· 卫生管理 ·

重庆市江北区家庭医生责任制的探索*

符美玲¹, 冯泽永^{2△}

(1. 重庆医科大学附属第一医院医保管理办公室 400016; 2. 重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)29-3572-03

2006年《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》中提出了发展社区卫生服务和全科医学教育的政策建议,鼓励群众到社区卫生服务中心接受基本医疗服务,加强社区卫生机构的服务和公共卫生职能^[1]。而江北区通过家庭医生责任制为国内发展社区卫生服务提供了新的思路。

1 家庭医生责任制及其意义

家庭医生责任制是以社区卫生服务为载体,以家庭为单位,个人为目标,由全科医生、护士,以及预防保健人员为家庭医生服务团队,旨在为家庭及家庭成员提供连续性、协调性、可及性的服务^[2]。是在“家庭医生”与社区居民相互信任的基础上,以一种契约方式建立的一种固定联系。

实施家庭医生责任制的意义:(1)有利于建立守门人制度,是走向家庭医生的必要阶段;(2)有利于社区管理规范化,实现人民健康的分级管理;(3)完善社区健康管理服务内容,提高社区医疗机构服务能力;(4)有利于社区慢性病、生活方式疾病、老年病的防治;(5)有利于提高服务质量和患者的满意度,缓解医患关系。

2 江北区开展家庭医生责任制的背景及政府的支持

2.1 江北区开展家庭医生责任制的背景 重庆市江北区面积220.77 km²,辖9个街道3个镇,户籍人口52万,常住人口68万。以猫儿石街道为例,该辖区处于城乡结合部,老工厂多,户籍人口为1.7万人,常住人口3万多人。而人口特征表现为老年人,下岗职工,低保户,流动人口特别是留守儿童居多。随着江北纳入两江新区发展的规划,其面临着人口特别是流动人口的持续增长,及乡村向城市转型的一系列问题,健康问题尤其突出。

江北区的人口结构以及经济发展特征决定了发展社区卫生服务的必要性。经过8年努力,2006年4月3日,江北区被正式授牌为“全国社区卫生服务示范区”,届时,卫生网点已覆盖全区所有街道、社区。重庆市江北区于2008年推行社区家庭医生健康管理责任制,旨在让医生走进家庭,实现2020年每个家庭都有1名保健医生,能够“小病当医生、大病当参谋、健康当顾问”,“打造健康社区,人人配备家庭医生”的目标^[3]。目前江北区14个社区卫生服务机构中,都有1名医生与护士组成小分队,负责联系1个社区。今后将逐步覆盖所有居民。

2.2 江北区对开展家庭医生责任制的支持 为加快城乡社区卫生服务体系建设和社区卫生服务体系建设,江北区政府加大资金投入力度。区财政每年预算1000万元的专项资金,用于社区卫生服务机构的基础建设和诊疗设备配备,以满足社区居民就医、保健的需要;每年出资50万元,对社区卫生工作人员进行培训,以提高社区卫生

人员的素质和专业技术能力^[4],该区不断完善政策,鼓励、吸引高等医学院校毕业生到社区卫生服务机构工作,为提高社区卫生服务水平提供了人才保障。出台一系列社区建设支持政策,为在全区建立起基本完善的城乡社区卫生服务网络,达到合理设置机构设置合理,监督管理规范的社区卫生服务,力求城乡居民在社区卫生服务机构的首诊率达到50%以上,对社区卫生服务的满意率达到80%以上。

3 江北区家庭医生责任制的实施情况

3.1 江北区家庭医生责任制

3.1.1 家庭健康服务队 江北区家庭健康服务队由1名责任医生与1名责任护士共同组成。责任医生必须具有良好的职业道德和敬业精神,接受过全科医师岗位培训,且必须有执业医师资格;责任护士必须有职业护士资格,接受过社区护士岗位培训。社区卫生机构按所辖服务区域,实行划片管理,每个家庭健康服务队负责1个居委会,以责任医生为主,为居民提供健康保障服务。根据责任片区居民的实际情况和健康需要,通过签订《家庭健康服务协议》,为居民提供个性化的家庭健康管理服务。目前,江北区已组建了覆盖全区的141个健康责任团队。

3.1.2 江北区家庭健康责任制的主要内容 一卡:社区卫生服务机构建立居民健康信息网络,并发放“家庭健康联谊卡”,目前信息化系统受惠人群为0~6岁的幼儿,孕妇、70岁以上老人以及高血压、糖尿病、肿瘤慢性患者,今后将逐步实现“一人一卡”。0~6岁儿童可享受12次免费体检。老人每2年可享受1次健康体检服务,每月社区医生到家访1次。慢性病人建立管理档案,社区医生半年1次定期随访监测,指导用药和饮食。另外,有“卡”居民在社区医院就诊时,药品价格享受一定优惠。

