

县域医共体背景下浙江省县级妇幼保健机构发展比较分析

赵君^{1*} 丁雪¹ 陈永超¹ 刘瑞² 王芳¹

1. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

2. 北京市昌平区卫生健康委员会 北京 102200

【摘要】本文基于波特钻石模型,从生产要素、需求条件、相关及支持产业、战略结构和同业竞争、政府、机会六个要素分析比较了县域医共体背景下浙江省东阳市、余姚市、桐乡市、德清县县级妇幼保健机构的发展现状。结果发现,县级妇幼保健机构的生产要素主要取决于发展模式和资源整合,县域医共体主要影响其机构协同和需求条件,政府在其中发挥着主导作用。因此,建议保健与临床相结合的县级妇幼保健机构中,大专科小综合的应牵头相应规模的医共体,综合技术较弱的应通过参与医共体加强与综合医院技术协作;县级妇幼保健机构特别是保健模式应立足妇幼需求与保健特色,创新服务模式与内容;县域医共体建设中应建立妇幼健康指导团队确保县级妇幼保健机构公共卫生功能实现。

【关键词】县级妇幼保健机构;波特钻石模型;县域医共体

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.02.011

Comparative analysis on the development of county-level maternal and child health institutions of Zhejiang Province in the context of county medical community

ZHAO Jun¹, DING Xue¹, CHEN Yong-chao¹, LIU Rui², WANG Fang¹

1. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Changping District Health Commission of Beijing Municipal, Beijing 102200, China

【Abstract】This study comparatively analyzed the development of county-level MCH institutions of Dongyang, Tongxiang, Deqing, Yuyao counties of Zhejiang province in the context of county medical community based on the Michael Porter Diamond Model which include six elements: production factors, demand factors, relevant and supporting industries, enterprise strategy, structure and peer competition, government factors and opportunity. The analysis result showed that the production factors of county-level MCH institutions depend principally on their development model and county health resource integration. The influence of county medical community on county-level MCH institutions lies in the coordination of relevant institutions and demand factors. The government plays a leading role in the specific reform measure of resource integration and county medical community. Therefore, this study suggests that for the county-level MCH institutions that combine health prevention with clinical services, those with strong comprehensive medical technology should lead the corresponding scale of medical community, otherwise, they should strengthen the technical cooperation with general hospitals by participating in the medical community. County-level MCH institutions especially for those only provide preventive care services, should explore the health needs of MCH people, innovate service modes and provide more preventive services. The MCH guidance team should be established to ensure the realization of public health function of MCH institutions.

【Key words】County-level MCH institution; Michael Porter Diamond Model; County medical community

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程经费资助项目(2021-I2M-1-046);2019 年国家卫生健康委委托项目“医联体新形势下妇幼保健机构发展研究”

作者简介:赵君(1990 年—),女,助理研究员,主要研究方向为公共卫生政策、妇幼健康政策。E-mail:zhao.jun@imicams.ac.cn

通讯作者:王芳。E-mail:wang.fang@imicams.ac.cn

县域医共体建设是我国建立优质高效医疗卫生服务体系、推动分级诊疗制度建设的一项重大改革举措,通过整合县乡医疗卫生资源,实现县域医疗卫生整体绩效和基层医疗卫生服务能力的提升。^[1] 县级妇幼保健机构为辖区妇女儿童提供医疗保健服务,并承担辖区业务管理和技术指导工作,是县域医疗卫生服务体系的重要组成部分。^[2] 然而其作为专业公共卫生机构,不同于综合医院和一般专科医院,由于对保健和临床的不同侧重而形成了不同的发展模式。县域医共体建设对县域医疗卫生服务体系进行了重大调整,各地县级妇幼保健机构在其中的参与情况不尽相同,对自身功能实现和机构发展产生了不同程度的影响,而不同发展模式的妇幼保健机构所受的影响也存在差异。^[3-4] 如何调整自身定位与发展策略以适应新的改革形势,保证功能实现和持续发展成为县级妇幼保健机构面临的挑战。

