



世界卫生与健康经典译丛

欧洲初级保健

——各国案例研究

Dionne S. Kringos
Wienke G.W. Boerma

著

黄希宝

主审

宋涛 祝淑珍

译

BUILDING PRIMARY CARE IN A CHANGING EUROPE



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>



世界卫生与健康经典译丛



欧洲初级保健

——各国案例研究

Dionne S. Kringos
Wienke G.W. Boerma

著

黄希宝

主审

宋涛 祝淑珍

译



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 简 介

本书原著是欧洲初级卫生保健行动监测(PHAMEU)项目的研究成果,目的是期望通过勾勒欧洲 31 国的初级保健状况,为读者呈现欧洲初级保健的概况,并主要从初级保健的组织架构、服务过程以及产出等几个方面展开,包括以下具体内容:初级保健体系的背景、初级保健体系的治理和经济背景、初级保健人力资源的发展、初级保健服务的提供以及初级保健体系的质量和效率等。了解欧洲各国的初级保健,将促使我们思考什么才是优质高效的初级保健和基层卫生服务,进而理清当前我国医改的一些症结,尤其是对于扫清分级诊疗推进过程中的障碍具有非常强的现实意义,也对我们全面地了解欧洲初级保健的现状从而指导我国的基层卫生工作具有重要的借鉴意义。

本书可供基层卫生政策的制定者、研究者,基层卫生管理人员以及所有关心初级保健的人士学习参考。

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2015 under the title:

Building primary care in a changing Europe: case studies (2015)

© World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation

© Huazhong University of Science and Technology Press

湖北省版权局著作权合同登记 图字:17-2018-317 号

图书在版编目(CIP)数据

欧洲初级保健:各国案例研究/(荷)迪翁·克林格斯等著;宋涛,祝淑珍译. —武汉:华中科技大学出版社, 2018.12

ISBN 978-7-5680-3974-1

I. ①欧… II. ①迪… ②宋… ③祝… III. ①医疗保健制度-案例-欧洲 IV. ①R199.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 175205 号

欧洲初级保健——各国案例研究

(荷)迪翁·克林格斯 等著

Ouzhou Chuji Baojian—Geguo Anli Yanjiu

宋涛 祝淑珍 译

策划编辑:罗 伟

责任编辑:罗 伟

封面设计:原色设计

责任校对:李 琴

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

电话:(027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园

邮编:430223

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:武汉市金港彩印有限公司

开 本:880mm×1230mm 1/16

印 张:20.5 插页:2

字 数:579 千字

版 次:2018 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

定 价:148.00 元



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

译者序

本书原著是欧洲初级卫生保健行动监测(PHAMEU)项目的研究成果,目的是期望通过勾勒欧洲 31 国的初级保健状况,为读者呈现欧洲初级保健的全貌。因此,本书主要描绘欧洲初级保健的一些基本特征,并期望回答读者这样一个问题,即什么才是强有力的初级保健体系。

初级保健是专业医疗卫生服务的第一层,病人如果出现了问题,绝大多数欧洲人都在初级保健机构接受治疗和预防服务。需要指出的是,初级保健与初级卫生保健是不同的,初级卫生保健范围更广,更具有政治上的含义。例如,初级卫生保健谈到了病人排斥的减少和促进卫生资源的公平可及,以及在利益相关者中通过领导和对话机制来实现其最终目标,其含义包括了卫生保健和社会保健在内的诸多考量。

就性质而言,初级保健能就近提供给居民最好的卫生服务。初级保健是全面的保健服务,把对人的服务看成一个整体,而不是只针对某个器官或者某一个单一的健康问题。初级保健所需要的多学科背景可能每个国家不同,但全科医学或家庭医学是初级保健的核心。除了全科医生及家庭医生,在欧洲最常见的初级保健提供者是普通内科医生、普通儿科医生、药剂师、初级保健护士、心理治疗师、足科医生、家庭保健工作者和心理健康保健专业工作人员。

初级保健可以认为是卫生保健系统的子系统,主要致力于改善人群健康,促进综合性服务的利用和可及,当然,这些特征应该方便测量。基于系统的观点,初级保健通常被分为十个维度,这十个维度又概括为三类,即组织架构、服务过程和结果或产出。组织架构主要是指初级保健良好运作的基本框架,包括相关的政策、管制、筹资和人力资源等方面。初级保健的过程是指服务的提供,效率和公平性常常被认为是过程指标。而初级保健核心的产出是人群健康的改善。

具体来看,组织架构维度包括治理(如政府关于初级保健的愿景、实施前的控制)、经济条件(如初级保健的支出、激励和补偿机制等)、人力资源发展(初级保健的职位、专业协会组织等)。过程维度包括服务可及性(初级保健机构位置分布、人群距离机构的空间距离等)、服务的连续性(病人与全科医生的关系、持续的连续性)、服务的合作(全科医生的看门人角色、团队合作)、服务的复杂性(医疗设备的可得性、服务范围)。初级保健的产出包括服务质量(如处方行为、慢病管理)、服务效率(如实践管理)和健康公平性(如与社会状态或性别相关的差异性)。

当然,就欧洲而言,何谓强有力的初级保健,可能还需要进一步详细地说明。例如,有更加清晰的愿景,病人就医过程中的障碍更少,医疗记录保存良好。再例如,病人如果提出来有家庭保健的需求,初级保健机构是否有必要的诊断和治疗设备来提供良好的服务?病人就医后是否感觉更好?

