

Series of Humanistic Medicine and Health Management

人文医学与
卫生管理丛书

钱东福◎著

城市医疗服务体系 整合的理论 with 实证研究



科学出版社

人文医学与卫生管理丛书

城市医疗服务体系整合的理论 与实证研究

钱东福 著

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书采取单因素与多因素统计推断分析、专家咨询与层次分析法、战略管理理论与方法、利益相关者理论与方法、新制度经济学理论与方法等定性与定量方法,阐述国内外医疗服务体系发展状况,进行城市医疗服务体系整合的理论分析,并结合典型案例调查,分析整合的环境及有关动力、阻力,分析城市医疗服务体系整合的利益相关者影响,评估城市医疗服务体系整合的协作服务效果。本书还尝试用新制度经济分析法来解析医疗服务体系整合的交易费用、产权问题、制度安排与变迁,最后进行了讨论分析,并在此基础上提出总体性政策建议与研究展望。

本书不仅适合于医疗服务体系整合领域的研究人员、专家学者以及研究生与本科生阅读,还对从事卫生管理实践的工作人员有一定的借鉴意义。

图书在版编目(CIP)数据

城市医疗服务体系整合的理论与实证研究/钱东福著. —北京: 科学出版社, 2014.7

(人文医学与卫生管理丛书)

ISBN 978-7-03-040803-7

I. 城… II. 钱… III. 城市—医疗卫生服务—研究—中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 113749 号

责任编辑: 杨小玲 董 林 / 责任校对: 刘亚琦

责任印制: 肖 兴 / 封面设计: 王 浩

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司印制

科学出版社发行各地新华书店经销

*

2014 年 7 月第 一 版 开本: B5 (720×1000)

2014 年 7 月第一次印刷 印张: 15 1/4

字数: 292 000

定价: 60.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

序

医学是以人的健康问题为研究对象的学科，生物医学和人文医学是构建当代医学的两大基本组成部分，两者的有机整合构成完整的医学体系。影响着人们的生理健康和疾病的状况及其转归的，不仅有生物因素、自然因素，还有人的心理世界、精神世界和世俗社会的各种因素。同时，卫生事业健康发展的合理规划，卫生政策的正确制定，医学研究和实践中所面临的伦理、法律和社会问题的处理，医学教育中医务人员和医学生的医学人文素质和能力的培养等重要问题，都需要生物医学和人文医学的协同合作。

人文医学是以医学人文的理论问题和实践问题为研究对象的学科体系。在人文医学内涵结构中，包含着医学哲学、医学伦理学、卫生法学、医史学、医学社会学、医学逻辑学、医患沟通学等交叉学科。这些学科对于阐述医学的人文本质和医学人文精神、探索医学发展和进步的史迹和规律、研究卫生法规和医学伦理原则在医学实践中的运用、揭示医患沟通的技巧和方法等，不仅具有重要的学术价值和医学实践意义，而且具有显著的医学教育学价值。人文医学承担着传输医学人文知识、塑造医学人文品格、提升批判性思维和医学人文关怀能力、训练和提高医患沟通技能等职能，在医学高等教育和继续医学教育中具有不可替代的作用。卫生事业管理研究是政府卫生决策的理论依据，涉及卫生政策的制定与实施、医院的管理与发展、卫生服务的质量与水平等与人民群众健康息息相关的问题，是医疗卫生事业发展不可忽视的重要学术研究活动。

南京医科大学的人文医学和卫生管理学科发展走过了 80 年的发展历程，学校秉承医学与人文融通，教学与科研并重，基础与应用结合的办学理念，十分重视人文医学和卫生管理学科的发展和建设。医政学院的教师们，肩负着医学与人文融通的重任，在人文医学和卫生事业管理领域中教书育人、悉心科研，撰写并出版了《人文医学与卫生管理丛书》，内容涉及医学哲学、生命伦理学、卫生法学、医学创新思维、佛教医学、民国医学教育、社区卫生服务、医疗体系、卫生服务公平性等内容，展现了南京医科大学悠久的文化积淀和历史传承。这套学术丛书，有的是国家或省部级科研课题的学术研究成果，有的是多年学术研究积累和提升的成果，凝聚着医政学院教师们精益求精和勇于探索的学术追求。人文医学和卫

