

推进中西医协同的路径

葛金文 熊宇杰

核心提示

中西医协同不仅是应对重大突发公共卫生挑战的有效手段,更是推动新时代医疗卫生体系高效运作、建设健康湖南的关键抓手。推进中西医协同工作取得实效,需在政策供给、机制建设、技术创新、人才培养等多个层面进行深入探索与全面突破,巩固现有优势、提升整体效能,力争打造一个能复制、可推广的“湖南范式”。

中西医并重是新时代我国卫生与健康工作的重要方针。近年来,在应对系列重大公共卫生挑战中,中西医并重、中西药并用展现了突出的健康守护作用。其成功实践为构建高效医疗卫生体系提供了宝贵经验和努力方向。

中西医协同,核心在于中西医在参与临床诊疗时的密切配合与优势互补,是一种全新的医学范式。近年来,我省通过实施“四项计划”,加快建立中西医协同发展模式。充分发挥中西医协同的巨大潜力,需在政策供给、机制建设、技术创新、人才培养等多个层面进行深入探索与全面突破,进而增进人民健康福祉、赋能健康湖南建设。

完善政策供给

加强对中西医协同的引导。坚持刚性约束,在中医药“一法一办法”实施与执法检查中,进一步强化对中西医协同实践的关注力度,督促各级政府将“中西医协同”工作纳入绩效考核评价体系,确保优质高效的中西医医疗服务直接惠及广大人民群众。注重柔性激励,将中西医协同医疗服务成效纳入公立医院高质量发展评价指标,激励中医医疗机构提升西医能力,鞭策综合医院强化中医水平,实现中西医在技术、理念上的深度融合、优势互补。加大试点推广,全力支持中南大学湘雅医院、省中西医结合医院、省人民医院、省肿瘤医院等单位建设好国家级及省级中西医协同“旗舰”医院,整合资源、优化流程、创新模式,引领全省中西医协同多点探索、全面推进、纵深突破。

合理配置中西医协同资源。构建中西医协同基础框架,统筹规划全院及科室层面的中西医临床医师结构比例,在制定招聘计划、内部人

员调配过程中,特别是在搭建领导班子、组建多学科诊疗团队等关键环节上,合理调控中西医比例。优化资源配置策略,在床位分配、建设经费划拨、考核体系设计等方面,向中西医协同单元倾斜。建立中西医协同考核体系,将中西医协同能力纳入医护人员个人考核与评估,优先激励中西医协同工作者,激发全院职工的协同意愿与协作效能,全面提升各级医院的主观能动性。

推进中西医协同医保改革。巩固改革成果,落实省医保局、省中医药管理局、省卫生健康委联合颁布的《关于在区域DRG付费中开展中医优势病种按疗效价值付费的通知(试行)》,对第一批纳入22个中医治疗为主的中医优势病种实施按疗效价值付费,更好体现中医服务价值,促进中西医协同、优势互补。调整支付策略,构建中西医协同方案间的医保支付等价体系,确立“同效同价、高效优价”支付原则,引导医疗服务的合理选择、回归公益本质。推动深化医改,以中西医协同为战略导向,完善优化DRG付费模式,支持将符合条件的中医药服务项目纳入医保支付范畴,促进医保资金在中医和西医之间合理配置,提升中医药服务的可及性与可负担性。

推进机制建设

探索多层次中西医协同运行模式。在医院层面,深入探索中医医院及中西医结合医院与综合医院(专科医院)、医联体与医共体、高水平医院之间的协同模式,如省中西医结合医院与省肿瘤医院之间的协同合作,促进医疗资源布局优化、优质资源效益最大化。在科室层面,尝试临床各科之间的协同合作,探索管理部门与临床科室之间的配合。在个人层面,强化中医知识与

西医知识的融会贯通、灵活运用。通过探索院际、科间、科内等多层次协同运行模式,深化协同内涵、提高医疗资源利用率,促进中西医协同可持续发展。

搭建多学科中西医协同诊疗团队。以“患者至上,疗效为先”为原则,以尖端医疗技术与特色优势病种为桥梁,汇聚中医、西医、医技、药学等顶尖专家,搭建中西医协同诊疗团队,推动中西医理念在临床实践中深度融合、在真实病例中探索协同之路。深化中西医协同内涵建设,通过实施联合查房制度、疑难病例分析、人才交叉培养、科研项目协作,加速知识流动与技术革新,进而提升临床诊疗的精准性与救治效率,提升灵活应对各类复杂病例的能力。

