



我国整合型医疗卫生服务体系构建策略探讨

江 刚¹, 赵允伍², 王晓松³, 钱 晨¹, 王 珩^{1,4}

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第一附属医院毕业后教育处, 3. 组织部, 4. 院长办公室, 安徽 合肥 230022

摘要:构建整合型医疗卫生服务体系是国际医疗卫生服务体系发展的趋势,也是缓解我国“看病难”问题、推动分级诊疗、提高医疗卫生服务整体效率的关键举措。文章在梳理国内外整合型医疗卫生服务研究的基础上,阐述了整合型医疗卫生服务的概念与内涵,并结合我国在整合医疗服务方面的探索,尤其是对医共体的研究,分析了我国整合医疗卫生服务建设中存在的主要问题,从财政投入、协同机制、医保支付方式改革、薪酬制度改革和信息化建设等方面提出了完善整合型医疗卫生服务体系的政策建议。

关键词:整合型医疗服务;卫生服务体系;医疗服务模式

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)05-413-005

doi:10.7655/NYDXBSS20210501

随着慢性病肆虐,老龄化加剧,我国医疗卫生服务系统面临严峻的挑战,“看病难,看病贵”问题仍未得到完全解决,医疗机构数量及布局不合理和碎片式服务等问题,迫切需要对整个医疗卫生服务体系进行整合。2016年,世界银行、世界卫生组织(World Health Organization, WHO)与我国相关部门联合开展的《中国医药卫生体制改革,建设基于价值的优质服务提供体系》报告中指出,构建以人为本的整合型服务模式是医改的核心^[1]。本文借鉴国际经验,立足我国实际,以我国探索构建整合型医疗的典型地区为切入点,以问题为核心,以健康为根本,提出思考,旨在为医疗卫生服务体系的真正整合提供参考。

一、整合型医疗卫生服务的概念与内涵

目前,国内外都没有统一对整合型医疗服务体系概念的界定。1967年,Lawrence和Lorsch提出服务整合的概念,整合被定义为“存在于部门之间的协作状态的质量,这些部门需要通过环境的需求来实现工作的统一”^[2]。Shortell等^[3]基于美国早期医疗资源整合存在的问题,提出了整合组织网络的

概念,即结合不同医疗机构提供的服务,以合适的成本为患者提供全程式、连续性的服务。早在1996年WHO发布的《整合医疗的提供》中,就提出了整合医疗的想法,2015年WHO发布的《整合战略报告》中,又提出医疗卫生服务的整合,是以人为中心的,整合了疾病预防、诊治、健康保健和健康促进等服务,然后根据健康的需要,协调各级各类医疗机构,向全体人群提供终生连续的健康服务。国内学者也对此有研究,如魏来等^[4]认为整合医疗就是在系统整合理论指导下,为人群提供更有效、更连续的医疗服务,改善人群健康。代涛等^[5]从宏观、中观、微观三个层面,结合政策制度、医疗卫生机构和居民就医行为等,提出卫生服务资源整合要以服务合并为基础,才能使医疗服务供方、需方和保险机构三方受益。

基于上述研究,笔者认为整合型医疗卫生服务,即从宏观、中观和微观层面,以人的健康需求为导向,整合资源、服务,为全人群提供连续、全方位和一体化的健康服务。从服务内容来看,整合集诊疗、护理、康复和健康促进等服务于一体;从整合方向来看,可分为纵向整合和横向整合;从整合的结构来看,包含组

基金项目:国家重点研发项目“健康管理诊疗规范与操作规程研究”(2020YFC2006502)

收稿日期:2021-06-13

作者简介:江刚(1998—),男,安徽阜阳人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理与健康管理;王珩(1969—),女,安徽含山人,教授,研究方向为医院管理与健康管理,通信作者, wangheng1969@163.com。

