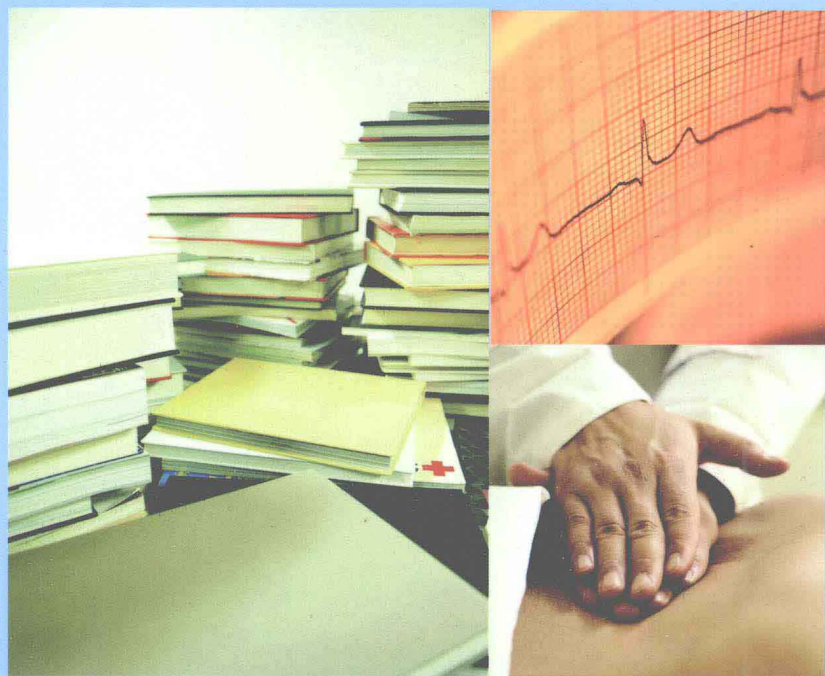


好医生

社区卫生从业人员基础知识 培训教材

好医生医学教育中心 主编



 北京科学技术出版社

社区卫生从业人员基础 知识培训教材

好医生医学教育中心 主编

 北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生从业人员基础知识培训教材/好医生医学教育中心主编. —北京:北京科学技术出版社, 2008. 10
ISBN 978-7-5304-3976-0

I. 社… II. 好… III. 社区服务: 卫生服务—技术培训—教材 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 154753 号

社区卫生从业人员基础知识培训教材

主 编: 好医生医学教育中心

责任编辑: 边 峤

封面设计: 张佳佳

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部) 0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 北京大运河印刷有限责任公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 886 千

印 张: 35

版 次: 2008 年 10 月第 1 版

印 次: 2008 年 10 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5304-3976-0/R · 1075

定 价: 80.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。
京科版图书, 印装差错, 负责退换。

目 录

第一篇 社区卫生相关政策与管理

第一章 相关政策背景解读	3
第一节 医疗卫生体制改革的背景	3
第二节 我国社区卫生服务发展历程与特点	5
第三节 我国社区卫生服务的现状	6
第四节 推进初级卫生保健, 坚持社区卫生服务正确方向	8
第五节 我国医疗保健体制的发展趋势	10
第六节 新世纪医学发展的趋势	12
第二章 社区卫生服务管理	15
第一节 社区卫生服务	15
第二节 社区卫生调查	17
第三节 社区健康管理	19
第四节 社区卫生服务中的慢病管理	23
第五节 处方管理办法	38
第六节 药品管理法	42
第七节 医疗废物处理办法	47
第八节 医疗事故处理条例	51
第九节 突发公共卫生事件的管理	54
第十节 社区卫生服务中的人际沟通技巧	57
第十一节 社区卫生服务的宣传与推广	64
第三章 全科医学概述	71
第一节 全科医学及国外社区卫生服务	71
第二节 全科医师的任务	73
第三节 全科医师的工作方式	75



第四节	以人为本的健康照顾	79
第五节	全科医生临床思维	81
第六节	以家庭为单位的健康照顾	87
第七节	以社区为基础的健康照顾	92
第八节	全科医疗中的医患关系	96
第九节	医学伦理学的基本原则	99
第十节	全科医疗健康档案	104

