

上海市长宁区家庭责任医生制度探索的政策成效与经验

贺小林^{1*} 梁 鸿¹ 江 萍² 朱 吉² 肖 峰²

1. 复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

2. 上海市长宁区卫生局 上海 200050

【摘要】上海市长宁区探索了家庭责任医生的服务模式、工作机制、培养机制和激励机制,转变了家庭责任医生的服务方式,提高了社区卫生服务的质量和效率,初步建立了家庭责任医生与社区居民的依存性伙伴关系,为构建具有中国特色的家庭责任医生制度改革提供了借鉴。其主要的政策经验包括:以家庭责任医生工作室为载体的服务模式、以家庭责任医生为基础的区域医疗协同服务体系、以信息化为基础的慢性病管理模式、按照时间路径推进的家庭责任医生社区首诊模式和根据服务对象需求提供个性化服务的路径。长宁区的政策实践也表明,改革的推行需要先期进行机构标准化建设、公益性改革以及全科服务团队的培养,以便为家庭责任医生制度改革奠定基础。

【关键词】家庭责任医生; 制度探索; 政策成效; 政策经验

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.004

Exploration and policy experiences of family doctor system in Changning district, Shanghai

HE Xiao-lin¹, LIANG Hong¹, JIANG Ping², ZHU Ji², XIAO Feng²

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

2. The Health Bureau of Changning District, Shanghai 200050, China

【Abstract】 Changning district has built the family doctor training system, working mechanism and incentive systems. It has improved the service quality and efficiency, and has built interdependent partnership between the family doctors and community residents. It provides an exemplary model for the reform of China's family doctor system. The major policy experiences include the service model carried by family doctors studios, the integrated service system based on family doctors, the chronic disease management model based on information technology, family doctor as the first contact point, and the personalized service path according to individual needs. Changning experiences reveal that the reform of family doctors needs to have some basic conditions including standardized facility constructions, public interest reform and development of general practitioner team.

【Key words】 Family doctor; System exploration; Policy effectiveness; Policy experience

* 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

实行家庭责任医生制度是发达国家国民医疗保障的重要基础,也是推进医疗卫生服务体系改革的重要途径。许多国家的实践突显了建立健康守门人制度的重要性,而健康守门人制度的关键是家庭责任医生制度的实施。^[1]发达国家家庭责任医生制度的发展经验给我国提供了借鉴,但由于各国国情不同,我国在构建家庭责任医生制度时不能完全照搬其经验,需要探索有中国特色的家庭责任医生制度。上海市长宁区在家庭责任医生制度改革方面进行了积极探索,本文通过分析其政策成效和经验,以期为其它地区的改革提供借鉴。

1 长宁区家庭责任医生制度改革的探索

长宁区社区卫生服务改革经历了机构标准化建设、体制机制建设和全科服务模式内涵探索三个阶段。社区卫生服务综合配套改革中建立的全科团队服务模式为家庭责任医生制度的探索奠定了良好基础。2007 年,长宁区在全国率先提出实施家庭责任医生制度,选取周桥街道社区卫生服务中心进行了试点。为做好社区卫生服务工作,周桥社区卫生服务中心将健康管理纳入到家庭责任医生的工作内容中,取得了一定成效。2009 年制订了《长宁区家庭健康责任制工作实施方案》,在全区推广家庭责任医生制度。试点改革期间,长宁区建立了与家庭责任医生制度相配套的服务模式、工作机制、培养机制和激励机制。

1.1 探索了家庭责任医生服务模式

家庭责任医生服务模式是社区卫生发展和全科理念深入实践的产物。在机构标准化建设改革阶段,长宁区形成了以医疗康复科、预防保健科、后勤管理科及办公室为载体的“三科一室”的社区卫生服务管理模式,开始引导医务人员走出医院,深入社区服务站点提供服务。在体制机制建设阶段,长宁区社区卫生服务逐渐引入全科理念,构建了以全科团

