

基于霍恩—米特模型的医防融合策略探究

——赵冀校 张可欣 李佳佳 杨路莹 郭凌云 李瑞锋*

【摘要】 医防融合是由“防治结合”和“医防协同”推演而来,在演进过程中内容不断丰富。以霍恩—米特模型为理论分析框架,从政策目标、政策资源、执行方式、执行机构特征、执行者价值取向以及系统环境等6个维度厘清医防融合的影响因素。结合文献分析,阐述医防融合的“堵点”,提出统筹推进医防融合顶层设计,建立专项资金和绩效评价体系,完善健康大数据和信息平台建设等策略,为医防融合的全面推进提供参考。

【关键词】 医防融合;防治协同;霍恩—米特模型;政策演进

中图分类号:R197

文献标识码:A

The Strategy of Treatment—Prevention Integration Based on Horn—Meter Model/ZHAO Jixiao,ZHANG Kexin,LI Jiajia,et al./Chinese Health Quality Management,2024,31(2):92—96

Abstract Treatment—prevention integration is deduced from "combination of prevention and treatment" and "treatment and prevention coordination". In the course of its evolution, the content is continuously enriched.Taking Horn—Meter model as the theoretical analysis framework, the obstacle factors were clarified from six dimensions, including policy objectives, policy resources,implementation methods, characteristics of implementation institutions, value orientation of implementer and system environment. Based on the analysis of literature, the paper expounded the "blocking points" existing in treatment—prevention integration, proposed to promote the top—level design of treatment—prevention integration in a coordinated way, establish special funds and performance evaluation system, and improve the construction of health big data and information platform, so as to provide references for the comprehensive promotion of treatment—prevention integration.

Key words Treatment—Prevention Integration; Treatment and Prevention Coordination; Horn—Meter Model; Policy Evolution

First-author's address School of Management,Beijing University of Chinese Medicine,Beijing,100029,China

1 医防融合政策演进

医防融合是由“防治结合”和“医防协同”推演而来,在演进过程中其内容不断丰富,范围逐渐扩大^[1]。本研究对1949年—2022年国家层面发布的关于防治结合、医防协同、医防融合等方面的政策文本按照发布时间进行梳理,分为四个阶段:第一阶段(1950年—1981年),开展以爱国卫生运动为主题的防治结合诊疗活

动;第二阶段(1982年—2006年),侧重传染病疫情预防机制的建立,制订预防为主、关口前移的防范策略;第三阶段(2007年—2017年),提出实现医防结合,构建“三位一体”防控机制,多部门开展医防结合合作长效机制的要求;第四阶段(2018年—2022年),首次提出医防融合概念,开展以家庭医生团队签约的基层诊疗单元,侧重对于慢性病管理和公共卫生事件联防联控机制的构建。我国医防融合政策演进见图1。

2 霍恩—米特模型视角下医防融合政策实施情况

霍恩—米特模型是1975年由美国政策学家范·米特和范·霍恩共同提出^[2],该模型包含6个维度变量,分别为:(1)政策目标;(2)政策资源;(3)执行方式;(4)执行机构特征;(5)执行者价值取向;(6)系统环境。这些变量既包含系统自身的因素,也有系统环境的因素,其共

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.2.21

赵冀校 张可欣 李佳佳 杨路莹 郭凌云 李瑞锋* 通信作者:李瑞锋

北京中医药大学管理学院 北京 100029

同阐明了政策实施机构和政策制定机构间依赖关系,已被广泛应用于政策执行的效果研究^[3]。霍恩—米特模型见图2。

此模型是“自上而下”执行模式的典型代表,比较契合我国的政治和社会环境^[4],已经在教育^[5]、医疗改革^[6]、社会治理^[7]等领域广泛应用,现将之应用于医防融合政策分析中,以期发现医防融合政策实行的障碍因素,为政策完善提供参考。

