

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

# 全科医疗服务管理

梁万年 主编

科学出版社



全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

# 全科医疗服务管理

梁万年 主编

科学出版社

2001

## 内 容 简 介

本书是《全科医学系列教材》中的一个分册。全书系统介绍了全科医疗服务的概念、功能、地位、作用等,针对卫生服务的需求评价、计划、实施与效果、效益评价等主要环节进行了详细的描述。重点介绍全科医疗服务的质量管理、营销管理、财务与经济管理、人力资源管理、信息管理、沟通等。内容新颖、实用性强,是从事社区卫生服务的医生、护士、公卫人员,管理人员较好的参考书,也是医学院校学生及在职人员较好的培训教材。

### 图书在版编目(CIP)数据

全科医疗服务管理/梁万年主编. —北京:科学出版社, 2001. 2  
(全科医学系列教材/曹泽毅总主编)

ISBN 7-03-008925-1

I. 全… II. 梁… III. 卫生服务-教材

N.R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 55793 号

**科学出版社 出版**

北京东黄城根北街 16 号  
邮政编码:100717

**新蕾印刷厂 印刷**

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2001 年 2 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2001 年 2 月第一次印刷 印张: 13 1/2

印数: 1—4 000 字数: 299 000

**定价: 21.00 元**

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

## 《全科医学系列教材》编委会

总 主 编 曹泽毅

副总主编 孙爱明 周东海 顾 媛\* 李 霞\*

编 委 林 锴 蔡素筠 石民生 杨秉辉  
张明岛 刘本傲 张树基 吴锡桂  
刘凤奎 张志真 李齐岳 胡大一  
董 悦 谭维溢 王均乐 李 宁  
李曼春 梁万年 崔树起 吕 繁  
蒋保季 李雅媛

顾 问 彭瑞聪 戴玉华 刘 俊 徐群渊  
曾昭耆 张孔来 李天霖 黄庭庭  
何慧德 姚 宏 陆广莘 林菊英

(说明: 有\*号者为常务副总主编)

《全科医疗服务管理》编委会

主 编 梁 万 年

副主编 李 宁

编 委 (以姓氏笔画为序)

刘 民 李 宁 金承刚 顾 媛

梁万年 廖庆伟 翟晓梅

# 总 序

在 1996 年底召开的中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上,将社区卫生服务作为城市卫生改革的重要举措,提到了显要的地位上。而全科医生作为社区卫生服务的中坚力量,也引起了全社会的重视。他们将对社区民众,特别是老年人、妇女、儿童、残疾人等特殊人群提供综合、持续、协调、可及的基层医疗保健服务,成为社区家庭的健康护卫者、咨询者和教育者,并担任即将全面推开的医疗保险的“守门人”。为此,全科医生的教育培训和考试,就成为一个亟待解决的重要问题。

全科医生的工作模式与传统的专科医生有所不同。他们立足于社区,以社区民众的卫生需求为导向,以人与健康为中心,按照人的生命周期和家庭发展周期对各种主要危险因素和疾病进行长期的监测与控制,其“防、治、保、康、健康教育一体化”的方便快捷的服务能使老百姓切实受益,但对于医学界和医学教育界来说,也提出了严峻的挑战。这就需要我们转变原来以疾病为中心、以医生为中心的生物医学模式,而真正将服务与教育的重点转到预防、保健、医疗、康复的全程服务以及对生物医学和与之相关的人文社会知识技能同等重视的教育上来。因此,新型教材的编写与相应的师资队伍培训,是全科医学在我国扎根与发展的一个关键策略。

中华医学会全科医学分会于 1996 年起,策划编写一套全科医学系列教材,其对象是现有的基层医务人员、二、三级医院有志于走向社区的医生,以及各类教育培训计划(包括成人大专教育和本科毕业后教育等)的培训对象;其内容主要涉及临床阶段综合性的教育培训和实习,包括全科医学导论、全科医疗常见健康问题,相关的心理与精神卫生、中医药学、科研、管理、预防保健、康复,乃至全科医生需要熟悉的社区护理等,此外还有全科医疗诊疗手册、急诊手册、常用药物手册、病人教育手册、实习手册等。编写者是我国多年来从事全科医学服务与教育试点工作的专业人士,以及热心参与全科医学发展的各学科的专家。相信本系列教材的出版将对我国全科医生的培养以及全科医学的发展起到一定的推进作用。由于我国国情与西方的差别,以及本学科在我国的服务实践和研究发展并不充分,在编写过程中遇到很多困难,甚至还存在一些类似于专科医学的思路,难以达到预期的水平。希望广大读者在使用中带着批判的眼光与我们共同切磋,及时把各种意见和建议反馈给我们,使之在今后得以不断完善,最终成为一套较为成熟的教材。

