
上海医疗卫生服务体系 与全球城市的差距及发展战略

刘 宝¹ 陈群民²

(1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200433;

2. 上海市人民政府发展研究中心 200003)

【摘 要】面对未来30年上海全球城市建设的新形势和新要求,上海应以弥补医疗卫生事业发展短板、全面追赶全球城市发展水平为突破口,到2020年,基本建成与“四个中心”和社会主义国际大都市相匹配的亚洲一流、国际知名的医学中心城市。为此,上海必须从战略层面出发,形成“三大四强”发展战略,以全面推动医疗卫生服务体系的改革发展。

【关键词】全球城市;医疗服务;卫生服务体系

【中图分类号】: C913.4.51 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1005-1309 (2016) 03-0081-007

建设与全球城市相匹配的医疗卫生服务体系、形成具有全球影响力的医学中心城市、实现健康城市目标,不仅是上海全球城市建设的基本配套和提升广大市民福祉的重要手段,更是构建上海未来核心城市功能的战略举措。对照上海医疗改革事业发展现状,上海建设全球城市的医疗卫生服务体系仍存在一些关键短板和差距亟待解决。

一、上海医疗卫生服务体系与全球城市相比存在的十大差距

近年来,上海在医疗卫生领域发展成绩斐然,平均期望寿命、孕产妇死亡率、婴幼儿死亡率三大健康指标连续11年保持在世界发达国家(地区)的平均水平。但与全球城市医疗卫生服务体系相比,上海的医疗卫生事业发展现状仍有一定差距。

(一) 尚未真正实现大健康的格局

随着对人类健康科学研究的不断深入,国际上疾病防治理念有了巨大转变,单因单病的生物医学传统模式已逐渐力不从心,而向多因多病的“生物-社会-心理-环境”大健康模式转变,即从“治己病”向“治未病”转变。受到该理论影响,主要全球城市在健康促进工作中越来越重视健康的上游治理(up-stream),强调“预防-治疗-康复”的整体式健康管理,鼓励居民进行自我健康管理,以达到一个全社会、多层次、多方位的有效健康管理态势。如伦敦就从自我健康管理、整体式医疗保健、

作者简介: 刘宝,管理学博士,复旦大学公共卫生学院副教授。陈群民,上海市人民政府发展研究中心社会文化处处长。

本文参与撰稿人员:周玄韵、张忻怡、周益众、陈珉愷、钱洁。

健康上游治理和健康教育4个方面加快推动医疗卫生体制的大健康整合。

目前，上海虽然在理念上已意识到大健康的重要性，但在整个工作体制上仍未形成全面系统性的以大健康为导向的工作框架。一是仍然偏重于诊疗手段。在有关人群健康的各因素中，上海偏向于注重疾病本身诊断和治疗，即便是疾病预防方面也更注重于医学手段（如疫苗接种）。而伦敦则更加强调体育健身、健康饮食和健康的生活方式。在2014年发布的《伦敦健康计划（Better Health for London）》中提出，可采用媒体进行更为广泛的健康宣教，鼓励人际互助，帮助部分人群改掉以往不良的生活习惯，提倡健康饮食，开展戒烟活动，引导人们多进行体育运动。二是延续性不足，社会效益未能充分释放。虽然上海在健康日常习惯引导和健康环境营造上也进行了一些探索，如2007年时向600万户家庭发放健康控盐量勺，但是与媒体配合度较低，宣教力度不够，而且未能形成常态化发展格局，几年之后其积极效应就已经淡化。而伦敦却为每一个活动设立相应的长期发展计划，如《伦敦健康行动（A Call To Action）》计划等，确保这些举措能在卫生事业发展的框架下得以持续推进。三是政策协同性不足，未能全面深入贯彻大健康理念。上海在交通建设、环境改善、公共场所控烟等方面虽然都有相关的政策，但是各项政策之间相对割裂、碎片化，没有从大健康理念的角度发展。在交通方面，鼓励步行和自行车出行，上海往往强调低碳环保，而伦敦则更加强调保持市民锻炼和活力，强调交通运输在应对重大公共卫生挑战方面的重要作用。如2014年伦敦政府发起的《交通健康促进计划（Improving the Health of Londoner: Transport Action Plan）》，是世界首个以提高居民健康为目的的健康交通行动计划，旨在创造健康的出行环境，推动糖尿病、癌症、中风、抑郁等慢性病的预防。

