

· 述评 ·

【编者按】全科医学概念自20世纪80年代后期引入我国内地，至今已30余年。30余年来，我国全科医学发展取得了十分重要的阶段性成果，学科建设和人才培养体系逐渐优化，人才队伍数量不断增加，队伍结构持续优化，服务模式不断完善，服务水平稳步提高。可以说，在“保基本、强基层、建机制”的既定方针下，全科医学重任在肩，砥砺前行，走出了一条具有中国特色的全科医学发展路径。与此同时，全科医学的科学研究也日益得到重视。近年来，全科医学研究实现了跨学科、跨领域、跨地域的开展，研究者从关注研究内容，到关注方法学，注重证据的严谨性和科学性，再到关注基层卫生科研网络（PBRNs）建设，全科医学研究在研究方向上实现了质的飞跃。学术期刊是学科建制的重要组成部分，是学术研究的重要载体，也是学科话语体系形成的重要标志。有赖于全科医学科学研究的繁荣与发展，《中国全科医学》在科技期刊表现上稳步提升。本着“以坚持问题导向，善于发现创新、引领创新、鼓励创新”的出发点，本期由主编杨辉博士执笔，向同仁们出具了一份近10年的中国全科医学行业报告。文章在梳理近10年全科医学结构-过程-结果质量的基础上，对其进一步发展面临的机遇、挑战进行分析，并提出了可供同行考虑的进一步研究问题。期冀可以激发出更深入、更具体的全科医学研究，助力全科医学行业发展。

中国全科医学行业十年发展：机会和挑战并存

杨辉^{1, 2*}, 韩建军², 许岩丽², 高晓欢², 汪洋², 杨允利², 曹新阳²



扫描二维码
查看原文

【摘要】目的 以近10年（2010—2020年）为阶段，梳理我国全科医学行业的自身优势和不足，以及其发展面临的环境机会和挑战。方法 以Donabedian的概念模型为框架，检验和评估中国全科医学基本医疗服务系统的质量特征；以态势分析法（SWOT分析法）为框架，分析中国全科医学发展的内部和外部条件。数据来源于2010—2020年全科医学发展相关的统计报告、期刊论文、政策与工作指南等。结果 （1）全科行业的结构质量：近10年来我国全科医学发展政策是以往相关政策的承袭和发展，并在全科人才队伍建设、学科建设、分级诊疗、区域医共体等方面继续加强，全科的财政政策和管理政策仍有提升空间。全科人力资源在数量上飞速发展，不过人力资源倒置问题未彻底解决，需要采用全职等量的算法来计划和评估人力资源。社区卫生服务中心数量呈现稳定增长，但仍低于医院的增长速度。全科医学服务的卫生经济学数据尚需补充。（2）全科行业的过程质量：2020年到社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院诊疗的人次数为20.45亿人次，即我国平均每人每年访问社区卫生服务中心（站）或乡镇卫生院1.5次，高于2010年每人每年平均1次的访问频率，但仍低于患者对医院门诊的访问频率（平均每人每年2.7次）。新型冠状病毒肺炎对2020年的社区卫生服务/全科医学服务有明显影响，门诊诊疗人次下降约20%。全科医学相关文献的发文量在2018年达到峰值，研究热点主要集中在双向转诊和分级诊疗、全科医生/家庭医生、全科医学、社区、慢性病（尤其是高血压、糖尿病）、影响因素分析等方面。期待随着学科发展，全科研究可以在创新和评判思维、对临床服务的循证支持、对服务质量和患者结果改善方面提供更强有力的支持。（3）全科医学服务的结果：全科医学服务对居民健康影响的数据不足。从居民和患者的体验和观点来看，已获得全科服务或签约家庭医生的居民有较好的体验和较高的满意度，不过尚缺乏普遍社区居民对全科医学服务感知和观点的数据。全科医生自身对行业工作的体验和看法存在较大差异，性别、年龄、职称、城乡、地理位置等影响医生的体验和满意度。全科人力资源存在不稳定性，收入、工作和时间压力是主要影响因素。（4）中国全科医学的主要优势在于有力的政策推动和政府领导，集中化体制表现出的卓越资源动员能力，能快速启动和发展全科医生队伍；中国拥有已经成熟起来的全科医学教育和培训，以及临床医学服务的中坚力量，并显示出医学科学与医学人文的传统和有机结合。（5）中国全科医学存在其他国家或地区的共性问题，其自身特点包括学科发展较晚、人才队伍质量有待提高、工作压力大且职业倦怠显现，全科医生代沟对教育和实践的影响。全-专之间关系处于脱离依附和走向融合的交界点。全科师资特别是社区临床带教的教育胜任力不足。全科团队建设和管理需要从形成期向激荡期和绩效期推进。（6）健康中国和全面小康的国家战略，全球通过《阿斯塔纳宣言》重申的初级保健在可持续发展和全民健康覆盖中的重要作用，以及人民群众对健康的重视和健康素养的提升，是中国全科医学的发展机会。（7）人口老龄化，以及随之产生的疾病负担改变和社会经济变化，加上全科人力资源的老化和动态过程、城乡二元化和地区差异、医疗卫生资源配置的倒置三角等，是中国全科医学发展面临的挑

1.3168 Monash University, Melbourne, Australia

2.100053 北京市, 中国全科医学杂志社

*通信作者: 杨辉; E-mail: hui.yang@monash.edu

本文数字出版日期: 2021-12-16

战。相应的解决策略包括：加强全科医学倡导功能，建立广泛社区的协作网络，发展全科医学职业组织等。**结论** 中国的全科医学事业发展处于上升期。人力数量上有飞速发展，政府政策的推动性强，在基本医疗可及性上有快速改善，基层医疗卫生服务利用率明显增加。作为知识和劳动密集型行业，全科业内和社会期望较高，同时存在明显压力，人力存在不稳定因素，全科医生的自我身份认同仍有提升空间。对全科医学的经济投入仍需明朗。当前，中国全科医学处于前所未有的促进环境中，医学界和全科同仁务必抓住机会促进其更好地发展，“化挑战为机会”，为全民健康赢得更好结果。

【关键词】 全科医学；全科医生；行业报告；结果与过程评价，卫生保健；卫生政策；卫生人力；卫生费用

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.337

杨辉，韩建军，许岩丽，等. 中国全科医学行业十年发展：机会和挑战并存 [J]. 中国全科医学, 2022, 25 (1) : 1-13, 28. [www.chinagp.net]

YANG H, HAN J J, XU Y L, et al. Ten-year development of general practice in China: opportunities and challenges [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (1) : 1-13, 28.

Ten-year Development of General Practice in China: Opportunities and Challenges YANG Hui^{1, 2*}, HAN Jianjun², XU Yanli², GAO Xiaohuan², WANG Yang², YANG Yunli², CAO Xinyang²

1. Monash University, Melbourne 3168, Australia

2. Publishing House of Journal of Chinese General Practice, Beijing 100053, China

*Corresponding author: YANG Hui; E-mail: hui.yang@monash.edu

【Abstract】 **Objective** To review the strengths and limitations of the development of general practice in China during the last decade (2010—2020) and to assess the opportunities and challenges for its future development. **Methods** Data were collected from statistic reports, journal articles and official policies and guidelines regarding general practice development in China from 2010—2020. Donabedian model was applied to examine and assess the quality of essential general practice services in China. SWOT analysis was used to identify internal and external determinants of general practice development in China. **Results**

