



QUANKEYIXUE GAILUN

● 主编 何 坪

全科医学概论

郑州大学出版社

125848



QUANKEYIXUE GAILUN

R4
HPb
C-3

○ 主编 何 坪

全科医学概论



21 (73)

R8m 37/07

解放军医学图书馆[书]



C0239993

郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学概论/何坪主编. —郑州:郑州大学出版社, 2003. 11

高等职业技术教育教材

ISBN 7-81048-831-7

I. 全… II. 何… III. 全科医学-高等学校:技术教育-教材
IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 096300 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:谷振清

全国新华书店经销

郑州文华印务有限公司印制

开本:787 mm × 1 092 mm

印张:16.25

字数:371 千字

版次:2003 年 11 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-6966070

1/16

印次:2003 年 11 月第 1 次印刷

书号:ISBN 7-81048-831-7/R·488

定价:28.00 元

本书如有印装质量问题,由承印厂负责调换

《全科医学概论》编写委员会

主 编:何 坪

副主编:何秀琴

主 审:陈祖禹 王润华 董蜀荣

顾 问:龚 智 吴春容

编 委:(以姓氏笔画为序)

戎 健 朱 秋 江 敏 李曼霞

何 坪 张 融 周洪敏 钟朝辉

崔凤容

《全科医学概论》编审委员会

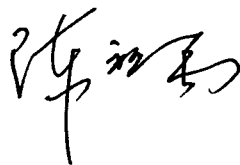
龚 智 陈祖禹 王润华 董蜀荣
何 坪 戎 蓉 戎 键 张 融
吴永宏 王一萍 吕祖铭 史若飞
陈凤兰

序

全国全科医学教育工作会提出：“全科医师规范化培训(毕业后教育)是我国全科医学教育体系的核心,是今后培训全科医师的重要途径。而以在职人员转型培训为重点的全科医师岗位培训工作,是结合我国国情开展社区卫生服务的迫切需要,是现阶段培训工作的重点。”培训离不开教材,此本《全科医学概论》在我国现有全科医师岗位培训教材不足的情况下新鲜出炉,可喜可贺!

长期以来,我国医疗卫生资源配置不合理,存在着服务模式落后,缺乏人情味等弊端。全科医学教育的开展,社区卫生服务工作的推进,使医学由单纯的诊治医疗转化为终生保健,由依靠高技术为主转化为采用适宜技术和服务为主的医疗保健,有利于向病人提供综合、连续的服务。本教材在总结全科医学教育经验的基础上,充分吸取和借鉴了国内外全科医学先进的理论和实践,在推广全科医学观念的同时,强调了全科医学与社区卫生服务的密切关系,更具针对性、实用性和可操作性,对全科医学教育,提高社区卫生服务水平将起到积极的作用。

重庆市全科医学教育中心主任
全国全科医学培训网络常务理事
重庆医学会全科医学专业委员会主任



2003 年 11 月

前 言

全科医学作为支撑社区卫生服务的主要学科,在中国已有十几年的发展历程。随着生活水平的提高,人们的健康观念也随之发生转变,对卫生服务的需求也相应增强。于是,医学工作重点已经从传染病向慢性非传染性疾病和退行性疾病转移(例如高血压、心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤等);人们的健康观念也由过去的“无病就是健康”转为健康必须是生理、心理和社会功能处于完好状态;医学目的也从过去的对抗疾病和死亡转向促进健康、预防早死和提高生命质量。因此,推动卫生体制改革,大力发展社区卫生服务成为必然。

1997年《中共中央、国务院关于发展卫生改革与发展的决定》明确提出要“加快发展全科医学,培训全科医生”,1999年国家十部委联合下发了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,明确指出全科医生是提供社区卫生服务的骨干力量。随后卫生部制定了《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》,并相继出版了全科医师岗位培训的配套教材,有力地促进了全国全科医学教育的开展,取得了一定的成效。为了使教材更具针对性、实用性和可操作性,重庆市全科医学教育中心在重庆市医学会全科医学专业委员会的支持下,总结近6年的全科医学教育经验,借鉴市内外知名的全科医学专家的理论 and 实践,编写了《全科医学概论》。

本教材具有明确的岗位针对性、适应性和实用性,可供我国医学生全科医学学历教育和在职岗位培训或继续医学教育使用。

重庆市卫生局龚智副局长对本书的编写给予了大力支持与关怀,编写提纲经吴春容教授审阅并得到肯定,郑州大学出版社给予了具体指导,在此一并致谢!

