系列文章第三篇：国际/地区案例分享

我们在第一篇文章（放链接）介绍了慢病防控里供给端的主要瓶颈，以及相应的社会部门主要角色（如图1）：支持乡镇卫生院落实基本公卫服务，并撬动社区资源促进社区参与，帮助村民养成主动健康的观念。

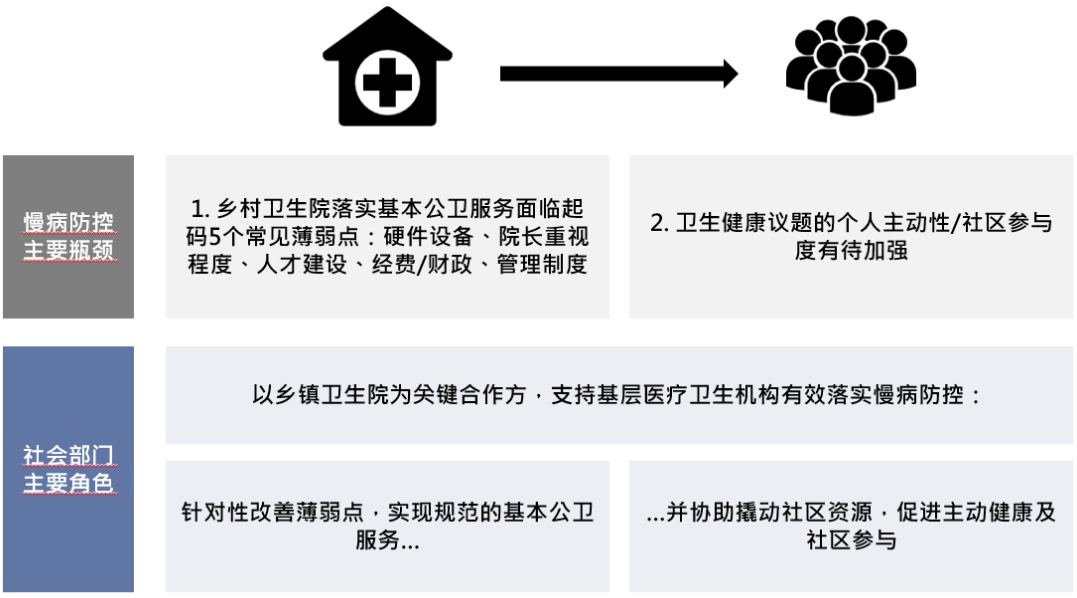

图 1 社会部门支持基层机构落实慢病防控的主要角色

第二篇文章（放链接）我们介绍了沿着这角色落地实践的两个国内案例，分享经验，以及提出了基于这两个案例的反思。 来到系列文的第三，亦是最后一篇，我们希望分享两个国际及地区的案例，Muso 基层人员督导模式以及赛马会乐龄同行计划，分别对应两个未来需要进一步思考的方向：乡镇卫生院管理制度的薄弱点，以及在心理健康议题的社区参与模式。

这两个国际/地区的案例虽然难以直接复制应用到内地的农村地区，但我们认为其中有值得借鉴的元素，期待这些元素能丰富大家的想象。因此，我们在介绍项目及总结经验的基础上，也会提出一些应用考虑方向，作抛砖引玉之用。

借鉴 Muso 基层人员督导模式[1]，思考乡镇卫生院村医管理制度的改善方向

前面的文章提及到，乡镇卫生院作为县乡村三级医疗卫生服务体系的枢纽，是落实基本公共卫生的责任主体，承担着对村卫生室在“最后一公里”服务递送的管理和指导功能。但是现实中，尤其中西部地区，卫生院落实规范的公卫服务存在薄弱点，而社会部门的角色可以支持他们作出针对性的改善。从议题分析及国内社会部门经验可以看到，基层卫生人员（尤其是村医）的管理是常见的薄弱点之一，且尚没有清晰的解决方案。村医的流动性和老龄化程度高，尽管国家十分重视对村医的教育，也制定了“多劳多得”的绩效考核，但前线人员的能力和动力提升还有很大的空间。

[1] 计划网站 https://www.musohealth.org

对此，我们希望分享的是国际案例——Muso 督导模式。在这个案例中，我们看到在撒哈拉以南的非洲国家，用数字化的工具应对社区卫生员（community health worker）的人才管理，包含以督导和绩效考核等内容来提高社区卫生员的工作效能。回到国内的农村地区，这个模式是否可以给予我们启发去完善针对村医的督导及考核制度？

