

---

# 上海家庭医生服务市场发展

## 现状、问题及对策

应晓华<sup>1</sup>

(复旦大学 上海 200032)

**【摘要】:** 深化上海社区卫生服务综合改革与发展,将社区卫生服务中心从原先单纯的服务机构定位,转变为服务与管理的平台定位:政府履行基本卫生职责的公共平台,政府提供全科医生执业的工作平台,市场资源引入的整合平台,居民获得基本卫生服务项目的服务平台,“医养结合”的支持平台。社区卫生服务与管理五大功能平台,是政府从办卫生转为管卫生的载体,应充分利用和发挥社区卫生服务中心平台作用,发展家庭医生服务市场。

**【关键词】:** 社区卫生服务 公共平台 家庭医生 全科医生

**【中图分类号】:**R197.1.51 **【文献标识码】:**A **【文章编号】:**1005-1309(2020)12-0101-012

随着社会进步和科技的快速发展,居民的生活环境、生活习惯等发生了极大改变;随着经济发展和居民收入的增加,居民生活水平持续改善,居民期望寿命也明显增长。2018年,上海人均生产总值为13.5万元,达到发达经济体标准;健康事业发展成就显著,户籍人口人均期望寿命为83.63岁。同时,在人口老龄化、疾病谱等的变化下,居民的健康观念也在发生转变。在越来越关注健康的同时,居民对医疗服务的需求相应增加,形成了多层次医疗服务需求。居民实际的健康需求不仅涵盖疾病治疗、预防、康复、护理等家庭医生所提供的基本健康服务,而且逐渐拓展至健康体检、营养指导、健康咨询、职业健康管理、老年照护、健康教育等服务内容,对个性化、高水平、稳定持续、反应灵活的全程健康管理服务模式的需求越来越高。这些需求对当前已有的家庭医生服务体系提出了新的要求和挑战。

### 一、上海家庭医生服务市场现状

#### (一)社区卫生服务机构配置

##### 1. 社区卫生服务中心定位

社区卫生服务中心是基层医疗卫生机构的组成之一,是城市社区卫生服务网络的主体,其以维护和促进社区全人群健康为目标,以公益性为导向,以全科服务为基础,依托各类资源,为居民提供健康所必需的、可公平获得的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等社区卫生服务。

根据上海市人民政府办公厅《关于进一步推进本市社区卫生服务综合改革与发展的指导意见》(沪府办发[2015]6号)精神,上海启动了社区卫生服务综合改革,此次改革对社区卫生服务中心的发展定位予以明确。一是将社区卫生服务中心定位为政府履

---

<sup>1</sup>作者简介:应晓华,复旦大学公共卫生学院教授,博士生导师。

基金项目:上海市决策咨询研究重点专项课题(编号2019-AZ-017-A)。

行基本卫生职责的公共平台、政府提供全科医生执业的工作平台、居民获得基本卫生服务项目的服务平台。二是将家庭医生作为社区家庭基本卫生服务与健康管理的责任主体,通过建立家庭医生与居民稳定的签约服务关系,实施家庭医生为核心、团队为载体的综合、连续、全程的服务模式。三是社区卫生服务中心承担基本公卫、基本医疗、健康管理、社区护理、社区康复、重大公卫六大类基本服务项目,涵盖了预防、保健、健康素养促进、健康档案管理、常见病、多发病的诊疗以及部分疾病的康复、护理等内容。四是社区作为基层首诊和分级诊疗的基础,使居民常见、多发、诊断明确的慢性病等基本诊疗需求在社区得以有效解决,符合转诊指征的病人及时转诊至适宜医疗机构,促进医疗资源有序利用。

## 2. 社区卫生服务机构配置

社区卫生服务是整个医疗卫生体系的基础,以满足基本卫生服务需求为目标,解决居民主要医疗卫生问题,改进初级卫生保健的可及性、持续性和质量。社区卫生服务的主动性、公益性与使命感,决定了社区卫生服务体系的举办形式以政府为主导。此外,按照平等、竞争、择优的原则,鼓励社会力量参与发展社区卫生服务,作为政府举办社区卫生服务机构的补充。上海社区卫生服务机构的建设以政府为主导,基于良好的城市基本医疗网络基础,积极构建覆盖全市的社区卫生服务体系,形成了社区卫生服务中心、分中心、服务站和村卫生室等较为完备的网络布局。

社区卫生服务中心配置。当前上海共有 246 个社区卫生服务中心(表 1),每个中心覆盖人口平均为 9.8 万人,基本符合国家《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》“每 3 万~10 万居民规划设置一所政府举办的社区卫生服务中心”要求。<sup>[1]</sup>

社区卫生服务站/卫生室配置。上海社区卫生服务中心根据社区地域及人口分布情况,城市地区下设若干社区卫生服务站,郊区下设村卫生室,实行一体化管理。我们通过抽样调查,分析了不同行政区域所设置的服务站、村卫生室数量,并测算了每社区服务站/村卫生室的覆盖人口数。其中,崇明区每 0.5 万人就有一个村卫生室;而宝山区、闵行区每 3 万人以上配备 1 个社区服务站或村卫生室。

表 1 2017 年上海各行政区人口及社区卫生服务中心配置

| 行政区 | 常住人口(万) | 社区卫生服务中心数量(个) | 每中心覆盖人口数(万) |
|-----|---------|---------------|-------------|
| 崇明  | 69.46   | 18            | 3.86        |
| 奉贤  | 115.53  | 23            | 5.02        |
| 黄浦  | 65.48   | 10            | 6.55        |
| 长宁  | 69.37   | 10            | 6.94        |
| 静安  | 106.62  | 15            | 7.11        |
| 金山  | 80.14   | 11            | 7.29        |
| 徐汇  | 108.83  | 12            | 9.07        |
| 虹口  | 79.90   | 8             | 9.99        |
| 杨浦  | 131.34  | 12            | 10.95       |
| 青浦  | 120.53  | 11            | 10.96       |
| 松江  | 175.13  | 15            | 11.68       |

|    |         |     |       |
|----|---------|-----|-------|
| 普陀 | 128.47  | 11  | 11.68 |
| 浦东 | 552.84  | 47  | 11.76 |
| 宝山 | 203.08  | 17  | 11.95 |
| 嘉定 | 158.18  | 13  | 12.17 |
| 闵行 | 253.43  | 13  | 19.49 |
| 合计 | 2418.33 | 246 | 9.83  |

