



社区卫生服务导论

SHEQU WEISHENG FUWU DAOLUN

(第3版)

主编/李学信



东南大学出版社

社区卫生服务导论

(第三版)

主 编 李学信

副主编 陈永年

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 宁(江苏职工医科大学)

刘 伟(江苏大学医学院)

刘 越(南京人口管理学院)

朴松林(南通大学医学院)

陆召军(徐州医学院)

陈永年(江苏职工医科大学)

李学信(江苏职工医科大学)

陈家应(南京医科大学)

张开金(东南大学医学院)

金安娜(江苏职工医科大学)

范 群(江苏职工医科大学)

柯世怀(江苏职工医科大学)

顾 勤(南京中医药大学)

董亚平(江苏职工医科大学)

覃朝晖(徐州医学院)

东南大学出版社

内 容 简 介

本书主要介绍以问题为目标的健康照顾,以人为中心的健康照顾,以家庭为单位的健康照顾,以社区为范围的健康照顾,社区诊断,社区卫生服务的计划、实施与评价,社区卫生服务机构的设置与管理,社区卫生服务质量管理,社区服务信息管理,社区卫生服务的医患沟通,社区健康管理,农村新型合作医疗制度与社区卫生服务,城镇职工基本医疗保险与社区卫生服务。本书内容丰富、结构合理、实用性和可操作性强。

本书可作为全科医师岗位培训教材,也可作为全科医学专业和临床医学专业的本科教材。

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生服务导论/李学信主编,陈永年副主编
—3版. —南京:东南大学出版社,2007.1
ISBN 978—7—5641—0654—6

I. 社... II. ①李... ②陈... III. 社区服务:卫生服务—教材 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 005175 号

东南大学出版社

(南京市四牌楼2号 210096)

出版人:江汉

江苏省新华书店经销 大丰市科星印刷有限责任公司

开本:787mm×1092mm 1/16 印张:11.75 字数:291千字

2002年1月第1版 2007年1月第3版第1次印刷

ISBN 978—7—5641—0654—6/R·76

印数:1—5000册 定价:20.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行部调换,联系电话:025-83795801)

序

社区卫生服务是卫生服务体系的重要基础。积极推进和发展社区卫生服务,是卫生工作贯彻“三个代表”重要思想的具体体现,是卫生改革的重要举措。通过发展社区卫生服务,建立新型的城乡卫生服务体系,可以把群众的大部分健康问题经济、有效地解决在社区,对于保障人民群众基本医疗和预防保健服务的供给,建立新型的医患关系,提高群众健康水平,具有极为重要的意义。

全科医师和社区护士是社区卫生服务的主要提供者,因而要提高社区卫生服务机构的服务水平,必须要有大量合格的全科医师和社区护士。按照卫生部的要求,根据我国的国情,在大学本科毕业后全科医师规范化培训制度没有建立之前,对基层具有执业资格、已经从事或即将从事社区卫生服务的医护人员进行岗位培训,是解决全科医师和社区护士来源问题的主要途径。全科医师和社区护士岗位培训工作关系到社区卫生服务专业队伍的建设,各市卫生行政主管部门应当给予高度的重视,积极做好培训的宣传发动和组织工作。各社区卫生服务机构也应从队伍建设的长远考虑,积极组织本单位的医、护人员分期分批参加培训。

为满足全科医师和社区护士岗位培训工作的需要,我厅组织省内有关医学院校和医疗卫生单位的专家,制订了统一的全科医师和社区护士岗位培训教学计划和大纲,并在此基础上编写了配套的培训教材,这对于统一培训的规格、保证培训的质量是很有必要的。培训教材的参编者都是我省医学院校多年从事这方面教学的骨干教师和有关医疗卫生单位的专家。编写者在编写过程中参考了大量的国内外资料和文献,总结、吸收了国内外开展社区卫生服务

的经验,力求做到实用性、科学性和可读性相结合。这些教材不仅可以供全科医师和社区护士岗位培训使用,还可以作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务技术水平和服务质量、推动社区卫生服务健康发展发挥积极的作用。我也希望承担培训工作的院校,在培训工作的实践中及时总结经验,不断了解全科医学和社区卫生服务的新进展,以便于以后教材的修订。

这些教材的编写和出版得到了各有关医学院校和医疗卫生单位,特别是东南大学出版社的大力支持,教材的参编人员付出了大量的辛勤劳动,在此,对这些单位的有关同志和有关部门一并表示感谢。

江苏省卫生厅厅长 **周珉**

2004年6月

前 言

《社区卫生服务导论》于1999年8月编写出版,供全科医生岗位培训和社区卫生服务管理干部培训使用。其间于2003年进行了修订,随着卫生改革的不断深入,经过几年社区卫生服务的实践,人们对社区卫生服务的认识也在不断深化,为了使本书更好地适应社区卫生服务的发展形势,我们对原书再次进行了修改。