（二）卫生资源总量不足且纵向配置失衡

对标相应的全球城市，上海卫生资源既存在总量不足，也存在结构性失衡的问题。

1. 卫生资源总量不足。按常住人口计算，上海每千人口执业（助理）医师数为2.22人、每千人口注册护士为2.51人。相比全球城市（见表1），上海每千人口医师数仅高于我国香港地区，但显著低于其他城市（其他城市基本都在2.6以上），要达到目前全球城市平均水平，上海还需要增加近1万名医师。上海每千人口护士数排名末位且差距较大，仅按照香港5.85的标准看，上海护士数量的缺口就超过7万名。不仅如此，上海医师和护士的质量与一线全球城市相比也存在较大差距。

表 1 部分全球城市和上海的每千人
医师数和护士数

城市 (地区)	每千人口医师数 (人)	每千人口护士数 (人)
纽约	3.45 (2012)	10.163 (纽约州,2010)
伦敦	2.6(2009) 6.1(全科医师,2011)	6.04 (英格兰,2009)
巴黎	大区:3.96 (2013)	大区:7.87 (2013)
东京	3.04 (2011)	7.8 (2011)
柏林	约 5.7 (2014)	17.3 (2012)
新加坡	2.83 (2013)	9.47 (2013)
中国香港	1.45	5.85
中国台北	2.6 (2013)	6.03 (2013)
上海	2.22	2.51

2. 卫生资源纵向配置失衡。对标全球城市的三级医疗服务体系，总体呈现金字塔形（见图 1），即基层（社区）医疗机构服务能力较强、二三级医疗机构的占比逐渐下降，值得注意的是延续性医疗机构（康复、护理）数量有不断上升的趋势。如东京医疗圈规划，一级保健医疗圈以单个区、市、町、村地区为单位，提供就近就医的服务，并将周边的附属岛屿也纳入统一的规划当中，提供与市内相同的基层卫生服务；二级保健医疗圈以几个区、市、町、村为单位，设置了 13 个地区的医疗圈，提供除特殊性医疗以外的一般性医疗服务；三级保健医疗圈以整个东京都为对象，提供最先进的高端特殊医疗服务。因此，东京最为注重一、二级基层医疗服务资源配置的全覆盖和均衡性发展，第三级医疗圈并不强调区域的均衡性，机构数量、就诊人数反而不多。但上海情况却相反（见图 2），呈现倒金字塔形，医疗卫生优质资源相对集中于三级医疗机构，且近年来还不断推动三级医疗机构扩张，甚至在每个郊区都设立三级医院。同时，上海基层医疗机构服务能力却较为薄弱，尤其是远郊区村卫生室和

