

沈阳市社区家庭医生制度必然性和可行性分析

程显扬¹,周玲琍²

(1. 辽宁大学经济学院, 辽宁 沈阳 110036; 2. 中共沈阳市委党校基础教研部, 辽宁 沈阳 110036)

摘要:通过查阅既有研究成果和相关文献,结合历年统计数据,在实地访谈的基础上,选取了必然性和可行性2个角度进行分析。研究发现人口老龄化、疾病谱变化以及相关政策的实施都对传统的医疗需求与医疗服务产生了巨大冲击,使得社区家庭医生制度的建立成为一种必然。与此同时,良好的经济基础与社会条件、政策环境、卫生医疗条件以及居民认知已经基本具备,保证了社区家庭医生制度建立的可行性。最后,在实证研究的基础上,提出了采取多元化渠道扩充全科医生的数量和通过多样化手段提升家庭医生的服务能力与服务水平两方面的措施。

关键词:沈阳市;社区家庭医生制度;必要性;可行性;措施

中图分类号:E630.30 **文献标志码:**A

目前,中国医疗改革进入深水区和攻坚阶段,强化与完善基础医疗卫生能力、实现医疗资源的下沉以及分级诊疗工作则是改革中的重点,而社区家庭医生必将成为中国医疗改革进程以及分级医疗体系中所不可或缺的重要一环。同时,目前沈阳市正在大力开展“幸福沈阳 共同缔造”行动,共同缔造的基础在社区。而沈阳市的社区家庭医生签约服务尽管已经取得初步成效,但与其他城市相比,尚处于起步阶段,还需要加强对社区家庭医生制度建立与发展各种条件的研究。

家庭医生制度是以家庭医生或全科医生为主要载体,通过协议或合同等方式与社区居民建立契约服务关系,为其提供具有基础性、人性化、可及性、综合性、连续性和协调性等特点的卫生服务和健康管理的一种医疗服务模式和制度安排^[1]。这一制度始于西方欧美国家,国内的相关研究起步相对较晚。

杨月娇^[2]通过对厦门市全民医保制度的评估研究,认为基本医疗服务机构实行家庭医生制度是充分可行的,从侧面论证了家庭医生制度在中国实施的可行性;王志坚^[3]以上海市松江区的家庭医生制度实施背景为例,采用态势分析法,提供了研究家庭医生制度可行性及必然性的一种视角;王敏^[4]等对北京市西城区社区家庭医生式服务工作的主要经验、面临的主要问题进行了分析;江萍^[5]、葛敏^[6]等主要就上海市长宁区近几年家庭医生制度发展的成效及经验进行了总结和分析。

一、建立社区家庭医生制度的必然性

1. 人口老龄化导致医疗需求增加

对于沈阳市而言,人口老龄化的影响程度要远大于其他地区,沈阳市统计局的最新统计数据显示,截至2016年年末,沈阳市60周岁及以上老年人口在总人口中所占比重已

经达到 24.42%,其总抚养比已经高达 53.28%。老年人口的快速增加,加之这一人群自身的特征,给医疗需求主要带来了 2 方面的影响:一方面,老年人因其各项身体机能随着年龄增长而不断下降,成为高血压、糖尿病、心血管疾病等各种慢性疾病的高发人群,需要相应的定期检查、咨询诊疗及健康评估等相关服务,而这一类服务往往需要长期进行且具有针对性与个性化特点;另一方面,老年人群体的高龄化倾向愈加明显,高龄老年人(多为 75 岁以上者)因身体机能自然老化、老年性疾病以及各种意外事故等原因更容易导致伤残,更加需要相应的上门诊疗服务以及康复指导服务,而这些服务一般的医院力所不及。

2. 疾病谱变化导致医疗服务变化

根据《沈阳市统计年鉴》的统计数据能够发现,目前各种慢性非传染病已经成为沈阳市居民的主要死亡原因。通过对 2003—2015 年沈阳市居民病伤死亡原因统计数据的分析,能够发现:一方面,就疾病分类而言,在全人群死亡中,排在前 3 位的分别是以心脑血管疾病为主的循环系统疾病、以恶性肿瘤为主的肿瘤和以肺炎为主的呼吸系统疾病(见表 1),可以明确看到,此 3 类疾病在全人群死亡中所占比重基本在 85% 左右;另一方面,就具体疾病病种而言,在全人群死亡中排在前 3 位的分别是恶性肿瘤、心脏病和脑血管病(见表 2),同样能够发现,因病伤死亡居民中 70% 以上死于这 3 种疾病,且近年来,心脏病已经成为导致居民病伤死亡的头号杀手。

