

· 述评 ·

【编者按】 1978-09-12 国际初级卫生保健大会在哈萨克斯坦的阿拉木图召开，会议发表了《阿拉木图宣言》，明确指出发展初级卫生保健是实现“2000年人人享有健康”目标的关键和基本途径。国际初级卫生保健理念的形成吸收了中国农村“赤脚医生”服务模式及其他以社区为基础的卫生运动的经验和做法。40年后重温《阿拉木图宣言》，其对中国基层医疗卫生服务和全科医学的发展仍具有指导意义。随着国民经济社会的发展和人们健康服务需求的增多，初级卫生保健的内涵也应该与时俱进。因此，特邀本刊主编杨辉博士撰文，对《阿拉木图宣言》发表40年以来初级卫生保健和中国全科医学的发展历程进行回顾，并在此基础上提出目前和未来发展全科医学面临的挑战，以期为全科医学领域的进一步研究提供方向，为基层医疗卫生服务和全科医学的持续开展提供参考，敬请关注。

初级卫生保健与中国全科医学的发展及挑战

杨辉

【摘要】 《阿拉木图宣言》自1978年发表以来至今已有40年，全球健康目标从“2000年人人享有健康”（HFA）变为全民健康覆盖（UHC），初级卫生保健（PHC）依然是实现全球健康策略的基本途径。本文基于《阿拉木图宣言》阐述了HFA和UHC的含义，梳理了中国PHC与全科医学的发展历程，并提出中国全科医学发展面临的挑战，希望可以全科医学领域研究者、实践者提供方向与参考。

【关键词】 全科医学；初级卫生保健；全民健康覆盖；阿拉木图宣言；中国

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.28.001

杨辉. 初级卫生保健与中国全科医学的发展及挑战 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (28): 3407-3410. [www.chinagp.net]

YANG H. General practice in Chinese primary health care: development and challenges [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (28): 3407-3410.

General Practice in Chinese Primary Health Care: Development and Challenges YANG Hui
Monash University, Melbourne 3168, Australia

【Abstract】 The *Almaty-Ata Declaration* has been in existence for 40 years since its publication in 1978, and the global health goal has changed from "health for all by the year 2000" (HFA) to universal health coverage (UHC), but primary health care (PHC) still is the basic way to achieve the goal of global health strategy. Based on the *Almaty-Ata Declaration*, this paper expounds the meaning of HFA and UHC, and sorts out the development history of PHC and general practice in China. It also proposes the challenges faced by China when developing general practice and hopes to provide a reference for practitioners and researchers in the field of general practice.

【Key words】 General practice; Primary health care; Universal health coverage; Alma-Ata Declaration; China

1978年WHO和联合国儿童基金会在哈萨克斯坦的阿拉木图召开国际初级卫生保健大会，发表《阿拉木图宣言》（《宣言》）^[1]。《宣言》重申了生物-心理-社会的现代医学模式，提出了“2000年人人享有健康”（health for all by 2000, HFA）的全球目标，并将初级卫生保健（primary health care, PHC）确定为实现全球目标的基本途径。《宣言》发表后，PHC得到广泛开展，全科医学得到建立和发展，人民健康明显提高。2018年是《宣言》发表的40年，全民健康覆盖（universal health coverage, UHC）已经成为新的目标^[2]，PHC依然是实现全球策略的基本途径，全科医学服务也在世界

范围内得到更深入和广泛的开展。本文在回顾PHC和中国全科医学发展的基础上，提出了未来发展全科医学的挑战，希望能与全科医学领域研究者、实践者们共同迎接新的挑战。

1 从HFA到UHC

HFA是国际初级卫生保健大会提出的目标，PHC是实现这一目标的主要策略。《宣言》发表后，各国均致力于改善人民健康，并取得了一定成效。在中国，1981年的出生时预期寿命为67.8岁（男66.3岁、女69.3岁），到2010年已提升至74.8岁（男72.4岁、女77.4岁）^[3]；从2016年到2017年，居民的人均预期寿命由76.5岁提高至76.7岁^[4]。但全球并未实现HFA

