

走向健康现代化的战略转型与实现路径： 从“三医”联动到健康治理

翟绍果 徐天舒

摘要：健康现代化是社会主义现代化的重要内容。面对健康脆弱性，公共健康治理面临着治理界限交互扩大、治理内容更迭扩展、治理进程压缩叠加等诸多挑战。秉持人民中心、生命至上、系统整合、全民参与的公共健康治理理念，中国在提升健康公平性方面探索出一条医保、医疗与医药协同改革的发展之路。新时代进一步提升健康福祉，需要从“三医”联动到健康治理，通过互助共享的健康保障战略、医防融合的健康支持战略、均衡协同的健康服务战略和多元合作的健康促进战略，实现全人群、全周期、全方位为特征的全民健康福祉。基于此，走向健康现代化的具体路径包括，依托健康资源配置体制、健康制度协同机制、健康服务递送体系和健康行动协同网络，最终促进资源互通、结构改革、服务融合和治理提升。

关键词：健康现代化；“三医”联动；健康治理；医防融合；健康共同体

DOI：10.19836/j.cnki.37-1100/c.2025.01.010

党的二十大报告提出“以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴”，在部署“增进民生福祉，提高人民生活品质”时强调“推进健康中国建设”“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”^①。然而，面对全球范围内的人口寿命延长与不断加剧的人口老龄化，如何保证健康红利和长寿红利的可持续生产，不仅是提升人口质量优势、缓解老龄化冲击的关键，也是实现健康现代化的现实动因。

中国式健康现代化是“个体健康”与“全民健康”统一的健康现代化。为保障每个人在遭遇疾病或伤害时获得医疗保健资源与服务的权利，维护个体获得工作或职位的机会公平^②，世界卫生组织呼吁各国政府关注公共政策对健康的影响，通过跨部门合作减少健康隐患，将健康融入所有政策，优化多元治理主体、多层治理领域、多维治理体系的健康治理结构，不断深化“连贯且包容”的健康共同体和治理现代化。因此，在面对健康风险的多重挑战和健康脆弱的叠加效应时，应秉持“人民中心、生命至上、系统整合、全民参与”的健康治理原则，构建“医保、医疗、医药”协同联动的“大健康”治理机制，实现从“三医”联动到健康治理，从而走向健康现代化。

一、应对健康脆弱性的治理挑战

面对少子化、老龄化问题与城镇化、工业化进程的矛盾复杂交织，中国社会系统面临健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性的多重挑战，引发了公共健康治理在治理界限、治理内容和治理进程等方面的变革，成为健康现代化面临的时代语境。

基金项目：国家社科基金一般项目“全生命周期视域下健康老龄化体系路径研究”(21BSH021)。

作者简介：翟绍果，西北大学公共管理学院教授，博士生导师(西安 710127; zhaishaoguo@163.com); 徐天舒，济南大学政法学院讲师，管理学博士(济南 250024; xutianshu1993@163.com)。

① 习近平：《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》，北京：人民出版社，2022年，第48—49页。

② Daniels N., *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, 1985, p. 46.

(一)公共健康治理界限交互扩大

现代性风险威胁着人类整体的生命安全等全人类共同利益,使公共健康治理的边界不断延展。伴随着大规模贸易往来与人口流动,病毒传播速度和广度不断提升,健康风险的传播逐渐无视国家、地区和民族的自然界限^①,成为人类生命健康安全的共同威胁。中国得益于世界最大的医疗卫生体系和社会保障网,人民健康素质相较新中国成立初期已得到极大改善,人口平均预期寿命从当时不足35岁增长到2018年的77岁^②。然而,老年群体的健康脆弱性也放大了隐匿在社会^③、经济^④、文化和自然环境等因素中的健康风险^⑤。由此可见,在面对“无界限”扩散的健康风险时,公共健康如何持续生产“健康红利”以推动现代化进程,已不再是医疗卫生领域的专门议题,而是一个全社会共同参与下的治理问题:凝聚改善健康状况的共识,开展卫生部门、非卫生部门以及公众之间的协同行动,实现全社会健康福祉最大化^⑥。因此,在全面建设社会主义现代化国家的进程中,公共健康只有通过“健康治理”才能完成从提升人民的身体素质向主动应对人类健康风险的转变。推动人口红利向健康红利可持续性转变,构建人类卫生健康共同体成为各个国家和地区推进健康现代化的普遍共识。

(二)公共健康治理内容更迭扩展

公共健康风险诞生自生产力与生产关系的矛盾运动之中,与社会发展并存共生。伴随着人类疾病谱和医学模式的转变,中国面临的健康风险从妇幼卫生问题和传染性疾患向慢性非传染性疾病转变,加之老龄化、城镇化进程加快对慢性病发病的影响,慢性疾病引发的健康问题亟须引起全社会高度关注。此外,伴随着人类活动范围扩大、跨境流动频繁,传染性病原体能够扩散到全球,急性传染病正严重威胁着人类健康。从近十年数据来看,全球传染病暴发频率暴增,仅仅在2011—2021年的11年间,传染病的暴发次数依次是179、183、164、197、182、213、189、117、108、40、87次,共发生1659次,比1900—2008年的109年间还要多468次^⑦。可以判定,慢性病与急性传染病仍旧是当前中国国民健康面临的巨大挑战。究其原因,社会形态的改变引发了生产方式的变化,由此引发的工作压力、生活方式变化在一定程度上造成了健康资本的损失,同时人口的大规模流动又为传染病提供了广泛的传播途径^⑧。纵观历次世界卫生大会的主题,从1948年世界卫生组织成立并明确健康的定义,到1978年《阿拉木图宣言》提出倡导初级卫生保健,到2013年《赫尔辛基宣言》提出“健康融入万策”的国家行动框架,再到新冠病毒大流行以来对全球健康合作共享、卫生系统转向疾病预防和促进健康等主题的关注。人类对健康的关注从实现全民健康的覆盖逐渐转移到系统的健康行动框架制定,这种焦点变化的背后体现出人们对健康风险的迭变过程以及对健康认知的不断深化和更新。值得注意的是,即便是在医药工业、生物技术空前发达的现代社会,传染疾病的流行和抗微生物药物耐药性仍然

