CGP Chinese General Practice
September 2018, Vol.21 No.25

·全科医学教育研究·

全科医生培养与使用相脱节的原因与对策研究

魏东海*，冯欣贤，张臣福，古彦珏，曹晓雯

【摘要】 具备数量充足的合格的全科医生是实现首诊在全科的关键所在，也是建立分级诊疗制度的核心。目前我国全科医生数量不足且短时间内难以解决，同时全科医生的培养与使用存在相脱节的问题，这直接影响了全科医生制度的建立。本研究以广州医科大学开展的“5+2+1”全科医学专业硕士生培养项目为例，通过半结构化访谈调查该项目2012—2016年招收学生不愿意到基层医疗卫生机构执业的原因，并以此为基础，通过国内外培养模式对比及相关数据研究，深入分析我国全科医生培养与使用相脱节的原因。结果显示，从表面上看，全科医生不愿到基层医疗卫生机构执业的原因包括收入较低、工作条件差、社会地位不高、职业发展前景堪忧等；但其深层次的原因涉及医疗体制、教育体制、社会保障机制与激励机制等方面。因此，建议在国家层面对首诊在全科进行法律约束，建立有人额限定的全科医学专业招生制度和有针对性的培养体系，改善基层全科医生的执业环境和职称评审途径，强化医疗保险的调节机制，同时从制度角度对全科医生的生活条件提供一定保障。

【关键词】 全科医生；教育，医学；卫生人力

【中图分类号】 R 192 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2018.25.017

魏东海，冯欣贤，张臣福，等. 全科医生培养与使用相脱节的原因与对策研究［J］. 中国全科医学，2018，21（25）：3118-3122. ［www.chinagp.net］

WEI D H，FENG X X，ZHANG C F，et al. Causes and countermeasures of disconnection between trainging and practice of general practitioners in China［J］. Chinese General Practice，2018，21（25）：3118-3122.

Causes and Countermeasures of Disconnection between Trainging and Practice of General Practitioners in China

WEI Dong-hai，*FENG Xin-xian*，*ZHANG Chen-fu*，*GU Yan-jue*，*CAO Xiao-wen*

School of Health Management，*Guangzhou Medical University*，*Guangzhou 511432*，*China*

**Corresponding author*：*WEI Dong-hai*，*Professor*；*E-mail*：*weidhai@vip.163.com*

【Abstract】 Sufficient and qualified general practitioners（GPs）are essential in establishing the "Gatekeeper health care system"，in which the patient's first consultation must be made by the GP.At present，the quantity of general practitioners in China is inadequate and cannot meet the actual demand within a short period of time.Meanwhile，the training and practice of general practitioners are disconnected，thus producing another problem in China.All of these directly affect the establishment of the "Gatekeeper system".This study took the "5+2+1 joint medical education model for general practitioners" at Guangzhou Medical University as an example and investigated the cause as to why students enrolled in this program from 2012 to 2016 were reluctant to practice as general practitioners.Through semi-structured interviews，the researchers try to find out the actual cause comparing training models at home and abroad and researching relevant data.The results showed that，on the surface，the causes included low income，poor working conditions，low social status，and poor career development prospects.But the root causes involved the medical system，the education system，the social security mechanism and the incentive mechanisms.Therefore，it is suggested that at the national level，the "Gatekeeper system" should be subject to legal restraint；establish a qualified recruitment and targeted training system for general practice；improve the working environment；develop a revised promotion system for general practitioners and strengthen the adjustment mechanism of medical insurance.Last but not least，the living conditions of general practitioners should be guaranteed to a certain extent by the government.

【Key words】 General practitioners；Education，medical；Health manpower

建立分级诊疗制度是我国医疗卫生体制改革的重点，具备数量充足的合格全科医生则是其关键[1]。近年来我国全科医生数量不断增长，但与日益增长的社会需求相比，合格全科医生数量匮乏的问题依然存在，且短时间内不能得到有效解决。与此同时，基层全科医生岗位的吸引力不足，培训后全科医生的基层执业率不高，全科医生的培养与使用存在相脱节的问题，直接影响了全科医生制度的实施[2]。因此，探讨全科医生培养与使用相脱节问题的原因十分必要。本研究以广州医科大学开展的“5+2+1”全科医学专业硕士生培养项

基金项目：美国中华医学基金会（CMB）基金资助项目（11-076）

511432 广东省广州市，广州医科大学卫生管理学院

*通信作者：魏东海，教授；E-mail：weidhai@vip.163.com

www.chinagp.net C.G.P.