的目标,卫生系统低效率和健康不公平的现象依然存在。

UHC 是目前的全局健康目标^[2],是全球可持续发展目标的重要组成部分,可以保障人们在不遭受经济困难的情况下获得所需要的医疗保健服务,并将各种资源,特别是人力资源的利用最大化^[5]。从 HFA 到 UHC,人们面临的健康挑战只增未减,而健康和卫生系统面临的挑战已经有别于 20 世纪 70 年代,但 PHC 仍然是践行全球健康策略的最佳途径。PHC 并非一句简单的口号,而是一场切实的实践。实现 PHC,不仅需要卫生工作者的努力,也需要整个社会和政府部门的协作。同样的,实施 PHC 面临的挑战,不仅局限在医疗卫生系统,也涉及全社会所有组织和个人,不仅包括政府部门的行动,也包括与市场和社会组织的合作。在目前信息技术高度发达的环境下,人们对 PHC 的需求发生了改变,如何实施 PHC 是需要思考与探索的问题。

2 PHC 与全科医学

发表《宣言》的初衷,是国际社会和各国对人们健康状况,特别是国家之间和国家内部的严重不平等现象的严重关切。社会经济和医学科学技术的迅速发展,并未给发展中国家人们的健康带来预期的好处。因此,PHC 成为应对挑战、改善健康公平的重要策略。

《宣言》表示,PHC 是“个人、家庭、群众与国家保健系统接触的第一环”,即第一接触(the first contact)。如果人们患病或者出现不适症状,首先寻求谁的帮助?如果一个国家或地区具有可持续的、公平的、具有成本效益的医疗系统,首先要发展什么样的服务?人们寻求医学或健康服务的第一接触在哪里?在大多数国家,第一接触是在社区工作的全科医生(家庭医生)。但全科医生并非唯一的第一接触,其他人也可能成为第一接触。比如药房的药剂师、医院的急诊部、流动医疗服务、急救服务、护理照护服务、各种协疗服务、各种替代的医学服务工作者,社会工作者、志愿者、其他政府部门工作者(如民政的社区工作站、非政府组织),民营服务组织(如私人医院和诊所)以及家人、朋友、同事。在所有可能的第一接触中,全科医学是 PHC 的主要提供者之一,基层医疗卫生服务和全科医学服务是 PHC 的基石。健全的全科医学服务系统是成功的 PHC 系统的标志,也是成功的国家卫生系统的标志。来自国家、省级、地方、个体层面的良好证据均表明,良好的 PHC 与患者的良好健康结局、较低的医疗费用、较高的健康公平相关^[6]。

国际上,作为第一接触的不分科医生(通科医生)的存在时间较长,如果以英国全科医生学会(RCGP)成立为里程碑,全科医学职业化发展已经有 60 多年的历程^[7]。在全科医学(家庭医学)服务较为成熟的国家(如英国、加拿大、美国、澳大利亚、新西兰、北欧各国),全科医生(家庭医生)是国家和地区医疗服务

《阿拉木图宣言》节选——

健康不仅仅是疾病与体虚的匿迹,而是身心健康和社会幸福的总体状态,是基本人权。

初级卫生保健是基于切实可行的、学术上可靠的,而又为社会所接受的方式与技术之上的主要的卫生保健,通过群众中个人及家庭的参与,并在本着自力更生及自决精神而发展的各个阶段上,群众及国家能以维持的费用,而使之遍及所有人等。它既是国家卫生体制的一个组成部分,一个功能的中心和活动的焦点,也是群众社会及经济总体发展的一个组成部分。它是个人、家庭、群众与国家保健系统接触的第一环,能使卫生保健尽可能接近于人民居住和工作场所。它还是卫生保健持续进程的起始一级。

系统的核心,是不需转诊的第一接触。上述国家在全科医学服务系统建设方面也发展得较为成熟,比如澳大利亚在 20 世纪 70 年代就已经启动了全民医疗保险建设,正式成立全科医学培训项目,各医学院校设立全科医学系^[8]。但在发展中国家,全科医学(家庭医学)服务系统的建设仍有待加强^[9-10]。

