

社区卫生服务机构签约服务模式分析

袁莎莎^{1*} 王芳¹ 李陈晨^{1,2} 刘利群³ 周巍³ 马海燕³ 傅济³ 刘伟³

1. 中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

2. 北京协和医学院 北京 100730

3. 国家卫生和计划生育委员会基层卫生司 北京 100044

【摘要】目的:分析典型地区社区卫生服务机构签约服务模式进展,为社区首诊、有序转诊等分级诊疗体系的建立提供实践依据。方法:采取目的抽样,选取全科医生制度探索较早且具有代表性的北京市、上海市、郑州市、成都市共12家社区卫生服务中心进行现场调查。采用主题框架法,围绕签约服务的关键要素展开描述性分析。结果:调研地区签约服务的开展主体是以全科医生为核心的服务团队;以慢性病患者等重点人群为签约对象,并辐射至其家庭成员,签约人数控制在1500~2000人;以提供防治结合的基本公共卫生和基本医疗服务为主要内容,多为免费服务;以家庭医生工作室为服务平台,主动服务意识凸显;建立物质激励、精神激励、医保政策优惠、绿色转诊等机制保障签约服务的有效落实。结论:以信息平台为基础,调研地区签约服务的开展对预约服务、转诊服务、居民自我健康管理起到促进作用,有助于稳固医患关系,改善患者体验,形成有序就医格局。

【关键词】签约服务;全科医生;社区卫生服务机构

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.08.011

Analysis on the contracting service model in community health centers

YUAN Sha-sha¹, WANG Fang¹, LI Chen-chen^{1,2}, LIU Li-qun³, ZHOU Wei³, MA Hai-yan³, FU Ji³, LIU Wei³

1. Center for Health Policy and Management, Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

3. The Department of Primary Health, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China, Beijing 100044, China

【Abstract】 Objective: To analyze the progress of the contracting service model in community health centers in the typical areas in China, and provide empirical evidence for the hierarchical system targeted to make first contact and orderly dual transfer. Methods: Purposive sampling was adopted. Twelve community health centers in Beijing, Shanghai, Zhengzhou and Chengdu areas where the general practitioner model was conducted earlier and set to be the representative one, were selected as the field survey sites. A thematic framework analysis was used to describe the key factors around the contacting service model. Results: This model was developed around the following key factors: using the general practice team as the main service provider, taking the patients with chronic diseases as the main contracting groups and extending to their family members with the number of contracted ranging around 1500~2000, freely providing both essential public health and medical services, fully using the family physician room as the contracting service platform and highlighting the actively serving concept, building the financial and non-financial incentives, health insurance benefits and green transfer mechanisms in order to efficiently guarantee the contracting service

* 基金项目:国家卫生和计划生育委员会委托项目

作者简介:袁莎莎,女(1985年—),博士,助理研究员,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail: yuanshasha417@163.com

通讯作者:王芳。E-mail: wang.fang@imicams.ac.cn

development. Conclusions: Based on the information platform, the contracting service model in the sample sites played a great role in the appointment and referral services development as well as the self-health management among residents, improving the relationship between physicians and patients, and promoting the formation of orderly health service pursuing pattern.

【Key words】 Contract; General practitioner; Community health center

全科医生制度在提供以人为中心的基本医疗卫生服务、合理利用资源、开展慢性病管理、控制医疗费用等方面的作用在国际上得到广泛认同,是分级诊疗制度有序实行的基础。^[1-3]它转变了传统的就医模式,着力构建以家庭为单位、社区为载体、电子健康档案为基础、契约服务为形式的新型社区卫生服务模式。^[4]建立可解决居民基本医疗服务的全科医生制度,使大部分居民的健康问题可以在基层医疗卫生机构得到解决,也是中国新医改的关键内容之一。^[3]为推进以全科医生为核心的社区卫生服务模式在基层医疗卫生机构的实行,中国出台了一系列政策文件,如 2011 年国务院印发的《关于建立全科医生制度的意见》,2012 年国家发展改革委、原卫生部等部委联合印发的《开展全科医生执业方式和服务模式改革试点工作方案》等。在此政策背景下,各地加快转变社区卫生服务模式,促进全科医生制度的建立。

