

(内部资料 免费交流)

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2013年第8期 全科医学专刊

(总第496期)

本期导读 全科医学 (General Family Medicine) 是一个面向社区与家庭, 整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学科相关内容于一体的临床二级学科。为了解这一学科在我国的发展现状及未来趋势, 本刊收集了各方观点, 以飨读者。

本期内容: 中华医学会全科医学分会主任委员祝墀珠教授访谈; 全科医学发展20年历程; 2013东方家庭医生论坛会议撷萃; 上海市推进社区卫生科研发展的实践与经验; 来自基层的家庭医生制服务探索; 科教工作动态等。



上海市医学科学技术情报研究所

全科医学 20 年，风雨同行筑健康

7月19~21日，2013东方家庭医生论坛暨中华医学会全科医学分会第十一届学术年会在上海顺利召开。此次大会汇聚了当今国际社会上颇具影响力的全科医学泰斗进行主旨发言，主题为“有效的基层医疗—从理论到实践”。

中华医学会全科医学分会成立至今已有20周年历史，历任（名誉）主任委员包括陈敏章、曹泽毅、戴玉华、杨秉辉、张愈，现任主任委员为祝墀珠教授。回顾全科医学的发展历程，今天的我们可以骄傲地说，中国的全科医学发展已经走入了一个崭新的时代：

1 追逐梦想篇

1986年，时任世界家庭医生组织（WONCA）会长的拉加库玛博士、副会长党瑞博士和候任会长李仲贤博士应邀来到北京，作为WONCA的使者，他们努力让国人了解、接受全科医生的概念和全科医疗服务在国外取得的成效，并尝试引入WONCA。

1994年，上海复旦大学（原上海医科大学）附属中山医院在院长杨秉辉的积极努力下建立了全科医学科，这是我国首次在临床医学领域建立全科医学科。

1997年1月，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》颁布，此后社区的卫生服务的基本雏形和全科医生队伍初步建立。

2 拥抱梦想篇

从1999年开始，我国全科医学全面启动和蓬勃开展。

2000年，首都医科大学成立了卫生部直属的第一个全科医学培训中心，复旦大学附属中山医院在总结前期岗位培训的基础上，申请获得了中华医学基金项目“中国全科医学的发展”，由此拉开了中国大陆全科医生规范化培训的帷幕。

2002年，《中华全科医师杂志》创刊，为我们所有从事全科医学的有志之士提供了学习和交流的平台。同年，复旦大学上海医学院建立了国内首个临床医学专业中的全科医学系。

2013年，复旦大学全科医学系获得全科医学（临床）博士授予点。

3 放飞梦想篇

2013年，上海市首批“四证合一”学员正式毕业了，成为了我国规范化培养全科医生的“黄埔一期”，目前已经充实到社区卫生服务的第一线。

经过二十年的努力，中国大陆的全科医学已经得到了普及和发展，尽管与发达国家与地区相比仍存在差距，但在今天我国全科医学事业发展的重大机遇和挑战面前，我们仍充满信心。正如祝墀珠教授在大会开幕式上所说：“今天，中国全科医生可以走向国际舞台！”

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976年创刊 2013年第8期(总第496期) 2013年8月20日出版

主管

上海市卫生和计划生育
委员会

主办

上海市医学科学技术
情报研究所

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路602号

邮编: 200031

电话: 021-33262037

021-33262038

传真: 021-33262049

E-mail:

qbsyxxx@aliyun.com

网 址:

www.shdrc.org

刊名题字:

王道民

主 编:

徐建光

常务副主编:

张 勘

副主编:

王剑萍

编辑部主任:

沙小苹

责任编辑:

赵伟希

编 辑:

吴家琳 孙进楚

上海市连续性内部资料

准印证(K)0663号

目 录

学科介绍

全科医学20年,风雨同行筑健康……………(封二)

专家访谈

基层医疗:优化人才·守住健康……………(5)

会议撷萃

国外及一些地区全科医学发展模式与理念……………(9)

实践与经验

上海在推进开展社区卫生科研的实践探索与经验……………(12)

基层视角

家庭医生制服务——深化社区卫生改革之路……………(22)

同期述评……………(25)

动 态

国家卫计委科教司到我委开展群众路线教育实践活动调研

……………(27)

本市开展重大传染病防治科技专项督导……………(27)

“2013年上海卫生科技活动周”开幕……………(封三)

◀专家访谈▶

基层医疗：优化人才·守住健康

——祝璿珠教授谈全科医学发展与挑战



祝璿珠教授，复旦大学上海医学院全科医学系主任、复旦大学附属中山医院全科医学科主任、上海市全科住院医师规范化培训基地主任、上海市全科医师师资培训中心副主任；现任中华医学会全科医学分会主任委员、上海医学会全科医学专科委员会主任委员等学术职务；《Family Practice》（英国牛津大学出版社）中文版主编、《亚太地区家庭医学》编委、《中华全科医师杂志》副总编。主编卫生部全国高等学校规划教材《全科医学概论》和卫生部全科医师规范化培训及转岗培训系列规划教材《全科医生临床实践》、《全科医生临床能力培养》等多部医学著作和教材。

主要研究方向为全科医学的教育与培训，慢性病的早期筛查、随访、干预以及精神卫生领域的研究等等。先后发表论著50余篇。

随着我国社区卫生服务事业的发展，设立在居民家门口的社区卫生服务中心应有怎样的“健康守门人”来守护广大居民的健康？这一现实问题已日渐引起政府和卫生界的重视和关注。2011年出台的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》中，提出了这样的总体目标：到2020年，我国将初步建立起充满生机和活力的全科医生制度，基本实现城乡每万名居民有2~3名合格的全科医生，基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。要实现这个总体目标，我们面临哪些挑战？需要解决哪些问题？要做哪些工作？本刊采访了复旦大学附属中山医院全科医学科主任祝璿珠教授。祝教授就全科医学的发展、全科医生培养等问题谈了以下的见解。

1 全科医生：居民健康的“守门人”

本刊：请您先谈谈全科医学的理念是什么。

祝教授：全科医学的基本特征是提供以人为中心的健康照顾，提倡采用生物-心理-社会模式来开展全科的医疗、预防、保健、康复等卫生服务，在诊疗过程中不仅要确认和解决病人的现患问题，还要提供连续性的健康照顾。

当前，人口老龄化已经成为全世界（除极不发达国家外）所面临的问题，同时不健康的生活方式非常普遍。在世界卫生组织（WHO）近年公布的数据中，慢性非传染性疾病对人群健康的危害越来越大。我国人群的疾病谱也发生了同样的改变，以肿瘤和心血管疾病为首的慢病

成为劳动人口的重要死因。慢性病病程长,病人需反复就诊;若有多种疾病叠加,采取专病专治的办法就要在多个专科多次就诊。事实上,绝大多数人并非重症或疑难杂症,没有必要在专科就诊,全科医生在社区提供了方便可及的就医选择,还可以进行病前预防干预。目前,至少在慢病管理方面,我对上海全科医生的水平是有信心的。如果都能做到“小病不出社区,大病及时转诊”,那居民也不必连小毛小病也要跑到拥挤的大医院,看病也不会那么“难”。

全科医学还带有浓厚的人文科学色彩。由于提供的是连续性的以人为中心的医疗服务,全科医生与患者的关系更稳定,更容易被信任。我们常常看到:专科门诊人满为患,医生忙得连喝水上厕所都顾不上,可患者还是抱怨医生根本没好好给自己看病,这就是专科只以疾病为中心的弊端。现代社会高速发展,焦虑、抑郁等心理问题也日益突出,全科医生更注重与患者的交流并且熟悉患者情况,可以及时发现、及时疏导。有一个真实的事例:一位高血压患者反复去专科就诊、调整药物,血压还是降不下来,后来全科医生发现该患者最近情绪焦虑,睡眠不好,所以药物治疗效果不佳,在对患者做了适当开导后,其血压就恢复正常了。

本刊:尽管国家已经提出了分级医疗模式,很多患者还是要往三级医院跑,您怎么看?

祝教授:我们必须承认,目前很多全科医生的水平还不够,难免不被信任,但是居民越不来就诊,他们的水平就越不能得到提高。目前,上海共有500多名接受了“5+3”规范化模式培训的全科医生,这对逾2500万人口的海来说可谓杯水车薪。今后我们会规范化培养更多的全科医生,但是在过渡时期我们必须要用好“存量”,对那些能力和学历不足的基层医生做好继续教育。

现阶段,要让居民到社区就诊,政府的支持和引导是非常关键的。现在有一部分患者到社区是为了“配药”,因为更便宜,如果在专科门诊能拿到的药社区都能拿到,相信他们是愿意继续在社区就诊的。但是社区不能等同于“廉价、低档”,医生不能只做技术含量很低的事。要让居民认可,就一定要让他们真正获益。如果全科医生不但能把病看好,还能把病人照顾好,那自然“酒香不怕巷子深”;反之,如果疾病控制不好,光靠服务态度也拿不到“好评”。现在我们有了“签约服务”,但是一味追求签约率或覆盖率是没有意义的,如果我们考核慢病的知晓率、管理率和控制率等具体指标,那签约服务的效果就更具体了。另外,为了配合“首诊在基层,双向转诊”,中山医院为从社区转诊的患者开辟了“绿色通道”,由全科医生转诊的患者可以不必排队挂号就到水平较高的医生处就诊。当然,有了政策之后,政策制定者个人也带头到社区就诊,居民就更积极了。

对全科医生力所能及的项目,我认为政策应当鼓励他们开展。像经过规范化培训的全科医生大部分完全可以胜任插鼻饲管、眼底镜、宫颈常规检查等操作,那就给他们“用武之地”,真正发挥我们培训的作用。水平差一点的医生可以先由资深的医生带着进行操作,让他们在“实战”中提高水平,等熟练了再独立完成。这在专科也同样如此,名医生、好医生都是慢慢积累经验,从小医生成长起来的。

在7月20日的中华医学会全科医学分会年会上,原卫生部部长陈竺指出,有些城市规定全科医生不能看儿科,这是不利于基层发挥作用的。我对此深有体会。儿童最常见的就是感冒、

发烧、拉肚子这类常见病,以前只要到地段医院(也就是社区卫生服务中心的前身)就可以处理好,现在却几乎都蜂拥至儿科专科。而大医院又容易引起交叉感染等问题,使疾病更复杂。长此以往,即使儿科专科医生越招越多,医院越造越大,也不能真正解决问题。这又涉及整个卫生服务体系和相应的人才政策、薪酬制度,必须要从顶层设计的角度来解决。我们提出过实行医生年薪制的建议。假如医生的收入是固定的,那么也就不存在多做检查、多开药、多赚钱的问题;没有“业绩”压力,分级诊疗模式就可以更好地开展。我相信我们的政府只要下定决心,一定可以建立完善的机制。

2 人才培养:规范化模式任重道远

本刊:全科医生规范化培养成效如何,面临着哪些挑战?

