

护理服务嵌入紧密型县域医共体建设的理论分析与路径探讨

杨 杰 王 迪

宁夏医科大学总医院中医骨伤科 宁夏 银川 750001

【摘 要】：紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称“县域医共体”）是深化基层医改、健全分级诊疗制度的核心载体，护理服务作为医疗卫生体系的基础性、支撑性力量，在其中承担连续性照护协调、慢病全程管理、健康教育与促进等关键职能。然而，当前县域医共体普遍存在“重医疗、轻护理”的结构性偏向，护理的功能定位与系统整合明显滞后。本文以嵌入理论为框架，从制度嵌入、组织嵌入、功能嵌入三个维度，剖析护理服务融入县域医共体的内在逻辑与现实困境。研究发现，其嵌入面临制度安排缺位、组织架构边缘化、功能链条断裂等突出问题。据此建议：完善制度设计以确立护理的战略定位，优化组织架构以建立纵向贯通与横向协同机制，深化功能延展以重构以护理为纽带的连续性健康服务体系。

【关键词】：护理服务；县域医共体；嵌入理论；分级诊疗；基层卫生

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.078

引言

县域是我国医疗卫生服务体系的基础单元。2017年国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，将县域医共体确立为医联体建设的重要形式^[1]；2019年以来国家卫生健康委开展紧密型县域医共体建设试点^[2]，截至2024年底全国已建成超2200个，覆盖大部分涉农县（市、区），旨在通过县级医院与乡镇卫生院、村卫生室的一体化管理，构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗格局。然而，护理服务在医共体框架中长期处于边缘化位置：政策重心与资源投入高度集中于医疗技术、专科能力和信息化建设，护理管理的纵向贯通机制缺失，人力资源下沉与共享缺乏制度安排，慢病管理、康复护理、安宁疗护、健康促进等护理主导功能未获明确空间。事实上，护理人员数量众多、分布广泛、与患者接触最密切持续，是贯通“预防—治疗—康复—长期照护”全程最具潜力的整合性力量。既有研究多聚焦护理人员职业发展、特定疾病连续性护理及护理质量同质化等实践层面，缺乏从系统理论视角对护理“如何嵌入”“为何难嵌入”“如何有效嵌入”的分析。基于此，本文引入嵌入理论，从制度、组织、功能三维度系统分析护理服务嵌入县域医共体的逻辑、挑战与路径。

1 理论分析

1.1 嵌入理论与分析框架

嵌入理论经历了从经济社会学概念到多学科工具的演进。Polanyi于1944年提出“嵌入性”，指经济体系嵌入于社会制度与文化结构之中^[3]；Granovetter将其操作化为关系嵌入与结构嵌入两个维度^[4]；Zukin与DiMaggio进一步拓展为结构、认知、文化、政治四维框架^[5]。此后该理论被引入公共管理与卫生政策领域，成为分析某一要素如何融入更大制度或组织结构的重要工具，并在公立医院“一院多区”协同管理等主题中得到应用^[6]。县域医共体的本质是推动原本分散、割裂的资源与要素系统性嵌入新的整合型体系，护理服务同样面临“如何嵌入”的命

题。据此，本文构建“制度嵌入—组织嵌入—功能嵌入”三维框架：制度嵌入关注护理在政策规则中获得合法性与规范保障的程度，组织嵌入关注其在组织架构与协同网络中获得结构性位置的程度，功能嵌入关注其核心业务功能在服务链条中获得功能空间的程度。三者层层递进——制度提供规则基础，组织提供结构载体，功能实现价值输出。

