

我国基层医疗卫生服务能力提升政策系统分析

——基于新木桶理论

马希望^{1,2} 邢怡青^{1,2} 张亮^{1,2}

【摘要】目的:分析我国基层医疗卫生服务能力提升政策的内涵与特征,为政策制定与优化提供参考。方法:基于新木桶理论,构建“政策长板-政策短板-政策缝隙-政策缺底”四维分析框架,分析政策执行差距。结果:基层医疗卫生服务能力提升政策重复投入与投入不足现象并存,部分政策缺乏精准性,部门之间协同不够,对均等化和医防融合的关注度不高。结论:基层医疗卫生服务能力提升政策仍有改善空间,应基于适长、补短、弥缝以及固底的系统观,优化政策设计,促进基层医疗卫生机构实现高质量发展。

【关键词】基层医疗卫生服务能力;政策设计;新木桶理论

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1004-7778(2024)09-0044-04

Systematic Analysis of the Policies for Improving Primary Health Care Service Capacity in China

——Based on the New Barrel Theory

MA Xiwang, XING Yiqing, ZHANG Liang

Abstract: Objective To analyze the connotation and characteristics of the policies for improving the capacity of primary healthcare services in China, and to provide useful references for the formulation and optimization of the policies. **Methods** Based on the new barrel theory, a four-dimensional framework of "policy long board - policy short board - policy gap - policy lack of bottom" was constructed, and the gaps in policy implementation were analyzed. **Results** Duplication of inputs and insufficient inputs coexisted in the policies for improving the capacity of primary health care services, and some policies neglected precision, lacked coordination among departments, and paid insufficient attention to equalization and integration of health care and prevention. **Conclusion** There is still room for improvement in the policies for improving the capacity of primary healthcare services. It is necessary to optimize the policy design based on the systemic view of adapting to the long term, making up for the short term, bridging the gaps, and fixing the bottom line, so as to promote primary health care institutions to achieve high-quality development.

Key words: primary health care service capacity; policy design; new barrel theory

First-author's address: School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

Corresponding author: ZHANG Liang, E-mail: zhangchunliang@whu.edu.cn

新时代以来,我国卫生健康事业取得了显著成效,人民健康水平不断提高。然而,医疗健康服务体系尚不健全^[1],基层医疗卫生机构作为居民健康的“守门人”,仍然存在服务能力不足、基础设施建设薄弱、“信息孤岛”等问题^[2]。特别是伴随疾病谱的变化、人口结构的转变与信息化技术的发展,基层医疗卫生服务不平衡、不充分问题更加突出。2010—2019年,基层医疗卫生机构门急诊服务量占总诊疗量的比例从61.9%降到52.0%^[3]。2022年,《“十四五”国民健康规划》明确提出,“坚持以基层为重点,推动资源下沉,密切上下协作,提高基层防病治病和健康管理

能力”,进一步突显了基层医疗卫生服务在保障人民生命健康方面的基础地位和关键支撑作用。

为提升基层医疗卫生服务能力,我国制定出台了一系列政策,如《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》《国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知》《关于深入开展“优质服务基层行”活动加强基层医疗卫生机构绩效评价的通知》等。然而,政策制定与执行之间存在差距,可能会导致政策失效^[4],突出表现为基层医疗卫生资源配置失衡、效率偏低^[5],政策体系缺少弹性与韧性,未能及时回应居民健康需求^[6]。应立足于新时代健康需求结构变化,系统分析当前我国基层医疗卫生服务能力提升政策,明确政策执行差距。本文基于新木桶理论,构建基层医疗卫生服务能力提升政策的四维分析框架,为优化政策设计提供参考依据。