生管理研究是一项复杂的工程,《人文医学与卫生管理丛书》中还有些许问题值得商榷,还需要进行更加深入和细致的研究。但无论如何,这是一套值得一读的学术丛书。在这套丛书即将付梓之际,我欣然为之作序并向广大读者推荐。

南京医科大学党委书记、校长

陈 琪

2014年4月16日

前 言

为克服医疗服务体系的服务“碎片化”，构建为患者提供无缝隙的、整合的医疗服务提供模式，整合型医疗服务体系应运而生，并已经成为当前国际医疗卫生领域改革的一种新趋势。近几年来，国内城市医疗服务体系整合也得到了较快的发展，各地已开展了积极的试点和探索。例如，有医院和社区卫生服务机构合作组建的“医疗服务共同体”、“区域医疗联合体”、医疗集团、全域医疗服务体系等各种协作模式。但目前国内对城市医疗服务体系整合的研究较少，尚未见到系统的、深入的实证调查和分析。加强城市医疗服务体系整合的研究和探索，对提高医疗服务的连续性、整体性和成本效果，促进医院与社区卫生服务机构间的分工协作以及为城市医疗服务体系改革提供理论和实践依据，具有理论意义和现实应用价值。

本书主要采取单因素与多因素统计推断分析、专家咨询与层次分析法、战略管理理论与方法、利益相关者理论与方法、新制度经济学理论与方法等定性与定量方法，阐述国内外医疗服务体系发展状况，进行城市医疗服务体系整合的理论分析，并结合典型案例调查，分析整合的环境及有关动力、阻力，分析城市医疗服务体系整合的利益相关者影响，评估城市医疗服务体系整合的协作服务效果，从理论和实证研究的视角，探索促进城市医疗服务体系整合的实施路径与策略，为促进城市医疗服务体系整合及医疗服务体系的改革、发展提供相应依据。

本书紧紧围绕城市医疗服务体系整合这一主线，结构安排如下：

首先，本书介绍研究的背景、研究意义、研究目的与内容，回顾分析有关研究进展，介绍阐明有关理论基础和研究方法。

其次，本书通过典型案例调查，剖析有关医疗服务体系发展现状及有关就医流向，进行城市医疗服务体系整合的战略分析与利益相关者分析、医疗服务体系整合的定性访谈与认知评价调查研究以及医疗服务体系整合的“结构-过程-结果”分析。

再次，本书利用专家咨询法，对城市医疗服务体系整合的障碍因素进行定量分析。同时，从新制度经济学的视角，对医疗服务体系整合进行分析。从交易费用理论、产权理论和制度变迁理论三个方面，分析医疗服务体系整合的交易费用、

产权问题、制度安排、制度变迁及其未来路径选择。

最后，本书进行回顾总结与讨论分析，并在此基础上提出总体性政策建议与研究展望。

本书主要在以下几个方面有所突破和创新：第一，本书对城市医疗服务体系整合从理论与实证方面进行了全面系统分析，目前还没见到类似的系统研究报道。第二，本书以特定病种（上呼吸道感染）进行示踪研究，深入探讨城市医疗服务体系发展背景下患者就医流向的影响因素，较同类研究更精确，说服力更强。第三，本书将战略管理分析、利益相关者分析、新制度经济学分析应用于城市医疗服务体系的评价研究，特别是将交易费用理论、产权理论、委托代理理论及制度变迁理论引入城市医疗服务体系整合的定性分析中，为学科内同类研究提供了一些新的思路和尝试。第四，本研究涵盖了直管、医疗集团、松散三种当前我国城市医疗服务体系整合的主要协作模式，因而本研究所发现的问题及形成的结论具有普遍代表性，与国内同类研究局限于某种协作模式经验介绍式研究相比，更具理论和实践价值。

本书的研究工作得到了国家自然科学基金面上项目《医院和社区协作模式下慢性病医疗服务提供整合评估与改进策略研究》（71173118）、教育部人文社会科学研究青年基金项目《城市医疗服务体系整合的协作服务效果研究：以江苏镇江市的试点为例》（10YJC630191）的资助。这些资助对本书的构思和研究内容实施给予了巨大的支持和动力，同时也提供了很好的出版与应用背景。

