

我国家庭医生签约服务现状研究

——基于四省份的实地调研

李心怡^{1,2*} 张榕榕^{1,2} 胡丹^{1,2} 朱珠^{1,2} 燕武^{2,3} 陈家应^{1,2}

1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166
2. 健康江苏研究院 江苏南京 211166
3. 南京医科大学公共卫生学院 江苏南京 211166

【摘要】目的:了解我国部分典型地区家庭医生签约服务状况,为提升家庭医生服务供给能力提出政策建议。方法:采用典型抽样法在青海、甘肃、安徽、浙江共选取 7 家基层医疗卫生机构,对 13 名机构负责人、23 名家庭医生服务团队成员进行面对面半结构式访谈,运用主题框架法对访谈资料进行分析。结果:不同地区在家庭医生服务团队组建、服务模式上存在差异。基本医疗、公共卫生、健康管理、资源协调、政策宣传等服务是家庭医生的主要工作内容。当前,家庭医生签约服务面临职责不清、工作量大、物质激励不足、职业发展受限、居民主动性不强等共性问题。中西部地区在人力资源、技术支撑、服务条件等方面面临更大挑战。结论:建议优先明确家庭医生职责要求和签约服务规范,并优化薪酬待遇、职业发展等方面的保障机制。对于中西部地区,还需进一步加大家庭医生培养力度,提高家庭医生服务能力,强化签约服务技术支撑。

【关键词】家庭医生签约服务;服务模式;服务内容;社区卫生服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.006

Research on the current situation of family doctor contract service in China: Based on field research in 4 provinces

LI Xin-yi^{1,2}, ZHANG Rong-rong^{1,2}, HU Dan^{1,2}, ZHU Zhu^{1,2}, YAN Wu^{2,3}, CHEN Jia-ying^{1,2}

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China
2. Institute of Healthy Jiangsu Development, Nanjing Jiangsu 211166, China
3. School of Public health, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

【Abstract】 Objective: To understand the development of family doctor services and existing problems in typical areas of different provinces in China, and to put forward policy suggestions for improving the family doctors contract services. Methods: A total of 7 primary health care institutions were selected from Qinghai, Gansu, Anhui and Zhejiang provinces by typical sampling method, and face-to-face semi-structured interviews were conducted with 13 directors and 23 family doctor service team members. The thematic framework method is used to analyze the interview data. Results: There are differences in the establishment and service mode of family doctor service teams in different areas. Basic medical service, public health service, health management service, resource coordination service and policy publicity service are the main service contents of family doctors. At present, the family doctor service is faced with some common problems, such as unclear responsibilities, heavy workload, insufficient material incentives, limited career development and weak initiative of residents. The central and western regions are facing greater challenges in human resources, technical support and service conditions. Conclusion: It is recommended to give priority to clarifying the duty requirements of family doctors and the standard of contracted services, and optimize the guarantee

* 基金项目:国家自然科学基金(71874087)

作者简介:李心怡(1993 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与基层卫生服务研究。E-mail:lixinyi@njmu.edu.cn

通讯作者:陈家应。E-mail:jychen@njmu.edu.cn

mechanism of remuneration and career development. For the central and western regions, it is necessary to further strengthen the training of family doctors, improve the service competency, and strengthen technical support.

[Key words] Family doctors contract service; Service model; Service content; Community health service

家庭医生签约服务是以全科医生为核心、以全科服务团队为依托、以社区为范围、以家庭为单位、以全面健康管理为目标,家庭医生与居民家庭签订协议,以契约服务形式为签约对象提供连续、安全、有效且适宜的综合医疗卫生和健康管理服务。^[1-2]家庭医生制度在提高卫生资源的合理利用^[3],降低医疗费用^[4]和改善全民健康状况^[5-6]等方面的作用已得到研究证实。为推进家庭医生签约服务,国家相关部委以及各省市均出台了一系列政策文件进行规范和指导。经过一段时间的发展,不少地区探索出了有益的经验 and 成效。

