

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

基层卫生建设
2023年 第4期
(总第127期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2023年6月19日

编者按 近年来，上海市不断加强基层卫生建设，提高基层卫生服务能力，为群众提供更加便捷、高效、优质的卫生服务。本期关注上海市基层卫生服务发展：总结“优质服务基层行”创建活动的主要做法与经验；综合评价社区卫生服务中心工作开展情况；分析高质量社区卫生服务中心试点建设遴选结果；研究社区健康管理中心建设策略与路径。他山之石版块，关注典型国家社区居家康复首诊评估相关要素实施进展，为我国社区居家康复发展提供合理建议。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4期(总第127期)
2023年6月19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: 闻大翔
陆韬宏

主编: 胡善联

副主编: 陈霆
金春林(常务)
丁汉升
许明飞

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张苹 信虹云

编辑组成员: 楚玉玲 周娜
刘海燕

校对: 汪丽 吴延梅

目次

专题研究

- 上海市“优质服务基层行”创建活动的实践与讨论
..... 曹筱筱, 杨超, 张天晔, 等(1)
- 2021年上海市社区卫生服务综合评价
..... 杨超, 汤真清, 钟姮, 等(8)
- 上海市高质量社区卫生服务中心试点建设遴选结果的分析与思考
..... 单敢, 杨超, 张天晔, 等(22)
- 上海市社区健康管理中心建设策略与路径研究
..... 万和平, 毕媛, 张雪艳, 等(31)

他山之石

- 典型国家社区居家康复首诊评估相关要素实施进展
..... 张明辉, 郭丽君, 胡玉红, 等(41)

征稿启事

- 征稿启事..... (51)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 700本

上海市“优质服务基层行”创建活动的实践与讨论

曹筱筱¹ 杨超² 张天晔² 钟姮² 刘涛³

王馥兰⁴ 陈斌⁵ 张馨达⁶ 汤真清⁷ 何江江⁷

【摘要】“优质服务基层行”是持续提升基层医疗卫生机构服务能力和改进服务质量的关键环节，是加强基层医疗卫生服务体系建设、加快建设分级诊疗体系的重大举措。上海市卫生健康委员会2019年开始，从坚实组织架构、夯实工作制度、组建专家队伍、全面发展动员、强化责任落实等方面，持续扎实推进“优质服务基层行”创建活动，成效显著，医疗卫生服务质量持续改进，诊疗流程优化，群众就医体验进一步改善，医疗卫生服务能力进一步提高，形成了上海市特有的创建模式，创建数量和创建质量都居于全国前列。文章结合上海市三年来创建活动的主要做法及创建讨论展开，供参考指正。

为持续提升基层医疗卫生机构服务能力，改善服务质量，2018年《国家卫生健康委员会、国家中医药局关于开展“优质服务基层行”活动的通知》（国卫基层函〔2018〕195号）发布，提出在全国范围内开展“优质服务基层行”创建活动。“优质服务基层行”是未来一个时期我国基层卫生健康服务管理的核心工作。上海高度重视此项活动，将“优质服务基层行”作为提升社区卫生服务能级、评价社区卫生发展水平、传播

第一作者：曹筱筱，女，上海市奉贤区西渡街道社区卫生服务中心副主任，主治医师

作者单位：1. 上海市奉贤区西渡街道社区卫生服务中心，上海 201401

2. 上海市卫生健康委员会，上海 200125

3. 上海市宝山区友谊街道社区卫生服务中心，上海 201999

4. 上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心，上海 200030

5. 上海闵行区华漕镇社区卫生服务中心，上海 201107

6. 上海市健康促进中心，上海 200040

7. 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 200040

社区卫生服务形象的重要载体，市、区、社区紧密协同，扎实高持续推进。上海市所有社区卫生服务中心全面开展“优质服务基层行”创建活动，通过三年的不懈努力，上海市社区卫生服务机构硬件设施不断完善，制度体系不断健全，人员素质不断提升，业务开展不断规范，服务质量不断提升，服务能力不断提高。

一、上海市“优质服务基层行”创建基本情况

（一）达标情况

上海市参加“优质服务基层行”创建活动的社区卫生服务中心共247家，其中2019年达到国家推荐标准的有97家，2020年达到国家推荐标准的有166家，2021年达到国家推荐标准的有206家。截至2021年底，上海市共206家社区卫生服务中心达到国家推荐标准，占上海市社区卫生服务中心总量的83%，国家基本标准达标率100%（见图1）。

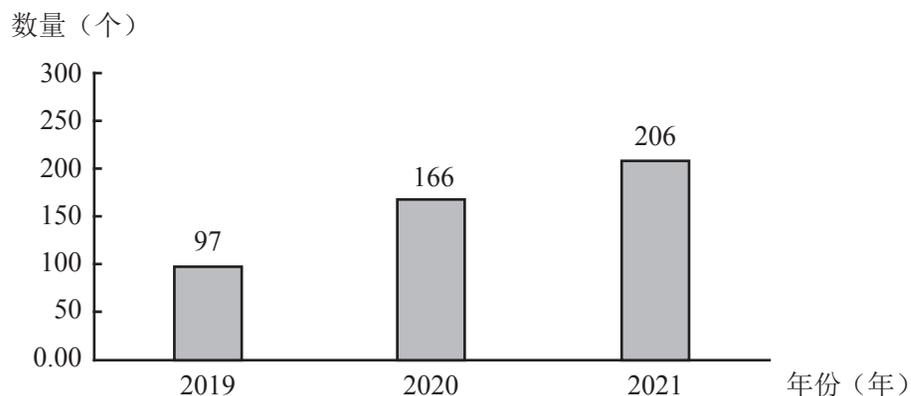


图1 2019—2021年上海市达到国家推荐标准的社区卫生服务中心数量

（二）创建主要成效

1. 整体效果

国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫生健康委”）发布的2018—2020年全国社区卫生发展指数中，上海市连续三年列全国首位。在全国“优质服务基层行”活动中，上海市所有社区卫生服务中心均达

到国家基本标准，截至 2021 年底位列全国首位。在历年全市十大服务行业满意度第三方测评中，社区卫生服务连续六年排名第一。

2. 具体成效

“四个”推进，优化网络，创新模式。一是推进新一轮标准化建设。印发上海市社区卫生服务机构功能优化标准，推进新一轮机构建设，社区卫生服务中心平均面积从 4 371m² 增加到 6 078m²，按需配置 CT 等设备，为功能提升提供支撑。建成 238 家智慧健康驿站，实现街镇全覆盖。二是推进服务延伸功能社区。印发《上海市卫生健康委员会关于推进本市功能社区社区卫生服务的指导意见》，开展全市功能社区首批 24 家试点，将社区卫生服务延伸至学校、产业园区、办公楼宇、企事业单位、养老机构等区域。三是推进便民惠民健康服务。连续 16 年实施社区门诊诊查费减免；全面推行社区日间延时服务与双休日门诊，提供满足在职人群针对性的服务内容；在疫情防控期间，尤其是封控期间，社区卫生服务中心全面提供代配药、在线问诊、互联网配药等服务，确保家门口服务不间断。四是推进“互联网+”服务模式。推进社区互联网诊疗服务，实现线上签约、随访、复诊和费用结算，提升居民就医便捷与体验。

“五大”特色，拓展功能，做实服务。一是建设三个中心。开展社区卫生服务中心“健康管理、康复、护理”三大中心建设。其中，社区康复中心率先推进，依托上海市委市政府为民办实事项目，2021 年、2022 年建成启用 91 家示范性社区康复中心，配置智能康复机器人等先进康复设备，延伸社区康复服务，打造现代化的家门口康复平台。二是做实签约服务。全市家庭医生“1+1+1”医疗机构组合累计签约超过 860 万人，其中老年人、儿童等重点人群签约率达到 77%，本地居民社区就诊比例近五成。研制重点人群、在职人群、在校学生等不同人群分层分类签约服务包。成立上海市家庭医生签约服务质控中心，依托信息

化开展三级质控，提升服务质量。家庭医生签约服务已成为上海市创新社会治理的重要模式之一。三是强化全专结合。综合实施“全科+专科”“专科+全科”、多点执业、执业加注等路径，在做强社区全科基础上，叠加儿科、康复、心理等专科服务。通过全科医生儿科专项培训模式，实现上海市社区儿科诊疗服务基本全覆盖。四是加强医防融合。率先实现糖尿病、高血压慢病患者“签管一致”。制定社区卫生服务中心“健康管理中心”服务标准，梳理健康评估内容，利用信息化整合各业务条线风险筛查、健康评估结果，试点为签约居民开展年度健康评估与针对性管理。五是提升综合服务。每年设立家庭病床近8万张，开展上门诊疗80万次。率先实现上海市安宁疗护服务全覆盖。实现与养老机构签约全覆盖，为住养老人每周上门提供服务，推进“医养结合”。积极培养“一专多能”护理人员，推广中心静脉输液等社区护理服务。2020年疫情防控期间，在社区全面设立发热哨点诊室，跨前开展预检分诊，发挥“哨兵”功能。

“四大”强化，完善机制，夯实保障。一是强化队伍建设。每万人全科医生达到4.3名，其中规范化培训医生占近1/3。继率先实施社区卫生高级职称单列评审后，将社区高级职称比例提升至17%。二是强化资源下沉。在“1+1+1”医疗机构组合签约的基础上，上海市社区卫生服务中心全面纳入医联体，上级医院人力、技术、专业等优质医疗资源向社区辐射。深化社区综合管理、预约诊疗、家庭医生签约管理和费用管理平台建设，推动检验检查结果互认。三是强化财政保障。全面实施社区卫生服务标化工作量体系，在收支两条线框架下，加强预算管理，优化财政补偿针对性与有效性，夯实政府保障托底责任。四是强化激励政策。实施家庭医生签约服务费激励政策，实现医保基金从成本支付转向价值支付。2018—2021年累计拨付家庭医生签约服务费24亿元。经

第三方评估，签约服务费实施三年来，高血压、糖尿病等慢性病签约居民并发症住院比例降低，住院费用增速明显低于非签约居民。

二、上海市“优质服务基层行”创建主要做法与经验

（一）建立坚实组织构架

协同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）、上海市健康促进中心、上海市社区卫生协会等多方单位，共同建立上海“优质服务基层行”活动组织构架，负责全市“优质服务基层行”活动的技术指导、培训、复核、推广等工作。

（二）夯实工作制度保障

连续印发《关于开展上海市 2021 年“优质服务基层行”活动的通知》（沪卫基层便函〔2021〕8号），启动 2021 年“优质服务基层行”活动。通过建章立制、规范活动、有序推动、持续发力，各社区卫生服务机构制定优质服务基层行工作方案，发动部署，全员动员，促进活动有力有序开展。

（三）组建强大专家队伍

依托上海市社区卫生协会机构管理与评价专委会，组建市级专家组，由市级相关研究机构研究人员、市级医疗机构全科专家、高等院校教授、区级业务管理人员、社区业务管理人员、家庭医生等成员组成，涵盖研究、政策、管理、业务、实践等方面专业人员 30～40 人，严格专家准入资格，每年复核评审前组织多次专项培训，评审后组织总结会议，确保专家评审规范、客观、高效。专家队伍分领域规范标准条款解读、细化服务能力提升及重点内容的指导和基层常见问题的解答，指导帮助基层增强培训效果和提升能力。

（四）全面结合综合评价

根据国家相关要求，上海市卫生健康委将国家“优质服务基层行”

