

中德比较视野下的中国基层医疗守门模式

一个多层次的分析框架

作者:刘涛

编辑工作组:

弗洛里安·福尔曼(Florian FUHRMANN),

格莉特·甘思特(Grit GENSTER), 贡森,

汉斯-R·哈特韦格(Hans-R. HARTWEG),

金维刚, 托尔斯滕·克鲁特(Thorsten KLUTE),

弗朗茨·克尼普斯(Franz KNEIPS), 仇雨临,

梅兰妮·施内(Melanie SCHNEE), 汤松涛, 杨燕绥

中德比较视野下的中国基层医疗守门模式

一个多层次的框架

作者：

刘涛

编辑工作组：

弗洛里安·福尔曼（Florian FUHRMANN）

格莉特·甘思特（Grit GENSTER）

贡森

汉斯-R·哈特韦格（Hans-R. HARTWEG）

金维刚

托尔斯滕·克鲁特（Thorsten KLUTE）

弗朗茨·克尼普斯（Franz KNIEPS）

仇雨临

梅兰妮·施内（Melanie SCHNEE）

汤松涛

杨燕绥

2024年9月

2024 年 9 月

中德比较视野下的中国基层医疗守门模式——一个多层次的分析框架

著作权：封面图片来自 istockphoto / shapecharge

免责声明：本文是在专家组审议和讨论的基础上编写的。文件内容不一定代表专家组每个成员在所有方面的意见。他们不对任何错误或遗漏承担责任，也不对因使用或依赖本文所载信息而造成的损害承担责任。与会者以个人身份参与本项目。

目录

I. 导言	1
II. 加强基层医疗资源和就诊能力	2
III. 全科医生教育培养体系	4
IV. 建立合理的全科医生薪酬体系	5
V. 建立基层医疗首诊信任体系	6
VI. 数字和智能手段的运用	9
VII. 结论	11

1. 导言

中国医疗体系面临的一个巨大难题是“看病难”和“看病堵”。也就是说，民众在就医时往往选择到大医院和高级别医院去看病，即中国医疗体制中的二甲和三甲医院。在就诊过程中，患者往往放弃在基层医疗机构进行首诊，而直接选择去高水平大医院就医。这种就医人口流向再加上中国庞大的人口基数，就形成了中国社会的看病拥堵和延迟的问题。大医院的“拥堵指数”往往也成为民众看病时的“痛苦指数”。

通过借鉴先进国家的政策和经验，中国的医疗决策者和卫生专家们早已认识到，需要通过合理的政策制度安排来实现“就医分流”，即形成一个合理的“金字塔型”的问诊就医模式：多数小病和轻微病症应该实行基层首诊，而重症和疑难杂症则应分流到更高级别的大医院。因此，中国现有的“倒金字塔”医疗模式应逐步向“正金字塔”模式转变，而在这个就医人口流向大转型的过程中，基层的医疗机构应当扮演积极的“守门人”角色，承担起无合并症及无复杂性的日常小病和轻微病症的诊治功能。

然而，尽管中国在过去 20 多年中实施了多项积极的医疗体制改革，以实现分级诊疗和基层首诊的目的，但政策的预期效果与实际运行之间仍有相当的距离。确切而言，中国医疗体制系列改革并未达到预期效果，一些全国性的宏观数据显示出相反的趋势：大医院的总诊疗人次和门诊人次继续上升，而基层医疗机构的总诊疗人次和门诊人次却不断下降。而医疗体制改革的预期则应该是与上述发展相反的趋势。一些担忧也随之而来：医疗就诊体系中的正金字塔模型不仅没有形成，反而倒金字塔模式却意外得到了强化，人们更倾向于直接到大医院就诊。特别需要指出的是，中国推行的“医联体”和“医共体”并未显著扭转人们直接到大医院问诊看病的固有模式。那么中国应该选择哪个方向来推进政府所希望实现的医疗改革进程呢？

本项目课题以三次中德医疗专家研讨会为基础，通过中德两国医疗体系的对比和国际比较，我们尝试从四个层面来探讨如何维护和加强中国基层医疗体系的“守门人”模式。

II. 加强基层医疗资源和就诊能力

在德国，大约 80% 的疾病是通过全科医生和基础诊疗模式得到诊断和治疗的，只有 10-20% 的门诊病人需要转诊到专科医生或医院接受治疗。德国的家庭医生、专科医生和医院形成了金字塔型的问诊体系，并很好地实现了功能分工，即家庭医生负责诊治一般性的日常疾病，专科医生负责家庭医生无法诊疗的专科病症，而医院则负责住院治疗 and 疑难杂症以及有合并症的、高复杂性的重大疾病等。而在中国，虽然医疗体制与德国相比有很大不同，但是从功能角度来看却具有与德国相似的结构，基层的社区卫生服务机构中心、社区医院和社区卫生服务站构成了金字塔的塔基，而各级医院则构成了金字塔的塔尖。理论上，只要运作良好，中国的基层医疗机构和医院也可以形成一种良性的功能分工，也就是基层医疗机构如同德国家庭医生那样，负责大部分的日常疾病，而三甲医院则负责住院治疗、疑难杂症以及有合并症的、高复杂性的重大疾病等。但实际情况却远非如此。在中国，以医院和大医院为中心的思维和行为模式往往决定了病患的集中流向，出于种种原因，病人往往绕开基层的医疗机构，直接到大医院看病和治疗。¹

