



基于彩虹模型的医防协同实施路径探索

王汉文¹,汪卓赞^{1,2},顾维波¹,王颖¹,张倩倩¹

1. 安徽医科大学卫生管理学院,安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第二附属医院医院管理教研室,
安徽 合肥 230601

摘要:我国医疗卫生服务系统正面临慢性非传染性疾病防治负担加重与传染性疾病常态化管理的双重挑战,“医”与“防”二者之间的协同发展问题引起社会各界的广泛关注。研究以彩虹模型为理论框架,具体深入地从宏观、中观、微观和支持要素四个层面分析了我国医防协同工作面临的主要问题和障碍。在借鉴国内外医防协同先进工作经验的基础上,从系统协同、组织协同、专业协同、服务协同、功能协同和规范协同六个维度提出了促进医防协同的具体实施路径。

关键词:医防协同;彩虹模型;实施路径

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)01-021-005

doi:10.7655/NYDXBSS20230104

近年来,党和国家高度重视医防协同工作,明确强调深入推进医防协同融合发展。2020年,习近平总书记在主持中央全面深化改革委员会第十二次会议时强调,要推动公共卫生服务与医疗服务高效协同、无缝衔接,健全防治结合、联防联控、群防群治的工作机制^[1]。2021年,国务院办公厅印发的《关于推动公立医院高质量发展的意见》要求,加强三级公立医院和县级医院与专业公共机构的分工协作和业务融合,做实公共卫生服务,提升公共卫生服务能力^[2]。

现阶段,我国人群健康受到慢性疾病与新发传染病的双重肆虐,医疗服务与公共卫生之间的制度性裂痕始终存在,以医院为中心的疾病防治服务模式面临着巨大挑战,公共卫生与医疗服务协同发展形势严峻,以健康为中心的医防协同发展路径亟待探索和建立。因此,本文以彩虹模型理论为研究框架,科学分析当前我国公共卫生与医疗服务系统协同发展现状,结合我国医疗卫生事业发展的独特形势,尝试提出符合卫生健康事业高质量发展要求的医防协同实施路径,为提升公共卫生服务能力与构建区域医疗卫生服务中心提供理论参考和借鉴。

一、概念界定

1971年,德国物理学家哈肯首次提出“协同”概念。1976年,协同理论正式形成,该理论认为协同系统是由多个子系统组成的,并能以自组织的方式形成宏观、有序的开放系统,通过研究各子系统之间的协同作用,促使其从无序转变为有序机制^[3]。随着社会生产实践与科学技术的发展,美国管理学家安索夫率先将协同理论引入管理学领域^[4]。至此,该理论正式成为指导各类系统协同发展的重要战略依据,也引起了医药卫生领域诸多学者的关注和探索,为医疗卫生事业的协同发展提供了重要的理论支撑。

关于医防协同,我国部分学者认为,“医”是指临床医疗工作,即通过医疗机构的多部门合作实现对患者疾病的诊断与治疗;“防”则是指公共卫生工作,即由医疗机构和专业公共卫生机构等组织共同提供从诊断到康复再到健康促进的连续性健康服务^[5-6]。临床医疗和公共卫生作为卫生系统的重要组成部分,二者在功能上互为补充,但往往各自运作,缺乏有效的衔接和协作。如果忽视医防协同发展,不仅会弱化医疗机构的社会公益性,也会阻碍

基金项目:安徽省医学会卫生健康软科学研究项目“公立医院公共卫生资源配置与服务协同研究”(2020WR02017)

收稿日期:2022-11-16

作者简介:王汉文(1998—),男,安徽太湖人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策、医院管理;汪卓赞(1981—),男,安徽合肥人,研究员,研究方向为医院管理,通信作者,wangzhuoyun2003@163.com。

