

以社区为导向的初级卫生保健：比利时社区卫生服务案例分析及启示

谢春艳* 何江江 胡善联

上海市卫生发展研究中心 上海 200040

【摘要】比利时的社区卫生服务模式对我国社区卫生服务改革具有借鉴意义。在对比利时一家典型的社区卫生服务中心进行现场考察和案例研究的基础上,总结了其开展社区卫生服务的做法:虽然存在缺乏首诊制度和沟通协调方面的问题,但以社区为导向的多学科协同服务和按人头付费的支付方式改革等做法成效显著。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,包括建立和完善法律、政策和制度设计;加强多学科的服务团队建设,推动医学模式在社区转变;完善医保配套政策支持与激励;以社区需求为导向开展跨部门行动,引导社会资源整合。

【关键词】初级卫生保健;社区卫生服务;全科医生;家庭医生

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.05.011

Community-oriented primary health care: A case study from Belgium and implications for China

XIE Chun-yan, HE Jiang-jiang, HU Shan-lian

Shanghai Health Development and Research Center, Shanghai 200040, China

【Abstract】 Belgium's experience with community health is a valuable reference for primary health care reform in China. In this paper, we give an account of the practices we observed during a study visit to a community health center in Belgium. Belgian primary health care lacks a first diagnosis system and does have some communication and coordination problems. However, reform of community-oriented, multidisciplinary services and capitation payment has generally been effective. We also make policy recommendations for community health reform in China. We suggest improving the design of policies and mechanisms, strengthening multidisciplinary teambuilding, establishing supporting medical insurance policies, and effectively allocating social resources according to the needs of local communities.

【Key words】 Primary health care; Community health service; General practitioner; Family physician

社区卫生服务是实现新医改“保基本,强基层,建机制”目标的重要载体,2011年《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》要求建立以全科医生制度为基础的社区卫生服务^[1]。我国社区卫生服务改革在取得进展的同时,还存在相关的体制机制问题,在运行机制和服务模式等方面需要深化改革。同样在自由就诊的背景下,比利时社区卫生服务的一些特色做法和经验取得了显著成效,值得我国借鉴。比利时卫生系统筹资主要来源于一般税收和强制性

医疗保险,医疗保险的覆盖率较高,几乎达到了100%,且个人支付比例低,卫生服务的可及性和公平性较好。^[2]课题组于2012年9月对比利时 Botermarkt 社区卫生服务中心进行了考察,采用现场观察、查阅资料、深度访谈的研究方法,对一些主要发现进行了总结。

1 调研社区卫生服务中心的基本情况

1978年,Botermarkt 社区卫生服务中心开始提供

* 基金项目:美国中华医学基金会(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(11-061)

作者简介:谢春艳,女(1982年—),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

家庭医生服务,主要是为当地的贫困人群提供免费的基本医疗服务。1980 年该社区招聘护士加入家庭医生服务,并成立了社区卫生服务基金,1986 年社区卫生服务建立了多学科的服务团队,1995 年开始采用按人头付费的支付方式。2006 年社区卫生服务中心迁建。

Botermarkt 社区卫生服务中心的所在地属于比利时根特市比较边缘化的地区,服务人口 5 800 人,大多是外籍移民和流动人口,来自 65 个国家和地区的移民形成了多元的社区文化。目前 Botermarkt 社区卫生服务中心是一家以所在社区为导向的、以当地居民需求为中心的公立医疗卫生机构,人员收入主要来源于政府补贴和社会医疗保险的支付。其服务宗旨是无论其种族、民族、文化、收入和社会地位,为居住在当地的所有人提供基本卫生服务。

2 Botermarkt 社区卫生服务的组织与提供

比利时大部分全科医生独立执业,一般只有一个医疗助理(Medical Assistant),独立执业的医生收入主要通过社会医疗保险费用支付。近年来,公立综合性社区卫生服务中心不断增多,这些中心大多拥有一个综合性服务团队,包括全科医生、护士、物理治疗师、精神治疗师、社会工作者、行政管理人员和接待人员等,Botermarkt 社区卫生服务中心就是这种典型的公立综合性社区卫生服务中心。

Botermarkt 社区卫生服务中心拥有一支 30 人的多学科服务团队,包括 10 名家庭医生、6 名护士、2 名社会工作者、1 名营养师、2 名牙医、2 名物理治疗师、2 名心理咨询师以及 5 名行政工作人员。除了 2 名物理治疗师属于兼职人员,其他人员都是该社区卫生服务中心的专职人员。这种多学科的人力资源配置在比利时的公立社区卫生服务中心中处于较高水平,比利时政府正在全国范围内大力发展此类社区卫生服务中心。