项目背景简介

Muso 是一家由美国综合医院医生于 2008 年发起的非营利组织，他们最初与西非的马里共和国政府合作，在乡村和城郊地区开展医疗卫生服务递送项目；2019 年更与科特迪瓦国家卫生部启动合作，进一步规模化。目前为止，Muso 已经为近 41 万人次服务，共计培育了 424 名社区卫生员，并展示了项目的有效性（比如五岁以下儿童得到无医疗误差治疗率提高了 33%）。

他们的项目通过社区卫生员（经过培训的非专业人员）落地执行，主要通过入户的形式提供医疗卫生服务。由于项目的服务内容不断扩大，包括孕检等在内的生育健康服务、预防和治疗儿童营养不良、疟疾、腹泻等地区疾病、新冠疫情等，所需要的社区卫生员的数量也不断增多。

面对这样的发展趋势，Muso 观察到社区卫生员的督导和管理难度在同步加大，担心会影响到项目及时预防和诊治效果，最终影响居民健康。因此，为了在规模化的同时，确保社区卫生服务项目的质量和效果，Muso 将视角扩展到“如何支持和管理社区卫生员”上，创造性地搭建了 360°督导模式（以下简称“督导模式”），通过全方位的督导流程及数字化工具进行人才管理。

项目内容及经验提炼：

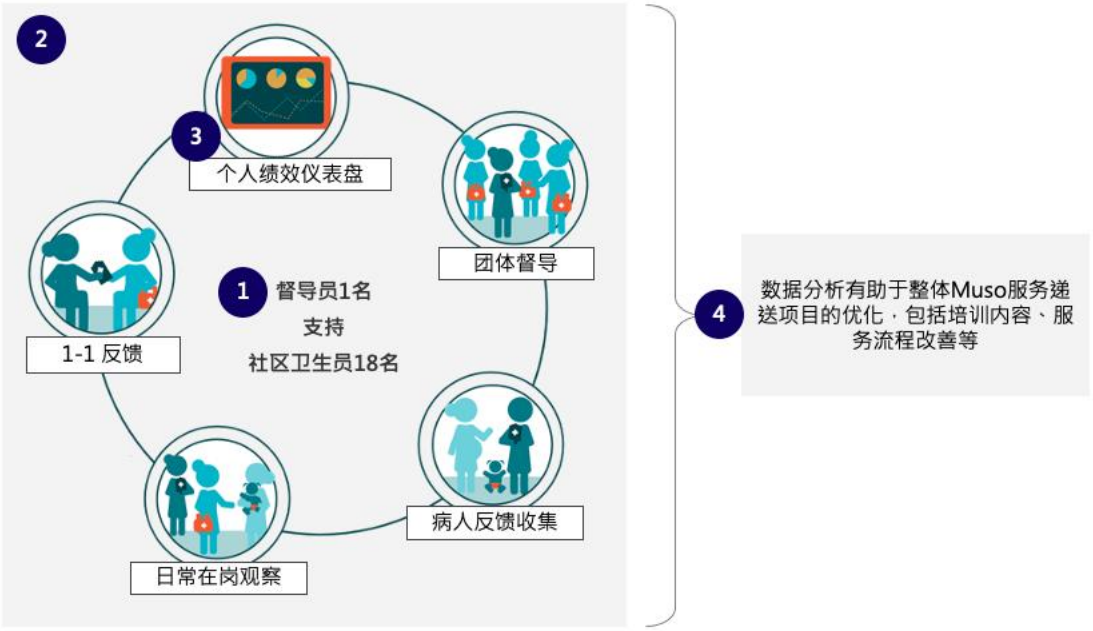

图 2 Muso督导模式

1. 专门招募和培训专业督导，支持及管理社区卫生员。在 Muso 模式中，1 名专业督导会支持 18 名社区卫生员，督导都是由具备专业知识的人员组成，从知识、技能等方面可以及时支持到社区卫生员的工作和专业成长。

2. 设计全面、系统的考核支持流程，能够及时理解一线情况。督导和社区卫生员通过朋辈学习、病人反馈、在岗观察及 1 对 1 辅导等四个关键活动，在系统内完成对社区卫生员的支持以及绩效评估，以达成对社区卫生项目落地情况的及时跟进和管理。

