

基于三维框架的主动健康政策文本量化分析

宋文锦¹, 黄佳微¹, 洪子轩¹, 郭颖¹, 白忠良^{1,2}

(1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 231200;

2. 安徽医科大学附属亳州医院(亳州市人民医院), 安徽 亳州 236804)

摘要: **目的** 系统剖析我国主动健康政策文本的结构特征与协同逻辑, 揭示现存问题与优化方向, 为完善主动健康政策体系、提升治理效能提供参考。**方法** 运用 Nvivo 15 软件对 2016—2024 年国家层面发布的 50 份主动健康政策文本进行编码, 构建基于政策工具、利益相关者和政策目标的三维分析框架, 采用内容分析法进行单维度描述统计与多维度交叉分析。**结果** 政策工具维度中, 供给型(46.76%)与环境型(35.49%)工具占主导, 需求型工具相对匮乏(17.75%); 利益相关者维度中, 政府(49.08%)占据绝对主导地位, 非政府组织参与严重不足(1.74%), 公众(21.21%)、医疗机构(17.52%)、企业(5.53%)、科研机构与高校(4.92%)参与度依次递减; 政策目标以优化健康服务(57.14%)和提升公众健康水平(29.03%)为主, 加快健康科技创新(7.68%)、发展健康产业(3.53%)和降低医疗负担(2.61%)目标的支持相对薄弱。交叉分析显示, 政策工具、利益相关者与政策目标之间存在结构性错配。**结论** 我国主动健康政策呈现供给主导、政府中心、服务优先的结构性特征。建议优化政策工具组合, 强化需求型工具与刚性约束; 构建多元主体协同机制, 激发市场与社会活力; 均衡政策目标布局, 重点补足医疗负担等领域短板, 以推动主动健康政策体系向更加均衡、高效、可持续的方向发展。

关键词: 主动健康; 政策文本; 政策工具; 利益相关者; 政策目标

中图分类号: R197 **文献标志码:** A

A quantitative analysis of proactive health policy texts based on a three-dimensional framework

SONG Wenjin¹, HUANG Jiawei¹, HONG Zixuan¹, GUO Ying¹, BAI Zhongliang^{1,2}

(1. School of Health Services Management, Anhui Medical University, Hefei 231200, Anhui, China;

2. Bozhou Hospital of Anhui Medical University (Bozhou People's Hospital), Bozhou 236804, Anhui, China)

Abstract: **Objective** To systematically analyze the structural characteristics and collaborative logic of China's proactive health policy texts, identify existing problems and optimization directions, and provide references for improving the proactive health policy system and enhancing governance efficiency. **Methods** Using Nvivo 15 software, 50 proactive health policy texts issued at the central level from 2016 to 2024 were coded and analyzed. A three-dimensional analytical framework based on policy instruments, stakeholders, and policy goals was constructed, and content analysis was employed to conduct univariate descriptive statistics and multidimensional cross-analysis. **Results** In the policy instrument dimension, supply-side (46.76%) and environmental (35.49%) instruments dominated, while demand-side instruments were relatively scarce (17.75%). In the stakeholder dimension, the government (49.08%) occupied a dominant position, with non-governmental organizations severely under-involved (1.74%); the remaining stakeholders, in descending order of participation frequency, were the public (21.21%), healthcare institutions (17.52%),

enterprises (5.53%), and research institutions and universities (4.92%). Policy goals were primarily concentrated on optimizing health services (57.14%) and improving public health (29.03%), with relatively weak policy support for accelerating health technology innovation (7.68%), developing the health industry (3.53%), and reducing the medical burden (2.61%). Cross-analysis revealed structural mismatches among policy instruments, stakeholders, and policy goals. **Conclusion** China's proactive health policies exhibit structural characteristics of being supply-driven, government-centered, and service-prioritized. It is recommended to optimize the policy instrument mix by strengthening demand-side instruments and rigid constraints; establish multi-stakeholder collaborative mechanisms to stimulate market and social vitality; and rebalance policy goal prioritization by addressing disadvantages in areas such as medical burden reduction, thereby advancing the proactive health policy system toward more balanced, efficient, and sustainable development.

Key words: Proactive health; Policy texts; Policy instruments; Stakeholders; Policy goals

主动健康是一种以提升人体机能、延缓或逆转疾病进程为核心的健康管理模式^[1],其旨在推动健康管理从“被动治疗”向“主动预防”转变。作为落实“健康中国 2030”战略、实现全民健康覆盖的关键路径^[2-3],主动健康在我国的政策推动、技术应用与公众参与等方面已展开初步实践,其政策文本在目标范围与配套举措上亦不断丰富。然而,当前政策实施仍面临执行碎片化、数据与技术壁垒难以突破、健康促进措施在不同群体与领域间缺乏连贯性等挑战^[4-6]。现有研究多集中于主动健康的实践现状^[7-9],较少基于政策文本展开系统分析,尤其缺乏在理论框架下对政策工具、利益相关者和政策目标三者互动关系的深入研究。因此,对我国主动健康政策进行内容梳理与结构分析,揭示其工具分布特征、主体协同逻辑与目标实现路径,具有重要的理论价值与现实意义。

