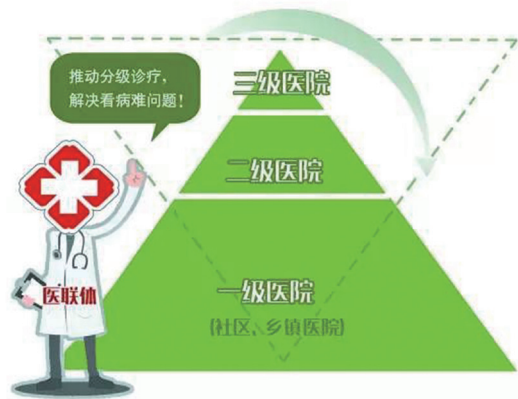


过去的3年多时间，在国家政策扶持、各地职能部门推动和各级医疗机构的积极参与下，形形色色的“医联体”如雨春笋般涌现。一方面它们给长期被“看病难、看病贵”问题困扰的基层群众带来希望——大病不出县，家门口就能挂上省城专家的号；另一方面，伴随着医联体的质疑和批评声音从未断绝：从质疑大医院“跑马圈地”到医联体成员“同床异梦”，从批评医联体是“形式主义”到基层医院“一女多嫁”……而近期河北某县医院门前挂着的医联体牌子和20多家技术合作单位，更让对医联体的质疑声推上了巅峰。

为了回应上述质疑，《医师报》记者先后采访多省市医联体单位，从不同角度去展现各地医联体典型模式实践中的得与失，以及在推进分级诊疗制度落地的过程中，如何实现与基层医院“联体”又“连心”的宝贵经验。同时，我们也客观反映医联体所面临的诸多挑战和障碍，希望为医联体这一改革新生事物的发展壮大，为助力健康中国战略的深入实施创造有利的环境。



医联体被质疑“形式主义”

县医院频现“一女多嫁”，患者缺乏信任是主因

▲ 医师报记者 熊文爽 张广有



“医联体”叫好难叫座

长期以来，我国医院呈现的是一个“倒三角”式的就医秩序，即三级医院的占地面积、床位数、医疗资源、专家水平等都是最大最多最好的，使得大医院具有强大的虹吸效应，以致于“大医院人满为患、资源严重透支，而小医院却门可罗雀”的“倒三角”就医秩序成为医改中难以化解的顽疾。

“如今，虽然政府大幅提高了基层医疗机构的财政投入，配备设施设备硬件，但在人才配置方面，政府的相关投入成

效不大，专业技术人员数量增加缓慢，学历与职称结构比例提升缓慢，专业技能培训进展困难，导致‘基层首诊’严重缺位，与患者放心首诊的要求仍有不小差距。”广东清远市人民医院院长周海波表示，由于上级医疗机构向下转诊积极性不足，在各级诊疗机构财务独立、收入主要依赖服务收费，且医保或患者付费的约束机制缺位的情况下，加之康复治疗医疗风险小的诊疗属性，上级医院缺乏积极向下转诊的行

为动因，以致“康复回基层”难于落实。“最关键的是，患者对基层医疗机构缺乏信任。”

为了回归“小病在社区、大病进医院、康复回基层”的正常就医秩序，在当前基层医疗服务能力薄弱、人才技术设备资源相对有限的情况下，医联体在整合医疗资源，更好地发挥三级医院专业技术优势及带头作用的优势，使得它被国家赋予了更多的使命和希望，成为分级诊疗落地的重要抓手之一。



基层留住人才是关键

近年来，医联体建设遍地开花。看似轰轰烈烈的现象背后，也依然存在一些问题。湖南省医院协会会长陈卫红指出，分级诊疗的目的是强化基层医疗服务能力，就目前社会大环境而言，只有彻底贯彻落实现有的机制和体制，提高医务人员的薪资待遇，基层才能真正留得住医学人才，基层医疗服务才能真正有所提升。

谈及基层医疗需求，肖伟表示，目前基层科研意识较为薄弱，应加大科研培训力度。翁晓军对此观点表示赞同，“除了科研培训外，医疗共性问题，如人才、管理、学科建设等方面的问题在基层依然存在。”翁晓军说。

