

城市功能社区健康服务保障机制研究^{*}

骆潇蔓 郝 勇

(上海师范大学,上海 200234)

摘 要: 相比健康服务供给相对充足的居住社区,应将功能社区作为基层卫生健康服务延伸供给的关键场域,满足城市写字楼宇在职人群的针对性健康服务需求。研究以中国超大型城市上海市为例,通过对人流密度高的办公楼上班族进行问卷调查,对典型功能社区试点的相关政府职能部门人员与健康服务人员展开访谈,了解需求端与供给端的现状和问题,探索包含内容范畴、主体协调、人员组成、政策支撑等多维度保证的城市功能社区健康服务保障机制,旨在优化城市功能社区健康服务供给。

关键词: 功能社区; 基层卫生; 健康服务

中图分类号: C913.4 文献标识码: A 文章编号: 1671-2404(2021)106-0003-011

DOI:10.15885/j.cnki.cn11-4683/z.2021.05.002

引言

社区是城市的基本单元,是保障居民健康的重要关口。社区健康服务已成为城市卫生健康事业的重点领域,被给予更多关注。但是,城市社区健康服务在现实实践中问题逐渐突显,存在两方面忽略:第一,社区类型忽略。作为担负社区健康服务供给责任的社区卫生服务中心,多数建立在居住社区附近,而对于城市中产业园区、写字楼宇聚集的功能社区少有关注。第二,服务群体忽略。社区卫生服务中心的服务对象以老年人等重点人群为主,而对于处在中青年年龄阶段的在职人群来说,尤其是偏重预防保健、中医适宜技术类型的服务,需求大,却“无福消受”。譬如,在职人群上下班时间与社卫中心工作脱节,工作时间、在职人群很少接受健康服务,即使下班后专门跑去,社卫中心也已关门,只能去三级医院看急诊。

根据《关于进一步推进本市功能社区社区卫生服务的指导意见》,“功能社区”是与市民居住社区相对应的卫生服务重要覆盖场所,传统代表如学校、机构,新兴代表如产业园区、写字楼宇、企事业单位等。上海作为超大型城市,分布众多由办公楼宇组

成的功能社区,是在职人群的集中场所,目前,上海市相关职能部门已认识到功能社区健康服务的重要性,在功能分工上,将功能社区视为健康服务延伸供给的关键场域,旨在促进职业健康保护,并开展了部分项目试点。为解决社区类型忽略与中青年基层健康服务空缺等现实问题,推进功能社区和职业人群健康促进工作,探索建立城市功能社区健康服务保障机制具有重要意义。

1 文献回顾

1.1 有关功能社区健康服务的研究综述

社区是一定地域范围内城乡居民社会生活的共同体^[1]。想要改善人民的健康状况,社区应当收到关注^[2]。根据《上海市社区卫生服务中心设置基本标准》第二条机构设置的有关规定,社区卫生服务中心原则上按照街道所辖范围规划设置,每个街道应当设有一所由政府举办的社区卫生服务中心。人口超过10万的街道,每新增5-10万人口,由政府按标准增设1所社区卫生服务中心。社区卫生服务中心依据行政区划的边界进行设置,主要基于居住社区构建,因此,有关居住社区的健康服务保障机制,在理论研究与建设实践方面都相对完善。

关于功能社区的概念,国内较早研究对其定义认为,功能社区是区别于居民居住的生活社区而言的,主要指企业、公司或机关团体单位^[3]。它是与行政/地域社区相对应的概念,功能社区的范围和边界不是政府划定的,而是由其功能决定的^[4]。有关功能社区的调查研究或实验研究也主要将研究对象

收稿日期: 2021-07-19

作者简介: 骆潇蔓,硕士研究生,主要从事城市社区健康服务、养老服务等方面的研究; 郝勇,博士,教授,主要从事养老与医疗保障等方面的研究。E-mail: lxiaomanxm@163.com

基金项目: 国家社会科学重大招标项目“我国医养结合优化模式筛选及推进医养结合全覆盖对策研究(20&ZD114)”

界定为在职人群^{[5][6][7][8]}。从现有研究可以看出,学界已对功能社区的概念形成一定共识。

有关功能社区健康服务保障机制的研究根植于功能社区所提供的健康服务,以需定供,功能社区健康服务包含需求端和供给端两个方面。

1.1.1 功能社区健康服务需求端研究

在需求一端,主要是从功能社区健康服务接受者的角度、即在职人群,通过问卷等调查研究形式开展。

部分研究采取综合型健康状况调查与分析。张引等对600例企业员工进行抽样问卷调查,结果显示肠胃等常见病、腰、颈椎慢性病和口腔保健是困扰白领的主要健康问题,白领对中医适宜技术接受度较高^[9]。林丽娜对1107例功能社区职工体检结果进行分析,发现健康问题主要集中于超重、血糖、血压、血脂、心电图、脂肪肝等6项^[10]。季燕等通过对700例来自5类职能单位在职人员的问卷调查,发现不同职业的吸烟率、失眠率、高血压患病几率等指标不同,应根据功能社区内不同职业具体情况提供针对性健康服务^[11]。杨久亮等针对1299名男性的健康体检结果进行分析,发现健康异常者比例达88.3%,口腔疾病和血脂异常为较突出问题,慢性病的预防工作至关重要^[12]。

部分根据职业人群多发健康问题,采取针对性健康状况调查与分析。其中,现有研究聚焦血脂^{[13][14]}、血糖^[15]、心理^{[16][17]}等健康问题,发现功能社区在职人群多发健康问题的影响因素,探索改进策略。

1.1.2 功能社区健康服务供给端研究

在供给一端,主要是从政府机关和公共部门角度研究提升功能社区健康服务效率的路径,具体包含服务主体、服务模式、服务效果、人员保障等方面的研究。

服务主体上,刘娜娜等研究发现当前城市健康服务机构的设置无法覆盖高新科技园区功能社区的职业人群,应探索社会办医路径,提升供给能力^[18]。服务模式上,李永斌等提出从筹资补偿、管理运行和卫生人力等方面完善功能社区卫生服务模式^[19],王婷等认为应从完善政府职能、引入社会资源、完善服务内容、强化自身能力、明确服务分工、构建协作模式等方面完善功能社区健康服务供给^[20]。

