

构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议

林娟娟, 陈小嫦

(广东医学院人文与管理学院, 广东 东莞 523808)

摘要: 医疗联合体实质上是由政府牵头对医疗资源进行优化整合的一种医改方法。文章在分析目前“医疗联合体”模式构建存在的诸如利益羁绊、医疗资源配置、引导患者社区首诊、医疗知识普及、信息平台建设等关键问题的基础上,对医疗联合体的构建提出以下建议,以利益整合为医疗联合体构建的切入点,处理好各医疗机构间、医务人员间的利益关系,整合内部医疗资源,多渠道普及医疗知识,通过利益诱导推进社区首诊,完善医疗信息平台。

关键词: 医疗联合体; 公立医院改革; 资源配置

中图分类号: R197

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)02-104-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20140207

医疗联合体(简称“医联体”),即以高等级医疗机构为主体,联合一定区域内的若干医院机构和社区卫生服务机构,通过横向或纵向的资源整合组成的利益共同体。其核心思想就是要充分发挥三级医院、城市综合医院的综合实力来带动基层医疗机构的发展与完善,从而更好地满足当地居民的医疗服务需求^[1];而其宗旨和发展目标在于通过打造“基层首诊、分级诊疗、双向转诊”的就医模式,有效整合区域内的医疗资源,充分发挥医疗资源的作用,实现区域内医疗资源的共同发展和壮大,进而提高区域内居民的医疗保健水平^[1]。

一、医疗联合体构建的实践现状

在2013年1月召开的“全国卫生工作会”上,时任卫生部部长陈竺称,“要积极探索和大力推广上下联动的医疗联合体制机制”。这是卫生部首次明确鼓励“医联体”。随后,在2013年1月中旬的“医改专题媒体通气会”上,时任卫生部医改办副主任梁万年表示,在今后一段时间内,医联体模式应是让患者就近享受优质医疗服务的重要途径。

时下,构建医疗联合体作为当前解决医疗公平的一种医改方式,已经成为进入深水区的医改热点

话题。2013年,全国各地掀起了医联体构建的热潮,北京、上海、湖北、湖南等地均建立了医疗联合体。目前出现的医联体,无论是各级医疗机构的全面合作还是单病种联合,都是以临床诊疗为重心,各医疗机构间不存在隶属关系,按照“分级诊疗”的模式充分发挥各级医疗机构的作用和价值^[2]。从这些地方的实践来看,目前主要采取的措施有:医学资源平台免费共用;定期为各医疗机构医务人员进行临床教学、科研培训;构建预约诊疗、双向转诊机制;开通绿色通道,方便急危重、疑难患者会诊、转诊;派驻专家到社区坐诊、教学查房和专题讲座等。在成效层面,学者、公众的看法不一。本文试图对医疗联合体构建存在的问题进行分析并提出对策建议。

二、医疗联合体构建的关键问题分析

利益问题(或者说是动力问题)是影响医疗联合体可持续发展的根本所在。在探索构建医联体过程中,必须对联合体内各医疗机构间以及各医院间医务人员的利益关系进行清晰梳理,兼顾解决医院、医务人员以及患者三方的动力问题,否则可能会给医联体的可持续发展带来阻碍。这正是医疗联合体构建的关键所在,这些主体间的利益关系不梳理清楚,

基金项目: 广东省哲学社会科学“十二五”规划课题青年基金项目(GD12YGL01); 湛江市科技攻关项目(2010C3111007)

收稿日期: 2014-02-26

作者简介: 林娟娟(1990-),女,广东韶关人,在读研究生;陈小嫦(1980-),女,广东湛江人,硕士,副教授,研究方向为卫生政策、卫生经济、卫生管理,通信作者。

尤其是联合体内的医院间和医生间的利益关系不梳理清楚,联合体最终就会流于形式。另外,由于医联体正处于探索阶段,其构建还存在许多诸如医疗资源配置、引导患者社区首诊、医疗知识普及、信息平台建设等问题。