## (二)家庭医生及团队人力配置

### 1. 家庭医生及团队的数量与分布

家庭医生团队,主要由社区层面的临床类别全科医生、护士、公共卫生医生、中医类别全科医生、助理医生等组成。当前上海每万人口拥有临床类别全科医生 2.84 名,护士 4.36 名,公卫医生、中医类别全科医生、助理医生均不足 1 名。各行政区每万服务人口社区卫生人力资源配置情况显示,崇明区和徐汇区临床类别全科医生、护士、公卫医生配置水平与各行政区相比均最高;宝山区服务人口最多,故每万人口临床类别全科医生最低(表 2)。

表 2 上海各行政区每万常住人口家庭医生及团队配置比例(2017 年)(%)

| 行政区  | 常住人口(万) | 临床类别全科医生 | 护士   | 公卫医生 | 中医类别全科医生 | 助理医生 |
|------|---------|----------|------|------|----------|------|
| 宝山区  | 203.08  | 2.16     | 4.01 | 1.01 | 0.66     | 0.19 |
| 崇明区  | 69.46   | 4.69     | 6.97 | 0.99 | 0.42     | 1.41 |
| 奉贤区  | 115.53  | 2.72     | 4.15 | 0.58 | 0.78     | 0.88 |
| 虹口区  | 79.90   | 3.59     | 5.03 | 0.68 | 1.23     | 0.26 |
| 黄浦区  | 65.48   | 3.33     | 5.94 | 0.81 | 1.25     | 0.34 |
| 嘉定区  | 158.18  | 2.49     | 3.98 | 0.66 | 0.75     | 1.79 |
| 金山区  | 80.14   | 3.04     | 4.32 | 0.61 | 0.45     | 0.90 |
| 静安区  | 106.62  | 3.32     | 5.01 | 0.53 | 1.28     | 0.31 |
| 闵行区  | 253.43  | 2.51     | 4.25 | 0.42 | 0.54     | 0.45 |
| 浦东新区 | 552.84  | 2.78     | 3.55 | 0.56 | 0.68     | 0.40 |
| 普陀区  | 128.47  | 2.69     | 4.43 | 0.48 | 0.88     | 0.28 |
| 青浦区  | 120.53  | 2.33     | 3.58 | 0.35 | 0.56     | 0.85 |
| 松江区  | 175.13  | 2.47     | 4.20 | 0.50 | 0.48     | 1.50 |

|     |         |      |      |      |      |      |
|-----|---------|------|------|------|------|------|
| 徐汇区 | 108.83  | 4.03 | 6.87 | 0.99 | 1.58 | 0.21 |
| 杨浦区 | 131.34  | 2.79 | 3.76 | 0.57 | 0.85 | 0.11 |
| 长宁区 | 69.37   | 3.58 | 6.34 | 0.66 | 1.25 | 0.30 |
| 总计  | 2418.33 | 2.84 | 4.36 | 0.62 | 0.77 | 0.60 |

## 2. 家庭医生及团队质量

本文通过分层随机抽样的方式共收集 2017 年 148 个家庭医生团队, 包括 542 名家庭医生个人信息, 内容有家庭性别、年龄、学历、职称、团队构成、服务量等情况。

家庭医生以女性为主。从家庭医生性别分布看, 样本数据男性 127 人, 占 23.40%; 女性 415 人, 占 76.60%, 家庭医生多以女性为主。

家庭医生平均年龄近 40 岁, 有较长临床从业经验。从家庭医生的年龄分布看, 平均年龄 38.79 岁, 年龄多集中在 31~40 岁, 城区家庭医生年龄在 31~40 岁的占 59.20%, 郊区的占 42.44%; 市区家庭医生年龄在 41~50 岁的占 25.60%, 郊区的占 37.07%, 由此可见, 市区家庭医生更为年轻化。小于等于 30 岁和大于等于 50 岁的家庭医生占比较少。

家庭医生学历较高, 本科及以上学历所占比例约为 75%。上海家庭医生学历较高, 本科学历 365 人, 占总数的 69.3%; 研究生学历 30 人, 占 5.7%; 其余为专科学历 (24.9%)。从城乡分布看, 郊区本科生比例高于市区, 但市区家庭医生的研究生比例高于郊区。

家庭医生技术职称相对较低。副高级、高级职称的家庭医生所占比例不到 6%, 66.8%的家庭医生是中级职称, 27.9%的家庭医生是初级职称。高级、中级、初级职称家庭医生比例为 1:13:5。由此可见, 上海家庭医生学历和职称结构有待优化 (表 3)。

### (三) 家庭医生服务提供现况

上海作为全国率先试点家庭医生制度的城市, 多年以来稳步推进家庭医生制度建设, 家庭医生制度成为政府提供基本卫生服务的重要形式。上海家庭医生服务, 主要包括基层医疗卫生机构注册全科医生 (含助理全科医生和中医类别全科医生), 以及具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生等。服务对象面向全体居民, 优先覆盖 65 岁以上老年人、孕产妇、儿童、高血压患者、糖尿病患者、结核病患者、残疾人、贫困人口、计划生育特殊家庭和严重精神障碍患者等十类重点人群。服务内容统一以 141 项政府购买基本服务项目的内容为依据, 分为基本诊疗、基本公共卫生、重大公共卫生、社区康复、社区护理等 6 大类基本卫生服务内容。各区可以立足居民基本卫生服务需求, 兼顾社区卫生服务发展阶段与政府可承受力, 制定各中心基本服务项目目录。

