

三医协同视域下全生育周期政策支持体系的困境与优化研究

——以西南地区为例

熊雨轩 杨 辉

贵州财经大学公共管理学院 贵州 贵阳 520000

【摘要】：我国三孩政策实施后生育率仍低迷，低生育意愿成人口发展难题，完善全生育周期生育支持体系至关重要。本文以西南地区为研究对象，基于政策工具、协同治理等理论，构建“全生育周期阶段-三医协同政策工具-服务类型”三维分析框架，对中央及西南四省市 69 份政策文本编码分析。结果显示，西南地区生育支持政策存在全生育周期阶段保障不均衡、政策工具偏向供给侧、三医服务配置差异显著的特征，还面临需求型工具效能不足、产后康复政策覆盖薄弱、三医协同机制衔接不畅等问题。据此提出强化需求型工具精准应用、健全产后康复医保与服务体系、深化三医协同的对策，为提升育龄群体生育意愿、促进人口长期均衡发展提供参考。

【关键词】：全生育周期；三医协同；生育政策；政策工具；西南地区

DOI:10.12417/3041-0630.26.02.079

1 问题提出

当前我国面临人口老龄化加剧、人口数量红利减弱、人口结构失衡及出生率低迷等问题。全面实施三孩政策及配套措施后，出生率持续下降趋势未得到逆转，低生育率与低生育意愿已成发展难题，构建完善生育支持政策体系迫在眉睫^[1]。

现有研究多聚焦生育后支持措施，一定程度忽视生育行为前后核心阶段的政策支持。孕前准备、孕期保健、分娩服务、产后康复作为全生育周期关键环节，直接关系到育龄群体生育安全与健康，是影响生育意愿的重要前置因素^[2]。从三医协同视角看，医疗、医保、医药协同治理是医疗卫生资源高效配置的关键，全生育周期四阶段政策支持需三医系统深度参与^[3]。

当前我国生育支持政策存在理念、思路、保障能力等方面不足，全生育周期关键阶段因三医协同不足出现支持缺口。西南地区因经济水平相对落后，医疗资源分布不均、医保区域衔接不畅、医药保障能力较弱，全生育周期政策支持面临更多困境，且现有研究对该区域关注不足^[4]。同时，生育成本高、家庭支持弱、工作家庭难平衡等是育龄女性不愿生育的重要原因，政策支持不足会加剧“不敢生”“不愿生”或“不能生”情形^[5]。此外，低生育率会加剧老龄化、减少劳动力供给，完善全生育周期政策支持、通过三医协同降低生育风险与负担，是提升生育率、优化人口结构的重要途径^[6]。生育政策评估中，现有研究多关注生育后政策效果，对孕前至产后核心阶段的系统性评估少，难全面把握政策短板^[7]。因此，聚焦全生育周期四核心阶段，从三医协同视域探究西南地区政策支持困境并提出优化路径，具有重要意义。

2 文献综述

2.1 全生育周期政策支持相关研究

全生育周期服务作为应对低生育率、保障女性健康的重要举措，已成为政策与学术研究重点。国家层面通过法律修订明确全生育周期保障框架，建立婚前、孕前、孕产期、产后保健制度，将婴幼儿托育服务纳入制度建设^[8]。但具体研究中，多数学者对托育服务、育儿假等生育后社会支持关注较多，对生育前后核心医疗阶段关注相对较少。

健康管理视角下，现有研究已关注全生育周期健康风险的连续性。相关研究指出，代谢综合征、妊娠相关健康问题等威胁母婴短期及远期健康，需通过全周期干预降低风险^[9-10]。但这类研究多从单一医疗维度展开，未结合医保支付、医药供应等多系统支持，也未分阶段精准匹配政策需求。

地方实践中，部分地区探索全生育周期服务整合模式，如依托“互联网+医疗”搭建服务平台，整合各阶段资源形成闭环服务链^[11]。但此类实践存在信息化系统无统一标准、跨部门数据共享难等问题，且未充分联动医保、医药系统，服务覆盖与保障力度受限。

2.2 三医协同治理相关研究

三医协同作为深化医改的核心，理论与实践研究已成多维格局。相关研究发现部门职责不清、数据壁垒、认知差异等是导致协同不畅的主因，并提出需通过明确职责、建立沟通机制、统一数据标准提升效能^[12]。但该研究未将全生育周期服务纳入协同场景。

