



# 医共体模式下家庭医生签约服务的困境与进路探析

彭涛<sup>1</sup>, 滕黎<sup>2</sup>

1. 川北医学院基础医学与法医学院, 2. 管理学院, 四川 南充 637000

**摘要:**文章结合安徽、福建、浙江等医共体先行省份的实践经验,发现医共体模式下家庭医生服务团队逐渐壮大,签约内容更加丰富,能获得更多医保支持以及县域内优质资源。然而,如何促进家庭医生签约服务走深走实,仍然面临着医共体内“人、财、物”利益协同方面的挑战。在持续推进医共体建设的过程中,应进一步为家庭医生团队提供资源保障,以医保为杠杆激发家庭医生的服务动力,同时注意防止“虹吸”。

**关键词:**医共体;家庭医生;签约服务

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2024)02-120-004

doi:10.7655/NYDXBSS240004

近年来,在我国分级诊疗领域,最引人瞩目的当数家庭医生签约服务和县域医共体改革,二者被称为分级诊疗两大抓手,肩负重任。然而,改革路上荆棘丛生,无论是家庭医生签约服务还是医共体模式,其发展均处在初级阶段。本文从两大政策本身出发,试图厘清家庭医生签约服务和医共体模式之间的内在联系,结合安徽、浙江、福建等医共体先行省份的实践经验,以及笔者走访调查中所了解到的实际情况,尝试探讨县域医共体会给家庭医生签约服务带来怎样的机遇和挑战,以及在这种新兴的资源配置模式下,家庭医生服务应该何去何从。

## 一、医共体模式与家庭医生签约服务的内在逻辑关系

(一)医共体模式与家庭医生签约服务目标一致

家庭医生签约服务是被国际经验证实有效的分级诊疗举措,其在改善全民健康、合理利用卫生资源、控制就医费用方面效果显著,当前推行家庭医生制度的国家和地区有50多个<sup>[1]</sup>。我国北京、上海等地早在2010年左右就开始探索实践,2016年面向全国推广,取得了一些成效,但发展总体不充分、不平衡。如果说家庭医生制度是纯粹的舶来品,那么县域医共体模式就是国际经验和中国智慧的碰撞。县域医共体起

源于医联体,而医联体是以世界卫生组织提出的“以人为本的整合卫生服务”为基础,基于我国国情,为实现分级诊疗所产生的新兴手段。医共体在县域内对医联体进行再创新,医疗机构之间的合作更加紧密,深入到财政、人事等方方面面,是真正的利益共同体。浙江、安徽、福建等地于2017年左右先行医共体改革,2019年开始在全国部分地区进行试点,整体处在摸着石头过河的阶段。

尽管家庭医生签约服务和医共体改革的政策出身不同,但其政策动因和目标却具有高度的一致性。我国医疗卫生资源的倒三角配置及其与居民健康需求的冲突是医共体建设和家庭医生签约服务的源动力。两大政策的目标可以简单概括为提升基层医疗卫生服务能力和优化配置医疗卫生资源,最终推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序,让老百姓能在家门口看得上病,看得好病。

(二)医共体模式和家庭医生签约服务相辅相成

医共体模式和家庭医生签约服务还存在着相互成全的关系。一方面,家庭医生是联系居民和医共体的关键纽带。在县域医共体实施之初,通过家庭医生团队的有效构建,盘活县、乡、村的人力资源;通过家庭医生服务的开展实现双向转诊、资源共享。各地关于医共体的政策文件无一不将家庭医生签约服务作

