

上海医疗服务体系现况分析及新医改未来发展的政策建议

张 勘^{1*} 董 伟²

1. 上海市卫生局 上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】本文系统分析了上海医疗服务体系存在的部分类别和专科服务供给不足、优质资源分布不合理、宏观医疗资源配置效率不高、高端医疗发展缓慢等问题,认为新医改方案应调整和完善医疗资源分布,大力发展短缺医疗资源和积极扶持高端医疗;同时要明确规范各级医疗机构职能定位,改革管理体制机制,医疗机构实行全行业属地化管理,探索区域性医疗联合体,从而完善医疗服务体系,推进医疗资源有效整合。

【关键词】医疗服务体系;医疗资源整合;新医改

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)06-0032-04

A situation analysis of medical service system and policy suggestions to new health system reform in Shanghai

ZHANG Kan¹, DONG Wei²

1. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 This article analyses problems about medical service system of Shanghai, such as insufficient some types of medical services, unreasonable distribution of high quality medical resources, low efficiency of medical resources macro-allocation, special medical service developing too slowly and so on. Through systematically analyzing these problems, this paper suggests Shanghai's new medical reform should pay attention to adjust and improve medical resources distribution. It is important to balance the increasing need of the shortage of medical resource and the encouraging the development of medical high-technology. In addition, function orientation of all levels of medical instructions must be defined, and localized management should be applied in the whole medical system, while regional medical association may be established to promote medical resource integration.

【Key words】 Medical services system, Medical resources integration, New health system reform

医疗服务体系改革是世界性难题,目前医疗服务体系的改革措施繁多,但如缺乏突破口和可操作步骤^[1],医疗服务体系改革难以开展。本文将完善上海医疗服务体系、推进医疗资源整合为重点,为上海新医改方案提出政策建议,以期医疗服务体系改革试点工作提供科学借鉴。

1 上海医疗服务发展存在的问题及成因分析

改革开放以来,上海医疗服务体系整体发展迅速,医疗服务能力和水平明显提升。当前上海医疗服务体系也存在问题和矛盾,需通过上海医疗服务

体系新一轮改革逐步解决和加以完善。

1.1 医疗服务资源总量供给充足,但部分类别和专科明显不足

以公立医疗机构为主体的医疗服务体系覆盖全市,社区卫生服务中心建设大力推进使得基本医疗服务总体布局趋于完善,床位、人力等资源配置达到发达国家水平。2007年末,全市共有2571家各类医疗机构,其中综合医院176家,社区卫生服务中心232家。实际开放床位9.8万张,卫生人员16.3万人,其中执业医师5.1万人,注册护士4.9万人。按

* 基金项目:上海市发展与改革委员会课题资助(编号:003200801)。

作者简介:张勘,男(1961年-),研究员,复旦大学公共卫生学院硕士生导师,上海市卫生局医学科技教育处副处长,主要研究方向为卫生政策与管理,E-mail:yxkyc@sina.com。

常住人口计算,每千人口床位 5.2 张,医生 2.7 人,护士 2.6 人。

但老年护理、康复医学和精神疾病的医疗资源不足,尚不能适应本市医疗服务需求。以老年护理为例,上海自 1979 年成为中国最早步入老龄化社会的城市,也是中国老龄化社会最严重的城市^[2]。《2008 年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息》显示上海老年人首度突破 300 万,上海 40% 老年人处于“空巢状态”,1/6 老人因生活难以自理或缺乏家人照料想入住敬老院。虽然全市养老院和老年公寓床位已逾 7 万张,相当于现有老年人口 2.3%。按国际标准,入住养老院和老年公寓老人合理比例占老年人口数 4%~5%,上海现有设施差距较大^[3]。

1.2 医疗资源总体布局较合理,局部布局特别是优质医疗资源布局不均衡

上海多年致力于社区卫生服务中心和村卫生室标准化建设,实现全市社区卫生服务中心按统一标准建设,基本实现了均衡布局。二级综合医疗机构按区域总人口分布也相对较平均;但部分郊区新城镇及市属配套商品房基地等人口导入区域医疗服务资源布局不合理,难以满足医疗需要。

上海优质医疗资源布局也不均衡,全市 38 家三级医院多集中在中心城区,其中徐汇区有 10 家,黄浦和静安区分别有 5 家,而远郊南汇、嘉定、浦东、闵行、奉贤、崇明和青浦没有三级医院,郊区居民医疗服务可及性仍然受限。