【项目基金】：本文系贵州省哲学社会科学规划课题《贵州人口增长趋势与劳动力供给研究》(课题编号：23GZQN42)的阶段性成果。

实践中，部分地区以“整体智治”为理念，通过多元协同治理、制度创新、数字化改革推进三医协同^[13]。经验表明，数字化改革与制度创新可提升协同效率，但该实践多聚焦一般性医疗服务，对生育相关特殊阶段协同支持不足^[14]。

此外，相关政策明确强化三医协同在药品供应保障中的作用^[15]。此类政策为全生育周期医药保障提供方向，但未与医疗服务、医保支付精准对接，三医协同在全生育周期服务中的支撑作用尚未充分发挥^[16]。

2.3 文献评述

综上，现有研究仍存深化空间：一是全生育周期研究多关注生育后社会支持或笼统分析，未充分关注四核心医疗阶段及三医协同需求，政策支持缺乏精准性；二是三医协同研究多聚焦一般性医疗服务，未结合全生育周期服务特殊性构建专项协同机制，应用存在局限性；三是现有研究缺乏区域差异关注，尤其对西南地区等经济欠发达区域探索不足。基于此，本文聚焦全生育周期四核心阶段，以西南地区为研究对象，分析政策支持困境并提出优化路径。

3 研究设计

3.1 政策文本选取

遵循权威、相关和代表性原则，本文筛选了69份全生育周期相关政策文件。其中，中央层面19份，涵盖国务院办公厅、国家医疗保障局、国家卫生健康委等部委发布的纲领性与指导性文件；西南地区省级50份，包括贵州13份、四川15份、重庆6份、云南16份。为体现区域经济差异下的政策供给特征，各省同步选取1-3个地市（州）：贵州选取贵阳、遵义和黔南州，四川选取成都、绵阳，云南选取昆明、丽江。通过不同层级、经济水平地区的政策文本，旨在全面反映西南地区全生育周期政策支持体系的现状。部分政策文件如下表1所示。

表1 政策文本统计（节选）

序号	发文机关/地区	文件名称	发文时间
1	国家医疗保障局	国家医疗保障局办公室关于做好支持三孩政策生育保险工作的通知	2021-07-21
2	四川省医疗保障局	关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的指导意见	2024-12-18

3	贵州省医疗保障局	完善生育保障制度的通知	2023-08-15
...

3.2 分析框架

本研究构建“全生育周期阶段-三医协同政策工具-服务类型”三维分析框架，系统剖析四阶段政策支持困境，避免单一维度分析的片面性。三者关联逻辑为：全生育周期各阶段核心需求引导对应服务类型，服务类型落地需适配政策工具支撑，政策工具运用效果反作用于阶段需求满足程度，形成闭环分析路径^[17-18]。

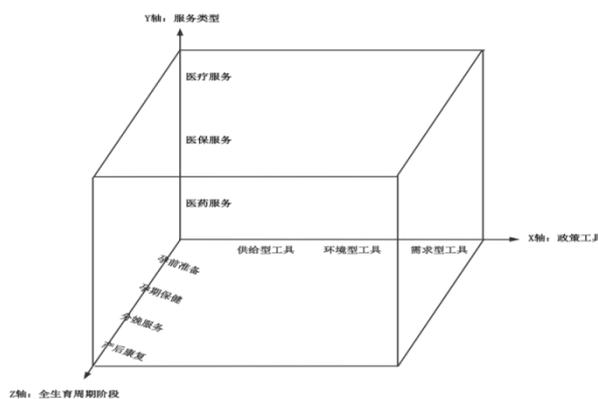


图1 政策工具-服务类型-全生育周期阶段三维分析框架

3.2.1 构建三维分析框架的理论基础

三维分析框架以政策工具理论、协同治理理论、生命周期理论为支撑，确保科学性与系统性。

政策工具理论提供干预手段分类基础，Howlett 和 Ramesh 提出的供给型、环境型、需求型工具分类，广泛适用于政策分析。三类工具分别对应政府直接供给资源、塑造外部制度环境、激励公众参与，体现生育支持政策中政府干预方式，揭示政策资源配置偏好与效果差异。

