

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

“凝炼区县经验、深化上海医改”专刊（上篇）

2012 年 第 8 期

（总第 42 期）

上海市卫生发展研究中心

2012 年 11 月 21 日

编者按 随着医改的深入，上海市各区县在信息化建设、医疗联合体、人才建设、家庭医生制度等方面形成了诸多经验。为了进一步展现各区县医改的亮点与特色、反映基层医改的问题与诉求，为深化上海医改提供借鉴与启示，本刊将分上、下两篇汇编调研组 9 月 21 日 -10 月 25 日开展的全市大调研结果。上篇首先从整体上介绍了区县医改经验总结和建议全市推广的改革措施，其次根据调研先后顺序及各区县医改亮点与特色的相对集中程度，介绍了部分区县在信息化建设、医疗联合体等方面的工作经验与特色，主要包括闵行区的信息化手段应用、绩效考核体系、区域内卫生资源有效整合、家庭医生服务模式、公立医院监管、医药分开等；黄浦区、静安区、宝山区、闸北区在完善医疗联合体的管理体系，探索引导签约居民分级就医，基层卫生人才培养方面的探索；普陀区、奉贤区、松江区的社区卫生服务中心示范创建等。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 5 卷 第 8 期 (总第 42 期)
2012 年 11 月 21 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: 021-22121756
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光
肖泽萍
主编: 胡善联
副主编: 刘雪峰
付晨
金春林 (常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 杜学礼 李芬
高广文 谢春艳
何江江 彭颖
王月强 王力男
杜丽侠 许明飞
薛佳 王菲

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目次

区县之窗

“凝炼区县经验、深化上海医改”调研总结报告 1

闵行区: 创新驱动, 信息化支撑全面医改 9

黄浦区: 完善方案, 稳步试点, 构建区域医疗联合体
..... 13

静安区: 信息依托, 人才为本, 提升社区卫生服务水平
..... 15

闸北区: 拓展服务, 整合资源, 丰富社区卫生服务内涵
..... 18

普陀区: 以标准化建设为基础, 规范社区卫生服务内涵
..... 21

奉贤区: 深化资源整合, 狠抓示范创建, 全面提升
服务能力 24

松江区: 强化区域卫生改革联动 提升社区卫生
服务水平 27

宝山区: 加强医疗资源纵向整合 提升社区卫生服务能力
..... 30

“凝练区县经验、深化上海医改”调研总结报告

调研报告汇总小组

根据上海市市领导在市政府专题会上作出的部署与要求，上海市卫生局会同市发改委（市医改办）、市人保局（市医保办）、市财政局、市物价局、市教委、市编办和申康中心等部门和单位组成调研组（同时邀请部分医改领域的专家学者参加），开展了以“凝练区县经验，深化上海医改”为主题、覆盖全市17个区县的“大调研”，并将此项工作列为市卫生局当前重中之重的紧急与首要任务。在广泛调研的基础上，凝练以闵行区为代表的各区县社区卫生改革经验，并将其中具有推广价值的经验吸收应用于公立医院改革，对本市公立医院体制机制综合改革进行顶层设计。从调研情况看，各区县的亮点涵盖了社区卫生服务的各个主要方面，现将相关情况总结如下：

一、管理体制改革

（一）建立统筹管理的行政体制。闵行区由一位区政府领导分管卫生、医保、教育、体育、人口计生、文广、红十字、社会事业投资等工作，金山区分管卫生工作的区领导同时还分管人力资源与社会保障、医保、食药监、民政、老龄等方面的工作，促进了区域内资源整合和政策联动，为深化医改提供了良好的体制保障。

（二）提高统筹管理层次。浦东新区、松江区等区县成立了区医

* 本文由此次调研活动的汇总小组在各区县调研报告基础上汇总整理而成，成员包括瞿介明、肖泽萍、王磐石、郑锦、黄峰平、付晨、刘红炜、彭玉梅、高广文、王贤吉、梁颖。

疗机构管理中心，**闸北区、长宁区等大部分区县**成立了区社区卫生服务管理中心，负责全区社区卫生服务机构的运行管理。**浦东新区、嘉定区等区县**推进镇村卫生机构一体化管理，社区卫生服务中心对村卫生室实行行政、业务、药械、财务、绩效考核等统一管理。

二、补偿机制改革

（三）落实社区卫生服务中心收支两条线管理。松江区对二级医院和社区卫生服务中心均实行收支两条线管理。社区卫生服务经费由区镇两级政府保障，区财政统筹。**徐汇区**严格预算管理，建立“以需定支”、财政全额托底的补偿机制。**嘉定区**制定了社区卫生服务中心经费支出标准，镇财政按照统一标准予以落实，在充分发挥镇财政积极性的同时，确保了社区卫生服务中心的经费投入。

（四）建立基于综合绩效评价结果的投入机制。闵行区除基本建设、设备采购等专项经费外，医疗机构运行经费全部按照综合绩效评价结果拨付。医疗机构实行药品收支分离，药品收入上缴财政专户，对药品企业集中支付货款，对医疗机构根据用药考核结果下拨药品费用，使药品收入与工作效率、医疗质量、规范用药挂钩，与药品销售脱钩，消除医疗机构的药品利益驱动，改变“以药补医”。

