



当前中国社区健康教育的政策执行过程

——基于史密斯模型的分析

邓大松 徐 芳

摘 要：社区健康教育是健康促进的重要方法，也是缓解看病难看病贵的有效途径，运用史密斯政策执行过程模型对当前中国社区健康教育的执行状况进行分析，其结论是：其一，当前我国社区健康教育的目标层级偏低，绩效考核机制不健全；其二，执行机构的人力资源状况、机构数量、组织结构和经费均有待改善；其三，对目标群体的规制受制于社区资本的状况；其四，作为政策执行环境因素的社区资本，目前处于重构的阶段，且这四个层面的状况相互影响与制约。基于此，应该从增强执行机构能力着手突破我国当前社区健康教育的发展困境。

关键词：公共政策；执行；社区；健康教育

一、问题的提出与研究框架

健康教育是指主动为学习创设诸多机会，包括设计某些形式的交流以提升健康文化，提高知识水平，以及发展那些对个体和社区的健康有利的生活技能^①。从个人的角度看，健康教育能够帮助人们树立新的整体健康观，形成积极和健康的行为并学会选择在健康的生活方式下生活；能够提高人们的自我保健意识并有效预防慢性非传染性疾病和传染病，有益于减少危险因素，预防各种“生活方式病”和“社会病”；从社会的角度看，健康教育有利于培养人们掌握与健康有关的知识和技能，满足人们日益增长的心理健康服务需求及遏制医疗费用的急剧上涨，是降低医疗费用的有效手段^②。

健康教育具有较为典型的公共产品的特征，具有非竞争性和非排他性，通常被视为公共卫生的一项重要内容。从 1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发[1997]3 号）提出“健康教育是公民素质教育的重要内容，要十分重视健康教育”^③，到 2009 年《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（2009 年 3 月 17 日）提出“医疗卫生机构及机关、学校、社区、企业等要大力开展健康教育”，再到 2011 年《卫生部办公厅关于印发〈健康教育专业机构绩效考核办法（试行）〉的通知》对健康教育工作进行评估的尝试，这些政策都从不同角度反映出了政府对这一问题的重视。

然而，具体到政策效果的层面，我国社区健康教育的价值目标的实现情况是不容乐观的。一方面，结合我们日常生活的经验来看，社区健康教育通常都停留在板报宣传与患者咨询的层面，有着频率偏低、手段单一、效果难以评估的问题。另一方面，从理论研究的状

① WHO. Health Promotion Glossary. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en>.

② 张晓燕：《健康教育概论》，武汉大学出版社 2010 年。

③ 《关于卫生改革与发展的决定》（中发[1997]3 号），载 <http://www.chab.org.cn/NewsDetail.asp?id=4794>。

况来看,在中国知网的跨库检索显示,1979—2011 年共有题名关于健康教育的文献共 49760 篇(同时关于医疗的搜索结果 129734 篇),其中只有 3.9% 的文章(1957 篇)是关于社区健康教育的,而其中绝大部分又是关于疾病控制的,却很少有文章涉及社区的健康需求、资源、诊断、计划和管理。若把对社区健康教育的研究情况作为其发展状况的一个指标,则上述的研究现状反映出了我国医疗体系的疾病导向而非健康导向的现状——侧重点于疾病发生后而非疾病发生前。这种现状是背离健康教育的本意的,因为健康教育应侧重于疾病发生前的控制,是卫生体系从疾病导向向健康导向转变的一个突破点。

本研究的主题是对社区健康教育的发展与本意相背离的状况形成的原因进行分析;本分析将结合托马斯·史密斯的政策执行过程模型展开。

托马斯·史密斯(以下简称史密斯)^①指出,在一些第三世界国家某些政策制定出台后,并不一定被贯彻执行。因为第三世界国家政府倾向于制定某些宽泛而全面的政策,但官僚机构并不具备执行这些政策的能力,而利益集团、反对党以及相关群体和个人都会倾向于去影响这一政策而非执行它。史密斯进而提出了公共政策执行过程的模型,认为公共政策的执行可被视为社会张力的发生之源,这种张力产生于政策过程的四个组成部分:理想化的政策、执行机关、目标群体及环境因素(如图 1 所示)。在政策执行过程中这四个组成部分均会产生张力,并对政策形成反馈,通过这种对政策制定者与执行者的反馈,形成对制度进一步的支持或阻碍。

