



## 医学中的全科医学

——从《柳叶刀》200年历史看现代医学中的全科医学发展（五）：约翰·弗莱的国家间全科比较研究

杨辉，澳大利亚 Monash 大学



扫描二维码  
查看原文

【关键词】 全科医学；全科医生；约翰·弗莱；The Lancet；比较研究

约翰·弗莱（John Fry，1922—1994）可谓是高产的学术型全科医生了。20世纪50年代到90年代40年间在《柳叶刀》（The Lancet）上发表过7篇文章，分别研究伦敦雾霾对全科服务的影响，全科患者急性尿路感染与慢性肾盂肾炎的关系，军队全科医学及其与民间全科医学的比较分析，全科患者对预约系统的看法，南非与英国全科服务的比较研究，全科医学对偏头痛的管理，初级保健对美国医疗系统的拯救机会等。这只是他作品的一小部分，他撰写或合著的著作达65本，他也在著名的《英国医学杂志》上发表过很多文章。

弗莱医生出生在波兰，父亲也是全科医生，7岁时来到英国。弗莱医生1944年从盖伊医院获得医学学士学位和理学学士学位，1955年攻读医学博士学位。他的第一个兴趣是外科手术，并在24岁时成为皇家外科学会会员，然而他很快转向全科医学，1947年在英国的肯特郡开始做全科医生，直到1991年退休，全科职业生涯共计43年。

弗莱医生是1953年成立的英国全科医学学会（RCGP）的创始人之一，并为该学会工作了34年，并在1965—1983年担任世界卫生组织顾问。

弗莱医生不只是一名全科医生，他还是用事实和数据说话的研究者，早在循证医学出现前，他已经是循证实践的践行者了，早在计算机发明之前，他的著作已经成为了解社区常见疾病诊治手段的重要信息来源。其文字是描述性和分析性的，简单、富有逻辑且实用，树立了全科研究与文章写作相结合的典范。

下面选读的是弗莱医生《柳叶刀》上发表的文章《南非的医学服务—给英国全科医学的一些经验》[The Lancet, 1965, 2(7408): 381-383. DOI: 10.1016/s0140-6736(65)90358-2]。限于篇幅，以下译文有节选。

对国家之间医疗服务的对比研究越多，就会越明显地看到我们都面临着共同的问题，有很多方面可以互相学习和教导，特别是在全科医疗领域。20世纪60年代时，南非医疗服务模式与英国实行英国国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）之前的医疗保健模式是一样的。因此对南非的观察让我们知道如果英国没有NHS会是什么样子。南非的医学服务以英式全科医学为坚实基础，以现代医院和公共卫生服务为支撑。南非约有7000名医生，其中约有4000名全科医生。南非的6所医学院培养了大部分年轻医生。南非医学院的教育需求很大，开普敦的医学院每个名额有6名申请者。本科生到海外接受医学培训已不再是硬性规定，但本科毕业后前往英国和美国仍然是惯例。

### ◆ 给白种人的医疗服务

超过三分之二的南非白种人享有某种形式的健康保险，其中三分之一的人参加了医疗救助计划，根据商定的费率向医生支付服务费用；三分之一的人参加了医疗福利计划，按计数每年向全科医生付费；三分之一的白种人是“自费患者”，没有任何保险而自己支付医疗费用。另外还有原住民和贫困患者，由专门指定的医生照顾。

南非全科医生的工作范围比英国同行要广泛得多。他们可以使用除教学医院以外所有医院的床位，并

且承担很大一部分手术和麻醉工作。南非建立了一个专家登记系统，许多全科医生认为这是将全科“赶出医院”的第一步。专科医生通常在拥有床位的医院中拥有“荣誉客座”的任命，大多数医院也配备了全职的专科医生。医院的兼职医生则依赖全科医生的转介，但也可直接接收患者，特别是产科。

南非医疗界面临几个主要问题。由于全科病床的开放和免费，导致全科医生和专科医生之间对患者具有非常激烈的竞争关系，特别是在大城市，与缺乏医生的乡村地区形成鲜明对比。白种人并不缺乏医生。许多医生有混合患者来源（包括白种人和非白种人）。然而，尽管有两所独立的医学院，但在黑种人居民保留地班图，医学生（主要是黑种人学生）的人数仍然较少，很少有人达到必要的入学标准。

