

卫生政策研究进展

(2009年第6期)

总第八期

上海市卫生局卫生法规处(政研室)

上海市卫生发展研究中心 编

二〇〇九年六月十五日

编者按

我国即将推开新一轮医药卫生体制改革,计划建立覆盖城乡的基本医疗卫生保健制度,着力解决群众“看病难、看病贵”问题。优化医疗卫生资源的配置和利用格局,促进老百姓公平享有基本卫生服务,提高卫生服务体系的整体效率是医改的重要目标之一。本期以卫生服务资源整合为主题,分别介绍北京市西城区推进医疗卫生服务共同体、美国有关医疗资源整合的经验与启示,以及世界卫生组织关于整合卫生保健提供体系的意见。此外,本期专家论坛载文对本市医改方案须注意的问题及目标进行了探讨。谨供领导参考。

目 录

专题调研

北京市西城区医疗卫生服务共同体—整合型医疗卫生服务模式的探索.....	丁汉升 谢春艳 1
一、北京市西城区概况.....	1
二、医疗卫生服务共同体建立的背景.....	1
三、北京市西城区医疗卫生服务共同体的做法.....	3
四、医疗卫生服务共同体的功能与成效.....	6
五、北京市西城区医疗服务共同体对上海的启示.....	10

他山之石

世界卫生组织关于整合卫生保健提供体系的意见	林海 13
美国整合医疗资源的启示	林海 14

专家论坛

设计上海医改方案必须注意的问题及近期医改的有限目标.....	金春林 18
一、关于医疗联合体问题.....	18
二、关于管办分离管理体制问题.....	20
三、关于医疗保险改革问题.....	21
四、关于医院的补偿机制问题.....	22
五、关于引入社会资金发展高端医疗发展业问题.....	24
六、关于全科医师培养问题.....	24
七、近期医改的有限目标.....	25

北京市西城区医疗卫生服务共同体

—整合型医疗卫生服务模式的探索

上海市卫生发展研究中心 丁汉升 谢春艳

【摘要】北京作为中心城市，在医疗资源配置与利用方面，具有与上海类似情况。如三级医院人满为患，疲于应付普通疾病；同时社区卫生服务机构的守门人职责难以落实，社区卫生服务的发展面临一系列挑战。各级医疗机构的功能定位难以落实，资源利用低效。为此，北京市西城区对整合利用医疗卫生资源进行了探索。该区在局部通过医疗卫生服务共同体明确了共同体内各级医疗机构功能定位，统一诊疗程序与标准，加强基于居民健康档案的信息平台建设社区卫生服务机构内涵建设，实现共同体内各级医疗机构间检查结果互认和共享，最终实现共同体内双向转诊。

一、北京市西城区概况

北京市西城区面积 31.66 平方公里，下辖 7 个街道，常住人口 66.5 万。医疗资源丰富，各级各类医疗机构 396 家，全区医院共 28 家，其中综合医院 14 家，中医医院 4 家，专科医院 12 家。社区卫生服务中心 7 个，社区卫生服务站 48 个。卫生技术人员 15084 人，开放病床 8570 张。2008 年全区二级以上医院诊疗人次数为 1000 万。社区卫生服务机构诊疗人次数为 79 万。

二、医疗卫生服务共同体建立的背景

由于各级医疗机构功能定位难以落实，医疗资源配置不均，市民

就医秩序混乱，所以大医院拥挤、专家门诊看病难的问题非常突出。同时社区卫生服务机构的守门人职责难以落实，社区卫生服务的发展面临一系列挑战。

（一）双向转诊制度难以落实

由于医疗机构的隶属关系不同、经济利益驱动、信息不能共享、缺乏有效的制度保证、转诊标准难以确定等原因，双向转诊制度难以落到实处，社区卫生服务被孤立。

因此，解决信息共享和检验结果互认，从而打破区域内社区卫生服务中心、二级医院和三级医院，甚至是跨区三级医院的信息孤岛，实现医疗资源互联互通是实现双向转诊和分级医疗的基础。

（二）实行全人群社区首诊制的条件尚未成熟

首先，群众就医观念仍未转变，对社区卫生服务机构缺乏信任。其次，社区卫生服务机构缺少医疗资源，专业技术人员知识更新较慢，缺乏新技术、新设备；对社区卫生服务的宣传力度不够，居民对社区卫生服务内容、服务方式和惠民政策不熟悉不了解。再次，医疗保障制度的调控力度不足，没有形成各级医疗机构之间的价格梯度，无法有效吸引居民向社区卫生服务机构分流。

因此，如何在政府有限的投入下，尽快解决社区卫生服务机构的人才、技术、设备方面存在的问题，吸引居民走进社区卫生服务机构，探索综合医院和社区卫生服务机构在合作过程中利益一致的合作方式，是急需解决的难题。

三、北京市西城区医疗卫生服务共同体的做法

(一) 明确共同体内各级医疗机构功能定位

明确医疗卫生服务共同体内各级医疗卫生服务机构在疾病诊断、治疗以及慢病和健康管理、康复、保健、妇幼、计划生育和疾病预防中承担的功能任务和提供的服务范围，建立各医疗机构间功能互补的整合型医疗卫生服务体系。即中心医院（人民医院）主要功能定位于疑、难、急、重症的诊治与研究 and 处理突发公共卫生事件，社区卫生服务机构坚持社区卫生服务“六位一体”的功能，主要定位于健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病、诊断明确的慢性病的诊治，实现全人群、全生命周期、全方位的健康服务。