政策工具分析能够为政策研究者提供结构化视角,有助于理解政策制定者如何通过工具组合引导多元主体参与,并协调不同利益诉求以实现政策目标^[10]。内容分析法则通过对文本材料进行系统编码与量化处理,有效降低研究过程中的主观性,为政策文本的客观阐释与规律发现提供了可靠的方法支撑^[11]。为此,本研究基于政策工具理论与利益相关者视角,构建包含“政策工具(X)-利益相关者(Y)-政策目标(Z)”的三维分析框架,系统考察我国主动健康政策的工具选择偏好、主体参与特征与目标协同机制,旨在揭示当前政策体系的结构特点与潜在问题,并为完善健康治理体系提供理论依据和实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究以 2016 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期间,国家层面发布的主动健康政策文本作为研究对象。政策来源以北大法宝数据库为主,并辅以中国政府网、国家卫生健康委员会官方网站等权威渠道进行补充检索。采用“主动健康”“健康管理”作为关键词,系统检索与主动健康相关的政策文件。考虑到主动健康作为系统性概念提出的时间尚短,地方政策体系仍处于探索阶段,因此本研究仅聚焦于中央层面发布的政策文本。

纳入标准:①发文主体为中共中央、国务院及其组成部门、直属机构等国家层级机关;②类型包括“规划”“意见”“通知”“方案”“办法”等规范性文件;③政策内容明确涉及主动健康理念、实施路径、支持措施等相关议题。排除标准:①重复发布的政策文本;②提案、建议的答复类函件;③已明确废止或失效的政策文本。

1.2 方法

1.2.1 三维分析框架构建

本研究基于政策工具理论,构建了包含政策工具(X 维度)、利益相关者(Y 维度)与政策目标(Z 维度)的三维分析框架,对主动健康政策文本进行系统性解构与量化分析。见图 1。

1.2.1.1 X 维度:政策工具

根据政策工具的作用差异,参考 Rothwell 和 Zegveld 的分类体系^[12],将政策工具区分为供给型、需求型和环境型 3 类。供给型政策工具通过

直接供给资源推动发展,包括公共服务提供、机构建设、技术支持、科技研发、人才培养与资金支持。环境型政策工具通过营造有利制度环境间接引导,包括标准规范、发展规划、法律法规、监

督考核、体制机制创建与宣传推广。需求型政策工具通过激发市场需求拉动发展,包括公众参与激励、试点示范、财政补贴与协调合作。政策工具类型及具体含义见表 1。

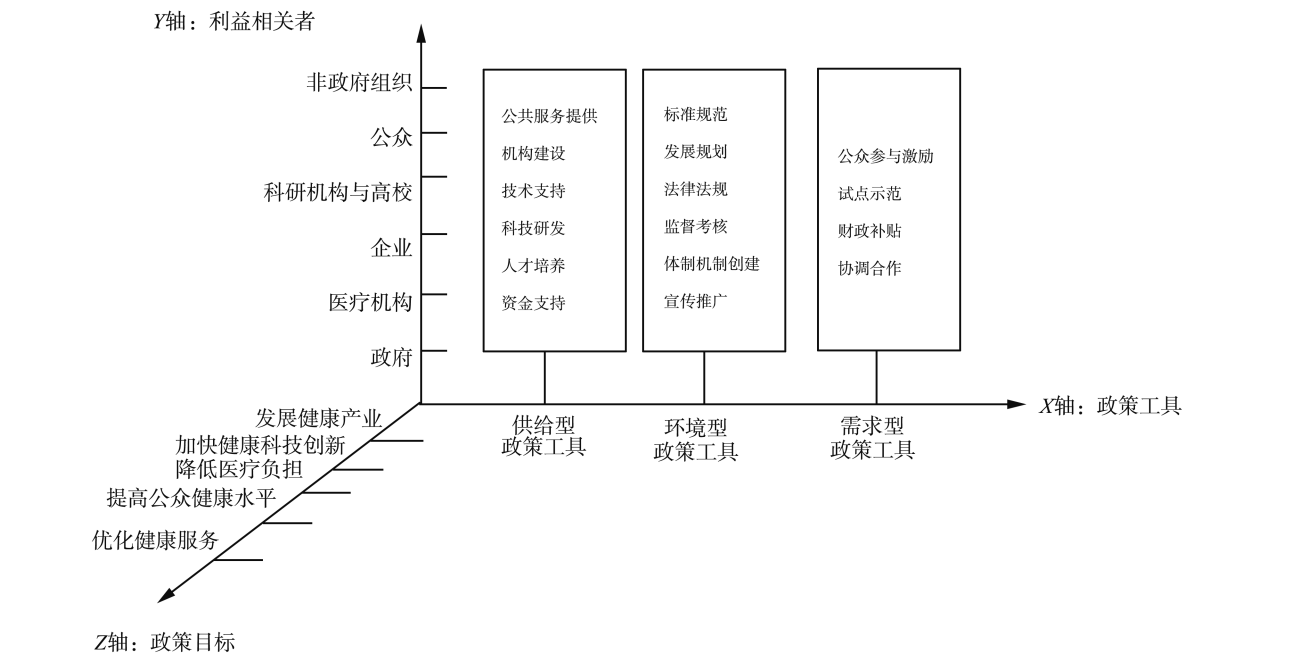


图 1 我国主动健康政策文本的三维分析框架
Figure 1 Three-dimensional analytical framework for proactive health policy texts

表 1 主动健康政策工具类型及具体含义
Table 1 Types and definitions of proactive health policy instruments