与英国一样，南非医疗行业与政府之间在薪酬问题上也存在麻烦。国家希望扩大医疗福利计划（按计费付费）；医疗行业则希望通过扩大医疗援助计划（按服务项目收费）来扩大服务范围。议会委员会目前正在考虑这个问题。与英国一样，南非公众与医生之间的关系也存在冲突，患者抱怨医生“从不告诉任何事情”“把我们当白痴”“太热衷于赚钱”。另外，人们希望获得全面的医疗服务，避免与重大疾病相关的财务负担。

#### ◆ 给非白种人的医疗服务

大城市为非白种人提供的医疗服务以大型医院为主，例如在约翰内斯堡拥有2300个床位的Baragwanath医院和伊丽莎白港的Livingstone医院。这些都是现代化的医院，设施良好，工作量不断增加。为班图人建造几所大型医院的计划已进入后期阶段。尽管有人试图建设社区卫生中心作为第一道医疗防御，以减轻大型医院的医疗压力，但这些医院必须应对非白种人患者大部分的疾病。

在所有大城市，地方当局都为非白种人和白种人提供产前、产科和学校诊所服务。在人口稀少的地区，有一名带薪医务人员为所有负担不起费用的白种人和非白种人提供免费医疗服务，不过这项服务是不足的。工伤赔偿涵盖所有白种人和非白种人，但班图工人的受伤或死亡赔偿率较低。全国所有综合医院都设有非白种人病房，在德兰士瓦，非白种人床位是白种人床位的三倍。除为非白种人服务的诊所、地区服务机构和急救站外，南非共有75000个非白种人医院床位，还有矿山工人建设的大型连锁医院，配备现代化设施。

医疗援助计划主要适用于黑种人以及其他有色人种。有些服务对白种人和非白种人开放，例如国家铁路员工。在252个注册的医疗援助计划中，有31个计划的会员人数为157000人，且仅限于非白种人。尽管如此，社区全科医生和公共卫生服务的建设仍是迫切需要的，只有这样，医院才能开展更加专业化的工作。如果要控制非白种人营养不良和结核病等疾病，并解决因贫困和健康知识不足带来的社会健康问题时，南非明显缺乏坚实的社区卫生服务。如果儿童有恶性营养不良问题，即便有住院服务也似乎毫无意义。

#### ◆ 全科医学服务

与英国全科医生相比，南非全科医生扮演着更关键的角色，有更多、更广泛的机会运用全科医疗知识和技能。最重要的是，全科医生可以使用医院和私人诊所的床位来持续地照顾患者。即使他负责的患者入院后，其仍保留诊疗责任。如果全科医生愿意的话，还会为自己的患者进行诸如阑尾切除术、剖腹产术、疝气切开术、痔疮切除术、胆囊切除术、子宫切除术和阴道会阴缝合术等手术。全科医生做手术有很强的经济动机，并可通过到医院探望和监督患者服务而获得一定的费用。但全科医生的手术经验是个老问题。普通外科医生每年腹部手术如果少于50例是很罕见的，但全科医生是否可以在1年内为自己的患者进行如此数量的此类手术是值得怀疑的。已知事实是，许多全科医生的手术是在南非进行的，这样做是否有任何明显的不良影响，目前也没有确切证据。

在英国，全科医生可以与专家合作，可以在300个床位的大型综合医院工作，履行初级医生或学员的职责。在南非的伊丽莎白港，这样的医院运营效率是最高的。当地的全科医生隶属于专科公司。他们组织医疗和

外科服务，并在医院服务中发挥着重要作用。他们不存在轮值或时间不足的问题。

南非全科诊所的工作性质和工作量与英国诊所相似，但存在一些差异。南非全科医生能为少数处于危险中的患者提供更长时间的服务。他的一天通常从早上 7:30 开始，进行医院查房或外科手术，然后进行家访。随后于上午 9:00—11:00 在其诊室给 10~20 名患者进行门诊，下午 14:00 或 15:00 之前再进行一些家访，下午 18:00 之前再进行部分门诊，然后再进行一些家访。一位繁忙的南非全科医生一天需要在诊室平均接待 20~40 名患者，并进行 10~30 次家访。