(二) 一期试点

共同体试点工作于 2007 年 9 月开始，在北京市西城区卫生局统一领导下，由北京大学人民医院、西城区德胜社区卫生服务中心及展览路社区卫生服务中心组成，覆盖辖区二十三万居民。

(三) 二期工程

2008 年 12 月 31 日开始启动二期工程，逐步纳入四家区属的专科医院，目标是逐步实现多点对多点的区内医疗机构网络化服务格局。

(四) 具体做法

1、统一诊疗程序与标准

针对严重威胁广大人民群众健康的慢性疾病如高血压、冠心病、

脑卒中和糖尿病等 11 类疾病，建立由北京大学人民医院专家与社区全科医生共同组成的以慢病为中心的疾病管理团队，在北京市卫生局相关工作要求的基础上，制定统一的接诊程序、统一的检验质控、统一的诊断标准、统一的治疗原则、统一的慢病管理方案以及统一的康复计划。

2、加强社区卫生服务机构内涵建设

社区卫生服务中心（站）依托北京大学人民医院的技术力量和品牌效应，促进自身社区卫生服务功能的发展，提升社区卫生从业人员的专业素养、业务水准、技术水平和管理能力，将社区医疗服务水平统一到中心医院（人民医院）的标准上来，增进百姓对社区卫生服务的认同感和信任感，从而改变居民就医习惯。通过资源共享，降低各级医疗机构的运营成本，为社区卫生服务的进一步发展创造良好的外部环境。

3、加强信息平台建设，医院医疗信息与居民健康档案连通，实现个人健康信息的全覆盖

通过共同体信息平台建设，社区卫生服务中心对诊断不明确疾病、复杂疑难疾病、危急重症、诊断明确但条件所限无法治疗的疾病、传染性疾病、需依赖于大型仪器设备的化验检查和辅助检查等通过北京大学人民医院定时定量向社区开放的资源，社区居民能够在社区卫生服务中心（站）完成检查预约、标本采集、检查前的准备或预约人民医院床位，通过直接上传电子病例，使人民医院的医生可以看到患者的健康档案，掌握患者的健康信息。同时，检查结果能够依托信息

化支撑平台直接在社区卫生服务中心（站）调阅。

康复期病人，诊断明确的慢性病人可以转回社区继续治疗和康复。通过对病人的诊疗结果和健康状况等资源共享，社区医生可以追踪到上转病人的就诊情况，及时获得患者的医疗信息并记入健康档案，从而为社区居民提供连续性服务，使医院的医疗信息与居民的健康档案连通，实现个体健康信息的全覆盖。

4、实现共同体内各级医疗机构间检验结果互认和共享

检验结果的互认和共享包括两方面的内容：

第一，在社区卫生服务中心可以做的医学检查包括肝功能、肾功能、血常规、尿常规、血糖等临床辅助检查项目，及胸片、四肢关节摄片和腹部肝胆超声检查等。这些项目是最基础的检查项目，检查结果一般不会有很大差异，社区卫生服务中心在人民医院化验室质控专家的指导下，对检验医技人员进行统一培训，统一化验质控标准，实现检验结果的互认。

第二，筛选出德胜和展览路社区卫生服务中心不能开展的检查项目，如CT、核磁共振等检查，由社区卫生服务中心医生填写申请单，通过人民医院定时定量向社区开放的资源，可预约人民医院的化验检查。最后的检查结果，通过共同体信息平台在社区卫生服务中心就可以看到并打印报告，社区卫生中心的B超结果也可以通过网络传给人民医院，请人民医院的超声专家会诊和指导。反过来，在人民医院做的CT或核磁共振结果同样可以通过共同体网络传回社区，帮助社区医生及时做出诊断。

检验结果互认的前提是加强医疗质量和监督管理，保证医疗安全。通过对共同体内各级医疗机构的检验项目进行合理布局，建立共同体内各级医疗机构间的检验标本中央配送体系，完善基于信息交换平台的检验信息系统，最终实现共同体内检验结果互认和共享，推动各级医疗机构间的技术交流、技术沟通和技术支持，实现一点采集、多点检验、全网共享的功能。

5、实现共同体内双向转诊

制定社区卫生服务中心负责首诊的疾病种类，以及转诊指征，本着患者自愿、分级管理、患者病情与医院专科特色相结合、设备通用、技术共享和无缝式连续治疗管理的原则，研究切实可行的双向转诊程序和具体实施办法，建立双向转诊绿色通道，指定专人负责，确保双向转诊制度的有效实施。

医疗卫生服务共同体内各级医疗机构通过优势互补，增强了竞争力，大大提高了社区卫生服务中心的服务能力、医疗质量、科研能力和管理水平。充分发挥社区卫生服务的基础性作用，规范了医生的转诊行为，把目前以“单向转诊”为主变成真正的“双向转诊”。

