

上海完善社区健康公共服务研究¹

贺小林

(中共上海市委党校 200233)

【摘要】：社区健康公共服务是指由政府公共部门或准公共部门共同提供，以满足社会成员的基本健康公共服务需要为目的，着眼于提高市民身体素质和生活质量的公共产品和服务行为。上海应在市场经济条件下，由政府主导，面向全体社区居民，建立涵盖社区健康促进，基于健康消费需求市场导向下，以体育健身、医疗保健和养老护理“三位一体”的社区健康服务体系，这是社区健康公共服务改革的应有之义。

【关键词】：社区健康公共服务、社区服务、健康消费、医疗保健

【中图分类号】：C916.2 **【文献标识码】：**A **【文章编号】：**1005-1309(2018)06-0096-011

一、社区健康公共服务研究背景及其内涵特征

在新的全球城市研究的大趋势中，城市公共健康是其中一个重要的课题，而社区健康公共服务则是健康城市的基石。如何提升上海这座城市的社区健康公共服务，对满足人民健康需求和塑造上海“全球城市”形象具有重要的意义。

(一) 研究背景

2016年，国家发布《健康中国2030规划纲要》，提出“共建共享、全民健康”的战略主题和大幅提升健康服务能力的目标。《健康上海2030规划纲要（征求意见稿）》也提出了建设全球健康城市典范的战略目标，完善社区健康公共服务成为建设全球健康城市工作的重中之重。从研究现状来看，社区健康公共服务的实践发展先于理论研究而产生，作为实现上海全球健康城市典范的基础性政策，其颁布所产生的巨大影响引起了学界的广泛关注。

国内研究方面：社区健康公共服务的研究根植于医疗领域的社会卫生服务和体育领域的社区体育服务，“体医结合”被视为完善社区健康公共服务的创新之举。随着新医改的不断深入以及健康中国战略目标的确立，社区健康公共服务成为公共服务、社会服务和社区服务体系建设的主要内容。已有研究成果主要集中在以下方面：一是社区健康公共服务的内涵与范围。（王刚军，李晓红，2015）认为社区健康公共服务就是指在市场经济条件下，由政府主导，面向全体社区居民，建立涵盖社区健康促进，基于健康消费需求市场导向下，以体育健身、医疗保健和养老护理“三位一体”的社区健康服务体系。二是社区健康公共服务的服务内容与运作方式。有学者认为社区健康管理与服务的主体制度是家庭医生制度。还有学者认为社区“体医结合”健康公共服务体系构建是完善社区健康服务的创新方式。三是社区健康公共服务的现状与问题。有学者认为现有社区健康公共服务呈现碎片化与政府单一供给的问题，健康中国理念下，应考虑将健康理念融入所有公共政策。同时应改变由政府“冲在第一线”的工作管理模式，加快完善城市健康治理体系，加快明确个人主体权责，加快引导社会力量进入大健康领域满足不同社会层面需求，加快打造健康服务体系并加快打造健康社区建设（梁鸿，陈群民，2016）。四是社区健康公共服务的发展路径。有学者认为大健康的概念与健康服务产业的提出适得其时，应重视强调发展健康产业，运用市场的方式推进社区健康公共服务的

¹[基金项目]：上海市决策咨询研究重点课题（编号2017-A-053-A）。

[作者简介]：贺小林，中共上海市委党校社会学教研部博士。本文参与编写人员：马西恒、梁鸿、张晓杰、梁艳、黄蚊灵。

供给。

国外研究方面：发达国家对社区健康公共服务发展和研究起步较早，自联合国倡导社区发展运动以来，世界各国普遍重视社区本身对社会发展的巨大作用，实施公共服务的社区化改革。在社区健康公共服务供给方面，国外大城市如英国利物浦、加拿大多伦多、日本东京等均建立了以政府为主导的多部门合作机构。健康社区公共服务供给的建设不仅仅局限于卫生服务的获取，更多地涉及健康环境的创建、教育能力的提升、公共交通网络的建设、安全社区的营造以及公共卫生问题的应对干预等，关注的是整个城市的发展，强调多部门的积极参与协作。

在当前上海推进全球健康城市建设，构建“共建共享、全民健康”社区的大背景下，有必要对上海社区健康公共服务进行系统梳理和总结。作为我国的经济中心和国际化大都市，上海社区健康公共服务研究不仅能够促进上海居民健康水平和经济发展，对于我国实现健康中国战略目标也具有示范意义。从社区健康公共服务对社会发展作用的研究来看，目前国内此方面的研究大多集中于社区健康公共服务的重要性和必要性、社区健康公共服务模式建构等，对典型城市社区健康公共服务的发展现状与评估研究的政策梳理和系统研究不多。本文期望立足于上海社区健康公共服务发展现状，全面跟踪上海的相关做法和模式，了解现阶段的困难与障碍，提出完善上海社区健康公共服务建设的总体思路和具体政策建议，对于提高社区健康公共服务供给的科学性和效率具有促进意义，是应对健康促进实效性不佳与上海人口老龄化的严峻挑战的重要课题。

（二）当前须解决的主要问题

当前上海社区健康公共服务建设亟待解决的问题主要有：

一是什么是社区健康公共服务？社区健康公共服务的概念包涵哪些内容？哪些是在社区层面可以提供的，以社区为载体来实现的？上海社区健康和公共服务已经有哪些？上海社区健康公共服务的特色在哪里？存量基础上，增量可以做哪些？

