

县域内中医药资源分布现状与对策

——以武义县为例*

张志强 朱肖 钟霞媛 徐灵剑

武义县中医院（浙江武义 321200）

摘要:目的:探讨县域内中医药资源分布现状及可实施的对策。方法:文章以武义县为例,对当前县域内中医药资源分布现状进行深入调研,对中医药资源的分布情况进行梳理,分析其存在的问题,并以县域内“医联体+医共体+专科联盟+共享中药房”中医药发展模式为核心,深入分析如何建立健全中医药政策体系、管理体系,提升人才队伍、服务能力和文化宣传等内容。结果:医联体、医共体、专科联盟和共享中药房的创新举措虽然存在局限性,但整体上为破解县域内中医药资源分布不均问题提供了新的思路,形成中医药发展“武义模式”。结论:“武义模式”将为其他县域的中医药发展提供宝贵的借鉴,具有现实意义。

关键词:中医药资源;分布现状;武义模式;对策前言

中图分类号:R197.3

文献标识码:A

中医作为中华民族的瑰宝,历史悠久,博大精深。然而,在面临国家政策支持与人民对中医药服务需求日益增长的多重机遇下,中医药资源的分布和利用也面临诸多挑战^[1]。2022 年 3 月,国务院发布《“十四五”中医药发展规划》(以下简称《规划》)。《规划》指出,中医药发展不平衡不充分问题仍较突出^[2],中医药优质医疗服务资源总体不足,基层中医药服务能力相对薄弱^[3],中医药发展在不同地区之间存在显著差异,一些地区中医药服务资源丰富,而一些地区则相对匮乏。相关研究表明,中国卫生资源集聚能力从东到西依次减弱,其中东部地区最强,中部地区次之,西部地区最弱^[4]。这种不平衡导致资源配置的低效率,影响了中医药服务的普及和均衡性,使得部分地区的居民无法享受到高质量的中医药服务。

本文以武义县为例,依托卫生行政部门的支持,由县域内中医院牵头,调查收集辖区内中医药发展资料,统计分析辖区中医药服务项目、就诊人次、规模、人才构成、中医药传承等情况,探索实施“医联体+医共体+专科联盟+共享中药房”的中医药发展模式,破解区域内中医药资源总量不足、布局不均衡、发展不充分的难题,形成县域内板块,具有重要的现实意义和应用价值。

1 武义县医疗卫生事业概况

武义县辖区常住人口 46.9 万,全县共有卫生单位 4 家(县疾控中心、县中心血库、县 120 院前急救指挥调度中心、县卫生进修学校),各级各类医疗机构 309 家,其中县级医院 5 家(县第一人民医院、县第二人民医院、县中医院、县妇保院、县口腔医院),乡镇卫生院 18 家,村卫生室(服务站)118 家,民营医院 9 家,个体诊所(门诊部、医务室)159 家。床位数 2 852 张,千人床

位 6.08 张。近年来武义县完成了县级医院搬迁工作,县人民医院、县妇保院完成新院区整体搬迁,县中医院即将年底搬迁,完成乡镇卫生院、村卫生室改造升级,医疗卫生机构硬件设施得到大幅改善。

2019 年由县第一人民医院和县中医院牵头 19 个乡镇卫生院组建县域医共体,县第一人民医院与浙大附属邵逸夫医院组建医联体,县中医院与杭州市中医院组建医联体。同时县人民医院与县中医院根据自身优势打造特色专科,并带动成员单位开设(全)专科门诊。目前,全县县级医院建成 3 个省级学科、两个市级学科、4 个县级学科,乡镇卫生院共建有 6 个县级特色专科。见表 1。

表 1 武义县医疗机构学科建设情况

医疗机构	优势学科
第一人民医院	泌尿外科、康复科(省级重点专科)普外科、骨科(市级重点专科)脊柱外科、肝胆外科(县级重点专科)
中医院	康复科(省级重点专科)、肾病科(县级重点专科)
妇幼保健院	妇产科(县级重点专科)
王宅卫生院	老年康复科(县级重点专科)
白洋卫生院	糖尿病科、妇科(县级重点专科)
熟溪卫生院	皮肤科(县级重点专科)
桐琴卫生院	妇科(县级重点专科)
东干卫生院	骨伤科(县级重点专科)

