

欧洲重建初级卫生保健服务体系的理念与措施

王小万* 崔月颖 李奇峰

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】越来越多的欧洲国家政府开始呼吁重建初级卫生保健服务体系,很多国家已经采取了一系列的改革措施来强化初级卫生保健服务体系。由于在社会经济背景、改革理论依据和价值取向等方面的差异,各国逐步形成了各具特色的初级卫生保健服务模式。这些模式的特点包括集治疗、康复和预防,以及健康促进等工作为一体,基于初级卫生保健服务来改善卫生服务的供给,突出以人为本的卫生保健服务特色,强调卫生服务的协调性与整体性,提供综合、连续、可获得的卫生保健服务等。这也为我国完善初级卫生保健服务体系提供了许多经验。

【关键词】初级卫生保健;健康促进;可及性;供给模式;欧洲

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.03.011

The concepts and measures for European countries to rebuild primary health care service system

WANG Xiao-wan, CUI Yue-ying, LI Qi-feng

Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 More and more countries and governments in Europe began to call on reinvigorating primary health care services system, and many countries have already taken a series of reform measures to strengthen primary health care services system. Based on the differences in socio-economic backgrounds and theoretical basis and values of reform, various countries gradually formed distinctive patterns of primary health care services, such as collecting treatment, rehabilitation, prevention and health promotion as a whole, based on primary health care services to improve the supply of health services, highlighting the people-centred health services, emphasizing the coordination and integration of health services, providing comprehensive, continuous and accessible health care services. This provides a number of experiences from which we can learn for our country to improve primary health care service system.

【Key words】 Primary health care; Health promotion; Accessibility; Supply pattern; Europe

近年来,越来越多的欧洲国家政府开始呼吁重建初级卫生保健服务体系。基于人人享有初级卫生保健服务的理念,1978年的阿拉木图宣言^[1]系统阐述了传统卫生服务模式卫生系统存在的缺陷,这也为完善初级卫生保健服务体系奠定了基础。WHO在2008年年度报告中重申了该宣言的重要意义,并敦促各国通过初级卫生保健服务模式来改善卫生服务的供给,突出以人为本的卫生保健服务特色,强调卫生服务的协调性与整体性,旨在为全体居民提供综合、连续、可获得的卫生保健服务。^[2]

1 倡导以人为本的理念

以人为本的理念,贯穿于卫生服务的每一个方面。体现在卫生服务的可及性上就是指所有人,不管其在哪里,支付能力的大小,都应该有机会获得初级卫生保健服务。同时,卫生服务应该是可获得的,在寻求卫生服务时交通方便,有较短的等待时间,可以接受家庭医疗服务。^[3]另外,以人为本还要求卫生服务的持续性,也就是“定期不间断的追踪随访”。^[4]它与所谓信息连续性和纵向连续性不同,信息连续性是指对每个病人以及每一次走访都保持常规记

* 作者简介:王小万,男(1959年-),博士,教授,主要研究方向为卫生经济与政策、医院管理。E-mail:Wang.xiaowan@imicams.ac.cn

录,纵向连续性是指初级卫生保健是在较长时间内提供某一特定的服务。持续性卫生保健服务的主要特点是强调医患之间人际关系的连续性,即病人出于对服务提供者的尊重与信任所建立起来的长期联系。^[5]在卫生服务体系中,初级卫生保健服务扮演了“守门人”的角色,在医疗急救、公共卫生服务、健康促进和疾病管理中也有突出作用。^[6]同时,初级卫生保健服务还加强了各项服务工作之间的协调和卫生技术人员之间的合作。

以人为本的初级卫生保健服务具有综合性,它集治疗、康复和预防,以及健康促进等工作为一体,即不管是初级卫生保健医师直接提供的卫生保健服务,还是专科医生所安排的医疗服务,其工作地点、医疗设备和器材,专业技术以及服务人员不再单一化,而是综合性的。^[7]通过与传统卫生服务、疾病预防项目的比较,可以从关注领域、服务方式等方面具体体现以人为本的初级卫生保健服务模式的综合性(表1)。^[2]

2 初级卫生保健服务的多元化

过去10年,欧洲很多国家采取了一系列的卫生改革措施来强化初级卫生保健服务。但是,各国社会经济背景不同,改革的理论依据和价值取向也存在差异,所以逐步形成了以下各具特色的初级卫生保健服务模式。