“医联体不应局限于建章立制，不能只追求数量，应更注重内涵，通过帮扶，真正实现医联体同质化的管理。”贵州省人民医院党委副书记纪卫东指出，“医联体的建设必须采用‘三真精神’：动真感情、下真功夫、见真实效。通过实施文化建设、制度建设、学科建设、人才队伍建设、诊疗技术水平和服务能力‘六位一体’发展战略，将基层打造成辖区老百姓就医的首选体。”

湖南省卫计委党组成员、副主任龙开超表示，如今，我国还存在一些有名无实的医联体，如何在大型三甲公立医院的医疗资源优势和引领指导作用下，真正做到机构联、学科联、医生联、技术联、服务联，为居民健康保驾护航，还需各方研究、探索。



“下得去”还要“兜得住”

大医院“没有围墙”

江苏省人民医院医务处处长宋宁宏表示，医疗联合体，特别是紧密型医疗联合体可以在医疗联合体内部实行资源共享、信息互联、人员调配、同质服务，从而对分级诊疗体系的建设发挥积极作用。“医疗体可通过行政管理、价格调整、医保支付等手段引导患者有序流动，实现分级诊疗格局。并根据当地疾病谱、医疗资源分布、地理特征等完善分级诊疗标准和程序，为双向转诊患者提供相应的便利。”宋宁宏说。

医联体的形式有很多，湖南省人民医院自2014年就开始了集团化建设的探索，现在已经形成集团合作、专科联盟、股份合作、全面托管、临

床研究协作、定点指导、对口扶贫、双向转诊、社区联系、远程医疗10种医联体模式。“特别是集团合作和专科联盟这两种医联体形式，通过各类继教项目培训、行政管理人员实战跟班、医护人员进修培训，让‘没有围墙’的省级医院走进三湘四水，在提高县域医院能力建设、疑难危重患者的双向转诊等方面，既解‘近渴’，又解‘远忧’，显现了积极成效。”湖南省人民医院院长祝益民表示，只有把先进的管理和文化理念植入到集团医院队列中，才会为基层医院带来从内而外、“从头到脚”的根本性变化。

安徽省立医院党委书记刘同柱表示，想要实现“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”

的分级诊疗模式，“走下去”“请上来”“连进来”三步走举措必不可少，“针对医联体建设，我院成立了一支网络医院的讲师团队。每周末在全省巡回教学查房，同时，‘请’基层医疗机构医务人员来我院进行培训。”据刘同柱介绍，通过积极推行医联体建设，安徽省立医院建立起了覆盖全省、辐射周边、远接西藏的区域医疗协同网络，网络成员单位数量达69家。

基层医院跟上步伐

医联体的‘上下联动’作用不仅使大医院得到优质患者资源，还让资源困乏的基层医疗机构得到了发展和优质资源共享。“桃江县人民医院之前的年门诊量约为10万人，经过湖南省人民医院

‘三化三共享’的帮扶措施后，现在桃江县的年门诊量已经翻了3倍。2017年，我院向湖南省医转疑难杂症患者900例。”桃江县人民医院副院长肖伟表示。

在湖南省医的帮助下，桃江县人民医院增设了新生儿、ICU、康复、介入、耳鼻喉等新学科，完善了基层医院的学科建设和医疗需求，基层首诊量达到86%。肖伟说：“刚加入湖南省医的集团化建设时，也有部分医生不理解，但看到实效之后，迅速得到了大家的认可。现在大家的积极性非常高，医院在学科建设、人文素养和医生获得感等方面皆有较大改变。”

可复制的“桃江模式”

“桃江模式”经过祁

东、澧县的复制和实践，绽放出旺盛的生命力。澧县人民医院于2017年10月加入湖南省人民医院集团，截至目前，湖南省医专家下基层讲课30余次，受训2000余人次。“经过医联体的帮扶，目前我院在门诊量、效率和质量上有明显提升，医院风气也焕然一新。”澧县人民医院副院长翁晓军表示，目前，基层医院可以诊治的病种越来越多，患者的信任度也越来越高。

“联盟单位之间转诊非常快捷，转上去的患者我都很放心，同时每一次转诊又都是一次教学，能让我们学到很多临床诊疗知识！”湘阴县某医院的刘医生这样说。

“桃江模式是可以复制的医联体建设模式。”祝益民院长说。