

新时代精神卫生服务政策的特征、问题及优化路径^{〔*〕}

——基于政策理念、目标与工具的分析框架

刘子怡

(中国人民大学 纪检监察学院,北京 100872)

〔摘要〕以科学有效的政策体系推动精神卫生服务发展是关系人民健康福祉和社会长远发展的重要课题。从政策理念、目标和工具三个维度来看,新时代精神卫生服务政策呈现出以心理健康为导向、以提高精神卫生服务能力为目标、以使用多样化工具为手段的时代特征,但也存在着新旧政策理念张力制约服务发展、政策目标偏重“量”的扩张、政策工具使用结构失衡等问题。为此,未来政策需要进一步以心理健康为核心理念统筹多元价值取向、以公平和优质为着力点完善政策目标体系、增强政策工具的平衡性与整合作用。

〔关键词〕精神卫生服务;新时代;心理健康;政策理念;政策目标;政策工具

DOI:10.3969/j.issn.1002-1698.2023.09.016

党的二十大报告明确要求“推进健康中国建设”,特别强调要“重视心理健康和精神卫生”。^{〔1〕}精神卫生问题是一个世界性治理难题,也是我国当前重大公共卫生问题和社会问题。随着经济社会的快速发展,在工业化、城镇化、人口结构和生活方式转变等诸多因素作用下,我国精神障碍人群逐渐增加,心理健康问题凸显。2019年我国首次全国性精神障碍流行病学调查结果显示,除老年期痴呆外,我国精神障碍终生患病率和12月患病率分别为16.6%和9.3%,其中焦虑障碍患病率最高。^{〔2〕}截至2021年底,我国登记在册的严重精神障碍患者达660万。^{〔3〕}精神障碍由于具有病程长、复发率高、治疗费用高、易出现危险

行为、易受歧视等特征,给患者、家庭及社会造成沉重负担。^{〔4〕}因此,提升精神卫生服务水平,满足日益增长的精神卫生服务需求已成为关系人民健康福祉和社会长远发展的重要课题。

精神卫生服务水平的提升离不开科学有效的顶层设计和制度安排。中国特色社会主义进入新时代以来,我国精神卫生工作战略地位逐步提高,党和国家颁布实施多项政策,而对其进行把握和分析是推进精神卫生服务高质量发展的内生需求。目前学界已围绕我国精神卫生服务政策形成了较为丰富的研究成果,研究主题可以划分为两个主要方向:第一,从政策内容出发,结合精神卫生服务领域的现实问题分析各时期我

作者简介:刘子怡,法学博士,中国人民大学纪检监察学院师资博士后。

〔*〕本文系国家自然科学基金重大项目“构建人类卫生健康共同体的伦理路径研究”(21&ZD057)的阶段性成果。

国精神卫生政策的背景、措施和效果。^[5]其中不乏聚焦于精神卫生立法、心理健康教育政策等特定对象的专题研究。^[6]第二,从政策过程出发,梳理和阐释我国不同时期精神卫生服务政策的变迁脉络,^[7]以及政策制定形成过程中各类要素的影响。^[8]但总体而言,现有研究还存在有待拓展的空间:其一,现有研究对精神卫生服务政策在新时代历史方位下呈现的特征和变化关注有限。事实上,政策的变迁和运行始终内嵌于社会发展脉络之中。新时代以来,我国卫生健康事业发展理念和卫生政策范式随着社会主要矛盾的变化发生了重大变革。^[9]这一变革无疑也体现于精神卫生服务政策之中,并构成了把握相关政策现实取向与发展方向的重要视角。其二,现有研究较少从政策理念、政策目标、政策工具等多要素维度对精神卫生服务政策进行考察。但精神卫生服务政策是一个复杂的政策体系,构建多维整合的分析框架有助于系统性分析其特征及规律。鉴于此,本文尝试基于政策理念、目标与工具的分析框架描述和分析精神卫生服务政策的时代特征,探寻政策发展过程中存在的问题及优化路径,为我国精神卫生服务政策体系完善提供参考。

一、概念界定与分析框架

(一) 概念界定

对精神卫生服务政策进行分析,首先需要回答何为精神卫生服务。从概念构成来看,“精神卫生”对“服务”起到限定作用,是规定精神卫生服务内涵的核心范畴。

中文语境中的精神卫生是一个外来概念,与英文术语 mental health 对应。严格来说,mental health 应当译为心理健康(又称精神健康),^[10]是健康的重要内容和组成部分。但 health 不仅指个体的健康状态,也同时具有“使人健康”之意,也可以译为卫生,因而精神卫生就具有了卫护心理健康的含义。^[11]在这一理解的基础上,精神卫生又有广义与狭义之分。狭义的精神卫生主要涉及精神病学有关领域,一般指精神障碍的

预防、治疗和康复;^[12]广义的精神卫生还涉及心理学、社会学、行为科学等诸多学科,指最大程度地保障和提高心理健康水平,使人们能够在认知、情绪、行为、人际关系、适应变化等方面保持一种完好状态。^[13]当前,我国精神卫生工作的范围涵盖了防治精神障碍和促进心理健康两个方面,属于广义精神卫生概念。^[14]现行《精神卫生法》也对精神卫生采取了广义理解,其适用范围包括“维护和增进公民心理健康、预防和治理精神障碍、促进精神障碍患者康复的活动”。

在此基础上,精神卫生服务则是“提供有效精神卫生干预的各种措施”。^[15]根据广义精神卫生概念,我们可以进一步从四个维度来对精神卫生服务作出界定:第一,精神卫生服务功能具有双重性,体现疾病防治和健康促进并重的目标取向。第二,精神卫生服务内容具有综合性,指包含精神障碍预防、治疗、康复以及心理健康促进在内的医疗卫生和社会服务。第三,精神卫生服务主体具有多元性,包括预防、医疗、康复、照料等服务机构以及社区、家庭、学校等。第四,精神卫生服务对象具有全民性,并可依据不同标准进行细分。例如,根据健康状态可分为严重精神障碍患者、慢性精神障碍患者、常见精神障碍患者、心理行为问题者、一般人群等;根据所处生命阶段可分为婴幼儿、儿童、青少年、成年人、老年人等;根据健康风险程度可划定留守儿童、孕产妇、空巢和失独老年人、残疾人等重点人群。

(二) 分析框架

本文以党的十八大以来国家层级有关精神卫生服务的政策文本作为研究对象。政策理念、政策目标和政策工具是政策制定者在设计、执行和评估政策时必须考量的关键要素。目前,包含多个政策要素的整合性分析框架在公共服务、卫生健康等领域政策研究中已经得到了广泛应用和发展,在一定程度上验证了将其应用于精神卫生服务政策研究的合理性和可行性。^[16]据此,本文结合既有研究成果和精神卫生服务政策特征,构建了包括政策理念、目标和工具三个维度的分

