

上海市家庭医生制度的实施进展与发展瓶颈

何江江^{1,3*} 杨颖华² 张天晔² 谢春艳¹ 汤真清³ 曹 萌³ 刘红炜² 胡善联^{1,3}

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040
2. 上海市卫生和计划生育委员会 上海 200125
3. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】上海市从1997年开始加强社区卫生服务体系建设,在经历了“服务框架和网络建立期”和“运行机制改革期”后,在2011年正式进入以家庭医生制度为核心的“内涵建设期”。本文通过梳理上海市家庭医生制度相关政策文件,总结了这项制度的构建背景、目标以及核心内容,同时基于2013年度上海市家庭医生制度监测评估报告,从制度覆盖、居民签约、服务模式和运行机制四个方面总结了这项制度的实施进展,并从政策本身、服务主体、服务监管和服务客体等四个层面分析了这项制度目前的发展瓶颈,针对性地提出了政策建议,以期为我国进一步推进全科医生制度建设提供借鉴。

【关键词】家庭医生制度;全科医生;政策评价;卫生改革;社区卫生服务
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.003

Progress and bottlenecks of family doctor system in Shanghai

HE Jiang-jiang^{1,3}, YANG Ying-hua², ZHANG Tian-ye², XIE Chun-yan¹, TANG Zhen-qing³, CAO Meng³, LIU Hong-wei², HU Shan-lian^{1,3}

1. Shanghai Health Development Research Center, Shanghai 200040, China
2. Shanghai Municipal Health and Family Planning Commission, Shanghai 200125, China
3. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 Shanghai began to strengthen the community health service system in 1997, and had officially entered the period of “connotation construction” with the core policy of family doctor system in 2011 after the period of “service framework and network establishment” and “operational mechanism reform”. Through summarizing the policy files related the family doctor system and based on 2013 report on monitoring and evaluation of family doctor system in Shanghai, the paper presented the progress of the system from aspects of system coverage, signature relationship, service mode and operational mechanism, and analyzed the development bottlenecks of the system from aspects of the policy itself, service principal, service supervision and service objects. Finally, the paper proposed some suggestions in order to give some references for further development of national general practitioner system.

【Key words】 Family doctor system; General practitioners; Policy evaluation; Healthcare reform; Community health services

上海市从1997年起,即开始着手于加强社区卫生服务体系建设,发展已历经两个阶段,一是1997—2005年的网络布局与模式转变阶段,通过标准化建

设基本构建了覆盖城乡的社区卫生服务机构网络,探索了以全科团队为主要形式的“六位一体”综合服务模式;二是2006—2011年的运行机制改革阶段,开

* 基金项目:上海市卫生局卫生政策研究课题(2012HP005);美国中华医学基金会合作项目(11-061)

作者简介:何江江,男(1984年—),助理研究员,博士研究生,主要研究方向为卫生政策体系评价、药物政策与药物经济学、社区卫生策略等。E-mail:hjj_465@163.com

通讯作者:胡善联。E-mail:hushanlian@hotmail.com

展了以收支两条线管理、医保总额预付、绩效考核等运行机制为核心的社区卫生服务综合改革。^[1]随着新一轮医疗卫生改革的不断深入,以及城市人口集聚、老龄化程度加剧、疾病谱改变等情况,上海市社区卫生服务仍然面临着支撑机制有限、服务活力不足等问题,在 2011 年正式提出建立“家庭医生制度”,从制度上更大发挥社区卫生服务在整个医疗卫生服务体系中的核心作用。本文基于 2013 年度上海市家庭医生制度监测评估报告,分析实施过程中存在的不足与瓶颈问题,并提出针对性的建议,以期为我国进一步推进全科医生制度建设提供借鉴。

1 上海市家庭医生制度构建基本情况

1.1 构建历程

家庭医生制度是国际上通行的一种基本卫生制度,上海市家庭医生制度的构建起步于 2010 年底,由原上海市卫生局牵头完成了对构建家庭医生制度的专题研究,在此基础上,明确了试点的内容与方向,2011 年 4 月,上海市政府召开专题会议听取了浦东等 10 个区的试点方案汇报,标志着上海家庭医生制度试点的正式起步,长宁、徐汇、浦东等 10 个区也成为上海首批家庭医生制度试点区。经过一年半时间的试点,到 2013 年,上海市卫生和计划生育委员会会同相关委办局制定下发了《关于本市全面推广家庭医生制度的指导意见》,正式宣布在全市范围内推广家庭医生制度。^[2]