1. 武汉大学政治与公共管理学院,湖北 武汉 430072

2. 武汉大学健康治理研究中心,湖北 武汉 430072

基金项目:国家自然科学基金资助重点项目“健康中国背景下基层医疗卫生服务能力提升研究:理论与机制”(71734003)。

通讯作者:张亮, E-mail: zhangchunliang@whu.edu.cn

1 分析框架

木桶理论的基本涵义是一只木桶由多块长短不一的木板组成,其盛水能力取决于最短木板的高度,意味着最薄弱的短板决定了整体的上限^[7]。在实践发展中,不同学者根据不同环境对木桶理论进行演绎和引申,形成了新木桶理论^[8]。新木桶理论在两个维度上进行拓展:一是突出木板之间紧密结合的整体性,若木板之间存在较大的缝隙,则无法充分利用其容量;二是强调底板的决定性,若木桶底部存在漏洞,水必然会不断流失。此外,新木桶理论认为木桶的长板至关重要,将木桶斜放可以获得超出原有木桶的容量,但在实践中,过长的木板实际是资源浪费,甚至挤兑其他木板的长度,进而影响整个木桶的盛水量。

在基层医疗卫生服务能力提升政策研究中,新木桶理论可以用来分析政策系统的弱点和优点。首先,整个系统的效率取决于最薄弱的一块木板,需要重点关注和改善。例如,如果基层医生的待遇不解决,那么即使其他环节的激励政策很多,也无法激励其提供高质量的医疗卫生服务。其次,优化系统效率需要关注系统的每个环节,在基层医疗卫生服务能力提升政策研究中,意味着需要综合考虑基层医疗卫生机构的各个方面,包括医生数量、医疗设备、药品供应、卫生宣教等,确保整个系统的服务能力得到提升。最后,一个系统的效率取决于各个环节之间的协调性,意味着需要加强政策体系内部的协调和配合,共同发力,提高系统效率和基层医疗卫生服务能力。

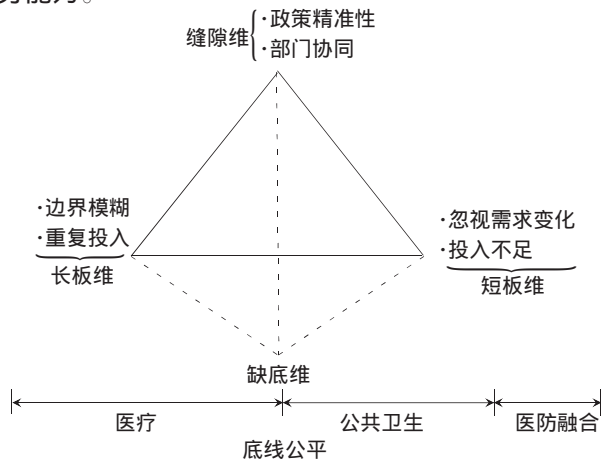


图1 基层医疗卫生服务能力提升政策的四维分析框架

本文基于新木桶理论,结合基层医疗卫生服务的特殊性,构建四维分析框架(见图1),包括“桶壁”之“长”、“桶壁”之“短”、“桶周”之“隙”以及“桶底”之“缺”。其中,“桶壁”之“长”指桶壁长板的长度,强调各木板长度要协调,过于突出的长板无法发挥作用,实质是一种资源闲置和浪费。“桶壁”之“短”指短板的长度,对木桶的容量有至关重要的影响。“桶周”之“隙”指木板之间的缝隙,看似微

不足道,同样会导致水的流失。“桶底”之“缺”指桶底的漏洞,是导致木桶失去实用价值的主要因素。

2 政策设计与政策执行的差距

健康中国战略对提升基层医疗卫生服务能力提出了新的政策要求与目标:从以人为本理念出发,通过政府各部门和社会的协同共治,转变发展理念,以人民健康为中心,重点缩小地区之间的健康差异,提高医疗卫生服务的可及性,最终实现全民健康覆盖的目标。一方面,提升基层医疗卫生服务能力的切入点应当是回应并满足居民基本健康需求,为居民提供全方位、全生命周期的健康服务。另一方面,维护基本医疗卫生服务的公益性,缩小城乡、地区、人群之间的健康差距,促进优质医疗卫生资源的扩容和区域均衡布局,是提高基层医疗卫生服务能力的发展目标。

本文梳理了2009—2023年国家层面出台的以提升基层医疗卫生服务能力为目标的政策共120项,其中资源投入型(人力、设备、床位等增量投入)政策49项,综合型(重点在于体系建设)政策48项,服务规制型(优化服务提供方式,如推行分级诊疗、医联体)政策25项。

