

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

中国医药卫生体制改革联合研究合作方

世界银行集团、 世界卫生组织

财政部、 国家卫生和计划生育委员会、 人力资源和社会保障部

2016 年

目 录



前言.....	ix
致谢.....	xi
概要.....	xv
缩略语.....	xxv
引言.....	xxvii
第一章 背景：健康结果方面成绩斐然，但仍然面临诸多挑战.....	1
一、老龄化、慢病及风险因素.....	2
二、卫生服务质量.....	4
三、以医院为中心、服务碎片化及不当的激励机制.....	5
四、低价值服务的风险：健康收益减少、卫生费用激增.....	9
五、支出预测.....	12
第一部分 服务提供体系改革推手.....	15
第二章 根据以人为本的一体化服务模式打造“分级诊疗”卫生服务提供体系（推手1）.....	17
一、引言.....	17
二、挑战.....	20

三、建立、实施以 PCIC 为基础的服务提供模式所需的核心行动领域及相应的 实施策略：国内外经验	21
第三章 提高卫生服务质量，实现以人为本的一体化服务（推手 2）	31
一、引言	31
二、中国提高卫生服务质量所面临的挑战	32
三、改善卫生服务质量的建议	35
第四章 加强公众对以人为本的一体化服务模式的参与（推手 3）	43
一、引言	43
二、加强公众参与所面临的挑战	44
三、建议：加强公众参与	44
第五章 推进公立医院改革，改善公立医院绩效（推手 4）	57
一、引言	57
二、中国公立医院治理与管理改革的经验与挑战	58
三、推进公立医院改革的建议：中国及国际经验	62
第二部分 制度环境与筹资方式推手	67
第六章 理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）	69
一、引言	69
二、购买卫生服务和供方支付方面的关键挑战	70
三、如何理顺中国卫生服务体系中的激励机制	72
第七章 加强卫生人力建设，实现以人为本的一体化卫生服务（推手 6）	77
一、引言	77
二、中国在卫生人力资源管理方面面临的主要挑战	78
三、推动人力资源改革的建议：国内外经验	81

第八章 促进社会力量参与卫生服务（推手 7）	85
一、引言	85
二、主要挑战.....	87
三、关于促进社会力量参与医疗服务的建议：中外经验启示.....	89
第九章 实现卫生服务规划现代化，引导卫生领域资本投入（推手 8）	93
一、引言	93
二、中国卫生领域资本投资面临的主要挑战.....	94
三、关于推进服务规划改革的建议：国内外的经验启示	96
第三部分 推进改革的实施	101
第十章 加强卫生服务改革的实施	103
一、引言	103
二、改革实施面临的挑战	103
三、一个可操作的实施框架	105
四、改革推进：以有效和可持续的方式在地方层面实施改革.....	106
五、全面推开改革的循序实施计划.....	114
附件	117
附件 1：改革推手与核心行动建议.....	118
附件 2：与“八合二”推手相关的政府改革政策集锦.....	119
附件 3：分级诊疗服务的新政策（国办发〔2015〕70 号）与核心措施建议.....	122
附件 4：22 个 PCIC 绩效改进项目名称及概述	123
附件 5：PCIC 项目的影响频率（研究的数量）	125
参考资料	127

专栏

专栏 1	什么是卫生服务的价值?	xxvi
专栏 2	中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划及建设健康中国的建议	xxvii
专栏 3	报告结构	xxviii
专栏 4	研究案例的命名, 名称和地点	xxxix
专栏 2.1	“以人为本一体化服务”的定义	17
专栏 2.2	PCIC 类模式的影响	18
专栏 2.3	以人为本一体化服务模式的潜在效益	19
专栏 3.1	何谓质量? 为何质量如此重要?	31
专栏 3.2	过度用药和过度干预的现有证据	34
专栏 3.3	改善卫生服务质量的核心行动领域和实施战略	36
专栏 4.1	公民参与为何重要?	44
专栏 4.2	加强公众参与改善医疗服务: 主要措施领域及相关实施战略	45
专栏 4.3	英国的健康教育: 健康促进技能	47
专栏 4.4	中国的社会宣传活动: 乙肝的预防与治疗	48
专栏 4.5	“百万心脏”运动	49
专栏 4.6	鼓励自我健康管理: 英国和印度的例子	51
专栏 4.7	美国贝斯以色列女执事医院改善患者参与的案例	52
专栏 4.8	稳定型冠心病治疗决策辅助工具 (由知情医疗决策基金会开发)	53
专栏 4.9	新加坡通过医疗协调员协调医疗护理服务的提供	53
专栏 4.10	用推动和法规改变目标行为的案例	56
专栏 5.1	医院管理领域	60
专栏 6.1	中国支付方式改革实例	74
专栏 9.1	有效的服务规划方法所具备的特点	94
专栏 9.2	“地平线”方法三步骤	97

专栏 9.3	北爱尔兰卫生体系的重新设计	100
专栏 10.1	政府管理体制改革的国际经验	110
图		
图 1	相互联系的八个推手	xvii
图 2	改革实施的路线图	xxii
图 1.1	中国的老年人口比重会迅速赶上经合组织国家	2
图 1.2	慢病在疾病负担和死因中占主导地位	2
图 1.3	高血压、糖尿病的管理	3
图 1.4	中国和其他国家吸烟及饮酒情况	4
图 1.5	2000-2013 年中国和经合组织国家医院床位数变化情况	5
图 1.6	医院数量迅速增加，服务使用趋向上级医疗机构	6
图 1.7	中国卫生总费用占 GDP 的比重（与经合组织和金砖国家对比）中国卫生总费用 逐年变化趋势	9
图 1.8	中国卫生总费用增长率	10
图 1.9	中国卫生总费用的构成，1997-2013	11
图 1.10	1995-2015 年预期寿命与卫生总费用的变化趋势	12
图 1.11	提高健康水平的不同路径	14
图 2.1	运用疾病负担评分表对患者进行风险分层	23
图 2.2	PACT 团队成员的职责分工	24
图 2.3	PACE 的持续反馈环	29
图 5.1	管理计分法，中国 2015 (n=110 家医院)	61
图 6.1	中国各级医疗机构的卫生总费用占比 (%)	71
图 7.1	2013 年在中国各级卫生服务机构中医务人员的薪酬（单位：元）	79
图 8.1	医院数量的增长（按所有制类型分）	86
图 8.2	不同所有制类型基层卫生服务机构的增长	86

图 8.3	各所有制类型医院住院人数增长 2005-2012 (单位: 万)	86
图 8.4	各所有制类型医院门诊人次数增长 2005-2012 (单位: 万)	87
图 10.1	对服务提供改革实施和扩面的监管、协调和管理的建议.....	107
图 10.2	转型学习协作联盟 (TLC) 的三种不同安排.....	112

表

表 1.1	(35-84 岁人群) 高血压的诊断率、治疗率和控制率: 国际比较	3
表 2.1	实现 PCIC 的核心行动领域及实施策略	21
表 5.1	几个国家的医院治理模式一览	64
表 8.1	民营医疗卫生机构各类医务人员占全国总数的比例	89
表 10.1	以价值为导向的卫生服务体系改革实施监测指南示例	109
表 10.2	三大改革目标监测指标示例.....	114
表 10.3	转型学习协作联盟 (TLC) 评分体系	114
表 10.4	分阶段、分地区地在全省建立 TLC	115

前言



过去 30 多年来，中国经历了深刻的经济发展模式转变和社会转型，使六亿多人口摆脱了贫困。与此同时，中国卫生事业同样取得了令人瞩目的成就。自 2009 年启动新一轮医改以来，中国对卫生基础设施进行了大量投资，基本实现了医疗保险全覆盖，推进基本公共卫生服务均等化，建立基本药物制度，这些提升了医疗卫生服务的可及性和公平性，大幅降低了儿童和孕产妇的死亡率以及传染病发病率，显著提高了中国居民的健康水平和预期寿命，2015 年，中国居民人均预期寿命达到 76.34 岁，比 2010 年提高 1.51 岁，人民健康水平总体上达到中高收入国家的平均水平，用较少的投入取得了较高的健康绩效，赢得了国际社会的广泛赞誉。

目前，中国到达了一个转折点，开始面临很多高收入国家曾经经历过的挑战和压力。中国 65 岁以上的人口有 1.4 亿，预计到 2030 年将增加至 2.3 亿。在医疗卫生领域，慢性非传染性疾病已成为最主要的健康威胁，在每年 1030 万死亡病例中占比超过 80%。吸烟、久坐不动等生活方式、饮酒等高风险行为，以及空气污染等环境因素，给中国居民的健康带来日益严重的危害。同时，中国经济发展水平和居民收入不断提高，消费结构转

型升级加快，人民群众医疗卫生需求的数量和质量不断提升。多种因素拉动了卫生费用的持续增长。随着经济增长的放缓，保持当前卫生支出水平的持续增长将会面临更大的挑战。中国的卫生体系需要通过改革来应对新的挑战，中国政府也充分认识到推进卫生体系战略实现转变的必要性。


中国国家主席习近平、国务院总理李克强高度重视医改工作。习近平主席指出，没有全民健康，就没有全面小康，要推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉，为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务。李克强总理多次召开国务院常务会议部署医改重点工作，要求着力建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。国务院成立了深化医药卫生体制改革领导小组，加强统筹协调，为改革提供了有力的组织保障。2014 年 7 月，中国政府与世界银行、世界卫生组织决定共同开展一项医改联合研究，以进一步完善政策规划，深化医改工作，这项联合研究的成果就是关于《深化中国医药卫生体制改革》的研究报告。这份报告沿用了此前《2030 年的中国：建设现代、和谐、有创造力的社会》和《中国推进高效、包容、可持续的城镇化》等旗舰报告的成功模式，将为中国卫生事业的发展绘制一份蓝图。

本报告的主旨是，中国的卫生服务体系需要向建立以强大的基层卫生服务为基础、以人为本和注重质量的一体化服务提供体系转型。该体系不仅将为公民提供更好的医疗服务，而且可以从经济角度提高服务的价值。报告提出了包括八项相互关联的改革建议，为重塑中国的卫生服务体系、应对其所面临的人口和健康挑战提供参考。

本报告立足于改革的顶层设计，同时也关注改革的具体实施这一长期而重要的问题。联合研究进行了大量的文献分析和案例研究，借鉴了其他高收入和中等收入国家的经验以及中国自身

在推动改革方面的创新性做法。报告还采用了交付科学的前沿思路，以推动卫生改革的深化和推广——从县、市到省，并最终扩展至全国。

我们希望，这份报告能够为中央和地方政府在新的五年发展规划期间，谋划和推进卫生服务提供体系改革提供借鉴。做好这项改革对中国未来几十年社会经济发展至关重要。放眼世界，其他许多中等收入国家也处于和中国一样的人口和经济转型阶段，我们相信，中国的医药卫生改革经验可以为其他国家提供诸多借鉴，同时也希望这份研究报告可以为全球医改知识积累作出贡献。




楼继伟
财政部部长



李斌
国家卫生和计划生育委员会主任



尹蔚民
人力资源和社会保障部部长



金墉
世界银行行长



陈冯富珍
世界卫生组织总干事

致 谢



本项研究由中华人民共和国财政部、国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部、世界银行集团与世界卫生组织共同组织实施。此研究由中国国务院总理李克强提议，国务院副总理刘延东，财政部部长楼继伟、国家卫生和计划生育委员会主任李斌、人力资源和社会保障部部长尹蔚民，世界银行行长金墉和世界卫生组织总干事陈冯富珍亲自领导，并在研究的关键阶段给予重要的指导。特别要指出的是，刘延东副总理密切关注研究进展，分别于2015年3月、2016年3月两次专程会见研究团队，听取研究进展汇报，并作出重要指示。

财政部部长楼继伟与世界银行常务副行长、首席运营官 Sri Mulyani Indrawati 对联合研究给予了全面指导。联合研究三方五家机构的领导也亲自给予联合研究大力指导和支持，包括财政部史耀斌、余蔚平副部长；国家卫生和计划生育委员会孙志刚、马晓伟副主任；人力资源和社会保障部游钧副部长、原副部长胡晓义；世界卫生组织西太平洋区域主任 Shin Young-soo、世界卫生组织驻华代表 Bernhard Schwartländer、世界卫生组织西太平洋地区卫生体系发展司司长 Vivian Lin；世界银行东亚和太平洋地区副行长 Axel van

Trotsenburg，世界银行卫生、营养与人口全球实践发展局高级局长 Timothy Grant Evans，世界银行卫生、营养与人口全球实践发展局局长 Olusoji Adeyi，世界银行中国、韩国和蒙古局局长 Bert Hofman，世界银行中国局副局长 Mara Warwick 和世界银行卫生、营养与人口全球实践发展局副局长 Toomas Palu。

本项研究的特聘专家组对研究提供了极有价值的建议，特聘专家组成员包括：美国哈佛大学商学院战略与竞争力研究所 Bishop William Lawrence University 教授 Michael Porter；健康医疗改善研究所名誉主席及高级研究员，美国联邦卫生与人类服务部医疗照护和医疗救助服务中心前总监 Donald Berwick；英国牛津大学 Blavatnik 政府管理学院卫生政策与经济学教授 Winnie Yip；伦敦政治经济学院，伦敦卫生与热带医学院 European Observatory 负责人 Ellen Nolte，国务院发展研究中心社会发展研究部部长葛延风和中国财政科学研究院院长刘尚希。

本项联合研究成立了技术工作组，包括政府部委、世界银行集团和世界卫生组织的技术带头人组成了该技术工作组。技术工作组负责研究内

容的技术沟通，为研究进展提供反馈意见以及为研究团队协调提供所需的研究数据。技术工作组的成员包括：姚里程、彭翔、王蕾、王敏（财政部）；焦雅辉、赵树理、庄宁、刘岳、秦坤、陈凯（国家卫生和计划生育委员会）；王国栋、赵志宏、宋程锦（人力资源和社会保障部）；Gerard La Forgia、张硕、刘锐（世界银行集团）；Martin Taylor、温春梅、Stephanie Dunn（世界卫生组织）。

世界银行集团 Gerard La Forgia 和 Mukesh Chawla 为研究项目的技术总负责人，并由世界银行驻华代表处张硕提供主要支持，Elena Glinskaya、李岱昕和刘锐对项目给予全力配合。世界卫生组织的研究技术负责人是 Martin Taylor，并得到了 Clive Tan、王丁、张拓红的技术支持。此外，研究获得了来自世界银行集团国际金融公司 Edward Hsu 和于家娣从始至终对研究给予的支持和建议。Mickey Chopra、Jeremy Veillard、Enis Baris 和 Patrick Lumumba 担任了世界银行集团内部技术评审人。国际金融公司的 Simon Andrews 和比尔及梅林达·盖茨基金的汪宏对联合研究提供了非常宝贵的意见和建议。联合研究团队特别感谢世界银行李莉组织协调媒体，张硕、刘锐、陈天舒做的翻译及校对工作，刘锐、苏涛做的大量文本编辑工作，以及苏涛、Sabrina Terry、彭煊、沈莉丹、陈姝诺和冯欣夜以继日的辛勤工作，并给予大量的行政支持。

世界银行 Gerard La Forgia 负责领导、协调报告的撰写工作。各章节的作者包括：Tania Dmytraczenko、Magnus Lindelow、徐晔、Hui Sin Teo（第一章）；Asaf Bitton、Madeline Pesec、Emily Benotti、Hannah Ratcliffe、Todd Lewis、Lisa Hirschhorn、Gerard La Forgia（第二章）；徐晔、Gerard La Forgia、Todd Lewis、Hannah Ratcliffe、Asaf Bitton（第三章）；Rabia Ali、Todd Lewis、Hannah Ratcliffe、Asaf

Bitton、Gerard La Forgia（第四章）；Gerard La Forgia、Antonio Duran、马进、李卫平、Stephen Wright（第五章）；Mukesh Chawla、Mingshan Lu（第六章）；张硕、Edson Araújo（第七章）；Karen Eggleston、Barbara O' Hanlon、Mirja Sjoblom（第八章）；James Cercone、Mukesh Chawla（第九章）；以及 Kedar S. Mate、Derek Feeley、Donald M. Berwick、Gerard La Forgia（第十章）。Mukesh Chawla、Joy De Beyer、Aakanksha Pande、Rachel Weaver 共同负责并完成了对最终报告内容的润色和编辑工作。

联合研究在全国 21 个省、自治区、直辖市、计划单列市开展了基础研究和案例研究，包括北京、上海、天津、重庆、四川、云南、贵州、宁夏、青海、安徽、山东、广东、江苏、江西、河南、浙江、湖北、湖南、福建，厦门和深圳；为了提供更为详实的国际经验，联合研究也专门针对很多国家开展了案例研究，包括：新西兰、丹麦、挪威、英国、德国、美国、荷兰、葡萄牙、新加坡、巴西和土耳其等国。联合研究课题组衷心感谢众多国内、国际专家对基础研究作出卓有成效的贡献（以章节来划分），包括：Hui Sin Teo、刘锐、李岱昕、张毓辉、翟铁民、Jingjing Li、柴培培、徐玲、张耀光、David Morgan、Luca Lorenzoni、Yuki Murakami、Chris James、江芹、马谢民、Karen Eggleston、John Goss（第一章）；Zlatan Sabic、李榕、刘锐、孟庆跃、马进、严非、Sema Safir Sumer、Robert Murray、舒婷、Dimitrious Kalageropoulous、Helmut Hildebrandt、Hubertus Vrijhoef（第二章）；毕晓路、Agnes Couffinhal、Layla McCay、Ekinadose Uhumwangho（第三章）；刘国恩、简伟研、于保荣（第五章）；Christoph Kurowski、Cheryl Cashin、陈文、Soonman Kwon、胡敏、王丽洁、Alex Leung（第六章）；张光鹏、Barbara McPake、刘晓云、Gilles

Dussalt、James Buchan（第七章）；蔡江南、陈英耀、陈秋霖、Ian Jones、陈怡（第八章）；刘丹（第九章）；Aviva Chengcheng Liu（第十章）。财政部姚里程、彭翔、任研和国家卫生和计划生育委员会的庄宁、秦坤、赵锐、任琛以及各省、市财政、卫计和人社等部门的官员为协调现场调研，获得研究数据等工作提供了重要的协助。

在研究报告的撰写过程中，联合研究课题组举办了六场技术研讨会与多次政策圆桌会。来自财政部，国家卫生和计划生育委员会，人力资源和社会保障部和各地方政府的领导、官员参加了会议，给予大力支持。这些会议作为双向政策对话和交流的平台，为联合研究的初步成果提供了及时的反馈意见，也为国家政策制订提供了宝贵的参考依据。联合研究课题组衷心感谢各位领导、官员、专家对于研讨交流做出的重要贡献，他们是：杨少林、林桂凤、陈诗新、杨英明、宋其超、吴海军、童爱萍、刘伟华、姚里程、杨元杰、姜宇、王文君、王蕾、孙绪华、谢飞、彭翔、张磊、王敏、蒋义、周绍雯、张琦、叶宸宸（财政部）；侯岩、梁万年、任明辉、聂春雷、王玉洵、傅卫、何锦国、张锋、金生国、齐剑锋、诸宏明、张扬、胡瑞荣、庄宁、蒋长兴、刘利群、丁一磊、刘岳、徐玲、秦坤、甘戈、章志红、朱永峰、陈凯、王毅、韩健丽、陈岩、姬小荣、金玉军、任琛、赵锐、叶靓、陈小可、张美丽、汝宇龙（国家卫生和计

划生育委员会）；颜清辉、李淑春、宋程锦、常军、刘宇彤、王国栋、段政明、傅永生、幸凯红、张蔚、刘嘉月、李朝（人力资源和社会保障部）；葛延风、贡森（国务院发展研究中心）；刘尚希（中国财政科学研究院）；杨洪伟、张振忠、李卫平（国家卫生计生委卫生发展研究中心）；于德志、高俊文、崔礼军、夏北海（安徽省卫生和计划生育委员会）；钟东波、雷海潮（北京市卫生和计划生育委员会）；陈晓春、曾武祈、林旭（福建省卫生和计划生育委员会）；周学山、谢双保（河南省卫生和计划生育委员会）；Patrick Leahy、Henrik Pederson（国际金融公司）；韩晓芳、孟庆跃、刘国恩、蔡江南、Asaf Bitton、马进、陈文、James Cercone、Ian Forde、Barbara O'Hanlon、Karen Eggleston、严非、张光鹏、刘晓云、陈秋霖、胡敏、王丽洁、Antonio Duran、刘丹（世界银行顾问）；陈邦、谢俊明、Roberta Lipson、陈美兰、邢立萍、张颖、Alex Ng、刘远立、高建民、于保荣、Mario Dal Poz、James Buchan、Ducksun Ahn 和 Stephen Duckett。

此外，课题组要特别感谢比尔及梅林达·盖茨基金会（通过 Results for Development）以及世界银行集团国际金融公司提供的额外资金支持；并对其他给予联合研究巨大帮助的个人和组织一并表示由衷的感谢。

概要



经过几十年经济两位数的增长，中国已使六亿人摆脱了贫困。但近年来经济增速趋缓，经济结构向服务业倾斜，人口结构和疾病负担也在发生变化。这些因素使中国更加迫切地需要加强人力资本投入、保障人民群众的健康和生产力。放缓的经济增长速度促使卫生体制改革考虑不同的改革路径，过去几年卫生总费用快速增长的态势在经济“新常态”下已经很难持续。经合组织最近的一项研究测算，如果不采取有效的成本控制措施，未来四十年，中国政府医疗卫生及长期护理支出占 GDP 的比重将是目前的三倍。现在，中国面临着重新调整医疗卫生服务体系的重大历史机遇，可以以此为契机走上一条高效可负担的优质卫生服务体系之路。

中国曾经是基层卫生服务和传染病预防与控制的先驱者，近年来在实现全民医保方面也是成绩斐然。从赤脚医生到城市和农村的医疗保险制度以及轰轰烈烈的公共卫生运动，各项政策的实施，加之收入增加，贫困率下降和城乡生活水平提高（卫生状况、水质、教育水平、营养状况、住房条件）使得死亡率大幅下降，人均期望寿命有了前所未有的增长。2009 年启动的新一轮医改取得了诸多实质性进展和明显的成效。中国在较

短的时间里实现了近乎全民医保，覆盖率始终在 95% 以上，卫生服务利用水平提高，低收入人群因病致贫的主要原因——自付费用在卫生总费用中所占比例下降。服务可及性更加均衡，服务可负担性得到改善。基本药物制度减少了不合理用药，增加了有效药物的可及性。改革（包括后续的监管机制）鼓励了民营部门参与社会办医，一定程度上减轻了公立医院的过度拥挤。最后，改革还带动了地方在卫生筹资和服务提供方面的许多创新试点——本报告将对其中一些进行了研究——并为下一阶段的改革打下了坚实的基础。中国在全民健康覆盖方面迅速迈进，改革成就举世瞩目。值得注意的是，与半个世纪前出生的那一代人相比，今天的婴儿可以预期多活 30 多年。中国只用了富裕国家一半的时间就取得了这样的显著成绩。

同时，中国在满足国民医疗卫生需求方面面临新的挑战，主要是快速老龄化和慢性非传染性疾病（慢病）负担加重。中国 65 岁以上人口已有 1.4 亿人，2030 年将会达到 2.3 亿。慢病已经成为中国的头号健康威胁，在每年 1030 万例死亡中占 80%。探究慢病负担加重的原因，除了老龄化之外，更重要的是吸烟、饮食结构不合理、久坐不动的

生活方式、酗酒等高风险行为以及空气污染等环境因素。交通安全的挑战也日益突出。

与此同时，还需要扩展当前的改革，在已有的创新试点的基础上进一步提高中国卫生服务提供体系的有效性和效率。2008年以来，中国的卫生总费用的增长明显高于GDP的增速。尽管原有费用基数和占GDP的比重较低，2015年尚仍未达到6%，但由于被抑制的需求，流行病和人口结构的变化，收入增长和技术创新，支出压力持续加大，医疗费用快速上升的趋势在短期内难以扭转。一些高收入国家的经历表明，如果没有适当的控制，过快的卫生支出增长会加重个人、企业、政府的负担，难以持续。

世界银行为此联合研究专门开展的财政投入预测显示，若继续现有的服务提供模式，不进行改革，中国卫生总费用将由2014年占GDP的5.6%增长至2035年占GDP的9%的以上，分阶段预测的平均年增长率为8.4%。这些增长中超过60%以上都将来自于住院服务。也就是说，若能控制相关不合理因素，减少体系中的低效率，中国可以节省大约占GDP3%左右的支出。要真正节省这些支出，要更多地使用门诊和基层服务。本研究报告分析了为实现这一目标要进行的改革。

在取得了前述成果的基础上，中国需要进一步深化医疗卫生体制改革，从而避免高收入国家经历过的走向高成本、低价值的医疗卫生服务体系的风险。当前的服务体系以医院为中心、注重服务数量。服务模式注重提供治疗服务，而不是从源头上保障健康；人们倾向于在医院，而不是在基层接受服务。卫生筹资分散，医疗保险还没有更加主动地购买卫生服务。基层缺乏合格的医务人员，进一步削弱了卫生系统发挥疾病预防、早诊断、早治疗、服务一体化等核心职能的能力。一些医疗机构，特别是基层医疗机构的服务质量

不高或有关服务质量的信息有限，高级医疗机构的候诊时间长，人们对他们与服务提供者之间的互动有所不满。这种情况在一定程度上影响了人们对医疗机构的信心。

中国领导人已经认识到了这些挑战，并制订了影响深远的政策，以改革卫生服务提供体系。2009年新医改以来，中国政府投入大量资金开展基层卫生基础设施建设，推进建立全科医生制度，基层医疗服务体系得到强化，服务能力进一步提升，基本公共卫生服务覆盖面显著扩大。特别是近期国务院办公厅颁布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发[2015]70号）。2015年10月29日，十八届五中全会提出了“健康中国”国家战略，将改善全民健康作为卫生系统的主要战略目标。这一战略将指导“十三五”（2016-2020）期间卫生改革的规划和实施。中国政府也加快了卫生领域立法的步伐。涉及基层卫生筹资、服务提供、医药和社会力量投资等各方面的《基本卫生法》也已经被纳入全国人大立法工作日程。

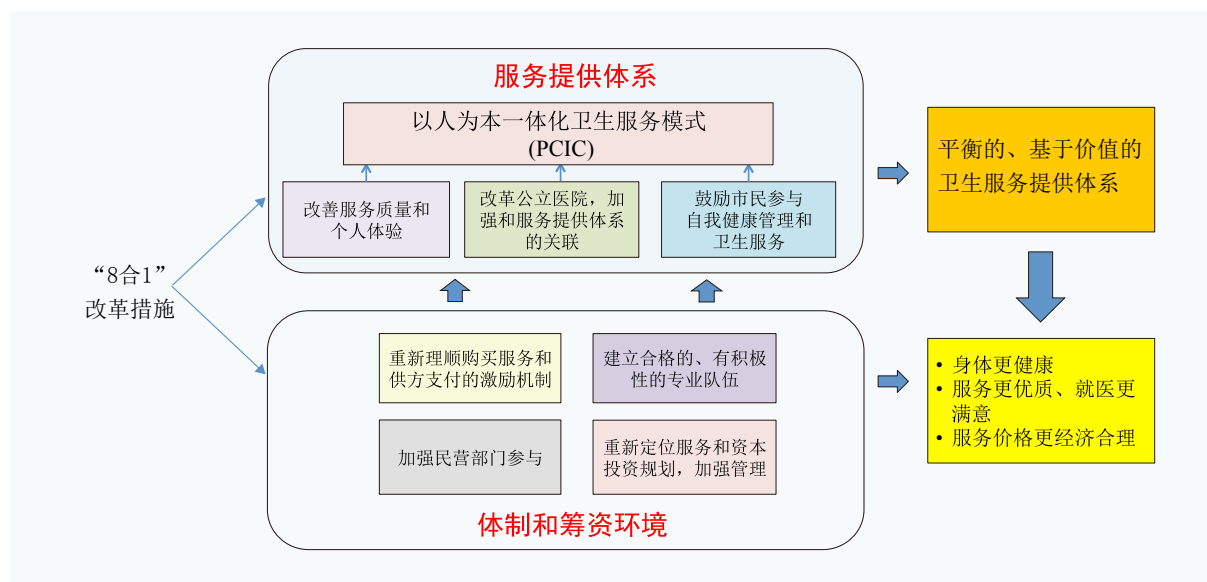
中共中央有关“十三五”规划的建议和最近发布的医改政策中都包含了服务提供体系改革的核心内容。例如，政策强调要建立分级诊疗制度，包括强调基层卫生服务和社区卫生服务，推进人事制度改革，更好地发挥医疗保险作用以及鼓励社会力量参与办医。政策还提出“以人为本”的原则，如构建和谐医患关系，通过建立分级诊疗，使用多学科服务团队和服务联合体来促进防治结合，让资源下沉到基层，改革公立医院治理模式，完善区域卫生服务规划。虽然已取得重要的进展，但主要限于试点项目。这就显示了推进改革实施，强化改革扩面推广的必要性。当然，这些改革措施的实施有难度，广泛推广也需要假以时日，因此大家都认为改革进入了“深水区”。

本研究报告提出的改革措施旨在帮助中国渡过“深水区”。报告提出了八个方面的战略性改革方向，也可以称之为八个“推手”。这八个改革重点关注提高卫生服务提供的能力，并改革“顶层设计”，创造有利的筹资及制度环境来推动改革。每项“推手”都包括一系列实施卫生服务体系改革‘做什么’和‘如何做’的核心行动和实施策略，意在为各级政府提供政策实施的指南。各项“推手”之间是相互关联的，是一个有机的整体，这些行动需要同步执行，不能单独实施。例如，基层医疗机构的卫生服务改革需要强有力的机制建设，从卫生人力资源和筹资的角度提供制度支持，以实现三项卫生系统的核心目标。总而言之，八项“推手”代表的是深化医药卫生体制改革的一套综合措施，应当作为一个有机的整体。

中国的卫生支出会随国家经济增长而增加，这是不争的事实。但是，如果能够选择合适的就医地点、合适的机构和适当的服务，高效利用资源，

医疗卫生费用的增速可以得到控制，从而保证服务的可负担和卫生体系的可持续发展。中国需要尽快在卫生服务提供，卫生筹资领域推行改革，来满足人民群众的需要和适应经济发展的现实状况。中国政府已经下定决心，卫生改革不能一蹴而就：在当前环境下，继续原有的服务提供方式，必将带来更高的医疗成本和对政府，家庭造成更大的负担。报告中的一个关键信息是创造价值的重要性。所谓创造价值，就是努力同时实现以下三个目标：提高人民健康水平、为个人和家庭提供更优质的医疗服务及更好的服务体验、医疗卫生费用个人和政府可以负担。这也意味着要缩小人群健康和医疗服务之间的差距。进行服务提供体系改革，必须一直关注提高健康水平，而不是提供更多的治疗服务；必须要从奖励服务量和收入转向奖励健康结果—让投入的资金创造更高的价值。通过改革服务提供体系，将更容易实现更好的医疗服务，更好的健康水平，以及更加可负担的医疗成本等各项目标。

图 1 相互联系的八个推手



本研究报告提出了八大战略改革方向，在文中称为“推手”，构成深化医药卫生体制改革的一套综合性干预措施。每个推手都包含一系列核心措施和相应的实施战略，即深化卫生服务提供体系改革要“做什么、怎么做”，意在为各级政府提供政策实施指南。各项“推手”之间相互关联，不能割裂开来单独实施。例如，一线卫生服务提供方开展的改革行动需要强有力的制度支持，因此还需要与筹资制度和人事制度改革相结合，以期实现改革目标。

上述建议的核心是全面采用新的服务提供模式，即“以人为本的一体化服务”模式（PCIC），促进中国尽快实现卫生服务提供体系改革的愿景目标，使投入的资金产生更大的价值。以人为本的一体化服务模式（PCIC）是一种围绕居民及其家庭的健康需要组织服务的提供模式。PCIC 模式有效运行的基础是强有力的基层卫生服务体系。在该模式下，通过正式的上下协作的安排、优质数据、供方之间以及医患之间的信息共享、患者在就医过程中的积极参与等，基层医疗机构与二、三级机构实现了服务一体化。PCIC 模式需要组建跨学科服务团队，运用电子医疗工具跟踪患者的状况，在提供持续性服务的过程中不断监测健康结果，不懈关注医疗质量的持续改进。PCIC 将治疗和预防服务相结合，为患者提供综合全面的服务体验，也为医疗机构确立可测量的绩效目标。大型二、三级医院将扮演新的角色，主要负责治疗疑难复杂病例，并牵头开展卫生人才队伍建设。对医患双方行为、医疗服务及其结果的测量、监督和反馈应基于可获得的、经过核实的最新数据。

第二，持续改进医疗质量是 PCIC 和建立高价值服务体系的基本要素，也是获得公众信任的关键。在加强卫生服务质量改进的能力方面，国际经验显示，政府的领导和引导至关重要。首先需要有一个全方位的协调机制来监督全行业，包

括公立和社会力量举办的卫生服务提供体系的系统性质量改善状况。该协调部门负责协调关于医疗质量保障和质量改进的一切工作，包括服务购买方将服务质量与激励机制挂钩，并积极与所有利益相关方沟通合作，确保质量保障和改进策略得以贯彻实施。包括澳大利亚、英国、法国和美国在内的许多国家都创立了这样的国家级机构。无论采用何种办法，该机构应负责向临床医生和公众提供所有与卫生服务质量相关的科学信息，并成为提高服务质量、确保供方以高标准提供循证服务的领导机构。该机构也是吸收和借鉴医疗服务改进方面国际经验的平台。许多经合组织国家已经建立了这样的机构。此外，深入研究各级医疗卫生机构的服务质量及质量改进方案，也有利于进一步加强服务质量改进工作。很多国家运用基于数据的综合性质量绩效报告促进卫生体系的绩效。该报告也有助于领导和医务人员关注工作中哪些影响质量的差错是可以避免的，可以利用哪些机会更好地服务于患者和社会。

第三，鉴于患者的信任对于 PCIC 模式的成功至关重要，报告建议要让患者熟悉、了解医疗卫生体制并积极参与就医过程。要想最大程度的利用稀缺资源，就要根据患者的偏好来进行投资决策，这需要跨学科临床团队与患者进行双向交流。没有这样的沟通，一线服务提供方做出的决策就可能出现本来可以避免的漏洞，服务没有满足需要，又偏离病人偏好，久而久之，效率也会下降。

第四，新的服务提供模式需要医院扮演新的角色。公立医院改革是推进卫生服务提供体系改革、建立 PCIC 模式的重要组成部分。从全球来看，医院的角色都在发生变化，不再是处于服务体系核心位置的孤立机构及首诊地，也不再提供“一站式服务”，而是日益成为服务网络的一部分，与基层卫生机构、诊断中心和社会服务机构

等供方协作。平稳地将不复杂的服务下沉到基层，医院与基层实现人员共享，为基层提供技术支持和培训。转变中国公立医院的角色，需要改革责任机制，提高管理水平。治理改革包括建立法律框架并在其中明确医院的组织形式（如董事会或理事会），即政府与医院管理层之间的问责平台，确定这类董事会/理事会的作用、构成和功能，将决策自主权赋予医院管理者，制定强有力的问责机制和激励机制，使医院的绩效和行为与政府的工作重点和服务模式改革一致。此外，医院管理者职业化也会有益于中国的医院改革。这需要各项短期和长期措施，包括研究、消化、吸收先进的公立和民营医院的管理实践创新，建立促进医院管理者职业发展的高级管理人员职业发展规划，与学术机构加强合作，拓展医院管理专业的学位课程设置。

第五，服务提供体系改革包括重新调整各种激励机制并强化购买行为。在提高医护人员业务技能水平的同时（下一项），PCIC 需要体系内的各种激励机制加以支撑，从而影响供方行为，加强并保持“以患者为中心”模式的基本特征。此外，经济激励是降低成本、提高服务质量的关键机制，可以将医疗服务的生产和提供引导到决策者确定的重点领域。设计有效的激励机制协调众多利益相关方各自的目标，是一项复杂的工作。因为各方都会根据规则的变化来调整自己的行为，因此激励机制需要定期微调，不断调整。所幸，近年来全国各地纷纷进行试点，提供了许多可资借鉴的经验。实现愿景目标需要：(i) 将以“按项目付费”为主的供方支付方式转变为按人头付费、按病种，按病例组合（DRGs）付费及总额预算的方式；(ii) 从整个卫生服务网络的角度，纠正、调整各项激励机制，从而提高人民健康水平，提升服务质量，控制服务成本；(iii) 纠正、调整各项激励机制，扭转目前各级机构间服务分配不合理的局面；(iv) 巩固、提高医疗保险的管理能力，使之成为战略购买方。

第六，卫生人力资源需要适应新的服务提供模式。PCIC 的实现需要服务团队，也需要具有同样价值观的个体执业医生，由此提出了如何构建中国医疗卫生人力队伍的问题。提高基层卫生人员的地位是所有 PCIC 模式的核心。这需要政府、医疗服务提供方、大众之间建立共识。对于在与医院共同为公民提供连续性卫生服务的过程中，基层卫生服务发挥的核心作用，各方需有同样的理解。许多国家都调整了他们的医疗卫生队伍，加强了基层的力量，中国可以从中借鉴经验。具体的实施策略包括：(i) 改革人员编制，建立单独针对基层卫生人员（特别是全科医生）的职业资格许可制度和职业发展前景；(ii) 制定专门针对基层卫生服务的职业发展路径，开发并激励基层卫生人员，包括全科医生、护士、中级卫生人员以及社区卫生人员各自的职业发展路径；(iii) 将全科作为一个专门的学科（如家庭医学），与其他专科享有同等地位；(iv) 对照专科医务人员，完善基层卫生人员的薪酬体系；(v) 提倡广泛使用训练有素的辅助型医护人员（例如说，临床助理，助理医师，助理护师，社区卫生员等等）并通过电子信息系统（ehealth）将他们与其他专业联系起来，加强基层医疗卫生服务。

第七，民营部门的参与应该与新的服务提供体系相一致。需要就民营部门的作用形成统一的认识，并建立良好的监管环境，允许合格的民营机构提供具有成本效益的服务，与公立医院公平竞争。中国已经明确表达了希望民营部门以何种形式进入医疗卫生行业的哪些领域。这些清晰的表述有助于社会力量，医疗服务供方，和地方政府。地方政府要制定相应的监管机制，引导民营企业充分发挥对现有公立系统的补充作用。保证目标得以实现的具体策略包括：(i) 明确民营部门在哪个领域可以发挥最为有效的作用；(ii) 不对民营部门的市场份额制定数量目标，而是明确民营部门在哪些优先领域发展最符合公众利益；(iii) 形成共同的愿景目标，并予以公布，广泛沟通；(iv)

起草指南说明民营部门参与医疗卫生行业的程序，指导省级和地方政府因地制宜地落实中央政策。政府需要对社会力量进入卫生领域极其扩张实行严格的监管，并充分地总结经验教训，适时调整。

最后，报告建议对中国卫生领域资本投资的决策方式进行现代化改革，从以投入为基础的传统规划模式转变为根据各区域实际人口与流行病学状况规划资本投资。预计到2020年，中国卫生领域年度资本投资总额将达到500亿美元。由以宏观标准为基础的投资策略变为按照居民实际需要进行投资决策，有助于中国更好地规划如此大量的资本投资；使如此巨大的资金能够创造出相应的价值，满足公平、可负担的医疗卫生体制的需求。从资本投资规划转变为以人为本的服务规划，就需要根据疾病负担、人口分布状况及日常卫生服务需求来确定公共投资的优先次序。可以以制定服务规划为契机重建卫生服务网络——包括服务网络的设计、组织文化和实践，更好地满足患者及其家属的需求和服务供方的愿望。使用这种服务规划方式，资本投资规划作为优化资金（如保险报销和政府补助资金）使用的必要工具，可以指导未来服务设施的建设，调整当前资本配置现状，同时确保不会造成能力过剩，避免导致效率下降和资本错配。

在更大范围内有效的、可持续的实施改革。全国各地已纷纷进行改革试点，实施各项改革政策。但只有协调、审慎的进行综合性改革，才能够取得成功并得以推广。建议建立三个战略平台，营造有利的治理和组织环境，促使改革的实施可持续、可推广。填补政策与实施之间的鸿沟，需要能力、资源、责任制以及下决心进行合作，评估和不断地学习。本报告建议形成一个简易但可以执行的实施框架，至少包括以下四个系统，并要符合中国国情：（i）宏观实施及（外部）影响系统；（ii）协调及支援系统；（iii）执行及学习系统；以及（iv）监管及评估系统。以下的建议

是针对如何建立有利的组织架构，责任制度和合作的环境，来促进可持续的落实及大面积推广。

- **宏观实施及（外部）影响系统：**中央政府依据国家政策的实施及监测指南进行强有力的监督。高级领导人或政策制订者强调实施的重要性并密切关注卫生服务提供体系改革的落实及实施是至关重要的。中央政府须“亲自”领导，引导、监督改革的实施。可以考虑充分发挥国务院医改领导小组的统筹协调作用，拟订一系列政策执行及监测指南来指导各省及地方政府制订规划及实施。这些指南要对改革的全面贯彻落实提出要核查的任务目标或中期结果。但是，这些指南不是放之四海而皆准的蓝图，需要具备可操作性，明确地分类说明“应该要做什么”。然后，赋予省级或地方政府自主权，发挥主观能动性来决定“如何做”，包括因地制宜地安排如何规划，执行以及安排各项活动的先后顺序。伴随这些指南需要建立起强有力的监测体系，确定能够独立评估核查实施进度和结果的相关指标（下文详述）。最后国务院医改领导小组还应建立起强有力的问责机制，推动省级和地方的改革实施。比如，将前面提到的指标放到中央与省级或地方政府签订的“目标责任书”中。对于某些能力欠缺的省区或地方，中央可以考虑提供资金并安排技术指导来帮助其执行。
- **协调和支持系统：**协调、完善治理组织机制，使省级和地方政府对改革的有效实施负责。强化问责安排，尤其是让省级和地方政府对结果负责，并支持第一线的改革实践。协调和支持系统需要让改革的组织结构更加贴近第一线的改革实践，并发挥以下功能：协调并确保主要利益相关方的支持，安排培训，提供技术支持，规划并

调整实施计划及其时间表，与社区、公众，各级各类医疗机构及人员就改革的内容进行沟通、体察民意，并让改革第一线的卫生医疗服务提供者、医护人员对改革的实施过程及结果充分负起责任来。强化责任机制对于改革的落实具有至关重要的作用，尤其对省级和地方政府是如此。由于要协调服务供方及各方利益，因此任何一项责任制的安排都要强有力，才足以来理顺各方机制，并调动地方政府的改革意愿。一种解决办法是完善和加强省级“领导小组”或“委员会”，如一些地方已在实施的，由政府主要领导（如书记、省长或市长）担任组长。可以根据实际情况建立地方级（地、市、县）领导小组，这样的领导小组在一些地方已经在发挥作用，例如福建三明。这些领导小组对加强三医联动发挥了重要作用。也可以利用现有的领导小组协调并支持改革的实施。领导小组需要强有力的领导和政治支持，并被授予充分的权力推动辖区内改革的实施。地方领导人的晋升考核体系中也应该包括改革实施绩效方面的内容。建立领导小组这种方式的益处在于他是一个大家熟知的机构间协调机制，而且在现有的制度框架下已经取得了成功。尽管如此，“领导小组”仍可能被认为是一个临时部门，虽然在某种程度上可以减少制度碎片化对改革贯彻落实的潜在负面影响，但并没有把机构间的协调予以制度化。一个长远的解决方案涉及到机构整合，可以考虑将其作为整个政府行政管理组织机构改革的一部分。中国可以借鉴经合组织国家参与卫生服务管理各部门的组织结构，职责分工和功能的协调，特别是那些以社会保险为主要筹资方式并具有多元服务提供体系（公立和民营）的国家的经验。