由于教材总体设计变化大,涉及许多新学科、新理论和新方法,因此在内容和形式上难免有不妥之处,深望广大读者和同行专家见仁见智,不吝赐教。

编者

2003年11月

目 录

第一章 社区卫生服务	1	第二章 全科医学的基本概念	26
第一节 社区卫生服务基本概念与特征	1	第一节 全科医学	26
一、社区	1	一、全科医学发展简史	26
二、社区卫生服务	2	二、全科医学的基本原则	29
第二节 全科医学在社区卫生服务中的地位 and 作用	3	第二节 全科医疗	31
一、我国卫生工作方针	3	一、定义	31
二、我国卫生改革的重点	4	二、全科医疗的特征	31
三、社区卫生服务在卫生改革中的地位 and 作用	5	三、全科医疗与专科医疗区别	32
四、全科医学在社区卫生服务中的地位 and 作用	5	四、全科医疗与基层医疗的关系	33
第三节 发展社区卫生服务的必要性和重要性	6	第三节 全科医生	33
一、适应卫生市场的需要	6	一、定义	34
二、适应卫生体制改革的需要	8	二、全科医生的角色与职责	34
三、适应医学教育改革的需要	10	三、全科医生与专科医生区别	35
四、适应医学模式转变的需要	10	四、全科医生的知识结构 with 能力	35
第四节 社区卫生服务的组织管理	11	第三章 全科医学的整体观	39
一、社区卫生服务机构的设置	11	一、医学的整体观	39
二、社区卫生服务机构执业管理办法	12	二、病人的整体观	43
三、社区卫生服务机构管理	13	三、健康的整体观	45
第五节 国内外社区卫生服务发展现状	16	四、健康问题的整体观	47
一、国外社区卫生服务发展现状	16	五、医学服务的整体观	50
二、国内社区卫生服务发展现状	18	六、卫生服务管理的整体观	50
		七、系统整体性的方法	51
		第四章 全科医学的基本方法	55
		第一节 以人为本的健康照顾	55
		一、以人为本的基本概念	55
		二、以人为本的病人照顾方法	60
		三、以病人为中心的门诊服务规范	70

第二节 以家庭为单位的服务····· 73	二、非语言交往····· 163
一、家庭的定义、类型、结构、功能··· 75	第四节 医患交往····· 166
二、家庭生活周期····· 81	一、医患关系····· 167
三、家庭与健康····· 84	二、医患模式····· 169
四、家庭评估····· 87	三、医患交往····· 170
五、家庭保健服务项目····· 92	四、医患沟通····· 171
第三节 以社区为范围的健康照顾	五、医患评估····· 174
····· 98	
一、以社区为导向的基层保健····· 99	第六章 全科医疗中法律常识····· 175
二、社区与社区居民健康····· 102	第一节 卫生法律与法规····· 175
三、社区诊断····· 110	一、法律与法规····· 175
四、社区卫生服务的目标与内容··· 115	二、卫生法律与法规····· 176
第四节 以预防为导向的健康照顾	三、卫生法中的法律责任····· 176
····· 118	第二节 医疗事故及其法律处理程序
一、全科医学中的三级预防····· 118	····· 177
二、临床预防的基本方法····· 121	一、医疗事故及其分类与等级····· 177
第五节 全科医学的其他临床策略	二、与医疗事故相关的概念····· 180
····· 140	三、医疗事故的处置····· 181
一、社区常见健康问题特征····· 140	四、医疗事故的鉴定····· 182
二、综合性和连续性服务优势····· 141	五、医疗事故责任者的处罚····· 184
三、合理利用各种资源····· 142	六、医疗事故赔偿的项目与标准··· 185
四、成本效益原则····· 144	第三节 医疗事故与纠纷的防范措施
五、循证医学的方法····· 145	····· 186
第五章 全科医学的人际交往····· 148	第四节 医疗事故诉讼的“举证责任
第一节 人际交往的基本技巧··· 148	倒置”原则····· 187
一、人际交往的基本要素····· 148	一、一度引起医务界广泛争论的“举证
二、人际交往的作用····· 150	倒置”····· 187
三、人际交往的基本技巧····· 150	二、举证倒置的利弊分析····· 187
第二节 人际吸引····· 152	三、举证倒置也是一种有益的法律约束
一、仪表吸引····· 152	····· 189
二、品质与能力吸引····· 154	四、正视举证倒置,提高医疗服务质量
三、邻近或接近性吸引····· 155	····· 190
四、相似性吸引····· 156	第五节 医师的执业资格····· 192
五、互补性吸引····· 157	一、医师资格考试制度····· 192
六、报答与奖励性吸引····· 157	二、医师资格考试的主要内容····· 193
第三节 人际交往手段····· 159	三、从医师资格到医生兼职····· 193
一、语言交往····· 159	