3 中国的 PHC 与全科医学

中国的全科医学学科是在 PHC 的大环境下建立和发展起来的。以大概每 10 年为 1 个阶段对中国全科医学学科发展的重要事件进行梳理:(1)40 年前,中国农村的“赤脚医生”服务是国际初级卫生保健大会上介绍的 PHC 成功经验之一。20 世纪 90 年代,中国处于改革开放的初步阶段。当时的初级卫生保健以农村卫生为重点,关注如何在“赤脚医生”和合作医疗制度的基础上,进一步巩固农村三级医疗卫生网,探索在农村集体经济解体的经济制度改革环境下,如何发展和稳定乡村医生队伍,从而让占中国人口大多数的农村居民获得基本医疗服务。(2)1986 年在北京市召开“实现人人享有卫生保健领导干部研讨会”。1989 年在北京市举办了第一届国际全科医学学术会议。1993 年中华医学会全科医学分会成立,标志着中国全科医学学科正式建立。(3)1997 年原卫生部发布《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,首次提出“加快发展全科医学,培养全科医生”。1998 年《中国全科医学》杂志创刊。1999 年全国全科医学教育工作会议召开,2000 年制定全科医生规范化培训试行办法与培训大纲,成立全科医学培训中心。(4)2006 年发布《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发〔2006〕10 号)、《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》(国人部发〔2006〕69 号),2009 年发布《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6 号),中国在加快城市社区卫生服务发展、深化医疗卫生体制改革、建立全科医生制度方面进行了积极探索与实践。

2014年,建议所有医学院校设立全科医学系,医学院附属医院和三级医院设立全科医学科。(5)2018年1月,国务院办公厅印发《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号)。

可见,中国的初级卫生保健主要在农村地区开展,并早于全科医学的发展,而中国全科医学主要在城市地区开展。在城乡二元化的中国,卫生政策和服务在城市和农村之间有较为明显的不同。不过首先在城市地区发展起来的全科医学服务,随着城市化的进程以及城区向农村的辐射作用,也在逐渐地向农村地区延伸发展。2011年至今,中国的全科医学呈现出加速发展态势。据统计,截至2017年末,中国基层医疗卫生机构共有卫生人员382.6万人,每万人口拥有全科医生1.82人^[4]。

4 中国全科医学发展面临的挑战

4.1 传染性疾病与慢性非传染性疾病 展望下一个40年,医疗和健康服务面临人口老龄化的严峻挑战,由此产生了日益增加和严重的慢性病疾病负担。1982年中国第三次人口普查数据显示,65岁及以上人口占总人口的比例为4.91%,而2017年该比例上升为11.4%;据预测,该比例在2027年将突破15%,2034年突破20%,2045年突破25%^[11]。40年前传染性疾病是主要疾病负担;而目前和未来40年,慢性非传染性疾病将成为主要疾病负担。因此,既往应对传染性疾病和单病种的基本医疗服务措施应“退居次位”,取而代之的是以改变行为方式、重点慢性病危险因素筛查为主的一级预防措施,以连续性健康管理、多种慢性病共病管理为主的二级预防措施,以维持生活质量、社会功能为主的三级预防措施。全科医学和预防医学的概念,尚未得到普遍的认识和认同。目前和未来的预防医学,已经从既往的以遏制传染性疾病的流行为重点,转移到以延缓病程和延迟发病、改善生活质量和促进健康为重点。人口老龄化是人类社会前所未有的挑战。医学界,特别是全科医学界,应该从教育培训、服务和管理,乃至系统的治理,做出与40年前不同的调整。

4.2 以医院为中心与以全科为中心 医院的传统或合理的功能,是对急症问题和复杂问题进行专科干预。第二次世界大战后到20世纪90年代,围绕医院的医学专科化已经形成,医学科技进步和开发主要围绕医院专科服务,使得居民认为医院和专科医生是挽救生命和治愈疾病的当然提供者。以医院和专科医生为中心,将医疗服务延伸至社区的系统架构,在中国长期存在。日益复杂的专科化医学服务和不断涌现的医学技术革新,使医院服务费用升高的问题更为凸显,无论是社会医疗保险还是患者的自我支付,均是不可持续的。然而在很多国家,从以医院为中心到以社区为中心这个“调头”(U turn)难度很大,医院和专家的“巨车”已经过于庞大,“转向”存在“翻车”风险。很多地区在尝试系统的“转

