

基于扎根理论多案例分析的我国县域中医医共体建设要素探析*

刘雪宁^①, 郑格琳^②

摘要 目的:探索我国县域中医医共体的建设要素,为推动县域中医医共体健康发展提出合理建议。方法:利用扎根理论多案例分析,通过NVivo 11 Plus软件对15个县域中医医共体典型案例建设内容进行三级编码分析。结果:提炼出县域中医医共体建设应包含“强基层”“强龙头”“改革体制机制”“发挥中医药优势”4个要素,以及4个要素涵盖的12个子类属和44个初始概念。结论:我国县域中医医共体的建设应以提升基层医疗卫生机构中医药服务能力为根本,以县级中医医院发展为核心,以改革体制机制为突破口,以发挥中医药优势为重要特征。

关键词 县域中医医共体;多案例;扎根理论

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)11-0020-04

Analysis on the Construction Elements of County Traditional Chinese Medicine Community Based on Grounded Theory/Liu Xuening, Zheng Gelin //Chinese Health Economics, 2023,42(11):20-23

Abstract Objective: To explore the construction elements of county traditional Chinese medicine (TCM) communities in China, so as to provide reasonable recommendation on promoting the healthy development of county traditional Chinese medicine communities. **Methods:** Using Grounded theory multi case analysis, NVivo 11 Plus software was used to conduct three-level coding analysis on the construction content of 15 typical cases of county TCM community. **Results:** Extract that the construction of a county TCM community should include four elements: “strengthening grassroots”, “strengthening leading enterprises”, “reforming institutional mechanisms”, and “leveraging traditional Chinese medicine advantages”, as well as 12 subclass category and 44 initial concepts covered by these four elements. **Conclusion:** The construction of county TCM communities in China should enhance the service capacity of traditional Chinese medicine in grassroots medical and health institutions, focus on the development of county-level TCM hospitals, reform the system and mechanism as a breakthrough, and leverage the advantages of TCM as the main feature.

Keywords county traditional Chinese medicine community; multiple case; grounded theory

First-author's address Institute of Information on Traditional Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700, China

Corresponding author Zheng Gelin, E-mail: zhenggelin@163.com

县域中医医共体的建设是完善县域中医药服务体系、提升基层中医药服务能力、打造更加紧密的县乡村三级联动的中医药服务新格局的有效途径,也是我国医疗卫生体制改革中实现分级诊疗目标的重要手段,是人人就近享有中医药服务、实现大病不出县的重要抓手。2019年5月,国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121号)指出,通过紧密型医共体建设,进一步完善县域医疗卫生服务体系,提高县域医疗卫生资源配置和使用效率,加快提升基层医疗卫生服务能力,推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序;同年7月,国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《关于在医疗联合体建设中切实加强中医药工作的通知》(国中医药医政发〔2019〕

8号),鼓励县级中医医院牵头组建紧密型医共体。自此县域中医医共体建设在全国范围内展开。

目前,作为县域中医医共体牵头医院的县级中医医院“底子薄、基础差”的问题仍然没有解决,基层医疗卫生机构的中医药服务能力仍不能满足当地百姓需求。在这样的现实情况下,如何推动我国县域中医医共体的建设与发展,是目前迫切需要解决的问题。现有医共体领域的研究缺乏对中医医共体的关注,对于医共体建设的探讨大多是基于典型经验的单案例分析^[1],也有学者利用比较分析法对不同医共体案例在服务提供方式、筹资支付、协作机制、资源共享、财务管理、会计核算等方面的经验做法进行对比分析^[2],但还没有研究通过对多个案例的总结归纳,来探究县域中医医共体的建设要素。因此,本研究拟运用扎根理论多案例分析,对中医医共体典型案例建设材料进行研究,探索我国县域中医医共体的建设要素,为推动县域中医医共体健康发展提出合理建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究利用国家中医药管理局提供的15家县域中

