



基于共生理论的传染病医院医防融合实施路径

路玉宾, 黄 敏, 范小红

上海市公共卫生临床中心院长办公室, 上海 201508

摘 要: 传染病医院作为我国公共卫生体系的重要组成部分, 承担着疾病救治和预防控制的双重职责, 目前存在“重医轻防”的现象, 医防融合未达预期效果。文章基于共生理论, 分析传染病医院实施医防融合所面临的挑战, 探讨医防融合实践的方法路径, 提出营造激励相容的政策环境、健全激励相容的补偿环境、构建激励相容的考核模式、优化人才基质配置、建立互惠协同的共生模式, 实现“医”与“防”的多维度、多条线融合。

关键词: 共生理论; 传染病医院; 医防融合; 实施路径

中图分类号: R197.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)04-421-005

doi: 10.7655/NYDXBSSS260066

传染病防治是公共卫生体系的核心职责, 传统的传染病医院主要聚焦临床诊疗, 而疾病预防、健康管理等疾病预防功能相对薄弱。随着新发突发传染病的暴发和传统传染病的反复, 单一的疾病诊疗模式已难以应对当下人民对健康的需求。“医防融合”是将健康教育、疾病预防保健、疾病诊治等深度整合, 为群众提供全方位健康服务, 是推进“健康中国”战略, 加强公共卫生体系建设的重要举措, 也是国家不断重视疾病预防, 逐步将健康战略关口前移的改革趋势^[1]。促进医疗与预防的深度融合是传染病医院发展的重大战略之一, 医防融合能力将成为公立医院未来可持续发展的重要衡量指标。本文基于共生理论, 探讨传染病医院实施医防融合新路径, 以提升传染病综合防控能力。

一、相关概念

(一) 共生理论

共生理论源起于生物学领域, 从现代生物学的角度看, 共生是按照某种模式, 在保证生存的前提下, 两种或多种生物通过相互依存与相互作用, 形成一种协同共生关系, 实现共同生存与协同演化^[2]。共生现象在社会中普遍存在, 各主体之间依靠某种联系形成相互影响、相互协调的关系^[3]。随着共生理论

概念和内涵不断延伸, 共生理论得到了广泛应用, 并不断发展^[2-4]。共生的本质是协同共赢, 在共生环境中, 通常以一定的共生模式为基础, 形成相应的社会关系^[5]。共生要素主要由共生单元、共生基质、共生环境和共生模式构成, 要素彼此之间存在复杂的相互作用和相互影响。共生单元是系统内进行能量生产与交换的基本单位, 构成了整个系统的物质基础; 共生基质是指系统存在与发展所依赖的外部条件, 对维持共生单元的稳定性具有核心作用; 共生环境则包括除共生单元以外所有影响系统存在与发展的外部因素; 共生模式不仅体现了共生关系形成与演进的内在基础, 也决定着系统运行的效率与稳定性, 其本质为各共生单元间协同互动的形式和机制的总和, 是保障系统协调运作的关键组成部分^[6-7]。

(二) 医防融合

医防融合旨在整合临床治疗与疾病预防服务, 推动医疗和预防体系相互渗透与贯通。通过加强医疗服务、预防保健和健康教育等环节的有效衔接与协同互动, 降低疾病发生率, 提升医疗卫生服务的韧性与效能, 最终实现以健康为中心的发展目标^[8]。在工作职能、服务对象、服务内容等方面, “医”“防”各司其职。在职能上, “医”是指以患者诊疗为主的“医治疾病”, 其对象一般是单个个体; “防”是

基金项目: 上海市卫生健康委员会立项课题“依托医联体构建传染病医院医防融合机制研究——基于共生理论”(202340019)

收稿日期: 2026-02-27

作者简介: 路玉宾(1991—), 男, 山东潍坊人, 硕士, 助理研究员, 研究方向为卫生事业管理; 范小红(1971—), 女, 浙江台州人, 主任医师, 研究方向为医院管理, 通信作者, Fanxiaohong@shphc.org.cn。

