

重庆市九龙坡区基本公共卫生均等化服务管理模式的探讨*

张萍¹,何坪²,沈星亮¹,张磊³,蓝代礼⁴,何春玲¹(1. 重庆市九龙坡区卫生局 400050; 2. 重庆医药高等专科学校 401331;
3. 重庆医科大学 400016; 4. 重庆市九龙坡区疾病预防控制中心 400039)

中图分类号:R197.1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)36-4971-04

基本公共服务均等化是指政府要为社会公众提供基本的、在不同阶段具有不同标准的、最终大致均等的公共产品和公共服务^[1]。促进基本公共卫生服务均等化,对于实现人人享有基本医疗卫生服务的改革目标具有十分重要的意义^[2-5]。

影响基本公共卫生服务提供的关键因素之一是公共卫生经费的支付方式,这也成为卫生改革与发展过程中研究的重要问题。支付方式(卫生经费是补供方还是补需方)不仅直接影响着卫生机构和卫生工作者的供给行为,还对费用的控制、资源配置、服务质量,以及卫生服务过程中的效率公平产生明显的导向或制约作用。

国内外学者对公共卫生服务支付的理论探讨主要有两种理论^[6-7]:“补供方”理论和“补需方”理论。“补供方”可以保证纯公共、准公共产品的提供。也存在着效率低、限制了社会资本进入卫生领域、卫生资源配置不公平等缺点。它需要有强有力的规定措施,结合适当的效率和绩效考核指标,该投入方式才会有较强的可持续性。“补需方”在西方国家更常见,其形式是政府购买服务。这种方式的优点:引入竞争机制和考核激励机制,具有三赢的效果:既利于机构控制和节约成本,利于提高政府公共投入的质量和效率,还利于提高公众满意度;吸引社会资本投向卫生事业,缓解政府投入不足的矛盾,保障了纯公共、准公共产品的充分供给。但是,该方法也存在一定缺点:提供公共和准公共产品的供方必须符合条件、可以而且愿意提供纯公共和准公共产品,因此许多发展中国家由于供方不足或者供方服务条件不足导致纯公共、准公共产品提供不足;购买的服务项目有时存在相互交叉,导致很难根据服务项目进行购买;需要完善的成本核算体系做基础,导致多数机构对具体的公共卫生服务项目很难进行精确的成本核算;需要完善监督体系和明确的考核体系,而许多国家这些体系并不完善;供方可能过度提供,增加政府财政的压力;购买过程中容易出现“寻租行为”和腐败现象。尽管存在以上缺陷,但该投入方式与目前国际上盛行的“小政府、大社会”的理念相符,因此这种投入方式正在世界各地不断进行尝试。

本文通过实证分析重庆市九龙坡“公共卫生服务券/卡+项目合同”综合支付模式的工作程序、主要做法、初步成效、存在的问题,结合改革的初衷,从而提出完善政府购买卫生服务模式的建议。研究政府提供公共卫生服务的模式重点在于探讨政府购买公共卫生服务的机制,即政府如何分配和支付公共卫生经费,这也是本课题研究意义之所在。

1 九龙坡基本公共卫生均等化模式

按照“总量控制、略有节余,分步实施、合理分项,保证基本、突出重点,先行启动、适时调整”的原则,结合服务特点、资

金状况和服务能力等因素,通过测算论证,以 7:3 的比例分配卡(券)和项目经费,采取卡/券与项目结合的方式对卫生机构提供的公共卫生服务进行购买。基本公共卫生服务补助经费实行专款专用,补助经费标准按单位服务综合成本核定,建立基本公共卫生服务预付制度,采取总额预付和卡(券)定额付费、项目按人头(合同)付费方式结算服务资金。

1.1 确定服务项目 确定了 16 项城乡基本公共卫生服务项目[分别为建立居民健康档案、预防接种、儿童孕产妇保健(含妇女病普查)、65 岁以上老人保健、残疾人保健和重度精神病患者康复、慢性病管理、健康服务包、免费婚检、健康教育、妇幼保健、精神卫生、计划生育技术指导、突发公共卫生事件处置、传染病预防控制、社区卫生诊断和卫生信息管理]。针对 16 项服务项目,九龙坡推行“公共卫生服务券/卡+项目合同”综合公共卫生支付模式,其中,卡(券)针对个体性服务,项目针对群体性服务。2008 年开始试行公共卫生服务券/卡办法和服务项目合同管理办法,出台了《重庆市九龙坡区城乡社区公共卫生服务包考核办法(试行)》、《重庆市九龙坡区城乡基本公共卫生服务管理办法(试行)》,明确了卡/券运行和服务项目合同运行的具体操作步骤和管理办法。