浙江省自 2017 年试点开展县域医共体建设,2018 年全面推开,各县(市、区)建立了不同组织架构的县域医共体。因此,本文在浙江省选取了具有不同县域医共体参与方式和机构发展模式的东阳市、余姚市、桐乡市、德清县 4 个县级妇幼保健机构,以波特钻石模型为理论基础,对不同县域医共体架构下和不同发展模式下的县级妇幼保健机构的发展现状进行比较分析,为县域医共体背景下县级妇幼保健机构的发展策略提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

采用立意抽样,以样本能够涵盖不同县域医共体参与方式(县级妇幼保健机构牵头医共体、作为成员单位参与医共体、不参与医共体)和不同县级妇幼保健机构发展模式(保健模式、临床与保健相结合模式、大专科小综合模式)为目的,选取了同期开展县域医共体建设的浙江省东阳市、余姚市、桐乡市、德清县 4 个县(市)进行调研,采用个人深入访谈和焦点组访谈相结合的方式收集定性资料,对 4 个调研县(市)卫生健康委妇幼科负责人(1 人/县)进行个人深入访谈,了解县域医共体建设概况及主要改革措施;对 4 个县妇幼保健院主要负责人(1 人/机构)进行个人深入访谈,2~3 名医务人员进行焦点组访谈,了解县级妇幼保健机构参与县域医共体的情况及其发展现状、与其他医疗机构的交流协作等情况。

1.2 资料分析方法

波特钻石模型^[5]由美国哈佛商学院迈克尔·波特教授于 20 世纪 90 年代提出,他认为决定某一国家内部特定产业的国际竞争优势主要包括四大要素和两个可变因素。其中,四大要素分别是生产要素、需求条件、相关及支持产业、战略结构和同业竞争,这四大要素是决定性因素,具有双向作用,形成相对完整的钻石体系。两个可变因素是政府和机会,作为外部因素可以影响四大要素发生变化,从而对产业发展产生促进或促退作用。近年已有多名学者将波特钻石模型应用于我国医疗卫生行业和机构发展研究^[6,7],阐述了该模型在卫生行业的适用性和启示意义,在“体现公益性”的目标前提下分析了各要素在卫生行业的表现特征和内涵,如生产要素要规避技术壁垒,需求条件要遵守服务边界,战略目标要博弈运行效率与公益性等,基于波特钻石模型分析有助于卫生行业及相关机构形成竞争优势以促进发展。

县级妇幼保健机构是具有公共卫生性质,不以营利为目的的公益性事业单位^[2],由于财政投入长期有限,市场竞争愈加激烈,加之县域医共体建立对县域医疗资源的重新布局,县级妇幼保健机构面临在县域卫生体系的角色重新定位和调整发展策略的压力,以保障生存发展和职能发挥。因此,本文参考既往研究,结合县级妇幼保健机构特点,明确波特钻石模型六要素在妇幼保健机构发展中的具体内涵(表 1),以六要素为主题,采用主题框架法将定性资料进行标记、归类、汇总,从而分析县级妇幼保健机构在县域医共体背景下的竞争优势和发展策略。