本书在理论分析的基础上，主要对镇江市等典型的城市医疗服务体系整合案例进行了实证调查研究，但有关患者服务质量和健康产出方面的数据较少，对本研究开展更为深入的定量分析产生制约。随着城市医疗服务体系改革的深入发展，这应该是将来需要特别关注的研究课题。

本书在研究分析、数据搜集过程中得到了调查现场有关医疗机构与人员及15位咨询专家的大力支持。同时，南京医科大学医政学院苗豫东老师和张露、葛运、徐静、李亚运、张丹等研究生分别协助完成了部分内容的编写、书稿的校对与整理等工作。正是由于大家辛勤的工作和付出，以及出版社编辑同志们的认真负责，本书才得以顺利完成。另外，本书在成文过程中，还参阅了大量专家和学者的研究成果，在这里一并表示感谢。

由于医疗服务体系整合是一个较新的领域，对于该课题的研究尚处于探索阶段，同时由于作者水平和能力所限，书中存在不足和尚需完善的地方，恳请读者批评指正。

编 者

2014年3月12日

目 录

第一章 绪论	1
一、研究背景	1
二、研究意义	5
三、研究目的和内容安排	6
(一) 研究目的	6
(二) 研究内容	7
(三) 结构安排	9
四、核心概念界定	10
五、小结	13
第二章 城市医疗服务体系整合的研究进展	15
一、医疗服务体系及其整合	15
(一) 整合的概念	15
(二) 医疗服务体系整合的概念	17
二、国外城市医疗服务体系整合研究进展	21
三、国内城市医疗服务体系整合研究进展	27
四、国内外研究进展的启示	29
五、小结	30
第三章 城市医疗服务体系整合的理论基础和研究方法	34
一、城市医疗服务体系整合的理论基础	34
(一) 系统论	34
(二) 战略分析	35
(三) 新制度经济学理论	36
(四) 患者就医选择和行为理论	39
二、理论框架和技术路线	43
(一) 理论框架	43

(二) 技术路线	44
三、资料和方法	44
(一) 研究现场和资料来源	44
(二) 抽样方法	45
(三) 调查工具和方法	46
(四) 研究分析方法	46
(五) 质量控制方法	47
四、小结	48
第四章 城市医疗服务体系发展现状及有关就医流向分析	50
一、国外医疗服务体系及其内部协作的比较研究	50
(一) 英国	50
(二) 美国	51
(三) 澳大利亚	51
(四) 加拿大	52
(五) 德国	53
(六) 古巴	53
(七) 新西兰	53
二、国内城市医疗服务体系发展现状及其就医流向	54
(一) 国内城市医疗服务体系发展现状	54
(二) 国内城市医疗服务体系发展背景下的患者就医流向分析	55
(三) 就医流向分析结果的讨论	69
三、国内城市医疗服务体系整合发展历程	71
(一) 国内城市医疗服务体系整合发展阶段	71
(二) 国内城市医疗服务体系整合模式	74
四、医疗服务体系整合后有关业务量与次均费用变化的案例分析	91
(一) 镇江市、扬州市基本情况比较	92
(二) 城市医疗机构业务量变化分析	93
(三) 城市医疗机构次均费用分析	94
五、城市医疗服务体系发展现状及有关就医流向分析的讨论与建议	96
六、小结	99
第五章 城市医疗服务体系整合的战略分析	102
一、战略分析的基本内容	102
(一) PEST 分析模型及其应用情况介绍	102

(二) SWOT 分析法介绍及应用情况	103
二、城市医疗服务体系整合的 PEST 分析	104
(一) 政治环境分析	104
(二) 经济环境分析	107
(三) 社会文化因素	108
(四) 技术因素	109
三、城市医疗服务体系整合中的 SWOT 分析	110
(一) 镇江市医疗服务体系整合的优势	111
(二) 镇江市医疗服务体系整合的劣势	112
(三) 镇江市医疗服务体系整合的机会	112
(四) 镇江市医疗服务体系整合的外部威胁	113
四、城市医疗服务体系整合的战略分析讨论	113
(一) 管理体制方面	113
(二) 医疗保障制度方面	114
(三) 社区卫生服务机构能力方面	114
(四) 大医院动力与积极性	115
五、小结	115
第六章 城市医疗服务体系整合的利益相关者定量与定性分析	116
一、城市医疗服务体系整合的利益相关者定量模型分析	116
(一) 利益相关者分析理论及其在卫生领域中的应用	116
(二) 医疗服务纵向整合的利益相关者分析模型	118
(三) 医疗服务纵向整合的利益相关者案例分析	119
(四) 医疗服务纵向整合的利益协调策略	122
二、城市医疗服务体系整合的定性访谈分析	123
(一) 定性访谈实施情况	123
(二) 医疗服务体系整合障碍因素的案例分析	124
(三) 定性访谈的讨论与建议	129
三、小结	132
第七章 城市医疗服务体系整合的认知评价研究	134
一、城市医疗服务体系整合的“结构-过程-结果”评价研究	134
(一) “结构-过程-结果”模型介绍	134
(二) 镇江市医疗服务体系整合的“结构-过程-结果”评价分析	135
(三) “结构-过程-结果”评价的讨论与建议	146

