

推进家庭责任医生制度改革理论探讨与政策建议

贺小林* 梁 鸿

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】家庭责任医生制度改革的政策核心目标是提供有价值的服务。它不仅是提升社区卫生服务内涵建设的载体,而且是深化全科团队服务的体现。因此,家庭责任医生制度改革应定位于服务主体责任的转变和组织管理的创新。改革的主要内容包括服务模式创新、激励机制改革和家庭医生社区化变革。未来家庭责任医生制度改革发展既需要通过家庭责任医生的培养和培训、激励和发展来不断提高社区卫生服务的内在价值,也需要积极争取外部有利的改革环境和配套政策。通过构建合理的区域医疗协同服务体系、推进社区卫生服务医保预付制等政策来完善家庭责任医生制度。

【关键词】家庭责任医生; 卫生改革; 理论探讨; 政策建议

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.002

The theoretical discussion and policy recommendations to promote the reform of the family doctor system

HE Xiao-lin, LIANG Hong

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】 The policy goal of the family doctor system reform is to provide valuable services. It is not only the carrier to enhance the construction of community health service, but also the embodiment to deep the service of the general practitioner team. Family doctor system reform should focus on the change of the main responsibilities of service providers and the innovation of the organizational management. The contents of the reform include service innovation, incentives reform, and the community-oriented change of family doctors. The future reform and development of family doctors system need to strengthen the intrinsic value of community health services through education and training, incentives and development. It also needs to actively build up favorable external reform environment and supporting policies. Development of regional collaborative service system, and promotion of prepaid health insurance system in community health services are essential to improve the family doctor system.

【Key words】 Family doctor; Health reform; Theoretical discussion; Policy recommendations

随着我国覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度的逐步建立,新医改方案对进一步健全以全科团队为基础的社区卫生服务模式,建立家庭医生制度,加强对社区居民的健康管理,逐步实施家庭医生首诊、定点医疗和转诊制度等提出了更为明确的意见。^[1]从公共政策的视角来看,新医改最难的问题在于如何

找到推进改革的路线图。我国社区卫生服务已经经历了三个阶段政策周期的改革:即以标准化建设为标志的形态机制建设,以收支两条线为核心的运行机制改革,以全科服务团队为核心的服务模式改革。目前各地正在进一步深化城市社区卫生体制改革,而家庭责任医生制度作为此项改革的突破口也

* 基金项目:2009 年国家社会科学基金重大项目(09&ZD059);上海市实施家庭医生制度研究(2010HP009)

作者简介:贺小林,男(1985 年—),博士研究生,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。

E-mail:10110730013@fudan.edu.cn

通讯作者:梁鸿。E-mail:lianghong@fudan.edu.cn

在不断积极探索。

然而,由于我国全科医学教育滞后,为解决全科医生缺乏的问题,许多地区采用了组建全科服务团队这样一种人才叠加的方式来提供全科服务。虽然服务人员在上岗前实行了全科培训,但由于医疗技能培训、服务理念转变和服务能力提升需要一个过程,因此,短时间内改革效果难以显现。而全科服务团队医防分开的弊端在社区卫生服务改革过程中不断暴露,社区卫生服务“六位一体”的功能难以真正发挥,影响了全科团队的服务效率与服务效果。

本文认为,家庭责任医生制度是在全科服务团队模式的基础上,从社区居民健康服务需求出发,以健康管理为服务理念,以责任区为管理范围,以重点人群家庭为主要服务对象,使全科医生与责任区内的居民家庭之间互信、互动,成为其健康“守护人”,使社区居民能逐步享受经济、适宜、连续、全程的健康照顾服务。家庭责任医生制度是全科服务团队模式的深化和发展,已经成为推进深化社区卫生服务改革发展路线图中的一个非常重要的政策环节,是深化社区卫生服务内涵建设的重要标志。因此,为解决现阶段我国社区卫生服务内涵深化的困惑,需要家庭责任医生制度试点较早的典型地区通过经验总结和制度模式化来引领改革的发展。

