

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

整合医疗之实践思考

2019年 第6期

(总第97期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2019年9月15日

编者按 2016年，一项由“三方五家”（世界银行、世界卫生组织和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部）共同开展的中国医药卫生体制改革联合研究报告发布，其中改革建议的核心内容即是构建以人为本的整合医疗服务模式。整合医疗服务模式有助于实现全方位、全周期健康服务，构建整合型医疗卫生服务体系是减少卫生服务体系碎片化、提高医疗服务质量的有效途径。本期聚焦我国，特别是上海，在构建整合医疗服务体系和模式方面的实践和思考：探讨整合医疗卫生服务内涵与关键举措；从筹资激励机制角度，分析我国整合型医疗卫生服务体系现状、问题和优化策略；以上海市为例，探讨大城市整合医疗卫生服务实施路径；梳理上海市医疗联合体绩效考核问题及对策；研究上海市医疗信息化整合建设的进展、问题与对策；介绍上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的实践探索，以期为我国探索构建整合型医疗卫生服务模式提供参考。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12卷第6期(总第97期)
2019年9月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(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
上海市建国西路602号
邮编:200031
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 吴 美 楚玉玲

校 对: 周 娜 刘 娟

目 次

专题研究

- 对整合医疗卫生服务内涵与关键举措的思考
..... 李 芬, 陈 多, 朱碧帆, 等 (1)
- 整合型医疗卫生服务体系筹资激励机制现状、问题和优化策略
..... 朱碧帆, 李 芬, 陈 多, 等 (10)
- 大城市整合医疗卫生服务实施路径探讨——以上海为例
..... 李 芬, 陈 多, 朱碧帆, 等 (21)
- 上海市医疗联合体绩效考核问题及对策分析
..... 陈 多, 李 芬, 朱碧帆, 等 (34)
- 上海市医疗信息化整合建设的进展、问题与对策
..... 顾淑玮, 金春林, 王常颖, 等 (46)
- 上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的实践探索
——以脑卒中、高血压、糖尿病3个病种为例
..... 陈秀芝, 李 芬, 陈 多, 等 (54)

政策快讯

- 国内首个省级中长期健康行动方案《健康上海行动》
推进18项100条举措 (64)

征稿启事

- 征稿启事 (69)
- 《上海卫生健康政策研究年度报告(2019)》
绿皮书征稿启事 (71)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 800本

对整合医疗卫生服务内涵与关键举措的思考

李 芬 陈 多 朱碧帆 陈秀芝 金春林

【摘 要】 文章简要阐述了整合医疗卫生服务的内涵，明确了其总体架构。通过现场调研及二手资料收集，分析、总结了浙江省德清县等典型代表试点的实践探索，提炼出4个关键举措，即政府部门统筹合作机制、医疗卫生机构分工协作机制、医保支付激励约束机制、绩效考核目标导向机制。对照整合的最终目标，提出完善中观、微观层面进一步完善整合医疗卫生服务体系的政策建议。

【关键词】 整合医疗卫生服务；实践；机制

《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（国办发〔2015〕14号）提出了优化医疗卫生资源配置，构建与国民经济和社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作的整合型医疗卫生服务体系的目标^[1]。十九大报告也提出要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位、全周期健康服务；要设计出符合我国特点的整合医疗卫生服务体系（以下简称“整合体系”），可对现有医疗资源进行优化、加强服务的连贯性，提高医疗资源的利用效率。本文基于整合医疗卫生服务的内涵及我国典型实践地区调研，探讨构建整合体系的关键环节。

一、整合医疗卫生服务的内涵

整合医疗卫生服务是指在组织结构上建立医疗资源的纵向整合和分

第一作者：李芬，女，助理研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）事业发展部主任

通讯作者：金春林，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

工协作机制，在功能上强调以健康需求为导向，整合医疗、预防、保健、康复、健康教育和健康促进等服务，以提供系统、连续、全方位的服务。该概念强调以人为本、基于健康状况从而提供个性化的医疗卫生服务^[2]。

整合医疗卫生服务从需方来看，是建立基于需求、以健康结果为导向的服务体系，根据不同程度的健康风险（例如，健康、低风险、中度风险、中高风险、高度风险）提供差别化服务^[3]；按照实际需求，合理提供预防、治疗、康复、安宁疗护服务，维护居民健康。其从供方来看，可分为部门整合、机构整合与服务整合3个层次。部门整合是指卫生服务筹资体系和部门间的协作与整合，将资金拨付、服务管制或服务提供在各部门之间的合作的制度化。机构整合是指资源整合，包括横向整合和纵向整合，横向整合是不同类型卫生保健服务的资源整合，纵向整合是不同水平和级别服务的整合^[4]。服务整合是需求驱动下服务意识提高和服务模式变革下的新实践方式，分为临床服务与支持性功能整合2个部分，前者包括初级卫生保健、全科、专科、康复和护理服务等整合，后者主要是人力资源、支付管理、财务管理、绩效管理、信息系统等关键激励约束机制和支持系统^[5]（见图1）。

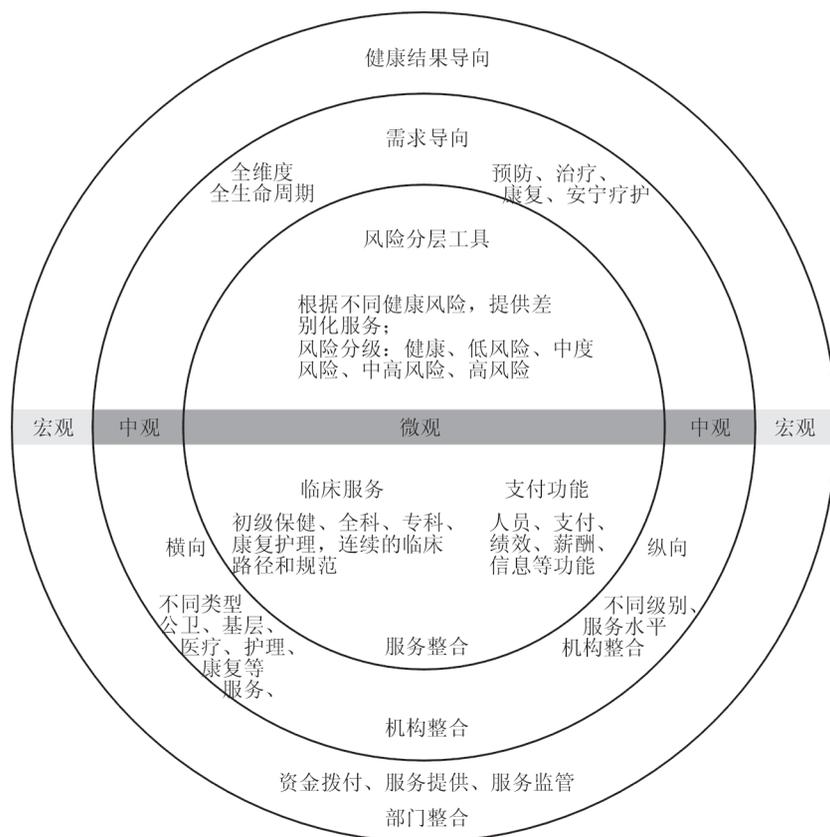


图1 整合医疗卫生服务体系的理论框架

二、我国典型地区实践探索经验

我国在医疗资源整合实践中已开展了多种形式的探索，出现的概念有“紧密型医联体”“医共体”“健康保健集团”等，主要表现为建立各级医疗机构的医疗协作体，或专科医院联盟；整合的层次主要在组织管理体系和机构整合，服务整合多为支持性功能整合，比较松散的医疗联合体主要是技术输出和上下转诊。根据现场调研及相关资料，本文以浙江省德清县、安徽省天长市、深圳市罗湖区为例，分析我国典型地区实践的主要经验与关键举措。

（一）建立部门间协作机制，整合“三医”资源

德清县、罗湖区、天长市3个地区均由区域行政领导牵头进行顶层设计，整合区域医疗相关资源，实行管办分开，下放管理权限。3个试点地区均成立了由区域最高行政领导牵头的决策机构，调动医保、医疗

和医药“三医”资源。德清县由县委书记、县长担任医改办领导小组组长，目标是以县域健康保健集团为载体，建立整合体系。深化医药卫生体制改革工作领导小组办公室（以下简称“医改办”）、医疗保险办公室（以下简称“医保办”）、卫生和健康委员会（以下简称“卫健委”）等部门三署合一办公，其中，在全国部门改革之前，2017年11月德清县医保办即整合了价格、医保、采购和救助4大职能。罗湖区由区政府组织建立公立医院理事会，实行理事会领导下的集团院长负责制。区长担任理事长，理事会成员包括区领导、区政府相关部门代表、社会知名人士代表、医院集团代表等组成。天长市成立了由市长任组长、相关部门负责人为成员的公立医院管理委员会，所有相关职能部门的办医权限统一收归医管会，统一决策。

整合体系的组织框架构建层面，德清县因地制宜设置了2个健康保健集团，罗湖区整合区属5家医院和23家社康中心成立唯一医疗集团，卫生部门负责政策设计和行业监管，两地集团内部均采用唯一法人代表的紧密型架构，将年度预算执行、岗位设置、人力资源、内部绩效考核和薪酬分配等权限下放至集团。天长市分别由人民医院、中医院和天康医院（民营）作为牵头单位，与县内各乡镇卫生院及村卫生室签约组建为3个县域医疗服务共同体（以下简称“医共体”）。医共体内部设有理事会，制定医共体章程，实行医共体理事会领导下的分院院长负责制，医共体内人员、经费、资产统一管理，将人事分配、内部机构设置、副职推荐、收入分配、年度预算执行等下放到县级医院。

（二）组建上下级机构联通体系，形成服务共同体

各试点地区均明确了整合体系内各级医疗机构的功能定位，按照分级体系“急慢分治、双向转诊、上下联动”设计，集团牵头医院负责联合体内总体服务协调、学科发展，重点开展危急重症和疑难复杂疾病服

务；社区机构开展基本医疗与公共卫生服务。同时，建立了与公共卫生机构的联系，公共卫生机构派员至集团机构驻点工作。例如德清县建立了健康教育、慢病管理等 10 个项目管理，派驻人员每月在基层机构不少于 4 个工作日，评估公共卫生服务状况并提出对策。在资源共享上，成立集团内医学检验、放射影像、物流配送等共享机构，减少集团内技术部门重复设置，降低运营成本的同时提升基层服务质量。

天长市在服务整合上开展了临床方面的探索。医共体内部对各级医疗机构业务范围做出了明确划分，制定临床路径，明确了包括两级医院确保收治的病种目录、乡镇卫生院 50 个不上转病种、15 个康复期下转病种清单，以及 169 个病种的收费标准（包括各级医疗机构医保支付比例及标准）等规范文件和操作标准。县级医院内设有专门负责医共体内转诊病人衔接与服务的双向转诊办公室，安排有值班人员，提升居民就医体验。

（三）以医保支付制度为抓手，建立激励约束机制

各试点地区在不同程度上开展医保支付改革，总体方向是将医保预算交由整合体系执行，结余考核留用、超支合理分担，激励整合体系减少发病、降低成本。德清县实行医保资金总额预算制，总体基金增长率纳入参保人数、国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）指数、居民消费价格指数（Consumer Price Index, CPI）进行测算；预算总额根据上年度支出额与基金支出增长率确定。门诊实行按人头付费（包括定点零售药店），人头确定原则为城乡居保参保人员属地、城保参保人员按单位属地划分；住院按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）划分，明确人头及 DRG 费率。实施原则为月度拨付、年度清算。门诊结余基础比例 50%，按照考核情况调整，留用比例在 0～100% 之间；超支部分集团承担基础比例 85%，根据考核情况承担比例在 70%～100% 之间。住院结余留用基础比例是 70%，同样根据考核情况留用比例在 0～100% 之间；住院超支部分原则上由集团承担。为不影

响集团结余基金的积极性，预算总额测算时将结余奖励金额计算在内。

天长市医共体内部基金由牵头医院分配，医共体之间经费由管理委员会清算；按人头总额预付方式主要还是在新农合医保制度中进行（新农合基金占医院收入的65%），超支由牵头医院承担，结余按牵头医院、乡镇卫生院、村卫生室6：3：1的比例进行分配，其中50%以上结余用于提高医务人员待遇。此外，为落实医保目录内的病种不得随意外转，采取了区域外就医不能享受医保报销优惠政策的措施。

（四）以绩效考核体系为导向，保障改革目标实现

政府通过对整合体系的考核，建立机制化监督体系，引导集团行为向改革目标发展。德清县和天长市的考核体系分为医保基金、服务机构两部分。其中，德清县和天长市均纳入了医保基金区域内支出率、支出基金基层机构支出率指标，促进区域服务能力提升、患者下沉基层。对于医疗服务体系的考核，从医疗业务、财务指标以及患者方的自费比例等方面考核。德清县的医疗业务包括DRG组数、难度系数、质量系数（低风险死亡率），基层诊疗占比、家庭医生签约服务等，财务指标次均费用增幅、药品耗材占比、人员经费支出占比等。天长市管理委员会从费用控制、服务质量、工作效率、满意度考评等方面考核，考核结果与财政补助挂钩。

此外，试点财政补助对整合体系支持力度大，罗湖区实行“以事定费”，对医院、社区的门诊和床日设定补助标准；天长市和德清县对家庭医生签约费全额支持。

三、对构建整合体系关键举措的思考与建议

（一）整合的关键机制

整合体系顶层设计至关重要，而顶层设计的4个关键机制包括：政府部门统筹合作机制、医疗卫生机构分工协作机制、医保支付激励约束机制、绩效考核目标导向机制。

政府部门统筹合作机制。试点地区的上级行政部门要将试点区域范围内的以上机制决策权下放至试点地区的行政部门，通过连贯一致的目标导向和体系机制促进部门、机构、人员间形成联动。若以县为单位改革，但是部分机制的决策权（如医保与考核）仍然在市级、省级，这将影响机制的一致性和整合效力。建立可负担的以人为本、基于健康状况提供个性化的医疗卫生服务，需要建立使人、财、物各方医疗卫生资源向目标方向流动的机制，顶层设计与负责实施的机构要能调动相关资源。无论德清县、天长市还是罗湖区，整合体系改革均由区域内最高行政领导牵头，确定改革目标、组织体系架构、职能分工，以及体系运行的组织人事、医保支付、财政投入政策。与之相对应的是，行政部门下放经营管理权到集团负责人，施以责任同时赋予权力，集团负责人有权限开展内部精细化管理。

医疗卫生机构分工协作机制。各医疗卫生机构的职能定位、分工协作，在机构职能、发展规划、分级诊疗制度等制度中均有，而整合的关键是要有机制使得机构、人员愿意落实，按照设定提供服务的机构和人员能够获得奖励；我国以社会保险为主，医保基金的激励约束机制就尤为重要。试点地区改变了按服务项目付费的传统方式，试行总额下的按人头、DRG支付，且总额由整合体系在成员机构分配、结余留用。该举措一是革除按服务项目付费导致资源浪费倾向；二是支付对象从单个机构转为集团，通过捆绑医保资金使得集团成员形成利益共同体；三是结余留用为奖励且大部分用于人员，调动了医务人员的积极性。

医保支付激励约束机制。放管理权、放医保基金分配权，整体医疗服务集团不是脱缰的马，马绳就是牵在政府手中的考核体系。考核体系的指标对应整合体系的目标。医保基金预算分配权限赋予集团法人，结余留用的前提是集团机构通过服务留住患者、没有加重患者负担（次均

费用、自负和自费费用), 医疗服务结构改善、服务质量提高。财政投入、薪酬分配也与考核结果挂钩。

(二) 整合服务还需改善

试点改革主要在宏观以及部分中观管理层面开展了探索, 目前初见成效。罗湖区医院收治三、四级手术和 CD 型率不断增加, 双向转诊的情况明显改善; 德清县、天长市区域内就诊率提高, 而总体基金有所结余。然而, 以人为本的整合体系的内涵和最终目标, 是提高服务的连续性、提高患者的就诊感受度, 服务体系、内容、流程设计就需要从患者需求出发, 明确什么服务纳入并组合在一起, 明确机构和人员如何更好地组织、协作来提供这些服务。与整合服务的最终目标相比, 整合医疗卫生服务实践探索在中观、微观层面还有改善空间。

首先, 以人为本的服务应针对个人的健康需求提供服务。随着信息化的完善, 通过利用健康档案和诊疗大数据, 进行大数据挖掘, 分析居民的身体健康状况及所患疾病的严重程度, 从而构建健康风险分层模型以开展针对性的、差别化的服务, 重点锁定风险较大人群。

其次, 服务的连续性还可进一步提高。目前各试点地区整合体系主要畅通上下转诊通道, 而全方位、全生命周期的服务要连接预防、急性期治疗、恢复期康复、护理等不同健康/疾病状态下的服务, 共患疾病要同时治疗, 减少发病、延缓病情发展以及提高协同治疗效果。这就需要在微观的健康管理、临床服务方面进行整合, 包括患者分流路径、服务内容、服务流程、临床规范、转诊标准、转诊流程等, 为患者提供一体化服务。可首先选择重点、共性健康问题(如常见的重点病种)开展试点。

再次, 该服务模式的构建需要相应能力的人员、团队支撑。整合医疗卫生服务团队成员在专业上既有分工更有协作, 在人才培养培育阶段

要加强交叉学科知识、多学科团队协作能力的培养。根据需求,设置包含医学、全科、护理、心理、社会支持等各个专业背景的服务团队,以提供一体化服务。此外,提高服务的连贯性,还需设置纽带型角色来完成患者引导以及不同类别、不同级别医疗机构之间的衔接工作,包括负责健康需求的评估、就诊引导以及上下转诊的协调工作。

参考文献

- [1] 国务院办公厅. 全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年) [R]. 2015.
- [2] World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [R]. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [3] Mur Veemani, Hardy B, Steenbergen M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries [J]. Health Policy, 2003, 65 (3): 227-241.
- [4] Peter R.Kongstvedt. Essentials of Managed Health Care (Fifth Edition) [M]. Reston, VA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- [5] 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, 29 (8): 564-566.

