

家庭医生签约服务对医防结合的影响

林玲^{1*} 张小娟² 朱坤³

1. 北京师范大学社会发展与公共政策学院 北京 100875

2. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

3. 中国财政科学研究院 北京 100142

【摘要】目的:分析家庭医生签约服务对于医防结合的影响及其作用机制。方法:采用典型抽样的方法,调查了七个地区的 541 名家庭医生团队成员,并对家庭医生团队和相关知情人进行了个人深入访谈和焦点组访谈。定量资料主要采用描述性统计分析;定性资料采用 NVIVO9.0 软件进行编码、归纳和总结。结果:不同的签约服务模式对医防结合的影响不同。采用家庭医生团队的签约服务有助于促进医防结合;团队成员得到有效激励的签约服务有助于促进医防结合,个人付费的签约服务更有助于促进医防结合;服务内容包括基本医疗和公共卫生服务的家庭医生签约有助于促进医防结合。建议:家庭医生签约服务应实施团队签约和个性化有偿签约。设计综合服务包,融合基本公共卫生服务项目和基本医疗及个性化健康管理服务项目,体现医防结合理念。探索基本公共卫生经费与医保基金融合路径,加强医防结合,促使全科医生从服务守门人向健康守门人转变。

【关键词】家庭医生;签约服务;公共卫生;预防

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.12.006

The effects of family doctors' contracting services on the integration of medical care and prevention

LIN Ling¹, ZHANG Xiao-juan², ZHU Kun³

1. School of Social Development and Public Policy, Beijing Normal University, Beijing 100875, China

2. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

3. Chinese Academy of Fiscal Sciences, Beijing 100142, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the effects of family doctor contracting service on the integration of medical care and prevention and its mechanism. Methods: Based on the representative sampling, 541 family doctors from seven districts were surveyed, and focus group and personal interviews were conducted with family doctors and other relevant informants. Descriptive statistical analysis was mainly used to analyze quantitative data and NVIVO 9.0 was used for encoded qualitative data. Results: Different contracted service models have different effects on medical protection on medical care and prevention. The contracting service with the family doctor is helpful to facilitate the integration of medical care and preventive treatment; the signing service that helps the team members to get effective incentives and personal paid contracts can help promote the combination of medical defense and preventive treatment; whereby the service content includes basic medical treatment. Moreover, signing a family doctor contract with public health services can also help promote medical integration. Suggestions: Family doctor contracting services should implement team and individual contracted services. Designing a comprehensive service package that integrates basic public health service projects and basic medical and personalized health management services should be prioritized to reflect the concept of covered medical care and preventive treatment. A new approach to explore the path of integration of basic public health and medical insurance funds should be found to strengthen the combination of medical and preventive measures, and promote the transformation of general practitioners from service gatekeepers to health gatekeepers.

【Key words】 Family doctor; Contract service; Public health; Prevention

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71573276)

作者简介:林玲,女(1978年—),MPA,主要研究方向为社会组织管理。E-mail:63420465@qq.com

通讯作者:朱坤。E-mail:7862030@qq.com

1 背景

2016年国务院医改办下发了《关于推进家庭医生签约服务指导意见》(国医改办发[2016]1号),要求各地积极开展家庭医生签约服务。^[1]各地从服务主体、服务内容、服务方式、经费保障、激励措施和运行机制等方面对家庭医生签约服务进行了探索,取得了积极成效。^[2-7]基层医疗卫生机构是提供基本医疗和公共卫生服务的主要载体^[8-9],本文试图分析家庭医生签约服务对医防结合的影响,拟为进一步促进医防结合、推进基本公共卫生服务的有效落实、完善基层卫生服务模式提供依据。

