

# 英国全科医师制度分析与启示

王坚 陈芳源 须捷平 曹晖 钟鸣 邵莉

**【摘要】** 分析英国的全科医师在英国国家卫生服务系统中所发挥的作用,发现在英国有一规范的全科医学教育体系,完善的全科医师培训制度,明确的全科医师工作职责和考核指标,紧密的初级和二级医疗联合体系,强有力的经济保障措施以及高度的职业认同感。提示我国在深化医疗改革进程中,要做好基本医疗服务,必须加快推进全科医师培养,提高社区全科医师的业务综合能力;建立全科医师首诊制度,促其做好健康守门人;提高全科医师待遇,增加其职业认同感;同时要加强信息化建设,建立健全社区首诊、双向转诊的通畅体制。

**【关键词】** 全科医师; 培养体系; 待遇; 认同感; 医疗联合体

**【中图分类号】** R499

**Analysis of general practitioner system in the UK and its enlightenment** Wang Jian, Chen Fangyuan, Xu Jieping, Cao Hui, Zhong Ming, Shao Li. Department of General Surgery, Renji Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200127, China  
Corresponding author: Chen Fangyuan, Email: chenfangyuan@renji.com

**【Abstract】** The role of general practitioners in the UK was analyzed and we found that in the UK, there was normalized general medical education system, perfect general practitioner training system, specific responsibilities and assessment index, close liaison group between primary and secondary care, strong economic supporting measures and high degree of recognition. Therefore, to deepen medical reform and improve basic medical service, we must accelerate general practitioners training, improve practice ability of general practitioners, establish the first-treatment system in community, reiterate role of gatekeeper, enhance the payment of general practitioner and increase their sense of identity. At the same time, we must strengthen the informatization construction, set up the first-treatment in the community and the patency of two-way referral system.

**【Key words】** General practitioner; Training system; Payment; Sense of identity; Medical association

全科医师(general practitioner, GP)是专业化程度较高的新型医学人才,是初级医疗卫生服务的主力,是社区基本医疗和公共卫生服务的中坚力量。社区卫生服务是以社区为基础,以社区人群的卫生服务需求为导向,综合、经济、方便、可及的基层卫生服务。

英国被称为拥有全世界最好的全科医师的国家之一,其全科医师制度经历了 70 年的不断衍进后,已形成较为完善的教育和培养体系。其教学目标明确,培养计划保持连贯性且正规化,有严格的导师带教制度和定期的考核制度,保证了全科医生的医疗质量。

## 1 英国的全科医师制度

### 1.1 规范的医学教育体系

英国医学生必须在校接受医学基本教育,一般学制为 5 年。各医学院的教学内容和方式虽有差别,但有以下方面的共同点:在本科教育阶段,医学

DOI: 10.3760/ema.j.issn.2095-1485.2014.02.001

作者单位:200127 上海交通大学医学院附属仁济医院普外科(王坚、须捷平、曹晖、钟鸣),血液内科(陈芳源),呼吸内科(邵莉)

通信作者:陈芳源, Email: chenfangyuan@renji.com

生通过选修课和必修课两种形式接受全科医学入门教育。在校学习期间,一般前 3 年是用临床上的病例、现象来说明基础课程中的理论和原理;后期则以基础课程的理论来解释临床上遇到的问题,较注重临床实践经验。学生通过每周或隔周跟随导师学习及诊疗,采用床边教学法,以 4~6 人为一组,了解全科医疗的病人和全科医疗服务的特点。所有医学生毕业前 1 年都需接受 4~10 周的全科医生的理论强化学习,提高物理诊断和临床思维能力,并模拟看诊、接受医患沟通培训。毕业后还需经 2 年的实习,选择 6 个科室,接受每个科室 4 个月的医院实践培训,带教教师对其“一对一”培养,合格后才能申请注册,方才具有最基本的行医资格。而在英国约有 50% 的医学生会接受再教育成为全科医生,并以此为终生职业,在社区诊所任职。

