



大力发展基层卫生 推进分级诊疗制度建设

陈家应,朱 亚,王萱萱

南京医科大学健康江苏研究院,江苏 南京 211166

摘要:文章从我国分级诊疗制度建设需要出发,结合文献研究,对基层卫生服务能力要求进行初步的梳理和界定;同时,对国际上几个典型国家的分级诊疗实现方式进行综述和点评。并基于国际经验,结合我国各地分级诊疗推进工作的成效和问题,对我国加强基层卫生服务能力建设、提高家庭医生的素质提出建议,包括完善家庭医生队伍、提升基层卫生服务能力、提高基层卫生人员待遇和开展医院与社区的协同服务。

关键词:分级诊疗制度;家庭医生;基层医疗;卫生服务;国际经验;对策

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)01-005-005

doi:10.7655/NYDXBSS20190102

健康作为我国经济社会发展的优先领域,在2016年全国卫生与健康大会上由习近平总书记首先提出,在党的十九大报告中得到进一步明确。“没有全民健康,就没有全面小康”,这一论断也逐步成为了社会各界的广泛共识。要实现全民健康,基本医疗卫生服务是关键。2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》明确,到2020年基本建立起符合国情的分级诊疗制度的目标。分级诊疗制度建设,也成为“十三五”医改规划明确的六项重点工作之首。提升基层卫生服务能力、完善家庭医生服务模式,是推进分级诊疗制度建设的关键。世界银行、世界卫生组织等国际组织在对我国深化医改进行调研总结时,也建议中国政府建立“以人为本的一体化服务”模式(people-centered integrated care, PCIC),以加强基本卫生服务^[1]。

基层卫生服务能力不足的关键表现在基层卫生队伍的素质和技能不能满足居民基本卫生服务的需要,导致政府投向基层的大量卫生资源不能得到有效利用,形成了新的资源闲置和浪费。本文主要围绕我国分级诊疗制度建设的相关问题进行讨论,借鉴国际经验,探讨家庭医生队伍建设等,为推进我国分级诊疗制度建设提供参考。

一、分级诊疗与基层卫生服务能力

开展分级诊疗,将居民大部分健康问题解决在

社区,提升基层卫生服务能力是关键。早在1978年,世界卫生组织在《阿拉木图宣言》中就指出:获得基本卫生保健或初级卫生保健(primary health care)是一项基本人权。2008年3月中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》也明确了医改的目标即是要建立国家基本医疗卫生制度,实现人人享有基本医疗卫生保健服务。基本医疗卫生服务是人们维护健康、防治疾病所必需的最基本的医疗卫生服务,所有人都需要并应该在可及性上得到保障^[2]。关于基本卫生服务,在欧洲被界定为是人们有了健康问题后的第一级专业保健服务,大部分的急性病和预防性健康服务需要可以得到满足,全科医生或家庭医生服务是初级保健的核心内容^[3]。这一界定与我们通常所说的基层卫生服务的内涵基本一致。可以说,基层卫生机构是基本卫生服务的主要提供者,基层卫生服务能力也决定了分级诊疗制度建设的基础。

关于基层卫生服务的能力要求,国内外均没有清晰的定义。基层卫生服务是一个多维的服务系统,它以增进健康为目的,保证人群对一系列初级保健服务的可及性和利用。一般将其定义为满足基本医疗卫生服务的提供而需具备的能力。从国内外有关基层卫生体系的评价和监测内容,可以获得一定的启示。Kringos等^[4]通过系统综述,归纳出基本卫生服务评价的主要指标包括结构(治理、经

基金项目:国家自然科学基金项目“基于建立分级诊疗制度目标的家庭医生队伍建设研究”(71874087)

收稿日期:2019-01-31

作者简介:陈家应(1962—),男,安徽舒城人,教授,博士生导师,研究方向为卫生政策与卫生服务。

济状况、人力发展)、过程(可及性、服务连续性、服务协调性、服务综合性)、结果(服务质量、服务效率、健康公平)三个方面共十类指标。这些指标实际上就可以看成基层卫生机构服务能力的重要反映。国内对基层医疗卫生服务能力的描述和评价,通常从病床数、机构设备、房屋建筑、人力资源、资产状况、机构服务量等方面进行考量^[5],与Kringos等的总结基本类似。