曹泽毅

一九九八年六月于北京

# 前 言

随着我国经济、社会改革的不断深入发展,医药卫生领域正面临着前所未有的机遇与挑战。为了建立与社会主义市场经济相适宜的医药卫生体制,促进医药卫生事业的健康发展,让群众享有价格合理、质量优良的医疗卫生服务,提高人民的健康水平,政府已经陆续出台了一系列的文件和相关的政策。其中,将开展社区卫生服务作为主要的举措之一。国际的经验表明,全科医疗服务模式是现阶段提供社区卫生服务的最好模式,它不仅可以满足人们的卫生保健需求,提高服务对象的满意度,而且可以有效地控制医疗保健费用,极大地提高医疗卫生服务的公平性和可及性。1997年以来,社区卫生服务在我国许多城镇如雨后春笋蓬勃兴起,将全科医疗作为其服务的切入点,不仅是政府的号召,也是各地的自觉行动和迫切需要。

根据我国的国情,社区卫生服务供方的主体是社区卫生服务中心,是由全科医生、护士、公共卫生人员和其他有关人员以团队的方式向社区居民提供“防、治、保、康、教、计”的六位一体服务,其中管理本身就是社区卫生服务的一项主要内容,因为它决定着服务的质量、效果、效益、效率以及可持续性等问题。当前,全科医生在该服务团队中是骨干力量,还不太可能为社区卫生服务中心配置经过专门训练的管理人员。综观国内出版的有关医疗服务管理的书籍,都是针对以医院为基础的院内管理,并不适用在社区水平的医疗管理。此外,为了保证社区卫生服务的可持续性,必须加强对其的规范化管理。本书的编写正是基于上述几个主要考虑。

《全科医疗服务管理》是全科医学系列教材之一,是从事社区卫生服务工作的医生、护士、公共卫生人员、管理人员等必须学习和掌握的内容。本书系统介绍了全科医疗服务的概念、功能、地位、作用等,针对卫生服务的需求评价、计划、实施与效果效益评价等主要环节进行了详细的描述。此外,重点就全科医疗服务的质量管理、营销管理、财务与经济管理、人力资源管理、信息管理、沟通等做了有针对性的论述。

本书具有以下几个显著的特点:① 本书是国内第一本介绍全科医疗服务管理的专著;② 将针对性放在首位,不要求系统性,所介绍的内容都是在日常工作中必须面临和处理的;③ 除了介绍基本的管理理论外,特别强调对基本方法和技能的介绍,具有较强的操作性;④ 紧密结合中国的国情,既注意当前的实用性,也注意将来的发展趋势和与国际接轨问题。

本书适用于正在或者准备将来从事社区卫生服务的医生、护士、公共卫生人员、管理人员等;也适用于各级医疗卫生机构的管理人员、医学院校的教师、管理人员和在校学生。由于本书的结构设计和写作内容都是新的尝试,加上编者的水平有限,书中错误和不足之处在所难免,热忱欢迎读者不吝赐教。

本教材得到北京市教委教改立项补助经费的支持,为北京市普通高等学校教育教学改革试点立项成果。

梁万年

2000年9月于北京

# 目 录

## 总序

## 前言

|                              |      |
|------------------------------|------|
| <b>第一章 全科医疗概述</b> .....      | (1)  |
| 第一节 社区卫生服务.....              | (1)  |
| 第二节 社区卫生服务中的全科医疗.....        | (3)  |
| 第三节 全科医疗的基本特征.....           | (9)  |
| <b>第二章 全科医疗服务的需求评价</b> ..... | (13) |
| 第一节 概述 .....                 | (13) |
| 第二节 需求评价的基本类型与主要内容 .....     | (14) |
| 第三节 需求评价的步骤 .....            | (16) |
| 第四节 需求评价的技术 .....            | (20) |
| <b>第三章 全科医疗服务的计划</b> .....   | (27) |
| 第一节 计划的概念与意义 .....           | (27) |
| 第二节 全科医疗服务计划的关键环节和主要内容 ..... | (28) |
| 第三节 全科医疗服务的计划步骤 .....        | (29) |
| 第四节 全科医疗服务计划的实施 .....        | (37) |
| <b>第四章 全科医疗的人力资源管理</b> ..... | (40) |
| 第一节 概念、内容和意义 .....           | (40) |
| 第二节 人力资源的计划与工作分析 .....       | (42) |
| 第三节 人力资源的开发与员工的培训 .....      | (45) |
| 第四节 员工的激励、压力与惩罚 .....        | (46) |
| 第五节 工作绩效的评价 .....            | (49) |
| <b>第五章 全科医疗的信息管理系统</b> ..... | (53) |
| 第一节 概述 .....                 | (53) |
| 第二节 组成 .....                 | (55) |
| 第三节 作用 .....                 | (61) |
| 第四节 规划 .....                 | (62) |
| 第五节 案例 .....                 | (62) |
| <b>第六章 全科医疗服务的质量管理</b> ..... | (67) |
| 第一节 概述 .....                 | (67) |
| 第二节 全科医疗服务质量管理模式 .....       | (67) |
| 第三节 质量改进、质量保证与质量审核 .....     | (70) |
| 第四节 全科医疗服务中的风险管理 .....       | (74) |

