

英澳美中四国全科医学发展状况的对比研究

吴童 栾奕 刘英

英国是最早开展全科医学教育的国家,经过多年的发展探索,已拥有了灵活、独立、高效的全科医疗诊所以及严格、高标准的全科社区就诊制度。澳大利亚作为一个独立的国家,但在医疗体系、全科制度方面也紧跟英国的步伐,其全科医生是社区卫生服务的骨干力量,其公共卫生服务的经验也处于世界领先水平。美国是市场医疗保险体系的典型代表,全科医生服务是体系组成的一部分,美国也是全科医生的发源地。我国的全科医疗模式起步较晚,但自2011年至今,短短几年,我国已在基层卫生服务体系和全科医疗制度的建设中取得了较大进展。

1 四国全科医学介绍

1.1 英国

1.1.1 医学背景 第一次工业革命后,英国发展新兴工业化城市,促进了全科和专科领域的分工。在英国,全科医生诊疗水平较低,部分全科医生自行组建俱乐部、受聘于保险公司或与雇主签订协议等方式^[1]来增加自己医疗服务的患者量获得高薪,开通了全科医生与专科医生的转诊通道。20世纪初,英国进入福利制度阶段。1911年,英国颁布《国民保险法》^[2],规定凡有工作的成年男性必须拥有一名自己的全科医生,并与其签订协议。该医生为其提供基础医疗服务并按人头付费方式获取报酬。1946年,英国的《国家卫生服务法》正式确立了国民卫生保健制度,全科医生可自行开设医疗机构,为注册居民提供基础医疗服务。另外患者到医院进行专科就诊需要全科医生转诊^[3]。

1.1.2 医疗模式 1948年,英国建立了英国国民健康服务体系。它的目的是满足每个人的需求,免费提供服务,从而提高医疗服务。英国国民健康服务体系分为两个层次:一是以社区为主的基础医疗服务,包括全科医生、药剂师等;二是以综合医院为主的全科医疗服务,包括急诊、专科门诊等。英国国民健康服务体系分为三级:由全科医生提供首诊即基础医疗服务;由二级综合医院提供检查或专科服务;由三级综合医院提供复杂的专科治疗。急性病患者可直接到医院就诊^[4,5]。在英国,患者根据全科医生的诊断就诊,在全科医生无法诊治病情时方可转诊到上级医院。

1.1.3 发展趋势 为了进一步提高全科医疗服务水平,英国政府提出加强患者参与医疗活动,提高患者和基层全科医生的发言权和决策权,建立全科医师临床服务模式,将全科医师的地位从被动提供医疗服务转变为医疗服务机构,并将全科医师提升至决策者的核心地位,增加了全科医生在卫生服务计划的权利,并加强了全科医生守门人和导航者的作用^[6,7]。全科医生可以决定将患者转到不同性质的医疗机构,并负责决策成本^[8]。

1.2 澳大利亚

1.2.1 医学背景 全科医生在欧洲国家具有悠久的历史。澳大利亚自1788年开始殖民史以来,就出现了“舶来的”全科医生^[9]。但直到最近30年,澳大利亚才将全科医学视为独立领域。澳大利亚专业资格顾问委员会在1978年提出“全科医学是医学的一个特定和明确的学科”^[10]。澳大利亚政府也在1989年首次确认了全科医学的职业地位^[9]。

1.2.2 医疗模式 在澳大利亚的初级卫生保健服务中,全科医生作为最前沿的卫生服务提供者,在社区范围内解决80%以上的医疗问题。患者在选择就医时,首先要到全科医生处就诊,且必须经过

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.06.001

基金项目:河北省住院医师规范化培训实践研究(20150047)

作者单位:063000 河北唐山,华北理工大学管理学院(吴童、栾奕);华北理工大学附属医院科教科(刘英)

全科医生的首诊、转诊后,方可接受相应的专科医疗服务。基本健康服务仍在社区卫生服务机构内进行,其他的专科医生只是对患者的某一部分问题负责,全科医生了解患者需要什么样的服务,以及其他专科医生能够提供什么样的服务^[11]。在澳大利亚如果没有全科医生的转诊信,医疗保险体系便无法支付其他专科医生的医疗服务费用。为了吸引患者,全科医生不仅要守好健康医疗服务的门,为患者提供高质量的服务,还要协调与专科医生之间的转诊^[12]。

