

# 全科医疗核心特征功能研究——基础保健的综合性

柯乃绮\* 匡莉

中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

**【摘要】**综合性是基础保健的重要特征功能,与首诊、可及性、连续性和协调性之间相互关联,共同形成基础保健高绩效的作用机制。面临人口老龄化、慢性病流行、医疗费用快速上涨的挑战,综合性服务的重要性日益凸显。明确基础保健综合性的概念内涵,是研究者、政策制定者和实践管理者亟待解决的一个根本性问题,是管理综合性服务的基础。针对我国基础保健综合性服务的概念及其内涵要素尚未清晰的现状,本文将系统梳理目前关于综合性定义与概念内涵的研究,把握综合性内涵、要素及其内涵;在此基础上,遵循可控性、穷尽性和互斥性原则,理清基础保健综合性与其他特征功能的内涵边界,给出全科医疗/基础保健综合性这一特征功能的定义与内涵,为后续建立全科医疗特征功能的可操作性定义奠定基础。

**【关键词】**基础保健;全科医疗;综合性;概念内涵

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.04.008

## Defining and conceptualizing general practice: The comprehensiveness of primary care

KE Nai-qi, KUANG Li

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

**【Abstract】** Comprehensiveness of care is one of the core attributes of primary health care, and it has a great impact on the first diagnosis, accessibility, coordination and continuity to form the primary health care high performance mechanism. Comprehensiveness of care has been playing an increasingly significant role in case when faced with the challenges of the aging of Chinese population, the high prevalence of chronic diseases, and the rapidly rising cost of health care. It is a fundamental problem for researchers, policy makers, and practitioners to clarify the definition of comprehensiveness of primary health care, which is the basis for managing comprehensive services. This article has systematically reviewed the current researches on definitions of comprehensiveness of basic health care, ascertained the key elements of comprehensiveness, and pinpointed the relationship between the dominant and recessive elements. Then, it defined the conception and the boundary of comprehensiveness of care in the context of primary health care, according to three principles-controllability, exhaustion, and exclusiveness, and finally conceptualized the primary health care comprehensiveness for further study on the operational definition of primary health care attributes.

**【Key words】** Primary care; General practice; Comprehensiveness; Conceptualization

基础保健是医疗卫生服务体系的基石,全科医疗是基础保健的核心。WHO 提出,在面临现代社会带来的健康挑战、民众健康需求日益增长和多样化的背景下,传统的全科医疗和传统的初级卫生保健不能满足居民健康需求。任何国家,无论贫穷富贵,其医疗服务体系都应转变到以基础保健为核心的方向。近几十年来,基础保健以全科医疗为核心,不断

探索组织形式,拓展服务范围、优化服务模式、强化特征功能、重塑角色定位。可将全科医疗看成是由传统全科医疗和基础保健这两个端点组成的连续谱。每个国家、地区、城市基于自身的历史条件,发展建设符合自身实际的全科医疗,这些形式多样化基础保健处于连续谱中的某个位点。基于此,本文未对全科医疗和基础保健两个概念做明确区分,为

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71673311)

作者简介:柯乃绮,女(1991年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生管理学。E-mail:1255046147@qq.com

通讯作者:匡莉。E-mail:kuangli@mail.sysu.edu.cn

表述方便,全文交替使用这两个概念,又考虑到我国目前对全科医疗的极度重视,本文特别在题目中强调全科医疗一词。综合性与首诊、连续性、协调性、可及性共同构成了全科医疗核心特征功能,促成了高质量的全科照护。<sup>[1]</sup>全科医生提供的医疗服务并非必然地是全科医疗/基础保健,只有全科医生在提供服务时秉持特有的服务方式和行为,才能形成全科医疗的核心功能(core functions of primary care),此时的全科医疗具有区别于其他临床专科医疗的本质属性(attributes of primary care)。因此,特征功能的主体是全科医疗。同时,为表述全科医生在提供医疗服务过程中践行着特有的服务方式和行为时,根据中文语言习惯,表述为全科医生提供首诊服务、可及性服务、综合性服务、连续性服务及协调性服务等。即:全科医疗与特征功能相对应,全科医生与提供的服务相对应。研究表明,基础保健的综合性功能,最大化促进了全科医生提供预防保健和健康促进等服务,减少了不必要和不适宜的专科医疗;<sup>[2]</sup>降低了人均医疗费用和住院率;提高了服务质量和健康公平性。<sup>[3]</sup>随着人口老龄化、慢性病以及慢性共患疾病增加,发挥基础保健综合性服务对卫生系统和人群健康的关键作用,已成为各国强化基层医疗卫生服务的重点。<sup>[4,5]</sup>明确综合性的概念内涵,是实证研究的基础,是管理综合性服务的依据和前提,是研究者、政策制定者和实践管理者必要的工具。<sup>[6]</sup>

