

江苏宣传工作动态

社科基金成果专刊

第 13 期

中共江苏省委宣传部

2020 年 5 月 6 日

关于全面推进江苏医联体建设的对策建议

摘要：江苏医联体建设成效显著，但还存在双向转诊比例较少、基层诊疗团队缺口过大、医疗信息资源互通不畅、配套管理政策不完善等问题。为此，建议以“分级诊疗”为指导，完善体内诊疗流程；以“强基提质”为核心，破解基层医疗“瓶颈”；以“互联网+智慧医疗”为平台，助推医联体信息化发展；以落实配套政策为抓手，强化医联体顶层设计；以“人人拥有家庭医生”为目标，构建医疗资源下沉、地域全覆盖的医联体模式。

2019 年 3 月 1 日，江苏省卫生健康委员会制定《江苏省医疗联合体建设规划（试行）》，明确到 2020 年形成布局合理、管理规范、运行高效的医联体服务体系。在新冠肺炎疫情阻击战中，

我省医联体上下联动，全方位参与疫情防控工作，扎实做好确诊患者、疑似患者、发热患者和密切接触者的分类集中管理，使各类病例得到及时准确的救治，医联体力量在疫情防控中发挥了重要的作用。东南大学吴燕平承担的江苏省社会科学基金项目“全面推进江苏省医联体建设的路径与对策研究”，分析江苏省医联体建设的基本现状以及面临问题，并提出对策建议。

一、江苏医联体建设的基本现状

1. 探索“省市县三位一体”创新建设路径。江苏作为全国较早一批建设医联体的省份，在不断摸索中走出一条“省域、市域、县域”三位一体的纵向医疗联合体创新路径。首先，以江苏省人民医院为代表的省级综合医院成功开展以政府为公益性主体，以医院为载体，以购买优质资源医疗服务为核心的“院府合作”模式，实现社会满意、医院满意、员工满意、政府满意的互惠四赢目标；其次，以南京、常州、无锡、苏州等市域紧密型医联体为试点，深入开展“E路同行，智惠江苏”主题活动，通过远程协作系统实现智慧诊疗，便捷就医；最后，在县域深入推行县乡村一体化医改，促进城市大医院与县级医院对口联合，实现县域医疗机构一体化纵向联合，全面提升基层医疗卫生机构服务能力。

2. 打通“互联网+医疗”数据共享通道。江苏深入开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动，构建了由3万多家各级医疗机构组成的全民健康信息平台，共包纳5400多万份日常诊疗信息以及个人健康档案；作为全国最早的医疗大数据国家试点省份之一，江苏医疗数据平台上共有250多亿条医疗数据，卫生监管信息化水平不断提升；借助全省医疗健康数据共享通道，打造“江

苏健康通 APP”，推进线上线下一体化模式，目前已初步实现基本诊疗级查询功能，预计到 2020 年所有县级以上医院都将开展互联网医疗服务；常州市第二人民医院申报的“智慧病历”项目，入选 2019 中国智慧健康医疗创新成果，真正突破医院“院墙”的限制，实现让“数据多跑路”，让“患者少跑腿”。

3. 推进“城乡联动、以城带乡”医疗服务模式。2019 年 6 月底前，江苏所有县（市）和涉农区全面启动县域医共建设工作，城乡政府举办的社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室全部加入医联体；南京、无锡、苏州、徐州等市着力推进“城乡联动、以城带乡”医疗服务模式，发挥龙头医院引领作用，全面深化与基层医疗机构的深度合作，推动优质资源下沉，构建兼具城市医疗联合体与紧密型县域医共体特征的“医疗事业集团”。目前，江苏共有各级医疗卫生机构 3 万多个、医卫技术人员 74 万人左右。截至去年 6 月底，全省共有各种模式和性质的医联体约 406 个。其中城市医疗集团 91 个、县域医共体 108 个、专科联盟 122 个、远程医疗协作网 85 个，切实做到“以城带乡、城乡一体、四级联动、百姓受益”。

4. 做实“基层首诊”，打造百姓“家门口的医院”。近年来，江苏在全国率先开展“社区医院”建设，全省 26 家社区卫生服务中心首批升级为社区医院。全省基层诊疗人次已占诊疗总数的 60%，群众在县域内就诊率最高达 97%，基层患者“黏性”明显提高。目前，南京全市 134 个社区卫生服务中心、672 个社区卫生服务站全面开展家庭医生首诊式签约，截至 2019 年 9 月底，累计签约人数近 285 万，基层首诊式签约比例达 24%，个性化签约较去年同期增长 72.18%。在苏州，“小病进社区、大病进医院、

