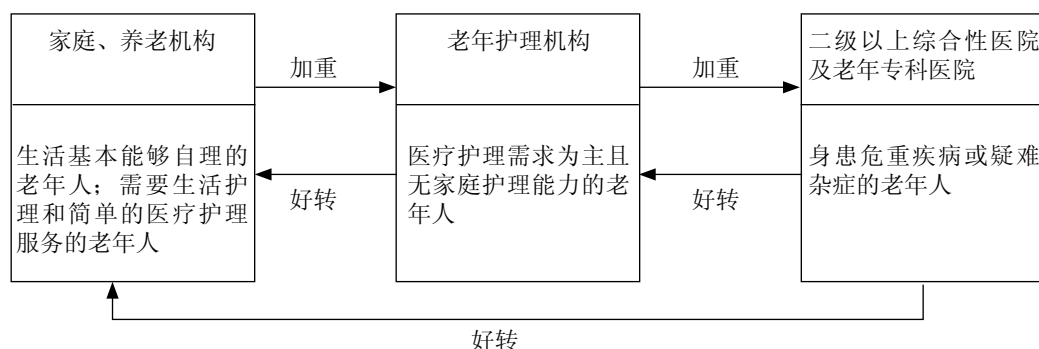


图1 老年护理三级服务体系

第三，设计灵活合理的医保支付制度。尝试实行分级分段支付，对符合入住护理院标准而选择居家护理或养老院的老人给予同样的医保支持；对于符合护理院出院标准但仍“压床”的老年人，则加大个人自付比例。

第四，在郊区建立大型的老年护理基地。建立具有一定规模和各种护理类别的老年护理基地，既方便老年人在各类机构间的转移，又可实现资源共享，充分发挥规模效应的作用。

2、加大对老年护理的财政投入力度

由于老年护理保险的缺失，至少在短期内，政府需要考虑对老年护理机构予以财政补助，并在机构扩建、床位建设、人员引进等方面建立专项经费投入机制，鼓励老年护理机构建设向规模化、正规化发展。目前护理院自负盈亏的运营模式并不能与其服务性质匹配，这必然会影响其发展和扩大。

3、鼓励社会和慈善机构兴办各种形式的老年护理机构

出台一系列的优惠政策鼓励（如税收减免、财政贴息、行政性收费减免等）支持社会力量和慈善机构兴办各种形式的老年护理机构，同时引导部分民办机构提供高端化的老年护理服务。另外，要鼓励一部分规模小、运营困难的职工医疗机构逐步转化为老年护理院。通过这种差异化的发展，满足不同层次老年人口的需求。

二、农村户籍居民医疗卫生需求

（一）上海农村户籍居民状况

2009年末，上海户籍人口1400.7万人，常住人口1921.3万。农业户籍人口为173.0万人，占户籍人口的12.4%，常住人口的9.0%。在9个城郊和郊区（县）中，农业人口比例也有差别，崇明县最高（50.5%），浦东最低（3.9%）。近年来，随着城镇化进程的加快，上海农业户籍人口数呈逐年减少的趋势。

（二）上海的新型农村合作医疗制度状况

新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）是农村居民的主要医疗保障形式。作为城市化水平较高、经济水平相对发达的地区，上海的新农合与其他地区有明显不同。

1、参保人数

2007—2009年，由于农业户籍人口逐年减少，上海实际参合农民总数逐年下降，10个区县中除金山和崇明县实际参合人数增加、宝山区基本持平外，其余7个区县均呈现下降趋势。同时，数据显示应参合者均已参合。

2、筹资水平与结构

上海新农合筹资处于全国较高水平。2009年人均筹资水平最低的金山区也达419元，最高的闵行区则为830元，而同年全国新农

合实际人均筹资仅为 113.4 元。

3、费用支付水平

上海提出了区县新农合在社区卫生服务中心、二级医院、市级大医院的门诊和住院报销比例逐步达到“7、6、5”的目标。2009 年新农合也基本遵循了随医疗机构层级的提高报销比例递减的原则。

根据新农合“保大病重病为主”的原则，住院报销比例应高于门诊报销比例。2009 年，上海 10 个区县中新农合住院报销比例高于（或等于）门诊的区县有 4 个（宝山、金山、青浦、崇明）。2009 年国家卫生部规定新农合封顶线应达到当地农民纯收入的 6 倍以上。从上海市农委获悉，2009 年上海农民人均收入为 1.2 万，当年有 3 个区县（南汇、奉贤、崇明）新农合报销封顶线在 5—6 万之间，其余 7 个区县均达 6 万元以上，即 70% 的区县已率先实现国家的政策目标。

（三）对策与建议

1、建立新农合市级筹资制度

上海新农合由个人缴费、市区镇三级政府投入和其他投入多方筹资。从长远来看，市级统筹有利于基本医疗卫生服务的均等化和上海医疗卫生的均衡发展。首先，进一步提高新农合财政支出比例。2007、2008 年上海区县新农合财政支出占地方财政支出的比例分别为 0.06%—0.43%、0.10%—0.71%，总体水平不高。其次，确保新农合市级统筹的财政支出。目前，本市财政为参合农民人均投入仍停留在 60 元的标准上，与全国政府投入水平不断提高形成鲜明对照。应不断加大市财政对新农合人均财政投入力度，同时采取倾斜政策，重点投向财政压力较大的区县。第三，提高新农合个人缴费水平。2009 年上海农民人均收入为 12324 元，如按 1.5%—2% 的比例征收，个人缴费在 185—246 元。目前上海市新农合个人缴费在 104—193

元之间,在新农合保障水平不断提高的条件下,适度提高个人缴费水平具有可接受性。

2、逐步实现城乡居民自由跨区就医制度

随着农村经济快速发展和农民生活水平提高,上海郊区农民人户分离的现象日益增多。由于上海新农合尚未实现市级统筹,这部分人群如生病(急诊除外),仍需回到户籍所在区县治疗并逐级转诊,否则无法报销。上海市卫生局已出台新农合跨区就医试点政策,即参加新农合且人户分离的郊区居民,从2010年3月15日起可申请选择居住地附近的社区卫生服务中心就医,解除过去为看病而来回奔波的烦恼。这一政策迈出了新农合区县统筹发展的第一步。

3、以城乡统筹为发展方向

随着上海新农合人口逐年减少和城市化水平的不断提高,农村居民与城镇居民的收入差距日益缩小。因此,可对城乡居民采取同样的筹资方法和缴费水平,使其享受同等的医疗保险待遇,基本实现城乡居民基本医疗保险的统一协调发展。这样既可以消除城乡之间的差距,又可使“农转非”实现医疗保险的无缝过渡。

三、外来从业人员医疗卫生需求

本研究对在沪外来从业人员开展了关于医疗卫生服务状况的问卷调查,调查对象是无上海户籍、从事技术含量较低工作的人群,包括建筑施工人员、工厂从业者、个体经营者等。问卷分为基本信息、综合保险以及接受医疗服务情况三部分。共发放调查问卷500份,回收有效问卷487份,有效率为97.4%。

(一) 外来从业人员医疗卫生情况

1、医疗保障情况

外来从业人员综合保险(以下简称“综保”)是为了保障外来

从业人员的合法权益，维护劳动力市场秩序，规范用工单位行为而制定的地方性法规，包括工伤、住院医疗和老年补贴三项保险待遇。但调查发现，综合保险实施情况并不理想，主要体现在覆盖率低和就医率无明显改善两方面。调查对象中，无综保的比例达到七成，其中近半数人（42.1%）甚至不知道此保险。企业、工厂务工的外来从业人员拥有综保的比例明显高于其它行业（家政服务、建筑施工、小个体经营者等）。参加综保者中，使用过综保的占 88.3%，表示满意的占 55.5%；表示不满意的主要是认为保障水平低、保障面窄、程序复杂（分别占 42.9%、28.6%、22.2%）。

2、就医机构选择情况

近半数调查对象曾在上海患过病，其中 91.1% 的人所患疾病为一般病，8.9% 为大病。超过一半的一般病患者选择不就医；而在就医者中，选择社区卫生中心的比例远远高于其他医疗机构。由此说明，社区卫生服务中心在满足外来从业人员一般疾病的医疗服务需求中发挥着关键作用。而对于大病，大部分留沪就医者还是选择二、三级医院。调查发现，对外来从业人员而言，费用高是影响其就医的最主要因素。

（二）外来从业人员分布与区县财政投入状况

对于外来从业人员而言，综保是其主要医疗保障形式。由于综保的保障范围不包括门诊治疗费用，社区卫生中心提供的低成本基本医疗服务对他们具有很大的吸引力。因此，区县财政对社区卫生中心的建设对保障外来人员的基本就医需求具有重要作用。

1、外来从业人员分布情况

外来从业人员大多聚集于经济相对落后的周边区县，如浦东、闵行、松江等。原因有两点：第一，他们的技能特点决定了他们一

般只能从事加工制造等技术含量不高的行业，而这些行业一般分布在郊区区县；第二，由于外来人员的经济能力有限，他们只能选择生活在成本相对较低的郊区。

2、各区县人均财政投入状况

财政补助对于缓解社区卫生服务提供方的压力有重要作用。但各区县人均财政补助力度与外来从业人数不成正比：在外来从业人员聚集的浦东、闵行等区，人均补助处于中低水平；而卢湾、静安等外来从业人口较少的区县人均补助额却处于全市最高水平。

