

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

嘉定专刊
2016年 第7期
(总第74期)

上海市卫生发展研究中心

2016年9月10日

编者按 为了解嘉定区医疗资源配置的合理性，2015年，上海市嘉定区卫生和计划生育委员会委托上海市卫生发展研究中心就嘉定区卫生费用、急救体系建设、人才队伍建设等方面开展研究。本期专刊对此次课题的研究结果进行挖掘转化，形成《嘉定区卫生总费用核算及老年人医疗负担研究》《基于DRGs的上海市嘉定区公立医疗机构服务质量与绩效评价研究》《嘉定区急救创伤体系建设的思考与展望》《嘉定区卫生人才现状与对策研究》《嘉定区“3+2”助理全科医生培养效果评价研究》《嘉定区居民就医体验研究》等。这6篇文章从现状分析入手剖析嘉定区卫生资源配置的现状和问题，并在此基础上提出政策建议。谨供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 9 卷 第 7 期 (总第 74 期)

2016 年 9 月 10 日

(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路 1477 号 807 室

邮编: 200040

电话: 021-22121872

传真: 021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)

丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云

编 辑: 何江江 杨 燕
李潇骁 康 琦
汤真清 甘银艳
朱碧帆 常利辉
牛静雅 卢伟霞

校 对: 常雪沛 周 娜
冯瑞芳 谢 燕

上海市连续性内部资料准印证

(K) 第 0649 号

目 次

区县之窗

嘉定区卫生总费用核算及老年人医疗负担研究····· 1

基于DRGs的嘉定区公立医疗机构服务质量与绩效评价研究 ··· 15

嘉定区急救创伤体系建设的思考与展望····· 29

嘉定区卫生人才现状与对策研究····· 41

嘉定区“3+2”助理全科医生培养效果评价研究 ····· 51

嘉定区居民就医体验研究····· 61

嘉定区卫生总费用核算及老年人医疗负担研究

王力男^{1,2} 王常颖¹ 陈 茹³ 戴玲芳⁴ 李 芬^{1,5}

【摘 要】 卫生总费用核算反映卫生筹资体系中卫生资金流动过程，老年人的医疗负担是老龄化社会下卫生筹资体系关注的重点。近年来，嘉定区卫生筹资总额逐年增长，筹资结果逐步优化，且机构流向基本稳定，但仍存在个人现金卫生支出占比略高的问题，尤其是老年人的医疗负担较重，且随着期望寿命的延长，老年人群照护负担更重，建议在进一步优化筹资结构的同时，更加关注老年人的医疗负担，通过完善医疗保障体系、优化资源配置等措施降低老年人的医疗费用负担。

【关键词】 卫生总费用；医疗费用；医疗负担；嘉定区

卫生总费用核算是全面考核和估算某一特定国家（或地区）的居民在一定时间内为促进健康所消费或使用的所有产品和服务的重要工具。卫生总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的流量及其内部构成。与此同时，随着老龄化进程的推进，老年人医疗费用负担值得引起高度重视。

嘉定区地处上海市远郊，毗邻江苏省，经济状况相对较好，目前存在户籍人口老龄化程度高等特点。2014 年，嘉定区常住人口 156.62 万，其中户籍人口 58.83 万，外来常住人口 91.40 万。户籍人口中，60 岁及以上老年人口 17.26 万，占比达到 29.3%，高于全市 60 岁以上老年户籍人口占比 0.5 个百分点。从经济状况来看，2014 年嘉定区生产总值

第一作者：王力男，女，助理研究员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

3. 上海市浦东卫生发展研究院，上海 200233

4. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201899

5. 复旦大学公共卫生学院，上海 200433

1630.2 亿元，占全市比重 6.9%；经济增长率 8.6%，比全市高出 1.6 个百分点。地方财政收入达到 167.78 亿元，同比增长 15.4%；地方财政支出 197.84 亿元，同比增长 11.6%。从健康状况来看，2014 年全区户籍人口平均期望寿命 83.33 岁，其中男性 81.42 岁，女性 85.20 岁。2014 年嘉定区无孕产妇死亡发生。按常住人口计算婴儿死亡率 1.18‰，嘉定区近几年婴儿死亡率都在 7‰以下，处于 2.48‰~5.16‰之间，位于较低水平。总体上看，嘉定区具备相对较高的健康水平，与之对应的卫生筹资体系和老年人医疗负担则是本文要探讨的问题。

一、嘉定区卫生总费用核算结果

（一）嘉定区卫生总费用（来源法）

1. 筹资总量

2009—2014 年，嘉定区卫生总费用和人均卫生总费用均呈持续增长的趋势，卫生费用筹资总额从 33.66 亿元增加到 74.82 亿元；人均卫生总费用从 2287.89 元增至 4776.91 元。嘉定区卫生总费用占 GDP 的比例从 3.90% 增加到 4.59%，离实现 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的比重不低于 5%”的基本要求，还有一小段距离（表 1）。

表 1 2009—2014 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(%)
2009	33.66	2287.89	3.90
2010	37.74	2564.19	3.57
2011	45.33	3009.82	3.69
2012	55.91	3659.70	4.22
2013	63.89	4104.74	4.37
2014	74.82	4776.91	4.59

注：本表按当年价格计算。

2. 筹资构成

按照国内来源法测算体系，卫生总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—2014 年，嘉定区

政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人现金卫生支出绝对值都逐年增加；从相对值来看，政府卫生支出的变化总体呈波动趋势，从2009年的16.36%减少到2010年的14.52%，2010—2012年开始逐年增加，2013年减少到17.30%，2014年较2013年比例增加了1.28%；社会卫生支出的比重在2009—2012年呈增加趋势，即从2009年的53.54%增加到2012年的58.40%，2013年和2014年比例逐年下降，2014年比重降至57.72%；个人现金卫生支出比重总体呈下降趋势，从30.10%下降到23.70%，2013年相比上一年略有增长，2014年较2013年略下降，下降幅度为0.74%。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（表2，图1）。

表2 2009—2014年嘉定区卫生费用筹资总额构成情况（国内口径）

年份	卫生总费用 (TEH)	政府卫生支出		社会卫生支出		个人现金卫生支出	
	费用（亿元）	费用（亿元）	占比（%）	费用（亿元）	占比（%）	费用（亿元）	占比（%）
2009	33.66	5.51	16.36	18.02	53.54	10.13	30.10
2010	37.74	5.48	14.52	21.34	56.53	10.93	28.95
2011	45.33	7.61	16.79	25.67	56.62	12.06	26.59
2012	55.91	10.08	18.02	32.65	58.40	13.18	23.58
2013	63.89	11.05	17.30	37.22	58.26	15.62	24.44
2014	74.82	13.90	18.58	43.19	57.72	17.73	23.70

注：本表按当年价格计算。

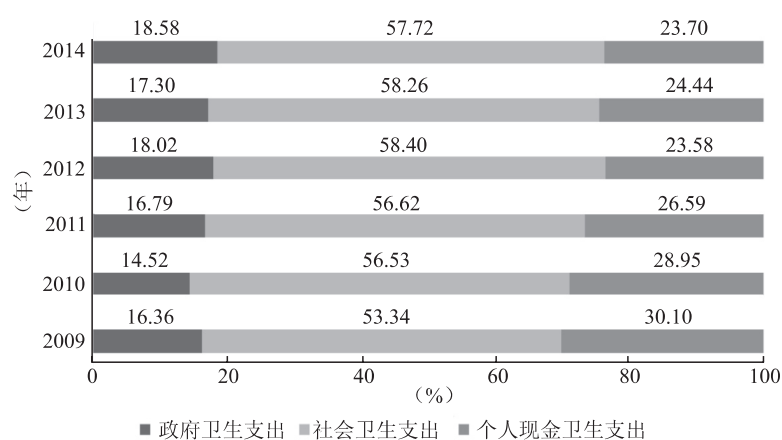


图1 2009—2014年嘉定区卫生总费用筹资构成（国内口径）

（二）嘉定区卫生总费用（机构法）

1. 分配概况

2009—2014 年，嘉定区卫生费用分配总额从 22.35 亿元增加到 47.61 亿元。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 33.09 亿元，占分配总额的比重从 65.64% 增加到 69.52%；公共卫生机构费用从 1.83 亿元增加到 2.56 亿元，2014 年较 2013 年减少了 0.26 亿元，占分配总额的比重从 8.20% 降低到 5.37%；药品零售机构费用从 4.23 亿元增加到 6.32 亿元，其占分配总额的比重从 18.92% 降低到 13.27%。医疗机构费用中，医院费用从 10.54 亿元增加到 24.40 亿元，占比从 47.16% 增加到 51.25%；基层医疗卫生机构费用从 4.12 亿元增加到 8.69 亿元，但占比从 18.48% 下降到 18.27%。从医疗机构费用的构成来看，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，基层反而越来越“轻”，引导患者下沉基层医疗机构的目标尚未真正实现（表 3）。

表 3 2009—2014 年嘉定区卫生总费用（机构法）（单位：亿元）

指标	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
卫生总费用（机构法）	22.35	24.59	28.01	33.32	38.46	47.61
医院	10.54	11.82	13.94	16.04	19.81	24.40
基层医疗卫生机构	4.12	5.02	5.19	6.42	7.39	8.69
社区卫生服务中心	3.88	4.74	4.88	6.06	6.98	8.19
门诊部	0.07	0.09	0.11	0.14	0.18	0.24
诊所、卫生所、医务室、护理站	0.06	0.07	0.08	0.10	0.11	0.14
村卫生室	0.11	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12
药品及其他医用品零售机构	4.23	4.56	5.21	5.83	6.35	6.32
公共卫生机构	1.83	1.90	2.13	2.50	2.82	2.56
卫生行政和医疗保险管理机构	0.70	0.67	0.74	1.49	1.58	1.65
其他卫生机构费用	0.93	0.62	0.80	1.03	0.50	3.98

2. 分配总额

2009—2014 年，嘉定区卫生费用分配总额绝对值是逐年递增的，

按可比价格计算，嘉定区卫生费用分配总额年均增长速度达到 12.70%，高于 GDP 的增长速度(5.00%)，低于筹资总额的年均增长速度(13.67%)。从环比增速来看，新医改推行以来，2010 年、2011 年和 2012 年嘉定区卫生费用的分配总额增长迅速，2013 年环比增幅下降，2014 年出现较大幅度的增长，为 20.52%。（图 2）。

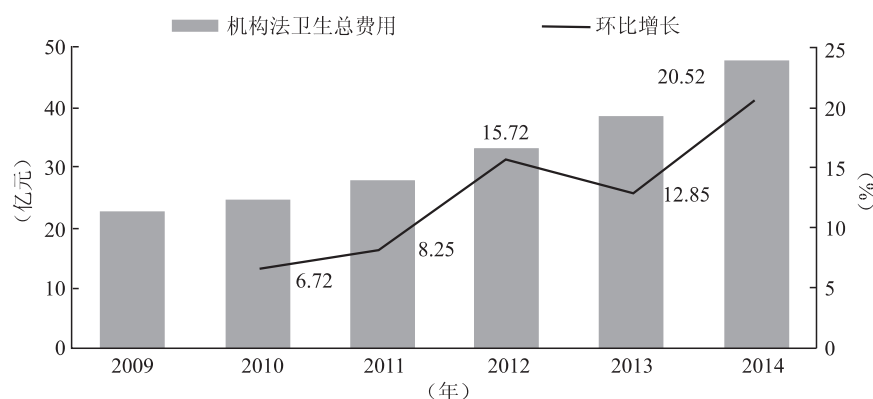


图2 2009—2014年嘉定区卫生费用分配总额

3. 分配构成

2009—2014 年，嘉定区卫生总费用流向医疗机构的比例各年均超过 60%，且不同种类医疗机构间费用构成比例基本稳定，医院和基层医疗卫生服务机构分别约占 72% 和 28%；公共卫生机构费用分配额度 2009—2013 年基本维持在 7.34%~8.20% 之间，2014 年比重减幅较大，占比为 5.37%；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—2013 年占比基本维持在 16.50~18.92%，2014 年减少至 13.28%。

自 2009 年以来，医疗机构占整个卫生总费用比例有所上升，其中，基层医疗卫生机构占医疗机构费用比例由 28.15% 降至 26.28%；医院占医疗机构费用的比例则上升了 1.87 个百分点，从费用构成上逐渐开始引导患者下沉就医的趋势未得到体现。公共卫生机构费用 6 年来在绝对

值上逐年增长，2013 达到 2.82 亿元，2014 年降至 2.56 亿元，而构成比逐年下降，相对于 2014 年较 2013 年减少的 0.26 亿元来说，其占卫生总费用的比例则降低了 1.97%。卫生行政管理费用占比在 2.64% 与 4.49% 之间。其他卫生机构费用包括社会固定资产投资及其他部门的费用，近年来占比大幅下降，从 2009 年的 4.18% 下降到 2013 年的 1.31%，2014 年则出现大幅度增长，其占比为 8.36%，具体分析发现主要是因为社会固定资产投资数额波动较大，其占比随着分子（卫生费用分配总额）的增加变化更大（图 3，图 4）。

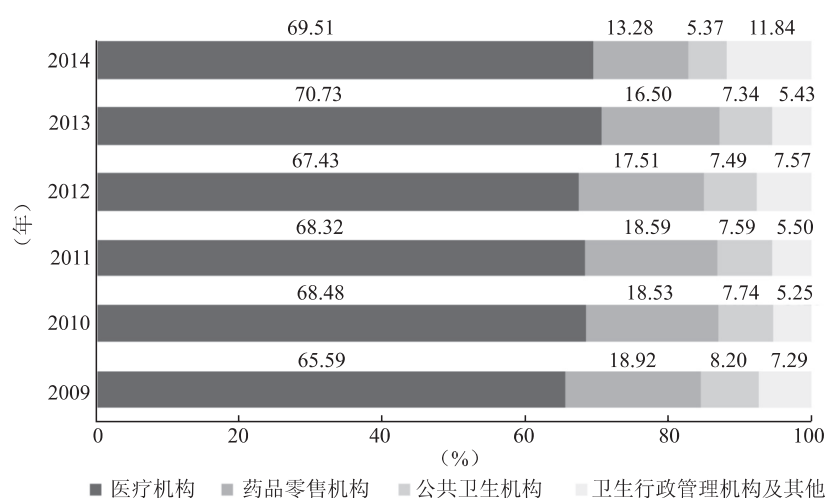


图3 2009—2014年嘉定区卫生费用分配构成情况

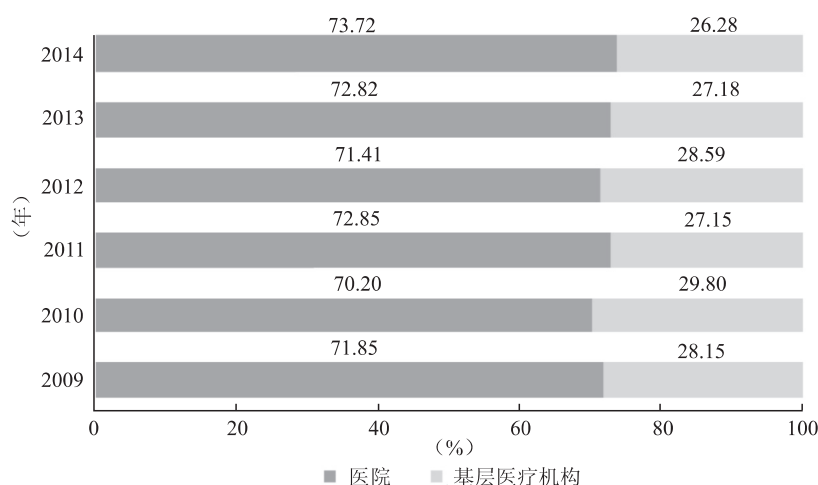


图4 2009—2014年嘉定区医疗机构费用分配构成情况

二、嘉定区老年医疗费用分析

针对 60 岁以上老年人在嘉定区医疗服务利用和医疗费用现状，通过整群抽样的方法抽取 4 家医院和全区 13 家社区卫生服务中心开展调查，调查内容包括基本情况、直接医疗经济负担和间接医疗经济负担。从问卷回收情况来看，4 家医院 400 人的样本量回收问卷 379 份，全部为有效问卷；13 家社区卫生服务中心 1161 人的样本量回收问卷 1015 份，有效问卷 998 份，有效率达到 98% 以上。

（一）医疗服务需求与利用

1. 健康需求

从健康方面主要需求来看，需求最高的为慢性病定期购药，其次为门诊治疗，第三为养老保健。选择其他的被调查老年患者中，康复护理为主要需求之一（表 4）。

表 4 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查健康主要需求情况（单位：人）

主要健康需求	医院	社区卫生服务中心	合计
门诊治疗	121	498	619
住院治疗	213	87	300
慢性病定期购药	288	466	754
重大疾病手术	2	11	13
养老保健	132	286	418
健身运动	27	90	117
其他	1	5	6

2. 慢性病患病情况

有 1375 名被调查老龄患者回答了此问题。其中，患 2 种慢性病的人数最多，占比 31.6%；其次为患 1 种的人数，占比 29.2%；患 3 种的人数占比 17.1%；未患慢性病的人数占比 11.9%。此次调查老龄患者平均患慢性病 1.9 种，其中医院调查平均负担疾病 2.9 种，社区卫生服务中心调查平均负担疾病 1.5 种，约为医院的一半水平（表 5，图 5）。

按患病人数排列，患病人数前五位的慢性病分别为高血压、脑梗、冠心病、糖尿病和慢性阻塞性肺疾病，其他类患病人数位列第六，其他患病中人数较多的包括慢性气管炎、动脉狭窄、白内障、肠癌、骨质疏松症等（图 6）。

表 5 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查慢性病患病情况（单位：人）

慢性病患病种数	医院调查人数	社区卫生服务中心调查人数	合计
0 种	5	158	163
1 种	42	359	401
2 种	106	328	434
3 种	109	126	235
4 种	67	20	87
5 种	40	5	45
6 种	9	1	10