**基金项目:**四川省基层卫生事业发展研究中心科研项目“整合型慢性病管理中利益相关者的演化博弈分析及实证研究”(SWFZ-23-Y-65)

**收稿日期:**2024-01-04

**作者简介:**彭涛(1983—),男,四川南充人,硕士,讲师,研究方向为慢性病管理;滕黎(1985—),女,四川射洪人,博士,副教授,研究方向为卫生管理,通信作者,tengtengdejia@163.com。

为重要部分,医共体试点地区也多以家庭医生签约服务为重要阵地,两项工作齐头并进。另一方面,一个联合体又连心的医共体,是家庭医生服务能有效开展的得力保障,这里的保障包括人、财、物。县域医共体如何才能成为家庭医生的靠山,安徽、福建、浙江等医共体先行者有一些经验可供参考。

## 二、医共体模式下家庭医生签约服务的实践

### (一)县域内专家充实家庭医生团队

安徽、福建等地实践医共体改革多年,在家庭医生团队构建方面,主要做了以下探索。由县总医院专科医生定期下乡同结对的家庭医生开展联合门诊和巡诊,安徽定远还专门成立了巡回体检队并配备巡回医疗车,定期下乡同签约服务团队一起开展重点人群体检、义诊及健康宣教活动<sup>[2]</sup>。诚然,让上级专家长期驻扎基层并非医共体的初衷,此举是为了在医共体建设之初促进上下级交流,同时吸引长期以来就医观念错位的居民。医共体若要良性发展,强基层才是根本,因此结对帮扶、业务指导应该是更为常规和适宜的方式。定远县每年安排45名高年资临床医生和医技人员按原户籍地与乡镇卫生院110名骨干医生进行结对帮扶<sup>[2]</sup>,通过微信群等方式搭建“师徒交流”平台,由上级医院医生对乡村两级医务人员进行实时在线指导交流,提高家庭医生服务能力。福建是“总医院”模式的先行者,将乐县早在2017年就探索出台了《将乐县总医院健康促进工分暂行规定》,将健康促进作为年薪计算的重要内容,而健康促进的主要考核内容包括下乡开展健康教育、医学讲座、家庭医生签约服务<sup>[3]</sup>。

### (二)签约服务的内容得到丰富

结合试点地区的情况来看,医共体模式在家庭医生有偿服务包的推行中确实能有所作为:一是借助专家力量,科学设计服务包的内容,服务包应层次分明、项目适宜、价格适中;二是需要医共体的业务指导和资源支持,有偿服务大多面向特殊人群。以0~6岁儿童为例,孩子是每个家庭中最为看重的个体,有上级专家的加入,签约家庭才会更放心将孩子的健康委托于基层医疗机构。医共体背景下,杭州市多个家庭医生团队推行了可供居民选择的多种“个性化服务包”,如居家健康服务、残疾人精准康复服务、药品配送服务、安宁疗护服务、儿童生长发育监测和评估、中医药“治未病”服务等<sup>[4]</sup>。

### (三)医保为签约服务提供有力支持

具体到医共体模式下医保对家庭医生服务的支持,主要体现在三个方面。一是减免起付线,如安徽某地,签约患者在乡镇卫生院住院可以减免1~2次的住院起付线,对具备转院指征的签约患者由乡镇卫生院转诊至县总医院住院的,免收县总医院

住院门槛费。在厦门,签约居民首诊门诊、住院不设起付线,住院转诊不设二次及以上起付线<sup>[5]</sup>。二是对门诊医疗服务,结合家庭医生签约按人头付费。浙江台州就出台文件明确,各统筹区应优先将与医共体家庭医生签约的参保人员门诊医疗费用,按人头包干给相对应的医共体,充分发挥家庭医生“健康和基金”的双守门人作用,推进慢性病门诊保障制度和医共体家庭医生签约服务相结合<sup>[6]</sup>。三是医保结余用于签约人员服务奖励。安徽将签约团队对服务对象的管理情况列入县域医共体考核,参与医共体新农合结余分配<sup>[5]</sup>。厦门市基卫处则对家庭医生团队的签约服务数量、满意度等各指标进行考核,综合生成每一基层医疗卫生机构的分数,由分数决定该机构可以提取收支结余的百分比<sup>[7]</sup>。

