卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

价值医疗
2020 年　第 7 期
（总第 106 期）

上海市卫生和健康发展研究中心　　2020 年 10 月 15 日

编者按　价值医疗的基本理念是追求性价比高的医疗服务，即以同样或较低的成本取得医疗质量或者医疗效果的最大化。推进价值医疗是从服务量驱动转变为价值驱动的现实需要。近年来，世界各国都在不断探索和实践不同模式的价值医疗，我国也积极推动价值医疗理念传播和价值医疗探索实践。本期关注国际价值医疗实践进展及其实现路径；总结低价值卫生技术遴选的经验及参考标准；分析美国、英国等国家以价值为导向的医保支付模式的经验与启示；详细介绍英国改善患者体验的指南；此外，介绍上海市松江区腹膜透析技术下社区的价值医疗实践案例，以期为我国实现价值医疗及相关医保支付制度改革等提供参考。谨供领导和同志们参阅。

上海市卫生和健康发展研究中心

上海市连续性内部资料准印证（K）第 0649 号　　内部资料　免费交流

卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 13 卷 第 7 期（总第 106 期）
2020 年 10 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：殷从全　楚玉玲
校　　对：周　娜　汪　丽

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量：700 本

目　次

专题研究

价值医疗的概念、实践及其实现路径
…… 金春林，王海银，孙　辉，等（1）

低价值卫生技术的遴选：国际经验与启示
…… 孙　辉，金春林，谢春艳，等（7）

美国以价值为导向的医保支付模式应用及启示
…… 孙　辉，王海银，谢春艳，等（13）

英国以价值为导向的支付体系：经验与启示
…… 孙　辉，王海银，谢春艳，等（21）

英国改善患者体验指南解析
…… 谢春艳，王海银，王美凤，等（30）

实践案例

上海市松江区腹膜透析技术下社区项目实践及思考
…… 孙　辉，臧秀娟，谢春艳，等（42）

征稿启事

征稿启事…… （50）

价值医疗的概念、实践及其实现路径

金春林　王海银　孙　辉　程文迪　房　良

【摘　要】价值医疗是近年来全球卫生系统发展的热点及重点。文章从价值医疗的概念及必要性、全球实践进展以及实现路径等方面进行介绍，为我国实现价值医疗及深化医药卫生体制改革提供理论指导和参考依据。

2009年深入推进医药卫生事业改革以来，我国医疗服务体系、医疗保障体系以及药品供应保障体系建设均取得了明显成效，但深层次问题进一步凸显。卫生费用增长仍然过快，医疗服务“碎片化”现象仍然存在，信息、人才、检查检验等资源共享仍面临诸多瓶颈，患者在多专科、多部门的模式下接受非连续的健康服务；基层医疗卫生机构发展仍然薄弱，患者及资源过多地集中于大型公立医院。从国际发展趋势看，基于价值的整合性医疗服务体系将成为未来发展的主流。实践证明，价值医疗可以提高医疗服务效率和产出，进一步提升卫生服务体系绩效，是我国下一步改革和发展的重要方向。

一、概念及必要性

（一）概念

价值医疗最早由迈克尔·波特于2006年提出，基本理念是追求性价比的医疗服务，即以同样或较低的成本取得医疗质量或医疗效果的最大化。这一理念基于三个基本原则：**一是**为患者创造价值；**二是**综合医

基金项目：上海市医药卫生体制改革循证决策与政策转化（CMB- CP-11061）；循证公共卫生与卫生经济学（15GWZK0901）

第一作者：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：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），上海 200031

疗状况和医疗全流程的医疗实践；**三是**测量医疗效果和费用。医疗质量是价值医疗的核心，主要包括三方面的内容：**一是**医疗服务可及性（包括医疗可获得性、等待时间、服务能力等）；**二是**健康结果（包括临床结果、活动能力、生产能力等）；**三是**满意度或患者体验（包括病人满意度或就医体验、医护人员满意度和支付方满意度等）。医疗成本则包括两个方面：**一是**总体的医疗服务成本（包括全过程成本）；**二是**医疗服务提供的数量。价值医疗的定量测量是患者结果或服务质量与所花费用相除。因此，推行价值医疗一方面要求全面提升医疗服务质量，而非追求单一的健康结果；另一方面要求有效控制成本，而非单一的医疗成本。新时代背景下，实现价值医疗是我国健康服务体系转型的必要举措。

（二）必要性

1. 从服务量驱动转变为价值驱动的现实需要

价值驱动和服务量驱动有根本区别。长期以来，我国都是基于服务量驱动的改革模式，表现为改革开放 40 多年整个国家服务生产元素投入不断加大，医院和床位越建越多，医疗服务量越来越大，公立医院通过扩张和提供更多服务获得粗放型发展。在这一模式下，服务提供是基于专业分工的个体执业，支付方式是按服务项目支付，医院多提供一项服务就多一份收入，容易产生过度医疗。价值驱动关注的是整个医疗需求的结果，对保持患者健康、减少不必要干预的行为进行激励，对结果不佳的服务给予惩罚；支付方式是基于疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups，DRGs）、按绩效付费及按人头付费等。在这一模式下，服务提供是基于团队的整个连续一体化诊疗护理服务。大健康理念下，需要从服务量驱动转变为价值驱动，减少不必要的医疗服务，提升资源的配置效率。

2. 减少医疗浪费和提升服务效率的改革需要

当前，我国过度医疗和医疗不足并存，误诊以及耽误抢救治疗的机会成本很高，医疗服务效率较低。世界卫生组织 2010 年研究报告显示，全球医疗资源约有 20% ～ 40% 的浪费，这也直接影响医疗质量以及人群健康。同时，有研究表明，48% 的医疗技术临床效果不明确，22% 的技术有可能有效，5% 的技术无效，只有 13% 的技术是确定有效的。

3. 规范和提升医院诊疗技术的管理需要

现实诊疗中，同病不同治现象非常严重，治疗费用差异较大。以上海为例，同一疾病，三级公立医院病种相对权重（relative Weight，RW）单价最低为 1.2 万元，最高为 1.6 万元，相差 30% 以上。

4. 优化新技术管理及支付政策的需要

研究表明，新技术使用是费用增长的主要因素，医疗费用增长约 38% ～ 62% 是新技术推动的。新技术滥用问题需要重视，例如免疫疗法对 20% 的人有效，而 70% ～ 80% 的人需要检测后再治疗，因此，如果不经检测就进行治疗的话，70% ～ 80% 的费用及治疗可能是无效的。

二、全球实践进展

2016 年，根据实施价值医疗的政策环境、机构设置，成本及效果测量，以患者为中心整合性服务体系建设，按结果支付及社会经济背景等情况对部分国家的价值医疗实践进展综合评分，得分最高的是瑞典，其次是英国、澳大利亚、加拿大、德国、法国及美国等，中国、巴西等国家评分较低。总体来看，经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development，OECD）国家价值医疗实施较好。

（一）美国

在美国，医疗保险和医疗救助服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services，CMS）是推进价值医疗的重要部门。2010 年 11 月，

医疗保险和医疗救助创新中心（CMS Innovation Center，CMMI）成立，负责评估和衡量 CMS 各项创新的医疗服务模式和价值支付方案的效果。2015 年 1 月，美国政府在联邦医疗保险项目中开始采用价值导向的支付方式，宣布 Medicare 按价值付费的时间计划表和实施方案。截至 2016 年 1 月，Medicare 按价值支付比例达 30%。美国计划在 2018 年将所有服务费的 90% 与特定的质量指标支付挂钩。CMMI 目前已建立了 7 大类 84 种创新的医疗服务及支付模型。

2017 年，CMS 在 7 个州启动基于价值的医疗保险设计模型，随着时间的推移，继续扩展到其他州。

（二）英国

在英国，基于价值定价（value based pricing，VBP）提案最初在政府（卫生部，2011）的一份讨论文件中作了概述，其中提出的价值的维度涵盖广泛的经济效益、满足实际需求以及治疗创新与改进等。在英国国家医疗服务体系（National Health System，NHS）中，VBP 被视为一种加强激励机制的尝试。英国通过设定阈值来准入新技术，例如 2014 年将阈值确定为每生命质量调整寿命年（quality-adjusted life year，QALY）的成本为 2 万～ 3 万英镑。然而，这样的阈值定义是狭窄的，没有考虑让人们重新开始工作或节省提供无偿护理的时间和成本的额外好处。在新的 VBP 方案下，成本和 QALY（通过加权）考虑疾病负担、更广泛的社会效益以及治疗创新和改进，传统阈值将被调整，以反映使用相同方法加权的置换活动的机会成本。VBP 可以帮助 NHS 有效地将其资源投入到最具效益的卫生技术上，让患者更好地获得卫生技术，并将创新重点放在未满足的需求上。

（三）加拿大

在加拿大，价值医疗主要体现在采购方面。价值采购（value-based

procurement，VBP）是价值医疗实现的重要途经：**一是**关注患者的需求；**二是**重视整体系统价值而不是成本；**三是**参与解决问题并与供应商共同协商谈判；**四是**支持获得更好的健康结果。加拿大在实施 VBP 时关注总费用的评估，在没有证据的情况下考虑与供应商风险分担，采用公私合作等方式开展结果测量，以及测试病人在投标中的报告结果等。例如安大略省设立了卫生创新战略采购办公室，开展创新采购示范项目以及建立创新采购电子学习计划。

三、价值医疗的实现路径

（一）卫生技术评估是实现价值医疗的重要工具

卫生技术评估（Health Technology Assessment，HTA）以卫生决策应用为导向，基于全面、系统及客观的研究证据进行整合和分析，对卫生技术的直接和间接影响进行评估，内容涵盖了安全性、有效性、经济性及社会、伦理等。HTA 是科学与决策的桥梁，各国在引入新技术的支付决策时通常基于 HTA 的方法，例如采用增量成本效果分析，评估卫生技术在当前社会条件下是否具有性价比，从而实现高价值的医疗服务提供。医院卫生技术评估（Hospital-based Health Technology Assessment，HB-HTA）是 HTA 在医院的应用，作为一种医院卫生技术配置决策管理工具，在新技术应用和落后技术淘汰管理、控制医疗费用增长、提升技术效果和患者安全方面具有明显的应用价值。

（二）实施以人为本的一体化服务模式是实现价值医疗的重要路径

2016 年由世界银行集团、世界卫生组织联合开展的深化中国医药卫生体制改革研究提出，建立“以人为本的一体化服务模式”（people centered integrated care，PCIC），强调让病患、家属和所在社区共同参与，将包括健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等在内的各种医疗卫生服务的管理和服务提供整合在一起，根据健康服务情况，协调各类医疗机

