

乡镇全科医学在基层卫生体系中的功能定位与发展重点

杨兆晗¹ 赵一南^{2*}

(1. 章庄铺中心卫生院, 湖北 荆州 434321; 2. 青海大学临床医学院, 青海 西宁 810000)

摘要: 在分级诊疗持续推进、健康中国战略深入实施以及人口老龄化加快的背景下, 乡镇全科医学已由基层常见病诊疗的预备力量, 逐步转向连接基本医疗、公共卫生与连续性健康管理的重要载体。本文立足基层卫生治理视角, 梳理乡镇全科医学的形成背景与功能演进, 分析其在首诊服务、慢病随访、重点人群健康管理、双向转诊衔接和医防协同中的现实作用。进一步结合当前实践, 指出其发展仍受人才培养与岗位吸引力不足、服务能力与居民需求错配、考核激励机制不健全以及信息互联互通薄弱等因素制约。基于此背景下, 本文认为, 乡镇全科医学建设不能仅停留于人员扩充与服务覆盖, 更应围绕岗位胜任力提升、连续性服务优化、县域协同强化及制度与数字赋能等方面系统推进, 以提升基层卫生服务质量与可及性, 更好支撑分级诊疗落地和全民健康目标实现。

关键词: 乡镇全科医学; 基层卫生服务; 分级诊疗; 慢性病管理; 基层卫生治理

DOI: <https://doi.org/10.65196/daka5y93>

在“健康中国”战略持续推进、分级诊疗制度逐步深化以及人口老龄化和慢性病负担不断加重的背景下, 基层卫生服务体系在国家医疗卫生格局中的基础作用愈发显著^[1]。全科医学作为以人为中心、强调首诊、连续性、综合性与协调性的医学模式, 已成为优化基层资源配置、改善居民就医路径和提升基本医疗卫生服务可及性的重要支撑。自全科医生制度建立以来, 我国不断通过分级诊疗、家庭医生签约服务和基层能力建设等政策工具强化基层导向, 乡镇卫生院也由传统的常见病诊疗场所逐步转向兼具基本医疗、公共卫生和健康管理功能的综合服务平台^[2]。然而现有研究多从全科医学整体发展、基层医疗体系建设或分级诊疗制度推进等宏观层面展开, 对乡镇全科医学这一具体实践形态的功能定位、现实困境及发展重点的系统梳理仍显不足。本文拟从基层卫生治理视角出发, 围绕乡镇全科医学的形成背景、现实功能、主要制约因素及优化方向进行综述, 为基层卫生服务能力提升和县域卫生体系高质量发展提供参考。

一、乡镇全科医学的形成背景与功能演进

(一) 基层卫生服务体系的发展基础

乡镇全科医学的形成, 首先建立在我国长期存在的农村基层卫生服务网络之上。乡镇卫生院自建立之初便被赋予医疗、预防、妇幼保健、卫生宣传等综合职能, 是县、乡、村三级卫生服务网中的关键节点^[3]。从目前规模看, 这一网络仍是我国农村医疗卫生服务的重要承载平台。2023年末, 全国共有乡镇卫生院 33753 个、床位 150.5 万张、卫生人员 160.5 万人; 同期村卫生室 581964 个, 在岗人员 132.7 万人。2023 年乡镇卫生院完成诊疗人次 13.1 亿、入院人次 3992.1 万, 这些数据充分说明是乡镇卫生院仍是基层医疗服务的主体力量之一^[4]。

与此同时, 农村地区人口结构变化进一步放大了乡镇卫生服务的基础性价值。第七次全国人口普查显示, 乡村 65 岁及以上人口占比为 17.72%, 比城镇高 6.61 个百分点; 乡村 60 岁及以上人口占比为 23.81%, 比城镇高 7.99 个百分点。这意味着农村地区对常见病诊治、慢病长期随访、失能风险筛查及老年健康管理的需求更为集中, 也使单纯依赖专科、碎片化服务的模式难以满足现实需要。在此背景下, 强调综合性、连续性和可及性的全科医学, 才具备了在乡镇中落地发展的基础^[5]。

