

上海医疗卫生服务体系建设的成效、问题和对策

陶思羽¹ 毕芳芳² 胡圆圆¹ 沈洁¹

(1. 上海交通大学 200025 ; 2. 上海市长宁区天山路街道社区卫生服务中心 200051)

摘要: 传染病对人类健康造成重大威胁,对城市安全带来巨大风险。上海作为超大型城市,在疫情防控常态化背景下,需要进一步强化医疗卫生服务体系健康发展的核心理念,坚持全健康管理,强化数字驱动,引培医疗人才,建设特色学科,坚持临床创新,建设与健康需求相适应的韧性应对防控常态化的医疗卫生服务体系。

关键词: 疫情防控 医疗卫生服务体系 平战结合 常态化

中图分类号: R197.1.51 文献标识码: A 文章编号: 1005-1309(2023)08-0099-008

新发/再发传染病对人类健康造成重大威胁,是一种长期客观存在的风险。上海作为一座拥有近2500万常住人口的国际超大城市,人口规模大、密度高,人员流动复杂,疫情防控形势日益严峻,医疗服务压力日益增大。近年来,面对各类疫情传播速度快、感染范围广以及防控难度大的严峻形势,上海医疗卫生系统经受住了考验。但同时,上海医疗服务体系结构和能力也暴露出一些短板,对标世界一流水平仍显薄弱之处。具体表现为:在应急状态下医疗资源平战转换不顺畅、区级医疗机构能力不足、基层医疗人员紧缺和信息化手段失灵等问题。

本文着力于健体系、强能力,力求对上海医疗服务现状问题进行刻画,反思疫情防控常态化下面临的现实问题与挑战,围绕构建常态时优质高效和有序就医,应急时迅速响应和顺畅转换的医疗服务新格局,有针对性地提出完善医疗服务体系的对策建议,以期构建国际领先、上海特色的医疗服务模式提供决策咨询。

一、上海医疗卫生服务体系建设的成效

(一)构建“平战转换、分级协作”的医疗救治体系

近年来,为抵御新发或再发传染病侵袭城市安全和保障人民群众健康,上海构建了以重大传染病定点收治医院、二级及以上医院感染科、100余家医院发热门诊、200余家医院发热哨点门诊组成的三级传染病医疗救治体系。当疫情呈现散发伴有局部小规模聚集爆发的复杂形势,面对疫情传播速度快和隐匿性高的中风险,上海启动“平战切换”状态的医疗服务模式,各医疗主体分步启动应急管理预案。一是重大传染病定点收治医院不断扩容开放床位,调动救治资源;二是各级各类医疗机构提高发热门诊和核酸哨点预警处置,全面提升风险警戒;三是多家医院根据院感要求短暂闭环管理后,立即恢复门急诊和住院医疗服务,全力保障人民群众的健康和上海超大城市的安全。

(二)坚持“全面运行、数字助力”的市民医疗服务保障

针对疫情防控,上海医疗机构始终满足必需的群众看病需求,同时尽最大努力避免感染者带来的院内感染。医疗机构严格执行分区管理,各分区独立运行,诊疗病区相对封闭,减少不必要人员流动,在确保院内感染得到控制的情况下,全力开展医疗服务。各医疗机构切实保障急诊绿色通道的畅通,保障发热门诊、血透、重症、产科、儿科、放疗等重点科室服务和在院

患者收治。在应急管理时期，重点增加电话运能和提供互联网医院诊疗服务。上海医疗机构日常医疗服务逐步恢复后，为保障尚未取得核酸检测结果的危急重症患者得到最及时的医疗救治，医疗机构在急诊室、抢救室、手术室、病房等诊疗科室设立缓冲区。

分类保障医疗卫生服务需求。实施各类市市区级定点医院、亚定点医院和方舱医院等对阳性感染者进行分级分类收治，提高医疗救治效率和质量。充分利用优质医疗资源指导救治，成立专家救治组支持各区定点医院和方舱医院救治工作。对于一般医疗需求的居民，如高血压、糖尿病等慢性病患者，由社区属地的家庭医生团队负责做好对接，重点关心老年人、儿童、孕产妇、残疾人等重点人群。