政策工具类型	政策工具名称	含义
供给型	公共服务提供	政府或公立机构向公众提供免费或低成本的主动健康服务,涵盖健康体检、健康教育、慢性病管理等内容
	机构建设	政府投资建设健康促进机构、社区健康中心等基础设施
	技术支持	政府推动健康监测、大数据、AI 等技术在健康管理中的应用
	科技研发	政府资助主动健康相关科学研究与技术开发
	人才培养	政府加强健康管理师、公共卫生医师等专业人才培养
	资金支持	政府通过财政拨款、专项基金等方式支持主动健康项目
环境型	标准规范	制定健康管理技术标准、服务规范等
	发展规划	发布健康促进专项规划,明确长期目标与路径
	法律法规	通过立法强制推行健康干预措施
	监督考核	建立系统化、标准化的评估体系,对主动健康政策的执行过程、实施效果进行动态监测与绩效评价的治理工具
	体制机制创建	建立新的组织架构和运行规则
需求型	宣传推广	通过媒体传播健康知识,提升公众意识
	财政补贴	政府通过直接资金补助或税收优惠等方式,降低个人和机构参与健康管理经济门槛
	公众参与激励	通过物质或精神奖励机制,激发公众主动参与健康管理活动的政策手段
	试点示范	选择特定地区或机构开展创新模式试验
	协调合作	打破部门壁垒,构建多元主体协同参与的主动健康治理网络

1.2.1.2 Y 维度:利益相关者

基于利益相关者理论^[13],结合主动健康政策特点,识别出 6 大主体:政府、医疗机构、公众、企业、科研机构与高校与非政府组织。

1.2.1.3 Z 维度:政策目标

基于 Petek 等^[14]提出的政策目标分类框架,政策目标可被视作一个多维连续体。作为政策制定与执行的预期结果,政策目标不仅引导着政策工具的运用方向^[15],也需在公平、效率与稳定等多重政策价值间寻求平衡^[16]。为将政策目标有效贯穿于主动健康政策治理全过程,兼顾短期落实与长期发展,形成系统闭环,本研究将政策目标归纳为以下 5 个维度:优化健康服务、提升公众健康水平、加快健康科技创新、发展健康产业以及降低医疗负担。

1.2.2 文本编码与分析

采用 Nvivo15 质性分析软件对政策文本进行编码与分析。步骤如下:①将各政策文本按发文时间排序导入软件;②依据 1.2.1 小节的三维分析框架,分别建立政策工具、利益相关者与政策目标三类节点体系;③以句子为最小分析单元进行逐条编码,同一句子如涉及多个节点,则进行多重编码。编码工作由两名受过系统培训的研究人员独立完成。码结果采用 $n(\%)$ 表示。

1.2.3 质量控制

内容效度:本研究所选政策文本均为国家级政府部门发布的正式官方文件,具有法定效力与政策代表性,因此未另行开展效度检验^[17]。

编码信度:采用霍斯提(Holsti)公式计算编码者间信度。两位编码员独立编码后,经检验得到相互认可度 R 。当 $R>90\%$ 时,内容分析的结果具有可接受的信度^[18]。 R 值计算公式为

$$R=\frac{2M}{(N_1+N_2)}\times100\%,$$

其中, R 为相互认可度, M 表示两位编码员完全一致的编码数量, N_1 、 N_2 分别为两位编码员各自的总编码数。

2 结 果

2.1 政策文件检索筛选结果

共纳入 50 份符合标准的中央层面主动健康相关政策文本,部分见表 2。所选政策涵盖国务院、多部委联合发文等权威主体。本研究中 $M=2\ 212$, $N_1=2\ 213$, $N_2=2\ 218$, $R=95.32\%$,信度良好,符合研究要求。

表 2 2016—2024 年中央层面发布的主动健康政策文本基本信息(节选)

Table 2 Basic information of proactive health policy texts issued at the central level from 2016 to 2024 (excerpt)

序号	政策标题	发文机构	发文时间
1	关于印发《“十三五”国家科技创新规划》的通知	中华人民共和国国务院	2016-07-28
2	关于印发《“十三五”卫生与健康科技创新专项规划》的通知	中华人民共和国科学技术部、原国家卫生和计划生育委员会、国家体育总局、国家食品药品监管总局、国家中医药管理局、中央军事委员会后勤保障部	2017-05-16
3	关于印发《“十三五”健康产业科技创新专项规划》的通知	中华人民共和国科学技术部、国家发展和改革委员会、工业和信息化部、原国家卫生和计划生育委员会、国家食品药品监管总局	2017-05-26
...	...	...	...
25	关于推介第二批健康中国行动推进地区典型经验案例的通知	健康中国行动推进委员会办公室	2022-03-29
...	...	...	...
50	关于促进医养结合服务高质量发展的指导意见	国家卫生健康委员会、中华人民共和国民政部、国家医疗保障局、国家中医药管理局、国家疾病预防控制局	2024-12-12

2.2 政策文本的单维度描述性分析

2.2.1 政策工具维度分布特征

政策工具维度共形成 586 条有效编码。其中,供给型工具使用最为频繁(46.76%);环境型工具次之(35.49%);需求型工具最少(17.75%)。

在供给型工具中,“公共服务提供”占比最高(53.28%),“资金支持”最低(2.19%)。环境型工具中,“宣传推广”占比最高(42.31%),“法律法规”最低(1.44%)。需求型工具中,“协调合作”占比最高(45.19%),“财政补贴”最低(1.92%)。见表 3。

表 3 我国主动健康政策在政策工具维度的频次分布(*n*=586)
Table 3 Frequency distribution of proactive health policies in the policy instruments dimension(*n*=586)