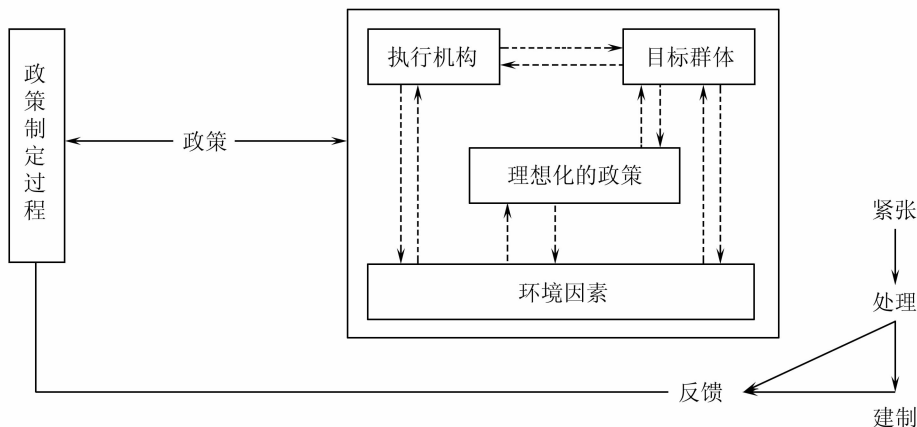


图 1 史密斯的政策执行过程模型^②

史密斯这一模型是公共政策分析的经典模型之一,本研究将结合这一模型来分析我国社区健康教育实施的情况,并以此来透视我国卫生体系建构中可能存在的盲点。

二、中国社区健康教育政策执行过程评估

(一) 社区健康教育政策本体的状况分析

论及一项公共政策是否理想,首先需要提到的是评估标准,重要的范畴包括成本、收益、绩效、风险、政治可行性、行政简化、合法性、不确定性、公正和时间安排^③。史密斯的标准则较为抽象,认为理想化的政策应该具备合法、合理与可行性的特点。我们不妨先搁置对合法性的研究,而把合理的政策目标视为基础,并在此基础上分析该目标操作化的可行性。

我们把世界卫生组织有关健康教育的界定^④作为参照系来对比我国社区健康教育的目标。在卫生部发布的《国家基本公共卫生服务项目》中,健康教育的服务项目被界定为针对健康素养基本知识和技

① Thomas B Smith. "The Policy Implementation Process", *Policy Sciences* 1973, (4), pp. 197~209.

② 陈庆云:《公共政策分析》,中国经济出版社 1996 年,第 234 页。

③ 卡尔·帕顿、大卫·沙维奇:《政策分析和规划的初步方法》,华夏出版社 2001 年,第 187 页。

④ 健康教育是指主动为学习创设诸多机会,包括设计某些形式的交流以提升健康文化,提高知识水平,以及发展那些对个体和社区的健康有利的生活技能。见 WHO. Health Promotion Glossary, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>。

能、优生优育及辖区重点健康问题等内容,向城乡居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务,设置健康教育宣传栏并定期更新内容,开展健康知识讲座等健康教育活动^①。不主张直接用世界卫生组织的政策目标,理论上,政策目标是针对政策问题而生的,世界卫生组织为何作为参照标准需要讨论,如果只是简单地比较,则不能说是以谁为标准的问题,而是通过比较发现差异,发现新问题。

通过对比我们不难发现,二者存在一定的差别(如表 1 所示)。在目标层面,前者是发展型,侧重健康文化提升与技能的发展;而后者则侧重的是问题的解决,强调了优生优育与社区重点健康问题。在方法层面,前者强调了交流而后者强调的是宣传。同时,前者突出了健康教育的对象的本体地位;而后者则突出了健康教育实施机构的本体性。因此,我们可以认为世界卫生组织关于健康教育的目标标准更高,也更理性化。考虑到政策目标的理想化应该结合政策可以动用的资源以及政策内外环境的紧张关系来谈,我们不能只简单因健康教育的目标层次偏低就认定这一政策是不理想的。我们需要进一步探讨政策具体目标的可行性。

