

卫生行业职业技能培训教程

健康管理师

社区管理分册

国家卫生计生委人才交流服务中心
中国健康促进基金会 组织编写
中华医学会健康管理学分会

主 审◎白书忠
主 编◎武留信
副主编◎朱 玲 鲍 勇

卫生行业职业技能培训教程

健康管理师

社区管理分册

国家卫生计生委人才交流服务中心

中国健康促进基金会

组织编写

中华医学会健康管理学分会

- 主 审 白书忠
- 主 编 武留信
- 副主编 朱 玲 鲍 勇

010-59787491 E-mail: WQ@pup.com

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

健康管理师. 社区管理分册 / 武留信主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21118-5

I. ①健… II. ①武… III. ①保健 - 职业培训 - 教材
②社区服务 - 卫生服务 - 职业培训 - 教材 IV. ①R161
②R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 173967 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

健康管理师
社区管理分册

主 编: 武留信

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 20

字 数: 474 千字

版 次: 2015 年 9 月第 1 版 2015 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21118-5/R · 21119

定 价: 50.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

目 录

第一章 社区健康管理概论	1
第一节 健康管理相关概念与学科体系	1
第二节 社区发展与健康管理需求	6
第三节 社区健康管理实施要点	13
第二章 社区健康调查与组织实施	17
第一节 社区健康调查的目的和意义	17
第二节 社区健康调查内容	18
第三节 社区健康调查方法与组织实施	35
第三章 家庭医学基础知识与健康家庭	42
第一节 家庭及相关概念	42
第二节 健康家庭及其内涵	44
第三节 家庭健康评估与诊断	48
第四节 家庭健康管理计划与实施	52
第五节 家庭健康管理评价	55
第四章 社区健康素养与健康教育	63
第一节 健康素养与健康教育	63
第二节 社区健康教育及其组织实施	67
第三节 社区常用健康教育方法	75
第五章 社区公众健康信息利用与甄别	82
第一节 信息的概念及特征	82
第二节 社区健康信息传播常用技巧及实施	84



第三节 社区健康信息素养和信息甄别	87
第六章 社区常见健康危险因素监测与管理	92
第一节 健康危险因素概述	92
第二节 影响我国成年人主要健康危险因素	95
第三节 健康危险因素信息的采集	98
第四节 健康危险因素的管理	106
第七章 社区高血压监测与管理	111
第一节 我国高血压及社区高血压流行现状	111
第二节 社区高血压监测	112
第三节 社区高血压风险评估	120
第四节 社区高血压健康指导	124
第五节 社区高血压健康干预	126
第八章 血脂的检测与管理	137
第一节 血脂概念及构成要素	137
第二节 血脂异常风险评估	141
第三节 血脂异常的健康干预	143
第九章 血糖监测与管理	151
第一节 糖代谢异常的筛查与诊断	151
第二节 社区糖尿病的风险评估	153
第三节 社区血糖监测	155
第四节 社区糖尿病健康干预	160
第五节 糖尿病并发症的社区诊疗	167
第六节 妊娠糖尿病的社区诊疗	176
第十章 体重的监测与管理	180
第一节 身体成分及体重相关概念	180
第二节 体重及身体成分测量与评价	183
第三节 减轻和控制体重的基本原则	193
第四节 运动与体重管理	194
第五节 超重和肥胖人群运动健身指导方案的制订	197
第十一章 社区常见慢性病人群的运动监测与管理	212
第一节 运动与高血压	212
第二节 运动与糖尿病	226
第三节 运动与慢性肺部疾病	232



第四节	运动与血脂异常	234
第十二章	社区紧急医疗救助与就医指导	237
第一节	社区紧急医疗救助现状与需求	237
第二节	社区紧急医疗救助的方法和技术	245
第三节	常见急症的识别和处置	256
第四节	紧急医疗救助呼吸、循环急救技术方案	264
第五节	社区紧急医疗救助的网络及组织构架	266
第十三章	老年人群健康管理	269
第一节	我国老年人口特点与主要问题	269
第二节	社区老年人健康管理基本策略及实施方案	273
第三节	老年人常见健康问题评估和干预	275
第四节	老年人综合评估	300

第一章

社区健康管理概论

培训目标

掌握：健康管理的概念，社区健康管理实施要点。

熟悉：健康管理服务内涵，社区概念的内涵与要素。

了解：健康管理学学科范畴，我国社区的发展现状，城市社区的功能特点。

第一节 健康管理相关概念与学科体系

健康管理在我国的兴起与发展，一方面是改革开放 30 余年来，我国社会经济高速发展，国民生活水平显著提高，健康需求迅猛增长，国家卫生事业与健康服务业迅速发展的大背景下孕育而生的；另一方面，也是国际健康产业与健康服务行业快速发展与全球化影响的必然结果。随着我国城镇化速度加快，老龄化提速，疾病谱明显改变以及不良生活方式泛滥，慢性非传染性疾病已成为威胁我国居民健康的头号敌人和主要疾病负担，也是开展健康管理的首要任务及主要需求。社区不但是“聚居在一定地域范围内的人们所组成的社会生活共同体”，而且也是心脑血管病、恶性肿瘤等慢性病流行的重点关注区域和开展健康监测及慢性病健康管理服务的重点人群集聚区。因此，在我国在“十二五”卫生与科技发展规划中将社区慢性病预防、健康监测及健康管理作为“中心下移”的重点，将老年人健康管理、高血压、糖尿病等慢性病健康管理纳入国家公共卫生服务项目，将社区“健康管理、常见病和多发病诊疗”作为基层医疗卫生机构和社区全科医师服务的主要任务与工作目标。