指标与上海市社区卫生服务综合评价指标体系进行了全面整合，实现了“一套指标集，一个数据库，一次评价，多元应用”，并将有关指标纳入上海市卫生健康统计报表，实现数据采集的规范统一。同时，建设“上海市社区卫生综合管理信息系统”，利用信息化手段推进数据采集自动、动态、客观，并综合展示、分析上海市社区卫生服务发展各个环节。

（五）组织发动全员参与

上海市卫生健康委高度重视“优质服务基层行”工作，召开专题会议部署推进，同时广泛开展宣传，在上海人民广播电台两大品牌节目设立社区卫生服务节目专栏。广泛收集典型案例，上一年度共收集汇总了150余项典型案例，一方面报送给《健康报》，另一方面在上海本土的《大众卫生报》开展系列报道，加大基层风采宣传。每年5月19日世界家庭医生日，组织上海市范围内主题活动，在标志性建筑亮灯向社区卫生工作者们致敬。

（六）强化工作责任落实

要求各社区卫生服务机构建立一把手负总责的“优质服务基层行”工作领导小组，积极创建，扎实开展，以最好的精神风貌、最佳的院容院貌稳步推进“优质服务基层行”创建工作。此外，指定专人负责“优质服务基层行”工作，专人负责、专人管理、分工明确、职责清晰。以社区为单位，按照辖区基层医疗卫生机构基本标准、推荐标准达标率情况进行全市通报；对“优质服务基层行”活动总体实施效果突出、实现服务能力整体快速提升的区，优先推荐激励表彰。

三、上海市“优质服务基层行”创建讨论

社区卫生服务中心紧紧围绕社区卫生服务机构“服务型”与“专业性”的功能定位与特点，着力提升社区卫生服务能级，打造居民家门口的社区综合健康服务平台。通过三年“优质服务基层行”创建活动，虽然社

区卫生服务建设取得了较好的成效，但部分地区的政府财政投入和机构设置及布局还有待提高和完善，上海市各区之间及各区内部存在发展不均衡的问题。同时，通过创建活动也发现社区卫生服务中心在床位设置、口腔医疗服务等指标上存在一定欠缺，有进一步提升的空间。

“优质服务基层行”活动是近几年基层卫生重点工作之一，是一项持续性活动。通过开展“优质服务基层行”达标创建活动，基层机构服务能力、服务质量得到显著提升和改善。评审并不意味着活动的结束，对未开展或开展较少的医疗服务，要创造条件，提高医务人员的积极性，利用医联体优势，积极收治，逐步提升诊疗能力。同时社区管理者应积极提升管理理念，熟练运用质量工具开展质控，提高质控内涵及质量。高度重视、全员参与、重视监管、持续发力，才能保证“优质服务基层行”活动效应的可持续性，才能提升基层医疗服务能力和改进服务质量，才能满足广大群众基本医疗卫生服务需求。

下一步，上海将按照国家卫生健康委的部署。一方面，优化社区卫生服务机构布局，优化社区标准化建设，提升社区卫生服务机构能级，推进高质量社区卫生服务中心的建设。另一方面，聚焦提升社区卫生服务中心疾病诊疗与全生命周期健康管理能力，逐步建立科学、可持续的岗位能力提升机制。

（责任编辑：张莘）

2021 年上海市社区卫生服务综合评价

杨超¹ 汤真清² 钟姮¹ 曹筱筱³ 张馨达⁴
毕媛⁴ 陈斌⁵ 韩裕乐⁴ 何江江²

【摘要】 作为落实全国基层医疗卫生服务能力提升工程的重要措施之一，上海市社区卫生服务综合评价已连续开展 8 年。报告内容文章从区县和社区卫生服务机构两个层面，面向上海市共计 16 个区和 245 家社区卫生服务中心，从功能任务与资源配置、基本医疗服务、基本公共卫生服务、业务管理、综合管理以及满意度六个方面进行分析。评估社区卫生服务提升工程的实施效果，可为进一步做好制度保障、资源配置工作以及提高社区卫生服务质量提供依据，全面概述上海市社区卫生服务工作的开展情况。

本文通过评价上海市社区卫生服务中心的服务质量、运行机制、监管机制和补偿机制，推动建立以家庭医生服务为核心的社区卫生服务发展模式，为群众提供安全、有效、方便、价廉的社区卫生服务。

一、上海市社区卫生服务中心资源配置情况

（一）机构布局

2021 年，上海市参评社区卫生服务中心 245 所（其中徐汇区天平街道社区卫生服务中心和湖南街道社区卫生服务中心合并填报，嘉定区金沙新城社区卫生服务中心和江桥镇社区卫生服务中心合并填报），分

第一作者：杨超，男，上海市卫生健康委员会基层卫生处处长

作者单位：1. 上海市卫生健康委员会，上海 200125

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 200040

3. 上海市奉贤区西渡街道社区卫生服务中心，上海 201401

4. 上海市健康促进中心，上海 200040

5. 上海市闵行区华漕镇社区卫生服务中心，上海 201107

中心 88 所，服务站 824 所，村卫生室 1 174 所。基层卫生机构业务用房面积共 148.92 万 m²（包含分中心面积，不包含服务站点和村卫生室面积），平均每家基层卫生机构业务用房面积为 6078.25 m²，万人口基层卫生机构业务用房面积为 627.71 m²；社区卫生服务中心（含分中心）平均服务人口为 7.42 万人，服务站（含村卫生室）平均服务人口数为 1.26 万人；全市社区卫生服务中心财政补助投入为 95.90 亿元，占社区卫生服务中心总投入比重为 33.55%。2021 年上海市基层卫生机构布局情况见表 1。

表 1 2021 年上海市基层卫生机构布局情况

行政区划	社区卫生服务中心 (含分中心) 平均 服务人口 (万人)	万人口业务用房 面积 (m ²)	基层财政投入 (亿元)	基层财政投入 占比 (%)
上海市	7.42	627.71	95.90	33.55
黄浦区	3.71	651.21	3.89	29.55
徐汇区	8.81	747.06	6.44	35.87
长宁区	6.94	515.90	2.29	20.05
静安区	6.14	507.75	4.48	28.17
普陀区	9.65	610.54	2.85	19.97
虹口区	5.53	593.15	1.71	15.43
杨浦区	10.02	431.56	3.25	21.16
闵行区	7.28	626.33	6.60	25.33
宝山区	10.65	429.20	7.91	37.69
嘉定区	6.38	358.99	6.94	38.66
浦东新区	7.75	639.31	19.15	35.34
金山区	5.04	881.23	4.87	47.67
松江区	8.44	754.79	7.90	45.59
青浦区	5.87	559.68	6.97	49.22
奉贤区	4.26	728.99	5.98	41.25
崇明区	1.91	1634.64	4.66	41.42

注：全市共有 247 家社区卫生服务中心，其中徐汇区天平街道社区卫生服务中心和湖南街道社区卫生服务中心合并填报，嘉定区金沙新城社区卫生服务中心和江桥镇社区卫生服务中心合并填报。

（二）床位设置

2021年，上海市社区卫生服务中心实际开放床位共15 907张，较上一年度上升0.28%（2020年上海市床位数为15 863张）；每千人口实际开放床位数0.67张。全市家庭病床共8.20万张，其中新建家庭病床63 040张；每千人口家庭病床数3.46张，其中每千人口新建家庭病床数2.66张。见表2。

表2 2021年上海市社区卫生服务中心床位设置情况

行政区划	实际开放床位数 (张)	新建家庭病床数 (张)	每千人口实际开放 床位数(张)	每千人口家庭病床 建床数(张)
上海市	15 907	63 040	0.67	2.66
黄浦区	832	3 105	1.40	5.23
徐汇区	1 124	4 585	1.06	4.34
长宁区	583	3 282	0.84	4.73
静安区	599	4 272	0.61	4.35
普陀区	1 051	5 138	0.91	4.44
虹口区	106	5 076	0.15	7.06
杨浦区	555	2 722	0.43	2.09
闵行区	1 337	9 262	0.52	3.63
宝山区	462	5 011	0.23	2.48
嘉定区	1 145	3 255	0.72	2.04
浦东新区	3 070	9 088	0.56	1.65
金山区	666	1 779	0.83	2.20
松江区	1 677	2 074	0.95	1.17
青浦区	481	1 946	0.39	1.58
奉贤区	1 275	964	1.20	0.91
崇明区	944	1 481	1.41	2.22

（三）人员配置

2021年，上海市社区卫生服务机构职工总数为3.77万人，其中卫生技术人员数3.27万人，执业（助理）医师1.40万人。其中，注册全科医师9 323人，较上一年度增长6.12%（2020年注册全科医师8 785人）；乡村医生数1 657人，公共卫生医师2 009人，康复医师304人，药学

专业人员 2 741 人，注册护士 12 395 人。2021 年上海市社区卫生服务中心人员配备情况见表 3。

表 3 2021 年上海市社区卫生服务中心人员配备情况

行政区划	每万人口卫生技术人员数（人）	每万人口执业（助理）医师人员数（人）	每万人口注册全科医师人员数（人）	每万人口注册护士人员数（人）
上海市	13.79	5.89	3.93	5.22
黄浦区	20.46	7.43	5.14	8.71
徐汇区	17.99	7.30	5.16	7.49
长宁区	15.80	6.18	4.24	6.96
静安区	17.53	6.90	4.92	7.38
普陀区	12.23	4.74	3.42	5.26
虹口区	15.64	6.52	4.41	5.89
杨浦区	11.19	4.61	3.57	4.48
闵行区	13.09	5.33	3.79	5.41
宝山区	11.63	4.66	3.04	5.23
嘉定区	13.86	6.50	4.34	4.87
浦东新区	11.08	5.24	3.74	3.71
金山区	16.07	7.73	4.75	5.03
松江区	14.45	5.81	3.30	5.47
青浦区	12.52	5.58	3.25	4.40
奉贤区	17.23	7.61	4.66	5.65
崇明区	23.11	9.96	4.81	7.25

二、上海市社区卫生服务中心医疗业务情况

（一）全科医师日均门诊量

2021 年，上海市社区卫生服务中心门急诊量为 6 967.54 万人次（含分中心、服务站及村卫生室），较上一年度上升了 0.73%（2020 年为 6 917.12 万人次）。2021 年上海市社区卫生服务中心全科医师日均门诊量见图 1。

