

# 整合医疗:中国医改的战略选择

李玲<sup>1\*</sup> 徐扬<sup>1</sup> 陈秋霖<sup>2</sup>

1. 北京大学中国经济研究中心 北京 100871

2. 中国社会科学院人口与劳动经济研究所 北京 100732

**【摘要】**本文从理论、国际经验和趋势,以及中国现状,阐述整合医疗在医疗卫生改革中的重要性和作用。建议将整合医疗作为中国医改的战略选择,大力整合医疗卫生体系,建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制,恢复三级医疗卫生网络,实行分级医疗、双向转诊的医疗服务模式,从根本上改变目前医疗卫生体系分割的局面,提高医疗卫生资源的利用效率,切实缓解群众“看病难、看病贵”的问题。

**【关键词】**整合医疗; 卫生改革; 医疗卫生体系

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.002

## An integrated healthcare system: The strategic choice of Chinese healthcare reform

Li Ling<sup>1</sup>, XU Yang<sup>1</sup>, CHEN Qiu-lin<sup>2</sup>

1. China Center for Economic Research, Peking University, Beijing 100871, China

2. Institute of Population and Labor Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

**【Abstract】** This paper provides an overview of the integrated healthcare. We briefly introduce the international experiences to show the trend of integrated healthcare. Also we use economic theory to prove that the integrated healthcare is the best way to improve the efficiency. We suggest that Chinese healthcare reform shall restructure the current piecemeal situation, build up an integrated healthcare system, establish the division of labor and coordination mechanism between public hospitals, public hospitals and primary health care institutions, resume the three-tier health delivery system, implement clarified medical institution and two-way referral system in order to integrate the segment delivery system. This enables us to improve the efficiency and solve the so called “difficult and unaffordable to access”.

**【Key words】** Integrated healthcare; Healthcare reform; Healthcare system

2010年2月,卫生部等部委发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》中提出了要“建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制”,通过分工协作实现分级医疗、双向转诊,促进医疗资源合理配置,缓解群众“看病难、看病贵”问题。全国许多地方也已经开始探索和尝试分工协作的有效模式,效果不一。促进各级医疗机构之间的分工协作关键在于要大力整合我们目前分割的医疗

卫生体系。那么什么是整合医疗?整合医疗的意义何在?如何通过整合医疗实现有效的分工协作?本文将从整合医疗的国际经验、理论基础和中国现实三个角度阐述这些问题。

### 1 整合医疗是国际医改的新趋势

条块分割是世界各国医疗卫生体系面临的普遍问题,它严重影响了医疗资源的利用效率和医疗服

\* 作者简介:李玲,女(1961年—),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生经济学、公共财政。E-mail: lingli@ccer.edu.cn

务的质量,也是医疗费用高涨的主要原因。从 20 世纪 90 年代末开始,许多国家提出了“整合医疗、促进协作”的口号,并采取有效的措施对医疗卫生体系进行整合,为我国医改提供了宝贵的经验。

### 1.1 英国提出“整合、合作”的理念

英国是欧洲最早建立全民医疗服务制度的国家。全民医疗服务制度(National Health Service, NHS),即政府同时承担筹资和服务职能,通过税收筹集资金,通过公立医院提供覆盖全民的服务。采取这种模式的国家主要有英国、西班牙、意大利和部分北欧国家。这种模式的优点是公平性较好、成本较低,但同时也面临着排队时间长、设备和技术落后等问题。20 世纪 80 到 90 年代,英国政府把企业管理与法人制度引入医疗机构,在管理体制上实行“购买者与提供者分离”,即政府只承担购买者的职能,扩大医院自主权,鼓励医院竞争,这些措施被称为“内部市场化改革”。这一改革在初期取得了一定成效,医疗质量提高,患者选择医院的自由度增加,但不久之后也暴露出一系列问题,最突出的是,医疗服务体系出现分割,大小医院各自为政、无序竞争,难以为患者提供连续、统一的医疗服务。<sup>[1]</sup>