### 1.2 完善的全科医师培训制度

在英国,首先医学院毕业生经过 5 年的医学院学习以及 2 年的临床实践后,向英国医学会申请注册成为医生;而要成为全科医生还需经过 3 年的全科规范化临床培训;培训经费全部由政府提供。该项目目标是培养能在国家医疗卫生服务体制中独立提供基本医疗服务、具有合格知识和技能的全科医生。全科的培训方式为 1 年半在医院轮转、1 年半在社区医疗服务、长期穿插性社区学习。在医院轮转时,学生主要接受内科、外科和儿科等各专科住院病人的照顾和急诊处理培训。社区训练时采取导师制,一般在全科医生诊所学习,由导师指导传授全科医学的临床实践和重要技能。而长期穿插性社区学习是一种贯穿毕业后教育始终的学习,无论在哪个医院轮转或哪个阶段,均应保证每周至少一个半天在社区诊所集中学习;可进行小讲课和病例讨论,并通过 RCGP 账号将学习内容输入并上传,由导师点评学习情况。每周至少完成 2 个学习日志,每两周制定一次个人学习计划,每 6 个月与导师病例讨论 3 次。受训者学习结束后,需参加皇家全科医生学院的考试,通过者取得全科医生资格,并可自己选择社区卫生服务中心或全科诊所服务。成为一名全科医师后,每年比须进行考核,内容包括临床自评和总结、诊所管理能力自评,与同事间的关系,教学工作总结,投诉与表扬,上年计划完成情况和新一年的学习计划。提交工作报告后还要进行一次资格评估,与英国医学委员会委派的专家进行面谈,以确定是否能够继续从事全科工作。这些培训制度,保证了全科医生的服务质量水平。

### 1.3 明确的全科医师工作职责和考核

在英国,目前大约有 4.02 万名全科医师,为 6 100 万英国居民服务,每名全科医师大约为 1 500 位签约居民提供社区医疗服务。其主要职责为患者个体服务,而非为某一种疾病服务;全科医师提供纵向医疗保健,是一种“从摇篮到坟墓”的医疗模式,从居民出生注册开始直至生命结束;同时非常重视疾病的预防,并进行居家探望、教育培训。英国的全科医生是一个多面手,全科医师诊治的范围涵盖了内、外、妇、儿、五官、精神等多学科的疾病,并且与患者的相处都非常融洽。

在英国,全科医师的服务依托初级卫生保健信托机构(Primary Care Trust, PCT)进行监督管理。目前大约有 150 个初级卫生保健信托机构,负责购买所有的社区医疗卫生服务。其职能为评估地区健康需要,并委托服务机构满足这些需要。每个全科诊所所有考核的要求,主要依据质量与结果框架(quality and outcomes framework, QOF)进行评价。QOF 以循证医学为基础,但更加关注慢性病的管理。QOF 针对全科诊所,而非针对全科医师个人。通过质量管理分析系统 QMAS 进行管理。QOF 设有四方面的可量化指标,每一指标被赋予一定的点数,目前共计 1 000 点。QOF 以循证医学为基础,指标每年更新,根据需求增加新指标,而所有诊所均达标的指标将被删除。正因为有严密的考核机制,使全科诊所为社区的病人提供更好、更方便的保健服务。

### 1.4 紧密的初级和二级医疗联合体系

在英国初级和二级卫生保健有很好的联合,因为在政策上不允许患者未经全科医生的转诊直接到上级医院就医(除急诊外)。英国的国民医疗保健制度从政策上引导居民到全科医生处就医。全科医生可以通过互联网、信件、电话直接将患者转至上级医院。

为了保证较高的医疗质量,一些地区建立了初级和二级医疗联合体。比如剑桥的 Addenbrooke's 医院与当地的社区医疗于 1993 年建立了全科医师临床联合体,病人的信息资料可以共享(如:患者在二级医院所做的全部检查均能在社区医院获取)。每月举行一次例会,参加者为覆盖地区的全科医生、初级保健机构的代表、医学的主任和副主任、顾问委员会的主席、公共卫生网络的负责人、病理学人员等。主要讨论疾病治疗的临床路径以及一些疑难疾病的诊治,服务流程的问题以及流程再造,信息化的共享等。这样为全科医生提供一个很好的培训和学习机

会,其与二级医院的配合也非常紧密。同时通过相互交流,使全科医生的诊治水平也有很大的提高,只有复杂和患有疑难疾病的患者才转往二级医院;平均每年英国的全科医生的转诊率在 10%~15%。

### 1.5 强有力的经济保障措施

要稳定全科医生这个“守门人”制度,实行家庭医生首诊负责制,强有力的经济保障是非常重要的。全科医生作为“守门人”有财务上的优势,自 2013 年起,英国国民医疗保健预算中 80% 的经费用于全科医疗服务,确保资源的最优利用。

此外英国全科医生具有稳定的收入,英国的专科医生收入是社会平均收入的 4.3 倍,全科医生是 4.2 倍,这样保证每年从医学院校毕业的医学生中约 50% 的医学生从事全科医生职业。保证了全科医生的来源,这对做好社区医疗服务、保障人民身体健康起到了强有力的作用。

