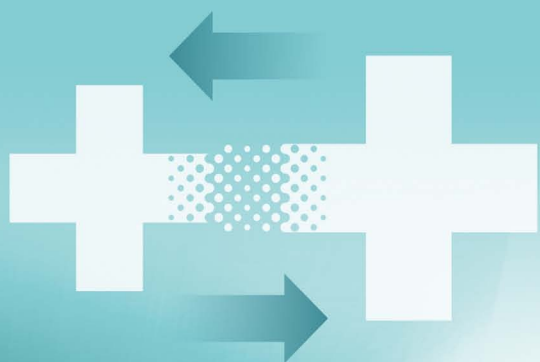


社区卫生服务机构与医院 协同改革模式研究

张录法 著



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



作者简介

张录法 管理学博士、博士生导师、副教授，上海交通大学国际与公共事务学院副院长、中国城市治理研究院副院长、健康长三角研究院执行院长。主要研究领域为卫生政策及社会保障。

迄今主持国家社会科学基金项目、教育部人文社科项目、上海市哲学社科项目以及上海市政府决策咨询项目等多项课题。公开出版学术著作6部，在《中国行政管理》、《经济社会体制比较》、*Health Policy and Planning* 等期刊发表学术论文40余篇。指导多项大学生课外实践项目，分别获得第十四届、第十五届挑战杯一等奖、二等奖。曾荣获上海市第六届决策咨询研究成果奖二等奖、上海市第十届哲学社会科学优秀成果三等奖、上海市教学成果二等奖；曾荣获上海交通大学首届教书育人三等奖、上海交通大学优秀教师一等奖以及上海交通大学晨星学者等荣誉称号。

国家社会科学基金项目

“社区卫生服务机构与医院协同改革模式研究”（11CGL095）

社区卫生服务机构与医院 协同改革模式研究

张录法 著



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

我国医疗服务提供体系“以医院为中心”导致了以“看病难”和“看病贵”为主要表现的高昂的不协调成本。为此,新医改提出要构建基于社区卫生服务的新型卫生服务体系,形成社区卫生服务机构与医院的合理分工协作机制。本书首先系统分析了社区卫生服务机构与医院协同改革的内在作用机理。其次,本书对国内外社区卫生服务机构和与医院协同改革的典型模式进行了实证分析,对其改革的经验和教训进行了深入的探讨。最后,立足于我国卫生实践的发展规律,本书提出了不同约束条件下我国社区卫生服务机构与医院协同改革的可能路径以及阶段性和整体性配套措施。

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生服务机构与医院协同改革模式研究/张录法著. —上海:上海交通大学出版社,2019

ISBN 978 - 7 - 313 - 22098 - 1

I. ①社… II. ①张… III. ①社区卫生服务—医药卫生组织机构—体制改革—研究—中国 IV. ①R197.61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 227563 号

社区卫生服务机构与医院协同改革模式研究

著 者:张录法

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:常熟市文化印刷有限公司

开 本:710mm×1000mm 1/16

字 数:338千字

版 次:2019年10月第1版

书 号:ISBN 978 - 7 - 313 - 22098 - 1

定 价:79.00元

地 址:上海市番禺路951号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:19

印 次:2019年10月第1次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0512-52219025



我国医疗服务提供体系“以医院为中心”导致了以“看病难”和“看病贵”为主要表现的高昂的不协调成本。为此,新医改明确提出要构建基于社区卫生服务的新型卫生服务体系,形成社区卫生服务机构与医院的分工协作机制。但从以往改革的实践来看,如果不能厘清社区卫生服务机构与医院系统的内在关联机制,有效协调社区卫生服务机构与医院的利益,并充分激发民众等相关主体的参与动力,很可能会产生新的不协调成本,最终让医改巨大的投入难以获得期望的效果。

为了尽量减少改革的“试错”成本,增强改革的社会和经济成效,避免新医改再次陷入改革目标成为被改革对象的恶性循环,本研究采用了理论构建—实证分析—模式筛选—方案拟定的研究思路,首先从系统的角度分析社区卫生服务机构与医院协同改革的内在作用机理,接着对不同类型的社区卫生服务机构与医院协同改革模式的经验和教训进行总结,对改革的效果进行实证检验,对现存的问题进行深入的分析。在充分借鉴国外社区卫生机构与医院协同改革典型模式及机制的合理内核的基础上,立足我国卫生实践,遵循卫生发展规律,提出了不同约束条件下我国社区卫生服务机构与医院协同改革的可能路径以及实现路径演化的阶段性和整体性配套措施。在研究方法上,本研究遵循理论与实证研究相结合,定量研究与定性研究相结合,多学科分析方法综合运用的基本方法理论,除了传统的文献分析、制度与政策分析等方法之外,综合使用了文献分析法,问卷调查、深度访谈和实地考