康复回社区”的分级诊疗理念被越来越多百姓所接受，2018 年苏州市总诊疗人次数为 9907.43 万，其中基层卫生诊疗比例占 51%以上。

二、江苏在医联体建设过程中面临的主要问题

1. 双向转诊比例较少。江苏分级诊疗取得一定成果，目前全省居民两周患病基层首诊比例同比增长 6.79%，但双向转诊比例仍不尽如人意，上转与下转比例近 3：1。造成这种现象的原因有三个方面。一是医院“不想”转诊。从医院的角度来看，上级医院不愿意向基层医院下转患者，基层医院缺乏动力接收下转患者。二是存在一定利益冲突。由于双向转诊从本质上是对患者进行转移，但同时也对医疗机构经济利益进行转移。三是患者对“分级诊疗”体系知晓率普遍偏低。患者不了解双向转诊的优势和流程，也增加了双向转诊的实施难度。

2. 基层诊疗团队缺口过大。目前江苏基层医疗卫生机构“硬件”得到一定改善，但“软件”提升仍然不够，特别是卫生人才紧缺问题，已成为制约基层医疗卫生机构服务能力提升的瓶颈。一是卫生人员总量不足。目前我省基层医疗卫生队伍约有 23.28 万人，占全省医疗卫生队伍近 1/3，缺口大约在 4.7 万人；二是基层卫生人员素质不高。目前全省乡镇卫生院卫技人员中具有本科及以上学历的仅占 17.12%，高中级职称人数仅占 26.98%。经过规范化培训的科班全科医生较少；三是乡村医生老化问题突出。全省目前 50 岁以上老龄村医占比已超过 40%，基层卫生院招录青年人才困难，年龄结构明显偏大。

3. 医疗信息资源互通不畅。目前，省内多数医联体信息整合重点集中在居民电子病历的“上推”和“下传”、检查检验结

果共享互认等，但仍然存在信息资源互通不畅现象。第一，目前我省医疗信息数据整合不足，人才与技术设备分配不均，区域卫生资源、信息资源和服务资源共享力度不够，导致一定资源浪费现象。第二，医联体内各业务系统“条块”分割、“烟囱”林立，各诊疗机构“各自为政”，缺乏顶层设计和统筹规划，“信息孤岛”现象严重。第三，云平台基础建设薄弱。省内医联体信息化建设水平尚处于初级阶段，应用范围局限且水平较低，内部信息化建设接口繁杂，与医联体云平台对接困难。

4. 配套管理政策不完善。由于我省纵向医联体建设尚处于探索阶段，相关配套制度政策仍存在一定缺陷。一是运行模式不规范。医联体应提倡“纵向式”“结穷亲”式的区域内联合体，但目前江苏大多体内合作仅处于以技术协作为纽带的非密切合作关系，各成员参与度较弱。二是科学有效的考核监管机制尚未建立。江苏各类纵向医联体在分工、联动、操作程序具体细化、成员机构责任明晰等方面，均缺乏科学系统的界定及规定，同时存在考评机制体系不健全、监管不到位等诸多问题。三是关键配套政策不到位。例如，体现医护人员技术劳务价值的医疗服务项目以及药事服务成本等价格政策制定不到位，各级医疗机构之间不匹配的医保报销政策、药品配备政策等也在一定程度上制约了医联体建设发展。

三、应对重大疫情全面推进江苏医联体建设的对策建议

1. 以“分级诊疗”为指导，完善医联体内诊疗流程。一是畅通绿色通道，促进双向转诊。建立双向转诊绿色通道，重点畅通患者向下转诊渠道，以扬州、镇江等地三级医院为示范样本，制定“双向转诊（下转）流程及要求”，并明确转诊病种。二是

规避体制弊端，破除利益藩篱。在全省创新推进紧密型医联体建设，形成医联体内部共享激励机制，强调人、财、物的共享，建立并完善利益共同体机制，让核心医院与基层医疗机构既“连体”又“连心”。三是通过“江苏健康通”APP、电视台网络等主流媒体加大分级诊疗宣传力度，设置差异化医保基金结付比例、保障其刷卡就医、联网结算来引导患者自发接受“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系。