一、健康管理在我国的兴起与发展

健康管理最早出现在美国，最初由全科医师和健康保险业以及健康体检发展共同衍生而来，特别是后来由于健康保险的积极参与从根本上解决了健康管理的付费问题以及健康信息技术的支持而得以快速发展和壮大。随后英国、德国、法国和日本等发达国家也积极效仿和实施健康管理。健康管理研究与服务内容也由最初单一的健康体检与生活方式指导，发展到目前的国家或国际组织（如欧盟）全民健康促进战略规划的制定、个体或



群体全面健康检测、健康风险评估与控制管理。进入 21 世纪后,健康管理开始在发展中国家逐渐兴起与发展。健康管理目前在众多国家快速兴起与发展的主要原因是近几十年来世界范围内城镇化速度加快,老龄化加速,疾病谱变化明显,即感染性疾病与母婴疾病发病的减少,慢性非传染性疾病死亡占总死亡比例持续上升,成为威胁人类健康的主要问题。慢性非传染性疾病与不良行为、生活方式密切相关,要控制慢性非传染性疾病的上升,传统的临床医疗模式(诊断、药物和手术)和传统的预防医学(预防接种和母婴保健)都难以解决问题,因此出现了以健康教育与咨询、健康危险因素监测与控制、健康体检与评估以及不良行为干预为主要内容的综合健康服务行业,并以此催生和带动了健康管理新兴行业的发展与学术理论的进步。

健康管理虽然在国际上出现已有 30 余年,但目前还没有一个公认和统一的定义、概念及内涵表述。健康管理学在国际上还没有形成完整的学科体系,各国研究的重点领域及方向也不尽相同。主要表现在:概念不统一,学科及学科体系不完善;各国职业范畴与服务模式不尽相同;技术标准与操作规范亟待建立;服务提供与实施路径缺乏;相关产业与机构发展不平衡;在美国等国家健康管理及医疗保险结合得十分紧密,而在中国结合不够广泛和紧密。

健康管理在我国的兴起与快速发展,一方面是国际健康产业和健康管理行业迅猛发展影响的结果;另一方面也是伴随着中国改革开放 30 年以来,社会经济持续发展、国民物质与精神生活不断改善与提高,健康物质文化与精神需求增加的结果。目前已成为我国提高国民健康水平,扩大内需,拉动消费,促进社会经济可持续发展的重大举措和有效途径。健康管理在我国最早出现在 20 世纪 90 年代后期。1994 年,在中国科学技术出版社出版的《健康医学》专著中,将“健康管理”作为完整一章,比较系统地表述了健康管理的初步概念与分类原则、实施方法与具体措施等。这是迄今为止,国内有关健康管理概念的最早文献。而健康管理在我国的真正兴起是自 2000 年以来,受西方发达国家,特别是美国、日本等国发展健康产业及开展健康管理的影响,以健康体检为主要形式的健康管理行业开始兴起;发达国家健康管理的理念、模式、技术与手段开始传播及引入;相关产品技术开始研发和应用(如体检软件等)。特别是 2003 年后,随着国民健康意识和健康需求的进一步提高,健康管理(体检)及相关服务机构明显增多,行业及市场化推进速度明显加快,并逐步成为健康服务领域的一个新兴朝阳产业。健康管理行业的快速兴起与发展,催生并推动了健康管理新的医学学科与相关学术机构或平台的建立。自 2005 年以来,有关学会、协会相继申请成立了健康管理相关学术机构,如中华医学会健康管理分会、中华预防医学会健康风险评估与控制专业委员会等,北京、天津、上海、重庆、四川、广东、海南、福建、浙江、湖北、湖南、海南、山东、河南、陕西、辽宁、吉林、内蒙古、宁夏、江苏、河北、贵州、新疆等省市已经相继成立了中华医学会省级健康管理学分会或协会。中华健康管理学杂志也于 2007 年创刊发行,目前已出刊 19 期,共计近 10 万册,刊登论文 300 余篇。截至 2013 年,国内健康体检与健康管理服务机构已达上万家,从事健康体检及相关服务人员达到数十万人。2008 年中国科技部公布并组织实施了第一个健康管理国家支撑计划课题——“中国人个人健康管理信息系统的构建与应用”。健康管理及相关产业正在成为中国现代医学创新体系的重要组成部分和国民经济新的支柱产业之一。

中华医学会健康管理学分会的成立、各省市健康管理学分会的成立和《中华健康管



理学杂志》的创刊表明健康管理学作为一个新兴学科受到政府和学术界的关注与认同。我国“十二五”卫生发展规划和医学科技发展规划中均将健康管理及慢性病健康管理作为重点关注的领域。未来 10 年我国健康管理将步入规范快速发展期,社区健康管理也将迎来前所未有的发展机遇。