① 严燕、刘祖云:《风险社会理论范式下中国“环境冲突”问题及其协同治理》,《南京师大学报(社会科学版)》2014年第3期。

② 《人口总量平稳增长 人口素质显著提升——新中国成立70周年经济社会发展成就系列报告之二十》,http://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202302/t20230203_1900430.html,访问日期:2023年2月23日。

③ Keim M. E., “Preventing Disasters: Public Health Vulnerability Reduction as a Sustainable Adaptation to Climate Change”, *Disaster Medicine & Public Health Preparedness*, 2011, 5(2), pp. 140-148.

④ Giles-Vernick T., Kutalek R., Napier D., et al., “A New Social Sciences Network for Infectious Threats”, *The Lancet Infectious Diseases*, 2019, 19(5), pp. 461-463.

⑤ Zarowsky C., Haddad S., Nguyen V. K., “Beyond ‘Vulnerable Groups’: Contexts and Dynamics of Vulnerability”, *Global Health Promotion*, 2013, 20(1_supply), pp. 3-9.

⑥ Governance for Health in the 21st Century, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf,访问日期:2024年10月15日。

⑦ 戴卫东、余洋:《全球疫情治理共同体:理论构建、行动框架与实施路径》,《人文杂志》2021年第5期。

⑧ Cutter S. L., Bryan J. B., Shirley W. L., “Social Vulnerability to Environmental Hazards”, in Cutter S. L., *Hazards Vulnerability and Environmental Justice*, London: Routledge, 2012, pp. 242-261.

共存于人类社会,甚至一些传统公共卫生问题出现重新抬头的趋势^①。在疾病谱的转变下,卫生健康治理的重点也经历了从烈性传染病到慢性疾病再到慢性非传染和新型传染疾病的更迭^②,管理已发生的和干预未发生的由生物(身体)—文化错位所引起的现代性社会疾病是新时代公共健康治理的重要内容^③。总之,随着健康风险的更迭,在现代社会更加多样和复杂的健康风险挑战下,公共健康治理理念需要全面革新升级,公共健康治理内容要从治愈和阻击疾病向管理非传染性疾病和隐性潜伏的健康风险转变,以前瞻性的前期预防、日常性的健康管理应对全人群全方位全生命周期的健康风险。

(三)公共健康治理进程压缩叠加

中国正经历“历时性”风险因素的“共时性”集中呈现,传统健康风险、工业社会的健康风险以及现代化健康风险的集中,压缩了公共健康治理的进程^④。与西方社会不同的是,中国的现代化是“压缩的现代化”(compressed modernization),即在风险强度空前升高的同时,又缺少风险制度化预期和管理的时间^⑤。全球化程度加深、疾病谱转变和现代化进程压缩使健康脆弱性治理更加复杂,不稳定事件相互作用所产生的经济、政治、社会和健康不平等加剧了健康脆弱性^⑥。在中国公共健康治理的现代化进程中,中国面临着相较西方国家更复杂的公共健康治理任务。随着中国步入老龄化社会,全国60岁及以上人口超2.96亿,占总人口的21.1%,全国65周岁及以上老年人口抚养比22.5%^⑦,中国是世界上拥有老年人口最多的国家。2019年,中国因慢性病导致的死亡数占总死亡病例的88.5%,其中心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病死亡比例为80.7%。健康的挑战不仅在于健康脆弱性本身,还与长久以来的教育、就业、养老、住房等领域的各种社会因素息息相关^⑧。由健康脆弱性诱致的系列问题会进一步加重健康不平等的问题,因而更需要未雨绸缪。总之,公共健康治理是一个系统性的复杂工程,在中国式现代化进程中的公共健康治理更是面临着时间紧、任务重的挑战,治理理念、治理进程要与健康现代化相适应,以改革创新为动力、发展共享为目标,实现健康受益均等化,全面提高全体人民健康素质和生活质量。

二、面向健康现代化的治理理念变革

健康治理理念是公共健康领域所有行动和规制的价值公约数。2020年,中国公共健康体系的适宜程度在十个代表性国家(其他九国是美国、英国、日本、澳大利亚、德国、法国、加拿大、俄罗斯、新加

① Asokan G. V., Kasimanickam R. K., “Emerging Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance and Millennium Development Goals: Resolving the Challenges Through One Health”, *Central Asian Journal of Global Health*, 2013, 2(2), p. 76.

② 陈兴怡、翟绍果:《中国共产党百年卫生健康治理的历史变迁、政策逻辑与路径方向》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》2021年第4期。

③ 余成普:《中国农村疾病谱的变迁及其解释框架》,《中国社会科学》2019年第9期。

④ 赵坤:《风险社会中的共同体重建——兼论中国社会共同体治理的具体矛盾与治理智慧》,《福建师范大学学报(哲学社会科学版)》2020年第5期。

⑤ 贝克、邓正来、沈国麟:《风险社会与中国——与德国社会学家乌里希·贝克的对话》,《社会学研究》2010年第5期。

⑥ Jeleff M., Lehner L., Giles-Vernick T., et al., “Vulnerability and One Health Assessment Approaches for Infectious Threats from a Social Science Perspective: A Systematic Scoping Review”, *The Lancet Planet Health*, 2022, 6(8), pp. 682-693.

