

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

家庭医生制度专刊

2014 年 第 6 期

(总第 57 期)

上海市卫生发展研究中心

2014 年 8 月 10 日

编者按 2011 年，上海市启动了家庭医生制度建设试点工作，旨在创新社区卫生服务和健康管理，进一步强化社区卫生服务在整个医疗卫生服务体系中的网底功能。受上海市卫生和计划生育委员会委托，2013 年上海市卫生发展研究中心开展了本市家庭医生制度建设专题调研。本期刊载了部分调研成果，介绍了上海市家庭医生制度建设的进展情况，探讨了家庭医生制度建设的执行需求和瓶颈问题，分析了相关满意度调查的结果。同时，介绍了英国整合型保健发展经验及比利时社区卫生服务案例。仅供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 7 卷 第 6 期 (总第 57 期)

2014 年 8 月 10 日

(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路 1477 号 807 室

邮编: 200040

电话: 021-22121872

传真: 021-22121623

E-mail: shdrc_work@163.com

网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 王贤吉
编 辑: 信虹云 陈 多
方欣叶 常雪沛
校 对: 杨 燕 王 瑾

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

上海市家庭医生制度建设概况及发展瓶颈····· 1

上海市家庭医生制度建设进展情况分析····· 11

关于上海市家庭医生制度建设执行需求的调查与思考····· 18

对于家庭医生门诊和上门服务的观察与思考····· 29

上海市家庭医生工作满意度调查研究····· 39

他山之石

英国整合型保健发展经验: 以牛津郡为例····· 47

比利时社区卫生服务案例分析及启示····· 62

上海市家庭医生制度建设概况及发展瓶颈

何江江¹ 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

【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,于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,总结了该项制度的构建背景、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该项制度的实施进展,并从筹资、组织、支付、管制与行为五个控制环节分析了该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

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,目前已历经两个阶段,一是1997年到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年到2011年的运行机制改革阶段,开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

第一作者:何江江,男,助理研究员,复旦大学在读博士研究生

通讯作者:胡善联,男,教授

作者单位:1.上海市卫生发展研究中心,上海 200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

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

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(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(11-061)

生服务综合改革^[1]。随着新一轮医药卫生体制改革的不断深入，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。因此，上海市在 2011 年正式提出建立“家庭医生制度”，从制度上更大程度地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。通过及时监测上海市各区县、各社区卫生服务中心家庭医生制度构建进展，收集相关工作经验，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，以期对我国进一步推进全科医生制度建设提供借鉴。

一、上海市家庭医生制度构建背景

（一）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（现上海市卫生和计划生育委员会，简称“市卫生计生委”，下同）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，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，标志着上海市家庭医生制度试点的正式起步，长宁、徐汇、浦东等 10 个区也成为上海市首批家庭医生制度试点区。经过一年半时间的试点，到 2013 年，市卫生计生委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》（沪卫基层〔2013〕007 号），正式宣布在全上海市范围内推广家庭医生制度^[2]。

（二）构建目标

上海市家庭医生制度构建的目标是：到 2020 年之前，上海市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

医生处可以享受到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、有序转诊的就医制度，以及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]。

（三）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，立足上海市实际，上海市探索的家庭医生制度应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，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]。

二、阶段性进展分析

（一）家庭医生制度建设顺利推进

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，上海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，每个区县至少保证有一家以上的社区卫生服务中心全面开展，其他社区卫生服务中心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上海市范围内得到了不同程度地开展。

（二）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，在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。

（三）服务模式方面积累了可推广的经验

在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，上海市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，使其成为服务的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诊疗优先的就诊资源，打造转诊绿色通道；成立区域远程诊断、影像等技术中心，作为家庭医生的技术支撑。

（四）运行机制上已开始试点探索

在改革服务模式的基础上，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，有利于为市级层面进行更大范围、更深层次的机制改革奠定基础，将使上海市的家庭医生制度不仅只是服务模式上的创新，更成为完善整个医疗卫生服务体系的基石。

三、上海市家庭医生制度建设的发展瓶颈与政策建议

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发展差异较大，并且在转诊、健康评估、健康管理方案制定等方面，各社区卫生服务中心均有较大提升空间。随着现阶段签约已基本覆盖到主动利用社区卫生服务的人群，下一阶段签约率的提高将面临更大挑战。结合焦点组访谈材料，追踪分析筹资、组织、支付、管制与行为五个控制环节的问题，本文提出对策建议如下：

（一）筹资环节

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》（国发〔2011〕23号）确定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》（沪卫基层〔2013〕007号）明确了各区县政府对家庭医生制度建设的主体责任，指出财政预算管理理应成为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。随着各区县不断试点与探索，家庭医生服务

内涵不断丰富，工作量大幅增加，现有的筹资方式与总额显然满足不了家庭医生的心理预期，将在一定程度上影响整个制度的深入推进，挫伤家庭医生的工作积极性^[3]。

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，同时还应明确对家庭医生制度宣传、对家庭医生业务培训、硬件建设、信息化建设的投入比例。

（二）支付环节

目前针对家庭医生服务平台（即社区卫生服务中心）的支付方式主要是基于按服务项目支付为基础的总额预付方式，并实施“收支两条线”的全面预算管理，其中对家庭医生采取绩效工资支付方式。但是，对家庭医生的绩效考核缺乏依据，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，也没有形成相对独立的家庭医生服务投入、保障和倾斜机制。绩效工资政策实施后，家庭医生劳动付出与实际收入增长不成正比，一定程度上影响家庭医生工作积极性。医保制度设计中没有把家庭医生提供的健康管理和咨询服务纳入付费范围，家庭医生在健康管理方面的劳动和付出得不到承认。随着家庭医生签约服务的发展，各区县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（如均次费用、复诊率）之间的矛盾将日渐突出。

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医保额度统一打包预付制；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，通过医保政策明确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^[5]。

（三）组织环节

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的开展、延伸和拓展带来诸多限制。区县反映“社区首诊”尚无统一、明确的定义，数据的采集和分析无从下手；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，部分医院与社区的转诊通道仍然不畅，仅依靠家庭医生制度的各项优惠措施和便捷手段，无法有效改变签约居民的就诊行为和习惯。

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。针对个别区县提出的对于在绩效工资之外支付给家庭医生签约服务费，希望有关部门能够给予支出途径等支持。同时，建立各种医生交流平台，使家庭医生与二、三级医院的专家形成“朋友”关系，进一步完善“全—专联合”工作机制，使家庭医生在掌握专家资源的同时提升业务能力、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，既吸引签约，又做实工作。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，为家庭医生提供良好的职业发展空间。

（四）管制环节

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，全科医生的价值越来越重要，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、学历各方面来说都有所好转。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反映，由于待遇缺乏竞争力，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，家庭医生数量缺口较大，且年龄老化，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。社区平台管理不仅包含对家庭医生制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并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、评估职能尚未发挥充分。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。

建议建立家庭医生制度建设评价体系，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，建立上海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。

（五）行为环节

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^[6]。居民不正确的就医观念以及对家庭医生制度的误解，是家庭医生制度继续深入的障碍之一。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^[7, 8]。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。

建议按照“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. 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.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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，2014:103-108.

(责任编辑：方欣叶)

上海市家庭医生制度建设进展情况分析

杨颖华¹ 何江江² 曹萌³ 徐蕾⁴ 赵芳⁵ 张天晔¹ 刘红炜¹

【摘要】目的：了解上海市家庭医生制度试点进展情况，分析进展经验与存在问题，为上海市进一步推进家庭医生制度提供政策依据。**方法：**对上海市17个区县中全面开展家庭医生制度试点的社区卫生服务中心采用自填式问卷调查方法，主要调查内容包括社区卫生服务中心覆盖社区卫生服务站及村卫生室数，家庭医生及团队的人员种类及数量、签约情况、提供有序医疗服务及健康管理服务情况。在地区间比较时，用 STATA10.0 进行卡方检验，并在对不同地区进行两两比较时，采用 Bonferroni 法进行校正。**结果：**上海市家庭医生制度自 2011 年 4 月实施以来已初见成效，从有健康服务需求与主动利用人群起步，家庭医生签约服务关系逐步建立；提供有序的基本诊疗服务，努力使居民常见病、多发病和诊断明确慢性病的初级诊疗在社区得到有效解决；引入健康管理服务，提供具有针对性、全程性、持续性的健康指导与干预。**结论：**家庭医生服务模式建设进展较好，下一步，需要在加强自身能力建设的同时，进一步健全家庭医生制度的配套机制，夯实队伍建设，完善运行机制，激发服务活力。

【关键词】 家庭医生制度；进展；分析

2011 年上海市正式提出建立“家庭医生制度”，希望家庭医生可以成为医疗服务系统的“守门人”，居民健康的“守护人”，卫生

第一作者：杨颖华，女，上海市卫生和计划生育委员会基层卫生处副处长

作者单位：1. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

2. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 复旦大学附属华山医院，上海 200040

4. 上海市长宁区社区卫生管理中心，上海 200051

5. 上海健康职业技术学院，上海 200237

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（CMB）卫生系统研究与政策转化合作项目（11-061）

费用使用的“代理人”。为及时了解上海市家庭医生制度建设的进展情况，本文对截至 2014 年第一季度上海市家庭医生制度建设进展情况进行了分析。

一、对象与方法

调查对象为上海市全面开展家庭医生制度试点的社区卫生服务中心（全面开展指家庭医生配备覆盖社区卫生服务中心下辖所有居委与村委）。采用自填式问卷调查方法。在地区间比较时，用 STATA10.0 进行卡方检验，并在对不同地区进行两两比较时，采用 Bonferroni 法进行校正，其中中心城区包括黄浦、徐汇、长宁、静安、普陀、闸北、虹口、杨浦，共 8 个区；近郊包括闵行、宝山、嘉定、浦东共 4 个区；远郊包括金山、松江、青浦、奉贤、崇明，共 5 个区县。

二、结果

（一）家庭医生制度覆盖情况

上海市 17 个区县社区卫生服务中心均已启动开展家庭医生制度建设，其中全面开展家庭医生制度建设的社区卫生服务中心数为 214 个，占全部社区卫生服务中心的 88%（表 1）。

表 1 2014 年 3 月上海市全面开展家庭医生制度建设的
社区卫生服务中心分布情况（单位：个）

区域	社区卫生 服务中心	全面开展试点 社区卫生服务中心	全面开展试点 社区卫生服务中心占比（%）
中心城区	76	68	89
近郊	89	78	88
远郊	78	68	87
全市	243	214	88

（二）家庭医生及团队建设情况

上海市全面开展试点的社区卫生服务中心共有临床医师 9297

名, 其中全科医生 5210 名, 占 56%, 其中中心城区注册全科医师占临床医师数的 58%, 近郊 54%, 远郊 57%。中心城区每万名常住居民的全科医师数为 3.0 名, 近郊为 2.1 名, 远郊为 2.4 名。社区护士共 8143 名, 医护比例为 0.9。其中中心城区医护比例最低, 仅 0.8 (表 2)。

上海市试点社区卫生服务中心共组建家庭医生团队 1608 个, 平均每个家庭医生团队中包括 2.4 名家庭医生、2.1 名护士、0.5 名非医学类社区助理、1.2 名志愿者及 0.5 名社会工作者 (表 3)。

表 2 2014 年 3 月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心医护人员配置情况 (单位: 人)

区域	临床 医师	全科 医师	注册全科医师 占比 (%)	每万名常住居 民全科医师	社区 护士	医护比 (%)
中心城区	3372	1956	58	3.0	2773	82.2
近郊	3909	2108	54	2.1	3459	88.5
远郊	2016	1146	57	2.4	1911	94.8
全市	9297	5210	56	2.5	8143	87.6

表 3 2014 年 3 月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心家庭医生团队配置情况 (单位: 人)

区域	家庭医 生团队 (个)	家庭 医师	临床全 科医师 任家庭 医生	中医全 科医师 任家庭 医生	家庭医 生团队 中社区 护士	家庭医生 团队中乡 村医生	团队中非 医学类社 区助理	团队 中志 愿者	团队中 社会工 作者
中心城区	497	1376	1141	235	858	—	222	570	213
近郊	623	1548	1363	185	1504	1038	237	549	197
远郊	488	892	786	106	984	1577	369	666	392
全市	1608	3816	3290	526	3346	2615	828	1785	802