(1) Structural quality of general practice: the ten-year policies about general practice development were a continuation of the past relevant policies in essence but with developments, with highlights on continuous construction of general practice workforce and discipline, tiered diagnosis and treatment and regional medical consortium, but relevant fiscal and management policies still need improvements. The number of general medical workers has increased rapidly, while the lion's share of them are still allocated at tertiary hospitals. Full-time equivalent is suggested to be used to predict the staffing and assess the performance of these workers. The number of community health centres showed a steady increase, but its growth rate was still slower than that of hospital facilities. Relevant health economics data need to be further supplemented. (2) Process quality of general practice: in 2020, there were 2.045 billion visits in community health centers (stations) and township health centers, that is, 1.5 visits per person per year on average. There was a significant development when found only 1 visit per person per year for primary care in 2010. However, the frequency of visits for primary care was still lower than that of visiting hospital-based outpatients (an average of 2.7 visits per person per year). The COVID-19 pandemic had a significant impact on community health services/general medical services, and the number of outpatient visits dropped by about 20%. The number of general practice research articles reached a peak in 2018, mainly focusing on bi-directional referrals, tiered diagnosis and treatment, general practitioners (GPs)/family doctors, general medicine, community health services, chronic disease management (especially hypertension and diabetes), and analysis of factors associated with aspects involved in general medical services. General practice research is expected to provide more support for developing innovative and critical thoughts, more practice-based evidence for clinical services, and more assistance for service quality and patient outcomes improvement as the discipline advances. (3) Results of implementing general medical services: there is no sufficient evidence on the influence of general medical services on people's health. The experiences and views of people including healthy individuals and patients indicated that those receiving general medical services or contracted family doctor services perceived positive experience and expressed high satisfaction, but perceptions and views of general population in the community toward general medical services need to be explored. GPs' own experience and opinions on general practice were quite different. Gender, age, professional title, urban and rural areas, and geographical location may be associated with their experience and job satisfaction. There may be instability in the general practice workforce, mainly due to personal income, workload and time pressure. (4) The major strengths of developing general practice in China are as follows: strong policy-based promotion and government leadership; rapidly constructing and developing GPs teams owing to the excellent resource allocating ability shown by the centralized system from central to all local governments; significantly enhanced general practice education and training systems; increased core professionals as general

practice educators and trainers; special development of general practice characterized by the integration of medical sciences and Chinese traditional humanistic theories. (5) The development of general practice in China has been facing limitations similar to those in other countries. Besides that, its special limitations include late development of the discipline, unsatisfactory quality of workforce, high work pressure and high prevalence of burnout in the workforce, as well as impact of generation gap on education and practice among GPs. In addition, the relation between specialists and GPs is on transition of from undifferentiated attachment to self-recognised uniqueness, and further seeking transdisciplinary. The teaching competences of GPs teachers, especially those teaching community and clinical care, are inadequate. GPs team building and management need to advance from the formation to the storming and performing phases. (6) Opportunities for further development of general practice in China include strategies for achieving the goals of Healthy China, and an all-round well-off society, the important role of primary health care in sustainable development and universal health coverage reaffirmed by the *Declaration of Astana*, as well as significantly improved health literacy of people. (7) Challenges for the development of general practice in China include population ageing, and aging-related changes in burden of disease and socio-economic status, the aging and dynamic changes of GPs human resources, the variation of urban and rural areas and regional differences, and the inverted pyramid structure of allocation of medical and health resources (namely, the largest part is allocated to tertiary care while the smallest to primary care). Relevant recommendations to address these challenges comprise strengthening the advocacy of the development of general practice services, establishing a wide-ranging community collaborative network, and developing general practice professional organizations. **Conclusion** The development of general practice in China is advancing, which is manifested as rapidly increased number of general medical workers, strong government promotion, quickly improved accessibility of essential medical services, and notably increased utilization rate of primary care services. However, the development is facing challenges, such as high discipline and social expectations regarding general practice, instability in the workforce due to high work pressure of the knowledge- and labor-intensive job, GPs' insufficient recognition of their self-identity, and unclear status of financial funding for general practice development. Given that there are unprecedented favorable conditions for general practice development, medical industries and general medical workers are suggested to make efforts to turn challenges into opportunities to develop general medical services, thereby universal health outcomes will be improved.

【Key words】 General practice; General practitioners; Industry report; Outcome and process assessment, health care; Health policy; Health manpower; Health expenditure

强大的全科医学服务系统对于实现并增强医疗卫生服务系统的公平、公正、效率和有效性而言，是至关重要的。国际研究和经验也反复证实，好的初级保健系统可以给人民带来更好的健康^[1]。中国的全科医学是一门方兴未艾的临床医学二级学科，自1993年成立中华医学会全科医学分会开始算起，至今已有近30年的发展历程。中国的全科医学事业是一项充满无限希望，同时也面临艰巨挑战的事业。其是实现健康中国战略、改革和发展医疗卫生系统的基础，也是实现全民健康的必由之路。本文是《中国全科医学》杂志第一次提供中国全科医学行业报告，文章以近10年（2010—2020年）为阶段，梳理了中国全科医学行业的自身优势和不足，并分析了其发展面临的环境机会和挑战。在分析行业现状的同时，文章也提出了尚未有明晰答案的问题，在此邀请致力于中国全科医学发展的学者、医生、教育者们共同讨论和解答。

1 资料与方法

以 Donabedian 的概念模型为框架^[2]，检验和评估中国全科医学基本医疗服务系统的质量特征；以态

势分析法（SWOT分析法）为框架，分析中国全科医学发展的内部和外部条件。数据来源于公开发布的2010—2020年卫生健康统计报告、发表在学术期刊的研究报告、政府部门发布的卫生政策和工作指南。对全科系统内部和外部条件的分析，参考正式发表的相关学术报告。

2 基于 Donabedian 概念模型的中国全科医学行业发展现状

2.1 全科医学的资源结构

2.1.1 全科医学相关政策 本报告涉及的政策指政府部门和行业组织发布的政策和工作指导，包括针对全科医学领域发展的政策，也包括与全科医学发展有关的宏观政策。根据政策内容，可具体划分为人力资源政策（教育与培训、师资发展等相关政策）、财政政策、设施设备政策、管理政策、循证指南等。

2010—2020年的全科医学相关政策是以往相关政策的承袭和发展。10年前具有标志性意义的政策包括：1997年的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发〔1997〕3号）；1999年原卫生部等十部门《关于发展城市社区卫生服务的若干

意见》(卫基妇发〔1999〕第326号);2000年的《卫生部关于印发发展全科医学教育的意见的通知》(卫科教发〔2000〕第34号),以及《全科医师岗位培训大纲》《全科医师规范化培训试行办法》《全科医师规范化培训大纲》;2002年原卫生部等11部门联合印发的《关于加快发展城市社区卫生服务的意见的通知》(卫基妇发〔2002〕186号);2006年的《国务院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年发布的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》。

2010—2020年的全科医学相关政策仍以人才队伍建设和学科建设为重点:(1)全科人才队伍建设。2010年国家多部委联合发布《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》(发改社会〔2010〕561号),提出通过多种途径培养全科医生,到2020年共培养全科医生30万名。2011年国务院发布《关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2011〕23号),提出到2020年基本形成规范的全科医生培养模式(“5+3”模式)和“首诊在基层”的服务模式,基本实现城乡每万名居民有2~3名全科医生。2012年,原卫生部和教育部分别联合印发《全科医生规范化培养标准(试行)》《助理全科医生培训标准(试行)》,原卫生部等4部门联合印发《全科医学师资培训实施意见(试行)》(卫办科教发〔2012〕151号);2013年,原卫生计生委等7部门印发《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》(国卫科教发〔2013〕56号);2014年,教育部等6部门印发《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》,教育部等6部门印发《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》(教研〔2014〕2号),原国家卫生计生委印发《住院医师规范化培训管理办法(试行)》(国卫科教发〔2014〕49号),《国家卫生计生委办公厅关于印发住院医师规范化培训基地认定标准(试行)和住院医师规范化培训内容与标准(试行)的通知》(国卫办科教发〔2014〕48号)发布;2015年,教育部等6部门印发《关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见》(教高〔2015〕6号);2017年,国务院办公厅印发《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》(国办发〔2017〕63号);2018年,《国务院办公厅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)发布;2019年,国家卫生健康委等7部委印发《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》(内卫科教发〔2020〕21号)。全科医学作为医学教育的一个重要专业,各项政策对其组织、实施做了相应要求,并在学员招收、经费保障、使用与激励机制等方面加以倾斜,同时对履约管理方面予以规定。

(2)全科学科建设。2014年,《国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》(国卫科教发〔2013〕56号)、《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》(教研〔2014〕2号)发布,建议所有医学院校建立全科医学系,医学院附属医院和三级甲等医院建立全科医学科。(3)相关政策:分级诊疗。2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)发布,进一步明确了要加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设,期望实现优质医疗资源有序、有效下沉,基本建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。(4)相关政策:区域医共体。2019年国家卫生健康委和国家中医药管理局联合发布《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121号)。2020年国家卫生健康委办公厅、国家医保局办公室、国家中医药局办公室联合发布《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》(国卫办基层发〔2020〕12号),要求进一步完善县域医疗卫生服务体系,加快提升基层医疗卫生服务能力,推动形成有序就医格局。(5)相关政策:社区医院建设。2019年,基层卫生健康司发布《国家卫生健康委办公厅关于开展社区医院建设试点工作的通知》(国卫办基层函〔2019〕210号)。2020年,基层卫生健康司发布《国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知》(国卫基层发〔2020〕12号),强调要提升基层医疗服务能力,防治结合,强化传染病防控能力。

在以宏观政策和全科人力发展为主的政策环境下,全科医学发展的经济和财政政策、管理和质量政策相对较弱。在中国,行业政策和政府政策区分得不明显。但行业组织(学会和协会)在全科医学相关政策发展中发挥着重要且不可替代的作用,尤其体现在指南的开发与发布、具体政策实施策略的制订方面。

政策方面的研讨问题包括:怎样更好地完善针对

全科医学发展的经济和财政政策?比如从医保政策上保证“首诊在全科”的患者可得到最高的经济补偿?怎样从财政政策上支持大学完善全科医学系的建设?在行业政策上,怎样通过科研基金政策鼓励多学科和跨学科的合作?怎样通过类似“全科未来发展基金”的形式,提出学科发展的重点投资方向?怎样完善全科医学服务组织的管理和经营政策,以促进规模化全科产业和有序竞争环境的形成?

