

· 述评 ·

积极探索共同富裕建设背景下乡村急救医疗服务体系的高质量发展路径

沈伟锋¹ 吴暄² 马岳峰³

¹ 浙江大学医学院附属第二医院急诊医学科 国家创伤区域医疗中心 浙江大学急救医学研究所 浙江省急危重症临床医学研究中心 浙江省严重创伤与烧伤诊治重点实验室, 杭州 310009; ² 浙江省嘉善县卫生健康局, 嘉善 314100; ³ 浙江大学医学院附属第二医院, 杭州 310009

通信作者: 马岳峰, Email: 2193017@zju.edu.cn

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2022.10.001

近年来,我国急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)取得了长足的发展^[1]。与城市相比,广大农村地区的急救医疗服务能力和发展水平还明显滞后^[2],农民对优质高效医疗急救的可及性仍然较低,与此同时,城市医院急诊科的医疗需求激增现象日益明显。EMSS 应朝着城乡融合、平衡协同和高效可及的方向发展。近年来,广大农村地区的医疗卫生资源配置、信息化建设和道路交通基础设施等方面正在稳步发展^[3-5]。随着共同富裕和乡村振兴战略扎实推进^[6-7],推动乡村 EMSS 高质量发展的条件已逐步具备,应紧抓发展机遇,加快城乡融合发展,积极探索乡村 EMSS 的高质量发展,不断增强广大农民的幸福感和满意度。

1 乡村 EMSS 的发展现状和条件

1.1 乡村 EMSS 发展现状和困境

目前,广大农村地区的急救医疗服务能力还十分薄弱,主要体现在乡村 120 急救站点布局、120 急救反应时间、乡镇卫生院的急救条件、医疗设备配置以及信息化条件等方面仍较落后,尤其是具备日常急救能力和突发事件医疗应对能力的医护人员严重缺乏^[8-9]。现阶段,乡村急救往往由非固定在急救医疗岗位的医护人员承担,在这些医护人员中,受过系统的医疗急救培训的人员比例较低,即使接受过急救相关培训,其急救知识和技能也往往得不到及时更新,急救能力整体较弱。在乡村急救医疗水平整体发展不充分的情况下,由于经济社会发展状况的区域性差异,乡村急救医疗水平不平衡的问题也十分明显。受重视程度也会对乡村急救医疗水平发展区域性差异产生影响。当前,乡

村 EMSS 的制度和体系建设明显滞后,几乎缺乏。由此可见,乡村 EMSS 总体发展滞后,成为整个 EMSS 的短板,但广大农民对高质量急救的需求始终存在,为此,乡村急救医疗服务能力不足和体系建设滞后的状况迫切需要改变。

1.2 发展乡村 EMSS 的制约因素

乡村 EMSS 不是一个孤立的系统,当与之相关的因素起制约作用时,就会阻碍其发展。哪些是乡村 EMSS 发展的制约因素呢?首先,认识方面。如果没有充分认识到,乡村 EMSS 是区域 EMSS 的重要组成部分,更是整合型医疗卫生服务体系的组成部分,是广大乡村人民群众生命和健康的重要保障,就不会对乡村 EMSS 建设有迫切需求。其次,乡村基础设施建设方面。近年来,乡村道路交通和信息化建设等方面基础设施建设有较快发展,但城乡基础设施的差距仍然较大,尤其在经济欠发达的农村地区,客观上制约了乡村 EMSS 的发展。第三,乡村医疗卫生资源配置方面。近年来,乡村医护人员配置数量有所改善,但总体数量仍然不足,尤其是乡村医护人员的老齡化问题和人员流失问题^[10],其他医疗卫生资源如医疗急救处置场所、检查和检验设备、医疗抢救设备、救护车配置、120 急救站点布局等方面,与城市差距较大^[11-13],上述因素若未得到改观和提升,就会制约乡村 EMSS 的高质量发展。

1.3 发展乡村 EMSS 的有利条件

随着共同富裕和乡村振兴战略推进,原先制约乡村 EMSS 发展的因素得到改观后,可以转变为乡村急救发展的有利条件。随着对广大农民的急救医疗需求越来越多的关注,乡村急救医疗事业的重要性也逐步被大家认识,得到社会广泛支持,高质量