- 个人绩效仪表盘：督导通过仪表盘，清楚了解每位社区卫生员的工作效能，并以此进行督导及给予反馈
- 团体督导：督导员会定期与 18 名社区卫生员开展 2 次小组沟通，目标是讨论社区卫生员面临的共同挑战以及可能的解决方式。通过这样的方式，构建朋辈学习的社群支持体系，促进社区卫生员互相学习，同时也是督导借此机会了解社区卫生员在一线工作的医疗物资需求情况。
- 病人反馈收集：病人对社区卫生员的反馈，用于理解和验证社区卫生员提供的信息，以及对绩效成果进行理解和评估。
- 日常在岗观察：督导每月一次陪同社区卫生员上门筛查，观察、记录以及了解社区卫生员的工作情况，以及加深对一线工作的理解。
- 1-1 反馈：督导会定期与社区卫生员进行 1 对 1 的沟通，回顾和解读个人绩效仪表盘，帮助社区卫生员制定阶段性绩效目标，并帮助他们找到自己工作中的长处和帮助弥补弱项。

3. 仪表盘（如图 3）选用符合当地的考核指标，作为综合评估工具，便于管理及产生激励。以上重要环节都贡献于根据当地居民健康需求的考核指标，并通过个人仪表盘进行展现，共同构成对社区卫生员的 360°绩效评估管理。清晰的设计便于项目管理人员清楚了解个人及团队的绩效达成情况。同时，与做得最好的社区卫生员直观的比较可产生激励效果，鼓励进步。

图 3 Muso督导模式里的个人绩效仪表盘（示例）

4.除了对个人及团队绩效管理上，也通过数据分析协助整体项目优化。Muso 团队通过系统分析，发现多名社区卫生员在某一项不达标，可识别出大多数人面临的共同或潜在问题，从而寻找优化解决方案，比如特定的培训内容、流程改善等。

成效

Muso 团队为此督导模式进行了成效评估，并在 2018 年发布了研究成果通过前后测对比的研究发现，系统落地后社区卫生员的服务有明显提升：

- 78% 数量（每月的到户次数）
- 20% 及时性（每月对 5 岁以下儿童在症状出现 24 小时内得到治疗的比率）
- 33% 质量（对 5 岁以下儿童的治疗规范率（按流程无误差））

此外，研究还通过对照组和干预组的对比发现，有与督导员一起使用个人绩效仪表盘进行督导的社区卫生员，在三项指数的提升都更加明显。 值得一提的是，研究也发现了此模式的改善成效随着时间推移，到实施 3-4 个月后趋于平稳甚至有非常轻微的回落，所以，还需进一步尝试与研究验证保持效果的方式。

基于此项研究，一向与 Muso 团队有合作的马里共和国卫生部在 2019 年决定全面落实督导模式，作为全国卫生健康体系改革的重要支柱之一。

应用于内地农村地区的考虑

对于此模式的落地应用，需要思考相对于西非国家的健康服务体系及情况，内地农村地区的五个主要不同之处：

- **社会组织在服务模式建立中的参与深度。**该以社区卫生员为核心的项目由 Muso 负责设计和实施，Muso 的督导模式属于其与政府合作管理的服务递送项目（社区卫生员是项目的前线执行人员）的其中一部分，适配性高。而村医受乡镇卫生院管理和指导，需要承担国家基本公共卫生服务、基本诊疗等相关工作。因此，即便社会部门与卫健部门合作试点此模式，需思考如何将好的督导和绩效考核方式嵌入到卫健部门对基本公卫服务以及村医已有的指导和考核之中。
- **与当地数据及信息化系统的结合程度。**Muso 的督导模式与信息化系统高度结合，与马里国家卫生部门合作运用。在我国农村地区的实践中，需要充分考虑当地已有的信息化/互联网+建设和推广情况。有信息化技术能力的社会部门或可和省级政府合作，推动搭建全省的公共卫生服务信息化系统。或者考虑在县域层面，小范围内在已有的信息化管理系统基础上，叠加一些功能？
- **基层卫生人员总体不足情况。**国家不断出台各种政策推动基层人才队伍建设，以应对基层卫生人员总体不足的情况，尤其是公共卫生医师和全科医师，但并非短期内可以完全缓解基层卫生人员工作负荷大的问题。因此，在考虑运用

