

我国医防融合政策分析：政策演化与政策工具运用

李怡霖* 熊子蕙 房惠妍 叶婷

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】目的：梳理我国医防融合政策的演变历程与变化趋势，探讨医防融合政策的结构特征，为健全医防融合政策体系提供参考。方法：通过词频分析法统计医防融合政策的重点内容；基于政策工具视角，构建“政策工具—服务提供主体”二维框架，分析医防融合政策特征。结果：医防融合一词由“防治结合”和“医防协同”演化而来，在此过程中政策呈现出内容丰富化、范围扩大化、体系完备化和医防关系紧密化的变化趋势。X 维度环境型、供给型、需求型政策工具使用比例分别为 57.78%、30.37%、11.85%；Y 维度基层医疗卫生机构、医疗联合体、医院、专业公共卫生机构占比分别为 50.00%、30.23%、10.47%、9.30%。结论：医防融合缺乏顶层设计；政策工具结构失衡，重环境轻需求；服务提供主体层面重基层但政策工具运用不充分。

【关键词】医防融合；医防协同；防治结合；词频分析；政策工具

中图分类号：R197 文献标识码：A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.01.003

Analysis of medication and prevention integration policy in China: Policy evolution and policy tool application

LI Yi-lin, XIONG Zi-hui, FANG Hui-yan, YE Ting

Tongji Medical College of Huazhong University of Science & Technology School of Medicine and Health Management, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: To review the evolution path and trend of the medication and prevention integration policy in China and explore its structural features, so as to provide references for improving the medication and prevention integration policy system. Methods: Word frequency analysis was used to summarize the key contents of medication and prevention integration policy; based on the perspective of policy tools, a two-dimensional framework of “policy tools—service providers” was constructed to analyze the characteristics of the medication and prevention integration policy. Results: The term “medicine and prevention integration” evolved from “combination of prevention and treatment” and “coordination of medicine and prevention”. In the process of evolution, the policies manifested a trend of enrichment in content, expansion in scope, completeness in system, and closer relationship between medical care and prevention. In the X dimension, environmental-, supply- and demand-type policy tools respectively accounted for 57.78%, 30.37% and 11.85% of the total number of policy tools; in the Y dimension, primary health care institutions, medical consortia, hospitals, and professional public health institutions respectively accounted for 50.00%, 30.23%, 10.47%, and 9.30% of health facilities. Conclusions: The medication and prevention integration policy lacks top-level design; the policy tools have an unbalanced structure, which emphasize the environment over demand; at the level of service providers, attention is being paid to primary health care, but the use of policy tools is not sufficient.

【Key words】 Medicine and prevention integration; Coordination of medicine and prevention; Combination of prevention and treatment; Word frequency analysis; Policy tools

* 基金项目：国家自然科学基金资助面上项目(72074087)

作者简介：李怡霖(1999 年—)，女，硕士研究生，主要研究方向为卫生政策。E-mail:liyilin0719@163.com

通讯作者：叶婷。E-mail:yeting@hust.edu.cn

医防融合是我国在新时代健康中国战略下提出的重要举措,强调医疗服务与公共卫生服务的融合与有效衔接。^[1]推进医防融合有利于服务关口前移,减少疾病发生^[2],提高卫生资源利用率^[3]。但目前我国医防融合仍处于探索阶段,面临着医疗与预防缺乏有效协调机制^[1]、重医轻防和重防轻医现象交替存在^[2]等问题。

政策是政府或社会公共权威在一定历史时期为达到一定的目标而制定的行动方案和行为依据。^[4]科学合理的政策可以有效指导、规范医防融合服务的开展。2018 年国家卫生健康委员会发布《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》(以下简称《家庭医生签约服务工作》),提出“向居民提供医防融合、综合连续的医疗卫生服务”,医防融合一词首次出现于政策文件中。然而,医防融合理念由来已久,我国卫生政策中多次提及防治结合、医防协同等词语。在此背景下,描摹我国医防融合政策的演化历程与变化趋势,分析现有政策的内在结构特征,可以为健全医防融合政策体系提供参考。

在医防融合领域,现有研究普遍聚焦于实践模式^[5],对政策的研究有限。有学者在突发公共卫生视角下基于主观认知对医防融合概念的形成进行了分析^[6];也有学者为了减少定性研究的主观性和不确定性,从政策工具视角结合文献计量方法进行研究^[7,8]。政策工具是政府为达成政策目标所采取的一整套行动策略或方式,是政策目标与结果之间的桥梁,政策工具结构及其运用是否合理对于政府能否达到拟定的政策目标具有决定性作用。^[9]有研究