(一) 医疗联合体内的利益羁绊

构建医疗联合体首先有一个基础性的工作,即识别利益相关者,也就是明确哪些人群或组织是医疗联合体构建的利益相关者。根据弗里曼对利益相关者的定义:“利益相关者是能够影响一个组织目标的实现或者能够被组织实现目标过程影响的人”^[3],可认为医联体的利益相关者应该包括政府、医疗机构、患者、医务人员等。医联体的利益相关者对其构建与可持续发展的作用越来越大,因此在医联体构建过程中应满足多方利益相关者的不同要求,实现多方利益最大化。鉴于篇幅关系,以下仅探讨医疗机构、医务人员这两个医联体利益相关者。

1. 现行体制下,各层级医院间利益难以统一

长期以来,由于我国实行不同层级财权与事权统一分级管理体制,行政区划分割造成了体制性环境限制^[4],决定了三级医院属于市级管理,二级医院和社区医院属于区县管理。因此社区卫生服务机构与医院是两个相互独立的利益体,二者存在着利益上的竞争关系,各成员机构之间必然是竞争多于协作。在利益的竞争下,一些大医院打着合作的幌子垄断病员、“虹吸”患者,患者无形间便成为利益的“交换品”。另外,由于互相争抢医疗资源、争抢患者和市场等现象的存在,大医院借助隐形的品牌加盟,借品牌和资源给基层医疗机构,但基层得给大医院丰厚的经济回报,否则,不会给基层以双向转诊、化验检验结果互认、专家社区坐诊、远程会诊等待遇^[5]。这样一来,推行医联体可能就会产生“马太效应”,让强者更强,弱者更弱,基层配合搞医联体的积极性就会大打折扣,甚至是不赞同搞医联体。

2. 不同医院间医生利益难以协调,参与配合度不高

由于缺乏有效的利益分配机制,三级核心医院并没有动力把好的医生、专家派到基层。尽管各医疗机构领导层达成了一致协议,但在协调各医院医生方面也存在一定问题,尤其是一些科室比较清闲,一些科室工作量非常大,那么没活干的科室就比较欢迎搞医疗联合体,而忙得不可开交的科室配合程度往往不高,认为基层与自己无关,没有多余的精力去管社区。另外,联合体内并未建立有效的多点执业制度,医生无法享有与多家医院签约权,使得医生

无法真正自愿、自由地流动起来,参与医联体构建的积极性不高。

(二) 医联体内部缺乏资源共享机制

我国的医疗卫生资源分布失衡,在区域医疗联合体中,不同层级医疗机构的医疗水平、人力资源、管理水平、服务水平及经济水平等存在较大的差异性。基层医疗机构之所以无人问津,恰恰在于技术力量薄弱、医药设备用品落后,难以取得患者的信任。例如,药品是摆在医联体面前的首要难题。目前,社区卫生服务中心实施零差率的药品种类仅为几百种,而大医院却有千余种,这在一定程度上降低了患者到社区就诊的积极性。再如,心脏病患者在大医院接受手术治疗后转到基层进行恢复治疗时需要食用治疗冠心病的常用药“波立维”,而这种药却需要到三甲医院才能购买,这使得患者在用药方面存在不便。事实上,基层医疗资源也并非绝对匮乏,而是优质资源不足,无法吸引足够且稳定的患者,导致医疗资源闲置和人力资源流失,进一步降低了患者的选择信心,进而陷入恶性循环^[6]。但是,联合体内的各个层级的医疗机构的资源配置不可能一样,也不可能仅仅通过加大投入的方式解决资源配置差异的问题,还必须从联合体内如何构建资源共享机制的角度进行探讨。这不仅关系到社区首诊能否推行,也关系到双向转诊中的下转能否落实。

(三) 医疗知识普及不广,患者社区首诊热情低下

由于医疗联合体工作还处于起步、探索阶段,宣传不够、知识普及不广,造成患者对这一新生事物知晓程度不高,也使得患者无法获得并正确理解相关医疗信息,甚至是使患者难免在就医过程中处于被动状态,无法对医疗进行正确、合理的全面选择。随着人们生活水平的提高,患者普遍有了“选择权”意识,但由于缺乏科学合理的引导,有些患者在择医过程中还不够理智,诸如普通感冒这样的小毛病,也非得上大医院找专家不可,存在小医院和社区卫生服务中心、乡镇卫生院“看不了病”、“治不好病”的误区。而实际上,有近70%的患者完全可以就近选择社区、乡镇卫生院等基层机构治疗常见病、多发病、慢性病。在医联体推行过程中发现,医疗知识信息缺乏多渠道的宣传,无法增进公众对这一新事物的了解,患者无法走出过去的一些认知误区,不愿意选择社区进行首诊。联合体的重要目标之一就是实现体内的分级医疗和实现患者的合理分流,而社区首诊则是实现这一目标的重要举措。有了社区作为“守门人”,就可以为大医院节省大量优质的医疗资源,从而提高疑难重症患者的治疗水平,实现医疗资源使