修改后的全书在二版的基础上充实了部分内容,由11章扩充为14章。第一章绪论,将原先的一、二两章合并,介绍了全科医学的基础知识,全科医学、全科医疗的基本概念和基本特征,全科医生的角色作用,全科医学与其他医学学科的关系,概要地介绍了社区卫生服务的发展背景、服务内容和方式、促进发展的政策和规划目标、国外社区卫生服务的概况;第三章到第五章,介绍了全科医学和社区卫生服务以病人为中心、以家庭为单位、以社区为范围的服务方式和服务特点;第六章到第十二章,分别讨论了社区卫生服务从进行社区诊断到制定计划、机构设置、质量管理、信息管理、人员队伍管理以及社区卫生服务的评价等各个工作步骤的做法和工作要求。其中增加了近年来提出的社区健康管理的有关内容。第十三、十四两章加写了农村新型合作医疗和城市职工基本医疗保障制度与社区卫生服务的关系,阐述了应将社区卫生服务与医疗保障制度相衔接,发挥其“守门人”作用的观点。

目前,我国的社区卫生服务仍然在不断进行探索之中,加上我们的水平有限,本书仍然存在不足之处,恳请广大读者提出宝贵意见。

编者
2006年11月



目 录

第一章 绪论	(1)
一、全科医学	(1)
二、社区卫生服务	(9)
三、我国全科医学及社区卫生服务的发展	(11)
四、国外全科/家庭医学发展现状	(12)
第二章 以问题为目标的健康照顾	(15)
一、基本概念	(15)
二、健康照顾为什么应以问题为目标	(16)
三、如何实施以问题为目标的健康照顾	(19)
四、全科医生在以问题为目标的健康照顾中的优势	(20)
五、实施以问题为目标的健康照顾的基本原则	(20)
第三章 以人为中心的健康照顾	(22)
一、以人为中心的健康照顾的基本原则与方法	(22)
二、以病人为中心的服务	(25)
第四章 以家庭为单位的健康照顾	(34)
一、以家庭为单位的健康照顾的相关基础理论	(34)
二、家庭对健康的影响	(35)
三、生活事件与家庭危机对健康的影响	(36)
四、全科医师在以家庭为单位的照顾中的作用	(37)
五、以家庭为单位的健康照顾的常用方法	(39)
第五章 以社区为范围的健康照顾	(46)
一、社区与健康	(46)
二、以社区为范围的健康照顾的定义及实施	(52)
第六章 社区诊断	(58)
一、社区诊断概述	(58)
二、社区卫生调查	(59)

三、社区诊断	(64)
四、社区诊断报告	(68)
第七章 社区卫生服务的计划、实施与评价	(78)
一、社区卫生服务计划	(78)
二、社区卫生服务计划的实施	(82)
三、社区卫生服务的评价	(84)
第八章 社区卫生服务机构的设置与管理	(100)
一、社区卫生服务机构的设置	(100)
二、社区卫生服务机构的行政管理	(103)
三、社区卫生服务人力资源管理	(105)
四、社区卫生服务经济管理	(110)
五、社区卫生服务营销管理	(112)
第九章 社区卫生服务质量管理	(117)
一、质量管理概述	(117)
二、社区卫生服务质量管理的指导思想	(119)
三、社区卫生服务质量管理的主要任务	(120)
四、社区卫生服务质量管理的模式	(121)
五、主要社区卫生服务质量管理的内容	(124)
第十章 社区卫生服务信息管理	(126)
一、社区卫生服务信息管理概述	(126)
二、居民健康档案	(128)
三、社区卫生服务信息管理技术	(133)
四、电子计算机在社区卫生服务信息管理中的应用	(135)
第十一章 社区卫生服务的医患沟通	(139)
一、医患关系概述	(139)
二、医患沟通的内涵	(141)
三、医患沟通的基本技巧	(144)
第十二章 社区健康管理	(151)
一、健康管理的概述	(151)
二、健康管理的流程和技术平台	(156)
三、个体健康管理与群体健康管理	(159)



第十三章 农村新型合作医疗制度与社区卫生服务	(161)
一、概述	(161)
二、新农合的主要内容与运行机制	(162)
三、新农合取得的成绩和存在的问题	(164)
四、新农合与农村社区卫生服务	(167)
第十四章 城镇职工基本医疗保险与社区卫生服务	(169)
一、基本概念	(169)
二、国外医疗保险的主要模式	(169)
三、我国公费、劳保医疗制度	(171)
四、城镇职工基本医疗保险制度的改革	(172)
五、城镇职工基本医疗保险制度与社区卫生服务	(174)
主要参考文献	(176)



