

医疗集团改革实施效果研究

——以江苏省某市为例

陈瑶* 代涛 马晓静

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 北京 100020

【摘要】目的:以江苏省某市为例,分析公立医院改革试点中构建医疗集团的改革效果。方法:收集该市两个医疗集团内各级医疗卫生机构在改革前后(2009年和2011年)的相关数据,进行描述性统计分析。结果:实体整合医疗集团的各级医疗卫生机构床位控制和人力资源发展的程度均优于虚拟整合医疗集团;前者医院提供服务占集团内总服务量的比例增长较慢,医院医生更愿意向社区转诊患者;两个医疗集团医疗费用水平均低于全国平均水平。结论:实体整合的医疗集团更有利于优化资源配置,完善基本医疗保险制度对于促进分级诊疗有重要作用,但集团内激励约束机制尚未完全统一,与国际上一体化整合做法相比仍有差距;建议实体整合的医疗集团应建立利益共享的分配机制,虚拟整合医疗集团应加强契约关系;给予当地居民选择的权利,促进医疗集团之间的有序竞争。

【关键词】医疗集团;改革;效果

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.08.002

The effect of medical conglomeration reform: A case study in Jiangsu Province

CHEN Yao, DAI Tao, MA Xiao-jing

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

【Abstract】 Objective: To analyze the effect of medical conglomeration of in public hospital reform. Method: Data of medical institutions in two medical conglomerations are collected and analyzed by descriptive statistics. Results: Control over human resources and the number of beds of entity integration is better than virtual integration. The ratio of services provided by hospitals as to total available services is increasing slowly. Doctors in hospitals prefer to referring to community health centers in entity integration Control of medical expenses in the two medical conglomerations is less than the national average. Conclusions: the medical conglomeration of entity integration is better for optimally allocating resources. The development of basic medical insurance system has important effect on diagnosis and treatment. However, unified incentive and restraint mechanisms have yet been established in entity integration. This is different from the international pattern. Suggestions: The medical conglomeration of entity integration should build a benefit-sharing allocation mechanism, and virtual integration should enhance contractual relationships. Residents should also have the right to choose medical conglomerations. This will foster competition.

【Key words】 Medical conglomeration; Reform; Effect

医疗集团是指以一家或少数医院为核心,其他医疗卫生机构或相关机构为外围,通过产权、资金或契约等方式联结的健康服务组织联合体。^[1]按照联结方式,可分为实体整合和虚拟整合。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;虚拟整合是指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组建集团,在没有共同持

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”;中央级公益性科研院所基本科研业务费“深化医药卫生体制改革监测与评价研究”

作者简介:陈瑶,女(1982年—),博士,助理研究员,主要研究方向为医院管理。E-mail:chen.yao@imicams.ac.cn

通讯作者:代涛。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

有资产和所有权下分享资源。^[2]自 20 世纪 80 年代以来,我国医疗集团经历了萌芽、兴起、迅速发展等阶段,改革的动因多为提高市场竞争力和规模扩张;新一轮医改启动后,为了促进分级诊疗和控制医院单体扩张,大多数公立医院试点城市开展了由政府主导的医疗集团改革。比较和分析不同类型医疗集团的实施效果将有利于厘清影响医疗服务体系整体效率和产出的主要因素,明晰促进医疗卫生服务连续性和综合性的有效措施。

既往研究主要从定性角度分析医疗集团的形成动因、联结纽带类型、组织架构和存在问题等^[3-4],除对上海市 10 家托管整合的公立医院进行成本分析的研究外^[5],从实证角度分析以资产为纽带整合的医疗集团改革效果的研究较少。学者们的主要观点是医疗集团须涉及产权和内部治理结构改革,才能保证良好运行;以技术为纽带的松散联合可以开展一些有效的合作,但因为并未变动其原有的组织体系和运作机制,对实施区域卫生规划等宏观政策缺乏积极性^[6],这些结论与国外学者通过大量实证研究论证的结果基本相符^[7-8],但在国内缺少实证支撑。