(三) 家庭医生制度签约情况

截至 2014 年第一季度, 上海市全面开展试点的社区卫生服务中心有常住居民共 2126 万人, 其中户籍居民 1283 万人。通过家庭医生制度试点工作的逐步展开, 签约 810 万常住居民 (常住居民签约率 38%), 其中 660 万户籍居民 (户籍居民签约率 51%) (表 4、5)。其中, 中心城区的常住居民签约率为 38%, 近郊为 40%, 远郊为

34%，差别有统计学意义，进一步两两比较的卡方检验得出，中心城区和远郊的常住居民签约率都低于近郊常住居民签约率。中心城区户籍居民签约率为 39%，近郊和远郊均为 61%，统计学分析显示中心城区户籍居民签约率显著低于近郊和远郊的户籍居民签约率（表 5）。

表 4 2014 年 3 月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心家庭医生签约情况（1）
（单位：万人）

区域	社区常住居民	签约常住居民	社区户籍居民	签约户籍居民
中心城区	649	249	561	220
近郊	1000	398	475	289
远郊	477	163	246	151
全市	2126	810	1283	660

表 5 2014 年 3 月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心家庭医生签约情况（2）

区域	常住居民签约率（%）	户籍居民签约率（%）	平均每位家庭医师签约人数（人）
中心城区	38	39	1813
近郊	40	61	2570
远郊	34	61	1827
全市	38	51	2123

（四）提供有序医疗服务情况

2014 年 1 月 1 日到 2014 年 3 月 31 日，上海市家庭医生累计接诊 253 万签约居民，共计 638 万人次，平均每人就诊 2.5 次，其中预约门诊 70 万人次，占门诊社区服务中心总诊疗人次的 3.8%，转往上级医院 16.7 万人次；家庭医生接收从上级医院转回签约居民 7 万人次（表 6）。签约居民在家庭医生处就诊率最高为中心城区（37%），其次为远郊（32%），最少为近郊（27%），经过卡方检验得出，中心城区签约居民在家庭医生处就诊率显著高于近郊。社区卫生服务门诊就诊预约率中最高为远郊地区（6.6%），其次为中心城区（3.5%），最后为近郊（2.8%），通过卡方检验得出，近郊地区社区卫生服务中心门诊就诊预约率显著低于远郊地区（表 7）。

表6 2014年1—3月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心卫生服务提供情况(1)

(单位:万人次)

区域	社区卫生服务中心累计门诊人次	家庭医生累计接诊签约居民人数(万人)	家庭医生累计接诊签约居民人次	预约门诊人次	签约居民通过家庭医生转往上级医院累计人次	家庭医生接收从上级医院转回签约居民累计人次
中心城区	732	91	224	26	6.3	5.5
近郊	806	109	313	23	7.3	1.1
远郊	325	52	102	21	3.1	0.4
全市	1863	252	639	70	16.7	7.0

表7 2014年1—3月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心卫生服务提供情况(2)

区域	每位家庭医生接诊签约居民次数(人次)	平均每就诊签约居民就诊次数(人次)	签约居民在家庭医生处就诊率(%)	CHC门诊就诊预约率(%)
中心城区	1625	2.4	37	3.5
近郊	2020	2.9	27	2.8
远郊	1139	2.0	32	6.6
全市	1671	2.5	31	3.8

(五) 提供健康管理服务情况

全面开展试点的社区卫生服务中心签约居民规范化电子健康档案建立 794 万份, 占有签约居民的 98%, 截至一季度已动态更新档案 188 万份, 占总量的 24%; 签约居民中 250 万人(31%) 接受过健康筛查服务, 家庭医生在健康评估基础上进一步对 198 万人(签约居民的 24%, 开展健康筛查的签约居民的 79%) 签约居民制定了干预指导方案(表 8)。

表8 2014年3月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心健康管理提供情况(1)

区域	签约居民规范化电子健康档案建立数(万份)	年内累计动态更新档案数(万份)	签约居民中接受健康筛查服务人数(万人)	在健康评估基础上对签约居民制定干预指导方案人数(万人)
中心城区	230	61	76	43
近郊	386	96	146	131
远郊	178	30	28	24
全市	794	188	250	198

健康档案中，动态更新档案所占比例，中心城区、近郊、远郊分别为 27%、25%、17%，差别没有统计学意义；对签约居民开展健康筛查的比例中，中心城区（31%）和近郊（37%）大于远郊（17%），差别具有统计学意义；根据评估结果制定针对性干预指导方案的工作中，中心城区对 57% 参与健康筛查的签约居民提供了健康干预指导方案，低于近郊和远郊（表 9）。

表 9 2014 年 3 月上海市全面开展试点的社区卫生服务中心健康管理提供情况（2）
（单位：%）

区域	签约居民健康档案建立比例	健康档案中动态更新档案比例	签约居民开展健康筛查比例	制定干预指导方案比例	根据评估结果制定针对性干预指导方案比例
中心城区	92	27	31	17	57
近郊	97	25	37	33	90
远郊	100	17	17	15	86
全市	24	24	24	24	79

三、讨论

（一）签约服务关系稳步建立

在家庭医生数量缺口较大的情况下，目前签约率已经达到预期设想。但必须看到，上一阶段签约对象主要是主动利用社区卫生服务的人群和社区卫生服务的重点对象，其本身依从性较好，随着试点范围的扩大，签约工作的难度也将越来越大，需要更多外部政策的助力。

（二）注重对签约后居民的基本医疗与健康管理服务提供

签约后有 1/3 左右居民在家庭医生处就诊；基本实现对辖区内签约居民全面建立规范化电子健康档案和及时动态更新。应更加关注签约后居民对社区卫生服务的利用率，提高签约居民的依从性与认可度。

（三）家庭医生及社区护士数量缺口较大

按照每万人拥有4名家庭医生测算，上海市家庭医生存在较大缺口。中心城区缺少社区护士，而近郊和远郊地区的全科医生数缺口相对较大。目前家庭医生队伍建设人才源头仅有规范化培养这一渠道，短期内难以充分补充“新鲜血液”，需要进一步构建多渠道的家庭医生队伍充实机制。

（四）外部支撑政策有待进一步完善

在社区卫生服务体系自身建设需要不断完善的情况下，整个医疗卫生服务体系以及外部各项政策需要进一步加大改革支撑力度，比如：上级医疗机构资源优先向家庭医生开放、随着诊疗下沉后的医保总额增长机制及体现社区劳动价值的价格调整机制等。

四、总结

上海市家庭医生制度建设已初见成效，签约服务关系逐步建立，基本可以提供有序的基本诊疗服务，引入健康管理服务，家庭医生服务模式建设已取得较好进展。下一步，需要在加强自身能力建设的同时，进一步健全家庭医生制度的配套机制，夯实队伍建设，完善运行机制，激发服务活力，从服务模式的构建全面深化到制度的建立。

（责任编辑：陈多）

关于上海市家庭医生制度建设执行需求的调查与思考

谢春艳^{1, 2} 胡善联¹ 何江江^{1, 2} 王力男^{1, 2} 彭颖^{1, 2}

【摘要】 本研究采用定性访谈的方法,从政治需求、社会需求、资源需求和技术需求四个方面调查了上海市社区卫生服务中心管理者对开展家庭医生制度的执行需求,发现了家庭医生制度实施过程中面临的一些问题和挑战,在对家庭医生管理者执行需求总结分析的基础上提出相应的政策建议。

【关键词】 家庭医生;家庭医生制度;社区卫生服务;执行需求;政策建议

新医改明确提出了“保基本,强基层,建机制”的目标,使社区成为实现医改目标的重要载体,而实施家庭医生制度是社区卫生服务改革发展的重要举措。近两年,上海市在原有的全科团队社区卫生服务模式基础上,借鉴国际经验,探索开展家庭医生制度试点工作。为了解上海市社区卫生服务中心管理者对开展家庭医生制度的执行需求,本研究采用定性访谈的方法,从政治需求、社会需求、资源需求和技术需求四个方面进行了调研。调研范围为上海市开展家庭医生制度试点的10个区县中的4个区县,每个区县选取2个社区卫生服务中心;访谈对象为社区卫生管理干部和社区卫生服务中心主任、副主任,共计18人。

第一作者:谢春艳,女,助理研究员

作者单位:1.上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

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(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(11-061)

一、政治需求

（一）顶层设计

2011年颁布的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号）为全科医生制度建设完成了顶层设计，文件确定了全科医生工作在国家卫生战略中的地位，指出各地应该从实际出发，统筹规划和推进。

（二）配套政策支撑

1、做实社区首诊、定点医疗和双向转诊

在分级诊疗中，社区卫生服务中心需承担的工作定位要明确，建立以家庭医生为核心的双向转诊制度，逐步实施家庭医生首诊、定点医疗和转诊服务。

要因地制宜整合卫生资源，形成三级医院、二级医院和社区卫生服务中心的有效联动，为需要转诊的患者构建便捷、快速的绿色转诊通道，并保证患者在治疗、用药上的连续性。要确保家庭医生参与病人转诊后的医疗过程，保留家庭医生对转诊医疗机构处置病人的参与和干预权，以及诊疗后转入社区的权限。

2、完善经费投入保障机制

在现行全科医生规范化培养基础上，如何提高家庭医生的待遇、地位，增强家庭医生的职业成就感，成为稳定家庭医生队伍亟待解决的问题，应进一步完善相应政策支持。

3、健全基本药物制度

要加强二、三级医院与社区基本药物使用的衔接。目前基本药物制度只在基层实行，由于基层和二、三级医疗机构“双轨制”，医院的逐利机制没有改变，导致依旧患者流向二、三级医院。

基本药物制度不仅仅是“零差率”和“省级招标采购”，而是从研发、生产、流通到使用的一系列制度安排。目前的制度设计上还存在很多问题，如当前仅仅通过省级招标采购解决不了基本药品产业链上游环节的问题。因此，应优化药品招标机制，真正落实“量价挂钩”。

4、完善医保配套政策

（1）报销比例

医保政策要逐步拉大社区卫生服务中心和二、三级医疗机构的报销比例，引导居民优先利用社区卫生服务，推动家庭医生制度这项利民政策的顺利实施。

（2）医保额度与结余

医保政策应倾向基层倾向社区，逐年扩大社区卫生服务的医保份额，主要是在新增医保总盘中优先向社区卫生服务倾斜。

确保家庭医生享有签约居民上年度医保额度总量的总控权限，负责控制签约居民医保总量的使用，尤其是在社区医疗机构诊疗的费用支出，对二、三级医疗机构的医保支出有干预权和建议权。对于年度结余的医保费用，要提高对家庭医生的激励，在现有医疗服务基础上给予增量激励。

（3）支付制度改革

医保应认可家庭医生开展的健康管理、健康教育等工作项目，通过支付制度引导由过分注重医疗和药品转向积极开展预防保健和健康管理，并出台相应支付政策，使家庭医生的劳务有一定的价值体现。要推进支付方式改革，加快推行社区卫生服务按人头付费，“费用跟着人头走”，同时落实家庭医生费用管理权，建立家庭医生参与

居民医疗质量控制和医疗费用控制的双重机制，使家庭医生真正成为居民的“健康守门人”和“费用守门人”，这样才能提高居民的依从性，提高家庭医生的管理积极性。

5、完善人才培养和引进机制

加大对全科医生的培养和培训力度，提高其服务能力，满足居民需求。应提高中级职称的人员编制配置，加强对社区高级职称人才的培养和聘任，从外地和二、三级医疗机构引进人才，充实和稳定社区家庭医生人才队伍。

6、构建需方约束机制

家庭医生制度的推行和完善，除了对供方的要求，还应明确家庭医生的权利和义务，对需方进行引导和约束，尤其是对签约居民，要明确双方的责、权、利。

二、社会需求

（一）重视所在社区街道和居委的支持

在家庭医生实施过程中，应充分发挥居委会在家庭医生和社区居民之间的协调和沟通作用，发挥学校和企业推进家庭医生制度服务工作中的作用。例如上海市有的街道成立了街道健康促进委员会，将家庭医生服务作为重点工作，街道党工委专门设立家庭医生奖励基金，组织评比家庭医生工作，奖励工作优秀的家庭医生。

