

“以人为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究

代涛*

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】近年来,按照新时代卫生与健康工作方针和全面推进健康中国建设的要求,医疗健康服务体系建设与改革取得巨大成就,但与满足人民群众的健康服务需求和健康中国建设要求还有差距。构建“以人为中心”的整合型医疗健康服务体系既是发展趋势,也是卫生健康事业高质量发展的必然要求。本文认为构建“以人为中心”整合型医疗健康服务体系就是全面落实“以人民健康为中心”的发展理念,推动实现人人享有基本医疗健康服务的目标。其关键要素包括全面落实“以人为中心”的理念;建设覆盖全方位、全生命周期的医疗健康服务体系;提供连续性、协调性、综合性、个性化的整合型医疗健康服务;构建分工协作为导向的激励相容机制;建设多元共治共享的治理机制和高效的沟通反馈机制;建设互联互通的信息系统和推动信息技术广泛深入应用等。文章最后提出了构建整合型医疗健康服务体系的政策启示和建议,供决策参考借鉴。

【关键词】以人为中心;整合型医疗健康服务体系;关键要素

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.01.001

Analysis of the key elements on people-centered integrated healthcare system

DAI Tao

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

【Abstract】 In recent years, great achievements have been made in the construction and reform of China's healthcare system in accordance with the new-era guidelines for health work and construction requirements of comprehensively promoting Healthy China. However, deficiencies still exist in meeting people's demands for health services and the construction requirements of Healthy China. Establishment of a people-centered integrated healthcare system is not only a developing trend, but also an inevitable requirement for the development of a high-quality health industry. This paper believes that the construction of a “people-centered” integrated healthcare system is to fully implement the development concept of centering on people's health and promote the realization of basic health services being available to all. Its key elements include: full implementation of the people-centered concept; construction of a healthcare system covering all aspects of people's whole lifetime; provision of continuous, coordinated, comprehensive, personalized and integrated health services; construction of an incentive compatibility mechanism oriented by labor division and cooperation; establishment of a multi-subject co-governance and sharing governance mechanism and a high-efficiency communication and feedback mechanism; and establishment of an interconnected information system and promotion of the extensive and in-depth application of information technology. Finally, the paper puts forward policy enlightenments and suggestions for constructing the integrated healthcare system, which can be used as references for the government in the future decision-making.

【Key words】 People-centered; Integrated healthcare system; Key elements

随着全面推进健康中国建设进入关键时期,人口老龄化进程加快和疾病谱的变化,人民群众的医疗健康需求快速增加。长期以来,我国的医疗健康服务体系多以提供急性疾病的诊疗服务为主,不同

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程经费资助项目(CIFMS 2016-I2M-3-018)

作者简介:代涛(1969年—),男,博士,研究员,主要研究方向为卫生政策与体系创新。E-mail: dai.tao@imicams.ac.cn

机构之间同质化竞争,服务碎片化、体系整体效率不高,影响人民群众的健康获得感、幸福感和安全感。新形势下,构建“以人民为中心”的优质高效、协同整合的新型医疗健康服务体系是世界卫生组织等国际组织和不同卫生体制国家共同倡导和努力实践的新型服务理念 and 模式,其研究和实践也成为国际关注热点。为进一步推动我国整合型医疗健康服务体系建 设,本文深入分析了构建整合型医疗健康服务体系 的关键要素,并提出政策启示和发展建议,为决策提 供参考借鉴。

1 建设整合型医疗健康服务体系是时代要求

1.1 居民健康需求变化加速

当前我国人口老龄化程度日益加深、速度加快、 高龄化趋势愈加明显。第七次全国人口普查结果显 示,2020 年我国 60 岁及以上和 65 岁及以上人口占 比分别为 18.70% 和 13.50%,较 2010 年分别增加 5.44 和 4.63 个百分点;其中 80 岁及以上人口占比 2.54%,较 2010 年增加 0.98 个百分点;同时,区域和 城乡发展不平衡,65 岁及以上人口占比乡村比城市 高 6.61 个百分点,最高与最低的省份相差 11.75 个 百分点。^[1,2]人口结构变化必然带来医疗健康需求的 快速增长,特别是老年人的慢病管理、康复、长期护 理、安宁疗护等服务需求更给突出。

快速工业化、城镇化和生活方式改变、国内外人 口流动增加,带来疾病发生和死亡模式的转变,我国 面临慢性非传染性疾病快速增加、重大新发突发传 染病多发的双重威胁。^[3]据统计,2020 年我国居民死 因排名前三位的疾病为恶性肿瘤、心脏病、脑血管 病^[4],2019 年居民慢性病死亡率为 685/10 万、因慢 性病导致的死亡占总死亡的 88.5%^[5],慢性病疾病 负担日益加重。与此同时,肺结核、鼠疫等已得到有 效控制的传染病有死灰复燃的可能,甲型 H1N1 流 感、高致病性 H7N9 禽流感、埃博拉、新冠肺炎等新发 突发传染病频发。实施积极应对人口老龄化战略, 落实三孩生育政策,也对加强“一老一小”医疗健康 服务提出新要求。