用效率的提高。

(四)信息参差不齐,转诊标准不一

实现联合体内双向转诊必然离不开完善的患者信息共享平台,但各层级医疗机构间的信息水平参差不齐、标准不一。由于向上转诊和向下转诊都没有统一的标准,同时缺乏明确的转诊程序及相应健全的规章制度,这使得每个医生对转诊标准的掌握不尽一致,导致转诊不合理,不但增加了患者的经济负担,也给患者及其家属带来了不便。此外,在医院业务流程和医护人员工作习惯这两方面,城市三甲医院和社区卫生服务中心、县级医院与乡镇卫生院都存在很大差异性,医联体内不同医疗机构间的业务整合仍需一定的时间,不同级别医院间的检验结果互认也存在一定的难度^[7]。这使得转诊患者的医疗信息无法通过网络信息平台实现有序对接,也使得患者在转诊过程中难以避免医疗机构的重复检查。因此,联合体构建过程中也将面临体内的医疗机构的信息系统不统一,转诊标准不一致等问题。

三、建议

(一)立足长远,迈过利益羁绊

1.转变现有的利益分割局面,统一各成员单位间的利益

在现行体制环境下,社区卫生服务中心和医院是独立的法人实体,大医院很难放弃“高低通吃”的资源优势去培植“抢饭碗”的基层竞争对手,面对患者时考虑更多的是各自的经济利益而非患者的疾病需要在哪个层级的医疗机构接受治疗。为统一联合体内各成员单位之间的利益,具体做法有以下两点。①突破现行的分级管理体制,剥离医联体内各医疗机构与卫生行政部门的隶属关系,引导组建紧密型医疗联合体,实现人、财、物的统一调配。例如借鉴马鞍山市立医疗集团的有效做法,剥离联合体内各医疗机构与卫生行政部门的隶属关系,各医疗机构不再由卫生行政部门进行分级管理,集团作为市政府的直属事业单位,统一对人、财、物进行调配,真正意义上实现经济利益一体化。②保持医联体内各成员单位与卫生行政部门的隶属关系不变,但卫生行政部门对“体内”各个医疗机构不再有经营管理权,而是完全下放给医联体,通过集团化运作让集团担当起办医角色,对各类卫生资源实行一体化管理,实现医疗资源配置最优化。江苏康复医疗集团的经验做法之一就是实行集团化运作,通过优化各成员单位的布局结构,促进一体化管理和集约化发展,让集团成员共享医疗资源。

此外,为提高基层医疗机构参与热情,大医院应该把医疗合作中较多的经济利益让渡给县医院、社区和乡镇医院,增强基层参与医联体的动力。同时,帮助县医院、社区和乡镇医院成长,从管理、技术、服务等多维度给予他们帮助,以此提高基层医疗机构的服务能力及水平。只有让各成员单位尝到了医联体改革的“甜头”,并能从中分到“一杯羹”,协调各方利益,才能实现医联体的可持续发展。

2.创新激励机制,建立医生多点执业制度

如何调动医务人员积极性是医联体能否构建成功的关键,制度化、人性化的激励机制,有助于调动医务人员参与医联体构建的积极性。首先,在分配机制上,实行与绩效考核结果挂钩的绩效工资制度。医疗联合体内各医疗机构通过整合,成立多个业务中心(如临床检验中心、妇儿科中心、健康管理中心、心脏中心等)和后勤中心(比如信息中心、基建工程部等),并以这些中心作为业绩考核和薪酬发放的基本单元,医务人员的收入不再和原所在医院的经济效益直接挂钩,而是由其所在中心根据绩效考核的结果统一发放。这样一来就化解了各家医院因为经济利益而不愿整合的矛盾。其次,在职工晋升方面,实行与基层医疗服务时间挂钩的晋升机制。若医务人员想要晋升更高级的职称,则必须到基层医疗机构服务一定时间,并达到一定的服务质量。例如,规定联合体内中心医院人员晋升高级职称必须到基层医疗卫生单位工作累计一年以上,并与其服务质量挂钩,让大医院有动力派遣医生、专家到基层坐诊,真正让患者不出社区便能享受大医院的服务待遇。

