

我国医防融合困境中的管理和服 务机制剖析

王晨舟^{1,2*} 张 研^{1,2} 张 亮³

- 1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030
- 2. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030
- 3. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

【摘 要】本文分析了我国医防融合推进过程中的主要阻力在于重医轻防的观念、条块分割的体系架构、方向相悖的筹资和激励以及服务供给中分工和合作的根本矛盾。尝试从管理和服 务机制的角度分析我国医防融合的推进现状和存在的问题,发现其根源在于管理与服 务机制不匹配。提出当前医防融合的实践应当首先以服 务机制为重点,明确医防融合的服务接口,建立以患者为中心的医防融合服 务路径;在服 务机制的建立中平衡效率与质量,在分工的基础上整合;再围绕医防融合服 务机制进行管理机制的调整,在管理机制改革中协调多方主体利益,控制改革成本。

【关键词】医防融合; 管理机制; 服 务机制; 困境; 整合
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10. 3969/j. issn. 1674-2982. 2024. 01. 001

Analysis of the management and service mechanisms in the integration dilemma of medicine and prevention in China

WANG Chen-zhou^{1,2}, ZHANG Yan^{1,2}, ZHANG Liang³

- 1. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China
- 2. Research Centre for Rural Health Service, Key Research Institute of Humanities and Social Sciences of Hubei Provincial Department of Education, Wuhan Hubei 430030, China
- 3. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 This paper analyzes the main obstacles in the process of promoting the integration of medicine and prevention in China, including the mindset of prioritizing medical care over prevention, fragmented system architecture, conflicting direction of funding and incentives, and inherent contradictions in the division of labor and cooperation in service provision. Furthermore, this article attempts to present the current status and constraints of medical and health integration in China from the perspectives of management mechanisms and service mechanisms, highlighting the mismatch between these two aspects as the root cause. It proposes that the reform logic of current medical and health integration practices should prioritize the service mechanism. This involves clarifying the service interface of medicine and prevention integration and establishing patient-centered service pathways for integration. In the establishment of the service mechanism, a balance should be struck between efficiency and quality, while also integrating based on division of labor. Subsequently, adjustments to the management mechanism should be made in accordance with the medicine and prevention integration service mechanism. In the reform of the management mechanism, various stakeholders' interests should be coordinated and the costs of reform should be controlled.

【Key words】 Integration of medicine and prevention; Management mechanism; Service mechanism; Dilemma; Integration

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72274069)
作者简介:王晨舟(1998 年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail:czwang0503@ hust. edu. cn
通讯作者:张研。E-mail:zhangyan1604@ 163. com

2022 年 5 月发布的《“十四五”国民健康规划》明确了国家医防融合的目标在于推动预防、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。^[1]医防融合的具体内涵是以临床治疗为主的医疗服务和以预防为主的公共卫生服务的关系及运行方式的有效衔接和整合。^[2]在医防融合的理想状态下,医疗卫生服务机构提供“防”与“治”连续的服务,最终在“以健康为中心”的目标下实现医疗卫生系统的效率提升。2004 年,《中华人民共和国传染病防治法》修订后规定“国家对传染病防治实行预防为主方针,防治结合、分类管理、依靠科学、依靠群众”,确立了“防治结合”在卫生健康工作中的关键地位。2016 年发布的《“健康中国 2030”规划纲要》中明确指出要“构建整合型医疗卫生服务体系”。^[3]2020 年后,推动医防融合的探索进入了高质量发展阶段,《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》等多个政府文件均提及“创新医防协同机制”的重要性^[4],各地也陆续开展医防融合创新探索的实践试点^[5]。医防融合越来越受到重视,但目前推进的效果并不理想,医防割裂的现象仍然存在。本文旨在分析我国医防融合推进过程中存在的阻力,并从管理和服务机制的角度进行现状剖析,以提出当前医防融合的合理改革逻辑。