随着生活水平和健康意识的提升,健康需求不 断升级,人们不但要求看得上病、看得起病、看得好 病,还要求方便快捷、更高安全感和更好舒适度、获 得更多尊重等更高层次的需求。不仅是要解决看病 就医问题,越来越需要得到全方位、全周期的多样 化、多层次、个性化的医疗健康服务;同时更加关注

健康公平,期望不断缩小区域、城乡、不同人群之 间的健康差距。^[6]信息技术在医疗健康领域的深度应 用促使服务模式发生转变,为优化资源配置和提升 服务体系整体效能、缩小区域和城乡之间的不平衡、 提高服务的公平性可及性提供了技术支持。

1.2 医疗健康服务供给存在短板和弱项

当前,我国医疗健康服务体系建设与满足日益 增长的健康需求存在差距,主要表现在以下方面。

一是医疗健康服务体系理念仍需更新。体系 规划与建设需要更好体现以人民健康为中心的思想, 贯彻新时期卫生与健康工作方针,更加注重以人为 中心、以基层为重点、预防为主、中西医并重等理 念的落实,加快服务模式从以治病为中心向以健康 为中心的转变,加快形成人民共建共享的大卫生、大 健康格局。

二是医疗健康服务供给存在不平衡不充分的矛 盾。不平衡主要表现在不同区域、城乡、不同领域之 间的资源配置不均衡,仍然存在重城市轻农村、重医 疗轻预防、重高端轻基层等现象。^[6]不充分主要表现在 资源总量仍然不足,基层服务能力水平仍需提高, 公共卫生与疾病预防控制体系依然薄弱,城市大医 院对基层机构的“虹吸”现象仍然存在等。截至 2020 年底,我国城市每千人口医疗卫生机构床位数、执业 (助理)医师数和注册护士数(8.81 张、4.25 人、5.4 人)均显著高于农村地区(4.95 张、2.06 人、2.1 人)^[4];我国每千人口执业(助理)医师数(2.9 人)和 注册护士数(3.34 人),与 2019 年经济合作与发展组 织国家(OECD)的平均水平(3.6 人和 8.8 人)相比仍 有不小差距^[7]。“十三五”时期,医院卫生技术人员年 均增长率(5.76%)高于专业公共卫生机构(2.99%), 三级医院卫生技术人员年均增长率(8.31%)高于基 层医疗卫生机构(7.32%)。^[4,8]2020 年,城乡每万居民 全科医生数 2.9 人,实现 2030 年拥有 5 名合格全科医 生的目标任重道远;每万人口专业公共卫生机构人员 数 6.56 人,未能达到《全国医疗卫生服务体系规划纲 要(2015—2020 年)》8.3 人的目标。^[4]

三是服务体系仍然存在机构功能分割、层级不 合理、竞争无序、协同不足、创新不够等问题。不同 层级机构功能定位落实不到位、分工协作不够,影响 体系的整体效率,分级诊疗目标任重道远;公共卫生 和医疗服务体系割裂,医防融合机制亟需建立;以医 联体为主要形式的整合型医疗健康服务体系的激励

约束相容机制不健全;妇产、儿科、精神卫生、康复、老年医学、长期护理等急需紧缺专科的建设亟待加强;多层次多样化健康服务发展滞后,健康新业态发展需要加快,多元办医格局尚需完善。^[6]

1.3 发展整合型医疗健康服务体系正在成为共识

经过 70 多年的建设和发展,中国建立了与经济社会发展水平和人民群众日益增长需求基本适应、规模大、水平较高的卫生健康服务体系,在保障人民健康中发挥了基础性的关键作用。^[3]特别是经过新一轮医改,中国特色基本医疗卫生制度不断健全,成效持续显现,主要健康指标居于中高收入国家前列,为我国全面建成小康社会、开启第二个百年新征程奠定了坚实的健康基础。

进入新时代,随着社会主要矛盾的变化,面对新要求、新特征和经济新常态,我国医疗健康服务体系与满足人民群众全方位、全生命周期及多样化、多层次、个性化的医疗健康需求上的差距更加显现。如何解决发展“不平衡、不充分”的问题,处理好公平与效率的平衡、政府主导与市场机制的协同,更好落实“保基本、强基层、建机制”医改原则;如何进一步优化医疗卫生资源配置,提高基本医疗卫生服务公平性、可及性和便捷性,让居民享有更公平、更高水平的医疗健康服务,不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。建设“以人为中心”的整合型医疗健康服务体系正在成为共识,并日益成为解决问题实现目标的重要途径。

新一轮医改以来,我国出台了一系列关于改革完善医疗健康服务体系的政策文件,要求构建以强大的基层卫生服务为基础、以人为中心和注重质量的整合型医疗卫生服务体系,努力为人民群众提供全方位、全生命周期的卫生健康服务。^[3]《“健康中国 2030”规划纲要》提出“转变服务模式,构建整合型医疗卫生服务体系,实现从胎儿到生命终点的全方位、全周期的健康服务和健康保障”。^[9]《基本医疗卫生与健康促进法》要求整合区域内政府举办的医疗卫生资源,因地制宜建立医疗联合体等协同联动的医疗服务合作机制。^[10]

