

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

家庭医生制度建设专刊

2012年 第7期

(总第41期)

上海市卫生发展研究中心

2012年9月10日

编者按 构建家庭医生制度是上海市社区卫生服务的“二次革命”，是实现服务模式从疾病管理向健康管理转型的重要举措。上海本轮医改将构建家庭医生制度作为五项基础工作之一，并于2011年在10个区启动了试点工作。本期特邀请上海市卫生局基层处撰文，介绍全市家庭医生制度试点工作的进展情况、面临的问题和下一步的努力方向；市卫生发展研究中心谢春艳等撰写了《社会资本理论视角下实施家庭医生制度的思考与建议》，探讨通过激活和培育社会资本来促进家庭医生制度的发展；中山医院祝墀珠教授等以全科医生培养为重点，在分析本市全科医生制度建设情况和存在问题的基础上，提出了完善全科医生制度的建议；此外，本期还刊载了英国家庭医生制度介绍以及本市部分区县开展家庭医生试点工作经验相关文章。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第5卷第7期(总第41期)
2012年9月10日
(内部交流)

主管
上海市卫生局

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801室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光
肖泽萍
主编: 胡善联
副主编: 刘雪峰
付晨
金春林(常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 李芬 信虹云
高广文 谢春艳
何江江 彭颖
王月强 王力男
杜丽侠 许明飞
王菲 薛佳

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目次

专题研究

- 上海家庭医生制度试点工作进展与思考……张天晔等 1
- 社会资本理论视角下实施家庭医生制度的思考与建议
……………谢春艳等 7
- 关于上海市全科医生制度建设的思考及政策建议
……………祝璿珠等 13

他山之石

- 英国家庭医生制度概况及启示……………陈萱等 21

区县之窗

- 浦东新区全科医生家庭责任制建设的实践与政策思考
……………荆丽梅等 26
- 发挥社区优势,推进徐汇区家庭医生制服务试点
……………王珺等 30
- 以“健康守门人”为目标,以重点人群为突破,
积极开展长宁区家庭医生制试点工作……………葛敏等 33

政策文件

- 近期全科医生制度建设主要政策文件…………… 38

上海家庭医生制度试点工作进展与思考

张天晔 刘红炜 杨颖华

【摘要】 上海市 10 个区实施家庭医生制试点工作一年多来已初显成效。本文对家庭医生制试点工作实施的总体进展、主要成效及面临的问题进行了总结与分析，并提出了完善家庭医生制工作的未来打算与政策建议。

【关键词】 家庭医生制度；签约服务；双向转诊；健康管理

家庭医生制度是国际上通行的一种基本卫生保健制度。2011 年起，上海市政府正式提出构建家庭医生制度的要求，并在浦东、徐汇、长宁等 10 个区率先启动了家庭医生制服务试点。这不仅是当前上海医改的一项重要举措，同时也是本市社区卫生服务的第二次革命。现将试点有关进展情况和下一步工作打算介绍如下：

一、试点进展

2011 年，10 个试点区首批共有 75 家社区卫生服务中心开展了试点工作。截至 2012 年 6 月底，试点区共有 135 家社区卫生服务中心、412 家社区卫生服务站和 732 家村卫生室纳入试点范围；共有家庭医生 2263 人，占试点社区临床医师比例 39.8%（郊区另有参与试点的乡村医生 1374 人）；签约家庭 113 万户，占常住居民家庭数的 25.6%，签约常住居民 268 万人，占常住居民总数 21.7%。试点期间，家庭医生共接诊签约居民 154 万人，占签约居民数的 57.5%，

第一作者：张天晔，男，上海市卫生局基层卫生处主任科员
作者单位：上海市卫生局基层卫生处，上海 200040

接诊签约居民 827 万人次，其中预约门诊近 100 万人次；通过家庭医生转往上级医疗机构的有 51 万人次，其中转往专科门诊的占转诊人次的 75.5%，转往住院的占 24.5%。试点期间，家庭医生共接听健康咨询热线 268 万人次，对签约居民开展健康筛查 93 万人，占签约居民的 34.9%；对签约居民制定干预指导方案 82 万人，占签约居民的 30.6%。

除 10 个试点区县之外，其他部分区县也已陆续开展了家庭医生服务工作。目前全市共有共 14 个区县、170 家社区卫生服务中心（占全市总数的 71%）、2556 名家庭医生参与了此项工作，签约家庭 120 万户，覆盖居民 300 万人。

二、主要成效

（一）总结了一系列可推广的经验

1. 建立家庭医生工作室。利用原有社区卫生服务站或社区卫生服务中心内的全科门诊资源，成立家庭医生工作室，成为家庭医生在社区为居民服务的主要阵地，并分别配备全科医生、中医医生、护士、公卫医师等人员担任家庭医生助手。家庭医生工作室既是面向居民的品牌单元，同时也为将来在社区卫生服务中心平台上构建若干工作室相对独立运作的模式打下基础。

2. 建立与上级医疗机构转诊、联动机制。社区卫生服务中心与上级医疗机构签订合作协议，在社区卫生服务中心与上级医疗机构内部设立专门部门负责双向转诊与联系，由上级医疗机构向家庭医生预留部分专科诊疗优先预约就诊资源，打造转诊“绿色通道”。

3. 建立家庭医生信息化管理平台。利用社区卫生服务中心原有信息系统，对内改造医生工作站，整合签约、任务分配、定时提醒、考核监管等职能，建立以家庭医生为使用核心的专用工作平台；对

外建立面向居民的健康管理信息化网络平台，发挥健康咨询、信息公示、信息查询和在线预约等功能。

4. 创新内部运行机制。部分社区卫生服务中心招聘大专以上学历文秘专业毕业人员，担任家庭医生助理；或为家庭医生单独配备社区护士，将家庭医生从原先繁重的事务性工作中解脱出来。郊区部分社区卫生服务中心积极将村卫生室乡村医生纳入家庭医生服务团队，形成农村地区家庭医生与乡村医生“1+1”的工作形式。

5. 建立贫困人群家庭医生首诊制。长宁区从贫困人群入手，会同辖区民政部门，规定辖区内贫困保障对象需与家庭医生签约并首诊定点在该家庭医生处，其在社区首诊及转诊至区内二级医疗机构就诊的费用方由民政给予部分减免，实施至今首诊率为100%，是建立家庭医生首诊制的有效切入口。

6. 探索开展家庭医生健康管理服务。以慢病患者等重点人群为主要对象，开展了规范化电子健康档案的建立与动态应用。通过设立咨询热线、建立健康小屋等形式，在掌握签约居民健康状况的基础上，制定与实施有针对性的健康干预方案。

7. 加强家庭医生考核激励。通过信息系统采集数据，从家庭医生的签约率、对签约居民的服务率、服务效果等方面进行评价，部分区县对考核合格或优秀的家庭医生给予一定数额的专项奖励，并积极开展家庭医生优秀事迹宣传与报道，提高收入待遇与社会认同度。

（二）明晰了上海所推行家庭医生制度的基本特征

通过这一阶段的试点，综合国际上通行做法与具体实践，明晰了在上海所推行的家庭医生制度应具有6个基本特征：**一是**家庭医生与家庭建立签约服务关系；**二是**家庭医生以社区卫生服务中心为

