

编者按

2009 年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,要建立城市医院与基层卫生服务机构的分工协作机制,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊,促进医疗卫生资源合理配置。深化医改三年多来,许多地区在医疗卫生服务体系整合方面进行了改革实践,探索了分工协作的不同做法。为深入研讨我国医疗卫生服务体系整合的理论与实践问题,借鉴医疗卫生服务体系建设的国际经验,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心和《英国医学杂志》出版集团于 2012 年 9 月 2—3 日在京联合举办了第二届中国卫生政策研究论坛,国内外专家学者就“整合的医疗卫生服务体系:国际视角与中国实践”这一主题进行了报告与交流。为促进研究成果转化,进一步推动我国医疗卫生服务体系建设,我们对部分专家在论坛上的报告和学术文章作为专题进行集中刊发,供读者参阅。

医疗卫生服务体系整合:国际视角与中国实践

代涛* 陈瑶 韦潇

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】为应对老龄化和医疗卫生服务体系碎片化等挑战,许多国家和地区开展了不同内容和形式的医疗卫生服务体系整合改革,内容上主要包括服务提供、治理机制、组织管理和筹资支付等方面,形式上可分为水平和垂直整合、虚拟和实体整合等模式。新医改以来,我国一些地方,尤其是公立医院改革试点城市,在医疗卫生服务体系整合方面进行了改革实践。这些做法各有特点,主要有政府主导是目前整合的主要改革动因;以技术为纽带的虚拟整合简便易行,形式灵活;委托管理或联合体式的整合涉及资产的管理,一体化程度较高;联合兼并式的实体整合具有更强的资源配置能力。但目前我国医疗卫生服务体系整合还存在诸多障碍,如政府分级管理体制、公立医院单体扩张需求、公立医院与基层医疗卫生服务机构衔接、患者自由流动意愿与医保自由就医政策等。应对的主要策略有,注重发挥政府行政调控与市场机制结合的双重作用,因地制宜、循序渐进推动整合,通过改革支付制度等多种方式建立激励机制,有赖于公立医院改革的进一步深化等。

【关键词】医疗卫生服务体系;整合;国际视角;实践

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.001

Integrated healthcare system: International perspective and Chinese practices

DAI Tao, CHEN Yao, WEI Xiao

Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】To confront the challenges of aging, health services fragmentation, and so on, most countries and regions have developed integration reform of healthcare system that includes the contents of health service delivery, governance mechanism, organization and management, financial and payment, and the forms of horizontal and vertical integration, real and virtual integration. After health system reform, some reforms have been implemented in several cities of China, especially in public hospitals pilot cities. These practices have different characteristics: i) the drive of government is the main reform motive. ii) virtual integrations through medical technique are more operable and flexible. iii) The integration degree of Hospital trusteeship and contract-type medical association have higher because of referring to asset management. iv) The real integration of medical conglomeration & merger has more abilities to allocate health resources. However, there are some drawbacks to integrate the health system, such as hierar-

* 基金项目:世界银行《协同医疗卫生服务体系构建——中国公立医院改革试点案例研究》

作者简介:代涛,男(1969年—),研究员,中国医学科学院医学信息研究所所长,卫生政策与管理研究中心常务副主任,主要研究方向为卫生政策与管理、医学信息研究。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

chical management, the hospitals expansion need, the link-up between hospitals and primary-level institutions, the patients' free flow will and free visits policies of health insurance, etc. The possible strategies include: i) Combining government and market regulation. ii) The integration should suit local conditions and be developed step by step. iii) Developing payment and other reforms to establish the incentive mechanism of integration. iv) The integration should be got to public hospital management and mechanism reform.

【Key words】 Healthcare system; Integration; International perspective; Practices

医疗卫生服务需求面临着人口老龄化趋势加快、人均期望寿命不断延长、慢性病发病率和死亡率逐年提高等挑战,而供给则面临着医疗技术革新带来成本持续增加、医院数量和规模日益庞大等问题,供需双方的新挑战均要求医疗卫生服务体系是一个连续、协同的体系^[1],以达到提高其整体效率、控制费用和促进人们健康的目的。美国在 20 世纪 90 年代为了应对变化的医疗服务环境,开始出现整合服务提供系统(Integrated Delivery System, IDS)的概念^[2],在相关理论指导下,一些国家和地区开展了医疗卫生服务体系整合的实践,为我国医疗卫生服务体系整合提供了借鉴。

改革开放以来,我国医疗卫生服务体系日益呈现出分层次、多元化和竞争式提供的特征;同时,也出现了竞争而无序、分层却断裂等一系列“非整合性”和服务“碎片化”问题。^[3]新一轮医改实施以来,一些地方特别是公立医院改革试点城市,在医疗卫生服务体系整合方面进行了大胆探索。本文简要介绍了医疗卫生服务体系整合的内涵、国际上的主要做法、国内的实践与特点、面临的障碍及下一步发展策略等。