*基金项目:国家中医药管理局项目(GZY-GCS-2019-029)。

①中国中医科学院中医药信息研究所 北京 100700

②中国中医科学院中医药发展中心 北京 100700

作者简介:刘雪宁(1998—),女,硕士在读;研究方向:中医药政策管理; E-mail: liuxn98@163.com。

通信作者:郑格琳, E-mail: zhenggelin@163.com。

医医共体典型案例建设材料，结合在国务院官网、各县级人民政府官网等权威网站检索到的这15家县域中医医共体建设材料，经过整理，保留主要措施或实践路径等内容，最终提取275个原始语句作为研究数据。

这些案例在某种程度上代表了目前我国县域中医医共体建设的“典型样态”，反映出在县域建设中医医共体的独特路径，具有显著的示范引领作用。

1.2 研究方法

本研究利用扎根理论对多个案例资料的原始语句进行质性分析，总结归纳出我国县域中医医共体的建设要素。扎根理论多案例分析是一种从多个案例资料中归纳结果的方法^[3]，通过扎根理论的开放性编码（open coding）、主轴编码（axial coding）和选择性编码（selective coding）三级编码程序，对案例文本内容进行系统分析，以充分挖掘案例间的共性特征和各自特点^[4]。本研究的编码过程采用NVivo 11 plus软件进行，为减少质性研究中个人主观认知对研究结果的影响，编码由两名研究人员同时开展，对于编码结果不一致的地方，经过讨论形成共识。

2 结果

2.1 开放式编码结果

开放式编码是指从原始语句中尽可能多地摘取初始概念，然后在对话语的持续对比和反复分析中获得类属化概念^[5]。在15个典型案例中随机选取13个案例，对这13个案例的247个原始语句进行分析，如原始语句“几年来，我们先后完成了17个乡镇卫生院的改建任务，均设立了相对独立的中医药综合服务区，全县村卫生室按标准设置了诊室、治疗室、观察室、药房、预防保健室。”可以摘取出“改善基层诊疗环境”的初始概念，经过对材料的反复分析将其归纳到

“基层基础建设”类属中。

开放式编码最终得到与本研究相关的44个初始概念和12个类属，并按顺序将初始概念依次标为1~44，见表1；将类属依次标为a1~a12，见表2。

2.2 主轴编码结果

主轴编码是指每次以一个类属为主轴，寻找其他类属与此主轴的相关关系，相关关系建立后抽象出能包含这些子类属的主类属^[6]。对开放式编码所得到的12个类属渐次分析类属间内在关系，如类属a1与类属a2之间存在相似关系，都可以被包含在“强基层”这一主类属中，a1、a2成为其子类属。

主轴编码最终得到“强基层”“强龙头”“改革体制机制”“发挥中医药优势”4个主类属，按顺序将其依次标为A1、A2、A3、A4，见表3。

2.3 选择性编码结果

选择性编码是指在所有发现的概念类属中，概括出一个具有统领作用的“核心类属”，起到提纲挈领的作用，并通过故事线将主类属串联形成理论框架^[1]。经过对已发现类属的系统分析概括，选择性编码得到本研究的核心类属是我国县域中医医共体的建设要素，由“强基层”“强龙头”“体制机制改革”“发挥中医药优势”4个类属组成。根据类属间的故事线，构建出我国县域中医医共体建设的理论框架，即以强基层为根本，以强龙头为核心，以改革体制机制为突破口，以发挥中医药优势为重要特征，见图1。

2.4 理论饱和度检验

理论饱和是指在不断增加新材料之后没有出现新的概念和类属，类属间也未出现新的关系结构。为了检验理论饱和度，将剩余2个案例材料的38个初始语句再次按照三级编码程序对文本进行分析，不再出现