2.1 政策目标

政策目标指公共政策所要达到的整体性预期,评估政策目标与标准实现的程度,能够影响组织间沟通与执行活动。

2.1.1 政策目标理念不断融合
防治结合与中医的“未病先防,既病防变”的理念相吻合;医防协同要求医疗服务与预防服务充分结合;医防融合则强调医疗系统与其他系统的联防联控机制,三者关系不断深入推进以实现共同目标^[8]。医防融合目标主要包含两方面:一是为应对重大公共卫生事件建立联防联控体系,不断提升临床医疗和疾病防控的协同能力;二是将健康保障服务的“防治关口”前移,加大对慢性病患者的健康指导与干预力度,实现健康服务的连续性和协同性^[9]。打破公共卫生与医疗服务割裂的局面,为全人群提供连续性健康服务,这是我国医防融合的新目标与战略定位。

2.1.2 政策目标机制持续创新
2023年3月,中共中央办公厅 国务院办公厅印发的《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》提出:创新医防协同、医防融合机制。全面推进医疗机构和专业公共卫生机构的深度协作,建立人才流动、交叉培训、服务融合、信息共享等机制。探索疾病预防控制专业人员参与医疗联合体工作,建立社区疾病预防控制

片区责任制,完善网格化的基层疾病预防控体系。相关政策文件将医防融合政策目标与实际情况相结合,使得政策目标更具针对性。

2.1.3 政策体系设计尚不健全
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。2023年3月,健康中国行动推进委员会办公室在《关于印发健康中国行动2023年工作要点的通知》中提出:加强高血压、糖尿病等慢性病患者健康管理,推进医防融合,提升服务质量。目前,医防融合尚处于“点动成线”和“线动成面”的阶段,距离“面动成体”尚有一定的差距。此外,如何通过完善政策扭转医院“重医轻防”和专业公共卫生机构“重防轻医”现象^[10],也是医防融合面临的巨大挑战。

2.2 政策资源

政策资源是指一项政策正确执行所必需的各类资源条件,通常包括人力资源、财物资源、信息资源和权威资源等。

2.2.1 人力资源 人力资源是医防融合政策落地的关键要素。医防融合工作人员不仅需掌握必要的临床知识,还需对健康管理、疾病预防等方面有深入的了解^[11]。对此,党中央国务院高度重视,出台了一系列文件,强调医防融合领域人才培养的重

要性。1965年6月,毛泽东主席在“六二六指示”中提出:“要把主要人力、物力放在一些常见病、多发病的预防和医疗上。”《关于学习贯彻习近平总书记在全国抗击新冠肺炎疫情表彰大会上的重要讲话精神的通知》(教体艺〔2020〕6号)指出:“要全面优化医学人才培养结构,着力加强医学学科建设,加快培养防治结合的全科医学人才,构建高水平公共卫生人才培养体系。”2021年5月,国务院办公厅颁布《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》,强调创新医防协同机制的重要性,提出要大力培养医防融合人才。以上政策为医防融合人才的培养奠定了坚实政策基础,但在实际开展过程中仍存在较多问题,如医务人员与疾控人员职责范围产生协同错位现象^[12]、复合型医防融合人才缺乏^[13]等。

2.2.2 财政资源 医防融合体系建设离不开财政支持,我国各地区从资金筹集机制、支付与分配机制、绩效分配与激励机制和评价机制等方面不断进行调整。2022年8月,国家卫生健康委《关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》(国卫人发〔2022〕27号)指出,允许公共卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,可以通过医防融合以及对外提供技术服务获得收入。此项措施提高了医疗卫生机构参与到医防融合体系

