

的素质,以满足开展重大公共卫生服务的需求。另一方面鼓励医学专业学生到基层工作,在住房、待遇和技能培训上给予更好的条件,确保能够把人才引得进,留得住;同时,允许上级医疗卫生专业技术人员到基层兼职,鼓励人才到基层工作,通过以城带乡、县以上级医院或专业公共卫生机构带基层卫生服务机构等办法,建立人员上下流动机制,优化农村卫生人才结构^[7]。

3.4 强化绩效考核,确保基本公共卫生服务的财政投入成效
加强财政专项资金管理,强化支出责任,建立科学、合理的财政专项资金绩效评价管理体系,提高财政专项资金使用效益。

(1)要通过确定的市级统一的基本公共卫生服务资金绩效评价指标体系,明确各级财政部门 and 卫生行政部门在评价体系中的职责。(2)还要加强绩效考核结果的运用,把考核结果与机构经费划拨挂钩。促使公共卫生服务机构能够不断地提高服务质量,改变服务态度,改进服务方式,不断地提高资金的投入成效^[8]。(3)还应完善基本公共卫生服务补助资金管理办法,强化基本公共卫生服务补助资金监管,明确各级财政的拨付方式,对截留、挤占和挪用专项补助资金、虚报、瞒报有关情况骗取市级及以上专项补助资金的,依据相关法律严肃处理,并按规定追究相关单位和人员责任。

参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部. 基本公共卫生服务项目包括哪
• 卫生管理 •

些内容[EB/OL]. (2009-04-09)[2011-08-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohzcfgs/s9664/200904/40035.htm>.

- [2] 杨亚婷. 省级基本公共卫生服务包设计[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
- [3] 重庆市卫生局,重庆市财政局. 2009年重庆市基本公共卫生服务项目实施方案[EB/OL]. (2009-09-30)[2011-11-30]. http://www.lawyeer.net/Act/Act_Display.asp?RID=642844.
- [4] 江芹,胡善联. 公共卫生体系绩效评估的概念性框架[J]. 中国卫生事业管理,2004,20(5):260-262.
- [5] 刘钟明,徐盛鑫,徐芸,等. 浙江省基本公共卫生服务均等化财政保障体制机制研究[J]. 卫生经济研究,2009(4):5-9.
- [6] 项洪发. 乡、村两级医生的位置、作用、及以后的发展方向[J]. 中国中医药咨询,2010,2(15):222.
- [7] 张燕,幸奠国,王星月,等. 推进重庆基本公共卫生服务均等化的策略[J]. 现代预防医学,2010,37(16):3076-3077.
- [8] 石岩. 天津市疾病预防控制机构实现公共卫生服务均等化的策略思考[J]. 2011,27(9):封2,封3.

(收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-04-23)

家庭医生健康责任制的发展状况及对策建议*

焦婷婷,冯泽永[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.26.041

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)26-2777-03

家庭医生责任制是以社区为载体、家庭为单位、个人为目标,为家庭及家庭成员提供连续性、协调性、可及性的服务,使其得到医生个性化的健康服务和管理。对我国家庭医生健康责任制的发展现状及意义进行总结和分析,找出制约家庭医生健康责任制发展的主要影响因素;通过对其影响因素的具体分析,针对所存在的问题提出相关对策建议以供参考。

1 家庭医生健康责任制的现状与意义

1.1 家庭医生健康责任制的现状 家庭医生是接受过全科医学专门训练的新型医生,是执行全科医疗的卫生服务提供者,是为个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效、一体化的医疗保健服务,进行生命、健康与疾病全方位负责式管理的医生。他既是患者和家庭健康保健的守门人,又是医疗保健和卫生费用的守门人。在欧美一些国家,全科医学的发展经历了通科医生、专科医生和全科与专科协调发展的3个时代。有些学者认为家庭医生就是全科医生,而有些学者却在称谓上有全科医生和家庭医生之分,在服务形式和服务内容上有所不同,但二者本质上都是直接为社区居民服务。发达国家在社区卫生服务和初级卫生保健方面积累了许多宝贵经验,同时为从事社区卫

生服务的家庭医生奠定了人力基础。以美国为例,家庭医生占全美医师的比例高达77.60%,家庭医生实习和培训基地有405个,医科毕业生选择家庭医生的比例呈明显上升趋势。

