

第一章 社区卫生服务

随着社会经济的发展和人们生活水平的提高,人的寿命越来越长,加上生育水平提高和新生儿死亡率的不断下降,社会人口老龄化日趋明显,加之疾病谱和死因谱的改变,人们对生活质量和卫生保健的需求也发生了变化,要求也越来越高。卫生服务的宗旨已从以疾病为中心、医疗为重点的“治病救人、救死扶伤”向以人为中心、预防为重点的“维护和促进人群的健康、延长健康寿命”转移。因此,现有的医院医疗服务已不足以满足社会的需要,新形势下发展社区卫生服务势在必行。社区卫生服务就是实现从全人群多维健康着眼,对人的生命周期采取从促进健康、预防保健、合理治疗、社区护理到康复的全面综合保健措施。1997年1月15日《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》明确指出:“要改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”。1999年,我国确立了关于发展社区卫生服务的总目标:到2010年,在全国范围内建立较为完善的社区卫生服务体系。社区卫生服务已成为我国卫生服务中最为重要的部分,是建立城镇职工基本医疗保险制度的重要基础,是保障我国人民能够“人人享有卫生保健”的重要举措。

第一节 社区卫生服务基本概念与特征

一、社区

早在19世纪(1881年)德国学者F. Tönnies曾定义社区(communitiy)是以家庭为基础的历史共同体,是血缘共同体和地缘共同体的结合。美国学者Goepfinger认为,社区是以地域为基础的实体,由正式或非正式的组织、机构或群体等社会系统组成,彼此依赖,行使社会功能。我国著名社会学家费孝通先生给社区下的定义为:社区是若干社会群体(家族、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域所形成的一个生活上相互关联的大集体,是社会有机体最基本的内容,是宏观社会的缩影(“微观社会”)。联合国世界卫生组织(WHO)曾提出,社区卫生服务中的社区是一个有代表性的社区,其人口数大约10万~30万之间,其面积在5 000~50 000 km²。我国的生活社区一般指城市的街道、居委会及农村的乡镇、村,社区人口在3万左右,功能社区是指机关、企业、事业、团体、军队。

社区是个社会学单位概念,它既是构成社会的基本单位,也可以被视为宏观社会的缩影。因此,构成社区须具有以下五个基本要素。

1. 定的人群 有相似的风俗习惯和生活方式的人群居住在一起。例如分布在各省

的少数民族，他们有共同的风俗习惯、生活方式。

2. 一定的区域 社区范围大小不定，可按行政区域来划分界限或按其地理范围来划分。

3. 有一定的生活服务设施。

4. 具有特定的文化背景和生活方式。

5. 一定的生活制度和管理机构，如街道办事处、派出所等。

社区是有组织的社会实体，有群众也有领导，社区领导不仅是社会经济生活的组织者也是城乡卫生保健事业的组织者、管理者和领导者。他们对本地区、本单位人群的健康负责，是开展社区医疗保健服务的组织保证。

二、社区卫生服务

1978 年，世界卫生组织阿拉木宣言中，强调初级卫生保健应从个人、家庭和社区开始；社区参与“对于人人健康”战略目标的实现具有重要意义。此后与“基层医疗”（primary care）类似的概念——“社区卫生服务（community based healthy care/service, CHC/CHS）”（又称为社区健康服务，community based healthy care）开始在上世界流行。

社区卫生服务既是卫生服务体系的重要组成部分，又是社区（发展）建设的重要组成部分。社区卫生服务的基本概念是以社区为基础，以社区人群的卫生服务需求为导向，建立综合、经济、方便、可及的、连续的基层卫生服务。该概念体现以下几方面内涵：①强调了社区卫生服务的场所必须在社区；②服务的目标必须以社区居民“需求”（demands）为导向而不是传统的以“需要”（needs）为导向；③所提供的服务内容不仅仅是疾病的医疗而应是集防、治、保、康、教、计划生育技术指导为一体的全方位服务；④服务必须是居民在经济上能够承担且能够方便地接受。

社区卫生服务机构主要是社区卫生服务中心，工作人员的主体是全科医师。重点人群是妇女、儿童、老年人、慢性病患者、残疾人。服务内容强调预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育技术指导“六位一体”。服务特点表现为以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向、有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。世界上许多国家都实行分级医疗与转诊制度，即将现有医疗资源不论其隶属系统，根据其不同的规模与功能分为三级：基层医疗单位、二级医院和三级医院。这一体系被认为是健全医疗保健网的主要工作，也是全民医疗保险能否实现的先决条件。在上述医疗保健体系中，不同级别的医院和诊所之间存在着有机的双向转诊联系。基层医疗机构负责社区的健康人群、高危人群的健康管理与常见病的第一线诊疗，以及住院患者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，同时还应基层的要求进行适时的会诊和接纳转诊的住院患者，并承担对基层医生定期进行的继续医学教育培训工作。

社区卫生服务的对象是社区中的全体居民，包括有健康问题的人和健康的人、就诊的病人和未就诊的病人。社区卫生服务的重点对象是妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等，不分年龄、性别、病种等。

社区卫生服务原则是以个人健康为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以预防为导向、以满足个人及其家庭的基本卫生服务需求为目的，以提高社区全体居民的健康水平和

生活质量为最终目标。

社区卫生服务的内容包括主要由全科医生提供的全科医疗服务、初级卫生保健服务、社会服务三大部分。

社区卫生服务的团队应以全科医生为核心,由其他医生、护士、公共卫生人员、社区团体(学校、工厂等)、社区机构(居委会、妇联、爱委会、计划生育委员会等)、社区居民代表、社会工作者、志愿者等组成。

社区卫生服务从影响健康的四个因素,包括环境、生物、行为、生活方式入手,将预防、保健、健康促进、医疗、康复和计划生育技术服务在社区融为一体,根据人群对卫生服务的需求,立足社区,全面开展生物、心理和社会卫生服务,其突出特点为以下五点。