2.1 家庭医生服务

比利时全科医生供过于求,如 Botermarkt 社区卫生服务中心的 10 名家庭医生负责辖区内 5 800 人的健康管理,工作量不是很大,与其他西欧国家相比,全科医生和护士到病人家里提供上门服务的比例较高。家庭医生白天工作时间主要进行门诊服务、预

约病人和上门服务,晚上与当地其他家庭医生合作,周末轮流在根特市的三个家庭医生呼叫中心值班。

2.2 护理服务

护理服务纳入一体化的按人头付费系统,病人接受护理服务需要经过家庭医生转诊,护士工作包括白天上午 8 点到下午 6 点的门诊护理,以及早上 8 点以前和下午 6 点以后的上门护理。护理工作内容繁多,既包括注射、伤口清理包扎、用药监测、协助医生做小型手术等医疗服务,又包括血压跟踪管理、家庭计划生育管理、慢病管理等服务,还要进行预防保健、健康教育与健康促进。

2.3 社会工作服务

Botermarkt 社区卫生服务中心目前有 2 名专业的社会工作者,其服务内容包括案例接触与评估、信息挖掘与咨询、沟通联络与社会支持、社会心理指导、转诊、行政支持、补助和资助金申请以及制定预算计划,建立以病人为中心的服务网络。社会工作的服务对象主要是特殊生活领域的问题、存在多重复杂问题的案例、其他社会服务没有覆盖的对象、非法移民、危机干预及紧急情况的病人。

2.4 营养师的服务

营养师主要提供与健康饮食有关的信息和咨询服务,包括一般的营养指导、对有胃肠不适等消化道疾病、心脑血管疾病、糖尿病、肾病等慢性病患者以及肥胖儿童提供指导。营养师的服务一般通过预约进行。

2.5 物理治疗师的服务

Botermarkt 社区卫生服务中心的物理治疗服务属于外包服务(outsourcing),服务内容包括产前和产后锻炼,神经症患者的康复训练,放松训练等。

2.6 健康促进

疾病预防和健康促进是 Botermarkt 社区卫生服务中心日常工作的重要组成部分,包括以病人为中心的健康促进和以社区为中心的健康促进。以病人为中心的健康促进包括糖尿病防治、疾病免疫、乳腺癌筛查、流感等疾病预防项目,知识传播(社区卫生服务中心的三本月刊、与健康相关的信息和议题等),对病人的健康教育(候诊时的教育、知识讲座)。以社区为中心的健康促进提倡社区成员及相关利益

方的广泛参与,主要包括体育运动的宣传推广、生理健康与心理健康的联系、为社区成员设计普遍可及的活动、举办社区与学校运动会、牙齿健康护理、健康饮食知识传播、对儿童家长进行健康饮食的教育、与儿童福利组织合作为儿童提供健康午餐等。

2.7 糖尿病管理项目

Botermarkt 社区卫生服务中心糖尿病管理项目是通过有组织的多学科服务团队跟踪管理和健康教育,向病人“赋权(empowerment)”,增强病人的自我健康管理能力,帮助病人更好地处理自身的问题,提高Ⅱ型糖尿病患者的生活质量和健康水平,同时减少与慢性病相关的社会不公平。具体做法是家庭医生与护士根据制定好的指南,对糖尿病人进行生物医学和行为方面的跟踪管理;病人之间的经验交流与分享;营养师介入管理;针对糖尿病的健康烹饪培训。

3 Botermarkt 社区卫生服务的主要经验与问题

3.1 经验

3.1.1 以社区为导向的多学科协同服务

Botermarkt 社区卫生服务强调以社区为导向的初级卫生保健(community-oriented primary care),重视社区诊断和居民参与,这种在政策范围内“自下而上”的行动,加强了跨部门的沟通协作,大大促进了当地的社会团结(social cohesion)。