四、医疗卫生服务共同体的功能与成效

目前共同体信息平台已在人民医院与德胜、展览路社区卫生服务中心之间运行，实现了社区卫生服务机构与大医院之间的预约挂号检查、双向转诊、远程会诊与人才培养等功能。

2008年通过共同体平台预约挂号、检查、化验总数为290人次，双向转诊288人次；视频会诊14人次；继续教育讲座9次，参加教

学查房 3 次，针对社区居民开展健康教育讲座 25 次、受众 1296 人，学校 2 次 660 人；培训骨干 9 人，义诊 3 次、318 人次；咨询 299 人次；带教 69 人。

共同体的功能和成效具体表现为以下几个方面：

（一）基本医疗

形成基于一定信息化建设的统一团队、统一标准、统一流程的，分别针对普通病人、危重病人和急诊病人通畅的双向转诊、检查和化验结果互认体系。

共同体医疗卫生服务范围内的社区居民一旦出现就医需求，首先到达社区医疗卫生服务中心（站）就诊，接受基本诊疗服务。对于诊断疾病必需的较为复杂或依赖于大型仪器设备的化验检查和辅助检查，通过北京大学人民医院定时定量向社区开放的资源，社区居民能够在社区医疗卫生服务中心（站）完成检查预约、标本采集、检查前的准备等步骤，既方便了患者的就医流程，避免在不同等级医院就诊过程中的重复环节，有效节约了卫生服务资源。检查结果能够依托信息化支撑平台直接在社区卫生服务中心（站）调阅。

对于符合转诊标准和指征的患者，社区卫生服务中心（站）可利用全科医生工作站完成患者健康档案和电子病例的双向转诊，同时还可以利用北京大学人民医院的专家资源和技术优势对疑难病人进行远程会诊，实现对疾病正确和及时的诊断；通过双向转诊绿色通道将重症、危症患者快捷安全的转至北京大学人民医院，使生命得到及时救治。病情缓解后又可将病人连同疾病档案及指导转回社区和全科医

生。由此简化了居民就医流程、降低了就医成本、优化节约了各医疗机构资源。

(二) 康复

统一康复团队、统一资料及统一康复方案，共同体医疗卫生服务范围内的社区居民在中心医院（人民医院）接受诊断治疗后，对于仍需要进行治疗后康复、慢性病持续性治疗和心理卫生辅导等医疗服务的患者，中心医院（人民医院）提供相关治疗意见、随访建议和切实有效的转诊途径，使患者回到区属医院或社区医疗卫生服务中心（站）接受进一步医疗服务。以节约中心医院（人民医院）宝贵的医疗卫生服务资源，为更多疑难危重患者提供高水平的诊疗护理服务，同时也促使在社区内形成“社区关怀、家庭关爱”的良好氛围，以利于患者身心的康复和慢性疾病不良因素的控制。

(三) 健康管理

社区卫生服务中心（站）依托信息化支撑平台，在服务区域完成居民个人健康档案的建立和管理、个人健康信息的采集和储存、个人就医信息的收集和存档等工作。依据中心医院（人民医院）高水平学科团队和健康管理专家提出的健康维护方案、区域范围共享的健康信息资源库、健康状态评估数据模型和疾病预警数据模型，与中心医院（人民医院）配合完成个人健康状况评估、疾病危险因素分析、个性化健康促进方案设计、亚健康状态干预方案设计、健康状态追踪和疾病预警等工作。

(四) 慢病干预

针对部分严重威胁我国人民健康的重大疾病的发病规律，采取防治结合、急缓结合、长期管理和科学随访策略体系。共同体统一慢病管理团队，以社区为平台，实施中心医院（人民医院）与社区医院紧密配合、长期协作、共同对慢病患者的生活质量和预后负责。平时稳定期的干预立足于社区卫生服务中心（站），急性期、病情加重、恶化后则由社区医疗单位将患者转诊到相应的中心医院（大学医院），经治疗病情稳定后再转到社区医疗单位，继续进行治疗、康复、管理。采取各种切实可行的措施，由区域医疗卫生服务中心医院（人民医院）和社区医生对慢性疾病患者进行防病治病的普及教育，组织患者及其家属学习有关的防病知识，切实落实各项防治措施。以稳定期、缓解期的防治为基础，对全部慢性疾病患者进行全程长期管理和干预、定期随访，建立疾病档案和随访制度。真正实现慢性疾病的预防战略前移和管控阵地地下移，以达到降低疾病发生率和疾病的严重程度。

(五) 健康教育

中心医院（人民医院）、区属医院和社区卫生服务中心（站）共同组成健康教育团队。社区卫生服务中心（站）根据社区居民的健康状况和疾病普查结果，提出符合社区实际状况的健康教育需求。中心医院（人民医院）依托高水平的健康管理、疾病预防和健康教育学术团队，制定健康教育的主题、内容、形式和方法。各级医疗卫生服务机构利用现场讲座、发放宣传手册、制作壁报图片等形式，以及纸面媒体、网络媒体、影视媒体等传媒途径完成健康教育。

(六) 人才培养

共同体内各医疗机构特别是社区卫生服务机构内的全科医生通过参加共同查房、远程会诊、疑难病例讨论、继续医学教育课程及进修，提高理论知识水平和管理技能，确保社区卫生服务质量。通过统一流程、统一质控、统一标准、统一诊疗原则、统一慢病管理方案以及统一康复计划，实现真正中心医院水平的社区慢病管理团队，达到全科医生可持续的终身培训。