析框架。

首先,政策理念是政策形成的逻辑起点,反映了政策的基本立场与价值取向。彼得·霍尔(Peter Hall)指出:“政策制定者通常在一个理念和标准的框架内工作,这个框架不仅规定了政策目标和可用于实现这些目标的工具,而且还规定了它们本来要解决的问题的性质。”^[17]政策理念在很大程度上塑造了政策决策者的思考方式,并在决策主体间建立了较为统一的规范性判断,因而在政策问题识别、目标设定和方案选择中扮演着不可替代的角色。^[18]从历史逻辑来看,一个国家和社会在不同时期对精神疾患的认知与理解总是或隐或显地影响政策问题的构建,进而影响政策制定与执行,因而对特定时期精神卫生服务政策的分析需要关注政策所承载的价值理念,透视政策文本背后的规范内核。

其次,政策目标表达了政策制定和实施所希望取得的效果。政策目标具有导向作用,只有将抽象的政策理念转化为明确的政策目标,才能进一步开展政策方案的选定执行和政策绩效评估。^[19]在精神卫生服务政策中,为回应社会现实需要的复杂性,政策目标通常表现为多重目标相互交织的体系,包含总体与具体、长期与短期等分层分类的目标。可以说,政策目标是形塑新时代精神卫生服务政策的关键要素之一,因而有必要对其内容和结构进行深入全面的分析。

最后,政策工具作为连接政策理想与政策现实的桥梁,是为实现政策目标而采取的方法、手段和机制。^[20]罗伊·罗斯维尔(Roy Rothwell)和沃尔特·泽哥菲尔德(Walter Zegveld)提出的政策工具分类理论在卫生健康政策分析中应用较广。^[21]该方法根据政策工具的影响和作用机制将其分为供给型、需求型和环境型三类。其中,供给型和需求型政策分别用于推动和拉动政策目标实现,环境型政策则对政策目标的实现形成间接的影响和支持作用。这一分类标准淡化了政策的强制性色彩,与精神卫生服务领域多元主体参与的特征具有契合性,能够较好地服务于精

神卫生服务政策工具区分需要。在精神卫生服务政策中,供给型政策致力于扩大精神卫生服务供给数量和层次,为服务发展提供人力、设施、资金、技术等资源投入;需求型政策着眼于服务供给与需求对接,通过政府采购、医保支付、宣传推广、试点示范等措施拉动需求,减少精神卫生服务落地的障碍性因素,激发精神卫生服务市场活力;环境型政策侧重于从目标规划、法规管制、监督评估、政策优惠等方面为精神卫生服务提供良好发展环境。

二、新时代精神卫生服务政策的特征

党的十八大以来,党和国家深入贯彻以人民为中心的发展思想,着力完善精神卫生服务政策体系,相关政策在理念、目标和工具等方面都呈现出鲜明的时代特征和变革意蕴。

(一)政策理念凸显心理健康导向

作为卫生健康工作的重要组成部分,精神卫生服务领域的政策理念必然受到我国卫生健康事业发展理念的深刻影响。党的十八大以来,面对人民日益增长的健康需求,以习近平同志为核心的党中央将“健康中国”上升为国家战略,要求把人民健康放在优先发展的战略地位。2016年8月,习近平在全国卫生与健康大会上的讲话中提出“树立大卫生、大健康的观念,把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。^[22]大卫生、大健康观拓展了传统的卫生健康观念,强调健康追求的全面性和广延性以及健康治理的全局性和协同性,为卫生健康工作提供了根本遵循和方法论指导,推动卫生健康事业发展理念和模式由“以治病为中心”转向“以人民健康为中心”。

在这一趋势下,“健康”成为新时代卫生健康政策的逻辑起点和价值归宿。在精神卫生服务政策中,“心理健康”逐步成为核心话语,其在政策文本中出现频率和重要程度的提升深刻反映出“心理健康导向”政策理念的出场。具体表现为:其一,心理健康上升至重要战略性地位,多次被写入党和国家重要纲领性文件。从党的十

八大报告明确提出“促进人民身心健康”，到“十四五”规划纲要首次要求“完善心理健康和精神卫生服务体系”，再到党的二十大首次将“重视心理健康和精神卫生”写入党代会报告，新时代精神卫生服务政策所承载的维护人民身心健康、促进人的全面发展的时代使命日益凸显。其二，促进人民心理健康成为全面推进实施健康中国战略的重要组成部分。2016年《“健康中国2030”规划纲要》将“促进心理健康”作为精神卫生工作主题，其后，国务院印发的《关于实施健康中国行动的意见》和《健康中国行动（2019—2030年）》将“心理健康促进行动”作为15个专项行动之一纳入健康中国行动的主要任务，体现了精神卫生服务政策的“心理健康转向”。其三，党和国家出台专门政策加强对心理健康服务的宏观指导和整体布局。2016年，原国家卫生计生委、中宣部、原中央综治办等22个部门联合印发《关于加强心理健康服务的指导意见》（以下简称《指导意见》），这是我国关于心理健康服务的首个宏观指导性文件。同时，相比于以往政策主要关注严重精神障碍防治，新时代精神卫生服务政策逐步开始关注抑郁症、阿尔茨海默病（老年痴呆）、儿童孤独症等常见精神障碍和心理行为问题，并编制《探索抑郁症防治特色服务工作方案》《探索老年痴呆防治特色服务工作方案》等。其四，在“将健康融入所有政策”工作方针的指导下，^[23]党和国家逐步将提高人民心理健康水平的理念全方位融入国家发展战略和不同领域公共政策。《关于实施乡村振兴战略的意见》《关于加强新时代老龄工作的意见》等中央层级政策文件均涉及精神卫生、心理健康相关内容，《高等学校学生心理健康教育指导纲要》等部门政策相继出台，推动形成以“心理健康”为导向的全面政策支持体系。通过将健康视角引入顶层设计，把精神卫生服务发展纳入国家公共政策体系之中，精神卫生工作得以与国家经济社会发展形成深度融合与良性互动关系。

上述政策文件关于“心理健康”的概念选择

和话语表达共同建构了新时代精神卫生服务政策的意义和价值系统，通过以“健康”取代“疾病”概念，使大卫生、大健康观在精神卫生领域得到了生动诠释。这一理念通过规则体系的实体化和具体化表达，推动我国精神卫生服务从医疗卫生服务逐步转变为健康服务，从而步入一个新的发展阶段。

（二）政策目标指向提高精神卫生服务能力

新时代我国社会主要矛盾已经转化为人民群众日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。在精神卫生服务领域，这突出表现为人民健康服务需求与精神卫生服务发展不平衡不充分之间的矛盾。为此，各项政策均提出了提高精神卫生服务能力，进而满足人民群众精神卫生服务需求、提高社会心理健康水平的任务要求，勾勒出了新时代精神卫生服务政策的总体目标，为政策文本奠定了整体基调。

