

“医社联动”：北京市西城区家庭医生与 医务社工协作模式探索

沈叙言

中国劳动关系学院社会工作学院，北京

收稿日期：2025年7月2日；录用日期：2025年7月29日；发布日期：2025年8月22日

摘要

在人口老龄化与居民健康需求多元化背景下，北京市西城区家庭医生服务存在人力短缺、服务同质化、居民参与度低等问题。医务社工凭借专业优势，为改善服务提供新路径。本研究基于“问题识别-协作探索-机制构建”逻辑，通过分析家庭医生团队现状及协作痛点，提出“职责专业化分工-沟通平台化建设-协作制度化保障”的三维策略框架，包括制定职责清单、搭建信息化沟通渠道、建立联合培训机制等措施。这些策略推动“医社联动”从临时合作转向系统协作，显著提升慢性病管理等服务质量，为完善基层卫生服务体系及“健康中国”战略实施提供实践范例。

关键词

家庭医生，医务社工，医社联动，协作模式，基层卫生服务

“Medical-Social Collaboration”: Exploring a Collaborative Model between Family Doctors and Medical Social Workers in Xicheng District, Beijing

Xuyan Xian

School of Social Work, China University of Labor Relations, Beijing

Received: Jul. 2nd, 2025; accepted: Jul. 29th, 2025; published: Aug. 22nd, 2025

Abstract

Against the backdrop of an aging population and diversifying health needs among residents, family

doctor services in Xicheng District, Beijing, face challenges such as shortages of personnel, homogenization of services, and low resident participation. Medical social workers, leveraging their professional expertise, offer new avenues for improving service quality. This study is based on the logic of “problem identification-collaborative exploration-mechanism construction.” By analyzing the current status of family doctor teams and the pain points of collaboration, it proposes a three-dimensional strategic framework of “specialized division of responsibilities-platform-based communication-institutionalized collaboration,” including measures such as establishing a list of responsibilities, building information-based communication channels, and establishing joint training mechanisms. These strategies drive the transition of “medical-community collaboration” from ad hoc cooperation to systematic collaboration, significantly improving the quality of services such as chronic disease management, and providing a practical model for enhancing the primary healthcare system and implementing the “Healthy China” strategy.

Keywords

Family Doctors, Medical Social Workers, Medical-Social Collaboration, Collaboration Model, Primary Health Care

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着我国人口老龄化加速与居民健康需求多元化，基层医疗卫生服务体系的重要性日益凸显。家庭医生作为居民健康“守门人”，承担疾病预防、健康管理及转诊协调等核心职能，是分级诊疗制度建设的关键环节。2016年《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》等政策要求2030年实现签约服务全覆盖。北京市西城区作为示范区域，面临深度老龄化(户籍人口130万，80岁以上及失能老人持续增长)与医疗资源密集的双重压力[1]。尽管家庭医生通过“契约式服务”协调三甲资源(如24小时内完成专家转诊)[2]，团队面临显著人力短缺，导致职业倦怠率高，严重制约服务能力[3]。在此背景下，医务社工的介入为解决人力短缺和服务同质化问题提供新路径。本研究聚焦西城区协作制度化建设，通过剖析现状痛点，构建系统化协作模式，旨在为“健康中国2030”基层落地提供可操作方案。

2. 家庭医生服务的结构性矛盾

西城区家庭医生团队主要由全科医生、护士、公共卫生人员组成，工作内容涵盖签约服务、慢性病管理、健康教育等，但在实际运行中呈现三大矛盾：

(1) 人力供给与服务需求失衡

全区家庭医生配置率为3.08人/万人(按400名全科医生服务130万常住人口计算)，高于同期全国均值(2.6人/万人)[1]，但显著低于《北京市基层卫生健康服务能力提升三年行动方案》设定的5人/万人目标[4]。全区家庭医生在承担日常门诊接诊工作的同时，还需履行签约居民健康管理与公共卫生报表等综合服务职责，多重任务叠加导致工作负荷严重超标，调查显示38.5%的受访者日均工作时长超过8小时，且职业倦怠检出率达56.0%，其中工作时长>8小时者情绪衰竭风险显著增加($P < 0.05$) [3]。

(2) 服务供给与健康需求错配

调查显示，70%的家庭医生团队因时间受限，健康管理服务多局限于电话随访或基础指标监测，对心理支持、社会资源整合等“全人健康”维度覆盖不足。这一服务深度的缺失直接导致管理漏洞，例如德