政策工具	政策工具名称
供给型	274(46.76)
公共服务提供	146(53.28)
机构建设	22(8.03)
技术支持	50(18.25)
科技研发	36(13.14)
人才培养	14(5.11)
资金支持	6(2.19)
环境型	208(35.49)
标准规范	38(18.27)
发展规划	15(7.21)
法律法规	3(1.44)
监督考核	19(9.13)
体制机制创建	45(21.63)
宣传推广	88(42.31)
需求型	104(17.75)
财政补贴	2(1.92)
公众参与激励	30(28.85)
试点示范	25(24.04)
协调合作	47(45.19)

2.2.2 利益相关者维度分布特征

利益相关者维度共形成 976 条编码。各利益相关者按出现频次降序排列,依次为政府[479(49.08%)]、公众[207(21.21%)]、医疗机构[171(17.52%)]、企业[54(5.53%)]、科研机构与高校[48(4.92%)]和非政府组织[17(1.74%)]。

2.2.3 政策目标维度分布特征

政策目标维度共形成 651 条编码。其中,“优化健康服务”占比最高[372(57.14%)],其次是“提升公众健康水平”[189(29.03%)]。而“加快健康科技创新”[(50(7.68%)]、“发展健康产业”[23(3.53%)]和“降低医疗负担”[17(2.61%)]占比较低。

2.3 双维度交叉分析结果

2.3.1 “X-Y”维度交叉分析

政策工具与利益相关者的交叉分析共形成 989 条编码。政府在各类工具中参与度均最高(49.64%) ,非政府组织最低(1.92%) 。在供给型工具中,政府参与度最高(22.95%) ,非政府组织参与度最低(0.81%) 。各利益相关者在具体工具项中的分布见表 4。

表 4 “X-Y”二维分布情况
Table 4 “X-Y” two-dimensional distribution

政策工具	利益相关者(<i>n</i> =989)					
	政府 (<i>n</i> =491)	医疗机构 (<i>n</i> =181)	公众 (<i>n</i> =199)	企业 (<i>n</i> =50)	科研机构与高校 (<i>n</i> =49)	非政府组织 (<i>n</i> =19)
供给型工具						
公共服务提供	130(13.14)	44(4.45)	58(5.86)	2(0.20)	2(0.20)	2(0.20)
机构建设	17(1.72)	14(1.42)	2(0.20)	0(0)	1(0.10)	1(0.10)
技术支持	37(3.74)	17(1.72)	9(0.91)	9(0.91)	6(0.61)	2(0.20)
科技研发	25(2.53)	6(0.61)	7(0.71)	9(0.91)	9(0.91)	2(0.20)
人才培养	12(1.21)	7(0.71)	2(0.20)	0(0)	2(0.20)	1(0.10)
资金支持	6(0.61)	1(0.10)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
小计	227(22.95)	89(9.00)	78(7.89)	20(2.02)	20(2.02)	8(0.81)
环境型工具						
标准规范	31(3.13)	8(0.81)	5(0.51)	7(0.71)	9(0.91)	2(0.20)
发展规划	13(1.31)	4(0.40)	4(0.40)	2(0.20)	2(0.20)	0(0)
法律法规	3(0.30)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
监督考核	14(1.42)	10(1.01)	2(0.20)	1(0.10)	0(0)	0(0)
体制机制创建	40(4.04)	16(1.62)	10(1.01)	2(0.20)	2(0.20)	1(0.10)
宣传推广	74(7.48)	23(2.33)	54(5.46)	4(0.40)	5(0.51)	4(0.40)
小计	175(17.69)	61(6.17)	75(7.58)	16(1.62)	18(1.82)	7(0.71)
需求型工具						
财政补贴	2(0.20)	0(0)	1(0.10)	0(0)	0(0)	0(0)
公众参与激励	19(1.92)	7(0.71)	26(2.63)	3(0.30)	2(0.20)	1(0.10)
试点示范	25(2.53)	5(0.51)	4(0.40)	3(0.30)	4(0.40)	1(0.10)
协调合作	43(4.35)	19(1.92)	15(1.52)	8(0.81)	5(0.51)	2(0.20)
小计	89(9.00)	31(3.13)	46(4.65)	14(1.42)	11(1.11)	4(0.40)

注:二维分析编码数(989 条)高于单维总数(976 条)是因为部分政策条款在涉及同一利益相关者时,关联了多种不同的政策工具(即一个主体对应多个工具),从而在二维矩阵中形成了更多关系对,是多重编码下的合理结果。

2.3.2 “X-Z”维度交叉分析

该维度共形成 680 条编码。在“优化健康服务”目标中,公共服务提供占比最高(18.53%);在“提升公众健康水平”目标中,宣传推广占比最高(9.41%)。各政策目标在不同工具类型中的具体分布见表 5。