关于目前对基础保健综合性概念及内涵研究,存在的主要问题是:缺乏专门从基础保健和全科医疗视角出发,确定综合性概念<sup>[7]</sup>;定义的综合性与其他特征功能存在交叉<sup>[8]</sup>,对基础保健综合性的定义不够准确和贴切等<sup>[9]</sup>。

因此,本研究将系统梳理综合性概念的发展历程,剖析综合性概念的内涵要素及其关系;分析基础保健/全科医疗综合性与其他四个特征功能(首诊、连续性、可及性、协调性)的联系和区别,并在整体评价全科医疗特征功能视角下,给出全科医疗综合性特征功能的定义与内涵要素,为后续建立可操作性定义奠定基础。

## 1 综合性服务的概念与内涵发展

### 1.1 为解决居民大部分健康问题,提出了基础保健综合性服务的概念

1966 年 Millis 报告提出,基础保健医师有责任提供综合性服务。<sup>[10]</sup>美国国家医学院把综合性定义为

“基础保健解决病人个体和人群绝大部分健康问题的意愿和能力。”<sup>[11]</sup>即全科医生/家庭医生有能力、同时有意愿管理病人多个主诉和疾病状态、处理急慢性健康问题、采取适当策略预防疾病和促进健康。<sup>[12]</sup>良好的综合性服务让病人感受到:“我常看的全科医生能处理我的大部分医疗问题”、“我常看的全科医生能提供我所需要的大部分健康照护”。<sup>[13]</sup>

基础保健的综合性服务源于其首诊(first contact)功能的内在需求。<sup>[14]</sup>基础保健作为首诊/第一线照护的场所,人们带着各种各样的健康问题而来,全科医生若没有足够的能力和意愿提供综合性服务,满足不了病人大部分健康需求,就只能转诊病人,如此造成基础保健机构不过是一个分诊场所,居民只是来开转诊单的过客。

### 1.2 综合性服务表现为宽广的服务范围和服务内容

“范围”是指周围的界限或事物的限制、概括<sup>[15]</sup>，“内容”是指事物内部所含的实质或存在的情况<sup>[16]</sup>。综合性的“服务范围(range of services)”是指基础保健提供服务的分类和概括,如常见疾病诊治、预防保健、精神卫生服务等类别。“服务内容(content of services)”是指在某一服务范围下的具体活动条目的集合,如“预防保健”类服务可能包含疫苗接种、吸烟控制、遗传咨询、普查、筛检和定期健康检查等服务内容。

“服务范围”强调综合性服务的宽度(breadth),“服务内容”强调服务的深度(depth),突出基础保健医师及团队在不把病人转诊给专科医生的情况下,能为病人处理健康问题的复杂程度和严重程度。如全科医师对病人进行常见病诊治时,会在多大程度上针对该病人进行深入的病史咨询、身体检查、初步评估和治疗。<sup>[17]</sup>

不同国家和地区的基础保健设置的服务范围和服务内容有所不同。例如,日本基础保健确定 7 个服务类别和 189 个关键要素和活动<sup>[18]</sup>,其中尤其突出信息收集/评估的价值,重点关注个人健康史。美国基础保健系统的服务目标不仅为就诊患者提供常见疾病的评估、诊断、治疗和疾病管理,还包括管理病人的社会心理问题和处理医学伦理问题。<sup>[19]</sup>

### 1.3 全科医生提供综合性服务,应秉持“全人照护”的服务模式

1974 年有学者提出,基础保健机构提供综合性服务,必须有“全人照护(whole-person care)”理

念。<sup>[20]</sup>全科医生在分析发病原因、评估健康状况、制定疾病管理方案时,对病人生理、心理、社会健康问题给予同等重视;考虑其价值观、家庭信仰、文化体系、社会生存环境、社区生活背景等诸多因素,提供个体化的综合性解决方案。<sup>[21]</sup>

