

# 我国医疗服务竞争机制的优化策略

## ——建立纵向整合的医疗服务体系

匡莉\*

中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

**【摘要】**新医改时期,我国医疗服务提供引入市场机制已成必然选择,但如何完善当前的竞争机制需要进一步深入研究。本研究首先给出了衡量竞争机制有效性的评价标准;辨析了我国目前的竞争机制是医疗服务机构间在“机构水平”上相互竞争、以机构完成医疗服务量作为激励机制,并结合医疗服务特征,阐述了这是一种低效的竞争机制。提出“系统水平”上的竞争是今后我国新医改医疗服务竞争机制的选择,即在区域内构建多个纵向整合的医疗服务体系,竞争在系统与系统之间进行、以服务人群的健康改善作为激励机制。最后,对全球医疗服务竞争机制的演变进行了回顾,从经验上验证了上述理论分析的结论。

**【关键词】**医疗服务;竞争机制;医疗服务提供体系;纵向整合

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.006

### Strategy for optimizing the mechanism of healthcare competition: Establishing the vertical integrated healthcare delivery systems

KUANG Li

Public Health College, Sun-yat University, Guangdong Guangzhou 510080, China

**【Abstract】** It is an essential choice to introduce market mechanism into health care delivery system for the New Health Reform in China and improving the current competition mechanism urgently calls for further research. This paper firstly set up standards of evaluating effectiveness of competition mechanism and then to clarify the current competition mechanism as “organizational-level” competition together with a fee-for-service incentives. Based on the standards and the characteristics of health care service, the paper conducts a deep-analysis with a conclusion that the organizational-level competition mechanism is inefficient. Secondly, the paper fourthly expounds the advantages hold by vertically integrated delivery systems (IDSs) and propose that the “system level” competition mechanism maybe is a future choice for New Health Reform of China, namely establishing several IDSs in a region, the systems compete with each other and use the health improvement of population as incentive. Finally, the paper makes a review of evolution of global health care competition mechanism and empirically proves the conclusion of what has been discussed above.

**【Key words】** Healthcare service; Competition mechanism; Healthcare delivery system; Vertical integration

关于我国医改的方向和思路一直存在争论,随着讨论的深入,在医疗服务提供环节引入市场机制已逐渐达成共识。有研究者从打破服务提供垄断、改善服务质量和提供效率的角度,提出应该建立竞争性县乡医疗服务供给机制。<sup>[1]</sup>有学者从新公共管

理改革趋势的角度,阐述了医疗服务体系中“有管理的市场化”将是我国医疗卫生改革的战略性选择。<sup>[2]</sup>也有研究者从制度演进和变革具有路径依赖特点出发,解读了我国建国后医疗制度相关文件,建议医疗服务市场引入竞争机制应该成为我国医疗改革的重

\* 基金项目:2009年广东省卫生厅科技项目,广东省卫生经济学会2012年招标课题

作者简介:匡莉,女(1963年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策、卫生经济学、医院管理。

E-mail:kuangli@mail.sysu.edu.cn

点之一。<sup>[3]</sup>我国新医改方案也明确指出,2009—2011 三年政府新增的 8 500 亿投入,三分之一投到医疗服务体系,三分之二投向社会医疗保障体系建设,这表明我国政府部门希望通过市场机制提高服务提供运行效率。<sup>[4]</sup>

虽然对引入市场机制达成了共识,但已有研究对如何优化现有竞争机制、激励服务提供者降低成本等方面尚未给出有效回应。本文认为回答以下关键问题有助于完善现有竞争机制:(1)如何衡量医疗服务竞争机制的有效性?标准是什么?(2)现有竞争机制带来种种弊端的原因是什么?(3)有效竞争机制下,服务提供体系应该建立什么样的组织形态?竞争内容应该如何设计才能实现最终的目标?