第七章 健康档案的建立与管理 ... 195

第一节 建立社区居民健康档案的

目的 195

一、掌握居民的基本情况和健康现状

..... 195

二、开展社区卫生服务 195

三、为全科医学教育和科研提供信息资料

..... 195

四、作为社区卫生服务领域内重要的医疗

法律文书 196

五、评价全科医生服务质量和技术水平

..... 196

第二节 居民健康档案的基本内容

..... 196

一、个人健康档案 196

二、家庭健康档案 207

三、社区健康档案 212

第三节 社区居民健康档案的管理

..... 216

一、健康档案建立过程中的管理 ... 216

二、健康档案归档过程中的管理 ... 216

三、健康档案使用中的管理 217

第四节 计算机在健康档案管理中的

应用 217

一、计算机化健康档案系统的优点

..... 217

二、计算机化健康档案在使用中的问题

..... 218

三、计算机化健康档案系统的功能模块

..... 218

第八章 全科医学教育与科研 223

第一节 国外全科医学教育简介

..... 223

一、美国的家庭医学及其教育 224

二、英国的全科医学及其教育 225

三、加拿大的家庭医疗 228

四、澳大利亚的全科医学及其教育

..... 230

第二节 世界全科医师/家庭医师学会

..... 231

第三节 我国全科医学教育体系

..... 232

一、我国全科医学的引进 232

二、我国的全科医学教育 233

三、建立中国特色的全科医学教育体系

..... 234

四、香港和台湾的全科/家庭医学情况

..... 236

第四节 全科医学的科研 238

一、全科医学科研的学科基础 239

二、全科医学科研的设计和实施 ... 240

三、全科医学临床科研与评价 241

附录一 案例 245

附录二 医师资格考试报考类别全称

及代码 247

参考文献 248

第一章 社区卫生服务

随着社会经济的发展和人们生活水平的提高,人的寿命越来越长,加上生育水平提高和新生儿死亡率不断下降,社会人口老龄化日趋明显,加之疾病谱和死因谱的改变,人们对生活质量和卫生保健的需求也发生了变化,要求也越来越高。卫生服务的宗旨已从以疾病为中心、医疗为重点的“治病救人、救死扶伤”向以人为中心、预防为重点的“维护和促进人群的健康、延长健康寿命”转移。因此,现有的医院医疗服务已不足以满足社会的需要,新形势下发展社区卫生服务势在必行。社区卫生服务就是实现从全人群多维健康着眼,对人的生命周期采取从促进健康、预防保健、合理治疗、社区护理到康复的全面综合保健措施。1997年1月15日《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》明确指出,要“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”。1999年,我国确立了关于发展社区卫生服务的总目标:到2010年,在全国范围内建立较为完善的社区卫生服务体系。社区卫生服务已成为我国卫生服务中最为重要的部分,是建立城镇职工基本医疗保险制度的重要基础,是保障我国人民能够“人人享有卫生保健”的重要举措。

第一节 社区卫生服务基本概念与特征

一、社区

早在19世纪(1881年),德国学者F. Tonnies曾定义社区(communitiy)是以家庭为基础的历史共同体,是血缘共同体和地缘共同体的结合。美国学者Goeppinger认为:社区是以地域为基础的实体,由正式或非正式的组织、机构或群体等社会系统组成,彼此依赖,行使社会功能。我国著名社会学家费孝通先生给社区下的定义为:社区是若干社会群体(家族、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一个地域所形成的一个生活上相互关联的大集体,是社会有机体最基本的内容,是宏观社会的缩影(“微观社会”)。联合国世界卫生组织(WHO)曾提出:社区卫生服务中的社区是一个有代表性的社区,其人口数大约10万~30万之间,其面积在5 000~50 000 km²。我国的生活社区一般指城市的街道、居委会及农村的乡镇、村,社区人口在3万左右;功能社区是指机关企业事业团体、军队。

