

医联体模式下上海远郊医疗资源整合 现状分析与发展对策

孙喆, 李晖, 李少杰, 孔霞, 王心璐, 符晓亮, 邓志锋, 范存义

上海交通大学附属第六人民医院 上海交通大学中国医院发展研究院公立医院党建研究所, 上海 200233

摘要: 2012年上海市政府通过启动实施“5+3+1”工程,加快郊区三级医院建设,推动全市优质医疗资源布局更加均衡。作为工程项目的上海某三甲医院分院区通过医联体建设,积极发挥优质医疗资源辐射作用,推动远郊医疗资源整合。2021年按照市政府部署,该院启动一体化建设,并计划建设区域紧密型医联体,推进区域医疗资源整合。本课题在梳理分析区域医疗资源现状和做法的基础上,尝试提出发展对策:立足牵头医院高质量一体化发展进程,按照“政府主导、资源整合、部门联动”的基本原则,推进建立区域紧密型医疗联合体,并通过优化医联体建设体制机制、建立医联体管理运行主体、成立医联体党建联盟等,统筹属地政府、主管部门、牵头医院、成员单位等各方力量,加强整合资源配置,将区域内医疗机构逐步建设成为集服务、责任、利益、管理的为一体的共同体,为当地群众提供优质、高效、方便、经济的整合型医疗卫生服务。

关键词: 医疗资源; 整合; 医联体; 对策

中图分类号: R197 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2022)02-0241-05

Current situation analysis and development countermeasure of medical resources integration in outer suburbs of Shanghai under medical alliance

SUN Zhe, LI Hui, LI Shao-jie, KONG Xia, WANG Xin-lu, FU Xiao-liang, DENG Zhi-feng, FAN Cun-yi

The Sixth People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200233, China

Corresponding author: FAN Cun-yi, E-mail: fancunyi888@163.com

Abstract: In 2012, the Shanghai Municipal Government initiated the implementation of the “5+3+1” project to accelerate the construction of tertiary hospitals in the suburbs and promote a more balanced distribution of high-quality medical resources in the city. As one of the engineering projects, the branch of a tertiary hospital in Shanghai has actively played the role of high-quality medical resources through the construction of medical alliance, and promoted the integration of medical resources in the outer suburbs. In 2021, according to the deployment of the municipal government, the hospital has started the integration construction and plans to build a regional compact medical alliance to promote the integration of regional medical resources. On the basis of combing and analyzing the current situation and practices of regional medical resources, this topic tries to put forward development countermeasures: based on leading the high-quality integrated development process of the hospital, and in accordance with the basic principles of “government leading, resource integration and department linkage”, it promotes the establishment of regional close medical association, and through optimizing the system and mechanism of medical association construction, establishing the management and operation subject of medical association, and establishing the party-building alliance of medical association, etc. To coordinate the forces of competent departments, local government departments, leading hospitals, member units and other parties, strengthen the integration of resource allocation, and gradually build the medical consortium into a community that integrates services, responsibilities, benefits and management functions and provide high-quality, efficient, convenient and economical integrated medical and health services for local people.

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.cjcr.2022.02.022

基金项目: 国家重点研发计划重点专项 (2020YFC2006400, 2020YFC2006401); 2021年上海市党建研究课题

通信作者: 范存义, E-mail: fancunyi888@163.com

Keywords: Medical resources; Integration; Medical association; Countermeasures

Fund program: National Key Research and Development Program Key Special Project (2020YFC2006400, 2020YFC2006401); 2021 Project of Shanghai Party Building Research Association