“全人照护”体现生理—心理—社会医学模式,旨在提高患者社会适应性和自我管理能力和改善就医体验<sup>[22]</sup>,例如,使病人“可以和自己的全科医生讨论个人、家庭或情感问题”,感受到“全科医生不仅解决我的医疗问题,还能够对我的个人问题和忧虑提供帮助。”<sup>[23]</sup>

#### 1.4 全科医生提供综合性服务的前提,在于识别患者的健康需要

Starfield 认为综合性包括“服务范围”和“需要识别”(recognition of needs)两个要素。<sup>[24]</sup>它表明,基础保健机构和全科医生最终是否提供了与健康需要相匹配的综合性服务,还必须经历一个行为过程,即识别出病人和社区的健康需要。

识别病人个体的健康需要,临床因素包括掌握病人发病史,识别临床症状特别是早期的模糊的症状和体征,异常的实验室检查结果等;健康危险因素包括吸烟/酗酒等不良生活行为,过大的工作压力和家庭变故等因素。<sup>[25]</sup>识别社区的健康需要,包括敏锐地观察出某个患者身上出现的易染病体质是否也存在于生活在同一社区、同一环境或相同职业的群体身上;界定服务目标社区及其人群,使用流行病学方法确定社区健康问题及可利用的资源;选择需优先解决的问题进行干预。<sup>[26]</sup>意识到病人“全人照护”的需要。对于生理躯体需要,全科医生从病人主诉中不难发现,但病人心理和社会维度的健康需要常常是隐性的,必须倚靠全科医生对心理、社会关系问题的重视、识别技术和技巧。<sup>[27]</sup>

#### 1.5 全科医生提供综合性服务,面临着平衡取舍

全科医生提供综合性服务不仅是一种能力,也是一种意愿。<sup>[28]</sup>Katz 等研究发现,全科医生在为病人诊治中,若“顺便”提供预防保健服务,则平均诊治时间需多 2 分钟<sup>[29]</sup>,若医生追求“产量”,把这“2 分钟”用于另一位病人,病人就不能接受到预防保健等服务,服务之间形成“竞争性需求”(competing demands)。全科医生提供综合性服务的意愿显得尤为重要。当某些服务例如疾病治疗更加紧急时,全科医生很难提供预防保健服务。这就可能导致全科医

生对那些不怎么紧急、但对健康同等重要的服务,或需要更多时间去探索病因的问题,关注得更少,甚至会导致一般性疾病得不到最为恰当的治疗与处理<sup>[30]</sup>,这将有损综合性服务的质量与价值。

全科医生在诊疗时间约束下,提供一种服务,可能就不提供另一种服务,究竟提供哪些服务,则存在着“权衡”取舍。因此,创造条件,保障和支持全科医生提供综合性服务意愿和能力,显得尤为重要。

#### 1.6 全科医生提供综合性服务,需要结构性资源支撑

结构性资源是指医疗机构中各类资源的配置和投入等组织因素,包括:(1)物理性资源,包括资源、资源的组织和管理;(2)组织性资源,指机构人员的综合技能和团队合作、组织管理制度和管理措施等。<sup>[31]</sup>

对于人力资源,“综合性”起初被认为是指同一个全科医生提供服务范围的程度。<sup>[32]</sup>随着居民和社区健康需要增多以及专业分工细化,一些学者认为,应将综合性定义为“机构的综合性”。因为人们不会期望每个医师能“做任何事”,综合性服务必然地由跨专业的团队共同实现。<sup>[33]</sup>

对于物力资源,有研究显示,增加基础保健机构的仪器设备、药品种类和疫苗的配量,可增加许多医疗服务项目如穿刺、引流、眼底检查、预防保健等的实施率。<sup>[34]</sup>

对于组织的制度资源,基础保健组织对全科医生提供综合性服务的激励制度至关重要。例如,建立兼顾医疗质量和健康结果的绩效管理,可激励全科医生更多地提供基本医疗和预防保健等综合性服务,促进服务人群健康结果和总体成本控制。<sup>[35]</sup>