在明确基层医疗卫生服务能力提升政策目标与实施现状的基础上,本文使用四维理论分析框架透视基层医疗卫生服务能力提升政策执行存在的差距(见表1)。

表1 基层医疗卫生服务能力提升政策执行存在的差距

理论框架	政策差距的具体表现
“桶壁”之“长”	政策对基层医疗卫生服务的重复投入
“桶壁”之“短”	政策对基层医疗卫生服务的投入缺失
“桶周”之“隙”	政策忽视精准性,部门之间不协同
“桶底”之“缺”	底线不公平,医防不融合

2.1 “桶壁”之“长”:基层医疗卫生服务能力长板与重复投入

(1)供需不匹配。近年来,政府投入了大量资源支持基层医疗卫生机构建设,基层医疗卫生服务能力得到了迅速提升。但进入新世纪以来,居民疾病谱发生重大变化,慢性病成为影响居民生活质量的首要问题^[9]。现行政策未及时调整基层医疗卫生服务供给和投入重点,若持续对“长板”进行投入,会导致资源的重复投入与浪费。

(2)部分政策边界模糊。不同级别的医疗机构功能定位不同,但现有政策鼓励医疗机构注重服务量的增长,加剧不同层级医疗机构之间的竞争。例如《基层医疗卫生机构发展和服务国家级绩效评价方案(2022)》对乡镇卫生院/社区卫生服务中心发展和服务评价,业务量指标的权重接近一半。这种评价机制可能会导致基层医疗卫生机构向医院化方向发展,与县级医院功能趋同,产生结构性摩擦,阻碍了服务体系整体效能的提升。

(3)政策缺乏整体性和协同性。基层医疗卫生服务

能力提升政策并非以兼顾资源投入与服务规制的综合型政策为主,从政策发布时间来看,前期资源投入型政策较多,后期服务规制型政策逐渐增多,两类政策缺乏协同,无法形成合力。一味地注重资源投入型政策,会导致基层医疗卫生资源配置效率低下,这也是在当前基层医疗卫生资源总体不足与浪费并存的原因。

2.2 “桶壁”之“短”投入不足与缺位

(1)政策制定和执行忽视了居民实际健康服务需求的变化。城镇化和老龄化背景下,居民对医疗卫生服务利用的需求增多,信息化的发展改变了居民利用医疗卫生服务的模式,但政策设计没有关注基层医疗卫生机构的服务范围,仍以提供基本医疗和公共卫生为主,很少提供康养、保健、健康管理及安宁疗护等服务。因此,现行政策未能及时响应居民健康需求“端口前移”的转变,导致新医改以来,我国医疗卫生机构的诊疗人次不断上升,但基层就诊人次占比不增反降。

(2)缺乏提升治理性的政策工具。25项服务规制型政策以建立医联体/医共体为主,能够助力实现分级诊疗,但缺乏与之相配套的治理性工具,政策效力难以达到预期。例如,政府通过医联体等形式下沉专家到基层,但不能阻止县级医院对基层人才的“虹吸”,基层人才短缺问题依然严重。

2.3 “桶周”之“隙”:忽视政策精准性,部门之间协同性不足

(1)忽视区域差异,政策针对性不足。分析49项资源投入型政策发现,各地对基层医疗卫生机构的资源配置一般以服务人口规模为参考,根据机构编制人员数量、服务项目等“定员”“定额”“定向”核定财政补助,虽然保障了政府对基层医疗卫生机构投入的公平性,但忽视了医疗卫生服务需求以及机构发展条件禀赋在空间分布上的差异。此外,120项政策几乎没有关注中西部地区基层医疗卫生机构的差异,而我国东中西部地区发展不平衡,“一刀切”的政策无法适应各地居民的差异化医疗卫生服务需求,因此政策在不同区域中的实施效果往往不尽相同,需要从空间视角反思,强化基层医疗卫生服务政策的精准性。

