

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

疾病预防控制  
2023年 第1期  
(总第124期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2023年2月15日

**编者按** 本期关注疾病预防控制：分析疾病预防控制社会监督治理的问题并提出完善建议；阐述疾病预防控制机构激励机制的发展历程及存在的问题，提出针对性的策略建议；梳理上海市公共卫生体系投入现状及存在的问题，建议进一步优化筹资机制、投入结构及投入模式；剖析公立医院医防融合的内涵及体制机制问题，提出针对性的策略与实施路径。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12卷第1期(总第124期)  
2023年2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

上海市肇嘉浜路789号

邮编:200032

电话:021-33262061

传真:021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

网址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷  
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: 甘银艳 楚玉玲  
周 娜 刘海燕

校 对: 汪 丽 吴延梅

## 目 次

### 专题研究

疾病预防控制社会监督治理的问题分析与完善建议

..... 王月强, 王 旭, 李 芬, 等 (1)

疾病预防控制机构激励机制的问题与对策研究

..... 王 旭, 王胜难, 李 芬, 等 (11)

上海市公共卫生体系投入和补偿机制研究

..... 朱碧帆, 李 芬, 王力男, 等 (21)

公立医院医防融合内涵、问题与实施路径分析

..... 朱 琳, 王 旭, 张璐莹, 等 (36)

### 征稿启事

征稿启事..... (45)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 700本

## 疾病预防控制社会监督治理的问题分析与完善建议

王月强 王旭 李芬 何江江 金春林

**【摘要】** 疾病预防控制社会监督治理是国家治理能力现代化在公共卫生事业发展过程中的重要实践形式。在常态化和紧急状态下的监督治理过程中，国内出现了许多疾病预防控制社会监督治理的积极案例，取得了很好的效果。但是，疾病预防控制社会监督治理在根源问题、体制机制、方式方法、社区治理等方面仍存在短板和不足，建议从政治、制度、技术、法律、组织、社会等多方面为公共卫生治理提供坚实保障，创新构建现代化疾病预防控制社会监督治理体系。

在国家治理能力现代化的时代背景下，疾病预防控制社会监督治理具有重要的研究意义。实践中，我国公共卫生治理不仅在常态化治理过程中形成了实践特色，在紧急状态治理过程中也探索出一定的组织管理经验。从长远看，以社会治理的方式开展疾病预防控制，是国家治理能力在公共卫生领域的重要运用，也是政府管理与公共卫生的有机结合和有益实践。

### 一、疾病预防控制社会监督治理的理论基础

#### （一）概念界定

疾病预防控制社会监督治理是指通过一套有效的体制机制安排，根据现行法律法规的要求，通过一定技术手段，充分发挥公共卫生领域各个主体的作用，以实现防治传染病和慢性病，化解重大公共卫生风险、

---

第一作者：王月强，男，助理研究员

通信作者：金春林，男，研究员，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

作者单位：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 201199

维护和促进国民健康的目标。随着社会的不断发展，从非典时期的传染病防控到健康中国战略的实施，再到社会治理的现代化，疾病预防控制社会监督治理会越来越被突出强调，相应的内涵也在不断丰富和深化。

## （二）政策依据

疾病预防控制社会监督治理是公共卫生与政府治理两大领域政策法规的共同结合。《“健康中国 2030”规划纲要》的出台使得以人为本的健康理念在公共卫生治理中得到进一步凸显。党的十九大报告中指出要打造共建共治共享的社会治理格局，加强社会治理制度建设，完善党委领导、政府负责、社会协同、公众参与、法治保障的社会治理体制，提高社会治理社会化、法治化、智能化、专业化水平。《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》对国家治理现代化、社会治理现代化问题作出了战略部署。《基本医疗卫生与健康促进法》将“坚持预防为主、防治结合，联防联控、群防群控、源头防控、综合治理，阻断传播途径，保护易感人群，降低传染病的危害”作为国家加强传染病防控的法律要求。由此可见，构建现代化疾病预防控制社会监督治理体系逐渐成为新时代下我国公共卫生治理发展的新方向。

## 二、疾病预防控制社会监督治理的实践探索

### （一）总体情况

从总体上看，根据公共卫生事件的发生程度，疾病预防控制社会监督治理可以分为常态化的监督治理与紧急状态下的监督治理两方面。结合国内长期以来的工作经验，常态化的公共卫生治理主要有通过政府组织开展自上而下的爱国卫生运动，实现全民动员与自觉参与相结合，密切联系群众开展健康中国建设等几种形式；紧急状态下的公共卫生监督治理则是在面对突发传染病疫情情况下，以政府为主导，按照分级负责、

属地管理的原则，形成以中央为核心，各级卫生健康委员会为当地疾病控制主导单位的组织管理体系，按照《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，加强对突发公共卫生事件的社会监督与综合治理。

## （二）实践案例

### 1. 湖北省宜昌市慢病管理的社会网格化

为有效应对高血压、糖尿病与脑梗塞等慢性病对人群健康的威胁，宜昌市率先基于建成的城市信息综合管理平台，借助社会管理的工具——网格管理，对慢病人群的健康水平与服务利用实现全方位的动态监测。2011年，宜昌市启动社区网格管理，探索性地构建并完善了以人为本的网格化管理、信息化支撑、全程化社会服务管理的“一本三化”体系。2016年11月，宜昌市成为38个全国健康城市建设首批试点城市之一。截至2018年，宜昌市网格管理得到了迅速发展，共有11 000个网格，其中城区1 421个、农村9 579个，推动了各类社会资源在网格上的集聚与整合。

网格管理在实现社区慢病管理的过程中，以信息化、数字化为支撑，以网络技术为手段，将实体医疗机构及其资源、网格管理员与虚体的各类信息平台有机结合，形成了信息有效连通与反馈的渠道，促成健康城市视域下社会管理与慢病相关医疗卫生资源的融通与整合。

### 2. 北京市公众参与新冠疫情防控

在北京市新发地的新冠疫情中，人称“西城大爷”是2020年6月北京新冠疫情的首例确诊患者。“西城大爷”在流调过程中对2020年5月30日以来去过的地方无一遗漏回忆出来，特别是对6月3日自己去新发地购买海鲜并短暂停留进行了准确的描述，并冷静、清晰地回忆出之前两周接触的所有人，提供了一份38人的详细名单，为相关部门第

一时间锁定新发地、切断传染源、阻断传播途径节约了宝贵时间，为流行病学调查锁定密切接触者提供了重要信息。“西城大爷”的做法堪称教科书式的个人疫情防控反应，这说明公众参与在重大传染病治理当中起到了非常关键和基础的作用。因此，有必要总结北京疫情防控经验启示，推动公众参与重大传染病治理制度化和机制化。

### 3. 上海市建立“健康自我管理小组”的社会动员机制

上海市政府在2016年开展建设健康城市行动中，已经形成了群众参与的重要社会动员机制。在此基础上，上海市又在镇街、社区层面成立健康自我管理小组，列入《上海市建设健康城市2009年—2011年行动计划》《上海市建设健康城市2012年—2014年行动计划》《上海市建设健康城市2015—2017年行动计划》和十年规划中，希望逐步形成预防与控制慢性病的群防群控工作模式。小组活动遵循“基线调查→制订个人计划→核心课程培训→形式多样活动→计划执行交流→效果评估”的模式。小组每年活动次数在10~12次左右，其中6~8次为基本课程的健康生活方式知识学习，还有体会交流、健身和公益活动等。小组每位组员每年还要以健康志愿者的身份在社区参加科普公益活动，成为社区科普健康教育的大使。通过小组成员的“口口相传”和“现身说法”，把健康和医学常识传播给自己的家人、亲人和邻居。上海市开展的市民健康自管小组项目得到了世界卫生组织（World Health Organization, WHO）以及国内外专家的高度关注和肯定。WHO总干事陈冯富珍女士把上海经验概括成8个字：群众参与、健康之道。可见，在政府支持和引导下，民众形成自主的、可持续的健康自我管理意识，对全球慢性非传染性疾病的防控、治疗及康复具有重要意义。

### 4. 深圳市、河北省建立“健康积分制度”

深圳市卫生健康部门会同有关部门建立居民健康积分奖励制度等激

励机制，引导居民积极参与健康管理。《深圳市人民政府关于打造健康中国“深圳样板”的实施意见》第十条指出，建立市民健康积分管理制度，对参与居民电子健康档案建档、基本公共卫生、家庭医生和突发公共卫生事件报告等社区健康服务的市民予以积分。《深圳经济特区健康条例》第四十一条规定，建立居民健康积分奖励制度等激励机制，对居民参与健康促进、体育健身、健康管理和健康社区建设予以积分，具体办法由市卫生健康部门会同有关部门另行制定；鼓励医疗卫生机构、企事业单位、社会组织提供积分兑奖服务。2020年11月，深圳市卫生健康委员会印发《关于试行居民健康积分制度的通知》，主要从积分管理、技术支撑、积分应用和组织保障四方面对居民健康积分的各项内容进行规范。

河北省临西县以“健康积分”为载体，以健康知识传播为抓手，以提高全民健康素养为目标，在每个乡镇选择一个村试点开展“您健康，我点赞！健康理念换取健康服务”健康教育（促进）积分制工作，因类施策“三强化”补齐健康素养教育弱项短板，吸引更多居民从“要我健康”转变为“我要健康”，使个人成为自己健康的责任主体；划拨健康促进专项资金用于活动经费、“健康积分超市”建设、奖品购置和宣传品的印制，提升群众参与健康教育积极性和疾病预防控制水平。

### 三、疾病预防控制社会监督治理存在的主要问题

#### （一）疾病预防控制监督管理的根源性问题仍未解决

从政府投入层面看，经费投入、资源配置、体系建设、激励机制的“重医轻卫”和不平衡，造成公共卫生与疾病预防控制人才大量流失，进而导致“医疗”和“卫生”两大体系之间出现一定的裂痕；从管理机制看，我国公共卫生、医疗服务、基础研究的分工协作和运行机制不健全，存在“预防—临床—基础研究”分离的问题。各级疾控部门、科研单位与医疗机构间信息共享不畅、相互联动不够，突发公共卫生事件出现后，

难以形成反应及时、信息透明共享、统一部署、职责分工明确的共同应对机制；从法治建设看，公共卫生法律体系有待完善。我国虽然陆续颁布了《传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共卫生事件应急预案》等法律法规，但法律只规定了什么情形下构成特别重大突发公共卫生事件和一级响应的启动与终止程序，对于二级、三级、四级应急响应的具体适用情形未做明确规定；同时，对个人和公共部门的补偿规定并不完善。