与西方国家相比,我国社区卫生服务起步较晚,上海市从1994年才开始引进全科医生概念。当前,建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便和价廉的医疗卫生服务是深化医药卫生体制改革的总体目标。这一目标为社区卫生服务实施“家庭医生责任制”提供了发展契机,北京、上海、重庆、厦门等很多地方均在积极试行家庭医生健康责任制。目前,各地的家庭医生责任团队基本上是由社区卫生服务机构的全科医生、社区护士、预防保健人员组成,每个团队以全科医生为核心,实行划片管理,责任到人,建立家庭健康责任服务网络,为居民提供健康保障服务。

家庭医生是家庭医生健康责任制的核心,需要在一定的条件下才能发展:(1)社区要有足够的卫生人力资源;(2)目前社区卫生服务体系建立有全面系统的以家庭为单位管理居民健康的机制和相关条件;(3)社区卫生有足够的服务能力;(4)与上级医院间沟通通畅,可以在必要时及时双向转诊。但是,家

* 基金项目:教育部人文社会科学一般项目(08JA630097)。 △

通讯作者, Tel:13638334396; E-mail: fzy0678@163.com。

家庭医生的推行状况并不十分理想,原因在于长时间以来对全科医学的忽视及全科医生人才的缺乏、政府投入不足、民众对推行家庭医生责任制反映不甚积极和服务模式改变不彻底等方面。重庆市江北区现已有 14 个社区卫生服务机构推行了家庭医生健康责任制,建立责任医师团队 141 个,但目前重庆除江北区外试行家庭医生责任制的地区却很少,很大的原因在于政府支持不到位及人才的缺乏。深圳家庭医生责任制也是“叫好不叫座”,市民对这项服务并不是很理解,对家庭医生也抱着不信任的态度。

1.2 家庭医生健康责任制的意义 家庭医生健康责任制具有以下几点意义:(1)提高了社区卫生服务可及性。家庭医生服务模式可对居民从多角度、多层次进行健康指导,促使其形成健康的生活方式,在疾病防治上收到更好的效果,具有很大意义。家庭医生服务模式使社区中心改变以往“坐堂门诊”的做法,采用全科团队主动上门服务的形式。(2)提高了社区卫生服务的连续性、协调性和综合性。通过签订健康管理协议等方式,向居民提供医疗、慢病管理、健康教育、预防、康复、计划生育指导等“六位一体”的连续服务,从而完成家庭医生契约式健康管理模式。(3)遏制医药费用过度上涨。居民能享受到家庭医生的上门服务、慢病管理和免费咨询等,医生可以做常规检查,针对病情,开一些处方和常规用药,能有效遏制医药费用过度上涨。(4)和谐了医患关系。家庭医生健康责任制使与居民对口服务的社区医生相对固定责任到人、服务到位,居民对医生更加熟悉和信任,有效和谐了医患关系。在实施社区医生家庭医生健康责任制的过程中,通过对患者进行家庭干预、家庭咨询,甚至家庭成员共同讨论的方式,帮助或教育家庭成员及患者改变不适当的生活方式和角色,在有效控制和解决健康问题的同时也提高了家庭成员的自我保健意识^[1]。这样就扩大了社区医疗服务人群,推动了社区卫生服务工作的发展,促进了整个社区居民健康水平的提高。

2 制约家庭医生健康责任制的主要影响因素

2.1 人力资源不够

2.1.1 全科医生数量不足 “家庭医生”服务模式要想有效实施,增加社区卫生服务机构人才投入是首要条件。首都医科大学公共卫生与家庭医学院顾媛教授指出,依据我国目前经济发展,按照 1 名全科医生服务 5 000 名居民的比率计算,我国拥有 60 万全科医生才能满足社区医疗需求。但目前我国执业医师人数达 270 万,而全科医生队伍还只是这庞大群体的一小部分。2005 年至 2009 年,卫生部全科医学培训中心共培训 4 158 名,其中培训社区卫生管理人员近 800 名,全科医学师资近 2 000 名,社区护理学师资近 300 名,全科医生骨干近 200 名。但这与实际所需还相差甚远^[2]。据悉,2008 年东莞社区卫生服务体系改革之初,全市仅 6 名全科医生,经过 3 年培训如今已有 460 多名社区全科医生,虽然全科医生的数量 3 年内剧增了不少,但是依然不能满足基本需求,国家规定的比例是每万名服务人口需要 3 名全科医生,按照全市 600 万常住人口来计算,全市仍需要全科医生 1 000~2 000 名。由于家庭医生健康责任制的具体开展团队是以全科医生为核心,其数量不足将直接导致服务的质量和范围受到限制,从而制约健康责任制的开展。

