

我国医防协同政策文本量化分析

——基于政策工具、协同层次和协同机制的三维框架

马文雯^{1,2*} 李超凡^{1,2} 刘聪慧^{1,2} 孙强^{1,2}

1. 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

2. 国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室(山东大学) 山东济南 250012

【摘要】目的:分析我国医防协同政策的侧重点和不足,为优化医防协同政策提供参考。方法:构建基本政策工具、协同层次、协同机制三维框架,全面检索2009—2021年国家层面医防协同相关政策文件,运用内容分析法和政策文献量化分析法,对检索出的政策文本进行多维分类分析。结果:20份政策中,供给型、环境型和需求型政策工具分别为58.62%、33.33%和8.05%;服务协同条目最多(51.43%),其次是专业协同(27.14%),系统协同最少(21.43%);分工协作机制条目占比最高(55.68%),未涉及医保筹资支付机制。结论:医防协同政策缺乏顶层设计,政策工具应用失衡,医防协同层次不合理,医防协同机制不完善。建议:加快医防协同政策顶层设计,优化政策工具使用结构,健全多层次医防协同政策,完善多元医防协同机制。

【关键词】医防协同;文本量化分析;政策工具;协同层次;协同机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.07.004

Text quantitative analysis on China's medical and prevention coordination policy: A three-dimensional framework based on policy tools, coordination levels and coordination mechanisms

MA Wen-wen^{1,2}, LI Chao-fan^{1,2}, LIU Cong-hui^{1,2}, SUN Qiang^{1,2}

1. Centre for Health Management and Policy Research, School of Public Health, Cheeloo College of Medicine, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China

2. NHC Key Lab of Health Economics and Policy Research (Shandong University), Jinan Shandong 250012, China

【Abstract】 Objective: The paper analyzed the focus and deficiency of China's medical and prevention coordination policies, so as to provide reference for optimizing medical and prevention coordination policy. Methods: A three-dimensional framework of basic policy tools, coordination levels and coordination mechanisms was constructed. Searching the relevant policy texts of medical and prevention coordination at the national level from 2009 to 2021, and multi-dimensional classification analysis the retrieved policy texts by using content analysis methods and policy documents quantitative analysis methods. Results: Among the 20 policies, supply, environment and demand policy tools accounted for 58.62%, 33.33% and 8.05%, respectively. The service coordination items were the most (51.43%), followed by professional coordination (27.14%) and system coordination (21.43%). The division of labor and cooperation mechanism accounted for the highest proportion (55.68%), and there was no medical insurance financing payment mechanism involved in policies. Conclusion: Lack of top-level design, imbalanced application of policy tools, unreasonable coordination levels and imperfect coordination mechanisms. Recommendation: It was necessary to accelerate the top-level design of medical and prevention coordination policies, optimize the use structure of policy tools, improve multi-level medical and prevention coordination policies, and accelerate the improvement of diversified medical and prevention coordination mechanisms.

【Key words】 Medical and prevention coordination; Text quantitative analysis; Policy tools; Coordination levels; Coordination mechanisms

* 基金项目:山东大学新冠肺炎疫情防控专项重点课题

作者简介:马文雯(1997年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail:mww1025@163.com

通讯作者:孙强。E-mail:qiangs@sdu.edu.cn

医防协同是指通过公共卫生机构与医疗机构的有效衔接,协同提供涵盖疾病预防、诊断、控制、治疗、康复的相互协同与全方位连续健康服务^[1],是实施预防与控制重大疾病战略、促进卫生健康事业协调发展、推动健康中国建设的需要。近年来,《“健康中国 2030”规划纲要》、“十四五”规划等政策文件中明确提出要推进慢性病防、治、管整体融合发展,实现医防结合^[2],创新医防协同机制^[3]。医防协同受到政府、医疗机构、公共卫生机构和科研单位的广泛重视和关注,已成为必然发展趋势。