表 5 “X-Z”二维分布情况
Table 5 “X-Z” two-dimensional distribution

政策工具	政策目标(n=680)				
	优化健康服务 (n=395)	提升公众健康水平 (n=191)	加快健康科技创新 (n=56)	发展健康产业 (n=20)	降低医疗负担 (n=18)
供给型工具					
公共服务提供	126(18.53)	47(6.91)	1(0.15)	0(0)	7(1.03)
机构建设	22(3.24)	1(0.15)	0(0)	0(0)	0(0)
技术支持	27(3.97)	6(0.88)	25(3.68)	6(0.88)	1(0.15)
科技研发	13(1.91)	8(1.18)	24(3.53)	5(0.74)	2(0.29)
人才培养	14(2.06)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
资金支持	4(0.59)	1(0.15)	0(0)	0(0)	2(0.29)
小计	206(30.29)	63(9.26)	50(7.35)	11(1.62)	12(1.76)
环境型工具					
标准规范	26(3.82)	7(1.03)	0(0)	3(0.44)	2(0.29)
发展规划	12(1.76)	5(0.74)	0(0)	0(0)	0(0)
法律法规	3(0.44)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
监督考核	17(2.50)	2(0.29)	0(0)	1(0.15)	0(0)
体制机制创建	42(6.18)	7(1.03)	2(0.29)	0(0)	0(0)
宣传推广	26(3.82)	64(9.41)	2(0.29)	1(0.15)	2(0.29)
小计	126(18.53)	85(12.50)	4(0.59)	5(0.74)	4(0.59)
需求型工具					
财政补贴	1(0.15)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.29)
公众参与激励	2(0.29)	29(4.26)	0(0)	0(0)	0(0)
试点示范	22(3.24)	2(0.29)	1(0.15)	1(0.15)	0(0)
协调合作	38(5.59)	12(1.76)	1(0.15)	3(0.44)	0(0)
小计	63(9.26)	43(6.32)	2(0.29)	4(0.59)	2(0.29)

注:二维分析编码数(680 条)高于单维总数(651 条)是因为部分政策条款在涉及同一政策目标时,关联了多种不同的政策工具(即一个目标对应多个工具),从而在二维矩阵中形成了更多关系对,是多重编码下的合理结果。

2.3.3 “Y-Z”维度交叉分析

利益相关者与政策目标的交叉分析共包含 1 143 条编码。政府在各政策目标中占比均最高,其中在“优化健康服务”中占比 27.73%。公众在“提升公众健康水平”中占比 12.95%。各主体在政策目标中的具体分布见图 2。

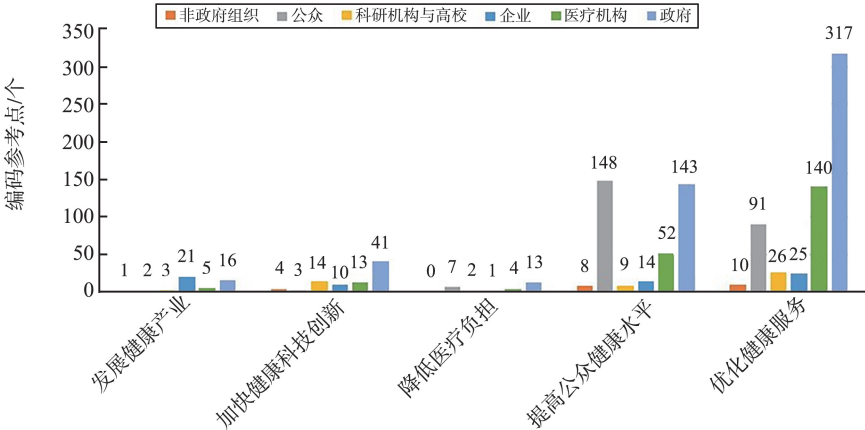


图 2 “Y-Z”交叉分析参考点统计
Figure 2 “Y-Z”cross-analysis reference point statistics

2.4 三维交叉分析结果

三维交叉分析共形成 1 166 条编码。在供给型工具中,政府在“优化健康服务”目标中占比最高(29.31%)。在环境型工具中,政府与公众在“提升

公众健康水平”目标中占比分别为 18.32% 与 15.97%。在需求型工具中,政府在“优化健康服务”

目标中占比最高(26.24%),公众在“提升公众健康水平”目标中占比 16.29%。三维分析结果见图 3。

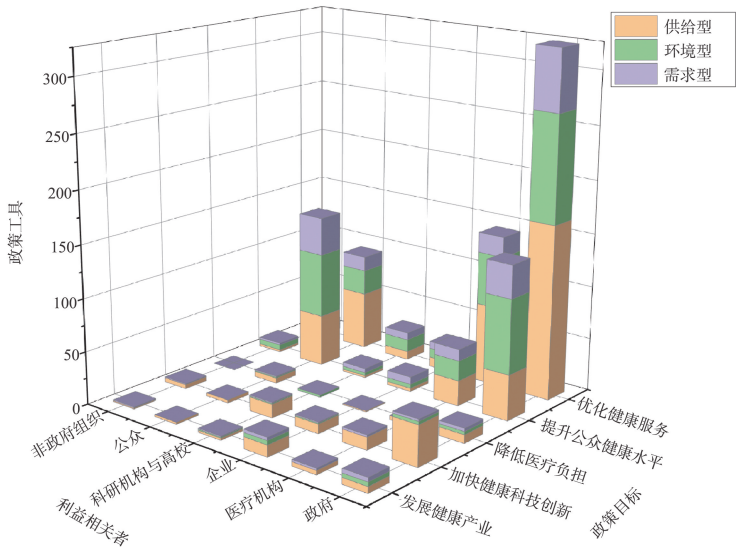


图 3 “X-Y-Z”三维交叉分析
Figure 3 “X-Y-Z” three-dimensional cross-analysis

3 讨 论

主动健康理念在政策层面持续推进,相关研究日益丰富,现有文献多聚焦于健康促进、老年健康及数智赋能等实践议题,并提出跨部门协同、服务标准化与数据互通等优化策略^[19-21]。然而,较少研究从政策体系整体视角出发,系统审视政策工具、主体参与及目标实现之间的内在结构与协同关系。本研究基于“政策工具—利益相关者—政策目标”三维分析框架,对我国主动健康政策文本进行系统量化分析,揭示了当前政策体系在工具配置、主体协同与目标布局上呈现“供给主导、政府中心、服务优先”的结构性特征。这一发现不仅为政策制定者优化工具组合、推动多元共治、促进目标协同提供了实证依据与方向指引,也为后续政策研究与理论深化提供了分析框架与方法借鉴。

