

“深化医改,分级诊疗”政策下全科医学人才培养的探讨

张洽 王春光 刘永立

我国在深化医药卫生体制改革重点意见中提出:2020年,我国应初步建立居民的基本医疗保健制度。当前我国的医疗现状突出表现为看病贵、看病难。如何解决看病难、看病贵这个民生实际问题引起了全民的广泛关注。解决看病贵的问题必须落实医保制度;解决看病难的问题核心在于建立分级诊疗制度。建立分级诊疗制度,实施社区首诊制度将作为医改的重点内容。

全科医学是一门综合的集临床、预防、康复及健康管理为一体的医疗专业学科,强调以人为本,以家庭为单位,以社区为规模,全面促进个体与群体的健康。全科医生为基层从事全科医学临床、预防及健康管理的医师,以疾病的早期发现、预防及健康保障为特点,将作为居民健康的守门人,在基层诊疗服务中发挥着重要作用。随着我国医疗改革方案的深入及分级诊疗制度的落实,建立健全全科医生培养制度将成为新医疗改革的一个重要标志。更好地培养服务于基层卫生事业的全科医学人才,将有利于完善我国的医疗服务体系,提升基层医疗卫生服务水平,构建和谐稳定的就医环境。

1 全科医学人才培养在当前医疗改革下的价值

国务院在医疗改革的重点工作中提出把健全家庭医生签约制度及管理作为2018年度的工作重点。改革计划中提出,应将全科医生作为改革的出发点,并全面增强全科医学基层人才队伍建设,完善保基层、强基层、建机制的基层卫生服务建设理念。全科医学在居民健康方面发挥着越来越重要的作用,如发展家庭医生签约制度,落实分级诊疗

体系,实现国家诊疗技术及健康管理的合理配置,建立健全稳定的全科医师就业体制,推进以社区及家庭为单位的管理系统化,实现居民健康管理规模化,进一步增强全民的健康理念及提高全民的健康水平。

在上世纪五六十年代,发达国家在其健康计划中已经逐渐形成了以全科医生为主的基层、社区及家庭医疗服务模式^[1]。在美国,全科医生负责大量的居民医疗服务,30%的医生为执业的全科医师^[2]。在美国大中型医院的门诊患者中,仅有5%的患者需要进行专科诊疗,而居民90%的健康问题都由全科医师负责^[3]。然而在我国,据相关数据统计,截止2013年底,全国全科医生人数仅为14.6万人^[4],占职业医生人数的5.2%,每一万人中只有1.07名全科医生。截止2016年,全国全科医生人数增加至20.9万人,但仍难以满足基层医疗服务的需求。

我国全科医学教育起步晚,全科医师制度的建立建设、发展与我国基层医疗卫生事业的实现及医疗体制改革息息相关;全科医学人才的培养是医疗改革中分级诊疗制度的具体落实点与落脚点,是解决我国看病难民生问题的关键。

2 我国医疗改革下全科教育存在的问题

国外全科医学人才的培养为院校教育联合毕业后全科医学专业规范化培训^[5]。我国的全科医学人才培养为院校教育和毕业后继续教育相结合的培养模式。这种模式导致我国全科医学发展相对滞后。同时,社会对全科医学的认知偏差使居民对基层卫生服务能力的全科医生信任度普遍不高^[6];而基层全科医学人才培养又受诊疗经验及学历双重限制,导致了目前基层全科医生需求量日渐增高,供给量严重不足。目前,我国在推行深化医疗改革分级诊疗的基层首诊过程中出现了较大困难:

