



# 我国医防融合建设的内在逻辑、类型划分与实践路径

王子伟, 韩 洋

四川大学公共管理学院, 四川 成都 610065

**摘要:**医防融合旨在破除公共卫生与医疗服务体系间的隔阂,通过预防与医疗资源的整合共享,构建起全方位、立体化的健康服务体系。从历史演化来看,医防融合历经了计划经济时代的公共逻辑主导,到改革开放后市场机制的逐步渗透,直至新医改浪潮下对公共责任与市场活力并重的新时代理解。从现实叙事来看,医防融合被划分为医防并滞、重医轻防、重防轻医和医防融合四种类型,以映射当前实践中的不同面向与挑战。为应对这些挑战,从价值重塑、治道变革与模式变迁三个维度提出实践策略,以促进医防融合体系的持续优化和创新发展。

**关键词:**医防融合;公共卫生;医疗服务;治道变革;模式变迁

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2025)01-009-007

doi:10.7655/NYDXBSSS240406

## 一、问题的提出

自近代以来,随着全球对卫生保健问题的认识日益深化,各国普遍认识到预防与治疗之间存在着天然的紧密联系。在这一共识的推动下,国际社会逐渐采纳并积极推进医防融合的策略,将预防医学与临床治疗融为一体,以实现更全面、更有效的健康管理<sup>[1-2]</sup>。在中国,面对公共卫生事件的突发性和人口老龄化的加剧,医防融合的战略意义和急迫性愈加凸显<sup>[3]</sup>。这一策略不仅是及时阻断疾病传播、维护社会稳定的坚实屏障,更是深化我国综合健康管理体系、构建应对老龄化社会健康防线的关键举措<sup>[4]</sup>。为此,国家高度重视并出台了一系列相关政策,如《关于做好2018年家庭医生签约服务工作的通知》中首次提出医防融合,并强调提供综合连续的医疗服务。2020年12月,《关于印发全国公共卫生信息化建设标准与规范(试行)的通知》中明确提出推动医防融合的深入发展,并完善重大疫情应急响应机制。2023年3月,《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》进一步阐述了深化改革的指导意见,旨在创新医防融合机制,以提升医疗服务体系的整体效能。显然,医防融合已成为我国医疗卫生事业发展的必然趋势和重要方向。

医防融合是以临床治疗为主的医疗服务和以预防为主的公共卫生服务的关系及运行方式的有

效衔接和整合<sup>[5]</sup>,旨在打破公共卫生与医疗服务体系之间的体制机制壁垒,促进医疗与公共卫生服务的深度融合,实现医疗与公共卫生资源的交融共享,推动医疗与公共卫生系统的互联互通,共同构筑起一个包含疾病预防、诊断、监控、治疗和康复在内的全方位健康服务体系<sup>[6-7]</sup>。尽管医防融合作为一项正式的政策表述是近年来的产物,但其核心理念却早已在医疗卫生实践之中悄然生根。我国在贯彻医防融合理念的过程中遭遇了诸多挑战,并经历了深刻的调整与变革,涉及政策导向的调整、卫生服务体系结构的重塑以及公共卫生与医疗服务之间协同机制的逐步建立和完善。为了深入理解这一理念在实践中的发展轨迹,亟须对以下问题进行探讨:医防融合在实践中缘何经历这些转变?在当前阶段医防融合的实践状况又是如何?面对未来,又应当如何优化调整策略?为回答上述问题,本文拟从历史叙事角度梳理医防融合发展的历史脉络与特征,从现实叙事角度厘清医防融合自主性建构的类型与差异,并探究医防融合未来实践的行动取向,以期更好地服务于我国公共健康事业的发展。

## 二、医防融合发展的历史演化: 公共逻辑与市场逻辑的双重视角

公共逻辑与市场逻辑是理解医防融合建设与发展的两条主要线索,前者强调公平、普及与公共

收稿日期:2024-10-08

作者简介:王子伟(1997—),男,江苏宿迁人,博士研究生在读,研究方向为健康治理。

利益,后者强调效率、竞争与市场导向。两者共同构成了理解我国医防融合建设的两个重要分析视角。处于公共逻辑与市场逻辑交汇点的医防融合服务体系,其运营模式和发展策略也必然受到公共与市场双重逻辑的影响,在历史发展的不同阶段呈现出不同的表现样态。鉴于此,本文旨在基于公共逻辑与市场逻辑的整体性视角,系统梳理我国医防融合服务的历史变迁,分析不同历史情境下医疗与公卫建设的差异形态。