根据政策文本中“总体目标”“具体目标”“行动目标”等内容，新时代精神卫生服务政策目标可以进一步提炼为完善管理机制、健全服务体系、加强救助保障和改善社会认知四个子目标。子目标设置具有较强的针对性，着力破解精神卫生服务发展所面临的现实困境。

其一，管理机制对应着精神卫生服务的组织协同问题。精神卫生不是单纯的医学问题，它天然地存在权限与职能的“部门分割”现象，因而实现跨部门协作是推动精神卫生服务发展的必然要求。但在实践中，一些地区尚未形成常态化沟通和协作机制，仍然由卫生部门负责主要政策资源调配和政策措施执行，出现只有卫生部门在找患者、治患者、管患者等各个工作环节“单打独斗”，其他部门以及基层政府、居委会等主体没有实质性参与进来的情况。^[24]为此，政策目标提出形成政府组织领导、部门各负其责、家庭和单位尽力尽责、全社会共同参与的综合管理机制，触及了精神卫生服务的这一深层操作性问题，通过在基层建立综合管理机制和工作小组，把部门性工作提升到“多部门、全社会群策群力的高度”，^[25]把

协作机制建立在精神卫生服务的“最后一公里”，为公众提供系统连续的精神卫生服务。

其二，服务体系完善水平直接关系到精神卫生服务的供给能力问题。针对我国精神卫生服务供给总量不足的问题，政策目标突出了完善专业机构、设施和人员配置，扩大精神卫生服务覆盖面的重要性。在这一方面，政策文件多采用量化指标以提高目标的约束性，例如“每10万人口精神科执业（助理）医师达到3.3名和4.5名”，“每个省（区、市）至少开通1条心理援助热线电话”等。此外，政策目标也关注不同服务主体和服务类型的衔接，例如要求“基本形成布局健全合理、服务主体组成多元、形式方法多样灵活、转介衔接顺畅有序、管理机制专业规范的精神障碍社区康复服务体系”，体现出在精神卫生服务需求日益增长的背景下，服务主体协同合作、服务内容融合发展已经成为必然趋势。

其三，救助保障关系精神卫生服务的可负担性，影响精神卫生服务的利用水平。精神障碍医疗成本较高，往往给患者及其家庭带来沉重的经济负担。同时，很多患者较早丧失劳动能力，就业困难，经济收入低，无法通过劳动保障自己的基本生活。^[26]针对这一问题，《全国精神卫生工作规划（2015—2020年）》（以下简称《工作规划》）提出“健全精神障碍患者救治救助保障制度”的政策目标，要求将“符合条件的贫困严重精神障碍患者全部纳入医疗救助”，从而减少影响精神卫生服务利用水平的经济障碍，使弱势群体享有获得精神卫生服务的机会。

其四，社会认知水平标志着人们对精神卫生是否具有合理的认知和态度，能否运用精神卫生知识和技能促进自身和他人心理健康。国民心理健康素养调查显示，我国欠发达地区居民心理健康知识知晓率普遍较低。^[27]与此同时，精神障碍污名化现象普遍，患者往往在工作单位和家庭中遭受歧视、排斥和抛弃，^[28]其作为社会主体的生存和发展机会受到严重限制。为此，作为对以心理健康为导向的政策理念的回应，政策目标要

求全面提升居民心理健康素养，使人们掌握基本的心理健康知识和理念，增强心理健康意识，保持有利于身心健康的生活和行为方式，消除对精神障碍的偏见和歧视。

（三）政策工具使用呈现多样化趋势

新时代以来，在党和国家的系统布局下，精神卫生服务政策对供给型、需求型、环境型政策工具的使用均得到了拓展，呈现出使用多样化政策工具、合力实现政策目标的特征。

第一，精神卫生服务政策工具以环境型工具为主，表明国家高度重视为精神卫生服务发展营造支持性环境，也从侧面反映出加快精神卫生服务体系建设的必要性。基于推进精神卫生服务的现实需要，环境型工具中的目标规划、法规管制、标准规范类次级工具使用较多。在目标规划方面，如前所述，健康中国战略、卫生健康工作规划、精神卫生工作规划以及各专项政策共同对新时代精神卫生服务发展提出了明确要求，并对工作目标、重点与举措进行安排部署。在法规管制方面，2013年《精神卫生法》正式实施，标志着我国精神卫生工作正式被纳入法治化轨道。该法在国家层面明确了我国精神卫生工作的目标、方针、原则和管理机制等内容，为精神卫生服务规范有序发展提供了法治保障。2020年《基本医疗卫生与健康促进法》正式实施，作为我国卫生健康领域第一部基础性、综合性法律，该法也对精神卫生工作进行了指导与部署。此外，《妇女权益保障法》《家庭教育促进法》《未成年人保护法》均涉及特定群体的精神卫生服务要求，构成了我国精神卫生法律体系的重要组成部分。在标准规范方面，先后制定实施《精神障碍治疗指导原则（2013年版）》《心理治疗规范（2013年版）》《精神卫生社会福利机构基本规范》《精神障碍社区康复服务工作规范》等标准化文件，并就《社区精神卫生社会工作服务规范》公开征求意见，对精神卫生服务标准化、规范化建设进行探索。

第二，供给型政策工具以人才队伍建设和机构设施建设等次级工具为主，以充分发挥专业人

才和服务机构对于精神卫生服务发展的基础性作用。在人才队伍建设方面,先后发布《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》《精神科医师转岗培训项目实施方案(试行)》,开设临床医学精神医学方向专业,支持精神科医师转岗培训,推动精神科急需紧缺人才队伍建设,并发布《社会心理服务体系试点地区基层人员培训方案》,提升基层人员服务知识和技能水平。在机构建设方面,先后发布《关于做好综合医院精神科门诊设置有关工作的通知》《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》《关于加强和完善精神专科医疗服务的意见》,着力培育服务机构,健全服务网络。2021年国家卫健委设立国家心理健康和精神卫生防治中心,承担宣传教育、专业指导和技术支持等多项工作。次年国家卫健委发布《关于设置国家精神疾病医学中心的通知》,以“南北协同、优势互补”的多中心协同工作模式实现资源交流与优势互补,推动全国精神卫生专科和学科建设。