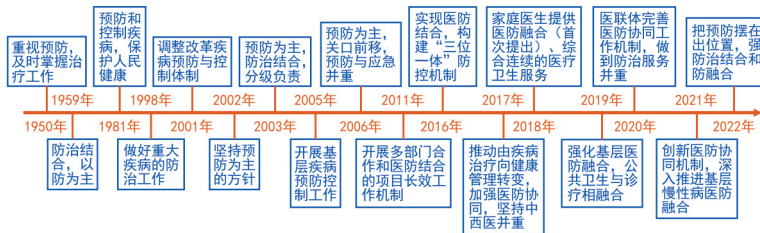


图1 我国医防融合政策演进

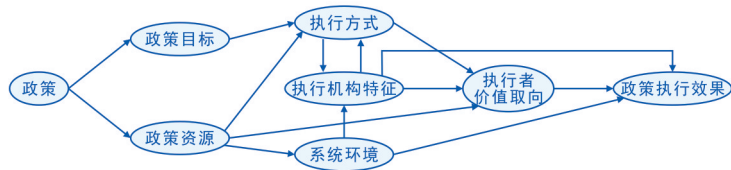


图2 霍恩—米特模型图

建设的积极性,但存在财政保障及统筹分配运行不畅问题,如医防融合经费从何而来,医保基金与公共卫生服务资金如何在国家层面进行统筹等。此外,医防融合的体系服务范围广、涵盖内容多,其筹资主体与渠道难以清晰界定^[14]。财政支持不足与筹资机制不健全等因素共同影响医防融合的持续推进。

2.2.3 信息资源 医防融合离不开信息资源的支持,如基层慢性病医防融合管理信息共享、远程服务是医防融合服务模式建设的重要环节^[15]。《“健康中国2030”规划纲要》提出,要建立信息共享、互联互通机制,推进慢性病防、治、管整体融合发展。目前,一些地区在积极探索机构内部、机构之间、医患之间的信息转介机制,通过公共卫生数据平台、慢性病签约平台、临床诊疗平台三大平台数据,建立医防融合专业化的信息平台,但尚处于初步建设阶段^[16]。由于数据标准制订和共享机制建设相对滞后,不同的信息系统之间难以实现及时共享,制约着医防融合信息化管理的推进速度。

2.3 执行方式

执行方式是指执行者之间、执行者与目标群体之间的互动方式,主要包括沟通、协调与强制。

2.3.1 职责范围 一直以来,国家卫生健康委推动建立专业公共卫生机构、综合性医院和专科医院、基层医疗卫生机构“三位一体”的重大疾病防控机制,强调信息共享、互联互通,推进各类疾病防、治、管整体融合发展;财政部则落实医疗卫生机构承担公共卫生任务的补偿政策,完善政府购买公共卫生服务机制,明确补助资金专款专用;中国疾病预防控制中心主要负责建立公共卫生数据上报规范制度,完善公共卫生信息标准化建设。各级医疗机构则通过分工协作,开展疾病三级预

防和健康管理方案。

2.3.2 障碍问题 医防融合政策发布是“自上而下”的运行模式,但由于多种因素导致不同层级执行者存在信息偏差,导致执行不畅。医防融合是全民健康的重要保障,但因各级执行者宣传、推广、教育等力度不够而未引起全民高度重视,客观阻碍了政策落地。

2.4 执行机构特征

执行机构特征包括执行机构的属性与运营模式,其中属性因素与规模、人员能力、所获取的政治资源和支持、组织活力等密切相关。运营模式会受到不同政策执行优先级及机构自身利益因素的影响。

2.4.1 各执行机构职责分工不同

各执行机构职责分工虽然不同,但相互之间有着密切的关联性。执行机构的关联性可从横向与纵向两个维度分析。从横向看,国家层面的执行部门包括国家卫生健康委、财政部、中国疾病预防控制中心等,分别对政策的制定、财政支持、质控监管等方面事项进行顶层设计,各部门相互配合协作促进政策的发布;地方层面的执行机构包括各级医疗机构、卫生健康行政部门等,各部门协作促进政策落地。从纵向看,国家层面行政机构垂直管辖地方行政机构,卫生健康行政部门垂直指导和监督地方医疗机构,有利于政策的贯彻执行与接收效果反馈。横向与纵向的密切合作有助于医防融合政策的制定与推广。

医防融合政策的制定与开展需要各执行机构间的横向与纵向协作,存在着上下联动,分工协作,齐头并进的重要关联。国家有关部门在横向联合统筹制定医防融合政策,完善设计体系,实现预防和医疗工作的协同发展。医疗卫生机构接受卫生健康行政部门的指导监督^[17],要建立服务新机制,提供全流

程医疗服务,强化与基层医疗机构的沟通和联系。疾控机构要做好监测预警、提供防控服务与相应业务指导,充分发挥其在疾病预防控制方面的重要作用^[18]。基层医疗卫生机构是医防融合的落脚点,要承担起基本医疗服务和基本公共卫生服务,并强化宣传与健康教育。通过多方联动,逐步推进我国医防融合工作高质量发展,实现从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变。

