

分级诊疗施行后,城市医院或将为病源发愁

# 建医联体,大医院下乡抢病号?

近日,省立医院烟台分院合作项目正式签约,这标志着作为省内“医疗航母”之一的省立医院再扩容。对此,业内人士认为,这种合作有利于不同医疗资源得到更合理使用,缓解“看病难”“看病贵”。

也有专家表示,城市公立医院改革即将全面启动,分级诊疗制度施行后,大医院门诊量下降,如果向上转诊的患者数量再不能保障,他们的日子会很难过,因此各大“医疗航母”都在想方设法“跑马圈地”,以应对医改可能带来的冲击。据悉,目前齐鲁医院、省立医院、省千佛山医院、山大二院、省中医等各大医院都在探索不同模式的“医联体”。

本报记者 刘志浩

## 1 建医联体,省里各大医院都很积极

“我腿脚不便,又有哮喘病,肺气肿,不方便到省城大医院,专家来到家门口太方便了。”近日,聊城市茌平县的韩大爷急急忙忙来到县医院。当天,来自省城大医院的专家到当地坐诊。

由于发展不平衡,我省不少基层医疗机构的服务能力非常有限,但通过大医院“牵手”小医院,通过发展不同形式的“医联体”,不仅当地的患者得到了方便,还使得不少基层医院得到了长足发展。

以沂南县医院为例,在成为齐鲁医院沂南分院前,沂南县医院综合指标处于临沂市

13家县区人民医院的后列。调查发现,约60%的患者因为当地诊疗条件有限、无法得到确诊或有效治疗到上级医院就诊。但经过多年合作,目前该县除少数病人需到上级医院转诊外,基本实现了“病人不出县”的目标。

这种做法在2013年的全国卫生工作会议上得到了肯定,这也是原卫生部首次明确鼓励“医联体”形式。

我省多家大型医院都积极探索不同形式的“医联体”模式。例如,2003年起,山大齐鲁医院采取合作办医等模式,开展集团化运营,目前已形成

多个院区和分院;2004年,山东省立医院集团成立,目前已包括多家医院;2014年,山东中医药大学医疗集团正式成立;近年来,山大二院、省千佛山医院等也通过发展合作医院等不同方式,探索发展“医联体”模式。

这些“医疗航母”还在不断扩容。例如,12月3日,山东省立医院烟台分院合作项目正式签约,标志着该项目正式落户烟台福山。省立医院青岛医院也于一个多月前正式签约,落户青岛即墨。而齐鲁医院青岛分院则早在2013年就开诊。



大医院人满为患,小医院门可罗雀。不过随着分级诊疗推开,“患者不出县”后,大医院的门诊量将遭遇考验。(资料片) 本报记者 李钢 摄

## 2 若“患者不出县”,大医院病源难保障

无论是叫“分院”,还是叫“合作医院”,各大医院都在积极探索不同形式的“医联体”模式,但这种探索也遭到了质疑。

“医联体”的主导者大都是实力雄厚的三甲大医院。不少医疗界人士指出,这种探索会不会演变成大医院“跑马圈地”、扩张“势力范围”,挤压相对弱势医院的生存空间?尤其是在城市公立医院改革即将全面启动和分级诊疗体制即将正式建立之际,这种质疑更甚。

根据国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见,城市公立医院改

革将全面启动,全部取消药品加成,同时从严控制公立医院床位规模,对超出规模标准的公立医院,要采取综合措施,逐步压缩床位。

我省要求在2016年6月底前,全面启动所有城市公立医院综合改革。“城市大医院取消药品加成后,会面临很大的压力。”一位县医院相关负责人表示,“城市医院一般体量大,取消药品加成后,经营压力会非常大,而且现在要建分级诊疗制度,要90%患者不出县,这样大医院压力更大,他们就要建立自己的势力范围,控制住一定病源。”

据悉,我省将首先选择潍坊、东营、威海3个城市和章丘市等22个县(市、区)进行试点,选择至少30种慢性病进行分级诊疗试点,2016年,扩大分级诊疗开展的地区和病种数,公立医院改革县(市、区)实现全覆盖,县域内就诊率达到90%左右。

“分级诊疗后,大医院的门诊量下降,如果向上转诊的患者数量再不能保障,他们的日子就难过了。”该负责人向记者分析,“所以不少大医院非常热衷建合作医院,建立分院,这样既能保证一定转诊量,也有助于提升它在当地的影响力。”

## 3 小医院想用大医院提升名气,地方也想出政绩

“大医院牵手小医院,最实质的合作应该是双向转诊,但现在是上转容易下转难。”一家基层医院负责人表示,他们最希望得到的是大医院的技术支持,但如果合作变成大医院单向“锁定病人”,那意义就会大打折扣。“这无疑是抢走我们的病人。”

大医院建“医联体”有“跑马圈地”之嫌,有可能会挤压相对弱势医院的生存空间,但仍有很多基层医院愿意或者说不得不投入大医院的

“怀抱”。

“我们需要靠大医院的名气吸引病号,同时也能利用他们的专家提高我们的医疗技术。”一家区医院相关负责人表示,“现在老百姓就相信大医院,那我们只能靠大医院的名气来吸引他们,这个就像所谓的名校合作学校一样。”

对于大医院可能“吸走”基层医院病号的担忧,基层医院也有着自己的方法。“一般病情感觉能在我们这里做手术或者治疗的,我们就请大医

院的专家来,到我们这里做手术,如果实在不行,就推荐患者转到合作的大医院。”