表 3 上海家庭医生 (随机抽样) 学历和职称分布 (人)

| 区域 | 学历分布 |     |     | 职称分布 |     |     |    |
|----|------|-----|-----|------|-----|-----|----|
|    | 专科   | 本科  | 研究生 | 初级   | 中级  | 副高级 | 高级 |
| 市区 | 75   | 180 | 18  | 85   | 172 | 15  | 1  |
| 郊区 | 56   | 185 | 12  | 62   | 180 | 11  | 0  |

|    |     |     |    |     |     |    |   |
|----|-----|-----|----|-----|-----|----|---|
| 合计 | 131 | 365 | 30 | 147 | 352 | 26 | 1 |
|----|-----|-----|----|-----|-----|----|---|

#### (四)家庭医生服务效果

##### 1. 家庭医生服务量

(1) 标化工作量。社区卫生服务中心标化工作量可以直观反映社区医务人员承担的基本公共卫生服务、基本医疗服务等日常工作情况。2017年,上海各社区卫生服务中心共完成标化工作量41095.9万,平均每家社区卫生服务中心标化工作量达173.4万。从各类服务看,基本公共卫生服务总量最大,占全部标化工作量的58.22%;之后依次是基本医疗服务(25.08%)、社区护理(12.31%)、社区康复(2.17%)、健康管理(2.05%)和重大公共卫生(0.18%)。

表4为上海各区社区医务人员平均承担的各类服务标化工作量,可反映基层社区卫生服务中心医务工作者的工作负担情况。其中杨浦区的工作量最高,为每人3.50万;松江区次之,每人3.03万,表明这两个区社区卫生服务中心工作任务较重。在基本医疗服务方面,普陀区和宝山区的工作量最高,分别为每人1.85万、1.84万;在健康管理方面,宝山区和嘉定区每人均为0.07万,工作负担高于其他区;在社区护理方面,杨浦区、松江区的工作量最高;在社区康复方面,黄浦区、普陀区的工作量最高;重大公共卫生方面,金山区的工作量远高于其他区,为每人0.011万。

表4 社区卫生服务中心每名医务人员标化工作量完成情况(单位:万)

| 行政区  | 总计   | 基本公卫 | 基本医疗 | 健康管理 | 社区护理 | 社区康复 | 重大公共卫生 |
|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| 黄浦区  | 1.72 | 0.75 | 1.41 | 0.03 | 0.43 | 0.14 | 0.0008 |
| 徐汇区  | 2.08 | 1.32 | 1.06 | 0.04 | 0.34 | 0.09 | 0.0020 |
| 长宁区  | 2.32 | 0.88 | 1.73 | 0.06 | 0.51 | 0.03 | 0.0020 |
| 静安区  | 0.57 | 0.30 | 0.49 | 0.00 | 0.07 | 0.02 | 0.0005 |
| 普陀区  | 1.97 | 0.78 | 1.85 | 0.03 | 0.55 | 0.12 | 0.0030 |
| 虹口区  | 1.76 | 0.89 | 1.67 | 0.03 | 0.24 | 0.05 | 0.0030 |
| 杨浦区  | 3.50 | 2.29 | 1.75 | 0.03 | 0.62 | 0.06 | 0.0030 |
| 闵行区  | 1.72 | 0.69 | 1.73 | 0.05 | 0.53 | 0.02 | 0.0070 |
| 宝山区  | 2.32 | 1.33 | 1.84 | 0.07 | 0.36 | 0.05 | 0.0030 |
| 嘉定区  | 1.71 | 0.89 | 1.16 | 0.07 | 0.37 | 0.03 | 0.0030 |
| 浦东新区 | 2.67 | 1.68 | 1.43 | 0.05 | 0.52 | 0.04 | 0.0030 |
| 金山区  | 2.57 | 1.66 | 1.44 | 0.06 | 0.45 | 0.01 | 0.0110 |

续表

| 行政区 | 总计   | 基本公卫 | 基本医疗 | 健康管理 | 社区护理 | 社区康复  | 重大公共卫生 |
|-----|------|------|------|------|------|-------|--------|
| 松江区 | 3.03 | 1.99 | 1.55 | 0.03 | 0.66 | 0.03  | 0.0050 |
| 青浦区 | 1.95 | 1.35 | 0.98 | 0.05 | 0.23 | 0.02  | 0.0040 |
| 奉贤区 | 2.01 | 1.1  | 1.27 | 0.06 | 0.58 | 0.02  | 0.0020 |
| 崇明区 | 2.65 | 1.82 | 1.15 | 0.04 | 0.57 | 0.006 | 0.0030 |

(2)家庭医生签约情况.截至2017年末,上海“1+1+1”签约居民数量达到342.99万人;至2019年7月底,累计签约超过700万人;其签约的老年人口在2020年3月份已近400万人。

## 2. 家庭医生慢性病管理

2018年,签约对象高血压患者的血压控制率为85.8%,糖尿病患者血糖控制率为63.5%。需要注意的是:不同行政区域的慢病管理效果差异较大,普陀区、金山区、浦东新区、青浦区血压控制率均超过了90%;虹口区、杨浦区血压控制率较低。糖尿病管理中,金山区血糖控制率较好,超过80%;杨浦区血糖控制率较低,不到50%。

