新医改背景下实行家庭医生签约服务的 SWOT 分析

吕晓峰　吴云红

【摘　要】 实行家庭医生签约服务,有助于转变基层医疗卫生服务模式,强化基层医疗卫生服务网络功能,是深化医药卫生体制改革的重要任务,也是新形势下更好维护人民群众健康的重要途径。笔者运用 SWOT 分析法,对国家当前推行的家庭医生签约服务制度的优势、劣势、机遇和挑战进行分析,为工作的推进提出政策建议。

【关键词】 新医改; 家庭医生签约服务; SWOT 分析; 政策建议

中图分类号: R19 - 0　　文献标识码: B　　doi:10.3969/j.issn.1671 - 332X.2016.12.001

SWOT Analysis on the Implementation of Family Doctor Contract Service Under the background of the New Health care Reform

LV Xiaofeng, *WU Yunhong*

【**Abstract**】 The implementation of family doctor signing service, which is helpful to shift grassroots medical and service pattern and strengthen its network function, is an important task of deepening medical and health system reform, and is also a important way to better protect the people's health. This study used the SWOT analysis method to analy the strengths, weakness, opportunities and challenges of the implementation of family doctor signing service, then put forward policy suggestions.

【**Key words**】 The New Health Reform; Family Doctor Signing Service; SWOT Analysis; Policy Suggestions

【**Author's address**】 Dalian Medical University, Dalian 116000, China

2016 年 6 月,《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》出台,要求在 200 个公立医院综合改革试点城市开展签约服务,到 2017 年,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,形成长期稳定的契约服务关系,基本实现全覆盖。家庭医生签约服务是家庭医生与社区居民签订服务协议,以居民个人健康为导向,综合服务对象特征、家庭关系及社会背景,为其提供连续、协调、综合的初级卫生保健服务[1]。本文运用 SWOT 分析法,对国家当前推行的家庭医生签约服务制度的优势、劣势、机遇和挑战进行分析,为工作的顺利推进提出政策建议。

1　实行签约服务的内部优势

1.1　基层卫生资源建设逐步增强

2009 年,以"保基本、强基层、建机制"为基调的新一轮医疗卫生改革启动,随着改革的不断深化,基层卫生资源匮乏和服务能力不足的状况得到了切实改善。研究表明,新医改以来,基层医疗机构卫生财力资源配置[2]和卫生技术人员整体配置[3]均呈上升趋势。2010 - 2013 年统计年鉴数据显示,基层卫生人员、卫生技术人员、执业(助理)医师和注册护士分别增长了 232 102 人、223 675 人、101 013 人、110 127 人;在学历构成上,3 年间高学历卫技人员比例逐年增长,大专及以上学历者已逐渐成为基层主流。

1.2　基层卫生服务功能进一步优化

随着医改的深化,基层医疗卫生体系逐步完善,其功能也不断优化。服务对象不再仅仅针对个体,开始向群体转变;服务内容由单一治疗向预防、保健、医疗、康复、健康教育及计划生育技术指导转变;服务方式从"坐堂式"服务向主动上门服务转变;全过程健康管理开始逐步取代以前间断性诊疗服务。

1.3　居民对基层卫生服务利用度较高

经过多年的改革和发展,我国基层卫生服务在医疗费用的控制、服务水平的提升、居民健康的促进等方面取得初步成效,居民的卫生服务利用率逐步提升。张培芳等[4]针对成都的一项调查显示,40.4% 的调查对象一年内的社区卫生服务的利用次数达 6 次以上。姚卫光等[5]对广州城镇居民社区卫生服务利用情况的调查显示,居民利用率达到 62.7%。李艳等[6]针对南昌社区就诊居民的调查显示,3 岁以下儿童在社区的卫生服务利用率达 85.9%,孕产妇为 67.0%,65 岁以上老年人高达 94.7%,高血压或糖

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(编号:81370583);辽宁省教育科学"十二五"规划课题(编号:JG14DB132);辽宁省教育厅课题(编号:W2012092);辽宁省"百千万人才工程"入选资助课题(2014)(编号:2013921053)

