

上海市长宁区构建区域医疗联合体的 政策效果、经验与建议

【摘要】：上海市长宁区结合区内社区卫生服务发展情况和区域内医疗卫生服务机构的规划布局探索建立区域医疗联合体，提升了社区卫生服务能力和水平，提高了居民对双向转诊服务的利用，初步引导了有序就医新秩序的建立，取得了一定成效。长宁区的实践经验主要是结合社区卫生改革，以满足居民需求为核心；因地制宜，建立多渠道双向转诊平台；强调自主选择，建立新型有序就医链条。同时分析了工作中存在的一些问题，如双向转诊的可持续性、上转容易下转难、社区卫生服务人员培养的困境，并提出了相关建议。

【关键词】：医疗联合体，资源整合，政策成效，经验，建议

新时期下开展公立医院和基层医疗卫生机构分工合作，引导一般诊疗下沉到基层，探索建立区域医疗联合体之间的协同服务机制是构建新型医疗卫生服务体系的重要手段，是实现社区首诊、分级医疗和双向转诊的重要途径，也是国家新医改的一个重要环节。全国很多省市、地区都在开展有关区域医疗联合体的探索实践，上海市长宁区也结合区内社区卫生服务发展情况和区域内医疗卫生服务机构的规划布局，围绕家庭医生制度建设探索建立区域医疗联合体，搭建联合服务平台、构建协同服务机制、创新协同服务模式，并取得了一定的成效。本文对长宁区所作的实践探索进行总结，分析政策实施效果，归纳政策经验和实践中发现的问题，为其他地区进行相关改革提供借鉴。

1 长宁区构建区域医疗联合体的实施效果

1.1 社区卫生服务水平得到提升

一是得到技术支撑。社区卫生服务中心的医务人员与二、三级医院专家结对共建，依托其专科技术优势，在老年病诊治与老年人保健、儿童保健与医疗、中医药服务、妇科疾病、关节病、精神病人管理和心理卫生等方面得到强有力的技术支撑。

二是得到设备支撑。长宁区通过服务外包建成了专业、科学、高效的区域检验中心，为社区卫生服务中心提供集约化检验服务。据长宁区卫生局统计，2012 年长宁社区卫生服务 16.94 万人次、42.68 万件样本的检验服务均由兰卫公司集中提供。同时借助远程医疗技术，实现了设备共享，远程诊疗覆盖长宁区社区卫生服务全部常规诊断项目，通过远程诊断中心提供的诊断支持和技术指导，弥补了社区卫生服务中心原有设备的不足，提高了家庭医生诊疗服务的准确性。

三是加强了家庭医生培训，提高了医务人员专业水平。二、三级医疗机构在给予社区卫生服务中心分级诊疗协同服务的同时，也通过定期社区门诊、业务培训、教学查房、现场带教、科研合作、参与社区医疗咨询活动等方式，不断提升社区家庭医生的业务素质和诊疗水平。以华东医院和江苏社区卫生服务中心所开展的人才培养工作为例，按照区卫生局的要求，2012 年华东医院针对江苏社区卫生服务中心结对的家庭医生开展教学查房和专科带教分别为 44 次和 28 次，参加查房和带教的家庭医生分别为 135 和 45 人次；前后有 32 次派家庭医生前往华东医院进行短期进修，每次 1 人，共有 32 人次受益；华东医院派专家到江苏社区进行业务讲座 6 次、社区健康教育讲座 4 次、科研课题指导 10 次，分别有 357 人、211 人和 28 人参加并受益；由华东医院牵头和江苏社区合作开展的三项科研课题均获得了省市级立项(表 1)。

表 1 2012 年华东医院和江苏社区卫生服务中心开展的人才培养合作情况

工作内容	地点	开展次数(次)	参加人次(人次)
教学查房	华东医院	44	135
专科带教	华东医院	28	45
短期进修	华东医院	32	32
业务讲座	江苏社区	6	357
社区健康教育讲座	中心所辖社区	4	211
科研课题指导	华东、江苏社区	10	28