总而言之,本书介绍了欧洲 31 国的初级保健概况,并主要从初级保健的组织架构、服务过程以及产出等几个方面展开,包括以下具体内容,即初级保健体系的背景、初级保健体系的治理和经济背景、初级保健人力资源的发展、初级保健服务的提供以及初级保健体系的质量和效率等。

本书虽然是介绍欧洲各国的情况,数据也都是近年来的最新数据,似乎发达的欧洲国家和我国的情况相距遥远,但如果读者认真阅读了本书的内容,就会知道本书对于当前我国的医改还是非常具有参考价值的。举例来说,本书中的初级保健相当于我国的基层卫生服务。我们就此提出了一个问题,我们的乡镇卫生院或社区卫生服务中心究竟应该提供怎样的服务?过去一

尽早地就一些词汇给出精确的解释和翻译,规范翻译方法和相应词条的含义,更好地促进东西方卫生和健康事业的融合及相互学习。在此,译者先对大家表示由衷的感谢!

最后,译者对武汉大学健康学院的雷思聪同学、美国俄亥俄州立大学 Fisher 商学院的宋昕玥同学在本书的图表制作、文字校对等工作中付出的辛勤劳动表示衷心的感谢,也对湖北省疾病预防控制中心和其他所有为本书出版做出贡献和支持的领导、同事表示感谢。

致谢(英文版)

本书第二卷,同第一卷一样,是欧洲初级卫生保健行动监测(PHAMEU, Primary Health Care Activity Monitor for Europe)的研究成果,于2007—2010年实施。此项研究主要由荷兰健康服务研究所(NIVEL)负责实施和协调,包括与其他欧洲国家研究机构的合作。现将对本书做出贡献的机构和个人名单列出如下:

- Dionne Sofia Kringos 和 Wienke Boerma,荷兰健康服务研究所,荷兰,乌特勒支。
- Margus Lember,塔尔图大学,爱沙尼亚。
- Yann Bourgueil 和 Thomas Cartier,法国卫生经济与信息研究所,法国,巴黎。
- Stefan Wilm 和 Harald Abholz,杜塞尔多夫大学和德国维滕/黑尔德克私立大学,德国,杜塞尔多夫。
- Paolo Tedeschi,博科尼大学健康与社会保健管理研究中心,意大利,米兰。
- Toralf Hasvold,特罗姆瑟大学,挪威。
- Adam Windak 和 Marek Oleszczyk,雅盖隆大学医学院,波兰,克拉科夫。
- Danica Rotar Pavlič 和 Igor Švab,卢布尔雅那大学,斯洛文尼亚。
- Toni Dedeu 和 Bonaventura Bolibar,若儿迪戈尔初级保健研究所,西班牙,巴塞罗那。
- Allen Hutchinson 和 Andrew Wilson,谢菲尔德大学健康研究院和莱彻斯特大学,英国。
- PHAMEU 研究得到了欧盟委员会(健康暨消费者保护总署)的资助。

该项目还得到了世界卫生组织(WHO)欧洲区办公室、初级保健欧盟论坛、欧盟公共卫生协会和欧盟全科医学研究网的支持。对为每个国家提供数据和信息的专家在此一并表示感谢,其名字在对应国家的章节中已经被列出。最后,作者感谢荷兰健康服务研究所的同事对本书的审稿工作。



1 奥地利	/1
2 比利时	/11
3 保加利亚	/22
4 塞浦路斯	/36
5 捷克	/45
6 丹麦	/54
7 爱沙尼亚	/63
8 芬兰	/74
9 法国	/84
10 德国	/96
11 希腊	/107
12 匈牙利	/117
13 冰岛	/126
14 爱尔兰	/134
15 意大利	/144
16 拉脱维亚	/156
17 立陶宛	/167
18 卢森堡	/175
19 马耳他	/184
20 荷兰	/193

21	挪威	/206
22	波兰	/215
23	葡萄牙	/226
24	罗马尼亚	/238
25	斯洛伐克	/247
26	斯洛文尼亚	/257
27	西班牙	/267
28	瑞典	/280
29	瑞士	/290
30	土耳其	/300
31	英国	/310

奥地利

M. Redaelli, S. Wilm, D. Simic, M. Sprenger

1. 初级保健的背景

1.1 国家与人口

根据宪法,奥地利共和国是一个半总统制的议会共和国。国家由 9 个联邦州组成,其中一个为首都维也纳所在地。

奥地利位于欧洲中部,国土面积 83871 平方公里。由于不直接接触地中海,是个典型的内陆国家,60%的奥地利国土是山脉。其人口为 838 万,人口密度约为每平方公里 99.96 人。