签约服务是落实全科医生制度、实现社区首诊和双向转诊的重要基础。它是全科医生与社区居民在相互信任的基础上,以契约方式在双方间建立的一种固定联系^[5],有助于塑造医患之间的信任和依存性。^[6]签约服务模式的实施,不但增强了医务人员的责任意识、凸显了以健康为中心的服务理念、密切了与社区居民的联系^[7],同时对社区首诊、定点就诊、分级诊疗等政策目标的实现具有重要的促进作用^[6]。在新医改的政策背景下,为建立全科医生与居民之间稳定的服务关系,从 2009 年开始,许多地区探索开展签约服务,促进社区首诊。因此,对典型地区先试先行的签约服务模式进行系统的分析、归纳和总结对其他地区签约服务的实施及全科医生制度的建立具有重要的政策意义和现实意义。

鉴于签约服务在全科医生制度建设及分级诊疗中的重要作用,结合不同地区的改革实践,已有不少研究针对签约服务的某一方面做出分析,如分析社区门诊患者签约家庭医生的意愿及其影响因素^[8];剖析比较不同地区签约服务包的内容^[9];探讨全科医生签约服务与医保支付方式改革的联系^[10],以及

描述某一地区签约服务实施的现状^[11]等。上述研究多倾向于关注某一侧面,而较少研究对签约服务模式在不同地区的探索创新进行全面系统的分析。因此,本研究基于典型地区的改革实践,从签约服务主体、服务对象及规模、服务内容、服务方式、保障机制以及潜在效果等关键要素出发,对样本地区的签约服务模式进行全面分析,为其他地区完善签约服务模式提供实践依据,促进全科医生制度及分级诊疗体系在中国的建立与发展。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 文献研究

检索 CNKI、万方等文献数据库以及国家卫生计生委和各主要省市卫生部门政府网站,收集相关政策文件和新闻报道,掌握签约服务在全国的基本现状和实践进展。

1.1.2 现场调查

在前期文献调研的基础上,结合专家咨询意见,采取目的抽样,选取全科医生制度探索较早且具有代表性的北京市、上海市、郑州市、成都市共 12 家社区卫生服务中心(每市 3 家中心)进行现场调查。现场调查以定性访谈为主,采取焦点小组访谈和个人深入访谈相结合的方式。访谈对象主要包括市、区卫生行政部门分管负责人、社区卫生服务机构管理人员和全科团队主要成员。依据事先设计好的访谈提纲,深入了解当地在签约服务模式创新方面的主要做法。在获得受访对象知情同意的情况下,对访谈内容进行录音,后期对录音资料进行转录和整理。

1.2 研究方法

采取主题框架分析法,主要包括资料整理(确定分析主题、资料标记、资料归类以及资料的总结或综合等)和分析两大步骤。^[12]在此基础上,本研究对签约服务模式的分析框架主要围绕六个关键要素进行,即签约服务主体、服务对象及规模、服务内容、服

务方式、保障机制以及潜在效果(图1),对调研地区社区卫生服务机构的签约服务模式进行全面深刻的剖析。因此本研究结果部分的呈现也是结合典型案例,依据图1所示的六个要素进行展开。



图1 签约服务模式的分析框架

2 结果

2.1 签约服务主体

在所调研的社区卫生服务中心,签约服务以全科医生作为签约服务的主体来进行,以社区卫生服务中心为服务平台,以全科团队为支撑。在具体的签约过程中,部分调研中心是社区居民直接与全科医生签约,部分则是与全科医生所在的全科服务团队进行签约。无论采取哪种签约方式,签约服务实际均是以全科团队的形式来提供,团队成员各司其职,分工协作,实现各自价值最大化,同时使得全科医生的价值得到最大凸显。根据不同团队构成人员的专业类别,调研地区全科团队构成模式可分为四类,分别为“全科医生+护士+护士助理+药师”、“医生(全科医生、中医)+护士+社区志愿者”、“医生(全科医生、中医)+护士+助理员+社区志愿者”及“全科医生+护士+辅助团队(公卫医师、妇保医生等)+支持团队(药房、医技等)”。四种全科团队构成模式的特点及对社区卫生服务功能的潜在影响在本刊2014年12期文章“社区卫生服务中心全科团队构成模式分析”中有详细分析和描述,在此不再赘述。

