

提升基层照护 促进全面健康

石磊玉^{1,2*}

1. 约翰霍普金斯大学公共卫生学院 美国马里兰州巴尔的摩市 21205—2103

2. 北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.11.005

Advancing primary care to achieve holistic health

SHI Lei-yu^{1,2}

1. Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD21205—2103, USA

2. China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

现在全世界许多国家都在讨论医改,这是因为各个国家医疗服务的满意度都存在一些问题。各国的医改进展程度不一,发达国家医改的主要目的是促进公平、提高患者满意度和服务效率;对于发展中国家中的新兴经济体而言,重点是怎么使一些新的中产阶层得到比较高质量的医疗服务;而低收入国家的重点是提高医疗保障的覆盖面。中国既是新兴经济体,又是低收入国家,现在的医改处于后两者之间。中国地域广阔,地区差异很大,经济发展水平参差不齐,因此中国的医改不能采取“一刀切”的模式,不同区域要采取不同模式。对于政府主导与市场机制的关系,应该是有的地方政府主导,有的地方主要发挥市场作用,采取多元化筹资模式。

国际上主要发达国家的卫生系统模式,也可以从政府与市场作用强度的角度进行划分:英国和瑞士基本是政府完全主导的,卫生机构主要是政府直接举办和经营;美国卫生系统的市场化作用最强;日本和德国介于上述两种模式之间。虽然不同国家的卫生系统模式不同,但是政府都不同程度地发挥着重要作用,例如美国政府从 1965 年以后越来越介入卫生系统中,主要是为贫困和弱势群体提供医疗保障。

卫生改革的根本在于促进卫生系统的公平性,其目标主要有五个方面:一是提高基本医疗卫生服

务的可及性(broad access);二是提高医疗保障的覆盖面和水平(high coverage);三是可负担的费用(affordable cost)。这不仅针对患者,而且也针对政府和保险公司,因为政府医疗支出过高会影响整个国民经济运行,如果政府倒闭或者垮台,医疗政策就没有可持续性;个人医疗负担如果太重,满意度就会很低;四是改善健康产出(improve outcome);五是减少卫生发展的不平衡(low disparities),这是国际上最近十多年医改的重点。当然,卫生发展的不平衡性不能完全根除,但是要减少差别。我们前期的研究表明,基层照护(primary care)也许是达到上述五个目的的最有效方法。

中国是全世界人口最多的国家,是世界第二大经济体,但人均 GDP 较低,世界排名第 93 位。同时,中国地区经济发展不平衡,贫困差距较大,基尼系数从 1981 年的不到 0.3 增长到 2007 年的 0.48,而 2007 年美国的基尼系数是 0.43。在这样的宏观环境下进行医改,肯定不能用一种方法。本文主要介绍如何做好基层照护的卫生服务,以促进全面健康。

1 基层照护的概念

1.1 基层照护的定义

1978 年世界卫生组织在阿拉木图的基层卫生会议上,对基层照护(primary care, PC)下了定义。基层

* 作者简介:石磊玉,男,教授,美国约翰霍普金斯大学基层照护政策研究中心主任,北京大学中国卫生发展研究中心兼职教授,主要研究方向为基层照护政策和健康公平性等。E-mail: lshi@jhsph.edu

照护,首先是人人可以享有的(universally accessible);二是可支付的(affordable);三是患者第一个接触的(first level of contact),这要求病人患病后首先需要通过基层照护来处理。世界卫生组织的定义没有提出谁来提供基层照护。1988年美国医学研究所(Institute of Medicine, IOM)也对基层照护进行了界定,主体内容与世界卫生组织一样,提出基层照护是整合性的、容易得到的医疗服务(integrated, accessible health care services),但是它与世界卫生组织定义的显著不同是要求基层照护一定要由临床医生(clinicians)提供。世界卫生组织关于基层照护的定义更为准确,因为基层照护面临慢性病、老年病等,不仅需要临床医师,更需要护士、社会工作者来参与。

1.2 基层照护的特点

基层照护有四个特点:一是患者首先接触到的(first contact),强调可及性和守门员的功能。在美国,患者首先要经过基层照护,都能转诊到专科治疗。二是长期性(longitudinality),强调可持续。三是综合性(comprehensiveness),强调基层照护的范围,要求80%的医疗服务能在基层照护中解决。四是协调性(coordination),强调一体化整合的服务。因为基层照护主要发挥守门员作用,病人如果需要转诊或需要其他医疗服务,可以通过基层照护来协调解决。因此,基层照护的范围非常广,除了做好基本医疗服务以外,还提供公共卫生、慢性病照护、家庭照护、精神卫生等服务。

1.3 病人基层照护(primary care)与人群基层照护(primary health care)的区别

大家经常将 primary health care 与 primary care 混淆,基层照护为 primary care,与 primary health care 不同。Primary health care 是针对整个人群的基层照护,primary care 主要是指病人个体的基层照护。也就是说,primary health care 主要涉及人群的政策和策略,主要针对健康影响因素进行干预,更多的是涉及公共卫生服务。