察相结合的方法,典型案例分析法,博弈理论和制度分析以及中外比较研究、历史比较研究方法等。

本论著的主要内容分为7部分:

(1) 社区卫生服务机构与医院协同改革的理论基础和模式。本部分对社区卫生服务机构与医院协同改革的内涵进行了阐释,对就医路径的关键环节进行了分析。从首诊环节和转诊环节两个维度构造了社区卫生服务机构与医院协同改革的模式,对影响社医协同改革的利益相关者的关系进行了梳理,构建了包含社区卫生服务机构与医院及其利益相关者——政府、医生、患者、医疗保险机构和药商等主体的数理模型,引入了安德森所创立的民众卫生服务利用理论,建立了社区卫生服务机构与医院协同的博弈论和系统动力学模型,为后面的分析奠定了理论基础。

(2) 我国社区卫生服务机构与医院协同改革的历程及总体状况分析。本部分回顾了社区卫生服务机构与医院协同发展改革的两个阶段,并对两阶段的主要举措和特征进行了总结;从卫生资源配置、诊疗人次以及双向转诊次数的视角阐释了当前社区卫生服务机构与医院协同改革的总体状况,对现存的主要问题及形成机理进行了数量分析。

(3) 我国社区卫生服务机构与医院协同改革模式现状分析。本部分对国内社区卫生服务机构与医院协同改革的主要探索模式进行了比较分析,从首诊环节、双向转诊环节以及配套机制方面进行了归纳总结和比较分析。

(4) 我国社区卫生服务机构与医院协同改革效果比较分析。对上海、大庆、武汉、太仓等地的普通居民、患者及医护人员进行了问卷调查。结果显示,总体来看社医协同改革的效果尚不明显,社区首诊的效果不佳,双向转诊的知晓度和使用率双低。同时,本研究发现不同模式的社区卫生服务机构与医院协同改革的效果已有所区别。

(5) 国内外社区卫生机构和医院协同改革典型模式及机制借鉴。对国内外社区卫生服务机构与医院协同改革的典型模式,从运作流程、特征以及保障措施方面进行了归纳总结和比较分析。同时还对美国凯撒医疗集团和新加坡保健集团进行了案例分析,从而更加清晰地理解它们所代表的协同改革模式的运作状况。

(6) 不同约束条件下社区卫生服务机构与医院协同改革的可选模式筛选。对社区卫生服务机构与医院协同改革的关键机制进行了进一步论证,提出了保障机制生效的基本条件。基于社区卫生服务机构与医院协同改革的目标模式,立足我国卫生实践,按照从简单到复杂的过程,提出了不同约束条件下我国社区



卫生服务机构与医院协同改革的8条可能路径。

(7) 保障社区卫生服务机构与医院协同改革的阶段性和整体性配套措施。阶段性措施包括：根据社医协同改革不同的演化路径，要提升社区医疗卫生服务中心的服务水平，合理布局社区卫生服务机构，加快社区卫生服务网络建设；建立完善的双向转诊关系，明确社区疾病转诊指征；完善补偿机制，合理引导患者的就医消费行为。整体性措施包括：保持公立医疗机构尤其是公立医院的适度规模；理顺政府和公立医院的关系，完善治理结构；合理持续增加财政投入，对公立医院进行差异化补偿；推进医院人事薪酬制度改革；建立“医疗保险—医疗机构”谈判制度；完善药品生产流通体制。



第一章	绪论	1
	一、研究背景和意义	1
	二、基本概念界定	4
	三、文献综述	6
	四、研究内容	16
	五、研究思路和方法	18
第二章	社区卫生服务机构与医院协同改革的理论基础和模式	20
	一、社区卫生服务机构与医院协同改革的内涵阐释	20
	二、影响社区卫生服务机构与医院协同改革的利益相关者 分析	33
	三、民众卫生服务利用理论	41
	四、社区卫生服务机构与医院协同的博弈论和系统动力学 模型	44
第三章	我国社区卫生服务机构与医院协同改革历程及总体状况	46
	一、社区卫生服务机构与医院协同发展改革历史及关系演变 过程	46
	二、社区卫生服务机构与医院协同改革的总体近况	58
	三、社区卫生服务机构与医院协同改革中的问题及形成机理	72