陈晓敏等^[22]对心理健康和精神卫生政策的分析显示,供给型、环境型与需求型工具占比分别为 49.96%、28.36%、21.68%,且次级工具结构不均衡。本研究发现,我国主动健康政策文本同样呈现出供给主导、环境次之、需求薄弱的工具结构特征,且各类工具内部结构也存在明显的差异,与上述研究结论基本一致。这可能与当前我国主动健康仍处于探索发展阶段有关^[23],以供给型工具为主的配置方式能够在短期内提供基础保障,但其影响多停留在直接干预层面,覆盖范围与可持续性存在局限。为此

建议:①优化工具结构,增强需求型工具的应用,例如加大财政补贴与政府购买等激励手段的使用力度;②强化环境型工具,推动从宣传推广向标准规范、监督考核等制度性建设升级,建立稳定的政策预期与评估机制;③推动供给型工具的精准化,引导政府投入从普惠式基础建设向科技研发、人才培养等关键领域倾斜,以提升供给体系的质量与效能。

廖粤生等^[24]研究发现,我国主动健康实施资源配置不均衡表现在政府、市场和社会的关系上。本研究发现,当前政策在工具运用中呈现出政府中心化执行、公众被动参与、企业与非政府组织边缘化配合的格局,主体间协同机制缺失,与上述研究结论基本一致。这种模式在探索阶段虽有利于发挥政府强大的动员能力以实现服务快速覆盖,但长期来看,这种“单极驱动”模式可能导致政策对复杂社会需求的响应能力下降,并抑制市场与社会创新活力。因此,未来应推动治理模式从“单一中心执行”向“政府主导下的系统协同”转型。具体可从以下方面着手:①推动政府角色转变,从直接供给者转向规则制定者、环境维护者与服务购买者;②构建公众参与的激励与反馈机制,使其从被动管理对象转变为积极的健康共同生产者;③通过制度性赋权,增强企业、非政府组织等社会与市场主体在决策与资源配置的实质性参与。

刘晓瑞等^[25]研究发现,政策目标与政策工具的配置常呈现不均衡特征。本研究发现,我国主动健康政策目标存在明显的工具类型偏好,例如“优化

健康服务”高度依赖供给型工具,“提升公众健康水平”主要依赖环境型工具,而“降低医疗负担”在所有类型工具中均获得最弱支持,形成体系性短板。与上述研究结论部分一致。这一发现进一步揭示,不均衡的根源可能在于政策体系存在“工具性锁定”,即过度依赖行政供给与宣传手段,导致需要复杂激励与约束的深层战略目标被边缘化。“降低医疗负担”目标的工具支持薄弱,表明当前政策仍处于以供给和宣传为主的初级阶段,尚未触及成本控制等核心问题^[26]。因此,未来政策优化应着力突破这种结构性锁定。针对“降低医疗负担”等关键短板目标,有必要开展跨部门的工具创新与协同设计,重点构建“需求型激励”与“环境型规制”相结合的政策工具组合。

黄佳微等^[27]研究发现,政策工具、利益相关者与政策目标之间的协同效应存在较大落差。本研究发现,我国主动健康政策体系呈现强政府主导、高服务导向、弱多元协同的结构特征,与上述研究基本一致。当前政策体系在初期虽能快速奠定发展基础,但三维要素间的协同不足,可能加剧财政依赖、抑制创新活力并导致战略目标脱节。因此,未来优化应以提升三维协同为核心,建立定期的协同评估与动态调整机制,对“工具运用—主体参与—目标实现”的联动效果进行持续跟踪与优化,从而系统性地增强治理的协同效应性、适应性与韧性。

本研究存在一定局限性:①基于中央层面政策文本的静态分析,未能涵盖地方实践的多样性与政策执行中的动态调适,对政策效能与发展趋势的阐释深度有限;②政策筛选和编码具有一定主观性,可能影响研究结论的普适性和跨研究比较的有效性。

综上所述,当前我国主动健康政策在工具使用上表现为供给主导而需求薄弱,在主体协同上呈现政府中心而市场与社会边缘化,在目标导向上侧重基础服务而忽视产业培育与医疗负担等深层挑战。相关主体应优化供给型、环境型与需求型工具的组合与动态配置,构建能实质性赋权并激励企业、非政府组织等多元主体共同参与的协同治理机制,同时建立“工具-主体-目标”适配度的动态评估与调整框架,推动主动健康事业向更均衡、高效、可持续的方向发展。

参考文献:

[1] 李祥臣,俞梦孙. 主动健康:从理念到模式[J]. 体育科学, 2020, 40(2): 83-89.

Li Xiangchen, Yu Mengsun. Proactive health: from idea to model[J]. China Sport Science, 2020, 40(2): 83-89.

[2] 何柳华,金花,郭爱珍,等. 主动健康导向下社区赋能对基层慢性病管理的作用及实施策略[J]. 中国全科医学, 2025, 28(34): 4311-4317.

He Liuhua, Jin Hua, Guo Aizhen, et al. The role and implementation strategy of community empowerment in chronic disease management under active health orientation[J]. Chinese General Practice, 2025, 28(34): 4311-4317.

[3] 黎婉钰,付强强,金花,等. 主动健康视角下慢性病患者健康素养水平及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(11): 1315-1319.