## 2 综合性与基础保健其他特征功能内涵的边界划分

根据基础保健特征功能概念界定的研究思路 and 原则<sup>[1]</sup>,辨析综合性与核心特征功能的联系与区别,进一步厘清基础保健综合性的内涵要素。

### 2.1 综合性与协调性

广义的综合性包含临床基本医疗、预防保健和精神卫生等服务,还包含转诊和协调等服务。<sup>[36]</sup>狭义的综合性的服务,强调的是基础保健服务提供者自身所提供的专业性服务,包括基本医疗、预防保健、精神卫生等。协调性服务则仅指转诊和协调服务,是指当病人需要二级、三级医疗或社区照护时,全科医

生为病人提供转诊等服务,强调的是基础保健为使病人顺畅地获得其他层级医疗服务,而提供的衔接和整合性的服务。<sup>[37]</sup>

## 2.2 综合性与连续性

全人照护是综合性服务的组成要素之一,与连续性内涵有一些重叠,但两者实又有不同。连续性是指全科医生与病人之间保持长期稳定持续的医患人际关系,不断积累和了解病人疾病史、家族史、生活行为与方式、职业等各种健康相关信息。<sup>[38]</sup>全人照护则强调全科医生利用他们所积累掌握的病人健康相关信息,为该病人提供以人为本的全面照护,例如,通过“我的全科医生很了解我所在社区的情况,并运用所掌握的情况为我提供照护”等条目测量“全人照护”。<sup>[39]</sup>

## 2.3 综合性与可及性

广义的可及性包含服务的可得性(availability),全科医生提供综合性服务,必然地提高了病人对这些服务的可得性。<sup>[40]</sup>我们前期对狭义的可及性定义,是指病人获得基础保健机构和全科医生服务的途径和方式是否便捷和有弹性,包括时间可及、接近方式可及、地点可及等三个要素,不包括对具体某些专业内容的可获得性。<sup>[41]</sup>

综合性与首诊两个维度独立、可区分,不存在交叉重叠,此处不再赘述。

## 3 结论

综上所述,基础保健综合性服务的概念和内涵不断拓展和深化。发展至今,已包括四个要素:(1)服务范围和服务内容构成了基础保健综合性服务的具体表现形式,是综合性服务的结果要素之一。(2)全人照护深化了综合性的服务模式,构成了结果要素之二。(3)敏锐、准确地识别患者综合性服务的需要,构成了过程要素。(4)人力、物力和制度为全科医生提供综合性服务提供了资源支撑,奠定了综合性的结构要素。

当然,本研究所归纳提炼的综合性服务的内涵要素在多大程度上贴近国内基础保健特征、是否存在疏漏尚需验证,下一步将通过质性研究方法,验证和完善本土化基础保健综合性的定义与内涵要素。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 匡莉. 全科医疗核心特征功能概念与内涵界定的研究思路[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 1-6.
- [2] Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012[J]. Gaceta Sanitaria, 2012, 26(1): 20-26.
- [3] Kevin Grumbach, 王静. 家庭医生是否应提供综合性基层卫生保健服务[J]. 中国全科医学, 2015, 18(22): 2621-2622.
- [4] Lemire F, Fowler N. Comprehensiveness revisited: Family Medicine Responsibility Profile [J]. Can Fam Physician, 2017, 63(5): 416.
- [5] Saultz J. The importance of being comprehensive[J]. Fam Med, 2012, 44(3): 157-158.
- [6] O'Malley A S, Rich E C. Measuring Comprehensiveness of Primary Care: Challenges and Opportunities[J]. Journal of General Internal Medicine, 2015, 30(3): 568-575.
- [7] 王亚东, 李航, 陈琦, 等. 全国社区卫生服务现状调查——医院服务与社区卫生服务的连续性与综合性比较[J]. 中国全科医学, 2006, 9(11): 905-908.
- [8] Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care. Defining Primary Care: An Interim Report [R]. 1994.
- [9] Hummers-Pradier E, Eilat-Tsanani S, Lionis C, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach[J]. European Journal of General Practice, 2010, 16(2): 113-119.
- [10] Millis JS (Chairman). The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education[R]. Chicago: American Medical Association, 1966.
- [11] Institute of Medicine. A Manpower Policy for primary Health Care: Report of a Study [R]. IOM Pub. No. 78-02. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- [12] Gay B. What's New in the Updated European Definition of General Practice/Family Medicine? [J]. 2013, 1: 111.
- [13] Haggerty J L, Beaulieu M D, Pineault R, et al. Comprehensiveness of care from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments[J]. Healthcare policy = Politiques de santé, 2011, 7(Spec Issue): 154.
- [14] Andrew Bazemore, Stephen Petterson, Lars E. Peterson, 等. 家庭医生提供更多综合性医疗服务与更低医疗费用及更少住院率有关 [J]. 中国全科医学, 2015 (25): 3006-3009.