上海互联网医疗多方位助力，提供在线问诊、药物供应、居家健康监测、心理咨询、医学科普等服务。2022年，上海有100余家互联网医院向市民提供从线上挂号、线上专科咨询、在线复诊，到在线开方、医保支付、药品配送到家等便民服务，为上海抗疫提供了有力支撑。这在一定程度上缓解了市民就医配药不便的困难，并起到了减少人员集聚、降低交叉感染风险的作用。

(三)形成“上下协作、互联互通”的医疗卫生体系抗疫特点

1.快速转换，完成定点医院改建

尽早切断传染源是阻断社区传播、控制疫情蔓延最有效的方法。本着人民至上、健康至上、安全至上的原则，为有效落实隔离救治工作，上海共设置48家定点医院，总床位数2.5万张。突出的特点是快速转换，接到指令的医院多数仅用48个小时，保障在院患者安全紧急分流，抓紧应急设施改建，完成从普通型医院转型为符合传染病收治条件的定点医院改造。

2.多措并举，提高疫情检测能力

加强疫情检测是早发现、早隔离、早诊治的关键。上海多措并举，通过上下协作、信息联通，从检测能力、采样点布局和采样人员充实培训等多途径发力，大力提升病毒检测能力。常态化采样点合理规划，在居民社区、办公场所、工业园区、地铁站周边、交通场站等区域布局常态化采样点。多元充实采样力量，开展采样操作规范、院感防控和个人防护培训，经培训考核合格的人员辅助充实采样工作。

3.分级分类，提高医疗救治效率和质量

按照国家诊疗方案，对疫情感染者进行分级分类收治。定点医院主要收治普通型、重型、危重型患者及伴有心、肝、肺、肾、脑等严重基础疾病或急性病症患者，血透患者等慢性功能器官障碍患者及失智失能人员、重症孕产妇、无人照护的7岁以下儿童等患者。亚定点医院收治范围为普通型确诊病例和合并基础性疾病的感染者、高龄老人。充分利用优质医疗资源指导救治，成立了由专家组成的市级专家救治组，实施每天定期会诊制度，支持指导各区定点医院和方舱医院救治工作。开展联合会诊，指导做好相关救治工作，并将重症患者及时转诊至市级定点医院进一步治疗。

二、上海医疗卫生服务体系存在的主要问题

(一)医疗资源平战转换机制不顺畅

具体表现是，在疫情初期，传统的发热门诊哨点预警跟不上病毒传播速度，流调筛查和感染者收治速度跟不上疫情传播速度，转运急救设施、核酸检测能力和医疗服务流程跟不上居民医疗需求增长速度，出现了一定程度的多主体应急协同不畅的情况，导致疫情防控初期医疗服务受到一定影响。医疗卫生服务体系在面对突发重大公共卫生事件时，表现出平战转换不顺畅，很重要的原因是原有医疗卫生服务体系按照医疗卫生服务三级网络构建，以“医疗”为中心按照三级医疗机构承接疑难重症、

二级医疗机构承担常见病多发病和基层医疗机构承担基本医疗服务的职能定位进行布局，缺少对公共卫生应急职能的规划和布局发展，使得医疗卫生服务体系缺乏应对公共卫生事件的安全冗余度和应急准备。