2 建设整合型医疗健康服务体系的关键要素

一般认为,整合型医疗健康服务体系应具有覆盖全人群和全生命周期,服务连续性、协调性、综合性和个性化,尊重与授权、医患平等协作关系等基本

特征。基于这些特征和归纳分析,建设整合型医疗健康服务体系应着重把握以下关键要素(表 1):坚持以人的健康需求为核心,落实“以人为中心”的理念;整合包括健康促进、疾病预防控制、疾病诊疗、康复护理和临终关怀等在内的各种服务,为全人群提供连续性、协调性、综合性、个性化、覆盖全生命周期的医疗健康服务;综合运用筹资与支付的激励约束机制、多元治理、信息支撑等政策工具,确保体系建设实现公平与效率的平衡、发挥好政府主导与市场机制的协同作用。

表 1 整合型医疗健康服务体系的关键要素及内涵

关键要素	要素内涵
以人的健康需求为核心	识别、了解并清晰界定服务人群 提供基于健康需求和偏好的个性化服务 “以人为中心”的服务环境
整合多种服务要素	有效的多学科、多机构、多部门间的整合 数量充足并具备整合专业知识和技能的人力资源 共同的价值规范
提供整合型的服务	服务形式的连续性与协调性 服务内容的综合性与个性化 服务结果的可及性与公平性
激励约束相容机制	以整合为导向的筹资与资源配置制度 激励服务模式转变的支付制度 符合行业特点的薪酬制度 持续的绩效评价、质量改进和学习机制
多元治理与沟通机制	政府作为制度供给者和外部监督者的主导作用 服务提供者的自主治理 服务利用者的平等参与 社会组织在行业治理中的作用 不同利益主体间的高效沟通与反馈机制
信息系统与服务应用	贯穿全生命周期及服务全过程的互联互通的整合信息系统 “互联网+医疗健康”应用推动服务模式创新

2.1 以满足人的健康需求为核心

医疗健康服务体系建设中,决策者和研究者越来越重视“以人为中心”(Person-Centered Care, Patient Centered Care, Person-Focused Care)的核心理念。Stewart 等^[11]、Greene 等^[12]认为“以人为中心”强调供方围绕居民的价值观、需求、习惯、偏好和健康问题,提供定制的、个性化的临床决策等保健服务;MacCarthy 和 Freeman^[13]提出“以人为中心”强调供方对患者的充分尊重和授权,与患者及其家庭进行沟通交流,支持并授权患者参与和选择决策;Ber-

wick^[14]和 Rathert 等^[15]提出“以人为中心”强调患者与供方建立平等、协作关系,而非传统的控制或家长式的关系。2016 年世界银行、世界卫生组织和中国财政部联合发布《深化中国医改:建立高质量和价值为基础的服务体系》的研究报告,认为“以人为中心”强调有意识地从个人、家庭和社区的需要出发,将其视为服务提供的参与者和受益人,根据其需要和偏好提供服务。^[16]改变供方主导的传统,建立以需方为中心的理念,既关注人群总体健康需求和健康特征,也充分考虑个体的需求、偏好和价值等。

首先要识别、了解并清晰界定服务人群。^[17,18]要充分了解并评估人群的人口社会学特征(如年龄、性别等)、疾病特征(如发病率、患病率等)、文化价值观、外部环境等信息,明确服务人群及其健康需求,为实现分类分层管理、制定有针对性的服务计划奠定基础。其次是提供基于健康需求和偏好的个性化服务。^[19,20]包括为患者提供个性化(即符合患者价值观、特点、偏好和目标)的服务、对患者充分“尊重”与“授权”(即积极支持并保障患者的自由选择权、决策权)、医患之间建立“平等、协作关系”(即增进理解与信任,促进患者、家庭以及社区积极参与自我管理)等内涵和特点。在对患者及其家庭进行生物、心理、社会、环境等全面评估基础上,熟悉患者的既往病史、治疗史、支付历史等,明确其问题、需求和偏好,制定个性化的治疗方案和服务计划。三是“以人为中心”的服务环境。^[19,21]物理环境方面,在规划医疗健康机构地理布局时应充分考虑人群分布、地理障碍、交通方式和时间等因素,确保患者及时便利地获取服务;设计机构内部空间布局时充分考虑就诊便利性和临床治疗需要,打造安静舒适的就医场所,优化服务流程和路径。人文环境上,医护工作者应遵守职业道德和伦理责任,保持对患者的关怀、同情和共鸣,尊重患者价值观和隐私,提供情感支持等。