1.2 构建目标

上海市家庭医生制度构建的目标是到 2020 年之前,上海要基本建立起目标明确、内容清晰、服务规范、政策配套的家庭医生制度。一是基本实现每个家庭与一名家庭医生签约的目标;二是以社区卫生诊断为基础的健康管理服务得到全面开展,居民在家庭医生处可以享受有针对性的健康管理服务;三是在基本医疗保障制度调整的基础上,初步实现家庭医生首诊、有序转诊与卫生经费的有效管理,居民就诊、转诊将更加顺畅,提高就医费用有效利用;四是与家庭医生制度相适应的社区卫生服务中心内部运行机制和外部支撑环境得到优化。^[2]

1.3 主要内容

借鉴国际上通行做法,根据国家关于建立全科医生制度的要求,立足上海实际,上海的家庭医生制度包含以下主要内容与特征:一是家庭医生与居民

建立签约服务关系,负责对一定数量的签约居民及其家庭提供防治结合的基本医疗卫生服务,开展有针对性的健康管理服务;二是以家庭医生为核心,实施团队服务形式,并以社区卫生服务中心为平台,充分利用各类资源,提供技术支撑与后盾保障;三是畅通全科—专科双向转诊渠道,并逐步建立家庭医生首诊制;四是探索配套的支付方式改革,控制人群卫生费用;五是加强家庭医生队伍建设,配套推进激励和分配制度改革。^[2]

2 阶段性进展分析

2.1 家庭医生制度构建进展顺利

上海市家庭医生制度从试点起步、逐步推广,实施路径明晰、总体进展顺利,从调查数据中可以看到,全市大部分社区卫生服务中心已全面开展家庭医生制度建设,每个区县至少有一家社区卫生服务中心全面开展,其他社区卫生服务中心也进行部分制度建设或做好相关准备,家庭医生制度构建已基本在全市范围内得到了不同程度地开展。

2.2 与居民签约情况符合制度建设初期特点

作为一项基于自愿的、以引导为主要手段的签约工作,截至 2013 年底,全面开展家庭医生制度建设的社区卫生服务中心内,常住居民签约率已达到 30% 以上,这与在家庭医生制度建设初期阶段选择签约的居民主要是老年人、慢病患者、残疾人等重点利用人群的特点相吻合,遵循了抓住核心对象、吸引潜在对象、兼顾健康对象的原则。

2.3 在服务模式上已积累可推广的经验

作为家庭医生制度构建的初期阶段,重点应对家庭医生服务内容与模式进行建立与完善,在这一方面,上海已形成了一系列值得推广的做法:一是服务形式多样,包括建立家庭医生工作室,利用原有社区卫生服务站、村卫生室或全科门诊,成立家庭医生工作室,成为服务主要阵地和面向居民的品牌单元;优化家庭医生团队组成,为家庭医生配备固定护士或文秘助理,将其从原先繁重的事务性工作中解脱出来;发挥乡村医生配合作用,在农村地区形成家庭医生与乡村医生“1+1”的工作形式;二是服务内容丰富,包括对新农合参保对象、城镇居保中除中小学生和婴幼儿以外的参保对象、医疗救助对象三类人群,率先建立家庭医生首诊制;探索开展家庭医生健康管理服务,通过基于电子病历的电子健康档案、咨

询热线、健康小屋等形式,掌握签约居民健康状况,制定与实施有针对性的健康干预方案;三是分工协作有序,包括建立与上级医疗机构转诊、联动机制,上级医疗机构(尤其是二级医疗机构)向家庭医生预留部分优先就诊资源,打造转诊绿色通道;成立区域远程诊断、影像等技术中心,成为家庭医生的技术支撑。

