

# 北京市城市居民基本医疗卫生服务研究

饶克勤<sup>1\*</sup> 梁万年<sup>2</sup> 吴永浩<sup>2</sup> 王亚东<sup>3</sup> 陈琦<sup>3</sup> 辛英<sup>1</sup>

1. 卫生部统计信息中心 北京 100044
2. 北京市卫生局 北京 100053
3. 首都医科大学卫生管理与教育学院 北京 100069

**【摘要】**对北京市在发展普遍享有基本医疗卫生服务中的理念、思路、政策措施及其初步成效进行分析研究,以便及时有效地总结经验,同时,分析其在改革过程中遇到的问题及解决办法,为全国其他各省(市)发展面向城市居民的基本医疗卫生服务提供参考借鉴。

**【关键词】**基本医疗卫生服务;收支两条线;药品零差率销售

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)03-0001-06

## Research on essential health service for urban residents in Beijing

RAO Ke-qin<sup>1</sup>, LIANG Wan-nian<sup>2</sup>, WU Yong-hao<sup>2</sup>, WANG Ya-dong<sup>3</sup>, CHEN Qi<sup>3</sup>, XIN Ying<sup>1</sup>

1. Center for Health Statistics and Information, Ministry of Health, Beijing 100044, China
2. Beijing Municipal Health Bureau, Beijing 100053, China
3. School of Health Administration and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

**【Abstract】**This study is to analyse the concepts, ideas, policy measures and the preliminary effectiveness in the health reform process of developing universal access to essential health service for all in Beijing, so as to summarize the experience in a timely and effective manner. Meanwhile, problems occurred in the process of development and reform in Beijing and their solutions are also analysed. It is expected that the results could be used for reference by other provinces when developing the urban essential health care.

**【Key words】**Essential health service, Separated management of revenue and expenses, Zero profit drug supply

## 1 背景

鉴于健康在促进经济社会和人的全面发展中的基础性作用,维护国民基本健康权益和促进健康公平已经成为一个国家或地区实现社会和谐与公平正义的重要标志。党的十七次代表大会报告中明确提出:“要建立基本医疗卫生制度,坚持公共医疗卫生的公益性质,建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,加强城市社区卫生服务体系建设。”这是我们党首次提出建立基本医疗卫生制度,把保障人民群众获得基本医疗卫生服务、人民群众“病有所医”作为政府的基本责任和人民的基本权利,让人民群众共

享改革开放和经济发展的成果。

作为医疗卫生资源在全国位居前列的北京,如何深化医疗卫生体制改革以促进健康公平,其改革现状和效果如何,成为社会各界关注的焦点。事实上,2003年SARS之后,北京市委、市政府深刻认识到,仅有经济高速发展是不够的,政府需要高度关注经济与社会协调发展。自此,北京市基本医疗卫生服务的改革与发展开始深入进行。北京市在发展普遍享有的基本医疗卫生服务中,把解决人民群众关心的“看病难、看病贵”问题放在首要位置,把发展社区卫生工作作为构建新型城市医疗卫生体制以及解决当前医疗卫生矛盾的突破口。2006年北京市在总结东城区、西城区工作经验的基础上,结合国家对

\* 基金项目:卫生部政策法规司 2007 年立项卫生政策研究课题(编号:2007HP01)。

作者简介:饶克勤,男(1957年-),研究员,卫生部统计信息中心主任,主要研究方向为国家卫生服务研究、营养与慢性病流行病学、健康公平性、健康监测方法,E-mail:raokq@moh.gov.cn。

发展城市社区卫生服务的意见,在全市范围内逐步实行社区卫生服务机构收支两条线管理,社区卫生服务机构常用药品由政府集中采购,统一配送、零差率销售。同时,通过实行全科医生家庭健康责任制、居民健康卡管理、建立大医院与社区卫生服务之间“双向转诊”的绿色通道,逐步形成“小病进社区、大病到医院、康复回社区”的局面。北京市这一系列措施的出台,逐步转变了社区卫生服务机构盲目追求经济利益、忽视群众利益的观念和行为,使社区卫生服务机构回归其“六位一体”的功能定位,在一定程度上缓解了大医院看病难的问题,也有效提高了卫生资源的使用效率,是对确保城市居民公平享有基本医疗卫生服务的有益探索。但北京市在工作过程中,也遇到了一系列的问题,如很难建立一支稳定的、高素质的、可持续的基层人才队伍等。因此,有必要对北京市的发展理念、思路、政策措施及其初步成效进行分析研究,以便及时有效地总结经验。同时,分析其在改革过程中遇到的问题及解决办法,为全国其他省(市)发展面向城市居民的基本医疗卫生服务提供参考借鉴。