(责任编辑: 信虹云)

整合型医疗卫生服务体系筹资激励机制现状、问题和优化策略

朱碧帆 李 芬 陈 多 金春林

【摘 要】 文章旨在梳理我国整合型医疗卫生服务实践中所采取的主要激励举措，识别其取得的成效和存在的问题，并提出优化策略。文章采用文献复习、政策梳理、现场调研以及关键知情人访谈等研究方法，对不同类型的整合型医疗卫生服务模式开展研究。研究结果显示，目前财政对整合型医疗卫生服务模式的投入以项目为主，缺乏常态机制；医保仍以单体机构、后付制为主，医联体支付突破难；部分人员激励政策缺乏政府政策支持。文章提出相关政策建议，包括政府层面可通过建立整合型医疗卫生服务财政专项的形式来落实保障经费；医保支付从机构总额控制向区域总额控制转变；完善绩效工资内部分配，纳入整合型医疗卫生服务指标等。

【关键词】 整合型医疗卫生服务；筹资；激励机制

2016年，一项由“三方五家”（世界银行、世界卫生组织和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部）共同开展的中国医药卫生体制改革联合研究报告发布，其中改革建议的核心内容即是构建以人为本的整合医疗服务模式（people-centered integrated health-care service, PCIHC）。我国正在推进的分级诊疗制度、医疗联合体（以下简称“医联体”）建设、家庭医生签约服务等都是医疗卫生服务整合在中国的具体化表现。各地开展的整合型医疗卫生服务实践取得了一定的成效，但同时也面临诸多难题。其中，缺乏有效的筹资和激励机制成为制约整合型医疗卫生服务开展的突出问题和主要困境^[1]。筹资与激励机制是整合

第一作者：朱碧帆，女，研究实习员，硕士

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

型医疗卫生服务持续发展的动力，通过设置与整合型医疗卫生服务目标相适应的财政投入机制、医保支付方式以及薪酬分配制度对医疗服务机构的服务提供模式进行引导，促进资源合理配置和流动。本研究旨在梳理国内外典型国家和地区构建整合型医疗卫生服务体系（以下简称“整合体系”）的实践经验，聚焦于建立有效的激励机制方面的经验探索，总结我国在整合体系建设中所采取的主要激励举措，识别主要成效和存在的问题，并提出优化策略。

一、资料方法与来源

（一）文献复习、政策梳理

检索中国知网、维普、Medline、Embase 等数据库、政府网站以及查阅灰色文献，系统查阅收集国内外典型国家和地区整合体系的内涵、发展历程，尤其是在筹资激励机制方面的经验探索，研究其政策背景、运行现状及实施效果。

（二）关键知情人访谈

选择不同类型的整合体系实践，开展现场调研及关键知情人访谈。农村地区调研安徽省天长市、浙江省德清县域医联体；城市地区调研深圳市罗湖区医疗集团、新华—崇明区域医联体；此外，对以家庭医生服务为核心的上海市徐汇区“1+N+N”服务模式，以及以专病为核心的上海市高血压、脑卒中防治体系等整合体系开展调研和访谈。访谈对象包括行政主管部门、整合体系管理者、一线工作人员、患者代表等。

二、主要研究结果

（一）国际经验

1. 通过医保支付杠杆促进资源合理流动

日本的医疗保险报销政策以点数的形式向一级医疗圈倾斜。对于患者，通过医保差额支付政策，患者除急诊外，均需凭借一级医疗圈中诊

所医生的介绍信才能到上一级医疗圈进行治疗。若患者直接前往上级医疗圈就诊，不仅将自行承担全部的医疗费用，还需缴纳额外的医疗服务费。对于医疗机构，通过收费标准激励医疗机构自发进行转诊。如一家医院若能够达到《医疗法》规定的区域医疗支援医院的 14 项标准，则每年可以获得来自政府的大量财政专项补助以及医疗服务价格点数对于这一类型医院的增加额。这 14 项规定是法律对区域医疗支援医院职能的定位，其中包括双向转诊率，即要求初诊患者中凭借介绍信转诊而来的比例达 80% 以上，或向上转诊比例达 60% 且向下转诊比例达 30%，或向上转诊比例达 40% 且向下转诊比例达 60% 等。通过医保点数激励的形式，提高医疗机构在双向转诊机制方面的主动性。

2. 改革医保支付方式引导服务模式优化

英国国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）和财务监督部门（monitor）出台一系列文件指导地方开展按人头付费（capitation）^[2,3]，其核心在于向一个或几个服务提供机构购买特定人群的全部 / 主要医疗服务，并一次性付清每位患者的人头费，若提供方以低于人头费总额的成本满足了患者所需的全部服务，则结余部分由服务提供方获得。这种支付方式有助于激励服务提供方开展预防服务、保证居民健康以减少医疗服务的发生，其关键在于覆盖尽可能广的服务范围，而非仅覆盖公共卫生服务或医疗服务。

荷兰针对糖尿病患者开展捆绑支付。在该体系下，保险公司向照护团体支付单一费用，该费用覆盖糖尿病患者全年 365 天照护服务所需的费用。其中，捆绑支付的价格由健康保险公司与照护团体自由商定，通过签订捆绑支付合同，照护团体承担所有分配到其护理项目的糖尿病患者的临床和财务责任。糖尿病照护所需的捆绑服务是基于国家水平来制定的。2007 年，荷兰设立了《二型糖尿病照护标准》（Health Care

Standard for Type 2 Diabetes), 对于糖尿病所涉及到的各种照护, 照护小组可以选择提供服务或者采取和其他提供方签订子合同的形式来提供照护。同样, 转包合同的照护提供者费用也由照护团体与服务提供者自由商定。然而, 此种方式不一定适合患有多种疾病的患者。

3. 注重非物质激励的作用

英国 NHS 在支付方式改革过程中, 发现除了经济激励以外, 其他形式的激励举措同样可以达到期望的结果, 并与经济激励措施协同产生更大的效果。英国将不同的激励举措划分纯粹的声誉奖励、公开排名(惩罚性)、公开排名(奖励性)和纯粹的经济激励 4 种不同类型^[4]。在实际操作中, 应当注重经济激励与非物质激励的平衡和有效结合, 提供小额经济激励(而非威胁性处罚)形式的财务激励举措可能更有利于鼓励行业内的创新和组织变革。此外, 公开排名以及与标杆组织的比较也能够产生一定的激励效果。

(二) 国内实践

1. 设立鼓励性财政投入和薪酬制度

财政投入方面, 依托上海市公共卫生体系建设三年行动计划, 上海市对脑卒中预防与救治服务体系建设、糖尿病“321”一体化防治管理模式开展探索, 而高血压防治分级管理体系试点主要依托于牵头医院的学科建设和科研项目经费。

人员薪酬方面, 社区卫生服务机构按标化工作量核定不同家庭医生的薪酬, 部分区、机构探索不同形式的激励举措, 鼓励医务人员开展整合型服务实践。一是提高整合型服务项目的标化工作量值。例如, 徐汇区长桥社区卫生服务中心将全专联合诊疗(即全科医生与二三级医院医生开展在线会诊)的标化工作量设置为 10(1 个普通全科门诊为 1 个标化工作量), 预约上级医院号源可获得 0.3 个标化工作量, 以鼓励家

庭医生开展联合诊疗和预约转诊服务。二是社区层面开展家庭医生团队薪酬二次分配制度。例如，闵行区家庭医生助理的收入按照家庭医生的50%~70%确定，发放办法由家庭医生确定。徐汇区田林社区卫生服务中心制定了家庭医生签约服务费考核标准，以团队为单位进行二次分配，由家庭医生负责考核发放，团队成员的年终奖金比普通员工高0.8~1万元，其中家庭医生薪酬比非家庭医生高2~3万元。三是医院层面通过发放会诊费的形式鼓励专科医生下沉到社区开展坐诊、带教、查房等工作。例如，徐汇区第八人民医院按照职称、级别对到社区坐诊的专家给予200~400元/半天的劳务补助。徐汇区大华医院则对到社区坐诊的专家给予300元/半天的补助，此外，在年终绩效考核中有20分与参与社区医疗服务挂钩。嘉定区在区级层面设置绩效单列，对区级医院医生下沉社区开展的服务计算工作量，并给予250~500元/半天的补助。

2. 探索以集团为单位的医保支付制度

安徽省天长市、浙江省德清县、深圳市罗湖区均在不同程度上开展医保支付改革，总体方向是将医保预算交由整合体系执行，结余考核留用、超支合理分担，激励整合体系内减少发病、降低成本。德清县实行医保资金总额预算制，总体基金增长率纳入参保人数、国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）指数、居民消费价格指数（Consumer Price Index, CPI）进行测算；预算总额根据上年度支出额与基金支出增长率确定。门诊实行按人头付费（包括定点零售药店），人头确定原则为城乡居民医保参保人员按属地、城镇职工医保参保人员按单位属地划分；住院按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）付费，明确人头及DRG费率，月度拨付、年度清算。结余留用比例为50%~70%，超支部分集团承担85%~100%。为不影响集团结余基金的积极性，预算总额测算时将结余奖励金额计算在内。

安徽省天长市实行按人头总额预算付费，医联体内部基金由牵头医院分配，医联体之间经费由管理委员会清算；按人头总额预付方式主要还是在新农合医保制度中进行（新农合基金占医院收入的65%），超支部分由牵头医院承担，结余部分按牵头医院、乡镇卫生院、村卫生室6:3:1的比例进行分配，其中50%以上结余用于提高医务人员待遇。通过预算基金的再分配，对县、乡两级医疗卫生机构进行经济利益调配，为县域医共体内医疗卫生机构之间的合作提供持续有力的经济激励，很大程度激发医疗卫生机构主动控费的积极性，引导医疗卫生机构从只注重医疗服务转向防治结合。

实践地区改变了按服务项目付费的传统方式，试行总额下的按人头、DRG支付，且总额由整合体系在成员机构间分配、结余留用。该举措一是实现了支付对象从单个机构转为集团，通过捆绑医保资金使得集团成员形成利益共同体；二是结余留用作为奖励，且大部分用于医务人员，充分调动了医务人员的积极性。

（三）主要问题

1. 财政投入以项目为主，缺乏常态机制

目前各地的实践中对于整合型服务实践尚未形成长期、常态化的财政投入机制，多以项目为依托，依赖行政命令或科研项目开展。区域医联体建设中，无论是硬件建设如远程协作平台的开发建设，或者软件投入如医务人员培训或到基层开展培训、组织专题讲座等，均由各级医疗机构内部互相消化解决，缺乏相应的政府财政投入。若试点工作无法给各成员单位带来经济效益，将造成医务人员尤其是三级医院专家的积极性调动乏力，导致三级医院缺乏继续合作的主动性。在这一模式下，项目结束后若未有相应资金投入，则激励机制难以持续。

2. 医保仍以单体机构、后付制为主，医联体支付突破难

我国现有的医保支付方式主要采用总额预算下的按项目付费制，支付对象以单个医疗机构为主，支付金额以发生的业务数量为依据。即使在紧密型新华—崇明医联体，医保支付方式主要在结余留用机制方面开展探索。医保预付结余留用比例可按70%、高于面上标准的水平执行，牵头医院可参照执行。然而，根据目前医保资金使用规定，医保资金划拨及结余留用只能按照独立法人进行，尚不能以医联体为一个整体进行医保总额预付及结余留用。由于新华—崇明医联体是在“独立法人、资产归属、财政投入、定位、职工身份”5个不变的基础上进行管理，医保预算管理、资金划拨无法突破市、区两级管理架构，即牵头医院医保资金由市级医保经办机构结算，崇明区内的医疗机构则与区级医保经办机构结算。

崇明区内部也无法根据医联体建设目标调整医保资金的分配。根据医联体章程，核心医院应代表医联体与医保办进行医保资金使用协商，共同制定医联体内各医疗机构医保预算使用方案。但从目前的实践来看，医保分配方案仍由医保部门主导，没有形成与医联体相适应的考核和奖励机制，如对有效的上下转诊进行医保激励、将健康管理和预防保健项目纳入医保支付范围等，与以健康为目标的医联体试点及推动分级诊疗的目标相背离。核心医院对医保资金没有分配考核权，影响了医联体内各机构医疗保险支付模式改革探索等工作的推进。

而安徽省天长市、浙江省德清县的改革之所以成功，是由于可以按人头总额预付打包，且医联体内部设置了基本的分配机制。然而目前的医保支付制度改革往往只能集中在某一项医保制度内，且总额测算以历史数据为基础，造成医疗机构缺乏足够动力来节省医保资金，甚至出现反向的激励效果，例如有的地方出现牵头医院顶格使用医保资金，“先

把蛋糕切到自己盘子里”的现象。此外，一些牵头医院的院长表示，目前医联体内部对于结余分配的比例仍存在分歧，有待于医联体各医疗卫生机构进行协商达成共识。同时，实行按人头付费也存在医疗卫生机构通过减少服务量或者降低服务质量来提高收入的风险^[5]，这就要求医保提高精细化管理水平，对于应当完成的服务内容和标准进行规定，同时设置与质量、健康结果相挂钩的考核指标，避免出现推诿患者的现象。

3. 部分医院和社区探索人员激励政策，缺乏政府政策支持

虽然各地的实践中对社区、医院参与整合服务的人员均有倾斜性激励，但无论是家庭医生签约服务费，还是医院会诊费用，这部分奖励资金仍在绩效工资总额内，相当于给了医务人员“粮票”，而非实实在在的奖励，所能起到的激励作用也比较有限。社区层面，在绩效工资总额框定的情况下，将整合型服务项目纳入标化工作量体系往往意味着稀释每一个标化工作量的单价，相较于开展全专联合诊疗所耗费的时间和精力，医生往往认为开展此类服务“性价比”不高。在社区人事薪酬制度无法突破的情况下，调动医务人员积极性关键在于内部薪酬分配机制的完善，应当根据服务量数据、服务效果评价不同家庭医生的绩效，真正做到多劳多得、优绩优酬，拉开不同医生的薪酬差距，鼓励家庭医生转变服务理念，更多地开展整合型服务。

