

2016年6月，国家卫生和计划生育委员会等七部门联合制定《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，指出家庭医生是为群众提供签约服务的第一责任人。2017年3月5日，第十二届全国人民代表大会第五次会议开幕，国务院总理李克强作政府工作报告。报告提出，2017年，要将家庭医生签约服务扩大到85%以上地市。家庭医生签约服务为何受到如此重视？目前的发展情况如何？推进难点在哪，又该如何对症下药？对此，我们特邀请国家卫计委相关负责人、专家、地方领导等就此话题展开三方论坛。

——编者

推进家庭医生签约服务重在加强人才建设



梁万年
国家卫生和计划生育委员会体制改革司司长



朱恒鹏
中国社会科学院经济研究所副所长



陈晓东
江苏省如皋市委书记



学习时报：2016年6月6日，国家卫生和计划生育委员会等七部门联合制定《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，指出家庭医生是为群众提供签约服务的第一责任人。实施家庭医生签约制度有什么重要意义？

梁万年：当前，我国正处于推进健康中国建设、实现全面建成小康社会目标的关键阶段，医疗卫生行业必须进一步推进服务模式、服务结构和效率的根本性改革。推进家庭医生签约服务将起到至关重要的基础性作用。

一是转变服务模式、实现从“以治病为中心”到“以健康为中心”的重要抓手。通过开展签约服务，将坐堂诊断变为主动问诊，将间断服务变为连续服务，将单一的疾病治疗变为综合的健康管理，使群众获得公平可及、系统连续的健康服务，真正落实预防为主方针、实现防治结合。

二是分级诊疗制度建设的重要基础。分级诊疗的重点和难点在于基层首诊。要实现“小病在基层、大病到医院、康复回基层”的合理就医秩序，就必须建立健全家庭医生签约服务制度，促进医疗资源下沉，形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的有序就医格局。

三是构建和谐医患关系的重要途径。当前医患关系总体是好的，但在一些地区、一些环节也存在一些不和谐的因素。家庭医生签约服务将在长期、全程、熟悉的相处过程中，使这种互信互助、互相扶持的亲密关系进一步强化，有利于在全社会重塑和谐医患关系。

四是应对健康新挑战的重要举措。我国正处在老龄化加速发展、疾病谱迅速变化的经济社会转型期，60岁以上老年人口已经超过2亿，心脑血管病、恶性肿瘤、高血压、糖尿病等慢性病成为居民的主要死亡原因和主要疾病负担。老年人、慢性病人等重点人群迫切希望能够享受到方便、有效、连续、综合的医疗卫生和健康管理服务，这些都对卫生和健康事业提出了新要求、新挑战。

朱恒鹏：中国现行医疗体制存在的一个问题就是没有家庭医生，换句话说，就是没有能够与患者建立长期联系、长期信任关系的医生。提到家庭医生，现在流行的说法是全科医生，全科这个翻译并不准确，很容易让人误解，还是家庭医生这个说法更准确。所谓家庭医生，通俗地说，就是居民在出现健康问题时首先想到的医生。一些常见病、多发病甚至一些公共卫生项目，首先由家庭医生进行诊断，由此他们与患者就建立起一种长期的联系，从而能够对患者本人及其他家庭成员的疾病有比较好的了解，对一些常见病、多发病进行比较好的诊断、治疗，即便出现疑难杂症也能够给出相应的转诊建议。

实施家庭医生签约制度不仅有利于实现分级诊疗，而且还具有三个方面的现实意义。一是由家庭医生与患者存在着长期性的联系，对其疾病

史比较了解，在经验的基础上，对其疾病的诊断比较准确，成本就会比较低。二是长期的联系容易形成信任关系，医患关系比较好处理。三是能够给出比较专业化的建议，减少了患者病急乱投医的现象，也节约了时间成本。

陈晓东：随着新一轮医改的持续纵深推进，家庭医生签约服务制度从试点推进向全面覆盖深化拓展，有力回应了人民群众对健康生活的热切期盼。深入实施家庭医生签约服务制度，为城乡居民提供契约化、稳定连续的健康管理服务，有利于建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式和就医秩序，有效缓解看病难、看病累、看病贵等问题，打通基本医疗卫生服务的“最后一公里”，让群众拥有更加实在的获得感。

学习时报：2009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》中首次提出将家庭医生制度作为社区卫生服务发展的工作目标。请结合当地实际介绍一下家庭医生签约服务的发展现状。

梁万年：从全国情况来看，目前已有26个省（区、市）印发了推进家庭医生签约服务的指导性文件或实施方案，截至2016年底，200个公立医院综合改革试点城市家庭医生签约服务覆盖率达22.2%，重点人群签约率达38.8%，群众对基层的信任度、满意度和获得感也在不断提高。