织整合、功能整合、人员整合和系统整合。

二、整合型医疗卫生服务体系的国际经验

自整合型医疗服务兴起以来,世界多国依据其卫生管理体制和服务提供模式等实际,较早地开展了对整合型医疗卫生服务体系的探索,其中一些经典模式,可供我国学习。

美国凯撒医疗(Kaiser Permanente, KP)集团由凯撒基金健康计划(Kaiser Foundation Health Plan, KFHP)、永久医疗集团(Permanente Medical Groups, PMGs)和凯撒基金医院(Kaiser Foundation Hospitals, KFHS)三个实体组成。它以基本医疗卫生服务体系为基础,构建紧密的三方整合体系,即医院、保险方和患方,形成闭环的健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)^[6],整合患者、医师、医疗卫生机构和保险机构。凯撒医疗在体系内构建了垂直的整合系统,纵向分类治疗疾病,横向提供预防保健服务,医保连接关键利益方,形成利益共同体,共享结余,共担风险,并以医疗健康信息管理系统进行信息支撑,实现信息共享。运行模式如图1。

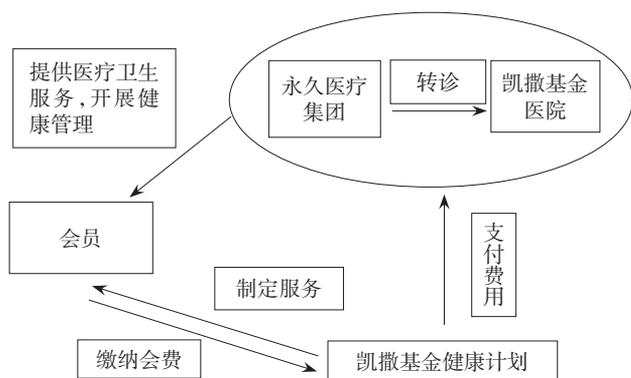


图1 凯撒医疗服务模式

英国国民医疗服务体系(National Health Service, NHS)整合了各级公立医院和基层社区医疗机构^[7],实施构建三级医疗保障网络,提出纵向整合不同层级服务机构,横向整合全科医生(general practitioner, GP)联合组织、急性服务协会(Acute Care Collaboration, ACC)等部门,探索各部门人员的跨边界整合,转变医院功能定位,完善初级卫生保健和社区服务,实现居民的健康需求;引入服务提供者合同和总额预算制度,创新支付方式,建立跨组织的实时共享电子病历系统;实行严格的健康守门人制度和医疗系统内部上下转诊制度,患者需获得全科医生的许可才能实行转诊,整合内部医疗资源,形成有序的就医秩序,为居民提供全周期、全方位服务^[8]。为加强社会服务和医疗卫生服务之间的连接,英国NHS加强与地方政府的合作,探索实施责任医疗体系(Accountable Care System, ACS),实现

共享整个ACS体系内节约的医疗费用。

日本多次修订了《医疗法》,不断加强不同医疗机构之间的协作,形成一体化的整合服务模式。逐步明确医疗服务机构功能定位,搭建三级医疗圈,建立机构间整合协同机制,满足健康需求。不同医疗机构控制不同收费标准,以此来刺激转诊;还建立了与医疗服务体系改革同步的医保支付制度,加大一级医疗圈的医保报销比例,各级政府定位明确,中央政府通过立法推动医疗服务体系改革,地方政府严格规划、审批和质量监管,最终形成了分工明确、协同性好的全民医疗卫生服务体系^[9]。

各国在探索整合型医疗卫生服务体系的过程中,模式虽然不一致,但其核心思想和最终目标接近,总结为以人为本,逐渐从以疾病为中心向以健康管理为中心过渡,满足居民健康需求。上述国家以需求为导向,明确不同层级医疗机构的功能定位,建立机构间整合协同机制,有效促进分级诊疗;积极推行家庭医生签约和健康守门人制度,高度重视基层医生和全科医生的培训,上下转诊有序,从而使医疗资源有效配置;积极推动医保支付制度改革,探索总额预算制度按病种支付、按人头支付等付费方式;着力建设体系内信息管理平台,实现各级各类医疗机构之间的互联互通。

三、整合型医疗卫生服务体系的国内探索

随着人们健康观、疾病观以及卫生服务需求的改变,医疗重心偏移、医疗资源结构与分布不合理、服务碎片化等问题与挑战迫在眉睫,中国亟待建立起以人为本、基于价值的整合型医疗卫生服务体系。县域医共体作为我国构建整合医疗的重要组成部分,其根本是为了解决医疗机构面临的上述问题,实现医疗卫生服务功能的有效整合,改善县域内医疗卫生服务体系。县域医共体建设是夯实整合医疗服务体系的基础,是我国整合型医疗探索的具体表现,是促进县域医疗服务体系向整合型医疗的过渡和发展。我国在各地都积极探索构建整合型医疗卫生服务体系的路径与方法,2017年国务院办公厅印发的《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中指出,在县域主要组建县域医疗卫生共同体,重点探索以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础,有效衔接,一体化管理。2019年5月,国家卫生健康委印发《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》,进一步明确了县域医共体在提高县域医疗卫生资源配置和使用效率、加快提升基层医疗卫生服务能力、推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医中的重要作用^[9-10]。但县域医共体的建设仍在初级阶段,面对问题,亟须积极探索。