三、讨论和建议

在构建整合体系的过程中，应通过财政投入、医保支付、人事薪酬制度等方面的配套政策，保证体系内的医疗机构得到科学的补偿。通过统筹人员调配、薪酬分配、资源共享等手段，使优质医疗资源能够上下贯通^[6]。

（一）完善财政投入机制，落实保障经费

政府应在整合体系的构建中起到主导作用，完善相关财政配套政策，

适时加大相关保障力度，这是整合体系有效运转的关键。

短期内，政府层面可通过建立整合服务财政专项的形式来落实保障经费，用于补偿整合体系日常运营经费、信息化建设和人员培训等，而不能仅仅依靠牵头医院自身的投入。同时为了让资金使用更高效、更公平，可建立监管机制，及以成本—效果为核心的绩效评价机制^[7]。医院层面可通过发放会诊费、加班费等额外补贴来鼓励医务人员更多地参与到整合体系的实践中。社区层面则可将整合型服务项目纳入到标化工作量体系中，并在绩效考核体系中纳入整合型服务的数量和质量指标，真正做到多劳多得、优绩优酬。

中长期阶段，可通过设立科研项目（如3年行动计划）的形式提供经费支持。构建疾病预防控制机构与各级医疗卫生机构间职责明确、衔接有序的疾病防治工作机制与服务体系。由三级医院牵头完善重点病种的诊疗规范，开展各级医疗机构同质化培训，探索疾病管理的有效模式。在项目结束后，应当将相关疾病的诊疗效果指标纳入绩效考核，保证诊疗规范的有效实行。

（二）医保支付从机构总额控制向区域总额控制转变

实证研究结果显示，基于绩效的集团总额预付制在控制费用、提升服务连续性方面有较为显著的效果^[8]。针对纵向合作的区域医联体等整合体系实行以医联体为单位的医保总额付费，完善结余留用机制和可分配比例，合理引导双向转诊。

在医保基金行政管理架构不变的前提下，将医保基金的结算支付考核权下放到整合体系牵头医院，建立合理的按绩效利益分配机制，引导牵头医院提升服务能力，优化收入结构，积极收治疑难重病，主动控制不合理医疗费用，提高医保资金使用效率。调动整合体系内部的激励和约束机制，将优质医疗资源下沉到社区，按功能定位，发挥各级医疗机

构的积极性；在明确各级医疗机构功能定位、建立有序转诊体系的基础上，结合家庭医生制度的推进，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合。对社区卫生服务、预防保健和家庭病床实施按人头付费。加强社区卫生服务机构之间的竞争，给予病人更多的选择权，建立“钱跟人头走”的竞争机制，促使服务提供者为了争取更多的病人而相互竞争，从而树立“以患者为中心”的服务理念，提高服务质量。对社区卫生服务的支付，医保应认可家庭医生开展的健康管理、健康教育等服务项目，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。

（三）完善绩效工资内部分配

在人事薪酬制度方面，完善绩效工资内部分配办法，在考核分配时纳入整合型服务数量和服务效果指标，鼓励医务人员更多地开展整合型医疗服务。同时，针对因提升居民健康水平而节省的医保资金，可探索绩效工资总量外的奖励机制。建立财政补助资金与绩效评价结果挂钩机制，将财政补助经费与整合体系内各医疗机构完成的工作数量、质量和群众满意度挂钩。

激励必须是系统的，不同的激励举措须有效整合才能形成有效的机制。完善的激励机制须囊括人、财、物的激励，同时也应当重视非物质激励的作用。激励必须互相协同，明确以患者为中心的总目标和原则。在实际操作中，应当积极探索主动下放考核激励权限，将部分权利赋予医院，发挥医院自主性。

参考文献

- [1] 任苒. 对医联体建设发展定位的思考[J]. 医学与哲学 (A), 2018, 39 (11): 6-11.
- [2] NHS England. Capitation: a potential new payment model to enable integrated care [EB/OL]. [2019-09-02]. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/445731/LPE_Capitation.pdf.
- [3] NHS England. Reforming the payment system for NHS services: supporting the Five Year Forward

View [EB/OL]. [2019-09-02]. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/381637/ReformingPaymentSystem_NHSEMonitor.pdf.

- [4] Adam O . Incentivising improvements in health care delivery[J]. Health Economics, Policy and Law, 2015, 10 (3) : 17.
- [5] 林伟龙, 代涛, 朱晓丽. 安徽省天长市县域医联体改革实践分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36 (4) : 74-77.
- [6] 孙梦. 建好医联体须有内生动力[N]. 健康报, 2017-04-27 (001) .
- [7] 黄二丹, 陈武朝. 整合医疗视角下医院合作的实践探索与必要条件研究[J]. 卫生经济研究, 2018 (8) : 7-10.
- [8] 唐文熙, 张研, 张亮. 整合服务改革中基于绩效的集团总额预付模式探索及效果[J]. 中国卫生经济, 2017, 36 (2) : 61-64.

(责任编辑: 张苹)

大城市整合医疗卫生服务实施路径探讨——以上海为例

李 芬¹ 陈 多¹ 朱碧帆¹ 王常颖¹ 陈秀芝¹

杨婷婷² 顾淑玮³ 金春林¹

【摘要】 整合医疗卫生服务是基于健康状况提供连续型服务模式。整合医疗卫生服务体系受多因素的影响，实施路径需因地制宜。文章通过对上海市8家医院、13家社区卫生服务机构的现场调研和关键知情人访谈，从管理、组织、支付等维度分析上海市整合实施路径选择的背景，概述整合医疗卫生服务体系的总体架构，总结整合实践在流程重塑、提高能力、专项激励、信息化支撑等方面的主要经验，梳理整合医疗卫生服务体系在管理体系、机构衔接、人员能力、绩效考核与数据挖掘方面存在的问题，最后提出从优化机构协作、夯实整合基础和建立长效机制3个阶段分步实施整合医疗卫生服务。

【关键词】 整合医疗；流程重塑；诊疗规范；实施路径

整合医疗卫生服务是以人为本、基于健康状况提供全疾病阶段的连续型服务模式。我国地区差异大，整合医疗卫生服务体系（以下简称“整合体系”）受管理、组织、支付等多因素的影响，各地实施路径也有所不同。本文通过对上海市8家医院、13家社区卫生服务机构的现场调研和关键知情人访谈，分析了上海市医疗卫生服务体系整合路径选择的背景，梳理了上海实践探索的主要经验和存在的问题，提出了进一步整合的实施路径。

第一作者：李芬，女，助理研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）事业发展部主任

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心 上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 江西中医药大学，南昌 330000

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究(2018008B)

一、整合体系的背景和总体框架

(一) 整合体系内涵与实施背景

按照医疗卫生服务体系的整合层次,从宏观到微观可分为部门整合、机构整合与服务整合。部门整合指的是相关管理部门建立资金拨付、服务管制和服务提供的协同机制。机构整合即资源整合,分为纵向和横向两种类型,前者偏重于不同类型医疗卫生机构的联合,实现资源共享;后者指提供同类型服务的机构联合,提高不同机构服务的同质化、形成规模效应^[1]。服务整合要求服务提供从疾病治疗模式转变为基于需求的模式,包括临床服务与支持性功能整合,前者包括初级卫生保健、全科、专科、康复和护理服务等整合,后者主要是人力资源、支付管理、财务管理、绩效管理、信息系统等关键激励约束机制和支持系统^[2]。

上海开展的整合体系探索有“1+1+1”组合签约、区域医疗联合体(以下简称“医联体”)、专科联盟等,受医疗卫生体系等客观因素影响,呈现出以中观和微观整合为主、技术先行的特点。从卫生体系组织、筹资、支付、监管和行为5个控制旋钮来看,上海市医疗卫生体系分为两级架构,即市属的三甲医院、上海市卫生健康委员会(以下简称“市卫健委”)行业指导和申康医院发展中心管理,市医保局核定预付总额,接受市级财政局投入;区属医疗卫生机构均由区级部门来管理、投入和支付。整合体系要市区两级相关机构联合,需打破市区管理体制藩篱,难度很大。医保支付采取按项目支付的后付制,患者和医疗机构均有发生更多医疗活动的道德风险,没有减少发病、促进健康、节省费用的内在动力。而上海医疗资源丰富,交通极为便利,实行一卡通制度已近20年,在无序就诊、转诊规范尚未建立的情况下,患者就诊不局限于某个区域或整合组织,健康结果难以与某机构或整合组织关联。在此背景下,市区两级财政、医保资金难以按照居民健康状况或诊疗效果来联合投入。上海

充分发挥供方和需方的能动性，患者自主选择签约机构、医疗机构自由联合形成松散的整合组织；同时，以专科、专病为切入点，开展支持性功能、临床服务的有机整合，强化信息化对整合服务的支撑。

（二）上海市整合医疗卫生体系的架构

上海市按照国家相关文件精神，成立了医联体改革工作小组，开展了纵向和横向的医疗联合体、全专联合、专科联盟等多种形式的整合服务探索。全市医疗卫生机构广泛参与的整合组织有两种，一是基于需方选择，于2015年11月起推行“1+1+1”组合签约，即居民与1家社区卫生服务中心、1家区级医院、1家市级医院签约，签约居民可获得慢病长处方、延伸处方及获得非基本药物医保药品等服务，预约优先转诊服务以及针对性健康管理服务。二是从供方角度，全市组建了55个区域医联体，所有三级医院和社区卫生服务中心、约80%的二级医院参与建设。各医联体内部紧密联合程度不一，以开展技术培训、人员下基层、检查共享等为主。

专科医联体从较为薄弱或人员短缺矛盾突出的学科做起，首先开展探索的是儿科医联体，以就近结对、兼顾传统合作关系为原则，依托三级儿童专科医院和儿科占优势的综合医院的优质医疗卫生服务资源，在全市构建了东、南、西、北、中等5大区域儿科医联体，将优质儿科医疗资源辐射到基层；妇产科、肿瘤、血液等专科医联体也陆续建立。专病防治组织主要聚焦在脑卒中、高血压、糖尿病等3种慢病，针对疾病特点，建立了特有的服务网络和服务团队，探索了健康需求分层、分流体系。

二、整合体系探索的主要经验

（一）加强协作，重塑服务流程

从机构协作，到支持性功能、临床服务，不同形式组织的医疗资源整合程度不一。

第一个层次是“物理”协作。如“1+1+1”和区域医联体，主要实施了双向转诊、远程会诊、便捷配药等举措。虽然整合程度相对较低，但覆盖面广，能够提高居民的服务可及性和便捷度；在“一卡通”自由就诊及医保支付等制度不变的情况下，以柔性方式逐步与签约居民建立信赖关系，开展了部分患者的上下转诊和追踪管理。儿科等专科联盟机构间的整合更为紧密，医联体内统筹了儿科床位和人员安排，推进了远程医疗协作、标准化儿科示范门急诊和高危儿管理网络等专项工作，技术支持更便捷、人员流动更频繁。对组合签约患者的调查显示，患者最满意的服务是慢病管理、放宽配药限制和健康咨询、转诊服务。

第二个层次是“化学”协作。专病防治体系相关举措综合考虑了疾病特点，从临床技术层面重塑了就诊模式。首先，针对各疾病特征，构建“321”防治体系，社区首诊、医院开设专病门诊和转诊绿色通道。例如，脑卒中具有死亡率高、致残率高、复发率高、危险因素可预防等特点，服务网络包含预防、干预、救治、护理等各类机构，重点加强卒中发生后急救工作。高血压、糖尿病是患病率最高的慢性病，病程长、并发症多。通过追踪慢病管理过程，将整合锁定在源头，以测准血压和血糖为抓手，设立社区健康管理专员来加强血压、血糖控制率。其次，建立风险评估体系，制定诊疗、转诊规范。如，脑卒中由华山医院牵头，建立了高危筛查、风险度评分标准，高危个体管理、院前急救、急诊等诊疗规范及转诊标准。再次，根据诊疗需求，成立多学科专病门诊团队。如卒中区级救治中心团队包括神经外科、血管外科、神经介入、中医康复在内的技术人员。医院内部针对专病需要成立多学科诊疗团队（multi-disciplinary team, MDT），纳入疾病相关的外科、内科、医技以及心理、护理等医务人员，同时成立以医务部为主的事务管理部，实行绩效奖励方案。

（二）培训拓展，提高服务能力

整合体系实现顺畅下转的条件之一是下级机构能够提供与功能定位相符的服务，因而提升医务人员专业技术水平非常重要。上海通过住院医师规培、进修带教、专病技能培训基地等举措，提高机构间服务能力的同质化水平。住院医师规培基地由医学会专家遴选，以三级医院为主，二级医院的特色专科也纳入。为达到同质化目标，成立市规培专家委员会，进行质控考核，包括学科认定、调整，对教学、师资、学科建设、考试考核的督导等。整合组织中，自上而下，上级医院派专家到基层坐诊和开展技术培训；专科、专病联盟开展针对性的胜任能力培训，在社区建立专病技能实训基地。自下而上，基层医务人员到上级医院脱产进修、远程平台学习、参加继续教育培训班等。

实现为患者提供“一站式”服务的目标，整合的关键障碍是不同服务类型、机构、体系人员的协作^[3]。为加强不同人员间的协作，在整合组织中出现了新的角色。如MDT设立医疗助理，每一位MDT患者均由医疗助理进行全程跟踪、落实各项检查、协调MDT专业组医生和患者的集中讨论时间；卫生服务机构也设立家庭医生助理岗位，以支撑家庭医生开展相关签约和诊疗服务。

（三）专项支持，激励整合人员

在全市层面，由财政投入专项资金，开展脑卒中预防与救治服务体系建设、糖尿病“321”一体化防治管理模式等整合探索。在人员激励方面，部分社区卫生服务机构提高整合型服务项目的标化工作量值。如，1个普通全科门诊为1个标化工作量，而全科医生与二三级医院医生开展在线会诊的标化工作量设置为10，预约上级医院号源为0.3个标化工作量。医院层面通过发放会诊费的形式鼓励专科医生下沉到社区开展坐诊、带教、查房等工作，并在年终绩效考核中设置一定比例分值考核参

与社区医疗服务情况。嘉定区对区级医院医生下沉社区开展的服务设置绩效，给予 250 ~ 500 元 / 半天的补助。

（四）信息集成，数据共享互认

上海市健康信息网实现了全市所有医疗卫生机构数据集成，庞大的数据资源为患者健康管理、行政循证决策打下了基础。信息系统中嵌入了一些临床辅助功能，如闵行区的转诊平台实现了从下往上转诊及检查结果互认；在用药规范上建立安全用药知识库体系，实现了“重复检查”“重复用药”等智能提示功能，对患者用药进行药品配伍，对肝肾功能、老人与儿童安全用药进行提示；预约挂号平台方面，在 4 个试点区和 41 家三级医院间开展预约挂号及层级转诊服务。此外，综合管理平台为医疗服务整合提供支撑，社区卫生服务机构的综合管理平台能够对家庭医生的 6 大类 141 项标化工作量进行管理，公立医院的管理平台能开展全面预算管理、综合评价等管理。通过市卫健委信息平台大数据，上海建立了病种组合指数（Case Mix Index, CMI）绩效考核体系等，将数据应用于行政管理和决策。

三、推进整合体系存在的问题

（一）市区两级架构、单体机构管理，协同难以实现

医疗卫生机构的行业管理、财政投入和医保支付均为市区两级架构，部门内部、部门之间难以协同。无论是区域医联体还是专科联盟，均要求市级、区级相关医疗卫生机构整合、协同，但在行政上却是两级管理，财政投入和医保预付总额均核定到单家机构，没有将整合组织作为一个整体的投入和支付对象。在此政策环境下，整合组织内的各医疗卫生机构仍是竞争关系，难以开展协同行动，三级医院借助技术优势、整合组织的便利渠道，虹吸患者的现象较为普遍；而按照整合体系要求提升基层技术力量、分流患者的三级医院，医疗收入和医保预付额度反而下降，