- **执行及学习的系统：**在卫生服务网络和机构层面建立“转型学习协作体”（TLCs），作为在一线实施、支持和推广改革的基石。改革的实施主要是集中在第一线的医疗卫生机构——包括卫生服务网络、医院、社区卫生服务中心或乡镇卫生院——都必须通过不断学习、不断解决问题来加速改革的成功实施。与此同时，还需要对政策指南因地制宜地加以调整，使之符合一线卫生服务的需要。公立和民营机构可以携手建立一个协会，致力于实施 PCIC 以及开展筹资和机制环境领域的相关改革。可以考虑在中国建立 TLC，即某一县、区、市的一些机构建立合作伙伴关系，以便在一线实施、管理、并持续开展改革。TLC 背后的理念是，协助和指导地方医疗机构（如村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县区医院）实施并扩大新的服务提供模式，消除“知识”与“执行”之间的鸿沟。表面上，TLC 是把循证基础上的经验转化为改革实践，特别是采用国内、国际的临床实践标准。但是它同时也包括从实践中学习的过程。省级（和地方）领导小组可以确定由哪些医联体或服务网络、医院及基层卫生机构来组成 TLC。
- **监管及评估系统：**要确保强有力的且客观独立的实施监测及影响评估。监测和评估改革实施的效果以及改革的影响是至关重要的过程，但却常常被忽视。需要收集改革实施相关信息并加以总结，在数据的基础上指导改革政策的完善和下一步的改革政策制定。认真细致的监测可以识别出改革是否与既定目标保持一致，并追踪实施的状况与期望的改革是否相符。影响评估是用于衡量各种预期的和非计划的效果和结果。中国可以考虑建立一个客观公正的独立监测评估系统，来衡量并核实改革的

落实情况、进程、及其影响。还可以考虑建立一套监测卫生费用的体系（包括不同层级政府的财政开支，社会保险基金，自付费用等等）。这些绩效监测系统可以与学术机构合作完成。国务院医改办根据建议的实施指南和已有的监测系统，负责设计监测方法，收集基准值以及建立各项衡量指标，来监测改革的落实。

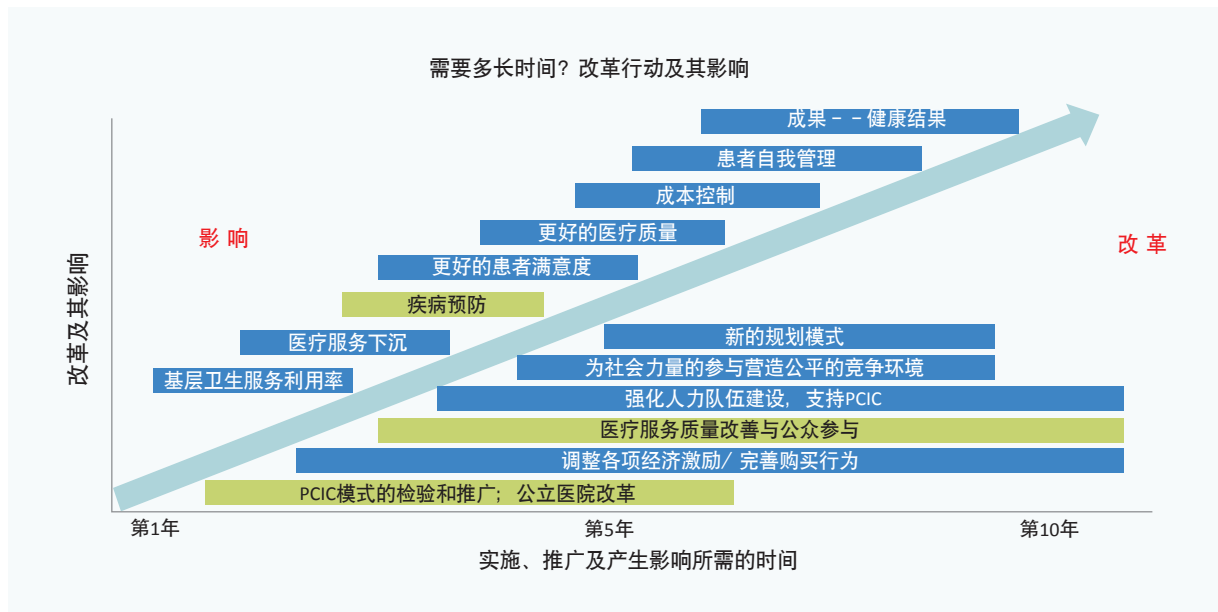
改革路径对改革结果至关重要。改革的顺序可以沿着两个路径来设计：一个是建立问责制和相应的组织安排，另一个是贯彻落实建议的核心措施。第一个改革路径，第一步是中央政府制定具有操作性的改革实施及监测指南，引导、监督地方政府实施改革，同时加强国务院医改办的权力和职能。然后是建立由省级或地方主要领导牵头的领导小组，并授予充分的权力推动改革的实施。地方政府负责制定、执行符合本地情况的实施计划，但要与中央的实施与监测指南一致。第三步，建立一线“学习协作体”，帮助一线设计、实施建立 PCIC 初期的核心干预措施。中央与省级、省级与地方分别签署绩效协议，明确衡量标准和预期效果。这种做法在各阶段都会促进改革的及时实施。第二个改革路径是实施核心改革措施，除了要实施 PCIC 模式以外，另一个重要的方面是要理顺供方支付制度激励机制，加强政府购买卫生服务的能力，从而提高人民健康水平，提升服务质量，降低成本。变革人事管理和薪酬制度，提高基层医生的地位，也是改革中非常重要的一步。另一个早期采取的干预措施是建立由二、三级医院、基层卫生机构和社区卫生人员组

成的一体化服务联盟或网络，这个服务网络有保险支付制度和政府预算的支持，并有电子医疗信息系统作为支撑。

改革需要多长时间？没有人知道答案。国际经验表明，医疗卫生改革是长期的过程，而且需要不断的动态调整。没有哪个国家永远是正确的，而且什么是“正确的”本身也是因情况而异，因时间而异。现在正确的做法可能长期做就是错误的。中国可能需要考虑用大概 10 年的时间全面实施并推广报告中的改革建议。中国幅员辽阔，各地情况不同，改革的具体实施方式会有较大差异。诚然，一些地区会进展得快一些。如图中所示，一些改革实施推广起来，需要较长的时间。预计，PCIC 模式的实施和推广大概需要 5 年时间，而加强人力资源需要 6-8 年的时间。像成本控制、改善健康结果等改革措施的影响可能要等到实施五年后才能显现出来。

请注意：本研究主要关注于如何在中国开展卫生服务提供体系改革，并建立相应的筹资和制度环境。受限于篇幅和时间，没有涉及其他重要改革内容，可留待以后进行研究。这些未涉及的改革包括：药品领域，烟草产业，卫生专业人员的教育和执业资格认定，中医药（与西药的结合），医学技术的传播和应用。一些内容如医养结合，医疗保健和社会服务之间的联系等将在另一个世界银行集团的研究中涉及。最后，请务必记住，这份政策总论报告是本研究研究发现和总结的总结。本研究的最终报告将基于本政策总论的主要议题和建议进一步扩展并加以详细阐述。

图 2 改革实施的路线图



来源：Adapted from Cutler, 2014。

缩 略 语



ABCS	阿司匹林、血压、胆固醇、中风	GP	全科医生
ACTION	养老服务转型项目（新加坡）	HCA	医联体
AMI	急性心梗	HMC	医院管理中心 / 委员会
ARS	地区卫生管理局（法国）	HRH	卫生人力资源
BHRSS	人力资源和社会保障厅	IHI	医疗服务改进机构
CDM	国家，地区和都市	IMF	国际货币基金组织
CHC	社区卫生服务中心	IOM	医学研究院
CIHI	加拿大卫生信息研究所	IT	信息技术
CIP	资本投资规划	LLG	地方领导小组
CMS	美国 Medicare 及 Medicaid 服务中心	MDT	跨学科团队
CNHDRC	国家卫生计生委卫生发展研究中心	MOF	财政部
CoG	医院董事会（英国）	MOHRSS	人力资源和社会保障部
CON	需要证书	MQCCs	医疗服务质量控制委员会
CPAS	医生预约中心系统	MSMGC	医疗服务管理指导中心
CQI	持续质量改进	MTEF	中期支出框架
CT	计算机断层扫描	NCDs	非传染性疾病
DRGs	诊断相关分组	NCMS	新型农村合作医疗制度（新农合）
ECG	卫生支出超额增长率	NCQA	国家质量保障委员会
EHR	电子健康档案系统	NDRC	国家发改委
ED	急诊科	NFO	非营利机构
FT	基金会信托（英格兰）	NHCQC	国家医疗卫生服务质量委员会
GDP	国内生产总值	NHFPC	国家卫生和计划生育委员会

NHS	英国国民保健制度	SATCM	国家中医药管理局
NICE	英国国家卫生与临床优化研究所	SCHRO	国务院医改办
NSW	新南威尔士	SES	圣保罗州政府卫生局（巴西）
OECD	经济合作发展组织（经合组织）	SFDA	国家食品药品监督管理局
OOP	自付费用	SORS	区域战略卫生规划（法国）
OSS	社会健康组织（巴西）	THC	乡镇卫生院
P4Q	按质量付费	TLC	转型学习协作联盟
PCIC	以人为本的一体化卫生服务模式	TQM	全面质量管理
PCMH	以患者为中心的医疗之家	UAE	阿拉伯联合酋长国
PCP	基层卫生服务提供方	UEBMI	城镇职工基本医疗保险制度
PDSA	计划-实践-研究-行动循环	UK	英国
PHC	基层卫生服务	URBMI	城镇居民基本医疗保险制度
PLG	省级领导小组	US	美国
PPP	购买力评价	VBP	价值为基础的购买服务
PREMs	病人自报服务体验指标	VC	村卫生室
PROMs	病人自报服务结果指标	VHA	美国退伍军人健康管理局
QI	质量改进	VTE	静脉血栓
RMB	人民币（元）	WHO	世界卫生组织
		WMS	加权管理评分表

引言



深化医药卫生领域改革是中国社会发展的重要工程。2009年，中国启动了雄心勃勃的国家医药卫生体制改革，承诺显著增加卫生领域的投入，让全体国民到2020年都能享受到可负担、公平、有效的医药卫生服务。国家医疗保障制度在前一轮的改革中得以建立；在此基础上，医改之初的2009—2011年国家就投入了13800亿元，重申了政府在医疗卫生筹资和公共产品提供方面的主导作用。经过近六年实施，医改已经取得多项显著成绩，以前所未有的速度建立了全民医保体系。保险保障范围也逐步扩大。例如，主要面向农村居民的新型农村合作医疗（新农合）保障范围日益扩大，在将各种大病包括在内的同时，逐步增加了门诊报销额度。许多疾病都不再是导致农村居民因病致贫的诱因。

通过对基层卫生服务设施的大规模投入和人力资源的改革，基本公共卫生服务覆盖面显著扩大，基本实现了医保全民覆盖，覆盖率始终稳固在95%以上，卫生服务利用水平提高，低收入人

群因病致贫的主要原因—自付费用在卫生总费用中所占比例下降。服务可及性更加均衡，服务可负担性得到改善。例如，2014年三项主要的社会医疗保险计划（城镇职工，城镇居民和新农合）住院补偿比增加，三个保险之间的差距进一步缩小，分别达到80%，70%和75%。包括慢病在内的十二大类基本公共卫生服务已实现免费覆盖。基本药物制度减少了不合理用药，增加了有效药物的可及性。政府对基层投入大量资金开展基层卫生基础设施建设，基层医疗卫生服务体系得到强化，服务能力进一步提升。县级公立医院改革全面推开，城市公立医院综合试点不断扩大。改革（包括后续的相应监管机制）鼓励了民营部门参与社会办医，一定程度上减轻了公立医院的过度拥挤。最后，改革还带动了地方在卫生筹资和服务提供方面的许多创新试点——本报告将对其中一些进行了研究——并为下一阶段的改革打下了坚实的基础。中国在实现全民健康覆盖方面迅速迈进，改革成就举世瞩目。

专栏 1 什么是卫生服务的价值？

价值被定义为实现健康所投入的资金 (Porter, 2010)。更广义的定义是：以较低的成本获得更好的健康结果、服务质量和病人安全 (IOM, 2010)。从提高卫生服务能力的改革和转变策略的角度来看，价值是指“从以服务量和盈利为目标——门诊量，住院病人数量，治疗，和（诊断）检查——转到以患者健康结果为目标” (Porter, 2010:3)。这就涉及到在医疗服务和健康结果上奖励有效的联系。

低价值的医疗服务是指对健康结果有很少或根本没有益处的服务，临床意义上无效甚至有害的服务，及（与替代方案相比）成本效果低的服务。这个词包括多重概念，主要是指导致成本超支，低质的服务和不良的健康结果，包括不当的医疗，不安全的医疗，不必要的医疗，大处方，滥用，过度医疗，过度诊断，错过最佳预防时机和浪费 (Busse, et al., 2015)。

伴随着人口快速老龄化，慢性非传染性疾病（慢病）负担加重和各种影响健康的危险因素日益增长，中国在满足居民医疗卫生服务需求方面面临着新的挑战。死亡率和出生率逐步下降加速了社会老龄化，而社会和经济转型推动了城镇化进程，同时也改变了人们的生活方式，滋生出诸如肥胖、久坐生活方式、压力、吸烟、酗酒和其他药物滥用以及污染，交通事故等越来越多的有害健康的危险因素。慢病已经成为中国的头号健康威胁。这些趋势进一步加剧了中国所面临问题的复杂性，为了防止这些疾病的发生，医疗卫生体系需要积极应对，主要体现在要减少慢病的主要危险因素及控制对危险因素的暴露（如环境污染）来预防疾病的发生，保证卫生服务的提供以满足慢病患者需求。此外，收入和受教育水平的提升也使得民众对医疗卫生服务有了更多更高的要求。能否积极应对这些新的挑战将被用来衡量中国医疗卫生服务体系的改革成效。

中国的卫生服务体系需要避免走向高成本、低价值的风险（见专栏 1）。现有的医疗卫生体系更多是以医院为中心，服务碎片化和注重服务数

量。医疗卫生体系的主要缺陷是存在诱导服务提供方抬高成本的机制和对服务质量关注不足。卫生服务提供体系倾向于疾病治疗而不是注重保障人民的健康，倾向于入院治疗而不是注重基层医疗机构的服务。医疗服务提供者在各层级间（如三级，二级和基层医疗服务之间）缺乏服务整合（或协调），医防分离。在慢病高发的情况下，这意味着不能带来最优的治疗效果。卫生筹资体制碎片化，保险经办机构还是被动地购买卫生服务。社会力量的有效参与还处于初级阶段，现行的卫生服务规划方法也没有与时俱进。基层缺乏合格的医务人员，限制了疾病预防、病例发现、及早诊断和服务一体化等核心功能的发挥。

中国领导人已经认识到了这些挑战，并制订了影响深远的政策，以改革和完善卫生服务提供体系。2015年10月29日，十八届五中全会提出了“健康中国”国家战略，将改善全民健康作为卫生系统的主要战略目标。这一战略将指导“十三五”（2016-2020）期间卫生改革的规划和实施（见专栏 2）。中共中央有关“十三五”规划的建议和最近发布的医改政策（国卫基层[2015]93号）中都包含了服务提供体系改革的核心内容。例如，政策强调要建立分级诊疗制度，包括强调基层卫生服务和社区卫生服务，推进人事制度改革，更好地发挥医疗保险作用以及鼓励社会力量参与办医。政策还提出“以人为本”的原则，如构建和谐医患关系，通过建立分级诊疗，使用多学科服务团队和服务联合体来促进防治结合，让资源下沉到基层，改革公立医院治理模式，完善区域卫生服务规划。虽然已取得重要的进展，但主要限于试点项目。这就显示了推进改革实施，强化改革扩面推广的必要性。当然，这些改革措施的实施有难度，广泛推广也需要假以时日，因此大家都认为改革进入了“深水区”。

中国目前还面临着一个难以避免的难题，就是经济增速放缓，而医疗卫生支出却在持续增长。

实际上,随着人口老龄化和新技术的更多的应用,医疗费用支出的上行压力进一步加大。为了应对这些不利的趋势,中国需要尽快提出一个建立在新的经济发展状态上的卫生服务生产、筹资和供给的新模式,来满足国民的需要和期望。中国已经认识到现行的模式需要改变:在现有卫生服务提供模式下继续提供高质量的医疗卫生服务必然会导致卫生费用的快速增长,财政或家庭的负担加重或二者兼而有之。实际上,由于任何改革都需要时间来在现有的复杂的医疗卫生体系中得以实施,因此在改革太迟和成本更高之前,应该立即开始实施改革和扩大改革覆盖面。

专栏 2 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划及建设健康中国的建议

“推进健康中国建设。深化医药卫生体制改革,实行医疗、医保、医药联动,推进医药分开,实行分级诊疗,建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度。

优化医疗卫生机构布局,健全上下联动、衔接互补的医疗服务体系,完善基层医疗服务模式,发展远程医疗。促进医疗资源向基层、农村流动,推进全科医生、家庭医生、急需领域医疗服务能力提高、电子健康档案等工作。

鼓励社会力量兴办健康服务业,推进非营利性民营医院和公立医院同等待遇。加强医疗质量监管,完善纠纷调解机制,构建和谐医患关系。”

在推动卫生服务提供体系的改革方面,中国应继续将重点放在提高国民健康水平而非提供更多的治疗方面。这就建议中国卫生系统的重点应从通过服务量和收入来补偿转向注重医疗服务的结果,让投入资金发挥更大的价值。还要特别重视为全体国民提供可负担、公平的医疗卫生服务,让弱势群体不再面临因病致贫或因为付不起医药费而放弃治疗的风险。将医疗服务体系从关注疾病转变成关注价值和健康,这就需要有一个集合所有利益相关方共同朝着以下三个目标努力战略规划:一、改善整个人群的健康状况;二、为个人和家庭提供更优质的医疗服务和服务体

验;三、实现医疗费用的可负担性。

目标和受众

这份报告的目标是为中国卫生改革,尤其是卫生服务提供体系改革的愿景目标和政策提出核心措施和实施战略建议。报告的近期目标是为编制“十三五”规划提供技术支持。为了成功规划和实施卫生服务提供体系改革,许多国内国际的创新和经验都可以加以借鉴。例如中国很多成功的试点经验还没有得到推广,其中一些提供了中国进一步深化改革的机遇,可以加以推广以形成世界领先的服务提供体系。中国可以借鉴一些经合组织国家的经验,完善其卫生服务提供体系,来应对慢病、人口老龄化和费用增长带来的各种挑战。根据本项联合研究所开展的大量案例分析,最终报告将详细描述从国内和国际案例中可以汲取的经验和教训,提出支持政策落实的行动建议。

这份报告的受众为中央和省级政策制定者和监管者,地方层面的规划者和执行者,包括保险经办机构和医疗服务提供机构。政策制定者们可能会特别关注研究报告建议的改革推手和相应的核心措施领域,在最后一章中描述的中央和省政府的改革实施策略模型也会是政策制定者关注的部分。同时,规划者和执行者可以将关注点集中在核心行动领域和相应的具体实施策略,改革实施模型中,有关如何调动最前沿的改革实施者积极性的内容,也应该对改革规划者和执行者非常有用。

在继续下文之前,需要做一些说明。本研究主要关注于如何在中国开展卫生服务提供体系改革,并建立相应的筹资和制度环境。受限于篇幅和时间,没有涉及其他重要改革内容,可留待以后进行研究。这些未涉及的改革包括:药品领域,烟草产业,卫生专业人员的教育和执业资格认定,

中医药(与西药的结合),医学技术的传播和应用。一些内容如医养结合,医疗保健和社会养老服务之间的联系等将在另一个世界银行集团的研究中涉及。最后,请务必记住,这份政策总论报告是本研究对发现和总结的总结。本研究的最终报告将基于本政策总论的主要议题和建议进一步扩展并加以详细阐述。

报告结构

第1章总结了我国所面临的健康威胁和其卫生服务体系所面临的挑战,提供了本研究报告所提建议的背景和原由。后续章节对具体的挑战按主题加以详细的分析。后续的8个章节构成了报告的主体并分为两个部分。第一部分是关于服务的提供和新型服务模式,第二部分关注于改革“上游”的筹资和体制、机制环境来支持卫生服务提供体系改革。每一章节关注一个改革“**推手**”或**战略方向**来支持政府对卫生服务提供体系改革的规划和实施(专栏3)。这些推手着力于为各级政府提供政策实施指南,每个推手都包含一系列**核心措施领域和相应实施战略**,指导“**从哪些方面**”和“**如何**”深化卫生服务提供体系改革。这些推手是紧密链接在一起的,不能只单独考虑或执行单一的推手。可以肯定的是,在第一线的卫生服务提供者所进行的服务模式的改变,需要强有力的筹资和人事制度的机制体制改革来支持,才能实现上面所提到的三个目标。简而言之,八个改革推手代表了深化医药卫生体制改革的一套综合干预措施。研究报告各个部分的概述如下:

第一部分:服务提供。如何组织和提供卫生服务,服务供方之间及供方与病人之间的关联非常重要。所谓以人为本的一体化服务提供模式(PCIC)是一种围绕个人和家庭的健康需求来提供医疗服务的模式。PCIC是世界卫生组织(WHO)近期提出的以人为本和整合卫生服务全球战略的缩写(WHO, 2015, a, b)。PCIC

模式具有一系列的要素,致力于在可负担的范围内改善健康和提高服务质量,换句话说,让投入的资金产生更大的价值。具体如何落实PCIC模式需要根据实际情况进行调整。

基于上面提到的WHO的全球服务战略和更广泛的文献研究,PCIC包含一系列的战略发展方向,在本研究报告里称为“**推手**”。在卫生服务提供层面这些推手包括:(i)重新定位服务模式,特别是要加强基层卫生服务,转变医院角色,整合不同层级和不同职能的卫生服务提供者;(ii)持续提高卫生服务质量;(iii)使国民参与到管理其健康的决策中,并寻求更健康的生活方式。第四个推手是提高医院的治理和管理水平。这四个推手分别是本报告第二到第五章的主题,并组成了报告的第一部分。

总体而言,PCIC模式有效运行的基础是一个与二、三级医院正式连接起来的强有力的基层医疗卫生服务体系、在供方之间以及医患之间的数据和信息共享、病人对服务的积极参与。该模式需要组建跨领域的服务团队,运用信息技术跟踪患者的状况,在提供连续服务的过程中监测健康结果,并坚持不懈的改进服务质量。不断的评价和反馈能够确保持续地学习和改进质量。PCIC模式将治疗和预防服务相结合,为患者提供综合全面的**服务体验**,并为医疗机构确立可测量的**绩效目标**。医院将扮演新的角色,承担疑难复杂案例的治疗及引领卫生人力的发展,医院也要采用更好的治理结构和管理手段。对卫生服务、成效和医患行为的监测和反馈应基于实时的、易获得的和经过核实的数据。

放眼全球,许多国家正在实施PCIC模式,以应对与中国相似的挑战。很多国家正在尝试采用PCIC方法来解决这些与中国相同的一系列挑战:如服务成本快速增长,医疗质量令人质疑,健康成效增长停滞等。德国、丹麦、澳大利亚、

新西兰、美国、英国、巴西、新加坡和加拿大都尝试了服务提供模式改革，在这些国家虽然 PCIC 模式推广迅速，但大部分国家都只是在部分地区试点 PCIC 模式。初步结果显示了健康结果的提高，服务质量的改善和成本增长的控制，但各国内部和各国之间的差异较大。大规模的推广 PCIC 模式改革将会使中国成为卫生服务提供体系改革的世界领袖，及卫生体系创新发展的先锋，中国的改革经验也将给其它国家提供借鉴。

第二部分：筹资和制度环境。建立有利的制度环境、加强激励和问责机制，是国际上普遍认可的推动 PCIC 模式成功实施和改善服务提供的基本动力，中国也不例外。中国卫生服务提供体系改革的实施和可持续发展需要激励机制、能力

建设和问责机制上的根本性转变，尤其是购买服务的方式、对供方的支付方式和需方的报销模式，供方要报告其绩效表现，还要为更优质医疗服务的提供及体现公益性负责。这就需要强有力的治理机制和上级政府持续的支持。PCIC 模式的成功还取决于基层卫生机构的卫生人力资源的建设，提高基层卫生人员的待遇和业务水平，以及改革人事管理制度等方面的措施。通过探索更有效的政府与社会力量合作形式，也将促进 PCIC 模式的实施。最后，还要建立新的服务和资本投资规划，让投资规划符合新的服务提供模式的需要。重新理顺激励机制，建立一支合格的、有积极性的医疗卫生队伍，促进社会力量参与，改进投资和服务规划等内容在第六到第九章中进行了表述并构成了报告的第 2 部分（专栏 3）。

专栏 3		报告结构
章节	章节标题（“推手”）	
1	背景：健康结果方面成绩斐然，但仍然面临诸多挑战	
第 1 部分——服务提供推手		
2	根据以人为本的一体化服务模式打造“分级诊疗”卫生服务提供体系（推手一）（推手一）	
3	提高卫生服务质量，支持以人为本的一体化服务（推手二）	
4	加强公众对以人为本的一体化服务模式的参与（推手三）	
5	推进公立医院改革，提高公立医院绩效（推手四）	
第 2 部分——机制与筹资环境推手		
6	理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手五）	
7	加强卫生人力建设，实现以人为本的一体化卫生服务（推手六）	
8	促进社会力量参与卫生服务提供（推手七）	
9	管理卫生领域投资——从资本投资转向卫生服务规划（推手八）	
第 3 部分——推进改革实施		
10	加强卫生服务提供体系改革的实施	

中国已经形成了政府和社会力量共同参与的混合型医疗卫生服务提供体系，这个体系需要强有力的政府治理以实现公共目标。在此背景下，中央和省级政府要摆脱对服务提供体系行政命令式的管理——“传统体制”的延续，将自上而下

的行政管理转变为间接治理，即政府引导公立和民营医疗机构提供能够实现政府目标的卫生服务。目前，尽管政策要求卫生部门要管办分开，但政府仍然涉及多个方面，包括监督、筹资、治理和服务提供。

许多经合组织国家正在转向一种卫生服务提供模式，即政府主要负责筹资、监督和监管，在直接管理和提供服务方面的作用相对有限。这里最重要的是要运用政策工具和问责机制把医院目标与公共目标相统一。具体的政策工具包括补助、招标、签约、规范、信息公开和披露规则、独立审计以及税收政策等，其中有一部分已经在中国开始使用。在混合型服务提供体系中，政府的其他核心职能包括建立卫生服务购买机制，引导卫生服务和资本投资规划，制定和实施质量标准和监测，规范公立和民营医院，管理卫生专业人员和医疗机构准入，以及建立医疗纠纷解决机制等。运用这些工具，政府可以界定公立和民营机构的角色，为公立和民营医疗机构创造公平的竞争环境，并为公私合作确立更加规范、透明且符合公益性目标的合作路径。但是，国际经验表明，这些工具要足够强大和透明，政府要具备足够的政策执行和数据监测能力来捍卫公众利益，避免强大的私营（和公立）机构控制政策和监管。

第三部分：推进改革实施。报告最后一章提出了有关实施战略、协作安排和组织构架的建议以促进改革的持续实施和全面推广。建立在广泛的实施策略文献分析上，本章阐述了一个适用中国的可操作的实施“体系”框架和相应策略，以促进政策的有效实施和全面推广。同时，本章还对实施改革并全面推广的步骤和时间表提出了建议。

最后，本报告通篇引用了联合研究开展的许多具体的案例分析。下面的专栏 4 列出了这些具体案例的名称和地点，以及报告在引用时使用的命名。

附件 1 描述了与每个改革推手相对应的一系列核心措施建议；附件 2 列举了支持每个推手的政府的政策；附件 3 将核心措施建议与最近推进分级诊疗制度建设的政策（国办发[2015]70 号）相对比；附件 4 简略描述了联合研究开展的具体的案例研究；附件 5 列出了国际上对 PCIC 的影响进行评价的研究的清单。

专栏 4 研究案例的命名, 名称和地点		
报告中引用时的用名	研究案例	地点
中国案例研究		
北京朝阳医联体	北京朝阳医院医联体 (CHA), 四个案例	北京
北京北大医院一体化服务体系	北京大学人民医院一体化服务体系, (PKU IDS), 四个案例	北京
肥西医改	加强基层卫生服务能力 (SCPHC)	安徽, 肥西
杭州“十二五”医改	十二五医改 (TFY)	浙江, 杭州
湟中医联体	医联体 (HCA)	青海, 湟中
上海家庭医生	家庭医生制度 (FDS)	上海
上海瑞金 - 卢湾医院集团	上海瑞金 - 卢湾医院集团 (RLG), 四个案例	上海
息县协作医疗	协作医疗 (IC)	河南, 息县
镇江医改	大卫生 (GH)	江苏, 镇江
镇江康复医疗集团	江苏镇江康复医疗集团 (ZKG), 四个案例	江苏, 镇江
国际案例研究		
坎特伯雷卫生服务计划	卫生服务计划 (HSP)	新西兰, 坎特伯雷
丹麦病人一体化服务	对慢病患者的一体化服务 (SIKS)	丹麦
佛森区医疗中心	地区医疗中心 (DMC)	挪威, 佛森
詹姆斯·库克大学医院门诊急诊服务	詹姆斯·库克大学医院 (JCUH) 门诊急诊服务 (AEC)	英格兰
金齐格塔尔	健康的金齐格塔尔 (GK)	德国, 金齐格塔尔
马里兰服务至上项目	以患者为中心的医疗之家项目	美国, 马里兰
荷兰糖尿病医疗服务	马斯特里赫特糖尿病医疗服务项目 (DTC)	荷兰
葡萄牙地方医疗中心	地方医疗单位 (ULS)	葡萄牙
新加坡区域医疗体系	区域医疗体系 (RHS)	新加坡
土耳其卫生转型规划	全国医疗卫生转型规划 (HTP)	土耳其
美国全方位老人照护方案	为老人提供涵盖所有需要的服务方案 (PACE)	美国
美国退伍军人健康管理局病人协同照料团队	美国退伍军人健康管理局 (VHA) ——病人协同照料团队 (PACT)	美国

来源: 附件 4。

第一章

背景：健康结果方面成绩斐然，但仍然面临诸多挑战



中国曾经是基层卫生服务和公共卫生的先驱者，近年来在实现全民医保方面更是成绩斐然。赤脚医生制度、居民医保、职工医保以及轰轰烈烈的公共卫生运动，加之收入增加，贫困率下降和生活水平提高（卫生状况、水质、教育水平、营养状况、住房条件），居民的健康水平显著提高，死亡率大幅下降，预期寿命有了前所未有的增长（Yang 等 2008, Caldwell 1986）。与 50 年前出生的那一代人相比，今天出生的中国人预期可以多活 30 多年。而且，中国只用了富裕国家一半的时间就取得这样的成绩（Deaton 2013）。

上世纪九十年代末，医疗服务的可负担性问题令人担忧，因此国家决定进行第一轮改革。主要内容是扩大医疗保险的覆盖范围。起初的工作重点是重新建立面向正规就业人员的医疗保险制度，于 1998 年建立了城镇职工基本医疗保险制度（城镇职工医保）。随后，在 2003 年建立了新型农村合作医疗制度（新农合），政府为农村人口提供医保补贴。2007 年建立了针对城市非正规就业人员，儿童和老人的城镇居民基本医疗保险制度（城镇居民医保）。

2009 年，中国启动了新一轮医药卫生体制改

革，承诺大幅增加卫生投入，让全体国民到 2020 年都能享受到可负担、公平、有效的卫生服务。在前一轮改革基础上，2009 年医改之初国家就投入了 8500 亿元，重新加强了政府在医疗卫生筹资和公共产品提供方面的作用。经过近六年的实施，医改已经取得众多显著成绩，以几乎前所未有的速度基本实现了全民医保，2011 年全国医保覆盖率超过 95%。政府对社会保障制度的补助显著提高了住院、年度体检、产前检查等卫生服务的利用水平，降低了个人自付比例。医保的保障水平不断提高，2014 年三项主要的社会医疗保险计划（城镇职工，城镇居民和新农合）住院补偿比增加，三个保险之间的差距进一步缩小，分别达到 80%，70% 和 75%。包括慢病在内的十二大类基本公共卫生服务已实现免费覆盖。基本药物制度减少了不合理用药，政府取消了医院的主要收入来源—药品加成，增加了有效药物的可及性。县级公立医院改革全面推开，城市公立医院综合试点不断扩大。另外，政府还投入大量资金改扩建各级医疗卫生机构，特别是基层医疗卫生机构，并增加卫生工作人员数量，提升其技能水平。

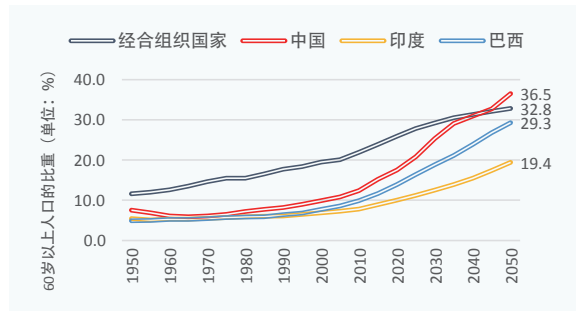
尽管取得了上述成绩，中国仍然面临着三大挑战。第一大挑战是人口结构和流行病趋势的变

化，即快速老龄化、慢性非传染性疾病（慢病）来袭及其致病风险因素广泛流行。第二是监测和提高医疗服务质量。第三则是服务体系内部的一些因素，包括以医院为中心的服务提供体系、资源分配不均衡、促使供方推高医疗费用的激励机制及其他制度层面的问题。本章首先评述了这三大挑战，随后分析了如果不加以控制，可能会对体系效率及卫生费用造成的影响。

一、老龄化、慢病及风险因素

老龄化：死亡率和生育率下降反映了社会进步，但也造成人口快速老龄化。这会对社会经济政策产生深远影响，也对卫生体系提出了新的需求——提供相应的服务，确保人民更加健康长寿。2013年中国有60岁以上人口2.02亿，在总人口中占比15%（中国国家统计局2014）。预计2030年这一数字会翻一番，到2050年老年人口占比会超过1/3（联合国2015，2013）。中国调整现有政策应对人口老龄化挑战的窗口期，比经合组织国家短得多（图1.1）。以目前的速度推算，中国将在26年内完成法国走了115年的老龄化进程。（Kinsella和Phillips 2005）。

图 1.1 中国的老年人口比重会迅速赶上经合组织国家

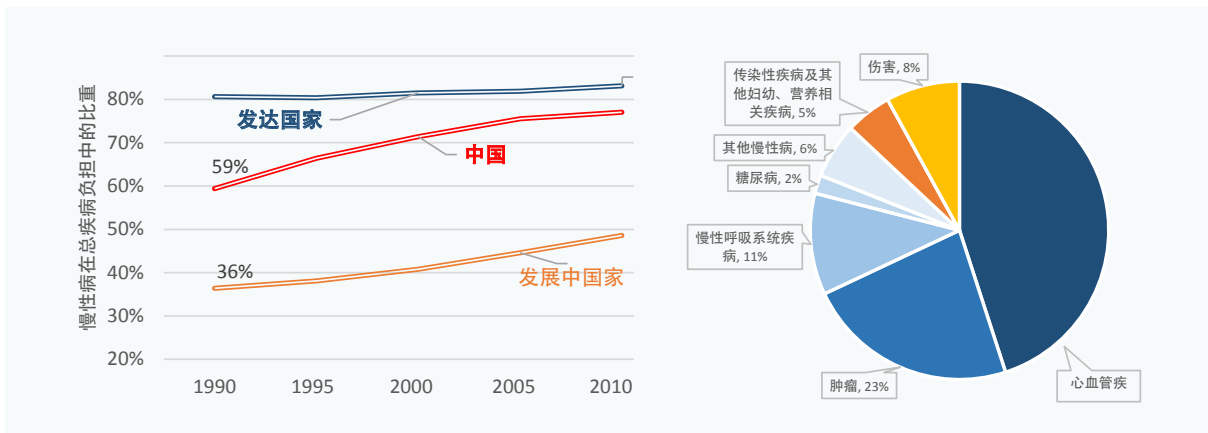


来源：联合国 2015。

注：根据世界卫生组织标准划分国家组别。

慢病：中国的人口老龄化会对死亡率和患病率产生深远影响。仅仅在25年前，伤害、传染病、新生儿、营养和孕产妇疾病占中国疾病负担的41%，与今天普通发展中国家水平相当（图1.2）。而现在，慢病占到了中国77%的健康生命年损失和85%的死亡诱因，与多数经合组织国家的情况相近。仅心血管疾病和癌症就占到死亡的2/3（WHO 2014）。中风、缺血性心脏病、慢性阻塞性肺炎、肺癌是过早死亡的三大原因，糖尿病、肌肉骨骼障碍和抑郁症成为失能的主要原因（IHME 2010, Yang等 2013）。预计慢病流行率还会继续上升。据估计，未来二十年，40岁以上中

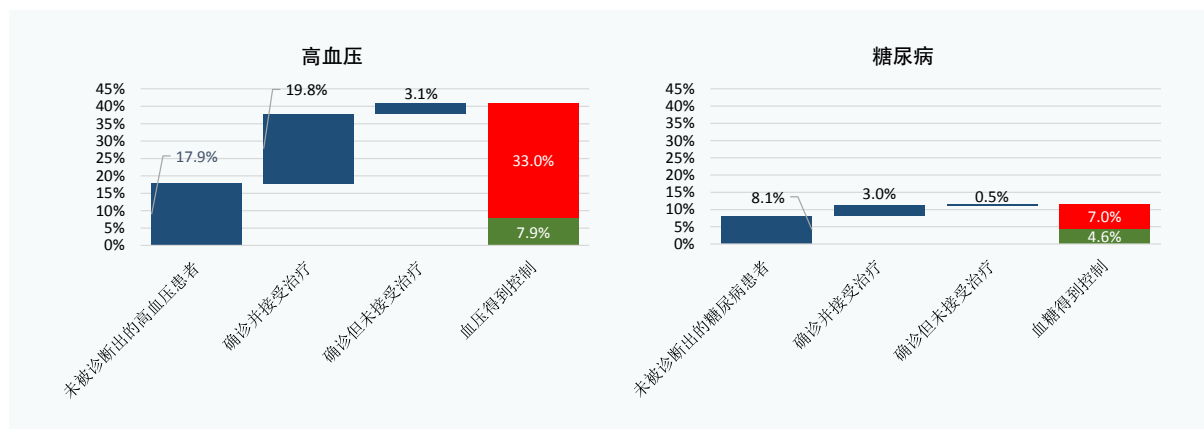
图 1.2 慢病在疾病负担和死因中占主导地位



来源：IHME 2010，世界卫生组织 2014。

注：按世界卫生组织标准划分国家组别。

图 1.3 高血压、糖尿病的管理



来源：Feng, Pang 和 Beard (2014), (Xu 等 2013) 和 (Yang 等 2010)。

注：高血压为 2011-2012 数字，糖尿病为 2007 和 2010 年数字，运用 Xu 等 2013 和 Yang 等估测数据的中列数。

国人中，慢病病例数量会翻一番，甚至会增至现在的三倍。糖尿病将是患病率最高的疾病，而肺癌病例数可能会是现在的五倍 (Wang, Marquez 和 Langenbrunner 2011)。

尽管对造成健康生命年损失的主要原因 – 慢病的诊断、知晓、治疗和控制稳步提高，但仍然存在较大差距。1991-2002 年，约 1.3 亿 (65%) 高血压患者没有意识到自己患有高血压，其中大部分生活在农村 (Liu 2011)。高血压的主要并发症 – 中风的死亡率，农村高于城市。意识到患病的人群中 3000 万人没有接受治疗 (占 43%)，接受治疗的人群中 75% 血压没有得到控制。

“2011-2012 中国卫生及养老纵向研究”的作者 Feng, Pang 和 Beard (2014) 发现，45 岁以上人群高血压的诊断率、治疗率和控制率有所改善 (分别为样本量的 56.2%，48.5% 和 19.2%)。但是这意味随机抽样的样本中，33% 患有高血压但没有得到很好的控制 (图 1.3)。总之，在高血压的预防及管理方面还有很大的提升空间。

中国高血压患者知晓率、治疗率和血压控制率均低于中等收入国家平均水平，更低于高收入

国家 (表 1.1)。如，美国 35 岁以上的高血压患者，85.3% 都知道自己患病，80.5% 服药治疗，59.1% 血压得到控制 (Chow 等 2013, Ikeda 等 2014)。

表 1.1 (35-84 岁人群) 高血压的诊断率、治疗率和控制率：国际比较

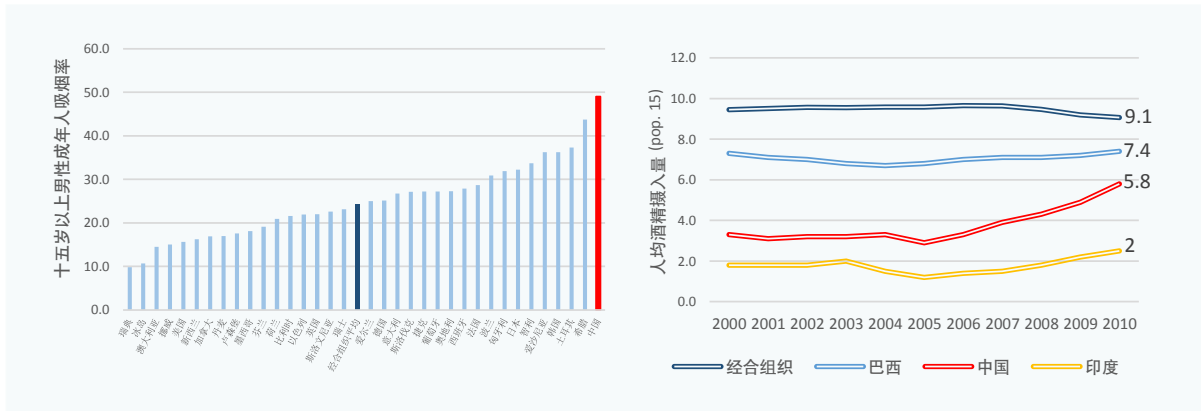
国家	诊断率 (%)	治疗率 (%)	控制率
中国	41.6	34.4	8.2
泰国	46.0	38.4	17.7
土耳其	49.7	29.0	6.5
南非	52.8	37.6	21.0
德国	53.1	39.2	7.4
墨西哥	55.8	49.5	28.0
英国	62.5	53.5	32.3
孟加拉	62.7	54.6	30.2
约旦	73.9	71.0	38.2
俄罗斯	74.9	59.9	14.2
美国	85.3	80.5	59.1
日本	NA	48.9	22.9

来源：Ikeda 等 2014; Chow 等 2013。

风险因素：比老龄化影响更严重的是吸烟、饮食结构不合理、久坐生活方式、饮酒等危险行为以及空气污染等环境因素，这些因素使中国面临的慢病威胁日益严峻 (Yang 等 2008, Batis 等 2014, Ng 等 2014, Gordon-Larsen, Wang, 和 Popkin 2014)。2009 年成人超重的比率为

29.2%，是 1991 年 (11.8%) 的近三倍。超重在男性中的增幅尤为突出。49% 的中国男性每天吸烟，这一比例是经合组织的两倍。2000-2010 年间人均饮酒量 (5.8 升 / 人) 几乎翻了一番，增速高于巴西和印度，快速赶上了经合组织人均 9 升的平均水平 (图 1.4)。

