

Arthritis Rheum, 2003, 48: 1177 - 1189.

[23] 孙晓云. 甲氨蝶呤对类风湿关节炎患者的治疗作用及对相关细胞因子的影响[J]. 北京大学学报医学版, 2006, 38: 356 - 359.

[24] 王志坚 万军梅. 甲喋呤对类风湿性关节炎患者外周血单个核细胞产生细胞因子的影响[J]. 中国药理学通报, 1998, 14: 367 - 369.

[25] Nishimoto N, Yoshizaki K. Toxicity, pharmacokinetics, and dose - finding study of repetitive treatment with the humanized anti - interleukin 6 receptor antibody MRA in rheumatoid arthritis: Phase I/II clinical study [J]. J Rheumatol, 2003, 30: 1426 - 1435.

[26] Nurieva R, Yang XO, Martinez G, et al. IL - 21 通过自分泌途径诱导 Th17 分化[J]. Nature, 2007, 26: 480 - 483.

[27] Kraan MC, Smeets TJ, van Loon MJ, et al. Differential effects of leflunomide and methotrexate on cytokine production in rheumatoid arthritis [J]. Ann Rheum Dis, 2004, 63: 1056 - 1061.

[28] Bresnahan B, Alvaro - Gracia JM, Cobby M, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with recombinant human interleukin - 1 receptor antagonist [J]. Arthritis Rheum 1998, 41: 2196 - 2204.

[29] Kalden JR, Manger B. Biologic agents in the treatment of inflammatory rheumatic diseases [J]. Curr Opin Rheumatol, 1996, 8: 195 - 200.

[30] 李茂良, 李明起. 云克系列药品的特点和治疗原理 [J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7: 48 - 51.

[31] Horai R, Nakajima A, Habiro K, et al. TNF - alpha is crucial for the development of autoimmune arthritis in IL - 1 receptor antagonist - deficient mice [J]. J Clin Invest, 2004, 114: 1603 - 1611.

[32] 王崇, 刘爱京. 沙利度胺对胶原诱导性关节炎大鼠 TNF - alpha 表达的影响 [J]. 河北医科大学报, 2008, 29: 357 - 360.

[33] 李素芳. 类风湿关节炎患者外周血和关节滑液中 TNF - alpha 水平分析及意义 [J]. 河南医学研究, 2007, 16: 59 - 60.

[34] 黄建林, 吉洁若, 等. 重组人 II 型肿瘤坏死因子受体 - 抗体融合蛋白治疗类风湿关节炎有效性和安全性研究 [J]. 中国药物与临床, 2006, 6: 543 - 545.

[35] 王燕, 刘宁. 重组人 II 型肿瘤坏死因子受体 - 抗体融合蛋白治疗类风湿关节炎 [J]. 医药论坛杂志, 2007, 28: 44 - 48.

[36] Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti - tumor necrosis factor a monoclonal antibody combined with low - dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1998, 41: 1552 - 1563.

[37] Rau R. Adalimumab (a fully human anti - tumour necrosis factor alpha monoclonal antibody) in the treatment of active rheumatoid arthritis: the initial results of five trials [J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61: 1170 - 1173.

(收稿日期: 2009 - 03 - 03)

文章编号: 1004 - 9231 (2009) 06 - 0284 - 03

· 卫生管理与监督 ·

社区卫生服务改革对某社区居民卫生资源利用率的影响

李明媚 (上海市宝山区盛桥社区卫生服务中心, 上海 200942)

盛桥社区卫生服务中心近 2 年来, 以“努力降低社区卫生服务收费, 规范社区卫生服务功能, 加强社区卫生服务管理, 提高诊疗水平”^[1], 及“让人人享有基本卫生保健服务”^[2] 为目标, 在月浦镇政府、宝山区卫生局的大力支持下, 通过系列卫生改革, 探索社区卫生服务组织和管理模式, 充分发挥社区卫生“六位一体”的综合服务功能, 凸现社区卫生服务的公益性, 在为社区居民提供综合、连续、价廉、便捷的社区卫生服务方面作了有益探索。

1 基本情况

盛桥社区地处宝山区北翼, 区域总面积 13.6 km², 社区属城乡结合部, 现有 4 个居委会、8 个行政村。本社区居住人口 35 987 人, 其中本市户籍人口 14 421 人、外来人口 21 566 人。盛桥社区卫生服务中心是一所月浦镇属医疗卫生机构, 现有职工 62 名, 其中卫生技术人员 52 名, 床位 20 张, 下设 4 个村级社区卫生服务站, 有乡村医生 11 名。

2 改革措施

2.1 收支两条线改革及门诊诊疗费减免

在镇政府、区卫生局的统一部署下, 我中心于 2007 年 5 月开始实行收支两条线和全面预算管理, 中心医疗、药品等全部收入全额上缴镇财政专户, 全部支出纳入镇财政部门预算管理。同时对来中心就诊的病人减免了每人 7 元的门诊诊疗费。收支两条线改革及门诊诊疗费的减免, 有效的缓解了当地郊区居民看病难、看病贵矛盾, 减轻了居民的就医负担, 体现了社区卫生服务的公共、公益性性质, 达到了改革目的, 深受社区居民的好评。