## 1 医疗服务竞争机制有效性的衡量标准

从医学的本质看,良好的医疗服务是指每个居民都能获得综合、连续、协调、覆盖人们整个生命周期的、经济上可以支付的医疗服务。<sup>[5]</sup>无论是采取计划机制还是市场机制,判断其机制有效性的标准,就是看在这种机制下医疗卫生服务体系所提供的服务在多大程度上满足了医学的本质,可以从以下三个方面评价。

### 1.1 基本医疗卫生服务是否公平和有效率

所有居民普遍享有基本医疗卫生服务是一个国家重视国民健康权的基本体现,即居民在有健康需要的时候能够获得基本医疗卫生服务,不因其收入、地位、地理和文化的差异而存在障碍,这已经得到全球绝大多数国家的高度重视,对此,各国均不断加大卫生领域的公共筹资。但与其它资源一样,卫生资源也存在稀缺性,提高卫生资源效率同样重要。在医疗服务提供环节,医疗卫生资源的配置手段从单一的计划机制为主转变为引入市场机制,激励服务提供者讲求成本效益,提高效率,缩短病人等待时间,满足医疗服务消费者的非医疗需求,这是全球各国卫生改革实践的方向,也是公共财政转型的大势所趋。<sup>[6]</sup>

### 1.2 医疗卫生服务是否综合、协调和连续

医疗服务是由不同质的、互补的、连续性的服务组成的“医疗服务谱”。第一类是无病防病、早防早治的预防保健服务;第二类是疾病治疗后期的康复

服务或维持健康状态的服务(例如临终关怀、老年护理等)以及常见病和多发病诊治等;第三类是抢救、手术等疑难重症疾病的治疗性医疗服务。

随着人口逐渐老龄化,慢性疾病成为主要疾病负担以及对患者需求关注程度的日益提高,提高医疗质量、追求医疗资源纵向整合、形成医疗服务提供体系协调均衡发展,从整体上保证医疗质量、降低医疗费用,已经成为目前国际上医疗服务体系的发展方向。<sup>[7]</sup>例如,对慢性疾病(例如高血压、糖尿病等)而言,所需要的健康管理几乎涵盖着一个人自中年以后的整个生命周期,需要“医疗服务谱”的所有服务,包括早期预防、早期而正确的诊断、全面而持续的治疗、全程跟踪与评估治疗效果、及时跟进的康复辅助等,这又需要家庭医生、专科医生和不同层次医疗服务机构共同参与。如何在不同的医生和不同的医疗服务机构之间进行协调,以保证病人获得连续的医疗服务,需要医疗卫生服务提供体系有合适的组织形态,保证不同医疗服务提供者之间沟通协调,以团队的方式为病人提供整合的的医疗卫生服务。

### 1.3 医疗费用是否可负担

无论费用支付者是政府财政、社保基金还是患者个人,都存在经济支付能力的问题。从成本角度看,预防保健、康复和护理以及常见病等服务,主要依赖于医护人员的徒手劳动或一些最基本的医疗设施,生产成本较低,相对更需要全科化服务。抢救、手术以及疑难重症诊治等,高度依赖于医疗仪器设备,生产成本很高,更需要专科化服务。有效的竞争机制应该激励服务提供者根据健康需要提供恰当的服务,既不提供过多的高精尖医疗服务,也不提供过少的预防保健服务和基本医疗服务,这样才能达到保证整个人群的医疗质量,并控制医疗费用不合理的快速上涨。

## 2 我国医疗服务市场竞争机制:低效原因及其表现

### 2.1 “机构水平”间竞争机制导致竞争低效的原因

医疗服务是由第一、二和三类服务组成的连续性“医疗服务谱”。从医疗服务特征来看,经济性上,临床遵循阶梯使用原则提供医疗服务,即在第一类服务无效时再使用第二、第三类医疗服务;就产品替

代性而言,第三类服务可以替代第二、第一类医疗服务。良好的市场竞争制度安排应该激励提供者在提供医疗服务时遵循阶梯使用原则并足量提供第一、二类服务,以避免对第三类服务的大量需求。