医生本身的流动是患者流动的前提条件。要使医联体在解决看病难问题上发挥作用,就必须从根本上解决医生在医联体内部合理流动的问题。建立医联体内多点执业制度,是让医生在现行体制下流动起来的最佳途径^[8]。开放医疗联合体,医生享有与多家医院签约权,使医生自由在联合体内流动起来,医生动了,患者就医自然就会流动起来,最终盘活医联体,激活稀缺的医疗资源^[8]。

(二)整合内部资源,缩小层级差异

为避免患者只亲睐大医院,丰富就医选择,必然要缩小区域医疗联合体内各层级单位在资源配置上的差异,特别是要为基层医疗机构注入各种优质资源,让患者放心选择基层就医,提高医疗资源总体配置效率和利用率。

1. 财政资源

对于医疗联合体来说,若要持续健康地发展,需要各级财政的主动参与和投入。按照公立医院改革

的基本要求,地方政府要加大对基层医疗机构综合改革的投入,多渠道化解基层医疗机构的历史债务,若属于并购性质,应纳入国家和省级财政支持化解专项补助资金的范围^[8],以减轻基层的经济负担。只有建立健全筹资机制,区域医疗联合体才会高效运转,基层才能焕发勃勃生机。

2. 设备资源

联合体内大医院各种医疗设备齐全且先进,相反,基层医疗机构却设备不足,甚至是年久失修,导致有些项目无法在基层开展,进而限制了患者到基层就医。因此,各层级医疗机构应加强对各类设备的整合,充分挖掘设备潜力,以减少医疗服务的边际成本,降低每位患者的单位服务费用。比如,在基层不能开展的检查项目患者可以到大医院接受检查,与此同时,大医院也可以将富余设备调拨至基层有关科室使用,使患者不出基层便能享受到二、三级医院才能开展的检查项目,充分发挥经济、社会效益。

3. 技术和人员

很多时候,患者情愿花上很长时间、几倍金钱去挤大医院也不愿意选择基层就医。技术力量薄弱、专家人才缺乏,是患者不信赖基层医院的一个最大原因。在医疗联合体内,技术和人员是保证其成功的必要条件。因此,联合体内的顶级中心医院应该对各成员单位开展系列帮扶项目;定期派出专家到基层门诊坐诊、教学查房和专题讲座;鼓励三级医院的医生到社区卫生服务中心和二级医院工作,以进行临床技术指导等。医联体内各层级医疗机构的综合诊疗水平提高了,才能让患者沿着“网格”合理流动。

(三)多渠道普及医疗知识,利益诱导患者社区首诊

1. 多渠道普及医疗知识,消除认知误区

医疗服务虽然是生活消费的一种,但又不同于一般的生活消费,其最大的特性体现在,由于患者对医疗知识的严重缺乏,其在服务方式、药物品种、价位等方面的选择往往处于被动接受的地位,患者通常不敢对服务本身提出质疑。在医联体推行过程中,通过如网络媒体、报刊杂志等渠道加强医疗知识的普及,增进患者对医疗知识的了解,使患者能够获得并正确理解医疗信息,以便做出合理、全面的医疗选择。注重舆论宣传的作用,提高对医疗联合体的宣传力度,增强患者对基层医院的信任,让患者走出过去的一些认知误区,科学、合理地引导患者就诊,缓解患者一窝蜂奔大医院掀起的“看病难”冲击波。

2. 借鉴国外经验,利益诱导患者社区首诊

借鉴新加坡医改经验,用利益诱导、鼓励社区首

诊。例如,为鼓励患者到联合体内的社区进行首诊,在医疗费用方面对于那些经社区首诊转入大医院的患者给予10%~20%的优惠,而对于直接到大医院首诊的患者则额外加价,由此从经济利益上诱导人们首先进入社区医院就诊^[9]。这样就形成了一道“拦河坝”,缓解了大医院的诊疗压力。同时,联合体内也应制订相应标准,从利益上鼓励患者在大医院治疗后,根据病情稳定情况适时转入社区医院进行康复治疗。