医疗资源是在一定社会经济条件下,国家、社会和个人对医疗服务的生产要素综合投资的总称,是卫生部门为社会及人群提供卫生服务的基础,是开展卫生服务活动的基本条件^[1]。当前,我国医疗资源配置不够合理的情况普遍存在,大部分优质医疗资源集中在大城市,而大城市的优质医疗资源则多集中在中心城区。医疗资源整合是一种优化医疗资源配置的重要手段,是根据各卫生机构的规模、水平以确定不同的医疗服务任务而组建区域医疗救助网,为就医对象提供不同层次、相互补充的服务,让有限的医疗资源发挥最大作用^[2]。国家卫健委提出要在各级各类医疗卫生机构全面推行医疗联合体建设,以“资源整合”为理念,通过医联体内部管理、运行、激励等制度和机制的执行,实现区域医疗卫生机构的职能定位、双向转诊、分级诊疗,增强区域卫生健康服务供给能力,便于群众就近看病就医^[3]。

为使全市优质医疗资源布局更加均衡,上海市政府自2008年提出要加快郊区三级医院建设,并启动实施“5+3+1”工程。该工程是促进上海城乡医疗卫生事业均衡发展的一项重大战略决策,总体目标是通过优化三级医院设置,使郊区居民享有优质医疗服务的可及性明显提高,至2012年实现郊区每个区县配置至少一所三级公立综合医院^[4]。运行9年来,新配置的郊区三级医院在积极发挥优质医疗资源辐射作用、推动远郊医疗资源整合方面进行了有益尝试。深化医改推动医疗资源整合的重要抓手是组建医联体,建成分级诊疗制度,增强各级各类基层医疗卫生机构提供卫生健康服务的能力^[5]。本课题对“5+3+1”工程之一的上海市某三级医院分院区通过医联体模式推进区域医疗资源整合的现状进行调查分析,为医疗资源整合进一步推广提供政策依据。

1 区域医疗资源基本情况

该三级医院分院区所在区域包含4个街镇,共有9处社区卫生服务中心(含分中心),39处社区卫生服务站(含村卫生室),无其他综合性二级、三级医院以及妇幼保健院、口腔医院等专科医疗机构。为服务区域百姓健康,该区域建立了以唯一的三级医院分院区为中心,4个街镇社区卫生服务中心共同参与的医联体,形成了三级医院—社区级卫生服务中心—村级

卫生服务站(卫生室)全覆盖的医疗体系,共计覆盖当地居民人群约35万,医联体拥有医疗床位数仅为890张,千人口床位数2.54张,远低于全市平均水平6.4张,即使与世界经合组织统计的中国每千人平均4.2床位相比,也存在较大差距。目前新建三级医院分院区现有600张床位,近年来收治患者数量增速较快,日均服务2 000~3 000人次,7年间出院患者年均增长29.54%,2020年实际开放床位已经超过600张,“一床难求”成为医院发展的重要瓶颈。

2 区域医疗资源整合现状

作为区域内唯一的三级甲等综合性医院,该三级医院分院区自2012年10月26日建院以来,便高度重视推进医联体建设工作,于2013年1月与浦东3家二级医院和7家社区卫生服务中心成立医疗联合体,为浦东地区居民提供医疗服务。此后,医院还积极拓宽渠道,2014年与浙江省嵊泗县人民医院、2017年与浙江省岱山县人民医院签署协议,探索建立跨区域医联体。2018年10月,根据浦卫计医政(2018)22号文《关于印发〈关于浦东新区推进医疗联合体建设的实施意见〉的通知》,医院牵头负责区域医联体建设,目前由该三级医院分院区与浦东新区泥城、芦潮港、书院、万祥4个社区卫生服务中心组成的松散型医疗联合体,逐步向紧密型医联体过渡,并将把奉贤区四团平安社区卫生服务中心纳入,统一建设。

2.1 配合属地政府发展愿景,探索建立医联体顺利运行保障机制 医院与属地政府签署合作协议,采用“三级签约法”(即医院与属地政府进行一级签约、医院临床科室与村居委进行二级签约、医院带教导师与医联体单位进修医师进行三级签约)、“家门口服务”等模式,加强与属地政府的协调沟通,了解其发展愿景,借助属地政府力量推进医联体工作,更好地为居民服务。建立院领导联系点制度,提高沟通效率。每位院领导分工联系医联体单位,通过走访等形式与医联体单位建立密切关系,对医联体建设提供指导,或直接协调处理出现的相关问题。制定实施院区各科室参与医联体工作的绩效工资制度,鼓励医院医生下社区,促进医疗资源下沉。

