

· 卫生体系与治理 ·

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

王 俊¹ 朱静敏² 王雪瑶^{1*}

1. 中国人民大学 公共管理学院, 北京 100872

2. 中央财经大学 中国财政发展协同创新中心, 北京 100081

[摘要] 2020年新冠肺炎疫情的爆发,暴露出我国公共卫生治理体系的诸多不足。建立公共卫生体系与医疗服务体系、医保体系的融合与协同机制,已经成为新时代下国家重大战略需求。本文基于“协同”治理与“整合”治理框架,首先设计了促进医防融合与防保融合的理论机制;然后选取两个典型案例,对融合协同实践进行案例分析;最后提出促进我国公共卫生体系与医疗服务体系、医疗保障体系融合协同的政策建议。

[关键词] 医防融合;防保融合;理论机制;案例分析

2020年初,新冠肺炎疫情爆发,暴露出我国公共卫生治理的诸多不足。在此背景下,2月14日,习近平总书记在中央全面深化改革委员会第十二次会议上提出了“完善公共卫生体系体制机制建设、加强公共卫生体系与医疗医保体系融合”的国家重大需求,而新时代我国社会主要矛盾的转变和“健康中国”战略的实施,为医疗卫生事业的发展提出新方向、新要求、新任务,更加需要公共卫生、医疗、医保体系之间实现高效配合、协同治理。

已有研究中,我国学者对完善公共卫生体系的讨论主要从应急管理以及应对突发公共卫生事件的角度进行。比如,朱虹在研究SARS危机时,提到公共卫生体系的缺失是此次危机爆发的原因之一,长期以来国家对公共卫生的投入不足,国家的卫生防疫体系落后,公共卫生体系在协调统一有关机构、快速准确收集信息方面有待改善^[1]。薛澜和朱琴通过对比SARS危机中中美两国公共卫生体系应对突发公共卫生事件的反应,认为我国危机管理体系需要高度重视危机管理体系中各部门的横向和纵向的协调联动^[2]。魏晶晶等通过研究H7N9等疫情提出我



王俊 中国人民大学公共管理学院教授,中国人民大学卫生政策研究评价中心主任,世界卫生组织(WHO)、世界银行(WB)、联合国儿童基金会(UNICEF)等国际组织财政经济专家、法国驻中国大使馆在社会卫生事务方面的高级研究合作伙伴。长期从事卫生经济、卫生管理、卫生政策、老龄化和社会保障等领域研究,从

理论和实证方面,为解决国民经济和医疗改革的重大问题提供了一些基础性、前瞻性、战略性的科学理论依据,为中央和地方政府部门的政策制定提供了重要依据。



王雪瑶 中国人民大学卫生政策研究与评价中心研究员助理,博士生。主要研究领域为卫生政策。近年来参与近十项国家级及省部级项目,参与撰写的研究报告提交国家卫健委、北京市卫健委等部门;疫情以来,围绕公共卫生体系、医疗服务体系与医疗保障体系的融合协同,参与撰写两篇内参报送有关部门。

国应建立更加完善的突发公共卫生事件应急体系及其组成部分^[3]。

可见,现有文献的讨论范围主要局限于“公共卫生体系”之内,尚未从整合型医疗的角度进行探讨,

收稿日期:2020-08-31;修回日期:2020-11-26

* 通信作者,Email: rucwangxy314@163.com

本文受到国家自然科学基金项目(72042002)和2020国家文化名家四个一批人才项目“医疗卫生改革评估研究”的资助。

这与现实需求有所脱节,与我国建设连续型医疗服务体系的愿景与规划不符。因此,亟需结合我国实际情况,从理论与实践上深入挖掘公共卫生、医疗服务、医疗保障三个体系融合协同的理论关系,为医防融合和防保融合设计有效的机制。

基于此,本文借鉴“协同”与“整合”治理的理论框架,根据中国卫生健康体系的特点,构建公共卫生与医疗服务、医疗保障三者融合协同的理论机制,在此框架下,以云南省云县、福建省三明市作为典型案例进行研究分析,并提出适应中国国情的政策建议。本文的理论机制、案例分析与政策建议对完善我国公共卫生体系建设、提高卫生健康系统的运行效率等具有重要的理论和实证价值,对改善人民的健康水平具有重要意义。

1 融合协同的理论机制

1.1 理论基础

公共治理理论中的整体性治理理论为公共卫生与医疗、医保融合协同的方式与机制提供了最重要的理论支持。根据实践中协作程度的不同,整体性治理形成了协同与整合两种有一定差异的治理方式。

协同治理方式关注的主要内容包括:利益相关者、治理目标、资源、决策方式、社会资本、信任、互动、信息技术以及相应的制度安排等,这些因素也被认为是影响协同效果的关键因素(Adazu 等^[4]; Koh 等^[5]; Nicholson 等^[6])。具体见表 1。