图 1.4 中国和其他国家吸烟及饮酒情况



来源：经合组织 (2015)。

注：吸烟数据为 2013 数据或最近年份数据。

慢病的经济影响：慢病会给个人和社会带来灾难性的影响。糖尿病、高血压等慢病，如果不加以有效控制，会产生并发症，最终造成失能、疼痛或过早死亡。治疗产生的直接成本和由于丧失劳动力、护理及健康生命损失造成的经济成本数额惊人。2005 年中国的慢病直接医疗成本为 1.48 万亿元 (2100 亿美元)，预计到 2015 年会上超过 5000 亿美元 (Bloom 等 2013)。在加上慢病对于劳动力供给和资本积累的影响，预计 2012-2030 年 5 大慢病造成的经济影响总量会高达 27.8 万亿美元。由于慢病的治疗费用高，需要长期照护，因此也会威胁到家庭的经济状况。2009 年，由于慢病入院的次均住院费用已经达到了城镇居民年均可支配收入 (人均每年 750 美元) 的 50%，是农村居民年均收入 (人均每年 291 美元) 的 1.3

倍。冠状动脉搭桥术的费用是城镇居民年均可支配收入的 1.2 倍，农村居民年均收入的 6.4 倍 (Chen 和 Zhao 2012)。

二、卫生服务质量¹

虽然很难得到系统性数据，但医疗服务质量是中国卫生体系中的重大课题。引导患者到基层就医的主要瓶颈在于人们认为各级卫生机构的服务质量存在巨大差异。(Yang 等 2014, Bhattacharyya 等 2011, Jing 等 2015)。现有证据表明，很多基层医务人员缺乏诊断、治疗常见病所需的知识和技能 (Sylvia, 等, 2014; Wu, Luo 等, 2009)。医生的资历与其业务水平密切相关，但在医生的培训、资历方面，各级医疗机构之间、

¹ 关于医疗质量问题，详见第三章。

城乡之间差异明显。基层缺少称职的医生、服务质量整体不高,造成不必要的住院呈增长趋势 (Ma 等, 2015; Jiang 等, 2015)。这一态势是公认的反映基层服务质量不高的指标。虽然人们觉得二、三级机构的服务质量好一些,然而,关于供方是否基于最佳的证据和指南提供服务(服务过程),患者经过治疗后健康状况有何变化(服务结果),目前还缺乏系统性的证据。最近一项研究发现三级医院的服务结果也存在明显差异(Xu 等, 2015)。医疗机构存在大处方、过度治疗现象,特别是抗生素和静脉注射滥用的问题(Yin, Chen, 等, 2015; Yin, Song, 2013; Liao, 2015)。此外,须改善患者的就医体验,病人常常抱怨医生护士态度不好、不认真、问诊时间短、开大处方等等(卫生统计信息中心, 2010)。

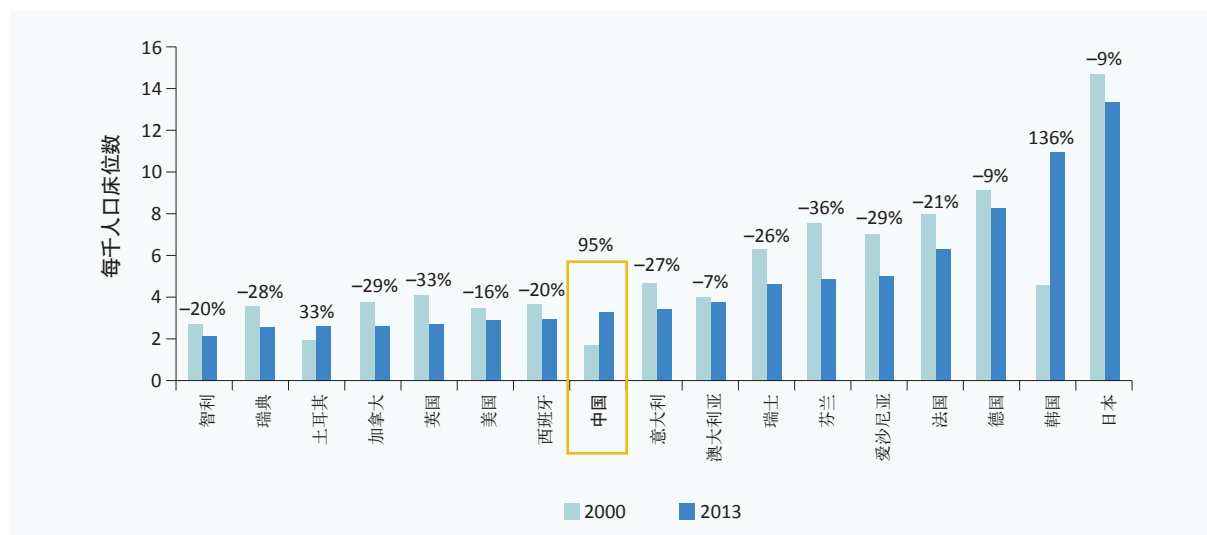
医疗质量日益被视为是“系统性问题”,而不仅仅是个体医生、科室或机构的责任(IOM, 2000:p4)。目前,中国需要建立及完善提升医疗服务质量所必需的政策和制度框架,包括清晰的愿景目标、统一的领导、标准化的质量监测体系、相互协调的监督系统,质量改进的制度架构、以

及透明度和对质量的问责。解决上述问题,需要制定综合性的质量改进战略并有效加以实施。

三、以医院为中心、服务碎片化及不当的激励机制

医院继续在卫生服务和卫生支出中占主导地位。中国的卫生体系仍然以医院为中心,服务提供呈碎片化。1980-2000年中国的医院床位数翻了一番(从119万张增至217万张),随后的短短13年里又翻了一番(2013年达到458万张)。诚然,起初的基数较低,但中国医院能力的扩张与国际趋势相悖。在过去10多年里,除韩国外,多数经合组织国家大幅减少了医院床位数,有的国家降幅高达30%(图1.5)。中国目前的千人床位数高于加拿大、英国、美国和西班牙。中国的住院率从2003年的4.7%迅速升至2013年的14.1%,年均增长11.5%,确实应验了“床位建一张占一张”这句话。2013年二、三级医院的住院量是2003年的三倍(Xu和Meng 2015)。目前,医院占中国卫生总支出的54%,而经合组织的均值为38%(经合组织 2015)。

图 1.5 2000-2013 年中国和经合组织国家医院床位数变化情况

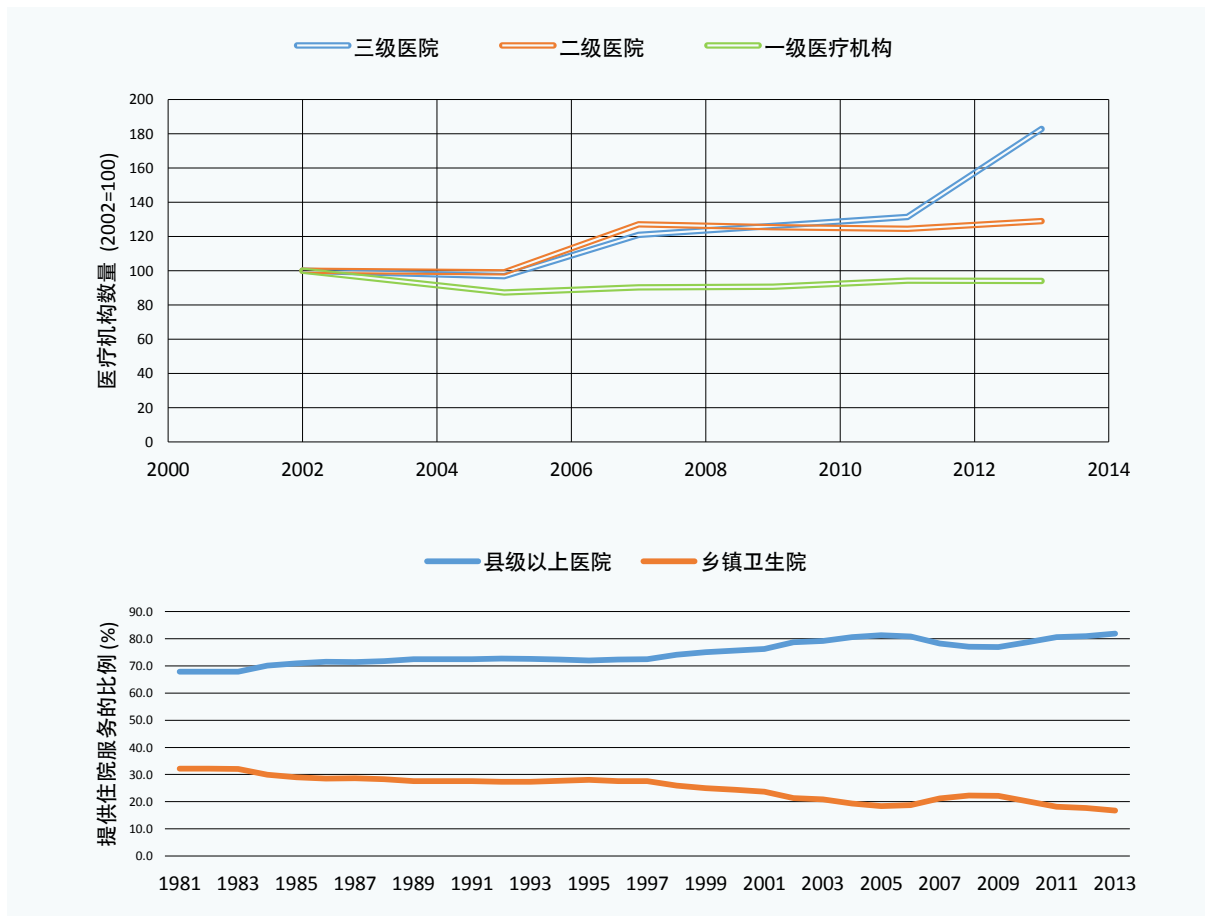


来源：经合组织 (2015)。

能力扩张和服务利用也趋向于上级医疗机构（图 1.6）。2002-2013 年，二、三级医院的数量分别上升 29% 和 82%，而基层卫生机构的数量却有小幅下降（6%）。医疗卫生人员，特别是受过正规医学教育的医务人员（衡量医疗质量的一个标准），不断向上级机构流动，尤其是向医院集中（Xu 和 Meng, 2015, Meng 等 2009）。很多研究指出效率不高是因为患者越过基层医疗机构到医院，特别是设备和人员配备较好的三级医院就医（Sun, Wang 和 Barnes 2015, He 和 Meng 2015, Eggleston 等 2008）。

虽然二级医院提供的住院服务量最大，但三级医院住院量年均增长 18.3%，高于二级医院的增长率 14.1%（Xu 和 Meng 2015）。县医院正在接替乡镇卫生院成为农村住院服务的主要供方，而后者正在被边缘化。此外，医院在门诊服务方面也发挥着更大的作用。2004 年以来，各类医疗卫生机构的门诊量迅速增加，但 2010 年-2014 年医院诊疗人次数占医疗卫生机构总诊疗人次数比重从 34.9% 上升到 39.1%，而基层医疗卫生机构比重由 61.9% 降至 57.4%。

图 1.6 医院数量迅速增加，服务使用趋向上级医疗机构



来源：Xu 和 Meng (2015)。

激励机制不当和效率低下。有记录表明，中国存在过度使用医疗技术和高利润诊疗手段的现

象。目前，药物、医学检查和高科技医疗服务的过度使用问题依然较为突出，继续困扰着卫生服

务体系。医疗机构从这些服务中获得大量收入。长此以往，就会形成对供方的经济激励，促使他们多开药或多使用诊疗手段，同时也影响了患者对于“优质”医疗服务的预期。很多研究已经表明，大处方问题在中国非常普遍。一项系统性回顾研究发现 50.3% 的门诊处方含有抗生素，其中 25% 的处方使用两联以上抗生素 (Yin 等 2013)。大处方产生了不必要的卫生费用（也会产生抗菌素耐药问题，造成公共卫生威胁）。近十年来，人均药品支出增长超过三倍。虽然最近药品支出在卫生总费用中的比重有所下降，但仍然占到了 40%，这一比例在东亚太平洋国家中处于高位，更是远远高于经合组织的平均水平（16%）。此外，中国的平均住院天数为 9.8 天，高于经合组织国家的水平（7.3 天），这也是推高成本的一个主要因素。

效率低下源于服务提供体系和筹资制度的一些具体特点，比如按项目付费的支付方式，缺少有效的转诊制度和分层共付制度，不当的价格体系对药品和高科技手段较为有利而对医疗服务定价太低，卫生人力和其他资源集中在城市地区，医务人员的薪酬水平与基于服务量和创收的奖金挂钩 (Li 等 2012, Liu, Wu 和 Liu 2014)。在某些省份，有记录表明医院的卫生费用年均增长近 50%，为此，一些保险基金已出现赤字，无力承担报销费用。三明市在推行公立医院改革前医院费用年度增长接近 50%。

服务供方之间缺乏整合。各级卫生机构之间针对对患者提供的服务没有常规沟通。医院与基层医疗卫生机构之间没有联系，包括没有清晰的转诊制度，病人出院及交接机制，对外展服务等等 (McCollum 等, 2013; Xu 等, 2010;)。各级供方有很强的动机相互竞争，努力实现自身利润最大化，而不是相互协调管理居民健康。此外，

中国没有及时做出系统性调整，采用更具有成本效益的服务提供和生命周期模式关注慢病的预防、治疗和管理。缺乏有效的供方一体化安排、守门人制度、风险筛查和院后服务安排，造成许多慢病（本来可以避免的）的入院和再入院，产生高额费用。慢病可以采用更具有成本效益的方式进行治疗，如门诊服务或者目前越来越多的在患者家里提供治疗。最近一项研究对 31 个省份 822 家医院 257 万例住院服务进行了分析。研究发现，在一组慢病（哮喘、慢阻肺、充血性心衰、糖尿病、高血压）样本中 8%-12% 是不需要住院的（这些疾病可以在基层医疗机构得到治疗）。这种本来可以避免的住院在医院费用中占到 2.7%-4%。

制度环境和筹资环境中的一些因素，也造成了以医院为中心，服务碎片化和卫生系统的效率低下²：

制度碎片化。卫生行业的制度碎片化和治理碎片化阻碍了改革进程。医疗卫生行业涉及到十多个政府部门，分别致力于实现其各自的机构目标，对于超出自身决策领域的大局认识有限。因为各部门是纵向管理，所以省级和地方也存在这样的碎片化。人们已经认识到，各机构之间协调的问题抑制了创新，阻碍了改革的持续实施 (Qian, 2015)。

基层人力资源短缺。中国严重缺少全科医生和护士，这大大影响了基层的服务提供能力。虽然过去十年中，医疗卫生人员的总数增加了，但基层卫生机构和贫困的农村地区仍然难以吸引、留住合格的医务人员。基层卫生人员在卫生队伍中的比重已由 2009 年的 40% 降至 2013 年的 36%。多数基层卫生人员只是中专毕业后接受了一些培训，这进一步影响了基层提供优质服务的能力。患者自然愿意绕过基层机构，直接去医院

² 这些问题会在后面各章节中详细讨论。

就医。结果，只能让医院以更高的成本提供了基层应该提供的服务。

人员编制。医疗卫生机构有许多与编制相关的问题，如空编和大量编外聘用人员。编外人员没有福利，工资也少于编内职工。编制是与医疗机构挂钩的，也就是说医疗卫生人员如果离开单位就会丧失所有福利。这种制度造成人员招聘和管理的僵化和低效，限制了医务人员的流动，使得卫生机构管理者基本没有人事管理自主权。在推进人事制度改革、建立有效的劳动力市场方面，卫生部门落后于其他行业。许多卫生工作者由于害怕失去现有的福利，不愿意离开公职，这也阻碍了民营部门发展。

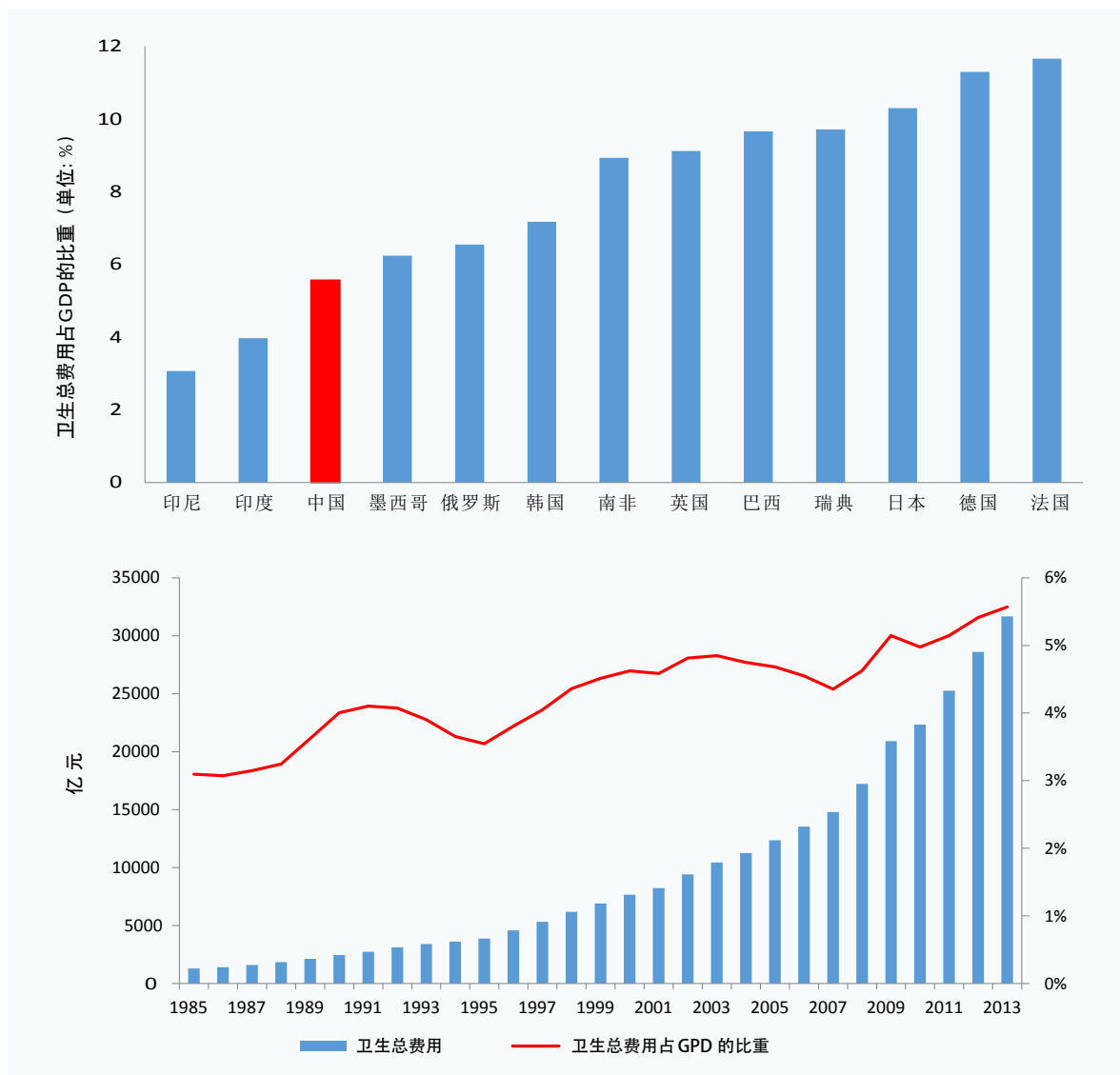
服务及资本规划。尽管政策意图明确，但中国的区域卫生服务规划仍然主要关注投入参数，希望以单一标准，即千人床位数，制定自上而下的目标。因此，所有资源规划都围绕着床位数和各类机构的规模来制定。对居民卫生需求的考量仅仅根据总人口数和各级服务在各类机构中的分配比例，而不是实际的卫生服务需求，至少在本研究抽样到的地方是如此。而且，即使项目开发不符合政府的指导方针和标准，也不会承担什么后果。因此，尽管中央政府的方针是限制床位数量和医院规模，但床位数仍然继续扩张。

民营部门的参与。民营部门还没有参与到完善调整卫生服务提供体系的工作中来。近五年中国加快了民营部门发展的政策步伐，政策范围也扩大了，包括2012年国家提出到2015年民营医疗机构的床位数和服务量达到20%的目标。但是，对于民营部门在完善服务提供方面应该发挥什么作用，仍然没有形成统一认识。政府政策也没有明确在努力实现国家卫生目标的过程中，民营医

疗机构应该做什么，能做什么，怎样融入整个卫生服务提供体系。结果，就民营部门如何与公立卫生行业形成互补这一问题，政府各部门之间、公立和民营部门之间，基本没有形成共识。此外，尚不明确民营部门是否应该成为基层卫生服务提供体系的一部分。民营部门接收到的讯息仍然很混乱。现行政策、监管环境和筹资环境中的弊端依然制约着民营部门的发展。

卫生服务购买。中国的医疗保险机构侧重于资金管理，而未能发挥战略购买职能，没有通过经济激励促使服务供方将投入要素转变为具有成本效益的卫生服务。评价社会保险机构的绩效仍是看他们能否实现收支平衡，而不是看他们是否帮助社会和居民获得质优价廉的卫生服务。所以，医疗保险机构就成了被动，而非主动购买方。近期实施的改革注重加强医保管理机构处理和审查索赔申请的能力，需要花力气建立一整套适当的激励和支持措施，鼓励供方提供质优价廉的服务。总的来说，除了围绕针对患者的经济激励之外，医保方面的改革还应更多地围绕供方的激励措施，以保证服务质量和病人安全。保险机构需要投入精力提高自身能力建设，以更好地监测医疗服务的构成和质量，更有效地调整卫生服务提供模式。这些能力的提高可以通过推广各地支付体系改革的试点经验来实现。这些经验包括按病种付费、基于病种复杂程度的总额预付制、鼓励日间手术等非住院医疗服务，对基层卫生服务进行根据病情调整的按人头付费等等。同时对特定的重点干预（例如，提高免疫覆盖面，对糖尿病、高血压的有效管理等），要给予特别的绩效激励。如果能够有效地进行战略购买服务，稀缺的资源可以高效地转化为公众需要的卫生服务，降低成本，并增加全民医保所能负担的对居民的经济保护水平。

图 1.7 中国卫生总费用占 GDP 的比重（与经合组织和金砖国家对比）中国卫生总费用逐年变化趋势



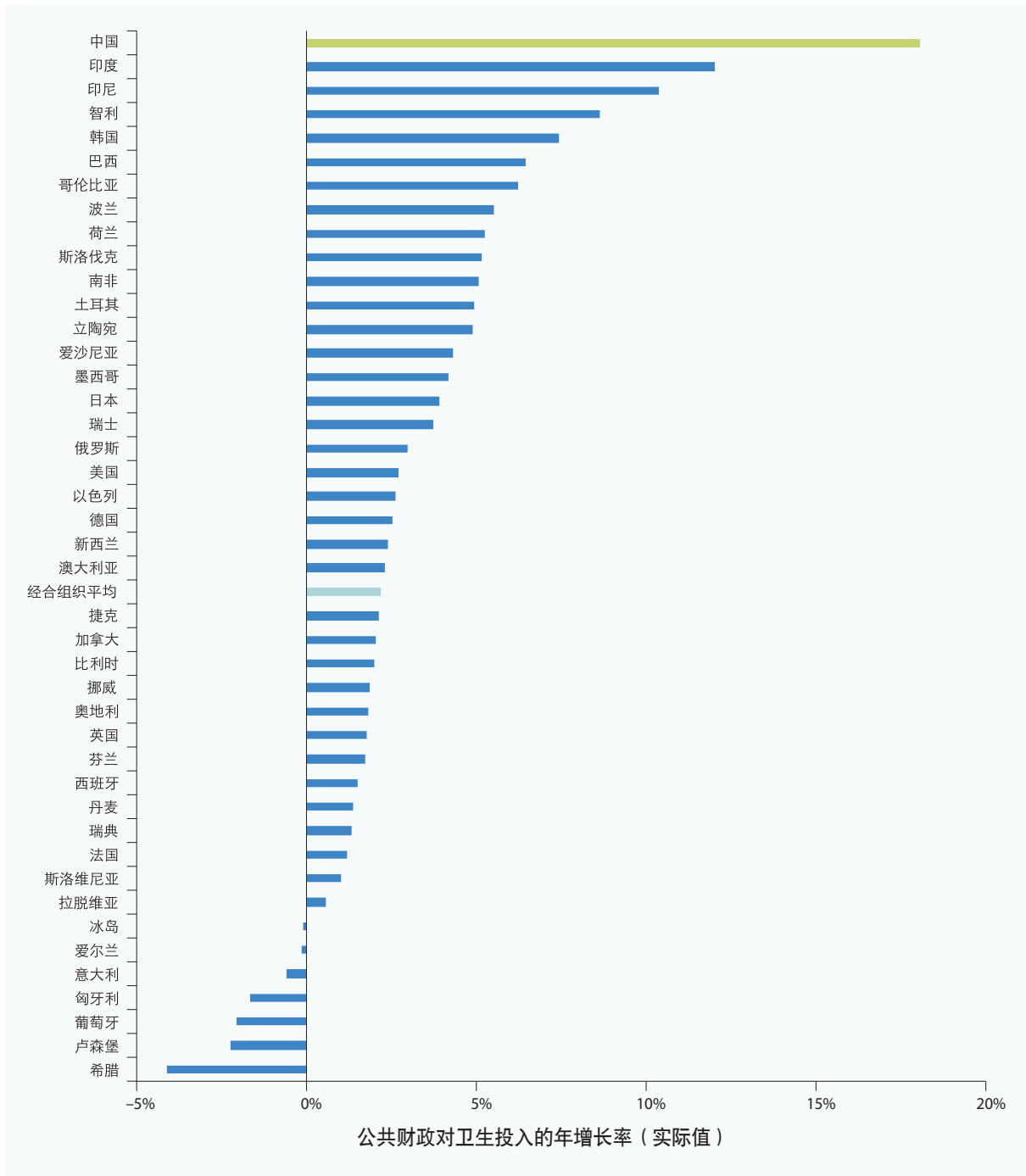
来源：世界银行（2015），国家卫计委卫生发展研究中心（2014）。

四、低价值服务的风险：健康收益减少、卫生费用激增

成本上升。中国的医疗卫生支出以高于经合组织和其他金砖国家的速度上升。过去二十多年间，归功于中国强劲的经济增长，卫生总支出增长至原来的14倍，由2200亿元升至3.17万亿元（CNHDRC 2014）。这主要是因为政府卫生支出大幅增加，包括对社会医疗保险的大量补贴。因此，

在十多年的时间里，中国的自付费用在卫生总费用中比重大幅下降，从2001年的60%降到2014年的31%。然而，这一比重依然高于WHO推荐的可以防止因病致贫的20%的水平。整体上，尽管中国卫生费用对GDP的占比（5.6%），低于经合组织国家，处于金砖国家中位数水平，但是在经济新常态下，中国能否继续维持卫生投入如此持续增长，却不容乐观，由此产生服务可负担性的问题（图1.8）。

图 1.8 中国卫生总费用增长率



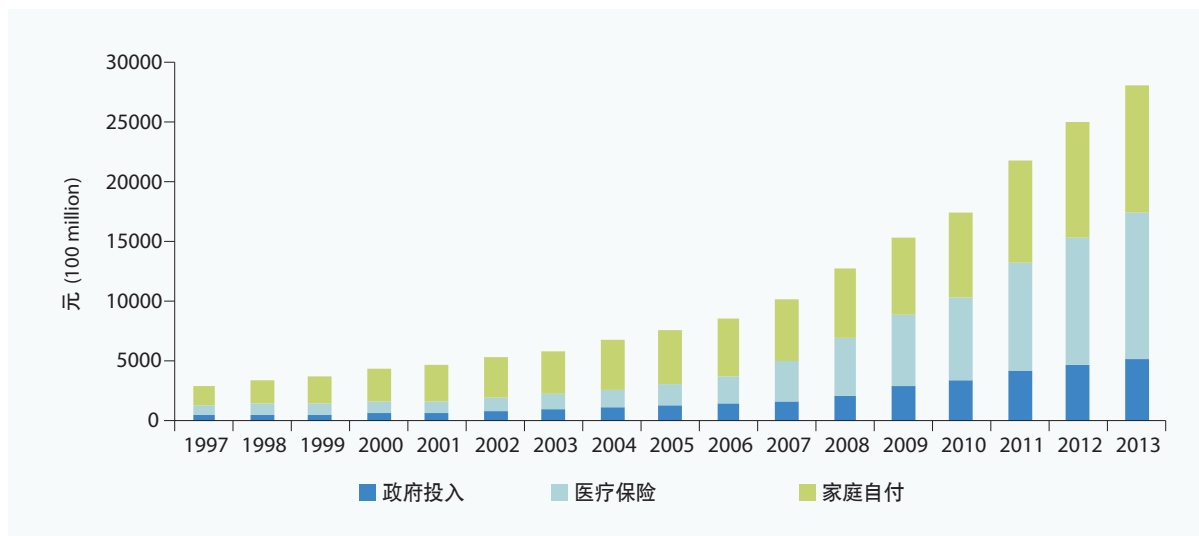
来源：经合组织，2015。

持续的经济负担。前文提到的效率低下问题不仅增加了卫生系统的成本，也增加了患者的费用，大医院人满为患，不必要的诊疗行为造成额外的支出，患者的实际自付费用也增加了(图 1.9)。这也在意料之中：随着收入提高，家庭对物品和服务的支付能力增强，医疗卫生服务也不例外。在加大经济保护方面，证据显示改革的影响喜忧参半。家庭层面的数据表明医保产生了积极影响。2003 年以来由于经济原因自行出院的比例下降了。但是大病支出发生率没有变化。对城镇和农村医保进行影响评价研究，也没有证据显示医保的实施降低了自付费用(Liu, Wu, 和 Liu, 2014)。重要的是，研究发现医保报销的费用不足以抵消由于去大医院就诊、住院时间延长、使用更昂贵的治疗手段而增加的费用。

尽管在十多年的时间里，中国的自付费用在卫生总费用中比重大幅下降，从 2001 年的 60% 降到 2014 年的 31%，但城镇居民和农村居民的受益程度存在差异。农村居民的自付费用依旧占到人均卫生总支出的 50%，仍是家庭收入不小的一笔支出。用不同测算方法计算医疗费用在农村家庭年收入中的比重，虽然得出的具体结果略有差异，但大致为 9-10% (Long 等 2013, Liang 和 Langenbrunner 2013)。研究还发现在公共投入增长受限的情况下，自付费用在个人可支配收入中的比重很有可能会上升 (Zhang 和 Liu 2014)。

中国还需要确保在医疗卫生领域增加的投入能够转化为老百姓健康水平的进一步改善。2015 年，中国人均期望寿命为 76.2 岁，比 2010 年提

图 1.9 中国卫生总费用的构成，1997-2013

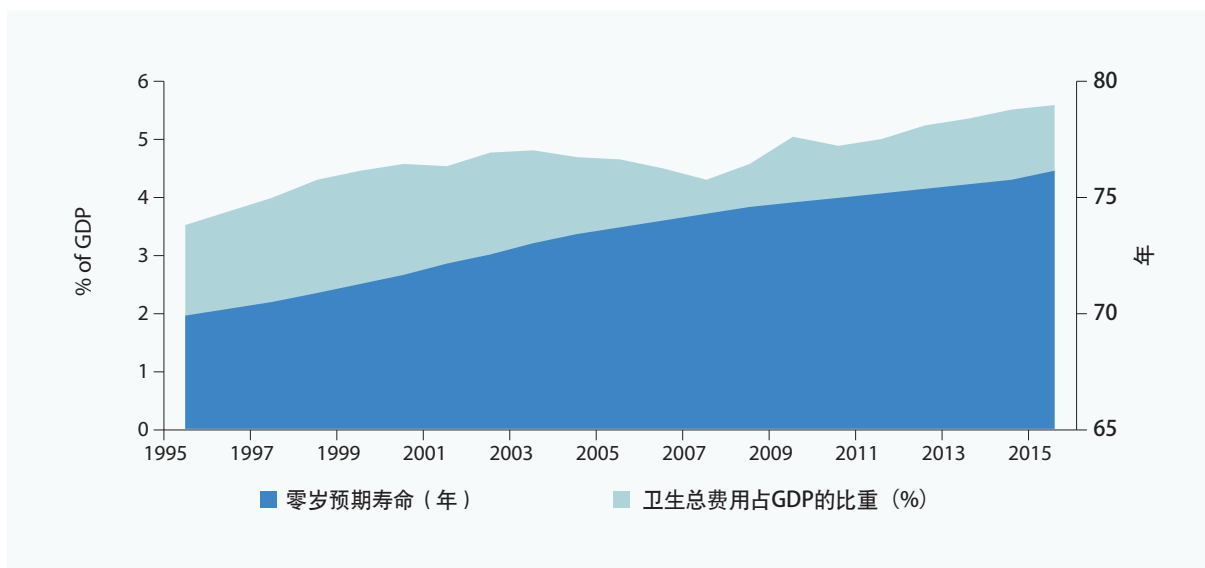


来源：世界卫生组织，2015。

高 1.5 岁，高于同期全球 1.3 岁的平均增幅。目前，中国人民的健康水平在同等收入国家里，依然是佼佼者。但是中国还需要进一步提高医疗卫生投入的使用效率，增强医疗卫生服务的保障能力。(图 1.10 所示)。

患者满意度有待提高：快速的城市化和居民收入增长促使人们对卫生医疗服务的期望值也不断提高。公众希望卫生体系能提供更方便，更实惠和更优质的医疗服务。然而，公众的期望是否实现了呢？对此，各方证据莫衷一是。许多居民对当前的卫生服务提供体系不尽满意，甚至很多

图 1.10 1995-2015 年预期寿命与卫生总费用的变化趋势



来源：世界银行 (2015)，中国统计年鉴 (2015)。

人认为医生行为并没有从维护病人的最佳利益出发。怀疑过度医疗和开大处方成为了对医生的不满意的主要原因。甚至有些地方的医患矛盾还演变成了暴力事件 (Chen, 2012; Yuan, 2012)。据一些新闻报道显示，医护人员咨询时间过短，医患之间缺乏沟通、交流都可能是导致这些事件的原因 (德勤, 2011; 健康统计中心, 2010)。十二五规划进展报告 (卫计委, 2015) 中指出，第五次卫生服务调查发现 76.5% 的门诊患者和 67% 的住院患者对就医经历满意。

五、支出预测

尽管正确的卫生政策决策能够对卫生费用的控制产生显著影响，但是卫生支出上升，在某种程度上却来源于医疗技术提高，以及人口和流行病疾病谱的变化等因素。居民，不论贫富，做出关于健康投资政策决策的根据就是：这些投资可能产生显著的潜在价值。这种价值来自于更长的预期寿命和没有伤残的劳动力。这种价值尽管没有体现在 GDP 之中，却能提高个人福利，也

常常受到社会的高度重视。价值也来自于减少因疾病造成的医疗服务利用而产生的直接经济成本，减少因疾病而造成的劳动生产力的降低，及降低疾病和过早死亡对于储蓄和投资造成的影响 (Bloom, 2013)。

未来几十年，中国卫生领域的成本压力可能会增大。像许多国家一样，人口老龄化、慢病患病率上升、新的药物、诊疗手段、医学技术的出现和推广都会使支出面临上行压力。此外，解决卫生体系内的差距问题也会加大支出压力。例如，中国已经有几百万人罹患糖尿病、高血压等慢性疾病却尚未被诊断出并接受治疗 (见表 1.1; Chow 等, 2013; Feng, Pang 和 Beard, 2014; Xu 等, 2013; Yang 等, 2010)。提高覆盖率将可能大幅度提高卫生支出。另外，增强社会保障力度、减少城乡之间差距也都可能大幅增加财政负担。中国已经基本实现了全民医保，但保障内容还仅限于基本服务需要，仍有很多卫生服务未覆盖。基层服务薄弱，以医院为中心，缺乏整合，以服务量为基础的激励机制，服务质量参差不齐，这些

都会使卫生体系失灵，阻碍改善健康结果，提高卫生投入的回报率。

经合组织预测，如果不采取成本控制措施，到2060年，中国政府的卫生支出（含社会医疗保险支出）将会上升至目前的三倍，达到GDP的10%；同时也表示如果改革措施得当，届时卫生支出可以控制在GDP的6%以下，即便如此也大概是目前支出水平的两倍（de la Maisonneuve 和 Oliveira Martins, 2013）。由于数据限制，这些预测可能大大低估了未来的卫生支出水平。但这种预测方法的重要之处在于分析了政策、制度因素对成本控制可能产生的影响。在经合组织的计量经济学预测中，每年政府卫生支出增量的很大一部分（几乎是一个百分点）都可以归咎于政策、制度因素，突显了卫生体制改革对中长期卫生支出水平的影响。

国际货币基金组织（IMF）曾经运用早前数据预测2011-2030年的政府卫生支出，结果表明，高收入国家的卫生支出超额增长率（缩写为ECG，即扣除老龄化因素后，实际人均卫生支出增速高于实际人均GDP增长率的部分）差别很大。美国和卢森堡将超过3%，而意大利和日本的ECG则可以忽略不计（IMF, 2010）。虽然该研究表明新兴经济体因为卫生支出基数较低，所以ECG水平不高，但未来各国的增长状况可能也会出现巨大差异。新兴市场国家面临的挑战是要选择一条合适的道路，高效使用政府支出，使之创造较高价值。

诚然，中国的卫生费用会随国家经济发展而进一步上升。但是，审慎地选择卫生服务的组织方式和生产模式并高效利用资源，强调医疗质量和预防，可以控制卫生费用的增速。高成本路线的人均卫生费用可能是低成本路线的二倍或三倍，

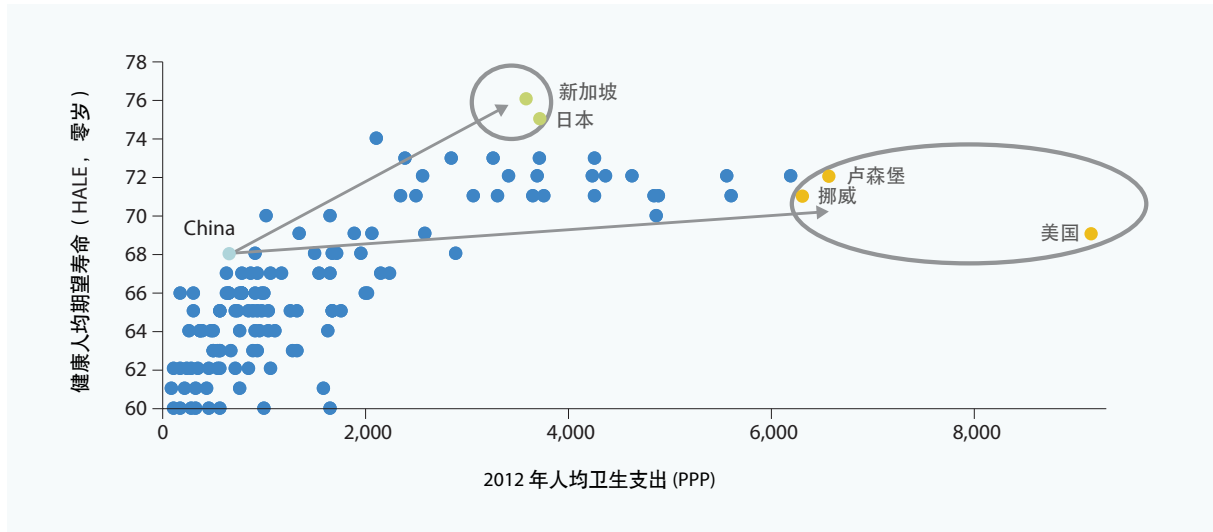
但健康结果却不一定高出很多（图1.11）。除卫生服务和支出水平外还有其他因素影响健康结果，如，美国是一个低价值的卫生系统，按平价购买力计算人均卫生支出接近9000美元；而新加坡则是一个高价值的体系，人均卫生费用仅为3000美元，但健康结果和预期寿命都优于美国。中国若想走高价值之路改善健康结果，就要在卫生筹资体系和服务提供体系的结构上要做出重要抉择。

世界银行研究团队和中国的研究人员共同开展的预测研究显示，如果继续现在的服务提供模式不变，中国的卫生费用从2015年到2020年间，年增长率将为9.4%，而同期的GDP年均增长预计为6.5%。在2030年到2035年间，预计GDP的年增长率将进一步放缓，而卫生费用年增长率将是7.5%。也就是说，如果不进行深化改革，中国的卫生费用（以2014年价格为基准）将从2015年的3.531万亿上升至2035年的15.805万亿，分阶段预测的年均增长8.4%。卫生支出占GDP的比重将从2014年的5.55%上升至2035年的9%以上。

继续现有模式，超过60%以上的增长都将来自于住院服务。住院费用将增加7.915万亿元，门诊费用将增加3.328万亿元，药品支出增加1.256万亿元，其他卫生支出增加1550亿元。

中国如果能够控制成本上涨的主要驱动因素，就可以节省大量开支，其规模相当于GDP的3%。为此，需要把住院服务的增速降下来，提高门诊服务的利用水平。这意味着要加强基层卫生服务体系，使人民群众信任医院以外的其他医疗机构，各级医疗机构相互联动提供以人为本的优质服务，并丰富人们的就医体验。节省下来的支出可以用来构建“以人为本的一体化卫生服务”体系，节省的支出远多于构建新体系所需的资金。

图 1.11 提高健康水平的不同路径



来源：世界卫生组织（不同年份数据）；经济情报组，2014。

第一部分 服务提供体系改革推手

第二章

根据以人为本的一体化服务模式打造“分级诊疗”卫生服务提供体系（推手 1）



一、引言

卫生服务是如何组织和提供的，供方之间、医患之间是如何联动的，是非常重要的问题。一国的卫生服务提供系统应该确保患者在最合适的场所得到适当、及时、公平、可负担的高质量卫生服务。一个围绕居民及其家庭的卫生需求，因地制宜地提供服务的模式，可以帮助中国根据自身医疗卫生体系的独特性和多样性，更快地实现服务提供体系改革的愿景。本报告中用“**以人为本的一体化服务 (PCIC)**”一词指代这种模式。PCIC 一词，是对世界卫生组织“以人为本和整合型卫生服务的全球战略”的简称 (WHO, 2015a)³。

PCIC 的最终目标是在合适的时间和合适地点提供适当的服务。这一概念意味着涉及到政策和服务提供方式各个相关方的深远的转变：(1) 个人、家属和社区；(2) 医疗卫生机构；(3) 卫生服务组织；(4) 整个卫生体系 (WHO, 2007)。例如，除了满足患者需要，该模式尤为重视整合健康促进、疾病预防、疾病治疗和临终关怀等各种医疗卫生服务，以减少卫生体系的碎片化和资源浪费。

有效的 PCIC 包括加强基层服务，使其成为患者的首诊地，能满足绝大部分医疗卫生需求，并协调卫生服务体系中包括医院在内的各级各类供方，协作开展卫生服务满足各类卫生需求。归根结底，PCIC 就是调整卫生服务提供体系，构建由相互联系的各层级供方组成的功能完备、为居民健康负责的医疗服务网络。

专栏 2.1 “以人为本一体化服务”的定义

“以人为本的卫生服务是”让病患、家属和所在社区共同参与诊疗服务中，他们作为卫生服务的受益人，同时也是参与者。他们对服务体系充满信任，同时服务体系也能够以人性化、一体化的方式，根据他们的需要和偏好提供服务。

一体化卫生服务（也称整合型卫生服务）是指“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。根据健康需要，协调各级各类医疗机构为病患提供终生连贯的服务。”

WHO, 2015a; pgs. 10-11.