队服务系统为核心的五个系统^①的管理模式,提出“六位一体”的服务理念。^[2]然而当时缺乏真正意义上的全科医生,为了解决全科医生短缺问题,长宁区将医生、护士、保健师整合成一个全科团队。^[3]随着改革推进,社区卫生服务步入到内涵建设阶段,长宁区探索了以家庭责任医生工作室^②为载体的服务模式,总结了以社区居民健康管理为中心,依靠全科团队与社区卫生服务中心的协同、社区卫生服务中心与其他医疗机构的技术服务协同以及与社区资源的社区协同,向患者提供约定式、互动式、跟踪式、关怀式和监测式服务,以建立与社区居民长期稳定的服务关系、健康促进的伙伴关系以及与重点人群的重点服务关系,最终达到体现健康促进、和谐医患、政府服务意识三大政策目标的家庭责任医生服务模式。

表 1 上海市长宁区社区卫生服务模式的探索情况

发展阶段	管理模式	服务模式	服务内容
机构标准化建设	三科一室	医院服务模式,但开始引导医务人员走出医院,深入社区服务站点提供服务	仅仅是功能定位调整,医疗机构主要服务载体并未发生变化,仍然是内科、外科等专科医疗服务
体制机制建设	五个系统	以全科团队为核心的“六位一体”的服务模式	提供基本公共卫生和基本医疗服务
服务内涵建设	家庭责任医生工作室	以家庭责任医生为责任主体的连续性、个性化健康管理服务模式	以建立契约式服务关系为基础,以健康为核心,以需求为导向,以就近服务为原则,为居民提供防治结合、连续性、个性化的社区卫生服务

1.2 建立了家庭责任医生的工作机制

通过倡导全科医生开展家庭责任医生服务,具体负责一个社区的健康管理工作。长宁区家庭责任医生的服务“关口”也由以往在社区中心坐诊前移到下社区站点、进居民家庭的三站式服务,受到了社区居民欢迎。通过三年努力,初步形成了以居民健康管理为核心、以家庭责任医生为责任主体的社区卫生

