

县域医共体改革如何提升 突发公共卫生事件应对能力

——基于浙江省的实证研究

□ 郁建兴 陈韶晖

摘要:在“强基层”战略推动下,县域医共体建设已经成为提升基层医疗卫生服务能力的关键抓手。突如其来的公共卫生危机构成了新的挑战,如何在时间高度紧迫、医疗需求骤增的情境下实现有效应对,成为实务部门和学术界共同关注的焦点问题。本文从整体性治理视角出发,聚焦整体性协同与组织重新整合两项核心元素,以浙江省县域医共体改革为研究对象,考察这一改革对突发公共卫生事件应对能力的影响,并通过案例分析阐释其中的作用机制。研究结果显示,县域医共体改革能够显著提升基层的应对能力,改革的完成情况与防范预警、医疗救治两个应对阶段的表现紧密相关,能力提升通过多元主体协同联动机制与需求驱动的资源统筹机制予以实现。

关键词:县域医共体;整合型医疗;突发公共卫生事件;防范预警;医疗救治

中图分类号:F197.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1007-9092(2023)03-0013-016

DOI:10.15944/j.cnki.33-1010/d.2023.03.008

一、引言

县域医共体改革是我国始于2009年新医改中“强基层”战略的重要探索,旨在通过整合区域医疗资源,推动医疗机构合作,构建整合型医疗卫生服务体系,逐步提升基层医疗卫生服务能力^①。2017年4月,国务院办公厅印发《关于推动医疗联合体建设和发展的指导意见》,明确要在县域组建医疗共同体。2019年5月,国家卫健委发布《关于开展

收稿日期:2023-03-23

作者简介:郁建兴,哲学博士,浙江工商大学党委书记、浙江大学社会治理研究院院长;陈韶晖(通信作者),浙江大学公共管理学院博士研究生。

基金项目:国家自然科学基金重点项目“提升基层医疗卫生服务能力研究”(编号:71734005);浙江省自然科学基金重大项目“基层医疗卫生机构综合运行机制研究”(编号:D19G030003)。

① 徐烨云、郁建兴:《医保支付改革与强基层战略的实施:浙江省县域医共体的经验》,《中国行政管理》,2020年第4期。

紧密型县域医疗卫生共同体建设试点的指导方案》，进一步描绘了在2020年底全国500个县试点初步建成县域医共体的设计蓝图。各地在政策试验中不断涌现出优秀的改革案例。安徽、山西、浙江等省份高位推动，积累了安徽天长模式、山西运城模式、浙江德清模式等宝贵经验，验证了县域医共体在盘活医疗资源，推动分级诊疗等方面发挥的关键性作用^①。在顶层设计和地方探索的互动中，我国逐步在基层摸索出以县域医共体改革为核心纽带的整合型医疗卫生服务建设方案。

自2019年12月开始，一场突如其来的公共卫生危机席卷全球，对所有国家的卫生系统进行承压测试。能否在时间高度紧迫、医疗需求骤增的情境下保障医疗服务供给成为焦点议题。经过“新医改”启动以来十余年努力，各级政府不断加大医疗领域的财政投入，医疗卫生服务供给能力已经有了质的提升^②。但我国幅员辽阔，有大约一半的人口居住在县域，广袤的基层地区仍面临基本医疗功能弱化、优质医疗资源匮乏等原生问题。在解除强制性社会隔离与接触者追踪政策后，加速蔓延的疫情给基层医疗机构带来了全新挑战。2022年12月，国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制综合组研究制定了《依托县域医共体提升农村地区新冠肺炎医疗保障能力工作方案》，明确要“以县域医共体为载体，提升县级医院重症救治能力，发挥乡镇卫生院和村卫生室健康监测作用，最大可能降低重症率、死亡率”。那么，公共卫生危机究竟给基层医疗卫生服务供给带来了怎样的冲击？县域医共体改革是否具备提升突发公共卫生事件应对能力的政策效应？其作用机制是什么？回答这些问题，对于医卫体制改革的未来走向以及整合型医疗理论的发展，都具有十分重要的意义。

二、文献回顾

（一）县域医共体改革的理论与实践

县域医共体改革是构建整合型医疗卫生服务体系的重要手段，是整合型医疗理念在中国基层的主要实践形态。作为一种组织理念和组织模式，整合型医疗兴起于20世纪末^③。在这一时期，不同层级、不同类别的医疗机构服务碎片化的问题不断凸显。以大型医院为中心的运作模式过度强调竞争与收益，损害了医疗服务供给的公平性与连续性，基层医疗机构的医疗功能被削弱^④。人们开始探讨如何通过组织机制创新将不同医疗机

① 郁建兴、涂怡欣、吴超：《探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查》，《治理研究》，2020年第1期。

② 刘凯、和经纬：《激励机制、资源约束与监管成本——医保经办机构组织能力影响医疗费用增长的实证研究》，《公共行政评论》，2018年第2期。

③ 郭凤林、顾昕：《激励结构与整合医疗的制度性条件：兼论中国医联体建设中的政策思维模式》，《广东行政学院学报》，2015年第5期。

④ Wu C., Tu Y. X., Li Z. X. and Yu J. X., “An Early Assessment of the County Medical Community Reform in China: A Case Study of Zhejiang Province”, *Journal of Chinese Governance*, vol.6, no.4 (October 2021), pp. 463-485.

构的人力、技术和服务进行融合,以提升医疗效率^①。世界卫生组织提出了整合型医疗卫生服务体系的基本框架,并将其作为实现可持续发展目标的重要全球卫生发展战略^②。整合型医疗在实践中愈加得到肯定和认可,其理念日益嵌入到医卫体制改革浪潮之中。

遵循整合型医疗的发展趋势,我国一直在实践探索中不断推动改革进程。总结来看,这些试验可以归纳为协同与整合两条路径。协同路径强调多元主体的深度合作,往往以技术与信息共享为纽带,致力于在原有组织结构下实现医疗服务的共同供给^③,包括建设远程医疗协作网、组建松散型医联体等^④。该模式能够保持组织合作的自主性,避免组织垄断和虹吸,实现难度也相对较低^⑤。但这种协同关系相对脆弱,容易因为剧烈的环境变化走向解体。整合路径则是改变组织结构,通过统一法人、机构合并等形式,重塑医疗卫生机构之间的关系^⑥。在这个过程中,包括人力资源、财务管理等在内的各类支持性功能也将走向统合^⑦,其根本目的是建立一个稳定的、结构化的医疗服务框架,让各医疗机构结成真正的利益共同体^⑧,通过强有力的资源统筹应对碎片化难题。典型的改革经验包括紧密型城市医联体、县域医共体等^⑨。当然,这两条路径并非泾渭分明,而是逐步深化与嵌套的关系。以广泛的协同合作优化医疗资源布局,以必要的组织整合破除共同行动的制度阻碍,从而形塑整体性的医疗服务供给模式。