1.1.1 项目及面值 以“3 卡 2 券 7 项目”方式分类实施服务。(1)“3 卡”指城乡居民健康服务卡、儿童孕产妇保健卡和儿童预防接种卡。城乡居民健康服务卡包括为老人、残疾人、重症精神病患者提供每年 1 次健康体检和 4 次随访服务的,面值为 112 元/年;为慢性病(高血压、糖尿病)患者每年提供 1 次常规检查和 4 次随访服务的,面值为 41 元/年。儿童孕产妇保健卡包括为 0~3 岁儿童提供 2 次新生儿访视和 8 次健康管理服务;为孕产妇提供 5 次产前检查、2 次产后访视保健服务,面值为 224 元/张。儿童预防接种卡包括为 0~6 岁儿童提供常规免疫接种、应急接种和强化免疫接种服务,面值为 180 元/张。(2)“2 券”指健康服务包券和婚前医学检查券。健康服务包券包括为城乡居民提供健康咨询、健康宣教,实施健康干预,促进健康行为,发放健康教育支持工具(控油壶、限盐勺、健康知识手册、宣传折页等),面值为 18 元/张。婚前医学检查券包括为新婚夫妇提供免费婚前医学检查,面值为 167 元/对。(3)“7 个项目”主要为健康教育、精神卫生服务、计划生育技术指导、传染病防控、突发公共卫生事件应急处置、社区卫生信息管理。

1.1.2 服务流程 首先服务卡(券)由区卫生局组织印制,区财政局监制。预防接种卡由区卫生局批准的医疗卫生机构预防接种门诊进行首次接种时发放;儿童孕产妇保健卡、健康服务卡及健康促进服务券由各镇人民政府和街道办事处社会事

务科(办公室)发放;婚前医学检查券由区民政局设立的婚姻登记处在婚姻登记时发放。

其次,服务卡/券申报与审定指根据区内符合条件享受公共卫生服务对象数量,测算出应发放服务卡(券)数量。预留部分服务卡(券)用于新符合条件的人群和漏登的服务对象。各镇街组织社区卫生服务中心、镇卫生院每年进行 1 次基线调查,收集辖区内符合享受相应基本公共卫生服务项目的服务对象信息,并进行分类统计和登记造册;然后将相关数据分别报区疾病预防控制中心、区妇幼保健院、区精神卫生中心进行复核和分类汇总、造册;最后将汇总名册报区卫生局和区财政局审核,最后报区社区卫生工作领导小组审定。项目合同申报与审定指各专业公共卫生机构(公共卫生管理机构)和基层医疗卫生单位根据本单位职责和工作实际,按照服务项目的种类和内容要求,制定每季度项目实施计划和服务内容,并填写《九龙坡区城乡基本公共卫生服务项目工作计划申报表》报区卫生局。区卫生局根据基本公共卫生服务项目年度计划和安排,对各专业公共卫生机构和基层医疗卫生单位的计划申报表进行审定。

然后,服务卡(券)服务对象,按照属地化管理原则,应在规定的时间内自行持卡(券)到所在地提供服务机构接受服务。服务提供机构,按照“服务 1 次,刷卡 1 次或收回 1 券”的方式,做好公共卫生服务卡刷卡统计和服务券回收工作。经卫生局审定的项目,由各申报机构组织实施,未经区卫生局审定的项目服务不作为服务补助内容。各专业公共卫生机构和基层医疗卫生单位每季度对服务项目进行汇总统计,并向卫生局报送《九龙坡区城乡基本公共卫生服务项目工作量统计表》。

1.2 服务经费测算与核拨 城乡社区公共卫生服务卡/券补助资金和项目合同资金实行专户储存、封闭运行、区级统筹、镇(街)协管、总额控制、节余续用。服务考核由行政部门、专业组织、服务对象等参与组成的城乡基本公共卫生服务绩效考核组实施。

1.2.1 服务经费测算 城乡基本公共卫生服务补助资金的 70% 用于卡(券)服务补助,30% 用于项目服务补助。项目服务补助经费的 30% 用于专业公共卫生机构的项目服务补助,70% 用于基层医疗卫生单位的项目服务补助。