Muso 模式时，需要考虑督导员的招聘或任命，及村医接受督导的时间成本。督导员方面，要倡导额外岗位预算不现实，且本来乡镇卫生院就有督导责任，但是乡镇卫生院也正面临工作量大、人员不足的情况；社会部门或可考虑与当地卫健部门整合资源，培养及补贴更有能力的村医成为督导员。接受督导方面，也可因地制宜地考虑给予启动资金用于补贴等，鼓励村医参与团体督导。在督导方式上，改变过往“以会代训”的方式，从村医面临的实际困难的角度给与支持。

- **基层人员群体不同引致动力来源存在可能差异。**仪表盘呈现个人的业绩以及工作效能对比固然清晰直观，但是村医普遍年纪较大，且人员留存是个问题。 或许我们可以在绩效展示上以正面反馈的方式为主，并配合个人化（而非跟其他人对比）的进步目标。再者，除了仪表盘外，督导员与村医之间的互动和正向沟通可能对激发动力更有效果。
- **主要服务人群以至于督导内容的区别。**Muso 模式中社区卫生员项目的主要服务人群是妇女和儿童，而我们在推动乡村卫生健康时主要人群是中老年人。这个模式在应用时需要额外考虑需求的不一样，应对慢病问题，不同于妇幼的疾病筛查和救治，需要长期的健康生活方式改善，这个差别或许会影响到效果评估及督导内容。同时，需要收集老年人对于服务的反馈可能相对妇女更困难。

借鉴香港赛马会长者心理健康—乐龄同行计划[2]，思考农村地区社区为本的老年人心理健康试点模式

老人心理健康服务需求非常大，如第一篇文章所提到的，农村老人的代际支持的减弱对心理健康造成负面影响，而且心理健康问题和高发的躯体慢性疾病合并症情况多。然而，国家政策聚焦于重度精神类疾病的治疗，即便是在城市地区的全人群而言，现有的心理健康服务无法满足日益增长的需求，社会部门针对老人心理健康的系统性干预尝试更是少之又少。

对此，我们希望分享香港地区的乐龄同行计划。此项目中，我们看到在专业精神服务之外，充分利用社区资源（尤其是朋辈）的心理健康干预模式。虽然目前农村地区若要建立整全的专业精神服务还有些难处，但在服务如此缺乏的情况下，撬动社区资源投入前端的预防性干预和面向较轻度患者的干预，是否值得进行试点做出改变？

项目背景简介

心理健康成为全球共同面临的问题，内地农村老人如是，香港地区的老人亦如是。研究指出，在香港约有百分之十的老年人出现抑郁症状；面对生活压力、身体机能衰退、社交活动减少等问题，老年人会较易受到情绪困扰，影响心理健康，增加患上抑郁症或更严重病症的风险。从服务供给端来看，在香港精神类医疗服务匮乏，心理健康服

[2] 计划网站 https://jcjoyage.hk/

务分散，难以有效满足长者服务需要。

香港赛马会慈善信托基金共投入 3.66 亿港元，在 2016-2019 年间资助香港大学及多家社会组织推行乐龄同行计划试点，成效颇丰，更由 2020 年起（到 2023 年）在全港 18 区推展。

