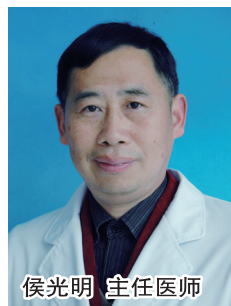


看好八成常见病 全科医生有多远？

▲无锡市锡山人民医院全科医学科主任 侯光明



不久前，笔者在北京参加了2018年全科医师培训高峰论坛暨第十五届社区卫生与全科医师学术年会。尽管年会的规模与影响与日俱增，家庭医生队伍及签约服务蓬勃发展形势喜人。但从本届高峰论坛上传递的信息来看，让人忧心忡忡：我国全科医生培养的速度已经满足不了群众日益增长且丰富多样的健康需要，独立成建制设立全科医学科的医院，多分布与直辖市及省会城市的三级医院，主要作为全科医生教学培训基地。尚未见有个人以全科医生身份单独挂牌行医，行使并发挥家庭医生的职能，解决辖区居民80%以上的健康问题。面对2020年实现每万人2~3名全科医生目标任务的要求，我们必须重新审视并拓宽全科医学建设和人才培养的思路，弥补目前全科医生培训中的偏差和不足，为培养中国特色的全科医生队伍不懈努力。



侯光明 主任医师

全科医学建设存在“三重三轻”弊病

全科医生培养之我见

1

重防轻治：

理想中的全科医生足以处理和应付80%以上临床常见疾病，而现实恰恰相反，“六位一体”的政策规定全科医生要把预防保健放在医疗之前，地方行政管理部门也将入户访视、建立档案等非医疗性工作作为全科医生的重要考核指标。还有部分地方寄希望于中医治未病的传统思想，好像全科医生只要把预防保健工作做好了，慢病防控就迎刃而解。问题是，如果全科医生连已发生的疾病都束手无策，怎么可能治好未被暴露的疾病呢？重防轻治的政策导向无疑是用一条腿走路，只会误入歧途。

对于普通群众，不管全科医生预防宣传做得再好，他未必给予足够重视，只有经历了疾病过程，他才会觉醒并引以为戒。但是在他生病的关键时刻，作为全科医生，若拿不出手、帮不上忙，又怎么能指望获得老百姓的信任呢？



3

重全轻专：

有些部门把全科医生视为“万能”医生，要求他们内外妇儿各科、从头到脚样样都行，这种思维错在忽略全科医学也是一个专业的临床二级专科。我们不能苛求全科医生包医百病。实际上，只要突出重点，让他静心看好患者现有的80%疾病，在此基础上再兼顾预防、康复和健康教育等职能即可。

笔者从事全科医生已有35年工作经验，完全可以解决80%以上常见病，自认能够胜任家庭医生的角色。但我却无法100%做到全科医生服务目录的要求。全科医生要讲究自己的专科特色，以全科思维，采取全面问诊、仔细体检和辅助检查进行整体循证医疗，同时兼顾患者心理及社会因素，如此才是一位出色的全科医生。

2

重表轻实：

培养合格的全科医生是我们做好基层卫生事业的重中之重，但由于脚踏实地培养全科医生费时费力，周期长、见效慢，不容易出成果。有些管理人员就想着走捷径，热衷于用华而不实的建档率、家庭医生签约率等漂亮的数据来迎合上级，以致于全科医生的临床实战技能过少，花拳绣腿中看不中用，备受群众的诟病。此外，一些地方落实全科医学建设时过于急功近利，好像自己辖区的家庭医生签约率高，就代表全科医生培养得好，这也成为人们对家庭医生不满的根源之一。

衡量社区基本医疗工作的硬性标准有两个：一是该地区有没有与人口密度相匹配的全科医生数量，二是全科医生能不能解决当地居民80%以上疾病问题。全科医生的数量短期内无法达到目标，但全科医生的质量不能降格以求，不能拿群众的生命和健康当儿戏。

针对全科医生技不如人、名不副实的现状，笔者建议如下：

1

统一全科医生的概念，界定全科医生的服务范畴。目前国内权威的全科医生定义范围较为宽泛，多元化的角色会让全科规培的学员无所适从，应当统一概念。培训时应为明确近阶段全科医生能够诊断和治疗80%以上的疾病，就是那些普通内科涵盖的疾病。全科专业还要涉足并处理其他学科的部分疾病，这个处理专门指初步处置、转诊以及一些非手术的临床服务。

