

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

分级诊疗专刊
2015年 第3期
(总第62期)

上海市卫生发展研究中心

2015年4月10日

编者按 2012年以来,为解决患者在大医院扎堆,基层医疗机构衰退萎缩等状况,国家把重建完善分级诊疗模式、推进社区家庭医生服务、选择部分城市开展基层首诊试点作为公立医院改革的重要内容。2015年3月30日,国务院办公厅印发《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》(国办发〔2015〕14号),文件提出:建立并完善分级诊疗模式,建立不同级别医院之间,医院与基层医疗卫生机构、接续性医疗机构之间的分工协作机制,健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制,逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治。此后,全国各省市自治区纷纷出台相关政策重建分级诊疗制度,但就整体而言我国现阶段分级诊疗制度建设仍需要进行诸多探索。本期专刊从专题研究、媒体观点和国外经验三个维度,阐述国内分级诊疗的现状,理顺分级诊疗制度建立的难点,并提出相关建议。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第8卷第3期(总第62期)
2015年4月10日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号807室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林(常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云
编 辑: 何江江 杨 燕
陈 多 常雪沛
校 对: 陆文婷 李潇骁

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目 次

专题研究

- 为何中国没有形成分级诊疗格局····· 1
- 建立有序的就医秩序需要大智慧····· 14
- 分级诊疗体系构建求索····· 20
- 上海市构建分级诊疗体系的问题与建议浅析····· 26

媒体观点

- 上海市家庭医生制领衔分级诊疗····· 30
- 各省分级诊疗政策盘点····· 32

他山之石

- 医疗机构分工协作的国际经验及启示····· 36

为何中国没有形成分级诊疗格局

朱恒鹏

2009—2014年全国财政医疗卫生支出累计超过四万亿元，其中一部分投入基层医疗机构建设，意在强基层以建立分级诊疗体系，一部分投入城乡居民医保以降低居民自费负担。大规模增加财政投入的根本目标是解决城乡居民“看病难、看病贵”问题。令人遗憾的是，这一目标未能实现。一个直接原因就是在这五年多的时间中，三级医院高速膨胀，形成了对医生、患者和医疗费用的三大虹吸效应，加剧了城乡居民的“看病难、看病贵”困境。

习总书记2014年12月视察镇江世业镇卫生院时指出，大城市的一些大医院始终处于“战时状态”的状况需要改观，一语点中要点。以北京为例，2013年医院诊疗人次占比为67%，其中三级医院占比高达45%，社区卫生服务中心占比不足22%。2013年北京市医保统筹基金支出中65%用于门诊补偿支出，其中只有12%流向了社区医疗机构，88%流向了医院。在流向三级医院的医保资金中，高达58%用于门诊。与之类似的还有上海。2013年，上海的医院诊疗人次占比为56.8%，社区卫生服务中心诊疗人次占比为33.6%，基层医疗卫生机构的服务量占比同样表现不佳。值得指出的是，上海市的社区卫生服务中心体量巨大，其医生和病床规模基本相当于中西部地区的县级医院，实际上并非基层医疗机构。

作者简介：朱恒鹏，男，中国社会科学院经济研究所副所长、微观经济研究室主任

作者单位：中国社会科学院经济研究所，北京100836

转载自：朱恒鹏新浪博客，http://blog.sina.com.cn/s/blog_54fa35770102vnd0.html

我们再看看国际上几个主要国家和地区的数据。在英国，90%的门急诊由家庭医生首诊，其中90%以上的病例没有进行转诊，由全科医师完成治疗，98%的门诊处方药由全科医生开出。美国每年12亿人次的就诊量，其中81%发生在医院外的医生诊所（Physician offices），澳大利亚、加拿大、日本、我们的香港和台湾地区，这个比重也均超过80%。

毋庸讳言，我们的分级诊疗做得非常失败：一是分级诊疗政策无助于目前控制三级医院规模，二是分级诊疗体系建立的措施不成功，并浪费了大量行政资源。下面我们来具体分析：

一、目前的供给格局下，医保无法有效管控三级医院

医保是引导分级诊疗体制形成的重要一环，发挥着引导医疗资源配置和医患诊疗行为的关键作用。但是面对如此强势的三级医院，目前医保所能起到的作用大打折扣。

中国三级医院的规模之大，全球罕见。美国著名的大医院，例如麻省总医院病床不到1000张，梅奥诊所不到1500张，而中国三级医院的病床数平均达到905张，其中三甲综合医院病床数更高，国内一二线城市很多三甲医院病床数超过3000张，目前全国最大的公立医院郑大一附院的床位数更是预计将达到惊人的一万张。这些大医院在区域内占据垄断地位，老百姓就医几乎别无他选，医保部门既无法以取消医保定点为威慑要求其规范诊疗及收费行为，也难以找到合适的参照样本对其进行监督考核。而且这些大医院内部运行状况复杂，不同的医疗服务适合于不同的付费方式，医院内部能通过交叉补贴、转移成本等方式应对医保部门，所以复杂的医保付费方式也难以发挥作用。因此，面对巨无霸式的三级医院，仅仅就技术层面而言，医保就严重缺乏管控手段，而从这些三级医院在当

地的市场地位和政治地位看，医保更是缺乏有效的谈判能力，所以医保并没有能力管控三级医院，说实话，目前三甲医院已经养成挟患者以令医保和政府的局面。

也就是说，对于这些消耗了大部分医保资金的三级医院，医保毫无管控能力，我们在调研和研究中发现，对于现在的公立医院特别是三级医院来说，哪一种新型付费方式都起不到计划中的效果，在现有供方格局不改变的情况下，只有总额控制方式有效，且由于医保在区域内缺乏合理的参照系对医院的绩效进行比较管控，所谓的精细化管理基本没有可能。

换句话说，现在能够制约三级医院的唯一硬约束是医保资金总额和患者自费能力。通俗地讲，当地医保基金的筹资水平和患者的自费能力决定了当地三级医院的收费上限，目前三级医院的普遍做法就是用尽医保分配给自己的基金总盘子且年年超支，同时尽可能增加患者的自费支出。所以一个看似反常实则很正常的现象是，越是经济发达地区，医保患者住院费用的实际补偿率越低，比如上海市城镇职工三甲医院住院的实际补偿率仅为60%左右，而贫困地区毕节市参合农民的这一数据却能超过75%。看似反常是因为发达地区医保筹资水平高，因此住院实际补偿率应该更高才对；实则很正常是因为发达地区患者收入高自费能力强所以医院可以更多地诱导其使用自费项目，从而最终导致其实际补偿率反而低于欠发达地区。由此带来的连锁效应是，患者对三级医院如此低的医保补偿率强烈不满，而三甲医院给患者的解释是医保给其的额度太低，从而形成挟患者以令医保提高额度的局面。

实际上，医保不仅无法通过停止医保资格来惩处三级医院的违规行为，即便罚款这种力度有限的手段也很难使用，因为一旦罚

款数额较大，这些在区域内拥有垄断地位的三级医院往往以退出医保定点、不接受医保病人等方式要挟迫使政府和医保放弃惩罚，这就是典型的利用垄断地位挟患者以令政府（医保）的现象。例如，2014年浙江医保开展反欺诈行动，查处了一批套取医保资金的定点医院和定点药店，但从公布的查处名单来看，大部分定点机构只是被责令整改，只有少数药店和极少数的医疗机构被剥夺了定点资格，且这大部分是不知名的小药店和门诊部。目前国内住院率平均超过14%，存在明显的过度住院现象，业内均知道这是医院通过挂床或虚报住院人数等方法套取医保资金，医保一方也明明知道实情，却对医院无能为力。另外，医保本身管理能力较差，支付方式落后也是事实，也制约了其对医院的管控能力。

二、医保引导患者基层首诊的效果有限

有人提出，可以通过限制医保补偿资格和补偿比例的办法把患者留在基层，通过拉开基层与医院的医保报销比例，引导患者留在基层首诊，或者不在社区首诊、自行到医院门诊的费用不予报销，但这种方法的效果很有限。

首先，通过医保引导患者到社区首诊，不能改变社区就是没有好医生的事实。认为只要把患者留在基层，基层医生看的病人多了，经验丰富了，就能够成为好大夫的想法是不切实际的。好大夫是通过竞争带来的自我提升压力和优胜劣汰逐渐训练形成的，没有优胜劣汰机制，一个天资不足者就是看一辈子病人也成不了好大夫，没有竞争压力，即便是一个高材生也未必有足够动力成为好大夫。

其次，在患者支付能力普遍大幅提高的情况下，患者很可能直接放弃医保报销，全额自费去质量有保障的大医院看病，基层即使再怎么提高医保报销比例也很难留住大部分患者。另外一部分人可

能到社区卫生服务中心拿转诊单到医院看病，转诊成了走过场，这样的操作只是给打定主意要去医院看病的患者徒增麻烦。

从实际实施情况来看，实施了医保门诊统筹制度的地区，都或多或少地拉开了不同层级医疗机构的门诊报销比例，基层报销比例高、医院报销比例低，或辅以提高经社区转诊的医院报销比例等措施。例如，北京职工医保的社区报销比例为 90%，医院报销在职职工 70%、退休职工 85%；佛山职工医保在一级医疗机构报销 75%，二级报销 60%，三级不报销。尽管基层的医保报销比例已经拉得非常高，部分地区甚至近乎免费，与上级医疗机构形成了一定的报销比例级差，但并未因此扭转患者蜂拥三级医院的局面。

部分地区的做法则更为激进一些，以社区首诊为获得医院门诊报销的条件，可以说是医保方面的“强制社区首诊”。以东莞为例，职工医保在社区报销 70%，经过社区转诊的医院门诊报销 70%，不经社区转诊、直接到医院看病的不予报销。但从东莞的数据看来，2013 年医院门诊量占比为 55.1%，高于全国和广东平均水平；医院门诊和住院比高达 43.2:1，远超全国平均水平，也超过广东平均水平。按道理说，经过社区首诊的筛选后，到医院就诊的患者平均病情更严重，其中需要住院治疗的比例也更高，因此社区首诊较成功的地区医院的“门急诊人次/住院人次”比例应该更低。东莞外来人口多、人均门急诊次数高，分级诊疗做得差与其他诸多原因有关，但上述两个数据至少说明了强制社区首诊的做法完全没有扭转这一局面。

有人提出，包括医保强制转诊在内，更强硬的转诊要求能促使患者形成“有序就诊”，他们给出的佐证是计划经济时代已经通过“强制基层首诊”制度形成了分级诊疗体系，当时即便是城市居民也没有蜂拥到高等级医院看门诊，农民更是少有进城看病的现象。因此，