(2)忽视城乡差异,政策公平性不足。对120项国家政策的分析发现,区域卫生规划的最小考核行政区域是县级,且更偏向于县级医院或城市大医院的发展,忽略了乡镇层面的差异。近年来,政策层面非常关注社区医院建设,相关文件提出“主要依托现有城市社区卫生服务中心进行建设”,着力提升城市社区卫生服务能力。与此相对应,聚焦乡镇卫生院发展的中央级政策很少,政策设计的城乡不公平在一定程度上导致乡镇卫生院的发展滞后。

(3)部门之间治理不协同,政策系统效能不足。由于基层医疗卫生服务能力提升政策涉及卫健、医保、财政等多个部门,政策执行需要各部门的支持。以基层慢性病防控政策为例,虽然相关部门制定和实施了一系列有利于慢性病防控的公共政策,如《全国慢性病预防控制工作规范》《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》等,涵盖了基层慢性病防控的定位、指南等多个方面,但实效堪忧。一方面,医药、医保等保障政策不健全,患者基层就医和慢性病管理的意愿不高;另一方面,慢性病防控机构的功能定位不清晰,资源配置失衡,组织内部协作效率不高,导致投入的人力、物力、财力浪费。

2.4 “桶底”之“缺”:底线不公平,医防缺融合

(1)现行政策体系对农村医疗卫生服务的底线公平关注不够。习近平总书记在党的十八届六中全会第二次全体会议上的讲话强调,要“集中力量做好基础性、兜底性民生建设”^[10]。“兜底”意味着保障底线公平,承认居民在生存和发展水平上存在差异,但必须确保全人群获得基本的生存和发展保障。以乡村医生相关政策为例,中央层面关于加强乡村医生队伍建设,保障乡村医生待遇的文件还停留在2015年发布的《国务院办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》,已经与我国农村地区迅速发展的经济社会脱节。农村基础条件较差,管理难度较大,因此政策实施需更加精准。

(2)政策顶层设计的均等化理念不足。国民健康战略提出人人享有健康的发展目标,但政策顶层设计与健康公平仍存在差距。如基本公共卫生服务项目经费补贴按人口计算,未考虑不同地区、不同人群的社会经济状况异质性。医疗卫生服务利用并不是追求平均分配,而是要确保所有社会成员能够达到相对均等和底线均等^[11],均匀提供并不是健康公平的应有之义。

(3)政策未实现全方位的同步发展。主要表现在政策设计过于重视医疗服务能力,忽视了公共卫生服务能力,导致基层医疗卫生机构的服务对象从全人群转变为患者。同时,医防融合领域缺乏专门的政策文件和顶层设计^[12],不符合“十四五”国民健康规划要求的“强化防治结合和医防融合”,也与“预防为主”的新时期卫生健康工作方针相违背。

3 政策优化路径

3.1 适长:回应健康需求,减少无意义竞争

为避免政策投入无效和资源浪费,政策设计应切实回应居民的健康需求变化和医疗卫生机构的发展诉求。

(1)面对老龄化、慢性病、新发传染病等多重挑战,将政策重点放在预防工作,通过完善农村居民的健康档案管理系统、加强乡村医疗卫生服务网络建设、推广健康教育等措施,改善农村居民健康状况,降低患病率、减

轻病情严重程度,提高健康水平。

(2)对不同功能定位的基层医疗卫生医疗机构采取针对性政策措施,对医疗服务能力较强的基层医疗卫生机构,增加资源设备投入,促进其强化与提升;对医疗服务能力较差的基层医疗卫生机构,重点开展公共卫生服务,并紧密结合辖区人口结构变动,提高资源存量的利用效率。

(3)持续推进分级诊疗,进一步完善家庭医生签约制度,发挥签约医生的“近民性”优势,引导居民基层首诊。首诊机构根据患者的病情和就医需求,将患者合理分流到不同层级的医疗机构,降低城市医院对患者的虹吸效应,如此才能提升基层医疗卫生服务能力。

3.2 补短:发现政策空白区域,加大资源投入力度

(1)拓展基层服务宽度,政策资源不应仅仅着眼于基层医疗卫生机构的基本医疗服务,而需支持其提供更广泛的健康服务,包括预防、康复、保健等方面,满足群众多样化健康需求。