1 医疗卫生服务体系整合的国际经验

1.1 整合的内涵与目的

割裂(Segmentation)和碎片化(Fragmentation)是许多国家及地区医疗卫生服务体系绩效低下的主要原因。为了提高卫生服务公平性、可及性、质量和卫生资源的利用效率,许多国家开展了对医疗卫生服务体系进行整合的改革。整合(Integration)意即融合为一个有机整体的过程,一般指以资产和所有权为纽带的一体化联结。整合医疗则是指服务支付者和提供者整合或者服务提供者之间的整合,如诊所和独立执业者、诊所与医院、医院与医院的整合。^[4]

医疗卫生服务体系整合的目的主要包括几个方面。一是提高医疗卫生服务体系整体效率,减少医疗机构的重复建设,防止医疗服务机构过度扩张;二是分级诊疗,使医疗卫生服务系统内每个单元都能发挥其特定的功能,各司其职;三是通过自上而下的资源整合,带动基层医疗卫生机构实现医技质量和服务水平的全面提升;四是使居民能够获得“以健康为中心”的均等化、同质化、一体化的卫生保健服务。

1.2 整合的要素与内容

从构成要素上分析,医疗卫生服务体系整合应具备一系列结构和过程要素。结构要素为连续性、整合性的服务提供必备的体制环境,包括政府层面的协调政策和制度框架、基于区域居民需求的资源配置规划、良好的治理结构、综合设计的筹资和支付、多维的监督评价体系、一体化的支持和后勤系统等;过程要素是基于结构要素的一系列机制和功能,确保提供服务的连续性和可负担性,主要包括循证临床路径、疾病和保健管理、转诊管理、信息和交流系统、合同管理、患者沟通和健康促进、持续质量改进、执业人员继续教育等方面(图 1)。

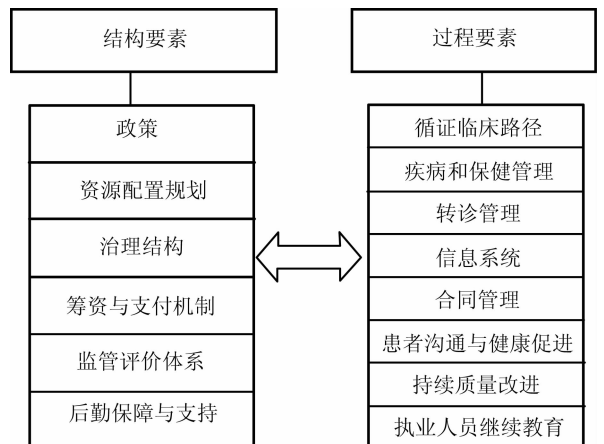


图 1 医疗卫生服务体系整合的要素

尽管许多国家的做法不尽相同,但为了达到良好的卫生系统绩效,医疗卫生服务体系整合的内容通常包含四个基本维度,即服务提供、治理机制、组织管理和筹资支付等(表 1)。服务提供的整合是指医疗卫生服务体系整合需明确合理的服务人群和地理区域;为提供综合、一体化、连续的医疗卫生服务,整合体系包括了各种初级卫生保健机构和医院,提供多个层次的医疗卫生保健服务,但初级卫生保健服务是整合体系的核心,并发挥着“守门人”的作用;提供的服务坚持“以人为本”,即不仅考虑个人身体上的需要,还要包括精神、情绪和社会等方面的需求,重视患者的权利。治理机制的整合包括整合体系的治理结构和力度,以及社会和部门参与措施;治理的力度是指治理方面集权的程度,可以是单一治理主体(法人治理),也可以是多法人聚合体。组织管理视整合体系的规模和复杂程度而定,复杂的整合体系往往要求更精致的组织设计,如设立临床检验中心、药品采购和配送中心、医技中心和共享后勤支持系统等,充足而有资质的人力资源和标准化的信息系统也是组织管理中不可缺少的要素(如美国的凯撒医疗集团)。筹资支付的整合是指医疗卫生服务体系通过建立资源分配机制和筹资激励机制促进整合,关键是使体系的成员机构同时为自己的机构成本和体系内其他机构的成本负责,形成利益共享格局;传统的支付方式(按项目付费或总额预算制)被认为不利于各层次卫生服务之间的整合,某些国家在风险调整的按人头支付改革方面做出了有益探索。

表 1 医疗卫生服务体系整合的内容^[5]

