

整合视域下卫生服务“以人为本”的语义解构、建构与实践指引

——基于 Python 爬虫搜索的文本分析

张皓^{1*} 吴梦洁¹ 陈星宇² 杨玉辉³ 胡婉慈¹ 张萌¹ 施越¹ 龙思颖⁴ 曹钰⁴ 黄仙红¹

1. 杭州师范大学公共卫生学院 浙江杭州 311121
2. 北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100730
3. 浙江大学信息技术中心 浙江杭州 310058
4. 浙江大学计算机科学与技术学院 浙江杭州 310058

【摘要】目的:针对“以人为本”在卫生服务中的概念尚未有普适性清晰界定的问题,解构、建构健康中国战略背景下的卫生服务“以人为本”的概念。方法:采用 Python 获取“以人为本”的概念文本,采用内容分析法解构语义,基于时代特征建构语义,并分析其对卫生服务实践的指引。结果:纳入文本 154 份,识别出 67 个分析指标,经四阶段发展,“整合”成为“以人为本”演化的时代特征。基于宏观系统整合、中观组织和专业整合、微观服务整合和支持保障的角度,建构卫生服务“以人为本”五个层次的语义,包括精神本质、人本需求、人本服务、人本治理和健康保障。结论:以整合为特征的“以人为本”的语义呈现多维度的丰富内涵,为健康中国战略的实践提供了方向指引,精准捕捉全人群健康需求、提供高价值整合服务、激励多元主体价值共创、建立全面的健康保障成为实践叙事的重点。

【关键词】以人为本;整合;文本分析;语义建构

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.12.002

Semantic deconstruction, construction and practical guidance of “people-oriented” health services from the perspective of integration: Text analysis based on Python crawler search

ZHANG Hao¹, WU Meng-jie¹, CHEN Xing-yu², YANG Yu-hui³, HU Wan-ci¹, ZHANG Meng¹, SHI Yue¹, LONG Si-ying⁴, CAO Yu⁴, HUANG Xian-hong¹

1. School of Public Health, Hangzhou Normal University, Hangzhou Zhejiang 311121, China
2. School of Public Health, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100730, China
3. Information Technology Center, Zhejiang University, Hangzhou Zhejiang 310058, China
4. College of Computer Science and Technology, Zhejiang University, Hangzhou Zhejiang 310058, China

【Abstract】Objective: Aiming at the problem that the concept of “people-oriented” health services lacks a clearly defined universal definition, this work deconstructed and constructed the concept of “people-oriented” health services under the background of Healthy China strategy. Method: Python was used to acquire the concept text of “people-oriented”, deconstruct its semantics using content analysis, construct its semantics based on the characteristics of the new era, and analyze its guidance to health service practices. Results: 154 texts were included to identify 67 analysis indicators, which were “integrated” as the era characteristics of “people-oriented” after four stages of development. From the perspectives of macroscopic system integration, meso organization and specialty integration, microscopic service integration and support guarantee, five levels of “people-oriented” semantics in health services

* 基金项目:国家自然科学基金(72004051);教育部人文社科项目(18YJJCZH232);国家社会科学基金(19BGL250);浙江省大学生新苗人才计划(2021R426047)

作者简介:张皓(1984年—),女,副教授,主要研究方向为卫生政策学、分级诊疗、系统动力学、仿真模型。E-mail:zju_med@126.com

通讯作者:黄仙红。E-mail:hxh974291@163.com

were constructed, which covered spiritual essence, people-oriented demand, people-oriented services, people-oriented governance and health support. Conclusion: The semantic meaning of “people-oriented” characterized by integration presents multi-dimensional rich connotation, which provides directional guidance for the implementation of Healthy China strategy. Accurately capturing the health needs of the whole population, providing high value integrated services, encouraging multi-subject value co-creation, and establishing comprehensive health support shall be emphasized as the focuses of practical narration.

[Key words] People-oriented; Integration; Text analysis; Semantic construction

“以人为本”是我国社会主义国家建设的本质内涵与价值旨归,推进“健康中国”建设必须坚持以人民为中心的发展思想^[1],因而,把握“以人为本”这一鲜明的理论品格,具有重大的理论意义和实践价值。《“健康中国 2030”规划纲要》等政策文本明确了以人民健康为中心的根本目标和人民共建共享的实施路径,即回答了“为了人”和“依靠人”两个“以人为本”的核心哲学问题,然而,“以人为本”概念的具象化、情境化理解尚存在较大难度。随着疾病谱的演化和需求的多样化,“以人为本”的内涵持续演进,因此,极有必要对“以人为本”的语义进行时代性的诠释。在世界卫生组织倡导整合卫生服务的趋势下^[2],多元主体、多个要素、多个维度的整合成为“以人文本”卫生服务的新时代特征。因此,本研究在 Python 爬虫获取“以人为本”相关语义文本的基础上,基于宏观、中观、微观整合角度建构“以人为本”卫生服务的概念,阐释本质、需求、服务、治理和环境五个层次的语义,并提出实践指引和政策建议,以期立体化地理解和践行“以人为本”精神提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究采用 Python 爬虫工具检索“以人为本”卫生服务(后称人本卫生服务)概念相关文本并构建语义分析文本库。实验环境为 python 版本 3.6.5,IDE 为 Spyder,基于 selenium 库进行编写。按预先给定的关键词进行文本抓取,关键词参考全球具有影响力的组织机构、会议、学者对“以人为本”的常见表达,包括《以人为本的医疗保健框架指南》^[3]、《深化中国医药卫生体制改革建设基于价值的优质卫生服务提供体系政策总论》报告^[4],2008—2021 年日内瓦举行“以人为本”会议相关报

