

# 医疗联合体的实践与思考

王 宁 邹世清 刘小丽

**【摘要】目的** 分析总结武汉大学中南医院在构建帮扶托管式紧密型医疗联合体探索中的经验与教训。**方法** 回顾性分析武汉大学中南医院从 2012 年起在探索中取得的成绩及其在管理和运作过程中遇到的问题。**结果** 在我国新一轮医药卫生体制改革的推动下,武汉大学中南医院走上构建帮扶托管式紧密型医疗联合体的探索之路,扩大了医院影响力及品牌辐射力;但其在管理和运作过程中还存在诸多问题,如双向转诊不够通畅、医保报销困难、医疗机构之间信息化平台不够完善等问题。**结论** 医疗联合体工作是医疗改革工作重点,要积极分析运行现状,针对性提出战略规划及改进措施。

**【关键词】** 医疗联合体;双向转诊;医保;信息化建设

中图分类号: R197.32 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1671-332X.2016.11.026

## Reflection on Practice of Medical Association

WANG Ning, ZOU Shiqing, LIU Xiaoli

**【Abstract】 Objective** To analyze and summarize the experience of supporting - hosted and compacted medical association in Zhongnan Hospital of Wuhan University. **Methods** We retrospectively analyzed the achievements in the exploration and problems in the management and operation of our hospital since 2012. **Results** Under the impetus of the new round of medical and health system reforms, our hospital was on the road of exploring an supporting - hosted and compacted medical association. Its influence and brand influences were amplified. However, there were still many problems in the management and operation, such as obstruction of two - way referral, difficulties in medicare reimbursement, imperfection of the information platform among medical institutions and so on. **Conclusion** The Medical Association is the focus of health care reforms. We are supposed to analyze current running situations and put forward targeted strategic planning and improvements. )

**【Key words】** Medical Association; Two - way Referral; Medical Insurance; Information Construction

**【Author's address】** Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan 430071, China

2015 年 2 月,卫生部等部委发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》中提出了要“建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制”,通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式,建立分工协作实现分级医疗、双向转诊,带动基层医疗卫生机构发展,使公立医院改革与健全基层医疗卫生体系紧密配合、相互促进,缓解群众“看病难、看病贵”问题。在我国新一轮医药卫生体制改革的推动下,我院走上构建帮扶托管式紧密型医疗联合体的探索之路,扩大了我院影响力及品牌辐射力。那么如何才能优势互补,共同发展呢?“医疗联合体”的概念孕育而生<sup>[1]</sup>,并被医界人士称为“医院承担社会责任的破冰之举”。自 2012 年起,我院就积极响应十二五规划的要求,结合自身实际情况及当地医疗格局,努力探索构建医疗综合体效率最高的运作模式,截止 2015 年 9 月签署了 32 家医疗联合体。

## 1 中南医院建立医疗联合体的指导方针与思路

医疗联合体主要是指两个或两个以上不同的医疗卫生机构,通过纵向或者横向的资源整合所形成的利益共同体与责任共同体<sup>[2]</sup>。国外一些发达国家的医疗联合体构建比我国起步要早,美国早在 20 世纪 60 年代就以兼并、收购或联合的方式,构建了若干医疗联合体,英国、新加坡等国家也相继掀起了医疗联合体构建的浪潮<sup>[3]</sup>。

而在我国,尽管自 2007 年以来,全国许多地方也已经开始探索和尝试分工协作的有效模式,如南京鼓楼医院集团、北京世纪坛医院等以技术为纽带建立的松散型医疗联合体;大庆油田总医院集团、马鞍山市市立医疗集团建立了以产权为纽带的紧密型医疗联合体;上海瑞金医院集团则建立了兼有紧密型与松散型特点的混合型医疗联合体<sup>[1]</sup>。

中南医院社会医疗发展部自 2011 年起对基层医院进行的调研结果中分析得出:中南医院应走在医改事业的前端,坚持“保基本、强基层、建机制”的医改根本原则,投身于构建多合作模式的“医疗联

合体”探索中,以管理为纽带,人、财、物、资源、服务等方面为切入点推进医疗资源整合,坚持统筹兼顾、优势互补、促进优质医疗资源下沉,参与有序的市场竞争,从而提高医疗质量、降低医疗成本,改善医疗卫生体系的运行效率,切实为群众提供优质、安全、有序、方便、价廉的基本医疗服务。院领导也一再强调要求真心实意帮扶,对基层医护人员的培养,兼顾经济效益和社会效益,提出了绝不以“跑马圈地”为目的联合体计划,争取将基层医院转诊率下降5%~10%百分点,成为公益事业的一根标杆,最终树立中南医院的品牌形象。