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.02.001

作者单位:402160 重庆永川,重庆医科大学附属永川医院肿瘤科

通讯作者:刘永立,Email:lyl1635@163.com

基层全科医生的社会接受度低等问题导致了高层次的全科专业医学人才不愿到基层社区就业,低层次的全科医学人才又不能满足目前基层医疗卫生服务的需要。

在分级诊疗制度宣传及推广过程中,国家以社区为中心提出“小病及康复在社区,大病进医院”的口号。这种认识将全科医师就业服务模式定位在小病。从医学教育培养者角度来说,医疗事业的发展不愿意将培养人才的时间和资金投资在诊治“小病”的全科医师上。从医学生就业的角度来说,医学毕业生择业时多数会选择大中城市的二三级医院,尽量避开基层单位,这种就业意识将导致从事基层医疗服务的医务人员越来越少,学历水平普遍不高,社会成就感普遍不强,薪酬保障普遍偏低。

3 深化医疗改革过程中全科医学专业人才培养的探索

全科医学与专科医学一直都是唇齿与共的互联关系。诊治未确诊的疾病,全科需要专科的协助;诊治合并多系统的疾病,专科需要全科的协助。全科医生是居民与专科医疗机构之间的桥梁,承担着居民日常管理及预防保健工作,并能从专业诊疗的角度给予居民医疗及相关健康意见。我国医疗改革的目的在于打破过往以疾病为中心的医疗供需模式,全面落实分级诊疗制度,实现双向转诊,促进医护人员的双向流动。加强全科医生作为健康守门人的作用,提高疾病的预防能力,降低疾病的发生率,减少疾病实际的医疗需求,改变现有医疗卫生供需紧张的现状,将从以下几个方面进一步探讨。

3.1 规范社会对全科医学及全科医学人才培养的认识 全科医学是以家庭、社区为单位,承担着居民的医疗、保健、预防及健康管理一系列工作。全科医学服务对象是家庭或社区。全科医学人才的培养与培养专科临床医师一样,需要大量时间及资金的投入。从国外的培养经验上来看,一般需要7~11年^[7,8]。因此,全科医师既不是从事低级别医疗服务的医师,也不是医疗技术低的群体,而是成长于新时代下的医学复合型人才。我国的医疗教育应尽量规范全科医学的认识,设置全科医学专业及培养全科医学研究生型人才。同时,国家应提高全科医师的准入标准,改变基层居民对全科医师的社会认知,加大分级诊疗改革的宣传力度,进一步提高全科医学和全科医师的社会接受度。

3.2 保障全科医学人才培养与社会需求相适应 我国医学教育对于人才的培养应满足社会的供需平衡。在当代全球的医疗模式中,居民的健康需求已经从疾病的治疗转向疾病的预防。然而,我国医学教育仍存在一定的滞后反应。在我国的高等医学院校中,仅仅只有13所本科院校设置了全科医学或临床医学(全科医学方向)。这样的培养模式远远不能满足广大居民对全科医学人才的需求。在新医疗改革模式下,医学教育应全面推动全科医学人才培养模式化,大力发展全科医学专业及全科医学研究生教育。同时,更好地探寻全科医学人才培养模式。在保障全科教育人才规范化培养模式基础上,尽量缩短全科医学人才整体的培养时间,有效地提高社会需求的全科人才的质量与供给。

3.3 发展全科医学与社区合作的人才培养模式 在新医疗改革下,全科医学人才培养应从基层的具体实际出发,做到人才培养“下得去,留得住,用得上”。然而现实中,全科医师的培养过程长期存在着专业技能与社区需求不相符,医疗能力单一化与社会需求多元化的矛盾。因此,全科医学培养应建立与社区长期合作的培养模式,吸收基层社区有丰富经验的医师作为师资参与全科医学的教育与考核。同时,在各大院校附属医院选拔高素质、高水平的青年教师补充全科师资队伍,并参与社区师资团队的教学活动,与社区实践基地实行持续不断的教学、培训与医疗互动,采用“强全科、强首诊,强签约”的互动发展模式,并逐步发展家庭医生签约服务,打造高水平社区作为实践基地,实现一体化医疗教学互动发展的目标。