（三）对策与建议

面对日益增长的外来从业人员数量，上海“十二五”卫生发展应考虑到各区县外来人口的实际情况，以扶助社区卫生发展和提升外来从业人员福利水平为出发点进行规划。

1、扩大综合医疗保险的保障范围、降低保费

首先，要切实提高外来从业人员的福利水平，扩大保障面，提升医疗保障待遇，从而改善外来从业人员的医疗服务可及性。其次，要加快促进综合保险的发展，实现与其他医疗保险的接轨。

2、针对外来从业人员就医压力给予专项补贴

由于外来从业人员主要集中分布在郊区，为平衡各区县外来从业人口给社区卫生机构发展带来的压力，在外来人员所享受的医疗保险提高到一定水平之前，可尝试由市级财政对外来从业人员所在的社区给予就医专项补贴，缓解外来从业人员聚集区的财政压力。

四、高层次医疗服务需求

（一）含义与对象

高层次医疗服务可分为三种类型：一是以高端医疗技术为核心、但无高层次服务内容延伸的医疗服务。此类服务对医疗技术水平要

求高、费用也高。二是有高层次服务内容延伸、但无高端医疗技术核心内容的医疗服务。此类服务也就是通常所说的特需服务，具有典型的商品特征，实行优质优价销售策略。三是既有高端医疗技术核心、又有高端服务内容延伸的医疗服务。即在获得疑难杂症诊治服务的同时享受较高水准的待遇和就医环境。高层次医疗服务费用一般主要由患者自身承担，或由商业保险支付（部分情况下医保能报销一小部分）。

高端医疗服务的主要消费群体是有较高收入的人群。随着经济水平的提高和自我保健意识的增强，高层次医疗服务的潜在人群也在逐渐增多。根据对上海部分医疗机构特需门诊负责人的访谈结果，现阶段上海高层次医疗服务需求的人群主要包括私营企业家、外企高管、在沪外籍人士等。

（二）高层次医疗服务需求总量测算

1、高收入人群数量

至 2009 年末，全市常住人口总数 1921.3 万人。以最低 5%、最高 10% 的比例测算，上海高收入人群最低约 96.1 万人，最高约 192.1 万人。

2、门诊需求测算

据 2009 年上海市第四次卫生调查结果，上海市高收入人群平均两周就诊率为 149.3‰，按 96.07 万的人数计算，上海市高收入人群年就诊为 3729245 人次（96.07 万人 × 149.3‰ × 26 周）。按照医生和患者之间充分交流所需时间，假定每位医生和患者之间的交流不低于 15 分钟（包括患者进出医生诊室和医生工作期间的正常损耗），医生每日工作时间为 8 小时，年工作日为 251 天，那么每位医生每天可接诊 32 位高收入患者（8 小时 × 60 分钟 / 15 分钟），高

收入患者实际所需医生为 464 人 ($3729245 \text{ 人次} / 32 \text{ 人} \times 251 \text{ 天}$)。在不考虑外来高层次医疗服务需求情况下, 假设上海高收入人口增长到总人口的 10%, 对医生的实际需求为 929 人 ($192.132 \text{ 万人} \times 149.3\% \times 26 \text{ 周}$), 约占全市医生总数 (51101 人) 的 1%。

3、住院需求测算

2009 年上海高收入人群平均住院率为 49.04‰, 由此得出高收入人群住院需求为 47113 人次 ($96.07 \text{ 万人} \times 49.04\%$)。2009 年上海二、三级医院特需医疗平均住院天数分别为 8.92 和 6.42 天, 以平均住院天数计算, 上海高收入人群实际所需病床 990 张 ($47113 \text{ 人次} \times 7.67 \text{ 天} / 365 \text{ 天}$)。若将高收入人数比例提高到总人口的 10%, 高收入患者病床需求为 1980 张 ($192.132 \text{ 万人} \times 49.04\% \times 7.67 \text{ 天} / 365 \text{ 天}$)。而 2009 年上海市医院病床总数为 76833 张, 按照卫生部规定的特需医疗床位数不得超过医院总床位数 10% 的比例计算, 特需床位为 7683 张, 再加上外资医疗机构病床总数 (19 家外资医疗机构床位总数 506 张), 上海为高收入人群提供的病床数最多可达 8189 张, 在不考虑外来人口高层次医疗服务需求情况下, 已超过本市需求量。

(三) 高层次医疗服务供给状况

1、公立医院

我国公立医院的高层次医疗服务都是以特需门诊或特需病房的形式出现的。上海几乎所有的二、三级医疗机构都开设了特需门诊或特需病房, 但特需医疗服务实际上都是在原医院内部, 医疗空间和资源都与一般医疗服务共享, 服务质量并无明显区别。

调查发现, 从发展速度来看, 上海的特需医疗服务人数和收入都在不断增加; 但从发展规模来看, 高层次医疗服务的提供量还非

常有限。根据 2001—2005 年上海申康医院管理中心对 19 家医疗机构的调查发现，各类医疗机构中特需医疗服务收入占业务收入的比例为 0.6%—14.4%。

2、民营医疗机构

虽然外资医疗机构在高层次医疗服务方面做得较好，但由于政策缘故，这类机构已由原来的 19 家减少到目前的 13 家，其中医院只有 7 家，其余都是以诊所的形式存在。迄今为止，上海民营医疗机构还未真正参与到高层次医疗服务的市场竞争中。因此，目前上海的高层次医疗服务总体还仅仅是借助于优质医疗资源优势 and 医院等级制度所形成的一种以高技术服务为核心的医疗服务，其服务方式、理念和质量尚未达到真正意义上的现代化医疗服务水平。

（四）对策与建议

首先，明确高层次医疗服务的需求量和内容。假设高层次医疗服务需求来自于上海常住人口占 5% 的高收入人群，他们对高层次医疗服务的需求是有限的。以每一位副高以上职称的医生每周多工作一天作为公职以外的服务，经测算可以增加 14% 的工作量，由此足以满足上述人群的高层次门诊服务需求。但与此同时，必须考虑到上海作为一个开放的大都市，很多高层次医疗服务需求都是来自外地，在进行测算时，必须将这部分考虑进来；同时还应明确高层次医疗服务的内容，包括其不同医疗技术方面的具体体现。

其次，探索公立医院提供高层次服务的模式。可以考虑公立医院吸收社会资本，合作举办独立法人的医疗机构；也可鼓励公立医疗机构以技术作价入股。

第三，鼓励社会资本和外资举办大型高层次医疗机构，以高质量服务为主，并在税收、医保定点、人事编制等方面给与相应扶持。

五、外来就医需求

（一）外来就医需求现状

上海作为全国医疗服务技术先进地区之一，吸引了不少外地患者前来就医，其中绝大部分属于疑难杂症患者，其医疗服务需求多集中于三甲级综合医院的特色专科或在全国有名的专科医院，如新华医院的脑外科、复旦大学附属肿瘤医院的肿瘤科等。据估计，大多数三甲医院外地患者就诊比例常年保持在40%以上。2007年本市外地出院患者数量多达39.8万人，占出院总数的20.5%，较2005年增加了11.9万人，增幅近43%。如果按照这个增长速度，2009年上海大约有50多万外来就医患者，2015年将增至90万。外来就医患者为医院带来收入的同时，也给本市的医疗服务提供造成巨大压力。

（二）外来就医面临的问题

1、看病难

据长海医院门诊部外地来沪看病的患者调查显示，38.1%表示挂号收费排队时间长，37.4%难以在一天内完成门诊就医过程，28.1%挂不到想挂的专家号，而需要特需医疗的外地患者预约排队长达2个月以上的也并不少见。可见，相比而言外地来沪就医患者看病更难。

2、看病贵

2009年杭州、南京等地医保纷纷与上海医保建立联系，对来沪就医的患者支付一定的医疗费用，方便上海以外的长三角地区患者能够享受到高水平的医疗技术服务。但除长三角地区外，前往上海就医的患者中还有许多是来自中西部经济欠发达地区，在医保尚未实现全国统筹的背景下，这些患者来沪就医依然以自费为主，高昂的医疗费用一定程度上阻止了患者，尤其是贫困患者享受医疗服务

的权利。

（三）对策与建议

对于外地来沪就医的需求，上海市政府应该有个明确认识，为全国提供高水平医疗服务既是上海的责任，也是上海医疗服务业发展的机会。因此，上海市政府至少可以考虑做下面三件事：

第一，建立系统的接待机制。如病例咨询，推荐合适的就诊医院和专家；实行与咨询配套的专家挂号制度，为外地患者提供专家挂号。

第二，为重病急需治疗的外地患者提供优先的诊疗和住院服务。外地来沪患者很多都是经过了当地医院的治疗，效果不佳才来到上海，提供优先的诊疗和住院服务对缓解其病情非常重要。

第三，扩大与外地医保结算的服务，减轻外地患者的经济负担。在医疗保险实现全国统筹之前，建议对某些重大疾病，建立社会医疗保险的跨区域支付网络。如上海的脑外科、肿瘤科等诊疗手段在全国属于领先，如能实现异地结算，那么患有此类疾病的外地患者来沪就医时就可由当地社会医疗保险支付一定额度的医疗费用。