由上面的讨论可以发现,在基层卫生服务能力中,卫生技术队伍(家庭医生)是核心能力。完善家庭医生队伍建设,是保证和促进分级诊疗制度建立的关键,这也是我国卫生改革与发展中无法回避和必须解决的重要问题。

二、国际分级诊疗的实现形式

从国际文献和世界各国的卫生服务政策检索可以发现,国际上没有分级诊疗这一专门概念,但很多国家在卫生服务提供与利用管理中,都通过一定的政策措施,规范和引导居民卫生服务利用的合理流向,实现大部分健康问题在社区得到解决这样的目的,这与我国提出的分级诊疗制度建设目标是一致的^[6]。

(一)英国的全科医师“守门人”制度

英国是典型的政府主导型医疗卫生体制。在英国,年满16岁的公民和持6个月以上签证的外国公民必须到某个“全科医生”(general practitioner, GP)或全科医生诊所注册。全科医生提供24小时的初级保健服务,一般情况下患者需通过全科医生才能转诊到医院,并享受免费医疗^[7]。英国全科医生的培养周期长达11年,但可获得丰厚的薪金,因而对医学生也有较大的吸引力^[8]。英国的全科医生“守门人”制度有效控制了英国医疗支出的上涨,全科医生上转至专科医生的转诊率仅为5%,且居民满意度也维持在一个较高水平。

(二)美国管理型医疗下的分级诊疗

美国是以私人医疗保险为主、特定人群享有政府保健计划的健康保健制度体系。为了有效管理医疗服务的提供与利用,以商业医疗保险公司为主体,建立了管理型保健组织,如健康维持组织(health maintenance organizations, HMO)和优先提供者组织(preferred provider organization, PPO)等。购买HMO保险的居民必须有一名指定的家庭医生,并且必须由家庭医生转诊才能去专科医师处就诊。患者若不需要保险报销医药费,则可以自由就医。保险机构通过按人头付费、按病种付费等支付方式改革,引导家庭医生和医疗机构提供合理服务、控制费用增长。保险公司会将结余的经费以分红的方式,分给签约医生和医疗机构,以鼓励合理

服务^[9]。在美国全科医师被称为家庭医生,都需要经过至少8年的医学专业学习和全科医学培训,并取得相应的家庭医生执业资格后才能执业,每7年还会进行一次认证,这也是大部分PPO保险的居民也自愿选择家庭医生首诊的原因^[10]。

(三)德国、日本基于合理区域卫生规划的分级诊疗

加强区域卫生规划和布局,是优化和调整医疗卫生资源配置数量及结构的关键举措,可以有效提高区域内的卫生综合服务能力,提升基层医疗卫生服务的能力,从而引导患者基层首诊。德国的分级医疗服务体系主要体现在分区域建中心和区域中心内分级服务两个方面。通过政府对地区进行区域医疗划分建立了数百个“区域性医院服务体系”,然后在每一区域内按照国家标准,设置了四级医疗机构,不同级别的医院提供不同层次的服务^[11]。在德国,门诊与住院服务实行严格“双轨制”^[12],全科医生要经过至少10年的系统学习才能获得全科医师执业资格。

1948年日本建立了全民医疗卫生服务体系,目前还没有建立起家庭医生签约制度和强制的转诊制度,而是根据人口、地理、交通等各种因素,设定了三级医疗圈。一级医疗圈原则上以市町村为单位,为居民提供便捷的门诊服务;二级医疗圈主要提供住院服务;三级医疗圈原则上是以都道府县为单位的区域中心医院,主要提供高精尖住院服务,除转诊外基本没有门诊服务^[13]。日本患者一般首选一级医疗圈作为初级医疗保健机构,再由一级医疗圈内的医疗机构开具转诊文书,向上级地域医疗机构转诊。

三、国内分级诊疗制度建设概况

(一)提升基层医疗卫生服务能力

深化医改以来,为了实现分级诊疗,在“保基本、强基层、建机制”的改革思路指导下,以提升基层医疗卫生服务能力为目标的基层卫生综合改革,开展了包括增加政府投入、完善补偿机制、加强卫生信息化、强化硬件建设、加强卫生人才队伍、完善内部管理等诸多方面的改革,对城乡基层卫生体系的加强发挥了重要作用。