(一) 广泛性

社区卫生服务的对象是社区全体居民,包括健康人群、亚健康人群、疾病人群。服务不分年龄、性别、病种。

(二) 综合性

针对不同的人群,服务内容由预防、保健、医疗、健康教育、计划生育技术服务等综合而成,并涉及健康的生物、心理、社会各个层面。

(三) 连续性

社区卫生服务是从生到死(极而言之,是从生前到死后)的全过程服务,即连续性的、不能打断的医患之间的关系。其连续包括以下几个方面:①人生的各个阶段,从婚育咨询开始,经过孕期、产期、新生儿期、婴幼儿期、少儿期、青春期、中年期、老年期直到濒死期,都在服务范围内,当病人去世后,对其家属居丧期的保健,以及某些遗传危险因素和疾病的持续性监测问题;②健康-疾病-康复的各个阶段,社区卫生服务承担一、二、三级预防任务,从健康促进、危险因素的监控,到疾病的早、中、晚各期的长期管理;③不分时间、地点,对其服务对象根据需要事先或随时提供持续性照顾。

(四) 可及性

社区卫生服务对于服务对象而言,应体现出地理上的接近、使用上的方便、关系上的亲切、结果上的有效以及价格上的便宜(合理)等一系列使人易于利用的特点。

(五) 协调性

协调各级医疗保健部门及该社区所在政府部门与社区内个人、家庭、团体的相互联系,密切作用,以充足的人力、物力、财力资源提供各种服务,如病人的转诊、出诊、访视、健康教育、心理咨询、社区内水源的治理及传染病的预防报告。

第二节 全科医学在社区卫生服务中的地位和作用

一、我国卫生工作方针

1996年12月,中共中央、国务院召开了第一次全国卫生工作会议,制订了我国新时期卫生工作方针:“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技和教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。核心是保护和促进人民健康,为社

社会主义现代化建设服务。”提出我国卫生体制改革原则：“坚持为人民服务的宗旨，正确处理社会效益和经济效益的关系，把社会效益放在首位，从国情出发，合理配置资源，因地制宜，提高质量和效率，缩小地区间的差距，医疗机构以国家、集体为主，其他社会力量和个人为补充的多种经营形式；扩大对外开放，利用和借鉴国外先进科学技术和管理经验；加强卫生行业职业道德和法制建设，规范行业管理”。通过改革，旨在增强卫生事业的活力，充分调动卫生机构和卫生工作者的积极性，不断提高服务的质量和效率，更好地为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务。逐渐使我国的卫生体制成为宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。

二、我国卫生改革的重点

（一）改革城镇职工医疗保障制度

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求：建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度，逐步扩大覆盖面，为城镇全体职工提供基本医疗保险。

建立城镇职工医疗保险制度的原则是：基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应；城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，实行属地管理；基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担；基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。

基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。由劳动保障部会同卫生部、财政部等有关部门制定定点医疗机构和定点药店的资格审定办法。社会保险经办机构负责确定定点医疗机构和定点药店，并同定点医疗机构和定点药店签订合同，明确各自的责任、权利和义务。在确定定点医疗机构和定点药店时，引入竞争机制，职工可选择若干定点医疗机构就医、购药，也可持处方在若干定点药店购药。国家药品监督管理局会同有关部门制定定点药店购药、药事事故处理办法。

（二）改革卫生管理体制

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》指出：各级卫生行政部门转变职能，运用法律法规、方针政策、规划指导、信息服务和经济手段等，加强行业管理。

利用区域卫生规划来合理配置并充分利用现有的卫生资源，提高卫生资源利用效率。区域卫生规划是政府对卫生事业发展实行宏观调控的重要手段，它以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求为目标，对机构、床位、人员、设备等卫生资源实行统筹规划，合理配置。

（三）改革城市卫生服务体系

积极发展社区卫生服务，形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。基层卫生机构以社区、家庭、个人为服务对象，开展预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育技术服务等工作。把社区医疗服务纳入职工医疗保险，建立双向转诊制度。城市大医院主要从事危重症和疑难病症的诊疗，结合临床实践开展医学教育和科研工作，不断提高医学科技水平，还要开发适宜技术，指导和培训基层卫生人员。社会力量和个人办医实行自主经营、自负盈亏，政府对其积极引导，依法审批，严格监督管理。

（四）改革卫生机构的管理模式和运行机制

实行卫生工作全行业管理，完善规章制度，健全医疗服务技术规范。合理划分卫生监督 and 卫生技术服务的职责，理顺和完善卫生监督体系，依法行使卫生行政监督职责。

建立新的医疗机构分类管理制度。将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理。国家根据医疗机构性质、社会功能及其承担的任务，制定并实施不同的财税、价格政策。非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位，享受相应的税收优惠政策。营利性医疗机构服务价格放开，依法自主经营，照章纳税。

改革预防保健体系 建立综合性预防保健体系 负责公共卫生、疾病预防、控制和保健领域的业务技术指导任务，并提供技术咨询和调查处理传染病流行、中毒等公共卫生突发事件。

实行医药分开核算，分别管理。医院药品收入实行收支两条线管理。药品收支结余全部上缴卫生行政部门，纳入财政专户管理，合理返还，主要用于弥补医疗成本以及社区卫生服务、预防保健等其他卫生事业。

规范医疗机构购药行为，药品采取集中招标的方式采购。集中招标采购必须坚持公开、公平竞争的原则。

推行卫生机构院所站科负责制 加强医疗机构的经济管理 进行成本核算 有效利用人力、物力、财力等资源 提高效率 降低成本 深化医疗机构人事制度和分配制度改革；改革和完善卫生服务的价格体系；实行医院后勤服务社会化等。通过改革卫生机构运行机制 建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。

三、社区卫生服务在卫生改革中的地位和作用

1997 年，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求“积极发展社区卫生服务”。1999 年，我国确立了关于发展城市社区卫生服务的总体目标：2005 年在大部分城市基本建成配套政策落实、服务网络健全、人力配置和服务功能完善、监督管理规范、筹资渠道畅通、适应社会需求的社区卫生服务体系，至少 80% 的地级以上城市基本建成以非营利性医疗机构为主导，以具有综合功能的社区卫生服务机构为主体，其他中西医基层医疗机构为补充的社区卫生服务网络。到 2010 年，在全国范围内建成较为完善的社区卫生服务体系。社区卫生服务是国家城市卫生服务体系的重要组成部分、功能中心和活动焦点，是个人、家庭与国家卫生系统接触的第一环节，是使医疗卫生保健服务持续进行的重要基础。社区卫生服务可以 ①保证区域卫生规划实施 ②提供基本卫生服务，满足人民群众日益增长的卫生服务需求，预防、维护和促进人群健康水平；③合理使用卫生资源 健全城市卫生服务网络，提高卫生服务效果、效率和效益 ④有效降低医疗费用，促进城镇职工基本医疗保险制度的建立；⑤拓展卫生服务领域 开展全科医疗、社区护理 实现医学模式的转变；⑥加强社会主义精神文明建设，密切党群与干群关系、维护社会稳定。