在微观层面,Botermarkt 社区卫生服务中心内部多学科的服务团队成员之间有多种形式的沟通和交流,社区卫生服务中心的行政管理者通常称之为“协调者(coordinator)”,除了必要的行政管理事务,大部分时间和精力用于团队服务能力和凝聚力的建设,包括服务流程的设计改进以及多学科团队成员间的沟通协调等。服务团队每周都会定时召开多学科专业人员共同参与的讨论会,讨论内容包括病人案例、员工发展与工作环境、社区环境和当地政策方面的议题等。此外,每个月整个服务团队进行一次月度工作计划讨论,每两个星期召开一次行政会议。除此之外,还根据工作需要不定时的进行非正式的沟通和讨论。

在宏观层面,在当地社会政策的大框架下,根据所在社区主要为移民和弱势人群聚居区的社会特

点,社区卫生服务与当地社会福利组织提供的社会公共服务进行整合、沟通与合作,开展卫生—福利的跨部门行动(health-welfare intersectional action),相关部门包括社区卫生服务中心多学科的服务团队、当地的劳动保障部门、警察、学校、环境部门、少数民族组织等,建立起一个面向当地社区的社会福利公共服务平台,如为贫困人口和移民开展健康教育、健康促进的同时,也强调对其“赋权(empowerment)”,通过劳动保障部门为其提供工作机会,提高人口自身的能力,通过卫生服务与社会服务的整合提高当地居民健康水平。

此外,社区卫生服务中心还组织参与一系列讨论会,如社区内1 000人参与的研讨会,参会人员包括上述与当地健康问题相关的各个利益相关方,社区卫生服务团队与当地各个相关部门、组织和社区代表一起讨论如何才能更好的促进当地居民的健康。10万人参与的跨区讨论会,有利于加强社区卫生服务与医院、当地社会政策建议委员会的联系与合作,能够反映出当地社区居民对健康的具体需求。

从比利时 Botermarkt 社区卫生服务中心的经验来看,这种多学科的服务团队所提供的服务更具综合性、协同性和人性化,以社区为导向的整合服务可以更好地满足当地居民的健康需求,当地居民对卫生服务的依从性和满意度也较高。服务团队成员之间的良性沟通与互动增多,工作热情也较高,能更多地体会到工作带来的价值感和成就感。

3.1.2 按人头付费的支付方式改革

1995年,Botermarkt 社区卫生服务中心的支付方式从过去的按项目付费转变为按人头付费,取消了病人自付。按人头付费是指在比利时国家社会保险体系大框架内,由服务提供者与保险公司签订合同,保险公司基于签约服务人口数量每月对社区提供的家庭医生和护理服务进行支付。社区卫生服务中心对签约病人提供免费服务,而病人所接受的服务必须由定点机构提供。

这种付费方式一定程度上提高了弱势人群对基本卫生服务的可及性,使服务更具有综合性和连续性,服务提供者和病人之间的关系更为平等,减少了药品处方,提高了服务质量和病人依从性,同时有利于发挥预防保健的作用,更加强调服务提供过程中

的基层原则(the principle of subsidiarity in care delivery),尤其是对慢性病患者具有积极意义。

3.2 存在的问题

3.2.1 首诊制度的缺乏造成了医疗资源的浪费

比利时没有首诊和转诊制度,病人有选择全科医生和专科医生的自由,因此导致了病人咨询次数增多和医疗的过度利用。^[1]社区首诊制度缺失,未能有效引导病人下沉社区及逐级转诊,从而阻碍家庭医生与患者建立固定的服务关系。病人可以直接到医院的专科医生处就诊,从而导致了卫生保健支出的增加,人均门诊次数相对较高,容易造成资源的浪费。

3.2.2 多学科团队成员间的沟通容易导致效率低下

由于多学科团队中服务人员较多,学科背景复杂,采用这种模式的初期阶段,需要较多的时间和精力进行沟通协调,以及更加严格精细的内部管理机制和服务流程的设计,才能逐渐适应多学科人员共同处理同一案例的情况。

3.2.3 按人头付费容易产生道德风险

比利时社区卫生服务按人头付费系统发现,服务提供者可能会进行风险选择,排斥老年人、弱势群体、情况比较复杂的家庭和病人,这可以通过按照地域约定相应的服务人群来解决。按人头付费下一步的目标是基于整合需求的付费系统,将综合考虑服务人口的年龄、性别、发病率、健康状况、残疾等相关指标,使支付方式更加合理。