三包:江北区对健康服务团队的服务内容和责任统一制定了“家庭健康管理服务包”,家庭健康团队和居民签约生效。并根据3种不同人群实行不同服务包服务形式,分别为:普通家庭健康管理服务包,家庭儿童综合保健服务包,老年(70岁以上)健康管理服务包。

六上门:根据服务包的内容,健康服务团队还提供“六上门”服务:包括随访就诊、家庭病床、家庭护理、健康咨询、疾病预防、健康干预。除上门服务外,还提供24小时电话咨询、建立健康档案,健康教育、健康生活方式指导等服务。

3.1.3 绩效考核 江北区社区卫生服务由社区卫生服务管理中心统一实行绩效考核,将社区机构公共卫生服务量化纳入薪酬,并引入第三方考核机制,其中公共卫生占45%,管理占

* 基金项目:教育部人文社会科学一般项目(08JAJ630097)。 作者简介:符美玲(1987~),硕士研究生,主要从事社会医学与公共卫生管理研究。 △ 通讯作者:Tel:13638334396 E-mail:fzy0678@sina.com。

10%，基本医疗占 45%。其中公共卫生包括家庭医生实施的服务情况和居民满意度，根据考核情况发放薪酬以及相应的经济补偿，既可有效提高健康团队人员的积极性，又保证了健康服务质量。

3.2 实施江北区家庭医生责任制以后的主要变化

3.2.1 “四转变” 通过实行家庭医生责任制，江北区社区卫生服务发生了“四转变”：(1)服务对象：变“患者”为“群众”。(2)服务内容：变“医疗”为“预防”。(3)服务过程：变“断续”为“连续”。(4)服务形式：变“被动”为“主动”。社区卫生机构实行家庭医生责任制后，将卫生服务范围扩大，主动深入社区，走进居民，变以前以“疾病为中心”的服务模式为以“患者为中心”，建立了良好的医患关系，居民的健康素质得到明显提高，完善了社区的服务能力和功能，发挥了社区机构健康守门人的作用。

3.2.2 健康档案的建立 实行家庭医生责任制以来，江北区共建立居民家庭健康档案 12.2 万份，居民个人健康档案 23.6 万份；以猫儿石社区卫生为例，医疗机构与社区居委会联合，根据健康档案所提供的信息，为居民建立了居民健康俱乐部，定期举行健康讲座，为居民发送健康宣传资料，及社区义诊活动。

4 江北区家庭医生责任制在社区中的作用

4.1 家庭医生责任制对社区“守门人”的加强作用 江北区家庭医生责任制通过服务包规定了家庭健康服务团队的服务内容包括，为居民建立健康档案，并实行慢性病与老年人健康档案分类管理，制定了防治方案，加强了社区的疾病预防保健功能；通过免费体检，健康教育，以及定期发放健康宣传资料，加强了社区的健康宣传效果。为方便社区居民就诊，江北区与三甲医院“重庆医科大学附属第一医院”签约，建立双向转诊绿色通道，为居民提供与大医院专家的预约服务。江北区将社区卫生服务功能落实到家庭健康服务团队的具体工作中，加强了“守门人”的作用，如江北区鱼嘴社区卫生服务中心，病人量和业务收入大幅度增加，门诊人次 2008 年是 2006 年的 3.7 倍左右，住院人次 2008 年比 2006 年多了 1 倍，2009 年是 2006 年的 3 倍多，2008、2009 年的业务也是 2006 年的 1.5 倍左右^[5]。

4.2 卫生机构与居民的桥梁作用 家庭医生责任制改变了医生坐堂待诊的模式，家庭健康服务团队建立起了卫生机构与居民的桥梁，加强了医生对所管辖区居民的健康状况的了解，建立了居民与医生之间的一种良好的信任关系，有利于社区卫生服务的开展。

4.3 社区健康教育与健康促进中的作用 研究表明，疾病的形成，个人的生活方式占 60%，这说明不良生活方式是导致疾病的主要原因^[6]。江北区家庭医生责任制通过发现家庭成员或慢性病患者的不良生活方式中的危险因素，实行健康管理、健康干预，取得明显的干预效果。

5 推行社区家庭医生责任制存在的问题

5.1 服务能力不足 世界卫生组织和世界家庭医生组织指出：平均每 2 000 人口要求配备 1 名家庭医生，才能满足人们对基层卫生保健的要求^[7]。但据调查，目前基层医疗机构由于历史或经济原因，人才方面全科医学毕业的学生几乎没有，基本上是专科医师转科培养后承担全科医师的工作^[8]，如 2009 年江北区具有执业(含助理)医师 1 751 名，注册护士 1 637 名，平均每千人约拥有执业(含护理)医师 3 名，注册护士 3 名，而人口相当的重庆市黔江区只有 606 名执业(含护理)医师，且社

