

城市公立医院医联体建设实践与思考

李 唯¹ 唐国帅²

(1. 杭州市中医院, 浙江 杭州 310007;

2. 拱墅区东新街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310007)

摘要:目的: 从三种类型介绍某城市公立医院医联体建设经验及思考。方法: 对医联体实施以来, 帮扶基层医疗机构服务提升能力, 对实践探索活动进行总结、分析和提炼。结果: 经过9年多的探索实践, 基层医疗机构的专科建设、手术量、门急诊人次、中药饮片量等均有明显提升。结论: 医联体为基层医疗机构的发展提供了机遇与挑战, 通过专家下沉、带教培养、医院改造、信息化平台建设等措施可以有效提升基层服务能力。

关键词: 医联体; 公立三级医院; 基层服务能力提升

我国医疗卫生体系长期以来存在着条块分割、各自为政的问题, 省市级医院盲目扩张及城市社区医疗机构服务能力不足导致了医疗资源配置及利用“倒金字塔型”结构逐步显现, 并成为“看病贵、看病难”的部分原因, 制约着我国卫生事业的发展。人口老龄化日益严重、慢性病患病率逐步升高、疾病经济负担逐渐加重以及居民健康需求逐步提升而产生的医疗卫生费用急剧上涨又对我国卫生事业发展增加了新的挑战, 推进患者有序就医、高效整合医疗资源、实现医疗服务的连续性成为当前医疗改革亟待解决的问题。而医疗联合体作为解决医疗卫生资源不均衡、落实分级诊疗制度的一项重要举措, 对实现医疗卫生服务体系资源的有序配置, 实现组织间资源共享, 满足患者对连续、高效、高质医疗服务的需求有着重要意义。本文就近年来某医院医疗联合体建设实践进行分析, 为更好地发挥城市公立医院作为牵头医院的辐射带动作用, 推动优质医疗资源下沉提供可借鉴经验。

一、医联体发展趋势

(一) 医联体的定义

医疗联合体(以下简称医联体)是指通过纵向或横向的方式将一定区域内的医疗资源整合起来, 组成服务、责任、利益、管理的共同体。

(二) 国内外医联体发展趋势

国外以“整合型医疗”作为改革核心, 结合本国国情探索高效利用医疗资源的方式。美国在20世纪90年代提出了“整合型医疗服务系统”, 并通过凯撒医疗集团来实现, 该集团由16家医院组成, 集团内的临床医生具有良好的专业技能, 可全程、系统地对患者进行管理, 并严格实行全科医生首诊制度, 未经全科医生转诊至其他医院将不予报销医疗费用。而在20世纪90年代英国, 布莱尔政府推出的新改革, 强调“合作和协调”的改革理念, 推进全民医疗保障制度内部分散组织和服务的整合, 一方面是公立医院内部加强合作, 开展转诊服务; 另一方面, 加强公立医院与其他诸如社区卫生服务、家庭保健等机构的合作。

我国医联体的实践最早可追溯到20世纪80年代, 首个医疗协作联合体在沈阳成立。2013年, 时任卫生部部长陈竺在全国卫生工作会议上提出: “要积极探索和大力推广上下联动的医疗联合体体制机制”, 这是国家层面首次明确提出鼓励医联体[8]。2016年, 国家卫生计生委印发的《关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》提出, 将医联体建设作为推进分级诊疗的主要载体。2019年国家卫生健康委和国家中医药管理局联合下发了《关于开展城市医疗联合体建设试点工作的通知》, 为各地医联体建设提供更明确的指导意见。2020年7月, 国家卫生健康委、国家中医药管理局共同印发了《医疗联合体管理办法》, 鼓励中医医

院牵头组建各种形式的医疗联合体。据统计, 截至2021年11月全国已有205个地级以上城市开展相关工作, 共出现不同形式的医联体近1500组。

二、主要做法

(一) 县域医疗联合体

组织管理和专家团队为帮扶医院进行“把脉”, 对症开出“合作处方”。通过制定帮扶计划、规范制度, 明确帮扶重点, 帮助基层医疗机构走出一条差异化发展之路。

1. 健全组织机构, 改革医院管理体制

成立合作管理委员会, 共同参与基层医疗机构的管理, 特别是在战略发展规划、学科建设、人才培养、新院区建设等重大事项上。管委会领导经过多次的实地调研和考察, 制定了发展目标。通过双方协商将目标进行分解, 确定帮扶的具体目标和重点扶持学科, 并提出了发展中医特色、提升整体医疗水平, 提高急救能力等建设思路, 通过牵头单位的品牌优势带动基层全面发展。在此基础上, 向帮扶医院派驻由执行院长及科主任、护士长组成的管理和业务专家团队, 全面投身各项管理工作。