指以防病工作为主要内容的“预防疾病”,其对象一般为全人群。在时间顺序上,对于全人群而言,“预防”常常发生在“医疗”之前;对于患病人群而言,从预防小病到大病、及早康复的角度出发,“预防”要与“医疗”相融合,协同共生,共同守护患者健康^[1]。作为公共卫生服务体系不可或缺的载体,传染病医院处于国家推进医防深度融合的前沿,对国家实施整体卫生战略起到助推作用,但目前并无传染病医院实施医防融合的具体操作指南和方法路径。

二、传染病医院医防融合共生要素解析

(一)共生单元

在医防融合的共生体系中,共生单元分为内部核心单元和外部关联单元。内部核心单元主体为传染病医院内部的临床科室和公共卫生职能部门,二者分别承担医疗服务和预防工作相关职责。医疗业务部门——临床科室负责疾病诊治工作,公共卫生管理部门负责传染病防控、疾病预防、传染病信息传报与健康管理工作。与其他医院不同的是,传染病医院的临床科室具有更强的疫情敏感性和应急响应属性,其服务对象不仅包括确诊患者,还包括疑似病例、密切接触者及高危人群。共生单元外部关联单元主要是卫健委、疾控局等行业主管部门和疾控中心等业务往来部门,卫健委、疾控局主要负责拟订相关法律法规以及管理传染病医院业务,疾病预防控制中心承担的职能包括传染病监测、微生物学检测、病例确诊与上报、流行病学调查以及实验室诊断等。

(二)共生基质

临床科室和公共卫生职能部门的共生需要硬

件设施、人才梯队、信息技术、资金支持等诸多共生基质,而共生基质是维持共生单元平稳运行的关键要素,临床科室与公共卫生职能部门的共生是基于多种共生基质的。硬件设施包括传染病防控设施设备及办公场所;人才队伍亟需“临床+公卫”复合型人才,而非单一专业人才;信息技术平台是保障医疗单元与公共卫生单元相互连接的载体;传染病医院的信息系统应具备与疾控系统的互联互通能力,而非仅内部使用;资金支持主要是经费保障和财政投入,传染病医院的公共卫生经费需与其履行的公共卫生职能相匹配。

(三)共生环境

共生环境是指通过物质信息传递和能量交换使环境对共生系统发展的稳定性和持续性产生影响,从而对共生系统产生作用的社会环境。经济、社会、文化、医保支付方式、绩效考核、政策支持等,都会在传染病医院医防协同管理一体化发展所面临的环境中对其产生影响,影响程度差异显著。在政策针对性、考核差异性、支付激励性、补偿匹配度等方面传染病医院与其他类型医院需有所差异。

(四)共生模式

共生模式是反映共生单元与共生环境物质信息交互关系的双向互动方式和共生单位之间相互组合、相互作用的运行机制。它是决定共生关系运行效率及运行效果的重要因素^[7]。共生模式包括计划的合理设定、科学的运行机制、监督评价考核办法等。传染病医院医防融合共生模式包括院内传染性疾病预防管一体化发展模式和院外传染性疾病的联防联控机制(表1)。

表1 传染病医院医防融合的共生要素解析

要素	具体内容	内涵与功能
共生单元	内部核心单元:临床科室、公共卫生部门 外部关联单元:卫健委、疾控局、疾控中心	系统内进行能量生产与交换的基本单位,构成整个系统的物质基础
共生基质	硬件设施、人才梯队、信息技术、资金支持	要素系统存在与发展所依赖的外部条件,促进共生单元平稳发展的关键
共生环境	经济、社会、文化、医保支付方式、绩效考核制度、政策支持、支付激励性、补偿匹配度等	对整个共生系统造成影响的社会环境
共生模式	院内传染性疾病预防管一体化发展模式、院外传染性疾病的联防联控机制	共生单元与共生环境之间双向交互方式及共生单元之间互相组合产生作用的机制

三、基于共生理论的传染病医院医防融合
实施困境剖析

(一)传染病医院实施医防融合面临的共生单元困境

1. 共生单元间缺乏协调机制,医防融合顶层设计缺位

国家疾病预防控制中心已于2021年5月挂牌成

立,其核心职能是将医疗机构的疾病预防控主体
责任落到实处,将全面推进医疗机构和公共卫生机
构的深度及多维度协作,逐步建立人才交融、交叉
培养、服务整合、信息互联互通等机制,全面探索医
防协同、医防融合新模式。传染病医院从卫生健康
部门划归疾病预防控制中心管理,建设成为传染病
救治、科研教学、检测、培训等方面的基地。虽然国
家层面已逐步开始布局医防融合的顶层设计,但医