2 资料与方法

采用典型抽样,选择我国较早开展家庭医生签约服务的北京市东城区、上海市徐汇区、江苏省盐城市大丰区、福建省厦门市思明区和龙岩市长汀县、四川省成都市武侯区和双流区作为样本地区。每个地区随机抽取1家社区卫生服务中心(乡镇卫生院),以辖区内的社区卫生服务中心和乡镇卫生院提供签约服务的所有家庭医生团队成员作为研究对象,收集其基本情况、参与签约服务的相关情况,以及他们对签约服务与医防结合关系的认识,每家机构至少调查30名家庭医生签约服务团队成员,1家机构不足时再增加1个机构,直至满足30人为止;累计调查了14家机构,541名家庭医生团队成员。

同时对部分县级卫生行政部门分管负责人、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)管理人员和家庭医生团队主要成员进行了个人深入访谈和焦点组访谈,重点了解签约服务是否对医防结合产生影响以及影响的作用机制等内容。

定量资料主要采用描述性统计分析;定性资料采用NVIVO9.0软件进行编码、归纳和总结。

3 结果

3.1 典型地区的主要做法

根据目前签约服务的开展情况,大致可以分为两类:一是基本医疗服务和基本公共卫生服务并重的签约,多有偿向患者提供,经费来源包括政府财政、医保和患者等,如上海、福建厦门、四川成都、江苏大丰;二是偏向基本公共卫生服务的签约,基本医疗服务内容较少,多由基层医疗卫生机构向患者无偿提供,如北京市东城区、福建省长汀县。

不同地区家庭医生签约服务的实施特点各不相同。从签约服务主体来看,北京东城区以社区卫生服务中心的全科医生为主;上海徐汇区以社区卫生服务中心下设的社区卫生服务站的全科医生为主;厦门以社区卫生服务中心的全科医生为主,同时还包括了中心内部的健康管理师和上级医院的专科医生;四川成都以社区卫生服务中心的全科医生为主;江苏省大丰和福建省长汀县以乡村医生为主,同时乡镇卫生院执业(助理)医师参与。从签约服务对象来看,成都市以慢性病患者、老年人和儿童为主,其余地区均以慢性病和老年人等重点人群为主。从签约服务内容来看,北京市东城区以基本公共卫生服务项目为主,上海徐汇区和福建厦门市以基本公共卫生服务和基本医疗为主,四川成都和江苏大丰以基本公共卫生服务、基本医疗及个性化健康服务为主,福建长汀以基本公共卫生服务项目及慢性病患者的免费用药(22种基本药物)为主。从服务包设计的主体看,除了成都市部分地区以社区卫生服务中心作为服务包设计的主体外,其余地区均以区县为单位设计签约服务包。从签约服务经费来源看,北京市东城区以基本公共卫生服务经费为主,辅以签约服务专项经费(每个社区卫生服务中心每年5万元左右);上海徐汇区以基本公共卫生服务经费、医保基金和签约服务费(卫生健康委安排专项经费)为主;福建厦门以基本公共卫生服务经费和医保基金为主、部分地区需要个人付费;四川成都市以基本公共卫生服务经费和个人付费为主;江苏大丰以基本公共卫生服务经费、医保基金和个人付费为主;福建长汀以基本公共卫生服务经费和医保基金为主。从供方激励来看,各地均有供方激励措施,但激励程度略有差异。从需方激励来看,北京东城、四川成都基本没有针对需方的激励措施,上海徐汇对需方的激励也比较有限,福建厦门、长汀和江苏大丰均建立了针对需方的激励措施。从是否提供有偿签约服务来看,北京东城区、上海徐汇区和福建长汀县没有在签约服务过程中为签约对象提供有偿服务,福建厦门、四川成都和江苏大丰在签约服务过程中为签约对象提供有偿服务。从个人是否付费角度看,北京东城区、上海徐汇区和福建长汀县未涉及个人付费,福建厦门有个人付费,但采取了统一的付费标准,四川成都和江苏大丰则采取了差异化的个人付费标准(表1)。