1.3 微观技术效率较高和宏观配置效率不高并存

全市医疗机构医疗服务量连年攀升,2008 年市医疗机构门急诊人次和出院人次分别为 15 035.1 万和 209.5 万,其中社区卫生机构分别为 5 593.9 万和 14.2 万,比例为 37.2% 和 6.8%。2008 年上海市医疗机构日均门急诊人次达 41.9 万,医师人均每日承担诊疗服务 8.7 次,人均日承担住院天数超过 2 天!无论是医疗机构总体还是医师个体,都处在高负荷工作状态。

由于双向转诊和分级诊疗就医模式未根本建立,且医保对患者分流作用不明显,患者无论得大病还是小病,都可随意优先选择三级医疗机构就诊。三级医院忙于应对普通疾病,而对疑难杂症科研教学相对减少,优质资源得不到充分利用;即使患者进入社区卫生服务中心就医,患者急性期诊疗后的转诊通道并不完全快捷通畅,有的因得不到适当治疗而可能延误病情。

在微观技术效率攀高背后,隐藏着过度检查治疗带来的医疗资源浪费。由于政府对医疗机构财政投入不足,医院需从业务收入来赚取经费维持运行,难免追求业务收入增长,但常规项目和劳务项目定价偏低,医院并不能从常规项目和劳务收入得到足够的补偿,而新项目则可新定价,加之药品加成政策,医院都有提供过度检查治疗的利益冲动,造成资源浪费,患者医疗负担加重。^[4]

1.4 基本医疗服务发展较快和高端医疗服务发展缓慢并存

上海长期关注基本医疗服务体系建设,随着社区卫生服务中心布局基本完成和村卫生室标准化建设日渐推进,基本医疗服务体系健全,能满足当地人民群众的基本医疗服务需求。

作为经济中等发达城市,上海高端医疗服务需求日增^[5],但全市高端医疗服务发展却相当缓慢。估计上海年收入超过 20 万高收入人群近百万,在沪工作和长期居住境外人士(包括港澳台)达 18.2 万,分别来自 152 个国家和地区,高收入人群有增无减。推算上海高端医疗市场容量约 93 亿元,而全市发生的高端医疗服务有 13 亿元,仅占 14%,可见沪上高端医疗提供能力之不足。当前上海社会办医平均注册资金不到 1 000 万,占地面积不到 1 400 平方米,平均床位不到 50 张,缺乏有品牌影响力、与国际管理技术服务接轨的大型高端医院,难以满足高收入群体医疗服务需求。

2 完善上海医疗服务体系,推进医疗资源整合的相关政策建议

我们要根据国家关于深化医药卫生体制改革要求,借鉴国际经验,从国情和上海具体情况出发,强化政府主导作用,加大对公立医疗机构财政投入,凸现医药卫生事业公益性,注重体制机制创新,完善医疗服务体系全面协调可持续发展的制度保障,形成惠及广大百姓的医疗服务体系,确保医疗服务能力提升和市民健康水平持续改善。

2.1 调整和完善医疗资源分布,促进城乡医疗资源均等化,提高医疗服务可及性

上海大多数三级医院集中在中心城区,远郊缺少三级医院优质医疗资源,需通过引入三级医院优质医疗资源和直接提升区域医疗中心等级的二方面措施,提高郊区居民医疗服务可及性,促进城乡医疗资源均等化。

2.1.1 调整优质医疗资源分布,促进城乡医疗资源均等化

远郊从中心城区引入三级医院优质资源的措施,适用于大型功能区和人口导入区、需增设新医院区域。新建三级医院应据当地医疗需求水平,适度控制建设规模,通过市区共建,引入的三级医院负责提供管理、技术、人员等软件支持。提升远郊区域医疗中心的等级的措施,则适用于医疗资源布局相对完善、无需新增机构但优质资源仍相对薄弱地区。对符合条件的区域医疗中心,加强软硬件建设,经过评审后提升等级。

为避免新医院建成或提升后达不到三级医院标准,应重点解决相关配套问题,严格按三级医院等级评审标准程序,突出对医院软件水平考核力度,新医院都达标才“放行”,避免“拔苗助长”,保证区域医疗机构级别提升后,能切实起到优质医疗服务之功效。