1 我国医防融合推进的阻力分析

1.1 以结果为导向的重医轻防观念根深蒂固

无论是全国卫生与健康大会上提出的“将健康融入所有政策”,还是在《“健康中国 2030”规划纲要》中进一步明确的“共建共享、全民健康”的建设健康中国的战略主题^[3],都体现了国家倡导的健康价值观正在从“以治病为主”到“以健康为主”转变。但是,当前医疗卫生体系的供需双方仍然存在“重医轻防”的观念,主要体现在以下两个方面。

1.1.1 供方重医轻防的价值选择

从医疗服务提供方的角度而言,由于长期受“生物医学模式”影响,我国大部分综合医院专注临床治疗工作,临床科室享受绝大部分的资源倾斜,而医院管理层对于公共卫生工作实际支持薄弱。对医院医防融合工作的重视程度与实际行动支持不匹配,医护人员在实际工作中忽视提供预防服务,对医防融合的认知缺乏,以及临床医师与公共卫生医师之间

协作不畅,合作效率低下。^[6]医疗机构的重医轻防本质是利益驱动不足的体现,提供公共卫生服务带来的收益与医疗机构的实际收益存在差异。公共卫生服务的供给可能导致居民的医疗服务利用减少,而这一一定程度上影响医院利益来源。

1.1.2 需方重医轻防的需求偏好

从医疗服务需方的角度来看,居民参差不齐的健康素养导致其疾病预防知识缺乏或是预防认知存在偏差。整体而言,我国居民呈现出以疾病为导向的健康需求,在转化为实际利用的居民健康需求中,绝大部分为被动治疗性需求,并产生于症状出现后一段时间,而预防需求转化为实际的公共卫生服务利用的比例很小,且集中于体检、疫苗接种和高危人群筛查服务,这些服务独立于医疗服务之外。居民的重医轻防是损失厌恶心理的体现,面对收益与损失,居民往往更难以忍受损失带来的负效用。在健康需求中这种心理非常典型,表现为居民在没有患病时不愿意为治未病支付,而在患病后,愿意为健康恢复支付高价格。

1.2 条块分割的体系架构导致医防分离

在个体医疗市场长期重医轻防价值观的渗透和建国以来政府对群体公共卫生工作特别是传染病防治工作的持续重视下,我国的医疗卫生体系和公共卫生体系一直是两个相对独立的部分。这种医疗和公共卫生分割的管理和供给体系存在已久,并成为医疗服务和公共卫生服务整合过程中的体制阻碍。

1.2.1 卫生行政部门存在医防分离的管理口径

政府卫生行政部门的设置和职责分工是按医疗服务和公共卫生服务两个相对独立的体系进行划分的。我国在医疗服务治理体系下设置了负责管理基层医疗卫生事务的基层卫生健康司和负责管理医院事务的医政司,而公共卫生服务治理体系下设置了负责疾病预防控制的疾病预防控制中心。这种条块分割的治理体系导致医疗服务和公共卫生服务在管理层面具有不同的负责对象和管理要求。^[7]各类服务的指南规范、考核评价与绩效都属于不同的管理口径。同一医疗机构基于不同的服务指南规范提供医疗服务和公共卫生服务,且需要达到不同管理部门的考核指标,对不同的卫生行政部门负责。治理内容的划分和绩效评价的指标化使得在医防融合的过程中必然面临不同治理机构的协作和管理的整合。

1.2.2 服务供给机构存在医防分离的组织布局

卫生服务供给体系被划分为了公立医院、专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构,2021 年我国专业公共卫生机构占比 1.29%,提供服务量占比 3.97%。^[8]在公立医院内部的组织架构也存在相同的布局,基本上二级及以上公立医院都依据国家要求成立了公共卫生科室,负责医院内部公共卫生服务管理。但由于资源分配的不平衡,医院内部的公共卫生服务嵌入临床服务的落实效果不佳,多为任务式驱动。调查显示,公共卫生科室主要承担的职能为传染病诊疗管理、慢性病管理和突发公共卫生事件管理,工作内容相对独立于诊疗体系,服务内容相对分散,公共卫生和医疗卫生服务的管理和信息都不具备连贯性和系统性。^[9]

