

全科医疗核心特征功能、高绩效作用机制及其政策涵义

匡莉^{1*} LiLi² 梅洁¹

1. 中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

2. 凯斯西储大学家庭医学和社区卫生系 美国俄亥俄州克利夫兰 44106

【摘要】全科医疗是基础保健的核心,已经成为各国高价值卫生保健体系的基石。首诊、可及性、连续性、协调性和综合性五大特征构成了以功能为导向的全科医疗定义的要素。本文从全科医疗定义出发,厘清和归纳全科医疗五大特征功能的定义、内涵及其作用,探索五大特征功能对卫生体系高绩效的作用机制。并对我国全科医疗提出建议:将基层医疗卫生服务体系更名为基础保健体系;以五大核心特征功能为重点,发展强化基础保健体系,促进基层医疗卫生服务转型升级;重点从全科医生数量、薪酬制度、医保采购以及全科医生教育培训体系等方面完善全科医生制度;从组织层面建立有助于实施全科医疗特征功能的管理制度与服务流程。

【关键词】全科医疗;首诊;连续性服务;可及性服务;协调性服务;综合性服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.001

Core attributes, high-performance functional mechanism and policy implications of general practice

KUANG Li¹, LiLi², MEI Jie¹

1. School of Public Health, Sun Yat-Sen University, Guangzhou Guangdong 510080, China

2. Department of Family Medicine and Community Health, Case Western Reserve University, Cleveland Ohio 44106, USA

【Abstract】 General practice is the core of primary care, and it has become the fundamental part of some high-valued health care system. The function-orientated definition of primary care comprise of five core attributes, which are first-contact, accessibility, continuity, coordination and comprehensiveness of service. This paper started from the definition of general practice and sought to clarify and summarize the definitions, contents and functions of its five core attributes; meanwhile, the high-performance functional mechanism of health care system was also explored. On this basis, four suggestions are put forward: The basic medical health care system should be renamed primary care system; Five core attributes of primary care should be emphasized when strengthening the primary care system; the primary care system should be improved, and the key points are the number of general practitioners (GPs), payment system, primary care purchasing, educational system of GPs and etc.; The management system and service process should be developed which would benefit the implementation of the core attributes of primary care at an organizational level.

【Key words】 General practice; First-contact; Continuity of service; Accessibility of service; Coordination of service; Comprehensiveness of service

自20世纪80年代末,全科医学概念引入并始终伴随着基层医疗卫生服务体系的发展而成长。从2009年新医改明确将基层医疗卫生服务体系建设作

为医改重点任务、2010年六部委联合印发《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》,到2011年出台《国务院关于建立全科医生制度的指导意见

* 基金项目:广州市医药卫生科技项目(20141A031003);广东省十三五卫生事业发展研究(粤财社[2014]465号)

作者简介:匡莉,女(1963年—),硕士,副教授,主要研究方向为卫生筹资、整合的卫生服务、初级卫生服务。

E-mail: kuangli@mail.sysu.edu.cn

见》，标志着我国全科医疗和基层医疗卫生服务体系迎来了良好的发展机遇，正蓄势待发，进入快速发展的起步阶段。

深化医改几年来，我国全科医疗和基层医疗卫生服务体系发展虽然取得一定成就，但尚未形成破局之势^[1]，未来的可持续发展方向何在，需要尽早从战略上谋划。国际经验所强调的基础保健体系以及全科医疗特征功能理论或许能为重塑卫生服务体系开阔思路。

本文从全科医疗的定义出发，尝试厘清和归纳全科医疗特征功能的定义、内涵、作用；探索全科医疗特征功能对卫生体系高绩效的作用机制；在此基础上，就如何强化基础保健体系的特征功能提出建议。

1 全科医疗的优势和对卫生服务体系的高价值来源于其特征功能

全科医疗 (general practice) 是基础保健的核心^[2-3]，在卫生服务体系中发挥着关键作用。^[4] primary care, 翻译为基层医疗或初级医疗。国外的“基层医疗”是指居民看病首先接触到的医疗机构和医生，可以是基层医疗卫生机构和全科医生，也可以是大医院和专科医生，与国内含义不符。^[5] 在中国的语境下，“初级医疗”往往蕴含着“初级的，低级的”的意思，容易引起公众先入为主的误解。根据 primary care 的内涵，本文认为应该翻译成“基础保健”，意味着全科医疗提供的服务是所有居民都需要的、能够解决大部分健康需求；同时保障患者及时接受更恰当的专科医疗，通过二三级预防巩固专科治疗的长期效果；组织协调各类医疗服务和社会服务，为患者提供连贯的一体化服务。基础保健比基础医疗的内涵更加丰富。基础保健能够解决患者绝大部分个体卫生保健需求，并对服务质量、患者满意度、卫生资源的有效利用和伦理问题全面负责^[6]，最终达到基础保健的三大目标，即促进人群健康状况、改善病人在医疗卫生服务中的体验、控制人均医疗费用。^[7]

