

英国全科医生流失现状、应对措施与借鉴

王常颖* 曹宜璠 丁汉升

上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所) 上海 200031

【摘要】英国全科医生是国家卫生服务体系的基石,被誉为居民的“健康守门人”。在人口持续增长、老龄化程度不断加剧、医疗需求多样化的多重挑战下,全科医疗体系面临巨大压力。本文通过查阅文献,对英国目前全科医生流失现状、原因及国家卫生服务体系的应对措施进行了探讨。其做法包括拓宽投入渠道、发展劳动力、合理化工作量、提升工作环境与改善服务五大措施值得我国借鉴学习。在此基础上,本文提出了引入全科医生助理,加强团队分工协作、借助信息化手段,精简行政任务、完善制度建设、发展基层医疗体系等建议。

【关键词】全科医生;全科医生流失;应对措施

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.11.013

The status quo and countermeasures of the general practitioner draining in the UK and its implications for China

WANG Chang-ying, CAO Yi-fan, DING Han-sheng

Shanghai Health Development Research Center (Shanghai Medical Information Center), Shanghai 200031, China

【Abstract】 General practice is the bedrock of the national healthcare system, and has been be praised as “the gatekeeper of health”. However, it continues to be under great pressure from the increasingly growing population, the rapid and severe aging, as well as the rising diverse healthcare demand. Through literature review, this article explores the current status of general practitioner draining in the UK, the reasons underneath it, and the countermeasures the national healthcare system has taken. There are five interventions, including broadening investment channels, developing the workforce, rationalizing the workload, improving the work environment and supporting practices to redesign their services to patients, which are worth learning in developing the primary healthcare system centered on general practice in China. On this basis, this study suggests relevant institutions introduce general practitioner assistants and strengthen teamwork, use IT tools to simplify bureaucracy, and improve institutional buildings to achieve the development of a sustainable grassroots healthcare system.

【Key words】 General practitioner; General practitioner draining; Countermeasures

英国的全科医生(General practice, GP)作为英国国家卫生服务(National Health Service, NHS)体系的重要组成部分,一直以来承担着“健康守门人”的角色,为居民合理使用医疗卫生资源、分级诊疗和转诊等奠定了基础,也给其他国家建立分级诊疗制度提供了借鉴。

1 英国人口增长与老龄化的挑战

据英国卫生与信息服务中心(Health and Social Care Information Centre)统计,2005—2015年,全科医

生执业点减少,人数先增长再下降,同时注册患者数与人口数不断上升,每全科医生注册患者由2005年的1587人增长到2015年的1695人(表1)。^[1]

据英国医学协会(British Medical Association, BMA)预测,英国人口将在2020年达到6700万,2028年达到7000万。与此同时,2037年75岁及以上人口占比将从2012年的7.9%增至13%,80岁及以上人口将达610万人。^[2]目前英国约有1800万人患有慢性疾病,其中53%有长期健康问题,因而全科医生面临日益增长的医疗卫生服务需求、慢性疾病以及长期护理需求等多重挑战。

* 基金项目:美国中华医学基金会(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(14-190)

作者简介:王常颖,女(1987年—),硕士,助理研究员,主要研究方向为卫生政策、卫生总费用、老年护理。E-mail:cy_wang2012@126.com

通讯作者:丁汉开。E-mail:dinghansheng@hotmail.com

表1 英国全科医生与人口增长趋势

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
全科医生执业点(个)	10 347	10 212	10 145	10 112	10 096	10 185	10 158	9 912	9 777	9 674	9 458
全科医生数(人)*	39 722	40 208	40 631	41 341	43 303	42 766	43 245	43 230	43 253	43 600	40 073
注册患者(千万)	6.31	6.36	6.39	6.44	6.51	6.56	6.59	6.64	6.67	6.72	6.79
居住人口(千万)	6.04	6.08	6.13	6.18	6.23	6.28	6.33	6.37	6.41	6.46	6.51
每全科医生注册患者(人)	1 587	1 582	1 574	1 557	1 504	1 533	1 524	1 535	1 541	1 541	1 695
每全科医生居住人口(人)	1 521	1 513	1 509	1 495	1 438	1 468	1 463	1 474	1 482	1 482	1 625