聚焦于慢性病视角对医防融合政策进行了基本政策工具的单维分析^[7],也有研究基于医防协同视角构建“政策工具—协同层次—协同机制”三维框架^[8]。但上述两项研究政策检索起始时间都是 2009 年以后,一定程度上影响了对医防融合政策历史演化进程进行长时间和全方位梳理。

本研究首先基于政策计量方法,通过词频分析,梳理医防融合政策的演变历程与变化趋势;其次,构建“政策工具—服务提供主体”二维分析框架,分析现有医防融合政策的特点和构成。

1 资料与方法

1.1 资料来源

政府多次在文件中提及“防治结合”“医防协同”和“医防融合”等词以弥补医防割裂问题,在该领域中上述三个词语被提及更为广泛。因此,本研究在国务院、北大法宝网站和相关部委官方网站,以“防治结合”“医防协同”和“医防融合”作为关键词,通过全文检索纳入包含以上关键词的政策文件,检索政策发布日期为 1980 年 6 月 15 日—2022 年 5 月 30 日。纳入标准:(1)发文机构限定为国务院及各部委;(2)发文类型选取可体现国家意志的规划、意见、通知等政策性文件,排除批复、公示、报告等文件;(3)政策规定体现了研究主题相关内容。经检索与筛选,最终纳入防治结合相关文件 147 篇、医防协同相关文件 16 篇、医防融合相关文件 31 篇,医防融合相关文件及内容示例见表 1。

表 1 医防融合相关政策文件示例

序号	政策名称	发布时间	发文机构	主要内容
1	关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知	2018. 03	国家卫健委	政策中首次提出“医防融合”,提出向家庭医生签约居民提供基本医疗和基本公共卫生服务相统筹的医疗卫生服务。
2	关于做好 2018 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知	2018. 06	国家卫健委、财政部、中医药局	将“稳妥推进基层高血压、糖尿病的医防融合管理试点工作”作为年度重点工作。
3	关于做好 2019 年家庭医生签约服务工作的通知	2019. 04	国家卫健委	提出“以家庭医生团队为载体,以高血压、糖尿病等慢性病管理为突破口,强化基层医防融合。”
...
30	关于印发“十四五”国民健康规划的通知	2022. 04	国务院办公厅	首次正式明确了开展医防融合的目标,并对强化医防融合作出更细致的要求。
31	关于印发深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务的通知	2022. 05	国务院办公厅	从推进三高共管试点、完善慢性病服务模式、推进管理融合等方面加强基层慢性病医防融合。

1.2 研究方法

1.2.1 词频分析法

本研究保留每篇政策文本中与研究主题高度相

关的最小段落,分别形成防治结合、医防协同和医防融合的政策文本集,导入 ROSTCM6 软件数据库并进行分词处理与关键词词频分析,剔除如“坚持”“加

强”等对分析结果没有明显作用的词语,根据词频的高低来分析政策文本的核心内容和重点,并结合政策语义分析医防融合政策的演变历程与变化趋势。

1.2.2 政策工具

本研究构建了“政策工具—服务提供主体”二维分析框架,如图 1 所示。选取 31 篇医防融合相关政策,将政策文本导入 Nvivo12 中,以每篇政策文本中原有的最小段落标号为分析单元,根据分类定义进行逐一编码和节点标记,编码与节点标记举例见表 2。利用二维分析框架,根据编码结果,对政策结构属性、政策工具分布特征进行探究。

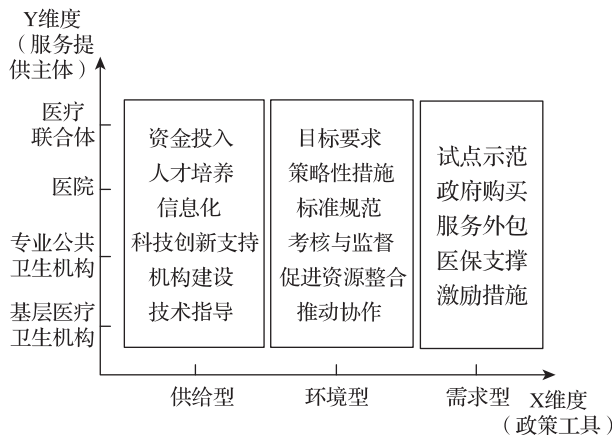


图 1 “政策工具—服务提供主体”二维分析框架

表 2 政策文本内容编码表(示例)

政策名称	具体条款/章节	节点标记
关于加快推进社区医院建设的通知	积极开展医防融合服务培训,大力培养具有临床、预防、健康管理技能的复合型医疗卫生人才。	供给类—人才培养 服务提供主体—基层机构
关于印发“十四五”国民健康规划的通知	加快建设分级诊疗体系。加强城市医疗集团网格化布局管理,整合医疗机构和专业公共卫生机构,为网格内居民提供一体化、连续性医疗卫生服务。	环境型—推动协作 服务提供主体—医联体
关于做好 2019 年家庭医生签约服务工作的通知	各地要继续以家庭医生团队为载体,以高血压、糖尿病等慢性病管理为突破口,强化基层医防融合。家庭医生在为签约居民提供诊疗服务时,要将健康档案管理、慢病随访、健康教育等公共卫生服务与临床治疗服务整合开展。	环境型—策略性措施 服务提供主体—基层机构
关于做好 2020 年基本公共卫生服务项目工作的通知	2020 年,国家卫生健康委将启动基层高血压、糖尿病等慢性病医防融合管理重点联系点工作。	需求型—试点示范
...