社区是个社会学单位概念,它既是构成社会的基本单位,也可以被视为宏观社会的缩影。因此,构成社区须具有以下五个基本要素。

1. 一定的人群 有相似的风俗习惯和生活方式的人群居住在一起。例如分布在各省

的少数民族,他们有共同的风俗习惯、生活方式。

2. 一定的区域 社区范围大小不定,可按行政区域来划分界限或按其地理范围来划分。

3. 有一定的生活服务设施。

4. 具有特定的文化背景和生活方式。

5. 一定的生活制度和管理机构,如街道办事处、派出所等。

社区是有组织的社会实体,有群众也有领导,社区领导不仅是社会经济生活的组织者,也是城乡卫生保健事业的组织者、管理者和领导者,他们对本地区、本单位人群的健康负责,是开展社区医疗保健服务的组织保证。

二、社区卫生服务

1978年,世界卫生组织阿拉木宣言中,强调初级卫生保健应从个人、家庭和社区开始,“社区参与”对于“人人健康”战略目标的实现具有重要意义。此后,与“基层医疗”(primary care)类似的概念——“社区卫生服务(community based healthy care/service, CHC/CHS)”(又称为社区健康服务,community based healthy care)开始在上世界流行。

社区卫生服务既是卫生服务体系的重要组成部分,又是社区(发展)建设的重要组成部分。社区卫生服务的基本概念是以社区为基础,以社区人群的卫生服务需求为导向,建立综合、经济、方便、可及的、连续的基层卫生服务。该概念体现以下几方面内涵:①强调了社区卫生服务的场所必须在社区;②服务的目标必须以社区居民“需求”(demands)为导向,而不是传统的以“需要”(needs)为导向;③所提供的服务内容不仅仅是疾病的医疗,而应是集防、治、保、康、教、计划生育技术指导为一体的全方位服务;④服务必须是居民在经济上能够承担且能够方便地接受。

社区卫生服务机构主要是社区卫生服务中心,工作人员的主体是全科医师。重点人群是妇女、儿童、老年人、慢性病患者、残疾人。服务内容强调预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育技术指导“六位一体”。服务特点表现为以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。世界上许多国家都实行分级医疗与转诊制度,即将现有医疗资源不论其隶属系统,根据其不同的规模与功能分为三级:基层医疗单位、二级医院和三级医院。这一体系被认为是健全医疗保健网的主要工作,也是全民医疗保险能否实现的先决条件。在上述医疗保健体系中,不同级别的医院和诊所之间存在着有机的双向转诊联系。基层医疗机构负责社区的健康人群、高危人群的健康管理与常见病的第一线诊疗,以及住院患者回到社区后的长期康复管理。二、三级医院主要负责少见病和疑难问题的专科诊疗,同时还应基层的要求进行适时的会诊和接纳转诊的住院患者,并承担对基层医生定期进行的继续医学教育培训工作。

社区卫生服务的对象是社区中的全体居民,包括有健康问题的人和健康的人、就诊的病人和未就诊的病人。社区卫生服务的重点对象是妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等,不分年龄、性别、病种等。

社区卫生服务原则是以个人健康为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以预防为导向、以满足个人及其家庭的基本卫生服务需求为目的,以提高社区全体居民的健康水平和

生活质量为最终目标。

社区卫生服务的内容包括主要由全科医生提供的全科医疗服务、初级卫生保健服务、社会服务三大部分。

社区卫生服务的团队应以全科医生为核心,由其他医生、护士、公共卫生人员、社区团体(学校、工厂等)、社区机构(居委会、妇联、爱委会、计划生育委员会等)、社区居民代表、社会工作者、志愿者等组成。

社区卫生服务从影响健康的四个因素,包括环境、生物、行为、生活方式入手,将预防、保健、健康促进、医疗、康复和计划生育技术服务在社区融为一体,根据人群对卫生服务的需求,立足社区,全面开展生物、心理和社会卫生服务,其突出特点为以下五点。