2.1.2 加强郊区基层卫生网络建设,打造“1560”就医圈,提高医疗服务可及性

继续加强郊区基层卫生网络建设,全面完成社区卫生服务中心、村卫生室标准化建设,落实新建居民区医疗机构公建配套,市民在15分钟内可到达社区卫生服务机构,60分钟内可达三级医院,打造“1560”就医圈,使百姓看病更便捷,提升医疗服务可及性。

2.2 明确规范各级医疗机构职能定位,完善多层次医疗服务体系

当前在增加业务收入压力下,不同层级医院的不合理竞争现象严重,患者小病去三级医院就诊与危急重病人在基层医院得不到合理救治二者并存。应建立多层次医疗服务体系,明确规范不同层级医院职能定位和收治标准,探索医保分级分段支付方式,不同层级医疗机构提供差异化医疗服务,确立转诊和技术支撑体系,通过各级医疗机构间的协作与联动发展,提高医疗服务体系宏观工作效率。

2.2.1 完善医疗服务体系应坚持医疗中心和社区卫生服务中心二级构架和布局

明确以社区卫生服务中心(站)为基础,完善社区卫生服务功能,以维护社区居民健康为中心,提供基本公共卫生服务和常见多发病、慢性病的基本诊疗服务。社区卫生服务坚持主动上门服务,形成规范动态化的居民健康档案,承担起居民健康守门人职责。健全医疗中心(三级医院)功能和职责,发挥其在急危重症和疑难病症诊疗、医学科教、技术指导和培训基层卫生人员方面的骨干作用。规范各层级

医疗机构准入条件,保证医疗服务体系多元化投入机制的工作绩效。

2.2.2 建立各层级医疗机构分工协作机制,提高医疗资源利用率

因势利导建立医疗中心与社区卫生服务机构分工协作机制。医疗中心通过技术支持、人员培训等方式,带动社区卫生持续发展。采取改善服务能力、降低每次服务收费标准、提高报销比例等综合措施,引导一般疾病的诊疗重心下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊。

成功的双向转诊制度,不但从低层级医疗机构将危重病人转入上层医疗机构,而且可接受来自经过上层医疗机构合理救治的恢复病人,使患者根据其合理医疗服务需要在不同层级医疗机构之间流动起来^[6]。在双向转诊制度衔接下,各层级医疗机构相互协作,既满足患者合理的医疗服务,又发挥各层级医疗机构服务提供能力,可望提高医疗资源利用率。

2.3 发展短缺医疗资源,积极扶持高端医疗资源,满足不同人群医疗服务需求

老年护理、康复医疗、精神卫生等短缺医疗和高端医疗资源不足,是当前上海医疗服务体系的短板,制约了医疗服务体系完善的发展步伐。推进医疗服务体系发展应着重解决这两大问题。

2.3.1 大力发展短缺医疗,满足特殊人群医疗服务需求

采取存量调整和鼓励增量两个途径,支持培育养老、康复、精神卫生等短缺医疗服务机构健康发展。养老护理采取打造满足不同养老模式、不同层次需求的养老和老年医疗服务链,建立居家与机构养老、老年护理院、老年医疗三级老年护理模式,实施全市分类指导。康复方面则在三级医院和区中心医院康复科保留康复床位或建“兼用病房”,承担临床早期康复功能;在社区卫生服务中心则提供家庭康复及社区康复服务。同时鼓励技术力量较强但病源萎缩、空床率高的二级医院向康复或养老及精神卫生防治方面转型发展。

2.3.2 积极发展高端医疗资源,满足人民群众多样化医疗服务需求

积极发展高端医疗资源,促使上海发展成亚洲医学中心城市之一。适度保留公立医院特需服务,提供特需服务比例10%或者更高;鼓励上海公立医院技术入股,与境外有医疗投资管理背景国际医疗集团加强合作交流,建立提供高端服务的样板医院和示范医院;在大型功能区如南汇国际医学园区、虹

桥综合交通枢纽区等,吸引国际资本新建国际水平的高端医疗机构。必须出台相应的支持性政策,如发展商业医疗保险、完善医生多点执业政策、完善规划和审批政策及税收土地优惠政策等,用以支撑高端医疗资源发展,满足高收入人群医疗需求。