（二）发挥社会团体和民间组织的社会支持

建立家庭医生社会支持机制，充分发挥志愿者等社会团体或民间组织的社会支持。如周家桥街道社区建立了“健康志愿者”队伍，配合家庭医生开展社区工作，并建立了居委卫生干部例会制度，为家庭医生提供各居委居民的动态信息。

（三）加大对家庭医生制度的宣传和解释力度

要加强社会各方对家庭医生制度的认同、接受和支持，需要媒体和宣传部门大力支持、合理宣传与解释，引导社会各方包括老百姓正确认识家庭医生，理解家庭医生，乐于接受家庭医生，进而支持家庭医生。向社会公布不同阶段的服务目录，提供有效的基础支持，保障工作目录指向范围内的医疗安全 and 质量，提高居民的知情、选择能力。

三、资源需求

（一）素质较高的家庭医生队伍

社区卫生服务中心发展至今，还存在人力资源匮乏、技术力量薄弱、老百姓对社区卫生服务中心医疗卫生技术水平缺乏信任等问题^[1]，这也成为家庭医生制度顺利实施的一大障碍。要加快公立医院改革步伐，建立医师多点执业机制，协调多点执业医师的执业范围问题，使二、三级医院的医生能分流到基层医疗机构中工作，增强基层医疗机构的力量，提高家庭医生的专业能力和技术水平，确保有较好的医疗技术来支撑社区卫生服务中心，支撑家庭医生制度的落实，显得尤为重要。

（二）科学的内部运行机制和管理制度

要把家庭医生的服务行为从被动服务变为主动服务，需要明确家庭医生服务的职能定位、岗位要求及工作内容，建立有效的激励考核机制。

完善内部管理，如有的社区建立了慢性病预约门诊，家庭医生对辖区内的慢性病管理率分别为：高血压（流行病学意义上的）47%，糖尿病（流行病学意义上的）36%，建立慢性病预约门诊后，

慢性病病人的预约就诊率高者已达到 81%，全中心平均达到 50% 以上，全程管理，费用降低。

（三）典型与榜样的力量

有的街道成立了“家庭医生工作室”，优秀家庭医生的工作成为社会品牌，树立了良好的口碑，为进一步提高家庭医生服务能级作了积极探索。

（四）相关政府部门的配合与支持

家庭医生制度要顺利开展，需要相关政府部门如社会保障部门、财政部门关注并正确理解家庭医生制度，同时积极配合支持，给予必要的政策保障。

四、技术需求

（一）信息化支撑

家庭医生工作必须要有信息化支撑，才能提高工作能级。在目前家庭医生数量不足的情况下，有效利用信息化技术是减轻其工作量、提高管理效率和工作效率的重要手段。信息化软件开发应由市卫生计生委调研评估，择优将可行的软件推广，同时由区域向全上海市整合，实现信息共享。

实施社区首诊和双向转诊，应在已经初步建立区域医联体家庭医生预约平台的基础上，加快建立全上海市统一的家庭医生预约平台和双向转诊平台。

（二）科学合理的绩效考核与激励机制

科学合理的考核激励机制对于提高家庭医生的工作积极性和工作效率有至关重要的作用，需要不断完善。很多社区卫生服务中心管理者反映，目前正在探索的家庭医生绩效考核体系包括家庭医生

工作数量、质量、满意度以及家庭医生个人技能等方面的内容，考评起来相对比较容易，指标也容易获得，但是，实际上真正反映家庭医生工作实效的负责区域内社区居民健康状况和健康改善程度却很难评价。为提高家庭医生工作的积极性，有的区卫生计生委推出“家庭医生奖励计划”，有的社区实施“家庭医生岗位津贴”，对稳定家庭医生队伍起到了作用。

（三）家庭医生的知识更新与培训

知识更新与培训对于提高家庭医生服务能力，提高居民满意度十分重要。**一是在培训方式和时间方面：**在了解家庭医生知识结构和需求的基础上，定期开展相关专业知识讲座；整合丰富的网络资源，建立家庭医生学习交流平台，供家庭医生业务时间有针对性地学习，提高时间的利用效率和学习针对性。**二是在培训内容方面：**针对目前临床技术培训数量少、质量低的现状，希望相关部门更加重视该类培训，增加该类培训的数量，增进该类培训的深度和质量，注重对全科医生各方面专业知识的培养和临床操作技能的培训，重视临床操作、实践技能的培养。

除医疗卫生业务知识之外，还应重视加强交流沟通技巧，强化家庭医生制度服务理念，增加居民需求强烈但家庭医生较缺乏的相关交叉学科等方面的内容，比如心理学、营养学。

五、政策建议

通过对社区卫生服务中心管理者开展的家庭医生制度执行需求调查发现，家庭医生制度的实施在政治、社会、资源和技术等方面还存在一些问题和挑战，需要进一步发动各方力量，整合社会多方资源，完善配套政策措施，保障家庭医生制度的顺利推进。

（一）完善制度设计，加强配套政策支撑

上海市已将深化社区卫生综合改革列为 2011—2012 年市医改的十项重点工作之一，要求“探索建立家庭医生制度，家庭医生负责对一定数量的人群开展疾病管理和健康管理，2011 年先在 10 个区开展试点。”各区县都在探索推行各具特色的家庭医生制度，但在诸如家庭医生职能定位、岗位职责、工作流程与标准、绩效考核与激励等方面缺乏指导，下一步需要在总结试点经验的基础上，与市级层面统筹规划，统一基本的制度设计和工作方案，对区县家庭医生制度的推进进行指导。

实施家庭医生制度的关键在于体制机制的改革和完善，没有社区首诊的“守门人”制度，老百姓表面上拥有就医选择权，但医疗资源配置不合理的恶性循环也随之产生。因此，“强基层”，关键在于“建机制”，即建立“健康守门人”制度。例如在英国，家庭医生收入高，地位重要，不仅为民众提供初级卫生保健服务，而且更为重要的是，家庭医生通过首诊制以及对医疗费用的支配权决定着医疗资源的分配。事实上，在英国，由全科医生联盟主导的临床服务委托组织（简称“CCGs”）掌管着其卫生服务 80% 预算的配置^[2]。

同时要完善相关配套政策措施，为实施家庭医生制度营造良好的外部政策环境，主要措施包括：**一是**整合医疗资源。进一步落实各级医疗机构功能定位，逐步做实社区首诊、定点医疗和双向转诊；**二是**完善经费投入等各种保障激励机制。建立对家庭医生的物质和精神双重激励机制。加大财政投入力度，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；每年在全上海市范围内召开家庭医生表彰大会，给优秀的家庭医生发奖金、戴红花，通过各种

方式提高家庭医生的待遇水平、社会声誉和社会地位；**三是**完善基本药物制度。保障社区基本药物的供应，做好社区医疗机构与二、三级医疗机构的用药衔接；**四是**完善医保配套政策支撑。逐步拉大社区卫生服务中心和二、三级医疗机构的报销比例，以此引导居民优先利用社区卫生服务；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；医保应认可家庭医生开展的健康管理、健康教育等工作项目，通过支付制度引导由过分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，加快推行社区卫生服务按人头付费，同时建立“费用跟着人头走”的竞争机制，允许居民在一定期限内（一年左右）更换签约的家庭医生，促使家庭医生为留住签约居民改善服务提高技术水平，同时落实家庭医生的费用管理权，通过制度引导约束以落实家庭医生的责任和权利。**五是**加大人才培养和引进力度。加强对家庭医生所需各方面知识和技能的培训，如业务知识、沟通技巧、心理咨询等，提高服务能力，建成一支素质较高的家庭医生队伍。为有效提升社区卫生服务水平，规定二、三级医院的医生必须有在社区工作三年以上的经验才能晋升职称，一方面密切了医院与社区的联系，另一方面有利于推动家庭医生队伍的成长。

（二）完善社区卫生服务内部运行机制和管理制度

通过完善社区卫生服务的运行机制和管理制度，转变服务观念与服务模式，需要明确家庭医生服务的职能定位、岗位要求及工作内容，建立有效的激励考核机制。在绩效考核方面，应淡化以门诊服务人次或服务量为代表的数量指标，配合服务对象的疾病复杂程度，加大对服务时间和服务质量、服务结果的考核力度，鼓励创新

性健康管理的项目经费支持和激励，建立以“慢性病管理率”，“质量调整生命年（简称“QALY”）”为代表的居民健康水平指标体系。

（三）整合社会资源，争取各方力量支持

在家庭医生实施的过程中，应发掘社会和所在社区的资源，建立社会支持机制^[3]，加强与街道的沟通机制，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的协调和沟通作用，发挥学校和企业推进家庭医生制度服务工作中的作用。志愿者等社会团体和民间组织的支持也有利于配合家庭医生社区工作开展^[4]，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，参与到家庭医生制度服务的联络工作中。

（四）加大对家庭医生制度的宣传和解释力度

要增加社会各方对家庭医生制度的认同、接受和支持，需要媒体和宣传部门大力支持、合理宣传与解释，避免对家庭医生制度的误解和扭曲，打消居民的顾虑，引导社会各方包括居民正确认识家庭医生，理解家庭医生，引导居民形成科学的就医习惯和医疗需求。提高居民的就医“品味”，让他们感觉到与家庭医生签约就如同加入了一个高级俱乐部^[5]，营造拥有家庭医生是一种时尚的社会氛围。

要大力宣传家庭医生制度为居民带来的实惠：社区内就医、家庭医生上门服务以及双向转诊节省居民的时间和精力；较高的报销比例节省医疗费用；可以享受到家庭医生个性化的健康管理和生活指导，针对重点人群的全天候和无缝隙服务，有效预防和缓解疾病。

（五）加强信息化等技术支撑

家庭医生工作必须要有信息化支撑才能提高工作能级。在目前

家庭医生不足的情况下，有效利用信息化技术是减轻工作量、提高管理效率和工作效率的重要手段。为避免信息孤岛的形成，建议家庭信息化工具由市级层面统一推进，逐步在各区县现有信息化基础上，由区域向全上海市整合，实现信息共享。

（六）加强法律保障

家庭医生制度还处于起步阶段，几乎没有相关的法律法规可以对家庭医生的行为进行规范。在家庭医生提供服务特别是上门服务的过程中，如果没有相应的法律法规对家庭医生、居民双方的权利义务进行规范，很可能会出现一系列医疗纠纷。家庭医生制度要获得长足发展，离不开相应的法律规范。因此，如何明确家庭医生及居民双方的权利、义务，并建立一个公正、专业的评判机制，为可能出现的医疗纠纷提供客观的评价是发展家庭医生制度的重要保障。

参考文献

- [1] 冯国双,郭继志,周春莲.我国城市社区卫生服务存在的问题建议[J].中国全科医学, 2002, 7(7):478-488.
- [2] The Kings Fund, NHS reform. <http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform>
- [3] 马吏, 薛秦香, 廉昭.试论城市社区社会资本对社区卫生服务发展的影响[J].中国医学伦理学.2007, 20(1):99-100.
- [4] 刘军安, 卢祖洵, 孙奕.中国城市社区卫生服务发展理论及其实践缺陷[J]. 中国卫生事业管理.2004(6):324-325.
- [5] 梁万年. “4R战略”让全科医生走向家庭医生. 健康报.2011-06-16

（责任编辑：常雪沛）

对于家庭医生门诊和上门服务的观察与思考

谢春艳^{1, 2} 胡善联¹ 何江江^{1, 2} 彭颖^{1, 2} 王力男^{1, 2}

【摘要】目的：了解家庭医生的日常工作情况。**方法：**选取上海市6家社区卫生服务中心的12名家庭医生作为本研究对象。采用现场观察的定性研究方法，观察家庭医生的门诊及上门服务（家访）情况。**结果：**现场观察开展门诊服务的家庭医生7名，门诊患者90余人次，平均每人次门诊时间约5分钟；家访的家庭医生5名，上门服务12户，平均每户家访时间约30分钟。家庭医生所在社区的特点，街道、居委及其他社会组织的支持，不同家庭医生团队之间的合作，不同层次医疗服务的整合与协同以及相关政府部门配套政策的支撑，是家庭医生开展工作的社会支持网络。家庭医生的业务水平，居民与家庭医生的熟悉程度，家庭医生的沟通能力，患者的就医观念以及社区卫生服务机构的就诊环境，是居民对家庭医生信任度、满意度的影响因素。工作任务与待遇水平，社区卫生服务中心的管理情况、家庭医生对自身职业的认知以及服务对象的态度，是家庭医生工作态度与积极性的影响因素。**结论：**家庭医生制的实施应以社区为载体，整合社会多方面资源，从改善医患关系、培育社区社会资本、加快社区建设发展的角度来推进。