全科医师日门诊量（人次）

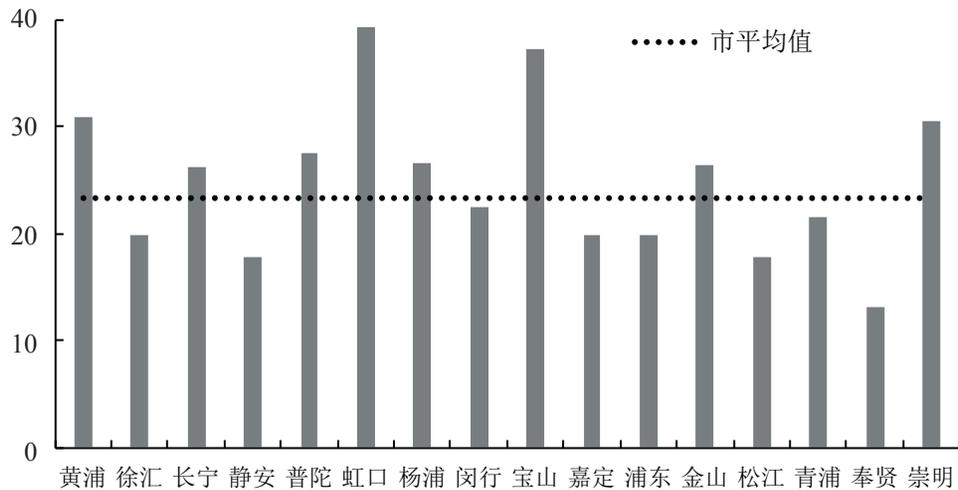


图1 2021年上海市社区卫生服务中心全科医师日均门诊量

（二）床位使用率

2021年，上海市社区卫生服务中心床位使用率为72.73%，较上一年度下降5.82个百分点（2020年为78.55%）。见表4。

表4 2021年上海市社区卫生服务中心医疗服务量

行政区划	门急诊量（人次）	床位总使用率（%）
上海市	69 675 405	72.73
黄浦区	2 806 638	91.16
徐汇区	3 737 989	86.28
长宁区	2 451 625	93.95
静安区	4 369 994	92.68
普陀区	3 871 692	90.42
虹口区	3 625 921	61.66
杨浦区	3 864 680	81.37
闵行区	7 255 595	76.48
宝山区	6 228 619	83.18
嘉定区	3 874 103	82.14
浦东新区	12 892 862	70.52
金山区	3 154 205	59.84
松江区	4 022 540	69.82
青浦区	2 545 582	45.82
奉贤区	2 293 772	55.30
崇明区	2 679 588	36.56

三、上海市社区卫生服务中心公共卫生服务情况

(一) 重点人群健康管理

2021年上海市健康档案建档率88.21%，较上一年度提高1.23个百分点（2020年为86.98%）；老年人健康管理率70.01%，较上一年度下降4.60个百分点（2020年为74.61%）；0~6岁儿童健康管理率99.52%，较上一年度提高了0.84个百分点（2020年为98.68%）。见表5。

表5 2021年上海市社区卫生服务中心重点人群健康管理率

行政区划	健康档案建档率（%）	老年人健康管理率（%）	0~6岁儿童健康管理率（%）
上海市	88.21	70.01	99.52
黄浦区	95.32	76.59	99.25
徐汇区	81.76	75.29	99.85
长宁区	91.71	76.02	100.00
静安区	81.54	77.27	99.78
普陀区	93.94	71.38	100.00
虹口区	94.76	78.13	99.82
杨浦区	89.23	75.34	100.00
闵行区	80.16	54.76	98.81
宝山区	89.73	63.66	99.57
嘉定区	96.65	58.01	99.75
浦东新区	91.81	76.54	99.38
金山区	89.86	74.82	99.91
松江区	82.40	60.29	99.57
青浦区	86.34	60.21	99.75
奉贤区	84.86	76.27	99.84
崇明区	78.87	70.05	98.77

注：数据来源于国家基本公共卫生服务项目管理平台。

(二) 慢性病患者健康管理

2021年上海市高血压规范管理率83.53%，较上一年度下降3.27个百分点（2020年为86.80%）；2型糖尿病规范管理率80.85%，较上一年度下降3.49个百分点（2020年为84.34%）；肺结核患者规则服药率97.83%，较上一年度下降0.26个百分点（2020年为98.09%）；严重精

神障碍患者规范管理率 98.88%，较上一年度上升 0.66 个百分点（2020 年为 98.22%）。见表 6。

表 6 2021 年上海市社区卫生服务中心慢性病患者健康管理率

行政区划	高血压规范管理率 (%)	2 型糖尿病规范管理率 (%)	肺结核患者规则服药率 (%)	严重精神障碍患者规范管理率 (%)
上海市	83.53	80.85	97.83	98.88
黄浦区	73.88	49.03	99.29	99.50
徐汇区	79.89	78.16	99.49	98.56
长宁区	89.99	88.24	100.00	99.32
静安区	85.04	82.40	99.57	99.45
普陀区	73.43	59.77	100.00	99.57
虹口区	76.56	62.93	98.98	99.43
杨浦区	86.86	83.34	100.00	99.57
闵行区	74.40	69.53	96.14	98.78
宝山区	89.35	86.68	98.40	99.16
嘉定区	80.24	78.53	97.55	98.88
浦东新区	87.33	92.92	95.20	97.63
金山区	94.98	94.07	98.90	99.38
松江区	82.53	75.88	98.40	99.72
青浦区	81.04	73.09	99.14	98.77
奉贤区	86.00	83.93	100.00	99.36
崇明区	82.92	80.43	100.00	99.79

注：数据来源于国家基本公共卫生服务项目管理平台。

四、上海市社区卫生服务中心签约服务情况

（一）家庭医生签约覆盖率

2021 年，上海市常住居民签约覆盖率为 35.90%，与上一年度持平（2020 年为 35.90%）；重点人群签约覆盖率 76.62%，较上一年度上升 0.09 个百分点（2020 年为 76.53%）；65 岁及以上老年人签约覆盖率 83.04%，较上一年度下降 4.47 个百分点（2020 年为 87.51%）。见表 7。

表 7 2021 年上海市社区卫生服务中心家庭医生签约覆盖率

行政区划	签约人数（人）	常住居民签约覆盖率（%）	重点人群签约覆盖率（%）
上海市	8 642 696	35.90	76.62
黄浦区	203 791	34.35	40.99
徐汇区	374 670	35.45	65.64
长宁区	323 722	46.67	69.44
静安区	382 732	38.96	61.02
普陀区	454 802	39.26	72.18
虹口区	269 285	37.43	61.75
杨浦区	425 614	32.66	57.95
闵行区	851 102	33.39	90.46
宝山区	767 512	37.91	98.98
嘉定区	628 442	39.38	90.39
浦东新区	1 974 706	35.89	84.59
金山区	369 125	45.74	84.62
松江区	558 729	31.53	82.26
青浦区	400 297	32.46	86.94
奉贤区	357 519	33.58	83.54
崇明区	300 648	45.02	77.91

注：数据来源于上海市社区卫生综合改革云管理平台。

（二）签约居民就诊率

2021 年，上海市签约医疗机构组合就诊率 71.22%，较上一年度下降 0.37 个百分点（2020 年为 71.59%）；签约社区就诊率 45.11%，较上一年度下降 3.50 个百分点（2020 年为 48.61%）；签约居民在全市社区卫生服务中心就诊率 53.14%，较上一年度上升 2.78 个百分点（2020 年为 50.36%）；签约居民基层就诊时在签约社区就诊比例为 84.89%，较上一年度下降 1.01 个百分点（2020 年为 85.90%）；组合外就诊开具延方比例 14.47%，较上一年度降低 4.90 个百分点（2020 年为 19.37%）。见表 8。

表 8 2021 年上海市社区卫生服务中心签约居民就诊率

行政区划	签约医疗机构 组合内就诊率 (%)	签约社区 就诊率 (%)	签约居民在全市 社区卫生服务中心 就诊率 (%)	签约居民基层就诊 时在签约社区就诊 比例 (%)	组合外就诊开 具延方比例 (%)
上海市	71.22	45.11	53.14	84.89	14.47
黄浦区	67.89	42.35	53.92	78.55	15.44
徐汇区	71.25	42.59	51.03	83.45	13.67
长宁区	60.36	36.74	45.72	80.36	14.21
静安区	65.65	41.86	54.42	76.92	15.95
普陀区	65.46	39.44	48.92	80.62	15.25
虹口区	68.33	45.51	55.85	81.49	15.47
杨浦区	66.84	36.71	44.95	81.66	14.72
闵行区	74.87	49.35	57.03	86.54	12.89
宝山区	69.39	42.29	50.42	83.88	14.85
嘉定区	64.57	46.41	52.42	88.54	14.25
浦东新区	77.05	48.32	54.88	88.05	14.41
金山区	81.40	57.52	61.54	93.46	14.03
松江区	75.45	45.85	52.83	86.79	12.05
青浦区	66.29	35.26	42.84	82.31	12.81
奉贤区	73.10	55.73	63.83	87.31	15.52
崇明区	73.91	47.85	54.95	87.08	15.58

注：数据来源于上海市社区卫生综合改革云管理平台。

五、上海市社区卫生服务中心服务质量满意度及员工满意度情况

2021 年上海市社区卫生服务中心服务质量满意度及员工满意度调查以拦截测评的形式开展，计划完成 7 410 个社区居民样本，2 470 个员工样本，实际完成 7 712 个社区居民有效样本，2 622 个员工有效样本，覆盖本市 247 家社区卫生服务中心。社区居民受访者对上海市社区卫生服务中心服务质量满意度评价总体结果见图 2，上海市社区卫生服务中心员工满意度评价总体结果见图 3。