表 1 调研地区签约服务特点比较

项目	城市地区			农村地区		
	北京东城	上海徐汇	福建厦门	四川成都	江苏大丰	福建长汀
签约主体	社区卫生服务中心全科医生为主	社区卫生服务站全科医生为主	社区卫生服务中心全科医生为主,包括健康管理师和专科医生	社区卫生服务中心全科医生为主	乡村医生为主,乡镇卫生院执业(助理)医师参与	
签约对象	慢性病、老年人等重点人群为主	慢性病、老年人等重点人群为主	慢性病、老年人等重点人群为主	儿童、慢性病、老年人等重点人群为主	慢性病、老年人等重点人群为主	慢性病、老年人等重点人群为主
签约服务主要内容	基本公共卫生服务项目	基本公共卫生服务项目及部分基本医疗服务项目		基本公共卫生服务、基本医疗及个性化健康服务		基本公共卫生服务项目及慢性病患者的免费用药(22种基本药物)
服务包设计主体	区县	区县	区县	区县社区卫生服务中心	区县	区县
签约服务经费来源	基本公共卫生服务经费、签约服务专项经费(5万元/中心)	基本公共卫生服务经费、医保基金、签约服务经费(10元/人/月)	基本公共卫生服务经费、医保基金、个人付费	基本公共卫生服务经费、个人付费	基本公共卫生服务经费、医保基金、个人付费	基本公共卫生服务经费、医保基金
供方正向激励	有,但很少	有	有	有	有	有
需方正向激励	基本没有	有,但很少	有	基本没有	有	有
有偿服务	没有	没有	有	有	有	没有
个人付费	没有	没有	有,统一付费标准	有,差异化付费	有,差异化付费	没有

3.2 签约服务团队基本情况

不同地区签约服务的团队规模存在差异。调查签约服务团队成员数平均为 5 个,其中武侯区最多,为 8 个,北京东城最少,为 3 个(表 2);城市地区的签约服务团队成员均包括了全科医生、护士和从事公共卫生服务的卫生技术人员或健康管理助手,厦门市还将二、三级医院的专科医生纳入签约服务团队;农村地区的签约服务团队成员均包括了村卫生室的乡村医生(部分为执业助理医师),乡镇卫生院的执业(助理)医师也被纳入签约服务团队中。

表 2 不同地区签约服务团队成员数量/人

省/直辖市	区/县	均值	标准差
四川	武侯	8	4
	双流	5	1
福建	长汀	5	1
	厦门	5	3
上海	徐汇	6	2
北京	东城	3	1
江苏	大丰	5	3
合计		5	3

注: $F = 18.26, P = 0.000$

调查对象所在签约团队的签约人数平均为 1 812 人,具体来看,各地有一定差异,长汀最多,平均 5 984 人,大丰最少,平均 298 人(表 3)。

表 3 调查地区家庭医生团队签约人数

省/直辖市	区/县	均值	标准差
四川	武侯	646	207
	双流	2 185	401
福建	长汀	5 984	2 960
	厦门	946	529
上海	徐汇	3 610	3 132
北京	东城	1 769	741
江苏	大丰	298	436
合计		1 812	2 158

注: $F = 128.14, P = 0.000$

3.3 应答者对医防结合的认知

签约团队成员接受问卷调查时大多认为团队医防协作很好,占 75.4%,各地有一定的差异。如长汀、厦门、徐汇和大丰认为团队医防协作很好的比例超过 80%,而双流仅 25.3%(表 4)。

表 4 不同地区签约团队医防协作情况/n(%)

省/直辖市	区/县	很好	一般	不好
四川	武侯	16(53.3)	13(43.3)	1(3.3)
	双流	20(25.3)	59(74.7)	0(0.0)
福建	长汀	49(86.0)	8(14.0)	0(0.0)
	厦门	68(84.0)	13(16.0)	0(0.0)
上海	徐汇	43(91.5)	4(8.5)	0(0.0)
北京	东城区	73(73.7)	25(25.3)	1(1.0)
江苏	大丰	133(95.0)	7(5.0)	0(0.0)
合计		402(75.4)	129(24.2)	2(0.4)

注: $\chi^2 = 156.11, P = 0.000$

调查对象绝大多数认为签约服务增加了与单位同事间的合作交流机会,占比 87.8%。具体看,各地有一定差异,北京东城和上海徐汇 30% 左右的调查对象认为签约服务没有增加交流合作的机会(表 5)。

