

整合保健:英国经验对我国社区卫生服务改革的启示

谢春艳* 胡善联 何江江 王力男 彭颖

上海市卫生发展研究中心 上海 200040

【摘要】在对英国卫生保健体系进行梳理的基础上,总结了其开展整合保健的做法和经验,尤其是近年来英国卫生服务与社会服务体系进行整合的趋势值得我国借鉴。本文受英国卫生保健体系尤其是初级卫生保健整合做法的启发,针对我国社区卫生服务改革中存在的问题,提出相关的政策建议,包括加强多学科服务团队建设,推动医学模式在社区转变;建立“守门人”制度,做实社区首诊和双向转诊;建立部门间的沟通机制,整合卫生服务与社会服务;加大舆论宣传力度,引导居民就医需求等。

【关键词】整合保健;社区卫生服务;全科医生

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.007

Integrated care: Experience from United Kingdom and implications for community health service reform in China

XIE Chun-yan, HU Shan-lian, HE Jiang-jiang, WANG Li-nan, PENG Ying

Shanghai Health Development and Research Center, Shanghai 200040, China

【Abstract】 On the basis of introducing British national health service system, the paper summed up the practice and experience about integrated care reform carried out in the United Kingdom, especially the integration and coordination of health service and social service system in recent years. And then make some relevant policy recommendations on community health service reform in China, including strengthening multidisciplinary team work to promote medical pattern change in community health service, building gatekeeper system to achieve community first contact diagnosis and two-way referral, establishing mechanism of cooperation between government departments for integration of health and social services, strengthening media publicity to guide residents medical needs.

【Key words】 Integrated care; Community health service; General practitioner

新医改明确提出了“保基本,强基层,建机制”的目标,使社区卫生服务成为实现医改目标的重要载体,2011年颁布的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》(国发[2011]23号)无疑是一项顶层设计,确定了以全科医生制度为基础的社区卫生服务在国家卫生战略中的地位。我国的社区卫生服务改革在取得一系列进展的同时,还存在一系列体制机制的问题,在运行机制和服务模式等方面需要进一步深化改革。英国的初级卫生保健系统有着悠久的历史,以其低成本、高效率而著称世界,历经多次改革,趋向整合与协同,整合保健作为英国卫生战略规

划的一部分,已成为提高国民健康和福利水平的重要基石,尤其是近年来试点卫生服务与社会服务的整合,其经验值得我国借鉴。

1 英国卫生保健服务体系概况

英国卫生保健服务体系的基本特征是全民免费的国民健康服务体系(National Health Service, NHS),主要通过税收筹资,实行集中统一的管理体制,卫生部为最高管理机构,下设地区战略卫生局和地段卫生局,各司其职,实行三级管理。并通过专门机构的规范和管理来提高 NHS 运行绩效,改善临床质量。

* 作者简介:谢春艳,女(1982年—),硕士,助理研究员,主要研究方向为基层卫生、健康社会学、医务社会工作。

E-mail: xiechunyan_2009@126.com

自 1948 年正式开始实施以来, NHS 作为英国社会福利制度中最重要的部分之一, 是世界上最大的由公共资金支持卫生服务体系。

NHS 卫生服务的提供总体来说可以分为初级(社区)卫生保健(primary care)、次级(医院)卫生保健(secondary care)和社会照顾服务(social care)三个部分。其中初级卫生保健由初级卫生保健信托机构(Primary Care Trust, PCTs)负责, 全科医生(又称家庭医生, General Practices GP)作为独立签约人被纳入所在地区的 PCTs; 次级卫生保健主要是指由医院提供的专科和急诊服务, 以医院为主的次级卫生保健机构大多需要与 PCTs 签订合同为当地居民提供医疗服务, 英国有比较严格的“守门人”首诊制度, 病人一般要通过 GP 等初级卫生保健服务的转诊才能进入次级卫生保健体系; 社会照顾服务主要由社会工作者和辅助员工为社会弱势群体生活提供支持和帮助。其照顾对象主要包括老年人、精神疾病患者、身体残疾和学习障碍者、药物滥用者、酒精成瘾者、出狱后需要重新安置者、有特殊需求(如残疾)孩子的家庭、处于危险状况的儿童、通过儿童之家领养的儿童、年轻罪犯等。社会照顾服务的提供机构是社会服务委员会。首先由委员会对个人是否需要社会照顾进行评估, 如果需要, 就进行相应的安排。它们还与其他组织机构, 如 NHS、民间和私立机构及教育服务、检查部门和警察机构等进行合作。社会照顾检查委员会(CSCI)对整个社会照顾服务系统的质量和绩效进行独立的检查, 并向政府和公众公布结果。^[1]

