

农村医疗保障与公共卫生服务协同机制研究

才源¹, 钱方明²

1. 长春市南关区工资统一发放管理中心, 吉林 长春 130000

2. 长春师范大学, 吉林长春 130000

DOI:10.61369/ER.2025070016

摘 要 : 本文聚焦乡村振兴下农村医疗保障与公共卫生体系割裂问题。当前该体系有三大核心障碍: 制度设计部门分割、目标分散; 服务供给碎片化、基层能力空心化; 考核激励短视, 重治轻防。面向“十五五”时期, 文章提出三维协同机制: 一重塑健康结果导向的政策共同体, 整合形成区域健康基金; 二打造县域整合式健康服务供给体系, 做实紧密型医共体; 三建立大数据与多元评价的协同治理生态。^[1]只有深化体制机制改革, 打破藩篱, 实现两者深度融合, 才能形成协调机制, 为乡村振兴战略服务。

关 键 词 : 乡村振兴战略; 农村医疗保障; 公共卫生服务

Research on the Coordinated Mechanism of Rural Medical Security and Public Health Service

Cai Yuan¹, Qian Fangming²

1. Nanguan District Wage Distribution Management Center, Changchun, Jilin 130000

2. Changchun Normal University, Changchun, Jilin 130000

Abstract : This paper focuses on the fragmentation between rural healthcare security and public health systems under the rural revitalization initiative. The current system faces three core obstacles: compartmentalized institutional design and dispersed objectives; fragmented service provision and hollowed-out grassroots capabilities; short-sighted performance incentives that prioritize treatment over prevention. For the 15th Five-Year Plan period, the article proposes a three-dimensional collaborative mechanism: 1) Reconstructing a health outcome-oriented policy community by integrating regional health funds; 2) Establishing an integrated county-level health service supply system to solidify closely-knit medical consortia; 3) Building a collaborative governance ecosystem leveraging big data and multi-dimensional evaluation. Only through deepening institutional reforms, breaking down barriers, and achieving deep integration can a coordinated mechanism be formed to serve the rural revitalization strategy.

Keywords : rural revitalization strategy; rural healthcare security; public health services

引言

乡村振兴核心是人的全面发展, 健康是人的全面发展、经济社会发展的必然要求和基础条件, 是民族昌盛和国家富强的标志, 也是群众共同追求。没有农民健康就没有乡村全面振兴, 将健康乡村建设融入乡村振兴战略全局, 是落实以人民为中心发展思想的体现, 也是实现农业农村现代化的前提。经过多年努力, 我国构建了世界最大的基本医疗保障网和基本公共卫生服务网, 解决了农村缺医少药和看病难问题, 提升了农民健康水平, 支撑了脱贫攻坚胜利。

然而, 随着社会主要矛盾转化、人口老龄化加速、疾病谱转变, 传统以治病为中心、医疗保障与公共卫生割裂的农村健康服务体系面临挑战。医保聚焦疾病发生后的财务补偿, 形成治疗激励; 公卫以人群健康干预和疾病预防为核心, 与临床诊疗结合不紧。“医”“防”体系平行运转导致系统失, 表现为资源配置重治疗轻预防、服务体系碎片化、医疗费用增长、农民健康获得感与政策投入不同步。

当前我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程, “十五五”规划建议强调健全社会保障体系、保障人民健康。这标志国家健康治理理念从以疾病为中心转变为以健康为中心, 对体系整合与机制协同提出更高要求。因此, 在乡村振兴背景下, 破解农村医防体系割裂顽疾, 构建协同机制, 是我国公共卫生事业的深刻治理命题。

作者简介:

才源 (1973.09-), 女, 汉族, 吉林长春人, 本科, 正高级会计师, 研究方向: 财政理论和绩效研究

钱方明 (1975.02-), 男, 汉族, 吉林长春人, 硕士研究生, 教授, 研究方向: 财务管理和绩效评价。

一、农村医保与公共卫生体系协同发展的三大核心障碍

当前农村地区“医”“防”体系的割裂，并非简单的执行不力或资源不足问题，而是植根于制度设计、组织架构与激励模式的深层结构性矛盾。这些矛盾相互交织、彼此强化，构成了阻碍协同的三大核心障碍。

（一）顶层设计的部门分割化与目标分散化

制度是行为的先导，顶层设计的部门分割是导致协同困难的根本性、源头性障碍。在我国现行行政架构下，医疗保障体系与公共卫生体系分属不同的管理系统——国家及地方医疗保障局与卫生健康委员会。二者拥有各自独立的法律法规、政策流程、筹资渠道、预算科目和考核体系，形成“条块分割、各管一摊”的治理格局。这使得在国家战略层面，缺乏一个以居民全生命周期健康结果最大化为统摄目标的顶层设计。

