

Hierarchical Basic Public Health Service Project Needs the Assistance of Social Security

Ming Lanzhen^{1,2,3,4,5,6*} Pan Xingliang⁶ Zeng Guoqing⁶ Yan An⁶ Ou Jia⁶
Tang Huali⁶ Bao Xueqin⁶ Bo Baopeng⁷

1. Hebei Research Institute For Family Planning, Shijiazhuang;
2. NHC Key Laboratory of Family Planning and Healthy, Shijiazhuang;
3. Hebei Key Laboratory of Reproductive Medicine, Shijiazhuang;
4. Hebei Jingliang Health Management Co. Ltd., Shijiazhuang;
5. Shijiazhuang City Deyao Vocational Training School, Shijiazhuang;
6. Shenzhen Luohu Hospital Group, Shenzhen;
7. Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang

Abstract: There were more than 20 residents received health management for three months in Changling Community Health Service Center of Shenzhen Luohu Hospital Group. Through this way, it was divided into levels of primary, intermediate, advanced, and premium that the service contents of National basic public health service packages. Different health services were given to patients of hypertension or diabetes

depending on their health demands. Among them, the lower the willingness was, the higher the service technology and ability were required, and the more difficult it was to establish the relationship between supply and demand. There were different sources of funds of graded public health service packages. The primary ones should be paid by the government, that was, the state provided funds to the supply-side and budgeted for personnel training and other expenses. The intermediate ones and the special service for family sickbeds should be paid by social security, that was, the state provided funds to the demand-side. The premium ones could be purchased through a combination of social security and out-of-pocket costs. Costs of basic public health services could be paid by the state, collectives and individuals, and a stable payment mechanism could be formed by it. New medical service model were formed between the server and the serviced in the process through market regulation in health economics, based on macro-control of health finance and total expenditure budget. It was both to improve the enthusiasm and sense of achievement of workers and to attract more of the transformation of medical staff to study more professional technology of health services, At the same time, the more satisfied residents were with health services, the more willing they were to buy them. The relationship of health services could be formed between supply and demand. The goals of transformation of medical service mode could be realized fundamentally that from disease to health, and from the biological model to the people-oriented model.

Key words: Public health service packages; Graded public health service; Chronic disease management; Social security; Health finance; Health economy

Received: 2020-07-03; Accepted: 2020-07-16; Published: 2020-07-28

分级公共卫生服务包需要社保助力

明兰真^{1,2,3,4,5,6*} 潘星亮⁶ 曾国清⁶ 闫安⁶ 欧佳⁶ 唐华丽⁶
鲍雪琴⁶ 卜保鹏⁷

1. 河北省计划生育科学技术研究院, 石家庄;
2. 国家卫生健康委员会计划生育与优生重点实验室, 石家庄;
3. 河北省生殖医学重点实验室, 石家庄;
4. 河北静亮健康管理有限公司, 石家庄;
5. 石家庄市德耀职业培训学校, 石家庄;
6. 深圳市罗湖医院集团, 深圳;
7. 河北中医学院, 石家庄

邮箱: minglanzhen@hotmail.com

摘 要: 本文通过对深圳市罗湖医院集团的长岭社区健康服务中心的 20 位居民进行三个月健康管理, 把公共卫生服务内容分为初级、中级、高级和特级四等九级的方式, 阐释预防康复的健康服务, 以高血压、糖尿病为例, 通过根据居民对健康需求的不同, 给与不同的健康服务。其中意愿度越低的人群, 需要的服务技术和能力就越高, 对建立供、需服务关系越困难。在分级公共卫生服务包中, 初级服务包由国家买单, 即财政资金补供方部分, 同时预算出人才培养和其他消耗性资金等; 中级服务包和家庭病床特级服务包由社保买单, 即财政资金补需方部分。高级服务包可以由社保和自费相结合的方式购买。由国家、集体、个人共同承担, 形成稳定结构。在卫生财政宏观调控、支出总额预算基础上, 利用卫生经济学的市场调节, 驱动服务和被服务双方在服务过程中形成新型医学服务模式, 提高服务从业者的积极性和成就感, 以吸引更多的医务人员转型、不断研究具有更加具有专业水平健康服务技术; 同时被服务者对健康服

务的满意度,促进更多的居民愿意购买不同等级的健康服务,建立健康服务关系,从根本上实现以疾病为核心向以健康为核心的转移;以生物模式为主,向以人为本的转移。

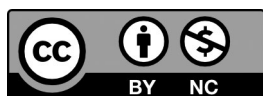
关键词: 公共卫生服务包; 分级公共卫生服务; 慢病管理; 社保; 卫生财政; 卫生经济

收稿日期: 2020-07-03; 录用日期: 2020-07-16; 发表日期: 2020-07-28

Copyright © 2020 by author(s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 前言

