



基于共生理论的县域医共体医防协同问题探讨

薛俊军¹, 李念念², 王存慧², 光心慧¹, 王珩²

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第一附属医院, 安徽 合肥 230022

摘要:文章详细阐述了我国县域医共体医防协同建设中面临的困境与关键问题,借助共生理论的分析框架,具体深入地从共生单元、共生基质、共生环境及共生模式四个维度分析县域医共体医防协同的共生要素,并提出保证共生单元协同发展、打牢共生基质坚实基础、完善政策制度共生环境、打造互惠对称共生模式的发展路径,探索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。

关键词:县域医共体;医防协同;共生理论;医疗卫生服务体系

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)01-015-005

doi:10.7655/NYDXBSS20220104

随着人口老龄化加快、人群疾病谱的显著变化,我国基层医疗卫生服务体系面临着慢性病和重大传染病的双重挑战,人民群众的健康需求呈现全周期、多样化、多层次特征。2020年11月,中共中央印发的《关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》中明确指出,要改善疾病预防控制机构基础条件,强化基层公共卫生体系,落实医疗机构公共卫生责任,创新医防协同机制;完善突发公共卫生事件监测预警处置机制,提高应对突发公共卫生事件能力^[1]。

我国作为农业大国,县域内的人口占绝大多数,这在很大程度上决定了优化县域医疗卫生服务的重要性与必要性,但目前县域医疗卫生服务体系存在着重医轻防、人才不足、水平较弱等问题。本文针对我国县域医疗卫生服务体系的运行环境和发展实际,聚焦医防协同建设面临的困境与关键问题,借助共生理论的分析框架,从共生单元、共生基质、共生环境及共生模式四个维度分析,提出促进县域医共体医防协同发展的有效路径,以期“健康中国”与“乡村振兴”两大战略任务的落实提供参考建议。

一、共生理论的内涵及发展

(一)共生理论的内涵

共生理论(symbiosis theory)最早于19世纪中叶由德国生物学家德贝里提出,由保罗·布克纳与范明特拓展并完善^[2]。该理论认为,任何一个共生系统都是互相依存、协同进化的逻辑集合,其存在及发展受到共生单元、共生基质、共生环境及共生模式四个维度的影响。其中,共生单元是指构成共生系统的基本能量生产和交换单位,它是形成共生系统的基本物质条件;共生基质是指促进共生单元稳定发展的核心要素;共生环境是指共生单元以外所有因素的总和,它是共生系统存在及发展的外生条件;共生模式是指共生单元之间相互协同的形式和机制的总和,它既反映共生关系形成和发展的基础,也是决定共生系统效率与稳定性的关键要素。

(二)共生理论的应用及发展

共生理论作为生物科学领域的研究成果,起初应用于生物内、外部及生物间的关系研究。20世纪中叶以来,共生理论开始广泛应用于社会学、经济学等领域,主要是运用共生理论的观点和思维逻辑

基金项目:国家自然科学基金“基于RBRVS的县级公立医院医生绩效薪酬分配机制研究”(71774001)

收稿日期:2021-11-23

作者简介:薛俊军(1996—),男,安徽安庆人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理、卫生政策;王珩(1969—),女,安徽含山人,博士,教授,研究方向为医院管理、卫生政策,通信作者, wangheng1969@163.com。

来分析人类社会中经济、政治、文化等关系。在医药卫生管理领域,李从容等^[3]运用共生理论探讨了医养结合模式的内在运行机制,分析了医疗机构老年病科医疗与养老系统之间的共生关系,构建了老年病科医养结合服务体系;葛玉芳等^[4]借助共生理论分析了体制内医生集团的发展情况,构建了体制内医生集团的互惠共生模式;谷佳伟等^[5]针对我国综合公立医院医防融合建设中存在的关键问题与面临的困境,提出了基于共生理论的综合公立医院医防深度融合发展新路径。