政策体现实践主体意志,直接关系到实践活动的成败,分析我国目前出台的医防协同政策有助于理清医防协同建设侧重点和不足,加快医防协同建设顺利推进,而我国医防协同研究较少且多为描述性的现状研究,鲜有针对医防协同政策开展分析性研究。政策工具作为政府治理社会的有效方法和重要途径^[4],已被广泛运用于各领域政策的研究中。^[5-7]为保证医防协同政策结果与政策目标的一致性^[8],有必要探索医防协同政策工具运用是否合理化;此外,还需结合医防协同角度和特点进行分析,一方面医防协同建设环环相扣,需要合理的协同层次才能发挥整体功能;另一方面《创新医防协同机制专家建议》^[1]要求在投入保障、资源共享、分工协作、人才培养、医保完善、绩效考核方面形成综合完善的机制,该共识具有较高权威性,是我国该领域重点关注的内容,应考虑现有政策与协同机制的匹配情况。因此,本研究基于政策工具理论,从政策工具类型、协同层次和协同机制三个维度构建

医防协同政策分析框架,对新医改以来国家层面发布的相关政策进行量化分析,明晰现有医防协同政策的构成、政策工具的使用现状,为优化医防协同政策提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以“医防融合”“医防协同”“医防结合”“公共卫生”“疾病预防控制”“医疗机构”等为关键词,从国务院、国家发展和改革委员会(简称国家发改委)、国家卫生健康委员会(简称国家卫健委)、中国疾病预防控制中心(简称:国家疾控中心)、国家医疗保障局(简称国家医保局)、国家中医药管理局官方网站检索对外公开的政策,时间范围为 2009 年 3 月 17 日—2021 年 12 月 31 日。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:(1)政策文件必须直接规定或体现了医防协同的相关内容;(2)发文部门须为国家层面;(3)其它领域涉及医防协同的支持内容,如互联网领域对医防协同的支持措施。(4)内容完整且为意见、规划、通知等直接体现政府政策的文件。排除标准:(1)出现关键词但无实质性内容的文件。(2)相关新闻报道、会议讲话、工作报告、政策解读等文件。政策文件的检索由 2 名研究人员完成,最初共检索出 132 份,排除出现关键词但无实质性内容的政策 26 份,排除新闻报道、会议讲话、工作报告、政策解读等文件 86 份,最终纳入 20 份政策文本(表 1)。

表 1 纳入分析的政策文本示例

序号	文号	文件名称	发布日期	发布机关	文件分类
1	卫疾控发[2012]42 号	卫生部关于疾病预防控制机构指导基层开展基本公共卫生服务的意见	2012-06-26	卫生部	支撑文件
8	国卫办应急发[2015]54 号	国家卫生计生委办公厅关于印发全国医疗机构卫生应急工作规范(试行)和全国疾病预防控制中心卫生应急工作规范(试行)的通知	2015-11-09	国家卫生计生委	其他文件

1.3 分析方法

1.3.1 政策文件分类

根据政策内容对医防协同的强调程度,将纳入的政策分为 3 类:(1)核心文件,指政策标题含有“医防协同”关键词;(2)支撑文件,指政策内容含有“医防协同”单独阐述的段落;(3)其他文件,指该政策仅在内容中提及“医防协同”。^[9-10]

1.3.2 政策文本编码

采用内容分析法和政策文本量化分析法,将政策条目通过“政策编号-分级标题-具体条款/章节”的原则进行编码^[11],如“5-1-2-5”表示第五份政策文本《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》中第一部分“总体思路”的第二块“基本原则”的第五条中提出的“坚持防治协同……”。运用 Excel 2019

软件对条目中的政策工具/协同层次/协同机制进行分别归类和频次统计分析。若同一条政策涉及多个政策工具/协同层次/协同机制,则该条目所对应每

个政策工具/协同层次/协同机制均进行计数统计^[5](表2)。

表2 政策文本编码表(节选)

