

索引号:	11220000MB1519656C/2014-02532	分类:	委员提案;议案
发文机关:	吉林省卫生计生委	成文日期:	2014年06月11日
标题:	对省政协十一届二次会议第228号委员提案的答复		
发文字号:	吉卫复议字〔2014〕19号	发布日期:	2014年06月11日

对省政协十一届二次会议第228号委员提案的答复

吉卫复议字〔2014〕19号

尊敬的葛艳华委员:

您在省政协十一届二次会议上提出的《关于建立与完善城乡家庭医生服务模式的建议》(第228号提案)收悉,吉林省卫生和计划生育委员会现答复如下:

自2009年4月深化医药卫生体制改革启动实施以来,我国全面加强了社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗卫生机构的基础建设,通过加快实施基本药物制度,彻底破除基层医疗卫生机构“以药养医”问题,同时全力推进人员编制、财政补偿、人事分配等综合改革,实现基层医疗卫生机构同步回归公益性,进一步明确了基层医疗卫生机构为城乡居民提供基本医疗服务与基本公共卫生服务的功能定位,基层医改取得了实实在在的效果,赢得了良好的社会氛围和群众基础。在做好基层综合改革的同时,继续加强医疗卫生技术人员培养,不断改进医疗服务模式,切实提升了基层医疗卫生机构的服务能力,初步构建并逐步实现以社区、家庭和居民为服务对象,涵盖疾病预防、健康管理、诊断治疗、养老服务,从生到死的全程医疗卫生服务战略。

一是全科医生规范化培训工作有序推进。全科医生又称家庭医师或家庭医生,具有向家庭的每个成员提供连续性和综合性的医疗照顾、健康维持和预防服务的全面技能和知识。为了提高基层医疗卫生服务水平,保障和改善城乡居民健康,促进医疗卫生服务模式转变,根据《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》与《吉林省人民政府关于建立全科医生制度的实施意见》等文件要求,我省全面启动全科医生规范化培训工作。通过开展基层在岗医生转岗培训、强化基层定向免费医学生技能培训及提升基层在岗医生的学历层次等多种渠道培养合格的全科医生。全省陆续建设20个全科医生规范化培训基地,共为乡镇卫生院招收定向免费医学生576名(2014年再培养73名),培训乡镇卫生院医务人员9928人次,培训村卫生室医务人员31398人次,安排1740名基层医疗卫生机构在岗人员进行全科医生转岗培训,医务人员素质以及医疗服务能力有了明显提高。开展工作的同时建立完善了全科医生管理制度,将全科医学专业纳入吉林省医师执业管理范围,加强了执业管理与注册登记管理。此外,我省进一步开放和扩大延边大学、北华大学、吉林医药学院和长春医学高等专科学校等院校医学类、药学类及相关学科专业的高等教育资源,按照国家要求

适度扩大医学、医药类专业成人高等教育招生规模。培养全科医生，是推行城乡居民家庭医生服务模式的基础。

二是家庭医生责任制度初步建立实施。从2011年起，我省全面推行全科医生服务团队签约服务模式，逐步建立全科医生签约服务、社区首诊、双向转诊等工作机制，引导群众小病到基层，促进分级诊疗制度形成。以全科医生为主的家庭医生团队由全科医学、临床医学、公共卫生、护理学、中医学等专业卫生人员组成，以所服务区域社区居民需求为导向，以居民健康档案为基础，以老年人、慢性病人等为重点服务对象，为居民建立居民健康档案、开展社区高血压与糖尿病等慢性病的筛查与随访工作、为行动不便的老年人提供上门访视与家庭出诊工作、运用适宜技术开展一般常见病与多发病的诊疗服务等。截止2013年年底统计，全省65岁以上老年人及高血压、糖尿病等慢性病患者有70%左右与身边基层医疗卫生机构签定了契约式服务协议。越来越多的基层医疗卫生机构医务人员正在转变传统的服务观念与服务模式，积极主动地提供上门服务，全方位关注辖区居民的健康。2014年我省进一步加大这方面工作力度，目前正在筹备开展优秀社区卫生服务团队创建工作，通过创建工作，将家庭医生签约服务提升到一个更高水平。

三是医师多点执业工作稳步推进。2011年10月，省卫生计生委下发了《吉林省医师多点执业管理办法》（试行）和《吉林省医师多点执业试点工作实施方案》，在《吉林省医师多点执业管理办法》中提出：“副高以上第二执业地点应为公立医疗机构，第三执业地点可以是民营医疗机构；中级职称医师应选择一家乡镇医疗机构作为第二或三执业地点”，引导医师到基层医疗卫生机构进行执业。2012年，在全省9个市（州）启动了医师多点执业工作。截至目前，全省约200名医生办理了多点执业。根据几年我省医师多点执业工作开展情况，省卫生计生委将于今年对《吉林省医师多点执业管理办法》进行修订，进一步鼓励医师开展多点执业，使越来越多优秀的医疗卫生技术人员拓展服务范围，为广大城乡居民服务。