服务效果上,胡一河等研究发现,规范化的高血

压管理效率较高,减重、控制饮酒、锻炼和控制吸烟4项健康促进因素在血压控制方面是药物干预的辅助手段^[21]。蒋品等也发现,规范化管理能够提升职业人群高血压患者的知晓率、治疗率、控制率,应结合功能社区和患者特点建立规范化管理体系^[22]。陈伟伟等指出,定期健康体检对高血压防治效果有限,应在健康评估基础采取干预,使耗资不菲的健康体检成为维护职工身体健康的有利资源^[23]。闫红梅等分析两次体质检测结果,发现通过运动干预能够起到功能社区在职员工预防和控制慢性病的效果^[24]。曹霞等通过PDCA循环管理模式对功能社区职业人群开展健康教育,发现能够起到预防职业人群高血压及其并发症的效果^[25]。

人员保障上,已有研究主要将重点放在家庭医生与全科医生方面。杨志华指出街道辖区60岁以上老人、慢病患者签约服务已达饱和状态,接下来疾病预防和控制应从源头抓起,签约重心向功能社区转移^[26]。江萍等提出可以采取家庭医生多点执业的形式,在功能社区为职业人群提供服务^[27]。唐莉霞等指出,通过全科医生多点执业,能够发挥互联网信息化优势,实现家庭医生服务向功能社区延伸^[28]。

尽管学界已有关于功能社区健康服务的研究,但相比老年人等重点人群,关于功能社区与在职人群健康服务的研究仍呈数量劣势,且大部分从医学角度进行研究。同时,当前功能社区存在未被满足的健康服务需求,供给保障有较大完善和提升空间,尤其是一种更具有可复制、可推广的长效性保障机制还在探索过程中,以从内容范畴、主体协调、人员组成、政策支撑等多方面,适应功能社区的特殊性质。基于此,本研究期望弥补现有研究不足,以解决在职人群基层健康服务供给空缺为基本目标,以探索出能够长期适应城市功能社区特殊性质的健康服务保障机制为最优目标,研究城市功能社区健康服务的现状、问题、原因与解决路径。

1.2 有关功能社区健康服务的政策梳理

政策上,在国外,自20世纪80年代国际初级卫生保健会议召开和《阿拉木图宣言》发表,经合组织成员国就开始用以“人”为中心服务的理念建设初级卫生保健,确保安全、公平的健康服务覆盖社区全部居民,大力发展社区卫生服务的价值观已被世界卫生组织高度重视^[29]。在国内,上海作为社区治理

工作的先行者,制定了一系列有关社区健康服务的政策,从源头抓起、以基层为重、关口前移已成为共识。同时,在部分政策中也包含了有关功能社区健康服务的内容。有关社区健康服务与其中包含功能

社区健康服务的政策梳理见表1、表2。能够发现,职能部门已认识到功能社区的重要性,并将功能社区视为健康服务延申供给的关键场域。

表1 上海市社区健康服务相关政策

时间	名称	内容
2015.1	沪府办发〔2015〕6号 《关于进一步深化本市社区卫生服务综合改革与发展的指导意见》	<ul style="list-style-type: none"> 以社区卫生服务中心平台建设为中心 以建立基于基本项目的运行新机制为核心 以家庭医生制度建设为主线 强化公共卫生服务
2018.4	《“健康上海2030”规划纲要》	<ul style="list-style-type: none"> 加强全人群健康管理服务 提供优质高效的医疗服务 深化健康信息化建设 明确社区健康服务内容
2019.1	沪府办发〔2019〕2号 《关于加强本市社区健康服务促进健康城市发展的意见》	<ul style="list-style-type: none"> 加强社区医疗卫生服务 加强互联网+社区健康服务建设
2019.9	沪健促委〔2019〕4号 《关于印发健康上海行动(2019-2030年)的通知》	<ul style="list-style-type: none"> 全面推进家庭医生签约服务 开展社区智慧健康小屋建设 推进功能社区医疗健康服务 打赢新冠肺炎疫情防控阻击战
2020.3	沪卫基层〔2020〕003号 《关于印发2020年上海市基层卫生健康工作要点的通知》	<ul style="list-style-type: none"> 夯实基层卫生服务网络 做实家庭医生签约服务 提升社区卫生服务能级 优化社区卫生服务供给

资料来源:上海市人民政府、上海市卫生健康委员会官方网站

表2 上海市有关功能社区的健康服务政策

时间	名称	内容
2019.1	沪府办发〔2019〕2号 《关于加强本市社区健康服务促进健康城市发展的意见》	<ul style="list-style-type: none"> 加强功能社区医疗卫生服务 针对功能社区相对较年轻人群需求,将健康服务延伸至功能社区
2019.9	沪健促委〔2019〕4号 《关于印发健康上海行动(2019-2030年)的通知》	<ul style="list-style-type: none"> 职业健康保护 推进功能社区医疗健康服务
2020.3	沪卫基层〔2020〕003号 《关于印发2020年上海市基层卫生健康工作要点的通知》	<ul style="list-style-type: none"> 继续开展功能社区健康服务试点 探索社卫中心平台与功能社区内设医疗机构协作机制

资料来源:上海市人民政府、上海市卫生健康委员会官方网站

2 调研情况

2.1 调研设计

调研拟从两个方面展开:第一,需求端,即功能

社区健康服务的接受者、写字楼宇的在职人群。了解城市功能社区内在职人群的健康服务现状,继而以需定供,探索适应在职人群的功能社区健康服务保障机制。第二,供给端,即功能社区健康服务的提