注:*注册者、保持者、代理人除外,此处全科医生数不等于英国全国实际全科医生绝对数。注册全科医生(GP Registrars):取得资格,正在接受全科医生培训,以后将从事全科医生职业的;全科医生保留者(GP Retainers):已作为全科医生工作两年及以上,但由于个人原因无法继续保持全职工作的,包括家庭有学龄前儿童、孩子或亲属具有特殊健康问题、自身健康问题等;代理全科医生(GP Locums):在执业点短期执业的全科医生,如在全职全科医生休假或暂时离开的时候代替其工作,通常不超过6个月的时间。

2 全科医生流失现状

2.1 提前退休形势严峻

英国全科医生短缺正成为严重的问题。一项由BMA针对15 560名全科医生的调查显示,34%的全科医生打算在2020年前停止工作(提前退休),其中一些选择兼职,另一些则表示要移居海外工作或放弃医生职业。被调查者提及:“长期超负荷工作,但在每位患者身上花的时间很少,特别是对于患有多种、复杂疾病,需要特殊诊疗的老年患者。这样的情况使全科医生们感到幻想破灭、异常疲惫”。^[3]另一项针对364名全科医生的调查也得出了类似的结论:43%的医生期望退休时间比规定早5年。^[4]

2.2 医生培训岗位空缺

在现有全科医生提前退休的同时,越来越少的医学毕业生愿意从事这一职业。2015年经过两轮招聘后,英国全国仍有600余个全科医生实习培训岗位空缺。^[5]2016年经过两轮招聘后,仍有314个岗位空缺,约占当年招聘岗位数的10%。^[6]截至2017年3月,在政府作出至2020年增加5 000名全科医生的承诺下,整体数量仍较往年下降100人。^[5]

3 原因分析

3.1 诊疗工作量与日俱增

造成全科医生不堪重负的首要原因是持续增加的工作量。英国患者次均就诊时间从2008年的8.45分钟/次略增至2014年的8.86分钟/次,增加了4.9%;同期患者人均全科医生就诊次数由3.35人次/年上升至3.80人次/年,增长了13.7%。其中,在当面就诊、电话就诊与家庭出诊三类中,最大增长为电话就诊率,7年间增长了100.91%(0.27人次/年至0.54人次/年)。从性别来看,女性患者就

诊率高于男性;从年龄来看,就诊率最高为婴幼儿组(0~4岁)及高龄老人组(85岁及以上),而特殊人群如婴幼儿、高龄老人的诊治所需技术、资源、服务的要求更高,花费时间也 longer。^[7]尽管次均就诊时间略微上升,但医生也较难与患者进行充分沟通。

一项由曼切斯特大学针对全科医生工作状况的调查显示,2015年全科医生人均工作时间为41.4小时/周,29%的被调查者反映其工作40~50小时/周,11.2%的被调查者表示工作时长达60小时及以上/周。^[8]参与调查的全科医生中,91.9%反映不断增长的工作量已成为全科医生最大的压力来源。

3.2 行政工作(bureaucracy)要求繁多

直接与患者接触的时间仅占全科医生整体工作时间的60%,除此之外,医生们还有许多其它的工作任务。^[7]在NHS的调查中,97%的全科医生表示行政工作量越来越多,已占用了其与患者的相处时间。2014年,行政工作前五位分别为获得支付(getting paid占27%)、处理信息(processing information from hospitals and other providers占26%)、与变化同步(keeping up to date with changes)、上报信息(reporting other information)及患者支持相关事宜(supporting patients to navigate the NHS)^[9]。

据估计,全科医疗机构仅获得支付这一工作每月需花费约140小时,医生们反映目前支付方式较为复杂、透明度不高,与不同部门签订的各类合同条目繁多。为进行结算,需要统计汇总服务开展工作量,这一步骤相当繁琐,占据了大量时间。处理信息方面,主要问题包括:医院出具的患者信息与执业点IT系统不兼容,无法直接导入;信息不够简练,通常为多页报告,而未对有用信息(诊断、用药、治疗方案)进行总结等。与变化同步指全科医生与执业点需及时遵循各项通知,但主管部门发布的信息多而

繁杂,其中只有一小部分是是需要引起重视并遵守的,因而提高工作效率的方法之一是避免主管部门频繁发布无用通知。上报信息方面,不仅缺乏所需数据的详细说明与及时通知,而且缺乏数据上报的标准流程。对于患者支持,医生们的最大诉求为上级医疗机构应当对患者负起足够责任,而不是在未具任何文书或与全科医生沟通的情况下,由患者转告其全科医生所需的治疗。