- [15] 中国社会科学院语言研究所词典编辑室. 现代汉语词典[Z]. 第5版. 北京:商务印书馆, 2010: 382.
- [16] 中国社会科学院语言研究所词典编辑室. 现代汉语词典[Z]. 第5版. 北京:商务印书馆, 2010: 988.
- [17] O'Malley A S, Rich E C. Measuring Comprehensiveness of Primary Care: Challenges and Opportunities[J]. *Journal of General Internal Medicine*, 2015, 30(3): 568-575.
- [18] Gaumer G, Walker A, Su S, et al. Chiropractic and a new taxonomy of primary care activities[J]. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2001, 24(4): 239-259.
- [19] Peterson L E, Blackburn B, Peabody M R, et al. Family Physicians' Scope of Practice and American Board of Family Medicine Recertification Examination Performance [J]. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2015, 28(2): 265-270.
- [20] Hansen M F, Reeb K G. The outline of a curriculum[J]. *Journal of Medical Education*, 1970, 45(12): 1007-1015.
- [21] Haggerty J, Burge F, Lévesque J F, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. [J]. *Annals of Family Medicine*, 2007, 5(4): 336-344.
- [22] Lima I F, Lobo F S, Acioli K L, et al. [Comprehensiveness according to the perception of Family Health Unit workers] [J]. *Rev Esc Enferm USP*, 2012, 46(4): 944-952.
- [23] 梁媛, 匡莉, 梅洁, 等. 广州、东莞和深圳的全科医疗特征功能比较研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9(1): 27-33.
- [24] Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology [M]. New York: Oxford University Press, 1998: 181-211.
- [25] 倪建华, 李云鹏, 张颖, 等. 基于家庭医生制的健康管理模式探索[J]. *中华全科医学*, 2013, 11(3): 477-478.
- [26] Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, et al. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study [J]. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 2010, 56(7): 676.
- [27] Leon Piterman, Fiona Judd, Grant Blashki, 等. 全科医学中的心理健康病案研究(二)——心理问题躯体化表现[J]. *中国全科医学: 医生读者版*, 2013, 15(6): 6-8.
- [28] Donaldson M S, Yordy K D, Lohr K, et al. Primary Care: America's Health in a New Era[J]. *Family & Community Health*, 1996, 22(2): 383-384.
- [29] Jaén C R, Stange K C, Nutting P A. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services [J]. *Journal of Family Practice*, 1994, 38(2): 166.
- [30] Stange K C, Flocke S A, Goodwin M A. Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers? [J]. *J Fam Pract*, 1998, 46(5): 419-424.
- [31] Donabedian A. Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them [J]. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1972, 50(4): 103-154.
- [32] Braut R M. Comprehensiveness of primary care [J]. *Scand J Prim Health Care*, 1988, 6(4): 255-256.
- [33] Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, et al. *Annals Journal Club: The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care* [J]. *Annals of Family Medicine*, 2014, 12(2): 166.
- [34] 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): 65.
- [35] 匡莉, 曾益新, 张露文, 等. 家庭医生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.
- [36] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. [J]. *Milbank Quarterly*, 2005, 83(3): 457-502.
- [37] 匡莉, Li Li, 梅洁. 全科医疗核心特征功能、高绩效作用机制及其政策涵义 [J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9(1): 2-10.
- [38] 赵婧革, 匡莉, 汪雨潭. 全科医疗核心特征功能定义与内涵界定研究——连续性 [J]. *中国卫生政策研究*, 2017, 10(5): 13-19.
- [39] Haggerty J L, Beaulieu M D, Pineault R, et al. Comprehensiveness of Care from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments [J]. *Healthcare policy = Politiques de santé*, 2011, 7(Spec Issue): 154.
- [40] Penchansky R, Thomas J W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction [J]. *Med Care*, 1981, 19(2): 127-140.
- [41] 汪雨潭, 匡莉, 赵婧革. 全科医疗核心特征功能定义与内涵界定研究——可及性 [J]. *中国卫生政策研究*, 2017, 10(5): 7-12.

[收稿日期:2017-09-25 修回日期:2017-11-01]

(编辑 薛云)