### (一)粗放实践的防治结合:初步形成的“中国模式”

在计划经济时代,受到资源匮乏和科技发展的双重制约,中国的医疗卫生状况明显落后,国民健康水平普遍较低<sup>[8]</sup>。为了改善这一状况,实现医疗卫生服务广泛可及、全面覆盖和公正分配,亟须建立一个以公共逻辑为核心的政府主导型医疗卫生体系,通过对医疗设施、药物、财政、人才等资源的集中管理与优化配置,确保全体公民能够享有基本的卫生医疗保障。在医疗服务体系方面,国家以三级医疗网络为基础,逐步在城乡建立起一个涵盖市(县)、区(乡镇)、街道(村)的三级医疗保健网<sup>[9]</sup>。在这个网络中,国民的就医需求首先由基层医疗卫生机构进行初步处理。当基层机构无法满足患者病情需求时,将按照逐级转诊的原则,引导患者至更高级别的医疗机构,以获得专业、有效的医疗救治<sup>[10]</sup>。这一机制的建立与完善,极大地提升了社会整体的卫生水平与健康状态,为民众提供了更加便捷、高效的医疗服务。在公共卫生服务体系方面,面对中华人民共和国成立后农村缺医少药、传染病和地方病流行的严峻形势,政府将工作重点放在预防和消除传染病等基本公共卫生服务上<sup>[11]</sup>。通过实施合作医疗制度,动员生产大队“赤脚医生”、卫生员、农村接生员等基层医疗卫生工作者,并依托县、乡、村三级卫生防疫站与医疗网络的相互协作,构建了集预防、医疗、保健功能于一体的三级卫生服务网络<sup>[12]</sup>。尽管受制于当时的医疗卫生水平和资源,总体医疗卫生服务仍然处于较低水平,但中国成功地探索出了一种显著改善当时卫生条件的防治结合模式,其也被世界卫生组织与世界银行誉为以最少的投入获得了最大健康收益的“中国模式”<sup>[13]</sup>,为改善国民健康状况做出了积极贡献。

### (二)各行其是的防治分离:逐渐失衡的“市场探索”

随着计划经济向市场经济的转轨,农村公社制度的废止和家庭联产承包责任制的实施,导致原有基层合作医疗体系的瓦解<sup>[14]</sup>,进而破坏了卫生防疫站与医疗网络之间原有的互补性防治体系;加之政府注意力从医疗卫生领域的事实性转移强化了市

场的力量,促使市场逻辑在对各医疗卫生机构的规划与维持中占据主导位置,行政力量与市场力量之间的张力重塑了医疗卫生体系的形态。在医疗服务体系方面,政府在医疗领域积极推行“多渠道办医”“简政放权”等改革措施,赋予了医疗机构自主经营权<sup>[15]</sup>。在这种“自主经营、自负盈亏”的模式下,医疗机构在运营过程中更加注重经济收益,导致资源分配和服务重心偏向医疗服务,进而难以避免地对预防保健工作产生忽视,形成了“重医轻防”的现象<sup>[16]</sup>。在公共卫生服务体系方面,公共卫生策略依旧以疾病预防、监测、疫苗接种等手段为核心,但由于防疫工作的经济回报远低于医疗服务,加之社会对防疫重要性的认识不足,医疗卫生机构整体在防疫领域的投入意愿不高,更倾向于将资源和精力集中在开展门诊、住院等有偿服务上<sup>[17]</sup>。同时,随着烈性传染病的有效控制,城乡居民的健康状况显著改善,以传染病和寄生虫病为主的疾病谱和死亡谱逐渐被以非传染性疾病为主的疾病谱所取代<sup>[18]</sup>。尽管在特定时期,如2003年的“非典”危机,政府将预防感染性疾病置于首要位置,并予以高度重视,但这一做法显然具有时代和地域的局限性,仅作为应对紧急情况的阶段性措施。在这一历史阶段,我国医疗卫生体系经历了前所未有的深刻变革。医疗与预防的行政架构被划分至不同的管理部门,在资源分配、工作内容以及指导原则等方面均存在较大差异。尽管这种分立在一定程度上提升了医学学科的管理精细度和卫生行政的运作便捷性,但同时也在一定程度上淡化了医疗服务与公共卫生之间的联系,间接影响了卫生体系整体运作的和谐与效率。