### (四)优先为签约居民提供县域内优质资源

医共体内资源优先向签约居民倾斜,这是各医共体试点地区在支持家庭医生签约服务上的共同点。典型的做法有:①优先预约号源,总医院专家号提前向家庭医生团队开放。②开放住院床位资源,县域医共体牵头单位的住院床位等资源优先向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放。③下沉检查检验资源。整合二级以上医院现有的检查检验、病理诊断、医学影像、消毒供应中心等资源,向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放。优质资源的倾斜不仅有利于增强签约居民的获得感,还利于家庭医生团队服务能力的提升。

## 三、家庭医生签约服务所面临的困境

### (一)长期以来面临的困境

家庭医生作为舶来品,呈现出了一定程度的水土不服,具体表现在以下几个方面。首先,欧美发达国家家庭医生签约服务能有效开展是基于其庞大而专业的全科医生队伍,而我国的基层卫生机构全科医生配备严重不足、服务能力欠缺,难以胜任“守门人”的角色。其次,经费支持不够导致的激励不足是签约服务发展中的重要障碍。英国、加拿大等国在签约过程中均有基本签约费,一般采用按人头预付方式支付,其中英国的签约服务费更是高达75.77英镑每人<sup>[1]</sup>。对比笔者了解到的状况,四川N市的家庭医生没有从签约中获得任何额外收入,签约情况仅仅作为机构年终绩效考核的指标,作为评奖的参考。另外,家庭医生服务制度体系尚未健全,重指标(如签约率)、轻时效,重形式、轻服务的现象普遍存在。迫切需要完善签约服务收入及定价等相关配套政策。若不加以改革,以上困境将会持续存在,限制家庭医生签约服务的发展。

### (二)面临的挑战

医共体作为一种新兴模式,其自身发展中尚存

在着诸多不确定性,如何促进家庭医生签约服务走深走实,仍然面临着医共体内“人、财、物”利益协同方面的挑战。

从“人”的角度来看,县域内三级医疗机构的专家有限,若要专家切身投入精力指导和帮助基层医务人员,意味着不是所有家庭医生团队都能有专家的加入,孰前孰后是值得考虑的公平性问题,而专家具体的工作任务则是效率问题。另外,过去的医联体模式下,个别地区出现了上级医院“虹吸”和“跑马圈地”的现象,基层不强反弱,这是因为“虹吸”的不只是基层患者还包括基层人才。医共体模式下如何避免这种“虹吸”,有效激励总医院打通人员流通渠道,构建家庭医生签约服务团队,做到“利益共同、责任共担”,是横亘在医共体建设中的一大挑战。

从“财”的角度,签约服务最大限度地争取到医保的支持,绝非易事。倘若实现“结余留用”,留用的基金如何分配给基层医疗机构,也需要各部门达成一致意见。医保对签约服务是否支持,支持的力度如何,各地区差异明显。有的地区由医保直接支付全部或一定比例的签约服务费,如上海长宁实现了120元签约服务费均由医保支付;福建厦门120元签约服务费,医保支付70元<sup>[5]</sup>。据笔者了解,四川省Y市医保部门向家庭医生签约团队补助3元每份,四川省N市的家庭医生则没有得到医共体的任何支持。没钱没动力,这也是经济落后地区家庭医生签约服务进展缓慢的原因。而医共体改革以来,医保扮演着非常重要的杠杆角色,尤其是医保支付方式和“结余留用、超支共担”的利益调控机制,更是成为实践中的难点,学界讨论的热点。