二是上海社区健康公共服务发展的目标和定位是什么？方向在哪里？是体医结合还是结合城市功能和上海需求？未来10~15年，结合健康上海2030规划，社区健康公共服务要达到怎样的目标？

三是健康上海2030的城市规划如何在社区层面落地？社区层面做什么？怎么做？达到什么目标？做到什么标准？上海社区健康公共服务到底存在哪些方面的不足和问题？怎样从机制上来促进社区健康公共服务的供给和完善？政策瓶颈在哪些方面？如何来突破？

四是社区健康的影响因素非常宽泛，除医疗、体育、教育，还包括食品、环境等多方面因素，服务提供的载体社区卫生服务中心等社区健康组织能否实现？家庭医生和分级诊疗制度、社区健康公共服务体系的建设要和医改方向结合，如何结合？

五是社区健康公共服务如何实现共建共享、优质均衡？社区健康文化如何形成？如何和智慧城市、智慧社区建设相结合？结合具体的社区来分析社区健康公共服务究竟怎样去完善？

（三）社区健康公共服务的内涵与特征

社区是城市的“细胞”，是城市人普遍的生活空间形式。只有健康的“细胞”才能造就健康和谐的城市，城市社区的建设和重塑一直是各级城市管理者面临的最直接的任务。随着城市进程的加快，家庭原先的教育、生产、照料和消费功能也不断地从家庭中分离出去，社区成员对外在机构的专业服务的依赖不断加深，通过社区服务实现满足包括教育、医疗、保健、体育、文化、休闲等各项基本生活需求，仍是目前城市居民对社区建设的一项最基本的要求，社区公共服务已经成为城市发展的一个绕不开的话题。

社区健康公共服务是指由政府公共部门或准公共部门共同提供的，以满足社区成员的基本健康公共服务需要为目的的，着眼于提高市民身体素质和生活质量，既给市民提供基本的基本公共服务享受，也提供并保障社会生存与发展所必需的健康环境与条件的公共产品和服务行为的总称。社区健康公共服务，从概念的内涵和外延来看，都从属于社区服务、社区建设、社区治理这样的概念，它伴随社区的发展而发展。因此，应将社区健康公共服务工作纳入整个社区发展的大框架中加以审视。

本文将社区健康公共服务的内涵界定为：体育健身、医疗保健和养老服务“三位一体”的社区健康服务体系。简而言之，“体医结合”就是将体育和医学紧密地结合起来，在健康医学、运动医学、健康评估、保健体育、运动处方等多方面深入融合，相互补充与促进。将现代的社区体育服务与正在改革中的城市社区卫生医疗服务体系相结合，利用社区医疗服务机构在医疗设备和技术等硬件、软件方面的优势，促进体育部门与医疗卫生部门在针对社区居民健康服务领域深度的配合与补充，以求在疾病防治、体质增强和健康维护等方面有所作为。

随着生活节奏的加快和工作压力的增加，目前城市亚健康人群在不断地增长。社区居民大都希望通过体育的手段实现个体运动能力的提高、心理的调节和疾病的预防，实现健身锻炼的目的。另外，社区居民在体育锻炼的过程中又希望能有完善有效的社区医学手段给予支撑、评估和保障，同时结合上海不断快速演进的人口老龄化，在体医结合的基础上就重点人群、老年人的体医结合服务在养老机构和服务设施中予以整合和体现。

总之，社区健康公共服务就是在市场经济条件下，由政府主导，面向全体社区居民，建立涵盖社区健康促进，基于健康消费需求市场导向下，以体育健身、医疗保健和养老服务“三位一体”的社区健康服务体系。目前，上海城市社区健康公共服务是在实施全民健身计划和正在推进新一轮医疗制度改革，以及人口老龄化的背景下建构的。建立城市社区健康公共服务体系应该包括体育公共服务、卫生公共服务和养老服务三大领域。

二、上海社区健康公共服务的现状、需求与问题

（一）现状：行政主导下的部门供给

自《上海市基本公共服务体系“十三五”规划》《“健康上海 2030”规划纲要》发布以后，上海社区健康公共服务处于快速的发展和推进过程中。多数社区居民对开展社区健康公共服务有较为强烈的需求，但上海社区健康公共服务供给仍处于起步阶段。

1. 教育部门相关的社区健康公共服务。上海健康教育针对的群体主要是学生，教育形式主要是体育课和体育活动。此外，依托于卫计委和社区卫生服务中心，对学生的健康服务主要有体检等形式。体检由卫生社区服务中心到学校内提供。卫计委会指导疾控部门落实体检报告，内容包括肥胖、近视、龋齿等问题。

2. 体育部门相关的社区健康公共服务。一是群众身边的健身硬件设施建设。二是群众身边的健身组织建设，包括各种体育协会、社区体育俱乐部和健身团队。三是群众身边的健身赛事。四是群众身边的健身活动和科学健身指导。五是群众身边的体育宣传和文化建设。

3. 社区卫生服务相关的健康公共服务。社区卫生服务中心是落实社区健康公共服务最为重要的主体，与社区健康基本公共服务密不可分。社区服务主要包括基本医疗和基本公共卫生服务两大类。基本医疗主要是针对社区居民生病以后进行服务，而基本公共卫生服务工作内容则和健康联系更为密切，它贯穿社区居民的终生。

4. 街道层面的社区健康公共服务。街道层面的健康促进委员会设置在街道社区管理办中。体育局、卫计委、教育局等部门在街道层面主要与社区管理办对接，社区管理办承担协调的职能。健康教育主要通过开放大学、网络大学、社区学校的途径来