江苏省某市在完善城乡基本医疗保险体系、提高对医疗卫生机构谈判能力的背景下,于 2009 年底以资产和技术为纽带,在市区组建了实体整合和虚拟整合的两大医疗集团,均以三级甲等医院为核心,纳入二级医院、专科医院和社区卫生服务中心,满足了市区大部分居民的基本医疗卫生服务需求。实体整合的医疗集团通过成立独立的法人实体将市属二、三级医院与社区卫生服务中心进行整合。集团设有理事会履行办医职责;集团院长为集团法人代表,负责集团的经营管理事务^[9];集团成立临床诊疗中心,托管社区卫生服务中心,并在人员、药品采购、后勤服务、信息系统上实现统一管理。虚拟整合医疗集团的各级医疗卫生机构通过签订契约组建集团,形成多法人的聚合体,在没有共同持有资产所有权下分享资源,机构之间没有财务责任。但两个医疗集团在服务提供和支付制度上具有共同特征,即有各自明确的服务区域和人群,均提供综合的医疗卫生服务,实行混合支付方式并受医保机构转诊指标的约束(表 1)。

本研究以这两个医疗集团作为研究对象,比较

分析其实施效果,结合当地医改经验和特点,以期为我国公立医院改革提供参考。

表 1 两个医疗集团的异同之处

维度	内容	实体整合医疗集团	虚拟整合医疗集团
服务提供	服务人群	固定	固定
	服务类型	提供综合服务	提供综合服务
	转诊机制	医保设有医院下转患者比例的指标	医保设有医院下转患者比例的指标
治理机制	治理结构	独立法人实体,有理事会和监事会	多个机构的松散集合
	社会参与	较强	较弱
	多部门合作	较强	较弱
组织管理	资源整合	成立诊疗中心	无
	人力资源	在人员调配上实现统一管理	管理相对独立
	信息共享	较好	无
筹资支付	支付方式	混合支付方式	混合支付方式

1 资料与方法

1.1 资料来源

检索相关文献和政策文件,梳理新医改以来江苏省某市进行公立医院改革以及医保制度改革的相关政策。通过问卷调查收集两个医疗集团组建前后(2009 年和 2011 年)各级医疗卫生机构资源配置和提供服务的数量、效率及费用等情况,并对集团医院和社区卫生服务中心的管理者和医务人员进行个人访谈。

1.2 研究方法

运用 SPSS16.0 对相关数据进行统计分析,按照改革前后对两个不同医疗集团的效果进行对比分析。比较维度包括资源配置、服务数量、效率、费用和对转诊情况的认知(表 2)。

表 2 医疗集团分析框架

维度	效果
资源配置	床位数
	卫生技术人员
服务数量	诊疗人次
	出院人次
服务效率	医生日均诊疗人次
	平均住院日
医疗费用	次均门诊费用
	次均住院费用
对转诊的认知	三级医院医生人员对转诊的认知

2 结果

2.1 资源配置

改革后,实体整合医疗集团三级和二级医院的床位数变化不大,社区卫生服务中心的床位数增长12.05%,均低于虚拟整合医疗集团以及全国增长水平。虚拟整合医疗集团三级医院、二级医院和社区卫生服务中心的床位数分别增长21.05%、27.27%和100.00%,除三级医院外,高于全国增长水平(表3)。

表3 不同医疗集团医疗卫生机构床位数量变化(张)

医疗集团	机构级别	改革前	改革后	增长率(%)
实体整合	三级医院	1 715	1 719	0.23
	二级医院	665	665	0.00
	社区	249	279	12.05
虚拟整合	三级医院	1 900	2 300	21.05
	二级医院	1 100	1 400	27.27
	社区	200	400	100.00
全国	三级医院	946 336	1 223 584	29.30
	二级医院	1 507 918	1 710 135	13.41
	社区	131 259	187 132	42.57

在卫生技术人员方面,改革后实体整合医疗集团执业(助理)医师和注册护士年均增长33.30%和34.27%,高于虚拟整合医疗集团和全国增长水平,尤其是护士的增长速度较快;医护比更接近1:2的标准。虚拟整合医疗集团医师和护士年均增长15.19%和2.26%,与全国相比,护士增长速度较慢,改革后医护比有所升高(表4)。

表4 不同医疗集团卫生技术人员数量变化(人)

医疗集团	卫生技术人员	改革前	改革后	增长率(%)
实体整合	执业(助理)医师	940	1 253	33.30
	注册护士	1 313	1 763	34.27
	医护比	0.72	0.71	-
虚拟整合	执业(助理)医师	2 462	2 836	15.19
	注册护士	2 210	2 260	2.26
	医护比	1.11	1.25	-
全国	执业(助理)医师	1 938 604	2 025 142	4.46
	注册护士	1 625 644	1 951 334	20.03
	医护比	1.19	1.04	-