1.2.2 服务经费考核 服务卡/券经费考核标准:服务卡/券绩效考核按照《九龙坡区城乡基本公共卫生服务卡/券考核标准》进行。卡(券)服务考核指标总分为 300 分,其中服务内容分值 280 分,满意度分值 20 分。通过考核,确定机构的卡(券)服务总分值。卡(券)服务考核结果分为优秀(考核总分值在 270 分及以上)、良好(225~269 分)、合格(180~224 分)和不合格(179 分及以下)四个等次。

服务项目经费考核标准:区卫生局组织考核组每季度对服务项目实行绩效考核,区财政局对绩效考核工作进行监督和复核。服务项目分两类机构考核,专业公共卫生机构按《九龙坡区专业公共卫生机构(公共卫生管理机构)城乡基本公共卫生服务项目考核标准》进行,项目考核采取得分制,包括服务项目实得分值、满意度 30 分、加分分值 30 分;基层医疗机构按《九龙坡区基层医疗卫生单位城乡基本公共卫生服务项目考核标准》进行,项目考核实行总分制,指标总分值为 180 分,包含服务项目分值 120 分、满意度分值 30 分和加分分值 30 分。

1.2.3 经费拨付 区卫生局负责城乡基本公共卫生服务补助经费计算,并填写《九龙坡区城乡基本公共卫生服务卡(券)补

助经费核拨表》、《九龙坡区城乡基本公共卫生服务项目补助经费核拨表》。区财政局负责对区卫生局计算出的城乡基本公共卫生服务补助经费进行审定,并对审定后的补助经费实行季度直接拨付到服务机构。卡(券)服务和项目服务补助经费的 2% 作为镇、街管理工作经费。

2 实施效果

2.1 群健康关键指标改善 自从九龙坡区实行公共卫生服务卡(券)和公共卫生服务项目以来,服务管理更加规范。2009 年 15 岁以上人口年内健康体检率为 31.3%,比重庆市的 16.2% 高 15 个百分点;15 岁以上人口年内血压测量率为 52.5%,也比重庆市的 37.7% 高 15 个百分点。2010 年婴儿病死率为 5.34‰,较 2007 年下降了 2.16‰;2010 年儿童病死率为 6.63‰,较 2007 年下降 3.57‰。结果见表 1。

表 1 九龙坡基本公共卫生服务关键指标 3 年比较

	2008 年	2009 年	2010 年
主要慢性病规范管理率(%)			
高血压	80.7	68.22	69.56
糖尿病	—	68.18	66.91
孕产妇保健系统管理率(%)			
流动人口	83.2	83.2	90.48
常住人口	78.96	90.46	83.36
7 岁以下儿童系统管理率%			
0~3 岁儿童	95.8	94.92	94.04
3~7 岁儿童	95.15	96.64	98.08
居民健康档案建档率(%)	37.42	64.17	78.4
65 岁以上人口健康管理率(%)	55.8	63.24	49.21
重症精神病患者管理率(%)	26	57.26	68.7
国家免疫规划疫苗全程接种率(%)	96.69	99.60	99.68
婚前医学检查率(%)	—	11.39	38.86
儿童保健覆盖率(%)	—	95.77	96.08
孕妇产前检查率(%)	—	99.59	98.75
孕产妇病死率(%)	—	18.56	18.42

—:无数据。

2.2 公共卫生资金使用效率提高 2008~2010 年,九龙坡区公共卫生服务包资金总筹集增幅达 35.76%,公共卫生服务包资金总支出增幅达 62.56%。支出的增长速度明显快于筹资的增长速度,同时 2008~2010 年三年资金使用率分别为 83.4%、88%、99.99%,表明公共卫生服务资金有效利用率明显提高。结果见表 2。

表 2 九龙坡区 2008~2010 年公共卫生服务包资金筹集使用情况

年度	筹资(万元)		支出(万元)		资金使用率(%)
	总筹资	总支出	卡券经费 [n(%)]	项目经费	
2008 年	1 292	1 078.8	691.8(64.1)	387	83.4
2009 年	1 245	1 095.6	722.1(65.9)	373.5	88%
2010 年	1 754	1 753.96	1 227.76(70.0)	526.2	99.99