(二) 基层医疗卫生服务能力的一体两面

在“强基层”的背景下,县域医共体改革的最终目标是要改变医疗机构分立的局面,提升基层医疗卫生服务能力。早期研究多将能力刻画为静态的医疗资源配置或最终的服务绩效,难以反映基层医疗卫生服务能力的整体结构与动态过程。为兼容解释预期的服务提供能力与最终绩效产出的结果,有学者认为完整的基层医疗卫生服务能力应是一种供给与需求相适配的“胜任力”,涵盖结构、过程和结果三个维度^⑩。基于该框架,我们将基层医疗卫生服务能力刻画为服务提供、需求吸引、组织成长和绩效产出等四项,并实证检验了县域医共体改革在能力提升上的实效^⑪。

① Shortell S. M., Gillies R. R., Anderson D. A., et al. *Remaking Health Care in America*, San Francisco: Josey-Bass, 1996.

② 世界卫生组织:《第六十九届世界卫生大会:以人为本的综合卫生服务框架》,2016。

③ 凤启龙:《人类卫生健康共同体:长三角区域医联体发展的价值导向》,《南京社会科学》,2021年第5期。

④ 赵锐、高晶磊、肖洁等:《我国医疗联合体建设现状与发展思考》,《中国医院管理》,2021年第2期。

⑤ 孙树学、蒋晓庆、李维昊等:《松散型医联体赋能基层医疗卫生服务体系——组织竞合、政策激励与动态能力提升》,《公共管理学报》,2021年第3期。

⑥ 郁建兴、涂怡欣、吴超:《探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查》,《治理研究》,2020年第1期。

⑦ 王俊、王雪瑶:《中国整合型医疗卫生服务体系研究:政策演变与理论机制》,《公共管理学报》,2021年第3期。

⑧ 顾昕:《财政制度改革与浙江省县域医共体的推进》,《治理研究》,2019年第1期。

⑨ 叶江峰、姜雪、井洪等:《整合型医疗服务模式的国际比较及其启示》,《管理评论》,2019年第6期。

⑩ 何子英、郁建兴:《全民健康覆盖与基层医疗卫生服务能力提升——一个新的理论分析框架》,《探索与争鸣》,2017年第2期。

⑪ Wu C., Tu Y. X., Li Z. X. and Yu J. X., “An Early Assessment of the County Medical Community Reform in China: A Case Study of Zhejiang Province”, *Journal of Chinese Governance*, vol.6, no.4 (October 2021), pp. 463-485.

上述研究推进了基层医疗卫生服务能力的规范性认识,但考察视角仍停留在常规环境,尚未关注到面对重大公共卫生危机时的能力表现。与常态下的医疗服务供给不同,公共卫生危机中的医疗需求往往无法提前预知且变化缺乏规律,医疗资源供给与实时需求难以匹配^①。时间高度紧迫的状况,对医疗机构的协同行动与资源统筹提出了更高的要求。这也是诸多被认为做好了充分医疗准备的机构,在应对公共卫生危机时仍表现不佳的原因^②。以此观之,突发公共卫生事件应对能力的重要性并不亚于常态下的医疗卫生服务能力,它应是基层医疗卫生服务能力的重要组成部分。

与此同时,围绕突发公共卫生事件应对的讨论多聚焦于政府的应对能力。实际上,医疗卫生机构才是最接近突发公共卫生事件的组织,其重要性不应被忽视。而且,医疗卫生系统建立在利益迥然不同的行为主体之间,是链接多方主体共同应对的枢纽^③。在疫情应对过程中,医疗服务碎片化的问题再次凸显,中心医院严重的医疗挤兑佐证了整合型医疗系统的重要性^④。因此,关注危机状态下的基层医疗卫生服务能力,探究县域医共体改革对突发公共卫生事件应对能力的影响正当其时。

三、分析框架与理论假说

县域医共体服务于建立一体化医疗的目标,它的构建与运行绝不是单一组织的问题,需要运用更加系统化与整体性的视角来观察。实际上,碎片化难题普遍存在于科层体制主导的所有公共部门。对此,整体性治理理论所倡导的整体性协同与组织重新整合,与县域医共体改革的实践逻辑高度契合。其中,“整体性协同”希望破除部门间的壁垒,推动信息交流与共享,以便重塑政府流程,基于广泛的协同合作建立起共同行动;“组织重新整合”的核心则是明确组织的权责与治理方式,合并职责相近的功能与机构,以组织关系的调整消除不同主体治理目标的差异,以保障强有力的统筹协调水平^⑤。

本文运用整体性治理理论来考察县域医共体改革对突发公共卫生事件应对能力的影响,将整体性协同与组织重新整合所催生的协同联动机制与资源统筹机制纳入能力提升的解释框架,提出全文的核心研究假设(参见图1)。

① 张海波:《中国第四代应急管理体系:逻辑与框架》,《中国行政管理》,2022年第4期。

② Bali A. S., He A. J. and Ramesh M., “Health Policy and COVID-19: Path Dependency and Trajectory”, *Policy and Society*, vol.41, no. 1 (January 2022), pp. 83-95.

③ Altenstetter C. and Busse R., “Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.30, no.1 (February 2005), pp. 121-142.

④ Auener S., Kroon D., Wackers E., et al., “COVID-19: A Window of Opportunity for Positive Healthcare Reforms”, *International Journal of Health Policy and Management*, vol.9, no.10 (October 2020), pp. 419 - 422.

⑤ Perri 6. *Towards Holistic Governance: The New Reform Agenda*, New York: Palgrave, 2002.