各国实践经验和大量研究证实，以全科医疗为核心的基础保健与卫生系统绩效、成本、效果、质量呈正相关，对提高医疗卫生质量和改善病人健康结果有着明确的意义。^[8] 基础保健已经成为高价值卫生服务体系的基石。^[9] 1995 年 WHO 与世界家庭医生组织的一份合作文件指出：“任何国家的医疗保健体制都应转为以基础保健为主”^[10]；世界卫生组织继 1978 年阿拉木图宣言 30 年后，于 2008 年重申，无

论发达国家、发展中国家还是未发展国家，都应继续将基础保健作为国家卫生发展的重点，以应对本国政治、经济、社会、人口等因素给健康带来的多重挑战；^[1, 11] 各个国家对此取得广泛共识，均以强化基础保健体系作为医疗卫生改革的发展重点。^[12]

然而，全科医疗并非仅由全科医生提供服务就能必然地达成对卫生系统高绩效的贡献，还必须具备和实现某些独特的功能；^[13] 这些独特功能为人们带来实际、真实、有效的益处；^[14] 特征功能发挥得越好，基础保健的绩效越高。^[15] 国外基础保健发展经验显示，所有关于全科医疗的发展战略、政策制定与实施、全科医疗的管理与实践均要围绕全科医疗的特征功能展开。^[16]

2 全科医生及其服务特征功能构成了全科医疗的定义

早在 1978 年，WHO 就提出“primary care”的概念^[17]，之后在 1988 年提出“基础保健是一个国家卫生保健体系中，居民、家庭和社区首先接触的第一层，基础保健尽可能紧密地把健康服务提供给生活在其中的居民。”^[18] 美国国家科学院于 1994 年将基础保健定义为“由家庭医生提供的、整合的、可及的医疗卫生服务，家庭医生负责满足绝大多数个人医疗卫生需求，与病人建立持续的伙伴关系，同时在家庭和社区环境下实践。”^[19] 加拿大医学会也在 1994 年明确“基础保健是卫生服务体系的第一个入口，并与体系中的其他部门互动，为病人提供首诊和连续性服务，其服务范围广泛，包括预防保健、健康促进和健康管理，结合家庭和社区健康需要，为病人提供持续性照护的支持。”^[20] 世界家庭医生组织于 2011 年将全科医疗的定义更新为：“人们最先接触医疗保健系统的地方，对居民的可及性是开放和无限制的；提供协调性服务并与其它专业人员合作，有效利用卫生资源；建立以人为中心的、适合个体、家庭和社区的医患关系；增强病人赋权；采用独特的问诊过程，通过有效沟通，与病人建立长期的医患关系；将连续性服务作为病人的一种健康需要，承担起为病人提供连续性服务的责任；同时管理病人所出现的急慢性疾病；在未分化疾病的早期阶段处理病人的病痛；通过恰当有效的干预促进健康；对社区健康承担特定责任；基于患者的身体、心理、社会和文化等因素处理其健康问题。”^[21] 我国在 2004 年才提出全科医疗的定义，即全科医疗主要由全科医学专科医

生(简称全科医生,本文不对家庭医生和全科医生做区分)提供,将全科医学理论应用于病人、家庭和社区照顾、以解决社区常见健康问题为主的一种基础保健^[22],是指针对个人和家庭的全面性医疗保健^[23]。

全面比较上述定义,可以得出以下结论:(1)我国对全科医疗进行定义较晚,主要强调服务提供者,为全科医生以及提供综合性服务内容两个方面,是以服务提供者为导向的定义,没有将患者纳入其中。(2)国外的定义将全科医疗置于基础保健的范畴并始终将患者纳入其中,意指全科医疗是基础保健的组成部分,应该人人公平享有,具有规范性定义的特点。定义强调全科医疗由全科医生提供服务的同时,还强调了全科医生对患者的责任以及由此秉持的服务方式和服务行为,体现了以功能为导向的定义。(3)特征功能构成了全科医疗定义的要素,描述全科医疗做什么以及这一层次的保健如何运行和发挥作用。^[24]特征功能的本质是指全科医疗服务所蕴含的特有的服务方式和行为,决定着全科医疗服务过程,形成了区别于其他临床专科服务之所在。^[25](4)国外几个定义所包含的特征功能高度一致,这些公认的普遍性的特征功能包括:首诊服务、可及性服务、连续性服务、综合性服务、协调性服务五大核心特征功能,以及衍生的三个附加特征功能,即以家庭为单元、以社区为基础、以预防为导向。

综上所述,国际通行的全科医疗定义是以功能为导向的,其强调的特征功能是全科医疗定义的要件,是全科医疗实践需要普遍遵循的基本原则,蕴含着对卫生系统高绩效贡献的独特作用机制。

