

德国位于欧洲中部,是联邦议会共和制国家,面积为35.7万平方公里,人口约8110万人,每千人口医生数为4.6人,其中全科医生约占15%。  
德国实行医学生精英培养制度,高中生总成绩(3年平时成绩与高中毕业会考成绩相结合)分为1~6分,1分为最好,5分和6分为不及格。达不到1分水平的高中生虽然允许申请医学院校,但被录取的机会极少,并且国家统一对报考医学专业学生单独加试,其他专业则不需要。  
德国的医学生院校教育为6年。医学生毕业后要接受为期5年的毕业后教育,考取执业资格后,方可申请执业。德国的全科医生,作为专科医生的一类,也是按此标准和要求进行培养的。下面,我们就重点以李-麦森·安澜医生所在的家庭医生中心介绍其工作模式。

## 德国家庭医生制度及启示

□徐宏伟



(资料图片)

### 一

安澜医生是一名博士,其所在家庭医生中心位于德国西北部的于利希市,相当于我们的社区卫生服务中心或个体诊所。

这里的家庭医生中心不分内科、外科等科室,只有全科门诊,这一点与国内社区卫生服务中心及乡镇卫生院的科室分类有明显的不同;拥有一个由10人(医生3人、护士6人、保洁1人)组成的工作团队。在这里,3名医生主要负责诊治门诊患者,人均日门诊量为40~60人次,每周工作约40小时。

安澜医生比其他两名医生上班时间要晚2小时,同样下班时间也晚2小时。这样的安排,既尊重了个人意愿,又通过错时上班延长了家庭医生中心的运营时间,也方便了患者。

6名护士主要负责医疗服务之外的大部分护理及其他健康服务工作,比如帮患者预约医生、门诊能够提供的护理服务、通知慢性病患者定期前来门诊进行综合评估、整理档案资料、协助进行健康教育与宣传等。

### 二

6名护士把大量的非医疗诊断服务负责起来,使家庭医生有时间集中精力诊治患者。

正是医生和护士的团队协作与配合,保障了家庭医生中心较高水平的医疗卫生服务,使居民普遍得到较为满意的就医体验。

### 三

在全面诊断后,家庭医生所开具的处方也极具全科特色,包括所有医保支付的内容,如:药方、理疗处方、治疗及护理辅助物品处方(如轮椅、步行车、关节固定器、伤口贴剂等)、康复运动处方等。

关于家庭医生的连续性健康照护,在慢性病管理中得到了充分体现:不同的慢性病患者被纳入不同的慢性病管理项目。慢性病患者要定期到家庭医生中心接受评估与健康指导。如果到时候患者没来,该

中心的护士会再三催促其按时到来。

在德国家庭医生中心,医患双方的良好互动确保了慢性病规范管理及良好的治疗效果。

### 四

在德国,医患之间的信任与和谐,除了因为拥有较高素质的家庭医生团队之外,还有几项制度保障。比如,医疗费用的第三方支付制度。

德国拥有世界历史最悠久的全民医疗保险体系,始于1883年俾斯麦的《社会保障法》。政府依法提供广泛的健康保险计划,特定民众如终身职员、自营业者、高收入雇员可选择退出该计划,并另投私人保险。

据安澜医生介绍,一般职工按每月工资的15.5%支付医疗保险费用,其中一半由个人承担,另一半由用人单位来承担。患者到家庭医生中心看病不需要支付费用,家庭医生中心也不收取患者的费用(除非患者接受了超出医保范围的服务)。家庭医生中心的收入是由保险公司根据中心所提供的医疗卫生服务按季度审核后结算的。

这种付费方式,通过给医生限额(包括诊疗费用、药费、理疗费),增强家庭医生节省医疗资源的责任感,从而减少过度医疗。

据安澜医生介绍,家庭医生的月收入与专科医院或综合医院主治医师的收入水平相当。

### 五

德国的家庭医生中心不

设药房。患者根据医生处方到药店购买药物,与家庭医生中心无关。

在德国,多数家庭医生中心也拥有一些检验设备,如安澜所在的家庭医生中心拥有心电图、负荷心电图、肺功能仪、B超、血常规测试仪等,检查结果也全部由该中心的3名医生评定。

但是,多数血液检查,如生化检查、抗体检查、基因检查等,则是家庭医生开化验单并由患者抽血,由与家庭医生中心合作的检验中心每天来取血样,再把化验结果通过互联网传给家庭医生。

在德国,X线、CT等检查,一般由家庭医生根据患者的疾病指征开转诊单给放射科医生诊所,患者再去那里做检查。检查结果由放射科医生反馈给家庭医生,由家庭医生为患者解释并制订相应的治疗计划。