2.2 签约服务对象及规模

社区卫生服务中心的签约对象主要来自中心的就诊人群、慢性病患者、老年人、妇女儿童等重点人群以及由已签约个体延伸到其家庭。由于社区医务人员数量的限制,从全科医生价值最大化出发,一般每个全科医生的签约数量控制在1 500~2 000人。

因此,调研机构基本上都是以家庭为单位签约,但以重点人群为服务对象,对健康人群一般仅开展国家基本公共卫生服务包规定的项目。

北京市西城区德胜社区卫生服务中心以签约慢性病患者为切入点,辐射其家庭成员,同时规定每个团队签约病人的数量控制在600户(2 000人)以内,目前签约率约为40%。其中,每个团队签约慢性病人数量为400多,占慢性病人数量的20%~25%。值得注意的是,在社区医务人员数量有限的前提下,为了提高签约服务的针对性,上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心采用人群分类、服务分层、循序渐进的原则进行签约。该中心把人群分为三个层面,根据不同人群的需求,提供各有侧重点的服务。如I类人群为健康管理人群,主要涵盖每年就诊多于12次、主动签约以及老、幼、孕、残、精防等重点人群,需实行一对一签约;将每年就诊4~11次以及I类人群的家庭成员称为健康服务人群,归为II类,在对I类人群服务的同时,对其提供家庭健康指导、慢病筛查干预等服务;III类人群被称为健康关怀人群,涵盖除此之外的所有辖区常住居民,所提供的服务主要是群体健康档案、健康体质监测、健康教育、健康咨询等群体性社区服务内容。此外,上海市长宁区江苏社区卫生服务中心将医保对象的特殊群体作为重点签约对象,将“四医联动”(面向贫困人群的“基本医疗保险+基本医疗服务+政府医疗救助+社会组织医疗帮扶”的基本医疗保障制度,简称“四医联动”)的保障对象作为签约服务的切入点,全科医生优先与“四医联动”对象签约,并引导其在全科医生处首诊和定向转诊。在此基础上,尝试放大“四医联动”的政策效应,逐步向患病人群、亚健康人群、健康人群拓展,着力引导签约对象定点医疗、社区首诊、分级诊疗和双向转诊。

2.3 签约服务内容

签约服务内容目前多是以基本公共卫生服务项目为基础,辅以基本医疗服务,凸显“防治结合”的特点,且多为免费提供,由市一级卫生机构统一规定,因此实际上居民签约与否所享受到的服务内容差别不大。从调研的12家社区卫生服务中心来看,为了使签约落到实处,在免费签约服务包的基础上,不同调研中心结合就诊、转诊、医保报销等制订了针对签约服务对象的优惠政策,如添加慢性病用药优惠、绿色通道、门诊诊疗费减免、通过预约减少患者等待时

间以及提供个性化的健康管理方案等,从而突出签约与非签约患者的就诊区别。比较典型的优惠政策有:(1)快捷的绿色转诊通道;(2)一对一家庭医生固定服务;(3)针对签约患者开展预约服务,减少等候时间;(4)适当放开医保政策对签约居民的用药限制,尤其是慢性病患者,如德胜社区卫生服务中心针对签约慢性病患者放宽医保对药品次均费用的限制,将单次处方费用从未签约的 200 元提高到 400 元等。上述优惠政策在北京、上海调研的 6 家社区卫生服务中心较为常见。郑州市的 3 家社区卫生服务中心则是主动服务、上门服务意识的集中体现,在市级层面上以“片医”为依托,以划片的形式向片区居民提供基本公共卫生服务,将国家基本公共卫生服务包落到实处。