2.4.2 缺乏监督机制 “自上而下”的执行模式导致医防融合任务压力逐级递增,而政策资源却呈逐级递减的变化,在如此情况下,基层医防工作的难度较大,容易出现政策执行风险,基层执行机构容易陷入只对制度负责而忽视维护人群健康的价值错位,需要建立健全相应监督机制。

2.4.3 执行机构间缺乏有效协调衔接机制 在推行医防融合进程中,医疗卫生机构和疾控机构间往往缺乏有效地协同融合^[19]。两者在职责分工、执业范围、考核标准上存在差异,资源难以整合利用,这在客观上限制了医防融合工作的开展。医疗机构的主要收入来源为所提供的医疗服务量,所以客观上讲,以治病为主要收入来源的医疗卫生机构不会希望减少患者,加之政府的财政投入较少,导致医疗卫生机构缺乏开展预防工作动力。而疾控机构的收入主要依靠政府投入,但由于财政支付能力有限,往往按照定额支付人员工资,容易导致提供预防服务的人才流失,其开展医防融合的动力同样不足^[20]。两者之间缺乏统一的操作规范和激励机制,难以在医防融合服务中得到有效的协调衔接。

2.5 执行者价值取向

政策执行者对政策的认知、认同感(或排斥感)会决定执行者执行

政策的意愿和能力,能够对政策执行效果产生影响。

医防融合的终极目标是推进全民健康最大化,每个利益主体都有自身的价值倾向。政府部门希望加快健全医防融合体系;各级卫生健康行政部门在承担更多公益责任的同时,又关注医防融合机制平稳有序的运行;人民群众则在全面推行医防融合的进程中,希望切实提高自身生命健康质量。三者的价值取向是一致的,具有正向的交互作用,这对医防融合体系具有良好的价值导向作用。

2.6 系统环境

系统环境包括政治环境、经济环境和社会环境。

2.6.1 政治环境 相关政策文件明确了医防融合的发展方向、实施方案、依托手段等,为医防融合发展营造了良好的政治支持环境。但由于缺乏强有力的导向指引,监督机制乏力,现有政策体系呈现零散碎片化、连续性不强等特点,这些问题导致医防融合发展进程受到阻碍,建立“医疗”与“预防”深度融合的整合型医疗卫生服务体系有难度。

2.6.2 经济环境 高速发展的经济为我国医防融合的发展提供了财政支持,创造了良好的外部发展条件,但是出现了“重医疗、轻预防”的倾向,影响着医防融合的推进。2010年—2017年,平均每年全国财政卫生支出中仅16.4%投向公共卫生领域;2019年,我国公共卫生专项任务经费的项目拨款预算比2014年下降了14.9%,但公立医院却增长了38.8%^[21]。支付医疗费用主要依据医疗服务量和患者病情的复杂程度,会导致医疗机构开展疾病预防动力不足。

2.6.3 社会环境 近年来,随着人民健康意识的不断提升,医防融合的理念逐渐得到重视与发展,有着

良好的社会环境。但是,长期以来“重医轻防”现象的存在^[22],以及民众对政策的认知偏差等因素制约着医防融合的有序开展。

3 医防融合政策实施要点及策略思考

3.1 统筹推进医防融合顶层设计

完善的政策顶层设计是保障医防融合稳定、持续推进的重要条件。医疗服务(医疗)与公共卫生服务(预防)在深度融合方面仍存在裂痕,主要体现在管理机制、信息共享、人才培养模式等方面^[23]。管理机制方面,要“自上而下”厘清各级主管部门的责任权力、功能定位、服务范围等问题,打破“各自为政”的僵化局面,开展全体系、全周期、全过程的医防融合实践活动^[24],健全各项配套机制。信息共享方面,要依托信息化技术建立完善突发公共卫生事件体系,加强国家、省、市、县四级疾病预防控制体系对急性传染病的防控和应急处置能力。打造一体化的医疗疾控平台,集成日常管理、信息公开、数据传输、指导培训、直报统计等信息,实现全程化、动态化、精准化的管理模式^[25]。人才培养方面,要减少临床医生和公共卫生专业人才知识体系割裂程度^[26],探索公共卫生教育与医学教育的融合模式,通过建立人才培养长效机制,开展“临床+公卫”复合型人才培养等措施来打破行业壁垒,实现医防深度融合。