一是初步建立具有中国特色的家庭医生签约服务政策体系。我们认真总结国内外经验和趋势，科学把握我国家庭医生事业发展的阶段性特征，国家层面注重从培养机制、执业方式、服务模式、激励机制等多个重点环节着手，系统谋划具有中国特色的家庭医生签约服务制度设计。有关部门和地方也积极探索、共同努力，在医保支付方式改革、服务价格调整、服务能力提升、激励约束转换、体制机制保障等各方面，出台一系列签约服务激励与支撑政策，进一步充实和完善家庭医生签约服务政策体系。

二是不断完善家庭医生签约服务体系。我们在医改中坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，特别注意从供给侧发力，推进基层医疗卫生机构综合改革，建立了维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制，持续提升基层服务能力。目前已基本实现村村有卫生室、乡乡有卫生院、每个街道都有1所社区卫生服务中心，80%以上的居民15分钟内能够到达最近的医疗点。通过推进医联体建设，强化医联体内资源和服务的协同，推动医疗卫生工作的重点和优质医疗资源的双下沉，提升了居民对基层家庭医生的信任度，方便了群众就近就医。

三是不断加强家庭医生服务能力建设。目前，我国全科医生总量不足，解决这个问题需要一个过程，但

满足人民群众需求不能等。为此，我们将家庭医生的范围进行了拓展，将具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生、符合条件的公立医院和退休临床医师等也纳入其中，加强基层医师培训。同时，各有关部门协同联动、多管齐下，不断加大家庭医生尤其是全科医生队伍的培养和培训力度。截至2016年底，累计招收规范化培养全科医生3.7万人，培训合格的全科医生209万人。

陈晓东：2017年初，如皋在试点基础上全域推进家庭医生签约服务工作，并增加了针对孕产妇、儿童、“建档立卡”低收入农户等人群，力争在11月底前签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群覆盖率达到60%以上。

一是大力拓展服务内容。针对8种不同人群特征，设计制定了多层次、多类型的个性化签约服务包，包括健康评估、康复指导、家庭病床、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测以及特定人群、特殊疾病健康管理等，满足居民多样化的健康服务需求。二是精心组建服务团队。将家庭医生签约服务与分级诊疗结合，组建了以全科医生为主体、签约团队为依托、基层医疗卫生机构为平台、二级以上医院协作为支撑的家庭医生服务团队，建立了“专业互补、点面结合”模式，完善了“分片包干、协同服务”机制，形成了“纵横推进、整体联动”格局。三是切实强化技术支撑。以医联体建设为抓手，推动优质医疗资源上下贯通、纵向流动，建立了专家坐诊、技术帮扶等常态机制，畅通了双向转诊、远程会诊等“绿色通道”，着力以医联体之“通”破解看病难之“痛”。四是持续完善保障机制。建立服务激励机制，每签约1户居民补助家庭医生团队50元，基本公共卫生服务项目增加频次的按标准发放劳务费。建立用药衔接机制，在村级卫生室增补高血压、糖尿病等慢性病用药80多种，与上级医院有效衔接。建立财政兜底机制，将3.39万“建档立卡”的低收入人口纳入服务范围，为其免费提供家庭医生个性化签约服务。

学习时报：经过几年的发展，家庭医生签约服务取得了很大的进展，但仍存有很大的推进空间。影响家庭医生签约制度推广的最重要的因素是什么？

梁万年：在充分肯定成绩的同时，我们也要清醒地认识到，签约服务在我国还处于起步阶段，与中央的要求和群众期盼相比，还有不小的差距。当前面临的主要问题，一是工作发展不平衡。由于各地医疗资源、服务能力等差异较大，签约服务进展存在地区、城乡、服务不平衡问题。二是宣传不到位。一些地方居民对家庭医生服务政策不熟悉、不了解，特别是年轻人、身体健康人群的知晓率还比较低。三是基层服务能力不强。全科医生数量不足，基层医学学历、职称水平偏低，群众信任度不高等问题还比较突出。四是保障政策不完善。家庭医生签约服务补偿机制落实不到位、考核激励机制不健全等问题还普遍存在。这些问题有的是基层卫生自身发展中的问题，有的是管理不到位导致的问题，必须引起各地高度重视，有针

对性地采取措施，努力加以解决。

朱恒鹏：从现实情况来看，影响这一制度推广的原因主要有两点，一是家庭医生人员本身数量的不足，二是由于医生现有的事业编制身份，出于职称评定等晋升的需要，大部分的医生都在从事专科诊疗服务，导致全科医生的发展受到限制，影响了医疗人才从事家庭医生的积极性。另外，从国际经验来看，提供家庭医生服务的主要是靠近社区的诊所，规模一般不大，主要是民营机构，而医生不能自由执业也是影响这一制度推广的重要原因。具体地说就是，有执业资格的医生不能自由执业，不能补充到家庭医生群体中去，同时现有的社区医生的资质又不被居民认可，就难免会影响这一制度的推广。

