

国外社区卫生服务

主编 卢祖洵 金生国

*guowai
shequ
weisheng
fuwu*



*guowai
shequ
weisheng
fuwu*

 人民卫生出版社

国外社区卫生服务

主 审 李长明 刘克玲 张朝阳

主 编 卢祖洵 金生国

副主编 姚建红 姚 岚

编写人员 (以姓氏笔画为序)

卢祖洵 车莲鸿 刘利群

刘 艳 吴群鸿 汪志宏

陈迎春 金生国 金建强

姚建红 姚 岚 廖庆伟

人民卫生出版社

国外社区卫生服务

国外社区卫生服务

主 编：卢祖洵 金生国

出版发行：人民卫生出版社（中继线 67616688）

地 址：（100078）北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址：<http://www.pmph.com>

E - mail：pmph@pmph.com

印 刷：遵化市印刷有限公司

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/32 印张：7.875

字 数：178千字

版 次：2001年10月第1版 2001年10月第1版第1次印刷

印 数：00 001—5 050

标准书号：ISBN 7-117-04546-9/R·4547

定 价：14.50元

著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究

（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

14546-9

前 言

纵观医学的发展历史，不难看出社区卫生服务的兴起是医疗保健发展的必然规律。以医院为中心的现代医学只有一百多年的历史，在人类同疾病作斗争及医学发展的漫长岁月中，自有医生这个职业人群起，他们的工作（医疗保健活动）主要在社区及病人家里进行。随着医学技术的发展，医生的医疗器械和药品多到难以被出诊箱容纳，多种专业人员的合作及病人的集中治疗，提高了疾病的治疗效果和医生的工作效率，医院应运而生并迅速发展。但是，并非所有疾病和健康问题都只有在医院才能解决，健康需要从个人做起、从家庭做起、从社区做起；同时，过多地使用医院昂贵的诊疗技术使社会经济不堪重负。人类才清醒地认识到，只有10%的疾病需要在现代化的医院治疗，大批的病人应该在社区获得医疗照顾。因此，医疗保健经历着从家庭→社区→医院→家庭和社区的发展过程。这是一个飞跃！医疗保健重心回归社区是维护和促进健康行动科学化的体现，是卫生资源使用合理化之必需，是医学发展的必然规律。

人们习惯于把卫生系统（或机构）分为公（国）有和私有或营利性和非营利性。社区卫生服务作为整个卫生系统的一部分，亦有公立、私有和营利、非营利之分。目前，国际上几种有代表性的社区卫生服务经营方式是：第一，以英国为代表的国家经营管理模式。英国的卫生经费主要来源于国家税收，医院属国家所有，医院职工为国家雇员；从事社区卫生服务的全

科医生与国家卫生部门是一种合同关系，其收入主要取决于注册病人的数量。由于社区卫生经费主要来源于国家，因此，国家对社区卫生服务有很强的计划调节作用。第二，以德国、日本、澳大利亚、加拿大等国为代表的国家计划管理、私人提供服务的经营模式。大多数发达国家采取这种经营模式，其主要特点是社会健康保险的人群覆盖率很高，私人开业的家庭医生与社会（国家）健康保险部门签订服务合同，提供社区卫生服务。由于家庭医生热衷于利润较高的医疗服务，国家和地方卫生部门不得不开设一些专门的社区卫生服务机构，以弥补社区预防保健工作的不足。第三，以美国为代表的私营为主体的经营模式。美国虽然各种形式的健康保险制度对社区卫生服务有很大的影响，但社区卫生服务的运作主要遵循市场调节的原则。

值得注意的是，尽管社区卫生服务的私有化会影响社区预防保健工作的开展，但绝大多数国家采取这种经营模式，即使是卫生服务国有化程度极高的英国，社区卫生服务仍有浓厚的私有成分。其原因主要与开业医生的习惯势力有关，即自由开业是许多医生的选择和追求。此外，在效率和效益之间，缺乏两者兼顾的有效措施。即公有化的社区卫生服务有可能获得较好的社会效益，但有可能出现工作的低效率；私有化的社区卫生服务不必担心低效率，但社会效益不一定理想。

健康保险与社区卫生服务是相互依存关系。健康保险制度的实施，需要结构合理、管理严密、功能完善的卫生服务系统，社区卫生服务机构功能的体现有利于节约卫生费用，降低保险的补偿额度。健康保险对社区卫生服务的作用主要有：第一，作为社区卫生服务的重要筹资方式。在社会健康保险覆盖率高的国家，社区卫生服务作为卫生系统的一部分，补偿机制

