

· 科学论坛 ·

新时期健康中国建设中的医防协同： 理论机制与政策演变

刘 珏¹ 闫温馨¹ 刘 民¹ 梁万年^{2,3*}

1. 北京大学 公共卫生学院, 北京 100191
2. 清华大学 万科公共卫生与健康学院, 北京 100084
3. 清华大学 健康中国研究院, 北京 100084

[摘要] 我国医防协同的实践由来已久, 医防协同已成为我国新时期健康中国建设中全方位、全周期保障人民健康的重要途径。尽管我国的医防协同工作已经取得进展, 但其相对割裂的现状并未发生根本性扭转。以此为背景, 结合自 2018 年以来对不同地区、不同部门的现场调研以及现有研究, 本文介绍了新时期我国医防协同的定义、政策演进过程及内涵, 并设计了医防协同的理论机制模型, 揭示了医疗服务体系与公共卫生体系整合的组织基础、服务供给内容及协同机制设计, 为国内和国际整合型医疗卫生服务体系改革及治理提供理论基础、改革路径和中国经验。

[关键词] 医防协同; 政策演变; 理论机制; 体系协同; 服务整合

自中华人民共和国成立以来, 我国一直十分重视医防系统工作。1949 年建国之初, 在传染病及地方病威胁人民群众健康、医疗卫生资源短缺且城乡分布不均的背景下, 我国就通过开展“爱国卫生运动”广泛发动群众, 践行“预防为主”的疾病控制模式, 特别是加强了农村地区初级卫生保健服务的可及性^[1]。1979 年以来, 我国各类重大公共政策仍然坚持预防为主的方针, 但是我国预防保健工作受到了市场化改革冲击和影响, 医防割裂的问题较为严重。特别是 2003 年非典型肺炎的暴发, 体现了我国医疗体系与公共卫生体系在协作共治方面的不足, 医防体系之间的割裂成为我国医疗卫生体系高质量发展的障碍。

面对医防割裂这一现实, 自 2009 年新医改以来, 我国针对“医防协同”“医防融合”“防治结合”等进行了顶层设计, 出台大量政策的同时积极推动地方试点, 形成了具有中国特色的医防协同政策体系与实践路径。中共中央、国务院于 2016 年 10 月 25 日印发并实施的《“健康中国 2030”规划纲要》中明



梁万年 清华大学健康中国研究院院长、万科公共卫生与健康学院常务副院长、教授、博士生导师, 国务院政府特殊津贴获得者。主要研究方向为公共卫生管理与卫生应急。主持国家科技创新 2030 重大项目、中国工程院重大战略研究与咨询项目、国家卫生健康委员会委托项目等, 在 *The Lancet*、*British Medical Journal* 等学术期刊上发表论文 400 余篇。担任国家卫生健康委员会新冠肺炎疫情应对处置工作专家组组长、中国—世界卫生组织新冠肺炎联合专家考察组中方组长、世界卫生组织突发公共卫生事件委员会委员等。



刘珏 北京大学公共卫生学院研究员、博士生导师, 北大博雅青年学者, 国家优秀青年科学基金获得者, 北京大学医学部—潍坊市妇幼健康联合研究中心副主任, 全球重大传染病防控与管理科学数据平台负责人, 美国哈佛大学高级访问学者。主要研究方向为重大传染病防控与管理。主持国家自然科学基金项目、国家重点研发计划、国家科技重大专项课题等; 以第一或通讯作者在 *The Lancet*、*British Medical Journal*、*The Lancet Global Health* 等学术期刊上发表论文 100 余篇, 入选 2022 年斯坦福“全球前 2% 顶尖科学家”。

收稿日期: 2022-07-06; 修回日期: 2023-04-19

* 通讯作者, Email: liangwn@tsinghua.edu.cn

本文受到国家自然科学基金优秀青年科学基金项目(72122001)、中国工程院 2022 年重大战略研究与咨询项目(20221680007)和国家科技创新 2030 重大项目(2021ZD0114100)的资助。

明确提出要“把握健康领域发展规律,坚持预防为主、防治结合、中西医并重,转变服务模式,构建整合型医疗卫生服务体系”。

2019年末暴发的新冠肺炎疫情更加凸显了我国在医防协同化解重大疫情风险上的不足。2020年5月,习近平总书记参加十三届全国人大三次会议湖北代表团的审议时强调,“防范化解重大疫情和突发公共卫生风险,要立足更精准、更有效地防,创新医防协同机制”^[2]。2021年十三届全国人大四次会议通过的《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》也明确提出“落实医疗机构公共卫生责任,创新医防协同机制”^[3]。医防协同已成为我国新时期健康中国建设过程中提升医疗卫生体系治理能力与水平、推动建成整合型医疗卫生服务体系、全方位全周期保障人民健康的重要政策选择和实践路径。