继续通过计划手段配置医疗卫生资源，恢复“强制基层首诊”制度才能有效恢复分级诊疗制度，才能解决“看病难、看病贵”问题。这种观点无疑忽视了社会经济体制的时代变迁。第一，计划经济时代，城乡居民收入水平很低，承担不起自费去医院看病，当时所谓的“有效的分级诊疗体系”绝非政策安排的结果，而是城乡居民收入低下的自然结果。建国前没有什么转诊制度，也没有出现全国人民蜂拥北京看协和的局面。时至今日，城乡居民收入水平大幅提高，自费能力越来越强，对医疗服务水平和质量的要求越来越高。事实上，目前大部分地区城乡居民到三级医院看门诊多是全额自费，异地三甲医院住院医保实际补偿率也很低，自费率一般在70%以上，即便如此，城乡居民还是蜂拥到三级医院看门诊，蜂拥到三级医院住院。这意味着，企图凭借计划手段将患者强留在所谓的“基层医疗机构”就医，企图通过降低高等级医院医保补偿率的方式来建立“强制社区首诊”制度，是不可能的。第二，另一个关键因素是疾病谱的变化，当时的门诊主要治疗感染性疾病，如感冒、痢疾等，这类疾病来得快治得也快，技术要求不高，基层卫生室的医生就足以诊治，的确也不需要去医院，而今天的大部分门诊疾病是心脑血管疾病、糖尿病等慢性病，这些慢性病的诊断更为复杂，初诊确诊往往需要到高水平医生，诊断和治疗所需技术水平已经大大高于计划经济时代诊断感染性疾病的要求。

三、通过行政手段强令遏制三级医院扩张无法奏效

2014年6月，国家卫生计生委下发《关于控制公立医院规模过快扩张的紧急通知》，要求各地严格控制公立医院床位审批、建设标准和大型设备，严禁公立医院举债建设。事实上通过直接发文这种行政手段遏制公立医院扩张基本没有什么效果：第一，三级医院普遍

财力充足，不需要财政投入也足够自行扩张。第二，卫生行政部门和三级医院管办不分，本就是一家人，三级医院规模扩张对卫生行政部门尤其是主管领导是好事而非坏事，怎有积极性自断臂膀？而对于地方政府来说，只要不用财政多投入，公立医院规模扩张是地方政府的政绩，自然也没有严格控制的积极性。

从中国改革历史实践来看，政府通过行政手段遏制公立机构规模扩张的做法基本是屡战屡败。同样的手段在医疗卫生行业不会有什么不同的结果。

四、通过行政手段组建医联体

通过建立公立医疗机构联合体的方式促进形成分级诊疗制度，把优质医疗资源下沉到基层，这是组建医联体的政策初衷。但实际上，通过行政力量组建医联体的做法有两点错误之处：

第一，公有制占主体的前提下，行政分级管理和财政分灶吃饭的格局难以突破，不可能建成真正意义上的医疗联合体。“分级管理、分灶吃饭”是公立主导体制下维持基本的激励和效率的必然选择。从建国至今，中国体制改革的大趋势是分权，县区公立医院和社区医疗机构由县区政府管理和财政补贴，不可能将其人财物交给三甲医院来管理和调配。

第二，即便个别地区三甲医院、二级医院和社区中心能够通过经济纽带建立紧密型联合体，这个医联体也弊大于利。医联体的寡头垄断地位，使其可以高技术、高质量为诱饵，挟患者以令医保，使其能够和医保索取更高的额度。简言之，医联体的寡头垄断地位，事实上减弱了竞争、削弱了医保对医疗机构的控费和引导职能。其次，医联体主导方是三甲医院，主要由专科医生组成，专科医生的职业特征是技术至上和质量至上，其职业偏好是用最好的技术实现最好

的质量。所以，三甲医院领导康复医院和社区，倾向于高技术、高质量，自然高成本，而且缺乏宏观效率。这种从上而下的垂直一体化模式，很容易把社区机构变成病患抽水机。国际上的经验亦表明，专科医生主导的医疗服务体系，医疗费用高，而质量却并不一定高；以家庭医生为主导的医疗服务体系，由家庭医生引导患者和医保资金流向的医疗服务体系，总体医疗费用低，医疗质量高。这表明，即便我们建成了由三级医院统领的医联体体系，也无助于降低医疗费用。

五、现行医疗体制的行政垄断

中国没有形成分级诊疗体系原因：医疗体制行政等级制形成分级诊疗体系的关键在于，社区有患者信任的好医生坐诊，常见病、多发病不需要去三级医院门诊排队解决。但在现行医疗体制下，基本没有这样的可能。阻碍好医生流向并留在社区，根源在于医疗体系的行政垄断以及与之配套的行政等级制。

众所周知，我们的医疗服务体系由公立机构主导，时至今日90%的医疗服务还是由公立机构提供。行政部门通过一整套行政手段维持公立医疗机构垄断医疗服务供给的格局迄今未变。公立主导体制下医疗资源配置的核心手段是行政等级制度。同一区域的医疗机构，分为一级、二级和三级，其中每级又分甲乙丙等，对应着不同的行政级别。级别越高，政府分配给的资源越多，财政投入越多，占地越大，设备越高端，政府确定的医生工资水平越高。同等水平的医学毕业生，进入不同级别医疗机构，发展空间差距巨大，退休后退休金差距巨大。这种情况下，越高水平的医生，就会向越高级别的医院集聚，患者就医当然随之集聚，分级诊疗如何可能？

行政等级制的医疗服务体系，形成于计划经济时代。当时，一切资源都掌握在公立机构，财政拨款维持机构运营。为有序分配包

括财政经费在内相当有限的公共资源，政府必然也只能通过行政措施将公立机构划分级别，严格按行政层级分配，即采取“分级管理、分灶吃饭”体制，以此保证预算的适用性和有效性，同时也减少大锅饭的无效率，以及公有制天然存在的预算软约束。由此维持公有制的基本效率，防止该体制崩溃。

就可支配的资源和发展空间而言，城市医院、县域医院和乡镇医疗机构之间存在明显差异并不奇怪，各国皆然，因为资源向城市积聚，城市具有更大的发展空间和更高的收入水平是客观规律。但在同一个城市内部，医疗机构所能得到的资源完全由其行政级别决定，高水平医生积聚高级别医院，高级别医院医生发展空间大、福利待遇和社会地位高，基层医疗机构只能分到低水平和低年资医生，其医生发展空间小，收入水平、福利待遇和社会地位低，却是公立主导体制形成的行政等级制的必然结果，为中国大陆独有，其他国家和地区并非如此。

高水平医生积聚高级别医院这种资源配置方式，自然也就形成基层医生水平低的社会信念，且日益根深蒂固并形成恶性循环，患者也越来越不信任社区医生。这是我们无法形成分级诊疗体系的根本原因。

国际比较可以让我们清楚地认识到这一点。其他国家和地区，优秀医生并不集中在大型医院，而是分散在社区医疗机构。在这些国家和地区，普遍的现象是，医学生毕业进入医院做住院医培训，通过考试获得执业医师资格后，一般继续留在医院工作若干年，待医术和声誉俱佳时，离开医院到社区自办诊所，开始独立或合伙执业，他们通常和医院保持着合作关系，或在自家诊所和医院间多点执业。这样的医生在社区开诊所，自然会得到患者认可。因此这些国家和地区很自然地形成分级诊疗格局，社区居民看病，很自然地首选诊

所而非医院。

相应地，这些国家和地区的医院基本没有多少普通门诊业务。数据清楚地显示了这一点，美国，加拿大、德国、法国、澳大利亚、日本、我们的香港和台湾地区，超过80%的门急诊由诊所完成，英国90%的门急诊在全科医师诊所首诊，其中90%以上的病例没有进行转诊。

有一个关键点需要指出，在这些国家和地区，社区医疗机构主要是由单个医生私人开办或多位医生合伙开办的私营诊所，比如美国、德国、加拿大、日本、澳大利亚、社区门诊机构90%以上是私立诊所，日本这一比例是99.4%，台湾地区是97.8%，香港私营诊所比重也超过90%。英国承担社区首诊业务的全科医师诊所80%以上都是私立的。环顾世界各国，市场经济国家鲜见社区门诊机构以公立为主能够形成分级诊疗格局的案例。毫无疑问，其他国家和地区医生都是自由执业者，自由执业是最符合医疗行业特征的执业方式，在医生自由执业的条件下，分级诊疗是医疗服务体系的自然结果，无须刻意追求。因为自由执业的医生很自然地根据社区居民的方便开办诊所，很自然地根据疾病谱的特征形成分工合作体系。中国之所以未能形成分级诊疗格局，是公立主导体制必需的行政等级制扭曲了医疗行业自然特征的结果。

和现代市场经济国家中医生均为自由执业者截然不同，中国的医生迄今都不是自由执业者，绝大多数还是拥有所谓国有事业编制身份的国有事业单位职工，通俗说法是“单位人”而非“社会人”。获得事业编制身份就意味着获得了“铁饭碗”，这一“铁饭碗”的好处是，除非本人自愿离职或因违规而被开除公职，终身无失业和离职之忧。但与之捆绑的约束是，执业完全听取单位安排，无法也不可能医疗机构间自由流动，甚至不能在公立医疗机构间自由流动。

而放弃事业编制又存在巨大的职业风险，这一编制身份代表的是事业单位与企业间无法衔接的社会保障待遇和巨大的待遇差距。事实上，我们也正是通过事业单位体制和事业编制身份制度实现和维持行政等级制的。自上而下的行政等级体制，形成了与之配套的人事薪酬制度。我们这里无需一一详列高等级医院的各种优势，仅仅列举其工资和养老金优势已经足矣，而这个优势，正是医生最为看重、尽管不是唯一看重的一点，这个优势正是优秀医生积聚在高等级医院最为重要的原因之一。

现行事业单位的工资和养老制度具有明显的行政等级制特征：其一，事业编制身份的职工工资和养老金比企业身份员工高。因此，同样是医生，工龄、学历、职称、岗位相同，在政府办医院拥有事业编制身份退休，在岗薪酬和退休金明显高于企业医院和民营医院医生。其二，事业编制身份和单位行政级别决定了个人的工资和养老金待遇。行政级别越高的事业单位，工资和养老金越高。这是典型的行政等级身份制度，通俗讲就是“单位人”制度而不是“社会人”制度，完全不符合市场经济体制的按劳取酬原则，也完全违背医疗行业的职业特征。医者，应该是靠医术和医德而非编制及单位行政级别吃饭。