第一章 绪 论

全科医学或家庭医学是近 30 年来发展起来的一个初级卫生保健(primary health care, PHC)领域里的新学科,从 20 世纪 80 年代后期这一学科引入我国以来,已为越来越多的人所接受,以全科医学理论为基础的社区卫生服务模式正以燎原之势在全国普遍推行。社区卫生服务是一种新型的基层医疗卫生服务模式,开展社区卫生服务是深化卫生改革的重要内容,建立功能合理、方便群众的卫生服务网络是卫生事业发展的必然趋势。发展社区卫生服务有利于优化卫生资源的配置,合理使用资源;有利于城镇职工医疗保险制度的改革与完善,使有限的投入获得更高的效益,使广大群众能够充分地享有最基本的卫生服务,以保证“人人享有卫生保健(health for all, HFA)”目标的实现。

一、全科医学

(一) 医疗服务模式的发展和演变

医学的起源和形成是人类与大自然长期斗争实践的结果,人类在创造物质财富的同时,也在积累着医药方面的知识和经验。2000 多年前,我国人民的针灸术和产生于春秋战国时代的《黄帝内经》,就是当时治疗疾病经验的总结。同祖国医学一样,当时被西方国家誉为“医学之父”的希波克拉底(公元前 460~377 年),根据对疾病的观察提出四体液学说,出版了《空气、土壤和水》这一专著。古代医学是从整体观出发,运用朴素的唯物论和自发的辩证法思想去看待疾病现象,且医学教育一般采用师带徒的方法。那时的医生通常都从病人的整体出发,根据医书和自己的经验作出诊疗意见,并采取适合的手段去调节病人体内系统,重建平衡,达到恢复健康的目的。

随着治疗技术和医学理论的提高,祖国医学逐渐向专科方向发展,宋、元时期(公元 960 年~公元 1368 年)分为大方脉、杂医、小方脉、妇产、正骨、眼科、口齿等 13 种。在欧洲,从 4~15 世纪的 1000 多年间,由于封建和宗教思想的影响,自然科学和医学的发展受到抑制。16 世纪以后的欧洲,文艺复兴带动了早期资本主义的发展,同时,生产力的解放也促进了医学科学的发展。如哈维(1578~1657 年)创立血液循环学说,以科学实验为基础,将实验方法引入生理学和医学的研究之中;R. Hooke 和 A. Leeuwenhock 用显微镜观察发现了细胞和细菌;Roentgen 发现了 X 射线;Riva-Rocci 发明了血压计等。一批新技术的发明和使用大大加深了医生对疾病现象的认识。然而,当时医生所关注的还只是疾病本身,医疗服务活动的基本方式也仅仅限于医生与病人之间的个人交往。

19 世纪 20 年代以前,世界各国医疗服务都是不分科的。在欧美,起源于 18 世纪的“general practice, GP”是指受过医学的一般训练但不分科的基层医生所提供的医疗服务,称为通科医疗。这种基层医生称为通科医生(general practitioners, GPs)。近代医学的发展突出表现在基础医学的发展上,临床医学仍处于未分化的阶段。当时这些不分科的医生,除少数人在为数不多的医院工作外,大多数医生在社区独立开业行医。尽管当时医疗技术水平不高,对许多疾病还束手无策,但他们生活在社区居民中,却也能够解决病人和家庭的一般健康问题。当病人处于危难之际,他们能及时给予帮助和安慰。他们是数百年来社区日常