（责任编辑：彭颖）

我国部分省市区域卫生规划比较分析

李芬¹ 付晨² 彭玉梅²

【摘要】 本文对辽宁、天津等 17 个省市区域卫生规划的发展策略和重点、各类卫生资源要素配置标准进行比较分析发现,大部分地区卫生发展战略与当地社会、经济发展水平基本相适应,卫生资源各要素配置标准明确。在进一步完善卫生规划的过程中,需重点考虑三个问题,即准确把握投入方向、合理配置卫生资源的结构和分布、考虑新形势带来的新挑战。

【关键词】 区域卫生规划; 策略; 标准

区域卫生规划是以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求、保护与增进健康为目标,对机构、床位、人员、设备、经费等卫生资源进行统筹规划、合理配置。区域卫生规划对于优化卫生资源配置、提高资源利用效率、促进卫生服务公平具有重要意义。1999 年,国家计委、财政部和卫生部联合下发了《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》,明确提出了制定区域卫生规划的目标、原则和重点。2009 年 4 月,中共中央国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革意见》,将区域卫生规划作为建立协调统一的医药卫生管理体制的重要内容。为加强对各区域卫生规划编制工作的指导,卫生部于 2010 年 10 月 12—14 日在上海召开区域卫生规划座谈会。本文根据座谈会上的专题汇报对各省市的卫生规划编制情况进行总结和分析。

一、各省市区域卫生规划编制工作进展情况

各省市卫生行政部门精心筹备、认真组织区域卫生规划研究和

第一作者:李芬,女,研究实习员

作者单位:1.上海市卫生发展研究中心,上海 200040;2.上海市卫生局政策法规处,上海 200040

编制工作，普遍成立了区域卫生规划编制小组，由卫生部门或发改委牵头，财政、编办等相关部门共同参与。目前，河北、湖北已经下发了卫生资源配置标准（2011—2015年），大部分省市已经形成了初稿或征求意见稿。上海已着手制定医疗机构设置规划，并准备在此基础上制定卫生资源配置标准和区域卫生规划。

二、各省市区域卫生规划分析与比较

（一）发展策略与重点

各省市均采用系统分析法来研究区域卫生发展规划，将卫生事业放在区域发展的大环境中考虑，使卫生发展规划与经济社会发展水平相适应。例如，陕西省按照国家《关中—天水经济区发展规划》有关精神及陕西省发展现状，将发展目标定位于西部医疗中心；浙江省根据该省各地市社会经济状况，计划建设杭州、宁波、金华—义乌、温州“一主三副”医学中心。

大部分地区卫生发展策略和重点充分考虑了卫生资源现状、人口增长趋势与结构变化、居民主要的卫生需求等因素。总体来看，东部较发达地区主要以结构调整、提升能级为主线进一步发展卫生事业，如浙江省提出要“转变卫生发展方式，从以疾病治疗为中心向以健康促进为中心转变”；上海市提出“以转型升级为重点，转变发展方式和服务模式，提升服务水平、服务质量和效率，满足人民多层次的医疗需求”。而中、西部地区更注重卫生资源的结构和布局调整，鼓励发展与合理调控相结合，以满足人民群众基本卫生服务需求。

（二）卫生机构建设

保障基层医疗机构的发展是各省市的共识，为确保基层医疗资源的发展，各省市均对社区卫生服务中心/站、村卫生室、各类公共卫生服务机构等设置了具体的发展目标和配置标准。如陕西省提

出，原则上每个行政村设置一所村卫生室，3000 人以上的村可增设一个，500 人以下的村可与其他村联合设置一所村卫生室。内蒙古自治区由于地广人稀，在设置卫生院时以苏木乡镇（即乡镇）行政区划为基础，结合交通条件、服务人口、地域面积等其他因素来调整布局。对于公共卫生服务机构、专科机构的配置，各个地区的做法集中表现在三个方面：一是明确各专业机构的职能，集中相关功能，避免重复建设；二是理顺各级各类机构的关系，建立分工协作机制；三是提出各类机构的配置标准，完成“补点”建设，健全服务体系。

在医疗机构建设方面，医疗资源较丰富的地区（如江苏、浙江等省）提出了要限制综合医院单体发展规模，建立医疗卫生机构间的分工协作机制，充分发挥各级各类医疗卫生机构的整体效能；对内蒙古自治区、宁夏回族自治区等地区来说，引进和建设优质医疗资源是主旋律，政府将举办若干所三级甲等综合医院，积极发展区域医疗中心，依托大医院的力量提升整体的医疗水平。

（三）医疗机构床位配置

大部分省市将人口规模与结构、居民住院需求、病床使用率、平均住院天数等作为计算综合医院床位数的依据，社区和乡镇卫生院床位数的配置还综合考虑了服务范围、服务半径、交通条件等因素。每千人口床位配置标准在 3—5 张之间，以 4 张居多。

除研究测算床位数配置标准外，不少地区将控制床位总量写入卫生资源配置标准，并提出相应措施保障床位数主要用于基本医疗卫生服务。例如，内蒙古自治区规定，三级医院床位不超过 2000 张，二级医院床位不超过 800 张，苏木乡镇卫生院的床位按每千人口 1 张设置，凡突破床位配置标准的医疗机构，其床位使用率、平均住

院日两项指标必须优于全区同等级医院的平均水平；浙江省规定床位数不能突破总数，并且 90% 的床位用于基本医疗卫生服务；上海市提出对治疗床位、康复床位、护理床位实行分类管理，并对全市医疗机构按三级医院、二级医院、社区卫生服务机构、中医、传染病、儿科、产科、精神卫生、老年护理、康复、社会办医等 11 类分别进行资源配置规划。

（四）卫生人力配置

对于卫生人力配备标准，采用的方法主要有卫生人力 / 人口比值法、卫生服务需求量法、服务目标法等（表 1）。根据卫生服务机构和服务人群特点选用其中一种或几种方法测算人力资源配置标准。医疗机构人力资源配置标准多采用卫生服务需求量法，而对服务内容相对固定、服务总量较易预测的机构（如疾病预防控制、卫生监督机构、村卫生室等）采用卫生人力 / 人口比值法。部分省市在卫生人力测算方法上做了新的尝试：辽宁省在经典方法的基础上，根据该省实际情况进行调整，将人口自然增长率系数纳入测算公式；山东、天津等省使用标准工作量法，首先预测未来卫生服务需求水平，然后按照标准工作量进行更精细的测算。

表 1 部分省市卫生资源配置标准测算方法

测算方法	采用的省市
卫生人力 / 人口比值法	山东、河北、辽宁、宁夏、内蒙古、甘肃等
卫生服务需求量法	山东、河北、江苏、辽宁、宁夏、陕西、天津、海南、甘肃等
卫生服务需要量法	河北、江苏、宁夏、陕西、甘肃等
服务目标法	河北、宁夏、甘肃、山东等
标准工作量法	山东、天津等

各省市卫生人力配置标准差异较大，每千人口执业（助理）医师数在 1.2—2.6 之间不等，每千人口护士数在 1.2—3.1 之间不等；疾病预防控制人员每万人口配置标准为 1.4—2.5 人；妇幼保健机构

每万人口配置 1.3—2.6 人；卫生监督人员每万人口配置 0.5—2.0 人。

（五）大型医用设备配置

各个省市甲类医用设备均按照国家的标准执行，乙类医用设备的范围界定和配置标准稍有不同。大部分地区把 CT、MRI、DSA（数字减影血管造影）、SPECT（单光子发射型电子计算机断层扫描装置）、LA（医用电子直线加速器）等纳入乙类医用设备管理范围；江苏省根据设备购置价格来划分，将购置价格大于 100 万的医用设备均纳入管理范围。

在医用设备配置标准的方法上，有的省市按照医疗机构的能级配备，如内蒙古自治区 CT 的配置管理标准规定二级及以上的医疗机构均可配置 1 台，三级综合医院根据需要可配 2 台；大部分省市按设备 / 人口比值法测算，任何资金来源、购置渠道购买大型医用设备，均需通过审批获得《大型医用设备配置许可证》。浙江除用“配置证制度”监管大型医用设备配置外，还建立临床检验中心、影像中心等实现资源共享，减少医疗机构对大型医用设备的需求。

（六）卫生经费配置

各省市普遍提出要明确政府投入范围和方式，合理划分各级政府投入责任；规定政府投入增长幅度要普遍高于经常性财政支出增长幅度，逐步提高政府卫生投入占卫生总费用的比重。由于各地政府财力不同，在投入方式上略有差异。中部地区提出要加大政府职能；西部地区除强调政府职能外，更多的考虑利用社会资源发展卫生事业；而东部部分发达地区除明确投入标准外，开始控制卫生经费总量，如浙江省提出要严格控制公立医院费用增长，明确要求“十二五”期间增长水平不得超过“十一五”。

不少地区提出了卫生经费配置量化标准，天津市提出到 2015 年，

卫生总费用要占 GDP 的 5% 以上；江苏提出卫生总费用占 GDP 的 6%，其中政府投入占卫生总费用 30% 以上，个人支出降到 30% 以下。

三、需要考虑的问题

（一）准确把握卫生投入方向，满足多层次的卫生需求

一是明确卫生事业仍需持续投入。巧妇难为无米之炊，卫生资源是卫生事业发展的基础，卫生资源总量不足则无法满足人民群众不断增长的卫生服务需求。据统计，2009 年我国门诊服务量 54 亿 / 人次，住院人次是 10.3 亿，医疗服务量巨大；而随着医疗保障覆盖面的增加，医疗服务需求将呈“井喷式”增长，未来 5 年卫生服务需求将翻一番。因此，增加卫生资源总量仍然是卫生工作的重点之一。目前，大部分省市均从当地的卫生服务现状来规划卫生资源发展，没有充分考虑未来卫生服务需求的增长趋势，对于增加卫生资源总量方面考虑不够。

