

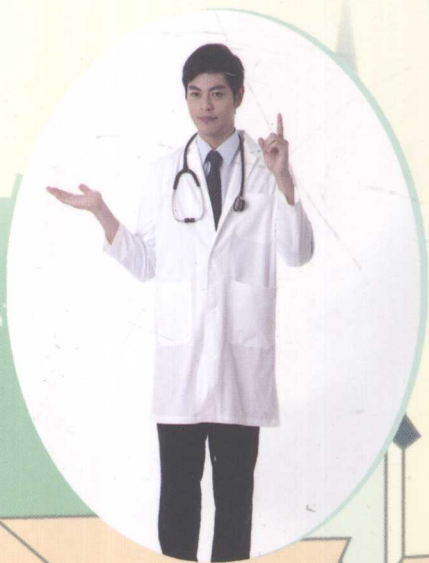


社区卫生服务导论

SHEQU WEISHENG FUWU DAOLUN

(第4版)

张日新 范群 主编



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

社区卫生服务导论

(第4版)

主 编 张日新 范群

编 者 (按姓氏笔画为序)

丁志良	王 沛	王敏红	王 燕	方建新
庄 勋	庄智伟	汤仕忠	孙国庆	严文君
李云涛	连燕舒	余 悦	张开金	张日新
陆召军	陈永年	范 群	茅 丹	赵宗权
柯世怀	姚栋暉	顾 勤	蔡小强	

主 审 李学信



东南大学出版社

SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

· 南京 ·

内容提要

本书主要介绍全科医学的概念、全科医学的基本原则和方法、全科医生临床思维模式、医学伦理学与医患沟通、社区卫生服务研究技能、基本公共卫生服务、社区卫生信息化管理、社区健康教育、社区重点人群健康管理、社区慢性病健康管理、社区传染病管理、社区卫生服务管理等。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和临床医师岗位培训教材,也作为全科医学专业和临床医学专业教材。

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生服务导论 / 张日新, 范群主编. —4 版.

— 南京: 东南大学出版社, 2014. 8

ISBN 978-7-5641-5131-7

I. ①社… II. ①张… ②范… III. ①社区服务—卫生服务 IV. ①R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第184064号

社区卫生服务导论(第4版)

出版发行	东南大学出版社
社 址	南京市四牌楼2号
邮 编	210096
出 版 人	江建中
网 址	http://www.seupress.com
经 销	全国各地新华书店
印 刷	南京工大印务有限公司
开 本	787mm × 1092mm 1/16
印 张	20
字 数	500千字
版 次	2014年8月第1版 2014年8月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-5641-5131-7
印 数	1-3000册
定 价	40.00元

*本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系,电话:025-83791830。



序

建立全科医生制度是深化医药卫生体制改革的重要内容,也是加快医疗卫生事业发展的紧迫任务。按照《省政府关于建立全科医生制度的实施意见》要求,江苏省正在加快建立统一规范的全科医生培养模式,到2020年,实现城乡每万居民有3名以上合格全科医生的目标,全科医生服务水平全面提高,基本能适应城乡居民基本医疗卫生服务需求。

全科医生是综合程度较高的医学人才,主要在城乡基层承担预防保健、常见病和多发病诊疗与转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务。按照《卫生部教育部关于印发〈全科医生规范化培养标准(试行)〉的通知》要求,全科医生规范化培养时间为3年,以提高临床和公共卫生实践能力为主,培训内容分理论培训、临床技能培训和基层医疗卫生实践等3个部分。

为了便于理论培训教学,我委委托江苏省全科医学培训中心组织编写了《社区卫生服务导论》(第4版)教材,这对统一我省全科医生规范化培养、确保理论培训质量十分必要。教材编写者在编写过程中参考了大量的国内外资料文献,积极吸收借鉴国内外社区卫生服务经验,力求做到实用性和科学性相结合。该教材不仅可以作为全科医生规范化培养的理论教材使用,还可作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望该培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务水平和服务质量、推动基层卫生服务可持续发展发挥积极的作用。