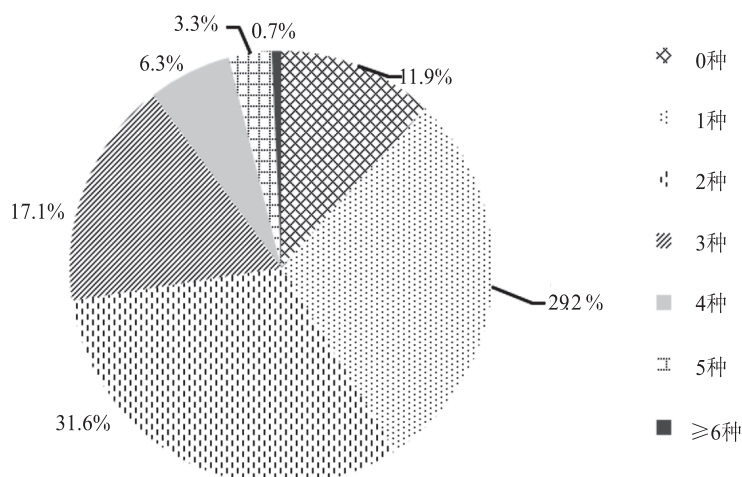


图5 2015嘉定区老龄患者经济负担调查慢性病患病结构

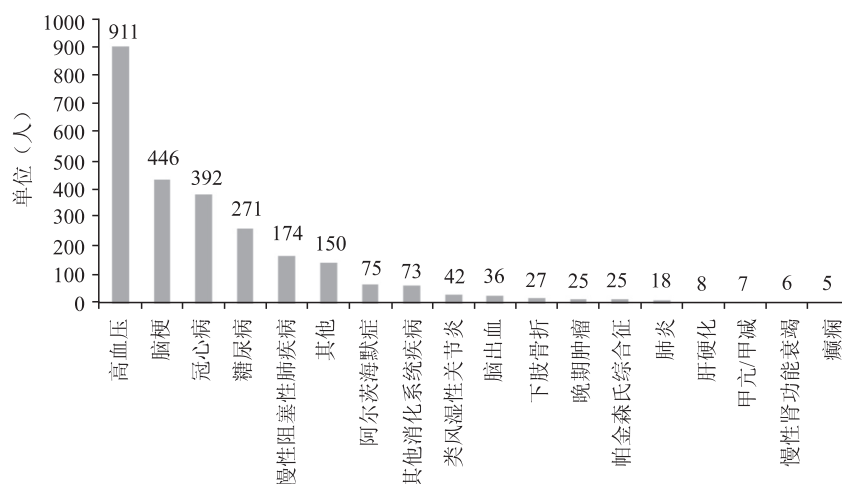


图6 2015年嘉定区老龄患者经济负担调查慢性病患病人数

3. 医疗服务利用

(1) 近 14 天门急诊服务利用

从门急诊次数（不包括开药）来看，69.4% 的人近 14 天没有看过门急诊，门急诊次数为 1 次的占比 18.4%；2~3 次的占比 9.3%；4~5 次、6 次及以上的占比均为 1.4%。此次调查老龄患者的平均门急诊次数为 1.0 次，其中医院调查平均门急诊次数为 1.9 次，而社区卫生服务中心调查平均门急诊次数为 0.5 次，仅为医院的 1/4。

从开药次数来看，35.3% 的人近 14 天没有开过药；开药次数为 1 次的占比 34.7%；2~3 次的占比 24.2%。此次调查老龄患者的平均开药次数为 3.3 次，其中医院调查平均开药次数高达 7.3 次，是社区卫生服务中心调查平均开药次数 1.2 次的 6.1 倍。

从门急诊费用来看，花费 101~300 元的人数最多，占比 45.9%；花费 100 元及以下的占比 28.6%；花费 301~500 元的占比 12.3%；1000 元及以上的占比 7.9%。此次调查老龄患者的平均门急诊费用为 554.6 元，其中医院调查平均门急诊费用高达 1173.9 元，远高于社区卫生服务中心调查平均门急诊费用 286.5 元。医院费用较高可能与医院服务利用次数较高有关（表 6）。

表 6 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查门急诊情况（单位：人）

门急诊情况	医院	社区卫生服务中心	合计
门急诊次数（不包括开药）			
其中：0 次	249.0	473.0	722.0
1 次	75.0	117.0	192.0
2~3 次	39.0	58.0	97.0
4~5 次	10.0	5.0	15.0
≥ 6 次	6.0	9.0	15.0
平均	1.9	0.5	1.0
开药次数			
其中：0 次	212.0	193.0	405.0
1 次	59.0	339.0	398.0

续表 6 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查门急诊情况（单位：人）

门急诊情况	医院	社区卫生服务中心	合计
2~3 次	71.0	207.0	278.0
4~5 次	29.0	25.0	54.0
≥ 6 次	5.0	8.0	13.0
平均	7.3	1.2	3.3
费用			
其中：≤ 100 元	22.0	167.0	189.0
101~300 元	78.0	225.0	303.0
301~500 元	23.0	58.0	81.0
501~999 元	12.0	23.0	35.0
≥ 1000 元	36.0	16.0	52.0
平均	1173.9	286.5	554.6

（2）近 12 个月住院服务利用

从住院次数来看，近 12 个月内，56.2% 的人没有住过院；住院次数 1 次的占比 32.3%；2~3 次的占比 9.3%。

从住院天数来看，0 天人数最多，占比 55.6%；11~100 天的占比 25.1%；1~10 天的有 83 人，占比 8.7%；201 天及以上的有 52 人，占比 5.5%。此次调查老龄患者的人均住院天数为 39.4 天。

从住院费用来看，花费在 10001~30000 元的人数最多，占比 42.6%；费用在 5000 元及以下的占比 20.4%；5001~10000 元的占比 16.3%。此次调查老龄患者的人均住院费用为 11286.4 元，其中医院调查人均住院费用为 23763.7 元，是社区卫生服务中心调查人均住院费用 4132.3 元的 4 倍（表 7）。

表 7 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查住院情况 (单位: 人)

住院情况	医院	社区卫生服务中心	合计
住院次数			
其中: 0 次	99.0	485.0	584.0
1 次	195.0	141.0	336.0
2~3 次	71.0	26.0	97.0
4~5 次	11.0	3.0	14.0
≥ 6 次	3.0	6.0	9.0
平均	1.5	1.3	1.4
住院天数			
其中: 0 天	104.0	426.0	530.0
1~10 天	35.0	48.0	83.0
11~100 天	168.0	71.0	239.0
101~200 天	48.0	1.0	49.0
≥ 201 天	24.0	28.0	52.0
平均	71.2	21.1	39.4
费用			
其中: ≤ 5000 元	19.0	61.0	80.0
5001~10000 元	47.0	17.0	64.0
10001~30000 元	124.0	43.0	167.0
30001~50000 元	36.0	18.0	54.0
50001~99999 元	19.0	4.0	23.0
≥ 100000 元	3.0	1.0	4.0
平均	23763.7	4132.3	11286.4

(二) 医疗费用支出与负担

本次调查中, 近 12 个月的总医疗费用为人均 11549.5 元。其中, 医院调查为人均 24744.0 元, 社区卫生服务中心调查为人均 6942.8 元, 仅为医院调查结果的 28.1%; 总医疗费用中, 人均报销为 7964.3 元, 报销比例 69.0%。其中, 医院调查人均报销为 16724.0 元 (报销比例 67.6%), 约为社区卫生服务中心调查人均报销 4906.0 元的 3.4 倍 (报销比例 70.7%)。说明医院调查老龄患者的总医疗费用远远高于社区卫生服务中心调查结果, 但报销比例略低于社区, 提示医院老龄患者的医疗负担更重 (表 8)。

表 8 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查总医疗费用情况

费用	医院	社区卫生服务中心	合计
总医疗费用（元）	24744.0	6942.8	11549.5
其中：报销（元）	16724.0	4906.0	7964.3
报销比例（%）	67.6	70.7	69.0
自负比例（%）	32.4	29.3	31.0

将本次调查总医疗费用与同期收入、支出进行比较可知，总医疗费用占年收入比重为 36.3%，其中医院调查比重高达 60.3%，远高于社区卫生服务中心调查比重 24.8%；总医疗费用占年支出比重为 56.1%，其中医院调查比重高达 78.3%，社区卫生服务中心调查比重为 43.2%。从自负费用来看，自负费用占年收入、支出的比重分别降低至 11.3%、17.4%，提示本次调查嘉定区老龄患者的报销比例较高（表 9）。

表 9 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查总医疗费用占年度收支比重情况（单位：%）

费用比重	医院	社区卫生服务中心	合计
总医疗费用占年收入	60.3	24.8	36.3
自负费用占年收入	19.5	7.3	11.3
总医疗费用占年支出	78.3	43.2	56.1
自负费用占年支出	25.4	12.7	17.4

从支出项目来看，认为药品费为总医疗费用中支出最大项目的有 986 人，占比达 78.8%；其次是化验检查费，有 133 人，占比 10.6%；认为是医疗护理费的有 61 人，占比 4.9%；认为是手术费的有 29 人，占比 2.3%；认为是材料费的有 23 人，占比 1.8%；认为是其他费用的有 20 人，占比 1.6%（表 10）。

表 10 2015 年嘉定区老龄患者经济负担调查总医疗费用支出最大项目情况（单位：人）

支出最大项目	医院	社区卫生服务中心	合计
手术费	9	20	29
药品费	281	705	986
化验检查费	13	120	133
医疗护理费	17	44	61
材料费	1	22	23
其他费用	3	17	20
合计	324	928	1252

三、讨论与建议

（一）卫生费用筹资总额逐年增长，筹资结构有待进一步优化

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。6 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 的比例也逐年增加，2014 年筹资总额相比往年有了很大幅度的提高，但仍始终距离 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的比重不低于 5%”的基本要求还有一小段距离。同时，嘉定区卫生筹资结构逐年优化，2009—2014 年，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 30.01% 下降到 2014 年的 23.70%，与全国水平相比一直处于低位，但略高于上海市同期个人现金卫生支出占比（20.80%）。建议进一步发挥政府和社会对卫生筹资的贡献，通过政府卫生投入促进医疗保障制度（如城乡居民基本医疗保险、医疗救助等）和卫生服务提供方（如公立医院、基层医疗卫生机构、公共卫生机构等）的良性运行，同时引导社会资金对卫生事业的投入，进一步降低居民就医负担，缓解看病贵问题。

（二）卫生费用机构流向总体稳定，流向基层和公卫机构的费用占比未见上升

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。6 年来，嘉定区卫生总费用分配总额逐年上升，高于 GDP 的年均增长

速度，但低于卫生筹资增速。其中，医疗机构是拉动卫生费用增长的主要因素。从医疗机构内部流向看，医院和基层医疗卫生服务机构费用分别约占 72% 和 28%，近年来基层医疗机构费用占比呈下降趋势，基本医疗服务重心下沉社区未能得到很好体现。公共卫生机构费用绝对值从 2011 年起基本维持在 2 亿元以上少于 3 亿元，2014 年较 2013 年减少了 0.26 亿元，其占分配总额的比重则逐年下降，从 8.20% 降低到 5.37%。建议进一步落实基层医疗卫生机构和公共卫生机构的功能定位，结合上海市社区综合改革、家庭医生制度等措施，加强自身能力建设，做实基本公共卫生服务，促进以预防为主的医疗卫生服务体系构建，提高服务效率。

（三）老龄患者医院服务利用多，应当培养“首诊在基层，大病到医院”的就医习惯

从服务利用来看，近 14 天医院调查平均门急诊次数 1.9 次，平均开药次数更是高达 7.3 次，近 12 个月平均住院次数 1.5 次，而社区调查平均门急诊次数 0.5 次，平均开药次数为 3.3 次，平均住院次数 1.3 次，均低于医院，表明医院就医更为普遍。由前述调查结果可知，老龄患者常见慢性病的患病率较高，开药次数也较多，基层就诊应当成为其最便利、最合适的就医选择，但此次调查反映出患者更倾向于去医院就诊，社区就诊积极性不高。应当建立起有序的诊疗秩序。自由就诊模式使许多常见慢性病的老龄患者去医院就诊，不仅降低了医疗资源的使用效率，同时也增加了患者自身的费用负担。建议通过积极的措施，引导患者下沉至基层就诊，建立逐级转诊体系，逐渐培养居民“首诊在基层，大病到医院”的就医习惯和就医模式。

（四）医院就诊老龄患者医疗负担重，建议通过经济杠杆提高资金使用效率

通过比较不同机构类别的医疗费用可知，医院调查平均门急诊费用 1173.9 元，住院费用为 23763.7 元，而社区调查平均门急诊费用 286.5 元，住院费用 4132.3 元。而且，医院报销比例为 67.6%，低于社区就诊的报销比例 70.7%，说明医院就诊的老年患者相对于社区而言，负担较重。建议可以通过调整医疗服务价格和医保报销比例的方式，设置经济杠杆，对不同级别医疗机构的就医人群实施梯度报销政策，提高医疗卫生资源配置效率和医疗资金的使用效率，使各级各类医疗机构能够为患者提供符合机构职责、定位明确的医疗卫生服务。

（责任编辑：李潇骁）

基于 DRGs 的嘉定区公立医疗机构服务质量与绩效评价研究

杨山石¹ 何 梅² 汤 洁² 金春林^{1,3} 王贤吉^{1,4}

【摘 要】 目的：探索按疾病诊断相关分组（DRGs）的应用，推动医疗服务监管模式转变；方法：以嘉定区卫生信息平台为依托，建立区 DRGs 应用系统，以病案首页信息为基础，以北京版 DRGs（BJ-DRGs）分组系统为工具，开展住院医疗服务质量与绩效评价；结果：获得了区综合医院、社区卫生服务中心等 16 家医疗卫生机构 2013—2014 年住院服务能力、效率、安全以及总绩效评价结果，并了解了其学科发展均衡性情况；结论：基于 DRGs 开展公立医疗机构服务质量与绩效评价，可以为医疗服务监管提供有力的数据支撑和决策参考。

【关键词】 按疾病诊断相关分组；医疗服务质量；绩效评价

按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRGs）是根据疾病诊断、治疗方式、年龄、合并症、并发症、病症严重程度及转归等因素，将住院患者分入若干诊断组进行管理的体系^[1]。DRGs 于 20 世纪 60 年代诞生于美国，于 80 年代扩展至其他许多国家。目前，全世界应用 DRGs 的国家已经超过 30 个，DRGs 已成为全球应用最广泛的医疗质量监测与评价体系之一。

我国从 20 世纪 90 年代开始关注 DRGs，其后经历了漫长的争论和开发历程^[2]。直到 2004 年，北京市卫生局开始启动规范病案首页填报、

第一作者：杨山石，女，研究实习员

通讯作者：王贤吉，男，助理研究员，上海市医学科学技术情报研究所综合管理办公室主任、医学科学情报研究部主任，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040；

2. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201899

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

4. 复旦大学公共卫生学院，上海 200031

疾病分类编码与人员培训等一系列实施 DRGs 前的基础准备工作；2008 年，北京版 DRGs（BJ-DRGs）终于完成，其后通过专家不断认证，完善版 BJ-DRGs 于 2014 年形成。2016 年，上海市人民政府发布《上海市深化医药卫生体制综合改革试点方案（2016—2020 年）》（沪府〔2016〕45 号），要求运用大数据方法、卫生经济学和疾病诊断相关分组（DRGs）管理原理，建立公立医院医疗服务评价体系和管理机制；运用病种组合指数控制医药费用不合理增长，促进医院落实功能定位，调控医院床位。2015 年，上海市嘉定区将“DRGs 应用研究的探索”列入医政工作要点，以上海临床疾病分类 ICD-10、手术操作分类 ICD-9 字典库的病案首页信息为基础规范病案首页填报，以 2015 版 BJ-DRGs 分组系统为工具统一疾病分类标准，从而评价区内公立医疗卫生机构住院医疗服务的质量与绩效。

一、上海市嘉定区医疗服务质量与绩效评价指标

本研究评价对象为嘉定区的 4 家综合医院、10 家社区卫生服务中心、1 家妇幼保健机构以及 1 家精神卫生中心一共 16 家公立医疗卫生机构。数据来源为以上机构 2013—2014 年住院病案首页。因为 DRGs 是对急性住院患者的分组^[3]，所以，本研究所选取病例要求住院时间少于 60 天。

本研究首先分别从能力、效率和安全三个维度对机构进行评价；进而，综合以上三个维度内容评价机构的“总绩效”；此外，还评价机构学科发展均衡性情况。

能力维度纳入 3 个指标：DRGs 组数量、总权重数、病例组合指数（Case Mix Index，CMI）；效率维度纳入 2 个指标：费用消耗指数和时间消耗指数；安全维度纳入 2 个指标：低风险组死亡率和中低风险组死亡率。评价维度和指标及其解释如表 1 所示。

表1 嘉定区基于 DRGs 的医疗服务质量与绩效评价指标体系

维度	指标	指标解释
能力	DRGs 组数量	治疗病例所覆盖疾病类型的范围
	总权重	住院服务总产出
	病例组合指数	治疗病例的技术难度水平
效率	费用消耗指数	治疗同类疾病所花费的费用
	时间消耗指数	治疗同类疾病所花费的时间
安全	低风险组死亡率	疾病本身导致死亡概率较低的病例死亡率
	中低风险组死亡率	

注：① DRGs 组数量：假设某医疗机构的病例数据经过 DRGs 分组器的运算可以分入 k 个 DRG，那么该医疗机构的“DRGs 组数量”即为“k”。每个 DRG (Diagnosis Related Group) 都表示一类疾病。某医疗机构出院病例覆盖的 DRGs 组数量范围越广，说明该医院能够提供的诊疗服务范围越大。② DRGs 权重：是对每一类疾病（即每个 DRG）依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该类疾病所消耗资源相对于其它疾病的程度，其数值越高，反映该类疾病的资源消耗越大^[4]。③病例组合指数：某个医疗机构的病例组合指数 = 该医疗机构的总权重数 / 该医疗机构的总病例数，即例均权重。CMI 与医院收治的病例类型有关，CMI 越高，一般表示该机构收治的病例越复杂。④费用消耗指数和时间消耗指数：代表患同类疾病的患者在不同医疗机构接受治疗时医疗费用和住院时间的差异，用以评价医疗机构的服务效率^[5]。某医疗机构治疗疾病的费用较高和（或）住院时间较长，该机构的费用消耗指数和（或）时间消耗指数值就越大。如果该机构的医疗费用或住院时间与全区平均水平相当，费用消耗指数值或时间消耗指数值为 1。因此，当指数值大于 1 表示该机构治疗同类疾病所需费用或时间大于全区平均水平；指数值小于 1 则表示该机构治疗同类疾病需要费用或时间低于全区平均水平。⑤低风险组病例死亡率和中低风险组病例死亡率。“低风险组”和“中低风险组”是疾病本身导致死亡的可能性较低的病例类型。因为导致住院死亡发生的原因大致可以分为两类：一是疾病本身很严重，难以救治；二是临床过程发生了失误和偏差。所以，如果“低风险组”和“中低风险组”的病例发生了死亡，则表示临床过程有差错的可能性很大。