负向激励使得整合难以持续。新华—崇明医联体探索医保资金结余留用，但结余资金只能按照独立法人划拨，管理体制给整合激励机制探索带来障碍。

（二）转诊连续性、诊疗规范性不够，患者获得感较低

不同整合组织在机构双向转诊、技术指导与培训、远程会诊、制定个体风险评估、诊疗转诊规范等方面开展了不同程度的探索。然而，对机构医务人员和患者的访谈显示，诊疗规范性和转诊连续性、便利性还有待加强，患者就诊“整体性”仍需提高。我国临床诊疗和转诊规范多由各学会制定，是诊疗的参考性规范，不具有约束性，客观上也存在更新不及时的情况；上海市级层面或医疗卫生机构根据需要制定自身的规范文件，同一整合组织内使用不同的规范标准。在规范不具强制性、不统一的情况下，转诊呈现出一定的随意性。整合组织的医生认为，整合服务应该依托于专业规范来开展，基于临床专业的整合体系，医务人员才能有较高的认同度，才能应用于临床实践；在流程上，现阶段转诊主要依靠机构合作关系或自身关系，机构之间信息系统联而不通，也降低了患者转诊的便利性。而患者认为从社区转诊与自行前往上级医院就诊的区别不大，仍然需要二次挂号、问诊、检查，而且转诊流程复杂、等待时间长；同病异治，使得部分患者随意转诊，排斥向下转诊。

（三）服务岗位缺失、协作能力较弱，整合效果欠佳

基层全科医师数量和能力仍显不足，其他类型医师、辅助岗位人员缺失。患者通过一个接入点获取所需要的服务，因此接入点对患者非常重要。家庭医生通常作为整合服务的核心，需要具备全科服务能力，并与医务人员紧密协作，以提高服务的连续性和整体性。但存在问题之一是全科医师人员不足，按照每个家庭医生签约 2000 名居民测算，上海市仍有 30% 的缺口。其次，全科医师服务团队中，医疗助理岗位往往缺失，

全科医师需承担大量的事务性工作；心理咨询师、营养师、康复师、社会工作者等其他相关岗位人员也不足，影响服务效果。再次，基层医疗服务能力还有待加强。如社区儿科门诊，目前约 1/3 的社区卫生服务机构开设儿科门诊，但多为上级医院专家坐诊时才开放，提示基层建立起儿科服务队伍还有待时日；2017 年社区安宁疗护床位使用率仅为 40% 左右，原因是其主要提供疼痛及其他症状控制等支持治疗、难以满足其他治疗需求。

从医疗卫生服务整体来看，在专科细分背景下，多专业协作显得尤为重要，需培养医师的协作意识、建立多学科协作机制。但医务人员的培养过程中缺乏对多学科知识与整合协作思维的学习，无论是在校学习还是毕业后规范化培训，均按照不同学科专业进行设置，缺乏交叉学科训练，造成了专业间的壁垒。由于知识背景的专一性和局限性，当出现跨学科的复杂病例时，出现一次就诊挂多个号、碎片化服务的情况。

（四）考核主体、对象与内容匹配低，考核效力不高

首先，考核主体与考核对象在行政管理上的“错位”，使考核约束力不够。2018 年底，上海市卫健委制定了《本市医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）》，将绩效考核分为外部考核和内部考核。外部考核主要由各区卫健委对本区的医联体开展考核，但区域医联体牵头单位是市级医院，其行政管理在市级政府部门，区卫健委考核难以与相关激励制度挂钩。内部考核主要由牵头三级医院组织考核，其考核的联合体内二级医院和社区卫生服务中心由区级政府部门管理，考核同样不具备约束力。

其次，考核内容的针对性、量化程度需加强。上海医疗卫生资源丰富、交通便捷，在居民对整合组织“粘度”较低的情况下，健康结果难以与某个联合体、某家医疗机构或某次就诊行为关联，考核过程性指标仍有

其必要性。但当前医联体考核指标以定性为主，如是否出台文件、建立制度等；对于制度实际落实情况，以及联动和共享程度、平台效果、激励作用等不能有效量化。结果指标如婴儿和孕产妇死亡率等，在行政部门的考核中纳入，而医联体内部考核的定量指标主要是与功能定位相关的数量、比例等过程性指标。

最后，在考核主体与激励主体不统一的现状下，有可能造成考核与激励机制协同不足，最终影响整合组织的发展。整合医疗卫生服务的目标是从“治疗”转向“健康”，但医保支付仍采用按项目付费，医务人员绩效没有将预防相关工作计入工作量并转化为薪酬激励。

（五）数据联通、共享和挖掘不充分，信息共享不足

据医务人员反映，信息化的一大问题是条线过多、信息系统缺乏顶层设计。如市级层面的健康信息网和医联平台、区级层面的全专云平台和“1+1+1”居民签约平台等未进行整合，存在重复建设的现象。医疗、公卫等条线过多也导致重复性的填写与上报工作。以社区为例，家庭医生的工作条线包括门诊、家庭病床、转诊等，其中，居民健康档案、门诊、住院系统相互之间无法互联互通；公卫14条线的数据填报，其中大多是重复性工作，如一位居民既患有高血压又患有糖尿病，相同资料需分两个系统进行填报。

第二个问题是数据共享与挖掘还不够充分。医疗卫生机构数据上传至上海市卫生健康委员会信息中心（以下简称“委信息中心”），但不能查看委信息中心整合的数据信息，区卫生部门也不能追踪本区患者在市级医院的就诊情况。医疗卫生机构之间，医生反映能看到部分患者的健康、诊疗信息，但不能查全。集成数据量非常庞大，包括患者基本信息、就诊和费用情况，以及用药、检查等具体内容，还有很大空间将挖掘数据进一步转化为知识、应用于决策。

四、构建整合体系的实施路径

我国地大物博，城市、县域医疗资源丰富程度和可及性差异巨大，这会对整合医疗卫生资源的实施路径产生影响。上海市区两级行政架构、医疗资源丰富、医疗保障水平和可及性高，整合医疗卫生组织的实施选择了与县域整合不同的路径。根据已有基础和存在问题，拟分为优化机构协作、夯实整合基础和建立长效机制3个阶段来逐步实现最终整合。

（一）技术层面：优化机构协作

第一个阶段针对现阶段整合组织的问题，提出改进措施，加强“物理”联系，通过机构间的优化协作，建立从预防、诊断、治疗、康复，从社区、二级医院到三级（专科）医院的有序衔接。对于整体组织架构，由区级最高行政领导牵头整合体系建设，由区域医疗中心牵头，在区域内组建涵盖医院、社区和公共卫生机构的整合体系，明确不同类别、不同级别医疗卫生机构的分工以及在协作网络中的定位，改善分工协作机制。市级医院对区域整合组织进行技术、人才支持和“云”诊疗。

在机构内部、整合组织中设置“纽带型”的角色，如整合组织诊疗导航员、多学科团队助理等，负责健康需求的评估、就诊引导以及上下转诊的协调工作，促进医疗卫生机构内部和机构之间的有序衔接。依托信息化建设，改变转诊靠熟人的状态，信息系统中显示整合组织网络医疗卫生机构的号源、床位状况，优化、简化转诊，并加强机构间诊疗信息共享、互认互通。该阶段，政府可通过整合服务专项管理经费、参与医务人员专项酬劳等形式，鼓励整合组织的内部建设和正常运转，落实对相关资金补贴、设施建设、人员培训等的财力支持。

（二）规范层面：夯实整合基础

机构间“物理”连接完成后，第二阶段需建立以健康需求为导向的分流、以临床诊疗规范为依据的转诊体系，建立信息辅助诊断和转诊系

统，完成整合的“化学”变化，使患者到整合“枢纽”后，能够顺畅地得到合适的医疗卫生服务，真正实现一站式服务。

首先，基于健康档案与医疗记录建立风险分层模型，以开展针对性的、差别化的服务，重点锁定风险较大人群。风险分层可借鉴英美经验，纳入所患疾病类型及共患疾病情况、门急诊次数、住院天数等指标^[4,5]，对人群进行初步分层；对于已有的专病体系，再对其按照专病的风险分层标准管理。

其次，制定整合组织内的诊疗、转诊规范。政府部门制定转诊原则、要求和总体规范，发挥各整合组织的主体责任，根据整合组织及服务患者的具体情况，制定体系内的转诊细则^[6]。在实施路径上，可以先以高血压、糖尿病等病种为切入点，制定疾病临床诊疗规范，根据服务范围与能力构建各级医疗机构的服务内容、服务流程、转诊标准、转诊流程等。然后逐渐扩大病种范围，覆盖共性健康问题（如常见的重点病种）和个性化健康问题（如遗传性疾病），制定相应病种的诊疗规范与转诊规范。

这一阶段，建立信息化诊疗辅助系统，嵌入诊疗规范、转诊规范等智能系统，引入人工智能（Artificial Intelligence, AI）智慧医疗，协助诊疗和转诊；同时也可作为监测工具，对不符合规范的诊疗和转诊作出提醒和警示。依托监测数据，建立整合考核指标体系，对市级医院因常见疾病下沉而造成的减收，应实行医保预付总额留用机制，避免负向激励打击医院积极性；设立中长期财政项目，对规范制定、信息化基础性工作予以资金支持。

（三）制度层面：建立长效机制

在整合组织运行平稳、顺利后，第三阶段基于大数据开展投入与支付的模拟测算，对整合组织的诊疗和转诊规范性、成本效果、医保支付费用等，建立符合整合体系运行的、以健康结果为导向的整合激励长效机制。

首先，构建多部门协同机制。将解决健康问题的着力点放在社区和基层，建立卫生健康、医保、财政等多部门协作的管理架构，制定管理规范，明确各部门职责分工，统一协作集团的管理和预算分配，以区域为单位确定整合医疗卫生服务的政策目标，整合医疗、康复、护理等多种类型的服务并制定相应的经费预算，预算与分级诊疗服务数量、质量以及健康结果挂钩。探索建立跨部门、跨服务提供机构的整合型服务提供和费用打包支付方式。

其次，在整合医疗组织内拥有明确而统一的诊疗规范及转诊标准，且医务人员切实执行、信息化数据可追溯的情况下，居民健康结果能够与诊疗过程进行关联，则可建立以结果为导向的考核体系。这一阶段，信息化平台要能够支撑考核和管理所需。考核体系将包括居民健康结果、医疗资源在整合医疗组织内部的流动情况以及各级医疗卫生机构的协作情况等相关指标，并根据考核情况、不同阶段的工作重点进行动态调整。

再次，医保支付应从从机构总额控制向以整合组织为单位的总额预付转变，明确资金管理主体、医保额度核定依据，预付资金整合组织内机构间的分配应主要采取资金随病人走的方式，并完善结余留用机制和可分配比例。基于绩效考核，建立财政投入配套政策，完善机构内部绩效工资分配办法，保证践行整合实践的医疗卫生机构和医务人员得到激励^[7]。

参考文献

- [1] 高解春. 医联体如何破题[J]. 中国医院院长, 2013(11): 32-33.
- [2] 李芬, 白雪, 陈多, 等. 对整合卫生服务内涵与关键举措的思考[J]. 卫生经济研究, 2019(3): 9-12.
- [3] Williams P. The competent boundary spanner[J]. Public Administration, 2002(80): 103-24.
- [4] Caz, Sayer. Patients-defined outcomes and population health management [EB/OL]. [2019-06-01]. <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/our-networks/healthcare-costing-for-value-institute/>

other-institute-resources/caroline-sayer-camden-ccg.pdf?sfvrsn=2.

- [5] National Association of Community Health Centers. Population Health Management Risk Stratification[EB/OL]. [2019-06-01]. http://www.nachc.org/wp-content/uploads/2018/02/Action-Guide_Pop-Health_Risk-Stratification-Sept-2017.pdf.
- [6] 李芬, 王常颖, 陈多, 等. 基于国际经验的整合卫生服务体系关键路径探索[J]. 中国卫生资源, 2018, 21 (6) : 79-85.
- [7] 孙梦. 建好医联体须有内生动力[N]. 健康报, 2017-04-27(001).

(责任编辑: 信虹云)

上海市医疗联合体绩效考核问题及对策分析

陈多¹ 李芬¹ 朱碧帆¹ 王常颖¹ 陈秀芝¹

杨婷婷² 顾淑玮³ 金春林¹

【摘要】 作为我国整合医疗组织具体化表现的主要形式之一，医疗联合体近年作为卫生工作的重点推进内容受到了社会各界的关注。绩效考核机制作为医疗联合体健康发展和推进的重要保障之一，已有国内外大量实践经验可供借鉴。文章以当前上海市医疗联合体绩效考核工作为例，通过对其中存在的主要问题梳理分析，结合当前国内外实践经验以及上海的实际情况，提出了短期内建立我国医疗联合体绩效考核工作协同优化协作机制，长期构建以健康结果为导向的整合评价机制等建议，以期对相关领域内的政策制定者和研究人员提供参考。

【关键词】 整合医疗组织；医疗联合体；绩效考核

2016年，一项由“三方五家”（世界银行、世界卫生组织和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部）共同开展的中国医药卫生体制改革联合研究报告发布，其中改革建议的核心内容即构建以人为本的整合型服务模式（people-centered integrated health-care service, PCIHC）^[1]。当前我国正在重点推进的医疗联合体（以下简称“医联体”）建设即为卫生服务整合在我国具体化表现的主要形式之一。2018年7月，为从国家层面指导各地推进和完善医联体工作，调动医疗机构积极性，国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫健委”）会同国家中医药管理局

第一作者：陈多，女，研究实习员，硕士

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 江西中医药大学，南昌 330000

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

联合制定了《医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）》（国卫医发〔2018〕26号），对行政部门和医联体分别提出了医联体建设的综合绩效考核指标体系，以供各地具体推进和细化医联体绩效考核工作进行参考。该文件规范了医联体建设发展，同时也是对国家医联体建设系列文件的进一步深化和落实，为医联体的下一步发展指明了方向和目标^[2]。

一、医联体绩效考核工作现状

绩效考核工作根据考核主体不同可分为外部考核和内部考核，根据考核对象不同可分为对医联体的考核、对医联体内成员单位的考核以及对医联体内人员的考核。通过对与整合型医疗卫生组织相关的绩效考核工作现状进行梳理，本文将主要聚焦于外部考核，即对医联体的绩效考核。

（一）各级政府部门发布绩效考核文件，为医联体发展指明方向

根据国家卫健委2018年7月发布的《医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）》（国卫医发〔2018〕26号），上海市卫生健康委员会（以下简称“上海市卫健委”）在国家文件的框架下发布了《本市医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）》（沪卫计医发〔2018〕106号），同时对区行政部门和医联体提出相应考核要求，标志着以医联体为单位的绩效考核工作在上海市的全面铺开。根据考核指标体系可知，当前政府部门对医联体的发展定位聚焦于医联体医疗服务的公益性，旨在推动分级诊疗体系的建设完善以及基层医疗卫生服务机构的能力提升。同时，文件中对上海市唯一试点的紧密型“健康版”联合体“新华—崇明区域医联体”制定单独的绩效考核指标体系，这更加符合上海市医联体建设的实际情况^[3]。

（二）各地医联体结合实际，探索试点医联体绩效考核

在国家卫健委正式发布医联体综合绩效考核文件前，我国已试点医联体的地区均在不同程度上对医联体绩效考核进行了探索。如浙江省

德清县和安徽省天长县的考核体系分为医保基金和服务机构两部分。其中，在医保基金部分，两地均纳入了医保基金区域内支出率、医保基金在基层机构的支出比例等指标，以此促进区域服务能力特别是基层服务能力的提升，推动患者下沉基层；在服务机构部分，则是从医疗业务、财务指标以及需方的自费比例等方面开展考核。同时，浙江省德清县的医疗业务指标中还包括按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）组数、难度系数、质量系数（低风险死亡率）、基层诊疗占比、家庭医生签约服务等指标；财务指标包括次均费用增幅、药品耗材占比、人员经费支出占比等；安徽省天长县管理委员会的考核则是从费用控制、服务质量、工作效率、满意度考评等方面开展。此外，考核的结果均与医院评价、财政拨款、薪酬分配等激励约束机制挂钩，提升考核效力^[4]。