2.2 畅通渠道,加强医联体单位间人员交流互动 根据医联体单位的需要,制作下发科室联系卡,方便

医联体单位成员间的了解、联系;建立医联体单位专家微信交流群,方便社区医生、医技、管理人员的专家资源对接;利用“钉钉”平台,建立三级医院—社区卫生服务中心组织架构,做到全部科室、全体人员的线上集中统一,为人员互通、业务互动、加强交流打好基础。探索建立区域医联体党建联盟,拟定相应章程、签订合作协议,通过党建引领和共建联动,促进重心下移、人员互动和资源整合,推动区域医联体各项工作落地。

2.3 以共享中心建设为抓手,推进成员单位同质化发展 建立区域医联体临检中心、影像中心、消毒供应中心,推进完善医联体医疗质量同质化管理。鼓励医联体单位联合开展专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目合作,建立社区医生弹性进修机制,针对社区医生日常工作繁忙的情况,拟定弹性进修制度,即社区医生忙时回社区工作,闲时来院进修,通过累加的时间保证进修质量,既满足了社区医生提升业务能力的需要,也不影响医联体单位的工作,实现了“双赢”。根据医联体成员单位的需求,开展科研合作,医院组织专家帮助社区医生修改完善标书和科研论文;与医联体单位共同申请科研课题,通过合作,提升医联体单位成员的科研能力。

2.4 完善联合体工作制度流程,共同服务区域百姓健康 通过设立社区联络员、社区热线电话、微信沟通平台,为转诊居民提供“优先接诊”、“优先检查”、“优先住院”服务,建立大型检查绿色通道等措施为医联体单位转诊提供便捷渠道,医联体签约居民CT、MRI、心脏超声等大型检查预约时间较一般门诊患者缩短三分之一。打造区域内小型专科医联体,建立“肿瘤疾病防治专科医联体”、“危重新生儿救治协作组”、“糖尿病防治联盟”,建立临港地区居民健康档案,及时追踪、跟进健康信息,开展(泥城)全社区慢病追踪筛查,人数超过20 000人次;建立南汇新城镇60岁以上居民健康数据档案,每年超过3 000人次。有计划地共同为医联体单位所属区域居民开展义诊和健康讲座,健全完善双向转诊工作制度,建立工作机制,推进建设“三级医院—社区卫生服务中心”应急医疗救治体系。尤其在新冠肺炎疫情防控工作中,医联体牵头单位与成员单位密切配合,全面落实“外防输入、内防反弹”的防控策略,整体承接区域新冠疫苗接种点的疫苗接种和医疗保障工作,持续优化疫苗接种服务流程,严格落实接种要求,为辖区内相关人群提供疫苗预约接种服务,

建立临港全人群免疫屏障,3个月内完成区域约24万剂次接种,整体运行平稳,未发生严重不良反应,为抗击疫情作出了贡献。

2.5 落实医疗机构功能定位,基层服务能力显著提升 通过签订医联体协议、临港新片区医联体党建联盟协议并建立章程,明确医联体牵头医院与其他成员单位功能定位,全面推进医联体所属医疗机构关系由“竞争型”向“合作型”转变,持续推动优质医疗卫生资源从“往上聚”到“向下沉”转变。牵头医院主要以疑难危重疾病诊治为主,逐步减少常见病、多发病、病情稳定的慢性病患者比例,基层医疗卫生及专业康复、护理等机构为诊断明确、病情稳定的患者提供治疗、康复、护理等服务。推动社区卫生服务中心诊疗量持续增加;2019年基层医疗机构上转病人60 297例,占比达到6.72%;牵头医院下转病人8 504例,占比达到3%。2017~2019年床位使用率均维持在90%左右,平均住院天数维持在14 d左右;门诊均次费用增幅趋缓。见表1。