1.3 医防体系中的筹资来源和激励方向难以形成合力

医疗卫生体系的筹资功能包括资金来源、汇集管理和支付激励。目前我国公共卫生服务和医疗服务均处于不同的筹资和激励运行机制中。

1.3.1 医疗服务和公共卫生服务的筹资来源不同

公共卫生服务经费主要来自各级政府的财政投入,医疗服务的医保资金来源于政府、社会和个人保险缴纳。公共卫生服务经费汇集到县区级,由县区卫生行政部门分配和管理,而医保基金汇集到市级,由市级医保局管理。两类资金不属于共同的资金池,难以发挥合力。

1.3.2 购买医疗服务和公共卫生服务的激励方向存在矛盾

公共卫生服务经费用于补偿公共卫生服务的提供,而医保经费用于购买医疗服务。在激励方向上,医保的支付方式仍以总额控制下按服务项目付费为主,并且医保只覆盖医疗服务,相对忽视或减少预防性服务。与此同时,公共卫生项目方面,严格按照服务数量和绩效考核支付项目经费,综合利用经济激励和考核压力推动各类机构开展公共卫生服务。这意味着政府一部分投入通过推动公共卫生项目抑制医疗服务的提供,另一部分投入通过医保支付的路径促进医疗服务的提供,两类资金的投入朝向不同的激励方向,并没有形成一致的目标和合力。在部分公立医院内部,为了促进医防融合,对临床科室提供公共卫生服务进行薪酬激励,将公共卫生服务考核结果与薪酬挂钩,但占比仅为 5%^[10],临床医师还是多倾向于提供医疗服务。

1.4 服务供给分工与整合中效率与质量的根本矛盾

在卫生服务供给领域,服务的专业化趋势愈发突出,造成与精细化的服务内容和专业化的服务人员对应的服务供给,却带来局部效率与整体效率的不统一,而信息系统的独立加剧了这种整体与局部、数量和质量之间的矛盾。

1.4.1 精细但碎片化的医防服务

在效率导向下,医疗和公共卫生服务正经历着越来越细化的专业分工。医疗服务向专业化和精细化的方向发展,如各地医院开设专病门诊和症状门诊,而公共卫生服务也在走向人群化和个性化,如针对特定人群的公共卫生服务和针对特定病种的患者健康管理。^[11]细化的分工若缺乏整合则会导致割裂,出现碎片化服务和重复服务,造成系统资源运转低效和浪费。碎片化体现在医疗卫生服务机构在提供诊疗服务的同时,未考虑患者的整体情况和疾病演变过程,导致患者接受的医疗服务往往围绕一个主诉疾病展开相对连续和完整的治疗,而在疾病预防、康复、健康促进方面则过于碎片化。另一方面,由于缺乏预防服务的归口和路径设计,同一慢病患者可能在基层医疗机构和公立医院接受重复的随访和健康促进服务,浪费了公共卫生服务资源,也影响了患者服务体验的连贯性。

1.4.2 存在隔阂的医防服务人员

预防专业和临床专业分属不同的课程体系,导致医疗和公共卫生服务人员知识体系存在隔阂,疾病观念存在差异,职业定位存在差距。知识体系的隔阂来自院校教育体系的专业化和继续教育的缺乏。临床医师缺乏预防医学、流行病学和传染病控制相关知识储备,而公共卫生医师则缺乏疾病治疗相关知识和临床经验,并且未被赋予处方权。疾病观念的差异体现在临床医师以“疾病”为中心,致力于解决已有的疾病及其并发症,使患者恢复健康,而公共卫生医师以“健康”为中心,致力于对居民潜在的健康风险进行干预,使得患者保持健康。在职业定位上,临床和公共卫生也存在明显偏差。临床医师的职业定位更偏向技术,而公共卫生医师更偏向管理,使得临床医师和公共卫生医师横向合作和沟通不畅。

1.4.3 独立分设的医防信息系统

在平行分工的行政治理结构和分部门管理的服务供给机构组织架构下,医防服务的信息化建设相互独立,信息功能漏洞和信息重复同时存在,不同信息平台缺乏共享和信息通道不畅同时存在。目前