## 二、上海家庭医生服务市场发展的瓶颈

### (一)家庭医生人才队伍数量不足、能力不够

#### 1. 家庭医生队伍尚有较大缺口

上海社区综合改革提出“到2020年基本实现每万名常住人口拥有4名注册全科医生”<sup>[2]</sup>。按照此标准,全市家庭医生缺口约1000人,且分布不均衡。静安、长宁、虹口、黄埔等区接近5名家庭医生/万人,但宝山区、青浦区、浦东新区、普陀区、奉贤区、嘉定区、闵行区、杨浦区每万人口拥有全科医生不足4名。若开放家庭医生服务市场,全科医生更加紧缺。

#### 2. 全科医生人才队伍质量偏低,能力不够

全人员以及其他职业人群,要求全科医生兼顾全科和专科相结合,既要掌握全科医学基本理论健康管理知识,又要具备专科技能,形成自己的品牌,对全科医生的资质和能力提出了更高要求。因此,当前全科医生质量偏低导致服务能力不足,进一步阻碍市场开放。

### (二)家庭医生服务资源配置与服务效率亟须提高

#### 1. 家庭医生提供服务与签约对象需求之间的差距

家庭医生旨在为签约对象各种健康问题提供服务或咨询,因此,家庭医生“具有独特的态度、技能和知识,具有资格和能力,向家庭每个成员提供连续性和综合性医疗照顾、健康维护和预防服务,无论其性别、年龄或者健康问题”<sup>[3]</sup>。当前家庭医生团队,主要提供慢性病常见病为主的基本医疗,以及慢性病患者管理,对签约对象的吸引力主要体现为享受长处方/延伸处方等药品保障、绿色通道转诊等优质资源优先使用等优惠措施。家庭医生关注基本医疗与慢病管理,很难真正关注签约对象真正的健康需求,并提供基于签约对象个性化特征的危险因素管理及健康维护服务;家庭医生所提供的服务类型、服务质量、服务技术等也不能满

---

足签约对象多层次的服务需求。

## 2. 家庭医生团队中的人员配置与分工协作尚不完善

有效的分工协作是团队工作效率的基础和保证。家庭医生服务不是单个服务,更多是团队服务。家庭医生服务的范畴较广,且不同服务对专业技术要求参差不齐,既有专业技术较高的疾病诊断与治疗,也有技术水平相对较低的公共卫生数据上传等。这意味着如果能够在团队中配置不同类型、相当技术水平的人员,承担不一样的职责和工作任务,就能够提升服务效率。但当前不同区、不同社区中家庭医生团队的配置有所差异,职责分工不尽相同,家庭医生的服务衔接整合并不明显。

## 3. 家庭医生团队数量有限,竞争不足

供方之间的良性竞争是促进服务效率、服务质量的关键因素。这种竞争机制的形成,需要如下相应条件:需方有家庭医生的相关信息,尤其是服务质量信息;需方有选择权利,且在一定范围内能够进行选择。当前的家庭签约医生、家庭医生团队和社区居民之间,主要还是基于社区或者特定区域居民为单位的“包干”关系,并没有形成团队与团队之间的竞争。

## 4. 签约对象缺乏家庭医生服务信息,无法有效选择

服务对象与家庭医生签约旨在构建一种长期的医生对患者服务关系,希望家庭医生能成为社区居民的健康守护人和后续专科服务的选择人。这种关系的建立,更需要双方有深入的了解和信任。因此,获得家庭医生服务信息,对于构建家庭医生和签约对象之间的紧密关系尤为重要。这种信息包括家庭医生的团队信息、家庭医生个人信息、家庭医生服务的质量信息、家庭医生服务的费用信息等。但当前社区居民无法获得此类信息,也无法进行客观选择。

### (三) 尚未形成以签约者健康及服务绩效为导向的激励机制

#### 1. 薪酬与人事制度不利于服务效率的提升

实施收支两条线管理,社区卫生服务机构业务收入全部上缴财政专户,其基础设施、运行经费、人员工资、公共卫生等支出全部纳入部门预算管理,切断创收利益链条,回归公益性质,但家庭医生的薪酬与其提供的服务数量、服务质量关系不大,导致与不同服务水平、服务数量卫生人员的收入类似,削弱了家庭医生提高服务数量和服务质量的动力,这在编制内的成员中特别明显。医生事业编制制度形成编制内人员和聘用人员的待遇差别,这种差别一方面体现在工资不同,即编制内家庭医生工资由财政保障,来源稳定;聘用家庭医生工资多由业务收入提供。另一方面表现为福利不同,编制内家庭医生各项保险及住房公积金按照国家标准缴纳,聘用家庭医生各项保险及住房公积金往往无法保障。在同一社区卫生服务机构中,从事工作的性质、任务相同,由于编制不同带来待遇差异,势必影响一部分人的工作积极性。

#### 2. 绩效工资总额制度约束了业务水平提升

家庭医生绩效工资分为基础性绩效和奖励性绩效两部分。实施绩效工资后,基层医疗卫生机构不得在核定的绩效工资总量外自行发放任何津贴、补贴或奖金。现阶段未根据工作性质、劳动强度、个体胜任力等确定社区卫生绩效工资水平,不利于体现技术劳务价值,家庭医生“做多做少一个样”,便不会主动钻研业务,不利于“多劳多得、优绩优酬”。

#### 3. 绩效工资对健康管理效果的关注度不够

现阶段为做实家庭医生签约服务,上海在全市层面实施家庭医生签约服务费,依据“有效签约、有效服务、有效控费”等绩

效考核结果,拨付考核经费,将其单独纳入绩效工资管理。考核标准着重强调签约人员数量、健康管理服务工作量,一定程度造成重视“签约数量”而忽略“服务质量”,不利于满足居民的健康需求。

#### (四)多层次家庭医生服务体系尚未形成

##### 1. 个性化家庭医生服务

个性化家庭医生服务,主要是指针对特殊高危人群提供个性化健康管理服务。这些人群主要包括:特定慢性病人群,如高血压、糖尿病、心梗、精神疾患者群、妇女、儿童等。当前已有针对这些人群的健康管理方案,缺乏个性化特征,不能满足这些人群的具体需求。

