

基于协同治理理论建立区域平战结合 应急医院的探讨

伍宝玲¹ 龚韩湘² 巫金东³ 陈晓辉⁴

¹ 广州医科大学附属第二医院医疗质量控制科, 广东广州 510260; ² 广州医科大学附属第二医院医务科, 广东广州 510260; ³ 广州医科大学公共卫生学院, 广东广州 511436; ⁴ 广州医科大学附属第二医院急诊科, 广东广州 510260

通信作者: 陈晓辉, Email: cxhgz168@126.com

【摘要】 新型冠状病毒(新冠病毒)感染防控背景下, 公共卫生应急治理已纳入国家治理体系重要组成部分, “平战结合”已成为公共卫生应急治理的重要原则。本研究结合大型城市公共卫生应急治理的经验, 以协同治理理论为基础, 深入分析综合医院应对新发呼吸道传染病的问题与障碍, 提出在区域内选择符合三级建设标准的综合医院建设成“平战结合”应急医院、建立标准化的平战转换程序以及加强“平战结合”应急医院关键要素建设等措施, 以期构建应急医疗体系“平战结合”机制, 完善“平战结合”的公共卫生应急治理体系提供新思路。

【关键词】 “平战结合”; 应急医院; 协同治理

基金项目: 广东省广州市卫生健康科技重大项目(2020A031005); 广东省广州市医学重点学科建设项目(2021-2023年)

DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20221230-01133

Discussion on the establishment of regional peacetime and wartime combined emergency hospital from the collaborative governance theory

Wu Baoling¹, Gong Hanxiang², Wu Jindong³, Chen Xiaohui⁴

¹Department of Medical Quality Control, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510260, Guangdong, China; ²Department of Medical, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510260, Guangdong, China; ³School of Public Health, Guangzhou Medical University, Guangzhou 511436, Guangdong, China; ⁴Department of Emergency, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510260, Guangdong, China

Corresponding author: Chen Xiaohui, Email: cxhgz168@126.com

【Abstract】 In the context of the prevention and control for coronavirus disease (COVID), public health emergency governance has been incorporated into an important part of the national governance system, and the "combination of peacetime and wartime" has become an important principle of public health emergency governance. Based on the experience of public health emergency management in large cities and the theory of collaborative governance, this study analyzed the problems and obstacles of general hospitals in coping with emerging respiratory infectious diseases. It is proposed to select general hospitals above tertiary level in the region to build peacetime and wartime combined emergency hospital, establish standardized conversion procedures and strengthen the construction of key elements of integrated emergency hospitals, so as to provide new ideas for the construction of emergency medical system "combination of peacetime and wartime" mechanism and improve the "combination of civilian and combat" public health emergency governance system.

【Key words】 Combination of peacetime and wartime; Development; Collaborative governance

Fund program: Major Project of Health Science and Technology in Guangzhou, Guangdong (2020A031005); Key Discipline Construction Project of Medicine in Guangzhou, Guangdong (2021-2023)

DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20221230-01133

2020年在全球暴发的新型冠状病毒(新冠病毒)感染疫情,是新中国成立以来发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次突发公共卫生事件。透过新冠病毒感染疫情,我们发现本应是“相互依存关系”的医疗服务体系与公共卫生体系之间依然存在着严重的“裂痕”及“碎片化”现象,我国公共卫生应急治理体系仍然存在不少能力短板,尤其是应急医疗体系承载力不足的问题。当前,“平战

结合”管理模式以“既满足‘战时’快速反应、集中救治和物资保障需要,又充分考虑‘平时’职责任务和运行成本”的特点,已成为公共卫生应急治理和公立医院应对突发公共卫生事件的重要原则;同时,大规模的重症医学中心作为区域集中救治平台,已在历次突发公共卫生事件中显示其优势,集中患者、集中空间、集中设备、集中专家的4个集中救治原则在许多大城市公共医院已成为常规管理手段^[1]。因

此,各地应着力构建“平战结合”的重大疫情防控体系,进一步提升应急医疗体系承载力,充分发挥区域应急协同效应,推进国家治理体系和治理能力现代化。为探索应急医疗体系“平战结合”机制构建,进一步完善“平战结合”的公共卫生应急治理体系,本研究结合大型城市公共卫生应急治理的经验,以协同治理理论为基础,深入分析综合医院应对新发呼吸道传染病的问题与障碍,探讨在区域内选择符合三级建设标准的综合医院建设成平战结合应急医院。