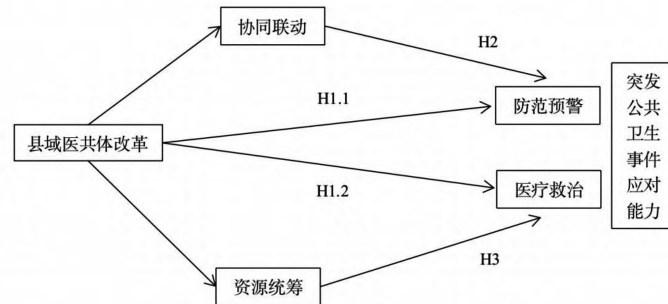


图1 县域医共体改革影响突发公共卫生事件应对能力的分析框架

(一) 县域医共体改革与突发公共卫生事件应对能力

突发公共事件最显著的特征是事态发展的不确定性与应对时间的紧迫性^①,组织环境骤然改变,常规的治理手段难以匹配治理目标。在此情势下,受到普遍认可的应对策略有两类:一是以集权的方式迅速改变各主体的分立状态,统筹整合碎片化的治理资源^②;二是打破原有的机制与流程,依托相关主体的敏捷反应,在广泛的协同行动中灵活调整应对策略^③。县域医共体改革在推动治理集中化过程中又充分保持了组织自主性,改革理念与应对突发公共事件的既有经验吻合,可能是基层医疗卫生机构提升公共卫生危机应对能力的有效路径。据此,本文提出以下假设:

假设 1:县域医共体改革对突发公共卫生事件应对能力具备显著正向影响。

无论何种类型的突发事件,大体都涵盖前端的防范、监测、预警与后端的处置、救援、恢复等应对环节。医疗系统应对新冠疫情的过程也可归纳为前、后两个阶段。自 2019 年 12 月起,在近三年时间里,多数地区的应对聚焦于前端的防范、监测、预警,旨在通过医疗机构的日常监测与预警,防止局部的感染病例扩散而引发大规模的传染病流行。2022 年 12 月 7 日,国务院联防联控机制发布进一步优化落实新冠肺炎疫情防控的十条措施(以下简称“新十条”),疫情应对进入新阶段。医疗机构的核心任务由防范预警转向后端的医疗救治。由此,欲全面了解县域医共体改革的效应,可将突发公共卫生事件的应对能力细化为防范预警与医疗救治两个阶段。据此,本文提出以下两项假设:

假设 1.1:县域医共体改革对防范预警能力具备显著正向影响。

假设 1.2:县域医共体改革对医疗救治能力具备显著正向影响。

(二) 防范预警与协同联动

突发公共卫生事件爆发前的预防监测与预警响应是防止事态扩大的重要手段,但也

① 薛澜、钟开斌:《突发公共事件分类、分级与分期:应急体制的管理基础》,《中国行政管理》,2005年第2期。

② Bali A. S., He A. J. and Ramesh M., “Health Policy and COVID-19: Path Dependency and Trajectory”, *Policy and Society*, vol.41, no. 1 (January 2022), pp. 83-95.

③ Ansell C., Sorensen E. and Torfing J., “The COVID-19 Pandemic as A Game Changer for Public Administration and Leadership? The Need for Robust Governance Responses to Turbulent Problems”, *Public Management Review*, vol.23, no.7 (July 2021), pp. 949-960.

一直是应急管理实践的薄弱环节^①。以新冠疫情为代表的突发公共卫生事件展现出了高度的不确定性与复合性,期望由单一部门做好应急准备是不现实的,需要有政府、医院、专家、民众等主体的协同参与^②。在实践中,科层体制主导的纵向分工设计与应急管理对横向协同的需求存在根本矛盾^③。过度碎片化的分工造成严重的条块分割,难以适应防范预警环节对多部门协同联动的高要求,反应时间的紧迫性与情势的复杂性也将进一步放大该问题。由此,能否通过县域医共体改革打破相关主体各自为政的局面,建立起高效的危机协同机制,成为影响防范预警能力的核心要素。据此,本文提出以下假设:

假设 2: 县域医共体改革通过建立协同联动机制提升防范预警能力。

(三) 医疗救治与资源统筹

当突发公共卫生事件进入爆发期,处置重心会转向医疗救治。不同于常态化时期的治理能力,危机治理的一项关键能力是资源配给^④。因为该时期的资源需求可能在短时间内呈现跳跃式增长,局部地区会出现资源短缺。应对实践表明,医务人员不足,防护设备、ICU 急救设备等物资的匮乏对医疗救治效果存在显著影响^⑤。已有的应对措施包括保持适度的资源冗余^⑥、跨地区开展资源的配对援助^⑦等。这些措施能够在一定程度上缓解医疗资源短缺的问题。但资源短缺往往是配置错位导致的,各自为政的医疗机构无法在紧急状态下确立共同的优先目标,对医疗资源进行整体性配置^⑧。而且,冗长的信息传导链条难以快速采集、共享不断变化的需求数据。医疗资源与患者需求在时间与空间上双重错配。所以,一味强调医疗资源储备难以根治顽疾,通过县域医共体改革建立资源统筹机制,优化资源配置的效率和精度,或许更为重要。据此,本文提出以下假设:

假设 3: 县域医共体改革通过建立资源统筹机制提升医疗救治能力。

四、研究设计

(一) 混合研究设计: 回归分析与案例研究

鉴于县域医共体改革的政策效应高度复杂,本文采取混合研究设计,以回归分析与

① 张海波:《应急管理的全过程均衡:一个新议题》,《中国行政管理》,2020年第3期。

② 陶鹏、童星:《新发传染病应急响应体系建设初探》,《学术研究》,2020年第4期。

③ 郁建兴、陈韶晖:《从技术赋能到系统重塑:数字时代的应急管理体制机制创新》,《浙江社会科学》,2022年第5期。

④ Mei C. Q., "Policy Style, Consistency and the Effectiveness of the Policy Mix in China's Fight Against COVID-19", *Policy and Society*, vol.39, no.3 (July 2020), pp. 309-325.

⑤ Arabi Y. M., Azoulay E., Aldorzi H. M., et al., "How the COVID-19 Pandemic Will Change the Future of Critical Care", *Intensive Care Medicine*, vol.47, no.3 (May 2021), pp. 282-291.

⑥ Howlett M., Capano G. and Ramesh M., "Designing for Robustness: Surprise, Agility and Improvisation in Policy Design", *Policy and Society*, vol.37, no.4 (January 2018), pp. 405-421.

⑦ Chen T., Wang Y. and Hua L., "'Pairing Assistance': The Effective Way to Solve the Breakdown of Health Services System Caused by COVID-19 Pandemic", *International Journal for Equity in Health*, vol.19(1):68 (May 2020).

⑧ Lal A., Erond N. A., Heymann D. L., et al., "Fragmented Health Systems in COVID-19: Rectifying the Misalignment between Global Health Security and Universal Health Coverage", *The Lancet*, vol.397, no.10268, pp. 61-67.