社区卫生服务中心的条件更差，导致基层医疗卫生公共服务均等化程度与全球城市相比严重滞后。



图 1 参照城市医疗资源结构

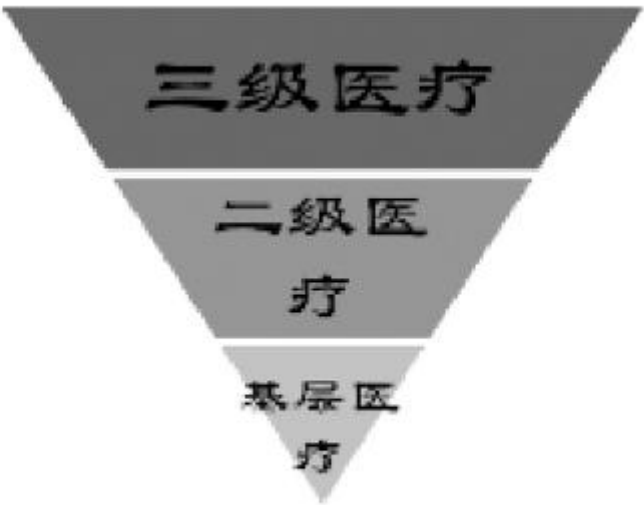


图 2 上海医疗资源结构

（三）尚未形成多元办医格局

在数量上，发达国家（地区）的医疗卫生服务机构都主要以社会办医为主（见图 3），其中台湾公立医院的比例仅有 2%。而在社会办医中又以非营利性医院为主，美国和日本社会办非营利医院占比均达到 70%左右。在质量上，发达国家（地区）社会办医与公立医院具有同样甚至更优的竞争力。美国众多世界一流的医院，如全球排名第四的梅奥诊所等都是社会办、非营利

性。而上海的社会办医疗机构虽然从机构数上看，已达到全部医疗机构数的 45%（见图 4），但是按床位数计算则仍以公立医疗机构为主导，社会办医显示出整体规模小、实力弱，以小型诊所和门诊部为主的特点，其中非营利性机构占比低，无法与公立医疗机构抗衡，难以形成良性竞争的多元化发展格局。

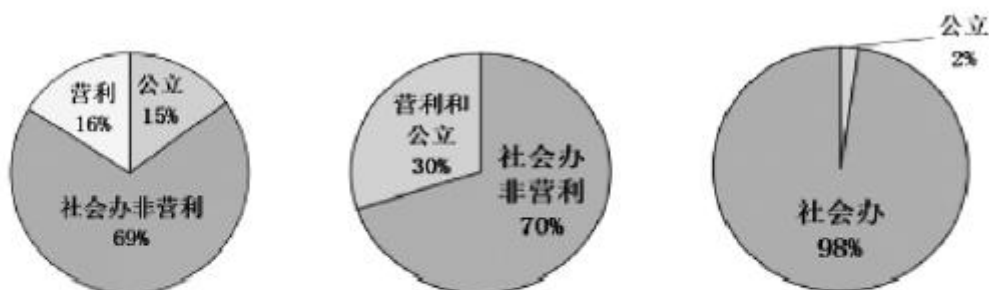


图 3 美国、日本与中国台湾办医主体占比情况

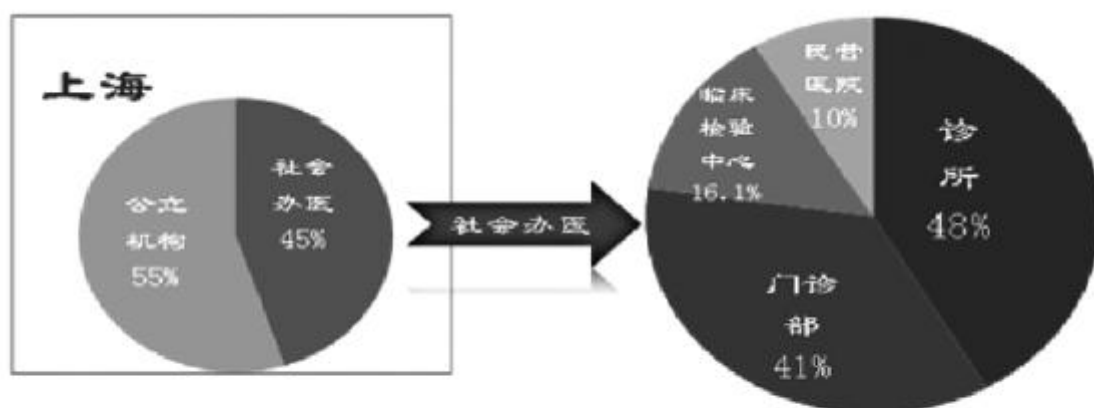


图 4 上海办医主体情况

（四）缺乏全球顶尖医院，难以形成国际影响力

国际一流的医院是全球城市医疗服务的有力支撑，在各大全球城市及其周边区域一定有至少一家全球顶尖医院（见表 2）。一方面这些医院能够为本地、本国的居民提供世界一流的诊疗服务，另一方面可通过其达成的医学成就、优势专科和名人效应产生辐射全球的国际影响力，吸引各国患者前来就医。但是，目前上海缺乏这样的顶级医院，上海交通大学附属瑞金医院、复旦大学附属华山医院和复旦大学附属中山医院虽位列全国前十，但在 2015 年全球医院排行榜（前 100 位）中却无一上榜，其只有国内优势，无法作为上海全球城市建设的重要支撑，形成强有力的国际影响力。

