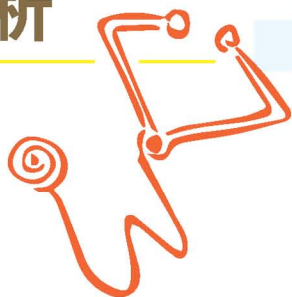


家庭医生制度 的政策实践及 效果分析

——基于上海长宁区
签约服务改革的考察



河北美术出版社

作者简介

芦炜，1987年生，女。2009年毕业于东南大学，获管理学学士学位；2014年毕业于复旦大学，获管理学博士学位。现就职于海南师范大学经济与管理学院，主要从事公共管理、社会保障、卫生政策的研究工作，参与《“新医改”背景下的中国医疗保障体系研究》、《全科医生执业方式和服务模式改革试点研究》等十余项国家或省市级别的纵向横向课题。

家庭医生制度 的政策实践及 效果分析

——基于上海长宁区签约
服务改革的考察



河北美术出版社

目 录

自 序 1

第一章 绪 论 5

一、研究背景和研究意义 5

二、问题提出及章节安排 12

第二章 社区卫生服务的政策演变及现状分析 19

一、我国社区卫生服务的政策演进与发展历程 19

二、我国社区卫生服务的发展现状与问题 29

第三章 建立家庭医生制度的现实意义与政策价值 46

一、三大医疗卫生问题分析 46

二、建立家庭医生制度的政策价值 57

三、政策目标的逻辑关系分析 67

四、家庭医生的概念辨析及经验介绍 68

第四章 上海长宁区家庭医生制度的设计与实施 77

一、长宁家庭医生制度的政策设计 77

二、长宁家庭医生制度的实施情况 102

第五章 社区居民签约与服务的认知、利用与评价分析 115

- 一、研究目的与研究方法 115
- 二、社区居民签约覆盖及签约人群分析 123
- 三、区居民对家庭医生制度的认知情况 140
- 四、社区居民对社区卫生服务的利用情况 149
- 五、社区居民对社区卫生服务的评价情况 170
- 六、社区居民的签约意愿分析 179
- 七、调查结论与小结 186

第六章 家庭医生制度实施的政策逻辑与完善路径 194

- 一、家庭医生制度发展的政策逻辑与经验总结 194
- 二、家庭医生制度发展的完善路径与政策建议 209

参考文献 218

附件 227

自序

随着新医改的实施，“保基本、强基层、建机制”成为医改工作的重心，社区卫生服务进入到新的改革与深化阶段，探索建立家庭医生制度是中国新医改的一个重要基础。家庭医生制度着力于建设以社区卫生服务为基础的新型城市医疗服务体系，构建以家庭医生为核心、以社区服务为基础的有序、有效率的新型城市医疗服务体系，实现“社区首诊、双向转诊、逐级诊疗”的政策目标，真正做到防治结合，提高医疗卫生服务的质量和效率。

2011年国务院颁布《关于建立全科医生制度的指导意见》，充分肯定了当前建立健全家庭医生制度的重要性和必要性，为深化社区卫生服务改革、建立家庭医生制度指明了改革的方向和目标。2012年国务院医改办确立上海市市长宁区、北京市西城区、武汉市等10个国家级试点地区，推行“6+X”式的全科医生执业方式和服务模式改革。国家试点城市在此文件指导下逐步展开家庭医生制度建设的探讨和实践，一时间“全科模式”、“家庭医生”成为热点话题，各地改革如火如荼。但是各地社区卫生服务的发展基础不同，同时由于当前针对家庭医生制度建设缺乏系统性、科学性研究，导致各地在改革实践中对于推进家庭医生制度建设的政策目标、政策价值、政策逻辑以及服

务内容、服务模式、服务体系、动力机制等政策设计问题尚未有清晰的认识和理解。根据笔者参加的由世界银行组织对全国 10 个全科医生执业方式和服务模式改革试点城市的调研，社区卫生服务综合配套改革自 2002 年开始实施已 10 年有余，而作为改革试点城市的西部某市在法律上成立的全科医生仅有四名，很多省市的社区卫生服务还停留在专科坐诊的状态，很多卫生部门管理人员对于如何开展全科服务改革和家庭医生制度探索还没有足够的思考认识。