2.1.2 全科医生质量不高 从质量上看我国全科医生总体素质还偏低,据卫生部基妇司提供的资料显示社区卫生服务机构

医生的学历构成以大专及中专学历为主,分别占 41% 和 49%^[3]。上海是最早实施家庭医生的地区,截止到 2005 年,上海市已有 6 000 多名家庭医生,但其中受过全科教育的只有 768 名,不到 12%,且 70% 以上的没有受过高等教育。曲别拉布^[4]2008 年对重庆市 9 个区县 150 名全科医生进行标准化问卷调查,并对 3 位社区卫生服务中心主任及 6 名全科医生进行个人深度访谈,结果显示:全科医生大专及以上学历占 77.23%;中级职称及以下占 94.06%。目前全科医生受教育程度、实际掌握程度和实际需要程度都偏低。社区全科医疗服务能否健康持续发展,健康责任制能否顺利进行,关键在于全科医生的素质;全科医生的知识和技能以及所提供的服务能否满足广大居民对健康的需求,是社区卫生服务生存和发展的基础。

2.2 激励机制不完善

2.2.1 家庭医生的回报与付出不成正比 要把全科人才留在社区卫生服务机构就应该有相应的补偿,如提高工资福利待遇。但是目前我国社区卫生服务机构普遍存在工资待遇低而工作量大的现象,相比专科医生,家庭医生的待遇不高。家庭医生没有专项的政府补贴,只能拿平均奖。他们承担的预防、保健、教育等工作,可以说完全是无偿的,这样一来,动力肯定会有些不足。

2.2.2 不注重家庭医生精神方面的激励 激励机制的不完善也是制约我国家庭医生责任制发展的一个重要因素。在大医院工作比在社区工作社会地位高,受尊重,得到的信息也比较多,待遇好,这就形成了社区机构求贤若渴,而培养好的人才逐渐流失的恶性循环^[5]。这个问题仅仅依靠社区人员自身的主动性、觉悟性是不够的,需要政府监管力度的进一步强化。但目前政府还未建立起以奖励为主导的人才激励机制,对优秀的家庭医生没有给予表彰奖励。家庭医生的社会地位还很低,得不到社会的尊重和信任,缺少积极投身于健康服务的热情。

3 对策建议

3.1 医学教育要加强对全科医学的培养 全科医学人才缺乏是制约家庭医生健康责任制发展的瓶颈,因此要加强全科医学人才培养与运用。(1)在学历教育方面,首先要调整招生结构,增加全科医生的招生比重。为了保证学生毕业去社区工作,应增加定向培养比例。根据《关于开展农村订单定向医学生免费培养工作的实施意见》[发改社会(2010)1198 号]的要求,我国从 2010 年起,将连续 3 年在中西部地区高等医学院校开展免费医学生培养工作。重庆市进行积极的探索,2010~2012 年,授权重庆医科大学为重庆市农村开展订单定向免费医学生培养工作,重点为各区县乡镇卫生院及以下医疗机构培养从事全科医疗的卫生人才,2010 年面向重庆市招收了 200 名基层定向免费临床医学(全科医学方向)本科学生,培养专业为全科医疗 5 年制临床医学专业^[6]。这是一种很好的探索,应积极推广。(2)临床医学专业教育方面,改变传统的培养方案,本专科医学类专业教育开设全科医学必修课程,加强对学生在医患沟通、健康教育、卫生服务管理等方面的培养,强化临床实践和社区实践教学。(3)通过继续教育培养基层医疗机构卫生人才,提高全科医生的专业水平。结合全国专业技术人才知识更新工程的要求,针对基层卫生人员专业需求,加强基层在职人员的继续教育培训,将培训结果作为岗位聘用、年度考核、推荐表彰的重要依据。(4)通过研究生教育等途径加强全科医学师资

培养。没有合格的师资就培养不出合格的全科医生,因此,在积极开展全科医生培训的同时,更应加强全科医学师资培养。

(5)开展各种短期培训。基层医生要定期到综合性大医院进行短期培训,有条件的地区可以到国外进行培训。

3.2 完善对全科医生的考核和培训系统 建立以能力和业绩为导向、重在社会和业内认可的基层医疗卫生人才评价机制。完善以业绩为重点,由医德、知识、能力等要素构成的基层医疗卫生人才评价指标体系。规范评价程序,健全评价组织,引入群众评价,将考核评价与奖惩相结合。完善全科医生任职资格制度,建立科学的绩效考核制度。除了硬性指标外,需要把居民、内部人员、上级部门的满意度,团队合作,健康档案和慢病管理纳入到考核体系中。加强对全科医生的培训,培训内容及间隔要有明确规定,经过培训全科医生对培训的理论、知识、技能,特别是对其知识体系有了较深入的认识,并定期对培训结果进行考核,合格的取得培训合格证书^[7]。