祝教授:全科首先是与内科、外科地位相同的临床二级学科,全科医生的培养成本并不低于内科或外科。相比于其他临床二级学科,全科更注重知识面的广度而非知识点的深度,内容涉及内、外、妇、儿等多个专科,但又绝非几个专科知识的简单相加。现在,我们已经有了针对本科教育、转岗培训和规范化培养的一系列教材,学科知识越来越系统化。

我们中山医院至今已经规范化培养了205位学员,相比于培训初期,我们现在对学员的“质量”更为注重。以前,只要学员愿意来,我们就愿意招。但是名牌医学院校学员、优质生源很少,很多医学生对全科医学的理解很粗浅,也不知道为什么要选择全科,有的甚至是由于种种原因被动地被“分流”到全科。部分专业能力较差的学生即使经过培训也不能达到目标要求,甚至拿不到执业医师资格。为了保证培训质量,我们开始有选择性地招收学员,但随之而来的就是生源不足的问题,今年我们预计招收的500个名额并未满员。在台湾,有一半以上的医学生希望成为全科医生,这是因为他们的本科生教育做得非常好。所以现在大多数医学院校已经将全科医学从选修课改为必修课,我们希望医学生能够对全科医学有更多认识,发自内心地从事全科医学事业。

另外,师资力量的短缺也是一个迫切需要解决的问题。随着政策支持力度的加大,各大高校和三甲医院纷纷开始设立全科医学培训基地,但由于现阶段社区师资不足,承担全科医学教学任务的大多还是专科医生。但是不管“出身”如何,要培养全科医生,老师自己要先成为全科医生。我自己就是从专科转型而来的。否则,让专科医生以全科名义随便招几个学生按照“大内科”方向培养一下,最终还是专科医生。现在,为期3年的全科医生规范化培养有27个月在大医院进行,并且大多是和专科医生“混养”。对这些从事带教的专科医生,一定要进行全科医学的相关培训,让他们理解全科医学的理念,这样就可以有针对性地调整带教内容,对专科学员和全科学员进行分开带教。例如:全科医生的学习重点是预防、诊断、手术适应症等内容,而专科医生则重点学习手术方法。当然,分开带教增加了教学负担,相应的劳动报酬也是必要的。同时,我们也在努力充实全科师资。潍坊、斜土、枫林、徐家汇4家社区卫生服务中心已经挂牌成为复旦大学全科医生规范化培训基地,学员们经过严格的培训后,可以成长为将来的全科师资力量。有了足够的师资之后,社区将承担起大部分培训任务。

本刊：未来在人才培养方面有哪些规划？

祝教授：未来一定要加强国际交流合作，让中国全科医生在世界舞台上有更多表现。6月底结束的世界家庭医生组织（WONCA）2013年世界大会上，中华医学会全科医学分会通过努力竞争成为了WONCA的多中心研究单位之一，将参加WONCA组织的多中心研究项目，这在中国全科医学史上还是第一次。英国是“全科医学的发源地”，那的全科医师培训标准被许多国家学习借鉴，几乎成了“世界标准”。我们已经在与英国皇家全科学院（RCGP）商议设立海外认证机构事宜，如果我们的全科医师能够得到RCGP认证，就说明我们培养的全科人才是具有国际水平的。当然，一开始通过英国皇家全科医生资格考试（MRCP）的人肯定很少，但假如能有5%，那这部分人就可以成为学科带头人，再逐步带动更多人，最终实现与国外同步。

3 队伍建设：全科发展的长久之计

本刊：全科医生的职业发展前景如何？

祝教授：全科医生在职称评审时与专科医生是分开的，但是为了将人才留在社区，全科的职称系列不与专科通用。考虑到社区医生水平的现状，我们降低了他们的评审要求。参加教学职称评审的医生要有论文，但是要求低一些；参加临床职称评审的医生如果写不出好文章，临床经验丰富也可以，但是每年要写工作经验总结，也要通过严格的考核。不过我们全科医生对自身也是有要求的，像这次年会上取消论文和英语要求的提议就听到了很多反对的声音。那些优秀的全科医生既要有过硬的临床水平，也有能力搞科研写论文。

本刊：您对全科医生搞科研怎么看？

祝教授：科研是推动学科发展必不可缺的力量，但并不是每个全科医生都要搞科研，即使是澳大利亚这样的发达国家也只有1%的全科医生在搞科研。同时，全科医学的科研有自身的特色，最好能反映目标社区人群健康问题的特征。例如，有的社区经济水平较高，人群工作压力大，就可以关注焦虑、抑郁等心理问题；有的社区文化水平较低，家庭暴力现象严重，就可以开展青少年保护研究。有的全科医生一说到搞科研就想到慢病，这不是适合每个社区的。

本刊：如何吸引优秀人才加入全科医师队伍？

祝教授：几十年前，能考上医学院是很不容易的事。我记得我的工资到61元的时候，大多数行业的同级别工资是58.5元。这个2.5元的差距不大，却反映了医生的身份和地位，在年轻人选择职业的时候能起到正面作用。国外全科医生的待遇约是专科医生的80%，水平较高的全科医生还可以兼任有钱人的私人医生来获得合法的报酬。WONCA亚太区主席李国栋就是这样。假设专科医生的年薪是30万，而全科医生的年薪可以达到24万，那肯定会有相当一部分人愿意选择全科医生，毕竟要相对轻松一些。但是，我也常常问我们的全科医生：你准备好了没有，你的能力是否已经配得上更高的薪酬？我一直强调全科医生一定要不断提高自身水平，只有医术精湛了，才有资格去拿高薪。当然，作为医生，我们为了医学事业应该甘于清贫；但从行业角度出发，我们希望能在待遇上获得更多的倾斜。社会地位、职业发展、待遇跟上了，一定有更多医生选择全科。

（上海市医情所 赵伟希、吴家琳 整理）

国外及一些地区全科医学发展模式与理念

随着老龄化时代的加速到来,世界各国的人口组成、国家财政、疾病结构等方面都发生着巨大的变化,这给现有的卫生保障体系带来了严峻的考验。对于政府而言,建立以初级医疗为导向的健康服务体系为应对这些考验提供了解决方案,全科医生作为提供初级医疗服务的主要群体,在守护居民健康、遏制医疗成本的上升、预防与保健等方面起着尤为重要的作用。因此,若一个健康服务体系是基于由高水平的“多面手”医生在社区提供基本医疗服务,那么这种系统才能为民众提供经济效率高、临床效果好的医疗照顾。各国在培养全科医生、构建基层医疗系统的过程中都有自己的发展经验,并逐步探索出适合本国国情的道路,这在一定程度上为我们国家全科医生制度的建立与完善提供了参考。

下文将介绍一些国家和地区的全科医学发展状况与经验。

1 全科医生的角色定位

几乎所有的国家都认同全科医生在社区医疗中的主导地位,正如世界家庭医生组织(WONCA)首席执行官 Garth Manning 所言:一个“五星级”的家庭医生应该是社区医疗领导者、治疗提供者、决策者、沟通者及管理者。而加拿大家庭医生学会主席 Marie-Dominique Beaulieu 则更注重家庭医生的桥梁作用,认为其是基于社区医患关系的家庭医学专家、学者、专业人士合作者、健康倡导者、传播者等。中国台湾地区则把家庭医生定义为以人为中心、家庭为单位、社区为范畴的健康照护体系“守门员”。

2 系统专业的全科医生培养方式

2.1 培养模式

中国台湾对家庭医生的培养在国际上有着较高的水准,医学院的学生在五年级就必须学习家庭医学课程,在六、七年级的实习过程中可以选择到医院及社区中接受相关训练,毕业后再接受3年的住院医师培训。在完成上述家庭医学专科医生培训的基础上,可继续接受安宁缓和医疗与老年医学这两种次专科的培训。完成上述完整的家庭医生训练后,学员可获得两种次专科医生资格。

中国香港自1995年开始,实施长达6年的家庭医学专业培训:2年以医院为主的基础培训+2年以社区为主的基础培训+2年高级培训。培训有着严格的流程和制度。

北美国家加拿大的家庭医生需接受为期两年的住院医师培训,主要通过基于专业能力的3C能力本位课程进行,即综合(comprehensive)、持续(continuity)和以家庭医学为中心(centred in family medicine)的医疗教育。该培训属于国家培训项目,由大学家庭医学院系、医学大学教员、卫生与高等教育部门、省级许可机构、地区卫生当局共同协作完成。