除了基层医院愿意投入大医院的“怀抱”,当地政府部门也有着很大的积极性。“我们去各个县签合作医院,很多都是当地的县长,甚至是县委书记出席。”一家医联体牵头医院的负责人表示,“这是因为把大医院引入当地,也是当地政府的一项政绩,尤其在现在保障民生的大政策下,当地政府就更积极。”

## 4 优质资源有限,专家下基层仍是少数

尽管各医院的“医联体”探索取得了一定成效,尤其是对提高基层医疗水平起到了一定作用,但现在的探索仍具有很大的局限性。

“优质医疗资源毕竟是有限的,就算是建了合作医院,建了分院,大专家也不可能经常去。”在山大公共卫生学院教授徐凌忠看来,大医院的那些大专家,本来病号就看不完,很少有时间去基层。

省城一三甲医院的相关负责人也坦承,“高水平的专家数量是一定的,我们不可能抽出,也抽不出专家派到下面去。”

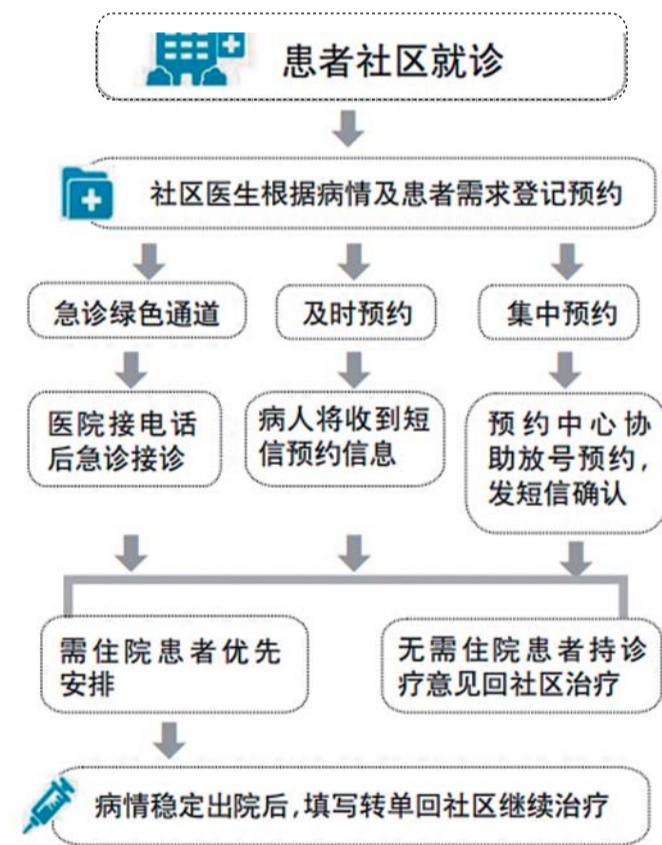
从事有关“医联体”研究多年的美国麻省卫生福利部高级研究员蔡江南曾公开撰文指出,我国人均医生数量虽然不少,但高水平医生数量有限。“具有大学本科教育水平的医生只占约1/3,具有医学博士教育水平的医生还不到1%。如果采用其他国家的医学博士标准,那么我们的医生人口比只有印度的1/40。这是我国看病难的根本原因。”

此外,按照(原)卫生部的规划,“医联体”内应包括各级医院,而患者在“医联体”内,可以享受到基层医院与三甲大医院之间的双向转诊。但现在许

多医联体主要由一家大型三甲医院牵头,然后由数家县级医院组成,很少有包含基层社区(乡镇)医疗机构在内。

即使在现有的“医联体”内,双向转诊也并不顺畅,多是“上转容易下转难”。“即使真的转下来了,万一病人再出现什么问题怎么办?责任谁来承担?”一家基层医院的相关负责人说出了许多基层医疗机构的担心。

在徐凌忠等专家看来,要想通过建立医联体等方式建立合理的就诊秩序,需要打破一些体制障碍,建立灵活的人事制度和相应的医保制度等。



医联体双向转诊流程图

相关评论

## 医联体内部不能只是相互利用

现在的公立医院都是自负盈亏,要挣钱养活自己。大医院建医联体,固然有其普惠的一面,政府也希望借此让优质医疗资源下沉,解决“看病难”,但对于医院来讲,其中更有自己的盘算。大医院希望触角更深入,想多吸收一些病人,而小医院则希望大医生来医院做手术,各有利益诉求,最后的平衡点就在利益的分配上。

在医联体中,大医院利用小医院,小医院利用大医院,彼此之间是互相利用。从现有的医联体实践来看,大医院的医疗技术支持小医院,小医院无法解决的就转诊到大医院去,大医院的康复病人则转到下面的小医院。其中都会牵涉到利益的分配,如果做得不好,最后医联体变成虹吸,把病人虹吸到大医院里去了。除了

虹吸病人,还会虹吸医生、护士。从现阶段看,医联体大致分为松散型和紧密型。松散型医联体模式较为普遍,它主要由核心医院向下级医院提供专家和技术支持,实现联盟内的信息互认、转诊等,但在人员调配、利益分配等方面并未统一,相对独立。尽管这种做法有一定的效果,但是难以形成长效运行机制。

相对而言,紧密型的医联体运作更顺畅,根本原因在于利益的统一。紧密型医联体是指医联体内医院在人、财、物统一调配,经济利益一体化。不过,尽管它在资源配置方面具有很大优势,但要在我国完全实现,难度很大。因为这需要突破当前体制性问题——分级管理和分灶吃饭。

据新京报