

◁探索与研究▷

县域医联体医防融合昆山模式实践*

沈洁,冷新,陆丽芳,金学勤,蔡心翌,尹弘青

(昆山市第一人民医院,江苏省昆山市 215300)

【摘要】 新冠疫情这一重大突发公共卫生事件发生后,医防融合建设上升到更高的高度。医院以医联体建设为载体,疾病管理为抓手,关注全生命周期管理,拓展管理半径,围绕重症、大病、慢病及健康管理开展系列工作,着力构建医防融合新体系,规范管理病种、推广适宜技术、提升基层服务能力,促进区域医疗高质量发展。

【关键词】 医联体;医防融合;规范化管理

【中图分类号】 R197 【文献标识码】 A 【文章编号】 1672-4232(2024)02-0001-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.02.001

Practice of Kunshan Model of County-level Medical Alliance and Medical Prevention Integration / SHEN Jie, LENG Xin, LU Li-fang, JIN Xue-qin, CAI Xin-zhao, YIN Hong-qing (First People's Hospital of Kunshan, Kunshan, Jiangsu 215300, China)

【Abstract】 After the outbreak of COVID-19, a major public health emergency, the integration of medicine and prevention has risen to a higher level. The hospital takes the construction of medical alliance as the carrier, and disease management as the focus, focuses on full lifecycle management, expands management radius, and carries out a series of work around severe, serious, chronic, and health management. It also focuses on building a new system of medical and prevention integration, standardizing disease management, promoting suitable technologies, enhancing grassroots service capabilities, and promoting high-quality development of regional medical care.

【Key words】 medical alliance; integration of medicine and prevention; standardized management

伴随经济快速发展,人口老龄化加速,人民的生活方式及疾病谱发生改变,慢性病的发病率逐年增高,慢性病的防治又被提到了更高的高度,为基层医疗关注的重点,慢性病如糖尿病、高血压的管理已列为基本公共卫生项目。传统的医防融合更多关注的是慢病的防控,而新冠疫情的突发,让人们正视了传统“防”和“治”的脱节,为医防融合带来了新的机遇^[1]。

1 医防融合发展及意义

1.1 医防融合的发展

有研究显示,我国最早在1952年提出的“爱国卫生运动”是医防融合的首次尝试,在医改深化的几十年过程中,防治结合作为高频词汇被反复提出^[2],在整个健康管理规划中,2016年的“健康中国2030”规划纲要^[3],将坚持预防、坚持共建、优化服务大健康理念摆在了明确的规划上,在之后的几年中“医防”仍更多被强调运用在基层医疗机构慢性病管理中,受此影响,2018年糖尿病、高血压正式被列入了国家基本公共卫生服务项目^[4]。新冠疫情这一重大突发公共卫生事件发生后,落脚在慢病管理的医防融合工作,暴露了对突发性传染病等的关注不足,“医”与“防”的割裂更加凸

显^[5],在公共卫生上,国内较国外融合起步较晚^[6]。SARS后医防分离问题得到关注,出台了系列突发公共卫生事件应急相关文件,但是医防融合问题仍未得到根本性的扭转^[7-8]。

1.2 医防融合各地的探索与理解

我国较成熟的医防融合模式大多数是针对慢性病的,对于整体健康管理的医防融合模式尚无明确和成熟的经验。医防融合工作起始于基层医疗卫生机构,以初级卫生保健为初始开展疾病预防工作。随着医改的深入推进,各地摸索开展以慢性病管理与疾病预防作为切入点的医防融合工作,在医联体工作中医防融合成为连接上下级医疗机构的有效纽带。典型的有以省级紧密型县域医共体内两慢病防治管理为突破口的慢病医防融合模式^[9],将医疗体系与疾病体系以技术为纽带整合的三明市医防融合^[10],以及以慢病管理为切入点探索多病种共防的一体化融合上海模式等^[11]。各地政策不同,医联体工作开展深入程度不同,医防融合建设情况不同,但大多取得了不错的效果。