3.3 加大政府投入和补偿 足额与稳定的财政投入是家庭医生健康责任制发展的保障。政府要加大投入力度,支持各级实施以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划。社区卫生服务是融合基本医疗、预防、保健、计划生育技术指导、康复和健康教育为一体的成本低、效果好的综合性医疗卫生服务,它具有全面性、综合性、可及性和连续性等特点,而家庭医生责任制的实施能更好地促进社区卫生服务功能的发挥。在现行的社区卫生服务工作中,只有政府责任到位、增加补助才能实现社区卫生服务持续发展,但目前医疗建设方面公共制度的分配比较弱,据调查其只占政府支出的 17%左右,并且划拨资金大部分都分流到了大医院,分到社区卫生机构的只占很少一部分。缺少财政来源,家庭医生的服务和收入都得不到保障,所以家庭医生健康责任制的发展需要政府加大投入和补偿。

3.4 对家庭医生健康责任制加强推进、管理和激励 现在虽然各地都在积极探索试行家庭健康责任制,但还没有形成一个系统的体系,家庭医生还未大范围推广。必须对家庭医生责任制进行科学的管理,包括对家庭医生的管理,对其服务内容和管理和服务对象的管理。同时要形成一套完整的激励机制,应提高基层卫生人员的待遇,同时在编制、经费、培训等方面给予相应的政策保证,建立全科医生职务晋升制度和激励制度,以提高其工作积极性,减少人才的流失,推进家庭医生健康责任制的发展。

3.5 鼓励第三方介入 借鉴国外先进经验,鼓励医保机构介入,探索在社区引入健康保险,其资金来源于政府和个人。医保机构代表参保人向医疗服务提供者以按人头预付的方式购

• 卫生管理 •

买服务,根据在家庭医生登记的居民数量和患病风险率等进行定额预付,年底考核和结算时,根据家庭医生这一年的服务数量和质量,进行支付。我国是一个人口大国,如果照搬国外模式,政府会有很大的压力,所以可鼓励社会资本介入,这样不仅可直接扩大机构的筹资渠道,而且还有利于形成合理的竞争格局,促进社区卫生机构的服务质量和效率,使其卫生保健体系逐渐趋于完善。通过第三方介入,最终形成由政府、社会和个人共同购买健康的局面,以保障家庭医生健康责任制的顺利运行。

3.6 同步探索家庭医生条件的完善和家庭医生健康责任制的推行 家庭医生与家庭医生健康责任制是有一定区别的,其条件的完善和家庭医生健康责任制的推行可以同步探索,继续试点推行。社区卫生人力资源是制约家庭医生健康责任制推行的主要因素,家庭医生的卫生人力资源、服务能力、以家庭为单位管理居民健康的机制和相关条件及与上级医院间双向转诊等条件的成熟与完善将会在最大程度上推进家庭医生健康责任制的发展。

参考文献:

- [1] 杜雪平,董建琴,钱宁.北京市月坛社区卫生服务中心家庭医生实施效果评价[J].中国全科医学,2008,11(10A):1811-1812.
- [2] 卫生部全科医学培训中心,首都医科大学,中国医师协会全科医师分会.我国全科医生数量缺口严重[J].中国社区医师:医学专业,2010,12(21):260.
- [3] 郑富豪.社区卫生服务双向转诊运行机制研究[D].福建:福建医科大学,2009.
- [4] 曲别拉布.重庆市全科医生培养模式探讨[D].重庆:重庆医科大学,2008.
- [5] 中国全科医学编辑部.2008北京第五届全科医学与社区卫生服务高级论坛内容摘登[J].中国全科医学,2009,12(1B):87-89.
- [6] 国家发改委.关于印发以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划的通知[EB/OL].(2010-03-25)[2011-03-25].http://www.sdpc.gov.cn/shfz/yywstzgg/ygzc/t20100430_359849.htm.
- [7] 谢波,缪李丽,李一梅,等.全科医学临床基地师资培训的实践与探索[J].重庆医学,2011,40(12):1239-1240.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-04-22)

基于 HIS 的心电信息系统应用研究

王 琦

(重庆医科大学附属第一医院网络中心 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.26.042

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)26-2779-03

医院信息系统(hospital information system, HIS)是医院信息化的基础系统,病患就诊、处方、报告、病历等信息都存储在 HIS 中, HIS 的有效运行是医院临床作业信息化的关键。

随着医院数字化建设的发展, HIS 已经从早期的面向门诊收费、物资管理、财务核算的单机模式,发展成为现在包括医学影像信息系统、实验室管理系统、电子病历等系统在内的网络综