提供。体育健身场所覆盖所有居民区。

5. 居委健康自我管理小组的服务。健康自我管理小组是社区健康基本公共服务契合度最高的平台。每个街道结合自身进行健康自我管理小组的活动，在这里社区干部非常关键，要在社区组织类似的活动，熟悉情况和有想法有动力非常重要。

（二）需求：健康公共服务与电子档案调查

1. 养老机构入住老人医疗服务需求调查。（1）被调查老人的个人基本情况，见表 1。

表 1 社区养老托老机构内的老人个人基本情况

| 指标 | 指标内容 | 人数（人） | 比例（%） |
|------|----------|-------|-------|
| 性别 | 男 | 45 | 37.5 |
| | 女 | 75 | 62.5 |
| | 合计 | 120 | 100 |
| 年龄 | 50~59岁 | 5 | 4.2 |
| | 60~69岁 | 25 | 20.8 |
| | 70~79岁 | 34 | 28.3 |
| | 80~89岁 | 47 | 39.2 |
| | 90岁及以上 | 9 | 7.5 |
| | 合计 | 120 | 100 |
| 文化程度 | 未受过教育 | 20 | 16.7 |
| | 小学 | 34 | 28.3 |
| | 初中 | 36 | 30 |
| | 高中或中专 | 20 | 16.7 |
| | 大学及以上 | 10 | 8.3 |
| | 合计 | 120 | 100 |
| 户籍情况 | 本市户籍 | 113 | 94.2 |
| | 非本市户籍常住 | 5 | 4.2 |
| | 本市户籍人员配偶 | 2 | 1.6 |
| | 合计 | 120 | 100 |

（2）被调查老人的家庭情况，见表 2。

表 2 社区养老托老机构内的老人家庭情况

| 指标 | 指标内容 | 人数（人） | 比例（%） |
|------|------|-------|-------|
| 婚姻状况 | 已婚 | 69 | 57.5 |
| | 未婚 | 1 | 0.8 |
| | 丧偶 | 49 | 40.8 |
| | 离异 | 1 | 0.8 |

| | | | |
|------------|----------------|-----|------|
| | 合计 | 120 | 100 |
| 家属人员情况 | 有父母/兄弟姐妹/子女/孙辈 | 86 | 71.6 |
| | 无父母/兄弟姐妹 | 33 | 27.5 |
| | 无子女/孙辈 | 1 | 0.8 |
| | 合计 | 120 | 100 |
| 家属对老人的支持状况 | 提供足够的物质和情感支持 | 96 | 80 |
| | 仅提供物质支持 | 14 | 11.7 |
| | 仅提供情感支持 | 5 | 4.2 |
| | 缺乏物质和情感支持 | 4 | 3.3 |
| | 没有家庭或其他情况 | 1 | 0.8 |
| | 合计 | 120 | 100 |

(3) 被调查社区养老托老机构内的老人经济情况, 见表 3。

表 3 社区养老托老机构内老人的经济情况

| 指标 | 指标内容 | 人数(人) | 比例(%) |
|------------|-------------|-------|-------|
| 收入来源 | 政府承担 | 3 | 2.5 |
| | 自己承担 | 87 | 72.5 |
| | 晚辈共同分担 | 30 | 25 |
| | 其他 | 0 | 0 |
| 老人和配偶合计月收入 | 2000 元以下 | 7 | 6 |
| | 2000~3999 元 | 73 | 61 |
| | 4000~6000 元 | 36 | 30 |
| | 6000 元以上 | 4 | 3 |

(4) 社区养老机构内老人的身体健康状况, 见表 4。

表 4 社区养老托老机构内老人的身体健康状况

| 指标 | 指标内容 | 人数(人) | 比例(%) |
|--------|-------|-------|-------|
| 自评健康状况 | 良好 | 25 | 20.8 |
| | 一般 | 69 | 57.5 |
| | 较差 | 21 | 17.5 |
| | 很差 | 5 | 4.2 |
| 残障状况 | 基本正常 | 53 | 44.2 |
| | 单视力障碍 | 14 | 11.7 |
| | 单听力障碍 | 27 | 12 |
| | 单肢体残疾 | 17 | 14.2 |
| | 单智力残疾 | 2 | 1.7 |

| | | |
|--------------|----|-----|
| 同时存在 2 种残障情况 | 10 | 8.3 |
| 同时存在 3 种残障情况 | 4 | 3.3 |

(5) 机构内的老人自理情况，见表 5。

表 5 社区养老托老机构内的老人自理情况

| 指标 | 指标内容 | 人数(人) | 比例(%) |
|-----------------------|---------|-------|-------|
| 哪些情况需要帮助 (指无法独立完成) | 翻身 | 17 | 14.2 |
| | 站起或坐下 | 22 | 18.3 |
| | 平地走 5 米 | 17 | 14.2 |
| | 进食 | 7 | 5.8 |
| | 刷牙漱口 | 11 | 9.2 |
| | 洗手洗脸或梳头 | 16 | 13.3 |
| | 穿脱衣裤 | 26 | 21.7 |
| | 上厕所 | 24 | 20 |
| | 身体洗浴 | 40 | 33.3 |
| | 上下楼梯 | 59 | 49.2 |