### **（二）社会协同治理与综合监督机制尚未成熟**

在疾病预防控制尤其是在重大传染性疾病预防过程中，不同层级政府之间的纵向协同程度较高，而同一层级不同部门之间的横向协同程度较弱，跨区域和跨部门的协调难度大。在常态化治理中，各个部门能够按照工作职责进行有序的监督管理，但在紧急状态下的治理过程中，政府各部门的重大疫情防控责任分工尚未厘清，政府过于强调刚性的行政管理手段，缺少必要的专家支持与社会舆情的协同联动，使得部分有效防控措施无法及时实施，加剧了疾病预防控制的治理危机。

### **（三）疾病预防控制的治理信息存在共享缺陷**

在疾病预防信息管理方面，不同地区和部门间的横向信息交流存在阻隔。在常态化治理下，职能部门和地方政府的信息互通是先进行垂直传播，再进行网络化传播。由于不同部门掌握的信息来源和信息量不同，且缺少促进部门间民主协商和信息共享的机制，信息在不同部门之间的传播存在明显障碍，也为部门间的协调造成了困难。在紧急状态下的社会治理过程中，由于部门间难以第一时间共享有效信息，还会影响社会公众的知情权，导致不良社会舆论发酵，引发社会管理危机。

### **（四）社区治理在紧急状态治理过程中存在先天不足**

社区作为传染病疫情防控的最前线，是疾病预防控制社会治理最重



要的前端关口和工作哨点，但社区抗疫存在短板和弱项。一是社区疫情防控的基础条件落后，社区工作者压力巨大。由于国家层面的社会动员机制尚未建立，相关疫情任务突然下沉到社区，社区工作者既要早发现“病”、也要服务好“人”，还要管理好“事”，远远超出了常态下社区的工作量。有的社区工作人员不仅要负责调查等材料，还要负责实地巡查，连续加班、持续作战，极度疲劳。同时，抗疫早期社区防疫物资紧缺，更增加了风险。二是社区工作人员能力有待提升。由于各种因素影响，一些社区工作人员年龄偏大、学历偏低、能力不足、创新不够，习惯于“纸上防疫”“表格防疫”“开会防疫”“讲话防疫”，不善于利用网络、大数据、社区 APP 等科技手段、网络方法收集问题、反映情况、汇集智慧。

#### 四、完善疾病预防控制社会监督治理的政策建议

##### （一）坚持党的领导，完善党建引领公共卫生治理创新的政治保障

一方面，公共卫生的社会治理监督必须强化党组织对公共卫生治理的政治领导，把人民健康放在优先发展的战略地位，把党的建设与医疗卫生工作紧密结合起来，进一步加强医院党的建设，建立健全对重大工作的领导机制。另一方面，全面提高政府的公共卫生应急治理能力与治理水平。在舆论引导能力建设方面，政府应在保障广大人民群众知情权的同时最大程度地缓解人民群众的恐慌心理。在应急主导能力建设方面，政府要对自身的角色进行科学合理的定位，在团结社会组织、企业、广大民众等社会力量的过程中发挥领头人的作用。在多方协调能力建设方面，政府要建立统一高效的应急协调联动机制，协调政府部门与社会部门之间的关系，合理分配应急期间的人力、物资、财政等资源。在物资保障能力建设方面，政府要增加卫生应急预案的资金拨款，制定科学合理的应急物资储备计划。

## （二）全面深化分工协同管理，健全公共卫生治理的制度保障

首先，加强公共卫生体制管理和机构监管。坚持公共卫生组织体系的“国家责任、公共投资和公立主导”原则，不断优化公立医疗卫生机构公共服务的“公益价值”产出能力。强化疾病预防控制体系的顶层设计和功能定位，确立和强化中央、省、市、县四级疾病控制和预防中心，并赋予各层级疾控部门不同的职责和权限。其次，提高卫生应急管理协同治理能力。运用协同防控与治理的理念明确各级政府部门、疾控部门、医院、基层医疗卫生机构、医疗卫生信息、基础研究和健康产业等部门在应对公共卫生事件中的功能作用、角色地位，提升国家在突发公共卫生事件中的社会动员、社区治理、物资储备和产业协同的能力。最后，强化公共卫生防控的基层组织架构和职能。将基层社区纳入公共卫生防控体系，强化基层公共卫生组织的日常防控与风险预警职能，综合运用互联网、大数据、云计算等现代技术开发疫情防控公共服务管理平台，将医院、专家、公众及相关医疗资源充分整合，最大程度的实现共建共享，更好地提高防控水平。

## （三）引入智能管理与监督评估，优化公共卫生治理的技术保障

首先，创新现代技术运用与流调手段。疾病预防控制的管理需要结合新的科学技术，包括云计算、大数据、物联网、移动互联网、人工智能等，探索运用健康码实现疫情防控精细化管理。其次，推进专业评估和社会监督。要建立社会公众和行业专家参与重大传染病治理监督和评估机制，对疫情防控过程进行客观评估，包括疫情防控的整体绩效、疫情预警、溯源管理等，以及疫情防控的薄弱环节。要完善社会监督，提升公众参与重大传染病治理过程中的监督职能。

## （四）完善公共卫生法律法规，提升公共卫生治理的法治保障

**第一**，推进公共卫生法制建设，增强规范性和可操作性。健全完善

传染病防治法、野生动物保护法等法律法规，尽快推动出台生物安全法，加快构建国家生物安全法律法规体系、制度保障体系，从细节上健全公共卫生考核管理、隐患排查、监测预警、监督问责、统计报告及信息公开等各方面制度，完善实施细则。**第二**，加强公共卫生预防性立法，增强前瞻性和引导性。坚决贯彻预防为主的健康工作方针，注重提高立法的预防性和前瞻性。通过立法引导全社会将工作关口前移，加强公共卫生法治宣传和法律服务，增强覆盖面和渗透力。**第三**，严格公共卫生执法司法力度，依法打击违法行为。严格依法打击各类危害公共卫生安全的违法现象，严厉查处破坏公共卫生安全设施、抗拒公共卫生安全防控、哄抬民生和医疗物资价格、暴力伤医、制假售假、造谣传谣等违法行为，保障公共卫生秩序。

#### **（五）建立多元主体的运行机制，完善公共卫生治理的组织保障**

首先，倡导多元管理的社会治理主体。建立政府、社区、社会组织、公众等多元主体的互动网络，利用多中心决策网络在多层次主体间展开公共卫生治理，进行多元主体治理权力的微观调整。构建纵向事权划分、横向职能配置的公共卫生管理体制架构，明确并细化各级单位的财权和事权，提高公共卫生管理效能。其次，探索社会购买公共卫生服务的机制。完善政府购买公共卫生服务的机制，充分发挥社会力量的作用。注重提升公共卫生投入的效率，制定国家基本公共卫生服务项目成本或标准价格；完善政府采购，形成包括公立医院、民营医院、公共卫生机构等在内的多元供给主体；形成充分调动各方面积极性、以结果为导向的公共卫生服务供给体系。最后，引入公共卫生社会力量治理监督机制。建立强有力的社会力量参与危机治理、公共服务的监督问责机制，发挥社会组织在公共卫生治理中的外部监督和协同管理作用。

### **（六）鼓励健康教育和社会动员，强化公共卫生治理的社会保障**

一方面，推动健康教育与健康促进。爱国卫生运动是我国卫生工作的伟大创举，建议坚持开展爱国卫生运动，强化卫生在经济社会发展中的重要性，创新爱国卫生运动的形式，提倡健康的生活工作方式和良好的健康行为习惯。另一方面，加强社会宣传和公众教育。利用各类媒体平台发布健康信息，加强部门协调，健全重大传染病治理信息发布的及时性、准确性和全面性，满足公众对于信息的需求，消除治理过程中政府和公众信息不对称的隔阂，增进政府和社会公众之间的双向交流沟通。加大社会宣传，鼓励公众积极参与疾病预防控制的社会协同治理。

（责任编辑：信虹云）

## 疾病预防控制机构激励机制的问题与对策研究

王旭<sup>1</sup> 王胜难<sup>2</sup> 李芬<sup>1</sup> 何江江<sup>1</sup> 金春林<sup>1</sup>

**【摘要】** 疾控体系发展动力不足、人员流失已成为制约疾控体系有效运转的瓶颈，如何建立有效的激励机制成为疾控体系改革的重点。文章系统阐述了疾控机构激励机制的发展历程，梳理了疾控机构激励机制存在的问题，结合国内疾控机构的改革实践，提出针对性完善疾控机构激励机制的策略建议，为进一步激发疾控机构工作活力、稳定疾控人才队伍提供理论支撑。

在此次新型冠状病毒疫情（以下简称“新冠疫情”）防控过程中，我国疾病预防控制（以下简称“疾控”）体系暴露出能力不强、机制不活、动力不足、防治不紧密等问题，其中疾控专业人才尤其是业务骨干持续流失的问题尤其突出。如何运用有效的激励机制，充分发挥疾控专业人才的潜能，稳定人才队伍，提高疾控工作的自主性与创新性，是疾控体系发展的关键因素，也是改革的重点和难点之一。

### 一、疾控机构激励机制发展历程

作为我国疾控体系的核心，各级疾控机构承担着传染病与慢性病预防控制、突发公共卫生事件应急处置、健康危害因素监测与干预、实验室检测与评价、健康教育与健康促进、技术管理与应用研究指导和疾病预防控制信息管理 etc 职责，是承担政府公共卫生职能的专业机构。

1989 年之前，我国疾控机构实行的是财政全额拨款的投入模式，

---

第一作者：王旭，男，研究实习员

通信作者：金春林，男，研究员，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

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. 上海市普陀区疾病预防控制中心，上海 200333

所需经费全部由政府承担，疾控机构按规定提供免费服务。随着市场经济体制的逐步建立，1989年国务院印发《批转国家教委等部门关于深化改革，鼓励教育、科研、卫生单位增加社会服务意见的通知》（国发〔1989〕10号），疾控机构开始实行政策投入和有偿服务收入并行的双重补偿机制，即国家允许疾控机构将健康检查等项目列入有偿服务，所得收入全部留给单位，以弥补政府补偿经费的不足。这种变革在一定程度上调动了工作人员的积极性，但也推动疾控机构形成了逐利动机，公共卫生服务的公益性和福利性有所降低。

2009年，人力资源社会保障部会同有关部门发布《关于印发公共卫生与基层医疗卫生事业单位实施绩效工资的指导意的通知》（人社部〔2009〕182号），明确要求专业公共卫生机构的人员经费、发展建设和业务经费根据人员编制、经费标准及考核情况由政府全额安排，同时要求实施事业单位绩效工资改革，以公平有序的激励机制提高职工的工作积极性和效率。自此，疾控机构正式实行绩效工资改革制度，税前工资主要包括基本工资、绩效工资和津贴补贴。其中，基本工资包括岗位工资和薪级工资，按照国家统一标准发放，主要依据不同岗位、职称、工作年限确定；绩效工资分为基础性绩效工资（60%~70%）和奖励性绩效工资（30%~40%），基础性绩效工资主要体现经济水平、价格影响、不同岗位等因素，奖励性绩效工资主要是依据工作量等实际贡献因素；津贴补贴又分为边远地区津贴和岗位补贴，主要给予偏远地区以及高危工作人员。