二、健康管理概念与学科体系

健康管理学是一门集现代医学、管理学和信息技术为一体的新兴边缘学科,主要涉及健康检测与监测、健康评估与健康风险控制、健康干预与健康促进、健康教育与健康咨询服务等。健康管理的主体是健康体检发展而来,由健康保险推动而壮大,由健康信息技术支撑而普及,由世人不断增长的健康物质和精神需求牵引而迅速发展,目前已成为世界各国提高国民健康水平,扩大内需,拉动消费,促进社会经济可持续发展的重大举措和有效途径。

有关健康管理的概念或定义,由于不同的专业视角的局限性,因此,无论在定义的表述、概念及内涵的界定上均存在明显的不足或不完整性,直到 2009 年之前,没有一个关于健康管理的定义、概念能被国内外普遍接受。为此 2009 年,中华医学会健康管理学分会和中华健康管理学杂志在广泛征求健康管理相关专家、产业/行业机构代表意见或建议基础上,组织近百名专家反复讨论,最终形成了“健康管理概念与学科体系的中国专家初步共识(简称初步共识)”。“初步共识”发表后,不但统一了我国健康管理概念与学科体系研究方面的认识,而且对我国健康管理医学服务的创新实践与产业化发展产生了积极的学术引领作用。

1. 健康管理概念或定义的内涵与表述 以现代健康概念(生理、心理和社会适应能力)和新的医学模式(生理-心理-社会)以及中医治未病为指导,通过采用现代医学和现代管理学的理论、技术、方法和手段,对个体或群体整体健康状况及其影响健康的危险因素进行全面检测、评估、有效干预与连续跟踪服务的医学行为及过程。其目的是以最小投入获取最大的健康效益。

“初步共识”认为健康管理概念内涵的要素与重点:健康管理是在健康管理医学理论指导下的医学服务。健康管理的主体是经过系统医学教育或培训并取得相应资质的医务工作者。健康管理的客体是健康人群、亚健康人群(亚临床人群、非传染性疾病风险人群)以及慢性非传染性疾病早期或康复期人群。健康管理的重点是健康风险因素的干预和慢性非传染性疾病的管理。健康管理服务的两大支撑点是信息技术和健康保险。健康管理的大众理念是“病前主动防,病后科学管,跟踪服务不间断”。健康体检是基础、健康评估是手段、健康干预是关键、健康促进是目的。

2. 健康管理学的概念及学科范畴 “初步共识”表述的健康管理学概念:健康管理学是研究人的健康与影响健康的因素、以及健康管理相关理论、方法和技术的医学学科,是对健康管理医学服务实践的概括和总结。

“初步共识”表述的健康管理学科范畴:健康管理学是集医学科学、管理科学与信息科学于一体,重点研究健康的概念、内涵与评价标准、健康风险因素监测与控制、健康干预方法与手段、健康管理服务模式与实施路径、健康信息技术以及与健康保险的结合等一系列理论和实践问题。

“初步共识”对健康管理学与相关学科的关系进行了阐述,认为健康管理学是一门新

兴的医学学科,它依赖于基础医学、临床医学、预防医学的理论与技术。它不同于传统的医学,研究的主要内容、服务对象、服务范围与服务模式,从理论到实践都具有很大的创新性。因此,它已经成为医学科技创新体系之一。现代医学科技创新体系包括:基础医学创新体系;预防医学创新体系;临床医学创新体系;特种医学创新体系;健康管理学创新体系。

3. 中国特色健康管理学科体系构架 “初步共识”表述的中国特色健康管理学科体系构架包括:宏观健康管理学科与服务体系,主要研究国家政府和社会层面的宏观健康促进与健康管理问题。包括国家健康立法、公共健康促进与健康管理政策及策略、公共和(或)公益性健康管理与服务机构、机制与模式以及相关法律法规及规范的研究制定等;微观健康管理学科与服务体系:主要研究个体或群体(包括家庭)的健康促进与健康维护、改善与管理问题。主要包括健康行为与生活方式管理,健康素质与能力管理,健康体适能监测与促进管理,健康与劳动力资源管理,营养、运动与健康管理,主动性整体心理、生理及社会适应性健康管理等;健康风险控制管理学科与服务体系:主要研究引起慢性非传染性疾病的诸多风险因子的检测、评估与风险控制管理问题;健康信息技术学科体系:主要研究现代信息技术在健康管理与健康保险服务中的实际应用,以及健康保险险种设立与应用问题;健康教育培训学科体系:主要研究针对健康管理者的理论、技术与技能等方面的专业培训和面向广大健康管理需求者的健康教育与健康自我管理知识及技能培训等;中医治未病与特色养生保健学科与服务体系:主要研究如何将祖国传统医学治未病和养生保健的理论、技术及特色产品适时应用到现代健康管理学科与服务体系中,并在健康管理理论研究与实践中得到传承及发展。

三、健康管理服务机构与服务内涵

自2001年国内第一家健康管理公司成立到今发展到遍布全国的上万家健康管理(体检)机构,健康管理产业获得了突飞猛进的增长。我国健康管理服务机构主要包括健康管理医学服务机构、非健康管理医学服务机构以及整合式健康管理服务机构三类。健康管理服务机构与产业的持续增长,已成为我国公共卫生与医疗保健服务的重要组成部分,将在防控慢病、促进公众健康、拉动内需、促进新兴产业增长中发挥重要作用。