2.2 绩效分配方案改革

在实施收支两条线改革的同时, 调整内部分配方案, 切断了社区卫生人员收入与药品、检查收入之间的直接联系, 制定了分配向关键岗位和全科团队倾斜的分配政策, 将工作质量、社区居民满意度、公共卫生服务项目达标率、支出成本控制率纳入了考核内容。把六位一体的服务任务进行量化并落实到队员, 根据综合考核结果决定个人绩效收入。引导社区卫生工作人员主动投身社区卫生服务, 区卫生局成立了社区卫生服务事务中心, 负责落实对社区服务的质量评估考核和质量控制。

作者简介: 李明媚 (1968 -), 女, 主治医师, 学士。

2.3 实施基本药品零差率

2008年7月,宝山区在全区17所社区卫生服务中心及下属所有公立医疗服务机构实施基本药品零差率管理,社区卫生服务中心定期向社区卫生事务中心提出药品采购需求,事务中心定期组织专家小组进行药品遴选,集中采购和配送。我中心有148种常用药按进价收费。实施基本药品零差率收费后,镇财政根据中心收支两条线管理要求予以经费保障。基本药品零差率的实施,进一步规范了药品流通秩序,保障了群众用药安全,有效缓解居民看病难、看病贵问题。

2.4 户籍制管理模式

建立了促进医疗服务下沉社区机制,除了全科诊室、站点及上门服务,全面实行团队服务责任制,在镇村一体化管理基础上,建立了由全科医师、社区护士和乡村医生组成的适应农村特点的全科服务团队。实行划片到人的网格化管理模式,包括11名乡村医生在内的44名医务人员参与了户籍制服务,平均每人分管100多户社区家庭,为居民提供综合性、个性化健康促进服务。不断丰富社区卫生服务内容,签定家庭健康保健合同,建立活化居民健康档案,开展家庭病床、户籍制保健、社区护理、热线咨询、健康教育、康复指导等服务。为了推行户籍制服务,中心把2008年定为社区卫生服务年,制定了系列对户籍制医务人员的激励机制。

2.5 优医组团运行模式

为建立稳定的社区卫生队伍,积极探索区域医疗资源纵向整合,建立功能明确、分工合理的医院协作关系。宝山卫生局成立了社区卫生服务集团理事会。我中心同上海市交通大学附属第三人民医院、中冶医院、罗店医院及6家社区卫生服务中心组成了“宝山区三院社区卫生服务集团”,同曙光医院、宝山医院等单位组成了“宝山区曙光医院中医社区卫生服务集团”。逐步形成“小病在社区,大病上医院,康复回社区”的服务模式。规定二级、三级医院医务人员晋升中、高级职称前必须到社区服务6个月,社区全科医师定期免费到上级医院培训、进修,集团每年安排1名常驻首席医师到社区卫生服务中心,承担首诊、会诊、带教、质量管理、及双向转诊协调等工作,为社区输送人才和技术资源,确保社区卫生服务能为社区居民提供安全、经济、适宜、合理、便捷的基本医疗服务,完善社区基本医疗服务网底。集团运行模式实现了优势互补,资源共享,既满足了社区群众不同层次的医疗需求,同时促进了中心医疗质量的提高。

3 对居民卫生资源利用率的影响

3.1 就诊比例

从区域内不同级别医院的门诊和就诊比例可以看出,通过卫生服务改革,社区卫生服务的门诊总量和就诊

比例的增长明显高于二、三级医院(表1)。

表1 区内医疗机构门诊人次增长率(%)

区内医疗机构	数目(所)	门诊人次(万)		增长率	就诊率(%)		增长率
		2006年	2008年		2006年	2008年	
一级医疗机构	16	277.84	448.71	61.15	53.09	60.11	13.22
二、三级医疗机构	7	245.48	297.77	21.13	46.91	39.89	-14.96

3.2 患病就诊率

通过卫生服务改革,2008年每万人口就诊率略有下降,但每万人口人均门诊费用和每万人口医药费都明显下降。

表2 盛桥地区居民患病就诊率及药费支出

年份	就诊率(/万)	人均门诊费用	人均医药费
2006	25638	293.92	294.1790
2008	25279	233.57	203.4581

注:2006年盛桥地区户籍人口14643人,外来人口11315人;2008年户籍人口14421人,外来人口21566人。

3.3 社区医疗服务利用形式

社区卫生服务在门诊量大大幅度提高的情况下,同时拓展了其他服务项目,且这些工作量在2006年的基础上有明显增加。

表3 盛桥社区卫生服务中心医疗服务量比较

年份	门诊量	健康档案管理数	慢病随访人次	上门诊疗人次
2006	66609	13586	6550	993
2008	98533	14892	7480	1975
增长率(%)	47.9	9.6	14.2	98.9

