

工供应量等资料,核查用油量较大的单位用油情况。探索并灵活运用对厨师、服务员的针对性询问,向物业管理公司、周边人员了解运输车辆、物品装卸、废弃物处理等情况,调取餐饮单位视频录像、或监督部门安装视频监控等技术手段,提升监管检查的指向性。

3.6 制修订相关食品安全标准

目前,法律法规未对“老油”、“地沟油”、“口水油”、“废弃油脂”进行详细定义,民间俗称种类繁多。为便于监管,应在统一定义的基础上,深入研究特异性指标,制修订相关食品安全标准,研制快速检测设备,提高检测的灵敏性、提升监督执法的针对性。

4 参考文献

- [1]十顿饭里面就有一顿吃了地沟油? [N]. 广州日报,2010-3-18(8).
- [2]苏辉,何冰,王晓凡,等. 散装食用油卫生管理及卫生质量调查[J]. 中国卫生监督杂志,2000,7(3):105-106.
- [3]公安部. 关于依法严惩“地沟油”犯罪活动的通知[S]. (公通字[2012]1号). 2012.
- [4]关于明确废弃动植物油生产纯生物柴油免征消费税适用范围的通知[S]. 财税[2011]46号.

(收稿日期:2013-02-25)

文章编号:1004-9231(2013)08-0428-03

· 卫生监督与管理 ·

区域口腔预防保健专业联合体建设探讨

许卫星, 杨坚明, 周建明 (上海市黄浦区第二牙病防治所, 上海 200020)

新中国建立初期,中国曾经以成功发展革命性的医疗体制和强调预防为主的“低成本健康”卫生体系给全世界留下深刻印象^[1]。现阶段,为更好地解决医疗服务的公平性下降、卫生资源配置不合理、医疗服务的费用不断上升等难题,上海开展了以医疗联合体建设为主的新医改,取得了较好的成效。为口腔专业医疗机构,尤其是对具有公益性的口腔预防保健工作的改革和发展提供了理想的参考。

1 专业联合体建设的理论思考

世界卫生组织将牙周组织健康状况列为人类健康的10项标准之一。口腔疾病可以成为其他疾病的诱因,也可以是其他系统疾病的表征或结果。随着口腔预防医学在预防措施与方法应用、社会保健促进、人群口腔保健服务的不断发展,社会人群在口腔卫生知识、观念、态度与行为方面都有了显著而积极改变。

有序推进口腔急性保健模式(患病就医)转变,将口腔健康管理不断前移和下沉可以有效地减少口腔致病率、最大程度的降低口腔医疗支出。近年来,英、法两国的社区健康服务有其明显的发展趋势,主

要表现于以治病为中心向保健为中心的转变^[2]。美国健康管理研究成果表明,可以通过一定的方法识别那些很快就要利用卫生保健服务的人,因而可以对他们采取相应的干预措施。利用这种强有力的措施可以保持或改变人群健康状态,使人群维持低水平的健康消费^[3]。据此可见,预防对于保障健康和促进社会整体进步的重要意义。世界卫生组织的一项全球性调查研究表明,真正健康的人仅占5%,患有疾病的人占20%,而75%的人处于亚健康状态^[4]。龋病、牙周病是发展中国家患病率极高的慢性非传染性疾病。在我国平均龋患率为38%。龋齿被世界卫生组织列为仅次于心血管、癌症之后的三大非传染性重点防治疾病之一。在经济发达国家和地区,口腔预防基本纳入健康保险范畴,由政府引导、依托医疗保险体系、发挥市场资源协同推进的对民众和重点人群的定向干预行动。口腔预防是全民预防保健的有机组成体,是持续保障民众健康质量,降低社会总体医疗成本支出的有效手段之一。

口腔预防专业联合体是指在一定区域范围,建立异质化口腔卫生服务医疗机构间的合作或联盟。Kongstvedt^[5]将医院的横向整合定义为围绕临床上的卫生保健服务进行的资源整合,而纵向整合是在不同水平的卫生保健服务之间进行的整合。口腔预防专业联合体类似于专业资源的横向整合,这种横向体系

基金项目:上海市卢湾区医疗卫生科研基金(LWK-1128);
上海市卫生局课题[沪卫科教(2011)038号]

作者简介:许卫星(1971—),女,副主任医师。

具体表现为资金统筹、信息交互、技术支撑、集中采购、专业培训等方面。口腔预防专业联合体也可称其为口腔整体服务提供系统(Oral Integrated Delivery System, OIDS)。口腔预防专业联合体建设将从组织架构、专业资源、教育培训、基础作业等方面系统提升口腔预防工作质量水平。实现对传统松散型分布的口腔人力资源的有效运用和有机组合。最大程度地实现节约交易费用,发挥规模效益,提升口腔预防保健质量水平和服务满意度。