传染病监测、慢性病管理、健康相关危险因素监测等各类监测体系平行运行,信息系统发展不均衡。作为医防服务内容交叉最多的基层医疗机构需要同时处理的信息繁多,增加了医防服务人员工作量。最基本的医疗机构电子信息系统和公共卫生服务信息系统在很多地区仍未实现整合,造成资源的浪费。独立分设的信息平台也增加了医防融合的管理难度,信息的完整性和连贯性不足,目前基层医疗机构负责的健康档案的建档信息漏洞较多、使用效率低下,健康档案信息和就诊信息并未实现互通。

2 医防融合在管理和服机制中的桎梏分析

2.1 医防融合嵌入医疗卫生系统的管理机制与服务机制

医疗卫生系统是一个多目标、多层次的复杂系

统,系统的内在联系、功能和运行原理就是机制^[12]。医防融合作为嵌入医疗卫生系统的政策措施,需要从系统的视角,在医疗卫生系统中进行机制分析。在公共组织理论中,管理和服务一直是公共组织的两大职能^[13],医疗卫生系统是一个以提供医疗卫生服务为主要功能的社会系统,存在维系系统运行的管理机制和保障服务供给的服务机制,两者缺一不可(表 1)。

从医防融合的内涵出发,医防融合的最终目的是更具成本效益地提升人群健康,关键是构建以患者为中心的具体而连续的卫生服务流程。医防融合改革作为一种存量改革,其核心内容是调整医疗和预防在卫生服务体系中的关系和运行方式。

表 1 管理机制与服务机制的内涵与医防融合的嵌入

	基本内涵	医疗卫生系统的内涵	医防融合的嵌入
管理机制	管理机制是管理系统的内在联系、功能和运行原理,主要表现为运行机制、动力机制和约束机制。 ^[14]	医疗卫生系统的管理机制在特定的价值观的基础上搭建以医疗机构为主体的组织架构,并建立维持系统稳定发展的人才体系和筹资方式。	在医疗卫生系统管理机制,包括价值观、组织架构、人才体系和筹资方式中嵌入医防融合所做的运行、动力和约束的结构性调整。
服务机制	服务机制是指服务系统的内在联系、功能和运行原理,刻画的是服务本身和参与服务的各要素。 ^[15]	服务机制以提供的医疗卫生服务为中心,贯穿服务全流程和参与服务的各个要素,这包括医疗卫生服务的内容、方式、提供者和机构、服务的流程和程序、服务的监管等。	医防融合在服务提供中的嵌入是对服务内容、路径指南、人力资源、信息化支持、绩效考核等的重塑与再设计。

2.2 我国医防融合在管理和服机制中的推进现状及问题

对我国医防融合实施过程中存在的问题进行梳理和剖析,可以归纳为分割的医防体系和精细但碎片化的医防服务,说明我国医防融合改革中无论是管理还是服务机制都存在无效或低效整合的问题。分别从管理机制和服务机制的视角对我国医防融合困境和整合路径进行剖析(图 1)。

2.2.1 我国医防融合管理机制的低效整合

医疗卫生体系的管理机制衍生于现行社会的健康价值观。当前社会的医学模式已基本完成传统生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转变的过程,而健康价值观还处于从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变的过程中。在“以治病为中心”的健康价值观下,居民个体“有病治病”的观念和群体的疾病预防观念的相对独立导致现行医疗卫生体系的运行机制是医防分设的。