四是分级诊疗和双向转诊工作得到加强。分级诊疗、双向转诊的医疗格局，能够实现医疗资源共享与优势互补，既能为城乡居民提供合理的医疗服务，又能降低医疗费用，是缓解百姓看病难、看病贵问题的一个途径。通过多年探索，我省着力开展了分级诊疗和双向转诊制度建设，同时提高制度执行力。通过开展试点工作，科学测算诊疗疾病数量，规范诊疗程序，实现从诊疗程序——临床路径——DRG过程的转变，为开展分级诊疗提供依据。确定分级诊疗和转诊基本程序，规定参加基本医疗保障的患者需住（转）院，应在统筹地区内遵循“乡镇中心卫生院和社区卫生服务中心或一级定点医疗机构（首诊医疗卫生机构）→二级定点医疗机构→三级定点医疗机构”分级诊疗和转诊的程序；无乡镇中心卫生院或社区卫生服务中心的乡镇（社区），由统筹地区或县（市、区）经办机构根据实际确定参保和参合患者住院首诊医疗卫生机构，原则上可在统筹区域内自主选择定点医疗机构住院；在统筹区域外住院治疗，须经相应的医疗机构认定且通过医保（农合）经办部门审批。进一步加强定点医疗机构分级诊疗和转诊管理，通过严格控制转诊率和平均住院日、实行医保资金结算联审制度等措施，使分级诊疗和双向转诊工作得到有效加强。

五是鼓励社会资本举办医疗机构政策得到落实。2012年，省政府转发了原省卫生厅、省发改委、省财政厅、省人社厅、省经合局《关于加快吉林省非公立医疗机构发展的意见》，加大对非公立医疗机构的政策扶持力度。各级卫生行政部门在制定区域卫生规划和医疗机构设置规划时，为非公立医院发展预留充分的空间，对非公立医院的数量和资源量都要留有一定比例，适当增加专科专业非公立医疗机构，同时引导民营医疗机构健康持续发展。鼓励民间资本举办高水平的非公立综合性医院和专科医院，举办护理院、老年病医院、康复医疗、特需医疗、社区卫生服务等资源较少或特色明显的医疗机构；鼓励民间资本在城乡结合部、城市新区以及医疗资源相对薄弱的农村及城镇举办非公立医疗机构；鼓励非公立医疗机构做精做优做大，支持、引导规模小、层次低、专科特色不明显的非公立医疗机构调整办医思路，向专、精、优的方向发展，不断提高竞争力。以上政策，促进了社会办医疗机构的快速发展，同时在开展对口协作、加强医院管理与专业人才培养等方面正在打破原有公立医院和民营医院的传统界限，实现资源共享、共同发展。例如，在基本医疗保障方面，将符合条件的民营医院认定为定点医疗机构范畴；在社区卫生服务机构建设方面，将符合规划要求社会办医院纳入标准化社区卫生服务中心验收范畴；在国家基本公共卫生服务项目方面，采取购买服务的方式由社会办医疗机构承担辖区居民的基本公共卫生服务。

以上重点针对您所提到的问题或建议，介绍了我省采取的措施及目前工作进展情况，实际上还有很多问题需要我们加大力度进行研究解决。例如全科医生的培养和使用尚处于起步阶段，全科医生数量严重不足，还需要相当长一段时间才能建立起充满生机和活力的全科医生制度；政府和居民联合向社会购买服务的方式还需研究具体可行的措施；推行家庭医生服务模式需要加强宣传，得到社会的广泛认可与配合等。

我们已经充分认识到，建立全科医生制度、促进医疗卫生服务模式转变，将医疗卫生服务责任落实到医生个人，是我国医疗卫生服务的发展方向，有利于为城乡居民提供连续协调、方便可及的基本医疗与基本公共卫生服务，有效提高居民健康指数与幸福指数。我们将进一步完善团队合作服务模式，以人的健康为中心，以居民卫生服务需求为导向，运用全科医学理念，综合生物、心理、社会等因素对居民健康进行整体照顾，开展健康促进、健康干预和疾病防治，实现综合、连续、有效的健康管理，以及疾病的早预防、早干预、早诊断、早治疗。增强主动服务意识，通过多种渠道向社区居民主动提供健康资讯，开展服务提醒，公布社区卫生工作动态等。探索服务地点主动前移，深入社区和家庭，将服务延伸至居民身边。希望您能够作为同行者，继续关注城乡居民家庭医生服务模式推行工作，及时给我们一些好的意见或建议，让我们共同为实现健康吉林、幸福吉林的宏伟目标贡献力量。

吉林省卫生计生委

2014年6月11日