平台；**三**是以家庭医生为核心，实施团队服务形式；**四**是对签约家庭提供有针对性的健康管理服务；**五**是逐步建立家庭医生首诊制；**六**是逐步建立家庭医生合理控费机制。

(三) 构建了稳步试点积极推进的良好环境

从家庭医生制度的概念提出到试点的开展，经历了一个从无到有的过程，通过一年时间的试点，从政府领导、相关委办局到社会各界，包括社区卫生服务中心医务人员和社区居民，已对家庭医生制度构建的重要性与意义形成了一个普遍共识。尤其在试点的社区里，居民了解家庭医生，并与家庭医生之间的信赖关系正在逐步建立，为下一步在全市范围内深化试点打下了良好的基础。

三、面临问题

(一) 家庭医生队伍数量与质量是瓶颈

目前本市共有注册全科医师 4229 人，如果按照每 2500 名居民拥有 1 名家庭医生测算，全市缺口家庭医生 4703 人。另一方面，现有注册全科医师中，经过规范化全科系统培养的人数更为紧缺，服务队伍在数量和质量上已经成为制约家庭医生制度发展的一个瓶颈问题。

(二) 绩效工资实施对家庭医生积极性产生影响

随着社区卫生服务中心绩效工资的正式实施，各试点区县普遍反映对家庭医生绩效激励动力不足的担心。如果只能在绩效工资现有的框架内调整家庭医生绩效收入的分配，事实上对家庭医生收入在现有基础上提高的幅度将是十分有限的，不能够完全反映出家庭医生更繁重的工作任务、更高的工作要求和更合理的工作价值。

(三) 家庭医生缺乏成熟的技术手段支撑

与国外家庭医生相比，目前本市家庭医生在开展服务过程中，

缺乏较为明确的基本服务项目的界定，以及基于此的服务标准和规范，造成不同家庭医生之间服务水平差异的扩大化。

（四）家庭医生首诊的实现缺乏外部条件支持

目前上海相对自由的就诊环境，一定程度上造成了就诊行为的无序，各试点区县虽然想尽一切办法吸引居民优先利用家庭医生诊疗服务，但事实上本市家庭医生在优惠服务上已做得比较全面，继续挖掘的程度十分有限，家庭医生首诊缺乏制度上的保障。而且由于缺乏相对固定的服务人群，家庭医生的服务数量、服务内容、考核激励等都很难确定。

（五）与上级医院的双向转诊难以落实

上级医疗机构，尤其是三级医院，从资源调配和利益机制方面都缺少动力，因此与三级医院之间双向转诊机制的建立还存在较大困难。对居民而言，通过家庭医生转诊与自行前往三级医疗机构就诊相比，并未有实质性的便捷感受度。

四、下一步工作打算

（一）出台政策文件

2012年内将出台《关于推进本市家庭医生制度试点的指导意见》，在统一基本制度内容与服务形式的基础上，试点拓展到全市所有区县。计划到2015年家庭医生制工作在全市所有社区卫生服务中心开展。

（二）强化机制保障

在市医改办总体部署下，由市人保、财政、编办等部门同步开展与家庭医生制度配套的基本医疗保险支付方式、报销政策、人才激励保障、岗位设置等改革工作，通过机制突破支持家庭医生制度的构建。

（三）制定规范标准

制定家庭医生岗位职责、团队分工等基本规范要求，同时制定完善双向转诊、健康管理、社区卫生诊断技术标准，通过规范与标准的制定，规范服务内容，完善服务形式，提高服务水平。

（四）夯实全科队伍

一方面在本市住院医师规范化培养体系内，将全科医师培养作为规范化培养的重点，采取多种举措加大招生培养力度；另一方面制定上级医疗机构医师经全科培训后在社区多点执业的具体办法，通过多种途径充实社区家庭医生队伍。

（五）完善平台功能

进一步健全与整合社区卫生服务机构内部设置，制定社区卫生服务机构新一轮设备配备基本标准，更好发挥对家庭医生的平台支撑作用。同时以现有社区卫生服务站、村卫生室以及全科门诊为基础，试点建立家庭医生工作室，逐步探索各个家庭医生工作室相对独立的运行模式，形成资源共享与良性竞争。

（责任编辑：何江江）

社会资本理论视角下实施家庭医生制度的思考与建议

谢春艳 胡善联 何江江 王力男 彭颖

【摘要】 本文从社会学的社会资本理论视角出发，对社会资本与家庭医生制度的关系进行了探讨，并对在家庭医生制度建设中如何激活和培育社会资本提出了相应建议。

【关键词】 社会资本；家庭医生；社区卫生服务；社会学

在医学视角下，家庭医生制度是“卫生服务到家庭”，而在社会学视角下，家庭医生制度是“基于社区、以社区人群为服务对象”的卫生服务。社会发展理论认为，社区发展是社会发展的必由之路。社区卫生服务是疾病预防和健康管理的重要环节，是保障居民健康的重要力量。卫生服务模式要实现社区化，要以社会发展和社区建设的理论来指导，不是简单地把医学知识和医院服务应用在社区中。为了克服家庭医生制度缺乏社会参与和社会认同的瓶颈问题，应引入“社会资本”的概念。

一、社会资本的概念

社会资本从表述的实际意义上主要分为两种，一是与国家公有形式的资本相对应的来自社会个体、非营利性组织的有形资本，如土地、劳动和资金等；另一种则来源于社会学对社会资本的界定，1980年，法国社会学家皮埃尔·布迪厄正式提出“社会资本”的概

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

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

念，后来詹姆斯·科尔曼和罗伯特·普特南等人进一步发展了社会资本理论，在学术界产生了较大的影响。加拿大的政策研究基金会在征求了全球许多社会资本研究者意见的基础上，对社会资本给出了一个新的定义，即社会资本是建立在信任、互惠、互助基础之上的社会关系网络，借助于这样的社会关系网络，个人或团体能够获得各种资源和支持。社会资本的构成要素主要有社会制度、社会组织、社会关系、社会规范、社会文化、社会凝聚力等。社会资本各要素状态良好并充分发挥其作用，是社会发展的基本条件。

与有形的社会资本相比，社会学视角下的社会资本是无形的，更强调社会结构中组织、个人动员和利用有形资源的能力和效率。界定社会资本的因素可从以下方面着手：社会参与、信任与安全感、互惠与社会支持、人际关系网络、邻里凝聚力、非正式社会控制、社区归属感与认同感。

二、社会资本理论在健康领域的应用

当前提出吸引社会资本进入卫生领域，更多是强调有形资本，对无形社会资本还没有给予广泛的重视。华中科技大学卢祖洵教授（2000年）将社会资本引入卫生和健康领域，阐述了社会资本的卫生保健功能，认为激活和利用社会资本是保证卫生事业可持续发展的重要方面。国内健康领域对社会资本的测量目前还很少。华中科技大学开展的社会卫生资源利用策略研究中（白玥，2006），研究者同时测量了道德与价值观、信任与安全感、友好互助、人际关系网络、对社区事务的关注与参与等多个维度的社会资本。