三、药品供应保障机制

（五）完善药品采购机制。闵行区在全市药品招标中标范围内进行遴选，实行单一货源承诺、量价挂钩的采购模式，降低药品采购成本。

（六）优化药品流通配送机制。闵行区整合医院与上游企业的药品信息系统，由供应商自动补货，实现医疗机构药品库存最小化，

降低药品库存成本。医院药房引入社会化、专业化管理，降低药品管理成本。

（七）强化药品使用监管。闵行区建立医院用药评价系统和临床医生处方分析系统，对所有处方回溯检查，加大药品使用监管力度，促进临床合理用药，遏制“以药腐医”。

四、监管和评价机制

（八）完善医疗卫生监管平台。闵行区建立卫生监管中心，完善信息化监管平台，加强对医疗机构医疗质量、医疗效率、医疗费用、合理用药、运行成本等实时监管、智能化监管，提升监管能力，推动医疗机构加强内部管理。

（九）建立综合绩效评价体系。闵行区建立以公益性为核心，以结果为导向的医疗机构综合绩效评价体系，通过信息系统实时采集指标数据，使综合评价成为政府监管和调控公立医院运行的“指挥棒”，引导医疗机构坚持公益性发展方向，促进精细化、科学化管理。**长宁区、青浦区等区县**在社区卫生服务中心考核指标体系中，增加签约率、社区首诊率、定点就诊率、逐级转诊率、预约门诊率、患者高血压防治知识知晓率、高血压控制率、费用控制情况等考核内容。

五、薪酬分配机制

（十）建立与绩效考核挂钩的收入分配机制。闵行区建立社区医务人员绩效考核体系，个人绩效考核数据采集来源于区域卫生信息平台，通过双卡制管理（医务人员绩效卡、居民健康卡），实时记录医务人员完成各类医疗卫生工作的数量、质量、效果等情况，汇总形成绩效考核数据。个人绩效考核结果作为医务人员薪酬分配的直

接依据，充分激发和引导医务人员改善服务、提高效率。

（十一）实行家庭医生收入倾斜政策。浦东新区对全区各中心全科医生每月每人补助 1500 元，农村地区再增加每月 500 元。徐汇区建立家庭医生按照签约居民数递增的津贴机制。长宁区积极争取市医保部门支持，拟根据家庭医生签约居民数量，对家庭医生进行每名签约居民每月 10 元补贴，以健康管理效果、医保经费支出情况为主要考核指标，城保居民签约由市人保局支付，居保居民签约由区财政支付。

六、资源整合和有序利用机制

（十二）建立二、三级医院和社区卫生服务中心协同服务模式。黄浦区在医疗联合体试点工作中，实行居民与联合体签约后享受在社区预约三级医院专家、转诊后优先入院、优先预约大型检查、检验项目和疑难病例会诊平台等优惠服务，吸引居民签约并在社区首诊。崇明县以新华 - 崇明联合体试点为契机，借助新华医院的优质资源，加大对联合体内二级医院和社区卫生服务中心的学科建设和人才培养力度，启动“崇明卫生系统临床医生三年轮训计划”。闵行区、松江区、静安区等区县利用二、三级医院资源，建立区域影像诊断中心、心电会诊中心、临床检验中心，开展远程会诊，提高医疗质量和医疗安全水平。宝山区、普陀区、奉贤区等区县建立医疗联合体，明确联合体内各级机构功能，利用二、三级医院优质资源，建立首席医生诊疗“把关”机制。闸北区组建中医联合体，市中医院预留 5% 的专家号给社区转诊患者，社区医生通过网上专线预约市中医医院专家门诊；在联合体内建立了“筛查、干预、跟踪、评估”的社

区群体健康新模式，对社区慢性病实施“菜单式”服务，并制定“治未病”预防保健服务绩效评价体系。

（十三）探索建立社区首诊、分级医疗机制。长宁区实行“四医联动”（基本医疗保险、基本医疗服务、政府医疗救助、社会医疗帮扶），医疗救助对象全部实行社区首诊、逐级转诊；整合医保、民政、卫生等部门服务流程，为救助对象提供一站式服务，实施至今社区首诊率 100%。**黄浦区、长宁区、奉贤区等区县**结合医疗联合体、家庭医生等试点，鼓励居民社区首诊、通过社区转诊可享受社区预约专家、优先入院等，引导有序就医。**各郊区县**坚持实行新农合逐级转诊、分级医疗制度，提高医疗资源和新农合基金的使用效率。

七、新农合支付方式改革

（十四）探索按人头付费。浦东新区探索对社区卫生服务中心实行新农合按人头总额预付，将支付方式改革与家庭医生制有机结合，推进参合农民社区首诊（未经社区转诊的补偿比例减半），促进家庭医生成为居民健康的“守护人”、卫生经费的“代理人”和卫生资源的“管理人”新机制的建立。

（十五）探索按病种付费。青浦区对社区卫生服务机构按照签约高血压患者人数每人每月 60 元的标准支付门诊治疗费用（含转诊产生的门诊费用，不含住院费用）；对与家庭医生签约并在社区首诊的参合农民，给予 5 类 10 种高血压药物提高 20% 报销比例的优惠政策。

八、社区人才队伍建设

（十六）完善社区卫生人才培养机制。徐汇区与中山医院紧密合作，建立全科医生实训评估中心，通过评估 - 实训 - 再评估，提高

培训的针对性与有效性。利用二、三级医院资源建立培训基地，定期选派全科医生参加培训。实施全科青年人才培养计划，每人给予5万元的培养经费资助。**静安区、闵行区等区县**开展全科医师出国培训，帮助全科医生开拓视野，提高综合素质。嘉定区探索“3+2”乡村医生定向培养模式，取得助理全科医生资格。**浦东新区等区县**对经定向培养并取得助理执业医师资格的乡村医生优先纳入中心编制，下派至村卫生室执业。