第三,需求型政策工具以试点示范和宣传推广类次级工具为主,政府采购、医保支付工具也得到了适当使用。新时代以来,精神卫生服务政策将试点示范作为重要抓手,先后开展精神卫生综合管理试点、社会心理服务体系试点、老年人心理关爱项目、全国精神障碍社区康复服务融合行动等试点工作。在精神卫生服务转型发展阶段,试点示范能够为地区精神卫生服务发展树立良好标杆,发挥引领和辐射作用,以“先行先试”实现“以点带面”,并为试点经验的制度化和规范化奠定基础。同时,政策也关注精神卫生知识科普宣教,结合“世界卫生日”“世界精神卫生日”等主题日开展宣传活动,引导公众关注心理健康,减少对精神障碍患者的歧视和污名现象。此外,各项政策中也使用了政府采购、医保支付类工具,例如,《关于积极推行政府购买精神障碍社区康复服务工作的指导意见》要求通过政府购买服务方式提高精神障碍社区康复服务质量和水平;《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障

支付范围的通知》将精神障碍作业疗法训练、孤独症诊断访谈量表(ADI)测评等康复项目纳入基本医保支付范围,提高精神卫生服务保障水平。

三、新时代精神卫生服务政策存在的问题

新时代精神卫生服务政策的整体脉络和主要特征深刻反映了党和国家对精神卫生工作规律的认识深化和对精神卫生服务的高度重视。从政策成效的层面来看,相关政策极大地推动了精神卫生服务制度建设与现实发展,但最大化发挥政策效力还需要正视其在理念、目标和工具使用方面存在的问题和不足。

(一)新旧政策理念存在张力,制约精神卫生服务转型发展

从我国精神卫生服务发展历史进程来看,我国精神卫生服务政策理念经历了从“管理导向”到“治疗导向”再到“心理健康导向”的转变。新中国成立初期,精神卫生工作侧重于对精神障碍患者的收容管理和救助安置。这在很大程度上是将精神障碍作为一个社会管理问题而非健康问题来处理,强调降低精神障碍患者肇事肇祸、危害社会公共秩序的可能性,表达了维护社会安全的内在目标,体现了一种保护“我们”免受“他者”伤害的安全观,因而包含了将精神障碍患者隔离于社会之外的价值取向。至21世纪初,我国逐步确立了“预防为主,防治结合,重点干预,广泛覆盖,依法管理”的精神卫生指导原则。该时期精神卫生服务政策以严重精神障碍防治为关注焦点,关注消除症状、治愈疾病,反映了一种将“健康”等同于“无疾病”的卫生健康观。其虽然有助于实现“病有所医”目标,但难以满足“病有良医”和“治未病”等高阶健康需求。

不同于管理和治疗导向,新时代精神卫生服务政策传达了一种以心理健康为导向的政策理念。然而,这一政策理念的出场并不意味着以往政策理念的退场。^[29]以管理和治疗为导向的政策理念仍然构成了我国精神卫生服务发展的路径依赖,在新时代精神卫生服务政策的演进过程

中与心理健康导向的新政策理念形成了一定张力。在政策文本中,旧政策理念惯性犹在,与心理健康理念尚未实现完全整合。例如,《严重精神障碍管理治疗工作规范(2018年版)》尽管弱化了管制色彩,但在标题中仍然沿用了“管理治疗”的表述;《全国社会心理服务体系试点工作方案》要求将心理健康服务作为基层平安建设的重要内容,以实现“因矛盾突出、生活失意、心态失衡、行为失常等导致的极端案(事)件明显下降”的目标。而这造成政策实践中多重理念张力对政策逻辑的扭曲。一些地区基层精神卫生服务仍然以治安防控和应急救治为主要内容,甚至出现以“安全”之名阻碍康复活动开展消极倾向,^[30]冲淡了精神卫生服务政策所蕴含的促进精神障碍患者平等享有社会权利、融入和回归社会的价值目标,制约、影响甚至阻碍精神卫生服务的转型发展。^[31]

(二)政策目标偏重“量”的扩张,对公平与质量问题回应有限

在政策总体目标的驱动下,近年来我国精神卫生服务能力建设取得了显著进展。但需要看到,精神卫生服务政策在对总体目标进行分解时,目标设置侧重于“量”的扩张,例如,对精神卫生专业机构数量、精神科医师数量以及精神障碍管理率、治疗率设定阶段性指标。不可否认的是,面对精神卫生服务资源缺口较大的现实情况,精神卫生服务的转型升级必然需要以资源总量的增长和供给规模的扩大为基础和前提。但问题在于,精神卫生服务发展不平衡不充分的问题不仅仅是精神卫生服务供给规模的问题,更是公平与质量的问题,而当前政策目标对这两方面问题的回应仍显不足。

在健康公平问题上,近年来,随着精神卫生服务资源的大幅增长,精神卫生服务的公平性有所改善,但总体来看,这种公平还仅仅是“卫生服务利用处于较低水平的公平”。^[32]2019年,国家卫健委对全国1837家县级综合医院服务能力进行第三方评估的通报显示,全国县级医院中设置

精神科的比例为42.5%,达到基本标准要求的医院仅占比22.8%。其中,三区三州贫困地区县医院精神科达标率在10%以下。^[33]不同地区的精神卫生服务资源还存在数量和质量的结构性差异、不同人群获得精神卫生服务的机会和能力仍不均等,与全民健康的政策愿景仍有较大差距。而反观政策文本,精神卫生服务政策目标对于精神卫生服务均等化的整体部署不足,与推进公共服务均等化的总体进程不匹配。一方面,政策目标未充分体现对不合理资源分配格局的矫正,难以为精神卫生资源公平配置提供政策保障。例如,《工作规划》未对中央及地方财政投入责任提出硬约束指标,仅要求各地、各部门“根据精神卫生工作需要,加大财政投入力度”,政策弹性较大,导致各地因财政投入能力和意愿的不同出现资源空间配置不均衡的问题。^[34]另一方面,政策目标中有关救助保障内容侧重对严重精神障碍患者的“特殊保护”,难以惠及其他服务对象,^[35]相关条文也多以描述性、倡导性表述为主,细化要求、量化标准较少。例如,《工作规划》在目标部分仅提出将“符合条件的贫困严重精神障碍患者全部纳入医疗救助”,而未就其他群体的健康保障提出要求,也未明确救助内容与支付比例,可操作性和约束性不足,不利于为后续政策方案设计以及执行、评估提供基础性条件。

与之相似,政策目标在服务质量问题上也存在关注不足、表述粗略的问题。其一,随着精神卫生服务规模的扩张,服务质量良莠不齐的问题也逐渐凸显,突出表现为民营精神卫生服务诊疗机构、^[36]心理健康行业的“野蛮生长”。^[37]对此,虽然《指导意见》等政策提出要提高服务规范化水平、开展督导与评估工作,但未就具体路径作进一步说明,导致服务质量控制管理制度、流程和规范建设不足。相比而言,国外现行精神卫生服务政策更加重视服务质量管理。例如,澳大利亚2008年《国家精神卫生政策》专设“质量与成果”一节,提出所有服务使用者都应当获得高质量的精神卫生服务,并对所有提供精神卫生服务

