

我国城市社区首诊制度研究

社区首诊制是指当居民患病需要就诊时（除急诊外），必须先到社区卫生机构接受全科医生诊疗的一种制度。2006 年我国首次提出探索开展社区首诊制试点。认真总结我国社区首诊制实施的阶段性的经验和教训，对于分析下一阶段的发展方向和路径具有重要的借鉴和指导作用。因此，本研究选取社区首诊制发展较为成熟的深圳、北京、青岛、上海、武汉、重庆六市为例，从构建社区首诊制需要考虑的四个要素—服务对象、服务提供主体及其建设、服务内容及其形式以及服务激励机制—出发，对这六所城市的开展模式、经验和挑战进行梳理，并提出建议，为其它开展或准备开展社区首诊制的城市或地区提供借鉴。

1、我国典型城市社区首诊制的构建及开展

1.1 服务对象

2006 年国家提出探索社区首诊制之后，深圳、北京、青岛、上海、武汉、重庆六市先后颁布相应的政策法规积极响应。根据服务对象的类型，将社区首诊制开展方式分为两类：第一类以深圳、北京和青岛为代表，以特定人群为突破口，借助医疗保险或医疗保障制度，引导这些目标人群在社区首诊，逐步推广至所有城乡居民。第二类以上海、武汉和重庆为代表，以农村居民为切入点，通过新农合的门诊统筹制度，吸引农村居民在基层诊首，后推广到全体居民。

1.2 服务提供主体及其建设

社区首诊的服务提供主体包括社区卫生机构和全科医生团队。

社区卫生机构提供首诊服务的方式主要有三种，第一种主要利用现有的社区卫生机构作为首诊定点机构，如北京；第二种是将

部分三甲医院、二级医院以及乡镇卫生院等医疗机构兴办或转型为社区卫生机构，如重庆；第三种是利用院办院管模式提高基层服务质量通常转诊渠道，如深圳医院新建了大量的社康中心。

在全科医生团队的建设方面，全科医生、护士以及预防保健人员三类医务人员构成全科医生团队。为招募人才，各城市在社区设立正式编制、在物质和精神上对全科医生团队进行激励。为培养全科医生，提高全科医生的医疗技术水平，多个城市组织各项培训，鼓励外出学习以提高理论水平和实践能力。

1.3 服务内容及其形式

六座城市除传统的坐诊形式外，采取多种形式提供首诊服务：第一种是实行“契约式”社区卫生服务，全科医生团队主动上门为签约的居民或辖区内的特定人群进行诊断和治疗，建立健康档案，提供连续、协调、综合、可及的基本医疗和公共卫生服务，如深圳、青岛。第二种是建立家庭医生门诊预约制度，以上海为例，签约居民可以通过现场、书面、电话、电子邮件、网络等多种形式预约，减少等候时间。第三种是建立区域卫生平台，以北京和重庆市渝中区为代表，全科医生可利用远程医疗、远程影像诊断等先进手段提供服务，增强服务效果，提高服务能力。

1.4 服务激励机制

各城市通过提高社区首诊服务的报销比例、减免部分首诊费用的方式吸引居民选择社区就诊。同时对控费良好、有基金结余的定点医疗机构予以经济奖励。

2、我国首诊制实施面临的困难

2.1 服务提供主体医疗服务能力不足

服务提供主体面临的主要问题是医疗服务能力不足，其中，全科医生团队建设滞后是社区首诊制面临的最主要的困难，表现在数量不足、质量不高、服务提供不到位、待遇较低。同时，社区卫生机构在基础设施以及药品使用和监管上仍然存在一定问题：设备不齐全且较为陈旧，基本药物目录不全、药品供应短缺等。

2.2 配套措施不完善

现有政策对于社区和医院的功能及责任的区分与联系界定不清，功能定位存在重复和交叉，转诊机制落实不到位，影响二者间发挥联动作用。再者，医保政策对首诊制的支持力度不足，并未真正强制居民社区首诊。该政策可吸引部分经济情况不好的人到社区首诊，但经济情况较好的人仍可直接选择上级医院就诊，不利于社区首诊服务的利用。

2.3 居民信任度偏低

社区首诊制的实施囿于居民对社区机构信任不足和首诊意识的缺乏。部分地区长期使用就医一卡通，习惯于自由选择就诊机构，社区首诊意识欠缺；在追求大医院和名医的传统就医观念下，人们就医需求趋高，加上对社区卫生机构不了解，对社区医疗设备不认可，对服务能力不信任，使部分居民不愿意在社区首诊。

2.4 政府财政投入不足

地方政府对社区卫生服务机构的投入有待加强。据调查，2010年某市社区卫生服务中心平均财政补助还不足以支付该年度平均公共卫生服务成本，只占总收入的29.56%，使得社区卫生机构缺乏必要条件和强劲动力开展首诊服务。

3、讨论与建议

3.1 重视对全科医生团队的培养

为加强服务提供主体的能力，首先需要充实全科医生队伍，通过进一步推广和落实订单定向医学生免费培养政策增加全科医生数量；通过转岗培训、设置特岗等方式提高基层卫生机构的服务能力。同时，通过激励机制促进卫生人才的招募与保留。

3.2 增加政府政策保障和财政支持

为了解决社区首诊配套措施不完善的问题，需要增强政府政策保障。首先要解决社区首诊和医院联动问题，要严格界定各级医疗机构的职责与功能；其次要规范医保引导机制，各地因地制宜的适当提高基层的报销比例。同时，加大政府财政投入，建立基层卫生经费递增机制，确保机构运行经费和基本公共卫生服务经费的增长，用以保障机构的有效运行、设备设施的更新、药品的补充等，提高资源可及性和服务能力。

3.3 强化居民对首诊制和社区卫生服务的信任

政府与社会联合，提倡全科医生签约服务，鼓励居民个人及家庭拥有自己的家庭医生，呼吁人们合理的选择就医机构，提高居民对首诊制和社区卫生服务的信任度。

3.4 加大科学研究，提供证据性的评价反馈和政策建议

内容上，对首诊制实施评价的研究较少，建议从政策支持、服务对象、服务提供主体、服务内容、服务形式、服务激励机制和服务利用的角度建立该制度的理论评价体系。方法上，应进一步利用定量的资料和方法评估首诊制对经济可及性、健康水平、效率和公平等层面的效果。（何莉）

《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。