供者、政府职能部门的工作人员与健康服务人员。知晓政府职能部门政策制定、社区卫生服务中心政策执行的具体工作情况,分析功能社区健康服务保障机制问题的深层原因。

2.1.1 调研方法

(1) 焦点团体访谈

焦点团体能够将讨论聚焦在设定的主题之上,并进行团体的讨论,强调鼓励每一位参与的个人表达观点和意见^[30]。通过对政府职能部门工作人员、医生、护士等服务人员开展焦点团体访谈,共同围绕主题进行灵活的、开放的探讨,能够最直接、最具针对性地发现现阶段功能社区健康服务保障机制的弱项和短板。

(2) 问卷调查

设计“在职人群社区健康服务需求现状调查问卷”,选取合适的问卷调查时间、地点,采取线上问卷形式,对若干功能社区的写字楼宇上班族进行问卷调查。

方法于本研究的适用性体现在:第一,功能社区在职人群数量庞大、需求多元,更适合通过问卷展开大量数据收集与统计分析,了解普遍情况。第二,当前上海市已有个别产业园区和办公楼宇进行功能社区试点,试点情况下,比起收集普遍数据与定量分析,更适合选择有代表性的试点社区进行访谈,发挥质性研究的解释性取向优势^[31],收集行为、态度方面生动详细的一手资料,为探索现状背后的原因提供可能性。实际调研过程遵从以下步骤展开。

2.1.2 调研步骤

(1) 预调研

方便抽样某功能社区,对其进行预调研。在此功能社区内对在职人群发放问卷,回收问卷并评估效果。前往此功能社区所在街道的社区卫生服务中心,采取参与观察法与无结构访谈法,与社卫中心工作人员进行交谈。基于预调研的实际情况,修改、细化、完善问卷。

(2) 正式调研

确定调研时间和调研地点,联络指定调研对象,对功能社区在职人群发放问卷,回收问卷资料,清理与处理数据。对社区卫生服务中心展开访谈,过程中以访谈主题为基础,根据被访者的主观反映和接受度、客观回答内容等多种因素对访谈进行适度的、灵活的调节,形成访谈记录与访谈纪要。

2.2 调研对象选取

问卷调查对象借助“热力图”工具进行选取。热力图能根据手机基站定位该区域的用户数量,实时对人群分布和密度进行描述,因此,在工作日上午9点(8点在职人群未到楼、10点商场开门,9点更为适宜)的初始上班时间截取热力图,能进一步定位功能社区内在职人群更集中的写字楼宇。选定楼宇后,在员工出入较频繁时段进行偶遇抽样,请在职人群填写线上问卷。最终,共回收有效问卷401份,问卷覆盖徐家汇(23.24%)、陆家嘴(21.29%)、静安寺(17.26%)、张江高科(21.45%)、五角场(16.76%)。热力图例图见图1。

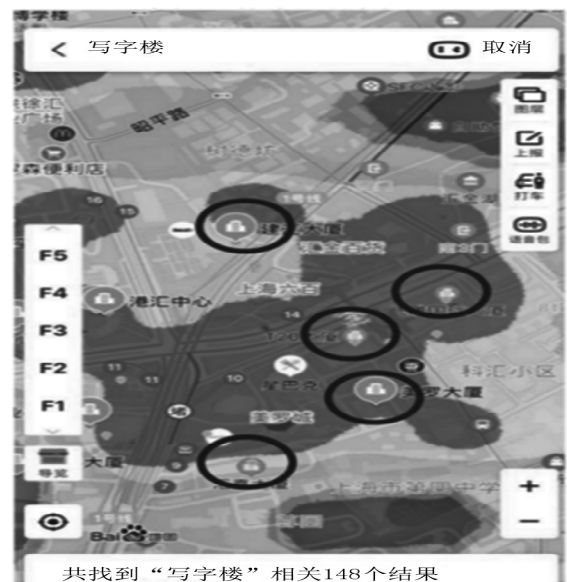


图1 热力图例图

访谈调研对象遵循判断抽样的一般原则,选择典型的功能社区试点项目所在街道,依靠调研者所拥有的现有资源,充分发挥调研者主观能动性。调研地点为上海市某市政大厦与W街道社区卫生服务中心。所有访谈对象构成见表3。

表3 访谈对象的构成

职位	人数
市职能部门工作人员	1
区职能部门工作人员	5
街镇职能部门工作人员	2
医生、护士等服务人员	3

3 城市功能社区健康服务保障机制的现状描述

3.1 功能社区健康服务需求端现状

3.1.1 人口学特征

表 4 功能社区在职人群人口学特征

	选项	占比/%
性别	男	54.5
	女	45.5
年龄	16-25	0.25
	26-35	16
	36-45	46.25
	46-55	27.75
	56-60	9.75
	高中及以下	0.75
受教育程度	中专、职校或技校	0.75
	大专	2.5
	大学本科	37.25
	研究生及以上	58.75
婚姻情况	未婚	10
	已婚	84
	离婚	5.25
	丧偶	0.75
	采矿业	0.25
所在行业	制造业	7.75
	电力、热力、燃气及水的生产和供应业	2
	建筑业	5.25
	批发和零售业	1.5
	交通运输、仓储和邮政业	1.25
	住宿和餐饮业	0
	信息传输、软件和信息技术服务业	6
	金融业	25
	房地产业	2.25
	租赁和商务服务业	1.5
	科学研究和技术服务业	15.5
	水利、环境和公共设施管理业	1
	居民服务、修理和其他服务业	0.5
	教育行业	9
	医疗卫生和社会工作行业	7.75
所在岗位	管理人员	42.25
	行政人员	6.75
	专业技术人员	43.25
	一线生产人员	1
	服务人员	2.75
	其他	4
收入	3000 元及以下	1.5
	3001-6000 元	3.25
	6001-9000 元	11.75
	9001-12000 元	24
	12001 元及以上	59.5