二是明确卫生投入的方向。目前，我国基层医疗资源、公益性强的医疗资源严重不足。2008 年我国床位数 403.9 万张，基层医疗卫生机构 113.5 万张，占 28.1%；公益性强的医疗机构床位如传染病科床位占 2.5%，精神病科占 4.3%，康复医学科仅占 1.4%。因此，“保基本、强基层、建机制”是医改的重点，卫生投入不能偏离“基本”二字。政府卫生投入主要是保障基本卫生服务，即主要通过基层卫生机构提供公共卫生服务和基本医疗服务，其核心内容是基本设施、基本项目、适宜技术和基本药品。基本卫生服务的内涵因地制宜，应与当地的社会经济发展水平相适应。在制定区域卫生规划时，首先要明确哪些才是当地的“基本”，控制大型公立医院的盲目扩张，合理引进高端设备和技术；对居民“个性化”需求，可充分发挥市场与政府两方面在卫生资源配置方面的作用，为民营资本留

适度、适宜的空间。

（二）合理配置卫生资源的结构和分布，促进卫生公平

在结构上，我国卫生资源配置不平衡，大部分资源集中在医疗机构。医院费用占卫生总费用的比重不断上升，从1990年的56.1%上升到2005年的65.1%；2007年医疗机构费用占卫生总费用的74.9%，而公共卫生机构仅占6.7%。在分布上，城乡之间、区域之间差距过大，城市资源是农村的4倍，上海市、北京市的卫生资源均为贵州的2倍。大部分省市在制定区域卫生规划时已经考虑到统筹城乡发展，并明确了基层卫生服务机构和公共卫生服务机构的配置标准，但在卫生经费配置、人员分配、激励机制等方面尚缺乏有力的保障机制。

（三）充分考虑“四化”的影响，迎接新形势的挑战

城镇化、工业化、现代化和老龄化是我国面临的发展新形势，“四化”对卫生资源的配置、服务模式提出了新的要求。据预测，“十二五”期间我国城市人口将首次超过50%，即将有1.5—2亿农村人口转为城市人口，人口流动性进一步增强，外来人口、流动人口将大幅增加。因此，区域卫生规划要考虑城市卫生服务机构尤其是基层卫生服务承载力、公共卫生服务均等化、职业卫生、农村和城市医疗保障体系对接等问题。老龄化是大部分省市面临的新形势，目前我国老年人口已经有2亿，占全人口的12.5%，到2015年老年人口将占全人口的15%。人口老龄化将大大增加疾病负担，对慢性病治疗、老年护理、康复服务的需求量将急剧增加。区域卫生规划对老年服务体系应有所考虑，但目前只有上海市、浙江省等少数省市提出要构建老年护理服务体系。

（责任编辑：王力男）

卫生资源配置标准的编制程序与测算方法介绍

于润吉

【摘要】 本文根据辽宁省卫生资源配置标准的编制工作实践，总结了卫生资源配置标准的编制程序，重点介绍了卫生资源配置标准的测算方法，以期优化卫生资源配置提供参考。

【关键词】 卫生资源配置；程序；测算

区域卫生规划是优化卫生资源配置、提高资源利用效率的重要手段之一。1999年各省市开展了第一轮区域卫生规划编制工作，2009年新医改方案再次强调了区域卫生规划的重要性，进一步丰富了区域卫生规划的内涵。本文以辽宁省实践经验为基础，总结了卫生资源配置标准的编制程序与方法，以期为新形势下的区域卫生规划工作提供参考。

一、卫生资源配置标准的编制程序

卫生资源配置标准编制程序是编制卫生资源配置标准过程中各项工作遵循的先后顺序，如果程序不明确容易降低工作效率，甚至造成配置标准不科学。辽宁省在编制卫生资源配置标准实践中，建立了一套编制程序，分为制定工作方案、收集信息、分析现状与形势、划分区域、确定测算方法、测算配置标准、撰写报告、编写标准说明、专家论证和综合部门审查、公布标准等十个步骤。

（一）准备工作阶段

制定卫生资源配置标准编制工作方案，明确卫生资源配置编制

第一作者：于润吉，男，辽宁省卫生经济学会会长
作者单位：辽宁省卫生经济学会，辽宁 110005

工作的组织机构、技术路线、工作进度、经费预算等。同时，成立编制工作小组，明确任务分工，并进行人员培训。建议从卫生行政部门、医疗机构、高校院所等单位抽调工作人员组成编制小组，开展卫生资源配置标准涵义、原则、现实意义、编制方法等方面的培训，使其掌握标准的编制程序和方法；根据工作人员专业知识和工作能力，确定各自的工作项目和内容，做到职责分明、人尽其力、协调合作。

（二）信息收集阶段

在前期准备工作的基础上，广泛收集社会、经济、卫生等各类基础数据，为标准编制工作提供基础信息。通常而言，社会信息包括区域行政区划、人口数（包括农业人口、非农业人口及外来人口）、人口自然变动情况。经济信息包括国内生产总值、财政收支水平、卫生费用占财政支出比例、城镇和农村人均收支状况、人均医疗和保健费用占消费支出的比例。卫生信息包括居民健康、疾病情况、卫生资源与服务状况。其中，居民健康指标为死亡率、出生率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、平均期望寿命；疾病信息分为疾病统计构成、死亡率死因构成；卫生资源状况包括机构、床位、卫生人力、主要设备、业务用房、卫生经费、卫生服务消耗量；卫生服务状况包括居民医疗服务需求与利用率、居民就诊率、住院率等。

（三）卫生发展现状和形势分析阶段

综合客观分析卫生资源配置标准的相关信息，正确判断卫生资源现状、存在问题、未来发展形势，使制定的卫生资源配置标准更具针对性和实用性。主要分析内容包括影响居民健康的环境和主要疾病问题、卫生服务需要和需求、卫生资源的拥有量及供给需求平衡状态、卫生费用增长趋势及社会经济承受能力、影响卫生事业发

展主要障碍以及经济、人口、疾病发展趋势等。

（四）区域划分阶段

为使卫生资源配置标准适应不同地区的社会经济发展水平，建议根据直接影响卫生资源配置状况的相关指标将行政区域分成若干类别。相关指标包括人口数、人均国内生产总值、人均收入、人均医疗和保健支出占消费支出比、千人口医疗卫生人员数、千人口床位数等，采用指标值法计算出每个行政区域的分值，根据分值大小分为若干类不同的经济类型地区，并分别赋予一定权重。

（五）测算方法确定阶段

测算方法的选择与确定是制定卫生资源配置标准的关键环节。通过查阅文献，得出各类卫生资源主要的测算方法分别是：医疗机构床位配置标准测算可采用床位需求法、床位需要法、服务目标法、供需平衡法、有效床位法、卫生服务需要法、数学模型法、趋势外推法；医疗机构人力配置标准测算可采用卫生服务需要法、卫生人力/人口比值法、卫生服务需求法、医院规划模式法；公共卫生机构人力配置标准测算可采用总数法、综合法、分级法。在对上述各种计算方法进行客观分析和评价后，按照“计算公式紧贴实际、数据资料容易采集”的原则，针对每类卫生资源筛选、确定一种测算方法。

（六）标准测算阶段

首先，根据选定的测算方法，对卫生机构、卫生人力（分为医疗机构和公共卫生机构）、医疗机构床位、大型医疗设备、卫生经费等各类卫生资源的配置标准进行测算。然后，采用加权平均法计算出每类卫生资源在不同经济类型地区中的配置标准。最后，测算该区域卫生资源的配置总量。

（七）报告撰写阶段

报告撰写是整个编制过程中的核心阶段。报告内容应包括以下内容：一是制定标准的政策依据、总体目标、基本原则；二是各类卫生资源的配置原则和标准，包括卫生机构、房屋建筑面积、卫生人力、医疗机构、大型医疗设备、卫生经费等；三是保障措施和评价方法。

（八）标准说明编写阶段

卫生资源配置标准说明可为专家论证和综合部门审查提供详尽的资料。标准说明不仅要包括编制标准的必要性和现实意义、工作程序、各类卫生资源配置标准的测算方法，更要包括该配置标准与卫生资源现状、与“十一五”期间发展速度的对比情况、与卫生部“十二五”规划讨论稿提出的发展目标的衔接情况。

（九）专家论证和部门会签阶段

专家的选择要有一定的代表性，既要有高校教授和卫生行政工作人员，又要有医疗卫生机构人员。讨论重点内容应涵盖规划目标是否以居民健康为出发点、资源配置是否公平、测算方法是否科学、医疗服务供给与医疗服务需求是否趋于平衡等。根据专家建议修改后，提请发改委、财政、人力资源和社会保障部门会签。

（十）公布阶段

卫生资源配置标准公布通常有两种形式，一是由发改委、财政、卫生、人力资源和社会保障部门联合下发文件，二是由省级人民政府公布。一般来说，前者能加快工作进度，后者更具有权威性，可根据当地的具体情况加以选择。