五、北京市西城区医疗服务共同体对上海的启示

(一) 政府与各级领导的重视与支持是共同体顺利发展的保证

北京市西城区医疗卫生服务共同体获得了西城区区委、区政府、北京市卫生局、西城区卫生局等各级政府与领导的重视和大力支持。北京市科委为促进共同体的发展，通过市区两级政府之间的“绿色通道”快速启动了“基于人民医院的以信息技术为支撑平台的区域医疗卫生服务创新模式示范工程”重大科技项目，为共同体的发展提供充足的资金和科技支撑。鉴于此，上海的医疗资源整合应充分调动各级政府的力量，获得领导的肯定和支持，为工作顺利开展铺平道路。

(二) 探索医疗资源整合，要谨慎处理共同体或联合体的体制机制改革等深层次问题

北京市西城区医疗卫生服务共同体实质上目前主要解决了北大人民医院和两个社区卫生服务中心之间的专家预约和双向转诊问题，如 2008 年双向转诊 288 人次。但共同体的探索远未涉及很多深层次的问题。如共同体是松散型的，是在政府引导下医疗机构之间的自愿

合作。共同体的做法不涉及到法人地位、产权隶属关系、人事关系、财政投入和利益分配的变革，也没有涉及多方利益调整 and 平衡，而这些是卫生资源整合过程中难以回避的，对这些问题的处理是否恰当直接关系到改革的成败。由于北京市医疗机构的隶属关系过于复杂，很难形成紧密型的联合体，上海进行医疗资源纵向整合时也应谨慎处理好这些问题，规避体制上难以彻底打破的矛盾，平衡好各方利益。

（三）将人民群众的需求、政府的要求以及医院改革发展的需求有机结合在一起，获得各方支持，实现各方共赢

北京市西城区医疗共同体的实践证明，卫生资源的整合不仅有利于政府合理有效的配置卫生资源、引导居民有序就医，而且能够缓解看病难问题，获得群众的拥护和支持。此外，各级医疗机构的功能定位更加明确，满足了医疗机构改革发展的需求，得到了医疗机构和医务人员的支持。例如，社区卫生服务中心借助大医院的品牌有利于获得病人信任，服务量上升，有利于全科医生培养和服务质量提高。三级医院诊治常见病多发病的压力缓解，有利于学科建设发展。从临床角度看，社区经过初筛，把真正的疑难病人送到了大医院，让大专家能够集中精力看大病；从科研角度看，把一个稳定的社区人群作为研究对象，进行医学干预，其研究成果比散发病例更具学术价值。

（四）依托科技项目支撑，发挥信息化平台的重要作用

北京西城区医疗服务共同体获得政府的大力支持，依托北京市科学技术委员会的科技项目支撑，加大信息化技术平台建设投入，从而在区域医疗卫生服务的数字化、自动化、智能化等方面实现关键技

术突破，为共同体网络化的信息平台建设方面提供技术支撑。可见医疗资源整合过程中，信息化平台的作用至关重要，政府应为相关信息系统的建设提供足够的技术和资金支持。

（五）做好共同体的质量控制和标准化等基础性工作

北京共同体的前期工作比较到位，例如根据社区需求，针对十一类疾病，制定统一的接诊程序、统一的检验质控、统一的诊断标准、统一的治疗原则、统一的慢病管理方案以及统一的康复计划。实现三级医院与社区共同的诊疗标准、转诊标准及双向转诊流程，将社区医疗服务的质量统一到三级医院的标准上来，有利于保证医疗质量，增进百姓对社区卫生服务的认同感和信任感，最终使患者受益。

（六）改变医疗卫生界“重治疗、轻预防”的倾向，宣传“以人为本”的理念

在北京西城区医疗共同体的实践中，北大人民医院提出，只有让临床医学和预防、保健、康复医学相结合，才能走出“以疾病为中心”的误区，体现以人为本的理念。大医院专家不能只关注临床治疗，还要把精力投向一级预防，专家到社区参与大众健康教育，深受居民欢迎。大医院专科医生必须和社区全科医生结成联盟，才能保证患者获得连续性的治疗。

世界卫生组织关于整合卫生保健提供体系的意见

上海市卫生发展研究中心 林海 (编译)

世界卫生组织 1994 年召开了“卫生保健提供体系的整合”研讨会，在 1996 年出版的该会的技术报告（编号为第 861 号）^[1]将“卫生服务整合”定义为：卫生服务整合是指将组织内和组织间的不同功能结合到一起的过程，它使各个组织成员具有共同的愿景和目标，通过使用常见技术和资源解决常见的卫生问题，其目标是促进初级卫生保健服务，这一过程应由一位地区*卫生领导主管，来整合当地卫生保健队伍，以最有效地利用稀缺的资源。该报告指出，很多国家的实践证明，整合地区初级卫生保健资源能提高资源的利用效率。