(2)加强农村医疗卫生设施建设,包括改善、扩建或整合卫生室、卫生站等基层医疗卫生机构,使其与居民的潜在医疗卫生服务需求变化相匹配。

(3)重点关注居民健康需求,不仅包括健康宣教、定期体检等基础服务,还应注重创新性服务的提供,如智能健康监测、心理健康预防等,促进基层医疗卫生机构的自主发展。

3.3 弥缝:助力政策协同,促进医疗卫生系统可持续发展

(1)医疗卫生服务能力与地区综合发展水平紧密相关,卫生健康行政部门在制定区域卫生规划时应重点关注乡镇层面的社会经济发展条件,包括人口密度、经济水平、医疗卫生需求等,使其更有针对性及精准性。针对经济欠发达地区,加大对基层医疗卫生机构的投入,提高服务水平和覆盖范围;针对人口稠密地区,加强公共卫生设施建设,提高急救救治和疫情防控能力。

(2)在新的发展阶段,基层医疗卫生机构服务供给应从单向管理转向多主体共同参与,建立政府-市场-社会多主体协同治理机制,制度安排、政策供给与资源投入有序衔接,把制度优势转换为治理效能。

(3)基层医疗卫生服务能力提升不应仅靠医疗机构层面的政策,更要考虑针对整个医疗卫生服务体系的措施。

3.4 固底:加强均等化建设,坚守底线公平

(1)提高重点人群医疗卫生服务利用的公平性,关注底线公平。不同的基层医疗卫生机构提供的基础资源、服务项目受外部区域因素的影响。因此,基层医疗卫生机构应选择个性化、差异化发展路径,但必须坚守底线公平,对经济水平较差地区的基层医疗卫生机构,政府在

财政补助、人力培训等方面给予政策保障,提高其服务能力。

(2)促进医防融合、医保融合、医药融合。公共卫生和医疗服务围绕患者的疾病问题相伴相生,需要在服务提供主体和服务过程等方面进行整合,建立医保协同机制。同时,充分发挥医保战略购买的作用,通过创新支付手段,支持中医药服务开展,促进基层中医药普及;完善药品配备供应制度,通过优化延伸处方、强化互联网医疗平台功能,扩大基层医疗卫生机构药品配备范围,保障基层用药。只有各领域、各部门联动,综合施策,才能更好地提供全方位、全周期医疗卫生服务,促进人民健康。

参考文献

- [1] 李韬,冯贺霞.数字健共体赋能基层卫生治理变革[J].行政管理改革,2022,156(08):56-63.
- [2] 张亮,邢怡青,马希望.基层医疗卫生体系现代化的理论逻辑、历史演进与未来进路[J].社会科学研究,2023(04):111-121.
- [3] 国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2020:119.
- [4] 钱再见,金太军.公共政策执行主体与公共政策执行“中梗阻”现象[J].中国行政管理,2002(02):56-57.
- [5] 赵康普,马爽.基于DEA的全国各地区基层卫生资源配置效率分析[J].中国医院,2021,25(12):27-30.
- [6] Li X,Lu JP,Hu S,et al.The primary healthcare system in China[J].The Lancet,2017,390(10112):2584-2594.
- [7] 刘辉.木桶原理新解[J].经营与管理,2005(05):41-42.
- [8] 孙喜新,刘其先.“木桶理论”新解[J].企业活力,2002(03):8-9.
- [9] 余成普.中国农村疾病谱的变迁及其解释框架[J].中国社会科学,2019(09):92-114,206.
- [10] 人民网.集中力量做好基础性、兜底性民生建设[EB/OL].(2018-01-03).<http://theory.people.com.cn/n1/2018/0103/c416126-29743648.html>.
- [11] 张慧,于贞杰,李向云,等.基本公共卫生服务均等化研究[J].中国卫生统计,2018,35(02):269-271,275.
- [12] 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(01):19-27.

【修回日期 2024-03-22】【责任编辑 冯芳龄】