### (三)齐头并进的医防融合:协同发展的“健康蓝图”

尽管市场化机制的引入为医疗卫生体系带来了非常显著的成效,但“重经济效益、轻社会责任”的趋势也逐渐显露。特别是在2003年“非典”疫情的严峻考验下,暴露出当时医疗卫生体系存在“预防体系脆弱、资源配置失衡、就医难和就医贵”等一系列深层次问题<sup>[19]</sup>。政府深刻认识到,必须坚守以人为本的发展理念,将社会效益置于首位<sup>[20]</sup>。此后,医疗卫生体系的一系列改革均秉承公共逻辑的核心价值,致力于确保医疗服务的公平性和普及性,以全面保障人民群众的健康权利。在医疗服务体系方面,中央致力于深入推进医疗体制改革,旨在构建一个全面覆盖、分级诊疗、多元参与的整合型医疗卫生服务体系<sup>[21]</sup>。通过对政府财政支持、组织监管体系、筹资支付机制、医疗卫生资源分配以及服务提供模式等层面的持续动态优化,以保障人民群众基本医疗卫生服务的可及性、公平性和高效性,推动我国医疗健康事业向更高质量的发展阶段

迈进。在公共卫生服务体系方面,随着我国公共卫生应急体系的持续完善以及人口老龄化趋势的日益加剧,预防整体策略正在从传统的以传染病和疫苗防控为主,逐步转向更加注重慢性病的预防和治疗<sup>[22]</sup>。在传统疾病防控职能不变的基础上,细化和加强针对慢性病的干预措施,致力于推动疾病的早期筛查、及时治疗和快速康复,构建一个全方位、全周期的健康管理网络。在医疗与公共卫生领域的深化改革过程中,二者理念的相互支撑与补充,共同勾勒出促进人民健康这一宏伟的蓝图,进而催生了医防融合政策与战略的诞生。宏观层面上,秉持医防融合的理念,采取整体性和系统性的视角,以推动健康中国战略的实施;中观层面上,提倡加强不同体系、组织之间的协作,构筑起紧密相连的协同网络架构;微观层面上,专注提升机构内部服务的整合程度,对服务流程进行优化,以提升整体服务质量。最终,构建一个以人民健康为核心,融合健康促进、预防、护理和治疗于一体的临床与公共卫生紧密合作的卫生服务体系,为人民群众提供全方位、全周期的健康保障。

### 三、医防融合建构的类型划分: 公共与市场二维属性的解释框架

与强调医疗卫生与疾病预防控制体系或者组织之间协同合作的医防协同理念不同,医防融合更侧重于医疗机构在履行疾病预防控制职责的基础上,推动医疗卫生服务与疾病预防控制工作的深度融合,形成更加高效、便捷的医疗卫生服务体系。而我国基层医疗卫生机构在职能分布上覆盖了公共卫生和医疗卫生服务的两大领域,不仅扮演着提供常见病、多发病诊疗服务,疾病康复、护理以及疑难重症转诊等关键医疗诊治角色,同时也在疾控中心的技术与业务指导下提供疫苗接种、慢性病预防管理、传染病建档、保健、健康教育、计划生育等基本公共卫生服务。因此在当前阶段,基层医疗卫生机构自然成为医防融合建设的主要阵地和实施载体<sup>[23]</sup>,亦构成了本研究深入探讨医防融合建设的具体分析对象。

自医疗改革实施以来,医院的运营模式逐步走向自主化,其生存和发展越来越依赖于医疗服务和经营创收的能力。目前基层医疗机构的收入主要来源于两部分:一是医疗服务收入,包括通过门诊服务、住院治疗、专业检查、手术操作以及药品销售等多种方式直接获得的经济收益;二是财政拨款,即地方政府对医疗卫生机构的财政支持,用于补偿医院提供基本医疗服务的成本,但这部分资金也仅够维持最基本的运营开支。因此,基层医疗机

构迫切需要探索一条可持续的运营道路<sup>[24]</sup>。而在基层医疗机构医防融合的实践建设过程中,又需要平衡经济效益与社会责任,确保在提供基本医疗服务的同时,不忽视公共卫生和预防保健的重要性,这种平衡实际上揭示了基层医疗机构“市场属性”与“公共属性”之间的复杂关系。从“市场属性”来看,市场属性较强的基层医疗机构具有较强的医疗能力、较多的资源以及更灵活的运营策略,也意味着其在实现自身发展的同时有余力去完成额外的卫生预防任务。相反,市场属性较弱的基层医疗机构可能因生存压力而受限,其在卫生预防方面的投入和能力欠缺。从公共属性的角度来看,公共属性较强的基层医疗机构意味着能够更有效地贯彻医防融合的相关政策,通过拓展预防服务来推动医防融合的进程;而公共属性较弱的基层医疗机构则可能在推动医防融合建设的执行上出现偏差或仅仅是形式上的应付。通过对市场属性与公共属性这两个维度的综合分析,本文将基层医疗机构的医防融合模式划分为以下四种类型(表1)。

