

# 家庭医生推广仍面临诸多困难

● 丁思月

家庭医生被称为老人健康的“守门人”。今年政府工作报告提出,“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,进一步缓解群众看病难、看病贵问题。”

家庭医生,不仅要兜住社区患有基础疾病人群的疾病诊疗服务,也要充分发挥百姓健康“守门人”职责,帮助社区居民特别是老年群体树立“自己是健康第一责任人”的意识,引导和培养群众主动管理健康的意识和能力,提高老年群体对家庭医生的信任度。

数据显示,截至去年末,我国60岁及以上人口约有2.8亿,占全国人口的近20%。“十四五”时期,我国还将进入中度老龄化阶段。在这样的大背景下,提升社区一线健康监测和管理能力显得尤为重要。

## 急需扩大供给和高质量发展

今年全国两会期间,全国人大代表朱建弟就曾带来《进一步促进老年人家庭医生签约服务高质量发展的若干建议》。他认为,家庭医生签约服务急需扩大供给和高质量发展。

朱建弟在调研中发现,截至2021年底,全国共有143.5万名家庭医生,与市场需求相比严重不足。“以全科医生为主的家庭医生,往往由于培养培训机制不健全、激励机制不完善、职业规划不明确等原因,存在服务人员数量不足、高端人才引进不进也留不住、执业能力不强、签约服务的积极性不高等问题,难以满足老年人多层次个性化医疗服务需求。”

与此同时,朱建弟发现,老年人家庭医生签约服务处于发展起步阶段,各地以家庭医生的签约覆盖率为首要目标,“为签而签”“强迫签约”“签而不约”等现象多有发生。“一方面,老年人传统的就医观念仍然倾向于到医院就诊,担心通过家庭医生首诊再转诊可能会延误治疗;另一方面,家庭医生特别是老年医学全科医生及护理等从业人员不足,执业水平参差不齐,也影响了老年人对家庭医生签约服务的意愿和体验。”

此外,从服务内容来看,往往“重医护、轻康养”;从服务形式来看,“重线上、轻线下”等问题也频繁存在。

为此,朱建弟提出了若干建议。

一要多措并举,加快老年人家庭医生队伍建设,确保老年人家庭医生队伍增量提质和“存量优化”。“加快健康管理师、心理咨询师、康复师、营养师等人才建设,优化老年人家庭医生团队的结构;同时,积极鼓励和引导符合条件的退休医生、社会工作者、志愿者等人员不断充实家庭医生团队。”

二要“签而有约”,提高服务质量,提高老年群体对家庭医生的信任水平,以及他们签约家庭医生服务的意愿和积极性。

三要进一步完善老年人签约服务的标准规范和政策指引,完善绩效考核、激励约束、跟踪反馈和评价机制等,提高履约的积极主动性和服务质量。

此外,还应加快与家庭医生签约服务相关的医疗信息融通互认,让老年人少跑腿;借鉴国际成熟经验,建设多层次市场体系,以满足老年人多层次、多元化、个性化的大健康需求。

## 农村家庭医生短缺

2016年,我国开始全面推行家庭医生签约服务,目前已取得了阶段性成效,服务内容不断拓展,但还存在一些短板。国家卫生健康委卫生发展研究中心健康保障部副主任朱兆芳指出,农村家庭医生短缺问题日益凸显。

朱兆芳建议,扩大家庭医生队伍来源,增加服务供给。全科医生是家庭医生签约服务的主体。通过扩大全科专业住院医师规范化培训招收规模和全科医生转岗培训规模、加大农村订单定向免费医学生培养力度等措施,加强全科人才队伍建设。引导和鼓励各类医生到基层医疗卫生机构提供不同形式的签约服务,积极引导符合条件的二、三级医院医师加入家庭医生队伍,以基层医疗卫生机构为平台开展签约

服务。此外,支持社会力量开展签约服务,鼓励各地结合实际,在签约服务费、医保报销、服务项目、转诊绿色通道等方面

做好政策引导支持,为社会办医疗卫生机构开展签约服务创造条件。

“家庭医生,尤其是偏远地区的乡村家庭医生,生活环境较为艰苦,待遇水平不高。”朱兆芳建议,将家庭医生签约服务工作数量和质量同薪酬挂钩,鼓励基层医疗卫生机构针对居民健康状况提供有地区特色的个性化服务包,开拓新渠道增加家庭医生的收入,实现家庭医生签约服务费在绩效外发放,同时给予家庭医生绩效分配的自主权,体现“多劳多得、优质优筹”的分配原则。完善综合激励机制,在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖评优等方面重点向家庭医生倾斜。

朱兆芳建议,基层医疗机构应进一步提升医疗和公共卫生服务能力,增强家庭医生团队在常见病、多发病诊疗及慢病管理方面的能力。对失能老人、残疾人等重点签约人群,家庭医生要具备较强的上门治疗、护理、康复等服务能力。

## 借鉴成功经验

目前,家庭医生制度在英国、美国、古巴、澳大利亚、加拿大等世界上50多个国家和地区推行和实践。虽然各个国家医疗卫生服务体系存在差异,家庭医生的运行机制和服务模式也有明显的不同,但是家庭医生制度都占据着极为重要的地位。“家庭医生通过和社区居民签约对居民的身体健康和卫生费用全权负责,成为双重守门人,学习国外家庭医生服务模式的先进经验对于促进中国家庭医生签约制度的有序运行尤为重要。”北京大学中国卫生发展研究中心教授方海说道。

纵观国际上不同国家的家庭医生服务制度,政治、经济、文化以及医疗



图片来源:摄图网

卫生服务体系差异巨大,但是家庭医生制度具有以下共同点。

第一,家庭医生在整个医疗卫生体系当中承担着重要的角色,是居民健康和卫生资源双重身份的守门人,社区首诊是重要的政策基础;第二,合理有效的家庭医生激励机制是家庭医生及其团队体现价值、坚持签约服务的基础,其中医疗保险发挥了至关重要的作用;第三,在家庭医生与居民形成稳定的签约关系的基础上,对签约居民的数量有一定的限制,同时居民可以根据家庭医生的服务质量进行有选择的签约。

20世纪七八十年代,古巴逐步建立三级医疗卫生保健体系。1984年古巴政府开始施行家庭医生制度,并于20世纪90年代推广至全国,到2003年,古巴的家庭医生覆盖率已经达到99.2%。

截至2013年,古巴卫生费用占国家GDP的比重是8.6%,其人口预期寿命达到78岁,新生儿死亡率则为2.9‰,而发达国家代表美国和英国这两项数据分别是79岁/2.8‰和81岁/4.0‰。“古巴作为中低收入国家,却达到了发达国家的健康水准,这值得我们学习借鉴。”方海说。

我国在计划经济时期,三级医疗预防保健网络、赤脚医生以及合作医疗成为解决农村卫生问题的三件法宝,医疗卫生事业因此取得了巨大的成功,得到了世界卫生组织的认可与高度评价。实践证明,积极推动社区卫生服务或者基层医疗的建设以及家庭医生首诊制度,有利于国家分级诊疗制度的建设和卫生费用的控制。因此,我国应该加大基层医疗建设投入,走出一条以家庭医生为核心的低成本高效率的卫生体系发展之路。