



基层医疗卫生服务价值共创概念模型、现实困境与驱动因素

许兴龙, 周绿林

江苏大学管理学院, 江苏 镇江 212013

摘要:基层医疗卫生服务价值需要供需双方共同创造,当前各级政府不断致力于优化基层医疗卫生服务供给体系,但基层居民参与度不足,主动健康意识偏低,制约了基层医疗卫生服务价值。因此,文章基于价值共创理论,探索性地构建了基层医疗卫生服务价值共创概念模型,并基于家庭医生签约视角,解读基层医疗卫生服务价值共创的现实困境,分析基层医疗卫生服务价值共创的驱动因素,在此基础上提出相应启示。

关键词:基层医疗卫生服务;价值共创;需求侧参与;家庭医生

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)06-529-004

doi:10.7655/NYDXBSS20210602

传染性疾病、慢性病是当今世界面临的主要医学难题,更是社会学难题,由此衍生出社会环境中健康风险增加、健康管理难度提升等一系列显著特征。2019年7月,国务院发布《关于实施健康中国行动的意见》(国发[2019]13号),提出“健康第一责任人”理念,首次从战略层面强调需方主动参与对于医疗卫生服务价值共创的重要意义。这对于促进全民共建健康中国、人人共享健康中国战略成果、落实医疗卫生服务“小处方”和社会整体联动“大处方”相结合的目标具有重要意义。因此,本文基于基层医疗卫生服务改革的实践,探索性提出基层医疗卫生服务价值共创的概念,并结合理论分析构建概念模型,分析基层医疗卫生服务价值共创的现实困境和驱动因素。

一、基层医疗卫生服务价值共创概念模型

价值共创的思想最早体现在经济学领域,有学者在研究服务业对经济贡献时指出,“服务过程需要生产者和消费者之间的合作”,由此开启了价值共创由生产者和消费者共同参与创造的思想^[1],并指出服务业的生产效率在一定程度上取决于消费者的知识、经验、动机和诚实程度^[2]。基层医疗卫生

服务改革是分级诊疗目标实现的重要抓手,也是健康中国战略实施的主阵地。根据价值共创理论可知,基层医疗卫生服务价值共创即基层医疗卫生服务提供者 and 使用者能够在价值创造过程中进行合作。合作理论认为,个体或组织间的合作源自彼此对对方资源的需要,而相关资源只有通过供需双方分工协作才能获取并加以利用^[3]。

在基层医疗卫生服务改革过程中,各级政府为基层医疗卫生服务工作开展提供了有效的制度保障,而医疗卫生服务提供方需要得到基层居民的认可、信任和主动利用,从而体现基层医疗卫生服务价值,在此过程中基层居民需支付相应费用,并对基层医疗卫生服务效果做出直观反应,由此倒逼基层医疗卫生服务供给产品、供给方式优化;同理,基层居民作为理性经济人,渴望获取优质可及的基层医疗卫生服务,这就需要政府部门不断强化基层医疗卫生服务资源投入,引导优质医疗卫生资源下沉,同时提升基层医疗卫生人员服务动力。这构成基层医疗卫生服务价值共创的基础。

在基层医疗卫生服务价值共创过程中,医疗卫生服务供需双方分别遵循供方逻辑和需方逻辑。基于供方逻辑的基层医疗卫生服务价值共创,是以

基金项目:国家自然科学基金“基于社会资本嵌入的家庭医生签约服务长效机制及管理策略研究”(71904066);江苏省社会科学基金项目研究成果“基于家庭医生嵌入的医养结合养老服务供需匹配机制及路径研究”(20SHD002)

收稿日期:2021-09-17

作者简介:许兴龙(1988—),男,江苏兴化人,副教授,博士,研究方向为基层医疗卫生,通信作者,XLXU1988@163.com。

社会整体健康价值为出发点,供方在价值创造过程中得到需方的响应和互动,努力获取为基层居民共创价值的机会,并根据国家和地方政府相关制度安排和居民信息反馈来优化价值共创过程。基于需方逻辑的基层医疗卫生服务价值共创,是以基层居民个体健康价值为出发点,需方在价值创造过程中主动利用基层医疗卫生服务,由此获取优质、高效、可及的基层医疗卫生服务,在此过程中对供方的产品质量、行为态度、服务效果等方面表达价值诉求。