综合以上关于医疗服务能力、效率及安全的各个指标后，可对机构的“总绩效”进行评价。具体评价结果的计算遵从“同类相乘，异类相加”^[6]的原则，以提高结果的全面性和可靠性。即医疗机构总绩效为能力分数、效率分数与安全分数相加之和；而能力分数为服务范围分数、医疗产能分数与技术难度分数相乘后开平方，效率分数为时间效率分数和费用效率分数相乘后开平方，安全分数为低风险组死亡分数与中低风险组死亡分数相乘后开平方。

医疗机构学科发展均衡性则根据医院基本职能，结合专家咨询，从 26 个主要疾病分类 (Major Diagnostic Categories, MDC) 中选取了 18 个 MDC 作为评价的学科范围，具体包括神经、眼、头颈耳鼻、呼吸、循环、消化、肝胆胰、肌肉骨骼、皮肤、内分泌、肾脏、男性生殖、女性生殖、妊娠分娩、血液、感染、创伤、多发严重创伤等。如果某医疗

机构在 2013—2014 年没有收治以上 18 个 MDC 中的某一类病例，即被定义为“专业缺失”。参照“总绩效”的综合计算方法可以分别计算各医疗机构每个 MDC 的综合分值。如果某机构某一 MDC 分值排名在本级别机构后三位，则被定义为“低分专业”。如果某机构有“专业缺失”或者“低分专业”，说明该机构临床学科发展均衡性不佳。

二、上海市嘉定区医疗服务质量与绩效评价结果

（一）综合医院医疗服务质量与绩效评价

1. 医疗服务能力

（1）DRGs 组数

在受评的 4 家综合医院中，2014 年全区 4 家综合医院平均覆盖 373 个 DRGs 组，与 2013 年同期比较增加了 7 组，2014 年在综合医院中收治疾病范围最广的是嘉定区中心医院（以下简称“中心医院”）（556 组），其次是嘉定区安亭医院（以下简称“安亭医院”）（341 组）和嘉定区南翔医院（以下简称“南翔医院”）（340 组），收治疾病范围最窄的是嘉定区中医医院（以下简称“中医医院”）（258 组）。

（2）病例组合指数

2013—2014 年，中心医院 CMI 最高（1.03），中医医院（0.96）次之，之后是安亭医院（0.93），南翔医院 CMI 最低（0.82）。各综合医院两年的 DRGs 组数和 CMI 情况具体如图 1 所示。

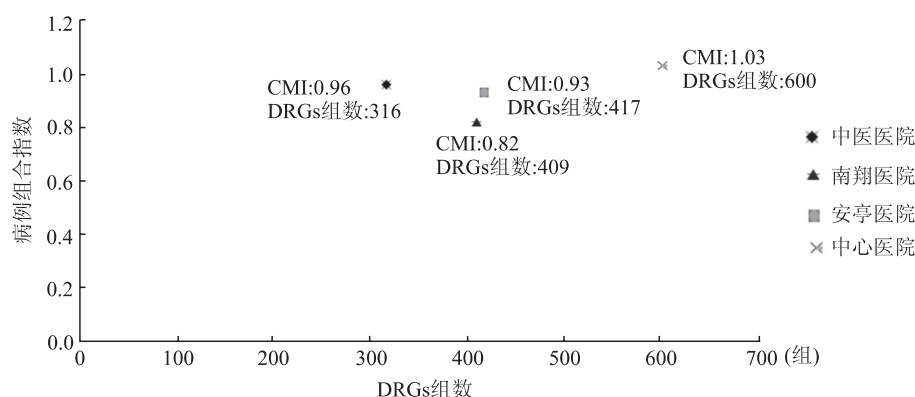


图1 2013—2014年嘉定区各综合医院治疗疾病范围和技术难度分布情况

(3) 总权重

2013 年, 4 家综合医院住院医疗服务总权重为 44459.99。2014 年, 4 家综合医院住院医疗服务总权重为 45983.72。其中, 总权重最高的医院为中心医院。而且, 每床日权重最高的也为中心医院。所以, 一方面表明该医院的住院医疗服务产出效率较高, 另一方面也表明该医院每床日负担较重。具体如表 2 所示。

表 2 2013—2014 年嘉定区各综合医院住院服务总产出情况

机构名称	2013 年		2014 年	
	总权重	每床日权重	总权重	每床日权重
中心医院	27174.51	0.10	27741.10	0.10
南翔医院	7512.95	0.07	7873.12	0.07
安亭医院	4473.41	0.07	4953.25	0.08
中医医院	5299.12	0.06	5416.25	0.07
合计	44459.99	0.09	45983.72	0.09

2. 医疗服务效率

各综合医院的医疗服务效率分布如图 2 所示。2013—2014 年, 中心医院治疗同类疾病费用较低、住院时间较短, 效率较高。而其他 3 家医院治疗同类疾病费用较高、住院时间较长, 效率较低。

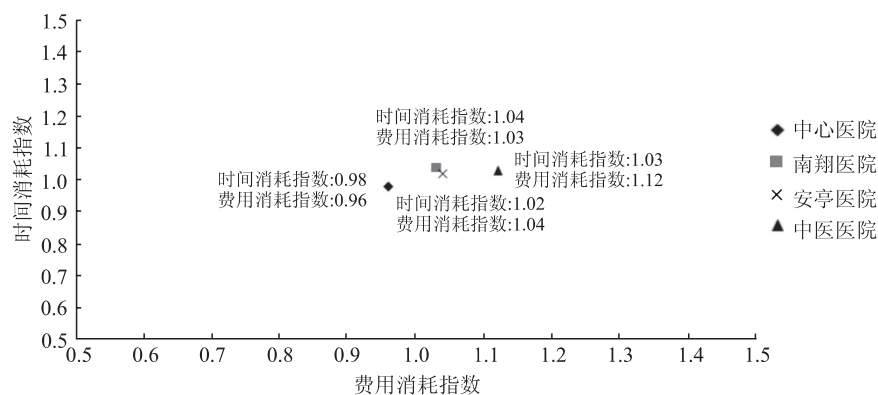


图2 2013—2014年嘉定区各综合医院时间效率和费用效率分布情况

3. 医疗服务安全

2013—2014 年, 4 家综合医院均出现了低风险组和中低风险组死亡

病例，其中南翔医院以上两类死亡病例的比例均最高，分别达到了 1.73% 和 3.80%。具体如图 3 所示。

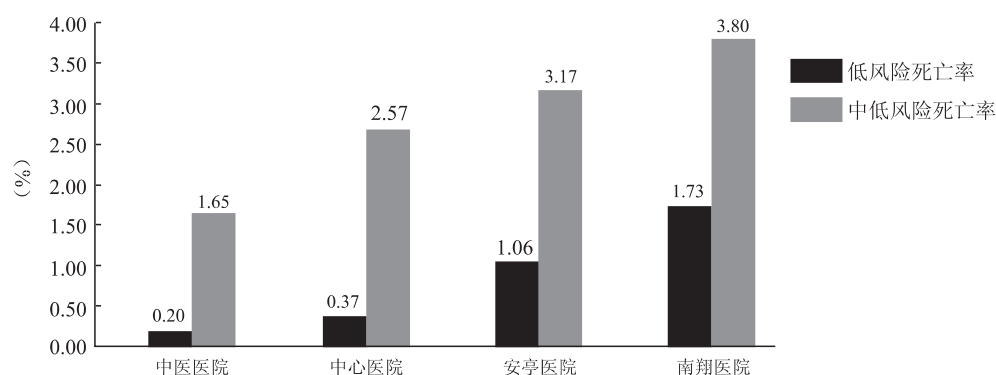


图3 2013—2014年嘉定区各综合医院低风险和中低风险组死亡情况

4. 综合评价

总绩效位居第一名的医院是中心医院，体现了该机构在保障医疗安全与质量的同时，积极提高医疗资源的使用效率，为更多患者提供高质量的医疗服务。具体可见表 3 和表 4。

表 3 2013 年嘉定区各综合医院医疗服务总绩效

机构名称	DRGs 组数 (组)	病例组合指数	总权重	费用消耗指数	时间消耗指数	低风险死亡率 (%)	中低风险死亡率 (%)	产能得分 (分)	效率得分 (分)	安全得分 (分)	综合得分 (分)
中心医院	550	1.01	27174.51	0.97	0.96	0.38	2.56	1.28	1.04	0.00	2.32
中医医院	255	0.95	5299.12	1.13	1.01	0.00	2.14	0.37	0.94	0.32	1.63
南翔医院	327	0.80	7512.95	1.04	1.01	1.70	3.20	0.46	0.98	0.00	1.44
安亭医院	335	0.94	4473.41	1.06	1.02	0.71	3.23	0.39	0.96	0.00	1.35

表 4 2014 年嘉定区各综合医院医疗服务总绩效

机构名称	DRGs 组数 (组)	病例组合指数	总权重	费用消耗指数	时间消耗指数	低风险死亡率 (%)	中低风险死亡率 (%)	产能得分 (分)	效率得分 (分)	安全得分 (分)	综合得分 (分)
中心医院	556	1.05	27741.1	0.95	1.00	0.36	2.58	1.32	1.03	0.00	2.35
中医医院	258	0.98	5416.25	1.12	1.06	0.42	1.15	0.38	0.92	0.22	1.53
南翔医院	340	0.83	7873.12	1.02	1.05	1.82	4.35	0.49	0.96	0.00	1.45
安亭医院	341	0.93	4953.25	1.01	1.02	1.41	3.11	0.41	0.98	0.00	1.39

5. 学科发展均衡性

2013—2014 年, 4 家综合医院均未出现专业缺失现象。其中, 中医医院和安亭医院的低分专业最多, 而中心医院低分专业最少。

(二) 社区卫生服务中心医疗服务质量与绩效评价

由于社区卫生服务中心住院服务量较少, 所以本研究对社区卫生服务中心单独评价。本部分对嘉定区 10 家社区卫生服务中心 2013—2014 年的住院服务绩效进行评价 (没有住院服务、因数据质量不合格的服务中心未被纳入评价)。

1. 医疗服务能力

(1) DRGs 组数

2014 年, 全区 10 家社区卫生服务中心一共覆盖 83 个 DRGs 组, 与 2013 年同期比较减少了 5 组。其中, 收治疾病范围最广的是安亭镇黄渡社区卫生服务中心 (56 组), 最窄的是嘉定镇街道社区卫生服务中心 (5 组)。

(2) 病例组合指数

CMI 最高的是新成路街道社区卫生服务中心 (0.19), 最低的是马陆镇社区卫生服务中心 (0.11)。具体如图 4 所示。

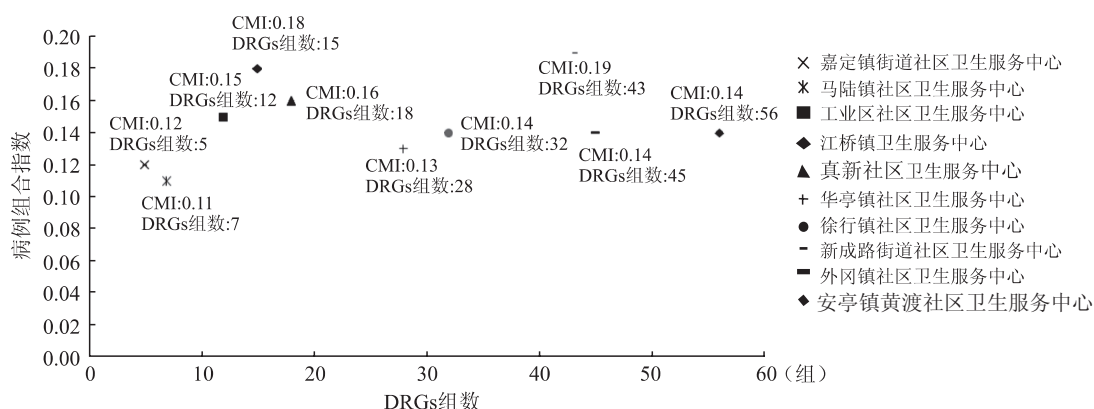


图4 2013—2014年嘉定区各社区卫生服务中心治疗疾病范围和技术难度分布情况

(3) 总权重

2014 年, 10 家社区卫生服务中心医疗服务总权重为 121.62, 其中, 安亭镇黄渡社区卫生服务中心总权重最高。

2. 医疗服务效率

各社区卫生服务中心时间消耗指数和费用消耗指数分布如图 5 所示。2013—2014 年, 嘉定镇街道社区卫生服务中心等 4 家机构治疗同类疾病费用较低、住院时间较短, 效率较高。新成路街道社区卫生服务中心等 4 家机构治疗同类疾病费用较高、住院时间较长, 效率较低。此外, 安亭镇黄渡社区卫生服务中心治疗同类疾病费用较低, 但住院时间较长; 马陆镇社区卫生服务中心治疗同类疾病费用较高、住院日较短。

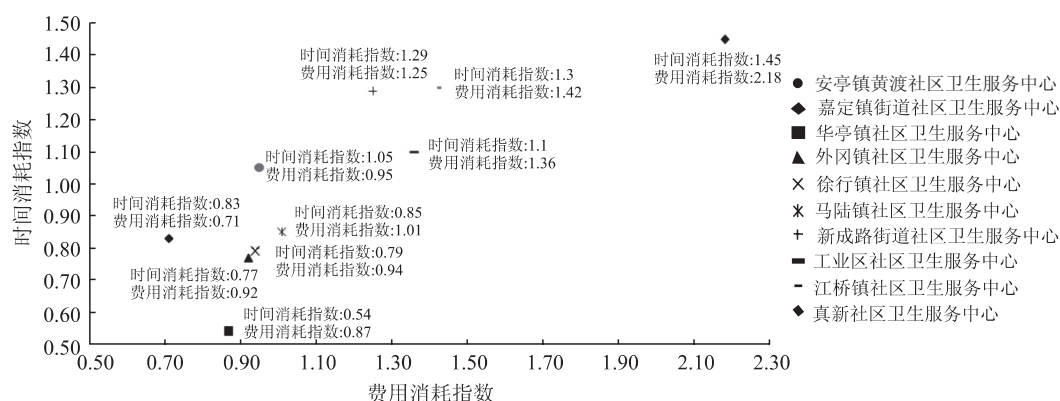


图5 2013—2014年嘉定区各社区卫生服务中心时间效率和费用效率分布情况

3. 医疗服务安全

2013—2014 年, 5 家社区卫生服务中心出现了低风险组死亡病例, 其中有 4 家中心还出现了中低风险组死亡病例, 低风险组病例死亡率最高的是新成路街道社区卫生服务中心 (26.25%), 中低风险组病例死亡率最高的是真新社区卫生服务中心 (57.14%)。徐行镇社区卫生服务中心等 5 家机构在 2013—2014 年均未出现低风险组和中低风险组死亡病例 (其中, 嘉定镇街道社区中心 2013 年没有开设住院服务)。具体如图 6 所示。

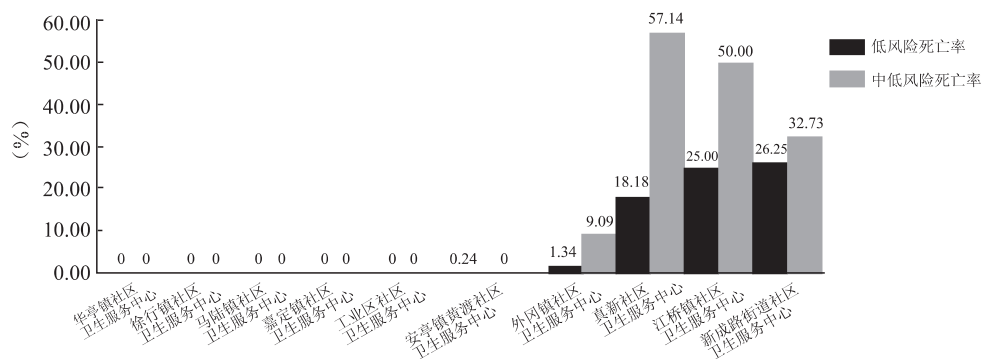


图6 2013—2014年嘉定区各社区卫生服务中心低风险和中低风险组死亡情况

4. 综合评价

综合 10 家社区卫生服务中心在“能力”、“效率”和“安全”三方面的表现，得出 10 家社区卫生服务中心 2013 和 2014 年的总绩效。具体如表 5 和表 6 所示。

表 5 2013 年嘉定区各社区卫生服务中心医疗服务总绩效

排名	机构名称	DRGs 组数 (组)	病例组合 指数	总权重	费用消耗 指数	时间消耗 指数	低风险死亡 率 (%)	中低风险死亡 率 (%)	产能得分 (分)	效率得分 (分)	安全得分 (分)	综合得分 (分)
1	安亭镇黄渡社区中心	38	0.13	70.47	0.92	0.94	0.45	0.00	1.97	1.08	0.32	3.36
2	华亭镇社区中心	22	0.13	6.66	0.82	0.52	0.00	0.00	0.45	1.54	1.00	2.99
3	徐行镇社区中心	16	0.14	5.52	0.89	0.73	0.00	0.00	0.36	1.24	1.00	2.60
4	外冈镇社区中心	36	0.14	17.03	0.85	0.75	0.00	7.14	0.95	1.25	0.00	2.20
5	工业区社区中心	7	0.17	1.36	0.95	1.02	0.00	0.00	0.13	1.02	1.00	2.15
6	马陆镇社区中心	6	0.10	0.60	1.22	1.00	0.00	0.00	0.06	0.91	1.00	1.97
7	新成路街道社区卫生服务中心	32	0.19	17.43	1.24	1.21	31.71	20.83	1.08	0.82	0.00	1.90
8	江桥镇社区中心	8	0.20	2.04	1.50	1.34	20.00	50.00	0.19	0.71	0.00	0.90
9	真新社区中心	9	0.15	1.99	1.96	1.46	25.00	60.00	0.17	0.59	0.00	0.76