第二篇 社区医疗

第一章 常见慢性病防治	115
第一节 糖尿病	115
第二节 高血压	127
第三节 脑卒中	134
第四节 代谢综合征	142
第五节 支气管哮喘	145
第六节 慢性阻塞性肺病	151
第七节 冠心病	155
第八节 心功能不全	161
第九节 心脏瓣膜性疾病	176
第十节 消化性溃疡	184
第十一节 肝脏疾病	190
第二章 精神心理疾病	197
第一节 抑郁焦虑障碍	197
第二节 精神活性物质所致精神障碍	204
第三章 传染病防治	213
第一节 解读《中华人民共和国传染病防治法》	213
第二节 传染病学总论	216
第三节 疫情报告	219
第四节 免疫接种	223
第五节 消毒杀虫技术	229

第六节 慢性乙型肝炎·····	234
第七节 传染性非典型肺炎·····	239
第八节 艾滋病·····	243
第九节 性传播疾病·····	247
第十节 血吸虫病·····	266
第十一节 霍乱·····	269
第十二节 麻疹·····	273
第十三节 鼠疫·····	276
第十四节 伤寒与副伤寒·····	278
第十五节 细菌性痢疾·····	281
第十六节 流行性脑脊髓膜炎·····	285
第十七节 流行性乙型脑炎·····	287
第十八节 狂犬病·····	290
第十九节 人类禽流感病·····	295
第二十章 肾综合征出血热·····	298
第二十一章 流行性腮腺炎·····	301
第二十二章 结核病·····	305

第三篇 社区保健与社区康复

第一章 社区保健 ·····	313
第一节 老年医学—人口老龄化的现状与发展·····	313
第二节 老年医学—老年人群的特点·····	315
第三节 老年医学—老年保健的目标、原则和实施·····	327
第四节 老年医学—老年人健康的综合评估及护理·····	330
第五节 妇女全程健康保健·····	333
第六节 妇女保健—婚前保健服务·····	338
第七节 妇女保健—围产保健·····	342
第八节 妇女保健—围绝经期保健·····	351
第九节 计划生育·····	356
第十节 儿童保健·····	365



第二章 社区康复	369
第一节 康复医学概论	369
第二节 社区康复医学	376
第三节 社区残疾人管理	380
第四节 实用康复技术—物理治疗	387
第五节 实用康复技术—心理治疗	409
第六节 中医适宜技术—经络腧穴	418
第七节 中医适宜技术—常用腧穴及其主治范围	423
第八节 中医适宜技术—常用针灸法	455
第九节 中医适宜技术—针灸治疗	464

第四篇 社区预防

第一章 流行病学	479
第二章 卫生统计学的基本概念	505
第三章 社区预防保健	521
第四章 社区健康教育与健康促进	542

第一篇

社区卫生相关 政策与管理

第一章 相关政策背景解读

第一节 医疗卫生体制改革的背景

医疗卫生体制改革近年来呼声越来越高，其中最重要的一点就是要大力发展全科医学、全科医生，更好地为人民群众的健康服务，解决目前医疗体制所面临的种种难以解决的问题。

一、我国卫生工作所取得的成绩

自 1949 年新中国成立以来，在 50 多年的时间里，我国卫生工作取得了举世瞩目的成绩。建国后，迅速地消灭性病、传染病的传播，三级卫生保健网络的建立，使包括农村在内广大范围的人民享受到基本的医疗保障，从人均寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、传染病发病率等国际公认的评价卫生水平的指标来看，我国以较小的卫生投入取得了巨大的社会效果，卫生工作成绩斐然（见表 1-1-1）。

表 1-1-1 人民群众健康水平显著提高

评价指标	1949 年	1999 年
人均期望寿命	35 岁	71 岁
孕产妇死亡率	1 500/10 万	53/10 万
婴儿死亡率	200‰	32.2‰
传染病发病率	2 万/10 万	186/10 万