反观我国目前的医疗服务市场的竞争制度安排,竞争在单个医疗机构之间进行。不同层次和类型的医疗机构只是提供医疗服务谱中的某些段或点,“机构水平”上的竞争激励内容就不可避免地设计为碎片化的服务量,而不可能设计成健康结果。这样,医院提供的治疗服务越多,所获得的报酬越多。<sup>[8]</sup>由于单个医院提供的医疗服务不同质,医疗服务价格和质量信息在购买者之间的传播非常缓慢,医院可以轻易地提供价格更高、利润空间更大的治疗性医疗服务。<sup>[9]</sup>这样,高等级医院除提供符合自身职责的医疗服务,还会“向上”突破自身职责限制,通过医疗装备竞争提供更高等级的专科化服务。同时,由于专科化医疗服务能够“向下”兼容和替代基层医疗卫生服务,高等级医院还会“向下”入侵低层次医疗机构的市场,用“昂贵的”专科化医疗服务替代“低廉的”全科化服务。<sup>[10]</sup>可见,众多大小不一、功能不同的医疗服务机构在“机构水平”上展开的以提供服务量为激励的竞争机制导致了严重低效。

## 2.2 “机构水平”间竞争机制的低效表现

低效表现在具有初始竞争优势的单个医院提供的服务向“医疗服务谱”的两端扩展,竞争的最终局面就是:(1)高等级医院为抢夺市场份额而“大小通吃”,分布广泛且与居民地理接近的基层医疗机构竞争无力,生存艰难,保持医疗安全和技术水平所应有的最低医疗服务量难以保证,基本医疗卫生服务的公平性和可及性受到损害,宏观配置效率低,医疗费用持续上涨。(2)医疗服务提供者之间因相互竞争而割裂,服务碎片化。服务体系虽然庞大,却没有一个机构对病人健康全程负责,协调各种医疗服务,提供病人真正需要的健康管理。

正是因为此,管理竞争倡导者 Alain Enthoven 指出,由于疾病的整个治疗过程涉及到一个从预防、治疗到康复的连续服务过程,单病种层次和医院个体层次的竞争无助于提供连续性的、整体的医疗服务,竞争导致医疗服务体系结构失衡、卫生费用居高不下,主要原因不是竞争,而是竞争机制的设计。<sup>[11]</sup>

## 3 优化我国医疗服务竞争机制:“系统水平”上纵向整合医疗资源

Enthoven 指出,竞争机制应该是“有管理”的竞争,应该在“系统水平”展开竞争,而不是在单个的医疗机构或医生之间竞争。所谓“有管理”的“系统水平”上的医疗竞争制度安排,就是对不同层次和不同类型的医疗机构进行纵向整合,形成纵向一体化的医疗服务系统,竞争在“系统”与“系统”之间进行。<sup>[12]</sup>

### 3.1 纵向整合医疗服务提供体系的内涵

纵向整合的医疗服务提供体系(Integrated Delivery Systems, IDSs),是指对初级卫生保健机构、二级医院、三级医院、家庭护理院以及养老院等不同层次和不同类别的服务机构进行纵向整合,协调和管理各个机构提供的服务,其最终目的是消除服务间的零散和割裂,方便病人就医,为消费者/病人提供了不同方面和不同层次的连续、整体的医疗服务。<sup>[13]</sup>

### 3.2 纵向整合医疗服务提供体系的优势

纵向整合的医疗服务提供体系(IDSs)通过以下机制实现规模经济和学习效应。(1)IDSs 包含了诸多的医院和其他医疗机构,其规模较分散的各个小型组织要大得多,因此,在质量管理决策支持工具、病例登记管理、治疗指南、自动提示呼叫系统、绩效考核、病人自我管理、社区资源联络和电子病例等方面的管理上具有明显的规模经济效益。(2)IDSs 能够提供适当合理的医疗服务。医学技术发展速度快,建立在循证医学基础上的疾病治疗指南需要大量合格的专业人员的持续努力,IDSs 内部的医生与各个分散的小组织的医生相比,能够更大范围地、更直接地、更迅速地使用诊疗指南,从而更有能力提供适当合理的医疗服务。(3)与分散的独立的专科中心或医院相比,IDSs 由于包括了一系列医疗服务机构,因而能够在包括居家护理、医生诊室、医院住院服务和门诊机构在内的系统内部更顺畅地无缝地协调病人所需要的一系列医疗服务。(4)能够在系统范围内共享信息,显著地提高信息系统的边际产出。IDSs 拥有良好的信息系统基础,在医院、专科医生、门诊诊所、护理院之间充分共享病人信息,从而保证医护人员及时获得所需要的准确的病人信息。