告等^[5-11]。关键词主要包括“以人为本”“以人为本中心”“人本”“人本位”“people-centered”“people-oriented”“people first”“care for people”等。考虑部分网站的反爬虫技术,采用人工搜索予以补充。考虑到资料来源的全面性、概念发展的动态性,检索时间为 1900—2022 年。完成抓取下载后,引入 jieba 词库进行分词和词频统计操作。

1.2 纳入排除标准

设置纳入和排除标准、清洗文本库,包括:(1)全面性原则,纳入清晰、完整阐述“以人为本”的文本,排除含糊、简略、笼统的表述;(2)权威性原则,选择公开发表的期刊、会议、书籍以及规范发布的政策、指南等文本,排除非正式的公告、声明、报告等;(3)代表性原则,选取影响力大、引用率高、被学界和决策层普遍认可的文本,排除具有争议、歧义或少见的文本。

1.3 研究方法

采用内容分析法挖掘卫生服务“以人为本”语义要素,借鉴多位学者改良的研究方法与具体步骤^[12-15],并进行优化。最终通过 Rost Content Mining 软件 5.8 版进行文本挖掘,具体步骤为:(1)内容抽样,应用聚类分析分解和提取样本中“以人为本”概念相关的内容;(2)类目制定,确定分析单元的归类标准或分析指标,遵循互斥和穷尽两大原则,保证类目之间的独立性^[16];(3)信度检验,在 154 个样本中系统抽取序号是 5 的倍数的概念,由 3 位编码员分别进行归类统计分析和编码,利用霍尔斯特公式求得相互同意度(式 1、式 2);(4)挖掘“以人为本”释义内容,梳理语义发展脉络,分层建构“以人为本”卫生服务的概念,并进行实践叙事。

$$\text{相互同意度} = \frac{2M}{N1 + N2} \quad \text{式(1)}$$

$$\text{信度} = \frac{n \times K}{1 + (n - 1) \times K} \quad \text{式(2)}$$

式(1)中, M 为三位编码员之间一致同意编码数; N1、N2 为两个不同评判者编码分析的类目数; 式(2)中, n 为编码人员数, K 是平均相互同意度。

2 研究结果

2.1 语义分析文本库构成

Python 搜索及人工补充搜索共获得文本资料

3 269 份, 经过人工清洗去重, 最终获得文本 154 篇, 其中英文学术文献 24 篇、英文政策文件 38 份、中文学术文献 63 篇、中文政策文件 29 份。

2.2 核心词提取与语义解构

经关键字提取和归纳, 共识别出 67 个类目, 覆盖 5 个层次的人本卫生服务内涵。其中人本需求包括需方主体和需求特征两个子范畴, 人本服务包括服务提供和服务特征两个子范畴, 人本治理包括治理主体和价值共创两个子范畴(表 1)。

表 1 卫生服务“以人为本”概念类目系统

维度	整合层次	类目(频次、频率)
核心目标	规范整合	健康(74, 48%)、以人为中心(37, 24%)、以患者为中心(21, 14%)、健康公平(20, 13%)、人的全面发展(10, 6%)、全民健康(8, 5%)、可持续发展(6, 4%)、健康保障(4, 3%)
人本需求	需方主体	患者(93, 60%)、社区(45, 29%)、家庭(36, 23%)
	需求特质	人的需求/需要(29, 19%)、尊重(24, 16%)、赋能(17, 11%)、理解(13, 8%)、价值观(14, 9%)、人的属性(10, 6%)、沟通(5, 3%)
人本服务	服务提供	组织整合、服务整合、专业整合、功能整合、规范整合 疾病治疗(25, 16%)、健康促进(19, 12%)、公共卫生(17, 11%)、疾病预防(17, 11%)、卫生保健(15, 10%)、基本医疗卫生服务(15, 10%)、护理服务(14, 9%)、基层医疗卫生(10, 6%)、初级卫生保健(7, 5%)、健康服务(6, 4%)、康复(6, 4%)、临终关怀(3, 2%)、以人为中心的诊断(2, 1%)、基层签约服务(2, 1%)、健康管理服务(2, 1%)
	服务特质	人文关怀(27, 18%)、服务质量(14, 9%)、整合服务(7, 5%)、综合性(4, 3%)、可及性(3, 2%)、协调性(3, 2%)、公益性(3, 2%)、连续性(2, 1%)
人本治理	治理主体	组织整合、专业整合、规范整合 医疗卫生人员(54, 35%)、医疗卫生服务机构(53, 34%)、社区(45, 29%)、家庭(36, 23%)、医学教育者(22, 14%)、公共卫生人员(14, 9%)
	价值共创	合作伙伴(19, 12%)、共同参与(11, 7%)、共同决策(8, 5%)、医患关系(4, 3%)、医院文化(3, 2%)、跨专业协作(3, 2%)、人性化管理(3, 2%)、信息化管理(2, 1%)、医疗卫生技术(2, 1%)、患者信任(2, 1%)、技术能力(2, 1%)、薪酬(3, 2%)
健康保障	制度整合	卫生专业教育(22, 14%)、医疗卫生服务体系(18, 12%)、卫生服务系统(7, 5%)、医疗保障体系(6, 4%)、基本医疗卫生制度(4, 3%)、医疗卫生资源(3, 2%)、医药卫生体制(4, 3%)、卫生保健系统(2, 1%)、公共卫生系统(1, 1%)、药品供应保障体系(1, 1%)