江苏省卫生和计划生育委员会主任

王咏红

2014年7月



前 言

《社区卫生服务导论》(第一版)由李学信教授主编,出版于1999年,后分别于2003、2007年修订出版了第二版和第三版。十多年来,作为全科医学培训教材,本书为江苏省社区卫生服务和全科医学理论知识的普及,进而推动我省社区卫生服务工作的开展发挥了积极而重要的作用。近年来,中央将全面加强公共卫生服务体系建设,作为我国医药卫生四大体系之首,即建立全科医生制度,是深化医药卫生体制改革的重要内容,也是加快医疗卫生事业发展的紧迫任务。按照《卫生部教育部关于印发〈全科医生规范化培养标准(试行)〉的通知》要求,全科医生规范化培养时间为3年,以提高临床和公共卫生实践能力为主,培训内容分理论培训、临床技能培训和基层医疗卫生实践等3个部分。

受江苏省卫生和计划生育委员会委托,在李学信教授指导下,江苏省全科医学培训中心组织江苏省各地专家,修订出版《社区卫生服务导论》(第4版),以期统一我省全科医生规范化培养要求,确保理论培训质量。

本书在第三版的基础上,以卫生部《全科医生规范化培养标准(试行)》和《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》为依据,介绍了社区卫生服务和全科医学的基本理论,并按照社区卫生服务的主要功能编列各章节。汲取了多年来我省各地全科医生规范化培训经验,增加了以问题为导向的全科医生临床思维模式的内容,以使本教材更具有适用性。

本教材的编写过程中,省卫计委领导始终非常重视,并给予很多具体的指导。但由于我们的水平有限,本书尚存很多不足之处,敬请各培训单位的专家和学员提出宝贵意见。

编 者

2014年7月



第一章 绪论	(01)
第一节 社区卫生服务概述	(01)
第二节 社区卫生服务的基本功能	(03)
第二章 全科医学	(06)
第一节 全科医学产生与发展	(06)
第二节 全科医学的概念与特点	(10)
第三章 全科医学的基本原则与方法	(17)
第一节 以人为中心的健康照顾	(17)
第二节 以家庭为单位的健康照顾	(27)
第三节 以社区为范围的健康照顾	(36)
第四节 以预防为导向的健康照顾	(56)
第四章 全科医生临床思维模式	(61)
第一节 全科临床思维	(61)
第二节 常见临床病症的鉴别与处理	(69)
第五章 医学伦理与医患沟通	(129)
第一节 医学伦理	(129)
第二节 医患沟通	(131)
第六章 社区卫生服务研究技能	(138)
第一节 卫生统计基本方法	(138)
第二节 社区卫生服务科研设计	(165)
第三节 社区卫生科研论文撰写	(169)

第七章 基本公共卫生服务	(172)
第一节 我国卫生工作的方针政策	(172)
第二节 基本公共卫生服务的基本概念及意义	(179)
第三节 基本公共卫生服务项目的项目管理	(180)
第四节 社区健康管理	(182)
第八章 社区卫生信息化管理	(186)
第一节 社区卫生服务信息管理	(186)
第二节 居民健康档案	(191)
第九章 社区健康教育	(209)
第一节 健康教育基础知识	(209)
第二节 社区健康教育的主要内容	(210)
第三节 社区健康教育方式与考核	(211)
第十章 社区重点人群健康管理	(223)
第一节 0~6 岁儿童健康管理	(223)
第二节 妇女保健工作	(230)
第三节 孕产妇健康管理	(234)
第四节 老年人健康管理	(242)
第十一章 社区慢性病健康管理	(255)
第一节 高血压患者健康管理	(255)
第二节 2 型糖尿病患者健康管理	(261)
第三节 社区重性精神病患者健康管理	(270)
第十二章 社区传染病管理	(272)
第一节 传染病管理范围及相关法律法规	(272)
第二节 社区常见传染病	(274)
第三节 突发公共卫生事件的处置	(281)



第十三章 社区卫生服务管理	(286)
第一节 社区卫生服务机构管理.....	(286)
第二节 全科医生执业管理.....	(290)
第三节 社区卫生服务经济管理.....	(298)
第四节 社区卫生服务的质量管理.....	(302)
第五节 社区卫生服务的绩效管理.....	(305)
 主要参考文献.....	(309)



