

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

“凝炼区县经验、深化上海医改”专刊（下篇）

2012年 第9期

（总第43期）

上海市卫生发展研究中心

2012年11月21日

编者按 加强基层卫生人才队伍建设、稳步推进家庭医生制度是上海市本轮医改夯实基层医疗卫生服务体系的重要工作之一。本期将着重介绍上海市部分区县在人才建设、推进家庭医生制度等方面的亮点与经验，如徐汇区加强社区卫生人力资源管理，优化社区人才发展环境，形成了较为完整的队伍建设体系；长宁区以家庭医生制度的整体构建为主线，通过“四医联动”探索了签约首诊机制的建立，初步形成了上级医疗机构与社区卫生服务中心分工协作、有序转诊机制，并建立了与家庭医生制度目标相适应的考核体系；嘉定区在全国率先通过“3+2”模式致力培养具有全科医学理论和技能的新一代乡村医生，有效夯实了郊区基层卫生服务网底力量；虹口区、青浦区的慢性病筛查与管理，杨浦区的“医教结合”，浦东新区、金山区的家庭医生制度建设，崇明县的社区卫生服务综合改革等。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第5卷第9期(总第43期)
2012年11月21日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号801室
邮编: 200040
电话: 021-22121756
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

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

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目次

区县之窗

徐汇区: 加强人才队伍建设, 规范“收支两条线”管理	1
长宁区: 强化机制与内涵, 构建家庭医生制度.....	7
浦东新区: 统筹发展, 改革创新, 全力构建家庭 医生制度	10
金山区: 探索符合郊区特点的家庭医生制度.....	14
嘉定区: 积极探索, 政策引导, 着力农村基层 队伍建设.....	17
杨浦区: 规范社区卫生服务功能 优化服务模式	20
青浦区: 积极探索“家庭医生+人头预付”新模式	22
虹口区: 探索家庭医生健康管理有效模式.....	24
崇明县: 因地制宜, 加快推进社区卫生服务综合改革	27

徐汇区：加强人才队伍建设，规范“收支两条线”管理

9月24日，由市卫生局领导带队，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共16人赴徐汇区进行了实地调研。通过调研，认为徐汇区在社区卫生服务改革中的亮点有两个方面：一是加强社区人才队伍建设；二是体现政府职能，规范“收支两条线”管理。具体如下：

一、加强人才队伍建设，提高社区服务能力

（一）亮点

徐汇区以社区卫生服务人才队伍建设为重点，创新机制、拓展渠道、丰富形式，加强社区卫生人力资源管理，在优化社区人才发展环境，加强全科医生队伍建设，提升社区服务能力等方面取得有益经验，形成了较为完整的队伍建设体系。

（二）可推广点

经过调研，初步认为徐汇区人才队伍建设的举措中，以下几点具有在全市推广的价值：

1、在“培养与引进”环节

除了规范化培养全科医生这一渠道外，徐汇区采取多种方式充实社区队伍：一是对社区引进的高级专业人才或具有研究生学历的青年优质人才给予10万—40万的引进人才奖励；二是对在社区工作的高级专业技术人员允许适当延长退休年龄；三是允许二级医院医生通过“挂编留”的形式到社区工作。

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

2、在“培训”环节

一是**建立全科医生实训评估中心**。徐汇区在全市率先建立全科医生实训评估中心，建立了包括人机对话、技能模拟、物理检查实战、技能观摩评估、专家诊疗示范、临床专病实训等6个评估培训模块，通过**评估—实训—再评估**的环路，**提高培训的针对性与有效性**。该中心与中山医院紧密合作，充分依托了中山医院全科的丰富专家资源，并已通过市卫生局组织的评审，挂牌为市级实训评估基地。

二是**建立全科医生进修培训基地**。充分利用区域二、三级医院资源建立全科医生进修基地，并在澳大利亚和台湾两处建立培训基地，定期选派全科骨干参加培训，保证进修期间待遇，初步建立起了**上下联动、内外互动的培训基地模式**。

三是**建立二级医院支援社区卫生服务中心机制**。为提高辖区内二级医院支援社区的动力，徐汇区**每年核拨专款**用于支持二级医院专家通过示范查房、疑难病例讨论、专题讲座、骨干医师带教、结对支持等形式，为社区卫生人才培养提供技术支持。

四是**实施全科青年人才培养计划**，对25名培养对象每人给予5万元的培养经费资助。

3、在“使用”环节

一是对定向规范化培养毕业生在**进编政策**上给予倾斜；二是对部分尚不具备纳编条件的编外卫技人员，做到**同工同酬**，在中层干部选拔、课题申报、先进评选等方面给予均等机会。

4、在“激励”环节

绩效分配上向关键岗位、重要岗位倾斜，体现人才价值，适当拉开差距，充分调动职工的积极性。近阶段主要**向家庭医生进行分配倾斜**，建立家庭医生按照签约居民数递增的津贴机制。

（三）推广难点

1、目前，社区人才队伍建设的关键仍然在于提升岗位含金量与吸引度，这是政策基础。徐汇区虽然已经实施了社区绩效工资，但社区卫生服务中心医务人员与二、三级医院待遇差距仍在不断加大，职业发展空间受限，社会认同感不高，**人才队伍不稳定性增强**。在全市推广时，需要在实施绩效工资的基础上，建立社区与二、三级医院医务人员在收入上的合理衔接，通过多种渠道，提升社区医务人员的社会地位和职业荣誉感。