|             |                                  |              |
|-------------|----------------------------------|--------------|
| 第五节         | 循证医学在全科医疗服务质量管理中的应用 .....        | (77)         |
| 第六节         | 讨论现阶段我国全科医疗服务质量的内涵及其管理的建议 .....  | (80)         |
| <b>第七章</b>  | <b>全科医疗的卫生经济学和财务管理 .....</b>     | <b>(85)</b>  |
| 第一节         | 卫生的改进与经济学 .....                  | (85)         |
| 第二节         | 经济学基本概念及原理 .....                 | (87)         |
| 第三节         | 卫生经济学评价 .....                    | (93)         |
| 第四节         | 全科医疗的财务管理与会计核算 .....             | (97)         |
| <b>第八章</b>  | <b>全科医疗服务的营销管理 .....</b>         | <b>(110)</b> |
| 第一节         | 全科医疗服务的特征 .....                  | (110)        |
| 第二节         | 市场定位策略 .....                     | (112)        |
| 第三节         | 顾客的服务期望 .....                    | (115)        |
| 第四节         | 竞争策略 .....                       | (118)        |
| 第五节         | 服务可靠性与补救性服务 .....                | (123)        |
| <b>第九章</b>  | <b>全科医疗中的人际交流与咨询 .....</b>       | <b>(127)</b> |
| 第一节         | 概述 .....                         | (127)        |
| 第二节         | 人际交流的过程、影响因素及常见的交流形式 .....       | (129)        |
| 第三节         | 人际交流技巧 .....                     | (132)        |
| 第四节         | 咨询 .....                         | (136)        |
| 第五节         | 全科医疗中的医患交流 .....                 | (139)        |
| 第六节         | 全科医疗中的团队合作与交流 .....              | (143)        |
| <b>第十章</b>  | <b>全科医疗服务项目的评价 .....</b>         | <b>(145)</b> |
| 第一节         | 项目评价的目的和意义 .....                 | (145)        |
| 第二节         | 评价内容 .....                       | (146)        |
| 第三节         | 评价程序 .....                       | (147)        |
| 第四节         | 项目评价的类型 .....                    | (155)        |
| 第五节         | 国内外全科医疗服务常用的评价指标 .....           | (157)        |
| <b>第十一章</b> | <b>全科医疗中的伦理学问题 .....</b>         | <b>(163)</b> |
| 第一节         | 医学伦理学的基本原则 .....                 | (164)        |
| 第二节         | 医患关系 .....                       | (166)        |
| 第三节         | 患者的基本权利 .....                    | (171)        |
| 第四节         | 健康责任与卫生政策问题 .....                | (177)        |
| 第五节         | 临终患者照顾中的伦理学问题 .....              | (180)        |
| 第六节         | 卫生法简介 .....                      | (184)        |
| <b>第十二章</b> | <b>美、英两国的全科医疗服务与全科医学教育 .....</b> | <b>(188)</b> |
| 第一节         | 美国的管理化保健 .....                   | (188)        |
| 第二节         | 英国的管理化保健 .....                   | (192)        |
| 第三节         | 英国的全科医学教育 .....                  | (195)        |

# 第一章 全科医疗概述

## 第一节 社区卫生服务

### 一、社区卫生服务与医疗保健体系

社区卫生服务是社区层次的卫生服务，主要由基层医疗机构承担。

世界上许多国家都实行分级医疗与转诊制度，即根据不同的规模与功能将现有医疗资源分为三级：基层医疗(primary care)、二级医疗(地区医院, secondary care)和三级医疗(医疗中心, tertiary care)。以基层医疗为重心的医疗保健体系如图 1-1 所示。