胜社区糖尿病患者血糖控制达标率仅为 61.4% [5]，且因心理干预缺位，治疗依从性下降 15%~20% [6]。

(3) 系统协同与碎片化服务冲突

家庭医生与社区居委会的协作主要依赖短期项目(如“1+2+5+X”模式)，缺乏常态化资源整合平台。养老机构内设医务室覆盖率不足 24% [7]，而社区养老服务驿站未能有效衔接家庭医生团队的慢病干预与康复服务，服务断层迫使家属被动承担协调角色[8]。

3. 家庭医生团队服务现状与区域特色

3.1. 核心职能与服务范畴

西城区家庭医生团队以社区卫生服务中心为载体，形成多层次服务体系：

(1) 基础医疗服务

其涵盖常见病诊疗、慢性病规范化管理(如高血压、糖尿病患者随访)、用药指导及康复建议。德胜社区卫生服务中心通过“医-护-助责任制”模式，将团队协作纳入日常诊疗，使慢性病患者的血压及血糖控制率提升 12% [9]。

(2) 健康管理及签约服务

该服务提供涵盖健康评估、预防接种等项目的个性化签约服务包[10]。牛街社区通过“家庭养老照护床位”与菜单式服务包(如失能补贴)整合上门巡诊与生活照护资源[11]。

(3) 转诊协调与资源链接

西城区家庭医生团队履行分级诊疗“守门人”职能，负责转诊前病情评估、24 小时内预约三甲医院专家号及后续康复跟踪；复兴医院通过区域辅助检查检验中心(2023 年整合超 1 万例标本及影像)实现社区与三级医院检查结果互认，依托紧密型医联体保障转诊衔接效率，如德胜社区糖尿病患者当日获取眼底诊断并接受治疗[12]。

(4) 公共卫生与社区干预

西城区常态化开展传染病防控与健康教育活动(如结核病宣教、呼吸疾病讲座)，新街口社区通过“5G+健康管理项目”实现血压数据实时传输与智能分析，显著提升慢病管理效率；居家护理服务依托医联体资源，为失能老人提供伤口处理、康复指导等支持[13]。

3.2. 服务模式创新

(1) 团队建设制度化

通过紧密型医联体建立“专科医生-家庭医生-社区护士”协作机制(如复兴医院专家定期下沉月坛社区坐诊、指导慢病管理)[14]，并依托多家三级医院对口支援协议(如 15 家医院签约 7 家社区)推动优质资源下沉[15]。月坛社区作为医联体基层基地，通过人才培养与分工优化提升了服务效能，但全区全科医生配置率(3.08 人/万人)仍低于国家 2030 年目标(5 人/万人)。

(2) 信息化水平领先

西城区社区卫生服务机构全面启用“智慧家医”系统，实现电子健康档案、诊疗记录及用药提醒等功能互联互通；“健康西城”APP 覆盖全区医疗机构。新街口社区通过 5G+健康管理系统累计管理居民 25,726 人，高血压患者规范管理率达 80% 以上。

(3) 重点人群保障强化

西城区针对深度老龄化现状，推出“家庭养老照护床位”服务与“老年人脑健康体检(痴呆风险筛查)”项目[16]。2024 年累计建立家庭养老床位 2242 张，脑健康筛查覆盖全区 22 万 65 岁以上老年人。

4. “医社联动”协作现状与痛点分析

4.1. 现有协作模式探索

4.1.1. 联合服务模式

广安门社区卫生服务中心在慢性病管理项目中,形成“家庭医生 + 医务社工”分工体系——家庭医生负责疾病诊断、治疗方案制定与调整,医务社工协助开展健康宣教活动策划、患者心理支持、社会资源链接等工作。在糖尿病患者健康管理项目中,医务社工组织病友互助小组,通过分享成功案例增强患者自我管理信心,同时链接社区志愿者为行动不便的患者提供上门送药服务,使患者自我管理能力显著提升[17]。

4.1.2. 双向转介机制

德胜社区卫生服务中心建立家庭医生与医务社工的转介台账,记录转介信息与处理结果。当家庭医生发现患者存在心理问题、家庭关系紧张等非医疗问题时,及时转介给医务社工;医务社工发现患者健康问题加重时,转介给家庭医生进行医疗干预。但该机制运行中,转介效率和协同效果仍有待提升,数据显示仅 38%的转介案例得到闭环处理。

4.2. 协作成效初步显现

4.2.1. 服务满意度提升

广安门医院在社区健康服务中引入医务社工后,通过主动随访、需求评估和资源链接,重点回应慢性病患者的情绪压力、独居老人照护缺口等心理社会需求,与家庭医生团队构建“生理 - 心理 - 社会”协作模式。干预后,签约居民满意度显著提升,基础医疗服务的人文关怀覆盖面明显扩大。