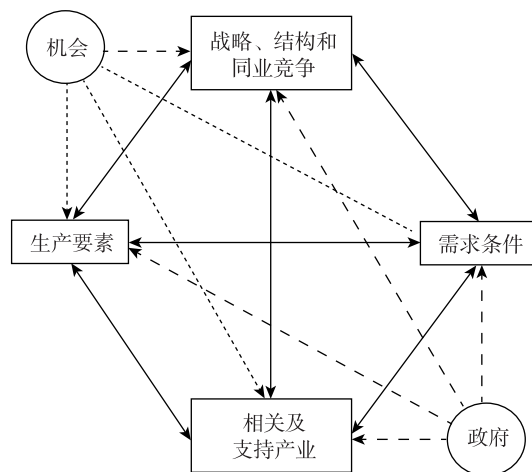


图 1 波特钻石模型

表 1 波特钻石模型六要素在县级妇幼保健机构中的具体内涵

要素	内涵
生产要素	初级要素:床位数、业务用房面积等 高级要素:专业设备、信息化、高级人才、高级技术、培养人才和技术的平台
需求条件	本地需求市场,即县域妇幼人群的保健与临床服务需求
相关及支持产业	相关产业:与县域内各级各类医疗机构的协同 支持产业:与医保、药品、人才等行业的协同
战略、结构和同业竞争	机构发展所依赖和拓展的特色业务、优势学科,与其他医疗机构在妇幼健康服务的竞争关系
政府	政府投入与政府改革措施
机会	妇幼健康制度环境和需求的变化

2 研究结果

东阳市、余姚市、桐乡市、德清县于 2017 年分别建立了 4 个医共体工作中心(2018 年调整为 4 个工作中心、6 个牵头单位)、4 个医共体、3 个医疗集团和

2 个健康保健集团,分别由县人民医院、中医院等县级医疗机构牵头,将全县基层医疗机构划片区进行分别托管,各片区(即各医共体内)基层医疗机构数量不等,四个县级妇幼保健机构参与医共体的形式不同(以下将工作中心、医疗集团、健康保健集团、医共体统称为医共体)。四个县(市)医共体的主要政策措施均包括各医共体内法人治理、人事管理、物资调配、医保支付、信息系统和质量管理的统一。此外,为了将公共卫生(含妇幼健康)服务与医共体建设融合,四个县(市)以医共体为单位组建公共卫生/妇幼健康指导团队,其中,各医共体牵头单位为本医共体内妇幼健康工作责任单位,负责医共体内妇幼健康工作的统筹协调、管理和具体服务等,妇幼保健机构以不同形式参与到各指导团队中,负责各医共体内妇幼健康服务技术指导、业务培训、考核督导等(表 2)。

表 2 调研机构基本情况

调研机构	参与县域医共体情况	机构发展模式	县域妇幼资源分布情况
东阳市妇幼保健院	1. 作为牵头单位托管 2 家基层医疗卫生机构 2. 各妇幼健康指导团队的牵头单位	保健+临床+中医的大专科、小综合模式	保健资源集中于妇幼保健院,孕产临床资源妇幼保健院与人民医院各占 40% 左右,人民医院略高,其余不到 20% 分散于县域其他医疗机构;妇幼保健院与人民医院均为区域危重孕产妇、新生儿救治中心。
余姚市妇幼保健院	1. 2019 年与原第二人民医院、计划生育指导站合并后,牵头 1 个医共体,此前未参与医共体 2. 各妇幼健康指导团队的牵头单位	机构合并后,妇幼保健所转院,由保健模式转为保健与临床相结合的大专科、小综合模式	保健资源集中于妇幼保健院,孕产临床资源的 60% 左右分布于县人民医院,妇幼保健院占 30% 左右,其余分散于县域其他医疗机构;人民医院为区域危重孕产妇、新生儿救治中心。
桐乡市妇幼保健院	1. 2018 年成为第一人民医院医疗集团的成员单位,2019 年退出 2. 派驻保健人员参与各公共卫生指导团队	保健与临床相结合模式	2017 年整合全县产科、新生儿科资源于妇幼保健院,孕产期健康资源高度集中。
德清县妇幼保健院	1. 未直接参与医共体 2. 派驻保健人员参与各妇幼健康指导团队	仅有公共卫生职能的保健模式	保健资源集中于妇幼保健院,临床资源集中于县中医院。