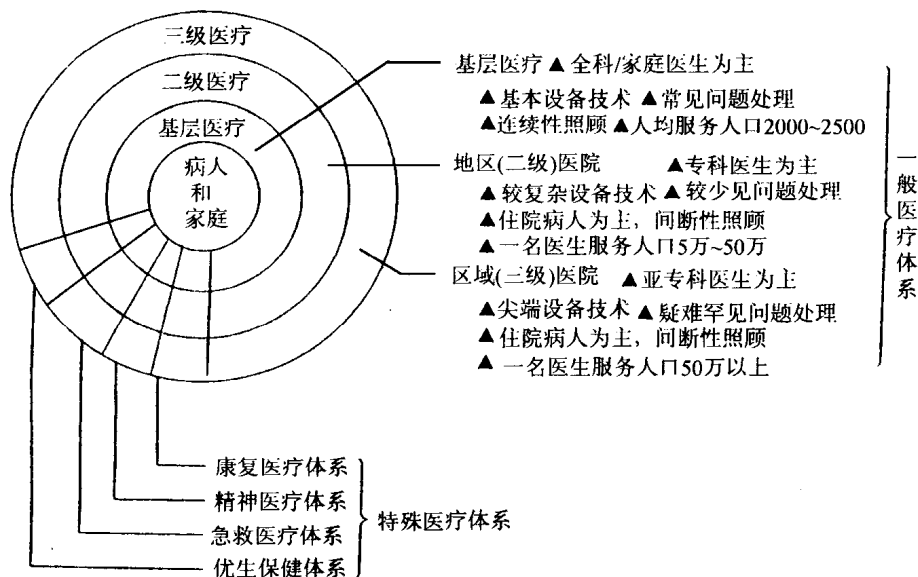


图 1-1 以基层医疗为重心的医疗保健体系

在上述医疗保健体系中，不同级别的医院和诊所之间存在双向转诊联系。基层医疗机构负责社区的健康人群、高危险人群的健康管理与常见病的第一线诊疗，以及住院病人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，应基层的要求进行适时的会诊和接纳转诊的住院病人；并承担对基层医生的继续医学教育培训工作。这一体系中的基层医疗机构承担着社区卫生服务的主要任务，它是整个医疗保健体系的基础和门户。

我国政府已经决定，首先通过部分地区的试点工作，再逐步推广，十年时间内在全国基本建成城市社区卫生服务体系。体系中应包括：① 服务网络，即各个级别的组织结构及其功能；② 各项管理与质量保证、监督等规章制度（如各种技术指南等）；③ 人员选

拔、培训、使用与管理；④ 有针对性的服务内容；⑤ 完备的信息管理系统等。

## 二、社区卫生服务的机构

### 1. 原则

发展社区卫生服务机构应该与区域卫生规划相结合,充分发挥现有医疗机构的作用,统一规划,并引入竞争机制,逐步形成结构适宜、功能完善、规模适度、布局合理、经济有效的社区卫生服务网络。

### 2. 种类

社区卫生服务机构包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、妇幼保健所、老年病院与护理院等。社区卫生服务中心一般以街道办事处所辖范围设置,可由原基层医院(卫生院)等改制而成,也可以是民办或私人医疗机构通过竞争设立。距中心较远(1~2公里以外)地区可根据群众需要设置社区卫生服务站,通常在人口较密集的地区,每1万~2万人口设置一个站点。此外,宜根据社区具体情况设置妇幼保健所、老年病院或护理院;同时开发或利用其他社区服务资源,如营养食堂、托老所、健身房、居民俱乐部等,从而形成完善的社区卫生服务网络。

### 3. 机构设置

#### (1) 社区卫生服务中心

1) 医疗部门:包括全科医疗诊室、某些专科诊室(如五官科、口腔科、骨科、针灸按摩科等)、治疗室、急诊室、日间病房或观察室、康复科、妇幼保健科、计划免疫室、门诊手术室、健康教育咨询室等。

2) 辅助科室:候诊室(包括接诊台)、化验室、X线室、心电图及B超室、中西药房、挂号室、病案室、供应室等。

3) 后勤行政管理部门:行政中心、信息管理中心、财务室、会议室、图书室等。

(2) 社区卫生服务站:包括接诊、宣教、治疗、配药、资料、储存等相对独立的工作空间,以及必要的生活空间。如设有计划免疫功能,应配备专室。

## 三、社区卫生服务的主要内容与功能

社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体,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、需要和需求为导向;以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人、低收入居民为重点;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、计划生育技术指导为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。

从理论上说,社区卫生服务包括初级卫生保健(primary health care, PHC)、基层医疗(primary medical care, 简称 primary care, PC)和社区内的其他特需卫生服务。在不