2 专业联合体建设的现实基础

世界卫生组织的一项研究显示:人类1/3的疾病通过预防保健是可以避免的,1/3的疾病通过早期发现是可以得到有效控制的,1/3的疾病通过信息的有效沟通能够提高治疗效果^[6]。慢性非传染性疾病(NCD),是对一类起病隐匿,病情迁延不愈,病因复杂,且有些病因尚未完全被确认疾病的概括性总称。龋病是影响儿童和青少年健康的常见病和多发病之一,它不仅影响儿童和青少年的食欲、咀嚼、消化和吸收,而且还可以引起牙髓炎、根周脓肿、颜面蜂窝组织炎,甚至可导致全身疾病的发生。

上海地区调查结果显示,12岁儿童第一恒磨牙是最易患龋的牙位,而骀面窝沟是牙齿最易患龋的部位。因此,采用窝沟封闭防治骀面龋发生,是龋病预防措施的重要环节。然而仅0.63%的12岁儿童接受过窝沟封闭,郊区儿童基本未接受过窝沟封闭,明显低于全国水平。表明儿童口腔预防性措施的普及亟待加强。因此,在争取有关政策保证的同时,进一步发展推广窝沟封闭和氟防龋等预防性适宜技术^[7]。由于六龄牙解剖生理结构的特点,在萌后2~4年非常容易发生龋病,是儿童恒牙列中发生龋病和因龄丧失最多的一颗牙^[8]。上海地区自2012年开始,明确规定要全面开展适龄儿童的龋病普查和窝沟封闭,取得了很好成效。

对于口腔预防保健而言,口腔卫生人力资源的数量、结构和配置是开展各项口腔服务的基础,直接影响和决定着口腔服务的质量水平。口腔卫生人力资源是指已经接受口腔专业理论学习和技术培训,达到一定的学历和技术水平,能够为社会大众口腔卫生需求提供专业的口腔卫生服务,并且能够为口腔卫生事业献出自己智慧和才能的一类工作人员的总称^[9]。现阶段,我国口腔卫生人力资源存在着人力分布不平衡、人力结构不合理、口腔卫生服务利用率低等问题。口腔预防专业人才队伍的数量和结构与其承担的责

任存在相当的反差。①口腔卫生人力资源总量不足。世界卫生组织制定的合理口腔医师人口比为1:5 000。目前大多数发达国家口腔医师人口比接近1:2 000^[10],日本、丹麦、瑞典等国家一千多人就有一个口腔医师。与此对应,在现有口腔医师队伍中专职口腔预防医师更为稀缺。②口腔预防人才队伍稳定性不高。目前的医疗服务更多的倾向于治病,而在预防保健等增值性新型医疗服务方面,不论是技术还是发展基础上,都显得相对不足^[11]。面对巨大的口腔诊疗市场需求和经济利益,口腔预防专业人才队伍建设和稳定性面临严峻的现实。③我国常见口腔疾病患病率与患者就诊率呈现反差之势。究其原因,一是受益面广的口腔预防未纳入公共卫生规划,二是口腔健康意识不均衡,而最主要的是口腔卫生资源的不足,尤其是口腔预防人力资源不足,前期预防和发现不力。

承担部分口腔预防保健职能的综合型医疗机构普遍采用抽调临床医师阶段性集中开展工作的方式;承担区域口腔预防保健职能的口腔专业医疗机构,往往需要调动和发挥社区医疗机构口腔专业力量来协同完成专项工作。这种在实际操作中探索形成、自觉实践的区域口腔预防保健网格化体系,基本满足了区域口腔预防保健工作的运营,但由于参与主体多元化、工作目标的单一、组织架构松散性,导致管理随机性强,责任目标分解和实现难度大,很难适应现代口腔卫生预防为主、注重预后的要求,难以承载起口腔预防保健工作可持续、规范化运营的要求。

3 专业联合体建设的路径选择

口腔预防医学,是研究口腔疾病发生、发展规律,研究预防和控制口腔疾病的方法及应用,维持和促进口腔健康的一门科学。口腔健康管理是健康教育的一个分支。世界卫生组织(1970年)提出^[12]:牙科健康教育的目的是使人们认识并能保持口腔健康。口腔健康教育的目的在于采取合理的健康态度和生活方式;遇到不能有效预防和治疗的疾病时,尽量将这种疾病造成的损失减少到最小;合理而明智地使用口腔保健服务设施。口腔预防专业联合体建设的一个重要目标就是要构建起口腔健康管理平台。