(1) X 维度:基本政策工具

本研究选择 Rothwell 和 Zegveld 的政策工具分类方法,将政策工具分为供给、环境和需求三种类型。^[10]该分类方法已被广泛应用于多个领域,能够较好地体现不同政策工具的作用力。^[11]其中,供给型政策的作用表现为对医防融合服务开展的推动力,主要通过政府对资金、人才、信息技术等资源的支持直接扩大供给;环境型政策的作用主要表现为影响力,政府通过发布目标规划、标准规范和考核监督等政策来为医防融合地开展提供有利的外部环境;需求型政策主要表现为直接拉动作用,从政策需求面提高各服务提供主体的积极性,减少外界不稳定因素的干扰,从正面直接刺激各主体开展医防融合服务的需求,产生拉动医防融合的内生动力(表 3)。

(2) Y 维度:服务提供主体

医防融合工作的开展依赖于承担该工作责任的机构,通过政策梳理可知我国现阶段主要在基层医

疗卫生机构(以下简称“基层机构”)、医院、专业公共卫生机构(主要包括疾病预防控制机构、专科疾病防治机构和妇幼保健机构),以及从医疗联合体(以下简称“医联体”)内部强调医防融合。由于各主体属性不同、职责不一,政府在制定政策时也会有所侧重,同时政策工具的分布结构关系到了各主体对政策的运用及目标达成情况。因此,将 Y 维度划分为基层机构、专业公共卫生机构、医院、医联体。

2 结果与分析

2.1 医防融合政策发展

2.1.1 政策演化历程

从发文量来看,“防治结合”概念被提及的频率随着时间变化曲折上升,在 2017 年、2018 年,“医防协同”和“医防融合”概念先后出现且政府关注度持续上升,2021 年后政策文件中这二者被提及的频率超过了“防治结合”,后期虽有所下降,但总体来看政府对医防融合的重视有所提升(图 2)。

表 3 医防融合相关政策工具类别及具体含义

类型	工具名称	含义
供给型	资金投入	政府向相关机构发放医防融合专项经费、给予财政支持。
	人才培养	政府组织开展医防融合服务培训,制定相关政策以加强公共卫生与临床医学复合型人才培养。
	信息化	政府搭建全民健康信息平台以及疾病监测系统,为推动相关机构之间信息的互联互通以及医疗和卫生系统间信息共享提供支撑。
	科技创新支持	鼓励并开展医防融合领域内的科技研究以创新服务模式,为医防融合提供技术支持。
	机构建设	政府加强相关机构的软、硬件建设,为医疗和公共卫生机构开展医防融合服务提供保障。
环境型	技术指导	政府层面推动专业公共卫生机构充分发挥技术指导作用,提高医疗卫生机构内公共卫生服务水平。
	目标要求	国家对开展医防融合工作提出总体要求、目标与坚持原则。
	策略性措施	政府提出实现医防融合服务所需采取的策略和措施。
	标准规范	政府制定指南,为开展医防融合服务作出标准性规范,提高规范化水平。
	考核与监督	政府及相关机构对医防融合服务提供主体进行监督监管与考核评价。
	促进资源整合	政府层面促进公共卫生与医疗卫生两大体系间资源的流通与整合,包括人员、经费、信息、设备等。
	推动协作	政府层面颁布政策促进专业公共卫生机构与医疗机构之间的协作,以及机构内部门间的协作。
	需求型	试点示范
需求型	政府购买	政府通过购买服务的方式向提供医防融合服务的机构拨付相应经费,以刺激各主体提供医防融合服务的需求。
	服务外包	政府鼓励引导社会资本或社会办医机构进入医防融合服务领域。
	医保支撑	发挥医保制度的支撑保障作用,调动医保资金的杠杆作用,以差异化的医保支付政策拉动对医防融合的需求。
	激励措施	调动各机构医务人员的工作积极性,刺激各主体提供医防融合服务,进而改善医防融合服务的效果,促进居民更积极、更深层次的需求。