二、卫生资源配置标准的测算方法

卫生资源配置标准的测算方法有很多，如果不假思索地照搬，

可能造成测算结果脱离实际。所以，测算方法必须根据直接影响卫生资源配置的主要因素来加以修订。

（一）医疗机构配置

医疗机构配置主要包括布局调整、结构调整两个方面。布局调整指医疗机构有计划、按步骤地迁建、整合、转型，使其布局更加合理，提高群众看病的可及性。结构调整指医疗服务体系框架的调整，由三级服务体系调整为二级服务体系，将规模较大的二级医院提升为三级医院，规模较小的二级医院转化为社区卫生服务机构。通过布局和结构的调整保证每个区域有一所规模较大、技术能力较强的三级医院，确保每个区域有一定比例的民营医院。

（二）房屋建筑面积配置标准

基本按照国家规定的医疗机构房屋建筑面积配置标准进行配置。鉴于省级和市级医院接收病人多、辅助科室较复杂等因素，配置标准可考虑稍微上调。如辽宁省的省级医院每床建筑面积为 90—100m²，市级医院每床建筑面积为 80—90m²。县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务机构按国家规定标准配置，即县医院建筑面积为 83—86m²；乡镇卫生院 20 床以下的建筑面积为 300—1100m²，20 床以上每床建筑面积为 50—55m²；社区卫生服务中心房屋建筑面积不少于 1000m²，若设病床则每设 1 张床位至少增加 30m² 的建筑面积。

（三）卫生人力配置标准

采用卫生服务需求法计算卫生人员数量。但传统的卫生服务需求法中没有考虑人口增长对卫生人力需求的影响，难以反映未来实际的卫生人力需求量，因此，在实际测算工作中增加了人口自然增长率这一指标。按照下述计算方法，测算出医疗机构的卫生人力资源总量。然后，根据不同经济类型权重进行调整，得出每类地区的

卫生人力资源配置标准。

(1) 门诊医生

$$\text{门诊医生} = \frac{\text{区域门急诊服务量才} \times (1 + \text{人口自然增长率})^7}{\text{每全时门急诊医生日服务量} \times \text{年有效工作日} \times K}$$

(2) 中初级住院医生

$$\text{中初级住院医生} = \frac{\text{区域门实际占用床日数} \times (1 + \text{人口自然增长率})^7}{\text{每全市住院医生日服务床日数} \times \text{年有效工作日} \times \text{床位利用率} \times K}$$

(3) 主治以上住院医生

$$\text{主治以上住院医生} = \text{中初级住院医生} \times 1/3$$

(4) 医生人数

$$\text{医生人数} = \text{门诊医生} + \text{住院医生}$$

(5) 护士人数

$$\text{护士人数} = \text{医生人数} \times 1.2$$

(6) 医技人员数

$$\text{医技人员数} = \text{医生人数} \times 0.31$$

(7) 药剂人员数

$$\text{药剂人员数} = \text{医生人数} \times 0.22$$

(8) 行政工勤人员数

$$\text{行政工勤人员数} = \text{医生人数} \times 0.22$$

(9) 医疗机构总人数

$$\text{医疗机构总人数} = (4) + (5) + (6) + (7) + (8)$$

指标说明:

(1) 测算人口数取 7 次方: 以 2008 年数据为基础, 计算 2015 年人口数。

(2) 每全时门诊医生日服务量: 省直医院 40 人次、城市医院 20 人次、县医院 15 人次、乡镇卫生院 10 人次。

(3) 每全时住院医师日服务床日：省直医院 8 床日、城市医院 8 床日、县医院 6 床日、乡镇卫生院 5 床日。

(4) 年有效工作日为 250 天。

(5) K 为医生从事医疗工作的时间占总工时的百分比，取 80%。医生从事医疗工作的时间不含医生从事非医疗工作（包括教学、科研、防保、学术活动、社会工作等）以及因病、因事假所占用的工时；住院医师包括中初级住院医师和主治以上医生。

(6) 主治以上住院医师占中初级住院医师的 1/3：由卫生部规定初级住院医师与主治、副主任、主任医师之比推算得来。

(7) 床位利用率：通常城市医院为 90%，县医院为 80%，乡镇卫生院为 45%。

(8) 护理人员、医技人员、药剂人员和行政工勤人员取辽宁省一般比例，可根据实际情况调整。

(四) 医疗机构床位配置标准

医疗机构病床配置可以采用床位需要法加以计算，传统的计算公式为：

$$\text{床位需要量} = \frac{\text{人口数} \times \text{年住院率} \times \text{平均住院天数}}{\text{标准床位利用率} \times 365}$$

但考虑到人口自然增长、外来人口增加、年住院率提高等情况，将原计算公式修订为：

$$\text{床位需要量} = \frac{[\text{人口} \times (1 + \text{人口自然增长率})^t + \text{外来人口数}] \times [\text{年住院率} \times (1 + \text{年住院增长率})^t] \times \text{平均住院天数}}{\text{标准床位利用率} \times 365}$$

按照上述公式测算出床位数总量，不同经济类型根据权重进行调整得到床位数配置标准。

指标说明：

1、标准床位利用率城市医院为 90%，县级医院为 80%，乡镇卫

生院为 45%。

2、测算年住院率取 7 次方：以 2008 年数据为基础，计算 2015 年的年住院率。

（五）大型医疗设备配置标准

大型医疗设备包括甲类设备 9 种，乙类设备 5 种。甲类设备配置规划由卫生部制定，乙类大型设备配置由省级卫生行政部门负责。2009 年，各省级卫生行政部门制定了第二轮乙类大型设备配置标准，但此标准是限制性的标准，考虑医疗卫生事业快速发展和设备更新换代加速，建议在 2009 年配置标准的基础上予以适当增加。

（六）卫生经费配置标准

按《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革意见》要求，政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度。据财政部门解释，一般预算支出与经常性财政支出不同，经常性支出一般要小于一般预算支出，但目前财政部门无法提供经常性财政支出数据，因此建议依据一般预算支出进行计算。

（责任编辑：王月强）

发达国家区域卫生规划制定的经验与启示

——以法国为例

黄二丹

【摘要】 本文从规划制定的层面、规划的对象、规划的内容三个方面介绍了发达国家制定区域卫生规划情况，重点介绍了法国规划编制经验，总结了法国实施区域卫生规划的优势和对我国的借鉴意义。

【关键词】 区域卫生规划；经验；启示

医疗资源的不足与日益增长的医疗服务需求之间的矛盾一直是推动我国医疗事业改革的主要动力之一，目前我国所面临的城市化、老年化、独子化以及医疗保障覆盖面增加等因素都将使这一矛盾更为尖锐。为解决这一矛盾又不造成过度建设，必须从政府层面制定区域卫生规划。发达国家制订区域卫生规划的历史较长，经验较丰富，方法相对成熟。但不同国家的体制、机制和制度环境有差异，为了保证规划的严肃性和可操作性，本文在介绍发达国家的经验的同时介绍了其制度环境，以期为我国各级政府制定和实施区域卫生规划提供借鉴。

一、发达国家区域卫生规划的制定

为改善医疗服务供方与需方之间信息不对称的状况，控制过度服务造成的医疗费用增加，减少供方选择性提供医疗服务，所有发达国家均定期制定区域卫生规划，但在制定层面、对象和内容上有所不同。

第一作者：黄二丹，男，助理研究员
作者单位：卫生部卫生发展研究中心，北京 100083

（一）医疗资源规划的制定层面

各国医疗资源规划一般包括战略规划和行动规划两部分。医疗资源规划有两层结构和三层结构两种类型，如法国由中央和地区（地区医管局，Regional hospital agencies）两级卫生行政部门参与卫生规划；英国由中央、卫生战略局（Strategic health authorities）和初级服务基金会（Primary care trusts）参与卫生规划；而德国则由中央、兰德尔政府（Lander governments）和市议会参与制定卫生规划。为了方便描述，将各国医疗资源规划的制定层面统称为中央、地区层面和地方层面，相当于我国的中央、省和地级市三级。

加拿大在中央统一的框架下，由地区卫生部门制定各自的医疗资源战略规划，地方卫生部门完善本辖区的发展战略，并制定操作方案，最后由地方政府将中央、地区和三套方案进行整合，形成地方的医疗资源规划。英国由中央层面制定统一的医疗资源战略规划，地区卫生部门补充自身的战略规划，并制定落实这些规划的操作计划，地方卫生部门将各方案进行纵向整合，进一步完善操作方案。法国和意大利由中央层面制定战略规划，地区卫生行政部门增加当地的医疗资源发展战略并制定操作方案，地方卫生部门不涉及医疗资源规划的制定。德国没有全国层面的医疗资源规划，由各地区卫生部门直接完成当地的战略规划和操作方案，地方政府不涉及规划的制定。

医疗资源战略规划的制定层面与政治、财政体制密切相关。英国、法国和意大利的行政管理权相对集中，因此需要制定中央层面的战略规划；德国和加拿大属于联邦制国家，行政权力相对分散，中央层面对医疗资源规划的影响力较弱。医疗资源行动规划的制定层面

还受医疗服务提供体系结构的影响，英国和加拿大医疗服务提供体系的层级较多，地方卫生部门的调控能力较强；德国、法国和意大利的医疗服务体系结构较为扁平，调控权力集中在地区一级机构，因此地方卫生部门不涉及医疗资源的规划。

（二）医疗资源规划的范围

加拿大、法国、德国、意大利和荷兰都只规划医院资源，包括公立医院和私立医院，但不规划门诊医疗服务资源；英国规划的范围包括国家卫生服务（NHS）体系内所有医院和门诊医疗服务提供者；丹麦规划的范围包括住院服务和门诊服务；芬兰、新西兰主要对公立医院和私人门诊医疗服务提供者进行规划。