我们的邻国韩国早在1979年就成立了家庭医学系,经过成长与发展,家庭医学专科教育

取得了一定的进步:通过政府政策,住院医师配额有所增加;医学院成立了专门科系;引入研究生教育。2010年,韩国医师执照考试的临床水准考试中,就有25个与家庭医学实践相关的常见临床问题,这大大加强了本科生的家庭医学教育。而家庭医学的研究生在1年实习期后,需进行3年的住院医师培训。

同样,在日本,全科医生的培养需经过至少3年的住院医师培训,其中必须包括至少18个月的全科培训和6个月内科、3个月儿科、3个月急诊等其它专科的培训。其中全科I期培训(诊所和小规模医院)与全科II期培训分别至少6个月。

2.2 培养内容

各国对家庭医生的住院医师培训基本都包含了全科医生培训与多个科室轮转以及研讨会、学术会议和论文的发表等项目,并在此基础上融入各自的培养理念,以期能够培养出与当地医疗服务体系相适应的基础医疗保健人员。其中以香港和台湾地区的培养体系较为细致与全面。

在台湾,医学院的家庭医学课程包括家庭医学、行为科学、预防医学、社区医学、医学管理等。住院医师培训需包括3~8个月的家庭医学专科及2~8个月不等的其它各科培训,以及研讨会、调查研究等。

香港的受训医生需在普通科门诊部接受包括与导师共同诊治、临床病例录像分析、全科医学临床及理论讲座等全科知识教育;在医院接受内科,外科,儿科,妇产科等核心专科,以及耳鼻喉科,骨科,皮肤科,精神科,眼科,急症科等必须的专科培训。

加拿大住院医师培训采取的3C课程注重的是摆脱基于时间学习的理念,这种学习理念以严格的轮换为结构。其医师培训内容包括:在社区中融入计算机(PC)技术、医院轮换、接触农村实践、模拟培训、研讨会及学术项目。

韩国当前的住院医师项目包括:病人护理、家庭医学及其它必修和选修的专科培训,学术会议及学术论文的撰写。

2.3 考核与认证机制

在香港,家庭医生的专科培训过程中需记录日志并存档,然后交由学院审核;社区培训由家庭医学专科医生负责直接监督指导;参加高级培训的学员还需香港家庭医学院认可的导师签名并提交完整的培训报告。医学生完成两年基础培训后,有资格参加香港家庭医学院暨澳大利亚皇家全科医学院之院士考之笔试;完成4年基础培训后,可有资格报考其临床考试部分;完成2年高级培训后即有资格报考专科医生考试,通过者才能被香港家庭医学学院授予香港医学专科学院院士(家庭医学)。

在台湾,医学生毕业后经过3年的家庭医学住院医师专科训练才有资格获得专科医师证书:有效期限为6年,期满每次延展期限为6年。6年内参加相关学术活动或继续教育的积分达240点以上即可延展一次。

加拿大的家庭医生在住院医师培训过程中,每3个月进行一次效果评估,主要包括:审查、文件材料、建立档案、定期审查/有指导的自我反馈;培训结束后需通过简答、模拟诊所面试、临床技能的全方位认证考试,方可取得加拿大家庭医生学会(CFPC)证书。

韩国的家庭医生认证需通过家庭医生专科董事会考试,并引入了强化临床水准的考试。

3 全科医生制度与医疗保险支付方式

健全的卫生保健系统需要完善的医疗保险运行体系来支撑,英国的国家医疗服务体系(NHS)在这个方面有着很好的经验。英国是全科医生的发源地,其拥有覆盖全民、给予社会弱势群体优先、综合、连续的医疗服务。英国在提高人民健康水平和控制卫生费用等方面成果显著,NHS自1948年建立以来卫生总费用占GDP的比重仅从5%左右上升至8%,服务成本低廉,远远低于其他发达资本主义国家。1978年,WHO推荐世界应用英国模式,称其为“最经济、最适宜的医疗保健模式”。该模式固定全科医生和居民的关系,居民首诊在社区,实行梯度就诊。所以全科医生制度的核心是“守门人”机制,“守门人”既守健康,也守经费。

4 全科医学发展理念与方向

以人为中心 这是多数发达的国家与地区在管理慢病时强调的一个理念。如台湾的基础医疗服务体系发展方向就是建立以病人为中心、体系为基础的家庭责任医师制度。这一制度被看作是把技能、服务、体系三方面整合起来的全民健康照护协调整合平台:一方面通过执行家庭医生整合性照护计划、按人头计酬计划、开展整合性门诊服务等方面提高基础医疗护理水平;另一方面,通过构建社区医疗网络、推行社区医疗保健服务转诊模式来提升基础医疗品质;再一方面,加强第一级社区健康及疾病照护体系与二级、三级医疗体系间的交流与合作,强化各级医疗机构间的双向转诊机制,形成分工明确又互相整合为一体以病人为中心的医疗网络。

平等性、连续性 在管理慢性疾病的机制中,即使是像英国这样医疗保险覆盖范围广、保障全方位的国家也面临着医疗资源分布不均、保健分散化的问题。贫乏的地区更容易出现多重疾病,但全科医生的数量却较少;分散化的保健就会导致开销增加、连续性丧失等问题。应对这些问题,英国卫生机构正在争取实行延长全科医师职业培训、评估全科医疗连续性以及加强个人保健、加大基础保健和基础保健团队的投入等措施。在加拿大,97%~98%的地区都属于农村,农村/偏远地区实践是当地推行的一项家庭医生培训项目,一来可以让受训学员参与多种多样的实践,二来能激励更多医生的选择在农村地区行医。

综合性、全球性 为了促进全科医疗系统的完善,WONCA常务委员兼名誉司库李国栋教授认为:医疗卫生制度改革应加强不同范畴和专业医疗服务的协调性,通过多学科团队发展综合性医疗服务;未来的医学教育也将由单纯接受、缺乏批判的教育模式变为灵活应用全球资源以满足本地需要。2010年发表于《柳叶刀》上的《新世纪医学卫生人才培养:在相互依存的世界为加强卫生系统而改革医学教育》报告中提出了医学教育改革的十大建议,其中就包括:推广跨专业和跨行业教育,从而打破医学专业的孤岛局面,促进卫生专业团队内平等合作关系;利用全球资源解决本地区问题;通过协作网络、联盟和联合体等形式把全球教育机构横向联合在一起,建立地区性和全球性联合体。

(孙进楚、吴家琳根据2013东方家庭医生论坛资料整理)

◀实践与经验▶

上海在推进开展社区卫生科研的实践探索与经验

张勤 沈福来 上海市卫生与计划生育委员会科教处



张勤：上海市卫生局科教处处长，研究员、教授。复旦大学循证医学中心顾问、卫生事业管理研究生导师。任中华医学会中国社区健康联盟副主席，卫生部卫生技术应用管理专委会常委、中国工程院上海院士中心副主任、上海继续教育工程学会医学分会主委、上海医学会科研管理专业委员会主委、上海医学伦理专委会副主委等职。并担任《转化医学与科研管理杂志》总编辑，《中华医学科研管理杂志》副总编辑，《世界肿瘤杂志》、《上海医教杂志》、《世界感染杂志》、《老年医学与保健杂志》、《上海医药杂志》副主编及《中华健康管理学》、《中国全科医学》等10多本期刊编委。

引领医学科教创新管理，国内领先，获中科院生命科学优秀奖。主要负责《保持和发展上海医学科技优势的管理策略和实践》项目，获市科技进步二等奖。承担《上海市临床医学中心绩效评估研究》项目，获中国优秀硕士学位论文。《上海市临床医学中心病例分型与绩效管理》获市科技进步三等奖。在学术期刊发表论文150余篇（第一或通讯作者）。

摘要：本文在肯定“社区医生要开展科研”的基础上，以上海市社区卫生科研19年的发展历程为实例，具体阐述了以下3点内容：（1）社区卫生机构及医务人员为什么要做科研；（2）社区卫生科研能做哪些内容；（3）社区卫生科研具体应如何开展，其中特别强调了：地方卫生科教应积极发挥支撑与引领作用，社区卫生管理层应重视“科研团队”的建设与“全科团队”的应用，并指出了社区医生在科研过程中将经历的三个阶段与应对策略。最后指出：面对我国社区卫生与全科医学发展的难题与困惑，社区卫生科研已不是“是否要研究”的问题，而是我们必须研究。

1997年1月15日，中共中央、国务院在中发[1997]3号文《关于卫生改革与发展的决定》中指出，改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。基层卫生机构要以社区、家庭为服务对象，开展疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务和妇女儿童与老年人、残疾人保健等工作。就此，全国各地拉开了社区卫生服务建设工作的序幕。

1 问题的提出：社区医生要不要做科研？

社区卫生服务中心作为医疗机构的网底，机构级别定为一，机构数量以街道/村为单位范围进行设置，是三级医疗机构中，级别最低，数量最多的一级。也正因此，社区医生开始对一个重大问题产生了困惑，即“社区医生到底要不要做科研？”除了自身的困惑，还有来自于二、三级医院同行的不解与不屑。

社区医生到底要不要做科研？或者借用“2013年东方家庭医生论坛”中的辩论题目“全科医师，需要科研吗？”。

答案一定是肯定的，我国社区卫生和全科医学发展到今天，正迫切需要借助科研来开拓与扫清其未来发展的道路。

2 对策与建议：社区卫生科研中的“why-what-how”