NHS 负担全科医生的收入、执业点租金及设备支出,但由于工作流程和效率的原因,可能导致全科医生或其执业点出现现金流困难,无力支付下一轮员工收入与租金,这对继续执业是沉重打击。而有时这一系列支出并无特定的对接人员,需要花费许多精力与时间追踪资金进度。此外,目前临床委员会组(Clinical Commissioning Group, CCG)与各地政府同时向执业点委托购买服务,因而需要向各个不同系统进行申报、协调等事宜更加剧了目前这一状况。BMA 曾披露全英格兰约 10% 执业点其出现经济不可持续(financially unsustainable)的现象。^[10]

同时,被调查者提及重复不断地上报数据也是一项繁重的工作。数据需求经常来自于一个机构的不同部门、时间要求非常短(24~48 小时内),不同部门的数据要求基本类似或有稍许不同,但与执业点存储数据格式不一致,需要花费时间进行调整。NHS 并没有一个全国统一形式的数据平台,各地居民的就诊信息通常储存于当地执业点的信息系统中,是导致反复上报类似数据的原因之一。

3.3 书面工作负荷加重

一项调查显示,91% 的全科医生反映书面工作自 2006 年以来有所增加,大部分需要填写的表格与患者服务无关。由于需要进入并使用 NHS 账户,全科医生被迫晚上或周末加班完成这项工作。另一项调查显示 51% 全科医生在书面工作上花费 25%~49% 工作时间,23% 的全科医生认为此项工作占据其 50%~75% 的工作时间,1% 的医生甚至认为占据了其 75% 以上的时间。^[11]

3.4 收入水平不尽理想

2008—2014 年间,全科医生收入水平下降了 11%,与此同时,维持一家执业点运营的费用上升了 2.3% (包括维护执业点建筑、水电等能源费用、医护人员工资等),维持运营的费用占全科医生总收入的 61.6%。^[5]研究发现英国 67% 的全科医生对于其从

医疗执业中获得的收入满意,但略低于发达国家平均水平(72%)。^[12]

3.5 工作满意度下降

工作满意度是导致全科医生离开岗位的主要原因之一。^[13]曼切斯特大学调查显示,自 1998 年起,英国全科医生的工作满意度在 2015 年降至最低,同时工作压力则升至最高。与其他发达国家相比,英国的全科医生工作压力更高、工作满意度更低。一项由英联邦基金会(The Commonwealth Fund)发起的研究表明,59% 的英国全科医生描述其工作“压力极度或非常大”,该数据在基金会调查的 10 个发达国家中最高,仅有 5% 的全科医生表示其工作“没有压力”;比较而言,澳大利亚仅有 21% 的全科医生表明其工作“压力极度或非常大”,24% 认为“没有压力”,比前者高 3 个百分点。^[12]工作满意度可以为单独的压力原因,也有可能是由前述各项原因导致的。

4 应对措施

为应对患者持续增长的医疗需求与全科医生流失的严峻现状,NHS 于 2014 年出台了《五年前瞻》文件(Five Year Forward View)^[14],将稳定基层医疗、加大对其投入作为未来五年的工作重点之一。同时,NHS 英格兰于 2016 年出台了《全科医学前瞻》文件(General Practice Forward View)^[15],提出了五大策略:

4.1 增加对基层医疗的投入

一是至 2021 财政年度,每年对全国基层医疗增加投入 24 亿英镑,即针对基层医疗的投入将增至 120 亿英镑,其中包括 9 亿英镑的资本投资(capital investment),即购买资本或生产工具(如机器设备)等。二是探索新的投资机制,以期更好地反映基层医疗工作量。此外,新的《全科医学补偿支持方案》(GP Indemnity Support Scheme)自 2016—2017 财政年度开始执行,与全科医生工作量挂钩,以特别补偿其由于通货膨胀的支出。

4.2 扩大基层医疗人员对全科医生的支持

在基层医疗系统中,至少增加全科医生 5 000 人,建设多学科工作团队,至少增加 5 000 名工作人员,包括护士、药剂师、精神卫生工作者、医生助理及其他。加强全科医生培训能力建设,在难以招录全科医生的地区实施深入培训项目。实施十点计划(10 Point Plan),专项拨付 1 000 万英镑用于发展基

