

## 基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建

由于人口老龄化、经济发展和生活方式改变等因素，慢性病已成为主要的疾病负担。应对当前慢性病的病因和病程发展特征，医学需要改变以疾病和治疗为中心的模式，转化为以健康为中心，并从整个健康到疾病发展全过程来提供预防、治疗和健康管理的整合连续服务。基层医疗卫生服务机构有接近居民、综合便捷等特点，更容易与居民熟悉和建立长期关系；因此各国在卫生体系架构上，基层卫生体系或初级保健网络都是承担和协调整合服务的主要角色。

《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中明确提出我国深化医改致力于构建高质量的整合型卫生服务体系，坚持以基层为重点，强调创新医防协同、医防融合机制，以实现以基层医疗卫生机构为主的各类卫生服务提供者融合预防性服务和治疗性服务。2019 年以来“鼓励基层医疗卫生机构开展医防融合”已出现在 20 余个国家层面发布的政策文件中。国内学术研究虽然对卫生服务的整合有不少理论和实践上的讨论，但对“医防融合”一直未有明确的学术界定。本研究结合经典整合型卫生服务体系的概念框架、卫生服务类型界定和我国卫生体系的特征，构建基层卫生服务提供中医防融合的概念框架，在此基础上利用德尔菲专家咨询法构建医防融合水平测量的指标体系；致力于为设计医防融合体制机制提供思路、并为各地试点的效果评价提供技术工具。

### 1. 我国基层卫生服务医防融合的概念

基层卫生服务的“医防融合”以提高居民健康水平为出发点，以居民对高质量健康服务需求为设计标准，以实现医疗卫生服务体系绩效可持续改善及控制体系运行成本为目标；不同类别基层医务人员通过健康服务理念 and 知识技能的更新，基层医疗卫生机构内不同部门通过部门整合或重组，基层与医院、专业公共卫生机构和其它相关健康服务提供

机构之间借助协作机制保障，各类卫生服务机构借力服务提供过程规范和信息化赋能；形成基层系统内部服务横向整合、基层/初级保健服务与临床专科和专业公共卫生服务的纵向连续的服务提供网络；最终的表现形式为：改变“预防”和“治疗”服务的切块化和片段式提供模式，居民能从基层卫生服务提供者那里直接获得或由基层卫生服务提供者协调获得健康和疾病进展全阶段上安全、优质、高效、无缝隙一体化的服务。

### 2. 我国基层卫生服务医防融合的框架

结合国际已有整合卫生服务体系核心要素和我国卫生服务提供体系的特征，提出图 1 中包括 3 个层面、5 个维度的基层卫生服务医防融合的概念框架。

图 1 三个圈代表“医防融合”在供给侧 3 个层面的表现：医务人员个人层面、医疗卫生服务机构层面、以及卫生服务体系层面。个人层面表现为医务人员自身融合服务，包括基层卫生服务机构负责临床医疗服务的医护人员将预防性服务融入到日常诊疗服务中，公共卫生人员将个体健康管理处方与群体疾病控制工作融合；机构层面表现为基层卫生服务机构内不同部门之间或者不同专业人员之间实现目标一致和工作协同，以患者获得无缝衔接的服务为基础，整合、合并、重组和升级各自职责范围内的服务；机构层面表现为基层机构与医院之间的服务整合和衔接、基层机构与专业公共卫生服务机构之间的服务整合和衔接、以及医院和专业公共卫生服务机构之间的服务整合和衔接。

基层卫生服务医防融合的表现现在供给侧 3 个层面之外，还需要一系列支持政策，并最终表现在需方获取医防融合的服务、并能改进健康行为和 health 结果。图 1 的外围展示了实现 3 个层次的医防融合，所需的政策支持，包括：1) 筹资和激励制度上，基本公共卫生和基本医疗服务的经费支持者和支付方式要

有一致的激励目标，机构内部对医务人员工资分配制度也需要引导人员从整合服务中获得更高的收益。2) 组织架构上，基层机构与医院和疾病预防控制中心为主的专业公共卫生机构、以及两类服务职能的技术监管部门之间实现组织重组或者不同程度的合并；或者机构内部，实现负责临床服务的科室与负责预防性服务的科室之间的重组或不同形式的整合。3) 治理方式上，卫生行政机构中服务公共卫生、医疗服务、基层服务等多个部门的重组或者建立多主体协同治理机制、共同推动医防融合工作的开展。4) 信息系统上，构建区域范围内互联互通的人口健康信息平台，实现分条和分块的公共卫生服务信息系统与医疗机构信息系统之间的整合。5) 人才培养上，短期通过培训和长期通过医学教育改革形成一支具备大健康理念、整合服务意识和跨学科技能的基层人员队伍。

### 3. 医防融合水平测量的指标体系

基于图 1 概念框架构建我国基层卫生服务提供中医防融合水平测量的三级指标；使用德尔菲法完善和构建指标体系（表 1）。权重赋值发现，权重最高的 4 个指标依次为：“医保是否实施了按照人头计算预付费总额并允许结余留用”、“家庭医生团队内人员协调程度”、“是否将预防服务提供纳入医生绩效考核”、以及“电子处方、电子病历和电子居民档案是否实现互通共享”。