构为患者提供连续的健康服务。从卫生服务提供的角度来看，PCIC 涵盖了四项发展目标：**一是**重构健康服务模式，特别是转变公立医院功能，加强基层服务能力；**二是**推进跨专业、跨学科建设，整合医疗服务；**三是**提升医疗服务质量；**四是**让患者及家属参与其中。当前我国正在推进的分级诊疗制度建设、医联体和医共体建设等，是加强公立医院之间协同合作的有效方式。而在医院内部推进的多学科建设，旨在打破当前专科化、碎片化的服务，强调一门式整合性医疗服务。

（三）信息化、标杆分析、支付制度、服务组织是实现价值医疗的四个关键因素

信息系统建设是实现价值医疗的基础，基于结果及绩效的支付需要有效的数据测量体系。标杆研究是有效推进价值医疗的管理工具，为提升服务效率、缩小医院之间差异，要找到标杆和先进模板。支付改革是实现价值医疗的重要动力，促进按项目付费转向按人头、病种付费为主，将对内生性节约的费用用来激励服务提供，并不断提高医疗质量。服务组织是实现价值医疗的重要支撑，转变现行的服务提供组织方式，有利于多学科融合以及全程服务的连贯协同。

（责任编辑：信虹云）

低价值卫生技术的遴选的国际经验与启示

孙　辉　金春林　谢春艳　程文迪　王海银

【摘　要】文章通过文献复习，系统总结了英国、西班牙、加拿大、澳大利亚等国家开展低价值卫生技术遴选的经验，重点归纳了各国对于低价值卫生技术遴选的一般途径以及参考标准，为促进我国卫生技术的使用、支付管理提供参考。

世界卫生组织（World Health Organization，WHO）2010 年《世界卫生统计报告》指出：医疗技术不合理使用普遍，48% 的技术临床效果不明确，3% 的技术无效甚至有害，8% 的技术疗效与损害相当，22% 的技术可能有效，5% 的技术无效，只有 13% 的技术有效。由此可见，卫生技术在使用过程中被过度使用、使用不足或滥用等问题较为突出。

国家卫生健康委员会 2018 年发布的《医疗技术临床应用管理办法》指出，对于医疗技术临床应用不再强调“分级分类”管理，而是建立“负面清单管理制度”。建立负面清单管理制度的重点之一就是识别技术临床应用的安全性、有效性，遴选安全性低、有效性低或不确切的低价值卫生技术进入负面清单。因此，遴选低价值卫生技术具有重要意义。从卫生系统的角度来看：遴选低价值的卫生技术一方面可以提高技术使用效率，确保向人群提供安全、有效、可靠的技术；另一方面可以不断完善医保支付目录，保障人群健康。本文梳理英国、西班牙、加拿大、澳大利亚等 4 个国家开展低价值卫生技术遴选的有关进展与经验，旨在为促进我国卫生技术的使用、支付管理提供参考。

基金项目：美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目（CMB-CP14-190），循证公共卫生与卫生经济学（15GWZK0901）
第一作者：孙辉，男，研究实习员，硕士
通信作者：王海银，男，副研究员，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）卫生技术评估研究部主任
作者单位：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），上海 200031

一、4 个国家低价值卫生技术遴选实践

通过梳理英国、西班牙、加拿大、澳大利亚等国家开展低价值卫生技术遴选的经验发现，各国从 21 世纪初纷纷开展了低价值卫生技术遴选的相关活动。其中西班牙发布了的针对低价值技术遴选、确定优先次序和评估方法学的指南；英国国家卫生与临床技术优化研究所（National institute for Health and Care Excellence，NICE）启动了“Do Not Do”建议数据库，纳入了已提出的低价值卫生技术建议“不做”的清单；加拿大对于低价值卫生技术的遴选活动具有鲜明的地区性特征，各省通过制定自己的方案，遴选低价值技术；澳大利亚在政府资金支持下，开展医疗保险计划中列出的低价值技术遴选。

各国对于低价值技术遴选的参考标准方面，技术的安全性、有效性、成本效益、疾病负担等为最受关注的要素，其他要素还包括专家对于技术价值的意见、替代技术的价值等。低价值技术遴选的一般途径包括咨询专家、文献查阅、数据分析识别等。

（一）英国

自 2006 年以来，英国卫生部正式授权 NICE 实施低价值技术遴选计划。结果发现，如果停止这些低价值措施，将为英国卫生部节省 100 多万英镑。随后，NICE 启动了“Do Not Do”数据库，该数据库纳入了 2007 年以来提出的所有低价值技术建议“不做”的清单。同时，NICE 还与英国 Cochrane 中心合作，对最新发表的 Cochrane 综述进行了总结，遴选不应使用或不推荐干预措施。

尽管英国已经开展了针对低价值技术遴选的活动，然而，在国家层面上，NICE 迄今尚未公布一个全面的遴选框架。可以借鉴的是，NICE 参考 Cochrane 数据库中已发表的对于低价值技术的文献，用于确定遴选的相关主题。此外，NICE 倡议，遴选并评估的技术有如下几个特征：

（1）具有显著整体预算影响的技术；（2）存在疗效好、具有成本—效果且尚未充分得到应用的可替代技术；（3）影响病人安全的技术；（4）对弱势群体可能产生影响的技术；（5）技术收益和技术风险较为接近的技术。

（二）西班牙

从2007年开始，西班牙巴斯克卫生技术评估中心（Os•teba）和加利西亚卫生技术评估中心（Avalia-T）两家区域HTA机构分别发起对可能是低价值的卫生技术进行遴选、确定优先排序和评估的项目。Avalia-T发布了一份关于确定低价值卫生技术遴选、确定优先次序和评估方法学指南，指南中推荐了低价值技术遴选步骤（见图1）。

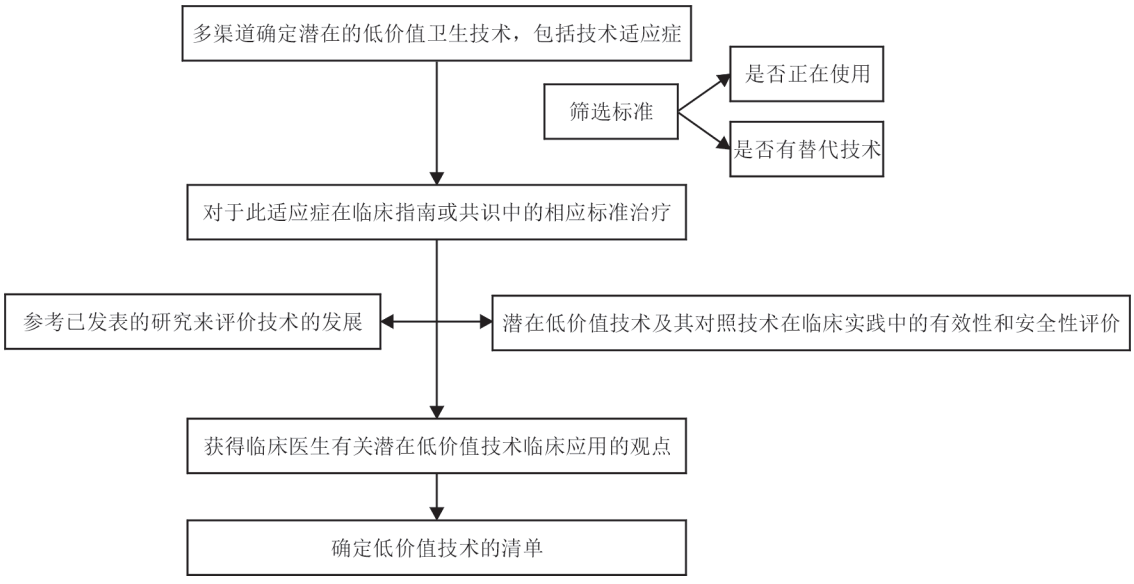

图1　西班牙低价值卫生技术遴选流程

为了确定低价值卫生技术遴选的优先顺序，Avalia-T机构领导开发了网络版PriTec工具。该工具可以对多达50种技术进行比较，并生成用于评估目的的优先级报告。工具将优先级标准分为3类：（1）技术对使用人群的影响，侧重疾病的频率、疾病负担、使用低价值技术的频率和患者的偏好；（2）技术的风险影响，侧重技术的安全性、有效性；

（3）技术的成本以及其他影响。Avalia-T 还提出了基于医学文献的直接咨询、新兴技术数据库咨询、咨询 HTA 机构发表的系统评价，来遴选低价值卫生技术。

（三）加拿大

加拿大对于低价值卫生技术的遴选活动具有鲜明的地区性特征，各省通过制定自己的方案，开展相关活动。爱德华王子岛、纽芬兰和拉布拉多等省联合发起了基于现有证据的“大西洋地区药物审查”，审查结果提供给大西洋地区的各省级医疗支付方，由各省自行决定是否撤资：安大略省提出了基于费用、安全性、生物等效性等证据的药物审查标准，倡导建立正式的、公开透明药物遴选程序。

2009 年，加拿大药物和技术卫生署（Canadian Agency for Drugs and Technology in Health，CADTH）提出，应设立监督委员会，管理低价值技术的遴选活动。然而截至目前，CADTH 尚未建立正式的流程来遴选低价值的卫生技术。加拿大 Joshi 等人提议，启动审查低价值卫生技术的触发点是：（1）出现关于安全性、有效性和成本效益的新证据；（2）各省、地区根据经验提出的低价值技术；（3）通过水平搜索项目，遴选低价值技术；（4）应用定时机制，在批准 / 引入新卫生技术后的 5 年内，对技术进行重新审查。

（四）澳大利亚

2009 年，澳大利亚卫生和老龄化部对 HTA 活动进行了广泛的审查，并提出了 HTA 活动具有涵盖遴选低价值卫生技术的能力。同年，政府将资金分配给国家健康计划，用于开发质量框架，进一步评估国家医疗保险计划中已经列出的医疗技术。

此外，澳大利亚医疗服务咨询委员会和药品效益咨询委员会有权利针对低价值卫生技术进行撤资。药品效益咨询委员会对于低价值技术进

行审查时考虑的要素包括：（1）存在同等有效但毒性较小的药物；（2）出现不满意效果的证据；（3）药物的毒性、滥用可能性大于其治疗价值；（4）与其他疗法相比，技术不再被视为具有成本效益（见表 1）。