三、社会资本与家庭医生制度的关系

社会资本与家庭医生制度之间存在着相互促进的关系。

从微观层面来讲，社会资本的发展可以促使社区疏离状态和人

际关系的转变，也有利于居民与家庭医生的社会互动模式转变。社区社会资本的引入通过改变城市社区的“原子化”和疏离状态，增强社区信任，改善人际关系，从而潜移默化的改变居民和家庭医生双方的态度、角色和行为，提高对家庭医生制的价值认同：居民从被动接受到主动参与，家庭医生从被动工作到主动服务，进而转变居民与家庭医生的社会互动模式，由原本防范、对立的关系转变为基于信任和互惠的良性互动，反过来进一步提高居民对家庭医生制度的认同度和参与度，家庭医生的工作积极性和职业成就感也得到进一步提高。

从宏观层面来讲，社区社会资本是家庭医生制度发展的内源动力。从服务市场的运行角度看，社会资本是沟通个人和制度的中间物。个人行为能否实现个人理性与社会理性的和谐，以及制度能否解决集体行为的困境，不仅取决于个人和制度本身，还取决于双方联系的中间媒介——社会资本。社会资本在很大程度上营造一种文化、制度环境，引导人们的参与、合作与信任，成为影响个人态度、行为、决策以及健康和生活质量的重要资源，推动协调的行动以促进制度的建立和完善。可得出如下假设：在一个拥有着丰富社会资本的社区里，交易成本降低，则制度的僵化或滞后所带来的阻力减少，从而效率也就提高。

家庭医生制度的顺利实施，一方面需要政策和硬件支撑，包括财政投入、信息化建设和医保政策的调整等；另一方面，更需要价值态度的转变，尤其需要赢得社区认同和相关利益方的社会参与。家庭医生制度在实现居民健康管理功能的同时，还应发挥其提升社区功能、扩大社区支持网络、积聚社会资本的社会功能，实现健康管理与社会功能的整合。

四、关于激活与培育社会资本的建議

要建立家庭医生制度，社会资本的培育是关键。以信任、合作与互惠为原则的社会资本不是某一社区天然拥有的，而是需要经过有目的的培养、演进而逐渐生成，一旦无形的社会资本形成，往往会成为社区卫生服务和家庭医生制度发展的重要推动力。培养这种无形社会资本涉及到很多因素，比如社会对社区概念的重视、社区整体环境的改善，需要在如何促进信任、寻求合作等方面作努力，并且具体的措施与对策之间要彼此协同。结合我国社会文化及卫生保健实际情况，对上海市家庭医生制度建设中社会资本的激活与培育有如下建议：

（一）建立和完善法律、制度和政策设计

实施家庭医生制的过程中，完善的法律法规和有利的政策引导有利于为社会资本培育和互动模式转变创造良好的环境，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规范和引导。例如，居民对家庭医生制的理解需要通过社会动员和媒体宣传来实现，居民某些不合理的医疗需求和就医观念需要通过健康教育来引导，其就医行为和就医习惯需要通过签约、定点医疗、支付方式、报销比例等制度和政策进行约束规范。家庭医生的业务水平要通过培训和继续教育不断提升，其行为要通过提高待遇水平、绩效考核等各种激励机制进行规范引导，另外其职业成就感需要通过提高其社会地位和社会声望等精神鼓励进行引导。

目前，本市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，在市级层面统筹规划，统一基本的制度设计和工作方案，对区县家庭

医生制的推进进行指导。

(二) 加强以家庭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，家庭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，无论是对人的生理、心理还是社会因素研究，都已经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以爆炸性的速度增长。要使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，让一名家庭医生在现有的条件和待遇水平下同时承担多种社会角色和社会功能是不现实、也是不公平的。在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，提高服务能力的基础上，借鉴英国经验，在全科服务团队中纳入心理治疗师、社会工作师等专业人员，提高社区卫生服务的服务能力，推动服务模式转变。事实上，上海市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。同样的，在社区卫生服务的层面，家庭医生制也需要引入医务社会工作者和心理治疗师，组成由家庭医生、社区护士、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、心理因素，整合社会多方资源，致力于培育社会资本，推动医学模式在社区的转变。

(三) 引导社会资源的整合，争取各方力量支持

从社会支持网络的角度来看，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，是家庭医生开展工作的外部环境和重要社会资本，是家庭医生制顺利实施的重要保障。在家庭医生实施的过程中，需要不断发掘社会资源及社会支持网络的作用，建立社

会支持机制，加强与街道的沟通机制。例如，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的开展，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，参与到家庭医生制服务的联络工作中。

（四）加大对家庭医生制的宣传力度

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的大力支持、合理宣传与解释，避免对家庭医生制的误解和扭曲，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合理的医疗需求。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，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，有效地预防和缓解疾病。

（责任编辑：王菲）

关于上海市全科医生制度建设的思考及政策建议

祝墉珠¹ 潘志刚¹ 彭玉梅² 顾杰¹ 戴维¹

【摘要】 本文梳理了上海市全科医生制度建设的基本框架，分析了全科医生队伍建设的现状及存在的问题，并提出有关政策建议。

【关键词】 全科医生；培养；激励；政策建议

建立全科医生制度是医改的重要内容之一，也是对现行医生培养制度、医生执业方式、医疗卫生服务模式的重要改革，政策性强，涉及面广，影响深远。本文梳理了上海市全科医生制度建设的基本框架及存在的主要问题，并提出政策建议。

一、上海市初步构建了全科医生制度基本框架

（一）培养政策

上海市在全科医生培训方面经过三个阶段的探索：第一阶段是岗位培训阶段。上海市社区卫生服务中心是由过去的街道医院、乡镇卫生院转换功能后建设发展而成的。转型后，为适应社区卫生服务的需要，上海市从1997年起对社区卫生服务中心的临床医师开展全科岗位培训。培训分两方面内容：一是全科理论培训。从1997年开始至2005年完成，全市基层医疗卫生机构培训覆盖率达到100%；二是实践技能培训。2004年启动，培训时间半年，由区

第一作者：祝墉珠，女，教授，复旦大学上海医学院全科医学系主任、复旦大学附属中山医院全科医学科主任、中华医学会全科医学分会主任委员
作者单位：1. 复旦大学附属中山医院，上海 20032； 2. 上海市卫生局医改办，上海 200040

县卫生行政部门组织实施，37所综合医院和43所示范性社区卫生服务中心具体承担培训任务，已累计完成了6000余名社区医师的培训。第二阶段是规范化培训阶段。从2000年起，上海市试点开展全科医生规范化培训，从医学院校本科毕业生中招录培训对象，进入经市卫生局评估认定的临床基地和社区基地参加全科医生规范化培训，培训时间为3年。至2009年累计招录463人，经过规范化培训的全科医生大多已成为社区卫生服务中心的业务骨干。第三阶段是与住院医师培训并轨阶段。从2010年起，上海市将全科医生培训统一纳入本市住院医师规范化培训计划。2010年全市招录住院医师培训对象1841人，其中全科医学专业253人；2011年全市招录住院医师培训对象1986人，其中全科医学专业302人。

（二）人员编制政策

2008年，上海市编制办公室出台《上海市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见》（沪编〔2008〕133号），明确社区卫生机构人员编制标准为16人/万，其中按每万居民配备4~5名全科医生、按每万居民配备1.5~2.5名公共卫生医生的标准配置。