2、1999年设置的专技职务结构比例已与目前的现实情况差距较大，在很大程度上已经限制了卫生人才队伍建设，造成了人才流失、**人才晋升受限**等情况，需要相关主管部门尽快根据实际情况，修订相关标准。

（四）发展点

通过徐汇区调研对推进本市社区卫生人才队伍建设的主要启示：

1、**统筹资源、借力发展是社区人才队伍建设的借力点**。社区是医疗卫生服务的网底，也处于卫生人才链的尾端。充分依托二、三级医院和高等院校的力量，加强在人才培养和人才共享上的合作，是推进社区卫生人才队伍建设的有效途径。

2、**目标引领、岗位激励是社区人才队伍建设的精髓**。对社区卫生人才队伍而言，唯有建立良好的职业前景和普遍的职业认同感，才可能有长足的发展和持续提升。

3、**分类发展、项目推进是人才队伍建设的关键**。社区卫生服务能力的提升必须是临床、公共卫生、护理、医技、管理队伍素质的整体提升，不同专业人群有不同的成长特点和发展要求，因此以项目为抓手，针对不同培养对象特点，做好方案设计、加强日常管理，

落实评估考核，是提高人才培养效果的有效途径。

二、政府托底，规范“收支两条线”管理

（一）亮点

徐汇区政府加大对社区卫生服务的投入，在社区卫生服务中心全面实行了“收支两条线”预算管理改革，目前改革扎实推进，措施日趋规范，形成了“四位一体”的实践模式。

（二）可推广点

经过调研，初步认为徐汇区“四位一体”的“收支两条线”管理模式具有在全市推广的价值：

1、坚持“收支分离”，做到收支脱钩

各中心每月10日之前，将所有业务收入（包括医保预付收入）上缴至专户，区卫生财务管理中心20日前根据卫生局年初核定预算对各单位进行审核后拨付。

2、“以需定支”，财政全额托底

徐汇区建立“以需定支”的模式，各中心的业务支出不再与其业务收入挂钩，而由主管部门按照一定标准对各中心的支出进行核定。各中心的支出只要合理合规，所产生的收支差额由财政全额托底补偿。

3、严格预算管理，控制成本支出

一是严格执行预算刚性原则，除政策性、不可抗力等非主观因素，各项支出严格按照预算执行；二是实行会计委派制年度外部审计制度，加强社区卫生服务中心的财务事前监管和事后监督；三是借助“徐汇区卫生财务分析监审信息系统”，主管部门实时掌握各中心的财务收支、资金使用、成本控制、资产使用等方面的情况，从事后控制向事中控制转变。

（三）推广难点

1、徐汇区对辖区内社区卫生服务中心的基本支出有统一的项目与标准规定，这是实现预算管理、按需定支的关键，但由于各区县之间的差异，在全市推广时，很难将徐汇的项目与标准规定进行照搬，**因此各区县都应该对辖区内社区卫生服务中心的基本支出项目与标准进行统一。**

2、本市社区卫生服务中心收支两条线管理改革是与医保总额预付同步推进的，其中医保预付总额是社区业务收入的重要组成部分，在全市层面需关注医保总额，尤其是**人口导入区的总额核定**是否合理的问题。

3、实施“收支两条线”后切断了业务收入与医务人员个人收入的挂钩，切断了原有医务人员的利益驱动链，医务人员的积极性必然受到影响。因此，需要**建立相应的激励机制**，保证医务人员的积极性，提高社区卫生服务的质量和效率。

（四）发展点

通过徐汇调研对推进本市社区卫生服务中心“收支两条线”管理的主要启示：

1、社区卫生服务是一项应由政府保障的基本公共服务项目，是实现“人人享有基本医疗卫生保健”的必然途径。与政府购买服务仅体现政府对社区卫生服务承担局部筹资责任相比，政府通过收支两条线对社区卫生服务中心的投入**是一种更全面、更彻底的承担社区卫生服务筹资责任的制度设计。**

2、社区卫生服务中心经费上缴与下拨的分离虽然可以通过制度设计得以实现，但要将社区卫生服务中心上缴的收入与下拨经费之间的直接联系切断，则**需将收支预算管理作为工作重点。**在支出预

算方面，应以辖区为单位，制定统一、可操作的社区卫生服务中心支出标准，支出标准的制定与社区卫生服务中心开展的工作项目和工作量密切相关。在此基础上，对政策性因素引起的社区卫生服务中心突破预算的情况，应建立预算调整机制和事后审核补偿机制；对社区卫生服务中心因成本控制等形成了预算结余的情况，则应建立合理使用的长效机制。

3、实施社区卫生服务中心收支两条线管理，**需要统筹兼顾公平与效率之间的矛盾**。通过建立科学的绩效考核制度，有利于提高社区卫生服务中心的服务效率与服务质量，并实现成本效益。通过绩效考核制度的配套实施，不仅能促进社区卫生服务中心服务效率的提高，也将增强政府继续加大对社区卫生服务中心投入的意愿和信心，形成良性循环。

（责任编辑：彭颖）

长宁区：强化机制与内涵，构建家庭医生制度

9月25日上海市卫生局徐建光局长带队赴长宁区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政局、申康中心、市卫生局各相关处室负责人等共24人参加了调研，长宁区政府陈志奇副区长陪同调研。调研组实地考察了长宁区新华街道社区卫生服务中心，听取了长宁区卫生局葛敏局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