### 3.3 “系统水平”间竞争机制高效的原因

一是实现了医疗资源的均衡效率。纵向一体化的医疗服务“系统”内部资源通过计划机制配置、“系统”之间的资源通过市场机制配置。“系统水平”的医疗竞争可以：(1) 通过竞争机制提高“系统”的效率、控制成本和完善服务质量。(2) 使纵向整合中不同层级医疗机构均实现规模经济。纵向整合的医疗服务提供体系通常可以通过规模获得经济效益，通过组织内部的学习扩散获得人力资本的积累，并将医疗服务价值链环节中的活动进行关联与整合，从而建立更多的核心能力，提供更具有价值的医疗服务。(3) 由于纵向整合的系统内部通过计划分配资源，每一层次医疗机构的医疗技术创新将在本层次机构的服务职责和范围进行，是适宜技术的创新，避免了“机构水平”间竞争的医疗机构为了自身利益追求“单调持续向上的”和“突破自身功能限制”的技术创新。

二是提供了实现以健康效果为激励手段的可能。当竞争的主体是纵向整合的医疗服务体系时，每一个体系都拥有三级、二级和一级医疗服务机构，具有提供完整的医疗服务谱的能力。因而，激励机制就有可能把健康结果的改善作为绩效指标。在按照健康结果改善程度作为竞争内容时，纵向整合的医疗服务体系可以从系统的角度评判医疗服务谱，从而找到成本节约的机会，提供更具有成本效益的、质量更高的医疗服务手段和种类，达到提供高质量医疗服务的同时控制医疗费用的目的(图 1)。

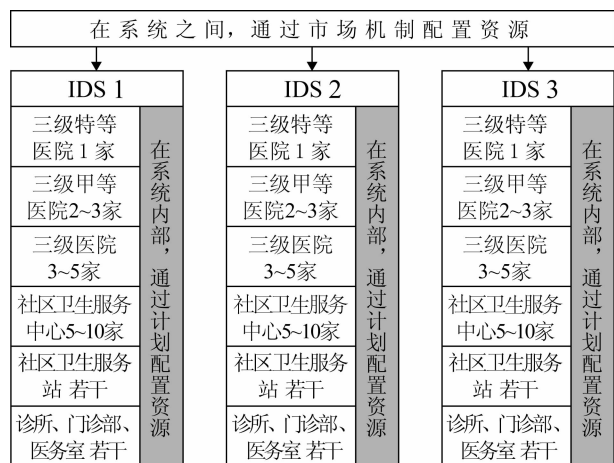


图 1 城市地区“系统水平”上医疗服务提供体系竞争示意图

### 4 医疗服务竞争机制演变的国际经验及启示

上述理论分析阐述的纵向整合的医疗服务体系是实施有效竞争机制的一种组织形态，而各国医疗卫生服务提供的竞争制度改革经验也不断验证了市场机制下整合的医疗服务体系相较于单一的医疗服务机构所具有的优势。纵观各国医疗服务体系改革，普遍经历了两个阶段，即从预算制到竞争引入，从强调竞争到注重竞争与合作并重。