协同治理理论为三医协同机制分析提供支撑，核心是多元主体协作整合、打破部门壁垒。医疗、医保、医药协同程度直接影响生育支持政策的效果，通过分析三医在不同生育阶段的协同状况，可揭示跨部门协作不畅的具体之处，为优化机制指明方向。

生命周期理论为全生育周期阶段划分提供依据，该理论认为个体需求随生命阶段动态调整。据此将全生育周期划分为四阶段，精准识别各阶段健康风险与保障需求差异，为政策评估与阶段性优化提供指导。

3.2.2 X 轴：政策工具

政策工具指的是在政策过程里，政府为达成定政策目标所采用的各类手段与措施，它是政府行使治理职能的工具及途径，还是政策目标与政策结果之间的纽带，关联着政府决策与最终执行效果^[19]，本文关注政府的干预方式，参考 Howlett 和 Ramesh 的分类框架，把政策工具分成三类：供给型工具、环境型工具和需求型工具。

3.2.3 Y 轴：服务类型

从全生育周期视角看，医疗服务是育龄女性健康保障的关键，需在孕期、分娩、产后提供常规诊疗与针对性服务，政府需优化医疗资源配置，保障服务可及性与质量；医保服务在三医协同中起关键作用，政府需推动医疗机构、保险机构、药品供应商合作，通过信息共享、资源整合保障育龄女性医疗需求；医药服务是健康保障的重要手段，需与医疗、医保协同，支撑全生育周期服务^[20-21]。三医协同机制即生育政策实施中，医疗、医保、医药三大领域的协调合作，核心是通过协同提升医疗保障整体效能，实现政策目标。

3.2.4 Z 轴：全生育周期阶段

在全生育周期的分析架构之下，育龄女性的医疗保障需求呈现出阶段性特性。随着妊娠进程的变化而变化，且会受其经济状况、医疗供给以及职业类型等诸多社会因素的作用。在制定生育支持政策时，要精准识别不同阶段的具体需求，以此提高政策的匹配度与可及性。按照本文对全生育周期四阶段的划分：孕前准备阶段，主要侧重于生育能力的维护以及优生优育的支持，如健康咨询、遗传筛查与生活方式干预等服务；孕期保健阶段，重点在于孕期产检的普及程度以及妊娠风险的管理，保证孕妇可获得及时且连续的照护；分娩服务阶段，着重强调分娩过程中的医疗安全与分娩成本，涉及产科医疗资源配置以及分娩费用报销等；产后康复阶段，关注产后身心健康支持与生育力保护等方面。

3.3 政策文本编码

本研究选取 69 份政策文件为样本，逐句逐段阅读文本，提取政策工具类型、目标导向、保障机制等关键内容，借助 Nvivo 质性分析软件进行编码，确保编码系统性与可重复性。通过开放式编码与轴心编码结合，共识别 1132 条有效编码记录，为后续实证分析奠定基础。

4 数据分析

4.1 单维度分析

4.1.1 X 轴：政策工具分析

西南地区生育支持政策工具结构呈现“供给导向突出、制

度保障有力、行为激励欠缺”特点。从表 2 来看，供给型工具占比最高，节点 328 个，以财政支持、信息技术支持、公共服务、基础设施建设、服务人才队伍建设为主要形式，体现政策高度依赖政府主导的资源投放，注重“物的供给”与“服务能力”建设。环境型工具节点 295 个，以制度法律、策略性措施、目标规划、权益保护为主，体现政策重视制度化、规范化手段，为政策执行营造稳定制度环境，呈现从“短期治理”向“结构嵌入”的逻辑转变。需求型工具节点仅 79 个，集中在资金支持、时间支持、就业培训、心理健康干预，行为激励类手段运用较少，反映政策需求侧干预不足，需求回应机制尚处初级阶段。

表 2 政策工具编码情况

工具类型		节点数量	比例 (%)	
供给性工具	信息技术支持	73	328	45.62
	服务人才队伍建设	30		
	财政支持	89		
	公共服务	75		
	基础设施建设	61		
环境型工具	目标规划	54	295	41.03
	制度法律	114		
	策略性措施	77		
	权益保护	50		
需求型工具	资金支持	50	79	10.99
	时间支持	17		
	就业培训	10		
	心理健康干预	18		