3. “新医改”和健康中国战略实施提出新要求

2009 年 1 月,伴随着《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》2 份文件的正式发布,中国新一轮医药卫生体制改革正式开始。2 份文件中都明确提出要健全基层医疗卫生服务体系,转变基层医疗卫生机构运行机制,鼓励地方制定分级诊疗标准,开展社区首诊制试点,建立基层医疗机构与上级医院双向转诊制度^[7]。同时,提出要加强基层

表 1 2003—2015 年沈阳市居民病伤死亡原因疾病分类前 3 名所占比例 %

年份	循环系统疾病	肿瘤	呼吸系统疾病
2003	46.77	24.73	9.98
2004	45.21	25.36	9.19
2005	25.40	13.70	5.30
2006	24.97	13.96	4.66
2007	45.98	26.20	9.16
2008	44.82	26.79	9.53
2009	45.11	26.83	9.37
2010	47.13	26.12	9.26
2011	47.64	27.00	9.15
2012	46.64	26.46	9.78
2013	47.09	26.23	9.48
2014	47.70	26.58	10.59
2015	49.43	26.11	9.79

表 2 2003—2015 年导致沈阳市居民病伤死亡疾病病种前 3 名所占比例 %

年份	恶性肿瘤	心脏病	脑血管病
2003	24.44	20.81	24.02
2004	25.07	20.25	22.84
2005	13.40	11.10	12.50
2006	13.67	12.04	11.31
2007	25.54	23.17	21.46
2008	26.28	22.88	20.59
2009	26.46	22.71	20.60
2010	25.73	23.07	21.67
2011	26.56	24.27	21.70
2012	26.09	23.92	21.06
2013	25.88	25.11	20.16
2014	26.29	26.34	20.24
2015	25.73	28.01	20.46

医疗卫生人才队伍建设,特别是要加强全科医生的培养培训,着力提高基层医疗卫生机构服务水平和质量,转变基层医疗卫生机构运行机制和服务模式,完善补偿机制^[8]。

2015 年的“十三五规划”正式提出“健康中国”的概念,健康中国战略由此诞生。2016 年,中共中央、国务院正式印发了《“健康中国 2030”规划纲要》,明确提出完善家庭医生签约服务,全面建立成熟完善的分级诊疗制度,形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序,健全治疗—康复—长期护理服务链^[9]。

二、建立社区家庭医生制度的可行性

1. 良好的经济基础与社会条件已经基本具备

(1)经济总量与居民收入及消费。2016年全年,沈阳市生产总值(GDP)为5 460亿元,城镇居民人均可支配收入39 135元,人均消费支出27 655元,农村居民人均可支配收入14 445元,人均消费支出9 715元。

(2)社会保障。截至2016年年末,全市参加城镇基本养老保险380.7万人,参加城乡居民社会养老保险114万人;参加城镇职工医疗保险338.5万人,参加城镇居民医疗保险159.3万人;新型农村合作医疗参合人数为209.2万人,参合率99%以上,人均筹资标准提高到570元,人均补助标准提高到420元;参加失业保险140万人,参加工伤保险178.9万人,参加生育保险296.2万人;被征地农民社会保障参保人数达24.22万人。

(3)养老金、失业保险金与职工最低工资。企业退休人员基本养老金人均2 336元/月,失业保险金人均支出标准为1 097元/月,职工最低工资标准市区和开发区为1 530元,三县(市)为1 230元。

2. 良好的政策环境已经初步形成

2009年,中国新一轮医药卫生体制改革伴随着《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》2份文件的发布拉开序幕。在这之后,政府制定出台了一系列关于社区家