2

全科医生必须具备全科思维，能够依靠问诊、望触听和简便辅助检查诊断疾病。因此，培训时应强化他们的体格检查能力，使用基本医疗药物进行治疗，提前适应到条件简陋的基层或偏僻乡村工作。

3

现在社区人群精神疾病高发，全科医生还要有精神疾病识别能力，以及心理学和社会学科的知识背景，常规指导或使用抗精神疾病药物的能力。

4

进入老龄化社会，社区老年患者多且有其特殊性，全科医生需要具备老年医学的本领。此外，全科医生还要兼带儿科及妇产科相应基础知识，并且掌握家庭病床的管理、慢性疾病维护，懂得疫情报告，了解疾病康复知识。

5

应当把全科医生的培训基地下放到二级医院。因为二级医院以常见病、多发病为主，上手快、实践多；同时二级医院的带教老师比三级医院的指导老师更有全科思维。三级医院的医师专科意识太强，病种疑难、处置高度专业化，带教全科医生不宜。

6

在全科医师住培期间，层级带教十分重要。要坚持推行分阶段量化真实病例诊治过程：第一学年，在带教老师指导下完成2400以上人次患者的诊治案例；第二学年，在带教老师辅助下主动完成不少于3000人次患者的疾病诊治；第三学年，在带教老师带领下单独完成超过3600人次患者的全面医疗。这样实打实的大量临床锻炼，实践和理论同步提高，肯定能造就出色的全科医生。

8

实行推荐就业制度，由指导老师本人对自己带教的规培学员，向用人单位书写推荐信，全程对全科医生规培学员的今后临床工作能力负责。若该毕业生不合格、不胜任，应当由其指导老师负责。不合格的规培生重新回炉再次从头进行3年一个轮回的系统培训。

9

给全科医生政策支持，毕业即可自己单独或合伙执业，既能在社区开业又可在医院行医，或交叉就职执业；应该允许二级或三级医院的全科医生，自由执业或兼职，地域不限。待遇优惠，鼓励他们担任家庭医生，收入归己支配。此外，应强制全科医生购买医疗损害保险，免除他们医患纠纷的后顾之忧。

7

培训导师应厘清全科专业和其他专科的各自界限。全科服务对象广、疾病种类多，要求会看共有疾病并注重病人整体，耗时长，有时需要长期医疗，医患关系密切，不依赖高精尖仪器，临床基本功扎实；而特殊专科对其专业要求高深，主要诊治本专业病种，用时局限，医患联系松散，必须依靠专业设备诊治。认识到全科专业与其他特殊专科培训的截然不同，使导师掌握培训目的，对培训内容胸中有数，因材施教，有的放矢。

专家

点评

全国政协委员，北京市丰台区方庄社区卫生服务中心主任吴浩：行业外甚至行业内人士并没有真正理解全科医学的精髓，全科医学的理念核心在于连续性和协调性，而不是什么病都会治，它充

当的是守门人的角色，讲求团队协作，包括全科医生，社区卫生服务中心内部，还有其他医疗机构的协同作用。此外，很多社区医疗机构没有经过全科医学的训练，而是由过去的通科医生沿用过去的理

念为社区居民服务，这是不恰当的。

北大医学部全科医学学系主任迟春花：在全科医生工作中，临床技能是全科医生的核心，临床工作是全科医生的本质工作。目前全科医生培养体

系初步形成，但在培训中仍有一些问题，培训质量仍需要进一步提高。未来在健全适应行业特点的全科医生培养制度、巩固完善全科医学继续教育、完善全科医生薪酬制度、职称晋升制度等方面还有很

多工作要做。

浙江大学医学院附属第二医院全科医学科主任宋震亚：全科医生既是看病的“始发站”，也是“枢纽站”。对于绝大多数常见病、多发病，全科医生可以及时诊治；而对于无

法处理的疑难重症，全科医生可介绍最合适的专科医生，从而实现医患的精确匹配。换句话说，全科医生和专科医生是医疗服务的“两条腿”，二者分工合作，相互依存，缺一不可。