表 1　澳大利亚低价值技术遴选的一般途径以及参考标准

途径	参考标准
咨询临床专家，遴选临床上低价值的技术	安全性
文献查阅，寻找更优替代技术证据	有效性
数据分析，识别与高预算影响相关的技术	成本效果
数据分析，识别使用量变化的技术	成本效益
	预算影响
	技术疾病负担（生理、心理、社会）
	专家对技术的价值存在不同的意见
	替代技术的价值优于正在使用的技术

二、对我国低价值卫生技术遴选的建议

文献研究发现，目前我国对于低价值卫生技术遴选工作进展较慢，现有的研究主要集中于药品安全领域，侧重药品淘汰工作的回顾、药品淘汰制度的探索方面。参考国外的经验，本文针对我国低价值卫生技术的遴选提出以下几点建议。

（一）卫生行政机构推动低价值卫生技术的遴选

政府推动是低价值卫生技术遴选顺利实施的重要保证。国际经验表明，政府往往是卫生技术遴选的发起方与出资方，由政府授权各类卫生技术评估机构开展低价值卫生技术遴选活动。因此，建议政策先行，完善法律法规，明确部门责任，推动开发低价值卫生技术遴选框架，积极引导开展低价值卫生技术的遴选活动，确保卫生技术能够安全、有效、经济地引入使用。

（二）建立多学科、多部门协作交流机制

多学科、多部门的协作交流是低价值卫生技术遴选的重要环节。低

价值卫生技术遴选是一个复杂的系统工程，涉及部门和人员较多，需要多部门、多团队协作配合。因此，应加强国家、地区卫生行政部门与技术生产方、技术使用方、技术评估机构等利益相关方的协作交流，营造良好的多部门协作交流环境，促进低价值卫生技术遴选工作的顺利进行。

（三）强化医院卫生技术评估工具的作用

卫生技术评估作为科学与决策的桥梁，是开展低价值卫生技术遴选的重要支撑。医院作为卫生技术的最大使用方，需要建设以卫生技术评估方法学为基础、进行高质量决策、实现以价值为导向的技术准入。

此外，建议医院 HTA 部门与我国 HTA 机构协同探索建立新技术早期监测预警系统，开展技术水平搜索项目。一方面可以对新兴技术的信息进行早期识别，探索未来的优先研究方向；另一方面也可以支持低价值卫生技术的遴选，辅助卫生决策。

（四）探索建立基于价值的医保支付机制

基于价值的支付是开展低价值卫生技术遴选的最终目的。以价值为导向的支付基本理念是追求具有性价比的医疗服务，即以同样或较低的成本取得医疗质量和医疗效果的最大化。因此，建议探索建立基于价值的医保支付机制，重视技术整体价值而不是成本，对于价值高的技术优先给予支付，从而控制医疗费用不合理增长，进一步提升技术效果，保障患者安全。

（责任编辑：张苹）

美国以价值为导向的医保支付模式应用及启示

孙　辉　王海银　谢春艳　王美凤　符雨嫣　金春林

【摘　要】文章通过文献复习，梳理了美国按绩效支付、捆绑支付、共享结余与风险分担支付等以价值为导向的医保支付模式，总结其模式设计、运作形式、实施效果、潜在问题等，提出对我国医保支付方式改革的启示：政府推动，加快试点；有效利用卫生技术评估决策支持工具；强化健康监测，加强疾病预防干预。

以价值为导向的医保支付（value-based payment，VBP）是指通过医疗质量评价体系和奖惩机制，激励医疗服务提供者提高医疗服务质量、改善患者体验、减少不必要医疗费用的一种新的支付策略。以价值为导向是医保支付改革的重要目标，一方面可以促使医疗机构改变医疗服务行为，在降低医疗费用增长的同时保证医疗质量；另一方面可以促进医疗机构之间协作，提高整体服务效率。

21 世纪初期，美国医疗保险领域开始探索医疗服务以价值为导向进行支付。经过多年的发展，建立了较为成熟的以价值为导向的医保支付模式。本研究通过文献复习，梳理了美国常见的以价值为导向的医保支付模式，包括按绩效支付、捆绑支付、共享结余与风险分担支付，总结其模式设计、实施效果、潜在问题等，旨在为我国医保支付方式改革提供参考。

基金项目：美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目（CMB-CP 14-190）；第四轮公共卫生三年行动计划重点学科建设计划循证公共卫生与卫生经济学（15GWZK0901）
第一作者：孙辉，男，研究实习员，硕士
通信作者：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：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），上海 200031

一、美国以价值为导向的医保支付方式

（一）支付方式

1. 按绩效支付

按绩效支付（pay for performance，PFP），是指根据卫生服务提供方对患者医疗服务质量改进的表现，向其提供经济奖励或惩罚的过程。PFP 通过约束医疗服务行为，减少不必要的医疗服务，改善病人健康状况。PFP 设计的关键环节主要有：绩效目标设计、支付水平、考核和支付频率设计以及奖金分配等。其中，绩效目标设计根据是否设定门槛值分为两类，一类目标有门槛值，只有绩效达到一定水平的医疗机构才能得到经济奖励；另一类没有门槛值，可根据绩效指标完成的数量获得经济奖励，医疗机构无需达到确定的绩效水平。支付水平是指绩效收入占医疗机构收入或医务人员收入的比例，不同的服务机构、服务类型（门诊、住院）存在一定差异。考核和支付频率设计是指支付方对医疗机构定期的考核和支付，一般按季度、年度考核和支付。奖金分配方面，绩效奖金通常支付给医疗机构，由医疗机构制定奖励标准分配到团队和个人。

美国实施按绩效支付项目后，取得了一些积极的进展。研究表明，采取绩效激励后，对服务质量改善有一定正向作用。同时，患者再入院人数显著减少，就诊等待时间缩短，有助于改善就诊流程。

2. 捆绑支付

捆绑支付（bundled payment）又称为打包支付 (packaged pricing)、基于治疗事件的支付 (episode pay-ment) 等，是指支付方通过测算，预先确定一整套医疗服务（预防、治疗、康复）的总支出 (目标价) 来支付医疗费用，医疗服务提供方分担目标价与实际成本之间的差额造成的任何损失或结余。目的是激励医疗服务提供者提高医疗服务的协调性和

效率，同时以更低的成本改善医疗服务质量和结果。

捆绑支付的主要特点：**一是**允许提供者在服务之前知晓患者将支付多少费用，且捆绑支付只在服务结束后向提供者进行补偿；**二是**要求服务提供方承担风险，包括支付由并发症、再入院等引起的超出目标价的费用。

文献研究发现，至今美国已测试实施了 4 种捆绑支付模式（见表 1）。此外，关节置换服务捆绑支付（2016—2020 年）、肿瘤服务捆绑支付（2016—2021 年）正在测试实施中。

表 1　美国已实施的 4 种捆绑支付模式

模式名称	实施时间（年）	类型	提供服务	支付方法
急性住院服务的捆绑支付	2013—2016	回顾性	急性住院服务	急性住院的单次费用，医院和医生可以分享结余
急性住院及住院后服务捆绑支付	2013—2018	回顾性	所有急性住院及住院后服务，包括出院后 30 ～ 90 天的再入院服务	服务费用—实际支出符合预先设定的目标价
急性住院后服务捆绑支付	2013—2018	回顾性	急性期后服务在出院后 30 天内开始，包括出院后 30 ～ 90 天的再入院服务	服务费用—实际支出符合预先设定的目标价
急性住院服务的捆绑支付	2013—2018	前瞻性	所有住院服务以及 30 天内再入院服务	事先支付给医院一笔捆绑支付的费用，超出的医疗成本由医院支付

捆绑支付模式在多个领域显示出巨大前景。根据《美国医学会杂志》2017 年 2 月发表的一项研究，实施捆绑支付后，关节置换患者的医疗费用平均降低了 20.8%。美国在为期 5 年的心脏搭桥捆绑支付项目中，参与的医疗机构节省了 10% 的预期支出。美国兰德公司预计，捆绑支

付推广后的 2010—2019 年间将节省 5.4% 的国家卫生支出。同时，捆绑支付还促进了医疗合作，如乔斯林糖尿病中心把多学科医疗专家、医疗辅助人员聚集一起，提供高质量的糖尿病护理服务。

3. 共享结余和风险分担支付

共享结余（shared Savings）和风险分担（shared risks）支付是美国责任医疗组织（Accountable Care Organizations，ACOs）模式下的主要支付方式。其基本过程为：年初为 ACOs 预先设定本年医保费用上限，年终统一结算；在医疗服务质量达到标准，且节余比例达到限定值的情况下，若实际医保费用低于限定额，则 ACOs 可以按协议比例保留节余部分作为经济奖励；若高于限定额，则要求 ACOs 与支付方共同承担损失。

共享结余和风险分担是同一枚硬币的两面。通过风险分担，医疗服务支付方和提供者就设定的预算和质量阈值达成一致。如果医疗机构不能将成本保持在设定的基准水平以下，其必须承担超出部分的医疗成本。与只有共同储蓄的安排相比，风险合约的参与者通常有更大的机会分享潜在的储蓄。

目前，ACOs 有“单边模式”和“双边模式”两种节余共享模式（见表 2）。在单边模型中，ACOs 只共享节余，不共担损失。在双边模型中，ACOs 需要共享节余和共担损失，若要获得更大比例的节余分享，则要承担更大的风险。

表 2　美国共享结余与风险分担模式

模式	路径	共享结余	分担风险
单边模式	路径 1	最高 50%	不需要
双边模式	路径 2	最高 60%	最高 60%
	路径 3	最高 70%	最高 75%

美国实施共享结余和风险分担支付后，医保支出控制取得了积极的进展。美国卫生部2017年评估报告显示，在参与共享结余和风险分担支付项目的前3年里，ACOs大多数降低了医保支出。与此同时，ACOs根据美国医疗保险和医疗补助服务中心（Centers for Medicare &Medicaid Services，CMS）的质量测量数据，普遍提高了医疗服务质量。Mark W.Friedberg等研究结果显示，参与共享结余和风险分担的医疗机构，在糖尿病护理和乳腺癌筛查等医疗项目中，降低了患者的全因住院率和全因急诊就诊率。

（二）三种医保支付方式潜在的问题

本研究从医疗服务提供方和患者角度出发，梳理按绩效支付、捆绑支付和共享结余与风险分担三种模式在实施过程中存在的问题(见表3)。同时，与按项目支付、按人头支付相比，从过度医疗风险、医疗不足风险、费用控制、疗效提升等角度，分析按绩效支付、捆绑支付和共享结余与风险分担三种模式的潜在问题（见图1）。