##### 2. 高端家庭医生服务需求较高,供给较少

上海汇聚了较多高收入人群、外籍居民等,这些人群往往有超过基本医疗服务之外的个性化高端需求。这些目标人群包括:一是高收入人群。根据《2019 胡润财富报告》,当前上海拥有 600 万元以上资产的家庭数量为 60.2 万户。这部分人群普遍重视健康,对医疗服务品质具有较高需求,且具备支付能力;二是在上海工作、居住的外籍人口。在上海拥有居留许可、永久居留和持半年以上签证的外国人达 23 万人,在上海长期居住的台商及家属达 30 万人。这些人口往往有高端商业医疗保险,对于医疗服务、健康管理的个性化需求相对较高。但目前针对这部分人群的家庭医生服务类型、数量均较少。

##### 3. 多层次家庭医生服务对应的商业健康保险亟待发展

发展多层次家庭医生服务市场,关键要靠商业健康保险来进行支付。当前社区提供的基本公共卫生服务和基本医疗服务的筹资主要来源于政府财政投入和基本医疗保险;而对于高端的家庭医生服务,必须要依靠商业健康保险的力量。然而,当前商业健康保险的供给仍存在数量供给不足、产品同质化严重问题。目前国内共有 82 家人身险公司,其中仅有 18 家寿险公司在经营个人高端费用补偿型医疗保险,市场在售产品总计 33 款,且产品同质化严重。<sup>[4]</sup>我国的商业健康保险尚处于起步阶段、定位不高,理赔型为主而非管理型。在和医疗机构的关系上,主要是被动支付,而非战略型购买。

### 三、家庭医生服务市场化的国际经验

本文选取英国、美国、新加坡 3 个国家,梳理各国社区卫生服务组织形式及运行机制。英国是最先开展家庭医生服务的国家,由国家经营管理,强调全民覆盖,在家庭医生服务的发展中进行内部市场化改革的探索。美国医疗服务市场以私营机构为主体,发挥市场竞争机制,提升服务效率。新加坡医疗卫生系统被世界卫生组织评为亚洲最有效的医疗卫生体系,社区卫生服务是其医疗体系最为基础的部分。

#### (一) 英国

##### 1. 英国卫生服务体系及其家庭医生

英国初级卫生保健服务是国民健康服务体系的重要部分。英国初级保健卫生服务是指由全科医生 (general practitioners, GP) 提供医疗卫生服务,全科医生一般成立全科诊所,独立或合伙执业,负责处理所在辖区居民的一系列健康问题,担任整个卫生服务体系的“守门人”角色。全科医生提供免费的诊疗服务,其主要收入来源是国家财政根据病人数量给予的拨款。

## 2. 英国家庭医生服务内部市场及其发展

20世纪80年代以来,为提高初级卫生保健的服务质量和效率,英国引入“内部市场”,先后进行系列改革:保障居民选择权利,改善家庭医生薪酬激励制度,引入根据质量效果评价指标的支付方式,促进全科医生的培育及使用,以社区为平台提供整合型服务等,改进家庭医生服务。

英国打破原有分区就诊制度,建立相对公平透明的信息披露制度,保障公众自由选择的权利,促进家庭医生诊所内部有效竞争。居民可以根据全科诊所的服务质量、服务便利性,自由选择全科医生,允许公众“用脚投票”;通过健全信息披露机制,为患者提供更多决策信息,强化市场监管。这一“根本性”变化,在为居民提供就诊方便的同时,推动医疗系统内部竞争,促使家庭医生诊所提高服务质量,提升其服务认可度。

英国实行质量与效果协议制度,提高初级保健服务的公平性,改善基层医疗服务质量。英国全科医生服务合同引入了按质量结果付费部分,对提供高质量服务的全科诊所进行奖励,全科医生总收入中有部分(30%)属于附加服务收入,其所得数额取决于全科医生的临床服务质量和范围,具体按照质量与效果协议计算。质量与效果协议是全科服务合同的一部分,通过制定一整套反映全科医疗服务质量的指标与评价体系,对全科医生的服务进行综合打分,根据分值对全科诊所实施奖励。质量与效果协议评价指标按年度调整,目的在于减少官僚作风,促使医生和执业人员以病人的需要为中心。

英国改善全科医生薪酬激励制度,推动全科医生制度的发展。目前英国对全科医生的激励策略主要采取薪酬激励,全科医生提供合同规定的医疗服务获得基本报酬,还可根据实际情况通过延长诊疗时间等方式获得增值报酬及加班补助。全科医生通过与英国国家医疗服务体系签订基础医疗服务合同、个人医疗服务合同及备选医疗服务合同等不同类型的合同,获得不同层次的薪酬待遇。基础医疗服务合同中关于全科医生薪酬支付涵盖3个部分:(1)最低收入保障(英国政府已从2014年起逐年减少其金额,并最终在2021年全部取消);(2)根据签约人头计算的费用,综合考虑性别、年龄、健康状况、地区成本差异等因素,由全科医生负责控制服务成本,而结余即为全科医生的收入,通常这部分收入占全科医生收入的70%左右。<sup>[5]</sup>(3)根据全科诊所质量改进和考核激励机制计算的绩效奖励。个人医疗服务合同和备选医疗服务合同由各地方医疗主管机构与全科诊所协商确定,自由度更高。上述薪酬激励政策使英国全科医生收入具有很强竞争力,收入水平为社会平均工资的3~4倍,平均收入甚至高于部分专科医生。