【关键词】 家庭医生；家庭医生制度；社区卫生服务；社会支持；现场观察

观察法作为一种定性研究方法，在观察研究对象具体行为时也记录了一定的场景，并能直接与研究对象接触，可以深入了解社会

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

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（CMB）卫生系统研究与政策转化合作项目（11-061）

现象，获得珍贵的第一手资料。在家庭医生工作现场观察其门诊及上门服务（家访）情况，收集和记录家庭医生工作过程中的信息，更有助于对家庭医生日常工作情况进行比较具体直观的了解，产生新的研究发现。本研究采用观察法，研究者分为两个小组，利用3天时间分别到上海市3个区的6家社区卫生服务中心对家庭医生的门诊和家访情况进行了现场观察。

一、对象与方法

（一）研究对象

采用随机抽样方法选取了上海市3个区，通过社区卫生服务管理负责人的介绍安排，选取了6家社区卫生服务中心的12名家庭医生作为本研究对象。

（二）研究方法

本研究研究者是上海市卫生发展研究中心研究人员。主要采用现场观察和定性访谈研究方法，主要收集信息内容包括：家庭医生工作环境、工作过程、医生与患者及患者家属间互动情况等。观察结束后对部分家庭医生及其服务对象进行了访谈。

二、结果

共现场观察门诊服务家庭医生7名，门诊患者90余人次，平均每人次门诊时间约5分钟；家访家庭医生5名，上门服务12户，平均每户家访时间约30分钟。门诊内容多为询问病情、测量血压等例行检查，根据患者情况开处方配药或调整药品品种或用量；家访内容与门诊内容类似，但医生与患者的沟通时间更长，有更多生活方式指导和健康教育，大多数家庭医生会在家访过程中通过聊天对患者及其家属进行心理安慰和支持。

（一）家庭医生工作的社会支持网络

1、所在社区性质

传统街坊社区，家庭医生在此工作年限较长，对患者比较熟悉，赢得了较高信任，“粉丝”众多。

2、患者家庭、家属或照顾者的参与

患者家庭和亲属是卫生服务过程中的重要支持力量，患者的态度经常会受家属意见的影响，甚至一些重要决定是由家属代替患者做出，家属或照顾者的信任、配合和参与对家庭医生的工作成效有着重要影响。

3、街道、居委及其他社会组织的支持

街道、居委对社区卫生服务和家庭医生工作的重视程度和支持程度与当地家庭医生制度的开展情况密切相关。有家庭医生表示，同一个社区卫生服务中心的家庭医生，在不同居委开展工作时得到居委的配合和支持程度不同，工作效果也完全不同。如开展健康教育，如果居委大力配合宣传，居民参与度会明显提高。有的居委和街道干部缺乏社区资源整合观念，认为健康教育是社区卫生服务中心的事情，不属于自己的工作范围，对家庭医生制缺乏认同和支持，也会影响家庭医生开展工作的积极性。有的社区居委会对家庭医生的签约工作帮助很大，但在一些物质支持上有心无力，如社区卫生服务站都是社区卫生服务中心自己租赁的。另外，志愿者团体等社会组织的参与也有助于家庭医生工作的开展。

4、不同家庭医生团队之间的合作情况

有家庭医生反映，现在大多数团队是“各忙各的”，合作不足，一个居委的工作往往由一个固定团队负责，缺乏不同团队之间的资源整合。如有的团队开展一次健康讲座做了大量准备工作却只能在其负责的一个居委开展，附近的居委由于不属于其负责范围，无法

顺便组织开展，造成资源浪费。

5、不同层次医疗服务的整合与协同

社区卫生服务中心与二、三级医院的协作关系，通畅的双向转诊、不同层次医疗服务的有效衔接有利于家庭医生工作的开展。

（二）居民信任度、参与度与满意度的影响因素

1、家庭医生的业务水平

家庭医生表示自身的业务水平“要让患者信服”是最重要的。业务水平较高的家庭医生，其患者信任度、参与度与满意度都较高。如有首次就诊的患者 A 在诊疗结束后向医生咨询其门诊时间，表示下次还要来看这个医生，表现出较高的信任度与参与度。患者 B 在就诊结束之后，还将自己儿子的体质状况向医生进行咨询，并表示有时间把儿子带来就诊。患者 C 脑梗后足部出现溃疡，难以恢复，最后家庭医生通过控制血糖，其足部溃疡得到恢复。家庭医生认真的专业态度及较高的业务水平对提高患者的信任度非常重要。

2、居民与家庭医生的熟悉程度

熟悉程度对居民的信任度和参与度有较大影响。患者对家庭医生较为熟悉，信任度也较高。以开药为例，患者积极将自己的病情和症状向医生反映，并向医生咨询药品的服用情况。家庭医生在了解患者病情之后，还会对患者的用药习惯进行询问，为患者解释不同药品对应的不同疗效，并且详细说明药品的用量及用法。同时医生结合天气变化的状况，为患者适量调整用药品种和用药量，受到患者的肯定。此外，医生还会了解患者日常饮食情况，为其日常饮食结构提供参考建议。

3、患者的就医观念、文化和价值观

患者对健康的重视程度、对疾病的认识程度往往不同，有着不

同的偏好、需要和价值。有的患者比较关注个人健康，对家庭医生制的参与度较高，甚至还自学医学知识、记录血压变化情况录入电脑进行分析，做到自我健康管理。有的患者则需要家庭医生跟踪指导，配合家属的支持和帮助，也可以明显提高患者的治疗依从性。

然而，长期以来“重医疗、轻预防”的医疗模式和“以药补医”的补偿机制下，居民长期受到来自医疗机构和医生的不合理诱导，大多数患者的就医观念和习惯存在误区，只关注病症、药物和名医专家，就医模式偏向“高、精、尖”，对医疗服务的期望值越来越高，忽略了预防保健对健康的重要意义。这种思想认识上的偏差，给家庭医生制的开展带来了难度。

4、家庭医生的沟通能力

沟通技能是家庭医生的必需技能之一。有位家庭医生说：“患者与医生之间是微妙的人与人的关系，患者需要心理支持，需要时间倾诉，家庭医生更应注重与患者联络感情，需要有足够的沟通和交流时间建立信任”。

医患的沟通时间与沟通程度在很大程度上影响着居民对家庭医生制的信任度、参与度与满意度。有家庭医生反映，由于配药限量，患者往返门诊次数频繁，整个门诊过程变为机械的电脑操作，导致门诊人次数增加，缩短医生与患者的沟通时间，影响患者的信任度和满意度。如果有足够的沟通时间，家庭医生可以在门诊过程中进行健康教育，如进行戒烟限酒、改变生活方式、营养饮食和运动处方的健康教育。

观察发现，家庭医生上门服务过程中患者的参与度、信任度与满意度相比门诊环境下明显提高，是家庭医生开展健康教育和生活方式指导的良好时机。尤其是老年人比较欢迎家访的家庭医生，如

果家庭医生善于沟通，患者与医生熟悉、关系融洽，除了健康咨询，老年人可能会向家庭医生倾诉心事，闲话家常，排解孤独和烦恼，寻求心理支持和安慰。

5、配药需求能否满足

门诊大多数患者就诊是为了配药，在进行常规检查后，经常主动要求医生为其开某品牌、某剂量的药品。基本药物制度实施后，社区药品种类变化较大，部分患者会听从家庭医生的建议改用替代药品，有对家庭医生信任度较高的居民使用广告上的新药前会咨询家庭医生，表明家庭医生在指导居民合理用药方面能起到积极作用。

但是另一方面，也还有部分居民尤其是老年人和慢性病患者长期养成用药习惯难以改变，倾向使用高价甚至进口药品，配药种类和数量的限制，降低了社区卫生服务对患者的吸引力和满意度。家庭医生引导患者合理用药的工作任务艰巨，改变居民不合理的药品需求仍需要长期宣传教育和引导。

6、诊疗环境

有些社区卫生服务中心诊疗环境有待改善，如每两名家庭医生共用一间诊室，影响患者和医生沟通。有的社区卫生服务中心没有叫号系统，患者自觉地将病历本依次放在医生桌上，很多患者都挤在诊室里等待，在医生为患者看病过程中，部分等候患者也会发表自己的看法和观点，一定程度上影响了家庭医生的工作，也侵犯了患者的隐私。

但是另一方面，如果在传统街坊社区，发现在同一间诊室就诊等候的患者大部分是熟人，与家庭医生的关系也比较融洽，等候过程中患者之间交流病情、互相安慰鼓励，患者与医生闲话家常、聊天说笑缩短了人与人之间的距离，使诊疗过程轻松愉快，其乐融融，反而提高了患者的参与度和满意度，也提高了家庭医生的成就感和

工作积极性。

在诊疗环境的建设方面，应充分发掘患者等候区的社会功能。观察发现，患者等候区可以成为一个很好的社会交往与互动场所，尤其是在传统街坊社区，候诊患者之间比较熟悉的情况下，病友之间相互交流鼓励，可以在候诊同时发挥患者自我健康管理小组的作用，而且也有利于社区社会资本的培育。有些社区建立了“健康管理小屋”，非常具有特色，对社区慢性病管理和居民健康管理起到纽带支持作用。

7、居民对家庭医生制的了解认识程度

尽管有些居民对家庭医生的服务很满意，但仍没有签约。对未来的签约存在担心和疑问，担心后期只能绑定在一个社区卫生服务中心看病。表明需要加强家庭医生制的政策宣传和解释力度。

（三）影响家庭医生工作态度与积极性的因素

1、繁重的工作任务与待遇水平的差距

实行收支两条线、绩效工资改革和零差率政策后，家庭医生目前的工资水平较以往有所降低，但工作量比从前有所增加，特别是公共卫生工作。大多家庭医生反映收入不高，家庭医生承担了多重角色和职能，与二、三级医院的医生相比，繁重的工作任务与待遇不成正比，明显挫伤了部分家庭医生的工作积极性，尤其是外地无房的家庭医生生活压力很大。

2、社区卫生服务中心的管理情况

家庭医生的工作态度和积极性与所在单位的绩效考核、分配制度、激励措施等管理制度密切相关。如有的社区卫生服务中心为更好地开展全科团队工作，已制定相应的绩效工资制度。首先，责任医生/护士应在每次诊疗后填写健康服务责任制服务记录表，内容涉及家庭健康档案管理、健康教育指导、门诊预约服务、家庭病床

服务、区内定点医疗机构双向转诊和中医适宜技术及养生保健服务等；其次，中心每月对全科团队的工作量进行统计，其中明确各工作项目所需工时，并配备专业统计人员对数据进行核查，保证不出现多填或漏填现象；最后，综合每位责任医生的工作量与患者满意度等指标发放绩效工资。此种做法不仅对医生的诊疗过程有了相应的规范，而且有助于切实发挥社区“六位一体”的功能。

3、在社区的工作时间、对社区的认同感与归属感

在社区工作时间较长的上海本地家庭医生更容易融入社区环境，与服务对象比较熟悉、关系融洽的家庭医生往往患者满意度较高，“粉丝”众多，他们的工作积极性更好。外地来的家庭医生可能需要更多的时间熟悉和适应，调查发现，外地生源到上海工作一段时间后的家庭医生，过了最初适应期之后，如果本身认同家庭医生这个职业，加上其吃苦耐劳的精神和认真负责的工作态度，往往会有很出色的表现，得到当地居民的认可和赞同。

4、家庭医生对自身职业的认识和接受度

发现有刚毕业几年的年轻家庭医生对其角色和职能比较模糊，还是过多关注医疗，对预防保健和健康管理的重要性认识不够，认为社区的医疗条件和诊疗水平较差是导致无法吸引患者的主要原因，如反映“参加的单位组织的培训不太能提高临床水平”。