表1 基层医疗机构医防融合建构的类型划分

公共属性	市场属性	
	弱	强
弱	医防并滞型	重医轻防型
强	重防轻医型	医防融合型

#### (一)医防并滞型

医防并滞型是指基层医疗机构既在公共属性上表现欠佳,又在市场属性上难以突破的情况,这类基层医疗机构普遍面临的问题是受限于自身的医疗禀赋和外部环境,缺乏足够的资源和能力满足社区内居民日益增长的医疗服务需求,同时也无力投身于卫生预防工作。

在审视医防并滞型基层医疗机构所面临的问题时,不难发现这类基层医疗机构在医疗设备、人才队伍建设、技能提升以及信息系统完善等方面存在明显短板,致使其在医疗服务能力上难以与三甲等大型公立医院相媲美,医疗需求的不足严重制约了医疗事业收入,使得市场表现不尽如人意<sup>[25]</sup>。同时,财政拨款与地方政府的财政状况紧密相连,尤其是在经济较为贫困的区域,对医疗卫生事业的资金投入常显不足,导致基层医疗机构在财政支持上也显得力不从心。面对上级对医防融合政策的要求,这些机构往往缺乏足够的资源和动力去有效贯彻行政指令。在众多内外因素的共同制约下,基层医疗机构在公共卫生的支持上仅能维持基本运营,更不用说进行大胆的医防融合的相关改革和转型。自身医疗服务能力的局限性以及属地政府的

财政支持不足,导致这些基层医疗机构在市场属性和公共属性上的表现均难以达到预期,最终陷入了“医防并滞”的尴尬境地。

#### (二)重医轻防型

“重医轻防”型是指基层医疗机构在市场竞争中表现突出,而在公共职能方面则显得中规中矩。这类基层医疗机构因其特定的地理位置和先天资源优势,拥有较强的医疗服务能力,因而更倾向于发展高收益的医疗服务项目<sup>[26]</sup>。尽管政策上提供了激励措施以促进医防融合,但对于那些已取得良好经济效益的基层医疗机构来说,这些激励措施可能并不足以动摇其既定的运营模式。

组织的运营模式一旦形成便会产生惯性,基层医疗机构同样也不例外。基层医疗机构重医轻防的普遍原因主要是该类机构前身往往是具备一定综合实力或在特定专科领域表现突出的综合医院,能够有效分担上级医院的医疗压力,并通过合理引导患者分流,既实现了经济效益的提升,又促进了自身的发展。因此,在功能定位上,它们更加倾向于医疗服务。同时,在人力资源配置上,基层医疗机构的医护人员数量毕竟有限。医疗临床工作人员虽然能够兼顾一些公共卫生任务,但这并不意味着公共卫生部门的工作人员具备同样的临床能力。事实上,公共卫生部门的工作人员往往缺乏临床技能,这使得他们难以有效参与临床医疗工作<sup>[27]</sup>。所以,在招聘过程中,管理层更倾向于吸纳能直接参与医疗服务的人员,以提升医院的整体实力,导致公共卫生专业人才在机构中的比重较低。因此,在推进医防融合工作的过程中,基层医疗机构的从业人员往往需要承担多重角色。然而,在核心业务倾向于临床医疗的现实背景下,这种多职能角色的扮演往往流于形式,缺乏实质性的深入和效果,进而限制了医防融合工作的深入开展。

#### (三)重防轻医型

重防轻医型是指基层医疗机构在公共属性上表现突出,但在市场属性上却显得力不从心。这类基层医疗机构在医疗服务竞争力上并不具备明显优势,加之大型医院的虹吸效应,导致医疗需求相对较少,因此在业务收入方面表现欠佳。得益于中央政策的支持和地方政府对公共卫生的高度重视,公共卫生专项补贴成为基层医疗机构经营创收的新途径,部分基层医疗机构开始将重点和精力转向公共卫生服务的相关领域<sup>[28]</sup>。