县域医共体医防协同的发展关系符合共生系统的内涵要求,共生理论思想和框架能够为县域医共体医防协同路径运行优化提供思路支持,具体共生要素分析及启示意义如下文所述。

二、县域医共体医防协同的共生要素分析

(一)共生单元

县域医共体医防协同的共生单元主要是指医疗与公共卫生机构,具体包括政府相关部门、县级医院、乡镇卫生院、村卫生室及县级疾病预防控制中心等。政府部门主要负责制定相关政策、规章制度并安排监督工作等。医疗机构主要是按照现场救援、患者转运、后续治疗、康复护理等相互补充结合的原则进行处置等工作,负责开展患者接诊、收治和转运,并协助疾病预防控制机构人员开展标本采集、流行病学调查及病例分析总结等工作。专业公共卫生机构的主要职责是参与指导传染病、慢性病的监测、防控、报告等工作,提供安全健康的生活环境、提高人群健康水平。

(二)共生基质

共生基质是保障并促进共生单元及共生系统平稳发展的关键要素,医疗和专业公共卫生机构间的协同发展需要多元化的共生基质,如医防团队、资金设备、基础设施、信息技术等要素。医防团队主要指具备足够数量和素养的医疗与公共卫生人才等;资金设备主要是充足的经费投入与医疗器械储备以及高效的调运机制等;基础设施包括医疗与公共卫生机构的用房环境等;信息技术主要是为健康服务提供便捷支持等。

(三)共生环境

共生环境是指共生单元以外的所有因素,并通过物质信息交流和能量互换对共生单元及共生系统产生积极或消极影响,包括各种内部环境和外部环境,如行政管理体制改革、以健康为导向的绩效考核体系、资源共享机制、医保筹资支付机制、外部监管等方面。共生环境可以直接影响共生系统发展的可持续性与稳定性,通过推进县域医共体建立整合型医疗卫生服务体系,加强“三医联动”,强调部门政策与行为间的联动,从而整体提升县域医疗卫生服务体系的质量与效益。

(四)共生模式

共生单元与共生环境之间的双向交往方式及共生单元之间互相组合作用的机制叫共生模式,它反映出共生单元以及共生单元与共生环境之间的物质信息互换关系。县域医共体医防协同的共生模式主要包括传染病的联防联控机制与慢性病的防治管整体融合发展模式等。县域医共体医防协同的共生要素及具体内容、内涵与功能见表1。

表1 县域医共体医防协同的共生要素分析

共生要素	具体内容	内涵与功能
共生单元	政府相关部门、疾控中心、县级医院、乡镇卫生院、村卫生室等	构成共生系统的基本物质单位,形成共生关系的基本物质信息交流与互换单位
共生基质	医防团队、资金设备、基础设施、信息技术等	保障促进共生单元及共生系统平稳发展的核心要素
共生环境	行政管理体制改革、以健康为导向的绩效考核体系、资源共享机制、医保筹资支付机制、外部监管等	由共生单元以外的所有外生因素组成,是共生关系的“催化剂”
共生模式	传染病的联防联控机制、慢性病的防治管整体融合发展模式等	共生单元及共生单元与共生环境之间相互作用的方式及机制,是决定共生系统运行稳定和高效的决定因素

三、我国县域医共体医防协同关键问题剖析

(一)多头管理,相关政策协同度不够且落实难度较大

目前建立的大多数县域医共体基本都是由当地政府主管部门提出建议,经当地党委政府研究决定,整合公立医疗资源形成的,其成员单位本身并无自主权,只能被动接受^[6]。这就导致县域医共体内成员单位与医务人员的认识不够、存在畏难及抵触情绪、积极性不高,且成员单位之间的联系受此

影响也不够紧密。此外,县域医共体涉及多方主管部门,每个部门都有各自的管理体系,这就导致县域医共体的相关政策在制定与实行的过程中都存在较大的障碍,进而导致县域医共体在建设过程中会存在利益牵扯,最终阻碍县域医共体的有效落实。

(二)协同欠佳,疾病预防控制机构与县域医共体割裂问题突出

随着居民健康素质的提高及疾病谱的改变,居民隐含的健康需求已经不能满足于单一的基本医

疗服务或公共卫生服务。一方面,基本公共卫生服务项目范围广泛,项目归属部门分散在医疗救治与公共卫生两个不同的机构,两大机构之间存在信息壁垒,无法共享。负责疾病诊疗的医疗机构与负责疾病防控的专业公共卫生机构之间无法有效衔接,这不仅使得我们在面临新发重大传染病时,难以形成高效的联防联控网络体系,更难以应对当前慢性病高发的困境。另一方面,县域医共体内部缺乏相容的激励约束机制,以人群健康价值为核心的服务、责任、利益和管理共同体尚未成型^[7-8]。