表1 各社区卫生服务中心门诊均次费用和床位使用率情况
Tab. 1 Average outpatient expenses and bed utilization rate of community health service centers

社区	门诊均次费用(元)			床位使用率(%)		
	2017年	2018年	2019年	2017年	2018年	2019年
万祥	139.62	161.95	171.29	94.07	88.61	98.67
泥城	144.11	163.45	155.16	82.43	87.82	55.19
芦潮港	90.11	106.00	115.63	87.00	76.00	85.00
书院	165.00	175.00	182.00			

3 区域医疗资源整合存在问题及建议

2019年8月6日,国务院印发《中国(上海)自由贸易试验区临港新片区总体方案》,标志着临港新片区正式设立。根据区域发展规划,2025年临港产城融合区实有人口将达到78~100万人,2035年临港产城融合区实有人口将达到184~281万人;该地区将围绕新建二级医院、专科医院、迁建和新建社区卫生服务中心等举措,进一步完善区域卫生服务体系。但就“十四五”期间,该区域与国内其他卫生资源整合优化实践存在着同样困难,各医疗机构间尚未形成良性运作机制;而分级诊疗下的整合医疗是大势所趋^[6]。目前区域内缺少综合性二级医院,现有的三级医院—社区卫生服务中心模式,由于物理距离较远,体制机制不畅等原因,还没有真正实现有效合作,仍然存在卫生设施总量不足、医疗卫生人才不足的实际状况。按照常住人口,该区域每千人卫计人员数量约4.57人,远低于上海市平均水平(每千人卫计人员

数量约8.8人)。与医疗资源不足同时存在的,是已建立的医联体内部人、财、物未实现统一管理,导致牵头医院和成员单位在落实卫健委下达的各项工作指示要求时,没有相应抓手,医联体单位积极性不高,导致在双向转诊、医师间业务和人员交流等方面工作落实不到位;同时医联体建设投入不足,即医联体建设的财政预算资金补偿机制未明晰,导致牵头医院统筹基层的软硬件医疗资源没有方向,项目建设发展动能不足。由于人才储备和硬件设施等客观条件限制,收支两条线体制以及绩效考核体系存在的问题,目前医联体成员单位开展新技术、新项目的意愿不强烈,能力提升效果不好。

2021年2月3日,该区域内的唯一三级医院与母体医院高质量一体化发展启动仪式顺利举行,标志着上海远郊三级医院的建设发展进入全新阶段。按照市政府部署,要求该区域以建设紧密型医联体为抓手,坚持公益性导向,以人民健康为中心,优化资源结构布局,推进疾病预防、治疗、管理相融合,建立与区域经济社会发展相适应的、能满足人民群众多元化健康需求的紧密型医疗联合体。新的医联体地处临港新片区,同时其主管部门又分别隶属两个行政区,内部涉及的管理体制机制、建设标准、工作要求以及信息系统等,都不统一。如何凝聚两区合力,弥补医疗资源总量不足,建设能够满足该区域百姓健康服务需求的有力体系,结合区域医疗资源配置实际和建设发展需要,提出以下建议。

3.1 全面启动建立区域紧密型医疗联合体 紧密型医联体执行“规划发展、分区包段、防治结合、行业监管”的方针^[7],是优化资源配置和共享的优选,值得全国推广^[8]。要研究立足牵头单位三级医院高质量一体化发展进程,按照“政府主导、资源整合、部门联动”的基本原则,统筹属地政府、主管部门、成员单位等各方力量,争取区政府支持,建设区域紧密型医疗联合体。要通过推进紧密型医联体所属医疗机构人、财、物系统性、整体性、协调性和可持续性发展,以建设“健康临港”为工作目标,以区域内全人口多层次、多样化健康需求为导向,利用三级医院优质资源集中优势,促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉,充分发挥对基层医疗卫生机构的人才培养、技术辐射和学科带动作用,提高区域医疗服务体系的整体能力与综合绩效。以统一管理为纽带,通过对战略目标、管理体制、卫生资源、权责义务、医疗服务、利益共享等六项总体规划的统一整合,构建紧密型医疗联合体内部分工协作机