奥地利的人口规模在逐步增长,同其他工业化国家一样,也面临老龄化的问题。2009 年,0~14 岁的人口占 15.1%,67.6%为 15~64 岁人口,17.3%为 65 岁及以上老人(OECD, 2010)。

1.2 经济与发展

奥地利实行市场经济,2008 年名义 GDP 为 4150 亿美元,是欧洲最小的经济体之一。人均名义 GDP 是 50098 美元,为欧洲最高。

2004 年,奥地利国民卫生保健体系的支出为 230 亿欧元,占到当年 GDP 的 9.6%。

奥地利住院医疗费用占到整个健康总支出的 40%,从 1995 年后该部分的比例增长了 2.4%,其中医院门诊费用已经包含在内,公立医院门诊费用大概占到 12%。奥地利的人力发展指数为 0.851,排名世界第 25 位(UNDP, 2009)。

1.3 人口健康

所谓的文明病是奥地利卫生保健体系面临的主要难题。例如,慢性心脏疾病、糖尿病和肿瘤,是卫生保健消费的最常见原因。奥地利人一个明显的特征是抑郁症病人较高,达 40000 人,大概每年有 15000 人企图自杀。奥地利女性人均期望寿命为 82.1 岁,男性为 76.4 岁。儿童死亡率为 0.45%,每位妇女平均生育 1.4 个儿童,生育率是欧洲最低的国家之一。

1.4 卫生保健体系的特征

如果不考虑职业特征,奥地利每个公民都能享受健康保险,大概 80%的奥地利人都能受到

综合社会保险法案(ASVG, General Social Security Act)的庇护,但没有选择不同基金的自由。只有自由职业者能够选择不同的健康保险(Hofmarcher & Rack, 2006)。

表 1.1 显示,奥地利过去十年在健康投资方面高于欧盟平均水平,人均健康总支出也较高。整个的卫生保健资源(医院床位、医生、全科医生的供给和护士)和消费(急诊入院和门诊诊疗)与欧盟相比也相对较高。

表 1.1 卫生保健资源的发展与利用

健康总支出占 GDP 的百分比 (%)			人均健康总支出 (以购买力平价计,美元)		医院床位 (每 10 万人口)		医生 (每 10 万人口)		全科医生占医生的百分比 (%)	
	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟
1995	9.5	7.6	2239	1275.9	843.3	740.9	347.0	292.7	35.9	27.5 ⁶
2000	9.9	7.9	2862	1608.0	785.4	669.0	380.6	295.1	35.4	28.3 ⁵
2005	10.4	8.5	3472	2150.9	768.2	604.6	431.4	316.0	34.0	26.3 ⁴
2009	10.5 ²	8.8	3970 ⁷	2788.2	770.9 ⁷	564.8	467.8	321.6	33.2	25.5 ³

护士 (每 10 万人口)		医院平均住院时间 (天数)		医院急诊接诊 (每百人)		每人每年门诊次数		
奥地利	欧盟 ²	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟 ¹	奥地利	欧盟 ¹	
1995	n. a.	575.1	11.2	12.5	21.9	15.7	6.3	6.6
2000	707.3	655.9	9.8	10.3	24.4	17.7	6.7	6.8
2005	717.4	682.7	8.0	9.5	26.1	16.2	6.7	6.8
2009	751.6	745.5	7.9 ⁷	8.8	26.7 ⁷	15.6	6.9	6.9

来源:欧盟和奥地利的平均值来源于欧洲人人享有健康数据库(WHO Regional Office for Europe, 2010)。
注释:¹ 1992、1997、2002、2007 年。² 1991、1996、2001、2006 年。³ 除了西班牙、塞浦路斯、希腊、马耳他、波兰、罗马尼亚、斯洛伐克和英国之外 2005 年的欧盟平均值。⁴ 除了塞浦路斯、西班牙、希腊、马耳他、波兰和罗马尼亚之外 2002 年的欧盟平均值。⁵ 除了保加利亚、塞浦路斯、马耳他、荷兰、波兰、罗马尼亚和斯洛伐克之外 1997 年的欧盟平均值。⁶ 除了塞浦路斯、西班牙、希腊、马耳他、荷兰、波兰和罗马尼亚之外 1993 年的欧盟平均值。⁷ 2008 年。



2. 初级保健体系的架构

2.1 初级保健的治理

初级保健在奥地利属于预算外项目,没有任何相关政策设定明确的目标。

奥地利卫生部没有专门的部门管理初级保健。初级保健由地方当局负责,根据联邦法案,联邦政府只对初级保健的筹资负有监管责任。因此,奥地利的 9 个州的预算规模会完全不同(Hofmarcher & Rack, 2006)。

自由执业的医生数量和地区分配通过健康保险基金和医生联盟制定的“规划图”来决定,目的是为了避免卫生保健资源提供的不均衡(Federal Ministry of Health, 1998a)。