## 2 主要发现与结论

### 2.1 北京市发展基本医疗卫生服务的背景

改革开放以后,北京市城镇居民的收入持续高速增长,人均收入在全国省市中居于前列,人均可支配收入从 1986 年的 1 063 元增加到 2000 年的 10 292 元,居民的生活水平得到大幅度提高。2007 年,北京市人均 GDP 超过 7 370 美元,达到中等收入国家水平,而同期全国人均 GDP 为 2 200 美元,北京是全国人均水平的 3 倍多。<sup>[1]</sup>然而在改革的过程中,也必然存在着职工下岗和出现弱势群体等问题,也就是说,并不是所有的人都从改革中公平的享受了经济发展和社会进步的成果,一部分居民的生活并没有获得同步改善。根据北京市统计局的资料,北京市城市居民 2006 年 10% 最高、最低收入组的人均可支配收入之比为 4.7:1,2007 年 1-11 月为 5.8:1。

在卫生领域,宏观经济的改革和发展促进了卫生体系向着适应市场经济的方向转变,并提高了人民群众的总体健康水平。2000 年以来,伴随城镇职工基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度的建立与完善,北京市医疗卫生事业有了新的进步和发展,为下一步改革和发展打下了坚实的基础。主要

表现在六个方面:卫生资源总量持续增长;卫生服务能力明显提高;卫生服务体系基本健全;医疗保障覆盖面逐步扩大;居民主要健康指标基本达到发达国家水平;医疗支出上涨趋势放缓。

但在新的经济、社会发展阶段,北京市卫生领域仍面临着一系列挑战。

#### 2.1.1 人口老龄化加快

2000 年人口普查结果表明,北京市 65 岁及以上的人口为 115.5 万人,占总人口的 8.4%,标志着北京市进入了老龄化社会。2005 年 1% 人口抽样调查数据结果显示,北京市常住人口为 1 536 万人,65 岁及以上的人口超过 10%,表明老龄化已经非常严重了。<sup>[2]</sup>随着年龄的增长和器官的老化,老年人患病率提高,慢性病患者增多,医疗资源和医疗费用消耗增加。老年人平均发病率比中青年高 3-4 倍,平均住院费用高 2 倍左右。这种人口结构变动态势对加快转变卫生事业发展方式提出了紧迫要求。

#### 2.1.2 疾病模式的快速转变和巨大的疾病负担

我国正处于以控制传染病为主的第一次卫生革命和以控制慢性非传染性疾病为主的第二次卫生革命交替的关键性发展时期。随着工业化、城市化建设进程的加快,与生态环境、生活方式有关的问题日益严重。心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤等慢性非传染性疾病日益成为危害人们生命健康的主要因素。随着人民生活水平的提高,北京市的疾病谱亦发生了显著变化。十几年来,心脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、损伤和中毒等成为北京市居民的主要死因。由于医学科学技术的进步,这些疾病可以通过手术或药物得到一定的治疗和控制,延长此类疾病患者的寿命。慢性非传染性疾病的肆虐也给患者和社会带来了巨大的疾病负担。

#### 2.1.3 流动人口问题

近年来,我国人口流动空前活跃,成为当前一个突出的社会现象。北京市作为首都和快速发展的特大城市,吸引了大量的流动人口,是全国流动人口的三大聚集区之一。最新的北京市 1% 人口抽样调查资料显示,2006 年底北京市流动人口总量达到 383.4 万人,比 2000 年增加 101.2 万人,平均每年增加 32.3 万人,年均增长 13.6%。规模如此庞大的流动人口给北京市的社会经济发展带来了巨大的影响,也对城市的社会管理和社会服务提出了新的要求。有研究表明,流动人口传染病发病率要高于当地人口。

而且,由于流动人口的流动性和患病后往往不能及时就诊,易导致疫情扩散或传染病爆发,严重威胁着周围人群。可以说,城市中流动人口健康状况的好坏直接影响到城市公共卫生体系乃至国民经济的发展。