表 1 健康教育不同界定的比较

对健康教育的不同界定	世界卫生组织的界定	我国公共卫生服务项目的界定
目标	健康文化提升与技能的发展	优生优育与社区重点健康问题
方法	为交流创设各种机会	宣传和应答咨询
对象	全体居民	重点人群
主体	社区居民的行为	健康教育机构的行为

卫生投入的绩效,特别是公共卫生投入的绩效评估是卫生经济学研究的难点,同时也是政策评估的难点,社区健康教育也面临着同样的问题。没有恰当的绩效考核手段就无法形成对执行者的控制和激励,无法保证政策得以贯彻和执行。因此,观察政策具体目标是否具有良好的绩效考核机制是评价一项公共政策能否得以执行的重要标准之一。

在《2010 年度国家基本公共卫生服务项目考核指标》^②中,我们可以看到关于健康教育的具体考核指标包括两点:(1)制定健康教育年度工作计划,并按照工作计划制作相应的健康教育印刷资料;(2)每个社区卫生服务中心、乡镇卫生院每年组织不少于 6 次面向公众的健康教育咨询活动,并有相应的健康教育活动主题。这一考核指标较好地反映了上文提到的我国国家基本公共卫生服务项目中对健康教育的要求。但是这一考核标准存在一个较大的缺陷,即对健康教育的执行考核没有反映出目标群体的对健康教育的反馈结果。这类似于考核教师的绩效只涉及他有没有教案、教材和有没有上课的记录,而不去考察他究竟上没上课、上得怎么样以及学生的成绩如何。这样的考核指标容易流于形式,并给弄虚作假留下了空间。

类似的问题也存在于《卫生部办公厅关于印发〈健康教育专业机构绩效考核办法(试行)〉的通知》^③、《社区卫生服务机构绩效考核办法(试行)》^④和《国家卫生城市标准》^⑤等文件中。这些健康教育的政策本体具有制度内循环的特点,从政策的总目标到具体的考核过程,均表现出了政策的主体着眼于体系内部的文牍传递,对目标群体的主体性地位体现不充分。另外,我们还可以发现涉及社区健康教育政策执行的主体有三个:健康教育机构、社区卫生服务中心和街道社区居委会。这也能引发其他的政策问题,本研究的下一节将对此进行探讨。

①《卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》(卫妇社发【2009】70 号),见卫生部网站,http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3577,2009-07-01。
②《卫生部关于印发〈国家基本公共卫生服务规范(2011 年版)〉的通知》,见卫生部网站,http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3578,2011-06-01。
③《卫生部办公厅关于印发〈健康教育专业机构绩效考核办法(试行)〉的通知》(卫办妇社发【2010】42 号),见卫生部网站,http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3589,2010-05-01。
④《卫生部办公厅关于印发〈社区卫生服务机构绩效考核办法(试行)〉的通知》(卫办妇社发【2011】83 号),见卫生部网站,http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohfybjysqwss/s3578,2011-06-01。
⑤《关于印发国家卫生城市、区标准及其考核命名和监督管理办法的通知》(全爱卫发【2010】3 号),见中央政府网站,http://www.gov.cn/gzdt,2010-06-10。

(二) 健康教育执行机构的能力分析

从以健康教育为主要业务的机构来看,我国的健康教育是由疾病预防和控制中心下的健康教育科来经办和提供的。本文将从机构自身的人力资源状况、机构本身的数量和层级、机构的组织结构状况以及机构所拥有的资金状况4个方面来对该机构的执行能力进行分析。

第一,从可获得的最近的2002年统计数据^①来看,健康教育科的执业医师只占疾控中心内所有执业医师的2.4%。而从当年疾控中心的人员学历来看,主体是中专,占43.6%,而本科以上学历的构成比不过12.4%。从专业职称来看,主体是助理/师级,占37.4%,而副高以上职称者只占6.3%。从2005年的数据来看,我国按类别构成的执业医师中,临床专业类的占76.7%,而健康教育专业的只占1.0%,共15917人。以13亿人口计,每千人拥有的健康教育者0.12名。这说明在卫生体系内,健康教育机构的人员数量有限,学历结构偏低。