⑦ 《2023年度国家老龄事业发展公报》, <https://www.mca.gov.cn/n156/n2679/c1662004999980001751/attr/360830.pdf>, 访问日期:2024年10月15日。

⑧ Oppenheimer M., Campos M., Warren R., et al., “Emergent Risks and Key Vulnerabilities”, in Field C.B., Barros V.R., Dokken D.J., et al., *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge: Cambridge University Press, 2014, pp. 1039-1100.

坡)中排位第四,尤其是在突发应急和传染病预防控制领域,适宜程度均位列第一,儿童保健和妇女保健领域均列第二^①。这从侧面印证了中国公共健康治理取得的显著成效和对全球公共健康治理作出的突出贡献。在人口快速老龄化及疾病谱系转变的背景下,健康治理理念需要依据健康风险的迭变升级进行因应创新,即以改善人民生活质量为核心引领健康治理理念的变革。一方面,人民中心与生命至上是健康领域乃至整个经济社会发展的指导价值,公共健康以人民的发展权利为中心,以生命至上为责任担当;另一方面,公共健康治理具有系统性特征,同时健康的影响因素呈现出多元性特征。因此需要秉持系统整合、全民参与的理念创新公共健康政策,将健康协同、合作行动融入公共健康治理的各个领域,进而塑造出新的社会主义健康文明。

(一)人民中心的公共健康发展权利

坚持以人民为中心是中国特色社会主义的价值追求,也是公共健康治理始终需要遵循的首要原则和核心理念。民生理念古已有之,在源远流长的民本思想熏陶下,坚持以人民为中心,把人民对美好生活的向往作为奋斗目标是中国共产党治国理政的人本主义体现。重民、贵民、安民、恤民、爱民,方有健康治理之基。受制于社会经济、科学技术以及治理能力的发展水平,公共健康治理的实践必然会经历“生存—保护—发展”的变革,从维护人民生命安全到提高人民生命质量,再进一步实现人民生命价值,逐渐消除健康不平等实现“人人享有健康”。

(二)生命至上的公共健康保障责任

健康是“保持一切价值的源泉即劳动能力本身”^②,是基于人类共同利益之上的“类价值”,公共健康则包含着对人类共同福祉的追求。公共健康在强调个人健康权利的同时突出了人民的生命健康,蕴含了人人平等的价值指涉^③,它将人民生命健康置于经济、政治、文化、社会发展中的优先地位。公共健康治理承担着保障最大多数人群健康的重任,通过一系列制度安排切实尊重和维护个体的生命价值和尊严,从而促进个体的自由和全面发展,有效彰显人伦之美。中国从法律层面对公民个人生命健康权进行肯定和保护,如在宪法的第21、第26、第36和第45条中,从国家政策、环境保护、宗教信仰和物质帮助权的角度保护公民健康权;在民法典第990、第1004、第1005条中对“健康权”作出直接的法律定义,并强调“健康权”作为一项重要人格权以及在受到侵害时的法律救助权利等,从法律层面确保了人人生命平等的共识和人民生命健康优先的地位。此外,健康权还需要相应的制度架构加以保障,如通过传染病防控制度、住院分娩补助制度、药品供应保障制度和基本药物制度、非传染性疾病防控制度等干预、调整、再分配健康资源,调节和避免因经济发展、制度变迁、技术变革所造成的对个体成长、生活、工作中的健康剥削,突出不同地域、不同行业人群的个性化需求以及对弱势群体、重点人群的政策倾斜,构建针对健康群体的稳定性健康资本提升体系以及针对全体国民的适度性健康保障体系。

(三)系统整合的公共健康协同治理

公共健康治理是一项既覆盖“预防—治疗—康复”全健康过程,又涉及政府、企业、组织机构等多元主体的复杂系统工程。加快补齐公共健康治理体系的短板和弱项,促进系统整合是全面提升公共健康治理效率和公平的应有思路。因此,公共健康“善治”的实现需要以协同原则为指导,发挥不同主体的不同功效并形成合力,形成政府、市场和社会合作治理秩序,不断推进“健康融入万策”实践,建立以预防医学为主的公共卫生、以临床医学为主的急性期治疗和以康复医学为主的康复治疗,进而提供

① 《上海公共卫生适宜程度全球第三,全国第一》, https://s.cyol.com/articles/2019-10/20/content_DZmlZ9CG.html, 访问日期: 2022年2月9日。

② 《马克思恩格斯全集》第26卷,北京:人民出版社,1972年,第159页。

③ 秦龙、孙萌:《本体论基础、生存论考量、实践论内蕴:人类卫生健康共同体的三重逻辑》,《学习与实践》2022年第8期。

连续、系统、有序的公共健康服务,从全生命周期、全方位维护公众健康^①,不断提升公共健康综合治理能力和水平。

(四)全民参与的公共健康合作行动

人类社会的公共健康以人的健康为行动目标,公共健康治理的开展势必要建立在个体责任与社会责任的持续合作过程之中。无论是单一的生理健康还是多维健康,无论是被动的医疗卫生干预还是积极主动的生活方式干预,健康管理从生物医学模式向社会医学模式转变^②,昭示着个体“健康第一责任人”的健康意识正不断觉醒。当前,通过健康教育、全民健身计划、新时代爱国卫生运动、绿色低碳环保生活方式等活动的普及,人们逐渐形成了健康生活行为,健康资本得到积累,这激励了人们主动参与到公共健康行动之中。总而言之,随着参与健康行动的人群规模不断增长,公共健康的“公共性”与“合作性”特征日渐增强,同时社会整体的健康素养得到提升,公共健康治理得以有效推进。