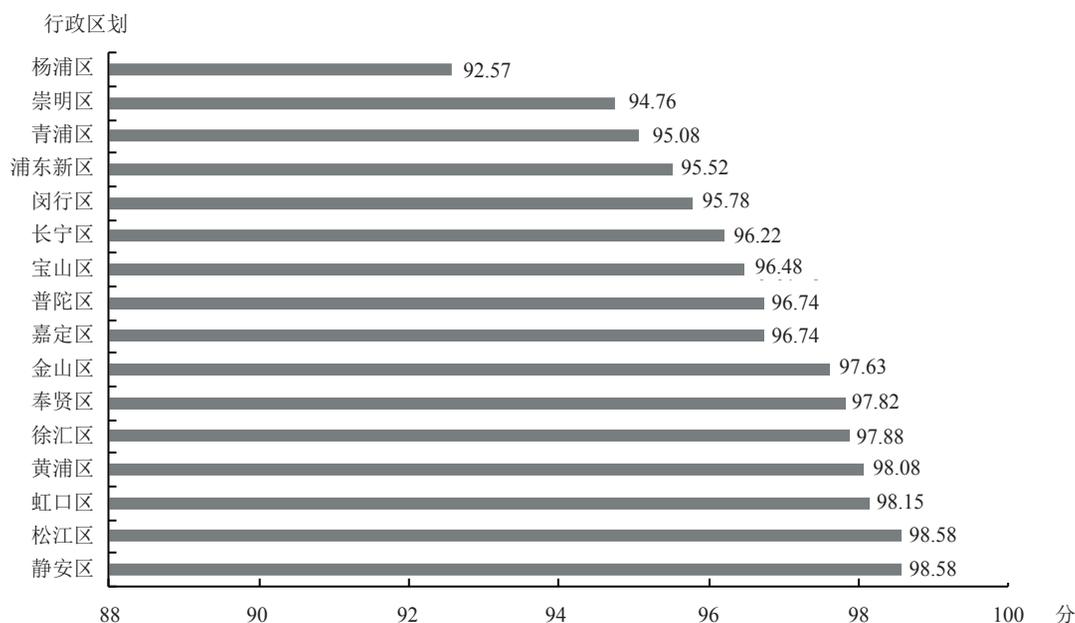


图2 2021年社区居民对上海市社区卫生服务中心服务质量满意度评价总体结果

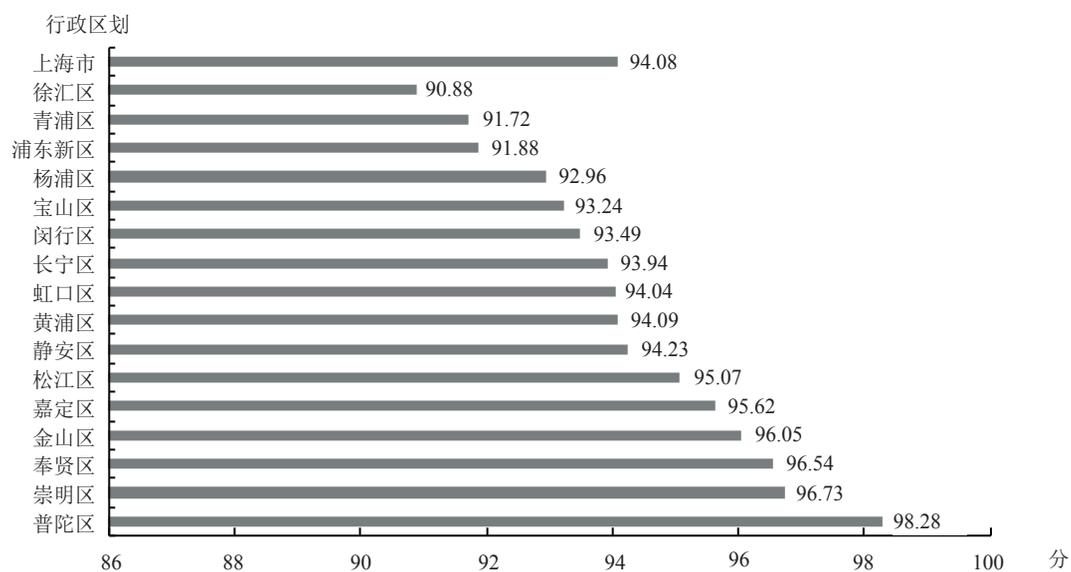


图3 2021年上海市社区卫生服务中心员工满意度评价总体结果

结果发现：① 上海市受访居民对社区卫生服务的总体满意度为96.51分，达到优秀水平。其中家庭医生签约服务的满意度最高，达到98.22分，略高于基本公共卫生服务满意度（96.35分）和医疗服务满意度（96.31分），后两者得分基本持平。② 静安区和松江区居民对社区卫生服务评价最高，除杨浦区外，各区居民的评价差距不大。③ 七成

以上的居民了解家庭医生签约服务，且该类居民中超七成签约家庭医生，并绝大多数知晓医生姓名。在了解家庭医生签约服务的受访居民中，已经签约家庭医生的占比为 73.38%，占有所有测评对象的 56.08%。在签约人群中，97.27% 能够说出签约家庭医生的名字。④ 绝大多数签约对象对签约服务满意，且受访社区居民对家庭医生签约服务的满意度较高，得分为 98.22 分。⑤ 社区卫生服务中心的基本服务受居民认可，门诊服务便捷性、开诊科室满足基本医疗需要进一步改善。⑥ 研究开发互联网 + 医疗 / 护理服务和家庭病床服务。⑦ 社区卫生服务中心员工的总体满意度达到优秀水平，各区满意度存在一定差异；全科医生满意度低于其他群体，保健因素总得分高于激励因素；建议优先改进职业发展和工作认同，继续提升薪酬福利。

六、讨论和建议

（一）持续做好社区疫情防控，筑牢织密基层防控网底

在常态化疫情防控下，建议各社区卫生服务中心加强人员统筹配备，协同各条线力量，继续做好重点人员社区排查、隔离健康观察、社区健康监测、社区健康宣教、新冠疫苗接种、核酸检测等工作，切实落实社区疫情常态化防控措施。建议各级政府加强对社区卫生服务中心医务人员关心关爱，落实对社区医务人员参与疫情防控工作的各项保障举措。

统筹做好社区卫生健康服务，社区卫生服务中心是疫情防控的网底，但不能兜底，建议各所社区卫生服务中心紧密联系配合街道政府，发挥宣传动员能力，依靠人民群众，指导和引导辖区居民做好健康自我管理与疫情个人防护，减轻基层医务人员工作压力，方便社区卫生服务中心继续做好居民健康守门人，保障社区卫生服务中心门诊、住院等诊疗服务，预防接种、随访管理等基本和重大公共卫生服务平稳有序，确保疫情防控期间社区卫生服务连续、不间断，有效筑牢织密基层防控网底。

（二）优化社区卫生机构建设，夯实社区卫生服务网络

根据上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准，全市多所社区卫生服务中心存在面积不足、业务用房紧张、硬件设施陈旧老化等问题，这些问题在中心城区尤为突出，严重制约了基层卫生机构的发展。建议利用好社区卫生发展的窗口期，大力推进新一轮社区卫生服务机构标准化建设，落实各级政府责任，将社区升级建设纳入区政府实事工程和各街道政府的考核指标中，加快开展社区卫生服务机构新建与改建工程。根据本市公立医院高质量发展总体部署，结合国家优质服务基层行基本标准与社区医院建设标准，推进高质量社区卫生服务中心建设，打造标杆社区卫生服务中心。

对于短时间内改扩建困难的社区卫生服务中心，建议大力加强卫生服务站点或村卫生室的建设，对于建设情况不同的社区卫生服务站点和村卫生室需要采取不同的建设措施。新建的社区卫生服务站点和村卫生室，建议根据指导标准选址建设，紧密结合社区综合党群服务中心、为老服务中心等中心建设，依据地区人口密度及实际情况，建设集配药功能、中医、康复理疗、护理等功能为一体的高标准社区卫生服务站，不断提高基层社区服务可及性和服务能级；对于面积不足或者配套设施仍有提升空间的社区卫生服务站和村卫生室，根据实际情况，有条件的进行优化升级，条件不足的，建议下沉为健康服务点，优化社区卫生服务体系，夯实社区卫生服务网络。

（三）稳步扩大签约覆盖范围，做实做优所医签约服务

建议各所社区卫生服务中心发挥签约服务费激励作用，引导家庭医生重视签约工作，主动开展签约服务，根据签约对象的不同健康服务需求，探索分层分类的家庭医生签约服务工作指引，打造针对性的签约服务包，将家庭医生签约服务覆盖更多在职人群，满足不同人群家庭医生

签约服务需求，在落实重点人群签约覆盖的基础上，优化签约人群结构。将签约服务从个人延伸到家庭，持续、稳步、有序地扩大签约覆盖率。

建议将签约服务和健康管理服务有机统一，利用信息化等手段，对签约居民进行个体化健康评估，根据健康评估结果提供针对性健康管理，提升签约服务针对性。建议各区卫健委强化辖区内社区卫生服务中心与区域性医疗中心的资源对接，继续引导居民就诊下沉社区，做实有效签约服务，不断提高签约居民服务感受。

（四）加强社区卫生运营管理，发挥平台资源整合功能

随着财政收入的减少和药品带量采购的实施，社区卫生服务中心正面临着越来越大的运营压力，建议各所社区卫生服务中心管理者树立社区卫生服务中心运营管理思维，以新发展理念引领社区卫生服务中心高质量，建议社区卫生服务中心推进将核心业务工作与运营管理工作深度融合，将现代管理理念、方法和技术融入运营管理的各个领域、层级和环节，提升运营管理精细化水平；坚持高质量发展和内涵建设，通过完善管理制度、再造业务流程、优化资源配置、强化分析评价等管理手段，将运营管理转化为价值创造，有效提升运营管理效益和投入产出效率。

建议各区根据辖区特点，整合企事业内设医疗机构、社会办全科诊所、智慧健康驿站、社会办健康管理机构等医疗卫生资源，鼓励探索医养结合、医体结合、医教结合等跨行业的整合型发展模式，探索整合各类社会资源的实施路径，形成可复制可推广的以社区为平台的资源整合机制，充分发挥社区卫生服务中心的资源整合平台功能，充实社区健康服务供给。

（五）优化社区健康服务功能，提升社区诊疗服务能力

建议各区加强社区卫生服务机构“健康管理中心”“护理中心”与“康复中心”功能建设，提升社区重点专项服务能力，围绕骨质疏松、口腔、

心理（精神）等居民需求较大的专科专病，依托相关专业机构与学会，在明确社区功能定位的基础上逐步在全市社区卫生服务中心推进实施。

在国家大力推进分级诊疗制度的大趋势、大背景下，引导适合的患者首诊在基层，提升基层医疗机构服务能力是首要也是必要工作。基层医生诊疗水平和服务能力的提升是分级诊疗制度得以加速推进的重要环节。家庭医生迫切需要提高部分常见专科疾病处理能力、鉴别诊断能力和早期识别转诊能力，建议各区大力开展岗位能力培训，提升家庭医生团队服务能力与效率。短时间内难以实现的可尝试引入临床决策支持系统（clinical decision support system, CDSS），借助大数据、人工智能（artificial intelligence, AI）等技术，为家庭医生诊疗全程提供实时决策支持。同时借力信息化力量，帮助基层医务人员在岗位实践过程中不断提升能力。解决基层诊疗能力、专科能力不足等问题，助力双向转诊制度落实。通过提升服务质量和水平，让居民享感受“互联网+医疗健康”带来的便利和实惠，增强居民信任度和感受度。

（责任编辑：信虹云）

上海市高质量社区卫生服务中心试点建设遴选结果的分析与思考

单 敢¹ 杨 超² 张天晔² 王 冬² 钟 姮² 陈 斌³

【摘 要】 按照国家公立医院高质量发展总体部署和上海市公立医院高质量发展的实施方案，上海市在研究推进高质量医院发展政策时，把打造高质量社区卫生服务中心作为上海市促进高质量医院发展的一项重要特色举措，共同研究推进。根据《上海市高质量社区卫生服务中心建设评价标准（2022版）》，各区自评申报，全市共36家社区卫生服务中心参加遴选。文章对36家遴选结果情况进行分析，发现高质量社区卫生服务中心试点建设单位存在的问题，针对这些问题提出一些政策建议，在市区层面多方合作政策支持下共同推进上海市首批20家试点建设单位完成建设目标。通过试点建设工作以点带面打造上海社区卫生服务发展引领标杆，打造“同质化、数字化、高质量”的家门口健康服务平台，优化医疗卫生资源配置，推动构建分级、高效的医疗卫生健康服务体系。

一、评价标准

根据上海市公立医院高质量发展实施方案，经过多次实地调研，会商研究制定了符合社区特点的上海市高质量社区卫生服务中心建设评价标准，作为遴选高质量社区卫生服务中心试点建设单位的遴选标准，也作为跟踪评估建设成效的评价标准。

（一）标准依据

2020年国家印发了《国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设

第一作者：单敢，男，副主任医师，上海市杨浦区控江社区卫生服务中心副主任

作者单位：1. 上海市杨浦区控江社区卫生服务中心，上海 200093

2. 上海市卫生健康委员会，上海 200125

3. 上海闵行区华漕镇社区卫生服务中心，上海 201107

工作的通知》(国卫基层发〔2020〕12号),2021年上海市印发了《关于推进上海市公立医院高质量发展的实施方案》,为做好上海市社区医院与高质量社区卫生服务中心建设衔接工作,上海市卫生健康委员会(以下简称“上海市卫生健康委”)基层健康处会同相关处室,以国家社区医院基本标准为基础,结合《上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准》《国家优质服务基层行社区卫生服务中心服务能力评价指南》《上海市家庭医生签约服务关键绩效考核指标》等文件,并广泛征求各区卫生健康委及相关处室、有关社区卫生服务中心意见,起草了《上海市高质量社区卫生服务中心建设评价标准(2022版)》。