## 2 中南医院现行的医疗联合体的管理与运作模式

2013年1月正式启动医疗联合体计划。采取的具体形式、方法如下:

### 2.1 “请上来”

协作医院派送科主任、护士长、专业技术骨干到中南医院免费轮训、进修。社会医疗发展部负责对进修人员安排住宿、联系科室负责人并由专人带交相关专业负责人,对学习情况进行追踪调查。据统计2013年安排265人次轮训、63人次进修,2014年安排311人次轮训、进修54人次,2015年8月底安排进修人员89人次,并结合教学办公室《武汉大学中南医院/武汉大学第二临床学院进修生教学管理办法》制定《社会医疗发展部关于联合体医院管理干部专业人员培训学习的管理规定》《武汉大学中南医院联合体人员学习考核表》《联合体进修、轮训学习流程》,严格管理学习人员的学习质量。

### 2.2 “送下去”

我院签署技术协作协议有医院管理技术合作型:派驻具有一定专长的中级以上职称副主任医师任副院长、科主任参与其行政、科研、教学等各个方面管理以提升其整体水平。技术协作型及专业合作型:根据协作医院专业需求计划甄选专家定期到医疗协作医院坐诊、教学查房、手术示教、讲课系列支持。托管模式:保存原医疗机构的性质、功能、资产权属不变,按照权责明晰、平等互利、共同发展的原则签署托管协议,成立管理委员会行使管理与决策权力,派驻院长、技术骨干及周末专家坐诊、会诊等形式,为其引入先进的管理与技术,提高诊疗水平与服务质量。

对于下派专家逐步建立健全考核制度,实行分级考核,制定统一的考核标准,对下派专家服务能力、派驻工作落实情况予以考核,其考核结果与其工资绩效、晋升资格挂钩。社会医疗发展部参照《医务人员医德考评标准》制定《武汉大学中南医院医

疗联合体工作下派专家工作管理考核表》《武汉大学中南医院下派专家工作量登记表》,对其工作情况进行评定,并出台《武汉大学中南医院医疗联合体工作下派人员管理制度》《武汉大学中南医院对口支援工作管理制度》等各项制度,其最终的共同目的是将“医疗联合体”计划落到实处。

对于疑难、危、急、重症患者遵循“患者自愿、病情需要、分级诊治、对口转诊、资源共享、连续性服务”原则,基层医院向我院转诊的患者通过“绿色通道”享受优质诊疗和住院服务,实现无缝隙转诊,对于转回基层医院的病人提供连续性健康管理和医疗服务。

## 3 中南医院区域医疗联合体战略实施成效

中南医院医疗联合体工作取得初步成效,提高了支撑医院的专业技术水平及管理水平,在中南医院大力支持下,各联合体医院在全省县级重点专科评审中硕果累累,不胜枚数,孝感市第一人民医院顺利晋级“三级医院”……。在赤壁市蒲纺医院的消化内科,在中南专家教授的帮助下,成立了内镜治疗中心,购置了最先进的胃镜、肠镜各一台。下派专家手把手地教授蒲纺医院医护人员,在蒲纺医院逐渐开展了胃肠镜高频电凝息肉切除术、粘膜下切除术+钛夹封闭术、治疗晚期食道癌食道狭窄的食道支架置入术、治疗胃切除术后肠蠕动乏力的空肠置管术等等。一组数字说明了蒲纺医院发生翻天覆地的变化。该院消化内科,原来一年胃肠镜只能做200~300人次,这个数字在2014年翻了十倍以上,达到2673人次。放射科,原来一天使用胶片10张,现在每天100多张。医院收入,2013年为3200万元,2014年达到5100万元,增长速度之快是蒲纺医院建院40多年来从未有过。

## 4 医疗联合体在运行过程中存在一些亟需解决的问题及设想

目前,医联体的运行模式和管理还处于相对松散型状态。在其具体运行中面临许多现实问题,如联合体内各医疗机构间以及各医院间医务人员的利益羁绊,各层级、各单位之间的信息传递和沟通交流仍不完全畅通,医师多点执业的政策尚有待进一步完善等<sup>[4-5]</sup>。

### 4.1 双向转诊

目前的双向转诊机制只是节省了国家的医保资金支出,并未从根本上减轻患者负担,从而削弱了联合体医改的创新意义,改变了医疗联合体的创建初衷<sup>[5]</sup>。各地医疗联合体双向转诊工作中碰到的最