2.1.2 全科医学的人力资源

2.1.2.1 卫生人力资源总量

2011年的研究认为,中国卫生人力资源长期存在数量不足和素质较低的问题,并长期存在医护比例倒置的现象^[3]。原卫生部于2011年提出:到2020年,基层医疗卫生人员达到462万人,其中全科医师达到30万人以上;建立住院医师规范化培训制度,建立全科医师制度,开展基层医疗卫生支持计划等^[4]。

2020年,中国的执业(助理)医师数为408.6万人,每千人口执业(助理)医师数为2.90人,每万人口全科医生数为2.90人,即全科医生占执业(助理)医师的10%^[5]。

2010—2020年,中国卫生人力资源总量呈稳步增长趋势。与2010年相比,2020年的卫生人员数和卫生技术人员数分别增长64.2%和81.7%,卫生技术人员中的执业(助理)医师数和注册护士数分别增长64.2%和129.9%。基层医疗卫生机构的执业(助理)医师增长数量高于综合医院(58.7万人比32.9万人),增长率亦高于综合医院(61.9%比26.1%);但注册护士的绝对值增长数量主要在综合医院,基层医疗卫生机构因注册护士的基数较低,故增长率较综合医院高(126.3%比62.9%)。10年来,卫生人力资源总量明显增加,2014年的综合医院注册护士数超

过执业(助理)医师数,卫生人力分布的三角形变大;但与此同时,人力资源倒置问题尚未彻底解决,基层卫生技术人员数低于综合医院,基层执业(助理)医师数明显高于注册护士数^[5-7],见表1。

如果有足够篇幅,可以对2010—2020年的卫生人力资源情况做进一步分析。比如:卫生人力在不同发展地区间、不同行政管辖区域间、城市和农村间的分布情况如何?对于城市和农村的基层卫生人力,不同所有制性质、不同内部层次(如乡镇与村)机构间的分布情况如何?这些分布情况在卫生资源配置公平性方面的意义是什么?

2.1.2.2 全科医生队伍的发展

10年来,中国全科医生行业完成职业培训和注册为行业成员的人数逐年增加。2012—2020年,全科医生总数增长了2.72倍,增长速度备受瞩目。值得注意的是,医院和社区卫生服务中心(站)的全科医生数量分别增长了2.42倍和1.30倍,即在医院工作的全科医生数量增幅高于在社区卫生服务中心(站)工作的全科医生数量增幅。乡镇卫生院的全科医生数量增长了3.65倍,与2012年的基数较低有关^[5-7],见表2。

在对全科医生数量进行统计分析时,有几个基本概念值得关注。统计报告中列有“取得全科医生培训合格证的人数”,然而并非所有完成培训的医生均注册为全科医生,或将全科医生纳入其执业范围,因此统计报告同时列出了“注册为全科医学专业的人数”。这意味着部分完成了全科医生培训的医生并没有从事全科工作,而是转做其他临床专业或医疗管理等工作。同时也应注意到,即使注册为全科医生,其也不一定在社区卫生服务中心(站)工作,而可能是在医院(全科医疗科)工作,因此统计报告划分了在医院和在基层(城市社区、乡镇或村)

表1 2010—2020年中国执业(助理)医师数和注册护士数(万人)
Table 1 Number of licensed (assistant) physicians and registered nurse in China, 2010—2020

人员类别	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
卫生人员	820.8	861.6	911.6	979.0	1 023.4	1 069.4	1 117.3	1 174.9	1 230.0	1 292.8	1 347.5
卫生技术人员	587.6	620.3	667.6	721.1	759.0	800.8	845.4	898.8	952.9	1 015.4	1 067.8
执业(助理)医师	241.3	246.6	261.6	279.5	289.3	303.9	319.1	339.0	360.7	386.7	408.6
综合医院	126.1	130.7	140.4	150.3	158.4	169.3	180.3	193.3	205.4	152.7	159.0
基层医疗卫生机构	94.9	96.0	101.0	105.0	106.4	110.2	114.5	121.4	130.5	143.7	153.6
注册护士	204.8	224.4	249.7	278.3	300.4	324.1	350.7	380.4	409.9	444.5	470.9
综合医院	146.9	162.8	183.0	204.1	222.2	240.8	261.3	282.2	302.1	230.9	239.3
基层医疗卫生机构	46.7	49.3	52.8	57.7	60.4	64.7	69.6	76.9	85.2	96.0	105.7

注:数据来源于2011—2021年的中国卫生健康统计年鉴^[5-7];需注意的是,表格中的基层医疗卫生机构执业(助理)医师、注册护士并不等同于注册为全科医学服务领域的医学专业工作者,故表格数据显示的是中国医护人力资源总量及在综合医院、基层医疗卫生机构的分布情况

工作的全科医生数。

对全科医生人力资源数量的分析，仍可再深入。比如：（1）在当前的卫生健康统计报告中，没有分析全职等量（FTE）人数，即折算成满工作小时的人力数量，相当于有多少全职工作的全科医生。因为，即便有相当数量的全科医生完成了培训、注册为全科、到社区工作，其也并非全职从事全科临床工作。从实际人力资源的角度分析，FTE是测算和评估人力规模的最有价值数据。因此，中国30万全科医生相当于多少FTE的全科医生？同时，在对人力数量进行统计分析的基础上，要进一步研究人力资源的质量，如多少全科医生具有真正的基层医疗卫生服务胜任力？（2）全科人力是动态资源，某时点上的统计数字实际上是人力资源进入、保持、流出的综合结果。统计数字可能没有考虑或低估了流失的全科人力数量，因此可能需要对我国当前进入（通过规范化培训、岗位培训、转岗培训、外省外市输入等）、

保持（全职在社区卫生服务机构工作、FTE）、流失（退休、调离、脱离临床等）的人力动态状况及相应原因进行专门调查。（3）全科医学作为临床二级学科，在临床各科医师中的占比是多少？在《中国卫生健康统计年鉴》的“分科执业（助理）医师构成”统计表中，到2017年才出现“全科医疗科”的占比。但从事全科医疗工作的医师在《中国卫生健康统计提要》中仍被归为分科医师的“其他”类。

2.1.3 全科医学的服务设施与教研设施

2.1.3.1 医疗卫生机构数量 2010—2020年，我国医疗卫生机构数量增长了9.2%。其中，医院数量增长了67.3%，基层医疗卫生机构数量增长了7.7%，医院数量的增长率高于基层医疗卫生机构。2011—2020年，在基层医疗卫生机构中，除社区卫生服务中心（站）数量增长了6.9%，乡镇卫生院和村卫生室的量均有所减少^[5-7]，见表3。

当然，仅从机构数量上并不能完整反映服务组织

表2 2012—2020年中国全科医生数（人）

Table 2 Number of general practitioners (registered as GPs or obtaining a GP certification after training) in China, 2012—2020

人员类别	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
总计	109 794	145 511	172 597	188 649	209 083	252 717	308 740	365 082	408 820
注册为全科医学专业	37 173	47 402	64 156	68 364	77 631	96 235	156 800	210 622	255 867
取得全科医生培训合格证	72 621	98 109	108 441	120 285	131 452	156 482	151 940	154 460	152 953
医院	21 074	25 758	30 428	31 382	34 654	49 400	51 071	60 499	72 090
注册为全科医学专业	5 817	6 260	9 395	8 936	9 517	11 223	20 966	26 931	36 396
取得全科医生培训合格证	15 257	19 498	21 033	22 446	25 137	38 177	30 105	33 568	35 694
社区卫生服务中心（站）	47 863	60 181	68 914	73 288	78 337	83 933	95 603	103 841	110 190
注册为全科医学专业	18 502	23 499	31 202	33 169	36 513	41 327	56 506	68 001	78 447
取得全科医生培训合格证	293 361	36 693	37 712	40 119	41 824	42 606	39 097	35 840	31 743
乡镇卫生院	38 557	56 825	70 296	80 975	92 791	110 900	134 538	161 658	179 411
注册为全科医学专业	12 304	16 836	22 594	25 434	30 718	41 181	64 117	90 244	110 862
取得全科医生培训合格证	26 253	39 989	47 702	55 541	62 073	69 719	70 421	71 414	68 549