1 综合医院应对新发呼吸道传染病的问题与障碍

1.1 内部与外部协同性不足:综合医院应对突发公共卫生事件,属于高度复杂、不确定性和边界模糊的“棘手问题”,符合跨领域、跨组织、多层次、多维度的协同治理范畴^[2]。然而,当前综合医院的应急管理体系普遍存在应急预案缺乏操作性、信息共享机制缺失等问题,导致其在应对不确定性、传播范围广、传播速度快的新发呼吸道传染病时,难以实现内外协同。在内部,新发呼吸道传染病的防控涉及急诊科、呼吸科、感染科、重症医学科等多个部门,虽然综合医院基本已建立了突发公共卫生事件应急预案,但未形成医院各相关部门之间的协同联动机制,各部门职责分工不明确,导致应急预案普遍缺乏操作性,在新发呼吸道传染病发生初期难以实现快速应急响应。在外部,医疗机构应对重大疫情,需要与卫生行政、疾病预防控制等部门以及其他医疗机构协同联动,虽然省、市、区在疫情发生后均会成立疫情防控指挥部进行统筹协调,但由于各相关机构职能交叉、条块分割,缺乏有效的信息共享机制,管理决策系统性不足,导致综合医院在区域应急响应、疫情数据上报、医院间转运等情景中协同乏力。

1.2 应急医疗资源匮乏:根据各地疫情防控经验,大部分新冠病毒感染诊治定点医院为综合医院临时改建而成,由于疫情蔓延速度过快,在疫情高发地区,尤其是在人口密集流动性极高、瞬时应急承载力要求高、国际输入风险高的特大城市,综合医院往往迅速处于应急医疗资源匮乏状态^[3-5]。

1.2.1 人力资源匮乏:与新发呼吸道传染病救治密切相关的急诊科、呼吸科、感染科、重症医学科,在平时的医疗体系中就属于紧缺专业,在突如其来的疫情面前,综合医院往往需要同时承担新发疾病和其他急危重症的救治,相关学科人力资源储备不足、技术力量疲软的特点更为显著。

1.2.2 应急物资储备不足:在疫情早期,综合医院

对新发传染病所需应急医疗物资的品种、数量、获取途径、调配形式等缺乏经验,在疫情后期,应急医疗物资产能不足和运输受阻,均导致应急医疗物资储备难以满足疫情防控需要。

1.2.3 医疗救治容量不足:随着疫情的快速发展,越来越多的综合医院被临时改造成定点医院,导致其原来收治的常见病、多发病、急危重症患者需要转移,普通患者的诊疗需求难以满足。

1.3 医院感染(院感)防控存在巨大挑战:首先,由于在常态化情况下一般将传染病患者转到专科医院治疗,现有综合性医院在建设之初往往未考虑“平战结合”,导致其在需要进行应急转换时,普遍存在普通病房未规范设置“三区两通道”,未设置负压病房、负压手术室等硬伤,改造难度大、耗时长且未必能达到院感防控的规范要求,软硬件均与传染病收治医院的要求相差甚远,难以满足传染病患者相关治疗,交叉感染风险极高,增加院感率。其次,部分综合医院的院感管理部门设置不规范,院感管理制度不完善,院感防控队伍综合素质较低,医务人员院感防控意识和参与积极性不足,导致疫情发生后难以落实监测预警、流行病学调查、院感督导、咨询培训等职能,未能充分发挥院感管理效能。