1. 健全多渠道补偿机制

随着医改的推进,以政府为主导的基层卫生投入政策得到落实,基层卫生机构的经费补偿发生了根本性的改变,包括政府全额预算人员经费、实行药品销售零加成、清理化解长期债务、门诊服务收取一般诊疗费等,改变了基层卫生机构长期以来以药养医、以医养防、时刻面临生存危机的局面。通过补偿机制的调整,在调动基层卫生人员积极性的

同时,也起到了逐步规范基层卫生服务行为的作用。

2. 加强基层人才队伍建设

要建立分级诊疗制度,家庭医生队伍是基础。因此,卫生人才始终是制约城乡基层卫生服务的关键因素。从20世纪60年代大力培养“赤脚医生”到新医改以来建立的“全科医生制度”、为农村乡镇卫生院招聘执业医师、万名医生支援农村等相关政策和措施,为缓解基层卫生人力资源数量不足、素质不高的问题,发挥了积极的作用。上海市从2011年起,启动家庭医生签约服务试点,对该市分级诊疗制度建设,产生了积极影响^[14]。

3. 开展整合型一体化服务

为实现医疗资源有效下沉,提升基层医疗机构的服务能力,国家发改委积极推行二级以上医疗卫生机构对口支援乡镇卫生院,推动城市公立医院支援社区卫生服务工作,推行“医联体”,促进分级诊疗。2009年11月,江苏省镇江市正式组建以两家三甲医院为核心的江苏康复医疗集团和江苏江滨医疗集团两家“紧密型”医联体^[15],2015年安徽省开展县域医共体建设,构建整合型县域医疗服务体系。医联体、医共体等整合型服务体系的建设,对提高基层卫生服务能力,发挥了重要的促进作用。

(二)推进分级诊疗服务模式

1. 以慢性病或部分病种作为突破口

2012年,厦门市从糖尿病、高血压入手,开展了“慢病先行、三师共管(专科医师、全科医师、健康管理师)”的慢病分级诊疗制度改革。专科医师由三级医院中级职称以上的医师担任,主要工作为诊断、提供治疗方案,并定期到基层医疗机构巡诊、指导全科医师。全科医师由基层医疗机构获得全科医师资格的医师承担,负责指导患者执行诊疗方案,关注患者病情变化,并将情况反馈至专科医师处。健康管理师的职责是协助“两师”联系患者,负责日常随访、筛查,强化个体化健康教育、饮食、运动、生活方式干预^[16]。研究表明加入“三师共管”进行慢病管理的居民选择社区医院首诊者占74.4%,而未加入“三师共管”的居民只有47.4%^[17]。目前,全国大部分地区的家庭医生签约服务和分级诊疗,均是慢性病患者等特定人群的健康管理为切入点。

2. 构建医联体促进优质医疗资源下沉

建立医疗联合体,将区域内的二、三级医院与基层医疗机构进行资源或服务的协同,实现互利互惠,有利于推动双向转诊,实现优质医疗资源纵向整合。2012年以来,在全国很多地方都启动了医联体建设。北京市到2014年底建设了29个医联体,推进分级诊疗制度的建立。广东、浙江也以医联体

作为实现分级诊疗的重要战略。2015年安徽省结合各地医联体经验,多部门联合下发的《关于开展县域医疗服务共同体试点工作的指导意见》,以县域内县医院和县中医院为核心医院,分别与几家乡镇卫生院以医共体章程为共同规范,以管理和资产为纽带组成紧密型医疗联合体,医共体内部的人、财、物等资源统一规划、统一投入、统一管理、统一配置,进一步发挥资源整体优势的同时实现经济利益一体化^[18]。

3. 家庭医生签约服务推进分级诊疗

有研究表明,建立了社区医生“守门人”制度的国家与直接寻求专科医生服务的国家相比,其医疗服务费用占国内生产总值的比例更低^[19]。“守门人”制度包含两个方面:一是全科医生对患者进行首诊;二是由全科医生管理并协调对患者包括“转上”和“转下”的转诊。上海市于2006年开始试点家庭医生签约制度,2015年下半年试点以家庭医生为基础的分级诊疗改革,开展“1+1+1”签约(一位家庭医生、一家区级医疗机构、一家市级医疗机构),由家庭医生对签约居民提供健康咨询、建立健康病床、帮助费用管理等服务,同时,上级医院优先向家庭医生与签约居民开放号源,在一次配药量、配药种类上签约居民也可享有更便捷的服务,以此来增加居民签约和社区首诊的依从性。