区医疗机构经过正规培训的家庭医生数量不多^[5]，不能满足居民对家庭医生服务的需求。数据显示，国内只有大约 1/3 的医师接受过大专水平或以上的教育，具有大专或以上教育水平的护士所占比例非常小，只有 2%~3%。城市地区的医师拥有大学专科或以上学历的比例为 43%，是农村地区医师的三倍多^[9]。而由于国内全科家庭医生培养存在如缺乏实践、重点不突出、培训速度过快等问题，导致基层全科医生培养效果不理想，基层医疗机构服务能力不足^[10]。

5.2 补偿机制不足 社区家庭医生要求健康服务成员 24 h 开机，以保证急诊、紧急医疗事物的处理，加大了社区医生的工作量。家庭医生不仅需要掌握基本疾病的防治，还需开展保健、心理等各类咨询，根据不同年龄、不同疾病的人群开展健康教育，制定其建立科学、健康的生活方式，因此家庭医生要求提供服务的人员必须是全方位、多功能、善于沟通的全科医生。但上门出诊费，咨询费，健康保健教育等并未纳入收费项目，居民对此也没有付费意识，而政府因缺乏有力的补偿制度，投入不足等原因导致了社区卫生服务的工作积极性不高，阻碍了家庭医生的发展。

5.3 医疗风险 家庭医生的上门服务为居民提供了便利，但也增加了从业家庭医生的医疗风险，如入户服务风险，上门医疗与护理风险。而目前从事家庭医生的医护人员法律自我保护意识不足，会形成医疗纠纷的隐患。家庭医生在国内还处于起步阶段，还没有完善的家庭医生专业的法律与法规，只有一些地方性法规文件，并没有具体的有力的立法和政策措施^[11]。

6 如何有效发挥家庭医生责任制在社区中的作用

6.1 加大政府投入和政策支持 家庭健康责任制加强了社区的公共卫生的服务功能，政府应加大财政投入和政策支持，保证其有效健康的发展；完善因药品零差率与减免诊疗费对社区的经济损失的补偿机制；结合我国的国情，建立适合我国的家庭医生发展模式。

6.2 全科医生的培训 全科医生的数量与质量是决定社区卫生服务能力的首要因素，也是推行家庭医生责任制的关键因素^[12]。需加大全科医生的培养力度、用政策激励全科医学毕业生去社区工作；规范、完善全科医生的培训制度；实行家庭医生的准入制度，建立长期的考核监督体制。

6.3 完善相关法律法规 对于家庭医生服务风险进行分析预测，并拟定出风险规避方案，对实施过程中的风险进行监控管理。增强家庭医生医护人员的法律意识，上门服务，饮食建议，健康建议应做到及时记录，相关信息应及时告知本人或家庭成员。国家也应制定相关的法律法规，促进家庭医生合理有效地向前发展，保证社区卫生服务的“守门人”作用。

参考文献：

- [1] 周指明,巫云辉,黄会坚,等.我国社区卫生服务政策分析[J].中国卫生经济,2003,22(8):23-24.
- [2] 薛锦花.推行社区家庭医生责任制服务模式存在的困难与对策[J].中国当代医药,2011,18(11):125-126.
- [3] 钟志兵.江北打造健康城区,人人要配备家庭医生[EB/OL].(2009-04-13)[2011-09-28].http://www.cq.xinhuanet.com/news/2009-04/13/content_16232623.htm.
- [4] 重庆市江北区人民政府.重庆市江北区人民政府关于发展城乡社区卫生服务的实施意见[EB/OL].(2007-08-31)

- [2011-09-28]. <http://www.cqjbp.gov.cn/znbm/zfbgs/zcjd/1589.htm>.
- [5] 周乐明. 城乡统筹条件下重庆基层医疗卫生机构首诊制研究[D]. 重庆:重庆医科大学, 2009.
- [6] 胡睿, 王夏玲. 六部委联合下发《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》社区医疗发展进入人才“攻略期”[J]. 中国社区医师, 2010(20):3.
- [7] 符明秋. 重庆市城市居民生活方式及体质的现状与对策研究 [D]. 重庆:西南大学, 2006.
- [8] 周小冬, 卢建华. 对我国全科医学教育的分析与思考[J]. 南京医科大学学报:社会科学版, 2008(4):358-361.
- [9] 崔霞. 我国医药卫生人才队伍发展策略研究 [D]. 湖南:中南大学, 2012.
- [10] 曲别拉布. 重庆市全科医生培养模式初探 [D]. 重庆:重庆医科大学, 2008.
- [11] 张天晔. 上海家庭医生首诊制研究 [D]. 上海:复旦大学, 2012.
- [12] 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:山东大学, 2007.