为了解我国不同省份典型地区家庭医生签约服务开展情况和存在的问题,本文运用定性研究方法,从供方视角出发对我国不同地区家庭医生服务进行横向比较和经验总结,深入了解青海、甘肃、安徽、浙江4省份典型地区的家庭医生服务模式、服务内容以及现存的困难,为我国优化家庭医生服务模式,加强家庭医生队伍建设提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2019年7—8月,采取典型抽样方法,根据我国各地分级诊疗制度建设和家庭医生服务开展情况,选取青海、甘肃、安徽、浙江4省,每省选取1个家庭

医生签约服务工作进展较好的县(区),每县(区)选取1~2家社区卫生服务中心或乡镇卫生院,并对其1~2名机构负责人进行深入访谈,对2~5名家庭医生及其团队成员进行焦点小组访谈。共访谈7家基层医疗卫生机构的13名机构负责人、23名家庭医生服务团队成员。

1.2 研究方法

采用个别访谈和焦点组访谈的方式。访谈主要内容包括:家庭医生签约服务的开展情况,包括服务形式、签约履约情况、主要的服务内容、服务能力情况、保障机制,以及家庭医生签约服务面临的困难和解决措施。由熟悉访谈提纲和访谈技巧的课题组成员进行访谈主持和记录。课题组成员介绍访谈目的后,按照访谈提纲进行半结构化提问。征得被访谈者同意后,记录员进行录音并记录要点。

1.3 分析方法

本研究采用主题框架法对访谈资料进行整理和分析,其步骤为^[7]:

(1)确定分析主题:结合研究目的以及访谈提纲,将访谈资料中反复出现的几个焦点话题定为主题,包括服务主体、服务内容、现存问题。明确这3个主题之后,将主题进一步分类,形成包含若干总主题及相应的分主题的主题框架(表1)。

表1 主题框架

总主题	分主题
服务主体	全科医生人力资源、家庭医生人力资源情况、服务团队建设情况、服务对象情况
服务内容	基本医疗服务、公共卫生服务、医疗协作服务
现存问题	人力资源、服务内容、居民问题、激励机制、技术支持

(2)资料标记:两位研究人员同时独立地将原始资料中与某一主题密切相关地观点一一标记,并在文字旁标明分主题。以服务内容为例,将访谈资料中与家庭医生服务内容相关的语句进行标记,并标明对应的分主题(表2)。

(3)资料归类:将所有资料标记完成后,将属于

同一主题的内容归类。两位研究人员对标记结果和归类情况进行对比、讨论后,确定最终的归类结果,以形成主题表。

(4)资料分析:对所得到的主题表中的信息进行描述性分析,提炼被访谈者的观点、看法,以达到本文的研究目的。

表 2 资料标记格式

被访谈者	原始资料	分主题
安徽省某中心卫生院全科医生	全科医生就是一个分诊员,根据他的病情,然后给它转诊到县里、市里,就这种逐级转诊的这种东西,就是健康守门人一样,咱们初级的一个诊断之后,看看需要如何治。	医疗协作服务
甘肃省某乡镇卫生院院长	家庭医生做健康管理、健康咨询、预约登记服务、联系转诊、基本医疗和公共卫生服务。	基本医疗服务、公共卫生服务、医疗协作服务
浙江省某社区卫生服务中心副主任	全科医生的主要工作还是基本医疗,要把健康问题解决,然后做好后续的公共卫生。	基本医疗服务、公共卫生服务
青海省某乡镇卫生院公卫医师	团队里面的全科医生主要是对他们的用药指导、健康教育,比如说高血压、糖尿病,他们的饮食不当的时候,我们全科医生可以给他们教育指导一下,就是用药不到的时候,那个高血压、血糖控制不满意的时候,给他们调一下药,每个人都有不同的分工。	基本医疗服务、公共卫生服务