表 6 2014 年嘉定区各社区卫生服务中心医疗服务总绩效

排名	机构名称	DRGs 组数 (组)	病例组合 指数	总权重	费用消耗 指数	时间消耗 指数	低风险 死亡率 (%)	中低风险 死亡率 (%)	产能 得分 (分)	效率 得分 (分)	安全 得分 (分)	综合 得分 (分)
1	安亭镇黄渡社区中心	41	0.14	62.49	0.98	1.18	0.00	0.00	1.95	0.93	1	3.88
2	马陆镇社区中心	2	0.13	0.26	0.40	0.41	0.00	0.00	0.03	2.45	1	3.48
3	华亭镇社区中心	17	0.13	5.86	0.92	0.56	0.00	0.00	0.38	1.39	1	2.77
4	徐行镇社区中心	21	0.14	10.44	0.97	0.82	0.00	0.00	0.57	1.12	1	2.69
5	嘉定镇街道社区中心	5	0.12	0.74	0.71	0.83	0.00	0.00	0.07	1.30	1	2.37
6	外冈镇社区中心	31	0.14	17.09	0.98	0.79	2.60	11.11	0.89	1.13	0	2.02
7	新成路街道社区卫生服务中心	30	0.19	19.87	1.27	1.37	20.51	41.94	1.11	0.76	0	1.87
8	工业区社区中心	5	0.13	0.65	2.01	1.25	0.00	0.00	0.07	0.63	1	1.70
9	江桥镇社区中心	10	0.16	2.06	1.36	1.27	28.57	0.00	0.19	0.76	0	0.95
10	真新社区中心	10	0.17	2.16	2.41	1.45	14.29	50.00	0.20	0.54	0	0.73

5. 学科发展均衡性

由于社区卫生服务中心住院患者较少，因此 2013—2014 年，10 家中心均出现了专业缺失现象，其中，专业缺失最多的为马陆镇和嘉定镇街道社区卫生服务中心。

(三) 妇产医院医疗服务质量与绩效评价

由于妇幼保健机构住院服务类型单一，所以对其单独评价。而嘉定区只有一家妇幼保健机构，即嘉定区妇幼保健院。

1. 医疗服务能力

(1) DRGs 组数

2013 年，妇幼保健院的病例覆盖了 92 个 DRGs 组，2014 年则覆盖了 94 组。

(2) 病例组合指数

2013 年，妇幼保健院的 CMI 为 1.11，2014 年则为 1.09。具体如图 7 所示。

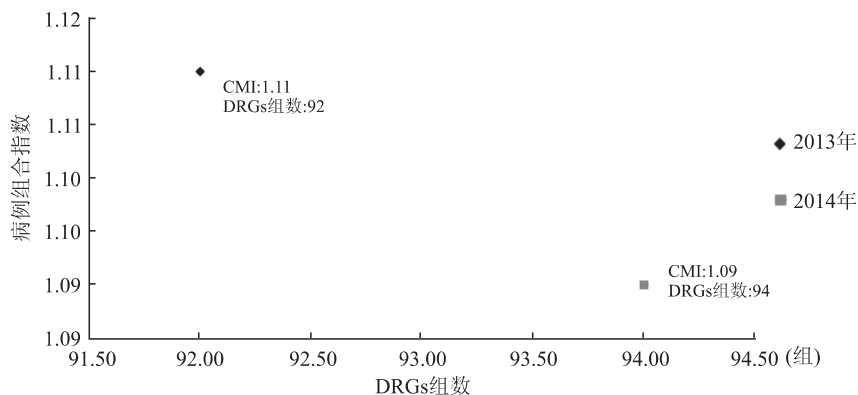


图7 2013—2014年嘉定区妇幼保健院治疗疾病范围和技术难度分布情况

(3) 总权重

2013年，妇幼保健院住院医疗服务总权重为13769.53。2014年，其总权重为15118.2，比2013年增长了1348.67。2013年，妇幼保健院的每床日权重为0.13。2014年，其权重为0.14，比2013年增长了0.01。

2. 医疗服务效率

妇幼保健院2013—2014年时间消耗指数和费用消耗指数分布如图8所示。2013年，妇幼保健院治疗同类疾病费用较低、住院时间较短。2014年，妇幼保健院治疗同类疾病费用较高、住院时间较长。

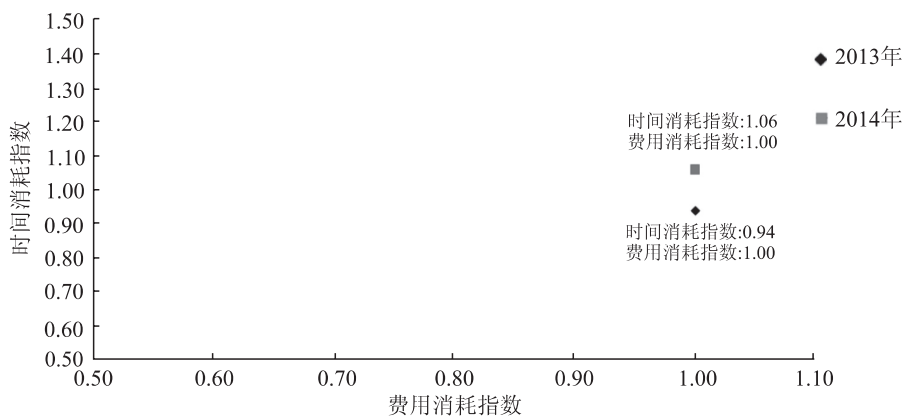


图8 2013—2014年嘉定区妇幼保健院时间效率和费用效率分布图

3. 医疗服务安全

2013—2014 年，妇幼保健院没有出现低风险组和中低风险组死亡病例，说明妇幼保健院在临床和管理过程有较高的规范。

（四）精神卫生中心医疗服务质量与绩效评价

由于精神卫生中心住院服务类型单一，所以对其单独评价。嘉定区只有一家精神卫生中心，即嘉定区精神卫生中心。

1. 医疗服务能力

（1）DRGs 组数

2013 年，精神卫生中心的病例覆盖了 13 个 DRGs 组，2014 年则覆盖了 12 组。

（2）病例组合指数

2013 年，精神卫生中心的 CMI 为 0.22，2014 年则为 0.23。具体如图 9 所示。

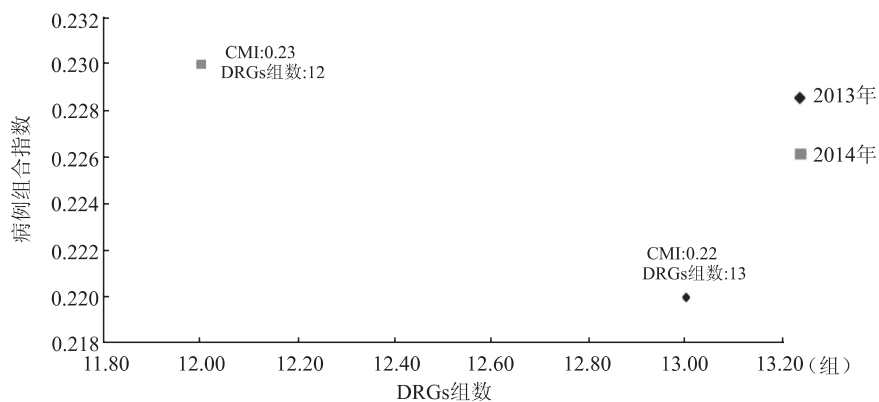


图9 2013—2014年嘉定区精神卫生中心治疗疾病范围和技术难度分布情况

（3）总权重

2013 年，精神卫生中心住院医疗服务总权重为 39.05；2014 年，其总权重为 48.66，比 2013 年增长了 9.61。2013 年，精神卫生中心每床日权重为 0.00027；2014 年，其权重为 0.0003，比 2013 年增长了 0.00003。

2. 医疗服务效率

精神卫生中心 2013—2014 年时间消耗指数和费用消耗指数分布如图 10 所示。2013 年，精神卫生中心治疗同类疾病费用较低、住院时间较短。2014 年，精神卫生中心治疗同类疾病费用较高、住院时间较长。

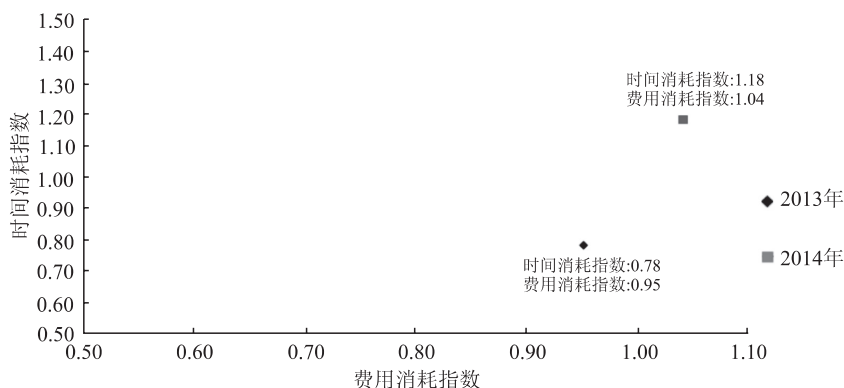


图10 2013—2014年嘉定区精神卫生中心时间效率分布情况

3. 医疗服务安全

2013—2014 年，精神卫生中心没有出现低风险组和中低风险组死亡病例，说明精神卫生中心在临床和管理过程有较高的规范。

三、讨论

首先，评价发现综合医院每年的绩效排名相对稳定。具体来看，中医医院安全得分最高；安亭医院 2014 年费用消耗指数下降明显，这反映了其医疗服务效率的提高。因此，相比于医疗机构传统绩效管理，基于 DRGs 的评价不仅更加客观，而且可以提高评价的辨识度和精细化水平。

其次，基于 DRGs 进行医疗机构绩效评价需要建立在充分准备工作的基础之上。即需按照统一要求对病案首页管理软件进行改造，统一接口标准上传首页信息，规范病案首页填报、统一疾病分类标准等。虽然 BJ-DRGs 目前只有 1028 个分组，并没有包含 ICD-10 中全部疾病，同时

也存在住院病案中有主要诊断编码却无法入组的类目，但运用 BJ-DRGs 来进行医疗服务质量与绩效评价，总体上仍具有可推广性。

第三，上海市医疗卫生改革要求强化公立医疗机构绩效管理。而通过基于 DRGs 的医疗服务质量与绩效评价可获得各医疗卫生机构绩效综合得分、入组病例数、入组率、DRGs 组数、病例组合指数、总权重及每床日权重、时间效率、费用效率，低风险死亡率及低风险死亡病例数、中低风险死亡率及中低风险死亡病例数，以及各病种及手术操作的病例数、治愈好转率、死亡例数及死亡率、平均住院日、次均费用、药占比、自付自费费用比等，这些精细化的绩效评价结果可以为医疗机构医药费用控制、功能定位落实、床位规模调控、病种结构监控、内部绩效考核等提供强有力的数据支撑和决策参考。

参考文献

- [1] 王小万,刘筱娴. DRGs方法的原理与评价[J]. 国外医学(社会医学分册),1990,7(2):53-56.
- [2] 万崇华,蔡乐,许传志,等. 疾病诊断相关组DRGs研究的现状、问题及对策[J]. 中国医院统计,2001,8(2):112-115.
- [3] 江芹,张振忠,赵颖旭,等. 试论病例组合 DRGs与临床质量管理[J]. 中国卫生质量管理,2012,19(104):2-6.
- [4] 曾耀莹. 胡牧:北京DRGs付费试点实践[J]. 中国医院院长,2012,24:58.
- [5] 李渝,马云波. DRGs在主诊组绩效考核中的应用[J]. 中国病案,2015,16(9):44-46.
- [6] 黄建珍. 试用综合指数法评价我院社会和经济效益[J]. 中国医院统计, 1996,3(4):251-252.

(责任编辑:康琦)

嘉定区急救创伤体系建设的思考与展望

王月强¹ 谢岳林² 陆一鸣³ 王亚梓³ 吴 晓⁴ 王 飞⁴

刘加麟⁴ 戴 臻⁵ 顾建华⁵

【摘 要】 为进一步提高嘉定区创伤急救能力建设和科学水平，嘉定区卫生计生行政管理部门拟在前期较好的工作基础上努力整合优化区域卫生资源，探索开展区域性创伤急救体系建设项目。该项目以创建一体化创伤急救模式为基本目标，分别依托嘉定区中心医院、瑞金北院、嘉定区医疗急救中心等医疗资源，相应建设成嘉定区创伤急救中心、上海市西北部危重病救治中心以及嘉定区突发事件应急医疗救援指挥中心。同时坚持政府主导，落实财政投入，科学编制预案，注重统筹规划，分步实施，为项目的整体推进运行提供组织、财力、技术等多方面保障支撑。

【关键词】 创伤急救体系；危重病救治；陆空一体化救治；院前急救

创伤已被各国公认为“世界第一公害”。降低严重创伤的死亡率和伤残率的关键之一是建立科学高效的创伤急救体系、相关规范、高效的救治路径以及先进实用的检查救治技术。随着嘉定区社会经济快速发展，外来人口大量导入，周边省市快速交通网络（如地铁轨道交通 11 号线、沈海高速等）的建成与投入使用，在嘉定区域就诊的急性创伤患者（甚至包括境外游客）人次数快速增长。同时 F1 国际赛事等重大活动的开展对创伤急救的规模、速度、软硬件水平提出更高更全面的要求。建设嘉定区创伤急救中心既是符合上海现代化大城市发展战略的基本要求，

第一作者：王月强，男，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会，上海 201800

3. 上海交通大学附属瑞金医院北院，上海 201801

4. 上海市嘉定区中心医院，上海 201800

5. 上海市嘉定区医疗急救中心，上海 201800

又利于整合优化嘉定区域急救资源，实现“点面结合”、“三位一体”的协同急救创新模式，更可以填补上海市西北片区空白，从而能健全完善本市区域性创伤急救体系。

一、项目建设路径

一是创建一体化创伤急救模式，探索陆空立体化急救模式，建立以成批救治突发公共事件病院救治为特色的急诊医疗服务体系。二是建成高标准的“两个一”工程，包括建立一支区域卫生应急救援队伍和一个创伤急救医护人员的培训基地。三是完成“三个中心”建设，包括创伤急救中心，西北部危重病救治中心和突发事件应急医疗救援指挥中心。

（一）嘉定区中心医院创伤急救中心建设

1. 创伤急救中心实体建设

初步探索创伤急救→创伤病房/EICU的一体化就诊模式，实现“病人入创伤急救中心抢救室→急诊手术或进一步高级生命支持治疗（EICU）→监护后创伤病房以及手术科室与EICU的创伤病人视情况互转”的全程急救路径。拟从以下方面进行建设：

（1）区域改造

首先，建立创伤急救中心复苏室。在抢救室需设立1~2间用于创伤急救抢救复苏室，包括维持生命体征稳定及进行初步的急诊手术，为患者进中心手术室前做好术前准备，并稳定生命体征。其次，建立急诊创伤病房。拟开设20张床位，其中10张为监护床位，为创伤患者在抢救成功后进行后续进一步治疗。目前该院ICU床位为12张，主要收治内科及神经外科病人。故需增设创伤重症床位10张，为重症创伤病人的后续支持治疗提供保障。

（2）创伤急救团队建设

根据该院资源情况，拟建设以神经外科为主的多学科协作团队作为

创伤急救团队。在急诊部的统一指挥下，设立创伤急救团队（3~6人），组员由手术科室医生、急诊科医生及护士组成，其中组长1人（由一名副高级以上医师承担）。

2. 急救培训中心基地建设

嘉定区中心医院于2016年4~5月期间参加了由美国芝加哥亚裔美国顾问委员会（Asian American Advisory Council, AAAC）组织的急救培训项目，并与AAAC主席进行了关于急救培训中美合作的初步洽谈，计划打造中美合作的区域急救培训中心，建立符合嘉定区的急救救护体系。培训实体设在嘉定区中心医院，教学师资以嘉定区中心医院、瑞金医院北院、嘉定区中医院、安亭医院、南翔医院、嘉定区急救中心及红十字会部分区级师资为主，美国芝加哥AAAC培训师资为辅，拟联合培养区域内急救培训师资20~30人。培训对象涵盖区域各医院急诊科医师、部分120急救人员、“3+2”助理全科医师、校医、学校教师及公共场所人员（包括机场、超市、地铁、企事业单位、武警、警察、军队、保安等），拟3年内培训具备初级急救能力的人员约800~1200人，具备中高级急救能力人员300~500人（可申请美国AAAC救护员证书（Paramedic Certificate））。

在教学课程设置方面，参照美国芝加哥的急救教学课程设置，进行轮训，每年强化实践演练。根据急救人员分级，按培训目的及急救能力水平从低到高分紧急医疗救护员（Emergency Medical Responder, EMR）、紧急医疗救护技术员（Emergent medical technician, EMT）和护理人员（Paramedic）。每年举办培训班2~4期，以理论授课及实践演练为主，并辅以教学用救护车实际演练。每期招生人数为80~100人。学员通过考核后，根据自身要求及急救能力，可向AAAC申请相应级别的急救证书。以理论+实际操作（理论考试以试卷为主，实际操作

从急救 8 大项目中随机抽取一个项目由考核小组进行考核), 教材以美国芝加哥现行的经典教学系列用书《Emergency Medical Responder》和《Clinical Emergency Medicine》为主, 辅以《Emergency Medical Responder-workbook》作为课后自测作业。教学过程中所用的救护车(教学用)及车上设备(包括自动体外除颤器、吸氧装置、吸痰装置、监护仪、药品等设备)均由美国 AAAC 提供。所有培训人员每 2 年轮训 1 次, 轮训以实际操作为主, 理论复习为辅。

3. 创伤急救中心科研建设

目前嘉定区中心医院急诊科在多发伤方面承担的区域重大课题已取得积极进展, 并已在国际及国内高水平期刊发表论文。为进一步提高嘉定区创伤急救学术水平, 可从以下方面开展科研建设:

(1) **区域内创伤急救的流行病学。**拟建的创伤急救中心与嘉定区 CDC 合作, 探讨区域内创伤急救的流行病学资料, 探索创伤急救的防治策略, 为区域内减少创伤的发生提供理论依据, 并为关于创伤急救的政策制定提供一定的基础。

(2) **创伤急救的救治策略研究。**创伤急救不仅仅是院前和院内的简单的手术或支持治疗, 对救治策略选择、预后评估等均是困扰临床的问题, 借助创伤急救中心的平台, 进一步进行高级别的研究课题申请, 为降低区域内创伤患者的死亡率及致残率提供依据。

(3) **申报继续教育项目。**继续教育项目不仅仅是提高医护人员急救水平的平台, 而且是提高嘉定区创伤急救学术影响力的方式之一。目前该院已举办国家级、市级继续教育多项, 今后借助平台进一步申报高级别的关于创伤急救的继续教育项目, 为创伤急救中心的发展奠定基础。