第二,如图2所示,疾控中心本身在机构数量上相对于改革开放后医院的蓬勃发展而言,几乎处于停滞状态。结合2007年的数据看,我国拥有27308个社区卫生服务站,632770个村卫生室。而相应的疾控中心的数量为3536(这一数量还在呈下降趋势),即使每个疾控中心均设有健康教育科,那么每个健康教育科需要对应的基层卫生服务组织约为187个,这也意味着其需要服务的城乡社区还应超过这一数字。而在疾控中心中,从上文对人力资源状况的分析来看,健康教育科只是一个边缘的科室。

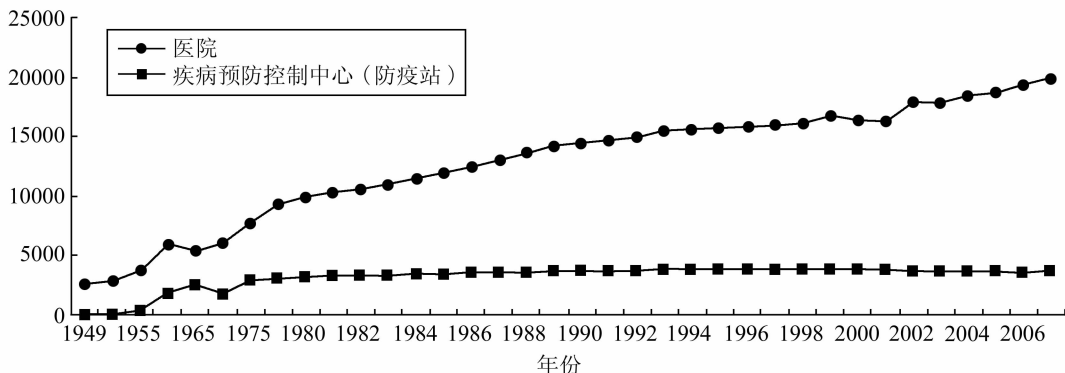


图2 我国医院和疾控中心的机构数量发展趋势比较:1949—2006

第三,在上述关于政策本体的探讨中,我们已经发现社区健康教育的执行主体有健康教育机构、社区卫生服务中心和街道社区居委会三方,后两套体系都有着丰富的人力资源和组织机构。因此,仅从疾控中心健康教育的人力资源和机构数量不足就断言健康教育机构的执行能力弱是片面的。图3^②反应的是自贡市的健康教育与健康促进的执行机构的机构图,我们可以据此对全国其他地区健康教育执行机构的结构管中窥豹。从公共政策执行的理论上讲,多机构共同作用于一个公共政策不是一个完善的设置,因为:(1)它会增加绩效考核的难度,无法确实这三方共同的目标主体——社区居民,其健康教育的状况及变化究竟是哪一方在作为或不作为,这也部分地解释了我国社区健康教育的绩效考核的相关文件均未能突出目标群体的主体性地位而只能对体系内部行政过程进行文件检查的原因。而激励机制的不健全,有可能会造成“三个和尚没水喝”的困境。(2)多执行机构会增加政策的执行成本。政策执行者之间相互的协调和沟通的成本显然会高于同一执行机构内部行政的成本。(3)如果政策执行者之间并没有交流和沟通的话,则可能产生各自为政,资源分散,简单的工作重复做、困难的工作无人做的问题。当然,如果有良好的多方联动机制出台,这些问题或许能得以妥善解决,并且使得三方的资源得到更合理的配置。只是目前我们尚未看到关于健康教育执行机构之间联动合作机制的出台。