庭医生制度建设与发展的相关文件与政策,包括《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》、《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》、《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》与《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》等。这些文件都对社区家庭医生制度的建设给予了指导和保障,进一步确定了签约的服务主体、服务内涵、收费机制、激励机制、绩效考核和技术支撑等。其中,《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》中明确提出要科学合理引导群众就医需求。要建立健全家庭医生签约服务制度,通过提高基层服务能力、医保支付、价格调控、便民惠民等措施,鼓励城乡居民与基层医生或家庭医生团队签约。到2017年,家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上,重点人群签约服务覆盖率达到60%以上;到2020年,力争将签约服务扩大到全人群,基本实现家庭医生签约服务制度全覆盖^[10]。

3. 卫生医疗条件与居民认知已经基本齐备

(1)卫生医疗条件。通过对沈阳市统计局历年统计数据的整理分析,能够明显看到伴随着经济发展与社会进步,沈阳市的医疗服务能力也在不断加强与完善,无论是医疗机构还是卫生技术人员数量,都呈现出明显的上升趋势(见图1),而且以社区卫生服务中心(站)为主的基层卫生设施的数量同样在显著增加。

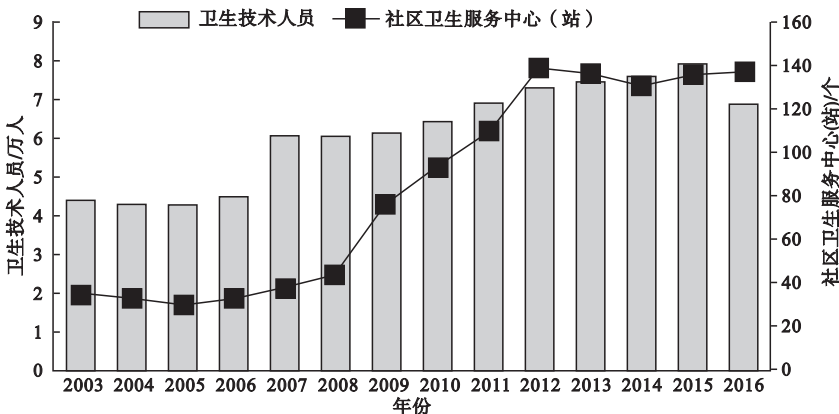


图1 2003—2016年沈阳市卫生技术人员与社区卫生服务中心(站)数量

以2016年的数据为例进行分析,可发现 沈阳市卫生医疗条件已经得到了改善。

①政策试点与医改建设。2016 年,沈阳市成为全国首批生育保险和医疗保险合并实施试点城市,并成为国家级医养结合试点城市。同时,沈阳市采取多项措施推进深化医改,大力推进分级诊疗,组建覆盖全域的 20 个示范医联体。

②卫生技术人员。2016 年年末,沈阳市共有各类卫生技术人员 68 854 人,其中,执业医师 24 850 人,执业助理医师 1 654 人,注册护士 30 613 人。

③基层卫生机构。2016 年年末,沈阳市共有社区卫生服务机构 137 个,其中,社区卫生服务中心 73 个,社区卫生服务站 64 个。

与此同时,沈阳市的社区家庭医生签约服务试点工作已经开始,截至目前,沈阳市全市开展签约服务的社区卫生服务中心有 62 个,机构覆盖率 80.4%,家庭医生签约服务团队达到 1 615 个,签约居民 254.6 万人,签约率为 30.71%。重点人群(包括 0~6 岁儿童、孕产妇、65 岁以上老年人、高血压患者、2 型糖尿病患者、重性精神病患者)签约服务人数 192 万人,签约率为 63.02%。

(2)居民认知情况。为进一步考察制度运行情况,笔者对于试点地区的居民与医务人员进行了访谈调查。

一方面,在对周边居民进行访谈的过程中,着重关注居民对社区家庭医生制度的了解情况以及对于首诊机构的选择及其原因。居民对于社区家庭医生制度的认知情况总体上比较理想,访谈对象中 83% 的受访者均表示听说过或了解该项制度,不了解或没听说过该项制度的受访者比例仅为 17%。可以说,在已经开展相关服务的社区中,该制度的普及效果相对良好。同时,在接受服务具体情况上,受访者的家庭医生签约比例为 63%,其中,选择续签的比例达到了 88%,而未签约与未续约的比例分别为 37% 和 12%。

同时,进一步考察了居民对于首诊机构的选择及其具体原因,以便了解目前居民对于基层医疗卫生机构的认可程度和使用情况。在首诊机构的选择上,首选社区医疗卫

生机构的受访者比例为 71%,21% 的受访者选择三级医院,其余的受访者则选择二级医院。而在选择社区医疗卫生机构作为首诊机构的原因中,距离最近、就医取药方便、服务态度好、医保定点与药价低廉等几个原因相对比较集中(见图 2)。

