

方位的人性化服务,使本院服务品质进一步提升;第四,改进管理模式,使各项规章制度得到了进一步落实、就诊各环节得以连接,保证门诊各流程顺利运行;第五,人员素质是持续改进的根本保障,加大人员培训,针对服务意识、服务理念的一体化培训和各岗位职责的分层次培训是提升服务品质的前提。

随着人类社会的不断改进,人们对医疗服务的需求日渐增高,门诊管理工作面临持续的挑战。在未来的工作中,医院应着重在了解患者当前和未来需求的基础上,坚持不懈地改进门诊的管理和服务,不但满足患者的需求,还应超越患者的期望。

参考文献:

- [1] 李平,欧文斌,叶苓,等.加强门诊管理 提高工作效率[J]. 中国医院管理,2012,32(2):33-34.
- [2] 宋建萍.新形势下医院门诊护理管理模式探讨[J]. 甘肃中医,2001,8(2):27-48.
- [3] 任晓波,许兴丽,袁慧云,等.“管理年”医院门诊护理管理

- 模式探讨[J]. 国际护理学杂志,2006,5(5):335-336.
- [4] 范晓强.三级医院的门诊管理与服务探讨[J]. 求医问药:下半月刊,2012,10(4):182.
- [5] 王兴菊.综合医院门诊管理工作改进与创新途径探析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(33):8186-8187.
- [6] 张丹.浅谈门诊管理模式[J]. 中华临床医学杂志,2008,9(9):92-93.
- [7] 樊晓鸣,张红卫.门诊管理流程再造与优化回顾[J]. 解放军医院管理杂志,2008,15(1):78-79.
- [8] 陈莉.加强门诊管理的几点体会[J]. 中国医学创新,2012,9(9):145-146.
- [9] 邢秀媛,吕冬梅,吴建华.综合医院门诊护理管理存在的问题及对策探讨[J]. 临床肺科杂志,2009,14(3):420-421.

(收稿日期:2014-01-13 修回日期:2014-04-19)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.049

紧密型“医疗联合体”改革模式的 SWOT 分析

王琼¹,孙雪¹,黄宵¹,蒲川²

(1. 泸州医学院公共卫生学院社会医学与卫管教研室,四川泸州 646000;

2. 重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016)

中图分类号:R197.1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)22-2958-03

“医疗联合体”是指不同层级医疗卫生机构通过纵向或者横向的资源整合,所形成的医疗组织。该模式是新医改背景下对公立医院改革的一项探索性举措。组建“医疗联合体”,目的就是让大型公立医院的技术力量带动基层医疗卫生机构能力提升和共同发展,从而达到医疗资源最大化利用和居民就诊的合理分流,推动分级诊疗格局形成,解决“看病难”问题。综观各地医疗联合体的探索,从医疗联合体内医疗机构关系上来看,各种模式和性质的医疗联合体大致可分为“松散型的技术协作联盟”和“紧密型的医疗服务集团”两类:(1)松散型的技术协作联盟模式主要是医疗机构间技术的协作,该模式的主要优点是在协作范围内能实现优质医疗技术的共享,但该模式不一定能够实现医疗资源的纵向下沉,提升基层医疗机构技术水平。(2)紧密型的医疗服务集团内所有公立医院的人、财、物统筹管理,在大型公立医院和二级医院、基层社区卫生服务中心之间,形成利益共同体和责任共同体,该模式有利于促使优质医疗资源通过医疗联合体纵向下沉,实现“强基层”,从而达到医疗资源最大化利用和居民就诊的合理分流,实现分级诊疗、双向转诊格局。该模式的主要问题是“医疗联合体内”人事、编制、财政甚至资产方面的平衡与协调问题。紧密型“医疗联合体”改革模式达到了新型医疗卫生体制改革的政策本意,在一定程度上解决“看病难、看病贵”问题,但该模式还处在探索阶段。本文运用 SWOT 分析法对紧密型“医疗联合体”模式具有的优势(strength)和劣势(weakness)、面临的机会(opportunity)与威胁(threat)进行分析,在此基础上提出紧密型“医疗联合体”改革模式可持续发展的应对策略。期望为中国公立医院改革提供一些参考。

1 紧密型“医疗联合体”模式的 SWOT 分析

1.1 优势

1.1.1 优化医疗资源配置,有利于分级诊疗格局形成 医疗联合体通过资源纵向整合,推动大中型医院对基层医疗机构的技术输出和人才流动,在联合体内部通过上级医院业务骨干的教学查房、业务讲座等提升基层医疗机构的医疗技术水平,实现优质医疗资源的共享。同时通过双向转诊、分级诊疗、急慢分治等带来的制度化便利,合理引导患者就医流向,在一定程度上缓解大医院看病难现象,提高服务效率。