5、服务对象（社区居民）的态度

家庭医生服务对象的态度反过来又会影响到家庭医生的工作积极性和工作效果，患者及家属对家庭医生的接受和认可，对家庭医生的感谢和赞扬，走在社区里有街坊邻居很主动很尊敬地跟家访的医生打招呼，明显感觉到家庭医生的满足感和成就感提升。

有的家庭医生明显被患者视作可以倾诉心里话的好朋友，还有的家庭医生充当了调解家庭纠纷、邻里纠纷的“权威”角色。例如

在跟随家庭医生家访过程中小区里街坊发生了口角，家庭医生介入说了几句话，当事人马上反应“某医生的话总归要听的”，紧张的情绪马上缓和，原本因愤怒而涨红的脸上也露出了笑容，避免了一场争端的发生，对家庭医生的信任和尊重可见一斑。

6、相关政策保障

一是要逐步做实家庭医生首诊、定点医疗和双向转诊制度。单靠家庭医生的服务，建立伙伴关系，增加信任感，是不能完全解决问题的，根本解决问题必须改变目前医疗体系分裂的现状，二、三级医疗机构与社区卫生的竞争关系应转变为合作互补关系，形成有机整合、有序衔接的医疗网络（医疗联合体）。

二是加强医保配套政策支撑。医保出台相关的政策，配合支付方式的经济杠杆作用，引导社区首诊，双向转诊；实行按人头付费，赋予家庭医生管理人头费用的权力，从制度上保证家庭医生工作的开展。

三是扩展职称晋升空间。有的家庭医生已经在社区工作十几年，由于名额限制，目前尚未解决中级职称，建议对社区人员编制与职称评定有适当的政策倾斜。

三、讨论

本研究发现，家庭医生制度的顺利实施，需要居民、医务人员以及外部社会资源和政策保障的共同支持。

首先，从社会支持网络的角度来看，家庭医生所在社区特点，街道、居委及其他社会组织的支持，不同家庭医生团队之间的合作，医疗网络的完整性、不同层次医疗服务的整合与协同，以及相关政府部门配套政策的支撑，这是家庭医生开展工作的外部环境和重要社会资本，是家庭医生制度顺利实施的重要保障，需要不断发掘社会支持网络的作用^[1]。

其次，社区居民和医务人员是基层医疗卫生服务的互动双方，

是家庭医生制度的主体，社区居民与医务人员的态度是关系家庭医生制度能否顺利实施的关键环节^[2]。居民和家庭医生的态度分别有其各自的影响因素；同时居民的信任度、参与度和满意度，家庭医生的工作态度与积极性，二者又密切联系、互相影响，居民与家庭医生的良好互动有利于社会资本的积累，从而推动家庭医生制度的良性运行。反过来，家庭医生制度的顺利实施又有利于缓解当前紧张的医患关系，使医患之间重建信任与合作，良好的医患关系对签约居民、家庭医生和社区服务中心乃至整个卫生体系的影响是多方面、相互渗透的。

由此可见，家庭医生制的实施应以社区为载体，整合社会多方面资源，从改善医患关系、培育社区社会资本、加快社区建设发展的角度来推进，一方面要通过加强人财物的投入、改善诊疗环境、提高业务水平、提高家庭医生的福利待遇等硬件条件和保障措施来实现。另一方面应该创造良好的软环境，加大政策宣传力度；改善管理，通过科学合理的制度设计转变服务模式和流程；创造条件加强家庭医生与居民的沟通，通过整合社区的社会资本、改善社区人际关系、增加社区信任和参与，增加各利益相关方对家庭医生制度的理解和认同。只有硬件和软件都建设好，才能从根本上提高家庭医生的社会地位和工作积极性，提高居民对家庭医生制度的信任度、参与度与满意度^[3]。

参考文献

- [1] 吴军.全科服务团队模式下的家庭医生制服务探讨[J].中国全科医学, 2011, 14(9): 2851.
- [2] 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(11): 3541.
- [3] 张琦, 许志红, 王瑞英. 家庭医生责任制对社区慢性心力衰竭患者生存质量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2011, 14(11): 3546.

(责任编辑: 常雪沛)

上海市家庭医生工作满意度调查研究

张天晔¹ 刘红炜¹ 何江江² 汤真清³ 万和平⁴
陶雷⁴ 史野⁵ 杨颖华¹

【摘要】目的：了解上海市家庭医生满意度情况，为上海市进一步推广家庭医生服务提供政策调整依据。**方法：**参考现有文献与政策法规后自行设计问卷，在全市范围内开展调查，每个区县随机抽取3家社区卫生服务中心，对调查当日所有在岗的家庭医生开展现场问卷调查，共计1449名研究对象纳入研究。**结果：**经过因子分析，抽取3个主因子，按对满意度的影响大小依次为工作氛围、报酬福利和培训晋升，三类地区得分结果比较显示远郊地区的工作氛围满意度低于中心和近郊，中心城区的报酬福利满意度低于近郊和远郊，远郊地区的培训晋升满意度低于中心和近郊。**结论：**依据不同类型地区家庭医生满意度的调查情况，针对性开展相关工作，可以有效提高上海市家庭医生工作的总体满意度。

【关键词】 家庭医生；家庭医生制度；满意度；因子分析

家庭医生是疾病预防和健康管理的重要环节，也是保障居民健康的重要力量。新医改明确提出了“保基本，强基层，建机制”的目标，因此社区成为贯彻落实医改的重要载体，而家庭医生制度的实施是社区卫生服务改革发展的重要举措。2011年起，上海市将原有的社

第一作者：张天晔，男，主任科员

作者单位：1. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

2. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

4. 上海市社区卫生服务管理中心，上海 200040

5. 上海市青浦区金泽镇社区卫生服务中心，上海 201718

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(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(11-061)

区医疗团队服务进一步改革为家庭医生制度，使本市居民享受更便捷、连续的卫生服务。家庭医生作为上海市家庭医生制的主要载体和服务提供者，调查分析他们的工作满意度情况，对下一步完善上海市家庭医生制度具有重要的现实意义。

一、对象与方法

（一）调查对象

将上海市 17 个区县纳入研究范围，每区按 2013 年度社区卫生服务中心测评等级三等分，每个区段中随机抽取 1 家社区卫生服务中心，即每个区县抽取好、中、差 3 家社区卫生服务中心，对调查当日所有在岗的家庭医生开展现场调查，共计 1449 名研究对象纳入研究。

（二）调查方法

依据上海市家庭医生制试点机构的调研结果设计问卷，经过预调查和征询专家意见后形成正式调查问卷。调查时间为 2014 年 2 月。调查内容包括三部分：第一部分为基本信息；第二部分为工作情况；第三部分为满意度调查。满意度调查分为 13 个条目，包括社会地位、报酬收入、福利保障、单位发展、培训机会等 12 个基本条目，第 13 个条目为总体满意度。满意度评价各项指标采用 Likert 量表 5 级计分法，每个条目的评价情况分为 5 个层次，依次为：“很不满意”、“不太满意”、“一般”、“较满意”、“很满意”。

（三）统计分析

区县按中心城区（黄浦、徐汇、静安、闸北、虹口、普陀、杨浦、长宁），近郊（宝山、浦东、闵行、嘉定），远郊（崇明、青浦、奉贤、金山、松江）进行合并处理分析。使用 Epidata3.1 软件建立数

数据库并录入问卷调查结果,运用 SPSS19.0 软件进行统计分析。连续型资料描述使用均数和标准差,分类数据描述使用绝对数和构成比。不同地区之间的比较使用方差分析或者卡方检验;对满意度进行因子分析,使用方差最大旋转法求得因子载荷矩阵,计算旋转后得分;以上统计量显著性检验水准取 $\alpha=0.05$ 。

二、研究结果

(一) 三类地区家庭医生的基本特征

三类地区家庭医生的平均年龄分别为中心城区 41.51 ± 9.58 岁,近郊 41.21 ± 7.99 岁,远郊为 39.84 ± 8.43 岁,方差分析显示 $F=4.761$, $P=0.009$,两两比较后(中心和远郊之间的 P 值 $=0.003$,近郊和远郊之间的 P 值 $=0.025$)具体表现为远郊与另外两个地区的年龄有差异,即远郊地区家庭医生的平均年龄低于中心城区和近郊。

三类地区家庭医生的其他基本特征如表 1 所示,其中除工作年限三类地区差异无统计学意义外,其它各项基本特征的差异均有统计学意义。经过两两比较后得出:性别的差异主要表现在中心城区和近郊之间,其中卡方值 $\chi^2=15.905$, $P<0.001$;表明中心城区女性家庭医生占多数,近郊则为各占一半。学历的差异表现为两两之间均有差异,具体为中心和近郊之间 ($\chi^2=18.906$, $P=0.001$),中心和远郊之间 ($\chi^2=31.105$, $P<0.001$),近郊和远郊之间 ($\chi^2=59.527$, $P<0.001$),说明本科以上学历占比最多的为近郊,其次为中心城区,最后为远郊。职称的差异表现为远郊和另外两个地区的差异,具体为中心和远郊之间 ($\chi^2=51.776$, $P<0.001$),近郊和远郊之间 ($\chi^2=33.025$, $P<0.001$),表明远郊地区中高级职称的家庭医生所占比例要低于近郊和中心城区。

表 1 三类地区家庭医生的基本特征

基本特征	中心城区 <i>n</i> =613		近郊 <i>n</i> =413		远郊 <i>n</i> =423		χ^2	<i>P</i>
	人数 (人)	占比 (%)	人数 (人)	占比 (%)	人数 (人)	占比 (%)		
性别								
男	226	36.9	204	49.4	176	41.6	15.925	<0.001
女	387	63.1	209	50.6	247	58.4		
学历								
硕士	38	6.2	25	6.1	3	0.7	64.745	<0.001
本科	439	71.6	332	80.4	290	68.6		
大专	111	18.1	52	12.6	93	22.0		
高中	25	4.1	3	0.7	36	8.5		
初中	0	0.0	1	0.2	1	0.2		
工龄								
0~	17	2.8	14	3.4	11	2.6	6.997	0.321
1~	84	13.7	55	13.3	49	11.6		
5~	137	22.3	79	19.1	73	17.3		
10~	375	61.2	265	64.2	290	68.6		
职称								
高级	80	13.1	50	12.1	24	5.7	68.087	<0.001
中级	423	69.0	281	68.0	263	62.2		
初级	109	17.8	81	19.6	116	27.4		
无职称	1	0.2	1	0.2	20	4.7		

(二) 三类地区家庭医生的工作情况

如表 2 所示, 三地社区家庭医生的工作情况有较大差异。每天工作时间的差异表现为中心城区和远郊之间 ($\chi^2=41.027$, $P<0.001$), 近郊和远郊之间 ($\chi^2=21.486$, $P<0.001$), 具体表现为远郊地区每天工作时间超过 8 小时的家庭医生占比低于中心城区和近郊城区。生活压力的差异表现为中心城区和近郊之间 ($\chi^2=18.412$, $P=0.001$), 具体表现为中心城区觉得生活压力很大的比例高于近郊地区。工作压力的差异表现为中心城区和远郊地区 ($\chi^2=12.140$, $P=0.016$), 具体表现为中心城区觉得压力很大的比例高于远郊。

表 2 三类地区社区家庭医生的工作情况

工作情况	中心城区 <i>n</i> =613		近郊 <i>n</i> =413		远郊 <i>n</i> =423		χ^2	<i>P</i>
	人数 (人)	占比 (%)	人数 (人)	占比 (%)	人数 (人)	占比 (%)		

每天工作时间								
≤ 8	307	50.1	222	53.8	288	68.1	42.392	<0.001
8~	287	46.8	175	42.4	115	27.2		
10~	12	2.0	10	2.4	11	2.6		
12~	7	1.1	6	1.5	9	2.1		
生活压力								
没有压力	26	4.2	26	6.3	18	4.3	23.537	0.003
有点压力	132	21.5	119	28.8	126	29.8		
一般	127	20.7	102	24.7	86	20.3		
压力较大	241	39.3	125	30.3	148	35.0		
压力很大	87	14.2	41	9.9	45	10.6		
工作压力								
没有压力	18	2.9	9	2.2	14	3.3	18.485	0.018
有点压力	94	15.3	85	20.6	94	22.2		
一般	97	15.8	65	15.7	69	16.3		
压力较大	290	47.3	205	49.6	192	45.4		
压力很大	114	18.6	49	11.9	54	12.8		