注：数据来源于2013—2021年的中国卫生健康统计年鉴^[5-7]，未获取到2011年相关数据，2020年乡村全科执业助理医师数为6.3万人

表3 2010—2020年中国各类医疗卫生机构数（个）

Table 3 Number of healthcare institutions in China, 2010—2020

机构类别	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
医疗卫生机构	936 927	954 389	950 297	974 398	981 432	983 528	983 394	986 649	997 433	1 007 579	1 023 000
医院	20 918	21 979	23 170	24 709	25 860	27 587	29 140	31 056	33 009	34 354	35 000
基层医疗卫生机构	901 709	918 003	912 620	915 368	917 335	920 770	926 518	933 024	943 639	954 390	971 000
社区卫生服务中心（站）	32 739	32 860	33 562	33 965	34 238	34 321	34 327	34 652	34 997	35 013	35 000
乡镇卫生院	37 836	37 295	37 097	37 015	36 902	36 817	36 795	36 551	36 461	36 112	36 000
村卫生室	648 424	662 894	653 419	648 619	645 470	640 536	638 763	632 057	622 001	616 094	610 000
门诊部（所）	181 781	184 287	187 932	195 176	200 130	208 572	216 187	229 221	249 654	266 659	290 000
专业公共卫生机构	11 835	11 926	12 083	31 155	35 029	31 927	24 866	19 896	18 033	15 958	14 000
疾病预防控制中心	3 513	3 484	3 490	3 516	3 490	3 478	3 481	3 456	3 443	3 403	3 384

注：表格数据来源于《2021中国卫生健康统计年鉴》^[5]

的物理结构质量，因此提出以下针对结构质量的进一步研究问题：（1）每家基层医疗卫生机构的基本内涵，如人员配备、设备配置及与过程质量相对应的服务量和服务性质；（2）与卫生人力资源的分析相似，机构数量和质量在发展地区间、行政辖区间，特别是城市和农村地区间的比较；（3）对于全科医学服务而言，床位数指标并非是相关的物理结构指标，但分析乡镇卫生院的床位数可能具有局部意义。

2.1.3.2 全科医学教学、培训及研究机构数量 全科医学教育和培训机构可大致分成四类：（1）设置在高校的全科医学教研室；（2）各级行政辖区的全科医学培训中心（国家级、省级、地市级等）；（3）设置在医院的全科医学教学培训基地（全科医学科）；（4）设置在社区卫生服务中心的全科培训基层基地。但目前尚未检索到公开发表、可信度高的统计报告或专题调查报告，这一方向有待进一步的关注和研究。

2.1.4 全科医学的卫生经济

2.1.4.1 卫生总费用 卫生总费用占国内生产总值（GDP）的比例，从2010年的4.85%增加到2020年的7.10%。其中，政府卫生支出的占比在30%上下波动；个人卫生支出则明显下降，从2010年的35.29%减少到2020年的27.65%，绝对数值从2010年的人均7051元增加到2020年的人均约2万元^[5]。

目前，全科医学的直接服务成本在卫生总费用中的占比尚无相关统计和研究，这是卫生经济学家可以帮助回答的问题。其他国家的数据可用于今后的比较研究。比如澳大利亚卫生和福利研究所的报告显示，澳大利亚的全科医学直接服务成本占医疗保健总支出的5.5%，而其他医药服务，如医院住院服务、药品服务、专科服务，分别占总支出的29%、24%、10%。因澳大利亚的全科医生是医疗服务系统的“守门人”，所以占比较少的全科医学服务对占比较大的住院、药品和专科服务产生很大影响^[8]。

中国的医院，特别是综合医院，是最大的医疗卫生机构资产。医院的总资产占我国各类医疗卫生机构总数的80.3%，基层医疗卫生机构则占9.8%，见表4。

2.1.4.2 政府对社区卫生服务/全科医学服务的投入

政府对全科医学服务的经济投入方式和规模，与该国家或地区的卫生经济、财政政策有直接关系，并与该国家或地区的政府、市场、民间对全科医学服务的分担责任有直接关系。结构性投入包括：固定资产（房屋、租金、设备）和一次性生产资料的投入，信息技术和管理成本上的投入，以及对人力资源的投入（教育和培训的补助、招募和留用的激励）。过程性投入主要涉及对全科医生各项医学服务的经济补偿（雇用制度下的工资、人头费下的预付、按项目收费下的医保购买）。

2.1.4.3 社区卫生服务的收支状况 中国社区卫生服务的经营模式包括公办和民营两类。在我国医疗卫生机构的总收入中，医院收入占75.3%，并主要来自综合医院的收入，基层医疗卫生服务机构收入占医疗卫生机构总收入的15.4%。在医院总收入中，财政拨款占14.0%；而在基层医疗卫生机构中，财政拨款占其总收入的33.1%。在医院总收入中，医疗收入占82.1%；而在基层医疗卫生机构中，医疗收入占其总收入的56.0%。中国医疗卫生机构的总费用中，人员经费占34.5%。这个占比在社区卫生服务中心（站）略高于医院（36.2%比33.5%）^[5]，见表5。

2.1.4.4 全科医生的收入 卫生健康统计年鉴和公报中，未涉及医生收入数据。CHEN等^[9]针对浙江省杭州市和宁波市两家三级医院的研究结果显示，58%的医生月收入低于5000元。而全科医生的收入普遍低于医院医生收入。不过国际上有报道在全科医生工作量增加的同时，其收入却有所下降，如果与专科医生相比，全科医生的收入较低就更加明显^[10]。对公立医院的医生来讲，如果薪金较低或医保补偿较少，

表4 2020年中国各类医疗卫生机构资产与负债情况（万元）
Table 4 Assets and liabilities of healthcare institutions in China, 2020

机构类别	总资产			负债	净资产
	合计	流动资产	非流动资产		
总计	595 201 456	257 664 323	325 653 519	264 499 718	318 321 670
医院	477 948 913	213 199 918	264 747 149	235 426 394	242 521 472
综合医院	338 612 989	149 369 721	189 241 422	170 861 356	167 750 214
基层医疗卫生机构	58 297 287	22 084 157	25 245 672	15 394 462	31 933 508
社区卫生服务中心（站）	14 457 288	8 170 280	6 287 008	5 102 160	9 354 840
乡镇卫生院	32 493 398	13 725 057	18 768 341	10 146 210	22 345 617

注：表格数据来源于《2021中国卫生健康统计年鉴》^[5]

则给医疗服务可及性造成负面影响,如果医生为弥补收入而提高共付比例或增加自费项目,则可能会造成弱势群体和社区的基本医疗服务利用率下降^[11]。

2.2 全科医学的过程和绩效 从卫生健康统计报告中获得全科医学服务的绩效相对来说是比较困难的,主要原因是基层医疗卫生机构的服务量并非完全由全科医生提供。而且,有一部分全科医学服务统计在医院里,无法与其他临床科室的服务区分开。

2.2.1 医疗卫生机构的诊疗人次数 2011—2019年,社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院及基层医疗卫生机构的诊疗人次数整体呈增长趋势。各类医疗卫生机构的总诊疗人次数增加了近40.0%(39.1%)。其中,医院的诊疗人次数增长最多(70.0%),而基层医疗卫生机构的诊疗人次数增长不足20.0%(19.0%)。基层医疗卫生机构中,社区卫生服务中心(站)的诊疗人次数增加了57.0%,而乡镇卫生院的诊疗人次数增加了35.1%^[5-7],见表6。

根据2019年的数据,如果将到社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院就诊视为寻求“基本医疗服务”,那么两者相加为20.45亿人次,即我国14亿人平均每人每年访问社区卫生服务中心(站)或乡镇卫生院1.5次。不过该访问频率仍低于患者访问医院的频率(平均每人每年2.7次)。而根据2010年的数据,社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院的诊疗

人次合计为13.86亿人次,以当年全国总人口13.38亿估计,10年前平均每人每年访问社区卫生服务中心(站)或乡镇卫生院1.0次,平均每人每年访问医院1.5次^[6-7]。据此分析,中国城、乡基层医疗卫生服务的利用率增加了50%(从人均1次增加到人均1.5次),从中国庞大的人口基数来看,这是很大程度的增加,也是非常明显的成绩。但与其他国家或地区相比,中国的基层医疗卫生服务利用率仍较低,有待于进一步提升。同时也应注意到,人们对医院诊疗服务的利用率10年来增长了80%(从人均1.5次增加到人均2.7次)。