发展乡村 EMSS 的条件正逐步具备。现阶段, 高质量推动乡村 EMSS 发展, 政策保障是最基本的有利条件, 在乡村振兴战略推进中, 乡村基础设施建设正在发生变化, 很多地区的乡村道路建设、信息化建设、乡镇卫生院和村卫生室等基础建设正在积极推进, 医疗卫生资源配置、医护人员配备及基层医疗卫生服务机制等也有明显改观。紧密型医共体的扎实推进和整合型医疗卫生服务体系的积极探索^[14], 将进一步助推乡村 EMSS 发展。一些经济发展较快地区如长三角一体化发展示范区的浙江省嘉善县, 乡镇这一级 120 急救网点布局和规范化建设已开始探索。当前, 要充分把握好乡村振兴的各方面有利条件, 把乡村急救事业的后发劣势转变为后发优势。

2 建设乡村 EMSS 是一项系统工程

EMSS 的发展方向是城乡融合、平衡协同和高效可及的高质量医疗服务体系, 乡村 EMSS 是整个 EMSS 的“网底”。在县域 EMSS 建设规划中, 应确立城乡融合全域急救的发展理念, 创新急诊急救服务模式^[15], 形成“急诊急救一张网”。乡村 EMSS 建设是一项系统工程, 基本框架可概括为“123”框架: “1”是指 1 个体系, “2”是指 2 个衔接, “3”是指 3 个能力, 1 个体系就是建成一个城乡融合、乡村可及的连续性、整合型 EMSS。2 个衔接就是县乡村各级医疗急救有效衔接, 分级联动; 院前急救与院内急诊有效衔接, 相互协同。3 个能力就是乡村 EMSS 的医务人员要具备急危重症的早期识别能力、常见急诊的初始处置能力和规范有效的急诊转诊能力。

2.1 推进连续性、整合型乡村的 EMSS 建设

要立足当前的乡镇和乡村实际, 以实际急救需求为导向^[16], 建设适宜的乡村 EMSS。乡村 EMSS 不是一个孤立体系, 是县域 EMSS 组成部分。从体制机制上, 推进乡村 EMSS 的高质量发展, 就是建设一个面向广大农村地区急救医疗可及的连续性、整合型 EMSS。要实现这个目标, 关键要做好 2 个衔接。一是县乡村急救纵向一体化分级联动。现阶段, 可重点推动发展县级层面上的胸痛中心、卒中中心和创伤中心等急诊急救“五大中心”^[17-18], 与之对应乡镇级层面上的胸痛、卒中和创伤等合而为一的急救单元, 对应到村级层面上的胸痛、卒中和创伤等合而为一的急救哨点, 在上述急诊急救“五大中心”-急救单元-急救哨点分级建设基础上, 逐步推动构建城乡融合的区域急救分级体系。二是 120 急救网点布

局向乡镇延伸, 在县域 120 急救中心的基础上, 探索设置乡镇 120 急救站点, 逐步覆盖县域内各镇的院前急救网络, 缩短院前急救时间, 提高院前急救效率, 使广大乡村地区的院前急救与院内急诊衔接更紧密。乡村 EMSS 的基本框架搭建后, 乡村医疗急救能力是关键, 主要是急危重症的早期识别能力、常见急诊的初始处置能力和规范有效的急诊转诊能力, 要具备这些能力, 与人力资源等要素密切相关, 更与体系完整性和机制完善性有关。积极推进县域紧密型医共体建设, 强化县乡村三级医疗机构的责任、服务和利益共同体意识, 有效解决乡村 EMSS 网络建设中的堵点和碎片化问题, 持续提升乡村 EMSS 整体效能。乡村 EMSS 高质量发展, 要有广阔视野, 树立新发展理念, 注重医防融合, 与乡村公共卫生和突发事件医疗应急能力建设结合起来, 推动整合型医疗卫生服务体系的发展。