2.3 居民公共卫生服务意识和利用率提高 在抽样区县

中,九龙坡调查者中测量过血压的人群比例最高(93.2%),测量过血糖的比例最高(65.6%),接受健康体检的比例也最高(88.3%)。居民基本卫生防病知识(艾滋病、结核病、高血压、糖尿病、妇女病等)知晓率从2008年的63.86%上升到2009年的87.52%。

3 存在的问题

3.1 供需方导致公共卫生服务券/卡回收难,从而影响工作人员积极性和待遇 供方人员花了大量时间、宣传经费、人力、物力去提供服务,但由于公共卫生服务券发放较难,成本较高,再加上居民健康意识不够,影响服务券的回收。而且,现有的公共卫生服务券/卡面值较少,对部分条件较好的居民缺乏吸引力,也导致服务券/卡难以回收。这就直接影响了机构或服务人员获得公共卫生补助经费,从而间接影响到机构服务人员的工作积极性。

3.2 项目合同管理受现有外部环境的制约难以有效实施 科学的项目合同管理应基于市场公平竞争的原则。例如,卫生局应组织专家确定合同购买机构名单,参与竞争机构通常不少于3个,才能由卫生局通过择优原则确定中标单位,然后与中标单位签订详细实施方案并购买其提供的服务。但是,现有公共卫生机构数量偏少,某些专业公共卫生机构如妇幼保健院、疾病预防控制中心1个区县就1所,形成了市场垄断,因此难以形成真正意义上的市场竞争投标,从而导致项目合同管理难以有效实施。并且,现有卫生行政部门作为合同管理者的能力较弱,合同管理要求卫生行政部门将过去直接对服务提供机构人、财、物的管理转化为对服务产出和结果的管理,这需要卫生行政部门管理者具有一定的财政和管理能力,对不发达地区和农村地区卫生行政部门来说,无疑是一个挑战。因此,项目合同管理现有外部环境将干预和制约公共卫生合同管理的科学实施。

4 讨论及建议

合同购买和公共卫生服务券/卡购买都是政府购买公共卫生服务的方式,这两种方式都呈现这样特点:政府承担筹资责任,定向委托公共卫生服务机构提供服务,评估机构提供服务的数量和质量,并兑现经费投入^[8]。政府购买公共卫生服务制度增强了政府的公共卫生职能,恢复了卫生机构为居民服务的本质,公共卫生服务券制度使居民真正成为公共卫生服务的自主消费者,促进了公共卫生机会均等享有,合同购买的方式即补供方促进了卫生机构之间开展良性竞争,并提高了供方人员积极性。但是尚需解决的问题是:(1)政府购买公共卫生服务的有效管理制度尚未建立。补需方需要完善的成本核算体系,补供方需要完善监督体系和明确的考核体系,尽管财政部2007年颁布了《财政部关于开展政府购买社区公共卫生服务试点工作的指导意见》文件,对购买服务的项目确定及其补助标准、服务提供机构选择、绩效考评、资金筹集及支付,以及管理和监督等方面提出了相关意见,并提出了购买服务的工作参考流程,但是国内政府购买公共卫生服务的制度并不完善,政府购买公共卫生服务在实施过程中还面临着来自于卫生行政部门自身管理能力、公共卫生服务机构服务提供的能力、人口流动和我国行政管理、财政、法律等配套制度的改革等问题的挑战^[9]。所以,要使政府购买公共卫生服务可持续进行,尚需探索出更为完善而有效的管理制度。(2)广大居民对公共卫生的意识和购买意愿较低。受文化程度较低和现有公共卫生知识宣传教育手段偏弱的影响,广大居民,尤其是农民对公共卫

生的意识较为淡薄,购买意愿低。(3)居民缺乏对卫生机构多样选择的权利。现有卫生资源的配置尚不能形成供方的竞争市场机制,从而制约了居民对卫生机构自由选择的初衷。

为了有效推动“服务券/卡+项目合同”支付模式的实施,九龙坡采取了一系列配套管理办法。例如制定了《九龙坡区城乡基本公共卫生服务绩效考核办法(试行)》来有效监督、公平考核机构,并以此作为服务资金科学发放的依据;还通过分级化管理,制定《重庆市九龙坡区基本公共卫生分级服务实施细则》(试行)来规范化各级各类公共卫生机构的服务职责、工作内容和流程,促进服务提供的标准化和规范化,促进了九龙坡卫生改革的创新。对于尚存在的问题,提出以下建议。