(三) 满意度因子分析

1、指标选取

本研究的 12 项指标如下, D1 为职业声誉和社会地位, D2 为单位发展, D3 为报酬收入, D4 为奖惩制度, D5 为福利保障, D6 为职称晋升, D7 为培训机会, D8 为单位管理状况, D9 为领导素质, D10 为人际关系, D11 为能力发挥, D12 为职业环境。

2、因子分析过程

采用 KMO 检验和 Bartlett 球形检验进行因子分析适用性检验。球形检验统计量为 9211.102, $P<0.001$, KMO 检验统计量为 0.914, 两检验结果表明原始变量之间有较强的相关性, 适合做因子分析。

如表 3 所示, 前两个因子特征值大于 1, 但是累积贡献率仅为

63.218%，因此决定采用前 3 个公因子来进行分析。

表 3 特征值和累积方差贡献率（单位：%）

成份	初始特征值			提取平方和载入 ^①			旋转平方和载入		
	合计	方差百分比	累积百分比	合计	方差百分比	累积百分比	合计	方差百分比	累积百分比
1	6.024	50.196	50.196	6.024	50.196	50.196	3.228	26.904	26.904
2	1.563	13.022	63.218	1.563	13.022	63.218	2.939	24.489	51.392
3	0.731	6.095	69.313	0.731	6.095	69.313	2.151	17.921	69.313
4	0.671	5.590	74.903						
5	0.513	4.273	79.176						
6	0.476	3.969	83.146						
7	0.423	3.524	86.669						
8	0.415	3.455	90.124						
9	0.348	2.896	93.020						
10	0.330	2.747	95.767						
11	0.291	2.427	98.195						
12	0.217	1.805	100.000						

注：①提取方法：主成份分析。

表 4 旋转成份矩阵^①

内容	成份		
	1	2	3
人际关系	0.842	0.093	0.093
领导素质	0.820	0.055	0.270
单位管理状况	0.731	0.129	0.441
能力发挥	0.715	0.346	0.213
职业声誉和社会地位	0.102	0.821	0.071
报酬收入	0.058	0.799	0.312
福利保障	0.163	0.684	0.463
职业环境	0.544	0.595	0.100
单位发展	0.465	0.506	0.354
培训机会	0.378	0.149	0.746
职称晋升	0.185	0.334	0.727
奖惩制度	0.273	0.517	0.540

注：①提取方法：主成份；旋转法：具有 Kaiser 标准化的正交旋转法；旋转在 6 次迭代后收敛。

旋转后的因子载荷矩阵如表 4 所示，对三个因子进行命名，因子 1 命名为“工作氛围”因子，因子 2 命名为“报酬福利”因子，

因子3命名为“培训晋升”因子。

如表5所示,三类地区在三个因子的得分均有差异,具体表现为“工作氛围”因子的差异为中心和远郊之间($P=0.039$),近郊和远郊之间($P=0.001$),说明远郊地区的工作氛围满意度低于中心和近郊。“报酬福利”因子的差异为中心和近郊之间($P<0.001$),中心和远郊之间($P=0.002$),说明中心城区的报酬福利满意度低于近郊和远郊。“培训晋升”因子的差异为中心和远郊之间($P<0.001$),近郊和远郊之间($P<0.001$),说明远郊地区的培训晋升满意度低于中心和近郊。

表5 三类地区三个因子的得分比较

指标	中心城区		近郊地区		远郊地区		F	P
	均数	标准差	均数	标准差	均数	标准差		
工作氛围	-0.01049	1.014051	-0.10624	1.021842	0.11893	0.92718	5.445	0.004
报酬福利	0.13043	1.018394	-0.12991	1.014938	-0.06218	0.91698	9.733	<0.001
培训晋升	-0.08342	0.952317	-0.09605	1.001699	0.21467	1.01762	14.182	<0.001

三、讨论

(一) 对社区家庭医生基本特征分析

从上述结果我们得出,社区家庭医生的女性比例较大,尤其是中心城区。高学历的人才占比则近郊要高于中心城区,远郊地区占比最少,但从数量上来说,中心城区较多。职称方面,远郊的中高级职称占比相对较低。上述信息提示我们未来家庭医生人才配置和引导方面,应考虑中心城区、近郊和远郊地区的均衡性,尤其向远郊地区提供倾斜性的支持政策,引导高学历、高职称的优质卫生人力服务远郊地区。

(二) 对社区家庭医生工作情况分析

从工作时间上来看,远郊地区的工作时间相对于中心城区和近

郊地区工作 8 小时以内的占比较多，表明远郊地区家庭医生的工作时间平均来说低于中心城区和近郊。生活压力方面中心城区高于近郊地区，工作压力方面中心城区高于远郊地区，说明中心城区家庭医生承受较大的生活和工作双重压力。

（三）满意度因子分析

根据因子分析结果，3 个主因子对满意度影响程度的排序从大到小依次为：工作氛围，报酬福利和培训晋升，工作氛围中受访者更加重视的是人际关系和领导素质，报酬福利中更加关注的是社会地位和报酬收入，培训晋升中更加重视的是培训机会和职称晋升。因此提高总体的满意度可以从上述几个方面入手，制定全面合理的激励措施和培养政策，提高家庭医生的工作满意度，吸引人才扎根社区。

四、政策建议

三类地区三个主因子得分比较显示远郊地区的工作氛围满意度低于中心和近郊，中心城区的报酬福利满意度低于近郊和远郊，远郊地区的培训晋升满意度低于中心和近郊。上述信息提示我们做好以下几点工作：**一是**加强远郊地区社区卫生服务中心的组织文化建设，增进家庭医生之间的融洽氛围；**二是**在全面提高家庭医生福利报酬的同时，重点考虑中心城区家庭医生生活和工作压力的调整措施；**三是**改善远郊地区的培训晋升政策。依据不同类型地区家庭医生满意度的调查情况，针对性开展相关工作，可以有效提高上海市家庭医生工作的总体满意度。

（责任编辑：常雪沛）

英国整合型保健发展经验：以牛津郡为例

谢春艳^{1, 2} 胡善联¹ 丁汉升^{1, 2} 何江江^{1, 2}

【摘要】 近年来英国将卫生服务与社会服务体系进行整合，各地在发展整合型保健进行探索与试点过程中产生了一些典型做法，并取得了明显的成效。本文主要通过现场观察与深度访谈的定性研究方法，以英国牛津郡整合型保健服务的探索为典型案例，对其精神卫生服务保健方案方法以及社区急诊多学科团队的服务方式进行了研究。英国整合型保健将初级卫生保健和社区卫生服务作为卫生体系的核心，与其他社会服务进行整合，其多学科服务团队、整合型服务路径、个性化服务方案、强调病人参与和自主等做法值得我国在医改过程中进行借鉴。

【关键词】 整合型保健；保健方案方法；急诊多学科团队

英国的国家卫生服务体系（简称“NHS”，下同）有着悠久的历史，以其低成本、高效率而著称世界。历经多次改革，NHS将资源和服务的重心不断从医院转向社区和家庭，趋向服务的整合与协同。整合型保健（integrated care）作为英国卫生战略规划的一部分，已成为提高国民健康和福利水平的重要基石，尤其是近年来英国各地大力探索与试点卫生服务与社会服务的整合，取得了良好成效。作者利用到英国学习的机会，对牛津郡的整合型保健服务进行了参与式观察，并对多名医生、护士及其他相关专业人士进行了访谈，结合我国实际总结出可资借鉴的经验。

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

一、英国整合型保健的背景及概况

英国的医疗卫生服务与社会服务分属卫生部和地区政府两个不同的部门管理，历史上存在服务不连贯的问题。同时 NHS 内部的服务又涉及全科服务、社区卫生服务、精神卫生服务、医院急诊服务等多个体系和服务机构，服务体系在多个机构之间割裂且呈碎片化，服务提供者众多且缺乏沟通导致服务衔接困难、重复服务和资源浪费问题，从而造成了居民利用服务时的困难并产生不满。

近年来，英国认识到对多种服务进行整合并延伸至社区的必要性，历经多次改革和试点。2002 年，NHS 引入整合保健信托(integrated care trusts)来提供更好的卫生保健与社会服务整合服务，其服务对象主要包括老年人、精神病患者、残障人士等。整合保健信托以务实的作风，通过加强 NHS 与地方政府合作，降低行政管理成本，简化服务流程，并使各种服务有效衔接与融合，提高服务质量，实现社会公共服务的现代化^[1]。开始于 2011 年的新一轮英格兰 NHS 改革对于整合型保健的发展产生重要影响^[2]，2013 年 4 月 1 日后，最新的《健康和社会保健法案》^[3]开始正式实施，对于 NHS 组织架构及服务提供方式的变革也正式启动，之前由国家卫生部委任的服务委托和购买机构——初级卫生保健信托(PCTs)和战略卫生局(SHA)等被撤销，由全科医生(简称“GP”，下同)主导的服务委托团体(Clinical Commissioning Groups，简称“CCGs”，下同)取而代之。CCGs 决定如何规划及使用 NHS 的经费和资源，这也决定了更多的资金将投向社区卫生服务和初级卫生保健。改革的另一个重要方面是向地方政府放权，加强地方政府与当地 CCGs 的合作，面向本地社区和居民需求促进服务整合。改革的一个重要目标是改变目前服务的碎片化，通过地方政府主导的健康与福利委员会促进社区卫生

服务、医院服务、社会保健服务与公共卫生服务的整合，大力发展初级卫生保健和社区卫生服务，通过整合当地多个相关利益方及不同部门的资源，加强服务路径的优化衔接，提供更多居家服务、社区康复及辅助服务以降低慢性病负担，减少急诊和住院，进而节省卫生资源，提高人群健康水平^[4]。

目前整合型保健并没有统一的定义^[5]，但作为英国卫生战略规划的一部分，整合型保健已成为提高国民健康和福利水平的重要基石。整合型保健倡导从当地居民的实际健康需求出发，提供个性化、灵活多样和高质量的健康服务，强调以人为中心和促进居民参与^[6]。“整合”可以包括机构、组织、系统、模式之间的协同与合作，跨越了初级卫生保健、医院服务、社区照护和社会服务的界限^[7]，推动与健康相关的各种卫生服务与社会服务的有效衔接与融合。整合型保健以需方为中心，而不是以疾病或服务提供者为中心，注重病人体验，具有更多的灵活性和选择性，通过多学科、跨专业、跨部门的团队合作，尽量减少和避免不必要的住院，更多的在社区和家庭提供服务，帮助病人尽快恢复独立自主的生活^[8]。

二、典型案例：牛津郡卫生与社会保健整合服务

（一）精神卫生保健方案

保健方案方法（Care Programme Approach，简称“CPA”，下同）是在英国全国推行的为实现精神卫生与社会整合型服务规范化而自上而下推行的标准化方法，通过需求评估、服务计划、服务整合实现提供以病人需求为中心的精神卫生与社会保健服务。

1、背景与概况

近十年来，英国的精神卫生服务逐渐实现“去机构化”，医院规模不断缩小，病床数量减少。精神卫生服务因其特殊性质，尤其

需要关注影响健康的社会、心理因素，而且精神卫生服务涉及卫生、社会服务、住房、劳动、教育及警署等多个部门，需要建立一整套方法整合多个方面的资源。因而，精神卫生、社区卫生和社会保健服务的整合尤其重要，也是牛津郡最早实现服务整合的领域。

以牛津郡为例，只有 2 个病房共 51 张病床的精神卫生中心，覆盖了牛津郡的 635600 人口，所有的人力、资金和资源实现了从医院向社区转移。为实现精神卫生服务在整个牛津郡的社区全覆盖，牛津郡地区建立了 3 个跨部门整合、多学科支持的社区精神卫生服务团队（简称“CMHT”），分别位于牛津郡的北部、中部和南部，将服务的触角伸向社区和家庭。这种基于社区、以病人需求为中心、以多学科团队合作为服务方式的整合型保健，将过去分散于不同服务提供机构的社区卫生、精神卫生和社会保健服务进行整合，其核心方法即是 CPA。