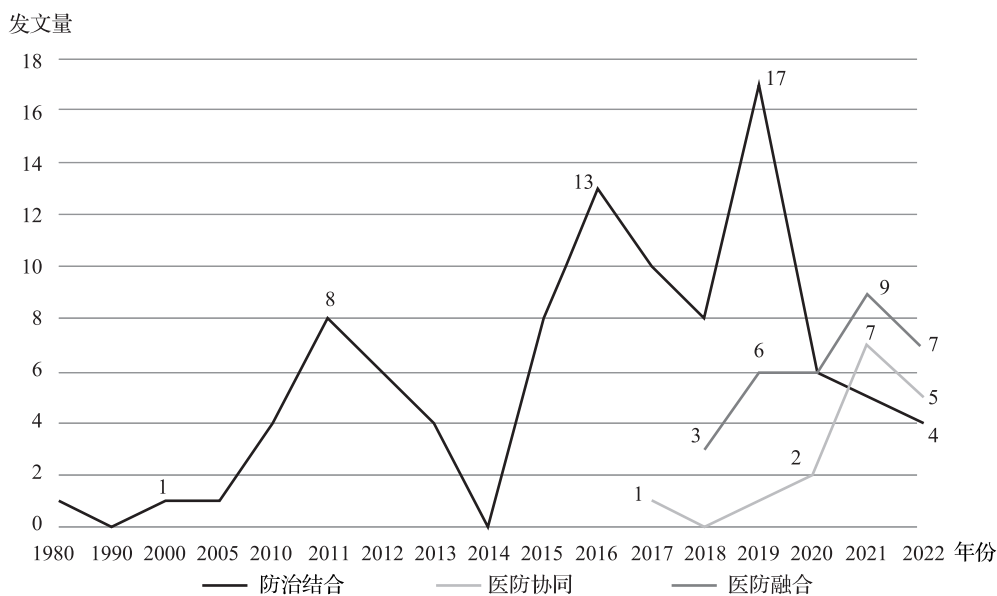


图 2 1980—2022 年防治结合、医防协同、医防融合相关政策发文量

政策文本关键高词频分布(前 30 个)如表 4 所示。在可查阅到的政策文件中,“防治结合”一词最早出现于 1980 年卫生部发布的《妇幼卫生工作条例(试行草案)》中,提出将“预防保健”与“临床治疗”相结合。在政策文件中“传染病”“职业病”和“艾滋病”关键词占比较高,主要是由于自建国以来我国提出“预防为主”至今,在传染病和职业病领域中坚持以“预防为主、防治结合”为指导原则。2003 年, SARS 的传播使人们意识到公共卫生与医疗卫生体

系的割裂,“防治结合”一词开始被重视。随着慢性病疾病经济负担的加剧,防治结合也逐渐扩展到了慢病管理领域。2017 年国务院出台《关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)的通知》(以下简称《防治慢病规划》)正式提出构建慢性病防治结合工作机制,通过各类医疗机构和专业公共卫生机构间不同功能的协同以合作提供医疗和公共卫生服务,做到预防和治疗工作有效结合、优势互补。

表 4 关键高频词表

防治结合				医防协同				医防融合			
关键词	词频	关键词	词频	关键词	词频	关键词	词频	关键词	词频	关键词	词频
卫生	409	机制	62	卫生	75	改革	17	服务	266	居民	43
服务	253	体系	58	医疗	51	诊疗	17	医疗	229	技术	42
防治	226	能力	56	健康	50	基层	13	卫生	223	质量	38
医疗	224	传染病	55	服务	43	资源	13	健康	201	高血压	38
预防	221	保障	47	公共	42	职责	12	管理	142	慢性病	38
健康	209	职业病	45	机构	40	保障	11	基层	115	水平	34
机构	202	教育	45	疾病	38	社区	11	机构	115	协同	34
管理	136	人才	38	预防	36	应急	10	医院	113	资源	33
疾病	114	艾滋病	37	协同	27	防治	10	公共	97	防治	31
公共	112	慢性病	37	医院	27	创新	10	签约	69	公立	31
保健	90	患者	35	管理	26	社会	9	融合	64	医联体	30
儿童	87	妇幼	30	机制	24	模式	9	能力	54	社区	29
医院	86	农村	29	体系	23	监测	8	预防	52	体系	29
基层	73	诊疗	29	慢性病	20	医联体	8	家庭医生	50	培训	28
社区	69	改革	28	能力	20	人员	8	糖尿病	44	人员	28

