

上海市家庭医生“1 + 1 + 1”医疗机构组合签约机制的设计思路与实施障碍因素分析

何江江^{1,2*} 张天晔³ 王冬³ 许速³ 王玲³ 曹剑峰⁴ 杨超³ 谢春艳¹ 胡善联^{1,2}

1. 上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所) 上海 200040
2. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032
3. 上海市卫生健康委员会 上海 200125
4. 上海市卫生健康委员会信息中心 上海 200040

【摘要】上海市作为全国家庭医生制度起步最早的城市,对家庭医生签约机制开展了积极的探索,已从“以软签约为主,引导居民认识、接触与逐步接受家庭医生服务”发展到“医疗机构组合模式的紧密型签约”。本文从调整背景、设计思路、进展与障碍因素等方面系统分析了上海市“1 + 1 + 1”医疗机构组合签约机制的实施现状,并基于实施障碍因素分析,提出了从提升全科医生数量与能力和优化现有薪酬分配制度等方面的完善建议。

【关键词】家庭医生; 医疗机构; 签约服务; 机制; 上海市

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.12.005

Analysis of the design ideas for “One community health center, One district hospital and One municipal hospital” contract service mechanism of family doctor in Shanghai and its barrier analysis during implementation

HE Jiang-jiang^{1,2}, ZHANG Tian-ye³, WANG Dong³, XU Su³, WANG Ling³, CAO Jian-feng⁴, YANG Chao³, XIE Chun-yan¹, HU Shan-lian^{1,2}

1. Shanghai Health Development Research Center (Shanghai Medical Information Center), Shanghai 200040, China
2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China
3. Shanghai Municipal Health Commission, Shanghai 200125, China
4. Information Center of Shanghai Municipal Health Commission, Shanghai 200040, China

【Abstract】 Shanghai is the earliest city in China for starting family doctor system at national level. It has actively explored the contract service mechanism between residents and family doctors. It has developed from “soft contract signing of guiding residents to understand, contact and gradually accept family doctor services” to the “main and close contracting using the comprehensive service from medical institutions”. This paper systematically analyzed the implementation status in “one community health center, one district hospital and one municipal hospital (1 + 1 + 1)” contractservice system of family doctor in Shanghai from the aspects of adjustment background, design ideas, progress and obstacles of the policy. Based on the analysis of barriers to the policyimplementation, some suggestions were put forward including the improvement of the contract service system in order to increase the number and build the capacity of general practitioners, and the optimization of the existing payment distribution systems.

【Key words】 Family doctor; Medical institutions; Contract service; Mechanism; Shanghai

* 基金项目:美国中华医学基金会卫生系统研究与政策转化合作项目(14-190);第四轮上海市公共卫生体系建设三年行动计划(2015-2017)(GWIV-33);循证公共卫生与卫生经济学(15GWZK0901)

作者简介:何江江,男(1984年—),博士研究生,副研究员,主要研究方向卫生政策与体系评价、社区卫生策略、药物政策与药物经济学和医疗保障等。E-mail:hjj_465@163.com

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

转变基层医疗卫生服务模式,实行家庭医生签约服务,强化基层医疗卫生服务网络功能,是深化医药卫生体制改革的重要任务,也是新形势下更好维护人民群众健康的重要途径。根据《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》(国医改办发〔2016〕1号)要求^[1],结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设,加快推进家庭医生签约服务。上海市作为全国家庭医生制度起步最早的城市,对家庭医生签约机制开展了积极的探索,已从“以软签约为主,引导居民认识、接触与逐步接受家庭医生服务”发展到“医疗机构组合模式的紧密型签约”,经过近2年的试点运行,有必要对其“1+1+1”医疗机构组合签约的设计思路、实施进展情况,以及遇到的实施障碍因素进行全面分析,为推进全国家庭医生签约服务和构建分级诊疗制度提供参考。

1 上海市家庭医生签约机制的调整背景

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,以签约为主要任务,引导居民认识、接触与逐步接受家庭医生服务,本文称之为上海家庭医生制度1.0版。^[2]经过一年半时间的试点,到2013年,原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。^[3]