以下笔者将从为什么，做什么和怎么做三方面，以上海市卫生科教19年（自1994年起）的社区卫生科研发展路径为实例，具体阐述社区卫生科研的重要性、必要性及如何实践，以解开社区医生对“是否搞”和“如何搞好”科研的困惑。

2.1 社区卫生科研为什么要做

2.1.1 科研是什么

科研既不是洪水猛兽，也不是阳春白雪，科研是慎重地采用行之有效的科学方法，在一定时间内，在一群人的共同努力下，朴素地、辩证唯物地、紧锣密鼓地、切合实际地，解决具有现实意义与理论价值的当前迫切问题、短期问题与中长期问题。解决问题前的策划方案即是科研标书，解决问题的全过程即是科研执行，解决问题后的经验总结即是科研成果，经验的传播与扩散即是成果的转化与推广。

因此，当遇到问题与困惑需要相关人员共同努力去解决时，科研的契机就出现了，它并非什么人或什么机构的专属品，而是属于每一个爱好并愿意解决问题的个人与组织和机构。

2.1.2 科研对于社区卫生服务中心的价值

社区卫生服务在中国的发展只有16年时间，其功能与定位已经相对清晰；同时，基本公共卫生服务具体如何执行，国家也给出了明确的服务规范。但是，从工作内容到具体实践，中间还有许多问题需要研究和解决，就如同当下在社区卫生服务机构面前的，是一幅地图与目的地，如何到达以及如何更好更快地到达都需要社区自身去摸索与探究。

在这个过程中，社区可以“摸着石头过河，边走边探，以解决问题为最终目的”，也可以“事先审视、策划安排，重要问题重点研究，以更好地解决问题为最终目的”。当用后一种态度来推进工作时，便是在用科研思维来解决现实问题；如果进一步深化细化，按照规定格式付诸文字，并积极申报科研课题或项目，就是在完成实际工作的同时开展科学研究。而当把现实问题当成研究来做时，往往有利于社区卫生服务机构，能够促进其诊疗与服务水平的提升，促进其人才队伍科学与医学素质的提高，促进其特色服务的形成，促进其管理模式和服务模式的转变。

因此, 科研对于社区卫生服务的发展起到提纲挈领、锦上添花和顺水推舟的作用, 而那些注重科研的社区管理层往往更具有战略意识与发展眼光、主动解决问题的自我驱动力、乐于分享经验的良好素质, 和积极引领某一领域发展的内心愿望, 更容易带领机构迈向更高层次, 其个人也往往有更好的发展。

2.1.3 科研对于社区医生 / 全科医生的价值:

社区医生由于身处医疗机构的最低层, 常常有一种不如二、三级医院同行的自卑感, 加之全科医学与家庭医生的春天尚未真正到来, 每每职称晋升又卡在课题与文章时, 这种自卑感便无法缓解甚至加剧, 对科研更加望而却步。

但是, 当客观分析这一事实时, 我们会发现, 社区医生开展科研工作要比二、三级医院的医生更具有优势 (图1)。流动的研究对象, 紧绷的医患关系, 激烈的内外部竞争, 极其有限的自由时间, 以及相对狭窄的研究范围和越来越高的创新要求都限制了二、三级医院的专科医生进一步突破。而社区医生尽管当下缺乏一定的科研基础与经验, 但是外部条件利好, 如研究范围广泛 (从全科到社会、心理、营养、伦理、哲学、管理等均可一一涉足), 研究对象相对固定且对社区医生依从性高, 自由时间相对充裕, 内外部竞争尚处于起步阶段, 因此, 及早勤练内功, 充分利用外部有利条件, 抢占先机为上策。

开展科研工作对社区医生而言不仅仅是提高研究能力, 更能切实提升社区医生的综合素质与个人能力: 敏锐的发现、分析与转化问题的能力, 更严密的逻辑思维与推理能力, 更出色的归纳概括能力, 更优秀的语言表达能力, 更优秀的组织与协调能力, 把握最新研究动向的能力, 批判性阅读和吸收文献的能力, 更丰富的知识体系, 最终帮助社区医生成为更有批判性和思考全面的研究者与临床实践者。

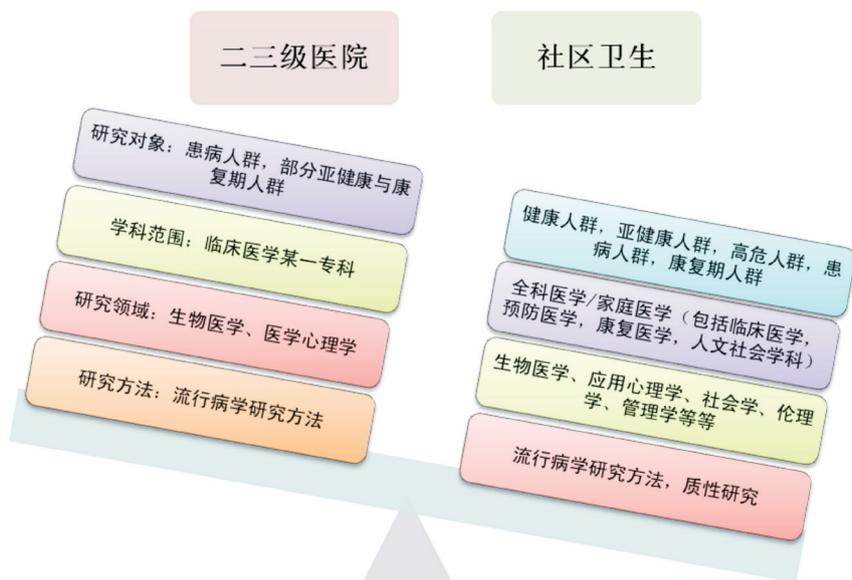


图1 社区卫生与二三级医院科研范畴比较

2.2 社区卫生科研做些什么

社区卫生科研可按照研究内容分为以下三类: 对社区卫生服务机构人、财、物等管理模式

的研究；对社区卫生服务模式的研究，即针对不同的服务对象如何提供行之有效地服务；对社区卫生适宜技术的应用研究。

具体而言，要回答社区卫生科研能做什么，我们不妨回到社区卫生服务的建设目的与初衷上来。

首先，社区卫生服务是社区建设的组成部分，其在社区内的角色，与银行，学校，超市等服务场所发挥的功能相同，即服务于社区内居民，这是其作为医疗机构外新的社会职能。因此，如何从一个社区服务提供者的角色出发，打破医疗的界线，研究如何向同行学习，提供更为人性化，更符合社区居民需求的服务，以及如何更好地激励内部员工提供更优质的服务等，是一个新颖且重要的研究方向。

其次，社区卫生服务以基层卫生机构为主体，全科医师为骨干，合理使用社区资源与适宜技术：社区卫生服务中心立足在社区居民中，要合理使用社区资源与适宜技术，除了社区街道居委会，还可以考虑如何利用社区内居民的个人优势与特长和服务于社区的个人意愿，更好地服务于本社区居民，这也是一个重要的、值得研究的方向。

第三，社区卫生服务以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，解决社区主要卫生问题，提供防、治、保、康、教、计六位一体服务。首先，在谈到人的健康时，其包括生物医学，心理与社会三个层面。在国外，许多研究以问题为中心，大胆地跳出临床，在生物医学、心理与社会一个更大的背景下开展研究，研究结论不仅新颖，而且可直接应用于实践。例如在“为什么我们没能在全世界促进体育锻炼？”研究中，研究者提到，当下全球以健康为基础的教育模式未能将体育锻炼量提高到必要水平，初步数据显示，体育活动和心理健康之间的关系不取决于体育锻炼量，而是取决于个人锻炼时和锻炼后的体验，因此，引导公众锻炼的论据必须从体育锻炼的最终目标或功效（即有益健康）转向个人坚持锻炼的体验，也即为了鼓励人们坚持锻炼，健教人员强调“体育锻炼让生命更有价值”将比“运动有助于健康”更有效果；其次，“以家庭为单位”也是社区卫生科研独特的研究方向，如何合理有效地应用家庭系统动力，更好地完成健康管理工作的，是一个需要心理学知识的重要研究方向。最后，在预防、保健、康复领域，社区卫生开展的科研相对较少，而这些恰恰是社区卫生服务一个重要的、特殊的工作内容与研究领域。

第四，社区卫生服务中心作为一个组织机构，在其发展期，如何更好地应对内部人员培养与管理，岗位设置与优化，工作流程优化，员工绩效考核，机构特色建设，社会声誉与居民认可度等多方面问题都是值得研究的命题。

总体来说，科研的目的是为了解决现实问题，因此，将现实问题转化为研究问题是解决研究什么的一个重要途径，例如，相比较一般的社区卫生服务中心，工业区内的社区卫生服务机构服务对象发生了变化，除了常住居民，还有大量的候鸟式上班族，此时健康管理应如何开展与实施？既值得研究，也是需要解决的现实问题；再如，我们发现，在社区接受卫生服务的居民中，虽然接受相同的服务，但是居民对社区的反应与满意度却有着显著差异，是什么导致了居民对社区服务评价的差异？又是一个现实问题加研究问题；同时，也应关注日常工作中的运

行规律和行之有效的经验, 将其进一步总结提炼, 扩大应用范围后开展研究, 既有实践价值, 也有推广价值; 最后, 关注国际社区卫生服务与全科医学的动向, 将其中适合中国国情的研究命题引入进来, 也是解决研究什么的有效途径。