（三）职称政策

2009年起，上海市建立独立的全科医生职称系列，全科医生晋升高级职称实行单列评审。评审时突出社区卫生工作特点，注重日常业绩考核，在学历、论文、课题等晋升条件上适当放宽。2009—2010年，全市共185人申报全科医生高级职称资格，通过率为63%。

（四）户籍政策

全科医生培训对象为外地生源的，按应届毕业生进沪就业相关规定申请办理上海市户籍或居住证。全科医生培训与住院医师规范

化培训并轨后，对培训结束后自愿到郊区基层医疗机构工作的，按规定优先申请办理居住证转户籍手续。

（五）学位衔接政策

在教育部、卫生部和国务院学位办的大力支持下，2011年，上海市出台了《上海市住院医师规范化培训与临床医学硕士专业学位教育衔接改革实施办法》（沪卫科教〔2011〕21号）。2010年起参加住院医师规范化培训全科医学培训的住院医师有望在3年培训结束后获得临床医学硕士专业学位。

（六）学科建设倾斜政策

坚持社区卫生服务中心与医院学科建设统筹、协调发展。上海市医学领先学科建设计划中，有40个社区卫生服务特色项目进入了全市100个医学领先学科行列。医学科技成果奖评审中，专门设立社区卫生成果奖，鼓励社区卫生服务中心出成果、出人才。

目前，上海市240家社区卫生服务中心（郊区乡镇卫生院也已全部转为社区卫生服务中心）共有执业（助理）医师11000人，其中注册全科医生4229人，占执业（助理）医师比例38%。全科医生中，本科及以上学历占46%，大专学历占41%；高级职称占4%，中级职称占37%。

二、上海市全科医生队伍建设面临的问题

经过近年来的努力，上海市已经初步建立了全科医生制度的基本框架，但由于政策力度等方面的原因，相对专科医生而言，全科医生岗位的吸引力仍然较低，还存在招不满、留不住的问题。2010—2011年，上海市住院医师规范化培训全科医学专业计划每年招录500名培训对象，但实际上每年只招录一半左右。接受培训

的全科医生还存在中途流失的问题，社区在岗的全科医生也存在流失现象。调研发现，其原因主要有以下几个方面：

一是收入待遇与专科医生差距过大。目前全科医生的收入水平只有同级别专科医生的一半左右。特别是实行绩效工资改革后，由于实行收入水平封顶，绩效工资总体水平不高，全科医生的工作积极性受到影响，对未来的收入待遇前景信心不足。加之绩效工资分配中对“绩”和“效”的评估不合理，做多做少一个样，成为新的“大锅饭”。

二是全科医生职业发展空间受限。目前社区卫生服务机构岗位设置比例，高级职称岗位的比例与二、三级医院相比明显偏低（只有5%），全科医生普遍感到职业前景渺茫。虽然在全科医生进编、落户等方面已经出台了相应的政策，但政策倾斜力度不大，且各区县在执行上也存在差异，从实际情况看，全科医生进编、落户还面临一定困难。此外，按照社区卫生服务中心的职能定位，全科医生主要负责一般常见病、多发病的治疗，到社区看病的患者多为老年慢性病患者，基本以开药为主，这些都严重影响全科医生职业的吸引力。

三是对全科医生工作考核管理的要求不合理。政府有关部门对社区卫生服务机构和全科医生工作的考核仍参照医院进行，与社区实际情况不相适应。如医保部门要求“不得空挂号”，社区医生只能让进行医疗咨询的患者不挂号，否则就是违反规定；卫生等部门对药品收入占总收入的比重监控较严，对开药的患者，社区医生只能想办法动员患者再做些检查项目，否则就达不到考核要求。这些都造成了全科医生在社区开展工作的过程中存在诸多困难。

三、政策建议

基于上述分析，建议逐步完善全科医生的培养、管理、激励等制度，逐步形成以全科医生为主体的基层医疗卫生队伍。

（一）完善全科医师培养制度

一是加强学历教育。临床医学本科教育以医学基础理论和临床医学、预防医学基础和知识及基本能力培养为主，同时加强全科医学理论和实践教学，着重强化医患沟通、医学人文与伦理、基本药物使用等方面能力的培养。

二是加强岗位培训。对符合条件的基层在岗执业医师或执业助理医师，按需进行转岗培训。转岗培训在国家认定的全科医生规范化培养基地进行，通过本市卫生行政部门统一组织的考试后，可注册为全科医生或助理全科医生。根据《上海市开展农村单位定向医学生免费培养工作实施意见》（沪卫科教〔2011〕1号）文件，开展农村订单定向全科医生免费培养工作，毕业后参加相关执业医师考试，考试合格可按程序注册为助理全科医生。

三是加强继续教育。以现代医学技术发展中的新知识和新技能为主要内容，加强对全科医生的继续医学教育。此外，进一步拓宽全科医生进修途径，将优秀全科医生优先纳入青年人才培养计划，选派出国进修。制定高层次全科医学人才培养计划，培养全科学科带头人。

（二）完善全科医生管理制度

一是提升全科医生服务平台。对到基层工作的全科医生（包括大医院专科医生），政府举办的基层医疗卫生机构要通过签订协议的方式为其提供服务平台。充分依托现有资源组建区域性医学检查、

检验中心,鼓励和规范社会零售药店发展,为全科医生执业提供条件。

二是推行全科医生与居民建立契约服务关系。基层医疗卫生机构或全科医生要与居民签订一定期限的服务协议,由全科医生担任居民的家庭医师,建立相对稳定的服务关系,服务考核落实到全科医生个人。参保人员可在本市(区)医保定点服务机构或全科医生范围内自主选择签约医生,期满后可续约或另选签约医生。

三是完善全科医生服务绩效考核。制定对全科医生及团队的考核方案,考核内容要充分体现出全科医生服务的特点,重点考核全科医生的签约率、对核心任务的完成率、对签约家庭基本服务需求的反应性、服务结果、成本控制等指标,逐步引入第三方考评机制,并广泛听取所在街道健康促进委员会、居委会、村委会、社区居民等各方面的满意度,考核结果与绩效分配直接挂钩。

四是引导全科医生以多种方式执业。根据《关于在本市开展医师多点执业试点工作的通知》(沪卫医政〔2011〕94号),全科医生可以在基层医疗卫生机构全职或兼职工作。鼓励组建由全科医生和社区护士、公卫医生或乡村医生等人员组成的全科医生团队,划片为居民提供服务。

五是探索建立分级医疗和双向转诊机制。依托已经组建的区域医疗联合体,会同医保、财政等部门积极探索双向转诊。医保部门将联合体内各医疗机构的医保额度统一打包预付、拉大在不同级别医疗机构就诊的报销比例、对住院患者实行分时段支付。有条件的地区先行开展全科医生首诊、医保按人头付费等试点并逐步推行。

(三) 完善全科医生激励机制

一是完善医保额度逐步合理增长机制。进一步建立完善本市社

区卫生服务中心医保额度的合理增长机制，保证每年全市社区医保总额增长幅度不低于医保收入增长幅度，以上一年社区卫生服务中心实际服务人数作为确定本年度医保总额的主要依据。在此基础上，市人保局（市医保办）要研究通过基本医疗保险政策的调节，引导居民与家庭医生签约首诊，并完善医保支付方式的具体办法。