1.2 内在逻辑与价值定位

从需求侧看，县域居民健康需求正从急性病诊疗向慢病全程管理、功能康复、长期照护、健康促进等连续性需求转变，随着老龄化加剧和家庭照护功能弱化，农村失能、半失能老年人对长期照护与康复护理的需求快速增长^[7-8]，客观上要求护理扮演更核心的角色。从供给侧看，护理人员是县域数量最庞大的卫生专业群体，在基层甚至是唯一持续驻守的专业力量，但其能力多被局限于打针输液等基础操作，专业价值未获释放。护理服务嵌入县域医共体的价值定位有三：其一，作为连续性照护的协调者，横跨医院、社区与家庭，是构建连续性服务体系的“黏合剂”；其二，作为慢病管理的执行主体，大量随访、用药指导、生活方式干预等更适合由经培训的护理人员主导；其三，作为健康促进的基层触角，是健康教育、疾病筛查、预防接种等公共卫生服务的核心执行力量，具有不可替代的“最后一公里”优势。

2 发展现状

2.1 总体进展

自2019年试点以来，多数县建立了以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为网底的“三位一体”架构，推行“六统一”管理，并通过专家下沉、远程协作、复合式医保支付等方式推动资源下沉与服务整合。但护理整合明显滞后：将护理管理纳入一体化体系的不足三分之一，建立护理质量管理中心或协同平台的不足五分之一，护理服务“有名无实”较为普遍。

2.2 资源与能力

县域护理人员总量不足与结构失衡并存。据《2024 中国卫生健康统计年鉴》^[9]，农村每千人口注册护士数显著低于城市且差距未见缩小，护理人员高度集中于县级医院，部分乡镇卫生院仅有 2~3 名注册护士。专科护理、延续性护理、居家护理开展率低，糖尿病专科护理、PICC 维护、造口护理等门诊在县级覆盖有限、在乡镇几近空白，出院患者的延续性护理缺乏制度化安排，医院与社区、家庭之间的护理链条断裂。

2.3 政策与地方探索

2023 年《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》提出“加强护理队伍建设”^[10]，《关于进一步加强基层护理工作的通知》要求推动护理向基层延伸^[11]，《全国护理事业发展规划（2021—2025 年）》将优质护理资源下沉列为重点^[12]，但操作性细则仍显不足。地方层面，浙江德清建立护理管理中心统一调配全县护理人力，安徽天长探索“县域护士多机构执业”，四川泸县将护理慢病管理纳入医共体绩效考核，但多依赖行政推动，尚未形成可复制的制度化模式。

3 主要问题

3.1 制度嵌入缺失：定位模糊

护理在医共体政策框架与治理规则中长期定位模糊、话语缺失：顶层设计多将护理作为“配套措施”简要提及，核心考核指标以医疗利用与费用控制为导向，护理质量与效果指标几乎未纳入；决策管理机构中护理管理者普遍缺位，护理资源在编制、经费、设备分配中最易被挤压；医保结余分配以医疗服务量为依据，护理主导的慢病管理、健康教育等“无形服务”难以量化核算，劳务价值未被有效定价补偿，积极性受抑。

3.2 组织嵌入乏力：被边缘化

纵向上，医务、财务等部门已建立“县级医院—乡镇卫生院”贯通机制，护理管理的纵向一体化却严重滞后，县级护理部对乡镇缺乏管理权限与技术指导职责，人力柔性流动机制缺失；横向上，护理与医疗、公卫、康复条线协同薄弱，护理人员在多学科团队（如家庭医生签约服务团队^[13]）中角色不清，与公共卫生衔接存在“两张皮”；基层组织载体薄弱，乡镇护理管理常由护士长一人承担，村卫生室多无专职护理人员，基本操作由乡村医生兼任，质量与安全隐患突出。

3.3 功能嵌入割裂：价值输出受限

护理业务链条呈割裂状态：慢病管理功能未激活，大量随访管理仍由基层医师承担或处于管理真空，护理因缺乏执业授

权、系统培训与绩效认可而潜力难以释放；延续性护理链条断裂，出院后护理信息传递、随访衔接缺乏制度安排，患者面临较高再入院风险；康复护理与安宁疗护严重缺位，脑卒中、骨折术后患者面临“县级床位紧张、乡镇无能力、居家无指导”的三重困境；健康促进碎片化，护理健康教育多为被动摊派，“大水漫灌”式宣教难以产生实质性行为改变。