案例研究相结合的方法开展研究。混合研究设计可以增加推论的可靠性,深化对复杂社会现象的理解,近年来在公共管理领域愈发受到学者的青睐^①。操作上采用先量化、后质性的程序。量化研究旨在回答改革举措是否对突发公共卫生事件的应对能力存在正向影响。质性部分则聚焦于微观场景,通过典型案例揭示改革提升突发公共卫生事件应对能力的具体机制。

(二) 数据与变量

1. 研究样本与数据来源

本文选取浙江省县域医共体改革作为研究对象,以各县(含县级市、市辖区)已经建立的168个县域医共体为总体样本,样本覆盖全省73个县域^②。课题组于2021年12月-2022年4月实施调查,通过调研填答、申请公开等方式获取相关数据,剔除信息缺失严重、填答明显错误的样本后,得到有效样本158个。

2. 变量定义与测量

本文的被解释变量是突发公共卫生事件应对能力,包含防范预警与医疗救治两个阶段。围绕防范预警能力,本文设置“医疗机构开展应急演练次数”与“医共体设置医学观察点数目”两项代理变量,以检验医共体对应急准备与预警监测的重视程度。关于医疗救治能力,虽然存在“阳性感染者数量”“重症病例救治数量”等直接的结果指标,但这些指标在公共卫生危机未全域爆发时容易受到人口流动强度与社会隔离政策的干扰。从国内外应对突发公共卫生事件的经验来看,医疗资源准备有着举足轻重的作用,能够客观反映医疗卫生机构面对危机时真实的救治潜力。所以,本文选取医疗资源准备来表征医疗救治能力,设置“防护服储备数量”与“呼吸机配置数量”作为代理变量。

本文的解释变量是县域医共体改革,但以是否建立了医共体这一分类变量来衡量这一重大系统变革略显粗糙。截至2021年底,浙江省各县域基本已完成医共体的设立,但不同县域改革的实际状况仍存在较大差异。而无论中央顶层设计,还是各省实施方案,政策表述虽然存在一定差异,核心内容却基本一致。改革主要涵盖组织管理、人力资源、财务筹资、服务供给、信息共享等五个维度的内容^③。由此,本文围绕以上五个改革维度,结合浙江省县域医共体改革的政策文本与实践,归纳出了10项核心改革举措来评价样本的改革完成情况(详见表1)。然后,对改革的具体举措进行分项赋分,以各医共体的综合得分来表征改革的真实完成状况^④。

① Mele V. and Belardinelli P., “Mixed Methods in Public Administration Research: Selecting, Sequencing, and Connecting”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol.29, no.2 (April 2019), pp.334-347.

② 浙江省共有县级行政区划90个,但部分城市中心辖区分布着省、市、区各级的医疗机构,主要通过组建城市医联体方式推进整合型医疗,与县域组建的医共体存在较大差异,本文不予纳入分析。

③ 郁建兴、涂怡欣、吴超:《探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查》,《治理研究》,2020年第1期;王俊、王雪瑶:《中国整合型医疗卫生服务体系研究:政策演变与理论机制》,《公共管理学报》,2021年第3期。

④ 采取数值1-3进行分级测量,视医共体单项改革举措的完成情况进行均权赋分,每个医共体最终的改革得分为分项举措得分的累加值。

表1 浙江省县域医共体改革核心指标

维度	具体改革指标
组织管理	牵头医院院长担任医共体法人
	医共体审定各成员单位的发展计划
人力资源	医共体统一招聘、管理人员
	医共体对成员单位开展监督与业务指导
财务筹资	医保基金统一拨付给医共体
	医共体内建立统一的财务账户
服务供给	医共体内实现检查检验结果互认
	医共体开展统一的医疗培训
信息共享	医共体内建立统一的信息平台
	公共部门向医共体共享数据

资料来源:作者自制。

为尽可能准确地反映解释变量与被解释变量的因果效应,保证结果的稳健性,本文选择医共体所在县域的经济基础、医共体获得的财政资助、医共体的医疗力量作为控制变量。一般来说,县域的经济基础越好,意味着应对突发事件的韧性越强^①。为消除区域经济发展差异的影响,选择“医共体所在县域的人均GDP”作为控制变量^②。基础医疗力量、政府介入程度^③等因素也有可能对能力评价构成干扰,选择“牵头医院卫生技术人员总数”“牵头医院得到的财政拨款数”进行控制。本文的变量及描述性统计详见表2。

表2 变量描述统计分析(N=158)

变量(单位)	均值	标准差	最小值	最大值
县域医共体改革的完成度(分值)	24.13	2.95	13	30
医疗机构开展应急演练(次数/年)	18.53	16.87	2	70
医共体设置医学观察点(个)	14.14	11.67	1	78
医共体防护服储备数量(套)	38660.57	36786.19	0	180000
医共体呼吸机配置数量(台)	70.08	46.01	0	224
医共体所在县域的人均GDP(元/人)	98254.41	39831.41	42829	266682
牵头医院卫生技术人员总数(人)	776.21	505.68	78	2975
牵头医院得到的财政拨款(千元)	77329.70	93599.34	4907	787302

资料来源:作者自制。

3. 模型设定

本文采用OLS回归模型,在纳入控制变量的基础上,分两个模型探讨县域医共体改革对突发公共卫生事件防范预警能力与医疗救治能力的影响。与此同时,为确保研究结

① 周利敏:《韧性城市:风险治理及指标建构——兼论国际案例》,《北京行政学院学报》,2016年第2期。

② 一个县域内可能存在多个医共体单位,但同一县域内医疗卫生机构所处的经济环境大致相同,所以在数据处理时,令同一个县域内的医共体使用同样的人均GDP数据来表征经济基础。

③ 陶克涛、张术丹、赵云辉:《什么决定了政府公共卫生治理绩效?——基于QCA方法的联动效应研究》,《管理世界》,2021年第5期;顾昕:《“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新》,《中国社会科学》,2019年第12期。

论的稳健性,采用替换因变量的方式进行稳健性检验^①。

(三) 案例选择

为进一步刻画县域医共体改革提升突发公共卫生事件应对能力的具体机制,本文基于两个方面的原因,选择浙江省Y区A医共体与D县W医共体应对突发公共卫生事件的经验展开剖析。一是Y区与D县医共体建设经验具有典型性。浙江是全国最早探索县域医共体改革的省份之一,Y区与D县分别为浙江省第一批、第二批改革试点的县域。长期的实践经验积累不仅推动两地的医共体改革走在全省前列,并且保证两个医共体完整经历2020-2023年重大公共卫生危机防治的各个阶段,有利于案例研究的持续跟踪。二是课题组在2020-2023年期间多次造访Y区A医共体与D县W医共体,能够通过实地调研与深度访谈获取详实的一手资料,以归纳医共体的运作模式与制度优势。

五、实证检验

(一) 回归结果分析:县域医共体改革能否提升突发公共卫生事件应对能力

在回归分析前,本文针对模型进行了多重共线性检验,模型的方差膨胀因子(VIF)为1.16,表明模型不存在严重的多重共线性问题。采用OLS模型分别探究县域医共体改革的完成情况对防范预警能力与医疗救治能力的影响,回归结果见表3。