#### 4.1 第一阶段：从传统的预算制形式向市场化方向改革

将医疗服务购买功能与医疗服务提供功能分离开来，目的是通过引入市场机制激励提供者提高效率。这一改革主要发生在采用“贝弗里奇”模式的卫生保健体系的国家。由于这一体系的筹资主要来源于公共税收，保障了健康公平性，医疗费用控制效果较好。但由于主要采取全额预算式的筹资分配体制和官僚层级式的管理体制，导致公立医院普遍出现技术效率低下、对患者反应性差、公立医院缺乏成本意识而人不敷出。政府普遍感到财政不堪重负，希望通过改革提高效率控制成本，维持公立医院可持续发展。加上在新公共管理改革的浪潮推动下，自 20 世纪 80 年代，各国陆续开始了以购买者和提供者相分离为特征的卫生体系改革，使得医疗服务提供体系更多地具备市场机制特征。

例如，英国自 1991 年开始，在卫生服务体系中创立了“内部市场”机制。政府成为医疗服务筹资者，地方卫生当局和全科医生资金持有者成为医疗服务购买者，医院和其它机构成为医疗服务提供者，以此方式分离了购买者和提供者。<sup>[14]</sup> 新西兰自 1993 年开始第一次卫生体系改革，实行购买功能和提供功能分离。四个区域卫生局 (Regional Health Authorities) 作为医疗服务的购买者，负责购买所有初级、二级和三级和社会照护服务，服务提供者 23 家皇家卫生企业 (Crown Health Enterprises, CHEs, 相当于公立医疗机构)，购买方和服务提供方签订合同或协议。<sup>[15]</sup>

市场机制的引入显现出一些成效，如公立医院运行效率提高、对顾客反应性增加、服务能力显著提升等。著名的竞争战略家 Porter 也参与到了医疗改

革的讨论中,他主张,医疗保健服务的提供应该在疾病单元层次展开竞争,认为这样可以利用规模经济和学习效应提高单病种的诊断治疗水平和降低医疗费用。<sup>[16]</sup>

但不可否认的是,随着改革进程,市场机制逐步显现出一些弊端,表现在医疗服务体系出现分散和割裂、医疗资源配置效率低下、医疗费用结构性浪费、健康公平性受到损害、保持医疗服务的连续性和整体性变得非常困难。<sup>[17]</sup>

#### 4.2 第二阶段:在展开竞争的同时,强调用合作代替竞争

随着各个国家不断完善本国的医疗服务竞争机制,改革由此进入第二阶段,在强调竞争的同时,更加注重医疗服务的连续性,强调用医疗机构间的合作代替竞争。

例如,英国政府于1997年又开始进行了新的改革,新NHS制度提出以机构间的合作和协调来代替内部市场的竞争,成立了初级医疗保健组,组建了医院联合体。到1998年,英国所有的医院、社区卫生服务和急诊服务都纳入了医院联合体。医院联合体与购买者之间签定的短期合同转化为长期服务合同,更强调相互之间的合作而非竞争。

新西兰于1996年开始第二次改革,主要措施是将四家区域卫生局合并成一个国家层次的卫生保健筹资与购买组织,以减少交易成本和地区间的筹资不公平性,同时将23家皇家卫生企业重组为由医院和社区卫生服务中心组成的卫生服务网络,目的是激励提供者多提供公共卫生和初级保健服务、少提供赢利高的医疗服务,同时提高医疗卫生服务的整合度。

作为美国最大的公立医疗服务体系,美国退伍军人医疗系统从1995年开始,历经了十多年的改革,已经转变成为一个公认的最大最有活力、兼顾质量、成本和效率的公立医疗服务体系。其两个重要的变革举措包括:一是将原来的173家医院、600多个门诊机构、133家护理机构、40家康复机构以及206家咨询机构纵向整合,形成21个地区服务网络。二是将治疗水平、服务便捷性、治疗效果、患者满意度、特别是退伍军人的人群健康作为重要的指标纳入到绩效考核指标体系。经费按照绩效支付,支付

对象为地区性的服务网络,而非一家机构,以此激励机制引导“纵向整合”的医疗服务提供体系更自主地更多地提供预防保健、基本医疗服务和健康管理。<sup>[18]</sup>

以上各国医疗卫生改革与实践表明,以病人为中心,进行医疗服务体系的纵向整合,提供连续性医疗服务已成为医疗服务竞争方式的发展趋势,竞争不仅要提高医疗服务的效率,更重要的是要围绕医疗服务的本质,提供整合的连续的医疗卫生服务,达到促进、恢复和维持人群健康的最终目的。<sup>[19]</sup>