二、转型期我国卫生工作的主要矛盾

自 1978 年改革开放以来，特别是 1999 年提出建立社会主义市场经济体制，我国社会正在经历着前所未有的巨大的变革，社会处于转型期。过去建立在公有制、集体所有制基础上的公费医疗、农村合作医疗等已远远不能适应社会的变化，农村合作医疗已基本解体。卫生工作面临诸多挑战，一直以来的卫生体制改革方向也受到社会多方面的质疑。

1. 医疗费用增长过快，个人负担加重 医疗费用高涨是目前世界各国普遍面临的问题，在我国尤为突出，一方面，随着科学技术的发展，大量的高科技手段应用于医疗领域，在提高医疗水平的同时，也使医疗费用比过去大大增加；另一方面，药品生产、流通领域的不合理制度导致药品价格“虚高”，各种不正当的竞争手段使药品成本增大，进而转嫁到药品消费者头上，这些都极大地促进了医疗费用的增长。国家对医疗行业，特别是医院的投入逐年减少，市场经济体制下公有医院的错位，使医院迫于生存压力而从医疗中盈利，客观上纵容了医疗费用的上涨。有统计资料显示，从 1990 年到 2004 年，全国医疗总费用从 764.4 亿元上涨到 7 553 亿元，上涨 10 倍。每次平均门诊费用从 10.9 元上涨到 118 元，每次平均住院费用从 473.3 元上涨至 4 284.8 元。这些数字充分说明了这十多年来，我国医药费用飞速上涨的事实，医疗费用已经是人民群众一个沉重的负担，特别是在农村，由于没有基本的医疗保障，因病致贫、因病返贫现象屡见不鲜。据北京市的一项最



新调查,有近六成的病人应该来医院就诊而未就诊,原因就是过高的费用使这些人望而却步(见表 1-1-2、1-1-3)。

表 1-1-2 1990~2004 年全国卫生总费用

年 份	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
卫生总费用(亿元)	764.4	2 155.1	4 586.6	5 025.9	5 790	6 584.1	7 553
卫生支出 构成(%)	政府	25.1	18.0	15.5	15.9	15.7	17.0
	社会	39.2	35.6	25.6	24.1	26.6	27.2
	个人	35.7	46.4	59.0	60.0	57.7	53.9

表 1-1-3 1990~2004 年医疗费用涨幅

	年 份	次均门诊费用	次均住院费用
平均费用/次(元)	1990	10.9	473.3
	2004	118.0	4 284.8
年平均增长率(%)	1991~1995	25 (24.1)*	23.7 (22.0)
	1996~2000	14.8 (11)	11.3 (6.6)
	2001~2004	8.0 (4.7)	9.7 (8.3)

※括号内为同时期药费增长率

2. 卫生资源配置不合理,供需矛盾尖锐 我国的卫生资源分布,一个重要的问题就是布局不合理,卫生费用投入“重临床、轻预防”。在城市里集中了大量的三级医院,而在广大的农村,20 世纪 60 年代建立的基层卫生院大多处于倒闭的边缘;在卫生经费的投入上,大部分费用投入到城市的三级医院,投入到临床诊疗环节,如购买大量先进仪器、

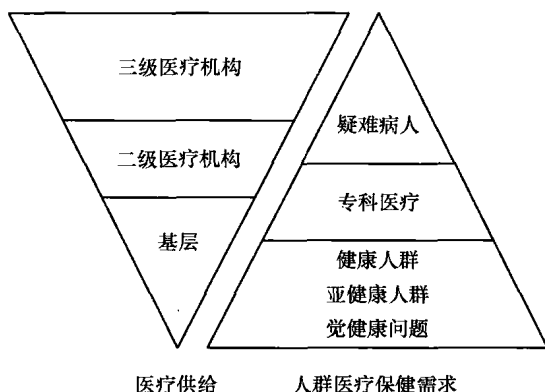


图 1-1-1 我国卫生资源配置与卫生需求矛盾尖锐

设备;而很少部分费用用于疾病预防、保健。据估计,85%以上的卫生资源消耗在 15%的危重病人身上,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,这种资源配置的不合理,使大医院承担了基层卫生任务,造成医疗成本增高、就医环境差、医疗效率下降等等,引发诸多矛盾(见图 1-1-1)。