吕晓峰: 大连医科大学　辽宁大连　116000

吴云红: 大连医科大学公共卫生学院　辽宁大连　116000

通信作者: 吴云红

尿病患者为 87.8%。

2 实行签约服务的内部劣势

2.1 家庭医生数量尚不足,素质有待提高

国际上,一名家庭医生通常管理 2 000 ~ 2 500 位居民。在较早开展签约服务的上海,按不超过 2 500位居民计算,至少需要 9 208 名全科医生,然而全市家庭医生也只能服务 38.0%[7]。此外,全科医师多以临床诊疗为主,较少参与公共卫生工作,甚至从未接触,离家庭医生"具有预防、保健、医疗、康复等系统的医学全科知识,为辖区内的服务对象实行全面、连续、及时且个性化的医疗保健服务和照顾"[8]的要求有较大差距[9]。上海的一项社区医生认知调查显示,仅 26% 的家庭医生认为公共卫生服务需由他们来提供[10]。

2.2 签约双方有顾虑,对签约接受度不够

有效的签约应该是双方在健康促进上互动,健康信息上互通,健康服务上互信。签约服务的实行需签约双方的积极参与,若双方顾虑重重,势必影响其有效实施。由于现有工作忙,而签约服务大多为免费,家庭医生既看不到签约的经济效益,还担心其增加了工作量和工作压力,使得签约服务缺乏吸引力[11]。另外,许多签约居民虽不反感签约服务,但缺乏信任;他们不仅对家庭医生的专业技能有顾虑,而且还担心签约后因执行社区首诊而影响就诊自由或延误治疗。实践中,居民担心个人隐私被泄露而拒绝接受服务,阻碍了家庭医生团队进入家庭。

2.3 签约后效果不理想

家庭医生团队理应为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。实际中,家庭医生数量和素质的不足,使居民难以享受较优质的服务。此外,有效签约制约机制的缺乏使得签约多为"软签约"或"签而不约",难以形成全程健康管理,也未建立起稳固的契约式服务关系。马伟等[11]通过个案访谈发现,签约后的家庭医生主动提供的免费健康管理服务不足,建立健康档案及社区首诊制度落实不佳。家庭医生对公共卫生服务存有困惑,不清楚该提供的具体项目;另外,公共卫生指令性工作,如数量较大的监测任务,无法靠家庭医生完成。

2.4 缺乏科学合理的家庭医生绩效考核及激励机制

在绩效考核上,服务质量和社会效益理应列为重点,但目前各地区仍将满意度、签约率、工作开展情况等作为考核标准;服务质量考核上也缺乏严格界限标准,仅将认知度、满意度等列入考核指标的做法造成与实际工作存在偏差,可能降低家庭医生的工作积极性[12]。稳定的绩效激励措施能吸引人才,减少人才的流失,但国际上目前还没有一套统一的社区卫生服务绩效考核评价体系。激励机制的缺乏使得医务人员一般都不愿进社区工作。人员的不稳定,不仅难以保证优质服务的供给,还造成签约的卫生服务不能全面到位,服务质量也不能得到持续提高,阻碍了服务长效机制的建立。

2.5 信息化建设有待提高

信息化建设可以为签约服务的推行提供技术上的支撑。信息化发展瓶颈使家庭医生"健康守门人"的角色缺失,预防保健与医疗服务相脱节,医疗和保健服务的管理相分隔,业务流程也不统一,欠规范[12]。即使建立了统一的社区卫生信息系统,但各系统间缺乏统筹,存在信息"孤岛"现象,导致医院与社区在信息上难以实现互联互通,资源共享和有效利用。

3 实行签约服务的外部机遇

3.1 社会对家庭医生服务需求越来越大

在我国,经济转型和社会变革致使居民健康受到了广泛而深刻的影响,心理、社会支持系统(网络)、行为与生活方式等因素成为健康的主要影响因素。疾病谱改变,社会老龄化加剧,慢性非传染性疾病增加,环境卫生、食品药品安全、职业安全等重大健康安全和公共卫生问题日益严重,老年、妇女、儿童等重点人群医疗卫生服务需求明显增加[13]。预计到 2050 年,我国老年人口将突破 4 亿人,60 岁以上人口比例将超过 30%[14]。有数据显示,老年人均患有慢性病 2.55 种,且多数患病时间在 10 年以上[15]。2011 年国家统计局上海调查总队发布的一份调查报告显示,上海社区养老服务需求多样,健康保健成为老年人首要需求,超过半数受访者表示很需要家庭病床,46.7% 的受访者表示期待家庭医生[16]。