(6) 老人接受医疗和健康服务的需求，见表 6。

表 6 社区养老托老机构内老人接受医疗和健康服务情况

| 指标 | 指标内容 | 人数(人) | 比例(%) |
|-------------------|-------------|-------|-------|
| 取近半年接受的医疗和健康服务 | 无 | 12 | 10 |
| | 口服或注射药物 | 67 | 55.8 |
| | 体格检查 | 49 | 40.8 |
| | 抽血化验 | 83 | 69.2 |
| | 健康理疗 | 24 | 20 |
| | 其他 | 0 | 0 |
| 您认为需要接受医疗或健康服务的频率 | 每天 | 3 | 2.5 |
| | 每周 3-4 次 | 8 | 6.7 |
| | 每周 1 次 | 20 | 16.7 |
| | 两周 1 次 | 5 | 4.2 |
| | 每月 1 次 | 80 | 66.7 |
| | 其他 | 4 | 3.3 |
| 所接受的医疗或健康服务获得方式 | 社区提供 | 32 | 26.7 |
| | 养老机构内提供 | 12 | 10 |
| | 医疗或健康机构上门服务 | 30 | 25 |
| | 自行前往 | 46 | 38.3 |

| | | | |
|----------------|-----------|----|------|
| 希望获得医疗或健康服务的内容 | 常规治疗护理 | 47 | 39.2 |
| | 常规体检 | 65 | 54.2 |
| | 配药及调整用药方案 | 62 | 51.7 |
| | 中医调理 | 40 | 33.3 |
| | 健康理疗 | 29 | 24.2 |
| | 健康指导 | 42 | 35 |
| | 其他 | 0 | 0 |

(7) 社区养老托老机构提供服务内容的需求。从被调查者对养老托老机构提供服务内容的需求来看，生活服务占比 82.5%，医疗护理占比 85%，可见除了生活服务，老人对医疗护理的需求度还是非常高的，基本持平。其次是娱乐及心理调节，占比 63.3%。最后才是基础起居占比 45.8%。

2. 关于居民电子健康档案的应用。（1）关于社区健康档案调查情况。从调查结果看，各社区卫生服务中心的电子健康档案都已建立居民健康档案，但对健康档案数量的知晓率较差。健康档案的收集是从多种渠道获得，其中以门诊就诊时和免费体检时收集居多。电子健康档案的完善也是通过门诊、慢性病随访及体检完成。健康档案的使用情况一般，大部分医生觉得有帮助；有一半医生对电子健康档案建档和使用的满意度测评为一般；家庭医生希望健康档案可提供数据共享，提高工作效率及慢性病管理水平；大部分的家庭医生认为健康档案在医疗预防等各方面是有意义的；目前电子健康档案在分级诊疗、转诊、三级联动等方面起到一定的作用，见表 7-16。

表 7 是否开展电子健康档案建档

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|-----|----|--------|
| 是 | 48 | 96 |
| 否 | 2 | 4 |
| 不清楚 | 0 | 0 |

表 8 是否知晓电子健康档案的具体建档数量

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|-----|----|--------|
| 是 | 17 | 34 |
| 否 | 3 | 6 |
| 不清楚 | 30 | 60 |

表 9 电子健康档案采集方式

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|------|----|--------|
| 门诊收集 | 48 | 35.04 |
| 电话询问 | 25 | 18.24 |
| 上门收集 | 24 | 17.52 |
| 健康体检 | 40 | 29.19 |

| | | |
|----|---|---|
| 其他 | 0 | 0 |
|----|---|---|

表 10 电子健康档案更新完善途径

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|----------|----|--------|
| 门诊就诊输入 | 45 | 29.41 |
| 健康体检 | 40 | 26.14 |
| 社区健康咨询活动 | 26 | 16.99 |
| 慢病随访 | 42 | 27.45 |
| 其他 | 0 | 0 |

表 11 平时工作中电子健康档案使用情况

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|------------|----|--------|
| 几乎每个病人都会调阅 | 5 | 10 |
| 有需要时会调阅 | 43 | 86 |
| 从不调阅 | 2 | 4 |
| 想调阅却不知如何调阅 | 0 | 0 |

表 12 电子健康档案对日常工作是否有帮助

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|-----------|----|--------|
| 非常有帮助 | 4 | 8 |
| 有帮助 | 35 | 70 |
| 繁琐无用 | 4 | 8 |
| 没帮助 | 2 | 4 |
| 没有用过, 不知道 | 5 | 10 |

表 13 对于健康档案的管理与使用按重要程度排序

| 选项 | 非常重要 | 比例 (%) | 比较重要 | 比例 (%) | 一般 | 比例 (%) | 不太重要 | 比例 (%) |
|--------|------|--------|------|--------|----|--------|------|--------|
| 个人信息安全 | 19 | 37.25 | 20 | 39.21 | 9 | 17.65 | 3 | 5.88 |
| 档案更新速度 | 7 | 17.95 | 15 | 38.46 | 12 | 30.77 | 5 | 12.82 |
| 档案利用率 | 1 | 2.56 | 8 | 20.51 | 17 | 43.59 | 13 | 33.33 |
| 档案实用性 | 15 | 40.54 | 2 | 5.4 | 2 | 5.4 | 18 | 48.65 |
| 其他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

表 14 希望电子健康档案对你的工作提供哪些方便

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|-----------|----|--------|
| 实现数据共享 | 38 | 24.84 |
| 提高工作效率 | 34 | 22.22 |
| 方便双向转诊会诊 | 32 | 20.91 |
| 用于医学科研和教学 | 15 | 9.8 |
| 慢性病管理 | 34 | 22.22 |
| 其他 | | |

表 15 电子健康档案医疗卫生服务方面是否有意义

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|-------|----|--------|
| 非常有意义 | 8 | 16 |
| 有一定意义 | 35 | 70 |
| 没有意义 | 5 | 10 |
| 不知道 | 2 | 4 |

