

整合型医疗服务系统构建研究

魏 来*

遵义医科大学管理学院 贵州遵义 563003

【摘要】开展服务整合成为矫正医疗系统服务提供碎片化的最佳演进策略,但现实整合型医疗服务系统的构建却没有一个完整的思路。本文基于整合型医疗服务系统的目标,结合服务整合的理论基础,从要素、机制方面提出了整合型医疗服务系统的构建框架。它确立了在“以病人为中心”、以提高服务协调性和连续性的“无缝服务”系统使命下,通过系统要素优化与系统机制的耦合实现医疗系统的整体功能,集中于满足病人的理性就医需求,并通过现实案例进行佐证,从理论、过程和实践三个方面构建一个完整的、精细化的、动态的服务连续体,为重塑医疗服务系统提供了一个新的管理模式。

【关键词】医疗服务系统;纵向服务整合;整合要素;整合机制;以病人为中心

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.10.001

Research on the construction of integrated medical service system

WEI Lai

School of Management, Zunyi Medical University, Zunyi Guizhou 563003, China

【Abstract】 Service integration has been regard as the best evolutionary strategy to rectify the fragmentation of corrective services in the medical system. However, there is no whole idea about the construction of a practical integrated medical service system. Based on integrated medical service system objective, this paper puts forward an integrated medical service system construction framework which embodies the elements and mechanism to be adopted in combination with the theoretical service integration basics. Under the “seamless service” mission of patient-centered service provision and improvement of the coordination and continuity of service system, the overall function of the service system is implemented focusing on meeting patients’ basic needs through the system elements optimization and the coupling of its mechanism. Considering the real integrated medical service system case, this paper builds a complete, refined and dynamic continuum of service from theoretical, process-oriented and practical way forward so as to provide a new management mode for reshaping the medical system.

【Key words】 Medical service system; Vertical service integration; Integration element; Integration mechanism; Patient-centered service

叶志敏, 萧庆伦两位教授^[1]指出, 中国医改必须将逐利的、以医院为中心的碎片化医疗服务体系转变为整合的、以基本保健为核心的服务体系, 以更高的经济效率和服务质量应对患者需求和疾病谱改变, 才能避免重蹈美国“高费用、低效益”的覆辙。世界卫生组织 2015 年也提出了“以人为本的一体化医疗卫生服务”的理念, 将包括健康促进、疾病预防和

临终关怀等在内的各种卫生服务的管理和提供服务整合在一起, 以健康需要为目标, 协调各类医疗机构为病患提供终生连贯的服务。鉴于对系统绩效的追求, 服务整合在 20 世纪 90 年代以后逐渐成为 WHO 以及世界各国推崇的组织变革方式, 我国也在强力推行分级诊疗、医联体模式的创新发展, 以期打造整合型医疗服务系统的中国样本。然而, 由于整合的

* 基金项目: 国家社会科学基金一般项目(17BGL188)

作者简介: 魏来, 男(1973 年一), 教授, 硕士生导师, 主要研究方向为卫生政策与管理、医疗保障制度、卫生服务整合研究。

E-mail: weilai@aliyun.com

多目标性和复杂性,学界目前尚未形成广泛共识,阻碍了人们对服务系统整合在建设理念、运转机制以及整合绩效方面的系统理解和现实运用,亟需构建一个整合型医疗服务系统框架,以为各地整合实践提供参照和指引。

1 国内外研究现状

1.1 国外研究情况

国外对医疗系统整合研究首先集中于其概念内涵方面。Shortell 等^[2]认为整合的服务系统是向确定的人口提供或安排提供协调性和连续性服务的一种组织网络,愿意在临床和财政上对服务对象的健康和产出负责。Grone 等^[3]认为整合型系统是通过投入、筹资、服务提供、管理、组织以及与临床服务的有机整合,建立起各类保健部门及部门之间的连接、联合和合作关系,以改善服务可及性、病人满意度和效率。关于整合型系统的构建,Pan American Health Organization^[4]提出了4个基本维度:服务提供、治理机制、组织管理、筹资支付。Caroline 等^[5]构建出一个区域整合的初级和二级保健管理需要考虑的10个因素:联合规划、整合的信息交流技术、变化的管理、共享临床优先、激励机制、聚焦于区域人口健康、使用数据进行度量作为质量改进工具、继续支持联合工作的专业发展、病人、社区参与和创新。Wenzel H 等^[6]认为充分整合的系统至少考虑以下因素:注册的人口、建立在协议上的综合保健服务包、多个筹资资金合并使用、一个闭合的网络、强调基本保健和非机构服务、通过微观管理技术确保合适的服务质量和成本控制、网络组织中跨学科团队及对临床健康结果负责。Conrad D A^[7]提出了整合健康系统的4个战略:信息通讯、健康管理、共同的临床文化、一致的教育规划。De Jong I^[8]则提出了3大策略:改进交流和可及性、优化文化、价值观和团队合作、建立整合服务提供的责任和激励。

1.2 国内研究情况

国内学者首先聚焦于整合型系统构建的必要性研究,老龄化的到来加快了现有医疗体系整合成纵向合作网络的建设步伐^[9]。农圣^[10]提出了整合型服务系统是以“健康”为核心重新设计整合卫生资源,鼓励“正价值”、减少“负价值”的服务提供。匡莉^[11]给出了体系构建的6大整合机制:经济契约关系、整合制度、组织内部管理系统、互通互联信息系

统技术工具、医护人员拥有整合的相关知识和经验、整合文化。张亮等^[12]从8个方面构建出我国整合型服务的概念框架:功能整合、组织管理整合、医师团队整合、服务提供(临床)整合、规范整合、病人保健整合、系统整合和筹资整合。代涛等^[13]从结构和过程要素两个方面提出了构建思路。前者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;后者包括循证临床路径、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。王晓燕^[14]以“三医”联动为准则,重建了服务供应链模型:以患者为中心、双链式结构、信息流和资金流的双向性流动等。迟沫涵等^[15]借鉴美国、英国和加拿大经验,提出构建我国整合型系统的启示:全科医生基层首诊以预防为主的综合治理制度、结构、专业、团队精神以及梯度医疗等全面的融合管理、循序渐进的过程。