3. 卫生服务需求的多元化要求现有的卫生服务模式改革 改革开放以来,随着经济的发展,社会分配制度的改革等等使

一部分人先富裕起来,人群收入逐渐拉开,对卫生服务的需求呈现多元化趋势,近年来,外资医疗机构、私营医疗机构,以及国有大医院开办的特需门诊都是适应卫生需求多元化这一社会需求,满足了这部分人群的需求。但从长远看,卫生需求多元化与目前卫生服务提供模式单一这一矛盾难以根本解决,国家对卫生资源的投入更多的应该放在广大人民群众的基本医疗需求上,对于少部分人群的特殊医疗需求,更多的应该由外资、私营医疗机构承担。医疗体制改革中,将医院划分为盈利性和非盈利性医院就是对医疗机构发展方

向,承担的社会责任作出的界定。

4. 疾病谱和死因谱的变化使医疗服务面临双重压力 20 世纪中期以前,影响人类健康的主要疾病是各种传染病,随着医学的发展和公共卫生的普及,以及社会经济的发展,人群营养状况得到显著改善,传染病、营养不良已经被心脑血管疾病、恶性肿瘤等现代生活方式疾病所代替,这些慢性非传染性疾病成为人群健康最大的威胁。而与此同时,传染病流行又呈加剧趋势,如艾滋病的蔓延,SARS、禽流感的暴发、流行等都给人类带来巨大危害。有资料显示,1996 年到 2005 年,慢性传染病总例数增加了 14.3%,糖尿病增加了 305%,高血压增加了 176%,冠心病增加了 60%;而发生在 2003 年春季的 SARS,给我国造成的经济损失据估计有 2 000 亿!

对于传染病的防治,通过疫苗接种大都可以控制,而对于慢性非传染性疾病,更多的需要进行生活方式、工作方式的干预,长期的健康知识的普及,引导健康生活方式等措施来解决,而这些在目前“重医疗、轻预防”的医疗体制下是难以实现的。

5. 老年化社会对医疗服务的需求 2000 年,我国 60 岁以上的老年人口比例达到了 10.2%,而且,老年人口以 3.2% 的速度在增长,估计到 2050 年,我国老年人口将达到 4 亿,占总人口比例的 25%。老年人口增加,使卫生服务的需求大大增加,根据 1998 年全国卫生服务调查显示,60 岁以上的老年人,两周的患病率和慢性病的患病率是整个人群的 1.7 倍和 4.2 倍。老年人慢性病,同时患多种疾病多,他们大都行动不便,经济上也并不宽裕,在目前的医疗体制下,老年人口医疗问题更加突出。

2006 年,国务院发展研究中心对我国医疗卫生体制改革作出评价与建议,认为目前进行的医疗卫生体制改革基本不成功,卫生体制改革正处在十字路口,今后改革将向哪个方向进行,成为全社会关注的话题。作为社会主义国家,我国医疗卫生服务对象是全体社会人民,是最广大的普通劳动者,积极发展全科医疗,加强基层卫生资源建设,卫生工作重点向基层、向预防倾斜将是新一轮卫生改革的特色。

第二节 我国社区卫生服务发展历程与特点

一、我国社区卫生服务的简要回顾

新中国成立前,我国是一个缺医少药的国家,西医在我国的发展非常有限,在基层、社区服务的主要是师承传授方式的中医,而且也主要分布在城市。新中国成立后卫生事业得到长足发展,建立了三级卫生服务网络,将原先散在分布的个体诊所都纳入进来,使广大人民群众享受到了基本卫生服务。但此后我国的卫生工作将更多的注意力放在城镇大医院的建设上,忽视了全科医生、基层卫生设施的发展。改革开放后,原有三级卫生网络中的村(街道)、乡镇两级基本上解体,卫生资源配置绝大多数集中到县(区)级以上的医院,与人民群众需求严重偏离。