生活不可缺少、受人尊敬的角色。19、20 世纪之交,自然科学完全摆脱了形而上学的思想方法,医学也逐步建立起了自身的概念和理论体系。千百年来肆虐人类的各种传染病和营养不良症也一一被查到了元凶。随着药品种类的增多和治疗检查技术的进步,医疗的重点从社区转向医院,专科医疗开始发展。当时美国的医学教育发展较快,全美大约有 160 多所医学院校,在校生超过 25 000 多人。其中,创建于 1890 年的 Johns Hopkins 医学院设立了 4 年制本科学位教育,其中包括 2 年基础知识和 2 年临床医学专科课程,并设有一所附属医院进行临床教学。1910 年 A. Flexner 应美国医学会(AMA)邀请,对医学院校进行现况调查,并发表了一篇题为《加强生物医学教育》的抨击性文章。此后,Johns Hopkins 医学院创造的教学模式得到了肯定和推荐,并影响到全美,各院校开始按照不同专业要求来组织教学,从此通科医疗明显趋向于专科化,并逐渐影响到了整个世界。专科医疗服务模式的成功,大大促进了医院专科化和医学科研机构的发展进程,诊治手段的高科技化,更使专科医疗服务达到空前的繁荣。20 世纪以来,特别是第二次世界大战后,科学技术的进步,促使了医学更迅猛地发展。器官移植、试管婴儿、克隆技术创造出神话般的奇迹,人们深信依靠高科技能解决人类的一切病痛。由此,造成了人们对医院和专科医生的崇拜。但是,由于专科医疗过度专科化和过度使用高科技,必然带来高额医药费用,加之世界范围内出现了人口老龄化,疾病谱、死因位次改变以及医学模式的转变,使专科医疗服务出现明显的局限性,专科医生很难提供满意的可及性、连续性、综合性服务。这就直接影响着卫生事业的发展和人民对卫生资源的享用。20 世纪 50 年代后期,世界医学界掀起了一场医疗服务模式变革的浪潮,通科医疗又重新被推到了改革的前沿。1947 年美国成立通科医疗学会(The American Academy of General Practice, AAGP),他们代表通科医生,关心通科医生的问题;1964 年 4 月成立的美国家庭医疗专科委员会(American Board of Family Practice, ABFP),其成员与 AAGP 同龄,但更具进取心。肯塔基大学医学院 William Willard 提出了“家庭医学”和“家庭医生”两种专业术语、培训计划以及认证委员会。通过提供鲜明的特征性服务,来阐明家庭医生与病人及其家庭之间的相互关系,力求使家庭医疗作为一种崭新的医疗服务模式为医学界和民众所接受。1969 年 2 月 ABFP 得到顾问委员会的认可,通常我们把这一时间看作“全科医学/家庭医学”学科的正式建立日期,将经过系统规范化培训的医生称为家庭医师(family physician)。而英国一些国家仍沿用 GPs,称为全科医师。在英国,1948 年颁布了国家卫生服务法,规定基本卫生保健服务主要由全科医生提供,病人与全科医生之间可自由选择,只要经过全科医生登记,便可得到服务。在澳洲,创建于 1958 年的皇家澳大利亚全科医生学院(RACGP),在全科医生培训中发挥了重要作用。20 世纪 70 年代起,美国建立了医疗法规,对医生业务水平的要求提高了,培训更加规范了。1971 年 AAGP 改名为美国家庭医师学会(American Academy of Family Physician, AAFP),至今为止,它一直代表着政界和教育界在家庭医学方面的意见。20 世纪 70 年代中期,由于实施家庭医学训练计划,全科医师人数迅速增加。世界全科医师和家庭医师学会(World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA)1972 年在澳大利亚墨尔本正式成立,学会热情地为全科医师提供了学术和信息交流的讲坛,发展全科医生学术组织,并以其出色的活动大大促进了全科医学在世界各地的发展。

(二) 全科医学的基本概念及特征

20 世纪 60 年代以前,世界各国大都使用“general practitioners(GPs)”和“general



practice(GP)”的名称,通常翻译为通科医生和通科医疗。1969年得到认可的ABFP,标志着全科医学/家庭医学学科的正式建立。不同国家、地区在称谓上有所差异,在英国及大多英联邦国家仍使用GPs、GP,但多数学者认为应翻译为全科医师、全科医疗,而美国、加拿大以及我国台湾省则改用“family physician”、“family practice”和“family medicine”,翻译为家庭医师、家庭医疗和家庭医学,以突出这一学科以家庭为单位的的服务内容和服务特色。目前,多数学者主张将“general practice/family medicine”,即全科医学/家庭医学,作为这一学科的正式名称。

1. 全科医学的定义 全科医学或家庭医学(general practice/family medicine)是一门整合生物医学、行为科学和社会科学,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围,提供综合性的医疗保健服务的新型临床医学专科。

以上定义突出了全科医学这一学科的理论基础,不仅仅是生物医学,它是由生物医学、行为医学和社会科学整合以后而产生的一个新型学科,突破了以往传统的生物医学层面,更加适应“生物—心理—社会”这一现代医学模式转变;突出了以“人的健康为中心”这个21世纪的卫生服务主题,全科医学的服务对象不应仅限于个体,更应关注家庭、社区这样的群体服务;突出了全科医学的专科特征,全科医学的学科定位应是临床医学的二级学科,它与内科、外科一样,是一个全科医学专科,同时它又不同于内科、外科这样的专科,全科医学专科的学科功能定位是基本卫生保健服务,即提供基本的医疗服务和基本的公共卫生服务。

2. 全科医学的基本特征

(1)医疗保健服务体系的基础和网底:在世界范围内,卫生服务体系大体可区分为两类:一是提供医院服务的机构;二是提供基本的医疗保健服务的基层机构。前者主要提供急诊服务和住院服务,后者是社区大多数人最先接触医疗保健服务的地方,承担着解决绝大多数人的健康问题的任务。在不少国家和地区,全科医生在这些基层的卫生服务机构中担当首诊医生,发挥着基本医疗保健服务和医疗保险的“守门人”作用,他们服务的好坏直接决定了社区居民享用医疗保健服务的质量。

(2)以人的健康为中心,提供人格化的服务:全科医学的最终目标是“人人享有健康”,它所研究的、所做的一切都是为了人的健康。专科医疗在疾病诊断治疗过程中,通常以疾病为中心,医生看病往往只看到疾病层面,只关注疾病的发生、发展和转归,而很少注意到病人的情绪、心理及行为特征,把病人看成是疾病的载体,病人只作为生物人。而全科医生的看法则不同,他们认为人不仅有生物属性,还有社会属性,更重要的还有人体的整体观念及人与自然的统一性,同时还应看到人的个性化特征、个人的健康信念、人的知-信-行模式(KABP Model)亦存在着较大差异。这些内容在服务时都是应该考虑到的。只有因人而异地提供适宜服务,才能收到好的效果。所以,全科医学服务应更加注重人格化、人性化。