二、医联体绩效考核存在的主要问题

从全国来看，当前各地对医联体的绩效考核工作进度不一，大部分地区尚处于起步阶段，要进一步推进可能还存在一定困难。本文在分析上海市医联体绩效考核实践情况的基础上，对当前开展医联体绩效考核工作存在的主要问题进行梳理归纳。

（一）考核主体与激励主体不统一，考核效力不足

根据原上海市卫生局、上海市发展改革委、上海市物价局、上海市人力资源社会保障局、上海市医疗保险办公室、上海市财政局制定的《关于本市区域医疗联合体试点工作的指导意见》2010年发布的《关于本市区域医疗联合体试点工作的指导意见》精神，上海市医联体的绩效考核工作主要由区卫生健康委员会（以下简称“区卫健委”）牵头，联合相关委办局对本辖区内区域医联体组织开展考核。但目前医联体牵头单位多为市级三级医疗机构，其资金投入和人事任免等权限主要由上海申康医院发展中心（以下简称“申康”）主导，并根据其院长绩效考核结

果进行拨付和聘任。若由区卫健委作为牵头考核主体对医联体内医院开展绩效考核，由于目前尚未配套相应的考核抓手，也未建立与考核结果相挂钩的激励机制，一定程度上影响了医联体绩效考核的实际考核效力，最终还需市级相关管理单位进行配套的部分权限下放，方能形成有效的绩效考核。此外，医联体内成员单位分属两级行政，上海市的医联体主要为松散型，且医联体内各成员单位均为独立法人，在这种情况下，牵头医院对二级医疗机构和社区卫生服务中心同样不具有约束力，难以将考核结果应用于医联体建设发展当中，也较难与薪酬、激励等机制挂钩。

（二）考核评价内容与整合程度匹配度不足

我国部分先行试点地区，特别是以县域为主的紧密型整合服务模式，其考核指标逐渐向强调以结果为导向的方向转变。我国地大物博，城市、县域医疗资源丰富程度和可及性差异较大，这会对医联体内居民的就诊习惯产生影响。以上海为例，上海的城市发展定位为亚洲医学中心城市，因为拥有丰富而优质的医疗卫生资源且交通便捷，居民可以自由就诊，所以导致健康结果难以与单个联合体、单家医疗机构或单次就诊行为关联^[5]。因此，虽然上海建立了区域医联体和家庭医生“1+1+1”签约服务机制，但在居民对整合型服务体系整体“粘度”较低的情况下，仅仅以健康结果来考核医联体的难度较大，因地制宜考核过程性指标仍有其必要性。若要向以结果为导向的考核体系进行转变，则要求区域内的健康结果能够与诊疗过程进行关联。但这样的关联需要两个重要前提，一是医联体内各成员单位拥有明确而统一的诊疗规范及转诊标准，将不同医务人员的职能进行清晰的划分，同时组织内部各个环节的医务人员都能够切实有效地执行这一规范和标准；二是拥有能够支撑该诊疗规范和转诊标准的信息化平台，确保所有的医疗行为能够在平台上被追溯，从而在出现问题时能够及时了解问题的症结所在并尽快解决。

（三）考核结果与激励机制的协同不够

目前各级医疗机构的考核评价工作依然较多，而不同评价的导向不完全一致，如申康绩效考核强调经济运行，而上海市卫健委考核强调医疗机构公益性；中医医疗机构在不同考核工作间还需考虑医院整体运营情况、收支平衡和中医药服务发展之间的关系，致使医疗机构在不同考核工作间“疲于奔命”。由于不同的考核体系与不同的激励投入相挂钩，因此未能形成很好的政策协同效应，同时对卫生人力资源造成浪费。

在上海市当前考核主体与激励主体不统一的现状下，若未能制定与上海市实情相符的激励方案，则极有可能造成考核结果与激励机制协同不足，最终影响绩效考核结果和医联体建设发展。当前，医联体的考核仅明确了考核主体、考核对象以及主要的考核框架，尚未出台实施细则。医疗机构的任务总体趋势是从原来的“治疗”转向“健康”，但在激励机制中仍未将预防相关工作计入工作量并转化为激励。如医疗机构科室内绩效分配仍实行事业单位工资制度，人员收入主要依据个人学历、职称、工作年限、工作量等核定，从激励上未能体现“提升健康”的目的；基层医疗机构考核中，也是以医疗服务为主，对于能够提升居民健康的公共卫生服务、预防保健服务等缺乏激励投入，长此以往将严重影响医务人员积极性，不利于整合服务的持续性。

三、国外医疗联合组织考核的实践经验

国外关于医疗联合组织考核的探索起步较早，其形式与自身的医疗保障制度相辅相成，虽然不同国家的医疗保障制度差异较大，导致其最终形成的医疗联合组织在资金来源、单位成员构成、覆盖范围、服务对象及服务内容上有所差异，由此建立了不一样的评估方式及指标体系，但其共同目的都在于实现分级诊疗和逐级转诊、控制医疗费用，提高资源配置效率和公平性。

（一）英国的临床执业联盟评估体系

英国国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）临床执业联盟和全科医生体系，其评估体系重点主要为财务表现、生产率、等候时间和临床质量 4 大方面，这与其国民卫生系统的宗旨及其当前国内医疗资源紧张、民众医疗等候时间过长等挑战息息相关。同时，管理的运行制度、体系的运营能力和服务效率也是评估体系中不可缺少的部分^[6]。在激励机制上，英国全科医师仍以按人头支付为主（约占 75%），针对重点关注和需要增强的服务项目，构建了基于质量与结果框架（quality and outcomes framework, QOF）的奖励支付制度。参与该考核体系的全科医生可提前获得部分 QOF 拨款，服务完成后再根据考核结果对其余部分奖励进行拨付^[7]。

（二）美国的责任医疗组织和患者服务医疗中心

在北美地区，美国的医疗产业中由于涉及大量私人单位，因此多采用测量市场集中度的指标来评估联合体形成后的医疗服务价格和成本效用，并以数据包络法（data envelopment analysis, DEA）分析一系列医疗机构的运行指标，以测量联合体的生产和经济效率^[8]，其着眼点更多在于其产业组合是否能够带来更大的收益。

（三）加拿大医联体的各自评估体系

加拿大则是不同的医联体具有各自的评估体系，通过对加拿大 6 家主要医联体机构进行调查后，Green CJ 等人开展了指标体系梳理并对医联体指标维度中重复出现概率较高的 8 个维度进行总结归纳，分别为临床结果 / 有效性、可获得性、消费者 / 利益相关者的满意度、协调性、财务效益、质量、创新与人才培养以及内部的业务生产力^[9]。

（四）西班牙医联体的评估体系

在西班牙的比达索亚地区，当地在评估医联体绩效时主要采用 3 种

评估工具来评估医联体的总体效果，分别包括6个评估维度和80个指标的慢性疾病应对服务评价工具、评估基层与专科医疗保健人员间合作的D'Amour模型^①，以及评价医联体综合情况的三重指标框架，该地区通过考核医联体的组织结构、整体功能和临床服务来对医联体的整体绩效进行综合评估，也为该地区医联体未来的发展提供全面有效的数据支撑^[10]。

（五）日本的医疗保险点数政策

日本的医疗保险报销政策以点数的形式向一级医疗圈倾斜，通过医保支付标准引导医疗机构自发进行转诊。如医院若能够达到区域医疗支援医院的14项规定标准，则每年可以获得额外的财政专项补助、提高医疗服务价格点数。这14项规定是法律对区域医疗支援医院职能的定位，如针对双向转诊功能，要求初诊患者中凭借介绍信转诊而来的患者比例达到80%以上，或向上转诊比例达到60%且向下转诊比例达到30%，或向上转诊比例达到40%且向下转诊比例达到60%等。通过医疗保险点数差异支付形成转诊对各级医疗机构均为有利的局面，以此提高医疗机构在双向转诊机制方面的主动性^[11, 12]。

由于医疗体制的差异，国际研究中整合医疗的评价相较于国内指标体系，其指标涉及维度和评价目标均有所不同。国际评价指标相对微观和细致，主要是针对某一具体目标设置，例如财务绩效、质量、成本效果和患者体验等。

四、对我国医疗联合体绩效考核工作的建议

当前国家已经较为明确的提出了医联体建设和考核的主要目标和方向，其最终目的在于调整优化医疗资源结构布局，促进医疗卫生工作重

^①注：D'Amour模型是由Roberto Nuño-Solinís等人于2012年开发研究，该评价模型主要被应用于监测和评估基层卫生保健服务整体的整合情况。

心下移和资源下沉，提升基层服务能力，最终建立以人民健康价值为导向的整合型医疗卫生服务模式^[13]。但整合服务体系的建成非一蹴而就，在未能夯实整合基础的情况下，考核仍应以过程性指标和结果性指标共同纳入为宜。因此，对医联体的绩效考核在当前应以加强机构间紧密程度为主；随着医联体内部整合逐渐推进，可从居民实际健康需求出发完善主要病种的诊疗和转诊规范，同时提升信息辅助和转诊系统，对整合医疗体系进行全面的支撑；最后在前期工作的基础之上才能真正建立协同有效的以健康结果为导向的整合评价机制。

（一）短期内以加强医联体紧密度为主要考核内容

在优化协作机制阶段，主要目标在于加强整合医疗组织或医联体内各成员单位的合作紧密度。如前文所述，以健康结果为导向的整合评价机制具有两个不可或缺的重要前提，一是统一诊疗和转诊标准，二是全面信息支撑平台。因此，在两项前提条件尚未具备的情况下，绩效考核主要还是以资金使用公平、效率，落实医联体运行机制建设完善，以及成本—效果等内容为评价的核心内容^[14]。而相应的社区层面，则可将整合型服务项目，包括上转工作、下转工作、健康管理、预防保健等项目工作纳入到标化工作量的计算体系中，并在绩效考核体系中同时纳入与整合型服务相关工作的数量和质量指标，真正做到多劳多得、优绩优酬，拉开不同医生的薪酬差距，鼓励家庭医生转变服务理念，加强与上级医疗机构以及其他社会资源的协同联动，更多地开展整合型服务。

（二）推进医联体内部整合，为建立结果导向评价创造前提条件

一是制定整合医疗组织内的诊疗、转诊规范。政府部门制定转诊原则、要求和总体规范，发挥各整合组织的主体责任，根据整合组织及服务患者的具体情况，制定体系内的转诊细则。可先从高血压、糖尿病等主要慢性疾病切入，制定疾病临床诊疗规范，根据服务范围与能力构建

各级医疗机构的服务内容、服务流程、转诊标准、转诊流程等。待1~2个试点疾病较为成熟后，可逐渐扩大病种范围，覆盖共性健康问题（如常见的重点病种）和个性化健康问题（如遗传性疾病）。二是信息化辅助诊疗系统。建立诊疗辅助系统，嵌入诊疗规范、转诊规范等智能系统，引入人工智能（Artificial Intelligence, AI）智慧医疗，协助诊疗和转诊，同时也可作为监测工具，对于不符合规范的诊疗和转诊作出提醒和警示。此外，应当将相关疾病的诊疗效果指标纳入绩效考核，保证诊疗规范的有效实行。

（三）构建以健康结果为导向的整合评价机制

在整合组织运行平稳、顺利后，通过深入调研，建立符合整合体系运行的考核机制，将考核结果与财政投入、医保支付、医院内部分配等协同，实现以健康结果为导向的整合医疗组织评价机制。

1. 构建部门协同机制

将解决健康问题的着力点放在社区和基层，建立涵盖卫生健康、医保、财政、残联、民政等多部门协作的管理架构，制定管理规范，明确各部门职责分工，统一针对整合医疗组织的绩效考核等管理制度和预算分配，以区域为单位确定整合医疗服务的政策目标，整合医疗、康复、护理等多种类型的服务并制定相应的经费预算，以评价为桥梁将预算与分级诊疗服务数量、质量以及健康结果挂钩。探索建立跨部门、跨服务提供机构的整合型服务提供和费用打包支付方式。

2. 制定整合的考核体系

从长期目标来看，针对整合医疗组织的考核应以服务结果为导向，方能体现整合医疗组织以人为中心、以需求为导向的核心价值。考核应将整合医疗组织看作一个整体，同时将包括居民健康结果、医疗资源在整合医疗组织内部的流动情况以及各级医疗卫生机构的协作情况等相关

指标纳入考核体系。如根据各级医疗机构功能定位，进一步规范转诊要求，推动优质医疗资源下沉。在住院服务上，督促三级医院进一步降低平均住院日，推动住院病人分流到康复医院、二级医院或社区医疗机构；在门诊服务上，时机成熟时可针对三级医院实施限制或取消普通门诊的政策，直接推动病人到社区或二级医院门诊；同级医疗机构之间，可根据患者需求和特色专科优势进行转诊等。

为保障整合评价机制的推进和落实，在整合医疗组织内部，应根据职能分工制定合理的利益分配机制，在预算分配、利益分配中采取以健康结果为导向的定量指标，提升各级医疗机构在整合医疗服务供给中的积极性；在外部绩效评价方面，则应将整合医疗组织的考核结果作为整合医疗组织内所有成员机构激励的主要参照标准，并且定期根据不同阶段的工作重点对考核体系的权重或个别指标进行动态调整。

3. 建立配套长效激励机制

政府应通过财政投入、医保支付、人事薪酬制度等方面的配套政策，保证医联体内的医疗机构得到科学的补偿；通过统筹人员调配、薪酬分配、资源共享等，使优质医疗资源能够上下贯通^[15]。

政府应在整合医疗实践中加强主导作用。在财政投入方面，政府可通过设置专项管理费、以奖代补的形式来鼓励医联体的内部建设和正常运转，落实对相关资金补贴、设施建设、人员培训等的财力支持，减轻各级医疗机构在必要投入方面的经济负担，使牵头医院在改革进程中不会因为利益的受损而过度的追求医疗服务收入来维持正常的运营，从而更好的保障改革进程的持续推进^[16]。在医保支付改革方面，以医保基金行政管理架构不变为前提，针对纵向合作的区域医疗联合体等分工协作模式实行以医联体为单位的医保总额付费，完善结余留用机制和可分配比例，将医保基金的结算支付考核权下放到医联体牵头医院，建立合理

的医联体内按绩效利益分配机制，引导牵头医院提升服务能力，优化收入结构，主动控制不合理费用，提高医保资金使用效率。在人事薪酬制度方面，针对因提升居民健康水平而节省的医保资金，可探索绩效工资总量外的奖励机制；建立财政补助资金与绩效评价结果挂钩机制，将财政补助经费与医联体内各医疗机构完成的工作数量、质量和群众满意情况挂钩。

4. 加强信息化支撑

加强信息化对绩效考核等管理工作的支撑力度。通过信息化构建绩效考核与评价平台，信息化的应用不应当局限于医疗机构的数据管理，而应拓展信息化应用范围，可尝试在已有信息平台上结合辅助诊疗系统和转诊系统开发能够从系统内自动形成的工作量统计以及通过计算形成的绩效考核结果，加强绩效管理。同时，建立反馈渠道和信息公司驻点，提升信息系统对用户的友好度，遇到问题能够及时反馈和解决。此外，需同步培训医务人员对信息平台各项功能的应用能力，以确保医联体内各诊疗环节和节点均通过信息系统来开展相应工作。

参考文献

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework on integrated, people-centred health services [R]. Geneva: WorldHealthOrganization, 2016.
- [2] 国家卫生健康委员会. 《关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）的通知》（国卫医发〔2018〕26号）[EB/OL].[2019-06-25]. <http://www.moh.gov.cn/yzygj/s3594q/201808/570358dbf0af41238f46bb89e4af538b.shtml>.
- [3] 上海市卫生健康委员会. 《关于印发本市医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）的通知》（沪卫计医发〔2018〕106号）[EB/OL].[2019-06-25]. <http://wsjkw.sh.gov.cn/yzgl3/20190218/63289.html>.
- [4] 李芬，白雪，陈多，等. 对整合卫生服务内涵与关键举措的思考[J]. 卫生经济研究，2019（3）：9-12.
- [5] 上海市人民政府. “健康上海2030”规划纲要[EB/OL].[2019-06-25]. <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw55477.html>.