(三)我国基层卫生队伍主要问题

1. 基层卫生人员素质难以胜任健康“守门人”

基层卫生综合改革,加强基础硬件设施建设,在硬件条件方面有了较大的改善,但卫生人力发展相对滞后。2010年到2016年,全国社区卫生服务机构人员数由389 516人增加到521 974人,乡镇卫生院的人员数由1 151 439人增加到1 320 841人。虽然基层卫生机构的人员规模有所增加,硬件配置也明显改善,但人员素质总体上不高。2015年,全国社区卫生服务中心执业(助理)医师中,有本科及以上学历的比例仅为39.8%,乡镇卫生院则仅为9.2%^[20]。这样的人员队伍,很难胜任健康“守门人”。建立有效的卫生人才队伍建设政策和机制,促进高素质人才下沉到基层,提升基层卫生服务能力,非常必要。

2. 基层卫生人员的积极性有待进一步提高

由《2017中国卫生与计划生育统计年鉴》可以看到,2009年之前,基层卫生机构所承担门诊和住院服务量均与医院服务量基本保持同步增长,但2010年起,基层卫生机构医疗服务量,尤其是住院人次数,基本没有变化,而2010到2016年全国的入院人数增长了60%。这一差距有其他因素的影响,但基层卫生机构获得政府全额工资保障后,缺乏激励,积极性不高,也是重要的因素。

四、国际经验对我国分级诊疗制度的启示

(一)家庭医生队伍是分级诊疗关键

从国际社会的研究和相关国家的经验可以看出,家庭医生队伍建设是实现分级诊疗的关键。WHO将基层卫生保健工作者统称为初级保健医生,将其作为人民健康的“守门人”。“守门人”有两层含义,一是为全体居民提供基本保健服务,守护居民的健康;二是对高层次的保健服务提供与利用把关,保证卫生服务的合理利用。从文献中可以看到,无论是英国的国家医疗服务体系,还是美国的健康维护组织,都明确规定了全科医生和家庭医生首诊制和转诊决策职能。我国在分级诊疗制度建设中,明确要开展家庭医生签约服务,以实现家庭医生的健康“守门人”职责,说明我国医改已经找到了正确的发展方向。

(二)基层卫生服务能力是分级诊疗的基本保证

强化初级保健队伍建设,提高初级保健医生的服务能力,是实现家庭医生健康“守门人”制度的重要基础。英国和德国的全科医生培养,均具有严格的要求,培养周期长达10年以上,就是要保证全科医生首先是一位合格的医生,具有较强的业务能力,具备准确判断居民健康问题和处理常见病的能力;美国的家庭医生同样也是执业医师;日本虽然没有家庭医生或全科医师制度,但其第一医疗圈也相当于我国的基层卫生机构,具备常见病诊治能力,承担着初级保健“守门人”的责任。因此,我国要建立分级诊疗制度,加强基层卫生服务能力建设是改革的首要任务,只有造就一支合格的家庭医生队伍,高质量地提供居民健康问题第一接触点服务,才能担当起居民的健康“守门人”,分级诊疗制度才有可能建立起来。

(三)提高基层卫生人员待遇是吸引人才的重要手段

从国际经验和目前国内各地的做法与成效可以看到,国际上初级保健医生并不因为其以处理常见健康问题为主,就仅获得较低的报酬。笔者曾经在瑞典和英国访学时,进行实地走访,并和相关人员做过交流,瑞典社区卫生机构的医生待遇和大学教授、大医院的专家相似,英国全科医生的收入也仅仅是略低于大医院的专科医生,远高于周围其他行业人员的收入。良好的待遇才能吸引高素质的人才到基层工作,基层卫生队伍的素质和能力才有可能提高。我国深化医改以来,强基层的政策取得了良好的成效,基层卫生机构硬件得到了很好的加强,但人才队伍始终是一个短板,基层卫生人员待遇低是重要原因之一,不仅影响对高素质医学人才的吸引力,也不利于调动基层卫生队伍的积极性。

(四)医疗服务纵向协同是现阶段的有效措施

针对我国基层卫生队伍的现状,无论采取何种措施,服务能力都很难在短时间内得到根本的改善和提升。因此,采纳国际社会的建议,建设“以人为本的一体化服务”体系,有效利用信息化手段,开展医院与社区间的服务纵向融合与协同,让医院的专家通过远程会诊系统为基层卫生机构提供技术支持和指导,将是解决目前基层卫生服务能力不足的正确选择。