在西欧,人们期待初级卫生保健服务可以缓解日益增长的卫生费用压力,以及满足人口结构和疾病谱变化所带来的卫生服务需求,尤其是缓解人口老龄化、不健康的生活方式、慢性病和多发病的持续性增长所带来的问题。所以,西欧的初级卫生保健

体系改革是卫生服务体系的结构调整,而不是卫生服务体系大幅度的组织变革。

德国卫生部在2006年就提出把在独立诊所工作的医务人员融合到全科医生的队伍当中,与专科医生竞争患者,强化全科医生“守门人”的角色与作用,社会医疗保险基金也为那些自愿加入“守门人”服务制度的居民提供保障协议。居民可以选择全科医师并登记,承诺在选择的全科医生处进行首诊,如果居民签订并遵守了这一保障协议,则每季度可以节省约10欧元的费用。截止到2007年5月,有530万被保险人与全科医师签署了相关协议,其中主要是老年人或慢性病患者。对该项目的评价显示,在全科医生处登记的人中,有90%的调查对象认为在加入该协议后,等待时间并未延长,服务流程依然顺畅。^[8]

与西欧国家不同,东欧国家很久以来实行的是谢马什科模式(Semashko model),该模式主要是基于中央集权的管理体制,由政府预算提供资金,提供全民免费医疗服务^[9],改革重点强调卫生服务系统的综合性,目的是将卫生服务从狭隘的以疾病为导向的专科化体系和以医院为基础的临床医疗服务体系中解脱出来。而初级卫生保健服务体系的特点正是迎合了改革需求,因此成为东欧各国卫生改革方案中的重要组成部分,旨在改变卫生服务的筹资模式,卫生专业技术人员的教育与培训模式,以及初级卫生保健服务的组织与供给模式等。

吉尔吉斯斯坦于1996年开始的卫生改革旨在完善初级卫生保健服务体系,其特点是将初级卫生保健服务的管理和筹资独立于住院医疗服务。主要措施是由护士和助产士组成家庭医疗小组,每个家庭

表1 以人为本的初级卫生保健服务与传统卫生服务、疾病预防项目的区别

	传统卫生服务	疾病预防项目	以人为本的初级卫生保健
关注领域	关注疾病的治疗	关注主要疾病的预防	关注健康需求
与服务对象的联系	受到会诊时间的限制	受到项目实施的限制	长久的联系
服务方式	片段式的治疗服务	项目决定疾病控制干预内容	综合、持续和以人为本的保健服务
服务内容	受会诊时间限制无法给予有效、安全的健康教育	责任限于对目标人群的疾控目的	对社区任何人的健康都负有责任,包括生活习惯,以及处理有害健康的不良因素。
服务对象	使用者是购买保健服务的消费者	受益人群是疾控干预的目标人群	受益者是参与者和其所社区

资料来源:World Health Organization. The world health report 2008: Primary health care-Now more than ever[R]. [2009-05-27]. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.

医疗小组至少充当一个家庭医生,服务于 2 000 以上人口,成为初级卫生保健体系的核心。居民被要求到他们选择的家庭医生那注册,新的家庭医师在卫生服务体系特别是患者接受二级或三级医疗服务之前扮演了“守门人”的角色。从 2002 年开始,吉尔吉斯斯坦将传统的综合性医院整合在一起,经进一步重组后命名为家庭医疗中心。同时合并了初级卫生保健服务和二级非住院病人的卫生保健服务,既提供整体的卫生保健服务,也提供专业的保健服务和诊断服务,其目的是逐步减少家庭医疗中心专科医师数量。该项目的评估显示,卫生保健服务的重心已经从二级卫生保健服务转移到了初级卫生保健服务,非必需医疗服务逐渐减少,初级卫生保健服务规模和覆盖面日益增长。^[10]

3 建立以人为本的卫生服务模式

在欧洲,尽管在卫生系统的改进方面已取得明显进展,但仍面临初级卫生保健医生短缺(特别是在农村地区)、患者等待时间较长等问题。患者还要继续为这些反应性不足、只专注于专科医疗服务、忽视疾病预防和健康促进而造成资源浪费的卫生系统买单。相关研究显示,疾病预防和健康促进大约可以

减少 70% 的全球疾病负担。^[2]在当前全球金融危机情况下,随着卫生费用的不断增长,更多的人将无法获得卫生保健服务或者缺乏医疗保障。

初级卫生保健医师也面临一系列的挑战,如老人所患慢性病日益复杂,并发症逐渐增多,其诊断与治疗需要更多时间,临床技术的不断更新给管理带来的负担日益增加等,解决这些问题不是一蹴而就的事情。^[11]如在吉尔吉斯斯坦的一项研究显示,卫生需求日益增长,但因为服务时间的减少而严重影响了服务的质量;而且,在每天的工作中,家庭医生大概只有 1/3 的时间为病人提供服务,其余 2/3 的时间主要耗费于文件和报告等方面的管理工作上。^[12]

