

迈向以人为本的整合型医疗卫生服务体系的国际经验

——单一支付方制度下的基层卫生强化机制：加拿大的实践与启示

我国正在努力探索以人为本的整合型卫生服务体系的发展道路，以期在 2020 年全面建成覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度后，围绕贯彻落实“健康中国”战略，建设优质高效的医疗卫生服务体系。为此我们选取近年来几个典型卫生体系的改革经验加以介绍，以供决策参考。作为典型“单一支付方”（single payer）国家，加拿大近年来利用单一支付方的制度基础开展了强化基层卫生服务的改革，成为该国近期医改的亮点。本期简报根据文献综述和现场调查探讨加拿大近年改革的内在逻辑及启示。

一、改革背景

加拿大有着基于政府税收的全民医保制度，联邦和各省分担经费责任。2018 年政府筹资占卫生总费用 71.4%，占医院和医生服务收入 90%。患者医疗费用几乎全免，药费自付比例较高。该国卫生财政长期面临挑战。一方面，经市场化开拓收入来源的相关改革政治上阻力巨大。另一方面，老龄化、更多的药费报销加重支出压力，医生集团以强议价能力维持医生工资持续增长。在此背景下，政府缩减医学院招生，以从根源上减少支出，使得可及性问题凸显。

面对资源约束和可及性的双重挑战，医疗卫生服务和资源配置的重心迫切需要从专科医疗转向基层卫生。近年来加拿大在三个方面取得进展，体现了发挥单一支付方制度优势强化基层卫生的机制（图 1）。

二、基层卫生人才队伍发展

首先，医学院和全科医学系在推动全科医学学科建设中发挥了重要的引领作用。顶尖的医学院意识到全科医学发展的重要性，及早投入资源布局。例如，麦吉尔大学 1970 年代即建立了家庭医学系并启动家庭医学住院医师培训。

第二，招生和培养方案适应就业需要。全科医学在招生方面对缺少医生的农村和偏远地区倾斜，培养过程也尽量安排在与全科实践接轨的基层开展，使学生毕业后更倾向也更有准备留在相应地区工作。此外，培养方案中允许部分家庭医生同时选择完成部分专科（急救医学、妇产科等）的培训，从而吸引了一部分对专科和全科医学兼具兴趣的生源。

第三，就业方面，充分发挥单一付费体系的优势，保障家庭医生的工作预算和岗位，也为偏远地区提供额外工资补贴。尽管家庭医生平均收入低于

专科医生，但仍然显著高于全国平均水平，而且工作时间相对稳定。此外，家庭医学和农村医学专业团体也协助解决农村家庭医生在执业中遇到的困难。

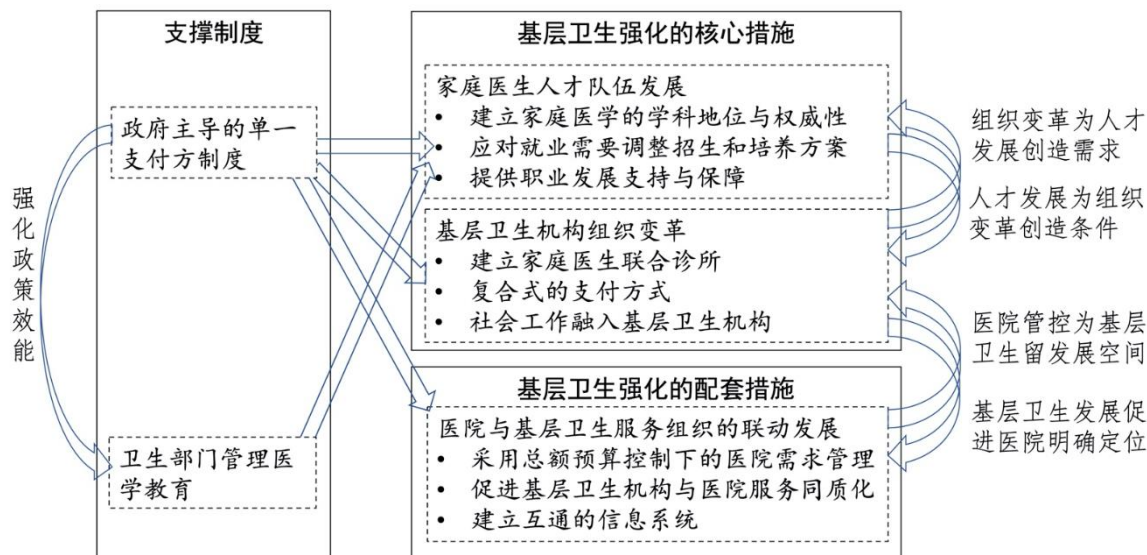


图 1. 加拿大单一支付方制度下的基层卫生强化机制示意图

2016 年，家庭医生占医生数 50.6%。

三、基层卫生机构组织变革

首先，发展家庭医学联合诊所，又称家庭医学集团，主要由医生、执业护师、社会工作者、营养师和药剂师等多学科人员组成的团队，通常有 6-12 个全职医生，每位家庭医生负责 1000-2200 名签约居民。从个体诊所，到家庭医学联合体，通过范围和规模扩大、管理水平的提升，提供了家庭医学执业支持，延伸了基层卫生机构的功能，提高了对年轻医生的吸引力。