的部门开展监测评估,根据预期成果跟踪进展,并建立问责机制。^[38]其二,政策目标对实践中差异化、多层次服务需求的关注不足。以精神障碍康复服务为例,目前部分地区实际开展的康复服务仅限于“行政管理、用药督导以及有限的康复指导”,^[39]缺少生活和社交技能训练,心理治疗与康复、职业康复训练。而《工作规划》虽在目标部分提出应建立机构、社会组织和家庭相互支持的精神障碍社区康复服务体系,但仅就康复服务覆盖面提出量化要求,未明确社区康复服务应包括哪些内容、不同服务主体如何彼此衔接和相互支持,难以实现促进患者康复和回归社会的政策期望。值得提及的是,近年来关于精神障碍社区康复服务的专项政策越来越多地注意到当前社区康复服务范围窄、转介不畅、社区及家庭主体作用难以发挥等问题,为未来精神卫生服务政策总体目标的提升奠定了基础。

(三)政策工具总体结构失衡,整合协调作用不足

政策供给在内容、数量、结构等方面能否满足相关主体需求、是否有助于实现政策目标,关乎政策效力的发挥。尽管新时代精神卫生服务政策工具使用日益呈现出多元化特征,但也存在使用结构失衡的问题。总体来看,新时代精神卫生服务政策环境型工具偏好较强,而需求型工具使用较少。究其原因,一是随着人民健康需求、健康观念以及国家卫生健康工作战略方针的转变,党和国家需要通过出台阶段性工作规划和相关指导意见,补足既往政策文件的欠缺,为精神卫生服务由“疾病治疗”转向“健康促进”提供适宜的发展环境和方向指引,因而在国家层级政策文本中较多使用环境型工具有其合理性。二是精神卫生服务发展涉及多部门协作,无法单凭某一部门的职能和资源来全面推进,因而需要借助环境型工具加以指导协调。但是,相较于环境型工具,供给型和需求型政策工具能够为精神卫生服务发展起到更为直接的推动和拉动作用。需求型政策工具使用不足在一定程度上反映出政

府在制定相关政策时受固有施政逻辑影响,对精神卫生服务发展进程中各方需求及阻碍性因素的敏锐度不高,不利于提高精神卫生服务发展动力,造成政策工具与政策目标的偏离。

同时,随着精神卫生服务发展,政策目标也越来越显现出资源整合和服务衔接的重要性,这就要求政策工具发挥整合协调作用,从供给、需求和环境三个方面为精神卫生服务链各要素的深层次融合提供支持。但目前政策工具的使用相对独立分散且存在薄弱环节,易导致服务供给碎片化,不利于资源统筹和服务融合,割裂了人民心理健康发展的整体服务需要。具体来看:

其一,在专业人员层面,政策工具对多元化人才队伍建设关注不足,导致人才总体结构失衡。当前有关精神卫生人才队伍建设的政策主要聚焦于精神科专业人员的院校培养和转岗培训,但涉及心理治疗师、心理咨询师、精神卫生社会工作者以及跨学科专业人才等多样化人才培养、引进和激励政策则较为薄弱,造成了心理健康服务、康复服务、社会服务人才短缺,基层精神卫生专业工作队伍建设薄弱。部分地区在开展社区精神卫生服务时,仍采取医院精神科医生到社区开设门诊的方式,可持续性差,^[40]不利于形成医院—社区一体化服务模式。

其二,在机构层面,政策工具对精神卫生服务机构协作的规则保障和利益驱动不足。一方面,政策对不同层级、不同类别精神卫生服务机构职能及工作内容界定不清晰,着眼于服务转介衔接的政策工具使用较少,不利于形成稳定的一体化服务模式。另一方面,政策忽视了对利益相关方的激励,导致各主体难以形成合作。以地方精神卫生分级诊疗的推进过程为例,受筹资支付机制影响,市级医院所获得的财政投入与医院门诊和住院服务量挂钩、医生收入与工作量挂钩,而基层医疗机构绩效考核和激励机制不健全,导致出现市级医院不愿让患者到基层就医、基层机构收治患者积极性低的现象。^[41]

其三,在社会层面,政策工具对精神卫生服

务市场的引导与扶持不足,难以动员企业、社会组织等主体参与精神卫生服务供给。受专业水平和人力资源等条件限制,单靠政府和公立医疗卫生服务机构供给难以满足日益增长的精神卫生服务需要。但当前环境型工具较少涉及土地、税收、金融、价格等方面的优惠政策,需求型工具虽使用政府采购类次级工具,但政策表述却停留于宣示性倡导,对政府采购的服务内容、实施程序、具体举措语焉不详,难以发挥实质性作用,不利于激发精神卫生服务市场活力。

其四,在家庭层面,政策工具对精神障碍患者家庭的指导和支持不足,不利于家庭照护功能的发挥。《工作规划》《指导意见》等指导性文件仅宽泛地提及重视家庭参与作用,但未涉及对家庭照护的支持性举措,仅有《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》将“支持家庭更好发挥主体作用”列入主要任务。虽然近年来,中央和各地陆续出台“以奖代补”政策,以奖补的形式落实监护人责任,减轻患者和家庭经济负担,但这一政策只覆盖严重精神障碍患者监护人,而忽视了其他类型精神障碍患者家庭。同时,该政策在实践中并未获得严重精神障碍患者家属全面认可,一些家属认为该政策在强化家庭责任的同时,并未体现政府责任和权益保障。^[42]这侧面说明当前政策在强化家庭照护责任的同时,对家庭作为照护主体的诉求关注不足,没有提供足够的指导和支持。

四、新时代精神卫生服务政策的优化路径

针对精神卫生服务政策中存在的问题,立足于新发展阶段,有必要从以下三个方面探索相关政策的优化路径。

(一)以心理健康为核心理念,统筹政策多元价值取向

当前精神卫生服务政策内在地蕴含了心理健康促进、疾病治疗康复和社会安全管理等多重理念。实际上,多维价值取向交叉并存是社会转型阶段公共政策的共性特征,在矛盾复杂化、利

益诉求多元化的当前社会,政策大多具有两种或多种可能相互矛盾的政策价值所形成的价值体系。^[43]这就要求我们立足于时代背景和现实问题,明确政策核心理念,对政策价值取向之间的阶序进行有效平衡和有机整合。