表3 县域医共体改革对突发公共卫生事件应对能力的影响

变量	(1)	(2)
	OLS	OLS
	应急演练	防护服
县域医共体改革的完成度	0.212*** (0.078)	0.192*** (0.073)
医共体所在县域的人均GDP	-0.192** (0.081)	0.100 (0.076)
牵头医院卫生技术人员总数	-0.014 (0.087)	0.023 (0.082)
牵头医院得到的财政拨款	0.035 (0.089)	0.332*** (0.083)
R ²	0.077	0.187
样本量	158	158

注:(1)***、**、*分别表示在1%、5%、10%水平上显著;(2)回归系数为标准回归系数,括号内数字为标准误。

模型1和模型2的结果表明,在控制了医共体所在县域经济基础、医共体获得财政资助、医共体基础医疗力量的前提下,县域医共体改革的完成度与医疗机构应急演练次数、医共体储备的防护服数量在1%的显著水平上呈现正相关关系。这表示,对浙江省所

^① 常见的稳健性检验方法包括替换自变量、替换因变量、增加控制变量、改变样本容量、寻找工具变量等,考虑到整体样本容量大小与部分变量数据的可获取性,本文选择了替换因变量进行稳健性检验。

有县域医共体进行横向比较,在遭遇突发公共卫生事件时,改革完成情况越好的医共体,防范预警与医疗救治的表现越好,因此假设 1.1 与 1.2 均成立。与此同时,为确保研究结论的可靠性,本文在防范预警与医疗救治维度分别设置了两对操作指标,以便通过关键变量替换的方法对上述结论进行稳健性检验。除显著性水平略低外,两组模型的分析结果基本一致,说明研究结论具有较好的稳健性。^①

回归分析的结果说明,县域医共体改革表现与突发公共卫生事件应对两个维度的能力密切相关。随着县域医共体改革的持续推进,较高的改革完成度意味着医疗机构间组织管理、人力资源、财务筹资、服务供给、信息共享等维度的制度障碍得到有效破除。基层医疗机构有意愿在应急管理的前端付出更多的准备成本来开展应急演练与医疗监测,有能力在危机爆发期调配更多相关的医疗资源来延缓疫情扩散并实施医疗救治。从应急管理的全生命周期来看,以县域医共体改革为代表的整合型医疗卫生体系建设对突发公共卫生事件应对的各个阶段均有正向影响,研究假设 1 成立。当然,改革对突发公共卫生事件应对能力的提升也存在限度。基层医疗服务供给的持续改善仍是突发公共卫生事件应对的基础,须保证改革探索与基层医疗能力成长有机同步。与此同时,现阶段改革进程仍聚焦在医疗机构内部,协同与整合的范畴难以延伸,可能会掣肘突发公共卫生事件应对能力的进一步提升。

(二) 案例分析:县域医共体改革提升突发公共卫生事件应对能力的机制

回归分析结果展示了改革提升突发公共卫生事件应对能力的静态结果,但能力提升的作用机制仍不明晰。本文进一步对医共体改革完成度较高,改革效果评价较好的县(区)深入调查,归纳出两项较为清晰的作用机制。

1. 防患于未然:多元主体协同联动机制

在突发公共卫生事件的应急准备阶段,最突出的特征是不确定性。各级部门的工作重心往往是编制应急预案,希望通过程序化、标准化的计划来降低不确定性。但缺乏实践操演的应急预案很可能异化为脱责工具,陷入编制了预案就是履行了职责的误区,从而忽视更为主动的防范预警工作^②。更为有效的应急准备应是调动相关主体积极参与,通过多元主体的合作来监测、识别风险隐患,对出现的风险源及时预警并共享信息,真正实现防患于未然。成立于 2019 年 3 月的 Y 区 A 医共体不仅在推进医卫体制改革的道路上一路走在前列,也是通过多元主体协同联动机制实现高效防范预警的典范样本。

(1) 风险防范:危机前夜的准备

早在 2019 年初,得益于引导病房资源下沉的“强基层”举措,A 医共体的一些分院就开设有呼吸病房,每周搭配总院的医生联合坐诊。2019 年 12 月,当时完全未知的新冠疫

^① 囿于篇幅,替换因变量的稳健性检验回归表格未能正文呈现,如有需要,可联系作者。

^② 张海波:《中国应急预案体系:结构与功能》,《公共管理学报》,2013 年第 2 期。

情开始在武汉蔓延。在全国只有零星报道的情况下,A医共体内拥有丰富呼吸危重症急救经验的Y院长就敏锐地感知到了风险,着手组织了呼吸道传染病相关的培训。2020年1月中旬,新冠疫情随着春运返乡潮向全国扩散,A医共体在1月19日组建疫情防控专家组,24小时待命。同时,对11家分院院长进行了集中培训与情况通报,明确了如何识别可疑病例、特定症状患者需要增加何种检查项目等。

(2) 监测预警:危机信息高效交互

2020年1月20日下午,A医共体某分院医生联系总院呼吸科,报告在日常健康监测中发现一名发热咳嗽患者,X光片显示轻微炎症,此外无其他症状。考虑到该患者有武汉旅居史,分院医生担心此人为新冠感染者,向总院发出了风险预警。A医共体在第一时间将相关情况向卫健与疾控部门进行通报,共享了该疑似病例拥有重点地区流行病接触史及医院的初步风险研判等信息。如此高效的信息交互依托于制度化的沟通渠道,各部门在日常就拥有良性互动的组织氛围,降低了紧急状态下的沟通成本。Y区卫健局负责人在总结防控经验时指出:我们疫情防控有一个比较好的做法是“每日会商”。由卫健局牵头,在每天下午的5点,两个医共体的负责人、卫健与疾控班子、相关科室负责人全部到位,通过线上会议交流各方最新的情况,需要协同的问题立即解决。^①

(3) 应急处置^②:多主体协同联动

1月20日傍晚,依据风险预警信息,考虑到分院不具备检测与隔离条件,A医共体启动了经过多次预演的突发公共卫生事件应急预案。总院紧急腾空感染病区2楼设置隔离病房,并立即派出传染病专用负压车辆奔赴分院转运患者。收到消息的疾控部门也采取了行动,派出两支队伍分赴患者就医的A医共体总院和患者日常居所,开展流行病学调查。1月20日晚间,患者被安置到了总院的隔离病房,完成了病例样本采集。疾控中心病毒重点实验室在1月21日凌晨确认核酸检测结果为阳性。1月21日上午,全市第一例新冠感染患者在Y区宣告确诊,31名密切接触者全部被找到并隔离观察。