2.2 整合多种医疗健康服务要素

医疗健康服务体系整合的概念起源于社会整合(Social Integration),主要是指由于发达的社会分工以及社会成员间的异质性而产生的“有机团结”,意即融合为一个有机整体的过程。20 世纪 90 年代被逐渐应用到医疗卫生和社会服务等领域,国内外学者不断从整合范围、过程、目标等角度对整合型医疗健康服务(Integrated Care)的概念内涵进行阐述。从整合范围来看,Leutz^[22]提出针对特定人群的整合服

务不仅涵盖卫生系统的门诊和住院(如不同层级、类型的医疗机构之间,医生、护士、医技人员和管理人员等不同专业的卫生技术人员之间)等各个子系统之间的正式/非正式的协作,还涵盖医疗健康体系与社区支持体系、养老服务体系等之间的协同;可分为联结(linkage)、协作(coordination)和完全整合(full integration)等不同整合程度。从整合策略和工具来看,涵盖“宏观—中观—微观”层面的不同策略,Kodner 等^[23]认为需要资金、行政、组织、服务提供和临床水平上一套连贯的方法和模型促进整合。WHO 的理论框架包括了制度、组织、服务和功能的整合^[16],强调加强医疗卫生、社会服务、老人支持性服务和残疾人服务的协调^[24]。

服务体系整合是一项复杂的系统工程,核心是组织整合和专业及功能整合。基于协作责任和共同治理机制建立不同组织之间的合作关系,并基于对能力、角色、责任等共同理解建立跨专业的合作关系,实现体系内机构和人员功能整合与业务协同的基础,进而实现连续性医疗健康服务供给,主要包括以下方面。

一是有效的多学科、多机构、多部门间的整合。^[19,25]强调以资产、技术、品牌、管理、契约等要素为纽带,通过组建多学科服务团队、区域医疗健康联合体等形式实现整合;强化医疗卫生、预防保健、长期照护、社会支持服务之间的协同和跨部门合作,以及不同层级医疗机构的协作;明确各学科、机构、部门的功能定位、职责、诊疗范围及首要责任人等,避免服务重叠或缺位。二是充足并具备整合专业知识和技能的人力资源。^[21,25,26]要有充足的医疗卫生、长期护理、社会支持服务等专业人员,尤其是初级卫生保健人员如全科医生;专业人员需具备丰富且适宜的知识和技能,确保有能力为患者提供全方位、全周期的医疗健康服务。为吸引、激励和留住人才,机构应优先考虑并满足其内部医疗卫生专业人员的合理需求,包括薪酬、职业发展前景等。三是共同的价值规范。^[25,27]体系、组织、专业、医患之间具有共同的价值规范是实现组织机构整合和专业整合的重要内在驱动力,包括整合的文化、共享价值观、以人为中心的服务理念、医学人文精神、互相信任和尊重、共同目标和战略、统一的循证指南和标准等,实现责任共担、利益共享,确保医疗健康服务的连续性、协调性以及在同类机构中获得服务的标准化、同质化。

2.3 提供连续、协调、综合、个性化的整合型医疗健康服务

国内外政策研究者和实践者均提出整合型服务体系旨在为特定区域人群或特定疾病人群提供连续性、协调性、综合性、可及性的医疗健康服务,进而实现改善质量、提高系统效率和患者满意度、增进健康的最终目标。Suter E 等^[28]提出服务连续性包括综合服务、以病人为中心、跨专业团队提供标准化服务、绩效管理、信息系统、组织文化和领导力等十项关键策略。2015年WHO阐述了整合型服务的主要内容,涵盖健康促进、疾病预防、诊断、治疗、护理、康复和临终关怀等在内的各种医疗卫生服务的管理和服务提供,为人群提供符合其健康需求的、终生连续的服务。^[16]整合型医疗健康服务主要可以分为以下方面。

一是服务形式的连续性与协调性。^[15,21,25]从短期看,连续与协调的服务强调患者接受和体验到的服务连贯、整合和协调程度,当患者需要全科、专科、护理、康复、社会支持等服务时,能够获得及时有效的转诊、预约和协调。从长期看,服务的连续与协调强调能够覆盖患者的全生命周期,强调协调和整合各级各类医疗健康服务、长期照护和社会支持服务,由相对固定的团队持续为患者提供从疾病预防、健康促进、初级卫生保健、急诊、专科医疗、临床随访、康复、长期护理、家庭护理到临终关怀的覆盖全生命周期、综合、协调、连续的医疗健康服务。二是服务内容的综合性与个性化。^[15,22,25]服务内容应该涵盖健康促进、疾病预防、诊断、治疗、护理、康复和临终关怀等在内的各种医疗健康服务,应遵循生物—心理—社会医学模式,提供“个性化”(符合患者特点与偏好)的服务,满足患者生理、心理、社会等各方面的需求。三是服务结果的可及性公平性。^[15,29]可及性既包含能够持续满足人群在费用上的可承担性又包含形式上容易获得的医疗健康服务,包括经济、地理、组织、社会等方面的可及性,如消除地理距离、行政壁垒、经济状况、文化习俗和语言障碍等,以确保患者可随时公平获得适宜的医疗健康服务。