经济基础是推动事业持续进步的根本,缺乏经济支撑而谋求长远发展无异于空中楼阁。以四川省宜宾市南溪区仙源街道社区卫生服务中心为例,随着宜宾市紧跟国家政策步伐,积极推行家庭医生签约服务制度,并设立了与之配套的专项补助基

金,该基金将补助金额与签约数量、服务质量以及公共卫生服务提供量紧密联系起来,鼓励多劳多得、优质优酬。在医疗需求不足和医疗服务能力有限的背景下,仙源街道社区卫生服务中心成功实现转型,明确了自身的发展定位。通过以慢性病管理为抓手,以家庭医生签约服务为载体,依靠政府补贴有效撬动公共卫生服务的发展,逐步塑造特色的公共卫生服务,从而在新的领域确立了竞争优势,实现了社会效益与经济效益的双丰收。值得注意的是,所谓的“重防轻医”状态并非不好且恒定不变的,甚至可以说这是医疗服务能力较弱的基层医疗机构迈向医防融合发展的过渡阶段。随着慢性病管理客户群体的积累,基层医疗机构在提供药品和简单疾病处理的过程中,也能够不断积累医生团队的经验,提升诊疗能力,进而反哺医疗服务,最终实现医疗与预防的有机结合。

#### (四)医防融合型

重医轻防与重防轻医的偏颇,如同一把双刃剑,各自切断了预防保健与疾病诊治的内在纽带,造成了预防服务的缺失与防控效率的衰减,以及医疗服务品质的滑坡与医疗需求的难以满足,这些问题无疑对基层医疗机构在医防融合道路上的探索与模式构建构成了深层次的挑战和阻碍。医防融合型核心在于基层医疗机构在肩负起公共服务责任的同时,也不失市场运作的效率,兼顾了公共属性与市场属性的双重定位,通过医疗与公共卫生服务的深度整合,实现资源的优化配置与高效利用,进而达到全面提升基层医疗组织综合服务质量和效能的理想境界<sup>[4]</sup>。

目前,我国在医防融合探索上取得了显著成效的地区和机构不乏其例。例如,广东省深圳市的“罗湖一体化”模式,通过资源整合与医保基金改革,将医联体建设与家庭医生签约服务有机融合,构建整合型医疗卫生服务体系,为居民提供包括院前预防、院中诊疗、院后康复在内的全程医疗健康服务<sup>[29]</sup>。又如重庆市荣昌区的“13114”服务模式,依托“1+2+X”的县域健康服务共同体体系,公共卫生总专员、公共卫生专员、联络员三员,公共卫生管理中心和公共卫生服务指导团队搭建医防融合的桥梁,形成“疾病预防+精准治疗+健康促进”三位一体的服务模式<sup>[30]</sup>。总结来看,这些成功模式的背后,既有依托先天医疗禀赋的优势,智慧探索“以医促防”的发展路径,也有地方政府坚定扶持慢性病预防发展,巧妙推动“以防促医”的反哺策略,最终在深刻理解和积极践行以人民健康为中心的服务理念基础上,将“医”与“防”紧密融合,实现了资金投入、组织架构、运行机制、人才培养、技术支撑等多方面的协同发展,构建了一个高效、协同的医防融合服务体系。

## 四、医防融合实践的行动取向： 价值重塑、治道变革与模式变迁

(一)价值重塑：健康福祉导向下的社会共识构建  
在我国卫生健康事业的发展轨迹中，公共卫生与医疗服务之间的长久分割以及“重医轻防”等传统观念，已成为制约健康福祉全面提升的关键因素。尽管医防融合的理念开始兴起，但其在医疗卫生体系内部尚未凝聚成坚实的共识，导致实践中的协作与整合仍显不足。此外，公众对健康维护的认知普遍不足，预防观念的缺失使得健康促进与疾病预防工作难以形成主动、前瞻的态势，进而影响了健康服务的整体效能与国民健康水平的持续提升。