## 2.2 北京市探索基本医疗卫生制度的政策发展历程

通过分析国家社会经济发展的战略方针、北京市居民卫生服务需求变化、北京市基本医疗卫生服务体系的现状及国外社区卫生服务实践经验,北京市开始思考引进社区卫生服务理念,并将其作为解决城乡居民人人享有基本医疗卫生服务的重要途径和突破口。

北京市基本医疗卫生制度政策发展的过程也就是卫生政策通过作用于基本医疗卫生服务组织体系、资源配置和制度规制为人民群众提供质量和效率水平可接受的、公平、可及的基本医疗卫生服务的过程。

在实践探索中,北京市逐步形成了“以社区卫生服务为突破口,建立并逐步完善城乡基本医疗卫生服务体系,满足城乡人民群众基本医疗卫生服务需求”的战略构想。迄今为止,北京市基本医疗卫生制度政策的发展经历了四个阶段:

第一阶段(1997 年以前)是理念引入与试点探索阶段。1997 年以前,在国家没有明确统一的政策措施,尚未建立医疗卫生机构改革的环境、条件和氛围的情况下,北京市主要是按照阿拉木图宣言提出的基本途径和措施构建初级卫生保健服务体系,按照预防为主的工作方针,构建了遍布城乡的医疗保健三级网,为开展健康教育、妇幼保健、计划生育、疾病预防、提供基本用药、合理治疗和康复的初级卫生保健服务提供了体系保障,但当时尚缺乏发展基本医疗卫生服务的整体设计和配套政策措施。这一时期,在医学院校的推动下,北京市局部地区开始了全科医学与社区卫生服务的理论研究和试点,为北京市全面开展社区卫生服务奠定了坚实的基础。

第二阶段(1997 年—2001 年)是网络建设与全面推行阶段。1997 年以前,北京市城市基层医疗卫生机构主要是地段医院和街道医院,在市场经济的冲击下,和其他省市一样,北京市基层医院需要和大医院进行竞争以获得生存的机会,其业务开展侧重

医疗服务。1997 年,中共中央、国务院发布《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,明确提出“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务”,为基本医疗卫生服务的发展指明了前进的方向。北京市在全市的范围内开始大力进行基层医疗卫生机构改革,将政府举办的一级医院、部分二级医院和国有企事业单位所属的基层医疗卫生机构转型、改造或改制成社区卫生服务中心(站),社区卫生服务中心与社区卫生服务站实行一体化管理,以适应社区卫生服务发展的思路和要求,并出台了一系列配套政策,确保社区卫生服务网络体系建设的顺利进行。

第三阶段(2001 年—2005 年)是扩展功能与提高质量阶段。新型医疗卫生服务体系由社区卫生服务机构、区域医疗中心和预防保健机构组成。社区卫生服务机构是新型医疗卫生服务体系的基础,其主要功能是以健康为中心,社区为范围,家庭为单位,面向全体居民开展健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务。区域医疗中心为社区卫生服务机构提供技术支持。预防保健机构对辖区内预防保健工作进行业务管理、指导、监测与评价等。调整医疗、预防保健机构的职能,将适宜在社区开展的基本医疗、康复、护理及预防保健工作移交给社区卫生服务机构承担。这一时期,从规范化管理、信息化管理、人才队伍建设和激励机制等方面不断完善管理机制建设,以全面提高社区卫生服务质量。

第四阶段(2006 年至今)是注重公平与兼顾城乡统筹阶段。2006 年以来北京市以社区卫生服务为依托和突破口,大力发展了基本医疗卫生服务,北京市 2005 年 12 月以来,主要社区卫生服务一系列改革政策、措施的核心是增加社区卫生服务机构的政府投入、强化政府责任,改革社区卫生服务机构运行机制,全面推进新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度建设等,为改善医疗卫生服务不公平的状况,为城乡居民提供适宜技术和基本药物,有效控制医疗费用进行着不懈的努力。

## 2.3 北京市发展人人享有基本医疗卫生服务的策略和路径

2006 年以来,北京市改革力度进一步加大,卫生改革进入一个新的发展阶段,注重公平、兼顾城乡、统筹发展。改革的基本原则之一就是坚持社区卫生

服务的公益性质,注重卫生服务的公平、效率和可及性。北京市在加强人才队伍建设和完善社区卫生服务运行机制等方面进行了大胆的创新,为确保公共卫生和基本医疗服务的公平、可及进行了实质性的改革。主要有:

### 2.3.1 收支两条线管理

为彻底切断社区卫生服务业务收入与个人收入的关系,有效缓解城乡居民看病难、看病贵的问题,2006 年 9 月,北京市开始在社区卫生服务机构尝试进行收支两条线管理。改革和发展城市社区卫生服务已作为推进北京市卫生综合改革、缓解群众看病难和看病贵的基础性工作,并由政府集中精力积极推进,这也是北京市医疗卫生体制改革思路的一个重大转变。

实行收支两条线管理的社区卫生服务中心(站)的收入全额上缴区县财政专户,其支出纳入部门预算管理,人员的待遇由财政予以保证。收入包括医疗收入、药品收入及其他收入;支出包括经常性支出如人员经费和公用经费,以及专项支出如设备购置、房屋修缮、房租、公共卫生工作、信息化建设、人才培养等。<sup>[3]</sup>

在实施过程中,对社区卫生服务机构收支两条线管理的实施、保障情况进行内部和外部考核评估,发掘实施过程中的问题和困难,从而保证改革的良性运行。

### 2.3.2 降低药品零售价格,减轻居民的医药负担

建立政府集中采购、统一配送、零差率销售的社区常用药品和医用耗材采购供应机制,旨在降低药品价格,让居民吃上放心药、便宜药,从而减轻居民的医药负担,有效缓解看病难、看病贵的问题。

### 2.3.3 加强队伍建设,实施“四个一批”工程

为加强社区卫生人才培养与引进工作,补充缺编的社区卫生服务人员,提高社区卫生服务能力与水平,不断满足居民基本医疗和公共卫生的需求。解决“社区看不好病”、医务人员数量不足、素质不高、结构不合理等问题。北京市实施了“四个一批”工程,即“下来一批大医院专家(每人每年下社区服务 15 天)、回来一批退休医务工作者(返聘具有高级职称的退休医学专家到社区服务)、进来一批应届毕业生(招聘医学专业本科以上学历毕业生到社区工作)、出来一批现有在职人员(对现有社区医生进行培训,力争使社区卫生技术人员全部取得岗位合格证

书)”。

### 2.3.4 对口支援政策

通过建立慢性病管理的协作机制、建立和畅通双向转诊以及开展人员的双向交流和培训,形成大医院与辖区内社区卫生服务机构间有效紧密的技术支撑和双向转诊机制,建立双向转诊绿色通道,逐步形成“小病在社区、大病到医院、康复回社区”的有序医疗卫生服务格局;建立人员交流、培训和业务协作的长效机制,提高社区卫生服务中心(站)的管理水平和服务能力,满足社区居民的医疗卫生服务需求。

### 2.3.5 构建新型医疗二级服务体系

北京市通过加快发展社区卫生服务,构建新型医疗二级服务体系,逐步形成“小病在社区、大病到医院、康复回社区”的有序医疗卫生服务格局。新型医疗卫生服务体系,由社区卫生服务机构、区域医疗中心和预防保健机构组成。其中,区域医疗中心是城市的大型医院、专科医院和农村的区县医院,预防保健机构是指市和区县疾病预防控制、妇幼保健、精神卫生机构等。二级服务体系并不意味着没有二级医院,而是构建一个功能清晰、分工明确的二级卫生服务提供体系:一级是以提供基本公共卫生服务和基本医疗保健康复服务为主的基层卫生服务提供体系,另一级是以住院服务以及重大疾病诊治、急救等为主的医院服务提供体系。

## 2.4 政策实施的初步效果

### 2.4.1 增加了对流动人口的服务提供

北京市常住人口总数为 1 581 万,其中外来人口为 383.4 万,户籍人口数为 1 197.6 万。<sup>[1]</sup>流动人口占人口总数的比例为 24.25%。随着社区卫生服务工作的开展,社区卫生服务机构对流动人口正提供越来越多的服务。譬如,社区医生走入工地、工棚等流动人口集聚地进行健康知识宣讲、艾滋病知识讲座,免费发放避孕套,主动为城市农民工提供流脑、乙肝等非计划免疫接种服务等。