2 结果

2.1 四县区家庭医生签约服务政策概述

海东市互助县作为青海省试点先行地区之一,出台了《互助县推进家庭医生签约服务工作实施方案》,要求组建以乡镇卫生院临床医师、乡村医生为主体的家庭医生团队,以建档立卡贫困户、老年人,0~6岁儿童、慢性病患者、残疾人等为签约对象,以打包形式提供基本公共卫生服务包、基本医疗服务包和个性化需求服务包。为落实健康扶贫慢病签约服务要求,互助县制作建档立卡贫困人口签约服务手册,并推行“1支队伍管就医+1支队伍管报销”服务模式,发挥健康“守门人”作用和政策保障“领路人”作用。在绩效管理方面,政策规定家庭医生基本公共卫生服务和门诊基本医疗服务获得的收入,纳入机构的业务收入。个性化需求服务包及其它收入中,80%用于家庭医生服务团队工作津贴,10%留归基层医疗卫生机构,10%用于上级协作医院技术支撑费用。

定西市临洮县按照甘肃省“一人一策”健康扶贫工作要求,组建省市县乡村五级签约团队,以建档立卡贫困人口为签约对象,开展情况摸底后,制定个性化签约服务包和针对性的帮扶措施。家庭医生团队利用“健康甘肃”手机APP进行健康档案管理、签约服务记录,并对有需要的签约居民开展“送医上门,送人就医”服务。此外,甘肃省卫健委等部门联合发布了《甘肃省健康扶贫“一人一策”家庭医生签约服务费绩效考核办法》,对签约服务经费来源、考核办法等作出了详细规定。

作为安徽省县域医共体试点城市,阜阳市阜南县打造了家庭医生签约服务“阜南模式”。医共体牵头医院组织本院医师与中心(乡镇)卫生院医师、村

卫生室村医组成签约服务团队,并统筹调度各单位护士参与签约服务。签约服务实行“六个一”健康管理服务,即一次健康评估、一次健康干预、一次筛查方案、一张规范治疗处方、一张健康生活运动处方、一份动态健康档案。在医共体内医保基金预算包干机制、分级诊疗病种目录、乡村医生一体化管理等一系列措施下,阜南县实现了卫生人才下沉、医疗技术下沉,保障了家庭医生签约服务的推行。

杭州市自2015年起推行“医养护一体化签约服务”模式,由全科医生、全科护士、公共卫生执业医师、中医师、全科医生助理、社区联络员和其他预防保健人员组成服务团队,以老年人、慢性病患者、行动不便者为重点,提供慢性病精细管理、远程健康监测管理、家庭病床、临终关怀以及精神疾病管理等服务。杭州市以降低起付线、提高经基层转诊的报销比例等医保优惠政策,增强签约服务对居民的吸引力。此外,通过调整服务项目价格、配套专项经费、赋予家庭医生资源协调权力等措施,提高家庭医生提供服务的积极性。杭州市还规定了签约服务经费“不纳入绩效工资和其他应得的奖补经费总额”。

2.2 四县区家庭医生签约服务的服务主体分析

调研发现,7家基层医疗卫生机构均组建了家庭医生服务团队,以医生、护士为主要成员,部分团队纳入了医技人员、后勤人员、行政人员等其他人员。浙江省的两家社区卫生服务中心全科医生数量远多于其他五家基层医疗卫生机构,基本实现了2020年每万城乡居民有2~3名全科医生的目标。村医是中西部地区开展家庭医生签约服务的主要力量。