1.3 研究评述

国外学者对构建整合型医疗系统所考虑的因素和战略等研究做成了突出性贡献,提出了诸多构建思路;国内学者研究主要集中于整合必要性、整合要素、机制以及策略等方面。但现有研究存在如下不足:首先,多数研究集中于判断性、经验性或宏观研究,有关整合理论的支撑研究尚不丰富,触及整合要素及其关系的研究并不深入,对于中观层面的功能研究以及微观临床整合研究不足。其次,国内研究局限于上下机构之间、以公立机构为主体的合作研究,仅对合作的某一或某些机制的协调性进行探讨,并没有从患者获得协调和连续的服务目标出发,从供、需、保和政府等利益相关主体角度系统揭示整合服务提供的耦合机理,降低了研究结论的适用范围。WHO指出,在整合网络中,管理者需要考虑患者的哪些服务由哪一层级机构提供合适的问题,而不论其公立还是私立^[16]。

显然,要构建我国的整合型医疗服务系统,必须要在以下几个方面实现突破。第一,进一步研究构建的理论基础。鉴于服务体系整合不但出现在组织层面,更多出现在服务和临床层面,整合的复杂性需要学界从多学科交叉视角进一步丰富服务整合的理论基础;第二,进一步加强服务要素及其关系和机制的研究。

必须要使服务整合的管理者和各医疗机构的行动者清楚整合实践的抓手,理清整合型系统构建的路径和脉络,以全面的整合机制促进服务系统要素进行适应性调整。最后,在整合型系统的框架下,遵循循序渐进的突破路径,加强医疗供给侧改革,构建基于现实环境考量的整合型系统,确保整合实践沿着正确的轨道向前开拓,是我国医疗服务系统发展的新趋势。

2 整合型医疗服务系统构建的理论基础

医疗服务体系是一个组织网络系统,并且是一个开放的动态系统。鉴于医疗市场的信息不对称和不确定性,医疗网络系统往往更为复杂,因此必须要以系统的理论和方法研究组织间协作关系。近年来,用系统的观点和方法进行研究主要聚焦于组织与组织间关系的理论,学者们将系统整合理论、供应链一体化理论、组织网络理论、协同理论、复杂适应系统理论、质量链理论、联盟理论等应用于指导服务纵向整合,为构建整合型系统提供了较好的理论基础。本文基于研究需要,结合整合型系统的内涵和外延,将无缝隙组织理论、流程再造理论、客户关系理论以及医学整合理论应用于系统整合,以提供更精准的理论指导。

无缝隙组织(Seamless organization)理论是在 20 世纪 90 年代以后伴随顾客社会来临和新技术的发展首先在美国兴起。该理论认为,传统的科层制强调职能专业化,形成了以隔离为特征的高度分散的组织,工作人员只具有狭隘的部门职责观,不清楚自己在组织系统中的角色定位和应承担的工作结果,同时对整个组织可以发挥哪些作用知之甚少^[17],因此不能有效应对顾客多样化的服务需求。随着网络技术和应用,推动了组织结构的扁平化和网络化,形成了以供给驱动转向以顾客为导向的无缝服务模式。该理论具有以下特点:(1)组织任务由具有职能交叉的团队提供服务,实现了机构和人员协调合作的无缝隙;(2)致力于以及时的、灵活多样的方式和高价值的服务递送满足顾客需求,实现服务过程与目标的无缝隙;(3)顾客与服务提供者直接接触,注重发挥顾客的参与作用,实现了各个环节与顾客接触的无缝隙;(4)对工作的评价建立在以顾客为中心并以顾客满意度为基础的结果导向评估机制,实现了服务质量循环之间的无缝隙。

创造无缝隙组织的实质是根据顾客需要进行业务流程再造。流程再造理论是 20 世纪 90 年初迈克

尔·哈默和托马斯·H·达文波特等人提出,其核心观点是,依赖信息技术支持,企业要以流程为中心、指向顾客需求来组织工作。再造包括了对业务流程进行重新设计和之后的体制整合两方面内容。整合的组织能摒弃职能分工,以工作流程为核心,由职能导向转向过程导向,把体制、结构和文化等有机融合,建立直接面向顾客的全程链式服务流程,以柔性服务随时应对顾客不断变化的需要。医疗体系整合同样是一种组织过程,它是以服务对象提供无缝隙服务为目标,建立以患者为导向的机构网络,以信息技术改造医疗机构的层级化结构,把按职能划分的部门和按产品(如病种)服务划分的部门组成一个矩阵,建立综合性的服务协调部门,使医务人员既能与原来机构保持业务上的联系,又能参与产品或服务项目小组的工作,具有纵横联系、流程优化、机动灵活的特点,从而持续为患者提供以“服务链”为纽带的链式服务。

医疗服务体系以地域布局,虽然患者与单个机构的关系可能并不稳定,但患者和服务体系之间却是相对固定的契约关系。因此整合型系统对顾客价值的追求,并不是单次的买卖服务关系,而是长期的医疗照护和健康管理关系。客户关系理论认为,组织必须通过内部结构和功能的重组,以完善的服务、畅通的交流以及深入的客户资源分析来满足客户的个性化需求,以最终实现获得客户、保留客户、培养客户忠诚和为客户创造最大化价值的目的。该理论强调:(1)将组织价值和顾客价值并重,以实现顾客价值最大化作为组织价值实现之先决条件,重视客户生命周期价值^[18];(2)强调组织经营管理以顾客为导向的资源整合,必要时和上下游企业建立业务联盟、技术设备共享等机制,通过信息共通,协同一致建立和维护同顾客的一对一关系;(3)强调企业与顾客持续稳定、充分、透明的信息沟通,以建立一种长期、信任、随时互动的链接状态;(4)重视顾客获得服务的价值评估和反馈,不断提高顾客满意度和忠诚度^[19-20]。该理论应用能消除医疗服务系统仅注重服务提供和自身效益而忽视对服务对象健康产出效果、服务质量和病人满意度评估不足的弊端。

同样,以病人为中心的服务模式更多体现在现代医学模式转变下,人们需要的是长期的保健、康复和医疗服务需求。生物—心理—社会医学模式的转变颠覆了传统的生物医学观念。相应的,医学整体论也扬弃了还原论思想并成为服务整合的医学基

础,它强调两个鲜明观点:健康整体和医学整合。该理论认为,随着医学科学发展、卫生保健和医学教育的需要,医学必须对其各分支学科和医学事业进行合理的整合,使之协调、均衡、科学发展,以满足公众对医学和保健服务的需求。这一理论超越了传统生物医学模式对病因唯生物学化的解释局限,肯定生物有机体结构系统的多层次性和疾病影响因素的多维性、复杂性,回应了当代医学深入分化的同时出现的整合化趋势^[21]。自此以后,医疗服务提供回归到以人的整体健康为中心。