维 度	含 义
服务提供	明确服务人群及其需求 提供健康促进、疾病预防、诊断治疗、疾病管理、康复等综合的医疗卫生服务 以初级卫生保健为核心,实施“守门人”制度 有确保服务连续性的转诊机制 “以人为本”提供服务
治理机制	整合体系有统一的治理机制 广泛的社会参与和多部门合作确保健康公平性
组织管理	对临床、行政和后勤支持部门的统一管理 充足、资质合格的人力资源 联接整个系统的信息系统
筹资支付	有充足的资金来源,通过筹资和支付建立促进整合的激励机制

1.3 整合的主要形式

由于不同国家及地区卫生体制环境和背景的不同,医疗卫生服务体系整合的形式多种多样(表 2),政府的主要职责在于设计并执行适合本国或本区域体系需求的整合模式。

表 2 医疗卫生服务体系整合的主要形式^[5]

模 式	定 义	举 例
垂直整合	不同级别和水平医疗卫生服务机构之间整合	如医院与其他社区卫生服务机构之间的联结,包括自上而下、目的在于扩大服务人群的整合,也有自下而上、目的在于获得医疗设备和技术支持的整合;还有与医疗保险方的整合
水平整合	同级或同类医疗卫生服务机构之间整合	如医院之间的合并或共享某类服务
虚拟整合	不以资产所有权进行整合,而是通过卫生系统要素进行联结	以合同、协议、战略伙伴等形式形成类似于资产所有权整合的利益关系,可与实体整合平行存在
实体整合	以所有权为基础的整合,对所属机构资产有统一所有权	—

按形态结构划分,医疗卫生服务体系整合分为垂直整合(Horizontal Integration)和水平整合(Vertical Integration)。^[6]垂直整合是指各级医疗服务机构从提供医疗服务的供应链上进行联合,以此达到增加医疗卫生服务的连续性并及时掌握患者医疗相关需求的目的。水平整合是在一定范围的医疗服务市场中,提供同质或相似医疗服务项目的医疗服务机构之间产生的合作或联盟关系,从而达到节约市场竞争中交易费用和发挥规模经济的作用。^[7]垂直整合扩大服务延伸范围,水平整合降低服务提供成本。

按联结方式划分,医疗卫生服务体系整合可分为虚拟整合(Virtual Integration)和实体整合(Real Integration)。^[8]虚拟整合以技术和管理等卫生系统要素为纽带,服务提供者通过签订契约或组建集团形成联合体,在没有共同持有资产和所有权下分享资源,是一种没有财务责任、易解散的松散型整合。^[9]实体整合是指服务提供者以资产和所有权整合为基础,形成一个独立法人机构,对机构内资源统一管理和调配。

许多国家并不要求以所有权为基础进行实体整合,相反,为了在不同法人实体机构之间达到协同状态,有时也需要通过合同或协议等虚拟整合形式联接部分服务。在 NHS 体系下,英国建立医疗保健整合网络(Integrated Care Network, ICN),如苏格兰地方的服务合作使全科医生、社区护士、其他的健康和社会保健专业人员协同工作;美国健保机构凯撒医疗集团通过按人头付费建立管理型医疗或健康维持组织;加拿大魁北克省建立 95 个地方服务网络,将医院、长期照料机构、康复和社区卫生服务机构合并构建成一个以地域为基础的卫生服务整体;德国通过整合初级卫生保健机构、医院和医疗保险公司,对糖尿病、乳腺癌和冠心病等疾病患者,实施疾病管理计划;西班牙 Alzira 体系在指定的医疗分区授权医院和初级卫生保健服务机构开展一体化的医疗卫生服务。^[10]

2 我国医疗卫生服务体系整合的实践

我国对医疗卫生服务体系整合的理解更注重区域内各级各类医疗卫生机构在技术上的协同和功能上的互补,是指通过技术、管理和支付等各种资源要素的有效联结,整合不同级别和类型医疗卫生机构,提高医疗服务的整体服务效率,向居民提供完整、连续、经济、优质的卫生保健服务,使其达到最佳的健康状态。^[11]

2.1 我国的主要做法

目前我国的主要做法可简要划分为几类,主要有垂直整合的技术援助、医院托管、院办院管等形式;水平和垂直混合整合组建医疗集团或联合体,包括契约式联合体、集团式联合体和联合兼并式医疗集团(表 3)。

表 3 我国医疗卫生服务体系整合的主要形式

联结方式 \ 结构形态	虚拟整合		实体整合
	技术	管理	资产和所有权
垂直整合	技术援助	医院托管	院办院管
水平和垂直的混合整合	契约式联合体	集团式联合体	联合兼并式医疗集团