制度分立直接造成激励结构的扭曲。医保支付目录严格限定于疾病治疗项目，将具有成本效益的预防性服务排除在外或仅低水平支付，传递出治疗创造价值，预防无利可图的信号。公卫经费则多作为按人头拨付的固定补贴，与健康结果改善的关联薄弱。关键症结在于，医保基金与公卫资金如同两条平行线，缺乏预防成效转化为医保结余并反哺预防的联动机制。即使基层通过出色健康管理节省了大量医保支出，也无法获得相应激励。这种起点的分立，使得“医”与“防”在政策源头就背道而驰，缺乏利益重构的行政指令难以触动固有的运行惯性。

（二）服务供给的碎片化与基层能力空心化

制度设计的割裂直接塑造并固化了碎片化的服务供给体系。在县域内部，理论上应形成村级发现、乡级管理、县级诊疗的连续服务链，但现实中县级医院、乡镇卫生院和村卫生室三者功能重叠，竞争远大于协作。^[2]在以收入论英雄的发展模式下，资源、人才和患者不断向县级及以上医院虹吸，导致乡镇卫生院陷入双重塌陷：临床诊疗能力持续弱化，同时其公卫职能因缺乏临床结合点和有效激励，往往沦为纸面作业。村医队伍作为守门人，则面临年龄老化、知识更新慢、待遇保障不足等困境，难以胜任现代整合型健康服务。

更为突出的问题是，医疗与公卫服务流程在操作上成为两条极少交汇的单行线。患者在县医院的诊疗信息很少及时反馈至乡镇公卫系统，用于启动社区康复与长期管理；反之，公卫随访发现的风险也缺乏有效渠道向上转诊并确保连续性照护。^[4]这种断点使得居民获得的健康服务是零散、断裂、事件驱动型的，而非连续、整体、以人为中心的。例如，糖尿病患者的开药与日常健康管理常由互不关联的系统和人员负责，直接影响了疾病控制效果。基层服务能力的空心化与管理链条的断裂化，使医防协同在实践中失去了关键载体。^[3]

（三）考核评估的短视化与行为动机扭曲化

任何体系的最终运行方向，都是由其内在的激励约束机制所决定的。从政府管理部门到医疗卫生机构，再到具体的医务人员，普遍存在激励机制的严重扭曲与短视化，这是协同动力不足

的核心症结。对于医疗机构及其管理者，核心的KPI依然是门诊人次、住院人次、手术台次、床位使用率、医疗业务收入等反映治疗业务量的指标。医生的薪酬、职称晋升也与这些指标高度挂钩。在这种指挥棒下，投入时间开展健康教育、进行慢病精细化管理、从事预防保健，不仅无法带来直接的经济回报，反而会挤占用于创造收入的诊疗时间，导致医疗机构和医务人员缺乏任何内在经济动力去主动开展预防工作，重治轻防成为理性选择。对于公共卫生机构和人员，其考核虽聚焦于公共卫生服务，但往往陷入重数量、轻质量、轻结果的形式主义陷阱。过度强调居民健康档案的建档率、慢性病患者的规范管理率和随访率，而对这些档案是否真实、动态更新，管理是否真正有效并改善了居民健康结局，缺乏科学、严谨的后续评估与问责。医保经办机构的核心职责是确保基金安全可持续，其工作重心自然放在对医疗机构诊疗行为和费用的后端审核、监督与控制上，主要扮演支付者和控费者的角色，而非健康投资者。它缺乏制度工具和动力去主动购买预防服务，可以从源头上减少疾病发生，从而降低长期支付压力。这种相互割裂且目标各异的考核体系，使得医保部门、医疗机构、公卫机构三者之间形成了深刻的激励不相容甚至目标冲突。^[5]医保希望控制费用，医院希望增加收入；公卫希望医院多做预防，医院却认为预防挤占资源。各方在博弈中难以形成合力，系统性地抑制了主动寻求协同、追求整体健康效益的意愿与行为，形成了不协同的制度化的路径依赖。

二、面向“十五五”时期的医防协同三维机制构建

破解上述深层次的壁垒，绝不能依赖零敲碎打的政策修补或普遍式的行政命令，要以系统思维和改革勇气，进行整体性、机制性的重构。面向“十五五”时期更高水平的健康乡村建设要求，我们亟须构建一个涵盖制度、服务、激励三个维度的整合性协同框架，推动体系发生根本性转变。

（一）重塑以健康结果为导向的政策共同体

协同的首要前提是目标的统一与制度架构的融合。为此，应在国家和地方的“十五五”规划及卫生健康事业发展规划中，将建立并深化医防融合机制确立为一项具有约束力的核心指标与战略任务，并明确具体的时间表与路线图。实现协同的关键性突破口，在于探索实施以健康结果为导向的预算绩效管理制度。这要求必须突破现行僵化的部门预算壁垒，选择县域这一关键治理层级进行大胆的制度试点。

具体而言，可尝试将财政安排的基本医保补助资金、基本公共卫生服务项目资金及部分重大公共卫生专项补助等所有与居民健康直接相关的公共资金进行打包统筹，整合形成一个区域健康基金。同时，成立由县级政府主要负责同志牵头，医保、卫健、财政、发改、民政等部门负责人以及专家、居民代表共同组成的“县域健康基金管理委员会”，作为该基金的决策与监督机构。该委员会的核心职责是根据本县居民的主要健康问题，制定年度健康改善目标与优先干预领域。资金的分配将彻底改变以往按机构、按人员编制的简单拨付方式，转而采用预算跟着健康目标走