二、我国社区卫生服务的发展

在 80 年代初,随着西方全科医学概念传入我国,发展社区卫生服务逐渐成为卫生工作者的共识。特别是 1996 年全国卫生工作会议之后,1997 年 1 月,中共中央国务院在关



于卫生改革与发展的决定里正式提出积极发展社区卫生服务。我国社区卫生服务开始起步。

我国社区卫生服务发展大致经历三个阶段。

1. 试点阶段（1997~2006年） 1999年7月10部委《意见》对社区卫生服务工作的基本概念、基本组织框架、基本政策等作出详细的描述，随后，在上海、天津、北京、深圳、济南等大中型城市以转变基层医疗机构的服务模式为重点，以结构和功能的两个转变为核心，在服务网络、人才培养和资源整合等方面积极开展试点工作。提出开门办社区，要将现有的一、二级医院逐步转变为社区卫生服务中心（站），同时吸纳社会上更多的优质卫生资源到社区，共同满足人民群众的需求。

2. 框架建设（2000~2005年） 2000年，卫生部印发《城市社区卫生服务机构设置原则》《城市社区卫生服务中心（站）设置指导标准》，对社区卫生服务做出细化。2003年提出建设社区卫生服务示范区，以此来提高已有的社区卫生服务的医疗水平。全国共评选出108个示范区，东部地区48个，中部和西部各30个。

3. 完善阶段（2005~2010年） 经过前两个阶段的探索发展，2005年国务院专门召开社区卫生服务工作会议，强调要在试点的基础上完善我国社区卫生建设。社区卫生服务工作进入完善阶段。

三、我国社区卫生服务的特点

1. 起步晚 与西方发达国家相比较，我国的社区卫生服务开展的时间要晚很多，真正意义上的社区卫生服务也就是近年来的事情。

2. 服务机构不同 西方国家普遍采用私人开办诊所，政府补贴的形式，而在我国，社区卫生服务主要是由经过改造的一、二级医院承担的，民营、私人诊所只占极少数。

3. 服务人员素质不同 西方发达国家全科医师基本都是经过5年的大学系统学习后，再进行规范化培训后才获得执业资格。相对于我国，主要是对基层卫生工作人员进行相关知识培训后转岗而来，他们中中专学历占有相当大的比例。

4. 在医疗保险中作用不同 在西方国家，全科医生普遍扮演医疗保险“守门人”角色，患病后必须先经过全科医生的诊治，由全科医生来决定是否需要转往上级医疗机构治疗。在我国目前的社保制度中，全科医生显然缺乏这样的职责。

第三节 我国社区卫生服务的现状

一、我国社区卫生服务网络基本形成

经过近10年，分两个阶段的建设，我国社区卫生服务网络基本形成，在全国32个省、自治区、直辖市都初步形成了社区卫生服务的网络，在已经建立社区卫生服务的地区，城市覆盖率达95%，县级城市服务覆盖率达52%。到2005年底，我国已经建立起3460个社区卫生服务中心和11816个社区卫生服务站，初步形成了一定的网络覆盖。

我国社区卫生服务中心是一个独立的法人机构，下设若干个社区卫生服务站，社区卫生服务站的功能还有待于进一步完善。目前，社区卫生服务中心约占整个社会卫生服务的

23%，社区卫生服务站占 77%，两者比例约为 1：4，初步达到当初设想的要求。

二、社区卫生服务人员素质有待提高

我国社区卫生服务绝大多数是从基层卫生机构转型而来，或者吸纳社会卫生资源参与到社区卫生服务中来，人员素质参差不齐。截至目前，全国已建立的社区卫生服务的医师大都参加了全科医师岗位培训，大约有 3 000 多人已经取得了国家认可的全科医师资格证书。

通过对 11 个省的抽查，全国 79.5%的服务中心和 62.2%的服务站都参加了全科医师岗位培训，64.5%的中心和 47.4%的服务站都参加了护士岗位培训。从学历构成上看，医生中，具有大学以上学历者只占 24%，大专水平 41%，中专水平 29%，与国外社区卫生人员素质有相当的差距。护理队伍中，大学学历的只占 2%，大专占 20%，中专占 66%，同样有待于提高。另外，在医生和护士中间，仍有一小部分无学历人员，他们的业务素质也亟待提高。