同国家或不同经济水平地区，社区卫生服务内容存在着很大差异。在我国，不同地区城乡间初级卫生保健的达标水平是不同的；就基层医疗而言，不同国家、甚至同一国家的不同经济水平地区，由于存在不同层次的卫生服务需求，基层医疗涵盖内容的差异要远大于初级卫生保健；而特需服务的差别就更大。

1997年，在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确规定了社区卫生服务的主要内容，包括疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务、妇女儿童与老年人和残疾人保健等。

社区卫生服务的功能定位与医院不同，它从事健康促进、常见健康问题的防治与第一线急救，处理各种慢性疾病及其导致的功能性问题，乃至濒死病人的临终照料问题。概言之，它负责医院外的个体和群体的90%的健康问题。其服务功能主要着眼于：①方便居民；②早期健康干预；③院前急救；④慢性病长期管理；⑤全方位干预，即涉及生物、心理、社会各个层面的有关问题；⑥适当会诊转诊。相对于医院的救死扶伤、对急、难、重病的救治功能而言，社区卫生服务覆盖了整个生命周期的各阶段和各方面的健康促进与疾病防治，因此是一种范围宽、时间长、照顾周到、民众参与和利用程度极高的“大众化”服务。

## 第二节 社区卫生服务中的全科医疗

### 一、全科医疗服务模式

全科医疗是将全科/家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务。它是一种集合了其他许多学科领域内容的一体化的临床专业；除了利用其他医学专业的内容以外，还强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识提供服务。美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医疗(family practice, 全科医疗)的定义是：“家庭医疗是一个对个人和家庭提供持续性与综合性卫生保健的医学专业。它是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。家庭医疗的范围涵盖了所有年龄、性别，每一种器官系统以及各类疾病实体”(1999)。

全科医疗的特点包括：强调持续性、综合性、个体化的照顾；强调早期发现并处理疾患；强调预防疾病和维持健康；强调在社区场所对病人提供服务，并在必要时协调利用社区内外的其他资源。其最大特点是强调对当事人的“长期负责式照顾”，这意味着其关注的中心是作为整体人的服务对象，并对其长期负有管理责任。只要全科医生与服务对象建立了某种合同关系，就应随时关注他们的身心健康，对其主观和客观的、即刻的与长期的各种需求作出及时的评价和反应；无论何时何地都不能摆脱这种责任。由于医生对医学知识的把握胜于病人，因此也可以说，这是一种由医生发起的以人为本、以健康为中心、以需求为导向的主动服务。

全科医疗服务内容贯穿人的生命周期：从妇女围生期保健、新生儿保健、少儿保健、青少年保健、中年期保健、老年保健，乃至濒死期与死亡照顾；生命周期的每个阶段都有其特定的生理、心理与社会方面的健康危险因素与疾患。为此，全科/家庭医师应该具备有关社区健康问题的发病率、自然史、病原以及预防、早期保护和全面管理的知识。特

别强调那些在社区中经常发生的问题，严重的、危及生命的问题，那些易于治疗的问题以及导致慢性残疾的问题。这些健康问题多为未分化问题、慢性疾病、急诊等常见健康问题，可以称之为“早、晚、急”。全科/家庭医师在处理上述各类问题时，采用与二、三级医疗不同的模式，即以预防为导向，采用适宜技术将问题处理在早期；高度警惕可能危及生命的各种疾病、慢性病的合并症和医源性疾病等；此外，还使用各种替代医学（例如传统医学）手段解除病人的疾病痛苦，注意与病人合作，共同为改善其生活质量而努力。全科医疗的这种服务模式体现了很高的成本效益，从而使其得以成为整个医疗保健系统与医疗保险系统的可靠基础与“守门人”。

## 二、全科医疗服务团队

全科医疗服务的骨干力量与学术核心，是全科/家庭医师（以下简称为全科医生）；此外还有大批其他专业人员。

### （一）全科医生

#### 1. 定义

全科医生又称全科/家庭医师（general practitioner/family physician）或家庭医生（family doctor），是执行全科医疗的卫生服务提供者。英国皇家全科医学院对全科医生的定义是“在病人家里、诊所或医院里，向个人和家庭提供人性化、基层、连续性医疗服务的医生。他承担对自己的病人所陈述的任何问题做出初步决定的责任，在适当的时候请专科医生会诊。为了共同的目的，他通常与其他全科医生以团队形式一起工作，并得到医疗辅助人员、适宜的行政人员和必要设备的支持。……其诊断由生物、心理、社会几个方面组成，并为了促进病人健康而对其进行教育性、预防性和治疗性的干预。”