（十七）加大社区卫生人才引进力度。徐汇区对社区引进的高级专业人才或研究生学历的青年人才奖励10-40万；允许在社区工作的高级专业技术人员适当延长退休年龄，允许二级医院医生通过“挂编留”的形式到社区工作。**嘉定区**设立专项资金300万，引进优秀应届毕业生，本科生年人均补贴1.5万，大专生1万，连续补贴5年；对非本市户籍、在沪未购房的硕士以上人才实施配套房政策；青年骨干和应届大学毕业生给予3年租房补贴。

（十八）优化全科医师职业发展环境。嘉定区为社区卫生服务中心增加200多个事业编制，明确非编人员转为事业编制的条件，并提高了中高级专业技术人员职数。**徐汇区**对规范化培养全科医师在编制政策上给予倾斜，对部分尚不具备纳编条件的编外卫技人员同工同酬，并在干部选拔、课题申报、评选先进等方面给予同等机会。

九、创新社区卫生服务模式

（十九）完善家庭医生服务模式。浦东新区分类推进家庭医生服务试点，示范社区卫生服务中心要求居民全覆盖签约，其他社区卫生服务中心要求重点人群全覆盖签约。**虹口区**建立家庭医生专用诊

室，配备移动设备；签约居民预约时间段随到随诊、一次付费。**宝山区、青浦区等区县**建立了家庭医生工作室，塑造家庭医生服务品牌，并为其配备全科医生、中医医生、护士、公共卫生人员和乡村医生等担任家庭医生助手。**金山区**以村居为单位，以家庭医生领衔的服务团队模式开展服务，并为家庭医生配备无线随访设备，随时管理健康档案；建立远程心电图诊断系统，测量后无线发送至诊断中心，结果及时反馈居民，提高工作效率和服务质量。

（二十）加强社区居民慢性病管理。闵行区构建了三位一体的慢性病综合防治管理体系，建立了社区六类常见肿瘤早发现系统，加强高危人群干预和筛查，全区“六癌”早发现率达到30%以上。**嘉定区**将全区参加新农合的万名高血压患者纳入干预管理范围，免费提供六种常用药物，提高高血压患者管理率和依从性。**普陀区、虹口区等区县**整合医疗机构、公共卫生机构、社区卫生机构资源，构建糖尿病、脑血管病防治网络。**黄浦区**选派区疾控中心业务骨干以团队形式分期分批到社区卫生服务中心指导和参与社区公共卫生工作（挂职锻炼），提升社区公共卫生服务内涵质量，探索建立公共卫生医师规范化培训的长效管理机制。**金山区**成立企业健康管理服务团队，**闵行区、杨浦区等区县**实行医教结合、“一校一医”工作模式，将健康管理服务拓展至功能社区。

（二十一）推进社区舒缓疗护服务。杨浦区开展以居家宁养为主要形式的舒缓疗护服务，为晚期肿瘤患者建立家庭病床，提供免费基本镇痛药物、医疗咨询、居家护理培训、心理关怀等服务。**闸北区**引进“舒缓疗护”理念，从生理、心理和社会层面开展持续性、

家庭化及社区整体护理，制定了相关服务规范，提高临终患者生命质量，取得了良好的社会效益。

十、完善信息化支撑

（二十二）建设区域卫生信息平台。闵行区、闸北区、长宁区等区县建立了以 eMR(电子病历系统) 和 eHR(电子健康档案) 为核心，覆盖区域内医疗卫生机构的卫生信息系统，并与市级卫生数据中心、医联系统实现了数据交换和信息共享。

（二十三）深化信息化业务应用和管理应用。闵行区研发应用了 18 个系统 180 多个功能模块，广泛应用于卫生服务与管理的全过程，为闵行区创新服务和管理、推进各项医改措施提供了平台和支撑。闸北区以区域卫生信息平台为核心，整合全区临床诊疗和公共卫生服务信息，便于家庭医生查阅，提高家庭医生团队工作效率和质量。松江区自主研发“BRE”（业务规则引擎系统），通过信息化手段提高医疗卫生服务效率和规范化管理水平。

（责任编辑：何江江）

闵行区：创新驱动，信息化支撑全面医改

9月21日上海市卫生局领导带队，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政局等委办局的相关处室负责人及有关专家等组成的调研组来到闵行区进行调研。调研组先后实地考察了闵行区龙柏社区卫生服务中心与古美社区卫生服务中心，听取了闵行区卫生局局长许速同志的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

调研认为，闵行区应用信息化手段和现代管理理念，开展技术创新、机制创新、模式创新，积极探索实践医药卫生改革，在公立医院和社区卫生服务绩效考核分配、区域内卫生资源实现有效整合、家庭医生服务模式、疾病干预、公立医院监管、医药分开等方面进展突出，取得有益经验，具有全市推广价值。

二、可推广点

经过调研，初步认为闵行区以下改革举措具有在全市推广的价值：

（一）建立覆盖服务和管理全过程的信息系统

以业务驱动，通过流程优化和再造，建设了功能齐全，涵盖18大系统180多个业务功能模块的信息系统，将标准化的服务管理流程规范嵌入其中，广泛应用于卫生服务提供与运行管理全过程，实现资源共享和规范统一，为居民提供便捷、高效、规范的社区卫生服务。

* 本期各区县医改经验调研报告由此次调研活动的调研小组完成，成员包括黄峰平、刘红炜、杨颖华、张天晔、钟姮、沈鸿、何江江、谢春艳等。

（二）以“公益性”为核心的公立医院和社区卫生服务绩效考核评价体系

一是建立涵盖效率、质量、成本、发展和社会指标 5 个方面的公立医院绩效考核指标体系，以及涵盖机构管理、基本医疗、GP 服务、公共卫生、发展和社会指标 6 个方面的社区卫生服务绩效考核指标体系；二是绩效考核数据采集来源于区域卫生信息平台，绩效考核结果作为医务人员绩效分配直接依据，做到绩效考核数据真实、过程公平、结果透明，充分激发和引导服务效率。三是对家庭医生在服务覆盖、服务效率和居民健康指标等方面进行综合评价和经费拨付，形成目标导向的激励机制。