表1 开放式编码的标签及初始概念情况

标签	概念	标签	概念	标签	概念
1	改善基层诊疗环境	16	实行统一管理	31	下派技术和管理人才
2	基层配置中医诊疗设备	17	落实医院人事自主权	32	按人头总额预付
3	建设基层中医药人才队伍	18	建立科学考核制度	33	绩效考核
4	提高基层中医药服务水平	19	调整薪酬分配规定	34	设立“治未病”专科
5	提高基层管理能力	20	探索实施年薪制	35	建立治未病健康管理链
6	提高基层药品服务能力	21	编制中医病种收治目录	36	中医纳入家庭医生签约服务
7	改善诊疗环境	22	畅通转诊渠道	37	探索慢病管理模式
8	加强重点专科建设	23	签订双向转诊协议	38	制定慢病管理方案
9	加强人才队伍建设	24	设立联合病房	39	开展慢病随访
10	推进医学技术创新	25	检查结果互认	40	开展中医义诊
11	加强科研建设	26	降低报销起付线标准	41	中医药巡讲专家队伍
12	争创三级医院	27	实行差异化报销	42	开展中医养生知识讲座
13	建设规培基地	28	信息化建设	43	发放健康知识宣传单
14	成立管理委员会	29	建立资源共享中心	44	建设中医药健康知识角
15	医共体内部成立理事会	30	建设共享中药房		

表2 开放式编码的类属情况

初始概念	类属
1、2	a1 基层基础设施建设
3、4、5、6	a2 基层能力建设
7	a3 牵头医院基础设施建设
8、9、10、11、12、13	a4 牵头医院能力建设
14、15、16	a5 完善管理体制
17、18、19、20	a6 改革人事薪酬制度
21、22、23、24、25、26、27	a7 优化分级诊疗制度
28、29、30、31	a8 建立优质资源上下贯通机制
32、33	a9 探索有效利益机制
34、35、36	a10 治未病
37、38、39	a11 慢病管理
40、41、42、43、44	a12 宣传中医药文化

表3 主轴编码的主类属情况

初始概念	子类属	主类属
1~6	a1、a2	A1 强基层
7~13	a3、a4	A2 强龙头
14~33	a5、a6、a7、a8、a9	A3 改革体制机制
34~44	a10、a11、a12	A4 发挥中医药优势

新的概念和类属，也未出现新的类属间关系，因此说明该理论模型具有较好的理论饱和度。

3 讨论

扎根理论分析结果显示，“强基层”“强龙头”“改革体制机制”“发挥中医药优势”是我国县域中医医共体的建设要素，应通过4个要素的相互配合促进县域中医医共体的健康发展。

3.1 县域中医医共体建设应以强基层为根本

强基层就是要提升基层医疗卫生机构中医药服务能力。基层医疗卫生机构是我国医疗卫生服务体系的重要组成部分，是保障人民健康的基础，在基层医疗卫生机构中提供中医药服务，不断改善服务条件提高服务能力，是实现“人人就近享有中医药服务”的关键。

近年来，国家一直围绕基层中医药服务能力提升做积极努力，如“十三五”时期在乡镇卫生院中建设中医馆，目前已基本实现全覆盖；“十四五”时期将在村卫生室设立中医阁，并制定了中医阁建设标准，目标都是加强基层中医药服务能力。但是，中医馆“有房子有设备，无人无技术”的现状比比皆是，中医药的服务终端依然没有扎根。因此，在这样的现实条件下，县域中医医共体建设中应以提升基层医疗卫生机构中医药服务能力为根本。

根据典型案例的经验，首先是要大力推动基层中医馆和中医阁建设，统一配备中医诊疗设备，为基层开展中医药服务提供阵地；其次要通过中成药临床应用指导和中医适宜技术培训、人才县管乡用、开展名师带徒等手段，建立起一批基层中医药人才队伍，将针灸、推拿、刮痧、中药熏蒸等简便廉验的适宜技术下沉到基层。最后，通过建立共享中药房，统一中药饮片采购、炮制、调配、煎煮和配送，解决基层中药饮片配备问题，满足居民的用药需求。