3.2 建立专项资金和绩效评价体系

医疗机构侧重提供医疗服务而预防工作开展不足,且医保只对已发生的医疗服务进行支付而不对预防服务进行支付,故导致医院更加重视医疗服务而忽视预防服务。疾控机构主要依靠财政拨款,收入

相对固定,开展医防融合的动力同样不足。因此,将不同机构利益进行捆绑是改革思路之一,如浙江象山构建“疾病预防+精准治疗+健康促进”三位一体“医防融合”模式^[27];重庆的医防“五融合”健康服务模式^[28];山东的医防“七融合”健康管理服务模式^[29];安徽界首探索的医联体医防融合新模式等均值得借鉴^[30]。

另外,设立医防融合专项资金可有效缓解医疗与疾控系统的运行压力。优化薪酬制度,将整合型服务数量和效果指标纳入考核分配考量,改进绩效内部分配方法^[31]。建立绩效评价体系,依据评价体系指标的达标率实行按劳分配,优绩优得。同时,充分调动工作人员的积极性,提高其工作效率和质量,为开展医防融合奠定良性循环机制基础。

3.3 完善健康大数据和信息平台建设

推进医防工作融合的重点,依赖于对健康数据以及突发公共卫生事件(如重大传染病)监测的精准程度。新冠肺炎疫情初期暴露的传染病监测预警平台的短板充分表明,当前数据信息平台建设尚不完善^[32]。此外,卫生信息化建设标准不统一仍是医防融合的主要障碍,如江苏省基层卫生信息化建设存在区域间医疗电子病历共享较差、数据收集困难、利用率低等问题^[33];四川省则存在系统建设效率低及功能不完善等问题^[34]。

基于以上现状,应全面开展慢性病人群建档立卡制度并录入健康信息平台,破除医疗机构等级和区域限制,打破已有信息系统的条块分割现状。努力提升各级医院信息系统与公卫系统的对接,制定数据对接转换标准,打破封闭系统、完善共享机制,将“碎片化”的信息充分

整合,并基于大数据挖掘与智能算法优化管理与预警策略,构建基于时间、空间、人群多维度的健康监测系统^[35]。

4 小结

“上工治未病”是对医防融合理念价值体现的高度评价,医防融合开展要充分体现“医”中有“防”,“防”中有“医”的深度融合。应努力健全科学、高效、合理、优质的医防融合服务体系,为人民群众提供“以健康为中心”的全流程、高质量预防医疗服务,以保障全民健康和助力“健康中国”的实现。

参考文献

[1] 李怡霖,熊子蕙,房惠妍,等.我国医防融合政策分析:政策演化与政策工具运用[J].中国卫生政策研究,2023,16(1):19—27.

[2] VAN METER DS, VAN HORN CE. The policy implementation process: a conceptual framework[J]. Administration and Society, 1975, 6(4): 445—488.

[3] KIPO—SUNYEHZI DD. Perspectives on public policy implementation in developing world context: the case of ghana's health insurance scheme[J]. Public Organization Review, 2022, 22: 611—621.

[4] 杨成伟,唐炎,张赫,等.青少年体质健康政策的有效执行路径研究:基于米特—霍恩政策执行系统模型的视角[J].体育科学, 2014, 34(8): 56—63.

[5] 智耀微,陈平水.我国义务教育教师绩效工资政策执行研究:基于霍恩—米特模型的分析[J].教育理论与实践, 2019, 39(1): 26—30.

[6] 要鹏韬,高广颖,胡星宇,等.基于米特—霍恩模型的北京市紧密型医联体政策执行影响因素分析[J].中华医学图书情报杂志, 2020, 29(2): 58—63.

[7] 王法硕,陈玲.社会治理智能化创新政策为何执行难? 基于米特—霍恩模型的个案研究[J].电子政务, 2020(5): 49—57.

[8] “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.

[9] 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.