调查对象在性别方面总体分布平均。年龄方面,样本呈现抛物线形的集中趋势,在法定劳动年龄人口(16-60岁)中占比最多的是36-45岁年龄段,

其次为46-55岁,这类中青年人群上有老、下有小,在家庭中担负养老与育儿的双重压力,在社会上是劳动生产的主力军,其健康情况直接关系到家庭的稳定,对社会发展起到关键作用,因此尤为重要。受教育程度方面,调查对象多数为研究生及以上学历,文化水平普遍较高,这类人通常拥有较高教育背景和工作经历,比起体力劳动更多从事脑力劳动,是具有代表性的白领阶层。婚姻情况方面,已婚占比极大,多数调查对象已有家室,担负家庭责任也意味着凡事不仅是个人承担,健康状况的好坏会关系到家人。

社会经济情况上,行业方面,从事范围广泛,但占比较大的是金融业、科学研究和技术服务业,在城市中,这类行业在职人群的工作地点一般是高档大厦、写字楼等,因此其所在功能社区属写字楼宇类型,而非产业园区。岗位方面,调查对象主要由专业技术人员和管理人员组成,拥有知识储备、职业技能和管理能力,呈现出一定的不可替代力,在社会分层中水平层次较高。收入方面,更多是每月12 001元及以上,根据上海市人力资源与社会保障局网站和相关官方平台公布的数据,2019年上海市平均工资9 580元/月、最低工资标准为2 480元/月,对比而言,大部分调查对象的工资收入分布远高出2019年平均工资2 420元、最低工资9 520元。综上,再次结合年龄、受教育程度、岗位等方面情况,调查对象多属工作于城市写字楼宇的中青年白领阶层,他们有超前消费观念的同时,更有超高的健康服务购买能力。此类在职人群具有代表性,在观念上与经济负担能力上的双重支撑,能够支持功能社区开展更为多元化、市场化、高质量的健康服务。

3.1.2 健康服务需求内容

图2显示,调查对象的健康服务需求内容多元,内科医疗服务呈现出较为明显的占比优势。从科室功能来说,内科主治病有如呼吸系统疾病的肺炎、消化系统的急慢性肠胃炎、循环系统疾病的高血压、泌尿系统疾病的急慢性肾炎等,中青年人群日常性的感冒、发烧都需要内科医疗,是大部分常见病的所在科室。其次,占比较高的需求内容是疫苗和体检服务,一般来说,在职人群本身对重大疾病即有预防观念,同时,企业都会委托健康服务机构为员工提供周期性的体检与疫苗服务,能够看出,健康服务内容已不仅限于中期的医疗,而更将前期的筛查预防纳入

考量。除此之外,占比较高的还有口腔科医疗服务和中医科医疗服务,在写字楼中久坐不起的工作使得腰、颈椎慢性病变成困扰白领的主要健康问题,中医科医疗能够提供艾灸、按摩等服务,具有针对性和适用性。

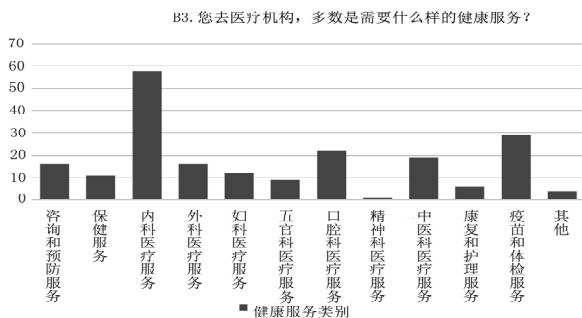


图2 功能社区在职人群健康服务需求内容 /%

3.2 功能社区健康服务供给端现状

3.2.1 功能社区所在区域的特点

为贯彻落实 2015 年的社区综合改革政策,为商务写字楼和大厦内在职人群提供健康服务,上海市开展了功能社区健康服务试点。其中,W 街道是具有代表性的试点案例,作为首批功能社区健康服务试点的承接单位,为临近中心、同属街道管辖的 J 大厦提供功能社区健康服务。

W 街道多分布步行街、商业区、旅游区、行政区等,服务型经济、楼宇经济、涉外经济特征明显,具有地理位置好、楼宇聚集多等特质。这种区域特征使得街道内企业形态多、数量大,包含内资、外资、私营企业等,聚集大量职业人群,功能社区所在区域的特点使得社区隐藏了极大的健康服务需求。

3.2.2 大厦的改造与重建

J 大厦被选为功能社区试点前,原身归属于 J 集团,作为大型国企,下属有职工医院,内设立于大厦内。此职工医院在功能社区进驻以前即为楼宇内的职业人群提供基础型健康服务,如测血压、测血糖、健康咨询等。近两年,大厦的进驻单位发生变化、运营方式也发生变化,在经历改造与重建后,从原本的单一国企大厦成为商业对外楼宇,有 50 几家中小企业在内办公。因此,由于大厦本身性质的转变于服务对象的变化,职工医院无法继续对 J 大厦内在职人群提供健康服务。

3.2.3 入驻设立健康小屋

J 大厦及其内设职工医院为后续试点搭建了基

础、提供了机遇。借助政府功能社区试点项目,中心利用 J 大厦的原有基础,通过联系 J 大厦物业方和原有的职工医院,确立了中心方、大厦方、职工医院方的三方主体关系(图 3)。通过签约协议和购买服务的方式,由中心全科医生与原职工医院医务人员,共同向功能社区提供入驻服务,设立了 J 大厦功能社区“健康小屋”。