(二)医疗体系内部发展不均衡

上海现有市属、区属和社区三级医疗卫生体系。近年来通过体系创新、技术创新、模式创新和管理创新，上海市级医院管办分离，优质医疗资源在全市均衡布局。上海作为全国最早发展社区卫生服务并践行社区综合改革的城市之一，社区卫生服务综合改革取得成效，全市 67%的社区卫生服务中心达到国家卫健委“优质服务基层行”推荐标准，位列全国首位。“十三五”期间，上海社区卫生服务机构在全市十大服务行业满意度第三方测评中，连续 5 年排名第 1 位，受到社区居民的认可。然而，区级医院却在三级医疗体系和医学高地建设中，表现出一定程度的发展不均衡，市级医院对区级医院存在虹吸效应。从与外省市横向比较看，上海部分区级医院发展滞后于部分外省市的地市级医院。根据 2021 年“艾力彼医院竞争力排行榜”的“省会市属/计划单列市医院 100 强”排名，上海仅有 3 家区级医院入选，分别位列第 8、第 68、第 99 位。而同为直辖市的北京则有 6 家医院入选，平均排名也高于上海。对比广东、北京、山东、浙江等省市的医院排名，上海在市级顶尖医院具备很强的竞争力，但区级医院较其他省份则相对偏弱。结合省外就医的情况看，通过分析 2017—2019 年不同省份省外就医的人次和占比，上海三级医院对吸引外省市患者就医具有绝对优势，但上海二级医院的优势不明显。这种发展不均衡的情况，在面对突如其来的疫情高风险和激增的医疗卫生服务需求时，区级医院在承担重大医疗救治任务时显露出服务能力薄弱的短板。

(三)社区公共卫生医师紧缺和信息化建设不足

相较于市、区级医院，基层医疗卫生机构最大的特点是分布广泛、依托社区、贴近居民，应在日常和应急救治中发挥更大的作用，但实际情况是基层医疗机构在本轮疫情中未能完全发挥其应有的作用。上海社区卫生服务中心缺乏一支重点在于传染病防护和科学消杀等工作的公共卫生医师队伍。根据国家的社区卫生服务中心服务能力建设标准，上海应配备 3000~6000 名公共卫生医师，但目前仅有 2000 多名，尚存在一定的缺口。

信息化建设不足给防疫初期带来了挑战。近年来，上海致力于社区卫生服务中心电子健康档案的应用能力建设，建设目标是动态掌握个人健康动态情况、提高卫生服务效率和健康管理质量。在疫情防控中，暴露出了健康数据管理和应用的突出问题。主要体现在人口数据库、居民电子健康档案和医院电子病历三大数据库资源尚未实现高效整合，数据的互联互通、全过程应用等尚未实现，医疗机构之间、医院与社区之间尚未建立数据共享机制，全科医生对社区居民疾病健康信息掌握不全，造成“居民医疗需求牵着社区跑”，给居民卫生服务使用效果和效率带来了影响。

三、 国内外医疗服务体系建设经验剖析

(一)更加注重整合型体系建设

整合型医疗卫生服务体系是由医疗服务的提供者和医疗机构组成，向特定的人群提供或安排整合和连续医疗服务的一种组织网络。这种服务体系强调在组织结构上建立医疗资源的纵向整合和分工协作机制，在功能上强调以健康需求为导向，整合医疗、预防、保健、康复、健康教育和健康促进等服务，以提供系统、连续、全方位的服务。例如，伦敦卡姆登区建立了风险分层工具来识别风险人群和重点人群，根据需求评估结果，对不同人群分别建立整合型服务路径，制定具体的诊断、服务及转诊标准。卡姆登区基于医疗服务利用数据，将人群从低风险到高风险分为 6 级：未发生二级医疗服务；健康个人、对医疗服务仅有限需求；孕产妇、无慢性病的急性患者，对二级医疗服务仅潜在有限需求；有慢性病的健康个人；慢性病患者，需要规律管理、监测；慢性病患者，对二级医疗服务有潜在高需求。第 6 级风险人员涵盖急诊就医、床日数 3 日以上，有 1 项慢性病；或急诊就医、床日数 3 日以上，有 2 项或以上慢性病；或计划就医、床日数 3 日以上，有慢性病人员。该地区 74%的人群较为健康，患有慢性病且需常规监测、管理的人群约占 3%；而老年人中健康人群占 38%，需要常规监测和管理的占 21%。