(二) 全科医学理念在乡镇卫生实践中的嵌入

作者简介: 杨兆晗 (1999-), 男, 本科, 研究方向为全科医学、基层卫生政策、卫生管理。

赵一南 (1997-), 男, 硕士研究生, 研究方向为代谢性疾病、全科医学。

通讯作者: 赵一南

全科医学真正进入乡镇卫生实践，主要始于新医改后基层导向的持续强化。2011年《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》明确提出，建立全科医生制度是提高基层医疗卫生服务公平性与可及性的必由之路，也是促进医疗服务模式转变的重要举措^[6]。在政策推动下，我国全科医生数量快速增长，由2012年的仅11.0万人增至2020年的40.9万人，截至2024年底，全国全科医生已达63.87万人，每万人口全科医生数提升至4.54人，较2020年增加近23万人^[7]。从数量演进看，全科医学已从理念倡导逐步转向制度化配置，并开始成为基层医疗人力结构中的核心组成部分。

全科医学在乡镇层面的嵌入，并非简单的增加全科医生人数，而是与县域协同机制和基层能力标准同步推进。2023年印发的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》提出，到2025年底力争全国90%以上的县基本建成县域医共体，并明确“县级强、乡级活、村级稳、上下联、信息通”的建设目标^[8]。与之配套的《乡镇卫生院服务能力评价指南（2023版）》进一步把全科服务能力纳入量化要求：C级、B级、A级乡镇卫生院每万服务人口注册全科医师数分别不低于2人、3人、4人，其中B级及以上还要求公共卫生人员占专业技术人员编制比例不低于25%^[9]。这表明，乡镇全科医学已由单一岗位概念转变为基层机构能力建设的重要评价维度。

（三）全科医学理念在乡镇卫生实践中的嵌入

从功能内涵看，乡镇全科医学并不是对传统乡镇卫生院职责的简单替代，而是在原有“医疗、预防、保健”综合职能上的再组织和再强化。既有研究指出，乡镇卫生院在改革开放后曾一度出现“重医疗、轻预防”的功能偏移。2009年新医改启动后，随着“保基本、强基层、建机制”持续推进，其公共卫生和健康管理职能重新被纳入制度重心^[3]。同年国家明确，基本公共卫生服务经费标准2009年人均不低于15元；到2024年，这一标准已提高至94元。财政投入标准的持续抬升，意味着基层机构承担的职责已从一般门诊诊疗，逐步扩展到重点人群健康管理、慢病规范随访和健康促进等更长期、更连续的任务^[10]。

这种功能转变已经可以从服务对象和服务内容的变化中得到印证。2024年，全国年内在基层医疗卫生机构接受健康服务的65岁及以上老年人达1.4136亿人，接受健康服务的高血压患者1.15367亿人，2型糖尿病患者4086.7万人，并开始将慢性阻塞性肺疾病患者健康服务纳入实施范围^[4]。由此可见，当前乡镇全科医学的功能重心已由过去以常见病诊治为主，逐步转向集首诊分流、慢病管理、重点人群照护、医防协同和县域转诊衔接于一体的综合服务模式。换言之，乡镇全科医学的发展过程，本质上是基层卫生服务从“单次就诊”向“连续健康管理”转变的过程。