医疗卫生服务体系的核心是作为服务供给方的医疗卫生机构,按提供的医疗服务分级对基层医疗

机构和各级医院进行管理,以解决个体医疗需求为主要功能。公共卫生服务体系由专业公共卫生机构作为主要的服务提供方,以群体的疾病预防作为主要功能。而当前不管是基层医疗机构、医院还是专业公共卫生机构都不再承担单一的服务功能,要同时提供医疗服务和公共卫生服务。^[16-18]基层医疗机构在承担居民常见病多发病诊治的同时,还承担辖区内重点慢性病、传染病和精神类疾病患者以及 0~6 岁儿童、孕产妇和老年人等重点人群的健康管理服务。^[16]各级医院基本设立公共卫生相关科室,负责公共卫生工作。公共卫生科主要负责院内传染性疾病的监测和报告、院感培训、健康教育等工作。^[17]专业公共卫生机构,如妇幼保健机构和精神卫生保健机构,除了提供特定人群的公共卫生服务,还提供专业诊疗服务。^[18]当前的医防融合已初步实践,主要以基层医疗机构和各级医院为主阵地,但融合效果却不佳。当前三类服务供给机构的合作主要存在于诊疗服务的转诊和临床指导,基层医疗机构针对辖区居民的公共卫生服务与医院、专业公共卫生机构的

