

我国纵向型区域医疗联合体的进展与挑战

史明丽*

广东省卫生厅 广东广州 510060

【摘要】纵向型区域医疗联合体是纵向整合型卫生服务体系的组织形式,对于实现区域医疗卫生服务整体效能最大化,使有限的卫生投入发挥最大效益,具有重要意义。本文综述了国内在纵向型区域医疗联合体方面的实践和进展,目前绝大部分的模式主要是通过医疗机构自身联合或行政手段支撑,外部政策支持不足,进展阻力较大。发现主要存在外部行政区划分割造成的体制性环境限制,外部运行机制性配套政策支持不具协同性,各层级医疗机构纵向协作内在动力不足等问题,群众对于创新服务体系的组织形式缺乏理解和认同,区域卫生信息化滞后等。建议政府作为主要推动者,开展医联体顶层政策设计;在顶层政策设计下完善外部运行机制的各项配套政策;完善医联体运行的内部治理和外部评价机制;提高基层服务能力,提高患者对基层医疗卫生机构的认同感和信任度;对县域纵向整合型服务体系作出统筹的制度安排。

【关键词】区域医疗联合体;纵向整合;政策设计;运行机制

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.07.005

Vertical regional medical cluster in China: Progress and challenges

SHI Ming-li

The Department of Health of Guangdong Province, Guangdong Guangzhou 510060, China

【Abstract】A vertical regional hospital cluster is a kind of vertically integrated medical service system. Such a cluster is important to maximize the effectiveness of regional health services and achieve the best possible results with limited resources. This paper reviews the development of vertical regional hospital clusters in China and discusses the achievements and failings of these clusters. Some of the failings of regional hospital clusters include institutional limitations imposed by external division of administrative areas, lack of policies that support communicating with external operational systems, lack of cooperation between medical facilities at all levels, lack of public awareness of this innovative health service system, and undeveloped regional health IT. It is suggested that it is imperative for the government to push for regional clusters, develop policies from the top down, implement policies for communicating with external operational systems, and improve internal management and external assessment of regional hospital clusters. It is also suggested to upgrade primary health services, encourage patient acceptance of and trust in primary healthcare services, and formulate policies that will lead to the vertical integration of prefecture-wide health resources.

【Key words】Hospital cluster; Vertical integration; Policy design; Operational system

我国正处在深化医药卫生体制改革的关键时期,在加强基层医疗机构软硬件建设之后,如何能够更好地发挥区域医疗卫生服务的整体功能,是一个亟需解决的重要问题。这个问题解决不了,医改难以达到政府和人民都满意的效果,有限的卫生投入也难以发挥最大的成本效益。近年来,整合的医疗卫生服务体系越来越被关注,包括横向的资源整合

以及纵向协作机制的建立。本文重点探讨纵向协作机制的建立问题(本文称为“纵向型医联体”)。不同层级医疗机构之间如何纵向协作才能达到区域医疗卫生服务整体效能的最大化,是当前进一步深化医药卫生体制改革的重要课题。本文综述了国内在纵向区域医疗联合体方面的实践和进展,分析了取得的效果和存在的问题,并提出了政策建议。

* 作者简介:史明丽,女(1968年—),硕士,广东省卫生厅农村卫生管理处副处长,主要研究方向为卫生管理政策分析、基层卫生。E-mail:smilingshi@21cn.com

1 我国探索纵向型区域医疗联合体的进展

2013 年全国卫生工作会议正式提出了“要探索在医疗联合体框架内,在大医院设立全科医学科,组织动员一批医生下基层做全科医生带头人,负责协调上下联动、双向转诊以及对基层医疗卫生机构业务指导和人员培训”^[1]。这是在国家层面上正式提出了这个概念。

1.1 纵向型医疗联合体的概念

纵向型医联体,即由一定区域范围内高层级的医疗机构(如三级医院或二级医院),联合区域范围内低层级的基层医疗卫生机构(社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室等),组成纵向协作的卫星式服务组织形式,使得区域内各层级医疗机构形成一个分级诊疗秩序良好、层级分明、功能定位清晰、方便患者有效合理适度使用卫生服务资源的整合型卫生服务组织。患者可以选择就近的联合体签约,在基层首诊,并实现联合体内双向转诊。