1.1.2 降低医疗运行成本,提高效率 医疗联合体内的医疗机构间对一些设备和资源可以共同使用,免去重复的设备购置和技术人员配备,减少不必要的重复建设,节省了开支。另一方面,联合体内的医疗机构采购药品和医用耗材可采用集团化整体采购,降低采购成本。

1.2 劣势

1.2.1 管理体制的问题 “医疗联合体”由不同层级的医疗机构组成,由于存在医疗水平、人力资源水平、管理水平、服务水平以及经济水平发展不均的问题,不同机构之间的业务整合、信息标准乃至文化理念等方面都存在冲突。这些方面的冲突会影响医疗联合体的管理有序性,很大程度上会影响医疗联合体的运转和作用的发挥。如上海瑞金医院的夏云等通过对瑞金一卢湾医疗联合体的调查发现,正是由于存在医疗水平、患者信任度、利益分配等方面的因素,医疗联合体内部出现了双向转诊通道不畅的问题^[1]。

1.2.2 利益的协调和补偿机制的问题 中国医疗资源结构布局受到行政区划的制约。不仅是人事编制制度,还有分级财政的制度,而医疗联合体覆盖的区域,也会涉及医保统筹层次的问题。“医疗联合体”内形成利益共同体和责任共同体,但是不同层级机构利益诉求是不同的,同时,中国的财政对不同层级医疗机构的补偿也不同:对社区卫生服务中心由政府核算

表 1 紧密型“医疗联合体”SWOT 分析矩阵图

外部因素	内部因素
优势(S)	劣势(W)
1. 优化医疗资源,有利于分级诊疗格局形成 2. 降低医疗运行成本,提高效率	1. 管理体制的问题 2. 利益的协调和补偿机制的问题 3. 各医疗机构信息化发展不均,患者信息共享平台不完善
机会(O)	WO 战略
1. 政府政策的支持 2. 人口老龄化趋势的需要	利用外部机会,克服自身不足
威胁(T)	WT 战略
1. 医疗联合体相关规定不明确 2. 患者就医习惯短期内难以转变	解决内在问题,回避外部威胁
SO 战略	
抓住外部机遇,发展自身优势	
ST 战略	
发挥自身优势,减轻外部压力	

支出,财政兜底;二级医院的设备、基建,超出一定金额的由政府补助,承担的公共卫生服务由政府补贴;对三级医院,政府主要是支付一定的管理费用。补偿机制的不同都可能导致利益的冲突,影响“医疗联合体”作用的发挥。

1.2.3 各医疗机构信息化发展不均,患者信息共享平台不完善 建立区域医疗联合体的大格局必然离不开信息化,但是不同区域不同等级的医疗机构信息化水平参差不齐,标准也不统一,导致医疗联合体内的医疗信息数据兼容、流通不能实现共享,这都会影响医疗联合体运行^[2]。

1.3 机会

1.3.1 政府政策的支持 在 2013 年 1 月 21 日召开的全国医疗管理工作电视电话会议上,卫生部副部长马晓伟明确表示,2013 年将通过建设医疗联合体推动分级诊疗格局形成,同时形成倒逼机制,促进相关部门完善管理、补偿、运行、监管等配套政策。上海市在 2011 年印发《关于本市区域医疗联合体试点工作的指导意见》,分别在瑞金-卢湾、新华-崇明进行医疗联合体试点^[3]。2013 年 5 月 27 日湖北省卫生厅出台《关于推进医疗联合体建设的指导意见(试行)》^[4]。北京市于 2012 年 5 月正式启动了区域医疗联合体试点工作^[5]。除此之外,重庆、深圳、潍坊、郑州、马鞍山等多个地方组建多种模式的医疗联合体。可见,各地政府对建立“医疗联合体”的态度和政策保证是明确的,为该制度的改革推进起到引导和规范化作用。

1.3.2 人口老龄化趋势的需要 自 1999 年中国步入老龄化社会以来,人口老龄化加速发展,老年人口基数大、增长快并且呈现高龄化、空巢化趋势,需要照料的失能、半失能老人数量剧增。人口老龄化引起医疗服务需求不断增加,而老年患者大多出行不便,医疗联合体的建立使其能够就近享受优质医疗服务,也可以减轻老年人的经济负担,满足老年人的医疗需求。

1.4 威胁

1.4.1 医疗联合体相关规定不明确 在中国现行的法律法规中,没有对医疗联合体的相关明确规定。医疗联合体目前还处于实践探索阶段,只有一些试点省市印发了行政性的指导意见,并未形成规范的合作方式,所有权、经营权、产权、人事权等权益不明晰,机构间的功能调整和资源优化都难以实现。