因此，亟需从价值层面进行深刻重塑，将健康福祉置于社会发展的核心位置，引领公共卫生与医疗服务领域的深度融合与共识构建。这要求重新审视公共卫生与医疗服务之间的界限，在医疗卫生内部和外部真正形成共识，并将共识转化为实际行动，促进公共卫生与医疗服务之间的高效紧密协作与资源整合。同时，这种医防融合的行业共识也必须逐步向社会各界扩散，以催化社会整体共识的建立。一方面，要加强健康文化的培育，通过教育、媒体等多种途径，普及健康知识，提升公众健康素养，使每个人都能认识到健康对于个人、家庭和社会的重要性。另一方面，要深化政策引导，制定和完善有利于健康福祉的政策措施，让人民群众在享受到健康红利的同时，进一步增强对健康价值的认同感。最终，通过这样的价值重塑和共识构建，确立起一个全社会共同关注且积极参与的健康福祉社会共识体系，进而支撑我国卫生健康事业的全面进步与发展。

### (二)治道变革：医防融合转型中的过程化推进

坚持以人为本的核心理念，持续巩固并优化基层医疗体系，已成为推动我国现代卫生治理体系不断迈向新高度的关键举措。在此背景下，医防融合作为提升基层医疗服务效能的关键路径，正逐步从理念转化为实践，引领着一场深刻的治道变革。这场变革的核心在于深度打破传统医疗体系内部长期存在的壁垒与隔阂，不仅在理念上实现由治疗为主向预防与治疗并重的根本性转变，更需在实践层面推动基层医疗机构与公共卫生体系之间的无缝衔接与深度融合。通过构建“医中有防、防中有医”的新型服务体系，消除医疗服务与公共卫生服务之间的界限，实现两者在资源、信息、人员等方面高效共享与协同作战。

医防融合的深入发展构成了一项复杂且精细的系统化工程，其进程不会在短期内一蹴而就。横向审视，我国幅员辽阔，各地基层医疗机构在地域

特色、资源配置、服务能力及社会需求等方面存在显著差异，这些差异构成了基层医疗机构医防融合的多样化发展状况。纵向剖析，医防融合的发展轨迹呈现出鲜明的阶段性特征，从“医防并滞”的起步阶段迈向“重医轻防”或“重防轻医”的分化阶段，再从“重医轻防”过渡到“以医促防”或从“重防轻医”转向“以防促医”再到“以医促防”，最终迈向“医防融合”的成熟阶段，每一步都凝聚着对前一阶段的深刻反思与积极超越。因此，在推进医防融合的过程中，应摒弃“一刀切”的思维方式，转而采取一种更加灵活、务实的策略。这意味着，每个基层医疗机构都应根据自身实际情况，量身定制发展路径，既要勇于借鉴先进经验，又要敢于创新突破，逐步构建起符合自身特色的医防融合模式。

### (三)模式变迁：“制度—技术”双向赋能模式

当前，我国医防融合建设正处于从探索到实践，再向成熟阶段的重要转型期，这一进程的核心在于对传统分立模式的深刻反思与持续改进。因此，迫切需要在原有的制度层面进行深度创新，构建高效协作的框架体系，以适应医防融合不断发展的需求。同时，高效制度的生命力在于其执行力，当前数字技术已超越传统的信息化改造范畴，转而成为推动制度执行的加速器与智能化引擎，并被应用于医疗与公共卫生领域的信息整合与流程优化中，以实现医疗与公共卫生信息的高效对接与即时共享，显著提升医防融合的效率。这种制度创新与数字技术融合的双向赋能，正逐步塑造出一种推动医防融合持续进步的发展模式，引领医防融合迈向更高标准、更深层次的发展。

为实现医疗与公卫体系的深度融合，并充分发挥技术与制度的双重赋能作用，一套兼具前瞻性与实操性的策略体系至关重要。在制度层面，首要之务在于调整和优化医疗与公共卫生机构的权责结构，确保各级医疗机构在医防融合中的角色清晰、责任明确，例如在省级层面，可以设立医防融合领导小组，负责制定医防融合的整体规划和政策指导；在市级层面，建立医防融合管理中心，具体负责协调各级医疗机构和疾控中心以及其他公共卫生机构之间的合作与资源分配；在县级及以下基层，则通过设立医防融合服务团队，直接面向社区和农村，提供综合性的医疗和公共卫生服务。同时，设立一系列激励机制，如实施专项基金支持、多元化绩效考核、跨区域人才交流政策、税收减免等措施以充分调动各方参与积极性。此外，建立健全监督与评估机制，出台详细的评估标准和流程，定期对医防融合的进展和成效进行审查，确保各项措施得以有效落实，及时识别并解决存在的问题，从而推动医防融合不断向纵深发展。在技术层面，尽管技