20 世纪 90 年代末,布莱尔政府上台之后,针对这些突出的问题,对 NHS 进行了一系列重大的改革,提出了废除“内部市场”,把“合作、和谐”作为改革的中心,推进医疗服务体系的资源整合与一体化,把 NHS 体系内部的各个部分很好的组织起来,形成一个高度集成的医疗服务体系,为患者提供连续的、更安全的、质量和效率不断改善的医疗服务<sup>[2]</sup>。具体措施包括:(1)进一步加强社区医疗,服务重心由医院向社区卫生机构转移,整合由于过度竞争而分散的医疗卫生资源,推动医院之间形成转诊网络、实现资源共享,加强公立医院之间的合作。(2)加强公立医院与疾病预防、社区和居民自治机构的合作,为群众提供从预防到康复的连续性服务。一体化的医疗机构,有利于医生和患者形成长期互相信任的关系,做好预防保健,控制医疗费用,确保服务的连续性。

同时,新的计划强调了医疗服务体系和社会照顾(social care)体系的紧密配合,促进健康维护过程

中所有层次的医疗和照顾机构之间的协作,确保以患者为中心,为患者提供无缝的(seamless)的健康维护。具体措施包括<sup>[3]</sup>:(1)一站式(one-stop)的医疗与社会照顾服务。1999 年,英国颁布了新的健康法案(The Health Act),用法律形式保证了地方政府与 NHS 之间更加紧密的协作,整合原来分割的医疗服务体系与社会照顾体系,为患者提供一站式的服务包,社会照顾工作人员与全科医生以及其他的社区基层医疗团队一起工作、互相配合,组成单一的区域性健康维护网络。(2)促进协作的激励机制。国家健康绩效基金会(National Performance Fund)每年给予那些促进医疗服务与社会照顾紧密协作的基层医疗机构一定数额的奖励,基金总额达 1 亿英镑。

### 1.2 美国提出“整合医疗”的理念

2006 年,诺贝尔经济学奖得主保罗·克鲁格曼认为,条块分割、支离破碎是美国医疗体系最大的问题。<sup>[4]</sup>最突出的是,严重分割的医疗服务体系和以商业健康保险为主的筹资模式是美国医疗支出持续高涨的主要原因。一方面,美国的卫生服务体系高度分散,绝大多数医生是私人开业,独立于医院之外,医院以私立非营利性医院为主体,医院之间各自为政,公共卫生服务由政府(美国卫生和人类服务部)提供,这种分散的卫生服务体系导致了医院和医生之间、医院和医院之间、医院和公共卫生部门之间利益不一致,难以形成有效的协作,并且产生了医疗资源的巨大浪费和配置的无效率,克鲁格曼估计,美国医疗支出的 30% 都是不必要的浪费,这些问题直接或间接地推高了医疗卫生的成本。不仅如此,分割还会严重影响医疗质量和安全,降低了患者的健康收益。另一方面,美国是世界上为数不多的以商业健康保险作为医疗卫生制度主体的国家,商业保险模式的优势在于患者的选择空间大、有利于促进医疗技术创新,但是商业健康保险市场存在严重的信息不对称,由于逆向选择的原因,商业保险不能有效地发挥医疗保障的作用,尤其是对高风险、低收入人群的保障,反而保险公司为了筛选顾客会消耗大量的成本。因此,克鲁格曼认为,过度依赖于私人保险是导致美国医疗卫生总费用高涨的主要原因。

基于这些问题,一些学者提出了“整合医疗(Integrated Delivery System, IDS)”的理念,他们认为,避免不必要的浪费和不安全的治疗对于改进医疗服务质量、降低医疗成本是至关重要的,而通过整合医疗服务体系可以实现这些目标<sup>[5]</sup>。IDS指的是一个将各个层次的卫生保健工作者联系起来的有组织的、协调的、相互协作的服务网络,为特定的患者人群和社区居民提供配合协调、纵向连续统一的医疗服务,它不仅在临床上要为社区居民的整体健康状况负责,而且在财务上也承担着控制医疗成本的责任。一个成功的整合医疗服务体系要满足以下这些原则:(1)以患者为中心的目标和价值观:为患者提供高质量的、费用负担得起的医疗服务,最大化患者的健康收益。(2)所有机构之间有序协作、信息共享,为患者提供无缝的、连续统一的服务,尽量减少侵入性治疗,使治疗达到成本—效率最适宜的程度。(3)与患者利益一致的激励机制,包括健康收益的分成、风险调整后按人头付费的支付方式等,通过这些机制设计引导医疗机构为患者提供高质量的、费用负担得起的医疗服务,避免重复治疗,使医疗资源达到有效配置。