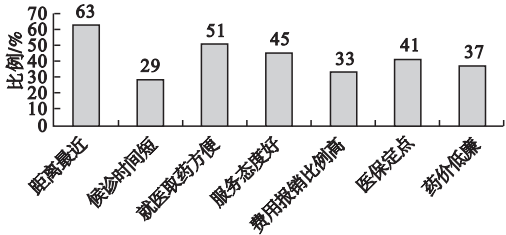


图 2 访谈居民选择社区医疗卫生机构作为首诊机构的原因

另一方面,在与家庭医生团队相关工作人员的访谈交流过程中,主要关注的是相关医务人员对于签约前后工作量变化程度以及人员数量能否满足居民相应需求的认知情况。在签约前后工作量变化上,65% 的医务人员感觉其工作量相比签约前明显增加,27% 的医务人员感觉其工作量相比签约前有所增加,而仅有 8% 的医务人员感觉其工作量相比签约前基本不变。在对于目前相关工作人员数量能否满足居民相应需求的认知上,67% 的医务人员认为难以满足,19% 的医务人员认为一般,而仅有 14% 的医务人员认为能够满足。

三、促进沈阳市社区家庭医生制度发展的措施

1. 采取多元化渠道扩充全科医生的数量

(1)增加各类医学院校中全科医生的培养数量。政府可以通过学费减免、政策倾斜以及定向培养等方式增加全科医生的培养数量。还要切实提升全科医生的待遇水平,营造良好的工作环境与工作氛围,增强其工作的获得感与成就感,从而充实和壮大全科医生队伍。同时,政府还应当通过各种培养与激励机制,增加全科医生的就业数量并提升其服务水平。其重点在于给予全科医生相应的权利,切实保障全科医生的相关权益,从而

调动起全科医生群体的主动性与积极性。

(2) 充分结合互联网技术形成配套支撑。社区家庭医生制度是实现分级诊疗的基础,而构造实现“基层首诊、双向转诊、急慢分诊、上下联动”的分级诊疗模式,需要患者的相关医疗信息能够在各级医疗机构之间实现实时更新与高效流动,使医生可以实现对于病患身体状况的实时监测,从而能够为患者提供持续性的医疗服务。而上述各项功能的实现正是互联网技术最为擅长的领域。当前的重点在于:尽快构建以居民健康档案与电子病历为核心的沈阳市区域医疗卫生信息平台,开发相关专项业务应用系统,并实现业务系统间的资源整合与共享协同。而且要实现对于沈阳市的全域覆盖,充分拓展信息化建设的广度与深度。

(3) 利用互联网技术间接增加全科医生的数量。对于社区医生制度而言,互联网技术将在疑难病情分析、慢性病管理与日常健康管理上发挥重要作用,基于沈阳市医疗卫生信息平台的建设与使用需要,可以搭建一个面向全体医务人员的慢性病防治与健康管理工作平台,由社区家庭医生团队采取匿名的方式,将患者的疑难病特征、慢性病电子病例或者健康档案、近期检查数据以及治疗计划或管理方案等信息进行共享,由相关专业医务人员利用碎片化时间进行自由查阅并给出相关意见与建议。也就是说,实际上每个社区家庭医生团队后面是全市的医疗资源在予以协助与支持,对于合理的意见建议,可给予提供者适当的直接补贴奖励或者绩效晋升参考等,最大限度地调动医务人员的积极性,使其闲暇时间得以充分利用,从而在一定程度上减轻家庭医生团队的工作量,间接上增加全科医生的相对数量。

2. 通过多样化手段提升家庭医生的服务能力与服务水平

(1) 转变并规范教学模式和培养模式。全科医生是家庭医生的主体,故在全科医生培养上,要进一步转变与规范其教学模式与培养模式,注重全科实践技能的培训,并以社

区基层医疗机构为依托,构建全科医学理论培训、临床培训、社区培训等实习基地,从而为社区卫生服务机构培养一批高质量、高素质、能在社区卫生服务工作中起到骨干作用的高层次全科医生。