(一) 广泛性

社区卫生服务的对象是社区全体居民,包括健康人群、亚健康人群、疾病人群。服务不分年龄、性别、病种。

(二) 综合性

针对不同的人群,服务内容由预防、保健、医疗、健康教育、计划生育技术服务等综合而成,并涉及健康的生物、心理、社会各个层面。

(三) 连续性

社区卫生服务是从生到死(极而言之,是从生前到死后)的全过程服务,即连续性的、不能打断的医患之间的关系。其连续包括以下几个方面:①人生的各个阶段,从婚育咨询开始,经过孕期、产期、新生儿期、婴幼儿期、少儿期、青春期、中年期、老年期直到濒死期,都在服务范围内,当病人去世后,对其家属居丧期的保健,以及某些遗传危险因素和疾病的持续性监测问题;②健康-疾病-康复的各个阶段,社区卫生服务承担一、二、三级预防任务,从健康促进、危险因素的监控,到疾病的早、中、晚各期的长期管理;③不分时间、地点对其服务对象根据需要事先或随时提供持续性照顾。

(四) 可及性

社区卫生服务对于服务对象而言,应体现出地理上的接近、使用上的方便、关系上的亲切、结果上的有效以及价格上的便宜(合理)等一系列使人易于利用的特点。

(五) 协调性

协调各级医疗保健部门及该社区所在政府部门与社区内个人、家庭、团体的相互联系,密切作用,以充足的人力、物力、财力资源提供各种服务,如病人的转诊、出诊、访视、健康教育、心理咨询、社区内水源的治理及传染病的预防报告。

第二节 全科医学在社区卫生服务中的地位和作用

一、我国卫生工作方针

1996年12月,中共中央、国务院召开了第一次全国卫生工作会议,制订了我国新时期卫生工作方针:“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技和教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。核心是保护和促进人民健康,为社

社会主义现代化建设服务。”提出我国卫生体制改革原则:“坚持为人民服务的宗旨,正确处理社会效益和经济效益的关系,把社会效益放在首位;从国情出发,合理配置资源,因地制宜,提高质量和效率,缩小地区间的差距;医疗机构以国家、集体为主,其他社会力量和个人为补充的多种经营形式;扩大对外开放,利用和借鉴国外先进科学技术和管理经验;加强卫生行业职业道德和法制建设,规范行业管理”。通过改革,旨在增强卫生事业的活力,充分调动卫生机构和卫生工作者的积极性,不断提高服务的质量和效率,更好地为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。逐渐使我国的卫生体制成为宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。

二、我国卫生改革的重点

(一) 改革城镇职工医疗保障制度

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求:建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度,逐步扩大覆盖面,为城镇全体职工提供基本医疗保险。

建立城镇职工医疗保险制度的原则是:基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应;城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险,实行属地管理;基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。

基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。由劳动保障部会同卫生部、财政部等有关部门制定定点医疗机构和定点药店的资格审定办法。社会保险经办机构负责确定定点医疗机构和定点药店,并同定点医疗机构和定点药店签订合同,明确各自的责任、权利和义务。在确定定点医疗机构和定点药店时,引入竞争机制,职工可选择若干定点医疗机构就医、购药,也可持处方在若干定点药店购药。国家药品监督管理局会同有关部门制定定点药店购药、药事事故处理办法。

(二) 改革卫生管理体制

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》指出:各级卫生行政部门转变职能,运用法律法规、方针政策、规划指导、信息服务和经济手段等,加强行业管理。

利用区域卫生规划来合理配置并充分利用现有的卫生资源,提高卫生资源利用效率。区域卫生规划是政府对卫生事业发展实行宏观调控的重要手段,它以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求为目标,对机构、床位、人员、设备等卫生资源实行统筹规划,合理配置。

(三) 改革城市卫生服务体系

积极发展社区卫生服务,形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。基层卫生机构以社区、家庭、个人为服务对象,开展预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育技术服务等工作。把社区医疗服务纳入职工医疗保险,建立双向转诊制度。城市大医院主要从事危重症和疑难病症的诊疗,结合临床实践开展医学教育和科研工作,不断提高医学科技水平,还要开发适宜技术,指导和培训基层卫生人员。社会力量和个人办医实行自主经营、自负盈亏,政府对其积极引导,依法审批,严格监督管理。