针对商业保险模式带来的问题,克鲁格曼提出,美国应当推行医疗保险体系的整合,实行单一支付者(single-payer)模式,也就是政府直接提供社会医疗保险。国际经验表明,实行社会保险模式的国家(如加拿大)可以用更低廉的成本获得更高的健康收益,其原因在于:一方面它可以降低管理成本,避免了私人保险为了规避逆向选择所付出的高成本;另一方面社会保险机构在与供应商(尤其是药商)的谈判过程有更强的谈判能力,可以降低价格。

尽管条块分割是美国医疗体系的严重问题,但是美国在整合医疗的实践中有非常成功的经验。最著名的是凯撒医疗集团(Kaiser Permanente),凯撒是美国最大的管理式医疗组织(Managed Care Organization, MCO),它将原本分割的初级治疗与专科治疗、门诊治疗与住院治疗纳入到一个整合的医疗系统中,加强了慢病管理过程中不同部门之间的协作与资源共享,在医疗机构与患者之间建立起终身关系,确保医院和社区之间的有效联系,使医疗机构更加

注重预防性医疗,为居民的长期健康负责,用更低的成本实现更高的绩效。整合包括三个方面:(1)筹资与服务提供的整合,也就是将保险方和服务提供方整合在一起,成为利益共同体,这样可以促使医院和医生控制医疗成本。(2)初级治疗与专科治疗的整合,也就是建立起纵向整合的医疗服务网络,实现医疗服务的一体化和连续性。(3)预防、医疗与照顾的整合,尤其对于慢病患者和老年人来说,他们需要接受多种形式的健康保健服务,医疗只是其中的一方面,加强公共卫生、医疗与社会照顾之间的整合与协作更有助于维护这些人群的健康<sup>[6]</sup>。

### 1.3 德国实行“疾病管理计划”

德国是世界上最早举办社会医疗保险的国家,目前也面临着医院体系条块分割、缺乏协作、医疗体系运行效率低下等问题。<sup>[6]</sup>德国健康保健发展评估委员会曾经发布报告称,门诊与住院治疗之间高度分离、各级医疗机构之间利益不一致、缺少基于循证医学的临床路径,这些因素导致了医疗机构之间协作不力,预防性医疗服务严重不足,慢病患者被动接受治疗,医疗质量低下。为了改变这些现状,德国从2002年开始引进疾病管理计划(Disease Management Programmes, DMPs),这一计划旨在加强慢病管理中初级治疗与专科治疗、门诊治疗与住院治疗之间的协作,加强对慢病患者的早期健康干预与沟通,重视慢病患者的自我保健,减少昂贵的住院治疗费用,以此提高对慢病患者的医疗质量,降低医疗成本。具体做法是,在不改变医疗体系组织结构的情况下,将疾病管理纳入到初级治疗服务中,对初级医疗机构开展的特定的慢病管理给予固定的支付,以激励全科医生加强对社区居民的疾病预防,给予协作治疗(co-ordinate care)额外的奖励。DMPs还要求医生按照基于循证医学的临床路径进行治疗,建立以质量和绩效为核心的考核机制,对成本和效率进行评估等。