4.1.2 Y 轴：三医协同机制分析

三医协同架构处于初步整合阶段，医保牵引作用强，但医疗、医药存在资源分布不均、政策响应滞后等问题。对三医协同相关内容编码，共识别 187 条有效信息（表 3）。医保服务占比最高，涵盖参保范围拓展、生育费用报销、生育津贴发放、异地就医结算等，是保障生育经济可承受性的关键。医疗服务

占比 35.29%，聚焦基础医疗条件构建、服务能力提升，如强化产前检查、完善助产体系，但受基层医疗资源分布不均影响，成效受限。医药服务占比最低，仅关注孕期安全用药供应，药品获取、医保目录动态调整等不完善，协同性未充分发挥。

表3 服务类型编码情况

服务类型	节点数量		比例 (%)
医疗服务	66	187	35.29
医保服务	90		48.13
医药服务	31		16.58

4.1.3 Z轴：全生育周期阶段分析

综合来看，当前政策存在“重前期中期、轻末端”偏向。对全生育周期阶段相关内容编码，共识别 226 条政策节点（表 4）。政策关注度呈“孕前—孕中集中、产后薄弱”的特点。孕前准备阶段节点 67 个，涵盖优生咨询、孕前体检等，体现政策前端介入程度高。孕期保健阶段节点 66 个，含产前检查规范、妊娠高风险管理等。分娩服务阶段节点 69 个，涉及分娩安全保障、助产人员配备等，二者制度设计较完善，体现国家降低孕产妇死亡率、提升分娩质量的努力。产后康复阶段节点仅 23 个，仅覆盖产后访视、基础心理健康支持，内容分散、体系不系统，难满足产后女性需求。

表4 全生育周期阶段编码情况

全生育周期阶段	节点数量		比例
孕前准备	67	226	29.65%
孕期保健	66		29.20%
分娩服务	69		30.53%
产后康复	23		10.18%

4.2 交叉维度分析

4.2.1 X—Y 轴分析

政策工具在三医体系中呈现“供给为主、环境支撑、需求补充”格局。对政策工具在三医体系中的嵌入情况交叉编码后发现（表 5），供给型工具运用最广。医疗服务领域供给型工具使用频次最高，体现政府对医疗服务基础保障能力建设的投入。环境型工具分布较均衡，医疗、医保、医药服务中均有较多应用，多体现为法律规范、监管机制，助力三医体系稳定运

行。需求型工具使用频次低，应用较少，且医药服务领域需求型工具嵌入不足，缺少柔性引导机制。

表5 政策工具及服务类型交叉分析结果

Y:服务类型	X: 政策工具		
	供给型工具	环境型工具	需求型工具
医疗服务	143	108	18
医保服务	88	90	40
医药服务	14	25	1

4.2.2 X—Z 轴分析

当前政策工具配置呈现“供给主导、制度护航、需求激励欠缺”特点。对政策工具在全生育周期各阶段的分布交叉编码后发现（表 6），供给型工具均为主要工具，孕前准备、孕期保健、分娩服务、产后康复节点数差异显著，孕期、分娩阶段供给介入力度大，这表明政策依赖供给型手段搭建服务基础。环境型工具在各阶段分布较均衡且频次较高，，产后阶段也尝试以此维持服务，这表明环境型工具在全生育周期各阶段中占据关键位置。需求型工具在四阶段占比小，节点数也较少，这可能削弱了政策持续性与柔性调节能力。

表6 政策工具及全生育周期阶段交叉分析结果

Z:全生育周期阶段	X: 政策工具		
	供给型工具	环境型工具	需求型工具
孕前准备	58	72	10
孕期保健	51	62	12
分娩服务	57	63	20
产后康复	19	26	10

4.2.3 Y—Z 轴分析

全生育周期各阶段医疗保障需求呈阶段性特点，三医协同状况直接影响保障效果。对三医服务在全生育周期各阶段的协同作用分析后发现（表 7），孕前准备、孕期保健和分娩阶段，医疗和医保服务协同较为紧密，医药服务相对不足。产后康复阶段，医疗、医保、医药服务节点数均最低，医疗支持较为薄弱、医保覆盖不足、医药保障欠缺，难以满足产后女性需求。

表7 服务类型及全生育周期阶段交叉分析结果

Z:全生育周期阶段	Y: 服务类型		
	医疗服务	医保服务	医药服务
孕前准备	49	11	3
孕期保健	46	19	1
分娩服务	38	26	2
产后康复	15	4	1