在中国，尽管人们普遍认识到未来医疗改革发展的方向应该是加强基层医疗服务机构的医疗基础设施水平和诊治能力，然而实际发展却往往和理论认知相脱节，许多省市的医疗投入依然是大幅流向大医院，区域性大医院依然在扩张，医疗领域内盛行的商业化、市场化趋势仍在推动着高级医院的快速发展。在这方面，中国的医疗政策有必要从实际需要出发，真正做出方向性调整，将认知体系中普遍接受的理念和共识真正落实到实际发展中去。这就意味着在某种意义上需要遏制大医院的扩张势头，根据医疗领域的“强基层战略”，将卫生领域的资源和投入更多地分配给基层医疗服务机构。这并非是要鼓励反对发展大医院的思维，而是反对功能边界不清、功能混乱

的大医院无序扩张理念。当然，大医院在集中力量解决疑难杂症和有合并症的、高复杂性的重大疾病领域、科研创新领域具有决定性的优势，但也正因如此，大医院更应该将其“触角”和“功能”限制在自己特长的专业领域。大医院的本质在于应对重大病症、疑难杂症和罕见病症等，应该在医疗研究领域发挥自身的特长，而不是通过和基层争夺（无合并症、低复杂性）日常疾病的“治疗权”来谋取自身利益。

除了用政策手段引导更多全科医师“沉淀”到基层、增强基层的医疗基础设施之外（包含从工资、绩效和职称等角度来创造激励机制），我们认为还特别需要从三个方向着力：第一，如同德国的法定医疗保险在德国的家庭医生模式中发挥了至关重要的作用，中国的医保同样可以发挥关键的引导作用，而这并不仅仅局限于医保针对不同级别医院看病给予不同的报销比例，医保还可以发挥更为积极的“杠杆”作用，例如引导居民与基层的医院和诊所签约，并在签约后，更加严格地执行基层首诊和转诊规定，否则医保将大幅提高违规者的报销难度。契约意识既起源于信任关系的建立，也立足于对规则的遵守，至少一定程度的“软强制”是建立规则的起点，同时医保也能积极塑造医疗体系中的契约意识。

第二，中国对地方医疗体系的绩效考核内容需要进行调整和转变。大医院的扩张、医院的总诊疗人次和门诊人次的增加不应再被视为政绩。相反，医疗资源的合理分配以及基层诊疗、基层门诊人次的增加应被视为医疗部门的业绩。政策绩效的“尺度变化”将改变基层的政策考核方式。

第三，要将二甲、三甲医院与基层医疗服务机构放在一个互动的关系结构中，并平衡其相互间的利益格局。建议可以通过设立医疗研发基金及重大疾病、罕见病治疗和研发基金等措施来支

¹ 需要指出的是，德国良好的诊疗秩序也是相对而言的。在德国，也存在一些绕过门诊直接急诊到病人和病例，而这也不仅局限于夜间和周末急诊治疗。直接急诊也会使医院面临很大的接诊压力，这里需要区分哪些病人确实需要急诊，而哪些是过度使用了急诊。

持大医院，同时平衡因为门诊人次减少对其造成的冲击。通过相应的政策，可以助力大医院真正转型成为重大疾病治疗中心及医疗创新和研发中心。

III. 全科医生教育培养体系

至少从直观上来看，中德两国都拥有严格的全科医生教育和培养体系。在两个国家，成为全科医生都是一条漫长之路。在德国，在医学院学习六年零三个月后，还需要再接受五年的培训，才能成为一名全科医生。全科医学与其他医学专业一样，被视为一门专业领域。中国的全科医生之路在形式上也并不亚于德国，中国的全科医生培养已经逐步形成了“5+3”年的模式。这个模式包括5年的本科教育，随后是3年的全科医学专科培训。在医院和社区医疗机构中，全科医生接受包括理论知识和临床实践在内的全面培训。而德国鼓励学生进入家庭医生机构实习，并给予相应的资助。德国的全科医生和普通医生一样，必须接受继续教育，以获得必要的积分，这种终身学习的文化有助于医生不断更新知识和技能。中国的全科医生在完成初步培训后，也需要参加继续教育和定期审核。继续教育包括自学和线上学习，要求医生每三年积累一定的学分并通过考试，以确保医生能够持续更新知识和技能，满足职业发展的要求。至少在形式上看，中国和德国的培养体系都显得全面、系统而又严格。