## 2 整合医疗的理论基础与意义

### 2.1 理论基础

整合医疗不仅是国际医疗改革的新趋势,而且

在经济学和医学上都有坚实的理论支撑。在经济学上,医疗服务是一种非常特殊的产品,最显著的特点是医、患、保三方之间存在严重的信息不对称,并且医疗服务产品的质量难以度量,而当医、患、保三方的利益不一致,甚至医疗服务体系内部各部门之间的利益不一致时,就会产生委托代理问题,最突出的是医生利用信息优势提供过度医疗,医生和患者串谋骗取保险金,保险市场上的逆向选择,患者和保险公司之间的双向道德风险等,这些问题都会严重损害医疗体系的运行效率,增加其运行成本。当委托代理问题成为一个严重问题的时候,就可以通过一体化的办法来消除委托代理关系及其产生的问题,使医疗体系中各主体的利益相一致,成为利益共同体,使它们为整个体系的目标而服务,即以最小的成本维护全民的健康。具体来说,整合医疗保险方和服务提供方,如美国的管理保健组织(Health Maintenance Organization, HMO)和英国的国家医疗服务制度(National Health Service, NHS),使服务提供方和保险方的利益相一致,可以促使医疗机构以控制成本为目的;整合医疗保险体系,实行单一支付者制度,可以避免保险市场上的逆向选择问题,促进医疗保障的公平性,加强对医疗费用的控制,实现更大范围、更高层次统筹;整合医疗服务体系,可以使医疗服务体系内部各部门之间利益相一致,加强部门之间的协调配合与资源共享,避免重复建设、重复服务,实现医疗服务的一体化和连续性,并且通过有效的激励机制和产权制度安排引导医疗机构更加重视预防性医疗,对患者的长期健康负责。

## 2.2 意义

首先,在医学上,整合医疗符合“整体医学观”的治病救人理念。这种理念把人体看作是一个统一的有机整体,疾病是人体“内稳态”失衡或偏离的一种表现<sup>[7]</sup>,同时人体也是一个开放的系统,受到外界环境的作用,因此,它强调不仅要重视疾病的生理因素,更要重视心理和社会因素。在分割的医疗体系下,医生更重视药物、手术治疗,而忽视对患者的心理、饮食、生活习惯的干预,而“整合医疗”的核心理念就是以患者的整体的、长期的健康为中心,加强预

防性医疗与自我保健。

其次,整合医疗可以保证慢性病的连续性诊治。人类疾病谱正发生根本性的变化,慢性病(包括心血管病、癌症、糖尿病、肺部疾病、精神病等)所占的比重大幅度上升,据 WHO 估计,全世界 60% 的死亡是由慢性病造成的(不包括艾滋病),而在欧洲这一比重达到 86%。<sup>[6]</sup>由于其带来的巨大经济损失和昂贵的医疗费用,慢性病已经成为各国疾病负担和医疗成本的主要来源,如果防治不及,会给社会、家庭造成巨大的经济压力。慢病患者需要从不同的服务提供方那里接受长期、复杂的治疗,包括早期预防、疾病治疗和社会照顾等,分割的医疗服务体系难以及时预防疾病的发生,难以为患者提供连续、统一的医疗服务,而且会造成无效的、不安全的治疗和重复治疗,严重影响医疗质量和患者的健康,增加了医疗成本和患者的经济负担。整合医疗正符合了现代慢病管理的需要,通过对各级医疗机构实行组织、财务、管理上的纵向一体化,加强机构之间的协作和信息传递,可以实现慢病治疗中各环节的连续性和无缝对接。

第三,实施整合医疗可以显著地提高医疗质量,降低医疗成本。据美国专家估计,美国实施整合医疗之后,可以减少 30% ~ 40% 的医疗成本,手术死亡率可以降低一半。<sup>[5]</sup>而德国的一项研究表明,对糖尿病实施疾病管理计划(Disease Management Programme, DMP)可以使死亡率从 14.4% 降低到 11.3%,每年人均的医疗费用从 4 897 欧元降低到 4 393 欧元,其中大部分是由于住院日的下降带来的。<sup>[6]</sup>

## 3 我国实行整合医疗的现状和问题

条块分割也是我国医疗卫生体系许多问题的根源。目前我国各级医疗卫生机构之间协作程度很低,重复建设严重,信息流通不畅,这直接导致了我国医疗卫生费用高涨、效率低下,反映出来的问题就是“看病难、看病贵”。一方面,医疗服务体系的分割导致了各级医疗机构各自为政、无序竞争,转诊体系被完全打破,分工协作机制完全丧失,许多基层医疗机构在建设和管理上十分薄弱,有些甚至在与大医