尽管我国医防协同在政策设计和实践试点方面已经取得进展,但是仍然存在缺乏坚实的理论支撑、清晰的机制设计的问题;当前对于医防协同的研究,集中于介绍某一案例的做法及措施,而未从医防协同的内涵定义、理论机制、政策演进等角度进行多维阐释与研究,不利于对医防协同这一重要改革的理解和推进,也无法发挥医防协同对于其他卫生治理重要改革的推动作用。

有鉴于此,基于2018年以来通过对不同地区、部门利益相关人的现场调研以及文献,本文拟进行以下四方面的探索:第一,针对当前防治结合、医防协同、医防融合等概念定义不清的问题,从比较的视野入手,厘清医防协同的定义及其与防治结合、医防融合的异同;第二,对我国医防协同的政策演变过程进行分析,明确建国以来不同阶段我国医防协同政策及实践的发展历程和改革重点,特别是廓清新时期健康中国建设战略下医防协同的特点及要求;在此基础上,总结新时期我国医防协同的内涵;第三,构建医防协同的理论机制,为政策制定者、实践者以及研究者制定执行医防协同相关政策、开展相关研究提供理论基础;第四,在对当前我国医防协同改革过程中出现的问题进行分析的基础上,提出促进我国医防协同、提升卫生治理水平与能力的政策建议,为国际和国内整合型服务供给及治理提供中国经验。

1 医防协同的定义及必要性

1.1 医防协同的定义:兼论其与防治结合、医防融合的异同

在我国政策设计、语境以及实践中,医防协同、医防融合、防治结合等概念具有相似性,都是指治疗(医疗服务)与预防(公共卫生服务)这两类模块之间的合作或者协同。但是这几个概念的侧重点仍有一些差异,只有将这三个概念的异同之处进行清晰辨析,才能进一步明确医防协同的内涵及机制设计的逻辑。

1.1.1 医防协同的定义

医防协同主要是指提供治疗服务和预防服务的体系或者组织,在组织独立性的情况下开展不同层次、不同内容的合作,属于体系或者组织间协作的范畴。根据《创新医防协同机制专家建议》,医防协同是指我国现行的医疗卫生体系中以医院主体的临床诊治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、康复的系统服务,实现全方位连续健康服务,提升医疗卫生体系的整体效能。尤其是在公共卫生体系人员、经费等资源不足的情况下,借助医疗服务体系的资源,提升预防服务的可及服务及服务质量。

1.1.2 医防协同与防治结合、医防融合的异同

防治结合是一种管理理念以及政策目标。防治结合是当前我国深化医药卫生体制改革的一个重要策略,是建成优质高效的医疗卫生服务体系的一个重要理念;医防融合主要是指治疗服务与预防服务之间的整合,对其的分析应该落在服务这一层面上。比方说,我国的家庭医生签约服务及医院提供公共卫生服务。总体来讲,医防融合属于服务协作与整合的范畴。

表1 医防协同与防治结合、医防融合的异同

比较 类目	医防协同与防治结合、医防融合的异同		
	范畴	关注的重点	相关改革项目
防治结合	全社会范围	价值取向、观念的构建	—
医防协同	体系/组织间	通过组织协同促进预防服务的有效供给	疾控机构与医疗机构的合作
医防融合	服务	加强治疗服务和预防服务的衔接与整合	家庭医生签约服务;医院内提供公共卫生服务

防治结合、医防协同和医防融合三个概念在应用的范畴、关注的重点等方面都体现出了差异化的特征,也从不同层面构成了卫生治理的需求:宏观层面,要求公共政策采取防治结合的理念;中观层面,加强不同体系以及组织之间的合作,构建起组织间的协同治理网络;微观层面,提升组织内部服务的整合程度。

1.2 医防协同的必要性

1.2.1 宏观层面:社会经济水平的提高以及疾病谱的改变要求高质量服务供给模式的创新

就我国而言,我国卫生健康工作的重点已经从传染病防治方面转向艾滋、结核等慢性传染病及糖尿病、冠心病、癌症等慢性非传染性疾病的防治,特别是慢性非传染病已经成为当前影响我国居民健康的疾病,且造成了沉重的疾病负担。慢性传染病及慢性非传染病的防治要求当前服务供给模式由“治疗”转向“预防”,从“分裂”转向“连续”。另一方面,我国人均期望寿命由建国初的 35 岁上升到 2017 年的 76.7 岁^[4],2019 年中国国民的人均国民总收入达到 10 410 美元,城镇和农村居民的人均可支配收入都有明显的提高^[5]。人民生活条件和经济水平的提高提升了居民对健康的需求,但是当前医疗卫生服务的割裂降低了医疗资源的使用效率和服务的供给效率,甚至会提高医疗支出负担、降低居民满意度。服务供给体系医疗卫生服务供给模式亟需创新以适应人民群众对于健康的更高追求。医防协同通过改变医疗体系与公共卫生体系割裂的现状,提升医疗卫生服务的连续性、整合性以及居民满意度,是当前疾病谱变化及社会经济水平提升背景下满足居民健康需求的必然选择。