2011年，《中共中央、国务院关于分类推进事业单位改革的指导意见》（中发〔2011〕5号）发布，疾控机构被划分为政府举办的实施疾病预防控制和公共卫生技术管理等服务的公益一类事业单位，由政府全额拨款。2017年3月，《财政部国家发展改革委关于清理规范一批行政事业性收

费有关政策的通知》(财税〔2017〕20号)要求,从2017年4月1日起取消疾控机构行政事业单位预防性体检费、卫生检测费、委托性卫生防疫服务费三项收费。此次改革背景下,取消了几乎所有疾控机构收费自留技术服务项目,对原本财政保障力度不足的疾控机构产生了较大影响,人员流失问题逐步凸显。

## 二、疾控机构激励机制存在的问题

### (一) 薪酬水平明显缺乏吸引力

当前,事业单位的工资增长是由国家根据财政状况、国民经济发展统一进行调整,由政府职能部门统一审批管理,绩效工资总额多年难以调整。数据显示,疾控机构绩效工资年增长速度仅5.15%,低于国内生产总值(Gross Domestic Product, GDP)年增长速度,既无法反映当地实际经济物价水平,也无法体现其劳动价值。根据2018年中国疾控中心调研报告显示(见图1),从薪酬水平来看,2018年上海疾控机构人员年平均薪酬为22.25万元,与图中其他地区相比处于中等水平;广东疾控机构人员年平均薪酬最高,为29.20万元。总体来说,上海疾控机构人员薪酬水平不高,相较于上海较高的生活成本、房价水平,疾控机构人员薪酬竞争力较低,在同一地区中收入水平也明显低于同级公立医院,薪酬待遇的激励作用缺乏驱动力和实效性。

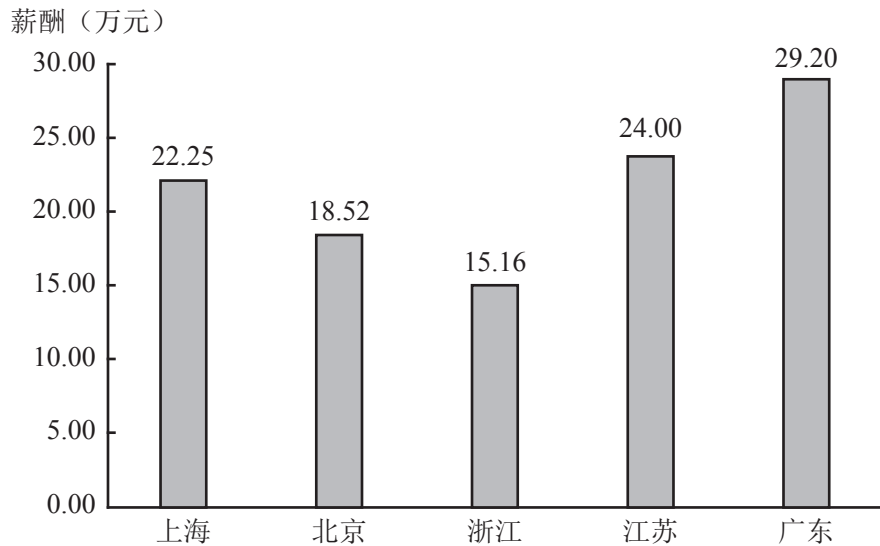


图1 2018年上海与典型地区疾病预防控制机构人员年平均薪酬比较

## (二) 绩效分配制度激励作用不足

国家实施绩效工资的目标是完善岗位设置和岗位聘任制，发挥绩效工资的激励导向作用，提高公共事业服务水平，从而提高社会效益、经济效益和公众满意度。但是，绩效工资制度的实施并未发挥出理想的效果，其原因主要来源于两个方面。

一是疾控机构作为不以盈利创收为目的的公益一类事业单位，按照政策规定，其绩效工资总量全部由地方财政部门参照当地事业单位水平核定，采取的是“人事分离”的财政支付模式，即按照人员编制数给予人头费，工作经费则按照预算进行审批。此种模式限制了疾控机构人头费总额，绩效工资总量核定大多与疾控机构的服务表现并无关联，即使承担的工作量再大也不能从薪酬总额上体现，针对“付出多，回报多”的薪酬福利增长需要并不能得到有效满足。

二是疾控机构工作绩效考核量化困难，难以体现工作贡献。与以个体患者为对象的医疗活动相比，疾控机构作为公共卫生服务的提供者，其服务对象是群体，工作产生的健康效益和社会效益是长期的、潜在的，一般难以在短时间内观测到，因此具有周期长、见效慢、健康或经济回



报不明显等特点，绩效考核较为困难。此外，疾控机构工作人员基础性绩效工资占60%以上，主要沿用行政工资加技术工资的结构模式，由职务级别、科室性质和资历等决定；奖励性绩效考核占比较少，且绩效考核与奖励并未严格挂钩，人员队伍的工作积极性未被充分调动。

### （三）创新性工作绩效激励缺失

近年来，随着健康中国战略的逐步实施，各级疾控机构除了常规任务以外，还需承担部分创新性项目和专项工作，如基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目等。以基本公共卫生服务为例，服务项目从2009年的9大类22项逐步扩大至2022年的12大类45项，项目人均补助经费标准也从2009年的15元稳步提高至2022年的人均84元。各级疾控机构承担的任务越来越重，但薪酬未能随着基本公共卫生服务经费补助标准的提高而得到相应的增长，主要原因在于上级项目的劳务费无法下发给承担任务的基层疾控人员，导致基层疾控人员工作积极性受到严重影响。

另一方面，疾控机构作为专业技术单位，承担的监测预警、风险评估、快速应急处置、循证决策职能均需要开展大量基础研究，高级别的疾控机构更需要高水平科研持续支撑。然而，目前绝大部分省级卫生行政部门在制定科研支持政策时未将疾控机构纳入其中，个别省份对于疾控机构是否应参照执行存在不同意见，科技激励政策无法惠及疾控专业人员。部分地方虽有激励政策，但在执行中要求其纳入单位绩效工资总额核算，造成科研激励实际上无法落地的情况。以上海某区为例，区有关部门不认为区疾控中心是科研部门，在课题经费使用上不能提取人员劳务费和课题负责人经费，严重打击了疾控科研人员的科研主动性和积极性。

### （四）防疫津贴制度有待进一步完善

1979年原卫生部、财政部、原国家劳动总局《关于卫生防疫人员实

行卫生防疫津贴的通知》（〔79〕卫防字第 1560 号、〔79〕财事字第 336 号、〔79〕劳总薪字第 133 号），明确了卫生防疫津贴标准并于 1980 年正式实施，为直接接触有毒、有害、有传染危险的卫生防疫人员提供保障，津贴占工资的比例达到 11.5%~28.8%。2004 年，根据工作实际，经国务院批准，调整卫生防疫津贴标准，由按月发放改为按日发放，并且在原有四类标准基础上分别予以提高，标准为一类 9 元/天/人、二类 7 元/天/人、三类 5 元/天/人、四类 3 元/天/人，占卫生行业平均工作的比例下降为 4.8%~14.5%。2020 年，国家卫生健康委办公厅转发《人力资源和社会保障部 财政部 关于调整卫生防疫津贴标准的通知》（人社部发〔2020〕13 号），明确提出疾病预防控制事业单位在编人员根据工作量大小、时间长短、条件好坏、防护难易以及危害身体健康的程度等情况，分别享受一、二、三、四类卫生防疫津贴，将津贴发放由原来按天发放调整为按月发放，其中一类 560 元/月/人、二类 450 元/月/人、三类 350 元/月/人、四类 260 元/月/人。然而，根据相关机构 2016 年调研结果显示，专业公共卫生机构期望一、二、三、四类卫生防疫津贴的标准分别为每人每日 45 元、34 元、26 元和 18 元，现行卫生防疫津贴标准难以产生实际的激励作用。同时，防疫津贴缺乏定期的动态调整，相关政策规定往往施行多年未调整，仅在 2003 年 SARS 疫情和 2020 年新冠肺炎疫情后有所调整。

### 三、疾控机构激励机制改革探索

#### （一）三明市疾控实施“公益一类保障、二类管理”

2019 年，三明市出台《三明市疾病预防控制中心综合改革方案》，对各级疾控中心实施公益“一类保障，二类管理”，即允许疾控机构突破现行事业单位工资调控水平，以购买服务的模式，通过建立医防协同以及对外提供医疗卫生技术服务获得的收入，在扣除必要的成本后，可

提取 60% 作为绩效工资增量，剩余 40% 作为本单位事业发展基金。

绩效增量收入来源主要有四个途径。一是完成与政府部门签订的服务任务，推进疾控机构与医疗机构深度合作，通过明确责任清单、订立服务协议等形式，建立工作衔接联动、服务整合连续、人员柔性流动等机制，落实防治结合，为公众提供多层次、多维度的疾病防治服务；按区域内医保参保人数每人每年预留 10 元，年终由医改领导小组组织考核后确定，作为各级疾病预防控制中心绩效工资增量。考核得分以 70 分为合格线，高于 70 分的按照实际考核分 /100 分 × 预留总额提取，低于 70 分的不予提取。二是提供家庭医生签约服务。疾控机构人员参与家庭医生签约服务，可享受家庭医生团队成员相关待遇，服务收入应纳入疾控机构收入，并通过其内部绩效考核进行分配。三是参与基本公共卫生服务。疾控机构对辖区公共卫生服务开展职责规定的相关技术指导、评价、培训、信息管理工作，有关经费可按工作数量和质量从基本公共卫生服务专项经费中列支。四是提供对外技术服务。鼓励疾控机构发挥专业技术优势，在确保完成好法定职责的前提下，允许利用既有设施、设备提供社会化服务，通过购买服务、横向合作等形式，承担政府有关部门、企事业单位、社会团体和个人委托开展的公共卫生技术服务。疾控机构根据其特点、能力，提供不同的服务项目，可采取签订协议、按项目付费等形式获得服务性收入。

## （二）肥城市疾控盘活资源开展社会化服务

2019 年 1 月，山东省肥城市委、市政府将市检验检测中心整建制并入疾控中心，疾控中心加挂市检验检测中心牌子，承担全市疾病预防控制，健康危害因素监测、评估与干预，农产品、工业产品、水质、公共场所卫生等检验检测任务。除了常规的传染病、慢病防控、免疫规划、健康教育、病媒生物防治工作外，疾控中心采取政府购买服务的方式，