2 建立区域“平战结合”应急医院的意义与作用

2.1 符合经济效益最优化原则:“平战结合”一词最早起源于国防建设领域,是指军事发展的各个方面平战兼容、军民两用、相互促进,进而推动国防建设与经济发展相结合的一种战略指导思想^[6]。“平战结合医院”是指平时能满足群众的日常就医需求,并为疫情暴发等战时状态的管理体系、反应机制、人员队伍、应急物资、设备设施等做好准备,在战时能迅速转换的医院^[7]。《中国卫生健康统计年鉴 2022》数据显示,截至 2021 年底,全国共有综合医院 20 307 个,占医院总数 55.53%;综合医院床位总数为 469.97 万张,占医院床位总数 63.39%;综合医院卫生技术人员总数为 490.23 万人,占医院卫生技术人员总数 68.90%。可见,综合医院是开展应急医疗的主力军,三级水平的综合医院则在疑难危重患者救治中发挥兜底作用。有研究表明,传染病医院传染病区的长期备用状态,使得其运行维护成本较大,是一般综合性医院的 1.5~2.0 倍^[8],普遍处于交通不便、人口稀少的地方。根据传染病患者就地隔离治疗的原则,患者转运涉及转送前、转送中、转送后 3 个环节^[9],转运难度大、成本高、风险高,若

为了应对突发公共卫生事件而大规模兴建传染病医院是不可取的。在疫情防控常态化的背景下,高效分配及使用急救资源极其重要^[10]。因此,我们提出在区域内选择符合三级建设标准的综合医院建设成“平战结合”应急医院符合经济效益最优化原则。

2.2 有效提升医院应急承载力:重大疫情下医院需要兼顾短时间内大量传染病患者的集中救治和普通患者的正常诊疗工作,打造“平战结合”的综合医院,是充分发挥突发公共卫生事件下医院实现针对不同人群医疗救治功能的必然选择^[11]。在疫情大流行状态下,高龄且合并有基础疾病的感染人群容易转为重症,且有较高的死亡风险,医院的重症救治能力直接决定了危重患者的抢救成功率^[12]。基层医院由于救治能力有限,一旦收治的阳性患者转为重症,仍需转往上级医院进一步救治^[13]。因此,在区域内选择符合三级建设标准的综合医院建设成“平战结合”应急医院,一旦发生突发公共卫生事件,医院的队伍、资源、技术等关键要素能够快速顺畅地从平时的储备状态转换到战时的防控救治状态,增强医院在短时间内救治大规模患者及应对重大突发公共卫生事件的速度及持久力,进一步提高区域医疗机构的重症救治水平,从而有效提升医院应急承载力,满足形成公共卫生应急需要的高效灵活能力。

2.3 充分发挥区域应急协同效能:新时代政府应急管理的四大核心能力包括:各部门、各层级与全社会的有效协同能力;预防为主和快速反应的“平战结合”能力;发动群众和有效组织资源的动员能力;遏制突发事件高发态势的超稳定能力^[14]。结合协同治理理论,突发公共卫生事件下的“应急协同效能”可以理解为应急协同各主体通过协调配合,充分发挥整体功能,能够达到预期目标的程度。医院作为突发公共卫生事件应急治理中的重要主体,由卫生行政部门在区域内选择符合三级建设标准的综合医院建设“平战结合”应急医院,基于协同治理理论构建其运行机制,符合新时代政府应急管理能力建设方向,有助于充分发挥区域应急协同效能。

3 建立区域“平战结合”应急医院的对策建议

协同治理是指跨组织、跨区域和跨部门协同以实现公共目的的公共政策制定和管理过程与结构^[15]。由于突发公共卫生事件应急任务越来越复杂,医院在应急管理过程中必然会涉及医院内部多学科、政府机构、社会组织等多元主体。在国家应急管理体系和能力现代化建设的理念指导下,新时代的应急

管理必须强调多元主体协同^[16]。为进一步提升医院在应对突发公共卫生事件时的协同治理能力,实现应急状态下各多元主体的有效联动,我们提出建立区域“平战结合”应急医院,并基于协同治理理论,提出具体的对策建议。

3.1 区域定点建设“平战结合”应急医院:遵循“平战结合、分层分类、高效协作”原则,按地理区域和人口密度进行划分,在各区域选择至少一家综合实力较强且交通便利的符合三级建设标准的综合医院建设“平战结合”应急医院,作为新发呼吸道传染病定点收治医院。区域内若有新建综合医院的计划,直接按“平战结合”医院建设。基于协同治理理论,将区域“平战结合”医院管理体系看作一个系统^[17],“平战结合”应急医院的上级行政主管部门构成政策子系统,主要负责发布相关整合信息并监督实施,形成政策协同的管理体系;“平战结合”应急医院与传染病专科医院、基层医疗机构共同组成服务子系统,主要负责根据上级行政主管部门的政策要求向社会提供医疗服务,遇到问题及时向上级行政主管部门反馈,形成服务协同的管理体系;社会公民、社会组织与相关企业共同构成社会子系统,必要时向服务子系统反馈需求问题或提供资源补充,形成参与协同的管理体系。详见图1。

