

国外医疗服务体系及其内部协作的比较研究

孙 辉,钱东福,屠 慧,蔡雯雯

(南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029)

摘 要:为了解国外医疗服务体系及其内部协作的情况,采用文献复习方法,对一些典型国家的医疗服务体系及其内部协作情况进行了文献综述分析与比较归纳,据此提出完善我国医疗服务体系的政策建议。

关键词:卫生服务体系;协作;整合

中图分类号: R197.1

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)01-026-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20140106

世界各国经过探索改革形成的无论是全民医疗制、全科医生制还是双向转诊制,都在其卫生服务体系中发挥了重要的作用。随着我国的社会经济和人民的生活水平不断提高,人们对医疗服务的需求也在不断提高。借鉴国外的经验,有助于完善我国的卫生服务体系,对我国医疗卫生体制改革也有重要意义。

一、医疗服务体系内部协作的重要性

具备良性运作的卫生服务体系是一个国家医疗卫生事业发展的保证。医疗服务体系内部各环节的通力协作是提供具有成本效果、成本效益的服务以及更好地改进居民健康的关键。医疗服务体系内部协作能更全面地传递卫生政策,是医疗服务连续性、协调性和整体性形成的关键^[1-2]。微观上,医疗服务体系的内部协作有助于跨地区的资源互动、信息共享,也有助于医疗技术水平的不断提高,医院与卫生管理部门之间的协作可以充分避免管理部门之间的职能交叉,使卫生行为更加协调。宏观上,医疗服务体系的内部协作有助于整个医疗服务网络的建立,使整个医疗体系不出现断层,为卫生各个领域的利益相关者提供了一个非常重要的互动平台,使各领域的卫生活动对接,从而实现卫生资源的最大产出。

二、国外不同国家医疗服务体系及其内部协作情况

(一)英国

英国的国家医疗服务体系(National Health System,简称NHS)建立于1948年,经历半个多世纪的发展与完善,已经成为英国福利制度的重要组成部分^[3]。英国的医院分为三个等级:初级医疗服务由社区卫生服务中心提供,主要包括对常见疾病的治疗、疫苗接种、健康宣教等等;二级医疗服务主要由各地区医院提供,负责接纳从社区卫生服务中心转诊的病人,诊治社区卫生服务中心解决不了的疾病;三级医疗服务由各专科医院或教学医院提供,主要诊治各种罕见病以及疑难杂症,是最高级别的医疗服务。

英国的医疗服务体系中实行严格的双向转诊制度。病人必须首先到全科医生处首诊,若病情需要则可持全科医生的转诊单逐层转诊,待病情好转后,再从上级医院向下级医院转诊。由此可见,全科医生在NHS中担当“守门人”的角色。因此,英国将其医疗服务体系的重心放在建设基础医疗卫生事业上,培养了一大批医术精湛的全科医生,使得大部分的疾病在全科医生处便可以得到医治。NHS中也存在着小部分私立医院,与公立医院形成互补,其服务对象

基金项目:国家自然科学基金面上项目(71173118),教育部人文社会科学研究青年基金项目(10YJC630191)

收稿日期: 2013-12-06

作者简介:孙 辉(1992-),男,江苏连云港人,在读本科生;钱东福(1973-),男,山东临沂人,副教授,研究方向为卫生服务体系、卫生管理与政策评估,通信作者。

是高收入、对医疗服务高要求的人群。

英国的医疗服务提供网之间相互协作。首先,各诊所都建有各自独立的局域网,并且诊所之间、医院之间、诊所及医院之间都有连接,使全科医生与其他的健康和社会保健专业人员协同工作,这有利于医疗资源的互动与双向转诊效率的提高^[4]。其次,NHS设立的转诊管理中心解决了从初级医疗服务到二级医疗服务之间等候过久的弊端,使双向转诊更加完善,并且节约了大量的资源^[5]。

(二)美国

美国医疗服务体系主要由家庭医生和各种形式的医院构成。家庭医生是初级医疗预防保健的提供者,是医疗服务的守门人。由家庭医生设立的诊所数量多且分布广泛,很大程度上提高了病人就医的高效性和便利性。医院承担疾病基本治疗和高级治疗,不提供普通门诊服务,只有急诊病人才可直接到大医院就诊^[6]。