1.2.2 中观层面:医防相对割裂的供给体系降低了医疗卫生体系的运行效率

在医防分裂的背景下,医疗卫生服务供给所依赖的主要模式仍然是生物医学模式^[6],重点仍是碎片化的微观治疗^[7],较少从整体观角度进行健康管理,无法充分发挥资源投入和服务供给对健康改进的作用。另一方面,居民对公共卫生机构提供的服务需求量少,导致居民对公共卫生机构认知度和依从性低,这进一步降低了公共卫生机构服务供给的效率。有研究和实践证明,预防为主、医防协同是最为经济有效的健康治理路径与措施^[8-11]。从宏观的社会经济发展及疾病预防管理层面、中观医疗卫生体系运行层面和微观服务供给层面,都需要进行防治协同的改革。

1.2.3 微观层面:医学模式理论的创新要求提升医疗卫生服务的整合性和连续性

传统的生物医学模式(Biomedical Model)已不能全面解释越来越复杂的病因和疾病结局,在 20 世纪 70 年代末期 George Engel 提出了“生物—心理—社会医学模式(Biopsychosocial Model)”。这种新的医学模式理论^[7, 12]认为疾病及其结局是受到来自于本身生物因素、心理因素和社会因素的复杂混合作用而造成的。与此相对应,医疗卫生服务的供给也应该采取整合的模式,以应对影响健康的复杂因素的出现。这种模式将全科医学^[13]作为其世界观,要求将预防、治疗、康复等服务进行整合供给,特别是“关口前移”,提升健康投资的效益及其对健康改进的作用。

2 医防协同的政策演变过程

我国医防协同的政策演变主要可以分为三个阶段(图 1),实践探索阶段(1949—2009 年)、深化改革阶段(2009—2019 年)和高质量发展阶段(2020 年—)。

2.1 实践探索阶段(1949—2009 年):确立预防为主的工作方针

2.1.1 明确“预防为主”的工作方针

我国自建国以来,面对当时肆虐的鼠疫、血吸虫病、霍乱等重要传染病,提出“实行积极防治的方针”,开展了“爱国卫生运动”,旨在改善城乡环境卫生,消除危害人民群众的不良因素,切断疾病的传播途径,提高社会成员的公共健康意识和自我保健意识,提出“卫生工作与群众性卫生运动相结合”,爱国卫生运动的重要指导思想就是以预防为主。

2.1.2 从法律层面确立“预防为主、防治结合”方针的地位

1989 年我国颁布的《传染病防治法》从法律层面确立了“预防为主、防治结合”这一方针在卫生健康工作中的关键地位。2003 年我国非典型肺炎疫情影响暴发,为了提升农村等医疗卫生条件薄弱地区的疫情应对能力,我国发布了《关于加强农村传染性非典型肺炎防治工作的指导意见》,提出“按照防治结合的原则,加强县级医院和县疾病预防控制中心协调配合”,明确提出了医疗机构与疾病预防控制中心的协调配合。2004 年《传染病防治法》被第一次修订,规定“国家对传染病防治实行预防为主

病诊治能力,强化急救中心医师的临床诊疗、院感防控能力和传染病诊治能力,打造一支素质高、技术精、能力强的医防复合型骨干医师队伍^[15]。

3 新时期我国健康中国建设中医防协同的内涵

医防协同作为我国卫生治理的一个重要领域及举措,旨在提高居民健康水平,改变当前以治疗为中心的价值取向和行为模式,提升医疗卫生服务的连续衔接以及医疗卫生服务体系的治理水平。与此战略目标和定位相对应,医防协同的内涵主要包括以人为本的核心思想、以健康为中心的服务理念和多系统协调的促进机制三个方面。

3.1 以人为本的核心思想

《“健康中国2030”规划纲要》中对构建与时俱进的中国特色健康服务模式提出了“立足全人群和全生命周期两个着力点”的要求^[16],强调了健康服务要覆盖“从胎儿到生命终点”的全生命周期概念。世界卫生组织提出的身体、精神和社会三方面完好的健康状态,针对生命不同阶段的主要健康问题及主要影响因素,确定若干优先领域,强化干预,实现全程健康服务和健康保障的整体性、连续型。医防协同的核心内涵是通过“防”“治”的有机结合,为人民提供全生命周期、全方位的服务,贯彻以人为本的理念^[17]。全方位服务的核心是围绕“防”和“治”展开的。这要求建立一个各类机构上下联动、左右联动的服务供给体系,以提升服务效率、减少等待时间、降低服务成本,提升居民的满意度。