如果非公立医疗机构得以充分发展，可以很大程度撼动这一行政等级化的医疗服务体系。问题是，现行政策又通过区域卫生规划、医生执业地点限制、医保定点资格授予等种种政策，打造了抑制非公立医疗机构发展的一扇扇“玻璃门”，大大减少了医生的执业选择。

《执业医师法》要求医生执业必须与固定的机构相绑定，缺乏成熟发展的非公立医院，同时无法自己开设诊所执业的情况下，医生执业资质与所在公立医院完全捆绑，离开公立医院也就失去了执业资格。

医保定点资格方面，尽管医保政策明确，符合医保相关规定的

医疗机构均可以成为定点医疗机构，但实际操作中，许多地区基于对非公立医疗机构的歧视，大量满足条件的非公立医疗机构不能纳入医保定点范围。这就挡住了医保患者在非公立医疗机构的就医之路，从而也就大大限制了医生的执业选择。

区域卫生规划制度是计划经济体制下的医疗资源行政配置方式，放弃计划经济体制，进入市场经济体制后，这一资源配置方式已经完全没有存在价值而且暴露出非常大的弊端。实际上，从保障医疗服务质量和安全的角度考虑，在对医生执业实施了执业医师资格准入制度后，医生的执业资质已经得到了保障，且拥有合法执业资格的医生数量已由这一准入制度进行了规范和限制，从而医疗资源的数量和质量也经由这一制度得到了保障和控制。此种情况下，没有必要也没有理由再通过对医疗机构的数量设置规划来限制医生的执业地点、执业机构和执业方式。换言之，具有执业资格的医生无论是在公立医院、还是到民营医院执业，或者自办诊所，总的医疗资源数量已经经由上述准入制度得以控制。选择何种执业方式和地点更方便患者就诊，显然还是医生们更了解，也只能是通过他们的逐渐摸索才可能实现最优配置。坐在办公室中的官员没有必要也不可能通过规划进行最优配置。

上述种种制约，剥夺了医生根据市场需求选择执业方式和执业地点的自由，使得医生不能根据患者的就医需求自由选择执业地点和执业方式，从而使得以医生为主体的医疗资源无法和城乡居民的医疗需求实现最佳匹配，分级诊疗体系当然无从形成。

前述三级医院日益膨胀，虹吸基层正是上述体制的必然结果。优质医疗资源集中在高等级医院，在整个社会已经是市场经济体制，收入水平显著提高的城乡居民具备了不可剥夺的自由择医权的情况

下，患者必然携带其越来越强的自费能力和医保待遇向高等级医院集中，从而使得高等级医院获得更多的经济收入和可以自己配置的资源，这又使得优秀医生进一步向高等级医院流动，从而“强者更强、弱者更弱”。本应该在社区（诊所）提供常见病、多发病诊疗服务和健康管理（家庭医生服务）的优秀医生、在二级医院提供常见病住院服务的优秀医生，以及在社区或康复护理机构提供康复护理的优秀医生，都被吸引到大医院工作。而垄断了优质医疗资源的三级医院，把本应该在基层解决的小病、常见病、多发病、包括慢病业务也都一把揽过来，形成了三级医院上下游通吃的格局。随着患者向上集中，本应用于看小病、防大病、慢病管理的医保资金，也被吸入三级医院，整体医疗费用大幅上涨，各地医保资金捉襟见肘。

而近年来的基层医疗机构改革又对此起了推波助澜的作用。2009年以来，各地政府都加大了对社区卫生服务中心（站）的投入，社区卫生服务中心（站）在数量和硬件上都得到很大发展。但因为恢复事业单位编制制度，实施收支两条线、药品零差率等计划经济体制安排，在“定岗定编定工资标准”和“收支两条线”的人事薪酬制度下，基层医生严重缺乏工作积极性。

与此同时，一刀切的行政指令下，脱离实际的公卫任务尽管花费了大量财政投入，亦耗费了社区医卫人员大量精力，却很大程度上流于形式，基本陷于了“财政真掏钱、社区假干活”的局面。这种业务模式的另一个恶果是，社区吸引不到、留不住拥有较丰富临床经验的好医生，因为这些医生不愿意陷身于形式主义的公卫业务，荒废了自己的临床能力。

（责任编辑：杨 燕）

建立有序的就医秩序需要大智慧

徐 玮

自 2009 年党中央国务院作出了深化医改的重大决策部署以来，经过 5 年的努力探索，我国的医改取得了重大阶段性成效，突出表现在，全民基本医保制度框架基本建成，国家基本药物制度全面建立，基层医疗卫生机构综合改革持续深化，基层医疗卫生服务体系显著加强，维护公益性、调动积极性、保障可持续的新运行机制初步建立，基本公共卫生服务均等化水平明显提高。医改的阶段性成功，在一定程度上缓解了人民群众“看病难、看病贵”的问题。但与此同时，我们也要清醒地看到，医改取得的成绩还是初步的、阶段性的。当前，医疗需求增长与保障供给不足的矛盾依然存在，卫生资源不足与卫生资源浪费问题仍然突出。建立一个有序的就医秩序，是发挥有限的医疗卫生资源最大效应的关键。

一、我国就医管理的历史

新中国成立以后，我国在较长时间内处于计划经济体制，就医也是有管理的。无论是适用于企业职工的《中华人民共和国劳动保险条例》还是机关事业单位职工的《公费医疗管理办法》，以及 20 世纪 60 年代至 80 年代在农村开展的合作医疗，无不强调就医的有序管理，如《劳动保险条例》第十三条就规定：工人与职员疾病或非因工负伤，应在该企业医疗所、医院或特约医院医治，如该企业

作者简介：徐玮，男，杭州市医疗保险管理服务局副局长
作者单位：杭州市医疗保险管理服务局，杭州 310003
转载自：《中国社会保障》，2014 年第 9 期

医疗所、医院或特约医院无法医治时，应由该企业行政方面或资方转送其他医院医治。《公费医疗管理办法》第七条也明确，享受公费医疗人员，在指定医疗单位就诊的医药费才可以全部或部分在公费医疗经费中报销。在广阔的农村，赤脚医生、合作医疗制度和三级医疗保健网则一度被认为是中国农村医疗服务的“三大法宝”，世界卫生组织和世界银行予以高度评价，被誉为“以最小投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。1989年，原卫生部《医院分级管理办法》明确，要依据医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理综合水平的不同对医院进行分级管理，各级医院之间应该建立完善双向转诊制度和逐级技术指导关系。

应该说，在计划经济体制下，医疗卫生体系定位是明确的，医疗服务的可及性大大增强，医疗服务、预防保健等各个方面也都取得了很大的成就。当然，由于社会经济发展和综合国力的影响以及“政事一体化”的管理，我国在医疗技术，服务水平和基础设施建设方面不同程度地存在一定问题。

1992年9月，国务院下发了《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，提出“建设靠国家，吃饭靠自己”，要求医疗机构“以工助医、以副补主”，想方设法进行创收，于是医疗机构的公益性逐渐淡化，群众反映“看病问题”开始凸显。

2000年7月，为贯彻落实国务院办公厅转发国务院体改办等八部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》，为引进竞争机制，促进医疗机构内部运行机制改革，城镇医疗机构实行“病人选择医生”改革。从此以后，医疗机构不论大小都要做强做大、同质竞争，而患者“不管大病小病，首选公立大医院”，失去管理的就医人流，如决堤的江水遍地流动。

2012年，据统计北京市全年门诊总量已经达到了近两亿，其中六成是由大中型公立综合医院完成的。而以宣武医院为例，一天的病人中30%是开药的，其实他们在家门口的社区卫生服务机构就能解决问题。二三级大医院“人满为患”，基层社区卫生服务机构“门可罗雀”，无序就医成了“看病难”问题的首要症结，也成为医改进入“深水区”亟待破解的顽疾。

二、再造合理就医秩序的难题

今年两会期间，李克强总理在政府工作报告中提出，要“健全分级诊疗体系，加强全科医生培养，推进医师多点执业，让群众能够就近享受优质医疗服务”。

分级诊疗，简单地来说就是“小病在社区、大病去医院”，其实是使医疗资源更加合理配置、就医秩序更加有序、医疗资源发挥更加高效，从而破解就医者“80%集中在大医院，仅有20%在基层医院”的无序就医问题。围绕分级诊疗，这几年来，各地开展了一系列探索。但在探索的过程中，却并没有取得预期的效果，甚至引起了群众的抱怨，这其中的原因值得我们深思。

习总书记说，改革是问题倒逼而来的。医疗卫生体制改革也一样，我们做了很多工作，但人民群众还是不满意，或许说明我们改革的目标本身有问题，或者说，我们做的并不是人民群众想的？

人民群众想什么？无非是“看好病、少花钱、能方便”。请注意，在这三个希望中，“看好病”一定是首要的！谁都知道，在生命面前，再多的钱也是纸。因此，医改首要的目标任务就是把人民群众的病看好。

所以我们应该理解，虽然医学专家说，65%的门诊病例可以在社区基层解决，如果实现病人合理分流，可以节省医疗费用40%。

医疗卫生体制改革过程中不断提出的基本药物制度、分级诊疗制度以及完善医保制度，都应该有利于降低群众就医费用，减轻千里奔波之苦，但人民群众还是宁可费时、费力、费钱去大医院而不肯去基层社区卫生服务机构，为什么？因为人民群众说，我最为关注的是服务质量（90.20%），其次是服务态度（61.80%），最后才是服务价格（44.90%）。在生命面前，我不差钱！

或许，我们做的真不是人民群众想的。

首先看基本药物。基本药物制度本应更重视机制而不是仅仅重视目录，这个机制就是要从价格政策上积极鼓励基本药物的生产与流通，从绩效考核正向激励方面鼓励医疗机构使用基本药物，从合理用药、安全用药方面加强对参保人员基本药物的知识宣教。为此，国家卫生计生委等部门联合制定的合理用药十大核心内容的第一条就是“优先使用基本药物”，但在具体实施过程中，基本药物成了社区只能配备和使用的药物，难怪群众说：“我生的不是‘基药’病”。同时，重目录轻机制，更导致了一些地方基本药物无药可用、无药肯用。

再看公立医院改革。政府希望通过公立医院改革，特别是以“破除以药养医为契机”，能使百姓得实惠、医院得发展、政府得民心。但事实上，恰恰是公立医院也实行药品零差率这一个得民心的政策，却使得大型公立医院更加“人满为患”，基层社区卫生服务机构更加“门可罗雀”。