四、全科医学在社区卫生服务中的地位和作用

我国的社区卫生服务虽然已经初具规模，但是调查显示：目前 67.5% 的 15 岁及以上人群不信任社区卫生服务，20% 的人认为社区卫生服务质量太低不可信。湖北武汉同济

医科大学的一项调查表明,在武汉各级医院就诊的 1246 名患者中有近半数 (49.88%) 没有社区卫生机构就过诊,1/4 以上 (26.20%) 的患者不愿意接受社区卫生服务。1988 年 WHO 专家 Dr. Rajakumar 建议中国开展全科医学教育后社区卫生服务才有实质性的进展。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出“加快发展全科医学,培养全科医生”是积极推进我国社区卫生服务工作和卫生体制改革的关键,切实为社区培养一大批高素质的全科医生和社区护士是我国社区卫生服务可持续发展的核心。

美国家庭全科医生协会 (American academy of general practice, AAGP) 于 1984 年曾将全科医学 (general practice, GP) 定义为是一种整合生物医学、行为科学及社会医学的独特的综合性临床医疗专科,是一种新型的医疗服务模式。

社区是全科医学的事业基础,全科医生是由接受全科医学教育的医生立足社区,向人群提供可及的、综合的、连续的、协调的、个体化的一种基本医疗保健服务。因此,社区卫生服务应该以全科医疗为核心,以全科医生为骨干,以社区护士、公共卫生人员为基础,带动其他各项服务的深入发展。

第三节 发展社区卫生服务的必要性和重要性

一、适应卫生市场的需要

卫生服务是一种业务性很强的服务行业,同样遵循市场规律,卫生市场正在发生明显变化。我们卫生服务的总目标是维护和促进人群的健康,因此服务的对象是“人”,而我国的人群在人口数量、人口特征、所在家庭、生活行为以及人群疾病谱和死因谱等都在发生一系列的变化,这必然要求我国的卫生服务与之相适应。

(一) 城市人口增加

第二次世界大战后,各国的社会经济条件普遍改善,加之公共卫生事业迅速发展,以及以急性传染病与营养不良为目标的第一次卫生革命的成功,使人口死亡率、特别是婴儿和产妇死亡率明显下降,促进了人类的长寿和人口数量的激增。同时,随着现代社会的高度工业化和城市化进程,人类的生存环境发生了根本的改变,人们对生活的需求也随之提高。大量人口集中于现代化的大城市,原有大批农业村镇变成了工业化城市,使生活空间十分拥挤,住房、交通、卫生、教育、娱乐等公共设施和事业的发展远远跟不上需要,导致了人群的许多心理、社会及生态问题。这些问题人群虽然不需要立即就医或住院,大部分待在单位和家庭,虽需要帮助,但自己并不知道。因此,现行的医院服务被动的服务形式已远远不适用于现代社会。

根据对人群健康状况的统计,处于健康状态的只占 5%,处于疾病的占 20%,处于亚健康状态的占 75%。医院只服务于疾病高峰期的人群,而大量的亚健康人群、健康人群疾病的早期人群在社区以及社区的家庭中,因此,需要社区卫生服务机构提供主动的基层医疗保健服务。

(二) 人口老龄化

按照联合国标准,一个国家或地区 60 岁或 65 岁及以上的人口数达到总人口数 10%

或 7%，这个国家或地区则称之为老龄化国家或地区。照此标准，我国已进入老龄化国家。中国人口老龄化进程加快，老年化比率上升迅猛，每年以 3.2% 的速度增长，60 岁以上人口到 2000 年达 1.3 亿，占总人口比例 10%。在一些大城市，老龄化趋势更加明显，上海已达 18%，广州 17%，重庆 8%。到 2050 年将达 4 亿，占总人口比例的 25%。人口老龄化一方面给社会造成了巨大的压力，使社会劳动人口比例下降，老年人赡养系数明显增大，增加了社会和家庭的经济负担；另一方面，适应力、调节力、保健力下降，卫生需求多，尤其是退行性病变和慢性病，需要终身照顾，但费用承担极其有限。据统计老年人在临终前 4 个月所用医疗费用是其一生医疗费用的 60%。加之家庭的护理和照顾能力有限，我国独身和身边无成年子女的老年人占老年人总数的 25%。到 2005 年“空巢家庭”中的老年人将占老年人的一半，于是出现了对医护依赖性强而卫生服务跟不上的问题。老龄化的趋势要求改变卫生服务模式，因此提供优质、便捷、低廉的社区化、家庭化的主动的卫生服务成为必然。

（三）家庭结构与功能变化

现代家庭类型以核心家庭较多，据统计绝大多数社区核心家庭占社区家庭类型的 60%，独身、单亲、丧偶家庭占 20%，主干、联合及其他家庭占 20%。核心家庭规模小，家庭应付事件包括卫生、教育等问题的能力较差，与家庭有关健康问题增多，对医护依赖增强，需要社区化、家庭化服务需求迫切。

（四）疾病谱和死因谱变化

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症。随着生物医学防治手段的不断发展与公共卫生的普及，以及营养状态的普遍改善，传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的顺位逐渐下降，并为慢性退行性疾病、生活方式及行为疾病所致的慢性非传染性疾病所取代。我国城市总人群中慢性病患率，已由 1985 年 237.2‰ 增加到 1993 年的 285.8‰（表 1-1）。

表 1-1 我国城市总人群中主要慢性病患率的变化（每千人）（1985～1993）

	1985 年	1993 年
总患病率	237.20	285.80
传染病	6.31	5.18
肿瘤	2.85	3.96
糖尿病	2.25	6.43
眼疾病	3.99	6.69
心脏病	27.27	33.83
高血压	36.39	29.83
脑血管疾病	5.22	9.79
循环系统疾病	71.49	78.55
呼吸系统疾病	41.97	31.28
消化系统疾病	41.50	48.96
运动系统病	26.90	38.36