2020年,受新型冠状病毒肺炎疫情的影响,医院和基层医疗卫生机构的诊疗人次数均明显下降。其中,医院的诊疗人次数下降到约5年前的水平;基层医疗卫生机构的诊疗人次数下降则更为明显,降至约10年前的水平。以深圳市为例,2020年深圳市的诊疗量下降至2012年的水平,2020年的入院人数也明显低于2019年。深圳市社区健康服务中心的诊疗人次从2019年的3 615.13万人次,下降到2020年的2 929.93万人次^[12]。预计随着疫情逐渐得到控制,各类医疗卫生机构的诊疗人次数会逐渐回升。

2.2.2 基层医疗卫生服务绩效考核 2020年8月,国家卫生健康委、国家中医药管理局联合印发《关于加强基层医疗卫生机构绩效考核的指导意见(试行)》

表5 2020年我国医疗卫生机构的收入与支出(万元)
Table 5 Revenue and expenditures of healthcare institutions in China, 2020

机构类别	总收入				总费用/总支出	总费用中人员经费
	合计	财政拨款收入	事业收入	医疗收入		
总计	486 899 801	97 144 963	364 550 410	357 136 076	500 186 278	168 163 188
医院	368 703 016	51 514 877	304 588 293	302 740 140	344 467 905	123 401 846
综合医院	264 065 419	34 415 743	220 627 669	219 366 227	249 025 255	87 994 814
基层医疗卫生机构	75 196 747	24 874 395	43 424 079	42 113 754	93 405 078	29 516 148
社区卫生服务中心(站)	22 176 206	8 413 375	12 939 246	12 547 644	22 050 583	8 024 204
乡镇卫生院	34 415 464	16 265 624	16 709 267	16 299 302	31 037 313	14 827 551

注:表格数据来源于《2021中国卫生健康统计年鉴》^[5]

表6 2010—2020年各类医疗卫生机构的诊疗人次数(亿人次)
Table 6 Number of outpatient visits of healthcare institutions in China, 2010—2020

机构类别	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
总计	58.38	62.71	68.88	73.14	76.02	76.93	79.32	81.83	83.08	87.20	77.41
医院	20.40	22.59	25.42	27.42	29.72	30.84	32.70	34.39	35.77	38.42	33.23
综合医院	15.11	16.74	18.74	20.16	21.82	22.57	23.85	25.02	25.89	27.79	23.86
基层医疗卫生机构	36.12	38.06	41.09	43.24	43.64	43.42	43.67	44.29	44.06	45.31	41.16
社区卫生服务中心(站)	4.85	5.47	5.99	6.57	6.85	7.06	7.19	7.67	7.99	8.59	7.55
乡镇卫生院	9.01	8.78	9.78	10.17	10.38	10.63	10.91	11.23	11.28	11.86	11.07

注:表格数据来源于2011—2021年中国卫生健康统计年鉴^[5-7]

(国卫办基层发〔2020〕9号),拉开了基层医疗卫生机构国家监测、省级考核的序幕。其中的过程指标,可以用来评估全科医学服务质量^[13]。

2.2.3 全科医学相关研究 以“全科医生;医师,家庭;家庭医师;社区卫生服务;家庭医生签约服务;全科医学;普通医疗医师;家庭医学;综合保健;综合医疗保健;初级卫生保健;社区医学;分级诊疗;基层医生”为主题词,检索中国知网,对获得的文献做简要计量学分析。统计结果显示:发文量在2011—2013年有所下降,2013年后逐年上升,2018年发文量超过3 500篇;研究热点主要集中在分级诊疗和双向转诊、全科医生/家庭医生、全科医学、社区、慢性病(尤其是糖尿病、高血压)、影响因素分析等方面;高发文量报刊为《中国全科医学》《中国社区医师》《上海医药》《中国卫生》《健康报》《中国初级卫生保健》《中国医院院长》《社区医学杂志》《中华全科医师杂志》《中国卫生人才》。

研究能力和研究发表数量,在一定程度上反映了学科发展的成熟程度和可持续性,反映出的是同行对实践的思考,甚至是对思想的反思。除上述对文献数量和主题的简单描述外,对中国全科医学和社区卫生服务研究的进一步分析可参见有关报告^[14]。同仁们也应继续坚持发展全科医学研究的创新思维,深入且全面地关注全科研究结果对全科实践的循证支持、质量改进,以及对患者结果的影响。

2.3 全科医学服务的结果

2.3.1 居民和患者的体验与看法 成熟的学科和行业的必要标志之一,是利益相关者认同该职业或行业对其能力的自我宣称^[15]。全科医学服务的利益相关者中,既包括治理者(政府、医保、行政管理),也不可或缺地包括居民、患者和社会组织。因此获取居民和患者对全科医学服务的感知、体验和观点,是行业评估的重要方面。

“家庭医生签约服务”是获得居民和患者观点的一个主题。张玉杰等^[16]通过开展荟萃分析发现,签约者对签约的总体满意度达到77.7%;韩相如等^[17]对农村已签约慢性病老年人的调查结果显示,87%的签约老年人能感知到综合服务,但只有17%的签约老年人能感知到医学专业服务成分。但目前的研究较少关注未签约居民观点,因此不能推论到普通社区居民的感知质量。“双向转诊”也是全科医学服务的自我宣称,不过刘铁鑫等^[18]的研究发现,中青年楼宇职业人群对此的知晓率为17%,仅4%的受

试者对双向转诊服务感到满意/非常满意。

让全科医学服务得到居民和患者的认可,要加强宣传,更要关注居民和患者的实际获得感,以及居民和患者的实际获得与期望之间的感知差异。有调查结果表明,居民对家庭医生仍缺乏信任,一方面是不信任家庭医生的专业技能,另一方面是担心签约后实行社区首诊会影响其就诊自由,甚至延误治疗。也有学者认为,居民对家庭医生的信任度也在于医学服务之外的服务,如态度和关系等^[19]。居民信任是全科可以真正扎根于社区的基石,对信任的研究和分析仍需要以多学科和跨学科的方式继续深入。

2.3.2 全科医生的态度、观点、体验 行业内工作人员对自身工作的体验和满意度,与该行业的积极发展前景和发展环境有直接关系。相反,离职意愿则反映业内工作人员对行业前景和发展环境的担忧和缺乏信心程度。

(1) 职业认同。侯皓等^[20]对全科医生团队的职业认同做了调查,发现职业认同“处于良好水平,仍有提升空间”。冯晶等^[21]做了类似研究,认为“我国全科医生的职业认同度总体较高,但存在区域间差别”。(2) 工作满意度。各地对全科医生工作满意度的调查结果不一,与地区差异和方法学差异有关。陈东明等^[22]对河南省全科医生的调查表明,满意度为77%。但也有研究发现,全科医生的工作满意度整体偏低,尤其是对薪酬制度的满意度较低,这与其现有技能难以满足工作要求、工作环境较差、临时性工作过多、现有考核机制不合理等因素有关^[21]。刘军林等^[23]调查了陕西省乡镇卫生院医务工作者的工作情况,发现临聘人员居多,医务人员的学历、职称、收入偏低,工作满意度低。刘彩茵等^[24]对湖北省基层医务人员开展了相关调查,发现其对家庭医生签约服务政策的响应度与工作满意度均有待提高。(3) 离职意愿。冯晶等^[25]对我国全科医生的离职意愿进行了调查,发现离职意愿很高者和较高者分别占被调查者的20.6%和50.5%,工作压力和职业倦怠是主要原因。(4) 职业倦怠。全科医生对自身工作的感知和体验,也会影响到其自身心理健康状态。刘美星等^[26]对北京市全科医生开展的调查结果显示,全科医生职业倦怠情况不容乐观,为减少职业倦怠应关注家庭医生焦虑、抑郁情绪,注重多血质气质类型者稳定性格的培养,适当减少签约患者人数,提高薪资待遇,并进一步改善医患关系。不过,职业倦怠状况与行业发展前景并无必要关联,而是与全科

医生和全科学员的工作压力、时间压力、看诊被干扰、害怕诉讼等因素有关^[27-28]。另外，与临床医学的医生同行相比，全科医生的收入相对较低。在大多数发达国家，全科医生被划归在第一社会阶层^[28]，中国全科医生在医学阶层和社会阶层的划归有待研究。