3.2 实行签约服务符合医改要求

转变基层医疗卫生服务模式,实行家庭医生签约服务,强化基层医疗卫生服务网络功能,是深化医改的重要任务。深化社区卫生服务改革,就是要将初级卫生服务责任落实到家庭医生,政府为其提供平台,灵活执业,主动上门,与居民建立起健康伙伴关系,探索分级诊疗与双向转诊的机制渠道,促进医疗资源优化配置,建立基层与综合医院合理分工的诊疗模式,为居民提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务[12]。签约服务的实行,有利于推进健康中国建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,促进卫生工作重心下移和资源下沉。

3.3 全科医师的培训更加规范

近年来,我国在全科医学和全科教育的发展方

面做了大量的探索和研究工作,出台了一系列相关配套政策。《关于建立全科医生制度的指导意见》就明确提出了“到 2020 年初步建立起充满生机和活力的全科医生制度,基本实现城乡每万名居民有 2 ~3 名合格的全科医生”的总体目标,并且对培养模式、内容、方法等作了制度性安排,将其培养模式逐步规范为“5 +3”,以提高临床和公共卫生实践能力为主。

4 实行签约服务的外部挑战

4.1 相关配套政策缺乏

家庭医生签约服务的顺利开展需要相对完善的配套政策,配套措施不到位将导致诸多体质机制较难突破,影响制度的顺利实施。目前,和家庭医生签约服务相关的基层卫生人才队伍建设、区域卫生信息化建设、基层医疗机构与上级医院间的衔接机制建设、家庭医生服务的项目与流程建设、家庭医生准入标准及经费补偿制度建设、社会资源整合机制建设等配套政策仍不完善,为家庭医生签约服务制度的实施增添了诸多挑战。

4.2 区域协同服务机制尚不健全

目前,社区配药不到位,家庭医生缺乏转诊、预约和床位资源,造成家庭医生制度较难实施。基层与上级之间的协同服务存有问题,使得家庭医生上转患者容易,而上级下转患者较难;同时,家庭医生没有能力分配上级的医疗资源,这就要取得上级医保和卫计部门的支持,以强化协同服务,形成家庭医生定点医疗、社区首诊及双向转诊的服务模式,进一步完善区域协同服务机制建设。

4.3 属地政府责任问题

家庭医生服务仅由卫计委牵头,相关部门及其他社会组织参与度不高,社区单独管理,一定程度上制约着签约服务的深入发展。签约服务是一个系统工作,不是全科医师的“独角戏”,这就需要整合社区、政府和居民三者资源,形成分工协作的工作机制。因此,属地政府相关部门也应参与进来,在优化服务的同时,提高政府的认知度、参与度及责任度。

4.4 实践经验无可借鉴

家庭医生制服务,作为一项国外发展较为成熟的制度,在我国尚处于试点探索阶段。在制度建设上,我国起步晚,时间短,经验积累不足,各地的执行模式不统一;另外,我国各地区之间经济发展不平衡,这就使得家庭医生签约服务的实行必须因地制宜,没有现成的万能模版。

5 对策研究

5.1 建立健全家庭医生的培养、考核和激励机制

要提高家庭医生服务水平、保障服务质量、增强服务积极性就需要建立起家庭医生的培养、考核和激励机制。在培训上,规定内容和间隔时间,使其培训后能够对培训的知识体系有较为深入的认识,定期考核,合格者颁发合格证书;另外,评价机制的建立要以能力和业绩为导向,并且重在社会和业内认可;评价指标体系的构建要以业绩为重点,以医德、知识、能力等为要素,完善评价组织,规范评价程序,可将群众评价引入,将考核评价同奖惩相结合;还可考虑引入第三方机构,弱化结果性指标的考核比例,注重对服务流程的考核与管理。