(3)以家庭为单位的健康服务:全科医学把家庭这一社会的基本单元作为开展医疗保健服务的单位,是考虑到个人与家庭之间存在着密不可分的联系,血缘、亲情、遗传等因素决定着个人和家庭的健康特征,而健康人、病人在家庭中的关系会影响着健患双方。另外,在人的一生中大部分时间是在家庭中度过的,家庭的外部结构、内在结构以及家庭生活周期的不同阶段都会对家庭成员的健康有明显影响。对于全科医生来说,必须以家庭为单位来提供服务,因为有时真正的病人并非是就诊者,而是家庭中的其他成员,甚至是整个家庭。

(4)以社区为范围的健康服务:人生活在社区里,社区环境、社区人群的人口学特征、健康特征、行为特征和社会特征与健康有着密切的关系。用全科医学理论武装起来的全科医

生理应立足于基层的医疗保健服务,服务于社区,服务于人群,把工作内容由单纯的临床治疗,扩大到预防保健,用流行病学观点和方法对社区进行卫生学调查和社区诊断,针对社区的主要卫生问题,制订和实施社区卫生计划并评价其效果,提高社区健康水平。40年前由S. Kark等提出的以社区为导向的基层医疗保健服务(community oriented primary care, COPC),自20世纪80年代以来,在世界各地得到了蓬勃发展,把众多的社区卫生服务机构联系在一起,从而提高了社区卫生服务能力,提高了全科医生的素质和能力,提高了全科医疗水平和社区整体健康水平。

(5)以现代医学模式的健康服务:医学模式是在不同历史阶段和医学科学水平上,观察和处理医学问题的思想与方法,是对人类健康与疾病总体的特点和本质的概括,其核心是医学观。医学模式在不同历史阶段,由于健康问题的不同而不同。第一次世界卫生革命,人类面对的是传染病防治,推行的是生物医学模式。在20世纪40年代人类有效地控制了传染病的危害以后,慢性非传染性疾病的危害突出了。这类疾病大都与不良生活行为习惯、心理、社会环境压力有密切联系,对这类疾病只能用“生物-心理-社会”这一现代医学模式去解决。这就是我们所面临的第二次世界卫生革命的具体使命。

(6)以预防医学为导向的健康服务:全科医学对个人、家庭和社区健康实施整体负责和全程控制,必然会使“预防为主”的思想真正落实。有人统计称,中国人群中符合WHO健康标准的约占10%,处于亚健康状态的约占65%,有各种疾病的约占25%。疾病自然史告诉我们:疾病有“冰山现象”,即典型的临床病人只是一座巨大冰山露出水面的尖子,而大量的不典型病例和病原携带者却埋在海平面以下,它们是冰山的主体,所以全科医生只有运用预防医学中的一、二、三级预防手段,对服务对象进行健康教育、营养及体育锻炼指导、生活环境改造等健康促进(health promotion)手段和消除病因、预防接种、保护高危人群等特殊预防手段,以及“三早(早发现、早诊断、早治疗)”预防措施,解决大量的群体防治问题。对于已出现病损、失能、残障者,应给予积极的康复治疗。以预防医学为导向的健康服务,是投入最小产出最高的健康服务。

(7)以团队模式的健康服务:全科医生不是“万能”医生,更不是“万金油”医生。在美国,家庭医生有侧重于医疗的,有侧重于预防的。我们的社区卫生服务是“六位一体”的综合性服务,全科医生作为个人、家庭和社区健康的维护者,为了能提供优质的综合性和协调性卫生服务,常需要与其他卫生专业人员合作,建立以全科医生为核心的医疗保健团队。这有利于发挥集体优势,分工合作、取长补短;有利于为社区居民提供优质完整的医疗保健服务;有利于合理安排工作和休息,以及接受培训学习等。所以,通常由全科医生、公共卫生医生、社区护士等不同专业人员组成团队。全科医生是团队的主体和骨干,同时也是双向转诊的桥梁,他们能将病人安排给团队网络中最合适的专科医生和机构去接受治疗和照顾。

(三)全科医疗的基本概念和特征

1. 全科医疗的定义 全科医疗和专科医疗都是一种医疗服务。但是,全科医疗是根据全科医学/家庭医学理论,运用现代医学模式,由全科医生所提供的一种初级卫生保健服务(PHC)。通常由全科医生给予求助者提供心理上、身体上的全面健康照顾。它以病人为中心、家庭为单位、社区为范围,运用团队形式提供人格化的、可及性的、连续性的、综合性的、协调性的基本医疗保健服务。