3 全科医疗五大核心特征功能的定义、内涵和作用

全科医疗特征功能的作用不仅在于建立良好的医患人际关系,还具有实实在在的临床专业功能,起到补充、优化和增强全科医生提供的临床医疗服务的效果。^[26]

3.1 首诊服务

首诊服务又称为第一线服务(first point of services),是指当居民有健康问题时,将基层医疗卫生机构和全科医生作为进入卫生保健系统的入口。人们初期的健康需要主要来自于健康疑问、自限性疾病以及未分化疾病等非特定的模糊的健康问题,这些临床问题涵盖了从健康到疾病动态转变过程中可能出现的一系列问题。满足其健康需要,要求医护

人员掌握广泛的专科疾病知识,熟悉问诊病人的个人、家庭和工作等健康相关因素;通过问诊辨别病人就诊真正原因(reason for encounter, RFE)^[27],并答疑解惑,适当照护病人身体不适(illness,解决自限性疾病),筛查和去除健康危险因素(疾病早期干预),进行长期医学观察(对未分化疾病建立预警),尽可能早地介入疾病诊断(disease)^[28];根据疾病需要,安排并帮助病人方便而及时地进入服务体系中其他级别或种类的医疗服务。全科医生具备全科医学的专业知识和技能,有着良好的地理和文化可及性,能够早发现、有效控制和消除危害健康的危险因素,改善患者的预后,提高其生存质量^[29],是解决绝大多数居民常见健康问题的医学专家。^[30]

首诊服务有着独特的医疗专业作用。首诊服务意味着全科医生与病人有着长期的契约关系,就诊群体固定,日常应对的“疾病种类”相对固定,使全科医生将时间和精力投入到有限病种的疾病诊断治疗。经过全科医生筛检后,专科医生有更多的时间投入专科病人的诊断治疗,专科质量更有保障。研究证实,全科医疗的首诊服务为病人提供了一个进入卫生服务体系的正规初始点,有利于提高医疗安全和病人对卫生服务的满意度。^[31, 32]

3.2 可及性服务

可及性服务是全科医生遇到的最复杂、最苛求的任务。对可及性照顾的评价和管理是全科医学中增长最快的内容。^[33]可及性是指病人获取所需要健康服务的能力。^[34]全科医疗的可及性服务越好,病人获取医疗服务的能力越高。广义的可及性服务内涵丰富,包括地理可及性(居民能够就近寻找到适当的服务机构)、经济可及性(病人能够承担医疗费用的经济负担)、服务内容可及性(在疾病的不同阶段,可以方便地获得医疗服务、预防保健服务和疾病管理等服务)、二三级服务可及性(病人在需要专科服务时,能够得到家庭医生及时准确的转诊,并对转诊过程进行管理)、时间可及性(病人获得全科医疗服务的快捷性)、途径与方式的可及性(全科医疗提供服务的途径和方式便捷和亲民)。

狭义的可及性主要指时间和使用方式的可及性,包括病人候诊时间短、非办公时间可以获得全科医生团队的帮助和照护、提供每天24小时电子或电话服务、通过医疗技术创新等增加患者接触到全科医疗的途径和机会。良好的可及性有助于改善

医疗质量,提高病人满意度。^[35]

3.3 连续性服务

连续性服务是全科医疗区别于专科医疗的一个十分重要而独特的特征,在基础保健概念中居于核心地位。^[36]连续性服务是指在全科医生与病人契约的基础上,全科医生对病人的照顾负有不间断的责任,这个责任将持续整个契约期,这与专科医生仅在诊间和住院期间与病人保持短暂的服务关系有着最本质的区别。广义的连续性服务表现为由同一个全科医生或医疗小组提供的、具有时间连续性、地域连续性、信息连续性和以家庭为基础的、贯穿于疾病各个阶段的一种多专业的连续性的照顾模式。狭义的连续性服务特指全科医生与病人之间长期稳定的医患关系以及由此衍生的相互信任合作关系。^[37]

连续性服务可以理解作为一种机制。^[38]全科医生通过这个机制,了解病人和理解病人,从而建立长期信任合作的医患关系;有助于全科医生尽早识别病人健康问题,主动接触患者及其家庭,在医疗决策中纳入患者的想法、需求和选择;在患者参与决策和自我医疗的过程中,向病人普及医学知识、健康教育和支持,保证所提供服务的个性化与连续性。

连续性服务通过对临床专业方面的正向作用,使全科医疗发挥出低成本、高效益优势。居民大多由于自限性疾病和未分化疾病导致身体出现症状和体征而产生出健康需要。未分化疾病所表现出来的症状和体征隐藏着多种疾病的可能性,若拉网式排查进行早期诊断和鉴别诊断,则不可避免地使用各种昂贵甚至是侵袭性检查手段,医疗成本巨大且可能对身体有风险,而且在疾病未分化阶段,获得明确诊断的概率也很小。因此,全科医生和病人必须在一定程度上容忍疾病的不确定性^[39],但这并不意味着可以忽视疾病的早期诊断和干预。相反,全科医生利用首诊服务的机会,在与病人连续稳固的医患关系中,提供高可及性服务^[40],对病人实施充分、持续、密切的医学观察^[41]。一旦疾病分化到一定程度,出现特异性症状和体征时,全科医生即可尽早捕捉,介入到疾病早期诊断和干预,从而避免专科诊疗^[42],减少再次入院率和急诊率^[43],改善病人的最终结果^[44]。全科医疗的连续性服务功能是全科医生的特权和最强大的武器,它使容忍疾病不确定性和减少疾病风险两个对立矛盾获得了高度统一。^[45]