截至2016年,全市家庭医生共签约常住居民超过1000万人,签约率超过45%,家庭医生与居民的签约服务关系逐步建立。但在签约服务过程中,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。^[4-5]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。

为了解决上述问题,2015年11月,在家庭医生签约基础上,上海启动了“1+1+1”医疗机构组合签约试点(即居民可自愿选择一名社区家庭医生签

约,并可同时在全市范围内选择一家区级医院、一家市级医院进行签约),着力打造家庭医生制度2.0版,力求通过进一步紧密签约服务关系,提升家庭医生初级诊疗与健康管理能力,逐步推动分级诊疗制度的建立,实现家庭医生守门人职能。

2 上海市家庭医生“1+1+1”签约机制设计

2.1 理论选择与设计原则

从国际经验看,无论是以国家卫生服务体制、社会医疗保险体制,还是以商业保险体制为主的国家,在社会经济发展到一定程度时,都要通过建立全科医生或家庭医生签约制度,形成社区与医院、康复院、护理院分工协作机制,为本国人民提供分级诊疗服务。通常包括三种模式完成签约机制:一是行政强制,如英国《国家卫生法》规定,非急诊患者必须经过签约的全科医生转诊,才能进入医院接受进一步的治疗;二是保险契约,如美国的商业健康保险明确规定各种疾病的住院指征和时间周期,引导投保人尽量选择约定社区医生的门诊服务,减少住院;三是激励引导,如日本利用优惠政策和差异化资源吸引,引导到家庭医生处就诊,自愿形成稳定的签约关系。基于当前上海市各区医疗资源配置不均衡的问题,基层医疗服务能力不足、人才缺乏,多数地方不具备强制家庭医生签约的条件,很多配套措施亟待调整和完善。因此,不能选择行政强制的办法进行。同时上海市城镇职工基本医疗保险多年运行中一直采用“自由就诊”的服务模式,短期内也很难采用保险契约的模式进行签约服务,容易引起社会不稳定。基于以上的实际情况,决定主要采取激励引导的措施开展上海市家庭医生签约服务。

上海市家庭医生签约服务方面的具体设计原则是完善签约服务内涵,增强群众主动签约的意愿;建立健全签约服务的内在激励与外部支撑机制,调动家庭医生开展签约服务的积极性;鼓励引导二级以上医院和非政府办医疗卫生机构参与,提高签约服务水平和覆盖面,促进基层首诊、分级诊疗,为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务,增强人民群众获得感。

2.2 签约模式与对象

关于签约模式的选择上,主要是兼顾考虑签约居民的全科和专科诊疗需求,为此决定采取“1+1+

1”医疗机构组合签约模式,对签约居民原有的就诊习惯产生的影响最小。关于签约对象的选择,主要是基于上海市2014年7月—2015年6月的医疗机构就诊相关信息分析发现,上海市60岁及以上人群在社区、二级和三级医疗机构的就诊比例分别为58.6%、19.6%、21.8%(表1);在各区的社区就诊比例范围为46.5%~74.2%(表2);80%以上的支付方式为城镇职工基本医疗保险,说明大多数就诊患者都是有自由就诊权限的患者(表3);另外,集中在1家社区机构、1家二级医院和1家三级医院就诊比例分为74.9%、81.1%和68.6%(表4)。这些数据提示在上海市60岁及以上的老年人群中开展“1+1+1”医疗机构组合签约具有可行性,亦不改变其大部分人的就诊习惯。为此,上海市决定60岁以上老年人群中优先开展“1+1+1”医疗机构组合签约模式,在组合内推进分级诊疗服务,也符合各区实际的诊疗现状。同时考虑慢病患者、孕产妇、儿童、计划生育特殊家庭和贫困人员等重点人群的医疗卫生服务需求,也将其一并纳入到这轮的签约对象中。

表1 上海市不同年龄组人群医疗机构就诊构成情况/%

年龄别	三级医院	二级医院	社区机构
0~	50.8	21.2	28.0
5~	54.8	34.7	10.5
18~	53.2	32.8	14.0
40~	35.9	26.7	37.4
60~	21.8	19.6	58.6