- [6] Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS[J]. *Journal of Health Economics*, 2012, 31 (3) : 528-543.
- [7] 谢春艳, 何江江, 胡善联. 英国初级卫生保健质量与结果框架解析[J]. *中国医院管理*, 2015, 35 (7) : 78-80.
- [8] Huckman RS. Hospital integration and vertical consolidation: an analysis of acquisitions in New York State[J]. *Health Econom*, 2006, 25 (1) : 58-80.
- [9] Green CJ, Moehr JR. Performance evaluation frameworks for vertically integrated health care systems: shifting paradigms in Canada[J]. *AMIA Symposium*, 2000: 315-319.
- [10] Polanco NT, Zabalegui IB, Irazusta IP, etc. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*[J], 2015 (15) : e026.
- [11] 日本厚生劳动省. 医疗法[EB/OL]. [2019-06-25]. http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=200.
- [12] 孟开, 张玲. 日本医疗法的五次修改与医院管理[J]. *中华医院管理杂志*, 2010, 26 (5) : 397-400.
- [13] 程芙蓉, 江蒙喜. 以健康价值为导向的城市医疗集团绩效考核指标体系构建[J]. *中国卫生经济*, 2019, 38 (6) : 73-75.
- [14] 黄二丹, 陈武朝. 整合医疗视角下医院合作的实践探索与必要条件研究[J]. *卫生经济研究*, 2018 (8) : 7-10.
- [15] 孙梦. 建好医联体须有内生动力[N]. *健康报*, 2017-04-27 (001).
- [16] 曹艳芳. H市县域医共体建设问题与对策[D]. 安徽大学, 2018.

(责任编辑: 张苹)

上海市医疗信息化整合建设的进展、问题与对策

顾淑玮¹ 金春林² 王常颖² 朱碧帆² 陈多² 李芬²

【摘要】上海市对整合型医疗卫生服务体系的信息化建设实现了联合诊疗、报告查询、远程教学等基础性支撑工作，通过打造绿色通道完善分级诊疗，并在全中国率先实现了全市数据集成。然而，我国医疗信息化整合建设仍然存在条线过多、机构协作存在障碍、硬件设备存在隐患、数据挖掘与利用不足等方面的问题。文章建议通过整合信息系统，优化协作机制；实现数据共享，满足健康需求；强化信息支撑，建立长效机制等3方面加以解决。

【关键词】整合医疗；信息化建设；实践探索；问题与对策

整合型医疗卫生服务体系（以下简称“整合体系”）以患者为中心，将健康促进、疾病预防、治疗康复、安宁疗护等医疗卫生服务整合，协调各级各类医疗卫生机构为患者提供全周期、全方位的连续性服务^[1]。而医疗卫生信息化建设作为整合型医疗服务模式（以下简称“整合模式”）实现的载体，在服务过程中发挥着重要的支撑作用，能够实现对治疗全流程的规范化管理。当前医疗信息碎片化致使患者信息分布于各个平台，医疗机构间尚未全面实现检查结果互认，甚至对医疗卫生服务和费用构成等总体规划也产生不利影响。通过完善信息化建设，实现医疗信息及信息化系统的整合，加强信息集成与医疗机构间的互联互通互认，最终为整合医疗提供强大的技术支撑。

第一作者：顾淑玮，女，硕士研究生

通讯作者：李芬，女，助理研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）事业发展部主任

作者单位：1. 江西中医药大学经济与管理学院，南昌 330000

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

经过近 20 年的基础建设和完善，上海市基本搭建了符合区域特色的医疗信息化体系，初步实现了不同医疗机构间信息资源的整合，为整合模式提供了信息支撑基础。本文通过对上海市卫生健康委员会信息中心（以下简称“委信息中心”）、8 家医院、13 家社区卫生服务中心的深度访谈，总结上海市医疗信息化体系建设的经验，分析当前医疗信息化整合建设存在的主要问题，提出相应的解决对策，以期为相关领域内的建设实践提供借鉴。

一、上海市医疗信息化体系建设经验

（一）务实基础性工作，初步实现互联互通

当前，上海市医疗信息化建设已经基本实现联合诊疗、预约转诊、远程教学等功能，初步实现互联互通，便捷医疗服务。具体来说，一是通过远程诊疗、远程诊断、远程影像阅片诊断、远程处理建议、远程处方等方式实现联合诊疗和远程会诊，实现了社区与上级医院的互联互通以及上级医院专家资源下沉，如上海市第八人民医院通过护理造口门诊的远程会诊，为社区就诊患者提供如上级医院一般的优质专科诊疗服务。二是实现了预约挂号、预约转检、双向转诊等诊疗流程优化服务，如预约挂号平台将预留的专家号源集中，便于医疗机构为患者进行预约，上海交通大学医学院附属瑞金医院、上海中医药大学附属龙华医院等最先投入使用，目前已在 4 个试点区和 41 家三级医院开展；徐汇区全专云平台连接社区和医院，实现了电子计算机断层扫描（Computed Tomography, CT）、磁共振的预约转检；闵行区转诊平台实现了不同级别医疗机构间相互转诊、检查结果互认等。三是通过远程教学，提高基层医疗水平，建设相关能力培训中心，如二、三级医院通过讲座直播、在线学习、建立专业知识库等方式，为基层医生提供专业指导，从而更好地为患者提供服务。这些服务均在一定意义上整合了医疗资源，便捷了患者就医。

（二）打造绿色通道，支撑整合模式

截至2018年，上海市家庭医生服务签约居民人数已达666万人左右。为有效实现分级诊疗，在各级医疗体系内打造绿色通道，方便患者就医，上级医院专门留出一定数量的专家号源和预约时段，为整合模式提供支撑。社区家庭医生通过平台能够看到专家号源情况和可预约时间段，若患者确有需要，家庭医生可根据患者实际情况替患者预约上级医院的专家，开辟绿色通道，使签约居民得到优先就诊、优先住院权限的同时^[2]，改变患者一生病就往大医院跑的习惯，实现基层首诊，推进整合体系建设。此外，为了实现有序就医，上海市部分医院和社区卫生服务中心开始探索研发智能分诊系统。该系统以团队为单位进行建设，将医院与社区的医生等相关信息串联起来，前来就医的签约居民将在挂号时就自动分配到其签约团队，并能够享受到签约的优先特权，优化签约居民的诊疗流程和整体就医感受。

（三）构建健康信息网，实现全市数据集成

健康信息网是上海市级层面的信息化平台，自2011年开始建设，目前汇集全市诊疗大数据，已在全国率先实现了市、区两级医疗卫生机构的数据集成，并基于全市数据集成进行了一定探索。一是建设卫生大数据库。由委信息中心主导建设的卫生大数据中心，整合了全市层面的诊疗大数据，包括患者基本信息、病例概要、门急诊记录、住院记录、健康体检记录、转诊记录，实现患者从出生到死亡诊疗数据的全过程管理。截至2018年，卫生大数据中心已集聚了近90亿条的全市诊疗大数据，并以平均每天增加1800多万条的速度不断增长。二是建立安全用药知识库。安全用药知识库是基于健康信息网“重复检查、重复用药”等智能提示功能的基础上而建立的，对患者用药进行药品配伍，对老人、儿童以及肝肾功能异常患者安全用药进行提示，提高患者用药安全的同时，

为管理部门药品使用安全质控提供了有效手段，目前已在 16 个区逐步推广使用。三是助推长三角医疗健康一体化战略。根据上海市健康信息网建设的标准、技术和方案，与江苏南通、浙江嘉善进行签约，拓展上海市健康信息网覆盖面，实现长三角地区的医疗健康一体化发展。

二、医疗信息化整合建设存在的问题

（一）条线过多，信息系统缺乏顶层设计

当前市级层面、区级层面等平台功能尚未进行整合，信息系统缺乏顶层设计和清晰的功能模块，不利于整合体系的建设。如市级层面的健康信息网和医联平台、区级层面的全专云平台和“1+1+1”居民签约平台等未进行整合，市级层面与区级层面的平台也存在着重复建设的现象。条线过多导致大量重复性的工作，二、三级医疗机构和基层医疗卫生服务机构需要将大量的时间、精力投入到各个条线的平台数据重复填写与上报方面，任务繁重。以社区为例，家庭医生的工作条线包括门诊、家床、转诊等，其中，家庭健康档案、门诊、住院系统相互之间无法互联互通；公卫主要包括 14 条线的数据填报，其中大多是重复性工作，如一位居民既患有高血压又患有糖尿病，相同资料仍需分两个系统进行填报，加大基层工作量的同时，也可能导致填报数据不一致，影响信息录入的准确性。

（二）各医疗机构信息不通，存在协作障碍

当前各医疗机构的信息平台建设不一，数据互通存在壁垒，信息化技术无法赋能医生，导致不同医疗机构之间的协作存在障碍。从纵向来看，各级医疗机构信息可以上传至委信息中心，但是经过委信息中心平台整合过的数据却无法下传至各医疗机构进行实际应用，再加之各级医疗机构间信息化发展不平衡，阻碍数据共享与机构协作。从横向来看，同层级医疗机构之间也无法进行数据共享。调研发现，医生能够看到部

分患者的健康、诊疗信息,但是不能查全,是阻碍机构间协作的一大障碍。基于诊疗、管理等多方面需求,同一层级的医疗机构也有自己独立的数据库,现有系统一旦出现信息共享的需求,又无法通过调整系统配置满足需求时,就产生了“信息烟囱”和“信息孤岛”现象。

(三) 信息系统硬件设备存在隐患

当前,医疗信息化平台的硬件设备存在隐患,主要面临着安全性、准确性、稳定性等问题。一是患者信息安全存在隐患。业务越便利信息安全等级越低,由于平台建设问题而建立的微信群虽然非常便捷,但是也增加了患者信息泄露的风险。二是平台中数据准确性存在问题。当涉及几家不同的数据公司时,数据上传过程就会出现问题,如签约 APP 显示的签约量与实际签约量出入较大、65 岁及以上老年人的底数比实际高出 6000~7000 人。三是平台稳定性较差。主要体现为平台无法登录,网络卡顿、会诊过程不畅,共享调阅系统不稳定,转诊预约网速受市平台影响、预约不成功等问题。此外,硬件问题还体现为转诊系统不完善、无法体现是否为转诊,信息推送不及时、需通过其他途径实时对接,系统中无法实时记录患者现状、不便于再次就诊时进行查阅等问题。平台建设存在问题,在一定程度上阻碍了医疗机构间互联互通,最终影响整个体系的建设。

(四) 数据的挖掘与利用不足

当前,医疗数据的挖掘和利用还远远不足。卫生大数据的使用仍然停留在对不同条线数据的整合方面,而整合后的数据质量往往又比较差,可利用性较低。例如,将多个不同系统导出的独立表格合并后,由于数据缺失,对居民进行健康风险分层比较困难,无法对居民进行有效识别。此外,仍然有很多管理者存在“重网络轻数据”的认识误区,只关注信息化硬件问题而忽视了信息资源整体的建设和深层次的开发、利用。数

据挖掘、利用、预测在一定程度上能够为医疗联合体(以下简称“医联体”)管理机构的决策提供支持,改进医联体的医疗健康服务方式,创造良好的可持续发展的医联体医疗健康服务生态环境。但是当前医联体内数据的挖掘与利用仍然停留在初始阶段,信息流通不畅、利用有限,也就无从为决策者提供可供参考的意见。

三、解决对策

(一) 整合信息系统, 优化协作机制

构建整合型医疗卫生服务体系,应当以信息系统的整合为抓手。一是完善顶层设计。立足全局,通过顶层设计来实现信息化系统的整合,实现不同条线的平台和各个功能模块的整合,减少重复性工作,减轻医务人员工作负担。二是做实上下转诊。针对整合过程中遇到的信息系统安全性、准确性、稳定性等问题,在完善顶层设计的基础上,加强硬件设备的调适,并针对调研发现的转诊系统不完善、信息推送不及时等问题采取针对性措施,做实转诊等具有实际效用的功能模块,为患者提供更加便捷的服务。三是建设医疗辅助系统。在现有信息系统中,信息的记录和传递主要通过医生和患者自身,但某些特定人群,如老年人共患疾病多、记性差,医生通过手写便签等方式帮助患者进行记忆,不便于再次就诊时的查阅。因而在信息系统整合时,还应当考虑相关辅助系统的建设,如增加备注等相关模块,为整合医疗提供外部动力。

(二) 实现数据共享, 满足健康需求

整合医疗的核心是以患者为中心,因而作为技术支撑手段的信息系统的整合也应当充分体现“以患者为中心”的思想,在最大程度上满足患者健康需求。从这一角度来看,可以在结合上海地区实际情况的基础上,充分借鉴国内外整合医疗信息化建设的实践经验。一方面,在完成信息系统整合的基础上,依托整合过的平台打造一个能够共享的电子病

历系统^[3]。该系统不仅仅面向全市所有医疗机构，患者也能够从该系统中了解自身健康状况，实现不同医疗机构间的检查结果互认，降低患者经济负担的同时，提供连续性的医疗服务。另一方面，基于健康档案与医疗记录建立全人群的风险分层模型^[4]。通过健康档案和诊疗大数据，汇总全市居民信息，并根据这些信息建立风险分层模型，全面掌握居民的身体健康状况及所患疾病严重程度，根据不同的风险分层对上海全市居民开展具有针对性的、差别化的服务，开展健康管理服务。

（三）强化信息支撑，建立长效机制

当前，整合医疗信息化建设较多关注医疗信息系统的建设，而其他辅助系统的建设则相对比较滞后。应当加强信息化在辅助系统的应用，如考核、财务、决策等，拓展信息化的应用范围。在考核层面，构建绩效评价平台来加强对相关人员的管理与控制，以期更好地建设医疗信息系统；在财务层面，借鉴浙江省德清县相关经验，建设统一的支付平台，通过平台自动化、可视化的对账流程，减少错账、坏账的发生几率，提高财务管理效率；在管理决策层面，管理者应当转变“重网络轻数据”的观念，通过对数据进行有效处理、量化与深入挖掘，更好地为决策者提供政策改革与完善的依据。另外，从管理层面来说，信息化能够使得医疗管理更加便捷、更具系统性，但同时也需要通过考核激励等管理手段来支撑信息化建设。可以通过建立长效机制，如利用绩效评价平台对信息系统开发、管理、维护人员及数据填报等相关人员进行考核，从制度层面加强管理，形成持续性的考核机制，支撑信息化平台的运行。此外，通过系统的、完善的方法学理论，强化信息系统对整合体系的支撑作用，形成长效机制。

参考文献

- [1] 姚常房, 孙梦. 整合型医疗服务体系什么样[J]. 中国卫生, 2019, 401(1): 91-93.
- [2] 上海闵行区医疗信息化先行经验分享[EB/OL]. [2019-03-17]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1622161729672685505&wfi=spider&for=pc>.
- [3] Healthwatch Norfolk. Healthwatch Norfolk[EB/OL]. [2019-02-23]. <https://www.healthwatchnorfolk.co.uk/ingoodhealth/>.
- [4] Caz, Sayer. Patients-defined outcomes and population health management [EB/OL]. [2019-01-17]. <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/our-networks/healthcare-costing-for-value-institute/other-institute-resources/caroline-sayer-camden-ccg.pdf?sfvrsn=2>.