4 启示与建议

4.1 建立和完善法律、政策和制度设计

比利时在社区卫生服务的提供过程中,完善的法律法规和有力的政策引导有利于为医患互动创造良好的环境,无论是社区居民还是家庭医生,其态度转变和角色行为的有效发挥均需要进行规范和引导。因此,我国社区卫生服务也应进一步加强政策和制度环境的构建,吸取比利时缺乏首诊和转诊体系导致医疗资源过度利用的教训,逐步构建社区首诊的“守门人”制度和双向转诊体系,通过社会动员和媒体宣传来实现居民对全科医生制度的理解,通过健康教育来引导居民某些不合理的医疗需求和就医观念,通过签约、定点医疗、支付方式、报销比例等

制度和政策约束规范其就医行为和就医习惯,通过提高待遇水平、绩效考核等激励机制规范引导全科医生服务行为,加强培训提升其业务水平,完善配套措施提高其职业成就感。

4.2 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

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,使其对人的生理、心理和社会因素研究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快速增长。要让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,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既不现实也不公平。^[3]在加强对全科医生所需各方面知识和技能培训的基础上,借鉴比利时的经验,充分发挥社区护士的作用,并在全科服务团队中纳入营养师、物理治疗师、心理咨询师、社会工作师等专业人员,提高社区卫生服务中心的服务能力,推动服务模式转变。目前,国内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。社区卫生服务的层面也需要引入医务社会工作者、心理治疗师和营养师,组成包括全科医生、社区护士、营养师、心理治疗师和社会工作者在内的医疗卫生服务团队,关注影响健康的社会、心理等因素,整合社会多方资源,加强团队成员间的沟通合作,推动医学模式在社区的转变。

4.3 完善医保支付方式等配套政策支撑与激励

比利时对初级卫生保健按人头预付的方式是一种有效的费用管理方式。我国可以借鉴其经验,建立起完善社区卫生服务机构医保额度合理增长机制,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,加快探索医疗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;落实全科医生的医疗费用管理权,通过医保政策落实全科医生的责任和权利;加强对群众的引导约束和宣传教育,进一步拉大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。

4.4 以社区需求为导向开展跨部门行动,引导社会资源的整合

从比利时家庭医生的工作经验来看,家庭医生所在社区的特点、当地社会组织的支持,是家庭医生开展工作的外部环境,也是家庭医生制度顺利实施的重要保障。比利时社区卫生服务与当地社会福利组织提供的社会服务进行整合,建立起一个面向当地社区的社会福利公共服务平台,社区卫生服务中心多学科的服务团队与当地的劳动保障部门、警察、学校、少数民族组织等各个利益相关方进行充分沟通合作,充分发掘社会支持网络在健康促进中的作用。

我国社区卫生服务的发展,可借鉴比利时经验,发掘社会和所在社区的资源,建立社会支持机制,加

强与民政、公安、教育、残联、妇联等各相关部门以及与社会团体、民间组织的合作,加强与街道的沟通,充分发挥街道健康促进委员会的职能,及时反馈社区居民的健康需求,充分发挥街道、居委会在家庭医生和社区居民之间,以及学校和企业推进家庭医生制服务工作中的协调和沟通作用。志愿者等社会团体和民间组织的支持也有利于家庭医生社区工作开展,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,参与到社区卫生服务的联络工作中。

参 考 文 献

- [1] 国务院.《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》(国发[2011]23号)[Z]. 2011.
- [2] 科尔. 转型中的卫生体制:比利时(2000)[M]. 王昆,译. 北京:北京大学医学出版社,2007.
- [3] 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.

[收稿日期:2013-03-27 修回日期:2013-05-14]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

美国 Medicaid 计划提高了卫生服务可及性,但对健康改善不明确

近日,《新英格兰医学杂志》发表了题为“Protecting Finances and Improving Access to Care with Medicaid”的文章,分析了美国 Medicaid 计划的实施效果。

第一,Medicaid 计划为更多的低收入家庭提供了财政保护,灾难性卫生支出发生的可能性大幅降低,负担医疗债务的可能性降低了 20%,通过借贷支付医疗费用的人群比例降低了一半以上。

第二,Medicaid 计划提高了卫生服务可及性。患者获得卫生服务的可能性增加了 50%,妇女获得必

要性服务和高质量服务的可能性分别增加了 20% 和 10%。

第三,Medicaid 计划对健康改善不明确。更多人群可以获得抑郁症筛查服务,而诊断出抑郁症的人群比例降低了 30%;但是,Medicaid 计划在控制高血压、糖尿病等慢性病方面成效不明显,这可能与慢性病需要长时间观察且目前的研究时间较短有关。

(来源:The New England Journal of Medicine)