项目内容及经验提炼：

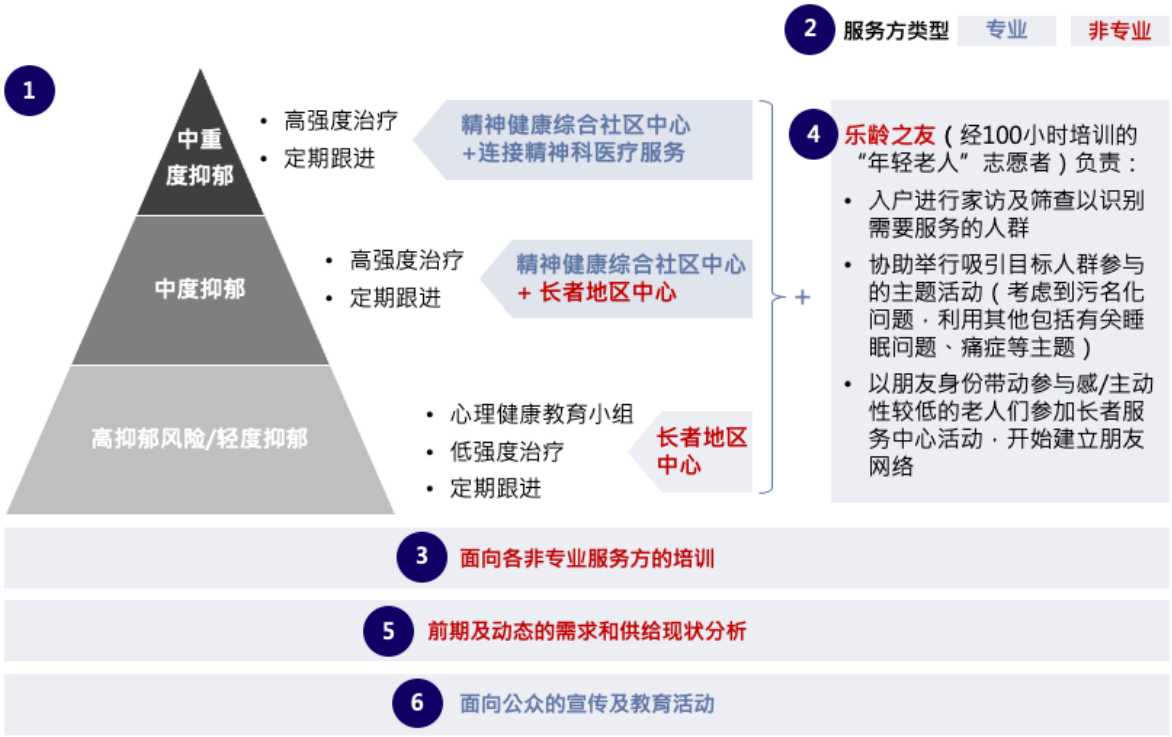

图 4 香港赛马会乐龄同行计划

1. 注重早期发现干预，并按照心理健康程度匹配不同的服务主体和内容。该项目使用经典的抑郁评估量表 PHQ-9 对目标社区的老人进行筛查，并依此进行分类干预。根据服务对象的健康问题的风险/严重程度，精准把握服务需求，制定方案，为有抑郁风险或症状的老年人提供适切的介入服务。比如对于有中度抑郁的老年人，包含了精神健康的专业服务的同时，也配合了地区长者服务中心以及乐龄之友的社区支持。

2. 撬动相关资源，卷入已有的不同服务供给方，并制定合作制度。基于前期对服务供给端专业服务不足和心理健康服务分散的问题，以及项目不同服务对象群体的需求，将多类型的服务供给方融入进来，各司其职发挥所长。长者地区中心的特长是提供交际活动、社会关系建立的机会，精神健康综合社区中则可为较严重抑郁的长者提供专业干预服务；最后，为需要医院精神科治疗的中重度患者，在社区供给方及医疗体系之间优化已有的转诊渠道。

3. 培训非专业人员，提升社区的整体服务供给能力。在专业性服务之外，亦注重社区中非精神健康专业人员的社区支持，包括长者地区中心的社工，以及 “义工”等。培训内容包含知识及实践，以提升人员应对长者情绪问题的知识和技巧，提

高社区整体的照顾能力，增加社区资本。培训课程设计方面，基于不同对象的情况（已有的知识技能、可以投入的时间等）设计制定有系统的培训课程。

4. 针对性发展年轻老人为志愿者发挥朋辈影响，同时作为预防工作。乐龄之友的志愿服务提供：1）入户进行家访及筛查以识别需要服务的人群；2）协助举行吸引目标人群参与的主题活动；3）以朋友身份带动参与感/主动性较低的老人们参加长者服务中心活动，开始建立朋友网络。特别的是项目从早期筛选中了解到哪些是高风险人群，鼓励这些高风险人群成为志愿者，在助人的过程中亦会减少进一步发展的风险。

5. 重视公众教育活动，减轻污名化。公众教育活动（考虑到污名化问题，利用其他包括有关睡眠问题、痛症等主题）帮助社区居民减少对心理/精神类疾病的错误认识，减少误解和歧视，增加对社区资源的了解，从而主动给予长者适当的支持。另一方面，也可以提高长者及其家人对精神健康的正确认识，提高主动求助的意愿。