2、服务方式与内容

CPA 的服务对象大多是病情比较复杂，需要多个专业人员的协同服务，其长期接受服务的病人，还包括学习障碍者、毒品和酒精滥用者等。这些病人通常由 GP、警察局或医院急诊部门转诊进入社区精神卫生服务专业机构。CPA 以病人需求为中心，采用多学科团队服务的方式，在社区中提供整合型保健服务。服务团队成员包括保健协调人（care coordinator）、精神科医生、心理咨询师、职业治疗师、具有不同专业技能的护士、物理治疗师、营养师、社会工作者等。

CPA 主要包含以下四要素：

一是对病人的系统评估。病人转诊到精神卫生服务机构后，首先要经过 CPA 的系统评估：即生理、心理和社会服务需求评估，以及安全与风险因素评估。这些信息主要通过对病人健康档案回顾、

个人及其主要家庭成员的询问调查获得，其主要内容包括：身体健康状况，心理健康状况，精神健康状况，意识、认知与行为，当前正在接受的服务及用药情况，药物使用及过敏史，家庭病史，收入及经济状况、住房及居住环境，社会支持网络，个人性格特点及家庭成员关系，个人教育、工作、生活历史，个人日常生活活动情况，兴趣爱好、休闲娱乐及社会活动情况，个人性取向及两性关系，语言及沟通，过去生活中发生的重大事件及刺激因素，是否存在赌博或药物滥用情况，过去是否有对自己及他人进行伤害的情况等等。

二是专业的保健协调人（care coordinator）。保健协调人是整个团队的核心，通常由团队中的某一位具有精神卫生服务资格的专业人士担任，有可能是由社会工作者、职业治疗师或注册精神卫生护士经过培训后担任这一角色。保健协调人是每一个病人保健方案管理的责任人和协调人，通过团队管理和沟通协调对各种资源进行整合，定期召集所有的团队成员开会，对每一个病人的情况进行评估和沟通讨论，病人及其家人也会参与到相关的讨论中来，制定出最符合病人需求的具体服务方案和详细计划安排，督促服务方案按照时间节点进行，并随时根据具体情况和病人需求变化进行方案调整。

三是书面的保健服务方案（care plan）。CPA 会为每一位接受服务的病人设计保健服务方案，由保健协调人具体负责，并与病人及其家属详细讨论，获得病人同意并签字后才能开始实施，书面的保健服务方案同时也会发送给病人的 GP 留档。

书面的保健服务方案主要包括以下内容：服务团队成员的详细信息；保健协调人的具体联系方式及非工作时间的联系人；病人所需要的精神卫生服务的具体服务内容及所用药品，例如个人或小组治疗、认知与行为治疗、家庭治疗、语言治疗等等；病人身体健康

(physical wellbeing) 所需的相关服务内容及服务提供方, 例如健康体检与身体状况评估、慢性病治疗与控制、体重控制、牙齿健康、睡眠、卫生、营养等等; 经济、社会和生活技能方面的需求, 例如病人经济情况与收入来源、就业与工作、教育培训、住房与居住情况、兴趣爱好及休闲活动、家庭关系、子女照顾、社会网络、文化与宗教信仰、日常生活活动方面的帮助和支持等; 对病人照护者的需求评估与支持计划; 对病人及其照护者安全需求及相关风险因素的评估, 包括服务结束时存在的风险, 以及意外情况发生时的处理措施; 进行服务需求再评估的具体时间; 各相关方的权利与责任。如果病人在日常工作和生活中存在影响其健康的困难或问题, CPA 团队会及时与相关部门沟通, 整合各种资源帮助病人解决这些问题。

四是需求的动态监测及服务方案调整。服务方案不是一成不变的, 需要随时根据具体情况对病人的各方面需求进行动态监测, 并对病人需求进行再评估, 随后对服务方案进行调整。正式的再评估一般以小型会议的形式半年进行一次, 会议由保健协调人主持, 通过再评估来确定病人是否需要继续接受 CPA 的服务, 如果还需要继续接受服务, 要确定服务调整的具体内容。服务团队的所有成员、病人及其家属共同参与, 病人也可以邀请对其生活有重要影响的其他人员参加。如果病人恢复情况较好不再需要此项多学科整合服务, CPA 团队会根据具体情况对病人进行恰当转诊, 比如转诊到专门的精神卫生医师或心理治疗师, 而完全康复的病人大多数情况下会被转诊到其所注册 GP 处, 由 GP 对病人情况进行定期跟踪。

除了对病人各方面需求的关注, 社区多学科团队还特别关注病人照护者及家庭成员情况, 有专门针对病人家属等非正式照护者的评估和服务 (carers assessment), 针对病人家庭存在的问题开展家庭

干预（family interventions），通过改善家庭环境提供对病人的支持，包括健康教育、危险因素识别与处理等等。

3、主要成效

CPA 通过服务路径和流程的规范，有利于在推进整合型保健过程中实现服务的标准化，同时切实考虑到了病人多方面需求，对病人的保健服务方案不仅考虑到病人身体和精神心理需求，还要考虑影响健康的社会因素，并整合各种资源，努力解决相关生活、工作和社会问题，为服务对象营造良好生活和社会环境，避免诱发疾病的风险因素。其保健服务方案的每一项内容都包括了目标、活动与病人视角三个方面，每一项服务都注重病人及其家庭成员的理解和参与，服务重心在于“增能”而不是“包办”，有利于帮助病人进行自我健康管理，恢复独立生活能力。

CPA 通过团队协作和整合服务的方法，可以确保提供服务的不同学科专业人士在社区中实现有效沟通与合作。保健协调人利用其专业特点发挥了重要的桥梁作用，作为病人代理人，与服务团队及所需资源各个相关部门有效沟通协调，病人在有卫生及社会服务需求时可以从同一个专业人士那里获得及时有效的信息和回应（single point of access），降低了病人在复杂的卫生和社会服务体系中与多个部门及其服务人员沟通的难度，提高了需方与多个服务提供方沟通的效率和便捷性，大大提高了服务的可及性、反应性和整合性，有利于提高服务能力，改善了病人就医体验，提高了病人的生活质量和幸福感。

（二）社区急诊多学科团队

急诊多学科团队（Emergency Multidisciplinary Unit，简称“EMU”，下同）是牛津为了应对近年来不断加剧的急诊压床（bed

blocking) 问题, 从而试点推行的急诊服务与社区卫生和社会服务整合的项目。

1、服务背景与概况

EMU 于 2010 年 11 月开始试点, 其目的是将医院急诊服务延伸到社区和家庭, 使有急诊需求的病人尤其是老年人可以在社区和家中接受所需要的急诊治疗, 从而减少费用昂贵的住院治疗, 缓解急诊压床问题。EMU 坐落于牛津的 Abingdon 社区医院, 在当地社区日间医院基础上改造而成, 由牛津 NHS 社区卫生服务信托负责管理和运营。其服务覆盖了当地 11 个 GP 诊所的 140 000 人口。其服务时间为工作日早上 8 点到晚上 8 点, 周末服务则为上午 10 点到下午 4 点。

2、服务方式与内容

EMU 聘请了老年医学专科医生、急救人员和救护车、物理治疗师、职业治疗师、社区护士、社会服务部门的社会工作者等专业人员, 组成了多学科急诊服务团队, 同时借助牛津大学初级卫生保健科学学院的学术力量和医院集团的医疗专家作为技术支撑。

EMU 配备了多种便携式检验检查设备, 结果立等可取, 有独立的诊疗室、物理治疗室、多种康复治疗设施设备, 有 12 张病床可以供诊疗使用, 5 张住院病床可供病人短期使用 (72 小时之内), 并且还有独立厨房用来测试和评估病人的独立生活能力。EMU 的服务集诊断、评估、观察、治疗、康复于一体, 可以处理除了心脏病急性发作和中风之外的大部分急诊病人。其病人大多数通过 GP 或救护车转诊而来, 经过多学科综合诊断和评估, 从而对症提供服务, 例如小型骨科手术、物理治疗、康复训练、输血、静脉点滴等等, 除了医疗处置和康复治疗, 还通过职业治疗师和社会工作者的服务对

病人日常生活和社会环境进行评估与干预,提高病人自身及其家属应对相关问题的能力,加快病人恢复独立生活的速度。

病人在接受 EMU 的诊疗服务后回到自己家中,EMU 通过其“家中医院”(Hospital at Home)项目,将社区康复护理服务延伸到急诊病人的家中,聘请了不同专业的护士上门服务,急诊处置后情况比较稳定而不便行动的病人,可在家中接受进一步康复和护理服务。

EMU 将当地的全科医生服务、医疗影像、检验检查和诊断服务、急诊治疗服务、精神卫生服务、社区卫生服务(包括社区医院病床服务)、社会工作等相关服务实现了地理位置及服务路径上的集中和整合,并且与大型教学医院的急诊部门有着紧密联系,方便将病人随时转诊到所需要的医疗和社会服务,提高了转诊效率。

3、主要成效

试点几年来发现,EMU 接受的急诊病人多数为老年人,比较高发的病症集中在心力衰竭、肺栓塞、急性呼吸道感染、蜂窝组织炎、尿路感染、慢阻肺急性发作、急性肾衰竭等等。这些病症在社区 EMU 获得了有效的治疗和干预,由于病人在社区和家中接受治疗,避免了病人住院时经常发生失眠、焦虑、抑郁、营养不良、院内感染等问题,可以更快的恢复健康。EMU 将全科服务、急诊与社区服务进行整合的方式取得了显著成效,改善了病人体验,避免不必要的住院而节省了医疗费用,大大提高了医疗服务的成本效益。目前,当地 70% 的急诊病人都可以通过社区 EMU 进行处置,住院率大大降低,减轻了大型急诊医院的工作负担,急诊压床问题缓解,病人满意度提高。

EMU 成功的关键在于“有能力的社区”(capable community)支撑下的一站式服务,将学术与临床、急诊与社区、卫生与社会服

务等多种资源力量进行有效整合，多学科团队成员之间的高效沟通和团结协作，才得以使急诊、康复、护理和社会等服务实现在社区和病人家中的无缝衔接与整合。

三、启示与建议

（一）大力发展初级卫生保健和社区卫生服务，改变以医院服务为主导的现状

大量研究证明，医院住院治疗可引起严重的院内交叉感染甚至病情恶化，甚至病人出院后一段时间又因其他疾病再度入院，相关专家称之为“住院后综合症”（Post-Hospital Syndrome）^[9]。从英国的经验来看，整合型保健的发展是生物医学模式向生理—心理—社会医院模式转变的重要体现。服务方式从以疾病治疗为主导转向关注影响病人的社会和心理因素，而资源和服务重心也随之相应的实现了从医院向社区转移。社区是整合型保健服务的核心与载体，而强有力的初级卫生保健和社区卫生服务体系又主导着资源整合及服务整合的方向。目前我国大多数地区建立了社区卫生服务网络，但在传统生物医学模式及体制机制不顺等众多问题的影响下，大多数资源流向了以疾病治疗为主导的医院服务体系，无法扭转三级医院规模扩张的趋势，社区卫生服务人力不足、资源缺乏、力量薄弱，整个卫生服务体系还是以疾病治疗为导向，社区卫生服务的优势无法发挥，更忽略了影响健康的心理、社会因素。大医院人满为患、医患矛盾恶化、医疗费用飞速上涨与上述这些问题是分不开的。

建议借鉴英国的经验，加大对初级卫生保健和社区卫生服务的建设和投入力度，建设和投入重心应放在人力资源、学科建设、社区资源整合、服务路径标准化、服务流程优化和模式转变等软件方面；大力发展以全科医生为主导的社区卫生服务队伍，全面提高全科医

生及其他社区卫生服务从业人员的待遇和地位，提高社区卫生服务能力；控制三级医院床位数和人员数量，限制三级医院的规模扩张，切实改变目前大医院不断扩张、医院服务主导整个卫生服务体系的现状。