2 英国开展整合保健的做法

整合保健作为英国卫生战略规划的一部分, 已成为提高国民健康和福利水平的重要基石。整合保健倡导从当地居民的实际健康需求出发, 提供个性化的、富有弹性的和高质量的健康服务, 强调以人为中心和促进居民参与。“整合”可以包括机构、组织、系统、模式之间的协同与合作, 跨越了初级卫生保健、医院服务、社区照护和社会服务的界限^[2], 推动与健康相关的各种卫生服务与社会服务的有效衔接

与融合。

2.1 初级卫生保健与公共卫生服务的整合

英国卫生主管部门按照每 10 万人口约 50 名全科医生的比例进行卫生人力配置, 在全国范围内设立拥有经营管理自主权的 PCTs, 2006 年, PCTs 由原来的 303 个合并为 152 个, 全科医生作为独立签约人被纳入所在地区的 PCTs。^[3]

政府卫生主管部门将合同竞争方式引入 PCTs 的内部管理, 在 PCTs 内通过签约选择医德好、技术高的医生承担难度较高的医疗业务。英国政府卫生部将慢性病管理和国民自我保健也纳入了初级医疗保险的范畴, 并明确规定由 GP 和 PCTs 负责实施。^[4]

由此可见, PCTs 的职责已经整合了初级卫生保健的管理和公共卫生服务的范畴, 将预防、医疗、保健及其他社区服务等结合在一起, 为规划、预防和解决基层社区的基本卫生需要提供坚实的平台。^[5] PCTs 整合的公共卫生服务包括针对吸烟、肥胖等健康问题开展教育、监管药物滥用、开展免疫接种和疾病筛查以及控制传染病等工作。

2.2 实施“守门人”和转诊制度, 实现卫生资源的纵向整合

为了节约服务成本, 英国大力发展初级卫生保健, 将卫生服务的重点从医院转移到社区, 作为初级卫生保健核心的社区卫生服务机构配合“守门人”制度, 可以确保基本医疗服务有效实施。全科医生“守门人”制度配合双向转诊制度, 有效的整合了初级卫生保健与医院服务。同时, 在管理方式上进行了不断的探索和改革, 如在 1974 年, 将原来互相独立的医院、全科医生和社区服务三条线改为从卫生部到各级卫生局一条线管理, 卫生服务以社区为中心, 医院、全科医生服务、社区卫生保健三者相结合。^[1]

2.3 探索卫生服务与社会服务的有效整合

近年来, 英国卫生服务与社会照顾服务出现了相互整合的趋势。英国卫生部对开展此种整合服务的一系列典型模式进行了试点, 并建立了整合保健服务网络(Integrated Care Network, ICN)。通过整合服务项目试点, 来探索卫生保健服务与社会照顾服

务进行整合以改善当地居民健康状况的多种方式,进而提高其生活质量和幸福感。2002年,NHS引入整合保健信托(Integrated Care Trusts)来提供更好的卫生保健与社会服务整合的服务,其服务对象主要包括老年人、精神病患者、残障人士等。整合保健信托以务实的作风,通过加强NHS与地方政府的合作,降低行政管理成本,简化服务流程,并使各种服务有效衔接与融合,提高服务质量,实现社会公共服务的现代化。^[6]