英国强化全科医生的培养机制与自由执业制度,对人才制度进行改良,缓解全科医疗面临的危机。在全科医生的培养机制上,英国全科医生和专科医生代表不同的医疗服务领域,其培养机制及专业水平没有高低之分。全科医学生在经过同样严格的医学教育后,同样需经历漫长而严苛的规范化培训。在NHS的培训系统中,全科医生和专科医生在医学院教育和基础培训阶段的课程完全一样,仅在规范化培训阶段有所差别。在全科医生的使用管理制度上,英国在2014年和2016年相继出台《五年发展规划》和《全科医学发展规划》,对全科医疗体系进行结构性调整,一方面提出“拓宽全科医生来源”的规划,简化流程并提高补助,自主联合多专业的社区服务团队,鼓励全科医生联合专科医生、护士、药剂师、心理医生等其他专业人才共同参与基本医疗。另一方面,“减少全科医生工作量”规划,推动各机构信息互通,加快照顾过程电子化,为患者释放时间。在医生自由流动与自主化管理制度上,英国全科医生是可以自由选择执业地点和机构的“自由人”,全科医生既可以在体制外自办诊所或合伙办诊所,也可以在体制内与NHS签约成为政府雇员。体制内全科医生在完成政府合同规定的任务后,仍可在私人机构多点执业。在自由流动的情况下,英国全科医生中约75%为体制外自由执业医师,自负盈亏的全科医生在自由竞争中需要靠签约服务量和服务质量获取收入,更有动力控制成本、提高服务质量。

英国延伸整合型保健至社区卫生服务机构,缓解服务不连贯、碎片化的割裂现况,提高居民利用服务的满意度。2013年英国正式实施《健康和社会保健法案》,将资源和服务中心从医院向社区转移,加强物理空间的重组,以社区为导向促进多学科专业人士团队合作。各地将资源和服务的中心从医院转向社区,各地缩减医院规模,把更多的经费、人力和物力投入到社区卫生服务、预防保健、健康教育和社会照顾,注重对居民行为和生活方式的干预,在社区各家庭中提供更加完善的资源支持。推行联合诊所,将不同专业团队进行物理空间的重组,政府鼓励全科医生相互合作建立联合诊所,将全科医生、专科医生和相关服务人员的工作

---

相互联系,集中在一个类似医院功能的联合诊所内进行医疗保健服务。英国以社区为导向,建立多学科服务团队,大量工作由全科医生、护士、职业治疗师、物理治疗师、心理咨询师和社会工作者及其他相关专业人士合作完成,并且与医院的专科医生保持密切联系。

## (二)美国

### 1. 美国家庭医生制度概况

美国家庭医生服务对象为全人群。美国家庭医生制度经过 40 多年不断探索,逐渐形成了一套完善的服务模式——“以患者为中心的健康之家”,健康之家服务对象最先为儿童,随着居民卫生服务需求增加,拓宽到全体人群。在服务内容及方式上,2002 年美国医学机构建议为每一个美国人提供类似健康之家的个性化服务,包括急慢性病治疗和预防保健等医疗服务,在实践中充分尊重患者喜好、需求及价值观。在选择竞争机制上,患者具有自由权和选择权,保险公司代表投保人向医疗服务提供者购买服务,患者选择时可根据雇主提供的医生目录选择自己的家庭医生。居民就医时,一般先找家庭医生,如需专科服务,则由家庭医生转诊。医生和病人的关系完全建立在信任的基础之上,如果医生服务态度欠佳或医疗技术不佳,则会失去病人,其医疗收入也会受到影响。在支付制度上,美国的社区医疗服务以家庭医生、医院和商业保险为基础,以市场调节为主,政府辅以对特殊群体的社会医疗救助与照顾,以弥补医疗服务市场化造成的社会不公平。在多点执业制度上,美国大多数医生拥有自己的诊所,承担门诊治疗。医院和保险公司可以购买诊所全科医生服务,医疗服务项目价格由保险公司确定。尽管有些医生也参与医院的工作,但他们是独立的执业者,和医院只存在业务协作关系,并不隶属于医院,但可以同时在多家医院申请执业。此机制医生作为一种全社会的医疗资源流动,促进医院之间、医生之间的竞争,最大限度提高了医疗资源使用效率,可解决服务效率低下的问题。

### 2. 美国家庭医生服务制度特点与经验

一是在服务提供主体上,政府应鼓励多元主体参与家庭医生服务市场,并提供公平的竞争环境,扩大服务供给,提高服务效率。二是在服务对象上,需要突破服务对象在慢性病人群和老人、儿童等重点人群的限制,为更多高端人群提供多元化的全时段的医疗卫生服务。三是推动多点执业制度的发展,促进优质家庭医生人才在不同执业点的自由流动。四是发挥商业医疗保险的支付作用,发挥其对个性化服务的购买作用。

## (三)新加坡

### 1. 新加坡家庭医生服务制度概况

新加坡家庭医生服务是社区初级卫生保健服务的重要内容。新加坡拥有 2000 多名全科医生,分布在社区医院、综合诊所和私人诊所,覆盖所有住宅区。新加坡家庭医生接受过医学各个领域的培训,为所有年龄段的居民提供全面医疗服务,并满足大多数医疗保健需求。

在家医医生的分类上,新加坡家庭医生按照学历的不同可以分为家庭医生(family physicians, FP)和通科医生(general physicians, GP)。任何一位医生通过在新加坡卫生部获得医学本科学位、完成公共服务约定后,即可成为 GP,并且可开办私人诊所。

在家医医生的培养上,GP 如果想成为 FP,要经过严格的职业训练。一方面,GP 经过多年基层服务经验,并且获取家庭医生研究生文凭,方可成为 FP。家庭医生可通过兼职课程参与小组深入案例讨论,也可参加全日制培训,在不同的医院部门和综合诊所中轮岗,完成家庭医学住院医师计划后,可获得家庭医生医学硕士。另一方面,可通过申请家庭医生学院奖学金,获得更多的职业发展与资质。

