

遂宁城市医疗联合体网格化建设及发展路径研究

江琳 侯勇 胡朝通 张容 张红民

遂宁市第一人民医院 四川省 遂宁市 629000

【摘要】城市医联体是指城市中不同层级医疗卫生机构通过网格化资源整合而形成的医疗组织,可以发挥实现信息共享、责任利益共同分担、医疗资源优化配置、推动区域内居民分级就医的具体作用,能够进一步强化区域内群众医疗健康保障。遂宁市第一人民医院立足高新区,先试先行组建城市医联体,在探索实践中积累了丰富的经验,取得了一定成绩,也面临着诸多挑战。

【关键词】城市医联体; 分级诊疗; 一体化管理; 医保管理

【中图分类号】 R197.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2021)27-0140-02

建立城市医联体既是贯彻国家医改精神、深化公立医院改革任务的重要创新举措,更是实施“健康中国”战略的重要内容。根据国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室《关于印发城市医疗联合体建设试点城市名单的通知》(国卫办函〔2019〕646号文件)要求,遂宁市被确定为全国118个城市医联体建设试点城市之一。遂宁市委、市政府高度重视医联体建设工作,已将其列入全市重点工作内容之一,并制发了《遂宁市城市医疗联合体建设实施意见》(遂府办发〔2021〕1号文件),文件中明确要求“市一医院先行先试推进城市医联体建设,力争取得明显成效”。

遂宁市第一人民医院严格落实上级部署,积极谋划、不断探索,牵头联合遂宁高新区所辖四家乡镇卫生院建立遂宁市第一人民医院城市医疗联合体,并积极开展探索实践。

1 城市医联体基本情况

遂宁市第一人民医院城市医疗联合体于2020年11月挂牌成立,位于遂宁高新区,辖区总面积535平方千米,其中直管区面积150平方千米,城市建成区面积达20平方千米,户籍人口8.4万余人,辖聚贤镇、保升乡、西宁街道、会龙镇4个乡镇卫生院,常住人口10万余人。

2 城市医联体建设路径

2.1 探索建立城市医联体管理新模式 以组建一院加分院(1+N)模式管理,各医疗机构保留成员单位法人资格前提下,参与一院新制定的章程^[1]。

2.2 构建医疗卫生服务新体系 根据分院辖区居民健康特点和诊疗特长,挑选相应专科与其结成对口帮扶,形成“一社区一特色”的正面效果^[2]。通过组建联合门诊、联合病房,推动上下联动更加紧密^[3]。落实家庭医生签约服务,建立以全科医生为主体,全科与专科联动、签约医生与团队协同、医防有机融合的服务工作机制^[4]。

2.3 增强医疗卫生保障新优势 完善医保总额预算管理,建立结余留用、超支合理分担机制,主动做好分级诊疗,提高医保基金使用科学性^[5]。

2.4 推动医疗卫生信息化新发展 利用“空中医院”资源优势,创新“互联网+健康服务”,推行“互联网+”分级诊疗,完成在线咨询预约、会诊转诊、远程联合门诊等核心功能的跨院医疗信息共享服务平台。^[6]

3 城市医联体取得实效

3.1 管理体系愈发成熟

3.1.1 建立完善城市医联体制度体系 制定并印发了《遂宁市第一人民医院城市医联体章程(试行)》、《城市医联体建设试点工作实施方案》和《遂宁市第一人民医院城市医联体建设综合绩效考核细则》。

3.1.2 加强党建文化建设 安排4位党委委员每人负责一家分院,消化医学党支部、皮肤医学党支部、妇儿医学党支部、高新院区党支部分别对接一家医联体分院,指导分院党建文化及医疗业务工作。

3.1.3 推进行政一体化管理 城市医联体建设工作领导小组会议是城市医联体建设工作最高决策会议,我院派出5名管理人员担任四家分院管理职务,启动城市医联体成员单位行政查房,

开通与医联体分院信息办公系统。

3.1.4 强化医疗服务同质化 加强医疗质量安全管理,每季度一次对医联体分院进行医疗业务考核,建立完善双向转诊制度,进一步优化服务流程,共享医学影像、检验、病理、心电、胃肠镜检查、消毒供应等资源。

3.2 三医联动有效推进

3.2.1 通过坐诊、教学查房、专题讲座、诊疗示范、操作示教,重点培养对常见病多发诊疗、危急重症识别转诊的处理;充分运用“空中医院”远程会诊、查房功能提升分院医生诊疗技术水平和服务能力。