（三）家庭医生制度探索

通过上级医院向家庭医生发放查房通知、提供出院建议，并通过区域心电图、影像诊断与综合会诊中心等措施，引导就医下沉、双向转诊和质量提升。

（四）加强疾病干预

一是通过因病就诊、健康体检和健康教育三条路径，通过软件提示获取阳性指标信息，全区“六癌”早期发现率达到 34.7%；二是建立医教结合管理模式，实施儿童疾病早期干预；三是建立健康检查生化样本库，为科研挖掘数据利用打下基础。

（五）建立公立医院监管体系

建立卫生监管中心，形成医院运行监管、公共卫生服务监管和社区卫生服务监管体系，开展合理用药、医疗费用、运行成本等实时监管，并将监管结果作为政府补偿依据，推动医疗服务管理科学

化、规范化、精细化发展。

（六）利用信息化降低药品供应链与库存成本

通过信息化，一方面减少供应链环节，从而降低药品供应链成本，另一方面减少库存，降低医院药品库存成本。

三、推广难点

（一）从闵行的信息化建设历程来看，由于实施信息化后，有可能会引起既有的工作与管理模式的改变，会遇到一些医疗机构管理者与医务人员的不理解，面对来自基层的阻力，要注重统一思想，加以宣传，提高医院管理者与医务人员的认同感与积极性。

（二）闵行信息化建设之所以在短时间内取得如此成效，区政府的高度重视、区卫生局牵头举全区之力起着关键的作用，在全市推广时，需关注如何在短时间内汇集必要的资源、获得必要的支持，尤其是各区县政府的政策与资金支持。

（三）除闵行外，本市其他区县的信息化建设近年来也得到不同程度的推进，总体上，各区县对信息化都加大投入，开发或已开始应用了具有区域特色的信息化系统，将闵行做法在全市推广时，必须关注不同信息系统、软件之间的对接问题与整合成本。

（四）除上述难点外，在推广闵行经验时，还需重点关注以下环节：一是闵行区开发使用的居民“健康卡”需与国家居民健康卡衔接；二是绩效激励重点要从工作数量导向转为服务目标、质量和成本控制导向；三是“六癌”早发现健康筛检成本较高，需考虑各区县可承受能力。

四、发展点

通过闵行调研对推进本市医改的主要启示：

（一）信息化建设是医改切实有效推进的重要抓手。信息化发挥作用，关键在于实时数据、业务应用、信息共享。

（二）落实上海医改蓝图不走样，需要“政策、资源、监管”三步联动。市级医改措施不仅要有顶层设计下的政策要求，还要有以信息化为基础的考核监管和相应的激励拨付，在转变机制、提升质量的同时增加有效投入。

（责任编辑：杜学礼）

黄浦区：完善方案，稳步试点，构建区域医疗联合体

9月27日，市卫生局领导带队赴黄浦区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、申康中心、市卫生局各相关处室负责人等共26人参加了调研。调研组实地考察了黄浦区打浦桥社区卫生服务中心，听取了黄浦区卫生局的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

黄浦区作为上海市公立医院改革的试点区之一，于2011年1月28日正式签约成立“瑞金—卢湾区域医疗联合体”（以下简称“医联体”），通过一年多的试点运行，在完善医联体的管理体系、探索引导签约居民分级就医、社区全科医生和公共卫生人才培养等方面取得有益经验。

二、可推广点

经过调研，初步认为黄浦区在“医联体”的实践中，以下几点经验具有在全市推广的价值：

（一）探索引导签约居民分级、有序就诊

居民与“医联体”签约后，将享受在社区预约三级医院专家、转诊后优先入院，优先预约大型检查、检验项目，疑难病例会诊平台等服务；同时要求签约居民遵守常见病社区首诊，根据医嘱进行转诊的义务。逐步形成医疗资源合理使用，梯度就医、有序就医、合理就医的局面。

（二）全科医生至上级医疗机构临床基地培训机制

在“医联体”内部，依托瑞金医院临床医师培训基地，对区内社区卫生服务中心的全科医生进行岗位培训，从理论和实践两方面开展规范化、智能化、个性化的全科医生培训，按需轮转临床科室包括内分泌、心血管、神内、急诊急救等，培训时间为6个月。

（三）公共卫生骨干下沉社区

黄浦区疾病预防控制中心选派业务骨干以团队形式分期分批到社区卫生服务中心指导，参与社区公共卫生工作（挂职锻炼），提升社区公共卫生服务内涵质量，探索建立公共卫生医师规范化培训的长效管理机制。

总体来看，黄浦区区域医疗联合体目前正在试点运行中，实施了诸多改革举措，但总体上各项改革工作刚刚起步，还处于探索中。黄浦区“医联体”的做法与经验还应予以持续的关注与跟踪，以及及时总结与提炼出更多值得推广的做法。

（责任编辑：李芬）

静安区：信息依托，人才为本，提升社区卫生服务水平

9月27日，市卫生局领导带队赴静安区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、申康中心、市卫生局各相关处室负责人等共26人参加了调研。调研组实地考察了静安区曹家渡社区卫生服务中心，听取了静安区卫生局的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

静安区以区域医疗联合体建设为契机，以信息化建设为依托，推进了区域医疗信息交互共享，提升了医疗质量，确保了医疗安全，提高了资源利用效率，同时以“外向型”培训为载体，加快社区卫生人才队伍建设，紧紧抓住了“信息化”、“上级医疗机构”与“人才队伍”三大支撑，在原有较好水准的基础上，进一步有效提升了服务水平与效率，具有全市推广价值。