2.1.1 技术援助和契约式联合体

以垂直整合和技术纽带为特征的技术援助模式

是指为实现医疗技术下沉,采取“传、帮、带”等形式,加强上级医院对下级医院或基层医疗卫生机构的技术指导和人员培训。医院以服务团队的形式派出专业技术骨干或通过远程医疗等技术手段,参与基层医疗卫生机构的业务工作,同时为基层医务人员提供进修学习机会,并对专业技术人员进行指导。^[12]目前,此做法在我国各地广泛开展并产生了良好效果。

将以技术为纽带的联合扩展到医院之间,通过协议建立联盟,形成水平整合和垂直混合整合的形式,即契约式联合体模式。如北京大学人民医院构建的“医疗卫生服务共同体”,在不改变医院隶属、产权和人员身份的前提下,通过搭建数字化信息平台,将不同级别、不同种类的医疗卫生机构、医务人员之间的功能和活动,进行协调整合,实现优势互补,发挥各自功能和作用。

2.1.2 医院托管

医院托管模式是指政府对被托管的医疗卫生机构投入房屋、设备等硬件设施后,交由更高级别的医疗卫生机构负责人力、日常运营管理等,是一种政府购买服务的行为。被托管对象包括下级医院和基层医疗卫生机构,通常在财务上独立,仍为独立法人,运行机制、性质与功能不变,承担托管责任的医院主要在管理和资源整合上加强统筹协调。如湖北省武汉市在隶属关系、财政拨款、功能定位、人员身份等政策不变的前提下,将社区卫生服务中心的行政、人事调配权和经营管理决策权委托给大医院管理;托管后的社区卫生服务中心还是独立法人单位,核算独立,仍隶属辖区卫生行政部门领导。^[13]山东省潍坊市区政府将区医院人员和资产整体委托给市人民医院经营管理,由市人民医院派出管理团队和技术骨干,进驻区医院开展管理经营、技术指导和人员培训等工作,但区医院资产仍归属区政府,独立法人和财政拨款渠道以及医院功能不变。

2.1.3 集团式联合体

集团式联合体是指通过建立管理委员会或理事会形成集团,统筹管理和配置集团内卫生资源,整合力度更强。如上海市卢湾区医疗联合体由一家三级医院、二家区级医院和四家社区卫生服务中心构成;

在治理上,成立理事会作为最高决策机构,负责联合体的总体发展规划、资源统筹调配、人事任免、医保额度分配等重大事项的决策,实行理事会领导下的总监负责制,各医疗机构的院长则由总监会和相关部门共同提名,经理事会同意后按程序任命;组织管理上,联合体以信息化为基础,开展检验检查结果共享互认、预约诊疗、双向转诊、继续教育等院际协同服务,组建统一的后勤服务平台和医疗设备、药品、耗材等医用物资采购平台;筹资支付方面,医保经办部门根据联合体提出的内部分配意见,将医保费用直接拨付至所属医疗机构。^[14]社区居民可以签约在联合体内部就医,享受优先转诊通道等优惠政策,也依然可以持医保卡在全市各医院就医。

2.1.4 院办院管

院办院管模式是指医院通过兼并、收购或者直接主办等方式取得基层医疗卫生机构的所有权和经营权,为基层机构人力、技术、设备、财力等资源的配置提供支持,实施一体化的统一管理。如广东省深圳市在全市范围内实现了社区健康服务中心与医院“院办院管”模式的分工合作,对社区健康服务中心实行统一调配人员、供应药品和器械、制定工资福利标准等,选派管理人员担任中心主任,对中心的服务质量进行严格考核和监控,使提供的服务达到一体化和规范化。^[15]

2.1.5 联合兼并式医疗集团

联合兼并式医疗集团与集团式联合体相比,在资产整合力度上更进一步,是基于所有权的实体整合,形成具有独立法人地位的医疗集团。目前国内代表性的做法如江苏省镇江康复医疗集团和安徽省马鞍山市立医疗集团等。江苏镇江市以市第一人民医院为核心,纳入若干专科医院和部分社区卫生服务中心,组建康复医疗集团;治理机制方面,集团由市政府批准成立,为依法登记的事业法人机构,集团院长为集团的法人代表,成立理事会和监事会,实行理事会领导下的院长负责制;理事会对医院的经营管理实行综合目标考核,同时对大型仪器设备购置、基本建设项目等实行预算管理,报监事会研究审批。^[16]集团成员分两类,在组织管理上实现实体整合与虚拟整合并行,一是划归集团管理的二级法人医