3.4 协调性服务

协调性服务是全科医学的中心法则,是全科医疗整合服务模式的基本和重要组成部分,是高质量基础保健体系实现经济有效性的主要特征。协调性服务是针对每一病人个体的需求而进行的协作、整合医疗卫生服务的过程。^[46]病人健康所需要的预防、医疗、康复、心理、行为、社会等多种服务,需要多学科协同分担完成。全科医生通过提供协调性服务,有效地组织病人需要的所有照护,包括预防保健、健康监测、健康促进、健康教育以及帮助和追踪病人的专科转诊和专科会诊过程,协调组织病人医疗团队等内容。

协调性服务要求全科医生关注病人健康需求的所有方面,确保病人就特定的健康问题找到最合适的卫生服务提供者,提高病人就诊专科的针对性,减少盲目性,避免重复性检查治疗。协调性服务保证了全科医疗服务体系是一个开放合作的体系,并与二级医疗、三级医疗系统和其他社会服务系统建立有机联系。全科医生通过协调性服务,管理全科与各个专科的接口,使卫生服务需要者能够及时接受二级医疗和三级医疗的各项高技术诊疗手段^[47],并通过协调和组织卫生服务体系中的全科医疗、专科医疗、家庭医疗、社区服务和护理支持等元素,降低服务的碎片化,提高病人各种服务的连贯性。

3.5 综合性服务

病人从疾病发生、发展到治疗和预后,涉及生理、心理和社会文化各个方面,受到个人、家庭与社区等多因素影响。全科医疗要处理的问题中,常见病多于少见病,健康问题多于疾病,整体重于局部。为此,全科医生领导医疗团队,全面负责患者生理和心理的健康需求,采用全方位的服务方式,为每位患者提供融医疗、预防、康复和健康促进于一体的综合性服务,保证患者在全科医疗服务场所能获得绝大部分服务,并致力于保证病人所接受的医疗卫生服务是恰当而优质的。^[48]与其他临床专科服务于特定服务对象、采用特定专业服务内容等特征不同,这些服务范围广、内容多,是病人个体和社区群体最普遍的健康需求,体现了全科医生解决社区中常见健康问题和疾病的能力。^[49]

综合性服务本身具有正向的医疗专业作用主要源于全科医生充分利用病人接受第一线服务和连续性服务的“机会”,提供疾病筛查和二级、三级预防,

提高预防保健的接受率和覆盖率^[50],减少可预防的慢性病并发症入院治疗的病人数^[51],改善病人健康结局。^[52]

4 全科医疗五大核心特征功能对卫生系统高绩效的作用机制

4.1 全科医疗核心特征功能对卫生系统高绩效的作用机制框架

以全科医疗为核心的基础保健之所以能够对医疗卫生服务体系的高绩效做出积极贡献,关键在于基础保健有着与其他专科医疗服务所不同的特征功

能。^[53]全科医疗的五大特征功能不是以一种物理性的简单相加方式分散独立地作用,而是以一种互为基础、相互支撑、彼此强化的方式共同作用,形成基础保健的作用机制。当全科医生将这些功能整合在一起提供,全科医疗的高价值才能充分发挥出来。^[54]全科医疗服务具有地理可及性、费用低廉性不是基础保健的内生优势,而是源于特征功能的外生优势。^[55]结合 WHO 卫生系统绩效框架^[56],本文建构基础保健核心特征功能对卫生体系高绩效的作用机制框架(图 1)。