第一章 绪 论

第一节 社区卫生服务概述

一、基本概念

社区卫生服务 (community health care/community health service, CHC/CHS) 通常是指以基层卫生机构为主体,全科医师为骨干,运用全科医学、预防医学和康复医学理论,以初级卫生保健原则为指导,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务功能等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。

为提高全民健康水平,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,建立中国特色医药卫生体制,中共中央、国务院于2009年3月17日公布《关于深化医药卫生体制改革的意见》。该文件将公共卫生服务体系列为我国亟需建立和完善的医药卫生四大体系之首,指出:全面加强公共卫生服务体系建设,建立健全疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生服务网络,完善以基层医疗卫生服务网络为基础的医疗服务体系的公共卫生服务功能,建立分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的公共卫生服务体系,提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力,促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务。

在我国,发展社区卫生服务,也是落实中央关于加强我国“社区建设”的重要举措之一,通过多种形式的预防、保健和医疗等服务为群众排忧解难,使社区卫生人员与广大居民建立起新型医患关系,更是为人民办好事、办实事的民心民生工程,充分体现党的全心全意为人民服务宗旨,提升人民群众的幸福感和获得感,维护社会稳定,促进国家长治久安。

二、发展社区卫生服务的背景

1. 适应社区居民对卫生服务需求变化的需要 随着我国改革开放的不断深入,我国社会经济和文化的不断发展,人民群众的物质和文化生活水平不断提高,对健康、保健的意识明显增强。社区卫生服务覆盖广泛、方便群众、能使广大群众获得基本卫生服务,也有利于满足群众日益增长的多样化卫生服务需求。社区卫生服务强调预防为主、防治结合,有利于将预防保健落实到社区、家庭和个人,对提高人群健康水平发挥重要和积极作用。

2. 适应疾病谱和死亡原因顺位变化的需要 随着我国卫生事业的发展,严重威胁人民群众健康的传染性疾病发病率和死亡率逐步下降,而心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等慢性非传染性疾病(以下称慢性病)则不断上升,已成为居民的首要健康问题,心脑血管病和恶性肿瘤已成为威胁城乡居民生命的主要杀手。

我国于2003年和2008年分别进行了国家卫生服务调查,从调查结果可以看出,高血压等慢病的发病率不断升高,在城市居民中尤其明显(表1-1)。

表1-1 我国居民慢性病发病率(%)(前五位)

慢性病	合计		城市		农村	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
高血压	26.2	54.9	54.7	100.8	16.4	38.5
胃肠炎	10.3	10.7	9.8	7.9	10.5	11.7
糖尿病	5.6	10.7	16.3	27.5	1.9	4.8
类风湿关节炎	8.6	10.2	8.4	7.2	8.7	11.3
脑血管病	6.6	9.7	8.1	10.2	4.4	8.3

根据国家卫计委统计中心2013年出版的《2012中国卫生统计年鉴》，我国2011年和1990年相比，无论城市或农村的居民死因顺位前三项排名和构成比，都发生了很大的变化(表1-2、表1-3)。

表1-2 我国城市居民主要疾病死亡率及死因构成(前三位)

死因顺位	1990年			2011年		
	死因	死亡率(1/10万)	构成比(%)	死因	死亡率(1/10万)	构成比(%)
1	恶性肿瘤	128.03	21.88	恶性肿瘤	172.33	27.79
2	脑血管病	121.84	20.83	心脏病	132.04	21.30
3	心脏病	92.53	15.81	脑血管病	125.37	20.22

表1-3 我国农村居民主要疾病死亡率及死因构成(前三位)

死因顺位	1990年			2011年		
	死因	死亡率(1/10万)	构成比(%)	死因	死亡率(1/10万)	构成比(%)
1	呼吸系病	159.67	24.82	恶性肿瘤	150.83	23.62
2	恶性肿瘤	112.36	17.47	脑血管病	138.63	21.72
3	脑血管病	103.93	16.16	心脏病	123.69	19.37

从表1-3可以看出，近二十年来，恶性肿瘤和心、脑血管疾病在死亡原因中的构成比不断增大，至2011年，这三项的构成比之和，城市和农村已分别达到69.31%和64.71%，越来越成为城乡居民的主要致死原因。