① 五个系统是指以全科服务团队服务系统为核心,以全科团队支持系统、病房系统、医技系统和管理系统为支撑的社区卫生服务管理模式。

② 长宁区社区卫生服务内涵建设改革阶段形成的以家庭责任医生工作室为载体,家庭责任医生为责任主体,承担指定社区居民健康管理工作的服务模式。

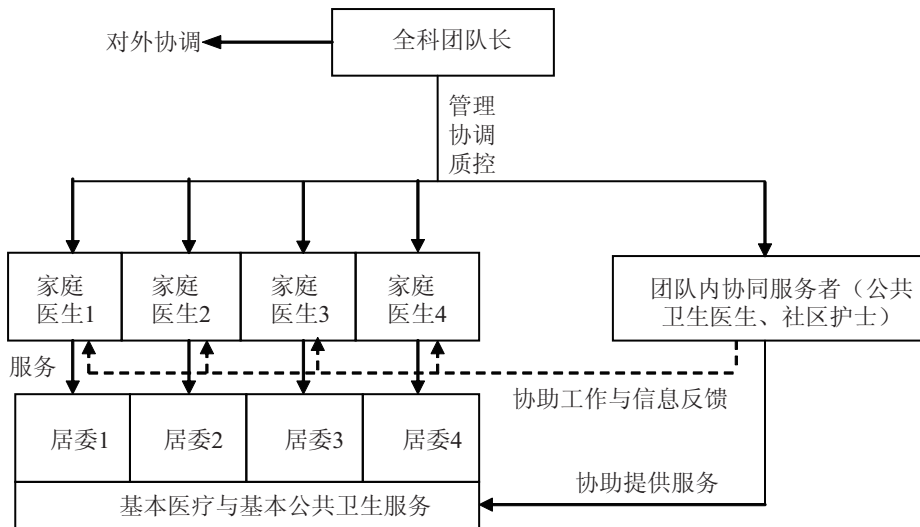


图1 以家庭责任医生为核心的全科团队服务与组织框架

服务管理新模式,进一步理顺和明晰了全科团队内各成员的职责分工与协作关系(图1)。其中,全科团队长是全科服务团队辖区工作的总协调者与管理者;家庭责任医生是责任区内居民家庭健康的主要服务者,同时还是健康信息的管理者、健康知识的传播者、健康生活与行为的干预者及健康转介服务的指引者;公共卫生医生和社区护士是家庭责任医生的工作助手与健康信息收集者,协助团队内家庭责任医生做好辖区内的基本医疗与基本公共卫生服务工作。^[4]

1.3 建立了家庭责任医生的培养机制

一方面,我国全科医学薄弱,长期由专科医院和公共卫生中心分别负责疾病诊疗和传染病预防,真正意义上的全科医生十分缺乏。长宁区将经过短期全科岗位培训的专科医生和公共卫生人员、社区护士组成全科服务团队,通过知识整合和专业互补来解决全科医生短缺的问题。全科医生在提供基本医疗和公共卫生服务的实践中,锻炼和培养了全科技能,真正实现社区医疗防治结合,逐步成为具有全科服务能力的家庭责任医生。另一方面,随着改革深入,长宁区只招收本科学历以上的全科医生,并对其进行家庭服务意识和能力培训,加强了家庭责任医生队伍建设。

1.4 建立了家庭责任医生的激励机制

一是按照工作内容与责任,建立家庭责任医生

工作补贴制度,并纳入社区卫生服务中心预算管理,通过考核后予以下拨,激励和引导家庭责任医生开展工作,确保改革后家庭责任医生收入不减少。二是加强内部管理,放权给家庭责任医生,即在社区卫生服务中心适当的监管下,将有限的卫生服务资源管理权限交由家庭责任医生负责,提高家庭责任医生在社区居民中的权威。三是逐步建立工作评估、管理评估、效果评估相结合的综合绩效考核评估机制,考核指标包括慢性病管理、家庭责任医生制度知晓、服务满意度、健康知识传播和门诊预约服务率等。^[5]

2 长宁区家庭责任医生制度改革的成效

通过对三年来长宁区社区卫生服务家庭责任医生制度的试点观察,发现家庭责任医生服务模式能够更好地契合社区居民的实际服务需求,提高了社区卫生服务的质量与效率。社区居民和全科医生的关系也从过去一般意义上的医患关系变为了伙伴关系,居民对社区卫生服务的依存性大幅提高。

2.1 转变了服务方式,提高了服务效率

长宁区对家庭责任医生的服务内容进行了多方面探索,不再拘泥于只完成以往的是否上门服务、有没有访视等指标,最为关注如何满足社区居民的卫生服务需求问题。如为了加强与患者的交流沟通,

家庭责任医生尝试了预约式门诊服务,这不但将慢病防治和门诊服务有机地结合起来,还达到了使病人分流、确保就诊时间、提高服务质量的效果。从长宁区周桥社区卫生服务中心家庭责任医生制度试点前后的数据来看,家庭责任签约服务和双向转诊的制度效应开始显现。通过家庭签约的预约式服务,更多的病人配合家庭责任医生,在约定的时间到社区来接受服务,医生家庭病床、临时出诊和出院随访的工作量有一定减少,提高了服务效率。家庭责任医生制度的开展使医生的工作重心进一步下沉,更多的时间放在社区,中心门诊工作时间逐步减少。家庭责任医生月平均门诊天数减少 3 天,而健康教育的场次则增加了 2 场(表 2)。试点前“锦屏”居委平均预约门诊率为 8%,目前已达到 60%,较改革之前有明显提高。