而整合治理主要关注机构整合、目标整合、责任整合、服务整合等内容(蔡立辉^[7]; Lazzari 等^[8])。具

表 1 协同理论关注的主要内容

理论视角	关注的主要变量	关注的主要机制
利益相关者	结构(关系结构)紧密或松散、利益冲突与兼容、参与方式、专业能力等	决策机制、沟通机制、权力与利益分配机制、协调与共享机制、冲突解决机制、责任分担机制、激励机制等
社会资本	社会资本的生成、信任、互惠、认同等	筹资机制、主体间正式互动与非正式互动机制、合作文化与信任生成机制等
制度和信息技术	正式制度规范、非正式制度规范、信息系统、技术、信息资源	具体制度安排、信息传递、共享与沟通机制
协同效果	成本、效率、协同能力、回应性、执行力、服务质量、满意度等	协同网络绩效评价机制

体见表 2。

总的来看,医疗卫生服务的协同与整合形成的大系统内的要素,可以归为结构性要素和过程性要素两种(Ramírez 等^[9]; McClelland 等^[10]; Saleh^[11])。具体见表 3。

1.2 理论机制

在“协同”和“整合”治理的理论框架下,结合我国医疗卫生系统的实际,本文从八维度构建了公共卫生与医疗服务、医保的融合协同的理论机制(图 1)。

1.2.1 医防融合的理论机制

维度一:组织管理层面

第一,从医防融合的决策结构设计与决策机制研究角度,通过管理体制和机制的改革,改变公共卫生体系的各层级组织机构之间的权力关系,推动上下联动的工作机制的形成^[12];第二,从医防融合的组织架构角度,通过调整组织架构设计,明确公共卫生与医疗服务机构的定位和分工^[13];第三,从医防融合的绩效评价角度,在公共卫生系统中建立一套科学合理、与岗位职能匹配、激发人员活力的薪酬待遇机制^[14],以及融合协同的绩效指标体系,以刻画不同融合类型的程度及其对于改善组织协作性的效果。

表 2 整合理论中的关键变量

理论视角	内容变量	机制变量
机构整合	组织架构重组、组织专业化程度、决策过程与能力、执行灵活性、应变能力、整合范围	决策机制、协调机制、执行机制、反应机制、激励机制
目标整合	政策、目标兼容与冲突、可及性、制度化	政策分配机制、干预机制、利益共享机制、文化
责任整合	法律、责任归属与分配、秩序、职能分配、绩效管理有效性	权责分配机制、利益分配机制、信任、绩效评价机制
服务整合	服务提供链、服务连续性、可持续性、信息技术共享、资源支持、绩效	共享、沟通、培训、隐私保护、资源配置机制

表 3 医疗卫生服务协同与整合的要素

类别	内容
结构要素	政策、资源配置、治理结构、筹资与支付机制、监管评价、后勤保障支持等
过程要素	循证临床路径、疾病与保健管理、信息系统、合同管理、患者沟通与健康促进、执业人员继续教育等

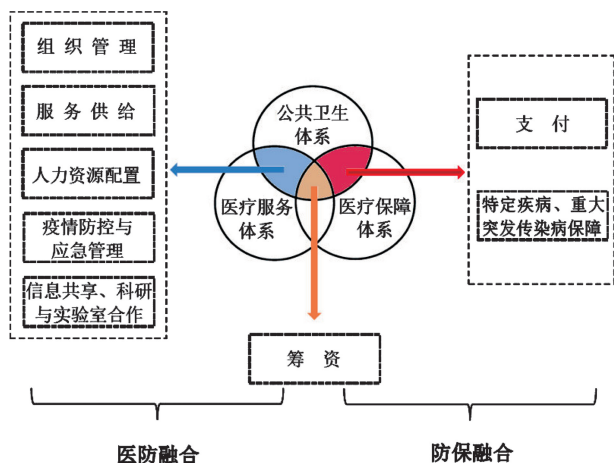


图1 公共卫生与医疗服务、医疗保障融合协同的理论机制

维度二:服务供给体系

第一,服务供给的横向融合协同机制。从两个体系的工作内容和服务项目入手,明确融合、协同的边界和范围^[15],以及在融合协同的过程中,可行的融合协同策略、模式与方法^[16];第二,服务供给的纵向融合协同机制。通过医联体和医共体建设工作,促进分级诊疗,带动上下级医疗卫生机构之间形成协同机制,使医疗服务相互衔接、医疗资源上下贯通,从而提升基层医疗机构服务能力,促进公共卫生体系与医疗服务体系协作效率。