目为例，通过半结构化访谈调查该项目2012—2016年招收学生不愿意到基层医疗卫生机构执业的原因，并以此为基础，通过国内外培养模式对比及相关数据研究，深入分析我国全科医生培养与使用相脱节的原因，并提出相应对策建议，以期为我国全科医生培养机制和体制的进一步完善提供参考。

1 我国全科医生数量不足且短时间内难以解决

截至2015年，我国具有医学教育资格的各级、各类院校约有500余所[3]。据全国高等学校学生信息咨询与就业指导中心发布的数据，截至2017年，各类医学专业招生人数超过75万，其中临床医学专业年招生人数约为8万，但每年均有部分临床医学专业毕业生未从事医疗行业工作[4]。一项针对广东省某医科大学2006—2015年临床医学毕业生流向的调查结果显示，该校平均每年约有20%的临床医学毕业生未从事医疗行业工作[5]。若按此数据计算，至2020年我国执业医师数量可达344万，如可实现“到2020年培养全科医生30万人以上”的目标，那么执业医师中的全科医生占比可达到8.7%，每千人口全科医生数约为0.21人。即便如此，与全科医生制度或家庭医生制度实行较好的经济合作与发展组织（OECD）成员国相比，全科医生数量仍处于相对低配置水平（见表1）[6]。

截至2016年，我国全科医生总数约为20.9万人，每千人口全科医生数为0.15人[7]。自2012年以来，我国的全科医生总数及注册为全科医学专业的人数逐年增加（见表2），但距离“到2020年培养全科医生30万人以上，城乡每万名居民拥有2~3名合格的全科医生”的目标仍有较大差距[7-8]。据国务院深化医药卫生体制改革领导小组简报（第201期）2016年度医改工作进展监测报告数据显示，我国平均每年能增加经全科医生规范化培养的全科医生约8 000人[9]。若按此增长速度，要实现培养30万人全科医生的目标还需要相当长的一段时间。可见，我国全科医生数量不足的问题在短时间内难以解决。

2 我国全科医生培养与使用存在相脱节的问题

由于各国的国情不同，其全科医生的培养模式也不尽相同。在发达国家，全科医生的培养模式多采用先完成4~6年在校教育、再转入全科住院医师培训的模式（见表3）[10]，因此其全科医生培养属于本科毕业后教育。我国的人口基数大、医疗资源相对不足且配置不均衡，为在短时间内增加全科医生数量以满足建立分级诊疗制度的需求，我国的全科医生培养具有多渠道和多层次的特点，并未完全实现本科毕业后教育。目前，我国全科医生的主要培养方式可分为3类：（1）全科医生转岗培训，即对基层医疗卫生机构卫生人员进行短期培训，使其在短时间内获得全科医学知识与技能，转岗为全科医生。该培养方式是为了缓解全科医生数量短缺的过渡之策，但由于参加转岗培训的卫生人员水平存在差异，因此培养质量缺乏保证[10]。（2）在临床医学本科专业中设立全科医学方向，如农村订单定向免费医学生培养，其目的是提高农村基层医疗服务能力，缓解其医学人才短缺，也是一种过渡之策。据了解，通过该模式培养的部分毕业生“下基层”的意愿不强[11-12]。（3）“5+3”模式，即全科医学专业硕士生培养和全科医学住院医师规范化培训。二者的共同点是培训对象均为5年制临床医学专业毕业生，不同点在于全科医学专业硕士生培养是将硕士生学习与住院医师规范化培训合二为一。实践表明，全科医学专业硕士生培养与全科医学住院医师规范化培训是目前我国培养高质量全科医生的较好途径[13]。虽然多渠道、多层次的全科医学培养，在一定程度上增加了全科医生的数量，但上述3类培养方式均存在着培养与使用相脱节的问题。