可见，由社会医疗保险筹集医疗资金的国家规划的范围通常不包括门诊医疗资源，一方面是因为这些诊所的私有性质，另一方面，门诊医疗服务进入和退出门槛低，信息不对称的程度低，市场竞争更充分，这部分医疗服务主要通过社会医疗保险支付手段控制其不良行为。而英联邦和北欧部分国家多以税收筹资为主，因此对私人的门诊医疗服务也需要进行规划。

（三）医疗资源规划的内容

医疗资源规划一般包括医疗服务提供量、基本建设、大型设备购置、人力资源和经费分配等内容，大部分国家的区域卫生规划中明确了医院数量和投入资金总额，但在资源配置的测算方法有所不同。最常见的方法是按专业类别分别设置每千人口的床位配置标准，如芬兰、意大利、新西兰、德国和加拿大的绝大部分省份。英国和法国在某些领域对服务量进行规划，包括区域内的医疗服务提供能力、就诊人次和出院人次等，这种做法不但考虑了区域内的医疗资源数量，还综合考虑了对医疗资源的利用效率。

北爱尔兰开始利用临床服务流程来规划医疗资源。首先分析患者从首诊到接受最高级别医疗服务的全过程,测算区域内患者对不同层级医疗服务的需求数量,根据测算结果来配置医疗资源。这种方法,除考虑了医疗资源数量、使用效率外,还考虑了地理环境、居民就诊习惯等因素的影响,使医疗资源规划更为细致,更符合患者的实际需求。

二、法国区域卫生规划的制定

(一) 概况

法国国土面积 55 万平方公里,实行民主共和制,按中央、大区、省三级管理,本土划为 22 个大区。全国人口 6300 万,农业人口约占 3%。经济发展和健康水平都处于世界前列,2006 年人均国民生产总值为 33492 美元,三大产业增加值所占比例为 2.6%、26.8%、70.7%;期望寿命男性 75.7 岁,女性 82.9 岁,新生儿死亡率为 4.7‰。2006 年人均医疗总支出为 3159 美元,医疗总支出为国内生产总值的 10.5%。法国的人口和行政分区与我国一个中等规模的省份相当,但经济水平和医疗支出水平都远高于我国平均水平。

法国采取大部制体制,卫生行政管理部门属于社会事务行政管理大部门;设立了医疗行政管理机构,该机构对同级政府负责。在中央层面,由社会共济、医疗卫生和家庭事务部统一制定全国医疗保险、医疗行政管理和家庭补助政策。在地方层面,则分为卫生与社会事务厅(局)和医院管理局,前者负责制定辖区的公共卫生法规和医疗法规,后者对辖区内医院进行预算管理和支付。

法国将医疗服务分为门诊服务和住院服务两种形式。门诊服务由私人开业医生提供,他们接受地方卫生与社会事务局的行政管理和地方医疗保险部门的经济管理。提供住院服务的医院分为公立和

私立两类，两类机构都接受地方卫生与社会事务局的行政管理和医院管理局的经济管理。

筹资来源方面，2005 年法国医疗总支出的 77.1% 来自基本医疗保险基金，12.9% 来自其他各种形式的补充医疗保险和个人付费，国家通过医疗救助的形式仅直接支付医疗总支出中的 1.3%，个人与家庭支付比例为 8.7%（表 1）。

表 1 2002—2005 年法国医疗费用筹资构成

筹资来源	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年
社会保险	77.1	77.4	77.3	77.1
国家医疗救助	1.4	1.4	1.3	1.3
社会共济	7.3	7.2	7.3	7.3
商业保险	2.8	2.9	3.1	3.1
个人	8.8	8.5	8.5	8.7
其它社会救助	2.6	2.6	2.6	2.5
合计	100.0	100.0	100.0	100.0

资料来源：法国社会共济、医疗卫生和家庭事务部（2007 年）

（二）法国区域卫生规划的目的和原则

法国区域卫生规划的目的有两个：一是合理配置医疗机构、设备，二是确定规划期内需要优先解决的卫生问题及行动计划。1991 年制定的第一个区域卫生规划的目标是提高病床使用效率，减少短期病床，增加老年病床，采用签订合同的方式对医院进行约束；1996 年制定第二个规划创立了区域医院管理局，目标是提高医疗质量，举措包括对医疗机构进行重组，对医疗质量进行跟踪管理，强调分层医疗；2003 年制定第三个规划的目标是加强院内管理，通过调整不同专业的医疗资源构成来满足医疗服务需求；2008 年开始考虑制定第四个规划，其思路是强调医院和社区的合作，对预防—诊治—康复进行总体规划，将开业医生纳入规划范围。

法国在不同阶段制定区域卫生规划的原则都是一致的，即区域

卫生规划要以相应法律法规为准绳，以卫生需求为依据，需由各利益相关方共同参与制定，要通过授权的方式来实施。

（三）法国区域卫生规划的程序

规划编制工作中中央层面由卫生部负责，分析医疗资源的现状和问题；明确需要优先解决的卫生问题，确定解决问题的方案和时间表；对各大区制定区域卫生规划提出具体要求，并给予技术指导。大区层面由区域医院管理局负责，成立指导委员会，包括医疗卫生机构和医务人员工会代表；成立各专题工作组，包括现状分析技术团队（人员主要来自统计局、医疗保险机构、区域卫生观测站和流行病学专家）和 10 余个专题规划技术组（主要是临床专家和行政管理人员）。

区域卫生规划初稿确定后，召开区域卫生会议对方案进行讨论，参会人员来自医疗卫生机构、社会团体、自由组织以及地方政府推选机构。讨论稿报送地方行政委员会，最后由区域医院管理局行政委员审定发布，具有法律效力。

（四）法国区域卫生规划的结构和内容

法国卫生行政系统以纵向管理为主，人事任命和资金投入主要接受上级卫生行政部门指导，因此并不严格以行政区划作为区域卫生规划的单位，而主要考虑有利于患者就医和有效整合资源以提高利用效率。一般划分为 140—171 个医疗规划区域。

法国区域卫生规划将不同种类的医疗服务单独规划。根据技术要求的不同将医疗活动分为 24 类，其中 19 类需要审批和授权，包括内科、外科、妇产—新生儿—围产期保健、精神卫生、跟踪监测治疗、康复治疗、长期住院治疗、器官移植和骨髓移植、严重烧伤治疗、心脏外科、心血管影像学、神经外科、血管介入医学、急诊、重症

监护、慢性肾功能不全、生殖中心、肿瘤治疗、家庭病床。在这 19 类医疗活动中，器官和骨髓移植、严重烧伤治疗、心脏外科、神经外科、血管介入医学等 5 类技术要求更高的医疗活动，需要跨区规划。另外 5 类（老年人疾病的治疗和保健、青少年心理干预、脑损伤和脊柱损伤的治疗和保健、加强和持续监护、姑息治疗等）则不需要授权，鼓励各类医疗机构自由开展。

区域卫生规划的具体内容主要包括 5 部分：区域内医院、医生、护士的数量和分布；区域内大型医疗设备配置的种类、数量和分布；区域内医院设置的科室数量及其提供的服务项目；区域内医疗服务的运行管理模式；区域内医疗卫生费用的控制。

（五）法国实施区域卫生规划的优势

法国的区域卫生规划之所以能够科学合理地制定并且落实，有其体制上的优势，主要包括两方面：

一是卫生行政部门的垂直管理。体现在三方面，首先是实施大部制，卫生青年体育部（以下简称卫生部）主管全国的卫生发展、医院管理、药品监管、社会医疗保险、劳动就业、医疗救助、青年和体育等事务；其次是实行垂直管理，大区卫生社会局、区域医管局向卫生部负责；最后是强化医疗机构的人事管理，所有公立医院院长和副院长的任用都需由卫生部医院总局审批，由卫生部人才管理中心具体组织考试、培训和评估。通过这三方面实现的卫生行政部门垂直管理有助于形成医疗资源发展的统一方向，整合各地资源，提高不同地区医疗资源配置的公平程度，并使区域卫生规划得到严格落实。

二是比较完备的医疗筹资和支付体系，筹资与支付分开，支付与监管结合。卫生行政部门负责医院的监管和支付，地方医保基金

负责社区门诊的监管和支付，监管和支付的有机结合使这两个职能的落实都有了充分保障。而有了支付作为保障，作为行业监管主要手段的区域卫生规划执行易落地。

三、法国区域卫生的借鉴与启示

(一) 注重资源配置规划与经济社会发展现状相适应

医疗资源的不足与日益增长的居民医疗服务需求之间的矛盾在我国一直存在，尤其是实施医疗保障全民覆盖政策以来，各地卫生行政部门均感到医疗资源短缺，特别是大医院的医疗服务提供能力明显不足。因此在新一轮医改的设计中强调增加财政投入，增建和扩建大型公立医院，部分城市提出了较高的医疗资源配置标准。

通过与其他国家的经济发展水平及医疗资源配置相比较发现(表2)，我国属于中低收入国家，医疗资源配置的各项指标中除每万人护士数低于本组平均水平外，万人医师数和床位数都远高于中低收入国家的平均水平。这就说明我国医疗资源配置并不低，因此在新规划中不应只强调高标准的医疗资源配置水平，还应注重调解患者流向、优化医疗资源结构和质量。