临床治疗收费价格、补偿水平,以及医生的数量和分配,是由地方健康保险基金和医生联盟

在州一级的层次上进行谈判决定的,最终会达成一个“配置计划”。因此,奥地利各个地区在医生的供给和治疗的补偿水平上存在着一定的差异(Hofmarcher & Rack,2006)。另外,有一些称作“Wahlarzte”的私营医生,不会同健康保险基金签约。

在奥地利,虽然影响初级保健的政策和责任主要在健康保险基金,但社区对初级保健服务还是有一定的影响,毕竟州和地方当局在具体组织实施初级保健的时候需要考虑到这些机构的产权归属(Hofmarcher & Rack,2006)。

联邦公共卫生部门有专门的机构负责对全国的初级保健进行监督。目前的机制主要是通过审计和质量小组来进行,不过这种机制并不是系统推进的,通常是基于个体的动机。

多数全科医生指南都是由全科医生职业协会(ÖGAM)提供,一般都是根据国外相关指南改编而成(如芬兰)或者由专科医生编撰而成,全科医生可以自愿加入全科医生职业协会(ÖGAM,2010)。

奥地利每个州都有医生联盟,也是全国医生联盟的会员。这个联盟负责全国的医学教育,与社会保险基金签约,并为所有医生提供注册服务等内容。

根据法律要求,所有的全科医生必须完成至少三年的临床培养,通常在教学医院或者门诊进行,其中包括6个月的教学实践。不过,一般没有强制性的全科培训。实际上,目前只有少部分全科医生在全科服务机构完成了培养。继续医学教育通常被推荐给全科医生,但一般不会强制(Hofmarcher & Rack,2006)。

病人的一些权利,如知情同意权,自身病历的使用权,医疗记录的机密使用权以及病人就医的申诉权等受法律保护(Federal Ministry of Health,1998a,1998b)。

2.2 初级保健的经济背景

2004年,奥地利门诊费用占整个健康总支出的23.5%,与1975年相比只增加了3%。但是从1995年到2004年下降了1.6%。除了全科医生和专科医生的服务,这部分费用通常还包括心理医生的支付,以及健康保险基金补偿医院门诊的固定费率支付。2007年,门诊支付费用为68亿欧元,大概占健康总支出(261亿欧元)的24.7%,其中用于预防的费用占健康总支出的1.7%(Statistics Austria,2009)。

病人可以在签约医生(包括全科医生和专科医生)中自由选择,也可选择独立执业的医生,或者只选择医生提供的初级保健服务,这些都不需要考虑地理位置的限制。有相当一部分称作“Wahlarzte”的全科医生,他们不会同任何健康保险公司签约。许多病人宁愿找这些全科医生,因为他们通常都能提供一些额外的服务,如辅助医学服务、定期预约服务或者享受更多的诊疗时间等。

根据奥地利医生联盟提供的数据,2009年2月共有12442名全科医生。其中51%是个体经营,49%是拿薪酬的住院医师。在个体经营的医生中,40%会与一个或多个健康保险公司签约,57%不同任何健康保险公司签约(“Wahlarzte”),另有3%属于不活跃的在册全科医生(如在社会保险公司工作,或者是职业健康医师)(Statistics Austria,2009)。受聘用的全科医生会拿固定薪酬,而个体经营的全科医生的薪酬构成是多样化的,包括人头费、付费服务以及其他特殊内容(如基本的挂号费)(Hofmarcher & Rack,2006)。根据2005年的数据,个体经营的全科医生年收入为90 852.98欧元(OECD,2009b;United Nations,2010)。图1.1显示专科医生的收入会高很多,而护士和行业其他从业人员要比领固定薪酬的全科医生低很多。因此,奥地利医生的收入差距非常大,这在全科医生职业的选择中扮演了重要的作用。

