

· 专家论坛 ·

浅谈“三位一体”结核病防治服务体系建设

陈松华 王晓萌 柴程良 张钰 周琳

【摘要】 完善的结核病防治服务体系是做好结核病控制工作的基础,“三位一体”结核病防治管理体系作为目前重要的服务体系,在转型或者运行中,需要当地卫生行政部门建立对定点医院结核病门诊必要的补偿机制,加强规范化临床诊疗质量控制,做好疾病预防控制机构、结核病定点医疗机构职能定位,强化社区卫生服务机构能力建设,有效控制患者疾病负担,建立结核病诊疗事故保障机制等。同时,充分发挥综合性医院诊疗优势,加强医疗和预防之间优势资源整合,满足日益增长的结核病防治服务技术需求。

【关键词】 结核; 预防卫生服务; 医院, 专科; 结果与过程评价(卫生保健)

Brief discussion about “Trinity” tuberculosis prevention and treatment management system CHEN Song-hua, WANG Xiao-meng, CHAI Cheng-liang, ZHANG Yu, ZHOU Lin. Department of Tuberculosis Control, Zhejiang Provincial Center for Disease Control and Prevention, Hangzhou 310051, China
Corresponding author: CHEN Song-hua, Email: chensh@sohu.com

【Abstract】 Improved tuberculosis (TB) control service system is the basis of good TB control. “Trinity” TB prevention and treatment management system is important at present, which in the transition and operation; and the local health administrative departments should establish necessary compensation mechanism for TB outpatient departments in contracted hospitals, strengthen the standardization of diagnosis and treatment quality control, orientate the disease control and prevention institution, as well as nod medical establishment of TB, strengthen service capacity of community health institutions, effectively control the disease burden of TB, and establish the premise of security mechanism, etc. Meanwhile, advantages of general hospital should be well played, and the integration of the advantages of medical and prevention resources should be strengthened, in order to meet the growing demand for TB control and prevention services.

【Key words】 Tuberculosis; Preventive health services; Hospitals, special; Outcome and process assessment (Health care)

“十二五”时期,针对我国结核病控制现状和医疗卫生体制改革需求,国家要求加强省、市、县三级结核病防治网络建设,逐步构建定点医疗机构、基层医疗卫生机构、疾病预防控制机构(简称“疾控机构”)分工明确、协调配合的防治服务体系^[1]。2013年新修订的《结核病防治管理办法》也予以了明确规定。2014年,中央编制办公室、财政部、国家卫生和计划生育委员会联合发文,要求县级以上地方各级人民政府在本辖区内设立1个疾病预防控制中心,以承担辖区全部疾病预防控制职能,不再单设其他

专病预防控制机构,一些地方单设的专病预防控制机构,要整合到疾病预防控制中心^[2]。为此,疾控机构负责规划协调、定点医院负责确诊收治、基层医疗卫生机构负责患者管理的“三位一体”结核病防治管理体系成为全国结核病防治服务体系的未来发展方向。多年来,浙江省疾控机构或防疫站结核门诊人员编制普遍比较紧张,诊断设备、设施简陋,诊疗技术单一,不少接诊医生没有临床执业医师资格,甚至都不具备CT图像的阅片能力,鉴别诊断能力非常薄弱。患者对高质量医疗服务的需求日益增长,单凭门诊医生承担结核病“查、治、管”越来越力不从心,而且屡屡因为低医疗质量而引起医患关系紧张。迫于现状,一些卫生行政部门顺势谋划将结核病诊疗职能从疾控机构或防疫站调整到综合性医疗机构,这样既能弥补疾控机构人员数量和诊疗能力不足的缺陷,同时又能够充分利用综合性医疗机构的诊疗技术优势。“十二五”规划期间,随着国家政策出台,各地条件成熟,省卫生厅在全省范围进一步引

doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2016.06.002

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2015KYA056, 2015KYB079)