4 路径与策略

4.1 强化制度嵌入：确立战略地位

建议在下一阶段建设指导意见中增设护理服务整合专章，明确护理的功能定位与重点任务，并将护理慢病管理覆盖率、延续性护理落实率、护理不良事件发生率等纳入绩效考核与等级评审核心指标；在医共体理事会、管理委员会中设置护理管理席位，单独设立护理管理中心，赋予其全县域护理管理与技术指导职责；完善经济激励，将护理主导的慢病管理、延续性护理、居家护理纳入医保定价与支付，探索“护理服务包”按绩效付费，科学核定非床旁护理的劳务价值。

4.2 深化组织嵌入：贯通纵横网络

构建“县级医院护理部（护理管理中心）—乡镇卫生院护理管理组—村卫生室护理联络员”三级纵向体系，明确各级职责，建立护理质量巡查、技术指导与远程会诊制度，实现同质化管理；在“县管乡用”框架下将护理纳入统一招聘、培训、调配，探索“护理人才池”与“下沉带教、上派进修”双向交流，并在职称评审中向基层倾斜；建立护理与医疗、公卫的横向协同，明确护理人员在多学科团队中的角色，探索“医护协同门诊”，在医防融合中统筹护理与公共卫生服务。

4.3 拓展功能嵌入：重构连续性服务体系

其一，激活护理慢病管理，制定护理主导的标准化方案（SOP），依托信息平台开展系统化随访，用数据证明其临床与经济价值；其二，打通延续性护理链条，建立出院护理评估与转介制度，针对脑卒中、髋部骨折、心力衰竭等高风险患者设计标准化延续性护理路径；其三，填补康复护理与安宁疗护空白，在乡镇建设康复护理单元，依托基层设立安宁疗护床位或居家团队，让居民在“家门口”获得有尊严的生命末期照护；其四，提升健康教育的系统性与精准性，建立“需求评估—方案设计—精准实施—效果评价”闭环，善用“互联网+护理”数字化渠道；其五，大力发展“互联网+护理”服务^[14]，建设“线上预约、线下服务”平台，为行动不便的老年人、失能患者、孕产妇等提供上门护理，将县级专科护理能力向社区和家庭延伸。

参考文献：

- [1] 国务院办公厅.关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见:国办发〔2017〕32号[Z].2017.
- [2] 国家卫生健康委.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[Z].2019.

- [3] POLANYI K. The great transformation: the political and economic origins of our time[M]. Boston: Beacon Press, 1944.
- [4] GRANOVETTER M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness[J]. American Journal of Sociology, 1985, 91(3): 481-510.
- [5] ZUKIN S, DIMAGGIO P J. Structures of capital: the social organization of the economy[M]. New York: Cambridge University Press, 1990: 1-36.
- [6] 陈长英, 蒋帅, 付航, 等. 嵌入式协同管理模式在河南省某公立医院“一院多区”门诊管理中的应用[J]. 医学与社会, 2024, 37(8): 92-98.
- [7] 郑先平, 童潇, 吴超男, 等. 长期护理保险两批试点城市政策辨析与思考[J]. 医学与社会, 2022, 35(9): 110-115.
- [8] 潘诗悦, 储静, 裴艳, 等. 基于 23 个试点省市的长期护理保险非基本生活照护类服务项目的问题分析及优化策略[J]. 护理研究, 2025, 39(9): 1409-1415.
- [9] 国家卫生健康委员会. 2024 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2024.
- [10] 中共中央办公厅, 国务院办公厅. 关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见[Z]. 2023.
- [11] 国家卫生健康委. 关于进一步加强基层护理工作的通知[Z]. 2024.
- [12] 国家卫生健康委, 国家中医药管理局, 中央军委后勤保障部卫生局. 全国护理事业发展规划(2021——2025 年): 国卫医发〔2022〕15 号[Z]. 2022.
- [13] 周晓容, 邓靖, 彭美华. 农村地区家庭医生签约服务现状及对策研究[J]. 卫生经济研究, 2018(4): 52-55.
- [14] 国家卫生健康委. 关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知: 国卫医函〔2019〕18 号[Z]. 2019.