新时期社区卫生服务机构,应该针对公共卫生管理工作的改革发展,打造特色服务模式,使自身职能能够得到全面系统的发挥[1]。我国基本公共卫生服务的现状,在国家财政可接受范围内继续扩大基本公共卫生服务的项目范围,紧紧围绕群众需求,体现“以人为本”发展理念。目前,基本公共卫生服务存在一些现象[1][2]:(1)公众对基本公共卫生服务的认识还不够深入,“重医轻防”、没有将保障公民健康的公共卫生服务放在重要位置上,基层医务人员的满意度普遍偏低。(2)经费的投入,基本公共卫生经费支出增幅与公共卫生总投入增幅不均等。(3)经费投入结构不合理,深圳市在开展社区基本公共卫生服务过程中经费补偿不足,孟进[3]通过对上海市基本公共卫生服务财政保障研究发现,上海市政府财政卫生费用投入重治疗、轻预防;重城镇、轻农村;重大型医疗卫生机构、轻社区等基层医疗机构;重硬件、轻软件。

(4) 绩效考核的目的不够明确 [4]，没有意识到绩效考核是为了更好的实现均等化。(5) 乡村开展公共卫生服务专职人员不足，专业知识缺乏 [5]。(6) 有的签约社区居民并不知道已经签约，对家庭医生需要服务内容了解不多，欠缺参与的积极性。(7) 家庭医生服务能力水平有待增强，家庭医生对自身工作重要性的认知力度不足。(8) 对家庭医生欠缺激励机制，致使工作热情无法提高。(9) 家庭医生的工作成就感低。(10) 收入满意度低。(11) 家庭医生能够为签约的居民提供医疗卫生服务，收取年服务费用，不断创新支付机制，依据家庭卫生服务质量与签约数量展开绩效考核，给予家庭医生适当补偿 [6] [7]。(12) 公共卫生服务是一门交叉学科，其在实际操作的过程中需要应用医学、护理学、管理学、心理学、社会学等多学科的知识才能完成，迫切的需要有新的公共卫生服务理念预防医学专业的专业人才出现 [7]。(13) 公共卫生服务项目定价缺乏规范，核算标准有待完善操作时间分配系数法仅仅考虑完成项目所需的工作量，完成不同的项目所付出的体力劳动、脑力劳动等也不尽相同。(14) 细化公共卫生服务标准流程与规范，明确服务项目的人员类别、职称高低、技术难度以及技术风险等，从而使成本核算流程有据可依，也有助于提高核算结果的科学性、准确性 [8]。(15) 慢性病管理规范率、依从性偏低 [9]。(16) 公共卫生人力资源培养周期长，需要一个长期的系统理论与实践相结合的过程 [10]。

2 分级公共卫生服务包的概念和内涵

把连续的预防、康复技术服务，利用大数据管理，按时间单元打包服务，即为公共卫生服务包，包括个体和群体的健康服务。有些服务内容必须在比较长一点的时间内完成效果会更好，相对来说技术难度也会越大，这样根据时间的长短和技术难度的大小分类的服务包，就可以分出等级。等级的含义是关于服务内容及能力的分级，不是对被服务者的分级。

2016年至2017年笔者在罗湖医院集团翠岭、莲塘区域社区健康服务中心及其所属的长岭、莲花等社康中心，进行了一些尝试和探索研究，把公共卫生服务分成了九级四等服务（见表1，表2）。

表 1 居民健康需求的分类（以糖尿病、高血压为例）

Figure 1 The classification of residents' health needs (taking diabetes and hypertension as examples)

慢病管理	1. 不知道自己患有高血压、糖尿病的人群 2. 知道有高血压、糖尿病不愿意治疗的人群 3. 愿意治疗但依从性低的人群 4. 依从性高、有正确态度的人群 5. 依从性高，担心、恐惧害怕很多（焦虑）的人群 6. 依从性高、抑郁、没有力量（不相信）还能健康起来的人群 7. 依从性高、缺少健康知识的人群
家庭病床服务	8. 依从性高、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己的人群 9. 依从性低、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己

表 2 居民慢病需求和服务能力分级

Figure 2 The classification of residents' demand for chronic diseases and their service ability

服务级别	服务的人群
特 级	I II III IV 家庭病床服务： 8. 依从性高、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己人群 9. 依从性低、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己人群
高 级	V 需方购买的服务： 5. 依从性高、担心、恐惧害怕多（焦虑）人群 6. 依从性高、抑郁、不相信还能再健康起来的（抑郁）人群
中 级	VI 4. 依从性高、有正确态度的人群 7. 依从性高、缺少健康知识人群 适合健康教育： VII 4. 依从性高、有正确态度的人群 7. 依从性高、缺少健康知识人群
初 级 （ 基 础 ）	适合体检（进入慢病或老年人群）： VIII 1. 不知道自己患有高血压、糖尿病人群 2. 知道有高血压、糖尿病不愿意治疗人群 3. 愿意治疗但依从性低人群 4. 依从性高、有正确态度的人群 全人群： IX 家庭医生签约人群（基本医疗及卫生需求、基本营养能量计算指导）