从职工总数上看，每个社区服务中心为 65 人，社区服务站平均 8 个人，其中高级职称 12%，中级职称 39%，初级职称 47%，另外还有 2%的人员没有职称。有近一半的医生还达不到全科医师的水平。

社区卫生服务机构中，西医约占 66%，中医占 15%，中西医占 4%，公共卫生占 10%，口腔科占 5%。医师的专业构成比较合理。

三、社区卫生服务功能初步具备

我国社区卫生服务机构除了从基层医院转型而来，还有一部分是三级医院向下延伸的社区服务，所以在机构的硬件方面具备一定基础。通过对 38 个城市的调查，社区卫生服务中心面积不够标准的仅占 16%，社区卫生服务站中面积不够标准的仅占 14%。从服务时间上看，小于 8 小时者不足 1%，8~12 小时工作的服务中心是 17%，服务站是 40%，24 小时全天候服务的服务中心是 61%，服务站是 22%，这在一定程度上满足了广大群众的医疗需求。

社区卫生服务功能多样化，有 95%以上的社区卫生机构能免费发放宣传品，定期开展卫生讲座，进行健康教育；80%以上的机构开展计划免疫、妇幼保健工作。有 69%的服务中心和 36%的服务站都能开展计划生育工作。通过调查发现，对社区卫生服务的便利性，满意度达 94%；服务舒适感，示范区 62%，非示范区 40%；经济性上讲，示范区满意度是 41%，非示范区是 27%。反映了群众对社区卫生服务的呼声，为社区卫生服务进一步发展指出方向。

四、我国社区卫生服务存在的问题

1. 卫生资源重心偏上，双向转诊机制还未实现 社区卫生服务在卫生服务中所占比例还不够大，以医生为例，在社区服务的医生仅占 2.21%，与西方国家全科医师专科医师平分秋色相差甚远。社区目前仅吸引了大医院的 15.3%门诊病人，病人不合理流动还未能根本改变，社区与大医院之间的联系不够紧密，还未实现双向转诊机制。整个卫生资源重心依然在大医院，医疗费用偏高，看病贵的矛盾依然比较突出。



2. 政府支持力度不够，社区卫生服务可持续性不足 政府对社区卫生服务的投入不足，财政补贴不到位，特别是对于吸纳到社区中的民办的卫生机构，严重影响社区卫生服务的持续性发展。社区卫生服务人员的工资全部要依靠其医疗活动，这会使社区卫生服务走向重医疗、轻预防保健的老路，社区卫生服务难以长期的健康发展。根据调查，只有8%的服务中心是完全由政府提供运转经费，11%的提供部分经费。其余80%的社区卫生服务中心完全靠自己；90%社区卫生服务站没有政府的补贴和扶持，这使得社区卫生服务中重要的预防保健工作很可能落空。

3. 全科医学教育制度尚未建立，人才问题制约社区卫生服务的发展 社区卫生服务工作已经开展起来，但对医务人员的培养上，还是按照医院的专科模式进行，社区卫生人员业务素质整体水平较低，目前我国社区卫生人员基本都是经过转岗培训而来，从长远看，尚未在医学教育中大力开展全科医生的培养。医学教育继续是以专科为主，这严重阻碍全科医学和社区卫生工作长远的发展。

调查显示，在非示范区的社区卫生工作人员中，94%的人员没有全科医学的理念；即使在示范区，也仅有74%。医生的技能合格率为52%，护士合格率为67%。社区卫生服务人员技术水平与大医院还有一定的差距，还缺乏有效的机制来培养、吸引优秀人才从事社区工作。

4. 社区卫生服务急需与城镇职工基本医疗保险接轨 社区卫生服务急需纳入城镇职工基本医疗保险，这样从制度上给予社区卫生服务有力支持。据统计目前约有80%的社区卫生机构没有被纳入社会医疗保险的定点机构。这在一定程度上影响群众到社区机构就医。