2.2 服务数量

在门急诊服务方面,改革后两个集团三级医院的门急诊服务构成均有所下降,社区卫生服务机构提供服务的占比略有提高。而同一时期全国三级医院门急诊服务量的占比增长了1.6个百分点。在住院服务方面,改革后实体整合医疗集团三级医院出院人次数占比增长了1.32个百分点,低于虚拟整合医疗集团和全国三级医院的增长水平,社区卫生服务机构增长了0.37个百分点,高于虚拟整合医疗集团,与全国总体增长水平相当(表5)。

2.3 服务效率

改革后,实体整合医疗集团各级医疗卫生机构出院者平均住院日的变化趋势与全国医院的总体水平一致,均有所降低。虚拟整合医疗集团社区卫生服务机构的平均住院日降低,医院的平均住院日均有所增加。两集团各级医疗卫生机构的医师日均担负诊疗人次均有所提高,实体整合医疗集团的社区卫生服务机构尤为明显(表6)。

表5 不同医疗集团门急诊和住院服务数量构成(%)

医疗集团	机构级别	门急诊人次			出院人次数		
		改革前	改革后	构成比变化	改革前	改革后	构成比变化
实体整合	三级医院	54.34	53.00	-1.34	71.76	73.07	1.32
	二级医院	12.97	12.28	-0.69	22.50	20.82	-1.68
	社区	32.69	33.83	1.14	5.74	6.11	0.37
虚拟整合	三级医院	58.06	56.89	-1.17	45.18	51.04	5.87
	二级医院	29.03	29.94	0.91	34.70	31.30	-3.40
	社区	12.90	13.17	0.27	20.12	17.66	-2.47
全国	三级医院	37.81	39.42	1.60	35.72	38.99	3.27
	二级医院	48.73	43.54	-5.19	62.06	58.40	-3.66
	社区	13.45	17.04	3.59	2.22	2.61	0.39

表 6 不同医疗集团各医疗卫生机构服务效率

医疗集团	机构级别	出院者平均住院日(天)			医师日均担负诊疗人次(次)		
		改革前	改革后	住院日变化	改革前	改革后	诊疗人次变化
实体整合	三级医院	12.08	11.72	-0.36	6.50	6.73	0.23
	二级医院	8.49	8.15	-0.34	5.91	6.24	0.33
	社区	10.41	9.72	-0.69	11.91	14.28	2.37
虚拟整合	三级医院	10.41	12.11	1.70	6.75	7.09	0.34
	二级医院	9.68	9.88	0.20	5.74	6.08	0.34
	社区	9.00	6.97	-2.03	11.54	12.04	0.50
全国	三级医院	12.70	12.00	-0.70			
	二级医院	9.40	9.30	-0.10	6.50	6.90	0.40
	社区	6.80	9.10	2.30	14.00	14.00	0

注:卫生统计年鉴中只有医院的医师日均担负诊疗人次,没有按照不同级别医院分别统计。

表 7 不同医疗集团各级医疗机构次均门诊和住院费用(元)

医疗集团	机构级别	次均门诊费用			次均住院费用		
		改革前	改革后	增长率(%)	改革前	改革后	增长率(%)
实体整合	三级医院	143.10	147.37	2.98	8 326.81	9 396.17	12.84
	二级医院	116.14	119.91	3.25	4 023.39	4 596.96	14.26
	社区	95.94	74.58	-22.26	2 391.91	2 388.13	-0.16
虚拟整合	三级医院	137.42	142.08	3.39	9 389.92	10 726.86	14.24
	二级医院	135.76	146.22	7.70	5 157.90	6 063.47	17.56
	社区	118.37	87.56	-26.03	2 606.06	2 338.97	-10.25
全国	三级医院	203.70	231.80	13.79	9 753.00	10 935.90	12.13
	二级医院	128.00	147.60	15.31	3 973.80	4 564.20	14.86
	社区	84.00	81.50	-2.98	2 317.40	2 315.10	-0.10

2.4 医疗费用

两医疗集团中医院的次均门诊费用在改革后有所增长,但都明显低于全国平均水平;社区卫生服务机构次均门诊费用与全国相比下降明显。在次均住院费用方面,两个集团中医院增长明显,社区卫生服务机构则有所降低,变化趋势和幅度与全国平均水平相差不大(表7)。