3 整合型医疗服务系统框架的构建

整合型系统的构建是以人为中心的精细化制度安排,是一个有特定目标趋向的活动集合,它具有与疾病模式转变相适应的、以病人在医疗系统获得可及、协调、连续的无缝服务为目标的特点。系统整合的实质是以要素整合及其关系协调为结构特征,以整合机制耦合为运行方式,以重视患者健康价值为结果导向的一项复杂的系统工程。

3.1 整合型医疗服务系统的要素关系模型

3.1.1 服务系统的无缝服务理念承诺

整合型系统是基于病人需求,向患者传递其客户至上的核心价值观和维护健康的基本责任。它从顾客的视角,将患者获得无缝服务提供作为其系统使命、愿景、理念和承诺。这种使命和承诺不仅包括患者同一疾病周期的连续性诊疗服务过程,还包括长期的、直至整个生命周期的连续的健康管理。过去的系统使命主要是基于病人就医,医生往往依靠专业自治权驱动服务模式的变化,并控制服务质量。随着医学模式的转变,医疗系统使命转变为主要基于连续愈合的关系,注意根据病人的需要和价值观定制,使之成为医疗机构及其医务人员“DNA的组成部分”。为此,各级医务人员既要对其患者的个性化需求做恰当的前期了解,还要对病人的潜在需求进行预期判断;既要对其病人需求做出及时灵活自如的反应,还要将其看作是可以积极参与诊疗过程、改善健康结果的“合作伙伴”,而不是将其作为消极被动的接受者^[22]。

3.1.2 服务系统的整合要素价值展示

整合型系统是将不同医疗机构的人、财、物、信息等要素进行有机整合组成无缝的整合网络,均衡配置不同层级机构资源,以互通互享的电子病历系

统和健康管理信息系统有机链接,偏远地区可通过远程医疗提供可及性服务。不同机构的检查检验设备根据临床标准共享,不同级别的医务人员不仅要考虑到单机构内部的专业角色,而且还要考虑到各机构间特别是不同团队合作的“系统角色”。不过卫生资源的配置原则并不是经济学上不断地寻求降低成本,而是持续减少不必要的浪费。系统中各种要素既通过有形的就医环境、设备设施和医务人员的服务态度和技能,又通过无形的以人为中心的服务理念、临床路径、共享的诊疗文化展示,践行服务承诺,向患者传递其代表的独特形象、产品以及服务吸引力。所有这些都体现了整合型系统共享、以患者为导向的服务价值观,展示了一种透明保健(transparent care),让患者在整个医疗系统中就医倍感舒心。

3.1.3 服务系统的无缝接触

医疗保健服务的变化是普遍的,这些变化带来了管理人员的责任,管理人员必须跨越多学科和多个组织边界,促进不同机构的医务人员进行有效的沟通交流,病人因疾病需要可以顺畅地跨越不同机构、不同科室的边界,接受一个“不折腾”的服务照顾。为此,管理人员需要掌握计算机、财务管理、市场营销等技术技能,利用通讯、网络和合作关系掌握人际交往能力,具备学习的态度、创造性思维、灵活性等内省的技巧,并熟悉医疗市场,进行系统思考以及项目评估等分析技能。通过建立制度文化、战略规划和分配资源,将注意力集中在服务系统的衔接互补上,以协调高品质保健服务的提供。初级保健机构、专科医院的不同层级医生之间要建立团队,增进与患者的沟通交流,并及时分享病人的诊疗信息。管理人员和临床医生共同努力,以促进患者获得连续、持续的保健照顾,尽可能缩短就医等待时间。同时,针对患者的个性需求,采取多维的服务方式来提升服务系统反应性和病人满意度,促进患者对多机构提供的服务品牌认可和信赖,形成恒久效应^[23]。

3.1.4 服务系统的精细化流程

整合型系统中机构间要素的整合和管理都是基于患者在医疗服务链上的业务活动,它涉及到系统中各个机构的门诊、临床、医技、护理、后勤等各部门、各要素的密切配合,涉及到整体系统的管理流程、信息流程、技术流程等有效联动,并以服务链为主线,将要素、流程嵌入其中,通过健康管理、临床路径、共享信息等避免过度专业化分工以及各机构间不充分的交流和合作所出现的“知识孤岛”、“信息孤

岛”，以消除不必要的就诊步骤、耽搁和消耗，克服提供体系内部的不当竞争，为患者在正确的时间、正确的地点提供正确的保健服务。为此服务流程中的各个管理者、医生和护士等都要学习现代服务理念，加强信任和协作，基于证据进行临床决策，并将患者病情的变化进行详细的记录，信息紧跟患者在服务链上传递。这样通过精细化的操作、控制、分析和规划，促进了服务流程的规范化、标准化和人性化。

3.1.5 服务系统的整合绩效

整合型系统着眼于整体绩效，政府必须不断改进和创新激励机制，各机构必须重新审视疾病治疗的价值观及其经营模式。管理者需要进行定期考查和评估，实施全程动态管理，持续调整医疗价值增值和患者健康收益的目标整合。这种整体绩效实质是一种合作绩效，它是秉承患者至上的服务理念，通过不同机构、不同层级管理人员和医生团队的精诚合作所取得的系统绩效，并不是单个机构绩效的简单加总。从供方角度来讲，系统整合有利于资源的差异性配置及其互补和共享，发挥系统协同优势和规模效应，降低医疗成本和经营风险，最大化资源的有效利用。从需方来说，整合绩效包括患者无论在单机构，还是在系统中都能获得连续性服务质量、健康产出以及病人满意度。为此，整个体系需要整合的制度、薪酬体系、信任文化等建立整合激励，医生个人和团队绩效都聚焦在患者的就诊流程价值中，他们的收入与数量无关，而与病人的整体性、连续性和协同性服务的质量紧密关联。