然而，相同的模式并不表示相同的结果。作为一名全科医生，德国的家庭医生经过严格的教育和培训，在德国民众中积累了很高的职业信誉，德国居民对于家庭医生和全科医生普遍具有信任感。而直至今日，全科医生在中国民众心目中的认可程度相对较低，距离德国民众对全科医生的普遍信任尚有相当大的距离。那么是什么因素导致了两国之间的这种差异呢？德国内部的两个因素可以解释德国全科医生的高信誉度：德国拥有全世界最好的医疗体系之一，同时人们普遍认为德国拥有全世界最好的职业教育体系，而新教路德宗的“天职”观念则塑造了良好的工作精神和职业道德。因此，在医疗体制内经过严格职业教育所培养出来的全科医生很容易赢得德国民众、特别是门诊病人的认同。相比之下，中国的情况则要复杂很多。

让我们来看看中国的情况。首先，尽管全科医生的绝对数量有所增加，但和所有执业医师相比，

全科医生的所占比例仍然较低，远低于欧美发达国家的水平。就此而言，中德之间差距巨大。此外，全科医生的整体学历层次偏低，中高级职称人数占比较少，且经过规范化培训并获得合格证书的人数不足。其次，目前中国的全科医学师资严重匮乏，综合性医院缺乏经过系统全科医学理论培训的专职全科医学师资。此外，现有的全科医师培训模式需要进一步改进和完善，以培养出具有综合性、系统性全科诊疗思维的医生。第三，虽然分级诊疗制度的顶层设计和体系建设已基本完成，但实际效果并不理想。公众对全科医师的作用缺乏正确认识，对家庭医生签约服务制度不够了解，签约积极性不高，即使签约，也存在“签而不约”的现象。第四，国内科研项目大多没有全科医学专项，全科医师申请科研课题的渠道不畅。此外，全科医师在评优评奖、职称晋升等方面也面临限制，严重影响了职业发展，并影响了优秀医学人才投身全科医学事业的积极性。第五，全科医师的社会认可度相对较低，部分居民对基层全科医师存在误解。此外，与专科医师相比，全科医师的薪资待遇和职业发展机会较低，导致职业满意度不高和职业吸引力不足。

德国拥有悠久的历史自治和行会传统，而中国在这一领域则缺乏基于自身传统的医疗自治体系，因此，国家的决策和行动就显得尤为重要。需要在国家和省、市层面制定联合行动策略和纲领，以促进全科医生的数量和质量得到提升。未来可以考虑制定五年计划，增加全科医生的数量，同时通过政策引导，鼓励更多有志从医的学生选择全科医生这一职业。在国家的推动和监督下，可以建立全科医生的职业规范和准则，提高全科医生的职业荣誉感。最终应在全社会推广这样一种新的观念：全科医生知识结构的广度和难度一点都不亚于专科医生和医院的主治医生，全科医生需要有更广博的知识才能了解疾病的普遍规律，是具有高度职业荣誉感的“疾病守门人”。

IV. 建立合理的全科医生薪酬体系

与全科医生培养制度形式上的相近不同，中德两国在全科医生薪酬体系领域存在着直观上的较大差距。德国家庭医生不仅在德国社会享有很高的声望，即使在收入领域，家庭医生也是一个颇具吸引力的职业。德国家庭医生的收入在德国处于中上水平。家庭医生通常能够通过开设私人诊所获得丰厚的收入，特别是当他们能够提供多样化的医疗服务时，收入潜力可能更高。家庭医生的平均年收入甚至可以达到德国医院主治医生年收入区间的下限。优厚的收入有助于提高德国家庭医生的职业声望。此外，家庭医生的工作安排相对灵活，有助于实现工作与生活的平衡，这在一定程度上提高了其职业吸引力。这些都与中国的情况有显著不同。

在中国，基层医疗卫生服务人员的工资不仅在绝对意义上偏低，而且在相对意义上也偏低，也就是说，基层医师与医院医生相比，工资差距非常显著。一线城市医生的薪酬普遍高于二线和三线城市。大医院通常集中在经济发达的一线城市，而基层医疗机构则大多分布在二、三线城市或农村地区。大医院，尤其是三甲医院，由于医疗服务水平高、医疗资源丰富，往往能提供更高的薪酬。而基层医疗机构通常规模较小，资源有限，因此其医务人员的收入相对较低。医生的职称和工作经验是影响薪酬的重要因素。大医院的医疗专家往往拥有较高的职称和丰富的经验，因此收入也相对较高。相反，基层医疗服务人员的职称通常较低，工作经验也可能较少，导致其收入较低。此外，大医院的医生由于面对的患者数量多，工作量大，且绩效奖金与工作量挂钩，因此收入较高。而基层医生虽然工作时间长，但受限于基层医疗机构的服务能力和患者数量，绩效奖金可能较低。根据《2021 中国基层医生洞察报告》，超过八成的基层医生希望月收入超过 10000 元，但仅有 18% 的医生达到这一水平。这反映出基层医生对于提高收入的需求非常迫切。