欧洲不同国家居民就诊水平的差异可以通过医师的工作量差异来解释^[7](表 2)。芬兰和瑞典的全科医师比荷兰和英国的同行在每个门诊上花费更多的时间。但是从与全科医师预约到实际就诊(咨询)需等待的时间较长。全科医师的工作量是影响居民就诊和病人满意度的主要因素之一,其常用衡量指标有接诊时间、电话咨询以及家访的平均次数等。不同国家,全科医师的工作量差异较大,德国和匈牙利的全科医师每天的工作时间就超过了 10 小时。

表 2 部分国家初级卫生保健医师的工作量比较

国家	每全科医生的平均 服务人数	治疗的病人数			平均门诊时间 (分钟)	等候时间 ≥ 2 天 (%)
		诊所就诊/日	电话联系/日	家访/周		
克罗地亚	2 010	44	6	6	12	11
芬兰	1 582	19	6	3	18	80
法国	943	16	7	27	20	12
德国	2 110	50	11	34	13	25
匈牙利	1 975	48	7	27	15	0
立陶宛	-	17	3	15	17	0
荷兰	2 310	32	12	21	10	6
斯洛文尼亚	-	42	8	7	13	18
西班牙	1 970	39	4	9	10	23
瑞典	2 870	16	7	2	24	91
英国	1 892	34	6	19	8	31

资料来源:Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe, An international study of variation in the tasks of general practitioners[R]. [2009-05-27]. <http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>.

一些国家,医师的高工作量可能提示初级卫生保健的人力资源短缺。如德国在1990年至2007年间,全科医师的数量至少减少了10%。^[13]芬兰得益于其健全的初级卫生保健服务体系,一直是欧洲初级卫生保健服务的领路人,但在2000年至2005年间却流失了25%的初级卫生保健医师,主要原因是;医师抱怨自身工作受外界干扰较多(如管理工作的冗杂),缺乏同行的支持和鼓励;同时,与专科医师相比,获得研究和继续教育的机会较少。^[14]另外,芬兰全科医师的薪酬水平与荷兰和英国相比较低,加剧了初级卫生保健机构全科医师的流失。^[15]

中东欧和中亚国家初级卫生保健人力资源的基础比西欧国家好,但是,要建立以人为本的初级卫生保健服务体系,他们所面临的挑战基本相同,那就是初级卫生保健人力资源匮乏。如吉尔吉斯斯坦、立陶宛和斯洛文尼亚自1990年以来初级卫生保健医师数目明显增加,但占医务人员的总数仍然较低,仅为12%~20%。^[13]克罗地亚和斯洛文尼亚等国家的很多全科医生已经或即将退休,但新一代准全科医生还无法胜任工作而出现新老更替断代的现象。^[16]

尽管初级卫生保健技术人员缺乏的证据较多,但是,人力资源的协调和一体化程度却很难证明。欧洲各国之间的情况也各不相同。与医院类似,初级卫生保健服务并不是一个封闭、可控的环境,因此,只能通过一些间接指标发现问题。如土耳其已开始对初级卫生保健体系中的家庭医疗服务进行大规模的改革。通过对土耳其两省改革效果评价发现,并不是所有家庭医师都会保存每个病人的医疗访问记录,而这些记录是保证健康管理信息连续性的前提。^[17]因此,政府明确规定,从2005年开始,要保留所有病人的常规就诊纪录,而且自2009年5月以后,所有就诊记录都必须以电子文档的形式交给卫生部。但是,由于大多数家庭医师难以通过常规诊断或健康风险评估来建立电子处方、电子病历或健康档案,因此,必须利用标准化的数据库来规范疾病管理和健康管理的信息系统。在土耳其,虽然初级、二级和三级保健服务角色界定不清,协调性较弱,但是,居民和患者仍然比较认可政府的改革措施,卫生保健服务的可及性增强。在对病人的抽样

调查中,“对家庭医生表示满意”的患者约占95%。^[17]