在整合型医疗卫生体系建设中，各主体的综合服务能力加强也至关重要。疫情防控应对也是医疗卫生服务体系和各主体综合实力的体现。医疗的快速反应和应对处置能力综合反映在疫情风险控制中。研究发现，长三角、珠三角等大型城市的市级医院在应对突发公共卫生风险时组建了能平急切换、注重综合实力建设的医疗团队，以至于在应急管理时能迅速切换，以团队作战方式进行本土坚守或支援外地抗击疫情。这种疫情防控常态化下的综合实力加强，更是体现在平时期预备性建设中。

(二)更加注重平战结合的布局

以私立医疗机构为主的美国为例，2019年美国医院协会报告显示，2018年美国医院床位约80万张床位，其中ICU床位不到10万张，成人ICU床位不到7万张。2022年3月后，纽约处于美国疫情风暴的中心，采用的综合性医院转换模式值得关注。例如，纽约最大的综合性医院纽约长老会医院，在纽约疫情大流行、患者数激增期间，采取的措施包括：积极整合医院、城市、州和国家等层级的防疫力量，组建医院危机应对队伍；优化物理隔离空间、采取更为灵活的人员配备方法，重点提升重症监护病床、医生和支持人员的数量；设定指挥长全程负责临床救治以及为医护提供支持和服务等应对“战时”救治的综合措施。同时，多家医院改变提供医疗资源的方式，执行“照护配给”，即在危机期间美国医院拥有一个管理资源的机制，被称为美国危机照护标准。该标准指导医院在资源紧张的情况下，就如何进行呼吸机等重要资源分配，做出临床和伦理决定。

武汉新冠肺炎疫情高峰期的临时应急模式成为“平战结合”理论与实践结合的代表。一是征用改造现有医院模式。与建设大型永久传染病医院、快速建设应急医院相比，临时征用医院用于增加传染病防控场所的优点如下：快速高效，成本低。医院本身是从事诊疗活动的场所，进行有效的病房管理，原配备的设备如管道氧气、消毒设施即可以利用；场所征用和专业人员调用合并进行，可解决紧急的疫情情况下，医务人员短缺的问题；符合医疗机构区域性比例配置和人口密度规律，疫情结束后转换至日常医疗功能。二是方舱医院的临时应急模式。武汉疫情高峰期，“患者等床位”的现象一度非常突出，为实现“应收尽收”的集中隔离、集中收治，临时设置15个由体育馆、会展中心改建而成的方舱医院，疫情结束后转换至日常文体功能。方舱医院建设的经验在于成功进行大型体育场馆、展览馆等公共设施的“平战两用”改造实践，为未来的重大公共卫生事件应急处置提供了有益经验。

(三)更加注重互联网医疗的应用

疫情暴发与持续给全世界的医疗行业带来了恐慌及严重不确定性。在疫情持续期间，居民处于持续隔离的状态中以使感染风险最小化，医生在出诊等日常工作中也面临着感染风险。各国政府对疫情给医疗体系带来的严重挑战已有共识，所有国家都在用自己的方式尝试拉平疫情发生、发展的曲线。互联网医疗这个工具可以避免患者与医生的直接接触，全世界的医疗行业以及大众在某种程度上，以更积极开放的态度来拥抱这一诊断及治疗的创新工具，甚至可以说全世界的医疗行业，都在如何更有效地运用互联网医疗工具上展开了竞争。

例如，加拿大各级政府充分认识到，家庭医生门诊保持开放并持续不断地为民众提供互联网远程医疗服务，是疫情防控期间最为重要的防控手段。否则，身患各种慢性疾病(如高血压、糖尿病、心力衰竭)的患者就不得不涌入医院，而同时疫情患者也出现在同一就医机构。这导致疫情防控的压力激增，最终有可能引发医疗体系全面崩溃。加拿大政府在疫情发生之前就意识到规划合理的互联网就医流程，有条不紊地对轻中症呼吸系统症状进行筛查，并指导患者进行有效的自我隔离，确保医务工作者的健康，最终避免各个社区不合理、不必要的暴露。加拿大有95%的患者在疫情防控期间通过电话进行医疗服务预约，这其中一定比例的医疗服务以视频问诊的形式来实现。加拿大在疫情防控期间的互联网医疗应用，避免了民众过度使用医院急诊科资源，也避免了人群在医疗机构聚集，这无论是对个人，还是对医疗机构、医疗体系及整个政府的卫生管理，都有着重要意义。