表 16 电子健康档案在分级诊疗、转诊、三级联动等方面是否有用

| 选项 | 小计 | 比例 (%) |
|------|----|--------|
| 非常有用 | 2 | 4 |
| 有用 | 30 | 60 |
| 没用 | 11 | 22 |
| 不知道 | 7 | 14 |

(2) 定性访谈结果分析。一是作用大、范围广，是管理的最前端，能了解区内人口学、社会学及医疗疾病谱系，医疗情况可调阅，可进行数据监测及医疗数据的收集。二是本地和国家版本相比不一样，设计流程复杂，应用不方便。三是使用情况不乐观，未体现出健康档案应有的作用，其中最主要的原因是因为信息不能共享，80%的信息不齐全，格式不统一，更新不及时，诊疗信息不能传入档案，数据导不出来，不能做分析。四是信息采集上存在一定困难，有些内容涉及个人隐私，信息的真实性无从核实，病人不愿讲出来，准确性不高。五是综合利用差，在分级诊疗方面，二、三级医院的医生不会看社区卫生服务中心的数据，而社区卫生服务中心的医生想看二、三级医院的数据又看不到。

(三) 问题：条线分散与服务供给整体性治理不足

一是中心城区体育锻炼场地过于昂贵，租金高。这在一定程度上影响了群众健康设施的配置。当前面对网络经济的冲击，中心城区实体经济如一些商场出现了亏损和衰落，政府是否可以考虑把一些楼宇和商场的空间回租过来，建成一些配套的公共体育锻炼设施，为楼宇白领和市区居民提供一些锻炼场所和健身去处。否则现有条件下，规土局很难有新的规划场地来建设专门的健身场地，市区普遍出现了“有钱没地”的困境，现在只能通过功能叠力口，在公园、绿地和应急道路上再去铺一块，即便这样也面临着绿化面积比率限制。

二是全民健身缺乏专业指导人才，同时也缺乏对应大众健康指导的专业人才和职称序列。在体育方面，公众的需求很大，但部门能够提供的非常有限。机构人数的限制和科室编制的有限造成体育基层部门人员日常从事管理工作，制定政策，协调部门等，很难有时间实际下基层和社区进行专技类指导和服务。体育与教育、卫生最大的不同在于体育部门的高级教练等专业人才是具备的，但这套体系是为专业赛事服务的，追求的是为国家输送多少高水平运动员，出了多少奥运冠军和全国冠军，与全民健康关联很少，完全是两个序列。全民健康服务的是辖区所有的人口，但往往从事这项工作的人却很少，职称序列也没有，需要从制度的顶层设计和职称序列上予以综合考虑。

三是当前体医结合存在人才培养不足的问题，“体医结合”体育是前端，医学是中端和后端，形成一个完整的服务链。虽然政府各部门都已意识到体医结合的重要性，但目前在体医结合人才的培养方面存在缺失，需要通过5~8年来进行人才培养体系的建设，逐步将空白弥补。同时，目前从事体医结合工作的人员，都需要通过专业和规范的培训来弥补其在专业方面的不足，如可以通过项目的方式进行合作和培养。对健康筛查出来的高血压和心血管病重点人群，体育可以进行适当干预预防，通过身体锻炼来进行效果评估。目前体育部门在科研方面的能力还比较薄弱，需要借助与卫生部门的合作。通过几年的研究、实验和效果测评，才有可能在目标人群中推广特定的科学锻炼方式。两个部门在后台的科学研究和平台合作，才有可能将科学健身处方研发出来，并传播推广给社区公众，为社区提供相应的基本公共服务。

四是政府购买基本公共健康服务的力度不够。调查发现，虽然近几年政府加大了购买服务的力度，但每个街镇购买服务的经费总量在100万元左右，社区经费要涵盖维稳、文化、体育、教育等方面的基本公共服务，分到每一个方面，基本公共服务购买的经费十分有限。同时，每个街道负责基本公共服务的干部人手也非常有限，很难全面顾及各个方面基本公共服务的供给。但社区健康基本公共服务比较细化，针对的群体也非常精准，因此有必要分条线和服务内部进行基本公共服务供给的财政配套保障，如一个社区用20万元进行体育或健康基本公共服务的购买，而不再是统一打包。基本健康公共服务需要分流，部分适合给社会组织承接的，应该通过政府购买服务的方式让市场和企业来承担。

五是政府购买社区健康公共服务定价过低。政府机构在购买基本公共健康服务时如果出价太低，市场上没有主体愿意做。政府购买服务应该有一个动态调整的机制，连续多年不调整购买服务的标准，就可能会影响基本公共健康服务的质量和服务对象的感受度。基本公共服务的后续服务可以让老百姓选择。

六是社区健康公共服务供给过于分散，整体性治理不足。现在社区健康基本公共服务的提供主要依靠卫生部门，没有考虑到从整体来推进。实际上所有和社区有关的健康服务示范可以整合，通过一揽子服务的形式来推进。目前学校、卫生、体育等部门都有相应的健康公共服务，但缺乏相应的部门来进行统筹协调推进。很多社区健康公共服务都是通过街道和居委会来组织，一方面人手不够，另一方面做这些服务没有相应的绩效体现。社区和街道进行任务的发动，社区卫生服务中心来具体实施，很多服务的参与度很低，与政府的期望有较大差距。