承担肥城市市场监管局、水利局、畜牧局等部门委托的抽检任务，通过整合检验检测设备，提高检验检测能力，解决了资源散、弱、不共享的弊端以及部门资源不充分的问题。

在创新激励机制方面，肥城市制定了《奖励性绩效工资核发办法》，通过完善的政策措施和激励机制，增强岗位吸引力，激发内部活力。同时，为解决编外人员身份、待遇等问题，2019年肥城市疾控中心组建“肥城市疾控检验检疫服务公司”，原疾控中心编外人员全部到新成立的公司工作，由市国有资产运营中心履行出资人职责，面向社会提供第三方服务，主要开展检验检测、预防接种、预防体检、防疫消杀等业务。2020年，中心和公司的运营总收入达5300万元，主要用于公司人员的工资发放和设备投入，避免了编外人员特别是专业技术人员的流失，这一举措被山东省发改委确定为全省改革优秀案例。

#### 四、完善疾控机构激励机制的建议

##### （一）合理调整绩效工资核定标准

建立合理的疾控人员薪酬制度，参照同地区、同级综合性医疗机构相应级别人员的平均水平或者发展水平相当的其他省市疾控机构的收入水平，合理确定疾控机构人员薪酬水平并予以财政保障。建立薪酬动态增长的长效机制，每年调整绩效工资核定标准，保证绩效工资标准与GDP、居民消费价格指数（consumer price index, CPI）、居民收入、业务量的增长速率和业务质量的提高率相适应。此外，可尝试在核算人力资源成本的基础上申请相应的经费，取代仅根据人员编制划拨人头费的情况，根据人员完成的工作量、工作效率、工作质量情况确定薪酬水平和绩效工资总额。

##### （二）优化疾控机构内绩效分配机制

坚持以公共卫生服务内容和服务质量为导向，以多劳多得为基本原

则，充分考虑疾控机构的行业特点，建立健全与工作数量、工作质量、复杂程度、技术水平、风险程度等挂钩的分配与激励制度。根据岗位分类分级，完善岗位任务书和相对应的绩效考核办法，按照“以岗定薪、一岗一薪”的原则，确定个人岗位绩效。优化绩效工资构成比例，将基础性绩效工资比例降低为40%~50%，奖励性绩效工资比例提高至50%~60%。建立骨干人才、出色业务激励机制，拉开奖励档次，对业绩优异的员工按考核结果实施重奖，发挥正面激励导向作用。此外，物质与精神激励并重，从精神表彰入手，对优秀人才实行精神鼓励，从而增强疾控部门内在的凝聚力，有助于良性竞争环境的形成。

### （三）优化绩效分配总额外的经济补偿机制

在核定编制和绩效分配总额以外，针对常规业务之外的重点项目、科研课题、公共卫生应急处置等任务，优化绩效分配总额外的经济补偿机制。一是国家和省级重大公共卫生服务项目预算根据实际情况列支实际承担工作的基层疾控机构人员劳务费，并且不纳入机构工资分配总额。二是将突发公共卫生事件加班费、专家咨询费、人才引进与拔尖人才薪酬等支出不包含在绩效工资总量之内，合理发放。三是根据2016年11月中共中央办公厅、国务院办公厅印发的《关于实行以增加知识价值为导向分配政策的若干意见》以及2017年3月人力资源社会保障部提出的《关于支持和鼓励事业单位专业技术人员创新创业的指导意见》，允许疾控机构参考中科院、高校等机构科技人员的兼职活动管理办法，根据工作需要设置创新岗位，制定兼职管理制度，促进专业人员的职业发展，显现疾控专业人员的社会价值。

### （四）推动疾控机构实施“公益一类保障、二类管理”

在坚持疾控机构公益性，发挥维护社会稳定、保障健康安全责任的基础上，可适当扩大公共卫生服务的供给，通过调整疾控机构的生产关

系，释放或解放疾控人员的生产力，向人民群众提供更多更好的预防保健服务。根据疾控机构的职能特点，试点实行“一类保障、二类管理”，即参照各级参公事业单位全额保障各疾控中心公用经费、业务经费、离退休人员和在职人员经费（含目标绩效考核奖励经费），足额安排基本建设和设备购置等发展建设支出；同时在坚持疾控机构优先完成法定任务不动摇，鼓励疾控中心在完成政府指令性工作外，利用检验检测等技术，向社会开展技术服务，有偿提供一些可以通过市场机制来提供的自愿委托公共卫生服务，比如二类疫苗、面向个人或家庭的检验检测等。疾控机构也可以进行一定的服务内容创新和品质提升，如基于疾控机构的研究数据，整合健康相关数据，面向个体提供疾病信息服务，面向企业提供重大项目健康影响评价服务，面向地区提供健康事业绩效评价服务等。将疾控机构的事业收入纳入单位预算管理（不按“收支两条线”管理），由单位统筹使用，按照中央“两个允许”的要求，扣除成本性支出后，主要用于人员奖励。

#### **（五）完善防疫津贴制度体系**

优化防疫津贴制度，根据工作量、工作时常、工作条件艰苦程度、危害身体健康程度等，参考其他行业津贴调整幅度，结合公共卫生行业特点以及相关工作人员的期望值水平，逐步提高卫生防疫津贴发放标准。建立津贴标准动态增长机制，根据经济社会发展、工资收入增长等因素适时进行调整，保持津贴的相对稳定和有效增长。

（责任编辑：张革）

## 上海市公共卫生体系投入和补偿机制研究

朱碧帆<sup>1</sup> 李 芬<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 王 旭<sup>1</sup> 张珺茹<sup>2</sup> 金春林<sup>1</sup>

**【摘 要】** 文章系统分析了上海市公共卫生体系财政投入机制、投入范围和投入现状，梳理了目前公共卫生体系在投入总量、投入结构、投入效率等方面存在的问题。文章建议进一步优化筹资机制，加大公共卫生投入力度；优化投入结构，提升公共卫生人员待遇；完善投入模式，探索政府购买服务，同时加强绩效结果导向。

### 一、公共卫生体系投入现状

#### （一）投入范围

按服务供给主体划分，公共卫生体系所包含的服务机构包括公共卫生机构、公立医院、社区卫生服务机构 3 大部分。上海市财政对于医疗卫生领域的投入可分为市、区两级财政，根据分级负担的原则，按照公立医疗卫生机构隶属关系划分财政投入责任：市财政承担市级公共卫生机构、市级医院投入；区级财政承担区属医院、社区卫生服务机构、区级卫生机构投入。上海市公共卫生体系政府投入情况见图 1。

---

第一作者：朱碧帆，女，助理研究员

通信作者：金春林，男，研究员，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

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. 无锡市第九人民医院，无锡 214062

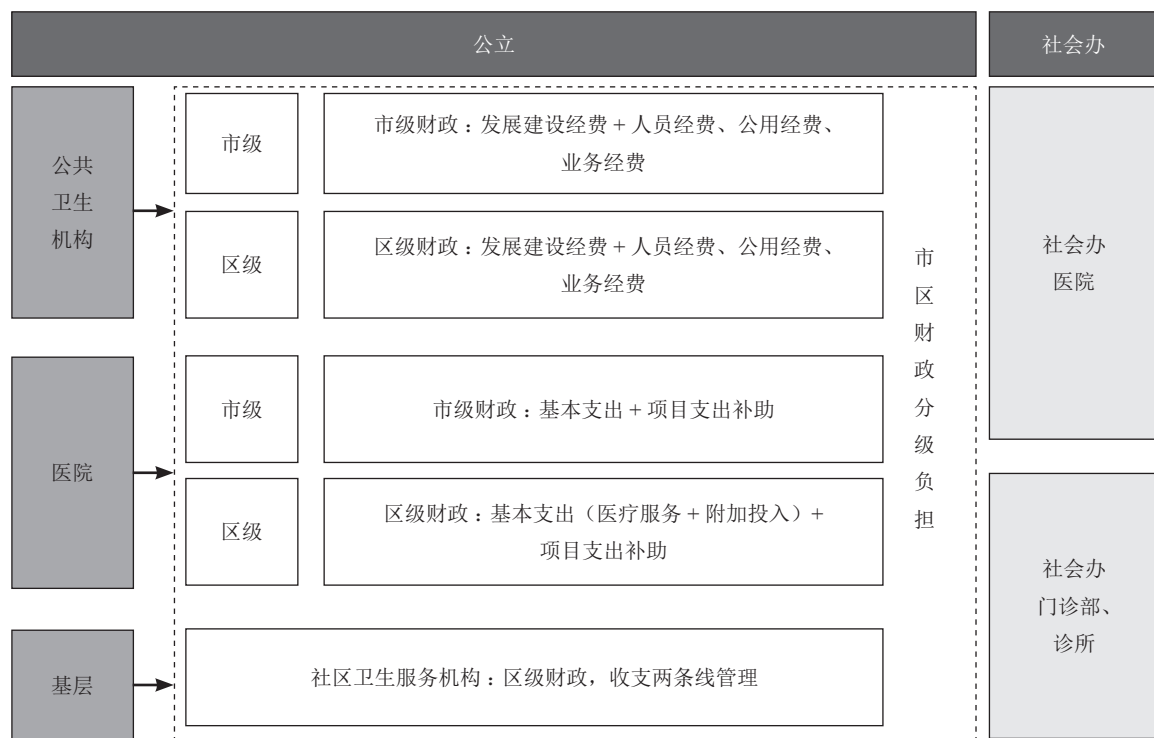


图 1 上海市公共卫生体系政府投入情况

## （二）投入机制

政府对公立医院的投入主要包括基本支出补助和项目补助，其中前者指维持机构日常运转的费用，如人员经费、公用经费等常规经费补助；后者包括基本建设、设备购置经费以及业务工作专项经费。

### 1. 公共卫生机构

公共卫生机构主要包括卫生行政机构以及疾病预防控制、健康教育、妇幼卫生、精神卫生防治、应急救治、采供血、卫生监督、计划生育等专业公共卫生机构。根据《上海市政府办公厅转发市财政局等五部门关于完善本市政府卫生投入政策实施意见的通知》（沪府办发〔2012〕23号）的规定，市、区政府所辖专业公共卫生机构所需基本建设、设备购置等发展建设经费，由同级政府根据公共卫生事业发展需要足额安排；所需人员经费、公用经费和业务经费，根据人员编制、经费标准、服务任务完成及考核情况，由同级政府预算全额安排。



## 2. 公立医院

市级公立医院财政补偿采取基本支出补助与项目支出补助相结合的方式，并按照分类指导原则实行适度倾斜的投入政策。基本支出补助包含人员经费和公用经费两个部分，在编人员经费补助标准按照国家规定的基本工资（岗位工资、薪级工资）、津贴补贴（职务津贴、生活津贴等）、社会保险缴费的100%标准核定；公用经费按照差额事业单位公用经费综合定额标准（1500元/人/年）和在编人员数进行补助。项目支出补助包括符合区域卫生规划的基本建设、设备购置、重点学科建设等发展建设支出，经评审和有关部门批准后，由政府根据项目轻重缓急和财力，逐年统筹安排。对市级医院按规定承担的公共卫生任务，经市卫生健康委等部门审核后给予专项补助。对市级医院承担的政府指定的公共服务，按照服务成本给予保障。同时，探索实施向中医院、传染病医院、精神卫生中心、职业病防治院、妇产医院、儿童医院等医疗机构的投入倾斜政策，在运行经费、发展建设支出等方面适当加大补偿力度。