(4) 案例小结:协同联动机制提升防范预警能力

从基层分院识别风险信息,到医共体、疾控、公安等相关主体协同完成处置,在不到24小时的时间里,Y区凭借其在防范预警阶段的出色表现,成功防止了疫情扩散。这主要受益于以县域医共体改革为枢纽构建起的多元主体协同联动机制,以层层递进的合作网络全面强化了防范预警。

一是通过改革全面提升了初级保健水平。自A医共体成立之初,就一直遵循“强基层”战略的部署,持续提升全科性的初级保健服务水平。医共体内实行副高职称晋升前

^① 访谈记录:20200717-Y区卫健局副局长。

^② 本文划分前、后两阶段的依据是基层医疗系统承担的主要责任。在2022年12月前,基层医院的应急处置是在防范预警基础上做出的初步反应,与后文案例所阐述的医疗救治处置具有本质差别。所以,此处的应急处置行动依旧纳入防范预警阶段讨论。

常驻分院制度,以政策倾斜引导医务人员下沉到基层。同时,分院医生定期前往总院接受业务培训。随着时间推移,在基层逐步建立起了一支高素质的初级保健团队,潜移默化中强化了基层的应急准备。实践经验表明,以初级保健为主导,全科医生比例较高的医疗体系在疫情应对中展现出更好绩效^①。作为防范预警的第一线,专业化的基层医疗队伍可以保障风险监测、识别的准确性,是及时预警与信息共享的基础。由此,基层医疗机构高质量的参与成为了构建多元主体协同联动机制的第一环。

二是通过改革建立了常态化的医疗合作体系。首先,A医共体内建立了规范的转诊制度,开通有常态运行的转诊通勤车,提供连续性、全周期医疗服务的制度关隘被冲破。其次,通过开设联合病房、全-专科联合门诊等方式引导病房资源下沉到分院,真正盘活了分院的医疗资源。当公共卫生危机来临,基层分院可以在第一时间进行初步诊疗,为合作主体准确研判风险提供详实的一手信息。作出转诊决策后,制度化的合作通道可以最大限度地降低时间成本,快速实现联合行动。医共体内各医疗机构的协同构成了应对突发公共卫生事件的核心环节,彻底扭转了医疗系统内各自为政的局面。

三是通过改革打造了高效的信息共享通道。在医共体内,通过打造数字化医共体,各成员单位的数据高效汇聚。在医共体外,医共体与卫健、疾控、公安等部门的信息无障碍共享,构建起了数据联通的桥梁。以此为基础建立的“区域健康大数据平台”在疫情防控中大显身手,通过实时汇总确诊病例分布、临床症候群表现者监测等信息,配合线上手段链接各方主体会商,有效破解了危机信息传递的时空限制。更重要的是,高效的信息共享通道扩展了危机应对的参与边界,将与之关联的整个社会服务系统囊括进去。

在持续深入的改革探索中,A医共体成功重塑了相关利益主体的协同关系,破除了各主体合作供给服务的制度阻碍,多元主体协同联动提升防范预警能力的具体路径得以诠释(见图2)。本文的研究假设3得到验证。

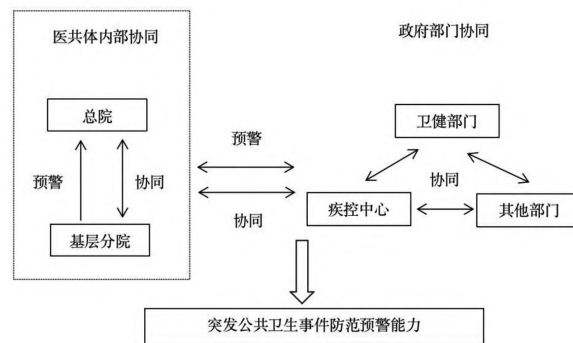


图2 多元主体协同联动机制提升防范预警能力

^① Klumpp M., Loske D. and Bicciato S., “COVID-19 Health Policy Evaluation: Integrating Health and Economic Perspectives with A Data Envelopment Analysis Approach”, The European Journal of Health Economics, vol.23, no.8 (January 2022), pp.1263-1285.

2. 危机中动态调适:需求驱动的资源统筹机制

随着时间推移,危机可能进入集中爆发期,其核心特征由不确定性转变为紧急性。现代化的应急管理体系必须建立完善集中的综合协调体制^①,以便在系统性风险日益高发的背景下,能够有效整合各方力量,统筹协调危机应对。成立于2017年11月的D县W医共体,整合了2家县级医院与8家基层卫生院,在全力开展新冠患者救治的过程中,展现出了强有力的资源统筹能力。

(1) 医疗准备:唤醒基层医疗功能

2022年以来,具备更强传染性的新冠变异株奥密克戎席卷全国,在多地引发社会面感染。12月7日,“新十条”发布,两年多以来常态化的疫情防控格局发生重大转向。至此,医疗机构的主要职能从防范预警转向医疗救治。但基层卫生院以公共卫生功能为主,医疗救治能力较弱,疫情应对的形势极其严峻。为应对感染高峰,W医共体积极尝试恢复基层的医疗功能。一方面,由总院向分院派出骨干医生,以1名总院医生联合4-5名分院医生的形式搭建医疗团队,帮助分院扩充医疗床位、建立住院病区。同时,为分院配足指夹式脉搏血氧仪、氧气袋等基础耗材,统筹配备血氧监测点、CT扫描仪等医疗设施。在人员与设备上给予分院强力支持,激发基层的医疗潜力;另一方面,由总院下沉的医生统筹分院的医护力量,组建了100余支包括医生、康复师、护士在内的“巡诊小分队”,依托社区网格为老人、孕妇等重点人群提供基础诊疗、用药指导等服务。W医共体相关负责人在访谈时指出:疫情对分院医疗能力的提升是一次机遇。大家都知道基层“重公卫,轻医疗”的短板,但想要提升是一个漫长的过程,应对疫情的紧迫需求加速了这个进程。^②

(2) 服务供给:推动同质化管理

医疗需求非规律上升,导致医疗物资出现短缺是公共卫生危机中的常见症候。然而,局部的物资紧缺往往是马太效应引发的资源错配,资源渠道相对匮乏的基层才是重灾区。在疫情高峰期,为保证各医疗机构能够提供相对均衡的基本医疗服务,W医共体分两个步骤推动新冠救治的同质化管理进程。首先,通过统一平台筹措、分配医疗物资,建立了新冠救治的药物清单。中心药房依据药物清单向各单位配齐相关药物,包括退烧药、小分子治疗药物等,确保每一处机构的诊治资源动态均衡。其次,开展了多期医疗救治培训,力求实现服务水平的同质化。以医共体为整体明确诊疗及用药规范、患者的分类标准、转诊的医学指标等。医共体后勤部门负责人在访谈中表示:医疗物资确实存在短缺,我们已经绞尽脑汁了,请求防控办、卫健、经信调拨,从市场上购买,甚至动用私人