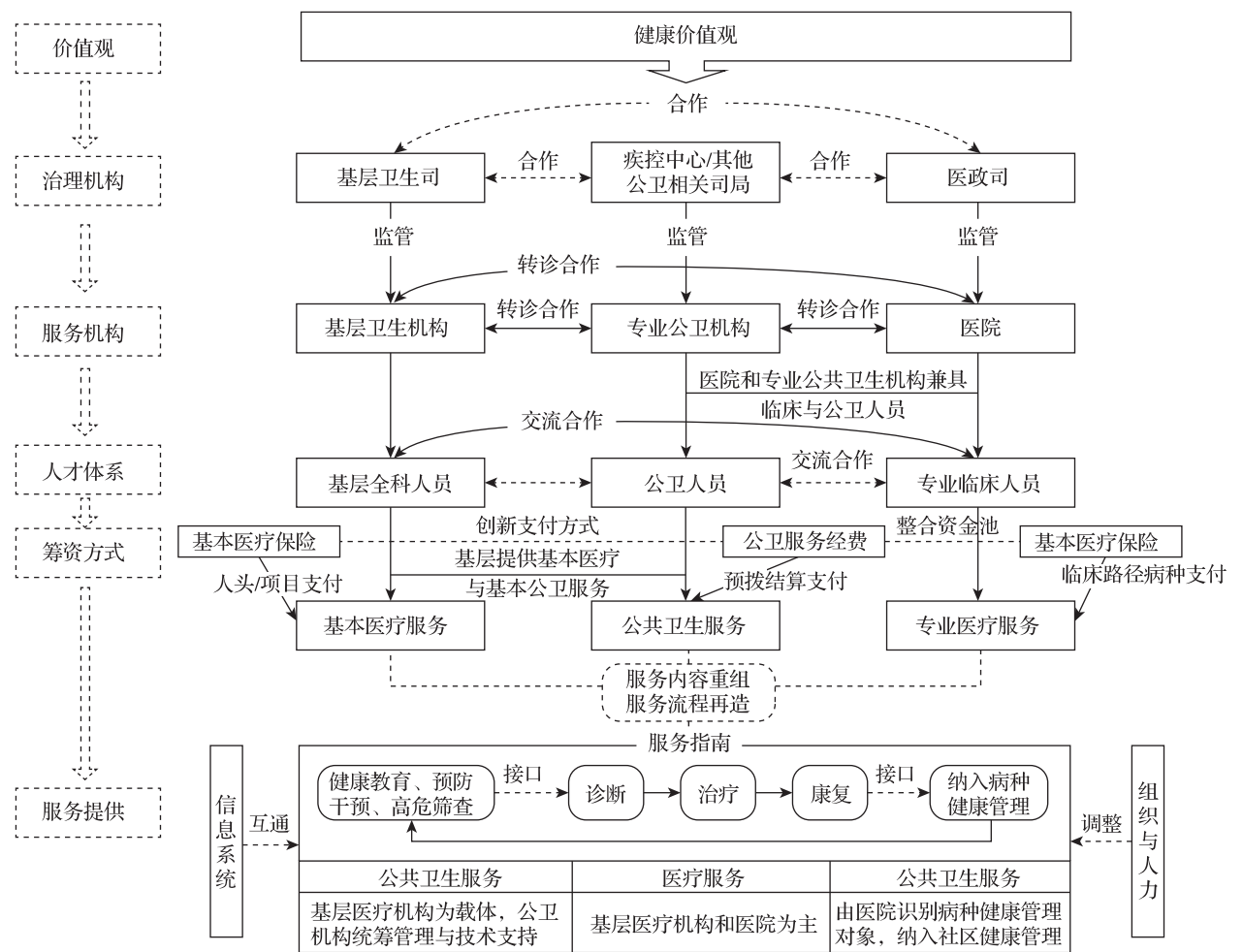


图1 医防融合管理和服​​务机制的现状与改革方向

诊疗服务衔接。

当前医防融合实践收效甚微的原因在于忽视了管理机制中其他关键机制的调整匹配。(1)治理机构。服务供给机构的横纵布局和传统的机构功能定位意味着需要设置与之对应的治理机构。治理机构的医防分设一定程度上也反过来导致了服务供给机构的医防融合实践的阻力。治理机构对于医疗服务和公共卫生服务的考核指标存在个体和群体的差异,对于公共卫生服务的考核更多以群体健康指标进行而忽视公共卫生服务包括个体预防服务的提供。(2)人才体系。医院和专业公共卫生机构都具备临床和公共卫生人员,基层医疗机构以全科医生为主,承担医疗和公共卫生两项任务。在医院对患者提供健康教育服务的是临床人员,而公共卫生人员在为患者提供公共卫生服务方面是缺席的,侧面反映了组织内的人员分工和医学教育体系相对割裂。(3)筹资方式。截然不同的筹资和支付方式直接影响医疗服务和公共卫生服务的供给方式和积极

性,预拨结算的支付方式使得医疗机构提供公共卫生服务缺乏激励。

2.2.2 我国医防融合的服务机制尚未形成

医防融合中的服务内容、路径指南、人力资源、信息化支持、绩效考核等均是服务机制的重要内容。当前以患者为中心的个体诊疗服务相对连续,经过诊断、治疗和康复,而公共卫生服务中的健康教育服务可能零星地出现在诊疗服务的任何阶段,没有规范的服务范式,缺乏在个体服务中的固定位置。预防服务通常由基层医疗机构为特定病种或人群提供,但缺乏与患者就诊环节的接口以及就诊信息的互通,使得基层健康管理的效率不高。在服务机制方面,我国尚未形成连续的、具体的、以患者为中心的个体医防融合的服务路径和指南,缺乏为之支撑的互联互通的信息平台和与之对应的人力资源关系。

2.2.3 医防融合改革中管理机制与服务机制不匹配

当前我国医防融合改革的逻辑是通过基于服务

提供机构的管理机制改革,引导服务机制转变,实现服务目标。2022 年 3 月,湖北省卫生健康委印发《关于强化医疗机构公共卫生责任的指导意见(试行)》,要求各级各类医疗机构成立医院公共卫生工作领导小组并设置独立的公共卫生科。^[19]当前这种管理机制和服务机制的协作不平衡或者不匹配,可能会导致离合甚至固化分裂。缺乏服务机制的整合,仅仅管理机制的整合反而会导致管理的失效甚至出错。各级医院虽然设置独立的公共卫生科,但却缺乏规范的医疗服务与公共卫生服务的整合服务路径,体现了医疗机构的管理机制改革难以发挥公共卫生与医疗协同的理想效果。

3 当前我国医防融合改革的优化策略

医防融合改革的核心应该是“补”服务机制。从患者需求的角度出发,健全服务的流程和保障,而不是刻意的增减服务内容和途径。围绕医防融合服务机制的完善,再进行管理机制相应的变革和调整,使服务机制和管理机制协同整合,形成合力,才能推动医防融合真正落地。基于此,本文从服务机制和管理机制两个角度提出以下优化策略。