表1 2015年我国与部分OECD成员国的全科医生配置情况比较

Table 1 Comparison of general practitioner allocation between China and some members of OECD（2015）

国家	全科医生在执业医师总数中的占比（%）	每千人口全科医生数（人）
加拿大	47.55	1.24
澳大利亚	33.00	1.15
英国	28.51	0.80
墨西哥	27.48	0.61
德国	16.21	0.67
美国	11.92	0.31
中国	6.21	0.14

注：OECD=经济合作与发展组织

表2 2012—2016年我国全科医生配置情况

Table 2 Allocation of general practitioners in China from 2012 to 2016

年份	全科医生总数	类型〔n（%）〕		全科医生在执业医师总数中的占比（%）	每千人口全科医生数（人）
		注册为全科医学专业	取得全科医生培训资格证		
2012年	109 794	37 173（33.86）	72 621（66.14）	4.20	0.08
2013年	145 511	47 402（32.58）	98 109（67.42）	5.21	0.11
2014年	172 597	64 156（37.17）	108 441（62.83）	5.99	0.13
2015年	188 649	68 364（36.24）	120 285（63.76）	6.21	0.14
2016年	209 083	77 631（37.13）	131 452（62.87）	6.55	0.15

以广州医科大学开展的“5+2+1”全科医学专业硕士生培养项目为例，该模式于2011年实施，“5+2+1”即5年临床医学本科教育+2年医院临床科室轮岗培训+1年社区医疗培训。2012年国家统一实施“5+3”住院医师规范化培训后，该模式将1年的社区医疗培训调整为6个月。该模式的主要特点为“三跨一重”：（1）跨部门，即教育部门与卫生部门相结合，体现医教协同，教育部门负责培养，卫生部门负责毕业后工作安排；跨专业，即临床医学与预防医学相交融，体现防治结合的基层医疗特点；跨国家，即国内外师资相结合，体现国际合作培养。（2）以岗位胜任力为导向进行课程设置，重视社区医疗培训。这种注重“三跨一重”的培养模式培养出的学生质量较高，学生毕业时可实现“四证合一”（见图1）[2]。根据该校研究生院招生办及就业指导办统计的数据，2012—2016年该项目共招生45人，已毕业37人、尚未毕业8人。在已毕业的37人中，31人到二/三级医院就业（全科2人、急诊科和内科29人），1人到卫生管理部门就业，4人暂缓就业，仅1人到城市社区卫生服务中心就业；尚未毕业的8人中，7人明确表示毕业后不考虑做全科医生，仅1人表示不排斥做全科医生。该项目的招收人数呈先增后减的趋势，2012—2016年的具体招收情况及毕业去向见表4。

www.chinagp.net

CGP Chinese General Practice
September 2018, Vol.21 No.25

表 3 部分国家的全科医生培养模式

Table 3 Training mode of general practitioners in some countries

国家	医学院校教育	毕业后教育
美国	4 年本科学习（2 年基础课程+2 年临床课程）	获得医学博士学位后进行 3 年全科医生培训
德国	2 年临床前期+4 年临床期学习	可申请医学博士学位并进行 2~3 年全科医学培训
英国	2 年基础医学+3 年临床医学	毕业后再注册接受全科医学培训
法国	2 年基础课程+4 年医学专业学习	3 年全科医学临床实践和理论学习
日本	择优录取接受 2 年一般教育和 4 年专业教育，第 5 年进入临床实习	3 年全科医学培训
澳大利亚	5~6 年医学本科教育	1 年实习医生结束后方可申请参加为期 3 年的全科医生培训计划