数据来源：长宁区江苏社区卫生服务中心 2012 年工作总结报告

1.2 双向转诊服务的利用得到提高

通过构建区域医疗联合体协同服务平台，长宁区社区居民可以享受到由家庭医生和联合体提供的优质、便捷、便宜的协同医疗服务。社区转诊患者前往上级医疗机构后有专人引导、专窗接诊、优先检查、优先取药、一次性付费等便捷服务，缩短转诊协调时间、减少转诊手续，转诊流程较为通畅。同时，由社区卫生服务中心转诊到区内二级医疗机构的患者，凭转诊单可享受挂号费用减免；在社区进行的检查、检验项目经过查验可以在接诊医院得到互认，减少不必要的重复花费，节约医疗费用。

长宁区搭建的多渠道双向转诊服务得到了居民的广泛认可。经过“3-2-1”协同转诊到同仁医院的患者人次从 2006 年的 128 人次已经增长至 2012 年的 31 907 人次；由社区直接转诊到三级医院华东医院的患者由 2010 年的 33 人次增长至 2011 年的 504 人次和 2012 年的 406 人次；社区与中山医院的“全科—全科”转诊模式 2012 年底开始试点实施，由于实施范围有限、覆盖人数较少，并且转诊模式尚处于探索阶段，因此通过该渠道实现“全科—全科”转诊的患者相对较少(表 2)。

表 2 2010—2013 年长宁区医疗联合体双向转诊情况

转诊模式	2010 年		2011 年		2012 年		2013 年	
	人数	人次	人数	人次	人数	人次	人数	人次
二级医院	121	128	4117	8333	17790	31907	14683	37950
华东医院	—	33	—	504	—	406	—	323
中山医院	—	—	—	—	—	8	—	52

数据来源：长宁区卫生局 2009 —2012 年工作总结报告和 2013 年质控考核记录。其中 2013 年数据截至 2013 年 8 月底。

同时，随着长宁区在 2013 年 3 月探索实施家庭医生签约制度和医保支付方式联动改革之后，重新明确了签约患者的权利与义务，更加强调为患者提供优质的双向转诊资源^[5]，在改革实施不到半年的时间，三个模式的双向转诊数据都有了极大的提高，截至 2013 年 8 月，由社区和区内二级医院之间开展的双向转诊达到 37 950 人次、和华东医院之间达到 323 人次。

另一方面，长宁区积极开展联合体内下转病人的社区康复工作。2012 年底，长宁区开始探索建立双向转诊联动(康复)病房，由三级医院向下转至社区住院康复的重点服务对象提供定期查房和康复治疗服务，自实施以来取得了明显成效，得到了患者认可。以“华东—江苏家庭医生联动病房”为例，联动病房正式运行以来，接受华东医院骨科、神经内科、康复科、呼吸内科、血流科等科室下转需要社区康复的病人有 34 人次。患者通过联动病房，进一步接受江苏社区卫生服务中心的对症和康复治疗。同时，华东医院相关科室的专家主任会定期到中心查房，根据患者情况，指导社区家庭医生用药，规范治疗流程，定期进行检查和疾病评估，得到了就诊患者的一致好评。

1.3 引导有序就医新秩序初显成效

通过医疗联合体提供优质服务、搭建区域转诊通道，有助于构建合理、和谐的新型医疗秩序，引导病人下沉社区，从而对当前的诊疗结构进行重分配，常见病在基层诊疗，疑难杂症在二、三级医院诊疗，体现区域医疗联合体的整体效率。长宁区探索实施家庭医生签约制度改革，同时配套完善医疗联合体相关运行机制，社区居民有序就医的新秩序已经初步形成。

据长宁区卫生局统计，截至 2013 年 8 月底，签约对象的社区家庭医生首诊率达 60.54%；实施转诊后，签约对象的转诊到位率达 78.19%；与家庭医生预约后，平均有 64.71%的签约对象能够履约就诊。可以看出，通过长宁区家庭医生制度和医疗联合体的配套改革，签约对象在社区首诊、预约就诊、逐级诊疗的习惯正在养成，引导有序医疗已经显现了初步效果。