(四) 改革卫生机构的管理模式和运行机制

实行卫生工作全行业管理,完善规章制度,健全医疗服务技术规范。合理划分卫生监督 and 卫生技术服务的职责,理顺和完善卫生监督体系,依法行使卫生行政监督职责。

建立新的医疗机构分类管理制度。将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理。国家根据医疗机构性质、社会功能及其承担的任务,制定并实施不同的财税、价格政策。非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位,享受相应的税收优惠政策。营利性医疗机构服务价格放开,依法自主经营,照章纳税。

改革预防保健体系,建立综合性预防保健体系,负责公共卫生、疾病预防、控制和保健领域的业务技术指导任务,并提供技术咨询和调查处理传染病流行、中毒等公共卫生突发事件。

实行医药分开核算,分别管理。医院药品收入实行收支两条线管理。药品收支结余全部上缴卫生行政部门,纳入财政专户管理,合理返还,主要用于弥补医疗成本以及社区卫生服务、预防保健等其他卫生事业。

规范医疗机构购药行为,药品采取集中招标的方式采购。集中招标采购必须坚持公开、公平竞争的原则。

推行卫生机构院(所、站)长负责制;加强医疗机构的经济管理,进行成本核算,有效利用人力、物力、财力等资源,提高效率,降低成本;深化医疗机构人事制度和分配制度改革;改革和完善卫生服务的价格体系;实行医院后勤服务社会化等。通过改革卫生机构运行机制,建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。

三、社区卫生服务在卫生改革中的地位和作用

1997年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求“积极发展社区卫生服务”。1999年,我国确立了关于发展城市社区卫生服务的总体目标:2005年,在大部分城市基本建成配套政策落实、服务网络健全、人力配置和服务功能完善、监督管理规范、筹资渠道畅通、适应社会需求的社区卫生服务体系,至少80%的地级以上城市基本建成以非营利性医疗机构为主导,以具有综合功能的社区卫生服务机构为主体,其他中西医基层医疗机构为补充的社区卫生服务网络。到2010年,在全国范围内建成较为完善的社区卫生服务体系。社区卫生服务是国家城市卫生服务体系的重要组成部分、功能中心和活动焦点,是个人、家庭与国家卫生系统接触的第一环节,是使医疗卫生保健服务持续进行的重要基础。社区卫生服务可以:①保证区域卫生规划实施;②提供基本卫生服务,满足人民群众日益增长的卫生服务需求,预防、维护和促进人群健康水平;③合理使用卫生资源,健全城市卫生服务网络,提高卫生服务效果、效率和效益;④有效降低医疗费用,促进城镇职工基本医疗保险制度的建立;⑤拓展卫生服务领域,开展全科医疗、社区护理,实现医学模式的转变;⑥加强社会主义精神文明建设,密切党群与干群关系、维护社会稳定。

四、全科医学在社区卫生服务中的地位和作用

我国的社区卫生服务虽然已经初具规模,但是调查显示:目前67.5%的15岁及以上人群不信任社区卫生服务,20%的人认为社区卫生服务质量太低不可信。湖北武汉同济

医科大学的一项调查表明,在武汉各级医院就诊的 1246 名患者中有近半数(49.88%)没有社区卫生机构就过诊,1/4 以上(26.20%)的患者不愿意接受社区卫生服务。1988 年 WHO 专家 Dr. Rajakumar 建议中国开展全科医学教育后社区卫生服务才有实质性的进展。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出,“加快发展全科医学,培养全科医生”是积极推进我国社区卫生服务工作和卫生体制改革的关键,切实为社区培养一大批高素质的全科医生和社区护士是我国社区卫生服务可持续发展的核心。

美国家庭(全科)医生协会(American academy of general practice, AAGP)于 1984 年曾将全科医学(general practice, GP)定义为是一种整合生物医学、行为科学及社会医学的独特的综合性临床医疗专科,是一种新型的医疗服务模式。

社区是全科医学的事业基础,全科医生是由接受全科医学教育的医生立足社区,向人群提供可及的、综合的、连续的、协调的、个体化的一种基本医疗保健服务。因此,社区卫生服务应该以全科医疗为核心,以全科医生为骨干,以社区护士、公共卫生人员为基础,带动其他各项服务的深入发展。