区域公共卫生能力建设。基于此,参考协同理论和权威专家对医防协同的定义,本文认为,医防协同指以各类医疗机构为主体的医疗服务系统,与以疾病预防控制中心为主体的公共卫生系统协调运转,以分工协作的形式共同提供涵盖预防、诊断、治疗、康复、健康教育与健康促进等服务,以实现连续性的健康服务,从而提升医疗卫生服务系统的整体效能^[7]。

二、研究框架

(一)彩虹模型

彩虹模型是 Valentijn 在整合模型的基础上提出,将以人群为中心和以人为中心作为核心指导原则,涵盖了宏观、中观、微观和支持要素四个层级以及系统整合、组织整合、专业整合、服务整合、功能整合与规范整合六个维度^[8](图1)。文献总结发现,彩虹模型是目前较为公认的用于评价整合型医疗卫生服务体系的理论框架,能够全面系统地反映整合型医疗卫生服务的核心观点。

医防协同作为新发展形势下医疗服务系统与公共卫生系统协同融合发展的重要内容与关键路径,主要表现为医疗服务体系与公共卫生体系以及医疗服务工作与公共卫生工作之间的协同。这就要求各级各类医疗机构与公共卫生机构从宏观、中观、微观和支持要素多个维度进行分工协作,共同提供从疾病诊疗到健康促进的全周期服务。因此,研究以彩虹模型作为研究框架,对我国医防协同工作的关键内容与发展过程中存在的关键问题进行分析与总结。

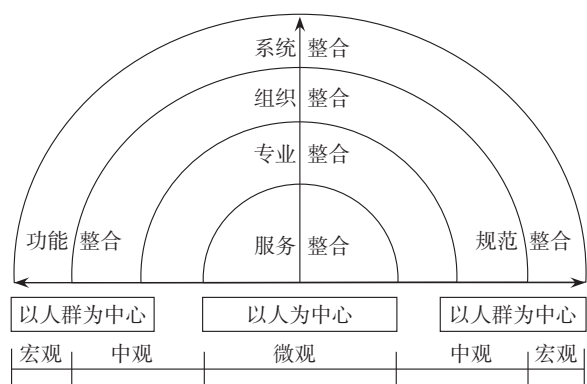


图1 彩虹模型

(二)研究框架

整体性治理理论认为,“协同”与“整合”二者之间在概念上存在明显的不同,但均是为了促进系统整体效能的提升^[9]。研究结合医防协同的核心要义以及我国医防协同的实践经验,根据研究目的对彩虹模型的基本内容进行调整,即形成系统协同、组织协同、专业协同、服务协同、功能协同、规范协同六个维度(表1),基于调整后的彩虹模型理论对我

国医防协同工作的相关内容进行探讨。

表1 调整后的彩虹模型各维度及其内涵

层面	维度	内涵
宏观层面	系统协同	基于制度层面对结构、过程和技术进行重新设计以提供连续性的医疗卫生服务,保障医防协同工作的法律、规范和政策等
中观层面	组织协同	各类医疗机构与专业公共卫生机构之间通过各种形式建立起来的合作伙伴关系
	专业协同	机构内部或机构之间的专业人员建立起来的具有跨部门、跨学科、跨专业背景的分工协作关系
微观层面	服务协同	以健康为中心,以分工协作的形式为人群提供预防、诊断、治疗、康复、健康教育等全方位的医疗卫生服务
支持要素	功能协同	与医防协同工作相关的资金支持、绩效考核、监督管理、信息共享和科学研究等非临床支持性功能的协同
	规范协同	在医防协同过程中构建符合实际的价值观念和氛围等

三、我国医防协同工作面临的主要问题与障碍

(一)宏观层面问题尤其突出

宏观层面是对医防协同工作的系统规划与核心指导,是推动公共卫生与临床医疗协同发展的方向指引。现阶段我国医疗卫生服务系统协同发展面临巨大挑战,一方面医疗机构与专业公共卫生机构在宏观架构上难以协同融合,另一方面疾病防治与控制亟须弥合制度裂痕,二者之间的矛盾愈演愈烈。公共卫生与医疗服务之间的协同融合工作涉及诸多利益主体,亟待调整和完善,甚至是基于宏观层面对体制机制进行重新设计。忽视医防协同的顶层设计,不仅会导致医防协同实践工作陷入困境,也会出现医疗卫生资源浪费的不良局面。