---

家庭医生所提供的服务包括三大类：一是为居民及其家庭提供整体健康服务，包括生理、心理、情感、生活方式各方面，了解家族病史和任何反复出现的健康问题，为家庭中每个人提供更全面的护理。二是根据社会经济和职业背景，进行更好的慢性病管理，例如为糖尿病、心脏病和高血压等常见慢性病患者提供连续、个性化服务，包括安排定期就诊与例行检查。三是当居民有转诊需求时推荐专家，居民可以向家庭医生寻求建议，选择适合的专家。

在信息公开机制与居民自由选择上，大多数全科医生诊所都会公开医生资质与经验，居民可通读全科医生个人资料，据此选择值得信赖的家庭医生。虽然提供初级保健服务的医生大多是通才，也有在特殊领域有专长的医生，如皮肤科、老年医学、职业医学和姑息医学等。居民可根据医生资质，自由选择对靠近工作场所或居住地的家庭医生，提高就医的便利程度。

在服务的提供机构上，家庭医生实施服务的重要载体是综合诊所，类似于我国的社区卫生服务机构。新加坡共计 18 家综合诊所，承担全国 20%的家庭医生服务，另外 80%由私人家庭医生诊所承担。在服务方式上，公立与私立诊所的家庭医生分工明确，综合诊所的家庭医生在诊所内为居民提供医疗服务，一般不提供主动上门服务。若居民需要家庭医生上门服务，可选择私人家庭医生诊所的家庭医生给予帮助。

## 2. 新加坡初级卫生服务模式

新加坡初级卫生保健模式由初级卫生保健服务、通科医生诊所(GP)、综合诊所三大支柱构成。

初级卫生保健服务是新加坡卫生系统的基础，作为社区护理的第一线，初级保健人员通常最先与患者联系接触，为不同年龄段患者提供整体性、个性化的护理。他们负责协调转诊，帮助患者获取更高级的医疗服务，联通整个医疗保健系统。

通科医生诊所是初级卫生保健服务提供机构之一，新加坡大约有 1700 家 GP 诊所，可满足基本医疗总需求的 80%。在诊所规模上，呈现多层次布局，既有通科医生个体开办的诊所，也有大中型企业集团出资开办。近年来，新加坡卫生部与全科医生进行更为紧密的合作，以确保国民能够在社区中获得可负担、优质的医疗服务。在通科服务提供模式上，为了使患者享受更好的慢性病管理、支持全科医生为社区患者提供整体和基于团队的长期护理，新加坡卫生部自 2010 年以来建立了社区卫生中心，位于社区内的便利位置，提供辅助支持性服务并作为资源共享的平台，以帮助全科医生更好管理慢性病患者。从 2013 年起，家庭医学诊所开发了一种新的私人全科医生模式，由一组护士和专职医疗专业人员组成，以提供整体的初级保健服务。最近，新加坡卫生部启动了初级保健网络计划，通过将志趣相投的全科医生组织成一个网络，协同执业护士和护理协调员形成支持网络，为慢性病患者提供团队式护理。

综合诊所作为“一站式”医疗中心，新加坡共有 20 家，提供补贴的初级保健，包括初级医疗、预防保健和健康教育等。常见的初级保健服务，包括门诊医疗、出院后的医疗跟进、母婴健康、免疫接种、健康检查和教育、诊断和制药服务等。

新加坡政府不断推进公立医疗机构市场化和集团化改革，为私人医疗机构、社会慈善团体提供宽松的政策环境，通过大量的财政投入和补贴建设公立社区医疗卫生服务中心，确保医疗卫生服务覆盖全体居民，更好满足居民的需求。充分发挥市场机制和价格杠杆的作用，让居民依据自身的经济实力和需求在不同医疗卫生服务主体之间进行选择。

## 3. 新加坡家庭医生服务经验与借鉴

新加坡家庭医生服务与初级保健制度对我国具有以下借鉴意义：一是完善初级卫生保健服务体系，合理配置医疗卫生资源。基于社区居民实际健康需求，制定和出台社区医疗卫生服务发展规划和改革方案，确保社区居民的需求得以实现。合理配置医疗卫生资源，尤其是合理布局医疗机构，综合考虑医疗特色、服务能力、辐射人群等因素。二是家庭医生人才培养制度，通过完备、严格的职业训练，提升人才队伍服务提供能力，改善服务质量。三是开展多层次家庭医生服务内容，不仅包括基本医疗卫生服务，

同时也可根据居民的社会经济背景,提供整合式、个性化的健康服务,满足居民多样化健康需求。同时,可根据机构性质,设置服务项目负向清单,或者界定服务边界,提高服务效率。四是发挥社会办诊所提升市场竞争的作用。放宽诊所准入标准,加强监管,形成多层次办医结构,促进家庭医生服务市场有效竞争。五是健全家庭医生服务市场的配套机制。社区资源聚集整合的平台功能,为家庭医生开展整合型服务提供支撑性资源。信息公开机制,帮助居民自由选择家庭医生及服务。监管措施,发挥政府、社会、行业的监管作用,为居民提供安全有效的家庭医生服务。

## 四、完善上海家庭医生服务市场的对策建议

### (一)完善全科医生培养机制

全科医生是居民健康和费用的“双重守门人”,是居民在社区享受适宜、综合、连续的综合型健康服务的关键,作为基层医疗卫生人才队伍的重点,必须持续努力逐步解决全科医生数量匮乏和质量偏低的短板问题。建议政府部门多渠道培养社区全科医生:一是依靠全科医生规范化培训开展“增量调节”,以增加全科医生数量。不断完善上海全科医生培养“5+3”模式,即先接受5年的临床医学(含中医学)本科教育,再接受3年的全科医生规范化培养。同时应利用好“大学医学院校—附属医院—社区教学基地平台”,通过规范化培训为全科医生队伍续力。二是通过在职岗位培训、转岗培训、接受继续教育相结合的“存量转化”方式提高全科医生的数量和质量。三是参照国外模式关注全科医生的终身教育制度和职称评定机制。积极引进第三方对全科医生的技能进行评定。优化职称评定和晋升机制,激励社区卫生服务中心的医护人员提高自身能力充分发挥自己的潜能,以满足社区居民日益增长的健康服务需求。