### 六

德国虽然不是严格实行家庭医生签约制度的国家,但95%以上的居民都有自己长期稳定的家庭医生。

居民签不签约没有关系,国家充分尊重个人意愿,但是签约之后,可以享受更多的卫生健康服务。

需要注意的是,在德国,居民如果没有家庭医生的推荐,上级专科医院和综合医院是不直接接收患者的。所以,德国的分级诊疗自然而然就建立

了起来——患者被家庭医生精准地转诊到大医院相关专科医生那里,患者就医的流程清清楚楚、明明白白。

### 总结

德国家庭医生模式给我们的启示:

一、医生需要精英化培养。  
二、在基层家庭医生签约服务实践及团队建设中,要充分发挥护士的作用,不仅在数量上要配充足,而且要针对社区护理的岗位需求,加强培训,提高他们的综合素质,以保障基层全科医生专心做好常见病、多发病的诊疗工作。医护一起保障群众健康,才能不断提高群众签约服务的获得感。

三、基层医疗卫生机构要加快服务模式转型,不要走小型综合医院的道路,要真正体现家庭医学学科内涵,率先实现以“治病”为中心向以“健康”为中心的转变。

四、要充分发挥家庭医生在规范慢性病管理方面的作用,不断提高慢性病管理的水平和效果。

五、德国的医保支付方式、医药分离模式、区域性检验中心建设支撑家庭医生中心服务等做法,对我们也有借鉴意义。(感谢李-麦森·安澜医生最终修订此稿)



(作者供职于河南省卫生计生委)

## 检验科人员要留意这些患者 避免医患矛盾

□位冒冒

### 经验探索

有些人会认为,检验科是安全性很高的辅助科室,不用像临床医生那样深入接触患者及其家属,不会出现医患矛盾。其实不然。

检验科在医疗体系中,属于半封闭式的科室,除了封闭式的各个实验室以外,仍具有面向患者及其家属的窗口。

检验科的窗口可谓是检验科的门面,代表着检验科的良好形象,同时具有采血、接收标本、与临床医生和患者及其家属沟通的重要功能。其中,在给患者采血、与非医学专业的患者及其家属沟通时,也容易出现医患矛盾或者突发情况,尤其遇到以下患者,一定要注意。

一、对碘过敏的患者  
患者在采血后出现碘过敏情况时,很有可能归咎于采血者。在采血之前,患者做相应准备的空闲时间段内,采血者如果能够耐心询问患者的情况,或许就能避免很多意外的发生,同时也可以为患者留下好印象。

二、晕针、晕血的患者  
在采血窗口,常能遇到晕针、晕血的患者。为了避免不必要的风险与麻烦,采血者一定要在采血前进行耐心沟通,尽量消除患者的恐惧心理,在采血过程中应安排家属对患者进行保护性搀扶,采血过程应尽可能迅速。如果患者依然出现了晕针、晕血的情况,应该立即停止采血并对患者进行救治。

三、传染病患者  
明确的或隐匿的传染病患者,基数不小。如果能提前知道患者具有传染病,可以采取防护措施;不过,并非所有的传染病患者都会主动告知病情,如有些患者就没有传染病的概念,有些患者的传染病还没有被检查出来,有些传染病处于窗口期、有些性传播疾病被患者极力隐瞒等。

但是,也有一些规律可循,例如肝病面容的患者、夫妻一起来查梅毒艾滋病的、单独检查传染病的等。对于这些患者,应该引起注意,小心防护。

四、病情危急的患者  
并非所有的危急患者都会走急诊通道,也并非所有平稳的疾病都不会突然加重,遇到病情危急的患者,一定要优先处理与对待,为患者的救治提供绿色通道。

五、精神障碍患者  
精神障碍患者容易出现情绪激动或失控的情况,采血者应注意使用良好的态度进行沟通,主要是与患者家属做好沟通的工作,不能有任何激怒对方的言语和举动,以防出现人身危险。

六、脾气暴躁的患者及其家属  
在检验科窗口,时不时会遇到脾气暴躁的患者或家属,他们有时会提出一些不合理的要求,要求不能得到满足时,就会吵吵嚷嚷,更有甚者有动手的架势。

这时,医务人员一定要注意不能与之争辩,要耐心解释情况,如果事情还不能得到圆满解决,可以请上级领导或同事前来调和,将小矛盾、小摩擦化解掉。

七、采血难度大的人群  
老人血管硬滑,儿童血管细,胖人血管难找,采血技术也是检验技术里的一部分。如果采血前没有仔细辨别进针部位,或采血过程中断等,有可能部分患者或家属不满意。