1 家庭责任医生制度改革具有重要的政策意义

社区卫生服务内涵建设需要具有明确的责任主体来提供更为个性化、连续性和综合性的服务,要求全科医生对居民健康的责任细化到家庭和个人。从社区卫生服务发展进程来看,家庭责任医生制度改革具有以下三方面意义。

1.1 家庭责任医生是社区卫生服务内涵建设的载体

社区卫生服务内涵建设要求家庭责任医生向着“早发现、早干预、早治疗”的方向发展,提供基础性、连续性和全程性的健康服务。要实现这一转变,需具备两个基本条件:一是家庭责任医生对社区居民的需求有充分了解,只有这样才能主动提供基础性、连续性和全程性的健康服务;二是家庭责任医生和社区居民必须相互熟悉和相互理解,只有相互信任,

才有可能构建起相互依赖的伙伴关系。因此,家庭责任医生的服务人群一定是有限的。如果家庭责任医生服务的目标人群过大,难以满足有限服务人群这一基本条件,将出现“人人负责等于没人负责”的尴尬局面,人人享有基本医疗卫生服务的政策目标也难以真正实现。

社区卫生服务内涵建设关键需要深化家庭责任医生服务。过去对于社区居民的服务需求主要是通过各种专科化、条线型的服务体系来满足的,这种条线化的社区卫生服务只能针对居民的基本医疗,并不能很好地契合居民健康管理的多样化需求,基本医疗与公共卫生服务割裂会导致服务质量和效率下降,而个性化、综合性、连续性的居民健康服务需求需要通过家庭责任医生的全科服务来加以满足。从社区卫生服务供给者角度来看,只有在社区卫生服务实践中有这样的需求,才能够转化为深化服务模式的内在动力。所以,家庭责任医生服务做得越好,社区卫生服务才能够越深化。

1.2 家庭责任医生服务模式是全科团队服务模式的深化

家庭责任医生服务模式较之全科服务团队更为深化主要体现在以下三个方面:

首先,过去全科团队服务的场所主要在社区卫生服务机构,是一种针对社区面上的服务。居民到社区卫生机构来也主要是为了看病,很难真正达到全科服务所期望的目标。因此,全科团队服务人群有限,这客观要求全科团队服务从社区细化到家庭,为居民提供个性化、连续性的服务。

其次,全科团队服务模式要求一个全科团队负责一个或几个社区的社区卫生服务工作,通过设立社区卫生站点的方式提供基本医疗和公共卫生服务。全科团队内部实行专业分工,并不具体明确某个医生负责某个社区或家庭的服务,总体上还是一种团队负责制,对社区群众承担面上的责任。而家庭责任医生制主要是以家庭医生的责任为基础,强调综合服务,由家庭责任医生承担签约服务对象的健康责任,强调的是点对点的责任。

再次,家庭责任医生服务是以全科团队为基础的协同服务,公共卫生医师和全科护士帮助家庭责任医

生来完成所承担的社区居民健康管理的服务。同时通过纵向资源的联络和整合,由二、三级医院的专家为其提供专业的医疗服务和公共卫生的技术支持。

1.3 家庭责任医生制是社区卫生服务组织管理的再创新

社区卫生服务承担基本医疗与公共卫生服务两个网底的基本功能,强调全科服务团队下社区服务。在过去的改革中,全科服务团队下社区依然是自上而下的行政动员式的改革,提供的服务是行政指令式的,实质上只是把管理中心下移而已,因此,全科团队工作依然是被动式服务。

家庭责任医生制下全科医生承担的对于社区居民健康管理的责任是由自下而上的居民需求来激发的。责任主体的转变促使组织管理发生了变革,也改变了社区服务的提供模式。以家庭责任医生个人工作量为考核标准的激励机制的改变给家庭责任医生的工作带来了新的动力和挑战,改变了以往从上到下的行政化的服务提供方式。新的激励机制督促家庭责任医生提供有价值的服务,以更好地满足居民需求。