2. 规范质量管理, 提升医疗技术水平

医疗质量是医院管理的核心, 牵头医院选派具有丰富的医疗质量和医疗安全管理经验的专家担任基层执行院长, 狠抓医疗质量管理, 实行全面质量管理、全程质量控制以及持续改进管理等管理理念。建立和规范各项医疗规章制度, 并不定期组织基层人员分批到牵头单位学习观摩三级查房、医疗质量大检查等, 不断健全医疗质量组织管理体系。

3. 制定培训计划, 加强人才队伍建设

制定管理干部和卫技人员全方位、多层次的全员培训计划, 竭力帮扶基层打造一支结构合理、管理和技术水平过硬的团队。接受基层职能科室、卫技人员及临床骨干分期分批来院进行短期培训和学习, 并通过引进各类中医药人才、参加继教班及学术讲座等, 帮助基层完善人员结构。通过导师带徒制度, 下派专家还对基层年轻骨干医师实行一对一的带教培养, 每周定期开展业务学习, 每月安排两至三次全院业务学习及操作培训, 以及举办以业务培训、操作培训、全院三级查房、学术沙龙等主题的“学术活动周”活动, 提升全院医护人员的综合服务能力。

4. 凸显中医特色, 推动学科稳步发展

全面启动中医建设和综合实力提升工程, 陆续帮扶基层开设康复科门诊及病房。下派专家制定完整的病房规章制度, 开展新技术新项目, 推广中医护理适宜技术全覆盖, 将传统针灸、推拿、艾灸、熏蒸等手段与激光热疗、中医电频等现代中医技术相结合, 在脑中风后遗症、颈肩腰腿痛、骨科术后患者的康复治疗中发

挥重要作用。与此同时,成立名中医工作室。工作室的多名团队成员先后坐诊基层,并进行带教帮扶,基层中医特色逐步显现。

(二) 城市医疗联合体

1. 提升软服务, 推进双向转诊信息化发展

建立信息化的转诊平台, 牵头医院普通及专家号源大量向社区卫生服务中心开放。随着“互联网+医疗健康”发展模式的不断推进, 住院转诊、检查转诊、会诊转诊功能上线, 大大提高了患者就诊的效率, 更好地为患者提供了优质化服务。待患者康复出院或下转回社区, 社区医师也会收到病人出院信息短信, 做好患者院后管理和康复指导, 从而真正实现全闭环网格化管理。与此同时, 通过电子病历、电子健康档案和区域医学影像、心电会诊中心, 实现优质医疗资源共享及检查结果互通互认。

2. 精准帮扶, 促进医疗资源双循环

根据每家中心的实际需求和特色, 派驻专科医生深入到社区卫生服务中心, 帮助其进行慢病管理、早癌筛查、开展特色门诊。根据中医的特色优势, 赋予“1+1+X”全专联合新路径。第一个“1”是指内科医生以“两慢病”为重点人群有效提供全方位全周期健康管理。第二个“1”是指外科医生以早癌筛查(甲状腺癌、乳腺癌、前列腺癌、胃肠癌等)为切入点, 特别是针对社区卫生服务中心的企退休体检出现异常指标时, 牵头医院相应专科医生会及时介入, 定时定人后续跟进做好疾病“一条龙”管理。所谓“X”指的是推广中医药适宜技术。在派遣专家社区坐诊的同时, 探索基层医生到牵头医院开设全科门诊服务新模式。

3. 加强沟通合作, 多形式开展各类学习和活动

接受各类进修培训, 组织各科室深入社区开展义诊、讲课活动。组建互联互通微信群, 社区医生可随时在群里提问, 牵头医院相关专家实时解答, 有效并快速解决全科医生碰到的临床问题。通过加入牵头医院的“胸痛中心”和“卒中中心”, 通过电话指导等形式不断加强社区院前急救的能力, 有效提升急诊患者的救治率。

(三) 专科联盟

为促进县市与城区的集合式发展, 牵头成立的5个专科联盟借助专科的学术会议、学术交流、微信公众号、进修学习等多种模式, 搭建互相学习、交流的平台, 以专科协作为纽带, 强弱项、补短板, 促进联盟单位的整体能力提升。2021年起, 通过备案申请, 牵头单位的自制制剂在多家专科联盟单位中使用。