2018年,青海省互助县东沟卫生院和双树卫生院、甘肃省临洮县东关社区卫生服务中心和八里铺

表3 4县区基层医疗卫生机构签约服务团队及签约人数情况

机构名称	临床医生 数量 (人)	全科医生 数量 (人)	家庭医生 团队数 (个)	团队人员类别	服务人口 (人)	签约人数 (人)	团队平均 签约人数 (人)
青海省东沟卫生院	4	0	6	临床医师、护士、药师、村医	20 200	14 700	2 450
青海省双树卫生院	6	3	3	全科医生、护理人员、药师、检验医师、村医、妇联主任	19 687	15 100	5 033
甘肃省东关社区卫生服务中心	4	2	12	临床医师、护理人员、药师、村医	83 000	11 000	917
甘肃省八里铺卫生院	7	4	4	临床医师、护理人员、公卫医师、乡镇健康专干和乡村医师	35 780	10 691	2 673
安徽省焦陂镇卫生院	-	7	7	临床医师、护士、辅助科室医师、行政人员、村医	45 660	13 899	1 986
浙江省笕桥社区卫生服务中心	-	34	6	全科医生、护理人员、公卫医师	108 000	29 898	4 983
浙江省丁兰街道社区卫生服务中心	-	20	6	全科医生、护士、公卫医师、检验技师、后勤人员	97 000	24 800	4 133

注:在组建团队过程中,西部地区由于临床医师缺乏,尤其是全科医生严重匮乏,部分基层医疗卫生机构的医生要兼任多个家庭医生团队的签约工作,如青海东沟卫生院和甘肃东关社区卫生服务中心,都存在此类情形。

卫生院、安徽省阜南县焦陂镇卫生院、浙江省杭州市笕桥社区卫生服务中心和丁兰街道社区卫生服务中心的签约率分别为72.8%、76.7%、13.3%、29.9%、30.4%、27.7%、25.6%;每家医院每个团队平均签约人数分别为2 450人、5 033人、917人、2 673人、1 986人、4 983人、4 133人(表3)。

2.3 四县区家庭医生签约服务的服务内容分析

调研发现,各地家庭医生为签约居民提供的服务与2018年国家卫健委在《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》一文中所要求的服务内容基本一致。各地家庭医生所提供的包括基本医疗服务、公共卫生服务、健康管理服务、资源协调服务、政策宣传服务等。

基本医疗服务上,家庭医生提供常见病和多发病的中西医诊治、合理用药指导等服务。此外,多数家庭医生还表示,需要定期入户随访、上门服务。杭州市丁兰街道社区卫生服务中心还提供家庭病床、临终关怀服务,其中家庭病床以康复服务为主,临床关怀以康复服务、护理服务、健康宣教等服务为主。

基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务也是家庭医生的主要工作内容,包括老年人体检、重点人群健康管理、传染病监测、卫生监督、免疫接种管理、居民健康档案动态管理等。在健康教育方面,家庭医生通过讲座、入户宣传、宣传海报等形式对居民开展健康生活方式指导、健康知识普及,例

如双树卫生院家庭医生纠正居民喝茶加盐习惯、东关社区卫生服务中心家庭医生带领居民打太极等。

家庭医生还负责为居民预约登记、联系转诊,与上级医师会诊协作等工作内容。各地家庭医生均为居民提供转诊协助、就医指导的服务,如在甘肃省健康扶贫“一人一策”家庭医生签约服务政策支持下,东关社区卫生服务中心2018年累计完成了送医上门3 987人次和送人就医6 915人次。访谈中,某家庭医生提到“家庭医生就是一个分诊员,初级诊断之后,看看需要如何治,再根据病人的病情将他转诊到县里、市里,逐级转诊,就是健康守门人一样”。还有家庭医生认为“家庭医生是一个健康经纪人,掌握各个医院病床、专家等资源,解决信息不对称问题”。

2.4 四县区家庭医生签约服务面临的主要问题

2.4.1 共性问题

(1) 签约服务内容界定欠合理

通过调研发现,各地家庭医生均反映签约服务内容界定不清、服务工作量大的问题。在服务内容上,不少家庭医生反映工作量大、工作内容不合理。在服务时间上,由于家庭医生向居民提供了手机号码、微信等联系信息,工作时间实际已变成了“24小时”、“365天”。

(2) 物质激励和职业发展问题突出

家庭医生签约服务支持性政策还不到位,家庭医生团队的激励机制不足,激励作用没有得到充分

发挥。首先,筹资与补偿机制不完善是各个地区面临的共性问题。一方面,薪酬收入与工作量、工作内容不匹配,例如当前薪酬体系未体现疾病预防、健康管理的工作量,另一方面,由于收费困难、医保经费、公卫经费未及时拨付,导致家庭医生认为当前绩效制度不合理、薪酬待遇水平低。此外,在职业发展方面,部分家庭医生反映,由于编制受限,即使考上了副高级职称,但仍无法晋升。同时,家庭医生对于培训效果认可度不高,存在培训次数少、不系统、碎片化、强制培训等主要问题。