(4) **创伤急救中心资源整合。**区域内医疗资源的调配与共享势必影响创伤患者的治疗效果。创伤急救中心可在急救信息化建设的前提下,

由指挥部协调医疗资源，实行信息双向反馈。对于院前病人，若 120 急救人员对于患者的紧急处理无效时，可由创伤急救中心高年资医师进行电话指挥抢救，以提高患者的存活率；对于已到创伤中心的危重创伤病人，可实行转院至危重病救治中心或由区卫计委层面派遣危重病救治中心的高年资医师会诊，以协助指导患者的治疗。同时，对于急救处置的病例可在区卫计委的指导下，定期由创伤急救中心牵头，组织各中心的医师进行病例讨论，以吸取在救治过程中的教训，提高院前及院内的急救处理能力。

（二）瑞金北院危重病救治中心建设

1. 危重创伤病人的救治

（1）建立急诊创伤抢救—ICU—创伤病房的一站式就診治疗模式。建设急诊创伤独立的清创室、创伤病人手术室（多功能杂交手术室，可行 DSA、C 臂机、内窥腹腔镜等一体化创伤专属手术室），使急诊手术室成为创伤患者一站式診治的组成部分。瑞金北院二期规划开始后，创伤中心的床位规模应该将达到有 100 张左右。

（2）建立并逐步完善创伤病人数据库。瑞金北院创伤中心积极与嘉定区中心医院急救中心合作，收集创伤病人特别是车祸伤病人完整的院前和院内的数据。

（3）积极开展急诊创伤专业的学科建设。逐步完善急诊创伤专业的教育和科研体制，建立规范化创伤医学培训教育基地包括外科住院医师和专科医师培训基地，在目前已有的急诊医学硕士和博士点的基础上，建立急诊创伤专业的硕士和博士点。

（4）重视和积极开展对外合作交流。根据上海市与荷兰鹿特丹姐妹城市合作框架协议（每 5 年由双方市长续签），瑞金医院包括北院急诊创伤中心与荷兰鹿特丹大学医学创伤中心有着长期合作关系及人员交流

培训机制，已经在上海开展多期创伤外科学习班，医生学习及考核获得相关创伤外科继续教育学分及证书。同时，计划选派医生赴荷兰鹿特丹及欧洲其他先进地区进修学习急诊创伤外科理论与技能。

2. 创伤中心烧伤单元设置

结合瑞金医院北院工作要求，建立瑞金医院北院创伤中心烧伤治疗单元，第一期开设 10 张烧伤病床，第二期即三年后扩展至 20 张。在病房基本设施方面，根据每名烧伤患者需要 60 平方米的常规要求设置病房。病人收治管理与瑞金本部烧伤科联动，病人可以相互转运。设立烧伤手术室两间，其中一间为烧伤急诊清创手术室。在设备需求方面，需要增设若干监护吊塔、心电监护设备、PICCO 心输出量监护、USCOM 心功能测定设备、除颤仪等设备及 2 间手术室的装修及设备（包括手术床、无影灯、电刀及基本抢救设备等）。

3. 建立陆空一体化急救模式

由于瑞金北院承担上海地区赛车场的医疗急救保障任务，必须在有突发情况下（包括事件发生时交通拥挤，伤员转运受阻的状况）具备必要的医疗救治和转运能力，应考虑设立急救直升机的备降场地，以便于第一时间抢救重伤员。瑞金北院设想改建目前的临时停车场使之可以降落急救直升机（在急诊科旁边）。

（三）院前转运和医疗急救

1. 嘉定区应急指挥中心建设

创伤体系建设是一种医疗救治理念、模式的创新，也是一个整合多部门、多科室联动的过程。危重创伤救治涉及伤病员早期的自救互救解救，院前急救部门的快速响应与早期评估，创伤急救中心、危重病救治中心的院内救治和多科室联动，专家会诊、区域间转诊、陆空一体化等救治方案的决策等一系列内容，因此有必要建设嘉定区应急指挥中心，

通过信息化手段联动院前急救、创伤中心、危重病救治中心和 CDC，引入首席医疗官概念，承担医疗救治、医政管理领域的决策与指挥，从而最大能力救治辖区危重病患，维护人民群众的生命健康权。应急指挥中心建议可设置在毗邻卫生行政部门或创伤急救中心的 120 院前急救机构内。

2. 院前急救信息化建设

嘉定区医疗急救中心于 2013 年起通过信息化改造，建立了数字化医疗信息系统以及 OA、电子病历、手机 APP 等管理软件。通过医院急诊科安装医院端生命体征监控设施、救护车车载移动监护，第一时间将急救病人的心电、脉搏、呼吸、血压等监测数据实时传输到医院急诊室，有效缩短了院前急救医生与急诊室医生对患者病情交接的时间，提高了医院应对突发事件和成批、危重烧创伤伤员的反应能力和救治水平。目前双方平台信息可共享，新增了突发事件预警统计平台、医疗决策辅助、手机质控监督指挥，提高了医务人员、管理者的工作效率。同时配合区胸痛中心的建设，实现院前、院内衔接智能化，单病种救治信息全程化，不断提高医疗救治的效率、水平和能力。与公安、交通、应急管理等部门信息的互联互通，实现路况视频监控信息、现场信息、救治信息的双向共享。

3. 院前急救规划布点建设

院前急救是急诊医疗服务体系的首要环节，是创伤急救体系的重要一环。近年来，嘉定区院前急救的网络化建设初具规模，急救资源的合理布局有效提高了院前急救的效率。随着区经济社会的发展和城镇化建设的不断推进，现有院前急救布局已与城市发展不相适应。目前嘉定区医疗急救中心设有城区、安亭、江桥、华亭、南翔、徐行、嘉定新城等 7 个急救分站，配置 24 小时救护车 10 辆，年出警量 2.5 万多次。通过

将全年出警的呼救经纬度地址标注在地图上可以发现，虽然现有急救分站均设置在呼救密度最频繁的地域，但服务区域覆盖面积仅为 23%，覆盖急救呼叫数比例为 62.9%。仍有部分地区显示群众呼救密度较高且现有急救资源不能有效覆盖。根据嘉定区十三五医疗急救站点布局规划研究，需要在急救覆盖薄弱地区增设 9 个急救站点，使该区院前急救站点平均服务半径 ≤ 3.5 公里，急救平均反应时间 ≤ 12 分钟。在此基础上基本建设成为一支符合院前急救特点、与该区城市卫生应急保障相适应的院前急救队伍。

4. 急救培训中心基地建设

院前急救体系不仅成为急救医学体系最初和最重要的一环，而且越来越成为政府公共服务管理保障体系的重要元素。创伤救治中急救医生必须能够按急救流程迅速给予患者早期高质量的救治，这就需要急救医师具有一定的临床经验和创伤医学知识，需要参加定期的临床培训和重症监护病房培训。而一些基础急救技能如心肺复苏、外伤四大技术、除颤、插管、周围静脉输液等，不仅需要院前急救医生和社区家庭医生全员掌握，甚至需要逐步推广到社会人群的自救与互救，真正实现拯救生命的急救链。标准化的急救培训将持续有效的保障院前急救从业人员的急救能力和水平。同时，社区卫生服务综合改革也使得社区病房、家庭医生更多地接触到创伤、急性心血管疾病的救治，在急救力量、急救装备并不充裕的情况下，其所承担的急救措施更类似于院前急救的规范化操作。该项目的建设除了为院前从业人员、社区家庭医生提供标准化的培训轮训方法与方式外，还可以为患者及其家属、第一目击者和普通民众特别是民生服务机构的窗口工作人员提供正确应对突发疾患的方法，从而第一时间实施拯救生命的有意义的行动。

二、项目建设基础

（一）区域性创伤医疗急救的建设工作具备成熟的政策环境和法律基础

为进一步保证医疗急救的健康持续发展,国家陆续颁布实施了《院前医疗急救管理办法》(国家卫生和计划生育委员会令第3号)、《突发公共卫生事件应急条例》(中华人民共和国国务院令第376号)、《国务院关于全面加强应急管理工作的意见》(国发〔2006〕24号)、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《中华人民共和国突发事件应对法》(中华人民共和国主席令第69号)、《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》(国办发〔2003〕82号)等一系列法律规范,其中很多规定涉及区域性的急救医疗规划与设置,这为区域性创伤急救建设提供了有效的政策环境和法律依据。此外,目前市、区两级在前期的医改工作基础上,也正在积极推进“十三五”医疗卫生事业规划,着力研究医疗急救十三五规划纲要,研究下发了《关于深化本市院前急救体系改革与发展的指导意见》(沪府〔2016〕12号),同时研究推进“第四轮公共卫生行动三年计划”等重要项目,能够将区域创伤急救建设作为医改政策研究重点并适时通过公共卫生三年行动计划建设重大项目立项推进,为项目建设提供强有力的政策支撑。

（二）区域性创伤医疗急救的建设工作具备强烈的社会需求

创伤是目前世界范围的一个重大卫生问题。WHO 报告 2000 年全球死于创伤的人数约 500 万,占全球死亡总数的 9%。受社会自然条件及当地企业生产、居民生活方式等因素影响,嘉定区域内的交通事故、自然灾害、突发性疾病(脑血管病、心脏病、损伤和中毒等)等潜在危险将长期存在并随时可能爆发。在某种意义上,企业的安全生产、居民的健康生活、重大活动(F1 赛车等)的卫生保障、区域社会的稳定发展

等都迫切需要协同的医疗急救模式予以保障。通过建立区域性的医疗急救创伤中心，在某种程度上能够实现嘉定居民“小病不出门，大病不出区”的就医格局，节省跨区就医的“黄金时间”和卫生费用。同时还可以远程辐射和兼顾太仓等周边外省市地区的急救需求，吸引外来人口来区就医，更好服务外地患者或企业。因此，建立区域性创伤医疗急救中心是企业、居民与社会各方的共同需求和福祉，是维系当地社会经济发展、造福嘉定区居民和长三角地区外来人口的重大民生工程。

（三）区域性创伤医疗急救的建设工作具备良好的管理经验和技術优势

近年来，嘉定区在原有卫生应急工作良好运行的基础上，围绕组织体系、指挥体系、预案体系、应急准备、监测预警、应急处置等方面，积极创建并顺利通过国家卫生应急综合示范区的复核评估。同时，区卫生行政管理部门进一步严格医院急诊质量控制与标准化管理，探索区域内院前院内的无缝衔接和联动机制。嘉定区医疗急救中心通过前期的移动通信技术在院前急救领域的应用项目，有效弥补了“抢救黄金时间”的信息空白区，全力打造院内、院外的绿色通道，并且目前正在科学优化与调整嘉定区医疗站点的布置，可以为区域性创伤急救中心建设提供强有力的技术条件。嘉定区中心医院的急诊工作已经在长期的医疗服务中形成了“嘉定急救守门人”的工作特色，门急诊数量和技术质量同步提升，成为嘉定居民医疗急救的“首要阵地”。瑞金医院北院拥有创伤和烧伤科特色治疗技术，能够为区域内的创伤和危重病抢救提供权威指导，并能有利助推急救创伤专业医学人才的培养，实现危重病抢救的可持续发展。因此，良好的卫生应急救援管理基础，以及3家单位的技术优势是嘉定区创伤急救体系建设的发展驱动力。

三、项目实施与保障

（一）坚持政府主导，实现三方联动

从上海市近年来创伤急救体系建设的实际经验来看，一方面大都是以某一医院为主体探索性开展院内创伤体系建设。这种单一主体的封闭式院内创伤体系建设，虽能够在一定程度上满足医院自身发展的需要，但最大的缺点在于弱化甚至忽视了政府的主导统领作用，对辖区的创伤急救需求及相关影响因素缺少全局性、权威性的宏观评估，容易导致医院创伤急救体系“建而不用”、“急而不救”。另一方面，医院的创伤急救中心缺少与当地医疗急救中心的联动，也没有实现院际转诊。通过总结上述实际经验，建议该项目必须坚持嘉定区卫生计生委的统一领导和牵头实施，明确嘉定区卫生计生委的组织管理与考核主体，为嘉定区域创伤急救体系建设提供坚实的组织保障，以嘉定区医疗急救中心成熟的信息化技术为纽带，实现院前院内、及院院之间的联动衔接。

（二）坚持科学编制预案，强化创伤应急演练

创伤急救体系建设是一项动态性的持续改进工作，每次致使创伤发生的突发事件的原因或结果都不尽一致，这就需要事先科学编制预案，强化创伤急救的信息预警机制，定期或不定期地进行模拟演练，规范创伤急救应急预案制定和管理工作，增强各类卫生应急预案的实效性、科学性和可操作性，提高保障公共安全和处置突发公共卫生事件的能力，为嘉定区创伤急救体系建设提供技术保障。

（三）坚持落实财政投入，重点保障创伤体系建设

卫生投入是支撑国家长远发展的基础性、战略性投资，是发展医疗卫生事业的重要物质基础，是公共财政保障的重点。嘉定区创伤急救体系建设是一项关乎民生的系统工程，需要持续投入

大量的人力、物力与财力作为基本支撑。建议嘉定区政府加大财政专项投入力度，对该项目实行财政预算管理制度，优先纳入年度重点财政预算，全面推行精细化管理，明确投入责任，坚持专款专用，严格监督检查，为嘉定区创伤急救体系建设提供坚强有利的经济保障。

（四）坚持统筹规划，分步实施，整体推进

创伤急救建设工程时间跨度大、周期长，战略任务宏大艰巨，必须加强规划，分类指导，有序推进。建议由区政府统一规划实施，区卫生计生委加强组织协调落实，设立创伤急救体系专项工作组，明确主要任务和工作目标，由牵头部门负责，各医疗成员单位研究具体的工作方案和行动计划，建立相应的组织机构，精心部署，把任务分解落实到部门和人头，统筹协调推进创伤急救体系建设的各项目标任务，形成牵头单位组织实施、成员单位通力合作、责任部门狠抓落实的工作格局，整体推动嘉定区的创伤急救体系建设。

（责任编辑：甘银艳）

嘉定区卫生人才现状与对策研究

方欣叶¹ 高 飞² 吴凌放¹

【摘 要】 目的：了解嘉定区卫生人力分布和配置情况，为改善嘉定区卫生人力结构提供依据。方法：数据来源于课题组自制人力资源分布和配置调查表，经嘉定区卫生计生委填报，运用描述性统计进行分析。结果：2011—2015 年嘉定区各类卫生技术人员数均有所增加，2015 年千人口卫生人力配置在上海居中等水平。2011—2015 年嘉定区执业（助理）医师和护士学历逐年提升。区级层面，卫生人才年龄结构较年轻，执业（助理）医师学历以本科为主，学历层次有待提高。结论：嘉定区卫生人才配置得到优化，但规模尚存缺口，结构有待改善。

【关键词】 嘉定区；卫生人才；基层

上海市《关于贯彻〈中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见〉的实施意见》（沪委发〔2011〕10 号）中提出，“促进医学科技发展和人才培养”、“从根本上提升临床医师队伍的整体素质，显著提升基层医疗卫生机构医务人员的技术水平”。卫生人力是卫生系统的重要组成部分，也是卫生系统中最具活力的因素，充分发挥其主观能动性，可产生 1+1>2 的工作效益^[1]。嘉定区作为上海市重要的人口导入区，随着新医改的持续推进，各类卫生资源特别是卫生人力总量得到稳步提升。然而，与全区社会经济发展、人口涌入和居民日益增长的医疗卫生需求相比，仍存在诸多问题，主要表现在供需矛盾、人员学历不高、基层卫生人才短缺等方面。为了解嘉定区卫生人力配置情况及存在问题，

第一作者：方欣叶，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会，上海 201899

提出改进方向，开展此项研究。

一、资料与方法

（一）研究对象

本研究的医疗卫生机构包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他机构。卫生人力指在医疗卫生机构从事和提供卫生服务相关工作的所有人员，主要指卫生技术人员，也包括管理、后勤人员。

（二）数据来源与方法

数据来源于《上海市主要卫生计生统计资料》2015年全市各区县卫生资源配置水平统计数据；课题组自制的卫生人力分布和配置调查表，由嘉定区卫生计生相关人员核查后填报；获取资料包括2011—2015年嘉定区在编、非在编卫生人力配置情况及2015年嘉定区区级医院、社区卫生服务中心医务人员的数量、年龄分布和学历构成等。利用Excel进行数据录入，采用描述性统计分析方法进行处理。

二、结果

（一）基本情况

2015年，嘉定区医疗卫生机构共294家，其中公立机构28家。三、二、一级机构分别为2家、7家和19家。2011—2015年，嘉定区医疗卫生机构开放床位数从3088张增加到4445张，年均增长9.53%。

（二）卫生人力分析

1. 2011—2015年嘉定区卫生人力配置

2011—2015年，嘉定区医疗卫生机构在岗职工数逐年增长，卫生技术人员年均增长10.74%，增幅50.37%。至2015年末，执业（助理）医师数比2011年增长了36.36%，注册护士增长了64.07%。4年间医护比（护士数/医生数）从0.90升至1.09，卫生技术人员占在岗职工总数比例从81.23%下降到78.73%，执业（助理）医师占比从35.62%下降

到 31.31%，注册护士占比从 32.21% 上升到 34.06%。（表 1）

表 1 2011—2015 年嘉定区卫生人力分布与配置情况（单位：人）

年份	卫生人力分布				卫生人力配置（常住人口）		
	在岗 职工	卫技 人员	执业（助理） 医师	注册 护士	千人口卫技 人员	千人口 医师	千人口 护士
2011	5946	4830	2118	1915	3.21	1.41	1.27
2012	6597	5476	2275	2249	3.58	1.49	1.47
2013	7230	5952	2438	2459	3.82	1.57	1.58
2014	7762	6275	2549	2634	4.01	1.63	1.68
2015	9225	7263	2888	3142	4.63	1.84	2.00

以户籍人口计，2015 年，嘉定区全区千人口卫技人员数 11.25 人，在全市 16 个区县中排位（不含崇明县）第 7，低于全市平均水平（12.07 人）；千人口执业（助理）医师 4.63 人，排名第 6；千人口注册护士 4.71 人，排名第 7，低于全市平均水平（5.36 人）。

从区级层面看，截至 2015 年，嘉定区区级医院卫生人力（在编与非在编）3100 人，卫生技术人员占比 93.03%；其中，执业（助理）医师占比 33.13%，注册护士占比 47.35%，医护比 1.43，优于全区整体水平。社区卫生服务中心共有卫生人力（在编与非在编）1881 人其中卫生技术人员 1727 人，占在岗人数的 91.81%。医护比 0.8，远低于全区平均水平。（表 2）