编号	政策名称	内容分析单元	编码
5	关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知	五是坚持防治协同。着眼疾控机构、传染病医院、综合性医院和基层医疗卫生机构的整合协同,促进资源梯次配置、开放共享,实现预防和医疗协同发展。	5-1-2-5
11	中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》	建立专业公共卫生机构、综合和专科医院、基层医疗卫生机构“三位一体”的重大疾病防控机制,建立信息共享、互联互通机制,推进慢性病防、治、管整体融合发展,实现医防结合。	11-8-2

2 医防协同政策三维量化分析框架

本研究从基本政策工具维度、医防协同层次、医防协同机制维度出发构建我国医防协同政策的三维分析框架(图1)。

2.1 X 维度:政策工具类型

采用已被国内学者广泛应用的 Rothwell 和

Zegveld 政策工具分类法^[8],将政策工具分为供给型、环境型和需求型三类,并根据医防协同政策特点对政策工具内部进行细化(图1)。供给型工具体现政府职能的重要政策导向,对医防协同起推动作用;需求型工具通过减少外部因素的阻挠和影响,对医防协同起拉动作用;环境型工具通过间接影响为医防协同发展提供有利的政策环境。^[12-13]

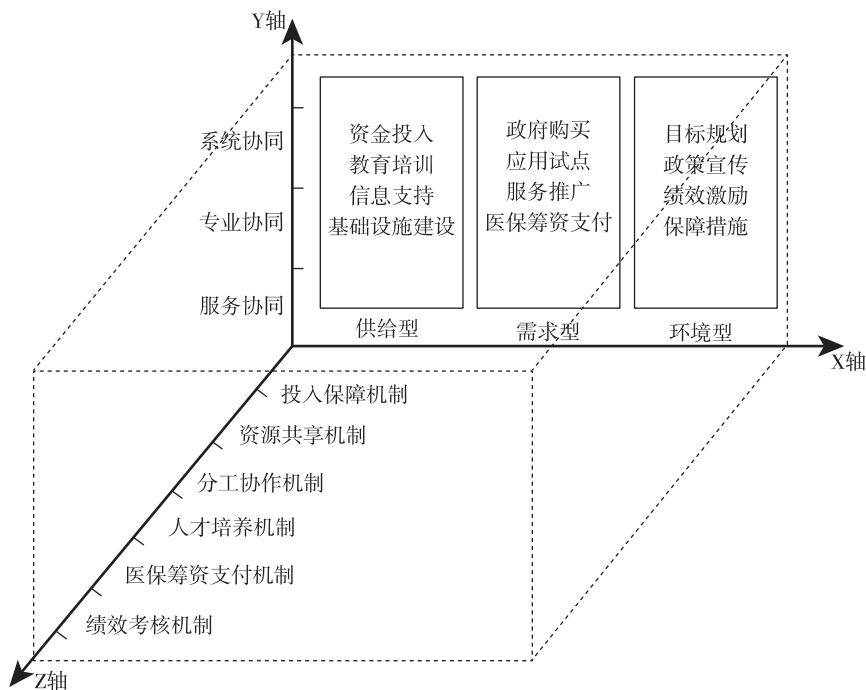


图1 医防协同政策三维分析框架图

2.2 Y 维度:协同层次

以 Valentijn^[14]的彩虹模型为基础,结合我国医防协同特点,分为系统协同(宏观)、专业协同(中观)、服务协同(微观)3个层次。系统协同指协同服务结构、过程和技术,在制度层面使系统内所有机构、组织和个人遵循相同的规则和政策。由公共卫

生机构与医疗机构负责人共同构建医防协同组织体系,在工作队伍、工作职责、信息共享、考核方式、经费分配等方面建立协同。专业协同指基于不同学科医师间的能力、角色、职责相互协作,组建多学科专家团队或培训跨学科人才,提供预防与医疗服务,更加强调协作过程。服务协同指打破时间、空间和学科的限制