全科医生为患者做了更多的事情，并在更大程度上保留了临床责任。他会走更远路，在高楼林立的城市里去看望患者，每年家访行驶 20 000~30 000 英里并不罕见。他的患者要求很苛刻，他的工作似乎也没有条理，还有很多半夜打来的无关紧要的电话，夜间或周末也没有合作轮班计划。这是城市医生太多，争夺患者的结果。

南非的全科医学是由 2~3 人合作诊所或单个医生诊所组成的。现代化的全科诊所通常位于大型医疗中心内，这里有大量诊室、共用小型手术室以及放射和病理科室，这些诊所均由私营企业运营。尽管全科医生均雇用了秘书和护士接待员，但与居家护士和公共卫生员没有任何合作，医生也没有把某些工作委托给护士。矛盾的是，尽管白种人的医疗利用明显过度，但全科医生仍然是短缺的。这可能是由于对患者的竞争造成了需求大于供给。这种全科人力短缺现象会进一步加剧。

南非的全科医学对年轻医生的吸引力不足，主要是因为有很多专科化的机会，而且医学院里很少提供全科医学教育。不过我遇到的已经执业的全科医生士气高昂，他们赚了很多钱，能进行广泛的医疗服务，对工作充满热情。与英国的全科医生相比，更多的南非全科医生参加毕业后培训活动。

#### ◆ 讨论

英国可以从南非同事那里学到什么？或者我们可以教给他们什么？对我来说最重要的学习收获是全科医生与专科医生通过团队或公司形式的合作，可以在没有住院医师或实习学员的情况下组织并进行一流的医院服务。由于英国马上面临初级工作人员短缺问题，我们最好以这种全科和专科合作的方式，来规划一部分医院服务。

我们还应该继续仔细观察和研究南非的全科医学。南非的全科医生为何如此充满活力和信心？是因为基于按服务收费的自由竞争的企业制度？还是因为全科医生有机会和激励提供更广泛的医学服务，包括有机会使用医院床位？

南非全科医生同事也可以向英国学习。在医患合作以及夜间和周末轮班安排方面，英国的全科诊所组织得更好。在南非，很少有人关注通过卫生服务团队促进医生、护士和社会工作者之间的密切合作。应探讨全科医生将部分医疗工作委托给护士或社会助理的可能性。南非还没有利用全科医学中的临床和流行病学研究机会，通过全科研究能发现社会和种族差异对患病和病程的影响。由于双方都有需要学习和教授的东西，因此建议英国和南非之间有计划地进行医生特别是全科医生的交流。

#### ◆ 归纳

通过访问南非我们获得了从这个国家医疗服务中学习的机会。南非的医疗服务组织方式与 NHS 之前的英国非常相似。全科医生仍然是南非医疗系统的核心，为患者提供更广泛的医疗服务，南非全科医生似乎比英国同事更满足、更自信。这是因为他们在自由市场的服务收费体系中获得了更好的报酬？还是因为他们有更好的工作设施和可利用医院病床？这还有待进一步研究。重要的是，应该进行比较研究，以便改善两国的医疗服务。

## 感悟——

不少全科同仁可能对非洲有一个来自电影或新闻的刻板印象，以为那里经济发展不振、社会部落纷争，难道也有值得学习的医疗系统吗？那里也有值得讨教的全科医学吗？这是一个很不错的研究问题。如今的信息时代，我们可以从网上找到一些文章推翻自己的刻板印象。

南非是一片古老的土地，这里经历了 2500 年前的班图人迁徙，540 年前葡萄牙对南非的地理发现，17 世纪荷兰的殖民统治，18 世纪末英国的殖民统治，20 世纪初的自治领和独立运动，20 世纪中叶加强的种族隔离政策，1961 年成立南非共和国，1990 年的民主改革和解除种族隔离，1994 年纳尔逊·曼德拉（Nelson Mandela）成为南非历史上首位黑种人总统。如今的南非人口组成 7.7% 为白种人，81.0% 为黑种人。人均国内生产总值 15 360 美元，基尼系数 0.63。不过我对这篇文章的兴趣点不仅是对南非，还是对弗莱医生的国际间比较研究的方法。