三、改善健康公平性的“三医”协同改革

21世纪初,“三医联动”的蓝图初步形成:从实现药品生产流通体制的建立健全,到扩大医疗保险制度覆盖面,再到推进医疗机构的现代医院制度改革。2009年新医改确立了“三医联动”改革方向,开始在新一轮医疗改革中探索以医保推动医疗、医保、医药联动的做法。党的十八大以后,“三医联动”开始侧重于满足全民健康需求的医疗服务格局,即实现医疗改革领域三个重要因素的三管齐下。党的十八届五中全会提出将“三医联动”作为推进“健康中国”建设的重要内容^③。而伴随着“健康中国”战略的提出以及财政投入的增加,中国医疗卫生事业得到快速发展。2016年,《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》中提出要坚持加强医疗、医保、医药的联动改革^④。2020年《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中提出增强“医疗、医保、医药”三医联动改革的整体统筹和协同推进^⑤。构建以“人民至上、共建共享、公平正义”为价值导向的健康善治,解决人民群众对于高质量医疗卫生服务需求与当前中国医疗卫生服务机制不能满足民众之间的矛盾,成为医疗卫生领域实现中国式现代化的重要目标。需要说明的是,“人民性”的核心集中体现于对“公平性”的伦理要求^⑥。因而,健康公平成为“三医联动”改革进一步深化的价值旨趣所在。健康公平是指社会成员公平地享有基本医疗资源和医疗服务^⑦,为保障人民健康权益的公平正义,中国采取了构建包含诸多维度的健康治理体系这一途径^⑧。因此,通过医保改革推动健康资源的优化配置、医疗改革推动健康服务系统整合,再通过医药改革推动健康体系的网络耦合,保证医保在医疗、医药资源科学配置中的杠杆作用充分发挥,“三医”联动提高了医疗资源的使用效能,实现行业之间、区域之间、城乡之间的健康协同发展^⑨。

① 翟绍果:《从病有所医到健康中国的历史逻辑、机制体系与实现路径》,《社会保障评论》2020年第4期。

② 董传升:《走向主动健康:后疫情时代健康中国行动的体育方案探索》,《体育科学》2021年第5期。

③ 《中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议公报》,http://www.xinhuanet.com/politics/2015-10/29/c_1116983078.htm,访问日期:2022年2月14日。

④ 《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》,https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5163450.htm,访问日期:2022年2月20日。

⑤ 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm,访问日期:2022年3月1日。

⑥ 王鑫:《分配正义在社会主义中国:基于分配制度的考察》,《学海》2022年第2期。

⑦ 邓朝华、邓子豪、樊国睿等:《在线健康平台能否减少健康不公平?——基于价值共创视角》,《管理世界》2024年第1期。

⑧ 李俊、吴永江:《系统论视域下新时代健康中国治理:逻辑结构与伦理向度》,《西南民族大学学报(人文社会科学版)》2022年第5期。

⑨ 翟绍果:《“三医”联动的逻辑、机制与路径》,《探索》2017年第5期。

(一) 医保改革推动健康资源的优化配置

作为医院收入和患者支付医药费用的重要来源,医保对医患之间医疗、医药服务具有引导性的信号作用^①。通过参与医疗服务产品(如药品、器械等)的医疗服务(门诊、住院等)的价格制定,医保逐渐形成差异化的付费方式组合以及报销比例,引导健康资源的配置走向。具体来看,在城乡医疗保障标准统筹化、医保基金管理集中化的基础上,通过医保的门诊统筹、梯级报销比例设置、支付方式改革等措施,引导患者就医流动更加有序,减少医患纠纷,将医疗费用的使用控制在科学合理的范围内。既最大化发挥医保战略购买的功能,发挥医疗保障对供给方的引导调控作用,借助医保药品目录谈判优化医药质量与价格,使之与群众的健康需求相适应;又通过医保费用支付机制改进来提高医疗服务效率,还利用医疗与医药间的药品招标采购制度治理药价虚高,最终优化健康资源在医疗市场的交换和配置。在此过程中,医保以价格为纽带连接起医疗和医药,实现了二者以价格升降为具体形式的关联性互动;同时,二者又受制于医保的价格杠杆,“三医”互嵌形成。

(二) 医疗改革推动健康服务的系统整合

在医保划定的价格、内容等界限基础上,医疗服务以其较强的专业性与专有性,进一步明确治疗方案、医保支付金额及药械使用等重要维度,串联起从疾病预防到康复护理的各个服务环节,实现了健康治理服务的系统整合。因此,医疗质量的高低直接关系到公众健康水平。如果医务人员绩效工资来自医疗总收入,在自利动机的驱动下,大处方、大检查、多化验、多用药等违规行医现象将层出不穷。对此,需要逐步完善公立医院的补偿机制,适当上调医疗服务价格来补偿药品零差率销售带来的收入降低;保障医务人员薪酬待遇维持在合理激励水平;构建责任共担、利益共享的紧密型医疗共同体,全面开展分级诊疗和双向转诊制度,打破行政、财政、人事等方面的壁垒,推动优质医疗资源、人才有序有效下沉,构建“医防融合”机制,以促进“全民大健康”目标的实现。

此外,作为疾病治疗的主体,医院和医务人员连接医疗保险的使用及药品生产与销售,左右着医疗保险支出以及药品的选用^②,连接起医药与医保之外的医疗卫生相关的利益主体,借助社会化管理、法律法规完善等手段,使之围绕健康服务进行的资源共享与协同行动,最终实现医疗体制优化、经办效率提高、医药与医疗服务市场走向规范。由此可见,医疗过程中包含了对患者医疗服务支出以及国家医保费用支出的整体统筹,实现了医保、医疗和医药的“互融”。最终,互融的医保、医疗和医药形成了以最终满足多方面、多层次、多样化健康服务需要为目标,不断吸纳关涉“三医”的主体、资金等要素的网络,推动健康治理服务的系统整合。