英国卫生部通过整合保健试点项目,引导社区超越传统的卫生服务(仅限于初级卫生保健和次级卫生保健)和社会服务的界限,以全新的理念对两者进行有机融合,以提供适应当地居民需求的更加人性化的、高质量的、便捷有效的服务。^[7]整合保健强调“以人为中心”,增强个人的健康参与意识,促使居民主动参与到卫生保健和社会服务机构的服务中去。^[2]

2.4 联合诊所计划

2008年6月,英国卫生部长达兹勋爵(Lord Darzi)公布《英国医疗改革纲要》(High quality care for all: NHS Next Stage Review)^[8],提出了建立联合诊所(polyclinic)制度。主要内容是将家庭医生、专科医生和相关服务人员的工作相互联系,并集中在一个类似医院功能的联合诊所内提供医疗保健服务。把专业技术人员、医学检查等原先需要在不同诊治地点、诊治阶段的医疗卫生服务活动综合在一起,让病人能在一栋大楼内就可以完成诸如得到处方、病况筛检诊察、诊断测试、小型的手术、X射线扫描和取药等一系列事情,为病人创造更多的选择和便利。英国卫生部部长在提出此提案时称,联合诊所将是未来卫生保健的一个趋势,可以明显改善以下几个方面的问题:(1)联合诊所的接诊时间长于GP开业诊所和医院,解决医疗机构在晚上和周末不营业的现状,方便了病人就医,为病人提供了更多的选择。(2)联合诊所将那些低质、条件简陋的诊室逐出系统,提高初级医疗服务质量,减少了此方面的不公平性。(3)联合诊所按医院模式提供服务,分流各类医院大约50%的门诊病人,同时完成只有在医院才能

进行的部分检查、手术和治疗,这将明显减少医院排队就诊的等待时间,使医院能更好的完成其对于疑难杂症和急诊病人的服务,从而进一步明确了NHS体系各层级组织的职能分工。(4)联合诊所可以提供对于大部分病患的一站式(one-stop)服务,从而省去了转诊的手续、在不同诊疗机构辗转的路程和时间等,可以使人们在当地进行专科医生的专业治疗和集中服务,大大方便了有初级和次级医疗需求的病患。(5)联合诊所除了完成GP的所有职能、医院的部分职能外,还会分担护理中心、社会照顾中心的部分服务。这实际上是对医疗服务流程和初级卫生组织进行了重新设计。^[9]

但是此项改革也面临一些问题,主要体现在:家庭医生与病人之间的联系是长期以来积累磨合后的尊重与信任,而新型联合诊所会迫使传统的全科诊所关闭,破坏了家庭医生和其病人的纽带。当大的私人公司承担起经营联合诊所的责任,被公司雇佣的医生不会在一个地方服务很长时间,病人不能得到自己熟悉的医生的健康指导,需要长期照顾的病人、老年人、残疾人等的利益被忽视,家庭医生在宣传健康的生活方式、加强基层和早期预防方面的作用也会随着联合诊所的推行有所减弱。个体开业医生和全科诊所的减少将意味着那些依靠公共交通工具去看病的弱势群体将不得不去更远的地方才能得到治疗,这在一定程度上降低了初级卫生保健的可及性。^[9]一项民意测验表明,全科诊所和开业医生并不支持联合诊所的政策;只有8%的民众表示他们所在的地区需要联合诊所;1/3的开业医生明确表示他们不会在联合诊所工作。^[9]由于存在种种问题与争议,2010年,联合诊所计划被搁置。

3 启示与建议

3.1 加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设,推动医学模式在社区的转变

中国卫生领域目前面临的一系列严峻挑战是与健康问题的社会影响因素分不开的,如老龄化、空巢家庭带来的老年人养老、医疗护理和临终关怀等问题,社会压力导致的精神疾病高发现象,生活方式转

变带来的慢性病问题。目前我国大多数地区建立了社区卫生服务网络,但在传统的生物医学模式下,其服务模式往往是以疾病治疗为导向的,忽略了影响健康的心理、社会因素。

社区卫生服务是实现医学模式转变的突破口,全科医生制度承载着医学模式转变的重任,然而当代学科的高度分化、纵深发展,无论是对人的生理、心理还是社会因素研究,都已经分化为相对独立而又庞大的学科群,并且每个学科群的知识都在以爆炸式的速度增长。要使医学生在短时间内掌握生物、心理、社会三大学科群的理论和方法,让一名全科医生在现有的条件和待遇水平下同时承担多种社会角色和社会功能是不现实、也是不公平的。^[10]