1.2.3 发展趋势 近年来,澳大利亚政府积极调整了全科医学模式,成立了区域性全科医师协会分会,规范管理并协调工作,并鼓励全科医生与其他社区医疗卫生服务的交换链接,为全科医生的继续教育提供了有利条件。政府建立了激励机制,提供资金、疫苗等鼓励全科医生延长开放时间并提供预防、检查、康复等多种服务。此外,政府还改进了全科医疗基础设施,并引导医学生进入社区工作。

1.3 美国

1.3.1 医学背景 美国的健康看门人是初级保健医师,被称为家庭医生。美国早期医疗服务属于通科性质,每个医生都要能诊治各种常见病和多发病^[13]。美国在20世纪上半叶,基础医学和临床医学快速发展,兴起了医学专业化的高潮。医学的专业化发展给美国医学领域带来了光明前景,正规的专业化培训促进了医疗服务的提升。但同时也使全科医生的数量迅速减少,造成了基础医疗服务不足的局面^[14]。美国专业化医疗服务占据主导地位,家庭医疗服务逐渐边缘化,但通过家庭医生的努力和坚持,基础医疗服务和家庭医学逐渐受到更多重视,发展前景也更加明确。

1.3.2 医疗模式 在美国近十年的医学发展中,家庭医生单独开设诊所数量逐渐减少,大多家庭医生与药剂师、护士、社工等组成医疗团队,为社区提供医疗卫生服务。专职家庭医生、专科医生及实习医生均可称为家庭医生。从这个角度出发,美国家庭医生与专科医生没有太大区别,再加上家庭医生、专科医生及综合医院三者的紧密联系使医生能够了解患者转诊后的情况并进行随访。

1.3.3 发展趋势 为了鼓励医学生从事初级卫生保健服务,增加全科医生的数量,美国政府推出了“奖学金和助学贷款还款计划”。获得奖学金的医

学生必须在毕业后的2~4年内到医学专业人员短缺的地区从事初级卫生保健服务。初级卫生机构通过雇用更多的医疗助理和护士来弥补全科医生的短缺。

1.4 中国

1.4.1 医学背景 我国全科医生在现代社会发展中是一个渐进式的过程:1989年我国首次引入全科医学的概念^[15];1993年中华医学会全科医学分会成立,标志着全科医学的诞生;2000年国家全科医生任职资格和晋升条例的制定,使全科医学的发展走向正规化^[16];2011年7月通过的《国务院关于建立全科医生制度的意见》标志着我国全科医生制度化的开始^[17]。

1.4.2 医疗模式 目前我国的全科医疗模式主要有两种:一种是基于社区的社区卫生服务模式,按照街道办事处管辖范围设立社区卫生服务中心,然后在附近各个点设置社区卫生服务站,社区居民步行20 min即可到达社区卫生服务站。一般来说,每个社区服务中心可以设置5~6个社区卫生服务站。社区卫生服务站为辖区内的社区居民提供医疗服务,以老年人、妇女、儿童和慢性病人为主要服务对象,具有社会公益性质。二是以综合医院为后盾的全科医学模式,即在综合医院内设立全科医学科。改革开放以来,随着港澳台和外商的涌入,人们的生活质量提高,并提出了具体的医疗需求。部分城市的综合医院开设了外宾病房和特需病房。这些病房不分专业,而是以特定的服务对象为治疗标准,可以说是全科医学科的前身。在综合医院知识化丰富、专家集中的环境中,综合医院逐渐成为培养高级医务人员的基地。

1.4.3 发展趋势 国务院在2010年《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》和2011年的《关于建立全科医生制度的指导意见》中提出,要加强全科相关资源建设,提高全科医疗服务质量,逐步建立统一规范的全科医生培养制度,改革全科医生执业方式,多渠道培养合格的全科医生^[18]。2015年,全科医生的规范化培训已进行了全国推广。政府加大了对规范化培训医生的补贴力度,鼓励医学生接受全科医疗。另一方面,国家通过“定向招生,定点培训,就业协议”等方式,鼓励部分医学院校扩大招收基层医生人数。