以健康体检为主体的健康管理医学服务机构数量不断增加,发展规模不断攀升,服务人群范围扩大,初步形成公立与民营两大主体阵营。健康管理医学服务机构主体是设置在各级医疗机构中的体检中心、健康管理中心;独立的健康管理(体检)机构;依托“新农合”的乡村卫生机构、城市社区卫生服务中心、功能社区卫生机构建立的健康管理服务机构。该类机构是现阶段我国开展健康管理服务的主体机构和促进健康管理行业发展的主要依托,是健康管理学理论与技术研究转化的基本场所,是健康管理人才成长的重要摇篮。自2000年以来,我国健康管理(体检)机构每年以25%的速度增长,2005年为2000余家,2007年增加至4000余家,2009年达到近7000家,2011年底已发展到8000余家,其中年服务人群超过10万,收入超过5000万的有100家;年服务人群超过15万,收入超过一个亿的有10家;并形成了10余家民营健康体检服务连锁机构(集团)。民营健康管理(体检)服务连锁机构虽然只占整个行业机构数量的15%~20%,但发展速度很快,已经成为我国健康管理服务行业的重要力量。从服务人群看,公共保健服务人群(干部保健体



检与疗养体检等)稳中有升,企事业单位员工福利性体检快速增长和普及,自费或超标准高端体检人群不断增加,特殊人群(妇、幼与老年人)基本医保服务开始逐步实施。

健康管理非医学服务机构发展呈现强劲态势,成为我国健康服务行业的一支生力军。健康管理非医学服务机构主要包括以休闲、美容、养生、保健、运动与康复为主要内容的健康服务机构。预计我国现有各种各样的休闲保健机构 60 余万家,而且仍然以 15% 的速度增长。如北京市目前有足疗按摩、养生保健和生活美容中心共计 1000 余家;重庆有 600 余家,广东省有 1000 余家;全国美容服务机构 6000 家,足疗按摩机构上万家,养生、健康会所 1000 家。该类健康服务机构的特点是:以民营连锁机构为主体,以城镇中高收入人群为主要服务人群,以休闲保健、中医养生、生活美容、足疗按摩为基本服务内容,以会所及会员式服务为主要模式,正在形成与疗养旅游、运动健身、老年颐养、健康地产相结合的新兴健康管理非医学服务朝阳产业。

整合式一体化健康管理综合服务机构悄然兴起,将成为推动我国健康管理产业化的一支新兴力量。整合式健康管理服务机构主要包括以疗养院、高端健康会所、老年颐养中心(基地)为依托,开展健康管理服务的机构,以及以信息咨询服务为主要内涵的健康管理中介机构(第三方健康管理机构)等。我国目前有近 1000 家能够提供整合式一体化健康管理综合服务的疗养院、养生保健基地、老年颐养中心及高端健康会所等机构。以会员式服务为主要形式,提供集旅游体检、休闲养生、保健疗养、营养与运动以及就医绿色通道为一体的综合健康管理服务特别受青睐与追捧。

三类机构的共同点:以健康管理的理念或理论为指导;以健康维护和促进为目的;为服务对象提供的产品是健康服务。三类机构的不同点:注册和管理的机构不同;服务人员的资质不完全相同;提供健康服务的主要技术不同;健康服务的模式和路径不同;服务的对象不完全一致。

四、我国健康管理发展现状与展望

伴随着 21 世纪生命科学与生物及健康产业前进的步伐,我国健康管理已经历了“艰辛起步,探索实践”的初始发展阶段。目前的发展现状是:健康管理作为一门新的医学学科,其学科内涵并不完善,学科体系尚未真正建立起来;健康管理(体检)机构与行业发展迅速,但机构内涵建设明显不足,缺乏行业标准与规范,服务质量与服务水平参差不齐,科研与学术相对滞后,机构与行业发展后劲不足;健康管理人才匮乏,教育培训体系尚未建立起来,缺少统一的培训教材与标准,导致“培训乱”、“乱培训”现象持续存在。健康管理服务基本停留在单一体检服务层面,普遍缺乏检前的健康咨询指导服务、检中的专业化与特色服务与检后的健康评估干预服务,使得健康体检的实际效果与健康产出大打折扣。健康管理(体检)的信息化与标准化水平低,数据标准与信息管理、数据利用研究与应用明显滞后,已经成为严重制约健康管理行业与产业发展的瓶颈问题。

未来 10 年,我国健康管理将朝着“学科大发展,产业大繁荣”宏伟目标迈进,即将进入规范成长阶段。“十二五”期间,我国健康管理学术理论研究、学科体系与机构内涵建设以及人才培养步伐将加快,健康管理科研与成果转化、技术集成与示范应用、信息标准化与服务产业化进程将明显提速。“十二五”期间我国健康管理研究与实践的重点领域是:一是加强健康管理基本理论与宏观政策研究,积极引导基础医学、临床医学、