1.2 地方层面积极试点探索和实践

以“医疗联合体”为关键词的国内文献早在 20 世纪 90 年代初期就有,数量不多,主要是县镇联合的医联体形式^[2-3],效果和进展不明显。到 2010 年之后逐渐增多,主要是以大型医疗机构联合下级基层医疗机构构建的医疗联合体形式居多,也有县域内县镇村一体化管理的形式^[4]。文献主要集中在深化医改之后的三年,形式更加丰富,层次更加深入,涵盖面更加广泛。文献中提到的整合或者协作名称主要有:医疗联合体、医疗集团、医疗共同体、医疗联盟、县镇一体化管理等,按模式主要有以下两类。

1.2.1 区域大医院带动基层医疗机构的纵向协作模式

北京以行政手段为主,组建上下分工协作的一体化区域医疗共同体,组建医疗联盟、医疗共同体、医疗联合体等,试图形成层级就医的格局。^[5]镇江合纵联横推进资源整合,在纵向协作机制上与北京相似。^[6]武汉推行“直管式”医联体,在保持社区卫生服务机构公益性质、独立法人身份、“六位一体”职能不变的前提下,将其人、财、物统一移交给上一级医院,形成“1+N”的区域医疗协作体。^[7]湖北宜城的医疗集团模式,以“医疗机构集团化、职工身份社会化、投资渠道多元化、公卫服务均等化”为主导,组建了以

市人民医院、中医院和妇幼保健院为主体医院,10 个乡镇卫生院为附属医院,186 个村卫生室为网底的三大医疗集团,建立了法人治理结构,成立了集团理事会。^[8]湖北十堰的“医疗协作模式”,二级医院与周边乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构组建“区域医疗服务协作体”,限于双向转诊和技术、设备扶持。^[8]河南郑州按照地图式定位,把全市划分为五个区域,计划将现有卫生资源筹建成 5 个区域医疗联合体,区域内医疗服务范围、服务责任、服务监管整合在一起,推行城乡“片医”。^[9]

1.2.2 在卫生行政主导下并融入医保和支付制度改革等外部支持的纵向合作模式

上海由不同三级医院联合若干二级医院、社区卫生服务中心,组成以联合体章程为共同规范的非独立法人组织,实行理事会负责下的总监负责制,探索构建统一、节约、高效的内部运行机制。医务人员在联合体内柔性流动,财务统一管理,探索建立统一的后勤服务平台及医疗设备、药品、耗材等医用物资的统一采购平台。联合体内部以信息化为基础,开展检查检验结果共享互认、预约诊疗、双向转诊等,将建立区域检验检查中心和影像诊断中心等辅助诊断中心。

上海不同于其他城市的特点体现为两个方面,首先是联合体内部由不同医疗机构分散独立管理,调整为联合统筹管理,实行理事会领导下的总监负责制。其次是支付方式改革,一是由原先的市、区(县)两级财政对不同层级医疗机构分别投入,调整为对联合体统一投入;二是由医保对各级医疗机构的单独支付,调整为对联合体统一预付;三是当前按“项目付费”的支付方式,改为“总额预算+按服务量付费”;四是居民就医模式由居民分散就医,调整为选择联合体定点就医,在联合体内部通过医保杠杆,形成居民“基层首诊、梯度就诊、双向转诊”新模式,从而逐步形成“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的有序医疗卫生服务格局。^[10]

湖北省出台《关于推进医疗联合体建设的指导意见(试行)》,意见要求通过探索建立多种形式的医疗联合体,推进基层首诊、分级诊疗和双向转诊,力争到 2013 年底,在全省范围内组建 100 个医疗联合体。未经批准去大医院就诊,新农合将不予报销。^[11]