也说提高医疗保险报销比例。为了让医疗服务价格能体现价值，对医疗服务价格进行适度调整，本是一件很正常的事，但为了得民心，政府提出医保基金要提高报销比例，以不至于增加人民群众的负担，但人民群众却说：这医保的钱不就是我的吗？

三、有序就医的对策建议

分级诊疗不一定是某个群众的需要，但一定是解决广大人民群众“看病难”的抓手。李克强总理有关医疗卫生体制改革要“保基本、强基础、建机制”已经给我们明确了方向，但我们在具体实施过程中，一定要站在人民群众的角度来考虑。

一是要夯实基层基础。既然人民群众对基层社区卫生服务最担心的是服务质量，那我们就要想方设法消除人民群众的担心。如果基层医生，特别是边远地区医务人员服务能力能明显提高，足以让人民群众感觉这样的服务是有效的、安全的，人民群众是不愿意再千里迢迢去大医院通宵排长队的。

二是要强化医院的分级管理。只有供方（医疗机构）实行分级管理，患者才会按需有序流动。医疗机构实行分级管理，就是要按照医疗机构管理的原理，遵照医疗卫生服务工作的科学规律与特点，调整完善三级医疗服务体系，以增强其整体功能，充分合理地利用我国有限的卫生资源，提高医院管理水平和医疗质量，更好地为人民健康服务。

三是相关政策的出台要有利于促进分级诊疗。对基层社区卫生服务机构的倾斜政策一定要有利于提高基层医务工作者的积极性，激发其主动为社区居民提供服务，大型医疗机构要积极支持基层社区卫生服务机构留住病人，可以通过输出技术，社区分诊、代挂专家号等方法，合理分流就医人群，增加基层医务工作者与居民的粘合力，提高其服务对象的依从性。基本药物政策更要有利于分级诊疗，基药政策在基层社区卫生服务机构和大型医疗机构运用中应有所区别，如，社区可以配备并倡导使用基本药物，但不应仅仅配备和使用这些基本药物，如能放开基层社区卫生服务机构的备药品种数量，

基本药物可以进一步“瘦身”，“瘦身”到“国家免费药品”，以加大基层社区卫生服务对长期慢性病的吸引力。但基本药物不提倡在大型医疗机构也执行零差率，以免诱导患者倒流。医疗服务价格政策也相同，要拉开不同等级的医疗机构和医疗服务的价格差异，合理分流就医人群。医疗保险则可以通过拉开基层社区卫生服务机构和大型医疗机构支付标准和比例等政策，引导人民群众合理就医。

四是要创新机制。医疗服务是维持健康的服务，生命的连续性决定了医疗服务也必须是连续的。即“在时间上没有中断和终止”。连续性的医疗服务应该包括三层含义，即从生到死的全过程，包括从健康档案的建立、应用和修订完善，疾病的治疗，康复或者死亡；不同层次不同类型医疗（医药）机构之间的无缝隙全程服务，包括综合性医院和专科医院之间的转诊，高低等级医疗机构之间的转诊，医院和药店之间的配合等等；同一机构不同服务之间的相互衔接、无缝隙，包括普通门（急）诊各科之间以及普通门（急）诊与住院服务的衔接等。分级诊疗并没有妨碍医疗服务连续性的实现，当今世界，信息技术日新月异，社会保障卡和医疗大数据已经具备了连续医疗服务管理的基础，完全可以在不同的时空实现双向转诊，社会保障卡不仅仅可以成为“诊间结算卡”，同时，也应该成为开启分级就诊、双向转诊、连续医疗管理的“金钥匙”。

五是健康宣教。人民群众需要通过健康宣教获得良好的健康知识、合理用药和合理就诊的常识。但庄子云：语之所贵者意也，意有所随；意有所随者，不可以言传也。“身教”甚于“言传”，健康宣教也需要大智慧。

（责任编辑：杨 燕）

分级诊疗体系构建求索

王 宁

【导 读】 在中国的医疗服务体系构建过程中，分级诊疗是一个常讲常新的课题。其必要性不言而喻，但实现路径却存在争议，效果更不理想。2014年，李克强总理在政府工作报告中明确提出，未来要“健全分级诊疗体系”。这表明，分级诊疗体系的建设再次成为国家卫生工作的重点。据了解，国家将研究制定印发“关于开展分级诊疗服务的指导意见”。其初步设想为，在城市市辖区内部，通过公立医疗服务体系，组建资源纵向整合的联合体；在农村区域，县级公立医院与乡镇卫生院纵向组建联合体；城市三级医院与县级医院通过对口支援，建立长效联系机制，畅通转诊通道。然而，国家构想的分级诊疗体系如何落实？存在哪些制约因素？如何才能真正实现医疗资源的双向流动？

一、长久以来，中国无法有效构建分级诊疗体系的根源是什么？

蔡江南*：基层优质医生紧缺

中国分级诊疗体系长期无法有效建立的因素有很多，但其根源在基层医疗机构缺乏优质医生。根据最近整理的数据显示，约有50%的中国医生教育程度在本科以下，而这些医生主要集中在基层医疗机构。由于中国医生收入普遍偏低，而且要依附于公立医疗体制，医生和医学毕业生都不愿到基层医疗机构工作。由此导致基层医疗机构长期以来服务水平有限，患者自然涌向城市大医院。

作者简介：王宁，男，记者

作者单位：《中国医院院长》杂志有限责任公司，北京 100044

转载自：《中国医院院长》，<http://www.h-ceo.com/journal/read/1437/82.html>

* 蔡江南：中欧国际工商学院卫生管理与政策中心主任

林翼金*：政府职责缺位

构建分级诊疗体系，实质上是一种计划经济思维，需要通过行政命令来实现。然而，现在政府对医疗机构的管理还停留在非常粗浅的层面，没有深层次的具体干预措施，由此导致分级诊疗体系长期无法建立起来。改革开放后，随着中国三级医疗网络的瘫痪，全民逐渐开始自由就医。出于对生命健康的需求，患者必然涌向高水平医院。因此，如果没有经济杠杆和政府强硬的政策，比如首诊必须在基层等措施，分级诊疗格局很难实现。另一方面，政府也没有很好控制大医院的发展规模。为了追求利益最大化，各大医院规模过度扩张。这不仅导致优质医疗资源流向大医院，也固化了患者单向流向大医院的格局。而大医院出于自身对患者数量的需求，往往也不会主动考虑与基层医疗机构实现联动。

韩铮铮*：体制造成联动障碍

中国分级诊疗体系的构建设想，与现有的医疗体制存在严重冲突。目前中国绝大多数基层医疗机构实行收支两条线的管理体制。这与城市大医院在市场经济体制下运作，有着天然的隔阂。虽然目前很多试点大医院实行了药品零差率销售，但仍然存在“检查补医”和“手术补医”等顽疾。由于内在利益驱动机制不同，基层医疗机构和大医院往往很难构建具有实质意义的分级诊疗体系。此外，基层医疗机构和大医院在药品种类和数量上的差异，也是导致患者流向大医院的重要原因。很多患者因为基层医疗机构药品种类有限，不得已才舍近求远去大医院开药。而大医院若想下转患者到社区，也面临着药品种类无法衔接的问题。如果要建立基层医院与综合医

* 林翼金：江苏省丹阳市人民医院院长

* 韩铮铮：北京德胜社区卫生服务中心主任

院的绿色转诊通道，药品使用目录必须调整。

童朝辉*：医保加重无序就医

中国全民医保体系的构建，虽然缓解了公众看病贵的难题，但也在一定程度上，成为基层医疗机构日益孱弱的诱因之一。中国的医疗保障制度，仅对不同级别医疗机构的报销比例进行了制度安排，但对患者的就医行为没有硬性的制度约束。在基层医疗机构服务能力不强的情况下，仅通过医保报销比例，无法引导患者流向基层医疗机构，反而在一定程度上促使患者流向大医院。如果国家未来对患者的就医行为仍然没有强硬的制度约束，构建分级诊疗体系的政策目标将很难实现。

二、国家构想的分级诊疗体系如何才能落地？哪些体制和机制需要进行调整？

蔡江南：推进多点执业

目前中国公立医疗机构实行的单一就业模式需要调整。卫生行政部门可以通过开放医师多点执业，或引导医生在基层兼职，盘活现有的医疗资源存量，以提高优质医生的服务价值。此外，卫生行政部门还要鼓励社会资本参与或举办基层医疗机构，以缓解基层医疗资源的短缺。比如近期北京允许在职医生开办私人诊所，就是一种有益的探索。此外，现在基层采取的收支两条线管理体制，在一定程度上导致基层医生收入低、没有积极性，急需改革。要把更多的优质医生吸引到基层医疗机构，需要合理的补偿机制和激励机制。

林翼金：改善考核机制

卫生行政部门应该着力控制大医院的扩张规模，让大医院主动考虑与下级医院的联系。首先，三级医院培训的医学生，可分配到

* 童朝辉：首都医科大学附属北京朝阳医院副院长

下级对口医院实习，以此建立天然的感情联系。其次，卫生行政部门可以将大医院下转率、对口下级医院的上转率及诊疗能力，作为考核大医院的刚性指标，以增强医疗机构间的转诊联系。只有同时建立起经济、行政和技术纽带，共同强化大医院与下级医院的联系，大医院才会有内在动力帮助下级医院成长，并形成上下联动，进而实现分级诊疗。

韩铮铮：明确服务定位

中国各级医疗机构功能定位不清、诊疗范围不明，是导致分级诊疗体系难以建立的原因之一。因此，若想建立合理的分级诊疗体系，卫生行政部门首先要明确区域内各医疗机构的功能定位和就诊范围。分级诊疗格局实际上是两级。一级医院解决患者常见病和多发病；二级医院绝大部分应该作为专科医院，是一种补充形式；三级医院的定位应该是疑难危重病诊疗、教学和科研。上下转诊应指基层医院和三级综合医院，以及基层医院和专科医院之间的转诊，而绝不能是所谓的三级转诊。若想使双向转诊真正成为绿色通道，大医院必须要回归公益性。公益性的回归需要政府通过税收和医保，帮助大医院跳出市场经济体制，切断医院收入与药品、检查和手术等的利益联系，同时也要调整薪酬体制，调动医院的积极性，体现医生自身价值和抗风险能力。

童朝辉：加大政府投入

除了国家要加大财政投入，各级地方政府也要加大对医疗卫生机构的投入。北京市财政每年拨给北京朝阳医院的改革补贴资金就有1~2亿元。如果想扩大改革范围，北京市同样要对其他医院进行相应的财政补贴。中国基层医疗机构医疗条件差，与城市大医院差别大，需要各地方政府的重视和财政扶持。不过，鉴于目前中国各

