

我国医疗联合体发展和实践典型分析

1、医联体是整合医疗服务体系的途径

随着人均期望寿命的延长、老龄化的加快和人群疾病谱的改变，居民对卫生服务的需求不断增加，尤其是对连续性服务需求增加。整合医疗卫生服务体系，有助于满足居民对此的需求。构建医联体（医疗集团）是整合医疗服务体系的途径之一。

2、医联体整合机制研究

医联体主要指在一定区域内，不同类型、层级的医疗机构组成的共同体，内部资源共享，责任利益共担，是以区域内医疗机构逐级指导为依托，双向转诊为枢纽的医疗资源共享机制。参考 WHO 的卫生体系框架及现有文献，本文从以下五个维度归纳当前我国医联体的实践特征。

2.1 组织及管理

各地医联体在组建方式上主要有三种：一是以技术和管理为纽带的整合，如北京、上海和镇江江滨医疗集团；二是以资产为纽带的整合，如镇江康复医疗集团；三是“直管式”医联体，既有资产的整合，又以技术和管理协调运行，如武汉市五院的“直管式”医联体。各地医联体组建方式和管理体制不同，根据是否有资产整合和法人治理结构，其对内部成员机构管理力度不同。涉及资产整合的医联体管理力度更大；以资产为纽带整合的医联体协调范围和管理力度次之。在仅以技术和管理为纽带整合的医联体中，采取理事会形式的医联体，理事会拥有统一决策管理权，负责医联体的总体发展规划、资源统筹调配、人事任免和医保额度分配等重大事项的决策，有利于内部统一管理以及措施的落实，其协调范围和管理力度强于既无

资产整合、又无理事会的医联体。

2.2 人员建设

各地医联体围绕人才招聘、培养、扶持以及激励机制，对人力资源建设展开了积极的探索。在人才培养方面，普遍为上级医院通过接收下级医院的进修及培训人员以及示范教学、会诊等方式，提升基层已有医务人员的管理和临床能力。同时，下派人才以坐诊、出诊等方式补充基层医务人员，也对工作内容进行了创新。各地采取了多种激励措施鼓励人员流动，主要为经济激励措施，如镇江和武汉给予下派医生补贴。

2.3 利益分配

政府对医联体的财政投入主要体现在财政预算拨款和医保经费两个方面。在医保方面，各地不同程度地开展了针对医联体的支付方式改革，如引入总额预算、按病种付费、按人头付费和按服务单元付费等，以此为契机推动成员机构的利益调整。

2.4 服务连续性

为高效配置成员机构的资源，引导居民基层首诊和双向转诊，各地医联体均建立了双向转诊通道，可预约转诊、检验/检查等，并设立专人负责和协调，及时上转急危重症患者，下转慢病管理和康复期患者。医联体成立后，通过内部资源重组，各成员机构逐渐形成自身服务模式特色，主要是在慢病和康复方面，如北京的小汤山医院，上海的全科服务团队和特色慢病防控模式，镇江的“3+X”家庭责任医生团队。镇江市还通过社区家庭健康责任团队开展与上级医院同质化服务。

2.5 资源共享

共享设备资源及建立覆盖所有成员机构的信息系统，实现内部信息实时采集与共享，有助于整合各机构及其服务过程。在设备资源共享方面，通过成立内部检验/影像中心、化验检查直通车或技术协作等，共享设备，统一检查标准，实现复杂检验/检查统一操作，结果、资料调阅互认。在信息化建设方面，医联体内都不同程度地搭建了信息平台，实现了预约挂号，患者就诊信息、检验/检查数据、社区健康档案信息共享，双向转诊和远程医疗等功能，并积极开发信息系统的其他功能。

3、医联体面临的挑战及建议

3.1 分工协作模式及治理结构的可持续性

资产整合型医联体是责任和利益紧密关联的共同体，但囿于层级管理分割的体制，其成立需克服多方阻力。技术管理协议合作型医联体成立较易，但若无适当的治理结构、管理机制、利益分配机制等，将影响资源的共享和统一管理，最终可能流于组织形式化。

3.2 人力对接及激励措施

部分医联体内出现了下派的人力不恰当及积极性缺失的情况。首先，上级医院工作繁重，更偏向于下派普通医务人员，且下派的专科医生不一定适合社区全科医疗的需要。其次，由于政府和医联体对下派医务人员的激励有限，如镇江市仅给予非晋升职称的医生补贴，以及以预防保健、常见病为主的社区卫生工作对于下派医务人员技术提升和科研教学工作帮助不大，使医生下派至基层的积极性缺失。

3.3 医保对医疗机构和参保患者的引导

在多数医联体内，医保仍为对各成员机

构单独支付，不能体现共赢的利益分配机制，而这正是医联体可持续发展的保证。此外，医保对患者的引导不足。首先是报销时监督不力，使居民基层首诊和双向转诊流于形式。其次，报销政策引导居民合理就医的作用有限，如镇江市统账结合基本医疗保险参保患者无需转诊单，医院和社区报销比例差别不大。

3.4 双向转诊及其配套措施

双向转诊难，尤其是下转难。首先，双向转诊制度有待完善。对于应下转患者的指征、重点病种和转诊规范不明确，且缺乏监督和追责措施。其次，社区药品种类缺乏是影响医院与社区卫生服务连续性的首要原因。基本药物制度实施以来，由于不同级别医疗机构间药品目录的差异，下转患者用药无法连续。第三，社区床位少使一些仍需住院的患者不能在社区进行康复。[41]第四，双向转诊政策宣传不到位也是居民不愿意去基层就诊的原因之一。

3.5 信息系统建设

目前各医联体信息系统仅限于辅助提供医疗服务，如健康档案、远程医疗，而在内部精细化管理和健康产出衡量等方面的功能仍有待开发。且医联体间、医联体与其他机构（如疾控）间互通互联的信息网建设仍有待加强。

4、结论

本文通过文献综述的方法，梳理了当前我国医联体的五个整合机制，即组织及管理机制、人员建设机制、利益分配机制、服务连续性机制和资源共享机制，评价了其实施效果，探讨了其面临的挑战，并提出了相应的建议。

（何莉）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。