(四)完善信息平台,统一转诊标准

1. 完善患者信息共享平台

加强和完善医疗联合体内信息化建设,需要依托信息技术,建立一个基于居民健康档案和电子病历的区域卫生信息平台,从而整合各医疗机构的业务流程,实现跨系统的医疗信息及基本病历资料的信息共享。通过改变现有的医疗信息化格局,统一医院信息化建设的标准,可以缩小医联体内各层级医院间信息水平的差异,增强不同层级医院间检验结果认可程度,进而杜绝患者不必要的重复检查项目,为患者提供更便捷的医疗服务。

2. 规范双向转诊标准

通过编写完整的医疗服务手册,明确各层级医疗机构的服务、职责范围以及收治患者的标准,使转诊标准、流程规范化,从而畅通医联体内双向转诊“绿色通道”^[10]。比如在医联体内,三级医院主要负责诊治危重、复杂以及需要多学科合作的疾病;二级医院以“大康复、小综合”的医疗特色参与医联体工作,主要承接康复训练工作及上级医院部分学科的业务转移;社区卫生服务中心的业务则以常见病、多发病以及慢性病的社区管理为主。当患者的疾病种类超过接诊机构的业务范围,则由接诊医生根据相应的转诊标准开具转诊单,向联合体内的上一级医疗机构进行转诊,杜绝在转诊过程中可能出现的各级医疗机构之间的相互推诿、扯皮等现象,确保患者能根据疾病的不同治疗阶段得到及时的转诊,同时保证患者治疗的有效性、连续性和安全性^[10]。

参考文献

- [1] 闻有成. 区域医疗联合体啃下“看病难”硬骨头[N]. 经济参考报,2012-12-14(7)
- [2] 庞涛. 医联体是医改新的破局利剑[J]. 中国信息界-e 治疗,2014(1):34-41
- [3] 冯占春,熊占路. 公立医院治理结构变革引入利益相关者理论的必要性分析[J]. 中国医院管理,2007,27(3):11-12
- [4] 史明丽. 我国纵向型区域医疗联合体的进展与挑战[J].

- 医院管理,2013,6(7):28-32
- [5] 彭淑香. 直面“医联体”,发展仍有阻力[EB/OL].(2013-05-06)[2014-03-26].http://web.yyjyb.com:8080/html/2013-05/06/content_191159.htm
- [6] 解 伟. 利益引导医疗联合体[J]. 中国医院院长,2011(15):99
- [7] 肖 燕, 阮小明. 湖北区域医疗联合体的实践与思考[J]. 中国医院管理,2012,32(10):12-13
- [8] 王兴琳,蔡 华,严卓然,等. 医联体—医疗资源整合下的区域组织实践[J]. 现代医院管理,2013,11(4):8-10
- [9] 常修泽. 新加坡医疗卫生体制的四点启示[J]. 学习月刊,2007(4):38-39
- [10] 夏 云,袁 青,姜昌斌. 上海市“瑞金-卢湾医疗联合体”运行模式的现状调查和对策研究[J]. 中国全科医学,2012,15(22):2515-2517

Analysis of key problems and its countermeasures for constructing medical couplet body

Lin Juanjuan, Chen Xiaochang

(School of Humanism and Management, Guangdong Medical College, Dongguan 523808, China)

Abstract: Medical couplet body essentially is a medical reform method, led by the government to optimize and integrate medical resources. Based on the analysis of some key problems existing in the construction of the mode of “Medical Couplet Body”, such as conflicting interest, allocation of medical resources, patients’ first-contact in community health organizations, popularization of medical knowledge, construction of information platform and so on, this paper gives the following advices for the construction of the medical couplet body: taking interest integration as a key to handle the interest relationship well among various medical institutions and medical staff, integrating medical resources, popularizing medical knowledge in various channel, guiding patients to seek first contact in community by reasonable interests, and improving the information platform.

Key words: medical couplet body; reform of public hospitals; allocation of resources