二、城市医疗服务体系整合的认知评价研究	150
(一) 认知评价研究实施情况	150
(二) 医务人员对镇江市医疗服务体系整合的认知评价分析	151
(三) 患者对镇江市医疗服务体系整合的认知评价分析	155
(四) 认知评价研究的讨论与建议	157
三、小结	162
第八章 城市医疗服务体系整合的障碍因素分析	164
一、咨询专家构成情况	164
二、影响因素指标体系的筛选	167
(一) 影响因素指标体系初稿的设计与筛选	167
(二) 第一轮影响因素指标筛选与结果汇总	167
(三) 第二轮影响因素指标筛选与结果汇总	172
(四) 指标认同度分析	175
三、影响因素指标权重的研究	176
(一) 层次分析法	176
(二) 求判断矩阵	178
(三) 最终指标与权重表	180
四、讨论与建议	182
(一) 结果讨论	182
(二) 建议	183
五、小结	184
第九章 医疗服务体系整合的新制度经济学分析	186
一、医疗服务体系整合的交易费用分析	187
(一) 交易费用理论	187
(二) 医疗服务体系整合的交易费用分析	189
二、医疗服务体系整合的产权理论分析	197
(一) 产权与产权理论	197
(二) 产权制度	198
(三) 医疗服务体系整合的产权问题分析	199
三、医疗服务体系整合的制度变迁分析	200
(一) 制度与制度变迁	200
(二) 以制度变迁视角分析医疗服务体系整合	203
四、小结	212

第十章 总体结论和政策建议	214
一、总体讨论	214
(一) 方法学讨论	214
(二) 内容分析讨论	216
(三) 研究的创新和不足	224
(四) 总体结论	224
二、总体政策建议	225
(一) 服务整合	225
(二) 医师团队整合	226
(三) 信息整合	227
(四) 学科整合	228
三、研究展望	228
四、小结	230

第一章 绪 论

一、研究背景

我国新医药卫生体制改革（新医改）方案的重要目标任务之一就是，实现优势互补和分工协作，构建新型的基本医疗服务体系。2010年2月11日卫生部等五部委联合发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》指出，建立公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制是改革试点的主要内容之一。但目前我国城市各级医疗机构之间还普遍缺乏有效沟通、互动协作，各自处于相互分离的状态，没有整体的联系甚至无序竞争（王桂云，2009），在这种状态下，各个医疗服务机构间不可能提供具有连续性、整体性、符合成本效益的医疗服务。因此，进行各级医疗机构间服务协作与整合的探索、研究，已成为新医改亟待解决的重要课题。

近几年来，国内各地已开展了一些医疗服务体系整合的试点探索，特别是围绕城市医疗服务体系的整合日益兴起。城市医疗服务体系的整合，涉及对原有医疗服务体系的重组或改进。新中国成立后，我国的城市医疗服务体系由社区卫生服务机构、二级医院、三级医院构成。2000年发布的《关于城镇医药卫生体制改革指导意见的通知》中改变了以往三级医疗服务体系的提法，提出要“建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科医院合理分工的医疗服务体系”。2006年发布的《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》对社区卫生机构的来源做出了方向性的建议，即主要由政府举办的一级医院、部分二级医院和国有企事业单位所属医疗机构等基层医疗机构进行转型或改造改制设立。同年，在国务院组织召开的全国社区卫生工作会议上，卫生部有关负责人提出，卫生部鼓励各地构建两级新型城市卫生服务体系，将现行的三级医疗服务体系转为由区域医疗中心和社区服务中心组成的两级城市卫生服务体系。但由于政府分级管理体制的制约、二级医院职工的积极性与社会稳定性等问题，该项工作面临较多困难，时至今日不少二级医院仍未完成转型。