慢性非传染性疾病特点:①病因和发病机制十分复杂 往往由生物因素、行为因素、环境因素、卫生服务体制等多种因素致病,如现代社会带来的紧张刺激、环境污染和生活压力 都有害于健康 而性乱、吸毒、嫖娼这些行为引发了艾滋病等前所未有的慢性“不治之症”;②慢性病大部分既不能根治又不会在短期内致人死亡,一旦患病,往往终身带病,如高血压、糖尿病、肿瘤等 因此病人不可能也不必要住院治疗 而是需要方便、低廉、有效的家庭保健和医疗服务;③不能根治但是可以预防,尤其由生活方式和行为方式所致,可以通过改善居民的行为习惯,改变健康观等来有效降低和控制慢性病的患病率。

显然,医院正从以个人为单位的一过性、暂时的服务方式开始向社区卫生服务中心(站)以社区家庭为单位的终身负责式的照顾转移。

二、适应卫生体制改革的需要

(一 现行卫生服务体系的弊端

改革开放以来,我国的卫生事业得到了长足的发展,传染性疾病得到有效的控制,人均期望寿命大幅度的提高,总体健康水平有了很大的改善。但是,随着社会经济的发展,卫生服务也逐渐显露出许多的不适应,突出表现为以下三个方面。

1. 医疗机构结构与功能不合理,医疗卫生机构总体利用效率低下。在市场经济条件下 原有分级医疗被打破 医药费用过快增长 政府、社会及群众难以承受 城市卫生机构条块分割,重复建设,结构不合理,浪费与短缺并存,运行成本高。1998 年与 1990 年比较,全国医院总诊疗人次减少 4.34 亿人次,县及县以上医院医生人均日诊疗人次由 5.5 人次下降到 4.6 人次,医生人均每日负担住院人数由 2.1 人下降到 1.4 人 病床使用率由 88.20% 下降到 65.30%。据统计 某城市大医院门诊人次中 76% 为常见病、多发病、慢性病 住院病人中 的病人可以在基层医疗机构解决,如果这部分病人在社区卫生服务中心(站)就诊可节省 医疗费用。

医疗保健费用上涨迅速,政府和社会对卫生的投入比例逐渐减少,而个人的投入比例逐渐加大。

政府预算所占卫生事业总费用的比例从 年的 24.99% 下降到 1998 年的 15.60%,社会卫生支出占卫生总费用的比例从 1990 年的 37.95% 下降到 1998 年的 26.60%;相反,个人支出占卫生事业总费用的比例从 1990 年的 37.6% 上升到 57.8%。从卫生总费用占 GDP 的比例来看,1990 年为 4.01%,1998 年为 4.75%。人均卫生总费用 1990 年为 65.59 元,1998 年为 302.60 元。1997 年 卫生部的综合医院门诊病人 人均医疗费 61.6 元,住院病人人均医疗费 2384.4 元 与 1989 年相比,年均增长率分别为 26.0% 和 23.8%。医疗费用过快上涨,个人、单位、国家难以承担,服务利用率不断下降。

费用上涨主要原因:药品;医疗检查;不合理卫生保健体制缺乏对行医和就医者有效监控 缺乏对卫生服务市场正确认识等 准入制管理力度不够 设备、技术、药品、人才及机构的准入);缺乏评价及质量标准。

3. 卫生资源的配置和利用不合理。卫生服务系统两个永恒的主题为“实现卫生服务的公平性和追求最佳健康目标”。公平性即医疗保健覆盖面;卫生资源投资方向;特殊人群确定标准;公共卫生与公共产品 医疗或医学目的 对抗死亡、预防早死、促进健康、提

高生命质量)。中国政府用 2% 的卫生经费解决了 22% 的世界人口的初级卫生保健,但 2000 年世界卫生组织公布的一份报告“医疗照顾水平”评定其公平性,在 191 个国家中列居第 144 位。其根本原因与以下三个因素密切相关:①医疗卫生资源配置失当。80% 的卫生资源配置在城市,只有 20% 的资源配置在农村,且医疗机构 80% 集中在城市,而我国人口 80% 却在农村,这就使得我国的卫生资源配置与卫生服务的需要(需求)相矛盾。

卫生市场供需倒置。我国医疗机构在医疗人才、医疗设备及设施、医疗技术及医疗水平上 80% 集中在大医院,但人群卫生保健需要(需求)80% 却在基层(见图 1-1)。卫生经费投入不合理。将医疗费用的 80% 用于解决少数的疑难重症,只用 15%~20% 的医疗经费来解决 80% 的基本医疗问题。

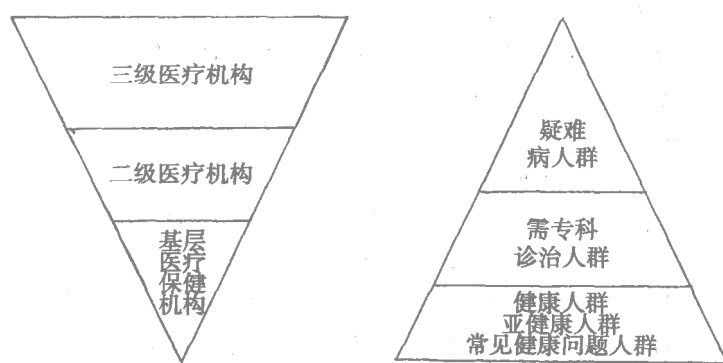


图 1-1 资源配置与需求矛盾

人民群众生活水平提高,卫生服务需求增加,医疗卫生资源配置不合理且服务模式落后。医疗服务从看病难、住院难到看病贵、看病不方便,而且费时间、费钱、交通不便、缺少人情味,得不到综合、连续的服务,这就迫切需要卫生体制的改革,使医学工作重点从第一次卫生革命时期的传染性疾病向第二次卫生革命时期的慢性非传染性疾病和退行性疾病如高血压、心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤等突出问题上转移。由于人们的健康观念也在发生着转变,由过去认为的无病就是健康转为健康必须是心理、生理和社会功能处于完全安宁的三维“完好”状态。医学的目的也在发生着深刻的变化,由过去的对抗疾病和死亡转为促进健康、预防早死和提高生命质量。医学由单纯的诊治医疗转化为终生保健;由以使用高技术为主转化为以采用适宜技术和高情感为主的医疗保健策略,这些都推动了我国卫生体制改革,使大力发展社区卫生服务成为必然。

(二) 我国卫生体制改革重点

我国有 13 亿人口,按照 WHO 对健康标准的定义,健康不仅是指没有疾病,而应该是肉体、心理和社会上的安宁(well-being)。人的健康是一种状态,它是相对的、暂时的,因此卫生服务需求是一个无限广阔的市场,然而我国现有卫生资源配置与服务模式无法满足人民群众对卫生服务的需要(需求)。为此,1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”。其一是改变城市医疗卫生资源相对过剩与过度浪费并存的