在这一意义上,心理健康为新时代精神卫生服务政策理念的平衡和整合提供了价值基点,能够为精神卫生事业塑造新的发展框架。从根本上而言,以心理健康为核心取向的政策理念是新时代“以人民为中心”发展思想在精神卫生服务政策中的生动诠释,其超越性体现于以下方面:首先,心理健康导向的政策理念深刻回答了“为了谁”和“为了什么”的问题。在这一理念下,所有政策行为都围绕着提高全民心理健康能力和水平而展开,既回应了人民维系生命和生存的基本需要,也致力于满足人民自我发展和自我实现的需求,从而能够从更深层次上增进人民的获得感、幸福感和安全感,满足人民日益增长的美好生活需要,促进人的全面发展,体现了精神卫生服务的根本目的与合法性前提。其次,心理健康导向的政策理念尊重人民的主体地位,确证人民的主体力量。如果说旧政策理念是把精神卫生服务当作维护社会秩序和安全的手段,或者将服务使用者视作被动接受管理和治疗活动的客体,心理健康导向的政策理念则要求在发挥政府主导作用的同时,从个人到社会的各个层面调动全社会共同参与的积极性、主动性和创造性,从而为精神卫生服务凝聚全员参与、多方协作的发展合力。最后,心理健康导向的政策理念还通过关照人的心理健康和精神世界,服务于社会层面的心理建设和心态培育,^[44]从而发挥着由健康治理向社会治理延伸的价值功能,^[45]构成了国家治理体系和治理能力现代化的重要一环,有助于实现健康中国、法治中国、平安中国建设的有机统一。

因此,新时代精神卫生服务政策理念的调适与更新不是一个“推翻”旧理念、“重建”新理念的过程,而是以核心理念凝聚多元价值取向的过程。在大卫生、大健康的观念共识和认知框架

下,以心理健康为核心理念,处理好政策理念间的平衡关系,使社会安全管理、疾病治疗康复等理念嵌入以心理健康为导向的科学价值结构体系,是未来精神卫生服务政策发展的重要方向。

(二)树立公平与优质政策目标,构建具体明晰的目标体系

在以心理健康为核心的理念导向下,新时代精神卫生服务政策的目标定位必须触及卫生政策的终极目标,即如何实现全民健康的问题。^[46]为此,精神卫生服务政策目标需要进一步丰富提升,从顶层设计层面抓住制约精神卫生服务高质量发展的重点问题和主要矛盾,从重视规模与效率转向关注精神卫生服务发展中的公平与质量问题,引领政策整体布局优化。

精神卫生服务的高质量发展首先要解决健康公平问题,实现精神卫生服务的普惠覆盖。世界卫生组织宪章指出,享受可能获得的最高健康标准是一项基本人权。^[47]我国《基本医疗卫生与健康促进法》就健康权与健康公平作出明确规定,要求国家保护和实现公平获得基本医疗卫生服务的权利。从健康权保障这一根本要求出发,精神卫生服务高质量发展应当树立指向“公平”的政策目标。但这种公平不是平均主义的公平,而是在差异性社会现实下建构的社会正义结构。^[48]这就要求政策在目标设定上推动资源向“最少受益者”倾斜,明确缩小城乡、地区、人群间精神卫生服务资源结构性差异的目标,消除居民利用精神卫生服务的障碍因素,使全体人民能够平等地享有健康权益。

在保证精神卫生服务公平可及的基础上,精神卫生服务高质量发展还应进一步树立指向“优质”的政策目标。一方面,鉴于精神卫生服务的特殊性和专业技术性要求,政策目标应当提高“规范有序”目标的优先级,加强对精神卫生服务质量管理体系和评价的整体规划,着力构筑精神卫生服务保障的约束框架。另一方面,“优质”还体现于服务内容精细化、服务递送便利化和服务空间人性化等方面。这在更深层面上反映了服

务供给与服务需求的精准对接。^[49]因此,政策制定主体在设定政策目标时,应形成“自上而下”与“自下而上”相结合的决策机制,深入挖掘尚未被满足的服务需求,并在目标规划层面明确解决方案。

需要注意的是,在构建精神卫生服务政策目标体系时,要适当提高政策的清晰度。尽管国家层面政策制定主要发挥规划作用,难以全面罗列实施细则,存在“客观模糊性”,但过度模糊的政策目标可能造成政策执行阻滞。^[50]因此,新时代精神卫生服务政策在明确公平与优质目标定位的同时,也可以采用阶段性目标、年度重点工作任务等方式适度细化目标内容、量化任务结果、明确时间节点和权责分工,增强具体目标的可操作性和可测量性,避免目标在政策执行中流于形式。例如,围绕“公平”目标,应细化中央和地方财政支出责任,明确通过财政转移支付等方式支持欠发达地区机构和人才队伍建设;参照部分地区将精神障碍康复服务、心理咨询、心理治疗纳入医保支付范围的政策措施及实施效果,^[51]有计划地扩大精神卫生服务医保支付范围,降低起付线,提高支付比例及限额,并加强基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险等制度衔接,减轻服务使用者负担,提高精神卫生服务利用率;将精神卫生医联体及专科联盟建设、人才对口支援等项目纳入目标体系,推动精神卫生服务资源跨区域流动。围绕“优质”目标,应建立服务质量评估指标体系,组建监测评估队伍,将相关政府部门以及专家、社会组织、公民个体等纳入监测评估工作中,实现内部评估与外部评估相结合,提高评估结果真实性,对服务主体形成有效规范和约束;在具体目标中针对不同生命阶段、不同健康状态服务对象的异质性需求,突出服务内容、程度和重点的差异,促进精神卫生服务供需匹配。

(三)优化政策工具配置结构,构建共建共享的整合型服务体系

随着精神卫生服务政策理念更新与目标提

升,形成一套与政策理念、政策目标相适应的政策工具是推进精神卫生服务发展的关键。新时代精神卫生服务政策必须优化政策工具体配置结构,加强环境型、供给型和需求型政策工具的综合运用,避免对某一类型政策工具的过度依赖,改善政策工具运用的非均衡性现状。针对当前环境型政策工具运用过多而需求型政策工具运用不足的现象,一方面,应当针对指导性、原则性强的环境型工具制定具体实施细则和保障措施,避免环境型工具过溢。另一方面,应当着力提升需求型工具的应用比例,将关注点聚焦在如何把潜在的服务资源分配到服务对象的过程。^[52]

在结构平衡的基础上,未来政策还应当聚焦于政策供给的薄弱环节,发挥各类政策工具的整合协同作用,构建共建共享的整合型服务体系。

一是要建设复合型人才队伍。目前,一些地区已经对此进行了有益探索,例如,上海市成立心理卫生行业协会,对精神卫生服务人员进行培训和督导。^[53]北京市和上海市分别通过专项社工培养和医疗机构社工岗位设置,推动社会工作者深入持续介入精神卫生服务,发挥其资源链接作用。^[54]未来政策在加强精神科医护院校培养和转岗培训的基础上,还应当进一步通过学历教育、职业培训、继续教育等方式培养心理咨询师、心理治疗师、康复治疗师、社会工作者和社区精防医生,广泛开展技术指导和评估督导,在基层建立综合服务团队。同时,设计符合精神卫生工作需求的职称和岗位体系,构建多渠道晋升路径,提高精神卫生服务专业人员福利待遇水平,为精神卫生服务人才提供更具支持性的执业环境。