维度三:筹资体系

通过优化筹资结构、制定科学化、精细化的投入策略^[15],引入竞争性服务提供机制的策略,促进公共卫生和医疗服务机构在公共卫生筹资维度上的进一步协同,减少由于公共卫生体系和医疗服务体系由于筹资标准、筹资水平、投入方式等方面的不同带来的资金使用效率低、效果难以评价等问题,进而提高公共卫生资金供给效率和使用效率。

维度四:人力资源配置

第一,构建公共卫生机构人员、基层医疗卫生机构人员和医院人员的培养、工作、薪酬以及考核体系^[17];第二,促进公卫和医疗系统的人员流动,以提升人员配置的效率;第三,发挥基层公卫人员和基层医疗卫生机构人员在早期预警、分级诊疗、应急处理等方面的基础性作用,以提升基层人员应对重大疫情与突发公共卫生事件的能力;第四,医学院校与公卫和医疗机构合作,形成人才理论培养与实习实践的有机结合的培养体系,提高公共卫生体系和医疗服务体系人力资源利用的效率。

维度五:疫情防控与应急管理

第一,通过服务融合与机构协同,充分发挥医疗

机构与公共卫生机构各自的专业优势,衔接好“预防”和“救治”的责任链条,从组织层面和服务供给层面进行清晰界定;第二,通过政府卫健部门、医疗卫生体系、财政、应急管理部门以及公安部门等相关责任方之间的协作,构建符合经济发展水平和疫情防控需求的重大疫情防控体制机制^[18];第三,从加强医防融合、促进分级诊疗的策略机制入手,提高农村地区和城市社区等基层防控能力建设。

维度六:信息共享、科学研究与实验室合作

引导公卫机构、医院、高校与临床研究机构之间在疾病控制、科学研究、临床治疗上形成有效协同机制,打通流行病学研究、基础医学研究和临床研究机构的交流渠道,促进数据共享与成果转化应用,真正提高疾病预防与控制能力和重大疫情防控的能力^[14]。

1.2.2 防保融合的理论机制

维度一:筹资体系

第一,通过融合公共财政和医疗保险,创新筹资制度和机制,使其共同作为公共卫生服务的筹资来源,进而保障重大突发公共卫生事件中的防控、应急和协同的效率^[19];第二,通过筹资模式的创新,促进公立医院主动承担和提供高质量、规模化的公共卫生服务,在重大疫情防控中与基层机构、专业公共卫生机构形成上下联动、无缝连接的工作机制。

维度二:支付体系

第一,在当前县乡一体化、医共体、医疗集团等医改模式和实践下,通过医保基金打包支付,在保障医保基金安全、增加医保基金结余的动力下,促进对于预防和健康促进的重视,以实现公共卫生服务与医疗卫生服务的有效衔接;第二,融合财政和医保基金的支付,激励基层医疗机构提供家庭医生签约服务^[20]。

维度三:特定疾病与重大突发传染病保障

第一,基于疾病治疗经济负担和疾病防治的外部性效应,动态调整医药费豁免制度的病种目录、纳入标准;第二,建立疾控中心、医院、基层医疗机构、医保机构、财政部门的联动与协调机制,统筹特定疾病和重大突发传染病的资金保障和救治活动^[21];第三,建立财政资金和医保基金协同对特定疾病和重大突发传染病医药费进行豁免的机制。

2 研究方法

2.1 研究策略与案例选取

本文采用案例分析法,基于上述理论机制,分析云县医共体在医防融合、三明市在防保融合方面的

实践和效果。

本文选取云县作为案例主要基于以下两个原因:第一,相较于国家县域紧密型医共体的政策试点时间,云县医共体建设起始早、历程长,相对于其他地区,云县在较长时间的改革和医共体建设过程中形成了一整套较为完善的医共体建设制度和政策;第二,随着政策扩散,云县医共体建设的经验和模式正在被其他地区学习和接受,云县模式的影响力正在不断增强。

三明市的代表性突出体现在防保融合的政策创新。三明市将医保基金作为疾控机构的筹资渠道之一,开始了以医保资金为杠杆,促进公共卫生和医疗服务协同融合的尝试,其政策目标和机制设计有利于提升医保基金在促进健康教育、疾病预防方面的作用。

2.2 资料收集与分析

本文收集资料的方法包括:文献研究法、文本收集法和半结构化访谈。

首先,围绕“各地在公共卫生体系与医疗服务体系、医保体系融合协同方面有哪些探索与创新?理论框架和模式有哪些?”这一研究问题,本文在CNKI、万方、维普、Elsevier、Springer Link等学术资料网站进行文献收集整理,关键词如表4中所示,搜索得到管理学、公共管理、公共政策等领域文献共计四十余篇,并进行阅读和梳理。