现状；其二是药品实行公开招标，实施城镇职工基本医疗保险制度，有效控制医疗物价上涨幅度；其三是积极开展社区卫生服务，为公众提供优质、便捷、低廉、人性化的卫生服务。

三、适应医学教育改革的需要

医学教育分三个阶段，即基础医学教育、毕业后教育、继续医学教育。为了推动我国卫生事业的快速发展，保证我国卫生体制改革的深入实施，促进我国社区卫生服务健康蓬勃的发展，1997年中共中央、国务院提出“积极发展社区卫生服务”，同时提出了“大力发展全科医学，加快培养全科医生”的号召；2001年卫生部与教育部联合颁发的《中国医学教育改革与发展纲要》，又特别提出要建立完善专科医师与全科医师同步发展的培训制度，卫生部科教司颁布《全科医师规范化培训大纲》、《全科医师岗位培训大纲》、《社区护士岗位培训大纲》，指导各地开展全科医学、社区护理教学工作。这些举措，一方面使得我国医学教育在不断适应我国卫生体制改革需要，医学院校培养的医护人员逐渐适应我国的卫生服务市场；另一方面，随着我国卫生体制的改革，不断发展的社区卫生服务又为我国医学毕业生开辟了新的就业渠道，拓展更加广阔的事业空间。

据卫生部2001年底统计，全国已有12个省市16所医学院校将全科医学概论纳入医学生的必修课程，理论学习期间安排学生参加社区卫生服务实践活动。较多的院校在护理专业教学计划中开设了“社区护理”，提高医学生对社区卫生服务的感性认识，有利于医学生今后的职业选择。2000年自国家全科医学培训中心在首都医科大学成立后，全国有15个省市相继成立了省级全科医学培训中心，如天津市全科医学培训中心在天津职工医学院成立，重庆市全科医学教育中心在重庆职工医学院成立等。全国有6个省市开展了毕业后全科医师规范化培训的试点工作，培训人数639人；17个省市开展了全科医师岗位培训工作，培训合格人数13523人；有6个省市开展了社区护士岗位培训工作，培训2513人；有8个省开展了全科医学培训基地的认定工作，已认定临床培训基地58个、社区培训基地56个。全国已有8套全科医学培训教材，社区护理近9种教材。在浙江金华卫生学校、九江医学专科学校、首都医科大学都分别举办专科、本科层次的全科医学专业学历教育的试点工作，但卫生部对“全科医学”定位为临床二级学科，全科医学教育主要为毕业后教育，不属于学历教育范畴。

卫生部提出2000年构建全科医学教育体系基本框架，在大中城市积极开展在职人员转型培训为重点的全科医师培训工作，开展毕业后全科医学教育试点工作；2005年初步建立全科医学教育体系，在大中城市基本完成在职人员转型培训，逐步推广毕业后全科医学教育工作；2010年在全国建立起较为完善的全科医学教育体系，公共卫生、中医药、护理等各类专业技术人员职责明确、分工协作，形成具有较高素质的以全科医师为骨干的专业社区卫生服务队伍，适应卫生改革与社区卫生服务需要。

四、适应医学模式转变的需要

医学模式是人类保护健康与疾病作斗争时观察分析和处理各种问题的标准形式和方法，也是人类获取健康和与疾病作斗争的经验总结。在医学发展的不同阶段，人们观察与处理医学领域中的各种问题的思路和方法迥然不同，医学模式也不断演变。几千年来，随

着人们对健康和疾病认识的不断深入 医学模式主要经历了以下几个阶段 古代社会医学的自然神灵主义、自然哲学医学 经验医学 模式 近代医学的机械论医学 实验医学)生物医学模式 现代医学的生物 - 心理 - 社会及生物 - 心理 - 社会及生态医学模式。

最近 100 多年来 生物医学研究取得了许多突破性的进展 单纯生物医学模式存在一些问题 如疾病谱和死因谱的改变 人口老龄化 社会环境、心理和生活方式在多种疾病发生、发展中的作用 人们对卫生保健服务的需要、需求增加 预防疾病和保健、康复需要社区和家庭卫生保健服务 需要终生的卫生保健服务等。加之现有医疗存在分科太细 医疗费用高涨 卫生资源分配不公 资源浪费 成本效益差、资源利用率低)医疗服务供求不平衡 基层医疗保健水平低 预防与医疗分离 预防工作薄弱等服务缺陷 必然带来医学模式的转变。为适应新的生物 - 心理 - 社会医学模式和健康的观念 适应疾病谱的改变 提供健康促进 保健)预防、医疗、康复的全方位综合服务 使全科医疗和专科医疗结合 建立双向转诊制。社区卫生服务以家庭服务为主、初级保健为主 (据 WHO 估计 人群中 80% 以上的健康问题可以在基层得到解决)。人们终生需要卫生服务 (产前保健至临终关怀)社区医疗服务需方便群众 密切医患关系 合理分配和节约卫生资源 同时要求卫生服务适用、优质、经济有效、公平。

社区卫生服务就是现代医学模式的真实体现, 实现生物 - 心理 - 社会医学模式对卫生服务的影响 表现出“五扩大”。即从治疗服务扩大到预防服务 从技术服务扩大到社会服务 从院内服务扩大到院外服务 从生理服务扩大到心理服务 从社区卫生服务扩大到社区服务。

第四节 社区卫生服务的组织管理

一、社区卫生服务机构的设置

(一) 机构设置的基本原则

1. 合理配置使用卫生资源, 使有限的卫生资源发挥最佳效率和效益。
2. 体现社区卫生服务特征 广泛性、综合性、连续性、可及性、协调性。
3. 有利于基层卫生事业的发展, 适应卫生体制改革的要求, 最大限度地满足居民的健康需求。

4. 符合设置标准。

(二) 社区卫生服务机构设置标准

1. 社区卫生服务中心的设置原则和标准

(1) 服务人口在一个 5 万 ~ 10 万人口的社区中设社区卫生服务中心, 以提供全科医疗为主 解决社区 60%~80% 的健康问题。5 万 ~ 20 万人口可设立一所二级医院, 以提供一般的专科医疗服务为主 属一级转诊机构 可解决 15%~20% 的社区健康问题。50 万 ~ 500 万人口可设立三级医院, 以提供特殊的或疑难的专科服务为主, 作为二级转诊机构, 可解决 5%~10% 的健康问题。一般以步行 15 分钟、服务半径为 1.5 ~ 3 公里的范围内设置社区卫生服务中心, 城市多以街道办事处管理范围, 农村以乡镇管理范围, 可由辖区内

