

医疗资源整合式服务能力提升路径研究

张帅 冯雨

西安理工大学

DOI:10.12238/bmtr.v7i3.14429

[摘要] 本文立足健康中国战略与“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设目标,聚焦西北地区医疗资源整合难题,以延安市为典型样本开展实证研究。研究发现:延安市作为黄土高原核心城市,受地形制约,基层医疗机构虽总量较大,但存在资源配置失衡、服务效率低下、信息化滞后及标准模糊等突出问题。研究构建“全度—力度—准度—效度”四维分析框架,提出多层次协同路径,为破解西北地区医疗资源困局提供系统性解决方案,对落实全民健康覆盖具有实践价值。

[关键词] 基层医疗机构; 医疗资源整合; 服务能力提升

中图分类号: R197.8 **文献标识码:** A

Research on the Path to Enhancing the Integrated Service Capacity of Medical ResourcesYan'an City

Shuai Zhang Yu Feng

Xi'an University of Technology

[Abstract] Based on the Healthy China strategy and the goal of building a high-quality and efficient medical and health service system in the 14th Five-Year Plan, this paper focuses on the integration of medical resources in Northwest China, and takes Yan'an City as a typical sample to carry out an empirical study. The results show that Yan'an, as the core city of the Loess Plateau, is constrained by the topography, and although the total number of primary medical institutions reaches 2356, there are outstanding problems such as unbalanced resource allocation, low service efficiency, lagging informatization and fuzzy standards. This paper constructs a four-dimensional analytical framework of "purity-strength-accuracy-validity", proposes a multi-level collaborative path, provides a systematic solution to solve the dilemma of medical resources in Northwest China, and has practical value for the implementation of universal health coverage.

[Key words] primary medical institutions; integration of medical resources; Service capacity improvement

总书记在党的二十大报告中强调:“推进健康中国建设,要促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。”《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》明确提出了“省域优质医疗资源扩容下沉”的建设目标,进一步将系统性重构医疗服务体系作为重点任务,强调通过医联体建设、远程医疗协作等方式促进资源下沉。随着近年来深化医改的持续努力,医联体、医共体的建设使得医疗资源分布不均得到逐步改善。西北地区面积320万平方公里,是我国面积最大的地区,人口总量达1亿人,医疗资源缺口较大,资源整合能力仍需优化。因此如何提升西北地区基层医疗机构资源整合式服务能力,对促进医疗机构之间的协作,提高医疗资源的利用效率和质量具有重要意义。

1 延安市基层医疗资源整合的重要性

医疗资源整合服务体系的构建是我国医疗卫生改革的重要

战略方向。健康中国战略明确提出“推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局”的核心诉求,《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》进一步将系统性重构医疗服务体系作为重点任务。这种政策导向既回应了城镇化进程中人口流动带来的就医需求分化,也着眼于破解优质医疗资源过度集中在城市三级医院的结构性矛盾。

聚焦西北地区特殊区位,延安市的实践具有典型研究价值。作为黄土高原核心城市,其地理特征呈现“两山夹一川”的典型丘陵地貌,导致医疗资源布局呈现“中心城市—边缘县域”的二元分化。延安市位于陕西北部,是连接西北和中西部地区的重要节点城市,辖区卫生机构2356个(含诊所、卫生所、医务室),总數位列省内前列,但黄土高原丘陵沟壑较多,医疗资源相对分散,地区医疗机构对优质医疗资源需求量大。同时,延安作为革命老区承担着生态屏障功能,进一步制约了医疗机构的空间拓展。这

种地理约束与公共服务均等化的张力,凸显出传统分级诊疗模式在复杂地形区域的适配困境。

当前医联体建设虽取得阶段性成效,但实践中仍存在管理体制分割、服务断层等问题。调研数据显示,县域医共体内转诊率较低,远程会诊系统日均有效利用率低于30%。因此,破解西北地区医疗资源整合的体制性障碍、构建适应复杂地形的整合性服务体系,对于实现全民健康覆盖与区域协调发展具有重要的战略价值。

2 延安市基层医疗资源整合的成效与瓶颈

通过对西北地区延安市3县25镇资源服务能力现状进行深入调研。调研数据显示,延安市基层医疗机构卫生资源都有不同幅度的增长,总体能够满足当前居民的健康服务需求,但基层医疗机构资源整合式服务能力在“全度、准度、效度、力度”四方面仍存在薄弱环节。