疗机构,在集团统一管理下各自独立运营,其财务管理制度根据集团要求设计,确保国有资产的保值增值,并设立多个业务中心和后勤中心,并以这些中心作为业绩考核和薪酬发放的基本单元;二是以技术和管理为纽带加入集团的医疗机构,原法人地位不变,以协议形式明确与集团的业务指导关系和双方职责;筹资支付方面,镇江医保部门实施“总额预算管理”为主的复合支付方式,对医院强制要求重点病种的下转比例,引导患者流向。安徽省马鞍山市立医疗集团在结构和功能上与镇江康复医疗集团相似,整合了市级公立医疗资源,市政府取消了集团下属各医院行政级别,实行总院长负责制,集团内各分支医疗机构既是集团分支机构,但又没有完全丧失独立性,在运作过程中作为独立二级法人实体对外负责。^[17]

2.2 不同做法的主要特点

不同形式的整合具有各自的特点,适用于不同的环境和条件,在可操作性、可持续性、促进资源配置与利用、提升基层机构服务能力、服务连续性和综合性等方面也会产生不同的结果(表4)。

表4 我国医疗卫生服务体系各种整合做法的特点

整合模式	可操作性	可持续性	促进资源配置和利用	提升基层机构服务能力	服务连续性	服务综合性
技术援助	++++	+	+	+	+	++
契约式联合体	+++	+	++	++	+	++
医院托管	+++	++	++	++	++	++
集团式联合体	++	+++	+++	+++	++	+++
院办院管	++	+++	+++	+++	++++	+
联合兼并式医疗集团	+	++++	++++	++++	+++	++++

注:“+”表示最弱,“++++”表示最强。

2.2.1 政府主导正成为医疗卫生服务体系整合的推动力量

自20世纪80年代开始,我国医疗卫生服务体系整合就以医院之间联合和集团化的形式开始出现,但当时还是以市场调节的自发形式为主。^[18]改革主要动因是解决医疗机构自身发展危机,目标是通过形成联合体,扩大规模和市场占有率,是一种“危机导向”的短期行为。近年来,随着社区卫生服务为基础的新型城市卫生服务体系和以县级医院为龙头的

农村三级医疗卫生服务网络的构建,医疗卫生服务体系整合的战略意义日渐凸显。新医改明确指出医疗系统应层次清楚、结构合理、功能到位,以利于发挥整体功能,并提出建立城乡医院对口支援和城市医院与社区卫生服务机构的分工协同机制等思路。在推进公立医院改革的过程中,政府在医疗集团或联合体的规划组建、投入以及标准制定等方面起到了主要的推动作用,整合的目标是提高区域优质卫生资源的整体利用效能,着眼于建立解决群众“看病难”、“看病贵”的长效机制,是多方共赢“利益导向”的长期行为。

2.2.2 以技术为纽带的整合简便易行,形式灵活,可操作性强

技术援助和契约式联合体以技术为纽带整合,操作和管理成本低,不受行政隶属、资产划归等管理体制和运行机制的限制,形式灵活多变,在城市医院与社区卫生服务中心、农村医疗卫生机构、县级医院与乡镇卫生院之间均可广泛开展,但因原有组织体系和运行机制未有变化,如果没有政府财政或医疗服务市场延伸作为支持和保障,长期合作有可能流于形式。

2.2.3 医院托管及集团式联合体多以委托管理为纽带,初步具备一体化形态

医院托管的做法由于涉及资产管理,在联结紧密程度上优于技术援助,同时也具备整合范围不拘泥于地域、城乡和管理体制的优点,对于提高被托管机构的技术水平和服务能力、促进分级诊疗有较好的效果,但该做法要求承担托管责任的医院有输出技术、人员和管理的实力,政府在财政上应予以保障。

集团式联合体组建了代表政府履行出资人职责的办医主体,如管理委员会或理事会,统一管理体系内部人、财、物等资源,并作为一个整体与医保经办部门发生支付关系;该做法虽属于混合整合,并有最高决策机构,但在实际管理运营,如人员录聘、资产管理等方面,并没有获得独立法人的相应权限,仍是一个虚设机构,只是具备了一体化医疗卫生服务体系整合的基本形态。

以委托管理为主要形式的整合虽然在资源整合

力度、服务提供的连续性和可持续性等方面较弱,但其改革成本低于涉及资产和所有权改革的实体整合,在我国分级管理体制的制度环境下,拥有形式灵活、不受地域局限、可操作性和复制性强、见效快等优点,具有独特优势。

2.2.4 院办院管和兼并式医疗集团等形式的实体整合具有更强的资源配置能力

院办院管的形式能够较快地提高基层医疗卫生机构的服务能力,为辖区内居民提供同质化、连续性的医疗服务。但也存在不足,一是由于医院和基层医疗卫生机构在功能定位上的差异,基层医疗卫生机构作为医院的一个分支部门,其公共卫生方面的职责和功能难免会受到医院以医疗为主导的服务理念影响;另一方面受医院规模和实力的影响,其下属的基层医疗卫生机构的软硬件配备、运营情况、服务能力会出现不均衡发展的问题,影响辖区居民接受一致性的医疗卫生服务。^[19]