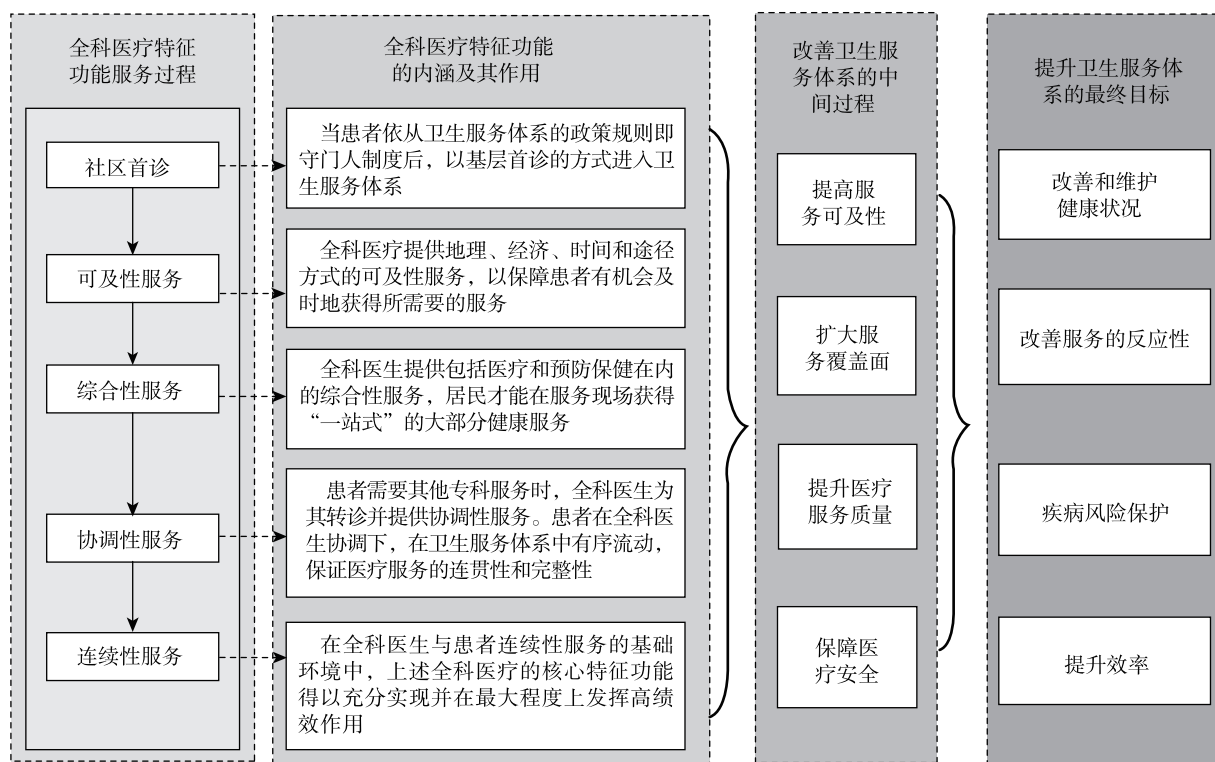


图 1 全科医疗五大核心特征功能对卫生体系高绩效作用机制

4.2 全科医疗五大核心特征功能之间的相互作用机制

首诊服务是实现全科医疗其他特征功能的基础。当居民将全科医生作为自己的首诊站后,全科医生才有积极性提供可及性服务,也才谈得上有机会向病人提供综合性服务、协调性服务和连续性服务。

可及性服务为首诊服务提供保障,并强化了连续性服务。要求居民将全科医生作为自己的健康首诊站,实际上也同时对全科医疗提供良好可及性服务提出了要求。全科医疗服务要“可望而且可及”,病人才能拥有“无障碍”地使用首诊服务的能力和机会。可及性服务好,激励病人更愿意遵从以全科医

生作为自己首诊服务站的规则,促成病人更愿意长期接受全科医生的照护,进而促进更好的连续性服务。对此,基层医疗卫生机构和全科医生采取各种措施,始终努力保证首诊渠道便利通畅。

综合性服务促成和强化首诊服务和连续性服务(包括服务内容广泛,服务地点多样,不拘泥于诊间,可以在诊所、病人家庭、医院、社区等)。全科医生若仅能提供范围狭窄的疾病治疗服务,病人的大部分健康需求无法在全科医疗的服务现场得到满足,必将导致其频繁四处就诊,全科医生的首诊服务和连续性服务受到破坏。因此,全科医生能够在服务现场实施融治疗性服务和预防性服务于一体的综合性

服务,可促成首诊服务,提升连续性服务。

协调性服务促成和强化首诊服务和连续性服务。全科医生非“全能医生”,但他们利用独特的首诊服务和连续性服务的机会优势,在病人所需要的多学科专业服务之间,为病人提供协调性服务。全科医疗的协调性服务为病人提供了独特的价值,增加了病人对各种专科服务的可及性,减少了不匹配的专科服务,进一步促成和强化了首诊服务和连续性服务。

连续性服务是保证其他特征功能有效发挥作用的基质。全科医疗服务的其它所有特征功能只有在连续性服务的基质中,才能更好更有效地发挥作用。全科医生与病人之间相互的“拥有感”是病人社区首诊和转诊的社会学基础。病人称呼全科医生为“我的医生”,全科医生称呼签约病人为“我的病人”,这种相互之间的拥有感是彼此的一种承诺,创造了医患信任合作的语境。居民乐于将全科医生作为自己的健康问诊首要站,双方为容忍医疗不确定性共同承担责任。病人四处就诊,全科医生因与病人缺乏连续性,则没有机会向病人尤其是慢性病人,提供针对个体的融医疗服务和预防服务于一体的综合性服务和协调性服务。