作者单位:310051 杭州,浙江省疾病预防控制中心结核病预防和控制所

通信作者:陈松华,Email:chensh@sohu.com

导推动“三位一体”结核病防治管理体系的发展,发布了《关于公布浙江省结核病(耐多药)诊治定点医院名单的通知》^[3]、《关于公布浙江省第二批结核病(耐多药)诊治定点医院名单的通知》^[4]、《浙江省结核病定点医院诊治管理工作规范》^[5]等相关配套文件。目前,浙江省全部县区已经施行了“三位一体”结核病防治管理体系。

如何构建完善的“三位一体”结核病防治管理体系,平衡各方利益,实现成功转型或者顺畅运行,笔者认为以下几个环节非常值得关注。

一、对定点医院结核病门诊应该实行合理补偿

陈松华等^[6]调查结果显示,肺结核患者在结核病定点医院的医疗费用为人均 3020 元。按照浙江省年登记管理肺结核患者 31 270 例^[7]估计,全省结核病诊疗营业额约 9444 万元,扣除其他成本,按照 3.02%^[8]的利润计算,全年纯收入约 285 万元。2014 年浙江省结核病诊治定点医院专职结核病诊疗医生有 341 名^[7],即便把该部分收入全部发放给结核病临床医生,则专职医生诊疗结核病患者的平均年收入约 8364 元,政府财政对医院补助“仅能满足 2 个月的员工基本工资发放”,这基本能代表目前大部分公立医院“人头费”无保障的现状^[9],与城市医院医生年平均工资为 70 150 元相比^[10],估计人均缺口 5 万元左右,全省缺口约 1705 万元。

尽管不排除部分医院因收治结核病门诊患者所带来的间接收益,通过集中定点机构收治所产生的辐射效应,使医院的品牌作用和社会影响力得到提高,吸引更多患者就诊,从而额外增加间接收益^[11]。但是不可否认,这种现象只能在少数规模比较大、技术水平比较高的省级(市级)结核病定点医院存在。大部分结核病定点医院在没有额外经费补助的情况下,浙江省 90 家结核病诊治定点医院平均需补贴结核病门诊约 19 万元/年^[7]。关于结核病定点医院入不敷出的问题,王黎霞等^[12]也曾报道每提供一次结核病门诊的诊疗服务,将亏损 96 元。以此标准,按照浙江省年登记管理肺结核患者数全疗程平均每月门诊复诊 1 次,估计浙江全省结核病门诊至少亏损 1764 万元,与陈松华等^[6]估计的缺口相接近,其成本只能依赖于政府投入或临床服务收入来交叉弥补。但是结核病防控工作的经费投入主要来源于各种结核病控制项目,不仅经费有限而且主要用于补助结核病防治(简称“结防”)体系而非综合医疗机构。因此,即便是结核病的定点综合医院,在开展医疗机构与结防机构合作(简称“医防合作”)以来,也

没有因为增加结核病防治的新任务而获得政府的任何额外补助,医院开展结核病管理服务的成本只能依赖于临床服务收入^[11]。

自我国公立医院走上经费“自筹自支”之路后,公立医院基本已经属于经费无保障型事业单位,实际上与企业差不多。职工待遇和医院经营状况息息相关,所以对开设结核病门诊医院也不可能满意^[9]。按照价格规律,医院应该进行成本核算。在政府价格管理控制的情况下,势必会造成医院重视其他临床服务而轻视结核病门诊服务,同时更忽视结核病管理服务^[13]。结核病医务人员面对结核病诊疗“高技术、高风险、低收益”的特点,以及职称晋升业务面窄,往往不乐意被安排到结核病门诊;事实上许多医院通过轮岗或从社区卫生服务机构借调医生的方式来缓解结核病门诊医生的紧缺现象,如此可能导致恶性循环。结核病门诊高风险、低收益导致医院投入不足;临床医生不愿从事结核病门诊工作,导致结核病门诊的诊疗服务质量在低水平徘徊,服务态度差强人意,最终导致患者更加不满意;进而不可避免地会影响到结核病控制效果。而仅依靠卫生行政的手段来迫使医院这个经济主体在亏损的状态下开展结核病防治服务,恐怕不是实现医防合作新模式可持续发展的有效保证和长期选择。因此,对结核病防治服务采取合理的补偿措施,是解决结核病定点医院新模式可持续性发展的重要保障。因此,笔者建议按照中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》要求,进一步探索落实公立医院承担公共卫生任务的补偿机制,以便实现其公益性目标;对定点医院的补偿能够建立在全成本的基础之上^[12],或对定点医院中从事公益事业的传染病防治人员参照事业单位编制管理。