表 2 周桥社区卫生服务中心家庭责任医生改革前后月人均工作量比较

服务内容	试点前	试点后
健康档案(户)	10	10
高血压访视(人次)	22	98
糖尿病访视(人次)	1	52
离休干部访视(人次)	12	10
残疾人访视(人次)	21	18
家庭病床(人次)	67	19
临时出诊(人)	12	8
出院随访(人)	8	0
肿瘤随访(人)	0	6
健康教育(场)	0	2
门诊天数(天)	11	8

数据来源:长宁区周桥社区卫生服务中心

2.2 强化了慢病管理,提升了服务质量

家庭责任医生制度试点以后,慢性病管理等大量

的公共卫生服务也由家庭责任医生来承担,真正做到了防治结合。家庭责任医生服务不再是以前以疾病诊疗为主的“一次性服务”,更为注重在社区有限服务人群的基础上逐步建立起家庭责任医生与居民积极互动、相互信任的健康管理伙伴关系。从慢性病的管理情况来看,家庭责任医生参加社区高血压和糖尿病患者的随访管理,不仅增加了社区高血压与糖尿病患者纳入管理的人数,还提高了其规范管理率、血压控制率和血糖控制率(表 3)。

社区卫生服务质量体现在家庭责任医生将有限的工作时间放在最有价值的服务上。家庭责任医生服务当前的工作重点在于公共卫生服务尤其是慢病管理这一薄弱环节。座谈中有家庭责任医生谈道:“现在对于慢性病的管理与以前有很大不同,不再是为了完成指标而服务。以高血压病人管理为例,现在家庭责任医生上门服务时会仔细询问社区居民的生活规律和健康锻炼情况,认真检查其食盐摄入量等,并经常就健康的生活方式与居民进行沟通交流,这样贴心的连续性服务得到了群众好评,服务质量得到提高。”以华阳社区卫生服务中心的慢性病管理为例,家庭责任医生参与管理高血压患者 3 个月后,高血压患者的预防知识知晓率由 67.9% 提高到 87.4%;健康预防服务的依从性由 48.0% 提高到 62.7%。

2.3 提高了公益性,构建了伙伴关系

家庭责任医生制度改革重点关注“四医联动”服务对象,按照政策制度的规定,采取与社区贫困人群签约,为其提供有针对性的家庭责任医生服务的方式,缓解困难家庭、困难人员就医问题。从 2011 年 4 月改革开始到 2012 年 3 月,全区共减免了“四医联动”对象医疗服务费用 1 527.02 万元,社区卫生服务公益性得到了进一步提高。

表 3 2009—2011 年长宁区社区卫生服务慢性病管理情况

项目	管理人数(人)			规范管理率(%)			重点对象控制率(%)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
高血压管理	28 836	32 697	43 463	84.60	87.57	92.55	65.08	65.69	80.78
糖尿病管理	4 758	5 914	6 492	85.62	93.65	91.05	29.04	27.85	43.50

此外,家庭责任医生制建立以后,社区居民的卫生服务需求能够与自己的家庭责任医生及时有效沟通,从而有针对性地解决。服务质量的提高拉近了居民与家庭责任医生之间的关系,居民对于家庭责任医生制度的认可和依存度也在不断提高。从“四医联动”家庭责任医生的签约情况来看,已签约人数和签约户数逐月增长,截至2012年3月底,家庭责任医生签约人数已达到8317人,已签约户数6403户,签约率达到89.12%(表4)。

表4 长宁区“四医联动”对象与家庭责任医生签约情况

年份	月份	总人数 (人)	签约人数 (人)	签约户数 (户)	签约率 (%)	
2011	4	6366	3829	3323	60.15	
	5	7467	6495	5170	86.98	
	6	7642	6726	5331	88.01	
	7	7987	6995	5540	87.58	
	8	8046	7293	5744	90.64	
	9	8066	7348	5735	91.10	
	10	8162	7554	5928	92.55	
	11	8235	7657	6014	92.98	
	12	8473	7894	6166	93.17	
	2012	1	8975	7911	6350	88.32
		2	9183	8188	6329	89.16
		3	9332	8317	6403	89.12