表2 我国与不同经济发展阶段国家医疗资源配置水平的比较

	国家和地区数 (个)	人口数 (亿)	人均 GDP (美元)	万人口 医师数	万人口护士 数	万人口 床位数
中国	1	13.5	6020.0	14.0	10.0	30.0
低收入国家	35	8.3	1366.0	2.8	8.7	12.5
中低收入国家	46	36.5	4367.0	9.3	13.1	18.2
中等收入国家	38	9.1	12476.0	22.5	38.0	39.2
高收入国家	33	9.9	37748.0	27.6	80.1	59.2
合计	152	63.7	10316.0	13.2	26.5	26.9

数据来源：2010 年 WHO 卫生统计年鉴

参照法国不同经济发展阶段的医疗资源配置的变化情况发现(表3)，随着医保覆盖面扩大，医疗服务的支付方会要求提高使用效率，

控制医疗费用，从而使医疗资源配置标准下降。法国的千人口床位数就从 70 年代的 10.5 张上升到 80 年代的 11.1 张后，逐步降至 2007 年的 7.1 张。如果我国现阶段过多地扩张医疗资源，有可能形成后期的资源浪费。

表 3 法国不同经济发展阶段的医疗资源配置情况

年份	人均 GDP (美元)	千人口床位数	急性病床平均 住院日	全部病床 平均住院日	病床使用率 (%)
1974	5308	10.5	12.3	26.1	80.1
1981	10871	11.1	10.0	20.6	79.6
2007	40772	7.1	5.3	13.2	74.0

数据来源：2009 年 OECD 卫生统计年鉴

（二）抓住主要问题，突出规划目的

各国制定区域卫生规划的目的都很明确，如法国每次规划都提出优先解决问题，有利于集中有限力量解决卫生发展的主要矛盾。相比之下，我国各地制定的区域卫生规划的目的过于宽泛，规划实施后更难以评估规划的执行程度，规划的落实情况不好。

（三）加强需方调查

法国在制定规划前必须进行规范而严格的居民调查，一是评估上次规划的落实情况，二是明确下一阶段医疗服务发展将面临的主要问题。而我国区域卫生规划的制定多采用医疗服务提供方的数据，并不能直接反应医疗服务的真实需求。

（四）规划的内容应更具体、更细化

法国区域卫生规划将不同种类的医疗服务单独规划，这样能够避免医疗资源总量过剩、部分专科的医疗服务提供不足的情况。这提示我国各地市在制定区域卫生规划过程中，不应只强调千人口医师数、床位数等总量指标，还应注重如精神病、传染病、儿科、院前急救等难以营利的专科医疗服务的提供，并针对这些专科服务制

定具体的区域卫生规划。

（五）规划的制定应强调各利益相关方的参与合作

法国强调各级卫生行政部门、其他政府相关部门以及社会各团体充分参与规划制定，因此最终形成的规划代表了各利益相关方的综合意见，有利于规划的执行。目前我国各地市制定区域卫生规划过程中，虽有征求各方意见的程序设计，但却难以真正形成合作机制，不利于规划的落实。

（责任编辑：薛佳）

上海市住院医师规范化培训发展现状及政策建议

张勘 许铁峰

【摘要】 住院医师规范化培训是毕业后医学教育的重要组成部分，是有效保证临床医师专业水平和临床医疗质量的重要手段。经过 20 多年的发展，上海市的住院医师规范化培训已取得了一定的成效。新医改启动以来，上海市将住院医师规范化培训作为公立医院改革试点工作的专项工作之一进行系统、深入推进。本文梳理了上海住院医师规范化培训的发展概况，介绍了新医改以来上海在住院医师规范化培训方面进行的探索及改革中的一些亮点，并就进一步推进改革提出政策建议。

【关键词】 住院医师规范化培训；成效；措施

医学教育是由医学院校基础教育、毕业后医学教育和继续医学教育组成的连续统一体，其中毕业后医学教育包括住院医师规范化培训和专科医师培训两个阶段，是医学生在完成医学院校基础教育后接受某一学科规范化专业培养的教育阶段。毕业后医学教育的重点在临床专业技能培训方面，是医学教育的特有阶段，也是国际通行的培养高质量临床医师的必经之路。目前，美国、英国、澳大利亚等发达国家及我国香港、台湾地区，乃至许多发展中国家均已建立了政府主导的、较为成熟的住院医师规范化培训制度。

1993 年卫生部在上海召开首次全国住院医师规范化培训工作会议，并印发《临床住院医师规范化培训试行办法》，标志着我国初步建立了毕业后医学教育制度。2009 年 4 月，国家新医改方案正式颁布，医改文件明确提出要“建立住院医师规范化培训制度”。上海是我国

第一作者：张勘，男，上海市卫生局科研与教育处处长
作者单位：上海市卫生局，上海 200040

首批进行住院医师规范化培训试点的省市之一，在此方面已经进行了一些有益的探索，但仍存在明显的不足。新医改以来，上海深入贯彻国家医改方案，并结合原有工作基础，努力探索在全市统一的公共平台上建立具有统一标准规范、进行统一考核评估的住院医师规范化培训制度，并将其作为提高本市临床医师队伍、尤其是基层临床医师队伍的实际诊疗水平、确保临床医疗质量的一项重要举措。本文将上海市住院医师规范化培训工作的概况、新医改背景下建立住院医师规范化培训制度的主要举措及工作亮点进行了梳理介绍，并提出相关政策建议。

一、上海市住院医师规范化培训工作发展概况

上海住院医师规范化培训工作始于 1988 年，是全国首批开展此项工作的试点省市之一。当时住院医师规范化培训主要是对新招聘的临床医师在医院内部进行培训。目前，本市的住院医师规范化培训取得了一些成就，但也存在明显的不足。

（一）主要成效

首先，拓展规模。本市的住院医师规范化培训无论在参与培训的医院及人员数量，还是在培训内容覆盖范围方面都得到了很大发展。过去上海市的住院医师培训主要在医院级层面开展，缺乏过程管理和质控手段，不同医院培训质量差异大，难以提高临床医师队伍的整体业务水平。目前，住院医师规范化培训已形成了全市规模的培训系统，到 2010 年，全市已有 123 家二级以上医院开展了住院医师规范化培养工作，每年有 1000 余名医科毕业生进入培养，累计参加培训的住院医师已达到 21092 人，取得培训合格证书的 10317 人，部分经培养的住院医师已成为行业内的学科带头人及业务骨干。同时，培训内容的覆盖范围逐步增大，共涉及 28 个临床专业（含中医）

和 6 个辅诊专业。

其次，细化环节。培训方面，本市的住院医师规范化培训分两个阶段：第一阶段为三年，需修满 300 学分，主要在综合性医院的相关科室进行轮转培训；第二阶段为两年，需修满 200 学分，在本培训阶段，住院医师开始进入专科接受二级学科或三级学科的专业培训。考核方面，第一阶段培训结束后，市卫生局组织进行全市统考。统考科目由 1988 年的 6 门减少到 1998 年的 5 门，2001 年又减少到 3 门（公共专业课、专业相关课、各科专业技能考试），其中技能考试在计算机上模拟进行。近年来，全市每年参加住院医师规范化培训理论统考的住院医师有 4000 多人，参加技能统考的住院医师 1200 多人，考试通过率 66% 左右，其中三级医院学员的通过率在 70% 以上，二级医院为 60% 左右。

（二）存在的不足

住院医师规范化培训制度实施以来，在完善医学教育制度、保证临床医师技术水平方面起到了重要作用，但也逐渐暴露出一些不足之处，主要体现在：培训主要针对本科生，对硕士、博士毕业生没有明确规定，存在以学历层次代替临床水平的现象；住院医师培训与职称晋升、工资待遇等不相衔接，缺乏普及推广的有效制约手段；各级医院培训质量参差不齐，年轻临床医师技能水平总体不高；基层医疗卫生机构无住院医师规范化培训项目，大学附属医院和三级医院优质教育资源也没有得到充分发挥；住院医师确定工作单位后再参加培训，缺乏有效的培训激励措施。

因此，探索在全市的公共平台上，建立具有统一标准规范、统一考核评估的住院医师规范化培训制度，对提高本市临床医师队伍，尤其是基层临床医师队伍的实际诊断和治疗能力、确保临床医疗质

量具有极为重要的作用。

二、新医改背景下上海市建立住院医师规范化培训制度的探索

（一）积极开展调研，建立组织体系

2009 年的全市卫生工作会议明确将住院医师规范化培训工作列为本市贯彻落实国家医改方案的 22 个调研课题之一。市卫生局和相关部门随即着手开展住院医师规范化培训方案的调研，形成基本思路和框架。在课题研究的基础上，8 月 13 日，本市召开住院医师规范化培训工作专题会议，成立住院医师规范化培训工作推进小组，由市政府牵头，成员包括市卫生局、市发改委、市人社局、市教委、市财政局、市政府法制办和市编办等部门的分管领导和相关处室负责同志。