二、定点医院如何进行结核病临床诊疗质量控制

结核病诊治定点医院结核病诊疗质量控制是“三位一体”结核病防治管理体系的挑战之一。结核病诊治定点医院应该严格按照《中国结核病防治规划实施工作指南(2008 年版)》^[14]要求开展相关结核病诊疗工作是毫无疑问的,关键是应该由谁来进行相关质量控制?按照浙江省的经验,结核病诊治定点医院质量控制和监督评价是当地卫生行政部门的职责,疾控机构应承担日常质量控制和指导。当地卫生行政部门首先需要制定结核病门诊设置和诊疗规范,从制度上规范结核病门诊的各项工作;其次组建各级结核病临床专家组,充分发挥其在诊断治疗中的作用。

定点医院实验室质量控制可以纳入到临床检验中心的工作中,考虑到结核病实验室诊断的专业性以及成本核算,建议参考2012年国务院发布的《县级公立医院综合改革试点意见》首次提出的“鼓励资源集约化,探索成立检查检验中心,推行检查检验结果医疗机构互认,以及后勤服务外包”等。在经济比较发达、第三方检测服务体系比较成熟的地区,可以将结核病实验室诊断服务外包给第三方检测服务机构。对于政府推动的疾病筛查,医学独立实验室的集中化检测更便于政府主管部门的质量监控^[15]。

三、疾控机构职能调整后的工作职责应该进行重新定位

浙江省在转型过程中,疾控机构从事结防工作人员分流、削减,原先单设的结防部门撤销或撤并到其他防病部门,随着“三位一体”结核病防治服务体系的推进,疾控机构从事结防工作的人力资源无论从总量还是专职人员数量上都呈现逐年下降的趋势(表1)^[7]。疾控机构诊治职能转变后如何加强防治队伍建设成为了突出的问题。

表1 2011—2015年浙江省疾控机构结核病控制从业人员数量

年份	总数(名)	专职人员(名)
2011	876	144
2012	653	141
2013	628	146
2014	421	134
2015	324	130

多年来,一些市、县级疾控机构偏重于结核病患者发现、结核病患者诊治和管理,错误地认为将结核病诊治职能调整到结核病定点医院后,疾控机构职能萎缩,无事可做了,甚至认为结核科可有可无。其实从某种程度上,转型“三位一体”结核病防治服务体系后,疾控机构需要更加突出结防的规划协调职能,应充分发挥疾病预防控制的自身优势,在结核病防治规划的执行中,明确工作职责和任务,加强信息沟通协调;做好与定点医院的横向联系,以及与卫生行政部门、社区卫生服务机构的纵向沟通。以便及时发现规划执行中的薄弱环节,并寻求针对性的解决方案,及时提交各级“卫生和计划生育委员会”相关行政部门,为政府调整结核病防治策略提供参考。