## 5 小结

本文剖析了当前我国医疗服务竞争机制低效的原因在于“机构水平”间的竞争,从理论上阐述了“系统水平”的竞争是较优的医疗服务竞争机制。即医疗服务提供者作为竞争的主体,需要建立纵向整合的医疗服务体系,竞争在“系统”与“系统”之间进行,竞争的内容是健康结果的改善程度。在这样的竞争机制中,卫生体系所提供的医疗服务将更加综合、连续、协调和经济上可以支付。

上述理论分析结果可为我国今后医改中逐步完善医疗服务竞争机制提供有意义的借鉴,但在我国,如何使目前高度分散的、管理体制差异较大的医疗机构间达到纵向整合?“系统”间的竞争机制如何有效达到目标?“系统”内部的同一层次机构之间是否存在竞争关系?这些都有待在今后的实践中进行研究。

## 参 考 文 献

- [1] 朱玲. 构建竞争性县乡医疗服务供给机制[J]. 管理世界, 2006(6): 55-62.
- [2] 顾昕. 走向有管理的市场化:中国医疗体制改革的战略性选择[J]. 经济社会体制比较, 2005(6): 18-29.
- [3] 高春亮, 毛丰付, 余晖. 激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变[J]. 管理世界, 2009(4): 66-74.
- [4] 李卫平. 社会医疗保险制度下公立医院财政补偿机制[J]. 中国卫生政策研究, 2008, 10(1): 51-54.
- [5] WHO. Strengthen Health Systems To Improve Health Outcomes- WHO's framework for action[R]. Geneva, 2007.
- [6] 顾昕. 公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归[J]. 中国社会科学, 2010(2): 103-120.
- [7] 王小万, 崔月颖, 李奇峰. 欧洲重建初级卫生保健服务

- 体系的理念与措施[J]. 中国卫生政策研究, 2001, 3(3): 46-50.
- [8] 匡莉. 公立医院规模持续恶性扩张机制-“一环二流三切点”理论模型的构建[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 28-37.
- [9] 孙洛平. 市场竞争性和我国的医疗体制改革-经济学视角下的医疗体制改革模式[J]. 财贸研究, 2008(1): 8-12.
- [10] 匡莉, 徐淑一, 方积乾. 广东省公立医院规模经济特征和政策含义[J]. 中国医院管理, 2009, 29(2): 8-11.
- [11] Enthoven A C, Tollen L. Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency[J]. Health Affairs, 2005, 24(9): 420-433.
- [12] Enthoven A C, Croson F J, Shortell S M. ‘Redefining Health Care’: Medical homes or Archipelagos to Navigate? [J]. Health Affairs, 2007, 26(5): 1366-1372.
- [13] 匡莉. “纵向整合”的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(8): 564-566.
- [14] Adam Oliver. The English National Health Service: 1979-2005[J]. Health Economics, 2005, 14: S75-S99.
- [15] Toni Ashton, Jacqueline Cumming, Janet Mclean. Contracting for health services in public health system: the New Zealand experience [J]. Health Policy, 2004, 69: 21-31.
- [16] Porter E M, Teisberg O E. Redefining Health care: Creating Value-Based Competition on results [M]. Boston: Harvard Business School Publishing, 2006.
- [17] 饶克勤, 刘新明. 国际医疗卫生体制改革与中国[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [18] 李玲. 美国退伍军人医疗系统改革[J]. 中国卫生. 2009(4): 72-73.
- [19] 何锦国, 龚向光. 国际卫生改革发展趋势及启示[J]. 中国卫生, 2009(3): 70-73.

[收稿日期:2012-08-14 修回日期:2012-09-06]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

## 欢迎订阅 2013 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管, 中国医学科学院主办, 中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R。2011 年入选中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践

者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有: 专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 15 元/册, 全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话: 010-52328667 52328669

传真: 010-52328670