2. 全科医疗的基本特征

(1)人格化的服务:过去专科医疗服务通常看的是疾病,而只把人作为疾病的载体来对



待。全科医疗服务则把生病的人看作主体。人的属性既有生物层面又有社会层面,医生在诊疗服务中只有把生病的人看作主体,才能取得最佳的医疗保健服务效果。

(2)可及性服务:全科医生通常是初级卫生保健(PHC)服务的主要提供者,其主要工作场所是在社区里,尤其关注家庭和其成员。这种长期生活、工作在社区里的全科/家庭医生,从心理上、情感上易于被人们所接受,医生和社区居民距离拉近了,关系融洽了,这就为全科医生提供可及性服务打下了坚实的基础。从全科医生层面来看,一般全科医生都是该社区的一名成员,他们了解所服务社区中存在的大小问题并和许多家庭建立固定的服务合同关系,了解每个家庭中的人际关系、健康问题,提出最具针对性的处理方法,以最小的投入收取最大的效益;再从社区居民层面来看,有自己可以信赖的“私人家庭医生”,可消除盲目投医状况,增强了依从性,使社区居民能在第一时间享受优质的医疗保健服务。

(3)连续性服务:专科医疗一般仅提供间断性服务,医生是在病人就诊时才接触病人,病人离开诊室则诊疗活动自然结束,下次就诊再看病人,其间情况不得而知。而全科医疗是根据生命规律来提供服务的,全科医疗对人从生到死这个生命全过程的健康负有责任。全科/家庭医生对个人、家庭和社区负有连续性照顾的责任,尤其是对签订医患合同的个人或家庭来说,全科/家庭医生就是您的“私人家庭医生”,他们对每个人的不同人生阶段、对每个家庭、对整个社区的健康维护和健康促进负有责任。这种责任不因单一疾病的治疗或转诊而中止,且服务不受时间和空间的限制。全科/家庭医生这种持续性服务是连续的、动态的、全程的服务,真正有利于使人人享受健康,人人健康长寿。

(4)综合性服务:全科医疗服务是一种立体多维服务模式。从服务范围看,有个人、家庭和社区群体服务;从服务内容看,有预防、医疗、保健和康复等,在我国倡导的社区卫生服务内容中提到“六位一体”的功能,即预防、保健、健康教育、计划生育技术服务与指导、医疗和康复;从服务层面来看,有生物层面、心理层面和社会层面等;从服务对象来看,有疾病病人、亚健康状态的人和健康人。所以全科医疗是一种“全方位”、“立体性”的四维服务模式。

(5)协调性服务:全科/家庭医生一方面掌握着大量的各级各类医疗保健机构和医学专家的信息,另一方面亦掌握着大量的个人、家庭和社区需求的服务信息。他们可以成为“健康代理人”,一旦病人需要,则成为精明的“中介人”,去充分利用社区内外的一切可用资源,为个人、家庭和社区提供“全方位”、优质快捷的服务。全科/家庭医生在全科医疗中的这种协调性服务是非常独特的、高效的。

(四)全科医师

全科医师和通科医生是有很大不同的,尽管英文翻译都相同,正如前面所述,在欧美等国,起源于18世纪的通科医生,是指受过一般医学训练的基层医生。全科医师则是指接受过系统、规范化培训的医生。而我们提出的全科医师,则是正规医学院校毕业后(即获得医学学士学位)再进行全科医学的规范化培训(3~4年),考试合格的全科医学专科医师,以及在正规医学院校毕业后,长期在基层医疗保健机构工作并取得执业医师资格、中级以上临床医学专业技术资格,经过岗位培训,考试合格的医师。

1. 全科医师的定位 全科/家庭医生应具有崇高的思想品质和高尚医德,具有深厚而扎实的医学理论基础,较强的医疗保健实践能力和人际沟通技巧,能为社区居民和家庭提供综合性的医疗保健服务的医生。他们是全科医疗的主要实施者,是社区卫生服务的主要提供者,是提供基本医疗保健服务和管理医疗保险制度的两个“守门人”。

2. 全科医师的角色作用 全科医师是为个人、家庭和社区提供基本卫生保健服务

(PHC)和社区卫生服务的医生。他们的角色作用必然要反映到以下几方面。

(1)全科医师是基本医疗保健服务的提供者。作为全科医师就应该对社区居民的医疗、预防和保健需求负有整体责任,负责提供常见健康问题的首诊服务,并能解决社区绝大多数居民的常见健康问题,当好两个“守门人”,提供优质的医疗保健服务。

(2)全科医师是健康与疾病咨询服务者。由于全科医师用的是一种合作型决策模式,具有高超的医疗技术、深受社区居民爱戴和信任的医德,他与病人的关系非常密切。人们不论是健康问题还是家庭问题,或是个人问题,都乐意听取全科医师的意见,希望得到他们的帮助。

(3)全科医师应是一位教育者。全科医师通常像老师对学生那样关心、呵护病人。当病人低沉的时候,要鼓励他树立战胜疾病的信心;当情绪不稳定时,应及时给予疏导,解开心结。同时全科医师要对服务对象随时随地进行健康教育,传播卫生知识、治疗和预防疾病的经验,善解病人的感受,善待病人,通过良好的人际沟通技巧,解答病人提出的各种问题,指导病人进行有效的自我保健,设法调动医患双方积极性,促进康复。