在卫生服务提供的层面，PCIC 包括至少四项战略目标：(i) 重新构建服务模式，特别是转变医院的角色，同时加强基层卫生服务能力；(ii)

³ 出于翻译简便的目的，本文使用 PCIC 的简称。

跨专业、跨学科，整合各级各类医疗服务；(iii) 持续改善医疗服务质量；以及 (iv) 鼓励病患及家属参与其健康管理及服务利用的临床决策中来 (WHO, 2015a,b; 2007; Shortell, et. al., 2014; Ham and Walsh, 2013; Craig, Eby and Whittington, 2011; Ovretveit, 2011, Health Care Foundation, 2011; Curry and Ham, 2010; Curtis and Hodin, 2009; Berwick, Nolan and Whittington, 2008; Hofmarcher, Oxley and Rusticelli, 2007; Barr, et al, 2003; Wenzel and Rohrer, 1994)。本章将就前两项目标进行重点论述⁴。

基层卫生服务是 PCIC 的基础。要实现以较低的成本实现较好的健康结果，卫生服务体系就一定要重视发挥基层医疗服务的那些关键职能：可及性、满足大部分非急诊临床服务需要，服务和信息的持续性以及促进整合服务的提供 (Macincko, 2009; Friedberg, 2010)。任何国家，只有建立起强有力的基层服务体系，才能够以较低的成本提供优质有效、以人为本的一体化服务。基层卫生服务应围绕个人和社会的健康需要，不能仅仅关注疾病治疗。患者需要信任基层卫生机构，相信基层可以及时、优质地满足他们的健康需要。同时，患者通过与医疗服务提供体系的互动，其自身的健康促进行为能够放大健康效果⁵。

医院改革是推进卫生服务提供体系改革、建立 PCIC 类模式的重要组成部分。医院仍将发挥重要作用；但随着时间的推移，医院在卫生支出中不再占据主导地位，更加侧重提供只有医院才能提供的专科服务。随着基层卫生服务的加强，PCIC 模式得以落实，很多服务就会从医院转到门诊机构（如某些手术和诊断、化疗）和基层卫生服务机构。医院将成为复杂病例的临床治疗中心，同时保持相当的服务量以提供高质量的医疗服务。医院还要履行培训和人才队伍建设这一重要职能，

医院可以更多的关注生物医学研究，并为基层供方提供临床治疗上的支持。如上章所述，这些功能正在中国逐渐推广。

放眼全球，一些国家把大力推进 PCIC 模式作为医改的核心内容。虽然在各国有不同的名称，但普遍具有以下核心特征：强化基层服务、关注患者健康需要、与卫生体系的其他部分整合。在美国，以患者为中心的医疗之家模式已经成为加强基层卫生服务的重要方式。荷兰、英国、澳大利亚、加拿大、丹麦等卫生体系较为先进的国家，也在建立类似 PCIC 的模式。甚至哥斯达黎加、巴西、新加坡、土耳其等中等收入国家也明确要根据 PCIC 模式改革卫生服务提供体系。虽然发展迅速，但是在上述多数国家，各种类似 PCIC 模式的实施目前主要是地方性或区域性的。

专栏 2.2 PCIC 类模式的影响

附件 3 的文献综述表明：

- **住院量和急诊使用量下降：**总结 PACE 和美国退伍军人健康管理局 (VHA) 的 PACT 等各种 PCIC 模式发现，急诊量、未预约的再入院量和住院天数均有所下降。很多案例中，可以门诊治疗的疾病的住院率也下降了。
- **改进了临床诊疗流程：**干预措施改善了疼痛评估和治疗、药物剂量、处方的依从性、疾病管理计划的使用和患者健康教育等各方面工作。比如，美国退伍军人管理局的 PACT 案例研究了 48 个临床过程，其中 41 个是有改善的。
- **提高健康效果及患者满意度：**PCIC 干预措施缓解了疼痛，提高了生活质量，降低了抑郁程度。其效果包括控制了血糖和血脂、提高了生理机能、营养状况和身体平衡。患者的满意度也大都上升了。
- **对成本的影响不尽相同：**虽然文献综述中发现美国和欧洲的一些试点节约了费用；但是在大部分研究中，关于干预措施对维持费用稳定或减少费用的影响，证据有限或不确定；还有很多案例中，费用甚至增加了。但是几乎所有的研究都发现，干预措施在短期内即显示了对费用的影响

来源：作者的评述。

⁴ 医疗质量和病人参与分别是第三章和第四章的主题。

⁵ 患者参与是第三章的主要内容。

尽管以上很多模式都有具体的背景，而且大多模式也都是基于高收入国家的经验。但初步结果表明，该模式可以改善健康结果，提高服务质量和提升患者体验。大部分研究显示此模式短期内对于费用的影响有限。需要开展进一步研究，确定服务质量和健康结果的改善是否可以从长期来看带来节约下降。不同国家或同一国家内的研究结果也存在差别。然而对于中国来说，由于目前专科医疗服务和基层医疗服务的比例失衡，将

来大幅度地节约医疗成本是有很潜力的。专栏 2.2 汇总了各种类似 PCIC 模式对于健康结果的影响，研究的最终报告还会包括 PCIC 模式对于质量和费用的影响⁶。根据对全球类似 PCIC 模式的大量文献进行研究，WHO(2015 a, b) 的报告阐述了 PCIC 模式对个人、社区，医疗从业人员和卫生系统等各个方面带来的一系列的正面影响（专栏 2.3）。

专栏 2.3

以人为本一体化服务模式的潜在效益

对个人和家庭：

- 对服务满意度增加，与服务供方的关系更密切
- 服务可及性和及时性增加
- 健康素养和健康相关的自我决策能力增加
- 更多地参与服务规划制定过程，与医疗专业人员共同决策
- 自我管理和管控长期健康状况的能力提高，
- 不同的服务供方更好地协调卫生服务

对于医护人员和社区健康工作者

- 工作满意度提高
- 改善工作量安排，降低疲劳程度
- 增强主人翁意识和业务技能水平，使其能够担当更为重要的任务
- 通过教育、培训的机会学习新的技能，如学习团队合作提供医疗服务

对社区：

- 改善医疗服务可及性，特别是边缘人群的服务可及性
- 提高个人和社区的健康水平，包括更好的健康行为模式

- 增强社区管控传染病、应对公共卫生危机的能力

- 改善医患关系，加强社区参与，以及对卫生服务的信任

- 加强社区在医疗决策和医疗资源利用方面的参与

- 公民的健康责任和权利更加清晰

- 医疗服务能够更好地回应社区健康的需要

对于卫生体系：

- 促使卫生资源配置更加优化、平衡，反映健康需要

- 提高公平性和人人享有卫生服务的可及性

- 降低医疗差错，避免不良反应，改善患者安全水平

- 增加对疾病筛查和预防项目的使用

- 提高诊断准确性以及转诊的及时性

- 增强对基层卫生服务和社区卫生服务的使用，提高疾病管理能力和医疗协作，降低住院和住院天数

- 降低不必要的卫生服务利用和等候时间

- 避免医疗投资重复建设

- 降低人均医疗成本

- 降低传染病和慢病的死亡率和并发症

来源：世界卫生组织 2015 a: 12。

⁶ 附件三将 300 多项研究进行了分类，包括受本报告委托开展的案例研究。这些研究的主题都是 PCIC 模式对于减少医院服务、完善服务过程、改善健康结果，提高患者体验和控制成本的影响。

在中国，中央政府已经颁布了一系列的政策，并投资建设以 PCIC 为基础的服务提供体系（国办发，2015:nos.33，38,70:）。从政策的角度来看，向 PCIC 卫生服务模式的转换正在发生。特别是近期国务院办公厅颁布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见（国办发[2015]70号）》。“指导意见”明确了要建立分级诊疗制度，以及各级各类医疗机构的功能定位和责任，为本章中讨论到的各项改革措施，建立了良好的基础。其中包括，大力提高基层医疗卫生服务能力、加强基层医疗卫生卫生人才队伍建设，加强双向转诊制度，为慢病人的治疗和疾病管理作出特殊安排，加快推进医疗卫生信息化建设，建立区域性医疗卫生信息平台，实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享，确保转诊信息畅通等等。此外，2009年以来，政府投入大量资金对村卫生室、社区卫生服务中心、乡镇卫生院进行改扩建，为实施 PCIC 提供了基础设施。全国各地纷纷开展基层卫生机构培训项目，培训成千上万医务人员如何在一线提供基层卫生服务，以此解决基层服务质量地和人力资源不足问题。2013年，中央政府投入资金支持中医药项目，以期通过提升中医药服务能力进一步加强一线服务提供能力。

本章包括两部分。首先简要总结了为什么要建立以 PCIC 为基础的服务提供体系以及面临哪些制约因素。第二部分是这一章的主体部分，根据本研究开展的 22 个案例研究，归纳出要建立以 PCIC 为基础的服务提供体系所需要采取的核心行动和实施策略。

二、挑战

第一章已经指出，诸多挑战增强了在中国建立 PCIC 型卫生服务体系的紧迫性。经济增速放缓，加之人口结构和疾病负担变化，使得保持人

口的健康和生产力更为迫切。迅速老龄化和日益加重的慢病负担构成了中国人口和流行病学的主要挑战。随着慢病的增加，中国需要考虑双管齐下，既要解决慢病的致病原因，同时要开展慢病的早发现早管理。否则，这些慢病的负面影响会随着时间的推移急剧攀升并推高卫生费用。

中国还必须改革以医院为中心、注重疾病治疗量的服务提供体系。由于利益驱动及管理不善，许多公立医院花费巨大却并没有实现其社会目标。中国还未有效的实现纵向一体化（各级供方之间），和横向一体化建设（健康促进、预防、治疗和临终关怀等各类服务之间）。这就表明了卫生服务体系的碎片化，并影响了医疗卫生服务系统的效率并增加了成本。一体化方面的欠缺还反映在以下几个方面：目前中国的公共卫生体系（关注健康促进和预防）与医疗服务体系（关注从基层服务到三级服务）是分开的；缺乏有效的健康电子信息系统（eHealth）保证实现服务一体化；而且缺乏促使供方之间相互联动的经济激励。

案例研究（见附件 4）发现，实施以 PCIC 为基础的服务提供体系改革面临下列限制因素。但重要的是，中国已经开展了很多创新性项目来应对这些挑战。

- 建立健康档案或签约服务并根据患者的疾病或风险级别进行风险分类这一做法在中国开始起步。
- 守门人制度试点经验有限，转诊体系对实现基层首诊目标的作用有待加强。
- 向下转诊（从医院转到基层）没有规律地开展。
- 医院没有动力将服务转到基层，或者与下级卫生机构实现服务一体化。

- 在建立跨学科团队方面有明显进展，但医疗卫生队伍没有协作提供服务的知识、能力和文化。
- 基层卫生医疗机构工资水平较低没有竞争力，使得高素质的、合格的医护人员很难在基层医疗机构求职或长期工作。高一级医疗机构的高收入使得这些人才纷纷流向大医院；
- 尽管政府要求基层要防治结合，但在全国范围这两类服务结合的密切程度还不足。
- 去医院看门诊和在基层看门诊，病人共付仅有少许差别，不足以制止去医院首诊的行为
- 中国也在尝试建立一体化的卫生机构网络，即“医联体”。但这些医联体往往由大医院主导，并成为了上一级医疗机构获取病人的来源。
- 中国卫生行业在医疗电子化方面有很多创新，但这些活动大都是孤立的，系统之间没有互联互通的操作性。很多创新活动都主要在支持大医院，而非基层医疗机构。
- 无论在地方还是国家层面，中国还需要改进或建立统一的且标准化的考核体系，用以衡量并改进基层医疗服务提供的质量、慢病管理情况和病人满意度。这一考核体系应与质量改进工作有机的结合。

三、建立、实施以 PCIC 为基础的服务提供模式所需的核心行动领域及相应的实施策略：国内外经验

本节的内容主要是基于联合研究委托开展的 22 个 PCIC 模式的案例研究，包括 10 个中国的案例和 12 个其他中等收入和高收入国家的案例。

附件四对每个案例做了简要汇总，并详细说明相关术语。本报告根据这些案例及大量的文献，总结出八个核心行动领域。并明确了每个领域的关键实施策略，这八个领域是建立有效的 PCIC 制度的基础。表 2.1 按实施顺序列出了八个核心行动及实施策略。本章接下来会结合案例逐项加以描述。

表 2.1 实现 PCIC 的核心行动领域及实施策略

核心行动领域	实施策略
1: 基层首诊制	<ul style="list-style-type: none"> • 病人登记签约服务 • 风险分层 • 守门人制度 • 确保可及性
2: 跨学科团队	<ul style="list-style-type: none"> • 团队的构成，职能和领导 • 为患者量身定制的个性化服务计划
3: 纵向整合，包括医院职能的转变	<ul style="list-style-type: none"> • 在纵向整合的网络中，明确各级各类机构的职责 • 服务供方间的关系 • 形成医疗卫生机构网络
4: 横向整合	各级各类医疗机构之间的整合
5: 医疗电子化	<ul style="list-style-type: none"> • 统一的电子病历系统 • 沟通和服务管理功能 • 互连互通
6: 统一的临床路径和双向转诊制度	<ul style="list-style-type: none"> • 统一的临床路径促进服务一体化和决策支持 • 在一体化服务网络中的双向转诊路径
7: 测量与反馈	<ul style="list-style-type: none"> • 标准化绩效指标 • 持续不断的反馈循环，促进质量改进
8: 认证	<ul style="list-style-type: none"> • 供地方和国家使用的认证标准 • 机构要得到认证需达到的指标

必须强调的是，建立 PCIC 服务模式的前提条件是要提高医务人员及基层医疗机构医护人员收入，并且消除开大处方和提供过度服务与提高医生收入之间的关联。本报告将在第六章和第七章充分讨论这些问题。

核心行动领域一：基层首诊制

基层卫生服务为居民和社区解决健康问题，是建立以人为本的一体化服务的着力点。优秀的基层卫生服务体系的一个基本特征是能够作为首诊机构满足大多数患者的需要。当患者一直在自己信任的、合格的基层医疗机构首诊，可以得到具有连续性的，各级医疗机构（如医院，基层机构，专科）相互协调的服务。如果基层供方具备了这些核心特点，能够有效的开展服务，患者就可以在适当的地点得到所需的服务，避免不必要的住院和治疗，从而也避免了不必要的风险和医疗费用。

案例研究发现，有四条策略可以确保实现基层首诊满足群众的大部分卫生需求：一）病人登记签约服务；二）健康风险筛查；三）守门人制度；四）可及性。

运用签约服务促进人口健康管理。基层医疗机构签约就是某机构或某一地理范围内的所有患者由一家基层供方或一个服务团队负责。登记签约服务是人口健康管理的基本内容。在 22 个 PCIC 绩效改进案例中，有 10 个认为登记签约是关键要素，其中有三个是中国的案例。在众多欧洲国家，包括英格兰、苏格兰、丹麦、芬兰、荷兰等，登记签约服务都是其卫生服务提供体系的重要支柱。在中国，签约服务可能是一个重要的环节，能够大大改善医患关系，提高信任度，确保基层机构为人们的健康负责，并改变患者只到医院就医的行为。

可以有两种方式进行签约服务：允许患者有选择余地或者单纯根据地理区域来分配患者。最简单的方式就是根据地理位置分配患者，一般是根据现有的社区来划分。比如，上海的成功范例，家庭医生制度主要是依靠居民与医疗卫生机构签约，在各区按照街道签约登记。上海的试点特别关注将患者和基层医疗机构紧密的联系起来，增进社区对家庭医生的信任，将家庭医生作为卫生服务体系中的首诊之处。

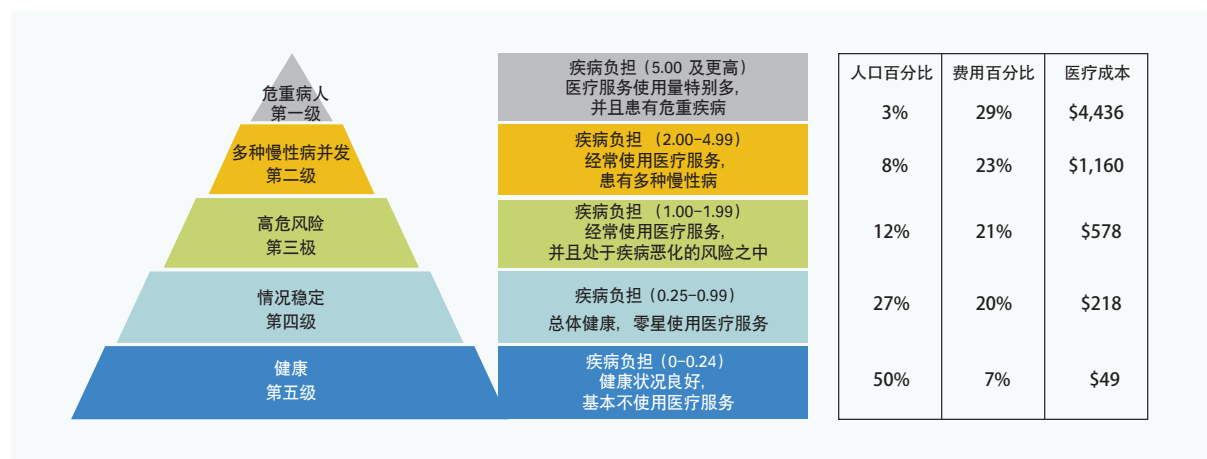
按地理位置登记签约虽然简单，但却限制了患者对医生的选择权，因此降低了患者对该制度的接受程度。也有一些案例是根据患者选择进行登记的。土耳其 HTP《2003 国家卫生转型规划》的重点是在全国的每个区建立家庭医学中心，每家中心都有确定的参考人群。土耳其政府起初决定按地理位置将患者分配给家庭医生，设立了“患者登记员”。但是，患者也可以要求从登记地迁出，加入另一位家庭医生的患者群。这种方式重视患者的选择，但事实证明很难实现服务的连续性，特别是有时患者没有跟医生有效沟通就更换医生。转型过程需要大量时间。如果中国实施基于病人选择的登记签约制度，必须运用有效的实时信息管理系统保证患者更换医疗机构时其信息可以无缝、高效的传递。

对签约人口进行健康风险分层。做 PCIC 的规划，首先需要目标人群的健康状况进行摸底调查。风险分层是主动识别在登记人群中谁的健康风险高，或者谁的服务使用率，特别是住院服务使用率高或者可能会高。从而针对识别出的个体主动进行干预，在基层为他们提供更为密集的、协调的服务。同时，服务使用率高的人也可以了解自身的健康需求，加以应对，减少可预防的、昂贵的重症服务。22 个案例研究中，有 10 个案例都将风险分层作为重要元素，但其中只有一个中国案例。

可以以患者个体为单位或者根据疾病负担进行风险分层。基于临床指南，根据是否患有某种目标疾病或者根据近期卫生服务使用情况，对个体进行风险分层。临床人员也可以根据临床直觉，列出他们觉得哪些患者风险较高、需要团队密切关注。河南息县的一体化服务就是通过医务人员的临床判断，根据风险状况将患者分层，识别出高风险人群，然后将其纳入一体化临床路径，通过转诊机制协调各级医疗机构更多的提供适当的服务，改善服务结果。以往服务使用情况也可以作为分层的依据，识别未来哪些患者的服务利用

可能会较高。马里兰州 CareFirst 以患者为中心的医疗之家模式发现，根据既往服务利用情况进行风险分层非常有效，不会给服务供方带来过重的负担。该项目使用“疾病负担评分表”，根据过去 12 个月的医保报销数据和诊断，计算出得分，将患者的风险量化（见图 2.1）。荷兰的 DTC 和丹麦的 SIKS 项目鉴别出了成本高、管理复杂或风险高健康结果差的具体疾病，以此进行风险分层。荷兰的 DTC 是一个糖尿病管理项目，该项目识别出有并发症或病情没有得到控制的患者，并提供全面的协作服务。

图 2.1 运用疾病负担评分表对患者进行风险分层



来源：马里兰州 CareFirst 案例研究。

加强守门人制度。守门人制度是确保患者能够在合适的时间、地点得到适当服务的重要机制。但是患者可能也会认为该制度限制了他们的选择，强加了不当的限制条件。因此，设计守门人制度时，必须要考虑如何既给患者留有自主权，又能总体控制服务使用情况。基层卫生服务承担守门人职责，限制了患者使用专科服务，有助于减少不当服务的过度使用，其代价是有些患者得不到所需要的服务。因此，守门人制度必须包括有效的转诊制度，使患者可以在适当的情况下能够得到更高级别的服务。

守门人制度有严格型与松散型两种方式。在严格型的制度下，患者必须去基层卫生机构，即“守门人”机构首诊，只有“守门人”同意后才能得到二级或三级医疗服务。该机制一般都会对不合规的患者或供方进行经济上或管理上的处罚。杭州的“十二五规划”中就包括针对高血压、糖尿病患者的严格型守门人制度。患者必须通过基层医疗机构进入医疗卫生服务体系，随后可以通过社区卫生服务中心转诊，得到更高级别的服务。

而松散型的守门人制度鼓励患者在去看专科医生之前先去基层医疗机构就诊，但对此不做硬性要求。松散型的方式也许会更加实用，因为它允许患者对医疗机构保留有一定的自主选择。土耳其的 HTP 没有建立正规的守门人制度，而是运用经济手段鼓励患者去找家庭医生首诊。由家庭医生转诊到医院的患者可以免除病人对医院服务的共付部分。项目实施后，去医院就医的患者减少了，但家庭医生感觉有时患者就是为了转诊才来就医的。

提高可及性。患者有需要时就能够去就诊或与供方进行沟通，是基层医疗服务的重要功能。跟医院相比，基层医疗服务必须更容易获得，更方便。基层的非工作时间就诊或者当天就诊等安排能更有效的避免患者不必要地使用成本更高的上级服务。22 个案例中有 14 个（64%）都采取了提高可及性的措施。比如镇江社区卫生服务中心要求 3+X 团队每周要花 3 天的时间进行社区居民的家访。其他服务还包括预约就诊以及在线沟通。使用这些服务的大都是老年人。

核心行动领域二：行之有效的跨学科团队

跨学科团队是 PCIC 项目成功的重要组成部分。原则上，跨学科团队是由临床人员及非临床人员组成的没有级别的服务团队，旨在为患者提供一体化综合服务。该团队由不同专业背景的临床及非临床人员组成，能够提供更为全面的服务。在 22 个案例中有 17 个案例（77%）都有这样的安排，大都认为跨学科团队是有力的促进因素。案例研究中也包括一些成功的方法，包括保证合适的团队构成和领导，为患者提供综合性协调的服务。

确定团队的构成、作用和领导。跨学科团队的人员组成可以不同，但成功的关键是要清晰界定团队成员各自的职责。经验丰富的基层临床医生一般是团队的核心和领导。比如，在 VHA 的 PACT 中，每个服务团队都由一名医生负责，由护士，助理医师，药剂师，服务协调人和社区社会工作者组成。项目要求所有服务团队清晰界定每个成员的职责（见图 2.2）。但是，每个团队也具有一定的灵活性，根据团队需要和具体情况来调整职责分工。

图 2.2 PACT 团队成员的职责分工



来源：剑桥卫生联盟，VHA 案例研究。

跨学科团队可以指定一名服务协调员，以减轻团队其他成员的压力，给患者建议如何保证健

康，并帮助他们更好的利用服务提供体系。美国退伍军人管理局（VHA）和息县的案例都充分说

明了服务协调员的职能。VHA 患者中，很大一部分是病情复杂的慢病病人，需要较好的协调各方以提供服务。因此，每个团队都指定了一名服务协调员，管理患者的预约，随访，转诊，体检的数据及出院。VHA 发现，服务协调员是一个非常重要的职位，在服务团队中负责协调临床人员及向患者提供的各类服务。息县由乡镇卫生院聘用一位“联络员”，负责管理服务协调和转诊事宜，并监督社区一级（村卫生室）是否根据定制化的服务计划开展后续服务。

为患者制定个性化服务计划。服务计划为服务于某一位患者的所有医疗机构提供了一个路线图。一般用于高风险患者，但也可用于所有患者，还可以作为患者在家自我管理的依据。马里兰州 CareFirst 为疾病风险及服务使用特别高的患者制定了服务计划。成功的服务计划是医护人员与患者之间相互承诺的契约和应急计划。

核心行动领域三：包括转变医院职能在内的纵向整合

纵向整合是分级诊疗的关键，涉及到为患者提供持续性服务时，基层、二级和三级医疗机构之间的沟通和协调，包括重新定义这些机构（特别是医院）的职能及其相互之间的关系。这三级医疗机构必须携手实现“三合一”原则，即“一个系统、一个人群、统一的资源”。纵向整合还能够将各级供方联系起来，互相之间提供支持和援助，共同提高医疗服务质量。22 个案例中有 15 个案例开展了加强纵向整合的工作。主要采取了三个方面的策略：(i) 在纵向整合的服务网络中明确各机构的作用；(ii) 通过技术援助和能力建设加强供方之间的联系；以及 (iii) 依据“三合一”原则建立正式的服务网络。

在纵向整合的服务网络中重新定义机构特别是医院的角色：纵向整合需要医疗系统中各级卫生机构之间进行合作以保证服务的协调性和连续

性。而这些机构并没有合作的传统。因此，需要重新定义各个机构的角色，确定不同卫生机构的具体服务范围，以及上级机构如何通过监督、技术援助及合作向下级机构提供支持。

世界各国医院的职能都在转变。医院不再是处于服务体系核心位置的孤立机构及服务的入口点，也不再提供“一站式服务”，而是日益成为服务网络的一部分，与基层卫生机构、诊断中心和社会服务机构等供方协作。(Porignon 等，2011)。医院将成为专注于技术和专业的临床治疗示范中心，专门提供高度复杂的医疗服务以及性命攸关的急救服务，并为下级卫生机构提供人员、技术援助和培训。

县医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室的一体化在中国并不是特别新的概念，但却一直难以推进。一体化往往会使很多卫生机构承担起一些新任务，他们对此既不习惯也不熟悉，从外部明确各机构的职责能够为他们提供方向和指导。息县的一体化服务就是一个典型的例子。2014 年 6 月，4 家县医院分别与 19 家乡镇卫生院签订了住院服务合同。一体化服务管理办公室负责制定合同，并明确各级机构的角色和责任，同时将支付和报销与绩效挂钩，鼓励各级医疗机构履行各自的职责。

通过技术援助和能力建设建立供方与供方之间的联系。医院帮助下级医疗机构提高服务质量和能力，可以建立和加强各级供方之间的联系。大部分中国的案例，通过医院向基层卫生机构提供技术援助的方式，建立起纵向整合所需的医疗机构之间的联系和沟通。其中的两个例子是安徽肥西的“加强基层卫生服务能力”项目和青海湟中的“医联体”项目。这两个县都在村卫生室、乡镇卫生院和县医院之间建立了技术援助制度，上一级机构有责任通过培训、教育和会诊的方式向下一级机构的医生提供临床技术援助。这种互

动加强了各级医疗机构之间的协调，信息化系统的使用也进一步促进了卫生机构之间的沟通。

建立正式的服务网络：很多卫生体系是通过建立供方网络实现纵向整合的。最为完善的网络提供全方位的持续性服务，覆盖各级别的服务需求，通过电子健康信息系统实现无缝衔接。这种完全一体化的网络通常还为服务人群的健康水平和健康结果承担经济风险。纵向整合中还会有较为松散的服务网络。这些“虚拟”网络的形成通常是因为供方之间的距离比较近，或者是为了和支付方谈成更有利的合同，一般缺乏强有力的治理结构和共享的医疗电子信息系统工具，比如说统一的病历系统。因而，松散的服务网络在一体化服务中往往不能有效地控制成本。

不管是通过非正规的虚拟机制还是正规的治理结构，服务网络的形成似乎都是纵向整合的。中国建立服务网络实现 PCIC 目标可以通过多种方式，而不是为了强化医院的控制。Fosen 的区级医疗中心和 St Olav 医院通过日常的员工 / 供方电话会议以及对患者的远程会诊，建立了虚拟服务网络。两地间的日常会议有助于巩固二者之间的虚拟关系。息县的一体化服务还建立了更为正式的医疗机构网络，由各供方联合为患者提供服务，通过经济激励强化了机构间的一体化，促使供方将信息系统充分相连。此外，息县在临床指南和一体化服务指南中明确建议有某种疾病的患者应该由哪一级医疗机构怎样提供服务，并非常强调遵循这些指南的重要性。

然而，服务网络不应该仅由医院来运行。在新加坡，整合公共卫生服务与二级医院服务并与基层卫生机构签订合同的区域卫生系统 (RHS)，就希望不再以医院作为卫生体系的中心，而是以患者的需要为中心。医院将本可以在基层卫生机构治疗的患者“抓住”并上移至医院系统进行治疗的做法，可以称为医院争夺病人。为了避免这

种现象的发生，RHS 的管理独立于医院之外，RHS 的主席是由政府任命的。这是从以医院为中心的模式向 PCIC 模式转变的一个重要标志。

核心行动领域四：横向整合

横向整合旨在提供更加全面、完整的服务，包括保健、预防、治疗、康复和临终关怀服务，由一线医疗机构进行协调。这样的整合是以患者的需要，而不是服务提供系统的需要为核心，可以提高医疗服务管理的有效性以及服务的协调性。横向整合还可以减少重复性服务，提高资源使用的效率。案例研究中的一半都对服务进行了横向整合。

促进各类服务的横向整合。就系统层面看，横向整合的主要形式是将服务整合到同一个机构。例如，Fosen 的区级医疗中心 (DMC) 将公共卫生、基层卫生服务和急诊服务整合到了一个机构，人们可以在同一个地点获得由公共卫生人员和基层医疗机构提供的从疫苗接种到急诊等不同服务。杭州的“十二五规划”项目主要在社区卫生中心建立了慢病联合服务中心，中心整合了公共卫生、慢病的专科以及基层医疗服务，成功地转变了之前碎片化的服务提供。此外，这种联合中心使患者更加方便，到一线机构单次就诊就获得多种服务。安徽肥西的“加强基层卫生服务能力”项目强调将一体化医疗服务纳入现代医疗服务的重要性，因此，在紫蓬，中医院和一家乡镇卫生院建立了合作关系。最后，横向整合能实现更大的规模经济。镇江的“大卫生”项目将所有医院和社区卫生中心的临床诊断和实验室合并为单一机构，这种服务再地理位置上的整合减少了重复服务，提高了资源使用效率。

核心行动领域五：先进的信息技术（电子健康系统 / eHealth）

eHealth 不仅为卫生服务机构间的有效沟通打下基础，也为医务人员和患者提供了全面参与

服务过程、改善服务管理、进行决策的工具。因为有了信息技术，患者除了亲自去医疗机构就诊之外还可以通过其他方式与供方互动，这会推动 PCIC 的实现。比如，可以是涵盖多方面内容的共享型电子健康档案系统，包括挂号、远程或网络会诊以及在线预约系统。而且，eHealth 可以通过连接供方实现信息的横向整合、纵向一体化、协调性及连续性，极大地提高基层卫生服务体系的功能性和有效性。事实证明这样的协调可以提高服务的效率，减少重复检查及不合理用药产生的不必要支出以及由于随访不到位造成的本可以避免的并发症。随着技术不断进步，强大的 eHealth 平台是以患者为中心的医疗服务体系实现互联互通的支柱。(Bates & Bitton, 2010)

不过，实现这些好的效果需要在信息化建设上投入大量的时间、精力和资源。PCIC 改进计划中采用 eHealth 策略的比例为 21/22 (95%)，突显了该行动领域对于加强卫生服务提供体系的重要作用和核心作用。案例研究体现了三个主要策略：(i) 采用电子健康档案；(ii) 建立电子沟通和管理功能；以及 (iii) 保证互联互通。

建立供方和患者都可及的电子健康档案系统 (EHR)。有效的 eHealth 系统的核心是电子健康档案，事实证明它有利于提高临床决策、登记、团队服务、服务转诊、个人健康记录、远程医疗技术和监测 (Bates & Bitton, 2010)。这些关键因素顺利发挥作用时，供方和患者都能够享受到更加协调的服务路径。各级供方可以实时沟通，在一个地方就能便捷地获取患者当前及最新健康信息。河南息县开发了一个新的电子健康档案管理系统，包括关于双向转诊系统运行状态的关键信息，并将住院机构和门诊机构联系起来。乡镇卫生院还可以通过该系统监测村卫生室的临床服务。县医院的医生可以查看预约随访的结果，以及承接下转病人的医生是否遵守了临床路径和上

级机构医生制订的个性化服务方案。另外，该系统还包括患者的转诊信息。

建立沟通和服务管理功能。eHealth 的功能使得患者有更多的机会获得高质量的服务，包括在线预约系统、电子会诊、短信服务以及远程会议。通过在线预约可以提高卫生服务的可及性。例如，土耳其建立了一个医生预约中央系统 (CPAS)，该系统通过电话以及互联网为基层、二级和三级卫生机构安排预约，患者可以要求预约某位医生，某个地点或某个专科。该系统建立后，诊所等候时间长的问题得以缓解。上海的家庭医生制度和息县的一体化服务为了影响到年轻一代，使用了微信。结果也证明微信能迅速便捷地将健康信息传递给患者，而患者也可以使用微信查看医生信息，进行预约、更新患者登记和支付表。远程医疗和视频会议在 Fosen 的农村地区发挥了极为重要的作用。电话会议从两个方面提高了医疗服务的可及性：基层医疗机构可以与二级、三级医疗机构会诊，患者也可以看到二级医疗机构。

保证各级各类机构和服务的 eHealth 系统具有互联互通的操作性。eHealth 工具在改善医疗服务的质量和安全性方面有着巨大的潜力；但是只有各机构之间最大程度的实现了互联互通才能将其潜力释放出来。互联互通的操作性指的是 eHealth 工具和记录被不同机构、不同供方查阅的潜力，保证其发挥作用也常常需要有效的规范化管理。当多种 eHealth 系统同时存在时，一个重大的挑战就是如何让系统“互相对话”从而安全有效地共享患者需求的关键信息。在 eHealth 系统建立之初就应该考虑互操作性。Fosen 实现了其病历与其合作的三级医院 St Olav 的互操作性。由于病历中心建立之时便有志于与医院开展合作，因此该中心采用了和医院相同的系统，而没有单独创建自己的系统。

核心行动领域六：统一的临床路径及行之有效的双向转诊制度

统一的临床路径旨在规范两层及两层以上供方处理某一病情时的治疗和转诊路径，同时明确各供方的关系和责任。这些临床路径中，最终结果常常是转诊到另一级医疗机构。因而只有在横向和纵向高度一体化的情况下临床路径才最为有效。双向转诊不仅包括从基层向二级机构转诊，还包括从二级机构转回基层。加强统一的路径和双向转诊制度，是实现“在恰当的时间提供正确服务”的关键。22个案例研究中有13个（59%）采用了双向转诊制度，有5个（68%）采用了统一的服务路径。这些案例主要运用了以下两个策略：(i) 设计统一路径，促进服务一体化并为供方提供决策支持；以及(ii) 在一体化的医疗机构服务网络中加强双向转诊。

设计统一路径，促进服务一体化并为供方提供决策支持。临床路径能够加强供方之间服务一体化，并为供方提供重要的决策支持。新西兰Canterbury卫生服务计划（HSP）中，临床医师建立了一个名为健康路径的项目，创立了570个转诊的临床路径，旨在明确向二级机构转诊的依据，减少转诊模式的变异，避免不必要的转诊或重复转诊。息县也强调遵循临床路径的重要性。息县县医院的临床路径覆盖188种疾病，乡镇卫生院住院服务的临床路径包括104个病种。路径明确了医院和乡镇卫生院各自的责任范围以及患者何时应该转诊到乡镇卫生院继续接受住院治疗。此外，路径还提供了出院指南及村卫生室随访服务指南。

在一体化的医疗机构服务网络里加强双向转诊。中国所有的PCIC案例都采用了“绿色通道”向上转诊，即患者通过绿色通道从服务网络的参与机构转出后在医院得到便捷服务。然而，通道

的运行并不顺畅。另外，医院将患者转回社区卫生服务中心的概率更低，一些患者也拒绝向下转诊。值得注意的是，息县的双向转诊制度有费用分担和报销方面的激励安排。医保机构给上级卫生机构补偿转诊病例的所有费用，上级机构根据事先定好的价格和服务量与下级机构分享这笔补偿资金。然而，医保是否补偿是根据两家卫生机构是否都严格遵守了患者服务路径来决定的。

核心行动领域七：测量标准与反馈

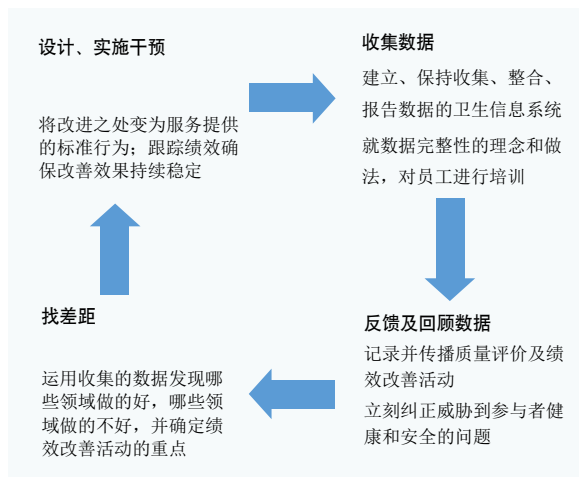
建立测量体系对于保证PCIC服务的质量和绩效至关重要。绩效测量指标需要反映国家标准，而国家标准则应该体现基于PCIC的服务提供系统的核心功能和目标（协调、全方位、一体化、专业性和体验性质量）。但是，仅仅收集绩效数据无法改善绩效，需要形成一个反馈的循环，保证绩效结果反馈给各级利益相关者，包括社区、供方、管理层和政策制定者。通过测量绩效还可以尽早发现一些效果较好的做法作为示范，并找出行之有效的措施，便于推广。22个案例中20个（91%）进行了测量和评估⁷。案例中普遍采用了以下两种策略：(i) 开发使用标准化绩效测量方法；以及(ii) 建立反馈循环推进质量持续改善。

利用标准化绩效测量指标。绩效的测量应该使用统一、可验证、有意义的指标，实现测量的标准化。德国使用了标准化报告，采用了一系列涉及到供方、管理团队和其他利益相关方的核心指标。测量范围涵盖了系统、专业质量和 Service 体验质量（患者体验）等，并使用了包括以下维度的指标：1) 结构 2) 过程 3) 结果 4) 质量 5) 一体化 6) 患者体验 7) 效率。使用统一的核心测量指标，方便不同机构就取得的进展进行沟通和比较。选择的测量对象（健康结果 / 过程）还应体现卫生系统的工作重点。很多经合组织的国家都建立并使用了对于病人结果报告（PROMs）以及病人

⁷ 第10章讨论如何基于反馈循环实施不断改进。

感受报告（PREMs）监测系统。这些监测信息也成为了衡量卫生体系绩效的重要组成部分（经合组织，2014）。

图 2.3 PACE 的持续反馈环



建立持续反馈循环，与行动计划挂钩，促进质量改善。定期反馈循环有利于发现服务中存在的不足，推动不断学习和改进。要保证不断地学习，关键在于建立一个应激体系，以不断改善，适应新的挑战，并强调将反馈和系统内各层级要采取的行动挂钩。将数据转化为行动和改进，需要以下关键因素：绩效测量、数据反馈和分析、找到不足、设计并开展干预。以上关键因素得到落实，都需要对所有改革的参与者接受培训，再把改进的方法运用到实践当中。循环又再重新开始—再测量，评价不足是否已经改正，找到新的不足。例如，美国的 PACE 在章程中建立了持续反馈机制，该反馈过程一直发挥积极的作用。供方定期收到绩效测量结果的反馈，基于反馈进行检查并找到实践中存在的问题。图 2.3 展示了美国 PACE 遵循的持续反馈循环。

核心行动领域八：认证

认证是指服务机构在规定时间内完成某些预先设定的结构性目标或绩效目标的过程，是一种

从外部上确保服务机构达到最低标准的机制。进行认证需要设定标准，确立测量指标，并建立透明可靠的认证程序。这些最好是在国家层面设计。

22 个案例中只有 5 个涉及到认证。开展认证的策略主要包括制定标准和设定目标。

制定符合国家和地方情况的认证标准。标准应体现基于 PCIC 的服务提供体系的重点和结构。认证工作通过确立标准可以为一线卫生机构转型指引方向，标准涵盖从基础设施（资源、信息技术、人力资源）到系统的组织（一体化、医院及基层卫生机构角色）、卫生机构提供服务的方式（以人为本、全面、持续、协调）、以及取得的结果等一系列内容。例如，美国全国质量保证委员会（NCQA）规定，医疗机构若要被认定为“患者为中心医疗之家（PCMH）”——美国近年来推出的一种 PCIC 模式，必须满足以下标准：以团队为基础提供服务，协作服务，患者的自我管理，服务可及性和连续性的提高，服务管理以及质量改进。基于这些标准，可以确定机构所提供的服务的相对质量，并以标准化的方式比较不同供方的质量绩效。在将来制订行为规范和指南的过程中，中国可以广泛地从 NCQA 等一类组织的网站上去研究学习，系统地借鉴已有经验。

设定目标并用于机构认证。一旦确立了标准，下一步就是设定目标并依据标准遵循透明可靠的机制对机构进行认证。在 VHA 的 PACT 案例中，基层诊所需要满足一些标准，才能被 NCQA 认定为 PCMH。NCQA 使用积分制，将卫生机构分为三个级别。根据绩效得分，PACT 中心被分为一级（35-59）、二级（60-84）和三级（85-100）。此外，NCQA 还规定所有级别的机构都要满足六个“必须通过”模块，只有每个模块的得分高于 50%，才能通过认证。

第三章

提高卫生服务质量，实现以人为本的一体化服务（推手 2）



一、引言

中国所面临的一个突出的挑战就是如何改善卫生服务质量，以满足公众对更好的健康和更优质的卫生服务日益高涨的期望。按照 PCIC 模式重塑卫生服务体系能否成功，取决于卫生系统为公众提供优质服务的能力。卫生服务“质量”的概念抽象而复杂（Dayal 和 Hort, 2015; La Forgia 和 Couttolenc, 2008），可表述为“提供给个体和人群的卫生服务能够增加其取得所期望的健康结果之可能性的程度，且这种服务与当前的专业知识相一致”（IOM, 1990）。在卫生系

统的范畴内，“质量”一词包含了一系列提高卫生服务系统总体绩效的正面特征，因此体现了质量的“系统特性”，而不仅仅是某个医生、某个科室、某个机构的责任（IOM, 2001）。的确，循证、优质、临床适宜的高水平卫生服务，是实现改善人民健康和患者就医体验、提高卫生服务效率等改革目标的重要推手之一（见专栏 3.1）。

经合组织国家的证据提示，过去十年减少的过早死亡中，有 10%-30% 可归因于卫生服务质量的提高（Nolte 和 McKee, 2011, 2012）。改进质量与改善患者转归及患者体验相关联，但政

专栏 3.1

何谓质量？为何质量如此重要？

给卫生服务质量下定义既抽象又复杂，它至少包括技术和人性化两方面。技术质量指的是诊断的正确性、根据最佳证据提出的适宜干预措施、以及临床团队提供相应干预服务的能力，从而增加改善健康结果的可能性。人性化质量是指医疗服务关注患者喜好的程度：能看自己喜欢的医生，服务的连续性，良好的沟通，为患者着想，尊重患者隐私等，都被视为高质量的服务。质量标准可随时间变化，因为新的医学知识和技术往往会提高我们对优质服务的期望值，需要我们对质量标准不断进行回顾和更新。确保最高标准的服务质量意味着所有患者每次都能在正确的时间、正确的地点获得正确的医疗服务。

医疗服务质量很重要，因为它是影响健康结果的决定性因素。IOM 的报告《人孰无过》记录了美国医院每年因医疗差错导致的本可避免的 98,000 例死亡。2008 年，美国十分之一的住院是由于基层医疗服务不佳引起的，原本是有可能避免的。医疗差错、不良事件等医疗质量低下的问题，还会增加卫生支出。同年，仅医疗差错给美国造成的损失就高达 195 亿美元。

来源：AHRQ. Potentially preventable hospitalization for acute and chronic conditions. (2010)
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb99.pdf>; Adel, et al., 2012.