表 3　美国以价值为导向的医保支付模式存在的问题

相关方	按绩效支付	捆绑支付	共享结余与风险分担
医疗服务提供方	可能无法奖励已达到最优业绩的医疗机构；当实际成本与绩效目标差距太大时，对医院或医生激励程度会很小；提供医疗服务不是决定医疗质量（绩效）的唯一因素；PFP 不能确保医保支付款项足以支付医疗机构提供的优质医疗服务成本，不合理的支付水平将影响医疗服务行为	受到激励的同时，可能选择提供更便宜的医疗服务；在医疗服务疗程结束前，对治疗带来的并发症不予诊断；拖延住院后服务直到捆绑支付服务疗程终止	因提供较低质量的服务而获得更高的报酬；医保费用基准的设定，可能会妨碍提供高价值服务；提供者获得的报酬并不完全取决于自己提供的服务，还依赖于其他提供者的服务
患者	医疗机构可能优先选择较低风险的患者，高医疗需求的患者更难以获得医疗服务；患者过度医疗的风险较高	捆绑重叠，一个患者可能会同时享有多个捆绑支付的服务疗程；不是所有病种都适合捆绑支付；推诿依从性较差的患者，让不需要住院的患者住院	不帮助病人解决疾病问题，医生也可以得到更多报酬；提供者可能因服务于需求更大的患者而在经济上受到损害，导致医疗不足风险

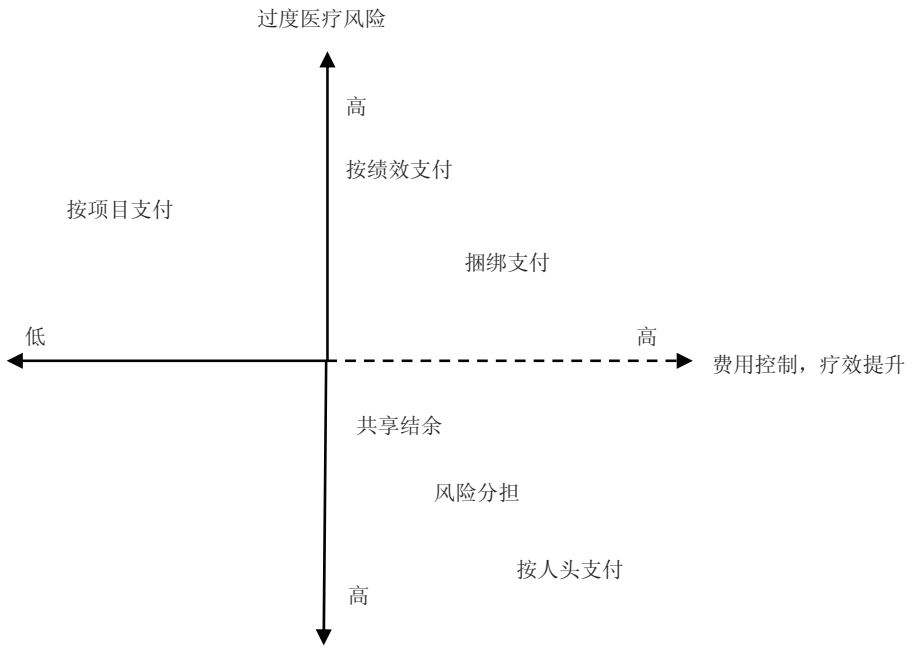

图 1　美国不同医保支付方式潜在的问题

二、以价值为导向的医保支付方式改革对我国的启示

当前，我国卫生费用持续上涨，患者疾病经济负担较重，医保支付方式以按项目付费为主，结合按病种、按人头等付费方式，效率较低。作为调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆，医保支付方式激励和导向作用的充分发挥，是控制医疗费用、保障人群健康的关键。本研究发现，不同 VBP 模式在支付设计、激励机制、适用人群、范围、适用医疗机构等方面具有明显差异。

对于何种 VBP 模式是最优选择，目前尚无统一结论。笔者认为，评价支付模式是否以价值为导向，需要回答以下问题：（1）该模式是否促进医疗服务提供者为患者提供适宜、优质的医疗服务？（2）支付率是否与提供优质医疗服务的成本相匹配？（3）提供者是否具有提供优质医疗服务的灵活性？（4）更大医疗需要的患者是否能得到更多的医疗服务？（5）患者和支付方能否确定将支付的总金额？（6）提供者在服务前能否知道将获得多少报酬？总之，以价值为导向的医保支付应以为患者创造价值为目标，补偿支付与价值挂钩，并奖励创新。

（一）政府推动，加快试点

以价值为导向的医保支付方式改革，迫切需要政府从全局规划出发，制定相应的指导意见。目前，我国已有部分地区在自发探索医保按价值支付，但尚未形成理论化经验。因此，我国开展医保按价值支付，需要在总结国内外经验的基础上，逐步扩大试点范围，并进行系统深入的评估，形成经验理论和典型案例，在其他地区加以推广。

（二）有效利用卫生技术评估决策支持工具

卫生技术评估（Health Technology Assessment，HTA）作为科学与决策的桥梁，是促进建立以价值为导向的医保支付方式的重要工具。通过运用 HTA，基于安全、有效、经济、伦理以及组织影响等维度，对卫

生技术的直接和间接影响进行评估，一方面可以控制医疗费用增长，提升技术效果和患者安全；另一方面可以促进新兴技术的应用，淘汰低价值技术，从而实现高价值的医疗服务提供，助力医保支付方式改革。

（三）强化健康监测，加强疾病预防干预

可靠的健康监测是提升医疗服务效果的重要环节。应通过健康监测，预测居民未来的健康状况，预警医疗系统潜在风险，促进政府对疾病预防的规划，加大疾病预防投入，探索开发疾病风险预测模型，对未来可能患病的人群进行提前干预，从而提升卫生资源配置和使用效率，保障人群健康。

（责任编辑：信虹云）

英国以价值为导向的支付体系：经验与启示

孙　辉　王海银　谢春艳　罗雅双　刘　昕　房　良　金春林

【摘　要】医疗保险（以下简称“医保”）支付方式改革是控制医疗费用不合理增长的重要环节。文章通过文献回顾，系统梳理英国医疗服务体系现状，介绍现行医疗服务支付方式，重点关注价值医疗服务体系下医疗服务的委托模式、合同内容和激励方式，为我国医保支付方式改革提供参考和借鉴。

2017 年，《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）提出，对医疗行为的重点监管转向对医疗费用和医疗质量双控制监管，要求我国医保支付方式改革由按服务量付费向按价值付费转变。以价值为导向的医保支付方式正在来临。21 世纪初，英国即已开展了基于价值的医疗支付方式（value-based commissioning，VBC）探索，并取得了良好的成效。本文通过介绍英国以价值为导向的医疗支付体系，为我国医保支付方式改革提供参考和借鉴。

一、英国医疗服务体系现状

（一）医疗服务委托方式

英国医疗服务提供和支付工作由国家卫生服务体系（National Health Service，NHS）领导负责。医疗卫生体制改革后，英国成立 NHS 委托服务理事会，下放权力至各地临床委托服务组织（Clinical

基金项目：美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目（课题编号：CMB-CP 14-190），循证公共卫生与卫生经济学（课题编号：15GWZK0901）
第一作者：孙辉，男，研究实习员，硕士
通信作者：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：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），上海 200031

Commissioning Groups，CCGs），负责各地具体的医疗服务委托和支付工作。英国提供的卫生服务主要分为 4 类：初级保健服务、急性保健服务、社区服务和公共卫生服务，资金主要来源于英国国民健康保险和英国公共卫生机构。国民健康保险提供初级保健服务，主要包括初级医疗保健、牙科服务、社区药房等；临床委托服务组织提供急性保健服务和社区服务，主要包括康复服务、紧急医疗服务、社区卫生服务、心理健康和障碍学习服务；当地政府提供公共卫生服务。

（二）医疗服务支付方式

英国现行医疗服务支付方式主要分为 5 类，包括打包支付（block payments）、按人头付费（global capitation）、定额付费（case-based）、按绩效付费（pay-for-performance）、按服务付费（fee-for-service）。

在初级保健服务中，按人头付费为主要支付方式，同时还包括根据质量和结果框架（quality and outcomes framework，QOF）的按绩效付费方式以及定额付费方式。在社区服务中，主要支付方式是打包支付。在公共卫生服务中，按服务付费为主要支付方式，如免疫接种和健康筛查。在急性保健服务中，主要支付方式是以结果为基础（Payment by Result，PbR）的定额支付方式，同时存在部分打包支付、按服务付费的支付方式。

二、以价值为基础的支付体系的实践

英国构建 VBC 的首要目标是以最低的成本为患者取得最佳的治疗效果，将医疗服务的重点转移到患者的健康状况，而不是医疗服务的数量。VBC 体系由 5 个相互依赖且相互影响的部分组成（见图 1）。国家组织形成综合管理小组（Integrated Practice Units，IPUs），整合初级保健服务、急性保健服务、社区服务和公共卫生服务等医疗服务的提供，针对不同的患者群体其提供的服务有较大的差异。

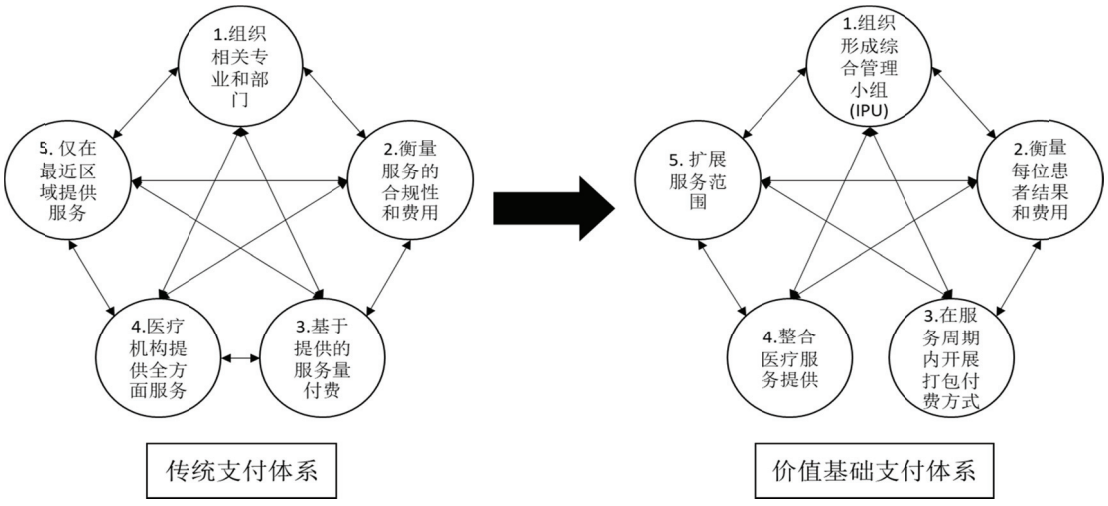

图 1　英国传统支付体系向价值基础支付体系转变

VBC 基于患者价值重新设计医疗服务，采取多学科方法进行预防、诊断、治疗和跟踪，创造持续学习、改进和创新的环境，并持续对医疗质量进行评估，建立适当的契约机制，鼓励和加强责任共享，要求医疗服务提供者在一定时期内达到相应的治疗效果。同时，VBC 能准确地衡量该段时间的价值和费用，以确保提供医疗服务的成本能够准确解释其取得的价值。在实施 VBC 时，需要重点解决委托模式、合同内容、激励方式三方面的问题。