1.4 基层照护的测量

美国约翰霍普斯金大学基层照护政策研究中心制定了一系列测量基层照护的工具,有针对成人的,也有针对儿童的;有针对机构的,也有针对医生的;

有针对国家制度的,也有针对服务体系的;有网络版的工具,也有电话版的。下面用病人版的问卷举例来测量基层照护。如我们要测量基层照护的便利性,所设计的问题都不是满意度的调查,因为满意度的调查有时候会因为人的期望值不同而产生不同结果。问卷设计的都是可以客观测量的问题,比如说“你在周末能够很方便的得到照护吗?”(Can you be seen by a practitioner from your usual source of care during the weekend?)关于测量工具,读者可以访问美国约翰霍普斯金大学基层照护政策研究中心的网站获取。

2 美国的基层照护

2.1 基层照护的分布情况

美国的卫生服务分为基层照护和专科服务,在卫生人力资源构成中,美国专科医生占主导地位,2004年,基层照护人员占医护人员总数的37.4%,其中全科和家庭医师(general practice/family medicine)占11.5%,内科(internal medicine)14.1%,妇产科4.8%,儿科7.0%。2000年,在OECD国家中,新西兰全科医师所占比例最高,为69.2%;美国排在中间,占36.8%;最低为荷兰,只占14.3%。^[1]

从基层照护的地点构成来看,医师办公室(physician offices)、医院门诊部(hospital outpatient departments)和急诊(emergency departments)分别占82.4%、7.7%和9.9%。这表明美国的基层照护基本上是在社区进行的,因为有机制的引导和保障。机制建立的前提就是医生要有足够的待遇,而这个待遇不能在药品上体现,而是通过劳务报酬的合理性体现。这个合理性体现在医生收入至少要在整个社区达到中上水平,而美国医生平均收入要比社区平均水平高3倍左右。

2.2 美国居民对看病难的看法

从美国全国的调查数据看,73.7%的病人认为看病一点都不困难,认为不太困难的占19.0%,比较困难的占5.8%,很困难的占1.4%。

3 基层照护的重要性

3.1 基层照护与卫生费用的关系

1997年,我们将一些发达国家作为研究对象,对

基层照护的重视程度用问卷进行打分,0 分表示基层照护做得最差,2 分表明最好。结果显示,一国对基层照护的重视程度与人均卫生费用成反比,即强调基层照护可以节约医疗费用(图 1)。

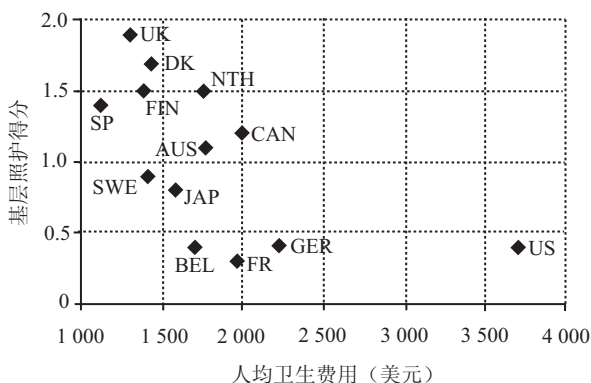


图 1 基层照护得分与人均卫生费用的关系图

3.2 基层照护对健康产出的影响

3.2.1 国际比较研究结果

为了评价基层照护与健康产出的影响,将一些发达国家分成两组:一组是强调基层照护的国家(high PC countries),另一组是不重视基层照护的国家(low PC countries);用 PYLL(potential years of life lost),即“可能的寿命损失年数”作为健康产出的指标。可以发现,1970—2000 年,所有国家的健康产出都有所改善,但是强调基层照护国家的 PYLL 值较低(图 2)。^[2]因此,重视基层照护,对改善人群的健康产出具有重要作用。

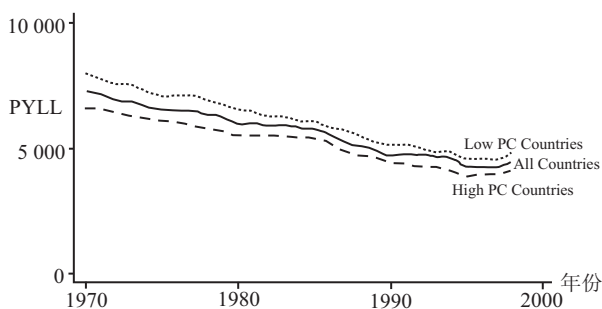


图 2 1970—2000 年强调基层照护与不重视基层照护国家的健康产出比较

3.2.2 美国研究结果

为了研究基层照护与健康产出之间的关系,我们于 1999 年用美国 50 个州的数据开展了一项研究,

其中利用每万人口基层照护医师数量作为评价基层照护重视程度的指标,利用平均期望寿命作为健康产出的评价指标。结果表明,每万人口基层照护医师数量与平均期望寿命基本成正向关系,即重视基层照护,有利于提高健康产出水平(图 3)。^[3]