2.5 对转诊的认知

分析医生对转诊的认知发现,实体整合医疗集团被调查三级医院的医生中有 68.63% 会主动转诊病人回社区,而虚拟整合医疗集团只有 38.71%。虚拟整合医疗集团某社区卫生服务中心主任认为:“从现阶段来说,下转病人还是属于行政干预手段。一个就是医保政策对于医院有下转率的要求。再一个就是压床病人,他们本身就不想要的,他们也会往下转。如果有些病人还有一些可以治疗的手段的话,他们不会往下转的。”在没有进行下转的原因中,实体整合医疗集团 40.00% 的医生反映是患者家属不同意,33.33% 认为社区药品和设备不足,26.67% 认

为社区技术不高;虚拟整合医疗集团医生主要认为是社区药品和设备不足(表8)。在访谈中,实体整合医疗集团某社区卫生服务中心主任提到:“病人不愿意下转的原因有二:一是不放心,二是医院优质护理好,30 元吃的很好,护理的也很好,在家请保姆每个月都要 2 000 多块钱,所以有好多长期休养的病人占着病房。”

表 8 不同医疗集团三级医院医生对转诊的认知(%)

指标	实体整合医疗集团	虚拟整合医疗集团
主动转诊患者回社区	68.63	38.71
不进行转诊的原因		
患者家属不同意	40.00	21.05
社区药品和设备不足	33.33	58.60
社区技术不够	26.67	20.35

3 讨论

3.1 实体整合的医疗集团更有利于优化资源配置

对两个医疗集团的改革效果比较发现,实体整合医疗集团中医院规模的扩张程度较低,人力资源增长迅速;医院提供门诊和住院服务数量占比的增

长趋势有所减缓,三级医院的医生下转患者的意识增强,服务提供效率提高。总体上,实体整合医疗集团成立后内部各级医疗卫生机构资源配置的变化趋势优于虚拟整合医疗集团。主要原因可能在于实体整合医疗集团是独立的法人实体,拥有管理集团内人员、药品和设备等大部分资源的权利,统筹能力更强;同时还整合了各医院部分重复建设的功能和科室,医院之间协作加强,医院与社区卫生服务机构之间转诊机制更通畅。从交易理论分析,实体整合医疗集团组织内部的协调成本低于各医疗卫生机构在市场上分散的交易费用,即改革后紧密的整合形态使组织内部卫生资源更好地流动,集团成员获得的利益大于独立在医疗市场竞争中获得的利益。这是实体整合医疗集团得以形成并发展的根本原因。但值得注意的是,一方面实体整合医疗集团内的医院均是市属医院,与虚拟整合医疗集团内的省属医院、部队医院相比,不受管理体制限制,有整合的优势;另一方面虽然虚拟整合医疗集团属于松散的整合,但依然可以进行一些较浅层面的合作,取得部分效果,并拥有形式灵活的特点。

3.2 完善医疗保险制度对于分级诊疗有促进作用

改革后两个医疗集团中社区卫生服务中心提供服务所占的比例提高,医院提供服务占比降低或增长趋势放缓,并且在费用控制上都取得了比较明显的效果,这与当地基本医疗保险制度的不断完善与发展有密切关系。2011年该市已基本实现城乡统筹,在市区覆盖了97%以上的居民,医保收入及其支付方式对于医疗卫生机构的行为有显著影响。一方面,医保部门对医疗卫生机构实行混合支付方式,多维度控制医疗费用;另一方面,医保部门给医院按病种设定下转患者的比例,如未达到比例将扣减支付金额,对于社区接收的医院下转患者,治疗费用单独结算,不列入总额预付范围,通过支付方式引导患者分流。此外,该市卫生局同时负责管理医保资金和服务提供体系,能形成良好的联动机制,在统筹卫生体系的筹资、支付、服务提供和监管等方面更具优势,有利于服务提供体系的改革和形成分级诊疗。

3.3 医疗集团内激励约束机制并未完全统一,与国际上一体化整合做法尚有差距

该市医疗集团化改革不同于以往医院以扩大市

场份额为动力的改革,在医疗体系的组织管理、机制建设、资源配置等方面进行了有益探索,为国内其它地区提供了借鉴。但与国际上一体化的整合模式相比,这种改革实践仍带有较强的政府主导性,卫生部门、医保部门和集团内各医疗卫生机构的改革目标和动力并不完全一致,所以影响各机构行为的激励约束机制并不完全相同,机构间缺乏共同的利益机制。而发达国家的医疗机构间分工明确,医疗资源整合的改革无论是由政府还是由医保部门发起,其目标都是为了提高当地居民健康水平、节约整体的医疗资源和成本,政府、医保部门和各医疗机构的改革方向和动力具有高度一致性,改革理念、政策、机制和资源能够相互匹配,容易形成共同的利益机制。机构之间的利益机制不相协调,使医疗集团整合实践与国际上一体化整合模式相比还有一定差距。^[10]