地经济水平不一的现状，要想改善基层医疗机构的医疗技术和服务能力，还需要一个很长的过程。

三、在医疗领域之外，若想构建分级诊疗体系，还需要哪些方面的支持？

蔡江南：完善定价机制

国家发改委需要改革医疗服务定价机制，改变目前医疗服务价格不合理的状态。尽管北京在试点医院取消药品加成后，增设了医事服务费，但这种调整幅度还远没有到位。我预估，医事服务费至少要提高到原来的 10 倍，才能达到较为合理的水平，才能真正体现医生的医疗服务价值。医疗服务价格的合理调整，不仅有利于医疗资源下沉，还可以改变大医院“薄利多销”的经营模式，转而刺激大医院在确保医疗质量的前提下，通过与基层医疗机构互动，提高医院的运营效率。

林翼金：重塑规培体系

目前中国全科医生不到 8 万人，距离 30 万人的合理配置数量，还有很大缺口。这还需改革全科医师的培养体系。目前，中国医学生四年基础理论加一年临床实践的培养方式，不能满足临床的实际需求。由于缺乏良好的培训和实践经历，在基层工作的医学毕业生，很难成长为合格的医生。而目前中国大力推行的“5+3”住院医师规范化培训，正在逐渐突出医学生的临床实践能力。这对于培养临床经验丰富的基层医生，起着非常重要的作用。

童朝辉：强化医保衔接

区域医疗联合体是实现分级诊疗体系的有力载体。但是在实际运作过程中，由于医保政策的脱节，导致医疗联合体在实现上下转诊的过程中遭遇不少阻力。比如，在北京朝阳医院医疗联合体中，

由于联合体内医疗机构都实行医保总额控制，导致慢病患者在下转到基层医疗机构时，需要占用该单位医保费用，基层医疗机构便不愿接收。因此，若想实现医疗联合体内医疗机构间的双向转诊，就要改变目前各医疗机构间医保制度设计不协调的现状。唯有如此，医疗机构间的分级转诊才可能实现。此外，中国的医疗保障制度还应提高基层医疗机构的报销比例，通过费用调节，加大对患者就医行为的引导，以达到有序就医的改革目标。

（责任编辑：杨 燕）

上海市构建分级诊疗体系的问题与建议浅析

金春林^{1,2} 谢春艳¹ 王贤吉¹

建立分级诊疗制度是我国深化医改的重要内容之一，也是今年上海市医改工作要突出的5项重点工作之一。探索符合上海市现实情况的分级诊疗体系对深化上海市医改工作，优化卫生资源配置，提高患者就医体验有着不可忽视的重要作用。

一、上海市分级诊疗体系建设的现状

根据《2014年上海市主要卫生计生统计数据》可知，2014年医疗机构诊疗次数中，医院和社区卫生服务中心诊疗次数分别占医疗机构诊疗总次数的57%和32.86%，居民自由就诊，大医院人满为患，社区卫生服务的作用没有充分发挥，导致卫生资源浪费和医疗费用高涨，这也是造成居民看病难、看病贵的一个重要原因。

国际经验表明，分级诊疗制度可有效的优化卫生资源配置，提高服务效率，改善服务质量。许多建立了比较成熟的医疗卫生服务制度的国家，大多通过社区首诊和分级诊疗制度分流患者，提高卫生资源配置效率，凡未经转诊到上级机构就诊的患者需要自费支付额外的费用。例如英国国民健康服务实行严格的全科医生首诊制，全科医生联盟掌管卫生服务体系80%预算的配置，大多数常见病多发病可在基层解决。

第一作者：金春林，男，研究员，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040
2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

上海市将要探索的分级诊疗制度，是通过“1+1+1”医疗机构组合开展，即社区居民自愿签约1家社区卫生服务中心、1家区级医院、1家市级医院，以老年人和慢性病人为主体，签约对象享有包括连续性健康管理、长处方、上级医院延续用药、优先便捷转诊等一系列优惠服务。今年上海市分级诊疗制度将探索赋予家庭医生一定卫生资源，例如，转诊上级医院预约优先、医保费用使用管理、为慢性病人开具4周及以上长处方等，引导签约市民优先利用家庭医生诊疗服务，逐步实现定点就诊。此外，为推进分级诊疗制度，二、三级医院也将通过预留一定数量专家号，制定部门或专人对接家庭医生转诊服务、为转诊病人建立绿色转诊通道等措施，加大对首诊社区的支持力度。然而，分级诊疗制度的构建，仍面临着一系列挑战，任重而道远。

二、上海市分级诊疗体系建设的问题和建议

（一）加强基层卫生服务能力，人才队伍是关键

建立分级诊疗制度，需要强有力的社区卫生服务进行支撑。目前社区全科医生总量与服务人口相比缺口仍较大，随着人口老龄化趋势及疾病谱的改变，老年人慢性病问题日渐突出，经规范化培养提供的全科医生不能满足开展慢性病健康管理工作的需要，基层医疗卫生机构缺乏对人才的吸引力，人力资源缺乏问题显著。有关部门应加大全科医生培养力度，强化全科医生规范化培养工作和全科医生在岗、转岗培训工作，除了要全面掌握临床专业技能外，也要掌握家庭健康危险因素的认识、干预和评估等健康管理手段，同时具备必要的人际沟通能力，真正从单纯的临床医生转化为具有综合能力的复合型健康管理人才。同时尽快出台具有竞争力和吸引力的家庭医生薪酬待遇、职称晋升等人事制度，吸引更多的优秀人才充

实家庭医生队伍并提高其稳定性。

(二) 开展社区健康管理，多学科服务团队是保障

要建立分级诊疗制度，在社区加强健康管理，需要多学科服务团队的支撑。而目前社区卫生服务的人力构成中，还是以全科医生临床服务为主，缺乏其他多学科专业人员的支持，在服务提供过程中忽略影响健康的社会和心理因素，给健康管理服务内涵和质量都带来一定的影响。应借鉴国际先进经验，在社区大力发展全科医生队伍的同时，也要加快对社区护士、职业治疗师、物理治疗师、营养师、心理咨询师和社会工作者等专业人员的培养和培训，加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设，才能关注影响健康的社会、心理因素，推动医学模式在社区的转变。

(三) 理顺就诊秩序，医保政策调整是杠杆

现行医保政策允许患者自由就诊，且未显著拉开各级医疗机构的报销比例，未能有效引导病人下沉社区及逐级转诊，给分级诊疗和社区首诊工作的推进带来较大的难度。医保制度没有把社区家庭医生提供的健康管理和咨询服务纳入付费范围，家庭医生在健康管理方面的劳动和付出没有得到承认。在支付制度的设计过程中，应着眼于整体，针对慢性病患者所需的整个服务过程，将家庭医生健康管理和咨询服务纳入医保支付范围，通过支付制度引导由注重医疗和药品转向积极开展预防保健和健康管理，有利于“预防为主”方针落到实处，尽量避免不必要的急诊和住院。另外，还应建立与分级诊疗相适应的差异性支付政策，对不同类型、不同层级的服务进行整合型的打包支付，并适当调整对社区卫生服务中心的医保额度与管理指标，在相关政策上能够给予社区进一步的倾斜，具体而言，即是与家庭医生制度联动，实现按人头总额预付。

（四）实现医疗信息互联互通，信息化建设是支撑

分级诊疗制度的顺利实施，需要完善的信息化系统作为技术支撑。由于上海市医疗信息系统最初缺乏统一顶层设计等历史原因，导致各级各类医疗机构间的信息系统缺乏互联互通，造成“信息孤岛”，降低了卫生系统的协同和科学循证决策能力。以本市基于居民电子健康档案的卫生信息化工程建设为契机，实现医疗信息在各级各类医疗卫生服务机构之间互联互通。同时完善本市分级诊疗信息系统平台，可有力促进预约诊疗服务工作的开展。而利用居民对信息系统平台的高关注度，可通过发布医改相关政策信息和医疗机构诊疗服务信息、健康教育和健康促进信息等，从而将其建成面向社会的一站式权威性、综合性医疗卫生服务信息平台，能够正确、有效地引导居民，促进分级诊疗的顺利推进。

（五）引导居民参与、理性就医，改善健康是目标

要顺利推进分级诊疗制度，离不开老百姓的理解与支持，目前居民就医倾向“高精尖”的大医院大专家，忽略预防保健与健康管理，这些不合理的就医理念和就医习惯仍普遍存在。老百姓表面上拥有就医选择权，但大医院人满为患，医疗资源配置不合理恶性循环，导致看病难、看病贵问题长期难以真正解决。居民最熟悉自己的身体，最了解自身的健康状况，应加强健康教育和舆论引导，宣传合理的就医理念，鼓励病人在寻求医疗卫生服务的同时，为自己的健康承担更多的责任，从过去的消极接受医疗卫生服务的角色转变为积极主动的自我健康管理，选择适合自己的服务，主导自己的健康。配合分级诊疗、居民签约和社区家庭医生制度的实施，鼓励病人参与和自主，争取把病人自己培养成为最高效的自我健康管理的专业人士，最终实现改善人群健康结果的目标。

（责任编辑：陈 多）

上海市家庭医生制领衔分级诊疗

2015年2月25日上海市发展和改革委员会公布的《上海市2015年深化医药卫生体制改革工作要点》披露，2015年，上海市医改工作将协调推进5项重点改革，深入推进13项专项改革，其中的亮点包括探索居民与“1+1+1”医疗机构组合（1家社区卫生服务中心家庭医生、1家区级医院、1家市级医院）签约，建立家庭医生制度下的有序诊疗秩序，同时推进医药分开改革和人事薪酬分配制度改革。

根据《要点》，上海市今年将重点推进分级诊疗制度建设，做实家庭医生签约服务，优先满足60岁以上老年人、慢性病居民的签约需求，探索居民与“1+1+1”医疗机构组合签约。

上海市将建立家庭医生制度下的有序诊疗秩序，通过赋予家庭医生一定的卫生资源，实施签约居民优先就诊、畅通双向转诊、慢病患者“长处方”、确保转诊后延续治疗性用药、医保和价格优惠等政策，引导签约居民优先利用家庭医生诊疗服务，逐步实现定点就诊、社区首诊。同时，上海市将加大医保对家庭医生制度的支撑力度，探索建立以签约服务为基础的医保费用管理评估机制，加强家庭医生管理签约居民医保费用的责任。