所以,在检验科窗口工作,不但需要好的态度,也需要扎实的技术基础。作为白衣天使,不仅要守护患者的生命与安全与健康,也要注意保护好自己。

(作者供职于安阳市人民医院)

### 声音

## 医患互信先从“认真”做起

□李季



(资料图片)

不久前,一名患者与医疗单位发生了一场信任危机。这名患者因心脏不适住院一

日后,院方以预缴费用完为由催促患者缴费。此时,患者认真起来,核对“一日清单”后发现,安全型套管针被用了两支、类风湿因子测定被验了两次……粗算下来,重复计费和设计项目多达10处。经与院方多次核对,患者终于使多收的救命钱重回账户。

医患互信缺失,是社会诚信缺失在医疗卫生领域的反映。医患互信既是社会诚信体系的一部分,又有其特殊性。笔者认为,要使失衡的天平

重回水平,需要医患双方先从“认真”二字做起。

不可否认,医患互信缺失,医生自身及其管理部门处于主动地位,首先要加强对自身的要求。比如有的医院以医生创收作为医生收入分配的依据,导致大处方、大检查,破坏了患者信任医生的基础。社会上传言,个别医院处方与医生的奖金和提成挂钩,使很多患者看病时对医患关系都抱有“刀俎”与“鱼肉”的心态,于是,猜忌遮掩了信任的阳光。

大环境改变还需时日,医患互信不妨先从“认真”做起。在上述事例中,如果医生下医嘱时认真一点,何来两支安全型套管针的错误?护士核对清单时认真一点,哪会有两次类风湿因子测定的失误?对医方而言,认真是一份责任;多一份认真,就能多获取患者一份信任。

要重建医患互信,笔者认为,首先要坚持以病人为中心,以问题为导向,以改善群众看病就医感受为出发点,围绕群众看

病就医感受最强烈、反映最突出的医疗服务问题,通过改造设施、优化流程、完善措施、科技支撑、突出人文、建立机制等,为群众提供高效、便捷、优质的医疗服务。

其次,医患双方都要从小善做起,医者认真对待患者,换位体验患者就医之不易;患者认真对待病情,理解医学发展和医疗技术存在的不足。相互理解、相互尊重,不应有的误会、摩擦、磕碰,就会减少。

## 结核病防治论坛之二十三

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所副所长 马丽萍

结核病是一种经呼吸道传播的慢性传染病,在全球广泛流行。

如果患者感染的结核杆菌对一种或一种以上的抗结核药物产生了耐药性,即为耐药性结核病。

随着人口的增长、世界范围内的旅行和人口流动的增加,耐药性结核病例更趋上升态势。

耐药性结核病的流行,持续威胁着结核病控制工作已取得的进展。此外,耐药性结核病的出现更加剧了这一威胁。

耐药性结核病、耐多药性结核病的治疗极其困难,已经成为世界性的难题。例如,一个普通的肺结核患者,治疗周期一般为6个月,但是耐多药肺结核患者的治疗周期长达18~24个月,甚至达到36个月;治疗费用高,治愈率低,且死亡率极高。因此,耐多药肺结核已成为比癌症还要可怕的“不治之症”。

但是,耐药性结核病的产生多系人为。专家指出,耐多药肺结核的出现,除了一部分患者是因为感染了耐多药结核杆菌,或

因结核杆菌基因突变导致的遗传性耐药菌株的出现(一种自然遗传进化现象)外,大多数耐多药肺结核与治疗不规范有关。

结核病患者在应用抗结核药物后,许多不适症状可在短期内消失。不过,结核杆菌是相当顽固的一种细菌,在用药两个月左右,大部分敏感菌可被杀灭,但少量非敏感菌可能依然存活。因此,结核病患者应坚持完成整个治疗过程(一般为6~9个月),以达到治愈和减少复发的目的。

如果患者没有按照要求到

结核病专业防治机构接受正规的治疗和管理,症状缓解就停药,有症状时再服药,那么原本一线药物就可杀灭的结核杆菌会变得越来越顽固;循环往

复,最终导致了耐药结核杆菌、耐多药结核杆菌的出现。

另外,患者自行用药、滥用抗菌药物也会造成耐药结核杆菌的出现。



开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国

### 征稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《声音》《借鉴》《放眼海外》等,内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。

稿件要求:论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺,具有一定的科学性和实践指导性,热忱欢迎您投稿!

联系人:杨小沛  
电话:(0371)85967338  
投稿邮箱:343200130@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角  
河南省卫生计生委8楼医药卫生报社编辑部