第四章	我国社区卫生服务机构与医院协同改革模式现状分析	88
	一、强制首诊+松散型整合探索模式	88
	二、经济引导+紧密型整合探索模式	102
	三、经济引导+松散型整合探索模式	112
	四、我国社区卫生服务机构与医院协同改革模式总结	128
第五章	我国社区卫生服务机构与医院协同改革效果及实证分析 ...	130
	一、研究设计	130
	二、社区卫生机构和医院协同改革的效果分析	134
	三、社区卫生机构和医院协同改革的影响因素分析	157
	四、初步总结	179
第六章	国内外社区卫生机构与医院协同改革典型模式及机制借鉴 ...	182
	一、社区卫生机构和医院协同改革的四种模式	182
	二、四种模式的比较分析	215
第七章	社区卫生服务机构与医院协同改革的可选模式及演化路径 ...	217
	一、社区卫生服务机构与医院协同改革的关键机制及论证	217
	二、社区卫生服务机构与医院协同改革的演化路径	228
第八章	保障社区卫生服务机构与医院协同改革的配套措施	231
	一、社区卫生服务机构与医院协同改革演化的阶段性措施	231
	二、社区卫生服务机构与医院协同改革演化的整体性措施	252
	参考文献	280
	索引	291
	后记	295

绪 论

一、研究背景和意义

(一) 研究背景

1978年,《阿拉木图宣言》倡导通过发展初级卫生保健,实现就医重心下沉,以向“人人享有卫生保健”的目标迈进,大力发展社区卫生服务的价值观已被世界卫生组织高度重视。此后,虽然世界经济有了质的飞跃,卫生系统和民众的健康状况随之得到了巨大改善,但是卫生系统的发展出现了“以医院为中心”(hospital-centrism)、割裂(segmentation)和碎片化(fragmentation)等不良趋势,既降低了患者就医的便利性,又可能增加了交易的费用,甚至因为“知识孤岛”的存在,使疾病诊治的质量也在下降^①。发达国家已经认识到上述问题带来的巨大机会成本,所以正在通过多种措施,诸如大力发展社区卫生、强化社区首诊制,让初级医疗保健机构(GP)拥有预算^{②③};建立整体医疗服务提供体系,通过医疗集团化或者管理型医疗来提高医疗资源纵向配置的效率^④;通过管办分离,厘清政府和公立医院的关系,将医疗机构法人化以完善治理结构,引入竞争机制,提高效率^{⑤⑥⑦};

① 世界卫生组织. 初级卫生保健: 过去重要,现在更重要[EB/OL]. (2008-10-24)[2015-07-11]. <http://www.who.int>.

② 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.

③ HEFFORD M, CRAMPTON P, FOLEY J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment [J]. Health Policy, 2005,72(1): 9-23.

④ KOWALSKA K. Managed care and a process of integration in health care sector: a case study from Poland [J]. Health Policy, 2007(84): 308-320.

⑤ HAGENA T P, KAARBØE O M. The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals [J]. Health Policy, 2006(76): 320-333.

⑥ 顾昕. 新医改成功的组织保障: 从管办分离到大部制[J]. 中国医院院长,2008(22): 55-61,8.

⑦ 顾昕. 全球性医疗体制改革的大趋势[J]. 中国社会科学,2005(6): 121-128.



通过医药分离,打破医院(医生)和药商之间的利益链^①,完善医疗机构的补偿机制,改善医院和医生的激励机制^②;建立或者完善公共性全民医疗保险,提高医疗保险的覆盖面^③;引入更具有激励性的支付机制^④;大力发展商业医疗保险和医疗救助,实现多层次的医疗保障^⑤等,来努力减少对医院的依赖,实现就医重心的有效下沉。