长宁区作为国家“全科医生执业方式和服务模式改革”试点区，以家庭医生制度的整体构建为主线，通过“四医联动”探索了签约首诊机制的建立；初步形成了上级医疗机构与社区卫生服务中心分工协作、有序转诊机制；在全市率先探索医保经费支付方式改革；建立了与家庭医生制度目标相适应的考核体系。通过机制建设与服务规范，体现“保基本、强基层、建机制”的改革要求。

二、可推广点

经过调研，初步认为长宁区在家庭医生制度构建的实践中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）以“四医联动”为切入口探索家庭医生首诊制

由区政府统筹卫生、民政、财政、医保及社会慈善组织等资源，建立起面向困难人群的“基本医疗保险+基本医疗服务+政府医疗救助+社会组织医疗帮扶”的医疗卫生保障制度，困难人群**在与家庭医生签约并严格首诊的基础上**，医疗保险支付范围内个人自负部分，按95%享受费用减免，个人只需要承担5%；由签约家庭医生转诊到区内定点二级医疗机构就医者，医疗保险支付范围内个人自

负部分，按 90% 享受减免，个人只需要承担 10%，相关减免经费由民政承担。在保障困难人群利益的同时，也成为建立家庭医生首诊的切入口与起步。

（二）与上级医疗机构建立分工协作、有序转诊机制

在探索家庭医生首诊制的基础上，长宁区积极整合区域卫生资源，畅通双向转诊机制，重点是健全和完善由仁济医院（三级医疗机构）、区内二级医疗机构及社区卫生服务中心组成的协同服务模式，充分发挥区域医疗集团的作用，有效开展定向的逐级转诊服务。尤其是与辖区内的同仁医院（仁济医院长宁分院）建立了紧密、畅通的转诊渠道，居民持家庭医生首诊后开具的转诊卡至同仁医院，可直接通过绿色通道至专家、专科门诊就诊，或优先安排住院，实现了便捷、有效的转诊。

（三）建立与家庭医生制度目标相契合的考核体系

配合家庭医生制度的构建，进一步完善社区卫生服务绩效考核指标体系，对接近期目标，在现有的以服务数量、质量及满意度为主要内容的考核指标体系中，增加签约率、社区首诊率、定点就诊率、逐级转诊率、预约门诊率及预约门诊量百分比等六项量化指标，在考核基础上，试点给予家庭医生每月每人 1000 元岗位津贴。在具体考核形式上，建成“家庭医生工作信息管理平台”，使工作指标数据客观采集、动态跟踪，确保真实性。

（四）探索医保经费按签约人头拨付改革

在市人保局的支持下，长宁区正在探索医保经费支付方式改革，初步设想根据家庭医生的签约对象数量，给予每名签约对象每月 10 元的补贴。侧重以签约对象的治疗和管理效果、医保经费支出情况为主要考核指标，经考核后，签约对象中城保居民的签约服务费由市人保局支付，居保居民的签约服务费由区财政支付。

三、推广难点

(一) 长宁区以“四医联动”为建立家庭医生首诊制的切入口，此项政策具备在全市推广的可行性，但除“四医联动”对象外，需要重点关注的是如何**将首诊机制推广到一般人群**，目前长宁区对于一般人群的首诊采取的“政策倾斜、优惠引导”的方式（如配药种类上有一定数量上的突破等），效果有限，在缺乏基本医疗保险政策支持的情况下，难以有实质性突破。

(二) 从长宁经验来看，社区卫生服务中心和区域内二级医疗机构之间转诊通道可逐步建立，但从全市层面来看，由于三级医院从资源调配和利益机制方面缺少动力，因此社区卫生服务中心与**三级医院之间有序转诊机制建立存在较大困难**，亟需通过医疗联合体构建、预留诊疗资源、强化制度要求等渠道形成突破。

(三) 与已调研区所反映的情况一致，家庭医生制度构建的首先需要一支稳定的家庭医生队伍，因此在全市推广时，需重点关注家庭医生待遇、地位、职业发展前景的提升。

四、发展点

(一) 家庭医生制度构建重在“机制”，应围绕家庭医生成为医疗资源、费用与居民健康“守门人”的目标进行整体设计与推进。

(二) 建立家庭医生首诊制是实现分级医疗的关键，能够将居民的基本医疗服务需求引导至社区卫生服务体系内，促进双向转诊的有效运转，促进资源在各级医疗机构之间的合理配置，从而缓解“看病贵、看病难”问题。虽然本市目前在较短时间内全面推行家庭医生首诊制存在困难，但需在顶层设计时按照此目标提出实现路径。

(三) 建立家庭医生首诊制有两个重要支持条件，**一是**基本医疗保险政策的引导与支持；**二是**与上级医疗机构分工协作、有序转诊机制的建立。上述两者应成为深化本次改革的重点。

(责任编辑：杜学礼)

浦东新区：统筹发展，改革创新，全力构建家庭医生制度

9月26日，市卫生局领导带队赴浦东新区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、申康中心、市卫生局各相关处室负责人等共20人参加了调研。调研组实地考察了浦东新区潍坊社区卫生服务中心，听取了浦东新区卫生局孙晓明局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