1.4.2 患者就医习惯短期内难以转变 多数患者对基层医疗机构缺乏信任感,医疗服务机构不能左右患者的自主选择权。盲目涌向大医院,加上现有转诊技术标准不规范,患者就医习惯短期内难以转变。在联合体内部也存在向上聚集的特点,患者分流、分诊效果不明显。

2 紧密型“医疗联合体”改革模式的策略分析

医疗联合体改革与发展,是实现分级诊疗、双向转诊的根本保障;是优化医疗资源结构布局、提升基层医疗服务能力的关键举措;是控制医药费用、提高医疗服务运行绩效的重要手

段。为了推进紧密型“医疗联合体”的发展,笔者建立紧密型“医疗联合体”的 SWOT 分析矩阵进行综合分析(表 1)。在此基础上提出紧密型“医疗联合体”的发展改革策略。

2.1 抓住外部机遇,发展自身优势(SO 战略) 医疗联合体改革方案的出台促进医疗资源的有效利用,对于基层医疗服务能力提高有非常重要的作用。医疗联合体应利用政策上的各种支持加强自身建设,适应新的规模化经营方式。

2.1.1 明确各级医疗机构的功能定位,实现优势互补 医疗联合体内部充分利用各级医疗机构资源,优势互补,协同发展。三级医疗机构发挥医疗资源优势,使专家下沉到基层,解决老百姓“看病难”的问题;二级医疗机构通过与三级医院的协作,不断提升医疗技术水平和医院管理水平,发挥承上启下的枢纽作用;基层医疗机构发挥其综合、便利、低廉的服务优势,节省患者费用支出,帮助需转诊患者合理选择专家和医院。基层医生通过到二、三级医疗机构学习和培训,达到为三级医院康复期患者、慢性病患者提供医疗服务的能力。

2.1.2 建立资源共享机制 在医疗联合体内实现资源共享,建立以核心医院为基础的区域性放射诊断中心或检验检测中心,实现集中检验、复杂检查、高端影像检查统一操作以及结果、资料调阅互认。这样不仅可以减轻患者付费负担,同时使得医疗资源更有效利用。

2.2 发挥自身优势,减轻外部压力(ST 战略)

2.2.1 积极争取多部门支持 医疗联合体积极争取财政、编制、医保和新农合等部门的支持,确保对医疗联合体内部基层医疗机构的财政投入政策不变、编制核定政策不变、医保和新农合报销政策不变,实现联合体的有效、可持续运营。

2.2.2 探索复合多元支付方式改革,引导患者合理分流、分诊 探索以医疗联合体为单元的总额预付、按病种付费、按人头付费、按服务单元付费等复合多元支付方式改革。通过医保和新农合的杠杆作用,引导联合体内外大医院更加注重质量效益,主动开展双向转诊。同时,明确规定未通过基层医疗机构转诊的新农合患者的医疗费用不予报销。并将推进临床路径管理与支付方式改革有机结合,分级、分病种确定付费标准,通过在大医院和基层医疗机构报销比例上的差异,使医保和新农合资金在医疗联合体内部实现效益最大化。

2.3 利用外部机会,克服自身不足(WO 战略)

2.3.1 多部门协作,完善配套措施 医疗联合体发展缺乏相应的配套措施,包括信息化发展不均,管理体制的问题、法律的规定不明确等。医疗联合体发展依靠国家卫生政策的支持,作为政府应从法律层面明确医疗联合体的法律定位,明确医疗联合体内部和外部责任、权利、义务。各地政府应完善医疗服务项目价格调整、公立医院分工协作机制、医师多点执业等相关政策和配套措施,调动各方面参与医疗联合体的主动性

与积极性。

2.3.2 打造信息平台,提高效率 医疗联合体内部应充分利用现代网络和通讯技术,建立卫生信息沟通的平台;同时医疗联合体内部可尝试建立“信息化委员会”,负责整个集团内部的信息化建设,运用信息化、网络化手段为医疗联合体的分工协作服务,方便交换患者诊疗信息,有利于在联合体内部实现预约诊疗、分流患者以及精细管理的目的。

2.4 解决内在问题,回避外部威胁(WT 战略)

2.4.1 联合体内部层面建立理事会等法人治理结构,实现管理有序化 无论是对医疗联合体业务水平的整体提升,还是建立整个医疗联合体的利益机制,实际上都指向如何建立医疗联合体的治理机制。因此,在医疗联合体层面建立理事会等法人治理结构,负责联合体所属医疗机构的总体发展规划、资源统筹调配等重大事项的决策,及时处理医疗联合体运行中的问题,有利于实现医疗联合体的有序运转。