2.1 生产要素

机构的生产要素与发展模式有重要关系,并受到资源整合的影响。县域医共体开展前后(2016—2019 年),保健模式的德清县妇幼保健院各生产要素几乎没有变化,无硕士以上学历和正高级职称人员,院内信息建设也相对滞后,仅有自助缴费,尚未实现检查/检验结果网上查询、自助打印、预约诊疗等信息化服务;保健+临床+中医模式的东阳市妇幼保健院高级生产要素整体持续稳定增长,万元以上设备由 494 台持续增长至 612 台,高级职称与本科以上

学历比例也稳定上升,并通过建立专家工作站(室)积累了多名省内外专家资源,具有产、儿、妇幼中医、儿童保健等多个优势学科,持续引进 20 余项临床新技术和多项妇幼中医适宜技术,是县域危重孕产妇和新生儿救治中心;相对于“大专科、小综合”模式的东阳市、余姚市妇幼保健院,桐乡市妇幼保健院缺乏内外科、重症科及麻醉、影像等辅助科室专业技术人才及相关检查/检验设备、抢救设备等。

资源整合后的两家妇幼保健院生产要素数量明显提升。桐乡市妇幼保健院床位数由 50 张增至

300 张,业务用房面积增长了近 9 倍(3 961 m² 增至 36 000 m²),万元以上设备数量翻倍(127 台增至 235 台),高级职称增加 20 余名,并成为县域危重孕产妇和新生儿救治中心,平均每年新增 10 余项新技术和项目;余姚市妇幼保健院床位数由 0 张增至 356 张,业务用房面积增长了 20 倍(2 665 m² 增至 57 899.66 m²),万元以上设备数量由 120 台增至 332 台,硕士人员由 0 增至 8 名,眼科、口腔科成为县级重点学科,并依托眼科、口腔科拓展了新业务。

高级人才和技术培养平台是最有竞争力的高级生产要素,4 家机构主要通过和省内外医疗机构合作,通过带教、进修、培训等方式培养本院人员与技术,其中桐乡市妇幼保健院曾通过医共体牵头医院培养麻醉师等专业技术人员。

2.2 需求条件

4 个地区妇幼健康服务需求均较高,妇幼保健院开展的保健服务需求量大,基层转诊患者在县域医共体后有一定流失。从保健服务来看,四地经济发达,群众健康意识较高,对保健、中医的认识和需求

较高,4 个妇幼保健院新增的保健和中医服务均有较大需求量。从既有保健又有临床的孕产期健康服务来看,东阳、余姚、桐乡人口近百万,育龄妇女人数多,分娩量大,高危孕产妇比例较高,均在 60% 以上。其中,东阳市孕产期健康服务主要分布于东阳妇幼保健院和人民医院,医共体建立后妇幼保健院孕产期临床服务有所下降;余姚市妇幼保健院资源整合后才开始提供孕产期临床服务,相关技术较弱,产妇分娩接近县域 30%,而需要更高技术的危重孕产妇、新生儿抢救数量则较少;资源整合后的桐乡市孕产健康资源集中于妇幼保健院,产妇分娩、危重孕产妇和新生儿救治比例大幅提升;德清县的孕产期临床资源集中在中医院,保健服务主要由妇幼保健院提供,医共体前后变化不大。从妇科、儿科等诊疗服务来看,紧密型县域医共体建立后牵头单位虹吸作用明显,县妇幼保健院的基层转诊患者人数总体减少,“现在转诊都是优先转到牵头单位”“两癌检查这些原来是妇幼保健院到基层协助做的,现在都是医共体牵头单位派人下去,所以转到牵头单位的多了”。