笔者认为医防融合应该立足“大健康”管理理念,包括急性病的早期识别、早期诊断、早期介入;慢性病的健康教育,生活习惯的改变及健康素养提升;大病重症的早期筛查,尽早干预,不良后果的减少以及预后康复的理念植入、早康的落实,从整个健康管理的角度开展各项工作,以期提高整体人群的健康水平,真正从“防”到“治”,从“治”转“康”的整个健康管理过程。

*基金项目:江苏省医院协会医院管理创新专题研究课题(JSYGY-1-2021-PJ37);昆山市哲学社会科学2023年度应用研究立项课题(270)

2 县域内医联体医防融合的实践

昆山市一医院为昆山较早开展医联体工作的医疗机构,成员单位涵盖各级医疗卫生机构,尝试发现以疾病管理为中心的医防融合模式最易推广,并积累了一定的经验。医院最早自2007年启动网络医院建设,初期是因为基层医疗卫生机构缺乏大型设备采购使用资质,为方便百姓就医,建立网络医院协作模式,提高医院大型设备使用率,产生了区域检查中心样本,建立了市内医院间协作开展诊疗工作的网络。医院医防融合工作贯彻于医联体工作,在松散管理的基础上积极构建健康管理网络,从急性病早筛入手,植入健康管理理念,后广泛推广至疾病筛查管理、大病防治及早期康复的介入,在实际运行发现,以医联体为载体开展的医防融合工作取得了较好的社会效益,但存在很多不足(见图1)。

2.1 急病探索建立快识快治体系

自2014年胸痛中心建设项目启动后,围绕急病早筛快治上,医院积极联络市内二级医院、社区卫生服务中心,建立胸痛网络,帮助基层医疗卫生机构建立胸痛中心,出台胸痛中心内部管理制度,规范双向转诊,下沉社区、企业开展胸痛识别和基础急救培训,关注急病大病的早期防治,由急性心肌梗死逐步拓展至脑卒中等。同时积极争取政策支持,联合市红十字会,以公益形式在急救车辆上安排心梗“一包药”,有效连接院前院后,现已建立了一套高速有效的管理体系。医院作为省静脉血栓防治联盟成员单位,致力于构建区域静脉血栓防治网络,提高患者的抢救成功率,降低死亡率,先后与19家基层医疗卫生机构建立合作关系,开展授课培训,畅通转诊网络,实行专家实时答疑会诊,

联动基层开展健康指导,取得了较好的工作成效。

2.2 重症早筛建立干预管理机制

“健康中国2030”规划纲要强调推进健康中国建设,坚持预防为主,推行健康文明的生活方式,营造绿色安全的健康环境,减少疾病发生。为满足居民健康需求,借用医联体平台,医院积极联合区镇医疗卫生机构,开展覆盖乳腺癌、胃肠道早癌、前列腺癌、肝癌等的筛查。由基层开展筛查项目,转至上级专科门诊,必要的话上转开展住院、手术等治疗。肠癌早筛管理模式见图2。如乳腺癌筛查由社区初筛,筛查阳性率5%左右,上转我院门诊、手术后出院;胃肠道早癌筛查自2021年启动,累计完成肠癌调查万余份,肠镜筛查1000例,完成417例胃肠癌早筛,86例幽门螺旋杆菌阳性治疗;联合开展前列腺癌公益筛查,完成前列腺癌PSA筛查5300例;实行“甘霖计划”分级筛查肝癌高危人群500人,并对65人进行基因组序列特征分析,预警极高风险12人,随访发现5例转癌,PPV高达41.7%,有效提高诊疗效率,降低患者家庭负担。

2.3 慢性病建立全程化规范管理

发挥家庭医生团队和专科医师团队作用,融合团队工作特长,规范开展高血压管理、糖尿病管理。建立院内院外血糖全程管理模式,实现实时评估,调整用药,建立高血压规范诊治流程,满足群众健康需求。拓展“三高”管理,建立血脂分层管理的全生命周期模型(见图3),延伸管理半径。面对老年化进程,联合社区卫生服务中心,开展老年综合评估,建立社区老年人老年综合征数据库,建立双向转诊关系形成优势互补,奠定社区老年人健康管理基础。以区域疾病谱为导向,以解决血透患者实际困难为目标,倡导居家腹透,实行家庭医生家庭指导,专科医生线上质控,寻求政策支

