

医联体与分级诊疗体系

管馨 | 朱凤梅

近年来,各地大力推进医联体组建和发展,将其作为建立分级诊疗体系的重要工具之一,但是,笔者在调研中发现,当前一些医联体在一定程度上已成为三甲医院变相扩张、寻找稳定病人来源的绿色通道,即大医院依靠强大的资源汲取能力,将更多的患者从基层吸引到大医院,与国家建立分级诊疗体系的目标逆向而行。在目前体制不变的情况下,大医院吸引更多病人的扩张动力不会改变,最终形成的局面是,患者无论患病轻重,都向大医院进一步聚集,习近平总书记指出的大医院“战时状态”仍然难以改变。

C市组建医联体的做法

目前,全国各地组建医联体的做法主要是以三级大医院为龙头,与二级医院、基层医疗机构组成医疗联合体。三级医院定期派驻医生到二级医院及基层坐诊,二级医院及基层的医生到三级医院参加轮训。但由于下派医生到基层坐诊往往要靠所在医院的行政指令,而非本人意愿;而基层医生在三级医院的短期培训也很难真正提高水平、获得患者信任,导致这一做法实际效果不佳。

笔者调研的C市比这种普遍做法更进一步,不仅要求医务人员上下轮转,还要求城市三级医院向县级医院下派管理人员,相当于将二级医院交给三级医院托管,三级医院按一定标准收取托

管费用。以C市X县为例,X县人民医院交由省人民医院托管,建立“省、县、乡(镇)三级医疗卫生一体化服务协同体系”。托管费收取标准为县人民医院医疗收入(不含药品收入)增长部分的10%,省人民医院承诺加强县医院学科建设、提高服务能力等。

C市还设计了一系列配套政策,希望加强医联体的紧密联合,如在县级综合医院建立影像集中诊断中心、心电集中诊断中心、基层医学检验集中检查等项目,将检查结果集中送往大医院确诊,虽然其意图在于将检查化验等业务留在县级医院,减少大医院拥堵,但无形中也在加强患者对大医院的心理依赖;医保付费方面,X县规定,医联体内自上向下转诊,下级医疗机构不再计算起付标准,直接医保接续报销,希望引导患者自愿下沉,但也难以如愿。X县医院相关人员告诉笔者,医联体运行至今,形成了上转容易、下转难的局面,2014年从省转回县的病例仅13例,主要为老年慢性病患者。即便在县乡两级,县级医院的患者也不愿意再向乡级机构下沉。

笔者同时访谈了一些参与医联体建设的城市三级医院。不少院长坦言,牵头形成医联体的一大动力就在于吸引县乡的患者,与其他三级医院竞争,同时,也通过医联体寻找下级医疗机构中的管理与临床人才,将优秀的人才向上虹吸。

可以说,医联体已经演变成大医院重分势力范围、从基层汲取医生、汲取患者的捷径。依托医联体建立提升基层医疗服务能力的长效运行机制收效甚微。

三级医院独大 医保基金支付压力大

优质医疗资源向三级大医院聚集,势必带来患者向三级大医院聚集,看病既难且贵,有违改革初衷。

2014年,C市城镇职工医保统筹基金支出中,超过60%对三级医院支付;城乡居民医保基金支出,对三级医院的支付也接近40%。两类医保在三级医院的政策补偿比例为85%和50%—65%,但实际补偿比例仅为62.1%和36.8%。同时,医保参保人的百人住院率还在逐年上升。2014年,C市城镇职工住院率为18.5%,城乡居民医保住院率为16.4%,而上述组建了医联体的X县,城镇职工的住院率高达28%,可推断存在医疗机构诱导住院或分解住院的情况。这不仅加重患者负担,也加重医保基金的支出负担。C市城镇职工医保基金的累计结余水平虽然处于20个月以上,暂时未现穿底危机,但已经出现逐年下降的趋势;而城乡居民医保基金2012年、2014年均已出现收不抵支。

从控制医疗费用支出的角度,控制三级医院扩张,是短期内政策首要选择。然而,笔者在调研中了解,C市市属公立大医院仍然有扩张动力,除依托医

联体改革名义外,当地政府也仍然鼓励三级医院自身扩大规模、增加床位、新建院区,将基础设施建设作为拉动当地GDP增长的一种路径,但长期来看这种做法将导致不利后果。一方面,三级医院扩张会带来费用进一步快速增长,医保基金压力增大,财政潜在负担加重;另一方面,政府划拨土地等无形支持,加剧了非公立医疗机构与公立大医院竞争的不公平性,也加剧了公立大医院的垄断地位,医保管控能力受限。

政策建议

医联体的政策本意在于实现“小病在社区,大病在医院”,然而,现实操作中,医联体帮助大医院在基层社区中建立了更多的“挂号窗口”,方便了患者进一步向上聚集,在一定程度上加剧了居民看病难、看病贵的问题。

要从根源上将患者留在社区,首先需要承认的现实是,患者永远跟着医生

走。患者可信任的医生只要还聚集在公立大医院,患者就一定向公立大医院聚集。分级诊疗体系建立的要义在于将医生从公立大医院中解放出来,让市场也就是患者的需求来引导医生资源配置,而不是通过大医院的行政指令分派医生。由此,笔者建议如下:

第一,修正医联体的现有做法。等级化的公立医疗机构,即便应政策要求而联合,也不会改变高等级医院的垄断强势地位,低等级医疗机构在医联体中成为大医院“抽水机”的格局势必形成。减弱高等级医疗机构的虹吸能力,需要将高等级医院的医生从中解放,向外流转。考虑到改革成本和改革阻力,建议可以在保留公立大医院医生现有事业编制身份、退休待遇不变的情况下,鼓励医生专职或兼职开设私人诊所、承包城市社区、门诊部、探索开设手术中心等多样态的新型医疗机构,通过医生外流带动患者从大医院外流。

第二,医保支付应有配套措施支持医生在公立大医院外开展执业,如建立医保医师制度,将医保定点资格从医疗机构延伸至医生个人。凡具有医保医师资质的医生,无论在哪里执业,患者都可享受医保待遇。违规者由医保管理机构惩戒,严重违规者暂停甚至取消医保医师资格,以此保证医生诊疗行为的规范。

第三,医疗卫生财政投入是为了增加全社会的福祉,而不是帮助公立大医院进一步的扩张和垄断。建议财政投入短期内在保持经常性投入不变的情况下,重点投入医保基金,通过患者“用脚投票”,激励医疗机构和医生加强服务能力,优胜劣汰,进而冲击乃至打破垄断。长期来看,应逐渐取消对医疗机构的直接投入,彻底走向通过医保基金“政府购买服务”。

(作者单位:中国社会科学院研究生院
中国社会科学院公共政策研究中心)

责任编辑 刘慧娴