由于病人看病通常跟保险的类型有关,部分病人找全科医生看病的时候不需要支付现金,而有些病人每次需要支付20%的费用。同样,当全科医生预约专科医生或者推荐专科医生上

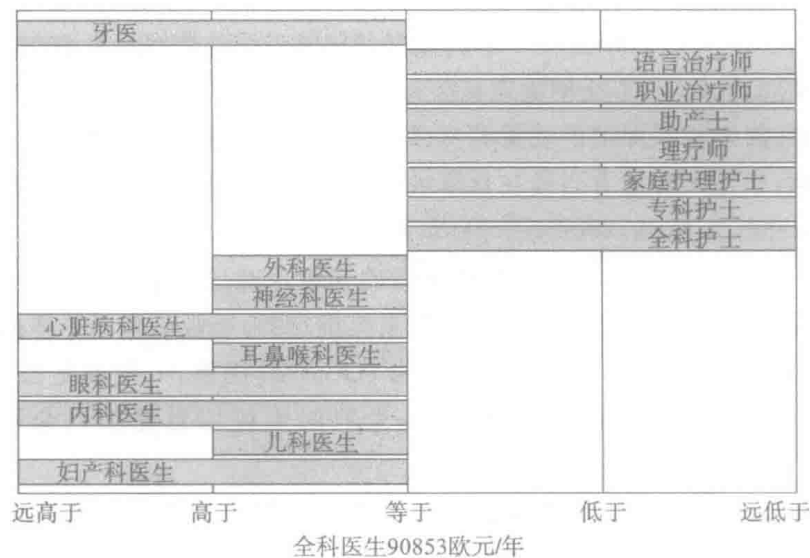


图 1.1 中等职业生涯医务人员与中等职业生涯全科医生平均收入的关系

门服务时也是如此收费。对于部分保险基金，病人每次看病都需要支付，但对那些失能人群，病人只需要支付全科医生开出的注射费和药费等很少的共付部分。

与签约医生相比，当病人找没有签约的个体医生看病时，同样的服务，保险公司只会支付 80% 的成本（病人需事先垫付）。显然，签约医生的成本会比私人医生（“Wahlarzte”）的成本会低很多，因此找私人医生看病时病人需要自费很大比例。

2007 年的一项调查显示，7% 的受访者认为全科服务不太能够或者完全不能负担（European Commission, 2007）。

2.3 初级保健人力资源的发展

由于奥地利慢病人群不断增长，必然导致全科医生的工作量也相应增加，对全科医生的需求也同样增加。但实际观察到的结果是全科医生却更加缺乏，原因是全科医生职业对医学生吸引力不强。这种问题正变得更加严峻，目前 45% 的全科医生年龄在 55 岁或以上，35% 在 45~55 岁之间，45 岁以下只占到 20%。在奥地利，全科医生城乡之间工作量的差异是非常大的，据估计，每周工作时间为 20~100 小时不等（Fuchs et al., 2009）。

根据欧盟统计局的数据，每 10 万奥地利居民拥有 153.3 个全科医生（包括在医院工作的病房医生）（见图 1.2）（Eurostat, 2010）。同欧盟统计局的数据相比较，奥地利的专家认为每 10 万居民有 72~85 位全科医生直接提供卫生保健服务，但其他职业的相关数据没有争议，如牙医、内科医生和外科医生等。

奥地利有三所大学（Graz 大学、Vienna 大学和 Innsbruck 大学）设立了家庭医学专业。家庭医学是医学本科生的课程之一，但是没有研究生的相关课程。医学博士（相当于我国的医学学士）毕业后，还需要通过至少三年的临床培养（见 2.1 部分），并通过考试拿到医疗执照后才能作为全科医生执业。大概 75% 的医学博士（过去十年相当稳定）每年会完成此课程，其中 25% 成为个体行医的全科医生。其余的会成为病房医生、非签约全科医生，或者培训后成为专科医生，也有一些在其他领域工作。其中有些专科医生，虽然也会完成三年的全科医生培养，但是可能选择在医院工作几年后转到初级保健行业从事全科医生工作。