推行多方位中西医协同发展举措。制定中西医协同临床路径,在重大疑难疾病、传染病、慢性病等领域强化中西医联合诊疗与科研合作,共同制定并推广多病种中西医协同诊疗标准及路径。完善健康管理体系,将中医“治未病”理念和现代预防医学深度融合,探索覆盖全生命周期的建设方案,以独具特色的“中国方案”提升公众健康素养。整合研发资源优势,构建省级联合研发中心,采用覆盖全创新链的集成研发模式,加速湖湘中医药现代化与国际化。深化教育体系改革,加大中西医学互鉴力度,通过设立“西学中”“中学西”培训班,培养既精通中医又熟悉西医的高素质复合型人才队伍。

加大技术创新

激发中西医协同医学研究创新活力。强化人才梯队建设,尤其要通过湖南省中医药高层次人才传承研修中心、重点培养、托举一批领军人才和学术骨干,推动中医理论与西医理论的渗透融

合。设立研究专项,重点资助中西医协同在疾病预防、重大疑难疾病诊治、疾病康复等领域的研究,进一步阐明协同机理、探寻循证依据,提升人民群众的认可度和接纳度。设立协同创新中心,着力加强重点实验室和重点学科的建设,集中力量攻克中西医协同领域中的“卡脖子”关键技术难题,如构建中西医协同基础研究的动物模型、解析中医药治病的作用机理,推动中西医协同医学研究取得重大突破。

推动中西医协同临床医疗水平提升。强化示范标杆作用,鼓励省内4家“旗舰”医院建设单位围绕重大疑难疾病联合攻关,共建中西医协同临床研究分中心,形成特色鲜明的中西医协同发展方案,提高重大疑难疾病的救治水平。健全临床疗效评价体系,将平均住院日、治疗费用、患者满意度、团队协作等重点指标纳入评价体系,为人民群众提供稳定可靠的中西医协同医疗服务。优化临床诊疗方案,通过临床案例剖析、实践经验总结等方式,进一步固化中西医协同最佳实践模式,实现临床疗效最大化。

加速中西医协同新质生产力培育。强化前沿技术运用,依托“四大实验室”,汇聚中南大学、湖南大学、国防科技大学、湖南省中医药研究院等院校及科研机构的研发优势,重点推进超级计算机、人工智能、量子力学等前沿技术在中西医协同领域的转化应用。通过搭建智能诊疗系统、数字化病历、“移动医生”平台,研发一批颇具中医药特色的医疗器械和大型诊疗仪器,提升中西医协同的信息化与智能化水平。

【作者分别系湖南省中医药研究院党委书记、院长;湖南省中医药研究院发展改革办公室主任。本文为2024年度长沙市哲学社会科学规划课题“公益性视域下的公立医院高质量发展对策研究”(2024CSSKKT48)阶段性成果】

加强医疗结对帮扶 有效保障人民健康

李昕 邓程文

湖南是医疗强省,拥有“湘雅系”等多所国家委属(管)、辐射全国的“国家队”公立医院和一批位居国家前列的临床医学学科。与此同时,我省医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不匹配的矛盾还比较突出,城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,医疗资源配置不均,农村、社区等基层医疗队伍素质不高等问题仍然存在。为此,应进一步加强医疗结对帮扶,推动优质医疗资源“沉下去”、基层医疗水平“提上来”,真正解决好基层群众看病难、看病贵问题,有效保障人民健康。

强化组织引领,不断创新模式,面向基层持续开展医疗帮扶工作。建议由省、市、区各级卫健委牵头,积极推进高水平医院、高水平医疗团队与医疗水平薄弱医院“结对子”,实实在在惠及基层群众。比如今年4月开始,中南大学湘雅医院将持续三年对口帮扶地处怀化的湖南医药学院总医院,通过技术、人才、科研、管理等多领域帮扶,引领后者高质量发展。除了派驻帮扶外,高水平医院还可通过技术指导、学术交流、义诊巡诊等活动加强帮扶,同时创新“互联网+”医疗帮扶,与结对医疗机构实现远程医疗服务网络互联互通,提升远程诊疗覆盖面和利用率,让当地百姓在家门口就可以享受到知名专家的优质医疗服务。