注:签约率=(家庭医生已签约人数/总人数)*100%

数据来源:长宁区社区公共卫生政策研究中心

3 长宁区家庭责任医生制度改革的政策经验

从长宁区家庭责任医生制度的改革探索可以看出,家庭责任医生与全科服务团队最大的区别体现在服务责任主体的明晰化和固定化。该模式最大的特点在于家庭责任医生明确承担起维护居民健康的责任,变被动医疗服务为主动参与居民健康管理,并将服务对象扩展到整个家庭,为居民提供连续性、针对性和综合性的健康服务。经过三年的家庭责任医生制度试点和改革探索,长宁区积累了一些制度经验,为我国社区卫生服务内涵深化改革提供了借鉴。

3.1 循序渐进推动家庭责任医生社区首诊

长宁区将社区卫生服务中心的服务能力与人群的实际需求以及对社区卫生服务依赖和密切的程度相结合,通过人群划分,分阶段、分步骤推进家庭责任医生制度的实施,逐步实现家庭责任医生社区首诊的目标(图2)。

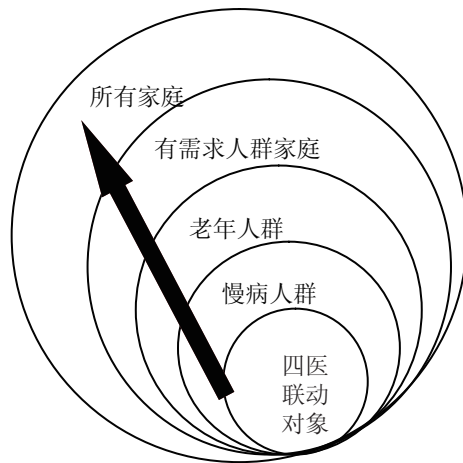


图2 长宁区家庭责任医生制度社区首诊的实现路径

第一阶段,通过“四医联动”来探索社区卫生服务定点医疗,以贫困人群为切入点探索实施家庭责任医生制度。通过“四医联动”的相关优惠政策的实施,率先在贫困人群中探索建立家庭责任医生定点医疗和社区首诊制,开展双向转诊实现梯度就诊,引导“四医联动”人群有序就医。

第二阶段,结合不同人群对社区卫生服务的需求情况,按照“权利换义务”^①的方式来推动社区首诊。首先选择慢性病管理对象、残疾人等有服务需求的人群进行推广;其次,将范围扩大到辖区内的老年人等重点管理对象,以开药的基本医疗为工作突破口,结合基本医疗开展公共卫生服务,将这部分人群纳入家庭责任医生的服务范围;再次,随着家庭责任医生制度的逐级推广、逐层覆盖,不断外延和推广这项制度。

第三阶段,按照公共政策制定的一般经验,当70%~80%的人员拥护家庭责任医生制度时,再通过

① 长宁家庭责任医生“权利换义务”是指用家庭责任医生掌握的有限资源,如门诊优惠、优先转诊、适当延长开药时间等权利来换取居民到社区首诊的义务,吸引百姓到社区就诊的系列措施。

制订政策的方式来实现家庭责任医生的社区首诊。我国医疗卫生资源的“倒三角”形分布造成了医疗卫生资源利用不合理、使用效率低下等问题,严重影响了国民就医。^[6]只有通过家庭责任医生制度的改革,提高服务水平,使得居民信任家庭责任医生并且愿意到社区首诊,才有可能从根本上解决看病难,看病贵问题。