针对如何提高中国基层医疗服务人员和医生薪酬的问题，仅靠某种单一的机制恐怕难以奏效。由于中国缺乏德国的那样行业内部自我管理和自律机

制，因此依靠医疗领域内部的自治式管理是不太可行的。考虑到基层医生和大医院医生薪酬领域所存在的巨大鸿沟，国家行政体系出台的医疗薪酬补偿政策就显得尤为重要。中国本身就有针对特殊工种和特殊地域的工作（例如高原地区、高寒地区）发放特殊津贴的悠久传统，因此，为基层医疗服务人员提供特殊医疗服务津贴，是提高他们信心和士气的重要一环。而远离特大城市中心区域的二、三线城市和农村地区的医疗服务人员，应当获得更高的特殊岗位津贴。此外，政府对医疗资源的投入应当向基层医疗机构倾斜，应当战略性地提高基层医疗服务人员薪酬在全体医疗服务人员薪酬总额中的占比。最后，还应当在职称评比、资源分配和课题申请等领域适度向基层医疗服务人员倾斜。除了上述措施之外，国家还可以加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，这可能意味着要投入更多资源用于基层医生的培训和发展，提高他们的专业技能和服务质量，从而在绩效评估中获得更高的薪酬。

医保可以在提高基层医疗服务人员薪酬方面发挥关键性的“杠杆调节”作用。医保可以通过提高基层医疗机构的报销比例，激励患者优先选择基层医疗服务，从而增加基层医生的工作量和相应的收入。医保也可以通过合理的技术性调节政策，逐步提高基层医疗卫生机构提供的服务在医疗服务和医保基金支付总量中的占比，这同样将有助于增加基层医生的收入来源。对不同级别的医疗机构实行分级医保支付政策，确保基层医疗机构的报销比例高于上级医院，这样可以吸引更多门诊病人到基层就诊，从而增加基层医生的薪酬。此外，在年度新增医保基金预算总额时，医保也可以重点向基层医疗机构倾斜，支持基层医疗机构开展家庭医生签约服务。对于基层医疗服务，可以优化医保结算方式，如按病种付费、按人头付费等，这些方式有助于合理控制成本，同时保证基层医生获得稳定的收入。此外，还需要落实基层医疗卫生机构绩效工资政策，合理核定绩效工资总量和水平，确保基层医生的付出能够得到合理的薪酬回报。

V. 建立基层医疗首诊信任体系

当前，中国的分级诊疗体系似乎陷入了一个与前行方向相“逆行”的怪圈。中国在现代化之路上取得了社会经济的巨大进步，但似乎并没有自动带来基层首诊的增强效应，反而使得中国距离基层医疗“守门人”模式更远。例如，交通革命带来的巨大便利，特别是高铁的迅速普及，反而使得中国二、三线城市居民直接前往特大城市的三甲医院看病更加方便，都市圈的融合带来的反而是看病更加拥堵不易。再比如医疗保险的报销比例，如果中国像西欧国家那样统一医疗费用报销比例，但报销比例的统一也会成为刺激中小城市的基层民众直接到大城市看病的“诱因”。正是因为到各级医院看病的报销比例不同，一些人出于经济上的考虑，才愿意先在基层看病，而如果失去了这个约束条件，那么“潘多拉魔盒”就可能被打开，更多的民众会蜂拥到中心城市的特大医院看病。此外，当前所实施的“医共体”和“医联体”，本来是致力于实现各级医院的信息共享和医疗资源的合理分配及流动。但出于不同利益格局的考虑，大医院为了维护自身的利益，仍然有很强的动机将病源从基层“吸纳”到自己的辖区。

然而在此领域，德国提供了截然不同的范例和路径。理论上，德国直到2004年才在《社会法典》第五部（SGBV）中明确了以家庭医生为中心的医疗服务，而德国全科医生专业协会（BPA）则是1960年12月3日和4日在汉诺威医疗中心成立的。因此，如果从2004年算起，德国家庭医生模式也才只有20年的历史。然而，在德国并不漫长的家庭医生的历史中，德国民众却显示出对家庭医生极高的信任度和认可度。整体而言，德国人对于医生的信任度在各种职业中排名第一。德国对于家庭医生的信任，当然得益于德国严格的全科医生培育体系和全世界闻名的优质职业教育和培训体系。此外，德国民众在日常看病中的较佳体验感也巩固和加强了德国人对于家庭医生的信任。除了这些因素外，医疗领域所形成的“习惯”和“文化”也是德国人对家庭医生高度信任的原因，这些医疗文化因素不容忽视：德国悠久的联邦制传统导致了各地区的