### 2.4.2 门(急)诊总人次上升

北京市社区卫生服务机构 2007 年前三季度门(急)诊总人次比前一年同期增长了 9.78%,其中城八区门(急)诊总人次同比增长 11.35%;远郊区县门急诊总人次同比增长 8.12%。

### 2.4.3 双向转诊人数上升

北京市社区卫生服务机构 2007 年前三季度上

转病人数同比增长了 4.22%，下转病人数同比增长了 8.90%。其中，城八区上转病人次数同比增长了 3.37%，下转病人数同比增长了 11.68%；远郊区县上转病人次数同比增长了 9.09%，下转病人数同比增长了 4.56%。

#### 2.4.4 公共卫生服务数量上升

北京市社区卫生服务机构 2007 年前三季度公共卫生服务(如个人健康档案总数、慢病管理人数、健康教育次数等)工作量不同程度超过了前一年的同期水平。

各个区县都开始将工作重心向公共卫生服务转移。以东城区为例,截止到 2007 年 12 月,所辖社区卫生服务站累计建立居民健康档案 84 641 份,建立生活方式档案 99 606 份,和居民签订健康管理协议 75 165 份,累计管理高血压患者 26 237 人、管理糖尿病患者 9 575 人、管理冠心病患者 11 015 人、管理脑卒中患者 4 919 人,免费为居民测量血压 63 975 人次,发放健康教育宣传材料 47 639 份,全科医生和社区护士累计出诊或入户为居民提供主动上门服务 142 350 人次,受到居民的普遍欢迎。

#### 2.4.5 社区卫生服务门(急)诊次均费用下降

2007 年前三季度全市社区卫生服务每门(急)诊人次医药费 97.33 元,同比下降了 11.48%。而同期三级医院每门(急)诊人次医药费用为 294.05 元,同比增长了 2.21%,全市实行医药费总量控制医疗机构每门(急)诊人次医药费用为 219.64 元,同比增长了 2.08%。其中,门诊次均药费为 71.27 元,同比下降了 8.98%,而同期三级医院每门(急)诊人次药费用为 173.13 元,同比增长了 2.04%,全市实行医药费总量控制医疗机构每门(急)诊人次药费用为 133.14 元,同比增长了 2.04%。远郊区县的门次均医药费用和门诊次均药费均低于城八区。

#### 2.4.6 居民满意度情况

2006 年和 2007 年对北京市社区居民开展满意度调查的结果显示,2007 年居民对社区卫生服务机构知晓率由 2006 年的 80% 上升到 90%,机构利用率由 64% 上升到 68%,综合满意率由 57% 上升到 80%,改革取得了明显的效果。

### 3 讨论

北京市探索建立基本医疗卫生制度的改革思路是,以大力发展社区卫生服务为突破口,抓住运行机

制改革的主要环节,坚持社区卫生服务的公益性质,注重卫生服务的公平、效率和可及性,坚持政府主导,城乡统筹,整合利用现有资源,强化服务功能,提升服务能力,完善体系建设。

目前,北京市基本医疗卫生制度框架已基本形成,社区卫生服务体系和运行机制改革正在全面推行,各项政策和组织保障措施逐步完善,政策实施已经初见成效。北京市大力推进社区卫生服务改革和发展,不断完善政策措施,转变服务模式,提高服务水平,健全服务网络,降低医疗费用,使群众真正得到了实惠。

同时,北京市在药品零差率销售、收支两条线管理、体系建设和人才队伍建设等方面的实践中,也探索解决了一系列的问题和挑战,为其它地区提供了借鉴经验。

#### 3.1 收支两条线管理

目前在收支两条线管理的过程中主要有两个问题:(1)低效率、养懒人现象时有发生,使得部分医务人员的积极性难以调动。针对此问题,管理机构要切实推行绩效考核,加强建立有效的激励机制。(2)加重了部分区县的财政负担。在实行过程中部分社区医务人员由于个人收入问题对该改革措施有抵触,工作积极性不高。对实施者而言,分配制度改革的难度在于工作数量很难确定,如果目标定得太高,就会出现作假或者遇到抵触;定低了又会养闲人,这个度需要进行科学地测量。