(4)全科医师应是社区管理者。城市卫生工作的重点在社区,要积极发展社区卫生服务。全科医师在社区卫生服务中处于核心、骨干的位置上,这就要求全科医生积极发挥社区卫生服务中的管理者的角色作用。全科医师应在社区卫生服务机构中,积极参与策划社区卫生服务工作,开展全科医疗;积极参与对机构的人、财、物管理。对社区服务中的其他工作,亦应尽可能协助社区参与管理,做好工作。

(5)全科医师是基层卫生决策者。全科医师在卫生服务中,应更多地考虑从伦理学、经济学和实际需要,来提供诊疗服务和健康维护服务。

(6)全科医师应是社区卫生的协调者。全科医师掌握着大量的社区内外卫生资源和信息,当需要时,应负责提供协调性服务,积极参与建立双向转诊、会诊工作,积极协调家庭、社区一切可以利用的资源,满足社区居民的卫生服务需要。

(7)全科医师应成为病人的朋友。全科医师不同于其他临床专科医师,通常专科医师用的是权威型决策模式。而全科医师用的是合作型决策模式,这就是说全科医师在诊疗活动中,与病人是平等的,是病人的朋友,可以进行无障碍地交流,提高其依从性,达到满意的诊疗效果。由于全科医师提供的是持续性、可及性的服务,这必然密切了医患关系,使得社区居民即使没有健康问题,也会经常与全科医师联系。

3. 全科医师的素质要求

(1)应具备的职业道德:全科医师应具有强烈的人文情感,热爱全科医疗、社区卫生服务事业,有为之奉献的敬业精神,关心社区居民健康,有高度的责任感、使命感和同情心,善于人际沟通和交流,尊重病人,在任何情况下都不拒绝病人并乐于做他们的朋友。无论其经济、文化、社会地位如何,都能一视同仁、谨慎地为病人保密,维护病人的个人权益;具有严谨朴素的工作作风和主动服务的精神,及时、周到、全心全意地为社区居民服务,不进行违背道德和良心的不合法操作,忠于职守,维护职业信誉;具有执著的科学精神,刻苦钻研业务,技术上的精益求精,同时具有实事求是的工作态度、科学的临床思维方法;积极参加教学与科研活动、学术交流以及继续医学教育,努力提高自身业务素质 and 执业水平。

(2)应具备的业务素质:全科医师应具有宽而扎实的基础医学知识,知识结构应包括生物医学、临床医学、预防医学、行为医学以及社会科学等,认真学习、掌握,并熟练运用于自己的工作之中。全科医师应当具有敏锐的观察力,积极而稳定的情绪,良好的记忆力,较强的



沟通技巧和人际交往能力;另外,还要有较强的医疗保健实践能力,能够解决社区 80% 以上的常见健康问题,使社区居民能享受到优质的卫生服务。

4. 全科医师的培养 医学教育大体上可分为基础医学教育、毕业后医学教育和继续医学教育三大类。由于全科医师的主要工作场所是社区卫生服务机构和综合性医院的全科/家庭医学科,服务对象主要是人、家庭和社区,故世界各国和地区都非常重视全科医师的培养与教育。通常采用毕业后全科医学教育和全科医生岗位培训方式进行培养。

(1)采用毕业后通过全科医学教育方式来培养全科医师,是各地的主导模式。即医学院校毕业后(获得学士学位),通过 3~4 年的全科医学专科培训,用 2/3 时间进行临床医学实践培训,1/3 时间进行社区实践培训,通过国家考试,获得全科/家庭医师专业技术资格。这种培训不同于临床住院医师规范化培训,亦不同于预防医师的规范化培训。毕业后全科医学教育,又称全科医师规范化培训,目前已在国内一些省份进行。为推动全科医师制度改革,有的省也在进行全科专科医师培训的试点工作。

(2)全科医师岗位培训。从我国实际出发,大力开展全科医师岗位培训教育是当务之急,是现时全科医师培养的重点。一般将具有执业医师资格和主治医师专业技术职称的临床医生,通过 600 学时左右的全科医学培训,使其转型到全科医师岗位上来。这是一种充分利用现有基层卫生人力资源培养全科医师的有效途径,值得推广。

(3)目前在国内一些地方有医学院校开设本、专科全科医学专业学历教育。对这类教育形式在认识上存在分歧,但不管是临床医学专业,还是全科医学专业的毕业生,都应进行严格的毕业后规范化培训,以确保质量。

(4)积极开展全科医学继续医学教育。继续医学教育是一种终身教育,各地应严格管理,每年应积极申报和实施继续医学教育项目,规定学时数或学分数,规定考核方法,采用定期全科医师注册制度,确保全科医师素质和技术水平不断提高。