美国 AAFP 对家庭医师的定义是：“家庭医师是经过家庭医疗这种范围宽广的医学专业教育训练的医师。家庭医师具有独特的态度、技能和知识，使其具有资格向家庭的每个成员提供持续性与综合性的医疗照顾、健康维持和预防服务，无论其性别、年龄或健康问题类型是生物医学的、行为的或社会的。这些专科医师由于其背景与家庭的相互作用，最具资格服务于每一个病人，并作为所有健康相关事务的组织者，包括适当地利用顾问医师、卫生服务以及社区资源。”

用中国语言来概括，可以给全科医生下一个通俗的定义：全科医生是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基层医疗保健服务，进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。其服务涵盖不同性别、年龄的对象及其所涉及的生理、心理、社会各层面的健康问题；他应能在所有与健康相关的事务上，为每个服务对象当好健康代理人。

#### 2. 全科医生的角色

##### （1）对病人与家庭

1) 医生：负责常见健康问题的诊治和全方位全过程管理，包括疾病的早期发现、干

预、康复与终末期服务。

2) 健康监护人(代言人):负责健康的全面维护,促进健康生活方式的形成;定期进行适宜的健康检查,早期发现并干预危险因素;作为病人与家庭的医疗代言人对外交往,维护其当事人的利益。

3) 咨询者:提供健康与疾病的咨询服务,聆听与体会病人的感受,通过有技巧的沟通与病人建立良好的关系,对各种有关问题提供详细的解释和资料,指导服务对象的有成效的自我保健。

4) 教育者:利用各种机会和形式,对服务对象(包括健康人、高危人群和病人)随时进行深入细致的健康教育,保证教育的全面性、科学性和针对性,并进行教育效果评估。

5) 卫生服务协调者:当病人需要时,负责为其提供协调性服务,包括动用家庭、社区、社会资源和各级各类医疗保健资源;与专科医生形成有效的双向转诊关系。

#### (2) 对医疗保健与保险体系

1) 守门人:作为首诊医生和医疗保健体系的“门户”,为病人提供所需的基本医疗保健,将大多数病人的问题解决在社区,对少数需要专科医疗者联系有选择的会诊与转诊;作为医疗保险体系的“门户”,向保险系统登记注册,取得“守门人”的资格,并严格依据有关规章制度和公正原则、成本-效益原则从事医疗保健活动,与保险系统共同办好管理化医疗保健。

2) 团队管理与教育者:作为社区卫生团队的核心人物,在日常医疗保健工作中管理人、财、物,协调好医际、医护、医患关系,以及与社区社会各方面的关系;组织团队成员的业务发展、审计和继续教育活动,保证服务质量和学术水平。

#### (3) 对社会

1) 社区/家庭成员:作为社区和家庭中重要的一员,参与其中的各项活动,与社区和家庭建立亲密无间的人际关系,推动健康的社区环境与家庭环境的建立和维护。

2) 社区健康组织与监测者:动员组织社区各方面积极因素,协助建立与管理社区健康网络,利用各种场合做好健康促进、疾病预防和全面健康管理工作;建立与管理社区健康信息网络,运用各类形式的健康档案资料做好疾病监测和统计工作。

### 3. 全科医生的素质

承担上述全方位、全过程负责式健康管理的全科医生,是一种高素质的特别的医生。其专业素质应包括:

(1) 强烈的人文情感:全科医生必须具有对人类和社会生活的热爱与持久兴趣,具有服务于社区人群、与人交流和相互理解的强烈愿望和自身需求。

(2) 出色的管理意识:全科医生必须具有一个强者的自信心、自控力和决断力,敢于并善于独立承担责任、控制局面;在集体环境中自觉的协调意识、合作精神和足够的灵活性,从而能与各有关方面保持良好的关系。

(3) 执著的科学精神:全科医生在社区相对独立的环境中应持有严谨的科学态度,一丝不苟地按照临床诊疗程序和科学思维工作;在对病人、家庭和社区进行教育时亦不忘科学性。为此应特别注意保持与医院及专科医生的联系,参与各种教学、科研、学术交

流活动以及继续医学教育(CME),使自身的知识技能保持与现代医学和相关人文社会科学的同步发展。

#### 4. 全科医生的专业培训

世界各国的全科医生都有本专业的训练和考试要求。各国普遍的专业要求大体上包括以下几个方面:①全科医生的专业训练和其他各种专科医师一样,都是在本科毕业后的住院医师培训阶段进行,而本科阶段的全科医学教育属于全体医学本科生必修的素质教育课程;②全科医生的专业培训时间为3~4年,内容包括医院各相关科室轮转、家庭医学理论课程与社区实习、导师带教、案例讨论、教学研讨会、科研方法与实践、农村或偏远地区独立实践等;③受训者学习结束后必须参加国家级全科医生学会的正式考试,通过者获得全科医生资格(专科医师称号),可在医院家庭医学科、社区卫生服务中心、全科/家庭医疗开业诊所等不同场所工作,亦可选择自己在社区独立开业;④各国学会都要求全科医生参加各种形式的终生继续医学教育,美国等国家还要求家庭医师每6~7年参加一次学会组织的资格再认证考试,以保证其专业知识不断更新,能够适应社区居民不断增高的服务需求。