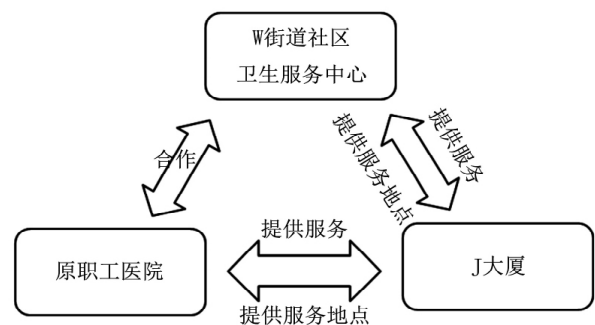


图3 J 大厦功能社区试点

4 城市功能社区健康服务保障机制问题的多重归因

4.1 需求与供给的失衡

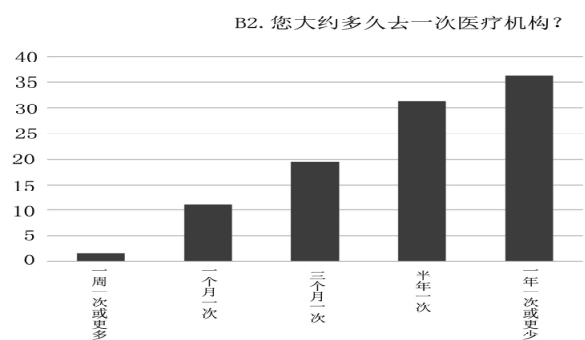


图4 功能社区在职人群健康服务需求频次 /%

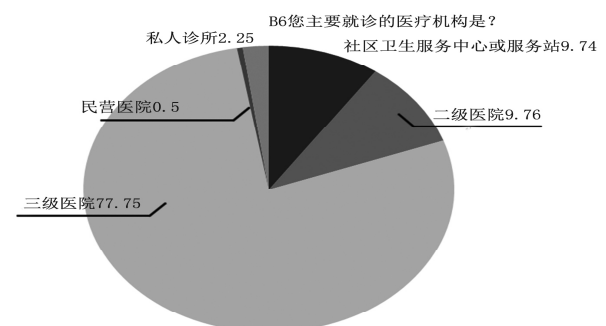


图5 功能社区在职人群健康服务机构选择倾向

4.1.1 需求方就医习惯的路径依赖

新制度主义经济学代表人物威廉姆森(Williamson Oliver)认为,在行动中包含多种治理模式,需要在多种治理模式中做出适当的选择^[32],新制度主义经济学对治理领域的研究主张,在基层社区同样适用。社区健康服务保障机制的完善,应当基于对此社区服务对象需求和现有资源的了解,适合本社区特点的才是最合适的。换句话说,城市功能社区与居住社区在诸多方面有所差异,建设城市功能社区的健康服务保障机制,则必须考虑功能社区与在职人群的独有特质。

图4.5显示,调查对象的健康服务需求频次总体较低,选择一年一次或更少和半年一次的区间占比最大,同时,机构选择倾向呈现明显集中趋势,占比77.75%的调查对象均选择三级医院。也就是说,极大部分在职人群会将三级医院作为接受健康服务的第一选项,多数为了发生频率低的紧急性疾病治疗,而非日常性的接受健康服务。访谈中工作人员也同样指出,在职人群朝九晚五,工作时间与社卫中心服务时间不对称,去大医院看急诊成为在职人群不得不的首选,久而久之,形成了健康服务机构选择与就医习惯的路径依赖,反映了当前健康服务资源普遍存在的马太效应。

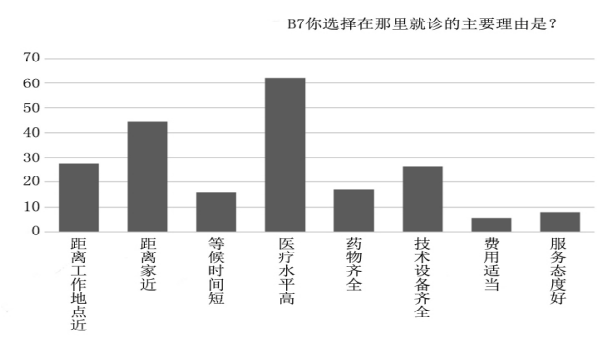


图6 功能社区在职人群的健康服务机构选择原因-总

表5 功能社区在职人群的健康服务机构选择原因-分

类别/%	原因/%
三级医院 (77.75)	医疗水平高(71.38)、距离家近(38.91)、 技术设备齐全(31.51)
社区卫生服务 中心或服务站 (9.75)	距离家近(71.8)、等候时间短(37)、距 离工作地点近(33)

表6 功能社区在职人群的健康服务机构更换原因

更换情况/%	原因/%
不更换 (75.75)	原有机构能够满足需求(100)
更换一个(20)	医疗水平较低(50)、药物和技术设备不 齐全(18)、等候时间较长(17)
更换两个及以 上(4.25)	医疗水平较低(52.94)、药物和技术设备 不齐全(12)

图6为调查对象健康服务机构的选择原因总图,表5为在此基础上将健康服务机构进行分类的选择原因分表,表6显示了在职人群健康服务机构的更换原因。能够发现,在职人群期望在一家机构得到一次性治疗和彻底诊治。由于工作空闲时间有限,去医院频次少,他们在服务过程中不想因服务不当而更换机构、浪费精力,对于兼具健康服务消费观念与购买力的白领来说,需要在有限的时间内得到更具高效性、专业性的高质量健康服务。三级医院的医疗水平更高、技术设备更齐全,契合在职人群就医习惯。而对于社区卫生服务中心而言,距离家近、等候时间短是吸引在职人群的特质,专业性虽不及三级医院,但基层健康服务的便利性符合在职人群选择偏好。

从资源有效利用角度来说,根据2019年上海市《关于提升区域医疗服务能级,完善分级诊疗制度的实施意见》,分级诊疗的目的在于优化医疗资源,市级医院主要提供危急重症、疑难复杂疾病的诊疗服务,是建设一流医学中心城市和具有全球影响力科创中心的重要力量,而社区卫生服务中心才是满足社区居民的基本健康服务需求的重要机构。

目前,在职人群已在一定程度上形成就医习惯的路径依赖,若健康服务需求都通过三级医院解决,既会加剧健康服务资源分布不均的现状,又有损于上班族接受最为有效、最便捷的健康服务。白领的健康服务需求是多样的,无法满足专业性的就医习惯,则应另辟蹊径,利用基层健康服务的便利性。当前城市功能社区健康服务保障机制存在问题的原因在于,大部分功能社区未提供兼顾专业性与便利性任一方面、符合在职人群就医习惯的健康服务。