指标体系权重分配体现了支持医防融合的体制机制中的改革重点。首先，当下筹资激励环境是医防融合表现不佳的根本性原因，医保的支付方式仍以总额控制下按服务项目付费为主流，并且医保只覆盖医疗服务，其激励方向是医疗机构从更多治疗服务获益、相对忽视预防性服务；基本公共卫生服务由财政经费支付，但财政投入增长空间有限，只能借助行政考核压力推动基本公共卫生服务，两类投入没有形成一致目标和合力；通过医保按人头支付和绩效考核的改革消除激励冲突才能使基层在医防两类服务上实现平衡和融合。其次，基层基本医疗和基本公卫服务运行借助不同监管部门开发的信息系统，对原

本可以合并的服务，基层也需要将其分割、并使用多个系统操作；实现信息系统的整合、同一病人医疗和健康信息的实时共享对于消除服务项目之间的缝隙、提高整合的紧密度至关重要。

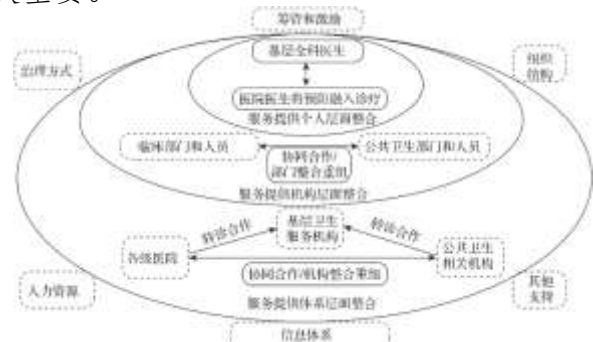


图 1 我国基层卫生服务医防融合的概念框架

表 1 指标体系结构以及主维度、二级指标与三级指标分数分配

指标	总得分/二级/三级指标分数分配
一、个人水平医防融合	18.73
1.1 融合参与能力	8.51
1.1.1 医务人员对预防-诊疗知识了解程度（医务人员自评）	4.86
1.1.2 医务人员对整合服务的知识储备水平（医务人员自评）	4.43
1.2 融合参与意识	3.35
1.2.1 医务人员对预防性服务重要性的认识（医务人员自评）	3.35
1.5 融合服务行为	6.87
1.5.1 患者与医生交流的配合程度（患者评价）	3.27
1.5.2 医务人员问诊中是否有健康行为建议	3.59
二、机构水平医防融合	16.74
2.1 团队融合	4.90
2.1.1 家庭医生团队内人员协调程度（医务人员自评）	4.90
2.2 科室融合	5.84
2.2.1 医疗与预防服务相关科室协作的程度（医务人员自评）	3.49
2.2.2 机构内基层预防科室组织架构，以促进全科医生和公共卫生人员的协作	2.44
三、体系水平医防融合	28.79
3.1 基层与医院协作	5.64
3.1.1 市/县/区医院与基层在服务提供上的协调程度（医务人员自评）	5.33
3.1.2 家庭医生团队是否有上级医疗机构专科医生参与	2.31
3.2 基层与专业公共卫生机构协作	8.58
3.2.1 市/县/区疾控机构与基层在服务提供上的协作程度	6.92
3.2.2 疾控是否有人员定期到基层共同开展预防服务相关工作	4.66
3.3 医院与专业公共卫生机构协作	6.57
3.3.1 市/县/区内疾控和综合医院在服务提供上的协作程度（医务人员自评）	2.92
3.3.2 疾控是否有人员定期到基层共同开展预防服务相关工作	3.65
四、融合的支持体系	30.76
4.1 筹资	4.72
4.1.1 基层卫生机构总收入中财政投入收入所占比例	4.72
4.2 激励	10.04
4.2.1 是否将预防服务纳入医生绩效考核	4.62
4.2.2 医保是否实施了按照人头计算预付费总额并允许结余留用	5.42
4.3 组织	6.03
4.3.1 疾控机构相关人员是否进入医联体（医共体）核心管理团队	3.24
4.3.2 卫生行政部门是否向同一隶属基层医疗机构和公共卫生工作	2.79
4.4 信息	9.68
4.4.1 电子处方、电子病历和电子居民健康档案是否实现互通共享	4.54
4.4.2 医务人员获取和查阅居民/患者健康档案的方便程度（医务人员自评）	6.14
4.5 人力	2.29
4.5.1 是否组织跨学科人员共同参与培训	2.29
五、融合服务的效果	18.98
5.1 预防性服务利用	1.95
5.1.1 18 岁以上居民过去一年是否接受过健康体检	1.95
5.2 居民健康行为	11.58
5.2.1 居民吸烟率	4.10
5.2.2 居民参与体育锻炼率	3.75
5.2.3 居民自我健康意识率	3.73
5.3 慢性病管理质量	5.45
5.3.1 纳入管理高血压患者血压控制率	2.72
5.3.2 纳入管理糖尿病患者血糖控制率	2.72
总得分	100

（袁蓓蓓，杨智凯）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。