表 3 2016—2019 年调研妇幼保健机构孕产期健康服务数量与县域占比情况

机构	指标	2016 年		2017 年		2018 年		2019 年	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
东阳市妇幼保健院	活产数	6 638	38.3	6 442	37.0	5 009	35.4	4 901	37.1
	危重孕产妇救治例数	25	28.1	38	29.7	16	24.6	26	31.3
	危重新生儿救治例数	20	41.7	26	38.2	41	23.6	36	21.2
余姚市妇幼保健院	活产数	0	0	0	0	0	0	2 587	26.2
	危重孕产妇救治例数	0	0	0	0	0	0	4	9.8
	危重新生儿救治例数	0	0	0	0	0	0	21	13.5
桐乡市妇幼保健院	活产数	1 207	10.7	1 243	11.7	7 085	82.1	7 442	85.9
	危重孕产妇救治例数	12	20.0	30	41.1	52	65.0	30	71.4
	危重新生儿救治例数	28	25.8	42	39.1	133	93.7	12	80.0

2.3 相关及支持产业

相关产业方面,县域医共体建立后,牵头单位东阳市、余姚市妇幼保健院与成员单位形成统一阵营,促进了双方的协同发展,东阳市妇幼保健院医共体成员单位表示“我们作为妇保院的成员单位,向妇保院转诊的主动性增强了,与妇保院的联系更加密切了”“妇保院无中医不保健模式闻名遐迩,医共体后,我们把中医作为最佳结合点,依靠妇保院中医技术力量来推动我院中医药的发展”。4 个妇幼保健院牵头或参与各医共体妇幼健康或公共卫生指导团队,与医共体牵头单位共同开展辖区妇幼健康管理工作,一定程度上减轻了妇幼保健院在各医共体内部

开展工作的难度,同时协同牵头医院的技术力量提高了工作质量,辖区妇幼健康管理相关指标始终保持在较高水平,对基层卫生医疗卫生机构的培训人次也有所增加,“医共体牵头单位人民医院原来是医疗为主,没有公共卫生的概念,现在通过指导团队有所了解,在技术层面对基层的帮助还是蛮大的”。

支持产业方面,四地实行医共体内医保基金打包支付、药品耗材统一采购、人员统一招聘使用等政策,实际上东阳、桐乡的医共体在医保方面仅实现了统一管理,未能达到统一使用。东阳市妇幼保健院以产儿科业务为主,医保份额占比较少,在合并计生指导站、应对“全面两孩”政策增加儿科床位后,服务

量增长,医保总额却无相应增加,而且作为牵头单位还需承担成员单位医保超支部分,机构发展受到制约。余姚市的医疗与医保有较好的协同,医共体内部实现医保统一使用和分配,针对资源整合后体量迅速扩大的余姚市妇幼保健院,在其发展阶段不控制总额,仅控制次均费用。

2.4 战略、结构和同业竞争

战略、结构方面,4 个妇幼保健院立足自身特色,以妇女儿童需求为导向,引进新技术与项目,主动服务,提升竞争优势,如德清县、东阳市妇幼保健院主动走进企业、校园和社区进行眼保健、“两癌”筛查等宣传教育与指导,东阳市妇幼保健院多年来将中医药与妇幼结合开展特色服务;余姚市妇幼保健院依托眼科、口腔科,拓展儿童口腔保健、视力筛查、早产儿眼底筛查等服务。同业竞争方面,德清县、桐乡市妇幼保健院的保健服务、孕产期健康服务分别在县域内形成“垄断”,缺乏同业竞争;东阳市、余姚市妇幼保健院的孕产期健康服务均与人民医院形成竞争且处于相对弱势,东阳市妇幼保健院的妇幼中医药服务与县中医院存在较强的竞争关系。

2.5 政府

政府主导建设县域医共体,整合县域医疗资源,直接改变了县域医疗竞争格局和妇幼保健院的发展模式。余姚市、桐乡市地方政府财政分别投入 8 亿和 3 亿余元进行医疗资源整合,两个妇幼保健院的床位数、业务用房面积等生产要素在短时间内大幅增长,达到可与其他县级医院抗衡的体量规模,余姚市妇幼保健院由单一的保健模式转为保健与临床相结合的发展模式。政府的医改措施和支持力度对妇幼保健机构发展亦有不言而喻的影响:浙江省儿童医疗服务价格改革一定程度上促进了县级妇幼保健机构的儿科发展^[8];除了妇幼保健机构普遍存在的人员编制不足问题^[9],政府对编制的限制也导致了县级妇幼保健机构人才引进和学科建设的困难,“我们把增设综合科室或者相关编制的申请报上去,就会被行政部门质疑机构发展思路有误”。