3 基于SWOT分析法的中国全科医学发展的内部和外部条件

3.1 中国全科医学的优势 全科医学是源于实践的医学临床科学。中国全科医学行业的发展基础在于其致力于建设的和所拥有“资本”(capitals)的程度。这些资本包括自然资本和物理资本，包括文化资本和社会资本，也包括经济资本和政治资本，当然也包括再强调也不为过的、与可持续发展有关的人力资本。当对自身的发展进行跨越时间段的比较，或者将自身与其他国家或地区的“同行产业”进行比较时，这些资本是影响到可比性的参数。

中国全科医学发展的优势包括：(1)强有力的政府领导和政策推动，集中化管理体制表现出卓越的资源动员能力。(2)快速启动和发展的全科医生队伍。如前文所言，中国全科医生(获得培训证书和注册为全科医生)的数量从2012年的11万人迅速发展到了2020年的41万人。(3)有越来越多致力于全科医学发展的实践者、教育者和研究者。各大学纷纷成立全科医学教研室，开展本科教学和高级学位培养，并成为当地乃至全国的全科医学教育和培训中坚力量。全科医生培养，早期主要依靠岗位培训，中近期以来全科住院医师规范化培训、全科医生转岗培训、助理全科医生培训逐步占据主导地位。(4)医学科学与人文艺术的结合。有生命力的现代医学是循证医学和经验医学的和谐组合^[29]，中国的全科医学正是建立在这个组合的基础之上。中国全科医学与以往的民间医学实践最明显的区别，是以循证医学为基础；而与以往的医学服务最明显的相同之处，就是以人为本的行业准则。中国全科医学发展之初，也是循证医学在中国建立和发展的时期。在分析过程中，笔者注意到几乎所有的全科医学中涉及的治疗措施和患者管理都是科学衍生的，有国内或国外经过验证的证据支持。同时，中国全科医学继承了中国的人本精神和希波克拉底的科斯学派精神，宣称“总是安慰，实践关怀和同理，充满爱心”。当然，中国全科学的证据与经验的契合仍有很大改进空间，即便是证据的开发和经验的积累，也是长期习得过程。

3.2 中国全科医学的不足 (1)共性的问题。中国

全科医学的“短板”是与其“长板”同时存在的，且与其他国家或地区的全科医学共享同样的问题。最明显的，是全科医学的宽度优于深度，其所强调的公平和可及，也必然影响到其对具体问题的深入和关注。这个特点也影响到患者源。一方面倡导居民“大病去医院，小病来社区”，另一方面社会资本(如果没有规定好的“守门”制度)可能还是认为“大病应该去医院，小病不一定来社区”。对社区患者寻助路径(patient's journey)的分析，有利于更好地理解全科服务的“市场”所在。当然，在患者健康素养还不高、参与管理自身健康的意识还未被激活的情况下，在全科医生胜任力相对不足、主动服务意识不强的情况下，将难以获得患者寻医路径和服务利用行为的合理化。(2)学科发展较晚。虽然中国自古就有民间医学的传统，并在近代有赤脚医生和地段医生的丰富经验，但将基本医疗和全科医学作为一个医学学科来发展仍是近30年来的事情。(3)人力资源数量和质量。经过从转岗到规范化培训的发展阶段，我国全科医学人力资源的培养正在走入正轨。但对专业的领悟和深入，却是需要长期磨炼的。中国全科医学教育和培训仍存在启动晚、周期短、持续性不足的问题。医学院教学大纲的改革迟滞，使得一些新入行的全科医生直到规范化培训阶段才开始了解全科概念和建立全科思想。受传统教学理念的影响，全科医生的自导式终生学习动力仍然不足。另外，城乡之间差别明显。(4)工作压力。全科医学服务是典型的“窗口式服务”，繁忙的全科医生可能每天有50多个甚至上百个临床“遭遇”，虽说社区患者的病种和问题有一定的聚集性，并有季节性的流行病学特点，但大多数全科医生对下一位患者的主诉是未知的(这与医院专科门诊有明显不同)，加上社区患者的未分化疾病早期表现，或心理问题躯体化，或多重慢性病患者的多种表现或多重用约问题，使得全科医生在与每位患者相处的5~10 min内，永远不足以满足患者的需要，也没有时间应对服务协调的复杂性。(5)全科医生的代沟。如果现在的全科医生的平均年龄是35~40岁，即20世纪1980—1985年出生的一代人，其于千禧年左右在医学院学习，如今应该是全科医学的主任或副主任医师。这一代人是全科医生的新生代和中间代，肩负着传承上辈人全科理想的重任，也担负着教育和指导下一代青年全科医生的责任。这一代全科医生的困难在于要快速更新可能已经陈旧的知识，不断地充电

和学习,既做老师又做学生。其可能不会像前辈那样对事业从一而终,但也不会(或很难)对事业见异思迁。今后在全科行业里会不断有新的血液输入,其也不会像千禧年一代那样纠结,而可能更崇尚自我和自由。X和Y代医生期望有不断变化的生活方式,追求更好的工作和家庭的平衡。这种因为社会变迁产生的代沟现象,不完全是全科的缺点,但的确可能是行业发展遭遇的困难,影响到全科医生的士气,以及全科服务的可及性和高质量。(6)全-专之间界限的清晰和模糊。全科医学学科在发展过程中,可处于依附、独立、融合的不同阶段。从众多临床医学学科中剥离出来,竖起全科医学的独特学科旗帜,在西方是20世纪60年代,在中国是20世纪90年代。将近30年来,中国全科医生发展成为在社区提供主要医疗服务的专业工作者。全科医学越来越明朗地用“3P3C”或“全科之树”来向医学界同行宣称“我不是你”^[30]。不过这个独立的阶段很快地与下一个融合阶段交叉存在。今天,越来越多的医学专科服务也是以社区为基础开展的。大多数慢性病专家,甚至急诊急救医师,走出医院和专科诊所,进入社区和家庭,成为减少住院或提供医院门诊服务的替代方案。药物和酒精问题、职业健康问题、性健康问题、姑息照顾和安宁疗护服务、老年护理、心理和精神健康等,都在竞相进入社区并融入社会系统,使基于社区(community-based)不再是全科医学的专有标签。从另一个角度来看,成熟的全科医生仍在不断以自导学习的方式建立和追求自身的特殊兴趣,发展自身的拓展技能^[31-35]。无疑,当前的医学社区化给全科医生创造了扩展技能的机会,但也模糊了全科和专科之间的界限,大家都可以宣称“我是你的一部分”。(7)师资,特别是社区师资胜任力不足。好的医生不是自动就可以成为好的老师^[36],而且医生有潜力在垂直整合教育模式中成为任何人的老师和学生^[37]。在医生的成长过程中,成为老师的教育学培训是不足的,特别是在规范化职业培训阶段,教与学的伙伴关系还没有很好地建立起来。医学的教育(无论是理论还是知识或方法)仍是以“家长式”的儿童教学策略为主。全科社区基地的教育培训尤其不足,致使全科临床带教缺乏,学员的全科式看病能力不足。(8)团队工作能力。团队如同人类和疾病,有发生、激荡、发展、衰退、再生的生命周期^[38]。相对于经典的临床服务系统(如医院服务系统)而言,中国全科医学服务的团队还处于形成期,其形式上

的意义大于绩效上的意义。全科医学团队提供“3P3C”全科医学服务的能力有待提升。

针对劣势的短期对策:(1)发挥团队优势。全科医学不再是一个人的事业,而是包容性、合作性、外展性极强的事业。(2)帮扶项目。区域间合作,支持农村和边远地区的全科医学发展。(3)全-专结合。全科医学服务看的是社区的人,甚至很多社区人的健康问题还没有“抽穗扬花”;专科医学看的是确定的患者,绝大部分医院专科患者罹患的是“已经成形的果实”。当然,无论是全科还是专科,都不能治愈所有的人,甚至不能治愈应该治愈的所有的人。然而以劳动分工获得最大绩效的原理,探索和实践全科医生治疗早期未分化疾病和慢性病持续管理措施的同时,发挥全科协调和指挥功能,探讨全-专之间“临床关系学”的机制,将有助于全科和专科的友好、无缝连接,使其发挥出各自的临床服务绩效。

针对劣势的中期对策:(1)教育,改革医学本科教学大纲,使医学生尽早接触全科;(2)发展师资,特别是基层诊所带教师资,注重成人教育学知识技能培训;(3)持续职业发展和质量改进,自导学习,组织期刊学习小组;(4)人力动态管理(培训、保留、减员),医生不可能永远在农村或基层,其也需要持续发展;(5)如欲团队工作,先行团队学习;(6)向管理要绩效,在扩张行业队伍的同时,管理和使用好当下的人力资源,会产生比“添丁进口”更明显的绩效增强效果。