2.3 社区卫生科研具体如何开展

解决了研究什么的问题, 以下探讨社区卫生服务如何开展科学研究。回顾上海市社区卫生服务机构19年的科研历程, 笔者认为, 社区卫生科研的开展, 需要三方面的共同努力: 一要省市级卫生科教的支撑与引领, 二要社区卫生服务中心管理层对科研的重视与鼓励, 三要社区医生对提升自我科研素养与能力的主观意识与愿望。

2.3.1 省市级卫生科教方面:

上海市的社区卫生科研工作开展比较早, 前期可分为三个周期:

第一周期: 1994年, 上海市卫生局科教处开始实施“上海市建设医学领先专业”工程, 提出“医学领先专业建设计划”, 旨在通过六七年的努力, 打造包括50个街道(乡)医院初级卫生特色在内的专业建设; 该工程坚持“突出重点、带动全局、分别层次、择优竞争”的原则, 确定了40个社区初级卫生特色项目, 每项资助5万元, 医院配套5万元, 实施周期为1995年-1997年。

第二周期: 1997年, 在总结第一周期基础上, 为继续巩固深化, 市卫生局进一步提出“第二周期领先学科建设”, 该周期以“水平与绩效优先, 有进有出, 滚动扶持”为原则, 确定了38个初级卫生特色项目, 投入建设专项资金390万, 实施周期为1998年-2001年。

第三周期: 2004年, 为进一步实施科教兴医战略, 推进学科人才建设, 卫生局提出“新一轮医学领先学科建设计划”, 并出台《上海市医学重点学科建设实施办法》(沪卫科教[2004]29号), 以保持和发展上海医学的学科、人才优势, 实现“2010年将上海建成亚洲一流医疗中心城市”的目标。该周期以“效率与公平兼顾, 普及与提高并重, 以社区卫生服务中心为主要基础”, 再次确定了40个重点社区项目, 每个项目资助10万, 区县卫生局匹配10万, 社区匹配10万, 实施周期为2005年-2008年, 以期经三年的重点扶持和建设, 造就一批国内领先、国际先进、具有显著特色和优势的社区项目。

上海市前两个周期的初级卫生特色项目成效显著, 公开发表专业论文200余篇, 会议交流论文200余篇, 其中30篇以上参加了国际学术会议交流, 获得上海市科技进步奖、卫生事业管理成果奖、上海市医疗成果奖等近20项奖项, 实现了一级医院获奖零突破, 同时也充分证明了, 社区卫生服务中心也可以做高水平的科研工作。

2004年, 上海市卫生局科教处同步启动《上海市卫生局科研课题研究》项目, 并出台《上海市卫生局科研课题管理办法》(沪卫科教〔2004〕41号), 自此, 社区卫生科研项目逐步转入科研课题研究中, 与二三级医院一同参与课题竞标。

截止到2013年7月, 《上海市卫生局科研课题研究》项目中社区中标课题呈现逐年上升趋势(图2)。

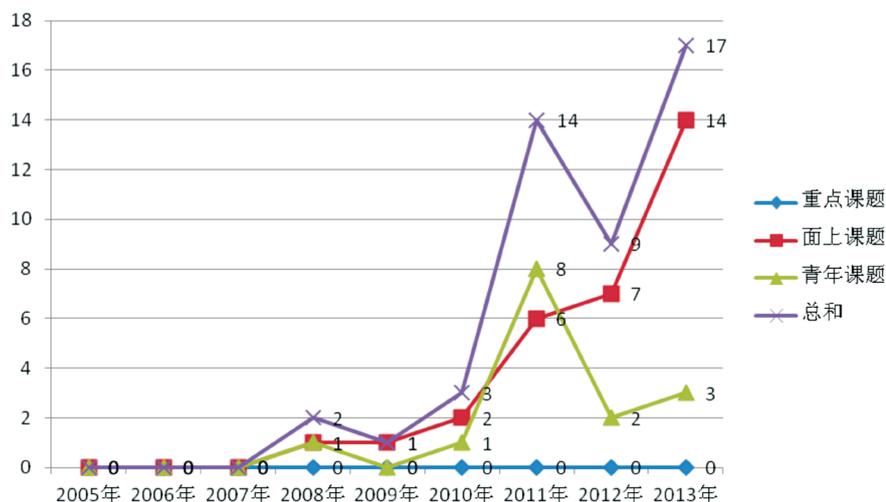


图2 上海市卫计委科教处2005年-2013年社区中标课题趋势图

此外，上海市卫生局中医药传承发展处《上海市基层中医药适宜技术推广项目》与《上海市卫生局中医药科研基金》也面向社区开放，并鼓励申报，截止到2013年7月，《上海市卫生局中医药科研基金》社区中标课题也有明显的上升趋势（图3）。

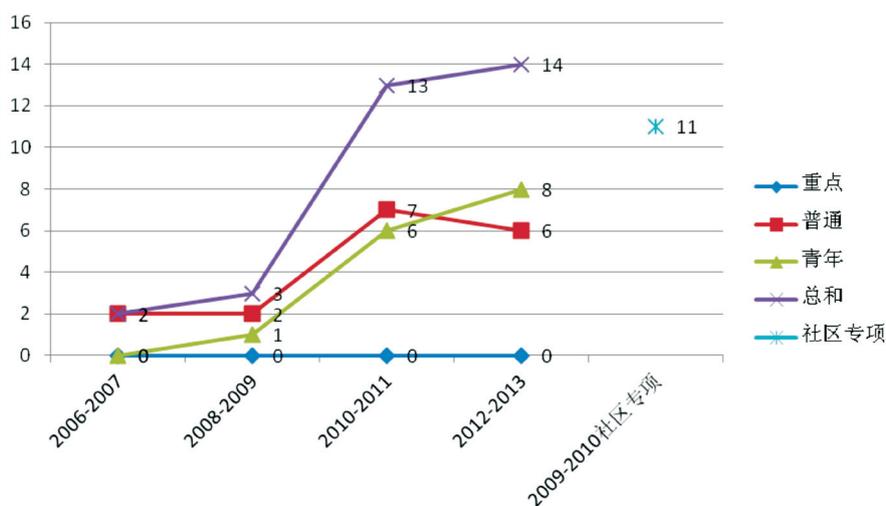


图3 上海市卫计委中发处2006年-2013年社区中标课题趋势图

除上海市卫生局外，上海市相关学会与协会也成立了基层医疗与社区卫生专业委员会，并设立专项研究基金，例如上海市医学会健康管理学分会社区学组，上海市医院协会基层医疗机构专业委员会，上海市中西医结合学会社区医学专业委员会等，分别设立科研基金并面向社区公开招标；上海市医学会与上海中医药学会分别针对社区，在其科技进步奖申报中设立社区卫生方向。这些学会与协会的关注及支持，从很大程度上丰富了社区卫生科研申报的口径，促进了社区医务人员参与科研的积极性，也促成了社区卫生科研的多样性。

但作为卫生行政部门科教管理者，必须要看到的是，社区的科研起点与二三级医院不同，且研究内容与范畴也有其独特性，因此，在申报口径的设立上，应给予更多的机会与相对较低的门槛；应鼓励社区在研究现实问题基础上，关注国外社区发展热点，丰富选题方向，避免课

题的重复研究;应在课题的执行中,设置更为频繁的阶段考核,防止虎头蛇尾,资源浪费;应在课题成果的考核上,引导社区关注科研成果的转化与推广,避免为课题而做课题,草草收兵,即告结束;应让其明白,作为研究者,研究成果若得不到总结、沉淀与应用,都可视为无效研究。

总之,在社区卫生科研的发展过程中,省市级卫生科教的支撑与引领是其发展的重要动力与牵引力,应当积极先行,开放入口,过程监管,把关出口,充分助力社区卫生科研。

2.3.2 社区卫生服务中心管理层方面

有了申报方向,社区卫生服务机构管理层对科研的重视与鼓励乃至激励,显得至关重要,笔者建议应至少从以下几方面入手:

(1) 确立本社区发展的大方向与特色定位

不可否认,社区与社区之间的差异较之二、三级综合医院,要小许多,但每个社区的地理位置,人口分布,服务人群以及内部人才构成与背景都颇为不同,作为社区管理者,应当学会“存同求异”,从本社区服务人群特点与内部员工特点中寻找机构发展方向与特色定位,走好科研的第一步。否则,即使每年都有大量课题或项目中标并开展,但由于课题或项目关联性差、不聚焦、难以拧成一股绳,无法形成可供同行借鉴的特色服务与专长,无法构建特色的人才梯队,也无法形成合力推进社区的发展,因此,作为社区管理层,确定本机构的发展方向与特色定位至关重要。

(2) 有建设机构内部“科研团队”的意识与概念

社区卫生服务机构规模相对较小,多为一到二百人的组织机构,很难要求每位员工都能做到热爱并擅长科研,建议可选择基础相对较好的青年医师组建成“科研团队”,并以该团队为主体,委以重任,承担本社区的科研主导与组织协调工作,如徐汇区凌云社区就成立了“科研团队”。

科研团队的成立,首先有助于培养一支有研究基础,时刻关注研究热点,主动学习科研技能,科研能力不断加强的团队,其次,一支相对专业的团队更容易胜出同行获得更多科研课题机会,进而进一步提升团队与整个机构的信心与兴趣,第三,科研团队如能经常开展头脑风暴,不仅能解决科研问题,其对现实问题的解决能力也会大大提高,第四,科研团队可作为教学小组,进一步辅导社区内其他成员,有助于整个社区科研能力与水平的提升。