防协同、医防融合的概念内涵还不明确,在传染病医院实施路径、工作机制等方面尚缺乏整体性、系统性的顶层设计,协同、融合的积极性还没有得到充分发挥。

2. 共生单元间缺乏有效整合,医疗救治体系与公共卫生体系融合欠佳

在现有医疗卫生体系下,传染病医院的主要职能是承担传染病的医疗救治任务,与大多数公立医院类似,日常工作主要围绕患者诊治,承担的公共卫生职能较少。目前虽然在医防融合大背景下,国家层面希望传染病医院能够承担更多的公共卫生职责,如新型冠状病毒感染疫情后大批传染病医院升级成为公共卫生临床中心,传染病医院也纷纷内设履行公共卫生职能的公共卫生科,但由于长久以来的医疗救治体系与公共卫生体系割裂,实施医防融合效果仍不及预期。如何打破现有格局,使传染病医院落实公共卫生职能,真正实现医防融合,是当下亟待解决的问题。

3. 外部共生单元协同机制不畅,传染病医院与疾控中心信息共享与联动不足

信息共享与协同机制尚未建立,存在数据共享滞后,传染病医院临床诊断数据、传染病病例报告等信息未能及时同步至疾控中心,疾控中心的流行病学调查、实验室检测结果也未能实时传送至传染病医院;信息标准不统一,医院信息系统和传染病传报系统存在数据格式、编码不统一的情况,需人工转换,增加了误差风险;信息反馈机制滞后,疾控中心对医院上报的数据反馈不够及时,医院难以及时进行趋势研判和对诊疗方案、防控措施进行调整。

(二) 传染病医院医防融合的共生基质和共生环境困境

1. 人才基质配置失衡,临床与公共卫生共生单元能力结构不匹配

人员结构不合理,公共卫生专业人才匮乏的现象仍然存在,人才学历层次较低,博士研究生和高级人才长期短缺^[3]。我国公共卫生教育在很长一段时间采取自主发展模式,培养了大批公共卫生专业人才,但医学教育的过度细分导致预防医学和临床医学教育各自为政^[9]。传染病医院汇聚了众多从事传染性疾病的医疗专家,但在公共卫生领域人才却十分匮乏,这就导致传染病医院在履行公共卫生职能时内驱力不够强大。

2. 绩效考核机制导向偏差,激励不相容

目前的国家绩效考核评价体系将传染病医院归入外科医院组进行考核,并未设立独立的传染病医院考核组,该考核方式未充分考虑传染性疾病的诊疗特点、传染病医院应对疫情发挥的作用、传染病医院高额的运营成本等,也未体现传染病医

院履行和承担的公共卫生职能。此外,在传染病医院内部绩效考核中存在重“医”轻“防”的现象,往往只考核临床科室和医生的医疗业务量,极少纳入体现公共卫生职能的考核指标。

3. 经费投入不均,“医”与“防”经费支撑存在巨大差异

目前公共卫生专项经费主要流向疾控中心和基层社区卫生服务中心,公立医院所能获得的公共卫生专项经费十分有限^[3]。公共卫生服务经费通常采用定额拨付方式,服务量与经费投入之间没有正向关联性,缺乏以服务数量和质量为基准的绩效激励导向,加剧了医疗服务与公共卫生服务的割裂状态,也对医防融合工作的推进造成了制度性障碍^[7]。在现有公共卫生体系下,传染病医院获得的财政补助大多用于医疗救治,用于承担公共卫生职能的资金较少。此外,医院承担公共卫生职责,往往不直接产生经济效益,导致临床科室和医生更倾向于发展医疗业务,忽视应承担的公共卫生职能。