针对劣势的长期对策:(1)持续关注学科发展,特别是本科、住院医师规范化培训阶段教学大纲的完善,科学研究的推进,以及全科医学创新理论和创新应用的发展。(2)积极推进全科研究,特别是关注全科学科特征的,针对具体人群、具体问题、具体措施的研究。在关注研究生产量的同时,也关注研究队伍的自身发展,并给研究人员以积极的支持和投入。通过研究培训,提高研究者的研究素质,提升其对医学伦理学、研究伦理学、教学伦理学的关注,同时关注研究方法的掌握和合理应用。

3.3 中国全科医学的机会 对机会的识别,是根据对全科医学本身的劣势或弱点的分析来决定的。所谓机会,也是行业发展过程中被更大系统所清除的障碍。(1)健康中国。国民普遍、公平、公正的健康,是国家进步和繁荣的重要并必要的标志。从国家的宏观政策和方向上,给全科医学创造了一个难得的历史机遇。在健康中国的愿景下,更好的健康不是

社会优势者的专有，而是通过全民参与和基本医疗服务让人们获得公平、可及的医疗保健服务，以及普遍健康受益^[39]。(2) 追求社会公正、公平。中国农村的赤脚医生和县、乡、村三级医疗预防保健网，是40多年前世界卫生组织和联合国儿童基金会《阿拉木图宣言》的宝贵经验。《阿斯塔纳宣言》再次重申了初级卫生保健的重要作用，并在世界各国达成广泛共识^[40]。以人为本的健康理念，强调以人为本不仅是医学服务的理念，更是全社会的发展共识。(3) 人们对健康的重视度和健康素养的提升。(4) 医改的不断深入，特别是医保支付制度改革(按人头预付、按健康结果付费的价值医疗、医保与商保的结合等)，是全科医学发展的机会。

3.4 中国全科医学发展面临的挑战 中国全科医学发展面临的挑战，在很多方面与世界各国具有相似性。比如国家对基本医疗服务系统建设的投资，利益相关者特别是医学界自身和社会公众对全科医学的认可，基本医疗服务系统与社会其他相关系统的整合。同时，我国的全科医学也面临具有自身特点的挑战。(1) 人口老龄化：其不仅让全科医生的患者中有越来越大比例的老年人，也让全科医生遇到的问题更复杂化、难治化。慢性病及其危险因素负担大且不断增加，患有1种以上慢性病或慢性病危险因素的人口比例不断增加。如果全科服务与专科服务之间相互隔离，将无法解决这些新出现的健康问题。数十年来，以专科系统和疾病为主线而开发的各种指南和建议，在全科服务环境出现“水土不服”的问题。处方叠加和“瀑布”现象，就是一个典型的表现。(2) 全科人力资源的人口学：社会的人口老龄化也会带来全科人力资源的年龄老化问题，以及全科医生的知识与技能老化甚至退化问题。中国快速的老龄化进程，让当下在岗的全科中坚力量既往掌握的知识与技能与现实世界的全科服务需要间出现明显距离。(3) 全科医学服务的补偿机制：医学生是否把全科医学服务选择为今后的职业方向？住院医师是否愿意在医院科室轮转后走出医院围墙，进入社区卫生服务中心？当前在岗全科医生是否愿意并持续在全科医学领域发展？农村订单定向式培养是否让全科医生留在农村基层？对付出给予的经济补偿程度和方式，是医生做出职业决定的第一参数。在医生的满意和体验调查中，各种影响工作满意的因素，或者触发离职的线索，都与服务补偿(经济收入)有直接关系。(4) 城乡差异和地区差异：

虽然中国在缩小城乡差异上做出了极大的政治、经济和社会努力，但是城乡差异和地区差异依然存在，基本医疗服务亦是如此^[41-43]。(5) 医疗卫生资源倒置的三角：与10年前相比，医疗卫生服务资源的倒置三角形配置依然存在，甚至综合医院的发展速度快于基层医疗和全科医学服务的发展速度。与世界其他国家一样，中国也在研究和试验怎样遏制大型医院的“不健康”扩张，然而彻底的扭转仍有待时日。不期待政府对全科医学和基本医疗的投入大于对大医院和综合医院的投入，这在绝大多数国家是不现实的。同仁们需要研究和试验的是：全科医学怎样做才能在资源配置和利用上发挥更大的协调作用？如何通过构建紧密医联体/医共体，解决人才虹吸问题？以及，基层卫生服务中政府“有形手”与市场“无形手”的冲突与调适问题。

迎接挑战的策略：并非所有的环境挑战都是医学界(包括全科)自己能解决的问题^[44]。全科医学需要一种倡导的精神，并敏锐地把危险变成机会^[45]。中国全科医学发展迎接上述挑战的策略建议包括：加强全科医生在卫生系统中的作用，全科医学职业组织参与健康相关服务产品的开发，建立全科医学在医学界内和广泛社区的协作网络，通过资源配置改善基本医疗服务的均等化。

4 小结

中国的全科医学事业发展处于上升期。10年来在人力资源数量上有飞速发展，这取决于中国强有力的政府政策推动。我国平均每人每年访问基本医疗服务(社区卫生服务机构和乡镇卫生院)1.5次，在基本医疗可及性上有快速改善。全科医学是知识和劳动密集型行业，业内和社会期望较高，同时该行业也存在明显压力，人力资源存在不稳定因素，全科医生的自我身份认同仍有提升空间。相对于其他医疗资源，全科医学服务存在经济投入不足和财政政策不明朗的问题。中国全科医学的研究在10年来有明显发展，学术机构和全科教研室发挥了重要作用。本文在提出中国全科医学自身优势的同时，也提出了尚待研究和探索的自身局限性，并建议从近期、中期及长期策略上对这些问题进行探讨和解决。笔者认为，中国全科医学处于前所未有的促进环境，医学界和全科同仁务必抓住机会促进其更好地发展，同时也提出大环境中对全科发展的限制条件，寄希望于“化挑战为机会”，为全民健康赢得更好结果。本文因可得数据有限和既往研究不足，对具体议题