预防医学、信息学与现代管理等多学科的融合、转化与创新;二是积极促进现代 3P 医学 (prevent disease、promote health、personality intervene) 新理念、新知识与新技术的集成与运用,引导和推动现代功能影像、分子影像和生物影像技术等健康管理(体检)实践中的转化应用及循证实践;三是跟踪国内外有关慢性病防控方面的新形势与新进展,积极引导和推动我国主要慢性病及其风险因素的检测/监测与跟踪管理;四是学习借鉴世界各国有关全民健康促进与健康科技行动规划的实施最新成果,积极引导和推动我国公众健康素养、健康教育、健康促进活动的规范有序开展;五是顺应全球健康信息标准与健康保险的发展趋势,积极引导和推动国人健康评价指标体系、健康体检项目目录、健康档案、健康管理信息标准、健康管理(体检)支付与健康保险模式的方面的研究及应用;六是突出传统中医“治未病”思想与现代“零级预防”理念的研究与实践,积极引导、推动中国特色预防保健与健康管理整合服务模式的建立及应用。“十二五”期间我国健康管理科研与学术机构的主要任务是:结合国家医疗体制改革的总体目标和任务,组织开展健康管理服务行业发展需求论证与宏观政策及策略方面的研究,为政府相关部门与行业机构提供学术咨询及指导。结合“健康管理概念与学科体系中国专家初步共识”修改、中国健康管理(体检)系列技术指南与规范的制定,组织深入开展健康管理基本理论(基本概念、基本方法、基本技术、基本模式及流程)与学科体系研究,为我国健康管理新学科构建、机构内涵建设、行业或产业发展、人才培养提供理论与技术标准支持。结合我国慢性病防控与基本公共卫生服务体系的构建,组织开展和重点交流我国主要慢性病风险因素检测/监测与管理、心脑血管病与部分恶性肿瘤早期筛查及预警方面的新技术及新成果,为相关科研人员、机构从业人员及机构提供借鉴。针对我国推行全科医师制度和健康管理师新职业方面的教育培训需求,组织开展和系统介绍相关培训政策、知识体系、职业技能及考核标准等方面的课程,为全科医师和健康管理师提供信息咨询及学习辅导服务。针对健康管理(体检)服务机构和公众对健康管理的实际需求,组织开展和重点报道一批科学成熟和便于推广的适宜技术及项目,包括体质与体重健康管理、血压与血管健康管理、心理与行为健康管理、骨质疏松与骨健康管理、功能医学与抗衰老、健康监测与医学物联网等,为全国健康管理(体检)机构的内涵建设和健康管理服务行业的示范基地建设提供技术支持及指导。依据国家医学科技“十二五”规划和“健康中国 2020 战略”,及时跟踪报道我国主要慢性病防控与健康管理方面的最新研究成果,为医学科技成果的转化及循证实践提供信息咨询服务。

第二节 社区发展与健康管理需求

一、社区概念由来与构成要素

社区概念由来:“社区”一词是一个舶来品。“社区”一词,最早是由德国社会思想家滕尼斯于 1887 年在其代表作和成名作《共同体与社会——纯粹社会学的基本概念》一书中提出的。我国古代汉语中并不存在“社区”这一词,当今汉语中使用的“社区”一词,是我国著名社会学家费孝通等人 20 世纪 30 年代在翻译滕尼斯著作时的一个创造。

社区概念最初表述:美国社会学家帕克(R. Park)与费孝通(1933):社区是具体的,在



一个地区上形成的群体。Warren, R.L(1978):社区是满足当地人的需要,能够履行主要社会功能的社会单元或体系的结合体。我国关于社区及城市社区的权威表述:中办发【2000】23号将社区定义为:“社区是指聚居在一定地域范围内的人们所组成的社会生活共同体。目前城市社区的范围一般是指经过社区体制改革后作了规模调整的居民委员会辖区”。

社区概念内涵与要素:社区这一词的初始涵义,是指人们生活的共同体和亲密的伙伴关系,但随着经济的发展、社会的变化、文明的进步,其内涵、外延、结构、功能及其形态都在发生不断地更新和变化,人们对社区的认识也愈益丰富和复杂,据有关统计,到目前为止,有关社区的定义多达 100 多种。但无论怎样给社区定义,也无论社区的定义发生怎样的变化,社区都离不开人口、地域、组织结构和文化等四个基本要素。

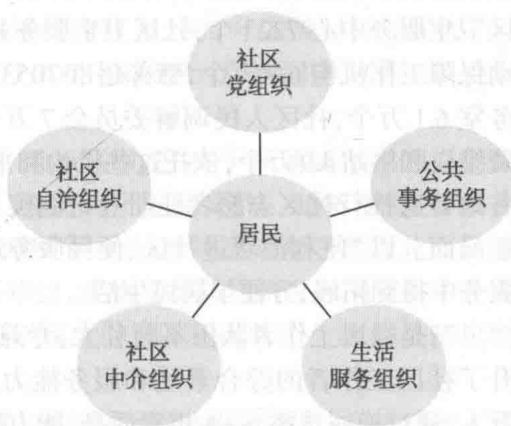
社区人口要素:是社区运作和变迁的主体,包括人口的数量与质量、人口的结构、人口的分布与流动状况等。

社区地域要素:包括社区的自然地理条件和人文地理条件两个方面。一般而言,社区的地域界限不能太大,应限定在居民日常生活能够发生互动的范围之内,或者限定在日常生活服务设施组织机构可以发挥作用的范围之内。

社区组织结构要素:主要指社区内部各种社会群体、社会组织之间的构成方式及其相互关系。一般而言,社区内社会群体的种类和功能与经济社会发展水平高度的正相关关系。经济社会发展的初级阶段,社区内的社会群体的种类和功能相对简单,反之,社区内的社会群体的种类和功能也就越趋于多样化。