(3) 充分利用现有的“全科团队”组织

在建设“研究型医院”与“研究型中医医院”时,我们提到应该建立以“团队”为单位的临床研究组织,以高效执行科学研究。而在社区,这样的团队已经存在,每个社区都按照地理位置分成若干“全科医学团队”。在社区科研执行中,管理层完全可以充分利用“全科团队”概念,倡导员工以团队为单位共同申报与开展课题,以团队为单位,队与队之间展开科研竞争与角逐,以团队为单位为其提供外出培训与进修机会,以团队为单位对整体科研产出高的团队予以奖励,这将有助于提升整个社区的科研氛围与竞争意识。

(4) 将员工个人发展与社区科研发展相结合

作为社区管理层,如能引导员工将个人的职业发展与社区科研发展相结合,将会一举多得。建议可从以下方面入手:首先,确保员工充分了解个人职称晋升政策,必要时开展相关培训和讲解;其次,根据员工职称与年龄分布,辅助员工做好个人职称晋升规划,并列出每年的重点晋升对象;第三,对重点晋升对象提供更多的辅助资源,引导其主动大胆地开展科研,对其科研课题及论文发表中产生的合理费用予以报销;第四,晋升成功的员工给予一次性重奖,同时,高级职称的医务人员每年给予一定高级职称津贴,增加员工对职称晋升的兴趣与认可。

总的来讲,在社区卫生科研中,社区管理层发挥的作用是:把握研究方向,构建优秀团队,提供研究保障和构建科研永续的氛围与激励政策。

2.3.3 社区医生自身方面:

明确了申报口径,也有了社区管理层的支持,社区医生开展科研已具备良好的氛围和基础;但具体到科研执行层面,社区医生应当如何学习以及学习哪些技能来开展科研工作呢?由于社区医生的科研基础不同,笔者将其历程分为三个阶段,并提供相应对策:

第一阶段:旁观者阶段

没有参与过科研的社区医生可先从旁观者阶段进入,此阶段的主要任务是:了解科研的流程和每个阶段的关键内容,也即心中应有一张明朗的“科研地图”,具体包括:①了解科研的基本流程(图4),②了解基本的研究类型与对应的研究方法,③了解基本的统计学知识与统计目的及类型,④了解科研申报的口径与每年申报的时间,⑤了解医学期刊的基本类型、级别、影响因子与稿约要求,⑥了解基本的文献检索数据库与检索方法。

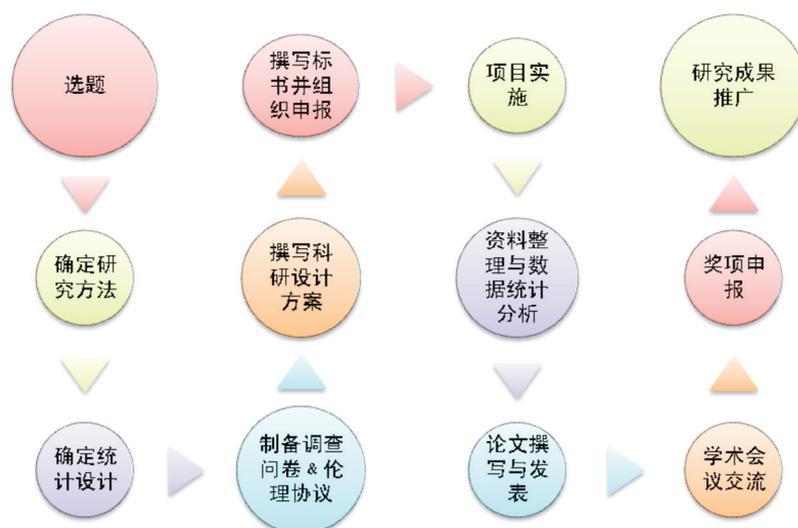


图4 医学科研工作基本流程

第二阶段:执行者阶段

对科研有了基本了解后,应主动参与到其他同事主持的科研项目中担任项目执行者,直观地体验与感受研究工作中的细节问题。目前,由于上海市各区卫生局及科委对社区科研持鼓励态度,社区相对比较容易拿到区级课题,但在实施过程中却出现各种问题:①标书设计有残缺,如干预研究不设立对照组、基线调查常采用自制问卷,或不进行基线调查、干预方式到实施阶

段仍不明确,常用“请专家指导”代替,②调查数据可靠性差,如调查过程中缺乏质控与现场控制、问卷收集质量差,数据录入前不进行设计、仅照搬问卷内容导致无效录入,数据录入中不设置双重录入、录入差错率高,③标书设计理想但现实可行性差,如对可投入的研究时间估计过于乐观、对调查对象的反应性与反应速度估计过于乐观等,以上问题在社区卫生科研过程中,发生率非常之高,但只有亲自参与并亲身体会,才能够发现这些问题,对自身今后的研究起到提示与警示作用,因此,执行者阶段非常重要,除了发现问题,该阶段还应该及时补充自身科研知识体系的不足,为下一阶段做准备。

第三阶段:策划者阶段

策划者阶段也即担任科研项目或课题的第一负责人或主要负责人,对社区医生的科研要求将更高。作为策划者,有以下四个重要问题需要思考:①研究什么?选题是整个研究最重要也最难的部分,是标书的灵魂,好的选题决定成功的50-70%,新颖且能解决现实问题的选题仅靠研究意义与价值就能打动评审者,一般的选题则需要相对完整和严密的设计才能博得青睐,差的选题则完全没有机会。作为策划者,如何做好选题,足可体现其功底。建议从策略上,应广泛阅读国内外重要网站(表3);从战略上,可采用头脑风暴法带领研究团队一起参与选题,再对定下的选题进行文献检索,最后通过排除、调整,确定最终选题,这里,社区的发展方向是头脑风暴的核心议题;②专业方面可找哪些专家或组织指导?一个完整严谨的科研设计包括专业设计与统计设计或方法设计两方面,在课题申请或执行阶段,如有涉及专业方面的问题可向谁请教?这是策划者必须要考虑的,通常资源在二三级医院或高校的专家及教研室;③方法方面可找哪些专家或组织指导?在国际大型临床研究中,除了临床医生,一定会有流行病学家和生物统计学家的参与,从研究设计与统计设计方面进行审查,确保整个研究的严谨、科学、合理。小的科学研究也一样,研究设计与统计设计是其品质的基本保障,作为策划者应认真对待,此时,既可寻求相关高校流行病与卫生统计专家帮助,也可以向一些专业从事科研方法辅导的社会组织与机构寻求帮助;④如何充分地展现研究成果?目前社区卫生科研成果主要以论文形式展现,且对于大多数社区医生来说,写作论文也是非常困难的任务。关于论文写作,策划者应该了解,国际上已有许多现成、权威的临床研究报告规范可供写作者参考(表1),这些规范非常之详细,能够很好地辅导写作者汇报科研成果,且用作今后研究设计的参考;其次,《生物医学期刊投稿的统一要求》也详细地介绍了投稿前,投稿中,投稿后可能遇到的问题与解决方法,非常值得阅读学习;除论文外,策划者应该思考如何让科研成果沉淀、结晶、并走得更远。如何沉淀、结晶,可以将系列关联科研成果汇总整理,申报科技奖项,其中核心的技术与方法,可申报知识产权、著作权或专利;如何走得更远,则可以将拟推广的成果申报继续教育,通过会议、学习班、研讨会等形式传播出去,还可以与出版社合作编写相关书籍,如闵行区龙柏社区的《龙柏社区卫生服务中心家庭医生质量管理与服务流程手册》和浦东新区上钢社区的《社区卫生服务实用手册》都是科研课题及项目的成果产出。

表1 社区医生日常科研工作建议参考网站与相关资源

| 分类 | 相关链接和资源名称 |
|-----------------|---|
| 科研热点阅读资源 | 世界家庭医生组织: http://www.globalfamilydoctor.com/ 美国中华医学基金会: http://chinamedicalboard.org.cn/ 世界卫生组织: http://www.who.int/zh/index.html (中)/ http://www.who.int/en/index.html (英) 美国家庭医学学会: http://www.aafp.org/home.html 美国国立糖尿病、消化、肝、肾疾病研究所: http://www2.niddk.nih.gov/ 社区科研公共服务平台: http://www.csrps.com/ |
| 文献数据库资源 | Pub med: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed Web of knowledge: http://webofknowledge.com 免费医学期刊: http://www.freemedicaljournals.com/ Trip: http://www.tripdatabase.com/ Cochrane协作网: http://www.cochrane.org/ |
| 常用方法学质量评估表 | http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35156/ 诊断试验清单: QUADAS Checklist 横断面流行病学研究质量评估表: Cross-Sectional/Prevalence Study Quality 队列研究质量评估表: Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale: Cohort Studies 病例对照研究质量评估表: Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale: Case Control Studies |
| 研究成果报告规范 | http://www.equator-network.org/ http://www.consort-statement.org/ 7种基本的临床研究报告规范: STROBE, TREND, CONSORT, STARD, PRISMA, QUOROM, MOOSE 《生物医学期刊投稿的统一要求》 (国际医学期刊编辑委员会2010年4月更新) |
| 临床试验注册与医学伦理相关网站 | 中国临床试验注册中心: http://www.chictr.org/cn/ 中国注册临床试验伦理审查委员会 http://www.chictrdb.org/ 医学期刊出版与编辑伦理网: http://www.mjpe.net/ |

3 总结与展望: 社区卫生科研任重而道远

社区卫生服务是我国新时期医改的重要内容,也是改善我国居民诊疗体验、健康水平与控制医疗费用的唯一出路,是全世界解决国家卫生难题的共同选择。尽管我国社区卫生服务尚处于起步阶段,但应该看到的是,社区卫生、全科医学、家庭医学已在全球进入蓬勃发展时期并取得卓越成就,我国社区卫生与全科医学的美好明天指日可待。

上海在推进社区卫生科研方面进行了有效探索,总结了相关经验,笔者认为:在社区卫生科研的发展过程中,除了外部政策的支持,社区卫生服务机构及其个人应用与驾驭科研、解决现实问题的能力是关键因素,社区卫生科研较之临床科研还处于刚刚起步阶段,面临诸多难题与困惑,这就更需要我们应用科研的思维来思考问题、解决问题。社区医生科研之路,任重而道远!

