

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

嘉定专刊  
2020年 第6期  
(总第105期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2020年9月15日

**编者按** 本期关注嘉定区在发展区域医疗卫生方面的具体探索和实践，展现嘉定区在促进本区卫生健康事业发展方面所取得的重要成果：以长三角节点城市医疗卫生协同发展为例，识别嘉定区卫生健康一体化发展中所面临的关键问题和挑战；分析新型冠状病毒肺炎疫情环境下嘉定区公共卫生体系发展现状及其存在的主要问题；介绍新型冠状病毒肺炎密切接触者实施集中隔离医学观察的概况和影响集中隔离医学观察效果的相关因素；介绍嘉定区在整合型卫生服务模式中人才培养与使用的实践与思考；评估基于疾病诊断相关分组设计的住院医疗服务管理政策对区域住院服务绩效的影响；基于两次横断面调查数据的比较，了解家庭医生医疗机构组合签约服务对社区居民健康体验的影响；结合卫生费用核算情况开展嘉定区居民赴外区就医情况专题分析。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13卷第6期(总第105期)  
2020年9月15日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生健康委员会

### 主办

上海市卫生和健康发展研究中心  
(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  
上海市建国西路602号  
邮编:200031  
电话:021-33262061  
传真:021-22121623  
E-mail: phpr@shdrc.org  
网址: www.shdrc.org

顾问: 郭惊雷  
赵丹丹

主编: 胡善联

副主编: 徐崇勇  
金春林(常务)  
丁汉升  
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 杨亚州 楚玉玲

校对: 周 娜 汪 丽

## 目 次

### 专题研究

长三角节点城市医疗卫生协同发展思路研究——以“嘉昆太”为例

董晨杰, 孙孝艳, 许文忠, 等(1)

后疫情时代“健康嘉定”公共卫生体系建设的思考

王 涛, 王 旭, 康 琦, 等(11)

上海市基层对COVID-19病例密切接触者集中隔离医学观察介绍:

基于一线执行人员的视角

董晨杰, 田 源, 许文忠, 等(19)

嘉定区整合型卫生服务中人才培养与使用的实践与思考

刘晓云, 何江江, 方云芬, 等(28)

基于DRGs的住院医疗服务管理政策对区域住院服务绩效的影响:

基于中断时间序列模型

冯旅帆, 田 源, 何 梅, 等(33)

嘉定区家庭医生医疗机构组合签约服务对社区居民健康体验的影响

何江江, 陈 多, 汤真清, 等(42)

嘉定区卫生费用核算及赴外区就医情况研究

王力男, 王常颖, 朱碧帆, 等(57)

### 会议快讯

卫生健康与医疗保障研究联盟成立(73)

### 征稿启事

征稿启事(75)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 700本

# 长三角节点城市医疗卫生协同发展思路研究

## ——以“嘉昆太”为例

董晨杰<sup>1</sup> 孙孝艳<sup>1</sup> 许文忠<sup>2</sup> 刘 玮<sup>3</sup> 鲁 靖<sup>3</sup>

朱 坚<sup>4</sup> 顾海兵<sup>4</sup> 何 达<sup>5</sup> 何江江<sup>5</sup> 田 源<sup>6</sup>

**【摘 要】** 文章通过梳理京津冀、粤港澳大湾区等城市群医疗卫生协同发展的经验与启示，以长三角节点城市—嘉定区、昆山市和太仓市医疗卫生协同发展为例，基于三地发展需求、规划方向、优势领域和资源储备等情况，识别卫生健康一体化发展面临的关键问题和挑战，归纳推进城市群医疗卫生协同发展的政策共同点、共性难点及实施条件，从政策、组织、平台等方面提出城市群医疗卫生协同发展重点，为长三角节点城市医疗卫生协同发展的总体思路提供决策参考，并围绕重点发展领域、优先发展项目提出相关配套政策建议。

长三角地区是我国经济最具活力、开放程度最高、创新能力最强的区域之一，是“一带一路”与长江经济带的重要交汇地带，在国家现代化建设大局和全方位开放格局中具有举足轻重的战略地位。2018年11月5日，习近平总书记在首届中国国际进口博览会上宣布，支持长江三角洲区域一体化发展并上升为国家战略。2019年5月11日，长三角“三省一市”卫生健康委员会共同签署合作备忘录，包括六方面内容：促进

基金项目：2019年上海市卫生健康委员会卫生健康政策研究课题“长三角节点城市医学卫生协同发展思路研究——以‘嘉昆太’为例”（课题编号：2019HP56）

第一作者：董晨杰，男，主治医师，本科

通信作者：田源，男，主治医师，硕士，上海市嘉定区南翔医院副院长

作者单位：1. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

2. 上海市嘉定区卫生健康委员会，上海 201899

3. 江苏省昆山市卫生健康委员会，江苏 215301

4. 江苏省太仓市卫生健康委员会，江苏 215499

5. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

6. 上海市嘉定区南翔医院 上海 201802

医疗服务均质发展；推进公共卫生一体化；深化中医药创新合作；协同推进健康科技创新；推进健康信息互联互通；建立综合执法监督联动协调机制。2018年5月21日，江苏省苏州市、上海市嘉定区联合发布的《关于打造嘉定区、昆山市和太仓市协同创新核心圈行动方案》中明确提出：联合推动健康服务业发展；建立跨区域医疗联合体；建立科、教、研协作平台；建立联合公共卫生体系。在其后的工作中，嘉定区、昆山市、太仓市（以下简称“嘉昆太”）的卫生健康行政部门、医疗机构在医疗救治、公共卫生、中医中药、学科建设等领域进行了合作交流，开展了一系列活动，取得了较好反响。但是，前期合作中也暴露了一些问题，当前开展长三角节点城市医疗卫生协同发展相关研究有重要意义。

### 一、研究方法与资料来源

本文通过文献研究的方式对国内外城市群医疗卫生协同发展政策实施情况进行系统回顾与比较分析，重点总结跨省（市）医疗卫生协同发展的经验与启示。选取嘉昆太作为研究区域，三地经济较为发达，居民富裕，三大健康指标达到中等发达国家水平，通过研究三地常规统计资料（三地政府统计年鉴、区域卫生健康发展报告、中国社会科学院发布的《中国县域经济发展报告（2018）》《太仓市2018年度卫生与人群健康状况报告》等）、问卷调查、关键人访谈、专家咨询和案例分析，清晰界定嘉昆太医疗卫生协同发展的目的与意义，研究制定较为具体的重点发展领域、实施路径与推进方案，并对实施步骤与影响进行可行性分析，为长三角卫生健康一体化协同发展提供决策参考与政策建议。

### 二、国内外相关城市群医疗卫生协同发展的经验

#### （一）国际经验

传统的医疗服务体系以疾病为主要分工依据，忽略了社会、心理等因素，各医疗机构相互独立、信息碎片化，导致服务衔接困难、重复检查、

费用增加和资源利用效率低下，转诊模式呈现“金字塔型”。此外，优质资源大都流向经济发达的中心城市，城乡两极分化严重，地区资源分布不均衡，医患矛盾加剧。近年来，世界各国逐渐认识到这一问题，纷纷进行改革。

美国的管理式医疗服务模式是一种将卫生服务与医疗保险合为一体的组织形式，其既是保险公司又是医疗机构。凯撒医疗集团是美国整合医疗模式的重要典范，也是美国目前最大的私立非营利性医疗系统，其以健康维护组织（Health Maintenance Organization, HMO）形式运营。HMO是管理式医疗的一种形式，其最重要的特征就是“闭环”。在HMO网络里，支付方和服务方有一定的约定折扣，为会员打包提供较为实惠且质量可控的医疗服务，同时医疗服务提供方内部之间的联系也十分紧密，不同专科、不同层级的医生之间可以交互对接，以最优化患者的服务体验。整合医疗的本质是互联，通过整合各方服务体系的建设为购买者提供全覆盖的医疗服务和自付优惠，同时购买者所享受到的优惠服务仅限于该整合医疗服务网络内。

英国的整合型保健模式是不同服务机构之间的协同合作，跨越初级卫生保健、医院服务、社区照护和社会服务的界限，推动与健康相关的各种医疗卫生服务与社会服务的有效衔接与融合。其全民医疗服务制度（National Health System, NHS）集医学科研、全民医疗保健、儿童保护以及对老年人和残障人群的关怀为一体，通过联合英国各级公立医院、社区医疗中心、各类诊所和养老院等医疗机构组成医联体，并以医联体为基本单位满足国民日常所需的卫生服务。英国政府还进行了医疗网络的整合，通过开设初级卫生保健之家（Primary Care Home, PCH）和一站式医疗与社会照护服务，实现了卫生保健服务和公共卫生工作的衔接。患者在该模式下能获得及时有效的治疗和干预，患者的身体、心理和社

会需求均得到关注。通过团队协作，不同学科的专业人士在社区中实现有效沟通与合作，这使得患者在有卫生及服务需求时可以获得及时有效的信息和回应，降低了患者在复杂的卫生和社会服务体系中与多个部门及其人员沟通的难度，大大提高了服务的可及性、反应性和整合性。

欧盟跨境医疗将统一信息标准作为一项基础工作，通过推广标准化表格“E112表格”和“欧洲医疗保险卡（European Health Insurance Card, EHIC）”，统一跨国异地就医医疗保险信息标准。通过《患者跨境医疗权利指令》（2011/24/EU），在全欧盟范围内实施，加强了各成员国在社会政策方面的统筹协调，进而加强了彼此的国家关系，最终促进了欧盟内的社会一体化。澳大利亚政府通过国民医疗保健计划实施全民免费医疗，并建设与之配套的公民健康系统，所有澳大利亚合法公民均可在健康保险委员会下设机构登记个人信息，并获得各项医疗诊治的服务与安排。

除了上述国家，德国、新加坡等国家也纷纷开展区域医疗资源协调与整合的探索（见表1）。

表1 国际上部分国家区域医疗卫生协调发展模式

联结方式	虚拟联合	实体联合
纵向整合	服务等级网络：英国、日本	区域医疗中心：澳大利亚
纵横整合	集团式联合体：美国、新加坡	联合兼并式医疗集团：德国

## （二）国内经验

京津冀三地医疗卫生协同发展主要在医疗机构临床检验结果互认、公立医院医用耗材联合采购、医疗机构医学影像资料共享、口腔和精神卫生防控、采供血、卫生应急、综合监督、人才交流与合作等方面进行突破，在建立信息共享平台、突发事件协调联动、血液应急调剂等方面取得了积极进展；建成京津冀药品信息数据库，完成了三地药品编码的

比对，实现了定期交换药品资质信息及药品价格信息的共享机制。

粤港澳大湾区的医疗卫生协同发展，通过不断加强顶层设计，深入合作，针对公共医疗卫生、医疗保障等十项基本公共服务，在资源共享、制度对接、待遇互认、要素趋同、流转顺畅、差距缩小、城乡统一和指挥协调 8 个方面实现基本公共服务一体化；发展区域医疗联合体和区域医疗中心，按照国家全科医师、专科医师规范化培训基地的模式，建立国际化的全科和专科骨干技术人员培训基地；目前，在大湾区“9+2”城市群中，各个城市已有序展开医疗卫生领域的合作，卫生健康高质量发展。

### （三）城市群医疗卫生协同发展的共性难点和解决方案

国外发达国家和国内京津冀、粤港澳城市群在区域卫生协同方面起步较早，进行了大量的探索和实践，但在推进过程中普遍存在医疗机构之间协同性和统一性差、患者不配合、资源难以共享、医疗机构服务水平不均等难点。城市群医疗卫生系统发展的难点主要体现在组织管理模式和医疗服务质量两方面，覆盖 4 个要素：医疗服务方（医院、诊所、诊断化验中心等）、支付方（保险公司等承担筹资职能的主体）、用户群（适当数量且相对固定的人群）、服务提供范围（预防、医疗与照护）。解决方案主要是：明确政府的主导地位，加强政策引导；合理规划区域医疗卫生事业，健全医疗卫生协同发展机制；统一专项财政拨付、资源配置，加强医疗卫生资源共享；构建医疗卫生信息共享平台，实现区域内医疗机构间信息互联互通；加强对医疗机构提供异地就医服务的过程监管。

### 三、长三角节点城市卫生协同发展的基础和现状

嘉昆太自古以来位置毗邻、交流频繁。早在 20 世纪 70 年代末，嘉昆太就在血吸虫防治等传染病防治领域形成联盟，并延续至今，嘉昆太的卫生健康行政部门、医疗机构、卫生单位也已在多个领域进行了合作交流。

## （一）嘉昆太卫生健康体系现有基础及问题

嘉昆太卫生健康现有基础及问题见表 2。

表 2 嘉昆太卫生健康体系现有基础及问题

项目	嘉定区	昆山市	太仓市
各自优势	优质医疗资源丰富：2 家知名三级医院、4 个医联体、5 大集约化中心、1 家国家级胸痛中心、1 家国家级卒中中心，基于疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 区域医疗机构绩效管理	医疗资源丰富：2 家三级医院、医护人员比例高，南北 2 个医联体，3 大集约化中心、2 家国家级胸痛中心 (4 家基层胸痛中心)；学科建设：1 个国家级、18 个省 (市) 级重点医学专科，科研项目立项数量多、产出高；社区养老：104 家日间照料中心，社会化率达 53%	医疗资源丰富：2 家三级医院，南北 2 个医联体，消毒供应中心；后勤信息化管理领先周边；信息化便捷就医：健康太仓 App；养老资源丰富：2020 年每千人口医疗机构床位达 6 张 (其中社会办医 1.8 张)；空气质量与健康：3 次获得 WHO “健康城市最佳实践奖”
个性问题	基于信息化的精细化管理待提升，学科专科建设薄弱、科研产出低，养老医疗卫生资源缺乏	公共卫生资源存在短板，区域医疗机构绩效管理刚起步，基层医疗卫生能力完善，医院管理理念、方式相对滞后	区域医疗机构绩效管理刚起步，基层医疗卫生能力弱，社会办医能力不足
共性问题	医疗卫生资源分布不均衡，优质专科资源不足；户籍人口与外来人口比例倒挂，卫生健康服务均等化实现难度较高；区域内卫生健康系统信息互联互通有待提升		

## （二）嘉昆太医疗卫生协同发展合作中的问题及原因

嘉昆太医疗卫生协同发展也面临着许多问题：医疗管理理念和管理方式参差不齐，各自优势资源未被发掘和充分利用，医疗服务标准和考核标准不统一，人才培养机制不同，信息共享不充分，不能有效利用现有医疗资源降低患者就医成本；特别是儿科医疗服务资源不足、120 院前急救的互联互通不畅、中医中药合作不深、综合执法监督联动不够、医保互联互通不顺、交界区域家庭医生签约服务不实等问题尤为突出。造成这些问题的主要原因与国内外其他城市群基本一致：缺乏顶层设计，

权力和职责不明确，地区间利益藩篱且存在政策壁垒，医疗卫生资源不均衡，区域内人才流动困难，信息化建设未达到互联互通，跨省（市）医疗保障支付体系不健全等。

### （三）嘉昆太医疗卫生协同发展的合作项目

在首届健康长三角峰会“三省一市”卫生健康合作备忘录的政策框架下，课题组采用问卷调查、关键人访谈、专家咨询、案例分析等方法，按6方面共识归纳总结26项合作项目的意向。基于多准则决策分析思路运用PEST<sup>1</sup>分析进行专家投票（以政府卫生健康行政部门及项目相关的利益方为主），从政治可行性、经济可行性、技术可行性、社会可行性4个维度对26项合作项目进行分析，提出不同等级的可行性建议（见表3）。

表3 嘉昆太医疗卫生协同发展合作项目PEST分析结果

共识	项目名称	项目内容	推荐星级
促进医疗服务均质发展	嘉昆太医疗卫生合作联席会议制度	会议设轮值主席，作为地区最高层面的专门协调管理机构。建立三地合作长效机制，共建优质医疗生活圈，积极推进三地在医疗卫生领域的交流与合作	★★★★
	医保异地结算模式研究	继续深入探索三地医保异地结算机制，保障参保人利益	★★★★
	嘉昆太医疗质量管理、基层卫生论坛	定期举办论坛，分享三地医疗质控经验、基层卫生实践和理论	★★★★
	嘉昆太专科医联体建设（儿科）	借鉴上海市儿童医院—嘉定儿联体管理模式，建立跨区域专科医联体，带动三地医疗水平整体提升	★★★★
	全科医师培养及能力提升机制	昆山、太仓借鉴嘉定全科医师培养机制，全科医生实训中心有助于提升全科医生业务能力	★★★★
	加强医疗行政管理的同质化建设	三地质控标准统一、建立医疗质量管理的三地交叉互查机制	★★★
	学科专科建设经验分享（具体项目及管理工作）	充分利用昆山学科专科建设经验、相互交流取长补短，开展多中心研究	★★★

<sup>1</sup>PEST为一种企业所处宏观环境分析模型，所谓PEST，即P是政治（Politics），E是经济（Economy），S是社会（Society），T是技术（Technology）。

表3 嘉昆太医疗卫生协同发展合作项目 PEST 分析结果 (续)

共识	项目名称	项目内容	推荐星级
推进公共卫生一体化	跨省(市)交界区域家庭医生服务	落实常驻人口的家庭医生服务, 签约及上门服务(含家庭病床)	★★★
	医疗卫生服务同质化项目: 医疗机构临床检验、超声检查结果的互认检查结果互认试点	加强三地信息共享, 扩大临床检验和影像、	★
	卫生人才交流与合作平台建设	尝试多点执业、借助互联网技术, 建立嘉昆太医师共享平台、建立医生联合培养机制	★
	嘉昆太公共卫生合作和交流平台	举办论坛, 建立公共卫生联防联控机制, 完善疾病预防综合能力, 120 互联互通, 信息平台对接	★★★★
	嘉昆太卫生政策研究中心项目	充分利用嘉定区卫生政策研究中心的智库力量, 为三地卫生政策研究提供人才培养和智力支持	★★★
	嘉昆太康复中心项目	将在上海诊疗后进行到康复期的患者, 转移至太仓, 减轻患者经济压力, 同时促进三地医疗服务链条的分工合作	★
	养老体系资源共享	充分利用太仓养老资源丰富的优势, 开展三地合作	★
深化中医药创新合作	区域消毒供应中心建设	学习太仓市区域消毒供应中心建设经验, 推进各自区域内消毒供应中心建设	★
	嘉昆太中医传承合作项目	侧重中医传承创新, 开展三地合作	★★★★
协同推进健康科技创新	嘉昆太中药制剂共享	将三地各中医流派的独特制剂互认、共享, 惠及三地居民	★★★★
	嘉昆太医疗科技协同创新项目	在检测技术与检查试剂、免疫细胞治疗技术、干细胞治疗技术、再生医疗技术等方面开展合作	★
	嘉昆太医药研发平台	借助中科院上海嘉定先进技术创新与育成中心平台, 科技创新合作共赢, 实现长三角医疗科技高质量一体化发展	★
	嘉昆太整合型医疗模式试点项目	依托昆山和太仓新兴医药产业共同研发药物, 充分利用三地优势资源, 将医院服务、社区照护、康复、养老服务和社会服务相结合, 最大化利用卫生资源	★
推进健康信息互联互通	区域医院绩效管理平台	嘉定区分享基于中国疾病诊断相关分组(CN-DRGs)的医院绩效管理经验, 构建信息化平台, 加强卫生健康委对医院的绩效考核	★★★
	嘉昆太医疗卫生信息平台项目	初步试点部分医联体医院的信息共享	★