上述四等级，家庭病床中的健康服务，属于个性化健康管理内容，在社区的公共卫生服务中，应该是最高端的特级健康服务，有另外的论文“健康管理在家庭病床中的应用”中进行描述。高级部分，笔者在长岭社区健康服务中心，对20多名居民进行了为期三个月健康管理研究，通过每周一次、每次1.5小时的“正念健康教育训练”[11]，以及每人每月一次的门诊健康咨询、营养能量计算等服务，并前后做血常规、尿常规、血糖、糖化血红蛋白、CRP、血压等的检查及SCL-90症状量表前后对照，对居民进行健康服务。另有论文“分级公共卫生服务包在全科医学中的应用”中进行描述。

3 公共卫生服务分级的意义

公共卫生服务分级的意义在于，根据全人群对健康需求的程度不同，给予相应的预防康复技术服务，满足不同健康需求的要求，达到提高全人群的健康水平。其中有几个关键词需要阐释：（1）关于健康需求的程度。是指服务对象有健康的需求，但是需求程度不同。比如：患病的人群，由于疾病带来的痛苦和恐惧，迫切希望去掉疾病。当这种观念起主导作用时，其实并不代表对健康的需求度高。这一类人，主要还是对以疾病为核心的专科临床需求度高。又比如，有些患者家属，在陪伴病患的过程中，感受到了疾病造成的痛苦和恐惧，积极主动寻求如何健康之路，苦于缺乏健康知识和科学的技术服务，这类人群对健康的需求程度甚高。对健康服务要求的技术水平也高，一般的以说教为主的健康教育技术不能满足他们的需求，他们更加迫切需要的是如何做到健康。如果服务好的话，他们的健康行为又可以影响到他们的家人和朋友，迅速提高国民的身体素质。这两类人群是对健康需求的两个极端现象，大量人群处于两者之间，即希望健康、又不愿意花费太多精力用在健康上。针对社区慢性病患者需求，分为四等九级（如表1）。根据分类给予相应的健康技术服务，这就是公共卫生服务分级的意义所在（表3）。

（2）关于相应的预防康复技术服务：根据需求不同，所需的健康服务技术不同，难易程度也不同。这也是当年国家提出国家财政补供方还是补需方的大讨论的一个关键点。对于治疗疾病技术的研发，是建立在患者主动（有主诉）

就医的基础上，由于从国际到国内，形成了成熟的研发套路，只要用心做好就可以有所成就。这也恰恰是医改面对的困境，医务人员研究治疗疾病惯性难以转变到以研究健康为核心的方向上来。健康服务技术离不开医务工作者的创新和研发，但是由于国际医学工作者的集体惯性的驱使，医务工作者难以找到研发预防康复保健的科学方法和路径。医务工作者难以提供公共卫生服务的科学技术，因此，为了启动医学界的公共卫生服务的意识和技术研发，国家采用财政补供方的方式，拉动医改。经过十来年的全国性初步公共卫生服务的展开，更加清晰，医务工作者根据不同人群的健康需求，致力于健康技术创新和研发势在必行。如果没有医改，即使有健康需求，也没有服务的窗口，只能去医院看专科医生，就会按着专科的诊疗指南，讲一些不能满足需要的指导或者导致过度医疗。可以说，慢性病的肆虐，社会对健康的需求，早已经是需求大于供给，甚至没有供给。健康服务的技术归根结底是教会有健康需求者如何健康的生活。而生活原本是先天就会的，无需教授，可恰恰就是这原本就会的能力出现了偏差，医学的健康服务不外乎就是纠偏而已。纠偏养生的方法很多，几乎人人都能说上几条。就在这样错综复杂的方法中，提炼为医学学术专业，就像大海捞针，确实有些困难。或许这就是医改落地困难的核心。如果没有适宜技术和懂得使用技术的医学人才，多少钱可以让人群健康？技术难度和掌握技术的人才培养周期，构成了健康服务的基本成本。再根据提供服务技术的难易程度与需求程度相契合，构成不同级别的公共卫生服务包，以最大化地满足社会对健康的需求。

表 3 慢病需求的不同，所需的相关专业能力不同

Table 3 The different needs of chronic diseases, the different professional abilities required

慢病不同的需求	所需专业能力
适合体检（进入慢病或老年人群）： 1. 不知道自己患有高血压、糖尿病人群 2. 知道有高血压、糖尿病不愿意治疗人群 3. 愿意治疗但依从性低人群 4. 依从性高、有正确态度的人群	所需知识：（一对一沟通能力） 医学基础知识 疾病基本知识 营养基本知识 运动基本知识 康复基本知识