6. 与香港大学的合作，确保实证为本的动态需求分析、模式优化。在项目开始前，赛马会做了仔细的需求分析和服务供给摸底。项目执行过程中，更通过研究动态了解目标人群的心理状况，比如在新冠疫情后了解事件对老人心理所产生的影响。在项目试点结束后，通过成效评估证明有效性以及进一步优化模式，为规模化做准备。

成效

香港大学基于试点项目的成效评估发现，项目可以有效：

- **改善长者心理健康：**2016 年开始到 2019 年 12 月 31 日，计划已接触并筛查了超过 90,000 名长者，并服务了超过 4,000 长者。其中 3,918 名长者有抑郁风险，1,117 名长者有轻度或以上的抑郁症状。结果显示，受惠老人有明显的抑郁/孤独感/焦虑症状减少，超过 97%参与者的心理健康状况得到改善或保持。
- **减低医疗体系的干预成本：**社会投资报酬率分析的初步结果显示，每 1 港元的投资可以为医疗体系节省近 3 港元。
- **贡献于社区资本建立：**不单提供社工培训，更培训了超过 234 名乐龄之友，有效地建立社区资本。乐龄同行计划总结试点三年的实践经验，制定了“赛马会乐龄同行计划”临床方案和运作指引；并与香港大学科创习新紧密合作，为社工制作了一个在线培训课程，为之后的专业培训打下基础。

应用于内地农村地区的思考

对于此项目点落地应用，相对于香港地区的城市场景，我们认为需要思考内地农村地区的五个主要不同之处：

- **精神科或专业服务的资源及体系相对匮乏。**香港的 24 家精神健康社区综合服务中心覆盖全地区，居民在社区就能享受到相对专业的服务。内地城市乡村都

没有此类服务中心。农村地区和精神健康相关的服务主要有两类：一是政府要求常驻人口超过 30 万的县至少有 1 所县级公立医院设置有病房的精神科，常驻人口 30 万以下的县至少有 1 所县级公立医院设置精神心理门诊[3]；二是在基本公卫服务中，对于重度精神障碍患者进行每季度一次的随访。这样的设置，缺少了对于高风险和轻中症人群的干预和服务，可能未能避免此人群最终转为中重度患者。如果试点类似乐龄同行计划的项目，对于中重度精神障碍患者需要建立转诊机制，或许应该选择在已建设精神专科的县进行试点，并可撬动专科医生资源，对基层人员/社工/志愿者的培训，强化基层服务人员对于精神健康的认知的技能。

- **社区里更多元/复杂的利益相关方**。此模式注重撬动社区资源，发展社区资本。香港在设计服务模式时可以用相对标准化的模式，但内地幅员辽阔，不同的农村社区常驻人口结构、人口密度和分布情况等都一定的差异，更需要从社区本身的需求及资源出发，进行个性化的考虑。

- **社区邻里关系更密切。** 香港是城市地区，人际关系相对疏离；内地农村地区则是“熟人社会”。一方面朋辈交往密切，彼此熟悉，可能可以更好地发挥影响力。另一方面，社区中的关系和矛盾比较复杂，在运用朋辈资源时，需和熟悉村子里的人一起，妥善应对。

- **社区居民心理健康的认识 / 基础素养更低。**香港地区政府一直有做心理健康方面的公众教育，但在大陆，尽管国家越来越重视心理/精神健康，媒体对精神健康的宣传教育逐渐增加，在农村地区心理健康的认识及素养还是比较低，污名化更严重。在项目设计时更需要考虑对于发展志愿者的影响，比如招募志愿者可能更困难，以及培训可能要从更简单的内容开始。

- **心理健康议题研究基础较弱。**在大陆地区，关注农村老人心理健康议题的学者与问题的庞大程度相比而言，数量较少，能够做类似于香港大学的议题研究/成效评估的可选择性更少。整体而言，需要撬动更多的资金加大对学者及评估机构的支持，促进社会组织和学者的合作。

小结

我们介绍了两个国际/地区案例的经验，分别针对乡镇卫生院管理制度，以及在心理健康范畴的社区参与。以及将项目实施地的环境和我国内地农村地区的环境进行横向对比，提出在经验借鉴时需要注意的地方。

其实具体模式以外，这些案例值得我们学习的还有对于成效评估和规模化发展的思考。卫生健康是所有人的基本需求，需要有长远的系统性思路才能促进大规模地有效解决问题。正如上述案例十分重视成效评估和模式验证，以及呈现出规模化发展态势。要找到充分发挥系列文中不断提及的社会部门角色，并取得一定规模的影响力，成效评估和模式验证是必不可少的一环。