(责任编辑: 信虹云)

上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的实践探索 ——以脑卒中、高血压、糖尿病 3 个病种为例

陈秀芝¹ 李 芬¹ 陈 多¹ 朱碧帆¹ 杨婷婷² 顾淑玮³ 金春林¹

【摘要】 文章梳理了上海市在脑卒中、高血压、糖尿病等慢性病防治领域单病种整合型医疗服务的做法，总结经验并分析存在的问题，提出完善慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的建议，为整合医疗服务的推进提供参考。

【关键词】 慢性病；单病种；整合型医疗卫生服务体系；实践

2015 年，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）发布卫生服务整合策略报告，将医疗卫生服务整合定义为“以患者为中心，将包括健康促进、疾病预防、治疗和临终等在内的各种医疗卫生服务的管理和提供服务整合在一起，根据健康需要，协调各级各类医疗机构为人群提供终生连续的服务”。2016 年，一项由“三方五家”（世界银行、世界卫生组织和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部）共同开展的中国医药卫生体制改革联合研究报告发布，其中改革建议的核心内容即构建以人为本的整合型服务模式（people-centered integrated care, PCIC）。

我国从分级诊疗制度建设、家庭医生签约服务、医疗联合体（以下简称“医联体”）建设等方面探索整合型医疗卫生服务模式。2017 年，

第一作者：陈秀芝，女，助理研究员，博士

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心 上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 江西中医药大学，南昌 330000

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

国务院办公厅发布《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）》（国办发〔2017〕12号），提出通过分级诊疗规范慢性病防控，提升治疗效果和服务质量。

上海市在脑卒中、高血压、糖尿病等慢性病防治领域开展了单病种整合型医疗服务实践，本文对上海市脑卒中、高血压、糖尿病这3种慢性病单病种整合型医疗探索的实践进行梳理，总结经验，分析存在的问题，尝试提出完善慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的相关建议。

一、上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务实践

慢性病主要包括心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和口腔疾病，以及内分泌、肾脏、骨骼、神经等疾病。上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务实践主要针对脑卒中、糖尿病、高血压3种慢性疾病展开探索。经过实践探索，上海市逐步建立了慢性病单病种防治体系，制定了相应的临床诊疗和服务规范，推动患者合理分流，实现机构间的规范转诊，从技术层面上重塑了慢性病单病种防治模式。上海市在慢性病单病种防治方面的具体做法及经验主要包括以下5个方面。

（一）整合医疗服务机构

上海市建立了分别针对脑卒中、糖尿病、高血压3类慢性疾病的预防和治疗服务体系。2012年，上海市启动建设“脑卒中预防—干预—救治”三级服务网络，包括11家市级脑卒中临床救治中心、25家区级脑卒中临床救治中心以及240余家社区卫生服务中心。上海市疾病预防控制中心将脑卒中纳入慢病规范管理，完善脑卒中高危人群分级筛查规范，建立报病制度；上海市医疗急救中心完善急性脑卒中患者的规范转运、定点派送，以及科学培训急救流程，上海市健康教育所负责宣传工作。

糖尿病防治体系实行医院—社区的一体化管理模式，即各区设立1~2家三级或二级医院建立糖尿病联合诊治分中心，社区卫生服务中

心负责下转患者的监测、随访和管理。

1958年上海市成立上海市高血压研究所，是国内最早成立的以控制高血压和预防脑卒中为主要任务的专业性研究机构。1982年，上海瑞金医院建立我国首个独立建科的高血压临床科室，后于1992年与上海市高血压研究所实现所科合一。2006年，原上海市卫生局和上海市疾病预防控制中心牵头试点“社区高血压疾病细节管理模式”，将高血压防治重心下沉社区。2011年，在上海市高血压研究所的牵头下，上海市开始尝试在社区层面成立社区高血压防治研究基地，依托闵行区电子健康档案系统建立社区高血压信息化管理平台，逐步在社区试点社区高血压信息化综合管理模式。

（二）整合服务内容和流程

上海市以一家三级综合医院为基础，建立上海市脑卒中预防与救治中心（以下简称“中心”），中心负责制定标准和规范，开展技术培训、质量控制与管理督导。市级三甲医院开展标准化建设，进行治疗干预，为区级脑卒中临床救治中心提供技术支撑。以区级中心医院为主体、依托社区卫生服务中心和区级疾控中心的脑卒中高危人群筛查和干预管理网络，开展区域脑卒中预防和救治联合医疗服务。

糖尿病“321”一体化防治管理模式中，医院负责对社区卫生服务中心提供业务指导、技术支持、人才培养、专业培训、学术交流；为社区制定糖尿病无缝化管理指南；提供社区疑难糖尿病患者的转诊平台及可持续性的技术支持；督促社区卫生服务中心对糖尿病患者及高危人群进行糖尿病慢性并发症筛查，社区卫生服务中心制定需医院指导和支持的计划；建立社区糖尿病患者及高危人群管理模式，按照糖尿病管理指南和流程运作，为并发症患者制定个性化的治疗措施，并做好跟踪随访。开展辖区内“社区首诊，梯度转诊，分级诊疗”的转诊模式，为接受社

区糖尿病患者转诊的医院开设绿色通道，构建通畅、互利的双向转诊渠道和机制。

高血压防治体系依托社区高血压信息化管理平台开展规范化测量，三级医院联合区域二级医院建立高血压防治分级管理体系，提升基层高血压分级管理能力。建立三级医院与各级医疗机构之间的高血压转诊绿色通道。

（三）制定整合医疗服务规范和标准

2017年，上海市卫生健康委员会（以下简称“市卫健委”）在总结本市高血压、糖尿病综合防治工作经验的基础上，结合本市脑卒中预防、救治体系建设和重点慢性病筛查管理工作，组织制定了《上海市社区健康管理规范——慢性病综合防治（2017年版）》（沪卫计疾控〔2017〕003号）。脑卒中防治体系建立后，中心针对院前急救、急救抢救、住院、随访、社区康复、患者自我管理各个阶段制定了相应的规范，包括高危筛查门诊服务规范、社区高危个体服务规范、脑卒中院前急救服务规范、急诊服务规范、住院服务规范、专病门诊服务规范。

糖尿病防治体系方面，医院与社区签订协议书，明确各方责任、任务与目标、工作进度节点、考核指标等；医院制定《医院—社区全程糖尿病管理模式操作指南》，在每个环节上，都有可行性的操作流程和执行标准，包括双向转诊流程、患者转诊标准、患者发现的途径等。

嘉定区建立了高血压分级管理规范，同时将高血压作为嘉定区的重点专科项目，制定高血压千人达标计划，通过该计划推广远程动脉血压监测技术。

（四）提升基层医务人员技能

脑卒中防治体系方面，由上海市脑卒中临床救治中心为区级脑卒中临床救治中心提供技术支撑，主要是神经外科、血管外科、中医康复等

领域；区级脑卒中临床救治中心配备以神经内科医生为主的脑卒中小组，开设每周不少于1次的脑卒中专病门诊，接受上海市脑卒中防治中心和市级脑卒中临床救治中心的技术培训；社区卫生服务中心配备由全科医师、公卫医师、中医组成的团队，建立“脑卒中服务窗口”，在各级疾控中心指导下开展高危个体管理、二级预防以及康复医疗服务，接受各级脑卒中临床救治中心的技术培训。2011年以来，上海36家脑卒中临床救治中心的急救能力、急救质量、服务能力和服务质量不断提升，患者静脉溶栓比例和静脉溶栓治疗发病至治疗的时间 ≤ 60 分钟的比例显著提升。

糖尿病防治体系建立后，上海市建立了“糖尿病专病技能实训基地”，采用学习班、实习、学术会议等多种形式，开展社区医师专病技能规范化培训，提升基层工作人员的技能。

2007年，上海市设立“社区健康管理专员”，负责指导患者正确服药、饮食和运动，做好血压数据记录等，取得良好成效。线下专家基层坐诊，面对面社区带教全科医生，培训高血压规范测量和难治性高血压诊疗转诊规范，用实践和学习相结合的方式切实提高家庭医生高血压诊疗水平并了解高血压病因机制。

（五）整合数据信息

三级医院利用脑卒中防治信息管理系统，基于对所采集的患者医疗健康数据的分析，提出脑卒中患者画像的概念，即通过大数据分析和挖掘技术，归纳整理相似症状和体征的人群及其预后，并推广应用于脑卒中的筛查和评估，数据分析还用于脑卒中数据质控、绘制脑卒中地图、实现区域实时监控等场景。

糖尿病防治体系中，上海市第六人民医院利用“互联网+物联网”等信息化管理手段，实现医院—社区糖尿病信息的互联互通。借助运输

局获取上海市糖尿病的发病、控制等情况，加入健康云糖尿病管理信息平台，与市、区疾病预防控制中心实现互联互通。

为实现血压值全自动监测模式，上海市高血压研究所依托上海市闵行区建立基于居民电子健康档案为核心的社区高血压信息化管理平台，整合全科医学、家庭医疗和社区初级诊疗，开发了从血压测量、数据采集、传输到储存分析及利用全程自动化的新型社区血压监测系统，辅以家庭血压直接传输技术和设备，实现了高血压患者规范化的家庭血压信息化管理。

二、上海市慢性病单病种整合型医疗卫生服务经验总结及存在的问题

（一）经验总结

1. 选择患病率高且可预防的病种

脑卒中、高血压、糖尿病都是发病率较高、危险因素较多且可预防的慢性疾病，上海市针对这3类慢性疾病分别建立遴选标准，纳入整合型医疗卫生服务体系，有利于开展高危人群及患者的全流程健康管理，充分利用医疗资源，节省服务成本。

2. 建立多层次协作的“预防—治疗—康复”于一体的防治模式

针对脑卒中、高血压、糖尿病的单病种整合型医疗卫生服务体系，均纳入不同数量的一、二、三级医疗机构，分工明确。三级医院负责接诊疑难重症患者，指导下级医疗机构开展慢性病防治以及培训基层医务人员；二级医疗机构开展专科诊疗、康复服务，上转和下转患者；基层医疗机构在上级医疗机构指导下开展预防和治疗服务，上转病人，接受上级医疗机构培训，建立起相对完整的“预防—治疗—康复”于一体的预防和治疗模式。

3. 建立规范化的整合服务流程

不同的慢病防治体系建立各具特点的规范化筛查和干预流程，制定

相应服务规范，实现从门诊、社区、院前、急诊、住院以及专病门诊等各个环节的规范化诊疗，筛查、测量、监测、随访管理等均实现规范化^[1]。

4. 注重基层医务人员技能和水平的提升

3类服务体系均采用三级医疗机构指导基层医疗机构的方式，对基层全科医生进行技术指导和人员培训，培训形式根据医务人员的具体情况而定，包括学习班、进修、实习、学术交流等。

5. 依托互联互通的数据和信息管理平台

3类慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系均依托互联网建立数据和信息管理平台，实现各级医疗机构之间的数据和信息互联互通，实现疾病监测、数据上传、远程诊断等功能整合，有效提升了社区家庭医生的诊疗规范化水平和服务的同质化。

（二）存在的问题

1. 单病种整合型医疗卫生服务体系有待完善

一是单病种整合型医疗卫生服务体系的预防和康复功能尚不完善。目前，脑卒中防治体系以治疗为核心，预防和康复功能尚不完善。慢性病患者的二级预防管理没有做好规范，社区高危患者筛查工作没有开展，针对脑卒中患者的康复诊疗的流程和规范尚未建立，脑卒中整合医疗服务闭环尚未真正落地。

二是风险人群尚未实现全覆盖。目前，社区高血压防治以患有高血压疾病的患者以及老年人等重点人群为主，缺少对中青年的关注和管理。

三是二级医疗机构的功能尚未得到有效发挥。三级医疗机构与基层医疗机构之间的转诊较为普遍，二级医疗机构在服务体系中只发挥辅助三级医疗机构的功能，从资源配置的角度看是一种极大的资源浪费，需要通过相应的引导机制更好地发挥二级医院的功能。

2. 保障和激励机制不健全

一是资金保障缺乏可持续性。慢性病单病种防治体系的建设主要依托一家综合性医院，经费主要来自医院的学科建设或科研项目经费，没有上级财政投入，缺乏持续性资金投入，影响服务体系的可持续性运行。

二是人员激励机制不健全。医务人员承担着高负荷的业务工作，做好临床工作和达到医院科研考核要求的同时，开展整合医疗服务需要与各级医疗机构保持联动，耗费大量的时间和精力，在缺乏激励的情况下，医务人员开展整合医疗服务的积极性并不高。另外，现有的人员激励以科研项目为依托，项目结束后的资金投入无从保证。

3. 基层医疗机构服务能力有待提升

社区卫生服务中心有大量脑卒中、高血压、糖尿病患者需要管理，社区卫生服务中心医务人员负荷较重。相比需求人群来说，社区全科医生总量缺口较大，经过规范化培养的全科医生远不能满足慢性健康管理工作需要。另外，全科医生待遇缺乏竞争性，基层岗位吸引力不足，造成基层专业人员不足。基层医疗机构相关硬件设施投入不足，慢性病诊疗规范性相对欠缺，无法实现诊疗水平与上级医院同质化，患者对社区医疗机构的信任度普遍偏低，医疗服务整合面临较大困难。

三、完善慢性病单病种整合型医疗卫生服务体系的建议

临床病种复杂多样，所涉及的治疗、护理、康复专业程度高，建立单病种整合型医疗服务体系，能依据单病种特点建立匹配的临床路径，各协作单位根据各自优势合理分配临床路径的切入点和干预方式，有效避免医疗资源的混乱^[2]。针对慢性病单病种整合型医疗服务体系建设，笔者提出以下建议。

（一）进一步完善单病种整合型医疗卫生服务体系

强化慢性病单病种防治体系的预防和康复功能。优化配置预防和康

复服务人员配置，加强专业能力培训，按照病情轻重，建立以病人为中心的中西医融合、“预防—治疗—康复”相结合的规范化流程，实现对慢性病患者的全流程健康管理。

根据区域内实际情况选择发病率高的慢性病，进一步扩大风险人群覆盖范围^[3]。整合医疗服务体系是一个上下联动的系统，闭环内涉及各级医疗机构，病种的确定会牵动系统中的每一个环节。在以老年人、慢性病患者为重点的基础上，逐步将防治人群延伸到亚健康人群及青少年，探索建立更多针对不同人群的单病种整合型医疗卫生服务体系。

加强各级医疗机构的慢性病防治及管理能力。整合医疗服务体系内的二级、三级医院应具备较强的治疗能力，接诊专科和病情复杂危重患者并接收上转患者，具备充足的高素质人力资源，为基层医疗机构实施诊疗和康复提供指导；基层医疗机构要具备相应的慢性病治疗、康复、健康指导、疾病筛查的设备，以及能提供预防、治疗、护理、康复、健康管理等同质化服务的医务人员。各级医疗机构之间应建立畅通的网络渠道，打通互联互通障碍，针对特殊情况患者建立绿色转诊通道。

（二）健全保障和激励机制

明确各级医疗机构的责权利。多机构参与的整合型医疗卫生服务体系，面临内部利益分配与风险承担的问题，如何合理划分职责、权利和利益，关系到整合型医疗卫生服务开展的可持续性。

建立分级绩效考核与补偿机制。设立财政专项补助，加大对基层医疗机构的投入力度，为单病种整合型医疗卫生服务体系提供持续稳定的资金支持。基层医疗机构实行“按量考核”方式，考核门诊首诊病人数量和慢病管理数量和质量等，激励基层多收治病人；考核二级医院对“常、慢、多”病的急性期救治和疑难杂症病人的稳定期康复医疗服务能力；考核三级医院疑难杂症救治数量和质量、医疗尖端技术和前沿学科研究

能力等。充分发挥医保的杠杆作用。采取按病种付费、总额预付、分级医保比例等方法，调动医院的积极性，从整体上平衡整合型医疗卫生服务体系内部利益分配。

完善绩效工资分配机制。激励政策向签约服务的家庭医生团队倾斜，允许基层医疗机构将签约服务费结余用来激励医务人员，探索超支不补、结余留用激励原则。

（三）提升基层服务能力

加强基层人才培养和培训。通过“内培外引”等方式，加强全科医生队伍建设；加强住院医师规范化培训，培养均质化、高水平的执业医师，为基层扩充人力资源奠定基础。同时，采取加强基层医生培养力度、提升对口支援效率等措施切实提高基层服务能力。完善薪酬人事制度改革、推行多点执业，提升基层医务人员待遇，留住人才。

加强质控标准和信息共享平台建设。建立一系列质量控制标准，形成质量监控闭合回路，规范整合型医疗卫生服务体系内部各类机构的行为，确保整合医疗服务的过程质量、终末质量、患者安全、风险控制、患者满意度等，实行分级统一标准管理。机构整合之后，要通过信息共享平台实现多家机构的数据存储、收集和应用，真正实现医疗卫生资源整合，提升整合医疗服务的效率。

参考文献

- [1] 阎德文, 周智广. 社区医生2型糖尿病管理流程与分级诊疗规范(深圳专家共识)[J]. 中国全科医学, 2018, 21(11): 1261-1269.
- [2] 李丹, 邬力祥. 基于医联体的重大疾病单病种协作体系的路径探索与分析[J]. 湖南社会科学, 2019(3): 76-82.
- [3] 陈军香, 李丽秋, 曹永其, 等. 社区卫生服务机构围绕重大疾病开展单病种诊疗服务时的患者纳入原则探索与实施结果[J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32(4): 18-20.