4 讨论

通过收支两条线、减免门诊诊疗费、基本用药零差率等政策的引导,社区推广户籍制医生、优医组团、双向转诊等服务模式,居民越来越愿意接受和利用方便、价廉、有效、安全的社区卫生服务,使常见病和诊断明确的慢性病人,下沉到社区医疗机构,使居民优先利用社区卫生服务,提高了卫生资源配置效率。

全区居民在社区卫生服务中心、二级医疗机构、三级医疗机构就诊率比例发生明显变化。3年内社区就诊率从39.89%升至60.11%,社区卫生资源得到了充分利用,缓解了二、三级医疗机构的就诊负担,有效减轻了社区居民看病难、看病贵,使卫生资源利用更加趋于合理。

卫生工作的根本任务是为人民健康服务,必须把维护人民利益放在第一位,必须坚持公益性性质。要做到这一点,必须深化医药卫生体制改革,改变不符合公益性要求的“创收”机制,加大政府投入,严格政府卫生监管,强化宗旨和职业道德教育,把广大卫生人员的积极性引导到增加和改善医疗卫生服务上来^[4]。收支两条线管理,

有利于社区卫生服务中心祛除趋利性,彰显公益性。

绩效改革,改革中心内部收入分配制度,鼓励多劳多得、优劳优得,不与医疗收入挂钩,控制医院工资总额。切断社区卫生人员收入与药品、检查收入之间的直接联系,切断医疗机构的趋利性,使得医务人员全身心投入到医疗卫生服务中。

随着近几年上海市社区卫生服务工作蓬勃发展及镇村一体化改革,上海郊区已经建立了比较完善的社区卫生服务体系,医疗服务机构设置、设施及医疗设备配置基本能够满足郊区居民就诊需求,社区卫生服务人员的资质、技术正在逐步接近标准要求,服务功能不断完善,服务质量不断提高,社区卫生服务网络不断健全。随着社会的进步和经济的发展,人民的生活水平不断提高,人们对医疗卫生保健服务的要求也越来越高,这就要求重新

整合卫生资源,更加有效地利用社区卫生资源,在卫生行政主管部门的领导下对人才资源、技术资源、设备资源、品牌资源进行共享、整合,实现大而强、中而干、小而近的分层次的有序的医疗卫生服务体系。

5 参考文献

[1] 韩正. 社区卫生服务老百姓说好才算好 [OL]. <http://cpc.people.com.cn/BIG5/64093/64102/64396/5052138.html>.

[2] 胡锦涛在党的十七大上的报告 [OL]. <http://news.sina.com.cn/c/2007-10-24/205814157282.shtml>.

[3] 全国中医药特色社区卫生服务示范区建设标准 [s].

[4] 高强. 着力解决群众看病难、看病贵问题 [OL]. <http://www.cmda.gov.cn/zhinengbumen/xinxibu/bumendongtai/2009-03-11/5454/html>.

(收稿日期:2009-04-02)

文章编号:1004-9231(2009)06-0286-02

· 卫生监督与管理 ·

宁波市江东区 1 545 起食品卫生行政处罚案件分析

方良军 (浙江省宁波市江东区卫生监督所, 浙江 宁波 315040)

为了总结食品卫生行政执法经验,加大执法力度,调整执法方向,促进食品卫生监督工作,现将我区 2005—2006 年 1 545 起食品卫生行政处罚案件分析如下。

1 资料来源

根据我区 2005—2006 年的食品卫生单位统计年报表、食品卫生行政处罚档案、食品卫生监督监测情况年报表进行整理,主要针对违法条款、处罚方式(罚种)、行业分布等方面进行统计分析。

2 结果

1 545 起食品卫生行政处罚案件中,违法 1 条的占 48.48% (749/1 545),违法 2 条的占 36.57% (565/1 545),违法 3 条的占 13.07% (202/1 545),违法 4 条的占 1.88% (29/1 545),违法条款及处罚情况见表 1~表 3^[1]。

表 1 违法条款情况

违反条款	2005 年(件)	2006 年(件)	合计	百分比(%)
第 8 条	176	260	436	17.76
第 9 条	152	221	373	14.34
第 10 条	0	1	1	0.04
第 11 条	1	0	1	0.04
第 21 条	42	43	85	3.27
第 22 条	0	9	9	0.35
第 25 条	12	2	14	0.54
第 26 条	423	372	795	30.57
第 27 条	576	311	887	34.10
合计	1382	1219	2601	100.00

表 2 2005—2006 年宁波市江东区食品卫生行政处罚情况

项目	2005 年	2006 年	合计
经营户数	2866	3516	6382
处罚户次数	921	624	1545
处罚率(%)	32.14	17.75	24.21
警告户次数	176	260	436
责令改正户次数	921	624	1545
罚款户次数	921	624	1545
罚款金额(元)	1161855	1389890	2551745
公告收回户次数	152	221	373
销毁户次数	152	221	373
没收违法所得户次数	2	3	5
取缔户次数	576	311	887

作者简介:方良军(1970—),男,主管医师。