浦东新区在深化社区卫生服务改革中，克服两区合并后的区域内差异性，始终坚持统筹发展，在区域范围内实现基本卫生服务的均等化，紧紧围绕家庭医生制度，循序渐进，分类开展，力求机制引导，逐步建立起全面的家庭医生制度。

二、可推广点

经过调研，初步认为浦东新区在家庭医生制度构建的实践中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）城乡统筹，均衡发展，实现基本卫生服务均等化

一是完善社区卫生服务管理体制，成立新区医疗机构管理中心，作为管理主体，统一负责全区社区卫生服务中心的运作和管理；二是将村卫生室纳入社区卫生服务管理体系，统一规划设置、行政管理、业务管理、药械管理、财务管理、绩效考核，实现镇村一体化；三是制定对农村地区倾斜的人才激励机制，在全区对社区卫生服务中心全科医生每月补助1500元/人的基础上，对在农村地区工作的全科医再增加每月500元的补助标准，对经定向培养并取得助理执业医师资格的乡村医生优先纳入社区卫生服务中心编制，

下派至村卫生室执业，成为新一代乡村社区医生。

(二) 配合家庭医生制度开展新农合“按人头支付”改革

在全市率先推行新农合“按人头支付”改革，将支付方式改革与家庭医生制有机结合，发挥卫生部门既管理医疗又管理新农合保障的优势，促进家庭医生成为居民健康的“守护人”、卫生经费的“代理人”和卫生资源的“管理人”新机制的建立，体现医改“建机制”的要求。

1、以收定支，合理定额。依据所在街（镇）参合人数、筹资水平、补偿方案调整、医疗服务成本变化及居民卫生服务需求增长等因素合理确定社区卫生服务中心“按人头支付”额度。

2、绩效考核，强化监管。建立健全监管体系，强化服务质量监管，切实保证服务质量和控制费用不合理上涨的双重目标，切实维护参合人员利益。

3、超支不补，结余表彰。社区卫生服务中心超出“按人头支付”总额部分原则上由医疗机构承担，结余部分由财政匹配专项经费予以表彰。

4、定点首诊、按需转诊。建立辖区内新农合参保农民首诊在签约家庭医生处的机制，未按照社区首诊、按需转诊的参合农民补偿比例减半。

5、统筹拨付，费用管理。社区卫生服务中心负责参合人员在各级医疗机构发生的医疗费用的支付与管理。实现新农合医疗费用由新农合基金管理机构单一管理向社区卫生服务中心共同管理的转变，社区卫生服务机构不仅是医疗服务的提供者，同时也成为医疗费用的管理者，同时有利于分级医疗、双向转诊，引导一般诊疗下沉到基层。

（三）建立分类实施，分层推进的工作模式

根据浦东新区实际特点与家庭医生制度构建的总体目标，建立分步实施的工作模式，**一是在**实施范围上，将辖区内社区卫生服务中心分为示范中心、重点中心、规范中心三种类型，其中示范中心要求全面推进辖区内居民签约全覆盖工作，创新签约和服务模式，为推进全科医师家庭责任制工作探索和积累经验；重点中心要求以老年人、孕产妇、儿童、残障人士及慢性病患者等为重点人群，力争实现重点人群签约全覆盖，非重点人群签约率不低于70%；标准中心要求以重点人群为主要服务对象，力争实现重点人群签约全覆盖，非重点人群签约率不低于50%。**二是在**服务对象上，根据社区居民与社区卫生服务中心联系的紧密程度，将社区卫生签约服务分为健康管理、健康服务、健康关怀三大类，其中健康管理对象为长期在社区卫生服务中心就诊的社区居民，要求建立居民健康档案并定期更新，针对主要健康问题和需求制定并实施健康管理计划；健康服务对象是较少在社区卫生服务中心就诊的社区居民，要求建立居民健康档案，进行必要的回访，做好随时响应准备；健康关怀对象是偶尔或从未在社区卫生服务中心就诊的社区居民，要求联系居委会深入社区建立健康档案，公开家庭医生联系方式，解答健康咨询，做好健康关怀。

三、推广难点

首先，浦东新区新农合“按人头支付”改革得到本区财政、人保等部门的大力支持，避开了基金结余用于奖励的政策障碍，在全市其他郊区县推广时要关注区县财政支持情况，若不能得到持续的支持，该项改革难以维系。

其次，虽然在拨付政策上设计了由社区家庭医生负责参保农民

在各级医疗机构就诊全部费用管理的机制，但从全市层面来看，新农合病人占二、三级医院比重低，二、三级医院对新农合基金依赖度较低，相应的新农合基金对二、三级医院的影响度也较差，由全科医生管理参合农民在二、三级医院医疗费用比较困难

此外，与在其他区县调研时所反映的情况一致，构建家庭医生制度在全市层面存在着队伍数量不足、水平有限、岗位含金量降低、居民信任度不够、就医相对自由无序等问题。

四、发展点

首先，统筹发展对全市层面推动医改具有重要启示，统筹发展有两个方面的要求：一是在全市统筹各区县的卫生改革发展；二是在各区县层面统筹不同街道、乡镇间的卫生改革发展。后者是前者的基础，前者是最终的目标。

其次，缩小差距，统筹发展需要一个较长期的过程，在过渡期间，采取分类设定目标并予以推进的方式符合实际与客观需要，能够使改革更具有针对性。

最后，以新农合“按人头支付”改革为切入点，围绕家庭医生成为医疗资源、费用与居民健康三重“守门人”的目标，对家庭医生制度进行整体设计与推进。医疗、医保联动改革，是医改进一步深化的必然趋势。