4.1.2 供给方缺乏针对性和吸引力

访谈发现,社区卫生服务中心在确立试点后,打

包现成服务资源,通过“扫楼”排摸、挨家挨户宣传、大型宣讲等形式扩大健康小屋在大厦内的知晓度,并科学设计了健康需求调查问卷与针对白领的健康自测问卷,依据需求,先后形成了两个版本的健康服务包。实际上,这种以需定供、聚焦特色的做法是具有科学性的。

但是,功能社区服务人员指出,入驻工作已开展一段时间,小屋仍然流量低、服务提供少、健康讲座参与率低等现象并存。实际上,原因在于健康服务供给内容缺乏针对性和吸引力。前文提及,对于在职人群来说最需要的是内科常见病、疫苗和体检、口腔、中医等健康服务,而当前功能社区更多提供主题讲座、咨询、宣传等服务,并非是在职人群最需求的健康服务内容范畴。

除此之外,中心所提供的服务大多是免费服务,在一定程度上具有公共物品的性质,也可能会存在“公地悲剧”,即不收费的服务、在职人群反而更不珍惜。基于新制度主义经济学的主张,社区应当利用现有资源进行治理,当前社区卫生服务中心具备提供上述白领需求的健康服务的资源,应将重点放在内科、疫苗和体检、口腔、中医等方面,在确保健康服务便利性基础上,增设服务内容、加大服务力度,为功能社区提供有效的健康服务。

4.2 主体协调的失效

4.2.1 未能落实企业责任

公共事务日益繁杂,单纯以政府为主体的单向管控渐露疲态,引导社会组织、私有力量参与治理成为必要。福利治理理论是针对福利进行治理探索的理论,是以“主体多元”“利益协调”与“协同行动”等为核心内涵的治理理论在社会福利领域的延展与应用,是多主体合作治理原则用于社会福利供给的机制^[33]。基于福利治理理论的观点,城市功能社区的资源获取渠道、供给主体应当多元而非单一,涉及到社区卫生服务中心、企业与社会医疗组织等多方,功能社区健康服务保障机制建设需要厘清利益协调关系,只有多方协同的福利治理才能起到提升健康服务资源利用的关键作用。

员工健康是保证公司稳定运行的基础,企业应当为其健康风险搭建保护伞,保障功能社区健康服务有效,与医方共同承担在职人群健康服务供给的责任。但是,访谈发现,在主体协调过程中,企业并未担负起主体责任。一方面是企业的签约配合,由

于J大厦内有多家中小企业入驻,据中心工作人员反映,医生做起了销售,前往每一家企业寻求签约支持,而也并不是每一家企业都愿意接受中心提供的服务,部分企业缺乏对“单位人”健康负责的意识,有些甚至抱有排斥心理、拒绝接受问卷调查。另一方面是企业的资金支持,在功能社区试点中,政府与社区卫生服务中心中心的投入固然重要,但企业若能参与筹资,对健康服务的落实效果是极大的。在多方主体协调中,企业的财力支持是解决关键筹资问题的重要途径。而访谈发现,签约不愿配合,提供资金更无门,多数企业认为自己并无责任为员工健康服务买单。

4.2.2 资源对接困难

工作人员指出,一方面,对中心来说,当前少有运营良好且愿意主动为员工健康负责的企业,社区卫生服务中心很难找到愿意接受健康服务、愿意合作筹资的企业,不知哪些企业有功能社区健康服务需求,中心人员缺乏与企业对接的信息渠道,沟通无门。另一方面,对企业来说,部分企业其实有意愿在楼宇内设置健康服务机构,已经通过招标方式募集能够为员工提供健康服务保障的医疗机构、进驻功能社区,但却不了解当前政府的功能社区试点政策,无法与街道社区卫生服务中心对接。并且在工作过程中,有距离近的企业找到中心期望提供功能社区健康服务,受制于街道辖区限制,若非从属于本街道,即使有需求、距离近也无法对接。

4.3 人力资源缺乏保障

4.3.1 劳动报酬不具稳定性

对社区卫生服务中心的工作人员来说,绩效是有封顶的。服务是否属于中心绩效内,取决于工作经费是否来源于政府财政,即经费源头决定中心的绩效收入。当前,功能社区试点经费不在财政经费范围内,所开展的健康服务也就不算入中心总绩效中。

因此,在功能社区提供健康服务的医护缺乏稳定性劳动报酬,项目制经费虽能够解决一定程度上的财力支撑与劳动报酬问题,但并非长久之计,更无法长时间对医护产生激励效果。功能社区定型可复制、可推广的可持续发展保障机制,必须首先解决以何种形式和方式、借由什么平台和渠道向功能社区提供服务,才能取得更为规范定型的绩效外劳动报酬,使得工资具有稳定性,突破政策瓶颈。

4.3.2 全科医生人员队伍不足

服务于功能社区的全科医生人员队伍呈现明显不足,在于两方面原因。一方面,对社区卫生服务中心而言,仅仅由社区卫生服务中心自身全科医师人员提供健康服务远远不够,当前人员团队没有通过多种渠道进行建设。除本身的职工医院外,尚未引导更多第三方组织和社会办医疗机构,人员队伍缺乏活力,很难维持长远性保障机制的运作。

另一方面,全科医生培养体制本身存在劣势。首先,医学生培养数量有限,医生比起其他职业,需要更长的教育时间、花费更多的教育成本。再次,进入医学培养系统后,学生大部分人都会选择进修专科医师而不是全科医师,专科医师和全科医师相比,不论是可观的收入和职业发展前景,还是人们的主观看法和社会地位,前者比起后者都具有显著优势。因此,全科医生培养体制的劣势导致高校不愿培养全科人才,学生更不愿从事全科医生工作。全科医生人员队伍不足,必须从培养抓起、从源头抓起。拓展全科医生培养渠道。

4.4 法律法规制约服务行为

当前在功能社区开展的健康服务受到了现有法律法规的制约,医护人员在产生健康服务行为时态度谨慎。访谈中工作人员指出,《中华人民共和国执业医师法》与其他社区卫生服务中心相关规范对医护在功能社区的行为产生了限制。一是行为发生地限制,将医生的医疗行为发生地限制在注册医疗机构内;二是行为内容限制,制度保障家庭医生签约老人的出诊服务行为,对其他服务内容、地点和对象没有明确的保障。