的模式，通过购买服务、按绩效付费等形式，支付给那些能为实现既定健康目标提供有效服务的责任主体。与此同时，深化医保支付方式改革的协同杠杆作用也至关重要。在全面推行 DRG/DIP 等住院支付方式改革的基础上，必须将支付机制从单纯的为疾病治疗付费延伸至为健康结果买单，从而在财务激励源头驱动服务体系向健康为中心转型。

（二）打造县域内整合式健康服务供给体系

制度的整合必须通过服务的重组来实现，核心路径在于将紧密型县域医共体全面强化并升级为对居民健康负总责的健康管护组织。医共体不能仅是医疗机构的物理捆绑，而应实现责任、管理、服务、利益的化学融合，做到人、财、物、信息、管理的真正统一。内部资源须依据功能重组：县级医院聚焦急危重症诊疗与技术下沉；乡镇卫生院转型为区域健康管理中心，承担基本医疗、公卫、康复、健康管理等融合服务；村卫生室则做实健康监测、慢病随访与健康教育，形成连续协同的服务体系。

因此，可全面确立以全科医生团队为核心的连续性健康服务模式。家庭医生团队与居民签约，提供涵盖基本医疗、公卫及个性化健康管理的整合式服务包。医保基金按签约人头支付基础服务费，并依据健康绩效结果浮动支付。通过赋予团队资源调配权，使其真正成为居民健康的首诊者、管理者、协调者和医保基金的守门人，从而将健康管理责任与团队经济利益深度绑定，构建起服务方与居民健康利益高度一致的激励机制。

（三）建立基于大数据与多元评价的协同治理生态

驱动协同持续健康运转的动力，来源于科学精准的评价与透明智慧的监管。必须加快建成统一权威、互联互通的全民健康信息平台，强制性打通医保结算、医院诊疗、公卫服务等数据壁垒，形成实时动态的居民全生命周期健康大数据资源池。依托此平台，运用大数据与人工智能技术，不仅要实现对不合理医疗行

为和欺诈骗保的智能监控，更要开发疾病谱监测预警、健康干预成本效益评估、机构与人员绩效评价等高级应用模型。

所以建立一套以健康结果改善、服务质量、服务效率及基金可持续性为核心的多维度综合评价指标体系，该体系的评价结果须作为财政补助、医保支付、机构评审、薪酬分配及干部考核的核心依据。同时，积极构建政府主导、行业自律、社会监督相结合的多元治理格局：发挥行业协会作用，向居民开放信息查询与反馈渠道，并引入独立第三方进行绩效审计。通过构建数据驱动、过程透明、主体多元的治理生态，将外部监管压力转化为体系内追求健康价值最大化的内生动力。

三、结论与展望

乡村振兴关键在于人的振兴和人力资本提升。构建高效协同、以人为本的农村医疗保障与公共卫生服务体系，是关乎社会公平正义、经济可持续发展与国家长治久安的战略性和基础性工程。当前制约我国农村健康服务体系效能提升的关键，并非财政投入不足，而是制度性、体系性和激励性割裂导致的系统性内耗与效率流失。医保与公卫体系系统失灵，难以应对多重挑战、满足农民健康服务期盼。展望“十五五”及更长远未来，推动农村医防体系从物理叠加走向化学融合和深度协同，是应对人口结构变化、疾病模式转型和实现高质量发展的必由之路。构建这一协同机制并非易事，要求各级政府尤其是县级政府承担健康第一责任人角色，打破部门藩篱，强化统筹协调，还需在法治轨道上推进，将改革经验上升为法律法规。通过健康预算绩效和按健康价值付费重塑政策逻辑，紧密型县域健康管护组织重塑供给体系，数据驱动的智能评价与多元治理重塑行为模式，从根本上扭转系统激励，为乡村振兴提供健康人力资本。

参考文献

- [1] 江棚蓝. 乡村振兴背景下新农合惠农新模式探析 [J]. 中国市场, 2025, (04): 60-63.
- [2] 田孟. 从“县级统筹”到“市级统筹”: 医保制度统筹层次问题探析——以广西 H 市 F 县的新农合制度为例 [J]. 成都行政学院学报, 2023, (01): 14-23+116.
- [3] 吴中安, 徐瑜璐, 陈凡. 乡村振兴视角下农民对新农合满意度影响因素研究——来自全国 2152 个农户的微观数据 [J]. 浙江农业学报, 2023, 35(02): 477-488.
- [4] 郭伟伟. 新农合发展中的政府行为研究 [J]. 当代县域经济, 2022, (04): 53-55.
- [5] 刘永琴. 浅谈县级新农合管理中存在的风险及应对措施 [J]. 财会学习, 2019, (34): 203-204.