

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.06.028

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail//50.1097.R.20230117.1035.002.html\(2023-01-18\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail//50.1097.R.20230117.1035.002.html(2023-01-18))

重庆市松散型医联体服务能力分析*

张立斌¹, 马弗愚¹, 田杰², 何于一³, 何永宏⁴, 陈波⁵, 罗勇⁶, 吕富荣^{6△}

- (1. 重庆医科大学附属第一医院党委办公室 400016; 2. 重庆医科大学附属第一医院图书馆 400016;
3. 重庆市卫生健康委员会办公室 401120; 4. 重庆医科大学附属第一医院病案统计科 400016;
5. 重庆市急救中心绩效办公室 400016; 6. 重庆医科大学附属第一医院院长办公室 400016)

[摘要] **目的** 探讨重庆市松散型医联体服务能力, 为进一步推进医联体建设提供参考。**方法** 综合评价重庆市 4 个松散型医联体 22 家医疗机构的服务能力, 包括医联体的 4 家牵头医院及其托管的 18 家成员单位, 对加入医联体前后的年门诊人次、年出院人次、年住院手术例数、床位使用率、平均住院日、危重症比例进行分析。**结果** 加入医联体后, 18 家成员单位中 11 家年门诊人次增长, 15 家年出院人次增长, 11 家年住院手术例数增长, 10 家床位使用率增长, 12 家平均住院日下降, 6 家危重症比例增长。4 家牵头单位年门诊人次、年出院人次、年住院手术例数增长, 平均住院日减少 1.70 d, 2 家床位使用率增长。**结论** 松散型医联体模式助推了医疗机构服务能力的提升。

[关键词] 松散型医联体; 服务能力; 双向转诊; 分级诊疗; 医疗服务体系

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)06-0947-04

Analysis on the service capacity of the loose medical associations in Chongqing*

ZHANG Libin¹, MA Fuyu¹, TIAN Jie², HE Yuyi³, HE Yonghong⁴,
CHEN Bo⁵, LUO Yong⁶, LYU Furong^{6△}

- (1. Office of the Party Committee, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China; 2. The Library of The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China; 3. The Office of Chongqing Municipal Health and Health Committee, Chongqing 401120, China; 4. Department of Medical Records Statistics, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China; 5. Department of Performance Office, Chongqing Emergency Medical Center, Chongqing 400016, China; 6. Office of the Director, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

[Abstract] **Objective** To explore the service capacity of loose medical associations in Chongqing, and provide reference for further promoting the construction of medical associations. **Methods** The service capacity of 22 medical institutions in four loose medical associations in Chongqing was comparatively evaluated, including four leading hospitals of medical associations and 18 member units entrusted by them. The annual outpatient visits, annual discharge visits, annual hospitalization cases, bed utilization rate, average hospitalization days and critical illness ratio before and after joining the medical association were analyzed. **Results** After joining the medical association, the number of outpatient visits increased in 11 of the 18 member units, the number of discharged visits increased in 15, the number of hospitalized operations increased in 11, the bed utilization rate increased in ten, the average hospitalization days decreased in 12, and the proportion of critically ill patients increased in six. The number of annual outpatient visits, annual discharge visits and annual hospitalization cases of the four leading units increased, the average hospitalization days decreased by 1.70 d, and the

* 基金项目: 重庆市渝中区软科学研究项目(20150203)。 作者简介: 张立斌(1973-), 六级职员, 硕士, 主要从事医院管理、医改研究。

△ 通信作者, E-mail: lfr918@sina.com。

bed utilization rate of the two units increased. **Conclusion** The loose medical association has promoted the service capacity of medical institutions.

[Key words] loose medical association; service capacity; two-way referral; hierarchical medical system; medical service system