制,优化区域内医疗资源有效共享,全面保障管理目标责任落实。

3.2 优化区域医疗资源整合体制机制 紧密型医联体成员单位内的社区卫生服务中心分属两个行政区,同时执行“收支两条线”,为充分调动各级各类医疗机构参与医联体建设的积极性,建立有效有力的考核体系至关重要。要通过强化考核和制度约束,推动落实公立医院的公益性,建立起引导公立医院主动下沉资源、与基层医疗卫生机构分工协作的机制。建立适应紧密型医疗联合体发展目标考核体系和效果监测评估体系,包括运行机制情况、分工协作情况、区域资源共享和下沉情况、发挥技术辐射作用情况、可持续发展情况,以及公共卫生和居民健康改善情况等指标^[9]。构建基于分级诊疗和紧密型医疗联合体建设目标的考核机制,由属地政府提供紧密型医联体项目建设资金支持,并牵头会同主管部门分别考核(标准以全市社区卫生中心统一评价标准为主),考核结果可直接影响成员单位主要负责人的任免,并作为政府补助、医保支付、评优评先等的重要依据。争取市、区医保局支持,探索研究紧密型医疗联合体的医保总额付费办法,争取建立紧密型医联体内部医保总额预算分配机制和内部绩效利益分配共享机制,完善紧密型医联体“结余留用、合理超支分担”的激励约束举措。

3.3 组建紧密型医联体管理运行主体 新组建的医联体不是一家医院,而是由不同隶属关系、分属不同地区的几家成员单位共同组成,因此建立明确紧密型医联体的管理和运行主体至关重要。要统一思想,整合力量,推动建立形成领导小组,领导小组作为紧密型医联体决策机构,负责所属医疗机构的总体发展规划、资源统筹调配、医保额度分配,以及医保资金结余分配、人员流动、内部结算等重大事项决策;在主管部门和牵头医院设立紧密型医联体办公室,发挥上联下达的协调功能,监督医联体日常运行;成立紧密型医联体内医务、医保、人事、财务、信息、科教、综合管理等七大管理中心,统筹行政管理、医疗业务、后勤服务、信息系统建设发展,逐步实现基础建设、物资采购和设备配置等的统一管理,有效降低运行成本;设立紧密型医疗联合体专家委员会,负责紧密型医联体政策咨询、论证等事项。

3.4 完善区域医联体党建联盟建设 新组建的医联体要有统一的医联体文化,形成积极向上的文化氛围,以统一成员单位的思想,凝聚各单位干部职工的思想。应立足全面加强公立医院党的建设大背景,制

定实施区域医疗联合体党建联盟章程,明确牵头单位与成员单位的责、权、利,以体系机制、平台阵地、服务载体为抓手,着力发挥党组织在卫生健康事业改革发展中的领导核心作用,构建临港新片区医疗联合体党建联盟工作格局。要发挥牵头医院党委、成员单位党支部的重要作用,推进组织建设,促党建引领紧密型医联体建设目标顺利实现。各成员单位要在党建阵地、支部建设、党员活动等各方面统筹资源,有组织、有计划地开展互动学习、教育培训、专题讲座、经验交流、扶贫帮困等党建共建活动,创新党员、干部教育管理工作模式,推动工作向纵深发展,不断加强基层党组织和党员干部的思想建设、组织建设和作风建设,加强党建研究。要以问题和需求为导向,推进重心下移,促服务惠民,切实提升基层医疗服务水平和服务能级;推进资源整合,促共建联动,有效整合医疗联合体内部、医疗联合体与区域其他医疗卫生单位之间的专业资源,以及临港区域各类社会资源,推进共建共享,不断丰富党建工作内涵,积极参与临港区域的社会治理。