（责任编辑：王力男）

金山区：探索符合郊区特点的家庭医生制度

10月8日，市卫生局领导带队赴金山区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、申康中心和市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共16人参加了调研，金山区贾炜副区长陪同调研。调研组实地考察了金山区工业区社区卫生服务中心，听取了金山区卫生局倪军杰局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

金山区在人力、财力有限的条件下，结合郊区特点，在信息化管理、绩效考核和临床医疗专家、医疗联合体四个平台的支撑下，以全科医生为核心、其他医务人员（包括乡村医生）为健康助理，围绕“家庭-站点-中心”三个服务阵地，推行具有郊区特色、切实可行的家庭医生制度。

二、可推广点

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

（一）由乡村医生等人员担任“健康助理”，充实家庭医生服务团队

针对家庭医生数量少的现状，金山区以村居为单位，根据服务人口数量，以服务团队的模式，开展家庭医生制服务。服务团队成员包括由健康管理员（3-4名家庭医生）、一级健康助理（1个公卫医生和4名护士）和二级健康助理（3-4名乡村医生）组成。每个团队再分成3-4个服务分队，每个分队配置1名家庭医生、1-2名一级

健康助理，1名二级健康助理，每个分队一般管理2500名居民。

(二) 探索团队病房，建立社区卫生服务平台内部的有序分诊

在服务区域、全科诊室包干的基础上，探索社区卫生服务中心内部全科病房包干，根据家庭医生服务团队签约居民住院诊疗需求，将社区卫生服务中心一定数量的病房作为每个服务团队管辖和调配的病房资源，实现与全科诊室诊疗后的无缝衔接，优先入院。

(三) 便携式信息化设备与远程诊疗无缝衔接

金山区投入专项资金，为家庭医生配备无线随访设备，家庭医生上门服务时，可随时通过平板电脑、上网本等终端设备，为居民建立、查阅或更新健康档案，并实时记录随访任务；建立远程心电图诊断系统，家庭医生可上门为居民测量心电图，无线发送至仁济医院诊断中心，诊断结果会及时地发送至家庭医生手机，家庭医生可当面反馈给居民本人，这对服务半径大、地域广的远郊来说意义尤为重大。

(四) 结合工业区特色成立企业健康管理服务团队

针对工业区企业健康管理的需求，以社区卫生服务中心体检科为载体、预防保健科辅助、退休返聘的全科医生为主力成立企业健康管理服务团队，为工业区内企业提供健康体检并建立健康档案，为有需求的企业建立流动医务站，定期提供基本诊疗服务，重点开展针对企业职工健康问题与健康风险的宣教、指导、干预，将健康管理服务从居住社区拓展至功能社区。

三、推广难点

与其他区县，尤其是其他郊区县调研时所反映的问题类似，推行家庭医生制度面临着基层卫生服务人员数量不足、流失较多、首诊缺乏制度保障、郊区服务半径较大等问题，金山所探索的具有郊

区特点的家庭医生制度，一定程度上有助于上述问题的缓解，但从根本上仍不足以完全解决。

四、发展点

（一）郊区服务半径大，地域广，居民居住分散，推行家庭医生制度难度更大，而且在家庭医生数量普遍不足的情况下，将乡村医生作为家庭医生助理，纳入服务团队，能有效解决人员少所致的服务效率低下的问题，是郊区家庭医生制度应有的共有模式。

（二）家庭医生制度构建需要有力的支撑平台，一是社区内部平台，需要对社区卫生服务中心住院、康复、护理、心理、营养等各个部门进行重新打造与优化；二是医疗系统平台，需要在卫生体系内的二三级医疗机构资源的支持；三是外部政策平台，包括医保、财政、人事、编制等一系列配套政策。

（三）在家庭医生逐步覆盖居住社区的同时，应鼓励探索将健康管理服务延伸至企业、学校、楼宇等功能社区，开展符合功能社区特点与需要的基本卫生服务。

（责任编辑：王月强）

嘉定区：积极探索，政策引导，着力农村基层队伍建设

10月10日，市卫生局领导带队赴嘉定区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共20人参加了调研。调研组实地考察了嘉定区马陆镇社区卫生服务中心，听取了嘉定区卫生局郑益川局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

嘉定区在基层卫生人才的培养、使用和激励上积极探索，在全国率先通过“3+2”模式致力培养具有全科医学理论和技能的新一代乡村医生，有效夯实了郊区基层卫生服务网底力量。此外，对全区参加农村合作医疗的高血压患者实行免费服药，探索对象稳定、关系紧密、服务到位的慢病管理模式。

二、可推广点

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

（一）探索“3+2”乡村社区医生定向培养模式

2008年，嘉定区在本市率先开展定向培养大专以上学历乡村社区医生（新一代乡村医生）工作，委托上海市医药高等专科学校招录本区户籍应届毕业生，定向生在校期间学费、学杂费、住宿费予以减免，并每月享受500元生活补贴费，毕业后由区卫生局统一分配并纳入社区卫生服务中心事业编制管理，由社区卫生服务中心下派至村卫生室执业。2012年又进一步开展了“3+2”模式的培养，即对3年大专以上学历定向培养毕业后，再到全科医生培训基地脱产进行2年全科医师专业培训，取得助理全科医生资格。