表3 嘉昆太医疗卫生协同发展合作项目 PEST 分析结果（续）

共识	项目名称	项目内容	推荐星级
	公立医院药品和医用耗材联合采购机制建设	试点开展三地公立医疗机构药品和医用耗材联合采购	★
	药事管理平台建设	建立区域药事管理平台，实现对医师处方、药品流通的监管	★
建立综合执法监督联动协调机制	构建医疗卫生综合监督协同机制	规范三地医疗市场秩序，促进医疗服务综合监督工作协同创新发展，联合监督	★★★★

#### 四、长三角节点城市医疗卫生协同发展的政策建议

##### （一）加强顶层设计，发挥规划引领作用

深入对接长三角区域一体化发展国家战略和政策，明确长三角卫生健康一体化的理念和意识，加快研究制定区域医疗卫生协同发展的总体目标、规划布局。

各地区在规划的制定实施过程中确定长三角卫生健康一体化的理念和意识，充分发挥规划在区域发展中的引领作用和协同作用。各地将本地区的卫生健康事业发展放到长三角卫生健康一体化整体建设中去思考和看待，科学确定各区域功能定位和建设目标，研究制定发展规划，明确重点项目的牵头区域和部门，责任分工细化，以“深化资源互通共享，提高资源利用效率”为共识，确保区域工作的整体协同推进，做好优势地区、优势领域的发展，避免过度竞争和资源浪费。

##### （二）加快体制机制建设，确保高质量协同发展

建立统筹协调、规划引领的工作机制，创新区域协同发展，打破行政区域界限和壁垒。加强医疗行政的质量管理，建立质量控制管理的统一标准，推进质控交叉互查机制；推进区域内公共卫生资源共享机制，加速公共卫生一体化建设，使疾病预防控制、突发公共卫生事件、院前急救、传染病管理、慢病管理和卫生监督执法等工作联动协调；建立紧

缺医疗资源的互补机制，促进跨省（市）儿科专科医联体、养老康复联合体的建设，实现跨区域卫生健康合作资源互补、高效低耗；加快推进医保互联互通机制，实现医保异地结算。

### **（三）明确重点发展领域，持续推进项目落地**

#### **1. 加强医疗服务共享，建立同质化医疗管理**

制定节点城市医疗卫生合作联席会议制度，加强区域间医疗服务共享和医学卫生交流，建立同质化医疗质量管理，实现临床结果互联互通。

#### **2. 深化人才交流和培养，加强科研合作**

探索实践高层次医疗卫生人才柔性流动机制，推进医务人员多点执业，使优质人才资源在区域内流通；借鉴上海市全科医生培养机制为长三角地区培养更多的医学人才；加强学科专科协同发展，联合培养科研人员，推进科研项目多中心合作。

#### **3. 推进公共卫生一体化**

建立节点城市公共卫生合作和交流平台，定期举办论坛，建立公共卫生联防联控机制，完善疾病预防综合能力，120 互联互通。

#### **4. 深化中医药创新合作**

实现中医中药六联互动，共同挖掘、整理、传承地方特色学术流派，中医药经方、验方和中药制剂等跨省（市）联用，在长三角地区医联体内共享，使更多居民享受到优质医疗服务。

#### **5. 推进健康信息互联互通**

加强信息化建设，建立节点城市统一标准的数据库，互联互通，建立医师、药师、护师管理平台。

#### **6. 建立综合执法监督联动协调机制**

规范节点城市医疗市场秩序，促进医疗服务综合监督工作协同创新发展，联合监督。

（责任编辑：张苹）

## 后疫情时代“健康嘉定”公共卫生体系建设的思考

王涛<sup>1</sup> 王旭<sup>2</sup> 康琦<sup>2</sup> 石国政<sup>1</sup> 何江江<sup>2</sup> 许文忠<sup>1</sup>

**【摘要】** 文章通过对新型冠状病毒肺炎疫情环境下嘉定区公共卫生体系现状的分析,总结嘉定区抗击新型冠状病毒肺炎疫情的主要经验做法,分析目前嘉定区公共卫生体系存在的主要问题,提出针对性对策建议,为推动后疫情时代“健康嘉定”建设提供参考借鉴。

新型冠状病毒肺炎(以下简称“新冠肺炎”)疫情对我国及全球各国人民健康带来严峻挑战,造成了巨大的经济和社会损失。健全的公共卫生体系,是城市公共卫生安全防御和居民健康保障的关键。2020年6月2日,习近平总书记在专家学者座谈会上提出“只有构建起强大的公共卫生体系,健全预警响应机制,全面提升防控和救治能力,织密防护网、筑牢筑实隔离墙,才能切实为维护人民健康提供有力保障”。如何做好后疫情时代的公共卫生体系建设,是维护人民群众生命安全和经济社会稳定的重要使命,是嘉定区打造科创中心重要承载区、创新活力之城的重要保障。本文通过调研嘉定区应对本次重大疫情的主要工作和当前公共卫生体系建设情况,提出后疫情时代打造“健康嘉定”公共卫生体系的一些建议和思考。

### 一、嘉定区公共卫生体系现状

近30年来,全球出现新发传染病40多种,并以每年新发1种的态势发展。新发传染病传播范围广、传播速度快、社会危害大,成为

---

第一作者:王涛,男,上海市嘉定区卫生健康委员会副主任

通信作者:许文忠,男,上海市嘉定区卫生健康委员会副书记

作者单位:1.上海市嘉定区卫生健康委员会,上海201899

2.上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所),上海200031

全球公共卫生的重点和难点领域。2003年严重急性呼吸综合征（Severe acute respiratory syndrome coronavirus, SARS）疫情发生后，嘉定区公共卫生体系逐步建立，并成功应对多次传染病疫情。

### **（一）公共卫生应急组织体系初步建立**

嘉定区委、区政府高度重视公共卫生应急工作，由嘉定区卫生健康委员会牵头成立公共卫生联防联控领导小组，组织协调指导辖区内公共卫生应急工作。上海市嘉定区疾病预防控制中心（以下简称“区疾控中心”）于2009年设立应急管理办公室，负责组织开展突发公共卫生事件监测、风险评估、应急响应、应急处置以及总结评估等工作。同时，辖区各级医疗机构也成立了卫生应急部门，在组织管理、指导协调、应急处置各类突发事件时发挥了重要作用。2013年，嘉定区成功创建国家应急综合示范区。

### **（二）公共卫生部门协同联动机制逐步完善**

嘉定区通过嘉定区公共卫生工作联席会议，定期研究并确定区内重大疾病防治政策和措施，部署落实综合性公共卫生行动，协调解决影响嘉定区居民健康的重大公共卫生问题，加强卫生应急部门与公安、教育等委办局、街镇的联动，联防联控工作机制不断完善。同时，联合急救中心、公安、消防等部门建立区域突发公共事件医学救援信息互通和应急联动机制（三警联动），做到信息互通和共享。此外，嘉定区不断完善相关的卫生应急预案，陆续修订《上海市嘉定区突发公共事件总体应急预案》（嘉府发〔2006〕27号）、《嘉定区流感大流行应急预案》（嘉府办发〔2013〕3号）等一系列区级卫生应急预案。

### **（三）公共卫生应急队伍逐级建立**

根据《上海市卫生应急队伍管理办法（试行）》要求，结合嘉定区实际，2013年原嘉定区卫生局成立了区级四大类卫生应急队伍，包括紧急医

学救援队、突发急性传染病防控队、卫生监督专业队、心理危机干预队。2015年，原嘉定区卫生和计划生育委员会成立嘉定区卫生应急专家咨询委员会，专家库成员共257名。2019年，嘉定区卫生健康委员会对区级应急队伍进行调整，共有区级卫生应急队伍4支66人。此外，按照“练在平时、急在战时、平战结合、协同指挥”的原则，嘉定区坚持开展多种形式的卫生应急演练，提升卫生应急队伍的快速反应能力。

## 二、抗击新冠肺炎疫情主要措施

本次新冠肺炎疫情防控中，嘉定区在上海市新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作领导小组办公室（以下简称“市防控办”）的指导下，形成了道口防疫、社区排摸、分类管理、居家隔离、集中隔离、医疗救治等一系列操作规范和实施流程。

### （一）建立紧急高效的防控工作组织

在应对本次新冠肺炎疫情的过程中，嘉定区全面响应、快速行动。2020年1月20日，上海全面启动疫情防控工作，嘉定区第一时间成立区疫情防控工作领导小组，由区委书记、区长担任双组长，全面贯彻落实市疫情防控工作领导小组各项工作要求。领导小组下设办公室以及综合防控组、交通管控组、物资保障和市场供应组、社区防控和志愿服务组、宣传信息组5个专项工作组，由相关区领导担任组长，突出实体化运作。嘉定区新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作领导小组办公室（以下简称“区防控办”）每日召开专项工作组例会，加强对疫情防控的分析研判、政策制定、综合协调和落实推进。

### （二）形成社区“群防群控”工作模式

在疫情防控中，嘉定区建成区疫情防控服务系统，指导各街镇对重点人员进行精准排摸、及时管控。各街镇全面开展重点地区人员地毯式排摸，未发生社区疫情传播情况。疫情期间，嘉定区800个有围墙的

居住小区实现封闭式管理全覆盖，64个开放式小区采取增派岗亭力量、强化出入管控等措施。嘉定区政府推动党政机关下沉一线志愿服务，抗疫期间有1068名干部下沉一线，全脱产落实居（村）防控任务，发动招募社会志愿者1118名，全方位做好产业园区、商务楼宇等重点区域排查和管理工作。嘉定镇街道的《居家隔离观察指南》还被列为全市第一个关于居家隔离的标准化文件。

### （三）有序开展医疗救治和道口防疫

嘉定区把医院零感染作为首要任务，区内4家设有发热门诊的医疗机构，把发热门诊作为第一道防线，做到“挂号、配药、化验、注射、收费”“五不出门”，做到早发现、早报告、早诊断、早隔离。嘉定区参照新加坡公共卫生防范经验，遵循“平战结合、高效灵敏”原则，加快推进社区卫生服务中心发热哨点诊室和发热门诊建设，完成区内所有社区卫生服务中心的发热哨点建设。区疾控中心坚持24小时轮班工作，加快对疑似病例的筛查和流行病学调查分析，患者从就诊到确诊平均时间不到1天，流行病学调查分析平均为5小时，确保疫情不扩散。区卫生监督所对医疗机构、集中隔离点、商务楼宇、大型超市等场所进行监督指导，同时做好道口管控和健康筛查。自1月27日起，嘉定区搭建“组长—站长—值班长—值守人员”四级运作体系，派驻医务、公安、保安、交通等工作人员累计4万余人次，对区内入沪道口进行24小时全天候上岗驻守，全面落实逢车必检、逐个测温、逐人筛查，严格做好体温测量、信息登记、人员转运等工作。

### 三、面临的挑战和存在的不足

在新冠肺炎疫情防控中，嘉定区也暴露出了公共卫生应急体系、处置能力等方面的不足。

### （一）公共卫生体系建设尚不完善

嘉定区在区级层面尚未制定一个公共卫生应急体系建设和发展的中长期规划，缺少政府层面指导性的纲领文件。尽管嘉定区在新冠肺炎疫情期间形成了一些好的防控机制和规范文件，但仍需要在后疫情时代进一步规范相关政策体系。此外，抗击疫情过程中，嘉定区虽然制定和更新了各类应急预案，但在处置新发或重大传染病时，各部门、各街道缺乏具体的操作指引和明确的责任边界，如社区如何管控、道口如何查验、居家隔离如何落实等，缺乏相应工作方案和预案指导。

### （二）疾病预防控制体系改革滞后

疾病预防控制体系是公共卫生体系的核心。近年来，由于机构改革、事业单位体制改革等多种原因，导致嘉定区以区疾控中心为主体的疾病预防控制体系改革发展严重滞后。一是专业人才长期缺乏。根据《关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知》（中央编办发〔2014〕2号）“编制配备原则上按照常住人口万分之1.75的比例核定”的标准，区疾控中心原则上应配置编制216个，实际编制缺口91个；同时，与其他区相比，区疾控中心每万人编制数也明显偏少，排在全市第15位。此外，由于区疾控中心专技人员中、高级职称均已满额，加上薪酬和落户等限制，导致业务骨干流失严重。二是用房和硬件严重不足。目前区疾控中心人均建筑面积为48.8m<sup>2</sup>，远低于《疾病预防控制中心建设标准建标127-2009》规定的人均建筑面积（65m<sup>2</sup>/人）的标准，且缺少传染病等突发事件应急处置配套清洗消毒专用房屋和设施，很大程度上限制了疾病预防控制工作的开展。此外，在此次应对新冠肺炎疫情的过程中，还暴露出区疾控中心P2生物实验室不足、无负压实验室、专业用车不足等一系列硬件短板问题，影响了疾病防控职能发挥。

### **（三）社区防控网底薄弱**

社区卫生服务中心是社区防控的重要网底，除日常诊疗活动外，更强调预防接种、传染病和突发公共卫生事件报告和处理等公共卫生职能。但当前基层公共卫生医师队伍建设薄弱，专业力量严重短缺，基本公共卫生工作部分由临床、护理等人员兼职，部分人员缺乏公共卫生理论知识、消毒及个人防护等技能，更无法满足“战时”需要。

### **（四）重大疫情救治能力不足**

嘉定区先后启动了多轮医疗机构的新改扩建，但部分医院在规划发展中不重视发热门诊、传染病病房、传染科等建设。嘉定区仅有4家公立医院设发热门诊，各医院仍存在发热门诊面积不足、分区不合理、功能不完备等问题。同时，综合性医疗机构医务人员参与重大疫情的储备和能力不足，物资储备、设施设备欠缺。

### **（五）公共卫生应急联防联控机制不够顺畅**

目前公共卫生应急仍侧重卫生健康部门专业管理，尚未完全建立部门协同、科学规范、统一高效的“战时”指挥体系。此外，重大疫情联防联控、群防群控工作机制亟需完善。此次新冠肺炎疫情防控中，“嘉昆太”卫生应急协同响应机制缺少互联互通、协同作战。

## **四、思考和建议**

### **（一）建立公共卫生安全指挥中枢**

要按照习总书记关于“健全国家公共应急管理体系”指示精神，借鉴新冠肺炎疫情防控有效经验，固化疫情防控指挥部模式，建设嘉定区公共卫生应急指挥中心。明确指挥部常设成员单位，并对成员进行精简，指挥部框架下设立工作组，分别负责综合协调、疫情防控、医疗救治、宣传信息、物资保障、督查督办、社会稳定等工作，提升区域公共卫生应急指挥综合能力。

## （二）完善公共卫生安全联动机制

一是加强公共卫生安全制度保障，在落实上海出台的相应法规和政策体系基础上，要加快出台嘉定区公共卫生体系建设的中长期规划和实施方案，提高重大疫情和突发公共卫生事件的应对能力，达到上海市一流水平。二是畅通部门公共卫生安全联动机制，依托嘉定区公共卫生应急指挥中心，定期召开公共卫生工作联席会议，完善公共卫生应急治理体系，明确责任分工，压实属地责任，落实各部门防控职责，实施依法防控、联防联控、群防群控，形成道口防输入、社区防扩散的公共卫生应急社会面防控体系。三是依托城市运行“一网统管”平台，建立跨部门、跨层级、跨区域的信息整合机制，打造区公共卫生应急指挥信息系统。

## （三）重点改革疾病预防控制体系

按照习近平总书记关于“预防是最经济最有效的健康策略”精神，重点推进疾病预防控制体制机制改革。对标长三角地区最高标准、最好水平，提升疾病预防控制机构现场调查处置能力、信息分析能力、检验检测能力和科学研究能力，打造专业化、现代化的疾病预防控制网络。要进一步充实疾病预防控制机构人才队伍，实施公共卫生专业人才定向培养等人才政策，科学核定疾病预防控制机构、社区卫生服务机构人员编制和职数。可采取平战结合方式，建立公共卫生应急“预备役”队伍，在“战时”情况下，该队伍纳入统一调度，随时参与疫情防控、医疗救治、基层支持等工作。推进公共卫生应急体系人事薪酬制度改革，薪酬待遇达到区级公立医院水平，实现人才“引得来，留得住”。

## （四）完善基层公共卫生防控网络

进一步发挥“群防群控”经验，完善社区公共卫生治理体系，在社区层面强化公共卫生防控职能。优化应急状态下街镇（居村）、公安派出所、社区卫生服务中心三方联动机制，巩固以基层党组织为核心，居

(村)委会为主导,业委会、物业公司、社区党员、志愿者、居民骨干等共同参与的基层社区防控架构。可考虑居(村)建设专兼职公共卫生管理人才队伍,协助相关部门做好社区疫情防控宣传教育和健康提示,落实社区封闭式管理、人员进出管控、居家医学观察管理等应急处理防控措施,及时收集、登记、核实、报送相关信息。

#### **(五) 提供公共卫生安全硬件支撑**

实施疾病预防控制机构达标建设和能力提升工程,异地新建一个布局合理、功能完善的区疾控中心,其业务用房和仪器装备条件应满足城市应对公共卫生安全事件需要。加强传染病救治硬件设施建设,建设区级传染病诊治中心,传染病应急病区设置负压病房,负责全区传染病诊治和技术支撑。在辖区二三级医院全面建设标准化发热门诊,所有社区卫生服务中心全覆盖设置发热哨点诊室,在医疗机构、公共交通、公共场所的重点部位设置智能卡口和体温监测设施,强化智能监测和精准防控。

#### **(六) 提升市民公共卫生健康素养**

提升市民公共卫生健康素养是建立公共卫生体系的重要基础。建议将公共卫生健康科普、健康文明生活方式教育纳入各部门、各单位卫生应急管理工作范畴,纳入嘉定区各类基础文明创建考核办法。推动市民健康服务中心建设,并充分依托健康促进区、健康促进场所和健康教育基地建设,建立完善符合嘉定区特点和实际需求的公共卫生应急科普知识传播资料库,整合线上线下科普资源,立足传统媒体渠道,拓展新媒体传播资源,开展常态化公共卫生应急科普。提升全民应急救护能力,加强全民生存、安全、应急救护基本知识教育和技能培训、演练。创新群众动员方式方法,推动专业防控和群众参与有机结合,打造“全民参与”的社区公共卫生治理共同体,合力守护嘉定区的城市安全。