四、完善上海医疗卫生服务体系对策建议

在疫情防控常态化背景下，完善上海医疗卫生服务体系，要进一步强化医疗机构发展的核心理念，坚持全健康管理，强化数字驱动，引培医疗人才，建设特色学科，坚持临床创新，建设与健康需求相适应的韧性应对防控常态化的医疗卫生服务体系。

(一)构建整合性治理的“常态—应急”医疗卫生服务模式

本文将“平战结合”理论和“4R”危机管理理论与超大城市疫情防控的医疗服务体系建设进行理论与实践的耦合，搭建基于整合性治理框架的“常态—应急”医疗服务模式(图 1)。在该服务模式中，内含风险等级划分和在不同平急分期应有不同的多主体响应机制。

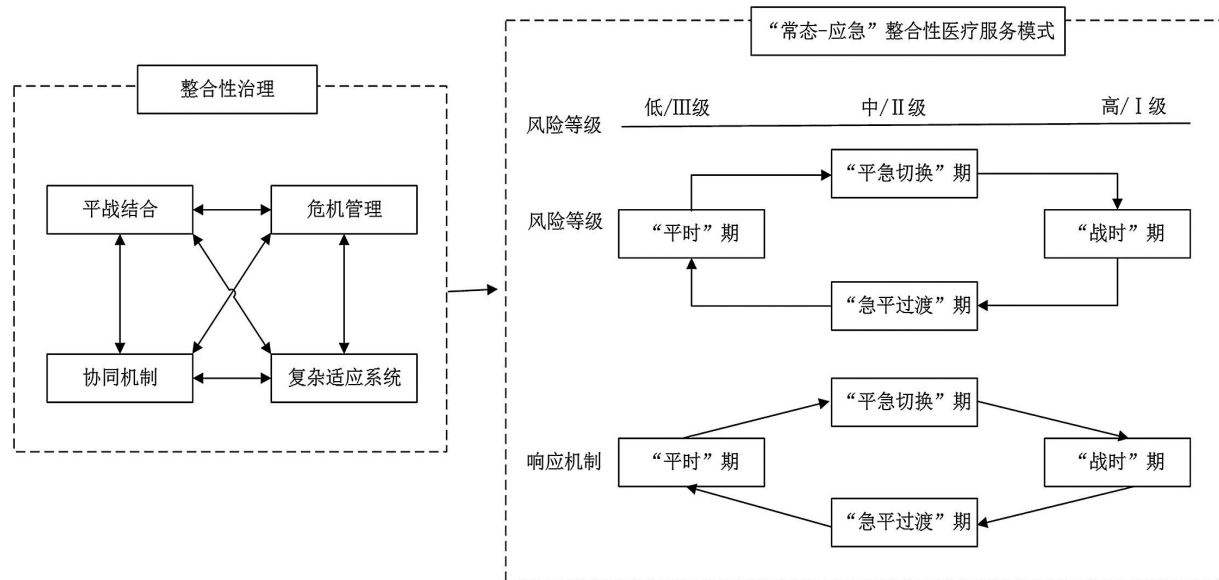


图 1 基于整合性治理框架的“常态—应急”医疗服务模式

在该“常态—应急”医疗服务模式中服务体系中的各服务主体包含各类基层医疗机构、各级医院和公共卫生机构，各服务主体应在整合性和复杂适应组织环境中适应和协调，形成分工协作模式(图 2)。