Li Wanyu, Fu Qiangqiang, Jin Hua, et al. Analysis of health literacy levels and influencing factors of chronic disease patients under active health perspective [J]. Chinese General Practice, 2025, 28(11): 1315-1319.

[4] 车峰,马峥嵘. 健康中国背景下医养结合服务政策内容分析与优化建议:基于政策工具与参与主体的二维视角[J]. 学习论坛, 2024(1): 78-84.

Che Feng, Ma Zhengrong. Content analysis and optimization suggestions for the policy of combined medical and nursing services in the context of healthy China: based on the two-dimensional perspective of policy instruments and participating subjects[J]. Tribune of Study, 2024(1): 78-84.

[5] 张倩倩,金花,史晓晓,等. 我国主动健康的实施现状及对各责任主体实施策略的建议[J]. 中国全科医学, 2022, 25(31): 3923-3927, 3932.

Zhang Qianqian, Jin Hua, Shi Xiaoxiao, et al. Proactive care in China: implementation status and recommendation strategies for various undertaking bodies [J]. Chinese General Practice, 2022, 25(31): 3923-3927, 3932.

[6] 朱天顺,朱可可,焦聪聪,等. 健康中国背景下主动健康在老龄化社会中的应用分析[J]. 卫生软科学, 2025, 39(1): 23-26.

Zhu Tianshun, Zhu Keke, Jiao Congcong, et al. Analysis of the application of proactive health in the ageing society in the context of Healthy China [J]. Soft Science of Health, 2025, 39(1): 23-26.

[7] 陈超亿,陈浩,冯占春,等. 数字健康视角下主动健康管理内涵及优化路径[J]. 中国预防医学杂志, 2024, 25(11): 1463-1468.

Chen Chaoyi, Chen Hao, Feng Zhanchun, et al. Exploring the connotation and optimization pathways of proactive health management from the perspective of digital health[J]. Chinese Preventive Medicine, 2024, 25(11): 1463-1468.

[8] 周辰茜,林蓓蕾,唐尚锋,等. 脑卒中患者主动健康行为概念框架的构建研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(5): 534-540, 547.

Zhou Chenxi, Lin Beilei, Tang Shangfeng, et al. Construction of conceptual framework of proactive health behavior in stroke patients[J]. Chinese General Practice, 2025, 28(5): 534-540, 547.

[9] 曹蒙, 田庆丰, 陆雅琦, 等. 主动健康视域下中医文化在农村健康养老领域的应用研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(10): 748-753.

Cao Meng, Tian Qingfeng, Lu Yaqi, et al. Application of traditional Chinese medicine culture in rural health and elderly care from the perspective of active health[J]. Chinese Rural Health Service Administration, 2024, 44(10): 748-753.

[10] 李芯瑶, 李敏, 巢健茜, 等. 基于政策工具与利益相关者二维框架的我国公立医院薪酬政策文本量化分析[J]. 山东大学学报(医学版), 2025, 63(9): 47-56.

Li Xinyao, Li Min, Chao Jianqian, et al. Quantitative analysis of China's public hospital salary policy texts based on the two-dimensional framework of policy tools and stakeholders[J]. Journal of Shandong University (Health Science), 2025, 63(9): 47-56.

[11] 岳喜优. 基于内容分析法的我国健康产业发展政策研究[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2021, 22(2): 151-156.

Yue Xiyu. Research on China's health industry development policy based on content analysis method[J]. Journal of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine (Social Science Edition), 2021, 22(2): 151-156.

[12] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology[M]. Harlow: Longman, 1985, 83-104.

[13] Freeman R E. Strategic management: stakeholder approach[J]. Journal of Management Studies, 1984, 29(2): 131-154.

[14] Petek A, Zgurić B, Šinko M, et al. From hierarchy to continuum: classifying the technical dimension of policy goals[J]. Policy Sci, 2022, 55(4): 715-736.

[15] 李浩, 戴遥, 陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析: 基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 16-25.

Li Hao, Dai Yao, Tao Hongbing. Text quantitative analysis of China's DRG policy: a three-dimensional framework based on policy objectives, policy tools and policy strength[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2021, 14(12): 16-25.

[16] 高丽敏, 姜连平. 关于我国卫生改革政策目标的思考[J]. 中国卫生经济, 2001, 20(3): 27-29.

Gao Limin, Jiang Lianping. Thinking about the aim of health reform in China[J]. Chinese Health Economics, 2001, 20(3): 27-29.

[17] 李方晖, 何茹茜, 崔博文, 等. “理想之治”与“现实之困”: 政策工具视角下我国体卫融合政策的文本特征与优化路径[J]. 南京师大学报(自然科学版), 2024, 47(4): 148-156.

Li Fanghui, He Jiahua, Cui Bowen, et al. The “ideal rule” and the “difficulties of reality”: textual characteristics and optimization path of China's physical and health integration policies from the perspective of policy instruments[J]. Journal of Nanjing Normal University (Natural Science Edition), 2024, 47(4): 148-156.

[18] 李本乾. 描述传播内容特征检验传播研究假设: 内容分析法简介(下)[J]. 当代传播, 2000(1): 47-49, 51.

Li Benqian. Describe the characteristics of communication content and test the hypothesis of communication research: introduction of content analysis method (II)[J]. Contemporary Communications, 2000(1): 47-49, 51.

[19] 韩征强, 邹青海, 孙玉玉, 等. 主动健康视域下运动促进健康新模式发展的要素结构、现实瓶颈与纾解策略[J]. 沈阳体育学院学报, 2024, 43(4): 73-80.