但同时，面对我国医改的重重问题，国家对于建设家庭医生制度的愿望更为迫切，2015 年 6 月国务院医改办等六部门联合发布《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，提出 2016 年将在 200 个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，鼓励其他有条件的地区积极开展试点，到 2020 年，力争将家庭医生签约服务扩大到全人群，形成与居民长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。在此情况下，通过对家庭医生制度建设展开理论和实证层面的梳理与总结，以形成典型模式的理论扩散和经验示范效应就尤为重要。

上海市长宁区在社区卫生服务及家庭医生制度建设方面，一直走在改革前列。作为“卫生部社区卫生服务体系重点联系城市（区）”和“上海市首批社区卫生综合改革试点区”，2005 年底上海市长宁区率先创新推广全科团队服务模式。2008 年长宁区周家桥街道社区卫生服务中心率先在辖区内探索由固定医师提供健康管理服务的模式，并于 2009 年在全区推广。虽然我国家庭医生制度建设在服务包设计、协同转诊体系、人员培养等方面都有待完善，但家庭医生群体普遍缺乏

积极性是该制度在推进过程中面临的最主要困境之一。如何确保家庭医生有动力提供更多有价值服务,是当前亟需解决的关键问题。目前,我国部分地区财政以不同形式对家庭医生补助一定的工作津贴,但通常数额低且未纳入正常预算,具有随意性或不可持续,对医生产生的激励效果不明显。作为国家级试点地区,上海长宁在这一轮改革中,力图借助医保支付制度形成一种有效激励机制,通过发挥经济杠杆的导向作用,建立基于“健康守门人”的医疗保障体系,在我国新医改进入“深水区”与“利益冲撞区”阶段,推动家庭医生制和医保支付的有机协同改革,促进医改从“过程治理”向“源头治理”转变。在本书中,通过展开居民调查对家庭医生制度政策实施效果进行评价分析,调查显示,长宁区家庭医生制度实施一年内签约数量初具规模,签约居民下沉社区和有序就医已基本显现,各类疾病医疗费用低于同类非签约居民,慢性病管理的开展程度和实施效果均明显优于非签约居民,家庭医生签约服务改革“引导有序医疗、改善疾病管理、控制医疗费用”的三大政策目标初显成效。长宁区探索家庭医生与社区居民建立契约关系,提供有价值的签约服务,并通过和医保进行大户谈判,在国内率先探索开展签约服务与医保支付协同改革,实现签约服务经费拨付与医保支付挂钩,逐步建立家庭医生按有效签约居民数获得服务费为基础的新型激励机制,这将对我国家庭医生制度建设起到引领和示范效应。

长宁区的家庭医生制度改革不是一蹴而就跨越式完成的,而是集组织管理体系、服务模式、体制机制全面改革的渐进式的改革路径。本书以长宁区作为典型案例,通过政策经验和实施效果的实证数据检

验政策理念和理论模型，为我国深入推进全科医生制度建设提供可供借鉴和参考的制度模式，同时为制度实施提供相关政策建议。

最后，感谢我的导师复旦大学社会发展与公共政策学院院长梁鸿教授给我机会参与我国社区卫生服务改革的相关研究课题，带我进入家庭医生制度建设这一日益重要的领域，并对我的研究给予了悉心的指导。感谢长宁区卫计委相关领导对课题的大力帮助，也感谢长宁区各位辛苦在一线的家庭医生和所有医务工作者，正是他们的坚持和努力，才使得长宁家庭医生模式成为目前国内制度建设的代表。

芦炜 海南海口

2016年10月



第一章 绪 论

一、研究背景和研究意义

医疗卫生事业关系到我国亿万人民群众的健康，关系到千家万户的幸福，是一项重大的民生问题。2014 年两会期间由新华网举办的“我向总理说改革”征集活动中，收入分配、反腐倡廉、教育改革、行政体制、医疗卫生、养老制度、住房保障、三农问题、环境保护、户籍改革，成为网民关注的十大热点话题^①，而卫生问题在两会为总理建言活动自举办以来 10 年间每年都高居话题榜首，一直以来医疗卫生都是社会民生的热点问题。2014 年 3 月 5 日，李克强总理代表国务院在十二届全国人大二次会议上作政府工作报告，也重点指出“要推动医改向纵深发展”、“用中国式办法解决这个世界性难题”，医改话题也再次成为两会代表们关注和讨论的重点问题。