二、乡镇全科医学在基层卫生体系中的现实功能

（一）首诊服务与常见病诊疗功能

乡镇全科医学首先是基层居民常见病、多发病的首诊接触点。2024年，全国乡镇卫生院诊疗人次达到13.8亿，比上年增加0.7亿，医师日均担负诊疗9.7人次，病床使用率为52.4%。同期，乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）和村卫生室三类基层机构合计诊疗人次为39.8亿，说明基层首诊并非制度口号，而是现实中承担大规模初级医疗服务的主要场景。与医院相比，乡镇卫生院门诊服务还具有明显成本优势^[4]。2024年乡镇卫生院次均门诊费用为87.6元，而医院次均门诊费用为361.0元，前者约为后者的四分之一，表明其在处理上呼吸道感染、胃肠道疾病、轻症外伤、常见疼痛及稳定期慢病复诊等问题时，兼具可及性与经济性。因此，乡镇全科医学的首要现实功能，并不只是“看小病”，更在于通过前端识别、初步处置和风险分层，减少不必要的上级医院就诊，维持基层就医秩序。

（二）慢性病连续管理与重点人群健康服务功能

与一次性就诊不同，乡镇全科医学更具有连续性健康管理属性。2024年，国家基本公共卫生服务人均财政补助标准提高至94元，并要求对老年人和慢性病患者开展分类分级健康服务，同时将慢性阻塞性肺疾病患者健康服务纳入项目范围。从实际服务规模看，2024年全国年内在基层医疗卫生机构接受健康服务的65岁及以上老年人达1.4136亿人，接受健康服务的高血压患者1.15367亿人，2型糖尿病患者4086.7万人，慢性阻塞性肺疾病患者108.1万人。这些数字说明，乡镇全科医学的工作重点已经明显由“门诊诊疗”拓展至“长期随访、生活方式干预、用药管理、并发症风险预警”的连续性服务链条。尤其在农村老龄化背景下，乡镇卫生院所承担的慢病随访、

老年健康评估、体重管理和签约随访，不仅决定基层服务的覆盖面，也直接影响慢病管理的规范化程度^[11]。

（三）双向转诊中的衔接与协同功能

乡镇全科医学的另一项重要现实功能，是在县域医疗体系中承担“向上识别转介、向下接续管理”的衔接角色。2024 年国家卫生健康委印发《关于加强首诊和转诊服务提升医疗服务连续性的通知》，提出到 2025 年底在紧密型医联体内建立顺畅的双向转诊制度，到 2027 年在省域内建立顺畅的医疗机构间转诊制度，到 2030 年使分级诊疗体系有效发挥作用。这一政策时间表说明，乡镇卫生院已不再只是县医院的外围机构，而被纳入“首诊、转诊、接续照护”全过程。既有研究也显示，在分级诊疗推进过程中，乡镇卫生院的县域内首诊与上转作用逐步强化。以甘肃省为例，2015 年乡镇卫生院向上转诊人次较上年增长 17.95%，提示基层机构在疑难重症初筛和转诊分流中已开始发挥实际作用。因此，乡镇全科医学的价值不在于把所有患者留在基层，而在于把适宜患者留在基层、把需要进一步诊治的患者及时转出，并在治疗后继续承接随访与康复管理^[12]。

（四）基本医疗与基本公共卫生服务的整合功能

相较于专科医疗模式，乡镇全科医学更突出的特点，是能够将基本医疗与基本公共卫生服务整合到同一服务场景中。2024 年国家基本公共卫生服务工作要求除继续做好高血压、糖尿病管理外，还强调孕产妇与 0 至 6 岁儿童健康服务、严重精神障碍患者规范随访、呼吸道疾病防治以及居民电子健康档案开放与应用等内容。与此同时，2024 年全国适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率在乡（镇、街道）层面保持在 90% 以上，表明基层机构已是公共卫生任务落实的主要执行终端^[11]。这意味着乡镇全科医生在一次门诊中往往同时承担疾病诊疗、健康教育、风险筛查、随访预约和转诊判断等多重任务，其工作对象也从“单个就诊事件”延伸至“全生命周期健康过程”。从这个意义上说，乡镇全科医学并不是医疗服务与公共卫生服务的简单并列，而是二者在基层层面的具体整合形式，也是医防融合落地的关键接口^[4]。