成都市的 3 家社区卫生服务中心在签约服务发展的初期阶段,签约服务包的内容与前述内容基本一致,主要是国家基本公共卫生服务包,其中龙泉社区卫生服务中心 2013 年又增添了口腔和中医服务,均为免费提供。截至调研时,成都市社区卫生服务中心积极探索设计有偿签约服务包,如武侯区玉林社区卫生服务中心在前期健康需求调研的基础上,设计“有偿签约服务包”,包括老年人签约服务包、慢性病签约服务包、妇女签约服务包、儿童签约服务包;签约服务包根据服务项目的多寡进行梯度划分,例如慢性病服务包分 300 元包、500 元包等,儿童服务包分 300 元包、600 元包、898 元包等;但具体的实施效果以及医保支付制度的调整等还需进一步观察。

2.4 签约服务方式

就签约形式来看,调研机构多依托于全科团队,利用慢性病患者就诊的机会,由全科团队成员(医生或护士)对其进行签约服务的相关介绍,签约后会结合健康自测结果进一步完善健康档案,充分掌握患者及亲属的健康信息。上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心已实现电子签约,医生在门诊签约中主要负责三方面内容:一是充分和患者沟通并告知签约内容,二是核对姓名、家庭地址、联系方式、医保卡号等基本信息,三是电子签约界面打钩;签约完成后,后续的健康档案完善、采集信息、进一步随访等工作由医生助理来负责。签约后对患者的健康管理不仅仅局限在门诊,全科门诊、健康教育、家庭访视、健康自测等都可作为全科团队服务的辅助平台。

签约服务方式的另一个重要途径是成立家庭医生工作室,搭建服务平台。家庭医生工作室为建立契约式关系的签约服务对象提供长期的健康管理服务,不仅体现了服务场所的固定化和品牌化,也强化了医患双方的归属感,使居民便于寻找自己签约的家庭医生,真切感受到家庭医生的服务。例如德胜社区卫生服务中心做到一医一诊室,并附有全科医生的基本信息栏,加强患者对签约团队的认识。该种形式在北京、成都、上海地区较为常见。而郑州的“片医”制度则是与社区居委会联合,将工作地点直接设置在社区中,片医团队成员直接到此办公室上班,是对签约服务主动服务方式的集中体现。

2.5 签约服务保障机制

以家庭医生为核心的全科服务团队和签约居民是签约服务实行过程中的两个直接的关键利益团体,因此本研究对签约服务保障机制的分析主要围绕这两方面来进行。

就对签约医生的激励机制而言,调研社区卫生服务中心的典型措施包括两种:一是物质激励,主要做法有实行签约服务费,如上海市长宁区探索将家庭医生签约服务和医保支付方式改革相结合,每签约一个对象,医保支付给社区卫生服务中心 120 元/年,经过考核后即可拨付,调动了社区卫生服务人员的积极性,促进了签约服务的有效开展。但此项政策的实行需要和医保机构进行协调,目前在其他调研社区卫生服务中心尚未开展;二是精神激励,如评选优秀家庭医生、推选家庭医生成为人大代表、提供外出培训机会等,在物质激励条件有限的前提下,以多种方式提供精神激励,促进签约服务的有效进行。

另一方面,签约服务是否可以得到有效实现,关键是社区居民是否有激励接受该种服务模式,在描述签约服务内容时,针对签约居民优惠政策的设计就是激励机制的有效体现,因为签约服务内容多为免费,很难和非签约居民享受到的服务区分开来。目前调研中心针对签约居民的典型激励机制可分为三种:一是完善预约和转诊服务信息系统,提高签约居民接受服务的便利性和有序性。在信息化支撑下的预约服务,使得签约就诊患者无需到中心排队即可实现预约和支付。目前多数调研中心的预约服务是针对签约患者开展,双向转诊服务尤其是向上转