医疗改革之所以谓之世界性难题，是因为从国际经验来看，没有一个国家的医疗卫生体制完全适应了社会的需求和经济的发展，因此医疗卫生体制改革在世界范围内都在如火如荼的进行着。尽管目前尚没有一种医疗卫生制度模式可以成为各国学习的范本，但社区卫生服务在整个医疗卫生体制中所发挥的基础性作用一直以来都

① 我向总理说改革 [OB/EL].<http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/forum.home.news.cn/detail/130953915/71.html>

是被世界各国所高度重视的^①。在卫生制度设计与改革的过程中形成了一种对卫生制度的基本理念与普遍结论,即医疗卫生的发展重点不是盲目单纯的强化临床医疗服务而应当重视预防保健服务^②,通过开展强调全科医学和健康促进为主的社区卫生服务,在提高医疗服务公平性与效率性的同时,促进人民健康水平的提高并有效控制医疗费用增长。

2005年国务院和世界银行共同合作的研究报告《中国医疗卫生体制改革》对中国90年代末以来所实施的被简称为“医保、医疗、医药三项改革”的医疗卫生体制改革做出“从整体上讲,改革不成功”的基本评价^③。各项基本卫生保健指标原地踏步,“2000年人人享有卫生保健”的最低限标准却均未完成^④,与此同时“看病难、看病贵”问题日益严重,老百姓将医疗、教育和养老誉为新时期的“三座大山”,社会各界对医疗卫生体制改革的呼声不断高涨,相关改革势在必行^⑤。自2006年9月开始,历时三年经国务院发展研究中心、世界卫生组织、世界银行、麦肯锡咨询公司、北京大学、复旦大学、清华大学、北京师范大学、人民大学和中科院各自研制的10套新医改备选方案提交国务院并向社会广泛征求意见,虽然各套方案就补

① 郝晓宁. 中国城市社区卫生服务运行机制与制度建设研究 [D]. 山东大学, 2007.

② 金国军. 上海市社区卫生服务综合改革模式研究与绩效评价 [D]. 上海: 上海社会科学院, 2010.

③ 新医改方案脉络: 八套备选方案描画医改框架 [OB/EL]. http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-11/19/content_7098474.htm

④ 张冉燃. 不成功的医改 [J]. 瞭望, 2005, 25: 014.

⑤ 葛延风. 中国医疗卫生体制改革: 一个框架性设计 [J]. 改革, 2005 (006): 5-14.

供方还是补需方、政府主导还是市场主导等方面存在争论和分歧，但是对于加强社区卫生服务和基层医疗卫生的发展建设成为一项各方高度认同的基本改革策略^①。

而最终于 2009 年出台的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确指出要建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供方便、安全、有效、价廉的医疗卫生服务，切实缓解人民群众“看病难、看病贵”问题^②。同时报告中制定了 2009 - 2011 年需要着力抓好的五项重点改革，其中一项即基层医疗卫生服务体系的建设，加快城市社区卫生服务机构建设，加强基层医疗卫生人才、特别是全科医生的队伍建设，用 3 年时间建成比较完善的基层医疗卫生服务体系，逐步建立分级诊疗和双向转诊制度，为群众提供便捷、低成本的基本医疗卫生服务。

新一轮医疗体制改革行至现在正满 5 年，在这 5 年间我国基本医疗保险实现总体全覆盖、基本药物制度覆盖 80% 以上的基层卫生机构、基本公共卫生服务项目全面实施^③，新医改取得的成果有目共睹，但是不可否认的是医改已经进入到深水区。在 2014 年两会上钟南山院士直指新医改的实施没能抓住改革的核心问题，表面上看基本医疗保险覆盖范围越来越广、覆盖程度越来越高，但从衡量医改成效的三个标准——群众看病难看病贵问题是否解决、医患关系是

① 金国军. 上海市社区卫生服务综合改革模式研究与绩效评价 [D]. 上海: 上海社会科学院, 2010.