术的迭代创新为医与防的真正融合铺设了坚实的基石,但医防融合领域的数字化实践过程依然面临着诸多挑战,部分区域的基层医疗机构在技术赋能的过程中,出现了过分重视硬件设施而忽视标准化建设的倾向,导致系统建设各自为政,信息孤岛现象普遍存在。这不仅造成了资源的巨大浪费,而且严重制约了医疗与公共卫生机构间的信息共享与协同作业效率。因此,应着力推广标准化策略,加速推动跨系统、跨平台的数据共享,实现医疗与预防信息的高效整合,并在此基础上重塑医防融合的组织架构、服务流程和工作模式。通过技术驱动,实现医疗资源的跨界协同管理,减少信息不对称和交换成本,提高医疗服务效率和质量。同时,引入人工智能、大数据分析等先进技术优化决策支持系统,为医防融合提供数据驱动的决策依据,从而提升整体健康服务的精准性和便捷性。

## 五、结 语

在庞大而复杂的健康中国战略蓝图中,医防融合是提升我国医疗卫生服务体系效能的重要策略。尤其是新医改以来,市场在资源配置中虽仍发挥重要作用,但公共价值的坚守与回归始终是医防融合发展的核心导向。基于此,本文从“公共属性”与“市场属性”双重维度对医防融合的发展现状进行类型学分析,揭示了各地在实践中探索出的多样化模式与挑战,并提出了治道变革与模式重构的未来医防融合持续深化路径。相较于以往研究成果,本文主要从以下方面对医防融合进行了理论拓展。第一,避免单纯地从公共价值或市场效率的单一视角来审视医防融合,从历史叙述的角度,深入分析公共逻辑与市场逻辑在医防融合建设过程中的交织与互动,进而更深刻地认识到社会公益与经济效益之间的和谐共生关系。第二,并非将医防融合视为一种普遍适用的模式,而是深入挖掘“公共属性”与“市场属性”之间的内在联系与张力,将医防融合划分为四种类型。通过对每种类型特点、成因及挑战的深度剖析,不仅揭示了医防融合实践的多样性与复杂性,更为不同地区、不同机构根据自身实际情况选择最适合的融合路径提供了宝贵的理论支撑与实践指南。第三,将医防融合置于价值重塑、治道变革与模式重构的宏观背景中加以审视,强调医防融合不仅仅是医疗卫生服务体系的结构优化,更是一种价值观念、治理理念和行动逻辑的深刻转变。在价值观念上,致力于构建以健康福祉为导向的社会共识。在治理理念上,强调持续改进与动态调整的过程化推进策略。在行动逻辑上,促进技术与制度的深度融合,实现创新驱动的发展模式。

## 参 考 文 献

- [1] 杨辉. 从《阿拉木图宣言》到《阿斯塔纳宣言》:全科医学发展是实现全民健康覆盖的重中之重[J]. 中国全科医学, 2019, 22(1): 1-4
- [2] World Health Organization. Primary health care: report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, jointly sponsored by the world health organization and the united nations children's fund[R]. Geneva: World Health Organization, 1978
- [3] 王汉文, 汪卓贊, 顾维波, 等. 基于彩虹模型的医防协同实施路径探索[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(1): 21-25
- [4] 林梓, 顾海. 数智赋能视域下医共体医防融合的创新机制与实现路径[J]. 南京社会科学, 2024(6): 47-54
- [5] 皇甫慧慧, 白忠良, 王子荆, 等. 医防融合相关概念的内涵与辨析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(3): 154-161
- [6] 赵继民, 王文婷, 曹竣琛, 等. 我国医防融合研究前沿与热点问题分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(2): 114-119
- [7] 薛俊军, 李念念, 王存慧, 等. 基于共生理论的县域医共体医防协同问题探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(1): 15-19
- [8] 张丽娜. 新医改十年政策之变迁——基于2009—2019年国家医改政策文本的分析[J]. 医学与法学, 2021, 13(4): 110-114
- [9] 潘新花, 郭永松, 柴伊玲, 等. 不同类型农村预防保健服务模式的比较研究[J]. 中国卫生事业管理, 2004, 21(10): 608-610
- [10] 罗小燕. 我国农村健康卫生事业的发展历程和经验总结[J]. 锦州医科大学学报(社会科学版), 2022, 20(5): 38-43
- [11] 万红慧, 彭博, 黎桦. 以习近平法治思想推进“健康中国”战略法治体系构建[J]. 医学与法学, 2023, 15(3): 1-8
- [12] 郑莎莎, 龙启连, 肖小敏. 中国全科医生的雏形——“赤脚医生”[J]. 中国初级卫生保健, 2022, 36(5): 7-10
- [13] 范逢春. 城乡基本医疗卫生服务均等化的制度变迁与治理反思——基于倡导联盟框架的分析[J]. 中共宁波市委党校学报, 2020, 42(2): 5-14
- [14] 董健, 邓辉. 浅议新时期农村卫生事业的科学发展观[J]. 农业经济, 2010(5): 32-33
- [15] 沈有高, 林华彬. 城镇社区卫生服务管理模式的探讨[J]. 现代医院, 2009, 9(3): 4-7
- [16] 冯济富, 孙梅, 王伟炳, 等. 构建经济发达地区农村公共卫生服务体系[J]. 中国初级卫生保健, 2008, 22(4): 13-15