区级公立医院财政补偿根据《关于完善区公立医疗机构政府投入机制的实施意见》（沪财社〔2013〕37号）规定，除规划确定的基本建设、设备购置等发展建设支出以及符合国家规定的离退休人员经费外，保障公立医疗机构日常运行的基本支出补助，均要求实行与绩效考核结果直接挂钩的投入方式。对区属公立医院的基本支出补助分为医疗服务投入和附加投入，其中医疗服务投入主要与服务数量和绩效考核结果挂钩，附加投入与政府指令性任务完成情况、科研教学情况挂钩。

## 3. 社区卫生服务中心

社区卫生服务中心实行“收支两条线”管理制度，管理专户统一设在区财政部门。根据《上海市人民政府办公厅转发市财政局等五部门关于完善本市政府卫生投入政策实施意见的通知》（沪府办发〔2012〕23号）

的规定，社区卫生服务中心基本建设和设备购置等发展建设支出，由区政府根据基层医疗卫生机构发展规划统筹安排；所需人员经费和业务经费等运行成本，通过服务收费和政府补助补偿；政府补助数额，按照核定任务、核定收支、绩效考核补助的办法核定。

总的来说，本市公共卫生体系财政投入总体呈现以下特点：一是实行分级分类管理，越往下（如区级公共卫生机构）越趋向于保障人员经费，越往上（如市级公共卫生机构、市级公立医院）越强调医院日常运营的自我补偿；二是以编制人员和编制床位为依据核定基本支出补助，以弥补成本，维持公共卫生机构基本运营；三是逐渐重视绩效考核结果的应用，强化财政资金的预算绩效管理，将财政补助与公共卫生机构的绩效考核结果挂钩。

### （三）投入总体情况

#### 1. 基于卫生费用视角

根据 2018 年本市经常性卫生费用核算结果，上海市经常性卫生费用达到 1 992.07 亿元，其中预防服务总费用为 151.66 亿元，占全市国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）比重为 0.42%，占该年经常性卫生费用比重为 7.61%。2018 年上海市常住人口总数为 2 423.78 万人，人均预防服务费用为 625.72 元。从功能流向角度分析，2018 年上海市预防服务总费用主要流向其他项目、健康体检、免疫规划和慢性病管理，分别占比为 26.13%、13.49%、13.32%、10.91%。

从筹资方案角度分析，2018 年上海市预防服务费用筹资来源主要为政府方案，共 100.54 亿元，占比 66.29%；其次为家庭卫生支出、企业筹资方案和慈善 / 国际非政府组织筹资方案，占比依次为 28.05%、5.39% 和 0.26%。相较于 2014 年，政府方案占比有所下降。2014 年和 2018 年上海市预防服务费用筹资方案构成比较见图 2。

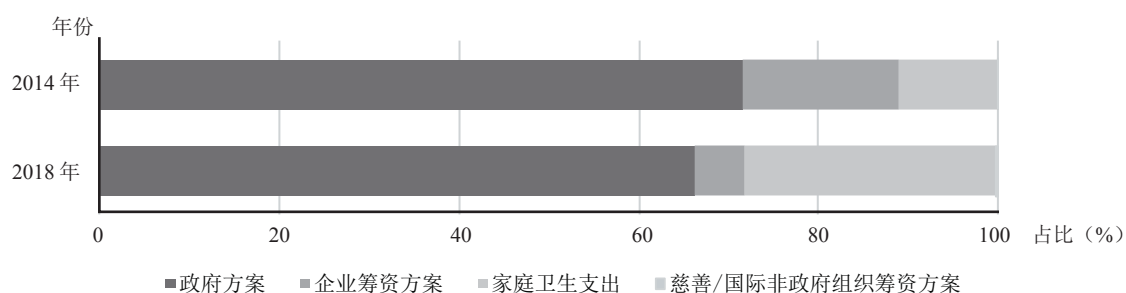


图2 2014年和2018年上海市预防服务费用筹资方案构成

从机构流向分析，2018年上海市预防服务费用主要发生在医院、基层医疗卫生机构和公共卫生机构，占比分别为47.24%、36.6%和16.16%。流向公共卫生机构的预防服务费用总体占比较少。2014年和2018年上海市预防服务费用机构流向构成比较见图3。

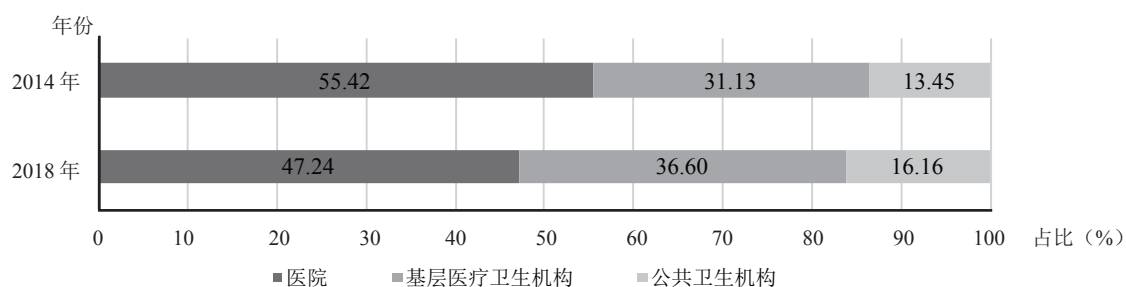


图3 2014年和2018年上海市预防服务费用机构流向构成

根据抽样调查对上海市区两级33家公立医院的公共卫生投入与补偿情况分析发现，公立医院公共卫生费用主要来自财政资金（包含三年行动计划等）（63.17%）、医院自筹（31.97%）和患者自付（4.86%），主要开展免疫规划、慢性病管理等项目。可以看出，公立医院的公共卫生服务主要依靠政府财政投入，与预防费用核算结果基本一致。但仍有31.97%的经费来源于医院自筹，“重医轻防、以医补防”现象依旧存在。2018年上海市公立医院公共卫生服务经费来源见图4。

<sup>1</sup> 经常性卫生费用基于国民视角开展核算，反映当年实际消耗的卫生费用，不含外省市来沪就医费用。

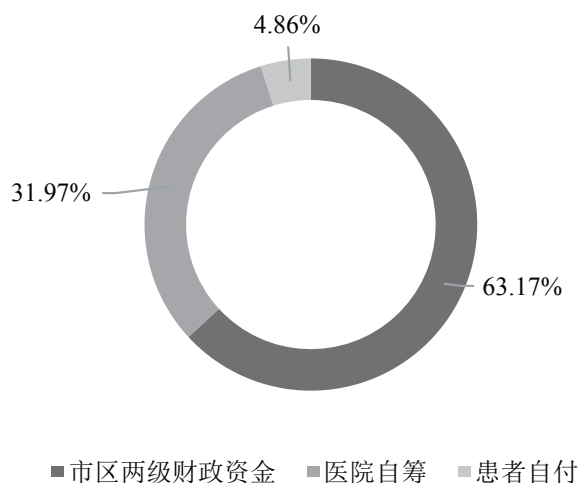


图4 2018年上海市公立医院公共卫生服务经费来源

## 2. 基于财政投入视角

2020年，上海市各级政府对卫生健康的投入为415.33亿元，其中基本建设投入62.03亿元、卫生健康事业费为353.3亿元。近年来，上海市地方财政支出增幅与卫生健康事业费增幅情况见图5。2020年，本市卫生健康事业费较2019年增长44.32亿元，增长速度14.3%，低于上年增长速度（5.5%）；占本市地方财政一般公共预算支出的4.36%，高于2019年占比水平（3.78%）。

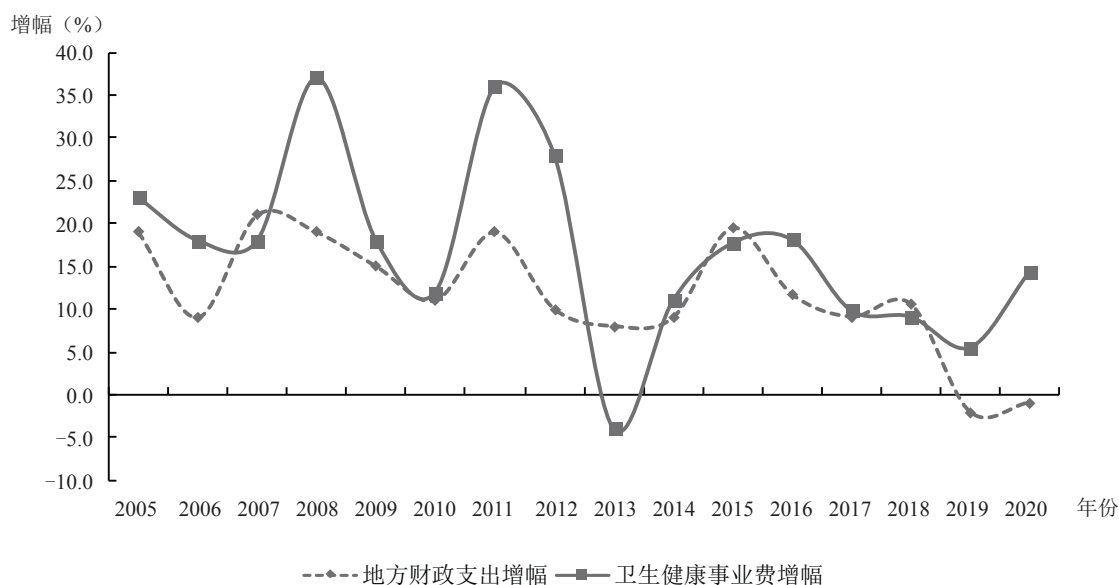


图5 2005—2020年上海市地方财政支出和卫生健康事业费增幅

从不同机构类型来看，2020年公共卫生机构的财政投入为154.06亿元，占其总收入的88.87%；对公立医院的投入为175.83亿元，占其总收入的13.55%；对基层社区卫生服务中心的投入为85.45亿元，占其总收入的31.69%。2020年上海市医疗卫生机构财政补助情况见表1。

表1 2020年上海市医疗卫生机构财政补助情况

项目	公共卫生	医院	基层
机构数（个）	184	155	248
平均在职职工人数（人）	11964	122659	37393
总收入（亿元）	173.36	1297.59	269.60
其中：财政补助收入（亿元）	154.06	175.83	85.45
财政收入占比（%）	88.87	13.55	31.69
人均财政投入（万元）	128.77	14.33	22.85