第四,从执行机构所掌握的财力资源来分析。2008年,健康教育中心从疾控中心独立出来,其所获

①数据来源:《卫生统计年鉴》(2007),见卫生部网站, <http://www.moh.gov.cn>, 本节数据均来源于此。

②李珊、张正东、刘兆伟:《健康教育与健康促进管理机制改革的试点》,载《探索预防医学情报杂志》2011年第2期。

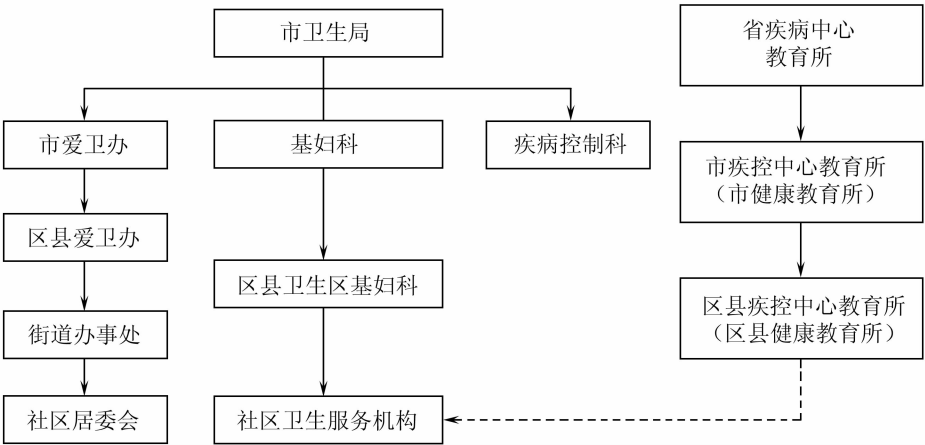


图3 自贡市健康教育与健康促进工作组织结构图

得的政府财政拨款及上级补助共计 12308 万元，而当年医院获得的财政拨款及上级补助共计 11275663 万元，是前者的 916.1 倍。这或许也是健康教育缺少对人才的吸引力的原因之一。

从上述的分析中，我们认为，我国健康教育，特别是社区的健康教育的提供存在着制度不合理的结构性问题，又存在着机构数量发展滞后、人员偏少且学历结构和专业职称结构都不合理的问题，同时，还存在经费相对不足的问题。这些问题都制约着社区健康教育的发展及其社会效果的凸显。

（三）社区健康教育执行的目标群体

公共政策是对社会公共利益的权威性分配，社区健康教育作为一项公共政策则是指将健康的文化及生活方式传递给社区居民的过程。社区居民也将从自身利益的角度来选择是否配合接受这项政策。格罗斯曼认为，卫生可以被看作既是一种消费品，也是一种投资品。作为一种消费品，卫生被人们需要是因为它可以使人们的身体感觉更舒适；作为一种投资品，卫生被需要是因为它增加了人们可以工作的健康的天数，从而获得收入^①。

除非过程本身是让人愉悦的，否则参加社区健康教育活动应该视作一种投资品。人们参与社区健康教育活动是因为预期参与这一活动能增加健康工作的天数从而增加收入，以及能减少因疾病造成的财务损失。但是这项投资是需要付出当期的时间成本的，是否愿意付出这项成本会受到下述 5 个方面的影响。若想使社区健康教育获得更好的收益，执行机构应该从作为理性人的社区居民的利益出发，满足他们的不同健康教育需求。

其一，社区居民本人的工资率上升会对社区健康教育同时产生收入效应与替代效应，也就是说，既有可能因工资率的上升而使其投资能力增强，进而引致对健康教育需求的增加；又有可能因工资率上升而导致其时间成本增加，从而会减少对健康教育的需求。因此，我们需要对因不同原因造成劳动时间过长的社区居民群给予不同的健康教育。

其二，非劳动收入的增加，即其他家庭成员收入的增加，会增加居民健康教育投资的需求。因此社区健康教育的重点对象，如孕产妇、老年人对健康教育的需求将会因家庭其他劳动者收入上升而增加。我们由此可知，低收入家庭的重点人群的健康教育问题也是值得重视的，因为他们可能因经济原因而减少对健康教育的需求，而这一群体涉及妇幼健康与健康公平这些不容我们回避的问题。如何为他们提供合适的社区健康教育将是一个重点和难点问题。