① 钟开斌、薛澜:《以理念现代化引领体系和能力现代化:对党的十八大以来中国应急管理事业发展的一个理论阐释》,《管理世界》,2022年第8期。

② 访谈记录:20230216-W医共体副院长。

关系去抢购。如果由卫生院自己去筹措,短缺的问题会更严重。^①

(3) 感染救治:以需求为中心动态调适

从2022年12月下旬开始,D县进入感染高峰。W医共体总院发热门诊的日均就诊患者突破1000人,最多时接近2000人,医疗挤兑问题日趋严重。W医共体直面医疗需求,果断采取了两项措施来缓解困局。一是实行分级诊疗,防止轻症患者挤兑重症急救资源。经过前期医疗力量的强化与服务同质化管理的建设,各分院都具备了一定的救治能力。W医共体构筑了三级医疗救治体系,将轻症患者向各分院引流^②,总院集中收治所有的重症患者,极少数危重症患者若确实不具备救治条件,及时转诊至合作的省级三甲医院。二是统筹医疗资源,以需求为中心调配医务力量。自进入感染高峰期,总院暂停所有的外科择期手术,动员在总院培训的后备人员,召回出外进修的医生,全力充实救治队伍。并且,在医共体内打破科室限制,将内科医生集中到核心住院病区负责救治与指导,具备资质的外科医生交换到发热门诊,协助处理部分医务流程。经过一番调整,总院发热门诊由2个诊室扩容到5个,增设了2个住院病区,医疗床位从800张左右增加到了940余张。D县平稳度过感染峰值,除了少量转向合作医院的危重症患者,累计近2000例的轻症、重症住院患者无一例外转。随着形势逐步平稳,医共体开始依据需求动态收缩床位。2023年3月1日,W医共体回到常态化状态。

(4) 案例小结:资源统筹机制提升医疗救治能力

回溯W医共体在医疗救治中的出色绩效,令人感触最深的是其面对错综复杂的医疗需求时,展现出迅捷的行动能力与强大的动员能力。对此,医共体总院负责急诊救治的L主任深有感触:我在疫情中负责人员调配,可以从任何一家分院抽调人员不需要层层审批,你下午1点给我提需求,1点半我就可以完成团队组建。^③这得益于县域医共体改革中整合构建的资源统筹机制,它实现了机构运行一体化、人员使用“一盘棋”、财务管理“一本账”。具体而言,三个维度的改革举措激活了这项关键机制。

一是以权力让渡为核心的组织管理改革。D县全面推行医共体法人化改革,由牵头医院的院长担任法人,切实掌握医共体内所有成员单位的经营管理权限。同时,医共体统筹使用人员编制,统一招聘、统一调配,按需设岗,彻底打破身份限制。这一系列组织管理改革让医共体拥有了充分的自主决策权,是紧急状态下能够实现统筹调度的制度基础。当危机来临时,医共体可以打破常规的组织流程,依据不断变化的需求动态调适,不必层层审批,大幅缩短了应急反应的链条。

二是以同质化医疗为目标的服务供给改革。W医共体成立之初,就在总院建设了培

① 访谈记录:20230220-W医共体后勤中心负责人。

② W医共体的分院不仅有分布在基层的乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心),还包括两家县级中心分院。

③ 访谈记录:20230216-W医共体总院急诊医学科主任。

训基地,配合专家轮岗、坐诊等方式“传帮带”,不断缩小基础医疗服务能力的差距。同时,医共体设立了“中心药房”,日常管理中就实现了药品、耗材的统一采购,均衡配给。由此推动的医疗服务均衡是危机状态下缓解医疗挤兑的关键。追求高质量的医疗服务是患者的本能行为,对未知病毒的恐慌及资源稀缺的预期进一步强化了该心理。如果初级保健不具备供给服务的能力,新冠患者必然会涌向不堪重负的中心医院^①,依靠行政手段强制分流将收效甚微。服务供给改革的本质是要整合分散的医疗资源,通过整体性统筹使区域内的基础医疗服务趋向于同质化。

三是以资金统筹引导绩效评价改革。在改革前,基层卫生院享受财政全额拨款,只需完成基本公共卫生服务考核。W 医共体成立后,所有来源的资金统一拨付到了医共体,由医共体结合资金性质和用途统筹使用。所有医务人员的绩效由医共体核准,收入依据绩效自主分配。由此,绩效考核的指挥棒交到了医共体手中。医共体可以统筹规划公卫与医疗两项职能,让有条件的分院承接部分医疗任务,改善基层“重公卫、轻医疗”的局面。同时,医务人员可以依据绩效获取期望薪酬,积极性被充分调动,为医共体通过派驻等方式补充基层医疗力量配套了激励手段。基层医疗潜能的激发是紧急状态下医疗人员动态调配与患者分级诊疗的前提保障,为突发公共卫生事件应对提供了坚实后盾。

通过政府权力让渡、医疗服务均衡、绩效评价激励,W 医共体在改革中建立起了资源统筹机制,真正实现了县域内各医疗机构的有机融合,揭示了医共体在医疗救治维度的制度优势(见图3)。本文的研究假设4得到验证。

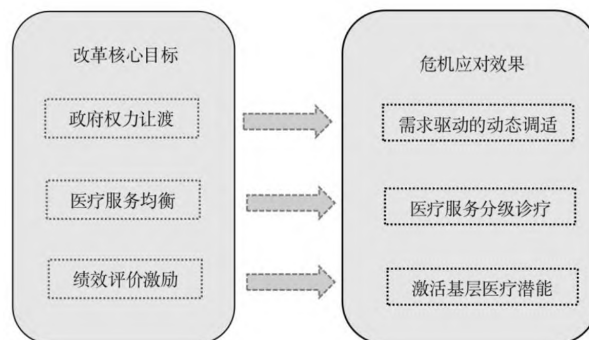


图3 资源统筹机制提升医疗救治能力

六、结论与讨论

本文从整体性协同与组织重新整合两个维度出发,构建了县域医共体改革提升突发公共卫生事件应对能力的分析框架。采用混合研究设计,首先基于浙江省158家县域医

^① Bali A. S., Ramesh M., “Governing Healthcare in India: A Policy Capacity Perspective”, *International Review of Administrative Sciences*, vol.87, no.2 (June 2021), pp.275-293.