2017年,“医防协同”首次出现于《防治慢病规划》中,提出“促进医防协同,实现全流程健康管理”,要求加强机构建设、构建防治结合的工作机制及健康管理机制。可见医防协同概念是随着防治结合的发展和慢病防治工作的建设而延伸出来的,指的是医疗卫生体系中,以医院为主体的临床诊疗工作系统与以疾控机构为主的疾病预防工作系统协调运行,共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。^[12] 习近平总书记在2020年6月主持召开专家学者座谈会时指出:“创新医防协同机制,建立人员通、信息通、资源通和监督监管相互制约的机制。”该观点在《“十四五”国民健康规划》及其它文件中也反复提及。且医防协同词频表中更关注“机制”与“资源”二词,“机制”一词从社会领域理解主要指“社会政治、经济、文化活动各要素之间相互联系、运行过程及其综合效应”^[13],因此,医防协同是宏观层面上,通过“医疗卫生服务体系”与“公共卫生服务体系”在投入保障、资源协同等机制上的协同,以达成医防服务的融合^[12]。

2018年,“医防融合”和家庭医生制度一同出现于《家庭医生签约服务工作》中,强调将预防和诊疗服务融合提供,这相对于要求机构间分工协

作提供一体化服务而言更进一步。同年6月在国家卫健委等多部门联合发布的《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》中提出了“推进基层高血压与糖尿病医防融合管理工作”,此后国家一直以家庭医生制度为载体,慢性病管理为突破口推进基层医防融合工作,词频表中可见“家庭医生”“签约”“居民”等关键词仅出现于医防融合政策文件中,且占比较高。《“十四五”国民健康规划》明确了医防融合的目标是“推动预防、治疗、护理、康复有机衔接,形成‘病前主动防,病后科学管,跟踪服务不间断’的一体化健康管理服务”,且在词频中“服务”一词占比最高,可见医防融合强调的是微观上服务项目间的融合,将预防贯穿于临床诊疗的全过程,做到医中有防、防中有医。并以基层为重点,坚持预防为主,最大限度地减少健康问题的发生,实现“以健康为中心”的目标。^[2]

2.1.2 政策变化趋势

医防融合一词由防治结合和医防协同演化而来,三者语义上表达了相同含义——将医疗和卫生服务有机结合,可见国家始终重视弥合公共卫生与医疗卫生之间的裂痕。三者均关注“医疗”“健康”“卫生”“服务”“管理”“基层”等内容,但侧重点随着

时代发展而有所不同,政策变化趋势主要表现在以下几个方面。

政策内容丰富化。在初期,防治结合主要强调提供预防和治疗服务,随着医疗服务水平的提高与居民对全方位健康管理的需求,政策规定服务内容还需结合护理和康复等向居民提供全方位、连续的健康服务。

政策范围扩大化。新中国成立后,党和政府把防治传染病、地方病和慢性非传染病(以下简称慢性病)作为卫生工作的主要任务,“防治结合”一词常见于上述几类政策中。在防治结合词频表中,“传染病”和“职业病”占比较高,“慢性病”占比较低,其侧重点多为传染病和职业病患者。医防融合现阶段以慢性病为突破口,依托家庭医生向签约居民提供预防医疗一体化服务,最终的服务对象是全体居民。在高频词中“签约”“家庭医生”“居民”是防治结合和医防协同未关注的领域,“糖尿病”“高血压”和“慢性病”三词占比较高,同时医防融合还关注常见病和多发病领域,其侧重点多为慢病患者与居民。可见国家的关注范围由患者扩大至全体居民,体现了“以人为本”的理念。

政策体系完备化。在防治结合相关政策中,政府对于医疗机构与卫生机构二者如何合作与协调缺乏具体的规范,而医防协同政策中政府开始关注“资源”,认识到医防融合不仅是二者的简单结合,更涉及到了医疗体系与卫生体系内部的人、财、物、信息等资源的协同,医防融合政策体系趋于完备。

医防关系紧密化。相较于防治结合政策强调机构间的分工合作,医防融合中医和防的关系更为紧密,强调医和防相互融入,要求做到医中有防、防中有医,医者能防、防者可医^[6],淡化了二者的边界。

2.2 基于政策工具视角的医防融合政策分析

2.2.1 X 维度:基本政策工具维度

31 份政策文件中共编码 135 条,政策工具分布情况见表 5。其中环境型政策分布最多(占 57.78%),其次是供给型政策,需求型政策比例最小(仅为 11.85%)。

具体来看,各政策工具内部结构也存在差异性。环境型政策工具中使用最为频繁的是策略性措施和促进资源整合,二者累计占 56.41%,标准规范与考核监督工具不足;供给型政策中除了缺失专

项经费投入外,其它各政策工具分布较为均衡;需求型政策中大多为开展医防融合试点工作,约占需求型政策工具的 68.8%,其它政策工具不足或缺失。

2.2.2 Y 维度:服务提供主体维度

医防融合相关政策中涉及到各主体的编码共 86 条。政府对基层机构最为关注,占 50.00%;其次是医联体,占 30.23%;对医院和专业公共卫生机构关注最少,分别只占 10.47% 和 9.30%。

