

关于推进以区域医疗中心为牵头单位的紧密型“医联体”建设的提案

※背景情况※

加快优质医疗资源提质扩容和均衡布局，更好满足居民群众家门口的健康服务需求是贯彻落实“人民城市”理念的重要举措，也是以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针的重点工作。经过近十年的探索实践，分级诊疗制度建设成效显著。但是，调研显示，上海的分级诊疗体系还存在以下问题。

※问题及分析※

1、放不下成为分级诊疗体系建设的堵点

调研显示，某中心城区医疗中心 2023 年接诊新发常见慢性病患者 4595 人。未纳入 CDC 系统管理的 4247 人（92.43%），未签约家庭医生的 3167 人（68.92%）。日常就诊的高血压和糖尿病患者中有 63.79% 的病人未纳入慢性病管理，有 38.58% 的未签约家庭医生。分级诊疗体系因缺乏内在动力而“联体不联心”。一是区域医疗中心没有发起“向下”转诊的机制，各自为政的现象普遍存在；二是

医务人员缺乏慢性病患者应当签约家庭医生和社区长期的意识，三是考虑机构运营和自身发展，区域医疗中心也不愿意过多的慢性病患者流失。

2、医疗资源的有效利用需要进一步提升

在政策引导下，专家下沉成为提升社区卫生服务能力的普遍的做法。分析区域医疗中心在社区开设专科门诊数据，专家日均门诊人次仅为 8.87 人，一方面专家下沉对本单位日常工作造成一定的影响，另一方面下沉开设门诊服务量极低。区域医疗中心希望在完成指令性任务的同时，通过下沉引流专科病人，社区卫生服务中心主要功能是发展全科医学，现行的“全专结合”模式逐渐演变成了全科附和专科，作为二级学科的全科医学的发展令人担忧。

3、区域医联体运行模式需要进一步完善

区域“医联体”考核维度有关上下联动、双向转诊之类的核心运行指标只局限在影像中心、心电中心转诊数量、专家下沉次数等，针对性不强。优质资源下沉后基层全科医生能力提升缺少对应的量化指标。社区卫生服务中心每年疾病筛选类项目性工作和区域医疗中心的粘合度不够，大肠癌筛查阳性落实肠镜检查的比例不到 30%，从历年肠镜检查的癌前期病变和大肠癌检出率来看，存在重点健康风险隐患。

※建议※

1、在“紧密”上做文章，做优“上下联动、分级诊疗”

推进医疗中心牵头的紧密型“医联体”建设。一是完善“上转”机制，结合国家基本公共卫生项目，组织开展慢性非传染性疾病的筛查，在完善“上转”的基础上带动区域医疗中心业务发展；二是试点“下转”模式，以常见慢性病为切入点，对稳定期的患者根据常住地发起“下转”签约家庭医生，推动疾病治疗向健康管理转变。三是拓展“联动”内涵，构建医疗联合体运行管理平台，实现“医联体”内部住院床位高效、科学转介。

2、在能力提升上求突破，做实“全专结合、医防融合”

推进区域整合型医疗卫生服务新体系的建设。一是构建以“需求”为导向的下沉模式，根据服务人群特点、卫生资源配置，制定针对性的下沉服务模式，限制专科下沉开设门诊的规模和数量。二是发展以“增能”为目标的全专结合。以全科医学为基础，围绕指南和专家共识开展知识技能培训，赋予全科医生调动专科资源权力。三是探索以“健康”为宗旨的医防融合，总结各地医防融合成熟模式，以“社区健康管理中心”建设为契机，实施“预防-筛查-诊疗-护理-康复”闭环服务，推动被动治疗向主动预防转变。

3、在运行机制上补短板，做强医疗卫生服务体系整合

完善“医联体”的组织领导和运行管理机制。一是构建高效有序的责任共同体，建立牵头机构与成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度和工作章程，赋予“医联体”决策权。二是构建无缝衔接的服务共同体，制定区域集团化运行管理、分工协作机制，探索“集约化”的发展模式，提升区域医疗资源有效利用和提质增效。三是构建科学稳健的保障共同体，完善评价体系、量化考核指标，加强对医联体经济运营能力、上下联动机制、分级诊疗规范、医防融合模式的监管和预警。