（二）在人才队伍建设各个环节制定对社区倾斜政策

一是每年设立支医补贴专项资金 300 万，鼓励优秀应届全日制毕业生进社区工作，本科生每人每年补贴 1.5 万元，大专生 1 万元，连续补贴 5 年；二是对非本市户籍，在上海未购买房子的硕士研究生以上的优秀卫生人才实施配套房政策，在现有房价的基础上优惠 40%；三是对优秀青年骨干和优秀应届大学毕业生 3 年内每月按 400—600 元享受住房租房补贴；四是积极争取区相关部门的支持，增加社区卫生服务中心事业编制 200 多个，同时提高社区中高级专业技术人员的职数；五是制订《嘉定区卫生局关于非事业编制人员转为事业编制的指导意见(试行)》，确定向社区倾斜的转编条件，比如对户籍不设限制等。上述政策有效提升了岗位含金量，稳定了基层卫生人才队伍。

（三）以免费服药为手段，探索社区高血压管理有效模式

嘉定区在外冈镇多年的高血压免费服药试点的基础上，从 2007 年 8 月起作为政府实事工程在全区参加合作医疗保险的高血压患者中推广，由各街镇统一出资，将全区万名高血压患者纳入预防干预管理范围，并免费治疗提供六种常用药物。在减轻经济负担的同时，以此为切入口提高了社区高血压病人的管理率，继而提高了干预率和科学规范的服药率。

三、推广难点

（一）与其他区县，尤其是郊区县在调研中所反映的问题一致，基层人才队伍的稳定与充实是深化社区卫生改革必须高度关注的环节，嘉定区在人才队伍建设上所探索的模式与实行的政策对全市而言具有很大借鉴价值。但另一方面，嘉定区所推行的政策是基于区县资源所制定的，政策的地方性较强，但就全市层面而言还不够，因此在全市推广时需要多部门联动，站在更加全面的角度制定具有

全局性与突破性的政策，为社区卫生人才发展提供良好环境。

（二）嘉定区对人才队伍建设的投入，包括对整个社区卫生服务的投入，以镇财政为主，这是与嘉定区两级财政的特点相对应的，但在全市推广时，需进一步研究镇财政积极性发挥与区级、市级统筹均衡的有机结合。

（三）参合人员高血压免费用药的药品种类合理性和科学性、患者规范服药的依赖性和顺从性、服药后的效果评价等还需要进一步完整的评估。此外，在全市推广时应注重如何与家庭医生制度、与家庭医生签约等改革政策相结合。

四、发展点

（一）基层人才培养无法一蹴而就，在现阶段必须关注可行性和操作性，尤其对人才缺口较大的郊区而言，对适宜人才的培养可采取分阶段的模式，并且需要在招生、培养、使用、待遇、发展等各个环节予以政策倾斜支持。

（二）全科医生规范化培养是明确主渠道，应该得到始终坚持与不断支持，但除了这一渠道外，针对目前培养速度难以满足实际需求的客观情况，应积极探索针对二三级医疗机构医生、社区在岗非全科医师等对象的转岗培训，成为充实社区全科队伍的另一道重要途径。

（三）由政府出资，实施高血压、糖尿病等常见慢性病患者的免费服药可以减轻慢性病患者的经济负担，并且可以成为家庭医生制度的一个切入口，成为提高居民与家庭医生签约率的手段。重要的是，在通过免费服药锁定服务对象后，要通过家庭医生将慢病对象切实管理起来，有效提高慢性病的管理率和控制率，最终提高居民的健康水平和生活水平。

（责任编辑：王月强）

杨浦区：规范社区卫生服务功能 优化服务模式

10月11日，市卫生局领导带队赴杨浦区进行了实地调研，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共20人参加了调研。调研组实地考察了杨浦区殷行社区卫生服务中心，听取了杨浦区卫生局陈风华局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

杨浦区紧紧围绕“保基本、强基层、建机制”的社区卫生发展主线，以“宁养”舒缓疗护服务进社区、“医教结合”进校园、中医、康复、心理关爱等服务为特色，在进一步完善服务功能、优化服务模式方面取得积极进展。

二、可推广点

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

（一）率先开展以“居家宁养”为主要形式的舒缓疗护服务

杨浦区“宁养”服务具体做法是为居住本区的晚期肿瘤患者建立家庭病床，提供免费的“居家宁养”服务、基础性医疗及免费镇痛药物，为患者或家属提供医疗咨询、居家医疗护理培训、心理关怀与支持。今年起，借鉴杨浦区的经验，作为市政府实项目，在全市首批18家社区卫生服务中心试点了机构与居家相结合的舒缓疗护服务，杨浦区的做法值得在全市进一步推广。

（二）通过“医教结合”将社区卫生服务延伸至功能社区

杨浦区从2009年底试点的“医教结合”医生进校园行动在社

区形成了较为成熟的工作机制和服务网络。以学校保健老师为主体，以专业医生和社区医生为专业化指导和业务支撑，通过“专兼互补”的合作方式提升学校卫生工作质量，促进学生健康成长。“医教结合”服务围绕“1+5+X”展开：“1”是建立学生健康档案；“5”是制度建设、健康教育、食品卫生、常见病防治、传染病防控等五大服务；“X”是学校（园）卫生工作特色项目建设。这是将社区卫生服务延伸至学校等功能社区的一项有益尝试与探索。