在1994年11月世界卫生组织(WHO)和世界家庭医生学会(WONCA)的联合工作报告中,针对全科医生及其服务明确了以下几个观点。

(1) 医疗服务适应个人与社区:最理想的医疗服务应该以人为中心、以健康为导向和以社区为基础。医疗服务与公共卫生体系应该紧密结合起来,以便最有效地促进个人及其生活社区的健康。全科医生应能够融合这两个功能的许多方面。医疗服务需要这样能干的医生,他们既是医疗服务的提供者、决策者、与个人和社区的交流者,又是管理者和卫生保健团队的成员。

(2) 人人拥有全科医生:每个人都应该熟悉其家庭医生,并为医生所熟悉。作为基层医疗提供者,全科医生应该熟悉群众,了解其生活状况、家庭和社区。个人的大部分健康问题可以由他负责处理;他也可以与卫生保健团队其他成员进行协调配合。人们将与其全科医生形成一种持久的信任关系。

(3) 全科医生必须训练合格:只有合格的家庭医生才能提供优质基层服务,适当地处理大多数人经常发生的大部分健康问题。全科医生所受的专业培训使他们能够照顾病人、可靠地排除严重的疾患,并对慢性病人提供长期服务。这些训练使他们能够考虑生物学、家庭、社会和环境各系统之间的相互关系,并具备适应各国不同个人和社区的独特需要的技能。训练合格的全科医生应该在卫生保健系统中充分施展其能力,获得适宜的专业身份,并取得应得的报酬。

随着卫生改革的实施,全科医生被赋予越来越重要的社会责任,因此,其服务涉及的知识技能也在日益拓宽。在知识方面,要对个人和家庭提供长期负责式的服务,就应对于健康水平(而不仅是疾病)的测量、疾病的预测、各年龄段不同症状的含义、疾患对家庭的冲击和家庭资源的利用等有所了解;要提供以人口为基础的服务,就需要更多的流行病学、统计学知识,以及与社区健康促进相关的各种工作能力;要做好医疗保险系统的“守门人”,就需要更全面地关注全科医疗服务中成本-效益的要求、社区卫生服务及全科医疗管理的技术;要影响卫生政策和卫生资源投向,就需要与服务对象和决策者进

行更经常而有效的对话；等等。这些实践中的需要将进一步推动全科/家庭医学的研究与学科的发展建设，并吸收更优秀的专业人员，壮大全科医生队伍。

## （二）全科医疗团队结构及其工作方式

### 1. 全科医疗团队合作网络

（1）门诊团队：门诊团队由基层医疗医生、门诊护士、接诊员组成。其中医生以全科医生为主，也包括基层医疗的儿科、内科等医生；门诊护士一般以医：护=1：2~5的比例配置，他们可以担任很多评估、诊断和治疗性的工作；而接诊员的工作包括接待业务、档案管理、接电话、日常杂务等。接诊员需要有高度的教养和受教育的水平，良好的仪表、谈吐和态度，并具有提供健康照顾的强烈动机。与病人沟通时应能及时发现病人的困难，关心病人，及时调节、缓解医生和病人的矛盾，能与其他成员协作，保证团队工作的顺利进行。

（2）社区保健团队：社区保健团队由全科医生、公卫护士、社区护士、护理员等组成，深入社区家庭中提供服务。其中公卫护士（保健人员）以社区内高危人群如婴幼儿、孕产妇、老年人为主要对象，主要从事定期的家庭访视、教育、评估工作，以及与社会各种机构联络，挖掘各种社区资源。社区护士主要任务是提供家庭护理，常随医生出诊做首诊访视，以便继续照顾。护理员的工作是在社区护士指导下对病人提供日常生活护理。

（3）医疗-社会工作团队：医疗-社会工作团队是由全科医生、保健人员、地段社会工作者互相联系组成的一种合作团队。地段社会工作者隶属于地段社会服务组织，由地段社会服务主任领导，其功能包括：评估病人疾病发生、发展及恢复的社会、经济、文化与家庭因素，以提供心理、社会性的诊断，并作个人婚姻和家庭的咨询；协调病人及其家庭对社区保健资源的利用，参与保健计划的研究与设计，并做家庭访视和家庭照顾；还参与医学生和家庭医学的教学及相关研究，负责医疗行为方面的训练。