制,提供连续性一体化服务。以居民健康需求为导向,公共卫生机构与医疗机构协同推进预防保健、疾病治疗、健康管理等多元合一的整合型服务。^[15]

2.3 Z 维度:协同机制

投入保障机制指在基础建设、学科建设、科研等方面的投入保障;资源共享机制指在人员、信息、技术等方面的共享;分工协作机制体现各机构的功能职责和组织协调关系;人才培养机制指医学与预防教育的融合;医保筹资支付机制包括统筹医保基金和公共卫生服务资金使用,将预防服务纳入医保支付范围以及医保支付信息化建设等;绩效考核机制为对各机构参与医防协同的绩效考核。^[1]

3 结果

3.1 政策文件基本情况

从政策分类看,政策分析时间段内国家未出台医防协同顶层设计的核心文件,仅涉及辅助支撑文件 7 份,其他文件 13 份。从主办发布机关看,国务院发文占比 40%,国家卫健委发文占比 55%;从发文量看,2020—2021 年政策发布数量最多,占比达 45%。

3.2 政策工具类型(X 维度)分布

供给型政策工具占比最多(58.62%),其次为环境型政策工具(33.33%),而需求型政策工具占比最

低(8.05%)。供给型政策工具中教育培训被应用的最多,占比为 47.13%,资金投入最少,仅为 1.15%。需求型政策工具中应用试点占比最高(5.75%),政府购买与服务推广占比相同,均为 1.15%。环境型政策工具中目标规划、绩效激励、保障措施的占比分别为 19.54%、10.34%、3.45%。医保筹资支付和政策宣传工具尚未被使用(表 3)。

表 3 X 维度基本政策工具分布(N=87)

政策工具类型	工具名称	数量(项)	构成比(%)
供给型	资金投入	1	1.15
	教育培训	41	47.13
	信息支持	7	8.05
	基础设施建设	2	2.30
	合计	51	58.62
需求型	政府购买	1	1.15
	应用试点	5	5.75
	服务推广	1	1.15
	合计	7	8.05
环境型	目标规划	17	19.54
	绩效激励	9	10.34
	保障措施	3	3.45
	合计	29	33.33

3.3 协同层次(Y 维度)分布

服务协同层次占比最高(51.43%),专业协同、系统协同层次占比较低,分别为 27.14%、21.43%。系统协同层次中国国务院发文条目数量较多,专业协同和服务协同层次中国家卫健委发文条目数量较多(表 4)。

表 4 Y 维度协同层次分布(N=70)

协同层次	国务院		卫健委		发改委		总计	
	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)
系统协同	8	53.33	5	33.33	2	13.33	15	21.43
专业协同	8	42.11	11	57.89	0	0	19	27.14
服务协同	9	25.00	27	75.00	0	0	36	51.43

3.4 协同机制(Z 维度)分布

分工协作机制占比最高(55.68%),资源共享机制和人才培养机制占比相同,均为 15.91%,未涉及

医保筹资支付机制。各机制中国家卫健委发文条目数量多于国务院(表 5)。

表 5 Z 维度协同机制分布(N=88)

协同机制	国务院		国家卫健委		国家发改委		总计	
	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)	数量(项)	构成比(%)
投入保障机制	1	33.33	2	66.67	0	0	3	3.41
资源共享机制	6	42.86	6	42.86	2	14.29	14	15.91
分工协作机制	11	22.45	37	75.51	1	2.04	49	55.68
人才培养机制	3	21.43	11	78.57	0	0	14	15.91
绩效考核机制	2	25.00	6	75.00	0	0	8	9.09