(三) 传染病医院面临医防融合的共生模式困境

1. 院内共生模式运行不畅,医防管一体化格局尚未形成

传染病医院公共卫生职能部门承担着传染病监测、信息传报、慢性病管理、健康宣教等工作职责,工作负荷较重,这些职责的履行需要临床科室和职能部门的密切协同。然而,目前医院医防部门仍存在各自为政、管理模式条块化、医防管衔接不畅导致运行效率偏低的现象。医院内部缺乏具体的政策引导和监督协调机制,工作推诿和流于形式等现象时有发生,缺乏强有力的工作机制保障。此外,目前医院内部医防管各部门之间存在信息孤岛现象,尚未建立资源共享、实时沟通的信息平台^[10]。

2. 院外共生模式不健全,联防联控协同机制有待完善

传染性疾病的联防联控机制存在多头管理、权责不清的现象,传染病医院可能同时接受国家卫生健康委、地方政府、疾控局等多头指挥,导致指令冲突或重复。医院与疾控中心、社区中心、公安部门等的职责边界模糊,在隔离管控、流调分工等工作中,易出现推诿或重复工作。应急指挥体系不统一,平战转换机制不畅通,疫情时临时组建的联防联控小组权威性不足,传染病医院与外部机构协调效率低。

四、传染病医院实施医防融合的方法路径

(一) 优化共生环境,为共生系统提供外部制度保障

1. 营造激励相容的政策环境,明确共生单元的行为边界

明确共生单元的法定职责,加强医疗机构公共

卫生职能,健全基层联防联控体系,主管部门要创新传染病医院医防协同机制,同时清晰界定其与疾控中心、社区卫生服务中心等共生单元之间的职责分工,避免因职能重叠或边界模糊导致的共生关系紊乱。建立上下联动的分工协作机制,逐步推动建立人员交流、信息共享、资源整合、相互评价的机制,依托三级公立医院,以基层医疗卫生机构为网底,构建并推行医防融合的公共卫生制度。健全公共卫生服务体系,提高新发重大传染病早预警、早发现、早处置能力。建立共生单元互动的制度框架,出台传染病医院医防协同、医防融合实施路径和操作指南,明确各共生单元在融合实践中的角色定位、协作流程、利益分配机制,为共生单元之间的互动提供制度化的行为规范。

2. 健全激励相容的补偿环境,激发共生单元的内生动力

从法律和政策上明确传染病医院履行传染病防治、应急处置等公共卫生职能是传染病医院履行公共卫生职能的前提条件。建立与公共卫生职能相匹配的财政补偿机制并确定补偿内容、标准和方式是提高传染病医院履行公共卫生职能的源动力。同时,医院内部要加强公共卫生工作顶层设计,建立跨部门的医防协同机制,加大公共卫生人才的引进和培养,根据职责分工,完善内部公共卫生科室设置,对内指导、监督、评价各临床科室公共卫生职能履行情况,对外紧密联络卫生行政主管部门和疾控中心^[11]。

(二)夯实共生基质,为共生系统提供内部基础支撑

在资金保障上,按照传染病医院在医防融合体系中的功能定位,建立优化配置的统筹支付方式,将财政补偿资金、公共卫生专项经费、医保支付基金等多渠道资金打包整合使用。逐步建立以医防融合为目标导向的教育模式,将临床医学与预防医学课程和实践教学紧密贯通,增加临床医学专业公共卫生课程,提高临床医学生的公共卫生思维,同时为公共卫生学员提供临床实践机会,促进双向能力提升,为共生单元间的深度互动奠定能力基础。构建以传染病防治结合一体化为导向的复合型人才培养模式,为医防融合储备人才,为共生系统培育具备跨界能力的共生单元主体^[12]。

(三)建立互惠协同的共生模式,提升共生系统的运行效能

1. 构建激励相容的考核共生模式

优化外部考核环境,增加承担医防融合职能、新发突发传染病应对、传染病监测预警、新发传染病检测、传染病危重患者救治等体现传染病医院专业性与公益性的指标,保留传染病医院绩效考核

中有关医疗质量安全、人才培养、学科建设、患者满意度、收支结余等指标,降低传染病医院四级手术占比、抗菌药物使用率、日间手术比例、微创手术比例、门急诊患者药物使用占比等指标。改革内部考核模式,同时在传染病医院内部绩效考核中将“医”与“防”放在同等重要的位置,在临床科室和医生考核中要体现承担公共卫生职能的指标。这种内部考核模式的变革,旨在使临床科室与公共卫生部门两大共生单元形成目标一致、利益共享的共生关系。