联合兼并式医疗集团具有独立法人地位,拥有体系内资源配置和利用的决策权和执行权,形成稳定和有效的治理结构和问责机制;在集团共享的检查检验和后勤保障中心,建立基于财务责任的绩效考核制度,使各医疗卫生机构成为共担风险和收益的利益共同体;实施对医院约束、基层医疗卫生服务机构激励的混合支付方式,促进分级诊疗。这些做法尝试突破体系内不同类别和级别机构之间的界限,使医疗集团拥有更强的资源统筹规划和配置能力,对于提高服务体系整体的资源利用效率、降低服务成本、提升基层医疗卫生服务体系的能力,促进服务连续性和综合性,具有更好的协同效果和可持续性。

3 我国医疗卫生服务体系整合的主要障碍

目前我国医疗卫生服务体系整合既有体制性、政策性的宏观障碍,也有整合过程中内部运行机制等微观问题。

3.1 分级管理的制度环境影响垂直整合

目前分级管理的体制是医疗机构整合的重要制度性障碍。由于行政隶属不同、财政渠道不同、缺乏

统一规划,造成了医疗机构资源配置不合理和无序竞争。医疗资源整合的瓶颈,实际上是医疗机构管理体制的矛盾,表现在产权与行政主体在整合中的利益冲突,涉及到不同层级医院的产权主体之间的合作与资产评估、行政隶属关系的调整、人员土地财产的处置、管理体制和法律政策的配套等。^[20]即便是整合程度最紧密的江苏省镇江康复医疗集团,也只是做到整合市级医疗资源,不同级别医院之间的一体化整合目前还难以实现,只能做到技术协同或资产托管。实行医疗机构全行业属地化管理是建立区域性医疗卫生服务体系整合的重要条件。

3.2 公立医院单体扩张与体系整体规模效益存在冲突

现阶段,我国医疗卫生服务体系整合改革主要是由政府推动的,与市场机制作为主要调节力量的改革在目标和功能上有所不同,重点关注医疗卫生服务体系的整体效率和居民的公共利益。公立医院作为公益性的经营实体,在承担政府赋予公共职责的同时,也有自身发展的需求。当医院“做大做强”的微观利益与政府改革目标冲突时,要么医疗集团经营者背离所有者利益,要么医疗集团内部利益发生冲突,整合难以形成合力。目前最优的联合兼并模式因受单个机构发展利益所限,也只做到了融合部分资产,还达不到医院之间的一体化整合,资源只能实现有限流动,各分支医疗机构仍是独立核算的单位,这与卫生资源能够在系统内自由流动的理想状态仍有差距。从经济学角度看,我国公立医院的扩张应当通过机构之间的联合来实现,而不能通过单体医院的过度扩大来实现,但这种平衡需要政府采取措施调节公共利益与各相关者利益来实现。

3.3 公立医院与基层医疗卫生机构运行机制上存在衔接障碍

公立医院与基层医疗卫生机构在运行机制上的衔接障碍主要表现在三个方面。一是分配制度上,医生参与基层工作所占用的时间和精力未能科学合理地纳入职称晋升和工作绩效评估考核体系,由此造成大医院医务人员参与基层工作的动力不足。二

是目前公立医院人事分配制度不利于医务人员在基层医疗卫生机构开展多点执业,医务人员流动受限。我国一体化程度最高的模式也未能做到人力资源的有效流动和利用,各分支机构在人事制度上受管理体制影响仍较为僵化。三是新医改在基层实行综合改革以来,基层医疗卫生机构的运行机制发生很大变化,过去“以药补医”的补偿机制开始扭转,绩效工资制度正在建立,基本药物全面覆盖,而公立医院改革还相对滞后。这种运行机制上的差异会增加管理成本,影响整合的紧密程度和协同效果。四是在医疗卫生服务体系整合实践中,缺少标准化、统一的信息平台,为体系内所有机构和患者提供方便、可及的健康信息数据库。

3.4 患者自由流动意愿与医保自由就医政策为服务连续性带来现实挑战

大多数国家和地区建立医疗卫生服务体系整合的关键政策之一是实行社区首诊制,规定患者需经社区医生首诊,才能进入高一级的医院治疗并得到医疗保险机构的报销。我国由于基层医疗卫生服务体系能力不足,相当数量患者很多时候已习惯直接到大医院就诊。患者能够自由地在服务提供链上获得服务和医疗保险报销,虽然短期内没有限制患者的需求,但进一步加剧了患者的非理性流动,为实现服务连续性带来客观困难。另一方面,基本医疗保险也未强制患者在基层首诊,国内的医保支付方式改革与医疗服务提供方联动不足,与社区首诊尚未建立激励关系,基层首诊制还不成熟。这在一定程度上弱化了筹资支付形成的激励机制对整合的促进作用。