“物”这一方面,资源共享不应该仅仅停留在以实物形式存在的床位和设备,还应该包括专家号、网络信息资源等无形物,这对管理者的组织协调能力的无疑是全新的考验。无形物资源共享,能有效丰富家庭医生签约服务内容,助力家庭医生签约服务可持续发展。笔者在调研中发现,家庭医生服务内容中的有偿服务基本形同虚设,只是一种形式文件,宣传度低,知晓率低,已签约居民一般都不选择有偿服务。究其原因还是“信任”二字,仅靠基层医疗机构目前的服务能力和水平,难以吸引居民选择有偿服务包。有偿服务必须建立在基层医疗机构、二级医院、三级医院组成专家团队提供服务的基础上才能有保障,群众才能足够信任,这亟需医共体的后盾力量。

#### 四、医共体和家庭医生签约服务如何共生共荣

(一)县域内联体又连心为家庭医生签约服务提供保障

首先,在顶层设计上要明确政府、医共体、医共

体成员单位之间的权力和责任,尤其要注意权责对应。政府既要赋予医共体独立法人的地位,又要有相关监管约束机制避免牵头单位权力过大。医共体对基层卫生机构的管理应做到张弛有度,既能有效调控,又不使基层失去活力<sup>[8]</sup>。具体到医共体内的家庭医生签约服务发展,需要进一步构建落实长效运行机制,将总医院专科医生参与家庭医生签约服务的方式、内容以及绩效考核写进医共体章程,以制度的方式保障家庭医生签约服务走深走实<sup>[8]</sup>。

其次,盘活县域内卫生人力资源,助力家庭医生团队建设。专家可先加入卫生技术落后的基层卫生机构,帮助家庭医生团队获得居民的信任,待团队整体服务能力提升后再轮转至其他基层单位。值得注意的是,基层卫生服务能力的提升,仅仅靠一两个专家到基层坐诊是远远不够的,医共体应对基层卫生机构服务能力、具体帮扶需求进行评估和分析,对技术薄弱部分以及有紧迫需求的服务进行有针对性的帮扶。针对新进人员,医共体应统一招聘、统一管理,并适当向基层岗位需求倾斜<sup>[9]</sup>。人才流动方面应特别注意防止“虹吸”,保证基层现有人才队伍稳定,以有效的激励机制保障家庭医生团队建设,围绕服务提供、技术带动、满意度等维度科学考核评价家庭医生,并将考核结果与薪酬分配、评优评奖以及职称晋升等挂钩。

最后,县域内其他优质卫生资源也应优先向签约居民提供,通过优先预约专家号、预留床位、优先转诊和检验检查、共享检查结果等利好手段,增强已签约居民的获得感,吸引未签约居民<sup>[10]</sup>。这一过程中尤其应加强信息化建设,完善健康档案、电子病历、检查结果互认、远程医疗等平台功能的设计,为专科医生参与家庭医生签约服务工作提供信息技术支撑。

#### (二)充分发挥医保的杠杆作用

研究表明,医保支付制度改革是医共体建设成败的重要因素<sup>[11]</sup>,医保改革牵扯到顶层设计、制度规则、技术细节等方面,是医共体建设过程中需要突破的关键性难点。实践中,各试点地区医保管理部门对医保政策有着不同的理解,表现为不同的做法,对签约服务的支持力度和方式也不尽相同。需要共同注意的原则性问题有:一是提高领导认识,医共体改革涉及医疗、医保、医药、公卫等各领域,往往牵一发而动全身,没有领导的高度重视,改革推行将会阻力重重。浙江瑞安的经验是,医疗、医保是由同一位市领导分管,极大提高了行政效率<sup>[12]</sup>。此外,只有领导意识到家庭医生签约服务之于分级诊疗的重要性,才可能为签约服务争取到医保的支持。医共体应给予签约居民在起付线、报销比、封顶线方面的医保优惠政策。二是要持续探