陈晓东：影响家庭医生签约服务制度推广的主要原因有四点：一是专业队伍薄弱。家庭医生签约服务团队的核心是全科医生，目前存在着质量不等、数量不足等结构性缺陷。以如皋为例，按照每万名居民有2—3名合格全科医生的要求，全市共需全科医生280—420名，但我市目前仅有130名，且大部分是通过培训转岗的。二是医疗信息化建设滞后。医疗资源分布不均等、医疗服务体系碎片化等问题仍然存在，特别是不同级别、不同类别医疗机构间的信息共享机制不够完善，健康医疗大数据服务平台尚未普遍建立。三是家庭医生缺乏“双重”吸引力。一方面，基层家庭医生群体任务重、事情杂，但待遇低、晋升难，岗位吸引力较弱。部分上级医院加速扩张，一些优秀分子又被“吸收”上去，导致人才流失。另一方面，部分家庭医生服务能力不强，加之居民长期形成的就医习惯，使居民对家庭医生缺乏信任。四是配套政策不完善。基本医疗保险政策对基层医疗卫生机构的倾斜力度不大，与二、三级医疗卫生机构报销比例的差距没有拉开，不足以吸引居民到村级卫生室、基层医院首诊。此外，部分基本医疗卫生服务项目没有纳入医保报销范畴，且缺乏明确收费标准，也影响了家庭医生的积极性。

学习时报：推进家庭医生签约制度还涉及其他一系列问题，如明确这一制度相关主体的权利与义务、一旦出现医疗事故如何界定责任等。您认为推进家庭医生签约制度迫切解需要决好哪些相关问题？

梁万年：深化医改任务明确要求，2017年家庭医生签约服务要扩大到85%以上地市，签约服务覆盖率要达到30%以上，重点人群达到60%以上。各地一定要全面落实党中央、国务院决策部署，重点做实做好以下6个方面工作。

一是强化签约服务内涵。家庭医生团队要为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。基本医疗服务应涵盖常见病和多发病的中西医诊治、合理用药、就医路径指导和转诊预约等。公共卫生服务要涵盖国

家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。各地要根据服务能力和需求，合理设定包含基本医疗和公共卫生服务在内的基础性签约服务包，包括建立电子健康档案、优先预约就诊、转诊绿色通道、慢性病处方、健康教育和健康促进、预防接种、重点疾病健康管理以及儿童、老年人、孕产妇重点人群健康管理等服务，满足居民基本健康服务需求。同时还要结合本地实际情况，设计针对不同人群多层次、多类型的个性化签约服务包，包括健康评估、康复指导、家庭病床服务、家庭护理、远程健康监测以及特定人群和特殊疾病健康管理等服务，满足居民多样化的健康服务需求。同时，在家庭医生签约服务内容设计中要充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用。

二是强化基层服务能力和水平。家庭医生数量不足、水平不高是现阶段制约签约服务工作的重要瓶颈。各地要通过有效途径尽快补齐这一短板。一是着力提升基层医疗卫生服务能力。二是强化全科医生培养培训，充分发挥县级综合医院在基层全科医生进修培训中的作用。三是切实推动优质医疗资源下沉。开展医联体建设是提升基层服务能力的有效途径，医联体内的大医院要定期派专家下基层，鼓励专科医生加入签约服务团队。

三是充分调动家庭医生签约服务的积极性，强化对基层医务人员激励机制。一是完善基层医疗卫生机构绩效工资政策。应允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励。现在有很多地方都明确提出签约服务费不纳入绩效工资总额，使家庭医生通过提供优质签约服务合理提高收入水平。二是完善基层医疗卫生机构内部激励机制。推广标化工作量做法，将签约人群服务利用情况以及服务数量、质量和群众满意度等考核结果，与团队成员的收入挂钩，鼓励多劳多得、优劳优得。三是拓宽家庭医生的职业发展路径。在编制、人员聘用、在职培训、评奖评优等方面重点向承担签约服务工作的人员倾斜，特别是要增加基层医疗卫生机构全科医生高、中级岗位的比例，将签约服务评价考核结果作为晋升晋级的重要因素。