2 长宁区构建区域医疗联合体的实施经验

2.1 结合社区卫生改革，以满足居民需求为工作核心

我国其他省市开展的纵向型医疗联合体实践，一般可以总结为二、三级医院与社区卫生服务机构之间的联结，主要包括自上而下和自下而上两种模式。^[1-3]自上而下模式是二、三级医院出于扩大服务人群的动机促发的协同服务整合，自下而上模式是社区卫生服务中心以获得医疗设备和技术支持为目的的协同服务整合。这两种模式没有准确把握改革的立足点，导致在实施过程中产生了许多问题。自上而下模式以加强二、三级医疗机构市场份额为出发点，与我国新医改“强基层”的改革原则以及重塑医疗卫生服务体系的政策目标相违背。自下而上模式虽然重视二、三级医院对于社区卫生服务中心的对口支援，但是这种支援往往因为没有把握社区卫生服务改革的核心难以切中要害，不能真正补充社区卫生服务的不足。比如很多二、三级医院强调派专家到社区卫生服务中心坐诊，短时间内看似增加了社区卫生服务中心的门诊量，方便了患者就诊，但没有根本改善社区卫生服务中心的服务水平。^[4]

长宁区探索开展家庭医生签约服务和建设区域医疗联合体是两项密不可分、相互促进的改革实践。一方面，长宁区家庭医生责任制的实施和签约服务的开展，深化了社区卫生服务内涵，创新了服务机制和模式，提高了社区居民的关注和认可^[6]，社区卫生服务的做大、做强为探索构建区域医疗联合体创造了扎实的社区基础、提供了良好的发展平台。另一方面，医疗联合体是家庭医生签约服务的有效组成部分，是家庭医生制度能力短缺的补给和支撑，也是基层卫生建设和家庭医生制度进一步深化的重要保障。

长宁区进行的医疗联合体改革，充分结合了长宁区的社区卫生服务发展水平，与家庭医生签约服务改革配套进行，在明确了社区卫生服务功能定位的基础上，以社区卫生服务为基础，围绕百姓的实际需求弥补家庭医生制度的“短板”。长宁区社区卫生服务改革进行到当前家庭医生签约服务改革的阶段，明确要通过提供优质服务和居民进行权益交换，让患者自由选择并真

正保持在定点医疗、社区首诊、双向转诊、分级诊疗的新型就医秩序中。如何围绕百姓的切实需求对社区卫生服务的短缺和不足进行充分补充是长宁区医疗联合体协同服务创新改革的一个工作导向，搭建双向转诊平台、资源共享平台、人才培养平台都切实提高了社区的基础性作用，满足居民的社区卫生服务需求，这也是长宁区医疗联合体协同服务能够取得成效的一个重要原因。

2.2 注重结合地区特点，建立多渠道双向转诊平台

长宁区是上海市唯一一个没有三级医院的中心城区，因此在建立医疗联合体、探索医疗联合体协同服务方面，长宁区结合地区特点扬长避短，建立了多渠道的双向转诊平台。长宁区建立医疗联合体根据参与主体的不同，可以分为“社区—二级医院”、“社区—三级医院”以及“全科—全科”三种模式。

“社区—二级医院”模式（“3—2—1”模式）。该模式 2005 年率先由长宁区属同仁医院试点实施，2009 年在全区推广，区属的 5 家二级医疗机构根据地域就近原则分别和全区 10 家社区卫生服务中心签订合作协议，并将合作的三级医院由仁济医院扩大到华东医院、华山医院、第六人民医院和第九人民医院，3—2—1 协同模式得到了进一步的发展完善。^[6]该模式强调二级医院在区域纵向医疗联合中的中转和枢纽作用，并且因为是区属医院，地理位置具有优势，交通成本较低，辖区居民就诊较为方便。同时，社区大部分合理转诊是由于社区仪器和设备等基础条件不足、诊断不明需要上级医疗机构协助确诊^[7]，因此二级医院基本可以承担大多数的社区转诊工作，不需到三级医院，提高了医疗资源利用效率。该模式因为转诊主体是区属二级医院，在当前医院分级管理的情况下更利于区域内卫生部门开展协调组织工作。