二是全面提高全科医生收入待遇。参照国际标准，合理确定全科医生的收入水平，提高绩效工资总体水平，建立全科医生团队的工作补助经费和奖励经费，缩小全科医生和专科医生的收入差距，并建立稳定的收入增长机制。绩效工资分配应充分考虑全科医生的签约居民数量和结构、服务质量、居民满意度以及居民医药费用控制情况等因素，向全科医生倾斜。对到本市远郊地区政府办基层医疗卫生机构工作的全科医生，发放远郊地区津贴。

三是合理调整全科医生岗位结构比例。科学合理设置社区卫生服务机构专业技术岗位配置比例，提高高、中级岗位比例，并在同等条件下优先聘用全科医生，为全科医生提供职业发展空间。鼓励各区县按照有关规定设置特设岗位，吸引优秀人才到基层医疗卫生机构工作。

四是开辟全科医生进编绿色通道。落实《上海市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见》（沪编〔2008〕133号）文件中对各社区卫生服务中心人员编制的要求，并建立社区卫生服务中心编制数随服务人口数变化的动态调整机制，合理调整和增加社区卫生服务中心人员编制。对取得本市规范化培训合格证书的全科医生，不受户籍所在地等因素影响，优先进入社区卫生中心编制。

五是完善社区高级职称评审机制。在单独设立社区卫生高评委的基础上，进一步完善全科医生任职资格评价标准，将签约居民数量、接诊量、服务质量、群众满意度、社区卫生健康管理绩效等作为全科医生职称晋升的重要因素，注重健康促进、疾病防治、社区康复、社区护理等方面业绩的评审和考核，突出对技术操作能力的评价，适当放宽对外语、计算机和论文的要求。

六是制定其他相关保障政策和措施。为吸引和留住全科医生，对于外地生源或非上海户籍的全科医生提供廉租房、人才公寓或住房补贴等，降低全科医生的生活成本。实行居住证转户籍缩短年限政策，凡全科医生签约到基层服务期达5年以上者可享受直接入户政策。

（责任编辑：信虹云）

英国家庭医生制度概况及启示*

陈莹¹ 李韫韬² 谭春花³ 张晓芒⁴ 刘瑜婕⁵ 史野⁶

【摘要】 英国作为最早建立家庭医生制度的国家之一，目前已形成了以全科医生为核心的初级卫生保健体系，对改善居民健康水平和控制卫生总费用具有重要作用。本文通过对英国家庭医生制度的情况进行系统介绍，为开展家庭医生制度提出相关建议。

【关键词】 家庭医生；全科医生；全科诊所

英国于1984年建立了国家卫生服务制度（National Health Service, NHS），该制度以人人都广泛平等地享受统一标准的医疗服务为宗旨，通过政策的导向，支持以社区为基础的医疗服务体系，即初级卫生保健系统和医院服务系统两个部分。其中，初级卫生保健服务主要由全科诊所和全科医生提供，目前已形成了以全科医生为核心的初级卫生保健体系，对改善居民健康水平和控制卫生总费用具有重要作用。

一、英国家庭医生制度概况

（一）基本情况

在英国，家庭医生也称为全科医生（General Practitioner，简称

*2012年6月5日至7月8日，上海市卫生局组织本市6名家庭医生赴英国开展了为期1个月的考察学习，本文节选自该考察团的考察报告。

第一作者：陈莹，女，上海市徐汇区天平社区卫生服务中心副主任

作者单位：1. 徐汇区天平社区卫生服务中心，上海 200038

2. 浦东新区潍坊社区卫生服务中心，上海 200122

3. 长宁区周家桥社区卫生服务中心，上海 200051

4. 普陀区白玉社区卫生服务中心，上海 200063

5. 闸北区芷江西路社区卫生服务中心，上海 200070

6. 青浦区金泽社区卫生服务中心，上海 201706

GP)。目前大约有 40209 名全科医生，为全英国 6100 万居民服务，每名 GP 大约为 1500 位签约居民提供社区医疗服务。英国公民或持 6 个月以上签证的外国公民都可获得英国国家提供的免费医疗服务，但必须选择一个诊所注册签约才能享受免费的医疗服务，且患者需通过 GP 的转诊，才能到医院门诊就诊。英国政府部门对全科诊所按照区域进行管理，为居民购买初级卫生保健服务，并通过协议对其提供的服务进行管理。服务协议包括普通医疗服务协议和个性化医疗服务协议两类，二者分别覆盖了约 66% 和 34% 的全科诊所和全科医生。

（二）全科诊所与服务提供

英国全科医生以全科诊所为平台提供服务。诊所面积与诊所覆盖人群数量相关，诊所内设有前台、全科诊疗区、护士工作区、候诊区、工作管理区、儿保检查区、社区辅助科室（如戒毒门诊等）。全科诊所目前由全科医生、护士、助产师和其他工作人员组成，其提供的服务内容如下。

1. 全科医生。全科医生的诊治范围涵盖了内、外、妇、儿、五官科、精神科等多学科的疾病，其中最常见的疾病为感冒、哮喘、皮肤病、抑郁症等，GP 每天还对生活不能自理的居家患者进行家庭访视。部分 GP 还参与妇科、儿科、五官科等专科门诊及外科小手术等工作。

2. 护士。护士分为高级别护士、健康照顾护士和政府聘用的社区护士三类。高级别护士和 GP 一样可以直接接诊患者，分担了 GP 的就诊压力；健康照顾护士负责新注册患者健康档案的建立、慢病管理、电话随访以及采集体检血样等；政府聘用的社区护士主要承担社区随访工作，并与全科诊所建立密切的合作关系。

3. 助产师。主要从事孕产妇保健工作，即产前检查和产后访视。助产师鼓励孕妇在家生产，一般在产前三个月跟孕妇讨论生产方式，对于符合在家生产要求的孕妇，助产师会提供个人联系电话，当孕妇出现临产征兆的时候，助产师会上门服务，全程陪同孕妇生产，若产程当中出现紧急情况，再送医院急诊。

4. 其他工作人员。主要包括诊所经理、前台接待人员、办公室文员等人员。诊所经理受雇于诊所合伙人，身兼人事、财务、质控、信息维护等多项工作，包括制定诊所工作计划，安排医生护士门诊时间，确保诊所的正常运营等。前台接待人员主要负责患者的注册、预约登记、快递检验血样、续开药物处方，并接受各类信息咨询。办公室文员主要负责接收新患者的健康档案和寄出撤销注册患者的健康档案，对综合医院的辅助检查结果、转诊文书进行整理和扫描，并录入信息系统，方便 GP 查阅。

（三）支付制度

对全科医生和全科诊所的支付费用包括基本服务费用和按质量支付费用两部分。其中基本服务费用占支付总额的 70%，用于包括人员费用在内的基本与附加服务。按质量支付费用占支付总额的 30%，所得数额取决于临床质量和服务范围，具体按质量与结果计划（Quality and Outcomes Framework, QOF）计算。QOF 以循证医学为基础，更加关注对于慢性病的管理。QOF 针对全科诊所，而非针对全科医生个人，通过质量管理分析系统进行管理。QOF 设有 4 方面（临床、组织、患者体验、附加服务）的可量化指标，每一指标被赋予一定的点数，目前共计 1000 点。每一点数的平均支付额根据不同诊所登记居民的数量、人群年龄及性别分布、患病种类等情况不同而有所差异。QOF 的指标每年更新，根据需求增加新指标，