院的竞争压力下,转变成了综合医院,基本医疗服务被严重削弱,加剧了“看病难”的问题。无序竞争也导致了各级医院为争夺患者争相购买各种高科技医疗设备,过度投资、重复建设的问题非常突出,增加了社会医疗成本和患者的经济负担,加剧了“看病贵”的问题。另一方面,医疗服务体系与公共卫生体系的分割会严重影响公共卫生部门的运行效率,例如,公共卫生部门需要大量的疾病和疫情信息,而这些信息都掌握在医疗机构手中,公共卫生和医院服务的分割导致信息不能得到充分的共享和及时的传递,使得公共卫生部门不能及时地发现疫情,最终损害了老百姓的健康,这也是当年 SARS 给我们最深刻、最沉痛的教训。

### 3.1 我国医疗卫生服务体系的演变

#### 3.1.1 建国以后到改革开放以前:计划经济体系下较完整的三级医疗网络

事实上,我国曾经在计划经济体制下建立了一套较完整的三级医疗网络和转诊机制,极大提高了人民的健康水平。新中国成立后,为了解决当时缺医少药的状况,党和政府在较短时间内建立了一套符合中国国情的、行之有效的医疗卫生制度:医疗保障方面,在城市建立公费医疗和劳保医疗,在农村建立合作医疗,实现了医疗保障的广覆盖。医疗服务方面,建立了从县到村的农村三级医疗卫生网络,各县成立县医院、县卫生防疫站、县妇幼保健所(站),乡镇建立卫生院,生产大队建立村卫生室<sup>[8]</sup>;实行“基层医疗卫生机构+医院”的分级医疗模式:基层医疗卫生机构(由赤脚医生和乡镇卫生院构成)负责社会成员的疾病预防和基本医疗,重大疾病、疑难病则转诊到有合作关系的医院治疗,基层卫生机构在医疗卫生体制中起到了“看门人”的作用。这一制度强调预防和初级保健,重视农村的卫生问题,有效配置了当时非常有限的医疗卫生资源,极大促进了人民健康水平的提高,因而受到世界卫生组织的高度赞赏。

#### 3.1.2 改革开放以后:农村集体经济瓦解导致三级医疗网络和转诊机制被打破

但是,1978年以后,随着改革开放和经济体制改

革的深入,农村集体经济逐渐瓦解,以集体经济为基础的农村合作医疗迅速解体,乡镇卫生院和村卫生室受到严重的冲击,乡村医生成了变相的个体医生,三级医疗网络和转诊机制被完全打破,县乡村各级医疗机构之间丧失了分工协作机制,相互之间利益矛盾激化、竞争加剧,医疗资源向高端集中,基本医疗被严重削弱,成为导致目前“看病难、看病贵”问题的重要原因。

因此,大力整合医疗卫生体系,建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制,恢复三级医疗卫生网络,实行分级医疗、双向转诊的医疗服务模式,已经成为我国医药卫生体制改革当务之急。

### 3.2 目前我国整合医疗和分工协作机制的探索

#### 3.2.1 主要做法

目前,我国已有许多地方开始探索整合医疗和分工协作机制,典型做法的有如下几种:

(1)院办院管模式。深圳市社区卫生服务实行“院办院管”模式,医院按区域卫生规划在所辖地段建立相应的社区健康服务中心(下简称“社康中心”),对社康中心进行人、财、物和服务上的全方位统一管理:中心负责人由医院任命,对院长负责;医院每年对社康中心的医务人员进行综合能力的考核;社康中心的经费由医院支持,收入全部上交医院;社康中心医务人员的薪酬由医院支付;药品由医院统一购买、配送等。<sup>[9]</sup>

(2)政办院管模式(托管模式)。广东省中山市小榄镇社区卫生服务实行“政办院管”模式,政府举办社区卫生服务中心,将社区卫生服务中心的行政、人事、经营决策权委托给镇医院,政府对医院和社区卫生服务中心实行“收支两条线”管理。

(3)医疗服务共同体模式。自2007年以来,某大型三级医院先后与38家区级医院、社区卫生服务中心(站),在不改变产权所属的情况下,组建了医疗卫生服务共同体,通过标准化的通用信息接口实现不同机构之间医疗信息的对接,实现了医疗信息共享与互联互通,三级医院对共同体内的医疗机构提供技术支持和远程教育,为患者提供社区预约挂号