大问题是“向上转畅通,向下转堵塞”。下级医院的患者能通过绿色通道迅速至我院就诊,但由我院“下转病人”却阻力重重<sup>[6]</sup>。问题产生的原因有很多,如患者就医观念存在误区、转诊手续繁琐、下级医院医疗条件的限制等,但是最根本的原因在于,联合体内各医疗机构间以及各医院间医务人员的利益羁绊,缺乏将患者下转到基层医院的激励机制<sup>[7]</sup>。

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<sup>[6,8]</sup>,决定了医联体内部下层医院与核心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。而政府对公立医院开展分工协作的补偿和激励相当不足,使得全国一些医院和医生担心患者流失会导致经济效益的下降,而缺乏下转患者的动力,为了应付上级部门的政策要求仅仅在形式上开展分工协作,这便导致了“下转”几乎无法实现<sup>[9]</sup>。

在日本,政府推行教学医院负责制,保持医疗联合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,而是完全下放给医疗联合体,让核心教学医院担当起办医角色,对人、财、物等各类卫生资源实行一体化管理,实现医疗资源配置最优化<sup>[9-12]</sup>。

借鉴新加坡医改经验,用利益诱导,鼓励下级医院首诊;例如,为鼓励患者到联合体内的下级医院进行首诊,在医疗费用方面对于那些经下级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<sup>[11-13]</sup>。

日本、新加坡等发达国家的经验是否同样适合我国的医疗环境,还有待进一步调研<sup>[12]</sup>。

#### 4.2 医师多点执业及专家下沉

建立医疗联合体内多点执业制度,是让医生在现行体制下流动起来的最佳途径<sup>[8]</sup>。目前,我院通过“送下去”派遣大批经验丰富的专家对联合体内的基层医院进行管理及技术支援,取得了令人欣喜的成果。但由于医师下沉政策并无统一的制度规定,相应的激励机制并不完善,直接导致专家下沉积极性不高。因此就需要建立统一的激励机制,使医务人员的收入不再和原所在医院的经济效益直接挂钩,将晋升机会与基层医疗服务时间和质量挂钩。让有技术专长的医生、专家到基层固定坐诊、手术或技术指导,满足患者对医疗技术的需求,缩小患者就诊半径,降低患者医疗成本。

#### 4.3 医疗联合体内医保政策

国际经验及理论分析均证明,为确保综合性医院与基层医疗卫生机构有效开展分工协作,必须发挥基层守门人的作用,运用配套性医保政策引导患者在两级医疗机构之间进行有序流动<sup>[9]</sup>。现行省、市医保、新农合的相关规定以及医联体内部各医院之间的医保政策不同,导致了患者在医联体实现转诊后报销手续及比例等相关问题。另外,医保政策规定不同医疗机构转诊住院的起付线补偿机制,患者每次转院就又要缴纳一次医保起付线,恢复期的患者转回基层医院时表面上是节省患者的医疗费用,但是多缴纳的起付线又冲抵了这种节省。今后能否在转诊过程中将所有患者起付线问题有更好的解决方案?

#### 4.4 完善信息平台

医联体内部各级医疗机构之间都有各自的信息系统且相互独立,部分基层医院信息系统建设较为落后,各机构之间很难实现患者信息互通,而且上下级医院的业务流程没有统一的规范可循。这导致联合体内部的分割,进而对整个医疗卫生体系的质量、成本和结果产生不良影响<sup>[10]</sup>。消除不必要、不安全的医疗行为所带来的资源浪费是提升医疗服务质量、减少病人医疗费用及实现整个医疗系统可持续发展的关键<sup>[11-13]</sup>。因此接下来,我们的目标是建立一个基于全民电子病历的区域协同医疗卫生信息平台,逐渐统一居民健康信息数据库,从而整合医联体内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。

#### 4.5 其他进一步措施

根据功能定位和群众需求,在“协作医院”创建临床重点专科,要着力发展急救、康复、重症医学、妇产科、儿科、超声影像等急需专业以及对外转诊率较高的专科临床布局进行统筹规划设置,结合实际建立特色专业,制定重点专科发展,有计划地开展重点专科的建设,加大对薄弱专业的支持。其中具有国家级临床重点专科建设项目和省市重点专科要在“协作医院”建设相应的重点专科。

医疗联合体各医疗机构应成立管理委员会,由专人负责日常工作制定工作流程,积极协调沟通,收集日常工作数据。应定期组织医疗联合体医院召开会议。讨论解决运行过程中出现的问题。

综上所述,医疗联合体工作是医疗改革工作重点,涉及工作任务重,实施难度大;要在深化卫生体制改革创新管理服务模式中进行积极探索,分析运行现状,针对性地提出战略规划及改进措施。