- [17] 周娜娜,张筱荣.新中国成立以来公共卫生政策研究综述[J].渭南师范学院学报,2022,37(12):82-88
- [18] 杨辉.合作与分工:关于“医防融合”的思考[J].中国全科医学,2023,26(22):2711-2714
- [19] 范柏乃,张电电.医疗卫生财政支出对经济增长贡献的时空差异——基于1997—2012年30个省级地区面板数据分析[J].华东经济管理,2014,28(5):56-59
- [20] 岑树田,葛扬,颜维海.中国居民健康持续改善的民生激励研究[J].兰州学刊,2023(2):59-77
- [21] 傅利平,王奕辉,徐小凤,等.健康需求与协同治理:分级诊疗制度建设实践逻辑——基于公共价值视角的扎根理论研究[J].公共管理学报,2024,21(3):111-123,173-174
- [22] 李敬芝,黄芳,杨文慧,等.上海市奉贤区居民医学可避免死亡分析[J].卫生软科学,2020,34(2):87-91
- [23] 邓颖,韩静,张升超,等.深圳市宝安区中心医院“两融合一协同”的改革实践[J].中国农村卫生事业管理,2021,41(9):627-630
- [24] 徐蕴.基层医疗卫生机构财务管理存在的问题和对策——以Y县基层医疗卫生机构为例[J].会计师,2023(22):127-129
- [25] 刘宝琴,赵莉娜,张宗久.多源流模型视域下县域医共同体发展动力机制和路径探析[J].中国医院,2023,27(1):19-22
- [26] 迟福林.以人民健康至上理念 推进我国公共卫生体系变革[J].社会治理,2020(4):5-13
- [27] 季燕,孙艳格,严春泽,等.北京市某社区卫生服务中心医务人员进修现状分析[J].中国全科医学,2021,24(4):490-495
- [28] 张珂,段国威,陈红,等.“医防融合”模式下社区家庭医生团队服务效果研究[J].上海医药,2024,45(4):54-57
- [29] 姚克勤,赵敏捷,郑静,等.基于主题框架分析整合型医疗卫生服务体系建设典型案例研究[J].卫生软科学,2023,37(3):11-17
- [30] 孙晓桐,郎颖.我国基层医疗机构医防融合主要模式述评[J].卫生软科学,2021,35(9):7-10

(本文编辑:姜 鑫)

## Internal logic, classification and practical pathways of medication and prevention integration construction in China

WANG Ziwei, HAN Yang

School of Public Administration, Sichuan University, Chengdu 610065, China

**Abstract:** The integration of medication and prevention aims to break the gap between public health and the healthcare service system, establishing a comprehensive and three-dimensional healthcare service system through the integration and sharing of prevention and healthcare resources. From the perspective of historical evolution, the integration of medication and prevention has evolved from the dominance of public logic in the planned economy era to the gradual penetration of market mechanisms after reform and opening up and then to the new wave of healthcare reform that balances public responsibility and market dynamic. From the realistic narrative, the integration of medication and prevention can be divided into four types: medical medication-prevention stagnation, medication over prevention, prevention over medication and medical prevention and treatment integration, according to the dual attributes of public and market. Each type reflects different aspects and challenges in current practice. To address these challenges, the study proposes strategies from three dimensions: value reconstruction, governance transformation, and model transformation to promote the continuous optimization and innovation of the ecology of medication and prevention integration and rely on the dual enabling mode of “system-technology” to accelerate the efficiency and service quality of medication and prevention integration, therefore establishing a highly efficient and collaborative healthcare management that covers the entire life cycle.

**Key words:** integration of medication and prevention; public health; medical service; governance reform; pattern transformation