本期关注

丹麦位于欧洲北部，是君主立宪制国家，国家的总面积为4.3万平方公里，人口540万，人口成分单一，首都是哥本哈根。因世界著名童话作家安徒生的缘故，丹麦素有“童话王国”之称。此外，它还以全科医疗服务体系为基础的医疗保健制度久负盛名，是国民医疗服务保障满意度较高的国家之一。

丹麦全科医疗服务模式对我们的启示

□朱津民 张轲

丹麦全科医疗服务体系基本情况

一、医疗保障体系的宏观构架

丹麦的医疗保障体系基于两个主要原则：一是国民自由平等地享有公共卫生保健服务。这包括全科医生和专科医生的服务以及所有公立医院的服务，个人支付的那部分费用仅包括牙医及院外药物和一些辅助性理疗的费用等。二是全民覆盖。丹麦拥有完善的社会福利制度，所有居民都有权享受由一般税收资助的公共医疗福利。

丹麦卫生管理部门由3个行政层级组成：卫生部，5个州区卫生管理部门和98个市卫生管理部门。卫生部是国家一级卫生机构，负责国家卫生政策和立法；5个州区和98个市的卫生管理部门是州一级和市一级管理和负责单位，是丹麦医疗保健系统的主要管理和服务者。

在丹麦，患者通常须由全科医生建议才会转诊到医院进行体检和治疗，除非是急诊。基于此，绝大多数医疗保健和治疗均由全科医生处理。

在医疗保险方面，民众有两种选择。一是基本医疗：与一位家庭医生签约，遵循严格的全科医生首诊制，转诊必须经过签约的家庭医生准许，诊疗、转诊、住院等全过程不需要个人另外缴费。二是不参与基本医疗，不签约家庭医生，每次就诊需支付诊疗费50美元（1美元约合7元人民币），没有就诊和转诊限制，转诊、住院等需要按一定比例支付相关费用。当然，也有一部分人会单独再买额外的医疗保险，去私人诊所或医院就诊，这样的话不用等待。

丹麦医疗保健系统的特点是广泛的数字化。在所有医院，全科医生和市政医疗保健提供者都使用电子医疗记录（EHR）系统并以电子方式进行交流。丹麦大约存在15种不同的EHR，它们之间能够互联互通，方便操作。信息技术已成为丹麦医疗保健服务中不可或缺的一部分。电子卫生保健领域的总体协调在2011年创建的国家卫生委员会中进行。国家卫生委员会的作用是遵循电子卫生保健的总体战略和发展，启动新的国家电子卫生保健项目等。

二、全科医疗服务体系

目前，丹麦约有3600名全科医生。每一名全科医生大约签约1500名居民。这样的配比使绝大部分人可以得到及时的诊治。此外，每一名全科医生配备一名助手，助手负责预约、记录数据、反馈信息、维护随访等。

通常，这些全科医生在当地社区的私人诊所中工作，他们与政府签订合同，遵循严格的全科医生首诊制，提供服务并获取报酬。由全科医生组成的一级医疗机构和以医院为主的二级医疗机构组成了一个高效的医疗运作模式。

丹麦建立了明确的医疗分级制度，由家庭医生担任国民第一“健康守门人”，在确保民众就医质量的同时，也能减少医疗资源的浪费，并提高医疗保健效率。

据有关统计数据分析，丹麦全国有65%~80%的人口只需自我保健管理，20%~30%人需要动态观察和自我保健训练，仅有1%~3%的有进展性疾病的患者需要专业医生指导保健。

随着人口平均寿命的逐渐延长，人口老龄化速度加快与慢性病患者逐年增多，这对每个国家来说都是严峻的挑战。在丹麦，在1000个市民里，有70~200人需要由全科医生面诊并进行长周期、全过程的保健方案指导，10人需要转诊至医院住院治疗。

全科医生在丹麦医疗保健系统中作为一个“旋转轴”起到很重要的作用。其主要职责范围有：规范管理超过半数国民所患有的多种慢性病；担当“健康守门人”；与患者建立亲切的朋友关系；所有的沟通交流依托全科医生维护的网络健康信息实现；患者出院后发送诊疗告知信件，以及协助指导患者访问自己的健康数据等。总之，作为一名全科医生，他和他的团队将充分利用、调动区域内全部医疗卫生资源，全面、持续维护签约居民的健康。