2.4 在运行机制上已开始试点探索

在服务模式进行改革的基础上,上海市家庭医生制度构建在运行机制方面同步开展了相关试点与探索,比如新农合支付方式改革、按人头付费试点等,在部分社区卫生服务中心内探索内部市场的运行机制,对若干个家庭医生工作室打造相对独立、资源共享、良性竞争的运作探索。这些在点上率先开展的机制探索,有利于为全市层面进行更大范围、更深层次的机制改革奠定基础,将使上海的家庭医生制度不仅是服务模式上的创新,更是成为完善整个医疗卫生服务体系的基本制度。

3 上海市家庭医生制度的发展瓶颈

从调查数据来看^[3],上海市家庭医生制度构建至今,不同地区的社区卫生服务中心之间进展差异较大,并在转诊、健康评估、健康管理方案制定等方面有较大提升空间,随着现阶段主动利用社区卫生服务的人群签约已基本覆盖,下一阶段签约率的提高也将遇到更大挑战。结合焦点组访谈材料,追踪分析政策本身、服务主体、服务监管和服务客体等四个层面的问题和瓶颈如下:

3.1 政策层面

2011年7月1日出台的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》作为全科医生制度的顶层设计,确立了全科医生工作和社区卫生服务在国家卫生战略中的地位。上海市医改的实施意见也指出^[4]:“建立全科医生制度,加强社区居民的健康管理,逐步实施全科医生首诊、定点医疗和转诊制度”,确立了上海市全科(家庭)医生制度是医改的基础和重点项目。上海市发布的《关于本市全面推广家庭医生制度的指导意见》中也明确了各区县政府对家庭医生制度建设的主体责任,财政预算管理理应是此项制度建设的主要筹资方式。但是,由于家庭医生服务类别与范围尚未清晰界定,导致各区县目前主要采取岗位津贴、签约服务费等形式作为此项工作的筹资方式,其中家庭医生采取绩效工资支付方

式,但没有依据或形成相对独立的家庭医生服务投入、保障和倾斜机制,如事业单位绩效工资改革中对于家庭医生绩效考核的标准有待建立与完善。随着各区县不断试点与探索,家庭医生服务内涵不断丰富,工作量大量增加,但现有的筹资方式与总额、以及实际收入的增长已经满足不了家庭医生的心理预期,一定程度上影响了整个制度深入推进和家庭医生的工作积极性。^[3]

家庭医生制度是一项民生工程,涉及社区各领域,范围之广需社会各界紧密配合才能完成,但目前此项工作受到财政、医保、人事等相关政策因素制约,且与其他部门沟通、互动不够,没有充分利用区域资源,形成社区合力,大多社区仅在卫生系统内部开展工作,给家庭医生服务工作开展和延伸、拓展带来诸多限制。现行医保政策允许患者自由就诊,且未显著拉开各级医疗机构的报销比例,未能有效引导病人下沉社区及逐级转诊,给“社区首诊”工作的推进带来较大的难度。二、三级医疗机构对家庭医生的专家资源开放有限,部分医院与社区转诊机制不畅,仅依靠家庭医生制度的各项优惠便捷服务手段和措施,无法有效改变签约居民的就诊行为和习惯。

3.2 服务主体层面

家庭医生服务的准入主体是全科医生,经过近几年全科医学的发展,全科医生的价值逐步得到承认与体现,全科医生的规范化培养和人才引进力度不断加大,部分区县的家庭医生队伍从数量、年龄、学历等方面有所好转。随着家庭医生服务工作量大量增加,家庭医生队伍数量仍然不足,尤其是部分区域经济能力较差的区县和郊区县因待遇缺乏竞争力,难以吸引人才,本区一些全科医师规范化培养的医学生也因为外区较好的人才引进政策和较高的收入而流失,家庭医生缺口较大,家庭医生年龄老化,在知识与技能方面离本市构建家庭医生制度的实际要求还有较大差距。

3.3 服务监管层面

社区平台管理不仅包含对家庭医生制度工作执行过程的管理指导、业务培训提供各项支持,协调工作的开展,同时也要做好监管反馈、总结社区居民健康信息分析,给出相应的社区干预方案。目前平台的行政干预作用较强,其监管、质控、评估职能没有充分发挥。各区县在家庭医生服务及管理信息系统