其三，医疗费用的上升会增加可能发生的疾病风险的损失程度，也就意味着避免疾病发生的收益增加。因此，在当前医疗保健支出的增长持续高于居民可支配收入增长的情况下，社区居民的健康教育需求也会随之增长，这也是符合我们生活体验的。

^① 舍曼·富兰德、艾伦·C. 古德曼、迈伦·斯坦诺：《卫生经济学》，中国人民大学出版社 2004 年，第 128 页。

其四,当健康教育的过程本身能让人获得愉悦的体验时,居民对健康教育的需求也会增加,因为这种类型的健康教育显示出了消费品的特征。反之,则会增加居民参加健康教育的成本,不利于健康教育的推广。因此,执行机构应该采用多种手段使得社区健康教育的过程更能让居民喜闻乐见。同时,针对不同的目标群体采用不同的教育方法。目标群体越清晰,教育方法就能越有针对性,效果也应该越好。

其五,个人的风险偏好也会对健康教育的需求产生影响。风险厌恶者会更倾向于参与社区健康教育活动并克制自己的行为,以期减少因疾病造成的损失同时增加健康收益;而风险喜好者则不认为因可能发生的风险而克制自己当前行为是必要的。当然,信息能对个人偏好产生影响,通过健康教育能够使居民认识到选择健康生活方式的重要性。

社区健康教育其实涉及到了对个体的生活方式的规制问题,这种规制的过程是伴随着国家现代化的进程而发生的。在下文中,我们将通过对社区健康教育执行的环境因素对这一问题进行分析。

(四) 社区健康教育执行的环境因素

社区健康教育执行的环境因素有很多,作为社区卫生服务重要环节的社区健康教育,受到医疗体制建构与改革的方向和社区建设历史阶段的影响。如有学者认为从1997年“积极发展社区卫生服务”^①被首次提出,其产生的重要动因和宏观社会环境是医药卫生体制改革困境,是政府在缺乏对国有大型公立医院内部管理与管理体制实施更有力政策措施的背景下,作为政府缓解“看病难、看病贵”问题,重构现代城市卫生服务体系“替代办法”而出台的^②,只是受制于社区建设的状况,其效果并不理想。

如果我们把目光放得更远,或许对社区健康教育的背景能有更清晰的认识。从我国近代医疗史看,社区健康教育从最初就获得了我国卫生体系创立者的高度重视。

兰安生是我国沿用至今的三级医疗体制的创造者。根据他的“卫生示范区”,由“公共卫生护士”负责不断地入户探访,负责对居民进行预防接种和健康教育,对患病者进行小病的治疗和大病的分诊——设立家庭病床,转入门诊或是合同医院。通过使训练有素的公共卫生护士对社区居民日常生活的嵌入,再通过社会服务者对患者信息的搜集和判断及协助患者回归社会,完成了医疗服务从心理上和实践上的可及性的转变。在此过程中,医疗服务作为一个环节被完好地嵌入了社会服务这一链条上,从而实现了兰安生的理念“协和的毕业生不应穿着白大褂站在手术台前等待病人抬上床面,而是应该具有足够的社会知识背景成为医院之外的社区领袖,这样才能知道在他自己的社区用有组织的方法去初步维护社区成员的健康”^③。

如何使现代卫生服务以低成本覆盖广大的中国农村地区是兰安生的学生陈志潜思考的问题。他所参与的定县实验,针对农村的四大病根——“贫、愚、私、弱”,提出了以生计教育治贫、以文化教育治愚、以民众教育治私及以健康教育治弱的思路^④。陈志潜结合当时农村卫生和农民心理状况,提出了“社区医学”的概念,强调“医学应基于所有人的需要和条件,而非基于那些单独的个人;基于治疗和预防方法的结合,而非单独依赖治疗技术”。他对当地农民进行短期实用的培训,使其具有提供初级卫生服务的能力,这些农民保健员因其治疗成本低廉和疗效较好,在与传统的草医、巫医的竞争中获得农民的青睐。除此之外,他们与社区天然的联系,使得医疗体系的可及性除了表现在距离和费用上之外,更表现在农村居民心理上。陈志潜模式是我国建国后农村卫生体系的雏形。