服务,帮助患者向上转诊,对共同体内的患者进行统一的健康管理。

### 3.2.2 不同做法存在的主要问题

从理论上来说,院办院管模式一体化程度最高,医院和社区卫生服务中心之间利益一致,最有利于促进分工协作。但是,这种模式也存在一定的弊端,在这种模式下,社区卫生服务中心变成了医院的分支机构,容易受到医院“重治疗、轻预防”的服务理念的影响,偏离其预防保健的功能定位。事实上,如果医院仍然是以创收为目的,它就不可能真正开展分工协作,只会将社区医疗机构作为其创收的一个部门,出现“门诊搬家”的现象。医疗服务共同体模式在产权和管理上都比较松散,医疗机构之间的利益很不一致,难以真正形成分工协作的局面。

从现实情况来看,以上三种模式在运行过程中都会遇到一些问题<sup>[10]</sup>:(1)双向转诊下转难。导致这个问题产生的原因有很多,如患者就医观念存在误区、转诊手续繁琐、缺乏转诊标准等,但是最根本的原因在于,医疗机构之间利益不一致,双向转诊中利益划分不清,医院仍然以创收为目的,缺乏将患者下转到社区的激励。(2)公立医院缺乏分工协作的动力。许多医院担心分工协作会使患者流失,导致经济效益下降,其主要原因是:一方面,公立医院以利润为导向的经营目标还没有被扭转过来,公立医院缺乏公益性;另一方面,政府对公立医院开展分工协作的补偿和激励相当不足,导致许多医院为了应付上级部门的政策要求仅仅在形式上开展分工协作。

综合以上这些问题,要有效开展公立医院和社区医疗卫生机构之间的分工协作,必须满足以下几个条件:(1)政府主导,保证各级医疗机构的公益性;(2)医疗机构之间利益一致;(3)人、财、物、资源、服务的统一管理;(4)医疗信息的互联共享。

## 4 政策建议

### 4.1 把整合医疗作为推动医改的战略选择

国际经验表明,实行整合医疗是国际医疗卫生体制改革的必然趋势,它有利于提高医疗质量、降低医疗成本,有利于改善医疗卫生体系的运行效率、促进人民整体健康水平的提高。我们应当

将整合医疗作为中国医改的战略选择,从根本上改变目前医疗卫生体系分割的局面,提高医疗卫生资源的利用效率,切实缓解群众“看病难、看病贵”的问题。

### 4.2 把整合医疗作为实现分工协作的必要手段

整合是实现分工协作的前提,但必须是真正意义上的整合,即人、财、物、资源、服务的全方位整合,而不是松散的、形式上的整合。否则,医疗机构之间利益难以协调一致,资源和信息无法充分共享和及时传递,分工协作无法有效开展。

### 4.3 以整合为目标推动人事和支付制度改革

目前公立医院的人事制度普遍存在缺乏竞争性的问题,尤其是医院管理者还是按照行政领导的办法选拔,缺乏专业化的管理才能。实行整合医疗之后,对整个医疗集团的管理远比管理一家医院要复杂的多,对管理者的专业化、职业化的要求更高,因此,实行整合医疗必须首先推动医院人事制度改革,引入竞争机制,对院长进行公开招聘,去行政化,并开展全员竞聘,明确岗位责任。实行整合医疗还需要对医院按项目付费的支付制度进行改革,整合医疗成功的关键在于医疗集团为居民的长期健康负责,并积极控制医疗成本,在按项目付费的支付方式下,医疗机构没有控制成本的动力,也没有维护居民健康的意愿,因此,我们必须推动支付制度改革,尝试探索按人头付费、按绩效付费、按结果付费等支付方式。

### 4.4 加快信息化建设,建立全国联网、互联互通的医院信息系统

医疗信息的互联共享是实行整合医疗、促进分工协作的必要条件。医疗服务共同体就是以一套完整的、互联互通的医院信息化平台作为支撑,信息系统的运用极大程度地提高了资源利用效率和医疗服务质量,各家医院不再是一个个信息孤岛,通过电子病历、个人健康档案等信息化手段可以对更大范围内的患者进行健康管理。