的基层医疗机构承办。

(2) 基本设施 业务用房使用面积原则不低于 400 平方米 功能科室布局合理 符合卫生学及无障碍设计要求 实用、温馨、经济 具备开展预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术服务等工作的基本设备以及必要的通讯、交通设备。

(3) 人员配置 按服务人口 (5 000 ~ 10 000):1:2 配置全科医生和社区护士。社区医生和护士除需有执业资格外, 还需经过省级以上卫生行政部门认可的全科医生、社区护士岗位培训合格证书。独立从事家庭访视护理的社区护士, 应具有在医疗机构从事临床护理 5 年以上的工作经历。

(4) 科室设置实行主任负责制, 有独立法人资格, 设置三部一室, 即社区服务部、医疗康复部、后勤保障部和办公室。

(5) 组织管理制度 各类人员岗位责任制度; 卫生技术人员管理、培训与考核制度; 预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育指导等各项技术操作规程 家庭卫生服务技术规范 如家庭访视护理、慢性病病人护理管理等 科室工作制度 社区卫生服务差错、事故防范制度与投诉调查处理制度 双向转诊制度 全面质量管理、监督、考核与评价制度 药品、财务、设备管理制度。

2. 社区卫生服务站的设置原则与标准

(1) 服务人口 社区卫生服务中心区域太大可下设若干服务站。一般在 5 000 ~ 10 000 人口社区内 且距其他服务站在 1.5 ~ 3 公里以上, 就可以设立社区卫生服务站, 一般以居委会为范围。服务站应设置在人口密集、交通便利、联络方便的最佳位置。

(2) 房屋设施 房屋设施符合基本卫生服务工作要求, 原则上为地面建筑, 使用面积一般不低于 60 平方米。必须设有独立的全科诊疗室、治疗室、药房、健康教育室等。

(3) 人员配置 至少配备 2 名全科医生 3 ~ 4 名社区护士 除应具备执业资格外还需具有省级卫生行政部门认可的全科医生、社区护士岗位培训合格证书。独立从事家庭访视护理的社区护士, 应具有在医疗机构从事临床护理 5 年以上的工作经历。

(4) 基本设备 诊疗、健康教育、办公通讯等设备 具备开展预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导的服务功能。

(5) 组织管理制度 同中心设置。

二、社区卫生服务机构执业管理办法

根据《医院管理条例》和卫生部等十部委关于印发《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》的通知精神, 社区卫生服务机构执业管理办法旨在加强社区卫生服务机构的规范化管理, 确保医疗安全和服务质量。

社区卫生服务中心由当地区县卫生局初审合格后报省级卫生行政部门, 由省级卫生行政部门组织专家评审, 评审合格由省级卫生行政部门发给《社区卫生服务许可证》; 社区卫生服务站由当地区县卫生局负责审批, 发给《社区卫生服务许可证》, 报省级卫生行政部门备案。设置社区卫生服务机构, 必须具备下列条件: ①符合当地社区卫生服务机构设置规划; ②申请设置的单位已取得《设置医疗机构批准书》; ③符合《社区卫生服务中心(站)设置标准》; ④有开展社区卫生服务机构的名称、组织机构和场所。

社区卫生服务机构实行统一的冠称。社区卫生服务中心按“区域名+街道名+社区卫生服务中心”冠称；社区卫生服务站按“区域名+居委会名+社区卫生服务站”冠称。社区卫生服务中心校验期为两年，社区卫生服务站的校验期为一年。

三、社区卫生服务机构管理

社区卫生服务以门诊和医院以外服务为主，具有许多医院内服务不具备的特点，人员少而精，一专多能。全科医生和社区护士不仅是社区卫生服务的实施者，还是管理者。他们必须掌握社区卫生服务管理的知识和技能。不断提高社区卫生服务的质量和水平，促进基层卫生事业的发展。社区卫生服务机构管理包括目标管理、质量管理、人事管理和财务管理。

（一）社区卫生服务的目标管理

目标管理的程序包括确定卫生服务目标、分解目标、实施目标、评价目标，必要时修正目标，对服务的全过程、各个阶段进行目标控制，从而完成系统管理。

1. 确定目标

（1）社区卫生服务的特征性目标 以人为中心，家庭为单位、社区为范围，需求为导向，为社区居民提供方便、可及的医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育指导等一体化的综合性服务。承担基层卫生保健工作，最大努力提高社区居民的卫生保健水平。

（2）卫生资源的合理配置和利用 考虑社区内卫生资源可利用程度、使用效益和效率是否符合最低成本、最佳效益原则及是否能最大限度地满足居民的需要和需求。

（3）医患关系 全科医生、社区护士能否与病人及其家庭建立合作型、朋友式的新型医患关系，医护人员是否富有同情心、容易沟通，病人是否信任医护人员。

（4）全科医生、社区护士自我满足程度 全科医生、社区护士在事业、生活、家庭、婚姻等方面，是否有能力去克服遇到的困难，是否有继续学习的计划，是否能在规定的时间内达到更新知识、提高能力的目标。

2. 分解目标 在落实人、财、物的基础上，分层次、分阶段、分项目地制定具体的目标，建立相应的规章制度及标准，并建立健全相应的目标责任制。

3. 制定计划措施完成目标 制定计划应当明确地方、时间、由谁负责、采取的措施、如何完成任务。在实施中如发现问题应及时解决，不断监督、检查，建立质量保证体系，保证目标全面实现。

4. 评价目标 经过一段时间的运转，总结评价整个服务是否达到预期目标。把自己的服务情况与基本原则、服务规范、服务流程和目标体系进行比较，了解目标达到的程度，寻找存在的问题以便改进。可以采取分析日常服务记录和居民健康档案、检查服务流程、与病人或社区居民会谈等方式。必要时，可设计检索问卷和调查问卷来评价各项目标的完成情况。评价要尽可能具体，可用定性指标、定量指标、半定量指标相结合的方法。