精通中国文化的澳大利亚学者谢恩·托马斯（Shane Thomas）教授曾强调过读万卷书，不如行万里路。我理解他并非否定读书的重要，而是强调亲自观察的重要性。在他看来，走万里路是将大脑思考和亲身经历相结合的。

弗莱医生的这篇南非全科考察记是一个很好的国际比较研究的范例。读者可能很好奇，为什么英国医生去南非考察全科医学，这背后一定有非常有趣的历史渊源。不过我们可以感觉到弗莱医生在启程前就已经做足了攻略，这基于他长期在英国做全科医学服务、教学和研究的经验，写这篇文章时他 43 岁，已经成为全科医生 18 年。弗莱医生笔下的南非是 20 世纪 60 年代中期的南非，但不等于当下的南非，这是读者要留意的。

弗莱医生讲述南非故事的时候是反思式的：英国能从南非学到什么，能给南非教授什么，反之亦然，南非可以从英国学到什么，能给英国那些启发。在弗莱看来，每个国家的经验都有优劣两个方面。既要看到好的经验，也更要看到从中得到什么教训。看自己和看别人，都是辩证地看，并且历史地看。

弗莱医生的文章分析了几个关系。首先对南非的白种人和非白种人医疗服务的比较分析，是全科医学研究典型的社会棱镜，与我们经常采用的城乡和地区差别分析，以及弱势群体的卫生服务研究是相得益彰的。南非给白种人服务的全科医生供过于求，但给非白种人的医疗服务主要是大型医院，这种强烈的反差给我们进一步研究的兴趣。其次是全科与医院（专科）的关系，这样的紧密关系在澳大利亚和中国现在的农村和边远地区仍可见到。南非全科医生在医院服务中的角色，以及他们可以做腹部手术和产科服务，让我们对这种“超越守门人”的做法感到深入研究的必要。第三个关系是医疗援助计划（按服务项目支付）与医疗福利计划（按计数费支付）所导致对医生不同的激励作用。第四个是关于服务组织，即小型全科诊所与团队式基本医疗服务团队的比较，提出基本医疗服务核心团队，以及延伸到社会医学服务的扩展团队，更能响应患者的需要。他的分析是中肯的，基于事实的，从而给出的结论和建议也是落地的。再有就是全科研究在促进更好服务和培训的作用，南非医生忙于临床服务而忽略了宝贵的临床和流行病学研究机会。

我们也会看到有研究者撰写国际间比较的文章，这对我们扩大视野和加深思考是很有意义的。同时我们也发现这类研究并不好进行，世界上没有任何两个国家或地区的全科医学是可以直接比较的。这不仅是断面上看到的全科服务、教育和研究，也不仅是分析当下的社会、经济、文化、环境等决定因素，更关联到其医学和基本医疗系统及其影响因素赖以存在和演进的背景和长期历史过程。我们不否认国家和地区间发展的共性，但也绝不能忽视异质性。

比较不同和相似之处，分析背景原因，是研究者在进行比较研究时最关键的任務，至于能否得到借鉴则是另外的话题，需要更多的深入研究和实践检验。任何方案均有自己特定的背景和土壤。比如德国、英国、法国、澳大利亚、加拿大等国家的海外输入医生在其全科人力资源供给中占显著的比例，这些国家医学院和职业培训的本国学生人数通常在人力需求水平之下，或者很多本地学生进入了非全科（专科）领域。而我国的全科人力基本上是“自产”，必须自力更生，甚至特定发展阶段可能来不及进行严格的挑选和培训。这种背景对医学教育的规模和方式影响很大，也是我国与其他国家比较研究时需要特别注意的。

比较研究也可以更多地用于对中国各地之间的流行病学、疾病负担、卫生计划和评价的分析。弗莱医生对南非全科服务的考察思路，也可用于我们对中国城乡间和地区间的比较研究。我们既要考虑到其他国家和地区做法与中国国情的适应性问题，也要考虑到某地模式在其他省市应用可能存在的“水土不服”。在多省市或地区的流行病学研究中，我们不仅要发挥大样本集合的优势，同时也要关注差异及其背景和原因。每当我们考察其他地方的做法，都可以想“能学到什么，能教授什么”，以及这些做法的特定背景。那么比较研究的意义就会非常明确了。