2.4 多方受益的激励约束相容机制

平衡不同层级、不同类型服务提供主体的内在利益驱动力,实现不同服务主体之间的利益相容以及个体与集体利益的统一,是构建“以人为中心”的整合型医疗健康服务体系的关键。具有不同初始资源禀赋、偏好的服务主体,其内在利益诉求呈现多样

性、复杂性的特征,若得不到有效调节,则会使部分服务主体形成对体系整合抵触的态度和行为,导致利益冲突和集体行动困境。构建多方受益的激励相容机制,关键是遵循社会主义市场经济基本规律和卫生健康事业发展规律,坚持公平与效率的统一,发挥好政府主导与市场机制的协同作用。综合运用筹资、支付等政策工具,构建多方受益的激励约束机制,平衡体系目标与多元主体内在利益诉求,从而实现体系和服务的协同整合。

一是以整合为导向的筹资与资源配置制度。资源配置应体现整合导向,对不同层级、不同类型机构不同来源的资金投入进行整合,如对包括政府常规预算、基本建设和设备购置、医保、公共卫生专项资金合并预算,有效促进预防保健、医疗服务和社会公共服务的整合,提高资金使用效率。^[25,29]财政、医保等资金投入应重点加大对基层、公共卫生等薄弱领域的投入力度。二是激励服务模式转变的支付制度。医疗健康机构的支付制度可分为医保支付机制及医疗服务价格制定调整机制。医保支付应由鼓励提供更多医疗服务转向提高人群健康结果、患者体验和成本控制,采取按绩效价值付费、基于人口总额的预付制、门诊住院统筹与结余共享支付等多元支付方式。^[21]医疗服务价格的制定与调整应注重体现技术劳务价值,从而形成对体系内各级各类机构协同提供“以人为中心”整合型服务的有效激励。三是符合行业特点的薪酬制度。医疗健康机构的薪酬制度应更多着眼于回归公益性与调动积极性的统一,社会效益第一、经济运行可持续;既要防止薪酬待遇偏低的问题,也要严格控制经济激励的强度,防止经济效益至上的错误倾向。薪酬激励要更多以责任、风险、劳动强度、能力水平和贡献等为依据,使其由组织层面向个体层面有效传导,实现社会利益、个人利益与医疗健康机构利益的统一,激发医务人员通过协作提供具有成本效益且最大化人群健康结果的医疗健康服务的内生动力。^[21,25]四是持续的绩效评价、质量改进和学习机制。评价要贯穿体系建设与服务提供的全过程,对行动计划、服务过程和服务结果等进行评价。以组织目标为依据,定期评估行动计划的可行性、合理性并适时调整,以满足群众健康需求。基于计划及目标,构建统一的评价指标体系,定期测量和分析计划执行进度、绩效目标实现情况,包括健康结果、患者体验、组织绩效和财政支出绩效等,实现对服务过程和结果的评价。

根据评价结果采取适当的经济与非经济奖惩措施,并进行持续的质量改进与针对性学习,实现对组织机构和个体行为有效的激励约束。^[21]

2.5 多元共治共享的协同治理机制和高效的沟通反馈机制

医疗健康服务作为民生福祉的公共事务,需要构建由政府、服务提供者、使用者、社会组织等多元主体参与的协同治理机制,使不同主体在平等沟通协商中最大限度减少信息不对称,形成集体选择的制度规则,促使政府、市场与社会三者关系重构,减少政策执行阻力,实现体系整合的目标。具体包括以下方面。

一是政府作为制度供给者和外部监督者的主导作用。^[21,25,28]政府通过公共权力为培育多方主体的治理能力、实现良性互动,提供合理、权威的基本制度安排,对医疗健康机构的治理提供制度化、法治化的保障,并积极提供筹资、监管等公共产品。按照责权一致原则对不同层级政府之间合理赋权,政府不同部门之间应高效协同、分工协作。应发挥好政府的外部监督者职能,为其他主体自主治理和良性互动提供监督保障。将其他主体纳入多元治理体系,最大限度兼顾各方主体的利益诉求,减少政策执行阻力。二是服务提供者的自主治理。^[12,25]医疗健康机构的经营自主权是实现自主治理的重要前提,通过健全现代医院管理制度、完善法人治理结构,制定内部运行管理规则,实现充分合理授权;支持医务人员积极参与规则制定,充分尊重各类专业委员会在业务决策咨询中的作用;重视服务提供主体之间的内部监督,提高管理效率。三是服务使用者的平等参与。^[19,20,28]患者及家庭的共同参与十分重要,体现了对服务使用者的尊重与赋权,鼓励患者及其家庭基于自身健康状况、经验知识、偏好、社会责任等,积极主动参与服务计划以及体系建设相关政策的制定,并开展自我健康管理;服务提供者要与患者及其家庭建立平等的合作关系,主动提供相应的资源、实践专业知识等支持。四是社会组织在行业治理中的作用。拥有较为发达的社会组织,且在行业治理中发挥重要作用,是成功的整合型医疗健康服务体系具备的共同特征。^[16]社会组织主要包括服务提供者组成的各类行业协会、服务使用者组成的各类自治委员会等法人团体,充分发挥其在规则制定、第三方监督等方面的作用十分重要。五是不同利益主体间的高效沟通与反馈机制。^[21,25]信息对称是实现多元主体协同治理和体系整