（4）康复工作团队：康复工作团队主要由社区护士、医院康复科的物理治疗师和功能治疗师组成。心理学家常作为该团队的顾问医生，保健人员、社会工作者随时与该团队保持联系，解决病人心理、社会方面的问题。

### 2. 全科-专科合作网络——会诊和双向转诊

（1）转诊和会诊的定义：转诊即把病人某一问题的照顾责任转移给别的医生，可以请教专科医生，也可以请教另一位在某个专业领域有专长全科医生。请来会诊或收转诊病人的医生称为顾问医生；而主动把病人转诊或安排会诊的医生则称为转诊医生。

#### （2）何时需要转诊和会诊

转诊的理由：①诊断；②处理；③诊断和处理；④病人要求；⑤对所下诊断或处理方式的再确认。

会诊的理由：①病人或其家庭提出要求或暗示他们希望要会诊；②医生对病情的发展不满意或对诊断不确定时；③病人的病情可能有生命危险或预后不良时。

（3）转诊和会诊过程中全科医生的责任：对全科医生而言，会诊时仍对病人负有全部责任；转诊也只是把照顾病人的责任暂时地、部分地转移给其他医生。在病人转诊期间

全科医生仍应与顾问医生保持联系，顾问医生最终仍要将病人转回社区，因此这种转诊是双向转诊。

选择顾问医生时不仅要考虑顾问医生的医学知识技术，还要顾及其个性、时间、交通是否合适以及能否与转诊医生密切配合等。

全科医生在会诊与转诊时必须提供详尽的转诊资料，清楚详细地告知顾问医生转诊或会诊的目的、既往病史和检查结果等。

全科医生应认真向病人解释转诊或会诊的原因以促进其合作，并让其知道转诊时全科医生仍与其保持联系，转诊后仍然继续照顾他，以免病人有被排斥之感。

当病人转回给全科医生后，全科医生应将较严重疾病病人的预后反馈给顾问医生。若对转诊结果不满意，也应告诉顾问医生，必要时可考虑再次转诊。

### 3. 重要团队成员——护士与社工

在上述团队成员中，除了公共卫生保健人员以外，社区护士和社会工作者(社工)也起着特殊重要的作用。

社区护士是全科医生完成社区家庭医疗工作的主要助手，其主要任务是在社区、家庭环境中进行生物-心理-社会全方位的病人护理工作，以及相关疾病的健康教育和生活方式指导等。这类护士比医院护士要求有更高的学历和临床工作资历，通常是在取得护士资格、在医院临床工作若干年后，再攻读“社区护理”第二学位，考试合格后方可获准成为社区护士。他们既可受雇于医院或全科医生，又可加入独立的社区护理组织。其主要服务对象是需要社区长期管理的慢性病人(如糖尿病)、老年病人、出院病人及残疾人等，服务内容包括家庭访视、家庭护理、病人小组活动指导、病人教育等。在对老年病人的家庭访视中，社区护士常规地评价其一般健康和疾病状况、用药情况、心理状况、营养状况、家庭环境安全等各方面的问題，提供全面而有针对性的个别指导和咨询；这种工作性质使得他们深入家庭的时间往往大大超过家庭医生。

社工是国外普遍存在的一种社会职业，从事此类职业的人员必须经过正式的学历教育(往往需要取得“社工”硕士学位)，然后方可到社会服务机构(如社区管理机构、医院、社区服务中心、各种社会团体等)工作。他们积极参与社区卫生服务，运用社会学、人类学、管理学等多方面的知识和技能，协助全科医生进行社区诊断和干预；同时娴于个体病人的社会学评价和干预，参与困难病例讨论和管理是他们的日常工作。各种与健康 and 疾病相关的心理、社会问题都在社工的管理职责范围内，如人际关系协调、心理问题协调、助老助残、扶贫、劳动保护、卫生资源协调利用、社会及社区环境保护等。由此可见，由于社区护士和社工的参与，才使全科医疗的全方位、全过程卫生服务成为现实。我国目前缺乏这两种重要的团队成员，这个问题的存在直接影响了社区卫生服务的范围、内容与质量，也不利于全科医生核心作用的发挥；因此必须在较短时间内设法解决之。

在全科医疗工作团队中，全科医生为主要组织者，经常组织案例分析、专题业务报告以及医疗管理问题的讨论，强调共同的目标、良好的合作关系和高质量的整体服务。如此可以发挥集体的优势，分工合作，互相学习，取长补短，共同提高业务素质与服务质量，从而全面保证对病人和社区的医疗、预防、康复及健康促进等项任务的实施。