表2 上海各区(县)60岁及以上人口在不同级别机构就诊构成情况/%

区	社区机构	二级医院	三级医院
青浦	74.2	18.8	7.0
崇明	68.3	27.0	4.7
浦东	66.6	18.8	14.6
松江	66.5	23.8	9.7
闵行	65.8	18.0	16.2
奉贤	65.0	16.8	18.2
虹口	60.9	13.5	25.6
宝山	60.7	21.8	17.5
金山	60.6	22.4	17.0
闸北	58.1	17.1	24.8
徐汇	57.7	14.3	28.0
黄浦	55.4	18.5	26.1
静安	55.1	19.5	25.4
杨浦	54.2	22.8	23.0
长宁	53.6	23.4	23.0
普陀	52.6	14.2	33.2
嘉定	46.5	29.3	24.2

表3 上海市60岁以上老人门诊支付方式机构的分布情况/%

机构级别	社保	新农合	自费
三级医院	83.8	0.0	16.2
二级医院	84.9	2.6	12.5
社区机构	89.9	2.8	7.3

表4 上海市60岁以上人口门诊就诊机构数量的构成情况/%

机构级别	1家	2家	3家及以上
三级医院	68.6	19.3	12.1
二级医院	81.1	15.6	3.3
社区机构	74.9	18.7	6.4

2.3 签约服务内容的设计

基于上海市采用自愿激励吸引的签约设计理论,“1+1+1”签约后,居民在签约医疗机构组合内就诊,或通过家庭医生转诊至其他医疗机构,在就诊流程、预约等待、配药种类、配药数量等方面均可享有优惠服务政策,主要包括:(1)预约优先转诊:搭建市级优先预约号源信息化平台,上级医院拿出50%的专科和专家门诊预约号源,提前50%时间优先向家庭医生与签约居民开放,签约居民可以优先转诊,让居民的实际需求与最适宜的医疗资源形成紧密对接;(2)慢性病用药“长处方”:对于服务依从性好、病情稳定的慢性病签约居民,家庭医生可突破既往只能一次性开具2周药量的限制,可以一次性开具1~2个月药量,并通过多种形式对签约居民进行用药后的跟踪随访,在保证医疗安全与效果的基础上,减少往返医疗机构次数;(3)延续上级医院处方:针对社区居民长期反映在家庭医生处配不到所需药品的问题,在社区实行基本药物制度的基础上,探索实行延伸处方服务,即签约居民至其签约上级医疗机构,或经家庭医生转诊至上级医院,在诊疗后返回到社区就诊时,家庭医生可延用上级医院专科医生所开具的处方中同样的药品(包括社区卫生服务中心药库中没有的药品),并通过第三方物流配送至社区卫生服务中心、服务站、居民就近药房或居民家里,满足社区居民针对性用药需求;(4)针对性健康管理:家庭医生接受居民电话、微信等多种形式健康咨询,为居民健康出谋划策,对签约居民进行定期健康评估,根据健康评估结果,按照签约居民不同健康需求,制定符合其个体情况的针对性健康管理方案,并予以跟踪实施,实现了从过去以治疗为主转向对居民全