上海市今年将选择部分区（县）进行试点，完善二级、三级医院支持基层社区的工作机制。二级、三级医院通过预留一定数量专家号、指定部门或专人对接家庭医生转诊服务、为转诊患者建立绿色转诊通道等措施，加大对基层医疗卫生机构的支持力度。

转载自：《健康报》，<http://www.jkb.com.cn/news/industryNews/2015/0227/362500.html>

在推进分级诊疗的同时，上海市将在 4 家郊区新院和条件成熟的区（县）开展试点，探索通过社会第三方药品集团采购组织，建立联合谈判机制，优化药品供应链，压缩药品采购价格虚高空间，降低药品供应总成本，并逐步实施取消药品加成政策，通过提高医疗服务价格、完善补偿机制等综合措施，切断药品利益链，遏制“以药腐医”。上海市还将在具备改革条件的公立医院和社区卫生服务中心开展试点，在国家和上海绩效工资改革的整体框架下，探索研究体现卫生行业特点的薪酬制度改革政策，建立基于绩效考核的医务人员收入分配机制，调整内部分配方式，进一步体现医务人员的技术劳务价值。

（责任编辑：杨 燕）

各省分级诊疗政策盘点

建立分级诊疗制度是 2014 年医改的重头戏之一。与之前取道医联体不同，此轮分级诊疗实施路径主要是：建立试点病种的双向转诊标准和转诊审批流程，辅以医保差额报销措施。事实上，分级诊疗并非 2014 年方纳入行业视野，而是新医改一以贯之的改革目标。早在两三年前，北京、上海、镇江等地构建医联体的主要目的也是实现患者的有序流动，遗憾的是，医联体建设与医保杠杆在多数地区并未形成合力。2015 年的分级诊疗制度，能否与之前的改革相延续，使医疗与医保两个部门的分级诊疗政策相辅相承，是政策落实阶段的重要内容。

一、甘肃省

文件：2014 年 11 月 28 日，甘肃省卫生计生委正式印发《甘肃省分级诊疗工作实施方案》（甘卫基层发〔2014〕502 号），2015 年起施行。

目标：综合运用医疗、医保、价格等手段引导患者在本地就医，争取到 2020 年实现住院病人县外就医比例控制在 10% 左右，县内就医比例达到 90% 左右，80% 的新农合基金在县域内流动。最终形成基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医新格局。

路径：为县级医疗机构确定了 100 个分级诊疗病种，为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）确定了 50 个分级诊疗病种。如相关医疗机构将签约服务范围内的分级诊疗病种患者向外转诊，新农合管理机构将按一定额度扣减新农合补偿资金，并处罚违规医疗机构。2015 年新农合资金按照该病种在转出医疗机构定额标准的 50% 报

销，2016年按照20%的比例报销，2017年不予报销。未按规定办理转诊手续，擅自外出就诊患者，新农合资金不予报销。在城市大医院和基层医疗机构之间建立固定、有序、紧密的多点执业联系，帮助县级医疗机构加快专科建设，帮助基层医疗机构快速提升服务能力。

二、湖北省

文件：2014年10月，湖北省卫生计生委出台《关于湖北省分级诊疗试点工作的指导意见》（鄂卫生计生发〔2014〕45号），并制定了首批12个专科113种常见疾病的分级诊疗指南。

目标：形成“基层首诊、双向转诊、分级诊疗”的医疗服务模式。

路径：规范转诊程序，制定常见疾病的分级诊疗指南，提出不同级别医疗机构对该病种的治疗和转诊的指导性建议。建议医保部门逐步调整城镇基本医疗保险各等级医疗机构住院费用的医保支付政策，重点向基层医疗机构倾斜。

三、四川省

文件：2014年9月17日，四川省卫生计生委、省发改委等6部门联合出台了《关于建立完善分级诊疗制度的意见》（川卫办发〔2014〕257号），2014年10月起全面实施。

目标：将综合运用医疗、医保、价格、宣传等手段，逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医制度，形成“小病在基层，大病到医院，康复回社区”的就医格局。力争在2015年实现每万名城市居民拥有2名全科医生、每个乡镇卫生院拥有1名全科医生。

路径：在医疗服务方面，将双向转诊作为关键环节，明确了9种可转往上级医院治疗的情况。新农合政策方面，完善县外转诊和备案制度，除急诊外未履行转院手续的越级诊治原则上不予报销。城镇医保政策方面，对于按规定履行了转诊手续的参保人员转诊后

住院报销比例提高 3~5%。

四、浙江省

文件：2014 年 8 月，浙江省卫生计生委与省人社厅、省发改委、省财政厅、省物价局联合制定的《浙江省分级诊疗试点工作实施方案》（浙卫发〔2014〕88 号）正式发布，《浙江省分级诊疗服务规范（试行）》同时发布。

目标：通过双向转诊、分级诊疗，建立起“首诊在社区（基层）、小病进社区（基层）、大病到医院、康复回社区（基层）”的就医秩序。

路径：2014 年 10 月底前，淳安县、宁波市北仑区、文成县、永嘉县、乐清市、平阳县、海盐县等 8 个县启动试点；2014 年 12 月底前，温州市、绍兴市作为市级试点对象，在全市范围内启动试点；义乌市启动试点；2015 年 3 月底前，建德市、安吉县、平湖市、海宁市、兰溪市、武义县、永康市、磐安县、衢州市柯城区、衢江区、三门县、玉环县、松阳县、云和县、景宁畲族自治县、龙泉市等 16 个区县市启动试点；其他地区在总结试点地区经验的基础上适时启动，力争在 3~5 年内全省推开。

五、黑龙江省

文件：2014 年 7 月，黑龙江省卫生计生委印发《关于分级诊疗的指导意见》（黑卫医发〔2014〕113 号）。

目标：到 2015 年，乡村卫生机构门急诊量占当地门急诊总量的比例稳定在 80% 以上，50% 左右的住院服务由乡镇卫生院提供；社区卫生服务机构门急诊总量占当地总量的比例达 35% 以上。县域内就诊率达到 90%，社区卫生服务机构门急诊总量占比稳定在 45% 以上。

路径：在优化医疗资源布局，大力提高基层医疗服务能力的前提下，在医保方面，确定分级诊疗病种，通过确定各病种定额费用

标准，实行分级诊疗补偿，同时落实总额预付制。在价格方面，对医疗服务实行分层级定价。

六、山西省

文件：2014年7月，山西省正式出台《关于新农合实行住院按病种分级诊疗的指导意见（试行）》（晋卫农〔2014〕12号），并于10月首次在全省选定18个试点县，在农村通过新农合开展分级诊疗工作。

目标：小病不出村，常见病不出乡，大病不出县，急、危、重症和疑难杂症不出省。

路径：首批确定18个试点县（市、区）的县级医疗机构，选择诊断明确，合并症、并发症较少的40种常见病、多发病先行开展试点。分级诊疗病种在县域内实行按病种定额付费，县域外实行限额补偿，提高县域内试点病种的补偿比例，降低县外就医补偿比例。

七、青海省

文件：2013年9月，青海省政府印发了《青海省城镇职工和城乡居民基本医疗保险分级诊疗制度》（青政办〔2013〕259号），从当年10月1日起，在全省四级医疗机构全面实施分级诊疗制度。2014年2月，青海省政府又制定出台了《关于进一步完善分级诊疗制度的若干意见》（青政办〔2014〕20号），进一步完善政策。

目标：小病不出村，常见病不出乡，大病不出县，急、危、重症和疑难杂症不出省。

路径：建立分级诊疗、转诊审批、异地转诊程序和双向转诊机制，以四项转诊机制的落实推动分级诊疗制度的实施。善用医保杠杆，规定各级医疗机构转诊率，转诊落实情况与医保定点资格联动。同时制定下发了《青海省基本医疗保险支付方式改革方案》，全面开展总额控制付费。

（责任编辑：杨 燕）

医疗机构分工协作的国际经验及启示

——基于英国、德国、新加坡和美国的分析

余红星^{1,2} 冯友梅³ 付旻⁴ 刘智勇² 姚岚²

【摘要】 在界定医疗机构分工协作内涵基础上,本文描述了英国、德国、新加坡和美国四个国家开展医疗机构分工协作的现状,认为其有利条件包括合格的全科医生、严格的卫生资源配置、有效的社区首诊和双向转诊制度。分析医疗联合体。管理型保健以及全科医生签约政策调整对分工协作的影响,总结出国外开展医疗机构分工协作的经验和启示:门诊和住院服务是否需要分离,基层医疗机构的私有化模式,护理、康复类机构与医疗机构的分工协作,医院集团化与分工协作的关系,以及分工协作并不能解决医疗服务提供体系的所有问题。

【关键词】 医疗机构; 分工协作; 分级诊疗

2009年《关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。2013年,十八届三中全会决定指出:“完善合理分级诊疗模式,建立社区医生和居民契约服务关系。”然而,如果医疗机构没有开展分工协作,则分级诊疗模式很难形成。我国部分地区开始了医疗机构分工协作机制的初步探索,如医疗联合体、对口支援、社区卫生服务的“院办院管”等形

第一作者:余红星,男,博士,讲师,主要研究方向为医院管理

作者单位:1.湖北医药学院附属东风医院 十堰 442008

2.华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 武汉 430030

3.武汉大学 武汉 430072

4.武汉市卫生和计划生育委员会 武汉 430014

转载自:《中国卫生政策研究》,2014年第6期

式^[1]。但国内对医疗机构分工协作的研究并不深入，相关文献只对分级医疗、分级诊疗、基本医疗服务进行了界定或研究^[2-3]，大多数文献默认上述实践就是开展分工协作^[4]，并集中讨论了这些模式存在的问题^[5]。而国外医疗机构分工协作机制已经建立，其研究的重点在于医疗服务或资源的整合以及其它相关方面^[6]。英国、德国、新加坡和美国的政治环境、文化理念、医疗卫生制度虽然各不相同，但医疗机构之间却开展了良好的分工协作，初级卫生保健和专科医疗服务提供之间界限清晰，病人流向合理。而且这四个国家的卫生服务提供体系、医疗保障体系特征分明，有很多方面值得研究和借鉴。

一、医疗机构分工协作的含义

由于政策文件和理论界没有给出明确的定义，本文通过研究认为，医疗机构的分工协作是指：为了保证卫生服务的公平性、可及性，提高卫生服务体系的效率，在政府主导之下或者其它因素的作用下，各医疗机构在初级卫生保健和专科医疗服务之间进行分工，初级卫生保健由基层医疗机构提供，专科医疗服务由各级医院提供，大型医院以疑难重症诊治、科学研究、教学培训为主，其它级别医院以常见病、多发病的诊断和治疗为主。同时，各医疗机构在人员培训、科学研究、健康教育和医疗技术方面开展协作，并为病人提供连续性的服务。