分析得不够深入,文章中也将这些局限作为进一步的研究期望或研究问题提出,希望能激发出更深入、具体的全科医学研究,进而促进全科事业和全科学科的发展。

志谢:本文得到国家卫生健康委科技教育司原巡视员金生国和首都医科大学顾媛教授的宝贵建议,特此感谢。

作者贡献:杨辉、韩建军、许岩丽进行文章的构思与设计;高晓欢、杨允利、曹新阳参与资料收集与统计分析;杨辉、韩建军、许岩丽、汪洋参与论文修订;杨辉撰写论文,负责文章的质量控制及审核。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] STARFIELD B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services [J] . *Gac Sanit*, 2012, 26 (s1) : 20-26. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.10.009.
- [2] DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. 1966 [J] . *Milbank Q*, 2005, 83 (4) : 691-729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
- [3] 张光曙. 我国卫生人力资源需求分析与预测 [J] . *中国卫生政策研究*, 2011, 4 (12) : 1-5. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.12.001.
ZHANG G S. Analysis and forecasting on the demand for health human resources in China [J] . *Chinese Journal of Health Policy*, 2011, 4 (12) : 1-5. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.12.001.
- [4] 卫生部. 医药卫生中长期人才发展规划 (2011—2020 年) [EB/OL] . (2011-02-12) [2021-10-01] . http://www.gov.cn/zwggk/2011-04/28/content_1854246.htm.
- [5] 国家卫生健康委员会. 2021 中国卫生健康统计年鉴 [M] . 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [6] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 (2011—2019 年) [EB/OL] . [2021-10-01] . http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjzxtsj/tjsj_list.shtml.
- [7] 国家卫生健康委员会. 2020 中国卫生健康统计年鉴 [M] . 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [8] AIHW. Health expenditure Australia 2003-04 [EB/OL] . (2005-10-03) [2021-10-01] . <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10204>.
- [9] CHEN X, LIU M, LIU C J, et al. Job satisfaction and hospital performance rated by physicians in China: a moderated mediation analysis on the role of income and person-organization fit [J] . *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17 (16) : 5846. DOI: 10.3390/ijerph17165846.
- [10] RICHARDSON J, WALSH J, PEGRAM R. Financing general practice, health services and expenditures [M] // Government Department of Health and Ageing Canberra. *General Practice in Australia: 2004*. Canberra: Government Department of Health and Ageing Canberra, 2005.
- [11] RUSE W H. The decline in bulk-billing and increase in out-of-pocket costs for general practice consultations in rural areas of Australia, 1995—2001 [J] . *Med J Aust*, 178 (9) : 470-471. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05298.x.
- [12] 深圳市卫生健康委员会. 2020 年深圳市卫生健康统计提要 [EB/OL] . (2021-08-06) [2021-10-01] . http://wjw.sz.gov.cn/jkszs/sjjd/content/post_9049884.html.
- [13] 秦江梅, 王芳, 林春梅, 等. 我国基层医疗卫生机构绩效考核政策进展及实践 [J] . *中国全科医学*, 2021, 24 (16) : 1989-1994. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.194.
QIN J M, WANG F, LIN C M, et al. Recent developments in performance assessment policies and practices in primary healthcare in China [J] . *Chinese General Practice*, 2021, 24 (16) : 1989-1994. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.194.
- [14] 于德华, 王朝昕, 陆媛, 等. 2019 年中国社区卫生服务中心科研能力评价及展望 [J] . *中国全科医学*, 2019, 22 (28) : 3406-3410. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.511.
YU D H, WANG Z X, LU Y, et al. Evaluation and prospect of scientific research capacity of community health service centers in China (2019) [J] . *Chinese General Practice*, 2019, 22 (28) : 3406-3410. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.511.
- [15] COCKERHAM W. 医学社会学 [M] . 杨辉, 张拓红, 译. 北京: 华夏出版社, 2000.
- [16] 张玉杰, 尹文强, 闫语, 等. 中国居民对家庭医生签约满意度的 Meta 分析 [J] . *中国循证医学杂志*, 2021, 21 (10) : 1148-1153. DOI: 10.7507/1672-2531.202106177.
ZHANG Y J, YIN W Q, YAN Y, et al. Residents' satisfaction with family doctors contract services in China: a meta-analysis [J] . *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*, 2021, 21 (10) : 1148-1153. DOI: 10.7507/1672-2531.202106177.
- [17] 韩相如, 秦才欣, 吴怡, 等. 基于感知质量评价的农村家庭医生签约服务可及性和综合性研究 [J] . *中国全科医学*, 2021, 24 (19) : 2428-2434. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.181.
HAN X R, QIN C X, WU Y, et al. Accessibility and comprehensiveness of contracted family doctor services in rural areas using perceived quality framework [J] . *Chinese General Practice*, 2021, 24 (19) : 2428-2434. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.181.
- [18] 刘铁鑫, 郝雨, 崔雅琦, 等. 中青年楼宇白领人群双向转诊服务认知、利用及满意度研究 [J] . *中国全科医学*, 2021, 24 (16) : 2044-2050. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.048.
LIU T X, HAO Y, CUI Y Q, et al. Perception, utilization and satisfaction regarding bi-directional referral services in young and middle-aged white-collar workers working in office buildings [J] . *Chinese General Practice*, 2021, 24 (16) : 2044-2050. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.048.
- [19] 殷东, 张家睿, 王真, 等. 中国家庭医生签约服务开展现状及研究进展 [J] . *中国全科医学*, 2018, 21 (7) : 753-760. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.07.001.
YIN D, ZHANG J R, WANG Z, et al. Delivery status of contractual services from family doctors in China and advances in the related studies [J] . *Chinese General Practice*, 2018, 21 (7) : 753-760. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.07.001.

[3] 汪洋, 韩建军, 许岩丽. 大洋彼岸的涛声: 美国新版初级卫生保健质量评估策略对中国全科医疗服务质量评估体系的启示[J]. 中国全科医学, 2019, 22(16): 1889-1899. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.293.
WANG Y, HAN J J, XU Y L. Learning from the outside world: implications of American quality measurement strategy for primary care for quality measurement system of general practice in China [J]. Chin Gen Pract, 2019, 22(16): 1889-1899. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.293.

[4] ABREU D M X, ARAÚJO L H L, REIS C M R D, et al. Service users' perception about healthcare provided by teams participating in the National Program for Primary Care Access and Quality Improvement in Brazil [J]. Epidemiol Serv Saude, 2018, 27(3): e2017111-2017120. DOI: 10.5123/S1679-49742018000300002.

[5] VEDSTED P, SOKOLOWSKI I, HEJE H N. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice [J]. Scand J Prim Health Care, 2008, 26(3): 174-180. DOI: 10.1080/02813430802294803.

[6] CAMPBELL J, SMITH P, NISSEN S, et al. The GP patient survey for use in primary care in the National Health Service in the UK: development and psychometric characteristics [J]. BMC Fam Pract, 2009, 10(8): 57-64. DOI: 10.1186/1471-2296-10-57.

[7] PAVLI D R, SEVER M, KLEMENC-KETIŠ Z, et al. Process

quality indicators in family medicine: results of an international comparison [J]. BMC Fam Pract, 2015, 16(12): 172-182.

[8] BJERTNAES O A, INGER L, KIRSTI M, et al. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity [J]. Fam Pract, 2011(3): 342-349. DOI: 10.1093/fampra/cm098.

[9] PONNET L, WILLEMS S, VYNCKE V, et al. Evaluation of the quality of primary health care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool [J]. Einstein, 2019, 17(1): eA04333-A04340. DOI: 10.31744/einstein_journal/2019A04333.

[10] LEE J H, CHOI Y J, SUNG N J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance [J]. Int J Qual Health Care, 2009, 21(2): 103-111. DOI: 10.1093/intqhc/mzq007.

[11] LEVITT C A, KALPANA N, LISA D, et al. Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi panel study [J]. Fam Pract, 2014(5): 607-621. DOI: 10.1093/fampra/cmu021.

(参考文献 12-87 见网址 https://www.chinagp.net/magazine/inforDetails?id=2941&column_Type=66)
(收稿日期: 2021-09-13; 修回日期: 2021-11-29)
(本文编辑: 陈俊杉)

(上接第 13 页)

[20] 侯皓, 戴蓉慧, 吴婧, 等. 家庭医生团队成员职业认同现状及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(19): 2445-2451, 2458. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.211.
HOU H, DAI R H, WU J, et al. Professional identity of family doctor team members and influencing factors: a survey [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(19): 2445-2451, 2458. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.211.

[21] 冯晶, 申鑫, 吴健雄, 等. 我国全科医生职业认同现状及其影响因素 [J]. 医学与社会, 2021, 34(10): 13-16. DOI: 10.13723/j.yxysh.2021.10.002.
FENG J, SHEN X, WU J X, et al. Status quo and influencing factors of professional identity among general practitioners in China [J]. Medicine and Society, 2021, 34(10): 13-16. DOI: 10.13723/j.yxysh.2021.10.002.

[22] 陈东明, 任维存, 王彦杰, 等. 河南省基层全科医生执业满意度调查分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(3): 212-215.
CHEN D M, REN W C, WANG Y J, et al. Surveying the satisfaction degree of grassroots general practitioners in Henan Province [J]. Chinese Health Service Management, 2021, 38(3): 212-215.

[23] 刘军林, 冯巩, 杜直前, 等. 我国西部地区乡镇卫生院人才队伍职业发展现状及职业发展满意度影响因素研究 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(12): 74-77, 89.
LIU J L, FENG G, DU Z Q, et al. Study on the current status of talents team career development and the influencing factors of career development satisfaction of township health centers in Western China [J]. China Medical Herald, 2021, 18(12): 74-77, 89.

[24] 刘彩茵, 何婷婷, 王全. 基层医务人员的家庭医生签约服务政策响应度及工作满意度研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(10): 1160-1164. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.10.006.
LIU C Y, HE T T, WANG Q. Responses to the supportive policies for the implementation of contracted family doctor services and job satisfaction in primary healthcare workers [J]. Chinese General Practice, 2019, 22(10): 1160-1164. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.10.006.

[25] 冯晶, 申鑫, 甘勇. 中国东中西部地区全科医生离职意愿现状及其影响因素 [J/OL]. 中国公共卫生. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20210814.1834.014.html>.
FENG J, SHEN X, GAN Y. Turnover intention and its influencing factors among general practitioners in the Eastern, Central and Western China [J/OL]. Chin J Public Health. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20210814.1834.014.html>.

[26] 刘美星, 丁静, 季燕, 等. 北京市西城区家庭医生职业倦怠现状及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(13): 1656-1664. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.537.
LIU M X, DING J, JI Y, et al. Burnout prevalence and associated factors among family doctors in Xicheng District of Beijing [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(13): 1656-1664. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.537.

(参考文献 27-45 见网址 https://www.chinagp.net/magazine/inforDetails?id=2966&column_Type=66)
(收稿日期: 2021-11-01; 修回日期: 2021-11-19)
(本文编辑: 王凤微)