向”,包括建立起以全科医学为主的社区卫生服务,用医院和社区卫生服务中心的双中心模式(分级诊疗)来平衡或挑战以医院为中心的单一中心模式。在这个过程中,全科医学发展的过程漫长且存在阻碍,尤其是在缺乏基本医疗服务的社会和文化基础的地方。

4.3 以医生为中心与以患者为中心 长期以来,生物医学的和专科的医学干预在治病救人方面发挥着关键作用,治疗关系也以医生家长地位、患者被动服从(依从)地位为主要特征。40年前的信息技术并不发达,由于信息不对等,以医生为中心的服务可以有效地预防疾病和筛查危险因素(如分析传染源、开展急症诊治)。但在目前,在以慢性非传染性疾病为主要病种和就诊原因的情形下,在信息高度发达的环境中,医生的权威地位受到挑战。(1)人们的健康服务需求增多,老年人群存在共病问题且这些疾病问题会长期存在。人们需要综合性的健康评估和疾病管理,但既往的医学教育和服务通常仅针对短期内的某种疾病,单独的医学专科服务和条块分割的卫生服务系统已经不能满足人们的医疗服务需求。(2)慢性病患者因长期患病,对疾病的认知逐渐提高,并尝试探索适合自身的应对经验和行为改变策略。居民的健康素养提高,更倾向于选择值得信任的医生就诊,更注重维护自身的权利。但在部分国家,依然存在未告知患者药物或治疗风险、实验室检查过度的现象。

目前和未来的医学服务,应该以患者为中心,即提供的服务是患者所需要的。在医患关系中,医生与患者属于互动形式的合作伙伴关系,医生应尊重患者并具有同理心,要与患者共同面对慢性病的挑战,而不是采用“医生给予、患者接受”的服务方式。医患关系应该是相互尊重的、相互知情的、相互参与的、相互支持的。以患者为中心的服务,可以改善医疗服务的可及性和公平性,增强患者对医护人员的信任,改善患者的就诊体验和医疗结局,同时也可以增强服务提供者的信心,提高其工作满意度和服务效率。在适当的时间和适当的地点,为患者提供适当的服务。全科医学服务是以患者为中心的服务,实现这样的服务模式,有赖于全科医生的壮大与发展,也有赖于整个医学教育和提供系统的根本变革。

4.4 解决问题与协调服务 与40年前相比,患者的医疗服务需求更为复杂。全科医生不仅要有系统的知识和技能,还要有扎实的全科诊疗能力,可以解决社区居民大部分的躯体和心理健康问题,并具有在社区工作的胜任力。全科医生是居民健康服务最主要的第一接触,其接诊的患者涉及不同性别、所有年龄段、各种文化和信仰背景以及多种慢性病、用药、生活方式问题、躯体和心理共病、未分化疾病表现等。全科医学的职业化培训,也应该关注全科医生发现或解决具体社区健康问题的能

力。全科医生需要有持续的职业发展，以适应医学知识技术的更新和社区居民需求的变化。同时，全科医生也承担着医疗服务系统协调人的重要角色。横向协调，包括在社区卫生服务中心内部和社区内（如政府组织、公民社会组织、社区服务）的沟通和相互转介；纵向协调，包括与医院和专家的双向转诊。

上述内容并未涵盖所有的全科医学发展面临的挑战，而且随着社会经济发展和卫生系统改革的进行，新的挑战也会不断出现。挑战代表着新的研究问题，进一步的全科医学研究可以从卫生系统改革和发展、全科医学学科建设和延伸、医患关系互动和支持等方面开展。

参考文献

[1] 世界卫生组织.阿拉木图宣言 [EB/OL]. (1978-09-12) [2018-09-10]. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/zh/.

[2] 世界卫生组织. Universal health coverage (UHC) and world health day [EB/OL]. (2018-04-07) [2018-09-10]. http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.