表 5 签约服务是否增加交流合作机会/n(%)

省/直辖市	区/县	是	否
四川	武侯	27(90.0)	3(10.0)
	双流	79(98.8)	1(1.3)
福建	长汀	55(94.8)	3(5.2)
	厦门	69(84.1)	13(15.9)
上海	徐汇	33(70.2)	14(29.8)
北京	东城区	70(70.0)	30(30.0)
江苏	大丰	140(98.6)	2(1.4)
合计		473(87.8)	66(12.2)

注: $\chi^2 = 71.02, P = 0.000$

绝大多数医务人员认为签约服务有助于开展基本公共卫生服务工作,占比 81.4%。具体看,各地有一定差异,北京东城和上海徐汇认为签约服务有助于开展基本公共卫生服务工作的比例稍低,分别为 63.0% 和 59.6%(表 6)。

表 6 签约服务对开展公共卫生服务工作的影响/n(%)

省/直辖市	区/县	有利	不利	无影响	不知道
四川	武侯	26(86.7)	0(0.0)	2(6.7)	2(6.7)
	双流	60(75.0)	0(0.0)	18(22.5)	2(2.5)
福建	长汀	56(96.6)	0(0.0)	2(3.4)	0(0.0)
	厦门	68(84.0)	3(3.7)	4(4.9)	6(7.4)
上海	徐汇	28(59.6)	1(2.1)	11(23.4)	7(14.9)
北京	东城区	63(63.0)	1(1.0)	15(15.0)	21(21.0)
江苏	大丰	137(96.5)	2(1.4)	3(2.1)	0(0.0)
合计		438(81.4)	7(1.3)	55(10.2)	38(7.1)

注: $\chi^2 = 73.50, P = 0.000$

认为签约居民主动寻求基本公共卫生服务的医务人员比例为 41.9%,接到通知便能接受服务的占 52.7%,不愿意接受的占 5.4%。各地有一定差异,大丰认为签约居民能主动寻求公共卫生服务的比例最高,为 68.3%,双流最低,为 21.3%(表 7)。

表 7 签约居民对公共卫生服务的依从性/n(%)

省/直辖市	区/县	主动寻求	接到通知愿意接受	不愿意接受
四川	武侯	16(53.3)	14(46.7)	0(0.0)
	双流	17(21.3)	59(73.8)	4(5.0)
福建	长汀	27(46.6)	31(53.4)	0(0.0)
	厦门	24(29.3)	53(64.6)	5(6.1)
上海	徐汇	16(34.0)	21(44.7)	10(21.3)
北京	东城区	28(28.6)	60(61.2)	10(10.2)
江苏	大丰	97(68.3)	45(31.7)	0(0.0)
合计		225(41.9)	283(52.7)	29(5.4)

注: $\chi^2 = 76.80, P = 0.000$

3.4 个人付费对签约服务的影响

个人是否付费与基本公共卫生服务工作相关。调查结果显示有个人自付费的家庭医生签约服务更有利于基本公共卫生服务工作开展(表 8)。

表 8 个人是否付费对基本公共卫生服务工作的影响/n(%)

签约模式	有利于工作开展	不利于工作开展	没有影响	不清楚
有个人自付费	163(94.8)	2(1.2)	5(2.9)	2(1.1)
无个人自付费	275(75.1)	5(1.4)	50(13.7)	36(9.8)
合计	438(81.4)	7(1.3)	55(10.2)	38(7.1)

个人是否付费与基本公共卫生服务的依从性有关。调查结果显示,有个人付费的签约服务,签约对象接受基本公共卫生服务的依从性更高(表 9)。

表 9 个人是否付费对基本公共卫生服务依从性的影响/n(%)

签约模式	主动来寻求	接到通知便来	依然不愿意来
有个人自付费	113(65.7)	59(34.3)	0(0.0)
无个人自付费	112(30.7)	224(61.4)	29(7.9)
合计	225(41.9)	283(52.7)	29(5.4)