表 5 基本政策工具分布

政策工具类型	合计 (条)	占比 (%)	工具名称	频次 (条)	占比 (%)
供给型	41	30.37	资金投入	0	0.00
			人才培养	11	8.15
			信息化	8	5.93
			科技创新支持	4	2.96
			机构建设	7	5.19
			技术指导	11	8.15
			环境型	78	57.78
策略性措施	24	17.78			
标准规范	3	2.22			
考核与监督	4	2.96			
促进资源整合	20	14.81			
推动协作	12	8.89			
需求型	16	11.85	试点示范		
政府购买			0	0.00	
服务外包			0	0.00	
医保支撑			3	2.22	
激励措施			2	1.48	

2.2.3 基于政策工具和服务提供主体的交叉分析

各服务提供主体政策工具使用情况的二维分布统计如图 3 所示,两个维度间的交叉分布如图 4 所示。在政策工具视角下,各政策工具中基层机构的占比始终最高,环境型政策下基层机构与医联体累计占比 83.87%,供给型政策下各主体的分布较为均衡,需求型政策中医院和专业公共卫生机构二者缺失。在服务提供主体视角下,环境型政策处于主导地位,需求型政策短缺。整体来看仅有基层机构中三类政策工具的运用较为均衡;医院和专业公共卫生机构中除需求型政策外,其它两类政策工具分布均衡;医联体中基本集中在环境型政策工具上。