续表

慢病不同的需求	所需专业能力
适合健康教育: 4. 依从性高、有正确态度的人群 7. 依从性高、缺少健康知识人群	所需知识: (一对群体的沟通能力) 医学基础知识、疾病基本知识、营养专业知识、康复指导知识、防止运动损伤的 群体 运动指导知识(可用消极健康观)
需方购买的服务: 5. 依从性高、担心、恐惧害怕多(焦虑)人群 6. 依从性高、抑郁、不相信还能再健康起来的人群 4. 依从性高、有正确态度的人群 7. 依从性高、缺少健康知识人群	所需知识(一对一、一对群体沟通) 医学基础知识、疾病基本知识、营养专业知识、康复指导知识、防止运动损伤的 个性化 运动指导知识、心身整合指导能力(灵活运用积极健康观)
家庭病床服务: 8. 依从性高、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己人群 9. 依从性低、缺少健康知识、无力用健康知识照顾自己人群	所需知识(一对一、一对家庭的沟通能力) 医学基础知识、疾病基本知识、营养专业知识、康复指导知识、防止运动损伤的 个性化 运动指导知识、心身整合指导能力(消极健康观和积极健康观同时应用)

从专业角度来看,落实公共卫生服务的难点有以下几个:一是居民依从性非常低;二是针对非常低的依从性,所需要技术服务含金量就要非常高;三是有高水平服务能力的健康服务者少之又少;四是较低级的健康服务,居民的获得感少,参与度低,同时社区服务人员的成就感就少;五是建档案、做宣传、走街串巷等工作量很大,很辛苦却收入低。既没有成就感,也没有成正比的劳动所得,基层公卫服务者的积极性就会大打折扣;六是少数具有高水平健康管理能力的社区工作者,虽然受到服务对象的好评,因为数量少,不被管理者重视,收入和成就感同样很低,也会影响工作积极性。

公共卫生服务如果按所需技术水平的高低及服务时间的长短分出级别,少量高水平的技术人员,可以为少量有需求的居民服务,由需求者购买,产生良好效果,可以激励双方继续做好。同时,吸引其他基层服务人员向高水平的公卫技术人员学习,被服务的居民受益后也会在小区有所宣传,形成良性循环。服务和被服务的这种关系就可以逐渐建立起来,类似医疗技术的发展路径,促进居民、医务工作者和管理者,树立健康主诉,而非仅有疾病主诉的思想观念,为有健康需求的人们提供服务的窗口,窗口逐渐扩大,就可以形成高大上的健康医院,为更多的生活社区和功能社区的健康需求者服务。

4 分级公共卫生服务能力分析

谈到医学服务，几乎所有人都想到了“看病”二字，那么公共卫生服务与看病究竟有什么关系？表 4 就是对二者在服务中医生和服务对象之间角色定位进行了比较，只有清晰了在服务过程中谁是主体、谁是客体，才能够把握好分寸，恰如其分地做好服务，收到服务的效果。

表 4 医疗服务与健康服务的区别和联系

Table 4 The differences and connections between medical services and health services

序号	医疗服务	健康服务
1	医护与患者的关系	健康管理师与居民的关系
2	主体是医护人员	主体是居民自己
3	医护人员负责把问题（疾病）解决，患者负责生病	居民负责决定自己是否要健康，健康管理师负责指导（教方法）其实现愿望
4	此过程需要患者的参与，但是参与度不高，只需要理解、听话（乖）	此过程需要居民积极主动亲自实践，居民需要什么指导，健康管理师给什么，健康管理师在感知到居民需要什么时才给什么指导，否则居民难以做到
5	此服务从专业知识角度看，属于“强势”服务	此服务的专业范畴，属于平等服务，只有在尊重、理解、鼓励居民的情况下才能做到
6	“强势”是医生的职业特点	“平等尊重鼓励”是健康管理师的职业特点

通过比较可以看出，健康服务比医疗服务更困难。医疗服务，因为患者受病苦折磨，有主诉，是主动求医，与医生自愿形成一种服务与被服务关系，医生只需要指挥若定即可。患者理论上讲就会听从医生，按时吃药、打针等。而健康服务，首先，目前在众人心目中，还没形成到哪里看健康的一种社会服务模式，包括医生也不知道哪里可以看健康而不是看疾病。其次，现阶段的社区健康服务，基本都是医生找居民服务，还没形成居民找全科医生看病的局面。而居民作为健康的主体，却在被动地被服务，这是一种不平等关系，可以说没有形成医生与居民的平等的健康服务关系，既然没有形成真正的健康服务关系，根本谈不上有健康的主体，想达到居民的健康效果，就会非常困难。医疗服务关系的建立是患者有主诉，而居民没有单纯的健康主诉，健康服务关系就很难建立。单从建立服务关系来讲，健康服务就远比医疗服务困难的多了。现阶段的家庭医生签约、建立档案、随访等等，都是这种还没建立健康服务关系的健