(责任编辑:信虹云)

## 上海市基层对 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察 介绍：基于一线执行人员的视角

董晨杰<sup>1</sup> 田源<sup>2</sup> 许文忠<sup>3</sup> 陈多<sup>4</sup> 朱杰<sup>5</sup> 陆萍<sup>5</sup> 何江江<sup>4</sup>

**【摘要】** 新型冠状病毒肺炎（COVID-19）疫情被世界卫生组织评估已具备全球大流行特征，事实证明中国有力的防控措施是有效的。疫情防控措施的关键环节是追踪与管理 COVID-19 病例密切接触者，文章以上海市嘉定区为例，介绍基层对密切接触者实施集中隔离医学观察的概况以及影响集中隔离医学观察效果的相关因素，为其他国家和地区密切接触者的集中隔离医学观察提供借鉴和参考。

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）（以下简称“新冠肺炎”）疫情被世界卫生组织（World Health Organization, WHO）评估已具备全球大流行特征，截至北京时间 10 月 18 日 16 时 30 分左右，全球累计新冠肺炎确诊病例达 40 000 081 例，累计死亡病例达 1 115 154 例。WHO 针对这次疫情提出了 8 个基本应对措施，其中密切接触者的识别、跟踪和隔离这些重要环节被多次提及。2020 年 1 月 20 日，中国将新冠肺炎纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，采取甲类传染病的预防、控制措施；并按照《中华人民共和国国境卫生检疫法》规定的检疫传染病管理，采取“四早”（早发现、早报告、早诊断、早隔离）、“四集中”（集

基金项目：2020 年上海市嘉定区卫生健康委员会卫生健康政策研究课题“嘉定区重大传染病基层防控应对策略研究”（课题编号：2020JDHP12）

第一作者：董晨杰，男，主治医师，本科

共同第一作者：田源，男，主治医师，硕士，上海市嘉定区南翔医院副院长

通信作者：何江江，男，副研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生政策研究部主任

作者单位：1. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

2. 上海市嘉定区南翔医院 上海 201802

3. 上海市嘉定区卫生健康委员会，上海 201899

4. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

5. 上海市嘉定区马陆镇社区卫生服务中心，上海 201801

中患者、集中专家、集中资源、集中救治) 等措施, 中国有力的防控措施为其他国家提供了机会之窗, 中国的方法被事实证明是有效的。中国对 COVID-19 病例密切接触者的追踪与管理也分别出现在 WHO 的防控建议和中国的防控方案中。

本文以上海市嘉定区某社区集中隔离医学观察点为例, 从一线执行人员的视角, 介绍上海市基层对 COVID-19 病例密切接触者实施集中隔离医学观察概况以及影响集中隔离医学观察效果的相关因素。

### 一、集中隔离医学观察概况

COVID-19 疫情出现以来, WHO 和中国发布了多项防控指南和应对措施来遏制病毒的传播, 中国各省市也分别启动重大突发公共卫生事件一级响应。COVID-19 病例密切接触者的追踪与管理是防控措施的重要环节, WHO 发布了集中隔离医学观察的指导性文件, 中国也发布了一系列的相关文件, 上海市在上述文件的基础上发布了符合区域特点的相关防控文件, 文件中对于密切接触者的追踪和管理、集中隔离医学观察点的选址、人员设置和工作职责、消毒和防护等内容进行了指导(见表 1)。

表 1 国家及上海 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察相关文件

发文时间	发文机构	文件名称
2020.02.29	国家卫生健康委员会	《关于进一步规范和加强新冠肺炎流行期间消毒工作的通知》（联防联控机制综发〔2020〕89号）
2020.03.04	国家卫生健康委员会	《关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）的通知》（国卫办医函〔2020〕184号）
2020.03.07	国家卫生健康委员会	《国家卫生健康委办公厅关于印发新型冠状病毒肺炎防控方案（第六版）的通知》（国卫办医函〔2020〕145号）
2020.01.28	上海市卫生健康委员会	《关于上海市防控新型冠状病毒感染的肺炎疫情全面实施来沪人员健康筛查和重点人员隔离观察（留验）工作的通知》（沪肺炎防控办〔2020〕22号）
2020.02.07	上海市人民代表大会	《上海市人民代表大会常务委员会关于全力做好当前新型冠状病毒感染肺炎疫情防控工作的决定》（上海市人民代表大会常务委员会公告第30号）
2020.02.11	上海市人民政府	《上海市人民政府关于进一步严格落实各项疫情防控措施的通告》（沪府发〔2020〕2号）
2020.03.13	上海市卫生健康委员会	《关于印发〈上海市新型冠状病毒肺炎防控方案（第五版）〉的通知》（沪卫疾控〔2020〕005号）

### （一）服务部门、人员和工作职责

上海市集中隔离医学观察对象的分类和采取的隔离措施符合 WHO 的指南要求，服务内容主要为管理协调、医疗卫生和后勤保障，所涉及的部门、人员和工作职责见表 2。

表2 上海 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察点服务部门、人员和工作职责

工作分类	涉及部门	人员组成(代码)	工作职责		
管理协调	政府部门	社区/街道管理人员(A)	全面组织管理和协调各部门派出人员,进行工作分工;物资统筹安排;处理各类突发事件		
	卫生管理部门	卫生行政管理人员(B)	协助A组织管理和协调卫生系统内部人员,统筹安排医疗资源		
		卫生监督执法人员(C)	卫生监督和执法,隔离区域分区评估;污物、污水处理评估		
医疗卫生	医疗部门	社区卫生服务中心管理人员(D)	集中隔离医学观察点的管理和统筹协调,餐食和物资具体安排、站点工作人员分工;观察对象、物资储备的相关信息传递		
		全科医师(E)	观察对象的接待引导;为观察对象进行医学评估和常规诊疗;工作人员和观察对象的防控培训;污染区的消毒		
		心理医生(F)	为观察对象提供心理评估、心理咨询和诊疗		
		公共卫生医师(G)	为观察对象进行感染风险评估和流行病学调查;污染区消毒		
		护士(H)	为观察对象提供常规护理,对工作人员和观察对象进行防控培训;配置消毒物品并指导消毒人员做好公共区域及半污染区的消毒隔离;医疗废物处置及指导工作		
		药剂师(I)	为观察对象提供用药指导		
		CDC专业技术人员(J)	观察对象的信息收集、分析和传递;对集中隔离医学观察点进行防控指导		
		后勤保障	消防部门	消防员(K)	消防评估、督查和消防急救
			公安部门	警察(L)	安全评估和保障
			安保部门	安保员(M)	安全保卫;维持集中隔离医学观察点的秩序;生活用品、餐食等物资的传递
外事部门	外事翻译(N)		翻译沟通和协调;外籍人士的信息传递		
环卫清洁	清洁人员(O)		环境清洁、房间清洁、垃圾集中处置		
	消毒人员(P)	公共区域及半污染区消毒、车辆消毒			
	环卫工人(Q)	垃圾清运、医疗废物清运			
	社会组织	志愿者(R)	观察对象的信息登记、沟通联络;观察对象的需求登记、上报和反馈		
	酒店	酒店服务人员(S)	酒店运营、物资保障		

## (二) 工作流程

集中隔离医学观察点的具体工作按照 14 天常规隔离时间要求，将各个时间节点分为前期准备、观察初期（第 1 日）、观察中期（第 2～13 日上午）、观察后期（第 13 日下午）和解除集中隔离医学观察（第 14 日），工作人员每次与观察对象接触前后均根据相关文件要求进行个人防护和常规消毒，从特定通道出入集中隔离医学观察区域（见表 3）。

表 3 上海 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察点工作流程

时间	工作内容	具体内容	执行者
前期	选址	选取符合要求的酒店作为集中隔离医学观察点	A、B
	评估	污物、污水处理评估和隔离区域分区评估	C
		消防评估	K
		安全评估	L
	培训	全体工作人员岗前培训	D、E、F、H
第 1 日	信息接收	观察对象信息接收、确认	D
	食宿安排	为观察对象安排房间、预订餐食	D
	工作分配	将接收观察对象的工作进行分配	D
	观察对象接待	与转送医务人员对接、确认信息	E
		告知密切接触者集中隔离医学观察相关情况	E
		签署《上海市新型冠状病毒肺炎病例密切接触者医学观察告知单》《上海市嘉定区集中隔离观察承诺书》	E
		发放《温馨告知及心理热线》《集中隔离医学观察人员个人防护和消毒须知》	E
	评估	感染风险初评：流行病学史询问	E
		疾病评估：临床症状及既往史询问	E
		观察对象心理评估	F
	入住引导	带领观察对象从特定通道进入房间，介绍房间内物品、设施、设备的使用等	E
		告知如何进行体温测量，培训观察对象个人防护	E
	信息记录	记录观察对象相关信息、填写《健康状况信息登记表》	E
感染风险再评估	电话沟通，确认并补充流行病学史	G	
常规沟通	电话沟通，了解观察对象生活情况，需求反馈给 D	R	

表3 上海 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察点工作流程（续）

时间	工作内容	具体内容	执行者
第2~13日上午	体温测量	每日两次测量体温	E
	垃圾处理	无症状观察对象的生活垃圾，经消毒后，作为一般生活垃圾处理；有症状的观察对象的生活垃圾，按感染性医疗废物处置	O、Q、G、H
	环境消毒	经过培训的消毒人员进行环境消毒	P
	常规沟通	电话沟通，了解观察对象生活情况，需求反馈给D	R
	评估及观察	观察对象感染风险和既往疾病风险进行评估和处置，每日查房并测量体温	E
	疾病诊疗	对存在感染风险和疾病风险的观察对象进行诊疗，无法处理的情况予以转诊（见集中隔离医学观察对象转诊流程）	E
第13日下午	心理咨询	对存在不良情绪的观察对象进行心理咨询	F
	解除前初评告知	询问观察对象病史并测量体温 发放《解除隔离温馨告知》	E E
	信息记录	填写《上海市新型冠状病毒肺炎疫情防控病例密切接触者隔离医学观察解除告知单》	E
第14日	解除前再评	询问观察对象病史并测量体温	E
	解除集中隔离医学观察	无异常者，发放《上海市新型冠状病毒肺炎疫情防控病例密切接触者隔离医学观察解除告知单》和口罩1个	E
	离开引导	带领观察对象从特定通道离开	E
	终末消毒 信息记录	对房间进行终末消毒 在《解除医学观察登记本》上记录相关信息	E E

### （三）转诊与急救流程

当观察对象出现身体不适等情况时，由集中隔离医学观察点的全科医生进行诊疗，如观察对象需转诊，开具《集中隔离医学观察点就诊证明单》，由社区/街道安排专人专车进行转诊，如不能排除新冠肺炎疑似病例诊断或其他特殊情况，由集中隔离医学观察点的社区卫生服务中心管理人员联系区域急救中心和就近的医疗机构发热门诊，安排车辆和人员随区域急救人员一同前往发热门诊，陪同人员做好一级防护，运送车

辆进行消毒，如排除疑似病例，由社区/街道安排专人专车接回，如是确诊病例则由接诊医院转诊至上海市公共卫生中心进一步诊疗（见图1）。

## 二、影响集中隔离医学观察效果的相关因素

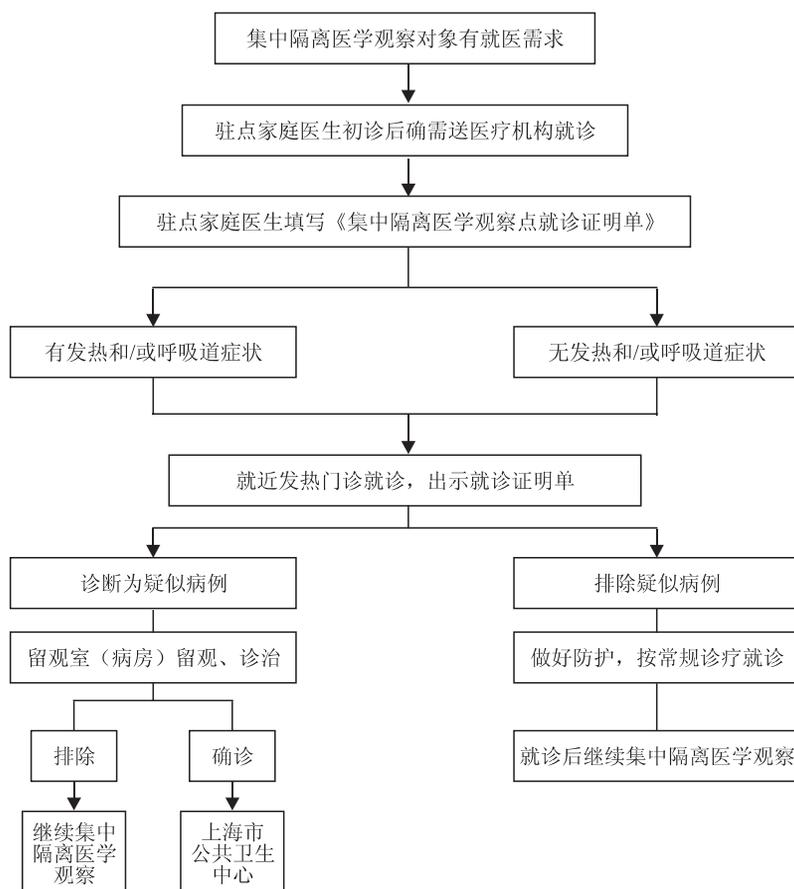


图1 上海 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察对象转诊流程图

关于基层 COVID-19 病例密切接触者集中隔离医学观察效果的影响因素，本文从一线执行人员的视角进行了 6 个方面的思考与整理。

### （一）政府的主导能力和动员能力

中国的政治制度优势使中国政府在本次疫情防控中采取了一系列强有力的措施，政府、全社会的动员方式非常高效，选择符合要求的酒店建立集中隔离医学观察点，以政府为主导的网格化管理团队对资源进行统一调配。

## （二）多部门协作能力

疫情的防控工作是全社会的整体行动，不仅仅是卫生部门的工作，需要政府各部门统一应对，连贯一致。隔离点工作人员由政府管理人员、卫生管理人员、医务人员、消防员、警察、安保人员、外事人员、环卫清洁人员、志愿者、酒店服务人员等组成，多部门的协作能力决定了疫情防控环节的连贯性。

## （三）卫生应急队伍的建设和经费、物资的保障

在突发公共卫生事件时，一支经验丰富、训练有素的队伍能够沉着冷静的应对，发挥巨大的作用，卫生应急队伍的组建和不断的培训、演练将提高应急队伍的能力；充足的经费和物资能够保障集中隔离医学观察的良好运行，保障医务人员有序的开展工作。

## （四）有效的信息传递

便捷有效的信息传递和信息集成，有利于多部门协作，提升效率，促进有效合理的分配人力和物资，保障疫情防控的高效。真实有效的新闻能够避免谣言的传递，减少假新闻带来的风险。

## （五）观察对象的心理因素

影响观察对象既有躯体的健康程度也有心理因素。需求的多样性和满足情况会对个体产生影响，不仅影响其在集中隔离观察期间的疾病风险，同样对其产生心理影响，在集中隔离医学观察初期，应尽早对观察对象进行心理评估，及时采取有效干预，保证集中隔离医学观察的顺利进行。

## （六）重点人群的关注

在集中隔离医学观察期间，我们应对儿童、老人、孕产妇、慢性基础疾病患者、特殊疾病患者等重点人群进行关注，该类人群免疫力相对较低，需要特别注意防护，应尽早对该类人员进行感染风险和疾病风险

评估，及时采取有效干预，保证集中隔离医学观察的顺利进行。

中国疾病预防控制中心新冠肺炎疫情分布情况表明，中国大部分地区疫情发展在2月中旬呈现下降趋势。目前，中国的疫情防控取得阶段性成效，境内疾病传播基本阻断，防控形势持续向好，但也要注意二次疫情复发的可能，需要关注可能存在的治愈后病毒转阳患者、假阴性病人、无症状病毒携带者和新患者。境外疫情大流行呈加速趋势，输入型病例管控压力持续加大，需要进一步严格入境人员管理，特别是对于上海这样的国际性大都市。对于已流入的境外人员进行集中医学观察时应注意不同的国家文化和价值观，以免产生不必要的冲突或影响隔离医学观察效果。从长远来看，我们还需要继续关注隔离观察人员的创伤后应激障碍（Posttraumatic Stress Disorder, PTSD）发生情况，中国为减轻疫情所致的群众心理伤害，为积极预防、减缓和尽量控制疫情的心理社会影响，开通了心理援助热线，下发了心理援助、心理疏导和心理危机干预等相关的指导文件，及时识别高危人群，避免极端事件的发生。

（责任编辑：张苹）

## 嘉定区整合型卫生服务中人才培养与使用的实践与思考

刘晓云<sup>1</sup> 何江江<sup>2</sup> 方云芬<sup>3</sup>

**【摘要】** 以人为本的整合型卫生服务体系（People-Centered Integrated Care, PCIC）是实现全民健康覆盖的新型服务模式。基层卫生服务是 PCIC 的基础，强调医疗卫生服务的可及性、综合性、连续性以及协调性。这种新型卫生服务模式需要新的卫生人才培养和使用机制。中国从 2011 年开始建立全科医生制度。在国家政策的指导下，各地不断探索建立新的人才培养模式和使用机制，为 PCIC 模式提供人才保障。文章介绍上海市嘉定区在新型卫生服务模式中人才培养和激励使用中的经验，为其他地区和国家提供经验借鉴。

### 一、背景

上海市嘉定区的初级卫生保健工作起步于 20 世纪 50 年代，从 1980 年开始，嘉定区与世界卫生组织（World Health Organization, WHO）合作，成为 WHO 的初级卫生保健合作中心。目前嘉定区基层卫生服务正面临着一些挑战，主要包括：一是家庭医生缺乏有效支持，需要花费大量时间和精力用于工作协调和文书填写等事务，而且由于信息系统尚不完善，重复录入工作较多；二是基本医疗和公共卫生工作割裂，无法有效整合，实现真正的健康管理；三是受绩效工资制度的限制，家庭医生薪酬水平较低，工作积极性不高。很多发展中国家也面临以上问题的困扰，因此探讨以人为本的整合型卫生服务可以为其他发展中国家和地区提供一定的参考和借鉴。

---

第一作者：刘晓云，男，教授，北京大学中国卫生发展研究中心副主任

通信作者：方云芬，女，上海市嘉定区卫生健康委员会主任

作者单位：1. 北京大学中国卫生发展研究中心，北京 100191

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

3. 上海市嘉定区卫生健康委员会，上海 201800

## 二、“3+X”新型服务模式

为了解决上述问题，近年来嘉定区采取了一系列改革措施。本文要介绍的一项重要举措是“3+X”服务模式。“3+X”即由1名家庭医生、1名健康管理师、1个区域家庭医生服务管理中心和若干个服务支持中心构成。