三、发达国家城市社区健康公共服务经验

(一) 利物浦

一是挫折期及磨合期的适应与调整。利物浦健康城市计划推动之初，运行得并不顺利，主要问题在于推动者的角色定位不清，财务来源不确定，以及目标方向模糊，造成停止运作一段时间，险些让健康城市计划胎死腹中。此后，整个计划作了适当调整，确立参与推动者的角色及任务，建立明确的组织运作体系，如厘清学术性专家与行政实务者的结合模式，具体定位健康城市目标及希望达成的指标，使整个计划的推动变得具有系统组织性。

二是宣传健康城市的观念。健康城市对一般民众而言是陌生与抽象的，而这一计划又有赖全民配合推动。利物浦健康城市计划在第一阶段，即大力宣导健康城市的观念，让市民了解这一议题的重要性，进而关心及配合健康城市计划策划者所推动的

方案，落实健康生活环境的塑造。

三是策略与方案的具体性及适应性。健康城市目标的拟定必须配合该城市的特色及需求，如利物浦健康城市计划的推动，首先是针对贫穷及某些特定疾病问题，而这些问题影响了利物浦城市的生活品质。因此，健康城市计划所推动的策略与方案，应针对城市独特需求推动健康城市计划。

四是行政体系的跨部门合作。利物浦健康城市计划主要是改善生活品质，营造优质的居住环境，为达到这一目标，需首先促成行政体系的跨部门合作。许多市民生活面临的困难涵盖了不同行政部门的工作范围，需要建立一个跨部门的工作模式及沟通平台，才能推动方案按时达到预期的目标。

五是善用社区与社会资源。利物浦健康城市计划在推动之初常碰到财务困难、人力不足，致使某些方案未能顺利推动。在有效动员民间团体与非营利组织投入健康城市计划后，如老人机构、大学、健康促进机构、贸易协调会，以及一些社工团体，许多资源缺乏的问题得以解决。更重要的是，在民间团体投入后，健康城市计划的推动更具务实性及操作性。

（二）多伦多

一是建构正式组织发展。多伦多城成立健康城市办公室，成为政府正式机构之一，工作人员列入编制，有效便捷地结合民间与政府合作力量，持续运作健康城市计划。

二是建构协调机制。创立健康公共政策委员会，专门监督健康城市施行计划，协调各部门及健康城市办公室的工作进度。立法与行政分工的机制，让健康城市计划能够得到执行，且通过监督机制可以发现执行过程所发生的缺失，而加以改进。

三是运用有效运作策略。运用多重渠道的介入模式，以有效激发社区民众对健康城市的关注，如强调政府与民众的沟通，发放家庭宣传单，征求健康城市计划徽章，各教育部门在社区简报及健康城市新闻专栏撰稿，让民众增进健康意识与了解健康城市的目标。

四是监控计划施行成效。多伦多每5年社区的健康调查和健康报告，以及每3年对议会的工作报告，可收集多伦多动态的社区健康资料；通过研究分析，能及时评价计划执行情况，更好地制定健康城市应推动的方向。

五是员工训练与增能。针对相关部门人员对健康城市议题缺乏热情与投入，多伦多能够提供员工的训练与增能，让每位员工了解目前公共卫生的发展。专业人员必须接受在职继续教育，通过教育训练更能体会健康城市的重要性。

（三）东京

一是健康的饮食习惯。东京虽然是国际化大都市，生活节奏很快，但走在街头，极少看到麦当劳、肯德基等“洋快餐”。健康的日本料理，仍然是都市人的最爱。日本料理中，食物的份量很小，都是用“品”作为单位，每一品中包括生鱼片、烤鱼、拌菜、米饭、汤几种基本食物，另加两三道甜点或者自选食物。如果点一个“5品”料理的话，就会尝到五种生鱼片，蔬菜等种类也会增加，食材多达十几种，荤素搭配，营养丰富。东京都福祉保健局也积极推动个人健康饮食管理，他们与饮食协会合作，在东京最先发起了限盐少油运动，一些医学志愿者在超市、购物中心和社区举办各种专题研讨会，并发放宣传手册，还定期进行家访，测量饮食中的油盐量。

二是便利的运动条件。东京政府很早就向市民推广“通过运动减少疾病”的理念，这让很多市民意识到，与其花费昂贵的医疗费治病，不如通过积极锻炼预防疾病。东京人都喜欢随身背个运动包，装上运动服和健身小器材，准备随时抽空去锻炼。

东京很多公园和社区都有专门的运动场所，还增设了洗澡设施，方便人们锻炼。公司也积极为职工创造锻炼的条件，例如很多公司鼓励员工骑自行车上下班，还为员工提供补助和洗澡设施，这项措施能鼓励员工每天保证一定的运动量，有旺盛的精力投入工作。

三是“健康角”遍布社区。日本几乎每个城市都设有由政府出资建立的公立的健康管理中心，和当地公立医院及大学附属医院等相互关联，为当地民众提供全面的健康管理服务。东京的健康管理中心建设完善，可以为居民定期提供体检，还帮助慢性病人进行疾病管理。健康管理中心还开设了“健康角”，那里有专门的“健康资料栏”，上面摆放着有关疾病预防、健康指导、饮食习惯等多方面的免费资料，人们可以随意拿取，也可以在那里阅读学习。政府还向每个家庭免费寄送《生活月报》，里面有大量健康资讯，例如定时通知健康体检、告知医院工作时间、急诊就诊方法、免费健康课堂等。