程健康管理,全面维护居民健康水平。进一步开展家庭病床服务,通过经评估后建立家庭病床并由社区医务人员定期上门服务,满足了行动不便、需在家长期治疗的居民的实际需求。

2.4 签约服务配套支撑体系的设计

家庭医生在“前台”签约服务,整个卫生体系应在“后台”做好社区卫生服务平台、优质医疗资源、人才队伍、信息技术和相关配套政策等方面的支撑设计。

2.4.1 社区卫生服务平台支撑

一是强化社区卫生服务中心的平台功能:包括政府履行基本卫生职责的公共平台、政府提供全科医生执业的工作平台、市场资源引入的整合平台、居民获得基本医疗服务项目的服务平台和“医养结合”的支持平台。二是明确基本标准:上海市通过确定社区卫生服务 6 大类 141 项基本项目,明确实施基本项目的规范流程、路径、要求与考核指标,引入标化工作量方法,通过工作量标化形成各项目间可对比的杠杆与标尺,兼顾公平与效率。三是建立社区卫生服务中心平台与家庭医生契约关系,明确家庭医生目标责任与匹配资源,充分赋予家庭医生在资源配置、团队组建、任务分配、考核管理上的责任主体地位,建立新型的生产责任关系,家庭医生并不是“一个人战斗”,随着家庭医生团队的不断完善,签约一名家庭医生,其实获得的是包括家庭医生、社区护士、公卫医生、助理等在内的一整个团队的针对性服务。四是健全配套机制,从粗放式运行转向精细化管理,建立平台的现代管理制度:(1)财政补偿方面,按照社区卫生服务中心核定年标化工作总量、对应标化工作量单价与质量考核结果核定与拨付财政补偿,推动政府购买服务机制的建立,发挥财政资金的正向引导作用;(2)人员岗位管理方面,根据社区卫生服务中心年标化工作总量合理核定各类人员数量与配置比例标准,建立与工作数量、质量相符合的用工制度;(3)绩效分配方面,明确与工作目标责任相匹配的收入预期,合理提高社区人均薪酬水平,按照完成的标化工作量与质量考核结果进行绩效分配,变“要我做”为“我要做”,从机制上充分激发生产力;(4)资源整合方面,通过购买服务方式,对符合资质要求、参与社区卫生服务的各类服务主体(社区医疗机构、个人执业医师、二三级医院医务人员、护理机构等)进行管理,形成竞争开放的服务格局。

2.4.2 人才队伍支撑

一手抓培养人,把全科医生培养纳入住院医师规范化培训。2010 年以来累计招录 2 000 余人,900 余人完成培训后全部“下沉”社区。一手抓留住人。推进符合社区卫生服务特点的薪酬制度改革,提高社区高级职称比例(从 3% ~ 5% 提高到 6% ~ 10%),评审中强化具有社区特点的技能与业绩考核,让全科医生职业发展“更有盼头”。

2.4.3 优质医疗资源支撑

二、三级医疗机构成立社区卫生对接服务部门,向家庭医生与签约居民优先开放预约号源。组建区域性影像、检验、心电诊断中心,实现社区诊断水平同质化。充分利用信息化技术,支撑公立医院、公共卫生机构和社区协同开展居民健康管理,推动“全专结合、防治结合”。

2.4.4 信息技术支撑

上海建立电子健康档案和电子病历两个基础数据库,实现市、区公立医疗机构互联互通和数据共享。配合家庭医生制度构建,建立社区卫生综合管理平台 and 分级诊疗的支持平台,支撑预约转诊、处方延伸、药品物流配送、绩效考核管理等改革举措的实施。开发社区卫生服务综合管理 APP,可自动采集、实时掌握每个区、社区、家庭医生具体签约情况、诊疗流向、频次费用、健康管理结果等,形成“公开透明、客观动态”的评价机制。

3 上海家庭医生“1 + 1 + 1”签约服务进展与障碍

基于上海市社区卫生服务综合管理信息化平台的数据库,截至 2017 年 12 月 31 日,上海市所有社区卫生服务中心均已启动“1 + 1 + 1”医疗机构组合签约,已签约居民超过 340 万人,其中 60 岁以上老人签约率达 66.54%，“1 + 1 + 1”签约居民 74.04% 在签约医疗机构组合内就诊;53.07% 在签约社区就诊。同时,人均就诊频次比上年同期下降 1%。上海市质量协会用户评价中心《2016 年上海市十大行业服务质量测评报告》显示,本市社区卫生服务中心行业测评结果位列十大行业首位。另据上海社会调查研究中心调查结果,受访居民对家庭医生制度知晓率为 88.0%,92.1% 的受访居民表示找家庭医生就诊方便,对家庭医生服务态度与服务效果满意度分别达到 95.5% 和 89.1%。