而所有诊所均达标的指标将被删除。

(四) 全科医生培训制度

英国的医学生要成为全科医生，必须经过“5+2+3”的培训，即5年医学院教育，2年临床轮转，3年全科规范化培训，因此获得GP注册资格一般要经历10年漫长的时间。而成为一名全科医生后，需将每年的继续教育资料、投诉记录、自学内容、本年度学习进度、满意度评估结果、QOF执行情况、下一年学习计划等以书面形式进行记录，并与英国医学总会委派的专家进行面谈，每年接受一次资格评估，以确定是否能够继续从事全科工作。

二、英国家庭医生制度的启示

英国家庭医生制度通过为居民提供所需的基本医疗服务和预防保健服务，将大多数居民的健康问题解决在社区，在维护居民健康、有序利用医疗资源与控制医疗费用方面发挥着“守门人”的作用，在当前医改背景下，对开展家庭医生工作有重要的借鉴意义。

(一) 建立与居民签约机制，实行家庭医生首诊负责制

英国公民要享受NHS免费医疗服务首先必须与GP签约，并实行GP首诊制。通过选择固定的GP，将健康交由GP进行科学管理。GP在提供安全有效医疗服务的同时，有效地节约了政府医疗支出。目前上海正在开展家庭医生责任制，提倡建立家庭医生与居民签约机制，签约家庭及个人首诊在社区，由家庭医生综合管理患者及家庭的健康，如有需要再转诊至上级医院。

(二) 提高家庭医生与患者的沟通技巧，建立和谐医患关系

英国全科医生的诊治关键在于与患者的沟通。在国内医患关系日益紧张的今天，尤其需要在医学生和家庭医生中提倡学习医患沟通技巧。建议通过邀请英国全科专家当面授课或网络教学等方式，

学习英国全科医生的医患沟通能力及临床经验，并将这些沟通技巧运用到日常工作中，以提高居民对全科医生的信任度，改善医患关系。

（三）加强团队联合协同服务，完善居民健康管理服务项目

英国的社区护理和上门医疗服务主要由护士团队来完成，服务项目几乎涵盖了所有能够在家中开展的医疗护理服务，极大地满足了居家患者的医疗需求。社区卫生服务中心承担的慢病管理、居家养老护理以及家庭病床工作，也可借鉴英国经验，通过加强对公卫医师和护士的培训，充分发挥社区团队的作用，为社区卫生服务提供强大的支撑。

（四）注重全科医学规范化培训，扩充家庭医生人才队伍

英国的全科培训体系是一个严谨而自律的学习体系。建议完善住院医师规范化培训的教学模式和考核体系，提高学习效果，同时加强医学院校中全科医学的培养，扩充全科医生的人才队伍。此外，建议提高全科医生的薪酬待遇水平及社会地位，减少人才的流失。

（责任编辑：彭颖）

浦东新区全科医生家庭责任制建设的实践与政策思考

荆丽梅¹ 孙晓明² 娄继权¹ 庄悦红³ 王峦¹

作为上海市全科医生家庭责任制首批试点区之一,基于“先试点,后推广”策略,浦东新区自2010年10月起在塘桥、潍坊、金杨、高桥、康桥、大团6家社区卫生服务中心进行试点,通过门诊签约、预约服务、双向转诊等服务手段开展全科医生责任制服务。2012年4月,在全区45家社区卫生服务中心分批推进全科医生家庭责任制。截至2012年6月,浦东新区已实现家庭医生签约19.2万户,共31.1万人;电话咨询12.7万人次,健康评估32.6万人次,健康教育49.5万人次;上门服务11.3万人次,预约门诊11.1万人次;双向转诊1.3万人次;建立健康档案100多万份。

一、推进措施

(一) 队伍建设,有序推进

将浦东新区所有社区卫生服务中心分为示范中心、重点中心、标准中心,按照“2+10+33”模式分层建设,有序推进。其中潍坊、塘桥两家为全科医生家庭责任制示范中心;金杨、高桥、康桥、大团、上钢、周家渡、迎博、六灶、北蔡、周浦10家为全科医生家庭责任制重点中心;其余33家作为全科医生家庭责任制标准中心。

(二) 需求导向,分层管理

根据签约居民与社区卫生服务中心联系的紧密程度,将社区卫

第一作者:荆丽梅,女,浦东卫生发展研究院卫生发展研究中心主任

作者单位:1.浦东卫生发展研究院,上海200129; 2.浦东新区卫生局,上海200125;

3.复旦大学公共卫生学院,上海200031

生服务人群分为健康管理、健康服务、健康关怀等3大类。健康管理人群包括社区65岁以上老年人、孕产妇、0-6岁儿童、残障人士及慢病患者等重点人群。健康服务人群包括健康管理人群中的家庭成员及对社区卫生服务相对依从性较高的人群。健康关怀人群是指全人群中除健康管理和健康服务人群外的其他社区居民。

（三）签约服务，六位一体

围绕基本医疗及基本公共卫生服务，体现预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术指导“六位一体”功能，以契约形式，为签约居民提供常见病、多发病的预约诊疗服务、双向转诊服务，同时着力开展建立健康档案、慢病干预、健康体检、健康宣教、预防保健及热线应答等服务。

二、主要特色

浦东新区在试点开展全科医生家庭责任制过程中，注重完善管理体制，创新工作机制，优化服务模式，推进社区卫生综合改革。

（一）体制方面

为进一步完善社区卫生服务管理体制，按照管办分开的原则成立浦东新区医疗机构管理中心，作为办医主体负责社区卫生服务中心的运作和管理。将村卫生室纳入社区卫生服务管理体系，统一规划设置、行政管理、业务管理、药械管理、财务管理、绩效考核，实现镇村一体化，有效促进了全科医生家庭责任制工作城乡的均衡化。

（二）机制方面

一是依托电子健康档案建立社区慢病临床路径管理机制。借助信息化手段将临床治疗和社区慢病预防有机结合起来，通过探索建立糖尿病、高血压等社区慢病预防控制临床路径，为签约居民实行动态健康管理。二是不同等级医疗机构联动，形成若干个区域医疗

联合体。社区全科医生依托所属联合体，为签约对象提供就诊绿色通道和双向转诊服务，方便了签约居民就诊。

（三）服务模式方面

服务模式创新表现在七个方面：**第一**，变传统“坐诊式”为“一站式”服务。全科医生以社区卫生服务中心诊室、社区卫生服务站、居民家中为服务平台，为签约者提供社区首诊、预约门诊、协助联系住院及双向转诊等特色服务。**第二**，实现门诊自助预约。社区居民可借助信息化手段实施预约门诊，既方便病人就医，又有利于医生为签约对象提供有效快捷服务，医疗资源利用更趋合理。**第三**，实现全时段健康咨询。全科医生和团队实现专人专线，全天候为签约居民提供方便可及的医疗咨询服务。**第四**，主动实施居民健康评估。全科医生根据签约对象的健康档案情况，为每个签约对象编制《健康评估报告》，制定个性化诊疗方案、健康教育方案与干预措施。**第五**，发挥社区居民自我保健自我防病的主动性和积极性，建立社区健康自我管理小组。通过公共卫生各专业机构和社区全科医生的积极参与和科学指导，建立以不同慢性疾病为主题的社区健康自我管理小组，引导居民树立良好的自我保健意识，转变原有不良生活习惯，有效控制慢性疾病不良转归，不断提高生活质量。**第六**，全面推进社区卫生服务中心信息化建设。建立完善居民电子健康档案系统，实施检验结果互认，实现区内医疗资源共享互通；新型农村合作医疗已实现在全区社区卫生服务机构和部分二级医院的费用实时结算。**第七**，建立社区卫生服务机构评估指标体系。依托第三方卫生评估中心，根据卫生部标准，结合上海市和浦东新区特点，参照美国 JCI 评估体系，制定社区卫生服务机构评估指标体系，开展社区卫生服务绩效评估。