服务的优势,同时充分发挥决策机制灵活和管理机制高效的优势,这样民营医院才能在与公立医院的竞争中立于不败之地,并逐渐发展壮大。

### 3.3.2 低成本战略

相对于公立医院,民营医院在成本控制上更有优势,原因在于:①民营医院机构设置简单,行政管理人员少,行政成本大幅降低;②民营医院可以与设备、药品以及耗材供应商直接议价,降低设备、药品及耗材的价格。由于服务成本降低,即便服务价格不变,民营医院的利润空间也比公立医院大,如果服务价格提高,则利润空间更大。

### 3.3.3 做好营销战略

民营医院目前面临的巨大挑战是自身品牌形象差,老百姓的认同度低,这也是目前民营医院在国内受冷遇的重要原因。要改变这种形象,民营医院需要付出长期艰辛的努力。首先要加强内涵建设,包括提升技术,规范管理,坚决杜绝逐利的短期行为,而建立中长期的发展战略。与此同时,利用各种媒体有针对性地加强自身形象塑造。比如,展示自己的技术实力,让老百姓有信心。宣传自己的服务优势,吸引患者。公开自己的收费项目和价格,做到收费透明,让老百姓放心。除此以外,要充分利用患者

口碑的力量,服务好每一位患者,让这些患者成为医院的正面宣传员,从而吸引更多的患者。总之,在做好内涵建设的同时,一定要做好营销战略,只有这样,民营医院才能真正进入发展的春天。

#### 参考文献

- [1] 曲建健,邱 韬,韩立伟.新医改对我国民营医院发展的影响[J].企业导报,2010(1):67-69.
- [2] 梁翠翠,杨 琴,王 娜,等.新医改背景下公立医院的改革与发展探析[J].现代医院,2015,15(8):99-101.
- [3] 严 艳,雷 寒.民营医院现况分析及新医改背景下的战略契机[J].重庆医学,2014(14):1811-1813.
- [4] 董 毅,王 波.SWOT分析:新医改下的民营医院发展优劣势[J].医院领导决策参考,2009(12):13-17.
- [5] 王建国.广东省民营医院可持续发展的现状、问题及对策[J].现代医院,2013,13(8):1-5.
- [6] 叶恒波.新医改形势下民营医院的机遇与挑战[J].医院管理论坛,2010(1):53-54.
- [7] 冯春辉.我国民营医院发展面临的问题及政策分析[J].财经界(学术版),2014(9):67-69.
- [8] 王练深,魏东海,黄敏芳,等.新医改政策下广东省民营医院发展状况试析[J].中国医院,2014(12):42-44.
- [9] 苏 澎,田文华.我国民营医院发展内外影响因素分析[J].卫生经济研究,2014(7):14-16.
- [10] 邓 娅,邓世雄.新医改形势下民营医院的发展方向[J].现代医院管理,2011(1):9-11.

(上接第 1629 页)

#### 参考文献

- [1] 李 玲,徐 扬,陈秋霖.整合医疗:中国医改的战略选择[J].中国卫生政策研究,2012,5(9):10-16.
- [2] 任文杰.我国医疗联合体文化整合存在的问题及对策探讨[J].医学与社会,2014,27(2):31-34.
- [3] 赵列宾,朱文娟,黄 波,等.论医院重组中的文化整合[J].中国医院,2004(6):51-53.
- [4] 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.
- [5] 马亚楠,何钦成.社区全科医生首诊制是实现双向转诊制的有效途径[J].中国卫生经济,2007,26(3):27-29.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [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] DONNA M S, DORIS Y, DAVID D, et al. Integration of primary healthcare services: perceptions of Australian - primary care inter-face[J]. Evaluation and Program Planning, 2002, 25(1):47-59.
- [10] SHIH A, DAVIS K, SCHOENBAUM S, et al. Organizing the U. S. Health care delivery system for high performance [EB/OL]. [2016-07-15]. The commission on a high performance health system. Commonwealth fund, august 2008. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/aug/organizing-the-us-health-care-delivery-system-for-high-performance>.
- [11] Health Industry Forum. Healthcare payment reform: creating conditions for more efficient health delivery. policy Brief, April 10, 2008.
- [12] CROSSON F J. 21st - century health care - the case for integrated delivery systems [J]. N Engl J Med, 2009, 361(14):1324-1325.
- [13] INTERMOUNTAIN HEALTHCARE, KAISER PERMANENTE, MAYO CLINIC. Delivery system reform: action steps and pay-for-Value Approaches. November 4, 2008. [EB/OL]. [2016-07-15]. <http://xnet.kp.org/newscenter/media/DeliverySystemReform.pdf>.