* 基金项目:国家中医药管理局监测统计中心项目(项目编号:YGZXKT2024138)。

2 县域内中医药资源分布不均衡的原因分析

2.1 中医药服务体系不完善,中医人员西医化现象普遍严重

中医药在市、县、乡三级医院都有广阔的空间,然而,中西医结合科室的弱化甚至缺门现象普遍存在,中医药在各级医院的服务能力不强,中西医结合已经司空见惯,导致传统中医观念和方法被边缘化。国务院研究室与科技部等共同完成的《当代中医药发展与管理改革研究》表明,全国有 2 800 多家等级中医医院,但多为中西医结合,缺乏真正意义上的传统中医医院^[5]。随着西医学的快速发展和西方医学理念的普及,一些中医人员逐渐偏离了中医药的核心价值观和技术体系,他们越来越依赖西方医疗仪器进行疾病检测,根据化验单的数据确定病情,按西方医学思维和理论开药,忽视了中医的整体观念和辨证论治的优势。有研究表明,全国等级中医医院的药品收入中中药只占大约 40.00%,西药则占 60.00%^[6]。这种不平衡不仅削弱了中医药的独特优势,也削弱了公众对中医药疗效的信任和满意度。

2.2 中医药专业人才匮乏,基层医疗卫生机构中医药服务薄弱

武义县域内有执业(助理)医师 1 376 人,中医类别执业(助理)医师 224 人,每千人口中医类别执业(助理)医师数为 0.48,且大多集中在县域内等级中医医院。其中的 19 家基层卫生院能体现中医药特色优势的服务项目应用极少,中医药服务项目单调,中医适宜技术应用能力薄弱。截至 2022 年 10 月,基层医疗卫生机构中医服务率仅为 1.00%。由此可见,县域内中医人才数量不足,且主要集中在少数医院,中医药在人才传承方面也存在短板,全县缺乏中青年骨干人才,基层医疗机构的中医药服务项目少,技术应用能力弱,中医药服务能力与人民群众对中医药健康服务需求还有较大差距^[7],同时也影响了中医药服务在基层的普及和有效性。

2.3 中医学科建设不足

中医学科建设是提高医疗质量和学科水平的主要途径,是展现中医特色和优势的重要手段,是衡量中医工作落实科学发展观的重要标志。我们通过调查发现,各医院对中医学科的组织管理和经费投入不足,中医技术发展和硬件设施不配套,中医文化建设意识缺乏,特色不够突出,在一定程度上阻碍了中医学科、医疗质量、中医研究和教学能力的发展。

2.4 基层医疗机构中药房质量监管不到位,影响疗效

中药房是基层医疗机构中重要科室之一,其直接面对患者,服务质量的好坏直接影响着中医药的发展^[8]。2022 年 10 月前,县域内的 19 个乡镇医疗卫生机构只有 7 家设有中药房,且中药房在药品质量控制、管理制度、人员专业能力等方面存在明显不足。

2.4.1 药品质量控制不足

基层医院中药房在药品质量控制方面存在以下问题:①药材采购环节把关不严,可能导致劣质药材流入药房。②药材储存条件不达标,影响药材质量。③药材炮制和调配过程中存在操作不规范现象。

2.4.2 管理制度不完善

基层医院中药房的管理制度尚不完善,主要表现在三个方面:①药品管理制度不健全,缺乏明确的药品采购、验收、储存、调配等环节的操作规范。②责任分工不够明确,导致工作效率不高。③缺乏有效的监督机制,难以保证各项管理制度的落实。

2.4.3 人员专业能力有限

基层医院中药房工作人员的专业素养参差不齐,部分人员

缺乏中医药理论知识和实践经验,难以胜任药材识别、炮制和调配等工作。此外,部分人员对药品管理制度和操作规程了解不足,也影响了中药房的管理质量。

2.5 社会认知度不高

尽管中医药在我国有着悠久的历史 and 深厚的文化底蕴,但现代社会中,人们普遍对中医药的认知度有限。越偏远的地区中医药的宣传和普及越薄弱,部分人对中医药持怀疑态度,认为其疗效不确切、安全性无法保证等。此外,部分居民对基层医疗技术水平存在不信任,而对上级医院盲目崇拜。这削弱了社会对中医药的接受和利用,阻碍了中医药文化的传承和发展。

3 中医药资源分布问题的对策研究

针对县域内中医药资源分布不均、总量不足及发展不充分问题,我们积极探索创新模式,通过构建医联体加医共体+专科联盟+共享中药房的发展模式,形成县域内板块,实现中医药资源的优化配置和高效利用,具体对策如下。