四、社区卫生服务机构如何有效承担患者督导管理

按照“三位一体”的结核病防治服务体系,患者

督导管理工作由社区卫生服务机构执行。2014年浙江省肺结核患者登记例数为31 270例,平均分摊到社区卫生服务机构约24例/年,按照医务人员全程管理要求,能够配备至少1名专职公共卫生管理医生的情况下,基本能够保证患者的督导管理质量。但是政府要求社区卫生服务机构提供的公共卫生服务也在不断加大,包括卫生信息管理、健康教育、传染病、地方病等重大疾病的预防控制、慢性病预防控制、妇女儿童老年人保健、残疾人康复、计划生育咨询指导,协助处置辖区内的其他公共卫生服务等,如果严格按照各项工作数量和质量计算,预防保健人员缺口数量非常大^[16]。导致出现“上面千条线、下面一根针”现象,造成基层社区卫生服务机构无法承受之重^[17]。为节约工作成本,基层可能采取偷工减料、弄虚作假的形式应对上面,这种情况下,将导致直接面试下服药管理(DOTS)有名无实。

2015年,国家卫生和计划生育委员会明确要求把结核病防治工作任务纳入到基本公共卫生服务均等化项目之中,相应将人均基本公共卫生服务经费补助标准由每年35元提高至40元^[18]。但是前提是在当期财政配套经费保证下,社区卫生服务均等化的经费应合理分配至结核病防治活动,包括推荐和追踪可疑症状者和患者,管理治疗普通肺结核和耐多药、广泛耐药肺结核患者,以及老年人和糖尿病患者的结核病体检等内容^[19]。

五、结核病减免政策应该得到优化

在现有政府提供的结核病减免政策中,估计每例结核病患者能够享受到300~500元的抗结核药物检查减免额度,大约是患者在结核病定点医院的医疗费用的10%左右^[20],可谓杯水车薪。结果造成的是患者对政府免费政策的质疑,同时增加了患者对结核病医疗机构的抵触情绪、不信任感,有可能造成患者对治疗和管理的不配合,放弃治疗,导致耐药,造成患者进一步的因病返贫。所以在“三位一体”的结核病防治服务体系中,亟需解决的是如何平衡肺结核患者和医疗机构经济利益之间的矛盾冲突。最根本的解决途径是通过政府投入,有效降低患者疾病负担。政府投入的最好方式是搭载公共卫生传染病平台,通过与现有的医疗保险体系对接,与其他传染病进行有效整合,争取在结核病定点医院搭建能够及时支付、跨区域结算的医疗保险结算方式,便捷有效地解决患者看病贵、看病难的问题。

六、加强医疗事故保障机制建设

在实践中,我国各级政府已经确定了对结核病

患者实行免费救治的政策。因此,结核病防治并非只涉及医患双方的关系,实际上涉及公共行政问题。国家对于结核病患者免费救治即属于医疗救助的形式,是行政给付的类型之一^[21]。在国家实施结核病防治战略的过程中,结防机构实际上是在受国家的委托,代为履行行政给付的职能。在提供服务层面上,结核病患者与防治机构之间的医疗关系并非源于一般民事关系意义上的医疗合同关系(即体现为平等、等价、有偿的民事关系),而是植根于行政给付关系。鉴于结防机构收治结核病患者属于受政府委托的公益行为,是政府履行行政给付职能的具体形式之一,正是这种行政给付关系构建了医患之间成立医疗关系的基础。为了体现医疗机构诊疗活动的公益性,政府有必要投入相应的资金建立赔偿基金,以弥补患者在诊疗过程中可能因医疗过错造成的医疗损害,同时避免结防机构无钱赔偿的尴尬,真正保护受害者的利益^[22]。