本文结合安徽天长、山西阳曲和浙江德清的探索和实践,发现问题,提出思考。

(一) 实践探索

1. 安徽天长

以医共体为牵头单位,根据医管会组织决定,建立权责统一的院长负责制,并明确各成员单位的职责,统一管理资产、经费和人员^[11]。实行按人头总额预付,结余基金由成员单位合理分配,自主使用;医共体内设置报销优惠政策,转诊目录明确,建立了科学人事激励机制,创新人事薪酬,突出绩效考核。建立了定项和专项补偿机制,实施家庭医生签约,提供个性化健康管理服务,鼓励带教医师与村医建立“1+1+1”师徒关系,共同学习,共同进步。此外,医共体内部建立了电子信息平台,内部共享优质医疗资源。明确了不同层级、不同类别医疗机构的诊疗规范和转诊标准,同时设立县级医院总会计师制度,实时监测,定期评价。

2. 山西阳曲

县域内成立医共体集团,整合县乡村医疗机构,实行县医管委下的理事长负责制,一般由院长担任理事长,同时受医管委的监管和监事会、专家委员会的监督,形成医共体内部统一法人,统一管理人、财、物等;合理确定各成员单位的绩效总体水平和薪酬水平,医疗集团自主分配绩效工资,核定绩效。在牵头医院内成立“中心药房”,集中采购药品和耗材,统一配送,强调对医疗服务价格进行动态调整。积极探索政府补助方式由按人头或床位补助逐步转向为按项目补助。医保资金采取总额预付,结余留用,合理超支分担政策,将批准核定的医保基金统一拨付到医疗机构^[12]。

3. 浙江德清

德清县医共体整合了县乡村卫生资源,组建了两大健康保健集团,集团内建立院长聘任制,并形成唯一法人代表,自主经营各项业务,自主管理收入分配和人事任免^[13]。德清县在县医改办的监督管理下,成立了县级医疗保障办公室;以健保集团为单位,完善医保总额预算管理,建立结余留用机制,门诊实行按人头支付费用,住院以按病种付费(DRGs)为主,辅以按项目支付,推动了医共体精细化管理、精准治疗,构建医院、医师和患者利益共同体;整合医疗卫生服务价格、医疗救助、医保、药品耗材采购机制等职能,真正实现“三医联动”。除此之外,德清县还设立了连续医疗服务中心和远程会诊信息平台,借助“钉钉”“纳里医生”等应用软件,提供远程会诊和双向转诊服务。

(二) 整合特点

我国整合型医疗的特点,体现在医共体的建设上,可总结为以下几方面:一是区域小医院联合牵

头大医院,整合“三医”资源,组建上、下级机构联通体系,形成服务共同体,致力于缓解看病难问题。二是各地不同程度地开展医保支付改革,总体方向是由医共体执行医保预算,结余主要用于奖励,部分用于内部发展,激励整合医疗体系减少发病、降低成本,减轻居民看病负担。三是基于医保支付方式改革,建立激励约束机制。四是建立医疗信息平台,实现不同机构之间信息共享。

(三) 存在问题

一是上述改革试点虽然初见成效,但对以人为本的理念还不够深入,针对个人健康需求还未提供完善的服务,并且服务的连续性有待进一步提高,这与整合的最终目的还有一段差距。

二是还未建立常态化、长效性的激励机制,财政投入以项目为主,缺乏常态机制,后付制为主的支付方式难以突破。研究发现,天长和阳曲在乡镇卫生院对于县域医共体预拨基金的结余分配比例上仍存在分歧,各医疗卫生机构未协商达成共识,同时其按人头付费机制带来的风险与问题也缺乏相应部门的监管^[14]。部分医院和社区探索人员激励政策,依然缺乏政府政策支持。