诊的有效开展是吸引签约患者的关键要素。区域内资源的纵向整合、体系的上下联动和服务的相互协同是向上转诊顺畅的重要支撑,如通过签订长期合作协议、组建医疗联合体(或医疗集团)等形式,推动建立“3+2+1”区域医疗协同服务体系;出台相关文件明确双向转诊方式和路径等。二是加大医保政策倾斜,推动签约服务开展。医保政策的支持是签约服务开展的主要保障条件之一。调研机构多通过加大不同级别医疗机构报销比例差距,吸引社区居民到社区卫生服务中心就诊;或者给予慢性病人用药政策的特殊倾斜,将其作为签约居民的优惠政策,推动签约服务的开展。三是建立家庭医生演播室,方便医患沟通。上海市闵行区龙柏社区卫生服务中心建立家庭医生在线演播室,探索以视频演播、视频通讯方式向社区居民播放医疗康复、公共卫生、中医养生等防病治病和健康管理专题片;开通与签约居民的视频连接,在线接受签约居民的医疗咨询,如通过电视解释化验单和病史,让医患沟通更直观。

2.6 签约服务的潜在效果

在开展签约服务的基础上以信息技术为支撑,探索实施预约服务、转诊服务和远程健康咨询和指导服务,很大程度上改善了患者体验,有利于促进社区首诊和分级诊疗,也进一步稳定了医患关系。签约服务带来的潜在效果正在逐渐显现,结合典型案例归纳为以下三方面。

一是针对签约服务人群探索开展的预约服务,引导患者有序就医,优化就医流程。主要方式有就诊预约、自助预约机预约、网上预约和电话预约等。在进行充分论证的基础上,预约服务也逐渐精细化,患者接受程度也在逐步提升,门诊就医秩序得到明显改善。目前德胜社区卫生服务中心的预约服务率(占签约人数)优秀团队可达到70%~80%,一般团队在40%左右。上海长宁区江苏社区卫生服务中心的签约可以在家庭医生预约就诊信息平台上进行;全科医生每天服务对象中约一半是预约患者;北京市丰台区方庄社区卫生服务中心通过预约,有效改善了就医秩序,优化就医流程,改变了以往人多拥挤的现象。二是以全科医生为纽带建立绿色转诊通道,方便签约患者预约转诊到上级医院,并推动医院将慢病/康复患者及时下转社区,引导居民分级就诊、有序就医。转诊模式的顺利开展与区域内医疗

机构的分工协作有密切联系,北京、上海等地调研的社区卫生服务中心目前已经可以做到将有需求的签约患者及时转往上级医院,但向下转诊目前实现效果较差。三是通过签约,全科医生及其团队成员帮助签约居民进行自我健康管理,促进医患有效互动。如北京、上海、成都等地设置的健康自测小屋;全科医生通过咨询热线、网络平台或微博微信等新媒介随时为社区居民提供健康咨询和指导等,有效提升居民的自我健康管理意识,促进社区卫生服务的发展。

3 讨论

3.1 全科医生数量有限与有效签约之间的矛盾

签约服务是实现社区首诊的重要途径和手段,做好签约服务关键在于制度设计和技术支撑,特别是制定相应政策措施保证签约对象获得差异性服务。签约服务发展的初期,要根据家庭责任医生数量和服务能力来稳步增加签约对象,从而保证社区居民签约后得到适宜的医疗卫生服务。^[13-14]社区卫生服务机构的服务人群多,服务范围广泛,社区居民的健康需求日益增加,在此背景下,卫生人员数量不足成为突出问题,尤其是在北京、上海等服务人口密集的地区。全科团队人员配置与功能任务不匹配,人才短缺、结构失衡和服务能力相对不高的问题未得到实质性改善,使服务的有效推进严重受阻。