2 家庭责任医生制度改革的政策目标与考核标准

2.1 政策目标演进

从社区卫生服务改革进程来看,有三个阶段性政策目标:一是形态机制建设阶段的政策目标。形态机制建设是社区卫生服务改革的第一个发展阶段,其政策目标是“做大做强”社区卫生服务。为了配合社区卫生服务的改革,国家加大了对社区卫生服务的投入,通过卫生部发文的政策形式明确规定了社区卫生服务改造的标准化建设。医保政策也对社区卫生服务倾斜,加大了对社区卫生服务的扶持力度。同时通过门诊挂号免费,治疗费用减免,取消用药级别限制,以及大型综合性医院对口支援等政策来促进社区卫生服务做大做强。

二是体制机制建设阶段的政策目标。体制机制建设是社区卫生服务改革的第二个发展阶段,其政策目标是“做全做好”社区卫生服务。为了充分发挥社区卫生服务基本医疗与公共卫生服务两个“网底”

的功能,这一阶段的改革在强化基本医疗的基础上更为注重公共卫生服务。由于卫生资源的有限性和健康需要的无限性之间存在永恒矛盾,卫生发展必须优先鼓励那些具有良好成本效果的服务和干预措施在公众中得到普遍应用,并首先向预防性措施倾斜。^[2]因此,为了推行公共卫生服务均等化,强调社区卫生服务的公益性,推出了收支两条线、基本药物制度、中医治未病等一系列的改革措施来促进社区卫生服务的发展。

三是深化内涵建设阶段的政策目标。深化内涵建设是社区卫生服务改革的第三个发展阶段,其政策目标是“做深做实”社区卫生服务,即以家庭责任医生制为核心的内涵建设阶段。一方面通过定点医疗,签约式服务;预约门诊,绿色转诊;慢病管理和健康指导等服务形式来吸引居民到社区就诊。另一方面,通过探索社区卫生服务绩效工资制度改革,进行全科医生的规范化培养,实施社区卫生服务信息化、实行按人头预付的医保支付方式改革等制度来帮助做深做实社区卫生服务。内涵建设阶段的最大特征在于其对过去的形态机制、服务模式和体制机制重新再造的过程。现阶段家庭责任医生制改革需要基于以往渐进改革阶段的经验积累,更为重要的是对于社区卫生全科团队服务的重塑。毫无疑问,这一阶段的核心政策目标是家庭责任医生制度为社区居民提供有价值的服务。

2.2 考核标准

从公共政策的目标设定和逻辑发展来看,要实现社区卫生服务改革“社区首诊、分级诊疗、梯度就诊”的政策目标,一定要把社区卫生服务做得更有价值,只有这样才能够提高政府财政投入的产出效益。而由于社区卫生服务改革是一项典型的由政府自上而下推动的政策变革,过去几个改革阶段的考核指标也都是按照布置任务的形式去考核,容易产生为达到改革指标而改革的形式主义。虽然从表面上看,社区卫生服务机构基本完成了政府期望完成的指标任务,但很难检验其服务质量和服务的内在价值。因此,在深化社区卫生服务改革内涵的阶段,需要围绕和强调为居民提供有价值的服务这一核心政策目标。检验政策目标是否实现的标准就在于能否

建立家庭医生和居民长期稳定的伙伴关系。例如,社区卫生签约服务实际上是一种形式上的改革,而改革形式背后的政策目标在于能否建立起长期稳定的服务关系。

实践证明,家庭医生和患者的关系是建立在重复多次的就医以及医疗服务之上的。^[3]家庭责任医生只有为百姓提供有价值的服务,才能够赢得社区居民的信任;只有赢得了社区居民的信任,才有可能建立起具有高度依存性的稳定的医患关系,而只有建立了高度依存性的家庭医生服务关系,才有可能充分发挥社区卫生“防治结合”的服务优势,提高社区卫生服务的质量和效率。因此,在现阶段社区卫生服务发展过程中一定要警惕绩效目标追求下的形式主义改革,最为重要的是要把握改革的政策目标逻辑和考核标准,否则为了完成考核指标而改革一定是形式主义的改革。