3.2 根据服务对象需求提供个性化服务

考虑到不同人群需求以及社区卫生服务的实际发展情况,将服务人群分为三个范畴:重点人群(即服务利用人群,老年人、妇女儿童、残疾人等)、重点人群辐射人群(重点人群的家庭成员)、社区卫生覆盖人群。对于不同人群,在提供均等化公共卫生服务的基础上,满足其不同需求的基本医疗服务,提供以签约为纽带的健康管理服务。^[7]一是为“四医联动”对象开展签约式服务。家庭责任医生依照协议给予“四医联动”对象医疗费用减免,为实施定点医疗和社区首诊创造条件。二是为有需求的重点人群家庭开展约定式服务。为慢性病患者、老干部、归侨重点人群家庭,提供随访、预约和健康干预等约定式服务,逐步引导其家庭成员到社区首诊、参与社区居民健康自我管理小组活动。

3.3 创建了以信息化为基础的慢病管理模式

家庭责任医生制度改革是重塑和优化社区基本医疗卫生服务系统的过程,运用现代信息技术有助

于提高社区卫生服务的工作效率和管理水平。长宁区建立了以家庭责任医生为核心,以社区全科团队为平台,信息化为基础的社区慢性病防治模式。家庭责任医生通过防治一体化、患者一家庭系统化、信息化全程动态管理三个手段,使慢性病患者在社区得到了系统规范的治疗和干预,为居民与医疗卫生机构间搭建了互动平台。通过家庭责任医生信息平台的构建实现了健康档案的标准化、活档管理的自主化、健康信息即时化和共享化的功能,在为管理部门提供即时详尽数据的同时,也为社区卫生服务的绩效考核提供了依据。

3.4 构建了以家庭责任医生为基础的“321 协同服务”体系

首先建立起二级医院与一级医疗机构之间的协同服务关系,在区域内建立了同仁医院与社区卫生服务中心“21”协同的合作模式。使社区卫生服务机构可以在常见病、多发病诊疗方面发挥积极作用。其次,2006 年起通过同仁医院与仁济医院形成的“32”合作模式,为弥补社区卫生在疑难疾病、复杂疾病的诊治上与三级医院的差距提供了有力的保障。再次,2009 年 4 月进一步拓展了“321 医疗协同服务”体系,通过政府搭台将长宁区 10 家社区卫生服务中心纳入到“321 医疗协同服务体系”,形成了以区域医疗中心、区域公共卫生中心和社区卫生服务中心“三中心”协同服务的格局(图 3)。

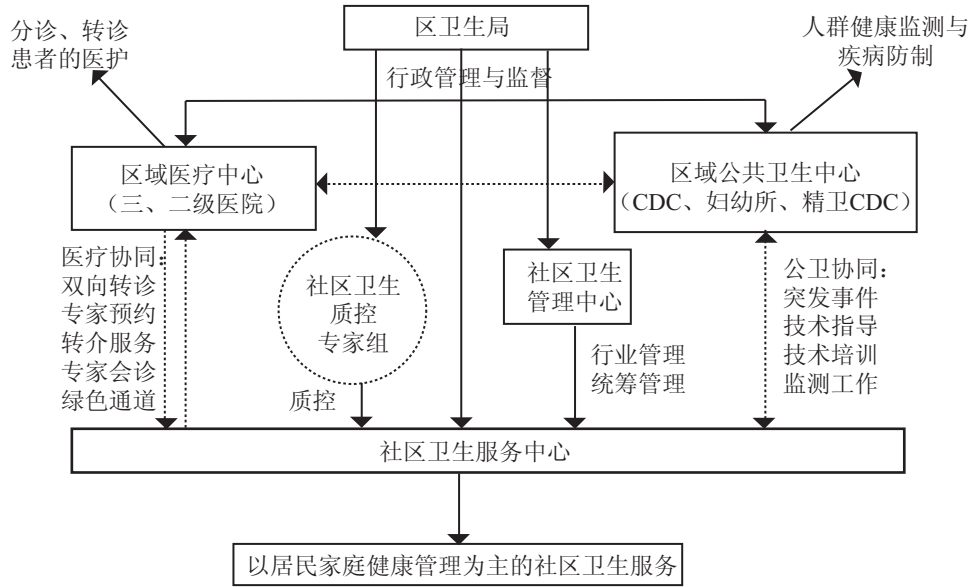


图 3 以社区卫生服务为基础的区域卫生协同服务体系

4 家庭责任医生制度改革的实施条件

家庭责任医生制度改革是一个循序渐进的过程。长宁区社区卫生服务经过全科服务团队网格化管理之后,才逐步开展家庭责任医生制度的试点。从长宁区的改革探索来看,家庭责任医生制度改革需要一定的前提条件。