基层医疗卫生服务的重要性在国内外得到了广泛认可。为实现联合国千年目标,世界卫生组织制定了“人人享有卫生保健”(health for all, HFA)的全球战略目标,并确定初级卫生保健(primary health care, PHC)作为实现HFA的有效途径,进入21世纪后,也进一步提出了全民健康覆盖(UHC)目标。探索我国家庭医生队伍建设与管理的政策措施和适宜机制,提高家庭医生队伍的整体素质和服务能力,对推进我国医改和健康中国目标的实现,将会发挥重要的作用。

参考文献

- [1] 中国医药卫生体制改革联合研究合作方. 建设基于价值的优质服务提供体系—政策总论[R]. 2016
- [2] Ministry of Health. A Basic Health Services Package for Iraq[R]. 2009
- [3] Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 [J]. Health Serv Res, 2003, 38(3):831-865
- [4] Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions [J]. BMC Health Serv Res, 2010, 10(1):65
- [5] 李春菊, 冯泽永. 建立以基层卫生机构的性质和功能定位为基础的评价体系[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26(11):731-732
- [6] 巫蓉, 朱亚, 屠小明, 等. 国内外促进分级诊疗的实践经验及启示[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(3): 172-175
- [7] Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform [J]. Medical Journal of Australia, 2002, 176(11):539-542
- [8] 陈爱云. 医疗费用控制的国际比较及对我国的启示[J]. 卫生经济研究, 2006(3): 20-21
- [9] 刘海波. 美国: 管理型医疗让社区医生甘当“守门人”[J]. 中国社区医师, 2009(20): 25

- [10] 雷克斯福特·E·桑特勒, 史蒂芬·P·纽恩. 卫生经济学——理论、案例和产业研究[M]. 程晓明, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 100
- [11] 马进, 任冉, 盖若琰. 国际卫生保健[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 104
- [12] Hansch H, Fleck E. New possibilities for communication between hospital cardiologists and general practitioners [J]. *Disease Management and Health Outcomes*, 2006(14):19-22
- [13] 顾亚明. 日本分级诊疗制度及其对我国的启示[J]. *卫生经济研究*, 2015(3):8-12
- [14] 余澐, 张天晔, 刘红炜, 等. 上海市社区家庭医生制服务模式可行性探讨[J]. *中国初级卫生保健*, 2011, 25(10):7-11
- [15] 姜立文, 宋述铭, 郭伟龙. 我国区域纵向医联体模式及发展现状[J]. *医学与社会*, 2014, 27(5):35-38
- [16] 唐国宝, 林民强, 李卫华. 分级诊疗“厦门模式”的探索与评价[J]. *中国全科医学*, 2016, 19(22):2624-2627
- [17] 曾雁冰, 吴杰龙, 陈帆, 等. 厦门市“三师共管”模式对居民社区首诊行为的影响研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2017, 34(8):566-569
- [18] 王文婷, 陈任, 马颖, 等. 分级医疗背景下的安徽县域医疗服务共同体实施路径[J]. *中国卫生资源*, 2016, 19(6):470-474
- [19] Forest CB. Primary care in United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? [J]. *BMJ*, 2003, 326(7391):692-695
- [20] 国家卫生和计划生育委员会. 2017中国卫生和计划生育统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2017: 46

Developing primary health and promoting the construction of tiered-system of diagnosis and treatment

Chen Jiaying, Zhu Ya, Wang Xuanxuan

Institute of Healthy Jiangsu Development, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: Starting from the need of building a tiered-system of diagnosis and treatment in China and based on literature study, the article primarily sorted and defined the competence of primary health care delivery and reviewed and commented on the ways to achieve the tiered-system of diagnosis and treatment in some typical countries. Based on international experiences and the achievements and issues of the work over the country in China, and focusing on strengthening the competence of health care delivery in primary health facilities and improving quality of family doctors, the authors raised some policy recommendations, including improving family doctor workforce, strengthening competence of primary health care delivery, increasing salary of primary health workers and enhancing the integrated health care delivery between hospital and community health facilities.

Key words: tiered-system of diagnosis and treatment; family doctor; primary medical care; health services; international experience; strategies