2.4 探讨医疗机构全行业属地化管理,建立区域性医疗联合体,推进医疗资源整合

无论调整医疗资源分布还是明确各级医疗机构功能定位、抑或发展短缺医疗资源,应兼顾“普及与提高”、“效率与公平”,最后落脚点都是让百姓真正享受到新医改的实惠。

2.4.1 实行医疗机构全行业属地化管理是建立区域性医疗资源联合体的前提

由于历史性的多种财政渠道、多头行政隶属、缺乏统一规划,造成了公立医院资源配置不合理和无序竞争^[7]。上海的不同公立医疗机构资产和行政分别归属卫生部、教育部、军队、市政府、各区县政府、企事业单位及申康医院发展中心等,造就了全市医疗资源区域分布不尽合理。公立医疗机构资源整合和有效配置与利用,已成为卫生事业改革的焦点,尽管各医院集团蜂拥而起且模式多样,但医疗资源现状并未见明显改善,而公立医院之间的不良竞争反而加剧。医疗资源整合的瓶颈,实际上是医疗机构管理体制的矛盾及各产权与行政主体在整合中的利益冲突。^[7]

建立区域性医疗联合体的前提是医疗机构属地化管理,可解决不同公立医院财产及行政多头领导,划归地方政府统一协调规划,有利于促进资源有效整合。医疗属地化管理,是在基层医疗机构与三级医院等之间,建立紧密的“纵向联动”,形成若干区域医疗联合体。市级大医院是居民整体疾病管理方案的设计和执行者,负责一、二级医院人才培养、诊治规范和业务流程制定;三级医院在联合体内拥有管理权责。最近卫生部与上海市签署共管协议,6家卫生部部管医院纳入上海卫生事业总体规划,“统一准入、统一监管”,已拉开了上海市医疗机构属地化管理的序幕。

2.4.2 建立区域性医疗卫生联合体,推进医疗资源整合

2009年上海卫生工作会议宣布,以《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制五项重点改革实施方案》为指导,已形成了新医改的基本思路。一个重要的突破口,即推进医疗资源整合,构建以三级综合性医院为龙头,由若干三级、二级医院和

社区卫生服务中心组成区域性医疗联合体。

联合体内部由不同医疗机构分散独立管理调整为联合统筹管理,实行理事会领导下总监负责制;支付模式改革一是由原先的市区两级财政对不同医疗机构分别投入调整为对联合体统一投入,二是由医保对各级医疗机构的单独支付调整为对联合体统一预付,当前按项目付费的支付方式改变为“总额预算+按服务量付费”;居民就医模式则由居民分散就医调整为选择联合体定点就医,在联合体内部通过医保措施,形成居民“社区首诊、梯度就诊、双向转诊”新模式。

医疗服务体系改革是系统工程,需全社会多方协作、百姓理解与医护人员支持来共同推进。还必须健全医保支付、转诊系统、信息化建设、住院医师和专科医师规范化培养^[8-9]等配套制度,特别是把当前按项目付费改变为“总额预算+按服务量付费”的预付制组合新策略,是区域性联合体能否成功运行的关键所在。政府一定要不断加大对公立医院的主导性投入力度,以支持和增强全市整体医疗服务能力,提高全市整体医疗服务的质量和水平。

参 考 文 献

- [1] 郝模. 医改:“总额预算”可作为选择[J]. 医院领导决策参考, 2006, (8): 37-40.
- [2] 杨剑. “老龄化社会”阔步走来[J]. 法制与社会, 2006, (11): 25-28.
- [3] 谭晓红, 程晓明, 吴军, 等. 上海市长宁区人口老龄化和疾病谱转变对卫生服务的影响及对策研究[J]. 中国全科医学, 2007, (1): 77-79.
- [4] 郑余焕, 吕军, 郝模, 等. 冰冻三尺非一日之寒:看病贵是社会互动博弈的结果[J]. 中国卫生资源, 2007, (3): 121-124.
- [5] 陈瀚钰, 吕军, 房信刚, 等. 我国特需医疗服务发展基本思路探讨[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, (12): 37-38.
- [6] 刘洋, 王小万. 双向转诊制度问题探讨[J]. 中国医院管理, 2004, (12): 72-73.
- [7] 高解春. 医疗资源整合的瓶颈与方向[J]. 中国医院院长, 2008, (Z1): 29.
- [8] 张勘. 上海全科医学学科建设与人才培养的回顾和发展愿景[J]. 中华全科医师, 2008, (8): 547-548.
- [9] 张勘. 建设亚洲中心城市的重要任务与挑战:上海专科学医培养的过去、现在、将来[J]. 上海医学, 2007, (10): 802-804.

[收稿日期:2009-06-02 修回日期:2009-06-05]

(编辑 薛云)