随着签约服务的不断开展,受全科医生数量的限制,调研各地社区卫生服务中心基本已达到饱和状态,进一步提高覆盖率的空间十分有限;且签约人群多为患病人群,全科医生工作压力很大。按照《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》中提出的到2020年城乡每万人口至少拥有2名全科医师的要求,届时我国约需30万名全科医生。原卫生部2011年数据显示,我国目前的注册全科医生仅7.8万人,这与要求数量相差甚远;而根据其他国家的经验^[15-16]:一名家庭医生通常与2000~2500名居民签约较为合适,调研社区卫生服务中心的签约服务数量目前虽然也控制在2000人左右,但多以健康需求较高的高血压、糖尿病等重点人群为主,签约全科医生健康管理的负担进一步加大。因此,要全面推开全科团队及签约服务,还需要培养更多的注册全科医生,否则签约服务将难以维持下去,或者会流于形式,难以落到实处。

3.2 签约服务内容界定不清,现存补偿机制难以发挥激励作用

通过借鉴发达国家全科医生“守门人”制度,我国正在探索实施全科医生制度,推行全科医生签约服务,旨在通过居民与全科医生之间契约方式建立稳固医患关系,从而逐步实现首诊在社区、有序转诊、分级诊疗的就医格局。在全科医师制度发展较为成熟的国家,都有对全科医生的签约服务内容进行规范的文件和规定^[17],但在我国,全科医生签约模式现阶段作为新生事物,对其具体内容尚没有统一界定^[18]。有研究专门针对不同城市的签约服务包内容进行比较,分析了武汉、哈尔滨、贵阳、北京、宝鸡、上海的服务包设置的形式及特点。^[9]根据本研究的调研地区实践,尽管签约服务包内容略有差异,但设置总体思路基本一致,最终落脚点都是为了更好地满足社区居民的健康需求,推行防治结合的契约服务是签约服务试点的总体目标之一,现阶段的服务包内容一般均涵盖基本医疗服务和基本公共卫生这两大类,以基本公共卫生服务的落实为主向签约居民免费提供,同时部分服务项目在一定程度上体现对签约居民的优惠,吸引居民有效签约。

随着各地不断试点与探索,全科医生签约服务内涵不断丰富,工作量增加,现有筹资与补偿机制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。由于签约服务内容的不确定、不统一,因此对开展签约服务的社区卫生服务中心的补偿机制难以有效落实,各地探索进度不一,但总体缓慢。除上海市长宁区医保部门按照签约人数给予一定补贴外,其余各地均没有实质性突破,是导致签约服务难以有效开展、流于形式的主要原因之一。另一方面,签约服务包内容设计本身与医保制度割裂,制度设计滞后,大部分地区的医保制度设计中并没有把签约家庭医生提供的健康管理和咨询服务纳入付费范围,其劳动和付出得不到承认。医保部门的配合是尝试有偿服务包的一个重要保障条件之一,但目前也缺乏关于有偿服务包的标准化成本核算,服务内容和收费不一,这也是导致医保部门难以突破的重要原因,成都目前正在尝试实行有偿签约服务包,可对此地做跟踪调查。此外,各地还集中反映随着签约服务的开展,到社区卫生服务中心就诊的医保对象不断增长,社区卫生服务中心医保额度和指标管理(如次均费用、复诊率)之间的矛盾日渐突出,目前难以协调。

3.3 签约服务的效果发挥作用尚需时间

目前社区居民对全科医生、签约服务等理念比较陌生,同时由于受传统观念影响及对社区卫生服务宣传力度不够,居民对社区卫生服务人员的素质、服务能力和质量认知不足,造成社区居民小病及慢性病稳定期复诊等社区卫生服务项目都到二、三级医院就诊的局面。就医观念和习惯短期难以改变导致社区实际签约率较低,未能有效引导服务利用,加之医保政策支持力度不足,社区首诊和分级诊疗难以实现制度层面的突破。与此同时,在社区卫生服务中心向居民免费提供基本公共卫生服务时,居民的主动参与性不高,自我健康管理意识较差。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通道仍不畅,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。此外,与发达国家全科医生制度相比,“签约”(contract)一词在国内社区卫生服务机构探索建立家庭医生制度时使用频繁,而在国外,比如全科医生“守门人”制度发挥较好的英国,则一般避免使用“签约”,而较多使用“注册”(register)一词,居民有相对较多的选择家庭医生、选择转诊途径等权利,参与积极性也更高,值得我们在以后的探索和实践中进行借鉴。