针对地域实际,建设区域医疗中心,向周边地区辐射扩散。一方面,结对帮扶须因地制宜,针对区域内医疗单位具体情况,制定相应的“下沉”方案。高水平医院要发挥多学科医疗服务优势,着重在重症、肿瘤、心脑血管、呼吸、消化和感染性疾病、中医、康复等学科领域有针对性地推进帮扶,填补被帮扶地域医疗空缺。另一方面,参照国家区域医疗中心建设模式,加快省域医联体、县域医联体建设。2023年,湖南启动首批20个县域医疗卫生次中心建设试点项目,共覆盖14个市州。当前,应总结首批试点项目建设经验,加快新批次医疗卫生中心项目落地运行,进一步优化县域医疗卫生资源配置,提升基层医疗卫生机构规模和辐射能力。

培育医疗人才,抓好基层医疗服务,全面提升基层医疗水平。一方面,做好“传帮带”,培养基层医疗高端人才。推动高水平医院顶尖医疗专家定期、定点帮扶坐诊,并在重点专科打造、专业课题攻关等方面充分发挥“师徒带”“队带队”作用,帮助基层医院培养高端人才。比如新田县实施“师徒带”模式,县级医师与乡、村一级医生结对,定期开展医疗带教。另一方面,推进院校合作,筑牢基层医疗卫生服务“网底”。加大基层医疗单位与医学院校合作力度,实施“院校合作”联合培养医疗人才,做好农村订单定向免费本科医学生人才培养以及基层医疗卫生机构专科本土化人才培养项目,共建共享乡镇医疗卫生实习基地,助力提升基层医疗卫生水平,促进医学院校人才培养,使医学教育与基层医疗紧密结合、形成良性循环。

加大财政投入,建立健全考核评价体系,促进医疗结对帮扶。一方面,设立医疗结对帮扶专项资金。面向农村医疗卫生需求开展的结对帮扶,可依托农村医疗投入稳定增长机制,通过统筹整合涉农资金,设立专项拨款资金用于辅助医疗结对帮扶工作实施,重点用于乡镇卫生院配置妇儿科医用设备、医养结合设备、便携医用设备等,对国家级、省级乡村振兴县及医疗资源薄弱县实施组团式对口帮扶。同时对于高水平医疗机构派驻基层开展帮扶工作的医疗团队,发放专项帮扶补贴。另一方面,建立健全评价考核体系,激励省市医疗人才投身县乡医疗结对帮扶工作。各级卫生健康行政部门、农业农村部门、中医药管理部门应针对医疗帮扶团队建立系统科学的评价及管理体系,并纳入医院绩效考核管理。支援医院在保证派出人员各项福利待遇不变的基础上给予其一定补贴,在职称晋升、岗位聘用、提拔任用、各项评优评先中优先考虑对口帮扶工作优秀人员。

【作者均系湖南省当代中国马克思主义研究中心中南大学基地特约研究员】

推广现场救护,筑牢生命防护网

邹秋英

现场救护是突发伤病现场的抢救,是在医院外环境下对患者的初步救护。现场救护是危急关头保障生命安全的关键一环,也是我国紧急医疗救护相对薄弱的一环。

近年来,我省不断拓展现场救护工作模式,但整体水平处在初级阶段,仍有诸多不足。主要表现为:120急救体系存在急救医生和设备不足、出车迟缓、急救调度系统落后、工作人员素质参差不齐;公共救护设施缺口较大,如按照每10万人AED配置,WHO建议标准为100台,中国团体标准为100-200台,荷兰、日本、美国等多个国家已达400-600台,我省各地配置相距甚远;群众现场救护意识和技能较弱,据有关统计,我国普通人群中仅1/100的第一目击者能够实施现场救护,心肺复苏培训率及实施率远低于发达国家和地区的水平(30%~80%);法律保障和刚性约束不够,如对于防范现场救护的法律风险缺乏足够支撑,以至于一些民众在事发现场不敢救、不愿救。而一些先进国家和地区分别有相关立法,不仅可让施救者合理规避法律风险,还规定对需要急救的人施救是市民应尽义务,没履行义务者可能面临刑罚。普及和优化