（二）广泛听取意见，制定政策方案

住院医师规范化培训工作小组召开多次座谈会听取各方意见和建议，在行业内达成了广泛共识；通过多次专题会议研究政策方案，起草了《上海市住院医师规范化培训实施办法》。市卫生局多次就该办法进行现场调研，听取试点医院和专家意见、建议，并多次与卫生部、教育部进行沟通汇报，反复修改，几易其稿。最终确定的本市住院医师规范化培训实施方案的主要内容为：（1）组织体系：建立由分管市领导牵头，由市发展改革委、市卫生局、市人力资源和社会保障局、市教育委员会、市财政局、市政府法制办、市机构编制委员会办公室、上海申康医院发展中心等部门和单位的领导及专家组成的上海市住院医师规范化培训工作联席会议，负责全市住院医师规范化培训的领导和协调工作。联席会议下设办公室，负责住院医师规范化培训日常管理工作。市卫生人才交流服务中心和住院医师规范化培训实施办公室分别负责招录、考核及培训和质控等工

作。5所高校和39家培训医院均成立了毕业后医学教育委员会，负责本校（院）住院医师规范化培训工作。（2）培训对象：具有本科及以上学历、拟从事临床工作的医学毕业生；（3）培训单位：按照卫生部标准评估认定的培训医院；（4）培训时间：本科生培训时间为三年，硕士、博士研究生根据其已有的临床经历可相应减少培训时间；（5）经费来源：培训所需经费按照多元化投入的原则，由政府、培训医院和用人单位共同承担。

（三）规划实施流程，完善配套措施

市联席会议办公室（以下简称“联席办”）根据本市卫生行业对临床医师的实际需求，编制年度培训对象招录计划。培训医院按下达的计划数，在市联席办统一指导下，参照原有的招录用工方式，组织招录。培训期间，培训对象待遇与培训医院相同学历和资历人员水平一致，依法参加各项社会保障，享受国家和地方规定的福利待遇，户籍政策与现有政策衔接。培训结束并通过全市统一组织的考核后，培训对象与本市各级医疗机构以双向选择的方式确定聘用关系。上海住院医师规范化培训制度包括两个层次的文件：一是《上海市住院医师规范化培训实施办法》主文件，二是若干具体操作性文件，包括《上海市住院医师规范化培训劳动人事管理暂行办法》、《上海市住院医师培训医院和师资管理办法》、《上海市住院医师规范化培训和考核管理办法》、《上海市住院医师规范化培训经费标准和管理办法》等。各培训医院也分别制定了一系列有关住院医师培训的规章制度。

（四）修订培训细则，组织相关培训

为切实做好住院医师规范化培训工作，市卫生局组织专家对培训细则进行了修订，并编写了公共科目的教材，其中有关卫生法律

法规（12 学时）、循证医学（8 学时）、临床思维与人际沟通（8 学时）、预防医学与公共卫生（20 学时）等内容合编为一本教材，重点传染病防治知识（50 学时）为单独一本教材。为做好本市住院医师规范化培训的师资带教工作，市卫生局开展了一系列培训活动来提高带教师资的带教水平。如在 2010 年 7 月先后举行了全市住院医师规范化培训师资培训和各高校、培训医院相关部门负责人培训，其中师资培训由各医学院校和培训医院毕业后教育委员会成员、培训医院相关管理人员、承担培训任务的科室教学主任和教学秘书近千人参加；各高校、培训医院相关部门负责人培训的重点在于解读政策，统一思想。2010 年 8 月起，又组织各学科专家对本学科的带教师资开展了一系列培训，提高了带教师资的带教水平。

目前，上海的住院医师规范化培训工作正在有序推进。市联席会议办公室根据本市卫生事业的发展和需要，结合各级医疗机构的实际用人需求编制培训对象招录计划。首期招录工作自 2010 年年初启动，先后共招录 1841 人，其中西医 1484 人，中医 357 人；本科 517 人（占 28.1%），硕士 1099 人（占 59.7%），博士 225 人（占 12.2%）；本市高校毕业生 1376 人（占 74.7%），外地高校毕业生 465 人（占 25.3%）；本市生源 747 人（占 40.6%），外地生源 1094 人（占 59.4%）。招录的培训对象已于 2010 年 7 月下旬进入全市 39 家培训医院开始接受培训。2011 年住院医师招录计划也已完成制定工作，全市共计划招录 2500 名住院医师。

三、上海市住院医师规范化培训改革的突破和亮点

（一）立足国际视野与满足本市卫生事业发展需求相结合

住院医师培训是国际上通行的合格临床医师培养模式，建立规范的住院医师培训制度，提高临床医师的整体素质和诊疗水平，有

利于上海医学人才参与国际医学交流与合作。同时，上海率先建立住院医师规范化培训制度，也是促进本市卫生事业进一步发展、更好地满足市民健康需求的必然要求。

（二）政府主导与培训医院负责、用人单位分担相统一

住院医师规范化培训工作按照政府主导、培训医院负责、用人单位分担的机制开展。政府起主导作用；在管理上，政府、培训医院和社会团体各司其职；在经费上，政府、培训医院和用人单位共同分担。培训工作在全市层面统一开展，有利于统一质量标准 and 建立竞争激励机制，从根本上提高临床医师、尤其是基层临床医师的整体技能水平。

（三）培训计划与行业需求相匹配

住院医师培训对象的招录数根据全市卫生系统临床岗位的需求数确定，同时，培训计划和培训内容与卫生行业需求有机结合，既能够满足本市各级医院对临床医师的需求，也使参加培训的住院医师的工作岗位得到有效保证，避免人力资源的浪费。

（四）严格培训与确保待遇并举

培训工作将按照卫生部的标准和细则严格施行，确保培训质量。同时，通过制度设计，由政府、培训医院和用人单位共同承担培训费用，确保培训对象在培训期间的工资、福利和社保待遇，吸引足够数量的优秀医学生，保证未来上海临床医学人才的来源和质量。

（五）培训与专业教育、学位相衔接

经过汇报和沟通，上海住院医师规范化培训与临床医学硕士专业学位教育相结合的工作得到了教育部、卫生部和国务院学位办的充分肯定和大力支持，并列入教育部批准上海实施的 23 项教育体制综合改革项目和部市共建上海教育综合改革试验区项目。改革试验

方案的核心内容是将规范化培训制度与学位制度相衔接，实现住院医师规范化培训与临床医学硕士专业学位教育紧密结合，研究生招生和住院医师招录相结合，研究生培养过程和住院医师规范化培训相结合，专业学位授予标准与临床医师准入标准相结合。

四、推进上海市住院医师规范化培训制度建设的政策建议

（一）制定住院医师规范化培训和临床医学硕士专业学位研究生教育紧密结合的相关文件

在教育部、卫生部、上海市各级领导的高度重视和直接关心指导下，2010上海市“临床医学硕士专业学位研究生教育与住院医师规范化培训结合改革试验”项目已获批准。试点方案将“四证”（学历、学位、医师资格、培训合格）结合起来，有望实现1+1（培养临床医学硕士专业学位研究生、住院医师规范化培训）大于2的效果，将有利于培养好的医学生和好医生。下一步应将这项工作形成文件，更好推进工作有序进行。

（二）重点建设网络管理平台

建立住院医师规范化培训信息化管理平台，有助于住院医师规范化培训降低成本、提高效率，实现招录、培训、质控和考核全过程的有效管理。建议在综合调研政府部门、医学院校、培训医院、相关科室、带教医师、住院医师需求的基础上，拟定住院医师规范化培训管理信息化项目建设方案。

（三）制定住院医师教学基地的标准并组织遴选，进一步完善住院医师培训基地网络

对符合条件、能承担部分带教任务的非培训医院的临床科室，采用教学基地加盟培训医院的方式，参与住院医师规范化培训，进一步扩大和完善住院医师规范化培训机构系统网络，为规范化培

训的健康、持续发展打下坚实基础。

（四）酝酿启动专科医师培训工作

住院医师培训和专科医师培训共同构成了毕业后医学教育制度，住院医师规范化培训工作启动后，宜研究论证专科医师培训启动及与住院医师规范化培训衔接等方面的工作，并先行在卫生部评估认定的培训基地开展专科医师培训工作。

（责任编辑：信虹云）

《卫生政策研究进展》约稿函

1、刊物简介

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生局主管，上海市卫生发展研究中心主办的卫生政策研究专业学术期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第K0649号），2008年11月正式创刊发行，至今已经发行了27期。本刊为月刊，大16开版面，主要设有专家论坛、医药卫生体制改革、专家解读、他山之石、政策研究、区县之窗、专题研究、动态讯息等栏目。

2、办刊宗旨

配合医药卫生体制的改革与发展，在系统内及时传播医药卫生体制改革以及改革相关活动的国内外开展动态和研究进展，为决策者提供具有及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

3、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：卫生部相关司局，卫生部卫生发展研究中心；上海市人民政府有关部委办，上海市卫生局有关处室，相关局属卫生事业单位；各省市卫生厅（局）政策法规相关处室以及上海及全国部分高校的卫生政策研究专家和学者。

4、来稿要求

来稿请注明作者姓名、单位、地址、邮编及电话、E-mail，以便通知审核结果。实务性稿件不超过3000字，理论性文章不超过5000字。基本稿酬为200元/千字。文章要求论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练，引文及参考书目格式规范。文稿采用word格式，电子邮件投稿。文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。本刊对来稿有修改、删节权。如作者拒绝修改，务请在来稿中注明。文稿自负，来稿不退。

5、联系方式

联系人：李芬

电话：22121868

传真：22121879

邮箱：shanghai.hdrc@gmail.com

地址：上海市北京西路1477号801室

邮编：200040

网址：www.shdrc.org（上海市卫生发展研究网）

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
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）分管副区（县）长、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