3.2 以健康为中心的服务理念

医防协同是以健康为中心的服务理念,主要体现在综合性、连续性、协同性三个服务性质上。首先,医防协同要求医疗卫生体系提供综合性服务,不仅需提供对于传统疾病的干预措施,还须有能力为患者提供健康教育、健康管理、健康咨询等服务。其次,医防协同要求提升服务的连续性,核心是在整个卫生健康服务的提供过程中把传统间断式、非责任制的医患关系变成一种连续性、责任制的医患关系。最后,医防协同要求提供协调性服务,即能够有效地解决全科医生和专科医生、基层医疗卫生机构和上级机构、公共卫生服务和临床服务之间的协调关系。

3.3 多系统协调的促进机制

通过概念辨析可知,医防协同的分析重点在体系层面,因此如何加强体系之间的协调与合作成为医防协同的重点,即多系统协调促进机制的构建。在体系层面上,建立优质高效整合型医疗卫生服务

体系;在机构层面上,医疗机构和公共卫生机构是最重要的公共卫生服务提供单位。但是,医疗机构和公共卫生机构在职责定位、筹资及支付方式、服务内容、人员流动方面都有明显的差异和割裂,因此新时期医防协同的另一核心内涵是形成多系统协调的促进机制,整合健康管理、健康教育、健康促进等服务,促进医疗卫生资源的整合和高效利用,并将资源投入转化为积极的健康结果。

4 新时期促进医防协同的理论机制

4.1 医防协同的理论基础

共生理论和公共治理理论中的协同治理理论为医防协同机制提供了重要的支持。共生理论是指在共生环境中,两种或多种共生单元之间按照某种共生模式形成共同生存、协同进化的关系,共生理论的本质是协同与合作^[18]。在共生理论中,医防协同体系被认为是一个医防共生体系,包括医疗服务体系和公共卫生体系两个共生单元,通过共生单元间的联结与互动,由各级各类医院机构和疾控机构等核心利益相关者协同提供医疗保健、慢性病防控、卫生应急等健康服务。协同治理理论^[19, 20]认为,可通过资源、筹资与支付、信息、监管等医疗卫生服务方面的协同治理,提升医疗服务体系和疾病预防控制体系的服务效果。

4.2 医防协同的理论要素

4.2.1 体系主体及机构

医防协同的体系主体是医疗服务体系与公共卫生体系,组织基础是医疗服务体系与公共卫生体系中的各类医疗卫生机构。相关的机构包括:医疗服务体系中的基层医疗卫生机构,各级医院,以及公共卫生体系中的疾控机构、妇幼保健院、精神病医院、传染病院等。构建两个体系之间、以及两个体系中不同机构之间的协作网络是医防协同的组织基础。

4.2.2 工作系统及服务供给

理论上,两个体系及其机构相对应的工作系统具有明确的区分。在传统的分工模式下,二者在职责定位、目标任务等方面都存在差异。医疗服务体系主要负责针对个体的临床诊疗,而公共卫生体系则主要负责针对群体的疾病预防与控制。

实际上,不同体系的工作系统具有交叉性,同一工作体系往往兼具临床诊疗和疾病预防控制两个工作系统的特点。即:医疗服务体系中,基层医疗机构除基本的诊疗服务外,还承担健康管理、健康教育、精神病管理等基本公共卫生服务职能,而医院则主

要负责疾病诊疗;公共卫生体系中,疾控机构主要负责针对群体健康的疾病预防与控制,但是妇幼保健院、精神病医院等专科疾病防治机构除了公共卫生服务外,实则还针对个体提供诊疗服务。

两个体系及其对应的工作系统以及服务供给内容参见表 2。

医防协同的本质和最终目的是实现服务的协同和整合,形成预防、诊断、控制、治疗和康复的整合型服务供给体系。由表可知,在实际中,我国医疗服务体系与公共卫生体系的工作系统及其服务内容是有重叠和交叉,至少形成了医防协同的具体工作领域和服务内容:

(1) 医院、基层医疗机构、疾控机构协同供给的慢病管理服务;

(2) 医院、基层医疗机构、妇幼保健院协同供给的妇幼保健管理服务;

(3) 医院、基层医疗机构、精神病医院协同供给的精神疾病管理服务;

(4) 医院、基层医疗机构、疾控机构、传染病医院协同供给的传染病管理服务;