因为慢性病的病因大多与环境因素、心理行为因素、社会因素等有关，缺乏单一的特异性治疗手段，只有在新型社区卫生服务体系提供的健康促进、社区干预等防治结合的综合服务措施下，才能得以解决。

3. 适应人口变化的需要 这里人口变化主要指人口总量和人口年龄结构上的变化。根据我国2011年第六次全国人口普查报告：到2010年11月1日，我国大陆人口达13.71亿，较2000年增加0.74亿，增长5.84%；其中60岁及以上人口为1.78亿，占13.26%，构成比较2000年增长2.93%；65岁及以上人口为1.19亿，占8.87%，构成比较2000年增长1.91%。人口总量的增长和人口年龄结构的老年化，必将带来重大的社会 and 卫生问题。按照国际公认标准：一



个国家或地区总人口中,若60岁及以上人口的构成比超过10%或65岁及以上人口超过7%,即可称为老龄人口类型。在发达国家,一般都是先现代化而后才迎来老龄化,而我国尚未实现现代化,部分地区甚至尚属贫困,人口老龄化却已到来,这必然带来许多社会需求包括健康卫生需求的重大变化,不但要“病有所医”,还要“老有所养”,使得原有卫生服务体系已不能适应。

4. 适应深化卫生改革,合理调整完善资源、向基层社区倾斜的需要 “看病难、看病贵”已经成为人们群众十分关注的热点问题,甚至成为近年来医患关系紧张的导火索。究其原因,卫生资源配置不合理是一重要因素。卫生资源过多集中在大城市和大医院,大量的常见病、多发病不能及时在基层医疗机构解决,造成医疗资源浪费,增加病人负担。积极发展社区卫生服务,将广大居民的多数基本健康问题解决在基层,为群众提供更加及时、便捷和适宜的卫生技术服务,有利于调整我国卫生服务体系的结构、功能、布局,提高效率,降低成本,实现“小病在社区,大病进医院”。

5. 适应医疗保险制度改革的需要 近年来,国家出台了城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗保险制度等一系列法规文件。发展社区卫生服务,可以成为城乡居民的“健康守门人”,就近诊治一般常见病、多发病,管控慢性病;通过健康教育、预防保健,增进人群健康,降低发病率;帮助指导参保居民合理利用大医院医疗服务,既保证基本医疗,又降低成本,实现“低水平、广覆盖”,对保证各项医疗保险制度长久稳定运行,起重要支撑作用。

第二节 社区卫生服务的基本功能

一、公共卫生服务

2011年,为进一步规范国家基本公共卫生服务项目,卫生部在《国家基本公共卫生服务规范(2009年版)》基础上,组织专家对服务规范内容进行了修订和完善,形成了《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》(以下简称《规范》)。《规范》是乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心(站)等城乡基层医疗卫生机构为居民免费提供基本公共卫生服务的参考依据,也是各级卫生行政部门开展基本公共卫生服务绩效考核的依据。根据《规范》的要求,社区卫生服务机构应提供的基本公共卫生服务包括:

(一) 城乡居民健康档案管理

为辖区内常住居民,包括居住半年以上的户籍及非户籍居民建立健康档案,以0~6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者和重性精神疾病患者等人群为重点。居民健康档案的内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录等。

(二) 健康教育

以辖区内居民为服务对象。通过健康教育,普及卫生保健常识,实施重点人群及重点场所健康教育,帮助居民逐步形成维护和增进健康的行为方式。

(三) 实施计划免疫、预防接种

根据国家免疫规划疫苗免疫程序,对适龄儿童进行常规接种。

（四）0~6岁儿童健康管理

以辖区内居住的0~6岁儿童为服务对象,包括新生儿家庭访视,婴幼儿、学龄前儿童的健康管理,以及对健康管理中发现的营养不良、贫血、单纯性肥胖等健康问题的处理。

（五）孕产妇健康管理

以辖区内居住的孕产妇为服务对象。对孕妇在孕早期、孕中期和孕晚期实施健康管理;对产妇进行产后访视和健康检查等。

（六）老年人健康管理

以辖区内65岁及以上常住居民为服务对象。为老年人提供健康管理服务,包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导等。