2.2 充分发掘、合理配置和整合发展乡村急救资源和要素

从现状看, 乡村医疗卫生资源总量不足, 质量不高, 布局还不够合理。首先, 加强急救医疗资源要素配置和优化整合。确立 EMSS 全域发展的理念, 经济社会发展较好的农村地区可率先探索发展, 积极扶持山区、海岛、边远以及贫困地区 EMSS 建设, 可将其纳入到健康扶贫工作等办法, 缩小区域之间差距。为使有限的乡村急救资源发挥更大效应, 依靠一系列的运行机制和信息化手段, 科学整合现有医疗卫生资源^[19], 提升乡村急救医疗服务能级。其次, 从急救医疗资源区域均衡分布的角度, 优质急救医疗资源逐步从城市向乡村延伸, 合理分布到县乡村各级。在城乡一体化发展较好的地区, 逐步推进乡镇医疗机构的医疗急救场所、医疗抢救设备和医疗急救流程同质化。距离县城较远的乡镇, 由于急救时效性的要求, 可结合医疗急救能力和医疗急救服务人口, 探索发展县域急救次中心建设。遵循急救科学规律, 注重优化配置急救资源到乡村 EMSS 的院前急救和院内急诊环节, 使院前急救与院内急诊功能匹配, 救治协同^[20]。

2.3 稳步培育打造乡村急救人才队伍

医疗卫生人力资源是乡村 EMSS 建设中的关键要素, 也是高质量推进乡村 EMSS 建设的瓶颈。当前, 乡村医护人员数量和能力还远远不能满足乡村 EMSS 高质量发展的要求, 需进一步加大政策扶持力度, 保障乡村医护人员的数量和质量。乡村医护人员既承担慢病管理, 也承担基本公共卫生服务,

急救技能偏弱较为普遍, 现有乡村医护人员急救能力迫切需要提升, 探索面向乡村医护人员的基础生命支持 (basic life support, BLS)、创伤急救和儿科急救等标准化急救培训, 逐步提高乡村医护人员的急救综合能力。基于乡村医疗卫生人力资源不足和能力不强的现状, 需进一步创新体制机制, 深化县域紧密型医共体建设, 调动内在动能, 建立激励机制, 鼓励急救能力和水平较高的县级医护人员向乡镇下沉。在乡村 EMSS 稳步推进中, 培育一支能满足乡村急救需求的全能型乡村急救人才队伍。

2.4 建设适宜乡村 EMSS 的急救核心能力与技术体系

急救核心能力和技术是乡村 EMSS 中的构成要素, 建设适宜乡村 EMSS 的急救核心能力和技术体系需要两个前提条件, 一是有一批通过培养掌握急救核心能力和技术的乡村医护人员, 二是配备急救核心能力和技术开展所需的医疗设施、设备。乡村医疗急救核心能力和技术体系建设, 应当与当前的乡村医护人员配置数量、基础能力以及乡村医疗卫生基础设施、医疗设备资源等因素匹配, 乡村适宜的急救核心能力和技术突出简单、实用和对医疗设备依赖程度低, 现阶段, 主要包括急危重症的早期识别能力和技术、急危重症的初始处置能力和技术以及规范有效的急诊转诊能力和技术。在乡镇与乡村这两个层面上, 对急救核心能力和技术的要求有所差异。为让乡村医护人员尽快掌握适宜的急救核心能力和技术, 现阶段的实施路径包括: 编写乡村适宜的急救培训教材, 搭建乡村急救培训平台, 建设乡村急救培训考核制度以及构建乡村急救质量和安全管理体系等。乡村急救的医疗质量和安全监测是乡村适宜的急救核心能力与技术体系建设的重要保障, 可探索运用质量管理如全流程可视化等工具, 持续改善乡村适宜急救技术的实际成效, 不断提高乡村急救成功率和患者满意度。

2.5 建立乡村适宜的急救医疗教学与培训体系

高质量建设乡村 EMSS, 除政策保障、机制完善、投入增加、人力资源和设施设备配置外, 关键要通过扎实的急救专业教学和培训, 使从事乡村急救医疗的医护人员能胜任常见急救处置。近年来, 各地积极探索医联体-医共体融合贯通发展^[21], 有力地推动了县级医共体牵头单位的临床医学教学和技能培训中心快速发展, 通过这个平台, 优质的医学教学和培训可以向更基层进一步辐射和延伸, 大批乡镇和乡村医护人员接受培训, 在提升乡镇

和乡村医疗服务能力上发挥了积极作用^[22]。下一步, 县级医共体牵头单位需加强对成员单位的急救医疗教学和培训, 提升乡村急救医疗服务能力^[23], 除线上线下授课培训和现场指导等方式之外, 合理安排医共体成员单位的医护人员到上级单位轮转进修, 让其在实际工作中积累急诊处置经验, 提升急救能力。在建设乡村适宜的急救医疗教学与培训体系中, 利用和拓展“健康小屋”功能, 向农民宣传日常急救知识和适宜技能, 提高广大农民自救互救能力普及率, 积极培育乡村的社会急救体系。