(5) 医院、基层医疗机构、疾控机构、妇幼保健院、精神病医院、传染病医院在突发公共卫生事件应对中的协同管理机制。

4.3 医防协同的机制设计

医防两个体系的协同以及服务的整合的实现需要一系列机制发挥作用(理论机制内容见图 2),其中最关键的是:组织协作机制、人才培养机制、筹资支付机制、绩效考核机制。

表 2 医防协同的工作系统及服务供给

体系	主要机构	对象	工作系统	实际服务内容
医疗服务体系	医院 ^①	个体	临床诊疗为主	诊断、治疗
	基层医疗卫生机构 ^②			预防、诊断、控制、治疗、康复
公共卫生体系 ^③	疾控机构	群体	疾病预防与控制为主	主要是传染病以及慢性非传染疾病的预防、控制
	妇幼保健机构			针对妇幼疾病的预防、诊断、控制、治疗、康复
	精神病医院			针对精神病的预防、诊断、控制、治疗、康复
	专科疾病防治机构			针对传染病的预防、诊断、控制、治疗、康复

① 医院主要包括综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院等;

② 基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心(站)、街道卫生院、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部、诊所(医务室)等;

③ 专业公共卫生机构主要包括疾控机构、妇幼保健机构、专科疾病防治机构等。

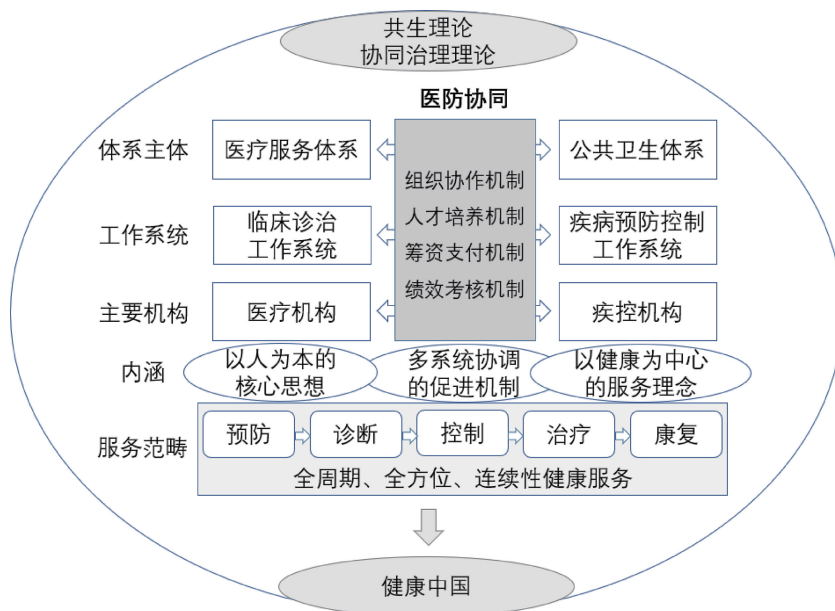


图 2 新时期健康中国建设中医防协同的理论机制

(1) 组织协作机制：通过加强组织领导，例如建立医防协同的组织协调机构，发挥“高位推动”这一政策执行机制的作用，明确不同医疗机构与疾控机构的功能定位，实现医防协同工作的统一调度；协同医疗机构、疾控机构以及管理机构，形成统一的议事、决策、治理制度，从管理层面协调两个体系的协同工作及改革。

(2) 人才培养及人力资源共享机制：改革医防协同人才培养机制，将大卫生大健康理念融入医学教育全过程，在教育培养过程中通过加强临床医学与公共卫生的结合；加强机构之间、体系之间医务人员实现流动与互通。

(3) 筹资支付机制：统筹医保资金、公共卫生服务资金（基本公共卫生服务经费以及重大公共卫生服务经费）、财政拨款，形成统一的资金池，提升资金使用的规模效益；创新支付制度和机制，采取为整合支付、为绩效支付等支付方式，设立专门的资金购买不同机构提供的整合服务，激励不同机构采取合作的方式提供服务。

(4) 绩效考核机制：将区域整体健康水平纳入考核范围，加强疾病预防控制机构对医疗机构疾病预防控制工作的技术指导和监督考核，建立完善监督监管相互制约的机制，实现对医防融合的有效激励与约束。

5 当前医防协同存在的主要问题

防治结合的重要性已经取得广泛共识，但是在实践中仍然存在一些问题，主要表现在以下几个方面：

5.1 临床与预防的隔离愈加明显

临床医学和公共卫生日益加深的裂痕是全世界都共同面临的现实问题。当前，在观念层面、政策制定层面和资源分配层面仍然存在“重医轻防”的问题。一方面，公共卫生被认为不能与“高技术”的临床学科相比，政策制定者、医生和公众都没有把公共卫生放在优先地位；另一方面，将公共卫生与预防医学从医学院中分离而建立独立得学院，临床医学和公共卫生与预防医学的鸿沟越来越深。不仅是医学教育体系将两个学科分离，医学的蓬勃发展，分子生物学等新技术方法的广泛使用，当患者主诉一个症状或体征时，临床医生更倾向于向一个具体的器官、细胞、蛋白、分子、遗传基因的方面思考，加重了医疗费用的无序增长，使得医疗服务更加碎片化。