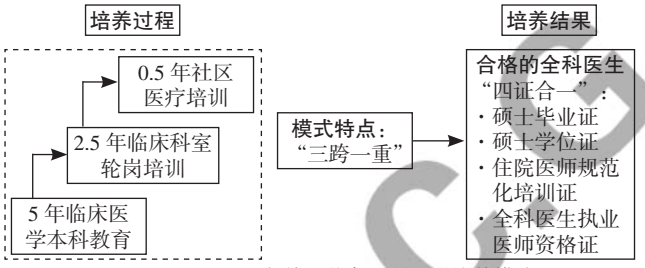

图 1 “5+2+1”全科医学专业硕士生培养模式

Figure 1 "5+2+1" training model for general practitioners

表 4 2012—2016 年“5+2+1”全科医学专业硕士生培养项目的招收人数及毕业去向（人）

Table 4 Enrollment and graduation information of students from the "5+2+1" program

年级	招收人数	毕业去向				
		三级医院	二级医院	基层医疗卫生机构	卫生管理部门	暂缓就业
2012 级	9	6	2	1	0	0
2013 级	10	7	1	0	0	2
2014 级	18	8	7	0	1	2
2015 级	6	–	–	–	–	–
2016 级	2	–	–	–	–	–

注：– 表示尚未毕业

3 全科医生培养与使用相脱节的原因

于 2017 年 4—11 月，对上述“5+2+1”全科医学专业硕士生培养项目招收的 45 人进行半结构化访谈。访谈提纲主要包括：（1）不愿意做全科医生的原因；（2）报考全科医学专业的原因。已毕业学生采用电话访谈，进行访谈的时间为 20：00 以后；尚未毕业的学生采用面对面访谈，进行访谈的时间、地点以受访者方便为原则选取。由 2 名访谈员进行访谈，1 名负责访谈、1 名负责记录，征求受访者同意后进行录音，访谈时间≤ 8 min，访谈过程中保证不受第三方干扰。对访谈资料进行反复整理核实后，得出以下结果。

3.1 不愿意做全科医生的原因 （1）收入偏低且工作条件差。有 41 人表示：全科医生的收入普遍低于专科医生，在农村工作的全科医生与在城市工作的全科医生之间收入也存在差别；基层医疗卫生机构的硬件设施普遍比较落后，全科医生的医疗工作难以有效开展。仅 4 人表示：全科医生的待遇和工作条件在将来会有所改善。（2）社会地位不高。45 人均表示：目前全科医生的社会地位不高，居民对基层全科医生的职责和专业技术能力存在认知偏差，对其专业能力的信任度较低，因此多选择直接到大医院就诊。此外，有 10 人表示：在基层医疗卫生机构做全科医生，职业身份可能不被认可，个人社会价值难以体现。（3）职业发展前景堪忧。有 40 人表示：对全科医生的职业发展前景感到担忧，按目前的职称评审体系，全科医生在基层医疗卫生机构执业获得高级别课题的机会较少，接触的病种多为常见病和多发病，发表高水平科研论文的难度较大，如果职称难以晋升，职业发展会受到影响。有 5 人表示：目前国家已经出台了关于加强全科医生队伍建设的相关政策，相信未来也会出台符合全科医生实际情况的职称评审政策。（4）不能专职从事医疗工作。有 42 人表示：全科医生在基层医疗卫生机构不能专职从事医疗工作，基层医疗卫生机构的职能是集社区预防、保健、医疗、康复、健康教育等为一体的，在此工作的全科医生往往也会“全科变全能”，要花费很多时间和精力去从事与医疗无关的工作，所学的临床知识和技能得不到很好运用。仅 3 人表示：全科医生在基层医疗卫生机构能够专职专用，可以成为居民的“健康守门人”。（5）工作地点的条件与个人追求更好生活条件之间存在矛盾。有 43 人表示：基层医疗卫生机构的全科医生，工作地点多为农村地区的乡镇卫生院、村卫生室，这些地方的社会经济发展相对落后，可能会影响到其个人生活条件，包括成立家庭后下一代的成长与发展条件；8 年的培训投入了大量的时间和精力，家庭在经济上也做出了较大的付出，因而毕业后更希望到经济较为发达、资源相对丰富的地区执业。仅 2 人表示：工作地点对家庭生活影响不大。经了解，该 2 人中 1 人在三级甲等医院全科执业、1 人在大城市社区卫生服务中心执业。