全科医生是家庭医生团队的核心，开展签约、诊疗、转诊、社区诊断、重点人群健康管理、资源转介、医疗费用管理、绩效管理、团队管理等核心工作。

健康管理师作为家庭医生的直接助手，辅助完成签约服务工作内容，主要包括为签约居民提供分诊、居民基本情况问诊、建立和完善健康档案、基本公共卫生服务等。

家庭医生服务管理中心是一个统一呼叫中心和作业平台，为有家庭医生服务需求的人群提供服务引介、签约引导、宣传推介等。

X是若干个服务支持中心作为签约服务的有益和必要补充，承接家庭医生无法完成的某些专业服务。其中内部支持中心包括护理、公共卫生、康复、妇幼保健、后勤等，外部支持中心包括区域医联体、商业保险公司等。

签约居民在社区卫生服务机构就诊时，可以通过家庭医生服务管理中心、自助服务机和诊室预约三种方式进行挂号，之后由健康管理师进行健康咨询、健康管理等，再由家庭医生提供全科医学式诊疗服务，服务中可以借助外包服务中心提供个性化的服务，家庭医生对疑难病例可转至上级医疗机构。

## 三、“3+X”服务模式中卫生人才培养与使用

“3+X”服务模式需要多种类型的卫生人员分工合作、密切配合。

对这些不同类别的人员培养和使用,是该模式能够成功实施的重要保障。

### (一) 全科医生

高质量的全科医生是“3+X”服务模式的核心。嘉定区处于上海远郊,卫生人员的薪酬待遇和生活配套水平落后于中心城区,很难吸引经过规范化培训的优秀全科医生。在这种情况下,嘉定区从2017年开始启动定向培养“5+3”全科医生:与上海的医学院校合作,通过高考从本地录取优秀的高中毕业生,签订合同,在医学院接受5年的临床医学教育和3年的全科医生规范化培训,录取的定向培养生在校期间免除学费。毕业后按照合同到社区卫生服务中心工作10年。

合格的全科医生至少需要8年时间才能完成培养,短期内难以满足基层卫生服务的需要。嘉定区从2012年开始“3+2”助理全科医生定向培养模式:生源来自于嘉定区户籍应届高中毕业生,首先委托上海本地的医学院校进行3年临床医学专科培养,之后再进行2年助理全科医生培养。录取的定向培养生在校期间免除学费、书杂费和住宿费,并给予每月500元的生活补贴。截至2018年年末,“3+2”助理全科医生模式已定向培养社区医生256名,其中212名就职于区域内的社区卫生服务中心。根据全科医生发展规划,嘉定区于2018年完成最后一批“3+2”定向助理全科医生招录工作,此后,转入“5+3”全科医生培养模式。

### (二) 健康管理师

健康管理师配合全科医生,承担大量的沟通协调、信息管理以及公共卫生工作,在“3+X”服务模式中发挥着枢纽作用。健康管理师是新型的卫生人才,嘉定区从在职护士中招收学员,依托上海健康医学院的师资,对他们进行2~3个月的培训,获得健康管理师的资格证书。嘉定区共计划培养300名健康管理师,目前已培养110名。

### （三）其他人员

除了以上两类核心人员（全科医生和健康管理师）以外，“3+X”服务模式还需要家庭医生服务管理中心的电话接线员，他们一般没有医学背景，只需要接受短期的业务培训即可上岗工作。

### 四、经验总结

嘉定区“3+X”服务模式是以人为本整合型卫生服务体系的地方创新。该模式有效结合了国际经验和地方特点，以家庭医生为核心，健康管理师为枢纽，配合家庭医生服务中心和若干支持中心，实现了医疗和公共卫生服务的横向整合，以及基层与医院之间的纵向整合。

配合“3+X”服务模式，嘉定区因地制宜，定向培养全科医生，招收本地生源，利用本地医学教育资源，加之免学费的经济激励和签订合同的硬性约束相结合。在短期内无法培养足够的高质量全科医生的情况下，先培养“3+2”学制的助理全科医生，条件成熟时才转向“5+3”学制的全科医生培养。健康管理师培训以现有的护士为对象，进行短期培训，获得岗位需要的知识和技能。

为了实现“3+X”服务模式的政策目标，嘉定区卫生健康委员会、财政局、人力资源和社会保障局等多部门成立了联合领导小组，定期召开会议，协调改革进展。区财政加大对人才培养的投入力度，全科医生和健康管理师的培养和使用经费均由区财政支持。在政策执行层面，综合运用了激励和约束的双重措施，对定向全科医生培养，免除学费和住宿费，提供生活补贴，全科医生在社区卫生服务中心工作期间，在常规的收入之外，每年另有1万元补贴。同时，他们也要接受合同的约束，在社区卫生服务中心至少服务10年。

本文从政策设计和实施过程等角度对嘉定区以人为本整合型卫生服

务体系创新及相应的人才培养进行了介绍和分析。该模式对于居民卫生服务利用和健康产出的影响有待进一步深入系统的评价。其他国家和地区在参考嘉定区经验时，应结合当地实际的政策环境，包括居民对卫生服务的需求情况、当地现有卫生人才的数量、质量和分布、地方政府的财政能力以及各部门的合作机制等。

（责任编辑：张革）

## 基于 DRGs 的住院医疗服务管理政策对区域住院服务绩效的影响：基于中断时间序列模型

冯旅帆<sup>1</sup> 田源<sup>2</sup> 何梅<sup>3</sup> 汤洁<sup>3</sup> 彭颖<sup>1</sup> 董晨杰<sup>3</sup>

许文忠<sup>4</sup> 王涛<sup>4</sup> 何江江<sup>1, 3</sup>

**【摘要】**目的：评估上海嘉定区自 2017 年开始实施基于疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 设计的住院医疗服务管理政策对区域住院服务绩效的影响。方法：从住院医疗服务管理系统中采集 2013—2019 年的住院医疗服务管理绩效指标季度数据，并采用中断时间序列模型进行分析。通过分段线性回归模型分析政策前后续效指标的水平变化和斜率变化估计值。采用 Durbin-Watson 检验来验证指标的自相关性。结果：在政策实施后，病例组合指数 (Case-Mix Index, CMI) 水平下降 0.103 ( $P < 0.05$ )，斜率增加 0.008 ( $P < 0.05$ )；总权重水平下降 3719.05 ( $P < 0.05$ )，斜率增加 250.13 ( $P < 0.05$ )；时间效率指数水平上升 0.12 ( $P < 0.05$ )，斜率下降 0.01 ( $P < 0.05$ )；费用效率指数水平上升 0.31 ( $P < 0.05$ )，斜率下降 0.02 ( $P < 0.05$ )；DRGs 组数、低风险组死亡率和中低风险组死亡率的变化没有统计学意义。结论：住院医疗服务管理政策在提高区域住院医疗服务能力和服务效率方面有着积极的作用。其他省市和国家可以通过出台相似的政策以及搭建良好的信息系统、建立高质量的电子病案数据以及可靠的管理团队，来提高区域住院医疗服务绩效。

上海市嘉定区自 2015 年开始探索搭建基于疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 的住院医疗服务管理系统，希望通

第一作者：冯旅帆，男，研究实习员

并列第一作者：田源，男，主治医师，硕士，上海市嘉定区南翔医院副院长

通信作者：何江江，男，副研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生政策研究部主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

2. 上海市嘉定区南翔医院，上海 201802

3. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

4. 上海市嘉定区卫生健康委员会，上海 201899

过 DRGs 来有效比较不同医院之间的产出，从而与政府的投入挂钩作为绩效奖励，促进医院的住院医疗服务绩效提升。本文旨在分析嘉定区开展基于 DRGs 的住院医疗服务管理政策后，对区域内整体医疗服务能力、效率和质量方面产生的影响。

## 一、DRGs 的起源与应用

### （一）DRGs 的起源

由于医疗需求存在多样性、随机性和信息不对称性，政府和管理公立医院时，经常会遇到不能合理评价医院产出的情况，如各医院收治病人的类型不同，无法简单的将公立医院的绩效进行比较。因而，次均费用、平均住院日、死亡率等传统的医疗服务绩效评价指标存在“可比性”问题。为了应对这个难题，国际上常用的方法就是通过病例组合工具来进行病例之间的风险调整。早在 1852 年，Florence Nightingale 就提出病例组合分类的概念，而后由 Fetter Robert 在美国社会保障管理局的资助下开发了最知名的病例组合，即 DRGs。

### （二）DRGs 在国际上的应用

DRGs 的主要作用是提高医院的透明度，从而方便对医院的产出进行评价，因而被用于医保支付、预算管理和绩效评价等领域。

DRGs 在美国取得了良好的效果，如新泽西州采用 DRGs 支付后，显著降低了医疗费用的增长率和平均住院日。欧洲国家随后迅速引入 DRGs，如英国、法国和德国等引入 DRGs 支付方式后，医院效率、能力和透明度有效提高，患者等待时间和平均住院日相应缩短，医疗质量进一步提高，并促进了医院间的良性竞争；瑞典和芬兰使用 DRGs 后，显著提高了医院服务计划和管理的透明度，从而提升医院的效率。

### （三）DRGs 在国内的应用

中国于 2008 年完成本土 DRGs 的开发工作，最初用于北京地区医院的绩效评价。

2015年,原嘉定区卫生和计划生育委员会将DRGs建设列入政府工作要点,逐步开展建设电子病历、规范病案首页填报、统一疾病分类标准等工作。诊断住院病历首页采用中国2012版病案首页,编码采用上海临床疾病分类(ICD-10)和手术操作分类(ICD-9)字典库。2016年成立区级病案质控组,进行病案质控督查和培训。2017年完成基于DRGs的区域疾病诊断相关分组住院医疗服务管理系统建设。

## 二、数据分析与结果

### (一) 数据来源与方法

本文数据来源于住院医疗服务管理系统中嘉定区的5家公立医院,包含2013—2019年7年时间51万例左右出院病例的病案首页数据,涉及总费用412407万元。通过住院医疗服务管理系统采集了2013—2019年基于DRGs的绩效指标,包括能力维度(病例组合数、病例组合指数(Case-Mix Index, CMI)、总权重),效率维度(费用效率指数、时间效率指数),质量维度(低风险死亡率、中低风险死亡率),共7个指标的季度数据进行分析。

由于嘉定区自2017年开始对公立医院实施基于区域DRGs住院医疗服务管理系统,所以本文采用中断时间序列(Interrupted Time-series, ITS)模型对2017年后的政策效果进行评价。中断时间序列模型被认为是效果评价中较强的类实验模型,可以被用于缺少对照组的政策干预的长期效果评估。本文采用分段回归模型检测住院医疗服务管理政策实施前后结果变量的水平和趋势。水平变化表示干预时刻的变化,斜率变化表明政策的长期效果。典型的中断线性回归模型如下:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times time_t + \beta_2 \times intervention_t + \beta_3 \times time \text{ after } intervention_t + \varepsilon_t$$

采用Durbin-Watson检验来验证自相关性。如果存在自相关性,采用Prais-Winsten估计来纠正一阶序列相关误差。所有数据使用Rfor

Window (R 语言开发软件) V3.5.1 软件进行分析。

相比于此前的研究,本文的主要价值在于,一是以区域的公立医疗服务绩效改变为着眼点,而不仅限于单体医院,可以更好地观察政策效应的广泛性;二是本文采用时间序列数据,相对更多研究中的横断面数据,可以更好地量化政策引起的效应;三是研究结果可以为更多省(市)和国家开展基于 DRGs 的住院医疗服务绩效管理提供充分的依据和借鉴。

## (二) 区域医疗服务绩效指标变化情况分析

本文将 2013—2019 年嘉定区基于 DRGs 的区域医疗服务绩效指标年度数据及政策前后的年均增长率进行罗列,可以看到各指标的趋势变化(见表 1)。从服务能力维度来看,DRGs 组数、病例组合指数和总权重总体呈上升趋势:DRGs 组数年均增长率从政策前 1.3% 升至 2.2%;病例组合指数年均增长率从政策前 0.1% 升至 3.2%;总权重年均增长率从 2.1% 升至 6.3%。可以发现,服务能力维度下的各个指标在 2017 年政策实施后明显上升。

表1 2013—2019年嘉定区区域医疗服务绩效指标情况

指标	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
DRGs组数	623	624	644	656	679
病例组合指数	0.692	0.696	0.686	0.694	0.730
总权重	45571	47646	47008	49387	55425
时间效率指数	1.092	1.078	1.018	1.031	1.009
费用效率指数	0.874	0.894	0.922	1.033	1.088
低风险组死亡率(%)	0.109	0.121	0.100	0.143	0.059
中低风险组死亡率(%)	1.191	0.904	1.013	0.898	0.626

指标	2018年	2019年	2013—2016年年均 增长率(%)	2017—2019年年均 增长率(%)
DRGs组数	684	723	1.3	2.2
病例组合指数	0.775	0.800	0.1	3.2
总权重	60648	65850	2.1	6.3
时间效率指数	0.973	0.920	-1.4	-3.0
费用效率指数	1.074	1.042	4.6	-1.4
低风险组死亡率(%)	0.032	0.014	7.7	-25.7
中低风险组死亡率(%)	0.427	0.361	-6.1	-14.1

从服务效率维度来看，时间效率指数呈现下降趋势，政策前后的年均增长率分别为-1.4%、-3.0%；费用效率指数年均增长率从4.6%降至-1.4%。由此发现，时间效率指数下降趋势加快，费用效率指数在政策实施后从上升趋势转为下降趋势。

从医疗质量维度来看，低风险组死亡率年均增长率政策前后的年均增长率分别为7.7%、-25.7%；中低风险组死亡率年均增长率从政策前-6.1%降至-14.1%。低风险组死亡率走势与费用效率指数相同，从上升趋势转为下降趋势，中低风险组死亡率下降趋势加速。

### （三）政策干预前后续效指标的中断时间序列分析

从嘉定区政策干预前后各绩效指标的中断时间序列分析结果来看，服务能力维度下，DRGs组数在政策实施前后出现水平下降以及斜率上升，但差异无统计学意义（ $\beta_2=-6.94$ ， $P=0.781$ ； $\beta_3=0.37$ ， $P=0.768$ ），表

明住院医疗服务管理政策并没有对 DRGs 组数有所影响。病例组合指数在政策实施后水平发生了下降，斜率从轻微下降变为快速上升，且差异有统计学意义 ( $\beta_2=-0.103$ ,  $P=0.002$ ;  $\beta_3=0.008$ ,  $P<0.001$ )。总权重在政策实施后，水平下降，斜率大幅增加，差异有统计学意义 ( $\beta_2=-3719.05$ ,  $P=0.02$ ;  $\beta_3=250.13$ ,  $P=0.003$ ) (见表 2)。

表 2 嘉定区政策干预前后医疗服务绩效指标的变化结果

指标	变量	$\beta$	标准误差	$t$	$P$	DW
DRGs 组数	$\beta_0$	478.43	6.55	73.081	0.000***	1.930
	$\beta_1$	3.24	0.68	4.792	0.000***	
	$\beta_2$	-6.94	24.65	-0.281	0.781	
	$\beta_3$	0.37	1.24	0.298	0.768	
病例组合指数	$\beta_0$	0.694	0.008	88.635	0.000***	1.889
	$\beta_1$	-0.0002	0.001	-0.266	0.793	
	$\beta_2$	-0.103	0.029	-3.479	0.002**	
	$\beta_3$	0.008	0.001	5.419	0.000***	
总权重	$\beta_0$	11000.44	395.31	27.827	0.000***	1.91
	$\beta_1$	100.04	40.88	2.447	0.022*	
	$\beta_2$	-3719.05	1488.41	-3.499	0.020*	
	$\beta_3$	250.13	75.13	3.329	0.003**	
时间效率指数	$\beta_0$	1.10	0.01	111.191	0.000***	1.716
	$\beta_1$	-0.01	0.001	-5.374	0.000***	
	$\beta_2$	0.12	0.04	3.087	0.005**	
	$\beta_3$	-0.01	0.002	-2.942	0.007**	
费用效率指数	$\beta_0$	0.83	0.02	35.084	0.000***	1.079***
	$\beta_1$	0.01	0.002	5.090	0.000***	
	$\beta_2$	0.31	0.09	3.665	0.001**	
	$\beta_3$	-0.02	0.005	-3.477	0.002**	
低风险组死亡率	$\beta_0$	0.12	0.03	3.738	0.001**	1.697
	$\beta_1$	0.0002	0.003	0.061	0.952	
	$\beta_2$	0.07	0.12	0.622	0.540	
	$\beta_3$	-0.01	0.01	-1.191	0.245	
中低风险组死亡率	$\beta_0$	1.20	0.11	10.847	0.000***	2.288
	$\beta_1$	-0.02	0.01	-1.992	0.058	
	$\beta_2$	0.14	0.42	0.325	0.748	
	$\beta_3$	-0.02	0.02	-0.734	0.470	

注：\* $P<0.05$ ；\*\* $P<0.01$ ；\*\*\* $P<0.001$ 。除费用效率指数外，Durbin-Watson 检验均无自相关。干预研究期为 2013—2019 年，干预前为 2013—2016 年，干预后为 2017—2019 年。

服务效率维度下，可以看到时间效率指数在政策实施后，水平上升，斜率加大，都具有统计学意义（ $\beta_2=0.12$ ， $P=0.005$ ； $\beta_3=-0.01$ ， $P=0.007$ ）。费用效率指数水平也发生了上升，但趋势发生改变，从上升趋势转变为下降趋势，都具有统计学意义（ $\beta_2=0.31$ ， $P=0.001$ ； $\beta_3=-0.02$ ， $P=0.002$ ）。

医疗质量维度下，低风险组死亡率在政策实施后，水平上升，斜率反转，但没有统计学意义（ $\beta_2=0.07$ ， $P=0.54$ ； $\beta_3=-0.01$ ， $P=0.245$ ）。中低风险组死亡率则是水平上升，斜率加大，但也不具有统计学意义（ $\beta_2=0.14$ ， $P=0.748$ ； $\beta_3=-0.02$ ， $P=0.47$ ）。

#### 四、讨论与建议

##### （一）住院医疗服务管理系统对区域医疗能力和效率具有显著的积极影响

从研究结果来看，嘉定区在实施住院医疗服务管理政策下，区域医疗服务绩效发生了变化。

一是服务能力方面。首先，DRGs组数并没有发生明显的变化，说明嘉定区收治的病种并没有发生明显的改变，病种范围主要受到当地人口的健康状况影响，其在一定的时间范围内变化波动不大。其次，CMI斜率由负转正，体现区域内病例的资源消耗程度增高，侧面反映区域内收治病例的复杂程度提高，说明嘉定区的医疗服务能力得到了一定的提升，可以接诊更加复杂的临床病例；总权重上升加快，体现区域的服务总产出提升加快，说明区域内住院服务的量和价都得到了提升，从医院发展来看呈现向好的趋势。