现场救护体系是推进健康湖南建设的应有之义,应“软硬兼施”、多方发力,筑牢这张生命防护网。

明确目标,积极落实新规。近年来,湖南在现场救护立法领域敢为人先、积极破题。2023年,《中国现场救护第一目击者行动公众指南》从湖南率先发出,提供了第一目击者行动指引。省会长沙正在打造急救急救示范城市,制定了急救培训“三年行动计划”——力争实现半数以上长沙人学会急救。将试行的《长沙市公共场所AED配置管理规划(草案)》明确了公共场所AED配置标准和各级各部门工作责任。2020年实施的《湖南省现场救护条例》是全国首个针对“现场救护”的法规,规定救助人的现场救护行为受法律保护。这些新规顺应时势,切合我省实际,有利于在社会层面推进现场救护、有效破解施救者法律风险问题。各级人大和政府部门应积极推动落实该条例,彻底扭转“不会救、不便救、不敢救”的局面。

优化主渠道,加强设施配置。在现场救护领域,120体系是“正规军”、主渠道。2020年全省各县市建立了一整套120急救指挥调度系统,2022

年启动“互联网+医疗急救”系统建设。要通过规范化培训学习提升相关工作人员素质,提高人员与系统的适配度。在网点布局上,我省已有市县先行先试,如长沙市建成83个急救站点、打造“1030急救圈”(城市10分钟到达,乡村30分钟到达),探索空地协同快速救援,实现全市统一管理,规范院前急救。娄底、石门等市县上线5G智慧急救系统,打造“上车即入院”的“一路绿灯”救治模式,为其他县市优化120急救体系提供了参照。在硬件设施投入上,应加大政府财政支持力度,加强急救设备如急救箱、“救命神器”AED的投入和管理。全省各地需把AED设备投入列入硬指标,加快达到中国团体标准,确保在人流密集场所显著位置增设AED设备,并随时可用。

营造良好氛围,提升公众素养。加大宣传,激励参与。利用世界红十字日、世界急救日、国际志愿者日、全国防灾减灾日等重要时间节点进行集中策划宣传。推广全国和行业急救大赛、知识竞赛、评选急救示范单位等群众性科普宣教活动,增强公众知晓度、参与度。积极协调媒体资源,扩大急救知识的传

播,同时,通过表彰“最美救护员”等活动,营造“人人学急救、急救为人人”的良好氛围,激发公众参与现场救护的积极性和主动性。普及知识,培训技能。《中国红十字会总会关于进一步推进红十字急救工作的指导意见》提出,到2030年,全国取得救护员证书人数占总人口比例不少于3%;接受救护员公益培训的中小学教职人员师生比例不少于1:50。《湖南省“救在身边 校园守护”行动实施方案》明确,到2030年,培训10万名以上高校园生成为红十字救护员。目前,我省有红十字救护员2800多人,红十字救护员25万余人,仍有很大提升空间。有关部门应加大力度,通过实施急救知识培训“五进”措施(进学校、进社区、进机关、进企业、进农村),广泛普及急救知识和技能。其中以学校为现场救护培训重点,将急救知识培训纳入学校素质教育,提高相关知识普及传播率。同时充分应用“互联网+科普”方式,让现场救护公众科普教育的形式更加丰富多彩,让抖音短视频等科普传播模式成为“课堂教学+操作练习”传统模式的有益补充。

【作者单位:湖南人文科技学院】

探索构建罕见病防治多元保障模式

金昱茜 张璐璐

罕见病是单病种发病率、患病率极低的疾病总称。截至2023年8月,中国罕见病诊疗服务信息系统共登记确诊病例约66万例。当前,针对罕见病患者普遍面临的确诊难、用药难、负担重问题,应进一步从可治疗、有药用、能负担的需求关键点出发,多方联动、多措并举,构建我国罕见病防治保障新格局。