私立医疗服务发达是美国医疗服务体系的一大特色。私立医院占据了美国医院的主体,其服务对象是中等及以上收入的人群。私立非营利性医疗机构是提供卫生服务的主角,其资金主要由州政府或地方政府提供。私立营利性医疗机构提供高水平、高质量的医疗救治服务,是美国医疗服务体系中的重要组成部分。

美国医疗服务体系中各类别的公立医院弥补了医疗服务的不公平性和不充分性,包括退伍军人医院、伤残医院、精神病医院和印第安人医院。这些医院除提供非营利基本医疗服务外,还为退伍军人、贫困人口、弱势群体以及没有任何医疗保障的人群提供免费的医疗服务。公立医院引导着私立医院的运作行为,在防止医院的垄断上发挥着重要作用。

近年来,美国医院逐步向集团化、规模化方向发展,医疗卫生服务提供主体逐步多元化,竞争性的医疗照顾成为一个亮点,形成了以城市大医院为依托,各种中小型医院、康复机构、护理机构为一体的医疗集团。联邦政府在医疗卫生上的投资也逐步增多,政府与市场有机结合向社会提供医疗卫生服务^[7-8]。

(三)澳大利亚

澳大利亚医疗服务体系主要由公立和私立医院两部分组成^[9]。公立医院在医疗服务体系中占主导地位,规模大,提供免费的医疗服务,绝大部分病人都会来这里就医,是国民医疗服务的主要提供方。私立医院包括营利性和非营利性两种,其存在让病人就医有了更多的选择。对公立医院医疗服务不满意的病人,可通过付费方式到私立医院接受医疗服

务,这对公立医疗服务构成了竞争,促使公立服务供给者节约成本、改善质量和提高效率。

此外,澳大利亚还拥有着健全的全科医生体系。全科医生是其医疗服务体系的守门人,他们大多以团体形式存在,通过开办诊所在社区中行医。病人需先到全科医生处接受初级医疗服务,必要时可持全科医生开出的转诊单到更高级别的医院治疗,等到病情好转后,再转诊到下级医院接受后续治疗,以此克服了某些大医院、专业医生看“小病”等问题。澳大利亚的初级医疗服务根据国内各地区的人口分布制定服务数量规划和需求分析,从而节约了大量的医疗成本,合理地利用了医疗资源。此外,澳大利亚政府严格控制卫生经费的支出,医院逐步缩减床位和减少患者住院日,充分保证了双向转诊的运行。

(四)加拿大

加拿大的医疗服务体系主要由各省区医疗体系组成,依靠各省区医疗机构的运作向国民提供日常的医疗服务^[10]。其医疗服务体系健全,并且覆盖全体国民。医疗机构按照各自提供的服务级别可分为社区医院、地区医院、省区医院。社区医院提供初级医疗保健服务,包括常见疾病的治疗、疫苗接种、健康宣教等。地区医院承担各地区医疗保健工作和疾病治疗服务。省区医院则负责严重疾病和罕见病的治疗与研究。各类型的医院中,公立医院占绝大多数,其次是联邦政府医院,再者是私立医院。公立医院是非营利性的,接收所有的病人。联邦政府医院为不同的政府部门所拥有,包括退伍军人医院、卫生和福利部医院、企业医院、国防部医院以及司法部医院。私立医院有盈利性医院、宗教医院、自治医院和地方医院^[11-12]。

在加拿大,私人开业医生是医疗服务体系的守门人。私人诊所由政府资助,大部分属于非营利实体。私人医院治疗不了的病情严重的病人可转到更高级别的医院,由医院指定的医生负责该病人的治疗工作,患者病情好转后再转诊到下级医院接受后续治疗或护理。医院首先对本社区的人口负责,同时也要对省区政府负责。一些省区还设有专门机构,对该地区医院进行监督和评估。

政府(包括联邦政府、省区政府)在加拿大医疗服务体系中起着关键作用。省区政府对本地区的医疗服务规划有充分的自主权,可自主设立惠及本省区人民的医疗服务项目。有些省区自主建立了地区医疗服务网络,将医院、长期照料机构、康复和社区卫生服务机构合并构建成为一个以地域为基础的卫生服务整体,使服务提供者之间密切协作,提高了医疗