为了促进社区卫生服务的发展，加快构建新型医疗服务体系，政府也采取了一些政策措施。1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出“改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”，为落实这一决策，1999年卫生部等国务院十部委制订了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》，要求到2010年在全国基本建成较为完善的

城市社区卫生服务体系,并提出相应的政策措施;2002年卫生部等十一部委制订《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》,鼓励多方面的力量参与发展社区卫生服务。到2003年年底,全国31个省(自治区、直辖市)均开展了社区卫生服务工作。全国374个县级市中,开展社区卫生服务工作的有196个,占县级市总数的52.41%。全国845个市辖区中,开展社区卫生服务工作的有728个,占市辖区总数的86.15%。到2005年年底,全国95%的地级以上城市、86%的市辖区和一批县级市开展了城市社区卫生服务,设立社区卫生服务中心(站)1.7万个(卫生部,2006)。2006年2月国务院印发了《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,提出了发展社区卫生服务的指导思想、基本原则和工作目标,对推进社区卫生服务体系建设、完善发展社区卫生服务政策措施做了具体部署,这标志着我国城市社区卫生服务进入了一个新的发展阶段(张静,2008)。2006年卫生部和国家中医药管理局还制订了《关于公立医院支援社区卫生服务工作的意见》,要求多部门密切配合,因地制宜,探索开展多种形式的医院支援社区卫生服务工作模式,建立和完善具有可持续性的医院支持社区卫生服务的长效工作机制,逐步提高社区卫生服务机构的医疗服务能力和管理能力,提高城市社区卫生服务水平,促进新型城市卫生服务体系的建立。2007年年初,全国98%的地级以上城市、93%的市辖区和一半以上的县级市都不同程度地开展了社区卫生工作,社区卫生服务中心已达5000多个,社区卫生服务站将近18000个。2012年年底,全国已设立社区卫生服务中心(站)33562个,其中,社区卫生服务中心有8182个,社区卫生服务站有25380个。社区卫生服务中心人员达34.7万人,平均每个中心有42人;社区卫生服务站人员达10.7万人,平均每站有4人(国家卫生和计划生育委员会统计信息中心,2013)。

国家大力发展社区卫生服务的目的之一,就是促进患者的合理分流,做到“小病进社区,大病进医院”,把诸多健康问题和普通疾病放到社区中去解决,从而降低由于过度利用医院服务而带来的卫生资源的不合理消耗,控制医疗费用过快上涨。但目前来看,情况不容乐观。城市医疗服务体系还面临一些较严重的问题,主要表现在以下几个方面。

一是卫生资源配置不合理。我国卫生资源的配置存在较严重的不均衡现象,优质卫生资源大多集中在大中型医院,医院和基层社区卫生服务机构之间差距不断加大。公共卫生和城乡基层医疗机构资源不足的现状没有得到根本改善,社区卫生服务机构医务人员的业务能力有待提高,医疗设施较差,患者在社区卫生服务机构可获得的药品少,导致一些患者对社区卫生服务的不信任而流向大医院就诊。由于社区卫生服务机构服务质量不高,难以满足人民群众日益增长的对基本医疗卫生服务的需求,这导致大医院普遍人满为患,而社区卫生服务机构患者寥寥。

二是医疗服务的费用增长速度过快。根据《2011年中国卫生统计年鉴》,2000~

2010 年,按当年价格计算,卫生部门综合医院门诊患者人均医疗费从 85.8 元上升到 173.8 元,增长幅度为 49.4%,住院患者人均医药费从 3083.7 元上升到 6525.6 元,增长幅度为 47.3%。而同期城镇居民家庭平均每人可支配年收入从 6280.0 元上升到 19 109.4 元,增长幅度为 32.9%。因此,2000~2010 年卫生部门综合医院的医疗服务费用的增长速度,大大超过了 GDP 的增长率和城镇居民收入增长幅度,门诊患者人均医疗费、出院患者人均医药费的增长速度分别超过城镇居民收入增长幅度 16.5、14.4 个百分点。医疗卫生市场是不完全竞争的市场,在患者自由选择医院和医生的竞争环境下,由于医患之间存在严重的信息不对称,患者缺乏搜寻安全、有效、方便、价廉的医疗服务的意愿与能力,患者通常选择品牌医院、名医和高新设备,进一步加剧了医院之间的非价格竞争。有的医院为了吸引患者就医,可能更倾向于提供能够提升医院品牌的各项设备,并进行盲目的规模扩张,导致医疗资源配置的无序和低成本效果。