3.2 报考全科医学专业的原因 （1）34 人为报考其他专业分数不够，被调剂为全科医学专业。该部分学生中多数的户口所在地为农村，希望可以获取更高学位，以便于获得在城市工作的机会。（2）4 人的本科专业为全科医学方向，希望可以继续深入学习。（3）4 人希望获取硕士学位，主动选择调剂到全科医学专业。（4）3 人认为全科医学未来会有很好的发展前景，主动报考该专业。

4 体制的规定性和机制的保障性与激励性是解决问题的关键

根据上述调查，从表面上看，全科医生培养与使用相脱节问题的原因主要表现为：收入较低、工作条件差、社会地位不高、职业发展前景堪忧、不能专职从事医疗工作、工作地点条件与个人追求更好生活条件之间存在矛盾。但分析其深层次的原因，则涉及医疗体制、教育体制、社会保障机制与激励机制等方面。以社会地位问题为例，如果分级诊疗制度能够全面实现，社区居民必须到全科医生处首诊，那么全科医生的社会地位就会有所提高。为解决这一问题，国家有关部门出台了一些专项政策，提出要提高全科医生的待遇、改善全科医生的晋升途径等，但由于政策视角具有单一性，效果尚有待评估。笔者认为，要从根本上解决全科医生培养

www.chinagp.net

与使用相脱节的问题，需要有宏观层面上体制的规定性和机制的保障性与激励性做支撑。

4.1 建立有法律约束性的首诊在全科的分级诊疗制度 英国、德国、美国、澳大利亚等发达国家，通过强制的法律法规或全国性的医疗保险制度实施了全科医生首诊制度，该制度在控制医疗费用、分流患者、合理利用卫生资源等方面发挥了重要作用[14-15]。而我国并未对首诊在全科做强制性要求，社区居民受既往就医习惯等的影响，更愿意选择到大医院就诊。因此，建议在国家层面建立有法律约束的首诊在全科的分级诊疗制度，即所有居民必须在全科医生处首诊，如有需要，则由全科医生转诊至上一级医疗机构。以法定的形式要求首诊在全科，一方面可以提高医疗卫生资源的利用率，提升全科医生的社会地位和职业荣誉感，另一方面也要求要培养出高质量的全科医生，以提高居民对全科医生的信任。

4.2 建立有人额限定的招生制度和有针对性的培养体系 根据国务院深化医药卫生体制改革领导小组简报（第201期）2016年度医改工作进展监测报告，目前每年约有7.3万人参加住院医师规范化培训，参加全科医学专业住院医师规范化培训的人数约占总招生人数的10.9%[4]。要实现“到2030年城乡每万名居民拥有5名合格的全科医生”的目标[16]，全科医学专业住院医师规范化培训的招生比例应不低于总招生数的30%。同时，必须明确全科医学的学科定位，根据全科医学的特点，制定与之相匹配的培养方案，建立针对全科医生的临床培训基地和基层实践基地，遴选具有丰富社区工作经验的全科医生参与带教工作[13]，保证全科医学专业住院医师规范化培训具有针对性。

4.3 在基层医疗卫生机构设立全科诊所并加强硬件设施建设 建议在基层医疗卫生机构设立全科医生诊所，将全科医生与公共卫生医师的职能区分开来，以保证经过8年培养的全科医生从事的是基本医疗服务。政府部门应加大对基层医疗卫生机构硬件设施的投入力度，为基层医疗卫生机构配备必要的医疗设备；同时也要加快基层医疗卫生机构“互联网+”医疗建设，为首诊在全科、双向转诊提供有力的平台支撑。

4.4 制定适合全科医生的职称评审政策 全科医生职业的特殊性决定了其难以申报高级别的科研课题和发表高水平的科研论文，因此全科医生的晋升政策应与其他临床专科医生区别开来。针对全科医生职业的特殊性，建议设立专门的晋升激励机制，如根据全科医生的服务年限、服务质量、自我终身学习程度、所服务居民的健康状况等指标来进行评定。

4.5 强化医疗保险的调节机制 建立分级诊疗制度不仅要有法律的规定性，还要有医疗保险差别式报销的“杠杆”作用的调节机制支撑。一方面，要求参保者必须由全科医生转诊才能到上一级医疗机构就诊并获得医保报销；另一方面，差别式报销机制增大了不同级别医疗机构的报销比例差距，可改变居民的就医行为，引导居民合理就医。