(三) 医药改革推动健康体系的网络耦合

医保价格杠杆作用的发挥依赖于对所有药械价格的合理控制,作为医疗服务的工具,药械价格与质量也成为衡量医疗服务效率的重要变量。因此,医药改革的成败既决定着医保改革的成效,也掌控着医疗服务质量的高低,还成为医保通过价格杠杆影响医疗服务的重要工具。医药改革通过药品零差率销售、提高医疗技术服务价格、增加政府投入以及药品集中采购等途径压缩医药流程中的巨大盈利空间。由政府主导的对药品生产、供应、流通、使用等各个环节的控制举措强化了药品成本管理,规范了医疗服务市场的竞争,逐渐扭转医疗资源的倒置状态,医疗服务质量也因医疗资源的充分供给而不断改进,正常化的医药和医疗引导着医疗保障形成多层次、多来源、科学支付的运行机制。以医药改革为契机,在药品生产、供应、流通、使用等各个环节中的城乡居民、公共卫生部门、医疗服务机构、药品供应厂商、医保经办机构、社区卫生服务中心、社会第三部门等主体之间的互动关系走向正常化,并在对公共健康治理目标的共识基础上,形成发挥公共健康应急、健康贫困治理、健康管理服务、健康环境改善、健康教育促进等功能的健康合作治理网络。

① 仇雨临:《医保与“三医”联动:纽带、杠杆和调控阀》,《探索》2017年第5期。

② 高和荣:《以医疗为中心的“三医”联动改革:路径与策略》,《南京社会科学》2018年第7期。

(四)从“三医”联动到健康治理的协同改革

医保、医疗和医药关乎人民的健康福祉,成为新时代健康治理的重要领域。在以健康治理为目标指引下,医保、医疗、医药在改革过程中走向统合型联动,不断生成健康治理效能。一方面,医保、医疗与医药各要素内部遵守各自行业规范,以“三医”互律实现健康行业有序发展;另一方面,各要素之间系统整合、协同联动,以“三医”互嵌实现健康体系效率最大化;与此同时,医保、医疗与医药作为一个整体,与其他经济社会要素也处在不断的互动中,而伴随着全民参与的公共健康合作行动,更需要以“三医”互融构建全社会健康共同体。

首先,从费用管理走向医保治理的医保体制改革,实现健康资源配置优化。医保待遇与支付改革吸纳了更多优质医疗机构进入医保支付体系,优化了医保基金的支付方式,使病后报销和病前预防趋于平衡,此外,还推动了医保药品目录优化更新,并借助医保基金结余部分打包支付给医院的制度设计激励约束了医院医生的医疗服务行为。在客观上形成了以待遇倒逼和支付激励的行为治理效应。最终,以医保为纽带,通过制度设计、标准制定,推动医保—医疗—医药的互动关系为发挥健康保障功效的目标而不断优化,“三医”之间相互嵌入的结构优化型联动逐渐成形。

其次,从疾病治疗走向健康管理的卫生体制改革,实现健康服务系统融合。结合地区经济发展水平以及医务人员专业技能、岗位差异、服务内容、实际工作量、患者满意度等情况,不断完善医院薪酬制度^①,调动医务人员积极性,提高服务质量。以此为基础,通过强化分级诊疗和双向转诊机制推动紧密型医联体建设,引导医疗资源下沉,构建区域一体化的健康管护网络。最终,围绕提高人群健康绩效,医疗卫生相关主体通过社会化管理、制定法律法规等途径开展资源共享与协同治理,使医疗卫生服务走向系统化、整合化,健康治理的功能共创型联动由此形成。

最后,从药物研发走向健康适宜的药品体制改革,实现健康体系网络耦合。集中采购、两票制等措施,提高了药品市场以及价格谈判机制的透明度,实现“降药价、提效率、惠民生”。随着药品质量优化与成本降低,疾病有药可治、患者有药可用的大医药的联动成型,医疗和医保也回归于患者的健康需求,“三医”内部的互律关系逐渐诞生出要素耦合联动。

四、从“三医”联动到健康治理的战略转型

健康是实现人自由而全面发展的基本要求,也是经济和社会发展的必要因素。因此,均衡而充分地满足人民的健康需要成为国家健康治理体系现代化的目标指向和根本归宿^②。公共健康治理赋予健康现代化以实践内涵,公共健康治理的现代化进程需要将“人口红利”转化成“健康红利”^③。医疗、医药和医保作为中国医疗卫生的三大板块,其耦合程度决定了能否实现“病有所医、病有良医”。但从医疗卫生体系的运行来看,目前“三医”的关系处于“联而不动”的低耦合度状态:在医疗保险的改革“单兵突破”后,医药领域与公立医院改革未与之适配,致使“以药养医”问题难以根除,患者医疗负担依旧沉重,“看病难”“看病贵”问题仍然存在。从医保、医疗、医药的改革过程中不难发现,“三医”间彼此各行其是、错位冲突、相互独立的关系可见一斑。因此,推动公共健康治理实现互助共享的健康保障战略、医防融合的健康支持战略、均衡协同的健康服务战略和多元合作的健康促进战略的整体性转型,打破了原有单项推进的桎梏。从“三医”联动到健康治理,多元治理主体为应对各种健康问题而进行持续互动,全面提升了全民健康福祉(见图1)。

① 高和荣:《以医疗为中心的“三医”联动改革:路径与策略》,《南京社会科学》2018年第7期。

② 岳经纶、王春晓:《健康治理创新的几个争论重点》,《人民论坛》2018年第33期。

③ 王威峰:《国家治理现代化视阈中人民健康的时代内涵、价值意蕴与实现路径——基于习近平关于人民健康的重要论述》,《科学社会主义》2020年第3期。

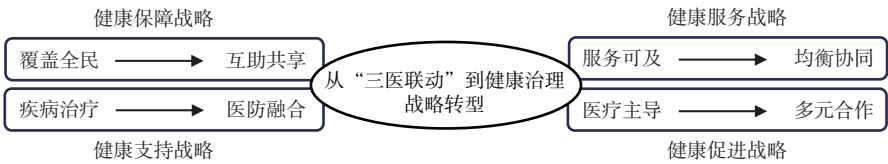


图1 从“三医”联动到健康治理的战略转型
(资料来源:作者自制。)