政府部门主导,推进罕见病领域新规出台和政策完善。在罕见病防治多元保障格局构建中,政府应起主导作用。一方面,做好罕见病防治配套法规的顶层设计。在《基本医疗卫生与健康促进法》等法律法规基础上,推进罕见病领域纲领性法律制定,明确我国罕见病、“孤儿药”等重要概念的界定,进一步规范罕见病目录动态调整程序,确立罕见病新药市场独占制度和数据保护规则,细分罕见病与重大疾病保障规程等。另一方面,从罕见病药物可及性入手,加强政策指引,完善相关研发、供应与费用负担机制。以临床需求为导向,发布研发技术指导原则,通过各级专项和科研基金提升罕见病科研规模,提供以“财政资助、税收优惠”为核心的持续性激励政策,鼓

励地方科研机构与医药企业合作,吸引更多药企布局“孤儿药”领域;建设“以罕见病患者需求为中心”的药物供应体系,在国家层面健全罕见病新药优先审评和附条件上市机制,完善同情用药制度和仿制药鼓励政策,畅通罕见病类特医食品注册审批与生产渠道;及时落实医保目录内罕见病用药供应政策和“双通道”机制,借助国际联合采购、数智化平台,确保罕见病药品供需匹配;探索罕见病医疗复合支付方案,鼓励筹建专项基金,力争罕见病用药保障政策“一药一调”,加强基本医保、大病保险、普惠型险和医疗救助等制度衔接,明确费用累加和分段报销政策,做到高值罕见病药品支付多主体共担。

医疗机构担纲,落实罕见病防治保障措施要求。约七成罕见病与基因相关,实施出生缺陷三级预防机制可有效降低罕见病发病率。医疗机构应对标遗传性罕见病综合防治体系“健康教育、家系调查、遗传咨询、遗传学检测、风险评估、生育指导干预”六位一体要求,在孕前一孕中一新生儿三个阶段加强干预。推广罕见病相关优生健康检查项目,配套针对性咨询,为高风险

家庭提供遗传学诊断技术服务,预防生育患儿;提高检测技术,广泛开展孕期筛查服务,为本人或配偶家族有罕见病史的孕妇提供精准产前诊断;配合相关机构做好新生儿疾病筛查,推动将更多罕见病纳入筛查范围,促进罕见病早诊早治。地方医疗机构作为罕见病诊疗前沿阵地,应充分利用全国罕见病诊疗协作网建设成效,以成员单位为中心推广双向转诊、专家巡诊和远程会诊制度;加强基层诊疗队伍培训,加快设立罕见病专科门诊,缓解罕见病患者“确诊难”困境;优化全流程管理服务模式,实现筛、诊、治连续服务,协助卫健部门成立罕见病医疗质控中心,建设罕见病医学中心和区域医疗中心,推动医研结合,深挖致病机制,改善治疗效果,促进罕见病诊疗实效化、均质化。

社会力量参与,搭建多维度罕见病防治保障网络。罕见病防治是一项系统性工程,需要激发社会力量广泛参与。各级政府应重视罕见病防治公益慈善力量在联通理论与实践发展、沟通病患需求与企意愿、链接医疗保障与社会资源上的潜能,完善其行动准则和支持措施,鼓励建

设罕见病防治慈善组织网络体系。罕见病防治慈善组织和基金会可联动媒体加大罕见病防治宣传,提高公众价值认同;与地方医保部门充分沟通,促进公益慈善资源与罕见病保障政策有序对接;积极参与罕见病产学研和投融资对话平台创建,撬动社会潜在资源投入罕见病诊疗研发领域;协助商业保险企业整合政策、医疗资源,开发兼顾基因检测和护理辅具等需求的罕见病诊疗友好型产品,丰富保障维度。罕见病单病种患者组织可引导患者成员知悉所属地区保障体系,提高诊疗可及度;根据所掌握病例数据,协同医院、社区和志愿者组织积极满足患者医疗帮助和心理疏导需求;与大型罕见病防治慈善组织形成合力,引导意向医疗企业深入了解国家鼓励政策和回报机制,加大与药物研发机构合作,让更多患者参与研发过程,促成针对本病种患者的用药援助项目,推动相关药物引进。

【作者分别系湖南大学法学院副教授;湖南大学大数据法研究院研究员。本文为湖南省社科基金青年项目“罕见病患者医疗保障法律制度研究”(19YBQ026)阶段性成果】

智库