（一）VBC 下医疗服务的委托模式

英国目前有许多 VBC 下医疗服务的委托模式，可以根据医疗周期和多个服务提供方的特点进行调试，每个模型都有其各自的优缺点。

1. 松散联邦（loose federation）

松散联邦模式的特点是 NHS 委托服务理事会直接与每个服务提供方签订几份合同，根据每个提供方的合同进行付款，提供方对其提供的服务负全部责任。尽管没有正式的合同义务，每个提供方派出相关代表组成联合管理团队（Joint Management Team，JMT），以进行有效管理。该模式实施方法简单，JMT 能有效提高多学科团队的工作效率，分享有

效方法，确保患者反馈。但由于没有共同的合同义务来改善结果，提供方之间的协调十分松散，可能产生无法遵守相关安排的情况，存在无法提供相关服务而解约的风险。同时，提供方可能不希望在数据、信息等领域进行分享或承担相应风险。如果 JMT 成员之间存在分歧，并没有相关激励方式或约定的合同义务来使其达成共识。

2. 正式联盟（formal federation）

正式联盟模式也是由 NHS 委托服务理事会直接与每个服务提供方签订几份合同，提供方对其提供的服务负全部责任，每个提供方派出相关代表组成 JMT。正式联盟模式的特点是通过备忘录（memorandum of understanding，MOU）来约定服务，反映了服务提供方对各自提供的服务及其承担职责的共同理解。对于部分合同来说，可以将“支持综合服务条款的合同义务”作为具体条款，并由理事会执行。该模式比较简单，在提供方之间引入 MOU 的做法，使各提供方之间的服务交付更有据可循。但该模式的运行主要取决于各提供方，合同中没有相应的激励方式或杠杆作用来强制要求各提供方共同努力以实现特定目标，由于没有正式的高层决策机构，需各提供方意见一致方可通过，否则决策过程会非常复杂。

3. 联盟承包（alliance contracting）

联盟承包模式由 NHS 委托服务理事会与服务提供方达成一项总体协议，根据设定的绩效指标进行衡量，各服务提供方共同合作并共同承担风险和回报。该模式采用明确的合同杠杆来推动医疗服务的提供，将各方利益与项目目标联系起来，根据总体协议来交付结果，并将结果完成情况作为绩效指标进行考核。该模式的运行依赖于各服务提供方之间的工作关系，各服务提供方要明确自身在医疗服务过程中负责的内容和需承担的风险以及最终获得的回报。但是，英国目前没有统一的联盟承

包模式的有关法案，其在制定合法的文件和管理方面耗费的时间和成本较大。此外，该模式的决策过程较为复杂，在合同变更时，需要各服务提供方的书面批准，如何维护少数群体的利益将会成为非常棘手的问题。

4. 联合社团（corporate joint venture）

联合社团模式是所有医疗服务提供方成立的一个联合社团，这个联合社团由各服务提供方中的高级代表组成，进行联合、公平和积极的战略管理，就提供相关服务达成合作协议，投入一定的资源以实现共同的目标。NHS 委托服务理事会直接与联合社团签订服务合同，一定程度上减轻了理事会的管理压力，采用共同预算激励各方做出贡献，鼓励各方采用合作的办法提供相应的医疗服务，但如何界定各方承担的财务风险十分复杂。该模式缺乏一个有效的决策机制，以确保其能为整体绩效做出决策，同时，服务提供方的退出会增加该模式管理的复杂性。

5. 集成模式（integrator）

集成模式是由第三方组织机构参与管理，该机构专注于管理与各服务提供方的合同，即集成方。NHS 委托服务理事会与集成方签订合同，详细说明预期要达到的结果。集成方不直接提供医疗服务，但承担相应的财务风险，将相关服务分包至各服务提供方，通过完成相关服务以收回管理或风险成本。在该模式中，集成方的管理方式更多是惩罚性管理，没有激励各服务提供方为整体做出贡献，可能会导致服务提供方拒绝参与；同时，集成方会为了保证自身的利润空间而降低医疗服务质量。

6. 牵头供应方模式（lead provider）

牵头供应方模式是 NHS 委托服务理事会与牵头供应方签订合同，牵头供应方将服务分包至各服务提供方，牵头供应方提供关键性服务，未经理事会的同意，不能分包医疗服务。该模式确定了单一的领导结构，明确医疗服务整合的责任。牵头提供方将审查所有服务需求并分配相应

的资源，能有效构建激励机制，确保所有服务提供方都能获益。该模式运行的关键在于牵头供应方与分包供应方之间的信任和管理方式，否则将会破坏模式的稳定。此外，确定一个牵头供应方可能会导致其他自认为更适合作为牵头供应方的服务提供方退出。

7. 单一供应方（single provider）

单一供应方模式是 NHS 委托服务理事会与一个服务提供方签订一份合同，服务提供方直接提供绝大多数或所有医疗服务，并将无法提供的服务进行分包。该模式在实施综合医疗计划的过程中相对简单明了，并有明确的责任分工。同时，该模式能够对资源进行合理配置并进行人力资源的合理开发。但是，该模式中最大的风险在于服务提供方交替时，主要参与人员或资源的流失会严重损害医疗服务质量，同时需要进行大量工作来与新的服务提供方建立关系，以确保医疗服务质量。

（二）合同内容

目前，VBC 模式下的合同内容包括完全捆绑（full bundle）和部分捆绑（partial bundle）两种类型。

完全捆绑是在给定的时间段（通常为 1 年）内进行，签订的合同包含所有供应方和范围内总体人群相关的成本和医疗活动，根据服务过程和服务结果进行结算。在此情况下，要求参与服务的各提供方都要承担相应责任，并激励其达到特定结果。但是，鉴于英国目前的法律，初级保健服务必须由国家提供，实际运行中需要进行相应的改动，一种方法是将初级保健服务剔除，采用 NHS 标准合同提供服务，该方法会严重影响 VBC 的运行。另一种方法是仅将初级保健服务的结果纳入合同，签订根据 NHS 标准合同与结果要素的总体合同，该方法对服务提供方的选取会造成一定的困难。

部分捆绑是确定服务提供方服务范围内的所有成本，然后选择这些

成本的一部分捆绑到新的基于结果的合同中。在这种情况下，服务提供方之间共同承担结果实现的责任，并且仅将成本中与集体结果实现相关的部分捆绑在一起，可按照总体协议进行处理，医疗结果的实现则在总体协议中作为单独的合同关系单独处理，可以灵活地协调各服务提供方，促进资源合理利用。但是，在服务提供方的选择上，NHS 委托服务理事会要始终清楚记录选择和决定的理由，减少公众的质疑。

（三）激励方式

足够的激励措施能够促进医疗服务质量的提升。但是过大的激励会导致出现“压力过高”的现象，使得绩效下降。

在确定可用于实现结果的总金额后，NHS 委托服务理事会和服务提供方商讨绩效考核的相应指标。某些结果指标可利用公开获得的数据立即进行衡量，建立基准值并开展监视，如死亡率和并发症发生率。对于以患者为中心的结果指标，需要开发新的测量工具。因此，测量工具的适用性和建立基准值的能力是 VBC 模式发展的决定性因素。在确定相关指标后，NHS 委托服务理事会与服务提供方酌情考虑指标所承担的权重，并与患者进行协商。

确定激励规模和指标权重后，另一个关键步骤是确定触发付款的预期绩效水平阈值及获得的相应薪酬。目前，激励方式分为获得型、增量增益型和基线型三种类型，获得型激励方式中对服务提供方取得的任何特定结果都全额偿还，设定高绩效标准以激励服务提供方实现更高的绩效水平。增量增益型激励方式设定高低绩效水平的阈值，激励服务提供方实现预期结果，如果未达到最低要求，则会受到一定程度的惩罚。基线型激励方式中所有资金均来自现有预算，服务提供方不会因高绩效而获得额外的薪酬，也不会因低绩效而受到惩罚，从而激励服务提供方达到最低要求。

三、总结与思考

本文参考英国的经验，为我国探索建立以价值为导向的医保支付方式提出以下建议。

（一）推动政策制定，加快试点

政府推动是价值医疗顺利推进的重要保证。英国经验表明，NHS委托服务理事会是VBC的主导方，通过政府部门主导，医疗机构和患者的共同参与，能够推动VBC的开发落地。建议政策先行、加快试点，研制出适合我国卫生体系的VBC模式。在国家层面统一构建以价值为导向战略购买的政策框架和制度安排，确保相应标准、工具等的开发和实施，进一步推动价值医疗在全国各地的推广和落地。

（二）开展跨部门行动，建立多主体参与的多元治理机制

多学科、多部门的协作交流是探索构建以价值为导向战略购买的重要环节。经验表明，VBC的开发、实施是一个复杂的系统工程，涉及到的部门和人员较多，需要多部门、多团队的协作配合。因此，应开展跨部门行动，建立多主体参与的多元治理机制，加强国家、地区医保、卫生行政部门、医疗机构、医药健康产业、第三方评估机构、患者等利益相关者的协作交流，营造良好的多部门、多主体协作交流环境。同时，健全医保与定点医疗机构、医药产业的协商谈判机制、激励约束机制、医疗费用控制机制、风险防控机制、医疗服务质量监督机制和第三方评估机制等，确保以良好的治理机制和制度环境来保障价值医疗的顺利进行。

（三）完善初级卫生保健，构建分级诊疗

价值医疗要求围绕患者的全病程进行整合管理，这样才能对临床疗效和健康结果进行全面衡量。英国的经验表明，建立整合型医疗服务体系是构建与发展以价值为导向的医保支付方式的基础。因此，应完善初