尽管上海市家庭医生签约服务各项工作进展良

好,社会反响也很满意,但是在实际推进过程中还存在一些障碍,限制了“1+1+1”医疗机构组合签约模式的深入推广与效应扩散。

3.1 全科医生数量与能力不足

家庭医生首先须具有全科执业医师资质,长期以来上海高度重视全科医生的培养,目前上海全科医生总数超过7 000人,配置比例已超过国家2020年规划要求(城市地区每万人口2名全科医生)。但从上海作为国际大都市对健康管理的需求,以及赋予家庭医生健康守门人的职能来看,按照上海市政府办公厅《关于本市推进分级诊疗制度建设的实施意见》中“截至2020年底,本市实现每万名常住人口拥有全科医生4名”的目标,还存在约3 000名的缺口。更关键的是,要让更多居民愿意签约,签约后放心在家庭医生处就诊,签约后能够获得针对性的健康指导,家庭医生的综合能力仍需不断提升,既包括对疾病的精确甄别能力,也包括对居民的健康管理能力,还包括对资源的整合利用能力。

3.2 薪酬分配制度存在“动力缺陷”

现行的绩效工资政策一定程度上保障了社区医务人员的收入水平,但其封闭、封顶的属性与社区平台开放的功能难以衔接,不能从机制上充分激发生产力。同时,在国家层面已明确签约费来源渠道的基础上,上海正在积极探索签约服务费试点,计划参考已启动试点的长宁、徐汇、金山区,以及浙江、江苏、天津等省市经验,按照签约人头120元/年的标准,制定包括服务质量、效率、效果指标的考核体系,建立家庭医生签约服务费激励机制。但是签约服务费如果纳入现有社区绩效工资总量,就不能形成家庭医生增量责任、增量服务与增量补偿的匹配,家庭医生积极主动性必然不足。

4 关于完善上海市家庭医生“1+1+1”签约机制的政策建议

4.1 多管齐下、多策并举增加家庭医生数量

重点是加强源头新鲜血液补充,盘活现有医务人员存量,开展综合能力评估,强化职后继续教育,以及吸引整合各类社会资源。一是坚持医教结合,加大对全科医生的招生与培养,将全科医生培养纳入住院医师规范化培训渠道。二是做强全科培训基地,依托高校成立全科医学师资培训中心,提高各基

地管理和带教水平,推动部分社区卫生服务中心成为医学院校附属中心,全面提升社区“医教研”水平。三是开展家庭医生能力培训,对在岗家庭医生每年开展临床技能、健康管理技能等一系列培训,注重实践技能的提升。建立全科医生能力评估基地,通过“评估、培训、再评估”,提高培训的针对性与有效性。定期选派优秀骨干人员赴境外接受培训,打造一批家庭医生骨干。

4.2 健全符合社区卫生服务中心特点的薪酬制度

根据完成政府交办的基本服务项目的数量、质量予以拨付取酬。对完成基本服务以外的其他针对性服务,允许第三方社会组织、健康保险等,按照购买服务与契约合同管理的方式对社区医务人员予以合理的劳务补偿。积极探索实施家庭医生管费用工作,实施医保基金支付家庭医生签约服务费相关政策,并能明确签约服务费不纳入现有社区绩效工资总量,形成家庭医生增量激励机制,促使家庭医生积极主动地做好居民健康、卫生资源与卫生费用的守门人。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生计生委体制改革司. 关于推进家庭医生签约服务的指导意见(国医改办发[2016]1号) [EB/OL]. (2016-03-15) [2017-12-12]. <http://www.nhfp.gov.cn/tigs/s3577/201606/e3e7d2670a8b4163b1fe8e409c7887af.shtml>
- [2] 何江江, 杨颖华, 张天晔, 等. 上海市家庭医生制度的实施进展与发展瓶颈[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(9): 14-18.
- [3] 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) [2017-12-12]. <http://www.hs.sh.cn/website/b/103321.Shtml>
- [4] 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.
- [5] 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.

[收稿日期:2018-03-15 修回日期:2018-07-04]

(编辑 刘博)