比较签约居民与非签约居民对基本公共卫生服务的依从性发现,有个人自付费的签约居民对基本公共卫生服务的依从性明显高于无自付费的签约居民,两者之间的差别具有统计学意义(表 10)。

表 10 不同签约模式下签约居民与非签约居民基本公共卫生服务依从性比较

签约模式	基本公共卫生服务依从性比较			合计
	签约居民较好	签约居民较差	没有差别	
有自付费	158	5	9	172
无自付费	230	6	128	364
合计	388	11	137	536

注: $\chi^2 = 55.11, P = 0.000$

3.5 定性分析签约服务对医防结合的影响

部分社区服务机构负责人认为签约服务加强了医疗和公共卫生服务的融合,“签约后,服务更人性化一点,另外在等候过程中,护理人员可以进行健康宣教,加强了护理人员的作用,也重视了防保人员的作用,以前医疗和预防的界限很清楚,现在我们融合了,以前就是医生的事情现在是一个团队的事情,每个成员的都发挥作用。”“签约服务团队,加强了不同专业人员的协作,有助于促进医防结合。”

某卫生部门负责人提到:“签约提高公共卫生

效率了,实现了医防保结合,公共卫生科的工作主要是分解任务,把任务分到团队,具体任务由团队成员合作完成。”“新农合实行糖尿病、高血压患者费用包干制度,这样就形成了医生发现患者,公卫管理患者,新农合包干费用把患者费用保障起来的机制”。

部分社区卫生服务机构负责人反映,实施签约服务后对开展基本公共卫生服务工作的影响不大,一是缺乏对供方的激励机制,二是签约服务的覆盖面较窄。“签约理论上能调动工作积极性,但是超标后的补偿没有跟进,影响了工作积极性。”“我们社区卫生服务中心没有盈利,无非是亏多还是亏少,政府要补偿,以前赚钱的功能都剥夺了,基本医疗服务都萎缩了。中医和康复是还有点效益。政府对签约服务的补助不足,签约服务对医防结合的影响不明显。”某乡镇卫生院院长说:“签约服务有助于促进医防结合,提升医生的积极性,但我们签约参与人员太少,签约对象也不多,只有少部分人有积极性,对基本公共卫生服务工作的影响不明显。”

4 讨论

4.1 签约服务与医防结合关系的理论分析

2016 年国务院医改办在下发的《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》中明确提出:家庭医生团队主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师(含助理公共卫生医师)等组成,二级以上医院应选派医师(含中医类别医师)提供技术支持和业务指导。^[1]从人员组成的要求上看,家庭医生团队包括了家庭医生和公共卫生医师等,这样的团队成员构成有助于促进医防结合。从服务内容上看,要求“家庭医生团队为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务”^[1],这样的服务包设计有助于促进医防结合。从家庭医生的角色定位上看,要求推动家庭医生成为居民健康的守门人,迫切需要家庭医生为居民提供医防结合的服务。

4.2 签约服务对医防结合的促进

通过研究发现,团队签约服务,有助于促进医防结合。在服务提供方面,全科医生与基本公共卫生人员相结合,组建团队,加强医防结合;如福建厦门的三师共管,全科医生与公共卫生人员组成团队对患者共同负责,将患者的基本医疗服务和慢性病管理等公共卫生服务结合起来。在服务包设计方

面,以基本公共卫生服务为基础向外扩展,有助于促进医防结合。目前的签约服务包多以公共卫生服务项目为基础,结合基本医疗服务和个性化健康管理服务,形成综合服务包,促进了医防结合。