合的重要条件,各主体间顺畅的沟通与反馈是降低信息不对称的重要手段。该要素强调各主体间的沟通与反馈,政府和服务提供者通过多种途径为服务使用者参与规则制定提供必要的信息和渠道,并针对使用者的偏好制定清晰的沟通策略和计划。

2.6 互联互通的整合信息系统与服务应用

信息化数字化深度融合医疗健康服务的全链条和全过程,建设互联互通的信息系统是构建整合型医疗健康服务体系的要素之一。美国卫生保健研究与质量管理中心(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)通过大规模系统综述表明信息化工具和患者间顺畅的沟通反馈机制对于促进患者参与和改进健康结果具有明显作用。^[30]

一是贯穿全生命周期及医疗健康服务全过程的互联互通的整合信息系统。^[12,25]通过完善电子健康档案系统和电子病历、建立统一信息平台、开发移动医疗 APP、运用可穿戴医疗设备等方式,提升健康相关信息记录的规范化程度,促进体系间和体系内不同机构间健康相关信息整合与共享、患者及其家庭与服务提供者之间的沟通交流,为临床和管理决策、实现全生命周期的健康信息记录和健康信息管理、政府部门提高监管效能等提供支撑,提高服务可及性、协同性、连续性以及监管效率。二是“互联网+医疗健康”应用推动服务模式创新。充分运用互联网、物联网、云计算、大数据、人工智能等信息技术手段,创新“互联网+”医疗、公共卫生、家庭医生签约、药品供应保障、医保结算、医学人工智能应用等服务。对个人及人群健康状态进行实时、连续监测,实现在线实时管理、预警和行为干预,运用健康大数据提高大众自我健康管理能力,推动个人健康管理的精细化、一体化、便捷化;持续推进覆盖全生命周期、一体化的国民健康信息服务,赋能分级诊疗、医疗服务监管、医防融合、三医联动等的智慧化,全面促进医疗健康服务的整合。

3 建设整合型医疗健康服务体系的政策启示与建议

按照前述关键要素,对于建设“以人民为中心”的整合型医疗健康服务体系提出以下启示建议。

3.1 将“以人民健康为中心”的理念贯穿服务体系建设全过程

“以人民为中心”本质上是“以人民的健康为中心”,新型服务体系更加突出整个体系的优质高效与

协同整合,是新阶段改善医疗健康服务供给、满足人民群众健康需求、实现高质量发展的重要载体和形式,是提高服务质量和效率,提升群众满意度及获得感、幸福感和安全感的现实途径。

建设整合型医疗健康服务体系必须以新时代卫生健康工作方针为指导,以健康中国建设为目标,坚持以人民健康为中心的发展思想,牢固树立大卫生大健康理念,坚持医疗卫生事业公益性,坚持以改革创新为动力,持续深化“三医”联动改革,大力推动医疗健康机构和人员的理念从以治病为中心向以健康为中心转变,促进传统生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转变。

3.2 以健康为导向建设新型整合服务体系

建设整合型服务体系涉及不同层级、不同类型的医疗健康机构,资源互动关系影响利益相关者的行为选择,进而影响政策价值和目标实现。我国实践中仍然存在机构功能定位不够清晰、缺乏严格转诊标准和规范、全科医生等基层人才短缺、运行机制有待完善等问题。

一要进一步落实不同类型、层级医疗健康机构的功能定位。三级医院要更加突出急危重症、疑难病症诊疗,防止对基层医务人员和病人的虹吸;基层医疗卫生机构负责提供基本医疗和公共卫生服务,发挥其居民健康和费用控制守门人的作用,实现对于居民健康需求的有效识别和清晰界定。

二要突出重点,建设网络化协同服务体系。以基层为重点,全面提升县域综合服务能力;加强公共卫生和疾病预防控制体系建设,推进健康中国专项行动落地见效;加强妇幼、精神卫生、老年医学、康复、护理、全科医学等薄弱学科建设。建立不同类型和层级机构之间的分工协作机制,加强医疗机构与疾病预防控制、专科疾病防治(如妇幼保健院、精神卫生防治所等)、康复护理、养老等机构的协同,促进医防融合,协同提供精神卫生、母婴保健、医养结合等服务。支持康复、护理、医养结合和安宁疗护等连续性服务发展,建立医—护—养老年护理联合体,构建老年健康支撑体系。

三要积极推动整合型医疗健康服务体系的高质量可持续发展。在推进县域医共体、城市医联体等建设形式的基础上,不断探索管理、资金、人力资源等核心要素的整合形式,着力解决服务体系可持续发展、共同发展的深层次问题等。