3.1 优化中医资源配置

针对中医资源配置不均衡的问题,建议政府加大投入力度,加强中医院及诊所建设,特别是在农村地区增设中医服务机构,提升基层中医服务能力。同时,利用数字化和信息技术,如人工智能、大数据、远程医疗等来优化资源配置和提升服务质量。通过建立一个完善的中医资源信息共享平台,提高数据共享和管理效率,同时保护患者隐私,以促进中医资源的优化配置和共享利用。

3.2 加强中医人才队伍建设,改变中医人员西医化现象

为提升中医人才队伍素质,建议加强中医人才培养和引进工作。一方面,鼓励医院在职人员提升学历,对考取研究生的给予一定的奖励,提升中医专业职工的培养质量;另一方面,引进全日制医学专业研究生培养模式,与在读研究生签署培养引进协议,在读期间给予一定的学杂费补助和生活补助,培养完成后通过校园招聘的形式,与全日制研究生签署就业协议,吸引更多优秀中医人才加入中医事业。政府部门应出台相关政策,鼓励和支持中医师承教育的发展;院校应加强与传承者的合作,建立师承教育基地,为学生提供更多学习机会;社会各界应大力推动和普及中医师承教育,营造良好的学习氛围。

此外,还应加强中医继续教育和培训工作,鼓励西医人员学习中医,提升在职人员的中医专业素养和技能水平。突出中医药特色人才培养,在中西医结合的基础上,注重对医务人员的基层中医药知识普及、培训与实践。完善中医药人才资格准入、职称评审等相关制度,对于临床一线工作者,应注重中医临床实绩,鼓励一线人员运用中医思维临证。

3.3 突出临床科室中医特色

政府部门应加大对中医学科基础设施的经费投入,推广中医适宜技术在基层医院的应用,如将中药外敷、中药熏洗、针刺、艾灸等中医技术应用于门诊及住院部,加大中医护理人员的培训。在诊疗过程中注重中医特色,发挥中医辨证论治、整体观念等优势,将中医治未病理论进行升级,把治疗、预防、保健、养生融为一体,突出中医药在慢性病、急症、内科疾病、老年性疾病等方面的显著优势。

3.4 县域内医联体与医共体建设

医联体和医共体是推动中医药服务协同发展的重要举措。通过搭建不同层级、不同类别医疗机构之间的合作平台,实现资

源共享、优势互补,提高中医药服务的整体效能,从而提升整体医疗服务效率和群众健康水平。在县域内,我们积极推动医联体和医共体的建设,将县级中医院作为龙头,联合乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗机构,形成紧密的合作关系^[9]。通过定期的业务指导、技术培训、双向转诊等方式,提升基层医疗机构的中医药服务能力,让群众在家门口享受优质的中医药服务。建立县域内医联体与医共体有以下意义。

3.4.1 优化医疗资源配置,提升基层医疗能力

建立医联体与医共体,将县域内的医疗资源进行有效整合和重新分配,加强基层医疗机构与上级医院的联系和合作,减少医疗资源浪费和重复建设,确保医疗资源更加公平地惠及广大群众,推动优质医疗资源向基层延伸。同时实现医疗资源共享,提升资源利用效率。

定期派专家到基层开展坐诊、教学等,共享专家资源,提升基层医疗机构的业务水平和诊疗能力。也可根据基层医疗机构的具体需求,定期组织培训,提高医务人员的专业技能和服务水平。在医共体背景下,我们应鼓励医师在县域内开展多点执业,尤其是到基层多点执业。此外,医共体还可建立远程医疗服务平台,实现远程会诊、教学等功能,为基层提供更加便捷的医疗服务。

3.4.2 方便群众就近就医,降低群众就医成本

医联体与医共体的建立可使群众能够在家门口就享受到更加优质的医疗服务。当群众患常见病、多发病时能够就近就医,减少长途奔波和等待时间。当群众需要进一步检查或治疗时能够迅速转往上级医院,简化了转诊服务。这有助于减少医疗机构之间检查和配药的重复,从而降低就医成本。同时,医共体还可通过优化诊疗流程、提高诊疗效率等方式,进一步降低患者的就医费用。

3.4.3 推动分级诊疗实施,提高医疗服务效率

医联体与医共体的建立有助于推动分级诊疗制度的实施。通过明确各级医疗机构的诊疗范围和职责,使患者能够根据自己的病情选择合适的医疗机构就医。这既可减轻大医院的压力,还能更合理地利用医疗资源^[10]。同时,分级诊疗还能提高医疗服务的连续性和协调性,为患者提供更加优质的医疗服务。