第三节 发展社区卫生服务的必要性和重要性

一、适应卫生市场的需要

卫生服务是一种业务性很强的服务行业,同样遵循市场规律,卫生市场正在发生明显变化。我们卫生服务的总目标是维护和促进人群的健康,因此,服务的对象是“人”,而我国的人群在人口数量、人口特征、所在家庭、生活行为以及人群疾病谱和死因谱等都在发生一系列的变化,这必然要求我国的卫生服务与之相适应。

(一)城市人口增加

第二次世界大战后,各国的社会经济条件普遍改善,加之公共卫生事业迅速发展,以及以急性传染病与营养不良为目标的第一次卫生革命的成功,使人口死亡率、特别是婴儿和产妇死亡率明显下降,促进了人类的长寿和人口数量的激增。同时,随着现代社会的高度工业化和城市化进程,人类的生存环境发生了根本的改变,人们对生活的需求也随之提高。大量人口集中于现代化的大城市,原有大批农业村镇变成了工业化城市,使生活空间十分拥挤,住房、交通、卫生、教育、娱乐等公共设施和事业的发展远远跟不上需要,导致了人群的许多心理、社会及生态问题。这些问题人群虽然不需要立即就医或住院,大部分待在单位和家庭,虽需要帮助,但自己并不知道。因此,现行的医院服务被动的服务形式已远远不适用于现代社会。

根据对人群健康状况的统计,处于健康状态的只占 5%,处于疾病的占 20%,处于亚健康状态的占 75%。医院只服务于疾病高峰期的人群,而大量的亚健康人群、健康人群、疾病的早期人群在社区以及社区的家庭中,因此,需要社区卫生服务机构提供主动的基层医疗保健服务。

(二)人口老龄化

按照联合国标准,一个国家或地区 60 岁或 65 岁及以上的人口数达到总人口数 10%

或7%,这个国家或地区则称之为老龄化国家或地区。照此标准,我国已进入老龄化国家,中国人口老龄化进程加快,老年化比率上升迅猛,每年以3.2%的速度增长,60岁以上人口到2000年达1.3亿,占总人口比例10%;在一些大城市,老龄化趋势更加明显,上海已达18%,广州17%,重庆8%。到2050年将达4亿,占总人口比例的25%。人口老龄化一方面给社会造成了巨大的压力,使社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,增加了社会和家庭的经济负担;另一方面,适应力、调节力、保健力下降,卫生需求多,尤其是退行性病变和慢性病,需要终身照顾,但费用承担极其有限(据统计老年人在临终前4个月所用医疗费用是其一生医疗费用的60%),加之家庭的护理和照顾能力有限,我国独身和身边无成年子女的老年人占老年人总数的25%,到2005年“空巢家庭”中的老年人将占老年人的一半,于是出现了对医护依赖性强而卫生服务跟不上的问题。老年化的趋势要求改变卫生服务模式,因此提供优质、便捷、低廉的社区化、家庭化的主动的卫生服务成为必然。

(三) 家庭结构与功能变化

现代家庭类型以核心家庭较多,据统计绝大多数社区核心家庭占社区家庭类型的60%,独身、单亲、丧偶家庭占20%,主干、联合及其他家庭占20%。核心家庭规模小,家庭应付事件包括卫生、教育等问题的能力较差,与家庭有关健康问题增多,对医护依赖增强,需要社区化、家庭化服务需求迫切。

(四) 疾病谱和死因谱变化

20世纪中期以前,影响人类健康的主要疾病是各种传染病和营养不良症。随着生物医学防治手段的不断发展与公共卫生的普及,以及营养状态的普遍改善,传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的顺位逐渐下降,并为慢性退行性疾病、生活方式及行为疾病所致的慢性非传染性疾病所取代。我国城市总人群中慢性病患率,已由1985年237.2‰增加到1993年的285.8‰(表1-1)。

表1-1 我国城市总人群中主要慢性病患率的变化(每千人)(1985~1993)

	1985年	1993年
总患病率	237.20	285.80
传染病	6.31	5.18
肿瘤	2.85	3.96
糖尿病	2.25	6.43
眼疾病	3.99	6.69
心脏病	27.27	33.83
高血压	36.39	29.83
脑血管疾病	5.22	9.79
循环系统疾病	71.49	78.55
呼吸系统疾病	41.97	31.28
消化系统疾病	41.50	48.96
运动系统病	26.90	38.36