Han Zhengqiang, Zou Qinghai, Sun Yuyu, et al. Elemental structure, practical bottlenecks and relief strategies of development of new model on exercises for health promotion from the perspective of active health[J]. Journal of Shenyang Sport University, 2024, 43(4): 73-80.

[20] 徐有粮, 张孜贤, 吴绍奎, 等. 积极老龄化背景下主动健康与体育促进: 内涵、定位与个性方案[J]. 山东体育学院学报, 2024, 40(2): 18-27.

Xu Youliang, Zhang Zixian, Wu Shaokui, et al. Active health and sports promotion in the context of active aging: connotation, orientation, and personalized programs[J]. Journal of Shandong Sport University, 2024, 40(2): 18-27.

[21] 梁超, 宋振鹏, 汤立许. 数智赋能主动健康管理: 实践样态、建构策略与驱动路径[J]. 武汉体育学院学报, 2024, 58(4): 72-81.

Liang Chao, Song Zhenpeng, Tang Lixu. Digital intelligence enabled proactive health management: practice pattern, construction strategy and driving path[J]. Journal of Wuhan Sports University, 2024, 58(4): 72-81.

[22] 陈晓敏, 杨佳敏, 陈丹镝, 等. 基于政策工具的我国 1999—2023 年心理健康和精神卫生政策文本量化分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(5): 877-882.

Chen Xiaomin, Yang Jiamin, Chen Dandi, et al. Quantitative analysis of China's mental health and mental hygiene policy text in 1999—2023 based on policy tools[J]. Modern Preventive Medicine, 2024, 51(5): 877-882.

[23] 韩娟娟, 张新安, 孟欣. 数智赋能老年主动健康的多维困境与破解策略[J]. 广州体育学院学报, 2025, 45(4): 34-40, 50.

Han Juanjuan, Zhang Xin'an, Meng Xin. The fundamental connotation, practical challenges, and resolving pathways of digital intelligence-empowered active health for the elderly[J]. Journal of Guangzhou Sport University, 2025, 45(4): 34-40, 50.

[24] 廖粤生, 刘洪武, 王先亮. 我国实施主动健康战略的理论价值、现实困境与纾解方略[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(9): 1-5.
Liao Yuesheng, Liu Hongwu, Wang Xianliang. The theoretical value, realistic dilemma, and relief strategy of implementing active health strategy in China[J]. Chinese Health Economics, 2023, 42(9): 1-5.

[25] 刘晓瑞, 付唯, 卫雅伦, 等. 生命早期卫生健康政策内容研究: 基于北京市政策文本分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(11): 39-46.
Liu Xiaorui, Fu Wei, Wei Yalun, et al. Research on the health policy of early life: based on analysis of policy texts of Beijing city[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2023, 16(11): 39-46.

[26] 张健, 姜京徽, 陈靖林, 等. 我国主动健康发展现状、挑战及对策研究[J]. 中国工程科学, 2025, 27(6): 81-91.
Zhang Jian, Jiang Jinghui, Chen Jinglin, et al. Proactive health in China: current status, challenges, and policy responses[J]. Strategic Study of Chinese Academy of Engineering, 2025, 27(6): 81-91.

[27] 黄佳微, 王正盛, 宋文锦, 等. 政策工具视角下我国老年友善医疗机构政策文本量化分析[J]. 中国医院, 2025, 29(12): 41-45.
Huang Jiawei, Wang Zhengsheng, Song Wenjin, et al. Quantitative analysis of policy texts on age-friendly medical institutions in China from the perspective of policy tools[J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(12): 41-45.
(编辑: 郑潇)

(上接第 89 页)

[32] 冯毅, 张青峰, 魏来. 突发重大公共卫生事件背景下贵州省医疗资源供给与配置创新目标探索[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(6): 63-65.
Feng Yi, Zhang Qingfeng, Wei Lai. Research on innovation of supply and allocation of medical resources in Guizhou in the context of major public health emergency[J]. Chinese Health Economics, 2023, 42(6): 63-65.

[33] 张世翔, 黄天翔. 突发公共卫生事件下有效推进分级诊疗的实施策略研究[J]. 中国医院, 2023, 27(8): 22-25.
Zhang Shixiang, Huang Tianxiang. Research on implementation strategies for effectively promoting hierarchical medical treatment under major public health emergencies[J]. Chinese Hospitals, 2023, 27(8): 22-25.

[34] 孙梦, 张宏远, 宋琪琪, 等. 某传染病医院应急管理能力现状分析及提升策略研究[J]. 中国医疗管理科学, 2025, 15(1): 128-134.
Sun Meng, Zhang Hongyuan, Song Qiqi, et al. Analysis on current situation and improvement strategies of emergency management capacity in an infectious disease hospital[J]. Chinese Journal of Medical Management Sciences, 2025, 15(1): 128-134.

[35] 张良, 金艳红, 李秀典, 等. 医防融合背景下公立医院应急管理体系建设探析[J]. 中国医院管理, 2025, 45(12): 101-104.
Zhang Liang, Jin Yanhong, Li Xiudian, et al. Analysis on the construction of emergency management system in public hospitals under the background of integration of medical treatment and prevention[J]. Chinese Hospital Management, 2025, 45(12): 101-104.

[36] 宋旭生, 蒋筠, 李莹莹. 公立医院应急管理能力提升路径研究[J]. 中国医院, 2025, 29(11): 39-41.
Song Xusheng, Jiang Yun, Li Yingying. Research on improvement paths of emergency management capacity in public hospitals[J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(11): 39-41.
(编辑: 徐苗蓁)