4 讨论与建议

4.1 加快医防协同政策的顶层设计

现阶段我国医防协同政策总量较少,虽然2020—2021年发文量大幅增加,但未颁布核心文件,说明顶层设计欠缺。从协同层次看,国务院发文涉及系统协同较多,微中观层次的具体政策由更专业的国家卫健委制定,这是由于国务院发文更偏向宏观建设,说明医防协同已被重视且发文机构职责明确。但在协同机制方面,国务院发文较少,政策权威性有待加强。总体来看,我国医防协同政策及实践仍处于起步阶段。建议强化医防协同研究,为政策制定者加强医防协同顶层设计提供科学证据,制定人员通、信息通、资源通等宏观指导性文件,以及对医防协同体的支持优惠、服务定价、具体运行路径等微观操作性文件。各部门间应继续加强协作,做好政策衔接,推动政策制定规范化以及更具有针对性,为省市部门进一步制定当地政策提供方向。

4.2 优化政策工具使用结构

政策工具应用失衡,内部结构存在较大差异。供给型政策工具使用过溢,环境型政策工具适中,需求型政策工具匮乏,主要原因可能是我国医防协同尚处于探索阶段,政府希望通过生产要素的供给促进其发展,而对医防协同供需平衡的意识较为淡薄。

供给型政策工具中资金投入是医防协同建设的基石,但涉及资金投入的条目最少,未对预防工作起到支撑作用;政策制定者对信息化发展的关注程度也滞后于工作需求,各机构间信息缺乏共享。建议进一步优化供给型工具的使用,建立稳定的医防协同长效投入机制,完善基础设施建设。设立专项资金,按照各机构在医防协同中承担的职责进行经费分配。依托区域全民健康信息平台,通过统一数据标准,促进公共卫生与医疗健康领域数据互联互通,解决信息“孤岛”现象^[16],为实现全人群、全生命周期的健康大数据管理提供支撑。

需求型政策工具中应用试点比例最高,反映医防协同正稳步推进并初步探索实践模式。医保筹资支付作为激励杠杆撬动医防协同工作紧密衔接,但其政策条目尚未被涉及。需求型政策工具体目最少,忽视了从需求端拉动医防协同发展。建议增加需求型工具的应用,持续实行政府服务购买机制,合理提高购买基本公共卫生服务和基本医疗服务的

标准。统筹医保基金和公共卫生服务资金,逐步将疾病预防服务纳入医保支付范围,实施“总额预算+住院病组和点数单值相结合+门诊家庭医生签约和按人头包干相结合”的支付方式改革。^[1]

环境型政策工具中政策宣传工具未被使用,且缺乏配套的考核评价和保障措施。政府采用更多的是目标规划工具,具有管理性、规划性、应对性特点,难以调动利益相关者的合作积极性。建议完善环境型工具使用,抓好宣传,加强引导,提升公众“防治结合”理念,动员全社会积极参与健康管理过程,全面提升自身健康水平。强化绩效考核,将公共卫生服务与医疗服务考核相结合,明确考评主体、考评内容、考评方法,与评先评优、经费拨付、薪酬待遇等挂钩,提升工作效率和服务质量。^[17]

4.3 健全多层次医防协同政策

系统协同和专业协同政策条目较少,服务协同虽较多但内容尚不明确,说明医防协同层次结构不均衡、内容不清晰,不利于构建动态、连续、相辅相成的整体医防协同体系。建议:(1)增加系统协同政策。系统协同在宏观上保证医防协同工作的整体协调,内容需体现出统一领导、统一标准、统一考核、统一管理、统一调配资源的理念。可通过集成创新各地实践模式经验,联合多领域齐头并进^[18],科学制定系统协同的整体路径,减少系统内的协作屏障。(2)增加专业协同政策。具体可明确各专业人员间的工作权责,构建相互协作、前后配合、高效灵活的团队。强化医防人才队伍建设,将大健康理念融入医学教育,培养临床医学与预防医学复合型人才。建立畅通的医防人员交流渠道,鼓励公共卫生医师到医疗机构进修临床知识,鼓励临床医师参与预防保健工作。^[19](3)发挥服务协同的作用。应具体落实预防、治疗、康复、管理一体化健康服务链条的实施细节,如确定合理的服务方式、规划服务全流程管理、制定服务质量的评价方案等,真正实现服务协同。