## 2 中国全科医师培养现状

### 2.1 全科医生人才严重短缺

我国的全科医师培训起步较晚,在上世纪 80 年代末我国的社区卫生服务逐渐兴起,对社区全科医生的培训逐渐成为发展社区卫生服务的一项重要任务。随着经济的发展和人民生活水平的提高,城乡居民对提高健康水平的要求越来越高;同时,工业化、城镇化和生态环境变化带来的影响健康因素越来越多,人口老龄化和疾病谱变化也对医疗卫生服务提出新要求。在这一情况下,迫切需要建立全科医生制度,以保障和改善城乡居民健康。但要推进全科医生制度,首要工作是人才的培养,目前我国的全科医生无论是从数量上还是质量上都不能满足城乡基层医疗服务的需求<sup>[1]</sup>。

中国目前的全科医生只有 1.06 万,加上助理医生也仅有 7.8 万人,而且学历整体偏低<sup>[2]</sup>。根据世界卫生组织的建议,每 2 000 人拥有 1 名全科医生才能够满足新世纪的健康需求。在法国每千人拥有 1.6 名全科医生;在美国每千人拥有 1.0 名全科医生;澳大利亚每千人拥有 1.4 名全科医生;英国每千人拥有 0.8 名全科医师。而我国每 12 万人只有 1 名全科医生。

### 2.2 全科医生待遇和职业认同感低下

目前中国的全科医生待遇过低,与专科医生相比有相当大的差距,很难吸引优秀的人才加入。医学院毕业的本科生很少从事全科医生职业,即使大专院校专门培养的全科医生,毕业后的流失率也非

常高,队伍非常不稳定。瑞典的专科医生收入是社会平均收入的 2.5 倍,全科医生是 2.2 倍;英国的专科医生收入是社会平均收入的 4.3 倍,全科医生是 4.2 倍;美国专科医生收入是社会平均收入的 4.1 倍,全科医生是 3.3~3.7 倍。中国想要建立一支合格的全科医生队伍,必须赋予这个岗位足够的吸引力,才能留住高素质的人才。

除了收入问题,职业认同感不高、缺乏晋升机制也是全科医生流失的重要原因。临床医学生普遍对社区医院、全科医学的认知度低,不感兴趣。社会以及医疗行业内部对于全科医疗都未能给予应有的尊重,甚至认为全科医疗就是次一等的医疗,全科医生就是次一等的医生。很多全科医生实际上还在做社会工作者的工作,干了很多“杂活”,并未完全专注于全科医生的本职工作<sup>[3]</sup>。

### 2.3 全科医学教育培养方式与时代发展的差距

推进全科医生制度的另一大难点是百姓对全科医生的诊疗水平不够信任,这需要加强全科医生的学历教育和毕业后的继续教育。

目前各大专院校的全科医学教育还不成熟,其培养也以灌输生物医学理念、知识、技能为主。医学生在学校教育阶段就已经进行了分科,已经打上了专科的烙印,其在以后的工作中怎么能够改变为全科思维呢?全科应该是最大的“专科”,其他各个专科都是全科的一部分;全科医学教育应培养以社区为基础的领袖型人才。

在毕业后的规范化培养阶段,更需要有全科医生的实践培训。目前,全科医生毕业后需要到大医院进行轮转,而大医院的培训基本是以专科医生的培训为主,全科医生应该具备的知识,比如营养干预、心理辅导、与居民的沟通技巧等培训还不足。此外,到社区工作后,全科医生的继续教育有所欠缺,尤其是缺乏与二级医院、三级医院的联合及沟通。

## 3 启示

由于中英两国的社会体制不同,故医疗的体制也不同。我们对英国的医疗服务模式无法照搬,但结合目前正在开展的社区卫生改革以及试行的家庭医生制度,我们仍可从英国的经验中得到借鉴和启示,以促进全科医学的发展,并推进中国的医疗改革。

### 3.1 提高全科医师的业务综合能力

2011 年 7 月 2 日,《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》颁布,“指导意见”指出,到 2020 年



在我国初步建立起具有生机和活力的全科医生制度,基本建立全科医生与城乡居民比较稳定的服务关系,基本实现城乡每万居民有 2~3 名合格的全科医生,以适应人民群众基本医疗卫生服务需求。这是党中央、国务院深化医药卫生体制改革的又一重大举措。但是如果要达到“指导意见”中 2020 年基本实现城乡每万名居民有 2~3 个合格全科医生的目标,至少需要 27 万到 41 万名高素质的从业者,这中间的缺口是非常巨大的,需要对现有的医学教育模式、全科医生教育培训、激励机制、执业机制进行改革<sup>[4-6]</sup>。