二是要加强对机构服务整合的规范及激励。一方面,要细化医疗机构、社会康复机构、社区服务机构等主体在精神卫生服务中的功能定位,完善服务衔接、转介和协调合作规则,建设一体化信息标准和平台,从而提高服务的连续性,解决精神卫生服务碎片化问题。另一方面,要在服务机构的责任和回报之间建立清晰联系。^[55]目前,部分地区已经尝试构建针对精神障碍的复合型

医保支付体系,促进医疗机构合理诊疗,推动构建从治疗到康复的完整、连续的服务体系。例如,《湖南省精神疾病医保支付管理暂行办法》划分精神障碍治疗的急性期和慢性期,将医保支付方式和标准与医疗机构级别和治疗阶段挂钩;云南省昭通市整合精神专科医疗资源组成打包付费联合体,并根据服务考核结果兑现打包资金。^[56]未来政策可以借鉴此类经验,进一步建立与机构协同度、服务连续性、患者健康结果相挂钩的财政投入、医保资金支付机制,以及医务人员薪酬分配制度,激发机构服务整合的内在动力。^[57]

三是要完善市场引导与扶持政策。为提高社会力量参与精神卫生服务积极性,应当在现有指导意见的基础上进一步完善政府购买服务配套制度,相关部门可以采取编制政府购买精神卫生服务指导性目录的方式,确定政府购买服务的内容、范围、标准、承接资质以及成本核算方式,并明确公开招标、邀请招标、单一来源采购等不同购买方式的适用范围和流程。同时,政策还可通过简化注册登记程序、设立孵化培育项目、给予税收减免和金融支持等方式引导和鼓励社会资本建设日间照料中心、康复会所、阳光家园等不同类型的社会精神卫生服务机构。在这一过程中,应当注意要分区、分类、分层划分政府和市场的界限,逐步推进产业发展。针对欠发达地区、低收入群体和特殊群体的基本精神卫生服务需求,仍应当发挥政府主导作用,提高精神卫生服务覆盖面。针对精神卫生服务资源较为丰富、社会治理能力较强地区的高阶健康服务等需求,政府应当鼓励市场主体积极提供服务,确保人民群众需求能够得到高质量回应。^[58]

四是要加强对精神障碍患者家庭的支持。对于严重精神障碍患者家庭而言,除通过奖补政策强化家庭监护责任外,还可以探索建立精神障碍监护人责任险制度,分担精神障碍者侵权损害,减轻监护人负担,从而减少监护人为避免承担侵权责任而拘禁或遗弃患者情形的发生。^[59]同时,应当全面拓展精神障碍患者家庭社会支持

政策体系,例如,完善社区与患者家庭的沟通机制,及时掌握和反馈家庭诉求;^[60] 组建同伴支持小组、社区关爱帮扶小组、家属支援中心,为社区、医疗机构、社工组织等单位组织提供经费支持,以开展家庭照护知识与技能指导活动,为家庭照护者提供情绪性和工具性支持;还可以为家庭提供“喘息服务”以缓解其照护压力。^[61]

五、结 语

党的二十大擘画了以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴的宏伟蓝图。正如艾利克斯·英格尔斯(Alex Inkeles)指出的,在整个国家向现代化发展的进程中,人的现代化是一个基本的、必不可少的因素,是现代化的先决条件,而不是其副产品。如果人自身没有从心理、思想、态度和行为方式上经历一个向现代化的转变,一个国家的现代化就无法真正实现。^[62] 现代化是属人的范畴,是人“在场”的现代化,而健康的心理正是“人的现代化”的基础。在这一意义上,加强精神卫生服务,维护和促进人民心理健康,既是健康中国建设整体布局的重要组成部分,也是推进中国式现代化的应有之义。因此,我们有必要从全新的战略高度来认识新时代精神卫生服务政策的发展使命,充分发挥科学政策体系的调适和牵引作用。

本文从政策理念、目标和工具的分析框架出发,对新时代精神卫生服务政策文本进行了多维度挖掘,分析了政策的特征、问题并提出优化建议,但仍存在以下不足:一是对更长时间跨度内精神卫生服务政策的变迁规律和内在逻辑考察有限;二是在文本选取上限于国家层级政策,较少涉及地方或区域性政策。后续研究可加以补充完善,结合实践经验进一步探索精神卫生服务政策与现实对接的机理、机制和措施,为推进中国式现代化奠定坚实的心理健康基础。

注释:

[1] 习近平:《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设

社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》,北京:人民出版社,2022年,第48-49页。

[2] 此次调查的精神障碍包括心境障碍、焦虑障碍、酒精药物使用障碍、间歇爆发性障碍、进食障碍、精神分裂症及其他精神病性障碍、老年痴呆七类。Yueqin Huang, Yu Wang, Hong Wang, et al., “Prevalence of Mental Disorders in China: A Cross-sectional Epidemiological Study”, *The Lancet Psychiatry*, 2019(3), pp. 211-224.

[3] 《国家卫健委:在册重症精神障碍患者660万90%以上得到照护》,中国新闻网, <https://www.chinanews.com.cn/sh/shipin/cns-d/2022/06-17/news929440.shtml>。

[4] 钟玉英:《“健康中国战略”下社区精神健康服务协同供给的实现框架及路径》,《中国卫生政策研究》2020年第8期。

[5] 陈润滋、吴霞民、马宁:《中国2009-2019年的精神卫生政策与实施》,《中国心理卫生杂志》2020年第7期;马弘、刘津、于欣:《中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读》,《中国心理卫生杂志》2009年第12期。

[6] 刘东亮:《“被精神病”事件的预防程序与精神卫生立法》,《法商研究》2011年第5期;俞国良、陈雨濛:《四十年来我国高校心理健康教育政策分析:定性与定量的视角》,《复旦教育论坛》2022年第4期。

[7] [29] 姜海燕:《中国精神健康政策的范式转换:从安全管理走向健康服务》,《河北学刊》2022年第1期。

[8] 赵德余:《中国精神卫生政策制定的渐进式逻辑——对立法过程的一种解释》,《中国卫生政策研究》2012年第5期。

[9] [46] 曹琦、崔兆涵:《我国卫生政策范式演变和新趋势:基于政策文本的分析》,《中国行政管理》2018年第9期。

[10] 现有文献存在混用使用“精神健康”与“心理健康”两种表述的现象。目前,对二者内涵及关系的学理探讨仍未有定论。本文根据我国现行法律政策用语习惯,统一使用“心理健康”表述,并采用《健康中国行动(2019—2030年)》对心理健康的定义,将其理解为“人在成长和发展过程中,认知合理、情绪稳定、行为适当、人际和谐、适应变化的一种完好状态”。

[11] 刘白驹:《非自愿住院的规制:精神卫生法与刑法》(上),北京:社会科学文献出版社,2015年,第344页。

[12] 程婧、段鑫星:《心理健康服务法治化:定位、现状与理路》,《思想理论教育》2018年第9期。

[13] 吕红平:《精神卫生:一个值得高度关注的健康问题》,《人口与健康》2019年第11期。

[14] 姜红燕:《具有中国特色的精神卫生服务工作和精神卫生法》,《云南大学学报(社会科学版)》2013年第3期。

[15] World Health Organization, *Organization of Service for Mental Health* Geneva: World Health Organization, 2003, p. 2.