通过整合和优化医疗资源、提高基层医疗能力等措施,提升医疗服务效率。各级医疗机构之间的协同合作和信息共享,能使患者在最短的时间内获得有效的治疗和管理,从而降低医疗服务的时间和人力成本。

3.4.4 提高群众健康水平,加强社会认知度

医联体和医共体的最终目标是提高群众的健康水平。通过优化医疗资源配置、提升基层医疗能力、方便群众就医等措施,医共体可为群众提供更加优质、高效、便捷的医疗服务,提升百姓的健康水平和生活质量。搭建交流平台,如微信公众号等,方便各成员单位之间进行信息交流和资源共享^[11]。此外,开展中医药文化宣传和推广活动,提高公众对中医药的认知度和接受度^[12]。

3.5 专科联盟建设

县域内卫生机构专科联盟建设旨在实现县域医疗机构间的资源整合,提高诊疗水平,优化患者就医体验,从而提升县域内医疗服务水平,是推动基层医疗卫生事业发展的重要举措。通过建立跨专业合作交流平台,实现资源共享、优势互补,促进基

层医疗机构向专业化、精细化方向发展。武义县与杭州市中医院建立中医妇科专科联盟、中西医结合肾病专科联盟,深化联盟内部的交流与合作,推动科研创新,加强人才培养,为当地群众带来了更优质的中医药服务。

3.6 共享中药房建设

针对县域内中医药资源分布不均的问题,我们引入共享中药房的理念,通过集中采购、统一炮制、统一配送等方式,实现中药资源的共享和优化配置,降低了医疗机构的采购成本,提高了中药的质量和安全性,避免了资源的浪费和重复建设。同时,通过信息化手段,我们可以实现中药房与各医疗机构之间的信息互通和资源共享,提高中医药服务的效率和便捷性。包括:①统一采购与管理:共享中药房采用集中采购、统一管理的模式,降低采购成本,确保中药质量。②资源优化配置:通过共享中药房,实现县域内中药资源的有效整合与利用,提高资源利用效率。③服务便捷性:患者可在县域内任何一家医疗机构享受同样的中药服务,提高了服务的可及性,解决了传统中医药服务地域限制的问题。

4 创新模式破解县域内中医药资源分布不均

通过县域内医联体、医共体、专科联盟和共享中药房等创新模式的综合应用,推进“技术、服务”下沉,统筹“人员、转诊”双向流动,做实“专科、公卫”融入,构建完善县域整合型中医药服务体系可以有效破解县域内中医药资源分布不均的问题。这些模式不仅优化了中医药资源的配置和利用,还提升了中医药服务的整体效能和水平,形成“首诊在基层、小病不出乡、大病不出县”的就医新格局。

然而在推进县域内中医药服务体系整合的各种模式中,确实存在一些局限性和挑战,主要包括资源和资金限制、政策和法规滞后、技术和服务质量不均衡、人员培训和留存问题、群众的认知和接受度等。虽然已经在加强宣传和提高公众对中医药的认识,但中医药的传统性质和治疗效果的个体差异可能使得部分群众对其持有保留或疑虑态度。提高群众的接受度和信任度需要时间和持续的教育努力。

为了克服这些局限性,需要县域内综合多方面的策略,我们需要不断完善和创新这些模式,加强政策支持和资金保障,更新相关政策法规,加强人员培训及人才引进机制,优化资源分配,推动县域内中医药事业的健康发展。同时,还需要加强宣传和推广,提高群众对中医药的认识和信任度,让中医药在县域内发挥更大的作用。

5 结论

医联体、医共体、专科联盟和共享中药房的创新举措虽然存在一定的局限性,但整体上为破解县域内中医药资源分布不均问题提供了新的思路 and 路径,形成县域内板块。我们可以重点健全县域医共体中医药管理体制,搭建中医药信息化共享平台,建立健全乡镇卫生院中医药人才体系,强化中医适宜技术的推广,统筹县域医共体基础设施投入,多渠道、多形式进行文化宣传,通过不断优化和完善这些模式,推动中医药事业蓬勃发展,为健康中国建设贡献更多力量。

参考文献

- [1] 范杰,郑洋,刘密凤,等.基于SWOT分析的三级中医医院科技工作发展策略研究[J].中医药管理杂志,2023,31(11):5-7.
- [2] “十四五”中医药发展规划[J].江苏中医药,2022,54(5):

- 1-9.
- [3] 刘爽. 乡镇卫生院中医药服务能力研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.
- [4] Qingbin guo, Kang lu, Ruodi hu. The Spatial Correlations of Health Resource Agglomeration Capacities and Their Influencing Factors: Evidence from China[J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(22): 8705.
- [5] 王冠军. 中医服务项目纳入财政补偿模式研究[D]. 济南: 山东大学, 2012.
- [6] 张冉燃, 王思海, 李文. “取消中医”抖出中医沉疴[J]. 瞭望, 2006(43): 8-10.
- [7] 韩冬. 社区卫生服务中心中医药健康管理服务现状及发展对策研究[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2022.
- [8] 庄平, 张广清, 林美珍. 中医护理内涵建设的实践与研究[J].