在医学院学生 5 年的学习过程中,要加强全科医学的课程学习,课程体系的设计应注重系统性、理论性和实用性,从促进知识的掌握转向临床的实践应用为着眼点;并且根据社区服务的特点和社区病人病况的特征,将临床医学的内容与社会医学、心理学等知识有机地结合在一起,形成一个独特的全科医学知识体系,培养医学生毕业后有致力于全科医生这一职业的准备。此外除了让毕业后全科医生接受规范化的 3 年培训外,还必须建立完善的继续教育体系,促其不断提升业务水平。

### 3.2 建立全科医生首诊制度,做好健康守门人

全科医生首诊制度的好处:一是居民看病更方便,小病看全科医生,大病通过全科医生预约转诊,省去了到大医院排队等候的烦恼。二是居民看病更便宜,可以降低小病的医疗费用,大病在急性治疗稳定后,可以转诊到全科医生处进行康复治疗,节省了医疗费用,同时可以为患者提供连续的、一体化的综合服务。三是建立和谐稳定的新型医患关系,改善医患矛盾。四是居民定期自主选择全科医生,这一竞争性机制促进全科医生主动对居民的健康和费用进行管理。所以建立全科医生首诊制,既可以做到对经费守门,又可以做到对老百姓健康守门。

### 3.3 提高全科医生的待遇,增加职业认同感

要稳定全科医生这支队伍,必须赋予这个岗位足够的吸引力,才能留住高素质的人才。鉴于目前全科医生是事业单位编制,在现阶段除了需要国家继续增加投入,保证全科医生的基本收入外,还需要改革对全科医生的激励机制,以增加全科医生的收入,使其不明显低于同资历的专科医生的收入水平。全科医生的收入可以来自三个方面:①全科医生与居民建立契约服务关系,为签约居民提供约定的服务,按年收取服务费。②全科医生还可以多点

执业,为非签约居民提供门诊服务,按项目收取服务费。③为签约居民提供非约定的服务,也可以按规定收取服务费。

除了提高全科医生的待遇外,如何提升全科医生的职业认同感也是留住全科医生,防止流失的关键点。首先要通过宣传,把社区全科医生的地位和作用告诉百姓,同时社会以及医疗行业内部对于全科医生都要给予应有的尊重。其次,目前很多全科医生实际上还兼有其他社会工作,建议增加社会工作者的配备,加强公共卫生医生和护士的培训,替全科医生分担部分工作,让全科医生、全科护士回归应有的角色定位。再次,应关心全科医生的职称晋升,可按全科医士、全科医师、全科主治医师、全科副主任医师、全科主任医师五个等级,逐级晋升<sup>[7]</sup>。

### 3.4 加强信息化建设,建立健全社区首诊、双向转诊体制

要建立健全社区首诊、双向转诊体制,离不开强大的信息系统的支持。目前上海的社区全科医师工作站已初步建立,但存在与医疗脱节的现象,尤其是与上级医院的双向转诊的渠道还不畅通,医疗联网无法满足全科医生的要求。所以,我们可借鉴英国诊所信息系统的成熟经验,将双向转诊的方法、慢病管理、绩效考核方案、临床路径指南、个体化健康教育等互相整合,并做到简单易行,充分利用计算机信息化手段来提高工作效率,实现科学管理。

### 参考文献

- [1] 国家卫生部. 2009 中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [2] 梁万年. 中国全科医学人才的培养[J]. 中国全科医学, 2008, 11(2A): 187-188.
- [3] 王斌. 社区卫生服务有关问题的思考[J]. 中国全科医学, 2009, 12(1A): 1-2.
- [4] 杜兆辉, 储霄英, 毛秀珍, 等. 国内外全科医学教育现况与展望[J]. 中华全科医学, 2010, 8(7): 909-911.
- [5] 孟群. 抓住关键环节大力推进社区卫生服务人才培训工作[J]. 中国全科医学, 2008, 11(1A): 1-3.
- [6] 马维红, 李琦, 杨丽莎, 等. 情景模拟教学法在全科医学概论教学中的应用效果研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(9A): 2787-2789.
- [7] Burgos P. 我在从事全科医疗和全科医学教学的经历及感受[J]. 中华全科医师杂志, 2006, 5(1): 35-36.

(收稿日期:2013-10-22)

(本文编辑:蔡骏翔)