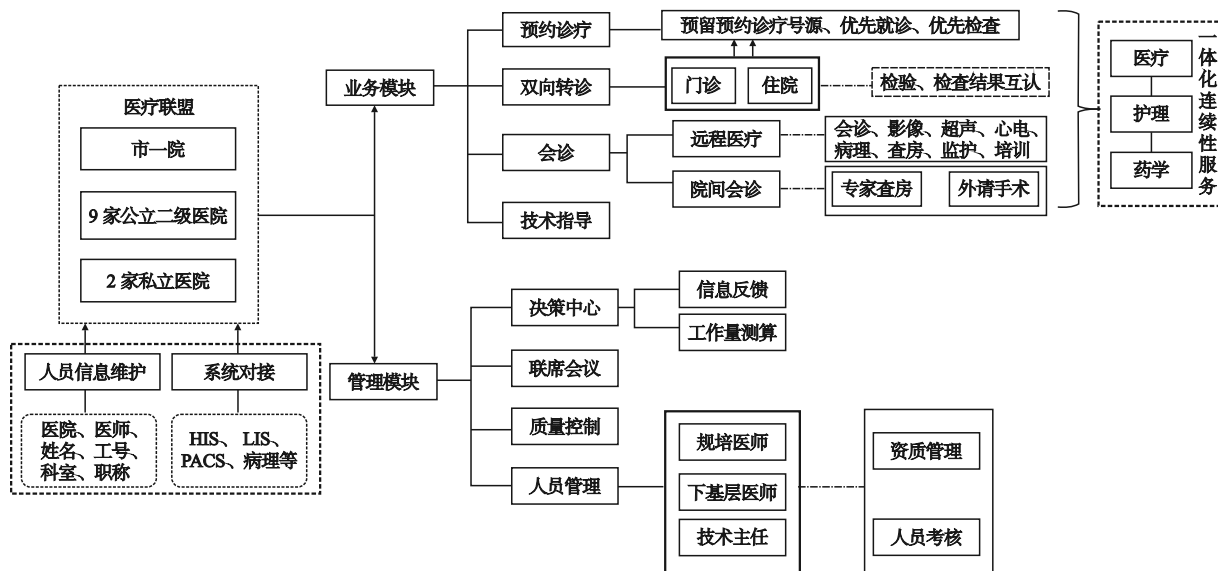


图1 医院医疗联盟初步构想(2018版)