通常，对于地区护士、社区护士和初级保健护士，都有相应的职业培养。

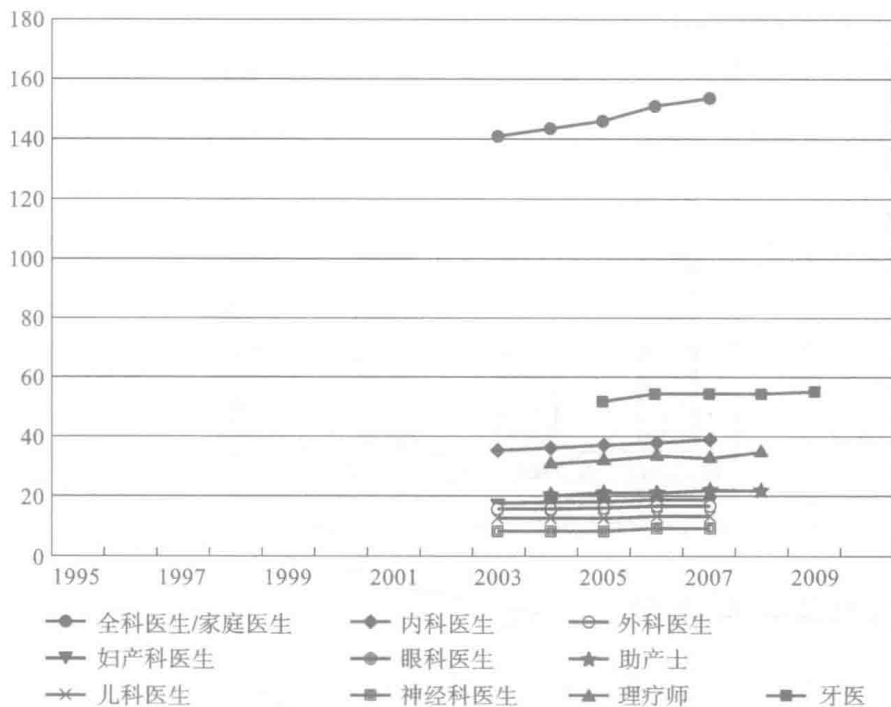


图 1.2 近五年每 10 万居民拥有的初级保健专业人员的供给变化

3. 初级保健的过程

3.1 初级保健服务的可及性

2003 年的数据显示,奥地利大概每位全科医生服务大约 1881 位签约健康保险的居民,而专科医生是 2071 人。各州之间签约的专科医生比全科医生的差异要大很多。就全科医生而言,最低和最高的差距是每 10 万居民 17 名(每 10 万居民拥有的全科医生,福拉尔贝格州 44 人,施第里尔州为 61 人),而专科医生的差距达到 54 人(每 10 万居民从上奥地利州的 33 人到维也纳的 87 人)。

虽然目前从全国的标准看并不缺乏全科医生,但是一半以上的医生将在 15 年内退休。因此,到将来某个时候,尤其是在农村地区,很难为病人再找到一名全科医生。

根据法律要求,奥地利全科医生的服务每周应不少于 20 小时,实际上不同机构的服务时间还是不同的,尤其是个体执业的医生。当有些医生同时在私立和公立医院工作时,他们也会开展一些非常专业的替代服务(Hofmarcher & Rack,2006)。

2007 年的一项调查显示,94% 的受访者认为很容易获得全科医生的服务(European Commission,2007)。一般来讲,初级保健服务者会提供电话问诊,但是很少接受电子邮件咨询(见图 1.3),偶尔他们也会提供在线服务(Dobrev et al.,2008)。全科服务机构基本上没有预约系统,更少专门的特殊临床课程。全科医生的出诊服务每周从 0 到 30 次不等(主要是由按项目收费服务的激励机制所驱动)。

加班时间的初级保健服务在农村和城市的差别很大,在城市,这些服务一般有两种模式,即市议会资助的初级保健合作社和医院相关科室提供的加班服务。在农村地区,通常是一个或多个机构的全科医生一起共同排班为病人提供加班服务。

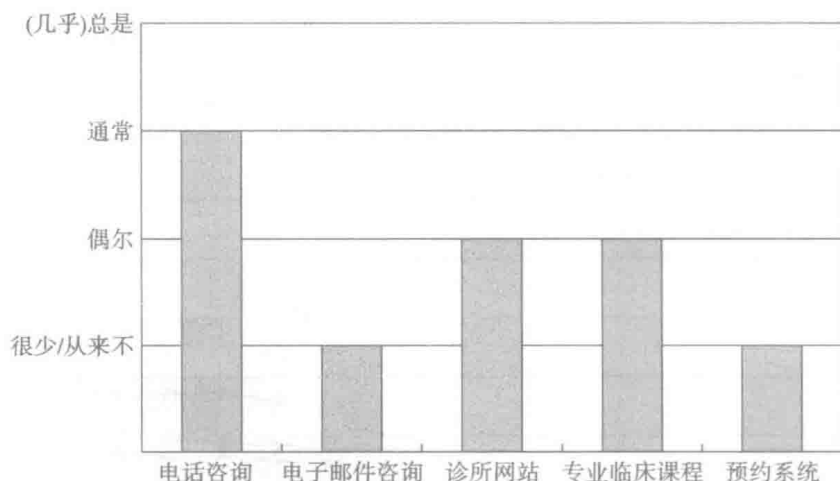


图 1.3 初级保健机构或初级保健中心通常存在的工作方式及范围

3.2 初级保健服务的连续性

只有少数全科医生有固定的病人清单,或者使用预约系统。平均来看,每个全科医生服务 2000 名居民。病人可以自由选择任何健康服务中心或者医生。不过,有些健康保险机构会限制病人三个月内更换医生。

据估计,60%~70%的病人碰到一般的疾病问题时会去初级保健服务机构。目前奥地利没有可靠的数据说明病人对全科医生的满意度。但有些健康保险公司做过此类调查,满意度一直都很高。

根据法律要求,全科医生负责保管病人诊疗的临床记录。目前,几乎所有的全科服务都有计算机支持(2007 年,77%的全科医生有计算机),一般都用于财务管理、开具处方和保存医疗病历。不过计算机很少用于同病人和其他专业的同事沟通,也很少用于搜索信息。

当病人需要从全科医生转诊到专科医生的时候,偶尔会用到转诊单。当病人从医院接受急诊服务之后,会有一个简短的出院单。不过,病人接受某些初级保健合作机构提供的加班服务时,很少会把相关信息反馈给全科医生。一般情况下,专科医生在看完全科医生推荐的病人后,偶尔才会同全科医生反馈一下。

3.3 初级保健服务的合作

奥地利没有看门人体系。原则上讲,病人可以自由选择签约医生,而且不受地理位置的限制。如果选择一个没有签约的全科或者专科医生,保险公司一般会支付大约相当于找签约医生(提供同样服务)所需费用的 80%(病人需事先垫付)。