另外，每个医院或者地方政府都会与全科医生签订兼职工作协议，用于保证与上级医院专科医生就患者的病情进行沟通、资源共享、引导转诊以及患者出院时院外处方的制定等。

全科医生一般会在每天8时~9时电话随访社区居民，询问其近况并建立更新健康档案信息。这项工作将遵循严格的预约就诊制，团队合作模式较规范，电子化信息系统无缝衔接，家庭护理监测工具种类繁多，可以及时传输数据，患者会获得全科医生的相应指导。

全科医生作为“健康守门人”，同时作为咨询顾问与协调员，将协调当地医疗资源共享，完成转诊引导，保证医院和患者的良好沟通，为患者制定出院后家庭诊疗方案，参与预防保健、慢性病管理、儿童保健、孕产妇保健、生活方式建议与戒烟行动。

在丹麦，全科医生收入与大医院专科医生收入持平。签约服务费每年约为1000丹麦克朗/人（1丹麦克朗约合1元人民币）。签约服务费由政府发放，其中30%是人头费，70%是服务费。全科医生通常会在一个诊所工作长达15年~25年，这些诊所大多是由1个医生或者2~8个医生组成。

对我国基层卫生健康工作的启示

要真正发展全科医疗，而不是做统计数字中的全科！真正的全科医疗服务模式，是团队式持续性照护签约服务对象的健康，不仅针对患者群体、亚健康人群，同时也关注、照护健康人群。基层全科医生照护健康的服务和大医院专科医生“救火式”医疗服务，犹如双盾，只有发挥互补作用，才能真正促进国民健康长寿。

一、基层医疗卫生机构职能定位进一步明晰

基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室，以及个体诊所等，与二级以上医院的职能定位完全不同。

基层医疗卫生机构不能把诊疗作为唯一的工作目标，要在诊疗这一基本职责之上，发展拓展卫生健康服务工作内容，实现国家战略提出的由“以治病为中心”向“以人民健康”为中心转移。这一点是基层医疗卫生机构与二级以上大医院最根本的职能区别。

基层医疗卫生机构只有依托全科医疗团队，才能把健康教育、健康管理、亚健康人群干预与管理、慢性病规范管理、常见病和多发病诊治等，真正做细做实。

二、全科医生及团队职能定位进一步明晰

全科医生及团队首先要将签约服务对象进行健康管理分类，针对健康人群、亚健康人群、不同的慢性病患者群体、需要特殊照护的人群，分门别类制订不同的健康管理策略，并有计划分步实施；同时，要以健康管理结果为导向，优化健康干预的方式和手段，不断研究和促进国民整体健康。

三、区域内信息化支撑体系建设要标准化、规范化

离开信息化的支撑，不可能做实健康资源的共享。互联网及信息技术的发展，正持续深入地改变着人们的日常生活及行为方式，也正持续深入地影响和改变着社会管理方式。依托信息化支撑，可以实现不同医疗机构之间签约服务对象健康档案共享，减少不必要的重复检查、过度检查，可以批量处理数字化信息，有效节约人力资源和管理成本。

四、支持全科医疗服务的政策体系需要加快调整

当前，发展基层全科医疗服务的难点，不在技术，而在政策！要通过国家宏观政策调整，使全科医生岗位的吸引力有效增强，真正使提供全科医疗服务的人员受益。否则，虽然好处有很多，但全科医疗服务却会成为一种形式，最终无法落地。

（作者分别供职于荥阳市贾峪镇卫生院、焦作市武陟县嘉应观乡卫生院；指导老师：徐宏伟、欧铁）

经验探索

在管理中我们应如何选择指标

——一碗西红柿鸡蛋面带来的启发

□韩斌斌

在当代，量化思维在学科发展、工作推动、活动交流中必不可少，在管理工作中也是非常重要的。

那么，我们应该选择什么样的数据来表达观点，来评估成效呢？指标的选择很重要。指标的种类有很多，分类方法也千差万别，从哪几个方面选择指标，才能客观、全面地评价一项工作呢？

这个问题引发了我的长久思考。前段时间，微信朋友圈的一条消息给了我启发。

事情是这样的：一位朋友做了一碗西红柿鸡蛋面，发了一张图片，并配以文字介绍了制作过程。她的朋友们看到后纷纷点评，有的说西红柿放少了，切的块儿也太大；有的说鸡蛋色泽不对，应该先炒鸡蛋再炒西红柿；有的问味道如何，有的问能吃饱吗……各种花样调侃。我忽然意识到，大家的点评其实共同构建了评价工作的指标体系。这些指标包括4个方面——