参考文献(略)

◀基层视角▶

家庭医生是社区卫生服务工作的重要组成部分,也被称为全科医生。上海作为我国较早开展家庭医生服务实践的城市,于 2010 年在全市 10 个区县进行了深入的家庭医生制服务试点工作。为了解什么是家庭医生制服务、家庭医生制服务在社区发展的现状以及家庭医生制服务面临的挑战,我们请上海市浦东潍坊社区卫生服务中心的院长杜兆辉院长从一名全科医生和一名全科系统管理者的角度向我们讲述了他在 15 年工作中对全科医生的理解和对家庭医生制服务的展望,并邀请浦东医院管理中心的江一民主任从他的角度进行同期述评。

家庭医生制服务——深化社区卫生改革之路

杜兆辉 浦东新区潍坊社区卫生服务中心

1 从首批接受转岗培训的全科医生到社区卫生管理者

2000 年,作为上海市首批转岗全科医生,我进入浦东新区潍坊社区卫生服务中心参加全科医师岗位培训。当时,上海的社区卫生事业刚刚起步,社区卫生服务并未得到社会认可。然而,我并未随波逐流当一名专科医生,而是将自己定位为一名真正的全科医师。2003 年,我正式成为一名全科团队长,并于 2005 年担任院长助理,2007 年成为浦东潍坊卫生服务中心院长。2011 年,我院实施了全科医学改革和探索。如今,潍坊社区卫生服务中心满意度高达 97% 以上,并成为了上海首批“示范性社区卫生服务中心”和“上海市全科医师规范化培训社区实习基地”。在过去的 13 年时间里,潍坊社区卫生服务中心的每一次改革和进步,也是上海社区卫生服务每一点变化的缩影。

2 潍坊社区卫生服务中心改革探索

上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心是一家成立于 1987 年的一级甲等社区卫生服务中心,地处浦东陆家嘴地区的潍坊街道,行政区域面积 3.89 平方公里,常住人口 10.3 万。中心 2003 年率先试点全科团队服务,2010 年成为上海家庭医生服务首批试点,并连续八年获“上海市卫生系统文明单位”和“浦东新区文明单位”称号。

下文将从五个方面展示中心全科服务的特点:

(1) 优化社区资源——以人群分类、服务分层为政策

针对不同分类的人群给予不同层次的服务,这是我院对实行家庭医生制服务的一项改革,这项改革的目的是为了优化社区资源,提高家庭医生制服务的质量。

我们将社区居民分为 3 类: I 类为健康管理人群,即长期在中心就诊的居民,每年就诊次数 ≥ 12 次,以及老、幼、孕、残人员,给予这类人群的服务被比喻为“专车服务”,中心为他

们提供包括建立个人健康档案、预约全科门诊、引导双向转诊在内的大部分社区卫生服务；II类人群为健康服务人群，即每年就诊次数4-11次的中心就诊居民，以及I类人群的家庭成员，中心对其进行家庭建档、健康指导及慢病筛查干预等，相比I类人群的“专车服务”，II类人群的服务更像是“私家车”；III类人群为健康服务人群，除前两类外的其他社区居民均归为III类人群，中心对其提供基本的家庭医生制服务，包括群体健康档案建立、健康体质监测、慢病自我管理、老年免费体检等，三类人群的服务更突出公共卫生服务的理念，可以想象理解为“公交车”服务。

(2) 推动全科签约——以健康家园为平台

2010年10月起，中心成为全科医师家庭责任制签约服务模式的试点单位。2011年10月，潍坊健康管理家园正式建成，家园环境舒适、设备先进、功能齐全，共设有体格检测、视力筛查、听力筛查、肥胖监测、骨质测试、肺功能检测、心理和行为评估、中医健康测试八个检测区域。居民每次在“健康管理家园”里测量的数据，都会自动录入健康档案，与家庭医生形成有效互动，使居民及时获得健康管理指导建议，开创出智能型“家庭医生式”服务新模式。

(3) 构筑人才高地——以科教助发展

中心积极承担社区教学工作，是上海市全科医师规范化培养社区基地、浦东新区卫生专业能力培训基地、上海交通大学仁济临床医学院临床医学专业社区实习基地、复旦大学公共卫生硕士(MPH)现场教育基地等社区教学基地，共计培养全科医师300余人。近年来我中心先后承担市、区级课题15项，其中2项通过上海市科技成果鉴定，荣获“上海市卫生系统卫生事业管理三等奖”和“上海市卫生系统精神文明创新奖”。科研人才队伍建设稳步提升，每年在各类核心期刊发表论文近30篇。

(4) 优化管理机制——以信息化促共享

我中心以1+nX+Y形式的动态健康档案、门诊优化流程、预防保健管理信息系统为主要特色，实现了社区卫生服务工作的信息化管理，目前建立社区居民动态健康档案5.6万份，并积极参与区域内信息共享工作，目前通过我中心网站向社区居民提供健康档案在线查询，2012年健康家园系统和65岁老年体检系统全体上线，以信息化建设拓宽社区卫生服务。

(5) 提升服务质量——试点家庭医生助理员

按照卫生局的工作要求，中心今年将开展家庭医生助理员试点工作。目前，首选为5名家庭医生配备助理员(1:1配备)，助理员将协同医生全程参与签约、建档、完善信息、预约门诊、双向转诊、健康教育，医疗咨询、健康评估等家庭医生常规工作，同时积极参与社区65岁以上老人免费体检、社区大肠癌筛查等专项工作中。通过助理员机制参与将使全科医生服务的内容及内涵得到进一步提升。

3 家庭医生制服务的社区探索——挑战与应对

在社区卫生服务比较发达的国家或地区，如英国、澳大利亚、加拿大等国，都已开展了家庭医生服务模式，普遍建立了家庭医生与社区居民固定式、契约式的医患关系，家庭医生通过

一系列规范严谨的培训,依托家庭医生诊所开展基本医疗服务,普遍采用预约形式,由家庭医生审核后开展转诊服务,家庭医生对签约居民的医疗费用进行控制,国家给予人头经费支持。居民对家庭医生充分信任,医患关系融洽。国内的家庭医生服务围绕基本医疗和公共卫生开展工作,能够提供家庭医疗服务,对居民能够提供一定的健康管理服务,但相比之下与居民的签约服务关系尚不稳固,加之缺乏一定的政策支持,对居民医疗费用的控制作用比较微弱。那么,国内的家庭医生制服务面临着哪些具体的问题和挑战,又如何正确解决呢?

(1) 提高知晓度和信任度

提高居民对社区卫生服务和全科医生的利用度是契约式服务建立的条件,而其先决条件是让居民知道并相信全科医生。然而,目前的社区服务模式很难做到让每一个居民都了解社区医疗的实际职能,更何来把健康完全交给全科医生。要解决这个问题,最重要的是提高全科医生队伍的水平,只有医疗质量提高了,才能真正得到社区居民的认可和信任。在此基础上,加强对家庭医生制的宣传、依靠政府相关政策等措施才能进一步发挥作用。

(2) 以信息化技术为支撑

我院信息化管理主要包括电子签约、电子健康档案、预约门诊、双向转诊、慢病随访、移动平板终端等。动态电子健康档案的信息化管理在我院顺利开展,但是仍然存在着不少问题。信息化孤岛的应用模式、各信息档案发展不平衡和相应功能板块的缺失导致信息难以共享。同时,在共享信息的过程中,如何更好保护患者的隐私,是在今后的工作中应当注意的问题。

(3) 转变传统医疗模式

传统的医疗模式即医生坐诊,为前来的患者提供诊疗服务。这种医疗模式的弊端在于医防脱节,无法为就诊次数相对较少的 II 类人群和 III 类人群提供完整的三级预防。针对这一点,我院五个全科团队按居委划分参与“中心、社区卫生服务站、家庭病床”三站式的连续性医疗服务,同时参加预防、保健、康复、健康教育、计划生育指导等工作,全科医生必须参与高血压、糖尿病等慢性病的随访、建档工作。同时我院还为医生配备了全科医生助理员,协助全科医生完成相关工作,以减轻全科医生的压力和工作量。

(4) 引进全科优秀人才

我们希望达到的理想是每 2500 个社区居民有一名全科医生为其服务。而我中心目前的情况是,每名全科医生服务 3000 个居民,全科医生缺口高达 14 人。针对这个问题,我们应当加大人才引进制度的倾斜,通过生活津贴、住房补贴吸引更多优秀的全科医生。同时,中心本身也在加强社区教学基地建设,提高培养质量,将优秀的培训人员充实到全科队伍中来。

(5) 内源性动力的调控

全科医生进行签约工作一定会导致工作量的增加,一方面,我们通过人群分类优化资源配置,另一方面,如何解决绩效工资与绩效增量的矛盾是摆在我们面前的问题。针对这个矛盾,我们已经提出了相关政策以期对全科医生进行激励,比如,将医保预付结余转化为绩效增额,设立社区卫生改革风险基金,对家庭医生工作的绩效奖励有针对性地倾斜等。