5 启示和建议

特征功能构成了发展基础保健体系和建设全科医生制度的理论基础,也为卫生服务体系规划和建立分级诊疗制度提供了理论基础。全面深刻地理解全科医疗特征功能的内涵、作用及作用机制,具有重要的理论意义。

5.1 研究和确定全科医疗的定义是我国发展全科医疗和基层医疗卫生服务体系的当务之急

系统科学全面的定义是一切行动的逻辑起点。加快研究和明确我国全科医疗的定义具有重要的战略意义,是建立全科医学教育、健全全科医生培训、发展全科医生制度、制定全科医疗和基层医疗卫生服务体系发展战略的基础,是明确全科医疗与其他临床专科医疗分工的理论依据。建立以功能为导向而不是以服务提供者为导向的定义。以功能为导向的定义有助于深刻理解全科医疗的内涵,充分发挥全科医疗高价值作用,形成与其他专科医疗的分工格局,引领全科医疗和基层医疗卫生服务体系可持续发展,切实奠定其在卫生服务体系中的基石与核

心作用。

5.2 基层医疗卫生服务体系应朝着以全科医疗为核心的基础保健体系的方向发展

纵观我国全科医疗和基层医疗卫生体系的发展思路,一直十分强调医疗技术水平,寄希望于通过加强基层医疗功能,促使“服务下沉”。但却忽视了基础保健应该承担的首诊服务、连续性服务、协调性服务、可及性服务以及综合性服务等特征功能的建设。单纯的基层医疗功能由于缺失特征功能而无法形成基础保健的高价值,也无法与专科医疗形成分化和互补^[57],而是处于同质化竞争之中。这是导致基层医疗卫生机构和医院“抢病源”、居民对基层认同度低的重要原因。

建议将基层医疗卫生服务体系更名为基础保健体系,以正本清源。例如,上海在其 2015—2020 年卫生规划中将区域性基本医疗服务体系更名为基础医疗服务网络。^[58]我国医改的“保基本、强基层、建机制”,应围绕全科医疗的特征功能,朝着建立与完善基础保健服务功能的方向努力。在重点加强基层医疗服务能力提升的同时,还要高度关注全科医疗特有的服务方式和服务行为,充分发挥全科医疗首诊、可及性、综合性、协调性、连续性服务特征功能的高价值,加快基层医疗卫生机构从目前单纯的“病人分流”功能,“转型升级”为具有功能全面、内涵丰富、全人照护的基础保健体系。

5.3 持续完善全科医生制度,发挥全科医疗特征功能

围绕基础保健体系担负的特征功能,建立全科医生制度,从多个方面形成一整套系统的政策组合。(1)逐步配置好全科医生数量。数量充足的全科医生是实现全科医疗特征功能的前提条件,根据国际经验,实现全科医疗五大核心特征功能,需要按照每 2 000 左右的居民配置一个全科医生的标准。^[59](2)改革全科医生的薪酬制度。全科医生提供的“一篮子”基础保健,需要宽厚的医学专业教育、长期持续的继续教育以及大量的时间和精力,目前社区全科医生薪酬制度与基层医疗卫生机构公益一类事业单位的管理体制捆绑在一起,完全无法满足全科医疗服务的要求,迫切需要改革。建立符合全科医疗规律的薪酬制度已十分迫切。^[60](3)建立健全全科医生专业教育、继续教育和培训体系。在注重培训全科医生临床医疗能力的同时,建立有别于其他临床专科的特征功能知识技能培训系统。^[61]包括与患者建

立有效关系、评价患者的生物心理学需求、建立以患者为中心的医疗计划、跨专业和学科的团队协调、为社区患者和家庭协调医疗服务的能力、促进医疗的可及性(如团体预约、开放时间安排等)、支持以患者为中心的一体化综合医疗以及循证全科医疗等方面知识和技能。^[62] (4) 建立全科医疗特征功能的医保政策。传统的医保购买服务是基于费用—照顾的个人照顾系统,国际改革的经验证实,医保采购应该向以人群为基础的照顾系统转变。^[63] 目前国内的社会医疗保险基金购买基层医疗卫生机构服务是以每次就诊费用计费为基础的按人头限额付费的方式,其实质是为参保人购买“多次的、零碎的、无关联”的服务,这与全科医疗的特征功能相悖。同时医保付费价格低,视基础保健为低水平、低价格的基层医疗卫生服务,导致全科医生无法为病人提供负有长期责任的连续性服务、8 小时以外的可及性服务以及多学科间的协调性服务等。医保基金要从被动的医疗服务“付费人”向主动的“采购人”转变。(5) 建立全科医疗特征功能的采购机制^[64],为每一个参保人(无论是健康人还是病患者)购买基础保健,支付合理的价格给全科医生,保障全科医生有提供“一篮子”服务的资源支撑,赋予全科医生帮助病人有效地利用照顾系统、避免利用不足和利用过度的责任。(6) 建立公共资金使用规则,要求每一个受益人选择并注册一个全科医生^[65],全科医生为注册的参保人群负责,同时,参保人在承担遵从“社区首诊”规则的义务同时,享有获得全科医生可及性、综合性、协调性和连续性服务的权利。