3 家庭责任医生制度改革需要重视的几个问题

卫生政策制定的关键是确定问题,选择路径,明确措施,即明确什么是需要优先解决的问题?解决问题的途径与办法是什么?^[4]围绕有价值的服务提供和建立家庭医生与居民长期稳定的伙伴关系,当前家庭责任医生制度探索需要在明确一些基本问题的基础上来开展。关于家庭责任医生制度在整个社区卫生服务改革中的定位,改革涵盖哪些主要内容,需要哪些相应的制度支撑是当前改革需要解决的三个主要问题。

3.1 改革定位

许多人不明确全科服务团队在深化社区卫生服务改革过程中是起阶段性作用还是发挥永久性作用。因为从全球社区卫生服务发展的趋势来看,单个的家庭责任医生是越来越少,发达国家的全科医生都出现了向团队发展的趋势。因此,如何优化社区卫生服务流程来提供有价值的服务?是发展家庭责任医生还是全科服务团队成为当前改革的一大困惑。但任何一项改革都是反复推进、螺旋上升的。从我国社区卫生服务的改革来看,推行全科服务团队的目的将社区卫生服务的重心下移。而当前

改革中家庭责任医生不仅不能消亡,还需要不断强化。因为只有强化家庭责任医生制度,实现家庭责任医生制度主体责任的转变和组织制度的创新,才能够实现社区卫生服务中权益架构的重新调整和利益机制的重新建构。

具体而言,从全科服务团队转向家庭责任医生体现的是主体责任的转变。全科服务团队模式下社区卫生服务的提供主要依靠的是自上而下的行政指令,体现为一种任务的执行。而在家庭责任医生制度下,家庭责任医生将逐步承担起社区居民健康管理责任,是由自下而上的居民需求所激发的服务形式,服务内容也不再完全依据行政指令来确定。自下而上的服务需求变化必将改变以往自上而下的行政化服务提供方式,从而引发社区卫生组织管理关系的制度创新和变革。因此,当前社区卫生服务改革阶段需要从全科团队的基础上继续深化,实行家庭责任医生制度。而只有在家庭责任医生能够提供有价值的服务,做到社区首诊之后,再从承担居民健康管理及医保费用守门人的目标出发,转向家庭责任医生主体基础上的全科服务或团队协作。

3.2 改革的主要内容

当前我国社区卫生服务发展面临着的内外环境主要体现为全科医学社会基础薄弱,家庭医生专业基础薄弱和社区卫生政策制度薄弱。要解决这些社区卫生服务发展的瓶颈问题,需要在以下三方面进行改革:

一是服务模式的重新建构。家庭责任医生服务模式一定要以基本医疗为主体,同时积极推进公共卫生服务,做到“防治结合”。

二是要有更为明确的责任主体和激励机制。通过家庭责任医生为有限的服务人群提供服务来明晰主体责任,同时基于主体责任的承担来提供有针对性的激励。家庭责任医生制度改革后,作为个体的家庭责任医生,其身上肩负的责任将更为明晰和艰巨,工作量也会大大增加,因此需要考虑建立家庭责任医生津贴制度等有针对性的激励制度来促进家庭责任医生服务的发展。

三是家庭责任医生社区化变革。可以预见,家庭责任医生制度推行之后,居民社区卫生服务的需

求潜能将被激发出来,而家庭医生的精力却是有限的。即便按照当前试点中一个家庭医生管理 2 500 个左右居民的规模,其工作也基本上处于饱和状态,因此需要家庭责任医生在社区化的过程中有意识地构建多层次、多渠道的服务资源网络体系。一方面家庭责任医生需要与社区组织和管理机构的工作人员建立起良好的合作关系。由于社区基层管理工作者和社区居民具有天然的联系,借助社区基层管理者的资源和帮助,能够使得家庭医生服务工作赢得居民的基本信任,为家庭医生服务创造突破口,达到事半功倍的效果。另一方面,家庭责任医生还需要注重与服务对象尤其是具有忠诚度的患者的关系网络的构建。社区居民作为潜在的服务对象,其积极配合既是服务成效的体现,也是进一步提高家庭责任医生工作效率的基础。