3.1 设计医防融合的服务机制

3.1.1 明确医防融合的服务接口,建立以患者为中心的医防融合服务路径

当前医防融合服务的流程和标准不明确,且没有清晰的整合接口。医防融合服务需要明确标准和流程,包括服务具体内容和提供方,协调和连结不同类型的服务,找准整合服务的接口,使服务符合全周期、一体化、连续性的标准,逐步形成交融互通的整体。首要的是,从居民切实需求出发,梳理居民所需的不同类型的服务、服务的流程衔接以及不同服务适宜的提供机构。整合服务的接口是服务融合的关键,于需方而言影响居民服务利用的连续性体验,能够避免重复性和割裂性服务,于供方而言则是医疗机构服务组织架构改革、人力调度和信息系统搭建的首要依据。其中,存在两个比较清晰的预防服务和诊疗服务的整合接口。一是,基层医疗机构或专业公共卫生机构对人群进行高危筛查服务,经筛查的高危人群会自然进入诊疗环节。从高危筛查服务到诊疗服务之间的接口需要基层医疗机构和医院进行服务衔接与数据共享,医院知晓患者的高危因素,诊疗数据返回基层时方便基层对患者进行进一步的

健康管理。二是,患者在完成诊断、治疗、康复等诊疗服务环节后,医院或专业公共卫生机构应该与基层医疗机构进行患者健康档案的数据更新与转接,对于需要健康管理、健康教育和预防干预的患者进行识别与标记,纳入社区管理。在明确医防融合接口的基础上,建立机构间的合作机制,调整机构人员的工作内容,增加机构间相关人员的沟通与合作,并将患者诊疗信息和健康管理信息进行档案互通,做到服务的完整、高效和连续。

3.1.2 平衡医防融合服务的效率与质量,在分工的基础上整合

医防融合改革对传统的服务模式产生挑战冲击。传统的服务模式是基于分工协作、总体供给效率提升的演化结果,而需方的健康服务整合是要弥补分工的缝隙,势必会对传统模式带来冲击,需要找到医防融合中效率和质量的平衡点。此处的“整合”不是去分工化的简单“合并”,而是在分工中建立整合接口。^[20]以需方视角梳理服务的流程指南,在服务效率的基础上重视服务的整体质量,从重视服务数量到重视服务整体质量和患者体验感。平衡医防融合的效率和质量,包括减少服务过程中内容的重复和无序,实现患者纳入医防融合病种管理路径的信息和人员对接,做好医防融合过程中的患者知情和责任共担,从需方、供方和管方三方共担责任和共享利益。

3.2 调整医防融合的管理机制

3.2.1 围绕服务机制进行管理机制的适配调整

应围绕服务机制的转变进行管理机制的调整,包括治理机构、服务机构、人才体系和筹资方式等。在服务机构方面,确立服务机构间的合作与指导关系,赋予专业公卫机构技术支持基层卫生机构开展公共卫生服务的职责,搭建基层卫生机构和医院、专业公共卫生机构间的双向服务衔接机制。在治理机构方面,转变以往单点监管的治理模式,建立对于机构间医防服务合作的制度和指南。在人才体系方面,在医学教育中重视健康价值观的树立,并将预防和临床的培养计划进行相应调整,更符合当前医防融合的趋势。在筹资方面,促进医疗服务和预防服务统一资金池的形成,并创新服务支付方式,以经济杠杆激励基层医疗机构和医院提供预防服务和进行服务整合。

3.2.2 协调多方主体利益,控制管理机制改革成本

公共卫生、医疗、卫生行政系统存在不同的利益

方向,不同层级医疗机构和居民也具有不同的利益诉求和优先级。首先,利益相融需要医防系统和供、需、管三方大目标一致,目标不一致将无法形成改革合力。其次,需要实现激励相容。不同系统和主体拥有不同的激励机制,如何将这些机制进行整合并实现相容是一个重要的挑战。在这一过程中,需要考虑各方面的利益和关注点,找到制度整合的共同点和相互补充的利益,在医防融合中实现多方利益捆绑、利益共享,合理进行利益格局再分配。