索支付方式改革,撼动医共体内的利益格局。如果依然以按项目付费为主,各成员单位必然自顾自地提升医疗服务业务量,陷入争夺病源的既有格局,医共体将变得有名无实。因此,支付方式应逐渐向“打包付费”“总额预算”的方向转变。将签约对象的医保门诊费用按人头预先打包支付给签约团队,是国际社会的通行做法,也是家庭医生签约服务改革的应有之义。三是将医保结余奖励和签约服务工作效果挂钩,细化签约服务考核指标。以此激发家庭医生团队的服务动力,切实调动其工作积极性,从而使医保资金取得更好的效益,真正使得家庭医生成为居民健康和费用的双重“守门人”<sup>[5]</sup>。

(三)细化签约服务的内涵,明确签约服务的定价和付费机制

家庭医生若要真正成为居民的“健康守门人”,除了需要政府进一步自上而下持续推动,还需要增加内部的驱动力。一方面通过明确签约服务的定价和付费机制来调动家庭医生的服务动力,保证签约服务的可持续发展;另一方面应细化签约服务的内涵,提高家庭医生的履约能力,从而逐步转变居民观念,提高对家庭医生的认识。家庭医生是联系居民和医共体的关键纽带,杭州市医共体建设过程中,专门成立健康管理部统一负责家庭医生签约服务的指导和管理<sup>[13]</sup>,值得学习和借鉴。

#### 参考文献

- [1] 常园园,徐鸿彬,乔岩,等. 国外家庭医生签约服务及其对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(5): 50-53
- [2] 蒋祥,王芳,田淼淼,等. 县域医共体背景下安徽省定远县家庭医生签约服务进展分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(4): 50-55
- [3] 万笑笑. 福建“总医院”模式先行者的医共体之路[EB/OL]. [2023-10-20]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20190809/content-1067050.html>
- [4] 胡小璞,候乐荣,邵平,等. 推广签约对社区卫生服务的利用及影响研究——以杭州主城区为例[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(7): 489-493, 507
- [5] 宋大平,赵东辉,任静,等. 医保支持家庭医生签约服务的模式探析[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(12): 67-70
- [6] 台州市县域医共体基本医疗保险门诊医疗服务结合家庭医生签约按人头付费改革指导意见[EB/OL]. [2023-10-20]. [http://ylbzj.zjtz.gov.cn/art/2019/9/30/art\\_1229043237\\_104010.html](http://ylbzj.zjtz.gov.cn/art/2019/9/30/art_1229043237_104010.html)
- [7] 朱仁显,李欣. 家庭医生签约服务制度的建构与完善对策——厦门市经验的研析[J]. 东南学术, 2018(6): 64-72
- [8] 本刊特约评论员. 县域医共体建设应注意循序渐进[J]. 中国农村卫生事业管理, 2019, 39(3): 153
- [9] 吴述银,谢云涛,刘露,等. 社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务的认知分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(6): 591-596
- [10] 刘彤,高雨菲,李慧,等. 需方视角下基层家庭医生签约服务现状及对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(4): 395-400
- [11] 徐烨云,郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4): 102-108
- [12] 张皓,王小合,张萌,等. 杭州市县域医共体建设经验与思考[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(6): 462-467
- [13] 章平. 医保驱动: 县域医共体改革的瑞安素材[J]. 政策瞭望, 2019(3): 23-24

(本文编辑:姜 鑫)

## An analysis of the challenges and approaches in family doctor contract services under the medical community model

PENG Tao<sup>1</sup>, TENG Li<sup>2</sup>

1. School of Basic Medicine and Forensic Medicine, 2. School of Management, North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China

**Abstract:** Based on the practical experience of Anhui, Fujian, Zhejiang and other leading provinces of the medical community, this paper finds that under the medical community model, the service team of family doctors is expanding, contract content is become more affluent, with increased access to medical insurance support and quality high-quality resources within the county areas. In promoting the construction of the medical community, this approach still faces challenges in coordinating “human, financial and products” that intersect within the medical community. It is essential to provide resources for the family doctor team, and use medical insurance should as a lever to motivate the service motivation of family doctors, and become vigilant against the “siphon effect”.

**Key words:** medical community; family doctor; contract signing