- 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(21): 141-142.
- [9] 陈莹, 王典辉, 文大志. 基于分级诊疗的医共体同质化管理实践探索: 以湖南医改“宁乡模式”为例[J]. 现代医院, 2019, 19(10): 1420-1423.
- [10] 曹原. 探路远程医疗[J]. 中国医院院长, 2014(22): 53-54.
- [11] 汪溪涓. 临床医生知识学习情境评价量表的开发与检验[D]. 唐山: 华北理工大学, 2021.
- [12] 丁倩倩. 中医药服务纳入新农合制度应用现状及改进策略研究[D]. 济南: 山东大学, 2015.

(收稿日期: 2024-08-28)

作者简介: 张志强, 本科, 武义县中医院党委书记。研究方向: 基层中医药发展与医院管理方向。

通讯作者: 朱肖, 本科, 主治医师。研究方向: 中医内科方向。

中医药健康管理服务质量影响因素 模型构建及政策建议

章勤娥 郑谊

浙江省医疗健康集团杭州医院 (浙江杭州 310000)

摘要:目的: 构建中医药健康管理服务质量影响因素模型, 并提出相应建议。方法: 于 2024 年 1 月—2024 年 3 月于浙江省医疗健康集团杭州医院消化内科随机抽取 25 名中医药健康管理服务知情医务人员, 采取访谈方式针对中医药健康管理服务项目、开展效果及影响因素进行调查, 采取扎根理论方法对访谈结果进行三级编码, 之后构建中医药健康管理服务质量影响因素模型, 提出相关政策建议。结果: 访谈形成了与中医药健康管理服务主题相关的初始概念 45 个, 总结归纳后, 形成 6 个主范畴(分别为政策环境、健康素养、科室定位、能力建设、健康偏好、利益冲突)和 17 个一级范畴; 模型故事线描述: 首先在政策环境的支持下, 中医药健康管理服务的开展才能得到有效的外部保障, 其次从患者的角度考虑, 其健康素养及健康偏好决定了服务的效果, 也就是需求侧的分析, 最后, 科室作为服务供给侧, 医务人员的中医药健康管理服务能力是关键的影响因素。结论: 当前中医药健康管理服务质量受到服务供给侧和需求侧的多重影响, 应进一步深化相关领域的供需对接, 促进中医药健康管理服务质量的提升。

关键词: 中医药健康管理; 服务质量; 影响因素模型构建; 政策建议

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

消化内科作为医院的重要科室, 接收的患者疾病类型较为复杂, 且有的发病突然, 需在较短的时间内给予抢救及护理, 以提高救治效果, 改善患者预后。一般来说, 病情严重的消化内科患者, 发病后身体会有严重的疼痛感, 患者要承担较大的病痛折磨。加之患者容易受到其他因素的影响, 不良情绪的风险会有所升高^[1-2]。中医药健康管理是基于中医药理论的健康管理模式, 能够利用中医护理措施, 从饮食、身体调理、情志等方面对患者进行疾病干预和健康管理^[3-4]。影响中医药健康管理服务质量的因素较多, 目前针对中医药健康管理服务质量相关影响因素的研究较少^[5], 为此本研究对医院消化内科中医药健康管理服务知情医务人员进行了相关访谈, 并通过模型构建总结相关

影响因素, 旨在提高中医药健康管理水平和质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2024 年 1 月—2024 年 3 月浙江省医疗健康集团杭州医院消化内科 25 名中医药健康管理服务知情人进行访谈。纳入标准: ①均为消化内科医务人员, 熟悉中医药健康服务情况。②从事本项工作两年以上。③对本研究知情。④有较高的依从性。其中医师 8 人, 护理人员 14 人, 药学人员 3 人。

1.2 方法

1.2.1 模型构建过程

采用 Nvivo12 数据分析软件对数据进行整理, 进行开放式