（二）加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设

中国卫生领域目前面临的一系列严峻挑战是与健康问题的社会影响因素分不开的，如老龄化、空巢家庭带来的老年人养老、医疗护理和临终关怀等问题，社会压力导致的精神疾病高发现象，生活方式转变带来的慢性病问题。要提供整合型的“全人”服务，需要多学科服务团队的支撑。而我国社区卫生服务的人力构成中，还是以全科医生和护士的临床服务为主，缺乏其他学科专业人员的支撑，在服务提供过程中忽略了影响健康的社会和心理因素。建议借鉴英国经验，在大力发展全科医生队伍的同时，也要加快对社区护士、职业治疗师、物理治疗师、营养师、心理咨询师和社会工作者等专业人员的培养和培训，加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设，才能关注影响健康的社会、心理因素，推动医学模式在社区的转变。

（三）基于病种及重点人群建立整合型服务路径（integrated care pathway）

目前我国社区卫生服务流程缺乏规范，不利于服务质量的提高。建议借鉴英国经验，由卫生主管部门牵头，加强社区诊断，基于病种和重点人群，在社区层面建立整合型服务路径，实现疾病预防、筛查、诊断、服务和评估过程的标准化。首先通过全科医生的签约服务档案将当地人群分类，识别出某种疾病的风险人群，对风险人群进行疾病筛查，从而发现重点服务人群；其次，社区服务团队对

重点人群进行生理、心理和社会的综合需求评估以确定每一病种人群的特定需求和最需要解决的关键问题，根据需求评估结果对不同病种分别建立整合型保健服务路径，制定具体诊断标准、服务标准及转诊标准；同时加强风险人群和重点人群疾病预防和健康管理，尽量避免不必要住院；此外，服务路径中还应整合与服务人群或病种相关的资源和信息，包括可以提供帮助的相关政府部门、民间组织、慈善团体及专业服务机构，对所涉及到的各个部门、服务提供者和相关利益方的责、权、利进行明确；最后对服务成效和人群健康结果进行评估，根据评估结果对服务路径不断改进。

（四）探索以人为中心的案例管理（case management）和个性化服务方案（personalized care planning）

我国的卫生服务倡导以病人为中心，但往往流于口号和形式，难以真正落实，可借鉴英国经验，通过探索案例管理和个性化服务方案来实现。在整合型服务路径基础上，利用风险分层工具（risk stratification tool）确定目标人群^[10]，针对病情比较复杂的慢性病人、虚弱的老年人或有住院风险等需要长时间多种密集服务的病人，进行主动案例管理和强化服务^[11]。要根据其病种、个体需求和生活环境建立个性化服务方案或服务包，增强服务力度，避免非计划住院^[12]。确定其所属服务路径后，根据对病人身体、心理实际情况、家庭及社会环境的评估制定有针对性、人性化的服务包或服务方案（care plan），同时全科医生或高年资护士担任案例管理者（case manager）或保健协调人（care coordinator）并主导的多学科服务团队对服务方案的设计和执行负责。病人的全科医生与案例管理者或保健协调人通力合作，整合全科服务、社区服务、精神卫生、康复服务及医院门急诊服务等多方面资源，为病人在家庭和社区中提供

所需服务，尽量避免和减少计划外的住院。在对每一个病人的服务方案设计中，强调以病人为中心和人性化，鼓励病人参与，注重病人面对整个服务体系的话语权和知情权。

（五）建立全科医生“守门人”制度，做实社区首诊和双向转诊，推动卫生资源纵向整合

深化社区卫生服务改革的关键在于体制机制的改革和完善，我国卫生体系缺乏社区首诊的“守门人”制度，老百姓表面上拥有就医选择权，但医疗资源配置的宏观效率极低，造成了资源浪费。要想“强基层”，关键在于“建机制”，即建立健康守门人制度。落实各级医疗机构功能定位，因地制宜整合卫生资源，形成三级医院、二级医院和社区卫生服务机构的有效联动，逐步实施社区首诊、定点医疗和双向转诊。可借鉴英国经验，探索在社区建立急诊多学科团队，逐渐将医院门急诊资源和技术力量向社区转移。组建区域医疗联合体，为需要转诊的患者构建便捷、快速的绿色转诊通道，全科医生有权参与病人转诊后的医疗过程，保证患者在治疗、用药上的连续性，保留全科医生对转诊医疗机构处置病人的参与和干预权，以及诊疗后转入社区的权限。逐步压缩和控制三级医院门诊数量，三级医院要为社区预留部分专家号。

（六）建立相关政府部门间的沟通协作机制，推动卫生服务与社会服务的有机整合

目前英国很多地区试点，将卫生服务和社会服务的预算进行合并，并且整合管理架构，在社区层面实现卫生服务和社会服务的统一管理^[13]。目前我国医疗卫生和养老服务分属卫生和民政两个部门管理，预算分开管理，服务提供和支付方式难以衔接，在卫生体系内部，虽然很多地区也在进行医疗联合体的试点，鼓励不同层级医

疗机构之间的合作，但是在政府投入和管理过程中很少考虑到与整合型服务提供相适应的可以涵盖整个服务过程的整合型投入和补偿机制。建议探索整合型政府投入和补偿机制，合并相关预算，由卫生与民政部门联合委任一位当地社区的整合型保健管理者，负责整个社区卫生及社会保健服务的实施和团队人员的管理；建立卫生部门与民政、残联等其他社会服务部门联席会议，社区卫生服务机构中常驻社会服务部门管理人员，作为整合型保健管理层的一部分，将社会服务功能整合到卫生服务管理架构中。

（七）强调病人参与和自主（patient involvement and independence）

英国在整合型服务的发展过程中，服务提供者看待病人的观念转变，医生、治疗师等专业人士从过去高高在上的专家“神坛”上走下来，更加尊重病人意见和体验，把病人看做是可以积极参与诊疗过程、改善健康结果的“合作伙伴”，而不是消极被动的接受者。英国多地正在试点的个人健康预算（personal health budgets）即是增加病人权力、参与和选择服务的典型例子^[14]。建议我国卫生改革过程中，卫生管理者和服务提供者改变意识观念，改变病人被动接受服务的方式，发展对病人“增能”和“赋权”等理念，增加病人对自身健康及所接受服务的自主权和决策权。帮助病人尽快恢复身体和心理健康，获得独立自主的生活能力，提高生命质量和幸福感，而不是为病人包办一切或单纯提供更多更全面的服务。注重病人参与和自主，争取把病人自己培养成为最高效的自我健康管理专业人士。

参考文献

- [1] Department of Health UK. Integrated care pilots[EB/OL]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/index.htm>.

- [2] Chris Ham, Candace Imison, Nick Goodwin, Anna Dixon, Patrick South. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care. The King's Fund, 2011. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Where-next%20for-the-NHS-reforms--case-for-integrated-care-Ham-Imison-Goodwin-Dixon-South-Kings-Fund-May-2011.pdf>
- [3] Health and Social Care Act 2012 (c. 7). <http://services.parliament.uk/bills/2010-12/healthandsocialcare.html>
- [4] The Kings Fund, NHS reform. <http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform>
- [5] Nick Goodwin, Judith Smith, Alisha Davies, Claire Perry, Rebecca Rosen, Anna Dixon, Jennifer Dixon, Chris Ham. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together: [R]. The Kings Fund, 2012. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>
- [6] Lewis R, Rosen R, Goodwin N and Dixon J. Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS? London: Nuffield Trust. 2010. http://nuffield.dh.bytemark.co.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf
- [7] Department of Health UK. Integrated care pilots: an introductory guide[M]. 2009.
- [8] Shaw S, Rosen R and Rumbold B What is Integrated Care? The Nuffield Trust. 2011. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf
- [9] Harlan M. Krumholz, M.D. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. The New England Journal of Medicine. 2013(368):100-102
- [10] BMA. England QOF guidance 7th revision 2014-2015. <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
- [11] BMA. Enhanced Services 2014-2015. <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/enhanced-services>
- [12] BMA. Unplanned admissions Enhanced Service. <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/unplanned-admissions-2014>
- [13] Ham C and de Silva D. Integrating Care and Transforming Community Services: What works? Where next? (Policy Paper). Birmingham: Health Service Management Centre, University of Birmingham. 2009 <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-5.pdf>
- [14] NHS England, Personal health budgets. <http://www.personalhealthbudgets.england.nhs.uk/>

(责任编辑: 常雪沛)

比利时社区卫生服务案例分析及启示

谢春艳^{1, 2} 何江江^{1, 2} 胡善联¹

【摘要】 本文在对比比利时一家典型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,并针对我国社区卫生服务改革中存在的问题,提出相关政策建议:包括建立和完善法律法规、政策和制度设计;加强多学科服务团队建设,推动医学模式在社区的转变;完善医保配套政策支撑与激励;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)

新医改明确提出“保基本,强基层,建机制”的目标,使社区卫生服务成为实现医改目标的重要载体,2011年颁布的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2011〕23号)^[1]无疑是一项顶层设计,确定了以全科医生制度为基础的社区卫生服务在国家卫生战略中的地位。我国社区卫生服务改革在取得一系列进展的同时,还存在一系列体制机制的问题,在运行机制和服务模式等方面需要进一步深化改革。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,医疗保险覆盖率较高,几乎达到了100%,且个人支付比例低,卫生服务可

第一作者:谢春艳,女,助理研究员

作者单位:1.上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

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)

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。

一、Botermarkt 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家庭医生服务,主要是为当地的贫困人群提供免费基本医疗服务。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 社区卫生服务中心所在地属于比利时根特市比较边缘化的地区,服务人口 5800 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、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支付。其服务宗旨是无论其种族、民族、文化、收入和社会地位如何,为居住在当地的所有人提供基本卫生服务。

二、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,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、行政管理人員和接待人員等,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雇员。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。

（一）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 5800 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。

（二）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，护士工作包括上午 8 点到下午 6 点的门诊护理，以及上午 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。

（三）社会工作服务

Botermarkt 社区卫生服务中心目前有 2 名专业社会工作者，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在特殊生活领域有问题的案例、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、危机干预以及紧急情况的病人。

（四）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、肾病等慢性病的病人以及肥胖儿童提供指导。营养师服务一般通过预约进行。

（五）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。

（六）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（其载体为社区卫生服务中心的三本月刊、刊登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鼓励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教育、与儿童福利组织合作为儿童提供健康午餐等。

（七）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问题，提高Ⅱ型糖尿病人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。

三、Botermarkt 社区卫生服务的主要经验与问题

（一）特点和经验

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，大大促进了当地社会团结。

在微观层面，Botermarkt 社区卫生服务中心内部多学科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建设，包括服务流程的设计改进以及多学科团队成员间沟通协调等。服务团队每周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等。此外，服务团

队每月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地进行非正式沟通和讨论。

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，如为贫困居民和移民开展健康教育、健康促进的同时，也强调对其“赋权”，通过劳动保障部门为其提供工作机会，提高居民自身能力，通过卫生服务与社会服务的整合改善当地居民的健康水平。

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1000人参与的研讨会，参会人员包括上述当地健康问题的各个利益相关方，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地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。

2、按人头付费的支付方式改革

1995 年，随着比利时卫生体系对家庭医生服务的支付方式改革，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整合的按人头付费，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群体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。

（二）存在的问题

1、缺乏首诊制度带来的弊端

与我国情况相似，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，从而给家庭医生与患者建立固定的服务关系带来阻力。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增加，人均门诊次数相对较高，容易造成资源浪费。

2、多学科团队成员间的沟通问题

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、按人头付费的缺陷

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、弱势人群、情况比较复杂的家庭和病人，这一缺陷可以通过按照地域约定相应服务人口来克服。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。

四、启示与建议

（一）建立和完善法律法规、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“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。

（二）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，同时全科医生在现有条件和待遇水平下同时承担多种社会角色和社会功能，这样的要求既不现实也不公平^[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，借鉴比利时经验，充分发挥社区护士作用，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，组成由全科医生、社区护士、营养师、心理治疗师和社会工作者共同组成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，加强团队成员间沟通合作，推动医学模式在社区的转变。

（三）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

额度的合理增长机制，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医保份额，结余留用。医保应认可全科医生（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；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（家庭医生），促使全科医生（家庭医生）为留住签约居民改善服务、提高技术水平；落实全科医生（家庭医生）的医疗费用管理权，通过医保政策落实全科医生（家庭医生）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。

（四）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] 《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发[2011]23号）
- [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, 2007:30-31.
- [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.

（责任编辑：常雪沛）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China