从投入结构来看，不同机构类型存在较大差异。财政对于公共卫生机构的投入以项目补助为主，2020年占比达到79.4%；公立医院的财政补助中基本支出补助占比近一半（49.1%）；而基层社区卫生服务中心的财政投入则以基本支出补助为主，占比达到84.7%，项目支出补助占15.3%。2016—2020年上海医疗卫生机构财政补助收入结构见表2。

表2 2016—2020年上海医疗卫生机构财政补助收入结构

机构类型	项目	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年	
		金额 (亿元)	构成 (%)	金额 (亿元)	构成 (%)	金额 (亿元)	构成 (%)	金额 (亿元)	构成 (%)	金额 (亿元)	构成 (%)
公共卫生	财政补助收入	89.81		97.87		105.88		111.54		154.06	
	其中：基本支出	25.69	28.57	26.75	27.33	29.47	27.83	31.09	27.87	31.70	20.58
	项目支出	64.12	71.33	71.12	72.67	76.41	72.17	80.45	72.13	122.36	79.42
医院	财政补助收入	119.8		130.23		145.20		156.80		175.83	
	其中：基本支出	53.25	44.45	64.78	49.74	76.20	52.48	82.70	52.74	86.25	49.05
	项目支出	66.55	55.55	65.46	50.26	69.00	47.52	74.10	47.26	89.58	50.95
基层	财政补助收入	63.10		69.10		75.69		81.66		85.45	
	其中：基本支出	55.80	88.43	60.54	87.61	64.65	85.41	69.76	85.43	72.40	84.73
	项目支出	7.30	11.57	8.56	12.39	11.04	14.59	11.90	14.57	13.05	15.27

从在职职工人均工资性收入来看，公立医院的收入水平最高，2020年达到29.17万元，公共卫生类机构为20.32万元，基层社区卫生服务中心为18.32万元。2019—2020年上海市各类医疗卫生在职职工人均工资性收入见表3。

表3 2019—2020年上海市各类医疗卫生机构在职职工年人均工资性收入

年人均工资性收入（万元）	2019年	2020年
公共卫生	20.72	20.32
其中：行政单位	26.46	26.26
疾病控制	22.71	21.15
卫生监督	19.43	20.89
妇幼保健	19.79	17.68
采供血	22.34	19.85
其他	18.69	19.18
医院	27.07	29.17
基层	17.42	18.32

2020年全市基本和重大公共卫生补助合计达到36.43亿元，其中基本公共卫生补助主要流向社区卫生服务中心，占比达77.17%，公共卫

生机构占比为 20.62%。2020 年公立医院的公共卫生服务任务补助大幅增长，达到 8.79 亿元，增幅达 75%。2019—2020 年全市基本公共卫生和重大公共卫生补助情况见表 4。

表 4 2019—2020 年全市基本公共卫生和重大公共卫生补助情况

机构类型	基本公共卫生补助 (万元)	构成 (%)	重大公共卫生补助 / 公共卫生服务任务 (万元)	构成 (%)
2019 年				
公共卫生	79787.15	28.82	/	/
医院	1306.43	0.47	50149.60	96.18
基层	195729.33	70.71	1990.02	3.82
合计	276822.91	100.00	52139.62	100.00
2020 年				
公共卫生	56399.68	20.62	/	/
医院	6058.12	2.21	87869.77	96.79
基层	211090.02	77.17	2909.92	3.21
合计	273547.82	100.00	90779.69	100.00

总的来说，基于卫生费用视角，全市预防服务费用达到 151.66 亿元，人均预防费用 625.72 元，筹资来源以公共筹资方案为主，占比近 2/3，主要用于健康体检、免疫规划及慢病管理等服务。基于财政投入视角，财政对于不同类别医疗卫生机构的投入结构存在较大差异。公共卫生机构以项目补助为主，占比近 80%；公立医院基本支出补助占比近 50%；基层医疗卫生机构则以基本支出补助为主，占比超过 80%。

## 二、公共卫生体系投入存在的主要问题

### (一) 公共卫生投入规模总体呈下降趋势

从预防服务费用整体占比情况来看，2018 年上海市预防服务费用占经常性卫生费用的 7.61%，低于 2014 年的 13.30%，也低于同年其他省市的水平（云南省 9.73%、吉林省 7.62%）。2014 年上海市治疗服务费用为预防服务费用的 5.74 倍，2018 年为 10.34 倍，“重医轻防”现象

突出。从筹资来源来看，预防服务费用以公共筹资为主，占比 66.29%，但相较于 2014 年的 71.49%，投入水平有所下降。从国际比较来看，在有预防费用核算结果的 29 个经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）国家中，公共筹资方案的占比为 78.07%，较本市高 11.78 个百分点。

### （二）公立医院“以医养防”现象普遍存在

公立医院作为我国医疗服务体系提供主体，在保证其公益性的前提下仍肩负着提供公共卫生服务的重任，维系着强化公共卫生服务体系建设的关键环节。但从预防费用核算结果来看，公立医院预防服务费用中，公共资金占比为 56.07%，机构自筹比重达到 21.35%。这反映了当前预防服务补偿不足的现实情况，服务提供机构需将其他收入用于补偿预防服务成本，“以医养防”现象普遍存在。尚未完全按照服务成本对公立医院承担的公共卫生服务足额补助，一定程度上会降低机构提供预防服务的积极性，导致公共卫生服务落实不到位、服务效率低。

### （三）卫生机构财政投入结构有待优化

尽管财政对于公共卫生机构的人均投入金额较高，但其中绝大部分（近 80%）用于项目支出，“重硬轻软”现象严重。现有绩效工资制度也限制了各级机构的发放总量，疾控领域长期处于“事有钱、人没钱”的状态。财政对于疾控等公共卫生机构的投入，尤其是用于日常运行、人员经费的支出补偿明显不足。有研究对江苏省 114 家疾病预防控制中心（以下简称“疾控机构”）人员经费财政保障状况进行分析后发现，疾控机构人员经费财政保障水平虽逐年增长，但相较于当地经济发展水平，人员经费财政投入不足。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号）提出要优化公立医院收支结构，其中对于人员支出占比提出目标比例，体现出高质量发展在投资方向上从医



院发展建设向扩大分配转变的导向，需着力提升医务人员待遇。对于公共卫生机构来说同样如此，高质量人才是高质量发展的核心和前提。当前财政对于疾控等公共卫生机构的投入偏向业务经费增长，对机构基本运行的保障增幅不大，需进一步优化财政投入结构，确保必要的日常运行和人员队伍经费保障。

#### （四）公共卫生经费投入效率有待提升

我国疾控机构承担了一定的政府公共服务职能，但并非政府部门，也不具有行政管理权。疾控机构权责包括指导辖区内的医疗卫生机构、基层医疗卫生机构开展预防服务，负责考核和评价。然而，基本公共卫生服务、重大公共卫生服务项目经费大多直接下达至基层医疗卫生机构，占比达 77.17%。疾控机构虽有任务和指导管理职责，但既无相关经费保障又无绩效考核抓手，指导管理多流于形式，导致疾控机构与基层咬合不力，关系隔离。

此外，对于社区来说，本市大部分社区实行收支两条线，对于社区的财政投入实行打统账，无法区分用于每项公共卫生服务的经费，导致难以评估不同公共卫生服务项目的投入及其产出。研究指出，财政对社区的项目投入相对混乱，设备采购缺乏标准，项目经费使用存在规范性问题。部分社区卫生服务中心出现投入冗余、产出不足，需求供给失衡、卫生资源浪费的现象，投入产出效率有待提高。

### 三、优化公共卫生体系投入的对策建议

从国内外实践来看，公共卫生资金的筹集以政府部门税收资金为主。针对目前公共卫生体系在投入总量、投入结构、投入效率等方面存在的问题，拟改革公共卫生投入分为 2 个部分：一方面，通过专项资金的形式，对公立医院承担的公共卫生服务进行足额补偿；另一方面，将基本公共卫生、重大公共卫生等经费打包支付给疾控机构，由疾控机构根据考核

结果拨付给社区卫生服务中心。同时，探索多源筹资渠道，鼓励社会力量参与公共卫生服务的提供。公共卫生体系投入改革框架见图 6。

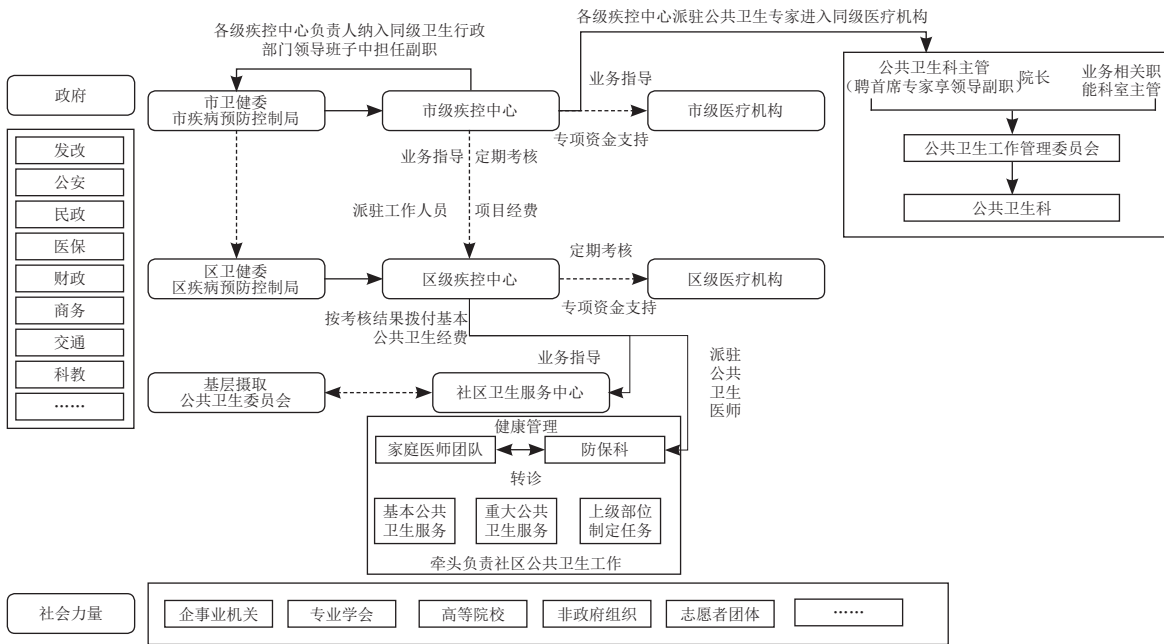


图 6 公共卫生体系投入改革框架

### （一）优化公共卫生筹资机制

一方面，政府的主导和支持是公共卫生建设的强有力保障。研究表明，政府对公共卫生的投入对人群健康的改善有积极作用。一是根据经济发展、卫生资源水平等不同，合理增加公共卫生投入，优化投入结构和比例。二是建立长期有效的公共卫生服务经费补偿机制，例如，借鉴美国、英国等国家做法，通过立法形式明确政府对于公共卫生机构的投入责任、投入金额和结构，并建立动态调整机制，使政府经费的投入具有可持续性、稳定性和公平性，避免部分重点公共卫生服务项目因缺乏财政支撑而无法提供经济且有效的服务。三是将经费补偿应与公共卫生服务效果挂钩，以提升公共卫生服务质量和效率，减少资源浪费。