4 建议

根据以上结果和讨论,本研究提出以下三点政策建议:

一是统一规范签约服务包内容,作为医保补偿机制设计的基础,在此基础上各地可结合实际特点,探索服务包的特色内容。建议地区层面尽快探索设计全科医生签约服务包,形成统一的全科医生服务流程、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,推荐全科医生签约服务包的规范化和标准化建设。

二是各地应加快建立与全科医生签约服务相适应的财政投入和医保支付制度,相关财政部门应核定签约服务制度建设的政府投入预算,作为工作补助经费和奖励经费。尤其建议医保部门应认可全科医生开展的健康管理、健康教育等签约服务项目,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,使支付方式更合理。

三是以信息化技术发展为支撑,在签约服务发展的同时,积极推进预约服务和转诊服务的有效开展,为社区首诊、分级诊疗系统的建立打下基础。要加强区域信息化建设的规划与设计,完善社区卫生信息管理系统,逐步建立互联互通的区域卫生信息平台。

参 考 文 献

- [1] 牛志敏, 王国军, 李森晶. 澳洲全科医生的守门人作用思考及对我国的启示[J]. 中国医学伦理学, 2009, 22(2): 142-143.
- [2] 姚建红. 澳大利亚农村地区全科医生的地位和发展[J]. 中国全科医学, 2006, 9(9): 697.
- [3] 侯建林, 柯杨, 王维民. 我国全科医生制度面临的困难和发展建议[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(12): 8-11.
- [4] 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(待续)[J]. 中华全科医学, 2011, 9(6): 831-832.
- [5] 杜兆辉. 城市社区家庭医生制服务的实践与思考[J]. 中国全科医学, 2011, 14(31): 3541-3543.
- [6] 江萍. 家庭医生服务模式的制度特征及效率评估——基于上海长宁区的实践[J]. 中国医疗保险, 2014(4): 31-33.
- [7] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 完善社区卫生服务模式的保障机制分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(12): 43-49.
- [8] 赵影, 祝友元, 潘毅慧, 等. 社区门诊患者签约家庭医生的意愿及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(4A): 1151-1153.
- [9] 吴姝德, 刘智勇, 洪阳, 等. 我国全科医生制度试点中签约服务包比较研究[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(11): 5-7.
- [10] 吴军, 史庆. 家庭医生签约服务与医保支付方式改革工作的思考[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10A): 3346-3350.
- [11] 王妮妮, 顾亚明, 柳利红, 等. 浙江省家庭医生签约服务现状及对策[J]. 卫生经济研究, 2015(3): 15-17.
- [12] 汪涛, 陈静, 胡代玉, 等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(2): 86-88.
- [13] 杜雪平, 董建琴. 北京市月坛社区卫生服务中心家庭医生责任制实施效果评价[J]. 中国全科医学, 2008, 11(10): 1811-1812.
- [14] 杨小亭, 贺小林, 梁鸿. 上海市长宁区家庭医生制度改革的政策难点与创新路径[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(6): 21-25.
- [15] 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(续完)[J]. 中华全科医学, 2011, 9(7): 997-998.
- [16] 于保荣, 王维夫, 李友卫, 等. 英国、澳大利亚、和德国的基本卫生服务提供及管理体制研究[J]. 中国卫生事业管理, 2007, 23(9): 641-644.
- [17] NHS Confederation and British Medical Association. Investing in GP: The new GMS contract[R]. London: British Medical Association, 2003.
- [18] 王宪祥, 马安宁, 李长祥, 等. 基本医疗卫生服务包的设计研究[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(10): 24-25.

[收稿日期:2015-04-15 修回日期:2015-06-11]

(编辑 薛云)