层医疗劳动力,包括:(1)招募新培训的医生进入基层医疗执业;(2)留住现有的全科医生;(3)鼓励有资质的医生回基层工作。

4.3 工作量:降低工作负担,减少工作时间

开展全科医学恢复项目(General Practice Resilience Programme),至2020财政年度,投入总计4 000万英镑,用以加强全科医生及系统的可持续性与恢复能力,其中2016—2017财政年度投入1 600万英镑,之后三年每年投入800万英镑。具体包括以下措施:(1)能够快速确定需要的诊断服务;(2)专家建议(如人力、IT等方面);(3)辅导、监督及管理;(4)执业管理能力支持;(5)面临停业风险时的快速干预与执业管理支持;(6)遇到劳动力问题时的协调帮助;(7)个人或集体执业的改变与提升。

4.4 改善执业点环境,加强技术投入

首先,加大对资产和技术转型基金(Estates and Technology Transformation Fund)的投入,加快对基层医疗基础设施的改善,对职业场所翻修的补偿最高达到100%。其次,加强对技术的直接投入,促进在线工具与预约、就诊、工作量管理等系统的使用。鼓励和支持医疗档案在不同执业点间共享,在执业点为员工和患者提供无线网络服务,包括硬件、实施、服务费用等。

4.5 实施重点改进项目

通过扩大基层医疗服务的可及性,加强与改进全科医疗体系,包括:(1)委托与投入额外服务;(2)整合非工作时间和急救服务的可及性,其中包括111急救电话与当地临床中心;(3)引进新的学科社区服务合同,整合全科医学、社区服务与更广范围的医疗服务;(4)实施全国全科医学发展项目(General Practice Development Programme),以应对《全科医学前瞻》文件中提出的其他挑战,加强能力建设。

5 启示与借鉴

2014年英联邦基金的研究将英国NHS评为“最佳、最安全、最可负担的医疗卫生体系”,承担了英国90%的门急诊和大部分公共卫生服务,却仅仅花费了NHS经费的8.2%^[16]。而全科医疗体系的稳定是NHS体系保持长期可持续性的基础。然而,作为拥有成熟优质医疗体系的发达国家,英国同样也面临着人员流失、基层医疗压力大等问题,其应对措施值得借鉴学习。

5.1 引入全科医生助理,加强团队分工协作

全科医生在本职工作外,还承担着大量的非医疗卫生工作任务,如档案维护、数据报送、资料整理、信息整合等,虽然涉及医疗内容,但主要还是以行政类与文书类工作为主。此类工作对责任心、耐心、细心的要求较高,但对医疗专业技术水平要求不高,可以通过引入全科医生助理,通过专业卫生技术人员的培训和带教,在短期内使其胜任行政文书类工作,使全科医生从繁重的非医疗任务中解放出来。这样能够在维持目前医生人数的基础上,进一步释放宝贵的医疗资源,提高居民看病就医可及性。

然而非医疗卫生相关专业人员在基层医疗机构执业,其晋升通道比较狭窄。建议探索加入社区健康管理师、社会工作者等专业培训,提高知识储备和技术水平,同时配备一定数量的护士,从全科医生团队的角度全方位地支撑基层医疗服务。一个运作高效的基层医疗体系应是团队成员各司其职、各展所长,通过加强团队分工协作,一方面能够提供一定数量的岗位,缓解就业;另一方面能够减轻全科医生的行政文书工作负担,使其全身心投入诊疗服务中。

5.2 借助信息化手段,精简行政任务

在许多国家,卫生行政部门要求填报相关数据等行政任务均较为常见,但是可以通过信息化手段进行精简、节约人力。从政府层面来看,首先,通过统筹协调建立区域性各级各类医疗机构信息系统,相关必要信息自动汇总至区域卫生信息平台,而该平台数据可以在一定范围内共享,由此提高工作效率。如上海市由市卫生计生委牵头建立了联通全市所有医疗卫生机构的健康信息网(包括公立、私立机构),平台架设在市卫生计生委信息中心,对全市人口的就诊信息进行即时记录、汇总和基础统计计算,基本就诊数据均可从该平台上直接汇总提取。其次,对要求上报的其他信息统一形式,不同上级主管部门以及不同业务处室使用规范化格式的需求表导入数据,避免重复劳动。同时,“精简高效”也是我国行政管理体制改所倡导的。