注: 表中括号内第一个数字代表类目出现的频次数, 第二个数字代表频率。频率 = 关键词的频次数 / 154 × 100% (154 为纳入的文本数)。

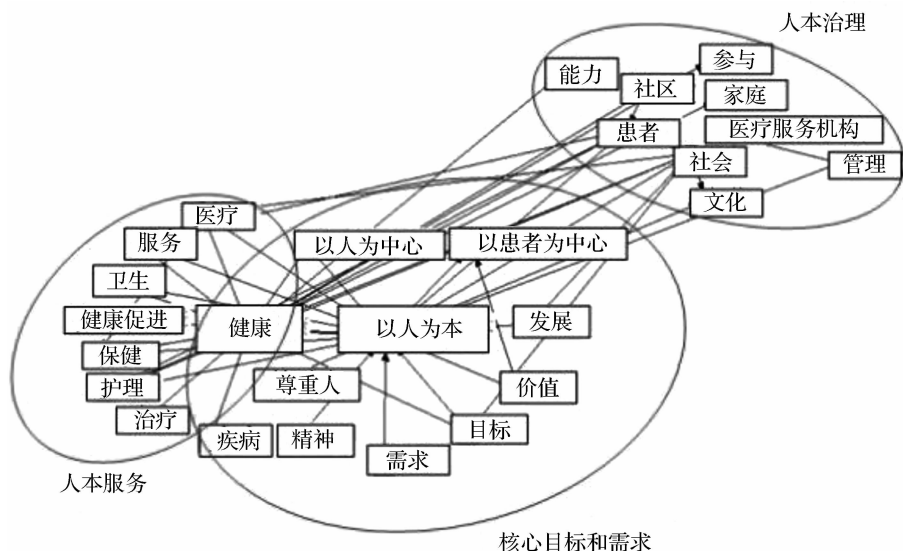
语义网络图进一步反映类目之间的逻辑关系: 第一核心, “以人为本”处于所有类目中心位置, 紧密连接的词汇来自核心目标和人本需求两个维度。其中, “以患者为中心”“价值”“发展”“目标”等表征了“以人为本”的目标, 而“健康”“精神”“需求”等词表征了服务需求。第二中心, “健康”处于类目中心, 紧密连接的词汇来自服务提供维度, 其通过“健康”与第一核心发生联结, “治疗”“护理”“预防”“健康促进”等词表征了人本服务的特质。第三核心, 治理维度的多个词汇聚集, “患者”“家庭”“社区”“医疗卫生服务机构”等表征多元主体之间的价值共创。此外, “能力”“文化”“管理”等与第

三核心联系密切, 提示了健康保障的重要支撑作用(图 1)。

2.3 概念演进分析

捕捉卫生服务“以人为本”概念演进的关键节点, 基于文本库中的 154 条文本, 补充 13 条“以人为本”哲学思想文本, 梳理出起源期、形成期、发展期和成熟期四个概念发展阶段(表 2)。

起源期(传统医学时期): 经过了东方传统医学思想^[17-18]、古希腊自然哲学思想^[19]、思想启蒙运动、马克思人本哲学思想等阶段的发展, 尊重人的价值等“以人为本”理念成为医学职业精神的内核。



注:线条表示词与词之间的逻辑联系,疏密程度表示词之间共现频率的高低。

图1 卫生服务“以人为本”语义网络分析

表2 “以人为本”概念发展历史阶段

发展阶段	卫生服务时代特征	“以人为本”概念的特征	英文文本数量(篇)	中文文本数量(篇)
起源期(传统医学时期)	传统医学向生物医学模式转变。	“以人为本”成为医学职业精神:肯定人的尊严、价值、自由和主观能动性。	7	6
形成期(20世纪50年代—20世纪80年代)	生物医学模式下,人的价值被物化,卫生服务商品化、碎片化。	“以患者为中心”为代表的人本理念:突出人性化照护关怀的理念,回归人的价值尊重。	11	2
发展期(20世纪80年代—2008年)	慢性疾病负担、贫困人口压力、公共卫生危机等综合性需求要求满足,生物—心理—社会医学模式受到重视。	整合理念被引入:需求拓展到医学的价值追求;服务拓展到心理、生理、社会要素干预;治理主体拓展至患者、家庭、社区。	16	14
成熟期(2008年至今)	工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化要求卫生服务进一步整合升级。	整合卫生服务的完善:满足供需双方多层次需求;服务要素的连续性、协调性和综合性;治理主体赋权和社会共治;健康保障体系支撑。	35	76

形成期(20世纪50年代—20世纪80年代):以“疾病为中心”的生物医学模式的弊端显现,卫生服务商品化、碎片化严重,人的整体性、主体性和价值性被瓦解。Balint提出的“以患者为中心”的人本医学策略逐渐扭转了医学异化的趋势,而 Watson、Wilkey 等学者提出的人性化照护措施促进了“以人为本”理念在临床的实践。^[20]