策制定者同时也不能忽视质量与成本之间的密切联系。研究不断发现，高质量服务不一定意味着高成本，但劣质服务的结果往往是更多的住院、更多的监护治疗和用药、住院时间更长和不必要的再入院，从而导致资源浪费和不良的健康结果 (Baicker 和 Chandra, 2004; Berwick et al, 2008)。例如，2012 年，美国因不当和不必要用药产生的医疗费用约达 2000 亿美元 (IMS 卫生服务信息研究所, 2013)。其他国家的研究也发现了相似的结果。英国国家医疗服务体系因各种不必要的诊治及过程所浪费的金额每年高达 23 亿英镑 (AoMRC, 2014)。1995-1996 年，如果医疗差错得以避免，澳大利亚卫生服务系统每年可节约 30 亿美元 (澳大利亚卫生部, 1996)。因此，劣质服务危害患者的健康，降低卫生系统的效率。

在中国，对卫生服务质量及其对卫生支出影响的研究还有待进一步加强。可以认为在其他国家研究发现的¹质量与成本之间的关联在中国也成立，尽管可能还需要更多的研究来证实这一假设。质量问题与基层医疗服务利用率低 (Zhang et al, 2014; Bhattacharyya et al., 2011) 和日益增多的医患纠纷存在联系，导致法律诉讼和暴力伤害 (Heskesh, 2012; 中国消费者协会, 2014)。现有政策中较多涉及的一个质量问题是²大处方和过度服务的问题 (Yin, Chen, 2015; Li, Xu, 2012; Yin Song, 2013)。患者对大处方、态度不好、缺乏热情、诊查时间过短感到不满 (卫生统计信息中心, 2010)。

中国政府已启动了一系列政策手段来完善质量标准 and 加强监管。从 2009 年起，国家卫生计生委成立了国家和地方的“医疗质量管理委员会” (MQCC)，负责在相应的医疗专科内制定标准和保证服务质量改进。医疗质量管理委员会设在三级医院和教学医院内，是所在地区相应技术领域的技术牵头单位。一年后，国家卫生计生委出台了一系列旨在提高医疗质量的政策文件和指南，

如，《医疗质量管理办法》(国家卫计委，征求意见稿，2014 年 5 月)、《三级综合医院评审标准 (2011 年版)》(卫医管发 [2011]33 号)、《医疗质量安全事件报告暂行规定》(卫医管发 [2011]4 号)、《抗菌药物临床应用管理办法》(卫计委 [2012]84 号) 和《卫生部关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见》(卫医政发 [2012]65 号)。从 2010 年开始，国家卫生计生委针对公立医院改革试点，出台了多项质量控制指导文件，开展了减少抗菌药物滥用的活动，并通过试点网上预约和延长医院服务时间等措施来改善患者的就医体验。最近出台的关于城市公立医院改革 (国办发 [2015]38 号) 和县级医院改革 (国办发 [2015]33 号) 的两个政策文件，重申了要加强和提高服务质量。2015 年 3 月，国家卫生计生委在建立机制支持质量改进方面迈出了重要的第一步，成立了国家卫计委医疗管理服务指导中心 (MSMGC)。该中心承担一系列职责，主要着力于为各地质量改进工作提供技术支持。这仅仅是个开端，有些重要的质量改进职能该指导中心并不承担，包括制定、验证和授权采用国家标准化质量指标，管理医疗机构质量的监测与评价，协调各利益相关方的质量改进工作等。

过去十年中，大多数经合组织国家都已认识到改善质量是卫生领域发展的核心目的，并开展了系统性的改革，以提高卫生服务质量。政府日益承担着公共管理者和卫生服务支付方的角色，领导着旨在提高卫生服务质量的医疗卫生改革。借鉴他国经验并与中国的相关经验相结合，本章首先总结了在提高卫生服务质量方面的挑战，之后提出了一系列中国进行质量改善的战略和措施。

二、中国提高卫生服务质量所面临的挑战

中国卫生服务基础设施的快速扩张和升级为提高卫生服务质量打下了基础，但近期才开始重

视管理及改善服务的过程和结果。对中国卫生服务质量的数据进行回顾后发现，中国在向以人为本的卫生服务产生、筹资和提供模式转型过程中，主要面临以下挑战：(i) 支持持续服务质量改进的机制体制；(ii) 有关卫生服务质量的信息；(iii) 在机构层面提高质量和改善患者体验方面的管理实践。以下将一一进行讨论。

机制体制：尽管近年来中国有越来越多的地区开展了质量改进工作，但与经合组织国家相比，整个系统层面的体制支持仍较薄弱。首先，似乎没有一个用于发现并确定优先干预领域、设定可接受的质量标准的国家质量改进战略。目前的工作更多是应对滥用抗生素、暴力袭击医务人员等现有问题，而不是通过更全面的系统性的思路来解决问题。其次，在质量问题上有待形成强有力且统一的领导以影响各利益相关方（公立和民营），制定质量改进议程，提供所需资源，就质量标准及指标达成共识，分享质量改进方面的经验教训等。人们期望“医疗管理服务指导中心”和“医疗质量管理委员会”在质量改进方面能发挥重要作用，但根据现有的国家卫生计生委文件，这些机构是国家卫生计生委的组成部分，而且只关注公立医院而不是向各级各类医疗服务供方提供体制支持。许多经合组织国家都建立了牵头机构，通过成立一个技术协调机构来进行质量评估，并监督卫生系统内各级机构的系统化质量改进情况。此类技术机构并不一定是政府机构，但需具有技术权威性，并有联系公立和民营服务机构、专业学会、患者、医务人员等各利益相关方的能力。

国家卫生计生委已采取一些有效的措施制定基本制度、监管和政策框架来确保医疗质量，但仍有大量未尽工作。例如，监管内容强调（医院的）准入资格和结构是否完善（如，是否设立了内部质量委员会），但对临床过程和结果的关注需要加强。从 2009 年起，国家卫生计生委成立了国家和地方的医疗质量管理委员会（MQCC），

负责各自专业领域的标准制定和质量管理。医疗质量管理委员会设在三级医院和教学医院内，是所在地区相应技术领域的技术牵头单位。但基层医疗机构尚未成立医疗质量管理委员会。此外，国家卫生计生委出台了一系列旨在提高医疗质量的政策文件和指南，如，《医疗质量管理办法》（国家卫计委，征求意见稿，2014 年 5 月）、卫医管发 [2011]33 号、卫医管发 [2011]4 号、卫计委 [2012]84 号和卫医政发 [2012]65 号。最后，政府还开展了针对医院的质量改进活动（如，“医疗质量万里行”活动）和颁发质量奖活动（如，“中国 100 所最佳医院”）。

上述努力方向虽然正确，但尚难以确定单靠政府行政机构是否有能力监督上述政策的执行。此外，政府依靠检查作为主要手段来评估和监管执行情况，可能尚不足以推动服务第一线医疗质量的持续改进。对政策制定者来说，重要的是要考虑采用其他补充手段，作为鼓励提高质量的激励机制。在许多经合组织国家，这种综合的方法是通过多部门参与和协调来实现的。

医疗服务质量的信息：中国有关质量问题的系统性信息不足，无法为制定目标明确的有效干预措施提供指导。大多数质量评估都是针对一家或几家三级医院的描述性研究（如，Nie et al, 2014; Wei et al., 2010）。有关二级医院和基层医疗机构卫生服务质量的证据比较缺乏。

Donabedian (1980) 提出了一个包含结构、过程和结果的有用框架，可用于深入研究中国医疗服务质量相关的问题。结构质量是对发生医疗服务的环境的相对稳定性进行评价，如，基础设施、设备和人力资源。过程质量是对医患之间的互动进行评价，如，医生是否按照临床指南的建议制定出正确的诊疗计划、是否熟练地提供了诊疗服务。结果质量评价提供的是患者的健康状况因医疗服务而发生改变的证据。所有三个方面共同为

评估质量提供了宝贵信息，但中国现有的医疗服务质量文献主要集中在卫生服务提供系统的结构方面。

中国在卫生质量的结构方面做的相当不错，尤其是近来对改善卫生基础设施的投入加大，越来越多的医疗机构具备了提供更好的诊断、治疗和患者服务所需的基础设施及设备。但基本药物政策可能会对基层医疗机构药品的可及性产生负面影响 (Shen, 2014)。此外，基层医疗机构，尤其是农村地区医疗机构，仍面临合格卫生专业人员短缺的问题⁸。有关过程质量的文献不多，但现有的少量证据显示服务质量有待提高，基层医疗机构问题尤甚，管理常见慢病的知识和经验不足 (Wu, Luo et al 2009; Liu, Hou et al; 2013)。一项对患者进行了标准化的研究显示，村医仅询问了最基本问题中的三分之一，不稳定心绞痛的正确诊断率仅为 26%，开出的处方中有 64% 的药品被督导医生判断为不必要或有害 (Sylvia et al. 2014)。二级和三级医院的医疗服务过程似乎好些，但证据有限且存在矛盾。例如，Wei 等人的一个全国抽样研究 (2010) 发现，城市医院医生采用缺血性卒中二级预防的比例过高；Qian 等人的研究 (2001) 显示，上海和江苏的 4 所医院并没有采用最佳的产科技术，在 6 项应避免采用的做法中，有 3 项做法的日常采用率高达 70% 以上。急性冠状动脉综合征患者的用药也发现类似的结果 (Bi et al, 2009)。最后，关于质量的结果方面，有限的证据显示，三级公立医院患者治疗结果的差异很大 (Xu et al, 2015)。例如，一项多案例分析发现，2001-2012 年期间，中国的手术部位感染率平均为 4.5% (Fan et al, 2014)，这本是可以通过有效预防措施加以避免的。基层缺乏高水平医生和基层医疗质量普遍较

低，导致了可以避免的不必要的住院呈上升趋势 (Ma et al., 2015; Jiang et al, 2015)。患者感到医护人员态度不好，对医生问诊时间过短、不愿费事感到不满 (卫生统计中心, 2010)。

过度开药，特别是过度使用抗生素，是各医疗机构普遍存在的问题 (专栏 3.2)。例如，对山东村卫生室的处方审查结果发现，抗生素和激素等药品的使用均高于世卫组织的合理处方参考水平，且过度使用问题在基层和中国西部欠发达地区尤为严重 (Yin, Song, 2013)。有限的证据显示了存在 CT 和 MRI 等不必要的检查，和剖宫产、冠状动脉支架植入、冠状动脉搭桥等不必要的手术的情况 (Liao, 2015)，但数据并未做系统报告和分析。

专栏 3.2 过度用药和过度干预的现有证据

过度处方：每张处方的药品平均数量 (3) 超过世卫组织的合理用药参考水平 (Yin, Chen, et al 2015)；抗生素处方占 50%，有 2 种或 2 种以上抗生素的处方占 10-25% (Li, Xu et al, 2012; Yin, Song, 2013)。

过度静脉输液：静脉输液率 (53%) 超过世卫组织的合理用药参考水平 (Yin, Chen, et al. 2015)。

过度使用外科手术：剖宫产率为 46%，其中 50% 并无必要 (Liao, 2015)。

过度使用 CT：CT 的实际阳性率仅为 10%，而全球平均水平为 50% (Liao, 2015)。

医疗机构改进质量的管理实践：医院对质量的管理受按量奖励而不是按质奖励的系统激励机制的影响，同时管理能力低下也制约着医院对质量的管理。这种鼓励逐利和增加服务量、而非奖励优质服务的反向激励机制，影响着所有医疗

⁸ 卫生人力短缺的问题在第 7 章讨论。

机构的管理行为和一线的服务提供，医院管理者缺乏足够的动力，政府和社会保险机构也并不严格要求公立医院证明其质量有所改进。大处方问题很常见（Yin, Chen, 2015；Li, Xu, 2012；Yin Song, 2013）。一项研究发现，即使最近出台了为医院费用上涨设置上限的试点政策情况下，医院管理者仍不愿限制医生的大处方行为（He and Qian 2013）。虽然改革使得情况有所改善，但许多公立医院仍然存在逐利行为，增加收入和提升上限成为医院管理者的首要目标（Yip 和 Hsiao, 2014）。除增加对高营利的先进医疗设备的投入外，医院没有动力对不显性的质量改进方面（如，改善服务过程）进行投入。由于对质量缺乏有组织的重视，因而也缺乏有组织的机制和资源开展质量改进工作。

此外，大多数公立医院管理者都缺乏管理培训。本研究针对中国医院管理实践的研究⁹发现，抽样的公立医院的分数低于平均分，而且在监测与绩效管理、持续改进和结果管理方面有待于进一步改进（Liu, 2015）。此外，公立医院在奖励优质员工、解聘表现差的员工方面没有自主权。管理能力薄弱阻碍了服务一线的质量改进工作。

三、改善卫生服务质量的建议

上述挑战都是可以解决的，但需要统一的领导，机制体制的构建和利益相关方的参与，需要有实施工具来帮助卫生服务系统的各级机构不断改善质量。中国可考虑采用包含以下三个战略行动领域的全面战略框架：1) 强化领导和系统支持；2) 建立质量评估和反馈机制；3) 改革组织管理，使之有利于质量的不断改进。供方技能和患者参与是第4章和第7章讨论的另外两个核心领域。专栏3.3显示了核心行动领域及相应的实施战略。

关键行动领域 1: 完善组织框架，以领导有关质量的信息收集和制定质量改进的战略

政府的领导和指引对提高卫生服务质量改善的能力至关重要。国际经验指出了政府可考虑的三类活动：扩展现有机构职责或组建一个协调机制协调来领导、监督和实施质量改善工作；开展国家评估；制定质量改进的国家战略。

探索不同的方式，由一个国家级协调机制来监督卫生服务质量的系统性改善。该组织负责协调各方有关质量保证及改进的工作，积极动员各利益相关方的参与，促进质量保证及质量改进战略的实施。其主要职能包括：(i) 制定国家质量目标；(ii) 建立质量标准，制定质量指标；(iii) 不断评估并报告达标过程的进展；(iv) 制定全国标准化的医学教育课程设置，其中应包含最新的科学知识；(v) 医务人员的专业资格认证，从而确保他们能按标准提供卫生服务；(vi) 监督公立和民营医疗机构的认证和审评工作；(vii) 根据成本效益分析和伦理考量结果，明确医疗保险可以报销的治疗及干预方法；(viii) 评估并推广临床指南；(ix) 开展研究并提高推进服务质量不断改进所需的能力。

国家卫生计生委、财政部、人力资源和社会保障部、主要专业及科学团体、公立及民营机构等各利益相关方向该组织派出代表¹⁰。该机构也可以作为借鉴国际经验和分享医疗服务改进技术的平台。从长远看，该机构可以成为医务人员和公众寻求各种有关质量的科学信息的最权威来源。该机构将成为在促进卫生服务质量、确保按可能达到的最高标准始终如一地提供循证依据的医疗服务方面的牵头机构。

⁹ 第5章将对此研究进行详细讨论。

¹⁰ 让患者和公众参与质量指标的制定与报告的问题在第4章讨论。

专栏 3.3 改善卫生服务质量的核​​心行动领域和实施战略	
核​​心行动领域	实施战略
1. 健全必要的组织框架，来领导有关质量的信息收集和制定质量改进的战略	<ul style="list-style-type: none"> • 成立一个国家级机构，如“国家卫生服务质量委员会”（NHCQC），领导质量改善工作 • 对卫生服务质量状况开展全国性的深入研究 • 制定国家质量改善战略
2. 对卫生服务质量数据进行系统评估，并不断将结果用于促进质量改善	<ul style="list-style-type: none"> • 建立以为卫生服务过程和结果为重点的标准化质量评估体系 • 开发并维护过程质量和结果的“差异地图” • 将质量绩效信息用于认证、对公众的信息披露和支付激励机制 • 促进循证的标准化卫生服务
3. 开发旨在提高医疗机构卫生服务质量的工具并促进其应用	<ul style="list-style-type: none"> • 促进利用管理工具来推动医疗机构提高其质量 • 利用医疗电子新技术支持质量改善工作

在过去 15 年里，许多经合组织国家都成立了类似的机构。以下为比较知名的机构，但不仅限于此：(i) 英国的“国家临床评价研究所”（NICE），负责制定循证的临床指南和路径，对临床干预措施进行评价；(ii) 法国国家卫生管理局（Haute Autorité de santé, HAS），负责药物、医疗器械和医疗操作的评估，发布指南，医疗服务机构和医生的认证等（Chevreul et al. 2010）；(iii) 荷兰质量研究所，制定了有关服务标准、临床指南和绩效评估标准的强制性框架；(iv) 美国医疗保健研究与质量局（AHRQ），负责支持质量指标的制定、国家质量报告和卫生服务质量研究；(v) 德国卫生服务质量与效率研究所（IQWiG），负责审查部分疾病的诊断与治疗证据，提供有关某些药品、非药物干预措施、诊断和筛查检测的循证报告，对疾病管理规划提出建议。

从实际操作角度来看，一个方案是扩大卫计委医疗管理服务指导中心的职责，并入其它政府和非政府的职能，并提高其技术能力，以行使推荐的职能。医疗管理服务指导中心具有上述一些职能，但人手有限（30 人）、各利益相关方的代表性不足、仅关注公立医院等特点，可能让其难以充分行使被赋予的职能。另一个方案是在国务院之下成立一个国家级协调机制，如目前可由现

有的医改领导小组行使其职能，以保证其具有最高的权力来动员公立、民营和卫生专业等各方的资源。重要的是，该机构要对公立和民营机构执行同样的质量标准。

开展关于卫生系统各级卫生服务质量及质量改进的深层次全国性研究。在有些国家，全面的、基于证据的质量及绩效报告推动了卫生系统绩效的提高。这些报告让领导者和专业人员能够重点关注可避免的质量缺陷，并创造更好地服务于患者和社区的机会。事实上，上述研究通过让质量问题成为政策辩论的焦点，可以带来决策转机。此外，这些报告显示了政府对满足人们真正需要的重视，从而有助于提高公众对卫生服务系统的信心。例如，面对大量证据显示的质量问题、公众需求和不断上涨的费用，多个国家对国家质量改进方法进行了系统回顾，开展了现况评估，并提出了相应建议。医学研究所（IOM）的《人孰无过》（2000）和《跨越质量深渊》（2001）是两篇鼻祖性的报告，暴露了美国质量问题的广度和深度，提出了解决这些问题的战略。另一个例子是澳大利亚卫生部委托开展的“澳大利亚卫生服务质量研究”（QAHCS）。该研究采用回顾性临床审计方法，对医院的不良事件进行了评估。英国也开展了类似的研究，并发表了《一流的服务：

新的国家医疗服务体系的质量》。该报告强调了加强问责、绩效评估和卫生服务质量监督的关键机制。

这类研究有助于收集可靠的质量绩效信息并帮助找出问题所在，中国现在还缺少这样的研究。中国已经在医院开展了质量及患者安全的数据收集及监测的试点工作，但数据分析结果尚未发表（Jiang et al., 2015）。在上述拟建的国家主管机构的引领下，中国可开展类似的研究，对卫生服务结构、过程以及相应结果的质量问题进行系统记录。这将有助于在全国推动质量改进工作。为付诸实施，可招聘组建一个由国内、外卫生服务质量专家组成的独立专家组，与国内学术研究机构一道开展上述研究。独立专家组可将研究结果进行归纳后发布有关中国卫生服务质量的全面报告，并就质量改进的目的与目标，及政策制定、培训和实践改革提出建议。

制定国家质量改进战略。在上述研究结果的基础上制定出相应战略，明确可接受的质量水平，提出质量目标，明确各利益相关方的职责，规定各级应开展的活动。例如，美国 2011 年启动了“国家卫生服务质量改进战略”（美国卫生与公众服务部，2011）。该战略阐述了 3 个国家目标（更好的服务，健康人群 / 健康社区，负担得起的卫生服务）和 6 大重点：

- 通过减少卫生服务相关危害，让卫生服务更加安全
- 确保每个人和家庭都参与到自己的卫生服务之中
- 促进医疗服务的有效沟通和协调
- 针对主要死因，促进最有效的预防及控制实践

- 以心血管疾病为切入点开展社区合作，促进健康生活方式最佳实践的广泛推广。
- 通过开发并推广新的卫生服务提供模式，让个人、家庭、用人单位和政府更能负担得起优质卫生服务。

该战略的目标和重点是指导地方开展工作和监测工作进展的基础。质量改进战略以现有工作为基础（国家评估结果为战略提供了参考依据），为国家不断提供指导，并通过每年的修订和加强，对战略进行细化与完善。

关键行动领域 2：系统评估卫生服务质量数据，并持续将其用于支持质量改进

经合组织国家过去十年在质量改进工作方面的突出特点之一，就是广泛利用卫生服务过程及结果的定量数据。由于数据日益丰富和统计方法的进步，现在比以往更加容易获得可靠的质量指标。这些测量结果为政策制定者提供了有力的工具，用于评估供方质量、发现绩效优秀和低下者、设立奖励高质量的激励机制、评价改革取得的进展。

将质量评估从结构评估向过程和结果评估转变。结构质量相对容易评估。例如，在中国很容易获得有关基础设施、设备及人力资源的可靠数据。尽管有足够的结构质量的数据是必要的，但这尚不足以提高卫生服务的结果或体验；这两者的部分决定因素是如何将卫生服务的结构投入用于患者与供方之间发生的服务过程。对上述过程的评估工作日趋复杂，应在最佳科学及临床证据或临床指南的基础上进行。要让循证医疗服务成为常规，就要按照推荐的过程指标，对医生的临床工作进行评估。例如，是否给即将出院的急性心梗患者开了他汀类药物？有多少比例的患者在过去一年中做了 2 次糖化血红蛋白 A1c 的检查？

医疗服务过程质量的改变，也体现在结果的变化中。因卫生服务的提供而导致的存活率和健康及功能恢复程度的变化是结果评估的核心，而评估的结果对任何卫生系统的受益者来说都是最重要的。因此，也是评估任何以患者为中心服务模式绩效的至关重要的内容。中国虽然收集死亡和并发症等患者结果数据，但指标都比较泛泛，在用于比较供方质量方面有待加强。例如，中国往往不对死亡分析进行病例组合的调整，因而难以考虑入院患者在健康风险方面的差异，导致得出的结果在不同医疗机构之间不具可比性。

许多经合组织国家正努力让患者参与到质量评估中来，并开发工具从患者角度评估健康结果。患者报告的结果评估（PROM）和患者报告的体验评估（PREM）都是由患者报告其身体、精神和社会健康状况以及反馈自己对慢病的管理情况。如第2章所述，可将这些方法纳入针对综合卫生系统或某一卫生服务供方的质量评估框架中。

开发并维护过程质量和结果的“差异地图”。包括中国在内的大多数国家，卫生服务质量与结果都存在地区差别，甚至在同一城市的不同医生之间都有差别。这种差异源于在专业意见、习惯、培训背景和科学标准应用方面的差异。医务人员针对特定疾病采用特定临床方法时所表现出的明显差异被认为具有“供方敏感性”，因为决定主要是供方选择的结果（供方是否认为患者有必要住院或进行手术），而非科学抉择或患者的选择。要控制上述差异，首先要了解这些差异。例如，美国和其他国家都有关于择期手术（如，扁桃腺切除术、前列腺切除术等）和慢病住院方面差异的文件记录（Wennberg, 2010）。Xu 等人（2015）发现，在对风险进行调整后，北京三级公立医院在患者转归方面差别明显。

中国可考虑开发中国版的反映卫生服务地区性差异的“达特茅斯地图”¹¹，让公众和专业人员了解医疗实践在重要卫生领域的差异。美国的“达特茅斯地图”生动直观地显示了在卫生服务质量、结果、成本和利用方面的差异。评估区域间的差异让领导者能够发现通过标准化改进服务的机会。在英国，“NHS 地图”评估和报告系统具备类似功能¹²。这类数据有助于发现值得推广的“最佳实践”，暴露服务不当、服务过度或服务不足都发生在哪些环节。可在质量主管部门的监督下，由一个专门团队开发中国的“差异地图”。

更有效地利用质量数据和评估结果：一般而言，质量评估结果有三个重要用途，可用于促进一线工作的质量改善：认证，向公众报告，按绩效支付。所有这些共同组成了一个提供绩效反馈和激励质量改进的综合体系。

- **认证：**在美国，报告质量数据和质量评估结果是医院认证的必要内容，而获得认证是医院参加公立保险 Medicare 和 Medicaid 的前提条件。“联合委员会”是负责认证美国医疗机构的独立机构。该机构要求被认证的医院须从病历记录或电子病历中提交特定疾病或过程（如，急性心梗、围产期保健、卒中、急诊室、外科改善项目、VTE）的至少6类核心评估指标的数据。中国可考虑强制要求公立和民营医院在医院认证过程中公开质量数据报告。
- **向公众披露供方卫生服务质量的信息：**公布质量信息能有效地营造供方同行压力，或通过让其意识到其处于大众监督之下而促使其主动提高质量。向公众披露供方质

¹¹ <http://www.dartmouthatlas.org/>

¹² <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/nhs-atlas-of-variation-in-healthcare-2015>

量信息，还有助于患者根据医疗机构的安全性和质量水平，在掌握信息的基础上选择供方。过去十年中，这在经合组织国家已成为通常做法。例如，在美国，州级质量水平情况可在 AHRQ 网站¹³上查到，而医疗机构的质量信息可在多种网站上查到，如 CMS 医院比较网¹⁴、NCQA¹⁵、联合委员会网¹⁶等等。同样，法国将供方质量信息在线发布在“卫生领域”（Scope Sante）网站¹⁷上；在加拿大则是由加拿大卫生信息研究所（CIHI）¹⁸发布。例如，“医院比较网”可以让用户同时对 3 家医院在 6 个质量领域进行比较：患者体验调查，服务的及时性和有效性，并发症，再入院和死亡，医学影像的使用，费用及物有所值的服务。患者可以根据自己的需要和喜好选择最适合的医院。

- **将支付与质量改进相联系：**按质支付（P4Q）是指为质量改进提供经济上的激励。尽管因激励机制的设计不同导致按质支付的作用有好有坏，但不少国家都采用了这一方法。从 2004 年开始，如果美国的医院未将提交给联合委员会（一个认证机构）的绩效数据同样提交给 CMS，则 CMS 会对其进行经济惩罚。同时还决定，CMS 从 2008 年起将不再为 28 种“绝不应发生的事件”（严重、可预防、昂贵的医疗差错）付费，包括跌落和创伤、特定整形手术和搭桥术后的手术部位感染、导管相关的泌尿系感染、空气栓塞等。还开

展了两个按质支付项目：（i）降低再住院率项目：重点将支付与因心脏病急性发作、心功能衰竭和肺炎等特定的费用高或数量多的疾病再入院率的降低水平相联系；（ii）医院的物有所值采购（VBP）项目：Medicare 根据医院质量绩效评估结果以及在质量改善方面取得的进展情况，对支付医院的款额进行一定比例的调整。英国政府从 2004 年开始引进家庭医疗服务质量按绩效支付的方案，内容包括慢病管理、医疗服务组织工作和患者的服务体验等。这类支付额的比例占到家庭医生收入的 25%（Kroneman 和 Madelon, 2013；Doran, 2010）。一些证据显示，将公开报告与按质量支付的激励机制相结合，其促进质量改进的效果更明显（Werner, 2009；Lindenauer, 2007）。

按绩效支付的概念近年来在中国日益受到关注。虽然按服务数量、服务质量和患者满意度支付的系统可以得到实施，但缺乏标准化的评估指标和仍盛行的按项目付费的逐利激励机制，让实施工作十分艰难。按质支付方式的设计最好能避免出现意外的成本转移。例如，贵州曾试点杜绝过度处方的激励机制，但医生增加了非药品注射服务和不必要的医院转诊服务，导致卫生服务总费用增加（Wang et al, 2011）。但也有积极的案例。例如，宁夏采用按人头付费与按质支付的激励机制相结合的方法，减少了抗生素使用和门诊总费用，同时又未对卫生服务的其它方面产生太大影响（Yip et al, 2014）。

¹³ http://nhqrnet.ahrq.gov/inhqrdr/state/select?utm_source=AHRQ-EN&utm_medium=article&utm_campaign=SS2015

¹⁴ <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

¹⁵ <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement.aspx>

¹⁶ http://www.jointcommission.org/accreditation/top_performers.aspx

¹⁷ <http://www.scopesante.fr/>

¹⁸ <https://www.cihi.ca/en/health-system-performance>

建立起同行相互学习、共同改进质量的参与模式：除了将本院的质量与其他医院相比较之外，应鼓励医院相互交流宝贵经验，在改革组织结构、提高质量、共同实现明确目标方面相互支持。一个例子就是美国的“CMS 患者合作关系网”及其“医院参与网络”。医生、护士、医院、雇主、患者及其代言人、联邦和州政府联合组成了“患者合作关系网”。各方的共同目标是让原医疗服务更安全，完善卫生服务的整个流程。“医院参与网络”协助找出减少医源性疾病的有效方法，并向其他医院和医疗机构进行宣传。第 10 章提出了一种共享信息、共同学习的供方 - 供方同行网络形式。

关键行动领域 3：改革管理实践，以改善医疗机构的卫生服务质量

安全和质量保证离不开有效的组织管理。即使是最能干的医务人员也可能在忙乱而拥挤不堪的临床环境中、在开展日益复杂的医疗技术活动中犯错误。管理人员可以利用已知且已经检验的工具对质量改进工作提供支持。

促进循证的标准化服务：临床指南和路径是让服务标准化、减少医疗服务差异的极有用手段。2009 年，中国卫生部与英国“国家临床评价研究所”（NICE）签署了 2 项谅解备忘录，就在循证基础上的临床路径的制定工作寻求技术援助。已经制定的临床路径在多个农村乡镇卫生院改革试点付诸使用，以规范操作程序和限制供方任意开药和提供服务的做法。初步的评价结果提示，实行路径后缩短了平均住院时间、减少了不必要的服务，患者自费支出减少，医患之间的沟通和关系得到很大改善，提高了患者和供方双方的满意度（Cheng, 2013）。然而，其他研究发现，管理人员和医生因担心收入减少而对实施临床路径有抵触。管理者仍迫于收入的压力，未将临床路径视为有用的管理工具（He 和 Yang, 2015）。中国可考虑对上述经验进行总结分析，为临床路径

的进一步制定和使用提供信息。

尽管有数量不明的中国医院已经实施了各种临床路径，但全国并无统一循证系统确保服务标准化，也没有根据中国国情不断将中国指南与国际临床标准接轨。重要的是，要将上述工作推广扩大，一方面扩大标准化临床路径的范围，另一方面要求所有医院采用这些临床标准。在前面提议成立的国家质量主管机构的指导下，在中国医院、各专业学会和临床各领导小组的协助下，可以制定或采用循证的医疗服务指南（基本上依据国际标准），并根据中国卫生系统的特点进行调整。采用的标准应着眼于（a）循证的医疗规程，（b）恰当的用药，（c）以人为本的服务，和（d）不断提高质量的技能和方法。

将“质量文化”融入医疗机构的管理理念，促进现代管理技术。优质医疗服务并非来自于单纯的“检查”，安全保障和质量持续改进需要有质量文化，需要管理者和员工对质量改进的持续关注。有利于质量改进的重要文化因素有：对待差错持开放态度，管理上不是等级森严，较好的团队合作精神，学习气候浓厚，重视持续系统改进等。相反，着眼于个人和对犯错个人进行“点名批评”式处分的问责机制所营造出的文化氛围是对差错回避不报，同时让人们深信服务质量是提供良好培训和刻苦努力的结果。有证据提示，“点名批评”仍是常用的管理手段。2013 年，采用改良版的美国医疗机构患者安全氛围调查法，对上海 6 家二级综合医院的员工调查后发现，医院员工对工作场所的安全氛围总体反映积极，但“害怕批评”和“害怕丢脸”是最主要的两项担心。而在美国，这是人们最不担心的事情（Zhou, 2015）。

我们已掌握了治疗许多疾病的有效科学证据，可以帮助改进服务，而且在某些情况下，可以降低成本。但这些科学知识并未在日常临床实

践中得到完全应用。要发现并缩小知识与实践之间的差距，就需要各卫生服务机构采用有效管理工具不断进行质量改进。卫生服务机构可得益于现代管理方法的应用，通过改变医务人员行为、优化临床服务系统来改进质量（Langley, Nolan and Nolan, 2009；Deming, 2000）。例如，持续质量改进（CQI）和全面质量管理（TQM）方法，强调全机构成员持续努力满足客户的需要和期望，管理者和临床医生共同找出服务过程中的不良做法并加以改进。六西格玛（Six Sigma）法的目标是将差错率降至过程均值的 6 个标准差，确保提高标准化的服务。计划-执行-检查-处理（PDSA）循环是临床团队利用连续监测的可测量的特定目标，在一系列测试“循环”中学习如何将重要的改革理念应用于自己机构的机制。以上管理手段和其它管理手段可结合起来灵活使用，但宗旨是让人们通过这些活动，保持对提高管理质量的持续关注。上述一些方法已经在中国的一些大医院得到实施。例如，安贞医院将 PDSA 用于医院战略性管理（Nie et al, 2014）；北京大学人民医院采用 PDSA 全面质量管理来提高专家门诊挂号的效率（Chen et al, 2014）。应对上述经验进行总结，并在全国推广类似活动。¹⁹

采用电子健康档案来支持质量改善：电子健康档案（EHR）系统提供了患者全部医疗及临床病历和全面病史的数字化记录。经过正确设计和认真执行的电子健康档案有助于数据收集和共享，并将数据用于卫生服务质量的评估和反馈、实时临床决策支持、加强服务协调和改善医患关系。中国目前大量卫生相关信息都是以官方日常报告系统的数据为基础，未经过独立核实。过去十年中，中国加强了对卫生信息基础设施的投入，包括村医室在内的许多机构都采用了计算机和电子健康档案系统。这为完善国家卫生信息系统打下了良好的基础，可以将海量的临床数据加入到通过入户调查、传染病监测和定期专病患病率调查积累到现有数据库中。有些地方已采用了电子健康档案系统对临床过程提供支持。SCPHC 肥西利用医疗信息技术系统，将医生处方用药限制在对特定疾病推荐使用的药物内，并提醒医生遵守临床路径。河南省息县也采用了类似的系统。中国人民解放军总医院借助计算机和临床数据查询的先进应用程序，对全院的医源性感染和疾病暴发进行实时自动监测（Du et al, 2014）。中国可对上述改进过程及用药的改革作法所产生的影响进行认真评价。

¹⁹ 基于反馈循环开展持续改进的做法在第 10 章加以介绍。

第四章

加强公众对以人为本的一体化服务模式的参与（推手 3）



一、引言

以人为本的一体化服务模式（PCIC）依据中国公民与社区的健康需求而不仅是他们所患的疾病来组织基层卫生服务。这一模式成功的关键在于患者对卫生服务提供体系的信心，即他们相信卫生服务体系能够积极、适当并及时地满足他们的需求。与此同时，卫生服务体系也应充分引导并发挥公众自身的能量，帮助他们掌握有关的健康知识并主动采取促进个人健康的行为；在公众与医疗服务体系的良性持续互动中，使他们的健康知识和行为得以不断充实和强化。提高公众参与医疗卫生服务的能力和积极性是世界卫生组织提倡的以人为本的一体化卫生服务体系全球战略中的重要战略方向。(WHO, 2015a)。

加强患者参与和中国现有的改革目标是相一致的，也体现在一系列的国家政策上。这些政策呼吁卫生服务体系及其利益相关方：（1）加强健康促进，健康教育及医学与健康知识的传播，宣传健康、文明的生活方式，鼓励公众保持合理的营养水平，强化百姓健康意识及自我保健能力；（2）构建健康和谐医患关系；及（3）通过定期公布医院的财务、绩效、服务质量与安全、

价格及住院费用等信息促进医院信息透明（中发[2009]6号；国发[2012]57号；国办发[2015]38号；国办发[2015]33号；国办发[2015]1号）。最新的国务院办公厅的指导意见明确指出需要“充分发挥公众媒体作用，广泛宣传疾病防治知识，合理选择就诊医疗机构”，及加强对基层医疗卫生机构服务能力提升和分级诊疗工作的宣传，引导群众提高对基层医疗卫生机构和分级诊疗的认知度和认可度（国办发[2015]70号）。

这些政策与中国所实施的一系列加强患者参与的活动相互呼应。江苏常熟作为世界卫生组织健康城市联盟运动的参与者，在全市推广了糖尿病预防和控制的措施，并取得了一定的成效（Szmedra 和 Zhenzhong, 2013）。卫生计生委也在 2014 年提出了一项增加健康知识的六年计划，为公众提供基本健康知识，健康生活方式和基本医疗技术方面的信息（NHCP, 2014）。卫生部与中国记者协会从 2005 年起联合启动“中国健康知识传播激励计划”，每年选定一个威胁群众健康的主要慢性疾病，如高血压（2005）或癌症预防（2006），制定相关的健康知识宣传策略。一项根据高血压防治手册设计的高血压患者自我管理项目在上海社区预防高血压俱乐部中开展，

初步显示出有助于参与者降低血压(Xue及其他, 2008)。上海市开展的慢病自我管理项目改善了参与者的健康行为、自我管理的有效性和健康水平, 并减少了患者的住院次数(Fu及其他, 2003)。《健康报》2015年6月19日刊登的文章《医患共同决策是人文精神的核心体现》讨论了在中国实行医患共同决策的必要性。此外, 2013年卫计委建立了一个官方网站用于特定的(单)病种质量监测与医疗安全(不良)事件报告, 并提供与服务质量控制相关的信息。

二、加强公众参与所面临的挑战

虽然此类政策措施令人振奋, 且方向也毋庸置疑, 中国仍亟需采取一个全面及系统的路径来加强公众对卫生服务的参与, 并明确患者与服务供方之间各自职责。中国的卫生服务体系需要继续强调以患者为中心。群众对服务质量及医疗机构不是从患者利益的角度出发的担心, 影响了他们对卫生服务体系的信任。收入的增长, 快速的城镇化, 以及对卫生服务需求的增加, 使得中国百姓对医改寄予厚望, 认为改革会提高卫生服务提供体系的绩效。满足这些预期非常重要, 事实上, 公众对卫生服务体系的不满在某些时候已导致了袭医事件(Chen 2012, Yuan, 2012)。近年来医疗纠纷有明显增加的趋势。(中国消费者协会, 2014; Moore, 2012; “中国医学论坛报”, 2012; Hesketh及其他 et al, 2012; 中国医师协会, 2013); 约有三分之一的医疗纠纷事件导致医务人员受伤(“广州日报”, 2014)。当前医患关系有待改善, 特别是避免医务人员成为医闹事件攻击的对象。从积极方面来看, 国家卫生计生委第五次卫生服务调查显示, 76.5%的门诊患者和67%的住院患者对他们的就医体验表示满意。

政府所面临的挑战是如何设计适当的干预措施和战略, 把政府已颁布的一些政策所包含的理念转换为现实—如何加强卫生服务体系的响应和

以人为本的服务能力, 以获得患者信任? 国际经验表明解决方案的核心是“患者授权”, 即所构建的医疗服务体系应该让“患者共同参与健康服务的提供”, 或使之成为“疾病治疗、预防和管理方面具有自主权的合作伙伴”, 卫生服务供方“促进患者与公众对健康及医疗服务的积极参与, 并加强患者个人及公众作为一个整体对医疗服务决策的影响力。”(Coulter, 2011:10)

三、建议：加强公众参与

总体而言, 公众参与包括两个主要方面: 公众(患者)授权, 和激发公民(患者)的主动参与。公众可以在个人、家庭以及社区层面进行参与。服务供方与患者、家庭的互动关系也包括在内。专栏 4.1 借鉴世卫组织以人为本整合卫生服务战略, 并在此基础上对公众参与的重要性进行总结。

专栏 4.1 公民参与为何重要?