3.2 县域中医医共体建设应以强龙头为核心

强龙头就是要推动县级中医医院的发展。县级中医医院是带动乡村中医医疗服务网络的核心力量，代表着区域内最高的中医药服务水平。我国县域中医医共体建设的最终目标是要提高县域内中医药服务水平，为实现“大病不出县”提供中医药支持，这就必须要将推动县级中医医院的发展作为县域中医医共体建设的核心。

目前，尚有约12.86%的县级行政区域（不含市辖区）未设置县级中医医疗机构，且有研究显示我国93%的县级中医医院医疗技术水平有待提升^[7]。相比县人民医院，我国的县级中医医院大多建设时间较晚，多数由乡镇卫生院转型而来，或是县人民医院搬迁后置换而来，基础设施落后，医疗服务能力也有所欠缺，“底子薄、基础差”的中医药现状在县级中医医院

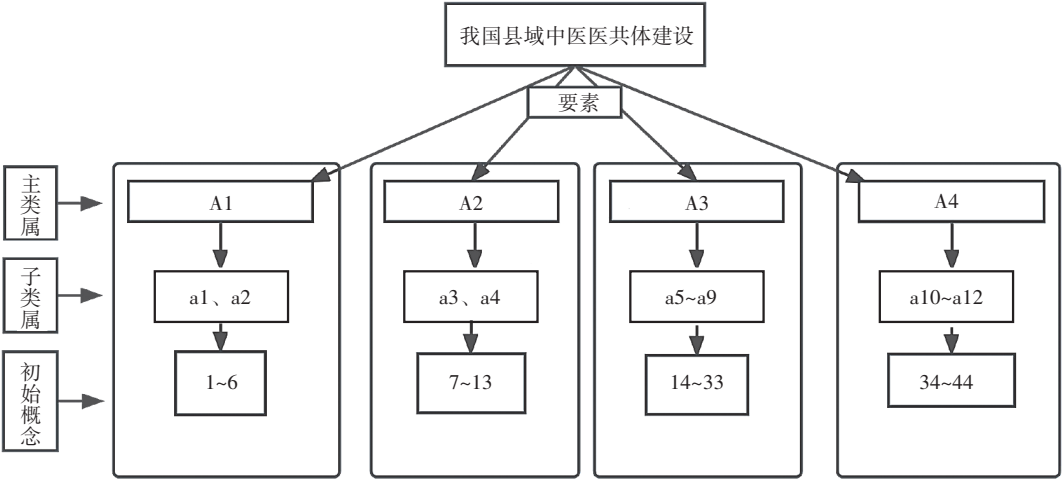


图1 我国县域中医医共体建设框架

仍然显现明显。因此，县级中医医院的发展是县域中医医共体建设的核心要素。

根据典型案例的经验，各级政府要加大对县级中医医院的投资力度，积极推动中医医院新建、改扩建项目，改善中医医院诊疗环境。通过与上级医院组建医联体等形式，获得城市大医院对人才培养、重点专科建设的支持，积极推动名医工作室建设引进新疗法，不断提高中医药服务能力。近日，国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局印发的《关于全面加强县级中医医院建设基本实现县办中医医疗机构全覆盖的通知》（国中医药规财函〔2023〕68号）从机构设置、基础设施建设、服务能力提升、深化体制机制改革等方面提出了一系列加强县级中医医院建设的措施，这些措施与本研究的的研究结果相吻合，将为县域中医医共体建设中的核心要素——县级中医医院的建设与发展提供良好支撑和指引。

3.3 县域中医医共体建设应以改革体制机制为突破口

尽管案例中的县域中医医共体在一定程度上突破了组织界限，有些中医医共体甚至实现了人、财、物的统一管理，但从本质上说中医医共体仍是由多个医疗机构共同让渡部分权力而组成的一种机构形态^[8]。不适宜的体制机制会导致医疗机构间合作效率低下，降低机构间的合作意愿，为县域中医医共体运转带来重重困难。我国中医药行业相对保守和固化，在体制机制改革方面是落后于其他行业的，甚至尚未跟上卫生健康领域的改革步伐。中医药行业在中药饮片、中医药服务等方面都有着自身的特点，导致其在体制机制改革方面又不同于其他卫生领域，需要探索出一条适合自己的路径。因此，县域中医医共体的建设要以改革体制机制为突破口。