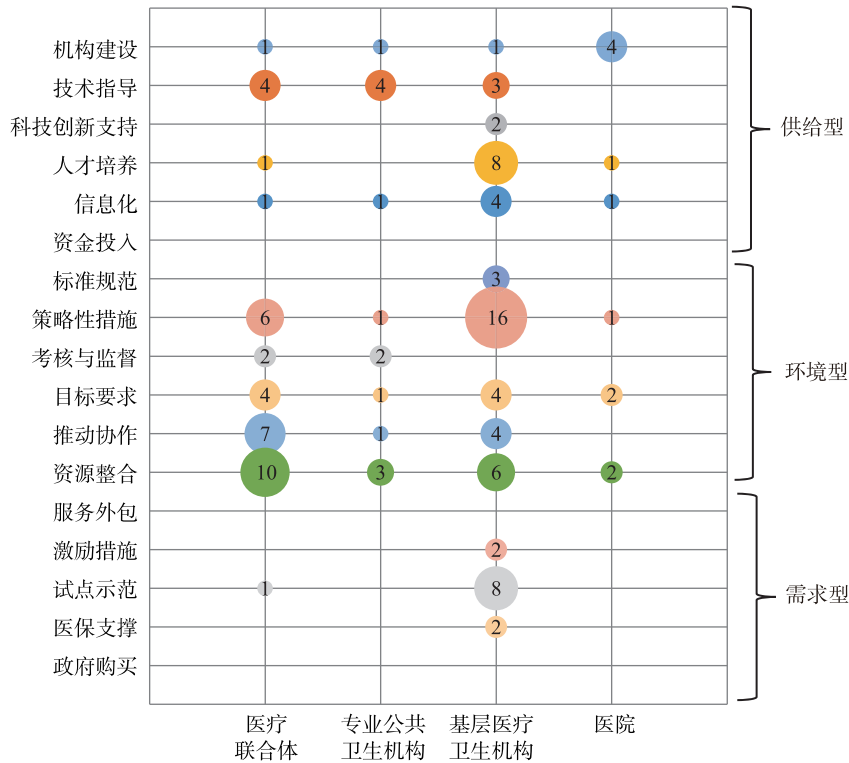


图 3 各服务提供主体政策工具使用情况的二维分布统计

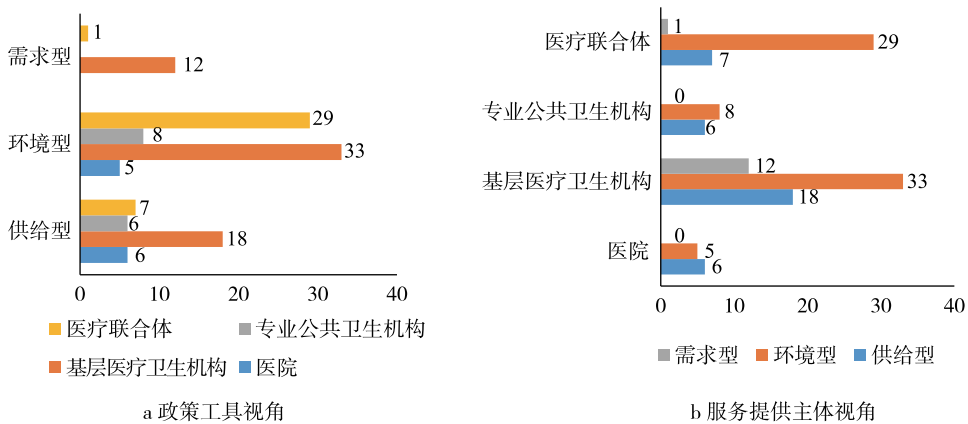


图 4 政策工具视角下与服务提供主体视角下的二维交叉分析

3 讨论与建议

从相关政策发文量与变化趋势可以看出政府对医防融合愈加重视,政策体系趋向完备。政府着力整合医防资源、创新医防协同机制,并重视基层防治结合的功能定位,做实做细家庭医生签约与慢病管理,推进基层医防融合。但现阶段医防融合政策体系仍面临缺乏顶层设计、政策结构失衡等问题。

3.1 医防融合缺乏顶层设计

医防融合缺乏顶层设计和制度构架。现阶段缺乏专门针对医防融合的政策文件,对服务内容、

融合过程、资源统筹均无统一的顶层设计。尽管我国医防融合仍处于试点推广阶段,但有必要尽快总结具有普适性的试点经验,上升到顶层设计高度,做到标准先行,规范引领医防融合服务的开展。如从国家层面提出医防融合的政策要求;系统性提出医防割裂问题的解决思路,破除体制、机制性障碍,如配套的考核与监督机制、筹资机制等,构建以医防融合服务为中心的制度框架;以重点疾病为突破口(如高血压、糖尿病等)提出单个机构内部及多机构协同提供医防融合服务的诊疗规范与考核标准等。

3.2 政策工具维度分析,重环境轻需求

总体来看,政府对环境型政策使用过溢,而人可以有效拉动医防融合服务的供给型政策工具使用较少,需求型政策匮乏,政策工具总体分布不均。有待优化三类政策工具的结构,形成拉动力、推动力和影响力的合力。^[14]

环境型政策工具过溢且内部结构不均衡。作为辅助型的环境型政策工具应用占比超过一半,存在过溢现象,同时也显示出政府在宏观上对于医防融合的极高重视。该政策工具的使用存在结构失衡问题,其中,策略性措施使用最为频繁,多份文件中重复提及“以家庭医生为载体、慢性病管理为突破口”。一方面反映出医防融合作为新型服务模式,国家鼓励大胆探索创新,留有政策弹性;另一方面,若先前政策未切实执行或未达到原定的政策目标,在后续政策中不断提及便可能产生过溢^[15]。另外,“促进资源整合”与“推动协作”政策工具占比较高,主要是由于现阶段政府着力创新医防协同机制,为医防融合破除资源壁垒;考核标准规范与考核监督工具短缺,缺乏科学有效的医防融合服务衡量标准。可以将现有环境型政策工具进行适当结构调整,提高对“标准规范”和“考核监督”政策工具的重视。提出医防融合服务的单机构诊疗规范和多机构协同诊疗规范;明确医防融合服务的绩效考核重点,将患者感知的医防融合度指标融入考核体系中,制定专项考核方案,并将考核结果与绩效工资相挂钩。

供给型政策工具使用略有失衡。在供给型政策工具中,首先,虽然人才培养与技术指导占比最高,但基数依然较小。其次,机构建设与信息化占比较少,数据标准和信息共享机制建设滞后是我国医疗卫生领域面临的普遍难题。^[16]再次,国家对医防融合服务开展的经费从何而来、医保基金与公共卫生服务资金如何统筹并未明确,仅有部分地区在试点过程中探索了经费融合,如界首模式将部分医共体内医保资金前置为疾病预防经费、三明医改中从医保基金中获取健康管理经费。因此,如何解决人、财、物、信息等资源问题是切实推动医防融合的关键。亟待于从医学教育入手,打造复合型医学人才,将医防融合理念深入临床医学和公共卫生专业;打通公共卫生资金和基本医疗保险资金专款专用的渠道,落实资金投入问题;系统提出信息系统中医防融合模块的设计理念和基本构建;利用大数据和 AI 技术

等,识别医防融合重点人群及居民对医防融合服务的需求靶点。

需求型政策工具短缺。需求型政策工具占比最少,且大多为开展试点工作,政府购买、服务外包、医保支撑与激励措施等政策工具不足或缺失。一方面可能是由于我国仍处于初步探索阶段,试点示范先行,对需求型工具的使用受限;另一方面可能与我国目前还缺乏使用需求性政策工具的条件^[17],普遍使用偏少有关^[18]。需求型政策工具的拉动作用不容忽视,对该政策工具的完善将是未来医防融合政策调整的重点。政府应当充分识别居民医防融合服务的需要和需求,探索医疗服务和公共卫生服务打包购买方式,如基于风险调整的按人头支付方式、捆绑支付^[19]等,通过支付方式改革,引导卫生服务提供者供给行为的转变。