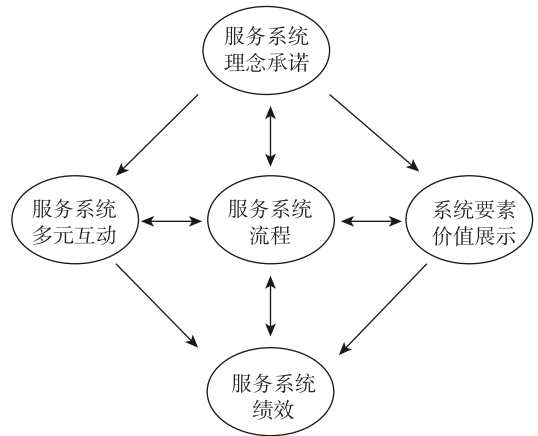


图1 整合型医疗服务系统构建要素关系模型

以上五个要素相互联系、相互制约，形成了一个系统动态的医疗网络(图1)。其中，理念承诺是整合型系统构建的前提，整合要素价值和服务接触是患者在整合型系统中所获得的真实体验，前者可以看作是隐形服务，后者可以看作是显性服务，它们都以服务流程为核心。服务绩效是整合型系统的运行结果，这个结果是服务系统自我评价和外部评价获得的服务产出，属于绩效反馈和改进的范畴。通过评价促进了所有要素在更高程度上进行优化，逐渐形成整合型服务系统。

3.2 整合型医疗服务系统的要素及其关系框架

通过以上分析可以看出，整合型系统中各要素的结构及其相互关系具有内在的逻辑关联，将五种要素嵌入到医疗体系的系统层、机构层和个体层，从而构建出整合型医疗服务系统的要素及其关系框架(图2)。

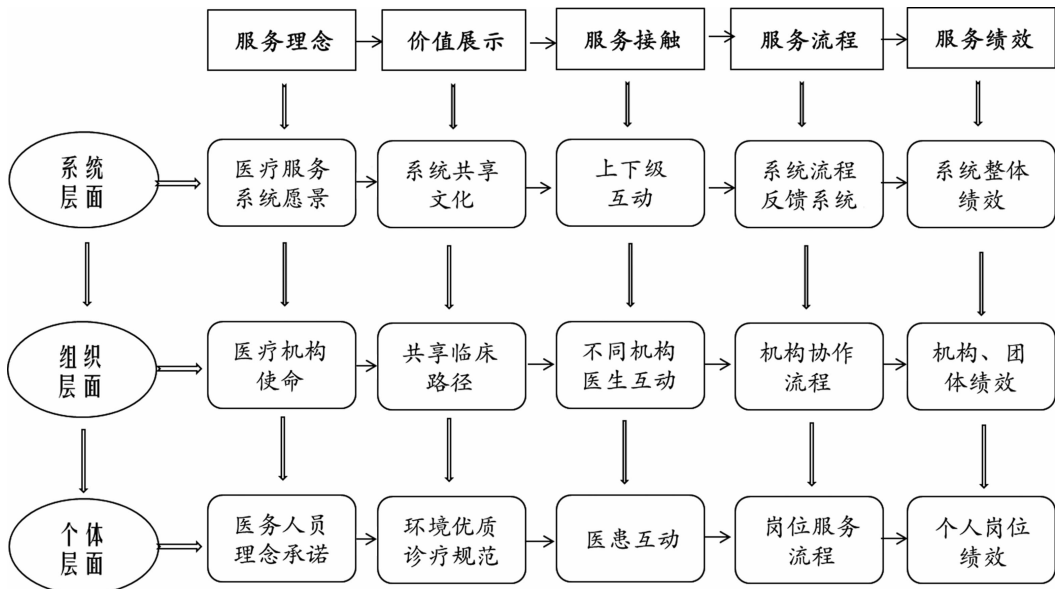


图2 整合型医疗服务系统组织要素与关系框架

本框架中,系统层面倡导的愿景建立在以人为中心的基础之上,并且内化于系统中不同医疗机构的集体使命,每个医生的服务理念 and 承诺,然后通过整合要素价值展示、服务接触和服务流程以及服务绩效的连续传导,将各管理人员、医护人员的努力聚焦于患者身上。在整合要素价值展示中,核心是向患者传递共享的系统文化、诊疗规范和临床路径以及优质的设备设施、温馨环境。在服务系统接触中,通过上下级机构互动、医务人员的协作和整合以及医师团队与患者持续的互动关系链接。这种价值展示和服务接触再通过系统层面的监督反馈、机构层面的协作流程以及个体层面的岗位服务流程规范表达,然后通过系统绩效、机构团体绩效和岗位服务绩效评估反馈。总之,整合型系统从理念和绩效都体现了全方面、全过程的精细化的流程重塑。显然,这是一个新的管理模式,它确立了医疗服务系统愿景、医疗机构使命、医护人员的理念和承诺与患者需求相一致的所有要素的精细安排,是医疗供给侧与患者需求侧的相互适应和动态的均衡匹配状态。

3.3 整合型医疗服务系统的耦合机理

整合型系统的要素及其关系框架清晰揭示了要素之间的链接模式,但是促成系统中各要素之间的优化联动,产生服务整合的最终结果,必须要通过体制机制的改革和完善。整合型系统并不单纯是系统自身的独立发展,而是一个与医保、医药和卫生行政等系统密切相关的复杂网络,只有理清要素之间的耦合机理,才能构建一个运转良好的整合型系统。

3.3.1 系统层面的政策协同机制

整合的系统要求在一个地理区域内,对所有层次的卫生机构制定连贯的规则和政策策略,通盘考虑有关投入、规划、筹资、服务购买与支付激励以及监管等各项政策的系统性、协同性和整体性,确保医保筹资和支付系统、信息系统以及基本药物系统等政策配套医疗系统的整合。各项政策导向在患者至上的服务理念下,聚焦于服务系统的整合和协调,为此在投入机制上确保人财物在医疗系统内进行均衡配置,尤其重视资金投入向基层医疗机构倾斜;在筹资策略上,尽可能将不同筹资主体(比如医保和公共卫生等)提供的资金集中于一个资金池,以发挥更好的服务购买作用;在医保支付改革中发挥医保费用的控制柄作用,设计与整合型服务提供相适应的可

以涵盖整个服务过程的复合支付方式,比如对于基层医疗机构实行按人头付费,对于专科机构则通过价格及按病种付费等推动各机构间在系统层面上的错位竞争,从而促进系统内机构协作、医护人员协同行为的产生,让患者在基层医疗机构尽可能获得一站式服务(one-stop service),在专科机构则获得优质的连续性诊疗服务。同时,基于信息系统互通互联,不同层级医生能够交流互动,确保患者根据病情需要在社区和专科机构之间的无缝流动和信息传递。为保证整合不滑向利益跑道,还需对系统绩效进行评价,以确保整合以患者的健康价值为根本导向。