“从根本上说, 公众要依靠自己来应对和解决自身的健康需求, 同时做出有关自身健康行为, 提升自我和家人健康的选择。由于公众更了解这些健康行为的动机是什么, 因此要实施以人为本的医疗服务模式, 就必须鼓励公众个体参与。”

来源: 世界卫生组织 2015 a: 22。

患者与社区需要掌握必要的知识和信息, 提高科学就医的能力, 包括改变不健康行为, 合理选择就诊医疗机构, 甄别手术与非手术治疗方案的利与弊, 知道如何及时有效地使用投诉机制, 并消除生活环境中可能引发健康问题的潜在威胁。一旦拥有必要信息, 就可以“调动”患者参与各种管理自我健康及医疗服务的活动, 应对风险行为、保护生活环境。医疗服务提供者在促进患者参与上发挥至关重要的作用, 他们需要向患者提供各种治疗方案的信息; 解释各方案的潜在利与弊; 鼓励患者讨论并表达自己的偏好; 帮助患者制定长期的自我管理规划。因此, 患者参与医疗服务需要服务方与患者自身的共同努力。

卫生服务体系可以通过各种方式赋予公众权利，提高其参与能力并调动患者参与的积极性。文本框 4.2 总结了这些方式的主要内容，实质上这些方式都是提高健康素养、加强自我管理和促进医患共同决策的某种程度的结合²⁰。有大量证据反映了这些方法的积极作用，如服务质量的提高，科学的就医决策及健康结果的改善。英联邦基金对 11 个经合组织成员国的调查显示患者参与有助于改善服务质量及患者体验，降低医疗错误，提高患者治疗依从性，并最终通过更低的医疗费用带来更好的健康结果（Osborn 和 Squires, 2012）。加强自我管理的干预措施不仅增加患者

（特别是对于老年人来说）的有关知识，提高其应对疾病的技能及管理慢病的信心，还有助于带来更好的健康结果，在有些情况下甚至降低住院率（欧洲 Picker 研究所，2010）。医患共同决策在不同国家里都显示出提高患者满意度和医疗服务水平的潜力（Stacey 及其他 2011, Coulter 和 Collins, 2011；国家之声，2011），并有助于使患者倾向于选择费用较低的轻创治疗，而非外科手术治疗（(Morgan et al, 2000; Kennedy et al, 2002; Deyo et al, 2000; Wennberg, 2010；国家声音，2014）。

专栏 4.2

加强公众参与改善医疗服务：主要措施领域及相关实施战略

健康素养

- 通过平面媒体、计算机或网络提供健康信息和视频
- 具有针对性的大众传媒活动
- 针对弱势群体健康知识缺乏的特点，采取针对性措施提高其健康素养

患者健康的自我管理

- 为医务工作者提供有关沟通技巧的培训，为患者、团队合作及协作关系的建立能力提供支持
- 对患者进行自我管理的教育、支持患者自我监测、自己管理的治疗及远程医疗
- 自助小组及同伴支持

医患共同决策

- 共同确定治疗目标
- 协助患者决策
- 患者的辅导与引导

为公众创造支持的环境

- 创建健康城市
- 改变环境，促进健康选择

²⁰ 有一些国家采取了一种更全面和更雄心勃勃的干预方式鼓励公众参与卫生事业，采取各种方式让患者和其他公众在决策制定过程的不同层面上，包括医疗卫生服务的规划以及国家层面上参与医疗卫生政策的制定，相关例子有英格兰 (<https://www.nice.org.uk>)，美国 (<https://www.pcori.org>)，和德国 (<https://www.iqwig.de/en>)。澳大利亚消费者健康论坛 (<https://www.chf.org.au>) 则成为国家的声音和消费者的合作伙伴，在健康常识教育、以人为本的法律法规和政策制定、质量与患者安全、信息获取、新技术和平等获得医疗服务等一系列问题上进行倡导和研究，查找问题，为患者代言。这些模式可以作为中国的一个长期目标。

本章依据加强患者参与卫生服务体系的国际经验，总结了加强患者参与的核心措施或方式，以及这些措施或方式的实施战略。本章分为三节，分别阐述上文所述的公众参与的三个核心内容，即(1)提高健康素养；(2)加强自我管理和(3)促进医患共同决策²¹。这些加强患者参与的做法互为补充，相得益彰。以医患共同决策为例，如果患者不具备最基本的健康素养就无法参与决策，而健康素养又与患者对管理自我健康能力的自信心及这种自信心的培养相关。这方面的经验在患者与医务工作者讨论共同确定治疗方案时，会直接影响到他们能否提供有用信息，从而最终决定他们对此类决策所产生的结果的影响力。

核心行动领域 1：提高健康素养

健康素养是指个人理解和运用健康信息的能力，这种能力可以使个体具备更大的动力和能力掌控自身健康。这一概念包括了理解基本健康知识的认知能力以及运用有关信息来指导健康相关决策。健康素养对良好健康必不可少，对公共卫生至关重要。如果公众不能获得、理解和运用健康知识，他们就不能有效地照顾自己的健康，在使用卫生服务系统时也会困难吃力，也不能针对自己、家人和社区健康做出适当抉择。健康素养低的人对自身健康及治疗状况了解相对较少，健康状况较差，对预防保健服务理解差、使用少，住院次数更多，看急诊的次数也更多（国家医学院，2004；Berkman et al., 2011）。出乎意料的是，在美国，一半的成年人对健康信息的理解、运用有困难，导致混淆的产生和对卫生服务利用低效。（国家医学院，2004）

Nutbeam (2008) 对有关健康素养的两个观点做了区分：作为风险因素的健康素养和作为资产的健康素养。这两种观点是对同一概念的不同认识，有细微差别。前者力图寻找方法降低低健

康素养对健康相关行为和结果的负面影响。为此，国家医学院将健康素养定义为“个体获得、处理并理解基本健康信息和服务的能力，而这些信息和服务都是做出正确健康选择所必不可少的条件（国家医学院，2004）。”与此理论相关的研究将健康素养和一系列健康行为结果联系起来，包括有效的慢病管理、对用药和其他健康建议的遵从以及对健康和筛查项目的参与。缺乏健康常识可以成为需方服务利用的障碍。特别对于穷困人群及少数民族地区而言，低健康素养问题会导致较差的健康状况、更多的住院治疗、更多用药及治疗失误、预防保健服务低利用率，以及对治疗建议更差的遵从性（国家医学院，2004；Berkman et al, 2011）。老年人健康素养低则会导致更高的死亡率（Liu et al 2011）。改善健康素养被认为是优化临床服务有效性和促进健康公平的重要一环。

健康素养作为资产的观点则强调健康教育与传播在开发采取不同形式的健康举措、促进个人及全人口健康的能力方面的积极作用。世卫组织(2007)特别建议“健康素养意味着有相应的知识、技能以及信心采取行动，通过改变个人生活方式和生活环境改善个人及社区健康。”健康素养的获得可以从根本上应对影响健康的部分社会决定因素，而这里社会决定因素特指狭义医疗体系之外的因素。

这两种观点有显著的不同，一个是临床医学视角，另一个是公共卫生视角，但两者都非常重要且在指导相关政策制定方面相辅相成。他们代表了不同但相互促进的战略，共同应对低健康素养问题。卫生系统一方面要提高有效的学校教育的可及性，为健康素养较低的特定人群提供成人教育（世卫组织健康的社会决定因素委员会，2007），它同时还应提高健康传播和健康教育

²¹ 一个与此相关的话题，即有关“安全高质医疗机构的信息提供”，详情请见第三章。

的质量，为提升健康素养提供更多的支持，并提供量身定做的信息，通过功能性健康素养的提升来帮助公众理解并使用信息来管理健康和疾病。(Coulter & Ellins, 2007)。

加强群众对循证医疗服务、健康相关行为及预防保健的重要性的认识。虽然健康素养是个人、社会 and 经济发展进程综合作用的结果，卫生服务体系是改变健康素养的一个重要切入点。患者希望通过医务工作者掌握如何管理自己的疾病或慢病的信息和能力。除了通过医患之间一对一的交流所获取的信息，许多国家都针对劣势人群实施正规的健康教育项目，如为患者小组、大学和成人教育机构所开设的课程，及一对一的咨询服务。一个实例就是英格兰卫生部实施的国家“健康促进技能”项目，该项目通过提高目标人群的语言、读写及计算能力来帮助改善他们的健康状况（专栏 4.3）。另一个有关实例是阿拉伯联合酋长国通过大学学生“宣传大使”开展遗传病筛查宣传，这些“宣传大使”接受过遗传病筛查的基本知识培训，然后鼓励他们向其他同学宣传遗传病筛查的重要性（Laurance 及其他，2014）。这两个项目都效果显著。

专栏 4.3 英国的健康教育：健康促进技能

由英格兰卫生部负责部分实施的国家“健康促进技能”项目旨在提高人们的语言、读写及计算能力的同时，改善他们的健康状况。项目为贫困地区居民开展不同健康专题的讲座，如健康饮食、体育锻炼及急救。该项目力图为目标人群提供有用信息和技能，增强他们照顾自我健康的信心。项目主要宣传在健康饮食、饮酒及保持精神健康方面的知识。

来源：Contin You (2010)。

启动公共宣传项目，鼓励健康促进及预防保健行为。其他提高大众健康素养的策略主要关注

如何提供高质量的健康信息。一些媒体项目既关注医疗服务供方，也关注公众。许多媒体项目还运用了诸如印刷材料、食品、网站、正式与非正式课程等其他干预措施。及时提供符合大众需求，可靠且便于理解的高质量健康信息是任何支持患者自我保健、医患共同决策、慢病自我管理及健康促进策略的不可或缺的内容²²。有以下几种方式可以用于传播健康信息：

- 高质量的健康宣传材料：通过医疗机构或电子手段向个人提供具有针对性的健康信息，并通过临床医师的口头宣讲及网络宣传进行强化。
- 报纸、杂志与广播媒体：在世界各国开展的以媒体宣传为主要途径的健康教育活动针对不同的健康问题，如吸烟，鼓励怀孕女性服用叶酸（荷兰），过度且不断上升的子宫切除率（瑞士），消除对抑郁患者的歧视（英国），鼓励使用计划免疫和癌症筛查服务，艾滋病风险教育及心肌梗塞疑似患者所需的适当服务。
- 社会营销：为了社会公益，政府机构和卫生主管部门可以利用社会营销手段实现具体的行为目标（French 和 Blair-Stevens 2007）。社会营销借助于商情分析（如市场细分，营销理论）及行为改变理论来产生营销策略，系统开展经反复测试、明确有效的健康促进活动。此类宣传方式旨在帮助人们做出健康的选择，采取健康的生活方式或提高科学就医能力，主要针对健康饮食、药物滥用、体育锻炼及职业健康。专栏 4.4 介绍了一个已经在中国开展的实例。

²² 参考：<https://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm>。

专栏 4.4 中国的社会宣传活动：乙肝的预防与治疗

中国的抗乙肝公益宣传活动是社会宣传的一个成功典范，由于高度重视社会、文化和监管政策，其设计和实施达到了最大效果。中国电视台是在 1986 年首次播放公益广告，从此以后，政府与媒体每年都组织播放全国性公益广告并颁发最佳公益广告奖（Cheng 和 Chan, 2009）。中国政府在这个全国性的宣传活动中发挥了重要作用，该宣传活动由中国肝炎防治基金会与卫生部信息办联合主办，麦肯健康传播免费提供技术支持，许多媒体免费提供播放时段和广告位。

来源：Cheng 及其他（2011）。

在中国，不仅仅要通过宣传引导改变百姓对用药、静脉注射及其他诊断和治疗手段的期望，同样需要让大众意识到过度治疗或治疗不当的损害。应该实施系列宣传教育活动，改变公众对用药、手术和临床服务的认识。需要连续多年通过多种渠道开展宣传教育，最好是利用专业医务人员及民间组织的力量。目的是帮助人们理解什么是建立在循证医学基础上的优质医疗服务。如果宣传项目规划者能够借鉴那些探索人们是如何理解并使用信息来寻求服务的研究，则能取得最佳效果。尤其是有必要通过宣传教育减少当前以服务量为基础的支付方式所激励出的对没有科学依据的一些治疗手段，如静脉注射的过度依赖，或过度使用某些药物及不必要的就诊和住院。

此外，可以考虑在全国层面呼吁公众集体参与改善健康的活动。首先要进行以实证为基础的技术分析，确定个体公民为了改善未来健康状况，个人生活所需改变的三到五个主要方面（例如对于烟民来说就是戒烟，对于饮酒者而言就是减少饮酒量，而对于肥胖或糖尿病患者就是至少每天走 1.6 公里）。然后据此设计全国或省一级的“宣传活动”，让每个公民开展一个或多个增进健康的行为。但是，公众对信息的可及性不同，因此对于低收入、老年、少数民族群体应有补充性以及更具针对性的干预措施。

一个值得中国借鉴的例子是美国的“百万心脏”的宣传活动（专栏 4.5）。这个全国性的项目制定了到 2017 年预防 100 万例心脏病和脑卒中的宏伟目标，主要通过提高有效医疗服务的可及性，采用 ABCS（即服用阿司匹林，控制血压，控制胆固醇和戒烟）策略提高医疗服务质量，将临床服务的重点放在心脏病和脑卒中的预防，鼓励公众采取有助于心脏健康的生活方式，改进处方合理性及用药依从性。另一个相似的公众宣传活动的国际实例是苏格兰当前正在开展的“人之初”早教协作项目，该项目要求全国的父母每晚睡觉前给孩子读一个故事，已有证据表明这有助于提高儿童未来的读写能力及教育程度。中国可以参考这些模式设计符合本国国情的宣传教育活动。

核心行动领域 2：加强自我管理，帮助患者管理自身健康

除了短期小病如感冒或其他病毒感染的自我护理以外，现在世界各国居民大部分的自我保健都主要是慢病如哮喘、关节炎和糖尿病的日常管理。严格而言，此类慢病的患者需要时时刻刻进行“自我管理”，应对和降低慢病带来的对日常生活的影响，大部分情况下都不需要依赖医生。对自我管理的技术定义为“个体管理慢病症状、慢病治疗，以及应对由慢病所带来的生理、社会 and 生活方式变化的能力”（Barlow 及其他，2002:178）。这同时意味着要赋予公众能力，使他们能够“做出知情选择，用新知识和所获得的技能解决新出现的问题，践行新的健康行为以及保持并重获平和心绪”（Lorig, 1993:11）。通过促进患者自我管理，卫生服务体系可以达到授权患者的目的，减少他们对服务的使用，并在是否就诊，如何选择用药和手术以及采取有助于控制健康的行为方面做出知情决策。

专栏 4.5 “百万心脏”运动

“百万心脏”运动动员社区、医疗卫生专业人士、卫生服务系统、非盈利组织、联邦机构及民营部门组织为一个共同的目标而奋斗：截至到2017年预防100万例心脏病和脑卒中。为了实现这一目标，实施了一系列的改革措施，如右图所示。到目前为止这一宣传活动的进展如下：

- 100多个合作伙伴正式承诺采纳宣传活动的目标并采取相应具体措施
- 通过 ABCS 策略优化服务（必要时服用阿司匹林，血压控制，胆固醇管理及戒烟），已经初见成效
- 促进创造健康环境的法律的颁布，如控烟法，减少社区居民钠的摄入量，及消除反式脂肪。

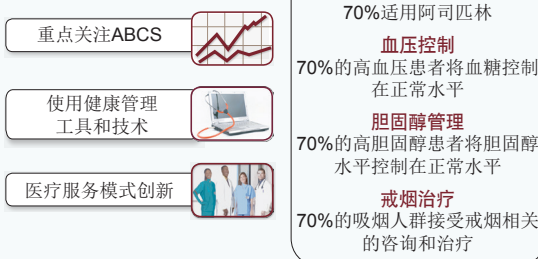
来源：<http://millionhearts.hhs.gov/aboutmh/overview.html>

“百万心脏”运动目标

改变环境



改善临床服务



* Note this is a select set of notable Million Hearts® accomplishments.
 † National Health Interview Survey, comparing 2011 data to 2014 data
 ‡ Aramark pledge: <http://blog.heart.org/aha-aramark-join-on-meals-initiative>
 § <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm372915.htm#top>
 ** CMS Physician Compare and HRSA Uniform Data Set
 †† Unpublished data from AMGA/MUPD and NACHC HIPS project
 ‡‡ CMS Million Hearts® Risk Reduction Model; AHRQ EvidenceNOW;
 AHA Southwest Affiliate HTN project

所有自我管理的方法都包括小心地引导患者阐述自己的健康问题、担忧、价值观和偏好；医务人员以照顾患者感受的方式提供基于实证的信息并通过讨论与患者达成共识。患者的自我管理需要对患者及其家人就其所患疾病，如何进行监测及如何把健康行为纳入其生活方式开展系统教育。当慢病患者寻求专业建议时，他们需要得到

适当的帮助和支持以提高自己的自我管理技能。以哮喘患者为例，他们必须知道什么时候使用定量吸入气雾剂，糖尿病患者必须监测他们的血糖水平，而关节炎患者则要学会如何适应疼痛感及如果可能的话，如何减轻疼痛。

培训医务人员以支持并促进患者的自我管理。培养适当的患者自我管理需要医务人员改变其职业文化。要呼吁医务人员改变他们以往的观点，认为自己的工作目标就是提高患者对他们提出的任何建议的依从性；与此相反，他们应该提高患者做出知情决策的能力。医务人员应该做到以下5个A：(1) 定期评估患者知识、行为和信心；(2) 依据科学证据和当前掌握的信息为患者提供建议；(3) 就治疗目标和治疗方案与患者达成共识，以改善患者自我管理；(4) 帮助患者克服所面临的障碍；(5) 安排有用的其他服务（Glasgow, et al., 2006）。

在实践中，需要为医务人员开展培训，从而使他们至少能够履行以下职责：

- 帮助患者了解其所患疾病，各种可选的治疗或管理方案；
- 教育患者如何开展有效的自我管理；
- 培训患者掌握必要的技能，如糖尿病患者如何测血糖，哮喘患者如何测量最高呼气峰值流速值等；
- 为必要的行为改变提供建议：如何调整现有行为或采取新做法；
- 质疑不利于患者健康的信念，包括对病因的错误认识；
- 就情绪管理为患者提供建议，如何应对疾病对他们生活的影响及对其情绪的影响，如焦虑和抑郁。

医学院、研究生的临床培训及继续医学教育都应该增强有关沟通技巧、团队合作和建立牢固医患关系的技能的培训，使医务人员与患者的有效沟通能力成为他们获取执业资格的一个条件。最为广泛使用的是凯尔加里-剑桥（Calgary-Cambridge）沟通过程指南，将一次临床咨询分为5个阶段：咨询开始，信息收集，身体检查，病情解释与治疗规划及咨询结束。每个阶段都有明确的必须完成的任务清单（Kurtz 及其他，2003）。同样可以培训医务人员使用临床决策辅助工具，提高其解决问题的能力，尤其是如何沟通治疗过程和结果的不确定因素，不同治疗方案的相对风险，以及决定风险与结果的时间因素。人际交往与沟通能力是可以学习和提高的。譬如，培训有助于提高医务人员的同情能力，帮助他们从患者角度充分理解患者感受，（Bonvicini 及其他，2009），也可以帮助医务人员更妥善地沟通坏消息（Makoul 及其他，2010），以及实践与患者的共同决策（Bieber 及其他，2009）。另一个循证教育项目是致力于慢病管理的Flinders项目。该项目力图评估并改善医疗提供者与患者之间的关系，目标是促使患者主动监督自身病情，同时选择健康生活方式（Horsburgh, et al., 2010）。该项目包括一系列训练课程，提升医疗服务提供者对慢病管理的认识，同时着眼于沟通能力的提升。

教育并支持患者开展自我管理。培育患者自我管理的文化需要对他们进行系统的培训。一种常见的形式是由同伴领导的患者自我管理短期（往往为6周）培训课程。在培训过程中，患有同样慢病的人可以相互学习（Lorig 及其他，2001）。此类课程往往由志愿组织主办。许多国家都实施了此类培训模式，包括英格兰、美国、澳大利亚、巴巴多斯、智利、丹麦、日本、秘鲁、韩国及一些其他国家。接受培训的人员学习如何设定目标、制定行动计划、解决问题、培养沟通能力、管理情绪、控制日常活动的节奏、管理与

家人、朋友及同事的关系、与医务人员及提供社会工作服务的人员进行有效沟通、如何发现所在社区的其他医疗资源、了解体育锻炼的重要性、保持健康饮食，及管理疲倦、睡眠、疼痛和抑郁情绪。

一些国家采取了新技术，以电子信息和网络为载体，强化患者和医疗服务体系的互动。例如，英国的“专家病人”项目是一个具有提醒邮件功能的网络模块（Lorig, et al., 2008）。该项目为慢病患者如哮喘、糖尿病、进食障碍和尿失禁患者开发了基于网络的工具包，提供健康信息、社会支持、决策支持及行为改变支持。在美国，有通过电话为患者提供健康辅导的项目（通过电话为患者提供建议和支持已经成为各类疾病管理项目的一个必要成分）以及各种远程医疗技术的应用（运用一些设备通过电话线将信息传送到复杂的医疗设备上，监测患者生命体征，通过计算机控制患者家中医疗器械的设置）（Rollnick, et al., 2002；审查委员会，2004）。让患者获得自己的病历——无论是让患者能够阅读自己的病例，或是鼓励他们自己持有一份病例，都能够增强患者自我管理的信心。

将自我健康管理培训与初级及二级医疗卫生服务结合起来，并由医务人员不断强化培训所学知识，可以帮助这类教育项目达到最佳效果。有效的自我管理项目往往实施时间长、力度大，且与卫生服务体系有机结合，医务人员在对患者的定期随访中，不断强化患者知识。美国退伍军人医疗管理局（VHA）通过制定针对特定疾病的治疗方案，并对患者进行高强度的培训，尤其是在用药管理方面，来鼓励患者的进行自我管理。总的来说，患者教育工作应该着眼于帮助患者培养实际的自我管理技能，并树立管理自我健康的自信心。身体力行的参与式的学习方法比传统的说教式的教学法更为有效。专栏4.6介绍了此类项目的三个例子。

核心行动领域 3：促进医患共同决策

医患共同决策是患者作为积极的合作伙伴与医务人员一起确定可接受的治疗方案，制定疾病管理及支持计划，确立治疗的目标与重点，并一起规划和实施双方认可的行动计划的过程。医患共同决策是以为人为本的医疗服务模式之根本，这一工作机制确保医生不仅依据科学，同样在考虑患者喜好的基础上正确诊断和提出治疗方案，从

而使患者能够得到“他们所需要的不多不少的医疗服务”（Coulter 和 Collins, 2011: vii）。医患共同决策是一个合作性的工作方式，医生与患者共同发现问题，确定重点，设定目标，制定治疗方案，并解决所出现的问题。就此而言，医患共同决策反应出公民在一定程度上肯定自己有能力参与自我健康管理。

专栏 4.6

鼓励自我健康管理：英国和印度的例子

英国的“糖尿病关怀年”是一个促进患者参与的试点项目，其内容从患者教育延伸到患者积极参与病情管理方案的制定，确保病人对治疗方案的认可和配合。试点的核心理念是革新既往进行年度健康检查的传统做法（只关注病人是否完成了一系列常规检查），而采取一种真正协作式的咨询沟通过程，鼓励患者与为其提供医疗服务的团队成员沟通自己的顾虑，糖尿病对他们生活的影响，及他们可能需要的任何服务或支持，从而与患者建立真诚的合作就医关系。然后服务团队与患者共同确定服务重点和目标，以及所需采取的行动。

“大白墙”（The Big White Wall）是英国的一个精神健康网上社区，成员可以在网上社区获取科学的疾病管理信息，有助于更好地配合临床医生、家人和同伴所提供的医疗护理服务。这一网上社区能让成员及时获得帮助，从而有可能避免今后费用更高的医疗服务。成员可以通过社区所提供的检测和问卷资源评估自己的精神健康状况，在社区获取指导性的支持服务，通过安全的类似 Skype（一种网络电话）的联接接受实时治疗，并追踪他们的治疗进展。虽然这一项目以自我管理为重点，所实施的干预措施也包括提高患者健康素养的内容。

由世界卫生组织开发，在印度实施的“7日母婴健康检查清单”帮助母亲在婴儿出生后最为重要的第一周发现危险迹象。在出院时，医务工作者会向母亲解释如何使用检查清单，并随后通过手机向母亲发送短信和音频信息，询问婴儿和母亲自身是否有任何危险迹象。这一项目同样包括提高居民健康素养的内容（如：何谓危险迹象？）和提高居民自我管理的能力（如：什么时候需要寻求专业帮助）

来源：Laurance 及其它（2014）。

有充足的伦理及现实理由让患者参与关乎自身健康的决策。患者对治疗和健康结果的期望和偏好可能与医务人员有所不同。发现患者的期待和偏好十分重要，有助于在医疗服务中回应并尊重患者需求。现实中，服务提供者常常会高估自己预测患者偏好的能力。一项调查研究显示，医生认为 71% 的乳腺癌患者最看重的是保留自己的乳腺组织，而实际上，仅有 7% 的患者持这种观点（Lee 及其他，2010）。另一个例子是良性前列腺增生。切除手术可以减轻该疾病带来的泌尿系症状，但是很多患者术后会出现性功能障碍。一项研究表明告知患者该手术的利与弊使得选择手术治疗的患者数下降了 40%。（Wagner 及其

他，1995）。一项循证医学研究（Stacey 及其他，2014）发现，与通常的医疗服务相比，提供决策辅助可以增加健康常识，特别是当决策辅助工具可以提供具体而非简单信息时尤其如此。给患者提供讲明各种可能性的决策辅助意见，患者就可以更加准确地衡量医疗干预措施所带来的风险。如果患者能够获得有明确价值分类的决策辅助信息，那么更多人可以做出符合其价值倾向的选择。决策辅助信息可以促进患者-服务提供者间的沟通，同时也有助于做出满意的决策，降低患者因缺乏信息或对自身价值倾向感到迷茫而造成的纠结。研究患者和沟通的 Cochrane 调查小组不断获得有关有效干预措施的新发现。这些干预措施可以

改善医患间的沟通，促进患者参与，从而实现更优质的健康结果。四川大学华西医院中国循证医学中心可能还将扩大临床调查，通过提供决策辅助，把高质量的医患互动纳入研究中。

因为健康教育和帮助病人建立自我病情监测、应对疾病和在必要时寻求专业帮助的能力可以树立患者自我健康管理的信心，因此培养自我健康管理的文化有助于增强患者权利，同样医患共同决策也会影响医患双方的相对权力关系。可以把知情同意的伦理及法律要求变为一个更为积极的通行做法，即患者的知情选择（Wennberg, 2010）。下文介绍了可以采取的具体措施（Coulter 2011）。

建立患者参与医疗服务决策的预期。 调查表明 3/4 的患者希望临床医生在确定治疗方案时考虑患者自身的偏好和想法（Coulter 和 Magee 2003）。譬如，一项对英国国民健康服务（NHS）的住院患者的调查显示，几乎一半患者都希望更多地参与治疗决策。医疗人员应该告诉患者，他

们的积极参与是被鼓励和期望的。患者也应该意识到虽然他们没有医学专业知识，仍然能为决策过程带来有别于技术知识却同样重要的独特见解。设计确定治疗方案，就患者的健康目标达成共识是医生与患者的共同责任。以美国的 PACE 模式为例，患者和医疗服务团队的成员一起确定患者的健康目标。上海的家庭医生制度鼓励患者及其家人与医疗工作者一起制定治疗目标，并每月通过患者满意度评估来追踪进展。同样，德国的 *Gesundes Kinzigtal* 医疗系统也高度强调将医患共同确定并实现治疗目标作为工作核心。开发和使用医患共同决策工具有助于实现医患合作，同时配备疾病管理咨询师在疾病管理和行为改变过程中对患者提供持续的专业帮助。丹麦的 SIKS 项目强调让患者参与制定自己的治疗方案，通过共同制定的医疗保健方案明确服务目标，并通过患者反馈确定服务团队的合作是否实现了这些目标。另一个例子是美国贝丝以色列医疗中心所实施的在医院服务中加强患者对医疗机构的服务过程的参与。（专栏 4.7）。

专栏 4.7

美国贝丝以色列女执事医院改善患者参与的案例

在美国贝丝以色列医院，改善患者参与的策略包括患者参与医疗决策，培养患者的医学知识素养，和患者自我管理。医院建立了一个患者服务委员会，其职责在于组织患者和家庭顾问小组。他们的使命是确保患者的声音被医院听到，改善医院和患者之间的沟通，以及支持有关改善患者就医体验的创新措施。患者和家庭咨询员参与焦点小组和会议商讨需要重新设计哪些医疗服务过程。这个中心还开发了网络平台，允许患者察看他们的检查和治疗结果，通过电子邮件和医生沟通，预约门诊和续订处方。如果家庭成员对患者的健康状况存有严重的疑虑，他们可以通过一个“触发响应”的系统寻求医疗团队的帮助。医院对患者进行检查结果知情权，阅读和理解医生的处方和治疗记录，以及如何和医生进行有效沟通等方面的素养进行培训。所采用的策略包括发放信息和宣传材料，以及对使用外语的病人提供翻译服务等。最后，对医务人员的培养和教育从人员招募这一步就开始了，医务人员会通过情境学习来了解如何创造一个以患者为中心的医疗环境，以及医院与此相关的各项标准。

来源：Laurance 及其他（2014）。

为医疗机构开发决策辅助工具并促进此类工具的应用。决策辅助工具提供了可靠、客观、以实证为依据的信息，阐明了不同的治疗方案，治疗结果，各治疗方案的不确定因素及有关风险，用于帮助患者与医疗人员讨论他们的选择倾向。

这些信息可以在患者就诊前就提供给他们，患者可以在家阅读并吸收有关内容，从而充分做好准备与医生讨论自己的选则偏好，与医生一起确定治疗或病情管理方案。患者的决策辅助工具可以是多种多样的，简单的只有一页纸，介绍各种治

疗方案，也可以是内容更为详实的宣传单或计算机软件（专栏 4.8），手机应用程序，或可以互动交流的网站。此类工具的一个重要特点是其设计

不仅仅是为患者提供信息，同样帮也助他们了解不同的方案对于他们来说意味着什么，并依据科学信息来确定自己的偏好。

专栏 4.8

稳定型冠心病治疗决策辅助工具（由知情医疗决策基金会开发）

“稳定型冠心病治疗决策辅助工具”是一个计算机互动应用，它依据患者的具体临床情况提供量身定做的信息。这一辅助工具通过预测模型帮助患者了解自己作出的选择的短期及长期后果。比如，决策辅助工具帮助患者认识手术有可能提高长期的生存率但是由于潜在的并发症可能会降低短期生存率。因此，如果一名患者的唯一心愿是六个月后参加女儿的婚礼，可能会选择放弃手术。除了其他的一些功能外，这一工具还以真实录影的形式提供相似患者在选择不同治疗方案后的各种治疗效果，提供直观可信的同类经验，这可以帮助那些担忧未来的健康状况的患者。通过这一互动平台，患者可以直接打印疾病和治疗相关的资料，在后续的医患交流中帮助患者更明确地表达自己的倾向。

来源：Mulley 及其他（2012）。详情请见：http://med.dartmouth-hitchcock.org/csdm_toolkits.html。

使用患者决策支持工具所带来的好处可以通过调动患者进一步扩大，如健康辅导，以及患者与医生、药剂师、心理医师、健康教育人员及遗传咨询师等专业人员之间一对一的互动交流。这些辅导与互动交流有助于答疑解惑及提供决策支持，同样增强了患者管理自我健康并做出治疗决策的信心。提示问题清单启发患者在与医务人员交流时应该问什么样的问题，从而使之受益。大部分健康辅导员都是接受过激发性访谈技巧或具

体决策支持技巧培训的护士。激发性访谈技巧主张从一方主导谈话的模式转为医患间的对话。这些方式避免在培训或提供建议时下指令的做法，因为可能会引起接受方的抵制或绝望感。就医指导同样对于患者合理选择使用卫生服务至关重要，他们可以依据自己的健康需求、偏好和所掌握的医疗机构的信息主动选择服务机构。专栏 4.9 介绍了新加坡的有关实例。

专栏 4.9

新加坡通过医疗协调员协调医疗护理服务的提供

为了提高服务质量与效率，新加坡为有复杂的医疗护理服务需求，且获得的社会支持非常有限的老年人实施了一个名为“老年照护服务改革”项目。项目旨在改善各服务供方之间的协调配合与服务的连贯性，减少再住院和去急诊就诊的次数。接受过培训的专职服务协调员为老年人及其家人提供辅导，帮助他们认识老年人的健康状况，有效表达个人偏好，并培养自我管理和制定保健规划的能力。这些服务协调员大部分都是护士和医疗社工，被整合服务管理机构（Agency for Integrated Care）所聘用。项目重点面向有病例：65 岁以上的患者；患有多种疾病与合并症；服用 5 种以上不同药物；且 / 或行动不便，严重的身体功能下降。

来源：Wee（2014）。

核心行动领域 4：创造有利于市民参与，促进和改善健康行动的有利环境

人们生活的环境对健康行为和健康状况有重要影响。公众知情是促进和改善健康的先决条件，但是如果有利环境，知识难以转化为行动，也无法长时间持续。这种有利环境不仅仅指临床

环境，同时也与个人、家庭、社区、组织以及社会的生态环境有关。可以动员所有社会力量，为使人们生活得更健康创造条件。支持市民参与健康促进和健康改善也是世卫组织‘健康环境路径’的基础，并写入了 1986 年渥太华健康促进宪章。此外，近来的行为经济学研究也表明了直接外部

环境在人们行为选择中的重要性（例如 Thaler 和 Sunstein, 2008）。设计嵌入物质和社会环境中的推进方法来暗示人们选择更健康的行为也许是一个更有前景的健康促进战略。我们将在下面讨论这些战略。

为促进健康改善宏观环境：创建健康城市（和健康乡村）：在人们日常接触到的物质和社会环境下，环境、组织和个人因素相互交织，对身体健康产生影响。这些健康的社会决定因素影响了人群中的健康分布，是健康促进的重要目标。在中国快速的城市化进程中，出现了一系列“城市病”，例如环境污染、交通拥堵、住房短缺、公共设施短缺、饮用水和食物不安全、慢性非传染性疾病、压力增大、事故和伤病。这些环境和社会因素严重威胁了人们的健康。环境退化和中国农村地区社会支持的缺乏同样也严重影响了居民的健康。为了应对这些复杂挑战，世卫组织推出“健康城市”全球运动的综合战略，旨在建立一个支持性环境，这对促进健康和解决导致健康问题的社会决定因素非常必要。

健康城市行动的愿景是在促进健康的环境中，让人们能够在各自生活的角色中相互支持，并实现各自最大的潜能（Hancock and Duhl, 1986）。影响城市中居民健康的关键因素可以放在三个更广泛的主题中思考：物质环境、社会环境、卫生和社会服务的可及性（Galea and Vlahov, 2004）。城市管理者可以通过持续改善物质、社会环境和对卫生服务的可及性来提高健康水平，并以这种方法规划、建设和管理城市；例如，改变物质环境（增加城市绿色空间，或者设计更宽的自行车道），或者修改有关公共卫生的法规（例如禁止在公共区域吸烟，或要求司机系安全带）。建设健康城市从本质上是一种跨领域的工作，例如，地方政府住房政策、住房市场、市民对住房环境的反应以及当地铅中毒控制项目的运行，都有可能相互作用，从而影响到特定城市的铅中毒

率（Galea, Freudenberg and Vlahov, 2005）。因此这将涉及当地政府的政治承诺、制度改变、能力建设、创新和合作。健康城市行动非常关注公民赋权和参与。这种方法提倡参与式治理，即给个人赋权，并重视社区在健康决策与行动中的作用。（WHO, 2008: 18）

从全球范围健康城市参与数量来看，健康城市已经成为一个成功的行动（Green et al, 2015; De Leeuw et al, 2009, 2015）。中国政府也对健康城市行动做出了积极的回应。早在 1994 年，一些城市就被选中与世卫组织合作实施健康城市计划。最近，杭州、大连、苏州等 10 个城市参与了中国的健康城市试点。健康城市市长论坛分别在 2008 年和 2010 年召开，帮助各城市间交流经验和教训。中国正在起草一项政策，旨在推广健康城市行动，这一政策将把健康列为地方发展的核心议题，并可能将地方官员的考核评价体系与健康城市行动的进展联系起来。

伦敦学院—柳叶刀健康城市委员会为实施健康城市战略提出五点主重要建议（Rydin et al, 2012）

- 城市政府应当和广大利益攸关方合作，建立城市健康政治同盟。城市规划设计师和公共卫生工作者尤其应当加强彼此间的沟通交流。
- 规划城市时主应当着力关注城市范围内健康资源的不公平，因此社区参与政策制定和规划十分必要。
- 应当在城市范围内采取行动，通过改变城市环境创造并保持城市在健康结果方面的优势，也为城市规划提供新的着眼点。
- 国家级及城市的政策制定者将从开展复杂性分析中获益，这样的分析有助于理解影

响城市健康结果的各种互相交织的错综复杂的关系，政策制定者应当对这些政策所产生的意外结果有所准备。

- 通过在地方试行一系列项目，对执行者的行动和决策过程进行评估，可以最好地推动促进城市健康方面的有效行动。这些行动应当推动实施者和社区间活跃的对话并相互学习。

设置“推动”干预措施，改善健康选择：多数人重视健康却始终难以放弃不健康的生活方式。这种价值、认知和行为之间的鸿沟是由许多心理因素造成的，比如，人们的行为可能受到环境和/或情绪潜意识的诱导，由惯性、习惯和对社会范式的认知驱动（Thaler 和 Sunstein,2008）。这些固有偏见为非强制的政策干预创造了机会，这些干预通过行为改变引导人们做出健康选择。通过改变看似微妙的物理、社会以及政策环境中蕴含的暗示，所谓“推动”干预措施可以以非强制手段或物质激励措施指导人们做出更好的健康选择。

“推动”可能还包括潜意识的暗示（例如在小便池内画出喷射标的可以防止外溢）或者纠正对于社会范式的误解（例如告诉公众大多数人不会饮酒过度）。推动可以改变公众对不同选择的印象（例如在餐厅中突出健康食品）或者改变人们的默认选择（例如人们需要特意申明拒绝器官捐献，而不是申明同意捐献）。“推动”还能

够激励人们做出某些选择，或者为另外一些选择增加小的经济或认知成本（例如让戒烟者把戒烟节省的钱存到银行，直到身体检不出尼古丁时才能取出）。

有些策略被证明非常有效。澳大利亚、法国、波兰和葡萄牙采取了默认捐献器官的方式，也就是除非明确表示不捐献器官，都默认同意捐献，结果全国注册器官捐献者可达人口90%到100%，相比较而言，未使用这种方法的国家器官捐献率仅为5%-30% (Johnson and Goldstein,2003)。美国一些州，手写医嘱默认药剂师可以开仿制药，除非医师标明“按医嘱配药” (Blumenthal-Barby and Burroughs 2012)。纽约也有一个突出健康信息、促进公众行动的案例，该市要求餐馆在菜单上标注食品热量，这一做法使得人们选择的食物卡路里更低、餐馆也主动降低了食物热量 (Rabin, 2008)。人们也会对社会观念变化做出反应。蒙大拿州曾在2000年至2003年开展“我们大多数人都系安全带”的媒体活动，其中交通部门告知公众，占人口85%的大多数人都系安全带。这也使得报告的安全带使用率大大提升 (Linkenbach and Perkins, 2003)。最后，还有一个策略成功地增加了在校学生水果摄入量，具体方法是水果和蔬菜摆在餐厅突出的位置，并且要展示地非常漂亮。这也体现出诱导因素对行为塑造产生影响。专栏4.10给出有关推动策略的一些案例，并且和法规策略做出对比 (Marteau et al, 2011)。

专栏 4.10		用推动和法规改变目标行为的案例
	推动	法规
吸烟	提升禁烟的媒体曝光率，向公众传播“大多数人不吸烟、吸烟者中大多数盼戒烟”的信息	公共场所禁烟
	将香烟、打火机、烟灰缸等物品放置在不容易看见的地方，减少吸烟诱因	烟草涨价
酒精	提供酒精饮品时用小酒杯	通过关税或规定单位最低价格控制市价
	通过大众媒体宣传大多数人不会过量饮酒的信息，尽量使得酒精消费隐形化	提高对酒精购买的最低年龄限制
餐饮	在超市设置果蔬专架	限制大众媒体中针对儿童的食品广告
	将沙拉而不是薯条作为默认配菜	禁止工业化生产的反式脂肪酸
体育锻炼	在公共建筑中突出楼梯而不是电梯的位置，使楼梯看上去有吸引力	逐年抬升燃油税（提升燃油价格）
	宣传骑单车的交通方式，例如通过城市单车租赁系统	在学校周边设置禁止下车区域

来源：Marteau, Theresa M., et al, “评判推动：推动可以改善人口健康么？” Bmj 342 (2011)。

第五章

推进公立医院改革，改善公立医院绩效（推手 4）



一、引言

中国卫生支出的 54% 产生于医院，且半数以上的患者首诊在医院。医院是中国医疗服务体系的核心，对百姓而言是卫生服务体系的窗口，也是医疗费用上涨的重要因素。如第一章所述，医院面临效率、医疗质量、和患者满意度方面的问题。鉴于医院的重要性及其所面临的问题，公立医院改革是 2009 年医改的一个重要内容。各方都认为有必要深化改革，提高医院在控费、服务质量和患者满意度方面的绩效。

目前各方存在一种共识，即中国的公立医院亟需加强治理和管理，提高医疗质量和效率，推进服务一体化，破除不利于公立医院发挥公益性的旧有体制机制 (Allen 及其他, 2013; 国务院, 2015,a,b; 何, 2011; 谭, 2008)。最新出现的证据表明，公立医院改革的措施需要进一步完善。虽然在一些试点地区已经取得了显著进展（如下文所述），但公立医院改革在改革管理体制、实行管办分开、提高管理水平、改善服务效率、调整服务价格、完善补偿机制和实行支付制度改革

使服务收入和医生奖金与服务量脱钩等方面仍需要进一步加强。国务院已经充分意识到一些深层次的制度问题已经成为了深化医药卫生体制改革的阻碍。（国务院，2015 a:9-10）

本章阐述了政府公立医院改革的两个焦点问题：治理方式和管理实践²³。2009 以来国务院颁发的文件都强调将治理与管理方式的改革作为包含定价、补偿机制、和服务一体化等内容的医药卫生体系综合改革方案的重要组成部分（国务院 2012；国办发 [2015]33 号，38 号和 70 号）。中央政府拟赋予公立医院独立法人资格，已颁发一些政策文件赋予医院在一些主要管理职权如人事聘用和财务管理，以及收入分配上更大的自主性，减少上级行政主管部门的直接控制。不过，公立医院须保持其“公共机构”的身份，完成政府指定的重点政策目标，保持公益性。在放弃对公立医院的直接控制后，政府部门的主要职能转变为加强监管、卫生规划、制定标准及监测与评估医院绩效。政府也发布了一些政策文件旨在改善医院的管理实践：促进专业化管理、强化成本核算、临床管理、后勤与材料管理、就诊流程及护理服

²³ 与公立医院改革关系紧密的支付制度，人力资源和投资规划等方面的改革是第六、七和九章的内容。

务管理等管理职能。最后，需要指出公立医院改革是一个复杂的拼图，涉及财务、人事、规划及服务一体化，而治理方式和管理体制的改革仅是拼图中的两块。本报告的其他章节对其他问题有所阐述。

本章首先介绍中国公立医院治理体系改革的经验与教训，然后总结了对于医院管理方式的已有研究成果，最后一节依据国内及国际的有关经验提出强化医院治理与管理的一些建议²⁴。

二、中国公立医院治理与管理改革的经验与挑战

本章依据为分析公立医院治理与管理改革所专门开发的分析框架²⁵，并充分参考现有的文献、案例以及为了撰写本报告而专门开展的调查，对公立医院改革的五个重要内容展开讨论：(i) 政府建立的问责机制（作为所有者或出资人）确保医院的绩效及医院的行为符合公共目标；(ii) 医疗机构所面临的激励机制是否能强化问责机制或支持重点公共目标的实现；(iii) 组织架构安排（如理事会及其他机构）。这个组织担负着政府赋予的监管、监测公立医院绩效和指导公立医院管理的责任，而这些组织架构是政府出资人与医院管理层之间的桥梁，最终要对医院的行为和绩效负责；(iv) 授予医院的自治权或决策权的程度；及(v) 医院管理的质量，对决策的执行力，和对问责机制和激励机制的反应程度。

问责机制：医院管理层在改善服务效率、质量和履行社会职能方面问责机制还需要加强。鉴于对提高收入的激励机制，使得管理层更倾向于

增加服务量和扩张基础设施，包括购买高科技设备。原则上说，管理层有正规的责任划分，但是过于分散。医院管理层要接受地方政府的多个部门的管理。这些政府机构监督医院的主要形式是分级管理，往往是通过向医院发布的政府指令（“红头文件”），要求医院实施公共政策及遵守有关人事管理、资金及资产的使用、物品采购等方面的公共管理规定。但是这些指令往往含糊不清，有时甚至相互冲突，因为并没有清楚界定公立医院的职能、责任和问责，且颁布指令的政府部门自己的政策和利益关注点也不一致（Yip 及其他，2012）。政策未能得到严格实施，部分上应该归结于对公立医院的多头监管。虽然对公立医院的财务报告要求较高，在改善服务安全性、质量、效率及患者满意度方面，政府及保险部门对他们的要求较弱，这些方面的改进也不是他们的工作重点（Tam，2008）。政府很少监督医院管理人员是否遵守了政府指令，即使他们违反了政府政策或没有达到事先约定的目标，也很少为此受到处罚。这种局面，再加上对于大部分公立医院，政府补助占其收入的比例微乎其微（平均不到10%），使得各方普遍认为公立医院并不对公共主管部门负责，而往往是从自身利益出发²⁶。

上海、浙江和三明市的公立医院改革都是力图通过将医院管理人员的收入与绩效挂钩来改变医院行为。不过，没有充足的证据来判断这种绩效评估制度的影响，以及其与传统的评价院长的做法究竟有何不同。现实证据表明，三明公立医院改革之所以取得了较好的成绩，主要是因为院长的职位与其绩效评估结果挂钩。东阳人民医院董事会建立了一个全面的医院绩效评估制度，包括财务、效率、质量、患者满意度及服务安全等

²⁴ 这是基于为了本报告所开展的案例研究：有关上海申康，—镇江—康复，和东阳及福建三明经验的分析是依据 Ying, 2014, 马, 2014; 及三明市, 2014。

²⁵ 对 La Forgia, Harding 和 Hawkins (2013) 研究内容的改编。

²⁶ 鉴于这种情况，一些地方政府官员认为赋予公立医院更多的自主权，或取消各级政府对他们的行政控制，会导致混乱（世界卫生组织 / 世界银行 2015 - 技术圆桌讨论会议）。

内容。与东阳模式不同，上海和浙江的医院管理委员会并不独立评估医院的绩效或医院是否遵守有关规定及标准，似乎主要依赖政府部门的常规监督管理。三明市领导小组对其制定的人事、薪酬和定价改革措施的实施进行认真监督。然而一些学者认为，对医院管理层的行为产生影响会存在困难，因为他们似乎更多的是对任命他们的上级领导负责，而不是对负责改革实施或医院日常绩效管理的政府部门负责（Qian, 2015）。