表 2 部分全球城市的医院机构

城市	服务医院	全球排名	
纽约	Memorial Sloan Kettering Cancer	4	
	Centerayo Clinic Scottsdale AZ	9	
	New York Presbyterian / Lower Manhattan Hospital	10	
	Mount Sinai Medical Center New York	62	
	Hospital for Special Surgery	92	
中国台北	Buddhist Tzu Chi General Hospital	13	
	Taipei Veterans General Hospital	16	
	National Taiwan University Hospital	28	
巴黎	Assistance Publique H [?] pitaux de Paris	8	
	L’Institut Curie	89	
	Centre Hospitalier Universitaire de Lyon pitaux de Lyon	94	
东京	National Hospital Organization	43	
伦敦	Guy’s and St Thomas’ Hospital	85	
上海		中国排名	全球排名
	上海交通大学医学院 附属瑞金医院	4	>100
	复旦大学附属华山医院	6	>100
	复旦大学附属中山医院	7	>100

（五）医疗技术水平相对薄弱

医疗技术水平直接反映了医疗服务能力，也是患者就医考虑的首要因素。SCImago 期刊和国家排名（scImago Journal & Country Rank）公布了 2014 年世界医院研究排行，此排行对各个国家的各类医疗机构按不同指标进行评估，如产出（output）、科研人才库（scientific talent pool）、卓越度（excence）等，以衡量一个地区的综合医疗能力和水平。在该榜单前 50 名中，美、英、法、德和中国台湾 5 个国家（地区）占比超过 50%，以卓越度指标评价，美、英、法 3 国总机构数占比超过 80%，其整体水平在全球具有极大优势。但中国大陆地区没有一家医疗机构入榜（见表 3）。

表 3 2014 SCImago 期刊和国家（地区）排名
(SCImago Journal & Country/Region Rank)

产 出		卓越度	
国家(地区)	机构数量	国家	机构数量
美国	20	美国	35
英国	5	英国	6
法国	4	法国	1
中国台湾	2	所占比例(%)	84
德国	1		
所占比例(%)	60		
中国大陆	无	中国	无

（六）未建立有序的诊疗秩序

一个高效的医疗服务系统不仅需要高质量的医疗服务机构和人员，良好的诊疗秩序也必不可少。只有形成了有序的诊疗环境，才能保证医疗资源能够得到有效利用。目前，纽约、伦敦、东京、新加坡、中国香港等城市都形成了十分严格的分级诊疗机制，向上形成了从社区家庭全科医生首诊并根据病情向三级医疗机构和专科医院转诊的机制，向下形成了“治疗—康复—护理—家庭—临终关怀”的梯度分流模式和路径，达到了患者有效分流效果。如美国患者首诊均在基层社区医疗机构进行，家庭医生承担了重要的分流责任，并且有分流患者的权利，其依据病人的实际需求开具转诊单，持有转诊单的病人才可预约就诊上一级医院。而上海虽然也有分级诊疗的理念，但目前诊疗环境仍旧过于“自由”，居民可以自由选择任何等级的医疗机构，分级诊疗意识薄弱，造成大医院过度拥挤、社区卫生服务中心甚至门可罗雀的现象，整体仍处于无序状态。