第一类指标，总量指标。这碗面分量够吗？能填饱肚子吗？不同的食客是不是有不同的标准？

第二类指标，结构性指标。做一碗西红柿鸡蛋面应该放几个鸡蛋？几个西红柿？多少面？加多少水？只有符合一定的比例，西红柿鸡蛋面的味道才会好。这个比例也可能是营养元素之比，还可能是其他比例。

第三类指标，过程类指标。做好一碗面，要分几道程序？先干什么后干什么？鸡蛋煎几分熟？面煮几分钟？用什么刀法切西红柿？这些，都有不同的标准参考值。

第四类指标，结果类指标。面的味道如何？好吃吗？可以打几分？食客吃得比往日多吗？做面是给人吃的，要从食客的感知角度来评价。

由此可以看出，管理活动不仅仅是工作的一部分，还和我们的日常生活息息相关。管理的思维、理念、做法，很多都是从工作实践或者生活常识中领悟、提炼而来的。从这个角度上说，管理理论过于复杂、晦涩不利于推广，不利于组织协同，不利于取得成效；另外，把复杂的事说简单、讲通俗，用生活案例来科普管理常识，也是提高大家管理素养的有效渠道，也是管理者的职责所在。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

（本版图片为资料图片）

结核病防治论坛之七十五

肺结核患者的管理服务

河南省疾病预防控制中心 李栋梁

肺结核是一种较为严重的传染病，对于广大人民群众的身体健康造成了严重的危害。

很多肺结核患者由于没有接受及时、正规、有效的健康教育，导致肺结核久治不愈，甚至传染给他人，造成严重影响。调查结果显示，接受过健康教育的肺结核患者，其化疗规律率显著高于未接受健康教育的患者。

那么，对于肺结核患者，我们应该做好哪些管理服务呢？

一、明确服务对象。

辖区内确诊的常住肺结核患者。

二、明确服务内容。

1.筛查及推介转诊。对辖区内就诊的居民或患者，如发现有慢性咳嗽、咯痰超过两周，咯血、咯血痰，或发热、盗汗、胸痛，或不明原因消瘦等肺结核可疑症状者，在鉴别诊断的基础上，应填写双向转诊单，推荐其到结核病定点医疗机构进行结核病检查；1周内进行电话随访，了解其是否前去就诊，督促其及时就医。

2.第一次入户随访。确定督导人员，优先选择医务人员，也可为患者家属。

督导人员应对患者居住环境进行评估，告知患者及家属做好防护工作，防止传染；对患者及家属进行结核病防治知识宣传教育；告诉患者出现病情加重、严重不良反应、并发症等异常情况时，要及时就诊。

若72小时内两次访视均未见到患者，督导人员则要将访视结果向上级专业机构报告。

三、督导服药、随访管理和分类干预。

1.督导服药。肺结核患者应在医务人员或家庭成员面视下服药。

2.随访评估。督导人员应评估患者是否存在危急情况，如有则要让患者紧急转诊，并于两周内主动随访转诊情况；对不需要紧急转诊的，应了解患者服药情况，询问上次随访至此次随访期间的症状，以及其他疾病状况、用药史和生活方式。

3.分类干预。对于能够按时服药、无不良反应的患者，督导人员应继续督导其服药，并预约下一次随访时间。若患者未按医嘱服药，应查明原因，若是不良反应引起的，则应转诊；若是其他原因导致的，则对患者强化健康教育。若患者漏服药时间超过1周以上，要及时向上级专业机构进行报告。对出现药物不良反应、并发症等的患者，要立即转诊，并在两周内随访。提醒并督促患者按时到定点医疗机构进行复诊。

四、结案评估。

当患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估。评估内容包括：记录患者停止治疗的时间及原因；对其全程服药管理情况进行评估；收集和上报患者的“肺结核患者治疗纪录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”；将患者转至结核病定点医疗机构并进行治疗转归评估，2周内进行电话随访，了解患者是否前去就诊及确诊结果。

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享健康中国

本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

遗失声明

中牟县雁鸣湖镇中心卫生院李刚强的医师资格证书（编码：199941110410103197102142417）、医师执业证书（编码：110410100000236）和专业技术人员任职资格证书不慎丢失，声明原件及复印件作废。

中牟县雁鸣湖镇中心卫生院朱永祥的医师资格证书（编码：201441110410122197304426958）、医师执业证书（编码：110410122000499）不慎丢失，声明原件及复印件作废。

征 稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《放眼海外》等，内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。

稿件要求：论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺，具有一定的科学性和实践指导性，热忱欢迎您投稿！

投稿邮箱：343200130@qq.com