三、体会与思考

2013年以来全国各地开始大范围探索建设医联体, 浙江率先开展试点工作, 取得了良好的成效, 但在实践过程中我们也发现了一些问题和进行了一些思考。

(一) 提升共建水平, 推进医联体内管理互动

医联体合作的改革实质是双方的一种契约管理。作为医联体合作基础的合同, 本身具有不完全契约的属性。合同无法穷尽将会发生的所有情况, 因而无法详细约定签约双方的行为, 大部分合同仅覆盖原则性条款。因此, 牵头医院需用心、用情去帮扶基层医疗机构, 不仅仅是完成指令性任务, 而基层医疗机构则应积极配合, 切实发挥医联体效能。

(二) 注重因地制宜, 完善绩效考核机制

县域医联体建设即“双下沉两提升”工程自2013年开展以来获得了卓越成绩, 有些县级医院的发展从快速上升期已进入平稳化阶段, 该如何突破瓶颈, 向上实现一个飞跃, 是接下来帮扶需要思考的一个问题。

而“双下沉两提升”的考核自实施以来就一直未曾更新, 考

核中要求全面托管性质的需牵头医院下派专家12人, 对于9年多的帮扶来说, 大量的骨干均已对县级医院开展了帮扶, 该传授的技术均已传授, 再下派大量人员可能对于优质医疗资源来说有些浪费。有些县级医院的专科本身水平就比较好, 或许通过半年的帮扶服务能力就可以有所提升, 而一些相对薄弱的科室可能需要花费一年半的时间进行帮扶, 而考核中则要求一整年帮扶同个科室, 可能产生帮扶效率不高的现象。

另外基层医疗机构所处的地域、等级、法人、收支线都与牵头医院不同, 具有各自的文化差异, 可能存在管理、服务模式不适用情况, 需要不断磨合。因此, 考核应该因地制宜。

(三) 完善信息化建设, 推进双向转诊有序流动

由于城市医院在医疗行为上的垄断地位和信息不对称性优势, 面对未来的不确定性, 有很大的相机决策空间, 将病源更多转诊至牵头单位而不是留在基层。因此, 推进远程会诊信息化系统建设, 能降低医院间协作的开支, 减少患者不必要的流动。完善双向转诊制度建设, 从而约束双方高效利用医疗资源。

参考文献:

- [1] 齐静. 城市医疗联合体构建及其发展策略——以深圳市为例[D]. 湖北: 华中科技大学, 2017.
- [2] 宋晓庆, 熊季霞. 基于共生理论的纵向型医联体利益协调机制研究[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(1): 13-16.
- [3] 赵锐, 高晶磊, 肖洁, 等. 我国医疗联合体建设现状与发展思考[J]. 中国医院管理, 2021, 41(2): 1-4.
- [4] 辛沁玲, 苏敏, 方鹏鸾, 等. 我国医疗联合体激励约束机制的关键问题与路径分析[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(12): 889-892.
- [5] 郭林飞, 任献青, 董新刚, 等. 医联体模式下基层中医医疗机构医疗服务能力建设现状分析[J]. 河南医学研究, 2021, 30(17): 3178-3180.
- [6] 魏妍妍, 王振宇. 浙江省紧密型医联体托管合作的效果分析和思考——基于不完全契约理论[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(9): 16-19.
- [7] 孙喜琢, 宫芳芳, 顾晓东, 等. 基于远程区域医疗联合体的实践与探索——以大连市中心医院为例[J]. 现代医院管理, 2013, 32(3): 8-10.
- [8] 万祥波, 朱夫, 杨扬, 等. 镇江市建立紧密型医疗联合体的探索和实践[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(4): 263-266.
- [9] 杜羽茜, 宋宝香, 沈艳, 等. 基于共生理论的国家医联体绩效考核指标分析及优化[J]. 中国医院管理, 2022, 42(2): 44-46.
- [10] 陈利坚, 陈卫刚, 邹晓明, 等. 城市医联体建设的实践与思考——以浙江省绍兴市人民医院为例[J]. 养生保健指南. 2021年51期, 177-178页.
- [11] 郝亚冰. 纵向型医联体模式下城市公立医院财务管理的实践与思考[J]. 卫生经济研究, 2016(5): 3.
- [12] 杜杏利, 高欢, 项莉, 等. 大型公立医院在医联体建设中的责任思考与探索[J]. 中国医院, 2019, 23(12): 3.
- [13] 彭强. 推进医联体建设的实践与思考——以湖南省湘阴县为例[J]. 人口与计划生育, 2017(9): 2.
- [14] 章金娟, 李益民, 钱申贤. 医联体促进县级公立医院学科建设的实践与探讨[J]. 医院管理论坛, 2017, 34(12): 3.