另外，有文献已经讨论了初级卫生保健以及专科医疗服务^[7]，两者的含义是清楚的。本研究认为，基于我国目前医疗机构的现状，基层医疗机构已经承担了一部分疾病预防和健康教育工作，而在诊疗方面并没有和大医院进行分工协作，因此，本文主要针对初级卫生保健中的诊疗服务展开论述。

二、医疗机构开展分工协作的前提条件

（一）重视全科医生培养

美国和英国拥有严格、健全的全科医生培养制度，家庭医生培训周期非常长，从大学起需要至少 11 年的时间^[8]。德国也需要 10 年以上的培养^[9]，并且由于医学生学费低，政府进行补助，医学生生源好，医师社会地位很高，受人尊重，医患关系良好。新加坡主要是通过引进国外的医师，并通过严格的准入制度来保障私人开业诊所的质量。

（二）卫生资源配置合理

1971 年英国卫生资源配置进入规范阶段。德国的区域医院规划更加严格，不仅对医院选址进行审查和决策^[10]，医院的设备、床位和所有的医护人员都在规划范围之内，包括各地私人开业医师的数量都要经过严格的规划论证才能执行^[11]。新加坡尽管较早开始了公立医院公司化改革，但政府利用所有者身份对医院床位数量、设备以及高新技术进行严格的审批和控制^[12]。美国没有实施区域卫生规划，医疗卫生资源配置以市场机制调节为主。

（三）医疗机构功能定位明确，各司其职

英国公立医院属政府所有，专科医院不设门诊部，一、二级医院可以设置门诊部，但门诊部接待的病人主要是通过全科医生转诊而来，并不直接接待普通门诊病人^[13]。诊所主要是全科医生合伙开业，大多数属于私立机构，与 NHS 签约提供初级保健、基本医疗服务和病人转诊服务。德国在区域医院规划的基础上，建成了数百个“区域性医院服务体系”，在每一区域内按标准设置四级医疗机构^[14]。区域内医院的等级和规模、设备条件、功能由政府根据服务的需要统一安排划定。

新加坡初级卫生保健主要由 2400 家私人诊所和 18 个公立联合

诊所提供，而住院服务主要由公立的综合或专科医院（或专科中心）提供，少量私立医院也提供住院服务。新加坡的门诊和住院服务基本是分开的，大医院一般不设普通门诊部，只设急诊科，例如新加坡保健服务集团中的国立大学医院（National University Hospital）、新加坡国立心脏中心（National Heart Centre Singapore）等只接待有转诊证明并进行了预约的患者。考虑到有些疾病的特点，部分专科医院也接受病人自己预约，如新加坡国立眼科中心（Singapore National Eye Centre）、新加坡竹脚妇幼医院（KK Women's and Children's Hospital）等都可以接待非急诊的预约病人。

美国医院的层级没有英国、德国那么分明。医院中的主体是社区医院，2009年社区医院占医院总数的60%以上，床位占总数的70%以上^[15]，大多数社区医院提供初级卫生保健服务和二级医疗服务，但部分社区医院也提供三级服务^[16]。另外，在由医师组成的联合诊所中，有4%的诊所拥有核磁共振成像设备（MRI），有30%以上的诊所拥有临床实验室和放射科^[17]，这导致医疗机构之间缺乏一定的层次，进而影响分工协作的有效开展。

（四）社区首诊和双向转诊制度顺利进行

英国执行严格的社区首诊制度，因为患者要享受免费的医疗保障制度，就必须遵守这一规定^[18]。双向转诊的实现也是NHS制度的安排。即使在后期NHS改革中增加了病人的选择权，但也没有改变社区首诊和双向转诊制度，专科医院也没有新增门诊部，只是病人可以自由选择全科医生，或者患病后可以直接去社区卫生机构的门诊就医，当需要住院时，病人可以选择5家不同的医院^[19]，这些医院不一定都隶属于NHS^[20]。由上述分析可以看出，改革并没有改变分级诊疗的秩序。

德国病人可以选择当地的通科医生（即全科医生）或私人诊所就诊，但这并没有影响社区首诊的实现。一方面，门诊与住院服务是分开的，病人要住院治疗需要通科医生的转诊才能进入医院接受治疗。另一方面，居民对这些医生充分信任，同时疾病基金鼓励患者就诊首选通科医生，对通过通科医生转诊治疗的患者给予激励，社区首诊进一步得到加强^[9]，转诊时病人可以自由选择医院，但不同级别的医院提供不同层级的服务，所以转诊一般也是从低级到高级，而不是越级转诊或随意转诊。另外，由于疾病基金对医院费用的控制，当病人病情稳定后，医院也及时将病人转回诊所或慢性病护理机构进行后期治疗^[15]。

新加坡社区首诊制度的实现和德国相似，除了门诊与住院服务基本分离以及病人对私人诊所的信任外，政府通过对门诊服务提供者实施补贴鼓励患者有效利用基层医疗服务。同时，也通过医保激励措施促进社区首诊，对通过转诊进入医院接受住院治疗的患者进行补贴。除此之外，私人诊所医生也有转诊的权利。上述措施均可以引导患者进行社区首诊。

美国分级诊疗秩序较弱，社区首诊主要依靠患者对家庭医生或诊所的信任^[21]，家庭医生只在某些保险项目中扮演“守门人”和资金掌管者的角色。如美国90%的医院设有门诊部^[17]，患者不需要预约或转诊就可以直接到大医院的门诊部就诊^[22]。双向转诊的情况也与此类似，主要是靠保险条款的约束来实现，部分经济条件比较好的患者可能不通过转诊直接到大医院就医。

三、政策变化对医疗机构分工协作的影响

（一）医院兼并联对分工协作的影响

1991年，英国（内部市场）改革后，医院之间为了争夺市场，

提高自身竞争力，在政府倡导和支持下，许多医院自发组成医院联合体。医院联合体拥有自主决策和经营权，不再由政府直接管理。形式上一般是一定地区范围内由同级或不同级别的医院组成集团，如伦敦西区的 Smith 医院联合体包含了一、二、三级医院^[13]。联合体有协议或控股等方式，可以共享信息，提高了资源利用效率，但各成员的功能没有改变，大医院也没有新建门诊部，联合体与地区卫生局或全科医生签约，按确定的服务内容、数量提供服务。因此，各医院的分工依然明确，协作也得到加强。在 NHS 后期改革中一直没有对医院联合体进行调整，说明英国在医疗服务提供体系层级分明的前提下，开展医院之间的联合是有必要的。

1999 年，新加坡按地理位置组建了两大医疗集团：国立医疗集团（The National Healthcare Group, HNG）和新加坡保健服务集团（Singapore Health Services, SHS）。两个集团分别包括了一定数量的医院和诊所。集团组建后，遏制了大小医院之间不平等的竞争，集团内部医疗机构的合作变得更加协调。政府大力推行医院信息化建设，信息系统包含了每位患者的电子病历和身份、经济状况、医保账户等信息，这为有效转诊和长期照料提供了支持。

自 1980 年开始，为了减少机构之间的竞争，形成垄断地位，以便获得与保险公司签约的优势，美国医院出现了大量兼并的案例，目前美国有 400 多个医疗联合体管理着美国 90% 的医院^[23]。但这种行为也遭到了反垄断法的限制。实际上，除了少数大医院和小医院、诊所组成的联合外，大多数医院的联合并没有改变各医院原来的功能，也没有进行实质性的资产重组或人员、技术的相互支持，只是通过协议或其它管理方式进行控制，因此，医院的联合是否促进了医疗机构的分工协作要看其是否具有实质性的改变。

（二）全科医生服务签约的变化

NHS 建立后，全科医生通过全科医生协会与地区卫生局签订医疗提供合同。1991 年撒切尔政府改革，其中一项措施是发展全科医生基金持有计划（GP fund holder），即将原来与单个全科医生签约改变为以全科诊所为整体进行签约，其目的是赋予全科医生更大的选择权，由其代理病人选择转诊医院。截至 1998 年，英国 57% 的全科医生加入到基金持有计划中^[24]，但这一计划并不是将经费全部交给全科医生使用^[25]。该计划有一些优点：可以激励全科医生控制成本，更好地为病人服务，促进医院之间竞争。但也引发一些争议：初级保健和医疗服务提供者之间的合作关系可能被削弱^[26]，医院可能区别对待基金持有者和非基金持有者转入的病人，出现不公平现象等。1999 年，全科医生基金持有计划被取消^[27]，取而代之的是初级保健小组（Primary Care Groups, PCGs），政府要求所有的全科医生都必须加入到初级保健小组，并被赋予同等签约待遇，如二者都有处方药预算等^[24]。

2002 年初级保健信托基金（Primary Care Trusts, PCTs）建立，由其代理居民向医院和全科医生等服务提供者购买服务，资金不再由全科医生控制，从而避免了全科医生之间为获得资金进行恶性竞争。此外，初级保健信托基金与医疗卫生服务提供者签订的合同由 1 年改为 3~5 年^[15]，更强调两者之间是合作而不是竞争。同时，政府成立了卫生策略署，负责 PCTs 与 NHS 之间的联系和监督地方卫生服务。然而，在 2013 年 3 月，联合政府取消了初级保健信托基金和卫生策略署，建立临床委员会工作组（Clinical Commissioning Groups, CCGs）和地方工作团队（Local area teams, LATs）^[28]。此项改革措施只在英格兰地区实施，而苏格兰、威尔士和北爱尔兰地

区仍然保留原来的 NHS 架构，按地理区域共设置了 211 个 CCGs，服务人口在 66500~870000 人（平均为 250000 人）^[29]，接受 NHS England 的监管。每个临床委员会工作组包括了若干名全科医生和护士以及至少一名专科医生，所有的全科医生都必须加入一个 CCGs。CCGs 为居民提供和向医院购买的服务包括：大部分有计划的住院服务、急诊服务、社区卫生服务、康复服务、精神卫生服务和部分残疾服务^[30]。之所以建立 CCGs 而取代 PCTs，一是人们反感 PCTs 中过多的管理人员，联合政府也提出“将患者利益放在首位，以病人为核心；减少官僚行为，提高效益”的医改目标；二是全科医生更了解居民的健康状况，由其代替居民购买医疗服务比 PCTs 具有更多好处，PCTs 中大多数雇员是非医学人士，并不能真正了解居民的健康情况；三是可以更好地整合医疗服务，由全科医生、护士和专科医生组成团队能够为病人提供更加连续性的医疗服务^[29]。