四是强化签约服务对群众的吸引力。通过提供贴心、方便、优质的服务，提高居民对签约服务的认同感，吸引群众主动签约。在就医方面，支持基层医疗卫生机构改善条件，加强家庭医生签约服务必需设备配置，拓展服务内容、优化服务流程、完善服务模式，努力为群众提供满意的服务。在转诊方面，赋予家庭医生团队一定比例的医院专家号、预约挂号、预留床位等资源，方便签约居民优先就诊和住院。在用药方面，适当放宽基层用药目录，尤其是常见慢性病用药，要与上级医院有效对接，对于签约的慢性病患者，要赋予家庭医生开具处方权力，酌情延长单次配药量，减少病人往返开药的频次，保障签约居民的药品供应。在技术支持方面，大力发展区域影像、心电、检验、病理、消毒供应等共享中心，满足签约居民需求。

五是强化签约服务政策支持。家

庭医生签约服务要落到实处，就必须完善相关政策保障措施。一是合理确定签约服务费。根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担。二是充分发挥医保的支撑作用。对签约居民可给予提高报销比例、连续计算起付线等优惠措施。三是拓宽签约服务筹资渠道。一方面，可加大财政资金对签约服务的支持力度；另一方面，要积极引导居民投资健康，探索商业健康保险支持签约服务，发挥养老、救助、公益资金等社会资金的补充作用。

六是强化签约服务信息化支撑。加快实现区域信息平台 and 基层医疗卫生机构信息系统互联互通，一是建立家庭医生与签约居民的服务互动平台。通过开通网站、手机客户端、微信、视频访视等手段，实现预约、咨询、健康管理、检查检验结果查询、在线支付等功能。二是建立家庭医生与上级医院的支持互动平台。通过在线咨询、远程会诊、预约转诊等方式，实现家庭医生及时获得上级专家的技术支持。三是建立家庭医生服务管理平台。通过实时监测统计家庭医生服务的工作数量，精准管控质量，实现精细化管理，及时有效调配家庭医生服务资源。

朱恒鹏：中共中央、国务院曾印发了《关于分类推进事业单位改革的指导意见》(以下简称《意见》)，要求细分从事公益服务的事业单位的类别，深入推进事业单位改革。人社部新闻发言人在2016年度第二季度新闻发布会上也明确表示，要“研究制定高校、公立医院不纳入编制管理后的人事管理衔接办法”。家庭医生签约制度具有重大现实意义，理应着力推进，当务之急，就是按照《意见》的精神，逐步取消公立医院的事业编制，使医生自由执业。在这种条件下，医生群体会自然分化出不同的职业选择，如有的医生选择专科化道路，在医院从事疑难杂症的诊疗与研究；有的选择全科医生道路，开设诊所，服务社区居民，与之建立起长期的联系。如此，医疗群体就实现了自然分工与分流。而如果继续保持医生的事业编制，单靠政府主导，家庭医生签约服务制度恐怕无法真正建立起来，一个可能的后果就是流于形式，即将签约作为行政任务推进，没有实质性的改变。

理想的状况应该是医生根据市场需求、个人职业发展规划及能力，自主选择的结果。关于激励机制，我认为可交由市场来决定。家庭医生制度的一个要义是与患者建立长期联系，要激发其积极性就必须使收入取决于他所提供的服务，如服务态度、勤勉程度等，也就是说要实现“多劳多得，优绩优酬”。

从国际经验来看，民营机构是提供家庭医生服务的主体。我认为，我国推行家庭医生签约服务也应采取这种模式，使民营医疗机构成为家庭医生服务的主要提供者。《事业单位人事管理条例》曾强调，要建立“能进能出，能上能下”的用人制度。虽然“能进能出，能上能下”的人事制度与“多劳多得，优绩优酬”的收入分配制度只有16个字，但这16个字背后正是要求医生自由执业。从这一方面讲，民营机构的优势也再次得以凸显。

至于医疗事故问题，医生完全可以采取购买医疗责任险的办法来解决，我认为这个问题并不是关键问题。

陈晓东：推进家庭医生签约制度迫切需要解决三个方面的问题：一是人才队伍建设。需加快以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，完善以规范化培训、转岗培训和定向培养为主的人才输送机制，并在收入分配、职级晋升、医保政策等方面予以倾斜，着力缓解专业人才供求紧张的矛盾。二是服务体系建设。以深化医药卫生体制改革为抓手，以推进医养融合发展为方向，整合卫计、人社、民政、残联等部门资源，着力形成市统筹、镇级推动、村级组织、医疗卫生机构落实的整体格局，不断完善治疗、康复、长期护理服务链，加快构建权责明晰、制度完备、协同高效、监督有力的分级诊疗服务体系。三是共享机制建设。以信息化建设为重点，以“互联网+健康医疗”为导向，聚力打造家庭医生签约服务信息、医疗卫生机构信息、居民健康信息为主的区域性健康医疗大数据服务平台，着力实现基层医疗机构间、基层医疗机构与上级医院间的信息交换、资源共享、优势互补，切实解决好“不均等”“碎片化”等问题。