（七）高血压患者健康管理

以辖区内35岁及以上原发性高血压患者为服务对象。通过筛查,在人群中发现高血压患者并进行随访评估,根据不同类型实施干预,并定期进行全面健康检查。

（八）糖尿病患者健康管理

以辖区内35岁及以上2型糖尿病患者为主要服务对象。通过筛查、随访评估和分类干预,定期进行全面健康检查。

（九）重性精神疾病患者管理

服务对象为辖区内诊断明确、在家居住的重性精神疾病患者。管理患者信息,对患者的精神状况和危险性进行评估,并根据病情稳定状况实施分类干预。

（十）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

在疾病预防控制机构和其他专业机构指导下,社区卫生服务机构参与或协助进行。

1. 传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理。
2. 传染病和突发公共卫生事件的发现、登记传染病和突发公共卫生事件相关信息报告。
3. 传染病和突发公共卫生事件的处理。

（十一）卫生监督协助管理

社区卫生服务机构可协助本地卫生监督机构进行卫生监督管理。

1. 食品安全信息报告。
2. 职业卫生咨询指导。
3. 饮用水卫生安全。
4. 巡查幼儿园、学校等卫生服务。
5. 非法行医和非法采供血等信息报告。

二、基本医疗服务

1. 一般常见病、多发病的诊疗、护理和诊断明确的慢性病治疗 利用社区卫生服务机构的适宜技术和条件对一般常见病、多发病进行基本诊断、治疗和护理;建立慢性病防治网络,对确诊的慢性病患者进行随访和规范、持续的诊查和治疗。

2. 社区现场急救救护 开展社区常见的急救救护,如心肺复苏、包扎止血、骨折固定和搬运等,对急诊患者尽力实施就地急救。

3. 家庭出诊、家庭病床、家庭护理等家庭医疗服务。

4. 转诊服务 在“双向转诊”机制下,将一些疑难杂症及重症患者转入上一级医疗机



构; 对社区急救后需进一步救治的患者及时转诊。

5. 康复治疗服务 在上级医疗机构已诊断明确、病情已基本控制的患者, 转回社区服务机构进行康复治疗, 并和民政、残联等部门合作, 开展对残疾人的康复治疗服务。

6. 政府卫生管理部门批准的其他医疗服务。

7. 中医药特色服务。

三、社区卫生服务的服务模式

1. 主动性服务 专科医疗一般是“坐堂行医”, 而社区卫生服务提供的是主动性服务。全科医生不仅在机构内接诊患者, 更多的是走出诊室, 深入社区, 进入家庭。主动提供卫生服务。

2. 约定式服务 为居民建立健康档案, 签订服务合同, 建立固定的服务关系, 以便提供更加及时、持续的健康服务。

3. 家庭式服务 家庭巡诊、家庭护理和家庭病床服务是一种既方便又经济的服务方式, 在患者家里建立病床, 使病患者不出门就可以得到医疗卫生服务。

4. 呼叫服务 社区卫生机构向辖区居民公布电话、网络等通讯联系方式, 全科医生配备必要的通讯和交通工具, 可以及时为患者提供服务。

(张日新)

第二章 全科医学

第一节 全科医学产生与发展

一、全科医学发展简史

在古代,医疗并无分科概念,医生大多通科,那时的医生在中国被称为“郎中”,在西方被称作“治疗者”(healer),能治疗各种疾病。因此,从广义上讲,那时候的医生大多都是“全科医生”。自20世纪50年代以后,随着医学的专科化发展,医生们注重于专科,相对弱化了兼通能力,他们常常忽视了病人的需求,病人不能在诊疗过程中得到应有关怀与关注。当人们发现这种专科化的医疗手段的局限性时,便不免要怀念从前的朴素的自然协调的思维方式、服务内容和医患关系。在这样的情况下“全科医生”应运而生。近代全科医学发展经历了以下3个阶段:

(一) 近代的通科医生时期

全科医学起源于18世纪末的北美洲和英国,称通科医疗,是在通科医疗的基础上发展起来的。当时,在有正式职业的医生中80%左右是通科医生,他们在居民居住的社区中开展诊疗活动,提供细致周到的健康照顾,除了看病人外,还为病人及家庭成员提供医疗服务和咨询,熟悉病人的家庭环境等。这种服务深受社区居民欢迎,提供服务的通科医生也被称为“个人与家庭的忠实伴侣”,在社会上备受尊敬。

19世纪初,英国的Lancet杂志首次将这类具有多种技能的医生称为“通科医生(general practitioner, GP)”,医学生毕业后若通过了内科医疗、药物、外科及接生技术的考试,可获得“通科医生”的开业资格。一直到19世纪末,通科医生仍占据西方医学的主导地位。为此,有人称19世纪的欧洲和北美为“通科医生时代”。

(二) 专科医疗的兴起、发展与通科医疗的衰落

1910年美国A.Flexner对Johns Hopkins医学院将临床医疗、教学和科研融为一体的新型教育模式给予了充分的肯定。Johns Hopkins医学院对医学教育进行了改革,将两年制医学教育改为四年制,并且设立附属医院和不同的专科,前两年学习基础医学,后面两年参加临床实践,毕业时颁发学士学位。此后,欧美各医学院校便按照不同专业的要求重新组织教学,出现了医学专科化的趋势。1917年美国眼科专科学会成立,后来各种专科学会及专科医师培训项目陆续成立及出台。到了1931年,专科化的趋势更为显著。专科医疗服务模式的成功,大大提高了医院专科化和医学科研机构的发展,而诊治手段的高科技化,更使专科医疗服务达到了空前的繁荣。至20世纪50年代末,形成了以医院为中心、以专科医生为主导、以消灭生物学疾病为目标的概念,专科医疗已经完全占据了医疗服务行业,造成了人们对医院和专科医生的崇拜,而通科医生受到冷落甚至濒临衰亡。

(三) 专科与全科协调发展

随着专科化的过度发展,其服务模式的内在缺陷也逐渐引起人们的关注。从20世纪50年代后期起,由于人口老龄化、慢性病以及退行性疾病患病率的上升,基层医疗保健的重要



性重新显现；老年人患有多种慢性疾病，专科医疗的照顾不完整、不连续性等缺陷，以及出现了“长寿”与“健康”两个相互矛盾的目标，使得人们感受到需要一批经过专业训练的全科医生，深入家庭和社区，长期陪伴、照顾他们，社会对通科医生的需求开始不断增长。1947年，成立了美国通科医疗学会，后更名为美国家庭医师学会（American Academy of Family Physicians, AAFP）。1968年美国家庭医学委员会（American Board of Family Practice, ABFP）成立，于1969年成为美国第20个医学专科委员会，标志着全科医学学科的正式建立。在美国，通科医师改称“家庭医师（family physician）”，其提供的服务称为“家庭医疗（family practice）”，将其知识基础或学科体系称为“家庭医学（family medicine）”。与此同时，英国与英联邦国家仍然延续GP的称谓。此后在香港地区也建立了这一专业学科，为了改变人们对“通科医生”只通不专、缺乏专业训练的印象，将“general”的译文从“通”改为“全”，以示其服务全方位、全过程的特点。这样，在世界上就有了全科医生和家庭医生这样一种医生两个名称的称谓。1972年，世界全科/家庭医师学会（WONCA）在澳大利亚墨尔本正式成立，学会为世界全科医生提供学术和信息交流的平台，大大促进了全科医学在世界各地的发展。目前，在大多数西方国家，特别是一些发达地区，全科/家庭医生与专科医生的比例多为1:1，而我国，医生总数已超过250万人，截止2010年通过国家全科医师考试并注册的人数约为1万人，全科医生与专科医生的比例悬殊而欠合理。由此可见，加速发展全科医学、培养适应民众需要的全科医生，已成为我国发展基层医疗保健服务的重要任务之一。

二、全科医学产生的基础

全科医学的产生，与人口老龄化、疾病谱和死因谱的变化、医学模式转变以及医疗资源配置不合理与费用增长过快等事实密切相关。

1. 人口的迅速增长与老龄化 国际公认老龄化社会的标准是60岁以上人口超过总人口的10%，或65岁以上人口超过总人口的7%。而我国在2000年已正式宣告进入老龄化社会。怎样全面提高老年人的适应性和生活质量，满足其各种医疗需求，已成为自20世纪60年代以来公众和医学界共同关注的话题，人口老龄化已经成为全球范围内新的公共卫生与社会问题。