3.3.2 组织层面的机构合作机制

首先通过组织整合,促进服务系统建立协作的责任领导团队,以对负责的地理区域人口承担健康责任。这种协作网络既可以组建紧密型的联合体,采取现代法人治理结构,理顺产权利益关系,也可以通过协议建立松散型联盟,开展资源、管理、服务、仪器设备、信息、资金等有形资源和无形资源的共享以及转诊的协调。组织整合并不是简单地机构合并、收购或签订一纸合约,关键要看能否形成卓越的、以服务链为核心的协作网络。在组织整合的前提下,再建立持续的合作机制,包括协调合作的制度规范、共享的服务规范和临床路径、仪器设备共享机制以及医师的多点执业流动,以信任和互惠关系建立机构间稳定的联系纽带。不同层级医生具有团队意识,基层医疗机构通过与当地患者的签约管理,成为整合型保健的基础载体,而强有力的基层卫生和社会保健的整合,又使得基层医疗机构主导着资源整合及服务整合的方向,然后通过分级诊疗和双向转诊制度建立与专科医疗机构的衔接,机构之间将团队绩效和合作绩效作为导向,以获得资源不浪费所带来的收益分享。

3.3.3 个体层面的岗位责任机制

在整合型系统中,根据各机构合理的功能定位和业务分工要求,个体医生承担着特定岗位上的工作职责以及在整个系统中参与协调和协作的双重使命,能够跨越机构、科室边界进行交流沟通,作为服务流程再造的一个节点,根据系统的制度安排,基于首诊规范、临床指南的开发和运用、自我评估以及政府及社会的激励性监督等多要素、多机制和多手段的综合协调管理,成为完整的服务连续体中最能动的协调要素。全科医生及其多学科服务团队依据健康管理规范承担了疾病预防、健康促进、病例管理,

参与病人转诊后的医疗过程的岗位职责,保留对转诊机构处置病人的参与和干预权,以及诊疗后转入社区的权限。专科医生虽有较大的处方权,但必须依据疾病规范和临床路径,在了解病人的需求基础上,精准实施治疗。不同层级医务人员能够形成纵向医师团队,针对转诊病人提供协同服务、多点执业、信息共享、一致的诊疗文化认同。为此,管理人员必须加强教育和指导,发展领导技能,加强对医疗系统的理解,协调系统中多学科团队和工作人员在更广阔的范围内合作,以取得临床整合的预期结果。

至此,在以人为中心的服务理念下,通过系统政策的协同实施,特别是政府投入和医保支付方式系统化改革成为促进系统整合的推力,从而对机构层面的组织及其医务人员的合作机制和信息共享机制等产生传导,进而推动业务层面的协同机制产生耦合效应,再通过对医务人员岗位职责机制的激励约束,确保所有资源要素及其运转集中于患者至上的系统使命,从而使得整个系统以服务链为流程进行资源、服务重组,不断增强服务协调性、连续性的无缝服务提供(图3)。

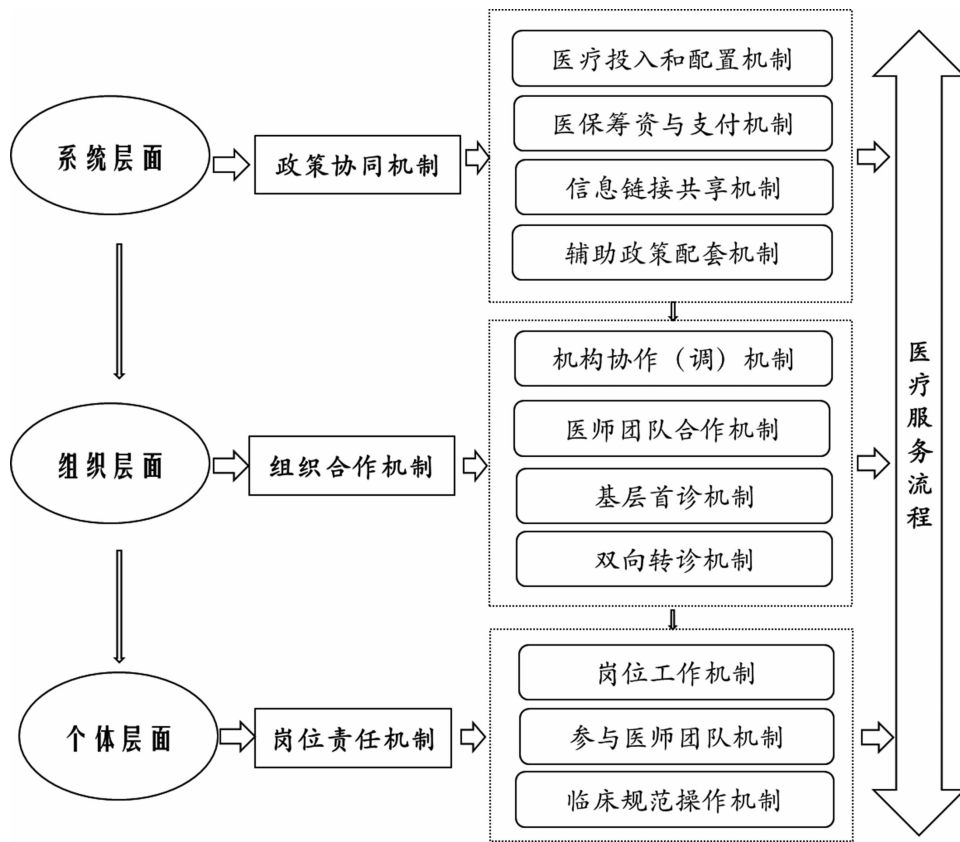


图3 整合型医疗服务系统的耦合机理

3.4 整合型医疗服务系统框架的构建

社会组织发展模式具有历史的永恒性,整合型系统形成是复杂的结构要素重组、系统功能重塑和整合机制转换的动态适应的应然结果。根据前面提到的服务整合理论基础,结合服务整合目标,整合型系统的建立是在五大整合要素整合的基础上,通过三大整合机制的协调产生了耦合机理,建立起不同机构间的连接和结构整合、梯度式的服务递送模式和临床规范遵从的逐级传导的链条,从而将系

统中服务流程的节点有机衔接起来,促进系统内的资金、技术、人员、知识和信息在业务流程上产生高质量的服务流动、循环,形成了以患者为中心的服务连续体(Service continuum),再经过长时期持续的要素和机制优化调适趋于动态均衡,最终产生整合型服务系统(图4)。其中,每个整合要素及其关系包括在整合框架中,耦合机理表达了整合型系统的运行逻辑。