因此,医护在功能社区的服务行为是不受保护的。一旦存在医疗风险,医护将面临自我权益的损失。因此,鉴于现存政策壁垒,工作人员形成了“在功能社区内提供非损伤服务”的共识,普遍做法例如提供设备的首次体验服务,一旦发生疾病状态,则进一步引导至社区卫生服务中心就诊,服务人员小心谨慎,极大制约了功能社区健康服务的有效性。目前,医护缺乏自上而下的成形服务规范,尚未对功能社区能提供的服务与不能提供的服务进行书面上的明确规定。

5 结论与讨论

功能社区是城市独有的社区形态,更是基层卫

生健康服务延申供给的重要场域。健康服务保障机制应当拓展覆盖至功能社区,对在职人群这一较少被关注到的群体来说,弥补其基层卫生服务的空缺越来越成为必要之举。探索城市功能社区健康服务保障机制,是满足城市社区健康服务需求、优化城市社区健康服务供给的应有之义,提升功能社区健康服务水平,保障在职人群健康福祉势在必行。

本文通过问卷与访谈,对功能社区需求与供给的现状、问题和原因进行分析。为探索具有可持续性的城市功能社区健康服务保障机制,从以下方面提出针对性建议。

5.1 为在职人群提供时间适宜、内容精准的功能社区健康服务计划

根据功能社区在职人群特质,以需定供,调整健康服务时间与内容范畴。时间上,针对在职人群工作日上午下班与休息时间,合理调整健康服务时间,为其提供离得近、等候短、流程少、方便快捷的健康服务。一方面,利用员工饭后、午后时间,在功能社区集中开展健康服务。另一方面,采取预约机制,上班族可提前向服务人员进行健康服务预约登记,有其他拓展性需求或饭后、午后时间不充足的,登记预约服务时间与服务项目,服务人员可灵活根据实际情况为企业员工提供个性化专项服务,并适当延长下午4点后的下班时间。

内容范畴上,分为基础型服务和拓展型服务两种。基础型服务以免收费、公益性为主要特征,如疫苗接种预约和咨询、体检报告解读、口腔疾病筛查等,针对亚健康状态中青年人群的预防保健型前期健康服务;拓展型服务以收费性、专业性、针对性为主要特征,如特色的中医诊疗适宜技术服务,针对在职人群多发的腰、颈椎慢性病,提供艾灸、按摩等,又如针对在职人群常见病的内科医疗服务,为企业员工开具针对性处方。

5.2 搭建企业与社区卫生服务中心沟通桥梁,形成双赢格局

首先,员工健康是保证公司稳定运行的基础,引导企业树立保障职工健康的意识,确保功能社区的企业为其员工健康负责。其次,对企业与社区卫生服务中心无法有效沟通的,卫生健康职能部门应搭建企业需求和社区服务的沟通桥梁。一方面,从区级层面统筹辖区内企业的健康服务需求,给到各街道社区卫生服务中心,形成各区企业的健康服务需

求清单,方便社卫中心寻找有需求、愿配合、愿出资的企业,设立社区健康服务保障机制。另一方面,也可从社卫中心服务优势特色出发,向企业推广宣传,主动询问有健康服务需求的企业,解决社区卫生服务中心与企业沟通无门的问题。

对不属同一街道辖区范围的企业与基层卫生机构情况,设置灵活调整机制,若双方达成共识,且实际距离较近,允许签订功能社区入驻协议。同时,区内可将功能社区作为招商引资的优势服务、增值服务,吸引更多优质企业资源入驻,形成双赢格局,鼓励企业与社区共同打造成功的功能社区健康服务机制,对企业成功案例给予荣誉奖励。

5.3 医师“多点执业”功能社区,确保规范稳定的劳动报酬

从上层引导定型可推广的实施方案,确立签约服务的形式和渠道,将功能社区健康服务的劳动报酬给付方式固定下来。不同功能社区可在社区内设立多种形式的“点”,如互联网医院、家庭医生工作室、健康小屋等,然后通过全科医生“多点执业”方式固定岗位,确保服务人员拿到绩效封顶外的、有激励性的稳定收入,突破政策瓶颈。同时,对服务数量、服务质量建立标准化绩效评价体系,激励医师职业发展,加强岗位吸引力。

5.4 引进第三方力量,购买社会性健康服务资源

引导第三方服务力量,通过购买第三方服务方式打包资源。利用原有或现有内设医疗资源,如楼宇的职工医院等,若无则通过联系外部民营或私人性质综合门诊部,购买第三方社会健康服务力量,入驻功能社区,缓解中心压力,提升功能社区服务能力与人员队伍活力,确保服务主体多元化,形成政府引导、企业支持、社会力量参与的健康服务模式。

5.5 完善全科医师培养体系与职业政策,规范功能社区健康服务行为

继续推进全科医师培养。教育政策上,各高等学校、高等职业院校、中等职业院校加大力度培养全科人才,适当扩大全科医学专业招生规模,确保培养部分学生向全科医生、家庭医生职业方向发展,并给予充足的社区实习机会。职业政策上,完善全科医师加注册全科或转注册全科体制,提供转岗培训,因人制宜、因医相异,根据不同医生的实践经验与理论知识,多方面培养专业型、实用型人才,让更多全科医师参与功能社区健康服务保障机制人员队伍建设

中。

制定功能社区服务行为相关法规,在医师法基础上,对医护人员在功能社区能提供的服务与不能提供的服务进行明确规定,消减功能社区全科医生在服务提供过程中的紧张情绪,为确保健康服务有效性,适度拓宽功能社区健康服务行为范畴,形成自上而下的成形服务规范,为功能社区服务团队自身利益与安全提供政策保障。