医疗中心蓬勃发展，德国并没有崇拜特大城市和超大医院的传统。相反，德国人更加看重看病时与医生的沟通以及因此形成的良好体验。此外，德国人遵守法律和契约的意识也有利于规范普通民众的就医行为。

而中国的医疗文化也是在中国的社会文化环境中发展起来的，形成了一种极为稳固的“习惯”力量，塑造着人们的就医行为。建国后，中国集中资源推进大城市的工业化发展，这种模式使大城市成为资源聚集的超级中心，自然也成为医疗中心。而实施改革开放国策以来，过去对跨区域流动的严格限制措施被取消了，这在带来极大迁徙自由的同时，也带来了人们的看病自由。由于特大城市的超大型医院往往成为医疗资源和专业人才聚集的中心，因此人们看病的“理性选择”就是到大城市的中心医院就医。这样的习惯一经形成，就会成为固定的行为模式，久而久之，就积淀成为中国医疗文化的一部分。思维定势和行为定势是极难改变的，但这并不意味着中国就没有机会推进基层首诊。

既然文化和习惯的形成受到现行政策制度和资源分配机制的影响，那么改变社会政策的制度设置和相应的资源分配机制也会塑造新的文化和新的“习惯”，文化从来都不是一成不变的。这也意味着，对于基层医疗服务机构和医务人员的信任关系是可以塑造的。经过长期的政策环境改变和新的医疗社会化过程，人们的就医习惯和信任关系可能会焕然一新，一种新的医疗文化也会逐步形成。

改变信任关系固然涉及到各种复杂因素，但我们可以把这个复杂的问题简化为两大因素。一方面，它涉及比较硬性的制度因素，特别是医疗基础设施因素；而另一方面，则涉及到软实力、软治理和文化吸引力等因素。让我们先来看看在硬实力方面应该做出哪些改变。

先来看一组数据：《2013年中国卫生统计年鉴》显示，基层医疗卫生机构医务人员中，大专

和中专文化程度的人员占 75.0%，本科及以上学历人员仅占 20%；初级及以下技术职称人员占 72.8%，中级职称占 23.1%，副高及以上职称人员仅占 4.1%。这就意味着，中国基层医疗机构医务人员多数为低学历和低职称。而国家统计局的数据显示，截止 2015 年底，全国全科医生数量为 18.9 万人，占全国职业医师总数的 6.2%，远低于国际水平。另外根据我们最新查阅到的数据，基层医疗卫生机构医务人员的学历职称等虽然有所提高，但远未达到基层首诊应有的标准。例如《2020 中国卫生健康统计年鉴》数据显示，2019 年我国社区卫生服务中心大学本科及以上学历的医务人员占比为 35.5%，而研究生及以上学历占比仅为 1.5%，这也意味着 64.5% 的社区卫生服务中心的医务人员的学历至少低于本科。截止 2022 年底，全国共注册全科医生 46.3 万人，虽然较 2015 年有了显著上升，但也只占执业医师总数（443.5 万人）的 10.4%。整体而言，基层医疗卫生机构医务人员的学历和职称较低，全科医生数量总数较少，这些都导致基层医疗卫生机构的整体医疗专业实力薄弱。因此，人们对于基层医疗卫生机构的不信任，可以说是一种相当理性的直觉观察结果，其实也是居民和病患个人的一种“理性抉择”。信任关系的建立首先就输在了起跑线上。

医疗基础设施和人力资源的配备的确属于“硬核因素”，也是国家公共政策设置和参与可以影响到的领域。如果中国能够制定一系列促进基层医疗发展的“五年规划”，通过全面、综合及战略性的全科医生培养国家计划，特别是通过薪酬、职称和职业晋升等多种政策杠杆手段，促进高素质全科医生“沉淀”到基层医疗卫生机构，那么假以时日，固有的制度坚冰必将被打破，固有的障碍必将被扫除。如果政策制度规定，在基层工作过的医务人员可以根据工作年限获得特殊的晋升绿色通道和职称通道，如果规定高级职称的医师必须有数年基层服务的经历，那么当前的基层医疗格局必将焕然一新。