(三) 医保缺位,缺少医保与健康维护相统一的机制

医保支付方式改革的真正目的是引导医疗服务方式规范化,合理配置医疗资源和控制医疗费用不合理增长,对县域医共体改革起到指挥棒作用^[9]。当前,我国基本医疗保险主要用于支付临床诊疗服务,而公共卫生服务经费则单独进行预算管理。从支付方式来看,无论按服务项目付费、按病种付费还是总额预付制,初衷都是为了规范临床医生的诊疗行为,避免其过度检查,减少对预防性服务的激励引导作用,无法推动临床诊疗服务与公共卫生服务整合。从支付范围来看,基本医疗保险支付范围包括参保人员在医保目录内的住院等医疗费用,目前还缺少对突发传染病事件风险的抵御机制^[10]。公共卫生服务经费采取定额分配,服务多少与资金分配的关联度较弱,以服务数量和质量为导向的内在激励机制不足,这导致医疗服务与公共卫生服务处于割裂状态,医防协同难以落实。

(四) 能力薄弱,常见、慢性及多发疾病存在较大医疗服务缺口

“新医改”实施以来,我国医疗卫生服务机构总诊疗人次数保持持续上升态势,但基层就诊人次数在总诊疗人次数中的比例不但没有增加,反而以平均每年1%以上的速度下降^[11]。一方面,基层医疗卫生服务机构对常见病、多发病与慢性病的医疗能力薄弱,基层医疗卫生服务机构无法满足当地居民健康需求。具体表现在基层医疗卫生服务机构人才队伍建设滞后、诊疗设施落后、医疗物资缺乏、经费投入不足及后勤保障不足等方面。如2009年至2020年,我国村卫生室人员总数由125.1万人下降到104.9万人,其中乡村医生与卫生员数由105.1万人下降到79.6万人^[12-13]。另一方面,基层医疗预防保健网建设不完善,县乡村三级服务网络未形成高效完善的慢性病防治管整体服务模式及传染病监测预警与应对的联防联控机制,导致分级诊疗上下转诊不畅。此外,基层公共卫生服务信息化技术手段也较落后,尤其是村卫生室数据统计和疫情排查等工作主要还是依靠手工登记,技术含量及效率低

下,这些均导致居民基层就诊意愿下降^[14]。

四、县域医共体医防协同发展具体路径

(一) 保证共生单元协同发展,促进医防“两轮”行稳致远

宏观理念上,不仅要各级部门积极参与县域医共体医防协同建设,县域医共体各级成员单位也要主动融入医防协同建设。县级医院及县级疾病预防控制中心要依据上级卫生健康行政部门制定的基本公共卫生服务项目要求和计划,按照乡镇卫生院与村卫生室公共卫生管理职能,对基层成员单位加强业务培训、物资援助并进行督导考核等。专业公共卫生机构的绩效考核结果可直接与县域医共体内部成员单位的公共卫生绩效考核结果和财政补偿标准相关联。乡镇卫生院和村卫生室要积极与县级医疗卫生服务机构对接,寻求技术指导、信息互通等,打造辖区内患者预防救治康复“一条龙”服务。

具体路径上,规范乡镇医疗卫生服务机构的建设。结合乡村振兴战略,统筹规划乡镇、村级医疗卫生服务机构布局,完善服务体系,缩小服务半径,确定政府办乡镇、村级医疗卫生服务与社会办医机构的比例和财政经费投入政策,让群众就近获得系统连续的医疗卫生服务。此外,建立统一巡诊制度,对服务人口多、医务人员缺乏的乡镇卫生院,由县级医院和县级疾病预防控制中心定期安排专业人员开展巡诊服务,并建立健全巡诊医务人员的工作激励及绩效考核制度,实行定期考核。针对某些服务能力低下的农村地区或贫困偏远地区的村卫生室,由乡镇卫生院牵头成立巡回医疗队、设立巡回医疗点,定期进村为居民提供疾病筛查和复查服务、基本医疗和公共卫生服务,并开展预防保健知识普及工作。