三、当前乡镇全科医学发展的主要制约因素

尽管乡镇全科医学在基层首诊、慢病管理和医防协同中发挥着越来越重要的作用，但其发展仍面临较为突出的现实约束。首先，人才总量增长并不完全等同于基层服务能力的同步提升。虽然截至 2024 年底全国全科医生已达 63.87 万人，每万人口拥有全科医生 4.54 人，但在乡镇层面，人员分布不均、学历结构偏弱、岗位吸引力不足和流失率较高等问题仍较常见。与此同时，《乡镇卫生院服务能力评价指南（2023 版）》对注册全科医师配置、公共卫生人员占比和服务能力提出了更明确要求，但部分地区乡镇卫生院仍难以稳定达到相应标准^[9]。这说明，当前制约乡镇全科医学发展的关键，已不只是人员不足，更在于能不能留下真正胜任岗位的人。

另一方面，乡镇全科医学的运行环境与服务要求之间仍存在一定张力。一方面，2024 年全国基层医疗卫生机构承担了 39.8 亿人次诊疗和超过 1 亿高血压患者、4000 余万糖尿病患者的健康管理任务，服务覆盖面持续扩大。但另一方面，基层信息化支撑、转诊衔接效率、绩效考核导向和医防协同机制尚未完全匹配这一工作负荷。不少乡镇卫生院仍存在“重数量、轻质量”的考核倾向，导致签约服务、随访管理和健康干预容易流于程序化，连续性照护优势尚未充分发挥。因此，乡镇全科医学当前面临的瓶颈，本质上并非单一的人才问题，而是人才、机制、协同与数字支撑多重因素交织下的综合性约束。

四、乡镇全科医学发展的重点方向与优化路径

面向基层卫生服务提质增效的现实要求，乡镇全科医学的发展应首先从提升岗位胜任力和服务连续性入手。当前全国每万人口全科医生数虽已达到 4.54 人，但乡镇层面的能力短板仍主要体现在慢病共病管理、老年健康照护、康复指导和早期风险识别等方面。因此，后续建设不能仅以人员数量增长为导向，更应围绕基层常见健康问题完善定向培养、转岗培训和继续教育机制，推动全科医生由“能接诊”向“能管理、能评估、能协同”转变。同时，应依托家庭医生签约服务，进一步强化对高血压、糖尿病、慢阻肺及老年人等重点人群的连续随访和分层干预，把基层服务重点由单次诊疗延伸至全过程健康管理。

除人才能力外，乡镇全科医学的高质量发展还依赖于县域协同和制度支撑的同步完善。到

2025 年底,我国力争实现全国 90%以上的县基本建成紧密型县域医共体,这为乡镇卫生院嵌入县域分级诊疗体系提供了重要基础。在此背景下,应进一步畅通基层首诊、上转治疗、下转康复和长期随访之间的衔接流程,强化乡镇卫生院在连续照护链条中的枢纽作用。与此同时,还应完善与健康质量管理相匹配的绩效分配、医保支付和信息共享机制,减少“重数量、轻质量”的行政化考核倾向,推动电子健康档案、远程会诊和转诊平台在县乡村三级间有效联通。只有将人才培养、服务模式、县域协作和数字赋能统筹推进,乡镇全科医学才能真正成为基层卫生体系中兼具可及性、连续性与协同性的核心支撑力量。

五、小结与未来展望

总体来看,乡镇全科医学的发展并不是基层医疗服务内容的简单增加,而是基层卫生体系服务重心由单次诊疗向连续性健康管理、由单一医疗服务向医防协同整合转变的集中体现。在分级诊疗持续推进、县域医共体加快建设以及农村人口老龄化程度不断加深的背景下,乡镇卫生院已不仅承担常见病和多发病诊疗任务,还逐步成为慢性病管理、重点人群健康服务、双向转诊衔接和基层公共卫生落实的重要平台。2024 年全国乡镇卫生院诊疗人次达到 13.8 亿,基层机构管理高血压患者超过 1.15 亿人、糖尿病患者超过 4000 万人,这些数据表明,乡镇全科医学已成为基层卫生服务体系运行中的现实支撑力量。