二是服务效率方面。时间效率指数斜率增加，下降明显，说明同类疾病的时间消耗加速减少；费用效率指数由正转负，说明在政策前，费用还呈上升趋势，政策后，不仅控制了费用的增加，还呈现了一定的下降。

## （二）基于 DRGs 的住院医疗服务管理政策设计对其他国家和地区具有重要借鉴意义

基于 DRGs 的住院医疗服务管理政策设计嘉定区住院医疗服务管理政策，通过提高医院的透明度，促使政府进行有效的投入，以此来增强医院的积极性和竞争力，最终达到提高区域住院医疗服务绩效的目的，对其他国家和地区具有重要借鉴意义。

该政策的实施效果通过四个机制来实现。

一是实施基于 DRGs 的住院医疗服务管理系统，来预测该地区的病例数和总费用，以此提高医院的透明度，政府可以掌握区域内医院的预期产出，调配合理资源，年中和年末可以进行清算，对不合理增长进行原因分析和资源调整，从而更容易管理公立医院，实现信息时代下的高效管理。

二是质量控制小组定期对各医院的电子病案数据进行监督，减少信息不对称。医院和管理机构之间的最大的障碍在于信息的不对称，管理机构在以往只能被动接受医院的产出，而现在可以进行实时监控，把握医院的实际诊疗行为合理性。

三是将绩效考核结果与政府投入挂钩的考核激励机制应用于各医院，保证了政府基于对区域住院服务绩效的充分把握，来奖励高绩效的医院，从而增加医院的积极性，并且通过宣传各医院的绩效表现来增强医院之间的竞争。

四是住院医疗服务管理系统所包含的数据有助于政府更好地了解各医院不同学科的发展情况，从而为政府投入提供决策信息，加强优势学科建设。

最后，政策的实施还需要三个基础，包括良好的信息系统、高质量的电子病案数据和优秀的管理团队。

通过建立四个机制，打好三个基础，其他地区和国家也可以实施自己的住院医疗服务管理政策，帮助政府管理公立医院，提高区域住院医疗服务绩效。

### （三）研究的不足和局限

本研究结果存在一定的局限性，以下影响都可能对研究结果有所放大或者扭曲。首先，研究结果受限于数据时间跨度，如果以年为单位，数据点太少，而以季度为单位则可能影响水平改变的真实性。目前可以看到各指标的水平改变基本与预期相反，因为节点处是以 2017 年第一季度相比 2016 年第四季度，存在季节性的差异。其次，由于 DRGs 的分组会不断完善，且权重有所调整，因此绩效指标的数据可能存在一定的扰动。最后，研究结果可能受其他政策的影响，中国医改 10 年以来，推出了多项改革，如取消药品加成、带量采购等政策，都可能会对本研究的结果产生一定的影响。

（责任编辑：张革）

## 嘉定区家庭医生医疗机构组合签约服务对社区居民健康体验的影响

何江江<sup>1</sup> 陈多<sup>1</sup> 汤真清<sup>1</sup> 丛鹂萱<sup>2</sup> 田源<sup>3</sup> 谢春艳<sup>1</sup>  
王力男<sup>1</sup> 徐嘉婕<sup>1</sup> 金春林<sup>1</sup> 陈文<sup>4</sup>

**【摘要】**目的：了解开展家庭医生组合签约服务对社区居民健康体验产生的影响。方法：分别于2016年和2018年对嘉定区分层随机抽样的1200名居民开展健康体验问卷调查，经倾向性评分匹配后共纳入926份样本，采用前后比较法从便利可及、环境设施、服务态度与情感支持、沟通交流与患者参与以及服务整合5个维度进行分析，同时以logistics回归探寻影响整合体验的影响因素。结果：家庭医生医疗机构组合签约服务能够影响居民在便利可及、服务态度与情感支持、沟通交流与患者参与以及服务整合等方面的健康体验，特别是转诊对服务整合体验产生了积极的影响，使签约居民相较于之前未开展医疗机构组合签约有更好的健康体验。结论：家庭医生医疗机构组合签约的服务模式，不仅增加了医患间的互动交流，强化了双方的信任关系，同时还能够以家庭医生为切入点使居民获得整合医疗服务成为可能。

### 一、研究背景

随着中国人口老龄化的不断加剧，中国慢病疾病负担越来越重。目前中国慢病确诊患者已超过2.6亿人，慢病占中国健康生命年损失的

第一作者：何江江，男，副研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生政策研究部主任

通信作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

陈文，男，教授，博士，复旦大学公共卫生学院院长

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

2. 美国西北大学，埃文斯顿 IL 60208

3. 上海市嘉定区南翔医院，上海 201802

4. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

77% 和死亡诱因的 85%。然而，慢病的整体发展趋势还会继续恶化，未来 20 年 40 岁以上的中国人中慢病病例数量预计会翻一番，甚至会增至目前的 3 倍。

家庭医生制度作为国际上通行的一种基本卫生制度，于二十世纪七八十年代就已在英国、丹麦等国家的城乡实行并逐渐推广至全国。这项制度在合理利用卫生资源、降低医疗费用、改善全民健康状况特别是慢病人群健康状况方面起到了积极的作用，尤其是在帮助慢病患者获得更好的健康质量、采取更健康的生活方式、提高患者健康意识以及减少急诊次数和卫生开支费用方面有明显的作用。

2013 年上海市正式在全市范围内推广家庭医生制度。2015 年 11 月，在家庭医生签约基础上，上海市启动了“1+1+1”医疗机构组合签约试点（即居民可自愿选择一名社区家庭医生签约，并可同时在全市范围内选择一家二级医院、一家三级医院进行组合签约，兼顾社区居民的全科和专科诊疗需求），力求通过进一步紧密签约服务关系，提升家庭医生初级诊疗与健康管理能力，改善社区居民健康体验，逐步推动分级诊疗制度的建立，实现家庭医生“守门人”职能。

“健康体验”的概念在 20 世纪 80 年代被提出，以取代以往的“满意度”研究，收集和测量社区居民或患者接受服务过程中的体验。“健康体验”以患者就医过程中每一个环节的体验和感受为研究内容的基础，进行深入分析挖掘，追溯患者面对医疗服务中所感知的服务缺陷所在，具有“循证特征”。由于慢病患者自身已经承受了慢病带来的巨大疾病负担和压力，他们可能没有那么多能力去执行行为的改变，因此需要开展针对社区居民（尤其是慢病患者）的“健康体验”研究。已有文献表明积极的患者“健康体验”结果与更好的临床实践过程（better practice clinical processes）、更好的患者安全文化和更有效的健康利用（utilization）紧密联系在一起。上海市家庭医生“1+1+1”签约制度旨在建立更为有

效的诊疗体系并且在不断更新改进的过程中重点关注居民健康体验的改变，以此形成长期、良好、稳定的基层首诊服务模式。因此，本文假设家庭医生制度的实施可以对居民“健康体验”产生积极影响，从而促进慢病的健康管理。本文重点结合上海市家庭医生医疗机构组合签约制度，分析新的家庭医生签约服务方式对社区居民健康体验的影响。

## 二、研究方法

### (一) 数据来源

基于嘉定区于2016年6月全面施行家庭医生医疗机构组合签约服务模式，本文分别于2016年6月和2018年7月对嘉定区12个街镇分层随机抽样的1200名常住居民开展关于健康体验的问卷调查（见图1）。通过三级质控提高问卷完整性和有效性，包括调查人员自查、居（村）委调查负责人检查问卷缺项漏项、简单逻辑错误，并将不合格问卷退回；请调查人员复查或补充相关信息；项目组成员对回收问卷进行抽样检查。2016年共回收1123份有效问卷，回收率为93.58%；2018年共回收998份有效问卷，回收率为83.17%。

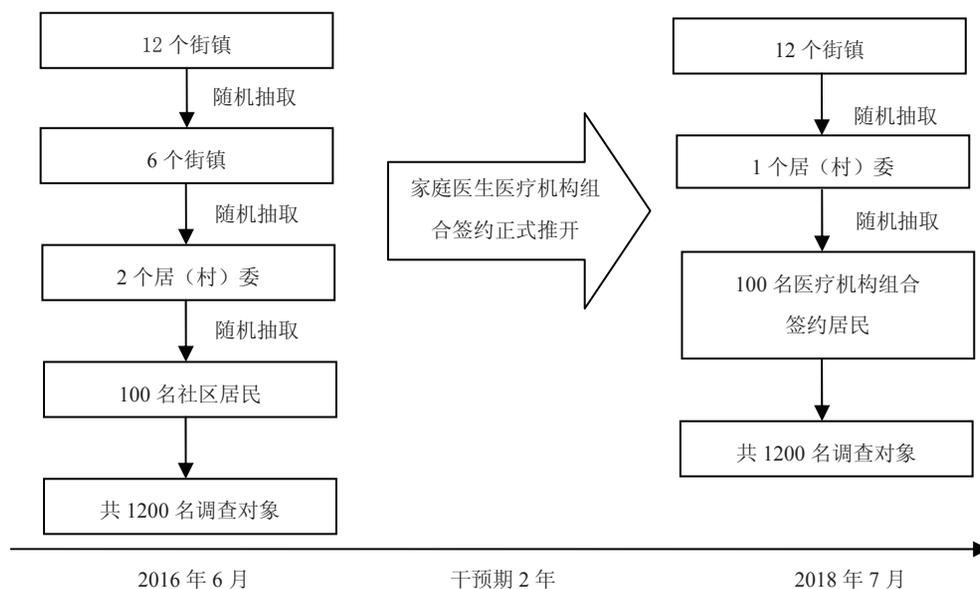


图1 嘉定区居民就医健康体验问卷调查抽样方案<sup>1</sup>

<sup>1</sup>注：2015年11月上海市家庭医生医疗机构组合签约政策出台，嘉定区经历了6个多月的准备阶段，因此正式开始签约服务时间为2016年6月。

## （二）问卷设计

本文健康体验调查问卷由上海市卫生和健康发展研究中心课题组自主设计，借鉴欧洲 Picker 患者体验量表及英国国家卫生与临床优化研究院（National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE）服务质量评估指南中关于患者体验的评估工具（Baseline assessment tool for NICE guideline on Patient experience of adult NHS services），以及澳大利亚全科医学协会（The Royal Australian College of General Practitioners, RACGP）的全科医学患者满意度监测工具中关于服务整合与协调的部分指标，结合上海市实际情况进行修订，通过本地化预调查，最终形成上海市居民就医体验调查问卷，替代了传统满意度的概念，更关注于服务需方的主观感受。该问卷在居民特征变量方面包括：性别、年龄、受教育程度、医保类型、慢病患病情况、经常去的就诊机构、自感健康状况、就诊是否预约、就诊路程时间、就诊等待时间等；居民主观体验方面主要包括：便利可及、环境设施、服务态度与情感支持、沟通交流与病人参与以及整合服务（包括转诊服务）5个维度。

## （三）统计分析

本文采用曼—惠特尼秩和检验（Mann-Whitney U test）对 2016 年和 2018 年两次调查数据进行比较分析。由于 2016 年和 2018 年抽样人群在人群特征方面的差异具有统计学意义，故采用倾向评分匹配（Propensity Score Matching, PSM）方法将数据进行匹配，匹配的特征变量包括性别、年龄、教育水平、经常就诊的机构、医保形式、自认健康状况、慢病患病情况、是否预约和是否转诊。匹配后剩余 463 对问卷数据，合计 926 份样本。采用 logistics 回归探寻影响居民整合体验的因素。

### 三、研究结果

#### (一) 两组人群特征情况

匹配前两年抽样人群在年龄、教育水平、经常就诊的机构、自认健康状况、慢病患病情况、是否预约和是否转诊方面的差异均有统计学意义，匹配后差异均无统计学意义（见表1）。

表1 2016年和2018年嘉定区居民健康体验调查抽样人群特征比较

人群特征	分组	2016年匹配前	2018年匹配前	2016年匹配后	2018年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
性别	男	475 (42.30)	387 (38.78)	158 (34.13)	182 (39.31)
	女	648 (57.70)	611 (61.22)	305 (65.87)	281 (60.69)
年龄 <sup>1</sup>	<18岁	23 (2.05)	6 (0.60)	2 (0.43)	5 (1.08)
	18~44岁	252 (22.44)	70 (7.01)	55 (11.88)	58 (12.53)
	45~59岁	303 (26.98)	162 (16.23)	102 (22.03)	107 (23.11)
	60岁及以上	545 (48.53)	760 (76.15)	304 (65.66)	293 (63.28)
教育水平 <sup>1</sup>	小学及以下	226 (20.12)	181 (18.14)	114 (24.62)	107 (23.11)
	初中	437 (38.91)	431 (43.19)	171 (36.93)	164 (35.42)
	高中和中专	280 (24.93)	299 (29.96)	124 (26.78)	132 (28.51)
	大专及以上	180 (16.03)	87 (8.72)	54 (11.66)	60 (12.96)
经常就诊的机构 <sup>1</sup>	社区卫生服务中心	691 (61.53)	884 (88.58)	360 (77.75)	373 (80.56)
	二、三级医院	432 (38.47)	114 (11.42)	103 (22.25)	90 (19.44)
医保形式 <sup>1</sup>	有医保	1102 (98.13)	959 (96.09)	451 (97.41)	450 (97.19)
	自费	21 (1.87)	39 (3.91)	12 (2.59)	13 (2.81)
自认健康状况 <sup>1</sup>	好	383 (34.11)	119 (11.92)	65 (14.04)	79 (17.06)
	一般	661 (58.86)	599 (60.02)	343 (74.08)	317 (68.47)
	不好	79 (7.03)	280 (28.06)	55 (11.88)	67 (14.47)
慢病患病情况 <sup>1</sup>	无	494 (43.99)	160 (16.03)	129 (27.86)	126 (27.21)
	有	629 (56.01)	838 (83.97)	334 (72.14)	337 (72.79)
是否预约 <sup>1</sup>	是	215 (19.15)	601 (60.22)	151 (32.61)	160 (34.56)
	否	908 (80.85)	397 (39.78)	312 (67.39)	303 (65.44)
是否转诊 <sup>1</sup>	是	214 (19.09)	575 (57.62)	182 (39.31)	167 (36.07)
	否	909 (80.91)	423 (42.38)	281 (60.69)	296 (63.93)

注：<sup>1</sup>表示匹配前差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

## (二) 两组人群便利可及维度的体验比较

匹配前两组人群除服务收费维度体验差异无统计学意义外, 其余各项维度的差异均有统计学意义, 根据各个维度的不同体验占比情况可以发现, 2018 年的抽样人群在服务时间合理程度、路程方便程度、候诊时间长短程度和预约便捷程度等方面, 均比 2016 年的抽样人群拥有更良好的体验, 匹配后仅有候诊等待时间长短程度的差异有统计学意义(见表 2)。

表 2 2016 年和 2018 年嘉定区两组抽样人群匹配前后便利可及维度体验比较

项目	体验	2016 年匹配前	2018 年匹配前	2016 年匹配后	2018 年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
服务时间合理程度 <sup>1</sup>	体验非常好	164 (14.60)	180 (18.04)	73 (15.77)	82 (17.71)
	体验好	687 (61.18)	588 (58.92)	275 (59.40)	264 (57.02)
	一般	250 (22.26)	208 (20.84)	106 (22.89)	109 (23.54)
	体验差	17 (1.51)	9 (0.90)	7 (1.51)	4 (0.86)
	体验非常差	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	无体验	5 (0.45)	13 (1.30)	2 (0.43)	4 (0.86)
服务收费合理程度	体验非常好	113 (10.06)	152 (15.23)	52 (11.23)	65 (14.04)
	体验好	641 (57.08)	447 (44.79)	265 (57.24)	225 (48.60)
	一般	328 (29.21)	350 (35.07)	129 (27.86)	148 (31.97)
	体验差	27 (2.40)	33 (3.31)	11 (2.38)	19 (4.10)
	体验非常差	5 (0.45)	2 (0.20)	2 (0.43)	2 (0.43)
	无体验	9 (0.80)	14 (1.40)	4 (0.86)	4 (0.86)
预约便捷程度 <sup>1</sup>	体验非常好	319 (28.37)	296 (29.62)	138 (29.80)	145 (31.25)
	体验好	486 (43.26)	530 (53.08)	199 (43.05)	246 (53.13)
	一般	287 (25.58)	120 (11.98)	113 (24.50)	52 (11.25)
	体验差	16 (1.40)	8 (0.83)	3 (0.66)	3 (0.63)
	体验非常差	0 (0)	5 (0.50)	0 (0)	3 (0.63)
	无体验	16 (1.39)	40 (3.99)	9 (1.99)	14 (3.11)
路程方便程度 <sup>1</sup>	体验非常好	172 (15.32)	173 (17.33)	81 (17.49)	80 (17.28)
	体验好	629 (56.01)	599 (60.02)	243 (52.48)	276 (59.61)
	一般	256 (22.80)	202 (20.24)	112 (24.19)	92 (19.87)
	体验差	64 (5.70)	22 (2.20)	27 (5.83)	13 (2.81)
	体验非常差	2 (0.18)	2 (0.20)	0 (0)	2 (0.43)
	无体验	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
候诊时间长短程度 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	39 (3.47)	114 (11.42)	24 (5.18)	43 (9.29)
	体验好	310 (27.60)	365 (36.57)	122 (26.35)	144 (31.10)
	一般	465 (41.41)	382 (38.28)	210 (45.36)	198 (42.76)
	体验差	255 (22.71)	105 (10.52)	89 (19.22)	62 (13.39)
	体验非常差	34 (3.03)	16 (1.60)	12 (2.59)	9 (1.94)
	无体验	20 (1.78)	16 (1.60)	6 (1.30)	7 (1.51)

注：<sup>1</sup>表示匹配前  $P < 0.05$ ；<sup>2</sup>表示匹配后  $P < 0.05$ 。

抽样人群匹配前 2016 年路程时间为  $31.68 \pm 33.69$  分钟，2018 年路程时间为  $16.51 \pm 12.14$  分钟，2016 年候诊时间为  $45.55 \pm 39.95$  分钟，2018 年候诊时间为  $30.75 \pm 21.19$  分钟。路程时间和候诊时间比较发现，2018 年抽样人群无论在路程时间还是在候诊时间上均少于 2016 年的抽样人群，匹配后的数据同样支持上述结论。

### （三）两组人群环境设施维度的体验比较

匹配前两组人群便民服务和隐私保护体验差异有统计学意义，其余各项维度的差异均无统计学意义，根据各个维度的不同体验占比情况可以发现，2018 年的抽样人群在便民服务和隐私保护两个方面的体验均比 2016 年的抽样人群更好。匹配后发现两组人群整体设施、便民服务和隐私保护体验差异有统计学意义，2018 年的抽样人群在整体设施、便民服务和隐私保护三个方面的体验均比 2016 年的抽样人群更好（见表 3）。