（七）高端医疗服务能级仍然较低

全球城市的健康服务业都很发达，主要包括医疗服务、健康管理与促进、健康保险以及相关服务等，覆盖面广、产业链长，不仅为本地区人口服务，更能吸引大量全球人士，为所在城市和地区带来了良好的经济效益和品牌效应。如美国休斯敦的安德森癌症中心，在癌症治疗领域连续 10 年排名全美第一，向癌症患者提供最先进的靶向疗法、免疫疗法及多种疗法的联合治疗等高端医疗服务，其每年接诊的 9 万名癌症患者中，3 万个病人分布在 93 个国家和地区，不乏各国政要和商业精英。统计数据显示，2013 年度以跨区域就医为主的全球医疗健康旅游产业规模已达 4386 亿美元，尤以亚洲发展最为迅猛（见表 4），其中泰国、印度和新加坡分列前三位，占亚洲 90% 的市场份额。但是在这一日趋庞大的市场中，上海高端医疗服务在世界范围内缺乏影响力，还远未能列入全球医疗旅游主要目的地之内。特别是上海国际医学中心（SIMC）作为上海面向全球提供高端医疗服务的代

表机构，自 2014 年开始运营以来，就医患者数量不多且仍以国内患者为主，长江三角洲地区占 60%，本地患者占 15%，只有 25% 的外国患者且以在华外国人为主。

表 4 世界医疗旅游主要目的地与出发地分布

目的地 出发地	北美 (%)	欧洲 (%)	亚洲 (%)	拉丁美洲 (%)	中东 (%)
非洲	—	4	95	1	—
亚洲	6	1	93	—	—
欧洲	33	10	39	5	13
拉丁美洲	87	—	2	12	—
中东	58	8	32	—	2
北美	27	—	45	26	2
大洋洲	—	—	99	1	—

数据来源：2013 年 11 月德勤管理咨询报告，《亚洲经济一体化进程 2011 年度报告》。

（八）医学院校差距较大

医学院承担了医学科研和人才培养的双重任务，是全球城市医学事业活力的重要保证。QS 2012 — 2013 年世界医学院前 100 名排名中，美国有 33 所，其中 11 所在（或靠近）纽约，有 4 所位列全球前十；英国有 7 所，其中 5 所在（或靠近）伦敦，有 3 所位列全球前十（见表 5）。此外，柏林、香港、台湾各两所上榜，东京、新加坡也各有 1 所高校入围，且排名较为靠前。而复旦大学上海医学院和上海交通大学医学院虽然在 2014 年中国医学院排行中分别列全国第 3 位、第 4 位，但在世界排行榜中，其学术声誉、雇主声誉、论文引用等综合评分还不足 60 分，与上述国外城市相比存在较大差距。从专科角度看，上海高校也无明显优势（见表 6）。以上海相对优势的药学为例，在亚洲地区复旦大学排名第 1 位，上海交通大学排名第 36 位，但在世界高校药学排名中，复旦大学只能进入前 100 名，上海交通大学只进入前 200 名，与全球城市差距仍然较大。

表5 排名前50全球医学院在全球
城市中的分布

城 市	学 校	总分	排名
纽约 (及其附近)	哈佛大学	97.9	1
	耶鲁大学	90.4	5
	麻省理工学院	90.1	7
	约翰霍普金斯大学	89.1	8
	宾夕法尼亚大学	84.9	12
	华盛顿大学	81.6	26
	波士顿大学	81.1	27
	康奈尔大学	80.8	29
	纽约大学	77.8	44
伦敦 (及其附近)	牛津大学	94	2
	剑桥大学	93.6	3
	伦敦帝国学院	86.9	9
	伦敦大学学院	84.7	14
	伦敦大学国王学院	82	24
新加坡	新加坡国立大学	83	21
东京	东京大学	81.7	25
中国香港	香港大学	81	28
柏林	柏林洪堡大学	77.2	46

表6 世界范围内的药学专业排名

排名	分数	地 区	学 校
1	95.9	美国纽约	哈佛大学
2	94.1	美国加利福尼亚	加利福尼亚大学
3	93.6	英国伦敦	牛津大学
4	93.4	英国伦敦	剑桥大学
5	91.9	英国伦敦	伦敦大学
6	91.8	瑞典	卡罗林斯卡学院
7	90.2	美国密歇根	密歇根大学
8	90	英国诺丁汉	诺丁汉大学
9	89.9	荷兰	莱顿大学
10	89.7	日本东京	东京大学
50~100	—	中国上海	复旦大学
150~200	—	中国上海	交通大学