三是慢性病控制形势严峻。众所周知,人类疾病谱与死因谱已经发生重大变化。20 世纪中叶以前,危害人类健康的主要疾病是各种急性传染病和营养不良症。随着经济发展和医学的进步,人类的疾病谱和死因谱发生了巨大变化,一些慢性退行性疾病、不良生活方式和行为导致的疾病移到前位。慢性病是慢性非传染性疾病的简称,它具有病程长、病因复杂、健康损害和社会危害严重等特点。在过去的几十年中,中国慢性病致死占总死亡的比例越来越大,1973~2005 年,短短 30 年间,从占总死亡的 53%快速上升到 82.5%(杨功焕,2010; Yang, 2008)。根据 2008 年第四次全国卫生服务调查的数据显示,调查地区居民慢性病患者率为 20.0%,比 2003 年调查数据上升了 32.5%。对于慢性病诊治,单靠大医院的服务提供,不但难以满足患者就医需求的快速增长,而且医疗资源消耗高、医疗服务成本效果低(卫生部统计信息中心,2009)。

为了解决这些挑战和问题,必须加快卫生服务体系改革,解决卫生资源配置的结构性矛盾,改变卫生体系中无序竞争的现状。我国的医疗服务体系中,各个医疗机构在同一层次、不同层次之间均存在利益竞争关系,这种医疗机构之间的竞争机制会不可避免地导致只关注在本部门、本机构的医疗服务提供,服务提供越多收益越多,而不去关注患者的预防、治疗、康复、健康教育等整体性服务需求,不去关注初级、中级、高级医疗服务之间的连续性、协调性,各个层级医疗机构间的信息交流与沟通缺乏,患者在各个医疗机构间的转诊不通畅,患者得不到连续性、综合性的医疗服务。而大医院医疗服务存在着看病难、住院难、看病贵、费时间等问题,再加上医院医生工作量大、压力大,接诊匆忙,医生缺乏与患者的交流时间,医患沟通不充分,医患矛盾尖锐。

面对这种医疗服务的供需矛盾,城市医疗服务体系的整合已成为新医改中特别关键的一个举措。通过医疗服务体系的整合、各级医疗机构间的协作,可促进

社区卫生服务的能力提升,增强患者对社区卫生服务机构和全科医生的信任度,赢得患者的满意和忠诚,促进患者就医流向的下沉,使居民尤其是慢性病患者得到便捷的、连续性、整体性、综合性、人性化的医疗服务照顾,使医疗服务的供需矛盾得以有效解决。在各级医疗机构的服务协作与整合中,慢性病医疗服务是最适宜、最重要的协作服务项目和内容之一。

国际上,人口老龄化、慢性病患者率高发和医疗费用的增长给各国的医疗服务体系都提出了严峻挑战,各国都在致力于对原有的医疗服务体系的改革。国际上,随着医疗服务体系日益变得复杂和相互分散隔离,医疗服务体系整合已是卫生体系中一个关键的问题(Hadjistavropoulos et al., 2008),而且已被日益认识到是改进系统医疗质量、节省医疗费用的基本途径(Kodner, 2009; Dove et al., 2009)。世界卫生组织(WHO)已在2003年充分认识到卫生服务整合的价值,它在一个报告中指出“慢性病患者一段时期内需要在不同医疗环境中接受治疗、健康促进和康复服务,加上有关成本效率方面的经济压力等,要求细致的服务协调、提供者协作和患者参与”,当年还发起了一个整合性卫生服务项目(WHO, 2003),以促进卫生服务整合的发展。与此相应,笔者在前期研究中发现慢性病患者在同一疾病治疗期间普遍存在到两个以上医疗机构就诊的现象(钱东福, 2008)。因此,以往局限于在单个医疗机构就医情况的研究,已远不能发现和解决目前慢性病患者在多机构就医的服务连续性、整体性问题与障碍。