3.3 服务提供主体维度分析,重基层但政策工具运用不充分

从总体上来说,政府高度重视基层机构作为医防融合服务的前沿重地,围绕基层制定的政策工具占比高达 50%,这对推动基层开展医防融合服务具有重要意义。但针对不同卫生服务提供主体的政策工具使用依然存在不充分和不均衡问题。

在基层机构,政策工具大多数集中在环境型的策略型措施,以及人才培养、试点示范和资源整合等。但家庭医生签约服务的做实做细和基层医防融合服务的提升需要依靠操作细则和标准规范的引领,有待基于“提高患者获得感和感受度”和“为居民提供全方位、全生命周期的健康服务”的双重目标,制定家庭医生团队医防融合服务的操作细则,优化服务流程。

在医联体中,主要运用环境型的“资源整合”和“推动协作”政策工具。医联体内医防融合运行模式的构建需要各机构人员、服务项目、资源、工作、培训、考核等的高度协同,各级机构在政策目标一致性和权力均衡性下的协同机制有待构建^[20],机构间信息“孤岛”现象有待解决。因此,政府应瞄准资源协同路径、医防考核指标体系构建与医防信息联通等政策靶点予以完善,强化各主体间的微观联动性,推动医联体内部医防融合服务整体协调发展。

医院和专业公共卫生机构均是推进医防融合的重要主体,但二者累计在 Y 维度中占比 19.77%,政策支持较弱且政策工具覆盖面不全。这在一定层面

上揭示了政策并未将医防融合理念完全贯穿于优质高效的医疗服务体系建设中。如何扭转医院“重医轻防”和专业公共卫生机构“重防轻医”现象,也是落实医防融合服务面临的巨大挑战。除了有必要增强医院和专业公共卫生机构医防融合政策工具的使用,更有必要制定相应的政策,强化二者与基层机构的协作。医院通过分级诊疗,将患者下转到基层,弥补医院“防”的短板;专业公共卫生机构增强对基层的业务指导从而强化基层的“防”,弥补自身“医”的短板。而上述破题路径均有赖于适宜的政策工具的制定与落实。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 刘茜,蒲川. 基于重大疫情防控的医防融合策略研究[J]. 现代预防医学, 2021, 48(8): 1426-1429.
- [2] 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.
- [3] 李灿灿. 县域医防融合评价指标体系研究[D]. 合肥:安徽医科大学, 2022.
- [4] 丁煌. 政策制定的科学性与政策执行的有效性[J]. 南京社会科学, 2002(1): 38-44.
- [5] 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.
- [6] 王权,荣雪菁,李慧,等. 突发公共卫生事件视角下我国医防融合政策回顾、现况与发展研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(2): 27-30.
- [7] 刘劲松,王华东,查震球,等. 政策工具视角下我国慢性病医防融合政策分析[J]. 安徽预防医学杂志, 2021, 27(6): 501-506.
- [8] 马文雯,李超凡,孙强,等. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(7): 24-29.
- [9] 陈振明. 政府工具研究与政府管理方式改进——论作为公共管理学新分支的政府工具研究的兴起、主题和意义[J]. 中国行政管理, 2004(6): 43-48.
- [10] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and Technology [M]. Longman Group Limited, 1985.
- [11] 张宏如,邓敏. 健康中国背景下中医药健康服务领域政策工具研究[J]. 河海大学学报(哲学社会科学版), 2022, 24(1): 30-37, 110.
- [12] “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.
- [13] 于真. 论机制与机制研究[J]. 社会学研究, 1989(3): 57-62.
- [14] 刘曦,邓蒙,刘伟,等. 2009-2020 年国家基本药物制度政策文本研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(5): 35-41.
- [15] 黄萃,苏竣,施丽萍,等. 政策工具视角的中国风能政策文本量化研究[J]. 科学学研究, 2011, 29(6): 876-882, 889.
- [16] 董佩,王坤,毛阿燕,等. 我国公共卫生与医疗服务融合现状及对策[J]. 中国公共卫生, 2020, 36(12): 1686-1689.
- [17] 张孟,林振平,钱东福,等. 基于政策工具的南京市医养结合政策文本分析[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 21-28.
- [18] 李浩,戴遥,陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析——基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 16-25.
- [19] 叶婷,贺睿博,张研,张亮. 荷兰捆绑支付实践及对我国卫生服务整合的启示[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(10): 94-96.
- [20] 曹琦,崔兆涵. 我国医联体协同关系的构建和完善——制度约束和策略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 7-13.

[收稿日期:2022-10-26 修回日期:2022-12-15]

(编辑 薛云)