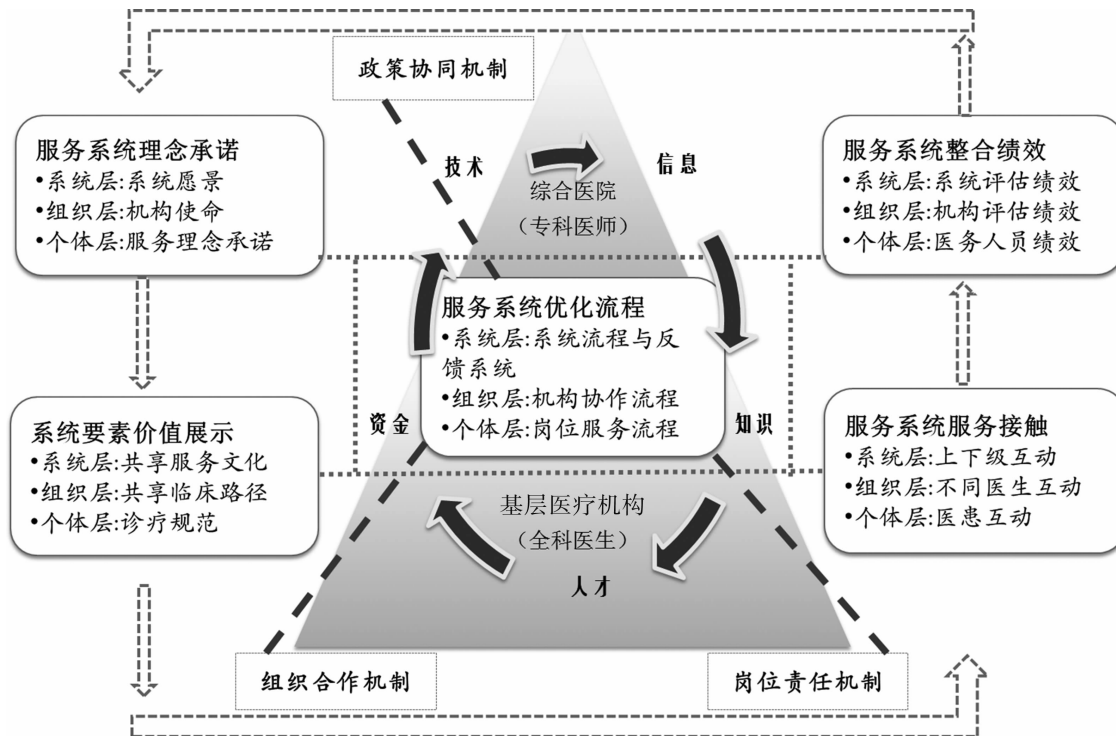


图4 整合型医疗服务系统的构建框架

4 整合型医疗服务系统形成的实践案例

整合型系统的形成主要源于20世纪70年代以美国为代表的一些发达国家在人口老龄化、医学模式转变、医疗费用上涨与服务提供碎片化的多维背景下进行的系统重塑。1983年10月,美国政府实施基于疾病诊断相关组(DRGs)的预期支付系统(prospective payment system, PPS),鼓励医院和医生减少住院服务,转向门诊保健、预防保健和长期护理,导致专科住院数量急剧下降,倒逼专科机构与社区机构进行重组和整合,产生了大量的管理型医疗组织,即健康维持组织(Health maintenance organization, HMO)^[24]。但是由于HMO对患者选择权的限制以及供方的抵制,HMO的发展并不顺利。2010年3月,美国前总统奥巴马签署了《患者保护与平价医疗法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA),创立了节余分享计划,倡导建立责任医疗组织(Accountable care organization, ACO)作为应对策略^[25]。

ACO实际上是以初级保健医生为核心,包括各级医院和康复等多种机构组成的、集合医院、全科医生、专科医生为一体,共同对患者的医护质量及其成本双负责的整合型系统^[26]。

ACO在初级保健机构实施电子健康档案,以提供综合协调的保健服务,通过制定内部统一的诊疗规范等确保提供者之间协同,减轻机构协作零乱所产生的不必要的重复医疗、医疗差错^[27]。与HMO不同,ACO首先放宽了病人的就医选择权,患者可以在整个网络内自愿选择让其他医生为其诊断,且无需为每一位患者付费。其次,ACO主导者为加入里面的医疗机构和医疗从业者,而不是保险机构,但仍将医疗费用支付与医疗质量相联系,逐渐统一了医生与医院的激励机制,并向支付者提供有效签约工具,真正建立了以价值为核心(Value-Based Reimbursement, VBR)的激励机制^[28]。医生一旦加入ACO,Medicare就可以对其进行监管^[29]。2015年,美国医疗保险和医疗救助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)首次发布了对所有Medicare ACO的全面质量评估,位于纽约州的Pro-HEALTH以95.41(满分100)的综合质量得分拔得头筹,获得了CMS不菲的经济奖励。Pro HEALTH将33%的奖励用于偿付投资及运营管理费用,33%用于再投资以提高管理水平,余下的34%作为奖金分配给各成员:75.8%给家庭医生,13.8%给专科医生,7.4%给外科亚专科医生,3%给儿科医生。综合学术文献,ACO系统的整合要素和机制见表1。