河南信阳息县探索实行县乡村医疗协作机制。一是依托县、镇、村以电子病历为基础的信息化网络;二是使用统一的临床路径,在县和镇的协作中试点四个临床病种,在镇和村的协作中试点高血压和糖尿病两个病种;三是按照临床路径分段治疗、分段计费、连续管理,首诊医疗机构是结算主体,采用联合体内谈判结算,费用由县医保部门打包拨付;四是协作体内按合同管理,绩效考核。^[4]

1.3 各地实践探索的初步效果

从目前各地纵向医疗联合体的组织形式看,除上海外,其余大部分是以行政管理为纽带,在医疗技术上互相联合,在财务、人力、医保方面相对独立,未触及各层级医疗机构之间的根本利益,运行相对比较容易,但是组织相对松散,主要靠行政手段和技术帮扶,并未形成依靠利益和责任紧密关联的相关体。因此,大部分地区在实践探索中暴露出各方面的问题。在效果方面,可能由于各地探索的时间不长,目前有文献证明双向转诊和基层医疗机构门诊人次有所提高外^[2,3,5,6],但未有数据证明其它方面的成效。但初步效果归纳起来主要有以下几个方面:

一是通过技术协作和统一管理,上级医疗机构加强了对基层医疗机构的人员培训、业务指导和出诊查房等,有效提升了基层医疗服务水平和资源使用率;二是通过协作,双向转诊实现程度有所提高,初步形成了区域内分级诊疗的就医格局;三是通过推行分级诊疗,降低患者医疗费用;四是明确了区域内不同层级医疗机构之间的功能定位。^[5]

2 探索医疗联合体进程中面临的挑战

2.1 行政区划分割造成的体制性环境限制

由于我国不同层级财权与事权统一分级管理的体制原因,外在阻力大,进行纵向医疗资源统一管理、优化组合的协调难度大。囿于这种层级管理分割的体制原因,目前国内试点的大部分医疗联合体,只能是很松散式的上下层级机构的自由组合、分工协作,重点是加强技术支持、人员培训、管理指导,在一定程度上实行双向转诊。没有建立责、权、利对等的整体筹资分配机制,尚未触及利益分配,降低了运行效率,未达到使医疗联合体主动积极地去寻求以服务需方健康管理为目的的医疗

卫生服务目标。

2.2 配套政策支撑不具协同性

由于目前大部分纵向医疗联合体探索采用以行政手段、考核指标为主的组织形式,筹资机制没有改变,医保政策也没有给予筹资和引导分级诊疗的协同支撑,使得医联体欠缺内在激励机制。一方面,使得患者双向转诊中就診不便^[12],另一方面,没有一个良好的筹资和支付机制,医联体的效率不足以显现,向服务需方提供整体健康管理的内在动力也不足以发挥。此外,各层级医疗机构纵向协作的内在动力不足。

2.3 群众对于创新服务体系的组织形式缺乏理解和认同

由于服务能力的差异,基层医疗机构与上级医疗机构对接的能力不足,对下转患者的接纳量不够,体现在床位量、科室、专业人员对接方面。^[13]目前基层首诊存在一定困难,主要是群众对医联体不够信任,对基层医疗卫生机构不认同,部分机构也出现基层医疗机构暂时没有能力接纳下转患者,部分患者也不愿意下转的情况。^[5]这些均进一步加剧了基层首诊的困难。目前大部分试点探索的医联体也还没有建立统一的内部医疗质量标准。

2.4 区域卫生信息化不完善

从国家及各省层面上推进区域基层卫生信息平台建设的进度来看,大部分地区目前的信息化网络支撑不够完善,是当前显现的一个突出问题。医联体的有效运行依赖于信息化,只有实现医联体内部卫生信息实时采集与共享,建立以电子健康档案和电子病历为基础的区域卫生信息平台,才可以将不同层级医疗机构及其服务过程整合起来。同时信息化的运用可以精确测量工作量,是科学合理的机构和人员绩效考核的基础,这也是医疗联合体内部精细化管理和内部结算所需要的。

3 政策建议

3.1 开展医联体政策的顶层设计

精细的分工协作、纵向整合的卫生服务体系,需要政府强有力的制度安排。建议中央层面首先明确政策设计,改革管理机制,实行管办分离,即在规划中不同层级医疗机构以单个医疗联合体的组织成员存在,原建制可以不变更,法人不变,财务、人员等内