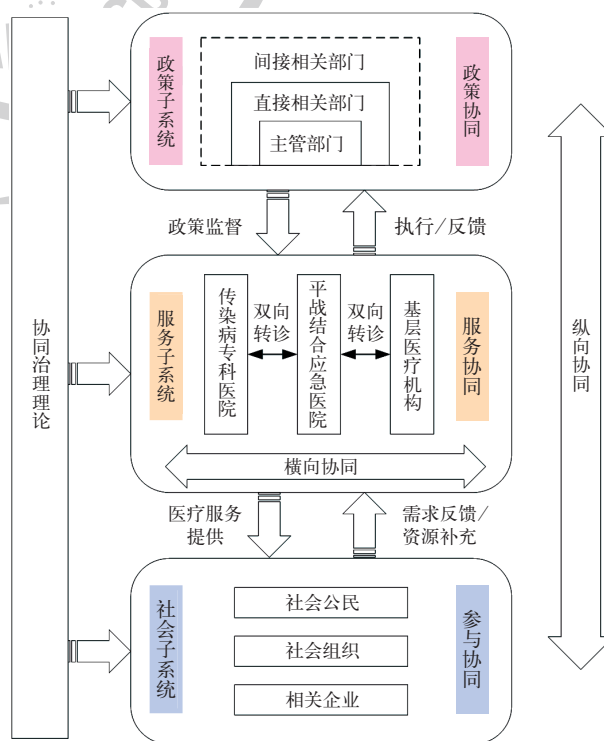


图1 “平战结合”应急医院区域协同机制概念图

3.2 建立标准化的平战转换程序：应对突发公共卫生事件需要深入系统地研究预案的科学制定与有效应用问题，科学制定预案并有效应用，从而防止问题再次出现^[18-19]。“平战结合”应急医院应建立标准化的“平转战/战转平”程序。“平时”需要对队伍、资源和技术进行常态储备；“战时”能迅速按照标准化的“平转战”程序进行队伍抽组编队、资源弹性转换和技术协同攻关；“战后”能按照标准化的“战转平”程序进行队伍激励补偿、资源恢复重建、技术备份学习。详见图2。

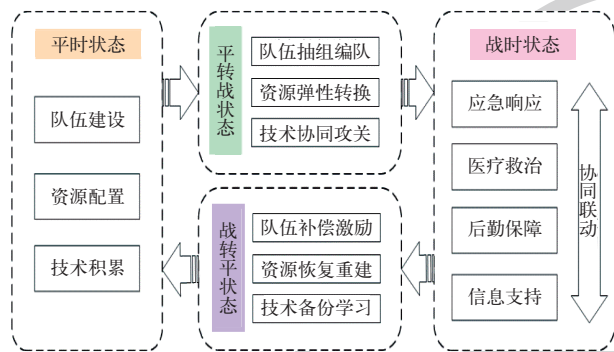


图2 “平战结合”应急医院平战转换机制概念图

3.3 “平战结合”应急医院关键要素建设

3.3.1 队伍建设：各“平战结合”医院需要明确应急队伍组织架构，人员组成要涵盖感染病学、急诊医学、重症医学、呼吸病学、流行病学、预防医学、管理学等专业人员。“平时”队伍成员分散在各自领域开展工作，并通过专项培训和定期演练提升专业应急能力，增进合作的默契；“战时”能迅速按照预先设定的组织形式、工作方式和专业要求抽组编队，形成强有力的应战队伍。

3.3.2 资源配置：各“平战结合”医院需要预设重大突发公共卫生事件下，可应对最大就诊患者负荷量的硬件配备以及弹性隔离病区。弹性隔离病区配套设备按收治传染病患者的标准建设，弹性配置危重抢救或监护区域，“平时”可作为普通病房，“战时”可迅速实现转换。

3.3.3 技术积累：各“平战结合”医院需要加强呼吸道传染病诊疗技术和急危重症救治能力建设，从顶层设计上加强感染科、急诊医学科、重症医学科等相关学科群建设，通过配备专业设施、培养优质人才，推动相关学科群发展。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 安友仲. 以史为鉴 建设“平战结合”的重症医学学科体系 [J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33 (9): 1025-1028. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20210802-01110.