5. 社区卫生服务的理念需要真正落实 由于相当多数的社区卫生服务机构从医院演变而来，一个机构，两块牌子，从理念到服务方式还没有完全转变，社区卫生服务名实不一，缺少服务模式创新。从服务内容到服务质量，还没有得到群众的完全认可。要进一步发展社区卫生服务，必须真正贯彻全科医学的理念，用全科医学理念指导社区卫生工作，做到真正的“六位一体”，服务社区群众。

第四节 推进初级卫生保健，坚持社区卫生服务正确方向

一、初级卫生保健是社区卫生服务的工作核心

“2000年人人享受初级卫生保健”是20世纪70年代末世界卫生组织（WHO）提出的口号，后经过世界卫生组织讨论，认为初级卫生保健是每个地区、每个政府都应该追求的人民基本卫生要求，它随着社会发展而不断发展提高。初级卫生保健是全体人民享有的基本的卫生服务，它是体现社会卫生资源公平的一个底线，而卫生公平则是社会公平的重要内容之一。在市场经济体制下，如何更好地做到卫生资源的全社会成员共同享有，改变目前卫生资源分配不均的问题，是构建和谐社会的重要内容。

初级卫生保健是实现卫生公平的最好的途径，通过不断加强社会基本卫生需求，最大化的实现在基本层面上全体社会成员共同享有卫生服务。初级卫生保健包括预防、保健和

基本医疗 3 个部分, 预防主要涉及公共卫生领域, 包括改善生活与工作的卫生环境、健康教育与健康促进, 提倡健康的生活方式与工作方式, 预防传染病、地方病、职业病和慢性非传染性疾病等等; 保健工作主要包括妇幼保健、老年保健、针对每个年龄阶段特点而制定的保健计划, 提高健康水平; 基本医疗就是对常见病、多发病的诊治。初级卫生保健的各个计划, 都应该与经济发展水平相适应, 是可执行的、可承受的, 否则就是一句空话。

初级卫生保健工作为全体社会成员服务, 体现社会公平, 因此, 大力发展初级卫生保健工作, 不断提高初级卫生保健工作的服务水平, 丰富其内容。社区卫生服务是初级卫生保健的载体, 通过社区卫生工作, 可以顺利实现初级卫生保健工作的目标。

二、社区卫生发展的基本原则

1. 坚持社区卫生服务的公益性质, 注意卫生工作的公平、效益和可及性 社区卫生服务属于基本医疗, 是实现卫生公平的重要的卫生改革和策略手段, 因此必须坚持其公益性的原则, 不以赢利为目的。在社区卫生工作人员中, 引进市场竞争机制, 提高社区服务的效率, 坚决避免过去计划经济下的种种弊端。

2. 坚持政府主导, 鼓励全社会参与, 多渠道发展社区卫生服务 在市场经济条件下, 社区卫生工作决不是政府全部包办, 应充分利用社会各种卫生资源, 吸纳优质资源共同办社区, 政府主导, 全社会共同参与, 多种形式共存的社区卫生服务有利于服务水平的提高。

3. 坚持区域卫生规划, 立足调整现有的卫生资源, 健全社区卫生服务网络 社区卫生工作开展不是重新规划一套新的卫生系统, 而是建立在现有卫生资源的基础上, 对现有卫生资源不合理分布做出新的规划, 调整格局, 形成新的分布合理的卫生服务网络。

4. 坚持公共卫生与基础和基本医疗并重, 中西医并重, 防治结合 社区卫生服务最大的特点就是它的六位一体, 集预防、治疗、保健、康复、健康教育和计划生育为一体, 绝非单纯地给社区居民看病, 社区卫生服务是基本医疗, 应从六个方面整体提高人民群众的健康水平。社区服务内容要不断丰富、多样化, 中西并重, 发扬祖国传统医学(如针灸、刮痧、藏医、蒙医等)的精华。

三、坚持社区卫生服务的正确方向

1. 坚持公益性原则, 完善服务功能 社区卫生的公益性的核心是初级卫生保健, 通过社区卫生工作, 实现初级卫生保健的目标。社区服务的内容和形式与医院的工作完全不同, 它工作的核心是提高全体社区居民的整体健康水平。