[16] 李少惠、袁阁臣、王婷:《公共文化服务政策层级协同的几点思考——基于中央—C市—N区政策文本分析》,《理论探索》2023年第2期。

[17] Peter A. Hall, “Policy Paradigms, Social Learning, and the

State: The Case of Economic Policymaking in Britain”, *Comparative Politics* 1993(3), p. 279.

[18]薛澜、林泽梁:《公共政策过程的三种视角及其对中国政策研究的启示》,《中国行政管理》2013年第5期。

[19]陈庆云:《公共政策分析》,北京:北京大学出版社,2011年,第139页。

[20]陈振明、张敏:《国内政策工具研究新进展:1998—2016》,《江苏行政学院学报》2017年第6期。

[21]车峰:《基于政策工具视角的我国健康服务业政策分析》,《大连理工大学学报(社会科学版)》2018年第6期。

[22][23]《把人民健康放在优先发展战略地位 努力全方位全周期保障人民健康》,《人民日报》2016年8月21日。

[24][25]国家卫生健康委员会疾病预防控制局编:《致为精神卫生共同奋斗的70年》,北京:人民卫生出版社,2020年,第254页。

[26]湛业维、杨小丽、李立红等:《精神残疾患者社会保障缺失原因及制度构建》,《医学争鸣》2016年第3期。

[27]郭菲、黄峥、陈社妍:《国民心理健康素养调查》,傅小兰、张侃编:《中国国民心理健康发展报告(2017—2018)》,北京:社会科学文献出版社,2019年,第220—263页。

[28]郭金华:《与疾病相关的污名——以中国的精神疾病和艾滋病污名为例》,《学术月刊》2015年第7期。

[30]杨钰、陈婷婷:《多重制度逻辑下的社区精神康复机构研究——兼论本土精神卫生公共性建设的可能路径》,《社会科学战线》2017年第3期。

[31][35]张博源:《社区化精神健康治理的人权逻辑与立法应对》,《河北法学》2021年第6期。

[32]孙思伟、白婧、青萍等:《2014—2017年中国严重精神障碍的管理与治疗服务及公平性分析》,《中国心理卫生杂志》2022年第3期。

[33]《国家卫生健康委办公厅关于2019年县级医院服务能力评估情况的通报》,国家卫生健康委网, <http://www.nhc.gov.cn/yzyg/s3593g/202007/f124d3fe0ba64b408741f30a38e71dbf.shtml>。

[34]陈文贵、鄢力祥、陈艳:《精神卫生资源配置的空间均衡性及政府责任——兼论西藏地区精神卫生的特殊性》,《西藏大学学报(社会科学版)》2017年第3期。

[36]张宝霞:《“十三五”期间天津市精神卫生服务资源调查情况分析》,《中国慢性病预防与控制》2020年第7期。

[37]谢斌:《心理咨询行业在中国的困局与出路》,《心理学通讯》2018年第3期。

[38]Australian Health Ministers, *National Mental Health Policy*, Canberra: Commonwealth of Australia, 2009, p. 24.

[39]李卫东、司文霞、孙永合等:《浅谈重性精神疾病患者的社区康复现状及对策》,《中国康医学》2015年第10期。

[40][41]王勇、宋立升、姚培芬等:《上海精神卫生分级诊疗探索与思考》,《中国医院》2017年第5期。

[42]李莹:《精神残疾群体的社会保障需求与供给:现状、问题与发展建议》,《残疾人研究》2020年第1期。

[43]李雪松:《政策工具何以反映政策价值:一项溯源性分析——基于H省W市综合行政执法模式的经验证据》,《求实》2019年第6期。

[44]林颖、蒋俊杰:《从心理疏导到社会心理服务:我国社会治理体系的重大创新》,《上海行政学院学报》2019年第4期。

[45]张淑敏、吕小康:《社会心理服务体系的政策语境与行动逻辑》,《南开学报(哲学社会科学版)》2021年第6期。

[47]World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, New York: International Health Conference, 1946.

[48]任平:《论差异性社会的正义逻辑》,《江海学刊》2011年第2期。

[49]姜晓萍、郭宁:《我国基本公共服务均等化的政策目标与演化规律——基于党的十八大以来中央政策的文本分析》,《公共管理与政策评论》2020年第6期。

[50][52]麦颖特:《老年社会工作政策的目标和政策工具研究——基于58份中央政策文本的分析》,《社会工作与管理》2022年第5期。

[51]朱明颖:《心理治疗纳入医保期待全国推广》,《健康时报》2021年8月24日。

[53]《关于政协十三届全国委员会第四次会议第3944号(医疗体育类410号)提案答复的函》,国家卫生健康委网, <http://www.nhc.gov.cn/wjw/tia/202201/5c3b192f4d0b438b989fed27b11eab9b.shtml>。

[54]王勤、闫芳、罗建军等:《社会工作者参与精神卫生服务不同模式的比较研究》,《中国全科医学》2020年第10期。

[55]伍琳、陈永法:《医保支付激励整合医疗服务的逻辑与实现路径》,《卫生经济研究》2022年第1期。

[56]《昭通市医保局:建立打包付费“三机制”实现工作效能“三提升”》,云南省医疗保障局网, <https://ylbz.yn.gov.cn/index.php?c=show&id=3129>。

[57]李芬、王常颖、陈多等:《基于国际经验的整合卫生服务体系关键路径探索》,《中国卫生资源》2018年第6期。

[58]张录法:《超越公益性:论医疗卫生事业的人民性》,《南京社会科学》2023年第2期。

[59]关兆曦:《论精神障碍者监护人责任险的构建》,《法学论坛》2018年第3期。

[60]卢时秀、张微:《困境与出路:农村精神障碍患者家庭社会支持体系研究》,《华中农业大学学报(社会科学版)》2017年第2期。

[61]王若溪、宋素怡、周勇杰等:《严重精神障碍患者家庭照护者社会支持现状及影响因素分析》,《中国全科医学》2022年第4期。

[62][美]英格尔斯:《人的现代化》,殷陆军译,成都:四川人民出版社,1985年,第4—9页。

【责任编辑:邹秋淑】