部治理由医联体理事会负责下的总监督管理。原本不同层级拨付的发展建设支出(包括基本建设、大型设备配备、人员经费等)仍然可以分级拨付,维持不变,但是运行经费统一拨付给医联体,可由各地市的卫生局或医院管理局统一执行经办。其次,县域层面、地市层面则要按区域总体规划,合理设置成若干个医联体。同一区域发展几个医联体,鼓励竞争,鼓励患者向医联体签约,自由选择。^[14]建议以地域行政区划为基本单位,如以县为基本单位,以地级市为大单位,将现有不同层级医疗机构分区域按床位量、服务能力进行合理规划和设置,组成若干区域医疗联合体,对居民实行契约式服务。

3.2 完善医联体的各项配套政策

3.2.1 改变筹资机制

改革支付方式,总额预付,按服务签约涵盖人头数打包支付。这既是控费的需要,也是提高医联体内运行效率、加强管理、控制运行成本、提高其区域竞争力的需要,更是激发医联体内合理有效使用资源、对服务需方进行全面健康管理、降低人群疾病发生的内在驱动力。合理的筹资体系是按照服务人群的数量将总额拨付给医疗联合体,医联体内部财务全部统一管理,财务独立核算,内部分配、协议结算。医联体将负责区域内所有人群的健康管理,包括基本医疗和公共卫生服务,以契约式服务方式包干。医联体内不同层级机构成员以利益和责任共同体出现,利益和责任对等。

3.2.2 医保配套政策支持

完善医保的系统配套政策支持。建立一定的制度安排,首诊在基层,医联体内上下转诊。在基层首诊的,按医保规定报销;不在基层首诊的,提高自付比例,依据病种(可按疾病费用分为几大类)按阶梯比例自付费用,依次提高自付比例。在医联体内经过基层首诊,给予双向转诊的患者,医保报销自付比例应低于不在基层首诊的患者。医联体内不同层级医疗卫生机构采用同一报销起付门槛,且一个疾病过程只设立一次起付门槛。

3.3 完善医联体运行的内部治理和外部评价机制

3.3.1 建立分级诊疗管理机制

建立分级分类诊疗的医疗秩序。中央层面需要界定不同层级医疗机构服务项目、制订分级诊疗标

准,精确定位分级诊疗标准和服务项目,以防止出现因医疗机构服务能力过强或过弱造成的患者被随意转诊或不被转诊,而影响医疗质量和患者转归及费用情况。实施临床路径管理,可实行分级诊疗、分段计费。

3.3.2 给予医联体管理自主权

医联体实行理事会负责下的总监负责制,设立章程,共同遵守,统一管理,组成以联合体章程为共同规范的非独立法人组织。医联体管理部门(如地方卫生局或医管局)要给予医联体总监整体运行的决策权、经营权和监督权,在发展规划、经费使用分配,以及人才柔性调配和流动、人才培养培训方面给予完全自主权。

3.3.3 建立医联体内部运行管理机制

制订统一的管理标准和质控标准,进行全面的质量管理。医联体内部要制订适用于本医联体内不同层级医疗机构的统一的医学检查质量控制标准,从后勤辅助科室到临床科室,不同层级机构只要是医疗联合体内成员,均采用同一个标准。医联体内医疗资源共享,包括检验中心、放射中心、人才培养,医联体内信息互通互联。^[14]

3.3.4 建立外部评价监督机制

建立外部对于区域医联体的运行评价和效果效益评价,包干服务人群的健康管理和健康产出,使之与总额预付的经费挂钩结算。可以由地方卫生局或医院管理局执行,也可以委托第三方社会组织或机构执行。