② 中共中央, 国务院. 关于深化医药卫生体制改革的意见 [Z]. 2009

③ 2014 年政府工作报告 (全文实录) [OB/EL]. <http://cpc.people.com.cn/n/2014/0305/c64094-24536194-4.html>

否改善、医护人员积极性是否提高——来看,新医改实际进展和实施效果不大^①。

虽然在新医改指导意见中提出了在医疗卫生系统中开展四梁八柱^②的建设,也将社区卫生服务配套改革纳入重点工作,并在指导意见出台后由国务院等有关单位密集出台了数个社区卫生服务改革的指导文件,力图全面推进社区卫生服务的改革建设。但是各地政府对中央文件精神领悟不够,未能真正理解社区卫生服务在构建医疗卫生服务体系中的重要作用,对社区卫生服务改革的重视力度不够,同时,虽然有些省市加快了社区卫生服务改革的试点建设,政府也投入了大量的卫生财政支持,但是由于改革理念的偏位和配套措施的缺失,很多省市的社区卫生服务建设仍然停留在基本的机构改造和形态建设层面,对服务内涵和服务模式的改革尚未深化展开。根据笔者参加的由世界银行组织对全国10个全科医生执业方式和服务模式改革试点城市的调研,社区卫生服务综合配套改革自2002年开始实施已10年有余,而作为改革试点城市的陕西省宝鸡市在法律上成立的全科医生仅有四名^③,中西部省市的社区卫生服务发展严重滞后。同时由于新医改部分省市在政府主导下引导医疗卫

① 从“2014年两会钟南山谈医改”说开去 [EB/OL]. <http://health.sina.com.cn/news/2014-03-17/1412128447.shtml>

② 据中华医院管理学会统计,自2002年9月《医疗事故处理条例》实施以来,中国医疗纠纷的发生率平均每年上升22.9%。近些年,医患纠纷呈现恶化趋势,医暴频发已衍生为一种“社会病态”。

③ 挂号难、医患愁、医保累——代表委员问诊医疗“三大难” [08/EL]. http://news.xinhuanet.com/health/2014-03/02/c_119566439.htm

生资源盲目过度的向本已发展失衡的二、三级医院投资扩张,导致二、三级医院的资源和市场垄断地位更甚,患者人满为患,而基层医疗机构门庭冷落,社区卫生服务中心日显冷清少人问津。原卫生部副部长黄洁夫直言新医改没有达到预期的引导患者下沉社区的目标,人民群众看病难、看病贵问题依然严峻,当前的现状甚至与新医改的初衷是背离的^①。

看病难、看病贵以及近两年来频发的医患矛盾甚至恶性医闹事件^②,究其原因一个重要的根源问题是当前居民无序就医现象严重。因为当前卫生资源配置失衡,稀缺优质的医疗资源集中在二、三级医院,社区卫生服务建设力度不够、服务能级低下,而随着医疗技术的进步和社会危险因素的增加,居民对于自身健康关注和期望值也在提高,专家崇拜的心理导致很多居民在患一些普通常见疾病时也前往大医院就诊,社区卫生服务作为居民健康维护的保健网底没能拦住多数的基础疾病,分级诊疗体系根本没有建立,因此导致优质医疗资源既紧缺又严重浪费^③。而大医院患者“挤破头”的同时,医生也“累到死”,一个医生每天面对百余位病人,而且大部分还是根本不需要到大医院就诊的患者,医生的服务耐心势必会减少,

① 医改“三破”才能“三立”[0B/EL]. http://news.xinhuanet.com/health/2013-03/08/c_124430930_3.htm.

② 据中华医院管理学会统计,自2002年9月《医疗事故处理条例》实施以来,中国医疗纠纷的发生率平均每年上升22.9%。近些年,医患纠纷呈现恶化趋势,医暴频发已衍生为一种“社会病态”。

③ 挂号难、医患愁、医保累——代表委员问诊医疗“三大难”[0B/EL]. http://news.xinhuanet.com/health/2014-03/02/c_119566439.htm

同时鉴于当前医疗服务价格形成机制尚未建立，医生只能通过大检查大处方以增加自己的实际收入，这些必然会影响到患者的就诊感受，导致社会中弥漫着对医生行业的不信任感，当患者对医生的信任逐渐瓦解时，一旦出现问题患者很容易站在医生的对立面进而产生矛盾甚至冲突。

由此可见，当前医疗卫生服务中存在的诸多问题的产生都可以划归到缺乏一种有序、有效服务体系之上，居民的健康需求与供给之间的结构性失衡导致看病难问题日益严重，过度就医与诱导需求又导致医疗费用增长和看病贵问题加剧，而这种无序无效的医疗服务又进一步降低了医生的服务质量、削减了居民对医生的理解和信任程度，导致医患关系紧张。