2013年全国卫生工作会议提出,要积极探索和大力推广上下联动的医疗联合体(简称医联体),通过大型公立医院带动基层医疗卫生机构能力提升和共同发展,推动分级诊疗格局形成^[1]。医联体按照人、财、物及合作紧密度,可分为松散型、半紧密型和紧密型。松散型医联体是一种松散的合作形式,合作帮扶方式主要以技术、人才、设备等资源共享为主,而医联体内主体利益独立核算。目前我国大多是松散型医联体^[2-3]。汤佳等^[4]研究发现,松散型医联体的优势是组建方便易行,缺点是作用不够稳定和持久,波动性相对较大。RAN等^[5]研究发现,医疗联盟内乡镇医院比联盟外的更有发展优势。2013年3月重庆市成立首家医联体^[6],至2018年底已建成医联体134个,覆盖所有区县^[7]。本文对重庆市最有代表性的4个医联体进行服务能力对比分析,为进一步推进医联体建设与改革提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以重庆市具有代表性的4个医联体共22家医疗机构(包括4家牵头医院及其托管的18家成员单位)为调查对象,4个医联体均通过签订协议,明确合作模式,未实现人、财、物统一调配和经济利益一体化,属松散型医联体^[8-9]。牵头医院均为三级甲等医院。医联体1为城市医联体,牵头医院(以A代替)位于主城区,选取托管的4家县级医院作为研究对象(分别以A1、A2、A3、A4代替)。医联体2为城市医联体,牵头医院(以B代替)位于主城区,选取托管的4家县级医院作为研究对象(分别以B1、B2、B3、B4代替)。医联体3为县域医联体,牵头医院(以C代替)位于离主城区较远的区,选取托管的5家中心卫生院作为研究对象(分别以C1、C2、C3、C4、C5代替)。医联体4为县域医联体,牵头医院(以D代替)位于离主城区较近的区,选取托管的5家卫生院作为研究对象(分别以D1、D2、D3、D4、D5代替)。

1.2 方法

根据《三级综合医院评审标准实施细则》,按照国家临床重点专科、国家区域医疗中心建设等相关要求,在文献研究和实地调研基础上,结合专家访谈意见,选取4个方面19项指标进行医联体建设情况调查^[10]。调查内容包括服务能力、科学研究、人才培养、

医院管理4个方面,本文仅分析服务能力。选取门诊人次、出院人次、住院手术例数、床位使用率、平均住院日、危重症患者比例6个指标,对加入医联体前1年和加入后2年的数据进行统计分析。数据来源于重庆市卫生健康委员会统计资料及各相关医疗机构。

1.3 统计学处理

采用Excel2019进行数据录入及数据分析,计数资料以频数或百分率表示。

2 结果

2.1 医联体成员单位服务能力变化情况

年门诊人次,18家成员单位平均增长约57300人次,其中11家(61.11%)增长,7家(38.89%)下降。A1~A4平均增长约176600人次,增长幅度52.07%;B1~B4平均增长约91900人次,增长幅度52.79%;C1~C5平均增长约1500人次,增长幅度5.48%;D1~D5平均下降约8900人次,下降幅度16.7%。

年出院人次,18家成员单位平均增长约3806人次,其中15家(83.33%)增长,3家(16.67%)下降。A1~A4平均增长约6900人次,增长幅度23.41%;B1~B4平均增长约7800人次,增长幅度38.33%;C1~C5平均增长约300人次,增长幅度13.95%;D1~D5平均增长约1600人次,增长幅度43.60%。

年住院手术例数,18家成员单位平均增长约829例,其中11家(61.11%)增长,6家(33.33%)下降。A1~A4平均增长约3200例,增长幅度36.95%;B1~B4平均增长约400例,增长幅度9.59%;C1~C5平均增长约70例,增长幅度20.32%;D1~D5平均增长约4例,增长幅度5.08%。

床位使用率,18家成员单位平均增长1.5%,其中有10家(55.56%)增长,8家(44.44%)下降。A1~A4平均下降2.24%,下降幅度0.11%;B1~B4平均增长3.14%,增长幅度3.25%;C1~C5平均下降0.93%,下降幅度0.98%;D1~D5平均增长5.60%,增长幅度6.62%。

平均住院日,18家成员单位平均减少0.44d,其中12家(66.67%)下降,4家(22.22%)增长。A1~A4平均下降0.31d,下降幅度3.18%;B1~B4平均下降0.28d,下降幅度3.43%;C1~C5平均下降0.31d,下降幅度3.28%;D1~D5平均下降0.80d,下降幅度12.05%。

危重症比例,6家(33.33%)增长,3家(16.67%)下降。A1~A4平均增长3.53%,增长幅度24.04%;C1~C5平均增长1.52%,增长幅度28.80%;D1~D5平均增长1.00%,增长幅度45.33%,见表1。