(一)从覆盖全民到互助共享的健康保障战略

强化提高人民健康水平的制度保障是中国特色民生保障制度的组成部分,坚持以人民健康为中心,加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系是医疗保障深化改革的目标。截至2023年底,全国基本医疗保险参保人数133389万人,参保率稳定在95%以上^①,实现了基本医疗保险覆盖全民,这也是中国深化医药卫生体制改革的突出成就之一。面对老龄化、新业态、人口流动、疾病谱转变等老问题和新挑战,医保需要从待遇保障、筹资运行、基金监管、支付方式等制度要素方面持续优化,并规范多层次保障体系的作用路径和资源布局,激励公众和相关利益者理性、适宜的健康行为,从而保证全体人民享有更优水平、更加公平的健康保障待遇。具体来看,要以待遇统筹为抓手,促进健康资源均衡适配,着力建好门诊共济保障机制,合理规划医疗保障统筹基金流向,科学设定医疗服务和药品的支付范围和支付方式,实现“人人享有基本卫生保健”。此外,应通过合理界定基本医疗保险、大病补充保险、医疗救助和商业健康保险的责任范围、触发机制和运行机制,提高健康保障体系的整体效率和互助共享水平,释放多层、连续、主动的健康保障效能。适度提高基本医疗保险统筹层次,实现基金调剂使用、政策待遇公平统一、管理运行衔接流畅,提高互助共济能力。

(二)从疾病治疗到医防融合的健康支持战略

在各类传染性疾病持续影响全球健康治理、老龄人口健康需求呈井喷式增长以及健康管理重要性日益显现的背景下,多变的健康风险威胁和多样的健康影响因素使公共健康治理面临着更加复杂的局面,迫切需要从单一的疾病治疗,走向建立集预防、治疗、康复于一体的链条式健康支持战略。中国老年人口规模达2.96亿,慢性病占我国老年人群死因的91.2%,心脏病、糖尿病、高血压等慢性疾病是造成60岁以上老年人群期望寿命损失的重要原因^②。同时,慢性病需要长期维持治疗,患者一般长期处于消极、低沉的情绪之中,致使病情加重或诱发慢性病共病,造成灾难性的医疗支出^③。因此,公共健康的治理战略制定,一方面要完善健康风险社会中常规性的疾病预防机制,稳步推进慢性病防治,加强靶向健康管理,建立起集社区、学校、工作单位等一体化的健康管理体系;另一方面,要完善突发性的公共卫生应急机制,保障重大公共卫生事件的防控底线。

人民群众日益增长的健康需求要求公共健康治理持续提高公共卫生、临床医学、康复医疗等各环节的健康支持能力,全方位促进健康支持战略走向医防融合,引领卫生健康治理的高质量发展。医疗服务要求完善健康现代化的综合服务方案,推进城乡社区医防融合能力提升,切实提升基层医疗服务能力,引导合理有序的就医格局,满足老龄化社会中失能、半失能、带病生存人群的迫切需求,促进“医、养、护”服务协调、保障全面。加强以基本药物制度为基础的药品供应保障体系建设,不断完善药品集中带量采购和医保药品谈判机制及规则,创新药品供应方式,确保药品供应安全、稳定,使药品供应保障体系真正成为医疗健康体系和医疗保障体系的稳固支撑。

① 《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》, https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html, 访问日期:2024年10月15日。
② 刘路、仇军:《体育助力健康关口前移:逻辑考量、现实困境与实现路径》,《体育学刊》2023年第2期。
③ 宋明月、陈洁明:《慢性病冲击与居民生活质量——基于主观幸福感和客观消费视角的研究》,《人口与发展》2024年第5期。

(三)从服务可及到均衡协同的健康服务战略

合理的医疗健康服务项目是保障健康公平、促进健康可及的有效方式。不同等级医疗机构间医疗健康资源的结构布局、分布流向和组合方式会影响个体和社会公众的健康服务效用。应践行医疗资源布局均衡、保障功能协同的健康服务战略,最大化地释放均衡协同、共享资源的效能。通过政府、市场和社会的跨域合作,进一步打造好基层15分钟健康服务圈,形成全面覆盖、形式多样、功能完备的健康服务网络。疏通健康服务体系,推动医联体向卫生健康共同体转型,特别要加强县、乡、村三级联动的医疗服务体系建设,提高基层公共健康服务治理能力,改善公众的健康受益均等化水平,实现公共健康共生、共识、共建、共治、共享。

(四)从医疗主导到多元合作的健康促进战略

随着健康观念从“公共卫生干预”向“公共健康政策促进”转变,健康行动策略也随之从“健康权利的被动维护”转变为“全民健康的主动政策”^①。面对日渐复杂的健康风险,公共健康治理需要多元主体的参与^②,一种基于多元合作的健康促进战略逐渐形成。“全民健康”作为健康中国建设和健康现代化的最终目标,既要立足全生命周期,提供从“摇篮”到“坟墓”的全覆盖健康服务,更要立足全人群,保证系统连续健康服务的全民可及。因此,健康现代化需要基于公共健康脆弱的发生机理,旨在构建具备健康管理、健康照护等健康促进功能,且能够实现全方位、全生命周期健康维持的全民健康系统。首先,需要营造宣传新的健康理念,营造支持健康发展的社会氛围,激发个体发挥“健康第一责任人”作用;其次,要在市场资源要素充分流动的背景下,动员市场主体提供多样化的健康产品,满足多元化、多层次的健康需求;最后,还要重视不同主体与不同层级之间的纵向协同关系,构建多维的协同治理网络^③。