持,家庭服务纳入公卫服务包,有效减轻患者负担,实现基层与医院同质管理。

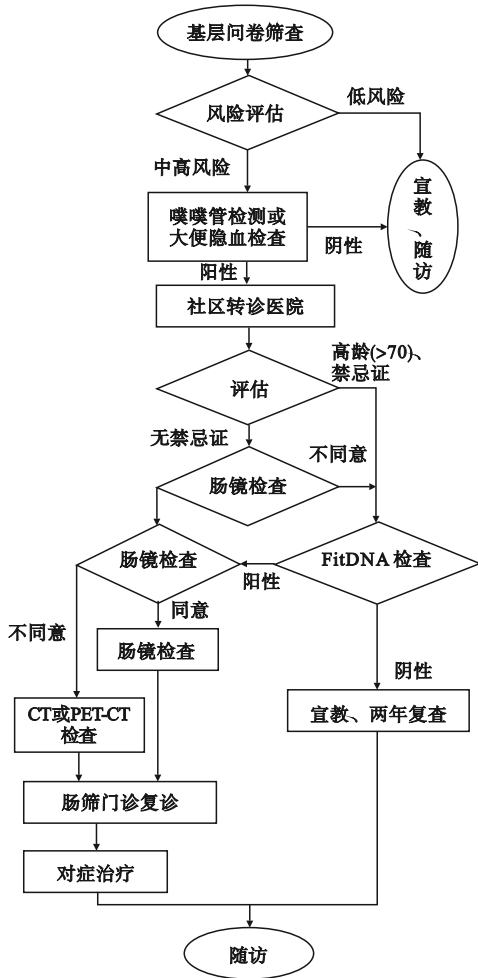


图2 肠癌早筛管理模式

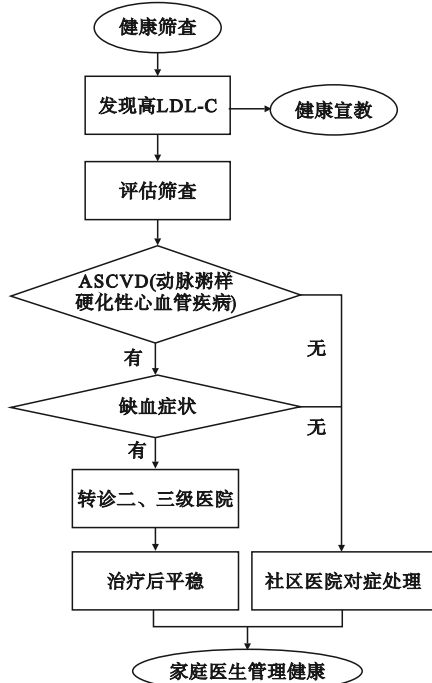


图3 血脂管理流程图

2.4 倡导康复融合医联体建设

提倡早期康复,规范康复管理,在院内专科与康复医学科融合发展的同时,积极联合专科联盟单位。关注脑血管病后遗症、脑瘫、骨折术后等慢性病及常见病的诊断治疗与康复,搭建医院—社区卫生服务中心联合病房。由医院康复医学科主任负责全面管理,实行高年资康复骨干专家分期轮流派驻,定期给予技术支持与指导,实施扁平化、同质化管理,推广适宜技术,指导基层新项目开展,提升联合病房诊治服务能力。在优化资源配置,提升基层能力的同时,推进疾病预后管理,引入全程融合管理理念。

2.5 关注科普促进健康生活

出台科普3年行动计划,将科普工作列为年度重点工作,创新举办健康科普脱口秀、科普视频、科普漫画等系列活动,重视科普人才培养。由护理团队牵头,文化部门协助,开展摄影基础、视频剪辑、剧本创作等培训,提高科普创制能力。生动演绎临床常见误区并给予专业科普答疑,推广率高、接受度高。借助媒体“健康有新声”、“超健康学院”等平台将科普知识普及院区、推广至社区,获得一致好评。积极推进区域健康管理,团委牵头举办青少年探索生命起源活动,试点建设科普体验馆,以疾病管理为基础开展老年健康科普。培养科普宣讲员队伍,汇编原创科普库,推进市级科普基地建设,树立医院科普品牌,助力健康管理能力提升。

3 讨论

3.1 医防融合更需要顶层设计完善

做好医防融合可以有效降低急性病死亡率、慢性病发病率、减少并发症,提高患者生活质量,取得良好的经济效益和社会效益。目前医院医联体“医防融合”大多建立在疾病管理的基础上,在康复、保健、预防上仍有很多不足,且医联体管理松散,以成员单位自愿加入为主,覆盖不全面,受益者有限。机构层级不同,功能任务不同,工作相对独立,建立整合型服务体系艰难,医保政策的支持与引导作用尚不显著,不利于各层级配合,实现真正全程管理困难。

3.2 医防融合各机构队伍建设需要融合

“医防融合”工作以三级医院牵头为主,基层医疗卫生服务机构配合加入,机构间人员水平有差异,线上质控线下实操广、覆盖难度大。此外,基层医疗卫生机构人员紧缺,通常存在流失快、引进困难、服务人群多、跟进难度大等情况,三级医院优质资源有限,分配不均衡。在合作中疾病预防控制部门干预较少,基层公共卫生队伍基数不高,医防融合的复合型人才培养[12]。

3.3 各级医疗机构激励机制需要完善

在现有机制下,各级医疗卫生机构缺乏有效的沟通,二、三级医疗卫生机构与社区卫生服务中心定位不同,职责分工差异很大,绩效考核目标和标准存在很大差距。在整个分级诊疗制度的影响下,各层级医疗卫生机构出于疾病管理的角度开始分工协作,但整体融合程度不高,基层医疗卫生机构医务人员承担较大量的基本公共卫生任务,在做好本职工作同时,完成医防融合任务,需要确定补偿内容和方式,提高内生动力。对于二、三级医疗卫生机构而言,推进分级诊疗,有效分流常见病和多发病,与基层医疗卫生机构合作是有效抓手,但对于三级医院而言,更多的是需要站在区域大卫生角度来说,统筹医防融合工作,病人的流动即医保资金的流动,医院存在实际运营的困难,也需要建立财政补偿机制,让三级医院做且有所得。