三、推广难点

（一）对于社区医务人员提供“居家宁养”舒缓疗护服务没有明确的劳务补贴标准，由于缺乏长效的补偿机制，在目前实行绩效工资的情况下，会影响此项政策在全市推广时医务人员的积极性。

（二）在推广“医教结合”模式时，需要进一步研究在社区卫生服务中心内部的分工与运作流程，同时需要进一步明确“医”与“教”各自的角色与职责。

四、发展点

（一）目前正在全市试点的舒缓疗护服务，是本市应对老龄化挑战的众多试点举措之一，在本次医改中，应该对老年护理相关工作进行整合，形成完整健全的老年护理服务体系。

（二）一直以来，本市社区卫生服务关注的重点是“居住社区”，事实上，学校、工厂、楼宇等“功能社区”的健康服务对象与需求是不同于“居住社区”的，除了“医教结合”模式外，应系统地对“功能社区”的健康管理服务进行研究，确定服务主体、模式与机制。

（责任编辑：杜丽侠）

青浦区：积极探索“家庭医生+人头预付”新模式

10月12日，由市卫生局领导带队赴青浦区进行了实地调研，市人保局（市医保办）、申康医院管理中心、市卫生局各相关处室负责人和有关专家共19人参加了调研，调研组实地考察了青浦区练塘社区卫生服务中心，听取了青浦区卫生局徐春余局长的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

青浦区结合远郊特点，在家庭医生制度试点工作中，率先选择从最常见的慢性病高血压入手，推行新农合单病种按人头预付的支付方式改革，充实了家庭医生制服务内涵，达到了规范诊疗秩序、转变服务行为、控制医疗费用、改善疾病管理和完善家庭医生激励机制的效果。

二、可推广点

经过调研，初步认为青浦区在将家庭医生制服务与新农合按人头预付结合的试点中，以下具有在全市推广的价值：

（一）通过提高报销比例引导新农合居民与家庭医生签约首诊

青浦区新农合政策规定了“对与家庭医生签约并在家庭医生处首诊的新农合参保居民，给予5类10种高血压药物提高20%报销比例”的优惠政策，并要求享受优惠政策的居民必须遵循家庭医生确定的治疗方案，全程跟踪、定期随访，按规范更新健康档案记录。

（二）试点新农合单病种按人头预付

青浦区经测算确定高血压月人均门诊费用为60元，包含病人通过家庭医生首诊费用，以及由家庭医生首诊并实施转诊后产生的门

诊高血压药品费用，但不包括住院费用。青浦区合作医疗管理中心按照此标准，根据实际签约人数给予相应预付基金，社区卫生服务中心根据每一位家庭医生的签约人数情况，按照上述标准给予内部分派。

（三）制定与支付方式改革相适应的绩效考核方案

在考核其完成的工作数量和质量的同时，将患者对高血压防治知识知晓率、高血压控制率、费用控制情况以及是否建立长期稳定的医患关系等纳入考核标准。

三、推广难点

（一）新农合基金的封闭运行要求与按人头支付后的“结余留用”奖励政策之间存在的执行障碍需在全市层面进一步研究解决。

（二）按人头对高血压病种进行付费，必定会涉及到部分患者到上级医院就诊的情况，如何做到方便快捷的转诊和保障患者在上级医院的诊治质量，需在全市推广时予以重点关注。

四、发展点

（一）充分利用卫生部门既管保障又管服务的优势，开展新农合单病种按人头预付试点，为深化家庭医生制度试点提供了很好的切入点，并且与家庭医生签约相挂钩，丰富了家庭医生开展服务的手段，有助于家庭医生进行费用管理和激励等长效机制的建立。

（二）选择从最常见的慢性病高血压入手，开展门诊服药的按人头预付，边界清晰、以小见大；同时，确立了从高血压患者向重点人群，最后向全人群拓展的分阶段试点计划，边评估总结边推进，积极稳妥。

（责任编辑：何江江）

虹口区：探索家庭医生健康管理有效模式

10月15日，由市卫生局领导带队，市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等共23人赴虹口区进行了实地调研。调研组实地考察了虹口区曲阳街道社区卫生服务中心，听取了虹口区卫生局的专题汇报，并进行了认真讨论与交流。

一、亮点

调研认为，虹口区以曲阳街道社区卫生服务中心作为试点，在家庭医生制度构建中，着力在“健康管理”方面予以重点探索，整合辖区内医疗卫生优势资源，探索建立以慢性病筛查为核心的区域防治体系。

二、可推广点

经过调研，初步认为虹口区在家庭医生服务的实践中，以下几点具有在全市推广的价值：

（一）优化家庭医生服务流程

虹口区对居民就诊、双向转诊、健康管理三方面进行了流程改造：一是建立家庭医生制服务专用诊室，为签约家庭提供温馨便捷的就医环境；二是签约居民在预约的时间段就诊时随到随诊、只需一次付费，减少排队等候的时间；三是根据病情需要，为病人提供梯度双向转诊服务，助推社区首诊，实施费用优惠；四是通过区域卫生信息平台，家庭医生在医生工作站、移动设备上及时掌握签约居民的健康信息，实施动态健康管理，提高工作效率。