(3)居民主动性不强,健康素养有待提升

居民作为签约服务的服务对象,其态度和行为会对签约服务效果产生直接的影响。调研中发现,部分签约居民健康意识薄弱、依从性、主动性不强,且部分居民对签约服务认可度和信任度低。家庭医生反映“我们这里的人对健康意识不是太强、认识不到位,总感觉签了这个意义也不是太大”、“我们西北地区有些人特别贫困,我们给他测血压或者测血糖,但是他特别反感,他说你又不给我药吃,你管我干嘛”。

2.4.2 个性问题

(1)家庭医生数量不足

对于中西部地区,面临的首要困难便是家庭医生数量不足和能力欠缺,主要体现在临床医师特别是全科医师数量不足、家庭医生医疗技术水平低、团队人员分工及协作不佳等方面。调研结果发现,乡村医生作为中西部地区家庭医生签约服务的主体力量,面临着人数不足、年龄结构大、技术水平不高等问题。焦陂镇卫生院负责人告诉我们:“我们常住人口应该有四万七千,乡村医生的数量按照国家的配备标准应该是每千常住人口配备 1 名乡村医生,但是在我们这是达不到的”。还有家庭医生反映:“有些村医年龄比较大,如果一旦他们要退休了之后就没有后继者了”。在服务能力方面,多数家庭医生认为家庭医生团队服务能力不足,与百姓的期望值有距离,包括急性病处理能力、中医药服务能力、重性精神病相关知识、健康宣教能力等。

(2)上门服务成本过高

西部地区的家庭医生还反映上门服务代价大,服务困难,这一方面是由于家庭医生要兼顾临床任务、公卫服务、签约服务等多项工作,上门及时性不能保证;另一方面,甘肃、青海等牧区、山区,居民居住分散,服务距离远,导致上门服务困难。且上门服务的规范、收费问题等也待进一步商榷。此外,

家庭医生、公卫医师、药师等团队成员配置不齐,导致履约工作量大、医生负担重、加班无节假日成为常态。有家庭医生反映“人员比较紧缺,工作量特别大,现在负担越来越重,好些工作真的我们做不了”,“在实际工作中一两个全科医生加上一个两个的护理人员,要承担所有的履约服务”。

(3)信息化对家庭医生支撑不足

相较于东部地区,西部地区家庭医生签约服务还存在着信息化支撑作用弱、基本药物制度不完善等问题。一方面,居民利用手机 APP、互联网平台等水平有限,例如甘肃省为了改善服务质量、加强服务评价,开发了“健康甘肃”居民端 APP,但由于签约居民老年人居多、知识水平不高,导致推广难度大、使用效果不佳。另一方面,家庭医生反映,签订协议、开展服务时,需要先记录在纸质材料上之后再补录到信息系统里,从而造成了服务效率低、数据信息质量差等问题。

3 建议

当前我国家庭医生人力数量不足、职责定位不清、能力标准模糊是主要的问题,加之服务对象主动性低、激励机制不完善、技术支撑不足等外部因素影响,家庭医生队伍建设和签约服务效果受到制约。针对本研究发现的问题,提出以下政策建议:

3.1 明确家庭医生职责定位,完善签约服务规范

首先要界定家庭医生工作职责,优化家庭医生服务模式,特别要对基本公共卫生项目、健康养老服务、残疾人保健等服务与家庭医生服务项目的内在关联与外部延伸作出界定。青海、甘肃等地区还需结合自身签约服务模式,对签约服务团队职责、签约方式、服务内容、服务流程、风险防范、服务管理、激励考评机制作出了统一、详细的规定,从而提升家庭医生签约服务规范化管理水平。