建设方面不断探索,取得了很多成效,但信息孤岛现象仍不同程度存在,不能满足家庭医生制度深入发展的需要。

3.4 服务客体层面

居民对社区家庭医生的期望值过高,有的人认为家庭医生就是上门医生,存在认识误区,居民正确认识家庭医生尚需时日,此外,有的居民医疗安全意识薄弱,家庭医生承担过高的医疗风险。^[5]居民不正确的就医观念以及对家庭医生制度的误解,是家庭医生制度持续深入推进的障碍之一。各区县对家庭医生制度相关政策和优秀家庭医生的宣传不足,造成社区居民对家庭医生制度相关的权利和义务理解不清晰,家庭医生和居民双方很难主动提供和接受全程健康管理,影响了签约服务的实际利用率和效果。^[6-7]对处理诸如非签约居民要求享有签约服务、居民要求非职能范围的服务等与家庭医生制度相关的居民投诉,缺乏政策支持与相应指导。

4 完善上海市家庭医生制度的政策建议

4.1 从筹资、支付和组织三个层面系统完善相关配套政策

筹资环节建议市级层面尽快出台家庭医生服务包,形成统一的家庭医生服务流程、规范和标准指南,建立有效的评估机制,并根据家庭医生服务特点,对原有条线工作的质控标准和评审要求作相应调整,推进家庭医生服务的规范化和标准化建设。区县卫生部门应根据上海市确定的家庭医生职责定位和服务项目,核定家庭医生的工作任务。在此基础上,区县财政部门按照综合预算管理要求,核定家庭医生制度建设的政府投入预算,建立家庭医生基金,作为家庭医生的工作补助经费和奖励经费,落实科学合理的社区医务人员收入增长机制,合理确定社区卫生服务中心的可分配总量,保证家庭医生的人员经费,还应明确对家庭医生制度宣传、业务培训、硬件建设、信息化建设的投入比例。

支付环节建议医保部门应认可家庭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;同时推进支付方式改革,社区卫生服务实行按人头付费,并纳入服务人口的年龄、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;加快探索联合体内各医疗机构的医保额度统一打包预

付;建立“费用跟着人头走”的竞争机制,促使家庭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,通过医保政策落实家庭医生的责任和权利;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,以此引导居民优先利用社区卫生服务。^[8]

组织环节建议市级相关部门加强沟通协调,形成政策合力,尽快建立与家庭医生制度相适应的财政投入、医保支付和人事制度,加大对家庭医生制度的政策支持力度。同时建立各种医生交流平台,使得家庭医生与二、三级医院的专家形成“朋友”关系,进一步完善“全一专联合”的工作机制,家庭医生在掌握专家资源的同时提升能力,包括业务能力、协调能力以及综合服务能力等,营造上下联动、上下互通的良好氛围,吸引签约同时又能把工作做实。

4.2 加大家庭医生岗位政策的倾斜力度

社区卫生服务中心的人事政策要统筹考虑,根据服务人口、服务数量动态合理设定人员编制,在岗位设置、任职资格、入编落户、绩效工资、职务调整和职称晋升等人才使用和管理政策上向家庭医生倾斜(尤其是边远地区),为家庭医生提供良好的福利待遇与职业发展空间。通过提升家庭医生岗位吸引力,吸引更多的优秀人才(包括二、三级医疗机构医务人员和医学毕业生)投身社区卫生服务中心,进而改善家庭医生群体的知识层次与服务技能。

4.3 加强家庭医生制度评价和服务监管考核工作

建立家庭医生制度评价体系,以“家庭医生真正成为居民健康、医疗资源与卫生经费的守门人”为目标,以质量提升与健康绩效为重点,建立全市家庭医生制度评价体系。各区县卫生部门作为辖区社区卫生服务机构家庭医生工作评价考核主体,应结合辖区实际,建立健全卫生主管部门对社区卫生服务机构、社区卫生服务机构对家庭医生的绩效考核体系,定期开展对社区卫生服务机构的专项评价,规范医务人员执业行为。为进一步加强监管考核,市有关部门要加强对各区县的家庭医生制度建设进展情况的监管与指导,通过抽查复核各区县自评情况,将日常监管和专项监督检查相结合,加强对服务过程与结果跟踪监管,并将结果作为各级政府经费和各类资源投入的重要依据。