4.6 从制度的角度保障全科医生对更好生活的追求 要破解基层全科医生数量缺口大而全科医生不愿意到基层医疗卫生机构执业的困境，不仅要采取上述措施，还要建立针对全科医生的用人制度。建议：（1）对于到基层就业和生活的全科医生，帮助其解决住房和子女教育问题；（2）实施县医院聘用、乡镇卫生院使用的“县管乡用”用人制度，在保证全科医生“回得去、用得上”[17]的同时，也为其个人及家庭生活追求提供保障；（3）实施三级医院聘用、通过互联网技术为基层医疗卫生机构提供服务的用人制度，即“人在医院，用在基层”，这种服务模式是基于现代科技改变全科医生传统工作地点和工作方式的有益尝试。

综上所述，我国目前实行的“5+3”的培养模式可以较好地解决全科医生“不会干”的问题，而“不愿干”问题的根源涉及多个方面，需要从体制和机制等多个角度协同管理，标本兼治，方能从根本上解决这一问题。

作者贡献：魏东海进行文章的构思与设计、文章的可行性分析，对文章整体负责，监督管理；冯欣贤、古彦珏、曹晓雯进行文献/资料收集与整理；冯欣贤撰写论文；张臣福进行论文的中文修订；古彦珏进行论文的英文修订；曹晓雯负责文章的质量控制及审校。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 黄敏芳，魏东海，Louis Rubino，等. 初级医疗保健体系的“三个支点”：美国加州与中国广东省的比较[J]. 中国全科医学，2015，18（10）：1105-1108. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2015.10.001.
HUANG M F，WEI D H，RUBINO L，et al. "Three Pivots" of primary care system：a comparison between state of California in the United States and Guangdong Province in China[J]. Chinese General Practice，2015，18（10）：1105-1108. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2015.10.001.

[2] 魏东海，张臣福，古彦珏，等. 基于“互联网+”重构利益格局助推全科医生制度建立的探讨[J]. 中国全科医学，2016，19（16）：1863-1866，1871. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.16.002.
WEI D H，ZHANG C F，GU Y J，et al. Refactoring pattern of interests based on "Internet+" in helping to push the establishment of general practitioner system[J]. Chinese General Practice，2016，19（16）：1863-1866，1871. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.16.002.

[3] 柯杨.21世纪中国医学教育改革再定位[M]. 北京：北京大学医学出版社，2014：3-4.

[4] 全国高等学校学生信息咨询与就业指导中心.教育部阳光高考信息平台专业知识库[EB/OL]. [2018-02-01]. https://gaokao.chsi.com.cn/zyk/zybk/specialityDetail.action?specialityId=73385072.

[5] 魏东海，张臣福，李大壮.从宏观视域看我国高等医学教育制度保障面临的挑战[J]. 医学教育管理，2016，2（4）：581-587. DOI：10.3969/j.issn.2096-045X.2016.04.005.
WEI D H，ZHANG C F，LI D Z.Challenges for the system of higher medical education designing based on the macro perspective in China[J]. Journal of Medical Education Management，2016，2（4）：581-587. DOI：10.3969/j.issn.2096-045X.2016.04.005.

[6] Organization for Economic Cooperation and Development.Population statistics[EB/OL]. [2018-02-01]. http://stats.oecd.org/.

www.chinagp.net C.G.P.

