

基层医疗卫生机构医防整合支持环境的现状分析

促进卫生服务体系向整合模式转型已成为我国医疗卫生服务体系改革的重点和难点，其核心是建立跨越传统组织和专业界的合作关系，抵消卫生服务提供碎片化的缺陷，满足人们全方位的健康需求。我国基层医疗卫生机构正处于向医防整合模式的转型关键阶段，而整合的转变需要筹资、组织、专业、人员、职能、服务等多个层面的调整，涉及到多种干预措施和各类利益相关者的行为。本研究将分析目前我国基层医疗卫生机构运行中与医防整合相关机制和特征的现状，总结推进医防整合的进展、找出阻碍医防整合的漏洞，为推进基层服务提供中的医防整合、改进基层卫生服务的质量、推进整合型卫生服务体系的建设提供政策依据。

本研究为横断面研究，采用多阶段抽样，在贵州省、青海省、广东省、福建省、安徽省、江苏省六个省分别抽取典型城市 1 个，每个城市各抽取 1 个区和 1 个县（不含县的抽取 2 个区），每个区、县分别抽取不同规模的 6 个社区卫生服务中心和 6 个乡镇卫生院，进行机构和在岗职工人员调查。最终，共有 75 家基层医疗卫生机构纳入研究。本研究选择 6 个维度评价基层医疗卫生机构的整合环境（框 1）。数据分析有以下发现、并提出相应政策建议：

1. 筹资结构

- 1) 公共卫生收入占总收入比重
- 2) 医疗保险资金收入占总收入比重

2. 服务提供模式

- 1) 家庭医生团队核心人员参与度
- 2) 糖尿病防治和管理服务提供模式
- 3) 医生的预防和健康管理工作占比
- 4) 医生和护士固定病人占比

3. 人力资源安排

- 1) 全科医生在全部人员中占比
- 2) 预防保健科室与临床科室人员学历差异
- 3) 医护人员对跨专业知识和医防专业界限的认识

4. 信息系统建设与应用

- 1) 档案与管理信息电子化建设情况
- 2) 信息系统平台互联互通建设情况

5. 管理制度

- 1) 影响机构医疗工作人员收入主要因素
- 2) 公卫工作绩效对人员收入的影响

6. 医务人员对整合环境的主观评价

- 1) 跨机构/专业合作的评价
- 2) 信息化水平的评价
- 3) 组织管理支持的评价

框 1：医防整合支持环境分析指标

1. 基层卫生机构的外部环境和运行机制已开始有促进医防整合的安排。

基层医疗卫生机构的运行机制和管理制度有了初步支持医防整合的经济、人员和服务模式。财政提供给基层基本公共卫生均等化经费，2018 年公共卫生收入占基层机构总收入的 13.77%。以提供整合型基本卫生服务为目标培养的全科医生已有一定的数量。基层机构内预防保健和临床人员学历水平均衡。融合多学科人员的团队提供服务模式全面铺开，医护、公卫人员参与家庭医生团队程度较高，95.71% 的调查机构以家庭医生团队为主导提供糖尿病医防融合管理服务。医务人员开始注意将预防性公共卫生服务整合到日常诊疗服务中，健康教育占到医患沟通时间平均为 38.08%；基层医生固定患者比例为 27.52%。

2. 医疗服务能力是医防服务协同发展和整合的重要基础。

调查发现，医疗服务能力较强的机构（医保资金收入在机构收入中占比高的机构），在医防整合机制和环境建设上进展更快：这些机构中全科医生数量和卫生技术人员学历水平都更有优势，管理上也更多地将预防性工作作为考核人员、确定绩效工资的重要指标；同时，这些机构中人员对医防跨专业知识掌

握水平更好，医务人员对预防工作重要性的认可程度更高。

可见，医疗服务业务量大并非是医防整合的障碍因素，医疗服务提供与公共卫生服务工作也并不矛盾。医疗服务能力好的地区往往拥有更优质的医疗服务资源，机构在满足居民临床诊疗需求、获得居民信任和配合的基础上，能够更好的带动公共卫生服务的提供。而医疗服务较弱的机构多处于经济发展较落后的地区，医疗服务能力无法满足居民临床诊疗需求；这种情况下有行政压力的预防性公共卫生服务任务更会加重基层医疗卫生机构的负担，使得两类服务无法兼顾。因此，建议在推进基层卫生服务整合的过程中，要关注医疗服务水平较弱、经济发展落后地区的基层机构诊疗水平的提高，在公共卫生服务工作量增加的趋势下，明确基层医疗卫生机构的核心职能仍包括提供医疗服务，要将增加的公共卫生工作融入到医疗工作中，实现医防工作互相带动和有机整合。

3. 公共卫生投入仍相对不足，机构内部考核更看重医疗服务的绩效，“以临床补公卫”的筹资结构和管理观念仍未彻底扭转。

研究发现相比预防性公共卫生服务，医疗服务能为医疗机构和医务人员带来更多收入，89.83%的机构认为医疗服务指标对医疗工作人员收入影响最大，53.57%的医务人员表示基本公共卫生服务不会影响收入。受限于地方财政能力，我国多数基层机构仍需要医疗创收维持机构运行，这必然会导致基层机构希望提供更多的临床诊疗服务以保障机构运转；加之基本公共卫生项目考核压力大、工作任务重，通过行政压力增加的工作量必然加重医务人员和管理人员“临床收入贴补公共卫生服务”的意识，对消除“重医轻防”的固有观念不利。

建议利用财政医保基金联合运用的改革契机消除公卫财政补助相对低对医防整合的不利影响；基金联合后打包支付基层卫生机构、并以健康结果综合考核基层机构、家庭医生团队的绩效，以激励和引导基层机构真正开展医防融合的健康服务。

《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。

4. 具备整合医防服务能力和意识的人员缺乏。

整合服务需要以全科医生为核心组建家庭医生团队，本次调查显示平均每家机构仅有17.62%的全科医生，数量上还不能满足居民对医防整合服务的需求。在全科医生不足的现状下，当前基层主导工作模式仍然是临床科室提供治疗服务、预防保健科室提供公共卫生服务、两类人员在交叉工作中分工配合。但本次调查发现，两类人员对跨专业知识的掌握有限（41.75%的基层人员自评掌握的理论、知识与技能局限于自身岗位工作），仍然存在医防专业界限感、并且医护人员对预防性工作重要性认可度不高（58.54%的医护人员仍认为临床医疗比预防更能改善人群健康），这必然会对两类人员的协作效率、各自负责工作的有机融合有负面影响。

建议继续落实推进全科医生转岗培训、逐步扩充整合型医务人员队伍。长远看，医学教育的改革要减少预防医学与临床医学的人为分隔；短期看，在继续教育中增加对临床人员公共卫生专业知识的培训；在职称评审中，增加临床人员公共卫生类工作经历和相关绩效的参评比重。综合运用培训和激励措施让两类人员工作结合更紧密，减轻医疗和基本公卫两类工作简单累加和协调不足带来的工作压力。

5. 信息系统条块分割、缺乏整合，是医防合作效率提高和医防工作整合的制约因素

研究发现，仅63.01%的机构的电子健康档案与电子病历/电子处方实现互通共享，52.70%的机构实现糖尿病管理信息系统与电子化系统对接。信息系统条块分割，导致医务人员面临重复工作、协调困难的工作压力。建议短期内着力实现电子病历和电子健康档案的互通、公共卫生各条块信息系统的互通，长期致力于实现区域卫生信息系统的全面整合。

(袁蓓蓓，于亚航)