三、进一步完善家庭医生制度的思考

从试点经验来看，为加快建立全科医生家庭责任制，浦东新区还将从以下几个方面作进一步的探索：

（一）多方措施解决政策起步期间全科医师人才紧缺问题

在政策刚刚起步的近3年过渡期内，会出现全科医生严重短缺和农村留不住人的问题，建议通过如下措施缓解此问题：一是加大现有基层在岗医生参加全科医生转岗培训的力度；二是适当延长社区医生退休年龄和二、三级医院的合适退休医生返聘在社区服务；三是制定特殊的人事和待遇政策，想办法吸引适宜人才，留住人才，建立稳定人员队伍的长效机制。如将老乡村医生纳入基本保障体系（解决后顾之忧），对新乡村医生实行3年大专培养模式，在不改变职业地点的情况下纳入社区卫生服务中心事业编制（解决后继乏人）。

（二）建立和完善绩效评估机制

为了提高实行收支两条线以后医务人员的工作积极性，需要制定和完善社区卫生服务中心的评估指标体系和方法，依托第三方进行评估，并切实将评估结果与绩效考核结合起来。

（三）探索按人头预付支付方式

国内外相关改革经验表明，未来医疗保障支付方式改革的目标是实行家庭责任医生为基础的“按人头预付”。但现阶段实现医保“按人头预付”存在两大困难：一是预付总额难以确定。二是定点医疗、社区首诊、分级诊疗以及双向转诊的体系尚未完全建立。因此，建议选择新型农村合作医疗这一相对成熟、与家庭医生工作联系密切的医疗保障为切入点，深入探索“按人头预付”改革并进行系统评估。

（责任编辑：杜丽侠）

发挥社区优势，推进徐汇区家庭医生制服务试点

王珺 刘诗强 王克利 玄泽亮

徐汇区卫生局积极响应卫生部和本市医改方案精神，以加强健康管理为目标，以签约履约为抓手，立足本区区情，积极探索，逐渐形成具有徐汇特色的家庭医生制签约服务模式。

一、基本情况

2011年5月23日，徐汇区正式启动全科医师家庭医生制试点工作，制定并下发了《徐汇区家庭医生制服务工作指导意见》。首批6家社区卫生服务中心实行常住人口全覆盖试点，其他7家社区卫生服务中心根据辖区及自身条件酌情推行部分区域或部分人群试点。2012年，在首批6家试点基础上，家庭医生制试点推广至辖区全人群，以老年人、孕产妇、儿童、残障人士及慢性病患者等为重点人群，努力实现重点人群签约全覆盖，进而推进其他人群签约服务。截至2012年8月底，徐汇区签约居民40.5万人，签约家庭14.2万户，占辖区常住户数43.8%。

二、工作机制

徐汇区稳步推进家庭医生制试点工作，目前已形成了6大工作机制：

第一作者：王珺，女，上海市徐汇区卫生局主治医师
作者单位：上海市徐汇区卫生局，上海 200030

一是工作模式。组建以社区卫生服务站为基地，以全科医师为主体、全科团队为依托，以社区为范围、家庭为单位、全面健康管理为目标，通过签约服务形式，为社区居民提供安全、有效、连续、方便可及的基本医疗卫生服务。

二是服务主体。以社区卫生服务站为平台，每个中心建立若干个由全科医师领衔的服务团队，该团队包括全科医师、社区护士、公卫医师等人员。

三是家庭医生资质。明确家庭医生资质，包括：（1）具备全科中级及以上职称；（2）至少有3年社区工作经验；（3）掌握大多数常见病、慢性病、多发病的诊疗技术；（4）具备健康管理的基本知识；（5）具有良好的协作精神、沟通能力和团队意识。

四是服务对象。明确服务对象为徐汇区辖区内所有居民，签约面向“全人群”，实行“全人群签约、分类管理”的服务模式。

五是服务内容。围绕基本医疗及基本公共卫生服务，体现预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术指导“六位一体”功能，以建立健康档案为基础，为签约家庭提供综合健康管理服务。

六是服务方式。家庭医生作为签约主体与全区居民签订服务协议，宣传服务内容，介绍服务特色，创建服务品牌。签约后，全科医师即成为签约对象的“家庭医生”，以社区卫生服务中心、站点、符合上门条件的居民家中为服务平台，提供社区首诊（结合“四医联动”）、预约服务、协助联系住院、双向转诊、健康咨询、健康网站、医疗费用精算等服务。

三、主要亮点

(一) 提升内涵，做实试点服务

在稳步签约的基础上，部分试点社区开始探索家庭医生服务内涵建设。如斜土、康健社区分别与复旦大学傅华教授、交通大学鲍勇教授建立“家庭健康评估”合作项目，积极探索家庭医生内涵建设，考虑将公共卫生工作与家庭医生服务进行融合，力求在稳步保量的过程中注重质的提升。通过内涵建设对家庭医生工作模式加以引导，推进签约家庭同家庭医生建立牢固的就诊关系。

(二) 以信息化为切入点，推进家庭医生精细化管理

在推进家庭医生签约试点过程中，坚持以信息化为切入点，推进家庭医生工作的精细化管理。2012上半年开发了“徐汇区家庭医生操作平台”，以实现徐汇区家庭医生工作“签约信息化、服务精细化、管理网络化”模式，为家庭医生签约管理、首诊管理等打下坚实基础。

(三) 注重对家庭医生的培养

徐汇区参与家庭医生签约试点的全科医师达到259名，为了提升全科医师的业务素质和服务能力，徐汇区通过规范化培养、出国培训、带项目培训等多途径加强对全科医师的培养。2011年在全市率先成立的“全科医师实训评估中心”，注重对全科医师临床诊疗技能的培养和提高，2012年5月评估中心正式通过市卫生局组织的专家现场评估，成为“上海市全科医师实训评估基地”。

四、初步成效

一是家庭医生服务理念进一步转变，居民对家庭医生的依从性提高。各社区逐渐渗透“谁签约，谁服务，谁负责”的家庭医生服

务理念，坚持“主动服务、上门服务，主动走进家庭、贴近居民”。家庭医生直接为家庭成员服务，使服务效率进一步提高。与此同时，居民对家庭医生的信任度和依从性也进一步提高。

二是初步形成了适合本区试点单位的家庭医生内部运行机制和绩效考核体系。建立了网格化全覆盖的长效健康管理责任制；完成了工作制度、服务规范及管理制度建设。同时，结合社区工作实际，构建了家庭医生的绩效考核体系，设计了工作量报表，并构建了家庭医生信息化数据分析平台。