社区文化要素:一般包括风俗习惯、历史传统、民间规约、交际语言、生活方式、社区归属与认同感等。

社区各要素之间关系:地域是社区的地理环境要件,人口是社区生活的主体要件,组织是社区居民交往和整合得以实现的客观机制,而文化则是社区居民交往和整合得以实现的精神要件,四者紧密相关,缺一不可(图 1-1)。



二、城市社区功能特点与发展现状

2005年2月19日,胡锦涛总书记在省部级主要领导干部提高构建社会主义和谐社会能力专题研讨班上的重要讲话中明确指出:“要加强城乡基层自治组织建设,从建设和谐社区入手,使社区在提高居民生活水平和生活质量上发挥服务作用,在密切党和政府同人民群众的关系上发挥桥梁作用,在维护社会稳定、为群众创造安居乐业的良好环境上发挥促进作用”。

1. 城市社区功能特点

(1) 社会性:社区建设是一项社会性的工作。



(2) 群众性:社区建设是一项群众性的工作。

(3) 地域性:社区是一种地域性的社会生活共同体,推进社区建设必须考虑社区的地域性特征。

(4) 综合性:社区建设是整个社区的全方位建设,而不是特指某一方面的工作。

(5) 多样性:农村与城市之间、城市不同社区之间工作着力点不同、发展模式存在差异。

2. 我国社区发展现状 一是以基层党组织为核心的社区组织体系不断完善,基层社会管理有序格局进一步形成。截至 2008 年底,全国城市“一社区一支部(总支、党委)率”达到 99.6%,社区党组织的功能日趋健全,创造力、凝聚力、战斗力明显增强,领导核心作用更加突出。社区居委会在协助政府、服务群众、开展居民自治等方面承担了大量工作。各地积极培育服务性、公益性、互助性社会组织,探索出一条多元主体参与社区建设的新途径。街道层面通过社区服务中心、社区事务受理中心、社区文化活动中心、社区卫生服务中心、社区服务网络和社区服务热线等平台,为社区居民提供了各种便利服务、公益服务。许多地方通过建立社区党组织、社区居委会和社区服务站“三位一体”的社区管理服务体制,推动了以社区为基础的新型管理体制机制的进一步形成。

二是社区服务体系不断健全,小社区大服务格局进一步形成,有效满足了社区居民群众日益增长的物质文化生活需要。截至 2008 年底,全国城镇社区服务设施已达 12.2 万个,城镇便民利民服务网点 74.8 万个,街道社区服务中心 3515 个,社区服务站 30 021 个,社区卫生服务中心 7223 个,社区卫生服务站 21 895 个,社区文化中心(室)3.4 万个,社区劳动保障工作机构 6.7 万个,慈善超市 7053 个,社区综治工作服务站(点)10 万多个,社区警务室 6.1 万个,社区人民调解委员会 7 万个,法律援助工作站 5.5 万个,消费者投诉站、消费维权联络站 4.9 万个,依托这些机构和平台,社区居民大量的民生问题得到了有效解决。各地普遍推行社区志愿者注册登记制度,创造了许多志愿服务“品牌”,开创了志愿服务新局面。以“便利消费进社区、便民服务进家庭”为主题的社区商业“双进工程”,在商业服务中得到拓展,方便了居民生活。

三是社区工作者队伍不断壮大,专兼结合、功能互补的队伍格局进一步形成,有力提升了社区工作者的综合素质和服务能力。截至 2008 年,全国共有社区居委会成员 42.2 万人,通过换届选举,一大批素质高、能力强、作风正、愿意为群众服务的居民走上社区工作岗位。许多地方面向社会公开招聘了一大批具备专业知识的人才进入社区干部队伍,这些专业人才在心理咨询、法律援助、社区矫正、社区禁毒等领域发挥着重要作用。社区志愿者组织发展迅速,目前全国社区志愿者组织已达 43 万多个,注册人数 2600 多万人,参加社区志愿服务活动的人数已累计达到 3000 多万人次,成为推动和谐社区建设的重要力量。

四是社区建设保障机制基本建立,齐抓共建的格局进一步形成,有力保证了和谐社区建设持续发展。全国绝大多数地区省市两级建立了由党政领导挂帅、民政部门牵头、有关部门共同参与的社区建设领导小组。部分县(市、区)也成立了社区建设的专门工作机构,落实了人员编制和工作经费。许多地方将社区建设纳入当地经济和社会发展规划,纳入当地财政预算,探索建立了政府投入与社会投入相结合的多元投入机制,拓宽了资金来源渠道。许多地方社区工作者待遇不断提高,并制定了基本养老、基本医疗、失业、工伤、生育等保险以及住房公积金政策。“十一五”期间,中央和地方预算投入资金 21.8 亿元,在全国范围内规划建设 3000 个示范性综合性社区服务设施。全国多数地方城区、街道层面



有一处以上面向社区开展服务的综合性服务设施,城市社区层面基本有每百户不低于 20 平方米的办公和服务用房。

五是和谐社区建设示范单位创建活动全面展开,多样化格局进一步形成,有力促进了经济社会协调发展。各地从实际出发,从居民群众最关心最直接最现实的利益问题入手,立足自身优势,广泛开展富有特色的和谐社区建设示范单位创建活动,办了许多深受群众欢迎的好事实事,解决了许多群众关心关注的问题,有力促进了改革发展稳定各项工作任务落实。