另一方面，探索拓展筹资来源，充分发挥社会组织、企业等的积极性，鼓励社会资本加入公共卫生体系建设，提供健康体检、第三方检测

等公共卫生服务；鼓励非政府组织对公共卫生服务中的环境保护及监测、公共卫生知识教育等方面提供资金筹集，完善扶持措施，共同推进公共卫生体系建设。部分公共卫生项目（如疫苗、传染病防治器具等）可采用混合筹资方式，从基本医疗保险中获得财政支持。

## （二）探索政府购买公共卫生服务

政府购买公共卫生服务本质上是以财政性资金用于对外采购服务，有助于实现政府设立的特定服务目标。充分开展项目需求调查，从最基本、最急需的公共卫生服务购买做起。例如，加强传染病防治体系的基础设施建设、运营维护管理、专业人才储备等。此外，针对公立医院提供服务能力较强而政府补偿相对不足的服务内容，在科学核定服务成本的基础上通过购买服务的形式来开展，例如健康体检、疫情监测报告、孕产妇保健、儿童保健服务等。

政府在购买医疗卫生服务体系中作为出资方，应完善监督流程和机制，明确资金流向。在购买服务前，建立购买服务项目的需求调查机制；在购买服务过程中，加大购买项目招投标透明度，形成有效的竞争机制；在购买服务完成后，建立购买服务项目评估机制。内部监督与外部监督并举，构建事前分析、事中监督、事后评估、监管反馈的动态监督模式，减少资源浪费。

## （三）提升公共卫生人员待遇

针对目前公共卫生机构经费使用效率低下、人员收入水平显著低于公立医院的现状，应当优化财政投入结构，对公共卫生机构的投入应由项目支出为主转向人员支出为主，扩大内部分配，提升公共卫生人员待遇水平。显著缩小公共卫生人员与医疗服务专业技术人员之间的待遇鸿沟；拓宽人员晋升通道，提高公共卫生机构对高素质人才的吸引力，稳定公共卫生人才队伍。此外，针对部分重大公共卫生服务项目，在确保

绩效目标实现的前提下，建议参照基本公共卫生服务项目的管理模式统筹用于经常性支出，并可适度用于人员激励。

一方面，完善公共卫生服务机构用人机制、优化激励分配机制。探索对疾控等公共卫生机构实行“公益一类保障、二类管理”，允许突破现行事业单位工资调控水平，在有效履行规定职责、保质保量完成工作的基础上，允许提供社会化服务，获得的收入可以用于分配。另一方面，加强基层医疗卫生机构的公共卫生服务能力，培养并鼓励公共卫生和临床医疗复合型人才下沉至基层，提高基层卫生人员的医防融合服务能力。针对基层医疗卫生机构所提供的公共卫生服务，在定额投入的基础上，因居民健康水平提升而节省的医疗卫生资金应允许适当用于人员激励，并纳入绩效外工资。同时，对做出特殊贡献特别是抗疫人才在职称晋升等方面给予政策倾斜，通过这些方式提高公共卫生人才的工作热情，提升人员队伍整体能力。

#### （四）完善财政投入模式

目前，我国公共卫生投入普遍采用财政资金补偿的方式，以辖区常住人口数乘以人均标准来分配。由于没有与服务数量、质量挂钩，且没有引入竞争机制，导致公共卫生服务普遍存在落实不到位、服务效率低、资金浪费等问题。基本公共卫生经费大部分直接流向社区，难以评估不同服务项目的投入产出。疾控机构既无经费保障、又无绩效考核抓手，导致行政决策和技术策略脱节。应当依托“三定方案”的出台，加强疾控机构对社区卫生服务中心的财政管理和绩效考核，将基本公共卫生等经费打包支付给疾控机构，由疾控机构根据考核结果拨付给社区卫生服务中心，促进疾控机构与社区卫生服务中心的紧密融合。

可借鉴三明模式，探索医防融合机制，将公共卫生经费和医保费用打包，为患者提供从预防、治疗到康复护理的全过程服务。一方面，疾

控机构人员依据医防融合项目服务协议，参与社区健康促进、信息管理等基本公共卫生服务，享受家庭医生团队成员同等待遇，服务收入纳入疾控机构收入，并通过其内部绩效考核进行分配；另一方面，疾控机构针对社区卫生服务机构开展相关技术指导、评价、培训等工作，由社区卫生服务机构开展面向居民的公共卫生服务。

针对各项公共卫生服务项目，疾控机构应当研究适用于社区卫生服务中心的绩效评价指标，对于应当完成的服务内容和标准进行规定。可从预算资金的响应速度、服务效率的提升情况、预算执行情况、公共卫生服务水平提升情况、居民健康水平提升情况，以及满意度情况等维度开展绩效评价。分析区域内发病率、患病率、治愈率、生存率的变化，并将考核结果作为公共卫生经费支付的重要依据。

（责任编辑：信虹云）

## 公立医院医防融合内涵、问题与实施路径分析

朱琳<sup>1</sup> 王旭<sup>1</sup> 李芬<sup>1</sup> 何江江<sup>1</sup> 张璐莹<sup>2</sup> 金春林<sup>1</sup>

**【摘要】** 长期以来我国公立医院存在“重治轻防”现象，新冠疫情的暴发更加凸显出短板与不足。促进公立医院医防融合是落实常态化疫情防控要求、促进医院高质量发展、提高疾病预防控制效能的必然选择。文章深入阐述公立医院医防融合的内涵，剖析影响医防融合的体制机制问题，提出针对性的策略与实施路径，为更好地推动公共卫生服务和医疗卫生服务高效协同、有效提升应对突发公共卫生事件能力、满足人民群众全生命周期健康需求提供有力支撑。

医防融合一直是我国深化医改的一条重要线索，新冠疫情加快了医防融合体系建设进程，这也是我国实施“以预防为主”的健康中国战略，实现从“治病为中心”转向“以健康为中心”的基础保障。公立医院是我国医疗卫生服务体系的重要组成部分，集中了大量优质资源和技术，是医防融合重要的着力点和落脚点。2020年以来，政策层面不断发力。党的十九届五中全会要求“落实医疗机构公共卫生责任，创新医防协同机制”；《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》则提出“加强公立医院公共卫生科室标准化建设，提升公共卫生服务能力”。本文旨在明确公立医院医防融合的内涵基础上，深入分析工作推进存在的障碍因素与问题成因，总结各地先进模式和医防融合实践经验，为进一步加强公立医院公共卫生职能建设、促进医防体系协同高效运行提供参考。

---

第一作者：朱琳，女，助理研究员

通信作者：金春林，男，研究员，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

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. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

## 一、公立医院医防融合的内涵

医防融合是指医疗服务与公共卫生服务的融合，即治疗与预防相互渗透，合为一体，强调两者在服务过程中的融合和有效衔接。医防融合的核心思想是最大限度地减少疾病的发生 / 延缓疾病的发展，提升资源使用效率和成本规模效益，改善服务效果，满足群众连续性服务需要，最终实现“以健康为中心”的目标。

公立医院医防融合的内涵涉及中观、微观两个层面。从中观层面来看，公立医院是卫生系统的一个子集，和专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构共同构成了“三位一体”的重大疾病防控机制。公立医院在疾病防治过程中要承担监测哨点及提供临床防治技术支撑的功能，实现与专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构的全方位联动，以促进整个卫生系统高质量发展。从微观层面来看，主要指机构内部将医疗服务和预防服务融合在一起，可分为院内医和防部门管理上的融合和个体诊疗服务提供过程中的融合。前者指在人员管理、财务管理、绩效管理和信息系统等关键激励约束机制和支持系统上两部门间要加强融合；后者指临床医生在疾病诊疗过程中，将预防理念和措施综合到治疗当中，全专结合，强化健康教育，以患者需求为导向提供全流程的健康管理服务。

从预防的内容来看，可分为慢性病防治和传染病防治两大类。公立医院既是传染病等突发公共卫生事件早发现、早报告、早处置的前沿阵地，是国家重大传染病防治和突发公共卫生事件紧急医学救援的诊疗基地，也是落实公共卫生三级预防理念的重要场所，是慢性非传染性疾病干预管理的关键地点和技术指导单位。

## 二、公立医院医防融合存在的问题

尽管近年来医疗卫生服务体系在制度设计上始终贯穿医防融合理念，但实际上公立医院医防融合工作未得到有效落实，还存在一些问题。

### （一）顶层设计上，医防融合的服务体系尚未完全建立

一是政策层面。国家缺乏专门的、系统化的法规或政策性文件对公立医院公共卫生职能应该包括什么、如何落实及相应的激励补偿措施做出明确指示，涉及公立医院医防融合问题往往只是点到为止，未突出其重要性，易让人忽视，呈现出零散碎片化、重点不突出、可操作性不强的特征。二是补偿机制方面。公立医院为差额拨款事业单位，尽管公立医院承担了50%以上的公共卫生服务，但公共卫生财政经费投入占医院总收入比例很低。目前政府对公立医院承担公共卫生服务的补偿普遍存在补偿水平偏低、补偿范围太窄、补偿方式不明确、补偿不及时的问题，导致公立医院开展工作动力不足。三是绩效考核方面。目前国家对公立医院绩效考核方案及等级医院评审中基本不涉及公共卫生相关指标，医院公共卫生工作开展缺乏考核指挥棒，使得医院上报的疾病监测数据存在缺失和质量不高的问题。四是信息化建设方面。我国以人为中心的全生命周期健康信息系统尚未建立，不同医疗卫生机构间信息壁垒严重，难以实现数据共享，统筹发展，在突发公共卫生事件发生时更是容易出现响应不及时的情况。

### （二）思想认知上，医防融合理念未能深入人心

从公立医院管理层角度来说，在考虑医院营收的情况下，往往注重利益导向，以增加医疗行为经济效益为目标，未在医院层面建立起医防融合的支持性环境。从一线临床医生角度来说，繁忙的医疗工作耗费了大量时间和精力，在缺乏明确绩效考核导向的情况下没有余力去开展健康教育与促进等工作。从需求测角度来说，我国居民健康素养仍处于较低水平，去医院往往寻求疾病的治疗，对预防保健健康咨询等需求较低，也不利于促进医防融合的深入推进。