2.1 医疗卫生资源辐射亟需优化

基层医疗单位的资源配置失衡已成为制约农村医疗卫生服务体系效能的关键瓶颈。以延安市为例,延川县城城镇化进程中呈现显著的供需矛盾:2019年前县域3万城镇人口由县医院承载,但随着新农村合作医疗推进,基层医疗机构诊疗人次占比仅55%,而占机构总数3%的三甲医院却承担41.2%的诊疗量。这种结构性失衡折射出两个核心问题:其一,基层医疗设施规模与人口分布动态适配不足,乡镇卫生院标准化达标率虽达95%,但服务能力难以匹配城镇化加速带来的就医需求迁移;其二,人力资源配置存在系统性缺陷,基层医疗机构每万人口医生数3.3人,低于国家卫健委3-3.5名全科医生标准,且2021年数据显示32.1%的医生离职率暴露出职业吸引力薄弱。深层矛盾体现在人才发展机制的梗阻:基层医生职称晋升通道狭窄,76%的受访者反映缺乏继续教育机会,职业发展天花板导致人才虹吸效应缺失。

2.2 医疗卫生资源配置分布不均

我国目前医疗资源在地区上仍是分配不平衡情况,城市大医院“人满为患”,基层医疗机构“门可罗雀”。部分农村地区因为偏远、经济发展水平不高等原因,满足不了其辖区范围内居民的健康需求,甚至“缺医少药”局面还很普遍。以延安市为典型样本,其基层卫生人员占比31.7%却承担50.2%的诊疗量,乡镇卫生院每万人口医生数3.14人,仅为城市三甲医院的1/6。基层卫生人员严重短缺,与其医疗机构数量和服务能力严重不平衡。人才短缺的严峻现状令人担忧。另外,城乡医疗资源鸿沟呈现持续性扩大趋势。基层医疗机构设备更新周期长达8-10年,较城市三级医院延长3倍。

2.3 基层医疗机构服务利用效率不足

基层医疗机构信息化程度低以及互联网医疗应用不足。延安市基层医疗机构信息化水平总体较低,在线预约和在线问诊的覆盖率分别为36.4%和27.3%,移动支付的应用覆盖率仅为13.6%。由于基层医疗机构的数量众多,而且信息技术的发展程度和实施情况不同,导致医疗信息难以在各机构之间共享。使得患者就医也缺乏及时、准确的指导和建议。因此,在提升基层医

疗资源整合式服务能力过程中,需要加强医疗信息化建设和信息交换标准的统一,完善基层医疗机构之间的信息共享和交流机制,同时加强医疗信息安全的保护和管理,促进医疗信息的共享和利用。

2.4 医疗服务能力标准判定不清晰

基层医疗服务能力标准体系存在结构性确定的突出表现为指标模糊性与评价客观性不足的双重矛盾。现行标准多采用“一定数量设备”、“基本人员配备”等非量化表述,缺乏可操作性实施路径。根据《基层医疗卫生机构基本设施与人员标准》要求,农村基层卫生机构的建设面积、设备配置和医护人员配备等都有具体要求,如建设面积不得少于200平方米,必须配备基本的医疗设备和药品,并按照人员规模配备医师、护士等医疗人员。农村医疗服务能力将依据这些指标进行参考提升。此外,根据中国人民大学健康发展研究中心发布的《农村医疗卫生服务能力评价指标体系研究》报告,医生的技术水平、临床经验、医疗质量和服务态度等因素是评估医疗服务能力的关键指标。

3 多层次协同推进的资源整合能力提升路径

遵循“扩大供给—特定性发展—资源互通—评估监督”的工作思路,从“全度—力度—准度—效度”四个维度,扩大医联体资源辐射范围,重塑“共享”式城乡融合制度理念,加强医护人员建设、建立整合式服务能力评价指标体系,推进医疗资源流动与基层机构监管改革,多方面阐述整合式服务能力提升路径。