除了宏观层面的举措外，中观和微观层面的软实力和软治理也非常重要。中国的基层医疗卫生机

构，特别是社区医院，一般都位于居民住宅区附近，因此在空间布局和视觉上，人们很容易注意到社区医院的存在。但居民们之所以路过社区医院，却还是不愿去看病或了解基层医疗机构，归根结底还是因为缺乏对基层医疗卫生机构的信任感。社区医疗卫生机构可以充分发挥其临近居民住宅区的“空间视觉”和“空间布局”的优势，不再仅以“坐班制”的被动态度来等待病人，而是积极主动地向居民宣扬以社区为中心的个人健康管理理念，例如举办健康日或巡诊、义诊等活动。社区医疗卫生服务中心可以和部分居民个人订立长期的健康管理计划，这种优势是超大型医院无法与其相比的，而不必执着于在短期内和所有居民建立医疗信任关系，因为一些实证研究显示，年纪轻和高学历的居民更倾向于绕开基层首诊而直接前往大医院就诊。因此，可以先重点针对一些核心群体，例如慢性病患者和老年人，因为他们通常更加关注个人健康管理计划，同时因为配药原因，高血压和高血糖患者等在基层看病开药也更为方便快捷。所以，如能提高基层医院的药品供应能力，那么其在慢性病患者中的受欢迎程度将会大增。这样从一些核心群体开始，便可以慢慢将服务群体扩展至外围的其他居民，直至和大多数居民建立起信任关系。

基层医疗卫生机构还可以从营造舒适的就医环境入手，着重改善医院的硬环境，如提供清洁、安静、舒适的候诊区和病房，充分保护病患隐私。良好的就医环境有助于缓解患者的紧张情绪，提升整体医疗服务体验。德国的家庭医生诊所营造了良好的就医环境和体验，堪称提高民众信任度的有效手段。此外，基层医疗机构应当培养医护人员的人文关怀精神，通过培训，提高其沟通技巧和服务意识。医护人员应以同理心对待每一位患者，提供温馨、尊重和耐心的服务，使患者在就医过程中感受到尊严和舒适。和大医院就医非常不同的是，基层首诊——尤其在个人健康管理方面——更为强调良好的沟通和交流，语言甚至手势和表情的运用都很有讲究。细致贴心的护理可以使病患感受到充分的尊重，这在人流拥挤的大医院是难以想象的。基层医务人员可以根据患者的具体病情和需求，提供

个性化的护理方案。其中包括提供详细的病情解释、治疗选项讨论、康复指导和心理支持等，以增强患者的参与感和满意度。此外，通过家庭访视、远程监护和线上咨询等方式，基层医疗服务机构可以为出院患者提供持续的护理服务。这有助于患者在居家环境中继续康复，减少再次入院的可能性，并提高患者的生活质量。

增强居民的健康意识是提升基层医疗服务信任度的关键一环，具体可以从以下几个方面着手：

(1) 健康教育与宣导：通过社区健康讲座、媒体宣导、在线教育资源等多种形式，普及健康知识，提升居民对于常见疾病如高血压、糖尿病的认识，了解疾病预防、早诊早治的重要性。这不仅有助于居民养成良好的健康习惯，也能提高他们对基层医疗服务的认识和信任。

(2) 鼓励参与健康管理：鼓励居民积极参与自身的健康管理，比如通过定期体检、健康咨询和疾病筛查等方式，及早发现健康问题。同时，基层医疗机构可以提供个性化的健康指导和疾病管理方案，帮助居民掌握疾病自我管理的方法，提高他们对基层医疗服务的满意度和信任感。

(3) 开展健康促进活动：基层医疗机构可以联合社区组织，开展健康促进活动，如健康步道、健身课程、营养知识讲座等，增强居民的健康意识和参与感。通过这些活动，居民不仅能够获得健康知识，还能在社区内形成支持健康生活方式的社交网络，从而提升整个社区对基层医疗服务的信任和依赖。

VI. 数字和智能手段的运用

当前，数字化和智能化作为一种新技术手段，正在急剧改变医疗系统内部的资源分配和结构组织方式，同时也在深刻塑造医疗系统内部的医患沟通和诊疗模式。在发达国家，医疗系统内部的数字和智能手段正在扮演着越来越重要的角色，例如在面临偏远地区和农村地区全科医生医疗资源不足的情况下，德国的一些地方试点项目也在发挥数字和智能手段的优势，将基层卫生诊疗服务整合到整体医护体系之中。当然，基层医疗服务中的数字化并不能取代医疗专业人员，而是补充他们，数字化解决方案（例如人工智能）与人类提供的个性化护理共同发挥作用。中国既可以借鉴发达国家的经验，也可以借鉴其自身丰富的医疗实践经验，运用数字化和智能化的新技术手段，强化基层医疗服务机构作为“守门人”和“引航员”的地位。