4.4 分阶段有序推进家庭医生与居民的签约工作

按照“覆盖广、签约实、服务好”的原则,分阶段

推进家庭医生签约工作。一是对一般人群,通过政策倾斜,积极引导居民优先利用家庭医生诊疗服务;二是从医疗救助、居保和新农合等部分特定人群起步,逐步扩大首诊人群范围;三是对首诊人群实现合理有序的转诊,对超出诊疗范围与能力的,由家庭医生提供其转往上级医院专科或康复、护理、养老、居家等其他适宜机构的路径或建议,实现合理转诊。最终在相关配套改革支持下,以家庭医生为核心的首诊与转诊机制得到建立,为建立有序诊疗服务体系奠定基础。通过优质服务与政策倾斜,积极引导居民与家庭医生建立签约关系,重点确保慢性病签约服务对象治疗性用药,逐步提高签约居民的就医行为依从性,同时积极探索居民在社区内自主选择家庭医生的竞争机制。

参 考 文 献

[1] 蒋虹丽, 陈文. 深化上海市社区卫生服务综合改革研究 [R]. 2010 年上海市卫生局卫生政策研究课题报告, 2011.

[2] 上海市卫生局. 《关于本市全面推广家庭医生制度的指导意见》(沪卫基层[2013]007 号) [EB/OL]. (2013-03-15) [2014-08-16]. <http://www.hs.sh.cn/website/b/103321.shtml>

[3] 上海市卫生和计划生育委员会, 上海市卫生发展研究中心. 上海市家庭医生制度监测评估报告(2013) [R]. 内部报告, 2014.

[4] 中共上海市委、上海市人民政府. 《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》(沪委发[2011]10 号) [EB/OL]. (2011-05-18) [2014-08-16]. http://www.shdrc.gov.cn/main?main_colid=409&top_id=398&main_artid=18721

[5] 谢春艳, 胡善联, 何江江, 等. 对家庭医生工作进行现场观察后的思考与建议 [J]. 中国全科医学, 2012, 15 (11): 3592-3601.

[6] 谢春艳, 胡善联, 何江江, 等. 社会资本理论视角下的家庭医生制度探讨 [J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5 (5): 66-69.

[7] 胡善联, 何江江, 谢春艳. 社会资本与家庭医生制度研究 [M]. 香港: 香港文汇出版社, 2014.

[8] 谢春艳, 胡善联, 何江江, 等. 关于上海家庭医生制度执行需求的调查与思考 [J]. 中国卫生事业管理, 2012 (7): 490-492.

[收稿日期:2014-08-16 修回日期:2014-09-17]
(编辑 谢 宇)

· 信息动态 ·

全球健康数据报告变革刻不容缓

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Time for a revolution in reporting of global health data”的评论。文章认为,从千年发展目标相关的数据来看,全球健康取得的成绩令人瞩目,但由于贫穷国家信息系统不完善,大量重要数据缺失,其结果的准确性还有待进一步考证。

文章指出,通过对国际组织发布的报告数据进行审查发现,2009 年 22 个 WHO 结核高负担国家中仅有 4 个拥有良好的生命登记系统;联合国艾滋病规划署仍然使用不完整的监测数据;2013 年 WHO 报告的 103 个有疟疾传播的国家中,仅有 62 个国家

提交了质量较高的数据。本期杂志中, Christopher Murray 等人对 1990—2013 年全球及不同地区结核病、艾滋病、疟疾的发病率、患病率和病死率进行了完整且严谨的分析,发现研究结果与 WHO 和 UNAIDS 发布的数据存在明显的差异。

文章最后指出,全球健康数据的估算应该学习顶尖经济学杂志发表的文章,应该明确数据来源、模型、模拟试验以及其它计算细节,允许重复试验,以增强数据来源、方法和结果的透明度、质量和严谨性,为全球健康调查开启新的时代。

(来源: The Lancet)