级卫生保健，实施分级诊疗制度并引导基层医院首诊，完善现有的医联体、医共体建设，实现预防、治疗、康复于一体的卫生服务链，这一方面有助于为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务，另一方面可以提升医疗卫生服务体系的整体价值，为构建以价值为导向的医保支付方式奠定基础。

（责任编辑：张苹）

英国改善患者体验指南解析

谢春艳　王海银　王美凤　孙　辉　程文迪
房　良　覃肖潇　罗雅双　金春林

【摘　要】英国是国际上较早重视改善患者体验的国家，除了像大多数国家那样通过改进医疗服务质量来改善患者体验之外，还发布了专门改善患者体验的指南。文章对英国改善患者体验指南的内容进行了详细介绍，并提出了相应建议，以资为我国患者体验相关研究和政策制定提供参考。

改善人民群众看病就医体验，是深化医药卫生体制改革的必然要求和最终目标，实施健康中国战略对增强人民群众获得感也提出了新的要求。从国际经验来看，要针对服务利用者的需求创新服务模式，提高服务质量和效率，实现“以患者为中心”的价值医疗，而改善患者体验是一个很好的切入点，值得我们深入探索研究。

一、概念与背景

随着医疗卫生领域的不断发展和患者导向医疗模式的转变，美国学者于1986年提出用“患者体验”（patient experience）研究取代“患者满意”（patient satisfaction）研究，以收集和测量患者接受服务过程中的体验。一直到20世纪90年代开始，患者体验逐渐得到重视并获得较快的发展，现已作为评估医疗服务质量的重要依据而被许多发达国家所认可。患者体验是患者在就医诊疗过程中的经历和感受。患者体验改善国

基金项目：美国中华医学基金会卫生系统研究与政策转化合作项目（14-190）
第一作者：谢春艳，女，助理研究员，博士
通信作者：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：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），上海 200031

际组织——Beryl（The Beryl Institute）研究院将患者体验定义为：由组织文化塑造的所有服务互动的总和，这些互动影响着连续性的卫生服务过程中的病人认知和感受。很多国家开展的“患者体验”调查，是通过患者的眼睛，找出医疗服务机构需要改进之处，通过针对性改进，最大限度地满足患者健康需求和体验，体现“以患者为中心”的理念。“患者满意”和“患者体验”概念相似，但两者在研究内容和研究方法等方面存在很多区别，患者体验更注重患者就医过程中的心理感受和整体过程中的细节，以患者关心的内容为主要关注点。

我国自 20 世纪 80 年代末开始，各地区、各医疗机构陆续开展患者满意度调查，相关政府部门还将调查结果纳入医院评价体系中。到本世纪初我国引入“患者体验”的概念后，大部分医院或者研究机构将“患者满意”和“患者体验”进行概念的融合，关注患者对医疗机构多层次的服务需求，更加聚焦于患者在整体接受服务过程中的体验与感受。从国内对患者体验的现有研究来看，大部分研究仅限于对某地区、特定医疗机构患者就医体验研究，患者体验影响因素的研究，或者患者体验量表或指标体系的研究，对于如何改善患者体验的具体规范或标准内容缺乏深入探讨。

从政策层面来看，《卫生部关于改进公立医院服务管理方便群众看病就医的若干意见》（卫医管发〔2010〕14 号）的文件中明确指出要“要改善群众看病就医体验”。此外，为真正落实“以患者为中心”的政策，国家卫生部门还大力开展各项以“患者体验”为主要内容的提升医院服务内涵的评审活动，如“三好一满意”活动和医院等级评审。但上述活动在开展过程中仍缺乏规范统一的指南和标准，各地、各机构的评价体系多样，评审内容不一，各医疗机构在实践中莫衷一是。2015 年和 2018 年，国家开展了两轮“进一步改善医疗服务行动计划”，并下发了

相应的考核指标，指导各地做好改善医疗服务效果评估考核，其中的指标大多是与医疗管理与服务流程有关，缺乏以患者主观感受和体验的视角对服务内容及其规范标准进行审视，可能会影响改善患者体验相关政策的实施效果。

二、英国改善患者体验指南概况与特点

2012 年，英国国家健康与临床卓越研究院（National Institute for Health and Clinical Excellence，NICE）发布了《成人国民卫生服务（National Health Service，NHS）中的患者体验：改善成人 NHS 服务利用者的体验》指南（下文简称“指南”）。NICE 制定指南的策略是制定好流程和方法，委托医学会的国家协作中心（National Collaborating Centres，NCC）制定具体指南。NCC 召集成立多学科委员会作为指南编写小组（Guideline Development Groups，GDG），成员包括多学科的医疗专业人员、学术界专家、患者和护理者代表以及 NCC 技术团队。GDG 负责回顾 NCC 呈递的循证医学证据，综合考虑成本效益、相关法律、可行性、社会价值观等，定期召开会议讨论并提出一系列建议，最后形成 NICE 指南。在指南所提出的建议的基础上，选取较为重要的一组可测量的指标，制定了成人 NHS 服务患者体验指南所附带的质量标准（quality standards），作为指南对应的 NICE 质量标准，质量标准是一套具体、简明的声明（statement）和相关措施，提出了高质量、具有成本效益的服务的标志。

改善 NHS 患者体验指南中的建议体现了良好患者体验的本质，其实施有助于确保医疗保健服务的可接受性和适当性，并且所有使用 NHS 的人都能获得最佳的服务体验。指南为创造可持续变革提供了证据和方向，这导致 NHS“文化转变”，以实现真正以患者为中心的服务。指南中的建议主要针对提供成年人 NHS 服务的机构和临床医务人员，但非临床工作人员（如接待员、文员和后勤人员）的工作也会极大地影响患

者的体验，因而需要确保非临床工作人员根据指南的内容得到充分培训和支持，以便以改善患者体验的方式与患者接触。

指南和质量标准是建议性的而非强制性的，然而 NICE 会发布一系列工具和资源促进医院和相关人员遵从其指南，比如实施建议、基线测评工具、在线教育资源、地方实践促进项目等。

三、英国改善患者体验指南主要内容

（一）了解患者的个人情况

患者的价值观、信仰和所处环境都会影响他们对服务的期望、需求和利用。了解个体患者的生活条件很重要，因此需要考虑他们的家庭和更广泛的生活环境如何影响其健康和服务。

1. 了解患者个人，包括病情如何影响患者，以及患者的情况和经历如何影响其病情和治疗。

2. 确保解决患者诸如身体或学习障碍、视力、言语或听力问题以及阅读、理解困难等因素，以便患者能够尽可能充分地参与诊疗和护理。

3. 向患者询问并考虑其家庭、社会和工作情况，以及他们以前的医疗保健经验等相关因素，这些因素可能影响其健康状况、参与医疗服务的能力或意愿，或影响其自我健康管理和生活方式选择的能力。

4. 聆听并关注患者的各种健康信念、顾虑和偏好，并注意这些信息是否会影响他们参与治疗。尊重他们的观点并在必要时提供支持，以帮助他们有效地参与医疗服务并酌情参与自我管理。

5. 避免根据患者的外表或其他个人特征对患者做出预判。

6. 根据 2010 年“平等法”（Equality Act 2010）的要求，确保所有使用成人 NHS 服务的人均可获得相应的服务和支持。

7. 与患者讨论他们对心理、社会、精神和经济支持的需求。向患者提供支持和信息，或引导他们获得相关的支持和信息来源。定期追踪他们获得相关支持的情况和需求。

（二）服务的基本要求

除了治疗特定的疾病外，应该认识到患者对心理和情感支持的潜在需求，以及满足营养和疼痛管理等基本需求的重要性。注意这些基本需求尤其适用于住院患者，但是也应该在提供医疗服务的其他环境中加以关注。

1. 尊重患者

（1）参与提供 NHS 服务的所有员工应以尊重、善良、尊严、同情、理解、礼貌和诚实的态度对待患者，尊重患者的隐私权，在患者没有参与讨论的情况下不要当着他们的面谈论患者。

（2）在诊疗开始之前，向患者介绍学生和未直接参与服务提供人员，并让患者决定是否希望他们留下来。

2. 患者的顾虑

（3）准备好主动提出并讨论敏感问题（如性活动，失禁或临终关怀），因为一些患者不太可能提出这些问题。

（4）以理解的态度倾听和讨论患者的任何恐惧或担忧。

（5）如果怀疑患者有焦虑症或抑郁症，遵循 NICE 相关临床指南中的建议。

3. 营养、疼痛管理和个人要求

（6）所有直接参与患者服务的医疗保健专业人员应接受与其职位相关的营养与疼痛管理方面的教育和培训。

（7）确保患者获得充足的营养和水。

（8）如果患者无法自行缓解疼痛：经常问他们是否疼痛；如有必要，使用疼痛量表评估疼痛程度；提供止痛剂并根据需要进行调整。

（9）确保定期评估和关注患者的个人需求（例如，与失禁、个人卫生和舒适相关的方面），尽量提供帮助并确保最大程度的隐私。

4. 患者独立

（10）为使用成人 NHS 服务的患者提供尽可能保持其独立性所需的支持。

（11）当医院中的患者长期服用药物时，要与他们一起评估和讨论他们是否有能力并且更愿意自己管理这些药物。

5. 知情同意和能力

（12）根据以下文件获取并记录患者的知情同意书：在英格兰，根据卫生部的政策和指导；在威尔士，根据威尔士政府的建议。

（13）使用“精神能力法案”（2005）（Mental Capacity Act）中的原则评估患者做出每项决定的能力。

（三）为每位患者量身定制医疗卫生服务

医疗保健专业人员应根据患者个体特征定制服务，以响应患者的需求、偏好和价值。有关治疗和护理的建议应尽可能个性化。

1. 个性化的服务方式

（1）根据患者的需求和情况量身定制个性化服务，同时考虑到他们获得服务的能力、个人偏好和条件，定期评估患者的需求和情况。

（2）告知患者本地和全国可获得的医疗保健服务和社会服务（例如戒烟服务），鼓励并支持他们根据个人需求和偏好获取服务。

（3）向患者提供有关他们有权获得的相关治疗方案和服务的信息，即使这些方案和服务并未在当地提供。

2. 患者的意见和偏好

（4）鼓励患者表达个人需求和对护理、治疗、管理和自我管理的偏好方式。

（5）与患者一起关注他们对自己的状况和治疗方法的理解和想法。

（6）接受患者可能对治疗的风险、益处和后果与医务人员有不同的看法。

（7）接受患者有权决定不接受治疗，即使您不同意他们的决定，只要他们有能力作出明智的决定，并且已经理解所需的信息。

（8）尊重并支持患者选择治疗，或者决定拒绝治疗。

（9）确保患者知道他们可以询问其他医务人员的意见。

3. 家庭成员和照顾者的参与

（10）在首诊时向患者询问是否希望其家人或照顾者参与诊疗的关键决策，以及如何参与决策。如果患者同意，则与其家人共享信息。

（11）如果患者没有能力表示同意共享信息，请确保家人或照顾者保持参与并得到适当的通知，但要注意任何潜在的敏感问题和保密义务。

4. 反馈和投诉

（12）鼓励患者提供有关其服务的反馈。回应任何给出的反馈。

（13）如有必要，向患者提供有关投诉程序的信息，并帮助他们获取这些信息。

（四）服务和关系的连续性

服务的连续性和一致性，以及与有能力和富有洞察力的医务人员建立信任可靠的关系是患者接受有效、适当服务的关键。相关信息应在医疗相关专业人员之间共享，以支持高质量的医疗服务。