4 我国医疗卫生服务体系整合的策略

医疗卫生服务体系整合的最终目标是建立一个以初级卫生保健为基础的卫生体制,即服务提供行为从以疾病为中心,转变为以健康为中心,保障服务全民覆盖和可及,强调健康促进和预防,以居民的健康需求为基础,要求政府主导下建立制度化的区域卫生规划,采取多部门合作的措施,使服务提供更加连续、公平、有效、高质量和更好地满足居民的健康期望。

4.1 注重发挥政府行政调控与市场机制结合的双重作用

政府行政调控下的医疗卫生服务体系整合需与市场机制相结合,以平衡公共利益与各相关者的利益。一要通过政府财政专项资金投入,支持公立医院在技术和管理上支援基层医疗卫生机构,单纯依靠行政命令或自发的技术与管理整合模式易流于形式,也难以持续。二要选择合适的机构组建医疗集团或联合体,既要根据地域和服务能力,科学规划,明确机构的准入和规模控制标准,又要因势利导,发挥市场机制调节作用,避免行政上强制组合。三要避免单个医疗集团或联合体形成区域垄断,应根据卫生资源数量,设立两家及以上医疗集团或联合体,允许居民有选择医疗集团或联合体的自由,促进不同医疗集团或联合体之间竞争。

4.2 因地制宜,循序渐进推动医疗卫生服务体系整合

分级管理体制给不同级别医疗卫生机构进行以资产和所有权为纽带的整合带来制度障碍,这种障碍具有体制性,短期内难以消弭。现阶段,要根据区域内医疗卫生资源分布的特点,组合搭配多种整合做法,发挥不同做法的优势,使医疗卫生服务体系在目前体制环境下达到最大可能的协同。如分别组建市级和区级医疗资源为核心的联合兼并式医疗集团,不同级别医疗集团之间采取技术协同或资产托管方式联合;城市医院和农村医疗机构之间适宜采取技术协同和委托管理方式建立医疗联合体;县和县级市,由县级医院为核心组建纵向技术协同或委托管理的医疗联合体;医疗集团内部采纳多种垂直整合模式,如直接举办社区卫生服务中心的同时委托管理乡镇卫生院等;在医疗资源较为丰富的城区,适宜建立拥有独立法人地位的联合兼并式医疗集团,在实践中可采取先易后难、循序渐进的策略,如由技术联合的松散整合,发展成虚设议事机构的多人法人聚合体,最终建立具有独立法人地位、有决策权的实体组织^[21]。

4.3 通过改革支付制度等多种方式,建立整合的激励机制

医疗卫生服务体系的发展需要持续稳定的筹资

来源,医疗保险支付正在成为其最主要的组成部分。医疗保险的支付方式对于控制费用、规范服务等方面发挥重要作用。基本医疗保险制度在不同级别医疗卫生机构,通过差别补偿和实施不同的支付方式,引导患者合理流向,促进双向转诊,并在条件成熟时与社区首诊制相耦合,引导人力、技术、信息等其他卫生资源在医院和基层医疗卫生机构之间自由交换,形成整合医疗卫生服务体系的重要激励机制。作为卫生体系的两大核心,筹资和服务必须协同联动,两者相互制约、相互依存,合理调配卫生资源,形成科学的激励机制,使基层医疗卫生机构和医院的利益一致,才能更好地促进医疗卫生服务体系整合。

4.4 医疗卫生服务体系整合有赖于公立医院改革的进一步深化

医疗卫生服务体系整合需具备一体化的结构和过程要素,镇江的联合兼并做法已探索与公立医院治理机制、内部人事与分配等体制机制改革相结合。公立医院是医疗卫生服务提供链上的主要环节,公立医院体制和内部运行机制改革与建立协同机制,是系统与局部、整体与个体的关系,构建一体化医疗卫生服务体系须以公立医院体制机制改革为前提。

参 考 文 献

- [1] Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO. Systems Thinking for Health Systems Strengthening [R]. 2009.
- [2] Huckman, Robert S. Hospital integration and vertical consolidation: An analysis of acquisitions in New York State [J]. Journal of Health Economics, 2006, 25(1): 58-80.
- [3] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究[J]. 中山大学学报: 社会科学版, 2010, 50(1): 119-130.
- [4] 钱东福, 王志琳, 林振平. 城市医疗服务体系整合的研究回顾与展望[J]. 医学与哲学, 2011, 32(2): 43-45.
- [5] Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks[R]. 2011.
- [6] Shortell S M, Anderson D A, Gillies R R, et al. Building Integrated Systems: The Holographic Organization [J]. Healthcare Forum Journal, 1993, 36(2): 20-26.
- [7] 梁鸿, 王云竹. 公共财政政策框架下基本医疗服务体系的构建[J]. 中国卫生经济, 2005, 27(10): 8-11.