参考文献

- [1] Ferdinand Tonnies. *Gemeinschaft Und Gesellschaft*. Montana: Kessinger Publishing, 2010. p.52-54.
- [2] Hunter D J and J Brown. "A review of health management research". *European Journal of Public Health* 2007(17) : 33-37.
- [3] 代爱英,崔静,顾媛.在“功能社区”进行健康管理服务的探讨[J].*卫生经济研究* 2003(12) : 41-42.
- [4] 中国全科医学编辑部.全科医生小词典——功能社区[J].*中国全科医学* 2008(15) : 1393.
- [5] 王芳,李永斌,丁雪,等.功能社区卫生服务发展现状与问题分析[J].*中国卫生事业管理* 2012 29(12) : 894-896.
- [6] 陈伟伟.开展功能社区职业人群高血压健康管理[J].*中华健康管理学杂志* 2013 7(2) : 80-81.
- [7] 刘星,杨春伟,梁洁,等.综合干预对功能社区高血压人群心血管健康行为及因素的改善情况研究[J].*中国全科医学* 2014 17(28) : 3378-3382.
- [8] 师宁,闫焱,董静,等.基于信息平台的某电网功能社区慢性病高风险人群健康干预效果研究[J].*中国医药导报* 2016 13(9) : 192-196.
- [9] 张引,徐学凡.企业白领家庭医生制服务需求调查分析[J].*中国全科医学* 2012 15(27) : 3160-3162.
- [10] 林丽娜.某功能社区职工健康状况调查分析[J].*江苏预防医学* 2013 24(4) : 66-68.
- [11] 季燕,丁静.北京市月坛地区功能社区不同职业在职人员健康状况调查研究[J].*中国全科医学* 2018 21(3) : 343-349.
- [12] 杨久亮,董轩.1299例男性青年健康状况分析[J].*中外医学研究* 2016 14(5) : 72-73.
- [13] 李向君,王云锋,王美辰,等.北京市某功能社区居民血脂异常患病现况及其影响因素分析[J].*实用心脑血管病杂志* 2017 25(8) : 90-92 96.
- [14] 张茹,王宏亮,张薇,等.南京市某功能社区人群非酒精性脂肪性肝病的知信行调查及其影响因素分析[J].*现代预防医学* 2019 46(24) : 4461-4466.

- [15] 张军,王云轩,冯妍,等.北京某三级医院在职职工血糖升高相关因素分析[J].医学信息,2019,32(17):117-119.
- [16] 白波,王艳芳,吴妮娜.北京市某功能社区科技工作者心理健康状况调查[J].中国社会医学杂志,2014,31(6):413-416.
- [17] 苏秀玉,李英杰,吴松涛,等.功能社区在职人群职业紧张及其影响因素调查分析[J].中国全科医学,2015,18(12):1458-1462.
- [18] 刘娜娜,王朝昕,石建伟,等.产城融合背景下功能社区健康服务供给能力分析:以上海市科技园区为例[J].中国卫生资源,2018,21(3):240-245.
- [19] 李永斌,王芳,丁雪,等.上海市闸北区功能社区卫生服务模式探析[J].中国社会医学杂志,2012,29(6):405-407.
- [20] 王婷,贾建国.我国发展功能社区卫生服务的意义及建议[J].中国全科医学,2017,20(25):3075-3078.
- [21] 胡一河,张正姬,马良才.苏州市职业人群520例高血压患者3年管理效果分析[J].中国慢性病预防与控制,2014,22(2):215-217.
- [22] 蒋品,李结华,唐海沁,等.某功能社区职业人群高血压规范化管理效果评价[J].中国临床医生杂志,2019,47(12):1419-1422.
- [23] 陈伟伟,朱曼路,何新叶,等.发挥健康体检在功能社区高血压防治中的作用[J].中华健康管理学杂志,2010(2):71-73.
- [24] 闫红梅,陈立,左怡梅,等.功能社区开展运动干预的方法、模式探讨[J].实用医学杂志,2013,29(5):789-791.
- [25] 曹霞,谢秀梅,杨娉婷,等.基于PDCA模式对功能社区正常高值血压人群实施健康教育的效果[J].中华护理杂志,2014,49(4):485-491.
- [26] 杨志华.加强功能社区签约,做实家庭医生健康管理服务[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(79):195,200.
- [27] 江萍,郝星,毕芳芳,等.上海市长宁区家庭医生探索功能社区健康管理服务的实践与思考[J].中国全科医学,2019,22(28):3438-3440,3450.
- [28] 唐莉霞,李红艳,曹娜.上海市长宁区家庭医生功能社区服务的经验启示[J].卫生经济研究,2020,37(1):49-51.
- [29] 张录法.社区卫生服务机构与医院协同改革模式研究[M].上海:上海交通大学出版社,2019:3-5.
- [30] 瞿海源,毕恒达,刘长萱,等.社会及行为科学研究法(一)总论与量化研究法[M].北京:社会科学文献出版社,2013:257.
- [31] 埃文·塞得曼.质性研究中的访谈:教育与社会科学研究者指南[M].周海涛,译.重庆:重庆大学出版社,2007:7-9.
- [32] Williamson Oliver. The Mechanisms of Governance. Oxford: Oxford University Press, 1999. p.11-13.
- [33] Verdeyen Vanessa and B V Buggenhout. "Social Governance: Corporate Governance in Institutions of Social Security, Welfare and Healthcare". International Social Security Review, 2003(56):45-64.

Research on Urban Functional Community Health Service Guarantee Mechanism

LUO Xiaoman, HAO Yong

(Shanghai Normal University, Shanghai 200234, China)

Abstract: Compared to the residential community which supplies relatively sufficient health services, the functional community should be seen as the main field of the primary health service extension, meeting the needs of workers in urban office buildings. This research takes Shanghai, a megacity in China as an example. Through workers' questionnaires and interviews with staff, this research intends to figure out the current situations and problems of supply and demand, and explore urban functional community health service guarantee mechanism including contents, subject, staff and regulations, aiming to improve the supply of urban community health service.

Key Words: Functional Community; Primary Health Care; Health Service