4.2.2. 健康管理效果改善

牛街社区卫生服务中心在精细化护理签约服务中,家庭医生负责诊疗方案调整,医务社工(精细化护理团队)提供健康行为干预、心理支持及自我管理技能培训。在一段时间的干预后,签约患者健康行为评分显著高于未签约组($P < 0.05$),包括规律用药、饮食控制及运动依从性提升。患者对疾病的认知和自主管理信心明显增强,焦虑情绪减少[18]。

4.3. 深层次协作痛点

4.3.1. 职责边界模糊化

因缺乏明确的职责分工制度,家庭医生与医务社工在协同服务中常出现职能边界模糊问题:一方面,双方在患者随访时重复采集基础信息(如生活史、用药记录),造成资源浪费与患者体验下降[19];另一方面,复杂个案管理因责任主体不明,易引发医疗需求与社会支持服务的衔接空白,最终导致服务效能降低与患者满意度受损[20]。

4.3.2. 沟通机制碎片化

该协作缺乏制度化信息互通机制[21],日常沟通高度依赖非正式渠道(如临时会议、口头传达或微信群)。当家庭医生调整患者治疗方案时,关键医疗信息常无法及时同步至医务社工,导致服务衔接断层——尤其在高龄、失能等复杂个案管理中[22],引发用药指导与照护资源适配延误,显著折损干预效能。

4.3.3. 协作意识薄弱化

该点表现为双向认知与能力断层这两个方面。部分家庭医生因对医务社工专业价值的理解偏差,将其角色局限于非医疗性事务(如纠纷调解或资源链接)[23],在临床决策中排斥其参与;同时,医务社工因

医学知识缺乏及对诊疗流程的陌生,难以精准识别患者需求与医疗逻辑[24],导致其在核心医疗协作中被边缘化。这种双向障碍本质是制度性角色模糊与跨学科训练缺失的共生结果。

4.3.4. 制度保障缺失化

西城区家庭医生与医务社工的协作面临双重系统性制度保障缺位。一方面,财政投入未单列跨专业协作经费,导致社工参与健康管理的成本被迫挤占社区常规预算;另一方面,绩效考核体系未将社工的协作贡献(如资源链接效能、心理干预质量)纳入评估框架,形成“多劳无酬”的激励倒挂。这种双重制度缺失持续削弱协作可持续性,亟待通过顶层设计重构保障机制[21]。

5. “医社联动”协作模式的优化策略

5.1. 构建专业化分工体系

5.1.1. 制定标准化职责清单

西城区在推进“1+2+5+X”家庭医生服务模式过程中,已通过《西城区推进家庭医生服务高质量发展试点工作方案》明确多学科团队协作框架。针对家庭医生与医务社工的职责分工,建议结合以下本土实践优化:

(1) 医疗职责精准化

家庭医生团队聚焦核心医疗事务(如慢性病指标监测、用药调整、急重症转诊评估),例如什刹海社区卫生服务中心通过家医团队对签约老年人实施血压动态管理及转诊协调,2022年累计为养老机构危重老人开通“手拉手”急救绿色通道转诊26人次[25]。

(2) 社工职责结构化

医务社工重点承担非医疗支持服务,如德胜社区卫生服务中心由专科护士(含社工职能)开展慢性病患者心理评估及非药物干预,2019年设定明确的干预流程和效果评价指标(如血压值、心理量表评分)[26]。

(3) 慢性病管理的“医疗-社会”互补模式可参照西城区“三握手”机制

家庭医生负责生理指标监控(如慢病一体化门诊中的筛查随访),医务社工通过家访评估社会支持需求并链接资源——典型案例包括为糖尿病患者对接社区健身中心的八段锦课程,以及为失能老人协调残联辅具申请。该分工模式已纳入西城区家庭医生团队绩效考核标准,但需在《西城区社区卫生服务工作绩效考核评价标准实施细则》中进一步明确社工贡献的评估条目。

5.1.2. 建立分级服务机制

西城区在推行“1+2+5+X”家庭医生团队架构(即1名家庭医生、2名护士、5类专科支持及X名社工/志愿者)的基础上,建立以健康风险分层为导向的分级服务机制,强化家医与社工的职能互补:

(1) 常规需求分流机制

健康咨询、基础体检等标准化服务,由护士或医务社工承担首诊评估与快速响应,释放家医核心医疗资源。例如陶然亭街道“幸福久久”项目中,护士通过智能平台筛查老年居民的常规需求(如血糖监测、伤口护理),该项目启动一个月以来,该服务响应超60人次[27]。