(责任编辑: 张苹)

国内首个省级中长期健康行动方案《健康上海行动》 推进 18 项 100 条举措

今天举行的市政府新闻发布会上，上海市副市长宗明介绍了最新出台的《健康上海行动（2019—2030 年）》。上海市卫生健康委主任邬惊雷、市医保局局长夏科家、市教委副主任倪闽景、市体育局副局长赵光圣出席发布会，共同回答记者提问。

从今年 2 月起，由上海市卫生健康委牵头，启动编制《健康上海行动（2019—2030 年）》，起草过程广泛发扬民主，听取各方意见，分别在北京、上海召开多次专家座谈会。日前，《健康上海行动》已经市委常委会、市政府常务会议审议通过，将于近期公布，这是全国首个省级中长期健康行动方案。

市委常委会审议通过的《关于推进健康上海行动的实施意见》指出，要精准对接人民群众对美好健康生活的需要，对标国际最高标准、最好水平，全面提升健康上海建设能级。要加强组织领导，健全支撑体系，各区各部门通力合作，切实推进健康融入所有政策，着力改善“一老一小”等重点人群健康服务。要加强宣传引导，动员各方参与，大力营造“健康上海、人人参与、人人受益”的良好氛围。

《健康上海行动》在对照国家 15 个行动任务的基础上，按照中央对上海的战略定位和要求，增加了健康服务体系优化和长三角健康一体化、健康信息化、健康国际化等内容，最终形成 18 个重大专项行动、100 条举措，按照 2022 年和 2030 年两个时间节点，分步推进实施。其中，18 个重大专项行动是：健康知识普及行动、合理膳食行动、全民健身行动、

控烟行动、心理健康促进行动、人群健康促进行动、慢性病防治行动、传染病及地方病防控行动、公共卫生体系提升行动、医疗服务体系优化行动、社区健康服务促进行动、中医药促进健康行动、健康保障完善行动、健康环境促进行动、健康服务业发展行动、健康信息化行动、长三角健康一体化行动、健康国际化行动。每一个行动都包含丰富的内容和切实的措施，事关每一位上海市民的健康。

《健康上海行动》主要包括五大方面内容。

一、全方位干预健康影响因素

开展全民健康教育，倡导健康生活方式。实施减盐、减油、减糖、限酒等营养干预措施，明显减缓居民超重、肥胖和慢性病发病的增长速度，到2030年，居民健康素养水平达到40%，参与居民健康自我管理小组的人数达到120万人，保持全国领先水平。开展市级医院“患者体验日”和“市民健康科普活动周”活动。开展全民健身行动，推进崇明国家级体育训练基地、徐家汇体育公园、浦东足球场、上海市民体育公园等一批重大体育设施建设，2030年人均体育场地面积达到2.8平方米。加大公共场所控烟监督执法力度，完善戒烟服务网络，2030年成人吸烟率下降到18%及以下。推进心理应急干预体系建设，针对失眠、抑郁和焦虑等常见心理障碍，对青少年、职业人群、老年人、妇女等重点人群普及心理健康知识和急救技能，提高心理健康水平。

推进健康城市、健康村镇、健康细胞工程建设，实现国家卫生区镇全覆盖。推进大气、水、土壤污染防治，2022年环境空气质量优良天数比例达到80%及以上；2030年重要水功能区水质达标率达95%及以上。推进垃圾综合治理，实现生活垃圾分类全覆盖；新建绿地、绿道，2030年绿化覆盖率达42%。完善城市慢行交通设施，提升驾乘人员交通出行安全防护水平。2030年主要食品安全总体监测合格率达97%及

以上；道路交通万车死亡率下降 30%。

二、维护全生命周期健康

围绕妇幼、中小学、职业、老年、残疾人等重点人群的健康需求开展健康管理和服 务，关注妇幼人群，进一步完善危重孕产妇、新生儿“7+6”会诊抢救网络，建成 50 个综合医院标准化示范儿科门急诊，建设 18 个儿童早期发展基地，组织开发儿童早期发展服务包。关注中小 学生，开展健康学校建设，加强生命教育，把学生体质健康状况纳入对学校的绩效考核，构建健康教育课程体系。实施儿童青少年近视综合防治行动，实施儿童口腔健康服务与管理，推广学校营养午餐食谱，推动中小 学校校内禁售含糖饮料。至 2022 年，儿童青少年总体近视率在 2018 年的基础上力争每年降低 0.5 到 1 个百分点以上；至 2030 年，学生体质健康标准优良率达到 60% 及以上。关注职业人群，开展健康企业建设，落实职业健康检查、女职工“两病”筛查。关注老年人群，健全老年健康服务体系，完善居家和社区养老政策，推进医养结合，加快推进长期护理保险制度，打造老年宜居环境，实现健康老龄化。至 2030 年，65 岁及以上老年人健康管理率达到 80% 及以上；二级以上综合性医院设老年医学科比例达到 90% 及以上；三级中医医院设置康复科比例达到 90%。关注残障人士，合理配置残疾人康复资源，建设适应多元需求、上下联动、衔接互补的残疾人康复服务体系，把残疾人康复纳入基本公共服务。

三、防控重大疾病

针对一系列给市民健康和社会经济发展造成重大负担的慢性非传染性疾 病，开展防治行动。推进癌症的早筛查、早诊断、早治疗，2030 年常见癌症诊断时早期比例不低于 40%。针对心脑血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病，向居民提供风险评估、健康教育、疾病及其并发症筛查、随访管理、分级诊疗、综合干预等服务。至 2030 年，心脑血管

疾病死亡率下降到 160/10 万及以下；糖尿病治疗控制率达到 45%；70 岁及以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率稳定在 6.2/10 万及以下。关注骨骼、视觉和口腔健康，实现全人群全生命周期健康管理与服务。

加强传染病防控，建立与特大型城市功能定位相匹配的预防接种服务管理体系。完善艾滋病、结核病和病毒性肝炎等慢性传染病患者的社区规范管理。优化传染病监测报告和预警分析，巩固完善传染病救治体系，保持国际一流的传染病救治能力。

四、加强健康服务体系建设

优化健康服务五大体系：一是强化疾病控制、精神卫生、卫生监督、卫生应急、健康促进等专业机构和能力建设。二是完善以家庭医生制度为基础的分级诊疗体系，推进区域医疗中心建设。实施“腾飞计划”，加强临床重点专科建设。三是实现社区健康服务“六个一”：一张社区健康服务清单，一个人人拥有的健康账户，一套多层次的社区健康宣教体系，一套多元参与的供给机制，一个统一的社区健康智慧平台，一套社区健康评估监测机制。2030 年实现每个市民都拥有自己的家庭医生。四是实施海派中医流派传承工程，建成优质高效的中医药服务网络。五是深化医保支付方式改革，全面推行以按病种付费为主的医保支付方式。

五、推动健康上海建设能级提升

推进“5+X”健康服务业集聚区建设。培育社会办医品牌，有序发展前沿医疗服务。发展中医药健康服务业。加快生物医药科技研发及成果转化应用。至 2030 年，建成亚太地区生物医药产业高端产品研发中心、制造中心、研发外包与服务中心，健康服务业增加值占全市生产总值比重达到 7.5% 左右，建成具有全球影响力的健康科技创新中心。实现医疗卫生机构健康服务信息互联互通互认，促进医疗人工智能技术应用。依托“健康云”，为市民提供一站式、精准化的健康教育、健康管理和

健康服务。“健康云”作为上海市“互联网+医疗健康”公共服务的统一入口，已面向市民提供 26 类 58 项健康服务。下一步将加速健康云的推广，早日让上海市民人人享有健康云服务。推动长三角高端优质医疗卫生资源统筹布局，打造标准规范互认、信息互联互通、服务便利有序、医学科技发达的健康长三角。

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫健委相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫健委委领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整（包括中文摘要 200 字左右，关键词 3～5 个、正文等），论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号 邮 编：200031

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从网站查阅和下载）

联系人：张苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

《上海卫生健康政策研究年度报告（2019）》 绿皮书征稿启事

为进一步加大本市卫生健康政策研究信息发布力度，为卫生健康系统营造良好的改革氛围和舆论环境，更好地推进医改工作，上海市卫生健康委员会、市医药卫生发展基金会、市卫生和健康发展研究中心自2012年起共同组织编写《上海卫生健康政策研究年度报告》系列绿皮书（简称“绿皮书”），并成立了编委会。该绿皮书每年一辑，定位于打造本市卫生健康政策信息发布的“制高点”、医改成效评价的“权威版”和卫生健康政策导向的“风向标”。绿皮书具体组织编纂工作由市卫生和健康发展研究中心承担。在各位领导和专家的大力支持下，绿皮书已完成2012—2018年度的编纂发行工作，并分别于次年的全市卫生健康工作会议上作为会议材料发放，取得了良好的反响。

目前，2019年度绿皮书约稿工作已正式启动，诚邀您分享您在卫生健康管理政策研究方面的优秀成果。本年度拟定的绿皮书内容包括但不限于：健康服务业、综合医改、公共卫生、学科与人才、健康老龄化、人口与家庭发展、行业治理、卫生筹资与保障等方面的优秀研究成果。稿件要求如下。

一、主题要求

应把握卫生健康事业改革与发展形势，紧紧围绕当前上海市卫生健康工作的重点、难点，反映卫生健康政策研究成果与进展，体现对卫生健康政策问题的理性分析与思考；反映卫生健康改革成效与进展、卫生健康政策实施及落实案例与经验，对卫生健康改革与发展提出积极的政策建议，具有较高的研究水准和一定的学术价值。

二、体例和内容要求

文章应包括题目、导读（包括文章的起由、主要内容介绍等）、文章正文和参考文献等部分。正文部分建议至少含有但不限于以下内容：引言（研究背景）、现状和问题分析、结论或思考、政策建议等。

文章要求论点明确、论据可靠、数字详实、文字精炼。

请确定文章作者及作者信息,包括第一作者和通讯作者(如有)姓名、性别、职称/职务、单位名称及其他作者单位;项目基金(如有)信息(包括基金及项目名称、项目编号)。

三、字数要求

每篇稿件正文字数应控制在 4000~8000 字, 导读部分字数控制在 300 字以内。

四、格式标准

请参照附件 1。

五、截止日期

请在 2019 年 10 月 19 日前提交文章题目及 300 字左右的摘要和联系人信息等(附件 2); 11 月 9 日前提交完整稿件。

六、其他

1. 请各位专家对稿件质量进行把关。如为已发表论文, 请注明发表刊物名称及卷期号, 避免版权争议。

2. 为确保绿皮书的权威性, 编委会将对上报的文章和初稿进行审阅和筛选, 根据文章质量决定是否录用。

3. 为确保书图书编纂工作进行, 请在规定时间内提交稿件。

4. 请将所有反馈信息发送至: phpr@shdrc.org。

七、联系方式

王 瑾：021-33262053 17721334524

信虹云：021-33262061 13764661098

上海市卫生健康委员会规划发展处（中心代章）

上海市医药卫生发展基金会（中心代章）

上海市卫生和健康发展研究中心

2019年9月4日

附件 1. 《上海卫生健康政策研究年度报告》文章格式标准

附件 2. 《上海卫生健康政策研究年度报告》约稿函回执

附件 1

《上海卫生健康政策研究年度报告》绿皮书 文章格式标准

一、文章标题和作者

项目	格式要求
文章标题	黑体, 小三, 居中, 1.5 倍行距
作者	宋体, 五号, 居中, 1.5 倍行距
	2 个及以上作者之间空两格, 用上标按单位标注序号“1,2,3…”
作者注释	在第一作者末尾插入脚注, 其他作者直接加注上标, 相同单位作者标记相同编号
注释内容	宋体、小五号、单倍行距格式, 注释内容按以下顺序排列, 其中“第一作者”“作者单位”为必须项 基金项目: 项目 / 课题来源和项目名称 (项目编号: ……)。 第一作者: 姓名, 性别, 职称 / 职务。 通讯作者: 姓名, 性别, 职务 / 职称。 作者单位: 单位名称 1 (作者姓名), 单位名称 2 (作者姓名), ……。 本文已发表于《期刊 / 报刊名称》…年第…卷 / 期。

二、摘要和关键词格式

项目	格式要求
【导读】	黑体, 五号, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
	“摘要”二字中间空两格
导读正文	楷体 GB2312, 五号, 1.25 倍行距
	【摘要】后空一格, 开始文字
	【关键词】后空一格, 开始文字, 多个关键词之间用分号隔开

三、文章正文格式

项目	示例	格式要求
一级标题	一、××××	黑体, 小四号, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
二级标题	(一) ××××	黑体, 五号, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
三级标题	1.×××	宋体, 五号, 加粗, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
四级标题	(1) ×××	宋体, 五号, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
五级及以下		
标题		不设置五级以下标题, 如原文有, 则应在编辑过程中进行相应归并处理
段落正文		宋体, 五号, 1.25 倍行距, 首行缩进 2 字符
图序、图名	图 1 ×××	置于图下方, 宋体, 小五号, 居中, 单倍行距, 图序与图名文字之间空两格, 段后按此格式空一行。图名应尽量包含以下内容并将内容按以下顺序排列: 时间 + 地域 + 内容。

图内容		图区上方空一行，图中文字格式：宋体，小五号，居中，单倍行距
图注释		在图序、图名下方，宋体，小五号，单倍行距，首行缩进 2 字符
表序、表名	表 1 ×××	置于表的上方，宋体，小五号，居中，单倍行距，段前 1 行，段后 0.5 行，表序与表名文字之间空两格。表名称应尽量包含以下内容并将内容按以下顺序排列：时间 + 地域 + 内容。
表内容		小五号，宋体，居中，单位行距，表后按表格正文格式空一行
表注释		在表名末尾及表格中需要注释处，依次用“①、②……”加上标（每张表重新标注）；注释文字在表格下，空一行，格式：小五号，宋体，单倍行距，首先缩进 2 字符；每条注释以“①、②……”分别起头，后直接加注释文字
表格式		采用三线表，最上、最下两条线宽为 1.5 磅，中间线为 0.75 磅，颜色均为黑色
正文注释	*	在注释处依次用“*、**……”加脚注（每页重新编号），脚注格式：小五号，宋体，单倍行距，首先缩进 2 字符
参考文献注释	[1]	在引用处依次用“中括号 + 阿拉伯数字”加尾注
参考文献标题	参考文献	黑体，小四号，单倍行距，段前 1 行，段后 0.5 行
参考文献内容		宋体，小五号，两端对齐，1.2 倍行距，两端对齐，缩进和间距网格对齐 序号：中括号 + 阿拉伯数字，与内容之间空一格，参考文献著采用温哥华格式。
英文与数字		全部采用 Times New Roman 字体，格式与所在段落要求一致。英文首字母不用大写。

附件 2

《上海卫生政策研究年度报告》绿皮书
约稿函回执

文章题目			
第一作者			
姓名		手机	
单位		职务	
邮箱			
其他主要作者（可自行选择填写）			
姓名		职务	
单位			
姓名		职务	
单位			
姓名		职务	
单位			
联系人			
姓名		手机	
邮箱			
摘要（300 字左右）			

本页可复印

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫健委相关司局

国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫健委政策法规处、财务处

上海市卫健委委领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫健委

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China