“政府主导、专科机构指导、社区卫生服务中心执行主体”是上海口腔预防工作的基本原则。这一原则是符合上海口腔预防工作所面对的现实环境和基本要求。口腔预防专业联合体的建设正是基于上述原则,对进一步发挥好三级“主体”作用,统筹“点、

线、面”实际需求而作出的有益探索,是原则贯彻的具体化。建立健全广覆盖、区域化的口腔健康体系,所面临的挑战主要是卫生服务管理与供给部门有效控制成本,合理利用有限的卫生资源,满足社会人群的基本口腔健康和重点人群预防保健需要。

口腔预防专业联合体的建设有利于形成和发扬以下优势:实现规模经济和范围经济、产生更好的区域协同效应、弥补资源市场的不完全性、降低管理成本和交易费用、实现地理空间上的广覆盖性、确保专业医疗质量的一致性、降低患者信息获取和交易成本、提高机构声誉、扩大服务规模、提高市场份额。这种优势的取得是口腔预防专业联合体全体成员与全部服务对象的协同效应,是一种可以实现交互共赢的 OIDS 的整体性优势。

口腔预防专业联合体的社区化和属地化布局是其建设的重要目标和主要表现形式。口腔预防的对象从广义上讲是全体社会民众,从狭义上讲是政策资源确定的特定人群。客观看,阶段性的口腔卫生人力资源总量、民众口腔健康意识、财政预算安排、民众收入水平等因素对于口腔预防保健服务和体系建设会形成直接影响。适龄儿童和青少年一直是口腔预防保健的重要对象,在口腔预防专业联合体建设范畴中,结合现有口腔预防保健实践经验,将服务对象直接纳入联合体形成一体化格局,形成服务主体和对象的统一是必要的选项。

社区卫生服务是综合性保健服务,重视预防,不仅可以节约资源,也能较好地满足居民对卫生保健的需求^[13]。卫生服务的支付方式直接影响着卫生机构和卫生工作者的供给行为,并对费用的控制、资源配置、服务质量尤其是在卫生服务过程中的效率公平产生明显的引导或制约作用。目前卫生服务支付方式主要有:总额预付制、按服务项目付费、按人头支付、薪金制、按绩效支付、按条目预算、预防服务帐户、按服务单元支付等9类。各类支付方式均有其特点和适配模式,直接支付人均均为卫生行政管理机构。基于规范口腔预防专业联合体运营机制,提升口腔预防专业联合体运行效率考量,我们认为,对于现行卫生服务支付方式可作出适度的调整。可变卫生行政机构的直接支付为间接支付,将口腔预防专项资金支付权限赋予口腔预防专业联合体中的管理和专业指导主

体口腔专业医疗机构,由其实施对社区医疗机构和专业人员的直接考核与支付,且考核结果可直接运用于原预防保健整体考核系统。

对于口腔预防专业联合体的建设所涉及的资源统筹、利益分配、技术支持、后续治疗等,均需要在基本支付调整的框架体系内作出统一明确的规划。对此,有待后续进一步的研究。

4 参考文献

- [1] 徐媛. 中国医药卫生体制改革历史情况回顾[R]. 快速政策咨询任务报告, 2007.
- [2] 刘浩宇. 社区卫生服务新内容[J]. 北京城市学院学报, 2008, (1): 94 - 96.
- [3] D W Edington, Y Louis, Kuku Li. Recent trends in the development of health management [J]. Health management research, 2001, 76(103): 140 - 47.
- [4] 李渝梅, 张月霞, 安波, 等. 亚健康人群的健康管理与生活方式干预[J]. 职业与健康, 2007, 23(17): 1567.
- [5] 葛延凤, 王小明. 中国医疗服务体系改革反思[J]. 中国卫生产业, 2005, (9): 27 - 28.
- [6] 黄奕祥, 李江帆. 健康需求变化与医学服务模式转变[J]. 中州学刊, 2010, 175(1): 114 - 119.
- [7] 曾晓莉, 李存荣, 徐玮. 上海市 788 名 12 岁儿童口腔健康状况分析[J]. 现代口腔医学杂志, 2010, 24(4): 295 - 297.
- [8] 卞金有. 预防口腔医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 270.
- [9] 李刚. 口腔医疗国外现状[M]. 人民卫生出版社, 2006.
- [10] Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health [J]. Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83(9): 661 - 669.
- [11] 周喜君, 陈红. 国有综合医院功能定位研究[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 24(4): 230 - 231.
- [12] World Health Organization. Dental health education[M]. Tech Rep Series No 449. Geneva: WHO, 1970.
- [13] Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, et al. Co - and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German content project [J]. BMC Health Serv Res, 2008, 18(8): 14.

(收稿日期: 2013 - 03 - 07)