(6) 贯彻全科医生首诊制度

我们希望看到的是社区的居民在出现健康问题的第一时间能够想到预约与他们签约的全科医生,然而,现在的情况是,由于社区全科医生总体服务质量和技能还有待提高,加上社区医药资源缺乏,导致许多签约出现了“签而不约”的现象。居民有自由就诊的权利,而全科医生对于居民只有建议权,而无决定权,以致全科医生首诊制度的缺失。

对此,最重要的是优化社区当前的服务流程,提高服务质量和全科医生的技能。在此基础上,适时逐步探索家庭医生首诊制,进行以利益为导向的改革,纠正医疗倾向。我们还可以尝试对签约并首诊于社区的居民给予医保奖励,或者对其定期免费体检,逐步引导居民首诊于社区,在这种导向逐步形成一种趋势的前提下,适时推出并固化签约关系。

《家庭医生制服务——深化社区卫生改革之路》同期述评

江一民 浦东新区医院管理中心

《家庭医生制服务——深化社区卫生改革之路》一文的作者是浦东新区潍坊社区卫生服务中心主任的杜兆辉主任。从 2000 年成为上海市首批转岗培训的全科医生,到今天的社区卫生服务中心的管理者,作者的个人工作经历也是上海社区卫生改革近 13 年历程的一个缩影。因此,作者对社区卫生服务中心由最初的地段医院改制而来的形态化建设以及家庭医生制服务改革的内涵建设均有着较为深刻的认识与体会。

该文章为综述型,作者从自身工作的角度,分享了家庭医生制服务的实践经验,并对未来作出了展望。文中所分享的经验可操作性较强,针对家庭医生制目前面临的问题所提出的应对策略也具有一定的针对性。因此,本人认为文章所述内容具有一定的代表性与参考价值,值得我们社区卫生领域内的同行所借鉴。

文章题目直接向读者传达了这样的信息:在经历了形态化建设、体制机制建设两个阶段之后,社区卫生服务改革已经到了需要业内人士去深入研究其内涵的阶段,而在这一阶段我们最主要的举措就是探索家庭医生制服务。

首先,作者以浦东新区潍坊社区卫生服务中心为例,从五个方面阐述了家庭医生制服务的一些实践经验:①通过对服务对象分层分类来设定服务内容,可达到资源效能最大化,在有限的资源下提高家庭医生服务的质量;②推动家庭医生签约服务的具体举措;③通过科教研的发展来带动人才建设。④通过信息化手段来优化中心内部的管理机制,可提高业务运作效率。⑤通过试点家庭医生助理员机制来确立家庭医生的核心地位,从而进一步提升进家庭医生制服务的内涵。潍坊社区卫生服务中心长期以来一直处于浦东新区乃至全市社区卫生服务改革事业的前沿,是上海市首批“全国示范性社区卫生服务中心”和“上海市全科医师规范化培训社区实习基地”,其家庭医生制改革的实践经验值得推广、借鉴。

其次,本文通过对国外家庭医生制度的分析对比,结合国内实际的工作现况,对国内家庭医生制服务所面临的问题和挑战进行了阐述,并提出了应对策略。①针对社区居民对社区卫生

服务利用率不高的问题,提出要在加大宣传、依靠相关政策的同时提高家庭医生队伍能力水平的策略。②面对信息化共享难的问题,提出了多途径、多终端的动态管理策略并注重信息的隐私保护。③面对“医防脱节”的传统医疗模式,提出了以居委为单位的“三站式”服务模式的策略。④面对全科医生的人力资源缺口,提出了人才引进与自身培养相结合的策略。⑤面对家庭医生绩效工资与绩效增量的矛盾,提出了将医保预付结余转化为绩效增额等应对策略。⑥面对社区首诊制度难以实现的问题,提出了在保证服务质量的基础上进行以利益为导向的改革,逐步引导社区居民首诊于社区。

家庭医生制服务的有关探索是当下社区卫生服务改革的热点。在此,本人也想分享若干关于家庭医生制服务的观点,以供同行参考。

1 家庭医生与全科医生的区别

对于家庭医生和全科医生这两种“称谓”,本人认为应界定为:家庭医生是一种“职业”,而全科医生是一种“专业”。即从事家庭医生必须具有全科医生的专业资质,而具备全科专业资质的医生未必成为一名真正的家庭医生。这与律师职业与法律专业两者的关系类似。

2 为什么要进行家庭医生制服务的探索

社区卫生服务改革至今可以将其分为三个阶段。第一阶段是形态化建设阶段,即从原来的地段医院逐步转型为社区卫生服务中心。第二阶段是体制机制建设阶段,内容主要包括全科服务团队模式的建立、收支两条线运行机制的建立等。到目前为止我们开始进入了第三阶段的改革,也就是内涵建设阶段,探索实施家庭医生制服务的改革势在必行。

3 社区卫生服务改革的原则

一个核心:以公益性为核心。

两个重点:提升服务质量、降低服务费用。

三个满意:老百姓满意、政府满意、医务人员满意。其中医务人员满意是关键和基础。

4 上海家庭医生制度建设面临的问题

(1)社会契约精神差,签约服务实现难。(2)全市医保一卡通,百姓自由就诊局面短期内难以改变。(3)家庭医生待遇低,优秀人才难以留在基层。(4)医疗基本技能仍需提升,才能赢得百姓的信任。(5)上海的基本药品目录还不能完全满足百姓的需求,还需进一步充实。(6)家庭助理医生存在缺口,直接导致大量服务只能停留于表面。

5 推进上海家庭医生制建设的建议

(1)家庭医生制需要全社会以及全市医疗卫生系统的共同支持,一起形成正确的舆论宣传导向,才能逐步有效地改变大多数老百姓的就医行为。(2)家庭医生制需要顶层设计和政策支持,如医保支付制度、医师执业制度、分级诊疗制度等。



国家卫计委科教司到我委开展群众路线教育实践活动调研

为认真开展好党的群众路线教育实践活动,2013年8月1-2日,国家卫计委科教司周宇辉、贺晓慧处长等一行5人到我委开展调研,先后走访了市计划生育科研所和交大医学院,并听取了我委科教处关于科技教育工作的汇报。

在市计划生育科研所,调研组考察了所内原国家人口计生委计划生育药具重点实验室,听取了所负责同志的汇报,并就国家卫生计生系统开展教育实践活动听取了与会代表的意见与建议。调研组充分肯定了科研所30多年来做出的贡献,也代表新组建的国家卫计委向科研所同志表示问候,并对科研所未来发展提出了新的要求。

在交大医学院,调研组首先听取了市卫计委科教处张勘处长关于上海市医学科研和教育工作的报告,包括项目管理、实验室管理、生命科技伦理辩护和科研诚信体系建设等方面的工作;随后听取了学院科技工作及承担卫生行业专项项目的情况汇报,和参会人员进行了深入交流。

调研组表示,通过此次下基层,国家卫计委科技司既了解了基层情况,又收获了宝贵的意见与建议。下一步,将继续开展多种形式的意见征求活动,全面梳理各层面、各类别、各岗位群众对“四风”方面的意见和建议,将收集到的建议及时转交相关部门进行处理,切实实现好、维护好、发展好群众的根本利益,推动各项工作取得实效。

本市开展重大传染病防治科技专项督导

为进一步加强传染病重大专项地方配套资金的使用与管理,保证在研项目的实施进度,2013年7月24日至29日,上海市卫计委组织重大传染病研究领域资深专家及财务专家对传染病重大专项进行了督导检查。

此次督导主要对传染病重大专项“十二五”2012、2013年牵头立项课题(即在研课题)的进展情况,以及“十一五”2008、2009年立项、获得本市地方配套资金的课题的配套资金使用与归垫情况进行检查,共涉及20家单位51项课题。

督导专家现场听取了各课题组进展情况汇报,并对已获得地方配套资金资助的课题查验了财务凭证,了解资金归垫情况。督导专家对本市传染病重大专项课题所做工作给予了肯定,同时希望各课题组能加快代表性科研成果的转化进度,推进应用性成果的形成,加强牵头单位与参与单位科研资源共享,形成项目长效管理机制。

通过此次督导检查,各课题组进一步明确了重大专项的各项要求,进一步明确了地方配套资金申请的流程,为下一阶段顺利开展各项研究工作、全力推进专项实施指明方向。

“2013 年上海卫生科技活动周” 开幕

7月31日下午, 由市卫生计生委、市科委、市体育局和新民晚报社共同主办的“2013年上海卫生科技活动周”在上海科技馆成功开幕。上海科普教育发展基金会理事长左焕琛、市卫生计生委副主任黄峰平、市科委秘书长马新发到会致辞。各区县卫生计生委、上海申康医院发展中心、各有关高校、委属单位、市级医疗机构相关部门负责人、部分社区卫生服务中心负责人、市卫生计生委相关处室负责人、特邀嘉宾及媒体记者共约200人参加开幕式。开幕式上宣读了首批WHO上海健康教育与健康促进合作中心卫生科普健康教育基地名单并进行了授牌仪式。随后, 复旦大学数字医学研究中心主任宋志坚、上海瑞金医院副院长郑民华分别做了精彩的演讲。

本次活动周于7月31日-8月6日在全市卫生系统举行, 主题为“科技, 让健康生活更美好”, 重点开展了一系列科普活动: 一是举行“2013上海卫生科技活动周”开幕式暨新民健康大讲堂特别专场活动; 二是组织新民读者科技日活动——“健康科技在身边”; 三是启动小记者活动——“科技体验, 科技创新, 无限乐趣”活动; 四是举办“科普基地公众开放日活动”。通过这一系列活动的开展, 市民可以了解最新卫生科技发展, 传播健康科技理念、健康生活素养、以及普及健康卫生科普知识。