研究表明,当前我国医防协同政策总量较少,关于协同机制方面政策的权威性有待加强^[10]。尽管国家层面在诸多政策文件中均强调加强医防协同融合工作的必要性和重要意义,但系统性的指导意见和实施方案尚未形成,政策“碎片化”特征明显以及政策落实力度相对欠缺等问题亟须解决^[11]。近年来,医防协同工作受到空前重视,诸多省份也将医防协同相关工作写进卫生健康事业发展规划,但关于医防协同的关键内涵与核心要义仍未得到广泛普及^[11]。总体来看,我国医防协同实践与探索研究仍处于起步阶段,相关支撑体系和运行机制亟待建立,宏观顶层设计工作仍需强化。

(二)中观层面问题较为严重

中观层面是贯彻医防协同工作理念的重要载体。我国的卫生服务体系主要包括医疗服务体系和公共卫生体系,二者之间具有密不可分的联系,

但彼此之间的分工协作机制面临着诸多困境。首先,两者之间的组织架构彼此割裂,在功能定位、社会责任与权利来源等方面均存在着清晰的边界,在组织层面存在难以逾越的“鸿沟”。其次,医疗服务体系中各级各类医疗机构之间分散经营,缺少协调合作机制^[12];受经济效益驱动型发展模式的影响,医疗机构往往只考虑自身利益而忽视本该承担但经济效益低的公共卫生职能建设。最后,疾病诊断与预防的不连续化,导致公共卫生系统在进行疾病监测和健康促进时缺少现实依据,无法充分发挥三级预防的作用。

根据我国医学学科分类可知,预防医学与临床医学自成体系,二者分别承担起临床医生与公共卫生人才培养的任务,长期分化的人才培养机制导致复合型人才缺失,尚未形成包含预防、临床、管理等多学科交叉的复合型人才培养机制,单一化专业背景的人才队伍难以应对多元化的医疗卫生服务需求。相关研究表明,我国公共卫生卓越人才量不足,复合型人才短缺成为阻碍公共卫生事业发展的难题^[13-14]。

(三)微观层面问题不容忽视

微观层面是落实医防协同工作的核心环节。服务协同要求医疗服务系统与公共卫生系统以个人和人群健康为中心,以分工协作的形式为目标人群提供一体化、全方位、全周期的健康服务。然而,我国医疗服务与公共卫生体系分别提供单一化的临床医疗与预防保健服务,服务“碎片化”问题严重。

首先,部分综合性医疗机构公共卫生职能弱化。作为传染性疾病预防的主体之一,综合性医疗机构承担着传染病发现与诊疗任务,并配合疾控机构完成慢性病管理、健康教育和健康促进等公共卫生任务。在具体落实医防协同工作过程中,部分医院存在公共卫生科室建设不健全、公共卫生医师数量占比不足、公共卫生工作制度不完善等问题,公共卫生职能弱化的趋势日趋明显^[15]。其次,多数基层医疗卫生机构服务提供能力不足。机构内部主要承担公共卫生服务任务的感染科面临收入低、人才少、配套设施落后等诸多障碍,具体落实医防协同工作的阻力大。最后,公共卫生服务的提供完全依赖于基层医疗卫生机构,服务效率和质量总体偏低,碎片化、不连续的医疗卫生服务供给模式不利于疾病前端预防与末端治疗环节之间的高效协同。