应用分类管理和平战结合的思想确定疫情风险等级与平急分期，进行适配不同的响应机制。不同医疗服务主体在应对不同平战分期、不同风险时，应该具备不同的功能定位和响应机制。在低风险时期，应进行防疫常态化管理。集中力量识别、隔离和治疗零星散发的病例，加强各医疗卫生服务主体的资源与能力储备，加强应急演练与培训，加强公众健康宣教，提升疫情防范意识 and 素养。在中风险时期，应进行相应转换或调整恢复管理。根据疫情形势动态启用后备定点医疗机构和资源储备。在高风险时期，应进行应急管理。迅速切换医疗卫生服务体系的应战状态，高度调动各类公共卫生救治储备资源。

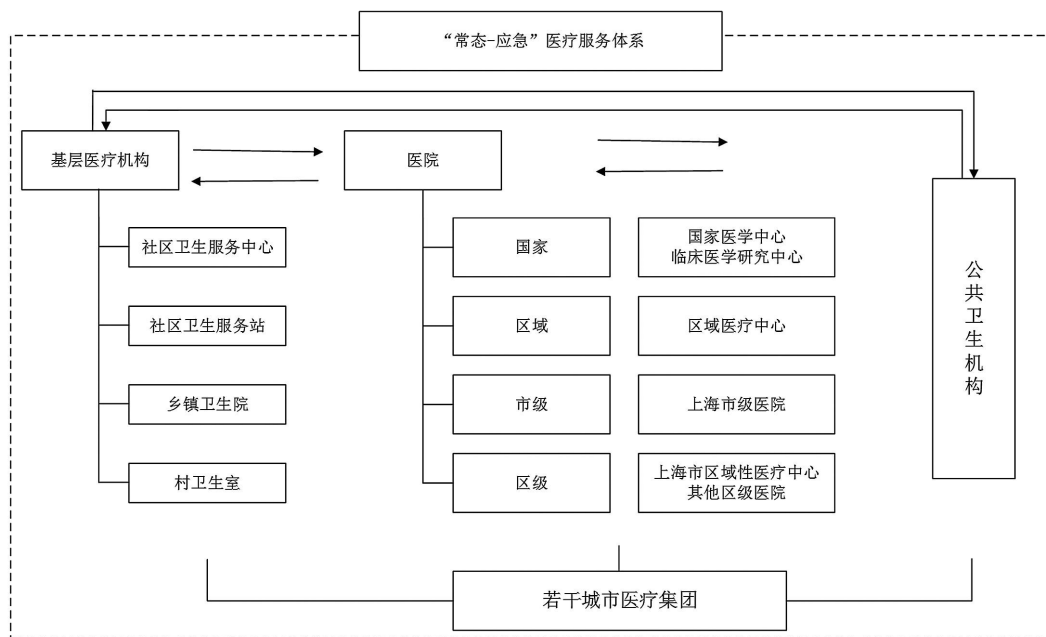


图2 “常态—应急”医疗服务体系中的各服务主体

(二)完善医疗卫生服务体系“顶格、强腰、夯基”布局，增强防疫韧性

为构建满足疫情防控常态化需求的多层次、多样化、布局合理的医疗服务体系，要以“顶格、强腰、夯基”原则，加强一、二、三级医疗机构在不同医疗情境下医疗服务的重点领域、关键要素、核心能力提升。一要“顶格”，发挥国家医学中心和市级医院的引领作用，发挥医学核心能力。二要“强腰”，各主要社会组织和区域性医疗中心要发挥综合支撑作用。区域性医疗中心和区属医疗卫生机构能做到“承上启下”。将重点学科建设延伸至区域性医疗中心，强化胸痛、卒中、创伤、儿科和孕产妇患者救治能力，切实提升区域性医疗中心服务能级。三要“夯基”，着力提升基层医疗机构和家庭或全科医生的能力，为疫情常态化下政策调整的不同医疗服务情境中，做好有力的“哨点”支持(图3)。在基层医疗卫生机构发展方面，建议向社区卫生服务中心进行政策和资金支持，使其有能力购买一些社会服务或第三方服务，促进基层信息化和智慧化建设。