“社区—三级医院”模式。长宁区的社区卫生服务中心和华东医院建立了双向转诊合作关系，社区居民通过家庭医生就可以联系到三级医院的专家，有助于缓解患者罹患疑难杂症时看病难的问题。并且，社区直接和三级医院联系使得转诊结构更为扁平化。但这一模式受地域限制的影响比较大，自推出以来在全区发展不均衡，江苏社区卫生服务中心因为毗邻华东医院对于这一转诊平台利用相对较多，也较为便捷。同时，这一模式直接将社区卫生服务中心的患者转诊到三级医院，在一定程度上导致资源的浪费，小范围实施难度不大，但是大范围推广可能增加三级医院接诊压力，进而导致双向转诊服务水平降低。

“全科—全科”模式。2012 年，长宁区以新华、虹桥和周桥社区卫生服务中心为试点，与复旦大学附属中山医院搭建转诊平台，探索建立全科—全科的新型分级诊疗模式。这一转诊模式是在家庭医生与三级医院全科医学科之间开展双向转诊工作，体现了“全科—全科”的无缝隙对接，充分发挥了全科医学广泛性、基础性、综合性和个性化的特征，同时注重三级医院全科对家庭医生转诊合理性、必要性和准确性的培训和评估，提高社区家庭医生的转诊准

确率和技术水平。

2.3 强调居民自主选择，建立新型有序就医链条

社区卫生服务中心作为协同服务医疗联合体的中枢，当患者到社区就诊，由家庭医生接诊后确认有转诊需求，可根据病人的病情危重程度、复杂和疑难程度，并结合转诊医院的地理位置和特色专科，将患者转诊至紧密协同合作的对口医疗机构——华东医院、中山医院全科或者是长宁区内的相关二级医院——进行更为深入和专业的诊治，并享受相关的转诊优惠政策和转诊便捷流程。如果紧密型协同的医疗机构难以完成病人疾病诊疗和特殊需求，家庭医生可通过长宁区转会诊中心协调将患者转诊至若干家松散型合作的三级医院，这些三级医院一般具有强势特色专科，保证患者的特殊需求。具体转诊链条见图 1 所示。

但是，这条由家庭医生引导完成的就医路径并没有剥夺患者的自由就医选择权，是非强制性、由家庭医生引导患者自愿完成的，患者仍可以按照以前的就医模式自行前往二、三级医院就诊。因为强调自由选择，相比青岛等地规定“居民就医首诊必须在签约社区卫生服务中心才可享受医保报销政策”^[8]的强制性举措，社会接受程度相对较高，实施难度也相对较小。

家庭医生、医疗联合体通过提供便捷、有效、便宜的优质协同服务，这些有价值的服务对于提高公众认可可是至关重要的，让居民感受到实惠后“用脚投票”，自主选择和家庭医生建立长期合作关系，真正实现“沉下来、定的住”，减少因自由就医所导致的无序就诊，自发进入到政策引导路径中，形成新型的就医链条，培养社区首诊、双向转诊、逐级就诊的就医习惯。