根据典型案例经验，首先要通过政府力量完善管理体制，通过成立由县级党委政府牵头的管理委员会，修订中医医共体的发展规划、管理办法。其次要推动人事编制与薪酬、医保支付、分级诊疗等一系列制度改革，推动建立良好的运行机制；通过编制各级医疗机构中医病种收治目录、畅通转诊渠道、设立联合病房等手段完善双向转诊机制；通过统一管理、中药饮片统一采购以及信息化建设等手段形成优质医疗资源上下贯通机制；通过提高中医药报销比例，降低中医医疗机构住院报销起付线等倾斜性政策，逐步释放中医药服务需求。最后，要探索有效的利益机制，通过科学合理的绩效考核、提高中医医共体牵头单位结余分配权等手段，激发中医医共体的活力。

3.4 县域中医医共体建设应以发挥中医药优势为重要特征

中医药在治未病中起着主导作用，在重大疾病治疗中起着协同作用，在疾病康复中起着核心作用，这

是中医药的优势所在。通过中医医共体的建设可以将“治未病”理念下沉基层，推动我国医疗卫生服务体系向“以健康为中心”转变；可以为患者提供连续性的服务，发挥中医药在慢性病管理中的优势；可以将中药、针灸、推拿、拔罐等手段下沉基层，对患者的疾病康复提供便利。县域中医医共体建设就是要实现中医药的传统理念和诊疗方法在县域内推开，将简便廉验的中医药适宜技术推广到基层，为现代医学难以解决的问题提供中医药思路，让居民切实享受中医药优势带来的健康保障。因此，县域中医医共体的建设应以发挥中医药优势为重要特征。

根据典型案例经验，中医医共体建设中可以推动建立环式治未病健康管理链，以县级中医医院为中医治未病中心，医共体成员单位均建立治未病分中心，秉承中医“治未病”理念，突出中医特色，开展“体检—预防—保健—诊断—治疗—体检康复”为一体的闭环式健康管理新模式；并将中医药服务纳入家庭医生签约服务内容，依托家庭医生签约服务强化对人群的中医药健康管理。发挥中医药在慢病管理中的优势，探索构建“医院—社区—家庭”的慢性病中医全周期管理模式，为慢病患者提供连续性中医诊疗服务。将康复保健纳入中医医共体服务体系，发挥中医药在疾病康复中的核心作用，形成“大病不出县，小病不出乡，康复在基层”的良性就医格局。

参 考 文 献

- [1] 牛亚冬, 张亮. 县域医共体的发展现状与问题分析[J]. 中国卫生经济, 2020,39(2):22-25.
- [2] 郑大喜, 田志伟, 戴小喆, 等. 医共体财务管理与会计核算: 政策梳理、典型经验与启示[J]. 中国卫生经济, 2021,40(3): 89-94.
- [3] 孙美硕, 赵筱媛. “技术—市场成熟度”视角下颠覆性技术分类与特征: 基于扎根理论的多案例分析[J]. 情报工程, 2023,9(2):3-18.
- [4] EISENHARDT K M. Building theories from case study research[J]. Academy of Management Review, 1989,14(4):532-550.
- [5] 杨露, 周建国. 城乡基层治理创新的归因模型与路径选择——基于扎根理论的多案例分析[J]. 城市问题, 2022,321(4): 87-95.
- [6] 陈向明. 扎根理论的思路和方法[J]. 教育研究与实验, 1999(4):58-63, 73.
- [7] 刘昱含. 基于数据包络分析法的我国县级中医医院运行效率研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.
- [8] 任飞, 周健, 施雯慧, 等. 协同治理视角下市域紧密型医联体建设与推进策略[J]. 卫生软科学, 2023,37(4):5-8.

[收稿日期: 2023-07-11] (编辑: 彭博)