3. 我国社区卫生发展现状

(1) 社区卫生发展历程:酝酿阶段(20 世纪 90 年代初):50、60 年代中国城市开始建立基层卫生机构;80 年代政府投入不足,城市基层卫生组织逐渐萎缩;90 年代,随着医学模式、疾病谱转变,老龄化及卫生服务需求的增长,大城市开始探索发展社区卫生服务。

试点阶段(1996~1999 年):1996 年 12 月,中央召开全国卫生工作会议,1997 年,中共中央国务院《决定》提出发展城市社区卫生服务,各地启动试点。1999 年,卫生部 10 部委出台《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,提出社区卫生服务发展的政策措施,开始扩大试点。

体系框架建设阶段(2000~2005 年):2000 年:国家开始三项改革,发展全科医师的意见,财政、医保、税收、价格政策,社区卫生服务中心(站)指导标准及设置原则。2001 年:全科医师任职资格考试,明确社区卫生服务基本工作内容和 2005 年发展目标。2002 年:11 部委出台加快发展城市社区卫生服务的意见。2003~2005 年:启动创建全国社区卫生服务示范区活动。

全面推进阶段(2006~2010 年):2006 年 2 月,国务院印发《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,成立领导小组。2006 年 3~8 月,制订 9 个配套文件。2006、2007 年国务院连续两年召开全国城市社区卫生工作会议。2009 年 4 月,中央启动新一轮深化医药卫生体制改革工作,加强基层卫生机构和人才队伍建设,实施基本药物制度和国家基本公共卫生服务项目。2010 年,国务院办公厅印发《关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》。

内涵建设阶段(2011~):推进基层综合改革;实施国家基本药物制度;实施绩效工资制度;开展绩效考核与示范中心创建;积极推进全科医生制度建设;加快信息系统建设。

(2) 社区卫生进展情况:机构逐步健全:全国所有地级以上城市、市辖区和 80% 以上的县级市均开展了社区卫生服务。社区卫生服务中心 6903 个(另有 1868 家医院第二名称为中心),站 25 836 个。政府办中心占 85.5%,站占 48.3%。社区卫生机构人员数约为 39 万人(中心 28.3 万人,站 10.7 万人)。与医院和专业公共卫生机构分工合作。

服务逐步完善:服务功能日益完善;基本医疗和公共卫生服务服务模式不断创新;责任(全科)医生团队服务模式以健康档案为核心的信息化建设规范有序发展。

体制机制改革不断推进:收支两条线;基本药物制度;人事分配制度;绩效考核制度;社区首诊与双向转诊;医保门诊统筹、预付制改革等。

成效初显:服务量持续上升(居民对社区卫生服务的利用大大增加);服务效率得到提高(2010 年,社区卫生服务机构医生日均门诊量 13.6 人次,医院平均 6.4 人次,卫生院平均 8.2 人次);费用得到控制(2010 年,社区卫生服务中心门诊病人均医药费用 82.8 元,按可



比价格下降 4.6%，县级医院 119.4 元，上涨 5.8%）；对社区卫生服务知晓率和满意度提升。

(3) 社区卫生发展面临的问题：发展不平衡，中小城市体系尚不完善；人才队伍建设滞后（数量不足、质量不高、结构不合理），新的运行机制尚未建立；主体多元化增加了改革的难度。

三、我国社区健康管理需求与实施策略

随着我国城镇化与社区建设进程的加快，社区人口的老龄化、疾病谱变化以及生活方式变化也越来越明显，社区健康管理的需求凸显，社区健康管理实施策略十分紧迫。

(一) 我国社区开展健康管理需求分析

开展社区健康管理的需求分析主要包括提高社区居民健康素养、推动社区生活方式（行为）转变、构建全民基本健康保障体系、实施全科医师制度、防控非传染性疾病、积极应对人口老龄化挑战等方面。

提高社区居民的健康素养是开展社区健康管理的基本前提。许多国家的国民健康及健康素养调查表明，社区居民的健康素养水平直接与疾病发生及医疗负担密切相关，健康素养低的群体或个体无论慢性病风险因素积聚率、常见疾病发生率、急诊就医率、医疗费用明显高，而常见疾病及其风险因素知晓率、控制率和管理达标率明显低。如美国健康与人类服务部近期发布的“健康素养与健康结果”报告中指出，健康素养的研究与应用自 2004 年以来取得了明显的进步，包括统一了健康素养的概念与判别标准；进一步完善了健康素养的内涵与范畴；研制出了一套评价健康素养的测量工具及方法；从循证医学研究中获得了健康素养低的个体和群体的不良健康后果以及通过对其积极有效的干预措施提高改善健康素养水平的初步证据，证明健康素养是衡量一个国家或地区公众健康水平与健康状况的重要标志，是一个独立的健康决定因素。未来健康素养的研究与实践主要聚焦在良好健康素养水平与适宜健康产出之间的因果判断、与技能相关的口头素养新的测量工具的研制、检查者与考核者本身健康素养水平对公众健康素养评价结果的影响等方面。未来的进步主要集中在干预低健康素养适宜方法与手段、口头发布信息或运用数据信息的技巧、工作场所的健康干预以及健康素养干预的成本效益评价等。我国 2009 年公布的《首次中国居民健康素养报告》中，针对我国居民基本健康素养水平总体水平仅为 6.48%，远远低于西方发达国家的紧迫形势，提出了开展全民健康素养促进的三项建议及措施，包括“大力推荐健康教育与健康促进工作、努力探索提高全面健康素养水平的新思路与新方法以及定期开展公众健康素养监测”。上述国内外有关健康素养的调查或研究报告给我们的深刻启示是：一方面居民健康素养的监测与干预成为开展社区健康管理的紧迫需求，是社区健康管理的第一项任务；另一方面引入健康管理的先进理念、适宜技术及方法能够对包括社区居民在内的全面健康素养促进行动的开展起到良好的推动作用。