(收稿日期:2013-04-24 修回日期:2013-06-12)

• 卫生管理 •

基于职业生涯发展视角的基层军医任职教育培养模式改革初探*

王洪涛¹, 罗长坤^{2△}, 黄建军¹, 张伟¹, 黄率帅¹

(1. 第三军医大学训练部, 重庆 400038; 2. 第三军医大学, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)29-3574-02

师以下部队卫生机构是我军卫生保健的主要场所, 基层军医履行着疾病诊治、卫勤保障、卫生防疫、心理咨询和健康教育等多种职能, 其能力素质高低与基层部队卫生服务水平高低息息相关。目前, 由于种种原因, 导致基层军医业务水平低, 工作和学习积极性不高, “混日子”现象严重。为改变这一现状, 本研究试图从职业生涯发展视角构建基层军医任职教育培养模式, 提供军医职业发展路径指导, 开展针对性任职教育培训, 激发基层军医进取心, 提升基层卫生机构服务水平。

1 职业生涯发展的基本内涵

国内外研究职业生涯相关理论的学者很多, 不少有影响力的学者均形成了各自理论体系^[1], 其中较为经典有萨帕的“职业生涯五阶段理论”、格林豪斯的“职业生涯发展理论”和薛恩的“职业锚理论”^[2]。目前, 学术界普遍认为职业生涯是指一个人一生所经历的与工作相关的所有活动的总和。职业生涯发展是个人职业成长和发展的全过程, 体现出个体是否实现不同阶段职业生涯目标^[3]。

纵观军队卫生事业发展历程, 笔者认真分析军医职业的特殊性, 认为军医职业生涯是指军医在军队从事医疗卫生事业工作期间的全部经历, 是换岗变职、职务晋升的学习和工作的连续过程。军医职业生涯发展是指军医为实现职业生涯发展目标而进行的一系列知识、能力和技术的发展性活动, 是一个持续不断的探索过程, 也是一个能力渐进递增和职业满意度提升的过程。

2 军医职业生涯发展现状

军人是一个特殊的职业群体, 军医属于专业技术干部范畴, 实行干部职务、专业技术等级和军衔制度。专业技术等级分为技术 1 至 9 级, 专业技术职称分为见习、初职、中职、副高职和正高职 5 个层次, 军衔分为从少尉至上将的 3 等 10 级

制^[4]。国外职业生涯发展教育开始于上个世纪初, 外军对军官的职业生涯发展十分重视, 最具代表性的是美军, 在军官职业生涯管理方面有着明确规定, 建立了军官职业生涯规划网和军官职业能力评估网, 采取多种措施拓展军官职业生涯路径和强化军官职业能力^[5]。

与外军相比, 国内军官的职业生涯管理相对滞后, 职业生涯发展教育机构不够完善。据调查了解, 军队院校尚未正式开设职业发展和就业指导课程, 军队医学院校也是如此, 医学生职业生涯规划教育薄弱。因此, 目前绝大部分军医尤其是基层部队军医职业生涯发展知识缺失, 没有制订职业生涯管理计划, 个人职业生涯发展目标不明确, 职业发展热情不高, 职业生涯发展的路径选择不确定, 对自身职业素质及职业环境未进行过系统评估, 这样极不利于激发军医工作兴趣、挖掘其工作潜能和提高工作质量。

3 军医任职教育培养模式改革依据

3.1 适应现代卫勤保障需求 按照《全面建设现代后勤纲要》要求, 我军积极进行以一体化卫勤为发展目标的现代卫勤保障模式改革。未来卫勤保障任务的多样和保障模式的改革, 对军医能力素质提出了更高要求, 因此, 必须改革军医任职教育培养模式。

3.2 适应军队编制体制调整 为加快中国特色军事变革进程, 军队编制和规模不断调整, 卫生机构和卫生干部连续精减, 基层部队医疗机构军医的职能不断拓展, 这一变化要求军医要提升岗位胜任力, 成为“一专多能”的全科医生, 要实现这一目标, 必须改革军医任职教育模式。

3.3 落实军队相关政策法规 《军队院校教育改革发展规划纲要(2011~2020年)》指出, 要改革专业技术干部任职教育制度, 生长干部和现职干部的本级任职培训率达到 100%。

* 基金项目:第三军医大学 2012 年教育课题(20120B03)。 作者简介:王洪涛(1975~), 博士, 讲师, 主要从事高等医学教育管理。

△ 通讯作者, Tel:023(68752025) E-mail:luochangkun@126.com。