比较完善，人们对健康保险制度的筹资作用习以为常；在健康保险与社区卫生服务有待发展和融合的情况下，健康保险对社区卫生服务的发展至关重要。泰国农村社区卫生服务的人群覆盖率较高，主要原因在于国家大力推行健康卡工程（个人或家庭和国家各筹资 50%）。第二，规范社区卫生服务管理，社区卫生服务的服务项目、价格、药品及财务管理等可以通过健康保险管理条例得到规范。事实上，以私营开业家庭医生为社区卫生服务主要提供者的国家，社会健康保险是社区卫生服务的主要管理、调节和控制方式。

政府卫生投入取向分供方投入和需方投入两个方面。在社区卫生服务方面，政府投入的取向不同，产生的效果也不相同。许多国家越来越注重针对需方投入。德国、加拿大、日本等国政府对卫生保健的投入主要是为居民购买健康保险或作为社会健康保险的主要筹资者，而且健康保险的人群覆盖高，社区居民自由择医。因此，需方投入使病人掌握了购买服务的主动权，家庭医生只有努力改善服务质量，才能获得病人的信任，争取到较多的就诊病人。即使是卫生服务国有化程度极高的英国也在进行类似的改革，改变政府既是卫生服务的筹资者同时又是提供者的角色。政府主要职能转变为为社区居民购买卫生服务（政府出资与社区卫生组织签订为社区居民提供保健服务的合同），监督卫生服务的实施，而卫生机构的经营主要由卫生机构自己负责。

全科/家庭医学与全科/家庭医生在有些国家均是交替使用的名词，两者各自之间并无差别。英国称作全科医学与全科医生，而美国称作家庭医学与家庭医生。但是，家庭医学（Family Medicine）作为临床医学的二级学科具有较长的历史；全科医学（General Family Medicine）的称谓直到 20 世纪 80

年代才出现。

英国和美国的高等教育是世界上最有代表性和影响力的两大高等教育体系，在全科/家庭医学教育和全科/家庭医生的培养诸方面的运作亦具有很强的代表性。两国的共同特点是：第一，在高等医学学历教育中不断加强全科/家庭医学的教学内容；第二，全科/家庭医生的培养（毕业后教育）越来越专门化、正规化，如培养周期都是3年、有专门培养机构或基地。

家庭医生被认为是卫生服务系统的“守门人”，是社区卫生服务功能得以实现的关键。而“守门人”角色功能的体现需要制度保证，这就是家庭医生首诊制。实行家庭医生首诊制的目的与发展社区卫生服务的主要目的是一致的，即避免不必要的使用医院服务，节约卫生资源。

在社区卫生服务体系和功能较为完备的国家，尽管卫生体制差别很大，但都不同程度地实行家庭医生首诊制，以至大多数医院（尤其是大型综合医院）不开设门诊服务，只有急诊病人和家庭医生转诊的病人才能获得医院服务。英国是家庭医生首诊制实施最严格、最彻底的国家，居民要享受免费服务，必须遵从这种制度。而其他国家（包括美国）家庭医生首诊制虽然不如英国完善，但也成为卫生服务程序的常规，主要是通过健康保险制度的规定来实现的。

人口老龄化是开展社区卫生服务的重要原因，而老年保健是社区卫生服务的重要发展空间。绝大多数发达国家的人均期望寿命在75岁以上，60岁以上人口比例在20%左右。老年病人以慢性病为主，病程长，护理和康复的工作量大，没有必要在医院接受恢复性治疗，回到社区和家庭接受各种社区医疗照顾是最佳选择。美国、加拿大、澳大利亚等国的长期保健和护理、日本的“黄金计划”等，都在社区卫生服务中占有极其重

要的地位。从一定程度上讲，社区卫生服务的发展也是解决老年保健问题、适应人口老龄化的必然结果。

从理论和实践两方面看，医患关系的连续性有利于疾病的预防、诊断和治疗，但在一定程度上限制了病人自由择医的权利。不过，从社区卫生服务的特点，提倡医患关系的相对稳定是非常必要的。保持医患关系的连续性有两种方式：第一，以制度或法规的形式确定稳定的医患关系。英国采取这种方式，居民选择 GP（全科医生）注册登记后接受连续性的服务，如果不满意该 GP 的服务，一般需要一年以后才能更换 GP，这常导致医患关系紧张。第二，建立在相互信任基础上的连续性的医患关系。美国、德国、日本、加拿大、澳大利亚等绝大多数国家都采取这种方式，病人在社区内自由择医。这种方式在于引入了竞争机制，家庭医生为了获得理想的收入，必须努力提高服务质量和效果，改善服务态度，以取得病人的信任，争取更多的固定病人。这种方式的缺点显而易见，没有制约机制，与家庭医生建立连续性医患关系的病人的数量是有限的，不利于病人的系统管理及某些预防保健服务的开展。