基层医疗卫生服务价值共创融合供需双方,促使基层医疗卫生服务供需双方积极互动、相互学习、相互影响、相互渗透,目标是建立价值共创支持系统,从而使得供需价值产出最大化。其中,供方价值产出主要体现在基层医疗卫生资源得到充分利用,分级诊疗制度初步形成,健康社区战略得以落地。需方价值产出主要体现在基层居民健康素养和健康状况改善,就医可及性和便捷程度提升,就医经济负担得到有效降低。据此,本文提出基层医疗卫生服务价值共创概念模型见图1。

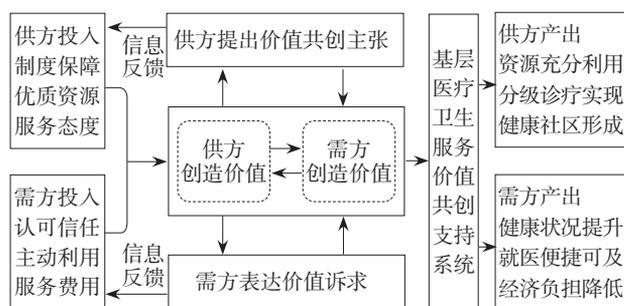


图1 基层医疗卫生服务价值共创概念模型

二、基层医疗卫生服务价值共创现实困境： 基于家庭医生签约视角

2016年5月,国务院联合七部委出台《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》(国医改办发[2016]1号),标志着我国开始全面推进家庭医生签约服务工作,并将其作为新时期深化医药卫生体制改革的重要任务。2018年10月,国家卫生健康委员会、国家中医药管理局印发《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》(国卫基层发[2018]35号),进一步提出要提升家庭医生签约服务规范化管理水平,促进家庭医生签约服务提质增效。现阶段家庭医生团队成员主要包括基层医疗卫生机构注册全科医生和具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生等。为提升家庭医生签约服务动力,政府要求各地在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖评优等方面重点向家庭医生倾斜,从而增强家庭医生职业吸引力和签约服务动力。在服务内容方面,家庭医生主要为辖区居民提供基本医疗、公共卫生和

相关健康管理服务,居民可根据自愿原则与家庭医生团队签订服务协议,并交纳一定签约服务费(部分地区免费)。签约后,家庭医生须免费为居民提供协议范围内项目,对于协议范围外的基本医疗卫生服务项目,家庭医生团队可根据规定另行收取费用。在服务方式方面,各地纷纷采取全程服务、上门服务、错时服务、预约服务等多种服务形式,保障签约居民优先转诊和住院,同时实行差异化的医保支付政策,以期实现居民基层首诊目标。

然而,在家庭医生签约服务实践过程中发现以下突出问题,一是签约居民被动履约现状明显。2017年,新华社一则《我国超过5亿人有了自己的家庭医生》的报道引发社会广泛热议^[4]，“签而不约”“为签而签”等话题迅速走进公众视野。笔者通过实地调研了解到,政府对于家庭医生签约服务的相关要求和考核指标,忽视了部分地区家庭医生团队的实际工作承担能力,造成家庭医生团队出现人浮于事的现实案例,因而导致部分居民并不知晓家庭医生签约服务的相关政策。部分居民享受了家庭医生签约服务项目,但却不知道这类项目属于家庭医生签约服务协议范畴,对签约后拥有的保障权利并不知晓,造成了签约居民被动履约状况频发。二是签约居民主动利用服务的动力不足。尽管各级政府不断致力于规范家庭医生签约服务管理制度、提升家庭医生团队服务功能,但由于部分基层居民对于家庭医生签约服务项目的内容和功能定位并不十分了解,因而制约了居民的主动利用服务。此外,随着经济社会的发展,居民对于高质量医疗卫生服务的需求持续攀升,这也造成部分签约居民仍会选择忽略家庭医生签约服务而直接前往城市大医院就诊。三是家庭医生签约服务模式有待优化。2020年8月,课题组实地走访了江苏省江阴市、高邮市、镇江市丹徒区等部分社区,通过对家庭医生团队负责人访谈得知,某社区通过注重签约服务的“仪式感”,提升居民对家庭医生签约服务认知程度。如居民签约家庭医生时需缴纳50元签约费,同时家庭医生承诺社区(村)将在一段时间内将50元全额返还给签约居民,这使得居民对家庭医生签约服务有了更加深刻的认知;也有社区设计了一系列个性化签约服务包(协议期内免费服务项目),如单部位一次CT半价、市级医疗机构专家门诊等,因此辖区居民对家庭医生签约服务的主动利用率较高,家庭医生签约服务取得了显著成效。

综上可知,政府部门围绕家庭医生签约服务工作进行了不断探索与尝试,旨在强化基层医疗卫生服务网络功能、保障基层居民获得感和幸福感。但居民对家庭医生签约服务相关政策的知晓程度偏