二、可推广点

经过调研，初步认为静安区在整合医疗资源、加强队伍建设方面有以下几点具有在全市推广的价值：

（一）信息化助力，推动区域医疗资源整合，提高质量与效率

静安区借助区域卫生信息化工作，有效整合区域医疗联合体内二、三级医院的设备资源和学科人才优势，在区域医疗中心（静安区中心医院），建立静安区放射影像医学中心、消毒供应中心和心电会诊中心，在区委、区政府的支持下，投入专项资金，为“三中心”

建设配置 DR 或 CR、消毒灭菌设备、数字化心电图机和心电网络，通过信息化工具实现区域联合体内各医疗机构信息共享，开展远程会诊，提高医疗质量和医疗安全，有效利用了卫生资源。

（二）“外向型”人才培养

静安区从 2006 年开始，陆续选派 30 名优秀全科医师和管理骨干赴澳大利亚、美国、英国等国家开展外向型培训，年底还将派出 5 名骨干赴加拿大培训。通过外向型学习，全科医生开拓了视野，学习到了社区卫生服务发达国家的成功经验，提高了全科医生的综合素质。目前全区 5 家社区卫生服务中心共有注册全科医师 143 名，注册全科医师占临床医师的比例达 89.4%，高级职称全科医师 19 名。

三、推广难点

首先，类似静安“三中心”在全市层面推广构建时，需重点考虑以下问题：一是各区县社区卫生服务中心放射诊断设备距离数字化影像要求有较大差距，需要在全市统一数字化设备配置标准；二是社区卫生服务中心由于其功能定位的影响，放射医师短缺、诊断水平偏低，需要经过前期培训提高诊断水平；三是作为发挥信息化手段作用的基础，需要制定全市统一的上下级医疗机构资源互动及会诊的具体流程规范与标准。

此外，“外向型”人才培训是岗位培训的一部分，在全市推广时，要注重形成系统的培训机制与方案，要关注与国内培训、归国后发挥培训效应等项目的衔接，避免一次性的外出短期培训效应过快消耗。

四、发展点

利用信息化技术是区域医疗联合体建设的重要支撑，是实现区域

卫生资源整合、优势互补、错位发展、信息共享的重要手段。

除了规范化培养全科医生以外，对在岗全科医生岗位培训是提升社区卫生服务内涵，提高服务能力和服务水平的关键；除了全科医生以外，对社区护士等其他重要辅助人员均需要建立可持续的培训制度。因此，亟需建立内容明确、目标明晰、市区分工的系统培训计划。

（责任编辑：王力男）

闸北区：拓展服务，整合资源，丰富社区卫生服务内涵

9月28日，由市卫生局领导带队，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政局、申康中心、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共20人赴闸北区进行了实地调研。调研组实地考察了闸北区临汾社区卫生服务中心，听取了闸北区卫生局叶强局长专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

闸北区是本市最早开展舒缓疗护（临终关怀）服务的区域，将社区卫生服务进一步拓展至居民生命的全程。在改革中，闸北区注重资源整合，一方面整合全区临床诊疗和公共卫生服务信息，建立区域卫生信息共享和业务协同机制；另一方面整合区内中医医疗资源，组建中医医疗联合体，建立“治未病”预防保健服务体系。

二、可推广点

经过调研，初步认为闸北区在社区卫生改革工作中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）开展社区舒缓疗护服务，体现生命全程照料

闸北区在老年护理基础上，引进“舒缓疗护”理念，对舒缓疗护对象从生理、心理和社会三个层面开展持续性、家庭化及社区整体护理，制定了相关服务规范和技术要求，提高了临终阶段病人生命质量，取得了良好的社会效益。社区舒缓疗护服务现已成为2012

年上海市政府实事项目，年内全市首批 18 家社区卫生服务中心将正式开展此项服务，今后值得在全市进一步推广。

（二）整合区域中医资源，建立治未病预防保健服务体系

组建上海市中医医院—闸北中医联合体。社区医生可直接通过网上专线预约市中医医院的专家，市中医医院和区属医疗机构的检查检验结果互认。同时，初步建立“筛查、干预、跟踪、评估”的社区群体健康新模式，对社区慢性病实施“菜单式”服务，并制定“治未病”预防保健服务绩效评价体系。

（三）整合临床诊疗和公共卫生信息，实现区域卫生信息共享协同服务

依托卫生信息技术，形成以区域卫生信息平台为核心，整合全区临床诊疗和公共卫生服务信息，以居民电子健康档案、电子病历为纽带，实现区域卫生信息共享与业务协同的基本架构，家庭医生可查阅慢性病管理系统中患者的管理状况，针对性进行随访，一次访视完成对数种慢性病的随访和管理，提高家庭医生的团队工作效率和质量。

三、推广难点

（一）在舒缓疗护服务推广方面，由于目前部分舒缓疗护的服务项目未纳入医保结算，居家舒缓疗护服务中也没有相应的收费标准，影响了服务开展的可持续性。

（二）区域卫生信息平台与非医疗联合体内的三级医疗机构对接目前还存在一定障碍，在全市推广信息化建设时需打通这一屏障。

四、发展点

（一）舒缓疗护服务能够减轻家属经济负担，节约卫生资源，对社会发展和医疗保健有很大的社会意义和使用价值，目前需求量也较大。在推进过程中，要确保政府投入保障与医保支付等配套政策的及时到位。