4 提供以人为本的卫生保健服务

提供以人为本的卫生保健服务是欧洲各国卫生改革面临的一项重要挑战,欧洲各国都为实现这一目标而不断努力着。这需要传统卫生保健服务模式的改变,而不只是强调解决传统卫生服务模式下的等待就诊时间等问题。初级卫生保健医师和团队应该根据居民的健康风险,分析其辖区范围内居民的卫生保健需要和需求,并实施相应的个人或群体健康管理战略。^[11]为实现这一目标,国家的政策战略应该遵循两个原则:一是基于信息化的卫生服务模式改革,二是与疾病和健康管理措施同步实施综合性改革计划。

4.1 改变卫生服务的供给模式

在初级卫生保健人力资源缺乏的情况下,要建立以人为本的初级卫生保健服务体系,解决途径有二:一是逐步改变卫生服务模式和组织结构,二是加强团队合作、引进新的网络信息技术。欧洲一些国家已经采取措施来吸引新的护士和其他医疗技术人员参与初级卫生保健服务(过去往往由全科医师负责)。如护士参与初级卫生保健服务的制度已在荷兰和英国建立,这些经过大学培养的专业人员一般负责常规性的护理工作,并承担一些传统医师的任务,如开处方和简单的治疗。德国最近也建立了社区护理中心,重点为农村慢性病患者提供家庭护理服务。^[18]英国初级卫生保健信托基金雇用项目经理,为长期需要卫生保健或服务需求较复杂的人群协调服务供应,项目经理的任务包括分析居民注册表中的基本情况,评估居民的健康需要与需求;制定相关的卫生保健计划,组织提供相应服务;以及监督服务的质量。此外,英国通过赋予药剂师处方权、审查药物使用权以及提供戒烟服务权,改变药剂师在初级卫生保健服务中所扮演的角色。^[19]西班牙政府于2003年在Castillay León地区,开展了一项改善慢性病患者服务效率的改革计划。政府有关部门已经意识到,将初级卫生保健的任务从全科医师部分转移给护士和其他卫生技术人员或社会保健工作者,意

味着全科医师的服务模式会发生重大转变。因此,全科医师将接受系统培训,胜任团队领导工作,投入更多的时间和精力协调、指导疾病与健康管理和保健工作,同时,也有更多的时间重点关注为数不多但病情较重的患者。^[20]

4.2 开展慢性病管理和综合性服务

随着初级卫生保健技术人员的结构变化和络信息技术的发展,传统的初级卫生保健服务模式已经发生了明显的变化。在初级卫生保健服务中出现了多学科和多部门之间的纵向、横向合作,初级卫生保健团队开始发挥协调中心的作用。

同时,初级卫生保健服务模式的转变也与疾病谱的改变有关。随着慢性病发病率的不断增加,基于团队服务来建立慢性病(如糖尿病,心血管疾病和癌症)管理新模式,又进一步促使初级卫生保健机构成为一个协调服务的中心。丹麦、法国、爱尔兰、德国、意大利和英国等国家都已建立了这样的协调性机构。^[21]如德国于 2002 年就为 I 型和 II 型糖尿病患者、哮喘和慢性阻塞性肺疾病患者、缺血性心脏病患者以及乳腺癌患者推出了具体的疾病管理计划,到 2008 年,已经有超过 470 万的患者加入到这些项目或计划中,这些项目计划基本都是由受过专业培训的全科医师团队来完成的。^[22]Zwisler, Schou 和 Sorensen 博士于 2000 年开展了一项对丹麦缺血性心脏病患者的临床试验研究,病人自主选择接受综合的康复护理计划。团队由多学科、专业化的卫生技术人员组成,其核心包括心脏病专家,护士,理疗师,营养师和秘书,以及包括社会工作者和精神病专家在内的外围队伍。2003 年对此试验项目初步评价后认为,后续阶段应为外围队伍增加心理学家和牧师。^[23]该研究的初步结果已经显示出较好的发展趋势。欧洲其他国家也已经开始探索更为全面的综合性服务模式或提供更为先进的络技术来完善初级卫生保健服务体系,更加注重慢性病和健康管理。这对初级卫生保健服务的理解和发展产生了重要影响。如在上世纪 90 年代初,荷兰就提出“跨段整合保健”模式,其目的是改善慢性病患者卫生保健服务的质量,通过医院急诊服务与初级卫生保健服务的有机衔接,同时考虑到社会关怀,为那些不能完全独立生活

的患者改善保健服务的质量。^[24]