低,对家庭医生团队服务能力信任度仍然欠缺,这也在一定程度上制约了家庭医生签约服务价值的体现。此外,签约居民主动参与度不足也反向影响了家庭医生签约服务团队的工作积极性和服务效果。

三、基层医疗卫生服务价值共创驱动因素

基层医疗卫生服务价值共创的首要条件是参与主体达成观念共识。在本文中,基层医疗卫生服务价值共创虽然作为一个新的概念被提出,但相关的理论基础已基本形成。价值共创理论指出,价值产生过程需要生产者和消费者之间共同合作,共同创造服务价值,这改变了过去学者认为的生产者是唯一的价值创造者,而消费者是纯粹的价值消耗者的传统观点^[5]。世界卫生组织(WHO)对健康的定义为,健康不是没有疾病或者不虚弱,而是生理上、心理上和社会关系上都处于良好状态。这反映了健康不仅仅意味着身体患病后被动接受医疗卫生服务,而且鼓励居民拥有主动健康意识。现阶段,全球医学技术水平不断进步,人类战胜重大疾病和疑难杂症的典型事例不胜枚举,然而传染性疾病、慢性病仍然占据全球疾病经济负担前两位^[6],这就需要医疗卫生改革战略由过去的“以治病为中心”向“以健康为中心”转变,从依靠卫生健康系统向社会整体联动转变,倡导全民参与、人人行动。因此,政府和学界都愈发强调医疗卫生服务项目优化和居民主动健康观念在健康中国战略建设过程中的重要地位。

基层医疗卫生服务价值共创的关键需要参与主体追求价值共生。当前,我国居民能够选择并坚持主动健康行为的人数甚少,多数居民思想仍然停留在“治已病”层面^[7],这类居民往往被动接受健康信息,缺乏科学健康素养和健康规划,对自身健康管理重要性的认知度明显不足。事实上,自2009年“新医改”启动以来,我国业已在全国范围内,向全体社区居民免费提供基本公共卫生服务,并于2016年全面开展家庭医生签约服务,旨在帮助社区居民预防传染性疾病、重大疾病和做好慢性病健康管理工作,实现居民主动健康目标。然而实践发现,社区居民大多是被动接受基本公共卫生服务,主动利用基本公共卫生服务的现象并不多见,个体主动健康意识并不明显,这造成了医疗卫生资源的浪费,制约了基本公共卫生服务供给的效果。多中心治理理论认为,公共服务利用是一项涉及政府主导、服

务供给和需方认可等多元主体共同参与的复杂过程。结合基本公共卫生服务而言,其供给效果受政府相关政策实施(服务项目、服务经费等)、基层医疗卫生机构服务供给(服务意识、服务态度、项目落实程度等)和社区居民认可(服务知晓、服务接受、主动参与等)多方面影响,加上基本公共卫生服务具备显著的外部性特征,不同主体在参与基本公共卫生服务过程中,均会对服务效果产生重要关联。因此,追求基本公共卫生服务长效目标就不能仅仅依赖于政策激励,还需要服务供给主体功能的发挥和获得社区居民参与、认同、信任等外在支撑。

基层医疗卫生服务价值共创的最终目标是形成健康共赢。一直以来,党和政府高度重视发展卫生和健康事业。据统计,中华人民共和国成立至今,我国居民健康水平持续改善,人均预期寿命从35岁提高到77岁,婴儿死亡率由200‰下降到6.1‰,孕产妇死亡率由1500/10万下降到18.3/10万,主要健康指标优于中高收入国家的平均水平^[8]。众所周知,人口健康有助于降低疾病经济负担,并带来社会各项事业蓬勃发展红利^[9]。2021年7月,国家卫生健康委、财政部及国家中医药局联合发布《关于做好2021年基本公共卫生服务项目工作的通知》(国卫基层发〔2021〕23号),明确要求进一步加大人均基本公共卫生服务经费补助标准、统筹推进常态化疫情防控、提升基本公共卫生服务质量等系列工作任务和目标,再次体现党和政府始终把人民健康放在优先发展的战略地位,以人民健康为中心的发展理念。这一系列有益举措使我国重大慢性病过早死亡率逐年下降,因慢性病导致的劳动力损失明显减少。截至2021年9月,全国疫情防控取得阶段性重要成效,经济社会秩序加快恢复^[10]。国家繁荣昌盛是人民健康的根本保障,人民健康也是国家经济社会健康发展的重要基石。