3.4 信息建设需要贯穿始终

目前在医院医联体内使用较多的为自主开发的分级诊疗系统,推广程度不高,仅限于部分二级医院之间联通。全市健康管理档案虽有建设,但是不能实现及时更新,医疗机构间的信息不对称,沟通有困难。不同层级间的卫生服务信息不共享,数据采集困难,使用率低,需要建立基于全民的全程信息管理体系,特别是在重点人群(孕产妇、老年人、儿童等)健康管理上,需要下功夫,以避免服务碎片化,打破现有信息孤岛的情况。

3.5 医防融合需要面向“大健康”

新冠疫情后,医防融合工作被提高到了新高度,长期的“医疗”与“预防”割裂的情况也受到了重视,但目前医防融合关注较多的点为慢性病、传染病的管理,较少面对防治结合的全生命周期的大健康管理。在肿瘤等大病的筛查,疾病后康复防残等方面的关注度较低。当前在糖尿病、高血压病等管理方面,医防融合建设程度较高,应该积极扩大范围,加强必要筛查、精准筛查,加强卫生健康科普,遏制危险因素,提高居民健康素养。实现大病早识别、急病快治疗、慢病善管理的目标,真正实现“医”与“防”的融合发展。

4 结语

随着医疗卫生体制改革的深入,医防融合必将作

为改革的重点,现有的医防融合顶层设计和政策机制尚不健全,各地各级机构都在摸索过程中。作为整合型医疗卫生服务体系的基础,医联体内医防融合建设迫在眉睫,国家提倡的“三明医改”整合了疾病部门、基层医疗卫生机构及医院职能,医保资金拮据倒逼改革。但目前大多地区医疗、医保制衡,上层驱动力不足,基层积极性不足。医防融合应该纵观全生命周期疾病管理,慢病管理是其中一个方面,但也要加强大病、重症管理。以疾病管理为切入点是较为简单且易于推广的,在医疗管理、同质服务、技术推广等方面实现了区域协同管理,助推了基层能力的提升,助推了区域医疗服务能力提升。

参 考 文 献

- [1] 刘力勇,安欣华,胡晓凤,等.医防融合模式给慢病防控工作带来的机遇与挑战[J].河南预防医学杂志,2022,33(6):476-479.
- [2] 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.
- [3] 佚名.习近平主持召开中共中央政治局会议审议“健康中国2030”规划纲要[J].实践(思想理论版),2016,656(9):7.
- [4] 佚名.关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2018,177(6):22-24.
- [5] 王权,荣雪菁,李慧,等.突发公共卫生事件视角下我国医防融合政策回顾、现况与发展研究[J].中国医院管理,2022,42(2):27-30.
- [6] 卡尔L·怀特.弥合裂痕[M].北京:科学出版社,1995:79.
- [7] 佚名.突发公共卫生事件应急条例[J].中医药管理杂志,2003(2):11-16.
- [8] 王小万,陈晓红.正视公共卫生,建立有效的疾病控制体系: SARS疫情后的反思[J].医学与哲学,2003(6):8-11.
- [9] 莫孙滨.依托紧密型县域医共体 构筑慢病医防融合新路径[J].人口与健康,2022(11):35-36.
- [10] 赵雅静,吴素雄.福建三明医防融合实践:局限与对策[J].中国卫生事业管理,2022,39(1):1-3,9.
- [11] 陶婷婷.医防融合:上海慢病健康管理迈向整合新模式[N].上海科技报,2022-10-12(1).
- [12] 王黎黎,陈浩.2014-2018年我国公共卫生医师现状及发展趋势SWOT分析[J].预防医学情报杂志,2021,37(5):718-724.

通信作者:尹弘青(1973-),男,硕士研究生,主任医师;研究方向:医院管理、卫生管理、运营管理。

收稿日期:2023-06-13

修回日期:2023-08-17

(编辑 马兰)