数字和智能策略主要包含以下八项：

1. 推广远程医疗和在线咨询

在中国，基层医疗服务机构面临着医疗资源分布不均和专业医生短缺等问题。通过推广远程医疗和在线咨询，可以有效地缓解这些问题。远程医疗平台可以让基层医生与城市医院的专家进行实时沟通，商论病例，为患者提供更专业的医疗服务。此外，在线咨询服务可以减少患者到医院就诊的次数，降低交通成本和时间成本，提高就医便利性。远程医疗的实施需要政府的支持，包括基础设施建设、网络覆盖和相关法规的制定。

2. 建立电子健康档案系统

电子健康档案系统是提高基层医疗服务效率的关键。该系统可以整合患者的医疗记录、检查结果、用药历史等信息，便于医生全面了解患者的健康状况。通过电子健康档案，医生可以更准确地进行诊断和治疗，同时减少重复检查和用药错误。此外，电子健康档案还有助于实现医疗信息的共享，提高医疗服务的连续性。建立电子健康档案系统需

要投入相应的技术和资金，同时确保数据安全和隐私保护。

3. 应用智能辅助诊断系统

智能辅助诊断系统可以提高基层医生的诊断能力。这些系统通常基于人工智能技术，能够分析医学影像、实验室结果等数据，辅助医生发现潜在的健康问题。智能辅助诊断系统不仅可以提高诊断的准确性，还可以缩短诊断时间，提高医疗服务效率。此外，这些系统还可以提供治疗建议，帮助医生制定个性化的治疗方案。开发和应用智能辅助诊断系统需要跨学科的合作，包括医疗专家、数据科学家和软件开发人员。

4. 实施虚拟健康助手与个性化医疗计划

虚拟健康助手和个性化医疗计划是提升基层医疗服务效率和质量的重要手段。虚拟健康助手利用人工智能技术，为用户提供24小时在线咨询服务，解答与健康相关的问题，提供初步的自我诊断和治疗建议。通过自然语言处理和机器学习技术，虚拟助手能够理解用户提出的问题，并提供准确的回答和建议。个性化医疗计划则基于患者的医疗数据、生活习惯和遗传因素，利用大数据分析和机器学习技术，为患者制定个性化的健康管理和治疗方案。

5. 创新社区健康网络与智能签约服务

社区健康网络和智能签约服务为基层医疗服务提供了创新的组织和运营模式。社区健康网络通过建立数字平台，促进居民之间的健康信息共享和互助，提高社区居民的整体健康意识和自我管理能力和能力。居民可以在平台上分享健康经验、寻求健康建议、参与健康活动等，形成互助互学的社区文化。智能签约服务则利用智能合约技术，自动化处理医疗协议和保险理赔，减轻行政负担，提高医疗服务的效率和透明度。

6. 利用医疗大数据分析

医疗大数据为基层医疗服务提供了宝贵的信息资源。通过对医疗数据的收集和分析，基层医疗机构可以更好地了解疾病流行趋势、患者需求和医疗资源的使用情况。这些信息有助于医疗机构优化资源配置，提高服务效率。此外，医疗大数据分析还可以为公共卫生决策提供科学依据，预防疾病的发生和传播。利用医疗大数据需要建立相应的数据收集、存储和分析机制，同时确保数据的质量和安

7. 医疗物联网与智能环境监测

医疗物联网 (IoT) 和智能环境监测系统为基层医疗服务提供了新的技术手段。医疗物联网设备，如智能输液泵、远程监控设备等，可以实现对患者状态的实时监控和管理，提高医疗服务的连续性和安全性。智能环境监测系统可以监测医院和诊所的环境条件，如空气质量、温度和湿度，为患者和医护人员创造一个健康舒适的医疗环境。

8. 智能药物研发与患者参与平台

智能药物研发平台和患者参与平台是推动基层医疗服务创新的关键因素。智能药物研发平台利用人工智能和大数据技术，加速新药物的研发流程，为基层医疗提供更多有效的治疗选择。患者参与平台使患者能够更积极地参与自己的治疗过程，提高治疗的个性化和患者满意度。

VII. 结论

从国际经验来看，不同国家针对基层首诊采取了不同的政策策略和实施方案。英国等一些国家采用的是“强制守门”制度，即病患必须先经过基层首诊之后才能转到其他医院接受治疗。而德国的医疗制度则相对灵活，允许患者有一定的自主选择权，但比较鼓励患者先在家庭医生处进行首诊。在中国推进基层首诊，也需要多种制度安排和软实力相结合。

本文将中国基层医疗体系的改革比作打造一辆高性能的电动汽车，其中，加强基层医疗资源和就诊能力、完善全科医生教育培养体系、建立合理的全科医生薪酬体系、建立基层医疗首诊信任体系，共同构成了这辆车坚固而稳定的四个车轮。而数字和智能手段的运用，则如同这辆汽车的动力引擎。只有当这四个车轮与引擎协调一致地运转时，基层首诊这辆电动车才能顺利起步并高速前进。