### 4.5 以整合为契机,促进体制机制改革

实行整合医疗必须以保证公立医院和基层医疗卫生机构的公益性为前提,否则会带来适得其反的

效果。因此,整合必须由政府主导,加强监管,明确各级医疗卫生机构的功能定位,强化区域卫生规划;明确分工协作的目标、任务和协作方式,明确各方在分工协作机制中的责、权、利;建立对公立医院开展分工协作工作的补偿机制,加大政府对公立医院的财政投入;建立分工协作的监督考核机制和奖惩机制。

### 参 考 文 献:

- [1] Klein R. The new model NHS: performance, perceptions and expectations[J]. British Medical Bulletin, 2007.
- [2] Greener I, Powell M. The changing governance of the NHS: Reform in a post-Keynesian health service[J]. Human Relations, 2008, 61(5): 617-636.
- [3] Executive NHS. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform[R]. London: Department of Health, 2000.
- [4] Krugman P. The Health Care Crisis and What to Do About It [EB/OL]. [2012-08-09]. <http://www.nybooks.com/articles/18802>
- [5] Alain C. Enthoven. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation [EB/OL]. [2012-08-09]. [http://www.ajmc.com/media/pdf/A264\\_09dec\\_EnthovenS284to290.pdf](http://www.ajmc.com/media/pdf/A264_09dec_EnthovenS284to290.pdf)

- [6] OECD Health Policy Studies. Value for Money in Health Spending[EB/OL]. [2012-08-09]. [http://www.oecd.org/document/0/0,3746,en\\_2649\\_33929\\_46141632\\_1\\_1\\_1\\_1,00&&en-USS\\_01DBC.html](http://www.oecd.org/document/0/0,3746,en_2649_33929_46141632_1_1_1_1,00&&en-USS_01DBC.html)
- [7] 中国国际神经科学研究院(China-INI). 现代医学的困惑——系统医学理念的探讨[M]. 北京:中国科学技术出版社,2010.
- [8] 章滨云,虞国良,郝超,等. 我国农村三级医疗预防保健网的历史沿革和存在问题[J]. 中国卫生资源, 2000, 3(6): 260-264.
- [9] 慕欣. 深圳社康:政府主导 院办院管[N]. 医药经济报, 2009-07-30.
- [10] 廖新波. 社区医疗建设的三大法宝[EB/OL]. [2012-08-09]. [http://blog.sina.com.cn/s/blog\\_4940b3f601001g1p.html](http://blog.sina.com.cn/s/blog_4940b3f601001g1p.html)

[收稿日期:2012-09-03 修回日期:2012-09-13]

(编辑 刘 博)

### · 信息动态 ·

## 《柳叶刀》杂志:总统大选将对美国 and 全球卫生产生重要影响

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Class, health, and the American elections”的文章,分析了美国总统大选之前复杂的政治、经济和社会问题,以及对美国 and 全球卫生的影响。

文章认为,在政治方面,美国政坛几十年来首次聚焦于阶级的辩论。保守派共和党领导人指责奥巴马总统煽动“阶级斗争”,而民主党人坚持认为他们是中产阶级利益的代表。经济方面,“财政悬崖”(fiscal cliff)是美国未来最大担忧。它主要包含四项内容:小布什总统减税计划即将到期,2% 个人所得税即将结束,发放延长的失业救济金时间即将截止,以及如果国会未达成“超级政治行动委员会”(Super Political Action Committees)定下的赤字削减目标,根据预算控制法,美国将在 2013 年启动自动削减赤字

机制——即在 10 年内削减财政赤字项目共计 1.2 万亿美元。

文章指出,美国大选将决定《可负担医疗法案》(The Affordable Care Act, ACA)的命运。2010 年以来,众议院多次投票试图废除《可负担医疗法案》,但由于民主党控制的参议院的支持,《可负担医疗法案》最终获得最高法院通过,目前正在实施,但美国居民健康状况并不乐观。女性人口的平均期望寿命从 1950 年的全球第 5 位下降至 2011 年的第 55 位;1987-2006 年,美国妇女因妊娠疾病死亡的数量增长了 1 倍。此外,美国大选也对对外援助产生重要影响,2013 年对外援助资金将削减 13%,2014 年的对外援助支出将低于 2001 年的水平。

(来源:The Lancet)