服务的质量。

(五)德国

德国的医疗服务体系从下至上分为开业医生、医院、康复机构和护理机构四级。开业医生大部分是全科医生,他们在社区开办诊所,提供初级医疗保健服务。病人一般先到全科医生处首诊,若病情严重经全科医生推荐再转诊到上级医院。医院主要提供疾病治疗和住院服务,待患者病情好转后医院将病人转诊至康复机构或护理机构进行后续的康复治疗 and 护理,抑或转诊至全科诊所处接受治疗。

在医院的形式上,德国主要有公立医院、非营利医院和私营医院。公立医院由政府投资兴建并直接管理,在其中占据主导地位。非营利性医院数量最多,由慈善组织或教会投资建立并管理。私营医院则由政府投资兴建后委托给企业或私人机构管理。虽然私营医院数量很少,但是其存在对公立医院形成竞争,是德国医院的重要组成部分。另外,德国政府重视医疗保健支出,鼓励私营医院的发展,以此吸引社会资本,减轻政府的负担^[13]。

(六)古巴

古巴的医疗服务体系包括初级卫生服务、综合医院两大部分。初级卫生服务主要由全科医生负责,每一位全科医生配备一名护士。综合医院最初是为了协调诸如接种疫苗之类的大规模医疗计划而建立的社区卫生中心,后来发展成为所有社区医院的中心^[14]。古巴的医疗服务体系的重心是初级医疗服务,而非大力投资发展综合性大医院。综合医院的工作主要聚集在支持全科医生医治各种慢性病、疑难杂症等,并且向社区医院提供一系列的紧急医疗服务帮助、专业的诊疗手段和技术支持等。

在古巴的初级卫生服务体系中,患者需要到当地的社区全科医生那儿登记,由全科医生首诊,再决定是否将患者转诊到上级医院。古巴在充分利用本国卫生资源的同时,强制性要求每一位医学类专业的研究生在毕业之前以家庭医生的角色到乡下地区的医院实习,还派遣留学生到海外学习其他国家先进的医疗技术和卫生服务体系。

(七)新西兰

新西兰虽然只有约四百万的人口,但已形成了传统的、民主的医疗服务体系。新西兰政府在国内各个地区根据人口数建立了21个区域卫生董事会(district health board,简称DHB),负责规划当地的社区医院和初级医疗保健机构并为二者提供资金保证。DHB是医疗服务体系的最大特点,担任着全国各个医疗服务提供网的整合工作,为特定地区的国

民提供医疗服务^[15]。此外,作为医疗服务的投资者和管理者,DHB为社区内公共资金资助的服务集策,如初级保健、心理健康咨询、老年保健、残疾人医疗服务等,必要时也提供额外的医疗服务。

卫生董事会的成员由当地人民民主选举产生,董事会执行官由政府直接任命,卫生董事会直接对政府负责。可见,政府、普通人民、区域卫生董事会三者在新西兰医疗服务体系中互相协作又互相约束,共同促进该国医疗卫生事业的发展。

三、对完善我国医疗服务体系的借鉴与建议

(一)建立与国情相适应的医疗服务体系

学习借鉴国外经验时,要立足我国国情,建立与国情相适应的、适宜的医疗服务体系。医疗服务体系是整个社会服务系统的一个子系统,社会大系统决定了医疗服务子系统的发展。因此,整个社会的发展情况是医疗服务体系建设和发展的基础。反之,医疗体系的良好运行,也能促进整个社会系统的发展。我国城市化进程不断加快,人口老龄化问题日益突出,人群疾病谱发生明显改变,医疗服务体系改革和建设应充分考虑这些因素,并结合社会经济发展水平逐步加强社区医疗服务投入和发展。

(二)完善医疗服务体系内部的职能定位与分工

国外医疗服务体系内部的分工相当明确,而且相互配合协作较好。我国医院等级是按照医院规模、设备、专业技术水平等来划分的,三级医疗机构之间分工不清、各自独立、互相竞争。各级医疗服务机构的功能发挥不明确、工作落实不彻底,大医院看小病,医疗资源的浪费和低效利用现象严重。因此,在完善国内医疗服务体系内部分工时,需强化各级医疗机构的功能定位,并通过完善医保政策,建立健全双向转诊体制,促使各级医疗机构切实行使自身职能,各司其职的同时又能相互协作,确保医疗服务提供的效率和质量。