2006 年世界卫生组织专家针对中低收入国家整合初级卫生保健的战略及其实施进行了一次系统性综述^[2]，发现各国整合卫生服务的战略有很大差异，表现在财务的可持续性、人力资源的胜任力、管理能力和政治承诺上。发展中国家在选择采取什么样的整合方法时缺乏证据，而且缺乏规划和管理的能力，尤其是缺少整合初级卫生保健服务提供体系的操作性指南。专家建议发展中国家应加强研究整合卫生服务的操作性方案，以使管理人员能够识别、分析和共享最为有效的操作方法，并最终形成能够促使管理人员使用的有效整合服务体系的指导办法。

参 考 文 献

- [1]. WHO Study Group on Integration of Health Care Delivery. Integration of Health Care Delivery: Report of a WHO study group. WHO Technical Series 861.1996; Geneva: World Health Organization.
- [2]. Magtymova A. Strategies for Integrating Primary Health Services in Middle- and Low-income Countries at the Point of Delivery: RHL commentary (last revised: 25 September 2007). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

* 该报告将“地区”定义为 5 万-50 万人口的区域，具有特定的行政结构，有一家综合医院。（编者注）

美国整合医疗资源的启示

上海市卫生发展研究中心 林海（编译）

整合理论来自于企业管理。20世纪70年代以后该理论在北美、欧洲和亚太地区开始被用于医疗卫生资源改组，90年代是欧美医院重组的高峰。一般认为，整合可产生更大的效率和效果，更少的重复和浪费，更灵活的服务提供方式，更好的协调性和连续性^[1, 2, 3]。

美国学者将医院整合分为横向和纵向两大类及其不同程度的组合，具有不同的作用机制。横向整合是指原本独立的几家医院通过合同等手段结成集团，最常见为成立医院连锁。横向整合可以通过实现规模经济、减少重复建设、团购产品等机制来提高效率。纵向整合在企业管理中是指“几家企业的产权实现合并，且一企业的投入是另一企业的产出^[4]”，即纵向整合是把买家和卖家纳入同一家生产主体的过程。成功的纵向整合能保证稀缺货源的供应，减少不确定性和争夺资源的竞争行为，以及减少获得输入(买)和处理产出(卖)的交易成本，另外还可以更好地达成不同生产主体的目标一致性，控制产量，更好地适应市场变化，即实现规模经济和范围经济。若全科医生形成的提供者组织与保险方合作，形成HMO，则称之为向前整合，即卖家整合买家；若健康保险计划通过雇佣全科医生和/或购买医院，则形成向后整合，即买家整合卖家。

美国卫生保健行业的提供体系整合始于上世纪90年代，是针对筹资和卫生服务的供给进行的。滨州大学沃顿商学院的Rob Burns教

授等 2002 年发表的文章总结，美国的医疗服务提供体系的整合 (Integration of Delivery Networks, IDNs) 有七个值得注意的教训^[5]。

一、(采取决策所依据的) 关键假设可能会是错误的。如，加州的按人头预付制模式将很快从西部延伸到东部；整合在逻辑上必然会实现规模经济；医院、医生和保健计划的整合能够产生协同作用；克林顿总统的全民健康保险计划必将付诸实施等。

二、整合的步伐不可过快。整合的执行者认为快速整合有利于建立竞争优势，以“先行者”的地位迅速适应改革带来的市场变化，并击败新的市场进入者。但一项关于 37 个大型整合案例的调查发现，财务投资越高，整合体的经营利润率、资产报酬率和债务等的恶化程度越严重。若整合失败，解散联合体的成本可能高于整合的成本。

三、结构调整后的组织需要一个学习的过程。从资产管理公司合并的案例来看，企业的兼并重组可能需要至少七年才能取得成果。企业合并早期往往损失很大，所以净现值可能长期保持负值。执行官和董事会难免失去耐心，过早放弃以中止财务上的损失。大多数西方公司在实行管理创新(如全面质量管理) 之后仅仅两年就会放弃。

四、整合结构与整合过程都很重要。结构整合的设计往往缺少对不同组成部分的行为活动标准化，忽略为新的组织结构设计相应的操作流程，缺少为医生和管理人员设置激励措施。此外，不同服务提供者的整合往往不能从根本上改变其行医的方式，无法实现与其他医护专业人员临床诊疗行为一体化。因此，结构整合实际很少影响到对病人的服务。

五、通用的整合策略难以产生竞争优势。经验表明，不管是纵向还是横向的整合都不能为企业带来竞争优势。原因是竞争对手也会同时采用同样的策略。历史经验表明，医院的管理创新和新的企业形式都存在模仿行业领先者的效应。这也体现在纵向和横向整合上。在20世纪90年代中期，医生医院的战略联盟、医院兼并相当迅速。事实上，如果大家同时采用同一策略，竞争优势就只能来自于卓越的执行。不幸的是过去的经验表明，大多数执行都不成功。

六、必须平衡各个方面的利益和冲突。服务提供体系的整合将具有不同利益的专业人士整合到一起，将不同企业的激励、规模、资本等统一起来，这往往导致权力斗争和利益冲突，从而出现功能上的问题。