2. 建立院内“医防管一体化”共生模式

院内共生模式的核心是构建临床诊疗、公共卫生、行政管理三大功能单元的相互嵌入、协同运作机制。与传统的“科室协作”不同,共生理论视角下的院内模式强调形成稳定的、制度化的共生关系。建立实体化的融合组织,设立由院领导牵头,公共卫生、临床、医务、信息、财务等多部门参与的“医防融合工作委员会”,作为共生单元互动的制度化平台,统筹规划、监督、评价医院的医防融合工作。推行科室结对协作机制,建立临床科室与公共卫生科室的结对关系,将公共卫生任务融入日常临床工作中,使共生单元之间的互动从“偶发”走向“常态”。

3. 打造院外“联防联控”共生模式

院外共生模式的核心是构建传染病医院与卫健委、疾控中心、社区卫生服务中心、公安部门等多元共生单元间的协同网络。要加大力度推进传染病医院与疾病预防控制中心在传染病预警监测、流行病学调查、实验室检测等方面的协同,打破信息壁垒,促进传染病数据、相关症候群数据、实验室检测数据、传染病患者重要信息等智慧化、无感化抓取,实现数据实时分析、及时研判,提高传染病监测预警的敏感性和准确性,推动构建多点触发、反应迅速、权威高效的传染病监测预警协同体系。尝试建立传染病医院与疾控中心人才柔性流动机制,高端人才可相互兼职,公共卫生专业研究生在传染病医院轮转,从事公共卫生工作的传染病医院工作者可短期派往疾控中心挂职锻炼,促进双方人才的学科互补和专业深度融合。

参考文献

- [1] 雷桃,杨金侠. “医防融合”的概念与理论基础和实现路径[J]. 安徽预防医学杂志, 2023, 29(1): 1-3, 18
- [2] 杨玲丽. 共生理论在社会科学领域的应用[J]. 社会科学论坛, 2010(16): 149-157
- [3] 谷佳伟,张骏,郑彬,等. 基于共生理论的公立医院医防融合问题剖析与路径探讨[J]. 中国医院管理, 2020, 40(12): 1-3
- [4] 冯振伟,王先亮. 基于共生理论的体育业与医疗服务业融合共生路径构建研究[J]. 山东体育学院学报, 2018,

- 34(5): 1-7
- [5] 宋晓庆,熊季霞. 基于共生理论的纵向型医联体利益协调机制研究[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(1): 13-16
- [6] 陈峰,林巧媚,邓正明. 基于共生理论的中西医发展模式探讨[J]. 医学与社会, 2014, 27(3): 17-18, 22
- [7] 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
- [8] 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
- [9] 陶芳标. 弥合公共卫生与临床医学教育裂痕推动医防融合实践[J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(5): 465-468
- [10] 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
- [11] 史卢少博,姚芳,夏怡,等. 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
- [12] 吕福现,井于玲,李贞兰,等. 新医科背景下的康复医学教育改革思考[J]. 中国实验诊断学, 2023, 27(2): 249-252
- (本文编辑:姜 鑫)

Implementation path of medical prevention integration in infectious disease hospitals based on symbiosis theory

Lu Yubin, Huang Min, Fan Xiaohong

Dean's Office, Shanghai Public Health Clinical Center, Shanghai 201508, China

Abstract: As an essential component of China's public health system, infectious disease hospitals bear the dual responsibilities of medical treatment and disease prevention and control. However, there is currently a trend of emphasizing treatment over prevention, and the integration of medical treatment and prevention has not achieved the expected outcomes. Based on the symbiosis theory, this paper analyzes the challenges faced by infectious disease hospitals in implementing the integration of medical treatment and prevention and explores pathways for implementing such integration. The paper proposes strategies, including creating an incentive-compatible policy environment, improving an incentive-compatible compensation framework, constructing an incentive-compatible assessment model, optimizing the allocation of human resources, and fostering a mutually beneficial and collaborative symbiotic model. These measures aim to achieve multi-dimensional and multi-faceted integration of treatment and prevention.

Key words: symbiosis theory; infectious disease hospitals; medical prevention integration; implementation path