2. 坚持政府主导, 全社会参与 社区卫生工作刚刚起步, 地方各级政府都应该结合本地实际情况, 制定一个可持续发展的中长期规划, 并不断地落实。原则上城市政府不再办医院, 而是把工作重心放在社区卫生的建设上。社区卫生服务的建设中要利用现有, 开放式办社区卫生, 鼓励引导各类卫生资源共同参与社区卫生建设。

3. 建立社区-医院双向合理分工协作关系 根据辖区人口等情况, 在中心大医院下面设置若干个社区服务中心, 社区服务中心再根据具体社区分布设立服务站, 形成网络覆盖, 社区卫生与中心医院的医疗紧密结合, 逐步实现双向的合作转诊机制, 改变目前病人



的不合理流动,切实解决看病难的问题。中心医院与社区的协作分工,使现在的竞争关系转变为互相协作关系,避免了医疗机构间恶性竞争,提高卫生资源的使用效率。

4. 加强社区卫生服务队伍建设 社区卫生的发展,目前最大的问题是人才缺乏,社区卫生事业发展需要大量的社区医生、护理等人员,如何从教学、毕业后规范化培训、继续教育等方面转变现有医学教学模式,培养符合我国需要的社区卫生人才,是各个卫生院校一项紧迫的任务。为缓解目前社区人才非常匮乏的实际情况,可采取多种形式,鼓励中心医院的卫生员参与社区工作中来,从长远看,社区队伍建设需要依靠医学教育的改革来解决。

5. 加大经费投入,完善社区卫生服务机制 各级政府都要根据发展规划,逐步提高对社区卫生的经费投入,对社区卫生工作从基础设施、人员培训及运行维护等多方面给予积极支持,社区卫生经费政府应全额支付,对于加入到社区服务中的个体或其他成为卫生机构,要给予经费补助。

6. 发展中医药优势 中医药是我国传统医学,在群众中有广泛影响,社区卫生和群众关系密切应发挥优势,充分开展传统治疗手段,如针灸、按摩等等,既降低卫生成本,又切实解决问题,应该在基层广泛开展。

7. 发挥社区卫生工作在社保中的作用 要在合适的时候,将社区卫生整个纳入基本医疗保险范畴,逐步探索社区首诊制。这些都有赖于社区服务水平的提高,与辖区中心医院协作关系的建立等。

8. 加强监管 社区卫生服务的经费全部由国家支付,应该有一整套严格的监管制度,保证经费能够真正用在社区卫生发展中,实行公开、透明的准入制度,加强对服务机构的监管,规范服务,建立淘汰机制。总之,把社区卫生工作置于群众的监督之下,使社区卫生工作健康快速发展,更好服务于群众。

第五节 我国医疗保健体制的发展趋势

一、医疗卫生服务的现状

1. 医疗资源分布不协调、不平衡 我国现有的卫生资源绝大多数集中在城市的中心医院,也就是“三甲”医院,而在广大农村,卫生资源无论从总体数量和医疗水平上都远远的落后于城市,农民的基本医疗没有保障,而在城市大医院,大量的人力、财力被用于应付基本医疗需求,服务质量和效率都非常低下。

2. 看病贵、看病难的问题没有改变 我国卫生工作曾在 20 世纪 50 年代取得辉煌的成绩,用较少的卫生资源取得了巨大成果,使人民群众健康水平有极大提高。但随着改革开放以后,城乡社会经济发展,卫生系统的内外环境发生巨大地改变,相继出现一系列问题。如医疗费用的上涨、卫生服务效率下降、公平性严重下降等等。其中以医疗费用上涨最为突出,由于卫生资源的不合理分布,又进一步造成看病难的问题。伴随着我国经济飞速发展,收入不均的现象日趋扩大,20 世纪 80 年代,反映收入平衡的指标基尼系数为 0.288,到了 2003 年基尼系数已达 0.448,严重超过 0.4 国际警戒线(按照国际惯例,0.2~0.3 之间表示“相对平均”,在 0.3~0.4 之间为“比较合理”,0.4~0.6 为“差距偏