2. 疾病谱与死因谱的变化 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。然而，到了20世纪末，慢性退行性疾病，如高血压、糖尿病以及与生活方式及行为有关的疾病，如吸烟、酗酒、工作压力等逐渐成为影响人类健康的主要疾病。20世纪后期疾病谱中心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡等已成为世界各国共同的前几位死因。

由于疾病谱与死因谱的变化，要求医疗服务适应该变化的需求，服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位；服务时间要求长期性、连续性；服务地点要求以家庭和社区为主；服务类型要求综合性的照顾重于医疗干预；服务方式要求医患双方共同参与，强调病人本身主动和自我调节，而不仅是被动地服从医嘱。

3. 医学模式的转变 所谓医学模式，又称为“医学观”，是指医学整体上的思维方式，即以何种方式解释和处理医学问题。

16世纪欧洲文艺复兴时期生物医学模式发展起来，把人作为生物机体进行解剖分析，在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。直到现在，生物医学模式一直是医学科学界占统治地位的思维方式，也是大多数专科医生观察处理其领域内问题的基

本方法。但生物医学模式无法解释生物学与行为科学的相关性,更无法解决慢性病人的心身疾患和生活质量降低等问题,其片面性和局限性日益显现。20世纪下半叶以来,随着预防医学、行为科学、心身医学、医学哲学等学科的发展,系统论的思维逐渐被接受,终于产生了生物-心理-社会医学模式。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国精神病学医生G. L. Engle于1977年首先提出的。新的医学理论认为:人在社会中生存,受到社会各种因素变化的影响,同时人的心理也会发生改变,两者共同作用于人体后机体产生一系列复杂变化,疾病则是这些变化导致的一种整体表现。生物医学模式时期,医生只注意到身体和疾病,而忽略了患者是一个具有心理活动的社会人,医生思维仅局限于“治病不治人”的阶段,新模式的一个目的就是充分考虑人体与环境、心理、社会等因素之间的相互联系与作用,要改变人们以往的健康观念,更全面认识健康与疾病问题。根据新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需求。

4. 医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配 高技术医学的发展使医疗投入急剧增长,而对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本与效益相距甚远。有资料表明,85%以上的卫生资源消耗在15%的危重病人治疗上,而仅有15%的资源用于大多数人的基层医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理消耗,资源配置与需要相矛盾,不仅使政府不堪重负,也使公众十分不满。普通民众因得不到及时、方便、便宜的基础卫生服务而怨声载道。反观在重视基层医疗和全科医生作用的英国等欧洲国家,因其国家基本医疗保险覆盖了全体居民,故能以较低的费用、较少的卫生资源获得较理想的健康效果。世界上比较公认理想医疗保健体系是金字塔形结构,应由三个不同类别的医疗机构组成,服务分工明确,各负其责,互补互利。宽大的底部被群众广泛利用、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构;中部是二级医院,负责处理一些专科诊治问题;顶部是三级医疗机构,主要利用高新技术处理疑难危重问题。这种分层医疗体制十分有效,在英国90%病人都是在社区诊所首诊,80%慢性疾病在社区得到解决,每年只消耗了政府约30%预算费用。

三、卫生改革赋予全科医学的使命

作为社区卫生服务的学术核心和业务骨干,全科医生在承担基层诊疗工作的同时,还被赋予了更重要的历史使命。具体包括:

1. 承担三级预防的使命 生物医学模式的健康观认为,健康就是没有生理上的疾病。它在健康与疾病之间划了一条鸿沟,可以称之为“无病(disease)等于健康”。其缺陷是过于狭窄,不包括许多病理基础不明的疾患(来自患者自我感觉的不适)或功能问题。特别是许多慢性病,完全遵照这一观念将有可能失去疾病早期的有效控制机会。生物-心理-社会医学模式的健康观可以世界卫生组织1947年提出的定义作为代表,即“健康是身体上、精神上和社会上的完好状态,而不仅是没有疾病或虚弱”。同时,它认为健康是一种“状态”,即把健康和疾病看做是并存于一个连续统一体中的动态过程,认为人的健康状态往往波动于健康与疾病之间;承认在健康和疾病之间存在着一个广阔的中间区域(即“亚健康状态”或“第三状态”),此区域的任何一段上都是健康与疾病并存,故可称之为“亦此亦彼”。此时若能够及时发现并控制作用于人体的健康危险因素和致病因素,进行健康促进和疾病预防,即可促使健康向疾病发展的进程逆转。而体现综合性保健观念的预防战略及其按照慢性疾病预防自然史的不同发展阶段设计的三级预防措施,则为这种新型健康观提供了有力的



工作手段。

三级预防措施可以概括如下。第一级预防：无病防病，包括非特异性的健康促进和特异性的疾病预防措施，避免疾病侵入人体。第二级预防：有病早查早治，防止疾病恶化蔓延，预防并发症发生。第三级预防：限制残障，减少后遗症、并发症，提供康复与善终服务，最大限度地改善生命质量。全科医生作为个人和家庭的责任制保健医生，以在社区提供综合性、持续性、协调性服务见长，理应为社区、家庭和个人承担三级预防任务，成为三级预防措施的实际协调人。

2. 承担发展“照顾医学”的使命 这一使命的提出，来源于对“医学目的”的讨论。20世纪80年代中期由美国哈斯廷斯中心Daniel Callahan教授发起的，在世界卫生组织的支持下，13个发达程度不同的国家参与了该项研究计划。历时多年，于1996年11月提交了一份工作报告。该报告号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”，敦促将对“治愈和高科技”医学的优先选择转移到“照顾医学”，重点是公共卫生和预防。报告提出了四点新的医学目的：①预防疾病损伤、促进维持健康；②解除疾病引起的痛苦；③治疗照顾患病与无法治愈者；④避免早死、追求安详死亡。

由此联想到“治愈”(cure)和“照顾”(care)两个概念。现代医学偏向于“治愈”，当治愈无望时，便宣布放弃，忽视了对病人的照顾与同情，“对症处理”或“姑息治疗”实际上并未得到足够的重视。为了实现上述新的医学目的，需要在医院以外的广大社区发展“照顾医学”，以现代医学和替代医学(传统医学)为手段，实现为慢性病人解除痛苦并改善生命质量的目的，同时强化预防疾病与促进健康的有效方法的研究。发展照顾医学的重任，就历史性地落在了全科医生肩上。

3. 承担重塑医生形象，推进卫生改革的使命 高新医疗技术作为“双刃剑”，在挽救了大量危重病患者的同时，也产生了许多副作用，造成卫生资源的高投入、产出的低效率、服务的低覆盖和服务对象的低满意度。一些国家政府和公众已经感到“投入越多、满意越少”。并致使医生与病人之间的距离不断拉大。在很多医院里，病人被视为疾病的载体，医生仅对其所患疾病感兴趣，而不顾及其作为“人”的期望与情感需求；医生则成为高高在上的技术操作工，失去了昔日与病人亲密无间的关系，致使医患关系越来越走向冷淡和对立，医患矛盾不断加深。一味发展高新技术的弊端凸显，各国政府和医学界权威人士都试图通过卫生改革，纠正卫生资源配置的偏差，强调对基层医疗保健的投入和人文医学的发展，以适宜技术和高情感的手段，实现卫生服务的经济有效、高覆盖与高满意度。由于全科医生在基层医疗服务中使用适宜技术、并最接近和服务于广大社区民众，因此，重塑医生的良好形象、恢复密切的医患关系、实现卫生服务的公平性与经济性，这一推进卫生改革的重任也寄厚望于我们全科这支队伍。

四、我国全科医学发展与前景

全科医学的概念于20世纪80年代引入我国大陆，至90年代一些大城市开始探索社区卫生服务。

1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》作出了“加快发展全科医学，培养全科医生”的重要决策。将全科医学和全科医生培养纳入了我国医疗卫生改革的重点。1999年卫生部等10部委下发了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》，确定了社区卫生