3.4 落实全科医学教育体制体系 随着医疗改革的不断深化,分级诊疗制度已逐步普及,社会对全科医师的需求将进一步扩大,全科医学教育是提升全科医师能力的重要保障。合理的全科医学教育体制将更好地促进全科医学人才的培养。因此,如何建立健全全科医学教育体制,形成以全科医生为主体的基层医疗卫生队伍,也应列为当前医疗改革的重要内容。在深化医疗改革过程中,可增加全科专业住院医师规范化培训的招收名额,同时增加财政补助;将高校农村订单定向免费培养的医学本科毕业生积极纳入全科专业住院医师规范化培训对象;加强全国各附属医院及综合医院全科专业基地建设,设置全科医学诊疗专科,并与基础医疗机构联合培养全科医生;加大全科骨干教师的培养力

度,并提高全科师资的教学能力。建立健全全科医学教育制度,能有效提高基层诊疗卫生服务水平,缓解基层群众看病难、看病贵的实际问题。

3.5 注重全科医学人才的培养 全科医学人才的培养是推进当前医疗改革的关键。首先,院校教育注重提高全科医学生的素质道德、人文关怀、专业技能及创新能力的培养,并注重落实订单定向医学生免费培养工作^[9]。其次,加大力度提升全科医师水平,完善全科医学专科的人才梯队建设。最后,加强全科专业课程建设及教学方法的改进,加强基层全科医学生临床技能的培养,并对临床技能进行定期考核,同时增强全科医学生对基层常见病的诊治能力及对急重症的处理能力。同时,全科医师的教学应运用多种教学方式与临床教学相结合,激发全科医学生的学习兴趣,提高全科医学生及全科师资的教学互动。

总之,在新医疗改革模式下,培养全科医师的附属医院教师应该加强社区全科医生的培养,利用附属医院的优势,有效地整合院内外医疗、教学、科研等有利资源,融合全科医学的诊疗思维,增加基层社区医生的知识广度及深度。

在深化医疗改革进程中,作为健康守门人的新时代全科医生不仅是目前医疗改革中分级诊疗制度基层卫生保障的关键,也是家庭签约服务的直接执行者。建立健全全科医学制度有利于分级诊疗制度中首诊制度的实施,有利于通过把初诊患者留在社区,有利于控制大中型综合医院患者的就诊人数,有利于解决患者看病难的民生问题。同时,全科医师制度的完善与发展有利于改善基层社区健康管理,减少不必要的医疗支出,降低居民的医疗

负担,缓解患者看病贵的现实问题^[10]。医疗改革的探索与发展离不开全科医学人才培养的发展。医疗技术的进步与发展不仅是医疗体制的改变,更是新时代全面医疗理念的认识和全民健康观念的改变。

参考文献

- 1 Taylor RB. Family medicine: current issue and future practice[M]. New York: Springer, 1998: 1-5.
- 2 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴2015[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2015: 40.
- 3 顾亚明, 王小合. 医改红利的制度创新和社会治理-日本经验的启示[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2015: 158-166.
- 4 朱静, 孔英. 基于分级诊疗体系的基层医疗服务改革研究[J]. 中国卫生产业, 2018, 24(49): 49-50.
- 5 徐静, 钱东福, 张丹, 等. 社区卫生服务机构适宜接受下转服务的疾病类型研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(13): 3777-3780, 3790.
- 6 XU GP. A Perspective on the development of family medicine in China[J]. Fam Med Community Health, 2014, 2(1): 28-34.
- 7 刘露, 江启成. 国内外全科医学教育比较与反思[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(12): 940-942.
- 8 杜兆辉, 储霄英, 毛秀珍, 等. 国内外全科医学教育现况与展望[J]. 中华全科医学, 2010, 8(7): 909-911.
- 9 蔡瑜, 弥曼, 李亚军, 等. 农村订单定向免费本科医学教育人才培养模式的实践与探讨[J]. 中华全科医学, 2018, 16(10): 1734-1772.
- 10 陆萍, 朱杰, 金敏洁, 等. 家庭医生工作室标准化建设及服务效果研究[J]. 中国全科医学, 2016, 20(31): 3376-3780.

(收稿日期 2018-08-18)

(本文编辑 蔡华波)