5. 通过信息反馈，调控并重新制订下一个目标管理周期 随着情况变化，目标需要不断修订。当资源和能力无法达到需求时或既定目标不切实际时，可以对目标重新修订。

（二）社区卫生服务的质量管理

医疗卫生行业与群众的健康和生命息息相关，必须加强管理，努力提高服务质量。质

量集中体现服务效果。我国的社区卫生服务刚刚起步，能否确保质量是关系卫生服务体系改革成败的关键。应从开始时就把服务质量放到首要位置，以高起点，高标准，高要求赢得群众的信任。

1. 建立社区卫生服务三级质量管理网络 建立三级质量管理网络是社区卫生服务质量管理的组织保证。

(1)社区卫生服务工作人员在各自岗位上实行质量的自我管理和控制，这是质量管理的关键。

(2)在社区卫生服务中心（站）成立质量小组。由专人负责，制定本单位的质量目标。

(3)基层医院建立院级质量管理领导机构，以院长为核心，各有关负责人和骨干组成质量领导小组，负责制订全院的服务质量方案并监督落实对全院人员进行质量教育，考核评价，并进行质量标准的修订。

此外，除卫生行政部门管理以外，社区内的各个医疗机构还可建立医审、同行评议及社区群众监督管理机制。

三级质量管理者在不同的阶段、不同的环节上，通过定期的检查、评估，对卫生服务进行质量控制，及时发现和解决问题，使质量控制的最终目标能在最短时间内，用最适宜的技术、最低的成本、最高的效率达到最优质的服务效果，控制医疗服务缺陷，防范和杜绝医疗事故的发生。

2. 社区卫生服务质量管理方法 常用的质量管理方法包括：全面质量管理法；

三级质量管理法；③质量保证法；④承包责任制法；⑤质量目标管理法；⑥标准化管理法；⑦病种质量管理法和诊断相关组系统；⑧医疗成本核算管理法。其中前三种方法代表着我国医院质量管理的发展趋势，实际上上述方法常常综合使用。

(1)全面质量管理法 全面质量管理法是医疗机构全部门、全员、全过程、全方位参加的现代化质量管理方法。该管理方法以人为本，以质量为中心，协调一致，共同努力，为服务对象的健康负责，在重视病人的满意程度同时全面落实质量管理的内容、要求。

(2)三级质量管理法 1996年美国学者 Donabedian 提出将质量管理分解为三部分：卫生资源基本结构、实施过程、医疗保健服务效果。我国则将这一方法称作三级质量管理法，由三个组成部分，分别为基础质量、环节质量、终末质量。

基础质量包括六个要素：①首要因素是人员；②医疗保健技术；③资金；④硬件建设；⑤时间；⑥卫生服务网络与保健制度。

环节质量，针对每个环节制定相应的质量标准，实行标准化管理。

终末质量，通过全面评价列出管理工作的总体成效，找出存在的不足，反馈指导下一个管理周期。

（三）社区卫生服务质量评价

通过社区卫生服务质量评价，考核服务效果、进行质量控制、加强质量管理。评价前明确本次评价的目的、范围、时限、重点内容、评估对象及评估方式。

1. 评估内容 质量评估是医护人员对自己的服务效果进行评价和改进的过程，包括诊断、用药、综合性治疗、预防保健、社区护理、康复的效果和效益以及全科医疗服务的整体效益。

(1) 诊断质量的评价 诊断的及时性、准确性, 诊断的成本、策略。

(2) 用药质量的评价 进药途径、品种, 药品存量、保存是否符合有关规定要求, 用药是否合理、药物疗效如何、病人付出的代价多少、用药是否符合成本—效益原则。

(3) 医疗效果评价 医生提供物理治疗、药物治疗、心理治疗、中医中药治疗和社会支持等方面的综合能力和资源、治疗效果、病人接受程度等。

(4) 预防保健效果评价 是否为社区所有居民、家庭提供预防保健服务, 其服务内容、手段、资源、效果、代价等是否符合成本—效益原则, 居民接受程度、满意程度。

(5) 康复效果评价 康复目标、项目、内容、措施、资源、效果, 居民付出的代价如何等。

(6) 社区护理质量评价 社区护士是否有针对性地对社区重点人群、慢性病患者、高危人群提供社区护理、家庭护理、个人护理, 是否了解本社区居民健康情况、主要的健康问题及影响因素, 是否按照护理程序实施干预, 社区居民满意程度如何等。

(7) 全科医疗服务的整体效益评价 本社区居民健康状况改善程度, 卫生服务的利用程度、社会经济效益与社区卫生服务机构经济效益的统一程度、病人、合同单位、社区的满意度等。

2. 质量考核评价 常采用统计指标评价法、专业性服务质量评价方法、标准化目标质量管理评价方法、医疗保健服务质量单元评价方法、病人满意度调查与社会评估方法等, 可依据需要选用。

(三) 社区卫生服务的人事管理

1. 社区卫生服务机构的工作分工 社区卫生服务机构人员较少, 尤其是社区卫生服务站, 管理工作需要采取分工办法, 由人兼管。如: 人事、行政、党务管理、图书信息资料; 卫生服务质量、设备、药品、财务管理等。

2. 制定规章制度, 明确责权利 让每个职工都清楚自己的岗位职责和工作范围, 在此职责范围内可以行使的权力, 明确奖惩措施, 充分发挥主观能动性。

3. 提供培训和升迁的机会进行激励例如: 在职培训、提升职务、增加工资、学历认定、晋升职称等。目前我国从事社区卫生服务的医护人员素质偏低, 进行转型和继续教育尤其重要。应当激励医护人员进修提高, 并将培训与职称晋升、晋级及调资挂钩。

4. 考核 包括个体评价考核和社区卫生服务机构考核两部分。可参考医院分级管理的评审办法, 在内容上按全科医疗的要求补充评审项目和标准。重点评价全科医疗的服务特点、服务模式、服务范围和质量, 以及社会效益和群众的满意度。

(四) 社区卫生服务的经济管理

1. 建立系统完整的财务制度和账目票证档案 要保持票据和财务记录的完整性, 收费应开票据, 进货应要发票, 然后分项入账。应建立专门的进出药品账本。

2. 每天记录业务收入和日常支出, 分析支出的合理性和收入的利润。

3. 每月做完整的财务报表, 并进行分析, 提出增收节支对策, 在此基础上做好下个月的财务计划。

4. 进行成本、效益分析 社区卫生服务中心(站)在注重社会效益的同时, 还应考虑经济效益, 要保障服务中心(站)能维持正常发展。其中, 直接成本包括 ①工资、津贴、资金