表 2 2015 年嘉定区区级医疗卫生机构人员构成（单位：人（%））

类别	卫生技术人员	执业（助理）医师	注册护士	管理人员
区级医院	2884（93.03）	1027（33.13）	1468（47.35）	64（2.06）
社区卫生服务中心	1727（91.81）	759（40.35）	606（32.22）	109（5.79）

2. 2011—2015 年嘉定区卫生人力学历构成

2015 年，嘉定区执业（助理）医师人数最多的为本科，其次为硕士、专科，最少的为博士。注册护士人数最多的为专科，其次为本科，最少的为硕士，无博士。2011—2015 年，全区执业（助理）医师硕士、本科

人才增长明显,分别增长了 5.53 和 4.02 个百分点;专科学历人才占比下降了 3.54 个百分点。注册护士增长最为显著的是本科,4 年间增加了 29.61 个百分点,专科学历人才占比下降了 13.34 个百分点。(表 3)

表 3 2011—2015 年嘉定区执业(助理)医师、注册护士学历构成(单位:人(%))

学历	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
执业(助理)医师					
博士	5 (0.34)	5 (0.34)	6 (0.39)	10 (0.59)	15 (0.88)
硕士	120 (8.17)	121 (8.20)	149 (9.68)	194 (11.53)	219 (13.70)
本科	1017 (69.28)	1067 (72.34)	1110 (72.08)	1210 (71.90)	1172 (73.30)
专科	197 (13.42)	174 (11.80)	187 (12.14)	192 (11.41)	158 (9.88)
其他	129 (8.79)	108 (7.32)	88 (5.71)	77 (4.58)	36 (2.25)
注册护士					
博士	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
硕士	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.07)	2 (0.13)
本科	186 (18.73)	226 (21.42)	312 (27.15)	544 (38.61)	741 (48.34)
专科	560 (56.39)	616 (58.39)	661 (57.53)	711 (50.46)	660 (43.05)
其他	247 (27.87)	213 (20.19)	176 (15.32)	153 (10.86)	130 (8.48)

在区级层面,2015 年,嘉定区属医院执业(助理)医师人数最多的为本科,其次为硕士,最少为博士、中专及以下;注册护士人数最多的为大专,其次为本科,无博士。社区卫生服务中心执业(助理)医师人数最多的为本科,其次为大专,无博士;注册护士人数最多的为大专,其次为本科,无硕、博士。(表 4)

表 4 2015 年嘉定区区级卫生人力学历构成(单位:人,%)

类别	执业(助理)医师		注册护士	
	人数	比例	人数	比例
区级医院				
博士	15	1.46	0	0.00
硕士	199	19.38	2	0.14
本科	771	75.07	564	38.42
大专	27	2.63	720	49.05
中专及以下	15	1.46	182	12.40
社区卫生服务中心				
博士	0	0.00	0	0.00

续表 4 2015 年嘉定区区级卫生人力学历构成（单位：人，%）

类别	执业（助理）医师		注册护士	
	人数	比例	人数	比例
硕士	41	5.40	0	0.00
本科	506	66.67	256	42.24
大专	173	22.79	279	46.04
中专及以下	39	5.14	71	11.72

在基层层面，2011—2015 年，嘉定区全科医生数从 209 人增加到 391 人，年均增长 16.95%。4 年来，嘉定区全科医生学历结构明显改善，硕士学历全科医生实现了零的突破，2015 年占比达 8.7%。本科学历全科医生占比从 2011 年的 83.25% 下降到 2015 年的 78.01%；大专、大专以下学历全科医生占比也分别下降了 1.6 和 1.85 个百分点。（表 5）

表 5 2011—2015 年嘉定区全科医生学历分布情况（单位：人（%））

学历	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
中专及以下	6 (2.87)	7 (2.89)	8 (2.94)	4 (1.28)	4 (1.02)
大专	29 (13.88)	35 (14.46)	33 (12.13)	39 (12.5)	48 (12.28)
本科	174 (83.25)	200 (82.64)	218 (80.15)	250 (80.13)	305 (78.01)
硕士	0 (0.00)	0 (0.00)	13 (4.78)	20 (6.41)	34 (8.70)
博士	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

同期，嘉定区乡村医生数从 251 人减少到 217 人，降幅 13.55%。2015 年，取得执业（助理）医师资格的乡村医生共 160 名，女性占比 61.88%。从事临床专业的乡村医生占 87.5%，其余均从事公共卫生专业。乡村医生老龄化现象严重，55 岁及以上的乡村医生占比 65%。中专及以下学历乡村医生占比达 89.38%，其余均为大专，无本科及以上学历。

3. 2015 年嘉定区区级卫生人力的职称构成

嘉定区区属医疗卫生机构中执业（助理）医师职称人数最多的是中级，其次为初级，正高级别人数最少。注册护士职称人数最多的为初级，

其次为中级，正高级别人数最少。（表 6）

表 6 2015 年嘉定区区级卫生人力职称构成（单位：人，%）

类别	执业（助理）医师		注册护士	
	人数	比例	人数	比例
区级医院				
正高	49	4.77	1	0.07
副高	177	17.23	13	0.89
中级	602	58.62	397	27.04
初级	199	19.38	1057	72.00
无资格	46	4.48	101	6.88
社区卫生服务中心				
正高	0	0	0	0
副高	18	2.37	1	0.17
中级	371	48.88	198	32.67
初级	352	46.38	403	66.50
无资格	18	2.37	4	0.66

4. 2015 年嘉定区区级卫生人力的年龄结构

2015 年，嘉定区区属医疗卫生机构中执业（助理）医师 35~44 岁组人数最多，其次为 25~34 岁组，60 岁及以上组人数最少；注册护士 25~34 岁组人数最多，其次为 35~44 岁组，最少为 60 岁及以上组。（表 7）

表 7 2015 年嘉定区区级卫生人力年龄结构构成（单位：人（%））

年龄	区级医院		社区卫生服务中心	
	执业（助理）医师	注册护士	执业（助理）医师	注册护士
<25	0 (0.00)	216 (14.71)	60 (7.91)	107 (17.66)
25~34	365 (35.54)	734 (50)	231 (30.43)	255 (42.08)
35~44	398 (38.75)	260 (17.71)	308 (40.58)	166 (27.39)
45~54	222 (21.62)	251 (17.1)	124 (16.34)	76 (12.54)
55~59	39 (3.8)	7 (0.48)	20 (2.64)	1 (0.17)
≥ 60	3 (0.29)	0 (0.00)	16 (2.11)	1 (0.17)

三、讨论

（一）嘉定区卫生人力配置数量不足

2011 年以来，嘉定区卫生人力总量总体呈上升趋势，但仍有缺口。至 2015 年，嘉定区每千人口执业医师数（1.84）和注册护士数（2.00）尚未达到《上海市卫生发展与改革“十二五”规划》中设定的目标（2.25

和 2.7)。对此，嘉定区在规划终期评估中提出，因其外来人口多，导致常住人口增多，加之实施住院医师规范化培训后医师招录困难，导致未达标。人员配置不到位成为全区医疗服务领域中制约其他规划指标达标的重要因素。

（二）嘉定区区级卫生人才结构不尽合理

嘉定区区级卫生人力年龄结构过于年轻化，应注意考虑断层现象。高学历和高职称医务人员缺乏，区级医院硕士以上学历和副高以上职称的执业（助理）医师均不足 20%，低学历和无相应技术职称人员仍占一定比例^[2]。社区卫生服务中心本科及以下和中级及以下职称的执业（助理）医师占比高达 95%。乡村医生中公共卫生人员占比偏低，公共卫生执业（助理）医师占乡村医生的比例不足 10%，公共卫生医生的缺乏，使其原本应承担的预防保健、公共卫生服务等职能难以落实到位。乡村医生队伍老龄化问题突出，这与乡村医生大部分由赤脚医生发展而来有关，且远郊地区难以吸引新的医务人员前来工作，导致乡村医生从医年限偏长。乡村医生中取得执业（助理）医师资格的占比 73.73%，且学历偏低。

从社会经济发展和预期人口涌入情况看，嘉定区卫生人力长期存在两方面关键问题。一是人力数量不足，尤其是高素质人才缺乏；二是人员结构失衡，尤其是区级医疗卫生机构和部分紧缺专业。今年上海已成为新确定的 7 个综合医改省份之一，《上海市深化医药卫生体制综合改革试点方案（2016—2020 年）》（沪府〔2016〕45 号）（以下简称《试点方案》，下同）也已明确指出，要全面实施家庭医生制度，稳步推进分级诊疗制度建设，这无疑对嘉定区卫生人力，特别是区级卫生人力提出了新的挑战。

四、建议

（一）改善政策环境，提高人员数量

一是强化经济激励。考虑到医疗卫生行业的特点，建议嘉定区绩效工资改革在标准线设定上予以适当倾斜，用实在的经济激励留住现有人才，吸引外来人才。特别是针对全科医生、公共卫生医师等紧缺岗位，建议调整现行收入分配制度，从根本上扭转紧缺人才的形成机制。对于纳入“紧缺”专业目录的人才，推行一定的薪酬倾斜政策，确保这些人才享受同级别机构同类人员的平均薪酬或有所倾斜。

二是鼓励人员流动。《试点方案》明确指出，加大二、三级医院对基层医疗机构的支持力度，做实二、三级医院临床主治医师到基层医疗机构定期工作制度，鼓励二、三级医院医师到基层多点执业。对此，建议结合公立医院改革，将大医院“富裕”的卫生人力分流至郊区，鼓励大中型医疗、预防保健机构的高、中级卫生技术人员，采取多种形式到农村、社区卫生服务机构提供技术指导和服务^[3]。除自上而下的人员流动外，建议嘉定区重视对基层机构的人员培训工作，打通基层机构医务人员至二、三级医疗机构短期、长期进修的通道，提高基层人员的临床技能和业务水平。同时，加强现有人员内部挖潜，探索通过兼职、多点执业、退休返聘、购买服务等各种形式，弥补基层机构和紧缺岗位的人员不足。

三是提升基层吸引力。建议完善基层卫生人才培养长效机制，创新人才使用，通过联动管理，吸引高学历人才到基层服务；出台配套政策打通基层卫生人员职业发展路径和晋升通道、提高工作生活待遇，稳定基层卫生技术人才队伍。借鉴“浦东卫生八条”的做法，实行近郊远郊差别化管理，采取梯度激励措施，鼓励卫生人才优先到偏远地区、人口导入区服务。

（二）瞄准紧缺全科医生岗位，增加人才供给

当前，社区卫生服务机构正处于从医院的服务模式到“六位一体”的社区卫生服务模式过渡期，基层医务人员肩负着“健康守门人”的重要职责，因此，社区卫生人力发展更应注重人力结构的合理配置^[4]。建议改善全科医生的生存和发展环境，提高全科医生专业吸引力。可从三方面入手，第一，健全全科医学职称体系，建立与专科医生相区别的晋升资格与条件。第二，加大对基层服务体系的投入，保障福利待遇，从根本上解决“基层医疗单位条件太差、待遇不好”等问题。第三，提高全科医生的社会信任度和职业认同感，加强对全科医生的舆论宣传引导^[5]。

乡村医生是农村医疗卫生服务的主要提供者。据预测，到2020年，嘉定区还将有近百名乡村医生到龄离岗。建议完善乡村医生考试招录制度，制定优惠政策，引进、培养和聘用高等医学学历以及取得执业（助理）医师资格的人员进入村卫生室工作，创造良好的工作环境和职业发展空间，缓解乡村医生后继力量断层问题。建立科学的绩效考核机制和乡村医生退休保障制度，让老年乡村医生安心退出，也促进乡村医生的新老更替^[6]。

（三）加强人才培养，提升队伍素质

随着家庭医生制的推进，全科医生的素质和能力与社区卫生发展要求和居民日益多元的需求相比仍有较大差距。目前的医学继续教育中，全科医生基本只能通过参加专科医生举办的继续教育课程进行学习，即使到上级医院进修，也是专科医生指导全科医生，缺乏针对性。因此，有必要加强对全科医生培训的师资队伍建设。可借鉴国外经验，吸收一批经验丰富的社区全科医生作为兼职教师，从事全区基层临床教学和社区卫生研究工作。

在农村卫生人力方面，建议建立与农村卫生服务需求相适应的人才培养体系，致力于培养一批符合农村社会特点和满足农民健康需求的卫

生人才^[7]。建议政府统筹协调,加强对乡村医生教育培训的领导和经费支持,制定乡村医生教育培训规划,强化对乡村医生的岗位和业务培训。鼓励乡村医生接受医学学历再教育,开展政府补助学费的农村在岗成人大专以上学历教育工作,提高乡村医生学历层次^[8]。

(四) 尊重卫生人才,搭建发展平台

搭建基层卫生人才职业发展平台,提高社会大众对社区卫生人员的认可和尊重,坚持业绩重成效,服务凭能力,评价看口碑的原则,释放基层卫生人才在职称晋升上与大医院专科医生同等但又置后的压力,平等看待全科医生与专科医生的地位。在用人方式上,打破编制、身份界限,妥善解决户口、成家等“关卡”,城市社区卫生人员的身份可挂靠大医院,乡村医生可挂在区级医院。借此,不仅有助于解决全科医生的身份之忧,又可为其提供定期进修学习深造的机会,使职业发展前景明了^[9]。

参考文献

- [1] 王玮,薛彦萍.现代化进程与人力资源空间配置的优化[J].山东省青年管理干部学院学报,1999(5):50—52.
- [2] 何晓定,胡越,吴金贵,等.上海某区社区公共卫生服务人力现状分析[J].中国卫生资源,2015,18(3):214—217.
- [3] 高建民.基本卫生人力政策研究[J].中国卫生经济,2006,25(10):14—16.
- [4] 关丽征,何常楠,李宁,等.2006—2013年北京市社区卫生服务机构卫生人力发展研究[J].北京医学,2015,37(9):897—900.
- [5] 肖德卫,李晓斌,单怡凡,等.供需矛盾视角下全科医生培养问题与对策——以豫北某医学院为例[J].中国初级卫生保健,2015(6):22—24.
- [6] 祁璞贞.渭源县乡村医生队伍现状分析[J].中国初级卫生保健,2015,29(11):21—22.
- [7] 王文华,杨文燕,尹爱田.基于WHO卫生人力战略目标的我国农村卫生人才建设障碍分析..中国卫生经济,2012,31(1):40—42.
- [8] 王磊.剑川县乡村医生现状调查分析[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(6):699—701.
- [9] 叶林书,刘喆,张杰,等.社区全科医生资源现状研究及其路径策略探讨[J].中国当代医药,2011,18(32):122—124.

(责任编辑:汤真清)

嘉定区“3+2”助理全科医生培养效果评价研究

杜学礼¹ 王 涛² 高 飞² 谢岳林²

【摘 要】 为解决郊区全科医学人才紧缺难题，2012 年嘉定区在定向培养社区（乡村）医生的基础上，率先开展“3+2”助理全科医生规范化培养试点。针对基层医疗卫生机构全科医生人才普遍紧缺的现状，本研究着眼于系统总结和客观评价嘉定区在基层卫生人才培养方面取得的经验，以及采取的措施和方法，旨在形成可复制的培养模式，为构建基层卫生人才队伍培养路径，解决当前基层急需全科医生的现状提供启示并提出相关政策建议。

【关键词】 助理全科医生培训；效果；建议

2011 年 7 月，国务院出台了《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23 号），提出“要多渠道培养合格的全科医生，对到经济欠发达的农村地区工作的 3 年制医学专科毕业生，可在国家认定的培养基地经 2 年临床技能和公共卫生培训合格并取得执业助理医生资格后，注册为助理全科医生”^[1]。现阶段我国全科医生的培养及教育途径主要有四种：高等医学院校的全科医学知识教育、以全科医生规范化培训为重点的临床医学专业的毕业后教育、全科医生岗位培训、在职全科医生继续医学教育^[2]。

上海市为改善基层医疗卫生机构全科医生短缺的状态，全面落实新医改关于基层医疗卫生队伍建设的精，率先开展了全科医生规范化培训工作^[3]。嘉定区为解决辖区社区卫生服务站医生年龄老化、后续乏人，

第一作者：杜学礼，男，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会，上海 201800

学历偏低等问题，从2008年起开展了一系列的探索与实践，为构建基层卫生人才队伍培养路径，解决当前基层全科医生短缺的现状提供启示。

一、嘉定区“3+2”助理全科医生培养的探索

（一）培养路径

1. 乡村医生定向培养

2008年嘉定区在认真分析基层医疗岗位（群）所需要的知识结构和职业能力基础上，不断优化教学内容和课程设置，率先开展并出台定向培养乡村医生实施意见，启动了上海市首批乡村医生定向培养，委托上海医药高等专科学校进行定向培养乡村医生工作，毕业后安排到社区从事医疗卫生工作，纳入事业编制管理。2008年至2015年11月，嘉定区共招录了8批231名定向生，毕业生166名，暂时解决了卫生服务站点（村卫生室）的人员短缺问题。

2. “3+2”助理全科医生规范化培训

2011年7月，国务院出台了《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号），提出“要多渠道培养合格的全科医生”^[1]。2012年，嘉定区在充分考量定向培养乡村医生既有工作基础和实际需求的基础上，率先开展助理全科医生规范化培养试点工作，将3年专科培训与2年助理全科医生规范化培训实现无缝衔接。通过探索“3+2”培训模式，培训对象可获得4个证书，即执业助理医生资格证书、助理全科医生培训合格证书、成人本科学历毕业证书和学士学位证书，进一步提高乡村医生的实践能力和学历层次。2012年至2015年11月，嘉定区共招录了4批122名培训学员。其中前2批60人已毕业。

（二）培养模式

嘉定区在“3+2”助理全科医生培养中，结合助理全科医生的执业特点、能力基础等因素，努力实现培养模式的创新。

1. 实现乡村医生与助理全科医生培训的无缝衔接

嘉定区在“3+2”助理全科医生培养中，不断完善培养模式。三年制的专科定向培养由传统“2年理论+1年实习”转变为“1年课堂+2年病房”的学习。两年制的规范化培养结合岗位需求和学员实际情况，由培训基地制订培养计划、培训细则及轮转计划等。同时，“3+2”培训还引入公共卫生培训的内容，编写了针对性的预防医学教材。

2. 密切结合学历教育

在“3+2”助理全科医生培养中后2年的规范化培训中，嘉定区与上海交通大学医学院继续教育学院合作，对培训对象同时进行“专升本”学历教育，通过2~3年的培养，培训对象可以取得成人本科学历毕业证书和学士学位证书^[4]。