五、走向健康现代化的健康共同体实现路径

健康现代化已经成为推进“健康中国”战略、实现健康“善治”的重要目标和价值归宿,健康共同体作为人类满足共同健康需求的具体组织形式,成为健康现代化的必由之路。健康不仅是一种身体状态,也是一种重要的治理能力,健康治理是国家治理现代化的重要一环。在健康现代化的韧性治理目标下,健康共同体的构建需要立足于全生命周期提升人民健康福祉的根本宗旨,在明晰公共健康脆弱性发生机理与干预机制的前提下,从治理保障、治理方式、治理策略和治理主体四个维度分别提出优化健康资源配置、健全健康服务递送体系、提高健康制度相容、赋能健康协作行动的实现路径(见图2)。渐进实现资源互通、结构优化、服务融合和效能提升,构建富有韧性的公共健康治理生态,最终保障“健康红利”的可持续生产。



图2 健康共同体的实现路径

(资料来源:作者自制。)

① 杨临宏、陈颖:《“将健康融入所有政策”的三重实践逻辑构造及其在中国的运用》,《思想战线》2021年第1期。
② Jhang W. G., “Challenging Every Determinant of Health: Governance and the Role of Practitioners in the Future of Public Health”, *Perspectives in Public Health*, 2011, 131(5), pp. 200-201.
③ 杨立华、黄河:《健康治理:健康社会与健康中国建设的新范式》,《公共行政评论》2018年第6期。

(一) 优化健康资源配置体制,推动健康促进行动持续发展

健康资源的公平配置不仅决定协同关系的发展方向,也成为健康现代化发展的基础价值。新中国成立初期,为解决资源薄弱、缺医少药、疫病横行的医疗状况,以县级医院、乡镇卫生院以及村卫生室为依托的三级卫生保健网开始在全国范围内推广,为医疗资源下沉和基层健康效能提升提供了基本的组织基础^①。同样是为解决医疗资源的整合问题,以“集团化”模式为代表的公立医院改革完成了将医疗资源转化为实实在在医疗服务的使命^②。因此,健康现代化的发展需要构建以健康适宜为核心价值的健康资源配置机制,保证健康促进行动的持续性和有效性。

具体来看,健康适宜的资源配置要对医疗卫生体制的关键要素进行整合优化,通过信息技术赋能提高资源利用效率、加强相关学科专业建设,形成“人、财、技”等健康资源“全国一盘棋”的合力优势,推动公共健康资源与差异化健康需求的适配。首先,推动互联网、大数据、物联网、人工智能等与公共健康治理相结合,以技术媒介为基础,以组织管理为平台,以层级互动为机制,推动疾病预防控制网络直报系统、突发性公共卫生事件管理系统、健康危害因素监测系统、健康管理服务系统等范畴的信息整合;其次,高效利用资金资源,统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用,完善资金来源多元和利益风险共担机制,加大资金监管力度,合理规划健康机构设施布局,强化医保战略性购买,健全重大疫情医疗救治费用协同保障机制;最后,积极培育人力资源,完善公共健康领域从业者编制、职称、薪资、待遇等政策,推进相关学科专业结构改革,建设高质量教育培训体系,持续优化人才成长途径和队伍结构,不断提升队伍素质。

(二) 完善健康制度协同机制,实现健康治理体系优化整合

制度的本质是系统秩序。健康制度是以消除健康脆弱性这一“失序”要素为目的,为公共健康共同体提供目标共识、明确职能定位、激活行动关联、优化集体结构,成为健康现代化进程中健康协同理念的秩序表达。以协同为方向的现代化健康制度构建,需要协同推进公共卫生、医疗服务、医疗保障和药品供应等健康制度综合治理,补齐短板、突出相容,立足于源头治理、过程治理与系统治理,从应急、治疗、预防、投资与保障等角度出发,形成健康协同治理网络,确保健康综合治理的各项工作科学合理。公共卫生方面,完善总体计划、协调机制、补偿机制、评价体系,加强公共卫生体系现代化建设,推动基本公共卫生服务均等化;医疗服务方面,加强基层医疗健康服务能力建设,突出对老年病、慢性病、地方病等的监测干预和防治;医疗保障方面,依据生命周期设置动态缴费机制和标准,基于疾病种类和筹资规模确定均衡待遇机制,实现基本医保在不同生命阶段和不同统筹区域的权益转换,通过支付方式的优化平衡病后报销和病前预防,强化健康结果激励,引导参保者形成良好的健康行为;药品供应方面,完善清晰、透明、健全的药品及医用耗材谈判与集采的制度和机制设计,提升成本效益比,强化监督约束和政策引导。

(三) 健全健康服务递送体系,满足多元健康需求安全可及

“公平正义”作为中国式现代化的重要伦理指向,也是长久以来党和政府开展健康治理探索的价值指引。新中国成立初期,“赤脚医生”为六亿多农民健康提供了最基本的医疗服务,被世界卫生组织和世界银行盛赞为“以最小投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。面对公众日益增长的健康需求,构建健全的健康服务递送体系,以多元的健康服务类型满足个性化的健康需求,进而保证健康公平,成为健康现代化的应有之义。因此,以嵌入、合作、共享等方式,推动不同主体、不同类型、不同层次健康服务的深度融合,优化健康服务生产和组织输送过程,努力实现正式体系与非正式体系的衔接,才能完善全人群全方位全周期健康服务体系。