### (二)发展社会办家庭医生诊所,促进家庭医生服务进展

为进一步促进社会办家庭医生诊所的发展,一是将发展家庭医生诊所纳入上海医药卫生建设体系,明确其定位,作为现有以政府为主导的社区卫生服务中心的重要补充,打造与卓越全球城市相匹配、与国际接轨的多元家庭医生服务市场。二是明确开办家庭医生诊所基本标准。进一步明确家庭医生诊所准入门槛,合理界定家庭医生诊所开展的项目清单、服务内容、业务标准和服务定价方式。三是进一步推动多点执业制度落实。鼓励家庭医生及团队、以及公立医疗机构医生,在原注册医疗机构与家庭医生诊所进行多点执业,满足居民多元化的健康需求,释放医务人员专业价值。四是完善有利于家庭医生诊所发展的配套措施。

### (三)完善家庭医生服务监管,加强家庭医生服务信息公开

完善家庭医生的服务考核评价与监管体系,需要政府、行业、市场等多方参与。政府需要出台相关的法律法规进行规范,规定高端家庭医生服务市场的机构准入性质与资质、服务项目范围、人员资质、收费标准等;行业内部和第三方平台需要行业协会形成共识,建立家庭医生服务提供的标准和质量要求,并完善家庭医生服务监管。在监管的形式上,探索智慧化监管的模式,利用各项信息系统,建立互联互通的家庭医生服务信息平台,开展信息披露、动态监管、实时监管。建立家庭医生信息公开与需方评价机制,对社区卫生服务中心家庭医生团队,以及今后发展的社会办高端家庭医生服务建立信息公示制度,通过需方评价机制,反馈居民接受服务提供的满意度,进一步促进家庭医生服务市场的质量和效率。

### (四)完善家庭医生绩效考核与薪酬分配机制

一是推进基本医疗服务价格改革,体现家庭医生及其团队人员技术劳务价值。二是建立基层医疗卫生机构绩效工资水平正常增长机制。允许基层医疗卫生机构在科学核定的绩效工资总量外,实行“多劳多得、优绩优酬”。三是完善绩效工资分配制度,改进绩效考核标准。家庭医生服务的绩效考核标准,不仅要关注签约人员数量、健康管理服务工作量,更要关注健康管理服务的效果,做实签约服务,满足居民健康服务需求。四是允许诊所多点执业医师通过合同约定获得额外绩效收入。

## (五) 构建与完善社区综合平台建设, 提供多层次家庭医生服务

2018年6月10日, 上海市政府下发《关于进一步深化上海市社区卫生服务综合改革与发展的指导意见》及8个配套文件, 将社区卫生服务中心从原先单纯的服务机构定位, 转变为服务与管理的平台定位: 一是政府履行基本卫生职责的公共平台; 二是政府提供全科医生执业的工作平台; 三是市场资源引入的整合平台; 四是居民获得基本卫生服务项目的服务平台; 五是“医养结合”的支持平台。社区卫生服务中心的五大平台既凸显了卫生服务公益性, 基本卫生服务公平可及, 在社区卫生服务平台上实现社会化供给, 引入市场竞争机制, 进一步开放医疗服务市场。允许民营医疗机构进入卫生服务市场, 促进多样化竞争, 在社区卫生服务机构之间建立起内部市场竞争机制, 提高服务质量和效率; 在社区平台上推动全科医生准入和退出制度的内部市场化, 鼓励全科医生多点执业。上海建立社区卫生服务与管理5大功能平台是政府从办卫生转变为管卫生的载体, 发展家庭医生市场应充分利用和发挥社区卫生服务中心平台作用。<sup>[6][7]</sup>

## (六) 大力培育商业健康保险

鼓励商业保险公司基于健康大数据, 开发面向企业及个人高端家庭医生服务的个性化、差异化商业健康保险产品。继续支持保险交易所与信息中心之间的健康大数据合作共享机制, 探索商业健康保险公司与其他医疗服务机构、健康管理机构等的信息交流与合作机制, 为个性化商业健康险的费率厘定、产品设计、风险控制、流程优化等提供信息支持。同时, 可以考虑对于企业及个人购买高端家庭医生服务的商业健康保险进行税收优惠或减免政策, 进一步鼓励需方购买相关保险产品。鼓励商业健康保险公司探索优化保险支付方式改革。鼓励其从按项目支付的理赔型产品, 探索向按人头支付等预付制的管理型产品转变, 从而增强其作为战略购买者的作用, 维护客户健康, 促进家庭医生服务市场发展、规范其服务质量。

### 参考文献:

[1] 中央编办. 关于印发《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》的通知. 2006-09-04.

[2] 上海市人民政府办公厅印发《关于进一步推进本市社区卫生服务综合改革与发展的指导意见》的通知. 沪府办发[2015]6号[A], 2015.

[3] 杨秉辉, 祝善珠. 全科医学导论. 上海: 复旦大学出版社, 2006.

[4] 郭超. 我国高端费用补偿型医疗保险供需分析[D]. 复旦大学, 2019.

[5] 罗彤. 英国全科医生体系如何发挥控制医疗费用的作用[J]. 中国财政, 2019(22): 19-21.

[6] 李丽. 从政府供给到社会化供给: 家庭医生制度研究[D]. 上海交通大学, 2014.

[7] 王枫叶. 政府主导下的社区卫生服务市场化管理模式[J]. 中国卫生事业管理, 2007, 23(9): 637-638, 647.