3.5 优化信息建设项目,强化共建共享 立足各医联体成员单位物理距离较远的实际情况,按照医联体医疗质量同质化管理的目标需求,应成立基于网络信息技术的资源中心,加强紧密型医疗联合体信息平台规范化、标准化建设,依托区域全民健康信息平台,探索推进紧密型医联体内医疗机构信息系统的互联互通。建立紧密型医疗联合体信息资源池,依托互联网医院等基础设施,建立紧密型医联体内双向转诊机制及平台,推动紧密型医联体内分工协作和患者有序流动,推动家庭医生签约服务进一步发展,便捷开展预约诊疗、双向转诊、健康管理等服务。建立并持续完善医学影像、医学检验、消毒供应、心电诊断、健康管理、预约诊疗、远程医疗等医疗资源共享中心,为紧密型医疗联合体各医疗卫生机构提供同质化服务。探索采用基于5G的实时共享技术,在牵头医院设立远程会诊和指导中心,建立远程联合门诊、远程会诊、远程查房、远程诊断等远程医疗服务业务,利用移动设备支持多场景开展远程医疗服务,拓展医院服务内涵,增强患者粘性,提升优质医疗资源的可及性与医疗健康服务整体效率。

参考文献

- [1] 代英姿,王兆刚.中国医疗资源的配置:失衡与调整[J].东北财经大学学报,2014(1):47-53.
Dai YZ, Wang ZG. Allocation of medical resources in China: disequilibrium and adjustment [J]. J Dongbei Univ Finance Econ, 2014 (1): 47-53.
- [2] 范明宇,刘丹.医疗服务体系资源纵向整合现状及建议[J].医学与社会,2015,28(1):15-18.
Fan MY, Liu D. The present situation and suggestions of the medical service system resources vertical integration [J]. Med Soc, 2015, 28 (1): 15-18.
- [3] 邓群波.医疗联合体模式下资源整合优化的现状[J].华夏医学,2020,33(4):190-193.
Deng QB. Current situation of resource integration and optimization under the mode of medical consortium [J]. Acta Med Sin, 2020, 33 (4): 190-193.
- [4] 胡善联.让优质医疗资源城乡兼顾均衡发展[J].中国卫生,2010(1):11.
Hu SL. Let high-quality medical resources balance urban and rural development [J]. Chin Heal, 2010(1): 11.
- [5] 杨坚,卢珊,金晶,等.基于系统思想的分级诊疗分析[J].中国医院管理,2016,36(1):1-5.
Yang J, Lu S, Jin J, et al. System thinking and advice of hierarchical medical services [J]. Chin Hosp Manag, 2016, 36(1): 1-5.
- [6] 赵茜,陈华东,伍佳,等.我国基层医疗体系的发展与展望[J].中华全科医学,2020,18(3):341-346.
Zhao Q, Chen HD, Wu J, et al. The development and prospect of primary care system in China [J]. Chin J General Pract, 2020, 18(3): 341-346.
- [7] 芦炜,梁鸿.如何构建医疗联合体:组织模式、利益机制和服务内容[J].中国卫生政策研究,2013,6(12):6-11.
Lu W, Liang H. How to establish the medical association: organizational models, benefit mechanism and service contents [J]. Chin J Heal Policy, 2013, 6(12): 6-11.
- [8] 吴洪涛,黄长久.我国区域纵向型医联体发展现状及政策建议[J].中华医院管理杂志,2017,33(8):561-564.
Wu HT, Huang CJ. Regional longitudinal healthcare alliances in China: development and policy suggestions [J]. Chin J Hosp Adm, 2017, 33(8): 561-564.
- [9] 王志强.公立医院要以“效率医疗”为目标推进医联体建设[J].兵团医学,2020,18(2):51-53.
Wang ZQ. Public hospitals should promote the construction of medical integration with the goal of “efficient medical treatment” [J]. J Bingtuan Med, 2020, 18(2): 51-53.

收稿日期:2021-07-23 修回日期:2021-08-06 编辑:王宇