4.3 家庭医生签约背景下如何更好地促进医防结合

政策设计者希望通过签约服务实现基层首诊、让基层全科医生从服务守门、费用守门向健康守门人转变;逐步实现全人群、全流程、全生命周期健康管理。^[10]各地不同的签约模式对医防结合的影响也有所不同。第一,在个人付费方面,实施有偿签约的效果更好,对医防结合的促进更大。因为通过有偿签约能够增加患者的认同,也能增加其获得感,有助于患者主动参与,增强接受公共卫生服务的主动性。第二,在家庭医生的激励机制方面,建立了有效激励机制的地区,医防结合工作开展得更好。有的地区实施签约后,家庭医生并未得到相应激励,仅仅是工作量的增加,难免会影响积极性,而在厦门、大丰等地建立了家庭医生签约服务的激励机制,家庭医生积极性增高,有助于医防结合。第三,医保政策方面,医保政策对签约服务的支持也有助于促进医防结合,如上海长宁区医保支付每年的签约费,希望全科医生与患者签约后将预防和诊疗紧密结合,加强预防,缓解医疗费用增速,减少医保基金支出。

4.4 医防结合的抓手

研究发现,在签约服务背景下能否实现医防结合,关键在临床医生。首先,基层医疗卫生机构的临床医生需要具备较强的诊疗服务能力,得到居民的信任,居民才愿意寻求公共卫生服务;其次,需要建立相应的激励机制,提高临床医生向居民提供公共卫生服务的积极性。

在签约服务背景下能否实现医防结合,重点在供方。一方面基层医疗卫生机构需要有完善的信息系统,确保医生在提供基本公共卫生服务时能够了解居民的健康状况和既往诊疗情况,以便更好地提供有针对性的公共卫生服务;另一方面,进行支付方式改革,逐步将医保基金与基本公共卫生经费融合,鼓励临床医生在提供基本医疗服务的同时提供公共卫生服务,逐步实现全科医生的健康守门人作用。

5 建议

5.1 实施团队签约和个性化有偿签约

团队签约服务能够充分发挥医生、护士和公共卫生人员的优势,有助于促进医防结合,提高效率,避免资源浪费,也有助于减轻医生负担。实施个性化签约能满足群众多样化需求,吸引群众主动签约,增加居民对签约服务的认同感。

5.2 设计综合服务包,融合基本公共卫生服务项目和基本医疗及个性化健康管理服务项目

通过签约服务转变医生仅对当次就诊负责的传统,转向对患者的整体健康负责,将预防和治疗结合起来。因此,签约服务应以基本公共卫生服务为基础,在此基础上将基本医疗服务和个性化健康管理服务纳入签约服务项目中,推动医防结合。

5.3 探索基本公卫经费与医保基金融合路径,促使全科医生从服务守门人向健康守门人转变

基本公共卫生服务经费主要用于基本公共卫生服务项目,期望通过基本公共卫生服务项目,改进人群健康,加强疾病预防。而医保基金近年来透支压力不断增大,加强预防和将患者留在基层医疗卫生机构是控制费用的有效手段。探索将基本公共卫生服务经费和医保基金融合,加强医防结合,促使全科医生从服务守门人向健康守门人转变。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 关于推进家庭医生签约服务的指导意见[EB/OL].

(2016-06-06) [2017-09-12]. <http://www.nhfp.gov.cn/tigs/s3577/201606/e3e7d2670a8b4163b1fe8e409c7887-af.shtml>

- [2] 中国医学科学院《中国医改发展报告》编写委员会. 中国医改发展报告(2016)[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2017.
- [3] 朱坤, 乔学斌, 张小娟, 等. 乡村医生签约服务实践分析——以江苏省大丰市和浙江省嵊州市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(12): 60-66.
- [4] 蒋晓霞, 胡玲, 吴燕萍. 浙江省责任医生签约服务的实践和思考[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(12): 52-55.
- [5] 曹扬, 汤苏川, 任晓波, 等. 江苏省乡村医生签约服务试点经验及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(12): 56-59.
- [6] 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.
- [7] 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): 13-15.
- [8] 吴燕, 赵燕萍, 黄晓霞, 等. 家庭医生责任制下城市社区公共卫生服务模式的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2015, 18(13): 1504-1509.
- [9] 都全荣, 鞠智业, 黄晓磊. 居民签约服务在城乡公共卫生服务中的作用[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(13): 29-30.
- [10] 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.

[收稿日期:2018-01-23 修回日期:2018-04-09]

(编辑 赵晓娟)