(二) 标准内容

遴选标准共设置评价指标52项,其中19项高于国家卫生健康委要求,4项参照国家要求,29项体现上海特色,充分体现了遴选与试点标准的引领性、前瞻性。本文对这52项指标都赋予了权重分值,总分100分,并细化了具体评分标准。评价指标共分4个维度,其中机构设置(9项)的分值权重占23%,主要评价社区卫生服务机构建筑面积,床位设置、业务开展、科室设置等;服务功能(21项)的分值权重占46%,主要评价门诊服务、住院服务、居家服务、医养结合服务、家庭医生签约服务、公共卫生服务、三大中心(健康管理中心、社区康复中心、社区护理中心)等;服务方式(6项)的分值权重占11%,主要评价分级诊疗和数字化建设等;服务支持(16项)的分值权重占20%,主要评价人员要求、电子人力资源管理(electronic human resource, EHR)等级、教学任务、科研任务、老年友善等。52项指标中,有4项根据城区、郊区设定了不同的评分标准,主要包括住院床位使用率、家庭病床建床率、签约居民社区就诊率、签约居民组合内就诊率,从而能更精准体现不同地域社区卫生服务的特点与导向。

二、结果分析

(一) 总体情况

遴选标准共包含 52 项指标,总分 100 分(因考虑部分指标的前瞻性,健康管理中心、护理中心和儿童友善医院暂未正式启动建设,实际遴选标准总分为 95 分)。上海市 36 家申报单位平均得分 71.48 分,20 家市级试点平均得分 73.81 分,16 家区级试点平均得分 68.58 分。经过连续 8 年的上海市社区卫生服务综合评价工作,4 年的国家“优质服务基层行”达标建设和 2020 年国家提出社区医院标准化建设的积累,上海市社区卫生服务中心整体水平得到明显提升,申报单位基本符合上海市高质量社区试点建设的要求。

(二) 机构设置

机构设置(9 项)主要评价社区卫生服务机构建筑面积、床位设置、业务开展、科室设置等,总分 23 分。从 9 项指标试点建设单位机构设置项目达标率(见表 1)可以看出,试点建设单位在提供社区基本医疗服务、公共卫生服务、医技辅助服务等方面和管理部门、其他辅助部门设置方面基本达到评价标准要求,但是在千人口建筑面积、千人口床位配置等硬件条件方面距离评价标准目标值还有很大差距。

表 1 试点建设单位机构设置项目达标率

项目	千人口 建筑面积	千人口 床位配置	基本医 疗服务	专科诊 疗服务	特色医 疗服务	公共卫 生服务	医技辅 助服务	其他辅 助部门	管理 部门	总分
标准分值	3	2	2	4	1	5	2	2	2	23
平均分	1.7	1.35	2	3	0.55	4.9	2	2	2	19.8
达标率(%)	56.67	67.5	100	75	55	98	100	100	100	86.09

(三) 服务功能

服务功能(21 项)主要评价门诊服务、住院服务、居家服务、医

养结合服务、家庭医生签约服务、公共卫生服务、三大中心建设等，总分46分。从21项指标试点建设单位服务功能项目达标率（见表2）可以看出，社区在提供社区诊疗病种数、门诊手术服务、中医药特色服务、药学服务、住院服务、家庭病床服务、医养结合服务、基本公共卫生服务、儿童和孕产妇健康管理等社区基本医疗和公共卫生服务工作方面基本达到评价标准要求。但是在住院床位使用率、家庭病床建床率、签约居民社区就诊率、签约居民组合内就诊率、居民电子健康档案和老年人健康管理等具体服务内涵方面距离评价标准还有很大的差距。另外，根据社区未来发展规划三大中心建设，目前仅启动了示范性社区康复中心建设工作，随着健康管理中心和社区护理中心建设方案的出台，试点建设单位将按照要求完成建设，试点周期内都可以达到评价标准要求。

表2 试点建设单位服务功能项目达标率

项目	标准 分值	平均 分值	达标率 (%)	项目	标准 分值	平均 分值	达标率 (%)
社区诊疗病种数	2	1.9	95	医养结合服务	2	2	100
门诊手术服务	2	1.6	80	基本公共卫生服务	2	2	100
中医药特色服务	4	3.2	80	居民电子健康档案	3	1.3	43.33
药学服务	1	1	100	老年人健康管理	2	0.88	44
社区发热诊室	1	0.7	70	儿童健康管理	3	2.88	96
住院服务	2	1.8	90	孕产妇健康管理	2	1.85	92.5
住院床位使用率★	2	0.95	47.5	慢性病健康管理	4	3.1	77.5
家庭病床服务	1	1	100	健康管理中心	2	0	0
家庭病床建床率★	3	1.68	56	示范康复中心	2	1.3	65
签约居民社区就诊率★	2	0.95	47.5	社区护理中心	2	0	0
签约居民组合内就诊率★	2	1.55	77.5	总分	46	31.64	68.78

注：标★的指标为城区、郊区设定了不同的评分标准。

（四）服务方式

服务方式（6项）主要评价分级诊疗和数字化建设等，总分11分。从6项指标试点建设单位服务方式项目达标率（见表3）可以看出，社

区在医联体建设、分级诊疗资源协同、数字化便捷就医服务、远程诊疗服务方面基本达到评价标准要求。但是在第三方合作和“互联网+”社区医疗服务方面距离评价标准还有很大差距。

表3 试点建设单位服务方式项目达标率

项目	医联体建设	分级诊疗资源协同	第三方合作	数字化便捷就医服务	“互联网+”社区服务	远程诊疗服务	总分
标准分值	2	2	2	1	2	2	11
平均分	2	1.9	1.1	1	1.3	2	9.8
达标率(%)	100	95	55	100	65	100	89.09

(五) 服务支持

服务支持(16项)主要评价人员要求、电子人力资源管理(electronic human resource, EHR)等级评审、教学任务、科研任务、环境友善等,总分20分。从16项指标试点建设单位服务支持项目达标率(见表4)可以看出,服务支持方面距离评价标准整体情况较差,主要是人员配置方面,目前社区仅儿童保健和妇女保健工作人员配备达标,其他卫技人员配比、医护人员配比、编制数量、全科医师(含中医)、公共卫生医师、中医医师的平均分值距离评价标准都有很大差距,其中达标率最低的是医护人员配比,目前仅达到评价标准要求的10%。其他EHR等级评审、教学任务、科研任务距离评价标准也有较大差距,需要进一步提升。在环境友善方面,老年和儿童示范建设等待市级建设标准方案出台,按照建设进度推进建设达到标准要求。

表 4 试点建设单位服务支持项目达标率

项目	标准 分值	平均 分值	达标率 (%)	项目	标准 分值	平均 分值	达标率 (%)
卫技人员配比	1	0.53	53	临床药师	1	0.83	83
医护人员配比	1	0.1	10	妇女保健工作人员	1	1	100
编制数量	1	0.58	58	儿童保健工作人员	1	1	100
高级职称岗位比例	1	0.83	83	EHR 等级评审	1	0.75	75
床位人员配置	1	0.78	78	教学任务	2	1.1	55
临床科室医师	1	0.95	95	科研任务	2	1.49	74.5
全科医师(含中医)	1	0.73	73	环境友善	2	0.5	25
公共卫生医师	1	0.53	53	总分	20	12.62	62.9
中医医师	2	0.92	46				

三、存在问题

此次参与申报高质量社区卫生服务中心试点建设单位均是经过各区自评择优推荐，申报单位前置条件是达到“优质服务基层行”国家推荐标准，并达到国家社区医院标准，总体基础较好，但仍存在以下问题。

(一) 硬件条件需要改善

2020年新的上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准出台，对建筑面积和床位设置提出了新的要求，千人口建筑面积不低于80平方米，高质量社区卫生服务中心达标的千人口建筑面积不低于100平方米。床位设置达到每千人口1~1.5张，至少设置100张。随着社区卫生服务能力不断提升，功能不断拓展，如三大中心建设、专科门诊医疗服务、电子计算机断层扫描(Computed Tomography, CT)和胃肠镜功能的开展都需要硬件条件的支撑，但目前没有相应的场地，无法进行社区卫生服务功能的拓展和内涵的提升。

(二) 服务内涵需要加强

随着国家对传统中医药的服务能力越来越重视，高质量社区卫生服务中心提出了海派传承工作室、社区中医特色诊疗服务品牌数、中医医

联体内人员双聘数等要求。社区作为疫情防控第一道防线，上海市社区哨点功能虽已全覆盖，但根据国家发热诊室标准的要求，社区发热诊室建设功能需要进一步完善。上海自 2015 年新一轮社区卫生服务综合改革启动“1+1+1”签约以来，签约居民组合内就诊率和社区就诊率不断提升，随着国家高质量家庭医生签约服务方案的出台，上海市需要继续探索外部支撑机制，提升家庭医生签约率和签约后组合内就诊率、社区就诊率等高质量指标，提高签约居民的满意度。

（三）人才引进需要保障

疫情发生以来，社区始终奋战在一线，除了保障正常医疗服务工作外还承担了隔离点管理、核酸采样、密接转运、居家隔离人员健康监测和医疗保障服务等大量疫情防控任务。社区人员本就短缺，疫情防控期间所有社区人员都是超负荷工作。高质量试点建设对社区卫生服务功能提出了新要求，对人员配置提出更高标准，需要提高卫技人员配比、医护比和高级职称岗位配比。经过多年全科医生规范化培养和转岗培训，每万人口全科医生配置数有了一定程度的提升，但距离标准要求还有差距。公共卫生医生配置距离标准要求差距较大，医护比距离标准要求差距最大，人才培养和引进还有很大的缺口需要弥补。

（四）信息化建设需要提升

随着信息技术的发展，互联网医疗的需求越来越大，特别是疫情期间，“互联网+”诊疗配药作用更加凸显出来。目前 20 家市级试点建设单位仅 6 家注册社区互联网医院，可以提供互联网诊疗服务；EHR 等级评审 20 家市级试点建设单位，其中 12 家达到 5 级评审要求。目前社区各业务条线数据比较分散，系统之间数据不连通，导致社区卫生服务数据整合存在一定困难，家庭医生签约服务率、慢性病管理率和老年人健康管理率提升困难，制约了社区卫生的发展，社区信息化能力亟待提升。

四、政策建议

（一）财政资金保障

建议市级财政或医改经费中，对 20 家高质量社区卫生服务中心试点建设单位在试点建设周期内给予专项经费支持，用于试点建设单位开展业务培训、能力提升、设备配置、资源整合与服务宣传等。区级财政方面全面保障市级试点建设单位硬件建设，通过规划改造或者增设分中心确保试点建设单位场地面积达到标准要求。根据试点建设单位辖区居民医疗需求和自身发展特色医疗服务，保障配备 CT、肺功能、胃肠镜、血液净化等设备的采购资金。加大区级财政补助力度，对试点建设单位在试点建设周期内给予专项经费支持。在收支两条线管理构架下，推进基于试点建设单位标化工作量的财政补偿机制。