（责任编辑：彭颖）

以“健康守门人”为目标，以重点人群为突破 积极开展长宁区家庭医生制试点工作

葛敏

根据国家卫生部、上海市卫生局的工作部署，长宁区将实施家庭医生制工作纳入区政府的实事项目，并将其作为进一步完善全科医生制度的有效途径，积极探索家庭医生签约服务、分级诊疗模式，坚持从实际出发，围绕“保基本、强基层、建机制”，实现社区卫生服务公益性。

一、主要做法

（一）建立以居委为范围的家庭医生全覆盖制度

目前，全区 181 个居委会全部配备家庭医生，家庭医生在团队中公共卫生医生及社区护士的协助下，以居民家庭健康档案为基础，以重点人群家庭为主要服务对象，与有服务需求的居民建立签约式服务关系，提供健康管理服务，并将服务对象由贫困人群逐步向慢病管理对象、65 岁以上老人和一般人群扩大。截止 7 月底，签约人数共 72814 人（43450 户）。

（二）建立全科团队支持下的家庭医生服务模式

全科团队下的家庭医生服务模式是依托全科团队的支持、以家庭医生为服务主体、公卫医生及护士为其助手的协作形式（俗称“一个好汉三个帮”）。家庭医生服务模式由原先的防治分离逐步向防治

作者：葛敏，女，主任医师，上海市长宁区卫生局局长
作者单位：长宁区卫生局，上海 200050

一体过渡，由患者个体过渡到其家庭，由疾病管理过渡到健康管理，由任务式服务过渡到有价值的服务，由医患关系到逐渐建立长期稳定的“伙伴”式关系。

（三）建立家庭医生服务的支持系统

一是建立中心、团队的支持机制。积极发挥社区卫生服务中心五大系统的协同作用，以及全科团队内成员分工协作和团队长总协调作用，共同协助家庭医生开展服务工作。二是建立二、三级医院的支持机制。充分发挥“3—2—1”区域卫生协同服务的作用，实施纵向医疗资源整合，从“科、教、研”全方位支撑家庭医生服务。三是建立以居委会为核心的社区资源对家庭医生服务工作的支持机制。家庭医生与居委会干部每月定期沟通协作，落实居委会信息报告制度、工作例会制度和志愿者制度。

（四）建立以贫困对象为基础的家庭医生签约制服务

区政府统筹了卫生、民政、医保、慈善等部门以及社会组织资源，建立起面向贫困人群的“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”四医联动基本医疗保障模式（以下简称“四医联动”）。家庭医生优先与“四医联动”对象家庭签约，为其提供家庭健康管理服务，并引导其在家庭医生处“首诊”和定向转诊。

（五）加强家庭医生制内涵建设

一是在周桥社区成立了“家庭医生工作室”，总结了“13533”家庭医生工作法，即1个中心——以“社区居民的健康”为中心；3个协同——全科团队技术支持、“321协同服务”的技术支撑、街道居委会的信息和服务的支撑；5类服务——为居民提供监测式、跟踪式、关怀式、互动式和预约式五类服务；与居民建立3种服务关系——长期稳定、健康伙伴、重点服务人群关系；达到服务的

3个效果——健康促进、建立和谐医患关系、体现政府服务意识。强调家庭医生的全程、连续、个性化的健康管理，强调构建长期稳定的、“伙伴式”的医患关系。二是引入健康管理的服务理念，优化传统的门诊服务流程，逐步建立起预约式、个性化、连续性的家庭医生门诊服务新模式。三是以高血压、糖尿病管理对象为重点，通过区域慢病信息化协同连续管理、慢病防治一体化管理、慢病患者一家庭管理，逐步构建慢病“立体化”管理模式，使慢病患者及其家庭在社区得到家庭医生系统、规范的治疗和干预。

（六）推进家庭医生制度保障措施建设

一是经费保障。区政府匹配240万专项经费用于家庭医生制试点工作的推进，按常住人口每万人70万元的标准拨付社区预防保健经费，围绕公益性这条主线，实行收支两条线和医保预付制。二是技术保障。将二、三级医院的资源进行纵向整合，开展“3—2—1”协同模式的分级诊疗和逐级转诊。三是社会保障。整合区域行政资源，统筹协调解决区域居民健康问题。四是队伍保障。注重服务效果的评估和建立长期稳定的医患关系，不断调整完善考核内容，积极开展优秀家庭医生评选活动，提高和激励家庭医生工作积极性和主动性。

二、初步成效

（一）慢病管理水平稳步提升

通过家庭医生制工作的推进，长宁区高血压、糖尿病等慢病的管理和控制都有不同程度的提高：2011年长宁区高血压实际管理人数43150人，规范管理率92.6%（2010年87.6%），重点对象控制率80.8%（2010年65.7%）；糖尿病实际管理人数11166人，规范管理率91.1%（2010年89.2%），血糖控制率43.5%（2010年

33.2%)。

(二) 引导有序就诊和分级诊疗

一是定点医疗。“四医联动”对象与家庭医生进行签约后，在所属社区卫生服务中心及转诊的定点二级医疗机构就诊，享受定点医疗费用减免。二是社区首诊。通过医疗费用减免等优惠措施，以及家庭医生预约门诊，吸引了签约对象在家庭医生处定点首诊，积极有效实现全科医生“首诊在基层”的工作目标。三是梯度就诊。由家庭医生负责对签约对象的诊疗，依靠“3—2—1”区域卫生协同服务体系，完善双向转诊制度，实现梯度就诊。

(三) 困难人群就医得到有效保障

截至2012年7月底，各街镇“四医联动”发卡数共计10176张，覆盖率为93.8%；家庭医生签约“四医联动”对象共8300人（6767户）；2012年1~7月，共87423人次享受了保障，共发生保障资金1069.29万元，其中门诊就诊数86927人次，享受“四医联动”救助金额908.7万元；住院就诊数496人次，救助金额160.6万元。

（责任编辑：王力男）

近期全科医生制度建设主要政策文件

1. 国务院关于建立全科医生制度的指导意见（国发〔2011〕23号）

http://www.gov.cn/zwgk/2011-07/07/content_1901099.htm

2. 卫生部关于印发《全科医生规范化培养标准（试行）》的通知（卫科教发〔2012〕48号）

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohkjjys/s7937/201207/55508.htm>

3. 国家中医药管理局关于开展首批中医全科医生规范化培训示范基地认定工作的通知（国中医药人教教育便函〔2011〕2011]210号）

<http://www.satcm.gov.cn/web2010/zhengwugongkai/jiaoyuguanli/rencaipeiyang/shequirencai/2011-11-14/14975.html>

4. 国家中医药管理局关于印发《基层医疗卫生机构中医全科医生转岗培训大纲（试行）》的通知（国中医药人教教育便函〔2011〕187号）

<http://www.satcm.gov.cn/web2010/zhengwugongkai/jiaoyuguanli/gongzuodongtai/2011-10-14/14803.html>

5. 卫生部办公厅关于做好2011年全科医生转岗培训工作的通知（卫办科教函〔2011〕391号）

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pkjy1/201105/51567.htm>

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处、规划财务处
上海市卫生局局领导及有关处室、局属单位
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



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