(2) 严格规范准入机制。在准入机制上,要实行相对严格规范的家庭医生准入机制,制定专项审核与定期考核制度,对家庭医生的资质进行严格审核并进行公示,还要定期对其进行寻访、监督与考核,构建能够实现“能进能出,能上能下”的考核体系,以保证家庭医生的知识与技能与时俱进。

(3) 完善日常教育培训机制。注重继续教育与日常培训,建立相对完善的教育培训机制。设立家庭医生专项培养进修资金,定期开展医学卫生知识技能培训,组织心理学、营养学、社会学等相关学科领域的专项学习,开展关于日常沟通交流技巧和互联网相关技术掌握与应用等方面的培训。定期开展家庭医生工作经验交流座谈会,由参会的家庭医生将自己在实际工作中接触到的有代表性的情况及其解决方法与大家进行分享,实现交流学习与共同提高的目的。

四、结 语

笔者在文献数据和实地访谈的基础上,从必然性和可行性2个角度对沈阳市社区家庭医生制度进行了分析。研究发现,人口老龄化、疾病谱变化以及相关政策战略的实施客观上要求建立社区家庭医生制度。与此同时,良好的经济基础与社会条件、政策环境、卫生医疗条件以及居民认知使得社区家庭医生制度的建立成为可能。因此,在实证研究的基础上,提出增加各类医学院校中全科医生的培养数量、充分结合互联网技术形成配套支撑、利用互联网技术间接增加全科医生的数量等措施,利用多元化渠道扩充全科医生的数量,并通过转变规范教学模式和培养模式、严格规范准入机制、探索多元化流动模式、完善日常教育培训机制等多样化手段提升家庭医生的服务能力与服务水平,以期能

够促进社区家庭医生制度的进一步完善。

参考文献:

[1] 杨炳辉. 全科医学概论[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.

[2] 杨月娇. 全民医保制度下的“家庭医生”计划研究:以厦门为分析个案[D]. 厦门:厦门大学,2009.

[3] 王志坚,张颖,倪建华. 上海市松江区开展家庭医生服务 SWOT 分析[J]. 中国卫生资源, 2011,14(5):301-302.

[4] 王敏,赵京,张向东,等. 北京市西城区家庭医生式服务的实践与思考[J]. 中国社会医学杂志,2014(5):328-330.

[5] 江萍. 家庭医生服务模式的制度特征及效率评估:基于上海长宁区的实践[J]. 中国医疗保险,2014(4):31-33.

[6] 葛敏,江萍. 家庭医生制度改革的长宁经验[J]. 中国医疗保险,2012(9):26-28.

[7] 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)的通知[EB/OL]. (2009-04-07)[2018-04-02]. http://www.gov.cn/jzwgk/2009-04/07/content_1279256.htm.

[8] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. (2009-04-08)[2018-04-02]. http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm.

[9] 《“健康中国 2030”规划纲要》发布 附全文[EB/OL]. (2016-10-25)[2018-04-02]. http://news.xinhuanet.com/health/2016-10/25/c_1119786029.htm.

[10] 国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知[EB/OL]. (2017-01-09)[2018-04-02]. <http://www.nhfp.gov.cn/zhuz/xwfb/201701/c2cb5f11ebbd4dea99b9b0c32080fda6.shtml>.

Necessity and Feasibility of Family Doctor System in Shenyang Community

CHENG Xianyang¹, ZHOU Lingli²

(1. School of Economics, Liaoning University, Shenyang 110036, China; 2. The Basic Teaching and Research Department, The Party School of the CPC Shenyang Municipal Committee, Shenyang 110036, China)

Abstract: On the basis of on-the-spot interview, two angles of necessity and feasibility are analyzed by consulting the existing research results and related literature with the statistical data of the past years. The research discovers that the aging of the population, the changes of the disease spectrum and the implementation of the related policies have made a great impact on the traditional medical needs and medical services, making the establishment of the community family doctor system to become necessary. At the same time, the good economic basis, social conditions, policy environment, health and medical conditions and residents' cognition have basically been possessed, ensuring the feasibility of establishing the community family doctor system. Finally, on the basis of empirical research, we put forward two measures to expand the number of general practitioners and improve the service and service level of family doctors through diversified channels.

Key words: Shenyang; community family doctor system; necessity; feasibility; measures