4.4 加快完善多元医防协同机制

现有医防协同政策尚未与医防协同的六大机制匹配,且存在严重不平衡,大多集中于分工协作机制。医保筹资支付机制有利于推动卫生体系提供防治结合的整合型医疗卫生服务,但未有政策涉及医保筹资支付机制。建议理顺六大机制的内涵和外延,结合我国医防协同发展的短板,不断探索医疗机构与公共卫生机构在基础设施建设、经费保障、人员

双向流动、信息互通支持、复合专业型人才培养、绩效激励等方面的协同策略与实施路径,弥补投入保障、区域医防协同信息建设、医保筹资支付等在政策文件中的空缺与不足。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] “创新医防协同机制、策略与实施路径学术研讨会”专家组. 创新医防协同机制专家建议[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(32): 2505-2507.
- [2] 中共中央 国务院. 《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-01-28]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm
- [3] 中共中央 国务院. 中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要[EB/OL]. (2021-03-13) [2022-01-28]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm
- [4] 刘霞, 闫温馨, 刘珏. 基于政策工具的我国公共卫生应急管理体系建设政策文本量化分析[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(5): 853-859.
- [5] 朱文舒, 顾文君, 李济宇. 政策工具视角下医学科技成果转化政策分析[J]. 科学管理研究, 2020, 38(3): 49-54.
- [6] 李阳, 段光锋, 田文华, 等. 构建分级诊疗体系的政策工具选择: 基于省级政府政策文本的量化分析[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 48-52.
- [7] 赵晓芳. 基于二维分析框架的医养结合政策体系研究[J]. 兰州学刊, 2021(6): 139-150.
- [8] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology [M]. London: Logman Group Limited, 1985.
- [9] 袁莎莎, 王芳, 邱五七. 政策工具视角下 2000—2020 年中国疾病预防控制体系政策文本研究[J]. 中华预防医学杂志, 2021, 55(10): 1181-1185.
- [10] 司建平, 郭清, 王先菊, 等. 政策工具视角下我国医养结合政策文本研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(6): 49-55.
- [11] 常娟, 林姝洁, 李科. 政策工具视角下我国全民健身政策文本特征研究[J]. 沈阳体育学院学报, 2021, 40(4): 42-49, 92.
- [12] 俞修言, 马颖, 吴茂荣, 等. 基于政策工具的我国医养结合政策内容分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(1): 41-45.
- [13] 马续补, 张潇宇, 秦春秀. 基于政策工具视角的突发公共卫生事件应对政策研究: 以新型冠状病毒肺炎疫情为例[J]. 情报理论与实践, 2020, 43(8): 29-37.
- [14] Valentijn P. Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care[J]. International journal of integrated care, 2016, 16(2): 46-57.
- [15] 陈皓阳, 闫如玉, 高镜雅, 等. 政策工具视角下我国医联体建设政策量化分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(11): 20-23.
- [16] 李立清, 管梦琪, 舒召慧. 大数据在健康管理中的应用研究[J]. 广西社会科学, 2021(8): 80-85.
- [17] 陈家应, 胡丹. 医防融合: 内涵、障碍与对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(8): 3-5, 10.
- [18] 刘志刚, 薛文静, 杨懿, 等. 我国医防融合理论与实践研究进展[J]. 卫生软科学, 2022, 36(3): 3-6, 12.
- [19] 屈伟, 陈浩, 郑琪, 等. 医防融合视域下基层公共卫生人才队伍的建设与发展[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(11): 839-843, 846.

[收稿日期:2022-04-26 修回日期:2022-07-06]

(编辑 刘博)