(2) 重点人群联合干预机制

针对慢病共患、心理社会支持缺失的高危人群(如独居、失能老人),强制启动家医-社工双轨评估,形成“医疗干预-社会支持”闭环。一方面是家庭医生主导个性化诊疗方案(如动态血糖监测、药物调整);另一方面是医务社工同步链接非医疗资源(如心理咨询、日间照料助餐)。典型案例如什刹海社区通过“手拉手”机制,社工协调残联辅具资源,家医同步评估失能老人居家康复安全性,减少照护空白。

5.2. 打造平台化沟通体系

5.2.1. 搭建信息化协作平台

开发“医社协作智慧平台”，实现家庭医生诊疗记录、患者健康档案、医务社工服务日志等信息的实时共享与动态更新。设置智能提醒功能，当家庭医生调整患者用药方案时，平台自动向负责该患者的医务社工发送通知，便于同步调整健康管理计划。利用平台开展线上病例讨论会，针对复杂个案进行跨专业远程协作，提高决策效率。

5.2.2. 完善常态化沟通制度

建立“日沟通、周例会、月总结”的三级沟通机制：

- (1) 每日通过线上群组进行简短工作交流，及时反馈患者最新情况；
- (2) 每周召开面对面例会，共同讨论重点服务对象进展，协调解决服务中遇到的问题；
- (3) 每月开展联合工作总结会议，分析协作成效与不足，优化服务流程。

5.3. 建立制度化保障体系

5.3.1. 开展联合培训与督导

组织家庭医生与医务社工参加“医社协同服务”专题培训，课程内容涵盖医学基础知识、社会工作理论与方法、跨专业沟通技巧等。定期邀请行业专家进行联合督导，选取实际服务案例，引导双方从不同专业视角分析问题、制定解决方案，增进相互理解与信任。

5.3.2. 实施团队激励机制

将医社协作成效纳入家庭医生团队与医务社工绩效考核体系，设置“最佳协作案例奖”“服务创新奖”等联合奖项。对表现突出的个人与团队给予表彰与奖励，如颁发荣誉证书、提供进修学习机会等。在薪酬分配上，对参与复杂协作项目的人员给予适当绩效倾斜，提升协作参与度。

5.3.3. 强化政策支持与资源保障

推动将医社协作经费纳入区财政专项预算，按照服务人口数量设立人均协作经费标准。同时，优化医保支付方式，将医务社工服务纳入家庭医生签约服务包，通过医保基金购买服务，保障协作的可持续性。

5.4. 构建社会化参与体系

5.4.1. 加强宣传推广

通过社区宣传栏、微信公众号、短视频平台等渠道，制作通俗易懂的宣传内容，普及家庭医生与医务社工的服务内容、协作优势及成功案例。开展“医社开放日”“健康服务体验周”等活动，邀请居民走进社区卫生服务中心，亲身体会医社协作服务流程，提高认知度与信任度。

5.4.2. 争取多方支持

与街道办事处、居委会、社会组织等建立战略合作关系，联合开展社区健康活动。如与居委会共同组织老年人健康运动会，家庭医生负责现场健康监测，医务社工策划趣味健康知识问答环节，扩大医社协作的社会影响力。

6. 研究结论与展望

本研究通过对西城区“医社联动”模式的探索，证实家庭医生与医务社工的系统协作可有效解决基层卫生服务中的人力短缺、服务同质化等问题。研究构建的“职责专业化分工-沟通平台化建设-协作