为克服医疗服务体系的服务“碎片化”,构建为患者提供无缝隙的、整合的医疗服务提供模式,整合医疗服务体系应运而生,并已经成为当前国际医疗卫生领域改革的一种新趋势。国外对医疗服务体系整合进行了不同形式的实践探索,美国的整合型医疗卫生服务体系,如凯撒永久医疗集团在纵向整合、服务连续性等方面进行了有效的探索,美国退伍军人医疗系统、英国的医疗保健整合网络及加拿大、澳大利亚的初级保健服务整合网络等,都可为我国医疗服务体系改革提供一定的学习借鉴。

近几年来,国内城市医疗服务体系整合得到了较快的发展,各地已开展了积极的试点和探索,如由医院和社区卫生服务机构合作组建的“医疗服务共同体”、“区域医疗联合体”、医疗集团、全域医疗服务体系等各种协作模式,特别是纵向整合形成的各种医疗集团,更是如雨后春笋般的涌现。其中,一个比较典型的是镇江市两大医疗集团改革模式。2009年9月,镇江市根据国家新医改意见,制订了《镇江市人民政府关于我市公立医院改革试点工作的实施意见》,同年10月在全市全面展开了公立医院改革试点工作,将城区7家医院分别组建成以市第一人民医院为核心的江苏康复医疗集团和江苏大学附属医院为核心的江苏江滨医疗集团,将城区几家公立医院与社区医疗服务中心分别纳入两家集团名下。按照集团章程,医疗机构投资主体为政府,管理主体为集团,实现不同级别医院与社区之

间医疗资源共享、优势互补。截至 2010 年 3 月底前其已经完成《镇江市公立医院管理体制改革指导意见》等全部 14 个配套文件。镇江已是全国 16 个公立医院改革试点城市中较早启动试点工作的城市，并且其城市医疗服务体系整合的实践是其重要特色。这些卫生资源的重组、医疗服务体系的整合，可有力推动整个社区卫生服务机构的发展，提高老百姓对社区卫生服务机构的信任，促进实现小病在社区、大病去医院的目标，从而提高医疗服务体系的效率和成本效果。

根据文献复习，国内对医疗服务体系整合的较少，尚未见到系统的、深入的实证调查和分析。本研究将在全面总结分析国内外医疗服务体系发展状况、患者就医流向变化的基础上，结合对镇江市医疗服务体系整合这一典型模式的深入调查分析，进行城市医疗服务体系整合的战略分析、利益相关者分析，评估城市医疗服务体系整合的协作服务效果，从理论和实证研究的视角，探索促进城市医疗服务提供整合的实现路径和政策框架，为促进医院和社区卫生服务中心间的服务整合，特别是慢性病医疗服务提供整合，促进居民健康状况的改善、健康福祉的提升，提供科学的理论支持和具体的循证依据。

二、研究意义

本研究拟在理论分析基础上，总结分析国内外医疗服务体系发展状况，深入研究城市医疗服务体系整合的发展状况、模式，并结合全国样本和典型案例数据进行实证调查研究，评估城市医疗服务体系整合的协作服务效果与问题，探寻相应的解决策略，其理论和实际应用价值主要体现在以下几方面。

第一，本研究有利于指导和促进各地城市医疗服务体系整合，特别是慢性病医疗服务提供整合探索试点工作的发展与完善。各地开展的有关实践探索凸显了本研究的重要性和紧迫性。对这些有关的实践探索，有必要及时进行理论分析和经验总结，以更好地指导和促进实践，也符合“实践—理论—再实践”的科学发展规律。同时，也可为全国城市公立医院改革、医疗卫生资源重组提供理论和借鉴经验。

第二，本研究通过医疗服务体系整合的研究和实践，有利于促进各级医疗机构的服务协作与互动，特别是慢性病医疗服务提供整合，有利于提高医疗资源的配置和利用效率，促进患者合理分流，提高疾病诊治与控制效果，有利于使患者获得符合成本效益的高质量医疗服务，有利于改善患者的病情转归，降低医疗费用。国际研究表明，提供者间的协作互动与患者更高的满意度、更高的医疗质量是相关的（King, 2008; Saultz, 2005）。

第三，城市医疗服务体系整合的探索与研究，有利于城市医疗服务体系适应城市居民健康需求的变化。我国城市人口的疾病谱和死因谱已发生很大变化，疾