5.2 医疗卫生服务供给效率不高，供需不平衡

我国医疗卫生服务体系整体效率不高，其核心问题是缺乏整体协同。临床和公共卫生各自为战，在防治理念上存在群体视角与个体视角的不一致。临床医生更多只关注疾病本身，人们一般也只关注患病后或者预防失败后的治疗诉求，因此导致“防”的需求被弱化，“医”的地位被拔高。在一个特定区域和人群内有限的医疗资源必然又带来供需的不平衡。我国是人口大国，尽管 2009 年新医改之后，医疗卫生资源分配不均衡问题得到了一定程度的缓解，但是供给与需求的不平衡仍然存在^[21]。由于人们往往倾向于寻求更高级的临床治疗服务，而非初级医疗保健，“防”与“治”倒挂导致无法形成一个良性闭合的卫生服务体系，从而使得不同级别的医疗机构之间、以及医疗机构与疾病预防控制机构之间的服务链断裂，这不仅抬高医疗费用，难以保证医疗卫生服务质量，也无法满足居民在新时期对健康的更高需求。

5.3 医疗卫生服务的连续性与协调性不高

由于医疗机构与疾病预防控制机构在体系上的割裂，很难提供连续、协调的医疗卫生服务，也难以做到人员通、信息通、资源通。尤其是人员通，这是对复合型人才的需求。然而，目前复合型人才十分缺乏。此外，在应对重大传染病和预防慢性疾病时，单靠一方的力量是不够的，需要医疗机构和疾病预防控制机构的广泛深入参与。患者对公共卫生医师的依从性通常不及临床医生，如果由临床医生来提供治疗或预防方案，患者的接受度和依从性可能会明显增加。

5.4 缺乏促进医疗服务体系与公共卫生体系整合的有效激励机制和考核评价标准

目前尚缺乏有效的激励约束机制和考核评价标准。我国的公立医院已经形成了固定的服务模式，没有一定的激励约束机制助推医疗机构积极承担公共卫生服务，无法达到医防协同的目的。由于目前缺乏明确的考核评价标准，因此无法形成有效的激励和约束机制。无论是对医生、科室、还是对于医院的考核，或是对一个区域卫生绩效的评价，医防协同应该纳入哪些指标、其测量标准、所占权重等都是需要充分考虑的。此外，如何做好疾病预防控制机构对医疗机构疾病预防控制工作的技术指导和监督考核也是值得思考的问题。

6 促进医防协同的几点建议

6.1 构建优质高效的整合型卫生服务体系

建立优质高效的整合型卫生服务体系是提升服务供给效率和水平的关键,其本质是整合多方服务体系,形成全覆盖的卫生健康服务。既往实践已成功证明了闭环卫生体系是控制费用、提高医疗质量、持续改善用户健康的基础,能够将医疗服务中各方市场的博弈成本降到最低^[22]。2016年我国财政部、国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部、世界银行集团和世界卫生组织发布的联合研究报告中提出建设“以人为本的整合型卫生服务”。我国医疗联合体建设正是对以人为本的整合型卫生服务体系开发探索。在城市组建医疗集团,在县域组建医疗共同体,跨区域组建专科联盟,在贫困边远地区发展远程医疗协作网^[23],通过社区首诊和双向转诊功能对医疗资源进行纵向整合,为居民常见病多发病诊疗、急危重症抢救、疑难杂病转诊提供便利,发挥核心医院与优势专科的带头作用,实现资源共享^[24],能大力提高供给效率,要进一步加强探索开发,完善组织机制。

6.2 建立医疗体系与公共卫生体系的职责协同机制

明确定位医院在公共卫生系统中的位置,使医院担起公共卫生职责,建立责任清单。政府需明晰不同类型、不同级别医疗机构应承担的公共卫生职能,进行合理分配。医院发展公共卫生职能要坚持公益属性,通过完善制度、拓展业务、提高质量,弥补临床医学与公共卫生的裂痕,提供公平可及、连续、系统的预防、治疗、康复和健康促进等服务^[25]。

从医生个体参与公共卫生服务角度而言,公立医院应当加强与社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构的协作,例如参与到家庭医生签约服务等我国当前重要的改革中,通过团队式的合作,促进医院的医生参与到基本公共卫生服务与疾病预防的服务中,提升服务的连续性和衔接性。促进医院的医生参与到基本公共卫生服务和专业公共卫生服务需要一定的激励机制,有效的激励是促进人员整合和服务整合的关键。我国以县域医共体、医联体为代表的整合型医疗卫生服务体系建设为激励机制的重塑奠定了基础。通过医共体或者医联体内医生“下沉”,将医生下沉至基