(四)支持要素问题亟待解决

支持要素是支撑医防协同工作顺利开展的基础,涉及与医防协同相关的资金来源、绩效考核、信息化建设、价值观念、社会认知等诸多方面,主要面临以下几点问题和障碍。

第一,常规的资金投入力度有待加强。公共卫生服务的筹资依赖于政府财政投入,主要包括对基层医疗卫生机构的基本公共卫生经费补助和对专业公共卫生机构的重大公共卫生项目拨款,公共卫生系统筹资来源单一且资金使用效率有待提高。国家层面对公立医院公共卫生服务的专项补助需要形成常态化,资金的投入力度需要进一步加大。

第二,高效的信息共享机制急需构建。我国各级各类医疗机构、疾控机构、医学科研院所的信息系统相互独立,信息沟通缺少系统化、连续性的流程与机制,甚至是医疗服务系统内部都存在“信息孤岛”现象。当面临突发公共卫生事件或卫生应急处理时,由于信息沟通与共享滞后,无法充分发挥医疗服务与公共卫生之间的协同作用。

第三,绩效考核与监督管理机制亟待完善。医防协同工作涉及范围广泛、涵盖主体内容繁杂,绩效考核与监督管理工作实施难度大,如何平衡医疗机构公共卫生科室与其他临床科室之间的绩效分配以及对绩效管理公平性的监督,是参与医防协同过程中医务工作者工作积极性的重要保障。

第四,医防协同的社会认知环境尚未形成。长期以来临床医疗是我国医疗卫生系统改革与发展的主要内容,对公共卫生系统的重视程度不足,医防协同需要上升至国家战略^[16]。同时,公共卫生宣传力度不足,社会公众普遍认为强大的医疗救治体系是应对疾病最强有力的手段,对公共卫生系统的信任缺失,“重医轻防”的健康观念已然根深蒂固。

四、彩虹模型下医防协同具体实施路径

(一)系统协同:以人群健康为中心,加强宏观顶层设计

系统协同是基于宏观层面对医防协同工作进行全流程的重新设计。针对宏观层面存在的主要问题和障碍,应当始终坚持以人群健康为中心,以保障人民群众的健康权益为出发点,加强宏观顶层设计。首先,国家层面应当主导构建医防协同的大卫生、大健康格局,深入贯彻将“健康融入所有政策”,以《“健康中国2030”规划纲要》为基础,逐步完善医防协同相关的政策文件,探索制定加强医防协同工作的指导意见,为地方政府制订工作细则提供指导。其次,地方政府应当在国家宏观政策的指导下,结合地区医疗服务与公共卫生系统的独特形势,探索制定符合地区实际情况的医防协同工作细则与实施方案,确保整个医防协同制度落实到位。最后,组织制定医防协同工作评价体系,分别对综合性公立医院、中医医院、专业公共卫生机构提供的公共卫生服务数量、质量和相关配套建设等进行系

统考核与评价,促进医防协同工作成果落地见效。

(二)组织协同:打破机构行政壁垒,探索机构协作模式

医防协同的实现离不开各层级、各类别医疗机构与公共卫生机构之间的分工协作。针对医疗卫生系统机构分散经营的问题,应当从我国当前国情出发,充分利用现有资源对医疗卫生机构协同发展模式进行探索。一是依托紧密型县域医疗服务共同体,探索融合医疗机构和公共卫生机构的发展模式,加强医疗服务与公共卫生系统之间的交流与协作,打破医防机构各自为政的原有局面,尝试构建符合基层医疗卫生服务需求的健康共同体服务模式,集约化利用县域医疗卫生资源,建立我国县域医共体层面医防协同高效运行的策略和优化路径^[17];二是利用城市医疗服务联合体平台的优势作用,充分发挥区域内三级综合医院的龙头作用,强化综合性医疗机构的公共卫生职能建设,同时加强与公共卫生机构的横向协作能力,探索构建城市健康服务联合体,最大限度地实现全方位、全流程健康管理与促进服务的提供。