3. 注重实践技能

“3+2”助理全科医生规范化培训秉承“早实践、多实践、反复实践”的理念。在3年的专科培养中实施“课程+病房”模式；在2年的规范化培训中，学员要先后完成为期20个月的临床培训轮转和为期3个月的公共卫生和社区培训轮转。培训基地探索实施导师制，挑选技术骨干担任导师，对学生进行“一对一”全方位带教指导^[5]，初步构筑了实训—实习—再实训—再实习“渐进式”临床实践教学模式。

4. 严格考核标准

培训期间所有学员均需参加出科考核、年度考核、公共科目考核和结业综合考核^[6]。其中结业综合考核由培训医院嘉定区中心医院组织，考核方案、流程参照上海市全科住院医师规范化培训出站考试标准设计，分为多站式进行。

（三）培训基地

1. 临床培训基地建设

嘉定区中心医院为“3+2”助理全科医生规范化培训基地，也是上海市卫生计生委认证的市住院医师规范化培训全科临床基地。在“3”的培养中，学员主要是在基地完成职前教育中后2年的社区见习、临床理论教学、实习等环节，在“2”的培训中主要在基地中完成临床、社区技能的纵向深入。

2. 公共卫生培训基地建设

嘉定区疾病预防控制中心为“3+2”助理全科医生规范化培训公共卫生培训基地，也是上海医药高等专科学校教学基地。基地建立了由疾病预防控制中心和上海医药高等专科学校共同组成的领导和管理架构，共设立慢病、防疫消毒、病媒寄防、健康教育等10个教研室，纵向教学管理延伸到社区教学分基地的专业条线^[7]。

3. 社区卫生教学基地建设

嘉定区“3+2”助理全科医生规范化培训社区教学基地主要有马陆镇、黄渡、江桥镇、外冈、工业区等地的社区卫生服务中心。社区教学基地培训形成了家庭医生“一对一”全程带教模式，每名学员在社区实践阶段均由1名家庭医生进行全科门诊、家庭病床巡诊、慢病管理、重点人群管理等环节的全程带教。

（四）人事及组织管理

1. 生源及招录。定向培养乡村医生的生源为嘉定区辖区户籍应届高中毕业生，通过上海市高等教育统一考试，委托上海医药高等专科学校连续三年定向培养。

2. 培训及薪酬待遇。定向培养录取的学生与区卫生计生委签订协议，在校期间的学费、书杂费、住宿费由政府减免，并每月补贴生活费500元。

3. 组织管理。录取的定向培养生毕业后由区卫生计生委统一分配工

作，纳入事业编制管理。原则上由所在地社区卫生服务机构使用。在进入毕业后两年的规范化培训中，培训对象是“单位人”身份，相应的福利待遇由所在单位承担，但其在培训基地培训仍为“全脱产”培训^[7]。

二、主要成效

（一）基层适宜人力层次显著提高

通过探索满足基层卫生需要的人才培养，嘉定基层卫生人才队伍不断优化。目前，全区约 20% 乡村医生取得大专学历，从根本上改变了乡村医生队伍人员老化、学历低、职称低、养老和待遇无保障的局面^[7]。通过两年规范化培训，培训对象在执业助理医生考试中的通过率明显提高，首届（2014 年）学员助理执业考试通过率为 86.6%，第二届（2015 年）学员助理执业考试通过率为 91.2%（图 1）。

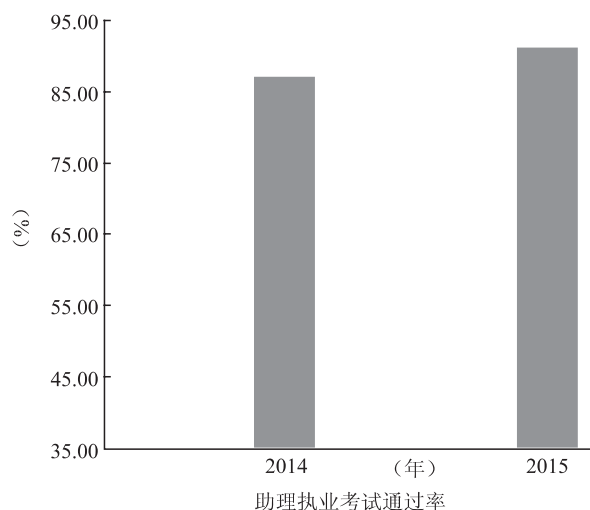


图 1 2014—2015 年嘉定区助理全科医生经“3+2”培养后的助理执业考试通过情况

（二）郊区卫生人才培养资源联动不断加强

通过基层人才培养，以学员培养为主线，实现了临床师资与公共卫生、社区卫生工作的相互联动、有效整合。一是临床和公共卫生需求相结合，以公共卫生服务的需求为导向，注重提升学员解决实际问题的能力。二是临床培训与社区卫生工作相结合，通过加强临床师资和社区资源的有效衔接，及时跟踪社区卫生工作的实际需求，让培训师资和学员

及时了解社区工作的内容和需求，探索社区卫生人才的培训途径。

（三）区域医教研能力逐步提升

通过开展基层卫生人才培养，有力提升了嘉定区域医教研水平；嘉定区通过定向培养工作，不断完善教学设施，优化师资队伍，建立教学管理体系，教学工作逐步走向规范。同时依托上海医药高等专科学校公共卫生教学基地建设，科研教学项目数量持续上升，不断提高公共卫生教学水平。

（四）适宜技术推广运用全面展开

课题组通过对 30 名培训学员的跟踪调查发现，学员除了很好地掌握了医学相关理论知识和临床综合技能外，对全科医学、公共卫生等方面适宜技术的掌握更加全面深入。评估结果显示学员的全科接诊能力、家床管理能力、实践技能、基本公共卫生服务社区实践知识均有了明显的提升（表 1～4）。

表 1 30 名学员全科接诊能力带教前后评估结果比较（单位：分）

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
全科门诊接诊能力	100	63.47±3.44	90.22±2.54	38.972	< 0.01
建立医患关系	5	2.58±0.83	4.40±0.62	15.982	< 0.01
病史采集	20	13.10±1.81	17.80±1.17	13.574	< 0.01
体格检查	15	10.57±1.61	13.97±0.67	12.819	< 0.01
临床思维	15	10.97±1.43	11.40±1.59	1.718	> 0.05
健康宣教	10	6.10±1.32	8.63±0.81	13.765	< 0.01
信息共享	5	3.37±0.75	3.68±0.90	2.076	< 0.05
知情同意	5	2.65±0.90	4.42±0.63	14.818	< 0.01
门诊病史书写	15	11.27±1.34	11.90±1.54	2.433	< 0.05
接诊时间掌握	5	2.57±0.94	4.33±0.72	14.527	< 0.01
结束就诊	5	2.63±0.88	4.42±0.71	16.767	< 0.01

表 2 30 名学员家庭病床管理能力带教前后评估结果比较（单位：分）

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
家庭病床管理能力	100	68.23±3.27	90.30±1.84	38.768	< 0.01
家床适应症掌握	10	6.40±0.89	8.83±0.65	19.631	< 0.01
建撤床流程掌握	10	6.27±0.87	8.77±0.68	21.745	< 0.01
家床巡诊内容	10	6.33±0.84	8.83±0.59	21.745	< 0.01
病人病史采集	20	16.07±1.20	16.63±1.40	2.538	< 0.05
病人体格检查	20	14.27±1.41	18.33±1.12	16.343	< 0.01
合理用药指导	20	14.47±1.41	18.43±1.01	16.076	< 0.01
健康宣教	10	6.17±0.79	8.67±0.61	21.745	< 0.01

表3 实践操作技能带教前后评估结果比较(单位:分)

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
实践操作技能	100	74.83±5.47	91.63±2.58	20.352	< 0.01
血压测量	30	21.87±2.90	27.53±1.63	12.794	< 0.01
指末血糖检测	40	31.80±2.75	37.10±1.63	15.930	< 0.01
身高体重腰围测量	30	21.17±2.97	27.00±1.91	11.757	< 0.01

表4 30名学员带教前后基本公共卫生服务社区实践知识评估结果比较(单位:分)

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
居民健康档案建立	100	79.03±4.20	89.33±3.24	21.152	< 0.01
健康教育服务	100	77.13±4.91	88.17±3.94	21.141	< 0.01
孕产妇健康教育	100	78.10±4.99	79.47±5.00	2.486	< 0.05
老年人健康管理	100	76.97±5.55	88.87±3.40	13.336	< 0.01
高血压患者健康管理	100	81.00±3.78	88.80±3.50	12.926	< 0.01
2型糖尿病患者健康管理	100	79.13±4.89	88.93±3.40	16.779	< 0.01
精神疾病健康管理	100	74.37±5.52	83.57±3.68	10.605	< 0.01
肿瘤监测管理	100	72.93±5.61	84.50±3.74	12.901	< 0.01
残疾人管理	100	77.27±5.13	78.77±3.87	2.208	< 0.05

此外,课题组也对30名学员进行了教学模式及效果满意度调查,具体结果见表5。

表5 30名学员对教学模式及效果的满意度评价(单位:人(%))

项目	很好	好	一般	不好
教学模式				
带教时间	11(36.67)	6(20)	13(43.33)	0(0.00)
带教方法	26(86.67)	3(10)	1(3.33)	0(0.00)
家庭医生带教能力	21(70)	6(20)	3(10)	0(0.00)
社区基地教学能力	22(73.33)	3(10)	5(16.67)	0(0.00)
教学效果				
全科门诊接诊	24(80)	1(3.33)	5(16.67)	0(0.00)
家庭病床管理	28(93.33)	2(6.67)	0	0(0.00)
实践操作技能	26(86.67)	2(6.67)	2(6.67)	0(0.00)
公共卫生实践知识	20(66.67)	5(16.67)	5(16.67)	0(0.00)

三、存在的问题

经过几年的建设，嘉定区助理全科医生培养工作取得了较为明显的成效，但仍存在以下问题。

（一）组织管理方面

在“3+2”助理全科医生规范化培训组织管理中，还存在招录生源质量不稳定，分配不均衡等问题。第一，培训对象仍存在专注性不足的问题，如个别学生在培训期间经常会接到所在单位的工作任务等。第二，由于生源分布不均衡，若按照当前户籍归属地分配原则，则偏远地区基层卫生人才短缺的问题难以有效解决。第三，“3+2”规范化培训与全市“5+3”住院医师规范化培训在培训对象上有交叉，也存在一定程度竞争。

（二）政策方面

定向培养的乡村医生，经过规范化培训成为助理全科医生，进一步发展到全科医生是其正常的职业发展路径，但目前我市在乡村医生、助理全科医生职业发展方面还存在一定程度的政策瓶颈，如目前全市开展的“5+3”全科医生规范化培训进入基层医疗机构进行全科执业，招录人员要求为全日制医学本科毕业生，而通过“3+2”培训可以取得专升本学历，进入“5+3”培养有政策瓶颈。此外，全科医生的差异化激励政策方面也不明确。

（三）培训基地建设方面

目前“3+2”助理全科医生规范化培养基地在硬件和软件方面均存在一定的不足。在硬件方面，普遍存在教育用房紧张的问题，比如嘉定区中心医院的实训室面积有限，随着各类学员数量的不断增加，学员的实训机会和时间相对减少。在软件及管理上，开展培训的师资数量虽已增加，但教师职责和积极性欠缺，尚未形成规范完善的管理制度和激励机制，还存在临床、公共卫生、社区等培训不均衡的现象。

四、政策建议

（一）加强市级层面政策支持

首先，在开展“3+2”助理全科医生培养工作中，重点研究好职前职后衔接问题，为学生打通职业发展通道。针对“3+2”培训学员的职业发展，建议探索构建相关政策和评估标准，在“3+2”培养的人员中择优培养并轨进入“5+3”全科医生规范化培养。未选中人员可按照正常执业医师晋升渠道，考取执业医师资格证书后，注册为全科医生。第二，在总结评估首批助理全科医生规范化培训的基础上，鼓励和肯定培训成果，建议由上海市卫生计生委颁发助理全科医生规范化培养合格证书。第三，建议借鉴嘉定区助理全科医生定向培训的探索成效，在上海市郊区积极探索试点规范化全科医生定向培养工作。

（二）推进区级各部门联动和支持

“3+2”助理全科医生规范化培训的开展需要各级政府的高度重视和各部门的积极支持。建议进一步推进郊区全科医学人才培养，动员各职能部门积极参与和支持，围绕新一轮医改对社区卫生服务模式转变的要求，探索建立全科医学人才培养和激励政策。

（三）做好培训模式规范和推广

市级层面开展的“5+3”住院医师规范化培训难以全面满足不同区县之间的差异化需求，建议市级相关部门在总结、评估、规范“3+2”助理全科医生培训工作的基础上，形成可复制、可推广的基层全科医学人才培养模式。此外，建议要加快助理全科医生培训基地建设评估工作，在嘉定试点工作的基础上，明确助理全科医生规范化培训基地建设标准，为推广“3+2”助理全科医生规范化培训工作打好基础。

助理全科医生队伍的建设涉及到招生、培养、使用等诸多环节，同时亦会牵涉到人事、编制、待遇以及个人职业发展等诸多方面。嘉定区

“3+2”执业助理全科医生培养模式表明了要破解基层卫生人才匮乏的难题，必须从顶层设计上鼓励基层卫生人才建设，由相关部门出台配套政策，提高教学质量、提升培训品质，确保培训合格后的助理全科医生“下得去、留得住、用得好”。嘉定区的探索与创新，有效缓解了上海市基层全科卫生人才短缺的问题，亦为人才属地培养提供了可借鉴的模式。

参考文献

- [1] 国务院. 关于建立全科医生制度的指导意见. 国发[2011]23号, 2011, 23.
- [2] 杜娟, 郭爱民, 路孝琴. 我国全科医学教育研究现状及展望[J]. 继续医学教育, 2009, 23(3): 9-12.
- [3] 上海市编办, 市卫生局, 市财政局和市民政局. 上海市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见. 沪编[2008]133号, 2008, 133.
- [4] 索良. 东营地区全科医学培训现况调查及效果评价[D]. 山东大学, 2008.
- [5] 吴春容. 全科医生的评价标准[J]. 中华全科医生杂志, 2002(01).
- [6] 周浩. 纵向复合型公共卫生教学基地建设实践与思考[J]. 上海医药, 2013(14).
- [7] 周军谊, 方云芬, 杨波等. 上海市嘉定区社区卫生人力资源管理分析[J]. 中国卫生资源, 2011, 4: 207-209.1

(责任编辑: 朱碧帆)

嘉定区居民就医体验研究

谢春艳¹ 陈 多¹ 王常颖¹ 王月强¹ 何江江¹ 钱海明²

【摘 要】 随着医疗卫生领域的不断发展和患者导向医疗模式的转变, 健康体检逐渐得到重视并获得较快的发展, 同时调查可信度也越来越高, 现已作为评估医疗服务质量的重要依据而被许多发达国家所认可。本研究通过在嘉定区开展居民问卷调查和深度访谈, 系统梳理了嘉定区居民就医体验的现状与问题, 并在此基础上提出可进一步提升居民就医体验的路径及建议。

【关键词】 就医体验; 整合型服务; 嘉定

随着医疗卫生领域的不断发展和患者导向医疗模式的转变, 美国学者于 1986 年提出用“患者体验”(patient experience)研究取代“患者满意”(patient satisfaction)研究, 以收集和测量患者接受服务过程中的体验^[1]。一直到 20 世纪 90 年代开始, 就医体验逐渐得到重视并获得较快的发展, 同时调查可信度也越来越高, 现已作为评估医疗服务质量的重要依据而被许多发达国家所认可^[2]。从国际经验来看, 要针对服务利用者(需方)的需求创新服务模式、提高服务质量和效率, 病人体验是一个很好的切入点。

一、概念界定

病人体验改善国际组织——Beryl 研究院(The Beryl Institute)将病人体验定义为: 由组织文化塑造的所有服务互动的总和, 这些互动影响着连续性的卫生服务过程中的病人认知和感受。这一概念的核心要素包

第一作者: 谢春艳, 女, 助理研究员

作者单位: 1. 上海市医学科学技术情报研究所, 上海 200031; 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040

2. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会, 上海 201800

括四个方面：互动、文化、认知感受、连续性的服务。

“患者满意”和“患者体验”概念相似，两者的主要区别在于：①就评价指标和内容而言，“患者满意”将患者对医院服务的认知态度作为评价指标，其内容更偏向于医院管理者和医生所关心的内容；“患者体验”更注重患者就医过程中的心理感受和整体过程中的细节，以患者关心的内容为主要研究内容，在指标的选取上更加倾向由患者提供最真实的感受。②就调查过程来看，患者满意度调查具有“评分特征”，选项/结果常常非此即彼，往往忽略了患者在就医体验中的情感因素^[4]；“患者体验”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”。③就研究方法来说，满意度调查多采取量化的问卷调查的方法，大多只能得到框架性的调查结果；患者体验研究采用问卷调查、深度访谈等多种方法，量化研究与质性研究相结合，易于得到与患者就医体验密切相关的内容^[5]。即在研究初期将问卷调查作为发现问题的初步工具，继而采取深度访谈的质性研究方法获得真实感受与体验细节，以找到改善就医体验的切入点与方法对策。

二、研究方法

（一）量化研究

项目组于2016年4～5月间，在嘉定区开展居民问卷调查。从嘉定区12个街镇中随机选取6个街镇，每个街镇随机选取两个居委（村委），每个居委（村委）以目的抽样和随机抽样的方法抽取100人进行居民调查，样本量合计1200人。研究采用的居民就医体验调查问卷借鉴了欧洲Picker患者体验量表、英国国家卫生与临床优化研究院（NICE）服务质量评估指南中关于病人体验的评估工具，并结合上海实际情况进行了修订。

（二）质性研究

采用半结构式深度访谈和 Colaizzi 现象学分析方法，通过反复地阅读转录的访谈文本，对文本进行意义探究。

三、嘉定区居民就医体验量化研究结果

（一）基本信息

从表 1 可知，被调查对象各年龄层皆有分布，老年人较多；经常在基层医疗卫生机构和二级医院就诊的占大部分（82.5%），较为习惯就近看病就医；大部分居民就诊次数在合理范围。