2.2 医联体牵头医院服务能力变化情况

4家牵头医院年门诊人次平均增长约291500人

次,其中A最多,B最少。年出院人次平均增长约12100人次,其中A最多,D最少。年住院手术例数平均增长约18500例,其中A最多,D最少。床位使用率平均降幅约1.58%,其中A、B增长,C、D下降。平均住院日减少约1.70d,其中B减少最多,D减少最少,见表2。

表1 医联体成员单位指标变化情况

成员单位	年门诊人次(人次)		年出院人次(人次)		住院手术例数(n)		床位使用率(%)		平均住院日(d)		危重症比例(%)	
	加入前	加入后	加入前	加入后	加入前	加入后	加入前	加入后	加入前	加入后	加入前	加入后
A1	409 000	668 800	40 400	48 404	12 000	14 976	90.07	79.95	7.90	7.42	2.00	3.00
A2	223 831	465 544	22 730	31 952	6 800	10 316	115.40	97.40	8.20	7.94	2.00	0
A3	349 683	358 633	24 196	27 998	4 832	6 106	64.20	77.07	6.45	6.85	12.03	10.35
A4	572 957	769 028	37 885	44 524	11 455	16 600	99.10	105.40	9.11	8.23	10.48	27.26
B1	143 668	304 776	26 379	36 062	7 703	7 109	100.00	117.13	8.91	8.66	—	—
B2	236 574	344 394	21 903	27 974	7 980	10 170	86.61	93.43	6.55	6.56	—	—
B3	250 462	211 736	15 580	22 826	5 024	3 716	83.44	83.52	8.38	7.98	—	—
B4	199 267	336 564	19 788	28 178	3 021	4 370	94.97	83.49	7.65	7.17	—	—
C1	139 510	119 454	9 365	10 110	533	902	82.90	79.60	6.38	6.67	0	0
C2	84 795	98 476	6 633	5 931	602	522	98.00	95.00	9.00	8.73	15.00	15.60
C3	24 567	35 998	2 538	3 625	295	356	60.09	83.32	6.88	7.12	5.00	12.00
C4	16 903	14 130	1 310	1 798	10	15	80.50	65.00	8.40	6.60	0	0
C5	15 800	15 100	921	850	24	18	80.60	74.50	8.00	8.00	0	0
D1	89 549	98 090	4 149	6 179	43	25	77.00	75.00	6.00	6.00	0	0
D2	46 000	52 000	3 565	4 302	153	201	99.00	100.00	8.00	7.00	2.00	5.60
D3	52 901	26 753	4 582	4 398	12	20	80.00	83.00	5.60	5.00	3.00	5.00
D4	18 948	15 417	1 594	2 636	0	0	81.00	99.00	6.00	4.70	0	0
D5	76 618	47 506	4 926	9 213	52	36	92.00	100.00	7.09	6.00	3.00	2.40

—:无数据。

表2 医联体牵头医院指标变化情况

项目	A	B	C	D	平均值
年门诊人次变化量(人次)	631 900	118 100	278 500	137 600	291 500
年出院人次变化量(人次)	25 100	8 500	10 500	4 300	12 100
住院手术例数变化量(n)	55 700	12 100	5 500	700	18 500
床位使用率变化量(%)	7.47	2.35	-4.38	-11.76	-1.58
平均住院日变化量(d)	-1.78	-1.87	-1.76	-1.40	-1.70

3 讨论

医联体促使基层医疗机构的服务能力得到提升。在18家医联体成员单位中,加入医联体后,18家成员单位中11家年门诊人次增长,15家年出院人次增长,11家年住院手术例数增长,10家床位使用率增长,12家平均住院日下降,5家危重症比例增长。基层医疗机构在牵头医院的帮扶和指导下,技术水平、服务质

量和服务能力均有提升,床位周转加快,平均住院日缩短,减轻了患者负担^[11-12]。

医联体牵头医院在帮扶中促进了自我能力提升。4家牵头医院无论是帮扶区县医院,还是乡镇卫生院,在实现医疗辐射同时,自身服务能力也得到了提升。牵头医院并没有因为帮扶任务工作量的增加、人员的紧张、优势资源的有限而受拖累,而是帮扶中不断提

升自我能力,从而实现了牵头医院与成员单位的合作共赢^[13]。

城市医联体能力提升比县域医联体更明显。城市医联体 A、B 各自帮扶的县级医院的服务能力指标大多比 C、D 两家县域医联体帮扶的乡镇卫生院指标提升更明显。同样,城市医联体牵头医院自身服务能力也比县域医联体提升明显。究其原因,城市医联体牵头医院是城市内最有实力的三级甲等医院,优势资源充足,技术水平高,帮扶力度大^[14]。县域医联体牵头医院有的是县域内三级甲等医院,有的还是二级甲等医院,自身服务能力弱于城市三级甲等医院。