3.3 加大筹资、支付、薪酬等激励约束机制的改革力度

只有建立适宜的激励约束和利益平衡机制,才能有效引导相关主体的动机和行为,形成集体行动的客观结果。当前我国依然存在公立医院单体扩张的需求与服务体系整体利益的矛盾、各级机构缺乏整合和转诊动力、患者缺乏基层首诊认同感等根源性问题。综合施策解决激励相容问题,让更多利益相关者从中受益,需要进一步完善筹资、支付、薪酬分配等制度。

一要进一步完善筹资和资源配置制度。政府要不断加大对卫生健康领域的投入,提高投入标准,建立投入的稳定增长机制;资源配置向预防、中医等薄弱领域和基层医疗健康机构倾斜;创新财政投入方式,对不同类型的机构分类保障并足额到位,促进不同机构从单一竞争向分工协作转变。合理划分不同层级政府投入责任,按照事权财权改革方向,国家重点保障基本医疗和公共卫生服务;合理划分政府、社会和个人的筹资责任,个人加大对维护和促进自身健康的投入。政府筹资和资源配置的政策目标和导向要更加明确,且可测量可评估。

二要深化医保支付制度改革。推动支付方式转变,从以按服务数量支付和控制费用为主向绩效和价值支付转变,如质量、效率、健康结果、患者体验等;从后付制单一支付向预付制、多元复合支付转变;从单个机构支付向区域机构综合支付转变;从住院支付为主向门诊住院统筹支付转变;从医疗支付为主向医疗预防共同支付转变。加快理顺和建立更能体现技术劳务价值的服务价格体系,健全医疗机构稳定可持续的补偿机制。

三要进一步加快薪酬分配制度改革。薪酬分配是激励和改变服务行为的有效工具,直接影响医疗健康机构和医务人员的服务行为。提高医务人员薪酬特别是基层医务人员的待遇,提高薪酬在机构成本中的比例;缩小不同类别、层级医疗健康服务机构人员之间的薪酬福利待遇差距,从根本上解决公共卫生人才流失、上级机构对基层机构人才的虹吸现象;进一步规范薪酬分配,建立以岗位固定薪酬为主、绩效薪酬为辅的分配制度,切断薪酬与机构科室部门收入挂钩的扭曲行为,改变机构和人员行为的逐利动力。

3.4 建立健全多元共治共享的治理机制和高效的沟通反馈机制

构建多元主体参与的协同治理机制,不同主体通过反复博弈形成满足各方利益诉求且符合实际的制度规则,有利于解决外生性制度在特定社会场域中的“脱嵌”问题,更好促进体系协同整合。整合型医疗健康服务体系建设中,依然存在政府与医联体权责利不够明晰、相关主体治理能力不足等问题。

一是要进一步明确多元主体的责权利关系,构建网络化的协同治理结构。将政府、服务提供者、使用者、社会组织等作为参与治理的多元主体,制定合理、清晰和稳定的参与规则。政府主要承担制度供给、资金投入、外部监管等治理责任,加大对其他主体的赋权力度,提升其自主治理意识和能力。医疗健康机构根据区域健康需要、自身专业特点和运营管理状况决定整合形式与规则,提供与功能定位相符的服务。积极培育居民自治团体,为其合法行使监督权、表达利益诉求等提供相应保障。大力发展行业自治组织,强化自身能力建设,提升专业性和权威性,有效发挥行业规范和标准制定、第三方监督评价的职能。

二是建立多元主体间的协作与制衡机制。遵循平等、公开、透明等原则,建立多元主体之间的常态化、制度化协商机制,组建由政府、医疗健康机构、医务人员、居民等代表共同参与的协商议事机构,定期开展集体协商,特别要提高基层、一线医务人员、居民等的话语权,推动对权力的有效制衡。加强上级政府对地方政府的赋权,激发地方政策创新动力;加强卫生健康、医保、财政等政府不同部门间的协同联动,避免政策冲突。

三是畅通不同主体间的信息沟通与反馈渠道。建立政府、服务提供方、公众等不同主体间常态化、制度化的信息沟通渠道,给予及时有效的反馈,保证信息公开透明。特别给予患者参与临床决策和规则制定的必要信息,确保服务基于患者需求和偏好,促进体系整合和绩效改善。建立健全沟通交流机制,确保信息传递的及时性,增进理解与信任,促进机构间协作的无缝衔接,使患者能在不同服务提供者、机构和部门间顺畅流动。

3.5 更大力度推动医疗健康信息系统的互联互通和信息技术的广泛深入应用

我国医疗健康信息系统的互联互通仍然不够、

开放共享不足,信息利用存在困难,成为建设整合型医疗健康服务体系的重要制约因素。

一要加强各级各类医疗健康信息系统建设与整合,加快实现互联互通。围绕全生命周期的医疗健康需求,完善并整合全员人口、电子病历、电子健康档案等基础资源数据库,加强医疗服务、公共卫生、医疗保障、药品供应、计划生育、综合管理等业务应用系统建设,促进跨部门、跨机构信息系统的互联互通和检查检验结果互认。建立统一、高效、安全的数据开放共享机制,规范数据利用。