健全健康服务递送体系,需要在充分结合政府健康政策、公众健康促进、企业健康生产、社会组织

① 孟庆跃、袁蓓蓓:《中国基层卫生体系建设经验及其国际借鉴意义》,《中国卫生政策研究》2023年第12期。

② 吴素雄、余潇、杨华:《医疗卫生服务体系整合的过程、结构与治理边界:中国实践》,《浙江学刊》2022年第3期。

健康参与、学者健康研究、媒体健康传播等要素的前提下,通过疾病预防、医疗干预、健康照护等方式在健康风险发生的前中后各阶段精准递送相应的服务。此外,作为健康现代化的重要语境,基层健康成为健康服务递送的重中之重。因此,应当强化社区在健康服务生产和递送的功能作用,大力发展中医药预防保健治未病服务。借助优化医疗服务模式,推进家庭医生签约服务,通过签约购买、政府补助等多种方式实现健康服务包“从近家到进家”的转变,实现健康服务供给与联动机制的磨合,实现健康服务的高质量发展,最终满足国民多层次、多样化的健康服务需求。

(四)赋能健康行动协作网络,引导健康合作参与高效有序

健康行动的系统网络建构,其目的是保障健康现代化的实现,即构建共建共治的社会健康治理格局。健康现代化需要通过完善健康权益网络、升级健康产业网络、优化健康社区网络、集成健康项目网络,积极探索多方共赢的健康行动协作方式,引导健康合作参与高效有序。

首先,完善健康权益网络,通过个体参与、社会帮扶、政府引导的多元健康参与计划,保障健康机会和健康权益,突出留守高龄人群健康支持、残疾残障人群健康援助、失能失智人群健康照护、慢性疾病人群健康管理等协同治理。其次,升级健康产业网络,推动卫生健康事业与旅游养老、文化体育、金融地产等健康产业融合发展,打造各具特色的健康产业发展模式。再次,优化健康社区网络,注重发挥社区的健康治理功能,完善以社区为元单位的公共健康治理模式,发挥互惠互助的志愿作用,鼓励与培育社会组织提供健康服务^①。最后,集成健康项目网络,包括健康行动、健康科普、健康人才能力提升、健康服务配送等,进一步推动健康融入所有政策。从健康共同体的系统秩序来看,其微观层面是以个体健康管理和家庭网络为支撑基点,中观层面是以社区健康服务和社群网络为靶向,宏观层面则是以政府健康行动和政策网络为抓手,达成公共健康协同治理的合作秩序。

总而言之,通过政府、社会与市场多方的跨域合作,在公共健康的应急性治理、常规性治理与主动性治理等策略体系上,推动健康制度的交互相容、健康资源的公平配置、健康服务的连接递送和健康资本的积聚提升等,形成公共健康促进的合作行动和强大合力,促进资源互通、结构改革、服务融合和治理提升,加快健康韧性建设,从医保、医疗与医药协同发展,走向健康现代化的公共健康治理。同时,也需要参与全球公共健康治理实践与政策创新,为积极构建人类公共健康共同体贡献中国力量和中国智慧,实现人类健康的共生共识、共建共治与合作共享。

The Strategic Transformation and Realization Pathways Towards Health Modernization: From “Three Medical” Linkage to Health Governance

Zhai Shaoguo¹ Xu Tianshu²

(1. School of Public Administration, Northwest University, Xi'an 710127, P.R.China;

2. School of Political Science and Law, University of Jinan, Jinan 250024, P.R.China)

Abstract: Health modernization is an important part of socialist modernization. It aims to promote the interaction and compatibility of health systems, the fair allocation of health resources, the connection and delivery of health services and the accumulation and promotion of health capital through the cross-domain cooperation of the government, society and market, with the strategic system of emergency governance, routine governance and active governance of public health, so as to form a cooperative action and strong joint force of public health promotion, promote resource

① 翟绍果:《从病有所医到健康中国的历史逻辑、机制体系与实现路径》,《社会保障评论》2020年第4期。

exchange, structural reform, service integration and governance improvement, accelerate the construction of health resilience, and move from the coordinated development of medical insurance, medical treatment and medicine to the public health governance of health modernization. China is facing with many challenges, such as the interactive expansion of public health governance boundaries caused by the “unbounded” spread of health risks, the expansion of public health governance content caused by changes in disease spectrum, and the compression and superposition of public health governance processes caused by health vulnerability. Driven by the change of public health governance concept with the content of people-centered public health development right, life-oriented public health security responsibility, systematic and integrated public health collaborative governance, and public health cooperative action with the participation of the whole people, we will gradually explore the medical insurance reform plan for rational allocation of health resources, the medical reform plan for systematic integration of health services, and the medical reform plan for coupling the health system, so as to realize the linkage of “three medical”. On this basis, we should complete the transformation of health security strategy from covering the whole people to mutual assistance and sharing, the transformation of health support strategy from disease treatment to integration of medical care and prevention, the transformation of health service strategy from service accessibility to balanced coordination, and the transformation of health promotion strategy from medical dominance to diversified cooperation, so as to realize the national health and well-being characterized by the whole population, the whole cycle and the whole direction. Under the goal of resilient governance of health modernization, the construction of a health community needs to be based on the fundamental purpose of improving people’s health and well-being throughout the life cycle, and follow the logical clues of the occurrence mechanism and intervention mechanism of public health vulnerability. From the four dimensions of governance guarantee, governance mode, governance strategy and governance subject, this paper puts forward the realization path of optimizing the allocation of health resources, improving the delivery of health services, improving the compatibility of health systems, and enabling healthy collaborative actions. It is necessary to gradually realize resource interoperability, structural optimization, service integration and efficiency improvement, build a resilient public health governance ecology, and finally ensure the sustainable production of “health dividend”.

Keywords: Health modernization; “Three medical” linkage; Health governance; Integration of medical treatment care and prevention; Health community

[责任编辑:陆 影]