加强基层医疗资源和就诊能力，是确保车辆稳定行驶的基础。通过政策支持和资源优化，提升基层医疗机构的设施和服务能力，从而能够在最方便民众的地方有效提供首诊服务，这相当于为车辆安装了结实耐用的车轮，保障了行驶的平稳可靠。

完善全科医生教育培养体系，是确保车辆行驶方向正确和响应迅速的关键。全科医生作为基层医疗服务的执行者，其专业素质和能力直接影响到医疗服务的质量和效率。这相当于为车轮安装了精准的定位系统和灵活的悬挂系统，确保了在各种路况下都能保持正确的方向和速度。

建立合理的全科医生薪酬体系，是激励车辆持续前行的动力源泉。通过公平合理的薪酬激励机制，吸引和留住优秀医疗人才，激发他们的工作热情和创新精神，这相当于为车辆的引擎注入了高效能燃料，提供了持续不断的动力。

建立基层医疗首诊信任体系，是确保车辆顺利行驶的社会基础。通过提高医疗服务的透明度和可靠性，加强对健康教育和医保政策的引导，逐步构建起公众对基层医疗服务的信任，这相当于为车辆铺设了平坦宽阔的道路，确保了行驶的顺畅。

运用数字和智能手段，是推动车辆快速前进的引擎。通过远程医疗、电子健康档案、智能辅助诊断等技术的应用，不仅提高了医疗服务的效率和质量，还通过数据分析优化了资源配置，实现了个性化和精准化的医疗服务，这相当于为车辆配备了先进的电动引擎，提供了强劲而环保的动力。

综上所述，这五个部分的紧密耦合与协同发展，不仅能够全面提升基层医疗服务机构的“守门人”和“领航员”作用，还能够推动医疗服务模式向更加智能化、高效化的方向发展。正如一辆电动汽车需要引擎和车轮的协调配合，中国基层医疗体系的改革也需要这五个方面的共同推进，才能实现医疗服务的均衡发展和质量提升，为实现健康中国战略目标提供坚实的支撑。

作者介绍

刘涛是浙江大学公共管理学院教授、博士生导师、浙江大学文科领军人才，浙江大学社会治理研究院首席专家、浙江大学共享与发展研究院研究员。

我们要感谢以下专家为本文做出的宝贵贡献：

弗洛里安·福尔曼(Florian FUHRMANN)

caresyntax(德国)有限公司高级顾问，德国联邦管理保健协会董事会成员

格莉特·甘思特(Grit GENSTER)

德国联合服务行业工会(ver.di)健康政策部主任

贡森

浙江大学公共管理学院教授，浙江(浙江大学)国际发展与治理研究中心主任

汉斯-R·哈特韦格(Hans-R. HARTWEG)

莱茵·美因应用科技大学，健康经济学教授

金维刚

浙江大学国家制度研究院副院长、研究员

托尔斯滕·克鲁特(Thorsten KLUTE)

德国社会民主党(SPD)北莱茵·威斯特法伦州议会议员

弗朗茨·克尼普斯(Franz KNIEPS)

德国联邦企业医疗保险基金会(BKK Dachverband)董事会主席

仇雨临

中国人民大学教授，中国社会保障学会世界社会保障研究分会副会长

梅兰妮·施内(Melanie SCHNEE)

富特旺根应用科技大学健康、安全、社会学院，公共健康专业教授

汤松涛

广东省东莞市寮步镇社区卫生服务中心，主任医师

杨燕绥

清华大学公共管理学院、医院管理研究院教授，医疗服务治理研究中心主任

发布说明

© 2024 弗里德里希·艾伯特基金会上海代表处
中国上海市淮海中路1325号瑞丽大厦705室
邮政编码：200031

负责人：

郎杰明(Benjamin REICHENBACH) | 首席代表
杜红栎(Marvin MÜLLER) | 项目经理

电话：+86-21-6431 0026 | 传真：+86-21-6431 0069
<http://china.fes.de>

如欲订阅，请联系：

info@fes-shanghai.org

本文观点不一定代表弗里德里希·艾伯特基金会的立场。

未经弗里德里希·艾伯特基金会的书面允许，不得将其作品用于商业用途。

弗里德里希·艾伯特基金会(FES)是德国历史最悠久的政治基金会。该基金会以德国首位民选总统弗里德里希·艾伯特的名字命名。

三十多年来，弗里德里希·艾伯特基金会上海代表处支持中国合作伙伴增进相互了解和信任，积极助力中国的改革开放，交流发展经验，相互学习和借鉴，在开放对话中就如何应对中德两国二十一世纪的主要发展挑战寻找解决方案。