### （三）组织管理上，临床和公共卫生存在制度性割裂

从行政管理层面来看，卫生系统内部对医院和专业公共卫生机构的管理分属于卫生健康委不同部门，业务指导和资金使用难以有效融合，大健康、大卫生理念虚化。长期以来，国家高度重视与疾病诊疗过程和结果高度相关的医疗服务体系建设，医防部门间地位、发展不均衡。专业公共卫生机构与公立医院之间的常规联席制度尚未建立，虽然其承担对公立医院开展公共卫生工作的技术指导职能，但由于缺乏行政话语权，起不到约束和引导的作用。公立医院内部同样如此，公共卫生科室地位边缘化，作为行政科室承担日常管理工作，缺少对临床科室业务开展的指导和支持，临床对公共卫生部门的感知度不高。医院层面缺乏统一的领导，具体的协调和监督机制尚未建立，存在临床科室工作推诿和形式主义等问题，缺乏强制性的规范措施。

### （四）服务提供上，医院公共卫生人力严重不足

受限于医学教育体系，全国培养公共卫生医师总量远低于临床医师数，在就业上更多公共卫生毕业生也选择去向专业公共卫生机构，导致公立医院公共卫生人员总量少，供需不平衡。公立医院内专职从事公共卫生工作的人手较少，往往一人承担较为繁重的多条块医疗和公共卫生工作，多由退居二线的护士或临床医生等担任，专职公共卫生医师紧缺且在院内地位较低。当前医院缺乏相应的公共卫生绩效分配和激励措施，临床人员没有正向激励反馈，预防做的好反而病人少得病，医疗收入降低，因而大多缺乏开展医防融合服务的动力。同时医生接受公共卫生知识培训较少，对健康教育、慢性病管理、传染病防控等医防融合核心知识储备不足，直接影响医生服务能力。

### 三、公立医院医防融合的实践与探索

#### (一) 福建三明：将疾控中心纳入医联体

2017年，三明市在全市范围内建立了“医院+公共卫生机构+乡镇卫生院和社区卫生服务中心+村卫生所和社区卫生服务站”的一体化卫生健康服务网络，形成了以紧密型医联体为载体的管理、责任、服务、利益共同体，打破了医疗机构之间的行政、财务、医保、人事管理壁垒，同时将疾病预防控制中心（以下简称“疾控中心”）等公共卫生机构纳入医联体中。建立医防协同融合新机制，在总医院设立由医院、疾控、妇幼等人员组成的医防融合办公室，推进公共卫生服务相关工作的开展。推进医保支付方式改革，将医保基金总额包干给医联体，即“总额包干、超支不补、结余留用”，并确定结余的医保基金可直接纳入医疗服务性收入、健康促进经费可从成本中列支，建立了一套医生“不看病、不开药”，通过加强疾病预防获得绩效工资的内生激励机制。同时，自2020年起，在公立医院内从事预防医学的公共卫生医师执行医生目标年薪标准，与同级别医生享受同等待遇，稳定基层疾控队伍，提升内在动力。

#### (二) 广东深圳：将预防融入医疗，建立整合型医疗服务体系

城市医疗集团的改革路径以深圳为代表，它在以人为本一体化卫生服务模式框架下构建了“区域医疗中心+基层医疗集团”的整合型医疗卫生服务体系。医保部门以签订家庭医生服务协议的医保参保人为服务对象，计算每年医保费用总控额度和实际支付费用，若实际费用低于总控额度，则结余部分全部奖励给基层医疗集团。深圳以医院集团打包整体支付为纽带，建立医保基金“总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励机制，发挥医保支付经济杠杆的倒逼作用，推动集团主动控制医疗服务成本、提高医疗服务质量、降低医药费用，促使集团主动下沉资源做强社康中心，做好预防保健和健康管理。罗湖区高度重视社康中心

的公共卫生工作，由区卫生健康局协调深圳市罗湖医院集团与区疾控中心、区慢病防治院，以居民健康为核心进行公共卫生与医疗资源融合，探索建立医卫融合工作机制。激励方面，将居民健康状况等内容作为主要量化指标进行考核，并将结果与财政补助、集团领导班子年薪挂钩；实施基层全科医生享受公立医院在编人员同等待遇措施，将基层工作经历作为集团医务人员职称、职务晋升的条件等。同时，深圳试点的成功离不开市一级政府的支持和推动，表现在深圳多次将具体医防融合的改革措施放入政府年度民生实事中。

### （三）北京地坛医院：构建疫情防控“平急结合”运行机制

多年来，作为定点救治机构，首都医科大学附属北京地坛医院（以下简称“地坛医院”）总结救治经验的同时，不断丰富医院公共卫生职能，从重大传染病疫情防控、日常慢性传染病管理等实际需求出发，探索在传染病医院推进医防融合的建设发展。地坛医院在医疗机构内部探索将公共卫生和临床的管理、队伍、服务、绩效和信息等要素进行深度融合，建立“五位一体”的医防融合机制；同时延伸外部融合空间，从传染病应急救治角度，加强与国家疾控中心、北京市疾控中心合作共享，针对新发传染病，建立常态、动态、开放的信息共享机制；加强与海关检验检疫、急救中心等机构合作，协助其培养传染病识别能力，推进关口前移等。此外，北京市为了实现“医防融合，人才先行”，制定发布了《北京市医防融合培训方案（2020—2022年）》，提出了以医防融合为导向，围绕交叉培训需求，完善应对突发公共卫生事件胜任力为核心的培训体系。二、三级医疗机构临床医师以强化公共卫生应急能力、院前医疗急救能力和传染病诊治能力为主。

## 四、促进公立医院医防融合的策略与实施路径

已有理论研究和实践均表明，通过筹资与购买、绩效与考核、信息系

统建设等机制设计与探索性实践，能对医院及临床医生产生激励或约束，一定程度上可以促进公立医院公共卫生和医疗服务协同衔接。本文从四个方面提出具体建议加强公立医院公共卫生职能，促进医防深度融合。

### **（一）健全公共卫生管理机制**

#### **1. 完善机构设置**

二级及以上公立医院（含综合医院、中医医院、专科医院等）要建立健全公共卫生工作机制，成立由院主要负责人任主任的公共卫生工作管理委员会，聘任同级疾控中心分管负责同志担任高级顾问，协调指导相关工作，参与医疗机构重大公共卫生决策。需设置独立的公共卫生科，明确公共卫生科的属性，兼具业务与行政职能，配备专职人员，制定规章制度、工作流程和绩效考核标准，协调统筹全院相关工作，同时临床业务科室要配备专职或兼职公共卫生管理员，负责科室公共卫生工作日常管理。

#### **2. 明确功能定位**

明确各级各类医院的公共卫生任务清单，不同等级的公立医院提供公共卫生服务的侧重点存在差别，同时注重平急结合。大型三甲医院（国家医学中心、区域医疗中心等）侧重提供突发紧急及重大传染病救治及科技攻关类服务，二三级医疗机构立足区域医疗中心围绕常见病、多发病，侧重提供保健类、疾病预防类等防治结合服务，加强慢性病医防融合一体化管理模式。发生重大突发公共卫生事件时，各级公立医院均需参与政府指定的公共卫生任务。

#### **3. 强化内部管理**

严格执行医院感染管理制度，加强医疗机构废弃物管理，开展病种质控及培训工作，尽最大可能将院内感染发生风险降到最低。规范疫情常态化防控下医疗机构诊疗流程，完善预约诊疗，落实门急诊预检分诊、发热门诊管理等制度，加强患者收入院和陪护探视管理、医务人员个人

防护等防控措施。

## （二）优化公共卫生应急管理体系

### 1. 完善应急预案

及时总结新冠疫情等新发重大传染病防控经验，修订完善卫生应急预案，根据各类突发事件情况研判，分析各类卫生应急预案内容可行性、实用性。明确应对不同突发公共事件的卫生应急处置程序，所有预案定期评估更新。每年至少针对1项预案开展突发事件应急预案演练。

### 2. 加强医防协同监测

加强医疗机构和疾控中心协同监测，提高不明原因疾病和异常健康事件监测评估的敏感性和准确性。建立智慧化多点预警触发机制，健全网络直报、舆情监测、医疗卫生人员报告、科研发现报告等多渠道疫情监测和快速反应体系，提高重大公共卫生风险发现、报告、预警、响应和处置能力。

### 3. 开展疫情联合处置

建立疾控机构与公立医院联合处置和分工协作机制，充分发挥各自专业优势，构建以疫情防控为中心，联合开展病原微生物检测、流行病学调查、现场处置、医疗救治、科学研究的全流程闭环管理体系，实现优势互补、资源共享、信息互通。

## （三）强化公共卫生能力建设

### 1. 强化公共卫生培训

公立医院应每年对机构内管理人员和关键岗位人员开展公共卫生知识培训与考核，强化公共卫生工作意识。每年应定期组织临床医护人员开展流行病学、传染病学、医院感染控制、生物安全、卫生应急管理 etc 公共卫生知识技能的全员培训，提高临床医生重大传染病及时发现、快速预警、依法报告和有效应对能力。鼓励医院公共卫生医师参加国家级、

市级公共卫生医师规范化培训。

## 2. 加快完善信息化建设

构建全市卫生健康大数据信息平台，与相关部门信息系统实现数据共享和业务协同，并建立二级及以上公立医院、基层医疗卫生机构与疾病预防控制中心之间的信息推送和自动抓取制度。完善医院信息系统建设，建立以临床症状、实验室数据、影像结果等为关键信息的智能化疫情监测预警系统。充分利用远程医疗在疫情防控中远距离诊疗优势。

### （四）完善公共卫生配套保障措施

#### 1. 强化督导考核

各级卫生健康监督机构要将公立医院公共卫生责任清单落实情况纳入日常监督执法检查项目，会同疾控机构每季度对区内医院开展一次督导考核。督导考核结果作为公立医院等级评审、发展规划、重大项目立项、财政投入、经费核拨、绩效工资总量核定的重要依据，与医院评审评价、区域医疗中心建设、评优评先等工作紧密结合，并作为选拔任用公立医院领导班子成员的重要参考。在医院内部的科室层面，由公共卫生管理委员会同时对公共卫生科室与临床科室进行考核，并提高医防融合考核成绩在总绩效中所占比例，提高医务人员的重视程度与积极性。

#### 2. 保障经费投入

建立医保协同、财政兜底的公共卫生经费投入机制，明确公共卫生与临床医疗合理的经费补偿比例，促使公共卫生服务经费得到机制性保障，不断加强医院公共卫生工作的成本预算、核算。落实公立医院承担突发公共卫生任务、紧急医学救援等政府指定性任务的经费保障，落实疫情期间、突发事件处置期间一线工作人员临时性工作补贴等政策。落实公共卫生医师薪酬水平不低于同机构内、同年资临床医师水平。

（责任编辑：张革）

## 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；各省市卫生健康委员会规划发展处、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、各区卫生健康委员会主要领导，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。

#### 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 1 本。本刊不收取任何版面费。

#### 五、联系方式

地 址：上海市徐汇区肇嘉浜路 789 号      邮 编：200032

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）

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