我国医疗卫生事业的发展经验亦清晰地表明了发展初级保健、形成良性互动的三级医疗网络来达到就医重心下沉,提高医疗卫生服务的可及性和可得性的重要性。但是改革开放以后,我国医疗卫生的重点从预防为主变成了以医疗为主,医疗卫生资源的配置从符合卫生发展规律的“正三角”变成了不合时宜的“倒三角”,整个就医重心出现了大逆转^⑥。在医疗卫生服务体系方面,医疗卫生机构的所有制结构从单一公有制变为多种所有制并存,不同的医疗卫生服务机构之间的关系从分工协作走向全面竞争,医疗卫生机构的服务目标从追求公益目标为主转变为全面追求经济目标^⑦。医疗卫生服务日益呈现出分层次、多元化和竞争式提供的特征;同时,也出现了竞争而无序、分层却断裂等一系列服务“碎片化”问题,导致医疗卫生服务系统整体的资源配置效率低下,大医院一号难求,基层和社区医疗机构门可罗雀,“看病难、看病贵”问题尤为突出。

2006年,中国社会科学院社会学所在全国进行了“社会和谐稳定问题全国抽样调查”,结果表明在被调查的17个社会问题中,“看病难、看病贵”问题排在第一位,这更佐证了这个问题的严重性^⑧。为此,在经历过SARS的惊心动魄却侥幸有惊无险之后,在社会各界的疾呼声中,深化医疗卫生改革成为共识。对现状的“诊断”和由此开出的“处方”成为一时的焦点,并因此形成了“市场化过度”还是“市场化不足”“致病”原因的诊断之争以及“政府主导”还是“市场主导”的改

① 权纯晚. 韩国的药品政策和医药分离[EB/OL]. (2011-12-15)[2015-07-11]. <https://www.docin.com/p-307906628.html>.

② CROXSON C P, PERKINS A. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme [J]. *Journal of Public Economics*, 2001(79): 375-398.

③ KRUGMAN P, WELLS R. The health care crisis and what to do about it [J]. *The New York Review of Books*, 2006,53(5): 1-16.

④ KWON S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage [J]. *Health Policy and Planning*, 2008,24(1): 63-71.

⑤ 袁辉. 我国商业健康保险发展的制度分析[J]. *中南财经政法大学学报*, 2008(1): 76-80.

⑥ 陈美霞. 大逆转——中华人民共和国的医疗卫生体制改革[EB/OL]. (2007-10-12)[2015-07-18]. http://www.360doc.com/content/071012/15/21693_805788.html.

⑦ 林琼. 新型医疗保障制度下城市社区卫生服务体系[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2007.

⑧ 汝信,等. 2007年: 中国社会形势分析与预测[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.



革对策分歧^①。但令人欣慰的是,发展社区卫生服务,重塑有利于就医重心下沉的新型医疗卫生服务体系,以有效控制医疗服务费用过快增长,减轻大众医疗卫生费用负担已成为共识。为此,2006年颁布的《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》中明确指出,“将发展社区卫生服务作为深化城市医疗卫生体制改革、有效解决城市居民看病难、看病贵问题的重要举措,作为构建新型城市卫生服务体系的基础”。2009年4月颁布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(又称“新医改方案”)再次强调“要建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制,引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”。2015年9月8日,国务院办公厅印发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中指出,要加快推进分级诊疗制度建设,形成科学、有序的就医格局。2016年3月,“十三五”规划纲要提出要推进健康中国建设,优化医疗机构布局,推动功能整合和服务模式创新;加强专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院之间的分工协作,健全上下联动、衔接互补的医疗服务体系。2016年10月发布的《“健康中国2030”规划纲要》提出,全面建成体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效的整合型医疗卫生服务体系;全面建立成熟完善的分级诊疗制度,形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序。2016年12月发布的《“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划》中强调,要优化医疗卫生资源布局,明确各级各类医疗卫生机构功能定位,加强协作,推动功能整合和资源共享;鼓励各地结合实际推行多种形式的分级诊疗模式,推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医新秩序。这一切都强调了大力发展社区卫生,形成社区卫生服务机构和医院之间的有效互动的重要性和紧迫性。

(二) 研究意义

改变“以医院为中心”的医疗服务提供体系,强化初级保健,再次成为世界医疗卫生界的共识。我国新医改也提出构建基于社区卫生服务的新型卫生服务体系,形成社区卫生服务机构与医院的分工协作机制。然而,在新医改的实施过程中,政府更侧重于硬件的投入,尚未厘清社区卫生服务机构与医院系统的内在关联机制,尚未有效协调社区卫生服务机构与医院的利益关系并充分激发民众等相关主体的参与动力,从而容易产生新的不协调成本,最终让医改巨大的投入难以获得期望的效果。

^① 高春亮,毛丰付,余晖. 激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变[J]. 管理世界,2009(4): 66-74.