(5)合格的卫生人力资源,是社区卫生服务可持续性发展的重要条件,除了培养一大批高素质的全科医师以外,还应积极培养合格的社区护士、合格的预防保健医师,以及合格的农村全科医生队伍。

(五)全科医学的研究方法

全科医学研究可以应用预防医学、临床医学和社会科学等学科的一些研究方法。常用的可以大体分为描述性研究方法、分析性研究方法、实验性研究方法和理论性研究方法。

1. 描述性研究方法 描述性研究属于观察研究方法,是研究者直接去调查客观存在的事物,不去对其改变或施加影响,将观察收集到的内容描写叙述出来,发现存在的问题,以便采取干预措施。如社区卫生服务需求调查、社区卫生资源调查、社区卫生服务系统现况调查、社区健康问题调查以及社区诊断等。这种研究首先要明确调查目的,提出调查设计,选用普查还是抽样调查,收集资料并整理分析资料,最后写出调查报告。

2. 分析性研究方法 分析性研究方法亦属于观察研究方法,是一种探讨和验证突发事件原因或致病危险因素的方法。常用病例-对照研究、病例-病例研究和群组研究方法。前者是一种从果推因的研究方法,后者是一种从因到果的研究方法,如社区主要卫生问题病因学研究、长寿因素探讨、慢性病的危险因素研究等。

3. 实验性研究方法 本研究方法通常以人作为研究对象,以欲验证的病因假设、危险因素或治疗、预防保健措施为实验因素,通过严格设计、随机化原则分配研究对象,科学收集和整理分析资料,从而得出结论。如慢性病防治的实验研究、社区干预实验研究等。

4. 理论性研究方法 全科医学和社区卫生服务,是一个崭新学科和新型卫生服务实践,同时也是医疗卫生服务模式的改革。这里有许多理论和实践问题需要研究,有许多方针、政策需要研究制定。

(六)全科医学与相关学科的关系

1. 全科医学与社会医学的关系 社会医学(social medicine)是一门从社会学角度研究医学问题,研究社会因素与健康之间的相互作用及规律,制定社会保健对策、措施,增进群体健康水平和社会活动能力,提高生活质量的学科。其主要任务是:研究心理、行为因素与健康之间的关系;分析不同群体健康状况、存在的问题,确定其保健需求;提出适宜的保健原则、组织形式和实施方法;建立文明健康的生活方式,提高生活质量。社区医学(community medicine)是一门突出社区特点,充分发掘利用社区资源,以满足社区卫生服务需求的医学学科。社会医学侧重于研究社会因素与健康 and 疾病的关系,研究医学的战略性和理论性、方向性问题;社区医学侧重于研究医学的战术性、实践性的微观管理问题。

从历史上看,从1848年盖林提出社会医学以来,直至20世纪初,欧洲国家通常将公共卫生学、社会卫生学、社会医学名称交替使用,20世纪70年代后英国改称为社区医学。由此不难看出二者之间有其必然联系和一致性的一面,但还是有所区别的。全科医学是近30年来形成的新学科,十分关注心理、行为、社会因素对健康的影响,充分地发掘社会、社区各种资源,以满足人群日益增长的医疗健康需求,促进健康水平,提高生活质量。所以全科医学需要社会医学,并与社会医学共同发展。

2. 全科医学与预防医学、流行病学的关系 预防医学(preventive medicine)是以群体为研究对象,研究环境因素对人群健康状况的影响及其规律,制定有利的环境因素和控制不利环境因素的对策、措施,并评价其效果,以达到预防疾病、促进健康、延长寿命的学科。流行病学(epidemiology)是研究人群中疾病与健康状态的分布及其决定因素,探讨病因,制定预防对策和措施并考核其效果的学科,也有称流行病学是一门研究、促进健康的方法学。

这两门学科与全科医学的联系十分紧密,共同研究个体、家庭和社区健康的方法,控制环境因素危害、改造不良环境因素、防治疾病和促进健康的方法,均可为全科医学所用。学好预防医学、流行病学,不仅能提高全科医生的业务素质和技术水平,更重要的还在于提高个体、家庭和社区的健康水平。

3. 全科医学与行为科学的关系 行为科学(behavior sciences)是在整合心理学、社会学和文化人类学等学科的基本理论和方法的基础上发展起来的,旨在研究自然和社会环境中人类需要、动机、行为三者之间的关系,探索人类行为规律的一门综合性学科。随着人类疾病谱和死因位次的变化,心理行为因素与健康的关系越来越密切。而全科医学正是运用现代的“生物—心理—社会”医学模式,去研究健康问题,所以全科医学需要行为科学并借助其来发展。

4. 全科医学与临床医学的关系 全科医学如同内科学、外科学一样,是临床医学的二级专科。全科医师也同其他临床医师一样,能提供高质量的全科医疗服务,除了能独立解决全科医疗服务以外,还能提供综合性的社区卫生服务,所以,在全科医生的培养中,临床医学是他们必需学习和掌握的学科。