（二）在区域范围内形成共推家庭医生制度的良好环境

虹口区政府各部门在人力、物力、财力上以项目化的形式支持家庭医生制度工作，区发改委、建交委、规划局、财政局为家庭医生制服务工作的硬件改造开辟绿色通道；区医保局放宽家庭医生制服务预约门诊用药范围，放宽均次费用，适当提高家庭医生制服务预约门诊中慢性病患者药费比例，使用基本药物以外的部分常用药物品种等。

（三）构建慢性病区域防治体系

虹口区于2009年起整合区域医疗服务和公共卫生保障资源，构建“区脑血管病诊疗中心、区疾控中心、社区卫生服务中心”为基本构架的区脑血管病防治网络体系，组建脑卒中筛查及防控专业化、高水平人才队伍，通过项目工作的开展，探索以社区卫生服务为基础，高效、经济、可持续运作的社区慢性非传染性疾病预防新模式。

三、推广难点

（一）从现有社区卫生服务模式而言，基本医疗与基本公共卫生服务多属于不同条线，各自为政，在推行以家庭医生为核心的健康管理服务模式时，需关注社区医务人员的接受度以及社区内部运行流程的再造。

（二）虹口区家庭医生制度的试点获得区内各相关资源的大力支持，在全市推广时，需充分考虑全市资源的统筹支撑。

（三）与其他区县调研时所反映的情况一致，构建家庭医生制度在全市层面存在着人力资源匮乏、技术力量薄弱，全科医学人才培养不能满足实际需求的问题，需要重点关注家庭医生待遇、地位、职业发展前景的提升。

四、发展点

（一）健康管理针对居民不同健康状况和需求，是家庭医生提供基本卫生服务的主要内容与模式，当前在改革中需要注重将社区卫生服务中心基本医疗服务与基本公共卫生服务进行有机整合，打破原先各自为政的固有模式，形成以居民健康为中心的、覆盖全程、有针对性的健康管理服务。

（二）慢性病是社区常见疾病，也是当前健康管理的重点，慢性病患者也是目前对社区卫生服务中心依从性较好的人群，因此，可以将慢性病管理对象作为开展家庭医生健康管理服务的切入口，率先建立以家庭医生为核心，区域内各类医疗机构和专业站所资源有机整合的慢性病健康管理有效模式。

（责任编辑：谢春艳）

崇明县：因地制宜，加快推进社区卫生服务综合改革

10月25日，由沈晓明副市长、翁铁慧副秘书长带队，市卫生局、市发改委（医改办）、市人保局（市医保办）、市财政局、市编办、申康中心负责同志、市卫生局各相关处室负责人及有关专家等赴崇明县进行了实地调研，崇明县赵奇县长陪同调研。调研组上午实地考察了崇明县的港沿镇、新河镇和东平镇等社区卫生服务中心，下午听取了崇明县社区卫生服务中心建设与公立医院改革推进情况专题汇报，并进行了讨论与交流。

一、崇明县社区卫生服务综合改革推进情况

崇明县作为本市第3批社区卫生服务综合改革单位，从2007年10月实施综合改革以来，社区卫生服务功能不断完善，服务覆盖面不断扩大，服务内涵质量不断提高。一是加强功能建设，健全社区卫生服务网络，全县社区卫生服务中心和分中心、村卫生室标准化建设顺利完成，建设崇明县区域卫生信息化项目一期；二是理顺工作机制，营造社区卫生服务良好环境，完善镇村卫生机构一体化管理，规范实施“收支两条线”管理；三是创新工作模式，提升社区卫生服务影响力，对60岁以上参加农村合作医疗的老人实行每两年一次免费体检。

在调研中，崇明县提出了包括“基层医疗卫生人才紧缺，信息化建设滞后，社区硬件建设缺乏经常性的、系统的投入机制”等问题。

市领导充分肯定了崇明县政府、卫生局对社区卫生服务改革工作的重视与努力，崇明县克服经济相对薄弱等客观困难，因地制宜

扎实推进改革，社区卫生服务工作取得了有目共睹的进步与发展。

二、下一步工作要求

在座谈会中，市领导也对崇明县社区卫生改革与公立医院改革的进一步深化提出了要求，翁铁慧副秘书长指出：“崇明县一方面应认真借鉴闵行区在信息化上的经验，但不是仅仅完全照搬软件，更重要的是管理体制、机制的接轨；另一方面要进一步加大推进医疗联合体的试点，市级层面也要给予政策支持”。

沈晓明副市长在座谈会最后讲话中提出几点建议：**一是**崇明县委、县政府要高度思想统一，加大卫生事业的投入，由于崇明地域广，因此对社区卫生服务的投入要高于全市卫生支出水平，最大程度满足老百姓正当的卫生需求；**二是要**加强信息化建设，提高服务效率，崇明县卫生局领导应组成信息化建设考察团队，前往闵行、松江、闸北、长宁等信息化建设较好的区，除考察其软件系统外，关键学习信息化系统在深化社区卫生服务综合改革方面的应用与管理；**三是要**加强基层卫生人才培养，提升队伍素质。针对崇明县存在的人员编制问题和人才队伍建设问题，市相关部门要充分考虑崇明边远地区特点，提高社区卫生服务中心的编制核定标准，建议参照教委系统的做法，制定一个“对实际、起作用、可实施”的远郊人才发展政策；**四是**加强县级医院综合改革，并加快推进崇明县中心医院创建三级医院工作和医疗联合体的试点。

（责任编辑：李芬）

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处、规划财务处
上海市卫生局局领导及有关处室、局属单位
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China