第二，建立复合式的支付方式，激励服务改进。出于维持医生出诊积极性的考虑，加拿大延续了按诊次付费为主的支付方式。同时通过一定比例的按人头付费（签约患者人数越多、注册弱势患者可获额外奖励）。签约的患者会得到更为稳定的团队服务，大大提高效率。

第三，在组建家庭医学联合诊所的基础上，社会工作融入基层卫生服务组织。一些地方的家庭医学联合诊所还为社会工作者设立了专门的工作室，帮助及时发现和干预健康相关问题（如家庭暴力、药物依赖等），超越卫生部门的局限实现“关口前移”。

证据显示慢病管理效果和公平性有提升。

四、基层卫生强化的配套措施

第一，采用了总额预算控制下的需求管理，为基层留出了发展的空间。总额预算下，医院缺乏膨胀动因。医保监测医院接诊患者的复杂程度，以评价经费使用效率。若复杂程度低于目标，医保会扣减支付总额。相应措施促进了院内管理精细化，包括设立床位管理部 and 采用床位管理技术。

第二，促进基层卫生机构与医院服务同质化。积极建设独立的第三方检查机构，使大量原先需要医院技术支撑才能完成的服务能在基层同质化实现。接诊同样一名患者，家庭医生在医院和社区所得到的费用补偿相似，而在基层成本要显著降低，使得社区诊所的工作对家庭医生而言更有吸引力，激励了家庭医生流向基层，也降低了政府的支出（年人均 17 加币）。

最后，建设互通的信息系统，促进专科与全科相互信任与支持的良性循环。卫生部门积极搭建医院和家庭医学集团之间互通的信息系统，提高转诊的精准度。随着家庭医生取代门诊专

科医生成为接诊患者的一线医生，其价值不断展现。家庭医生利用其对患者及其家庭了解，能为专科医生提供更多有效的信息，赢得了尊重和认可，全科与专科双赢发展。

五、对我国的启示

首先，建立医疗保障、卫生服务、医学教育的政策协调体制机制，强化单一购买者效能。筹资方面，协调广义公共卫生财政的支付机制，打通使用和评价，采取按签约人数、人口结构和健康结果绩效支付与按服务量支付相结合的复合式支付方式，激励医务人员在保持诊疗积极性同时更关注患者的健康状况和服务体验的改进，推动基层医疗与公共卫生的深度融合。治理方面，需要建立整合型治理体系与治理过程。自上而下的改革和自下而上的试点相结合。

其次，提升居民和医务人员对基层医生的信任是强基层的前提，“一专多能”的全科医学实践和培养轨道值得尝试。我国顶尖医学院毕业的全科医生很少愿意到基层工作，医院的专科医生转行从事基层全科的寥寥无几，民众也形成了认专科专家的就医习惯。从现实出发，可以考虑鼓励建设“一专多能”的全科医学实践和培养轨道，探索基层全科和专科双规的职业模式。用好经济杠杆，利用支付机制引导部分全科/专科双轨道培训的医生发展。

第三，推动基层卫生与基层社区服务的整合。建立基层卫生机构与社区居委会及功能社区（学校、幼儿园、养老院、大型企业等）综合服务的协作机制，包括：1）共享社区的健康风险因素信息；2）从社区卫生服务经费中提取一定比例，与社区居委会、民政部门规划共同辖区内的健康相关服务；3）探索建立社区联合健康服务工作室，促进老年人等弱势群体健康相关服务的协调；4）社区居民健康状况和危险因素情况纳入社区居委会考核指标。

第四，推动医院与基层卫生机构的联动发展。采用总额预算控制下的医院需求管理，利用支付杠杆推动医院与基层差异化定位。通过发展第三方检验与影像机构等措施，促进基层卫生机构与医院服务的同质化。用好医保经济杠杆，用更高的支付和收入使高水平的基层全科医生执业模式常态化。建立互联互通的信息系统提高基层与医院服务的协调性。

（徐进、胡丹、吉小晗等）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。