因此,若能充分总结现有实践探索的经验教训,进而在尊重卫生实践发展规律的基础上,选择能够促使社区卫生服务机构与医院协调发展的改革模式以及相应的配套机制,尽量减少改革的“试错”成本,无疑对我国的卫生实践具有重要的理论指导意义,也可为其他国家的卫生改革实践提供经验借鉴。

二、基本概念界定

1. 社区卫生

1) 概念界定

社区卫生指在一定社区内,在政府领导、社会参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体、全科医师为骨干,合理利用卫生资源和适宜技术,以居民健康为中心,以家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以解决社区的主要卫生问题,满足基本医疗卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育指导等服务为一体的,有效的、经济的、方便的、综合的、连续的基层卫生保健活动的总称。

在我国城市中,由于独立开业的全科医生并不常见,社区卫生服务中心以及社区卫生服务站是目前社区卫生服务的提供主体,在本研究中将其统称为社区卫生服务机构。

2) 社区卫生的特点

(1) 公益性: 具有公益性质,不以营利为目的。

(2) 以健康为中心: 不是以疾病为中心,而是关注环境、生活方式、社会文化等因素对居民健康的影响。

(3) 服务对象全面性: 社区卫生机构为社区全体居民提供服务。

(4) 主动性: 社区卫生服务以家庭为单位,以主动性服务、上门服务为主要方式,服务于社区居民。

(5) 综合性: 社区卫生服务是多位一体的服务。除基本医疗服务之外,社区卫生服务的内容还包括预防、保健、康复、健康教育及计划生育技术指导等。

(6) 连续性: 社区卫生服务始于服务对象生命的准备阶段直至生命结束,覆盖其生命的各个周期以及疾病发生、发展的全过程。社区卫生服务不因他们某一健康问题的解决而终止,而是根据其生命各周期及疾病各阶段的特点及需求,提供具有针对性的服务。

(7) 可及性: 社区卫生服务在服务内容、时间、价格及地点等方面更加贴近社区居民的需求,以“六位一体”的服务内容、适宜的技术,在社区居民居住地附近提供基本医疗服务和基本药品,使社区居民不仅能承担得起这种服务,而且还



使用方便。

2. 医疗机构

医疗机构指从卫生行政部门取得“医疗机构执业许可证”的机构,包括医院、疗养院、社区卫生服务中心(站)、卫生院、门诊部、诊所(卫生所、医务室)、村卫生室、妇幼保健院(所、站)、专科疾病防治院(所、站)、急救中心(站)和临床检验中心^①。医疗机构可以根据产权分为公立医疗机构和私立医疗机构。

3. 医院

医院是以诊治患者、照护患者为主要目的的医疗机构,是备有一定数量的病床与设施,通过医务人员的集体协作,对患者及特定人群进行治病防病、健康促进的场所。医院一般要满足以下几个条件:

(1) 医院应有正式的病房和一定数量的病床设施,以实施住院诊疗为主,一般设有相应的门诊部。

(2) 应有基本的医疗设备,设立药剂、检验、放射、手术及消毒供应等医技诊疗部门。

(3) 应有能力对住院患者提供合格与合理的诊疗、护理和基本生活服务。

(4) 应有相应的、系统的人员编配。

(5) 应有相应的工作制度与规章制度。

在我国的卫生统计中,医院包括综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、各类专科医院和护理院,不包括专科疾病防治院、妇幼保健院和疗养院。本研究所指的医院主要是指二级及以上级别的医院。

4. 社区首诊制

社区首诊制度(the system of the first treatment in the community)是指规定居民在患病需要就诊时,须首先到社区卫生机构接受全科医生诊疗的一种制度。除非急诊,居民若要去医院寻求专科医生的服务,必须要经过社区全科医生的转诊。社区首诊可以分为“守门人”制度的强制首诊和利用经济引导的非强制首诊。社区首诊制度的目的在于对患者进行合理分流,使得社区居民的常见病、多发病尽可能地在社区内通过常规方法加以解决,减少对专科医院资源的占用。全科医生作为社区“守门人”,对社区居民合理利用卫生资源发挥“过滤筛选”的作用。

5. 双向转诊制

双向转诊是根据病情和人群健康的需要而进行的上下级医疗机构之间、专科医院或综合医院与社区卫生服务机构之间的转院诊治过程,具体可以分为纵

^① 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2010[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.