2.6 机会

县级妇幼保健机构长期坚持“以保健为中心、保健与临床相结合”的工作方针和发展方向^[13],与“健康中国”战略要求的从“以治病为中心”转向“以人民健康为中心”以及新时期卫生健康工作方针相契合,为县级妇幼保健机构深入发展保健服务创造了有利

制度环境。此外,随着经济水平提高、健康理念变化以及医药技术创新,妇女儿童的健康需求持续增长和升级,也为县级妇幼保健机构的服务外延和内涵提升带来了新的发展空间,4 个妇幼保健机构儿童早期发展、围产期营养与心理、辅助生殖技术等新增服务项目的广泛接受度即是佐证。“十三五”以来,国家卫生健康委要求开展妇幼保健机构标准化建设与规范化管理,并从服务内容、内部设置、服务流程和专科管理等方面对 27 个妇幼保健专科进行了规范^[14],为机构发掘特色专科服务、拓展服务内容及培养专科人才提供了机遇。

3 讨论

3.1 县级妇幼保健机构的生产要素主要取决于发展模式 and 资源整合

以保健模式发展的妇幼保健机构各类生产要素增长受限,一是由于大多数服务项目为基本公共卫生服务项目,主要收入来源为财政补助,补偿渠道单一,机构发展潜力不足;二是由于保健服务的单一性,不适宜牵头或参与县域医共体,如未能通过资源整合改变发展模式,则难以有改善生产要素的机会。大专科、小综合模式的妇幼保健机构生产要素的综合性、全面性优于单纯的保健与临床相结合模式,综合业务效益的提升也将进一步提升生产要素提供资金保障。资源整合是县级妇幼保健机构增强生产要素的机会,其中政府的财政投入和政策倾斜是关键促进因素,资源整合同时也带来妇幼保健机构需求条件的提升。

3.2 县域医共体对县级妇幼保健机构的影响主要在于机构协同和需求条件

县域医共体作为利益共同体,在公立医院逐利性尚未完全消除的情况下,通过影响县级妇幼保健机构与基层医疗机构的协作关系来影响其需求条件,主要表现在诊疗需求方面,即使是牵头医共体的县级妇幼保健机构,也因医共体规模不均衡而损失了部分患者。妇幼健康指导团队的建立在一定程度上保障了县级妇幼保健机构的辖区管理与技术指导功能的实现,但由于牵头单位的介入而削弱了与基层联系的稳定性,失去部分转诊患者。相对于未参加县域医共体的妇幼保健机构,由于与县域其他医疗机构的联系增加,无论是以牵头或成员单位的角色参与县域医共体均会对县级妇幼保健机构发展带