3.2 优化各项激励政策和机制

优化薪酬待遇、职业发展等方面的保障机制是改善我国家庭医生签约服务的重点。因此,在薪酬待遇方面,中西部地区要注重优化偏远地区乡村医生的工作环境、生活保障,解决家庭、子女教育等的后顾之忧;另一方面,各地要保证医保基金、基本公共卫生项目经费的及时拨付,要建立以服务数量、内容、质量、管理效果、居民满意度、费用控制等核心指标为一体的绩效分配制度和绩效考核制度,定期公

开考核结果,及时兑现绩效,体现多劳多得、优绩优酬,杜绝同岗同酬。面对编制不足、晋升困难等职业发展难题,应建立动态化的编制调整机制,给予基层医疗卫生机构一定的用编自主权,并给予技术过硬、素质优秀的家庭医生更大的晋升机会。^[8]

3.3 中西部地区需加大家庭医生培养力度

对于中西部地区,我国还需进一步加大家庭医生培养力度。WHO 指出,平均每 2 500 人口应当配备 1 名家庭医生^[9],但是从调研结果可以看出,家庭医生地域分布不均衡,中西部基层人力不足,尤其是全科医生格外缺乏。因此首先要解决人力资源不足的问题,要继续以“5+3”、“3+2”培训为重点,推进全科医生队伍增量增长,同时抓好以转岗培训为重点,推进存量提升。对于中西部地区,还应加大医学院校全科医学招生规模,增加订单定向培养中全科医生培养和招收人数,招收比例向地广人稀的偏远地区倾斜,并且经济激励和非经济措施并举,促使基层卫生人才留得住、用得好。

3.4 补齐家庭医生服务能力短板

家庭医生的能力不足是全国普遍存在的问题,但相较东部地区,中西部家庭医生能力短板问题更加突出。因此,一方面要以需求和问题为导向,抓住居民实际健康需要和目前最突出的居民健康问题,另一方面,要根据家庭医生现有技术水平的短板,开展针对性的家庭医生团队能力培训。

3.5 强化签约服务技术支撑

在技术支撑方面,要加大偏远山区、牧区、农村地区的硬件设施投入和建设,加快家庭医生签约服务信息平台建设,推广健康一体机、手机 APP 等,从而提高签约服务效率、优化签约服务流程,提高群众签约服务满意度。^[10]例如杭州市江干区完善组织建设,建设五大辅助中心,为家庭医生服务团队提供服务支持;八里铺卫生院通过提高基层药品配置、检查设备水平,优化管理制度,将自身发展做大做强,有效吸引了优秀人才。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王梓懿,刘丽杭. 家庭医生签约服务:治理困境与机制构建[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 63-68.
- [2] 贺焜,方海. 中国居民对家庭医生签约服务内容的偏好研究——基于离散选择实验[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(2): 61-66.
- [3] Schoen C, Osborn R, Mm D, et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007[J]. Health affairs (Project Hope), 2007, 26(6): 717-734.
- [4] 李华,徐英奇,高健. 分级诊疗对家庭医疗经济负担的影响——基于基层首诊视角的实证检验[J]. 江西财经大学学报, 2018(5): 49-61.
- [5] Rasella D, Harhay M O, Pamponet M L, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil; a nationwide analysis of longitudinal data[J]. BMJ, Clinical research ed, 2014, 349: 4014.
- [6] Rasella D, Aguino R, Banreto M L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil[J]. Pediatrics, 2010, 126(3): e534-e540.
- [7] 汪涛,陈静,胡代玉,等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006(2): 86-88.
- [8] 练璐,邹慕蓉,胡丹,等. 基于双因素理论的家庭医生激励机制研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(28): 3501-3504.
- [9] 姚银莹,周亮亮,熊季霞,等. 我国家庭医生签约服务现状的系统评价[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(3): 168-171.
- [10] 严莉,彭琰. 云南省家庭医生签约服务开展现状研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(1): 35-39.

[收稿日期:2020-01-10 修回日期:2020-04-02]

(编辑 刘博)