三级甲等医院直接帮扶乡镇卫生院会对优势医疗资源造成浪费。乡镇卫生院因技术水平或人力资源等因素,重点解决常见病、多发病的首诊,因此,危重病和手术患者少,这个特殊性与调查结果是一致的,即 C、D 县域医联体帮扶的乡镇卫生院增幅没有这么明显,特别是住院手术例数和危重症比例增长尤其不明显。因此,若由大型三级甲等医院直接帮扶乡镇卫生院,因设备、条件有限,很多技术都用不上,势必对优势医疗资源造成浪费^[15-16]。

综上所述,医联体组建的初衷是实现不同医疗机构的功能分工,逐步建立起分级诊疗模式,从而实现优势医疗资源下沉、共享和合理配置^[17]。松散型医联体有利于提升基层单位服务能力,组建方便,但由于其内部的“人、财、物”等管理权限不统一,分属不同单位或上级主管部门,各为独立法人,自主运营、自负盈亏,缺乏严格的制度和规范,合作松散,资源的调配与利用受到限制,难于实现优势医疗资源的合理利用和优化配置。因此,松散型医联体要建立科学的组建机制、规范可行的运行机制、健全有效的约束机制、完善畅通的转诊机制,才能更有效地发挥优势,弥补松散劣势,同时鼓励有条件的地方向紧密型医联体过渡或转化,最终促进“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗目标的实现。

参考文献

[1] 姜立文,宋述铭,郭伟龙.我国区域纵向医联体模式及发展现状[J].医学与社会,2014,27(5):35-38.

[2] 梁涛,廖春丽,韦师,等.松散型与紧密型医联体管理模式的应用对比与分析[J].中国卫生信息管理,2019,16(3):370-374.

[3] 冯林华.松散型医联体发展中存在的问题和展望

[J].中医药管理杂志,2019,27(5):3-4.

[4] 汤佳,王长青,王静成,等.某医联体由松散型转为紧密型的 SWOT 分析[J].中国医院,2019,23(2):1-3.

[5] RAN Y,GAO H,HAN D,et al. Comparison of inpatient distribution amongst different medical alliances in a county:a longitudinal study on a healthcare reform in rural China[J]. Int J Equity Health,2020,142(19):1-9.

[6] 张立斌,陈力,吕富荣,等.重庆市首家医联体“重医一院医联体”探索和思考[J].重庆医学,2014,43(32):4393-4396.

[7] 重庆医联体覆盖所有区县[N].人民日报,2018-01-24(13).

[8] 赵锐,高晶磊,肖洁,等.我国医联体建设现状与发展思想[J].中国医院管理,2021,41(2):1-4.

[9] 汤增辉,张华英,卞呈祥,等.大型公立医院医联体建设实践与思考[J].中国医院管理,2021,41(2):9-13.

[10] 肖洁,高晶磊,赵锐,等.我国城市医疗联合体实施现状及综合评价[J].中国卫生标准管理,2021,12(19):28-31.

[11] 肖久庆,陈勇,童朝晖,等.北京朝阳医院医联体服务模式的探索[J].中华医院管理杂志,2015,31(6):411-413.

[12] 梁妍,王洪,杨国旺,等.公立医院托管模式对区县医院服务能力提升的影响[J].中国医院管理,2021,41(2):91-93.

[13] 刘春平,高晶磊,肖洁,等.我国城市及县域医疗联合体绩效评估研究[J].中国医院管理,2021,41(2):18-22.

[14] 方福祥,闫晋洁,俞燕,等.医联体建设中的资源统筹与有序竞争问题[J].卫生经济研究,2022,32(3):68-69.

[15] 张榕榕,王莹莹,李志光.江苏省医联体发展的实践和思考[J].中国医院管理,2020,40(1):18-22.

[16] 姚中进,董燕.医联体建设中的利益协调困境及协同治理机制研究[J].中国医院管理,2021,41(1):15-18.

[17] 李文敏,朱江汉.基于修正 Shapley 值法的我国医疗联合体成员单位利益分配研究[J].中国医院管理,2021,41(7):26-29.