向转诊和横向转诊两种形式^①。就医重心下沉指的是双向转诊制度中的纵向转诊形式,即下级医院的患者(一般是该院难以治愈的患者)上转至上级医院,上级医院的患者(一般是康复患者)下转至下级医院。

通过双向转诊,可以实现患者的合理分流,使得医疗资源得到合理的配置,既满足了居民的基本医疗需求,减轻了他们的医疗负担,也减轻了整个医疗体系的负担。这样的双向转诊制度可以达到“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的理想模式。医疗联合体、医院集团化都是实行双向转诊的有力保障。根据整合程度的不同,可以将双向转诊大致分为紧密型整合和松散型整合。

由以上的概念界定可知,本书的研究对象主要是医疗机构中的社区卫生服务机构以及医院这两个子系统。医疗机构是一个总体概念,在分析整体性问题时会使用到这一概念,而分析具体问题时则分别使用医院和社区卫生服务机构的概念。

需要特别指出的是,社区卫生服务在我国起步较晚,其全国性的发展开始于20世纪90年代末,现在城市的社区卫生服务机构大多是由原来的街道医院等转型而来。而在20世纪90年代末之前的卫生统计中,是将街道医院划入医院进行统计的,因此在这个时期,医院的概念是一个更加宽泛的概念,包括了现在统计口径中的医院和社区卫生服务机构。

三、文献综述

1. 社区卫生服务机构与医院协同的重要性及存在的问题

社会各行业中分工的精细化是生产力发展的必然趋势。在生产力快速发展的现今社会,各行业的技术分工高度分化,医学领域也如此。无论是在单一医疗服务提供机构内部还是在整个提供体系中,都形成了分工精细的不同功能单位,比如全科、专科,门诊部、住院部,检查科、药品科,等等。分工精细化虽然会极大地推动学科知识的深入发展,但同时也会因为缺乏协调而导致诸多问题,最典型的就是割裂和碎片化。割裂和碎片化是许多国家及地区医疗卫生服务体系绩效低下的主要原因^{②③}。它既降低了患者就医的便利性,又可能增加了交易的费

① 刘梅,陈金华,彭晓明. 社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议[J]. 中国全科医学,2004(1): 38-39.

② ENTHOVEN A C. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation [J]. The American Journal of Managed Care, 2009,15(10): 284-290.

③ STANGE KURT C. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions [J]. Annals of Family Medicine, 2009,7(2): 100-103.



用,甚至因为“知识孤岛”的存在,使疾病诊治的质量也有所下降^①。国际经验表明,在医疗卫生体制改革中,完善的医疗制度的建立必然依赖于一个有序、有效的服务体系,“有序”即必须要实现社区首诊、分级医疗、逐级转诊;“有效”即要实现防治结合和费用控制。从医疗卫生专业角度而言,提高质量、追求医疗资源纵向整合、形成医疗服务提供体系均衡协调发展,从整体上保证医疗质量、降低医疗费用,已经成为目前国际上公认的医疗服务体系的发展方向^{②③④}。

反观我国的医疗卫生体系,内部各机构缺乏明确合理的功能定位和业务划分,尤其是初级医疗服务机构和二级医疗服务机构缺乏制度化分工,各医疗机构分散经营,缺少协调机制,形成以利益竞争为主的医疗服务提供模式。加之我国的医疗服务提供体系中缺乏“守门人”制度,因而非急诊患者也可以直接到各级医院寻求初级医疗服务^{⑤⑥}。在这种利益竞争模式的影响下,一方面,不同级别、不同类别的机构为了吸引患者而展开无序竞争,极大地浪费了卫生资源,降低了医疗卫生服务系统的效率。我国大部分基层医疗机构病床使用率约在60%,大量的初级医疗保健职责由高级别的综合医院承担,很多三级医院的病床使用率甚至超过了100%^⑦。另一方面,医疗机构往往只考虑自身利益,很少考虑患者离开医疗机构后的后续治疗。因此,在机构分散经营的情况下,患者在不同医疗机构间得到的医疗服务呈现出不连续的“碎片化”状态,即“病前无防,病后无康”^⑧。连续性和协调性不足是我国医疗服务系统效率低下、满意度低的根本原因,是引起“看病难、看病贵”的重要因素。在我国,除了业务和技术层面的割裂和碎片化之外,现有的医疗卫生管制体制也是条块分割的。由于不同政府职能部门的分割,导致医疗卫生服务系统所包含的公共卫生、医疗服务、医疗