构建全民基本健康保障体系是开展社区健康管理的根本需求。2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出的“建立全民基本健康保障体系”的总要求为开展社区健康管理指明了方向。树立现代健康观、医学观、医事观，坚持“以健康为中心，以预防为重点”，积极贯彻慢性病防控的“战略前移”和“重心下移”方针，实现“人人享用健康保障”的新医改目标。由于社区人群是全民基本健康保障的主要覆盖人群，社区人群健康素养的高低、不良生活方式改善状况、非传染性疾病及其风险因素防控效果



等直接影响到全民基本健康保障体系的建立。因此,围绕我国新医改“人人享用健康保障”体系的构建,开展以提高社区人群健康素养和非传染性疾病防控能力为核心的健康管理服务是摆在我们面前的紧迫需求与重点任务。

实施全科医师制度是开展社区健康管理重要保障。在我国全面实施全科医师制度的决定文件中明确将“健康管理”、“老年人健康管理”和“慢性病健康管理”作为社区全科医师工作的主要任务。首次从制度保障方面明确了在社区开展健康管理的重要性及作用定位。健康管理知识与技能是社区全科医师应该具备的基本素养,“老年人健康管理”是社区全科医师工作的重要职责;“慢性病健康管理”是社区全科医师的重点任务。一方面社区健康管理为全科医师提供了先进的理念、知识、技能与手段,另一方面全科医师制度为社区健康管理服务的开展提供了重要的平台和制度保障。社区全科医师不但是社区群众常见病、多发病的首诊者与基本医疗服务的提供者,而且是社区居民健康生活与生命保障的“守门人”及跟踪管理者。

非传染性疾病防控是开展社区健康管理的主要任务。由于社区是非传染性疾病及其风险因素流行重点区域,因此开展社区健康管理必须将非传染性疾病及其风险因素的监测、干预与综合管理作为主要任务。依据我国“健康中国 2020”战略和“十二五”非传染性疾病防控规划的目标、任务,社区非传染性疾病预防管理的重点任务及考核指标包括:心脑血管疾病、常见恶性肿瘤、糖尿病及慢性阻塞性肺疾患等危害我国居民健康的主要非传染性疾病预防、预警及早诊、早治。高血压、高血糖、血脂异常与体重超重/肥胖四个生物学非传染性疾病风险因素,吸烟、过量饮酒、体力活动不足及不合理饮食四个不健康行为风险因素的监测与管理。

积极应对人口老龄化是社区健康管理重要内容。随着我国城镇化与老年化速度的加快,社区老年人口的数量也将持续增长。一方面,社区老年人口的增加使得社区人口结构发生明显改变,人口结构趋于老化;另一方面,社区老年人口的增加和老年化趋势的持续将导致疾病人群和医疗负担的持续增长。因为老年人更容易遭受疾病的侵袭与各种伤害。心脑血管病、糖尿病和恶性肿瘤等非传染性疾病更容易侵害老年人,多种慢性病风险因素聚集和同时患有两个以上慢性病的几率将随着老年人年龄的进一步增加而增加。因此,开展社区健康管理必须把老年人健康管理作为重要任务和紧迫需求。

促进不良生活方式(行为)转变是开展社区健康管理的基本策略。社区之所以是非传染性疾病及其风险因素流行的重点区域和防控重点,社区人群是“健康管理”、“慢性病健康管理”和“老年人健康管理”的主要目标人群,其根本原因是随着我国城镇化和现代化的进程加快,生活方式西化与不良生活方式及行为泛滥。突出表现在饮食结构不合理,动物蛋白与油脂及高热量食品摄入过多,而植物蛋白与纤维素及果蔬类食品摄入减少;吸烟和过量饮酒的人越来越多,而坚持体力劳动和运动锻炼的人越来越少,进而导致超重、肥胖、血脂异常、血压升高和血糖升高的人群越来越庞大,形成了社区心脑血管病、糖尿病等非传染性疾病的巨大“后备军”。因此,开展社区健康管理必须以转变社区人群的不良生活方式与行为作为基本策略。国内外在这方面有许多成功的经验可供借鉴。如在 20 世纪 60~70 年代早期,芬兰冠心病和其他心血管疾病的死亡率居高不下,其中男性的死亡率居全球之首。研究人员发现,高胆固醇饮食习惯是导致芬兰人心血管疾病高发的主要原因。为此,芬兰政府开始组织实施高胆固醇饮食习惯的社区心血管病风险因素干预