但也应看到,乡镇全科医学的持续发展仍受人才胜任力不足、县域协同不畅、激励机制不完善和信息化支撑较弱等因素影响。未来,其建设重点不应仅停留于扩充人员规模和扩大服务覆盖,而应更加注重提升基层岗位能力、强化连续性服务质量、完善县域协同转诊机制,并以制度优化和数字赋能改善运行环境。只有在“强能力、重协同、优机制”的基础上持续推进,乡镇全科医学才能更好发挥基层首诊和健康管理枢纽作用,为分级诊疗落地和基层卫生服务高质量发展提供稳定支撑。

参考文献:

- [1] 印发《“健康中国 2030”规划纲要》[N]. 人民日报, 2016-10-26(001).
- [2] 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2022, (03): 5-8.
- [3] 程艳敏, 刘岩, 何有琴, 等. 乡镇卫生院功能的政策界定及在实践中的演变[J]. 卫生软科学, 2016, 30(08): 9-11+24.
- [4] 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(09): 6-14+33.
- [5] 童玉芬. 中国人口的最新动态与趋势——结合第七次全国人口普查数据的分析[J]. 中国劳动关系学院学报, 2021, 35(04): 15-25.
- [6] 国务院关于建立全科医生制度的指导意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2011, (20): 2-7.
- [7] 程小龙, 商艳, 韩一平. 我国全科医学发展的现状与挑战[J]. 海军军医大学学报, 2023, 44(07): 773-777.
- [8] 关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2023, (12): 27-30.
- [9] 《乡镇卫生院服务能力评价指南(2023 版)和社区卫生服务中心服务能力评价指南(2023 版)》政策解读[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(01): 12.
- [10] 卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见[J]. 中华人民共和国卫生部公报, 2009, (09): 31-34.
- [11] 关于做好 2024 年基本公共卫生服务工作的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2024, (09): 8-10.
- [12] 本刊特邀评论员. 加强首诊和转诊服务提升医疗服务连续性[J]. 人口与健康, 2024, (12): 1.

Functional Positioning and Development Priorities of Township General Practice Medicine in the Primary Healthcare System

YANG Zhaohan¹, ZHAO Yinan^{2*}

(1. Zhangzhuangpu Central Health Center, Heyuan., Jingzhou, Hubei 434321, China; 2. Clinical Medical College of Qinghai University, Xining, Qinghai 810000, China)

Abstract: Against the backdrop of the continuous advancement of the hierarchical medical system, the in-depth implementation of the Healthy China strategy, and the acceleration of population aging, township general practice medicine has gradually shifted from a reserve force for the diagnosis and treatment of common diseases at the primary level to an important carrier linking basic medical care, public health services, and continuous health management. From the perspective of primary healthcare governance, this paper reviews the background of the formation and functional evolution of township general practice medicine, and analyzes its practical roles in first-contact care, chronic disease follow-up, health management for key populations, bidirectional referral coordination, and the integration of medical treatment and prevention. Based on current practice, it further points out that its development is still constrained by such factors as insufficient talent training and job attractiveness, mismatches between service capacity and residents' needs, inadequate assessment and incentive mechanisms, and weak information connectivity and data sharing. On this basis, this paper argues that the development of township general practice medicine should not be limited to expanding personnel and service coverage, but should be systematically promoted in terms of improving post competency, optimizing continuity of care, strengthening county-level collaboration, and enhancing institutional and digital empowerment, so as to improve the quality and accessibility of primary healthcare services and better support the implementation of hierarchical diagnosis and treatment as well as the realization of national health goals.

Keywords: township general practice medicine; primary healthcare services; hierarchical diagnosis and treatment; chronic disease management; primary healthcare governance