（二）中医药服务作为社区卫生服务重要组成部分，在社区居民中有着良好的群众基础，建立并完善基层中医药服务网络，对引导居民就诊下沉，能起到一定作用。

（三）通过信息化手段将基本医疗服务与基本公共卫生服务进行有机整合，是实现资源有效利用、开展健康管理服务的重要支撑。建设家庭医生健康管理信息化平台，需要家庭医生服务标准、考核制度、激励分配机制等一系列配套政策的指引。

（责任编辑：彭颖）

普陀区：以标准化建设为基础，规范社区卫生服务内涵

9月28日，市卫生局领导带队赴普陀区进行了实地调研，市发改委医改办、市人保局医保办、市财政局、申康中心、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共20人参加了调研。调研组实地考察了普陀区长征镇社区卫生服务中心，听取了普陀区卫生局花根才局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

普陀区以标准化建设与创建示范社区卫生服务中心为契机，进一步加强社区卫生服务机构内涵建设。通过标准化建设，科学规范社区卫生服务机构功能；在全市最早与三级医疗机构合作，探索慢性病的医院—社区一体化防治模式；注重学科建设，通过建立激励机制等有效措施提高社区科研能力；积极开展“舒缓疗护”工作，成为全市唯一一家有两个社区卫生服务中心列入今年市府实事项目舒缓疗护试点的区县。

二、可推广点

经过调研，初步认为普陀区社区卫生服务改革中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）有序开展标准化建设

根据普陀区社区卫生服务中心运行的实际状况，按照每万人600平方米的标准，将新一轮标准化社区卫生服务中心建设列入区

域规划和三年公共卫生行动计划；由街道、镇提供 150 平方米以上的业务用房，财政提供 900 万元流程改造经费，建成了 36 个标准化社区卫生服务站。普陀区在社区卫生服务机构建设上形成的内部设置、流程等一系列经验具有成为可推广标准的价值。

（二）加强学科建设

普陀区十分注重社区卫生服务机构学科建设，通过建立激励机制和有效措施，提高社区卫生服务中心开展社区项目研究的积极性，投入专项科研资助经费 975 万元，其中社区卫生服务机构立项 17 项，资助经费 80 万元；取得区人才开发专项资金资助 125.5 万元，其中 32.5 万元用于支持全科医师培养和全科团队建设。

（三）开展慢性病综合防治

2007 年 12 月，普陀区政府与上海申康医院发展中心签约实施纵向医疗资源整合，开展慢性病综合防治项目。通过“三二一”和“三一”合作模式，将市六、瑞金、仁济、胸科等市级医院的优质医疗资源下沉到区中心、人民、利群 3 家综合性医院和 10 家社区卫生服务中心，积极探索糖尿病、高血压、脑卒中、肺癌等四大慢性病的医院—社区一体化防治模式。

三、推广难点

（一）现有的社区卫生服务机构的配置标准已不能完全满足医疗服务需求，也不符合示范社区卫生服务中心中对社区卫生服务机构的要求，在全市层面有进一步完善与细化的必要。

（二）社区卫生服务机构在医疗联合体具有举足轻重的作用，但

医疗联合体缺乏紧密联系的内在动力，资源仍未优先流向社区。

四、发展点

（一）社区卫生服务机构的标准化建设应该既包括硬件的标准化，也包括服务流程与内涵的标准化。应在区县经验的基础上，提炼形成全市统一的社区卫生服务机构标准化建设的要求，既要保证操作中有据可依，又要保证贯彻落实的约束力。

（二）加大在推进医疗联合体工作中对社区卫生服务机构中的支持力度。需制定相应政策，推动人才柔性流动、加大医保支持力度等工作，有效利用利益杠杆，克服在现阶段社区资源短缺的问题，提升组建医疗联合体的内动力。

（责任编辑：王菲）

奉贤区：深化资源整合，狠抓示范创建， 全面提升服务能力

9月29日，市卫生局领导带队赴奉贤区进行了实地调研，市发改委医改办、市人保局医保办、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共19人参与了调研。调研组实地考察了奉贤区庄行社区卫生服务中心，听取了奉贤区卫生局宋志红局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

奉贤区根据区域特点，由区中心医院、奉城医院和中医医院三家区级医院分别与区域内社区卫生服务机构联合结对，在医疗技术、人才培养、双向转诊等方面实施资源的纵向整合策略，提高社区卫生服务机构综合能力；全面实行镇村卫生机构一体化管理，建立了以服务数量、质量和群众满意度为主的乡村医生绩效考核与分配制度；示范创建工作被列入区政府、区卫生局年度重点工作扎实推进，与社区卫生服务日常管理与深化改革推进紧密结合，成效显著。

二、可推广点

经过调研，初步认为奉贤区在社区卫生服务改革实践中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）加强医疗联合体内上级医疗机构对社区卫生服务中心的指导与支持

奉贤区中心医院、奉城医院、中医医院选派优秀青年骨干担任联合体内社区卫生服务中心主要领导；选派中高级技术人员到社区卫生服务中心担任“首席医师”，参与查房、会诊；各社区卫生服务

中心安排医务骨干到二级医院进修学习，通过“传、帮、带”推动社区卫生服务机构管理和业务水平的提升。

（二）探索医疗联合体内转诊、随访无缝衔接

联合体内医疗机构间建立双向转诊关系，统一印制双向转诊专用卡，实施“一卡通”无缝衔接服务，在病人转诊、会诊方面实行优先，对转诊的危重病人开启绿色通道；二级医院化验项目全部向联合体内的社区卫生服务中心开放，并按一级医疗机构收费标准收费，免收挂号费；二级医院出院病人由联合体内社区卫生服务中心医务人员定期上门进行随访。