3.2.2 健全城市医联体保障机制 落实财政“六项投入”政策,省财政拨付中央补助资金用于购买检查设备,为医联体成员单位提供医学影像检查同质化、一体化服务。

3.2.3 城市医联体内探索惠民措施和绩效分配 医院开通分院住院患者来院检查、检验等绿色通道,检查费用按医联体分院收费标准下调20%~25%收取;危急重症患者需转诊到院治疗的,除药费、材料费、血费外其他费用优惠5%。

3.3 人事薪酬制度改革试点进行。

3.3.1 强化绩效上压实 每季度开展综合绩效评价,每月进行奖励绩效考核,考核情况纳入医院干部绩效考核。

3.3.2 促进人力资源有序流动 依托卫生专业技术人员晋升职称前必须到对口支援单位连续驻点服务举措,缓解医师紧缺情况。

3.4 医联体内资源共享百姓受益。

3.4.1 通过医学影像、检查检验、病理诊断和消毒供应,为医联体内各医疗卫生机构提供同质化服务。

3.4.2 为落实疫情防控要求,降低院内感染风险,院感防控专家和医疗专家到医联体分院指导新冠肺炎疫情院感防控和诊疗工作并参与基层发热门诊坐诊,组织并指导分院开展疫情防控应急演练。

3.4.3 远程协作全覆盖 我院已利用互联网技术布局并建成了“空中医院”“互联网医院”“远程会诊”三张网,已开通对上对下的远程会诊系统,借力提升疾病精准诊断治疗水平。

4 存在问题

4.1 政府财政投入政策支持不足 政府财政保障不足、乡镇医院自身造血能力欠缺出现运营困难的情况下,总院投入大量的财务和人力、物力保障基层,产生一定压力。

4.2 医联体内医保支付政策缺乏 基层医疗机构医保份额有所降低,遂宁目前尚未对建立城市医联体单位医保打包支付出台支持政策,缺乏双向转诊的绩效激励政策保障及措施^[3]。

4.3 基层医疗机构人员编制紧缺,导致分院招聘、培养、留住人才极其困难,各家乡镇卫生院人员下拨的人员经费不足且标准不统一,医务人员缺乏工作积极性。

4.4 人事管理机制不健全 由于医联体成员单位的上级部门和行政区划不同,干部由其举办部门予以任命,牵头单位无法介入成员单位干部聘任和人员招聘,管理机制不健全。

作为全国城市医联体建设试点城市,建设高质量的遂宁城市医联体工作迫在眉睫,遂宁市第一人民医院 (下转第144页)

表4 两组调查人员知识普及后的行为改善情况比较 [n(%)]

参数	干预前			干预后		
	对照组	实验组	差值	对照组	实验组	差值
预防跌倒	35.60	35.40	-0.20	43.00	51.40	7.60
做家务	75.00	75.50	0.50	74.60	82.60	8.20
做运动	75.10	80.30	5.20	70.60	72.50	-3.30
平衡能力锻炼	20.80	78.00	3.00	78.80	77.60	-4.30
不因担心减少活动	20.80	20.10	-0.70	20.50	20.40	0.60
跌倒后禁止立刻站立	65.16	63.36	-1.80	71.65	74.52	2.87

3 讨论

现如今,影响老年人社会健康因素诸多,其中包括年龄、性别、职业、婚姻、文化程度和经济状况、日常饮食、体育锻炼等因素^[2-3],老年人要增强自己的防跌倒意识,多学习一些防跌倒的知识和技能。老年人跌倒的代表性危害主要有两点:一是跌倒易造成脑外伤,如脑震荡、脑挫裂伤、硬膜外血肿、硬膜下血肿、脑内出血等;二是大部分老年人存在骨质疏松的问题,易造成骨折。肋骨骨折可能会造成血气胸,引起呼吸困难危及生命,这是导致老年人死亡的常见原因。根据观察结果来看,干预前调查500人,对照组与实验组分别为248人和252人;干预后调查500人,对照组与实验组分别为122人和378人。干预前,对照组与实验组平均年龄分别为(68.57±6.99)岁、(67.48±6.89)岁, P>0.05,差异无统计学意义;干预后,对照组与实验组的平均年龄为(69.59±6.64)岁、(68.38±6.21)岁, P>0.05,差异无统