2.6 科技创新与数字赋能乡村 EMSS 高质量发展

近年来, 科技创新和数字技术在提升医疗卫生服务体系效能方面发挥了重要作用。科技创新与数字技术如何助力乡村 EMSS 建设将是一个新的机遇, 也是一项新的挑战。农村地域广、人口密度低、急救需求分散、急救半径较长、救护车到达现场时间和转运时间较长, 基于此, “互联网+医疗急救”在乡村 EMSS 建设中有广阔天地, “第 5 代通信技术 (5G)+智慧急救”、远程急救以及乡村急救医疗云服务模式已在各地探索实践^[24-25]。“上车即入院”理念要求院前急救与院内急诊的衔接更紧密, 协同更高效, 应用 5G 技术的救护车与医院急诊室信息联通, 使救护车上的患者救治实时获得医院急诊的指导^[26]。无人机在乡村急救医疗服务中已有初步应用, 可有效解决急救检验标本快速运送和检测难题, 使县域检验共享中心在急诊处置中更好地发挥作用^[27]。从长远看, 高质量发展数字乡村 EMSS 建设需要考虑三个方面: 第一, 基于区域医疗卫生服务的整体性和系统性数字化布局, 避免医疗“数字烟囱”。第二, 一体推进全域急救的业务流、数据流和信息流整体贯通, 相互融合, 避免业务、数据与信息“多张皮”。第三, 建立面向全域急救的信息管理系统, 在全域急救医疗服务的统筹、指挥和协调中, 基于数字技术的“健康大脑”可发挥数字中枢的作用, 其与区域性电子健康档案信息的整合应用也正在乡村急救医疗服务中探索。在推进乡村急救的院前院内数字协同建设中, 120 急救指挥中心不仅与救护车上信息系统, 还应与医疗机构急救信息系统, 互通互联, 救治协同。以患者连续性救治为主线, 纵向贯通县乡村各级医疗机构的急救信息平台, 为建设区域整合型 EMSS 打好基础。值得注意的是, 科技创新和数字技术在推动乡村 EMSS 建设中的探索实践, 要与所在区域的乡村建设规划和基础设施相适应, 量力而行。