制度化保障”三维框架,推动协作从临时合作转向系统协作,提升慢性病管理效果和居民满意度。

研究局限性在于样本仅来自西城区,结论的普适性有待验证。未来研究可扩大样本范围,探索不同区域“医社联动”模式的差异化构建路径,并进行长期追踪评估,为“健康中国”战略在基层的深入实施提供更丰富的实践经验。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 2023 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2024.
- [2] 王敏, 赵京, 张向东, 等. 北京市西城区家庭医生式服务的实践与思考[J]. 中国社会医学杂志, 2014, 31(5): 328-330.
- [3] 刘美星, 丁静, 季燕, 等. 北京市西城区家庭医生职业倦怠现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(13): 1656-1664.
- [4] 北京市卫生健康委员会, 北京市发展和改革委员会, 北京市财政局, 等. 北京市基层卫生健康服务能力提升三年行动方案(2023-2025年) [Z]. 北京: 北京市卫生健康委员会, 2023.
- [5] 高凤娟, 王培玉, 等. 德胜社区家庭医生式服务模式的效果研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(13): 1563-1567.
- [6] 王芳, 袁莎莎, 李陈晨, 等. 患者参与在社区慢性病防治中的利用情况与效果研究[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(1): 21-23, 27.
- [7] 北京市西城区人民代表大会常务委员会. 关于进一步在“十四五”中后期完善基层卫生支持政策持续推动医养结合高质量发展的建议办理情况报告[Z]. 北京: 北京市西城区人民代表大会常务委员会, 2025.
- [8] 张建欣, 金雪, 周国鹏, 等. 家庭医生团队对社区老年人居家医疗服务现状看法的质性研究[J]. 中华全科医师杂志, 2023, 22(3): 278-282.
- [9] 何志宏, 王凌云, 韩琤琤, 等. 基于医-护-助责任制的德胜家庭医生签约服务模式[J]. 中国全科医学, 2019, 22(22): 2681-2687.
- [10] 王彤, 张丹丹, 王美荣, 等. 北京市城区签约居民对家庭医生式服务的利用与满意度及其影响因素研究[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(10): 777-781.
- [11] 北京市西城区人民政府牛街街道办事处. 失能老年人护理补贴[EB/OL]. 2024-04-15. <https://banshi.beijing.gov.cn/pubtask/task/1/110102018000/b169cc85-6e66-4580-abe0-48a17dbe173e.html>, 2025-07-15.
- [12] 北京市西城区人民政府. 复兴医院深入推进区域医联体建设及分级诊疗工作高质量医疗发展[EB/OL]. 2024-05-24. <https://www.bjxch.gov.cn/xxgk/xxxq/pnidpv952576.html>, 2025-07-15.
- [13] 新街口社区卫生服务中心. 5G+健康管理服务获评全国优秀项目[EB/OL]. 2025-02-20. <https://www.bjxch.gov.cn/xcdt/xxxq/pnidpv972637.html>, 2025-07-15.
- [14] 张洪波, 王杰萍, 佟秀梅, 等. 分级诊疗背景下三级医院与社区协作慢病管理分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2019, 26(9): 815-817.
- [15] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委员会 2018 年 12 月 22 日新闻发布会散发材料之三: 西城区推进“三纵两横一平台”紧密型医联体建设[EB/OL]. 2018-12-22. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/xwdt/201812/65a179c992344c56afb5cea68488c6f7.shtml>, 2025-07-15.
- [16] 韩蕊, 汤哲, 李耘, 等. 北京市老年人认知功能及影响因素调查研究[J]. 疑难病杂志, 2017, 16(3): 226-229.
- [17] 苏宁, 李惠杰. 社区开展糖尿病患者健康教育的现状及展望[J]. 北京中医药, 2010, 29(8): 646-648.
- [18] 季淑红, 郝佳佳. 基于精细化护理的家庭医生签约服务对社区慢性疾病的干预效果[J]. 中国社区医师, 2022, 38(22): 148-150.
- [19] 王晓旭, 梁艺琼, 张耀光, 等. 量化分析医院信息联通对医疗服务利用的影响[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2022, 19(3): 345-350.
- [20] 辜浩峰, 徐朝松. 构架“签而有约”的家庭医生制度[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(1): 55-57.
- [21] 暴志辉. 加强基层社会工作人才队伍建设提高基层社区治理能力——以北京市社区服务站和乡镇(街道)社工站建设为例[J]. 品牌研究, 2024(1): 205-207.
- [22] 陈玉华, 杨雯雯, 施晓柳, 等. 老年慢性病患者信息性支持现状及影响因素分析[J]. 护理研究, 2021, 35(13): 2390-2395.

-
- [23] 张明吉. 城市社区家庭医生职业角色认知转型的过程机制研究[J]. 医学与社会, 2022, 35(2): 13-19.
- [24] 李小花, 弓少华, 郭红, 等. 北京市社区社会工作者队伍现状及居家养老培训需求的调查分析[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(8): 152-156.
- [25] 新京报. 西城为养老机构老人紧急就医开设绿色通道[EB/OL]. 2023-08-15.
<https://www.bjnews.com.cn/detail/167048582014190.html>, 2025-07-15.
- [26] 马春红, 赵洁, 马鹏涛, 等. 社区护士主导的家庭医护团队在高血压病人中的应用[J]. 护理研究, 2019, 33(17): 3056-3059.
- [27] 北京日报网. “999”一键响应, 陶然亭老人居家享专业医疗护理[EB/OL]. 2025-07-15.
<https://xinwen.bjd.com.cn/content/s6875b85fe4b0bd64e2e0ec3c.html>, 2025-07-15.