（九）缺乏世界级顶尖医学人才

一个城市或国家只要拥有至少一个世界级顶尖医学人才就可以影响其整体的发展水平，他们不仅可以代表和促进所在机构或学科的世界级水平，还可以培养出更多世界一流的医学人才。2008—2013 年共有 15 位科学家获诺贝尔生理或医学奖，其中 14 位来自本次研究所参照的全球城市所在国，主要集中于美、法、英、德、日 5 个老牌医学强国。多年来，上海还没有能与世界级的医学科学家角逐诺贝尔奖的医学人才（见表 7）。

表 7

2008—2013 年诺贝尔生理或医学奖获得者在参照城市所在国分布

国 籍	年 份	得 主	所属机构或高校
美国	2013	詹姆斯·E·罗斯曼	耶鲁大学
	2013	兰迪·W·谢克曼	加州大学伯克利分校
	2011	布鲁斯·博伊特勒	斯克里普斯研究所
	2009	伊丽莎白·布莱克本	加利福尼亚大学旧金山分校
	2009	卡萝尔·格雷德	约翰霍普金斯大学
	2009	杰克·绍斯塔克	哈佛大学
法国	2011	朱尔斯·霍夫曼和	斯特拉斯堡大学、法国国家科学研究中心
	2008	弗朗索瓦丝·巴尔·西诺西	法国巴斯德研究中心
	2008	吕克·蒙塔尼	巴黎大学
英国	2012	约翰·格登	剑桥大学
	2010	罗伯特·爱德华兹	剑桥大学
德国	2013	托马斯·C·苏德霍夫	斯坦福大学
	2008	哈拉尔德·楚尔·豪森	纽伦堡大学
日本	2012	山中伸弥	京都大学、旧金山心血管疾病研究所
中国	—	无	—

（十）缺乏创新性医药科技企业

全球城市医学科技体系中，一定有处于世界尖端地位的国际化大型研发生产企业作为确立其行业地位的典型代表，而这些企业大部分都集中在全球城市。从国家层面上看，2014 年全球 50 强制药企业排名中，美、日、德、英、法、印 6 国所占比例就达到了 74%（共 37 家），研发总投入高达 827.61 亿美元。从城市层面看，这 37 家企业中（见表 8），东京 6 家、纽约 3 家、伦敦和巴黎各 1 家，即 4 个主要全球城市就集聚了近 30% 的全球 50 强制药企业。不仅如此，纽约集聚了全美 66% 的生物制药公司，巴黎药企数量位居欧洲第一。而相比之下，上海当前还没有一家本土药企能够跻身全球一流，其研发总投入和集聚的医药产业集群能级与这些全球城市相比也相去甚远。

表 8 主要全球城市集聚的世界前 50 强医药企业

城市	企 业	排名
东京	安斯泰来 Astellas Pharma	19
	第一三共 Daiichi Sankyo	20
	大家制药 Otsuka Holdings	21
	卫材 Sai	33
	中外制药株式会社 Chugai Pharmaceutical	36
	协和发酵麒麟 Kyowa Hakko Kirin	47
纽约	辉瑞 Pfizer	2
	百时美施贵宝 Bristol-Myers Squibb	17
	森林实验室 Forest Laboratories	39
伦敦	阿斯利康 AstraZenca	8
巴黎	赛诺菲 Sanofi	4