表3 2016年和2018年嘉定区两组抽样人群匹配前后环境设施维度体验比较

项目	体验	2016年匹配前	2018年匹配前	2016年匹配后	2018年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
卫生程度	体验非常好	184 (16.38)	188 (18.84)	86 (18.57)	93 (20.09)
	体验好	713 (63.49)	568 (56.91)	278 (60.04)	274 (59.18)
	一般	219 (19.50)	225 (22.55)	97 (20.95)	87 (18.79)
	体验差	5 (0.45)	13 (1.30)	1 (0.22)	7 (1.51)
	体验非常差	0 (0)	1 (0.10)	0 (0)	1 (0.22)
	无体验	2 (0.18)	3 (0.30)	1 (0.22)	1 (0.22)
就诊环境	体验非常好	163 (14.51)	194 (19.44)	83 (17.93)	87 (18.79)
	体验好	691 (61.53)	517 (51.80)	255 (55.08)	259 (55.94)
	一般	257 (22.89)	276 (27.66)	120 (25.92)	112 (24.19)
	体验差	10 (0.89)	7 (0.70)	4 (0.86)	4 (0.86)
	体验非常差	0 (0)	1 (0.10)	0 (0)	0 (0)
	无体验	2 (0.18)	3 (0.30)	1 (0.22)	1 (0.22)
整体设施 <sup>2</sup>	体验非常好	155 (13.80)	188 (18.84)	75 (16.20)	88 (19.01)
	体验好	669 (59.57)	537 (53.81)	255 (55.08)	259 (55.94)
	一般	289 (25.73)	257 (25.75)	132 (28.51)	106 (22.89)
	体验差	7 (0.62)	5 (0.50)	0 (0)	3 (0.65)
	体验非常差	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	无体验	3 (0.27)	11 (1.10)	1 (0.22)	7 (1.51)
便民服务 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	144 (12.82)	184 (18.44)	68 (14.69)	84 (18.14)
	体验好	607 (54.05)	509 (51.00)	230 (49.68)	227 (49.03)
	一般	350 (31.17)	243 (24.35)	155 (33.48)	111 (23.97)
	体验差	10 (0.89)	4 (0.40)	3 (0.65)	3 (0.65)
	体验非常差	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	无体验	12 (1.07)	58 (5.81)	7 (1.51)	38 (8.21)
隐私保护 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	174 (15.49)	205 (20.54)	69 (14.90)	102 (22.03)
	体验好	534 (47.55)	476 (47.70)	221 (47.73)	231 (49.89)
	一般	363 (32.32)	285 (28.56)	150 (32.40)	112 (24.19)
	体验差	31 (2.76)	11 (1.10)	13 (2.81)	8 (1.73)
	体验非常差	6 (0.53)	0 (0)	3 (0.65)	0 (0)
	无体验	15 (1.34)	21 (2.10)	7 (1.51)	10 (2.16)

注：<sup>1</sup>表示匹配前  $P < 0.05$ ；<sup>2</sup>表示匹配后  $P < 0.05$ 。

#### **（四）两组人群服务态度与情感支持体验比较**

匹配前两组人群服务态度与情感支持体验各项维度的差异均有统计学意义，根据各个维度的不同体验占比情况可以发现，2018年的抽样人群在服务态度与情感支持体验各方面均比2016年的抽样人群感受更佳。匹配后发现，除医生对患者健康状况了解程度体验差异无统计学意义外，其他各项体验的差异均有统计学意义（见表4）。

#### **（五）两组人群沟通交流与患者参与体验比较**

匹配前两组人群沟通交流与患者参与体验各项维度的差异均有统计学意义，根据各个维度的不同体验感受占比情况可以发现，2018年的抽样人群在沟通交流与患者参与各方面的主观体验均优于2016年的抽样人群，匹配后的数据同样支持上述结论（见表5）。

表4 2016年和2018年嘉定区两组人群匹配前后服务态度与情感支持维度体验比较

项目	体验	2016年匹配前	2018年匹配前	2016年匹配后	2018年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
就诊过程受尊重程度 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	150 (13.36)	204 (20.44)	69 (14.90)	104 (22.46)
	体验好	634 (56.46)	645 (64.63)	258 (55.72)	297 (64.15)
	一般	328 (29.21)	139 (13.93)	134 (28.94)	57 (12.31)
	体验差	8 (0.71)	4 (0.40)	1 (0.22)	1 (0.22)
	体验非常差	1 (0.09)	1 (0.10)	0 (0)	1 (0.22)
	无体验	2 (0.18)	5 (0.50)	1 (0.22)	3 (0.65)
医生对患者健康状况了解程度 <sup>1</sup>	体验非常好	142 (12.64)	175 (17.54)	71 (15.33)	73 (15.77)
	体验好	518 (46.13)	495 (49.60)	214 (46.22)	228 (49.24)
	一般	413 (36.78)	300 (30.06)	160 (34.56)	144 (31.10)
	体验差	43 (3.83)	17 (1.70)	14 (3.02)	13 (2.81)
	体验非常差	1 (0.09)	4 (0.40)	0 (0)	2 (0.43)
	无体验	6 (0.53)	7 (0.70)	4 (0.86)	3 (0.65)
医生倾听患者陈述 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	146 (13.00)	192 (19.24)	69 (14.90)	84 (18.14)
	体验好	627 (55.83)	609 (61.02)	256 (55.29)	288 (62.20)
	一般	326 (29.03)	182 (18.24)	133 (28.73)	84 (18.14)
	体验差	21 (1.87)	8 (0.80)	4 (0.86)	4 (0.86)
	体验非常差	0 (0)	1 (0.10)	0 (0)	1 (0.22)
	无体验	3 (0.27)	6 (0.60)	1 (0.22)	2 (0.43)
医生耐心回应患者 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	189 (16.83)	227 (22.75)	92 (19.87)	113 (24.41)
	体验好	620 (55.21)	553 (55.41)	247 (53.35)	252 (54.43)
	一般	291 (25.91)	191 (19.14)	115 (24.84)	82 (17.71)
	体验差	20 (1.78)	11 (1.10)	8 (1.73)	7 (1.51)
	体验非常差	1 (0.09)	3 (0.30)	0 (0)	2 (0.43)
	无体验	2 (0.18)	13 (1.30)	1 (0.22)	7 (1.51)
医生对患者亲切安慰 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	130 (11.58)	197 (19.74)	68 (14.69)	86 (18.57)
	体验好	539 (48.00)	525 (52.61)	220 (47.52)	240 (51.84)
	一般	418 (37.22)	249 (24.95)	162 (34.99)	120 (25.92)
	体验差	32 (2.85)	15 (1.50)	11 (2.38)	9 (1.94)
	体验非常差	3 (0.27)	3 (0.30)	2 (0.43)	3 (0.65)
	无体验	1 (0.09)	9 (0.90)	0 (0)	5 (1.08)

注：<sup>1</sup>表示匹配前  $P < 0.05$ ；<sup>2</sup>表示匹配后  $P < 0.05$ 。

表 5 2016 年和 2018 年嘉定区两组人群匹配前后两组人群沟通交流与患者参与维度体验比较

问题	体验	2016 年匹配前	2018 年匹配前	2016 年匹配后	2018 年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
患者说明自身需求的时间充足程度 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	111 (9.88)	199 (19.94)	54 (11.66)	89 (19.22)
	体验好	575 (51.20)	569 (57.01)	231 (49.89)	264 (57.02)
	一般	374 (33.30)	194 (19.44)	153 (33.05)	87 (18.79)
	体验差	55 (4.90)	22 (2.20)	21 (4.54)	16 (3.46)
	体验非常差	1 (0.09)	1 (0.10)	0 (0)	1 (0.22)
	无体验	7 (0.62)	13 (1.30)	4 (0.86)	6 (1.30)
医生对患者病情说明情况 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	150 (13.36)	179 (17.94)	62 (13.39)	80 (17.28)
	体验好	504 (44.88)	534 (53.51)	210 (45.36)	247 (53.35)
	一般	426 (37.93)	259 (25.95)	173 (37.37)	120 (25.92)
	体验差	43 (3.83)	15 (1.50)	18 (3.89)	11 (2.38)
	体验非常差	0 (0)	1 (0.10)	0 (0)	1 (0.22)
	无体验	0 (0)	10 (1.00)	0 (0)	4 (0.86)
医生对治疗事项说明 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	146 (13.00)	201 (20.14)	61 (13.17)	94 (20.30)
	体验好	516 (45.95)	539 (54.01)	212 (45.79)	236 (50.97)
	一般	378 (33.66)	226 (22.65)	159 (34.34)	110 (23.76)
	体验差	79 (7.03)	21 (2.10)	29 (6.26)	15 (3.24)
	体验非常差	4 (0.36)	3 (0.30)	2 (0.43)	3 (0.65)
	无体验	0 (0)	8 (0.80)	0 (0)	5 (1.08)
患者参与治疗方案决定 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	130 (11.58)	207 (20.74)	54 (11.66)	101 (21.81)
	体验好	535 (47.64)	550 (55.11)	222 (47.95)	242 (52.27)
	一般	408 (36.33)	215 (21.54)	169 (36.5)	106 (22.89)
	体验差	44 (3.92)	9 (0.90)	17 (3.67)	5 (1.08)
	体验非常差	2 (0.18)	3 (0.30)	1 (0.22)	3 (0.65)
	无体验	4 (0.36)	14 (1.40)	0 (0)	6 (1.30)
医生进行健康教育 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	120 (10.69)	202 (20.24)	56 (12.10)	89 (19.22)
	体验好	519 (46.22)	515 (51.60)	202 (43.63)	223 (48.16)
	一般	421 (37.49)	242 (24.25)	178 (38.44)	125 (27.00)
	体验差	54 (4.81)	25 (2.51)	24 (5.18)	18 (3.89)
	体验非常差	5 (0.45)	3 (0.30)	1 (0.22)	3 (0.65)
	无体验	4 (0.36)	11 (1.10)	2 (0.43)	5 (1.08)

注：<sup>1</sup>表示匹配前  $P < 0.05$ ；<sup>2</sup>表示匹配后  $P < 0.05$ 。

## （六）两组人群整合体验比较

### 1. 两组人群转诊服务体验比较

匹配前两组人群除转诊和会诊服务及时程度体验差异无统计学意义外，其余各项维度的差异均有统计学意义，根据各个维度的不同感受占比情况可以发现，2018年的抽样人群在转诊过程顺畅程度、转诊的医院和医生的选择过程中患者参与决定的程度、转诊过程中患者获得信息的详细程度、转诊流程和时间满足患者需求程度和转回社区后上级医院跟踪服务等体验方面均比2016年的抽样人群体验更好。匹配后的数据同样支持上述结论。

### 2. 两组人群总体整合体验比较

匹配前两组人群整合体验差异有统计学意义，根据不同体验占比情况可以发现，2018年的抽样人群在整合体验方面优于2016年的抽样人群。匹配后的数据同样支持上述结论（见表6）。

表6 2016年和2018年嘉定区两组人群匹配前后整合体验比较

问题	体验	2016年匹配前	2018年匹配前	2016年匹配后	2018年匹配后
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
整合体验 <sup>1, 2</sup>	体验非常好	43 (3.83)	281 (28.16)	38 (8.21)	96 (20.73)
	体验好	579 (51.56)	593 (59.42)	249 (53.78)	281 (60.69)
	一般	409 (36.42)	114 (11.42)	147 (31.75)	84 (18.14)
	体验差	56 (4.99)	0 (0)	21 (4.54)	0 (0)
	体验非常差	7 (0.62)	0 (0)	1 (0.22)	0 (0)
	无体验	29 (2.58)	10 (1.00)	7 (1.5)	2 (0.44)

注：<sup>1</sup>表示匹配前  $P < 0.05$ ；<sup>2</sup>表示匹配后  $P < 0.05$ 。

### 3. 两组人群总体整合体验影响因素分析

将匹配后两组人群总体整合体验作为因变量，将性别、年龄、教育水平、经常就诊的机构、医保形式、自认健康状况、慢病患病情况、是否预约、是否转诊和是否签约家庭医生（年份）作为自变量，拟合有序 logistic 回归模型。结果发现，数据拟合的模型不满足平行线假设，因此

将因变量整合体验转换成二分类变量，即“体验非常好”和“体验好”转换成“体验好”，其余的均为“体验不好”。拟合二分类 logistics 回归模型发现是否签约家庭医生（年份）、性别和是否转诊对整合体验有影响（见表 7），得出的回归方程如下：

$$P(Y) = 1/1+e^{-(-1.727-1.077 \times \text{是否签约} + 1.084 \times \text{是否转诊} - 0.353 \times \text{性别})}$$

表 7 两组人群匹配后整合体验二分类 logistics 回归结果

变量	OR	95%CI	P
是否签约家庭医生	0.341	0.249-0.466	<0.001
性别	0.703	0.514-0.961	0.027
是否转诊	2.957	2.098-4.167	<0.001

#### 四、讨论

通过对 2016 年和 2018 年签约人群与非签约人群的比较可以发现，签约家庭医生对于改善居民各维度服务体验均有较为积极的意义，不论是两年抽样人群的整合体验变化、各项具体体验的变化还是影响因素的分析，都反映出签约家庭医生能够改善居民的健康体验。

##### （一）家庭医生签约模式增加了医患间的互动交流和信任

通过结果分析可知，在 2018 年调查中居民对大部分维度的体验较 2016 年均有一定程度的改善和提升，比如在服务态度、情感支持体验、沟通交流以及患者参与体验等方面均有较大改善。家庭医生签约服务模式将居民与家庭医生紧密联系在一起，不仅增加了家庭医生和居民之间的沟通交流，同时也提高了居民对自身健康管理责任意识。同时，家庭医生通过与签约居民频繁和长期稳定的互动交流，为签约居民提供必要的健康管理服务，缓解了由于医患信息不对等而导致的信任危机问题，进而构筑了较为稳定的信任关系。

## （二）家庭医生签约服务与居民主观期望尚存在差距

分析发现，家庭医生对居民健康状况的了解程度体验方面无统计学差异。究其原因可能是随着社会发展，居民对健康的需求日益多样化，但是健康这一概念并没有被家庭医生充分宣教，导致居民并未意识到心理等层面的健康问题应与家庭医生沟通，而目前家庭医生签约服务主要还是以生理方面的医疗健康相关服务为主，并未涉及其他如心理需求和社会需求等方面的内容，而家庭医生团队在提供服务的过程中也忽视了居民的相关需求，导致居民认为家庭医生并不完全了解他们的健康状况。以上情况都表明目前家庭医生签约服务内容存在缺失，家庭医生服务团队结构还不尽完善，缺乏满足居民相关需求所对应的专业服务人员，这些问题都需要引起利益相关方的重视。

## （三）服务对象对医疗卫生服务环境变化的感受度相对较小

分析发现，居民对服务收费、机构卫生程度和就诊环境等医疗卫生服务环境相关内容感受没有显著差异，特别是在服务收费体验方面，居民在签约家庭医生后，主观上并没有感到卫生支出负担的额外增加，这与目前患者签约家庭医生就可享受医保报销优惠等配套政策相一致。此外，机构卫生程度和就诊环境在两次调查期间未发生明显改变，这与政府于2005年早已完成上海市社区卫生服务中心的硬件环境提升标准化建设的情况相符。

## （四）一站式服务模式能较大程度影响服务对象的整体体验度

家庭医生医疗机构组合签约的服务模式，缓解了签约前自由就诊体系导致的无序就医现象，部分实现了对医疗服务提供流程和路径的整合完善。这种以家庭医生为切入点的模式，使居民获得一站式整合医疗服务成为可能。调查发现，2018年居民预约比例和候诊等待时间方面的优质体验提升，均说明由家庭医生制度形成的就诊预约制不仅从客观上

缩减了居民在服务过程中的整体等待时间，同时也提升了居民对转诊便捷、转诊衔接顺畅等方面的主观体验，与整合体验的影响因素分析结果一致。对影响因素进一步细化分析后发现，是否转诊对优质整合体验的影响最大，一方面可能由于接受过转诊的居民多数为较严重的患者，另一方面说明居民通过家庭医生转诊，享受过绿色通道和优先挂号等优质服务之后，切实体会到了家庭医生签约服务的便捷和实惠，因此对优质的服务感受度提升，这些都提示政策制定者要赋予家庭医生更多能带给居民实惠的权限，如医保报销的优惠、药品配送的优惠等，这些优惠能够实实在在地改善居民签约家庭医生后的健康服务体验。

## 五、创新与不足

本研究首次开发了符合上海市实际情况的上海市居民就医体验调查问卷，取代了传统满意度的客观量化概念，更加关注居民的过程体验和主观感受。通过政策实施前后的体验调查和结果分析，了解家庭医生医疗机构组合签约服务模式对居民健康体验的影响，并通过深入挖掘了解与居民整体感受最息息相关的维度及目前服务体系的不足，明确下一步服务体系完善的重点方向。

本研究通过分层随机抽样的方式对嘉定区全区情况进行调查，未设立研究对照组，仅开展纵向前后横断面调查结果的比较分析，难以排除整体社会大环境和其他相关政策对居民体验产生的外部影响。由于前后抽样方法的调整，尽管 2018 年度抽样面更加全面，但是无法排除样本特征变量对体验结果的影响，采用倾向评分匹配后多数结果和匹配前一致，但由于匹配导致较多数据的缺失，得出的结论均比较保守。

（责任编辑：信虹云）

## 嘉定区卫生费用核算及赴外区就医情况研究

王力男<sup>1</sup> 王常颖<sup>1</sup> 朱碧帆<sup>1</sup> 陈多<sup>1</sup> 戴玲芳<sup>2</sup> 田源<sup>3</sup>

**【摘要】** 卫生费用核算反映卫生筹资体系中卫生资金的流动过程，嘉定区作为上海市唯一开展区级核算的地区，目前已产出 2009—2018 年卫生费用核算结果。研究发现，近年来嘉定区卫生筹资总额逐年增长，筹资结构逐步优化，且机构流向基本稳定，但卫生费用分配构成显示当前医疗服务资源配置仍存在不合理现象，建议在稳定财政投入比例、优化筹资结构的同时，关注赴外区就医人群，通过优化卫生资源配置结构，针对重点人群和重点病种，优先提升医疗卫生服务能力，完善嘉定区医疗卫生服务体系。

卫生费用核算结果从宏观层面反映卫生筹资机制，揭示卫生资金在不同环节流量及其内部构成。嘉定区自 2014 年启动区级卫生费用核算工作，现已形成 2009—2018 年卫生费用核算结果，从筹资来源和机构流向反映本区卫生资金的流动。近年来，嘉定区高度重视卫生健康，先后落地瑞金北院、东方肝胆等优质医疗资源，但本地居民仍存在较多赴外区就医的情况，结合卫生费用流动情况对此开展专题分析，旨在反映本区居民赴外区就医的变化趋势，为完善本区卫生筹资机制和卫生健康服务体系建设提供决策参考。