层医疗卫生机构的帮扶次数、服务内容纳入医生的绩效考评和职业晋升体系内,形成医生“下沉”和人员团队式协作(如家庭医生签约服务团队)的服务流程与制度,激励不同层级、不同类型的医疗卫生机构人员的合作与协同。

6.3 建立医疗体系与公共卫生体系的考核协同机制

从治理的角度讲,考核是实现体系和组织责任的重要机制,不同的考核导向和内容将对不同体系与组织的目标及行为产生影响。提供公共卫生服务是政府的基本责任,要在定位上强调从中央到地方各级政府的投入职责,将公共卫生工作的内容和结果纳入政府工作考评。想要提升两个体系或者两类机构的协同,就必须建立一个协同考核机制——即对公共卫生体系与医疗体系的进行协同考核。

协同考核机制的建立意味着对于医疗卫生体系的考核将打破之前对于医疗体系和公共卫生体系分开考核的局面,而是以健康结果为目标,以一个区域中居民的健康水平与健康状况为最终的考核依据及指标,如慢性非传染疾病的发病率等。协同的考核机制意味着需要改变医疗体系与公共卫生体系割裂运行的局面,形成专业的公共卫生机构、医疗机构与城乡社区联动工作模式^[26]。以健康结果为核心的协同考核机制将促进区域中预防而非治疗、综合而非分割的服务供给模式的发展。

6.4 建立医疗体系与公共卫生体系的资源协同机制

促进医防两个体系的协同必然要促进两个体系资源的整合与协同。医疗卫生服务体系中最重要的资源就是人力资源、卫生发展资金及信息资源。从人力资源协同方面,促进公共卫生医师在医院进行日常工作,与临床医师共同负责公共卫生传报系统并承担相应职能,是临床与公共卫生融合的有效做法;同时,强化区域中人员流动工作机制,建立人才从医院向疾控中心等专业公共卫生机构流动的激励机制,同时促进疾控中心等专业公共卫生机构的高素质人才储备。从人才培养方面,强化全科医生培养,作为基层医防协同的重要执行者,打造居民和家庭健康管理的协调者,将预防和治疗的知识和技能整合起来^[27]。卫生发展资金方面,整合区域中医保资金、基本公共卫生资金、财政拨款等不同类

别、项目的资金,按照区域社会经济发展、地理环境、居民健康状况及需求、医疗卫生体系特点等,灵活使用卫生发展资金。信息协同方面,当前国家卫生健康信息平台要求所有医疗机构、公共卫生机构将信息上传至相应的县、市、省、国家级平台上,重点是打通不同系统及平台间的隔阂和使用权限,促进信息的共享,提升已有信息数据的利用效率。

6.5 提升科学研究在重大公共卫生事件应对中的作用

重大公共卫生事件的应对需要医疗体系和公共卫生体系的协同应对与高效配合,由于重大公共卫生事件对于社会生活和经济的影响与冲击,“平时”医防协同机制和模式可能无法有效应对“战时”重大公共卫生事件,因此必须提升科学研究在重大公共卫生事件应对中的作用和地位,加强科学研究对于“战时”医防协同模式的理论与实践指导。具体而言,应加强医疗体系、公共卫生体系甚至整个社会各部门与科研机构的数据与资源共享,形成长效机制,充分发挥新型举国体制优势,开展有组织的科研。通过医疗、公共卫生、科研机构等多部门科研协同创新,为重大公共卫生事件的防控、社会各部门的有序应对等提供科学基础与依据。