2.4.2 对医疗联合体进行宣传,改变患者传统观念,畅通双向转诊 对开展医疗联合体试点改革的各区域,医疗联合体通过电视、网络、报刊等媒体对群众进行宣传,使患者意识到在医疗联合体基层医院就医,可以享受大医院的优质诊疗服务。医疗联合体为畅通双向转诊通道,确定各级医疗机构的患者收治标准,并统一转诊标准,规范转诊流程。

医疗联合体内部可建立双向转诊“联络员”制度,专人负责转诊患者的全程服务,畅通双向转诊绿色通道。同时建立核心医

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.050

院“延伸服务”机制,解除患者对“向下转”的担心,定期组织转诊协作医院召开双向转诊联系会,改进双向转诊工作。真正实现基层首诊、有序转诊、分级诊疗医疗秩序,使患者享受到优质、便捷、连续、有效的医疗服务。

参考文献:

- [1] 夏云,袁青,姜昌斌.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,2012,15(8A):2515-2517.
- [2] 孙中海,孙卫,王继伟.建立区域协同医疗公共服务集成平台和运行机制区域协同医疗服务新模式的探讨[J].中国卫生质量管理,2010,7(4):15-18.
- [3] 陈均.上海市医改探索“区域医疗联合体”[J].中国信息届 e 医疗,2011,3:18.
- [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] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.北京试点组建多个医疗联合体[NB/OL].(2013-03-6)[2013-7-6].<http://www.moh.gov.cn/zhuozhan/s10006/201304/00fc692197bc4839b34c05435412133b.shtml>.

(收稿日期:2014-01-23 修回日期:2014-03-20)

对公立医院集团化新热潮的几点冷思考

陈果越,冯泽永[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016)

中图分类号:R19-0

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)22-2960-02

中国医院集团化的发展出现了 2 次热潮,第一次是 20 世纪 80 年代以哈尔滨医大一院医疗联合体为代表,第二次是 20 世纪 90 年代中期由南京鼓楼医院集团开始至今的新一轮集团化热潮。第一次热潮在短短几年间由盛转衰,本文对第一次热潮的成功经验和失败教训进行充分总结,以促进新一轮集团化发展产生质的飞跃,而不是历史的重复。

1 医院集团的定义和类型

1.1 医院集团定义 医院集团是以具有技术、人才、管理、服务优势及良好社会基础的医院为中心,由多个具有法人资格的医院及多个投资、管理机构共同参与,采取资产重组、合并、兼并、合作、合资等形式,通过医疗技术的渗透、管理理念的推广、体制的改革等一系列措施,形成一个技术水平高、管理科学、功能齐全、服务完善、具有规模效益的医疗机构集合体^[1]。此外,医疗协作联合体、医疗联合体、医院联盟都是对类似的医疗机构集合体的指称。

1.2 医院集团的类型 按照整合方向不同可将医院集团划分为横向模式和纵向模式。前者是指规模、功能相类似的医疗机构以扩张市场规模为目的进行的横向整合;后者是医疗水平不同,功能和规模各异的医疗机构按照功能和分工进行的纵向整合。按照医院集团整合的程度不同,可将医院集团分为松散协作型、联合兼并型、资产重组型和连锁经营型。松散协作型以

患者流动为纽带进行医疗技术协作;联合兼并型以核心医院兼并或托管其他医疗机构;资产重组型以资产为纽带对医疗机构进行重组;连锁经营型多以某一专科进行统一标准的医疗连锁品牌经营。

2 对 20 世纪 80 年代医疗联合体由盛到衰过程的思考

2.1 医疗联合体主要的内外部矛盾没有得到充分认识及有效解决 医疗联合体内部矛盾突出,医疗联合体“形合神不合”,内部实行经济独立核算,未能将各方的人、财、物纳入统一的再生产循环中^[2]。总院向分院收取一定的联合经营管理费、活动经费外以及技术帮扶费用。医院管理水平严重滞后于医疗联合体的发展速度。宏观上讲,改革开放初期,对医院等事业单位是否能够按照市场规则进行集团化发展尚缺乏明确政策支持,只是各地的医疗行政机构牵头开展形式多样的医疗联合体,仅对医疗联合体的命名、基本运行机制和管理进行明文规定,而对整个医疗联合体的发展战略、组织架构、管理体制等缺乏明确的方向;微观上对医疗联合体的准入和退出没有进行严格的规定,随意性较大,医疗联合体的稳定性缺乏保障,且没有明确合理解决有关收费标准、经济收益、劳务补偿等政策问题。

2.2 “运动式”地进行医疗联合体发展,缺乏长远的战略思考 在医疗联合体的作用初见成效时,各地纷纷组建医疗联合体,一旦医疗联合体的发展不能满足内部成员的发展期望,则