建议可以借鉴英国经验,在全科服务团队中纳入心理治疗师、社会工作者等专业人员,提高社区卫生服务能力,推动服务模式转变。事实上,以上海、北京为代表的发达地区,很多大医院已经开始了医务社会工作的探索,也得到了相关政府部门的关注和认同。同样,在社区卫生服务的层面,全科医生制度也需要引入医务社会工作者和心理治疗师,构建由全科医生、社区护士、心理治疗师和社会工作者共同组成的医疗卫生服务团队,关注影响健康的社会、心理因素,整合社会多方资源,致力于培育社会资本,推动医学模式在社区的转变。

3.2 建立全科医生“守门人”制度,做实社区首诊和双向转诊,推动卫生资源纵向整合

深化社区卫生服务改革的关键在于体制机制的改革和完善,没有社区首诊的“守门人”制度,老百姓表面上拥有就医选择权,但医疗资源配置不合理的恶性循环也就这样产生了。要想“强基层”,关键在于“建机制”,即建立健康“守门人”制度。英国是实行首诊制度最严格的国家之一,全科医生不仅收入高,而且地位重要,不仅为民众提供初级卫生保健服务,而且更为重要的是,全科医生通过首诊制以及对医疗费用的支配权决定着医疗资源的分配。事实上,初级卫生保健信托掌管着 NHS 体系 80% 预算的配置。

建议借鉴英国的经验,全面提高全科医生的待

遇和地位,提高社区卫生服务能力;落实各级医疗机构功能定位,因地制宜整合卫生资源,形成三级医院、二级医院和社区卫生服务机构的有效联动,逐步实施社区首诊、定点医疗和双向转诊。现在很多地区以慢性病、贫困人群等重点人群为试点探索社区首诊制,取得了初步成效,例如上海长宁区以贫困人群为突破口探索社区首诊制,医疗救助保障对象需与所在街道(乡镇)社区卫生服务机构内全科医生签约,并严格执行社区首诊(除急诊外),其在社区首诊及转诊至区内二级医疗机构就诊的费用由民政部门给予部分减免。

探索组建区域医疗联合体,为需要转诊的患者构建便捷、快速的绿色转诊通道,全科医生有权参与病人转诊后的医疗过程,保证患者在治疗、用药上的连续性,保留全科医生对转诊医疗机构处置病人的参与和干预权,以及诊疗后转入社区的权限。逐步压缩和控制三级医院门诊数量,三级医院要为社区预留部分专家号。

3.3 完善医保支付方式等配套政策支撑与激励

英国对初级卫生保健按人头预付的机制是一种有效的经费管理方式,英国的卫生经费主要来自于税收,在拨付的形式上采取卫生服务经费,卫生管理部门将区域内签约居民的全部医疗服务经费预付给全科医生,由其全权使用和管理,全科医生在此基础上为居民提供最合理、最有效的医疗卫生服务,卫生经费的合理结余部分按一定原则纳入全科医生收入分配。

我国可以借鉴英国经验,结合国情建立完善社区卫生服务机构医保额度的合理增长机制,保证每年社区医保总额增长幅度不低于医保收入增长幅度,在医保额度与结余的管理与分配方面,应向社区倾斜,逐年扩大社区卫生服务的医保份额,结余留用。医保应认可全科医生开展的健康管理、健康教育等服务项目,通过支付制度引导由注重医疗和药品转向积极开展预防保健和健康管理;推进支付方式改革,加快探索联合体内各医疗机构的医保额度统一打包预付,对住院患者实行分时段支付,社区卫生服务按人头付费;建立“费用跟着人头走”的竞争