康服务，是单方面一厢情愿的行为。可以简单地说，医改就是建立健康服务关系的22年。

若想做好社区慢病的健康服务，就必须从建立健康服务关系入手。在社区，首先根据居民对慢性病的认知和接受治疗、健康服务的意愿度进行分类，不同的分类决定了服务者的服务能力。意愿度越低的人群，需要的服务能力就越高，这个难度更多表现在心理需求上，并不是精神科医生面对的精神心理疾病的患者，而是在健康服务过程中，懂得帮助居民解放思想、健康生活的一种心理技术。在梁万年主译的美国《全科医学》的心身疾病一章中，提到的“Mindfulness（正念）”[12]技术，则是在这种健康服务中常用的一项技术，适用于团体的心理健康训练，国内已经广泛应用于医院、医生、患者、大学、中学、体育、企业、人际关系、戒毒、教师等领域[13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24]。表5列出12种能力：

表5 健康服务者能力分类

Table 5 The classification of health service providers' abilities

1. 不知道健康知识或者只知道一小部分健康知识（如新上岗的护师）
2. 知道健康知识但是自己做不到（对于能不能做健康教育基本没有想过，不知道自己会不会讲给居民）
3. 知道健康知识但是自己做不到，清晰自己不会做健康教育（包括个人、群体）
4. 知道健康知识但是自己做不到，以为自己会做健康教育，只是把知识强加于居民（个体、群体），不清晰居民知道了多少
5. 知道健康知识但是自己做不到，可以把健康知识让居民知道（真的会讲）
6. 知道并且自己可以做到、但是不会给居民做健康教育（个人、群体）（知道自己讲不出去）
7. 知道并且自己可以做到，以为自己会做健康教育，把知识强加于居民（个体、群体）（以为自己会讲出去）
8. 知道并且自己可以做到、可以把知识让居民知道（真的会做会讲）
9. 知道健康知识但是自己做不到，不会教其他人做健康教育
10. 知道健康知识但是自己做不到，可以教其他人做健康教育（可能不透彻）
11. 知道健康知识但是自己做不到，可以教居民知道，但不会教居民做到
12. 知道并且自己可以做到，还可以教居民知道，也会教居民做到

从表5可以看出，健康服务能力的培养，是通过服务者自己践行健康的生活方式的过程，自己既要知道如何健康的理论知识，还要亲自有

体验，才可以成长为一个优秀的健康服务者。这个过程不是一朝一夕可以实现的。因为我们国家从来没有过健康服务，大量的健康服务者，还是来自疾病医疗服务中的医务工作者。而健康服务和医疗服务既有联系，又有区别。从上述医疗服务和健康服务的特点，可以看到两种服务的可及性，如表6所示：

表6 两种服务的特点形成了两种服务的可及性

Table 6 The characteristics of the two services form the accessibility of the two services.

医疗服务	健康管理服务
1. “问题（疾病）”不会长久存在，急性可以治愈，或者转为慢性，从而长期相对稳定存在	1. 居民的“健康”是一个从出生甚至孕前就要面对的一个话题，人人都需要，只要活着都存在。不以某种“问题”出现而停止或消失，甚至当“问题”出现时健康会变成唯一重要的。只是，“健康”在居民这个主体的思想里，不会总跑到前台，“问题”经常跑到前台，“健康”总在后台隐藏
2. 医护工作只是为一个人某个特定短暂时期的服务，这个时期的服务有共同特点，做完就完了，因此医护只针对这的短暂时期的特点研究，成为专家	2. 健康管理师为居民的“健康”服务，首先清楚这是一个从生死的长期服务，不是暂时的，不要急于做完就完了，“耐心”是成为专家的必由之路
3. 医护在此过程的服务中精心工作，形成在工作中得到快乐（或称顺手），如果自己不会识别，容易被眼前顺手的工作快乐俘虏，从不愿意感受另外的快乐也就形成不愿意从“问题（疾病）”中走出现象	3. 健康管理师拥有指导健康的知识和技能是第一位，还要能够准确地感知到居民对健康需求位置，同时还要有能够唤醒居民“健康”从后台到前台来能力，从中体会到工作的快乐
4. 这样的群体越庞大，越吸引“问题（疾病）”产生，当发现“问题（疾病）”越来越多时，这辆满载13亿多人口的列车惯性太大，刹车太慢	4. 做到上述，前提是健康管理师自己能偶做到管理好自己的健康，体会到实现健康的各种体验，才能准确把握上述能力，才能灵活运用，否则容易成为“强势健康”，不是真正健康
5. 这个过程，医护人员容易因职业而成为找“问题”的专家，可以称之为“职业病”。医护人员当务之急是主动从“问题（疾病）”中走来，看到健康，而不只是看到“疾病”	5. 做到“平等尊重”地把健康知识宣传出去，“引导”健康的行为，就是健康管理专家