5.3 基层医疗体系的发展有赖于制度的完善

在英国全科医生体系发展过程中,关键是通过强制性立法构建了基本的制度框架,包括严格的签约制度、双向转诊制度、支付制度、全科医生培养模式等,从而构建起了设计完善、值得信赖的基层医疗卫生体系,不仅促进了居民良好就医习惯的养成,避

免医疗资源过度使用,同时也促进了全科医学专业的分化和发展。在我国,由于自由就诊的就医模式,目前“倒三角”就诊习惯仍占主导地位,基层医疗卫生体系并未完全发挥“守门人”的作用。首先,建议加强制度的完善与引导。通过支付方式的杠杆作用,使用激励措施、降低起付线、提高报销比例等使居民乐于前往基层就诊,从而逐渐建立起对全科医生的信任。其次,政府引导拓宽职业晋升渠道、提高收入水平,让全科医生自愿扎根社区,发展壮大基层医疗卫生体系。第三,应根据基层医疗机构的特点发挥长处、留住居民。与医院相比,基层就医应当更为方便、快捷、价廉,同时着重于常见病、多发病、慢性病的诊治与部分疾病的康复。此外,加强预防工作,通过实施基本公共卫生服务,实现“早预防、早发现、早干预”。对于常见病种和重点人群,制定相应的规范化诊疗流程或临床路径,探索精细化管理。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Health and Social Care Information Centre. General Practice Trends in the UK to 2015 [R]. London: Health and Social Care Information Centre, 2016.
- [2] British Medical Association. Workload, recruitment, retention and morale [R]. London: British Medical Association, 2016.
- [3] Denis Campbell. NHS stress: a third of GPs plan to retire in next five years [EB/OL]. (2015-4-15) [2017-06-10]. <https://www.theguardian.com/society/2015/apr/15/nhs-stress-third-gps-plan-retire-five-years>
- [4] Steve Connor. More doctors considering early retirement over workloads and pensions [EB/OL]. (2013-4-8) [2017-07-02]. <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/more-doctors-considering-early-retirement-over-workloads-and-pensions-8564989.html>
- [5] British Medical Association. General practice in the UK-background briefing [R]. 2017.
- [6] David Millett. One in 10 GP trainee posts vacant for 2016 despite recruitment boost [EB/OL]. (2016-10-21) [2017-07-03]. <http://www.gponline.com/one-10-gp-trainee-posts-vacant-2016-despite-recruitment-boost/article/1413012>
- [7] Hobbs F D R, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14 [J]. *The Lancet*, 2016, 387(10035): 2323-2330.
- [8] Jonathan Gibson, Kath Checkland, Anna Coleman, et al. Eighth National GP Worklife Survey Report [R]. Manchester: University of Manchester, 2015.
- [9] Henry Clay, Rick Stern. Making Time In General Practice [R]. London: Primary Care Foundation, 2015.
- [10] British Medical Association. Almost 300 GP practices facing closure and half of GP practices in England report GPs planning to desert the NHS, warns new BMA survey [EB/OL]. (2016-6-30) [2017-6-23]. <https://www.bma.org.uk/news/media-centre/press-releases/2016/march/almost-300-gp-practices-facing-closure>
- [11] Susie Sell. Quarter of GPs spend half their time on paperwork [EB/OL]. (2012-1-24) [2017-7-9]. <http://www.gponline.com/quarter-gps-spend-half-time-paperwork/article/1113043>
- [12] Whalley D, Bojke C, Gravelle H, et al. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey [J]. *British Journal of General Practice*, 2006, 56(523): 87.
- [13] Sara Martin, Edward Davies, Ben Gershlick. Under pressure: What the Commonwealth Fund's 2015 international survey of general practitioners means for the UK [R]. London: The Commonwealth Foundation, 2016.
- [14] NHS. Five Year Forward View [R]. London: NHS, 2014.
- [15] NHS England. General Practice Forward View [R]. London: NHS England, 2016.
- [16] Denis Campbell. NHS holds on to top spot in healthcare survey [EB/OL]. (2017-7-14) [2017-7-15]. <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/14/nhs-holds-on-to-top-spot-in-healthcare-survey>

[收稿日期: 2017-09-06 修回日期: 2018-05-11]

(编辑 赵晓娟)