由于执政党的理念不同，英国政府对初级卫生保健提供签约方式进行了改革，卫生政策有一些起伏，但始终没有改变医疗服务提供体系的架构，没有改变社区首诊、双向转诊和分级诊疗制度。

（三）管理式医疗对分工协作的影响

目前，对管理式医疗（Managed care）还没有明确的定义，一般认为管理式医疗就是将资金的筹集与医疗卫生服务的提供结合起来，通过管理措施，向保健对象提供优质服务，其核心是通过医疗资源合理使用来控制医疗费用。但是，其医疗费用的筹集与医疗服务的提供并不一定在同一个组织中，有时只是筹集者与提供者以协议或其他形式来规定服务提供的范围、数量、质量等内容，而且管理式医疗没有固定的运行模式，如健康维护组织（Health Maintenance Organization, HMO）、优先医疗服务组织、定点服务计划、整合型

服务等^[31]。这些不同模式中，有些模式选择家庭医生或全科医生作为患者健康守门人，而有些模式中病人仍然可以自由选择医院或医生，也不需要全科医生的转诊审批手续。因此，不能说管理式医疗就一定能够促进医疗机构之间开展分工协作。而医疗服务整合体系（Integrated Delivery System, IDS）通常由医生和医院共同举办经营，将病人的疾病预防、医疗服务等有机结合起来，为病人提供连续性服务，有利于医疗机构开展分工协作，但这种模式中，举办者也可以将自己不愿意或不能提供的服务外包出去，而且这种模式中有些属于医疗机构的水平联合，从而形成规模经济效应。

四、国外医疗机构分工协作的启示

（一）医疗机构分工协作的开展需要基于众多良好的条件

促进医疗机构分工协作的开展需要以许多良好的条件作为前提，一是本身的医疗服务体系结构层级是合理的，包括合格的全科医生、患者对医生的充分信任、真正意义上实现社区首诊等；二是初级卫生保健和专科服务提供之间没有利益冲突，各自的职业取向、目标定位都是明确的，两者在各自的范围内提供服务。而目前我国的医疗机构功能定位不清晰，各医疗机构提供的服务相互交叉，存在一定的利益冲突，这也是分工协作难以进行的原因之一。三是政府的引导，包括做好区域卫生规划，规定医院的功能定位，在农村边远地区由政府主导提供基本医疗服务等，这在德国、英国、新加坡更为明显；四是医疗保险制度的促进作用，美国的商业保险利用经济杠杆调节医疗服务的供给行为，形成有效的双向转诊机制，德国的疾病基金通过与医师协会、医院协会谈判确定不同级别医院提供的服务内容和数量，新加坡也利用医保支付方式引导患者分级诊疗，促进医疗机构开展分工协作。

（二）门诊与住院服务是否需要分离

德国是门诊与住院服务分离最明显的国家，而美国最不明显，英国和新加坡介于两者之间。从理论上来说，门诊与住院服务分离并不一定是医疗机构开展分工协作的前提条件，还需要深入研究探讨这种分离与分工协作的关系。从德国的情况来看门诊与住院服务的严格分离也存在一些弊端，如门诊与住院医师的沟通和信息交流减少^[32-33]，德国一项调查显示，35%的患者认为医院的专家不了解患者的既往史，当病人出院后，医院专家也没有将患者的病情信息传递给通科医生或开业诊所医生^[34]，导致出现了重复检查现象^[35-36]。同时，门诊与住院服务的分割也有可能带来卫生服务整体绩效的降低和资源浪费。因此，我国如果实施医疗机构分工协作，也不可能将两者严格分离，可以尝试逐渐停止部属医院的普通门诊而保留其它医院的门诊部，这样既不会影响患者去大医院就诊的习惯，也使部属医院能够把精力集中到疑难重症的诊治上。

（三）初级卫生保健服务是否可以私营化

四个国家的初级卫生保健服务主要由私人诊所提供，英国的全科医生不是 NHS 的雇员，仅与其签约。这种私人提供模式的有效推行一方面受医师行医习惯的影响，另一方面是由于健全的全科医生培养制度，全科医生技术水平过硬，能够获得居民的信任。但由于我国基层医疗服务质量较差，技术水平较低，我国能否照搬这种模式，如社区卫生服务站或村卫生室全部私营化，还有待深入研究。

（四）与护理、康复类机构充分开展分工协作

各个国家都建立了许多慢性病护理机构、老年人护理机构，这些机构也与医疗机构开展分工协作，尤其是在双向转诊方面以及为病人提供连续性的卫生保健方面开展了很多工作，这对于应对老龄

化问题、有效缓解医院的压力具有重要意义。我国将进入老龄化社会，这一做法值得我们借鉴。

（五）正确认识医疗集团化和分工协作的关系

各国都进行了医疗集团化改革，这些医疗集团是在医疗服务提供体系具有层级的前提下组建的，并且没有破坏这种层级体系，集团内部可以共享信息，节约办医成本。这对我国医疗机构改革有启发意义，但要区别这种联合是否可以促进机构之间的分工协作，单纯的强强联合并不能改进分工协作，纵向的联合可能更加有利于机构之间的分工协作。

值得注意的是，医疗机构分工协作并不能解决医疗服务提供体系的所有问题，需要辩证看待。即解决分工协作的问题后，可能还会产生许多其它问题。因此，尽管各国医疗卫生体制比较健全，也开展了医疗机构的分工协作，但都针对出现的新问题进行不断地调整和改革。我国在开展医疗机构分工协作后，也可能还会出现很多新问题，如病人对医疗的选择权问题、医疗费用上涨等，也需要不断进行政策调整加以解决。

参考文献

- [1] 李睿. 医院和社区卫生机构间不同协作模式对连续性医疗服务的影响[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [2] 赵云. 我国分级医疗体系建构路径比较[J]. 行政管理改革, 2012(12): 67-70.
- [3] 胡善联. 基本医疗卫生服务的界定和研究[J]. 卫生经济研究, 1996(2): 7-10.
- [4] 胡善联. 分工与协作效果值得期待[J]. 中国卫生, 2010(10): 22-23.
- [5] 陆琳, 马进. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制研究及政策建议[J]. 中国医院管理, 2011, 31(11): 17-19.
- [6] Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, application, and implications: 2002, 2(3): 1-6.
- [7] 刘桂生, 张拓红, 王志锋. 不同语境下的初级卫生保健[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2008, 29(8): 65-67.

- [8] 匡莉. 美国医疗卫生系统介绍[J]. 中国医院管理, 2000,20 (2) :59-60.
- [9] 戴莎白,黄晓光. 德国全科医生的教育和就业情况及现存问题[J]. 中国全科医学, 2012,16 (10) : 3519-3521.
- [10] 彼德·柯内力, R维特, 武凯, 等. 德国农村地区医院规划的经验[J]. 建筑学报, 2007 (10) : 74-75.
- [11] 石光, 邹珺, 田晓晓, 等. 德国等九个发达国家区域卫生规划的经验与启示[J]. 卫生经济研究, 2009 (9) :22-25.
- [12] 胡善联, 龚向光. 新加坡医院体制改革[J]. 卫生经济研究, 2001 (11) : 10-12.
- [13] 陈文贤, 高谨, 毛萌. 英国一个典型医院集团化发展的分析[J]. 卫生软科学, 2002,16 (1) : 44-46.
- [14] 陈焕生, 于丽华. 德国医院管理特点[J]. 中华医院管理杂志, 1997, 13 (1) : 60-63.
- [15] 马进, 任冉, 盖若琰. 国际卫生保健[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [16] 詹姆斯·亨德森. 健康经济学[M]. 向运华, 译. 北京: 人民邮电出版社, 2013.
- [17] 雷克斯福特·E·桑特勒, 史蒂芬·P·纽恩. 卫生经济学——理论、案例和产业研究[M]. 程晓明, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006.
- [18] 卢祖洵, 孙奕, 姚岚, 等. 国外社区卫生服务焦点分析[J]. 中华全科医学, 2002,5 (3) : 209-210.
- [19] Department of Health. Building on the best: choice, responsiveness and equity in the NHS[R]. Department of health, 2003.
- [20] 杨秀群, 黄存瑞. 英国国家卫生服务制度分权管理[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2007,24 (4) : 151-155.
- [21] 张颖, 李永辉. 国外全科医生的特点及启迪[J]. 中华医院管理杂志, 2005,21 (3) : 213-215.
- [22] 菲利普·朗曼. 最好的医疗模式公立医院改革的美国版解决方案[M]. 李玲, 徐进, 译. 北京: 北京大学出版社, 2011.
- [23] 王毅. 美国医院的集团化运作[J]. 中国卫生产业, 2003 (1) : 70-72.
- [24] Kay A. The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson in evidence-based policy marking[J]. British Journal of General Practice, 2002,52 (475) :141-144.
- [25] 孟庆跃, 边文. 英国通科医生资金持有系统[J]. 国外医学 (卫生经济分册), 1996,13 (4) : 187-189.
- [26] 谢洪彬. 英国卫生改革进展及启示[J]. 中国医院管理, 2005,25 (4) :62-64.
- [27] Mannion R. General practitioner commissioning in the English nation health service: Continuity, Change, and future challenges [J]. International Journal of Health Services, 2008,38 (4) :717-730.
- [28] The NHS in England [EB/OL]. (2013-01-28) [2014-03-31]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>.
- [29] Walshe K. Reinventing clinical commissioning groups[J]. BMJ, 2013,347:1-2.
- [30] Clinical Commissioning Groups (CCG) and how they Perform [EB/OL]. (2013-10-06)

- [2014-03-31]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/ccg-out-comes.aspx>.
- [31] 胡爱平, 王明叶. 管理式医疗——美国的医疗服务与医疗保险[M]. 北京: 高等教育出版社, 2010.
- [32] 托马斯·格林格尔. 德国医疗改革的范式转变及其影响[J]. 苏健, 译. 江海学刊, 2011 (6) : 21-26.
- [33] Hansch H, Fleck E. New possibilities for communication between hospital cardiologists and general practitioners [J]. Disease Management and Health Outcomes, 2006 (14) :19-22.
- [34] Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 Survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated [J]. Health Affairs, 2011,30 (12) :2347-448.
- [35] Amelung V, Hildebrandt H, Wolf S. Integrated care in Germany a stony but necessary road! [J]. International Journal of Integrated Care, 2012 (12) :1-5.
- [36] Bratun B, Marstedt G, Sievers C. About the importance of interface and transition in the German Health System [J]. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung and der BARMERGEK, 2011,3:1-11.

(责任编辑: 杨 燕)



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China