通过对健康服务能力的分析，可以看出，目前我国的基本公共卫生还只停留在建模式、轻技术的探索上。模式就像大楼的框架，技术就像大楼的水泥砖瓦。现阶段的慢病管理大多停留在体检、监测、评估、药物指导等方面，真正教会患者如何健康地生活方面，能力尚需提高。

5 社保介入，利用收费、付费机制驱动服务与被服务双方的积极性，实现互惠互利，做好慢性病管理工作

《国家基本公共卫生服务实施》中提到政府支持、激励措施、居民素质、医务人员满意度是影响国家基本公共卫生服务项目实施效果的主要因素。激励措施是影响实施效果的最主要因素。居民健康素养是影响实施效果的直接因素，居民的健康素养包括居民的健康意识、健康知识和健康行为。我国居民健康素养较低，尤其是在公共卫生意识、饮食习惯和患者服药依从性方面还有很大的提升空间。医务人员满意度与政府支持力度是影响实施效果的保障性因素。国家基本公共卫生服务项目的实施主体，是基层医疗卫生机构，基层医务人员的工作积极性和满意度对项目的实施效果产生影响，尤其对慢性病患者健康管理影响作用最大 [25]。为了创造良好的医疗设施和设备条件及医疗功能，更好地发挥社区卫生服务机构的综合职能，发挥社保基金的杠杆作用，必须加强社保基金对社区卫生服务机构建设及运营的投资，创造社会福利保障的事业条件 [26]。

如何借助社保，驱动健康服务和被服务的积极性，从而建立稳态的健康服务模式呢？

刘继同 [27] “卫生经济学”是 1980 年代由美国引入的，并迅速成为卫生界关注的热门学科。更为重要的是，长期以来，美国式思维的卫生经济学逐渐成为我国医改指导思想和理论基础。疾病性质蜕变为个人麻烦和个人倒霉，国家卫生财政预算资金急剧减少，医院筹资主要采取市场化筹资模式，医患之间应有的国家专业代理人社会关系迅速蜕变为一种民事“商业关系”。而卫生财政学与卫生经济学理论具有本质区别，两种不同理论将对卫生保健体系建设质量和医药卫生体制改革效果，尤其是构建和谐医患关系和增进全民健康福祉具有决定性影响。以卫生经济学理论为基础和指导的医药卫生体制改革目标是市场和个人责任，追求的价值目标是经济效率，卫生服务对象是普通“消费者和顾客”。相反，卫生财政学视角的医药卫生体制改革目标是国家政府和国家责任，

追求的价值目标是健康公平和社会公平。只有以卫生财政学为基础和国家承担健康照顾筹资责任医改,才能构建和谐医患关系。卫生财政学关注的主要议题是国家健康照顾责任的划分与承担,中国医药卫生体制改革实质是建立健全中国特色卫生财政体制与筹资机制,是中国特色公共财政制度框架重要组成部分。经费滞留和经费短缺2种现象并存;部分公共卫生单位、部分项目资金短缺或资金结余的情况发生;绩效考核缺乏科学性[28],激励措施是影响实施效果的最主要因素[29]。广东省基本公共服务财政投入未足额与资金沉淀并存;补助经费设计的缺陷[30]如何既要加大卫生财政支持力度,又要加强绩效考核,促进公共卫生服务的实施效果?应积极探寻降低医改成本的策略制度,经济学认为,尽管改革成本的存在具有客观性,但可以设法将其尽可能地最小化,而引进竞争机制是降低医改成本的最优策略之一。在中央政府卫生财政承担医改成本的前提下,提升政府服务系统降低改革成本的激励机制[31]。中央和地方政府对医疗卫生投入的逐年增加,却远未达到预期效果。患者就医负担没有显著减轻,分级诊疗、有序就医秩序尚未形成,大医院依旧人满为患。W市的经验将为我们呈现出一个现实的案例,单纯加大政府财政投入并不能有效解决看病难、看病贵,反而使问题更加严重。使得医疗服务供、需和组织三方从失衡,走向均衡已成为当务之急[32]。王朝晰[33]提出不合理的补偿机制是导致失衡的关键。医保共担机制的缺失,改革支付方式的等提高供方医疗机构净收入的方法来解决,以实现理顺医疗机构补偿机制、一揽子解决供、需、组织三方问题、从失衡走向均衡的最终医改策略目的。途径之一:在总额预算基础上,直接变“按项目付费”为“按服务单元付费”。通过提高其业务收入收益率,达到理顺补偿机制、减少浪费、一揽子解决问题的目的。