5.4 加强组织管理,建立支撑全科医疗特征功能的管理制度与服务流程

实现基础保健的特征功能,要求基层医疗卫生机构拥有相应的组织特征,以及促成全科医生服务实施特征功能的人事管理制度。即:(1) 实行全科医生与病人长时间的一对一的契约关系,建立预约系统,赋予病人选择和预约全科医生的权利和能力,促进首诊服务、可及性服务和连续性服务的功能。(2) 建立核心功能的服务流程。例如,建立改善可及性的服务团队,提供连续性服务的团队和服务流程。(3) 建立有利于实现、完善和提高全科医疗服务核心功能的绩效管理体系。

参 考 文 献

[1] 孟庆跃. 全民健康覆盖:从理念到行动[J]. 中国卫生政

策研究, 2014, 7(2): 1-4.

[2] WHO. The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.

[3] 鲍勇. 基层保健囊括全科医疗[N]. 中国社区医师, 2012-02-25.

[4] Gunn J M, Palmer V J, Naccarella L, et al. The promise and pitfalls of generalism in achieving the Alma-Ata vision of health for all[J]. Med J Aust, 2008, 189(2): 110-112.

[5] John W, Saultz M D. (著) 梁万年, 李航(编译). 家庭医学专业的总瞰和历史(二)[J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(2): 88-90.

[6] Chan M. Return to Alma-Ata [J]. Lancet, 2008, 372(9642): 865-866.

[7] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost[J]. Health Aff (Millwood), 2008, 27(3): 759-769.

[8] Starfield B, Shi L Y, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health[J]. Milbank Q, 2005, 83: 457-502.

[9] Lam J, Collins R A. Effective primary health care is essential for a high -quality, equitable, and cost -effective health care system [J]. Hong Kong Med J, 2011, 17(3): 3.

[10] Green S, Leopando Z, Clearihan L. The trend of hospitalization insurance[J]. WONCA Asia Pacific Journal of Family Medicine, 1995, 6: 8-11.

[11] Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. WHO: Geneva, 2008.

[12] Starfield B. Toward international primary care reform[J]. CMAJ, 2009, 180: 1091-1092.

[13] Rosenthal T C. The medical home: Growing evidence to support a new approach to primary care[J]. J Am Board Fam Med, 2008, 21: 427-440.

[14] John W, Saultz M D. (著). 梁万年, 李航(编译). 家庭医学专业的理论框架(二)[J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(4): 256-258.

[15] Kringos D S, Boerma W G, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a Systematic literature review of its core dimensions[J]. BMC health services research, 2010, 10(1): 5.

[16] Stange K C, Nutting P A, Miller W L, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home[J]. J Gen Intern Med, 2010, 25(6): 601-612.

[17] World Health Organization. Alma Ata Declaration [R]. Geneva: World Health Organization, 1978.