发展期(20世纪80年代—2008年):生物—心理—社会医学模式推动了医学界对“以人为本”的进一步反思,“以患者为中心”的医学策略向“以人为中心”拓展,整合发展的人本卫生服务进入了公众视野。其一,服务需求不再局限于机体康健,而拓展到对医学高价值的期待,如 Levinson、Kirmayer 等学者、WHO 等强调了患者价值对认同、环境改善、情感表达等的需求。^[21-23]其二,服务范围拓展至生理、心理、

社会等多种决定因素的干预,如 Watson 等学者^[24]均倡导将临床、护理、预防和健康促进等服务相结合。其三,治理主体拓展至患者、家庭、社区等多元参与者,如 Wilson、Rogers 等学者、美国精神卫生协会等组织均强调发挥患者和社区的权力价值。^[25,26]

成熟期(2008年至今):2008年,第一届“以人为本”全球会议召开(后称日内瓦会议),以整合为路径的人本卫生服务理念在多个国家和地区得到认可和推广。^[19]其一,更多利益相关者的福祉得到关注,如第十三届日内瓦会议倡议关注新冠流行中医疗卫生人员、社区工作人员等的心理健康、安全归属和职业认同。其二,服务要素进一步整合,强调卫生服务可及性、连续性、协调性和综合性的提升,如第五届日内瓦会议探讨了癌症患者的全周期照护的可及性和协调性。其三,多元治理主体赋权增能,促进全社会

广泛参与形成共治格局,如拉丁美洲国家医学协会强调了医学教师对人本卫生服务的长期影响。其四,广泛的健康保障得到重视,包括医学教育体系、医疗保障制度、药品生产供应体系等成为人本卫生服务的支撑要素。

2.4 卫生服务“以人为本”的语义建构

2.4.1 “以人为本”语义建构框架

围绕“健康中国战略”对“以人为本”精神的立体呈现,从“以人为本”的核心目的、核心需求、服务特征、健康治理和健康保障五个层次进行语义建构。整合成为新时代人本卫生服务的特征,因此,按照世界卫生组织提出的整合模型框架^[27],从以下视角进行表征。(1)宏观制度整合维度:侧重于增强制度间的有机联系,增进医疗卫生与其他健康保障体系间的协调,主要体现在人本服务和健康保障层面(表1)。(2)中观组织整合维度:侧重于协作平台的构筑,通过组织同构和管理趋同促进医疗、公共卫生、社区等子系统的资源共享、信息互联,主要体现在人本服务和人本治理层面。(3)中观专业整合维度:侧重跨专业合作的开展,促进卫生人员与患者、居民、家属、社区等多元主体互动协作,主要体现在人本服务和人本治理层面。(4)微观服务整合维度:强调以生理—心理—社会医学模式为指导,为服务对象提供全方位服务,主要体现在人本服务层面。(5)支撑要素功能整合维度:通过非专业技术性的功能支撑卫生体系的运作,包括筹资、设备、管理、信息等整合,主要体现在健康保障层面。(6)支撑要素维度的规范整合:围绕“以人为本”的思想构建文化愿景、价值观、服务理念、医学人文精神、目标战略等,体现在核心目标、人本需求、人本服务和人本治理层面。

2.4.2 整合视域下卫生服务“以人为本”的语义建构

围绕“健康中国战略”的时代发展背景,以整合为特征建构卫生服务“以人为本”语义如下(图2):

核心目标:回应新时代人们对卫生服务的全面期待,一切围绕人、为了人、依靠人,促进健康的全面性、公平性和可持续性。

人本需求:人的需求居于卫生服务的核心,全民都是卫生服务的对象,其分类分层的卫生服务期待均应该得到重视,包括关注、尊重、满足和赋能四个层次,即:关注人的自然、精神、社会属性;尊重服务对象的尊严、隐私和自由选择;满足人的

生理、心理、社会需求;赋能健康治理主观能动性价值。^[28]

人本服务:促进疾病诊疗向高价值的全人群健康整合干预前移,促进服务的可及性、连续性、协调性和综合性。保障卫生服务公益性,给予人的健康权以基本保障,逐步缩小城乡、地区、人群间差异性,促进人人享有基本医疗卫生保健。^[29-30]可及性要求关注全民获取服务的能力及其影响因素,包括地理、文化、时间、经济、服务方式等,赋予服务对象获取和选择卫生服务的机会。连续性要求实现服务的全程性和无缝连接,促进服务对象体验到的服务连贯程度,包括人际、机构、信息、管理等方面。协调性要求各类卫生服务要素和资源的协调,包括医疗卫生机构、医疗卫生人员、卫生资源、卫生信息等之间的配合、连贯。综合性要求卫生服务关注疾病的发展、转归全过程,融疾病诊疗、预防、康复、社区照护、临终关怀、心理咨询等服务为一体,满足患者、家庭、社区等多元主体的多样需求。

人本治理:尊重、赋能和激励多个利益相关者,促进价值共创,重视多元主体的治理。其一,促进服务提供者的自主治理,尊重医疗卫生机构发展的需求,激励其开展人本卫生服务管理,包括人才梯队的培育、特色专科的建设与人文环境的建设等。^[31]尊重医务人员的个体需求,激励其提供人本卫生服务。其二,促进服务使用者的主动参与,发挥患者、居民和家庭在自我监督、自我管理、自我保健中的作用^[32],通过促进健康信息共享、建立平等参与渠道等方式进行赋权。其三,促进社会共同治理,激励志愿者、医学教育者、社会力量等主体共同参与健康治理,明确多元主体责任并构建协同治理网络,优化共同参与和平等对话机制,发挥好政府的外部监督者职能。^[33]