(三)专业协同:推进医学教育改革,构建人才培养机制

数量充足、素质卓越的医疗卫生人才是促进医疗卫生服务能力提升与优化的第一资源。随着社会生产实践和科学技术的发展,学科发展高度分化的特征日趋明显,传统的医学教育模式已然不再完全适应卫生健康事业新的发展需求。因此,亟须采取多举措推进医学教育改革。首先,国家层面应当鼓励高等医学院校主动适应新变化,尝试打破当前我国医学学科各自发展的原有局面,探索医学学科高度综合的发展模式,在基础医学、临床医学和预防医学等学科整合的基础上,探索“群医学”学科发展方向。其次,针对公共卫生医师“临床技能”和临床医师公共卫生技能弱化的问题,有条件地赋予公共卫生医师处方权和临床执业机会;将大健康观念融入住院医师规范化培训过程中,培养临床医师健康教育与健康促进的意识,尝试构建适应“平战结合”的人才培养与晋升机制。

(四)服务协同:落实公立医院职责,强化公共卫生职能

公立医院作为医疗服务体系的主体,承担着重要的公共卫生职能。加强公立医院公共卫生职能建设是公立医院保障人民群众身体健康和生命安全的重要举措。落实公立医院职责,首先应当明确公立医院的职能定位,正确认识公立医院对于保证区域公共卫生目标完成的重要作用,及时摒弃以经济利益为导向而忽视社会效益的运营理念,积极承担保障基本医疗服务、卫生应急、传染病防治、慢性

病管理、妇幼保健、健康教育与健康促进等公共卫生职能。其次,积极推进公立医院公共卫生科室建设与改革,明确公共卫生科室的职能定位与工作范畴,从组织层面将公共卫生服务和临床医疗服务放在同等地位,由公共卫生科室负责组织协调综合性的医疗卫生服务。最后,公立医院在保证完成本身应当承担的公共卫生任务的同时,需要积极关注其他医疗卫生机构公共卫生工作的开展情况,探索建立多机构分工协作的医防协同机制,充分强化公立医院公共卫生职能。

(五)功能协同:完善相关配套措施,重视信息共享与科研合作

为保障医防协同工作顺利推进,必须完善资金支持、监督管理、绩效考核、信息化建设和科学研究等诸多配套措施。一是建立明确的资金补偿机制。针对公共卫生工作经济效益低的问题,政府应当组织设定专项资金,以购买服务的形式给予开展医防协同工作的医疗卫生机构一定的资金支持。二是完善绩效考核与监督管理。明确医疗卫生机构中临床科室和公共卫生科室的同等地位,实行统一的绩效考核机制,并加强对绩效分配的监督管理工作,确保利益分配的公平性。三是加强信息化建设。充分发挥大数据、互联网平台的技术优势,打通政府卫生行政部门、医疗机构、专业公共卫生机构以及基层医疗卫生机构之间的信息沟通渠道,探索建立覆盖多机构、多部门的信息共享平台。四是构建常态化科研合作机制。以传染病和慢性病为基础内容,以突发公共卫生事件应急处理为研究重点,鼓励医疗卫生领域的专家综合探索复杂卫生形势下多学科交叉协作研究路径,加大科研攻关力度,逐步形成由医疗机构和公共卫生机构组成的常态化科学研究合作机制。

(六)规范协同:转变重医轻防观念,营造医防协同的认知环境

预防是最经济、最有效的健康策略。自中华人民共和国成立以来,我国就将“预防为主”写入卫生工作方针,并作为指导卫生工作的核心原则。受传统医学观念等多种因素的影响,重医轻防、以医养防的局面没有得到较好改善,基层医疗卫生服务系统的表现尤为突出。面对新发传染病频发和慢性非传染性疾病危害加重的复杂形势,重医轻防的理念亟待转变,“以防为主”“防治并重”的健康观念亟须建立。对医疗机构而言,应当及时转变“重治疗轻预防”的服务理念,及时完善疾病预警与监测机制,对健康危险因素进行防控,从根本上实现防治理念从以治疗为中心向以人群健康为中心的转变;加强医务人员的公共卫生教育,提高医务工作者的公共卫生服务意识和应对突发公共卫生事件的安