4.1 提高基本公共卫生服务标准和服务利用率 为调动机构的积极性,应在对核心公共卫生服务项目进行科学成本测算的情况下,结合重庆市社会经济水平发展速度及居民卫生保健需求的增长,同步提高人均公共卫生经费,并将某些重要的服务项目补助标准提高。例如,重庆市现有的0~36个月的儿童健康管理共做8次检查,第1、4、6、8次仅做体格检查(每次10元)和访视(每次8元),第2、3、5、7次在前面两项基础上又加了一项血常规检查(每次10元),其余的检查均未提供。再如,对老年人保健,重庆市给出的标准是每人每年100元,除了一般体检、血糖检查之外,老年人只能选做血尿常规、血脂四项、B超、肝肾功能检查、心电图检查及眼底检查等项目,而不能全做。这种情况容易造成以下结果:部分老百姓参加这种免费的保健服务项目积极性不高,他们觉得既花费了时间,又没有得到预期的体检保健功能。而如果老百姓利用服务的积极性不高,又会直接影响到服务提供方的积极性,尤其是许多区县已经开始采用服务券/卡的补需方模式,如果老百姓由于以上原因不利用服务,机构工作人员是无法回收到服务券的,由此也得不到服务补助经费,长期以往就会影响公共卫生服务人员的工作积极性。因此,政府应适当增加服务项目和提高服务标准,或者将补充的服务项目纳入基本医疗保险范围,将公共卫生服务“体检项目”制定成统一固定的体检流程和收费标准,并将费用纳入城乡居民合作医疗门诊费用报销范围,凡是在规范时间段参与体检的居民均可通过医保卡按一定比例报销(如个人支付20%~30%,具体标准可通过测算来定)。由此,相应提高城乡居民公共卫生服务利用率,改善人民群众健康保健水平。

4.2 建设政府购买公共卫生服务的机制 我们现有的政府购买公共卫生服务方式还不能算真正意义上的购买,要实现真正意义上的购买,还需要机制建设和条件建设。例如,引入竞争机制,鼓励私人部门更多地参与公共服务提供并给予公平的竞争机会,建立足够的有资质的服务提供方和足够的技术支持;政府制定清晰的战略,明确购买服务的目标,根据目标可以确定购买公共卫生服务的具体项目和各自的目标人群,从而精细化公共卫生服务项目的费用测算和绩效考核;建立公开透明的信息披露机制和多部门合作机制,加强政府行政管理能力和执行能力,促进多部门有效监管合同各方的行为;成立独立的资金管理机构,保证购买服务的资金能够独立运行并自负盈亏,以防止预算约束软化。

在现有的基本公共卫生服务支付方式的制度安排中,遵循政府购买思路的制度安排,不管是“补供方”还是“补需方”,其效率及效益均优于政府直接组织生产的制度安排。但现有政府购买基本公共卫生服务制度安排并非完美无缺,也存在一些

制度缺陷,比如无法根除委托-代理问题、依赖于社会力量举办公共卫生服务机构的积极参与、依赖于服务对象的积极参与、依赖于政府管理部门的较高管理水平等,所以政府购买基本公共卫生服务的制度需要不断完善。

参考文献:

- [1] 樊继达. 统筹城乡发展中的基本公共服务均等化[M]. 北京:中国财政经济出版社,2008:61.
- [2] 王伟,任苒. 基本公共卫生服务均等化的内涵与实施策略[J]. 医学与哲学,2010,31(6):58-59.
- [3] 陈丽. 落实基本公共卫生服务均等化策略研究[D]. 武汉:华中科技大学,2012.
- [4] 惠宇,陈效云,董立文. 建立医院绩效评价系统的理论与实践[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(6):331-333.

- [5] 程勇. 社区卫生服务中心公共卫生服务绩效评价研究[D]. 武汉:华中科技大学,2008.
- [6] 毛蕾,王海萍. 德国的横向财政转移支付及对我国的启示[J]. 科技和产业,2006,6(9):59.
- [7] 王芳,刘晓曦,邱五七,等. 加拿大与澳大利亚公共卫生服务均等化经验与启示[J]. 中国卫生政策研究,2010,(5) 57-59.
- [8] 刘军民. 关于政府购买卫生服务改革的评析[J]. 华中师范大学学报:人文社会科学版,2008,47(1):35-42.
- [9] 张萌,王家耀,吴建,等. 我国政府购买公共卫生服务的实践和特点[J]. 中国社会医学杂志,2012,30(3):11-13.