健康保障:政府应主导“以人为本”卫生体系治理战略方向,提供人本卫生服务的体系保障。其一,通过法律法规、政策指南等建立人本卫生服务的战略指引^[34],通过医学教育塑造人文医学职业精神,通过服务环境塑造人性化服务文化。其二,促进医疗卫生服务体系、药品流通体系、医疗保障体系的整合,完善健康信息化服务体系建设、科技创新的规范体系建设等全面保障。

综上所述,整合视域下“以人为本”的卫生服务的语义可概括为:卫生服务应当以人为中心,促进健康的全面性、公平性和可持续性。多元服务利用者

包括患者、社区居民和家庭等的全面需求和期待均应该得到关注、尊重、满足和赋能。促进人性化的全人群、全周期卫生服务提供,实现高价值卫生服务,促进健康干预前移,促进服务的公益性、可及性、连

续性、协调性和综合性。尊重多元利益相关者的需求,建立协作伙伴关系,激发内在驱动力,实现价值共创。明确“以人为本”卫生体系治理的战略方向,通过跨系统的协调整合实现对健康的全面保障。

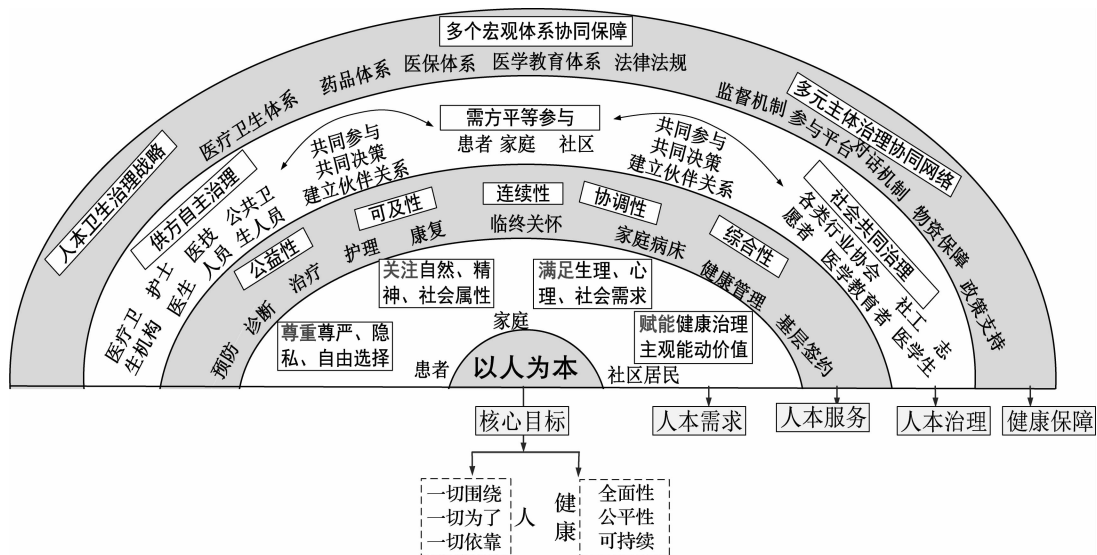


图2 卫生服务“以人为本”逻辑关系图

3 “以人为本”对卫生服务的实践指引和政策建议

以整合为特征的“以人为本”精神对卫生服务的实践具有重要的指引作用,建议从以下方面进行政策的优化和实践探索。

3.1 识别和关注全人群、全生命周期健康需求

全人群和全生命周期是全民健康的两个着力点,分类分层识别患者需求是人本卫生服务的起点^[35],关注家庭和社区的需求是人本卫生服务的延伸^[4,28]。其一,关注居民的群体规划性需求,要捕捉疾病谱、技术发展和群体价值的变化,科学地评估和预测城镇化、老龄化等带来的健康需求的变化,要求重视服务反应性方面的功能、情感和社会综合价值满足。其二,满足居民的差异化需求,要求精准捕捉个性化的表达性和感受性需要^[36-37],然而,密切连接个体、实现有效沟通协作的实践工具极为缺乏,人文医学可能提供了机遇,叙事医学技能通过倾听、再现、归属等搭建起医患共情的桥梁,平行病历通过记录非技术性病理特征捕捉心理、社会需求。^[38-39]其三,关注家庭和社区的需求,关注照护者及家庭成员的身心健康和社会功能的完整^[40],如开展照护者和家庭成员的评估,安排喘息式照护为照护者减负^[41]、提供心理辅导以促进家庭心理创伤疗愈^[42]。

3.2 提供多维度整合的高价值医疗卫生服务

优质高效的人本卫生服务是满足人民健康需求的重要载体。其一,促进价值医疗的实现,建议对卫生服务进行标杆分析,建立以价值为导向的工作当量标准化路径,对成本控制、治疗效果、反应性需求进行精准测量。^[43]如利用疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)、按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)对病种成本单价、病种成本结构精细化管理。^[44]其二,促进医防融合服务,破除重医轻防,促进健康干预前移,探索组织同构管理趋同、利益共享、责任共担等有效机制,如依托医联体建设、医院与公共卫生机构合并、专病防治联盟等开展肿瘤、传染病、慢性病医防融合卫生服务。^[45]其三,推进卫生服务的可及性、连续性、综合性和协调性,评估、总结、推广创新卫生项目,如开展远程医疗、云药房等促进服务可及性^[46],医院延伸服务促进出院后的治疗连续性^[47],MDT服务、慢病联合门诊等提升服务综合性^[48],医联体社群机制促进服务协作性等。