（二）人事薪酬支持

市级层面按照“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）精神，合理确定试点建设单位薪酬水平和薪酬总量，并加大倾斜支持力度。允许试点建设单位参照“一类保障、二类管理”总体原则，探索多元收入机制，对医务人员通过多点执业等方式参与第三方服务的，可按劳获得相应劳务补偿。允许试点建设单位探索整合第三方服务资源，提升服务能级。合理核定中高级职称比例配置，对试点建设单位率先探索按照核定编制基数来核定中高级职称比例，打破社区人才引进制约，吸引更多的优秀人才加入社区卫生服务。区级层面合理核定人员编制，根据“每万人口全科医生数 ≥ 4.5 名，医护比达到 1 : 1.5”的试点目标，结合试点建设单位服务功能拓展、床位增加等情况，对试点建设单位合理核定人员编制。设立试点建设单位经费补助政策，用于紧缺、高层次社区卫生专业技术人才的补助，吸引人才并稳定社区卫生

专业人才队伍，为社区可持续高质量发展提供有力支撑。

（三）医保政策支撑

支持试点建设单位拓展诊疗服务功能，在达到相应条件的基础上，允许试点建设单位探索开展部分原限定在二、三级医院开展的检查项目或治疗用药。对试点建设单位运用新技术开展医保目录外服务项目的，给予医保支付补偿支持。根据试点建设单位诊疗服务功能拓展、病床服务增加等情况，对试点建设单位核定医保总额时给予一定增量。支持试点建设单位率先开展社区医保支付方式改革，如门诊按人头支付、安宁疗护按单元支付等，通过医保政策支持，激发高质量社区开展新项目的动力，提升高质量社区服务内涵。

（四）大学院校参与

有关院校与试点建设单位加强对接协作机制，支持将条件成熟的试点建设单位作为大学附属社区卫生服务中心，在人才培养、教学、科研论文等方面提供更多支持和便利。支持试点建设单位参与全科规范化培训社区教学和硕士培养带教，推动社区科研能力和带教能力提升，推动社区医务人员职业发展。

（五）其他保障政策

充分发挥区域性医疗中心作用，对试点建设单位拓展服务功能，尤其是加强专科诊疗服务给予技术、资源支撑与服务协同。安排专科医生定期到社区开展带教门诊，支持试点建设单位全科医生等医务人员到区域性医疗中心轮岗培训或多点执业。支持试点建设单位提升信息化水平，实现互联网诊疗服务方式，助力社区“互联网+”医疗健康服务，促进社区各业务条线互联互通、数据整合。

（责任编辑：张革）

上海市社区健康管理中心建设策略与路径研究

万和平¹ 毕媛¹ 张雪艳¹ 陈斌² 张静雅³

杨超³ 张天晔³ 丁园¹

【摘要】 社区健康管理中心作为《上海市卫生健康发展“十四五”规划》提出打造的社区“三个中心”（康复中心、护理中心与健康管理中心）之一，推动社区卫生服务从以治病为中心转向以健康为中心，为社区居民提供“医防管融合”的生命全周期、健康全过程的整合型健康服务，目前正开展社区健康管理中心建设试点的前期准备工作。文章基于文献梳理、问卷调研、多方座谈，梳理了社区健康管理的研究背景，阐明了国内外社区健康管理的发展现状。根据上海的实际状况，分析现阶段社区健康管理存在的主要问题与难点，并提出推进策略和方法，同时提出配套的政策建议。

一、研究背景

健康管理旨在调动个体、群体及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源达到最大的健康效果。社区健康管理是面向全人群，关注重点人群，利用社区有限的资源为社区居民提供体检、建档、评估分类和健康干预。健康中国战略指出，发展方式要从以治病为中心转向以健康为中心。国家《“十四五”国民健康规划》提出，要坚持以基层为重点，提高基层防病治病和健康管理能力；强调推动预防、治疗、护理和康复

基金项目：上海市卫生健康委员会卫生健康政策研究课题项目“上海市社区健康管理中心建设策略与路径研究”（项目编号：2022HP18）

第一作者：万和平，男，上海市健康促进中心社区卫生管理部主任

通信作者：丁园，女，上海市健康促进中心副主任

作者单位：1. 上海市健康促进中心，上海 200040

2. 上海市闵行区华漕社区卫生服务中心，上海 201107

3. 上海市卫生健康委员会，上海 200125

的有机衔接，形成“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”的一体化健康管理服务。《上海市卫生健康发展“十四五”规划》提出打造社区康复中心、护理中心与健康管理中心，强化医防融合、全专结合的全生命周期健康服务。构建家庭医生制度是上海新医改核心目标之一，只有切实将家庭医生签约服务做实做优，有效发挥家庭医生健康守门人的作用，让签约居民“不生病、晚生病和生小病”，才能真正从源头上节约医保资金，推动基层卫生机构服务内涵、服务模式、发展方式、运行机制和补偿方式等向“以健康为中心”的价值医疗转变，以切实的政策效果实现家庭医生制度的可持续发展。本文基于前期的文献梳理、问卷调研和多方座谈形成报告，以期为上海市社区健康管理的工作推进提供政策参考。

二、国内外社区健康管理发展现状

（一）国外发展现状

国外社区健康管理发展过程中，美国、芬兰、日本等国形成了较为典型的发展模式。美国健康管理模式最大的特点是保险公司与医疗机构合作，对参保人进行直接的健康管理，费用主要由保险公司筹集。芬兰以北卡累利阿省为代表，其科学合理的理论支撑、多样有效的干预措施、社区人员的广泛参与、多部门的通力协作是取得显著成效的关键。日本的社区健康管理是面向全人群实施健康体检、癌症筛查、生活方式及行为干预，对重点人群如慢性病潜在患病人群、老年人群开展特定服务。英国以家庭医生为主，联合公共卫生服务、社会照顾机构等对社区居民进行健康宣教和健康促进。澳大利亚形成了以同伴支持理论、认知理论和自我效能理论为基础的社区支持，提高了居民自我健康管理意识和技能。

（二）国内发展现状

中国现有的健康管理模式主要包括：与保险公司结合；依附大型公立及私立医疗机构、健康管理公司；依托社区卫生服务中心发展的健康管理。1997年，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》做出决定，要“改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”。目前，国内形成了以厦门三师共管模式、北京昌平模式、上海静安中医模式等为代表的以慢性病防治为导向的社区健康管理模式和以PDCA [即计划 (plan)、执行 (do)、检查 (check)、处理 (action)] 循环理论、“4CH8”模式为代表的以全人群全生命周期为导向的社区健康管理模式。

（三）上海市社区健康管理现状

本文基于上海市 248 家社区卫生服务中心的问卷调研和对部分社区卫生服务中心主任、家庭医生的深入访谈，了解上海市社区健康管理的发展现状。

1. 社区健康管理资源情况

人力资源方面，上海市社区每万人口注册全科医师数为 3.93 人，每万人口家庭医生数为 2.61 人。场所方面，近九成社区设立健康管理场所，主要为智慧健康驿站和体检中心。开设健康管理门诊的社区超过半数，其中多为与全科门诊整合，独立开设的有 29 家。设施设备方面，各社区均配备身高体重仪、血压血糖仪，同时很多社区另配备了眼底照相机、中医四诊仪、国民体质自检自测设备及健康自评等智能化设备。合作方面，近三年内有三成社区与三甲医院、市 / 区疾控等机构开展过健康管理合作，主要内容包括眼健康管理、慢病筛查、联合门诊等。

2. 健康信息采集

主要依托基本公共卫生项目开展，各业务条线均有相应的生产系统，

但由于建设方涉及多个厂家，健康信息尚不能完全互联互通，采集方式以人工采集为主，自动抓取为辅。不同地区由于信息化基础、财政投入和重视程度不同，信息化程度亦有所差别。从各区来看，静安区、闵行区的信息化程度相对较高；从各业务条线来看，老年人健康体检系统、新慢病一体化系统信息化程度相对较高。

3. 健康评估

各社区针对重点人群开展的健康评估内容主要依据国家或上海市相应的工作规范制定；部分社区结合自身工作基础、本社区居民特点及各生命周期重点问题等，拓宽了评估内容。然而，健康评估报告反馈率除老年人达到近九成外，儿童、孕产妇和慢性病患者均未达到半数。

4. 健康干预

老年人和慢性病患者社区健康管理服务的主要提供者签约家庭医生，儿童和孕产妇则为有全科资质的儿保或妇保医生。健康干预的主要方式有健康咨询和指导、中医药指导、健康科普信息推送、疾病筛查和管理、转诊等。目前，超半数社区对健康管理对象开展健康干预效果评价。

三、存在的问题与难点

（一）服务流程方面

健康信息采集、健康风险评估和健康干预是健康管理公认的三部曲，基于本市社区卫生服务机构健康管理服务现况调查和质性研究，在服务流程上存在如下问题与不足。

1. 健康信息采集：信息系统间存在壁垒，数据质量参差不齐

目前，社区健康管理服务多以项目化的形式开展而非基于全人视角。上海市各社区卫生服务中心普遍拥有大量信息化生产系统，但基本上都是垂直“信息化烟囱”，无法实现数据的联通共享。同时，由于各业务条线的数据来源与质控多元、缺乏统一的标准，导致数据质量总体不高。

2. 健康风险评估：缺少科学有效的工具或模型

健康管理在我国发展时间较短，目前健康风险评估主要是疾病相关评估量表，缺少涵盖生理、心理及行为生活方式等人的整体健康、普遍适用且科学有效的工具或模型。上海社区卫生服务中心健康风险评估也是项目化，未实现基于全人视角的整合。

3. 健康干预：缺乏简单有效的干预监测手段，干预对象坚持难

健康干预是健康管理落地见效的关键，其中除疾病管理外更核心的是对健康危险因素中不良行为和生活方式的管理。但现实中很难落实有效健康干预，一方面，一般人很难做到并坚持改变不良行为和生活方式；另一方面，当前监测健康干预过程与效果普遍缺乏简便有效的手段，难以形成正向反馈激励。

（二）供需协同方面

1. 供方：“医防不融合”，家庭医生数量短缺和能力不适应

社区卫生服务中心作为社区健康管理服务主阵地，普遍存在“医防不融合”现象，且健康管理多以项目化形式开展，未形成全流程、全生命周期服务，未实现闭环管理。家庭医生是社区健康管理服务提供主体，但上海目前每万人口拥有家庭医生仅 2.61 人，与世界卫生组织和世界家庭医生组织共同建议的至少每万人口 5 名家庭医生仍有较大差距。同时，目前我国家庭医生的培养过程中更注重“治”而非“防”，家庭医生的服务理念和服务技能尚不适应社区健康管理服务要求。

2. 需方：居民健康管理理念不强、配合度不高

健康管理要取得实效离不开需方居民的参与配合。目前，居民尚未很好建立“自己是自身健康第一责任人”的理念，相对于疾病治疗的刚需，健康管理是“软需求”且见效慢，导致居民健康管理的参与度和配合度都较低。

（三）工作机制方面

1. 收费、支付机制亟须改革

目前，健康管理服务尚未纳入医保收费目录，医保的支付方式仍以按项目支付为主，难以体现供方服务价值并建立激励机制。

2. 市场化资源整合机制亟待建立

随着居民生活水平的不断提高，个性化的健康管理服务需求不断增加。但社区卫生服务中心平台限于“收支两条线管理”和“绩效工资制度”，难以通过市场化机制实现对所需市场资源的有效整合，制约了居民健康管理服务尤其是个性化健康管理服务的有效供给。

3. 考核评价导向作用尚未形成

当前社区卫生服务中心的收入主要由补偿医疗服务的医保收入和补充公卫服务的公共卫生经费组成，上海各区对社区卫生服务机构的运营均有不同程度要求，导致社区平台的考核分配主要集中在有经费补偿的医疗和公卫业务上，健康管理在社区标化工作量中占比较低；加上社区健康管理服务本身尚不成熟，健康干预留痕、效果评价均存在一定难度，导致未能有效建立健康管理服务的考核评价分配机制，难以发挥考核评价的导向作用。