兰安生和陈志潜的模式从成本的角度来看具有很大的差别,但是这二者都具有对社区资源的高度重视的特点。因为社区是医疗服务对象的来源和归属,是健康教育与健康促进的作用场域,其场域作用能对医疗服务供给者产生一定的制约作用。在某些条件下,社区甚至能够作为主体提供卫生公共产品和进行筹资。

①《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(1997年1月15日),见 <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/html-files/wsb/pM30115.2008-04-01>。

②刘继同:《中国城市社区健康服务政策现状与核心争议题》,载《甘肃理论学刊》2008年第4期。

③杨念群:《再造病人:中西医冲突下的空间政治(1832—1985)》,中国人民大学出版社2006年。

④陈志潜:《中国农村的医学——我的回忆》,四川人民出版社1998年,第2页。

表 2 社区健康教育在三种模式中的比较

类别项目	兰安生模式	陈志潜模式	农村合作医疗模式
资金来源	洛克菲勒基金会	患者负担	社区筹资
社区健康教育者	公共护士	在地化训练的村民“保健员”	经过培训的各类社会医者及赤脚医生
特点	医疗行政体系开始对社区日常生活的渗透	精确的成本核算,医药价格与设备的“非商业化”和医疗人员训练的“在地化”	低成本的草药、合作医疗的经费保障、吸纳社会各类医者的赤脚医生队伍
价值理念	社会服务	社会试验	社会革命
与社区关系	融合与规制	利用与共存	吸纳与重构

在兰安生模式中,公共卫生护士和社会服务者走进了社区;在陈志潜模式中,医疗服务者实现了更为彻底的“在地化”转变。从中我们也可以看出作为现代民族国家建设象征的医疗体制在不断向社区渗透。这种渗透在建国后达到高潮,表现为对社区资源更为直接的运用和控制(见表 2)。其后的爱国卫生运动进一步强化了个人的健康行为和国家建设之间存在联系的理念。伴随着国家对社区的不断渗透,社区内部的各种自生的秩序和组织也逐渐因被纳入制度化的轨道而丧失了自组织的能力。

具体到社区健康教育的情况来看,缺少了丰富的社区资本作为依托,这一政策首先就面临着缺少社区内部的信息共享平台。而健康交流是形成公众对健康的关注并保持健康作为公众议题地位的关键环节^①。其次,社区内部难以产生健康自组织。健康的支持环境给人们提供避免危险而趋于健康的保护,使人们扩大健康能力、培养健康的自觉^②,社区是最为主要的健康支持环境之一。而支持环境产生作用的机制往往落脚于自组织的发展,通过自组织形成对生活方式的控制和健康行为的培养,自组织的难以达成会使得健康促进的成本更加高昂。

三、结 论

当“看病难、看病贵”已逐渐成为卫生领域的集体隐喻,当政府与市场、供给与需求、资源结构与利益冲突的种种探讨在学术界方兴未艾之际,有一种共识呼之欲出:推进卫生系统从疾病导向转入健康导向。具体路径尚有待探讨,但有一点是确定无疑的,社区健康教育是符合这一趋势的。

当社区健康教育在政治表述中一再被强调、也开创了绩效考核的时候,我们不能认为政府对此没有给予相应的重视。但是,这种重视并未能很好地转化为社区居民健康技能的提升与社区健康文化的弘扬。本研究结合了史密斯的政策执行过程模型,从理想化的政策、执行机构的能力、目标群体及环境因素对社区健康教育的发展与本意相背离的状况及形成的原因进行了探讨。史密斯认为公共政策本身作为张力源会在上述四个层面相互间分别产生紧张关系,而对紧张的反馈与处理则会促进制度的重构。具体到社区健康教育这一政策,本研究发现,其政策本体存在着目标层次偏低、绩效机制不健全的情况,而这一情况又与执行机构的主体多元而互动不足,人力、财力资源有限的状况是不可分的;社区健康教育涉及到目标群体的自由选择与社会控制的紧张关系,而这一紧张关系最合适的规制者应当是社区,但中国当前社区资本的状况则是近代以来现代国家建设进程的一个结果。社区健康教育的执行过程受制于社区资本存量这一环境因素,而社区健康教育执行机构的状况也从一个侧面反映了现阶段我国社区服务建设的状况,即政策本体、执行机构的能力、目标群体及环境因素这四个层面状况相互影响,相互制约,因此,促进社区健康教育的发展须认识到协调发展的重要性,在这一认识的基础上对社区健康教育政策执行过程中的各环节进行逐步完善。