3.3 激励卫生服务提供方的健康治理

尊重卫生服务提供者的需求是保障卫生服务有温度、可持续发展的动力来源。^[1]其一,关注医疗卫生机构发展的多元需求,探索可持续的补偿激励机制

和机构间协作模式,克服行政命令约束下的动力不足,如关注卫生资源下沉带来的医院利益受损和人员调配困难,防止医院变相对基层的利益虹吸。激励其开展人本卫生服务的管理,如通过人文景观、“急诊医疗街”等建设优化诊区设施布局^[49],建立和谐的组织文化以促进医患和医际关系的成长^[50]。其二,关注医疗卫生人员的福祉,既要关注常规职业因素如工作环境、职业发展等带来的影响^[51-52],也要关注新医改带来的新型职业压力,包括考核机制变革、收入结构调整、工作体量增加、团队协作的人际压力^[53]等。有针对性的干预措施尚需探索如:设计激励相容的薪酬机制^[54]、开展医学职业精神教育^[55]、促进团队归属和凝聚、减少低价值任务、增加管理赋权、平衡工作一家庭关系等。

3.4 促进需方共同参与、发挥自我健康管理作用

需方的充分赋权和能动激励是实现人民共建共享健康的重要抓手。其一,落实个人健康责任实现自我健康治理价值^[56],促进个体在慢病防治、老年人群保健、传染病防控等健康生活方式干预中的共同参与。如通过重塑正确衰老观、疾病观,促进老年人在疾病预防、健康饮食、规律运动之中发挥自我价值。^[57]其二,重视家庭和社区在卫生服务中的能动作用,尤其是在供需联动的院外卫生服务延展中体现家庭的期待、价值和能力。目前已经开展的实践在洞察和识别健康需求、促进机体恢复、提高社会再适应能力中已发挥了重要作用,例如:以家庭为基础的ICU后综合症患者跨专业康复干预^[58]、外科康复联合家庭护理干预^[59]、以家庭为中心的特需儿童康复服务^[60]、老年照护社区平台服务^[61]等。

3.5 激励社会力量在人本卫生服务中的治理作用

发动社会力量的积极性和创造性,形成多层次、多元化的社会共治格局。其一,激励社会力量成为人本卫生服务的参与主体,鼓励其积极参与公立卫生机构无法良好覆盖的服务如家庭病床、安宁疗护等,探索产业间的协作模式实现经济可持续运行如医养结合、殡葬产业联动等。其二,探索社会力量参与的卫生服务质量提升路径,推动各类卫生服务质量、价值的循证论证和监督,促进各类自治委员会、行业协会等发挥在行业共识和标准形成中的作用。^[62]其三,发挥政府元治理职能,针对社会组织之间存在的利益分歧、职能交叉、沟通障碍等问题,推动建立多元对话机制,推动大数据、人工智能等技术提升社

会治理的效能。如探索第三方人民调解与医疗责任保险相结合的医疗风险社会化分担机制,推动多方协作治理,保障患者和服务提供方的共同利益。^[63]

3.6 全面建立多维度的人本卫生服务保障

制度的完善和成熟将为人本卫生服务的可持续发展构建强大保障,包括医保和药品体系的完善、健康人力资源建设、医学新技术的发展等。其一,推动以健康为导向的医保体系改革,将割裂的财政资金配置转变为整合统筹的资金安排,促进经费补偿向预防和公共卫生服务倾斜,推动经济杠杆向健康干预前移和整合卫生服务倾斜。^[64]其二,创新人才培养体系、优化人才结构,加强人文素养教育和整合卫生服务能力培育。医防复合型人才的培养是实现以治病为中心向以健康为中心转变的关键因素之一,因此,需要进一步培育现代医院管理师^[65]、心理治疗师^[66]和医务社会工作者^[67]等以提供全面、专业的智力支持。其三,促进医学科技进步,推动科技伦理治理。近年来,我国密集出台了科技伦理治理的法律法规^[68],但治理的落实存在难度。建议进行反思性伦理元治理^[69],建立伦理反思程序赋予医学新技术被探索、讨论、反思的自由,促进医务人员、科研机构等多元主体协同参与伦理审查制度建设、伦理教育科普等工作,推动医学科技向“以人文本”的人类健康福祉方向发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 孟庆跃. 建设以人为本的卫生服务体系[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(10): 1-4.
- [2] 代涛. “以人为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 2-10.
- [3] World Health Organization. People-centred health care: a policy framework[R]. World Health Organization, Regional Office: the Western Pacific, 2007.
- [4] 世界银行集团, 世界卫生组织, 财政部, 等. 深化中国医药卫生体制改革: 建设基于价值的优质服务提供体系政策总论[R]. 北京, 2016.
- [5] International College of Person-centered Medicine. Geneva declaration on person-centered care for chronic diseases [R]. Geneva, 2012.
- [6] International College of Person-centered Medicine. 2013 Geneva declaration on person-centered health research [R]. Geneva, 2013.
- [7] International College of Person-centered Medicine. 2014 Ge-