表 1 嘉定区居民就医体验调查人群基本概况

项目	男		女	
	人数（人）	比例（%）	人数（人）	比例（%）
年龄	495	41.9	687	58.1
≤ 17 岁	16	1.4	10	0.8
18 ~ 44 岁	138	11.7	133	11.3
45 ~ 59 岁	128	10.8	196	16.6
60 岁及以上	213	18.0	348	29.4
患病情况	492	42.3	671	57.7
没有患病	224	19.3	302	26.0
患一种疾病	189	16.3	237	20.4
患两种疾病	57	4.9	96	8.3
患三种及以上疾病	22	1.9	36	3.1
经常就诊的医疗卫生机构	496	42.0	685	58.0
就近社区卫生服务中心	294	24.9	380	32.2
其他社区卫生服务中心	18	1.5	35	3.0
二级医院	144	12.2	203	17.2
三级医院	40	3.4	67	5.7
过去一年本区内机构的就诊次数	485	42.5	656	57.5
1 次	88	7.7	109	9.6
2 ~ 4 次	56	4.9	86	7.5
5 ~ 9 次	155	13.6	184	16.1
10 次及以上	66	5.8	93	8.2
不确定	120	10.5	184	16.1

（二）便利可及体验

由表 2 可知，75% 的居民认为本区医疗卫生机构的服务时间是合理的，66.4% 的居民认为服务收费合理。认为就诊之前等待时间一般的占比最多，达到 41.5%，而等待时间小于等于 1 小时的人数占 83.1%，说明居民对等待时间要求期望较高。有 70.6% 的被调查对象认为前往本区医疗卫生机构是非常方便和方便的，大部分被调查对象前往就医花费时间少于等于 30 分钟，与就近基层医疗卫生机构和二级医院就诊的习惯相符合。

大部分居民没有在本区医疗卫生机构就医前进行预约的习惯，大部分曾经预约的居民认可本区医疗卫生机构的预约方式是较为便捷的。

表 2 嘉定区居民便利可及体验调查概况（单位：%）

项目	1	2	3	4	5	不知道
服务时间	14.1	60.9	23.0	1.4	0.0	0.6
服务收费	9.8	56.6	30.0	2.3	0.4	0.8
服务可及	15.2	55.4	22.8	6.0	0.2	0.5
候诊时间	3.4	27.5	41.5	23.9	3.1	0.7

注：标题行 1、2、3、4、5 表示居民就医体验良好程度，良好程度由高到低。

（三）环境设施体验

如表 3 所示，总体来看，大部分居民对嘉定区医疗卫生机构就诊环境、整体设施、便民服务等体验较好。相较而言，就诊过程中对个人隐私的保护还有提升的空间。

表 3 嘉定区居民环境设施体验调查概况（单位：%）

项目	1	2	3	4	5	不知道
卫生程度	15.9	63.1	20.0	0.6	0.0	0.4
就诊环境	14.0	60.8	23.9	0.9	0.0	0.3
整体设施	13.2	59.3	26.4	0.7	0.0	0.3
便民服务	12.2	54.0	31.3	1.0	0.0	2.4
隐私保护	15.0	47.3	32.4	3.2	0.6	1.6

注：标题行 1、2、3、4、5 表示居民就医体验良好程度，良好程度由高到低。

（四）服务态度与情感支持体验

本次调查中，约 58%～69% 的被调查对象认为就诊过程中受到尊重、医生较为了解自身健康状况、认真倾听陈述、耐心回应并对自身疾病感同身受等。结果提示嘉定区医疗卫生机构医务人员的服务态度尚可，但对病人的安慰方面还有需要提升的空间（表 4）。

表 4 嘉定区居民服务态度与情感支持体验调查概况（单位：%）

项目	1	2	3	4	5	不知道
受到尊重	13.1	56.1	29.4	0.8	0.2	0.5
医生了解健康状况	12.2	45.7	37.2	4.0	0.2	0.9
认真倾听陈述	12.5	56.2	28.5	2.0	0.0	0.7
耐心回应	16.2	55.3	25.9	1.9	0.2	0.6
感同身受	11.3	47.3	37.6	3.1	0.3	0.5

注：标题行 1、2、3、4、5 表示居民就医体验良好程度，良好程度由高到低。

（五）沟通交流与病人参与体验

该部分调查的满意度约为 56%～60%。这提示就诊过程中，医患双方的沟通交流情况一般，患者对自身疾病治疗方案的参与度一般，需要改进（表 5）。

表 5 嘉定区居民沟通交流与病人参与体验调查概况（单位：%）

项目	1	2	3	4	5	不知道
说明病情时间充足	9.7	51.1	33.4	9.7	0.2	0.9
诊断说明详细	13.0	44.5	38.1	4.0	0.0	0.4
注意事项说明详细	12.6	45.5	33.8	7.2	0.4	0.4
病人参与决定治疗方案	11.2	47.7	36.2	4.0	0.2	0.8
健康教育	10.4	45.9	37.4	5.0	0.5	0.7

注：标题行 1、2、3、4、5 表示居民就医体验良好程度，良好程度由高到低。

（六）服务整合体验

总体来看，家庭医生服务有一定的基础和成效，但还需继续深入推进。居民对双向转诊、服务衔接与协同服务体验一般，尤其是对急性期后向下转诊的体验有待提高（表 6）。

表6 嘉定区居民服务整合体验调查概况（单位：%）

项目	1	2	3	4	5	不知道
服务衔接	25.1	53.6	18.0	1.4	0.2	1.6
心理健康关注度	21.8	47.5	26.5	2.1	0.0	2.1
团队协同服务	21.9	49.7	25.8	0.2	0.0	2.3
提供及时转诊服务	18.1	53.4	22.6	2.3	0.0	3.6
转诊服务衔接	20.3	47.6	28.6	0.9	0.0	2.6
转诊流程及时间便捷与否	13.2	54.5	28.6	1.8	0.0	1.8
急性期后的向下转诊	12.7	45.5	33.6	4.1	0.0	4.1

注：标题行1、2、3、4、5表示居民就医体验良好程度，良好程度由高到低。

（七）小结

1. 就医体验总体较好，仍有提高空间

由前所述可知，从整体来看，本次调查中 67.0% 居民认为现有的本区医疗卫生服务机构能满足基本健康需求。各方面体验良好的人数占比基本在 60.0% ~ 80.0%，体验一般的约有一分之一居民，这提示嘉定区医疗卫生机构就医体验仍有需要提升的空间。

2. 对硬件环境体验较好，软环境及内涵建设有待提升

从调查结果来看，75.0% ~ 85.0% 的嘉定居民对本区医疗卫生机构的就诊环境，包括卫生程度、整体设施、便民服务等方面的体验良好。但是，对服务态度与情感支持、沟通交流与病人参与、服务整合体验等服务内涵的体验相对差一些，体验良好的仅占 60% 左右。此外，双向转诊有待提升，转回社区较少，信息沟通不够顺畅。

3. 家庭医生服务体验优于对医院的服务体验

将家庭医生服务体验与机构服务体验进行比较可知，签约居民对于家庭医生服务体验较好，认为家庭医生了解其健康状况和需求的有 81.6%，家庭医生对居民心理健康、社会健康因素比较关心的约 70%。这提示家庭医生通过对居民日常健康状况进行照护，基本与居民建立了较为通畅的沟通机制，且居民对其提供的服务还是较为认可的。家庭医

生签约率为 36.3%，还需继续深入推进。

4. 居民健康意识与需求提升，但就医理念和习惯有待引导

调查结果显示，居民健康需求与期待不断提升，除了目前已有的医疗卫生服务，约一半的居民对心理咨询师、营养师、康复师、社会工作者等相关服务有需求。调查显示居民在就医过程中缺乏耐心，对等待时间期待较高，83.0% 居民等待时间小于 1 小时，57% 等待时间小于 30 分钟，体验良好的却仅有 30.9%，41% 认为一般。从居民就医习惯来看，只有不足 20% 的被调查对象前往嘉定区医疗卫生机构就诊是经过预约的，说明大部分居民没有就医前进行预约的习惯，这可能也是影响就医流程体验的原因之一。

四、嘉定区居民就医体验质性研究结果

（一）社区卫生服务方便、可及、价廉，普遍受到居民的欢迎

深度访谈的结果显示，居民对于社区卫生服务机构体验良好。与上级医院相比，社区卫生服务机构开在家门口，“一般候诊时间不长，医生态度较为亲切，沟通时间能够保证”，因此普遍感觉社区医疗机构“很方便”。居民普遍感觉在常见病就诊、常用药配药以及日常健康管理等方面的便利可及性有较大幅度的提升。

（二）通过公共卫生服务和健康教育，公民健康意识得到提升

社区卫生服务中心和上级医院联合开展的各类居民健康促进、健康教育切实提升了当地居民的健康意识，普及了健康知识，同样受到当地居民的欢迎和好评。访谈中居民谈及社区开展乳腺癌筛查，“不仅及时筛查出潜在的疾病，且提高了居民的风险意识”。此外，越来越多的居民养成了各类适用于自己的运动习惯，“晚饭之后，做什么事情的都有，跑步的、跳舞的，各种各样”。

（三）社区医生态度好，容易被居民熟悉和信任，但专业水平尚需提高

根据深度访谈可知，深入社区的医务人员尤其是家庭医生较为被居民所熟悉，相较于上级医院的医生更易取得当地居民的信任和认同。但有些居民对基层医务人员技术水平有疑虑，因此普遍存在生病直接去上级医院就医，等病情稳定后再到基层配药的情况，如仅有“小毛小病”时才去社区医疗机构。

（四）部分居民“不晓得”有家庭医生签约服务，对部分弱势人群的服务有待加强，服务整合程度有待提高

虽然家庭医生签约居民对家庭医生服务的体验较好，但对家庭医生签约及相关服务内容不甚了解的情况也同时存在，部分居民表示“这个政策我没有听说过，我也不知道”。由于家庭医生多是在居民到社区医疗机构进行就诊时与居民签约，而患有严重复杂疾病的患者多选择直接到上级医院就诊，致使这些相对弱势的人群反而缺少了解家庭医生制度和政策的机会。对弱势人群的覆盖程度和关怀程度还有待进一步加强，部分患重大疾病人群，如晚期肿瘤和精神病患者缺乏居家、康复、护理等服务，以及临终关怀支持，社区层面多方资源还需进一步横向整合，加强衔接。

（五）到医院看病时仍感到“看病难”

通过访谈了解到，目前医院的看病流程已在很大程度上得到规范，但由于就诊患者较多，医患沟通不足，居民大多感到等待时间长，反映“排队等待时间长，医生太忙，没时间多说”。除却客观医疗卫生服务需求量较大、医院人力资源不足的因素以外，医院对于患者的不满情绪没有进行及时处理，患者的认知不合理和期望过高都是导致居民就医体验下降的原因。

（六）社区卫生服务范围和内容有待扩大

很多居民在访谈中反映，社区卫生服务机构所能提供的服务较为有限，“很简单的小伤口的处理都没有，要是能开设一些这样的服务就更好了。多增加一点药品的种类，很多药还是没有，只能到大医院去排队”。针对居民提出的扩大社区卫生服务范围及药品种类的需求，可通过增加门诊手术、清创缝合、日间病房等服务内容来进一步提升居民的就医便捷度。

五、进一步提升居民就医体验的路径及建议

（一）供方：加强政策宣传和资源整合，创新服务模式

1. 加大医疗卫生相关制度和政策的宣传和解释力度

针对部分居民对医疗卫生服务相关制度和优惠政策知晓度不高的问题，要加大宣传和解释力度，如社区卫生和家庭医生服务、“1+1+1”签约、分级诊疗等。增加社会各方对社区卫生服务及家庭医生制度的认同、接受和支持，需要媒体和宣传部门大力支持、合理宣传与解释，同时明确医患双方各自的权利和义务，避免对相关政策、制度的误解和扭曲，打消居民的顾虑，引导社会各方包括居民正确认识医改相关政策，引导居民形成科学的就医习惯和医疗需求，使家庭医生和居民双方主动提供和接受全程健康管理，共同提高签约服务的利用率和实际效果。

2. 创新服务模式，基于病种及重点人群建立整合型服务路径，以人 为中心进行案例管理和个性化服务

借鉴发达国家医疗卫生服务整合型服务路径的趋势和经验，基于病种和重点人群对疾病进行预防、筛查、诊断、服务和评估建立标准化流程。首先通过全科医生的签约服务档案将当地人群分类，识别出某种疾病的风险人群，对风险人群进行疾病筛查，从而发现重点服务人群；其次，社区服务团队对重点人群进行生理、心理和社会的综合需求评估以

确定每一病种人群的特定需求和最需要解决的关键问题，根据需求评估结果对不同的病种制定具体的诊断标准、服务标准及转诊标准；同时加强风险人群和重点人群的疾病预防和健康管理，根据其病种及个体需求和生活环境建立个性化的服务方案或服务包，对风险人群增强服务力度，避免不必要的住院；此外，服务路径中应集中与此人群或病种所有相关的资源和信息，包括可以提供帮助的相关政府部门、民间组织、慈善团体及专业服务机构，对所涉及的各个部门、服务提供者和相关利益方的责权利进行明确；最后对服务成效和人群健康结果进行评估，根据评估结果对服务路径不断改进。

在设计每一位病人的服务方案时，应强调以人为中心和人性化，注重病人面对整个服务体系的话语权和知情权。可以指定家庭医生团队中的护士或医生助理——有条件的社区可以引入医务社会工作者，承担案例管理者或服务协调人的角色，作为病人在整个复杂服务体系中的“代理人”和“导航”，可以有效地整合多方面的资源（除向上转诊医院的专科医疗服务之外，还有社会和社区资源等），在督促多学科专业团队的有效合作的同时也提高与病人之间的沟通效率，改善病人体验。

（二）需方：建立科学合理的健康理念和就医习惯，提高自我健康管理的能力

居民最熟悉自己的身体，最了解自身的健康状况。居民应改变就医习惯及健康理念上的一些误区，在寻求医疗卫生服务时，为自己的健康承担更多的责任，从过去的消极接受者转变为积极主动的自我健康管理者；关注各种健康教育，形成合理的就医理念，懂得如何选择适合自己的服务，如何主导自己的健康；配合分级诊疗、居民签约和社区家庭医生制度的实施，积极参与健康管理和医疗决策过程；争取把自己培养成为最高效的自我健康管理的专业人士，最终实现改善人群健康结果的目标。

（三）相关政府部门：加强跨部门联动，完善制度环境和政策支撑

1. 完善人才培养、保障与激励机制，加强基层卫生服务能力建设

针对基层卫生人员能力水平参差不齐，居民对家庭医生的诊疗水平不信任等问题，建议市级有关部门加大全科医生培养力度，强化全科医生规范化培养工作和全科医生在岗、转岗培训工作，除了要全面掌握临床专业技能外，也要融会贯通社会学、管理学和心理学等知识，掌握家庭健康危险因素的识别、干预和评估等健康管理手段，同时具备必要的人际沟通能力，真正从单纯的临床医生转化为具有综合能力的复合型医学人才。同时加强多学科服务团队的建设，在社区大力发展全科医生队伍的同时，也要加快对社区护士、职业治疗师、物理治疗师、营养师、心理咨询师和社会工作者等专业人员的培养和培训，加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设，加大对影响健康的社会、心理因素的关注程度，推动医学模式在社区的转变。

此外，针对医务人员工作积极性不高的问题，建议尽快出台具有竞争力和吸引力的基层卫生人员薪酬待遇、职称晋升等人事制度，吸引更多的优秀人才充实家庭医生队伍并提高其稳定性。同时出台倾斜政策吸引相宜医学人才进社区，鼓励上级医院医务人员支援社区，给予下基层工作津贴。为有效提升社区卫生服务的水平，可规定二、三级医院的医生具备三年以上社区工作经历才能晋升职称。这样一方面可以密切医院与社区的联系，另一方面有利于推动基层卫生人才队伍的成长。

2. 加快建设医疗联合体和分级诊疗制度

针对部分居民反映到二、三级医疗机构等待时间较长、医生缺乏耐心、到医院就诊感到迷茫无措等问题，加快推进“1+1+1”签约，落实连续性健康管理、长处方、二级和三级医院专家号源、上级医院延续用药、优先便捷转诊等一系列优惠政策和服务，引导签约市民优先利用家庭医

生诊疗服务，逐步实现定点就诊。同时建议二、三级医院设置专门的部门或专人对接家庭医生转诊服务、为转诊病人建立绿色转诊通道等措施，加大对首诊社区的支持力度。

3. 调整医保相关政策

在支付制度的设计过程中，应着眼于整体，针对慢性病患者所需的整个服务过程，将家庭医生健康管理和咨询服务纳入医保支付范围，通过支付制度引导由注重医疗和药品转向积极开展预防保健和健康管理，有利于“预防为主”方针落到实处，尽量避免不必要的急诊和住院。另外，还应建立与分级诊疗相适应的差异性支付政策，基于医疗联合体对不同类型、不同层级的服务进行整合型的打包支付，并适当调整对社区卫生服务中心的医保额度与管理指标，在相关政策上能够给予社区进一步的倾斜，即与家庭医生制度联动，实现按人头总额预付。

4. 开展跨部门行动，建立社会支持网络，引导社区资源整合

充分发掘社会和所在社区的资源，将社区生活服务中心、社区文化中心、社区卫生服务中心等多种基层服务机构的资源和功能进行有效整合，建立社会支持机制，使之成为改善居民健康和就医体验的重要支撑。成立多政府部门参与的，互相协作的社区服务管理部门，将解决健康问题的着力点放在基层和社区，探索卫生、民政、残联等多部门社会公共服务相互整合的契机与方式，有利于降低行政管理成本，简化服务流程，节省有限的公共资源，并使卫生服务与各种社会公共服务有效衔接与融合。加强与社会工作者、志愿者等民间社会的合作，加强与所在街道居委的沟通机制，充分发挥街道健康促进委员会的职能，使健康自我管理小组成员和健康志愿者等组成的居民健康管理团队，参与到改善居民就医体验的工作中，以提供适应当地居民需求的更加人性化的、便捷有效的服务。

参考文献

- [1] Frampton.S.B, Guastello S. Honoring the Life of a Pioneer in Patient Centered Care: Harvey Picker(1915-2008)[J].Patient, 2008,1(2):73-75.
- [2] 谭玉兰, 张云美.患者就医体验研究进展[J].护理学杂志, 2014,29(5): 91-93.
- [3] 尹孔阳.医疗服务行业的情感管理及对策[J].医院管理论坛, 2003, 30(3): 8-12.
- [4] Tsianakas V, Maben J, Wiseman T, et al. Using Patients' Experience to Identify Priorities for Quality Improvement in Breast Cancer Care: Patient Narratives, Surveys or Both? [J]. BMC Health Serv Res, 2012(12):271.

(责任编辑: 常利辉)



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China