整合服务改革过程中包括组织或服务模式调整,面临体系治理与行为转变的改革成本,在满足居民连续性健康需求的同时可能会出现服务成本增加的问题。例如以患者为中心的医防融合个案管理模式中,患者接受的服务种类增加,参与服务的人力成本增加,服务流程与信息共享完善带来物力成本增加。改革成本主要包括经济成本、社会成本、时间成本和情感成本。经济成本包括组织调整、薪资重构、员工培训、设备更新等方面的支出,涉及到人力资本、物质资本、金融资本等多方面的资源。社会成本指改革过程中可能导致的社会不稳定、经济动荡、人力资源流失等方面的负面影响。时间成本指改革需要时间来推进,需要耗费大量的时间和精力,包括制定实施计划、信息化建设、部门协作等方面,需要做好时间规划。情感成本指改革过程中,需要克服个人习惯、传统观念等方面的障碍,面对改变带来的焦虑、不安等情绪,需要引导相关人员积极适应变化。因此,对于组织调整和行为转变的改革,需要进行精细化规划和管理,将各种成本因素考虑到,做出经过充分权衡的决策,以最小化成本,最大化改革效果。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 国务院办公厅. 关于印发“十四五”国民健康规划的通知 [EB/OL]. (2022-04-27) [2023-12-12]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5695039.htm

[2] 王俊,朱静敏,刘颖. 中国公共卫生体系与医疗服务体系融合协同机制研究[J]. 公共管理与政策评论, 2022, 11(2): 65-73.

[3] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2023-12-12]. https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm ?isappinstalled=0

[4] 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) [2023-12-12]. https://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm

[5] 刘珏,闫温馨,刘民,等. 新时期健康中国建设中的医防协同:理论机制与政策演变[J]. 中国科学基金, 2023, 37(3): 451-460.

[6] 王颖,汪卓赞,王玉,等. 安徽省医务人员对公立医院公共卫生服务的认知[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(6): 585-590.

[7] 杨辉. 合作与分工:关于“医防融合”的思考[J]. 中国全科医学, 2023, 26(22): 2711-2714.

[8] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 2021 [M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2021.

[9] 王婉童,卞琳琳,陈智高,等. Z市医疗机构公共卫生资源配置及职能现状调查[J]. 中国临床研究, 2022, 35(12): 1785-1788.

[10] 李昕昀. 面向医防融合的湖北省公立医院公共卫生工作模式研究[D]. 武汉:华中科技大学, 2021.

[11] 程念,宋大平,崔雅茹. 国家基本公共卫生服务项目实施现状及问题分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(11): 60-62, 90.

[12] 金东日. 论机制[J]. 广东社会科学, 2014(5): 72-80.

[13] 麻宝斌,贾茹. 管理与服务关系的反思与前瞻[J]. 上海行政学院学报, 2016, 17(1): 39-45.

[14] 李学栋,何海燕,李习彬. 管理机制的概念及设计理论研究[J]. 工业工程, 1999(4): 31-34, 39.

[15] 王玉环,张亮. 社区卫生服务运行机制的理论探究[J]. 中国卫生事业管理, 2006(3): 189-191.

[16] 宋奎勳,徐玲,孙晓杰,等. 城乡基层医疗卫生机构基本公共卫生服务功能开展现状分析[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2012, 9(1): 23-26.

[17] 陈晔,杨威,梅宇欣,等. 二级及以上医疗机构公共卫生职能承担现状调查[J]. 中国医院管理, 2017, 37(4): 15-17.

[18] 杜颖. 2003—2012年湖南省公共卫生机构经济运行状况及对策分析[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(6): 476-479.

[19] 湖北省卫生健康委关于印发《关于强化医疗机构公共卫生责任的指导意见(试行)》的通知[EB/OL]. (2022-02-25) [2023-12-12]. https://wjw.hubei.gov.cn/zfxxgk/zc/gkwj/ywh/202202/t20220225_4012724.shtml

[20] 任博. 从分工到整合:城市公共服务有效供给的内生逻辑与治理路径[J]. 天津社会科学, 2019(5): 99-104.

[收稿日期:2023-10-10 修回日期:2023-12-12]
(编辑 刘博)