[7] 国家卫生和计划生育委员会.中国卫生和计划生育统计年鉴2017[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2018.
[8] 周灵利，汪和平，解龙，等. 我国全科医生资源配置现状及公平性分析[J]. 中国全科医学，2017，20（19）：2311-2315. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2017.19.004.
ZHOU L L，WANG H P，XIE L，et al. Status and equity of current distribution of general practitioners in China[J]. Chinese General Practice，2017，20（19）：2311-2315. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2017.19.004.
[9] 体制改革司.国务院深化医药卫生体制改革领导小组简报（第201期）2016年度医改工作进展监测报告[EB/OL]. （2017-07-12）[2018-02-01]. http：//www.moh.gov.cn/tigs/ygjb/201707/72dbee11426a48cfbe66325c20099c5f.shtml.
[10] 姬军生，刘刚，陈虹，等. 国外全科医生培养概况及其对我国全科医学教育的启示[J]. 中华医学教育杂志，2014，34（3）：474-477，480. DOI：10.3760/cma.j.issn.1673-677X.2014.03.044.
JI J S，LIU G，CHEN H，et al. Overview of general practitioners training abroad and the enlighten about domestic general[J]. Chinese Journal of Medical Education，2014，34（3）：474-477，480. DOI：10.3760/cma.j.issn.1673-677X.2014.03.044.
[11] 黄星，左延莉，潘小炎，等. 农村订单定向免费医学生现状调查研究[J]. 中国卫生事业管理，2015，32（6）：456-457，462.
HUANG X，ZUO Y L，PAN X Y，et al. Investigation on current status of rural-oriented tuition-waived medical students[J]. Chinese Health Service Management，2015，32（6）：456-457，462.
[12] 周晓峰，陈莉，汪俊华，等. 贵州省农村订单定向全科医学生基层就业意向的研究[J]. 中国卫生事业管理，2018，35（1）：56-59，76.
ZHOU X F，CHEN L，WANG J H，et al. Study on the employment intentions of the runal orders targeted genera practice stdents in grrassroots units in Guizhou Pnovince[J]. Chinese Health Service Management，2018，35（1）：56-59，76.
[13] 线福华，路孝琴，吕兆丰，等. 全科医生培养模式及其实施中相关问题的思考[J]. 中国全科医学，2012，15（8A）：2498-2501. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2012.08.004.
XIAN F H，LU X Q，LYU Z F，et al. Chinese general practitioner training scheme：challenges and strategies[J]. Chinese General Practice，2012，15（8A）：2498-2501. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2012.08.004.
[14] 卢祖洵，金国生.国外社区卫生服务[M]. 北京：人民卫生出版社，2001.
[15] 李勤.德国、瑞典的社区卫生服务[J]. 全科医学临床与教育，2005，3（4）：196-200. DOI：10.3969/j.issn.1672-3686.2005.04.002.
LI Q.Community health service in Germany and Sweden[J]. Chinese General Practice，2005，3（4）：196-200. DOI：10.3969/j.issn.1672-3686.2005.04.002.
[16] 国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[Z]. 2018.
[17] 苏强，瞿佳，吕帆，等. 全科医生的“国标省统，县管乡用”培养模式研究[J]. 中国全科医学，2014，17（19）：2243-2247. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2014.19.018.
SU Q，QU J，LYU F，et al. The training mode of "unified provincial enrollment and examination under national standards，and county hospital management of general practitioners working for rural grassroots medical institutions"[J]. Chinese General Practice，2014，17（19）：2243-2247. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2014.19.018.

（收稿日期：2018-03-29；修回日期：2018-07-30）
（本文编辑：王凤微）

·全科医生工具箱·

读者服务
——论文引言写作要点

1. 介绍研究背景：介绍研究背景的目的是提供足够的背景资料，说明论文的主题，以便让读者了解论文内容的重要性。通常是先指出较宽泛的一般性事实，然后将重点转入与论文所探讨的问题有密切联系的主题。对既往发表的相关研究进行文献回归，以介绍相关领域的研究概况与进展。

2. 提出研究问题：通过对背景的介绍，指出仍值得进一步研究的某个问题或现象（即指出问题并阐明研究动机）。指出存在问题的方法有以下4种形式：（1）既往学者尚未研究或处理不够完善的重要课题；（2）由既往研究所衍生出来的有待探讨的新问题；（3）有学者曾提出2个及以上互不相容或有争议的观点，而且必须做进一步的研究才能解决这些冲突；（4）对既往研究的扩展，以提出新方法，应用到新的领域。

3. 阐述研究目的：介绍研究的目的旨在将作者的研究任务具体化，可根据情况说明在已有的工作基础上本研究的预期结果。

（本刊编辑部整理）

www.chinagp.net C.G.P.