其次,我们与云县及三明市医保局、卫健委(局)、医院人力资源与绩效部门、质控科、健康管理中心(医防融合办公室)等部门进行对接和联系,收集云县和三明市在公共卫生、医疗服务和医疗保障融合协同方面进行改革的政策文件以及相关档案记录,包括改革历程以及相关制度的文件,以归纳和总结两地在公共卫生体系与医疗服务体系、医保体系融合协同方面的现状与措施。

表4 文献检索关键词及数量

数据来源	关键词	文献数量
CNKI、万方、维普、Elsevier、Springer Link等	整体性治理	5
	协同治理	6
	整合治理	6
	整合型医疗服务	8
	coordination	4
	integration	3
	integrated health care	8
	县域医共体	9

最后,我们通过半结构化访谈弥补了文献和政策文件的不足。对云县总医院院长、人力资源办、绩效办、质控科、健康管理中心、医保科等部门的负责人以及三明市卫健委主任、疾控中心主任、市第一医院、市中西医结合医院院长进行访谈,加深对两地各项制度的理解,厘清云县和三明市的政策产生效果的机制。

3 案例一:云县的医防融合实践

3.1 案例背景

云南省临沧市云县从2012年开始推动县人民医院和县中医院的资源共享、人员流动,从2014年开始进行县乡村一体化改革,逐步实现对县人民医院、中医院、各乡镇卫生院的行政、人员、绩效考核、财务、设备、药品、业务、技术培训的统一。在人力资源管理方面,实现“乡编县管、县管乡用、乡管村用”的人事管理制度,落实医共体的用人自主权,建立医共体内人员的柔性流动机制;在筹资机制方面,财政补助、公共卫生经费、医保基金全部打包给医共体统筹使用,医保基金“总额打包、结余留用、超支自担”;在服务供给方面,将医疗机构、公共卫生机构都纳入医共体,推动公共卫生与医疗、医保服务体系的融合协同机制的建立。

3.2 案例分析

3.2.1 组织管理

云县在管理体制方面进行了一系列改革与创新。从纵向的机构设置看,在政府层面设立医共体管理委员会;在卫健局设立医管委办公室;在医共体总医院设立医共体管理中心。医共体管理中心管理县域内公共卫生机构和医疗机构,包括云县人民医院、云县中医医院、云县疾病预防控制中心、云县妇幼保健计划生育服务中心、乡镇卫生院(以及乡镇卫生院下的村卫生室)、民营医院和诊所,由医共体统筹县域内公卫及医疗机构的发展,在行政管理、人员管理、绩效考核、财务、设备、药品、业务、技术培训等方面进行统一部署和管理,从组织层面,将县域内的医疗机构和卫生机构纳入医共体中,方便资源调配、流通以及不同机构之间职能的梳理和定位。

3.2.2 服务供给体系

云县医共体建立健康管理中心,以统筹县域内疾病预防与管理工作。下设慢病健康管理中心、基本公共卫生服务办公室和家庭医生签约服务办公室。健康管理中心统筹负责整个县域内的基本公卫

和家庭医生签约服务,并对乡镇卫生院的公共卫生服务和家庭医生签约服务进行管理指导。

云县通过建立服务项目清单、加强对乡镇卫生院医疗服务和诊疗行为监督的措施和手段,规范乡镇卫生院的诊疗行为,减少过度医疗,保障了居民的健康水平。由图2、图3可知,在2018年实行了相关措施后,由于对于过度医疗行为的整治,乡镇卫生院(各分院)门诊量和住院量都减少了。

同时,云县加强医疗机构医生在疾病预防方面的意识,并从医生的绩效考核机制入手,逐渐破除工作量、医院收入与医生薪酬相挂钩的医生收入机制,而将县域内某种疾病的发病率、县域内病人外转率纳入医生绩效考核体系之中,建立以县医院科室为技术核心进行指导、乡镇卫生院能力逐渐提升的服务供给模式,创造性地构建了医生为整个县域居民健康状况以及医疗服务水平负责的机制,改变了医生之前只关注疾病诊治、轻视居民健康管理的行为模式。

3.2.3 筹资体系

云县将财政补助、公共卫生经费、医保基金全部打包给医共体统筹使用。其中医保基金“总额打包、结余留用、超支自担”,实行“按月预结、指标考核、综合决算”的结(决)算办法;公共卫生经费实行二次预算。云县人民医院、中医院和乡镇卫生院在职在编人员财政补助经费由县财政局审核后,将资金统一拨付到医共体指定银行账户,乡村医生财政补助经费由县卫生健康局审核后,将资金统一拨付到医共体指

定银行账户。财政补助人员经费资金统一拨付给医共体总医院,由医共体总医院按资金性质和用途统筹分配使用。

由表5可知,在临沧8个区县之中,云县2018年和2019年县域内医保基金报销比例都居第一,均高于全市的平均水平,且2019年医保基金县域内报销比例比2018年略有增长,这说明云县县域内就诊情况在临沧市是最好的,也间接反映出云县医疗服务水平的提升以及居民对云县医疗服务能力的认可。