七、应注意协调支付方和消费者在整合中的利益。理论上讲美国的医院进行整合不仅仅是要在微观层面协调服务，而更重要的是与其他医院竞争，争取 HMO 合同，获得更高的补偿和市场占有率。但 HMO 等支付方对 IDNs 并不感兴趣。HMO 的管理者认为，整合的目标是以同样的工作获得更高的报酬，却忽视了加强医疗管理和系统性的连续照顾的重要性。许多 IDNs 方案对消费者的利益和需求也没有完全搞清楚。患者的需求是能方便地选择医生和获得一站式的服务？还是任何时候都需要“持续照顾”？他们是否明白“持续照顾”的真正涵义？“持续照顾”模式可能只适合一部分人(如老人、体弱老人，及慢性病患者)，而不是所有人。特别是急性病或慢性病患者会很看重自己的选择权，他们有可能会希望选择一个“总承包商”，有一个“保健一揽子计划”，但是他们同时希望这个计划能反映出自己的自由选择偏好。

参考文献

- [1]. Carey Thaldorf, Aaron Liberman. Integration of health care organizations-using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health system. *The Health Care Manager*. 2007;1(2)116-127.
- [2]. Brown M, McCool B. Vertical Integration: exploration of a popular strategic concept. In: Brown M, editor. *Health care management: strategy, structure and process*. Gaithersburg, MD: Aspen publishers; 1992.
- [3]. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and Low-income countries at the point of delivery. *Cochrane database of systematic review* 2006, Issue 2. Art. No.:CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003319.pub2.
- [4]. Byrne M, Ashton C. Incentives for vertical integration in health care: the effect of reimbursement systems. *Journal of health care management*. 1999;44(1):34-36.
- [5]. Lawton R Burns, Mark V. Pauly, Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health affairs*. 2002;21(4)128-143.

设计上海医改方案必须注意的问题及近期医改的有限目标

上海市卫生局 金春林

〔摘要〕国家医改方案已经公布，上海医改设计时必须注意处理好组建医疗联合体、管办分离、医保改革、医院补偿机制、全科医师培养、发展高端医疗服务业这六方面的问题。分析了组建医疗联合体必须克服的四个障碍；管办分离的精髓是政府卫生行政部门与医院院长间真正意义上的职责边界合理与清晰；医保改革应由医疗保险向健康保障模式转变，处理好“一卡通”与“个人账户”问题；医院补偿机制应着重处理好政府财政、医疗服务收费与药品收入三者的关系，在核定支出前提下，医院收支结余部分上交是实现公益性回归的途径之一；关闭公立医院开展的特需医疗服务是吸引社会资金举办高端医疗服务业的最佳途径；社区卫生服务中心医师不必全部是全科医师。最后提出“三包一线”，即建立上海市公共卫生服务包、基本医疗服务包、基本药品包及个人自负封顶线的上海市医改基本思路。

一、关于医疗联合体问题

医疗联合体就是以构建三级综合性医院为龙头，由若干个三级医院、二级医院、社区卫生服务中心组成的区域性医疗联合体。但问题的关键是三个级别的医院之间的关系有待研究。目前以资产为纽带形成一个独立法人单位的看法比较普遍。

医疗联合体改革是现有医疗组织体制的重大改革，体制改革在我国卫生改革中成功的例子并不多见。2000年的“三医”改革就是将

医疗、药品、医保分设成不同部门。由于追求部门利益造成不协调，进而要求推进“三医”联动改革，带来病人“看病贵、看病难”的强烈反响。

综观国际上绝大多数的国家，医院形成联合体的例子并不多见。香港是医院管理局下设7个医院联网，新加坡是以地理划分的东和西两个医疗集团。香港与我们的最大差别在于香港医院管理局是医疗服务提供与医疗费用支付合为一体的组织，与新加坡一样，他们的基层医疗机构和上级医疗机构的整体医疗技术水平并没有很明显的差异。一个地区的医疗体制往往与一定社会的人文、传统、习惯、理念等密切相关，根本无法照搬照抄，否则肯定水土不服。

建立联合体的目的是：一是分流病人，解决大医院人满为患、小医院利用不足的问题；二是带动和提高小医院医疗水平与质量。通过拉开不同等级医院的医疗收费标准与医疗保险的报销比例，可以在一定程度上达到分流病人的目的；通过加强社区卫生服务中心医生的继续教育，可以逐步提高医疗水平。

实施医疗联合体可能造成新的问题。因为医疗联合体实际上就是医疗托拉斯，在其区域内处于垄断地位，往往会挫伤其提高效率与质量的积极性；其次，各级医院间的利益分配问题难以协调，如果采取资金跟着病人走的分配方法，社区卫生服务中心往往不愿将病人转向上级医院，存在截留病人的冲动。如果资金不跟病人走，社区卫生服务中心往往存在过多转诊病人到上级医院的冲动。医院间人员分配、设备购置、维护费用由谁负责等等一连串的问题无法妥善解决。三是

由于对病人没有实行定点医疗，医疗保险总额如何合理地各联合体之间进行分配也存在很大困难。四是在目前的分级财政体制与人员管理体制下，实行联合体后区级财政投入积极性如何保护？联合体内人员如何流动？总而言之，在现有的外环境下，建立医疗联合体的条件还有待于创造。