当前居民错位就医、无序就医的行为就像一匹脱缰的野马，不单单是加强政府财政投入、加快医疗机构建设所能解决的，最根本的解决之道还在于调整医疗卫生服务体系内部的资源配置、加强社区卫生服务的内涵和模式建设，使得社区卫生服务中心有能力为居民提供优质、有效的医疗服务，同时患者也愿意到社区就诊。因此通过在政策和理论层面探讨社区卫生服务改革，分析当前社区卫生服务发展中的问题和症结所在，通过触及医疗卫生深层体制问题寻求社区首诊、定点医疗、双向转诊、分级诊疗的政策突破口，总结具有可操作、可持续、可推广的家庭医生制度的政策理念和政策设计，针对当前看病难看病贵、医患关系紧张以及医务人员工作积极性不高的问题探索一条由基层出发的解决之道，对我国构建新型城市卫生服务体系具有重要的政策现实意义。

同时,加大对社区卫生服务内涵和服务模式的研究,也与我国当前的政策要求高度一致。中央政府在新医改三年计划实施成效甚微的形势下,更加认识到社区卫生服务深化改革在城市医疗体系和医疗卫生体制改革中所发挥的重要作用,在结合上海、北京、杭州、成都等成功经验的基础上,2011年7月由国务院出台了一份明确社区卫生服务发展方向与改革思路的文件——《关于建立全科医生制度的指导意见》(以下简称《指导意见》),提出了社区卫生服务建立全科医生制度的团队建设、服务内容、支付方式、分配机制、分级诊疗和信息化建设的6项基本改革任务,以期建立家庭医生和社区居民之间长期稳定的契约服务关系,探索一条深化社区卫生服务能级、破解居民无序就医的新路。但是,通过笔者对10个改革试点城市的了解,虽然各地政府都先后根据《指导意见》制定了实施方案,但是因为对于如何建立全科医生制度尚未有全面、深刻、清晰的认识和理解,很多省市的实施方案仅停留在政策构想层面,没有具体的可操作性。因此当务之急是研究总结社区卫生服务发展进程较快、全科医生制度改革初显成效的有关地区的优秀经验,这对各地实施全科医生制度改革有重要的指导、参考和借鉴意义。

家庭医生制度研究不仅对于我国深化以社区卫生服务中心为基础的城市医疗卫生服务体系、解决当前医疗卫生中存在的看病难看病贵等问题有积极的现实指导意义,同时,作为我国医药卫生体制改革的一项重点内容,社区卫生服务一直以来都是备受学界关注的一个重点研究问题。虽然对于社区卫生服务的研究关注度和研究产出都在逐年提高,但是研究的整体水平相对薄弱,在对已有的有关

社区卫生服务的研究进行梳理后发现,对于我国社区卫生服务的制度设计、实施效果以及制度完善已经积累了很多宝贵的理论基础和经验介绍,但是总体而言与社区卫生服务发展改革的重要性相比仍远远不足,还需要进一步推进理论研究与经验研究。

首先,已有研究多为社区卫生服务基层医生撰写的工作经验类文章,缺乏对于宏观社区卫生服务体系建构的理论探讨研究;其次,缺乏系统性研究,很多研究只聚焦到某一个或几个研究变量,多局限于医疗卫生内部而少有跨学科综合性研究,且多为阶段性研究而少有对社区卫生服务的演变历程进行系统性梳理,研究变量较零散、研究视点较单一、研究跨度较短;再次,涉及到理论模式探讨的文章多为理念推演类的定性研究,对于政策运行的实证研究相对较少,为数不多的研究也受制于医疗卫生和医疗保险数据的缺失,大多缺乏微宏观实证数据支撑;最后,即使是有实证数据支撑的文章也多为小样本社区卫生服务中心偶遇式调查而少有大型科学入户抽样调查,实证和经验研究的科学性不强。

也正是社区卫生服务研究系统性、科学性缺乏和滞后,导致对于当前推进全科医生制度建设的理解认知不足,已有的成功经验扩散困难,因此对社区卫生服务改革和全科医生制度建设中的典型案例展开系统、全面、科学的理论与实证研究就尤为重要,具有重要的理论意义。

二、问题提出及章节安排

面对我国卫生服务体系普遍存在的无序、低效的问题,新医改