等支出；②药品、材料费；③房屋租金及房屋折旧费；④仪器设备、其他用具的折旧费；⑤水电费、燃料费、通讯费、交通费；⑥交际费用；⑦其他如保险费、维修费、进修费等。间接成本包括医生诊疗花费的时间、精力及其他无形损耗。效益包括社会效益和经济效益。经济收入包括挂号费、治疗费、检查费、注射费、出诊费、预防保健补偿、药品差价收入费等。

5. 严格执行国家规定的药品价格和收费标准，并向居民公布，接受居民监督。

6. 保管好有关票据和账本，以备物价、工商、税务、药政部门检查和验证。

7. 合理控制医疗保健费用。遵循的基本原则如下：①努力提高医疗技术，不依赖仪器设备；②减员增效；③加强社区预防保健工作；④控制人口，优生优育；⑤使用基本药物为主；⑥积极采用中医药、中西医结合与民族医药的适宜技术；⑦双向转诊为病人提供连续性照顾；⑧建立家庭病床；⑨开展健康教育；⑩奖励取得较好社会效益的医护人员或机构。

第五节 国内外社区卫生服务发展现状

一、国外社区卫生服务发展现状

社区卫生服务不仅大大提高卫生服务的公平性、可及性和服务效率，而且在控制医疗费用增加和提高居民健康水平方面卓有成效，社区卫生服务已成为发达国家经过几十年研究探索而形成的较理想的基层卫生服务模式。世界卫生组织（WHO）要求各国大力发展社区卫生服务，并作为推进初级卫生保健的重要方法和途径，以达到人人享有卫生保健的目标。

（一）英国

1945年“国家卫生服务法”提出在英国实行由政府税收统一支付的医院专科医疗服务、社区卫生服务和全科医生制度，并建立国家卫生服务体系（NHS）。自1948年建立NHS，50年来卫生总费用占国民生产总值（GDP）比重仅从5%左右上升至7%左右，远远低于其他发达资本主义国家，同时平均期望寿命男性达72岁，女性达78岁，而1931年仅为58岁和62岁，孕产妇死亡率和婴儿死亡率是全世界最低的国家之一，各类疾病死亡率都比20世纪40年代有非常大的下降。

英国是现代社区卫生服务的发源地，全民免费的国家保健服务系统分医院服务和社区卫生服务两个层次，法律规定居民就近选择全科医生注册登记，并接受连续性服务。非急诊病人就医必须先找自己注册的全科医生，经全科医生转诊才能进医院接受治疗。社区卫生规划（机构的设置和全科医生的分布等）主要是通过规定全科医生的注册居民数量（1800~3200人/全科医生）来实现的。全科医生与国家卫生主管部门是一种合同关系，他们的收入取决于注册居民的数量、工作年限和从事预防保健的工作量等。

（二）德国

德国社区卫生服务主要包括两个方面，即私人开业医生提供的门诊服务和社区护理机构提供的保健服务。虽然社区卫生组织的系统性不强，但由于健康保险的人群覆盖率高，管理措施比较完善，对社区卫生服务的支撑作用强，社区卫生服务组织的功能不仅能够得到较好的体现，而且在合理使用卫生资源、满足居民基本健康需求方面的作用至关重

要。社会健康保险享受者必须在家庭医生诊所接受首诊，经家庭医生转诊才能进入医院治疗。

德国药品费用占卫生费用的 20% 以上，高于绝大多数发达国家。为了控制卫生总费用的增长速度，近年来，德国卫生主管部门采取了一系列药品管理改革措施。在社区卫生服务中控制药品的使用主要从家庭医生和病人两方面着手。1993 年 1 月开始实行医师药品费用总额预算，严格规定门诊医生不得超过预算，否则，超额部分从医生的工资中扣除。在新法规实施 1 年后 医师的处方数量由 7.95 亿份下降到 7.12 亿份 药品费用下降了 25%。

对社区居民药品使用的控制措施主要是增加病人药费的自付比例。1997 年 7 月 1 日生效的《社会健康保险重组与重定位法》规定，病人自己负担药品费用的 20%（失业者、低收入者、救济金领取者及 18 岁以下未成年人不承担共付的费用）。

（三）澳大利亚

澳大利亚社区卫生服务是在 60、70 年代由母婴保健发展形成的，国家健康保险赋予居民享有基本医疗服务的权利，也提供了社区卫生服务发展的条件。自行开业的家庭医生是社区卫生服务的主要提供者，但他们热衷于医疗服务。因此，在澳大利亚有公立和私立两套社区卫生服务系统。澳大利亚的家庭医生占医生总数的 2/5 国家有严格的家庭医生资格认证和复审制度。

在澳大利亚 社区卫生服务机构 认证工作对保证社区卫生服务的质量起着非常重要的作用。认证并非一劳永逸 分 1、3、5 年期认证 到期后需要进行重新认证。社区卫生服务机构 认证与标准 community health accreditation and standards program, CHASP 于 1982 年起在部分城市试点探索 1983 年出台 1991 年在全国颁布实施 1994 年重新修订。

（四）美国

美国社区卫生服务是多元化经济体制下的产物，社区卫生服务遵从市场调节的原则。病人自由择医，家庭医生与居民之间相对稳定的关系主要是建立在相互信任的基础上。各种形式的健康保险的规定（如不需在医院治疗的病人必须回到社区或家庭）确立了社区卫生服务存在和发展的空间，使各种经营形式的社区卫生服务组织较好地体现了应有的功能。长期护理和家庭保健是美国社区卫生服务的主要内容。以健康维持组织（HMO）为代表的管理化保健（managed care）不仅有利于社区卫生服务的发展，而且提高了社区卫生服务的计划性和系统性。

社区卫生服务管理化保健的运作主要从卫生筹资、资源使用、服务内容等方面进行，强调管理的一体化，使生理与心理服务、医院服务与社区康复、急诊与长期护理有机地结合起来。社区医院及其他社区卫生服务机构形成连锁的组织，是近年美国卫生组织变革的特点之一。管理化保健使社区卫生服务机构抗风险能力得到了加强，资源的使用效率得到了提高，卫生服务质量有明显提高，居民的满意度也得到了提高。同时，也使社区卫生服务系统性、组织性不强的状况得到了改善。

（五）加拿大

加拿大主要有三种类型的社区卫生服务机构 私人开业的家庭医生诊所、政府开办的社区卫生服务中心和社区服务中心。国家健康保险人群覆盖率高、补偿范围宽，也有家庭