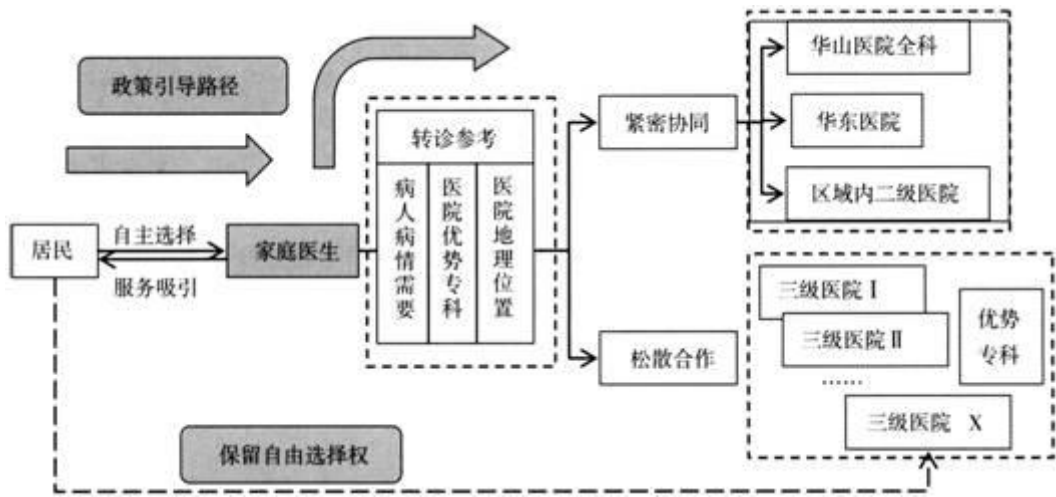


图1 长宁区探索建立区域医疗联合体内新型就医链条

3 长宁区构建区域医疗联合体的问题与建议

长宁区建立以家庭医生制度为依托，以满足居民服务需求为核心，以社区首诊、双向转诊、分级诊疗为导向的区域医疗联合体已经取得了初步成效，但是在具体实践过程中，仍然存在一些问题。

3.1 双向转诊流程的细化和完善

长宁区当前实行的双向转诊模式强调提供便捷、优质的服务，但是随着家庭医生签约服务工作的开展，这种优质的双向转诊服务一定会呈现快速的增长趋势，这从 2013 年的数据中已经有较为明显的反映。当然，随着社区卫生服务和家庭医生制度的发展以及医疗联合体的进一步建设，居民实现下沉后这一问题会自然地消解，但是在初始发展阶段一定要注意，这种服务增长可能会对二、三级医院造成压力，导致转诊便捷性降低、服务质量下降，进而影响医疗联合体发展。

因此，双向转诊机制的设计中应当充分发挥社区首诊作用，家庭医生对病人和疾病进行有效的筛选分离，常规疾病的转诊通过预约方式进行，特需转诊通过紧急转诊通道实现。常规疾病主要是一些病情比较舒缓、不需要紧急救治，而特需转诊主要针对的是“险、急、重、难”的疾病，因为病程险急或存在疑难病症难以诊断，需要及时送诊至上级医院救治。通过有效的分离病人，针对病人疾病的情况进行不同的转诊流程，不仅可以合理得分配转诊资源，同时也可以减少二、三级医院转诊压力，使得双向转诊能够得到可持续性的发展。

3.2 双向转诊“上转容易下转难”

长宁区医疗联合体的双向转诊业务开展以来，各家社区卫生服务中心向二、三级医院转入数万名病人。一直以来双向转诊的上转路径都比较有成效，下转路径却不理想，存在着“上转容易、下转难”的情况，其它地区也存在这一问题。^[9-10]

针对“下转难”问题，究其原因主要有：从转诊机制来看，双向转诊信息化系统建设尚不完善，导致患者在医疗联合体内部的流通性不强；从二、三级医院角度来看，在当前医疗市场下，二、三级医院仍然秉持着“病源”即“钱源”的思想，没有合理协调患者下转社区的理念和动力；从社区卫生服务中心的角度来看，大多数地区社区卫生服务改革处于初期阶段，尚未开展家庭医生签约服务，部分开展全科医生签约工作的地区多是“纸面签约”，没有真正形成管理签约病人社区康复的主动意识；从患者角度来看，社区卫生服务中心服务水平低下，患者信任度不高，不愿转入。

而具体到长宁区实践，因为长宁区医疗联合体是协议型组织模式，对于参与成员的约束力相对更为薄弱，因此解决问题的最佳选择就是提高各方的下转积极性。首先，社区卫生服务中心需要提高自身的医疗服务水平和硬件条件，逐步树立患者的对于社区卫生服务中心的信任感和依赖感，使患者不排斥在社区进行适宜的治疗，这是下转路径能够成功实现的必要基础。其次，在开展家庭医生签约工作时，明确签约患者双向转诊中上转、下转的权利与义务，并给予签约患者在社区享受家庭医生康复病床的优惠待遇，从而建立患者下转社区的动力与约束机制。再次，建立二、三级医院和社区卫生服务中心之间的信息共享机制，打破患者转回社区所遇到的信息屏障，为患者下沉社区、下转路径的实现提供技术支持。最后，在二、三级医院倡导医生将适宜下沉到社区进行后续治疗的病人转回社区，同时设置相关的奖评机制予以支持，促进医疗资源的合理分配。