[10] 雷桃,杨金侠.“医防融合”的概念与理论基础和实现路径[J].安徽预防医学杂志, 2023, 29(1): 1—3, 18.

[11] 陈刚.建设创新型卓越医学人才培养体系——医防融合医学人才培养体系[J].福建医药杂志, 2021, 43(1): 1—2.

[12] 赵雅静,吴素雄.福建三明医防融合实践:局限与对策[J].中国卫生事业管理, 2022, 39(1): 1—3, 9.

[13] 朱珠,夏迎秋,邢春国,等.我国基层医疗卫生机构医防融合的问题与对策[J].中国农村卫生事业管理, 2023, 43(2): 90—94, 111.

[14] 刘钊,洪学智,李冬梅,等.医防融合体系筹资机制研究[J].中国卫生经济, 2022, 41(11): 24—27.

[15] 郭轩炎,杨帆.我国基层慢性病医防融合的多种实践形式与推进障碍[J].南京医科大学学报(社会科学版), 2021, 21(3): 201—206.

[16] 李程,单莹,李士雪.“公共卫生+”医防融合发展对策研究[J].中国公共卫生管理, 2023, 39(2): 141—143.

[17] 张向东,雷永良.建机制促进医防融合 提水平完善疾控体系[J].中国卫生, 2021(4): 111.

[18] 时华侦.重大疫情防控视域下河北省医防融合现状及优化策略研究[D].唐山:华北理工大学, 2021.

[19] 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.

[20] 苗艳青,孙华君,杜洵.防治结合:内涵、问题与实施路径[J].卫生经济研究, 2022, 39(10): 1—5.

[21] 王子荆,白忠良,李灿灿,等.基层医疗卫生机构开展医防融合的 PEST 分析[J].现代预防医学, 2021, 48(14): 2562—2565.

[22] 左根永,孙华君,苗艳青.防治结合:历史沿革、定位与意义[J].卫生经济研究, 2022, 39(10): 5—9.

[23] 胡蕊,江启成.综合医院医防关系发展方向及实现路径探讨[J].中国农村卫生事业管理, 2019, 39(1): 66—70.

[24] 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.

[25] 高波,林鸿波,沈鹏,等.基于医防融合“公共卫生+”医共体的构建与探索[J].中国公共卫生管理, 2021, 37(3): 300—303.

[26] 王洁,赵莹,郝玉玲,等.我国农村基层卫生人才队伍建设的现状、问题及建议[J].中国卫生政策研究, 2012, 5(4): 45—51.

[27] 象山县卫生健康局.探索医共体改革“医防融合”构建一体化健康服务新格局[J].宁波通讯, 2020, 530(11): 80—81.

[28] 王显君,唐智友,杨文梅,等.基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J].中国全科医学, 2020, 23(31): 3924—3929.

[29] 李明刚,宋金霞.基层医疗卫生机构医防“七融合”健康管理服务模式探讨[J].中国农村卫生, 2022, 14(1): 54—56.

[30] 吴明华.医改“小岗村”:医防融合的界首模式[J].决策, 2017(11): 50—53.

[31] 朱碧帆,李芬,陈多,等.整合医疗卫生服务体系筹资激励机制现状、问题和优化策略[J].中国卫生资源, 2019, 22(6): 410—414.

[32] 王新宇,吴寰宇.践行医防融合,提升新发和输入性传染病防治能力[J].上海预防医学, 2022, 34(1): 7—11.

[33] 邢春国,夏迎秋,吴丹云,等.江苏省基层医疗卫生机构信息化建设与使用情况研究[J].中国全科医学, 2022, 25(16): 2008—2013.

[34] 刘润友,杨长虹,李羚,等.四川省基层医疗卫生机构公共卫生信息化建设现状研究[J].中国全科医学, 2021, 24(28): 3584—3589.

[35] 张炳珍,马丽平,郭云剑,等.基层慢病医防融合工作中院办院管模式的SWOT分析[J].中国卫生质量管理, 2023, 30(9): 78—81.

通信作者:
李瑞锋:北京中医药大学管理学院院长
E-mail: liruifeng1997@126.com

收稿日期:2023—08—17
修回日期:2023—10—13
责任编辑:姚涛