(收稿日期:2014-03-15 修回日期:2014-07-26)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.36.044

我国医疗支援县级医院的机制及策略研究*

肖政^{1,2},汪成琼^{1,2},廖蓉蓉^{1,2},王飞¹,徐冬冬²,赵静²,苟强²,余昌胤^{1,2},舒涛²,毕路佳²

(1. 遵义医学院循证医学中心/循证医学教育部网上合作研究中心遵义医学院分中心,贵州遵义 563003;
2. 遵义医学院附属医院医务处,贵州遵义 563003)

中图分类号:R19;R95

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)36-4974-04

医疗支援为医疗卫生改革重要项目,西部县级医院硬件及软件配置薄弱,难以满足县域群众医疗保障需求,如何提高其服务能力成为当前重要课题。本研究系统评价医疗支援县级医院相关文献,深入分析医疗支援措施、内容及效果评价等,为构建科学医疗支援运行机制及政策提供证据。

1 研究方法

1.1 检索策略 由两名检索员独立采用“医疗、医院、对口支援、对口帮扶及对口扶持”等检索词,构建检索式:(1)医疗 or 医院;(2)对口支援 or 对口帮扶 or 对口扶持;(3)1# and 3#。检索万方、维普、CNKI 数据库(建库到 2010 年 10 月)及国家卫生部官方网站(<http://www.moh.gov.cn>)等。

1.2 纳入及排除标准 纳入医疗对口支援县级医院相关研究的文献,排除无详细内容的新闻、会议摘要及无关文献。

1.3 质量评价标准 此类研究无统一质量评价标准,本研究参考李幼平等^[1-2]关于政策研究文献的质量分级方法,结合纳入文献特征,将其质量分为 6 级。A:系统评价、Meta 分析卫生技术评估;B:政策文件、政府及相关工作报告;C:有确切研究方法的文献;D:政策实践及经验总结文献;E:综述及理论研究文献;F:专家意见。

1.4 筛选及质量评价 由两名评价员根据纳入、排除及质量评价标准,独立筛选及评价文献,筛选与评价分歧通过与第三方讨论解决。

1.5 数据提取及整合 参照 PICO 原则提取资料(P:研究对象;I:干预措施;C:研究对照;O:研究结果)。针对支援研究基本特征、支援措施及内容、支援效果评价、支援人才培养及支援建议与体会等设计资料提取表格,提取资料并进行描述性分析

及文献计量分析。

2 结果

2.1 文献检索及质量评价 共检索到文献 397 篇。阅读题目、摘要及全文后,依次排除重复、信息不全、会议摘要、报刊文章及不符合纳入标准的文献,最终纳入文献 25 篇。

2.2 纳入文献基本特征 1994 年首次报道医疗支援县级医院以来,共纳入 25 篇(表 1)支援实践及经验的文献报道,2000 年以后文献 23 篇(92%),质量均为 D 级,文献质量欠佳。支援单位包括高校单位(包含军事院校)支援(24%),军队单位(80%);主要为 3 种支援形式,包括跨省区,体现为东部地区支援新疆、贵州、西藏、内蒙古、广西、四川等西部省份医院(80%),区域内支援包括新疆、甘肃、西藏、辽宁、江苏及江西等省份(20%);军地支援(84%);双方签订支援协议(92%)。研究表明近 10 余年来以军队医院为主体机构对医疗支援研究重视增加,主要为跨省区和军地支援西部地区县级医疗机构,而区域内及高校单位支援报道较少,纳入研究质量低,其结论可靠性相对低。

2.3 支援措施及内容 纳入文献 25 篇(图 1),依据文献数量对报道支援措施及内容进行计量分析,研究表明目前主要为 10 大类支援措施及内容。(1)派驻医疗组(100%);依据受援医院弱势选择专业技术骨干(职称包含主任、副主任医师及高年资主治医师;学历包含博士与硕士)定期与不定期进驻受援医院,面对面业务指导,开展技术培训班、教学查房、示范手术、各科手术带教、临床讲座、疑难病例讨论、术前讨论、急危重患者救治,临床讲课;(2)人才培养(100%);主要内容见图 2;(3)技术帮带(100%);体现为医疗工作组骨干与受援单位医生结

* 基金项目:贵州省哲学社会科学规划基金(GZYB58);遵义医学院博士启动基金(F-617)。 作者简介:肖政(1974—),博士,讲师,主要从事循证应用与研究,医院管理与决策。