5.2 加强配套政策支持,完善制度设计

签约服务的实行,需各方力量参与,整合社会多方资源,完善配套政策措施,营造良好的政策环境,以保障其顺利的推进。政府在配套政策支持上责任重大,要加大基层卫生人才引进和财政投入力度,完善经费等保障机制,完善医保政策支撑,逐步拉开基层与上级医疗单位报销比例,完善基本药物制度,保障社区药物充足供应,做好社区和上级医疗机构的用药衔接工作。

5.3 加大政策宣传和解释力度

社会对签约服务的认同、接受和支持,离不开媒体和宣传部门的合理宣传与解释,避免政策认知的扭曲误解,消除顾虑,引导居民正确认识,形成科学合理的就医习惯和医疗需求。大力宣传签约所带来的实惠,如上门服务、报销优惠、个性化健康管理和生活指导等;同时社区应利用自身优势,多形式开展健康教育宣传活动,培养居民主动参与意识,提高社会全人群对服务的认知水平。

5.4 加强信息化建设

签约服务的深入开展需要信息化平台的支持。将居民健康档案纳入信息化平台,达到基本医疗服务、基本公共卫生服务、医保及药品管理等信息的互联互通,提高家庭医生工作的质量与效率,促进转诊机构间信息的传递。信息化建设涵盖基层卫生机构内部信息化建设和区域卫生信息化建设,以居民健康档案为核心,将健康管理与诊疗信息相结合,完善健康档案,尤其是电子档案的建立与利用,实现全程、连续、主动服务;加快区域医疗卫生信息的整合与共享,逐步建设完成社区卫生服务中心、区域医疗中心以及疾病防治机构的协同服务体系。

参考文献

[1] WONCA. The European definition of general practice/family medicine[R]. Singapore: World Organization of Family Doctors, 2002.

[2] 付文琦,刘国祥,吴群红,等. 新医改以来我国基层医疗机构卫生财力资源配置状况分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(9): 51-52.

(下转第 1723 页)

[6] KATSANOS S, BISTOLA V, PARISSIS J T. Acute Heart Failure Syndromes in the Elderly: The European Perspective[J]. Heart Fail Clin, 2015, 11(4): 637 – 645.

[7] TIE H T, SHI R, LI Z H, et al. Risk of major adverse cardiovascular events in patients with metabolic syndrome after revascularization: A meta – analysis of eighteen cohorts with 18 457 patients [J]. Metabolism, 2015, 64(10): 1224 – 1234.

[8] WHITING P, RUTJES A W, REITSMA J B, et al. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews[J]. BMC Med Res Methodol, 2003, 10(3): 25.

[9] MAISEL A S, MUELLER C, FITZGERALD R, et al. Prognostic utility of plasma neutrophil gelatinase – associated lipocalin in patients with acute heart failure: the NGAL EvaLuation Along with B – type NaTriuretic Peptide in acutely decompensated heart failure (GALLANT) trial[J]. Eur J Heart Fail, 2011, 13(8): 846 – 851.

[10] YNDESTAD A, LAND L, UELAND T, et al. Increased systemic and myocardial expression of neutrophil gelatinase – associated lipocalin in clinical and experimental heart failure[J]. Eur Heart J, 2009, 30(10): 1229 – 1236.

[11] DE BERARDINIS B, GAGGIN HK, MAGRINI L. Comparison between admission natriuretic peptides, NGAL and sST2 testing for the prediction of worsening renal function in patients withacutely decompensated heart failure[J]. Clin Chem Lab Med, 2015, 53(4): 613 – 621.

[12] PRONSCHINSKE KB, QIU S, WU C, et al. Neutrophil gelatinase – associated lipocalin and cystatin C for the prediction of clinical events in patients with advanced heart failure and after ventricular assist device placement[J]. J Heart Lung Transplant, 2014, 33(12): 1215 – 1222.

[13] ALVELOS M, LOURENCO P, DIAS C, et al. Prognostic value of neutrophil gelatinase – associated lipocalin in acute heart failure [J]. Int J Cardiol, 2013, 165(1): 51 – 55.

[14] ITO M, DOI K, TAKAHASHI M, et al. Plasma neutrophil gelatinase – associated lipocalin predicts major adversecardiovascular events after cardiac care unit discharge[J]. J Cardiol, 2016, 67(2): 184 – 191.