三是管理制度联而不合,不同部门间协同度不够,且还存在“虹吸”现象,牵头大医院不断壮大、联合小医院实际门诊人数不断减少。德清县内部医疗机构恶性竞争,其县级医院门诊收入水平明显高于全国水平,反观其基层医疗机构的住院收入比例仅占有业务收入的2.7%;同时各级医疗机构对医疗服务质量的规范和标准没有统一,各医疗机构之间转诊规范性不足、连续性低,且自主决策权力有限,未能真正实现人财物的整合。

四是信息化建设程度不足,各信息中心之间数据缺乏共享,医疗机构信息平台建设不一,存在协作障碍,条线过多,信息系统缺乏顶层设计,数据的挖掘与利用不足。就天长市而言,其资金缺乏,导致县级医院、基层医疗机构与卫生预防机构尚无法进行互联互通、信息共享。

四、建 议

我国在整合型医疗卫生服务体系的探索方面已有进展,但是仍存在一些问题。结合国际经验及我国对整合医疗的探索,提出如下建议。

(一) 落实财政投入

落实财政保障,发挥财政导向作用,财政支出按需来定。财政部门要加强机制保障,落实各种补助措施,稳中求进,建立一个稳定投入增长的机制,专项专补,持续增加政府基层投入,逐年弥补亏失。针对基层成员机构的建设、采购设备和政策因素所造成的损失,应统筹资金,形成资金池,发挥统

筹功用。在整合医疗保健服务实践中,政府应发挥主导作用,适度提高保障水平,完善相关配套财政政策,使整合医疗体系有效运转^[15]。加快建设对整合医疗服务体系内各机构的补偿机制,即发展靠政府、运行补偿靠服务,全面落实政府的投入政策。完善基层补偿机制,结合服务付费购买,挂钩服务绩效激励。

(二)明确各方职能,构建协同机制

坚持“三医联动”,发挥改革“1+1>2”的协同效应,加强各部门协同能力,构建部门协同机制。在医共体内部,统一管理,形成法人治理;同时,各利益相关方可统一共识,整合三医资源,发展紧密型或混合型医共体模式。就医共体来说,首先在政府级别,要形成以管委会负责制为主的权责清单,负责规划、分配、统筹和考核,以及对医共体进行监管。其次,在部门层面,明晰行业主管与医共体之间的权责清单。最后,在医共体内形成牵头单位和成员单位之间的权责清单,实现医共体内自主业务经营管理和薪酬管理。

(三)医保支付方式改革

医保支付方式改革是利益共同体形成的一个必要组成部分,是合理控制医保资金的一种有效手段。应按照以收定支的原则,改革医保的收支方式,建立价格运转机制,与医疗供给侧改革双向发力,有效地推动分级诊疗。实行医保总额预算,推行节余考核留用制度和超支合理分担费用机制,充分考虑医疗服务水平及医保支付能力,合理核算医保费用,确定结算总数额,优化补偿方式,适当增加医保投入,释放医保政策红利和制度红利。住院按病种付费结合点数付费,门诊实行医保门诊医疗费用包干,与家庭医生签订合同服务。对医疗机构内部各级医院,实行有差别的支付方式,报销比例更加合理,充分发挥医保政策的杠杆作用,科学指导居民有序就医。建立健全基本医疗保障人才管理队伍,加强对医保服务机构的管理队伍配置,加强对基本医疗保障费用与服务质量的“双控”。

(四)创新人事薪酬制度,突出绩效考核激励机制

在财政投入和医保支付等相关配套政策的支持下,完善人事薪酬,绩效考核制度,形成奖励机制,鼓励医务人员积极开展整合服务。为引导医共体发展方向,在医院内,明确医务工作人员的职责、任务,分析岗位风险,评估社会效益,确定岗位的分配系数,科学合理地制定利益分配及激励机制,探索实行按人头付费、总额预算以及按病种付费等多元付费方式改革。在医院的外部,要根据就诊率、服务能力、服务质量和满意度等维度,建立综合监测评价指标体系^[16],考核结果与财政补助挂