基于上述理论分析,本文将基层医疗卫生服务价值共创的驱动因素归纳为改革过程中供需双方达成观念共识,形成价值共生,追求目标共赢三类主要因素,其示意图如图2所示。

四、结 论

结合上述分析可知,基层医疗卫生服务价值需要供需双方主动参与并积极反馈,当前各级政府不断致力于深化基层医疗卫生服务供给侧改革,取得



图2 基层医疗卫生服务价值共创驱动因素图

了一定成效。但在改革过程中也发现基层居民认识度、参与度、主动利用程度不足等突出问题。因此,未来需进一步强化需求侧改革,激励和引导基层居民主动参与基层医疗卫生服务事业改革过程中,从而共创基层医疗卫生服务价值。

(一)发挥社会资本嵌入作用

居民对基层医疗卫生服务的功能定位、服务项目、服务方式、服务价格等情况了解不全面仍然是制约基层医疗卫生服务价值的重要因素,因此有必要识别基层医疗卫生服务情境中不同类别的社会资本,挖掘不同类别社会资本嵌入基层医疗卫生服务的作用机制,从而提升居民对基层医疗卫生服务功能的认知程度,引导其主动利用基层医疗卫生服务。

(二)强化需方主动参与行为

近年来,政府不断致力于优化和完善基层医疗卫生服务供给体系,这为提升基层医疗卫生服务网络功能奠定了坚实基础,然而现阶段居民主动选择和利用基层医疗卫生服务的行为并不多见,这导致基层医疗卫生资源闲置,影响了基层医疗卫生人员的工作积极性,也制约了基层医疗卫生服务价值的可持续发展,因此,可制定相应的激励机制和引导政策,强化需方主动参与行为,由此倒逼基层医疗卫生服务项目优化、服务能力提升。

(三)优化基层医疗卫生服务项目内容

人口老龄化程度不断加剧催生了居民多元化、个性化的健康需求,而目前基层地区多以基本医疗、基本公共卫生和健康管理类服务项目供给为主,制约了居民选择和利用基层医疗卫生服务的动力。因此,基层医疗卫生服务机构可以通过开展个

性化服务、为居民提供灵活点单式服务等形式开展基层医疗卫生服务工作,不仅能够满足基层居民多样化、个性化的健康需求,同时也有助于基层医疗卫生服务的价值体现。

参考文献

- [1] RAMIREZ R. Value co-production: intellectual origins and implications for practice and research[J]. Strategic Management Journal, 1999, 20(1): 49-65
- [2] FUCHS V R. The service economy[M]. New York: Columbia University Press, 1968: 280
- [3] 马琳, 郑英, 王璐. 基于国际规范内化理论的我国与WHO的合作发展[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(5): 339-342
- [4] 金振娅. 我国一般人群和重点人群家庭医生签约率分别为30%和60%[EB/OL]. [2017-12-20]. https://www.sohu.com/a/211705564_162758
- [5] 武文珍, 陈启杰. 价值共创理论形成路径探析与未来研究展望[J]. 外国经济与管理, 2012, 34(6): 66-73
- [6] 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(9): 92-114
- [7] 雷旭曦, 周雨风, 伍林生. 是“被动治疗”, 还是“主动健康”? ——健康中国战略视阈下未病人群的行为选择[J]. 医学争鸣, 2019, 10(4): 75-78
- [8] 陈东升. 长寿时代的理论与对策[J]. 管理世界, 2020, 36(4): 66-86
- [9] 王云多. 人口老龄化引发的负面经济影响及对策[J]. 当代经济管理, 2020, 42(7): 68-73
- [10] 宁吉喆. 对冲克服新冠肺炎疫情影响巩固发展经济长期向好趋势[J]. 宏观经济管理, 2020(5): 1-6

(本文编辑:接雅俐)

Conceptual model, practical dilemma and driving factors of value co-creation of primary health care services

XU Xinglong, ZHOU Lulin

School of Management, Jiangsu University, Zhenjiang 212013, China

Abstract: The primary health care services value needs to be created by both the supplier and the demander. Currently, governments at all levels are constantly committed to optimizing the supply system of primary health care services; however, the participation of grass-roots residents is still insufficient and their active health awareness is low, which restrict the value of primary health care services. Therefore, based on the theory of value co-creation, this paper tentatively constructed the conceptual model of value co-creation of primary health care services. From the perspective of the family doctor contracted services, this paper interpreted the practical dilemma of value co-creation of primary health care services, analyzed the driving factors of value co-creation of primary health care services, and then put forward corresponding enlightenment.

Key words: primary healthcare; value co-creation; demand-side participation; family doctor