[3] 《关于印发加强和完善精神专科医疗服务意见的通知》

总结

这是我们系列文章的最后一篇—国际/地区的经验借鉴。至此，我们已经分享完 “乡村卫生健康联合行动”对于社会部门如何参与乡村卫生健康的阶段性思考。

我们通过对议题的分析聚焦到社会部门可以关注慢病防控，发挥支持乡镇卫生院落实规范的基本公卫服务及撬动社区资源促进群众健康行为改善的角色。这个角色强调在卫健部门主导下，发挥社会部门的资源和专业优势，参与到人民健康的事业中。即便是在促进主动健康和社区参与方面，我们依然认为社区资源需要在乡镇卫生院/村医的主导下开展相应的活动。这样的考虑是因为：第一，基本公卫服务是公共服务产品，是“强政府”的领域；第二，和政府部门合作，规模化推广的可能性大；第三，医疗卫生的专业性强，社会部门并不具备专业知识上的优势，但除了投入资金支持之外，社会部门可以发挥在基层动员和社区参与方面作用。

或许读到这里会发现内容很多，但是下一步却不太明确。我们以下提出几个从现有工作出发的反思问题，希望鼓励各位参与到共同反思中：

1. 已有的工作是否在回应卫生健康问题？目前是否有机会更深入地探索该议题？
2. 是否充分考虑相对于政府体系，社会部门有哪些可发挥的价值？ 相关政府部门和服务体系内的机构遇到的哪些瓶颈是社会部门能够支持突破的？
3. 是否有更多可以撬动的潜在社会资源？比如社工站，志愿者，以及把朋辈或者服务对象自身作为“助人/助己者”来参与？
4. 如果我们作为社会部门一起有更多的合作，能否有发挥更大影响力的空间？ 比如，试点不同模式并建立实证，再互相学习、推动有效模式的落地？ 又或者，一起投入资金支持更多农村地区的社会组织投入到健康议题，快速成长？

借着第四个反思问题来做个总结，我们认为解决像慢病这么庞大的社会问题必须多方合力，我们知道很多关注农村地区慢病问题的社会组织有诸多好的尝试，亦希望趁此机会邀请正在阅读此文的同行伙伴联系我们，一起交流、合作，帮助我们思考得更完善。一起“聚力共创，深耕联合”，建设“健康中国”。

议题扩展

针对中老年人慢病问题而言，本系列文中提倡的社会部门角色是从卫健部门主导的角度分析得出。值得分享的是，过程中，我们也发现，回应农村老人的慢病问题，养老体系的角度亦有很大的潜力。

国家将医养结合列为国家战略，主要目的为优化老年健康和养老服务供给，是积极应对人口老龄化、增强老年人获得感和满意度的重要途径。医养结合可以是“医”中有“养，比如有条件的社区卫生服务机构、乡镇卫生院或社区养老服务机构、特困人员供养服务机构（敬老院）利用现有资源，内部改扩建一批社区（乡镇）医养结合服务设施。也可以是“养”中有“医”，比如推动养老机构改造增加护理型床位和设施等[4]。社会部门在促进主动健康及社区参与角色中，养老场景里也可以有不同的做法或者可以撬动的社区资源。比如养老机构里培养养老护理人员提供助医转诊等服务；社区养

[4]《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，2022 年 7 月

老模式里培养社区志愿者成为助老员，辅助村医开展健康教育等活动；居家养老模式里同样可以培养助老员辅助村医开展健康监测、身心情况评估、陪同就医等助医服务[5]。

社会部门在养老服务中也有很多投入。那么，通过试点医养结合的服务模式贡献于慢病防控，是否为社会部门另一个有潜力的角色呢？目前农村养老照护模式整体发展还不成熟，大多数投入到此议题的社会组织会优先覆盖“养”的服务，还无暇特别顾及到医养的服务衔接点。还有小部分社会组织的医养结合项目也是刚刚开始。虽然还在早期，但深耕农村地区打造居家养老模式的北京益创中心主任陈琼博士也同意，此角色在未来有很大的发挥空间。我们期待看到越来越多的项目和机构往医养结合的方向作出尝试，并在时机成熟的时候可以学习他们的经验。

[5] 益响团队采访养老项目专家总结