(三)促进医疗服务体系的整合

国外医疗服务体系整合的探索较多,如纵向医疗整合体系等。国内近几年也逐渐出现试点热潮,一些地区也开始实行医院集团化经营、医疗联合体模式等。但在我国的医疗服务体系整合探索中,主要是政府主导、政府推动的结果,“拉郎配”的现象比较明显。这种整合在短期内可取得较好的效果,但往往缺乏医疗服务体系内部整合协作的利益整合制度,缺乏相应的筹资机制、经济激励机制,难以确保整合协作的长期性、可持续性。因此,在构建新型医疗服务体系时,要更多地依靠筹资机制、经济运行机制来促

进医疗服务体系内部的整合协作和各级医疗机构间的纵向协作,以真正发挥各级医疗机构的协同优势,提高医疗服务提供的效率和质量。

(四)发展社区卫生服务,加大全科医生队伍建设

国外的医疗卫生体系中都有全科医生担任卫生保健守门人,将大部分患者的病症解决在社区医疗机构,必要时再依次向上进行医疗转诊。实行双向转诊的关键是建立全科医生制度。我国应该更加重视发展社区卫生服务,加大全科医生队伍建设,注重全科医生的职业技能与职业素养的培养与提高,政府的医疗投入应该向社区卫生服务机构转移,而不应把大部分资金都投入到大医院建设中。

(五)加快促进私立医院的发展

借鉴国外的经验,我国要积极鼓励私立医院的建立与发展,从而在公私之间形成有效的竞争机制,逐步消除技术垄断、人才垄断,促进整体医疗事业的进步。此外,还要逐步推进公立医院与私立医院之间的合作,公私合营,市场复合。例如,由私立机构投资建造公立医院,在一定期限内医院每年向投资方支付一定的费用,直至期限满后建筑物产权归属医院,在此期限内医院建筑物产权归私人投资方所有。

参考文献

- [1] Khanum S, Singh A. Integrated health systems strengthening: An operational framework[R]. HSD SEARO Discussion Paper, 2006: 1-28
- [2] 魏万林, 杨蓉娅, 张寿清, 等. 大中型医院可持续发展战略分析[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2006, 6(4): 321-323
- [3] 刘晓溪, 毕开顺. 英国基础医疗服务体系对我国的启

- 示——以城市社区卫生服务中心建设为例[J]. 人民论坛, 2013(11): 246-256
- [4] 钱东福, 王志琳, 林振平, 等. 城市医疗服务体系整合的研究回顾与展望[J]. 医学与哲学, 2011, 32(2): 43-44
- [5] Green A, Ross D, Mirzoev T. Primary health care and England: The coming of age of Alma Ata? [J]. Health Policy, 2007(80): 11-31
- [6] 顾海, 李佳佳. 国外医疗服务体系对我国医疗卫生体制改革 的启示与借鉴 [J]. 世界经济与政治论坛, 2009(5): 102-107
- [7] 代涛, 何平, 韦潇, 等. 国外卫生服务资源互动整合机制的特点及发展趋势[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(2): 137-139
- [8] MacReady N. Reforming the US health-care system [J]. Lancet Neurology, 2008, 17(11): 986-987
- [9] 吴昆华, 郭强. 澳大利亚医疗服务体系[J]. 卫生软件学, 2004, 18(4): 181-183
- [10] 郭有德. 加拿大的卫生政策及其对中国卫生改革的借鉴[J]. 北京航空航天大学学报: 社会科学版, 2011, 24(2): 4-8
- [11] Abelson J, Miller FA, Giacomini M. What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values [J]. Health Policy, 2009(91): 63-70
- [12] 路爱国. 加拿大全民医疗体系的建立、运作和调整[J]. 经济研究参考, 2007(45): 43-59
- [13] Schubert S, Schnabel R. Curing Germany's health care system by mandatory health premia? [J]. Journal of Health Economics, 2009(28): 911-923
- [14] Aitsiselmi A. An analysis of the Cuban health system [J]. Public Health, 2004(118): 599-601
- [15] Barnett P, Tenbensel T, Cumming J, et al. Implementing new modes of governance in the New Zealand health system [J]. Health Policy, 2009(93): 118-127

Comparative study on health service system and its internal collaboration in abroad

Sun Hui, Qian Dongfu, Du Hui, Cai Wenwen

(School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: In order to understand the health care system and its internal collaboration in abroad counties, using literature review method, the health care system and its internal coordination situations in some typical countries were analyzed and compared. Accordingly, the authors proposed the policy recommendations to improve our health care system.

Key words: health service system; cooperation; integration