二、关于管办分离管理体制问题

公立医院是由政府举办的。目前很多人将公立医院的管办分离理解成政府“只管不办”，这是彻底错误的。“只管不办”不叫公立医院。但也有人所谓创新思维，再建立一个政府机构具体负责“办”公立医疗机构，原有的政府部门(卫生行政部门)管医疗机构，这完全无视医疗事业的特殊性，照搬企业改革一套做法的结果。

医疗卫生事业有别于其他行业的最大特殊性是它是公益事业，医疗卫生服务的价格弹性很小，医疗的供需双方分别有诱导需求和追求最好医疗的愿望(因有保险支付，医疗价格对病人来说是有很大的折扣的)。

另外我们溯源“管办分离”的真正目的无非是想加强医院管理，提高医院运行效率，达到这个目的一定要建立新的独立的政府机构，专司办的职能就达到了吗？作者认为，管办分离应该是政府与办医主体公立医院间的职能清晰，公立医院院长全权负责医院日常运行，设立由政府相关部门人员和社会人士组成公立医院理事会负责重大投资和决策。政府将影响公立医院日常运行的有关职能和权限归还医院院长，如人事编制权。政府负责医院基本建设投资、大型设备购置。

只要划清政府与医院之间的职能边界，作者认为就做好了公立医院的管办分离了。

从大卫生部门管理体制出发，目前迫切需要的不是从卫生行政部门分离职能，而是应该将分散在政府各部门的管理医疗卫生的职能集中在卫生行政一个部门，比如财政投入、基本建设规模审批、医疗保险经办、人事机构审批、医疗价格管理等等。让卫生行政部门真正“花自己的钱、管自己的事”，才能提高有限医疗卫生资源的效率。

三、关于医疗保险改革问题

近 10 年来医疗保险在扩大覆盖面上取得了有目共睹的成就。换句话说，近 10 年医疗卫生改革的最大成可能就是包括新型农村合作医疗制度在内的各种医疗保险的覆盖面的不断扩大。但医疗保险在机制上还有不断完善的地方，比如片面注重自身资金平衡，而在代表病人利益监控医疗服务提供者行为方面还是非常薄弱的。在不同等级医疗机构之间的报销比例差距不明显，造成各级医疗机构间病人没有合理分流。因此在医疗保险基本全覆盖前提下，医疗保险要适时逐步向健康保险模式转变。逐步覆盖成本效果好的公共卫生服务项目、积极探索按病种付费制度，控制医疗服务提供者行为。

医疗保险中“一卡通”问题是大家对医疗保险议论最多的问题，指责“一卡通”放开定点医疗是医疗保险现有问题的根源。但作者认为，就医“一卡通”的正面意义大家似乎注意太少，“一卡通”解放了很多人的就医自由，不必固定在某一医院或只能在某等级医院就医，这是非常了不起的成绩。当然“一卡通”带来就医过分向三级

医院集中的问题完全可以通过上面提及的拉开不同等级医院的报销比例来解决。

医疗保险还有一个重要问题是应该取消个人账户。截至 2008 年底，全国基本医疗保险参保人数达到 3.17 亿，占到非农户籍人口的 73.4%。有 2279 个县开展了新农合，参合人数约有 8.15 亿人，参合比例达到 91.5%。2007 年全国城镇职工基本医疗统筹基金，当期的结余率是 34.8%，2008 年是 32.8%，这个比例远高于发达国家控制在 10% 以下的水平。2007 年，城镇职工的医保、城镇居民的基本医保和农村人口住院费用的报销比例分别是 70%、50% 和 30%。现在医保基金长期大量结余和低标准的医保待遇形成矛盾。这也是造成老百姓“看病难、看病贵”的主要原因之一。

医疗保险本来就是要把个人的医疗经济风险通过大家共同来分担。而设立个人账户实际上削弱了风险分担的能力，医疗保险基金结余过多也妨碍了提高被保险人待遇，提高了社会用工成本。其主要原因是由目前个人账户制度造成的。

四、关于医院的补偿机制问题

关于医院补偿机制的问题可能是大家议论最充分的，问题分析得也是最透彻的。公立医院补偿主要三大渠道：政府补助、医疗服务收费和药品收入。作者认为医院医疗服务收费标准原则上应该在医疗服务社会平均成本的基础进行确定，要着重体现医生的劳务价值。

本轮医疗改革中如果没有满意的医生，就很难有满意的患者，医改就无法成功。但医疗服务存在医生诱导服务的可能，为了克服医生

和医院诱导服务、过度提供服务的冲动，在具体医疗服务价格上，我们对那些容易诱导的服务，如各类检验、检查应制定低于社会平均成本的医疗服务价格；相反那些很难诱导的服务，如手术费、床位费可以制定高于社会平均成本的医疗服务价格。所以医疗服务价格政策有别于一般服务价格政策，它有很强的导向功能，有待通过医疗服务的价格杠杆作用充分发挥出来，可部分克服或纠正医疗领域中的“市场失效问题”。

其次，药品收入问题，一是药品价格，二是用药结构，三是药品用量。药品价格虚高现象必须得到彻底的根治，大大压缩流通环节及其发生的费用，只有降低药品价格才能压缩流通环节的利润空间，才能根本上消灭回扣等现象，才能真正让利于民，才能克服大处方、贵药好卖等逆市场基本规律的现象。药品问题的源头就是药品价格问题，只要这个问题处理好了，医院门诊药房改制为零售药店等所谓医药分离改革根本没有必要。