参 考 文 献

- [1] 人民网—人民日报. 爱国卫生运动成效显著——人均健康状况大幅改善 环境健康指标明显提升. (2022-04-08)/[2023-04-19]. <http://society.people.com.cn/n1/2022/0408/c1008-32393873.html>.
- [2] 新华网. 习近平在参加湖北代表团审议. (2020-05-24)/[2023-04-19]. http://www.xinhuanet.com/politics/2020lh/2020-05/24/c_1126026879.htm.
- [3] 新华网. (两会授权发布)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. (2021-03-12)/[2023-04-19]. http://www.xinhuanet.com/politics/2021lh/2021-03/13/c_1127205564.htm.
- [4] 黄磊, 李中杰, 王福生, 等. 新中国成立 70 年来在传染病防治领域取得的成就与展望. 中华全科医学, 2019, 17(10): 1615—1618, 1748.
- [5] 国家统计局. 方晓丹:居民收入增长持续稳定恢复 居民消费支出恢复性反弹. (2021-04-16)/[2023-04-19]. http://www.stats.gov.cn/sj/sjjd/202302/t20230202_1896476.html.
- [6] Fava GA, Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2008, 77(1): 1—2.
- [7] Kusananto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: a hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2018, 7(3): 497—500.
- [8] Snow J. Cholera and the water supply in the south districts of London in 1854. *Journal of Public Health, and Sanitary Review*, 1856, 2(7): 239—257.
- [9] 甄艳, 蔡景峰. 珠联璧合 光辉巨著:纪念《中国医史》作者、近代著名医史学家伍连德 140 周年、王吉民 130 周年诞辰. 中华医史杂志, 2019, 49(6): 323—329.
- [10] Marineli F, Tsoucalas G, Karamanou M, et al. Mary Mallon (1869-1938) and the history of typhoid fever. *Annals of Gastroenterology*, 2013, 26(2): 132—134.
- [11] Loeb LA, Ernster VL, Warner KE, et al. Smoking and lung cancer: an overview. *Cancer Research*, 1984, 44 (12 Pt 1): 5940—5958.
- [14] 广东卫生在线. 广东省县域医共体建设描绘基层就医新图景. (2022-02-18)/[2023-04-19]. https://k.sina.com.cn/article_6512909296_184331bf001900vve9.html.
- [15] 北京市卫生健康委员会. 北京市卫生健康委员会关于印发《北京市医防融合培训方案(2020 年-2022 年)》的通知. (2020-12-04)/[2023-04-19]. http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/qt/202012/t20201204_2157210.html.
- [16] 新华网. 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》. (2016-10-25)/[2023-04-19]. http://www.xinhuanet.com/politics/2016-10/25/c_1119785867_6.htm?winzoom=1.
- [17] 世界银行集团, 世界卫生组织, 中华人民共和国财政部, 等. 深化中国医药卫生体制改革 建设基于价值的优质服务提供体系. [2023-04-19]. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/8225b589-5a39-5568-87bf-9d7f924eb02b/content>.
- [18] 杨玲丽. 共生理论在社会科学领域的应用. *社会科学论坛*, 2010(16): 149—157.
- [19] Nicholson K, Makovski TT, Stranges S. The integration of primary care and public health to improve population health: tackling the complex issue of multimorbidity. *International Journal of Public Health*, 2019, 64(7): 983—984.
- [20] 王俊, 朱静敏, 王雪瑶. 公共卫生体系与医疗服务、医疗保障体系的融合协同: 理论机制与案例分析. *中国科学基金*, 2020, 34(6): 703—711.
- [21] Qin CY, Liu M, Guo X, et al. Human resources in primary health-care institutions before and after the new health-care reform in China from 2003 to 2019: an interrupted time series analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19(10): 6042.
- [22] Khatod M. Kaiser permanente: joint arthroplasty in an integrated capitated care delivery model. *The Journal of Arthroplasty*, 2018, 33(6): 1649—1651.

- [23] 国家卫生健康委员会医政医管局.《医疗联合体管理办法(试行)》解读. (2020-07-17)/[2023-04-19]. <http://www.nhc.gov.cn/zygj/s3594r/202007/0f58f93e3f5a4a26ab9079f78bf2dca5.shtml>.
- [24] 贾艳婷, 方鹏骞. 医疗联合体建设的综合目标及指标体系构建研究. 中华医院管理杂志, 2017, 33(12): 885—888.
- [25] 王水平. 加强公立医院公共卫生职能建设. 中国卫生, 2021(3): 12—14.
- [26] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知. (2021-06-17)/[2023-04-19]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/17/content_5618799.htm.
- [27] 杜建, 詹启敏. 后疫情时代促进我国医学发展的思考与建议. 北京大学学报(医学版), 2020, 52(3): 405—409.

Medical-Prevention Coordination in the Construction of Healthy China in the New Era: Theoretical Mechanisms and Policy Evolution

Jue Liu¹ Wenxin Yan¹ Min Liu¹ Wannian Liang^{2,3*}

1. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191

2. Vanke School of Public Health, Tsinghua University, Beijing 100084

3. Institute for Healthy China, Tsinghua University, Beijing 100084

Abstract The practice of medical-prevention coordination in China has been in place for a long time, and medical-prevention coordination has become an important way to guarantee people's health in an all-round and all-cycle manner in the construction of a healthy China in the new era of China. Although progress has been made in China's medical-prevention coordination, its relatively fragmented status quo has not been fundamentally reversed. With this as the background, since 2018, through field research in different regions and departments as well as the existing literature, this paper introduces the definition, policy evolution and connotation of China's medical-prevention coordination in the new era, designs the theoretical mechanism model of medical-prevention coordination, and reveals the organizational basis, service supply and mechanism of the integration of medical service system and public health system. The study provides theoretical basis, reform path and Chinese experience for the reform and governance of integrated care.

Keywords medical-prevention coordination; policy evolution; theoretical mechanism; system collaboration; integration of health care

(责任编辑 魏鹏飞 张强)

* Corresponding Author, Email: liangwn@tsinghua.edu.cn