### 一、概况

嘉定区地处上海市远郊，毗邻江苏省，外来人口占比高，经济状况相对较好，卫生健康状况一直处于较高水平。2018 年，嘉定区常住人口 158.89 万人，其中外来常住人口 90.18 万人，户籍常住人口 68.71 万人。

第一作者：王力男，女，博士，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

2. 嘉定区卫生事务管理中心，上海 201899

3. 上海市嘉定区南翔医院，上海 201802

从经济状况来看，2018 年全区实现增加值 2362.7 亿元，可比增长 6.2%；全区实现一般公共预算收入 269.92 亿元，同比增长 7.00%；全区一般公共预算支出 391.45 亿元，同比增长 5.59%。从健康状况来看，2018 年全区户籍人口平均期望寿命 84.44 岁，其中男性 82.25 岁，女性 86.65 岁；年内无孕产妇死亡发生；按全人口计算婴儿死亡率为 2.07‰，户籍人口婴儿死亡率近 10 年来都在 7‰ 以下（1.42‰~5.16‰ 之间），处于较低水平。

## 二、嘉定区卫生费用筹资来源

### （一）筹资总量与构成

#### 1. 筹资总体水平

2009—2018 年，嘉定区卫生费用筹资总额呈逐年增长趋势，2018 年为 121.40 亿元；人均卫生总费用从 2009 年的 2282.17 元增加到 2018 年的 7640.39 元。卫生总费用占国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）的比重从 2009 年的 3.89% 增加到 2018 年的 5.14%，2015 年开始达到世界卫生组织（World Health Organization）提出的“不低于 5%”的基本要求（见表 1）。

表 1 2009—2018 年嘉定区卫生总费用变化趋势

年份	卫生总费用（亿元）	人均卫生总费用（元）	卫生总费用占 GDP 的比重（%）
2009	33.58	2282.17	3.89
2010	37.68	2559.57	3.56
2011	45.26	3004.75	3.68
2012	55.87	3657.40	4.22
2013	63.89	4104.71	4.37
2014	74.82	4776.91	4.59
2015	87.72	5594.48	5.00
2016	97.77	6189.65	5.21
2017	108.71	6872.45	5.05
2018	121.40	7640.39	5.14

注：本表按当年价格计算。

## 2. 筹资总额变化情况

卫生消费弹性系数反应卫生总费用增长速度与地区生产总值增长速度的比例关系。按 2009 年可比价格计算，2009—2018 年，嘉定区卫生总费用年平均增长 12.26%，GDP 年平均增长速度为 8.83%。2018 年卫生总费用相对于 GDP 增长的弹性系数为 1.29（见表 2），即嘉定区国内生产总值每增长 1%，卫生总费用增长 1.29%。

表 2 2009—2018 年嘉定区卫生消费弹性系数

年份	地区生产总值（地区 GDP）			卫生总费用			卫生消费弹性系数
	名义值 （亿元）	实际值 （亿元）	环比增长 速度（%）	名义值 （亿元）	实际值 （亿元）	环比增长 速度（%）	
2009	863.96	863.96	—	33.58	33.58	—	—
2010	1057.04	965.91	11.80	37.68	34.43	2.54	0.22
2011	1228.21	1086.65	12.50	45.26	40.04	16.30	1.30
2012	1325.57	1185.54	9.10	55.87	49.97	24.80	2.73
2013	1460.58	1291.05	8.90	63.89	56.47	13.01	1.46
2014	1630.16	1402.08	8.60	74.82	64.35	13.94	1.62
2015	1756.10	1500.22	7.00	87.72	74.94	16.46	2.35
2016	1875.91	1603.74	6.90	97.77	83.58	11.54	1.67
2017	2151.69	1741.66	8.60	108.71	87.99	5.27	0.61
2018	2362.73	1849.64	6.20	121.40	95.04	8.00	1.29

注：1. 嘉定区地区生产总值（地区 GDP）名义值来源于嘉定区统计局。

2. 地区 GDP 和卫生费用筹资总额各年增长速度按可比价格计算。

3. 卫生消费弹性系数反映卫生总费用增长速度与国内生产总值增长速度之间的比例关系。

## 3. 筹资构成及比较

卫生费用由政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人现金卫生支出三部分构成。2009—2018 年，嘉定区政府卫生支出、社会卫生支出和个人现金卫生支出绝对值总体都呈增长趋势。从相对值来看，政府卫生支出占卫生总费用的比重变化总体呈波动趋势，从 2009 年的 16.40% 波动减少到 2018 年的 14.80%；社会卫生支出占卫生总费用的比重在 2009—2018 年间总体呈现“八”型，从 2009 年的 53.42% 增加到 2018 年的 62.46%，2018 年较上年略有降低；个人现金卫生支出占卫生总费

用比重总体呈波动下降趋势，从2009年的30.17%下降到2018年的22.74%。从筹资构成变化趋势看，社会卫生支出是拉动卫生费用上涨的主要因素（见图1）。

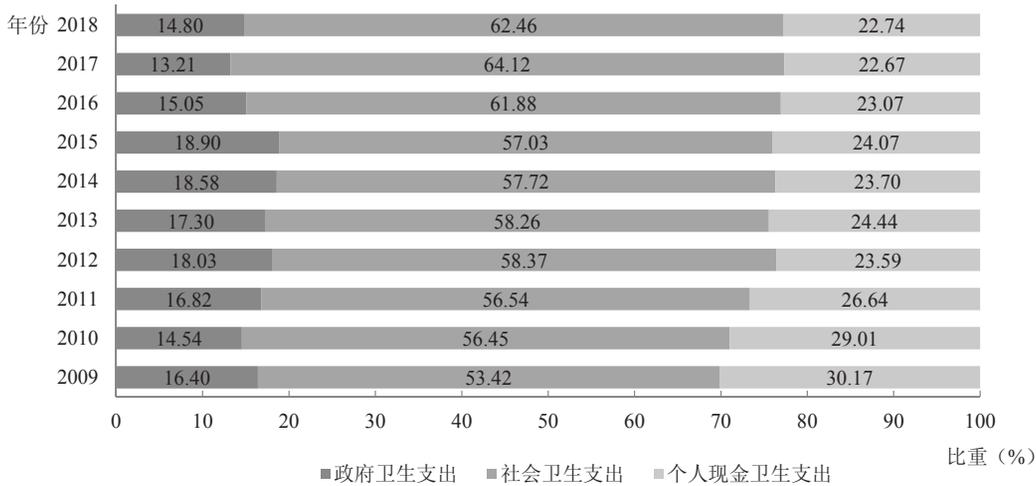


图1 2009—2018年嘉定区卫生总费用筹资构成

## （二）主要筹资渠道

### 1. 政府卫生支出

政府卫生支出占GDP和政府一般公共预算支出的比重是衡量一个国家或地区政府对卫生事业重视程度的两个重要宏观经济指标。2009—2015年嘉定区政府卫生支出持续增加，2016年和2017年出现小幅下降后，2018年大幅增至17.87亿元；2009—2015年人均政府卫生支出从374.29元增加到1058.73元，此后逐年降低，2017年降低至907.74元，2018年增至1130.84元；2009—2015年政府卫生支出占卫生总费用的比重从16.40%增加到18.90%，2017年降至13.21%，2018年增至14.80%；2009—2016年，政府卫生支出占GDP的比重一直处在较低的水平，在0.52%~0.94%间徘徊，2018年为0.76%；政府卫生支出占一般公共预算支出的比重总体呈现波动趋势，基本维持在5%以上，只有2010年、2016年、2017年和2018年在5%以下，其中2018年为4.59%。

## 2. 社会卫生支出

社会卫生支出指政府预算外社会各界对卫生事业的资金投入，主要包括各类社会医疗保险费、商业健康保险费、企业医疗卫生支出、卫生预算外收支等项目。

嘉定区卫生总费用中，社会卫生支出占主体地位。2009—2018年，按可比价格计算，嘉定区社会卫生支出年均增长速度为14.22%，高于卫生总费用和一般公共预算支出的增长速度（12.26%和13.90%），明显快于GDP和政府卫生支出的年均增长速度（8.83%和10.98%）。社会卫生支出是拉动卫生总费用上涨不可忽视的力量。

从支出构成来看，社会卫生支出以社会医疗保险费支出为主，2015年社会医疗保险费支出占社会卫生支出的比例开始低于80%，为79.07%，2016年73.88%，2017年77.32%，2018年降至75.32%。其次是商业健康保险费支出，其他社会卫生支出占比在0.86%~6.03%之间波动，2018年达最高值。

从时间维度看，社会医疗保险费和商业健康保险费的绝对值呈增长趋势，分别由2009年的14.87亿元和2.77亿元增加到2018年的57.11亿元和14.13亿元（见图2）。

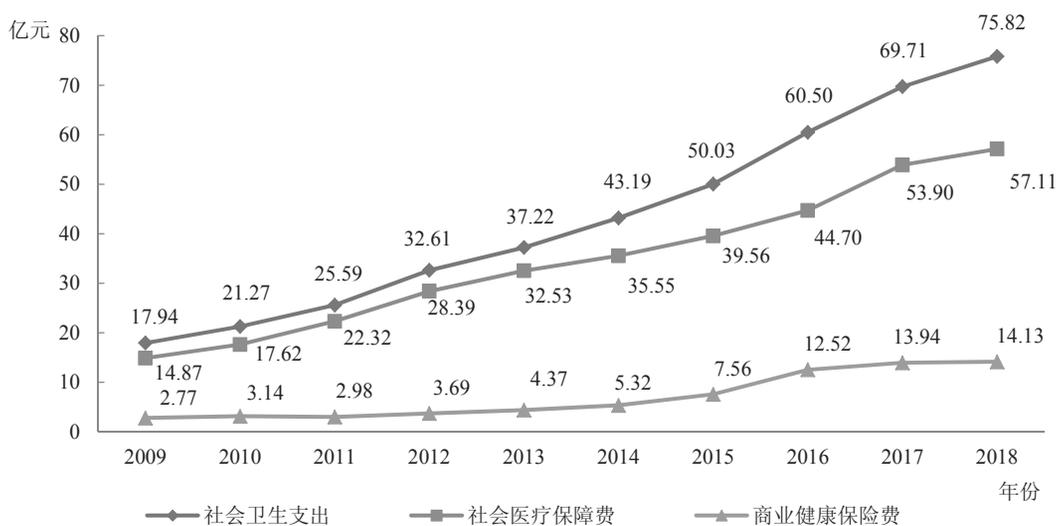


图2 2009—2018年嘉定区社会卫生支出变化趋势

### 3. 个人现金卫生支出

2009—2018年嘉定区居民个人现金卫生支出绝对值从10.13亿元增加到27.61亿元，占卫生总费用的比例从30.17%下降到22.74%，费用控制较好。2018年，在卫生筹资来源中社会卫生支出占卫生总费用比例增长幅度大于政府卫生支出增长幅度（政府卫生支出比例较上年降低了12.24%）。2018年，嘉定区居民个人现金卫生支出占卫生总费用的比例比上一年增加了0.32%。

### 三、嘉定卫生费用机构流向

#### （一）卫生费用分配概况

2009—2018年，嘉定区卫生费用分配总额从22.35亿元增加到87.01亿元（见图3）。2009—2018年，嘉定区卫生总费用绝对值逐年递增，按可比价格计算年均增长速度达到13.18%，高于GDP的年均增长速度（8.83%）和筹资总额的年均增长速度（12.26%）。从卫生费用的机构流向来看，医疗机构费用从14.66亿元增加到68.87亿元，占分配总额的比重从65.59%增至79.16%；公共卫生机构费用从1.83亿元增加到4.33亿元，2018年较上年增加了0.60亿元，增长了16.20%，占分配总额的比重从8.20%降至4.97%，建立以预防为主的健康管理服务体系来扭转“重临床轻预防”的局面并没有实现；药品零售机构费用从4.23亿元增加到4.89亿元，呈现“八”型变化趋势。医疗机构费用中，医院费用从10.54亿元增加到53.62亿元，占比从47.13%增加到61.63%；基层医疗卫生机构费用从4.13亿元增加到15.25亿元，占比在2015年之前相对稳定，在18%~20%之间，之后逐年降低，2018年下降至15.78%，引导患者下沉基层医疗机构的目标尚未真正实现。

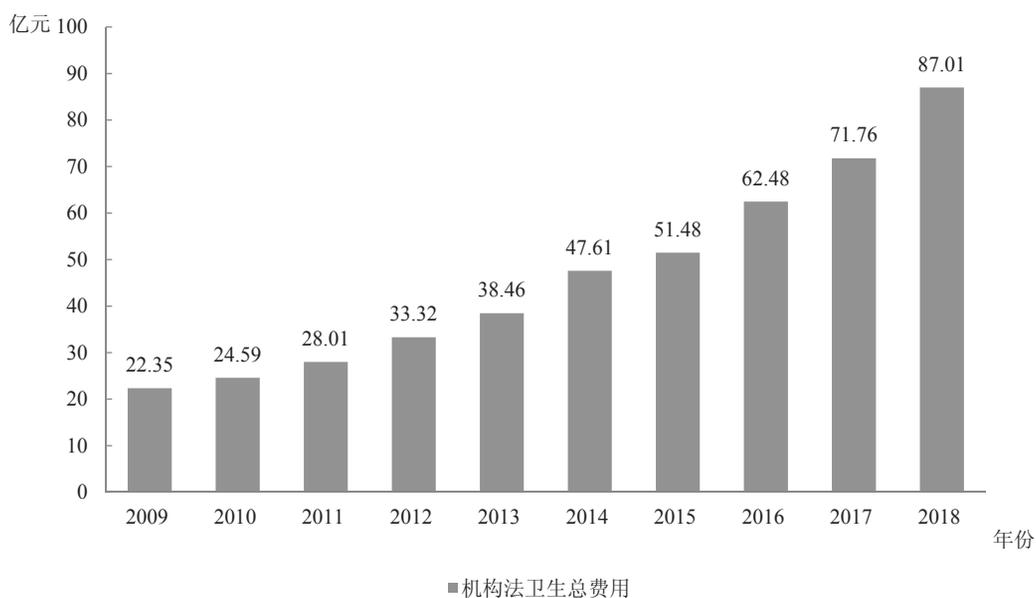


图3 2009—2018年嘉定区机构法卫生总费用

## (二) 卫生费用分配构成

2009—2018年，嘉定区卫生费用流向医疗机构的比例总体呈现上涨趋势。2009—2014年，医疗机构和其他机构间费用构成比例基本稳定，大致为7：3，2015年开始医疗机构占比提升明显，2018年达到79.16%。2009—2018年，公共卫生机构费用占比基本维持在4.97%~8.20%之间，2018年达历年最低（4.97%）；药品零售机构费用是指流入某地区药品及其他医用品零售机构的卫生资金总额，2009—2018年10年占比由18.92%降至5.63%（见图4）。

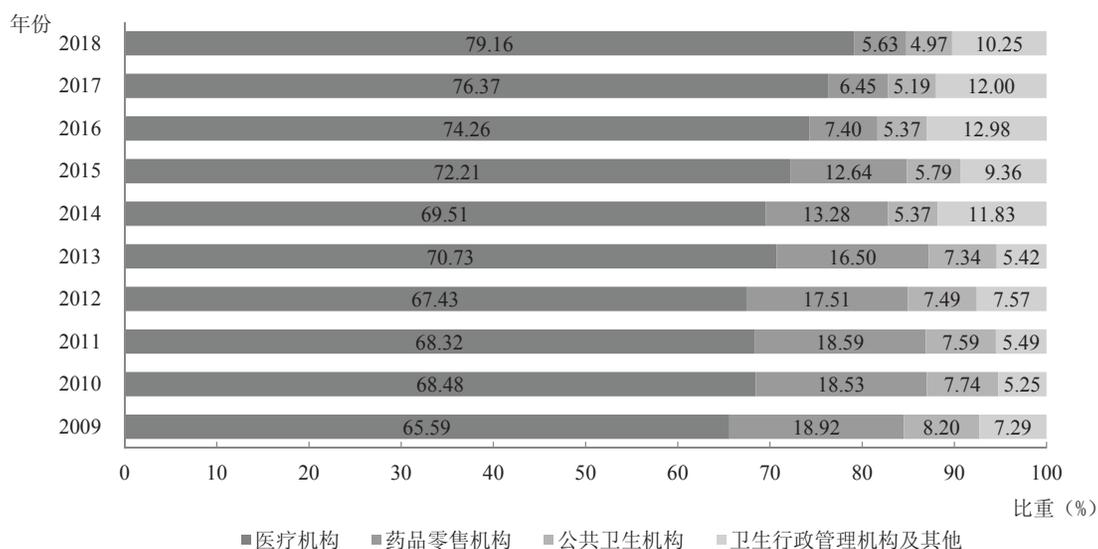


图4 2009—2018年嘉定区卫生费用分配构成情况

从医疗机构内部构成来看，基层医疗卫生机构占医疗机构费用占比总体呈现下降趋势，由2009年的28.15%降至2018年的20.38%；医院占医疗机构费用的比例则总体呈现上升趋势，由2009年的71.85%上升至2018年的79.62%（见图5）。