激励机制：服务仍由政府定价，医院很大比例的收入来自于医保及患者自付，通常是通过按项目付费的方式支付。收入盈余是通过不很透明的奖金制度，依据科室的业务量和所实现的收入在员工中分配。这种情况对医院及临床医生的激励机制就是鼓励他们通过增加服务量，提供不必要的服务，多收住院病人及延长住院时间将收入最大化²⁷。鉴于现有的激励机制是获取更多患者，医院没有与下级医疗机构开展一体化服务或向下转诊的动力，或者履行他们的社会职能。与此同时，公立医院的创收机制造成医患双方的不信任。值得指出的是，东阳和三明市将医生“奖金”与药品、医疗耗材及诊断检查收入脱钩，把奖金作为工资的一部分。医生的收入包括固定工资和浮动工资，浮动部分与工资量、控费及患者满意度指标挂钩，与其创收能力无关。上海市的做法是设定人员总支出的一个硬性上限，但是这种做法对奖金制度的影响仍未知。东阳市人民医院董事会及三明市领导小组可以解聘绩效差的医院管理人员。如果没有遵守有关标准和规定，上海和浙江的做法是由政府部门进行制裁，而东阳市人民医院董事会及三明市领导小组则完全有权力直接进行处罚。

组织架构安排：中国大部分公立医院都由政府主管部门直接管理。除了少数试点之外，大部分医院没有设立独立监督的组织架构，如董事会或委员会，来监督和管理医院日常工作和绩效。一些城市所采纳的治理模式是建立一个新的政府机构，往往称为医院管理中心或管理理事会，负责辖区内（往往以市为单位）的医院及其他医疗机构的管理，典型例子是上海及浙江的医院管理中心。在这些试点中，医院管理中心的职工是公务员编制，由市级高层领导管理，由代表卫生领域内的各类公共机构的成员组成，因此并未独立于政府行政管理部门之外。医院管理中心具有法人资格，但是其所管理的各医院仍然保持其原有的法人资格。在东阳，东阳人民医院建立了完全独立的董事会，其成员来自政府机构、民营企业及当地和国外的医学院。该医院具有特殊法律地位，在法律上，采取类似于民营医院的法人治理模式²⁸。而三明的做法不是成立一个新机构，而是通过文件建立一个拥有广泛权力的领导小组负责卫生服务体系改革的实施，改革的切入点即是该地级市 22 家三级和二级医院²⁹。

自主权：与世界其他国家相比，中国公立医院的自主权可谓独具特色。大部分公立医院在财务与资产管理，保留结余资金，服务的开设与关闭，扩大业务面和采购医疗器械，及举债和偿债方面都有相当大的自主权。然而，仍然存在计划经济的遗留影响，高级管理人员的任命、及编制内人员较低的固定工资还是由地方政府部门直接决定。因此，医院管理层对于人员的聘用、解雇和薪酬政策没有完全的决策权。这可能成为院内管理政策的掣肘（见下文）。上文所述的医院管理中心试点并没有带来

²⁷ 第六章讨论了医疗机构及其员工所面临的激励机制。

²⁸ 这是市领导与 1993 年该医院重建时捐助了一大笔资金的一名台湾商人之间的特殊协议。

²⁹ 地级市是中国所有省份都有的行政区划单位，包括农村和城市地区。

决策权的重大变化。例如，在上海和浙江，人事管理和薪酬制度及服务定价权仍然由政府部门掌握，并没有移交医院管理中心（或其管理的各家医院）。同样，剩余索取权及资产管理权大部分都属于医院。与此相比，东阳人民医院董事会及三明市的领导小组有很大的决策权。

管理做法：医院绩效的一个主要决定因素是医院管理层在其所处的治理及组织框架环境下，在多大程度上承担起有关责任并对激励机制做出反应。医院管理涉及到多种临床和非临床职能，与资源的选择、使用及监督有关。对几个国家医院管理实践的研究表明好的管理做法会带来更优的结果、更高的服务质量和更好的财务状况（Tsai 及其他 2015; Bloom 及其他，2010；Mc Connell 及其他，2013；Kebede 及其他，2010）。

有关中国医院管理实践的信息有限。为了弥补这一空缺，课题组聘请专家专门对 27 个省的二级（35 家）和三级（75 家）医院开展了管理实践调查（Liu，2015）。该调查采用在几个国家都经过测试和验证的方法³⁰，对四个领域的 20 个管理实践按照 1 到 5 分的评分系统进行打分（见专栏 5.1）。分越高说明表现越好。

管理得分的加权平均数是 2.68，调查医院的得分分布非常分散，从 1.85 到 3.35。与同样应用了这套打分制度（WMS）的经合组织成员国相比，中国医院处于平均水平：得分低于美国（3.0）和英国 UK（2.86），但是高于法国（2.4）和意大利（2.48）³¹。图 5.1 给出了四个领域各项管理做法的平均分。二级医院的得分（2.66）要比三级医院低得多（2.90），且各省间差别较大，这也是

意料之中的事。医院在人力资源的使用，晋升表现出色的员工，绩效评价和吸引人才方面得分最高，但在标准化与临床诊疗方案，持续改进，后果管理，奖励表现出色的员工和解聘表现差的员工方面得分最低。

专栏 5.1 医院管理领域

1. 标准化的服务与运营
 - 医院的布局与就诊流程
 - 患者路径管理
 - 标准化与临床诊疗方案
 - 人力资源的优化配置
2. 绩效监督
 - 持续改进
 - 绩效追踪
 - 绩效评价
 - 绩效沟通
 - 后果管理
3. 目标管理
 - 目标的平衡
 - 目标的一体化
 - 目标的清晰及一致性
 - 目标时间表
 - 目标延伸
4. 人才管理
 - 奖励表现出色的员工
 - 解雇表现差的员工
 - 晋升表现出色的员工
 - 管理人才
 - 留住人才
 - 吸引人才

来源：Liu，2015；loom 和 Van Reenen，2007。

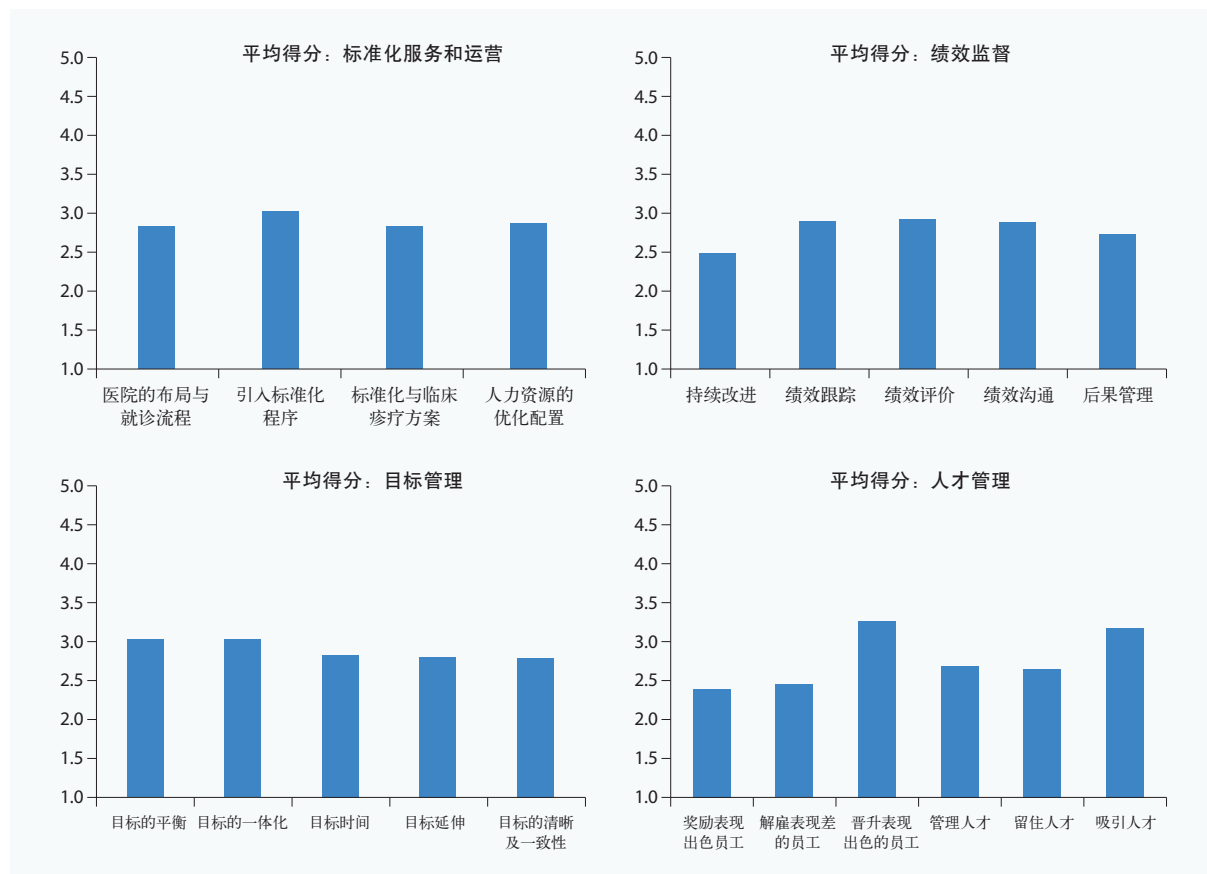
³⁰ 这项调查由世界银行组织开展，本文介绍了初步的调查结果。研究人员采用的方法是“全球管理调查”（WMS），该方法最初是为了评估制造业的管理和组织做法而开发，但是随后在几个国家应用于医院并得到了验证（Bloom 和 Van Reenen，2010，2007；Bloom 及其他，2010；McConnell 及其他，2013）。研究组成员访谈了 291 个科室的主任和护士长。

³¹ 应该谨慎看待各国医院打分的比对结果。一开始所联络的中国医院 79% 都拒绝参加调查，这可能导致接受调查的医院的取样偏性，即接受调查的可能都是管理情况最好的医院。由于无法验证医院的绩效指标，研究人员没有分析管理得分与医院绩效指标间的关联关系。

这个打分结果，再加上通过对有关人员的访谈获得的信息，凸显了在管理方面的几个不足：(i) 由于医院没有发现并应对潜在问题或持续改进流程和制度的制度，医院管理似乎是被动应对出现的问题；(ii) 鉴于缺乏在人员聘用和薪酬制度方面的自主权，医院管理层几乎没有什么奖励表现出色的员工、解雇表现差的员工的权力；人才管理不属于优先考虑的内容，且员工表现差几乎没有什么后果；(iii) 医院没有系统分析绩效数据，也没有使用此类数据为进一步改进提供反馈信息；(iv) 缺乏标准化可能表明临床管理的不足，而这可能对服务质量与结果产生负面影响；且 (v) 绩效管理主要用于员工的奖金分配而不是提高个人及医院的绩效。一个有趣的结果是自主权（在人事、资产和财务管理方面的决策权）与更高的管理得分相关。

医院管理绩效可能还面临其他的一些制约条件。公立医院的高级管理人员由上级党和政府部门任命，且选拔任命过程不是以能力、业绩为基础。即使在医院内部，升职往往是依据工作时间，而不是业务竞争力。大部分医院管理人员都几乎没有接受过正规培训。院长往往负责所有的管理、临床和学术工作，且常常是在他们的“空闲”时间进行管理，或将管理职能下放给资历较低的职工。没有针对医院管理人员的专门的标准或资质制度，且大部分人认为管理技能的培养应该由政府而不是医院自己来投资（世界银行，2010）。在中国，与很多其他国家一样，医院管理并不被视为一个职业，针对医院管理人员的培养和培训都不足。

图 5.1 管理计分法，中国 2015 (n=110 家医院)



三、推进公立医院改革的建议：中国及国际经验

国际及中国的经验表明公立医院改革没有一个唯一的路径，但是已出现的改革模式有一些共同的要素：(i) 建立（并实施）问责机制；(ii) 形成有力的激励机制让医院和医务人员的行为与绩效目标和公众的关注点相一致；(iii) 建立良好的医院治理的组织架构；(iv) 给医院管理层下放更多的决策权；及(v) 强化管理能力。本章依据中国（上海申康，镇江康复，东阳和三明）的试点经验，及有关国际经验（巴西、英格兰和西班牙）³²，还有有关文献的研究，对这四个领域提出了具体政策建议。不过，这四个方面并不是泾渭分明的。譬如，在实际工作中达到决策自主权和问责之间的一种有效平衡实非易事。事实上，没有任何一家医院，无论是民营的还是公立的，可以不顾其所有者利益而行事。

核心行动领域 1 和 2 提出建立稳健的问责机制和强效的激励措施以改善医院的绩效，使公立医院的行为与公益性目标协调一致。这两个核心措施是支撑另外几个核心措施的基础（核心措施 3 提出建立有效的组织治理模式，核心措施 4 是关于强化公立医院自主权，核心措施 5 指出需提高公立医院管理水平）。实际上，没有强有力（并且切实执行的）问责机制和合理的激励机制，新的公立医院组织安排也不可能会代表政府和病人的利益，更大的医院自主权只会招致更功利的行为，离公益性目标越来越远，并且医院管理将不会受到重视。改革设计者必须找到一个切实可行的方案在兼顾当地情况和施政能力的情况下，把这些内容有机结合起来。而改革的实施方必须有意愿在实施过程中进行必要调整。

核心行动领域 1: 为实现自主管理的公立医院建立有力的问责机制，以提高绩效

公立医院改革的一个基本内容是如何建立良好的问责机制来规制医院的行为以改善其绩效，遵循社会赋予公立医院的使命和帮助公立医院实现政府的公共政策目标。国际经验表明任何涉及到自主权的公立医院改革，其成功的关键取决于所建立的问责机制的有效性。在中国，很多人担心，赋予公立医院更多自主权或换言之，把他们从直接行政控制中解放出来，会导致“混乱”因为“公立医院将会自行其是”。然而，中国和国际的经验都证明如果建立良好的间接问责机制并得到有效实施，可以避免这种问题的出现。

加强问责需要采取以下战略举措：(i) 明确规则，上报的要求和其他的机制以建立政府对公立医院的有力的问责制度，包括合同、财务管理、审计、患者安全流程、绩效要求等；(ii) 建立制度安排，促进对医院的监测与监督；以及 (iii) 确定须向公众披露的信息。

为自主经营的公立医院建立的“保持距离”的管理问责机制往往包括制定下述工作领域的规则和进行合规性监督：医院理事会的任命和运行；会计和财务，包括内审与外审；保证病人安全的流程；及参加质量保证项目。以英国的 FTs 为例，公民与政府的监督着重关注理事会的表现，主要通过三个机制进行问责。首先，FT 监事会（Council of Governors）要求理事会成员个人及集体对医院的绩效、财务报告、服务质量及其他工作负责。其次，政府设立了两个监督机构。一个是监管部门，称为监测部（Monitor），负责为 FTs 服务机构颁发许可，监督这些机构的财务绩效，评估他们在国家目标上的实现情况（如等候时间的目

³² 为了撰写本报告专门开展了对西班牙和英格兰的案例研究。巴西案例研究的信息来自 La Forgia 和 Harding (2009) 及 La Forgia 和 Couttolenc (2008)。

标），有关法律的遵守情况，并分析医院治理的质量。政府还建立了服务质量管理委员会（Care Quality Council）负责确保所有公立和民营医疗服务机构都遵守有关服务质量和安全性的监管标准（Edwards, 2011）³³。最后，要求 FTs 卫生服务机构编制向公众公开的年报，披露他们的财务状况、患者参与情况、及质量指标如不良反应、感染率、死亡率、患者反馈信息、还有员工看法、目标的实施进展等。

在中国，为数仍然较少的一些医院已经实施了上述的许多间接问责工具。以东阳市人民医院为例，院长与董事会签定与其收入挂钩的绩效协议。如果绩效差，院长可能会失去工作。董事会对医院财务账簿进行内部审计，东阳市审计局进行外部审计。董事会依据一系列指标评估医院绩效，如控费、服务质量与效率。在国际上，董事会（作为所有者）和政府（作为服务购买方）所签署的合同中，这种制约与平衡机制的内容越来越多。例如，合同往往是分配资源，确定绩效要求，评估对政府规则的遵守情况，和要求上下级医疗机构服务整合等方面的工具。还有的做法，以巴西圣保罗州政府为例，是在自主经营的公立医院建立信息系统，核查所报告的绩效和费用信息。最后，问责机制的执行决定了其有效性。

核心行动领域 2：建立与公众目标及问责制度相一致的激励机制

任何医院的行为都受到激励机制的影响，这些激励因素可能是财务或非财务的。激励因素通常体现在如何对医院和医务人员进行补偿，但同时也包含卫生服务机构和更广泛意义上的卫生服务体系的文化对行为的激励作用。譬如，有些激励因素植根于服务体系的文化中，如英国的国家健康服务（NHS）是以竭诚为公众服务作为核心

价值。NHS 要求员工要严格遵守“行为准则”，虽然这些准则表面上看是自愿的和靠自我约束的。但是，在这些自愿遵守的行为准则是建立在很多强制要求之上的，例如保证医疗质量，是有法律效应的。对临床医疗行为的监管是严格的并得到强制执行。

支持这一核心行动领域的具体策略包括：(i) 逐渐让医院承担预算超支或低绩效（如服务质量与效率及患者满意度）的财务风险；(ii) 在医院安装标准化的成本核算系统，收集的信息用于预算编制；以及 (iii) 培养政府部门监测医院绩效，实施制裁措施的能力并建立制度。

圣保罗的 OSS 医院所面对的激励他们实现绩效（和生产率）目标，改善服务质量并努力满足公众关注点的机制是非常强大的。更为重要的是，如果预算超支或绩效差，OSSs 会面临财务风险。³⁴ 州政府实施以绩效为导向的总额预算制，设定服务量、质量和效率目标。没有任何激励机制鼓励医院多提供服务或减少服务。例如，如果医院减少应提供的服务，会受到经济制裁。但是如果超过服务提供目标，除非是出现了如流行病这样情有可原的情况，他们不会因为多提供的服务得到经济补偿。同样不允许他们向“公费”患者收费。10% 的预算都放在一个留置基金中，每季度按照其服务质量与效率指标的达标情况进行拨付（如感染率、死亡率、住院日及再住院率等）。这些措施都得到了严格实施。

通过在每家 OSS 医院安装成本核算系统，加强了对医院的监督。该系统与医保的服务购买和合同管理部门相连接。除了可以作为医院管理人员监督各科室投入成本的工具之外，医保的服务购买和合同管理部门通过该系统产生的数据对所

³³ 卫生部（及卫生大臣）承担整体战略及政治责任。FTs 同样须向其他监管部门在如财务管理，医学教育或生殖疾病治疗等方面负责。

³⁴ 与 OSSs 模式相同，西班牙特权经营权或联合体模式也是将财务风险转移给服务提供方，部分原因是由于民营合作伙伴的参与。

有医疗机构及服务成本进行比对，分析效率与生产率并据此与医院谈判总额预算额度。获得成本信息改变了服务购买方设定年度预算的性质（及透明度），从原来或多或少的客观设定上限转为依据服务量和成本来进行计算。

核心行动领域 3: 建立良好的公立医院治理组织架构

支持这一核心行动领域的战略行动包括：(i) 建立公立医院治理的组织架构及相应的法律框架；以及 (ii) 确定治理结构如董事会的形式、职能和成员构成。

国家	医院治理模式
捷克共和国	- 有限责任公司 - 股份合作公司
巴西	- 社会健康组织 (OSSs)
爱沙尼亚	- 股份合作公司 - 基金会
挪威	- 国有企业
葡萄牙	- 公营企业实体医院 (PEEHs)
西班牙	- 公共医疗公司 - 基金会 - 联合体 - 行政代管 (给一家民营企业)
瑞典	- 公共股份公司
英国	- 自治信托机构 - 基金信托

来源：Saltman 及其他，2011，La Forgia 和 Couttolenc，2008。

国际上，几乎所有公立医院改革都是建立在立法的基础上。一些国家，如巴西（圣保罗）和英格兰，通过颁布法律框架规定所有参与改革实施的医院都建立同样的治理模式。在其他国家如西班牙，为不同的治理模式颁布了不同的法律。

巴拿马和印度则是对不同的医疗机构颁布了不同的法律。不同的治理模式有不同的法律形式和专门名称（见表 5.1）。他们取代了政府的层级行政管理模式。这些不同的治理模式所建立的组织架构（及医院所获得的自主权程度）差别很大。大部分国家通过立法建立某种形式的独立的“理事会”，成为医院管理层与政府所有者之间的责任部门。大多收情况下，理事会成员既有来自政府部门也有来自非政府机构的。大致而言，理事会的职责是制定医院的总体政策与战略，批准与监督医院运营计划和财务事务，监测业务目标实现进展，任命管理人员及保障公众利益。

其实，理事会可以承担很多职责，有不同的形式及成员构成，既可以负责一家医院的管理，也可以管理多家医院，甚至是地域医疗机构网络的管理。以英格兰为例，国民健康服务（NHS）基金信托机构（Foundation Trusts）的管理理事会成员有选举产生的代表，也有受任命的政府官员。而在圣保罗，州政府卫生秘书处与非营利机构签署协议，请其代管公立医院。每家签署协议的非政府组织都需要建立管理委员会，向政府承担法律责任。委员会成员可以是政府官员、民营机构代表及非政府组织选择的公民代表。中国东阳市人民医院董事会成员构成与此类似。不过，到目前为止，中国所建立的大部分医院管理委员会（如医院管理中心）的成员都仅仅是政府官员。但是，最新的国务院指导意见（国办发 [2015]38 号）要求董事会或委员会的成员范围应该更为广泛，包括政府部门、人大代表、政协委员以及其他利益相关方。

核心行动领域 4: 逐渐把更多的决策权下放给医院

赋予医院更多的决策自主权的主要战略行动包括：(i) 明确哪些职能目前由政府主管部门所管理，但必须下放给医院；(ii) 确定权力移交时间表。

虽然与传统的政府直接管理医院的方式相比，新的治理模式赋予医院较大的决策权，但很少有医院具有类似民营医院所享有的完全自主权。经验表明，决策权的界定是动态的，会随着政治和财务情况不断变化。英国的基金信托（FTs）和巴西的社会健康组织（OSSs）治理模式在人员聘用、解聘、薪酬政策的制定，投入的管理，开设，关闭服务、采购和财务管理方面享有很大的自主权。可以保留并投资结余资金，并进行商业举债。不过，巴西的社会健康组织（OSSs）不能出售股份，寻找投资者或向患者收费。基础设施扩建及贵的医疗器械的采购需要政府审批。英国的 FTs 可以建立合资公司，或是设立分支机构，但是不能出售土地和建筑，因为为了避免私有化，资产已被锁定，不能用于债务担保或清偿债务。FTs 有权对全国统一制定的医疗人员和工会成员的劳动合同及工资级别进行调整。不过目前为止还没有这样做。在制定医疗服务费用方面，理论上来说 FTs 有更多的自由，但在实际中，这两类模式都执行政府统一制定的医疗服务及辅助服务如健康教育收费的价格政策。

西班牙获得行政特区经营权的民营合资医疗机构可能在所有投资决策包括资本投资和扩大服务等方面比欧洲其他模式都有更多的自主权，不过政府规定此类医疗机构的利润上限为 7.5%。在人事改革过程中，老员工可以保留公务员身份或选择成为普通雇员 (non-statutory staff)。所有新员工都是普通雇员，即他们的薪酬待遇由获得特许经营权的民营企业来确定。不过，与此相比，西班牙采用其它治理模式的公立医院并没有这么多自主权。世界所有其他国家对于医院管理人员的选拔都是依据候选人的能力，但有时需要与政府磋商。中国的东阳模式已显示了上述的许多特点，在人事和资产方面拥有充分的决策权。在浙江、

上海和其他城市也出现了自主权相对少些的治理模式。

核心行动领域 5: 加强医院职业化管理能力

中国的公立医院面临提高效率和改进质量的挑战。与此同时，中国正在推进公立医院治理改革，探索管办分开的实现形式。没有高质量的医院管理（领导力），就不可能提高效率与质量，或成功实施改革。管理人员需要有很强的规划能力，确定组织发展目标，制定年度及多年规划，高效分配资源，监测绩效，建立责任明确的行政管理系统，确保有有效的机制履行筹资、人力资源、信息流、后勤和物料管理、质量保证方面的管理职能。这种系统需要具备各种必要能力和专业知识的管理人员。可以通过许多长短期结合的措施实现专业化管理，很多措施可以同步推进³⁵。下文是推进专业化管理改进管理方式可以采取的一些具体措施：

短期

- 1 评估医院管理人员的技能和现行管理做法的质量，及他们对医院运行和服务质量与效率的影响。可以通过上文所述的全球管理调查（WMS）以及其他可用的工具开展这项工作。此类调查会为争取政府对改进管理的支持提供有用信息，并为相应战略和行动的制定奠定基础。
- 2 研究主要公立及民营医院的管理做法，然后因地制宜地实施。例如，为撰写本报告所开展的案例研究分析了高端民营医院为了提高服务质量和效率所实施的各种管理做法³⁶。可以从给他们的创新中学到很多东西。民营医院使用的许多管理技巧和做法都可以为公立院所借鉴。

³⁵ 基于 MSH, 2013, 2005; McConnell 及其他, 2013; Lega 及其他, 2013; Frenk 及其他, 2010; 及为本报告所特意开展的研究。

³⁶ 最终版联合研究报告会包括对中国几家民营医院有效管理做法的评估。

- 3 为高级管理人员实施管理，培训提高他们在以下几个方面的管理能力：(i) 服务的标准化（例如任务清单，交接流程，出院程序等）；(ii) 提高目标制定能力（如目标范围，相互间的联系，实现难度等）；(iii) 绩效监督（如失误与副反应的监督，持续质量改进流程等）；以及 (iv) 改进人才管理（高级管理人员的评估，内部招聘，人才保留，解聘和晋升政策等）。从事临床服务管理和非临床服务管理的医院管理人员，都需要培养和提高其管理能力和领导水平。
- 4 鼓励开展应对具体管理挑战的示范项目，如服务的标准化，感染控制和材料管理。可以借鉴其他行业的管理工具，如计划-执行-检查-改进循环（PDSA），全质量管理和精益管理来提高效率、质量和患者满意度。
- 长期
- 5 为医院专业管理人员制定一个职业发展路径，将管理与领导能力纳入招聘和升职政策；
- 6 建立一个医院管理基准指标分析体系，定期追踪管理指标，并将其与重要的绩效指标相关联。基准指标分析体系不应该仅被用于评估医院管理，还应通过此体系来积极发现管理问题，改进管理做法，从而提高医院绩效。
- 7 与学术机构加强合作并扩大医院管理学历教育项目，最终形成许多培养管理与领导人员的卓越教育中心。这可能需要调整及更新课程设置，为毕业生建立实习制和在职培训制，并培养各个管理与领导领域所需的技能。

第二部分

制度环境与筹资方式推手

第六章

理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）



一、引言

过去 35 年中，中国的卫生服务体系见证了两次深刻变革；这两次变革均与经济结构改革密不可分，也都对卫生筹资水平产生了巨大影响。在 1949 年新中国成立之初的几十年里，医疗卫生服务体系的建设和发展顺应了社会主义计划经济结构，当时的主要任务是解决“缺医少药”的问题。卫生领域的筹资和服务提供由政府主导，这种模式在资源有限的条件下，取得了显著成效，国民健康得以大幅改善。上世纪 70 年代推进结构性改革后，由计划经济体制向市场经济转轨，卫生部门实行权力下放，将财务管理的决策权让渡给开始实行自主经营的公立医院。这一时期医疗卫生领域的公共投入快速下滑，各个领域对资源的竞争削弱了医疗机构的财力。由于政府监管和严格监督的“缺位”，医疗卫生服务体系向市场化过渡有些杂乱无序。原来的国有医疗服务体系已不再能保障国民避免健康风险，也无法保证为医疗卫生服务提供充足的资金。卫生领域新的筹资模式使得医院别无选择，只能通过药品加成向病人收费而生存。从以政府补贴为主转为以患者自付为重要收入来源的服务筹资模式影响深刻，以至于公共投入占医院总收入的比例从上世纪 70 年代

的 60% 急剧下降到上世纪 90 年代的不到 10% (Yip and Hsiao, 2008)。

其他两项初衷良好的政策，却出现了不良的后果。第一，为提高医生的绩效水平，实行医生的收入与其创收挂钩的奖金制度。第二，为了提高卫生服务的可及性，人为地定低基本医疗服务和基础药物的价格，而贵的治疗项目和药物的定价则有很高的利润率。这些扭曲的价格体系和激励机制产生了众所周知的后果：为了实现收入最大化，医生往往诱导病人消费，创造更高收入；为了实现利润最大化，医院鼓励医生多开药和昂贵的检查。这些行为导致服务提供普遍低效，并进一步增加患者经济负担。这些及其他互不配套的激励机制在当前的卫生服务体系中根深蒂固，导致医疗费用攀升、因病致贫及公众广泛不满。

针对快速上涨的医疗费和中产阶级越来越强烈的对高质量并负担得起的卫生服务的需求，中国政府在前期推出了规模最大范围最广的卫生改革，在 2009 年和 2014 年之间投入了超过 3 万亿人民币来扩大社会保险制度的覆盖范围，建立基本药物制度，推动公立医院改革，改善基层卫生服务体系，提高公共卫生服务的公平性和可及性。

就如第一章中特别提到的，改革在多个方面都取得了显著的进展，特别是在扩大保险覆盖面，提高卫生服务利用，降低患者自费用在卫生总费用中的比例方面成绩斐然。

然而，一些挑战依然存在。需要采取措施确保人民群众平等分享改革红利。目前卫生服务的使用率逐年提高，但相较于住院服务，门诊卫生服务的利用水平增长较为缓慢。从2009年到2014年全国总门诊人数年均增长率为6.7%，相比之下，总住院人数年均增长率为8.9%（卫生计生委，2014）³⁷。原因是城镇居民基本医疗保险和新农合医保过去仅仅覆盖住院服务，最近才逐步把覆盖面扩大到了门诊服务。国际经验发现：社会保险对医院服务的投入往往是高收入人群受益更多，而低收入人群对基层服务和门诊服务利用更多。中国在山东和宁夏的研究也有同样的发现（Yu et al. 2010a）。因此，未来中国应加大医疗保险对基层服务和门诊服务的覆盖，增强参保人群对门诊服务的利用。

总的来说，医院收入中来自医保的比例上升，而病人自付下降，这是很好的现象。但中国也面临着世界各国普遍存在的医疗费用上涨问题，其中包括因为过度服务带来的不必要的上涨，下一步还要通过综合措施有效控制医疗费用不合理增长。

本章分析了与这些激励体制相关的问题及这些机制在卫生服务的生产、提供、质量、利用和可负担性等方面产生的负面影响。在简要分析当前扭曲的激励机制所造成的挑战之后，依据中国和其他国家的经验，提出了切实可行的建议来理顺和纠正卫生领域服务购买和供方支付制度中的激励机制。

二、购买卫生服务和供方支付方面的关键挑战

中国在很短时间内取得了接近全民医保覆盖的显著成绩，但还需要对卫生系统内在的激励机制进行必要的调整。这些激励机制支配了供方行为并影响了购买的医药卫生产品和卫生服务的性质和范围。虽然2009年（国务院，2009）和2012年（人力资源和社会保障部）的改革指导方针一再强调战略购买卫生服务和激励卫生服务机构改变行为的重要性，但在整个卫生系统层面上仍旧需要解决这些负面激励机制带来的根本问题。

基本医保经办机构已经通过能力建设和提升效率，来提高管理能力。但还可以更进一步，充分运用医保购买医疗服务的影响力，代表消费者实施战略购买，对服务的内容和质量进行监督。这样才可以将稀缺的资源投入转化为优质的的卫生服务、控制费用上涨、并保证全民医保覆盖为患者带来的经济保障。我们将依次讨论这些问题。

不合理的供方激励机制：从2009年开始的大范围改革并未大刀阔斧地调整前30年保留下来的不合理的供方激励机制。中国公立医院的筹资来源主要有三个：财政直接补助、医疗保险付费、和包括药品加成收入的服务收费。财政直接补助较少（《2014年中国卫生统计年鉴》显示，2013年财政补助占医院总收入的14.6%），医疗保险支付和服务收费占了收入的大部分。中国政府对三个社会保险中的两个（新农合和居民医保）保险的缴费给与了大量补助，总体上个人自付的部分已经显著下降，但是相对于经合组织国家和许多中等收入国家来说，医疗服务个人付费的比例仍较高，这可能会影响到居民整体支付能力和满意度。医院的趋利行为是造成这种扭曲的激励机制的主要原因。鉴于缺乏对医院支出总额强有力的预算约束和对高科技和高价治疗的价格管控，还有占主导地位的按项目收费机制（鼓励提供更

³⁷ 卫生计生委初步统计数据。

多的服务和更昂贵的治疗），医院从保险和病人身上寻求收入最大化导致了医院的过度医疗，并不断扩展价格高昂的治疗服务（Li 和其他人，2012）。这些治疗或许是医院收入的重要来源，但对患者健康状况改善贡献甚微。在这种情况下，医院通过为医生设置其绩效工资与医院收入挂钩的奖励制度，通过医生来创收。最终的结果是公立医院不去追求公益性，转而追求利润。卫生领域的资源被医院再分配到能够产生利润的地方，而不是以患者为中心提供服务。医生需要创收，这成为影响其选择治疗手段的一个重要因素。

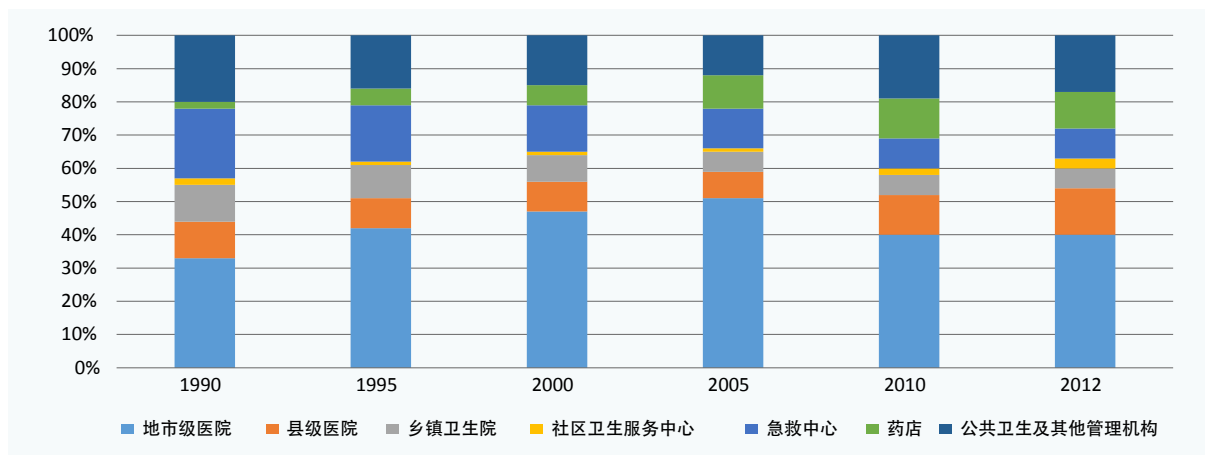
被服务购买方广泛使用的服务收费定价政策对有些服务如健康促进、预防保健和挂号费用的定价低于成本，而有些服务譬如昂贵的诊断检查的定价则高于成本，这就促使公立医院过度提供利润空间高的服务，偏离了其保护公众利益的首要目标，要保障公众利益，医院应该节约使用公共资源，努力使用最少的资源来改善患者健康。然而，在当前的收费政策下，医疗机构提供预防保健和健康促进服务的利润率最低，这些服务往往被忽略，即使是简单的健康问题，医生更愿意多开抗生素和静脉注射，而这是没有科学根据的。这种情况下，在 2009 年新医改之前，中国 75% 的普通感冒患者和 79% 的医院患者都被开了抗生

素，这一比例超过国际平均水平的两倍，并导致医疗支出上涨（Zhou, 2008）。改革对这一比例的影响还需要评估。

公立医院面临资本密集型投资的负向激励：

为了保证持续获得提供检查和治疗服务获得的利润，医院就要大量投资高新技术和医疗设备，必须在这些投入赚钱之前，获得大量患者来分担固定成本（Sun, Yang, and Barnes, 2015）。公立医院作为卫生领域的权威中心以及政府的象征，从来都具有进行资本密集型投资的强烈动机（Yip et al., 2010）。再加上追求利润的驱动，处于资本投资优势地位的级别高的医院，持续扩张，吸取越来越多的物质、资金和人力资源，下级医院无法在技术水平上与上级医院进行竞争（He and Meng, 2015）。最终结果就是资源充裕的三级医院与资源贫乏的下级医院角逐，对下级医院提供高质量的医疗服务的能力形成负面影响，并促使医生谋取收入前景更光明的三级医院的职位。患者更愿意去高级别医院就诊，导致上级医院人满为患而基层医疗机构资源闲置的低效局面。在这种情况下，在中国，大医院占全部医疗卫生支出的份额，1990 年是 56%，2012 年上升至 63%，与此同时，乡镇医院的份额从 11% 下降至 6%，而门诊的份额从 21% 降至 9%（图 6.1）。

图 6.1 中国各级医疗机构的卫生总费用占比（%）



来源：卫生部，2013。

对需方的负向激励：由于基层医疗机构能力有限，且缺乏有效的转诊制度，患者可以选择去哪个级别的医疗机构就诊。虽然不同级别的机构患者自付比有所差别，同样的治疗基层医疗机构的报销比例高于上级医疗机构（如对同样的手术二级医院的报销比例高于三级医院），但由于上下级医疗机构服务质量的差别，报销比例的区别不足以抑制患者越过基层医疗机构直接去三级医院就诊，因为三级医院的服务质量高于基层机构。最后，鉴于级别高的医疗机构往往能吸引更多的专科医生且配备了更多的高科技设备，即使是非常普通的治疗，患者也非常愿意去级别高的医疗机构。这种选择的结果是大医院人满为患，患者等候时间长，提供服务的边际成本更高，医生为每名患者提供服务的时间越来越短，更多地使用高科技诊断工具，及因此而产生的低效和费用的增长。

三、如何理顺中国卫生服务体系中的激励机制

支付方对服务提供方的经济激励是鼓励后者降低费用，提高服务质量，并围绕卫生服务重点领域生产和提供服务的重要机制。然而，设计一个能够有效地协调各方利益，并且可以提高卫生服务体系整体绩效的激励机制并非易事。因此，即使对中国的医疗服务体系中激励机制设计上所存在的问题有广泛的共识和诸多的研究，政策制定者和行政管理者却一直在艰难地寻找必要的解决方案。与此同时，中国各地近年开展了许多试点，应该对这些试点进行研究以评估其可否进行推广。下述的政策建议中包含一些这样的试点。

核心行动领域 1：对服务供方的支付方式从以按项目付费为主转向按人头，病种，DRGs 和总额预算付费

中国的供方支付方式改革开始于 15 年前，前劳动与社会保障部在 1999 年颁发的一项政策

文件中推广城镇职工基本医疗保险实施总额预算，按项目付费和按床日付费（人力资源和社会保障部，1999）。几年后，卫生部 2004 年在 7 家试点省份实施了按病种付费（卫生部，2004）。2009 年中共中央发布深化医改意见，对支付方式改革提出了进一步的要求（国务院，2009）。2011 年，人力资源与社会保障部发布了《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》，明确了实现全国改革任务目标的路径：(a) 要根据基金收支预算加强付费总额控制；(b) 探索总额预付办法，根据不同定点医疗机构级别、类别、特点以及承担的服务量等因素，落实到每一个定点医疗机构；(c) 门诊医疗费用的支付，探索实行以按人头付费为主的付费方式；(d) 住院及门诊大病医疗费用的支付，探索实行以按病种付费为主的付费方式，暂不具备实行按人头或按病种付费的地方；作为过渡方式，可以结合基金预算管理，将现行的按项目付费方式改为总额控制下的按平均定额付费方式；以及 (e) 医疗保险基金与医疗机构间科学合理确定付费标准的谈判机制（人力资源与社会保障部，2011a，2011b）。文件建议新支付方式的付费标准要对历史费用数据进行测算，在此基础上，根据医保基金总体支付能力和现行医保支付政策，确定作为参照的医保基础付费标准。同时，综合考虑经济社会发展、医疗服务提供能力、适宜技术服务利用、消费价格指数和医药价格变动等因素，建立付费标准动态调整机制。政府同样颁发文件要求对各类医疗机构全面开展医保支付总额控制。2012 年人保部，卫计委和财政部联合颁布了《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》，总额控制目标应该考虑基金预算收入、各类支出风险、物价水平、医疗机构历史服务提供情况等因素（人力资源与社会保障部，2012）。同年，国务院指导意见中要求医疗机构推行支付制度改革，包括总额预付，按病种付费或按床日付费等（卫生计生委，卫农卫发 [2012]28 号）。

在这些近年来颁发的政策文件驱动下，各地纷纷开展试点，从按项目付费转向总额预算、按人头付费、按病种付费、按床日或按绩效付费（专栏 6.1）。这些试点结果各异，应该加以系统的评估。根据人社部的数据，中国的支付制度改革正全面走向预付制³⁸（PPS）。中国的服务提供者，其收入主要来自三个来源：病人自付，是按服务项目收费；医保支付，逐步转向预付制；政府直接财政补助，与提供公共服务产品和投入要素挂钩。将前两个来源都统一在同一个预付制方式下付费，可以大大增加预付制正向的激励作用。如按人头付费，按病例组合和按总额预算付费。此外，预付制还将激励服务供方节约成本、提高效率，特别是在供方可留用结余的情况下。政府相关政策，特别是新农合和城市居民医保制度相关政策规定，服务供方若能建立适当合理的结余使用机制，就可以留用结余（人社部发[2015]70号）。应该采取行动将预付制推向全国，包括：（i）对已有的预付制试点进行系统评估，并将成功经验复制推广到各省市；（ii）病人自付部分也要一并实行预付制；（iii）允许供方保留任何施行预付制后的结余；（iv）建立可以同步评估现行的及新的支付方式改革的监测评价机制。值得注意的是，从按服务项目付费转换到预付制或者其他综合支付制度，正可以解决医疗服务的不合理定价和不恰当的经济激励等问题。因为，支付制度的改变可以使经济激励从靠单项服务获利转变为更加高效地利用资源为病人提供服务。短期来讲，中国可以考虑调整没有反应医务人员劳务价值的不合理的定价机制，但这也不能从根本上消除过度提供服务的动机。同时，中国在制定医保对供方的付费费率时，需要考虑到政府对供方直接提供的补贴对费率的影响。

为新的支付制度确定费率时，需要考虑以下一些问题。通常费率的确定是根据平均成本，或病种的平均成本而确定的。具体病例的实际成本可能会更高或更低，但是可以根据大数法则找到平均值。通常定价都是相对于一个标准单位成本，而权重可以根据实际的成本核算数据确定，或至少可以参考其他具有相似的疾病谱或者社会经济状况的国家同样支付制度下使用的权重。对于中国的一项特别的挑战是在确定费率时要考虑到政府对供方直接提供的财政补贴，这与为公立和非公立的医疗服务提供者提供平等的竞争环境有关。关于如何定价的问题，将在主报告中详细阐述。

核心行动领域 2：在服务网络中规划统一的支付激励机制，以促进公众健康，提高服务质量和控制费用

同一医疗服务网络内部及不同网络之间实现支付制度横向和纵向的一致性，可以增强支付制度对期望的服务行为改变的激励作用。如果能够确保在整个医疗服务生产提供过程中，这些制度从基层到三甲医院都得到始终如一的贯彻，而且所有服务提供方，包括医院、医生、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室都应用类似的激励机制，供方支付机制就可以实现最佳效果。调整激励机制可以采取不同的做法，其中一些做法中国已开展试点（专栏 6.1）。实现这一目标要采取的主要行动包括：（i）分析各省内不同医疗保险制度采用的激励机制，发现一致点与不同点；（ii）根据分析结果，确定应采取的纵向与横向整合的战略；及（iii）在中央和省一级指定一个部门负责改革的实施并开展同步评估。