由表6可知,2019年临沧市除云县外其他七个区县,包括整个临沧市医保基金全部超支;除云县以外,全市其他区县2019年医保基金报销均比前一年增加。这说明,就临沧市而言,医保基金超支已经成为非常严重的问题,需要通过改革提升医保基金的使用效率、保证医保基金的安全可持续。作为临沧市唯一实现医保结余的地区,云县在医保基金管理使用等方面的经验,值得被学习和挖掘。

3.2.4 人力资源配置体系

云县将各个医疗机构的编制统一打包给医疗集团使用。将云县疾病预防控制中心、云县妇幼保健计划生育服务中心、云县爱华镇社区卫生服务中心、十二乡镇卫生院共15个卫生医疗机构528名编制打包成一个一类包,云县人民医院、云县中医医院共两个卫生医疗机构351名编制打包成一个二类包。一类包和二类包统一交由县卫生健康局管理调配使用。

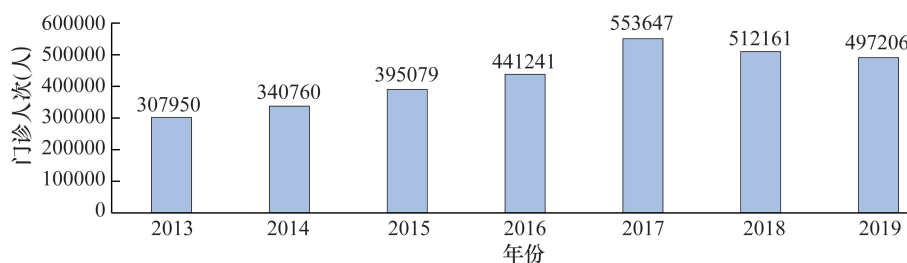


图2 云县乡镇卫生院(各分院)2013—2019年度门诊量

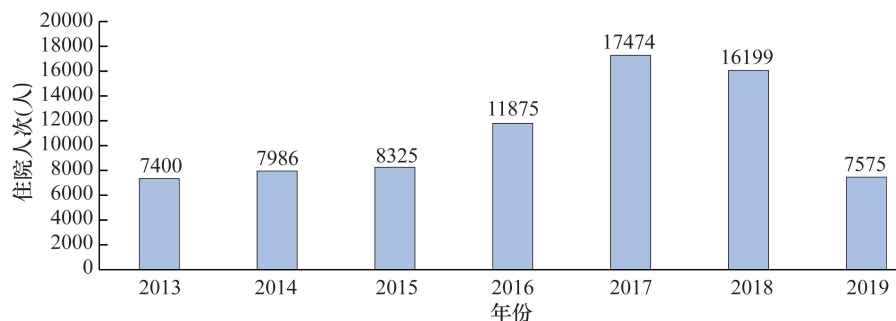


图3 云县乡镇卫生院(各分院)2013—2019年度住院量

云县医共体通过多种方式提升医务人员素质及能力,比如:落实医共体用人自主权,建立“乡编县管、县管乡用、乡管村用”的人事管理制度,建立县医院不同科室与乡镇卫生院间的轮岗等,促进乡镇卫生院技术水平和能力的提升,为乡镇卫生院提供公共卫生及医疗服务打下坚实基础。

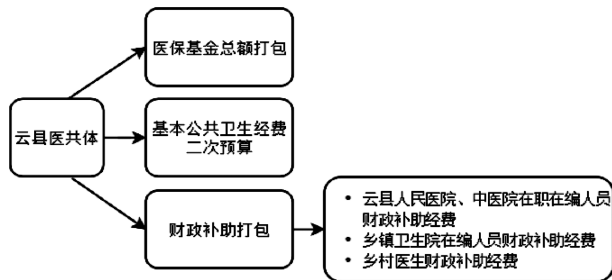


图4 云县医共体筹资体系

表5 临沧市2018年—2019年各县县内医保基金报销比例

	县内医保基金报销占比(%)		
	2018年	2019年	县内医保基金报销占比增长率(%)
A区/县	68.78	70.14	1.98
B区/县	72.62	73.23	0.84
C区/县	66.20	64.48	-2.60
D区/县	66.34	67.90	2.35
E区/县	72.82	72.02	-1.10
F区/县	60.63	60.97	0.56
G区/县	62.87	64.34	2.34
云县	74.92	75.58	0.88
合计	69.1	69.3	0.29

表6 临沧市2019年各县医保基金使用情况

	基金使用率	医保基金超支金额(万元)	医保基金报销与上年相比增减情况(%)
A区/县	136.54	5920.28	9.25
B区/县	130.12	7430.27	21.24
C区/县	106.85	1364.01	19.11
D区/县	111.14	1237.32	12.77
E区/县	119.52	1872.85	6.73
F区/县	120.06	3139.13	19.5
G区/县	112.92	1173.24	20.06
云县	90.74	-2461.13	-0.93
合计	114.82	19675.97	13.04