[15] BIONDI – ZOCCAI GG, LOTRIONTE M, MORETTI C, et al. A collaborative systematic review and meta – analysis on 1278 patients undergoing percutaneous drug – eluting stenting for unprotected left main coronary artery disease[J]. AM Heart J, 2008, 155(2): 274 – 283.

[16] KJELDSEN L, JOHNSEN AH, SENGELOV H, et al. Isolation and primary structure of NGAL, a novel protein associated withhuman neutrophil gelatinase[J]. J Biol Chem, 1993, 268(14): 10425 – 10432.

[17] BENZER M, ALPAY H, BAYKAN O, et al. Serum NGAL, cystatin C and urinary NAG measurements for early diagnosis of contrast – induced nephropathy in children[J]. Ren Fail, 2015, 20: 1 – 8.

[18] DUVILLARD L, ORTEGA – DEBALLON P, BOURREDJEM A, et al. A case – control study of pre – operative levels of serum neutrophil gelatinase – associated lipocalin and other potential inflammatory markers in colorectal cancer[J]. BMC Cancer, 2014, 14: 912.

[19] XIAO Y, XU A, HUI X, et al. Circulating lipocalin – 2 and retinol – binding protein 4 are associated with intima – media thickness and subclinical atherosclerosis in patients with type 2 diabetes[J]. PLoS One, 2013, 8(6): e66607.

[20] KAWADA T. Predictive ability of B – type natriuretic peptide for cardiovascular events with reference to renal function[J]. J Cardiol, 2014, 64: 241

[21] HEMDAHL AL, GABRIELSEN A, ZHU C, et al. Expression of neutrophil gelatinase – associated lipocalin in atherosclerosis and myocardial infarction[J]. Arterioscler Thromb Vasc Biol, 2006, 26: 136 – 142.

(上接第 1719 页)

[3] 付文琦,刘国祥,吴群红,等. 医改背景下我国基层医疗机构卫生技术人员分布变化趋势分析[J]. 中国卫生经济,2015,34(7):35 – 37.

[4] 张培芳,李宁秀,任晓晖. 成都市 2008 – 2012 年社区卫生服务利用变化与影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理,2014(12):901 – 903.

[5] 姚卫光,崔华欠,李 红,等. 广州市城镇居民社区卫生服务利用现状及就医意向调查[J]. 中国全科医学,2016,19(7):831 – 834.

[6] 李 燕,周小军,李丽清,等. 南昌市社区卫生服务机构就诊居民公共卫生服务利用现状及影响因素分析[J]. 中国全科医学,2014,17(28):3321 – 3324.

[7] 潘毅慧,刘 登,曹海涛,等. 上海市实施家庭医生制度的 SWOT 分析[J]. 中国全科医生,2012,15(4):1146 – 1148.

[8] 伍德威. 家庭医生制度初级医疗卫生服务的根基[J]. 中国社区医师,2010,26(10):23.

[9] 张 玮. 开展家庭医生制服务的可行性分析与对策研究[J]. 中国全科医疗,2011,14(7):2136 – 2138.

[10] 鲍 勇,杜学礼,张 安,等. 基于家庭医生制度的上海市社区医生认知分析与政策建议(待续)[J]. 中华全科医学,2012,10(5):665 – 666.

[11] 马 伟,许学国. 合同视角下完善家庭医生签约式服务的思考[J]. 中国全科医学,2015,18(16):1980 – 1983.

[12] 魏 威,张尚武,熊巨洋. 我国构建家庭医疗签约服务制度的机制探讨[J]. 中国全科医疗,2016,10(10):1129 – 1132.

[13] 崔 霞. 我国医药卫生人才队伍发展策略研究[D]. 长沙:中南大学,2012.

[14] 冯珊珊,王碧华. 社区卫生服务在应对老龄化社会中的作用[J]. 中国老年学杂志,2012,32(33):5354 – 5355.

[15] 滕海英,许丁才,熊林平,等. 西安市社区老年人慢性病医疗需求与负担调查分析[J]. 中国卫生统计,2013,30(2):260 – 262.

[16] 陈婷婷. 中国新闻网调查显示上海半数老人需要家庭病床期待家庭医生[EB/OL]. (2011 – 08 – 17). http://www.chinanews.com/jk/2011/08 – 17/3262620.shtml.