(二) 打牢共生基质坚实基础,保障医防协同高质量发展

破解县域医疗卫生服务体系“人才引进难,留住难”瓶颈,一方面,需加强在职人员学历教育,落实县级医院和疾病预防控制中心的培训指导功能,针对乡镇、农村地区医疗与公共卫生服务实际需求,构建由省级总校、地级分校和县级教学点组成的三级培训网络体系,建立完善适用于当地乡镇与农村地区的师资队伍与教材,提升基层医务人员的理论与实践水平。另一方面,考虑将预防医学和公共卫生相关专业纳入农村订单定向医学生免费培养计划,并在县级医院与县级疾病预防控制中心设立实习基地,激励高等医学院校毕业生到基层就业,为基层医疗卫生服务机构持续提供高质量的公共卫生人才。

各乡镇及农村地区应基于当地经济实际状况,聚焦当地高发传染病与慢性病的诊治管理保障,完善基层基础硬件和信息化网络设施,建立应急物资储备与调运机制,提高基层医疗卫生服务机构疾病筛查、监测、预警、报告与管理能力。此外,在保证基层医疗卫生机构公共卫生服务资金在国家任务范围内使用的前提下,对县级公立医院履行公共卫生职能的补偿机制,推动公共卫生支出向农村和落后地区倾斜,由此缩小县乡村间基本公共卫生服务的差距,加快基本公共卫生服务均等化进程,提高基层医疗卫生服务机构健康服务能力,最终实现人人享有基本公共卫生服务的目标。

(三)完善政策制度共生环境,提供医防协同有力支撑

完善的政策法规共生环境不仅可以为医防协同提供法律保障,还可以为医防协同运行提供可持续发展的动力源泉。将县域医共体与医防协同建设纳入法制化建设的轨道。首先,必须以人民健康为中心,将健康融入所有政策,形成资源共享机制。其次,县级政府要主导并引导乡镇级政府积极负责本地区的医共体建设工作,由卫生健康委、医保、药监、发展改革委、财政、人事等部门选派骨干人员组成县域医共体医防协同管理委员会,通过制定具体操作方案,如县域医共体医防协同理事会建设章程、人事薪酬管理方式等履行政府办医职能,改革行政管理体制,使得县域医共体医防协同的业务有专门机构人员进行管理,为县域医共体医防协同建设铺路架桥^[15]。

国家卫生健康部门需尽快出台我国县域医共体医防协同医保工作的指导意见,充分发挥医保的重要抓手作用。省市级卫生健康部门需督促各基层针对当地县域医共体实际发展情况制定适宜的实施办法,可根据具体公共卫生服务实际情况采取资金池合并或建立统筹使用机制。同时,制定以健康为导向的绩效考核制度,通过基本医疗保险对预防性服务的引导激励,从患者个体、医疗机构整体两个层面设计绩效考核机制,作为医保支付的重要依据,从而推动医防协同。如在医院门诊部设立健康咨询室,将健康教育延伸到所在社区等纳入医院发展战略。通过完善政策法规共生环境,营造医防平等的和谐氛围,为促进县域医共体医防协同建设提供政策动力。

(四)打造互惠对称共生模式,优化医防协同运行路径

医疗与公共卫生机构间建立互惠对称共生模式,优化医防协同运行路径,需以医疗卫生服务提供价值链为依据,以传染病的监测、预警、流行病学筛查、应急处置与医疗救治、平战结合五大流程以

及慢性病的健康促进、疾病管理、健康管理三大块内容为切入点,以“纵向整合机构、横向整合服务”为模式。同时,通过医疗卫生服务系统内部的预检分诊、院内感染防控、中医药急救救治能力、慢性病服务项目动态调整等内容畅通协同发展渠道。此外,通过医疗卫生服务系统外部的有效监管、绩效考核、传染病防控领导能力、医保基金支付方式与筹资支付的标准化计算、以健康导向为捆绑式的机构管理等,为医防协同高效运行、完善新型卫生健康协同治理体系提供有力的外部支撑,形成传染病的联防联控机制与慢性病的防治管服务模式,最终建立完善县域医共体医防协同的互惠对称模式。县域医共体医防协同的共生关系见图1。