（三）以示范创建为抓手，与改革推进和日常管理紧密结合

奉贤区卫生局紧紧抓住“示范社区卫生服务中心创建”这一重要抓手，**一是**根据业务管理职能，将5大类104项评估指标逐项落实到卫生局机关各职能部门，落实目标责任制；**二是**区卫生局组织局机关职能部门人员，全程参与示范创建，切实提高创建质量水平；**三是**将示范创建指标作为各社区卫生服务机构年度绩效考核主要内容，考核结果与绩效工资挂钩；**四是**对在示范创建中涉及硬件改造、设备更新、流程优化、项目创新等所需经费，积极争取区、镇两级财政给予全力保障；**五是**涉及理论知识、技能培训等内涵提升的项目则由卫生系统内各职能部门强化培训，提升全体医务人员服务技能水平。通过“以创促建”，全面提升，切实加强各社区卫生服务机构综合服务能力建设。

三、推广难点

（一）在医院管理、医疗技术、人才培养、双向转诊等方面实施资源纵向整合，涉及多个利益相关方的组织协调工作，全市推广需要制定明确的配套政策，确保资源整合后相关功能的实际发挥，各

区也需要根据各地实际情况建立明确的组织架构与工作方案。

（二）与在其他区县调研时所反映的情况一致，推进卫生资源整合在全市层面存在着人事、医保和财政等政策限制，尤其目前郊区基层卫生服务人员数量不足、流失较多的问题尤为突出，限制了社区卫生服务机构的发展。

（三）区内资源支持是奉贤区创建示范社区卫生服务中心的重要基础，全市推广其创建内容与部门业务工作和绩效工资挂钩模式时，需要充分考虑资源支持的可持续性机制与动因。

四、发展点

（一）全市制订出台加强基层特别是远郊医疗卫生机构人才队伍建设方面的倾斜性扶持政策，如建立远郊全科医生特殊津贴政策等。进一步加大市财政对远郊经济薄弱地区的卫生事业经费转移支付力度，切实稳定农村卫生专业人员队伍，促进农村卫生事业健康稳步发展。

（二）在郊区县探索医疗联合体时，注重区域医疗中心的作用，同时，与城区相比，还应注重社区卫生服务中心与村卫生室的一体化管理工作。

（三）将示范社区卫生服务中心创建工作作为深化改革工作的一个重要抓手，将每年改革重点推进任务纳入示范创建指标中，并建立定期更新、定期复核制度，除加强硬件建设外，更应注重社区管理，包括外部资源争取和内部组织管理等。

（责任编辑：王菲）

松江区：强化区域卫生改革联动 提升社区卫生服务水平

10月9日，市卫生局领导带队赴松江区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市编办、市物价局、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共20人参加了调研。调研组实地考察了松江区小昆山镇社区卫生服务中心，听取了松江区卫生局李正局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

松江区把社区卫生服务放在优先发展的位置，通过区域范围内顶层设计，进一步加强体系建设、能力建设和机制创新，全面深化医药卫生体制改革工作。围绕强基层，充分调动区域卫生资源，筑牢社区第一道防线；以信息化和机制创新为支撑，推进居民健康管理；注重社区与医院联动，以社区卫生改革带动区域卫生改革。

二、可推广点

经过调研，初步认为松江区在社区卫生改革工作中，有以下具体经验具有在全市推广的价值：

（一）以“强基层”为核心，加强区域资源对社区卫生服务中心的支持

松江区通过顶层设计强化区域卫生改革联动，通过医疗服务网络的整合加强基层服务能力。一是发挥区域医疗中心、疾病预防控制中心等区域医疗卫生机构的业务指导功能和技术支撑作用，全面提升社区卫生服务中心的基本医疗和公共卫生服务能力；二是充分利用三级医院优质资源，建立远程心电诊断中心、区域医学影像诊

断中心和区域临床检验中心。一方面，社区卫生服务中心诊断报告由区域中心予以审核，提高了服务质量与准确性；另一方面建立社区卫生技术人员定期至区域中心轮岗制度，有效带动了社区卫生技术人员水平的提升。

（二）加强区级统筹，推进社区卫生服务机制改革

一是实行社区卫生经费区级统筹，社区卫生服务中心人员经费和运行经费由区镇两级政府予以保障，由区财政进行统筹，促进了各街镇社区卫生服务的均衡发展；二是实行镇村卫生机构一体化运行经费和乡村医生报酬区级统筹，将乡村医生纳入全科团队进行一体化管理，实行统一的考核管理与绩效分配，明确乡村医生的收入与全市职工平均收入保持同步增长率；三是考核结果与全面预算管理挂钩，通过绩效考核后确定社区卫生服务中心的预算和可分配总量，实行国库集中支付，防止低效率现象和财政投入无限制增长；四是实行医保预付制下的区级统筹管理，不对各医疗机构下达单独的总额指标，而是通过门急诊均次费用、住院床日费用、复诊率和平均住院天数等指标进行考核监管，促进提高质量，减少浪费。

（三）以信息化为支撑提高服务标准化

自主研发“BRE”（业务规则引擎系统）并获得软件著作权，在软件中对重复检验、重复用药、用药禁忌等进行提示，对家庭医生在签约诊疗过程中开展基本公共卫生服务等任务时自动跳出，一方面加强对服务过程的监管，另一方面实现临床医疗与公共卫生协同服务，提高工作效率和规范化管理水平。

三、推广难点

（一）通过医疗卫生服务区域联动，使老百姓医疗需求得到释放、医生工作量上升，使控制费用存在难度，区医保经费如何在社区与

二级医院之间分配是需要进一步研究的问题。

（二）区域卫生资源联动加强，各级医疗机构的功能定位有待进一步明确。从松江的经验来看，三级医院已通过远程诊断、技术指导等方式在资源联动中发挥了龙头作用，二级医疗机构在联动中如何发挥作用、社区卫生服务中心与上级医院如何进行利益分配和调整需深入探讨。