目前医疗机构的筹资补偿机制,基层医疗机构与二级医院主要采取“补供方”的模式,由政府承担更多的筹资责任,鼓励基层医疗机构将医疗服务的重点放在预防性服务与疾病管理与控制上来;对三级医院采取“补需方”的补偿方式,即由各类医保购买服务,以鼓励市场充分竞争,并满足参保人多元化的医疗需求[34]。上述基层补供方的补偿机制,启动了社区基本公共卫生服务,但是已出现了前文所提到的各种弊端。给三级医院补需方的机制,22年的医改,

使原本缺医少药的国家,走向医疗居高不下的境况,变得不得不遏制它。尽管遏制困难,也从中看到,补需方和绩效考核激励机制促进了医疗技术的发展,如果把这种机制用在公共卫生服务上来,同样可以促进公共健康技术的发展。镇江市全市9家社区卫生服务中心开展家庭医生服务模式创新,以高血压、糖尿病等重点人群为切入点,制定个性化签约服务包,每个中心的服务包均达到2个以上。将基层医疗卫生机构转型提升为综合健康管理服务平台,在完成基本医疗和公共卫生服务任务基础上,进一步加强综合健康管理服务功能。实行核定任务与定额补助挂钩、适时动态调整的办法,鼓励基层医疗卫生机构提供以签约服务为主体的更多更优服务。建议制定家庭医生制度与医疗保险支付方式的衔接方案[35],以公共卫生服务为导向的绩效管理方式是近年来新提出的一种管理策略,在大量的临床实践中均表现出较好的管理效果[36]。北京市将对政府办医疗机构建立与公益性绩效考核结果挂钩的补偿机制,建立分类补助制度。将财政投入重点从“保供方”转向“补需方”[37]。

6 结束语

由此,卫生经济学作为卫生财政学的一个补充:卫生财政学宏观调控,卫生经济学作为微观调节。基于此,从卫生财政学的角度来看,基本公共卫生服务启动资金一定由国家支付,可以在不同的阶段调整是补供方还是补需方,或者都补,只是比例不同等等。在分级公共卫生服务包中,初级服务包由国家买单,即财政资金补供方部分,同时预算出人才培养和其他消耗性资金等;中级服务包和家庭病床特级服务包由社保买单,即财政资金补需方部分。高级服务包可以由社保和自费相结合的方式购买。由国家、集体、个人共同承担,形成稳定结构。利用卫生经济学的市场调节,驱动服务和被服务双方在服务过程中形成新型医学服务模式,提高服务从业者的积极性和成就感,以吸引更多的医务人员转型、不断研究具有更加具有专业水平健康服务技术;同时被服务者对健康服务的满意度,促进更多的居民愿意购买不同等级的健康服务。在卫生财政宏观调控、支出总额预算基础上,合理分配给供方和需方,促进建立健康服务关系,从根本上实现以疾病为核心向以健康为核心的转移;以生物模式为主,向以人

为本的转移。人民的健康，只靠国家财政拉动远远不够，需要整个社会的参与，包括集体和个人，英国的经验，慈善组织和志愿者团体的积极参与是整合型保健服务的重要支持和补充力量[38]。呼吁全社会动员起来，共同注入健康的血液，把人民从疾病的牢笼中解放出来，实现全社会的健康。

基金项目

2017年（深圳市）罗湖区软科学研究计划项目（第一批次）《“分级公共卫生服务包”在全科医学中的应用》（编号：2）。

参考文献

- [1] 李瑞. 社区卫生服务机构公共卫生管理的改革对策[J]. 管理观察, 2018: 175-176.
- [2] 马亚梅, 何作顺. 我国基本公共卫生服务现状及财政保障[J]. 职业与健康, 2018, 34(18): 2567-2570.
- [3] 孟进. 上海基本公共卫生服务均等化的财政保障机制研究[D]. 上海工程技术大学, 2011: 74-75.
- [4] 孟亚苹, 孙灵利. 北京市朝阳区社区基本公共卫生服务项目效率分析[J]. 中国医药导报, 2017, 14(33): 126-129.
- [5] 米术斌, 王经纬. 乡村医生开展公共卫生服务情况及影响因素[J]. 中国公共卫生, 2018: 1-4.
- [6] 柳毅施建丽家庭签约医生责任制下城市社区公共卫生服务模式的创新[J]. 中国卫生产业, 2017(11).
- [7] 郑舒, 李颖. 我国公共卫生服务发展现状研究[J]. 中国卫生产业, 2017: 194-195. https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2017-20-en
- [8] 段增杰, 刘豪, 帅力. 公共卫生服务成本核算现状[J]. 解放军医院管理杂志, 2018, 25(1): 35-39.
- [9] 周鹰. 以公共卫生服务为导向的社区健康服务模式的实践与思考[J].