政府财政补助它不单是纯资金额的问题，它有一个导向的作用，有一个激励机制的问题。所以，作者认为本轮医疗改革成功与否不是增加政府投入就可以解决的。关键是要认真研究政府财政的投入方式与投入机制问题，政府财政投入必须首先体现政府意志，那就是公立医院要体现公益性，并且要高效率的提供医疗服务。而不是单纯的为公立医院搞基建或者按人头、床位拨款，应该重点补助那些提供费用低而医疗质量好医疗服务的医院。因此医改中各类医疗卫生机构的财政补助政策设计可能是影响医改成功与否的非常关键的因素。

最后，公立医院公益性回归的目标很好，但具体措施特别是可行的措施鲜有人提及，作者认为对目前公立医院的包括人员费用支出标准适当规定的前提下，对医院收支结余的一定比例上交上级主管部门，专款用于医疗卫生事业的发展。

五、关于引入社会资金发展高端医疗发展业问题

大家知道上海曾专门发文吸引社会资金实行多元化办医，但几年下来除低端的、小规模的社会办医疗机构、个人诊所有所发展外，上海市社会举办的成规模、有品牌的医疗机构凤毛麟角，这与上海市国际大都市和亚洲医学中心的地位极不般配。

事实上要想真正吸引社会资金举办高端医疗服务业，必须关闭现在公立医疗机构开办的特需服务并且明确今后公立医院不得开展特需医疗服务。让公立医院让出其目前占有的特需医疗服务市场。只有这样才能形成吸引社会资金举办高端医疗服务业。否则公立医院拥有国家财政投入（包括场所和设备）、医疗人才集聚、免税等优势，社会举办高端医疗服务根本没有这些优势是无法竞争的。另外公立医院不开展特需医疗服务也符合其办院方向。

六、关于全科医师培养问题

大家知道很多国家由全科医师担任居民健康“守门人”的职责，特别是英国。但在一些国家，特别是特大型城市没有很明确的全科医师概念，有的只是个人诊所的概念。为什么？第一因为培养全科医师的目的是因为一定区域范围内（特别人口稀少的农村、边远地区）一个医师要负责所在区域的所有居民的医疗问题，那他必须通晓医学所

有学科的知识，那就形成了全科的概念；第二，医师由于是个体开业，他也必须是个全科医生以应对不同病人的不同疾病。而这两个基本条件与我们上海的实际情况大体上是不一致的。

我们最基层的医疗机构—社区卫生服务中心，实际上是一个相当规模的医疗机构，拥有大量的医生且大都是坐等病人来就医的，根本没有不分大科（内、外、妇儿等）而采取划一的全科这样的诊疗模式。国外全科医生一般起分诊的作用，而我们社区卫生服务中心起分诊的同时，主要还是直接诊疗的。从诊疗的水平来看，总体上分科必定比全科高。因此作者认为上海社区卫生服务中心没有必要将所有医师培养成全科医师，如果说需要的话，社区卫生站和农村村卫生室的医生或许是需要全科的。

七、近期医改的有限目标

本轮医疗改革国家方案中目标非常明确。作者认为在上海只要认真落实“三包一线”，即建立上海市公共卫生服务包、基本医疗服务包、基本药品包及个人自负封顶线，医疗卫生改革就成功了70%。

对于公共卫生服务包我们要在现有社区预防保健经费不低于40元所提供的公共卫生保健内容基础上，再整合各级疾病预防控制中心、卫生监督所等公共卫生机构目前所提供的基本公共卫生服务内容，根据成本效果原则梳理出上海市公共卫生服务包的具体内容，政府向全体居民免费提供这些公共卫生服务。

对于基本医疗服务包我们可以在现在4000多种医疗服务项目中挑选常用但价格低的服务项目（如化验项目中使用国产试剂的项目）

进入基本医疗服务包，实行低收费甚至个人零自负的办法，鼓励病人使用基本医疗服务包中的项目，这样既可以降低医疗卫生总费用，减轻医疗保险费用支出也可以缓解病人看病贵问题，达到患者与医疗保险的双赢。

基本药品包事实上与基本医疗服务包非常相似。对于个人自负封顶线的设立是这次医疗卫生改革的重中之重，是改革的最大亮点。是以人为本，让百姓得实惠，是缓解百姓“看病难”最直接、最实际、最现实的选择。

有了个人自负封顶线，老百姓才有真正意义上的医疗保障，可能对拉动内需也起相当的作用。当然封顶线的标准可以认真研究，量力而行。其实，很多国家的强制性医疗保险中都设有个人自负封顶线，例如日本甚至设立了每月的个人自负封顶线。

欢迎读者来信批评指正，不吝赐稿。

来信来稿请寄：

北京西路 1477 号， 801 室， 邮编： 200040

联系人： 陈力歌、 林 海

电话： 021-22121869、 22121878

传真： 021-22121879

电子邮件： lige.chen@gmail.com， lin_hai_@hotmail.com

网址： www.shdrc.org（上海卫生发展研究网）

内部资料， 免费交流