四、建设策略与路径

（一）建设策略

1. 以生命周期为主线

以人为本，从治病为中心向以健康为中心转变，针对各生命周期的主要健康问题，确定相应的健康管理内容，推动基层卫生健康服务关口前移，实施“医防管”融合的一体化健康服务，有效落实家庭医生签约居民健康守门人功能。

2. 以科技手段为支撑

社区健康管理中心建设应以科技手段为支撑，从信息采集到健康评估到干预留痕，再到居民参与互动，提高工作效率，赋能家庭医生。当前，最紧要的是打破社区平台上各垂直信息系统间壁垒，以人为单元，实现健康数据的整合共享。

3. 以闭环形成为持续

打造社区健康管理服务“三个闭环”，即服务流程闭环（健康信息采集、健康评估、健康干预以及干预后效果跟踪评价）、生命周期闭环（贯穿儿童、学生、成人、老人的全生命周期）、供需协同闭环（家庭医生、居民共同参与，协同互动），推进社区健康管理落地见效和持续改进。

4. 以场景打造为显示

以社区健康管理中心建设为契机，推广应用大数据、人工智能、区块链、物联网等新兴技术，实现健康数据互联互通，打造社区数字化、智能化健康管理功能平台；同时，以人为本，建设聚焦健康问题管理，医（生）居（民）共同参与的共享式、预约化、标准化的健康管理门诊，打造兼具“科技+人文”显示度的健康管理服务场景。

5. 以循序渐进为原则

试点起步，逐步推广。试点阶段，考虑健康管理服务数据的可及性和服务主体的明确性，选择先从签约居民入手，从已经开展的医疗、公卫服务整合协同做起，逐步拓展服务内涵。在试点入轨基础上，逐步在健康管理技术、健康信息化联通、健康评估模型构建、健康干预方式探索、服务模式与机制创新，劳动价值补偿等方面形成突破，形成可复制可推广的社区健康管理服务新模式。

6. 以机制建立为保障

基于社区卫生服务中心平台定位，以社区健康管理中心建设为契机，

改革创新政府对基层卫生管理、运行、补偿等机制，推动社区卫生服务高质量内涵式发展。同时，引入并发挥市场机制作用，整合市场资源，满足社区居民多元健康需求。

（二）建设路径

1. 制订社区健康管理服务规范

以社区既有医疗和公卫业务为基础，兼顾健康服务数据的可获得性、质量及家庭医生可负担性，研制社区健康管理服务的基本健康评估包和拓展评估包，制订《关于开展本市社区健康管理中心试点工作的通知》。

2. 建立信息化系统

基于社区健康管理服务规范和健康评估基本包，建立完善社区健康管理服务社区层面的生产系统和市、区级层面的管理系统，以信息化支撑、质控社区健康管理服务的落地见效。

3. 开展建设试点

试点社区基于健康管理“三部曲”（健康信息采集、健康风险评估和健康干预），以信息化为依托，以《关于开展本市社区健康管理中心试点工作的通知》为依据，完成规定动作（基本评估包），并结合社区实际选择为自选动作（1个及以上拓展评估包），开展建设试点。

4. 总结推广

基于PDCA循环对社区健康管理中心建设试点进行动态监测、跟踪评价，鼓励探索与创新，总结好的做法与经验，分析存在问题与不足，推动试点走深走实并推广。

五、政策建议

（一）加强信息化整合

通过打破各业务条线信息系统之间的壁垒，进行数据归集。在市级层面出台统一的社区健康管理业务规范和数据接口规范，区级层面根据

要求搭建统一的社区健康管理平台。以签约居民为单位，将社区内部分散在十余个系统中的碎片化健康信息整合，外部逐步与健康信息网、实有人口库、第三方健康体检机构的数据接轨，实现内部外部数据共享，支撑一体化健康管理工作的开展。持续提升健康档案建档率和建档质量，对已有的健康档案进行数据治理，为后续的利用提供保障。依托信息化手段对社区健康管理开展质控，使社区健康管理向精细化、科学化转变。

（二）强化健康管理学科建设

抓住国家“健康优先发展战略”契机，强化健康管理学科建设与发展，支持与鼓励健康管理技术研究，探索建立符合中国国民实际的整体健康风险评估的工具与模型；同时，为满足居民多样化、个性化健康管理需求，打造政府、社会、市场参与，供方、需方和支付方协同的健康管理服务产业生态，通过学科建设与产业发展的良性互动，推动我国健康管理服务高质量发展，助力健康中国建设。

（三）加强以全科医生为主基层卫生人才队伍建设

家庭医生签约服务为社区健康管理的开展提供了良好的模式基础。在提升全科医生培养数量的同时，更要注重全科医生“医防管一体化整合型”服务理念和技能的培训，提升家庭医生的岗位胜任力，培养“医防管”融合的复合型人才。

（四）宣传落实“居民是自身健康的第一责任人”理念

加大宣传力度和引导，积极营造以健康为导向的社会环境，将健康融入万策，推行健康的生活方式，充分调动居民自我健康管理的积极性，构建社会健康共建共治共享的新格局。

（五）建立以健康产出为导向的激励、支付与考评机制

急需以健康产出为导出，落实习近平总书记提出的“两个允许”精

神，推动建立社区卫生机构“一类保障、二类管理”的运行机制、从按服务项目转向按健康产出的医保按价值支付机制和基于健康结果的考核评价机制。

（责任编辑：信虹云）

典型国家社区居家康复首诊评估相关要素实施进展

张明辉¹ 郭丽君¹ 胡玉红¹ 季 盈² 孙 炜³ 鲍 勇³ 朱爱勇¹

【摘 要】 如何合理开展首诊评估将是社区居家康复首要解决的问题。重视老年人首诊评估，可为居家失能老年人提供更优质的家庭病床、巡诊等社区居家医疗服务。文章通过对国内外现有社区居家康复首诊评估构成要素的分析，发现各国（地区）首诊评估的受理机构、评估机构、评估人员（团队）、评定系统存在的差异，探讨我国社区居家康复在首诊评估方面存在的不足，顺应国家政策的引导，为社区居家康复发展提供合理建议。

2021 年国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫生健康委”）等 8 部门联合印发《关于加快推进康复医疗工作发展意见的通知》（国卫医发〔2021〕19 号），提出积极发展居家康复，鼓励医疗机构通过“互联网+”、家庭病床、上门巡诊等方式将康复医疗服务延伸至社区和居家，健全完善覆盖全人群和全生命周期的康复医疗服务体系。2019 年发布的《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》（国卫老龄发〔2019〕61 号），提出重视老年人综合评估工作，鼓励医疗卫生机构为居家失能老年人提供家庭病床、巡诊等上门医疗服务。《上海市卫生健康发展“十四五”规划》将“健全长期护理保障，优化统一需求评估制度，完

基金项目：国家重点研发计划“主动健康和老龄化科技应对”重点专项项目 2020 年度第二批项目“健康管理综合服务应用示范”（项目编号：2020YFC2006400）；上海健康医学院护理与健康管理学院学科团队建设项目“社区居家老年保障体系研究团队”（项目编号：22HGXKTD001）

第一作者：张明辉，男，硕士研究生

通信作者：郭丽君，女，教授

作者单位：1. 上海健康医学院护理与健康管理学院、上海中医药大学研究生院，上海 201318

2. 上海健康医学院护理与健康管理学院，上海 201318

3. 上海交通大学健康传播发展中心、上海交通大学中国城市治理研究院、上海交通大学行业研究院，上海 200030

善评估标准和规范”作为卫生服务发展的主要任务。由此可见，社区居家康复首诊评估工作是建立完善居家医疗服务体系的首要问题。本文通过对国内外现有的社区居家康复首诊评估构成要素的整合分析，发现目前我国社区居家康复服务存在的不足，为国内社区居家康复服务发展提供合理建议。

一、首诊评估相关概念

（一）首诊服务

首诊服务，又称为第一线服务，是患者寻求医疗卫生服务最先接触、最常利用的医疗保健服务，当居民有健康问题时，将基层医疗卫生机构和全科医生作为进入卫生保健系统的入口。

（二）首诊评估

首诊评估，是指医疗机构在为居民进行首诊服务时，对其疾病情况、身心状况、健康需求等进行的全面评估，包括询问既往疾病及现在的健康情况、生活习惯、查体、必要的化验、影像检查，以及医生认为有助于判定服务对象的身体状况的其他项目。

（三）康复服务首诊评估

康复服务首诊评估，一般是指对患者的首次康复功能评定，是指收集评定对象的病史和相关资料，确定患者是否存在功能障碍，对功能障碍的相关因素进行客观分析，进行诊断和制定康复治疗计划的过程。评估内容包括对人体器官和系统功能的评定、对个体生活自理和生活质量、工作和社会活动能力方面的评定。

（四）居家康复服务首诊评估

2020年国家卫生健康委《关于加强老年人居家医疗服务工作的通知》（国卫办医发〔2020〕24号）指出，医疗机构在提供居家医疗服务前应当对申请者进行首诊，结合本单位医疗服务能力，对其疾病情况、身心

状况、健康需求等进行全面评估；经评估认为可以提供居家医疗服务的，可派出本机构具备相应资质和技术能力的医务人员提供相关医疗服务。

二、首诊评估相关要素

社区居家康复首诊评估相关要素主要涵盖受理机构及评估机构，评估人员及评估内容，首诊评估信息系统等几个方面，针对各个国家及地区的相关要素的不同点完成整合分析。

（一）受理机构及评估机构

1. 中国

由于我国各地的基层首诊制度是“引导性”而非“强制性”的，患者及医保资金仍被医疗资源更好的大医院“虹吸”。所以目前我国居民居家康复首诊评估的申请，既可交由社区事务中心，再转接医疗机构派遣人员上门服务，患者也可直接去不同类型的医疗机构进行首诊。而对于不具备评估能力的机构，可委托具备合法资质、有评估能力的相关医院、护理院等医疗机构或其他专业机构承担相关评估工作。上海市老年照护统一需求评估首先需由申请人通过就近街镇社区事务受理服务中心申请，经审核对符合申请条件的予以受理。此外，上海市长宁区医保部门将长期护理保险评估与家庭医生的健康管理工作相结合，将评估申请单位由社区事务中心迁移到社区卫生服务中心，由专业医护人员为老年人做健康评估。

2. 日本

日本的长期照护服务中有上门居家康复服务，有服务需求者首先必须到其居住地的市町村等政府部门提出长期照护申请，并由设立在市町村的政府机构负责评估，通过主治医生意见、长期照护认证委员会的资格审查方可进行照护等级认定，进而根据不同等级提供机构服务、居家服务、地域密集型服务或照护预防服务。

3. 美国

美国的居家康复主要是老年人全包式护理计划（program of all inclusive care for the elderly, PACE）中的家庭康复服务（home health & home care services），是以失能、半失能和有医护服务需求的社区老年人作为服务对象。它由申请者直接向居住地区提供服务的 PACE 组织申请。由 PACE 日间照顾中心负责评估，PACE 承办单位设立有日间照顾中心，自设或有合约医疗机构，会为居民提供各式居家与机构长期照顾服务。