3.3 改革的制度支撑

当前家庭责任医生制度改革已经进行了诸多探索,但任何一项改革都不是单一的制度改革,家庭医生能否提供有价值的服务是决定改革成败的关键。因此,家庭责任医生制度改革的稳步推进还需要以下四方面的制度支撑:

一是强化社区卫生服务公益性的制度支撑,提供公益性服务吸引居民到社区就诊。二是建立家庭责任医生的服务平台支撑。除了继续发挥全科服务团队的配合作用之外,还需要建立与二、三级医院的协同服务机制。三是提升家庭责任医生服务的技术支持。通过规范化的全科医生培训、系统的全科医学教育来提升家庭责任医生的水平,通过信息化的发展来强化服务技术支撑。四是构建有限服务人口的外在环境支撑。一方面,家庭责任医生需要对居民健康负总体责任;另一方面,在区域内的协同服务平台中,社区卫生服务中心需要发挥组织和协调功能。同时,还需要赋予家庭责任医生一定的资源,如提供可供与患者进行“权益交换”的绿色转诊通道等。

4 进一步完善家庭责任医生制度的政策建议

公共政策的传播逻辑表明:当一个政策的口号被广为接受并且经久不衰时,政策一定有其内在合理性。受制于当前我国社区卫生服务发展的现实条

件和外部环境,改革的政策目标很难一步到位。因此,就不同发展阶段而言,家庭责任医生改革的推进也需要遵循循序渐进的原则。家庭责任医生制度发展的演化是从全科—全科团队—“两个网底”的融合—疾病慢性病防治—全科团队的深化、细化,最后到责任主体的转变—组织的再次创新,只有历经这些环节的渐进改革,才能形成具有中国特色的家庭责任医生制度。因此,在社区卫生服务机构内涵建设上,应使加强人才队伍与强化绩效考核齐头并进,着力建立长效发展机制。^[5]未来家庭责任医生制度的发展过程中,既需要通过家庭责任医生的培养和激励,来不断强化和提高社区卫生服务的内在价值,也需要积极争取外部有利的改革环境和配套政策。

4.1 提高家庭责任医生的激励水平,设立家庭责任医生的特殊岗位津贴

收入水平、工作条件、职业发展机会、福利水平和居民认可与尊重是影响社区卫生服务工作行为最为重要的几个因素,而其中社区卫生工作人员最为关切的是收入水平。^[6]由于改革以后家庭责任医生承担了更多的责任,工作也变得十分忙碌,因此必须要有相应的利益导向机制。否则,仅凭道德和奉献精神来鼓励的高压力家庭健康管理服务是不可能持续的。目前,由于工资待遇不高、缺乏吸引优秀人才进社区、扎根社区的有效激励机制,吸引和留住人才成为制约家庭责任医生工作推进的关键环节。建议设立家庭责任医生特殊岗位津贴等有针对性的激励制度来提高家庭医生工作积极性。

4.2 加强家庭责任医生的岗位培训,开展全科医学的学分制教育

家庭责任医生在社区居民健康管理的过程当中必然会遇到一些新问题,其能力培养的问题就变得尤为关键。由于我国全科医学教育尚处于起步阶段,大多数全科医生主要是由专科医生通过自学转岗而来的。社区居民健康状况的复杂性和医疗需求的多样化需要全科医生在实践中发现不足,在学习中不断提高自身的服务能力。鉴于目前社区卫生服务机构人力资源十分紧张,大部分全科医生都在岗服务的情况下,除了加快培养全科医生之外,还需要开展全科医学的学分制教育。根据全科医生在实践

中迫切需要提升的能力需求来设置培训课程,修满一门课程,就能够获得一门课程的学分,通过所有课程考试,学分积满之后可以申请全科医生岗位。此外,在培训内容上,全面的医学知识、过硬的临床技能、预防、康复医学的重要性都已经得到了多数人的认同,而社会学、管理学知识、与人沟通技巧和人文素养的培养则未受到应有重视。为此,应该开展对家庭医生更为全面的规范化培训,弥补家庭医生在这些方面的不足,使居民更容易接受家庭责任医生。