4 建议

4.1 整合筹资与支付制度,使实体整合的各机构之间形成利益共享的分配制度

改革实体整合医疗集团内各医疗卫生机构独立核算的财务和分配制度,将各机构财政投入和医保基金集中到集团层面,由财政部门 and 医保部门根据辖区居民健康情况整体拨付到集团,再由集团院长根据集团整体运行效率以及各机构绩效进行统一分配,将各个诊疗中心和后勤中心的收入视为集团各机构的共有收入,建立起利益共享的分配制度,从而进一步提高实体整合医疗集团的整体服务效率。

4.2 加强契约关系,发挥虚拟整合形式灵活的特点

虚拟整合医疗集团要进一步实体整合需要有管理体制、治理机制等方面的条件,当这些条件不符合,但又需要进行管理、技术和服务等方面的合作时,应在集团内加强机构之间的契约关系,充分利用虚拟整合不受限于地域和体制的特点。契约内容涵盖的范围广泛,既可包括医院与基层机构垂直整合方面的托管协议和双向转诊流程,也包括不同类型医院水平整合方面的技术合作协议等。但在协议中也应注重合作各方的互惠互利。

4.3 给予居民选择的权利,促进医疗集团之间的有序竞争

为避免医疗集团形成新的垄断组织,应通过医保支付方式改革赋予当地居民签约不同集团的权

利,以居民的选择影响医保资金的流向,给予医疗集团外部的经济制约,确保以居民健康为目标提供服务,并引导不同医疗集团之间合理有序的竞争。

致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目和国家卫生计生委给予课题的支持;感谢江苏省卫生厅办公室、镇江市卫生局及两个医疗集团管理人员和医疗卫生机构的协助;感谢参与调研的中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的同事和研究生在资料收集整理和分析过程中付出的辛勤劳动。

参 考 文 献

- [1] 李洪兵. 我国医院集团形成机制研究[J]. 中国医院管理, 2007, 27(2): 9-12.
- [2] 代涛. 医疗卫生服务体系整合:国际视角与中国实践[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 1-9.
- [3] 郭军. 从资源配置和组织效率角度看医院集团的形成与发展[J]. 中华现代医院管理杂志, 2005, 3(8): 716-718.

- [4] 许定河. 十年集团化[J]. 中国医院院长, 2007(5): 21-25.
- [5] 刘霞, 刘君, 何梦乔, 等. 公立医院纵向整合对医院成本的影响研究[J]. 中国卫生统计, 2009, 26(5): 507-508.
- [6] 郝模. 组建医疗集团利弊分析[J]. 山东卫生, 2004(1): 44-45.
- [7] Dranove D, Lindrooth R. Hospital consolidation and costs: another look at the evidence[J]. Journal of Health Economics, 2003, 6(22): 983-997.
- [8] Alexander J A, Halpem M T, Lee S D. The shortterm effects of merger on hospital operations [J]. Health Services Research, 1996, 30(6): 827-847.
- [9] 镇江市三年医改成效全面显现[EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/zyygj/s10006/201301/40f73522f542482988db865310254c24.shtml>
- [10] Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO. Systems Thinking for Health Systems Strengthening[R]. 2009.

[收稿日期:2013-07-05 修回日期:2013-08-07]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》杂志:慢性病防控面临新的机遇

2013年5月27日,世界卫生组织194个成员国的卫生部长共同签署了慢性病防控全球行动计划(2013-2020)。该计划为实现联合国防控慢性病的政治宣言提供了实施方案。近日,该计划又为各国提供了一系列具体的政策选择,包括:通过国际合作和倡议,将慢性病防控提上议事日程;通过增强各国领导、治理和多部门合作的能力,以提升各国对慢性病防控的反应性;通过健康促进等措施,减少慢性病的社会决定因素;通过以病人为中心的初级卫生保

健和全民健康覆盖,以加强卫生体系应对慢性病防控的能力;促进和支持国家层面的关于慢性病防控的高质量的研究;对慢性病防控的进程和效果进行监管。

然而,该计划的有效实施,依然面临一些挑战:危险因素的确需要可靠的数据作为支撑;缺乏足够的卫生人力资源和资金支持;卫生体系仍然较为薄弱。

(来源: The Lancet)