3.2.5 信息系统

云县人民医院建立全县医疗信息中心机房,研发“医共体融合平台”,该信息系统实现了县域内基本医疗信息、健康档案、家庭医生签约服务等新的互通互认。该系统包括医疗卫生服务供需双方基本信息、服务供给情况、费用情况等,将不同层级医疗机构的信息进行了整合,有利于医共体统筹掌握县域居民的健康情况以及居民对医疗服务利用情况,为县域进一步确定医疗卫生事业发展重点、制定医疗卫生政策提供了支持。

4 案例二:三明市的防保融合实践

4.1 案例背景

提高医保基金使用效益和加快公共卫生机构改革是三明市推进医改的重点工作^①。三明市于2019年底印发《三明市疾病预防控制中心综合改革方案(试行)》(明政〔2019〕53号),在梅列区、三元区、永安市、沙县、明溪县开始进行改革试点。方案中明确了医保基金在支持疾控体系改革、推动医防融合中的作用,生动地展示了“医保资金为杠杆,促进公共卫生和医疗服务协同融合”机制。

4.2 案例分析

4.2.1 筹资体系

三明市明确每年从市区健康促进经费,即医保基金中提取不少于500万元作为市疾控中心(含两区疾控中心)与市第一医院和市中西医结合医院开展医防融合经费。2020年,三明市从历年医保结余基金分别安排给市疾控中心(含两区疾控中心)与市第一医院和市中西医结合医院、永安市、沙县、明溪县500万元、300万元、300万元、200万元作为医防协同融合试点经费,改变了疾控机构只依赖财政投入的现状。

三明市以医保基金为杠杆,推进市疾控中心(含两区疾控中心)与医疗机构的深度合作,使两类机构参与到彼此的工作和业务中。通过明确医防融合清单、订立服务协议等形式,建立工作衔接联动、服务整合连续、人员柔性流动等机制,落实防治结合,有利于为居民提供整合型医疗卫生服务。

4.2.2 支付体系

三明市将医保基金作为医防融合经费,促进医防融合,同时提升这部分资金在增加疾控人员收入、提高其积极性方面的作用。主要表现为年终由市医改领导小组对市疾控中心(含两区疾控中心)开展

① 资料来源:《中共三明市委三明市人民政府关于贯彻落实全国医改推进三明现场会精神情况的报告》。

医防融合工作成效进行考核。考核办法:70分为合格线,高于70分的按照实际考核分/100分×当年度的医防融合经费得出的部分作为市疾控中心(含两区疾控中心)绩效工资增量,考核分低于70分的不予追加绩效工资。即三明市以购买服务的模式,拓宽疾控机构的收入来源,增加了绩效工资,有利于扩展疾控机构的服务内容,进一步发挥疾控机构的功能。

4.2.3 特定疾病、重大突发传染病保障

疾控机构与医疗机构协同提供的服务,即医保基金所购买的服务,主要是疾病预防管理和健康教育方面,具体表现为:

慢病管理方面,在试点社区组建由疾控机构工作人员、医院健康管理、基层医务人员、街道社区人员组成的工作团队,以糖尿病、高血压、严重精神障碍为主要病种,开展慢性病全人群筛查,对试点社区的全人群慢病患者实施主动干预;结核病防治方面,各地疾控机构与医疗机构加强结核病信息疫报协作,提高信息报告的及时性、准确性、完整性;在脑卒中高危人群的筛查与干预方面,市疾控中心与市第一医院联合开展脑卒中高危人群筛查和干预项目,共同做好疾病的规范管理;健康教育方面,试点地区相继组建以医疗机构、疾控机构专家为主的健康科普讲师团,编制有关健康教育讲座清单,为广大群众提供健康科普讲座服务。

根据表7,在进行相关改革后,三明市试点区县在慢性病预防、结核病防治方面取得了比较好的效果。在慢性病管理方面,新发脑梗死率等均比2019年同比下降,而在结核病防治方面,发现并治疗肺结核患者数等较上年增长。

表7 三明市2020年1—6月份疾病预防管理
指标同比增长率

具体指标	增长率 (%)	备注	
慢性病管理	新发脑梗死率	-8.31	梅列区
	新发脑出血率	-6.98	
	高血压并脑梗死后遗症住院率	-31.25	
	高血压并脑出血后遗症住院率	-27.27	
结核病防治	定点医院接诊肺结核可疑者数	91.00	梅列区、三元区
	发现并治疗肺结核患者数	50.00	三元区
	肺结核患者成功治疗率	4.50	