2 四国全科医学教育及医疗模式比较

2.1 四国全科医学教育比较见表1

表 1 四国全科医学教育比较

国家	模式	高等教育阶段	毕业后教育阶段	继续教育阶段
英国	终身教育模式	5 年 本 科 医 学 院 校 学习	1 年医院临床实习,并成为注册医生; 2 年的医院轮转实习,再在有带教经验的诊所实习 1 年	参加国内、国际学术会议、各种集中培训和各种学习班等,对于完成继续教育的全科医师给予一定奖励
澳大利亚	终身教育模式	5 年以全科医学、农村卫生、社区医学为主的本科课程,并到社区诊所短期实习	共 3~4 年。第 1 年在综合性医院临床实习,第 2~3 年在社区全科医疗机构接受培训,在农村工作的全科医生还必须增加培训 1 年	每年参加较高层次的学术讨论,学术会议和脱产培训,每 3 年必须通过国家组织质量改进和持续职业发展的考核及评估
美国	终身教育模式	4 年以基础医学教育为主的本科教育;4 年系统的医学院校教育	3 年的住院医师培训(前 2 年在医院培训,但每周要到社区诊所实习);自后 1 年全部在社区诊所实践	评估—通过家庭医生参加的继续教育课程,带教情况、学术会议情况进行评估;考试—每 6 年必须经过 AB-FP 全科医生资格再认证考试
中国	终身教育模式	5 年临床医学(含中医)的本科教育	3 年的全科医生规范化培养,包括理论学习 3 个月、27 个月的专科轮转、基层实践培训 6 个月	广州等地区试点开展“全科医师资格再认证”

2.2 四国全科医疗模式比较见表 2

表 2 四国全科医疗模式比较

国家	就诊全科医生	社区首诊	服务内容
英国	需预约	有	常见病的诊断和治疗,患者的转诊,传染病的预防和监测,慢性病的管理,急救医疗,家庭护理,保健,重点人群的疾病筛查,疫苗接种,健康咨询,健康促进,社区康复等
澳大利亚	需预约	有	类似英国,部分乡村诊所可提供小手术和接生等服务
美国	需预约	有	服务范围不及英国,只有少数全科医生开展紧急医疗、疫苗接种等服务,以及非传染性疾病预防和监测项目,其余服务类似英国。少数全科医生可以提供小型手术和助产服务
中国	无需预约	有	与英国相似

3 启示

3.1 健全全科医学教育体系,加强全科医学师资力量建设 从我国现阶段全科医生的教育体系看,要从正规的全科医生高等教育、毕业后教育及继续教育三方面考虑:①本科阶段在课程设置上做出改善,夯实学生基础理论知识,开展特色教育,理论联系实际;②毕业后教育以基层实际工作需要为指导,理论知识学习、轮转和社区门诊相互交替。重点放在预防保健、社区康复和急救护理。③继续教育阶段以广东为试点,开展“全科医师资格再认证”,也可借鉴我国自学考试模式,统一教学大纲、教材、命题及考试标准,成绩及格后发合格证。我国全科医学体系不健全还有一个重要因素:师资力量短缺和缺少专职师资。全国 128 所医学院校中仅有 68 所建立了全科医学理论课程,其中将其设为必修课的只有 12 所。大多数高校(约 58%)没有设立全科医学系或教学研究室进行理论教学,开展全科医学实践课的只有 20%^[19]。中国只有 26% 的省份

的师资全部接受过全科医学培训,20% 的省份中有一半师资接受过相应的培训^[20]。

3.2 平衡全科医生资源配置,制定全科医生激励政策 由于经济和社会发展水平等诸多因素,中国全科医师资源配置存在差异。根据中国卫生计生委统计年鉴(2014)的统计,2013 年中国全科医生平均人数为 1.07 人/万人,全科医师只有 8%。根据统计年鉴,通过计算基尼系数和绘制洛伦茨曲线来分析全科医生资源的公平性^[21],服务人口分布的基尼系数为 0.31(低于警戒线的标准 0.40),服务区域分布的基尼系数为 0.74,属于高度不公平的风险状态^[22,23]。到 2020 年,城乡全科医生平均 2~3 名/万人;到 2030 年,城乡全科医生平均 5 名/万人^[24]。

3.3 完善全科医生的“看门人”制度,做好基层及分级诊疗工作 在英国,全科医生薪水高,地位高,而中国医疗系统中的全科医生并没有受到重视。目前,我们首先要落实各级医疗体系的定位,形成各医疗机构的连续性,实施全科医生的基层首诊和双

向转诊,进而达到有效的分类诊断和治疗。为了探索建立地区医疗联合体为转诊患者提供便捷高效的绿色通道,全科医生可以参与患者的转诊后的诊断,以确保患者在随访期间的连续性,以建立医院患者的权利,使患者形成先进社区的习惯,以控制三级医院的门诊量。