进一步深化区级公立医院高质量发展的体制机制改革。区级医疗机构在上海医疗卫生服务中心中承担着重要职能，在帮助市级医院分流患者的同时，承担辖区内居民的诊疗服务和公共卫生服务以及对社区卫生服务机构的帮扶和指导职能。在面对辖区市级医院和民营医疗机构数量较多的情况下，要有明确的发展定位和高效的运营效率，走高质量发展之路，处理好规模扩大与运行效益的关系，处理好外部投入与内部发展的关系，处理好收入结构与成本管理的关系。区政府要积极落实办医主体责任，加快对区级定点医院的相应支持力度，尤其是考虑应对突发重大公共卫生事件要补上重症医疗救治能力的短板，以应对公共卫生应急医疗需求。区级医院的ICU无论是硬件或软件都存在各种不足，成为城市重症救治体系的短板。作为一项重大的民生项目，为解决医院发展ICU投入产出的后顾之忧，政府应将ICU作为财政重点支持项目。为此，建议区政府加大对于区级二甲医院的政策和资金支持，由政府财政投资ICU建设，包括基建、床位、设备、人员经费等。通过促进二甲医院重症医学科的内涵建设，充实全市重症救治整体力量。

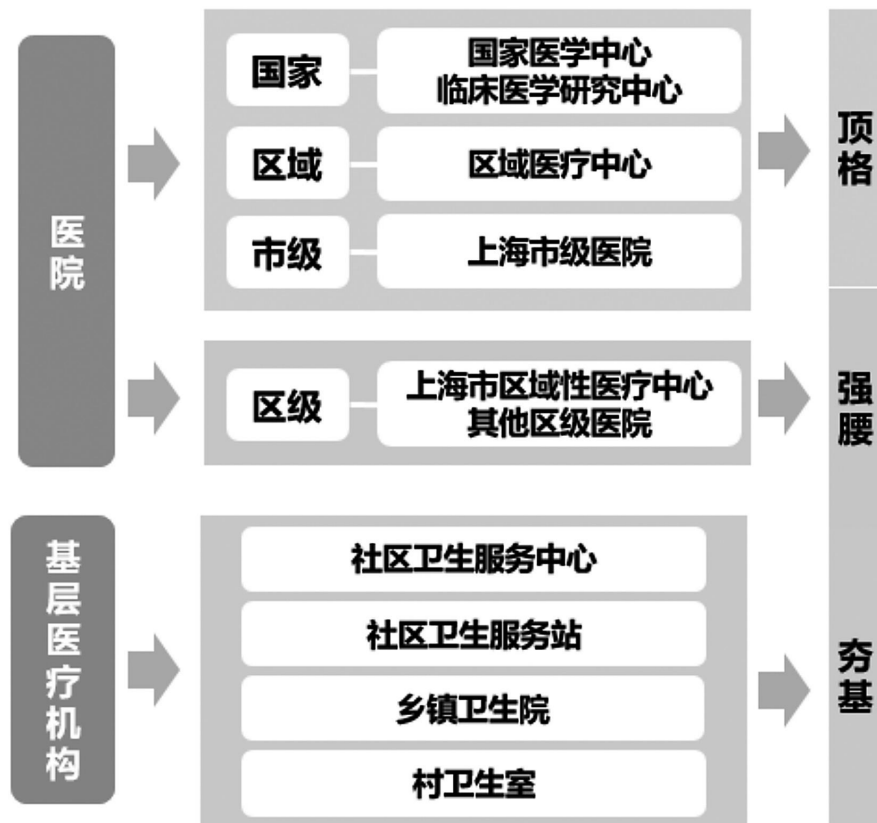


图3 整合性医疗服务体系框架

(三)加强互联网医院、未来智慧医院建设

在疫情防控常态化的当下，要重视“互联网+医疗健康”的发展。互联网医院在疫情防控中可以弥补现场就医带来的局限性，有效避免交通管制等造成的出行困难、身体不适的就诊困难、交叉感染风险等。互联网医院还可以减少疫情防控期间医患双方的信息不对称性。对医院而言，医生能合理分配诊疗时间，节省现场看病所需的医疗防护物资，降低医务人员被感染风险，同时也减轻医务人员的看病负担。对患者而言，信息公开让他们第一时间了解疫情和病毒的来由、防护措施、就诊注意事项与康复方法等，提高患者健康管理意识和降低患者的恐慌、焦虑与不安。同时，通过开展及完善专家介绍、科室介绍、就诊流程、评价反馈、就医满意度调查等功能，使患者在互联网诊疗中扮演“合作者”的角色，主动配合医生诊疗行为和参与服务反馈。强化组织保障，相关部门要适度鼓励实体医院进行互联网医院建设。医疗机构内部应设置互联网医院运营相应的岗位，明确相关工作人员职能，逐步完善互联网医院运行的工作机制、分配机制、排班机制及激励机制。加快互联网医院网站建设，模拟医院实体，虚拟中增加医院品牌厚重感，提升与第三方平台的竞争力。与第三方医疗平台建立联系，开放挂号端口、医生端口，通过第三方平台流量导流到互联网医院，实现患者流量导入。在疫情发生时，通过线上与线下相结合的方式分流患者，减少患者来院次数、减少患者逗留时间、减少院内人员聚集。强化服务功能，建设具有一定品牌美誉度、服务优质、群众认可的互联网医院，优化就医模式。