综上所述,建议各地“卫生和计划生育委员会”相关行政部门在结核病防治管理体系建设中要充分考虑到历史遗留问题,不能搞一刀切,要准确分析当地结防机构的现状和特点,对于资质齐全、人力资源充足、工作质量较好的结核病诊治机构可以继续保持;对于资质不全、人力资源不足、工作质量较差的结核病诊治机构应该尽快转型^[19]。而对转型后的地区要将“三位一体”结核病防治管理体系建设纳入当地公共卫生区域规划中进行统筹规划,各级“卫生和计划生育委员会”相关行政部门牵头组织、强化医防合作,分工明确,让三类机构各司其职,避免将“三位一体”结核病防治管理体系中各类机构的协调工作推给疾控机构的现象发生。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国务院办公厅. 关于印发全国结核病防治规划(2011—2015年)的通知(国办发[2011]53号). 北京: 中华人民共和国国务院办公厅, 2011-11-17.
- [2] 中央机构编制委员会办公室, 中华人民共和国财政部, 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知(中央编办发[2014]2号). 北京: 中央机构编制委员会办公室, 中华人民共和国财政部, 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 2014-1-17.
- [3] 浙江省卫生厅. 关于公布浙江省结核病(耐多药)诊治定点医院名单的通知(浙卫办疾控[2012]11号). 杭州: 浙江省卫生厅, 2012-7-3.
- [4] 浙江省卫生厅. 关于公布浙江省第二批结核病(耐多药)诊治定点医院名单的通知(浙卫发[2014]87号). 杭州: 浙江省卫生厅, 2014-3-24.
- [5] 浙江省卫生厅. 浙江省结核病定点医院诊治管理工作规范(浙卫办疾控[2011]37号). 杭州: 浙江省卫生厅, 2011-12-16.
- [6] 陈松华, 钟节鸣, 王晓萌. 浙江省结核病患者疾病负担调查分析. 中国公共卫生管理, 2014, 30(2): 147-149.
- [7] 浙江省疾病预防控制中心. 2014年浙江省疾病预防控制中心报告. 杭州: 浙江科学技术出版社, 2015: 45-51.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 2009中国卫生统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009: 221-222.
- [9] 王忱, 尹爱田. 我国医务人员薪酬制度的现状、问题与策略建议. 中国卫生经济, 2013, 32(11): 15-17.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 2012中国卫生统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012: 126-127.
- [11] 孟庆跃, 卞鹰, 孙强, 等. 理顺医疗行业服务价格体系: 问题、成因和调整方案. 中国卫生经济, 2002, 21(5): 31-34.
- [12] 王黎霞, 阮云洲, 姜世闻, 等. 县级结核病定点医院成本核算及补偿分析. 中国卫生政策研究, 2011, 4(12): 45-49.
- [13] 于竞进, 于明珠, 段勇, 等. 《重塑中国疾病预防控制中心政策研究》研究结果简介. 卫生研究, 2005, 34(1): 5-6.
- [14] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制中心, 中华人民共和国卫生部医政司, 中国疾病预防控制中心. 中国结核病防治规划实施工作指南(2008年版). 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 6-7.
- [15] 官芳芳, 李颖丽, 王承馨, 等. 医学独立实验室现状及未来发展研究. 国际检验医学杂志, 2015, 36(2): 283-284.
- [16] 罗要武, 武松, 宋向东. 试论安徽省公共卫生人力资源现状及发展对策. 安徽卫生职业技术学院学报, 2012, 11(4): 1-4.
- [17] 张光鹏. 我国卫生人力资源需求分析与预测. 中国卫生政策研究, 2011, 4(12): 1-5.
- [18] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会办公厅. 国家卫生计生委办公厅关于印发结核病患者健康管理服务规范的通知(国卫办基层函[2015]880号). 北京: 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 2015-10-15.
- [19] 姜世闻, 张慧, 王黎霞, 等. 我国结核病防治服务体系的发展与展望. 中国防痨杂志, 2012, 34(9): 557-559.
- [20] 李游, 李雪, 谢海波, 等. 结核病诊疗费用在新型农村合作医疗中的报销情况分析. 中国防痨杂志, 2010, 32(11): 685-688.
- [21] 刘善春, 吴平. 卫生行政法研究. 北京: 北京大学出版社, 2007: 21-22.
- [22] 刘颖, 杨健. 试论结核病防治中医患纠纷解决机制的完善. 中国卫生法制, 2009, 17(3): 36-38.

(收稿日期: 2016-01-23)

(本文编辑: 王然 李敬文)