[3] 联合国儿童基金会. 中国儿童发展指标图集：出生时预期寿命 [EB/OL]. (2015-04-01) [2018-09-10]. <http://www.unicef.cn/cn/index.php?m=content&c=index&a=show&catid=195&id=19608>.

[4] 规划发展与信息化司. 2017年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. (2018-06-12) [2018-09-10]. <http://www.nhfp.c>

gov.cn/guihuaxxs/s10743/201806/44e3cdfel1fa4c7f928c879d435b6a18.shtml.

[5] 世界银行. Universal health coverage [EB/OL]. [2018-09-10]. <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>.

[6] STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health [J]. *Milbank Quarterly*, 2005, 83 (3): 457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

[7] RCGP. RCGP: history of the college [EB/OL]. [2018-09-10]. <http://www.rcgp.org.uk/about-us/the-college/who-we-are/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx>.

[8] RACGP. Australian general practice: a celebration [EB/OL]. [2018-09-10]. <https://www.racgp.org.au/yourracgp/organisation/history/college-history/australian-general-practice/>.

[9] AMIN F, SABZWARI S. Workforce issues of general practice in a developing country: Pakistan [J]. *Australian Journal of General Practice*, 2018, 47 (9): 651-653.

[10] SINGH M M. General practitioners: an integral part of health care in developing countries [J]. *BMJ*, 2016: 355.

[11] 翟振武, 陈佳鞠, 李龙. 2015—2100年中国人口与老龄化变动趋势 [J]. *人口研究*, 2017, 41 (4): 60-71. ZHAI Z W, CHEN J J, LI L. Future trends of China's population and aging: 2015—2100 [J]. *Population Research*, 2017, 41 (4): 60-71.

(收稿日期: 2018-09-19)

(本文编辑: 王凤微)

• 全科医生工具箱 •

世界家庭医生组织 (WONCA) 研究论文摘要汇编

——全科诊所聘用文书对全科医生工作效率、面对面诊疗时间以及患者舒适度的影响

【摘要】 **背景** 在全科诊所设置文书职位是一项创新之举。目前，越来越多的全科诊所聘用了文书，但聘用文书给全科诊所带来的影响尚不清楚。本研究旨在调查聘用文书对全科医生工作效率、面对面诊疗时间以及患者舒适度的影响。**方法** 在1家位于城区的安全网全科诊所，选取5名家庭医生和儿童内科医生及其接诊的患者为研究对象，开展前瞻性前-后观察对照研究。文书陪同全科医生在诊疗室工作，负责记录诊疗过程。第1阶段完成后，每隔200 min的接诊，额外增加20 min的接诊时间。以电子病历上记录的每小时接诊患者例数、工作量点数来评估全科医生的工作效率。在诊疗室直接观测全科医生在诊疗过程中花费在患者身上的时间以及花费在其他方面的时间。诊疗结束后，对患者或其家属进行就诊舒适度调查。**结果** (1) 与未聘用文书时相比，聘用文书后，全科医生的每小时工作量点数增加10.5% (处方数由2.59增加至2.86, $P<0.001$)，每小时接诊患者例数增加8.8% (接诊患者例数由1.82增加至1.98, $P<0.001$)，但患者的人均医疗服务量点数未发生改变。(2) 聘用文书后，全科医生在诊疗过程中花费在患者身上的时间增加57% ($P<0.001$)，花费在将诊疗资料录入到电脑上的时间减少27% ($P=0.003$)，面对面诊疗时间增加39% ($P<0.001$)。(3) 在诊疗室内增设文书配合全科医生工作后，多数患者(69%)感觉舒适度甚佳；但对于诊疗室内的所有人员(文书本人除外)而言，感觉舒适度甚佳的比例从93%下降至66% ($P<0.001$)。**结论** 本研究表明，聘用文书可以促进全科诊所的工作，但其效果仍有待进一步研究。

原文 见: ZALLMAN L, FINNEGAN K, ROLL D, et al. Impact of medical scribes in primary care on productivity, face-to-face time, and patient comfort [J]. *J Am Board Fam Med*, 2018, 31 (4): 612-619. DOI: 10.3122/jabfm.2018.04.170325. Published at <http://www.jabfm.org/content/31/4/612.full>.

(本刊编辑部整理)