5 结论与建议

5.1 研究结论

本研究针对西南地区生育政策的文本分析，揭示全生育周期视域下三医协同政策体系的核心特征，具体表现为全生育周期阶段保障不均衡、政策工具结构偏向供给侧、三医服务配置存在差异。

5.1.1 全生育周期阶段保障不均衡

政策在全生育周期各阶段投入差异显著，呈现“孕前-孕期-分娩集中、产后薄弱”的特点。孕前准备、孕期保健、分娩服务三阶段节点占比接近，政策聚焦孕前优生咨询、孕期产检规范和分娩安全保障，通过前置干预降低生育风险，符合公共卫生预防逻辑。而产后康复阶段节点占比仅 10.18%，仅覆盖产后访视等基础内容，对产后身体恢复、心理健康干预、社会角色重建等需求覆盖不足，难以形成全周期闭环保障。

5.1.2 政策工具结构偏向供给侧

供给型政策工具占比最高，以财政支持、公共服务、基础设施建设为主要形式，是政策实施的核心手段。政府通过直接投入保障医疗设施建设、医疗人才配备和基础医疗服务供给，确保育龄群体的基本医疗可及性。环境型工具占比次之，以制度法律、策略性措施为主，为政策执行构建环境，如规范医保报销流程、明确生育服务标准等。需求型工具占比最低，仅集中于资金、时间支持等基础激励，对心理健康干预、就业培训等柔性引导不足，政策对个体生育意愿的主动激发能力较弱。

5.1.3 三医服务配置存在差异

医保服务占比最高，是政策设计的核心保障环节，涵盖参保范围拓展、生育津贴发放、异地就医结算等，通过经济补偿减轻生育负担。医疗服务占比次之，聚焦孕期产检、分娩医疗资源调配等基础服务，但受基层医疗资源分布不均影响，服务覆盖与质量存在区域差异。医药服务占比最低，仅关注孕期安

全用药供应，对产后康复药品、特殊孕产药品的保障不足，且与医疗、医保服务衔接松散，尚未能形成协同支撑体系。

5.2 政策建议

5.2.1 强化需求型工具的设计与应用

现行的生育服务政策中，需求型工具的设计与应用较为欠缺，尤其是在激励和行为引导方面较为匮乏。故此，可考虑如下措施：

一是引入生育意愿激励机制。针对女性生育意愿低迷的状况，提议在政策继续引入多元的激励机制，如加大税收减免、育儿补贴、产假延长等政策手段。二是建立产后康复激励机制。当前产后康复阶段的保障较为薄弱，女性在生育后的康复进程中缺少足够的政策支持。可考虑在政策中增添激励机制，鼓励产后女性踊跃参与康复服务，比如提供产后康复补贴、免费心理疏导、专项健康管理服务等，以提升分娩女性的身体恢复及再生育意愿。三是完善育龄女性健康管理体系。为更有效地回应育龄女性的需求，建议构建一个多层次的健康管理体系，依靠定期健康检查、孕前健康教育等途径，保证女性在生育前、孕期以及产后可及时获取医疗服务和健康指导，减少因健康问题引发的生育险阻或意外风险。

5.2.2 强化产后康复政策的实施

产后康复是当前生育政策里较为薄弱的环节。针对该问题，有如下几项具体建议：

一是扩展医保在产后康复服务的覆盖范围。在产后恢复等领域，当前产后康复相关服务的医保覆盖率处于较低水平。鉴于此，可考虑扩大医保对产后康复服务的支持力度，以保证产后女性可享有全面的医疗保障。二是出台统一的产后康复服务目录清单。为提升产后康复服务的整体成效，并同时限定服务范围，建议可从国家层面出台统一的产后康复服务目录清单，各省结合实际情况定价。这一系统化的康复服务体系，可凭借政府支持以及社会力量合作，保障政策的可持续性。三是提供产后护理及支持服务。除了医疗治疗外，产后女性在身体和心理方面可能将承受较大的恢复压力，建议政府提供多样化的产后护理服务，如母婴护理、情感支持、营养咨询等，帮助产后女性适应社会角色转变，提高生活质量。

5.2.3 推动三医协同机制的完善

医疗、医保以及医药之间的协同，对于提升全生育周期生育政策的整体效能十分关键。然而，当下，医疗、医保、医药的协同机制还存在欠缺，致使政策执行过程中存在诸多薄弱之处。可考虑：