4.3 强化家庭医生制度的支撑平台,构建合理的区域医疗协同服务体系

家庭责任医生的职责主要在于为社区居民提供基本医疗、公共卫生以及与健康相关的教育咨询服务。单个全科医生的能力是有限的,而居民的健康需求是多样的。即便家庭医生的能力再强,也不可能囊括服务对象需要的多样化的医疗服务需求,家庭责任医生在具体服务过程中很可能会遇见超出其能力范围的情况,专业的公共卫生问题和高精尖的专业医疗问题都需要借助更专业化的医疗卫生机构来解决。因此,家庭责任医生制度的实行需要构建与之配套的包括三级医院、区级医院、社区卫生服务中心的医疗服务协同体系和市 CDC、区 CDC 和社区服务中心的公共卫生服务协同体系。值得注意的是,相关研究表明,之前普遍采取的让专家到社区卫生服务中心坐诊的方式仅仅能够暂时吸引居民到社区就诊,专家一走,不仅有可能造成社区病人流失,还有可能强化了病人根深蒂固的到大医院寻求医疗服务的就诊习惯。^[7]因此,建议有条件的地区将大医院专家编入家庭医生服务团队,通过网络等信息化的手段为家庭医生遇见的疑难问题提供技术支撑,构建起包含综合医院、专科医院及中医医院专家的技术支撑平台。

4.4 结合医保支付方式改革,推进家庭责任医生服务按人头预付

家庭责任医生是居民健康和医保费用守门人。在英国,全科医生在一定区域内为病人购买医疗服务,并有着较大的选择权,成为支付医疗保健、医疗转诊和医疗保险的第一道依据。^[8]英国的全科医生“守门人”模式为我国家庭责任医生制改革提供良

好的制度范本。由此可见,医疗保障制度的完善也是解决群众“看病难、看病贵”问题的关键。医疗保障制度的设计不仅有减轻患者医疗负担,减少后顾之忧的功效,还有激励、引导患者流向的功能。因此,应该建立基于健康守门人的医疗保障体系。^[9]家庭医生制度的推进可以结合医保支付制度的改革,争取医保政策与社区卫生改革同步,将医保与社区卫生服务方便快捷、安全有效的服务体系相衔接,试行医保与家庭责任医生服务按人头预付。^[10]由于医保费用按人头预付以后,签约居民患病的多少将直接影响到家庭责任医生的收入和声誉。因此,这一政策将内化家庭责任医生的自主控费意识,发挥其医学知识和服务技能来促进参保人的健康,节约医疗费用,真正实现家庭责任医生居民健康和医保费用守门人的作用。

参 考 文 献

- [1] 中共上海市委、上海市人民政府关于贯彻《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》的实施意见[Z]. 2011.
- [2] 雷海潮. 实现人人享有基本医疗卫生服务的关键问题探讨[J]. 卫生经济研究, 2008(5): 3-5.
- [3] Bailey T. 加拿大的家庭医生与社区[J]. 中国全科医学, 2006, 10(11): 885.
- [4] 张朝阳. 卫生政策制定应把握的关键环节和基本要素[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(5): 1-2.
- [5] 李永斌, 卢祖洵, 王芳, 等. 社区卫生服务机构促进基本公共卫生服务均等化调查分析[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(5): 332-333.
- [6] 孟庆跃. 基层和公共卫生人员激励因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(3): 4-5.
- [7] 王夏玲. “大医院专家编入家庭医生团队”技术支撑效果显著[J]. 中国社区医师, 2010, 12(29): 243.
- [8] 周向红, 王仁元. 地方政府在推动双向转诊的作用和路径研究[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(6): 375-378.
- [9] 杜学礼, 鲍勇. 基于“健康守门”构建双向转诊机制的对策研究[J]. 中国全科医学, 2010, 11(13): 3503-3506.
- [10] 贺小林, 梁鸿. 社区卫生服务门诊统筹政策的成效与经验[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 16-21.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-05-29]

(编辑 薛云)