随着社会的发展和居民健康需求的变化，各国的社区卫生服务也在不断改革。主要有以下几个方面：

第一，经营方式的改革。以计划管理为主体的社区卫生服务体系在尝试引入市场机制，而以市场调节为主体的社区卫生服务体系正逐步引入计划管理的措施。英国的社区卫生服务的国家计划性很强，近十年来，国家卫生主管部门在卫生系统内建立“内部市场”，各种卫生机构都可以投标开展社区卫生服务。其目的是引入竞争机制，提高社区卫生服务的效率。美国的社区卫生服务以市场经营为主，而且整个社会经济环境也是以市场调节为主。但是，近二十年来，管理化保健发展迅速，

社区卫生服务系统性、组织性不强的状况在逐步改善。

第二，加强医院与社区的联系。这种变化体现在两个方面：一方面是医院服务向社区延伸，医院开展社区卫生服务或参与社区保健和康复工作；另一方面是社区卫生服务机构和人员充分利用医院资源，不仅及时向医院转诊病人，而且使用医院诊疗设备包括仪器设备、病床等。在美国，家庭医生经常去医院参与转诊病人的治疗工作。加强医院与社区的联系不仅有利于保证社区卫生服务的质量，而且有利于提高家庭医生业务水平。

第三，全科医生“全”中有“专”。在德国、日本、加拿大等国，除了家庭医生外，还有相当数量（1/3左右）的专科医生从事社区卫生服务。美国从事社区卫生服务的医生都有家庭医生资格，但许多家庭医生根据工作需要、自己的兴趣或背景，选择一定的专科发展；在另一方面，有些医院专科医生从业一定的年限后，参加考试，获得家庭医生资格，开业后仍保留专科特色。当然，家庭医生联合开业的普遍性，也是部分家庭医生有余力发展专科特色的重要条件。

总之，社区卫生服务是一项复杂的社会卫生工程，各国的社会经济、政治、文化和卫生背景差异甚大。而且，社区卫生服务随社会的发展和居民健康需求的变化而变革。但是，各国社区卫生服务的目标在一定程度上具有一致性，况且上述国家的社区卫生服务有几十年的历史，吸取经验教训，必将获益。

（卢祖洵 金生国）

目 录

第一章 英国社区卫生服务	1
一、社会经济及卫生服务概况.....	1
二、国家保健服务制与社区卫生服务的关系.....	5
三、社区卫生服务组织.....	12
四、社区卫生服务的运作.....	17
五、英国社区卫生服务的特点与启示.....	30
第二章 德国社区卫生服务	36
一、社会经济及卫生服务概况.....	36
二、社区卫生服务的运作.....	41
三、社区卫生筹资.....	46
四、卫生改革与社区卫生服务的关系.....	50
五、德国社区卫生服务的启示与借鉴.....	55
第三章 美国社区卫生服务	61
一、社会经济及卫生服务概况.....	61
二、卫生系统与社区卫生服务的关系.....	63
三、社区卫生服务提供系统.....	68
四、美国社区卫生服务特点与启示.....	80
第四章 加拿大社区卫生服务	88
一、社会经济及卫生服务概况.....	88

二、社区卫生服务的产生和发展	92
三、卫生服务系统与社区卫生服务的关系	94
四、健康保险与社区卫生筹资的关系	97
五、社区卫生服务的基本模式	99
六、社区卫生服务的改革方向	103
七、加拿大社区卫生服务的评价	107
八、加拿大社区卫生服务的启示与借鉴	108
第五章 澳大利亚社区卫生服务	111
一、澳大利亚社区卫生服务的历史沿革	111
二、初级卫生保健与社区卫生服务的关系	118
三、社区卫生服务体系	123
四、澳大利亚社区卫生服务对我国的借鉴	134
第六章 日本社区卫生服务	142
一、社会经济及卫生服务概况	142
二、社区卫生服务的运行体制	152
三、社区卫生服务提供体系	159
四、社区卫生服务的内容	163
五、社区卫生服务人员的培养与配备	165
六、日本社区卫生服务对我国的借鉴	167
第七章 泰国社区卫生服务	174
一、社会经济及卫生服务概况	174
二、社区卫生服务的产生与发展	179
三、农村社区卫生服务	181
四、城市社区卫生服务的运作	184