① 除了医保的相关政策外,还需要改变对于医生的考核方式,才能达到改变医生的行为。改变医保支付政策是必要条件之一。由于讨论主题所囿,此处只讲医保政策。

5 结论与政策建议

在理论机制与案例分析的基础上,本文提出促进我国公共卫生体系与医疗服务体系、医保体系融合协同的四条政策建议:

5.1 加强公共卫生与医疗组织管理与服务供给的整合

城市、县域、农村在纵向上有不同层次的医疗卫生机构,从横向上,医疗服务机构和公共卫生机构属于两个系统,在筹资、职能定位等方面都有差异,因此需要建立统一的组织,从横纵两个维度推动城乡医疗卫生机构之间的协同融合。同时,需要通过建立统一的组织和机构,从顶层高位推动卫健、医保、人社等不同部门之间的协同。目前全国已经开展了紧密型县域医共体的试点,加强机构整合是各地县域医共体建设的目标和实施路径之一,可以在县域医共体工作基础上,对公共卫生机构与医疗机构进行机构整合,包括专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院。

在进行组织管理层面融合的基础上,明确医疗机构在提供公共卫生服务中的职责,加强医保对于两类机构融合协同的支持。同时,将居民健康状况以及健康提升程度纳入对于医生和科室的考核,促进医生服务供给行为的转变。

5.2 加强公共卫生与医疗服务体系的筹资机制与人力资源的融合

目前,财政补偿体制与人事编制管理制度相互嵌套^[22],因此必须加强筹资体制以及人力资源方面的协同,以提升当前财政投入的效率,促进不同机构的协作。在筹资方面,积极推进医保参与公共卫生与医疗服务的融合协同,建立清晰高效的医疗卫生服务筹资与支付机制,明确多层次筹资与支付原则、标准与方式,提高公共卫生与医疗服务的筹资效率与运行效果,激发医疗卫生服务需求。改变医保基金单纯为医疗机构筹资的局面,发挥其在促进整个区域居民健康水平方面的作用,提升其在预防方面的效益。结合各地实践,有两类措施选择:第一,将医保基金拨付给整个县域医共体,在“总额拨付,结余留用,超支不补”的政策下,改变医院以及医生“过度诊疗”的行为^①,减少医保基金的消耗;第二,划拨部分医保基金作为“医防融合工作经费”给医疗机构,

由医疗机构向疾控机构购买公共卫生服务,在加强医疗机构提供公共卫生服务职能的基础上,解决疾控机构在筹资方面的问题。

在人力资源方面,促进两个体系人力资源整合与协作方面,均衡公共卫生机构与医疗机构、基层医疗卫生机构与医院的人力资源分配,建立公共卫生与医疗服务间的人才流动与交流机制,改革薪酬制度,充分激发医疗卫生供给侧的主动性与创造性。相关的模式主要有两种:第一,在县域医共体建设的背景下,通过编制打包、财政经费打包等方式,突出县域内医疗卫生机构人员“医共体职工”的身份,弱化编制差异、机构差异,促进不同机构之间的人员流动与协作;第二,通过开展医防融合项目,明确医疗服务与公共卫生机构的职责,促进两个体系之间的人员协作。

5.3 加强疫情防控和应急管理体系方面的协同

公共卫生机构、基层医疗卫生机构以及医疗机构之间应当建立早期预警、联防联控、联合救治、恢复建设、管理协作的应急响应工作机制。加强不同组织间的合作和交流,对职能进行划分和整合,在对事件性质和危害程度进行研判的基础上,在疫情早期检测及信息收集阶段、治疗阶段和恢复阶段建立起整合式的工作模式^[23]。各层级的医疗卫生机构的合作以及信息共享应当贯穿应急管理始终,其中包括疾病的检测与管理、引起公众及媒体的意识、进行健康教育等,明确提供信息的方式、信息交换渠道以及信息共享种类。在信息共享方面进行合作,包括:在疫情期间向公众提供准确和及时信息;建立不同层级、不同类型的医疗机构的常态化的协同机制;在常态化协同机制的基础上明确应急管理体系的建设与发展。借助现在已经广泛进行的医联体、医共体建设等工作,加强医疗卫生体系间的融合协同。

5.4 加强公共卫生与医疗服务在能力建设上的合作

在疾病监测与救治患者职责的目标下,公共卫生机构相应的检测能力和研究能力需要不断加强。这不仅需要各层级医疗卫生服务机构间建立起紧密的信息共享机制,还要加强科学研究和实验室方面的合作,定期进行技术交流与能力建设,才能使得各层级医疗卫生机构之间建立起紧密的合作关系,互相带动,达成构建整合型医疗的目的与要求。在目前的医联体、医共体框架下,增加公共卫生与医疗之间的交流互动,有目的地加强公共卫生体系能力建设,有效发挥公共卫生疾病监测、健康管理等角色,