机制,允许居民在一定期限内(一年左右)更换签约的全科医生,促使全科医生为留住签约居民改善服务、提高技术水平;落实家庭医生的费用管理权,通过医保政策落实全科医生的责任和权利。加强对群众的宣传教育,进一步拉大在不同级别医疗机构就诊的报销比例,拉大签约人群与非签约人群的就医报销比例。

3.4 建立相关政府部门间的沟通协作机制,推动卫生服务与社会服务的有机整合

成立多政府部门参与的,互相协作的社区服务管理部门,将解决健康问题的着力点放在基层和社区,探索卫生、民政、残联等多部门社会公共服务相互整合的契机与方式,有利于降低行政管理成本,简化服务流程,节省有限的公共资源,并使卫生服务与各种社会公共服务有效衔接与融合,以提供适应当地居民需求的更加人性化的、便捷有效的服务,对于提高当地居民的生命和生活质量具有重要意义。

3.5 以社区卫生服务为核心,在社区层面横向整合多方社会服务资源

社区作为社会建设与发展的最基本单位,兼具政治、经济、文化、教育、卫生和环境保护的网底功能,也蕴藏着丰富的人力、物力等资源。我国社区卫生服务改革,可以借鉴英国经验,以社区卫生服务为核心,探索全科医生制为基础的社区卫生服务与社会服务、社区养老、助老等公共服务在社区的层面进行横向的有机整合;充分发掘社会和所在社区的资源,将社区卫生服务机构、社区生活服务中心、社区文化中心等基层服务机构的资源和功能进行有效整合,建立社会支持机制,成为社区卫生服务的重要支撑。

建立街道健康促进委员会,加强与街道的沟通,及时反馈社区居民的健康需求,充分发挥街道、居委会在全科医生和社区居民之间的协调和沟通作用,发挥学校和企业推进全科医生制服务工作中的作用。志愿者等社会团体和民间组织的支持也有利于配合全科医生社区工作开展,加强健康志愿者参与机制,使健康自我管理小组成员和健康志愿者等组成的居民健康管理团队,参与到全科医生制服务的联络工作中。

3.6 加大舆论宣传和解释力度,引导居民就医需求

要增加社会各方对社区卫生服务和全科医生制度的认同、接受和支持,需要媒体和宣传部门大力支持、合理宣传与解释,避免对社区卫生服务的误解和扭曲,打消居民的顾虑,引导社会各方包括居民正确认识全科医生,理解全科医生,引导居民形成科学的就医习惯和医疗需求。提高居民的就医“品味”,让他们感觉到与社区全科医生签约就如同加入了一个高级俱乐部^[11],营造拥有家庭医生是一种时尚的社会氛围。

参 考 文 献

- [1] 王芳,卢祖洵. 英国卫生服务提供模式及卫生保健制度的主要特征[J]. 国外医学:社会医学分册, 2005, 22(4): 145-149.
- [2] Department of Health UK. Integrated care pilots: an introductory guide[M]. 2009.
- [3] Department of Health UK. Our health, our care, our say: a new direction for community services[R]. 2006.
- [4] 雷晓康,关昕,王冷,等. 英国 NHS 近年来改革的思路[J]. 国外医学:卫生经济分册, 2009, 26(2): 49-55.
- [5] 马伟宁. 英国国家卫生制度及其对我国基本医疗卫生制度改革的启示[D]. 杭州:浙江大学, 2009.
- [6] Department of Health UK. Integrated care pilots[EB/OL]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/index.htm>.
- [7] Department of Health UK. Care trusts [EB/OL]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Caretrusts/index.htm>.
- [8] Department of Health UK. High quality care for all: NHS Next Stage Review final report[R]. 2008.
- [9] 王冷,雷晓康. 联合诊所:英国 NHS 服务模式的改革[J]. 兰州学刊, 2009(3): 94-97.
- [10] 周业勤. 整合相关职业资源推动医学模式转变[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2009, 30(9): 6-7.
- [11] 梁万年. “4R 战略”让全科医生走向家庭医生[N]. 健康报, 2011-06-16.

[收稿日期:2012-07-19 修回日期:2012-09-07]

(编辑 薛云)