四是管理牙齿健康。该活动涵盖了婴幼儿、青少年、中老年等各个年龄阶段。具体内容包括：对幼儿进行两次免费牙齿健康检查（1岁半和3岁），并对家长进行婴幼儿口腔清洁指导。专门的牙科医生每年定期到幼儿园、学校对孩子的口腔进行健康检查，并宣讲保护牙齿的知识。学校督促儿童清洁口腔，中小学校开展“护齿日”征稿征文活动。政府为一般市民检查牙齿提供方便，设立口腔科急诊，中年人定期口腔检查补助一定费用，对不同年龄段的市民有专门的口腔检查通知，对居家卧床的老年人或者残疾人提供上门口腔保健活动等。

四、加快完善上海社区健康公共服务的建议

（一）将健康自我管理小组打造成社区健康公共服务的主要平台

健康自我管理小组每个月至少组织一次活动，年初就排好计划。同时根据需求可能随时增加一些专题性活动。鼓励全市在社区开展健康自我管理小组活动。健康自我管理小组充当社区火车头的角色，和社区居民相关的健康知识先在健康小组中学习，然后分散到社区中。区域之间的健康自我管理小组应加强相互交流。居委会将附近的医疗资源进行联系对接和整合共建，将健康服务的清单提供到社区，让社区居民进行选择。可以让专职医生到社区来就老年人关心的骨质疏松、高血压、糖尿病、防跌倒、如何照顾卧床老人等健康知识进行讲解。可以考虑建设上海城市社区健康宣讲堂，组织专家通过深入浅出的方式到社区为居民进行权威的健康服务讲解。对政府提供的健康大礼包，社区居民很欢迎，今后可以就其中一些器材的使用进行培训和宣传，提高健康礼包的使用率。

（二）组织开展健康自我管理小组交流活动、互动学习和知识竞赛

为楼宇白领和上班人员的健康意识和健康需求提供相应的基本公共服务，让这部分人员参与进来，促使其在下班后，周末时间参与社区健康活动。这批人群的资源非常丰富，让他们动起来是整个上海活力和健康的基础。如何将全职太太的积极性调动起来也是非常重要的方面。健康和文化融合，茶艺、插花、书法、国画、戏曲等活动如果能够与健康融合，让社区居民参与活动的意愿提高，就能最终实现真正意愿上的社区健康。健康自我管理小组以点带面扩展，才能够实现全民健身。社区歌咏队、舞蹈队、编制队等各种小组的活动都穿插健康的内容，但团队中都是退休人员，以后的重点应该是调动年轻人的积极性。如果能够实现健康自我管理小组的参与，不仅能够促进社区健康，还能带动整个社区治理的氛围。

（三）进行社区健身点的标准化建设和政策评估

目前小区的健身点普遍做得很好，但没有充分利用好，健身器材的利用率不高很可惜。没有人指导和组织活动的情况下，通常也没有几个人去活动，建议今后在社区健身点的建设过程中应该加强对于器材使用的培训和宣传，一方面提高健身器材的使用率，一方面避免由于不当操作导致意外伤害。社区健康基本公共服务的供给应该进行评估，基础设施和服务向基层推行后到底使用率怎么样？效果怎么样？安全性怎么样？满意度怎么样？是否适合长期投入？社区场地的配置和安排应该进行评估，

按照常住人口的标准制定科学合理的硬件设施配备，及时更新社区健康锻炼设备，利用率不高的设施定期予以更换，将健身场地还地于民。同时可以考虑在社区组建一支由退休医务人员、健康自我管理小组组长、热心志愿者组成的兼职社区健康指导员队伍，由区级层面给予统一培训，承担收集健康需求、传播健康知识、指导锻炼的功能。按照常住人口比例来科学配置社区健康指导员，将各个条线的公共服务通过健康指导员整合传递到社区。在社区规划建设当中注重对健康锻炼场所的预留和前置。当前上海建筑使用土地非常紧缺，社区停车难问题也越来越突出。如果在社区建设之初没有考虑到如何平衡停车难和健康体育锻炼的关系，很可能出现毁绿占绿停车的问题，更不用提充足的健身锻炼场所。因此，应该按照一定的人口比例，设置相应的健康体育锻炼设施建设面积。

（四）提升上海市民健康大礼包活动的品牌作用

上海市民健康大礼包活动有益于提升市民的健康意识，但还有提升的空间。上海市民健康大礼包是以上海市人民政府的名义，由市爱卫办和健康促进委员会为执行机构每年一次为市民发放的健康礼包，包括健康书籍以及与健康相关的小工具，作为市政府的实事工程每年都在推进。市、区爱卫办根据礼包里面的健康工具制作使用方法视频进行传播。建议在发放健康大礼包的同时，以市政府的名义发布公益性广告宣传，如在发放控油壶、控盐勺的同时，辅以政府聘请的权威专家宣传，教会居民知道如何使用，使市民提高健康意识。还要对上一年的健康大礼包发放效果进行抽样评估和需求调查，为下一年度的健康大礼包调整提供依据。不要为发而发，而是要真正符合老百姓的需要，让老百姓愿意使用，为上海市民的健康理念带来推动作用。

（五）完善社区健康基本公共服务的供给方式

上海对基本公共卫生服务非常重视，投入了大量经费来进行服务供给，但在实际操作过程中老百姓的接受度并不高。比如 65 岁以上老年人体检、60 岁以上肺炎疫苗的接种，大肠癌的筛查，这几年实践下来，参与率和老百姓的接受度都比较差，比如说 65 岁以上老年人肺炎疫苗的接种，参与率只有百分之十几，大量的疫苗过期浪费掉了。某街道 65 岁以上老人有一万多人，但每年只有两千多人接受免费体检，效果并不好。基层社区卫生服务中心将其视作一项任务，社区卫生服务中心和居委投入了大量的人力、物力、财力，登记、组织老年人进行体检，老百姓并不是很接受。为此，建议将此类基本公共卫生服务项目和为老