二是推动信息技术更广泛、更深入的应用,积极发展“互联网+医疗健康”服务。充分利用云计算、大数据、物联网、区块链、人工智能等信息技术,加强在远程医疗、临床辅助决策、双向转诊、健康监测与管理、行业监管等领域的深度应用,推进可穿戴设备、智能健康产品、健康医疗移动应用等产生的数据规范接入系统。赋能区域优质资源的均衡布局以及各级各类医疗健康机构间的分工协作,提升基层医疗卫生服务能力以及体系的整体效能。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家统计局. 第七次全国人口普查公报(第五号)[EB/OL]. (2021-05-11)[2022-01-13]. http://www.stats.gov.cn/zjtj/zdtjgz/zgrkpc/dqerkpc/ggl/202105/t20210519_1817698.html
- [2] 林宝. 积极应对人口老龄化:内涵、举措和建议[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2021.
- [3] 代涛. 我国卫生健康服务体系的建设、成效与展望[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(10): 1-7.
- [4] 国家卫生健康委员会. 2021 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [5] 国务院新闻办就《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》有关情况举行发布会[EB/OL]. (2020-12-24)[2022-01-13]. http://www.gov.cn/xinwen/2020-12/24/content_5572983.htm
- [6] 代涛. “健康中国”迈向新征程[J]. 瞭望, 2017: 20.
- [7] OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators[EB/OL]. (2021-10-09)[2022-01-13]. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b39949d7-en/index.html?itemId=/content/component/b39949d7-en>
- [8] 国家卫生和计划生育委员会. 2017 中国卫生和计划生育统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版

- 社, 2017.
- [9] 新华社. 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-01-13]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm
- [10] 新华社. 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法 [EB/OL]. (2019-12-29) [2022-01-13]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/29/content_5464861.htm
- [11] Stewart M, Belle Brown J, Weston W W, et al. Patient-centred medicine: transforming the clinical method [M]. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.
- [12] Greene S M, Tuzzio L, Dan C. A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center [J]. *Permanente Journal*, 2012, 16(3): 49-53.
- [13] McCarthy V, Freeman L H. A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing [J]. *Journal of Theory Construction & Testing*, 2008, 12(2): 68-74.
- [14] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost [J]. *Health affairs (Project Hope)*, 2008, 27(3): 759-769
- [15] Rathert C, Wyrwich M D, Boren S A. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. [J]. *Medical Care Research & Review* Mccr, 2013, 70(4): 351-379.
- [16] 世界银行集团, 世界卫生组织, 财政部, 等. 深化中国医药卫生体制改革: 建设基于价值的优质服务提供体系政策总论 [R]. 北京, 2016.
- [17] Wee S L, Vrijhoef H J. A conceptual framework for evaluating the conceptualization, implementation and performance of transitional care programmes [J]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2015, 21(2): 221-228.
- [18] Mirella M, Kees A, Isabelle F, et al. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study [J]. *International journal for quality in health care*, 2009, 21(1): 66-75.
- [19] Kim-Lin C, Puma S, J Bin, et al. A narrative synthesis of the quality of cancer care and development of an integrated conceptual framework [J]. *European Journal of Cancer Care*, 2018, 27: e12881.
- [20] Stephens K A, Constance V E, Brenda M, et al. Defining and measuring core processes and structures in integrated behavioral health in primary care: a cross-model framework [J]. *Translational Behavioral Medicine*, 2020(3): 527-538.
- [21] Calciolari S, Ortiz L G, Goodwin N, et al. Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework [J]. *Journal of Interprofessional Care*, 2021(1): 1-9.
- [22] Leutz W N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom [J]. *The Milbank quarterly*, 1999, 77(1): 77-110.
- [23] Kodner D L. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2002, 2: e12.
- [24] WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [R]. World Health Organization, 2015.
- [25] Valentijn P P, Schepman S M, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2013, 13: e010-e021.
- [26] Evans J M, Grudniewicz A, Baker G R, et al. Organizational Context and Capabilities for Integrating Care: A Framework for Improvement [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2016, 16(3): 15-28.
- [27] Zonneveld N, Raab J, Minkman M. Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study [J]. *BMC Health Services Research*, 2020, 20: 224-237.
- [28] Suter E, Oelke N D, Adair C E, et al. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration [J]. *Healthcare Quarterly*, 2009, 13: 16.
- [29] Bains M, Warriner D, Behrendt K. Primary and secondary care integration in delivery of value-based health-care systems [J]. *British journal of hospital medicine*, 2018, 79(6): 312-315.
- [30] Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, et al. Enabling patient-centered care through health information technology [J]. *Evidence Report/technology Assessment*, 2012, 3(206): 1-1531.

[收稿日期:2021-11-26 修回日期:2022-01-15]
(编辑 赵晓娟)