表 1 责任保健组织的整合要素和机制

要素	具体要素	表现	机制	具体机制	表现
服务理念承诺	系统愿景	鼓励通过一体化服务对患者的长期医疗服务需求负责	政策协同机制	医疗服务衔接机制	首诊和转诊、临床路径和健康管理规范遵守,以患者整体治疗方案指导合作
	机构使命	强调机构间的协同服务,促进服务协调、连续		医保筹资支付机制	ACO 总额 FFS 下的捆绑支付、DRGs、按人头支付,节余分享,超支分担
	理念承诺	对整个治疗过程以及患者的健康负责		信息链接共享机制	互通电子病历、健康管理和预约系统的配套
要素价值展示	系统共享文化	共享的服务、信任和责任文化,协同服务步骤和信息公开	组织合作机制	系统配套政策机制	符合质量标准评估体系,通过评估获得收益,反垄断
	共享临床路径	基于 DRGs、统一的健康管理规范认同和遵守		机构协作机制	初级、专科、急诊医生之间的协议或合同安排,机构间合作网络或医疗集团
	设施设备环境优质	环境温馨、设备设施优质和医务人员态度和技能		团队合作机制	不同医生团体协同提供服务,沟通交流,信息共享
系统服务接触	上下级互动	ACO 框架下的多机构责任共同体,相互配合	组织合作机制	社区首诊机制	守门机制,协调患者上转,对接下转患者,健康管理
	不同机构医生互动	医生间注重协同,增加了沟通交流、信息共享		双向转诊机制	依据疾病临床路径和诊疗规范,避免服务提供重复
	医患互动	与固定人群签订至少 3 年的服务合同,重视关系稳定		岗位工作机制	承担技术和管理的多重职责,对患者的健康负责
系统服务流程	系统流程反馈系统	疾病管理和诊疗流程衔接,外部监督,推动服务连续	岗位责任机制	参与团队工作机制	根据患者疾病需要,参与全科医师团队或专科医师团队,为提供跨学科服务,承担共同职责
	机构协作流程	流程节点衔接,避免重复和差错,减少等待时间		诊疗规范操作机制	根据疾病管理规范 and 临床路径,精细化服务操作
	岗位服务流程	初级团队注重疾病管理;专科医生规范诊疗			
服务系统绩效	系统绩效	确定 33 个质量评价指标体系,强调效果,突出预防和协同	岗位责任机制		
	机构绩效	在质量评价指标体系下衡量机构绩效,要求同系统绩效			
	岗位绩效	依据岗位职责,满足特定的质量标准获得业绩			

5 整合型医疗服务系统的构建策略

5.1 树立以病人为中心的服务理念和承诺,加强政策的因势利导

整合型系统是建立在以病人为中心的服务理念基础上的实践行动,是系统内各机构秉承的使命选择,这是构建整合型系统的逻辑起点。以病人为中心的服务理念首先作为系统要素资源的重要组成部分,贯穿于与医疗系统建设密切相关的所有政策制定和实施过程,促进医务人员不断在实践上凝聚对患者价值的认知,识别患者就医需求并制定个性化的整体操作方案。其次,政府作为要素流动和资源配置的调控力量,是推动整合型系统形成的主要主体,要强调以需求为导向的政策(计划)推动,注重政策“组合拳”,通过“患者第一”的价值原则作用服务系统,形成共振效应。这些政策策略至少包括:首先,区域卫生规划应坚持以需求为导向的

系统性资源配置取代以机构为中心的计划 and 经费分配办法,坚持专科医疗机构和基层医疗卫生机构协同发展、公立医院和民营医疗机构和谐共存、硬件设施和软件资源(服务团队、信息共享)相互配套、卫生规划制定、执行和监督评估有机统一的发展思路,并在重视建立分级分工、首诊和双向转诊的连续性机制中,切实通过基层能力提升解决居民的基本保健。其次,医保筹资和支付设计以促进整合服务行为产生的激励为前提,以预付购买增进不同层级医疗机构的合作动力,而不是通过行政干预推动合作,以促进多机构形成保健连续链,实现医疗费用控制、整合服务提供和对医生的激励相容。再次,构建互通性健康管理系统、疾病管理系统、电子病历系统、转诊预约系统和远程医疗等技术业务平台,充分反映病人的医疗信息并促进共享,为服务整合打下基础条件。

5.2 精心展示系统服务价值,创造优质的服务体系环境

整合型系统是一个完美的展示平台。价值展示既包括看得见的设备设施、快速的预约系统、便捷的就诊流程等条件,还包括良好的文化氛围,如机构之间、团队之间的合作共享文化以及以病人为中心的人性化服务氛围,创造了充分体现病人价值最大化的就医环境。首先,要搭建不同机构之间的业务协作平台,以错位功能定位展示其互补与衔接。在初级保健机构,全科医师团队合作展示一站式服务,专科机构通过特色科室建设、精良的技术和设备展示优质服务理念,两者之间则通过绿色转诊通道展示无缝的流程设计,以及可以通过远程会诊平台展示机构间的良好合作关系。同时,制度边框、服务总台都是显示这种合作的场所。鉴于系统整合可能涉及到的整合主体权益的申诉和保护,卫生行政机构要设立投诉办公机构,对服务纵向整合涉及到的医疗安全以及其他争议进行处理,适时进行社会公示,并把此项工作纳入机构绩效考核和医务人员的问责当中。

5.3 以高效的服务接触,不断提升患者的就医体验

服务接触是服务要素价值展现的具体结果,管理者和医护人员是提供整合服务价值的直接行动者和核心要素。目前,特别要建立专科医生到基层开展坐诊、会诊以及其他专科延伸服务的内容,逐步加大专科医生在区域内或医联体内多点执业的政策支持力度,同时也要促进下级医生到上级相关临床科室进行培训、进修和业务交流,以培养共同的诊疗规范和文化,逐步开展基于证据为基础的循证医疗,继而调动整合体系内所有资源要素以患者为中心,分级制定各疾病病种的诊疗规范,强化不同层级机构具体功能的互补和协调,将服务规范与循证医疗、临床路径和机构诊断能力等相结合,确立机构具体功能的服务边界。

5.4 基于最佳实践的服务流程再造,畅通服务链的节点链接

医疗服务提供的日益复杂,必须设计更为复杂和精心的纵向流程,以应对以患者为中心的服务变化需求。服务流程设计至少应包括:第一,建立由多机构授权的统一指挥协调机构或在各机构内部专设协调部门,有序协调病人在机构内部或之间的就医流程,避免病人就医面临不知所措的窘境。第二,减少或优化在纵向多机构就诊的环节,建立绿色通道,尽可能简化服务手续如再挂号程序的省略,不浪费

不必要的等待时间。第三,针对服务流程节点薄弱情况,无论是急诊还是普通转诊、上转还是下转,都必须建立病人转诊前评估制度,克服在慢性病时代急诊患者优先进入绿色通道的做法,以对患者的需求进行更多响应,减少不必要的转院、无效的住院服务,鼓励患者参与诊疗决策。第四,转诊评估必须是基于可靠的临床规范、转诊指南或连续性服务路径等,医务人员需要从原有的以临床经验判断转向以依据操作规范和标准开展服务。最后,对于由于距离较远等制约因素,还可以建立适应方便就诊的交通运输系统,将其纳入服务递送网络,尽可能让服务流程便捷高效。