智慧医院是以电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的医院发展模式，以“互联网+”为手段，利用信息技术，实现医生、患者和设备的互联，提升医院服务和管理效率，包括实现面向医务人员的“智慧医疗”、面向患者的“智慧服务”、面向医院管理者的“智慧管理”。疫情防控为智慧医院的建设发展提供了绝佳的政策支持和信息赋能机遇，受国家政策支持、新技术应用、患者需求等多重驱动，智慧医院建设已成为医院转型升级的必由之路。要抓住智慧医院发展的“窗口期”，加强顶层

设计, 细化准入标准, 结合医院自身发展实际, 通过新技术应用、数据治理、信息化系统建设、远程医疗服务、互联网医院、智慧服务等系统统筹, 从管理层面对智慧医院建设进行整体布局。在智慧医院的建设中, 加强人员智慧化管理, 进行精细化管理。可在医院道口进行智能化管理, 将智能化手段应用于测体温、测核酸、接种疫苗、地区核验, 同时通过智慧化方式加强医院的安全防护, 防止伤医、伤人事件, 建设安全检测设施及全生命周期的物资设备管理。通过数据分析、辅助决策等智能化管理, 对入院人员进行分析, 筛查公共卫生可疑人员。

参考文献:

- [1] 党的二十大报告: 全面推进健康中国建设! [J].卫生 经济研究,2022,39(11): 26.
- [2] 王新宇, 吴寰宇.践行医防融合, 提升新发和输入性传染病防治能力[J].上海预防医学, 2022,34(1):7 — 11.
- [3] 李鸣, 贺华, 马宗奎, 等.亚定点医院在重大突发公共卫生事件中的实践探索[J].中国卫生质量管理,2022,29 (10):108 — 111.
- [4] 董斌, 殷勇, 张芬, 等.“以家庭为中心”的亲子方舱医务管理实践与思考[J].中国卫生资源, 2022, 25 (4): 416—419
- [5] 徐正东, 衡敬之, 刘言祎.突发公共卫生事件视域下家庭医生及互联网+家庭医生治理效能提升研究[J].中国 卫生事业管理,2022,39(6) : 412 — 415.
- [6] 孟祥仪.基于电子健康档案的社区卫生信息服务探索 [D].上海师范大学,2021.
- [7] 申立, 陆圆圆.基于韧性提升的医疗卫生设施布局优化 研究——以上海为例[J].上海城市管理,2022,31 (1): 11—17
- [8] 李晓斌, 胡胜利, 孙岩, 等.共生理论视角下整合型医疗卫生服务协同供给研究[J].中国卫生事业管理,2022,39 (7): 487 —489 , 499