[2] 崔兆涵, 郭冰清, 王虎峰. 健康协同治理: 服务提供、健康政策和社会参与 [J]. 中国医院管理, 2021, 41 (11): 1-6.

[3] 许栋, 胡豫, 丁宁, 等. 地处疫情高发区的公立医院参与疫情防控难点及策略探讨 [J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36 (4): 270-275. DOI: 10.3760/cma.j.cn112225-20200214-00144.

[4] 白雪, 姜博文, 方鹏骞. 基于“十四五”规划的我国公立医院平战结合实现路径探讨 [J]. 中国医院管理, 2021, 41 (3): 11-14.

[5] 赵大海, 杨洁. 上海新冠肺炎疫情防控的“动态清零”政策研究——基于2022年3-5月数据仿真 [J]. 公共管理学报, 2023, 20 (1): 10-19, 169-170. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.20221206.001.

[6] 田文华, 赵岩. 超大型城市公共卫生治理“平战结合”的概念模型及其机制研究 [J]. 上海交通大学学报(哲学社会科学版), 2022, 30 (5): 122-133. DOI: 10.13806/j.cnki.issn1008-7095.2022.05.012.

[7] 刘杨正, 熊占路, 程范军, 等. 平战结合状态下综合医院应对新发传染病思考 [J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36 (11): 881-885. DOI: 10.3760/cma.j.cn111325-20200325-00899.

[8] 王黎明, 喻允奎, 邵联群, 等. 传染病医院平战结合管理模式的创新研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29 (12): 901-903, 939. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2012.12.007.

[9] 朱永福, 李世霖, 田永灿, 等. 院前转运中基于对输入性新型冠状病毒肺炎快速传播所采取的防控应对措施: 附362例发热患者的应对处理 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27 (1): 43-45. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.01.012.

[10] 果彭鹏, 商德亚. 济南市新型冠状病毒肺炎疫情急救资源分配和使用效能的实证与经验分析 [J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32 (10): 1260-1264. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200722-00661.

[11] 王海鑫, 康正, 吴群红, 等. 基于重大突发公共卫生事件应对的医院医疗浪涌能力建设研究 [J]. 中国医院管理, 2021, 41 (3): 30-34.

[12] 王瑞兰, 刘娇, 马可, 等. 疫情防控下上海市级和区级定点医院重症医学科建设规范专家建议 [J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34 (6): 561-570. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20220530-00542.

[13] 陈明红. 基层医院救治新型冠状病毒肺炎患者的体会 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27 (1): 56-57. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.01.016.

[14] 李宏, 邓芳杰, 唐新. 论新时代政府应急管理的四大核心能力 [J]. 中国人民公安大学学报(社会科学版), 2020, 36 (3): 85-89.

[15] 田玉麒. 破与立: 协同治理机制的整合与重构——评 Collaborative Governance Regimes [J]. 公共管理评论, 2019, 1 (2): 131-143.

[16] 魏淑艳, 杨小虎. 中国地方政府多元主体协同应急执行力模型建构及实现 [J]. 西北师大学报(社会科学版), 2022, 59 (4): 134-144. DOI: 10.16783/j.cnki.nwnus.2022.04.015.

[17] 伍宝玲, 陈晓辉, 林佩仪, 等. 我国发热门诊发展现状和运行困境以及构建机制的设想 [J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32 (3): 264-268. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200213-00054.

[18] 王玉华, 张国秀, 杨艳莉, 等. 突发重大传染病疫情下急救站建设问题探析 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021, 28 (1): 11-13. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.01.004.

[19] 武秀昆. 疫情防控工作的唯物论与辩证法 [J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32 (3): 259-260. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200131-00175.

(收稿日期: 2022-12-30)