2. 以“强基提质”为核心，破解基层医疗“瓶颈”。一是创新人才编制管理，让基层人才“引得来”。在全省推广淮安市首创的“县管乡用、乡管村用”基层编制模式，适当放宽招聘条件，破解我省基层卫生高层次人才招聘难“坚冰”。二是改进医疗培养模式，让基层医资“用得实”。由省内各龙头医院牵头，加强基层人才岗位技能培训，定期下派专家“蹲点式”坐诊并开展学术交流，实现医联体内医院对医院，科室对科室，人才对人才的精准帮扶。三是平衡人才年龄结构，让基层人才“留得住”。优化职业环境、提高岗位待遇、完善补贴政策，多措并举吸引高质量青年人才回流。此外，还可以通过与省内各医学院合作定向培养大学生村医，破解年轻医疗人才留用难“瓶颈”。

3. 以“互联网+智慧医疗”为平台，助推医联体信息化发展。一是扎实推进“互联网+智慧医疗”大数据应用。推进江苏15个大数据临床数据应用示范单位建设，对省内居民电子健康档案、电子病历、卫生、人力以及设备资源等信息进行及时采集和分析；加强江北健康产业园、常州钟楼产业园试点建设，探索产学研联合协同创新机制。二是搭建基于“5G+智慧医疗”云平台。依托省级全民健康信息平台，开发全省互联网医疗服务与监管系统，

下发《江苏省医疗服务监管系统接入标准与安全规范》，重点开展基于 5G 网络的移动护理、远程会诊、人工智能实验室等创新应用研究。各三级医院以“医联体”建设为契机，发挥“互联网+医疗”网络资源优势，通过视频培训、远程会诊、资源共享等方式，加强与基层医疗机构在疫情防治、鉴别诊断、医疗处置等方面的合作交流，有效提升基层医疗机构和医务人员与疫情抗争的规范处置和感染防控能力。三是合理平衡医疗资源分布。以苏北医疗集团为核心，与扬州、泰州医联体形成多方联动，同步开展智慧医疗合作中心，因地制宜地推进不同智慧医疗模式，辐射苏北地区医联体的发展。

4. 以落实配套政策为抓手，强化医联体顶层设计。一是明晰省内龙头医院与基层医疗机构的权职清单：国家、省级龙头医院分别负责华东地区和省内、联系地区疑难危重症的诊疗，构建医联体内部的责任共同体、利益共同体。二是有效建立管理监管机制，包括对医联体统一财政投入，从政策方倒逼医联体内部形成统一的人、财、物一体化管理制度；由省、市、县卫生计生部门指导督促建立实施紧密型医联体内部绩效考核、利益分配及风险分担等机制。三是完善医疗资源配置和医保报销政策。提高医保政策与医疗服务、医药供给的衔接程度，持续领跑全国仿制药以及新药研发工作，真正实现健康江苏“三医联动”；持续优化省内重大疾病按病种“打包付费”政策，提升苏北五市医保报销比例，细分跨省、省内、长三角异地就医待遇及报销流程等。

5. 以“人人拥有家庭医生”为目标，构建“医疗资源下沉、地域全覆盖”的我省医联体模式。一是疫情期间，湖南韶山医联体建设末端的家庭医生成为群众健康的“守门人”，由家庭医生

团队组成的韶山疫情防控应急小分队，早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗病人，疫情后期又分片包干对复工复产企业进行防疫指导，在抗疫中大显身手。我省应该学习湖南韶山的家庭医生经验，尽快形成以全科医生为主，辅之以护理、医药、中医、公共卫生、医疗社工的家庭医生服务团队。二是通过人才与技术双下沉，以资源共享、人才共享、技术支持，服务衔接为纽带，优化医疗资源配置，构建医联体的“小病不出乡、大病不出县、疑难病不出市”就医格局，使医联体成为覆盖市、县、乡、村四级医疗机构服务、责任、利益、管理、发展的共同体，特别加强市三级医院与市区内全部社区卫生服务中心以及县级医院与乡镇卫生院的医联体建设，筑牢疫情防控“安全网”。三是形成我省医联体的联防联控联治机制，依托医联体优势，未雨绸缪，进一步提升基层医疗卫生机构应对重大疫情的综合服务能力和科学规范处置能力，强化基层医疗卫生机构的居民健康“守门人”的医疗服务能力，使基层医疗卫生机构同样成为抗疫战线的中坚力量。（省社科规划办公室供稿）

本期送：省委、省政府、省人大、省政协领导同志

中宣部、全国社科规划办公室、省委办公厅、省政府办公厅、省社科规划领导小组成员，省有关厅局及高校、各市委市政府领导同志
各市委常委宣传部长、省直宣传文化系统各单位负责同志
本部各部领导、各处室

中共江苏省委宣传部研究室编

共印 360 份

苏简字 1003 号