二、上海打造与全球城市相匹配的医疗卫生服务体系的七大战略

面对未来30年，上海全球城市建设的新形势和新要求，上海必须以满足本市市民多方面、多层次医疗服务需求，满足因商务、旅游、探亲来沪的境外人士和外商投资企业外籍人士医疗、康复、保健需要，满足国内高收入人群不断扩大的先进医疗服务需求，满足全国各省市疑难杂症医疗需要为根本点和出发点，以支撑上海“四个中心”和具有全球影响力的科创中心建设、助推上海全球城市崛起为切入点和立足点，以弥补医疗卫生事业发展短板、全面追赶全球城市发展水平为突破口，到2020年，基本建成与“四个中心”和国际大都市相匹配的亚洲一流、国际知名的医学中心城市，即医疗卫生主要发展指标达到亚洲主要发达城市水平，临床诊疗水平跻身亚洲城市前列，崛起成为亚洲医学人才培养与集聚的重要区域、亚洲医药产业和科技发展的首要集聚区域、亚洲医学交流的重要平台和枢纽。为此，上海必须从战略层面出发，形成“三大四强”七大发展战略，全面推动医疗卫生服务体系的改革发展。

（一）大健康战略

加快从“治已病”向“治未病”转变，从狭义“健康”向“大健康”理念转变，更加重视预防、保健的作用，更加注重“健康管理”的作用，进一步完善全民健身、饮食习惯、卫生保健、慢性病防治、精神卫生疾病、妇女儿童健康等多领域联动的健康预防体系，夯实常住人口全覆盖的健康服务网络。

（二）大联动战略

上海要进一步坚持医保、医药、医疗“三医联动”，积极用改革的办法力争在完善医疗保险制度、发展社会办医、开展分级诊疗、破除以药养医等方面取得关键性突破。在医疗保险改革上，持续推动医疗保障制度的城乡一体化、沪籍和非沪籍一体化、国内和国外一体化，加快改革医保支付模式，加快发展商业医疗保险。在社会办医上，要加快公立医院改革、放开医疗市

场管制，形成公立医疗机构、社会办非营利性医疗机构和营利性医疗机构各司其职、繁荣发展的多元化办医格局。在分级诊疗上，要加快形成合理的双向转诊体系，构建基层医疗机构、三级医院、延续性治疗机构各司其职的医疗服务网络。在医药体制上，规范药品定价体制和执行“三分离”政策，即医疗机构和药房经营分离、处方调配权与处方权分离、医师薪酬与药物收入分离，从源头上解决以药养医的机制。

（三）大监管战略

梳理政府各项医疗卫生监管职能，进一步整合现有医疗监管资源，在卫生计生监督（其中的医疗服务监督）、医疗保险监督、药品和医疗器械监督、医疗服务和药品价格监督等部门监管的基础上，组建医疗服务综合监督管理机构，建设一支规范、统一、高效、权威的专业监管队伍，形成监管合力。

（四）强基层战略

进一步推动优质医疗卫生资源的下沉，建立基层全科医生的培育体系，加快推动基层服务资源的均等化配置，使社区卫生服务中心真正有能力全面、深入管理居民健康状况，能够满足未来不同阶层、不同人群的基本医疗卫生服务需求，切实成为居民健康的“守门人”。

（五）强高端战略

在满足本市居民的多元化医疗服务基础上，要大力发展高端医疗服务业，满足全国，乃至全球的相关需求，逐渐形成服务全国、辐射亚洲、影响全球的国际知名医学中心，成为支撑上海全球城市建设的重要功能载体。

（六）强科技战略

上海要借助具有全球影响力的科技创新中心建设契机，将生物医药等医学领域作为未来突破的重要方向，着力打造几所国际一流的医学院和一批国际顶尖的学科集群，着力打通医疗领域产学研用的创新网络，着力推动医疗卫生服务体系信息化技术尤其是移动互联网技术的运用，着力培育世界级的医疗卫生创新企业，真正建成有全球影响力的医学科技创新中心。

（七）强人才战略

上海要加快构建从医学院到临床，涉及诊疗、护理、康复、研发创新等多领域的医学人才高标准培养体系，建立全国、亚洲乃至全球的医学人才引进绿色通道，培育一批具有全球影响力的医学领军人才，形成集聚全球人才建设全球城市和亚洲医学中心医疗服务体系的气势和格局。