5.5 完善监督评估体系,进阶高水平的整体绩效

首先要确立有效的监督主体。根据国外整合经验,我国卫生行政监管可以依托以卫生行政主体,联合医保、财政、物价等部门建立联席会议制度,协同对整合型系统构建过程中的相关事务进行处理。其次,鉴于我国行业协会行业管理和业务指导功能薄弱的现实,政府应该在此方面培育和支持第三方组织加强这两项功能的发挥,同时鼓励他们(包括高校)加强临床服务质量、临床绩效评估体系研究。目前,我国对医疗质量评价主要是注重单机构服务质量的行政评估以及科室服务质量的业务评估,对临床服务提供质量以及多机构协同提供的服务质量评估成为盲区,建议围绕结构、过程和结果三个经典的维度开发出一套基于以患者为中心的多机构连续性服务质量和绩效的评价指标体系,以为系统整合提供反馈回路。同时,鉴于信息不对称、较高的外部监管成本以及医疗机构间的协作需要,有必要建立服务体系内部的自我评估机制。只有建立系统外部监管和内部自我监督评估并重的评估体系,才能真正促进综合监管,并将整合型系统中的个人绩效、组织和团体绩效与系统绩效相互协调统一,从而进阶更高水平的整体绩效。

需要指出的是,上述构建的整合型系统是依据当今整合的理论和实践所提出来的愿景型、理想化、高水平的整合型系统框架,旨在为正在推行的医联体和分级诊疗制度建设提供一个全面的系统管理和诊断模式。实际上,整合的程度表现为整合和非整合之间的一个连续谱。国际经验也表明,受居民就医习惯、资源配置、医保支付方式改革等因素的影响,整合型系统的形成不可能一蹴而就,往往需要数

年乃至数十年的不断努力^[30]。鉴于目前各地影响服务整合的环境、政策、资源和医疗机构能力等因素差异,加上利益调整的复杂性,借鉴本研究所提出的管理框架和构建思路,我国服务整合应本着因地制宜、循序渐进的原则先行试点,服务对象从具有较好分级管理的病种破题,设计连贯的整合服务政策,调整服务系统的要素结构,建立相互耦合的协调机制,实施持续的跟踪评估,广泛收集系统整合的进展数据,以为我国整合型医疗服务系统的建立积累更多的循证依据。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Winnie Y, William H. Harnessing the Privatization of China's Fragmented Health Care Delivery [J]. *Lancet*, 2014, 284: 805-818.
- [2] Shortell S, Gillies R, Anderson D. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems [J]. *Health Affairs*, 1994, 13(5): 46-64.
- [3] Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated Care: A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services [J]. *Int J Integr Care*, 2001, 1(2): 1-10.
- [4] Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Network: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas [R]. 2011.
- [5] Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance Model for Integrated Primary/Secondary Care for the Health-reforming First World-results of a Systematic Review [J]. *BMC Heal Serv Res*, 2013, 13: 528.
- [6] Wenzel H, Simmons D. An Introduction to Integrated Care and Diabetes Integrated Care [J]. *Integrated Diabetes Care*, 2016, 11: 1-9.
- [7] Conrad DA. Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration [J]. *Hospital & Health Services Administration*, 1994, 38(4): 491-508.
- [8] De Jong I, Jackson C. An Evaluation Approach for a New Paradigm Health Care Integration [J]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2013, 7(1): 71-79.
- [9] 唐学成. 纵向合作是实现农村医疗卫生机构科学发展的重要途径[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2005, 25(11): 24-25.
- [10] 农圣. 整合型卫生服务体系的内涵和现状[J]. *卫生经济研究*, 2017(11): 4-8.
- [11] 匡莉, 甘远洪, 吴颖芳. 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(8): 564-567.
- [12] 魏来, 张亮. 我国整合型卫生服务的概念框架探讨[J]. *中国卫生经济*, 2012, 31(7): 12-15.
- [13] 代涛, 陈瑶, 韦潇. 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.
- [14] 王晓燕. 新医改探究: 基于医疗服务供应链的重塑[J]. *现代经济探讨*, 2015(9): 30-34.
- [15] 迟沫涵, 尚杰. 国外整合型卫生服务体系经验及启示[J]. *学术交流*, 2016(10): 12-15.
- [16] WHO. Integrated Health Services-What and Why? [R]. Technical Brief, No. 1, May 2008.
- [17] (美)拉塞尔·M·林登. 无缝隙政府[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [18] 宋军, 谢振宇. 客户价值管理理论在医院中的运用[J]. *江苏卫生事业管理*, 2006, 17(6): 92-94.
- [19] 李峰. 实施医院客户关系管理策略的探讨[J]. *华北煤炭医学院学报*, 2005(5): 651.
- [20] 刘晓璋, 熊庆, 梁家智. 实施客户管理策略构建服务型医院[J]. *中国妇幼保健*, 2007, 22(4): 409-410.
- [21] 董伟. 专家呼吁: 医疗模式到了改变的时候[J]. *医学与哲学: 人文社会医学版*, 2010, 31(4): 14-16.
- [22] 谢春艳, 金春林, 王贤吉. 英国整合型保健发展经验及启示[J]. *中国卫生资源*, 2015, 18(1): 71-74.
- [23] 刘丽杭. 卫生部门治理: 战略与机制[J]. *中国卫生政策研究*, 2014, 7(11): 30-36.
- [24] 夏场. 从美国联邦医疗卫生体系谈我国医疗卫生改革[J]. *特区理论与实践*, 2009(4): 42-45.
- [25] Drew C. Accountable Care Organizations Series: Why Do We Need ACOs? [J]. *Health capital*, 2011, 4(5).
- [26] 刘晓峰. 美国的责任保健组织介绍[J]. *中国卫生经济*, 2013, 32(8): 86-89.
- [27] 陈曼莉, 苏波, 王慧. 美国责任医疗组织的制度设计与启示[J]. *中国卫生经济*, 2015, 34(3): 94-96.
- [28] 巩晓力. 美国医疗费用支付方式新趋势[J]. *中国医疗保险*, 2016(8): 63-65.
- [29] Gottlieb S. Accountable Care Organizations: The End of Innovation in Medicine? [R]. Washington DC: American Enterprise Institute, 2011.
- [30] 魏晋才, 周时更, 黄俊奕, 等. 整合型医疗卫生服务体系中城市公立医院定位与服务革新[J]. *中华医院管理杂志*, 2017, 33(2): 88-91.

[收稿日期: 2018-01-29 修回日期: 2018-03-21]

(编辑 薛云)