共体的年度数据,实证分析了改革对于应对能力的影响,紧接着以Y区A医共体和D县W医共体作为典型案例诠释了改革的作用机制。本文的基本结论是,县域医共体改革能够显著提升基层应对突发公共卫生事件的能力,改革完成情况与应急管理前端的防范预警能力、后端的医疗救治能力均紧密相关,能力提升分别依靠多元主体协同联动机制与需求驱动的资源统筹机制予以实现。

本文的学术贡献可能在于:首先,拓展了县域医共体改革的理论解释。已有研究几乎都在讨论县域医共体改革对于常态医疗能力的作用,尚未关注到公共卫生危机这一重要变量。本文明确了公共卫生危机应对能力是基层医疗卫生服务能力的重要组成部分,并论证了县域医共体改革影响危机应对能力的具体机制。其次,一定程度上推进了应急管理尤其是公共卫生危机领域的研究。本文跳出了从政府视角讨论突发公共卫生事件应对的思维惯性,尝试解析医疗卫生系统这一最贴近危机现场却又高度复杂的场域。在充分考量公共卫生危机的特征后,本文回应了应急管理领域中有关危机协同与权力集中化的一些普遍观点,为具体分析突发公共卫生事件提供了可借鉴的理论模型。

本文还可能具有一定的政策意义,为后续医卫体制改革的持续推进与公共卫生危机治理发挥积极作用。党的二十大报告提出,“创新医防协同、医防融合机制,健全公共卫生体系,提高重大疫情早发现能力,加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设,有效遏制重大传染性疾病的传播”。这对医疗卫生服务体系建设提出了新的更高要求。一方面,秉承“保基本、强基层、建机制”的战略部署,改革应继续聚焦基层医疗卫生服务能力提升,以医疗服务供给的持续改善保障公共卫生危机的有效治理。与此同时,作为一项囊括诸多利益主体在内的系统工程,改革必然是“改政府”。持续深化县域医共体改革,必须跳出卫生系统内部改革的局限,将卫健、疾控、人社、财政等一系列关联政府部门纳入改革范畴。例如县域医共体内早已建成统一的人事管理制度,但医务人员的编制身份却始终受制于人社部门无法适时调整,一定程度上限制了改革实效的呈现。另一方面,实践应对重大公共卫生危机的过程中,浙江省的县域医共体展现出了惊人的治理效能,在全球卫生系统极限承压的状况下交出了一份令人满意的答卷,实属不易。在后疫情时代,我们可以尝试以县域医共体改革为案例接续开展应急管理体系建设,充分挖掘协同联动机制与资源统筹机制发挥作用的制度土壤,将危机状态下的探索转化为长久之策。

当然,受制于疫情期间跨区域获取资料的困难,本文选择浙江省县域医共体改革作为研究对象。那么,县域医共体改革提升突发公共卫生事件应对能力的机制是否存在地域差异?整合型医疗的其他类型改革是否具有相似的政策效应?此外,本文将基层医疗卫生服务能力划分为常态能力与危机应对能力两类,二者之间又存在怎样的内在联系?这些重要议题,有待今后开展研究。□

(责任编辑:徐东涛)

Governance Studies

(Bimonthly)

Volume 39, Number 3, May. 2023

ABSTRACTS

The Essence of Marxism's "Action" in the Chinese Era Shi Yajun(4)

Abstract: Practice shows why the CPC is viable and why the system of socialism with Chinese characteristics is a good system. The reason is because Marxism is feasible; and Sinicized contemporary Marxism is also feasible. Xi Jinping Thought on Socialism with Chinese Characteristics for a New Era is the latest achievement of the Sinicization of Marxism and the modernization of Marxism. By realizing the leap of the Sinicization of Marxism and the modernization of Marxism, our Party has full speculative power. The worldview and methodology of integrity and innovation are theoretical navigators containing new thoughts. Xi Jinping Thought on Socialism with Chinese Characteristics for a New Era is strategic and based on the combination of international and domestic, party governance and country governance, philosophy and methods, system and elements. It highlights the systematic, holistic and collaborative aspects. It provides our party with a strategic view and overall planning that is full of strategic strength and dedication, and makes a strategic navigation that is full of positive energy. The Report of the Party's Twenty National Congress Comprehensively implements Xi Jinping Thought on Socialism with Chinese Characteristics for a New Era, lays out a grand strategy to embark on a new journey which focused on the central task of the Party, and adds to the new development concept. It describes the grand blueprint of comprehensively promoting the great rejuvenation of the Chinese nation with a Chinese path to modernization with new ideas and new measures to promote comprehensive and high-quality development. It provides our Party with a plan and mission statement full of actual strength and courage to forge ahead. It signals the beginning a new voyage of high-quality development.

Keywords: sinicization of Marxism and the modernization of Marxism; Chinese-style modernization; the 20th national congress of the communist party of China; national rejuvenation

How does the Reform of County Medical Community Improve the Capacity to Respond to Public Health Emergencies—An Empirical Study Based on Zhejiang Province Yu Jianxing and Chen Shaohui(13)

Abstract: Driven by the strategy of "enhancing the grassroots", the construction of the county medical community has become the key to improving the primary healthcare service capacity. The sudden public health emergency has posed a new challenge. Effectively responding in the context of time constraints and sudden increases in demands for medical care has become the focus of common concern of practical departments and academia. From the perspective of holistic governance, this paper focuses on the two core theoretical elements of holistic coordination and organizational re-integration. Taking the reform of county medical community in Zhejiang Province as the research object, this study empirically analyzed the impact of reform on the capacity to cope with public health emergencies, and explains the mechanism of reform through case analysis. The results show that the reform can significantly improve the coping capacity of the grassroots. The completion of the reform is closely related to the performance of the two coping stages: early warning of the risk and medical treatment. Capacity improvement can be achieved by relying on the multi-subject collaborative linkage mechanism and the demand-driven resource coordination mechanism, respectively.

Keywords: county medical community; integrated health service system reform; public health emergencies; risk early warning; medical treatment

Policy Spillover Effect: Definition, Classification and Mechanism Exploration Yang Kaifeng and Wang Lulu(29)

Abstract: Facing complicated domestic and international environments and the requirements of implementing systematic, integrated, and coordinated reforms, it is of great theoretical and practical significance to study policy spillover effects. However, the existing studies mainly focus on single or certain policy areas. Scholars seldom explore the general law and logic of policy spillovers. This study examines the varied phenomenon of policy spillovers, clarifies the definition,