钩,并按期进行监督考核,开展绩效评估,提高医疗机构整体服务质量。

(五)医疗信息化建设

信息共享不只是在医疗机构内部,还要实现与医保机构、政府部门等信息的互联互通。一是要加快医疗信息同步获取,综合管理,提高医共体的信息化管理水平。二是不断发展互联网+医疗健康产业,创新服务模式,细化服务内容,探索建设快捷高效、高智能的诊疗形式,建立全程、实时和互动的健康管理模式。三是要进一步完善健康信息平台建设,加强对医疗健康数字化的监管,推动不同地区数字医疗的新发展。根据天长模式的经验,整合和贯通医疗、医保、医药等相关信息系统,建立实时、动态和连续的监管制度,实现对医改各项指标、医保支付方式和运行效率等方面的实时监管和动态分析。

整合医疗服务体系建设是医改的重点工作,但我国卫生服务整合尚处于初级阶段,理论还不够成熟,路径也不够清晰。为建设高效整合医疗体系,需要在组织结构上,纵向整合医疗资源,建立各部门分工协作机制;在功能上,强调以人为中心,整合并提供健康管理服务;在信息上,整合每一居民在不同层级的健康服务信息,为其提供系统、持续的医疗保健服务。

参考文献

- [1] 世界银行,世界卫生组织,中华人民共和国财政部. 深化中国医药卫生体制改革:建设基于价值的优质服务提供体系政策总论[EB/OL]. [2020-12-9]. http://documents.worldbank.org/curated/en/090224b08447d66_1_0
- [2] AXELSSON R, AXELSSON S B. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework[J]. *Int J Health Plann Manage*, 2006, 21(1): 75-88
- [3] SHORTELL S M, GILLIES R R, ANDERSON D A. The new world of managed care: creating organized delivery systems[J]. *Health Aff (Millwood)*, 1994, 13(5): 46-64
- [4] 魏来,张亮. 我国整合型卫生服务的概念框架探讨[J]. *中国卫生经济*, 2012, 31(7): 12-15
- [5] 代涛,何平,王小万,等. 我国卫生服务资源的互动与整合[J]. *卫生经济研究*, 2008(8): 3-4
- [6] 钱晨,王珩,李念念. 凯撒医疗及其对我国紧密型县域医疗卫生共同体建设的启示[J]. *中国卫生资源*, 2020, 23(2): 172-175, 181
- [7] BAXTER S, JOHNSON M, CHAMBERS D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence[J]. *BMC Health Serv Res*, 2018, 18(1): 350
- [8] TINGLE J. The state of health care and adult social care in England[J]. *Br J Nurs*, 2011, 20(12): 760-761
- [9] 陈多,李芬,王常颖,等. 日本整合型医疗服务体系的

- 构建及对我国的启示[J]. 卫生软科学,2019,33(10):64-69
- [10] 巫蓉,朱亚,屠小明,等. 国内外促进分级诊疗的实践经验及启示[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(3):172-175
- [11] 申丽君,黄成凤,李乐乐,等. 县域医共体模式的探索与实践——以安徽省天长市为例[J]. 卫生经济研究,2018(12):7-11
- [12] 郁建兴,涂怡欣,吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究,2020,36(1):5-15
- [13] 张平. 县域医共体建设的浙江承载[J]. 卫生经济研究,2018(12):3-6
- [14] 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
- [15] 林娟娟,陈小嫦. 构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2014,14(2):104-108
- [16] 江蒙喜. 县域医共体改革发展效果的评价指标体系构建——基于浙江省德清县的案例研究[J]. 卫生经济研究,2018(12):11-13
- (本文编辑:姜 鑫)

Discussion on the construction strategy of the integrated delivery systems in China

JIANG Gang¹, ZHAO Yunwu², WANG Xiaosong³, QIAN Chen¹, WANG Heng^{1,4}

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Post-graduation Education Department, 3. Organization Department of the Party Committee, 4. Dean's Office, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: The construction of the integrated delivery systems is the development trend of the international medical and health service system, and it is also a key measure to alleviate the problem of “difficult medical treatment” in our country, promote the hierarchical diagnosis and treatment system, and improve the overall efficiency of medical and health services. Based on combing the integrated care research at home and abroad, and expounding the concept of integrated care and connotation, this study analyzed the integration of the main problems existing in the construction of integrated care. Policy suggestions were put forward to improve the integrated delivery systems in terms of financial investment, coordination mechanism, medical insurance payment reform, salary system reform, and informatization construction.

Key words: integrated care; health service system; medical service mode