4.1 进行机构标准化建设,提升社区卫生服务能力

家庭责任医生制度推行的第一个条件是需要对社区卫生服务中心进行标准化建设。社区卫生服务标准化建设的主要目的在于使社区卫生服务的能力得到提升。一方面,硬件设施的标准化使得社区卫生服务的能力得到提升,服务质量更有保障;另一方面,社区卫生服务人才的规范和培养则直接决定了家庭责任医生的服务能力和服务质量,这是家庭责任医生能够顺利进入社区,赢得居民信任的前提。

4.2 进行体制机制创新,提升社区卫生服务公益性

家庭责任医生制度要能顺利推行并实现持续发展,还需要有公益性的体制机制作为基础。家庭责任医生制要求全科医生以居民的健康为中心,为居民提供更具公益性的服务。在之前社区卫生服务收支两条线的改革中,部分试点地方政府存在侥幸心理,决心不够、投入力度不大,突出体现是按“以收定支”的做法对社区卫生服务机构进行支出预算,其结果是潜在地鼓励社区卫生服务机构多创收,无法起到切断机构内部利益链条、扭转其趋利动机、改变其服务行为和模式,以充分体现公益性的作用。^[8]因此,只有构建公益性的社区卫生服务导向机制,医生的行为才能做到真正转变,否则在利益悖反的境况下,家庭责任医生的职责难以实现。

4.3 开展服务模式改革,培养社区化的全科服务团队

家庭责任医生制下的社区卫生服务是综合性服务,要求从以往的专科服务模式向全科服务转变。

社区卫生服务完善内涵建设,关键是组建一支高素质、高水平、具有综合服务能力、实干、乐于奉献的社区卫生人才队伍。^[9]只有建立全科服务团队,并在社区卫生服务实践过程中提高应对居民个性化、多样性服务需求的能力,才能够更好地适应居民健康管理需求。此外,服务模式的转变还要求家庭责任医生具备良好的沟通与交流能力。因此,在实行家庭责任医生制之前,必须有一个全科服务团队模式化和社区化的过程。

参 考 文 献

- [1] 鲍勇,杜学礼,张安,等. 基于健康管理的中国家庭医生制度研究[J]. 中华全科医学, 2011, 9 (6): 831.
- [2] 上海市长宁区卫生局. 通往公共健康之路——解读城市社区卫生服务改革的“长宁模式”[M]. 上海: 上海人民出版社, 2007.
- [3] 沪将推家庭医生制度每位医生管理 2000—3000 人[EB/OL]. (2010-10-15) [2012-05-07]. http://sh.sina.com.cn/citylink/jk/t_hs/2010-10-15/12228942.html.
- [4] 上海市长宁区社区卫生管理中心. 长宁区推进家庭医生制工作实施方案(内部讨论稿)[R]. 2010.
- [5] 上海市长宁区周家桥社区卫生服务中心. 长宁区周家桥家庭责任制医生模式介绍[R]. 2011.
- [6] 潘美,徐怀伏. 国外社区“首诊制”分析及对我国的启示[J]. 中国药业, 2009, 19 (14): 2-3.
- [7] 季晖,陶一众. 关于试行“家庭医生责任制”服务模式的设想[J]. 社区卫生保健, 2008, 7(6): 417-418.
- [8] 姚岚. 社区卫生服务改革与发展中的难点解析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(9): 1-3.
- [9] 冯友梅,姚岚,尤川梅. 社区卫生服务理想模式与现实差异的思索[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(1): 1-5.

[收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-06-04]

(编辑 薛云)