3.1 优化激励政策,壮大基层医疗人才队伍

破解基层医疗卫生人才短缺困局需构建“培养—引进—激励”三维政策体系。在人才培养维度,应创新“定向培养+在职提升”双轨机制。第一,针对乡镇卫生院需求,实施“3+2”助理全科医生培养计划,即3年临床医学专科教育加2年基层实践培训,课程设置强化全科医学、中医适宜技术等模块,毕业后服务基层5年;第二,推动实施“大学生乡村医生”专项计划,参照“三支一扶”政策给予学费代偿、考研加分等激励,多渠道引进基层医疗卫生人员,把医疗专业人才引到基层来;第三,建立“周末医师”制度,组织城市副高以上职称专家利用非工作时段开展远程会诊,累计服务时长折算为基层服务经历,在职务晋升、职称评定方面予以适当倾斜。

3.2 转型因需制宜,精细化资源调动措施

精准施策需突破传统标准化建设思维定式。整合医疗卫生资源要坚持“因地制宜、按需改进”,“避免一刀切,杜绝形式主义”。我国县域医疗生态呈现显著异质性:黄土高原丘陵地带面临人口分散导致的急救半径过大问题,而关中平原县域则需破解优质资源过度集聚引发的虹吸效应。由于各地乡村差异很大,各个乡村的资源禀赋不同、社会经济文化背景不同,因此,在整合医疗卫生资源时,要对标县域医疗机构的建设目标及要求,应遵循医院本身实际及患者患病需求做到“科学有限地投入”,不应该一味追求“高大上”,“因县而异”提升基层医疗机构服务能力。不同地区结合当地的人口健康状况及地域特色,

精准布局,有抓手地进行专科能力培训与提升,提升医疗资源精细化调动水平,推进优质医疗卫生资源合理利用。

3.3推进“区块链”医疗,信息化技术助力医疗行业发展

区块链技术为医疗行业数字化转型提供了革命性解决方案。作为分布式记账技术的创新形态,其核心特征体现在去中心化架构、密码学安全机制及智能合约自动执行能力。在医疗场景中,区块链通过构建多方参与的联盟链网络,实现医疗数据确权、流转与共享的可信治理。相较于传统中心化数据库,其链式数据结构与共识算法确保数据完整性与抗篡改性,零知识证明等加密技术则平衡了隐私保护与数据可用性需求。因此,可构建通过智能合约以及一个统一的网络来管理数据,致力于创建一套透明的跨机构网络,其中医疗公司以及合作组织能够在一个受保护的生态中共享敏感信息,同享数据,减轻患者就医流程,缩短患者就诊时间,提升满意度。

4 结语

健康是幸福生活最重要的指标,新时代新征程上,我们要毫不动摇坚持“人民至上、生命至上”,矢志不渝维护人民健康,继续全方位推动优质医疗资源下沉。要在政策上给予保障,继续扩大财政投入力度,合理调整相关政策,让先进设备和优秀人才走进基层、走向百姓;要在技术上给予支持,互联网的飞速发展,要让数据多跑路、让群众少跑腿,大力推进“智慧医疗”覆盖城乡;总之,要动员多方力量,为全面推进健康乡村建设尽一份力,

不断谱写新时代乡村振兴新篇章。

[参考文献]

- [1]牛亚冬,张研,叶婷.我国基层医疗卫生机构医疗服务能力发展与现状[J].中国医院管理,2018,38(06):35-37+41.
- [2]樊丹燕,戎珊珊,刘建武.县域医共体背景下基层医疗机构检验服务能力研究[J].卫生经济研究,2020,37(05):31-34.
- [3]张鹏.城乡医疗资源整合视域下农村三级医疗卫生服务网络的建设分析[J].中国农村卫生,2021,13(20):4-5.
- [4]黄世钊.优化整合县域医疗卫生资源促进优质医疗资源下沉[N].广西法治日报,2022-12-13(A03).
- [5]吴建华.整合优质医疗资源共享医改惠民成果[J].人口与健康,2023,(12):77-80.
- [6]张彦杰,冯园园,刘威.多院区一体化促进优质医疗资源扩容下沉的宁夏实践[J].中国卫生质量管理,2023,30(9):90-93.
- [7]曹莉,马智瑞,马占新.资源共享型DEA模型及内蒙古医疗资源的整合优化[J].内蒙古大学学报(自然科学版),2024,55(2):213-224.

作者简介:

张帅(1997—),女,汉族,陕西渭南人,西安理工大学,研究方向为思想政治教育理论与实践。

冯雨(1992—),女,汉族,陕西西安人,西安理工大学,研究方向为思想政治教育理论与实践。