5 小结

要实现以人为本的初级卫生保健服务,需要重点关注几个问题:首先,初级卫生保健服务要投资于卫生人力资源,包括医疗技术人员的教育与培训。改变医务人员传统角色,如增加护士的工作量,重新审视薪酬机制,甚至设计以团队为基础的薪酬机制代替原有机制;其次,建立多学科的合作团队和管理络,包括政府和社会各部门职能的转变,以及制定相关的发展战略等;最后,对改革方案进行可行性研究,如对新的服务模式实践进行合理评价。一些实证研究也表明,护士的有效参与能够改善长期护理的效果,基于慢性病的管理和综合性的服务计划有助于患者康复以及生活质量的改善等,患者的受益程度明显提升;但是,还是缺乏相关实证研究来评价项目的成本效益和居民的满意度等。^[24]一些正处在初级卫生保健服务模式转型中的国家,需要在完善初级卫生保健服务的过程中,逐步建立起以人为本的初级卫生保健服务的监督与评价体系,以保证初级卫生保健服务模式在实践中能够取得明显的绩效。否则,难以判断初级卫生保健服务模式是否已经发生转变。WHO 欧洲委员会开发了一种评价工具,以支持成员国监督与评价其初级卫生保健服务模式与组织结构的转型程度。^[17]

欧洲的卫生改革实践表明,重建以人为本的初级卫生保健服务体系,需要更详细的研究,而从需方的角度出发,对低收入和中等收入国家如何整合初级卫生保健服务进行系统综述研究只能找到一个有效的研究方式与发展模式。^[2,25]因此,仍需进一步研究与探讨。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6-12, 1978 [R]. Geneva: World Health Organization Press, 1978.
- [2] World Health Organization. The world health report 2008: Primary health care-Now more than ever [R]. Geneva: World Health Organization Press, 2008.

- [3] Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper[EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>.
- [4] Starfield B H, Simborg D W, Horn S D, et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility[J]. *Medical Care*, 1976, 14(7): 625-636.
- [5] Saultz J W. Defining and measuring interpersonal continuity of care[J]. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(3): 134-143.
- [6] Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care[EB/OL]. [2009-05-27]. http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf.
- [7] Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe, An international study of variation in the tasks of general practitioners[J]. *The European Journal of General Practice*, 2003, 9(4): 167-168.
- [8] Akaki Z, George G, Stuart C. An overview of health in the transition countries [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.ihf-fih.org/pdf/29-32.pdf>.
- [9] Boecken J, Atun R. Evaluating reforms undertaken in PHC services in the framework of the Manas Program (1996—2005) [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://eng.chsd.med.kg/>.
- [10] Atun R. Evaluating reforms undertaken in PHC services in the framework of the Manas Program (1996—2005) [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://eng.chsd.med.kg/>.
- [11] Lee T H. The need for reinvention[J]. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359(20): 2085-2086.
- [12] Ibraimova C, Isaeva T, Smith B. Report of a time utilization study of family group practice physicians in Kyrgyzstan [EB/OL]. [2009-05-27]. http://www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/car/kgpage.html.
- [13] World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for All database [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.euro.who.int/HFADB>.
- [14] Leppo K. The rise, stagnation and revitalization of PHC in Finland, 1970—2010[C]. *International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care*, Almaty, Kazakhstan, 2008.
- [15] Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>.
- [16] Boerma WGW, Kringos D S, Verschuuren M, et al. Primary care quality management in Slovenia [EB/OL]. [2009-05-27]. http://www.euro.who.int/Slovenia/Publications/20080307_1.
- [17] Kringos D S, Boerma WGW, Spaan EJAM, et al. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey [EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.euro.who.int/document/e92219.pdf>.
- [18] Busse R, Schlette S. Focus on prevention, health and aging, new health profession[EB/OL]. [2009-05-27]. http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html.
- [19] Dubois C A, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care[M]. //Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
- [20] Casado D. Integrating health and social care[EB/OL]. [2009-07-03]. http://www.hpm.org/en/Surveys/CRES_Barcelona_-_Spain/02/Integrating_health_and_social_care.html.
- [21] Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? [R]. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- [22] Van Lente E J, Willenborg P, Egger B. Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland-eine Zwischenbilanz [J]. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008, 62(3): 10-18.
- [23] Zwisler A D O, Schou L, Sorensen L V. Cardiac rehabilitation: rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital [EB/OL]. [2009-05-27]. http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk.
- [24] Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review [M]. //Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
- [25] Briggs C J, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery[EB/OL]. [2009-05-27]. <http://www.Cochrane.Org/reviews/en/ab003318.html>.

[收稿日期:2010-01-14 修回日期:2010-02-15]

(编辑 田晓晓)