- neva declaration on person- and people-centered integrated health care for all[R]. Geneva, 2014.
- [8] International College of Person-centered Medicine. 2015 Geneva declaration on person-centered primary health care [R]. Geneva, 2015.
- [9] International College of Person-centered Medicine. 2016 Geneva declaration on person centered integrated care through the life course[R]. Geneva, 2016.
- [10] International College of Person-centered Medicine. Ten years promoting healthy lives and well-being for all[R]. Geneva, 2017.
- [11] International College of Person-centered Medicine, 2018 Geneva declaration on person centered women's health 40 years after Alma-Ata[R]. Geneva, 2018.
- [12] Berelson B. Content analysis in communication research [J]. American political science association, 1952, 46 (3): 869-873.
- [13] 刘伟. 内容分析法在公共管理学研究中的应用[J]. 中国行政管理, 2014 (6): 93-98.
- [14] 卢小丽, 武春友, Holly Donohoe. 基于内容分析法的生态旅游内涵辨析[J]. 生态学报, 2006(4): 1213-1220.
- [15] 李兴旺, 武斯琴. 中国企业商业模式创新特征——基于内容分析法的研究[J]. 经济与管理研究, 2015, 36 (11): 123-130.
- [16] 汪会玲, 吴梦颖. 基于社会网络分析的我国家庭旅馆评价模型构建[J]. 管理学报, 2015, 12(3): 433-438.
- [17] 倪征. “医乃仁术”的内涵及其现代价值[J]. 医学与社会, 2000(2): 53-54.
- [18] 赵明山. 《内经》治病 以人为本[J]. 中医药学刊, 2002 (4): 14-15.
- [19] Mezzich J, Snaedal, J, Weel C V, et al. Toward person-centered medicine: from disease to patient to person[J]. Mount Sinai Journal of Medicine New York, 2010, 77(3): 304-306.
- [20] Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring [M]. Boston; Little Brown and Company, 1979.
- [21] Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings[J]. JAMA, 2000, 284(8): 1021-1027.
- [22] Kirmayer L J. Psychotherapy and the cultural concept of the person[J]. Transcultural Psychiatry, 2007, 44 (2): 232-257.
- [23] Europe W. The European definition of general practice / family medicine[R]. Barcelona, Spain; WHO Europe Office, 2002.
- [24] Watson J. Love and Caring: Ethics of Face and Hand; An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity[J]. Nursing Administration Quarterly, 2003, 27(3): 197-202.
- [25] Wilson P M, Kendall S, Brooks F. Nurses' responses to expert patients: The rhetoric and reality of self-management in long-term conditions: A grounded theory study[J]. International Journal of Nursing Studies, 2006, 43(7): 803-818.
- [26] 卡尔罗杰斯. 成为一个人: 一个治疗者对心理治疗的观点 [M]. 宋文里, 译. 台北: 桂冠图书股份有限公司, 1996.
- [27] Valentijn P P, Schepman S M, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care[J]. International Journal of Integrated Care, 2013, 13:1568-4156.
- [28] McCarthy V, Freeman L H. A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing [J]. Journal of Theory Construction & Testing, 2008, 12(2): 68-74.
- [29] 张拓红, 陈育德. 基本卫生保健在医学整合中的地位和作用[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2009, 30 (4): 10-12, 15.
- [30] Vargas I, Barrosa X, Fernández M J, et al. Redesign in the approach of people with multimorbidity chronic: from fragmentation to comprehensive care people-centered [J]. Revista Medica Clinica Las Condes 2021, 32 (4): 400-413.
- [31] 王丽军, 王璐, 冯维恒, 等. 三级医院视角下建立健全现代医院管理制度问题研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 1-4.
- [32] 谢葵芳, 汪雨晴, 臧小英. 健康素养对高血压患者自我管理行为的影响研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23 (3): 327-332.
- [33] 刘剑, 成煜涛, 张漫宇, 等. 长期照护机构建设策略与医养结合服务探讨[J]. 老龄科学研究, 2020, 8(2): 71-79.
- [34] Liu Z, Buijsen M. Legal reflections on the evolving role of general practitioners in China's primary care: an assessment of regulatory strategies. [J]. Cambridge University Press, 2019, 20(e9): 1-8.
- [35] Wee S L, Vrijhoef H J M. A conceptual framework for evaluating the conceptualization, implementation and performance of transitional care programmes[J]. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2015, 21(2): 221-228.
- [36] Stephens K A, Constance V E, Brenda M, et al. Defining and measuring core processes and structures in integrated behavioral health in primary care: a cross-model framework [J]. Translational Behavioral Medicine, 2020 (3): 527-538.
- [37] Greene S M, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center[J]. Permanente Journal, 2012, 16(3): 49-53.
- [38] 朱利明. 叙事医学助力医患共同决策[J]. 医学与哲学, 2020, 41(2): 7-10.