3 展望

总之,探索乡村 EMSS 高质量发展是新时代医疗急救事业发展的必然要求。医疗急救从“强县级”到“强县域”,需要建立和发展乡村急救这张“网底”。在共同富裕和乡村振兴战略推动下,以人民为中心,做好政策保障,科学整合资源要素,广泛获得社会支持,依靠广大医护人员共同努力,因地制宜,循序渐进,推动乡村 EMSS 高质量发展,不断满足农民日益增长的对高水平急救医疗服务的需求,让医疗改革发展成果惠及广大人民群众。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] Pan C, Pang JJ, Cheng K, et al. Trends and challenges of emergency and acute care in Chinese mainland: 2005-2017[J]. World J Emerg Med, 2021, 12(1): 5-11. DOI:10.5847/wjem.1920-8642.2021.01.001.
- [2] 周炜,金文扬,邵雪华,等.浙江省台州和丽水两地基层医疗卫生机构急诊服务能力的现状调查和分析[J].中华急诊医学杂志, 2021, 30(8): 1032-1035.
- [3] 李贵敏,孙晓杰.我国城乡基层医疗机构卫生资源配置变化趋势分析[J].卫生软科学, 2020, 34(11): 20-25. DOI:10.3969/j.issn.1003-2800.2020.11.004.
- [4] 崔凯,冯献.我国农业农村信息化的阶段性特征与趋势研判[J].改革, 2020(6): 125-135.
- [5] 刘俊祥,曾森.中国乡村数字治理的智慧属性、顶层设计与探索实践[J].兰州大学学报(社会科学版), 2020, 48(1): 64-71. DOI:10.13885/j.issn.1000-2804.2020.01.008.
- [6] 新华社.中共中央国务院关于支持浙江高质量发展建设共同富裕示范区的意见[EB/OL].(2021-06-10).[2022-03-03].http://www.gov.cn/zhengce/2021-06/10/content_5616833.htm.
- [7] 新华社.中共中央 国务院关于全面推进乡村振兴加快农业农村现代化的意见[EB/OL].(2021-02-21).[2022-03-03].http://www.gov.cn/zhengce/2021-02/21/content_5588098.htm.
- [8] 刘家敏,徐磊,朱剑.农村突发事件 120 医疗紧急救援分析[J].中国卫生事业管理, 2008, 25(12): 862-863. DOI:10.3969/j.issn.1004-4663.2008.12.031.
- [9] 张金佳,张敏,赵会芳,等.河北省乡村医生工作现状及培训需求调查[J].中华全科医师杂志, 2019, 18(1): 42-46.
- [10] 李志远,宋若萌,黄琳晏,等.我国乡村医生流失现状研究[J].医学与社会, 2021, 34(11): 37-41. DOI:10.13723/j.yxysh.2021.11.008.
- [11] 陈钟鸣,任桂芳,尹文强,等.山东省村卫生室医疗功能相对弱化形成机制分析[J].中华医院管理杂志, 2020(1): 32-36.
- [12] 张爱静,卢佳月,王限,等.县域医共体试点村卫生室服务能力调查研究:以溧阳市某村卫生室为例[J].中国初级卫生保健, 2020, 34(10): 35-38. DOI:10.3969/j.issn.1001-568X.2020.10.0011.
- [13] 仇君,祝益民,吴晓丽,等.湖南省乡镇卫生院急救设备配备现状[J].中华急诊医学杂志, 2014, 23(12): 1423-1425. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2014.12.031.
- [14] 郁建兴,涂怡欣,吴超.探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案:基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J].治理研究, 2020, 36(1): 5-15, 2. DOI:10.15944/j.cnki.33-1010/d.2020.01.001.
- [15] 国务院办公厅.关于推动公立医院高质量发展的意见(国办发〔2021〕18号)[EB/OL].(2021-06-04).[2022-03-04].http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm.
- [16] 中国县级医院急诊联盟,中华医学会急诊医学分会,县域医共体急救体系建设规范专家共识组.县域医共体急救体系建设规范专家共识[J].中华急诊医学杂志, 2020, 29(5): 642-646. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2020.05.005.
- [17] 霍勇.中国胸痛中心的武器“矛”与“盾”:《胸痛救治单元建设方案》《中国胸痛中心常态化质控方案》发布[J].中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(6): 629-632. DOI:10.3969/j.issn.1673-6966.2020.06.001.
- [18] 姜保国.我国创伤救治体系建设的现状与思考[J].中华医学杂志, 2019, 99(43): 3382-3384. DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2019.43.005.
- [19] 易宽,韩丹,高红霞,等.基于区域整合的村级卫生资源配置模式探讨[J].中华医院管理杂志, 2021(11): 903-906.
- [20] 沈伟锋,干建新,江观玉.以“三环理论”为指导建设我国急诊医疗服务体系[J].中华医院管理杂志, 2004(10): 595-597. DOI:10.3760/j.issn:1000-6672.2004.10.008.
- [21] 沈伟锋.医联体-医共体贯通中构建分级医学教育体系[J].继续医学教育, 2021, 35(1): 35-36. DOI:10.3969/j.issn.1004-6763.2021.01.020.
- [22] 揭映楣,黄紫彤,陈敏生.广东某县域医共体分级诊疗建设效果研究[J].卫生软科学, 2021, 35(5): 24-27.
- [23] 景道远,郑忠骏,王弋,等.浙江省县域医共体成员单位的急诊医疗服务状况调查[J].中华急诊医学杂志, 2021, 30(8): 1036-1040. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2021.08.026.
- [24] 乔莉,张劲松.5G对急救体系的影响及研究现状[J].中华急诊医学杂志, 2020, 29(7): 1010-1012. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2020.07.025.
- [25] 刘远山,杨正飞,黄煜民,等.乡镇急救医疗云服务平台在农村地区的应用[J].岭南急诊医学杂志, 2017, 22(1): 62-64. DOI:10.3969/j.issn.1671-301X.2017.01.023.
- [26] 葛芳民,李强,林高兴,等.基于5G技术院前-院内急诊医疗服务平台建设的研究[J].中华急诊医学杂志, 2019, 28(10): 1223-1227. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2019.10.008.
- [27] 张旻海,王慧,庾航,等.无人机在县域医共体急救体系中应用的初步研究[J].中华急诊医学杂志, 2019, 28(10): 1237-1241.

(收稿日期: 2022-08-18)

(本文编辑: 何小军)