[18] World Health Organization. From Alma-Ata to the year

- 2000; Reflections at the midpoint [M]. WHO; Geneva, 1988.
- [19] Institute of Medicine National Academy Press. Defining Primary Care: An Interim Report [R]. Washington D C, 1994.
- [20] Canadian Medical Association. Strengthening the Foundation: The role of the physician in Primary Health Care in Canada [R]. Ottawa; Ontario Canadian Medical Association, 1994.
- [21] Europe W. The European definition of general practice/family medicine [R]. Barcelona: WONCA Europe, 2002.
- [22] 梁万年. 全科医学、全科医疗和全科医生 [J]. 中国学校卫生, 2004, 25(2): 252-256.
- [23] 祝培珠. 全科医疗服务模式认识与发展 [J]. 中国实用内科杂志, 2012, 32(4): 245-246.
- [24] Saltman R B, Rico A, Boerma W. European Observatory on Health Systems and Policies Series - Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care [R]. London: Open University Press, 2006.
- [25] Dionne S Kringos, Wienke G W, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators [J]. BMC Family Practice, 2010, 11: 81,
- [26] Starfield B. Is primary care essential? [J]. Lancet, 1994, 344: 1129.
- [27] Soler J K, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: A superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS) [J]. Fam Pract, 2012 29: 272-382.
- [28] Okkes I M, Polderman G O, Fryer G E, et al. The role of family practice in different health care systems: A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States [J]. J Fam Pract, 2002, 251: 72-73.
- [29] 吕兆丰, 郭爱民. 全科医学概论 [M]. 第 1 版. 北京: 高等教育出版社, 2010.
- [30] Phillips R L, Brundgardt S, Lesko S E, et al. The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition [J]. Ann Fam Med, 2014, 12(3): 250-255.
- [31] Molina-Ortiz E I, Vega A C, Calman N S. Calman. Patient Registries in Primary Care: Essential Element for Quality Improvement [J]. Mount Sinai Journal of Medicine, 2012, 9: 475-480.
- [32] Rosenblatt R A, Hart L G, Baldwin L M, et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden 117 system of primary care? [J]. JAMA, 1998, 279: 1364-1370.
- [33] John W, Saultz M D (著). 梁万年, 李航 (编译). 可及性照顾 (二) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(6): 423-424.
- [34] John W, Saultz M D (著). 梁万年, 李航 (编译). 可及性照顾 (一) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(5): 340-342.
- [35] Starfield B, Shi L Y. The medical home, access to care, and insurance: A review of evidence [J]. Pediatrics, 2004, 113: 1493-1498.
- [36] John W, Saultz M D (著). 梁万年, 李航 (编译). 连续性照顾 (一) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(7): 507-510.
- [37] John W, Saultz M D (著). 梁万年, 李航 (编译). 连续性照顾 (二) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(8): 592-594.
- [38] Starfield B. Continuity and longitudinality [EB/OL]. (2003-08-01) [2015-10-11]. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/1/3/144#82>
- [39] 庞雪芹, 彭凯月, 姚宏伟. 英国全科培训初探 [N]. 中国医学论坛报, 2014-06-24.
- [40] Forrest C B, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access [J]. American Journal of Public Health, 1998, 88: 1330-1336.
- [41] Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, 99 indications, and interpretation [J]. Lancet, 2005, 365: 176-186.
- [42] Woodward C A, Abelson J, Tedford S, et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of 97 key stakeholders [J]. Social Science and Medicine, 2004, 58: 177-192.
- [43] Gill J M, Mainous A G I, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency 98 department use [J]. Archives of Family Medicine, 2000, 9: 333-338.
- [44] Saultz J W, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review [J]. Ann Fam Med, 2005, 3(2): 159-166.
- [45] 张晓杰, 张颖. 为什么英国有如此健全的全科医疗体系: 赴英培训观感 [J]. 中华全科医师杂志, 2013, 12(9): 705-707.
- [46] John W, Saultz MD (著). 梁万年, 李航 (编译). 协调性照顾 (一) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(11): 851-854.
- [47] John W, Saultz MD (著). 梁万年, 李航 (编译). 协调性照顾 (二) [J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(12): 939-942.
- [48] John W, Saultz MD (著). 梁万年, 李航 (编译). 综合性

- 照顾(一)[J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(9): 676-678.
- [49] John W, Saultz MD(著). 梁万年, 李航(编译). 综合性照顾(一)[J]. 中国全科医学杂志, 2002, 5(10): 763-766.
- [50] Bindman A B, Grumbach K, Osmond D, et al. Primary care and receipt of preventive services[J]. Journal of General Internal Medicine, 1996, 11: 269-276.
- [51] Shea S, Misra D, Ehrlich M H, et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-86 city minority population[J]. New England Journal of Medicine, 1992, 327: 776-781.
- [52] Chande V T, Kinane J M. Role of the primary care provider in expediting children 83 with acute appendicitis[J]. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 1996, 150: 703-706.
- [53] Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective[J]. Health Policy, 2002, 60: 201-218.
- [54] Stange K C, Jaén C R, Flocke S A, et al. The value of a family physician [J]. J Fam Pract, 1998, 46(5): 363-368.
- [55] Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology [M]. New York: Oxford University Press, 1998.
- [56] WHO. The world Health Report 2000 Health System: Improving Performance[R]. Geneva, 2000.
- [57] 黄菊, 代涛. 分工视角下的全科与专科医学服务分化研究[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(2): 8-12.
- [58] 上海市人民政府关于印发《上海市区域卫生规划(2011年-2020年)》的通知[EB/OL]. [2015-09-02]. <http://www.wsjsw.gov.cn/ws/j/n2373/n2374/n2378/u1ai132559.html>
- [59] Boerma W G W. 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.
- [60] 代涛, 黄菊, 马晓静. 国际全科医生制度发展历程: 影响因素分析及政策启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(2): 1-7.
- [61] Scholle S H, Asche S E, Morton S, et al. Support and strategies for change among small patient -centered medical home practices [J]. Ann Fam Med, 2013(suppl 1): S6-S13.
- [62] 吴彬, 时景璞, 王爽, 等. 我国循证全科医疗实践的模式特点及问题[J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(5): 616-620.
- [63] Yip W, Hsiao W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery [J]. The Lancet, 2014, 30: 805-818.
- [64] 匡莉, 曾益新, 张露文, 等. 家庭医师整合型服务及其医保支付制度: 台湾地区的经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(7): 26-35.
- [65] 侯建林, 柯杨, 王维民. 我国全科医生制度面临的困难和发展建议[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(12): 8-14.

[收稿日期:2015-11-02 修回日期:2015-11-21]

(编辑 薛云)