-
- ① 李伯阳,张亮. 断裂与重塑: 建立整合型医疗服务体系[J]. 中国卫生经济, 2012(7): 16-19.
- ② 代涛,何平,韦潇,等. 国外卫生服务资源互动整合机制的特点与发展趋势[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(2): 137-139.
- ③ 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(8): 564-566.
- ④ 梁鸿,刘强,芦炜. 构建医疗联合体协同服务体系的 政策价值与现实意义[J]. 中国卫生政策研究, 2013(12): 1-5.
- ⑤ 顾昕. 走向有管理的市场化: 中国医疗体制改革 的战略性选择[J]. 经济社会体制比较, 2005(6): 19-30.
- ⑥ 代涛,陈瑶,韦潇. 医疗卫生服务体系整合: 国际 视角与中国实践[J]. 中国卫生政策研究, 2012(9): 1-9.
- ⑦ 陈斌,舒晓钢,龚勋,等. 我国医疗服务提供体系 的协同现状分析[J]. 中国社会医学杂志, 2011(6): 368-369.
- ⑧ 苗豫东,张研,李霞,等. 我国医疗服务体系“碎 片化”问题及其解决途径探讨[J]. 医学与社会, 2012(8): 28-30.



保障、药品供应之间彼此分割,造成卫生体系难以发挥协同效应和整体优势;而医疗服务体系中的不同层级和不同类别的机构、不同环节的服务由诸多行政管理部门分别管理。比如,在有些城市,有的三级医院可能由国家级部门管理,有的可能归属于省级或市级部门管理,而二级医院和社区卫生服务中心则一般由区级部门来管理。

要提高医疗服务的协同性,关键是协调各方利益和转变政府职能,注重发挥政府宏观调控与市场机制的双重作用,重点是加强基层医疗机构协同能力建设,通过探索多样化的医疗协同网络建设方式,重构协同功能^①。通过进一步整合医疗机构、医疗服务信息、机构内的服务流程和医学及相关学科等措施,因地制宜、循序渐进地推动整合,通过改革支付制度等多种方式建立激励机制^②。然而,从当前的卫生实践来看,在分级协同改革的制度安排及路径选择上,依然存在政府主导路线和市场主导路线的分歧^③。

2. 社区卫生服务机构与医院协同改革的模式及其优劣势

根据卫生系统的发展规律和医疗服务的自身属性,要实现社区卫生服务和医院协同改革的目标,有两个环节非常重要,即社区首诊和双向转诊。利用社区首诊和双向转诊这两个维度,可以构造一个社区卫生服务机构和医院协同改革模式的二维类型学,并将目前世界上典型的强化社区卫生服务机构和医院协同改革实践分为四个模式。

1) 强制首诊+紧密型整合模式

美国是实施此模式的代表。从20世纪70年代后,迫于医疗费用的过快上涨,整合医疗保险、初级医疗保健和医院服务的HMO(Health Maintenance Organization)模式开始盛行。该模式的优点是费用控制较好^④,倾向于降低价格^⑤,并被实践证明的确起到了遏制医疗费用过快不合理增长的作用。但该模式也有致命的弱点。Barr和Bachman等人的研究表明,HMO严格规定投保者就诊的医生或医疗机构和医疗服务范围,医疗延误时有发生。此外,HMO还会

① 陈斌,舒晓钢,龚勋,等.我国医疗服务提供体系的协同现状分析[J].中国社会医学杂志,2011(6): 368-369.

② 代涛,陈瑶,韦潇.医疗卫生服务体系整合:国际视角与中国实践[J].中国卫生政策研究,2012(9): 1-9.

③ 赵云.我国分级医疗体系建构路径比较[J].中国卫生事业管理,2013(4): 244-246.

④ WILTON P, SMITH R D. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding" [J]. Health Policy, 1998, 44(2): 149-166.

⑤ CILIBERTO F. The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California [J]. Journal of Health Economics, 2006(25): 29-38.