3.3 社区卫生服务人才培养的困境

长宁区医疗联合体协同服务中非常重视对社区卫生服务中心家庭医生的技能培训和人才培养，在“5+3”规范化培养之外，通过岗位培训、教学查房、专科带教、短期进修等方式实施全方位多样化的社区家庭医生人才培养计划，也取得了一些成绩。但是这样的人才培养和家庭医生转岗培训还远远不能满足长宁社区卫生服务的快速发展要求，据长宁区卫生局统计，全区共有209位执业全科医生，其中152位通过考核成为签约家庭医生，达到每万个常住人口就有2.2个签约家庭医生。但根据国家《关于建立全科医生制度的指导意见》要求，“随着全科医生制度的完善，逐步将每名全科医生的签约服务人数控制在2000人左右”的标准，长宁区当前尚有很大的缺口。医疗联合体的人才培养工作目前来看难以从根本上解决社区卫生服务中心“招不来好医生、养不出好医生、留不住好医生”的现状。

为解决社区卫生服务中心的人才缺口问题，探索医疗联合体内的医生“多点执业”，将是一个可尝试的办法。2009年新医改方案明确指出“稳步推动医务人员的合理流动，促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流，研究探索注册医师多点执业”。根据《医师多点执业管理暂行办法(征求意见稿)》中的界定，“医师多点执业”是指符合条件的执业医师经卫生行政部门注册后，在2个以上医疗机构从事执业活动的行为。绝大多数国家的医生都是自由职业者，医师并不固定属于某家医疗机构，他们可以自由执业。^[11-12]多点执业是一个利国利民的设计，但是我国国情的特殊性决定了不能照搬其他国家的现有模式，相关制度的完善也需要长期的探索和实践。当前依托医疗联合体平台探索多点执业未尝不是一个明智选择，可以在医疗联合体内部探索建立医生流动管理机制，建立专门的管理联系机构，定期对医生进行监管和考核，通过资格认证并做好相关记录，引导医生自由执业、下沉社区。医疗联合体内部医生流动性的加强，可以在一定程度上提高高水平医务人员的利用效率，增强社区卫生服务中心的业务水平，增加社区居民对社区卫生服务中心以及医疗联合体的依赖度，巩固和加强家庭医生制度和医疗联合体工作。^[13]

作者简介：江萍，女(1963年一)，上海市长宁区卫生和计划生育委员会副主任，主要研究方向为社区卫生管理。
E-mail:jiangping@vip.changning.sh.cn

通讯作者：芦炜。E-mail:vivianeluwei@163.com

参考文献

[1]代涛，陈瑶，韦潇.医疗卫生服务体系整合：国际视角与中国实践[J].中国卫生政策研究，2012，5(9)：1-9.

-
- [2]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.
- [3]冯毅, 张瑾. 我国城市社区卫生服务双向转诊研究综述[J]. 卫生经济研究, 2006(11): 44-45.
- [4]王朝君. 以基层医院诉求为主导[J]. 中国卫生, 2013(4): 24-25.
- [5]上海市长宁区社区卫生管理中心. 关于开展家庭医生签约服务和医保支付方式改革的试点工作方案(内部讨论稿)[R]. 2012.
- [6]上海市长宁区卫生局. 家庭医生制度的模式与机制创新[M]. 上海: 上海书店出版社, 2012.
- [7]陈璞, 陶红兵. 医院与社区卫生服务机构双向转诊模式分析[J]. 中国卫生事业管理, 2009(3): 148-149.
- [8]全科医生咨询项目. 山东省青岛市全科医生执业方式和服务模式试点调研报告[R]. 2013.
- [9]周其刚. 双向转诊制度与医疗集团模式初探[J]. 中国农村卫生事业管理, 2008, 28(1): 40-42.
- [10]刘晓溪, 陈玉文, 毕开顺. 借鉴英国医疗服务体系破解我国实施双向转诊制度难题[J]. 中国全科医学, 2013, 16(25): 2926-2929.
- [11]蔡江南. “医联体”可以一举夺得[N]. 文汇报, 2011-08-09.
- [12]陈晓勤, 周斌, 徐卫国. 转型期公立医院推进医师多点执业的研究和探索[J]. 中国医院管理, 2009, 29(6): 7-9.
- [13]王章泽, 祝芳芳, 杨金侠. 关于医师多点执业的思考[J]. 中国医院管理, 2009, 29(10): 4-6.