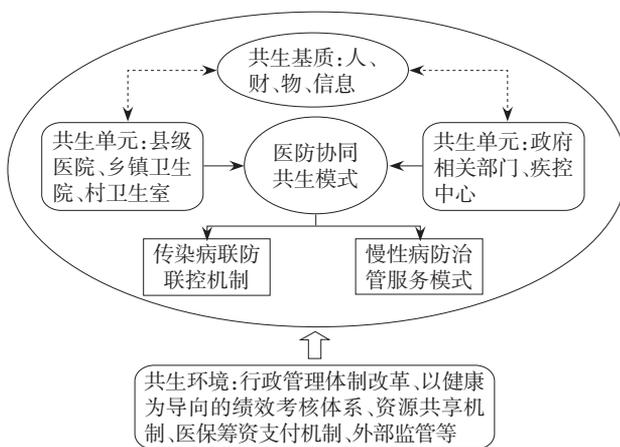


图1 县域医共体医防协同的共生关系

县域医共体如何通过自身协同运行以提高资源利用效率、提高基层医疗与公共卫生服务能力是当前亟须探索解决的医疗卫生领域问题。共生理论契合了县域医共体改革发展的价值追求和管理的现实需要,从共生单元、共生基质、共生环境及共生模式等视角审视县域医共体医防协同运行的基本物质前提、关键核心要素、外部环境条件等,将其应用于县域医共体医防协同运行路径研究之中,有利于探索解决当前我国县域医疗卫生服务体系资源配置不合理、机构间缺乏分工与协作以及体系“碎片化”的问题,最终达到医与防深度协同共生的目的。

参考文献

- [1] 新华社. 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议[EB/OL]. [2021-3-18]. http://www.gov.cn/zhengce/2020-11/03/content_5556991.htm
- [2] 袁纯清. 共生理论:兼论小型经济[M]. 北京:经济科学出版社,1998:101-105
- [3] 李从容,冯心瑶. 老年病科医养结合服务体系构建研究——基于共生理论[J]. 中国卫生事业管理,2018,35(5):324-328,331

- [4] 葛玉芳,熊季霞,王丹丹,等. 基于共生理论的体制内医生集团运行机理与路径分析[J]. 中国医院管理, 2019,39(5):1-3
- [5] 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
- [6] 薛俊军,钱晨,王存慧,等. 现代医院管理制度视角下的紧密型县域医共体建设探讨[J]. 卫生软科学,2021,35(2):20-23
- [7] 张鹏. 乡村振兴背景下农村公共卫生服务精准供给的实现路径——以温州县域医共体建设为例[J]. 湖州师范学院学报,2020,42(7):77-84
- [8] 代涛. 我国卫生健康服务体系的建设、成效与展望[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(10):1-7
- [9] 光心慧,王珩,薛俊军,等. 基于米特—霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(6):533-537
- [10] 吴沛新,冷志伟,杨维中. 完善医保制度促进医防协同[J]. 中国卫生,2021(3):66-67
- [11] 叶响裙. 全面加强基层医疗卫生服务体系建设[J]. 中国国情国力,2020(11):12-15
- [12] 国家卫生健康委员会. 2009年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. [2021-11-30]. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/201004/46556.shtml>
- [13] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2018)[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2018:1-50
- [14] 徐婷婷,汪鑫,程婉欣. 后疫情时代健全基本医疗卫生制度的基本路径[J]. 党政干部论坛,2020(7):37-38
- [15] 陈钟鸣,尹文强,黄冬梅,等. 基于爱德华政策模型的县域医疗共同体政策分析[J]. 中华医院管理杂志,2019,35(2):100-104

(本文编辑:姜鑫)

Research on the questions and paths of medical-prevention coordination in county medical alliances based on the symbiosis theory

XUE Junjun¹, LI Niannian², WANG Cunhui², GUANG Xinhui¹, WANG Heng²

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: This paper elaborated on the dilemmas and key issues in the construction of the medical-prevention coordination of county medical alliances in China. By using the analysis framework of the symbiosis theory, the authors analyzed the symbiosis elements of medical-prevention coordination in county medical alliances from the aspects of symbiosis unit, symbiosis matrix, symbiosis environment and symbiosis mode. In addition, strategies and optimal paths were explored to establish the efficient operation of medical-prevention coordination in China's county medical alliances, such as ensuring the coordinated development of symbiotic units, laying a solid foundation for symbiotic matrix, improving the symbiotic environment of policies and system, and creating a mutually beneficial and symmetrical symbiotic mode.

Key words: county medical alliance; medical-prevention coordination; symbiosis theory; medical and health service system