- [39] Kupeli N, Chatzitheodorou G, Troop N A, et al. Expressive writing as a therapeutic intervention for people with advanced disease; a systematic review [J]. *BMC Palliative Care*, 2019, 18(1): 65-76.
- [40] Gloria P, Jennifer B, Preet G. From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings; A Critical Interpretive Synthesis [J]. *Journal of Family Nursing*, 2018, 24(1): 60-85.
- [41] 郭丽君, 鲍勇, 黄春玉, 等. “医养结合”养老模式的国际成功制度与政策分析 [J]. *中国老年学杂志*, 2019, 39(4): 975-981.
- [42] 吴雪婷, 赵明利. 家庭参与老年人机构养老的干预研究进展 [J]. *护理学杂志*, 2022, 37(1): 110-112.
- [43] Cho H J, Smith D, Hart A, et al. Choosing Wisely in Adult Hospital Medicine; Co-creation of New Recommendations for Improved Healthcare Value by Clinicians and Patient Advocates [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 2022; 1-8.
- [44] 徐雨虹, 吴建, 王艳清, 等. DIP 付费模式下医院成本管理数字一体化平台建设研究 [J]. *中国卫生经济*, 2022, 41(8): 89-92.
- [45] 马剑平, 彭晓琳, 李改瑞, 等. 依托公共卫生机构—社区—医院三级防控网络的结直肠癌防控模式 [J]. *公共卫生与预防医学*, 2020, 31(3): 122-125.
- [46] 郑汇娴, 熊巨洋. 疫情防控常态化下公立医院线上诊疗服务流程? 问题及应对策略 [J]. *中国社会医学杂志*, 2021, 38(4): 371-374.
- [47] 蒋未娜, 邱智渊, 王佳飞, 等. 医院“互联网+医疗”服务现状及 5G 时代医院信息化发展战略研究 [J]. *中国医药导报*, 2020, 17(10): 169-172, 176.
- [48] Puchner B, Sahanic S, Kirchmair R, et al. Beneficial effects of multi-disciplinary rehabilitation in post-acute COVID-19: an observational cohort study [J]. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2021, 57(2): 189-198.
- [49] 朱芷韵, 沈佳俊, 尹潇潇, 等. 基于南京地域文化特色的医院康养景观研究——以南京鼓楼医院为例 [J]. *艺术科技*, 2022, 35(5): 28-30.
- [50] 董洁, 吴英锋, 全俊亚, 等. 传统文化影响下医院“以人为本”文化建设探索与实践 [J]. *中国医院*, 2022, 26(6): 71-73.
- [51] 孙中伟, 周海燕. 工作条件、家庭支持与职业发展: 中国社会工作者离职意愿的多因素分析 [J]. *社会工作与管理*, 2019, 19(4): 29-36.
- [52] 薄云鹊, 崔积钰, 韩优莉. 纵向医联体建设背景下基层医务人员职业倦怠现状及影响因素分析 [J]. *中国医院*, 2019(3): 41-43.
- [53] 席艳君, 黎燕, 王碧侠, 等. 区域医联体模式下护士实施医院——社区一体化延续护理的促进因素 [J]. *当代护士: 中旬刊*, 2020, 27(12): 160-164.
- [54] Calciolari S, L González Ortiz, Goodwin N, et al. Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework [J]. *Journal of Interprofessional Care*, 2021, (1): 1-9.
- [55] Socal M P. Patient Narratives: a Tool for People-Centered Health Systems Education [J]. *Medical Science Educator*, 2020, 30(4): 1437-1443.
- [56] 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-07-25]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm
- [57] 刘远立. 树立积极老龄观 促进健康老龄化 [J]. *行政管理改革*, 2022(4): 15-20.
- [58] Davidson J E, Aslakson R A, Long A C, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU [J]. *Critical Care Medicine*, 2017, 45(1): 103-128.
- [59] 尚静, 李艳华. 加速康复外科护理联合延续性护理对胃癌根治术患者人格特征及康复效果的影响 [J]. *贵州医药*, 2022, 46(3): 486-488.
- [60] 唐久来, 方玲玲, 王怡珍, 等. 智力发育障碍早期干预进展 [J]. *中国康复理论与实践*, 2020, 26(8): 881-884.
- [61] 唐钧. 老年照护社区平台: 认识误区与发展思路 [J]. *新视野*, 2022(3): 116-122.
- [62] 王晨虹, 孙立宏, 刘炳光. 引入人本管理 探索医德医风建设新途径 [J]. *现代医院*, 2005(3): 103-105.
- [63] 苑玉真, 冯自平. 传承弘扬“枫桥经验”创新社会治理机制——新时期河北唐山医疗纠纷调解工作实践与探索 [J]. *社会治理*, 2020(5): 87-94.
- [64] 李显荣, 车悦. 成都市青白江区以公卫服务为突破口落实医防融合 [J]. *中国卫生*, 2021(1): 96.
- [65] 刘庭芳. 公立医院管理滞后之成因与多维根本变革战略之构想 [J]. *中国医院*, 2006, 10(1): 27-31.
- [66] 汤芳, 蔡飞跃, 刘瑞红, 等. 全科医生——心理治疗师联合团队模式探讨: 以躯体不适为主诉的心理障碍案例报道 [J]. *中国全科医学*, 2021, 24(13): 1711-1716.
- [67] Mannsker K R, Vgan A, Geirdal A S, et al. Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative? [J]. *The British Journal of Social Work*, 2022, 52(5): 2595-2612.
- [68] 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于加强科技伦理治理的意见》[EB/OL]. (2022-3-20) [2022-7-25]. http://www.gov.cn/zhengce/2022-03/20/content_5680105.htm
- [69] 姜慧, 张皓, 朱旭迪, 等. 共同富裕示范区科创高地建设科技伦理反思性高阶“元治理”路径 [J]. *科技管理研究*, 2022, 42(10): 211-219.

[收稿日期:2022-08-13 修回日期:2022-12-14]

(编辑 刘博)