服务项目整合到老年人的老龄卡中，由老年人自主选择体检场所和服务时间，然后再通过政府购买服务的方式统一进行结算。充分利用市场机制来提供基本公共卫生服务，让愿意开展的机构提高服务质量效率，让没有空间开展的机构不为了应付服务而服务。市民自主选择的服务路径无疑是改革的方向。以人为本开展服务，必须打破传统按照部门财政层层拨款的方式，各部门应该跨前一步整合服务，打破传统部门各自为政、为做而做的困局。从部门条线分散化的公共服务到集中整合提供市民健康服务和为老服务将是完善社区健康公共服务供给的重要方面。为此建议依托社会保障卡，拓展全人群的市民健康服务功能，将各条线提供的各人群和年龄段可以享受的健康基本公共服务均统筹植入市民健康保障卡中，同时辅以市级层面的统一公告和宣传，只要你是上海市民，在不同年龄阶段、不同人群可以享受哪些健康基本公共服务，一目了然。然后，让市场自主选择供给服务，从而达到提高基本健康公共服务使用效率的政策目标。

（六）统筹考虑社区健康环境的营造，适当植入健康元素

目前上海社区垃圾分类工作推进非常缓慢，居委会在这方面的抓手缺失，基层工作人员做得非常辛苦。但如何将社区环境和人的健康结合起来，如何将社区养宠物等问题与自身健康、居民公约等结合起来，进行宣传和氛围的营造，这些市场空白，政府应该投入，通过居委会进行公共服务的供给。市级层面可考虑成立具有权威性的健康专家团，将特定人群的适宜健康知识通过视频和教材的方式让基层的社区健康自我管理小组进行学习和宣传。制定中医宣传日，由专业的医疗机构来普及中医文化，扭转当前权威宣传缺失，养生保健误导横行的局面，在最大程度上体现全民关注健康的意识和氛围，提高市民综合健康素养。针对单位、企业、楼宇等场所进行健康知识宣传和氛围营造，可充分学习我国台湾和香港的先进经验，政府通过政策规

定公共场所的健康宣传标准，同时将权威的健康素养宣传材料和统一标志在政府相关部门网站上予以公布。各单位和企业、物业公司应该积极主动进行宣传和配备，承担相应的健康环境营造任务。将健康因素纳入单位文化、企业文化建设和制度建设要求中。由此，实现全市上下、全员参与的健康环境营造。

[参考文献]：

- [1] 贺小林. 深化医改必须先解决理念问题[N]. 社会科学报, 2017-8-3.
- [2] 刘博. 特大城市郊区社区健康公共服务设施空间布局的思考——以上海市金山区为例[J]. 上海城市规划, 2017 (3) .
- [3] 贺小林. 发挥医保在“三医联动”中的引领性作用[N]. 中国社会科学报, 2017-6-7.
- [4] 贺小林. 上海职工医保参保人员住院负担分析与政策思考[J]. 中国医疗保险, 2017 (6) .
- [5] 贺小林. 医改整体性治理须重视“三医联动”[N]. 学习时报, 2017-5-22.
- [6] 王刚军, 李晓红. 我国城市社区健康公共服务转型升级研究[J]. 湖北体育科技, 2016 (4) .
- [7] 张国栋. 基于“健康服务基本需求”的公共体育服务供给的思考[J]. 当代体育科技, 2015 (5) .
- [8] 曲卫华, 颜志军. 环境污染、经济增长与医疗卫生服务对公共健康的影响分析——基于中国省际面板数据的研究[J/OL].
- [9] 萨日娜. 基于健康人力资本投入视角的财政医疗卫生支出改革研究[D]. 中国财政科学研究院, 2015.
- [10] 曾庆奇, 常春, 蒋莹, 袁雁飞, 温秀芹, 孙亚慧, 田丁, 王潇怀. 健康素养与老年居民基本公共卫生服务利用的关系研究[J]. 中国健康教育, 2014 (9) .
- [11] 韩丁. 健康公共服务战略：健康促进体系中的公共运动俱乐部培育政策研究[A]. 北京大学. 体育社会学与社会变革中的挑战——2014年世界体育社会学大会暨中国体育社会科学年会论文集[C]. 北京大学, 2014. 3.
- [12] 姜琳琳. 社区居民健康档案在公共卫生服务中的应用分析[J]. 民营科技, 2014 (1) .
- [13] 卢洪友, 祁毓. 环境质量、公共服务与国民健康——基于跨国(地区)数据的分析[J]. 财经研究, 2013 (6) .
- [14] 刘亚囡. 中国基本公共卫生服务政策及实证研究[D]. 山东大学, 2013.
- [15] 叶小兰. 健康权视野下的体育公共服务探析——基于人权视角[J]. 体育与科学, 2012 (3) .
- [16] 曾维希, 周永康. 从公共管理的视角透视社区心理健康服务[J]. 理论与改革, 2011 (5) .
- [17] 韩丁. 健康模式变迁与中国基本健康保障服务的公共供给[J]. 体育与科学, 2006 (3) .
- [18] 贺小林. 福利多元主义视角下城市社会救助制度的功能拓展——上海“社区市民综合帮扶项目”个案研究[J]. 华东理

工大学学报（社会科学版），2017（4）.