全科医生绝大多数都是单独行医(见图 1.4),只有 5%的服务会有 2 个或者 3 个全科医生合作开业,目前奥地利还未见其他形式的全科服务模式,这种单一的服务模式是由历史原因造成的。从 2010 年 8 月起,新的法律“Ärzte GmbH”(Bundesärztekammer, 2010)开始实施,保险公司(他们对奥地利卫生服务提供的模式有很大的影响力)不再提供其他形式和适宜的激励。

初级保健服务提供方之间的合作并不常见。全科医生之间,或者全科医生与家庭保健护士,以及心理治疗师偶尔会开碰头会,但很少与助产士、社区药剂师和社工碰头。他们也几乎不向专科医生(电话)咨询,专科医生也不会与全科医生一起讨论临床问题或者会诊。

初级保健也不存在诸如护士主导的糖尿病门诊或者健康教育。

初级保健的临床记录,几乎不会用于解决区域或者地方健康需求以及卫生政策优先问题的制定。当然,糖尿病管理和流感监测还是做得不错,相关的流行病学数据都来自病人档案。但

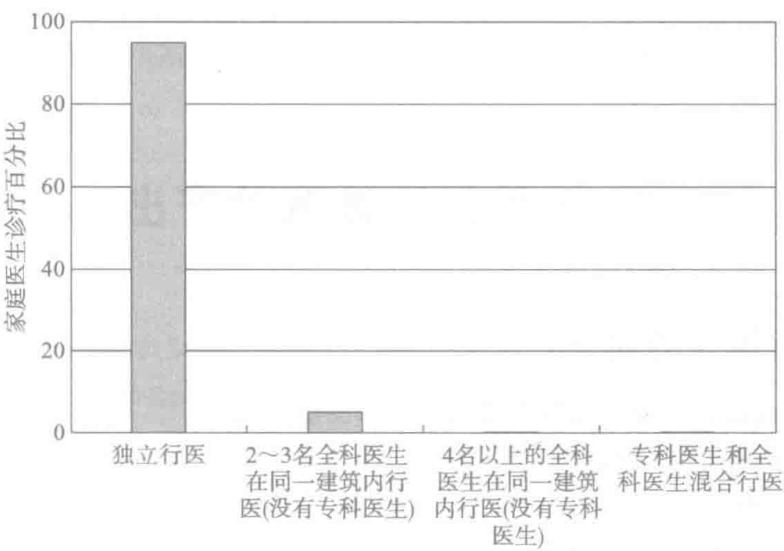


图 1.4 共享的服务

社区健康调查从来不会用于提高初级保健的质量和反应性。

3.4 初级保健服务的复杂性

初级保健服务的设备是根据法律、医疗协会和健康保险公司激励机制的规定而配置的。全科医生可以根据这些设备从事基本的诊断和治疗。

在奥地利，病人通常直接找专科医生就医，不过病人也常常找全科医生首诊或接受跟踪服务，当然，也包括一些预防保健和健康促进（见表 1.2）。

表 1.2 全科医生参与不同初级保健服务的程度 *

全科医生可能参与的服务	全科医生“总是”参与的服务	全科医生“从不”或“很少”参与的服务
首诊(共 10 项)	—	• 年满 18 周岁女性口服避孕药咨询 • 年满 20 岁女性妊娠确认 • 年满 35 岁女性月经不规则咨询 • 50 岁以上女性伴乳房肿块 • 有自杀倾向的男性
疾病的治疗和随访(共 9 项)	• 消化性溃疡 • 被养老院和疗养院接收的病人	—
医疗技术规程(共 10 项,包括全科医生或全科护士)	—	• 宫内节育器植入 • 角膜锈斑剔除 • 眼底检查 • 宫颈癌筛查 • 乳腺癌筛查
预防性保健(共 8 项)	• 破伤风疫苗接种 • 高危人群流感疫苗接种 • 胆固醇水平检测	—
健康促进(共 4 项)	—	—

注释：* 回答全科医生参与的程度：(几乎)总是；通常；偶尔；很少或从不。

相对而言,初级保健机构是很多慢性疾病的治疗中心,全科医生的核心角色依赖于该地区专科医生的数量,多数专科医生都只在城里行医,因此在农村地区不太容易接触到他们。

4. 初级保健体系的产出

4.1 初级保健的质量

在奥地利,初级保健高质量的数据还无法全面呈献给读者。

对于成人糖尿病人群来讲:

- 52%的人群胆固醇水平 $>5\text{ mmol/L}$ (2005年)(RIVM,2009)。
- 30%血压超过 $140/90\text{ mmHg}$ 的人群在过去12个月内接受过高血压检查(2005年)(RIVM,2009)。
- 61% $\text{HbA}_{1\text{C}}$ (糖化血红蛋白) $>7.0\%$ (2008年)(Cebolla & Bjornberg,2008)。
- 44%的超重和肥胖糖尿病病人在过去12个月内测量过BMI指数(2008年)(Cebolla & Bjornberg,2008)。
- 62%的人群在过去12个月内接受过眼底检查(2005年)(RIVM,2009)。