1. 评估每位患者对服务连续性的要求以及如何满足该要求，确保人员及团队的连续性。

2. 对于使用多种不同服务的患者，确保有效协调和确定服务优先次序，以尽量减少对患者的影响。

3. 确保医务人员之间以及医疗服务和社会服务专业人员之间清晰、及时地交换患者信息。

4. 直接参与患者服务的所有医务人员都应向患者介绍自己。

5. 告知患者谁负责他们的临床服务和治疗，医疗团队不同成员的角

色和责任，如何与医疗团队成员进行服务的沟通。

6. 在非工作时间或紧急情况下，向患者（及其家人或照顾者）提供相关信息。

（五）使患者能够积极参与其服务

许多患者希望成为积极参与者，参与创建和管理其健康策略和服务的利用。自我照顾和自我管理对于长期患者尤为重要。

1. 沟通

（1）确保环境有利于讨论，并确保患者的隐私受到尊重。

（2）最大限度地提高患者对沟通的参与度。

（3）询问患者希望如何被对待，并确保他们的选择得到尊重和采纳。

（4）建立与每位患者沟通的最有效方式，并探索改善沟通的方法。

（5）在考虑沟通需求时，确保考虑患者和医务人员的口音、习语和方言的使用。

（6）避免使用行话。使用患者理解的话语解释不熟悉的术语，并通过提问来确认理解。

（7）使用开放式问题鼓励讨论。

（8）在诊疗结束时总结信息并确认患者了解最重要的信息。

（9）使用患者能够理解的语言回答患者对诊疗相关问题的疑问。

（10）所有参与提供 NHS 服务的员工都应具备相关沟通技巧的能力。

2. 信息

（11）向患者提供信息，以及他们利用这些信息所需的支持，以促进他们积极参与服务和自我管理。

（12）向患者提供口头和书面信息。

（13）以可及的方式向患者提供信息。可能的方式包括使用书面信息、图片、符号、大字体、盲文和不同的语言。

（14）询问患者对所需信息的级别和类型的偏好。在此基础上，在患者服务的各个阶段为患者（及其家人或照顾者）提供清晰、一致、循证、量身定制的信息。这应包括但不限于以下方面的信息：他们的病情和治疗方案，他们将接受服务的地方，谁会照顾他们，预计等待诊疗和服务的时间。

（15）确保在以下方面建立机制：向需要非标准格式信息的患者提供所需要的信息；当患者在服务之间过渡时，在需要的情况下提供口译员和非标准格式。

（16）询问患者是否希望诊疗过程中有家人、朋友或支持者陪同，以及是否想书面或录音记录诊疗过程。

（17）向患者（及其家人和照顾者）提供信息，以确保他们能够正确使用药物和设备，并进行自我护理和自我管理。

（18）建议患者在诊疗后从国家和地方支持团体、网络和信息服务等来源获得可靠的高质量信息和支持。

（19）定期向患者提供关于任何服务时间延迟的准确信息。

3. 共同决策

（20）在讨论有关检查和诊疗的决定时，鼓励患者表达他们的个人需求和偏好。

（21）让患者有机会讨论他们的诊断、预后和治疗方案。

（22）提供任何诊疗或服务时：向患者解释服务的医疗目标；公开讨论并提供有关检查或治疗方案的风险、益处和后果的信息；明确患者希望治疗达到的目的，并与他们讨论任何误解；留出足够的时间让所有问题得到解答，并询问患者是否愿意进一步诊疗。

（23）接受并承认患者对治疗的风险、益处和后果的考虑可能有所不同。

（24）在与患者讨论风险和收益时，遵循阐述详细、逻辑清晰、表达量化、容易理解、避免产生误解和歧义等原则。

（25）在患者进行选择时提供支持。遵循共享决策的原则：确保患者了解可用选项并解释这些风险、益处和后果；检查患者是否理解这些信息；鼓励患者澄清对他们重要的事情，并确认他们的选择与此一致。

（26）注意患者决策辅助工具的价值和可用性以及其他形式的决策支持，如咨询或辅导。如果有合适的高质量决策辅助工具，请将其提供给患者。

（27）给予患者（及其家人和照顾者）适当的时间做出有关检查和治疗的决定。

4. 教育计划

（28）确保患者教育计划：是以证据为基础的，有特定的目标和学习目标，满足患者的需求（考虑到文化、语言、认知和识字方面的因素），提高患者管理自身健康的能力。

（29）让患者有机会参加基于证据的教育活动，包括自我管理计划。

四、启示与建议

改善患者体验是改进医疗服务质量、提升医疗服务价值和卫生系统绩效的重要手段。近年随着我国新医改的深入推进，医药卫生领域兴起了“价值医疗”的理念，改善患者体验是其三大核心要素之一。以英国为代表的发达国家不仅在改进医疗质量的多个相关措施中重视患者体验的提升，而且还通过制定和颁布指南的方式把改善患者体验的内容进行规范化和标准化，其相关经验值得我们参考。

（一）研究制定本土化的改善患者体验的指南

要改善服务提供方式，以人的健康为中心设计服务流程，推动我国医药卫生体制改革特别是公立医院综合改革向纵深发展，对改善患者整

体就医过程中的主观感受、体验和需求进行规范、指南或标准内容方面的研究尤为重要。应借鉴发达国家的经验，并结合我国社会经济和文化情况，加快研究患者体验的内涵、外延及具体内容要素，建立适应我国国情的本土化的改善患者体验的相关规范或指南。

（二）转变服务价值理念，从以疾病为中心转变为以患者为中心

从英国的经验来看，改善患者体验的重点已经摆脱了医疗机构设施、就医环境等硬件条件的局限，甚至也超越了技术水平、服务能力及服务态度等医疗机构内涵建设的内容，最根本的还是价值理念的转变，真正站在患者的角度来考虑医疗服务的方方面面，体现了以人为本和以患者为中心。服务提供者应转变看待病人的观念，医生、治疗师等专业人士应从过去高高在上的专家“神坛”上走下来，更加尊重病人的意见和体验，把病人看作是可以积极参与诊疗过程、改善健康结果的“合作伙伴”，而不是消极被动的接受者。病人最熟悉自己的身体、心理状况和社会生活环境中存在的问题，只有平等地对待病人，才能尽快找到帮助病人恢复健康的最佳途径。

（三）改变病人被动接受服务的方式，增加病人对自身健康及所接受服务的自主权和决策权

医疗卫生和健康服务的目标是帮助病人尽快恢复身体和心理健康，获得独立自主的生活能力，提高生命质量和幸福感，而不是为病人包办一切或提供更多更全面的服务。因此，在提供服务的过程中，强调病人自主，鼓励病人积极参与医疗决策过程，为自身健康承担更多的责任，提高自我健康管理的能力，主导自己的健康。

（四）加强舆论宣传和知识传播

引导社会公众建立科学合理的健康理念和就医习惯。患者就医体验差跟人们不合理的就医理念也有一定的关系。应加强舆论宣传和知识传

播，引导社会公众改变就医习惯及健康理念上的一些误区，关注各种医疗卫生政策和健康促进知识，形成合理的健康观念和就医理念。在寻求和接受医疗卫生服务时，配合分级诊疗、居民签约和社区家庭医生制度的实施，懂得如何选择适合自己的服务。

（责任编辑：信虹云）

上海市松江区腹膜透析技术下社区项目实践及思考

孙　辉[1]　臧秀娟[2]　谢春艳[1]　王海银[1]　张　晨[3]　金春林[1]

【摘　要】**目的：**通过评估上海市松江区腹膜透析技术下社区项目临床价值、经济价值以及存在的问题，为价值医疗的推广提供参考。**方法：**基于2017—2019年松江区中心医院与6家社区卫生服务中心医院信息系统数据，分析医院腹透治疗与社区腹透治疗两种途径对终末期肾病治疗的费用差异、临床转归以及费用差异的影响因素等；通过关键知情人访谈，总结腹膜透析技术下社区存在的问题。**结果：**医院腹透和社区腹透治疗的患者年均住院总费用分别为22 160元和15 021元（P=0.005）；两种治疗途径患者主要并发症发生率无统计学差异；患者的年龄（β=1.17，P=0.045）是影响治疗总费用高低的主要因素；医保报销问题、药品短缺、社区人力不足是影响腹膜透析技术下社区推广的主要阻碍。**结论：**未来应逐步建立项目制度保障，从医保支付政策、人员正向激励等环节促进项目推广。

由于终末期肾病的预后差，治疗费用高，已成为世界范围内的重要公共健康问题。腹膜透析治疗作为主要的肾脏替代治疗方法之一，具有安全、有效、简便、价格相对便宜的治疗特点。上海市松江区近年来人口大量导入，终末期肾衰病人也逐渐增多，许多尿毒症患者长期依靠透析治疗。如何更好地指导这些患者，防止及减少并发症的发生，提高患者生命质量，已成为各方关切的问题。2014年，原松江区卫生和计划生育委员会牵头松江区中心医院与6家社区卫生服务中心签约试点，推

基金项目：美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目（CMB-CP 14-190），循证公共卫生与卫生经济学（15GWZK0901）
第一作者：孙辉，男，研究实习员，硕士
通信作者：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（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031
2. 上海市松江区中心医院，上海 201600
3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200040

广腹膜透析技术进社区。在此基础上，松江区中心医院对慢性肾病分级诊疗体系进行了深入探索，建立了以区中心医院为支撑、居家服务为目标、社区为依托的“医院—社区—家庭三元联动”的腹膜透析管理模式，推动社区慢性肾病腹部透析规范化和标准化建设，引导优质医疗资源下沉，从而在保证医疗质量的同时降低患者的疾病经济负担。