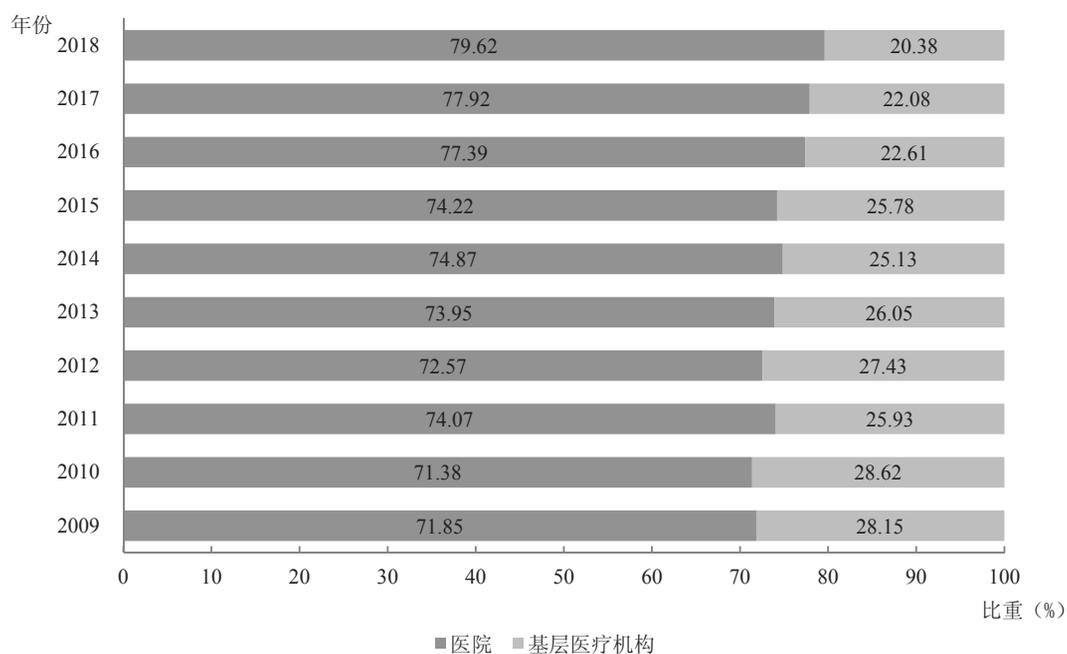


图5 2009—2018年嘉定区医疗机构费用分配构成情况

## 四、嘉定赴外区就医情况分析

### (一) 机构构成

2016—2018年，嘉定区居民赴外区医疗机构就诊的机构情况变化不大。分析2016—2018年嘉定区赴外区医院就诊住院总费用前10位的机构，除同仁医院外，90%均为三级医疗机构。究其原因，一是可能是由于患者患有较为重严重的疾病，因区内医疗机构能力尚待提高而前往外区三级医疗机构就诊；二是同仁医院与嘉定区江桥镇等距离相近，因而吸引了较多嘉定区内的患者前往就医。另外，住院费用排名前10的机构中，3年来一直居于前10的机构占60%，包括上海市第六人民医院、上海市交通大学附属瑞金医院、上海市同仁医院、复旦大学附属中山医院、上海交通大学医学院附属仁济医院以及上海市胸科医院。分析其原因，可能是由于这些医疗机构治疗水平较高，再加之地理位置相近，因而患者多选择前往这些医疗机构就诊。

从2016—2018年嘉定区赴外区就诊排名前10的医疗机构住院费用来看，2016年为27 799.47万元，2017年增加到43 910.12万元，2018年较2017年略有降低，为41 281.80万元；住院人数与住院费用的变化趋势一致，2016年为14 933人，2017年增至19 835人，2018年微降至19 362人。2016—2018年人均住院费用分别为18616.13元、22137.69元和21321.04元，变化趋势与住院总费用和就诊人数一致。分析其原因，可能是由于嘉定区医疗水平有所提高，因而赴外区就医人数及费用略有下降。

具体分析2018年嘉定区赴外区医疗机构及住院费用情况。2018年，嘉定区常住人口赴外区住院费用最高的10家机构住院费用合计41281.80万元，大部分为三级医院（90%），其中综合医院8家、专科医院2家。这10家医院中，人均住院费用最低的为上海市儿童医院（1.00

万元)，最高的为第二军医大学第二附属医院（3.03 万元）。究其原因，一方面是由于赴外区住院人数排名第一的同仁医院（2862 人）与嘉定区地理位置相近，患者在就诊时可能会考虑地理位置优先选择到同仁医院住院；另一方面，上海市儿童医院人均费用不高但住院人数排名第三，提示嘉定区在儿科等薄弱学科建设上应当加强投入。另外，嘉定区常住人口赴外区住院人数排名第二的为上海交通大学医学院附属瑞金医院（以下简称“瑞金医院”）（2850 人），说明通过瑞金医院北院（嘉定）使嘉定区居民有更多机会享受到市区的优质医疗资源，但瑞金医院还需要进一步加强对瑞金医院北院（嘉定）的帮扶作用，通过传帮带等手段加强瑞金总院北院（嘉定）医师的业务能力（见表 3）。

表 3 2018 年嘉定区常住人口赴外区住院费用排名前 10 的机构

医疗机构	住院总费用 (万元)	住院人数 (人)	人均住院费用 (万元)
上海市交通大学附属瑞金医院	6548.19	2850	2.30
上海市第六人民医院	5690.87	2014	2.83
上海市同仁医院	5114.06	2862	1.79
第二军医大学第二附属医院	4535.84	1499	3.03
复旦大学附属中山医院	4460.01	1600	2.79
上海交通大学医学院附属仁济医院	3714.75	1880	1.98
上海市胸科医院	3025.40	1206	2.51
第二军医大学第三附属医院	2874.17	1690	1.70
上海市同济医院	2714.72	1165	2.33
上海市儿童医院	2603.78	2596	1.00
合计	41281.80	19362	2.13

## （二）病种构成

2016—2018 年，嘉定区居民赴外区医疗机构就诊的病种存在一定变化。3 年来，排名前 10 的病种住院总费用总体上升，但是 2017—2018 年有较大的下降，住院人数也有较大幅度的下降（见图 6）。计算人均住院费用，3 年的人均住院费用分别为 8071.03 元、13899.26 元和 11318.63 元，变化趋势与住院总费用及住院人数一致。

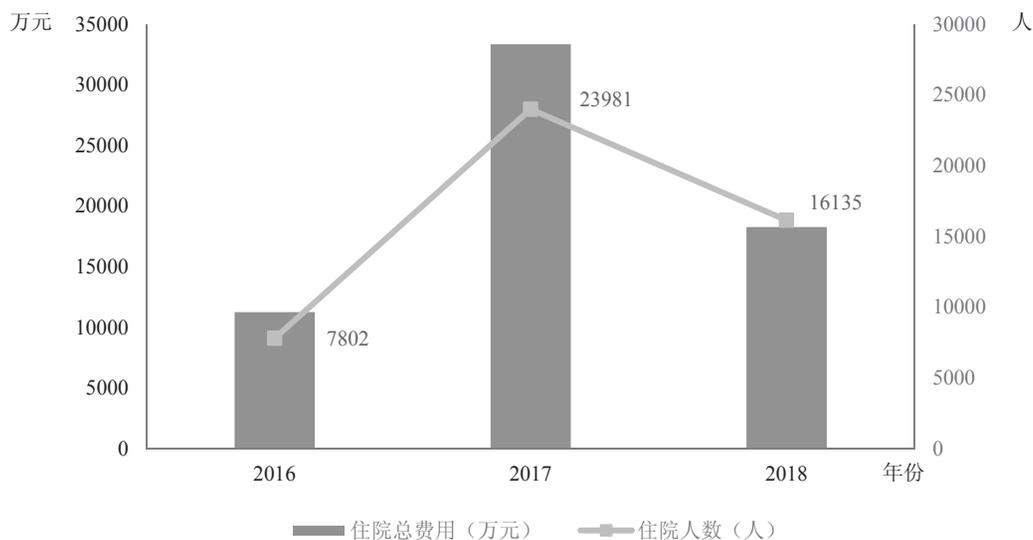


图6 2016—2018年嘉定区赴外区就诊排名前10病种的住院总费用及人数

分析2016—2018年3年的病种变化发现，住院费用排名前10的病种中，手术后恶性肿瘤化学治疗和为肿瘤化学治疗疗程住院总费用每年均有上升，从2016年的第4位、第5位上升至2018年的第2位和第1位，提示应关注肿瘤相关疾病，加强健康教育和相关知识的普及；脑梗死和老年性白内障人数上升较快，分析原因可能是由于老龄人口增加，进而导致该类常患病的老年人赴外区就医人数增加；腰椎间盘突出人数及费用增长，提示现代人在繁忙的工作中，也需要加强锻炼；心血管疾病如不稳定型心绞痛人数及费用下降，妊娠合并子宫瘢痕人数减少，说明这两种疾病得到了较好的控制。

具体分析2018年嘉定区赴外区就医病种相关情况。2018年，嘉定区常住人口赴外区住院费用最高的10个病种住院费用合计约18262.61万元。在这10个病种中，肿瘤占2种，但住院总费用却占了1/3。此外，腰椎椎管狭窄、腰椎间盘突出和不稳定型心绞痛住院人数不多，但人均住院费用分列前三，分别为7.65万元、3.00万元和2.84万元，提示即便住院人数占比较小，也应当关注这几种疾病，降低患者住院费用负担（见表4）。

表 4 2018 年嘉定区常住人口赴外区住院费用排名前 10 的病种及费用

病种名称	住院总费用 (万元)	住院人数 (人)	人均费用 (万元)
为肿瘤化学治疗疗程	3301.81	2613	1.26
手术后恶性肿瘤化学治疗	2651.14	4302	0.62
妊娠合并子宫瘢痕	2033.09	2148	0.95
腰椎间盘突出	1946.47	649	3.00
肺炎	1940.82	1825	1.06
慢性阻塞性肺病伴有急性加重	1592.74	1127	1.41
不稳定型心绞痛	1369.25	482	2.84
混合痔	1182.38	1195	0.99
取出骨折内固定装置	1166.01	1653	0.71
腰椎椎管狭窄	1078.91	141	7.65
合计	18262.61	16135	1.13

## 五、讨论与建议

### (一) 讨论

#### 1. 卫生筹资总额持续提高，总费用占全市的比例不高

卫生总费用占 GDP 比例可以反映卫生事业发展与社会经济增长的协调程度。10 年的核算数据呈现，嘉定区卫生总费用筹资总额逐年增长，占 GDP 的比例逐年增加。从可比环比增长速度来看，卫生总费用明显高于 GDP，区内对卫生的投入还是较为重视的。与全市比较来看，2018 年嘉定区来源法卫生总费用占全市的比例（5.27%）和机构法卫生总费用占全市的比例（3.59%），均低于人口数占全市的比例（6.56%）和嘉定区 GDP 占全市的比例（7.23%）。

#### 2. 卫生筹资结构优化，个人卫生支出占比总体逐年下降

卫生筹资结构反映出居民医疗卫生费用的个人负担。2009—2018 年，嘉定区居民个人现金卫生支出占卫生总费用的比重呈下降趋势，从 2009 年的 30.17% 下降到 2018 年的 22.74%。同期社会卫生支出占比从 53.42% 上升至 62.46%。值得注意的是政府卫生支出从 16.40% 降至

14.80%，虽然 2018 年较上年绝对值有大幅增加，但是比例仍然较低，较上年增幅不大。

### 3. 卫生费用机构流向未见优化，基层机构费用占比低

卫生费用机构流向反映卫生资金在各级医疗卫生机构的分配情况。10 年来，嘉定区卫生总费用分配总额逐年上升。从医疗机构内部流向看，2018 年医院和基层医疗卫生服务机构费用分别占 79.62% 和 20.38%，特别是基层医疗机构费用占比为 10 年最低值，而二三级医院医疗费用 2018 年较上年增长过快，以上费用结构反映，上级医院发生的医疗服务明显增长，分级诊疗成效不显，居民利用卫生服务主要集中在医院，基层医疗卫生服务发展和利用不够，群众不能就近利用医疗卫生服务。此外，公共卫生机构费用占比基本呈逐年下降趋势，从 2009 年的 8.20% 下降至 2018 年的 4.97%，表明应当加大对基本医疗卫生服务和公共卫生服务的投入、宣传，提高服务利用。

### 4. 赴外区就医明显，机构和病种集中度有所降低

嘉定地处郊区，优质医疗资源集中度不高，因此大量居民就医时会优先选择赴外区就医。2018 年，嘉定赴外区就医住院费用的机构和病种集中度均有所下降，前 10 机构住院费用合计达到 4.13 亿元，前 10 病种住院费用合计达到 1.83 亿元。赴外区就医主要受交通便利程度和医疗机构服务特色影响，应重点关注赴外区就医中可由本区医疗机构提供相应住院服务的病种，如术后肿瘤化疗等，加强本区服务能力提升，减少患者奔波，提升居民获得感。与此同时，随着 2020 年江桥医院正式开业，通过人才引进、资源配置优化、加强与上海市第一人民医院优势学科的合作等，预计会进一步提高本区居民就医可及性。

## （二）建议

### 1. 稳定财政投入比例，维持筹资的可持续性

近年来，中国经济增速下滑，过去 30 多年高速增长积累的矛盾和风险逐步凸显。随着经济发展进入中高速发展，对财政预算收支有一定的影响，对卫生总费用的公共筹资部分带来一定的压力。同时，随着预期寿命的不断延长、老龄化进程加速，卫生费用将不可避免地进一步膨胀。嘉定区卫生总费用的增长高于 GDP 增长，对卫生可持续筹资将带来较大挑战，而从筹资来源来看，社会卫生支出部分最高、承担的压力最大。因此，必须稳定财政对卫生筹资投入的比例，保持筹资的可持续性增长。此外，鼓励卫生费用筹资来源多元化，针对居民日益增长的多样化医疗卫生服务需求，从政策层面对商业健康险加大支持力度发挥市场优势，惠及更多有需求的人群。随着卫生总费用的不断增长，仅靠增加政府卫生投入缓解个人负担并不现实，应不断拓宽社会筹资渠道，充分利用社会力量缓解群众卫生费用负担。不断拓宽商业健康保险的服务领域，提供更多的保障产品和更高的保障程度，弥补社会医疗保险供给的不足，丰富和完善整个医疗保障体系。放宽社会力量举办医疗机构的准入条件，加大社会资本进入卫生领域的支持力度，大力发展健康服务业，实现社会筹资稳定增长。

### 2. 优化筹资结构，推动供给侧结构性改革

2015 年 11 月习近平总书记主持召开中央财经领导小组第十一次会议提出了“供给侧结构性改革”的理念，目前医疗服务供需失衡正是由医疗卫生供给总量不足、供给结构不合理造成。前者导致挂号难、看病难、一床难求；后者导致卫生资源配置效率低下，资源不足与浪费现象同时存在。优化筹资结构可以从以下两个方面推动。一是适当增加总量供给。政府不能大包大揽，而是应当明确政府和市场边界，通过法治规范、鼓

励社会资本兴办医疗机构提供服务，特别是特需服务，弥补供小于求的差距。二是调整供给结构，优化资源配置。实现合理的就医秩序，提升各级各类医疗服务供给的连续性和衔接性，减少医疗卫生体系碎片化和资源浪费。对区域卫生进行合理的规划和布局，防止公立医院过度膨胀进而发展成区域垄断型服务提供者。

### 3. 优化卫生资源配置结构，引导医疗卫生资源合理流向

从全市来看，医疗费用面临着城郊之间和区域之间分布不平衡的问题。从嘉定区来看，医疗费用面临着基层医疗发展不充分，流出外区看病就医现象逐渐扩大的问题。为落实分级诊疗、优化卫生资源配置结构，应当加强家庭医生制度的构建，完善基层配套建设，避免医院对患者和人才的双重“虹吸”效应。应加大对公共卫生和基层医疗卫生服务的投入力度，支持基层医疗机构人才队伍和基础设施建设，切实落实国家新医改“保基本、强基层、建机制”的要求；进一步深化医药卫生体制改革，通过基层医疗机构“社区首诊、定点首诊和双向转诊”等措施引导基本医疗服务重心下沉社区；同时，增加对公共卫生的投入，尤其是慢病防治和自我管理等投入。合理规划布局预防服务卫生资源，继续加强预防服务体系建设，拓宽预防服务范围，加强专业人才培养。2018年，上海市16个区开展了长期护理保险的试点工作。依需求申请经评估达到一定等级的老人，可以享受社区居家照护服务。对于未患严重疾病的老人，使其在社区、家中获得上门的基本医疗服务和生活照料服务，一方面可以避免对医院床位的挤占，释放更多治疗资源，另一方面可以减轻医保的负担，由长期护理保险解决老年居民突出的生活照料问题。

### 4. 关注赴外区就医人群，针对重点人群、重点病种服务

首先应明确医疗服务的重点人群，当前人口老龄化问题日益突出，“未富先老”带来的健康需求显著增加，老年病服务、慢病防控和康复

医疗服务的需求愈加增长，而老年人群医疗服务利用量高，但跨区看病多有不便，针对老年居民提供其所需要的、可及性高、质量高的医疗卫生服务，有利于控制本区患者外流的现象。其次，加强医联体签约和转诊服务，让患者在嘉定区内即可方便快捷地享受到多层次、多元化的基本医疗卫生服务和上级医院提供的医疗服务。同时，建议从重点病种入手，针对赴外区就医较为集中的病种，提高临床诊疗能力，将部分疑难病症患者留在区内。如针对赴外区住院人数较高的儿童，建议加强区政府对于儿科等薄弱专科的建设；针对脑梗患者，加强区级脑卒中临床救治中心建设，提高60分钟内救治率，提高与市级脑卒中临床救治中心的同质化诊疗水平，同时，加强区级脑卒中防治体系建设，做好社区脑卒中高危患者筛查和干预；针对恶性肿瘤患者，应当加强术后患者的随访管理等。

（责任编辑：信虹云）

## 卫生健康与医疗保障研究联盟成立

日前，首都卫生管理与政策研究基地第三届医药卫生体制改革与公共管理创新论坛在北京召开。会上，首都医科大学、上海市卫生和健康发展研究中心、深圳市卫生健康发展研究中心、天津市卫生健康发展研究中心、北京大学医药管理国际研究中心、武汉大学全球健康研究中心、华中科技大学同济医药管理学院 7 家单位共同发起成立了卫生健康与医疗保障研究联盟。

卫生健康与医疗保障研究联盟将通过跨区域、跨领域、多维度、多学科，理论与实践融合研究，为政府及相关部门卫生健康与医疗保障政策决策提供智力支持，积极推进国际合作交流，推动医保、医疗、医药、公共卫生与疾病预防控制的融合、协同发展，实现卫生健康服务体系健康价值的全面提升。

本次论坛采取线上线下相结合的方式，以重大疫情背景下卫生健康与医疗保障制度完善为主题，共有来自医药卫生、医疗保障等领域的 150 多位专家、学者研讨了我国新冠肺炎疫情防控实践中行之有效的典型经验和创新做法。来自清华大学公共卫生学院、国家卫生健康委体制改革司、国家卫生健康委医疗管理服务中心、国家卫生健康委卫生发展研究中心、国家医保局医药价格和招标采购司的官员和专家从防治结合、药品招采、财政应对等公共管理视角，分享了各自的经验和做法。

首都医科大学副校长、首都卫生管理与政策基地主任管仲军在总结发言中指出，“研究联盟”的 7 家单位应尽快对联盟发展的相关制度进

行充实和完善，以发挥服务卫生健康与医疗保障事业改革建设为最高价值，将其打造出医保、医疗、医药、公共卫生与疾病预防控制融合发展的研究平台，为建设健康中国添砖加瓦。

（责任编辑：信虹云）

## 征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，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，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

### 一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

### 二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

### 三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整（包括中文摘要 200 字左右，关键词 3～5 个、正文等），论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 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。

#### 四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

#### 五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号      邮 编：200031

网 址：[www.shdrc.org](http://www.shdrc.org)

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅和下载）

联系人：张苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)



发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处  
国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、  
国家卫生健康委员会统计信息中心  
中国医学科学院医学信息研究所  
美国中华医学基金会合作项目单位  
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门  
各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处  
上海市卫生健康委员会领导及有关处室  
上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会  
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

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China