3.4 提高患者对基层医疗卫生机构的认同感和信任度

如果在政策设计中将医联体视为一个整体对待,那么医联体本身就有内在动力通过人才柔性流动和灵活调配人员、人才培养培训、加强基层医疗机构建设等措施,提高基层机构的服务能力。此外,继续加大提高基层医疗机构服务能力的政策实施力度,多渠道、多层面推进人才队伍培养培训,并加快进度,因为人才问题已经是制约瓶颈。同时用提高收入、骨干津贴、补贴、周转住房、特岗待遇,以及将不同功能定位所属层级的医疗机构医务人员职称晋升,按其功能定位给予分开归类评定等政策,吸引医学生留在基层工作。在我国城乡区域差别不能弥合

的相当长时期内,必须有特殊人才政策吸引人才。在岗人员培训和降低执业准入门槛须结合进行。

3.5 对县域整合型服务体系作出制度安排

在整合型服务体系构建方面,县域具有天然优势。县域历来是我国行政管理的基本单元。建议对县域做出整体制度安排,按整合型服务体系的理念进行规划运行,将县域作为重点,加强整合型农村卫生服务体系建设。在制度安排方面,可将县域内的县、镇(街道)、村不同层级医疗机构分片划分组成1~3个医疗联合体,按照医联体模式运作,在现阶段,可以不改变机构建制和单一机构法人,实行理事会负责下的总监负责制,负责筹资机制、支付方式和内部治理建设、绩效考核、外部监督评价等。

参 考 文 献

[1] 2013年全国卫生工作会议工作报告[R]. 2013.
[2] 陈亚军, 闵捷. 组建县乡医疗联合体巩固三级预防保健网[J]. 中国公共卫生管理, 2000, 16(1): 80.
[3] 崔元江, 王洪宝. 组建区域性医疗联合体推进农村卫生事业发展[J]. 中国农村卫生事业管理, 2003, 23(8): 29-30.
[4] 杨力勇. 息县:县乡村医疗走“一个路径”[N]. 健康报, 2013-05-23.

[5] 封国生. 医联体需各方合力攻坚[J]. 中国卫生, 2013(4): 23.
[6] 纪平, 孙霞, 魏晴. 两大集团这三年[J]. 中国卫生, 2013(4): 34.
[7] 刘也良, 袁英红, 魏笑琛. 武汉的“直管式”医联体[J]. 中国卫生, 2013(4): 30.
[8] 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.
[9] 顾建钦. 大区域联合如何“联”[J]. 中国卫生, 2013(4): 28-29.
[10] 梁颖, 鲍勇. 基于区域医疗联合体的慢性病健康管理[J]. 中华全科医学, 2012, 8(10): 1309-1311.
[11] 陈瑾. 湖北因地制宜组建医疗联合体[N]. 健康报, 2013-05-30.
[12] 王朝君. 以基层医院诉求为主导[J]. 中国卫生, 2013(4): 24-25.
[13] 夏云, 袁青, 姜昌武. 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, 8A(15): 2515-2517.
[14] 胡善联. 建真正的医联体难度很大[J]. 中国卫生, 2013(4): 37.

[收稿日期:2013-06-06 修回日期:2013-06-25]
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

世界卫生组织:烟草控制措施取得明显成效

根据《2013年世卫组织全球烟草流行报告》显示,过去5年来,越来越多的国家开始减少烟草使用,全球约1/3的人口受到烟草控制措施的有效保护。

报告指出,有效的烟草控制措施主要有:(1)在烟草包装上印贴醒目的健康警示。过去5年共有20个国家(6.57亿人)要求印贴醒目警告,其中有11个国家(2.65亿人)自2010年以来实行这一规定。(2)过去5年共有9个国家(5亿多人)能够获得适当的戒烟服务。但自2010年以来进展不大,只有4

个国家(8500万人)提供新的戒烟费用报销服务,包括允许免费拨打全国戒烟热线。(3)创建无烟公共场所和工作场所。2007—2012年,共有32个国家通过了在所有工作场所、公共场所和公共交通工具中全面禁烟规定。(4)禁止烟草广告、促销和赞助。目前共有24个国家(6.94亿人)实行全面禁令,100多个国家接近全面禁止。但要实现2025年将烟草使用减少30%的目标,必须有更多国家实施全面的烟草控制规划。

(来源:世界卫生组织网站)