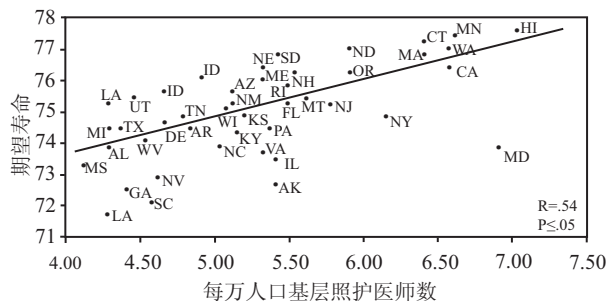


图 3 美国 50 个州基层照护医师数量与期望寿命的关系

为了排除其他混杂因素影响,进一步验证基层照护对健康产出的影响,我们对基层照护医师人口比、收入不平等、吸烟与健康产出指标进行了复相关回归。结果同样表明,重视基层照护,对改善健康的各项指标都有重要作用(表 1)。^[4]

表 1 基层照护医师人口比、收入不平等、吸烟与健康产出指标的复相关回归结果

	粗死亡率	中风	新生儿死亡率	婴儿死亡率	期望寿命
基层照护	- *	- *	-	- **	+ **
收入不平等	+ **	+	+ *	+	- **
吸烟	+ **	+	+ *	-	- **
R ²	0.65	0.19	0.28	0.21	0.54
Adjusted R ²	0.63	0.14	0.23	0.15	0.51

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

综上所述,本研究表明重视基层照护,对于人群和个体的健康水平都有明显的积极影响,并且基层照护可以缩小不同收入阶层、种族和民族之间的健康差距。另外,以专科医师为主导的国家医疗体系成本较高,在人群和个体层面的健康绩效低下。

4 提升基层照护以促进全面健康

随着人口老龄化和疾病模式转变,医疗服务

提供模式也发生了相应的转变,关注点从面向病人的服务转向面向健康的服务,从对急性疾病的治疗转向预防照护,从住院转向门诊,从个体健康转向社区康复,从碎片化的治疗转向系统照护,从单独的机构治疗转向综合性的服务体系,从不连续、重复的服务转向连续性服务。应该相信,在卫生体系建设和国家卫生政策方面注重基层照护,是应对当今人口和健康挑战的解决方案。对于中国及其它国家和地区有如下建议。

4.1 建立均衡的基层照护人才队伍

建立均衡的基层照护人才队伍,需要放弃以专科医师为主导的观念和对高成本医疗技术的盲目追求。基层照护提供者应该获得与专科医师大致相同的收入,并且应该有相应的经济激励和职业发展机会吸引最优秀的人才到基层照护领域和最有需要的偏远和农村地区服务。

4.2 从根本上改变扭曲的筹资与支付方式

没有任何医疗机构可以依靠药品和医疗技术保证持续发展,支付制度必须反映医师付出的时间和劳动价值;医疗保险应当激励病人使用预防措施和基层照护,而不仅是大病覆盖;政府应该向低收入阶层、老人、儿童等弱势人群提供医疗保障。

4.3 引入基层照护团队的概念

一个医疗体系仅仅依靠医师提供基层照护将无法持续发展,效果也不好。应该引入基层照护团队的概念,除了医师之外,基层照护团队还包括护士、社会工作者、牙医、精神科医师、社区以外的工作者和志愿者等。这是由于基层照护具有复合属性,不仅限于临床护理,还包括咨询、社会支持和精神卫生、慢性病保健等。这些作用的及时有效发挥,有赖于结构均衡的基层照护团队。

4.4 强调系统和循证研究

决策者追求立竿见影,却经常忽视科学性。产生的结果往往是扭曲的、没有代表性或是只被用来论证已有立场的合理性。这种实践不仅对于尚在研究中的课题有害,对研究领域的发展也无益。决策者应该意识到研究必须有时间保证,并且应该具有独立性,循证研究的重要性应该得到认可。另一方面,研究者必须务实,必须理解自己所从事工作的政治意义。对于中国而言,在不同地区开展设计规范的示范项目,以产生适用于不同地区的改革范式尤为重要。

4.5 借鉴国际经验

中国卫生改革没有必要从零开始,许多国家推行过类似改革,积累了丰富的经验和教训,我们可以加以借鉴并批判运用。中国地域辽阔,没有一个体系适用于所有地区,因此制定国家政策应该因地制宜。

参 考 文 献

- [1] Simoens S, Hurst J. The Supply of Physician Services in OECD Countries[R]. 2006.
- [2] Macinko J, Starfield B, Shi Leiyu. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998[J]. Health Services Research, 2003, 38(3): 831-865.
- [3] Shi Leiyu. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances [J]. International Journal of Health Services, 1994, 24(3): 431-458.
- [4] Shi Leiyu, Starfield B, Kennedy B, et al. Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators[J]. The Journal of Family Practice, 1999, 48(4): 275-284.

[收稿日期:2011-10-20 修回日期:2011-10-23]

(编辑 何平)