实现公共卫生与医疗服务的融合协同。

参 考 文 献

- [1] 朱虹. SARS 危机:公共卫生体系的断裂与重构. 南京大学学报:哲学.人文科学.社会科学, 2003, 40(5): 132—138.
- [2] 薛澜, 朱琴. 危机管理的国际借鉴:以美国突发公共卫生事件应对体系为例. 中国行政管理, 2003, 8: 51—56.
- [3] 魏晶晶, 方娴, 何桂香等. 我国突发公共卫生事件应急体系结构的优化设计. 中国医药导报, 2019, 16(12): 157—159, 168.
- [4] Adazu K, Lindblade KA, Rosen DH, et al. Health and demographic surveillance in rural western Kenya: a platform for evaluating interventions to reduce morbidity and mortality from infectious diseases. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2005, 73(6): 1151—1158.
- [5] Koh HK, Tavenner M. Connecting care through the clinic and community for a healthier America. *American Journal of Public Health*, 2012, 102(Suppl 3): 307—309.
- [6] 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.
- [7] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究. 中山大学学报:社会科学版, 2010, 50(1): 119—130.
- [8] Boccia S, Villari P, Ricciardi W, eds. A systematic review of key issues in public health. Springer Cham, 2015. 277—286.
- [9] Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, et al. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cadernos de saude publica*, 2011, 27: (10): 1875—1890.
- [10] McClelland M, Asplin B, Epstein SK, et al. The affordable care act and emergency care. *American Journal of Public Health*, 2014, 104(10): e8—e10.
- [11] Saleh S, Alameddine M, Farah A, et al. Health as a facilitator of equitable access to primary healthcare: the case of caring for non-communicable diseases in rural and refugee settings in Lebanon. *International Journal of Public Health*, 2018, 63(5): 577—588.
- [12] Brooks RG, Beitsch LM, Street P, et al. Aligning public health financing with essential public health service functions and national public health performance standards. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2009, 15(4): 299—306.
- [13] Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: primary health care and health for all—from consensus to complexity. *BMJ Global Health*, 2018, 3(Suppl 3): e001188.

- [14] Daniel H, Bornstein SS, Kane, GC. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American college of physicians position paper. *Annals of Internal Medicine*, 2018, 168(8): 577—578.
- [15] Calderón-Larrañaga A, Fratiglioni L. Multimorbidity research at the crossroads; developing the scientific evidence for clinical practice and health policy. *Journal of Internal Medicine*, 2019, 285(3): 251—254.
- [16] Cherry RA. Repeal of the Pennsylvania motorcycle helmet law; reflections on the ethical and political dynamics of public health reform. *BMC Public Health*, 2010, 10(1): 202.
- [17] Fritzen SA. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned?. *Human Resources for Health*, 2007, 5(1): 1—9.
- [18] Gupta N, Katende C, Bessinger R. Associations of mass media exposure with family planning attitudes and practices in Uganda. *Studies in Family Planning*, 2003, 34(1): 19—31.
- [19] Committee on Integrating Primary Care and Public Health, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. *Primary care and public health: exploring integration to improve population health*. Washington, DC: The National Academies Press, 2012.
- [20] Gottlieb LM. Learning from Alma Ata: the medical home and comprehensive primary health care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2009, 22(3): 242—246.
- [21] Hardcastle LE, Record KL, Jacobson PD, et al. Improving the population's health: the affordable care act and the importance of integration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2011, 39(3): 317—327.
- [22] 顾昕. 财政制度改革与浙江省县域医共体的推进. *治理研究*, 2019, 35(1): 12—20.
- [23] Freeman P. Why health professions education in the Journal of Public Health Policy? *Journal of Public Health Policy*, 2012, 33(Suppl 1): 1—2.

Integration and Coordination of Public Health System, Medical Service System and Healthcare Security System; Theoretical Mechanism and Case Study

Wang Jun¹ Zhu Jingmin² Wang Xueyao^{1*}

1. *School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872*

2. *Center for China Fiscal Development, Central University of Finance and Economics, Beijing 100081*

Abstract The outbreak of COVID-19 in 2020 has revealed many shortcomings and deficiencies in the public health governance. The integration and coordination of public health system, medical service system, and healthcare security system has become an important national demand. Based on the theory of coordination governance and integration governance, firstly, this paper designed a theoretical mechanism to promote the integration and coordination of the three systems. Meanwhile, two typical cases were selected as integration and coordination practices. Finally, policy recommendations were proposed to promote the integration and coordination of public health, medical service and healthcare security systems.

Keywords integration between public health and medical service systems; integration between public health and healthcare security systems; theoretical mechanism; case study

(责任编辑 姜钧译)

* Corresponding Author, Email: rucwangxy314@163.com