另一个衡量初级保健质量的指标是医院转诊数量,见图1.5。2008年的数据显示,除了ENT(耳鼻喉)感染、脱水(Statistics Austria,2009)和哮喘(OECD,2009a)之外转诊率都很低。

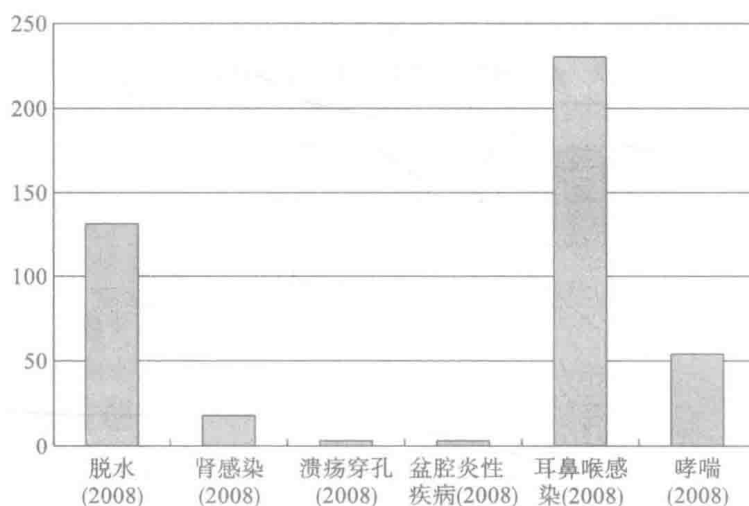


图 1.5 近年来每 10 万人群中因对初级保健诊断敏感而住院的人数

奥地利儿童接种水平在80%左右。接种率最低的是麻疹(76%;2009年)、风疹(76%;2009年)和腮腺炎(79%;2003年)(WHO Regional Office for Europe,2010)。儿童接种绝大多数是由儿科医生进行,全科医生很少参与。

在过去三年内,约43%的52~69周岁女性接受过乳房放射检查,而那些在过去三年内接受过巴氏涂片筛查的21~64岁女性高达81.5%(Linoss & Riza,2000;OECD,2009b;Schopper & De Wolf,2007;Von Karsa et al.,2007)。

4.2 初级保健的效率

目前在奥地利没有初级保健工作效率的正式统计数据。

奥地利人每年平均就诊3次,因此病人接触全科医生的次数并不频繁(2003年估计数)。

全科医生平均诊疗时间估计超过 5 分钟(in 2009)。此外,病人一般会通过电话咨询医生。专家估计,5%~15%的全科服务是电话问诊,5%是家庭出诊服务。

参考文献

- [1] Bundesärztekammer, Wien (2010). Bulletin of the Physicians Chamber of Vienna, Vienna, AEKW (http://www.aekwien.at/aekmedia/Verhandlungen_WGKK.pdf, accessed March 2014).
- [2] Cebolla B, Bjornberg A (2008). Health Consumer Powerhouse: Euro Consumer Diabetes Index 2008. Täby, Sweden, Health Consumer Powerhouse.
- [3] Dobrev A et al. (2008). Benchmarking ICT use among general practitioners in Europe. Bonn, Empirica.
- [4] European Commission (2007). Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Commission. Brussels, European Commission.
- [5] Eurostat (2010). Eurostat statistics 2010. Luxembourg, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>, accessed April 2011).
- [6] Federal Ministry of Health (1998a). Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte erlassen und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert wird. Ärztegesetz. Vienna, Federal Ministry of Health.
- [7] Federal Ministry of Health (1998b). Qualitätssicherung als ärztliche Berufspflicht. 169/1998. Vienna, Federal Ministry of Health.
- [8] Fuchs S et al. (2009). Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Wiener medizinische Wochenschrift, 159(188):191.
- [9] Hofmarcher MM, Rack HM (2006). Austria: health system review. Health Systems in Transition, 8(3):1-247.
- [10] Linos A, Riza E (2000). Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. European Journal of Cancer, 36:2260-2265.
- [11] OECD (2009a). Health at glance 2009: OECD indicators. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- [12] OECD (2009b). Health Data 2009. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development/IRDES (<http://www.eco-sante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>, accessed April 2011).
- [13] OECD (2010). Health Data 2010. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development/IRDES (<http://www.eco-sante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>, accessed April 2011).
- [14] ÖGAM (2010). [web site]. Vienna, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinund Familienmedizin (<http://www.oegam.at/>, accessed April 2011).
- [15] RIVM (2009). [web site] EUPHIX. Bilthoven, RIVM (http://www.euphix.org/object_document/o4581n27010.html, accessed April 2011).
- [16] Schopper D, De Wolf C (2007). Breast cancer screening by mammography: international evidence and the situation in Switzerland. Bern, Krebsliga Schweiz/Oncosuisse.
- [17] Statistics Austria (2009). Statistisches Jahrbuch Österreichs 2009. Vienna, Statistics Austria.