首先,社区健康教育的政策目标定位是值得商榷的,提高社区健康教育的目标层级才能够使得健康教育者有施展的空间,而不是被限定于应答咨询与宣传。世界卫生组织对社区健康教育的界定是值得

① WHO. Health Promotion Glossary.
② WHO. Health Promotion Glossary.

借鉴的。然而,若提高政策目标则会对政策执行过程中的其他层面造成新的张力。其中,机构的执行能力就成为了承受压力的主要环节。

第二,本研究认为,在史密斯政策执行过程模型的四个层面中,执行机构能力的建设应被视为社区健康教育发展的突破口。其一,提高社区健康教育机构行政层级,整合行政资源,改变政出多门的现状,进而明确机构的责任,才能实施行之有效的绩效考核。其二,执行机构的能力建设核心在于吸纳有能力的健康教育者。健康教育者是经过专业训练的多面手,他们能够运用合适的教育策略和方法,推动有利于发展个人、群体和社会的健康的政策、程序、干预系统^①。可以参考美国健康教育者的准入和考核机制,通过国家考试的形式遴选健康教育专业人才,以项目招标形式对健康教育者进行组织。通过健康教育者调动与整合社区资源,探索各地各社区不同的组织结构模式。当然,增加政府对社区健康教育的经费投入,是吸引人才及增强机构执行能力的重要基础。

第三,在提高社区健康教育机构的能力的基础上,对待社区不同群体采用各种有针对性的更加专业和更加主动的健康教育方法,而不仅是停留在普遍性的海报宣传与被动的咨询应答方面。其一,这就要求社区健康教育者对社区及社区居民有深入的了解,进行分类,诊断出社区存在的主、次要问题,才能提供有针对性的专业的服务。其二,在社区诊断的基础上,制作出有针对性、且为大家喜闻乐见的健康教育资料。这对社区健康教育者的素质提出了更高的要求。其三,可以通过各种更加便利的途径,如电话、短信、电子邮件、QQ群等现代通讯手段使得健康咨询能更便捷地在社区成员与健康教育者之间传播,在这一过程中,健康教育者不仅能起到信息发布、咨询答疑的作用,还能成为社区成员之间相互交流的健康信息的组织平台,使得具有相同健康需求的社区群体能够相互交流、相互督促,形成健康促进的文化氛围。

第四,社区健康教育、乃至社区卫生服务都应嵌入于社区服务链条中。对社区健康问题的诊断,社区健康需求的分类,都要求社区健康教育者对社区有着深入的了解。更重要的是,社区健康教育者只能起到一个发动者或组织者的作用,社区成员之间是否愿意参与互动,特别是脱离于社区健康教育者之外的健康促进活动是社区健康教育实施效果的重要环境因素。这一环境因素的变化是一个缓慢而波折的过程,对此我们应该有充分的认识。但是我们也同样应该认识到,社区健康教育者对社区成员的组织过程也是社区资本发展的过程,发展的成果可能无法立竿见影,但是我们应该从根本上认识到,这是我们社区服务的发展方向。

综上所述,本研究认为,应当从社区健康教育者的培养入手,突破社区健康教育发展的困局,由社区健康教育者整合社区健康教育不同机构的资源,发展社区健康教育的事业。政府可以通过对社区健康教育招标与审核来实现既定的政策目标。

■作者简介:邓大松,武汉大学社会保障研究中心教授,博士生导师;湖北 武汉 430072。

徐 芳,武汉大学政治与公共管理学院博士生。

■基金项目:教育部人文社会科学重点研究基地重大项目(2009JJD63008);教育部青年基金项目(10YJC810028)

■责任编辑:叶娟丽

①Joint Committee on Terminology. "Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology", *American Journal of Health Education* 2001, 32(2), pp. 89~103.