全意识。基层医疗卫生机构应当主动承担健康教育
的责任,加强传染病和慢性疾病的知识普及,提
高人群对疾病和健康的认识,为医防协同工作营
造良好的社会认知环境。

参考文献

[1] 习近平主持召开中央全面深化改革委员会第十二次会议强调:完善重大疫情防控体制机制 健全国家公共卫生应急管理体系[EB/OL]. [2022-09-22]. http://www.xinhuanet.com/politics/leaders/2020-02/14/c_1125576323.htm

[2] 国务院办公厅. 关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL]. [2022-09-22]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm

[3] 吴利纳,桂朝伟,马秀华,等. 协同理论在区域医疗中心突发公共卫生事件应急后备医院建设中的应用与实践[J]. 中国现代医生,2022,60(15):176-180

[4] (美)H.伊戈尔·安索夫. 战略管理[M]. 邵冲,译. 北京:机械工业出版社,2013:89

[5] 屈伟,陈浩,郑琪,等. 医防融合视域下基层公共卫生人才队伍的建设与发展[J]. 中国卫生事业管理,2021,38(11):839-843,846

[6] 黄鹏,庄炜,魏丽荣. 从重大传染病定点救治机构角度探索公立医院医防融合机制的建立[J]. 中国医院,2021,25(8):1-3

[7] “创新医防协同机制、策略与实施路径学术研讨会”专家组. 创新医防协同机制专家建议[J]. 中华医学杂

志,2021,101(32):2505-2507

[8] 王欣,孟庆跃. 国内外卫生服务整合案例的整合策略比较[J]. 中国卫生经济,2016,35(6):9-12

[9] 王俊,朱静敏,刘颖. 中国公共卫生体系与医疗服务体系融合协同机制研究[J]. 公共管理与政策评论,2022,11(2):65-73

[10] 马文雯,李超凡,刘聪慧,等. 我国医防协同政策文本量化分析——基于政策工具、协同层次和协同机制的三维框架[J]. 中国卫生政策研究,2022,15(7):24-29

[11] 张立琳,丁玎,陈俊峰. 医防协同尚需落细落实[J]. 中国卫生,2022(7):106-107

[12] 张亮,胡志. 卫生事业管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:353

[13] 王朝昕,石建伟,徐刚,等. 我国公共卫生卓越人才培养的“痛点”思考与展望[J]. 中国科学院院刊,2020,35(3):297-305

[14] 陈鸣声,林振平,王长青. 卫生管理专业人才培养能力与创新能力培养研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2022,22(2):196-200

[15] 史卢少博,姚芳,夏怡,等. 基于共生理论的医防融合路径分析[J]. 卫生经济研究,2021,38(8):6-10

[16] 陈家应,胡丹. 医防融合:内涵、障碍与对策[J]. 卫生经济研究,2021,38(8):3-5,10

[17] 薛俊军,李念念,王存慧,等. 基于共生理论的县域医共体医防协同问题探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2022,22(1):15-19

(本文编辑:姜鑫)

Exploration of the implementation path of medical and prevention collaboration based on the rainbow model

WANG Hanwen¹, WANG Zhuoyun^{1,2}, GU Weibo¹, WANG Ying¹, ZHANG Qianqian¹

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Management Teaching and Research Section, the Second Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230601, China

Abstract: The health care system in China is facing the dual challenges of the increasing burden of chronic non-communicable diseases and the normalization management of communicable diseases. The coordination between “medical” and “prevention” has attracted widespread attention from all fields of society. Based on the theoretical framework of the Rainbow model, the article analyzed the main issues and obstacles faced by China’s medical and prevention coordination from the macro, meso, micro and support elements levels. Based on advanced experience in medical and prevention coordination in China and abroad, this article proposed six specific implementation paths for promoting medical and prevention coordination: system coordination, organizational coordination, professional coordination, service coordination, functional coordination, and normative coordination.

Key words: medical and prevention coordination; rainbow model; implementation path