来一定积极作用,作为牵头单位可增强与成员基层医疗机构的联系,促进双方发展,作为成员单位则可

与牵头综合医院形成紧密联系,获得更多的生产要素支持。

表4 调研妇幼保健机构波特钻石模型六要素比较

模式与要素	东阳市妇幼保健院	余姚市妇幼保健院	桐乡市妇幼保健院	德清县妇幼保健院
医共体参与情况	牵头单位	牵头单位	由成员单位到退出	未参与
发展模式	保健+临床+中医的大专科、小综合模式	保健+临床的大专科、小综合模式	保健+临床模式	保健模式
生产要素	数量稳定增长,高级人才与技术资源丰富、培养渠道多元	资源整合带来迅速增长,获得高级人才和技术,与省内外知名医院建立了技术协作关系	无明显变化,与省内外知名医院建立了一定技术协作关系	
需求条件	保健服务、妇幼中医服务需求较大,转诊病源受影响	保健服务需求较大,诊疗服务需求大幅增加,转诊病源有流失	保健服务需求较大,孕产期健康服务需求大幅增加	保健服务需求较大
相关及支持产业	与成员单位协同发展;通过妇幼健康指导团队与其他牵头医院协作;医保支持不足	与成员单位协同发展;通过妇幼健康指导团队与其他牵头医院协作;获得医保大力支持	通过公共卫生指导团队与其他牵头医院协作;与县域综合医院技术协作减弱;医保支持不足	通过妇幼健康指导团队与县域其他医院协作
战略、结构与同业竞争	主动服务;妇幼中医特色服务;与人民医院孕产期健康服务竞争,与中医院中医服务竞争	眼科、口腔保健服务;与人民医院孕产期健康服务形成弱势竞争	发展妇幼诊疗新技术;孕产期健康服务缺乏竞争	主动服务;拓展保健服务内容;保健服务缺乏竞争
政府	医改相关举措	政府投入8亿元进行资源整合;医改相关举措	政府投入3亿元进行资源整合;医改相关举措	医改相关举措
机会	“健康中国”战略实施、“以人民健康为中心”新理念的提出;妇幼健康需求持续增长与升级;妇幼保健机构标准化建设与规范化管理及特色专科建设的机遇			

3.3 政府仍然是县域医疗资源配置与机构运行发展的主导者与干预者

波特认为,政府在产业竞争中能做的只是在企业无法行动的领域提供所需的资源和发展环境,对于医疗卫生行业,政府承担着规划、监督、调节等宏观调控责任,也是公立医疗机构的投资者和管理者,为维持医疗卫生行业的公益性,政府在卫生资源配置、医疗机构功能定位及内部运行机制等方面的干预频繁而直接。^[5, 15-16]政府在县域医共体建设及资源整合中的不同决策,直接影响县级妇幼保健机构发展的四大要素的变化,而医保、人社等政策是否能够与机构发展协同也主要依赖于政府各部门间的协调。另外,政府在体制机制等方面的改革措施也可为县级妇幼保健机构发展创造新的机会和提供保障。

3.4 以需求为导向,保健与临床相结合是县级妇幼保健机构应坚持的发展战略

波特模型中强调关注国内(本地)市场需求^[5],妇幼保健机构承担着掌握本辖区妇女儿童健康状况及影响因素的职责^[17],具有发现辖区妇幼健康需求

的先天优势。随着“以健康为中心”的理念转变,群众保健意识和需求提升,县级妇幼保健机构把握妇女儿童健康需求,利用“保健”优势拓展服务内容,可与县域其他医疗机构形成错位竞争。^[18]妇幼保健机构的保健与临床相辅相成^[19],保健服务中可发现需要临床治疗的患者,临床服务则为保健服务提供技术支撑,妇幼保健机构的特色临床科室如余姚市妇幼保健院的口腔科、眼科,是机构拓展保健服务的基础。

4 结论与建议

综上所述,资源整合从根本上改善了机构发展所需的生产要素,政府的改革举措在其中发挥着重要作用;县域医共体建设主要影响妇幼保健机构的机构协同和需求条件,主要表现为与基层的技术指导和转诊联系、与综合医疗机构的技术协作等;在妇幼人群服务需求日益升级与增长的机遇下,根据妇幼需求与保健特色拓展服务有利于形成竞争优势。