一是强化三医协同的政策设计。目前医疗、医保与医药服务间的协同状况较为松散，政策执行缺少有效的衔接机制。在

进行政策设计时,应当制定清晰明确的三医协同机制,以此保证三者间可达成信息共享与资源整合,并促成高效的协作流程。例如,医疗机构、保险机构以及药品供应商间需构建更为紧密的合作机制,借助跨主体的协调与联动机制,提升政策的执行效率与服务质量。二是要优化医保支付方式。当前医保支

付主要聚焦于基础医疗费用的覆盖方面,缺少针对孕期特殊药品以及高风险孕产妇的定向支持。在医保支付机制中应增添灵活性,扩大对高风险孕产妇的保障水平。针对孕期并发症、高危妊娠以及产后康复治疗等服务,依靠灵活的医保支付方式,促使医疗、医保以及药品服务实现协同发展。

参考文献:

- [1] 袁君.“三孩”背景下我国生育支持政策的问题研究和对策分析[J].沧州师范学院学报,2024,40(03):82-87
- [2] 徐晓燕,杨月华.推动提升生育力的战略转变——实现从生育力技术保护到全面性保护[J].中国计划生育和妇产科,2024,16(08):3-6.
- [3] 黄倩玲,申俊龙,曾智,等.我国三医协同治理模式的理论框架与优化路径[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2025,26(03):190-197.
- [4] 张瑞娟,高秀娟,刘金菊,等.中国生育支持政策:现状与展望[J].人口学刊,2025,47(03):19-36.
- [5] 黄海丽,李玉红,俞洋,等.安徽省育龄女性生育意愿及其影响因素的混合性研究[J/OL].中国全科医,1-8[2025-06-09].
- [6] 赵耀辉,杨翠红,李善同,等.人口结构变化与社会经济发展[J].管理科学学报,2021,24(08):154-162.
- [7] 商倩倩,殷永昆,张吉鹏.生育决策:理论、实证与政策评估[J/OL].经济学动态,2025,(03):146-160[2025-05-08].
- [8] 新法健全生育相关保障制度[J].法人,2023,(01):7.
- [9] 沈雯珺,何达,钱爱兵.基于扎根理论的三医协同发展和治理路径研究[J].中国卫生政策研究,2025,18(03):18-23.
- [10] 顾亚明.基于整体智治视角的浙江省“三医”协同发展和治理实现路径研究[J].卫生经济研究,2025,42(06):1-4+8.
- [11] 聚焦“三医”协同发展强化药政治理转型[J].中国卫生,2025,(05):32.
- [12] 韩国荣,陈超,鞠宇豪,等.代谢综合征对育龄期女性的影响及全生育周期管理[J].西南医科大学学报,2023,46(03):185-188.
- [13] 孙炜迪,单诗怡,朱璇,等.女性全生命周期生殖因素与卒中发生发展的研究进展[J/OL].中国全科医学,1-8[2025-07-16].
- [14] 韩净.“全生命周期”视角下高职妇产科护理学生综合能力培养模式创新[J].科教导刊,2025,(07):21-23.
- [15] 黄岩,尚志君.“互联网+医疗”背景下全生育周期服务体系构建研究[J].江苏卫生事业管理,2022,33(05):563-565.
- [16] 沈晓,毛宗福,肖红军,等.整体性治理:医保支付方式改革下的“三医”协同发展和治理[J].中国医疗保险,2025,(05):13-19.
- [17] 卫武,徐和衍.政策工具视角下我国众创空间政策文本分析[J].科研管理,2024,45(02):39-49.
- [18] 蔡劲松,董欣静.面向新发展理念的公共文化服务政策取向与优化研究——基于“目标-工具-价值链”三维框架的探析[J].河海大学学报(哲学社会科学版),2025,27(02):51-62.
- [19] 陈振明.公共政策分析[M].北京:中国人民大学出版社,2003:146-147.
- [20] 医疗、医保、医药协同发展和治理的专家共识(2024版)[J].健康发展与政策研究,2024,27(06):445-448+491.
- [21] 赵东辉,付晓光.健康治理视角下的“三医”联动:内涵、目标与实现路径分析[J].中国卫生政策研究,2021,14(01):10-16.