- [8] Satinsky M A. The Foundations of Integrated Care: Facing the Challenges of Change [M]. Chicago: American Hospital Publishing, 1998.
- [9] 江红. 全域医疗服务体系的构建与实施研究[J]. 现代医院, 2011, 11(6): 1-4.
- [10] 代涛, 何平, 韦潇, 等. 国外卫生服务资源互动整合机制的特点与发展趋势[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(2): 137-139.
- [11] 刘谦, 代涛, 王小万, 等. 我国医院与社区卫生资源互动整合模式与政策研究[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(10): 688-692.
- [12] 郑大喜. 新医改背景下构建公立医院与基层医疗机构分工协同机制探讨[J]. 医学与社会, 2011, 24(8): 42-45.
- [13] 陆琳, 马进. 武汉市综合医院与社区卫生服务机构协同模式运行现状与效果研究[J]. 中国医院管理, 2011, 31(11): 20-22.
- [14] 周建莹. 提高医疗卫生资源使用效率—上海探索构建区域性医疗联合体[J]. 医院院长论坛, 2009, 6(6): 12-15.
- [15] 张明新, 江捍平, 罗乐宣. 深圳市院办院管模式下双向转诊问题分析与对策建议[J]. 中国医院管理, 2009, 29(5): 40-42.
- [16] 徐爱军, 陆荣强, 刘阿秀. 江苏省公立医院管办分开的探索和启示[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(2): 64-66.
- [17] 何少锋. 马鞍山市公立医院改革的做法及体会[J]. 卫生经济研究, 2011(5): 7-9.
- [18] 石光. 我国区域卫生规划政策的实施效果评价[J]. 中国卫生经济, 2005, 269(7): 11-14.
- [19] 陆琳, 马进. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协同机制研究及政策建议[J]. 中国医院管理, 2011, 31(11): 17-19.
- [20] 高解春. 医疗资源整合的瓶颈与方向[J]. 中国医院院长, 2006, 17(6): 1400-1402.
- [21] 俞立巍, 徐卫国. 法人治理结构在区域性医疗联合体中的实施路径探析[J]. 中国医院, 2010, 14(12): 25-28.

[收稿日期:2012-08-10 修回日期:2012-09-15]

(编辑 何平)

· 信息动态 ·

卫生信息利用与决策支持高层论坛在京召开

2012年9月7日,由中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心主办的《卫生信息利用与决策支持高层论坛》在北京召开,卫生部办公厅主任侯岩、政法司副司长陈宁姗,中国卫生信息学会副会长傅征教授,以及卫生部有关司局、部分省(市)卫生厅(局)、医疗卫生及科研机构的领导和专家共120余人参加了会议。

侯岩主任在致辞中指出,卫生信息体系建设是深化医药卫生体制改革的重要支撑,利用卫生信息,服务卫生决策是卫生信息体系建设的重要目的,此次论坛对促进我国卫生信息化发展具有积极意义。随后,侯岩主任做了题为“我国卫生信息化的现状与发展趋势”的主题演讲,介绍了卫生信息化“十二五”规划的主要内容,强调卫生信息化要着力于互联互通、资源共享,强化标准和安全管理,要为群众健康服务;并指出下一步的重点工作是开展卫生信息化理论研

究,加强卫生信息化人才培养及多方交流与合作。

傅征教授介绍了卫生信息利用的核心环节和薄弱环节、信息时代的发展趋势,强调具有“信息利用和决策支持”理念的重要性,要树立“数据产生信息、信息产生知识、知识产生决策、决策产生效益”的科学态度,要把信息利用和决策支持工作真正放到首位,从规划、投入、建设、应用、检查等方面狠抓落实。课题负责人代涛所长介绍了由医科院信息所完成的中澳卫生与艾滋病项目《卫生信息利用与决策支持研究》的主要成果。经过两年的努力,课题组调研了国内外卫生信息利用和决策支持的情况,提出了卫生决策支持的理论体系框架和我国卫生决策支持的发展策略,研发了包括医院、社区卫生服务、新农合等决策支持以及卫生信息分析等一系列功能在内的卫生决策支持系统。会议上演示了由课题组研发的“卫生决策支持系统”。