一、资料与方法

（一）资料来源

本研究资料来源，一是2017年1月至2019年12月松江区中心医院（以下简称“中心医院”）与6家社区卫生服务中心医院信息系统数据，主要包括患者人口学基本信息、临床转归信息、住院费用信息；二是对推进松江区腹膜透析技术下社区项目的主要人员进行访谈，访谈内容主要包括项目实施现状、取得的成效、存在的障碍和项目推广的建议。

（二）研究方法

采取病例对照研究，观察时间为1年。采用Stata13.1软件进行统计分析。计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，计数资料以相对数表示。以$P<0.05$为差异具有统计学意义。

二、结果

（一）人口学基本特征

本研究共纳入98名腹膜透析患者，其中通过中心医院透析治疗患者77人，通过社区卫生服务中心透析治疗患者21人。样本的人口学特征见表1。可以看出，两组人群中，年龄分布大部分为70岁及以上，且男性多于女性。医保方面，城镇职工医保（以下简称“城保”）以及城乡居民医保（以下简称“居保”）占比较多。绝大部分患者具有疾病既往史。合并症发生较少。经统计学检验，两组人群在年龄、性别、体重指数(Body Mass Index，BMI)、医保类型、既往史、合并症等指标上无统计学差异（见表1）。

表 1　患者人口学基本信息

项目	中心医院腹透患者（*n*=77）	社区卫生服务中心腹透患者（*n*=21）	*P* 值
年龄（岁）（*n*、%）			0.103
<50	7（9.09）	1（4.76）	
50 ～ 59	15（19.48）	3（14.29）	
60 ～ 69	16（20.78）	5（23.81）	
≥ 70	39（50.65）	12（57.14）	
性别（*n*、%）			0.224
女性	29（37.66）	7（33.33）	
男性	48（62.34）	14（66.67）	
BMI（kg/m^2）			0.125
Mean（SD)	22.84±3.49	21.56±3.02	
Min，Max	12.74，33.46	13.32，31.25	
医保类型			0.325
城保	30（38.96）	8（38.10）	
居保	33（42.86）	10（47.62）	
自费	2（2.60）	1（4.76）	
其他	12（15.58）	2（9.52）	
既往史（*n*、%）			0.058
无	4（5.19）	1（4.76）	
有	73（94.81）	20（95.24）	
合并症（*n*、%）			0.088
无	67（87.01）	19（90.47）	
有	10（12.99）	2（9.53）	

（二）疾病治疗转归

分析结果表明，两组人群的出院转归情况均为好转。同时，冠心病（*P*=0.52）、糖尿病（*P*=0.739）、高血压（*P*=0.614）等主要并发症发生率无显著差异（见表 2）。

表 2　腹透患者疾病治疗转归情况

项目	中心医院腹透患者（n=77）	社区卫生服务中心腹透患者（n=21）	χ^2	P 值
出院转归（n、%）				
好转	77（100.00）	21（100.00）		
并发症发生率（n、%）				
冠心病	39（50.65）	12（57.14）	0.415	0.52
糖尿病	47（61.04）	14（66.67）	0.111	0.739
高血压	47（61.04）	15（71.43）	0.255	0.614

（三）住院总费用及其影响因素

分析结果显示，中心医院腹透患者年均住院总费用为 22 160 元，社区卫生服务中心腹透患者年均住院总费用为 15 021 元。统计学检验结果表明，两组人群年均住院总费用具有显著差异（P=0.005），即社区卫生服务中心腹透患者年均住院总费用显著低于中心医院腹透患者（见表 3）。

表 3　腹透患者年均住院总费用

总费用	中心医院腹透患者（n=77）	社区卫生服务中心腹透患者（n=21）	P 值
年均住院总费用（元）			0.005
平均（标准差）	22 160±18 170	15 021±5 804	
最小值，最大值	11 141，382 548	6521，21110	

以年均住院总费用作为因变量，患者年龄、性别、BMI、医保类型、既往史、并发症作为自变量，进一步探索腹透患者年均住院总费用的影响因素。分析发现，年龄是影响腹透患者年均住院总费用的主要因素（β=1.17，P=0.045），其他因素对腹透患者年均住院总费用无显著影响（见表 4）。

表 4　腹透患者年均住院总费用的影响因素

自变量	回归参数	*P* 值	方差膨胀因子
年龄	1.17	0.045	1.187
性别（1= 男，0= 女)	2.32	0.097	1.162
BMI	-0.33	0.081	1.024
医保类型 （1= 城保，2= 居保，3= 自费，4= 其他）	0.75	0.029	1.314
是否有既往史（1= 是，0= 否)	-0.13	0.969	1.071
是否有并发症（1= 是，0= 否）	1.97	0.373	1.261

三、存在的问题

（一）双向转诊存在障碍

在调研中发现，尿毒症透析病人在不同医疗机构之间进行双向转诊时，按照现行的门诊大病自负医疗费减负政策，患者需要多次在门诊大病登记的定点机构办理变更就诊地点手续，例如，已定点在社区卫生服务中心治疗的腹膜透析患者，因更换治疗腹管，需要每半年在中心医院（二级医疗机构）住院一次，此时，就诊地点发生变化，患者需要前往医保中心或者居住地所在街道医保服务点，将医保减负定点医疗机构变更为松江中心医院。本次住院结束后，后续治疗由于在社区卫生服务中心完成，因此，患者需要再次将就诊地点进行变更。这种多次变更诊疗地点的情况是造成腹膜透析技术下社区的障碍之一。另外，需要腹膜透析治疗的患者，在社区卫生服务中心治疗时，往往都需要住院治疗，而目前大病医保政策只报销门诊部分，这同样导致患者不愿意在社区卫生服务中心进行腹膜透析治疗。此外，对于一些低保患者，由于其在中心医院报销比例高，在社区卫生服务中心报销比例低，也导致这部分人群不愿意至社区卫生服务中心进行腹膜透析治疗。

（二）社区药品种类受限

受国家基本药物制度影响，中心医院和社区卫生服务中心基本药物

目录不一致，很多透析治疗方面的药物，尤其是一些新药，社区卫生服务中心是缺乏的。而透析液、对症的药品对患者腹膜透析的治疗有着直接的影响，比如，腹膜炎发病率受透析液质量影响较大。但由于腹膜透析患者在社区卫生服务中心治疗时可选择的透析液种类较少，因此部分患者受药品和透析液等原因的限制，仍需在二级及以上医疗机构就医。

（三）社区卫生服务中心人力不足

目前，社区卫生服务中心腹膜透析治疗医务人员力量不足，主要有两方面原因：一是上海市社区医生总数配备不足，且医生主要任务以管理高血压和糖尿病患者等慢性病为主，这部分工作量已经很大，无暇顾及较重的社区肾病管理任务；二是目前肾病尚未纳入慢性疾病管理体系，这方面的专业的家庭医生力量也是缺乏的，无法对患者进行长期管理。

四、总结与建议

上海市松江区腹膜透析技术下社区项目作为价值医疗的一个典型案例，整体来说成效是显著的：一方面，项目的实施在保证临床效果、提升患者生命质量的同时，显著降低了腹透患者的疾病经济负担；另一方面，腹膜透析技术下社区项目有效促进医疗资源下沉社区，节约了有限的医疗资源。但是社区人力缺乏、药品短缺、医保报销问题成为项目推广的主要阻碍。为了进一步提升价值医疗的推广和运用，结合松江区腹膜透析下社区治疗研究，本文现提出以下建议。

（一）加强宣传和试点，推动价值医疗落地推广

价值医疗的落地与推广需要政府的宏观指导，应逐步建立制度保障，从全局规划我国价值医疗的发展。目前，国内已有部分地区在自发地开展价值医疗探索，主要集中在按价值支付、整合型服务体系等方面，但这些试点尚未形成理论化的经验和理论。发展我国价值医疗，需要在总结国内外经验的基础上，逐步扩大试点范围，由政府部门主导各类价值

医疗模式开发、系统监测和深入评估，形成经验理论和典型案例，在国内相关地区加以宣传和推广。

（二）完善初级卫生保健，构建分级诊疗制度

完善初级卫生保健，实施分级诊疗制度，引导基层医院首诊，促进双向转诊是构建与发展价值医疗模式的基本土壤。因此，建议继续完善初级卫生保健，构建分级诊疗制度，为价值医疗的探索与建立提供保障；同时，构建完善的分级诊疗制度，有助于实现预防、治疗、康复于一体的卫生服务链，为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务。

（三）加强家庭医生队伍建设，满足患者健康需求

本研究结果显示，基层人力不足是腹膜透析技术下社区实践推广的阻碍之一。吸引和稳定社区医生队伍已成为卫生健康领域的重要课题，其对于强化基层医疗卫生服务、实现家庭医生签约服务制度、维护人民群众健康具有重要意义。因此，建议加强家庭医生队伍建设，通过经济激励以及非经济激励措施稳定家庭医生队伍。另外，家庭医生专业技术能力欠缺，一定程度上也制约着分级诊疗制度的发展，因此，加大对家庭医生的培训，提升社区家庭医生的专业技术能力，让患者享有同质化医疗服务势在必行。

（四）充分利用卫生技术评估决策支持工具

卫生技术评估（Health Technology Assessment，HTA）是对卫生技术影响进行系统评估的一种综合政策研究，是连接科学研究与卫生决策间的桥梁。作为医疗服务的第三方评价的一种发展模式，HTA 在发挥有效的证据支撑作用，已成为欧美等国家科学卫生决策关键环节之一。因此，应充分利用 HTA 决策支持工具，基于临床价值、经济价值、患者价值、社会价值以及组织影响等多维度评估证据，助力价值医疗改革。建议通过在价值医疗模式实施的前、中、后等不同阶段，运用 HTA 对其开展

有针对性、全方位的项目评估，比如在医疗技术准入与管理、药品及耗材报销目录、价格制定等方面，一方面可以控制医疗费用增长、提升项目效果和患者安全，另一方面可以促进项目应用和检测管理，从而实现高价值的卫生服务提供。

（责任编辑：张苹）

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；国家卫生健康委员会相关司局，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；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，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（过刊电子稿可从公众号查阅和下载）

联系人：张　苹　信虹云

电　话：021-33262062 021-33262061

邮　箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、

国家卫生健康委员会统计信息中心

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

各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处

上海市卫生健康委员会领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会

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

上海市卫生和健康发展研究中心

（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