在全科医疗服务中,西方发达国家已经形成了成熟、严谨的全科医学体系和医疗模式,我国在借鉴成功经验推进我国全科医学发展的同时,也要预防照搬不符合我国国情的培养方式。就现阶段我国全科医学发展来看,若想在基层建立起一支数量充足、素质过硬的高水平医疗服务团队,必须从教育做起,加强全科医生高等教育阶段的培养模式,夯实全科医生的理论基础;完善全科医生在培训基地的培训模式,让全科医生能够在实践中获得更扎实的操作技能。这样才能使居民回归基层社区医疗,健全我国的全科医学模式。

参考文献

- 1 Royal College of General Practitioners.History of the college[EB/OL].[2015-05-22].<http://www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx>
- 2 丁建定.英国健康保障制度建立的历史经验[J].群言,2009,(6):14-16.
- 3 杨顺心,黄菊,代涛.英国全科医生制度发展经验与启示[J].中国社会医学杂志,2016,33(3):261-264.
- 4 National Institute for Clinical Excellence.Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services[J].NICE clinical guideline,2012,1(3):138.
- 5 孟进,陶飞飞.NHS及其改革对我国的启示[J].卫生经济研究,2011(3):24-28.
- 6 陈小嫦,吴传俭.英国卡梅伦政府全科医生委托服务制度的相关改革评析[J].中国全科医学,2014,17(2):123-126.
- 7 Jones L, Exworthy M, Frosini F.Implementing market based reforms in the English NHS: bureaucratic coping strategies and social embeddedness[J].Health Policy,2013,111(1):52-59.
- 8 华颖.英国全民医疗服务(NHS)的组织管理体制探析——兼论对中国的启示[J].中国医疗保险,2014,7(3):67-70.
- 9 杨辉,Shane Thomas,Colette Browning,等.从澳大利亚等西方国家全科医学发展史引发的思考[J].中国全科医学,2007,10(11):863-867.
- 10 Russell CO,Marshall VC.Statement by the national specialist qualification advisory committee[J].Med J Aust,1977,2(17):576-578.
- 11 马丹丹,张秀滨,王莹,等.借鉴澳大利亚全科医生机制完善我国社区卫生服务[J].中国公共卫生管理,2009,25(6):676-677.
- 12 许岩丽,刘志军.国外卫生“守门人”制度功能演变对我国的启示与思考[J].医学与哲学(人文社会医学版),2007,28(5):17-19.
- 13 徐国平,李东华,牛丽娟,等.美国家庭医学对中国全科(家庭)医学发展的展望和建议[J].中国全科医学,2014,17(16):1811-1816.
- 14 徐国平,李东华.美国卫生体系面临的挑战和对我国的启示[J].中国卫生政策研究,2013,7(2):32-37.
- 15 张艳云,刘启贵,李月英,等.从国情出发对我国全科医学发展现状的探析和方向的思考[J].中国医学创新,2012,9(23):159-161.
- 16 陈妍.浅谈我国全科医学和全科医生的现状及发展趋势[J].海军医学杂志,2011,33(6):428-429.
- 17 房鑫,郝艳华,吴群红,等.我国全科医生现状成因分析与对策探讨[J].中华全科医学,2016,14(7):1199-1213.
- 18 Ren W, Liu Y, Qiu Y, et al.Development of general practice education and training in China[J].Chin Med J (Engl),2014,127(17):3181-3184.
- 19 李佳凌,邹礼乐,巫岳龙.对地方医学院校开展全科医学教育的思考[J].科教文汇,2015(23):62-63.
- 20 王宁.分级诊疗体系构建求索[J].中国医院院长,2014(6):39-41.
- 21 胡伟萍,杨敬,徐润龙,等.中国大陆地区全科医生资源配置公平性研究[J].中国全科医疗,2015,18(22):2628-2631.
- 22 贺买宏,王林,贺加,等.我国卫生资源配置公平性趋势研究[J].中国社会医学杂志,2013,30(2):83-85.
- 23 任伟,姚岚,冯友梅.国内外全科医生制度现状及启示[J].中国公共卫生,2012,28(4):509-510.
- 24 中共中央国务院.改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[EB/OL].北京:中国政府网,2018(2018-01-24)[2018-06-09].http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-01/24/content_5260073.htm

(收稿日期 2018-08-27)

(本文编辑 蔡华波)