计学意义。干预前,对照组与实验组人群性别及文化程度构成差异均无统计学意义, P>0.05;干预后,对照组与实验组高中及以上文化程度者占34.43%和43.92%;两组患者的知识普及情况比较,干预前,对照组的知识普及得分(71.83±22.28)分,实验组得分为(70.35±21.74)分,两组人群知识总分差异无统计学意义, P>0.05。干预后,实验组得分(78.61±20.73)分,对照组得分(73.82±21.97)分, P<0.05,实验组知识普及得分高于对照组。在6道知识普及题目中,效果最为明显的是“药物增加跌倒风险”,净提升了10.99%, P<0.05;干预后实验组的行为改善情况明显优于对照组。

综上所述,对老年人进行社区健康安全教育,可以增强人们的安全意识,从而降低风险系数,鼓励人们积极参与体育活动,值得应用推广。

参考文献

[1] 茂龙,王静,白旭晶,等.北京市西城区老年人跌倒发生及跌倒知晓情况调查[J].中国健康教育,2014,30(2):168-169.
 [2] 杨云滨,许军,王斌会,等.一般人群自测健康的研究[J].中国行为医学科学,2000,9(2):87.
 [3] 林涛,王德文,田俊,等.社区老年人健康功能多维评价及影响因素[J].中国公共卫生,2003,19(10):1266-1267.

(上接第140页) 医疗集团的建设和运行,势必会为全市推进医联体网格化建设和发提供有力经验支撑。保障医联体工作健康展良好的发展,医联体各方利益才能得到最大保障,我们将进一步优化分级诊疗流程和进行科学化管理,将患者留在基层,解决“看病难、看病贵”的问题。

参考文献

[1] 王东博,李建,卢九星,等.我国医联体发展现状及对策探讨[J].中国医院,2019,23(1):47-48.
 [2] 赵春庆,崔俊燕,刘伟.扶贫思维下基层三级医院医联体

建设工作难点与对策[J].中国药物与临床,2021,21(8):1391-1392.

[3] 耿剑平,刘庆,孙妙,等.城市医联体连续性医疗服务模式运行中的伦理问题探讨[J].中国医学伦理学,2020,33(10):1255-1259.
 [4] 李森,郭书怡,石学丹,等.互联网技术在医联体内培训中的探索与应用[J].饮食保健,2020,7(24):279-280.
 [5] 许志红,周侃,张玲,等.三级医院与社区卫生服务机构双向转诊的实践与体会[J].临床医药实践,2013,22(1):72-74.
 [6] 郝凤城,庄同义,王芳.新型医联体背景下的智慧医疗建设模式与路径研究[J].中国卫生产业,2020,17(7):163-165.

(上接第141页)

参考文献

[1] 吴迪,童虎.延伸护理干预对盆腔炎患者健康行为及复发率的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(9):1714-1717.
 [2] 庞小雁.人性化护理在盆腔炎患者护理中的应用效果分析[J].当代护士(上旬刊),2019,26(12):92-94.

[3] 樊丽丽.人性化护理在盆腔炎护理中的临床应用效果[J].中国保健营养,2020,30(4):173.

[4] 迟柱波,徐红燕,任翠歌,等.健康教育护理干预在盆腔炎住院患者中的应用价值[J].中外女性健康研究,2020(5):168-169.

(上接第142页) 变化情况,重点关注患者的各项生命体征,并完善相关记录。

护理工作是急诊临床工作的重要组成部分,其对于抢救成功率有直接影响,希望本文所述内容能够帮助大家更好地了解急诊抢救与护理工作。

参考文献

[1] 邵芳林.严重创伤急诊患者的抢救及其护理措施分析[J].中国保健营养,2021,31(18):222.
 [2] 何晶晶.急诊急救患者护理风险因素的识别及防范对策[J].科学中国人,2021(21):58.
 [3] 张培.预见性护理干预对急诊患者抢救护理效果的影响

价值分析[J].饮食保健,2020(52):176.

[4] 俞月婷.研究优质护理在急诊卒中患者护理中的应用效果及对患者满意度的影响[J].健康管理,2021(1):196.
 [5] 王博闻,楚春蕾,刘玉红.急诊护理流程优化对急诊患者抢救效率的影响研究[J].中国保健营养,2020,30(35):181-182.
 [6] 王力平.急诊急救护理服务对输液患者突发病情变化的处理干预价值[J].养生保健指南,2021(39):179-180.
 [7] 张宇.整体护理在急诊急救患者中的应用效果与护理质量[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(90):311-312.
 [8] 郝翠红.全程护理在急诊危重患者抢救中的应用分析[J].医学美容,2021,30(12):37.