（三）与在其他区县调研时所反映的情况一致，推进卫生资源整合在全市层面存在着人事、医保和财政等政策限制，尤其目前郊区基层卫生服务人员数量不足、水平有限、居民信任度不够等问题，全市推广时，郊区会凸显这一问题。

四、发展点

（一）区县政府应成为社区卫生服务改革，乃至深化医药卫生体制改革的主体，在全市层面，应通过政策倾斜与转移支付，缩小各区县之间的发展差异，在各区县内部，更应通过卫生经费投入区级统筹等方式，实现区内的发展均衡化。

（二）在区域卫生资源联动的过程中，提升社区卫生服务的能级。探索家庭医生参与病人转诊后的医疗过程，保证患者在治疗、用药上的连续性，保留家庭医生对转诊医疗机构处置病人的参与和干预权及诊疗后转入社区的权限。三级医院要为社区留出充分的转诊资源。

（三）在医保总额预付区县统筹的基础上，应向社区合理倾斜，健康管理、健康教育等服务项目应纳入医保报销范围；应推进支付方式改革，加快探索联合体内各医疗机构的医保额度统一预付。

（责任编辑：杜丽侠）

宝山区：加强医疗资源纵向整合 提升社区卫生服务能力

10月16日，由市卫生局领导带队，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共22人赴宝山区进行了实地调研。调研组实地考察了宝山区吴淞街道社区卫生服务中心，听取了宝山区卫生局的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

宝山区通过组建四个医疗联合体，加强医疗资源纵向整合，使各级医疗机构功能定位更明晰，同时依托医疗联合体优质医疗资源，推进家庭医生制度，提升基本医疗和基本公共卫生服务能力，居民就医秩序更趋合理，有效缓解当前就医困难问题。

二、可推广点

经过调研，初步认为宝山区在社区卫生改革工作中，有以下经验具有在全市推广的价值：

（一）医疗资源纵向整合，明晰各级医疗机构功能定位

1、组建医疗联合体

宝山根据实际情况，建立由1家市内三级医院、2家区内二级医院、5~6家社区卫生服务中心组成华山、市一、交大三院3个医疗联合体；以曙光医院、宝山中医医院、曙光宝山分院牵手全区18家社区卫生服务中心中医资源组成曙光中医医疗联合体。

2、建立长效管理制度，优化政策环境

由三级医院院长担任理事长、二级医院院长担任副理事长、社区卫生服务中心主任担任理事的理事会管理模式。理事会下设管理

办公室，办公室主任由三级医院派驻。理事会对医联体每年工作目标、计划、政策导向有决策权，管理办公室根据理事会决策，落实医联体日常事务、建立各项管理制度，确保资金投入，保障各项工作顺利进行。

3、落实医疗联合体内各级医疗机构职责定位

以社区卫生服务中心为核心，在联合体二、三级医院指导下，提高基本医疗、基本公共卫生服务能力，做好辖区内社区诊断，对重点人群进行全程健康管理，畅通双向转诊工作。

(二) 依托联合体优质资源，提升社区卫生服务能力

1、建立首席医生把关机制

由二、三级医院派驻首席医生至每家社区卫生服务中心，建立首席医生诊疗“把关”机制，重点把关疑难杂症病人的诊治，完善双向转诊。

2、建立专家库，落实专家下社区开展健康教育

由三级医院专家与二级医院专家共同组建医联体专家库，以健康教育和健康促进为主的慢性病社区综合防治体系，开展各种形式的健康宣教与咨询活动，有效提高社区居民健康意识。

3、建立人才培养制度，加快全科医生队伍建设

开展二三级医院对社区全科医生的带教工作，对社区医务人员开展实践指导和各类业务培训，并定期接受社区医务人员至联合体内上级医疗机构进修学习，提高社区全科诊疗能力。

4、搭建便捷通道，规范双向转诊

家庭医生依托医疗联合体资源，在联合体内社区卫生服务中心与二、三级医院之间搭建便捷的转诊通道。通过上转、下转，各环节紧密衔接，上转优先，下转便捷，家庭医生全程跟踪，服务对接，

彰显家庭医生转诊的优势和效率。

三、推广难点

（一）推进卫生资源整合在全市层面存在着医保和财政等政策限制，就医相对自由无序等问题，纵向整合医疗资源的实际功能发挥受到限制。

（二）信息平台的整合问题：社区卫生服务中心与二三级医院信息平台没有实现互通，目前社区卫生服务中心预约专家主要通过电话预约和申康医联体信息平台预约，各级医疗机构的信息系统有待进一步整合与完善。

（三）二、三级医院首席医生与社区家庭医生的定位有待进一步明确，各自在承担居民健康“守门人”角色时的职能分工有待进一步明晰。

四、发展点

（一）通过医疗联合体的建设经验，进一步研究总结医联体长效管理机制、双向转诊机制、医联体对全科医生的培养机制等，通过优质医疗资源的引领作用，结合家庭医生制度的构建，提升社区卫生服务能级。

（二）加快信息化建设，使信息系统在双向转诊、业务协同、信息共享等方面发挥更大的作用。

（三）目前建立医疗联合体的工作主要是各区县根据当地特点各自探索，医疗联合体双向转诊规范与标准、医联体内人员培训的标准与规范等方面尚需进一步明确，下一步市级层面应进行各区县的经验总结，统一双向转诊规范与标准，完善人员培训标准与规范，对区县的工作进行指导。

（责任编辑：谢春艳）

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、规划财务处
上海市卫生局局领导及有关处室、局属单位
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



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China