五、泰国社区卫生服务的特点、借鉴与启示·····	198
〔附录〕 一、香港社区卫生服务 ·····	205
一、社会经济及卫生概况·····	205
二、医疗卫生系统·····	207
三、社区卫生服务组织及其功能·····	209
四、社区卫生服务的内容·····	213
五、香港社区卫生服务对内地的借鉴意义·····	220
二、澳门社区卫生服务 ·····	223
一、社会经济与卫生状况·····	223
二、医疗卫生保健的历史发展·····	224
三、卫生组织体系·····	225
四、社区卫生服务·····	227
五、澳门社区卫生服务的特点及对内地的借鉴价值·····	233
后记·····	237

第一章 英国社区卫生服务

英国卫生服务的基本特征是全民免费的国家保健服务制度 (National Health Services, 简称 NHS) 和社区卫生服务 (Community Health Services, 简称 CHS)。国家财政预算在卫生保健方面的投入占总卫生经费的 80% 以上, 居民享受免费程度很高的医疗卫生服务; 在卫生保健的实施及管理方面强调国家中央集权控制卫生资源的分配, 以社区保健作为卫生服务的重点。英国是现代社区卫生服务的发源地, 社区卫生服务在英国卫生系统中的地位及对维护居民健康的重要作用, 引起了国际卫生界的广泛关注, 社区卫生服务的模式和经验被许多国家效仿和借鉴。

一、社会经济及卫生服务概况

英国位于欧洲西部, 由大不列颠岛、爱尔兰岛东北部及附近的许多岛屿组成, 面积 244, 200 平方千米, 分英格兰、威尔士、苏格兰、北爱尔兰四部分, 全称“大不列颠及北爱尔兰联合王国”。由于历史原因, 英国四个部分各有相对独立的立法和管理制度, 但所实行的国家保健服务制的原则和基本形式是一致的。

(一) 社会经济及卫生状况

英国人口总数 5874 万 (1999 年), 居欧洲第三位, 仅次于俄罗斯和德国。由于英格兰的人口占整个英国人口的

83.2%，英格兰的社会经济和卫生状况及其指标具有很强的代表性，加之英国四个部分具有一定的独立性。因此，英国对外公布的社会经济及卫生指标，既有全英国的指标，也有英格兰的指标（见表 1-1）。

表 1-1 1997~1999 年英国社会经济及居民健康指标

指 标		指 标	
平均期望寿命(男/女)	74.7/79.4 岁	60 岁以上人口比例	20.9%
婴儿死亡率	7.0‰	人口自然增长率	0.2%
吸烟率(男/女)	28%/26%	人均 GNP(1997 年)	23934 美元
吸毒人数	30545 人	失业率	6.1%

资料来源：1. <http://www.doh.gov.uk> 2. <http://www.un.org.com>

英国是一个老牌资本主义国家。17 世纪初英国的资产阶级革命结束了封建制度，加速了社会生产的发展。英国政府对内采取剥夺政策，“圈地运动”使大批农民失去土地而成为雇佣工人，加速了资本的积累；对外推行殖民主义政策，大肆掠夺殖民地财富。19 世纪初，英国最先完成了工业革命，成为世界上第一个工业化国家，使英国成为当时的“世界工厂”、“世界金融市场”，占有比本国土地大 150 倍的殖民地，相当于全球四分之一的陆地面积和人口。19 世纪的英国经济实力已处于世界绝对领先地位。

到 20 世纪，英国的经济发展速度和经济实力渐渐被德、美等国超过。目前，总 GNP 居美、日、德、法四国之后，名列世界第五位。

英国人口特征：老年人口比例高，平均期望寿命高，人口密度高（231 人/平方千米），城市人口比例高（80%），出生率低，死亡率低，人口自然增长率低。尤其是人口老龄化问题

非常突出。

主要疾病和卫生问题是：慢性病、精神病、老年性疾病、酗酒、吸毒等。前四位死因（1999年）是：心血管疾病（396.6/10万）、恶性肿瘤（264.5/10万）、肺炎与呼吸系统疾病（58.8/10万）、意外死亡与自杀（23.1/10万）。精神病及精神异常虽然不是引起死亡的直接原因，但发病率高、病程长、医疗费用高、经济损失大。人口老龄化和主要卫生问题是英国重视社区卫生服务的重要原因。