因此,在生产要素和政府作用方面,县级政府应

合理调整县域医疗资源,根据妇幼保健机构标准化建设要求,增加妇幼保健机构投入,同时根据机构发展现状与目标以及医共体改革目标,加强医保、人社等政策协同。在机构协同和需求条件方面,针对不同发展模式和发展水平的妇幼保健机构,采取不同的县域医共体参与或协作方式:保健与临床相结合、大专科小综合模式的妇幼保健机构有更大的发展潜力,在县域妇幼资源相对分散的情况下,应牵头相应规模的医共体,与成员单位协同发展;综合医疗技术较弱的妇幼保健机构应通过参与医共体或其他方式,加强与综合医院的技术协作,为保健与诊疗服务提供技术支撑;在任何模式下,都应建立妇幼健康指导团队等协作机制以确保妇幼保健机构公共卫生功能实现。在机遇、战略结构和同业竞争方面,妇幼保健机构特别是保健模式的妇幼保健机构应积极挖掘辖区妇幼人群健康需求,拓展服务内容,加强妇幼保健专科建设,为辖区妇女儿童提供全生命周期健康服务。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 聂春雷,陈凯,姜伟林. 加快推进紧密型县域医共体建设 满足群众健康需求[J]. 中国医院, 2020, 24(11): 1-2.
- [2] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于妇幼健康服务机构标准化建设与规范化管理的指导意见[EB/OL]. (2015-12-28) [2021-06-10]. <http://www.nhc.gov.cn/fys/s3581/201512/a0dcaflf20624769a9a3b2dafa0280ab.shtml>
- [3] 刘瑞,赵君,陈永超,等. 县域医共体背景下浙江省县级妇幼保健机构功能实现状况分析[J]. 中国社会医学杂志, 2020, 37(2): 188-191.
- [4] 姚鑑玲,马娟娟. 新医改形势下县级妇幼保健机构的定位与发展思考[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2014, 5(3): 66-67.
- [5] 迈克尔·波特. 国家竞争优势[M]. 李明轩,邱如美,译. 北京:中信出版社,2012.
- [6] 刘小华. 分级诊疗制度下三级综合医院发展战略研究[D]. 广州:广东财经大学,2019.
- [7] 胡善菊,郭继志,于长海. 基于“钻石模型”的城市社区卫生服务发展现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2011, 28(5): 329-331.
- [8] 浙江省物价局浙江省卫生计生委浙江省人力资源与社会保障厅. 关于调整儿童医疗服务项目价格的通知[EB/OL]. (2020-05-11) [2021-11-17]. http://www.xiuzhou.gov.cn/art/2020/5/11/art_1228969043_42886983.html
- [9] 汪金鹏,罗荣,金曦,等. 我国妇幼保健机构人员现状及需求分析[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2014, 5(4): 1-5.
- [10] 卫生部财政部国家发展改革委民政部人力资源社会保障部. 关于完善政府卫生投入政策的意见[EB/OL]. (2010-07-22) [2021-06-10]. http://www.gov.cn/ztlz/ygzl/content_1661057.htm
- [11] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见[EB/OL]. (2015-05-08) [2021-06-10]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm
- [12] 国家卫生健康委办公厅关于印发妇幼保健机构绩效考核办法的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2020(7): 8-20.
- [13] 各级妇幼保健机构编制标准(试行)[J]. 中国妇幼保健管理, 1986(2): 5.
- [14] 胡文玲,罗荣,金曦,等. 妇幼保健机构专科建设研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(6): 716-719.
- [15] 张勤,沈福来,丁罡. “国家竞争优势理论”在我国卫生行业中的应用分析[J]. 中国医院, 2016, 20(7): 17-20.
- [16] 蒋文峰. 我国医药卫生体制改革中的政府职能转变研究[D]. 北京:中央财经大学,2017.
- [17] 卫生部关于印发《妇幼保健机构管理办法》的通知[J]. 中华人民共和国卫生部公报, 2007(2): 5-8.
- [18] 林小舜,唐其柱. 健康中国背景下区级妇幼保健机构保健服务供给分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2018, 29(4): 72-75.
- [19] 游宜. 坚持保健与临床相结合推动妇幼保健事业不断发展[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(22): 188-189.

[收稿日期:2021-05-25 修回日期:2022-02-18]

(编辑 薛云)