（二）评估人员及评估内容

1. 中国

我国规定的评估人员是由医疗机构内经过省级护理服务需求评估专业培训并考核合格的人员（包括医师、护士等医务人员）担任。每次至少由 2 名评估人员（至少有 1 名医师）共同完成评估。评估内容包括老年人能力评估标准表、老年综合征罹患情况、护理需求等级评定表、护理服务需求评定表、护理服务项目建议清单。其中老年人能力评估标准表包括日常生活活动能力（15 项）、精神状态与社会参与能力（8 项）、感知觉与沟通能力（4 项）。而上海市的评估人员是指具备相关专业技术背景，由评估机构聘用，经全市统一培训合格后的专兼职人员。评估人员按照专业技术背景，分为 A、B 两类。A 类评估员指具有养老服务、医疗护理或社会工作等实际工作经验，且具有中专及以上学历人员。B 类评估员指取得执业医师或执业助理医师资格人员。

该标准的健康评估等级由自理能力和疾病轻重两个部分的得分值决定，其中自理能力部分包含日常生活活动能力（20 项）、工具性日常生活活动能力（8 项）、认知能力（8 项）、日常生活中的基本判断能力（6 项）和情绪精神症状（9 项），后三类共计 23 项。而疾病评估为 12 项，现场状况评估为 5 项。上海市家庭病床评估工作由医师进行，评定工作

规定“康复评定须由3名以上专业人员开展，至少包含2个评估项目；两次评定间隔时间不短于14天”，评定工作除了病史和体格检查，还包括躯体功能、作业、言语、心理功能及社会环境等多方评定内容，所以评定还需康复治疗组整体介入。

2. 日本

日本在进行居家康复服务前，先由市町村的认定调查员对申请者进行身心状况调查初步判断；再由保健、医疗和保险方面的专业人员组成的长期护理认证审查委员会根据初步判定结果和主治医生的书面意见等进行二次判定。根据判定结果，确定服务计划以及长期照护保险的给付比例。评估内容通常包括身体机能的起居动作(13项)、生活机能(12项)、认知机能(9项)、精神和行为伤害(15项)、社会生活适应性(6项)、过去14天接受的特殊治疗(12项)6个维度共计67项评估内容。而在照护等级确定后，在进行居家服务前，日本还会进行康复小组会议评估，制定康复治疗计划书。计划书中包括兴趣评估表46项，具体的评估文书及项目解释都有很详细的规定。

3. 美国

美国PACE模式评估是由社区多学科服务小组(the pace interdisciplinary team, IDT)为老年人提供服务。团队通常包括有医师、治疗师、护士、社会工作者、护工、司机等。IDT小组会对服务对象首先进行一项全面的评估，医师将会询问病史并进行体格检查、功能评估；社会工作者将全面了解申请者和家属的需求，根据这些结果为服务对象制订个体化的医疗保健方案。美国PACE模式建立了一套囊括疾病史、社会心理、生活方式等问题的评估体系，内容包括对服务对象所有医疗、功能、心理、社会、生活方式和价值观问题的全面审查。美国应用上门医疗服务的是家庭照护评估工具(international resident assessment

instruments home care, InterRAI HC), 评估内容包括认知能力 (5 项)、沟通与视觉 (4 项)、情绪与行为 (3 项)、社会心理健康 (3 项)、功能状态 (7 项)、自控力 (4 项)、疾病诊断 (6 项)、健康状况 (9 项)、口腔与营养状况 (4 项)、皮肤状况 (7 项)、药物 (3 项)、治疗和进程 (5 项)、社会支持 (4 项)、居家环境 (4 项)。

(三) 首诊评估信息系统

1. 中国

目前国内已有很多高校、医院建立起医院康复信息管理系统。通过该系统加强了沟通协调能力, 对患者的评估信息进行了全面的记录, 极大地提高了卫生服务效率。上海市规定长期护理保险定点评估机构应配备符合上海市长期护理保险信息联网和管理要求的计算机管理系统, 并有相应的管理和操作人员。统一需求评估的申请、受理、评估、服务、结算、监管等相关工作, 均通过信息系统实施。定点评估机构会将评估人员信息申报至市医保中心, 由市医保中心纳入信息化管理。而评估对象的信息, 是由定点评估机构组织评估人员上门完成评估调查后, 通过长期护理保险信息系统的评估计分软件对评估调查记录给予综合计分评级, 最后将评估结果录入长期护理保险信息系统。

2. 日本

日本居家康复事业所收集的康复计划书等信息采用门诊和家庭康复质量评估数据收集项目“VISIT”情报系统 (monitoring & evaluation for rehabilitation services for long term care) 管理, 老年人状况和护理内容等信息采用“CHASE”情报系统 (care, health status & events) 管理。2021 年, 日本采用“LIFE”情报系统 (long term care information system for evidence) 管理, 探索 CHASE VISIT 一体化管理。

3. 美国

美国的国际化居民评估工具（International Resident Assessment Instruments, Inter RAI）是一套针对老年人的完整健康评估体系，包括长期照护评估、家庭照护评估、辅助生活评估等 20 余套评估工具。Inter RAI 可兼容评估多种类型照护设施环境下的老年人状态，属于“第三代”国际老年综合评估工具，强调老年人在不同照护设施间转诊时评估信息的衔接。美国 PACE 协会（National PACE Association, NPA）建立了记录潜在符合 PACE 服务资格人口的交互式地图，对目前美国国内各州已开展的 PACE 州区、人数、赔付情况做了详尽的可视化记录。另外，美国居家照护采用的电子信息系统是家庭护理评估最小数据集（minimum data set for home care, MDS-HC），该系统可以为老年人建立长期照护的电子信息档案，通过分析评估内容，明确老年人目前现存的及潜在的健康问题，给出针对具体问题的照护计划指导；计算老年人对服务资源的需求程度与付费的等级，预测老年人对卫生资源的使用情况。

三、首诊评估中存在的问题

（一）基层社区卫生服务机构首诊评估能力不足

国内的卫生服务体系中，面向社区提供居家康复服务的机构是基层社区卫生服务机构。由于长期以来我国基层医疗卫生机构在医疗设施、医疗水平、机构规模等方面都相对薄弱，首诊评估能力显著不足。基层机构接受和应用新型评估系统的能力较差，社区民众对于基层医疗机构的服务能力不信任，转向大型医疗机构进行医疗。服务群体流失与基层卫生机构的评估能力减弱形成恶性循环。

（二）多学科评估团队数量不足

目前国内老年人综合评估是由评估机构派遣一位医师、一位卫生服务相关人员进行评估。日本的上门居家康复服务评估由设立在市町村的

政府机构负责。美国则由日间照顾中心的 IDT 小组对老年人进行评估。在基层卫生工作中，人员短缺或缺乏专业的评估团队，容易发生误诊、漏诊等问题。在师亚等关于长期照护分级的质性访谈中，多数专家都提出评估工作涉及面较广，应由医学团队共同承担，团队成员至少应包括医生、护士、康复师、营养师等。但目前国内长期护理保险仍在试点推进，老年人综合评估人才少，难以满足日益增长的需求，多数基层的卫生服务机构也没有实力提供多学科人才团队共同参与评估工作。

（三）首诊评估内容有待丰富

如何选择较为基础的、符合大众需求的统一评估内容进行评定，是康复首诊评估的重中之重。本文将我国 2021 年《老年人能力评估规范（征求意见稿）》、上海市 2019 年《老年照护统一需求评估规范》与日本《要护理（介护）认定调查票》、美国《家庭照护评估工具 Inter RAI-HC》以及中国台湾地区《照护管理评估量表》评估内容进行对比分析，分别根据身体机能和日常生活活动能力、感知觉和认知、精神行为症状、健康相关、社会参与及环境、照护者情况 6 个维度，发现我国的评估内容存在的不足之处，尤其在表述分类、评级标准等方面存在很大差异。

四、政策建议

（一）增设评估受理机构，建立规范化的老年人首诊评估中心

各区县的社区事务管理中心、社区居委会、社区卫生服务中心（服务站）、街道养老服务中心、社区居家养老服务机构都应设立老年人养老服务需求评估申请受理窗口。由社区事务管理中心的工作人员初步进行资格审查（经济筛查）和养老服务需求评估（确定失能失智等级），包括了解申请者的年龄、户籍、经济状况及养老服务需求评估等，再由老年人首诊评估中心的医师、社工师以及作业治疗师、物理治疗师等共同组成专业评估团队，到老年人家中对老年人进行评估。

（二）扩充评估团队成员种类，提高评估团队的服务质量和水平

2020年，国家人力资源和社会保障部发布了《国家职业技能标准——老年人能力评估师》，为评估专业人才制定了相应的工作规范标准。2021年，清华大学和中国老年保健协会开办了国际老年卫生评估师培训班，为居家老年人的综合评估工作提供了极大的助力。但培训的评估人员主要为医师、护理人员，而上门康复首诊评估团队不仅要有医师、护理人员，还应有康复治疗师等，凸显治疗师的物理治疗、作业治疗、言语听觉治疗等方面专业性及对口性。评估的标准也应由基础的日常生活自理能力评定进一步拓展到认知等方面。制定上门康复首诊评估行业统一标准，规范医养结合上门康复工作，尽可能在长期护理服务中加入康复治疗服务项目，使之由单一的居家护理拓展为对老年人全方位的整体照护。

（三）进一步论证，采用科学适用的统一首诊评估内容

我国目前多数评估工具还停留在国际综合老年评估“第一代”及“第二代”水平，通过本文的对比分析，发现评估内容相比于日本、美国等还有很大提升空间，无论是在评估项目的广度，或是在具体评估项目的深度，还是有很多需要考虑和学习的地方。由于日本长期照护保险广泛普及，上门居家康复服务体系较为完善，相应的评估方案也较为全面，因此在需求筛选、自理能力评估项目以及环境因素的考量方面，我国可以借鉴日本的做法。

（四）增设居家康复项目，丰富长期护理保险服务内容

发达国家的长期照顾保险制度是集医疗、预防、保健、康复于一体的综合管理制度，其上门康复服务与其长期照护服务紧密联系在一起。而国内自2016年开展长期护理服务试点以来，上海地区的长期护理服务项目仍局限于基本生活照料和常用护理服务内容，对于物理治疗、作

业治疗，或者传统康复服务尚未涉及。但其评估所采用的老年人统一照护需求评估内容却一定程度上能够适用于对有上门康复需求的老年人的综合评估工作。所以在之后的服务发展中，应在长期照顾护理服务中加入康复治疗的内容，逐步完善长期照护体系。

（五）建立统一的信息管理系统，加快推动居家康复首诊评估发展

美国、日本等国家的居家康复服务，对于老年人的综合评估信息管理都有相应的工具。国内部分长期护理保险先行试点地区（如上海）也有统一的管理系统，但是其未应用于上门康复服务中。2019年，在中国社会保障学会医保专委会的领导下，励建安等基于国际功能、残疾和健康分类理论建立了一套包含8个功能领域、20个评估项目的老年人失能评估量表，并建立了相应的手机评估软件APP，评估耗时少、质量高，具备良好的临床可行性。2020年上海市《关于加强本市老年照护统一需求评估机构行业管理的通知》（沪卫老龄〔2019〕4号）中提出，建立基于健康云信息平台、长期护理保险信息系统和养老服务信息系统的数据共享机制，加快实现各部门监管信息的互联互通和统一应用。所以探索建立统一的、可应用于上门居家康复的信息管理系统工作还需进一步推进。

（责任编辑：张莘）

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。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

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

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