（二）政治体制与卫生服务的关系

英国是最早实行两党制的国家，现行执政党工党以费道主义理论为纲领，以改良主义的方式来调和民众与统治集团的矛盾，鼓吹阶级合作，提倡大企业国有化，强调“社会福利”。保守党崇尚市场竞争，主张企业自由经营，强调市场调节，不提倡国家干预，旨在保护垄断资本的利益。由于主要是工党和保守党交替执政，两党不同的宗旨和施政方略对医疗卫生政策有重大影响。NHS方案正是由强调福利政策的工党执政时制订的。

1946年，第二次世界大战刚刚结束，国内满目疮痍，生产瘫痪，民不聊生。为了发展生产、振兴经济、恢复大英帝国在国际政治、经济中的地位，迎合人民群众要求改善生活条件、改善公共福利的呼声，以第二次世界大战功臣邱吉尔为首相的保守党政府退出舞台，善于调和工人阶级矛盾的工党上台执政。当时，工党政府一成立，即制订和实施了一系列福利政策，其中包括1946年颁布的国家保健制度法令。经过两年的试行期后，于1948年正式实行全民性免费医疗服务，即国家保健服务制。

NHS刚建立时，NHS经费90%来自国家财政拨款，国家

所遇到的最大困难即财政负担过重。因此，在保守党上台执政后，多次试图废除 NHS。但是，NHS 有着深厚的群众基础，而且反对党经常以政府对 NHS 的政策作为攻击执政党的突破口。由于 NHS 是民众关心的重大问题，每次大选，竞选者必然有解决 NHS 问题的政策承诺，因此，政府的更替必然出现 NHS 政策的改革。

1997 年 5 月工党执政后 6 个月即发布白皮书，认为 NHS 长期坚持的原则是正确的，即国有卫生机构面向大众、按需提供综合性服务、卫生经费主要来自税收、全民享受免费卫生服务等。同时，反对保守党的观点：如果不增加税收、不增加收费性服务项目、不限制居民卫生服务的利用，将缓解不了 NHS 的压力。

工党政府认为，人口老龄化、新的诊疗技术的产生及其使用的增加、居民对卫生保健需求的增加等，这些都是世界各国卫生保健共同面临的问题，是卫生费用上升的主要原因。工党政府坚信，与其他国家比较，英国的 NHS 是一个高效、公平的卫生服务系统。NHS 实施 50 年来，随着政权的更替，国家各个部门各项政策变化很大，惟独 NHS 虽然一直锐意改革，在服务提供方式和管理措施等方面进行了广泛深入的革新，但 NHS 的基本政策和原则没有变化，是连续性最好的管理体制之一。

(三) 行政区划与卫生区划的关系

英国卫生区划的一个重要特点即卫生区划与行政区划分离。在行政区划方面，全国共分为 61 个郡 (County)，英格兰和威尔士共分为 53 个郡，苏格兰划分为 8 个郡；郡以下划分为 444 个区 (District)，英格兰和威尔士共分为 369 个区，苏格兰分为 49 个区，北爱尔兰分为 26 个区；区以下设社区

(Community) 或称教区 (Parish)。

在卫生区划方面, 英格兰、威尔士、苏格兰、北爱尔兰四部分有各自的卫生部, 直属于内阁。卫生部下辖 17 个大区卫生局、221 个区卫生局 (见图 1)。显然, 一个大区卫生局要覆盖数个郡, 一个区卫生局涉及 2~3 个行政区。卫生区划主要根据人口聚居状况、地理环境特征 (如山川、河流等)、卫生机构的布局和辐射范围等, 充分考虑提供卫生服务的便利和客观需要, 尤其是社区卫生服务的需要。

1991 年卫生系统改革, 撤消了大区卫生局, 取而代之的是 8 个 NHS 区域办公室, 区卫生局仍然保留。卫生行政机构的精简, 使其主要职责简化为卫生政策和服务规范 (Framework) 的制定、卫生经费的核定和分配等。具体的卫生监督管理工作及卫生机构的经营主要由各种类型的社区卫生组织承担。这样, 在卫生服务计划和运作方面, 更体现了社区化的原则。

二、国家保健服务制与社区 卫生服务的关系

社区卫生服务是国家保健服务制的重要组成部分, NHS 的发展和改革必然涉及社区卫生服务。因此, 要了解英国的社区卫生服务, 必须明确 NHS 结构、功能、政策和基本原则。

(一) 国家保健服务制度简介

英国自 1948 年正式实施 NHS, 医疗卫生服务分为 3 个部分: 医院服务、全科医业服务 (General Practice)、社会个人服务 (家庭保健等)。后两者称为基层保健, 主要在社区进行, 故又叫社区卫生服务。卫生机构属国家所有, 由中央卫生部统