#### 3.2 零差率销售

通过对 312 个品种(923 个规格)的药品实施政府集中采购、统一配送、零差率销售,社区卫生服务中心(站)的人均药品费用下降了 30%,社区日均门诊量增加了 3 倍多。存在的问题主要有:(1)据资料显示,北京市居民对本社区卫生服务机构的知晓率只有 56.9%,政策宣传力度不够。在前来社区中心(站)就诊的患者中,关于零差率销售的知晓率为 75.2%。而且居民对零差率的认知仅限于政策实施后药价降低,并不了解该政策的真正目的和意义。(2)对政府投入的质疑。有人认为,一旦零差率销售体系建立起来并形成规模化,社区卫生服务机构的运营成本会是一笔不菲的费用,国家将无法提供足够的资金来满足该体系的需要,因此很多人持观望的态度。(3)对居民就医行为的影响。很多居民在

长期用药过程中由于个人习惯或其他原因拒绝更换药品种类,这就迫使一小部分人去医院或药店买药,不仅造成了不便,还增加了间接费用。(4)对药店生存的威胁。零差率涉及的 312 个品种是最常用到的药品,且药品种类将来还可能增加,加之社区卫生服务中心(站)提供医疗、预防、保健、康复等服务,药店将面临倒闭的风险。(5)药品配送不及时。在零差率实施初,由于生产、运输等方面原因,社区卫生服务中心(站)的某些药品无法正常供应,常有缺货现象,妨碍了居民看病就医。(6)零差率药品品种有限,不能满足部分患者的需求。(7)考核与分配体制不完善。

### 3.3 人才队伍建设

当前,社区卫生工作人员还存在缺编现象,有些医务人员还处于转型期,所学专业与执业范围不一致,还需要经过一定的培训才能符合社区卫生服务工作要求。由于薪酬福利、社会地位等方面都不如大医院医生,不管是新毕业的大学毕业生,还是大医院转岗的社区医生,都不会首先考虑来社区或是不情愿地来社区就职。大中型医院下社区的支援医生则由于本身在医院工作量大,到社区之后门诊病人有限,存在一定程度的时间浪费,也有一部分支援医生不愿来社区提供出诊等服务;另一方面,也由于支援医生有出诊时间和专业限制,存在着居民对支援医生服务和利用程度相对较低,支援医生下社区的带教和指导职能发挥欠佳等问题。同时,存在部分人员认识不到位的问题,以及部分机构的人员不固定,流动性大等问题。

### 3.4 体系建设

两级医疗体系建设中,新的医疗格局形成比较缓慢,是因为公立医院的改革滞后于作为突破口的社区卫生服务改革。同时,二级医院举办的社区卫生服务中心如何剥离也存在技术上的问题。一些新建的机构病人来源不足,需加强宣传力度。到社区就诊的患者比以前确有增加,但预期的分流比例

还未达到,这还需要医保等多部门的协同工作。

## 4 政策建议

### 4.1 从建立和完善基本医疗卫生制度入手,解决“看病难、看病贵”问题

以社区卫生服务作为解决城乡居民人人享有基本医疗卫生服务的重要途径和突破口,对机构设置、运营机制、管理模式、服务功能定位、服务评价等进行全面探索,建立与经济社会发展水平相适应的基本医疗卫生制度,撬动一场牵一发而动全局的医疗卫生体制改革,确保卫生服务的公平、效率和可及性。

### 4.2 提供基本卫生服务的重点和难点是人才问题

建立稳定的社区卫生人才队伍,确保提供可持续的基本卫生服务。根据我们以前的研究,基本医疗服务的核心包括适宜人才、适宜技术和基本药物。而马克思主义认为:人是生产力中最活跃的因素。没有人力资源的使用,任何医疗卫生服务也不可能创造出来。只有加强社区卫生服务人才队伍建设,才能确保服务内容的提供和质量。要能够长期调动工作人员积极性,必须建立和完善有效的激励机制,确保社区医务人员对政策的满意度。同时,还必须加强监督管理,完善绩效考核,避免低效率。

## 参 考 文 献

- [1]北京市统计局,国家统计局北京调查总队.北京统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2007.
- [2]北京市1%人抽样调查领导小组办公室,北京市统计局.2005年北京市1%人口抽样调查资料[M].北京:中国统计出版社,2007.
- [3]北京市财政局,卫生局,人事局,等.社区卫生服务中心(站)收支两条线管理实施意见(京财社[2006]1981号).2006.

[收稿日期:2008-11-04 修回日期:2008-11-12]

(编辑 薛云)