- 中西医结合心血管病杂志, 2017, 5 (32): 1-4.
- [10] 郝晓圆. 我国公共卫生人力资源浅议 [J]. 价值工程, 2011, 30 (16): 307.
- [11] 鞠钟鸣. 近年来健康教育方式研究现状及局限性 [J]. 西南军医, 2018, 20 (2): 143-145.
- [12] Rakel R E. 全科医学 (第6版) [M]. 彭国忱, 译. 人民卫生出版社, 2003: 39.
- [13] 王淑霞, 郑瑞敏. 正念减压疗法在医学领域中的应用 [J]. 中国临床心理学杂志, 2014, 22 (5): 947-950.
- [14] 赵静波. 临床医生正念与共情疲劳的关系 [J]. 广东医学, 2017, 38 (21): 3323-3332.
- [15] 张瑶瑶. 正念疗法在高血压患者中应用的研究进展 [J]. 医学与哲学, 2018, 39 (7B): 61-63.
- [16] 丁慧玲. 正念减压疗法结合支持性心灵关怀对社区高血压老年患者的干预效果分析 [J]. 护理与康复, 2018, 17 (2): 75-78.
- [17] 杨笑梅. 正念训练概述及其在癌症患者中的应用进展 [J]. 护理学报, 2016, 23 (17).
- [18] 姜春. 短期正念行为训练对糖尿病患者治疗依从性及血糖的影响 [J]. 医学理论与实践, 2018, 31 (5): 766-767.
- [19] 钟佳涵. 团体正念认知训练对大学生焦虑水平的影响 [J]. 中国健康心理学杂志, 2015, 23 (7): 1067-1071.
- [20] 高立雅. 初一学生正念与主观幸福感—自尊的中介作用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2014, 22 (11): 1749-1751.
- [21] 杨舒. 正念认知干预训练对高水平运动员压力应对相关心理指标的影响 [J]. 中国运动医学杂志, 2014, 33 (3): 214-223.
- [22] 赵延昇. 於学松员工正念与人际公民行为的关系研究——同事信任的中介作用及工作关联性的调节作用 [J]. 北京航空航天大学学报 (社会科学

- 学版), 2016(3).
- [23] 耿柳娜. 正念训练对戒毒人员接纳他人的影响[J]. 中国特殊教育, 2015, 1: 87-91.
- [24] 卢洁丽. 中小学教师正念、情绪劳动与工作满意度的关系研究[D]. 天津师范大学, 2016.
- [25] 高彩洁. 论基本公共卫生服务项目资金管理[J]. 资本运营, 2017(33): 55-57.
- [26] 吴丽莉, 钟振强. 社保基金资产对社区医疗服务机构建设及运营的投资研究[J]. 财务与金融, 2010, 1: 20-24.
- [27] 刘继同. 中国医改困境的理论反思现代卫生财政制度建设的基本路[J]. 学习与实践, 2016(7): 98-107.
- [28] 马亚梅, 何作顺. 我国基本公共卫生服务现状及财政保障[J]. 职业与健康, 2018, 34(18): 2567-2570.
- [29] 耿书培, 浦雪, 曹志辉, 等. 国家基本公共卫生服务实施效果及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 18-23.
- [30] 郝爱华, 王晔, 许淼杰, 等. 广东省基本公共卫生服务项目实施现状、问题及对策[J]. 中国公共卫生管理, 2017, 33(6): 750-756.
- [31] 代志明. 中国的医改阻力及其破解路径选择[J]. 云南社会科学, 2016, 2: 137-143.
- [32] 朱凤梅, 黄斯涅, 朱恒鹏. 财政医改投入如何才能有效?[J]. 中国财政, 2017(9).
- [33] 王朝晰. 基于博弈论的中国医疗服务体系优化策略研究——聚焦供、需、组织三方均衡[D]. 复旦大学, 2012.
- [34] 周婷. 我国卫生筹资中政府与市场的作用研究[D]. 上海社会科学院, 2016.
- [35] 苏枫, 徐庆. 镇江市家庭医生签约服务实践探索及发展思路[J]. 中国医疗管理科学, 2017, 7(1): 19-22.

-
- [36] 吴小娜, 韩秋启. 以公共卫生服务为导向的绩效管理模式对促进社区公共卫生服务发展的作用 [J] . 中国卫生产业, 2017: 26-27.
- [37] 北京: 新医改财政投入由“保供”转向“补需” [N] . 山东经济战略研究, 2014-10-15.
- [38] 谢春艳, 金春林. 英国整合型保健发展经验及启示 [J] . 中国卫生资源, 2015, 18 (1) : 71-74.