³⁸ 预付制（Prospective Payment System，或 PPS）：一般是指医保对医疗服务的支付标准或金额已在服务发生前预先确定，而不是由实际服务提供情况决定。常见的预付制表现形式包括，按人头付费，按病种付费，按疾病诊断相关组等。

专栏 6.1

中国支付方式改革实例

总额控制

- 上海城镇职工基本医疗保险支付方式在 2003 年从按项目付费调整为总额控制付费方式，并实施了混合支付方式，包括按项目付费、精神病医院按床日付费，对部分病种和治疗措施采用按病种付费。在 2009 年，对所有医疗机构都全面执行总额预算预付制。
- 杭州对每家医院的总额预算值的确定，是依据其历史报销数据，医疗机构的级别和服务特点，并考虑了通胀和价格因素。预付后所产生的结余或损失由城镇职工基本医疗保险和医疗机构共同分担。

按人头付费

- 江苏省镇江市在总额预算制下还设定了按人头付费的标准，主要是依据包括药品和检查费的年度治疗费用来设定。对于基层医疗机构来说，只有某个慢病患者的费用达到了年度慢病人头费的 70% 以上，医疗机构才能得到人头费的全额支付。
- 湖南常德市甚至对三级医院的住院患者也实施按人头付费。城镇居民基本医疗保险 87% 的基金都是以按人头付费的方式支付给医疗机构的，结余资金作为储备和风险调剂金。在 2008 年到 2010 年间开展的评估表明支付方式改革将住院患者自付费用减少了 19.7%，患者自付费用比例减少了 9.5%，住院日缩短了 17.7%。然而，与以前实施按项目付费时相比，在住院患者总费用，药品费用占比，治理效果和患者满意度方面差别都不大。

按病种付费

- 在上海，医保对服务提供者按固定的病种费用支付，与实际费用无关。对上海做法的评估显示为了保证自己的利润，医院会采取一些投机做法，包括减少住院日。医院同样会采取一些转移费用的做法，如提高非参保人员的费用来补偿在参保患者那里的收入损失。
- 北京的城镇职工基本医疗保险 2011 年在 6 家医院首次实施了疾病诊断相关分组（DRG）制度，包括 108 个诊断组。对这 6 家试点医院和 8 家仍然使用按项目付费的对照医院的出院数据分析显示：DRG 支付方式使得患者每次住院的总费用和自付费用分别下降了 6.2% 和 10.5%。然而，对于年纪较大有更多并发症的老年患者医院仍然使用按项目付费。

按床日付费

- 广东省深圳市对于住院患者实施按床日付费。总支付额的确定是依据每个住院日的付费标准及调整的住院量。调整后的住院量是实际住院量乘以住院与门诊比。支付标准与实际收费（基于收费表）之间的差由双方共担。
- 在江苏省常熟市，城镇居民基本医疗保险依据疾病严重程度、治疗时间长短和医疗机构级别设定了不同的按床日付费标准。对于手术患者，手术前的住院日，手术日及术后住院日的支付标准不同，且如果患者住院日延长，支付标准会下降。

按绩效付费

- 贵州省为村医实施了工资加奖金的支付方式取代了原来的按服务项目收费的做法，并消除了会鼓励村医过度开药的机制。一项评估表明门诊患者费用和药费都下降，但是村医增加了非药品服务如打针，而且更愿意把患者转诊到医院，这样做增加了总医疗支出。
- 宁夏省针对基层医疗机构实施了按人头付费和按绩效付费相结合的支付方式。一项评估表明抗生素的使用和总门诊支出都有所下降，且没有对医疗服务的其他方面产生大的负面影响。

来源：Liang Hong 及其他，2013；Xiang，2011；Feng 及其他，2014；Liu 及其他，2012；Zhang 及其他，2014；Gao 及其他，2014；Hong，2011；Zhang，2010；Jiang 及其他，2011；Zhen Jie，2009；Yip 及其他，2015；Wang 及其他，2013；Zhang 及其他，2013；Wang 及其他，2011；Yip 及其他，2014。

为了在县或区一级实施以人为本的一体化服务提供模式（PCIC），可建立医疗机构服务网络或医联体，可以依据按人头付费标准对服务网络进行总额预算预付，并覆盖所有收入包括患者自付部分。总额预算意味着硬性的预算约束，并要同时采取措施防止医疗机构把费用转嫁到患者身上。一开始可以依据当前的支出水平来确定总额预算标准，重点是如何控制整个医疗网络未来的支出上涨。可以预留一定比例的总额预算资金，预留部分依据与 PCIC 服务模式相关的一些指标的实现情况进行支付，如质量改进，一体化服务，减少不必要服务及将不应该由大医院提供的服务向下转诊。这需要服务网络重新确定医院和基层医疗机构各自的职责，并建立正式的分工协作制度。服务网络的内部管理部门需要进一步为网络内的医院和基层医疗机构建立相应的激励机制，例如依据各机构面临的风险，设立每个卫生服务机构各自的总额预算标准。将一定比例的总额预算资金预留，依据服务质量和一体化指标的执行情况进行支付。这对于让医院和基层医疗机构的激励机制保持协调一致，从而促使他们一起努力提供以患者为导向的服务至关重要。

另一个可考虑的方法是在总额预算之外设立需要通过特别表现才能获得的经费（即额外的资金）。医院的绩效指标可以以患者安全，质量和效率改进为主。此类指标不仅可以促进卫生服务体系内各方的分工协作，而且要鼓励服务网络让患者在适当层级的医疗机构就诊。服务网络节省的资金可以由网络内的医院和基层医疗机构共享。

美国马萨诸塞州的新型服务质量合同，及马里兰州的服务优先以患者为本的医疗之家项目都成功地在医疗机构服务网络中实施了改进质量，减少浪费和不必要服务的供方支付方式。在 2009 年 1 月马萨诸塞州的蓝十字 - 蓝盾医疗保险公司实施了一个新的支付方式，称之为新型服务质量

合同。合同采用了变更后的总额支付方式（特定时间段内对患者的服务按固定标准进行支付）。这一新型支付方式与既往采取固定支付标准或按人头付费的做法的不同之处在于，明确地将支付水平与质量目标的实现情况挂钩，且规定了每个签订合同的服务网络在未来 5 年的年度预算增长幅度。在合同实施的第一年，所有签署新型服务质量合同的服务网络都获得较高的服务质量奖金。服务优先以患者为本的医疗之家项目（CareFirst's Patient-Centered Medical Home）2011 年开始实施，在 3 年的时间内项目服务区域超过 80% 的初保服务机构，包括北弗吉尼亚的部分地区，哥伦比亚特区和马里兰都参加了这一项目。自从该项目实施以来，其成员单位的医疗支出年度增长从项目实施之前 5 年的平均 7.5% 的年增长率下降到 2013 年的 3.5%。与此同时，接受参与该项目的医生所提供的服务的患者，其体现服务质量的主要指标也不错。这两个项目都可为中国提供重要的借鉴经验。

核心行动领域 3: 改变并调整激励机制，扭转当前卫生服务利用在各级医疗机构间不合理的分布

对于医保覆盖的服务，每项服务支付标准的设定，应该依据最适合提供这项服务的那个层级的医疗机构提供此项服务的成本来设定。换言之，如果认为某项服务最好由区一级医院提供，且区级医院有能力提供，那么对区级医院按病种付费的支付标准就应该是医保对所有医院此项服务的支付标准。如果某种服务只有三甲医院有能力提供，那么预先设定基于病例组合调整后的每病例支付标准，然后在双方认可的总额预算上限之下据此进行支付。对于医保报销范围之外的服务，收费标准应该加以调整，使之更贴近服务成本。这些都与政府 2015 年 5 月颁发的文件精神相一致，该文件要求提高医保的保障范围，并设定了到 2017 年患者的自付比例低于 30% 的目标。

实现此领域目标所须采取的主要措施包括：

(i) 确定各级医疗机构（社区、乡镇、及城市里的二级和三级医院）适宜提供的服务的清单；(ii) 重新评估各级医疗机构的报销补偿政策，如果病人到三级医院接受可以在基层开展的很基本的服务，就应设定高得多的起付线和自付比；(iii) 强化各级医疗机构开展本级所应提供的服务的能力；并(iv) 制定宣传策略，告知患者新的报销补偿政策。

核心行动领域 4: 整合和增强医保管理机构的能力，使其成为服务的战略购买者

整合不同的医疗保险制度可以提高保险待遇的公平性，并打造一个强大的能够控制服务供方行为的服务购买方。虽然实现这一终极目标需要在适当的时候对基本医疗保险制度整合的总体设计做出大胆决策，但地方已开展的试点经验表明许多工作可以在短期内开展。如有几个省，地市已成功合并两个或以上的基本医疗保险制度，最为显著的是城镇居民基本医疗保险和新农合的成功合并。一些地方已经实施城乡医疗保险制度管理的整合。以重庆九龙坡为例，建立了一个机构

统一管理城镇职工（UEBMI）和城乡居民基本医疗保险（URRBMI），不同保险制度的待遇水平更加趋同，且使用同样的医疗机构监测系统。依据总额预算对住院患者服务费用进行报销，占医保基金总支出的 70%。门诊采取按病种付费和按项目付费，分别占医保基金总支出的 10% 和 20%。每年年初医保基金与各医疗机构签署服务合同，详细规定结算办法和绩效指标标准。每医疗机构的总额预算按月进行结算和支付。保险部门依据上年度所确定的绩效指标开展绩效评估，并在次年的第一个季度进行年度总结算。这些例子体现了不同医保制度在管理实施上实现的实际的融合，尽管顶层的融合还没有实现。这些自下而上的改革经验，值得进一步研究。

此外，强化保险基金的管理能力有助于帮助他们成为卫生服务的战略购买者。建立并增强标准成本核算系统可以帮助保险基金收集更准确的成本信息，从而促进预算规划，医疗机构内部及各医疗机构间的指标对比分析，及监测卫生服务的提供。

第七章

加强卫生人力建设, 实现以人为本的一体化卫生服务(推手 6)



一、引言

中国的卫生人力市场在近些年里发生了深刻的变化³⁹。在过去的 15 年里, 医务人员数量显著增长, 到 2013 年超过了 700 万人。这源于在医学教育体系中进行了大刀阔斧的改革, 大规模扩大招生人数。例如, 在 2003 至 2013 年间, 医学院校毕业生的数量翻了一倍, 特别是护理人员 (增长了 108%) 和执业医师 (增长了 41%) 的数量有了明显的增长。

尽管医生和护士队伍近年来有所扩大, 中国依然面临着众多卫生人力资源问题, 包括符合资质的人员短缺、城市与农村以及基层卫生机构与医院之间资源分配不均、专科配备失衡、报酬低、激励机制不合理、工作强度大以及医学教育与劳动力市场需求之间持续的不匹配等等。这些问题的根源大多与医务人员的报酬水平和补偿方式有关。此外, 低报酬使得医生不愿意在基层和农村地区执业, 因为在这些地方通过销售处方药和检

查增加收入的可能性有限。在中国普遍通过人员编制来管理公职人员 (包括公共机构的医务人员) 使得卫生人力管理变得更加复杂, 造成医务人员招聘和管理的僵化与低效, 限制了医疗专业人员的流动, 扭曲了卫生人力市场并弱化了其提供高质量卫生服务的能力。

人员充足且运作良好的卫生人力队伍对于以人为本的一体化卫生服务 (PCIC) 模式的落实和运作至关重要。正如第二章所述, 这个模式的大多数特点—比如基层卫生服务的核心作用、对服务连续性的关注、风险筛查和人群健康需求重点排序、对预防和健康管理的重视、多学科团队的使用以及基于社区的卫生服务及与社会服务的关联—都要求对卫生人力队伍培养、配置和管理的传统方式进行重新思考。国际经验表明, 这样的服务模式转型意味着对服务内容不同类别医务人员职能的重新界定、服务团队新的专业构成、医务人员在不同层级之间的均衡分配、绩效管理制度的改进、适当的激励体系以及岗前和在职培训的转型。

³⁹ 按照世界卫生组织 (2006 年) 的定义, 医务人员或者说卫生人力资源的类别包括: 医生、护士、助产士、牙医、健康专业人士、社区医务人员、社会卫生工作者及其他医疗服务提供者, 还有卫生管理和辅助人员, 他们也许不直接提供服务, 但对卫生系统的有效运行必不可少, 这些人员包括医疗服务管理者、医疗档案和健康信息技术人员、卫生经济学家、卫生供应链管理、医学秘书及其他。

本章分析了与中国卫生人力资源管理相关的问题并提出了使人力资源符合 PCIC 模式要求的途径。这一章首先审视了中国在卫生人力资源管理方面面临的挑战，之后通过汲取中国国内和经合组织国家的经验，提出了一系列可操作的建议来强化卫生人力资源建设，以实施以人为本的一体化卫生服务模式。

二、中国在卫生人力资源管理方面面临的主要挑战

卫生人力问题是中国在努力加强其公共卫生和基层卫生服务方面遇到的主要障碍 (Yip 等, 2012 年)。中国专科医生的数量超过全科医生，基层卫生机构的人员短缺，报酬水平没有吸引力，医生与医院的激励补偿机制不合理。卫生人力的治理以人员编制为特点、医生行医执照与医疗机构挂钩导致了人力资源管理僵化并限制了人员的合理流动。医疗机构聘用医务人员的自主权很小，造成对医务人员的需求与在编人员的技能不匹配。我们将详细讨论这些问题。

人员结构失衡：尽管医务人员的总量有了显著增加，但在构成方面依然存在许多问题。第一、在 2013 年，所有医务人员中只有不到 36% (护士只有 21%) 在包括农村的乡镇卫生院 (THC) 和城市的社区卫生服务中心 (CHC) 的基层医疗机构工作。第二、尽管总数翻了一倍，但从全国来看护理人员严重不足，与经合组织国家平均每名医生配 2.8 名护士相比，中国的这一比率是 1:1。第三、有几类重要的专业人员严重短缺，特别是全科医生 (占全部医生的 5.2%)、儿科医生 (3.9%) 和精神科医生 (0.9%)。第四、尽管近年来在

农村执业的医务人员数量有所增加，医务人员仍集中在城市，城市与农村每千人口医生的比率从 2003 年的 2.05:1 增加到 2013 年的 2.29:1 (每千人口护士的比率从 2003 年的 3.18:1 到 2013 年的 3.3:1)⁴⁰。高学历医务人员仍集中在城市，例如，农村医务人员中只有 6% 拥有学士学位⁴¹。

这种不平衡对基层医疗队伍造成了不利影响，因为基层医疗机构和贫困农村地区在招聘和留住合格医疗专业人员方面存在困难。基层医务人员的比例从 2009 年占全国总数的 40% 多下降到 2013 年的 36%。此外，社区卫生服务中心和乡镇卫生院的基层医务人员中大多数只接受过大中专培训。基层卫生机构、特别是农村的基层卫生机构缺乏合格的医疗专业人员是病人越过基层，直接到更高级别的医院寻求服务的主要原因。

报酬缺乏吸引力以及不合理的经济激励：中国基层卫生人力长期短缺的一个可能的原因是医务人员的报酬并不吸引人。卫生系统各级机构的平均收入通常包括基本工资、绩效奖金和艰苦地区补助，如图 7.1。在中国，医务人员大部分由公立医院聘用，聘用合同受到政府的严格管理。《中国劳动统计年鉴》⁴² 显示，2014 年，城镇卫生工作人员的年平均工资为 63,757 元。其它单位卫生人员年收入为 55,138 元。正如第六章提到的，医务人员，特别是医生会从其他途径寻求额外收入，包括与医院服务 (治疗、住院等等) 总收入挂钩的奖金；开药和开检查的回扣、病人的非正式付费 (红包) 以及兼职行医等等 (Yip 等, 2010 年；Woodhead, 2014 年)。这些不合理的经济激励机制促使医生们诱导服务需求，多开检查和昂贵的专利药。

⁴⁰ 《中国卫生统计年鉴》，2004 年和 2014 年。

⁴¹ 总体而言，中国只有 28.6% 的医疗专业人员有本科或更高学历 (超过 5 年的医学教育)，只接受过三年大专教育的所占比例最大 (38.8%)。

⁴² 表 3-1 分行业城镇单位就业人员和工资总额和表 6-1 分行业其他单位就业人员和工资总额 (2014 年) 《中国劳动统计年鉴 2015》，国家统计局人口和就业统计司，人力资源和社会保障部规划财务司编。北京：中国统计出版社。

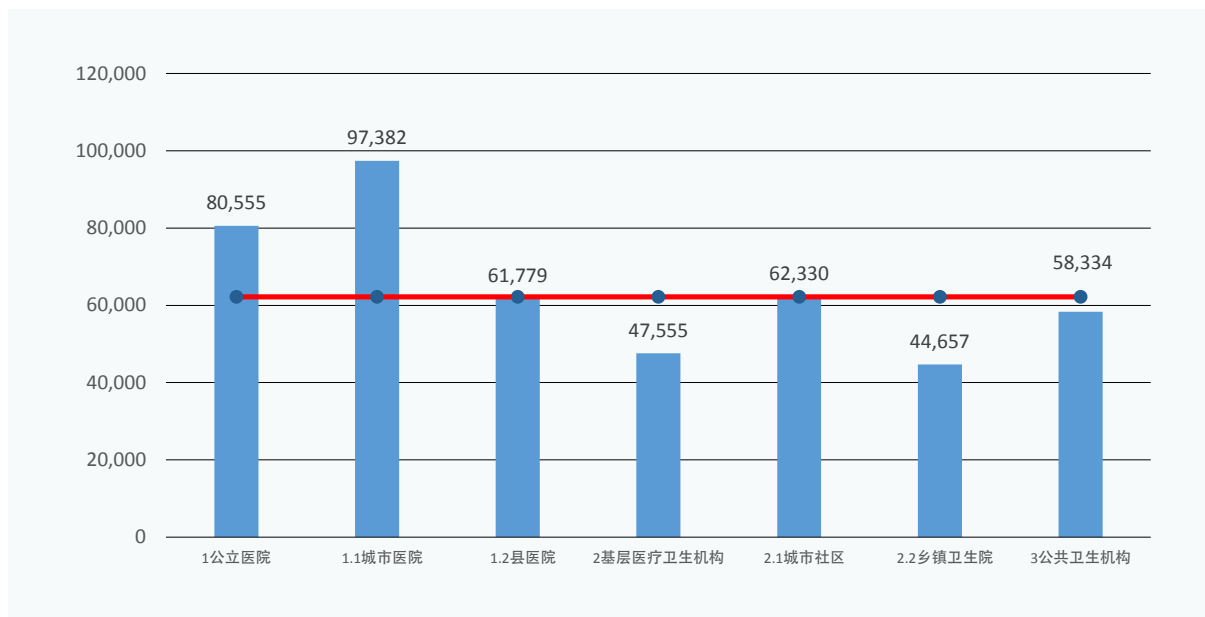
这种激励机制是成本飙升和服务质量不高的一个重要根源，对医疗队伍有着深刻的影响。在公众心中不好的形象（三分之一的医生曾与患者产生过矛盾）⁴³、工作强度大、执业风险高、以及低收入等可能已使医疗职业丧失了大部分吸引力—尽管医学高等教育的入学人数总体增加，但是根据我们对2010-2014年期间医学院毕业生人数与医疗卫生行业新入职人数的比较研究，不合理的激励机制也使医生不愿意在基层卫生机构和农村地区工作，因为在这些地方通过开药和检查增加收入的可能性有限。

医学教育的质量也受到影响。医学院校在吸引全国高校招生考试（高考）中取得高分的学生方面面临困难，往往只能招收那些并没有选择医

学作为第一志愿的学生。入学人数的大幅增长导致了很高的学生教师比（2008年为20比1，Xu等，2010年）以及临床实习机会的短缺（Daermmich，2013年）。此外，医学培训还由于注重临床基础医学和医院实践，很少接触社区卫生服务或农村卫生实践而受到批评。

各级各类卫生服务机构之间的薪酬存在巨大差异（图7.1）。薪酬结构更有利于那些在公立医院工作的人员，特别是在城市三级医院工作的人员，而不是那些在基层或农村地区工作的人。城市公立医院的平均薪酬是整个行业平均薪酬的1.6倍，而那些在基层卫生服务机构或乡镇卫生院工作的人，其收入则分别只有医务人员平均薪酬的76%和72%（张，2015年）。

图7.1 2013年在中国各级卫生服务机构中医务人员的薪酬（单位：元）



来源：张，2015年。
红线：行业平均水平。

⁴³ 按2010年有17,243起暴力伤医事件（Hou等，2014年）。

僵化的人员编制体制：中国的卫生人力管理框架遵循所有事业单位的治理结构，以人员编制为中心⁴⁴。人员编制定限定了分配给某个公共服务单位的人员总数，是针对公务员和公共机构的一种特殊的人力资源管理方式。由中编办制定的人员编制是界定和划拨公共部门单位（包括医疗服务提供者即医院）财政补助的重要依据，只有具备编制办批准编制的单位才能从财政得到资金。此外，人员编制还是人力资源和社会保障局安排包括养老金等社保补助的依据。

人员编制已经成为制约中国医务人员配置效率的重要原因。第一、人员编制造成了医务人员招聘和管理的僵化，使卫生机构的管理者很少有管理自身队伍的自主权。人员编制以岗位、级别和职称来设置机构的员工组成。所有岗位设置均由人力资源和社会保障局规定，卫生机构的管理者对新员工的招聘和调配没有自主权。第二、人员编制限制了卫生人力队伍的流动性。正式员工有权享受附带的社保福利（比如住房公积金、医疗事故保险和养老金），这些都是不能转移的，因此在卫生服务机构和医务人员之间建立了牢固的雇佣关系。第三、政府对卫生服务机构的预算和补助是基于人员编制，而不是与该机构的绩效结果挂钩的。

卫生服务机构对超编人员的需求只能自行解决，这就为创收以支付额外的劳动力成本制造了更多的动力。卫生和计划生育委员会人才交流服务中心和山东大学最近对 10 个省的卫生服务机构进行的一项调查发现，15% 的社区卫生服务机构员工、11% 的妇幼保健机构员工和 8% 的乡镇卫生院员工是编制外人员。以云南省为例，基层

医疗机构在编制之外雇用了大量临时医务人员。2013 年，在基层医疗机构总计 43,595 名的医务人员中，有 13,502 名（31%）不在编制内。

执业医师有限的流动性：根据中国的《执业医师法》，执业许可证对医生所属医疗机构的名称、执业类别（比如临床医生、传统中医、牙医和公共卫生等）和专长要做明确的说明，医疗专业人员只允许按照许可证中的地点和类别执业。这一规定对医生的流动性进行了严格的限制。为了解决这一问题，政府于 2009 年推出了多点执业试点项目，允许医生在最多三个医院 / 诊所注册执业，条件是医生注册的这几家机构都不反对、当地卫生管理部门批准并且该医生与所有机构就医疗事故争议和诉讼达成法律协议⁴⁵。多点执业参加者不多的主要原因是医生抽不出时间进行额外执业、而且在发生医疗事故和争议的情况下医生自己需要承担风险，另外，医生自身也受到现行人员编制制度的制约。

缺乏人员聘用的管理和决策自主权：卫生服务机构的专业技术人员、管理人员和后勤辅助人员由政府（当地和省级）招聘并由人力资源和社会保障局管理，之后接收这些人员的卫生服务机构通过规定了双方责、权、利的合同与他们建立雇佣关系。卫生服务机构的管理者很少或完全不介入这一过程，无法确切地将职位要求与候选人的技能匹配起来⁴⁶。另外，人力资源和社会保障局制定的招聘门槛往往不切实际——比如，要求农村的卫生服务机构至少要有三名合格的申请人或者申请人必须接受过三年的大专教育——因此许多招聘最终流产。

⁴⁴ 人员编制制度是 1956 年创立的，当时国务院编制工资委员会和卫生部联合发布了《医院、门诊部组织编制原则》。

⁴⁵ 《关于医师双执业试点的通知》，卫生部 2009 年（第 86 号）。

⁴⁶ 第五章里对医院自主权有更详细的讨论。

三、推动人力资源改革的建议：国内外经验

卫生人力资源是卫生体系的重要组成部分，而且在向人群提供可负担的高质量的卫生服务方面发挥着核心作用。卫生人力的供给、分配和绩效管理等问题给医改带来很大的挑战，同时有大量文献记载了各国相关经验，为解决这一挑战选择了不同的路径。在卫生人力资源改革方面，一些经合组织国家和中等收入国家取得了显著进展，它们的经验为中国提供了重要的借鉴。

核心行动领域 1：建立强大的基层卫生服务队伍，为建立 PCIC 模式创造有利环境

实现这一愿景的关键行动包括：(1) 将全科医疗作为一种专业（比如家庭医生），与其他医学专业具备同等的地位，从而提高基层卫生服务人员的地位；(2) 引入守门员机制，引导病人首先到基层医疗卫生机构就诊，一俟 PCIC 建立起来之后则强制执行这一安排；(3) 引入专门面向基层卫生服务的职业发展路径，以便培养基层卫生服务队伍并为其提供激励，包括为全科医生（GP）、护士、中级医务人员和社区卫生工作者提供各自的职业路径，为从事基层卫生服务的人员提供职业发展空间；(4) 提高基层卫生服务人员的薪酬水平，使之与其他专科相匹配，从而增强基层卫生服务工作的吸引力和竞争力，提高基层卫生服务人员的招聘，稳定基层队伍，并提高他们的工作积极性。

提供 PCIC 服务要求一支具备共同价值观和相应能力的执业者和服务团队组成的卫生队伍，这就引出了在中国实施 PCIC 所需的卫生人力队伍的理想构成的问题。实现理想医疗队伍构成的

核心是重视提高基层卫生服务的地位，给予全科诊所与其他医疗服务提供者相同的地位。这就要求政府、卫生服务提供者和普通公众对基层卫生服务机构在与医院一起为公众提供连续的服务方面的核心作用形成共识。许多国家为了强化基层卫生服务对他们的医疗队伍进行了调整，这些可以提供可应用于中国的有益经验。

各国常见的做法是采取措施加强基层卫生服务，包括扩大培养能力（更多院校）、改善团队的技能构成和推行多学科服务团队⁴⁷。例如，在英国，基层卫生服务由全科医生提供，他们一般在通常由 5 个以上的医生、护士和管理人员组成的多合伙人诊所工作。有些诊所还包括社区护士、健康随访员、助产士、社区精神科护士以及医务辅助人员和社会工作者。所有人都被要求在某个全科医生诊所注册行医，这个全科诊所就是他们提供卫生服务的第一站。这套体系将卫生服务的首要位置给予了全科医生，由全科医生指导病人找专科医生和医院就诊。此外，全科医生还会因为持续监管有慢病的病人而获得经济奖励（Roland 等，2012 年）。

2003 年，加拿大也采取措施建立多学科基层卫生服务团队，并大大增加了联邦和省对基层卫生服务的公共投资。每个省都设计了自己的模式，但都以到 2011 年时让其至少 50% 的人口能够 7 天 24 小时随时得到基层卫生服务为目标（Marchildon，2013 年）。在巴西，基层卫生服务的扩展受到快速发展的家庭健康战略项目（Estrategia de Saude da Familia，简称 ESF）的推动，ESF 通常有一个多专业医疗团队，按地理区域组织起来，为大约 1,000 个家庭提供基层卫生服务，成员包括全职的社区健康工作者。这个

⁴⁷ 正如第二章所述，能发挥作用的多学科团队是 PCIC 的一个核心设计元素。

团队负责一系列基层卫生服务（包括慢病管理、患者鉴别分类和儿童健康）和公共卫生工作（包括筛查和免疫接种）。通过上述努力，巴西的家庭健康团队已增至原来的7倍，服务于该国人口的60%以上（Gragnotati, 2013年）。

核心行动领域 2：改善队伍构成，提高队伍能力，促进基层卫生服务的提供

实现这一愿景的关键行动包括：(1) 加强对住院医生和全科医生的规范化培训；(2) 加快现行的卓有成效的工作，增加全科医生和护士的供应；(3) 进行课程改革，提升医学教育培训水平并培养实现 PCIC 所需的新技能和能力；(4) 完善在职培训项目，以支持提升当前医疗队伍的技能并构建新的基层卫生服务能力；以及 (5) 培养新型医务人员（比如临床助理、助理医生、临床技术员和社区健康工作者等），以加强基层卫生服务的提供。

目前，几个高收入国家（英国、澳大利亚、美国、荷兰、加拿大和德国）呈现的一种趋势，即通过吸纳更多的执业护士、注册护士及其他医务人员与医生一起工作，提供基于团队合作的基层卫生服务（Freund 等，2015年）。在英国，增加基层卫生服务供应、提高基层卫生服务质量的战略包括扩大护士的执业范围，2000年，英国国家医疗服务体系（NHS）引入了“新型执业”的概念，向着高级护理执业迈出了重要的一步。有关扩大护士职能的辩论进行了十多年，2012年4月一项新的法规开始生效，允许经过专科课程学习并持有额外的注册资格的20,000多名护士在其专业及能力范围内和医生用同样的药物清单开药。NHS《2012年医疗和社会护理法案》通过推动医院和以社区为基础的基层和社会医疗服务之间更好的协作，来推广一体化、个性化和主动的健康服务。有几个国家——特别是巴西和南非——在培养和吸收新型医务人员，尤其是非临床医生、临床助理、助理医生、临床技术员和社区健康工

作者方面十分成功。国际经验表明这些新型卫生专业人员提供的服务可以和传统医务人员一样有效，而且具有较高的成本效益。中国应加快对护士的培养，因为目前护理人员的短缺十分严重。此外，中国也应探索培养和引入新型医务人员，特别是社区健康工作者的可能性。

核心行动领域 3：改革薪酬制度，提供有力的绩效激励

总体而言，中国医务人员的正式薪酬吸引力不大，尤其是在基层和农村地区。如工资结构所显示的，医生收入过于依赖其为医院创收的部分。根据《2012年全国卫生财务年报》统计，基本工资平均占医务人员总薪酬的22.9%，津贴和绩效工资分别占20.5%和56.6%。这种工资结构在城市医院中更为明显，根据国家卫生和计划生育委员会（NHFPCC）进行的一项全国城市二级和三级医院工资调查，基本工资仅占公立医院医务人员总薪酬的13-14%左右，津贴和补贴占14%，而与医院服务收入挂钩的基于绩效的报酬和奖金则占非常大的74%。尽管固定工资与基于绩效的工资增量相结合是正确的激励机制，但中国应修正其薪酬结构，以减少对由创收带来的奖金的依赖，同时增加基本工资和艰苦补助。实现这一目标需采取的关键行动措施包括：(1) 增加医务人员的基本工资水平，将工资增幅与劳动力市场的一般趋势挂钩，以保持医疗卫生行业的吸引力；(2) 相对于绩效奖金，增加基本工资在医生总收入中所占的百分比；(3) 增加对农村和边远地区医务人员的补贴；(4) 引入/增加非经济激励机制来为农村和边远地区吸引和留住医务人员；以及 (5) 改变激励机制，将医生收入与基于综合指标的绩效评价挂钩，而不是创收水平。

近年来在全球范围内薪酬体制都变得非常复杂，特别是在各国纷纷尝试创新薪酬支付方式以找到激励医务人员的新办法的情况下。这种持续尝试的结果是：各国通常都采用了多种支付方式

组合的做法, 包括工资、按项目付费、按人头付费、绩效奖金等等。例如, 在主要是按服务项目收费来支付薪酬的国家, 引入了诸如工资(加拿大)、按人头付费(比利时、法国)、绩效(法国)和综合费(比利时和丹麦)等要素作为额外报酬。在全科医生传统上依靠工资的国家, 增加了按人头付费和按服务项目付费(瑞典、芬兰)。

像澳大利亚、加拿大和英国这样的国家则将激励措施纳入了对全科医生的薪酬计划, 以鼓励他们雇用护士来提供基层卫生服务。在许多欧洲国家还呈现另一种趋势, 就是与全科医生签订承包合同, 薪酬通过各种按绩效支付的激励措施发放(Kringos等, 2013年)。这导致由几名医生合伙或者由私人公司经营的诊所的数量出现激增。澳大利亚也进行了类似的尝试, 由于对全科医生按项目服务来支付薪酬存在固有弱点, 政府在1998年引入了“执业激励报酬”计划。这个按绩效支付薪酬的计划围绕三个方面提供激励: 服务质量、能力提升以及对农村地区的支持。其中服务质量这部分针对糖尿病护理、宫颈筛查、哮喘治疗和原住民健康服务等工作提供鼓励性的报酬(Cashin等, 2014年)。

传统上, 按服务项目付费一直是加拿大对大多数医生支付薪酬的主要模式, 但其他付酬方式在过去10年中被逐渐引入。2013年, 组合式薪酬成为医生薪酬支付方式类型中最大的一类, 主要按服务项目付费的医生所占比例从2004年的51%下降到2013年的38%。家庭医生采用组合式薪酬的比率(46%)高于专科医生(37%)。《全国医师调查, 2013年》)。Wranik和Durier-Copp(2010年)在他们的报告中表示, 在加拿大组合式薪酬对预防医学、供方间的合作以及在人口密度低的省份招聘和留住医务人员都产生了某些积极的影响。与此同时, 新的薪酬方式增加了成本并给这个国家卫生体系的财务承受能力施加了压力。过去10年里加拿大医生的收入大幅增

加(达到加拿大平均工资的4.5倍), 这得益于集体谈判模式, 这种模式使各省面临不断提高薪酬的压力。多年来公众的支持左右着加拿大集体谈判过程中各方的相对实力(以安大略为例, 由于公众支持的转移, 该省能够一直冻结医生的薪酬), 但是当公众感到医生短缺造成等待时间太长的时候, 医生通常能够成功地争取到更高的工资。

核心行动领域4: 改革人员编制管理以增强卫生人力市场的流动性并提高卫生人力管理的效率

人员编制制度造成了卫生系统人力资源管理的低效率, 应该逐步改革, 制订不同的制度, 使其符合卫生领域改革的整体方向, 如增加医院的自主权, 提高医务人员的流动性, 以及转向基于绩效和结果的财政投入政策等。中国政府已经意识到这一问题, 并已经采取措施来进行改革。这项改革需要至少采取四项相关行动。第一、需要给予医疗机构管理者在人力资源问题上的自主权并让他们根据岗位而不是编制管理自己的员工。编制内与编制外的职位之间的区别需要消除。每个员工可以与医疗机构签订标准化的劳动合同, 合同规定了岗位的职责范围和应负的责任。中国可以考虑在基于岗位的招聘、调配、考评、工资设定以及培训方面给予医疗机构管理者更大的权力和责任。第二、为了增加医务人员的流动性, 中国可以考虑将执业许可证与医疗机构脱钩。多点执业政策已经为这种转变铺平了道路。例如, 在广东省, 多点执业政策并不限制医生可以工作的医疗机构的数量, 只要他们能与每个机构都达成协议。然而, 这种做法并没有在全国实行, 而且只适用于中级和中级以上的医生。第三, 中国应逐步将医务人员的社会保障与人员编制以及医疗机构脱钩, 随着近期的养老金并轨改革, 这一进程已经开始。同样地, 也应考虑向所有签了合同的医务人员提供住房公积金和医疗事故保险。最后, 政府应考虑采用不同的方式对医疗机构提

供财政补贴，应逐渐与编制脱钩转向与产出和服务效果挂钩，将政府财政补贴与政府希望医疗机构所应达到的绩效目标和公共服务目标挂钩。只

有开展这一系列的综合改革，才能保证平稳过渡，以最终取消已不适应卫生人力发展的编制制度。

第八章

促进社会力量参与卫生服务（推手 7）



一、引言

中国的医疗卫生服务体系已经从原来那种纯粹由政府经营的体系转向一种分权化管理、向社会力量办医开放的体系。社会力量参与医疗产品和医疗服务的生产、筹资与提供的基础可以说从上世纪 70 年代末的经济改革初期就已打下，但社会力量真正关注这个行业还是在 90 年代卫生部明确放宽对医疗卫生行业的投资限制之后。紧接着的是一个有限尝试的阶段，因为政府和民营部门都需要对形势的变化进行研究，探索如何向自己所设想的中国医疗行业的未来方向发展迈进。2000 年，这方面的改革又迈出了重要的一步，中国政府开始允许外资在民营医疗投资项目中占不超过 70% 的股份。从 2009 年医改开始之初，政策导向就支持社会资本参与医疗事业，进一步确定了社会力量在医疗行业的地位。此后，医疗卫生行业的社会投资开始迅速增长。国务院颁布的各项政策（国办发 [2015]14 号、33 号、45 号）进一步推动社会力量提供诊疗服务，综合和专科医疗服务，促进与公立医疗机构的“公平”竞争，打破市场准入壁垒，促进社会力量对医院和其他医疗机构的投资。政策导向同时也鼓励投资建设非营利医疗机构。

现在中国已有超过一万家民营医院，占全国医院总数的 42%，而这个比例在 2005 年只有 17%，上世纪 90 年代仅有 3%（图 8.1）。很重要的一点是，近年来民营基层卫生服务机构的数量大幅增长，2012 年已经占这类机构的近一半（图 8.2）。然而，大多数民营医院规模较小（96% 的民营医院拥有不到 100 张床位），2012 年民营医院的床位数只占医院床位总数的 14%。虽然民营医院的住院病人有所增加，但 2012 年它们只占全国住院病人的 11%（图 8.3），门诊病人的 10%（图 8.4）。

民营医疗机构的迅速发展给政府、投资者和居民都带来了机会和挑战。医疗行业的社会力量办医虽然目前规模有限，但市场份额快速增长，势必导致中国医疗卫生市场的转变。由于公共医疗系统不堪重负、过于拥挤，给民营医疗机构创造了生存空间，为那些寻求更多、更好的医疗产品和服务的患者提供了一种替代选择。但是，尽管中央的政策鼓励公立机构和社会力量的合作，许多地方政府仍然掌握着中国卫生服务体系的主要筹资来源——公共资源，并将民营医疗服务局限于主要面向富裕人群和一些特别专科的备选服务。同时，医疗卫生服务体系中出现营利性机构，将带来道德、法律、经济和政治方面的问题。无论

图 8.1 医院数量的增长（按所有制类型分）2005-2012

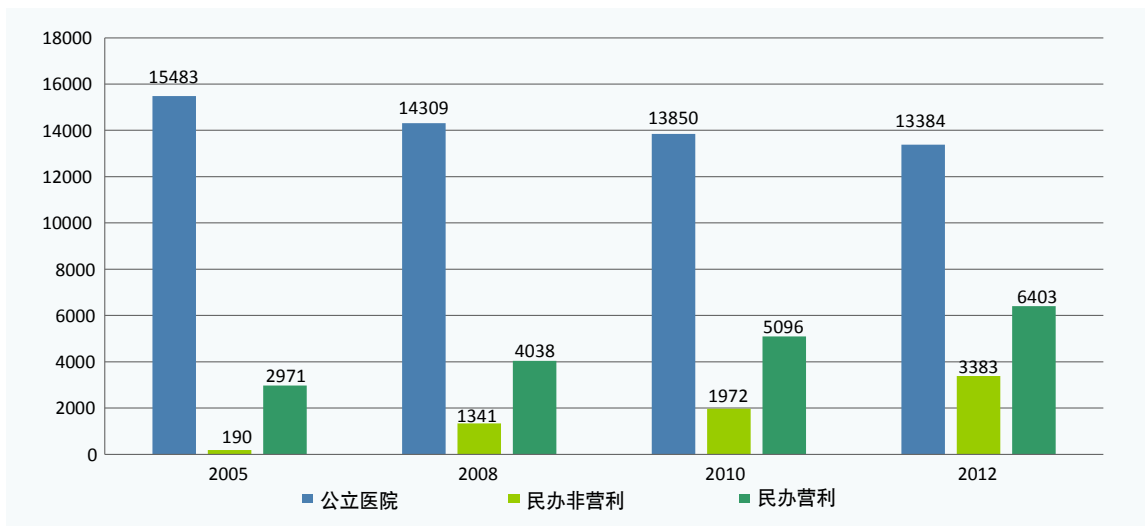


图 8.2 不同所有制类型基层卫生服务机构的数量增长 2005-2012

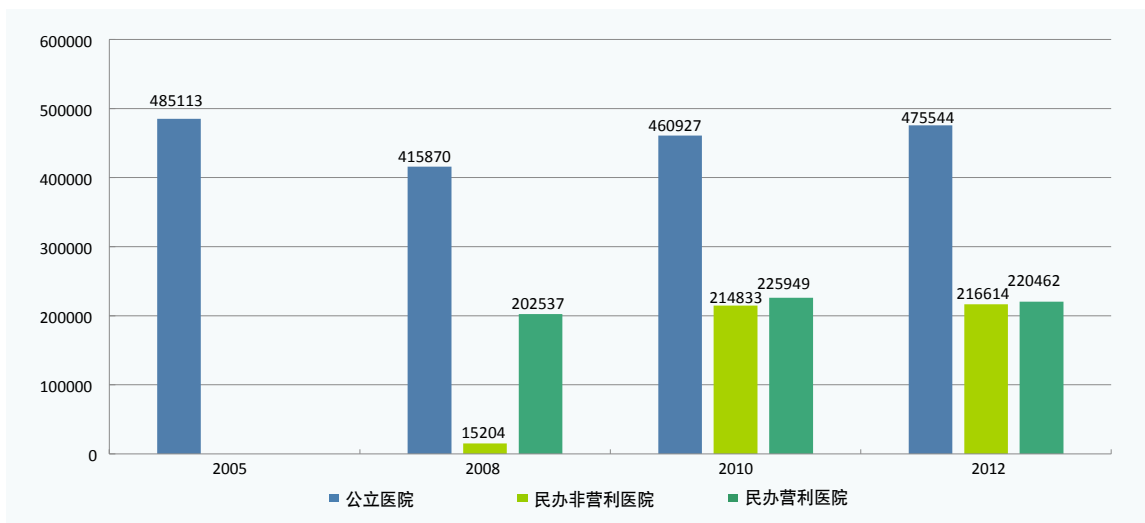


图 8.3 各所有制类型医院住院人数增长 2005-2012（单位：万）

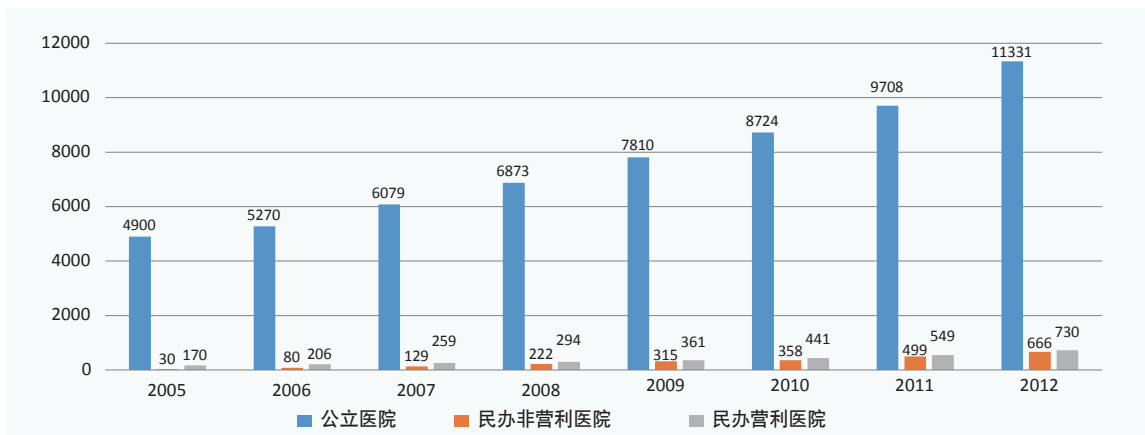
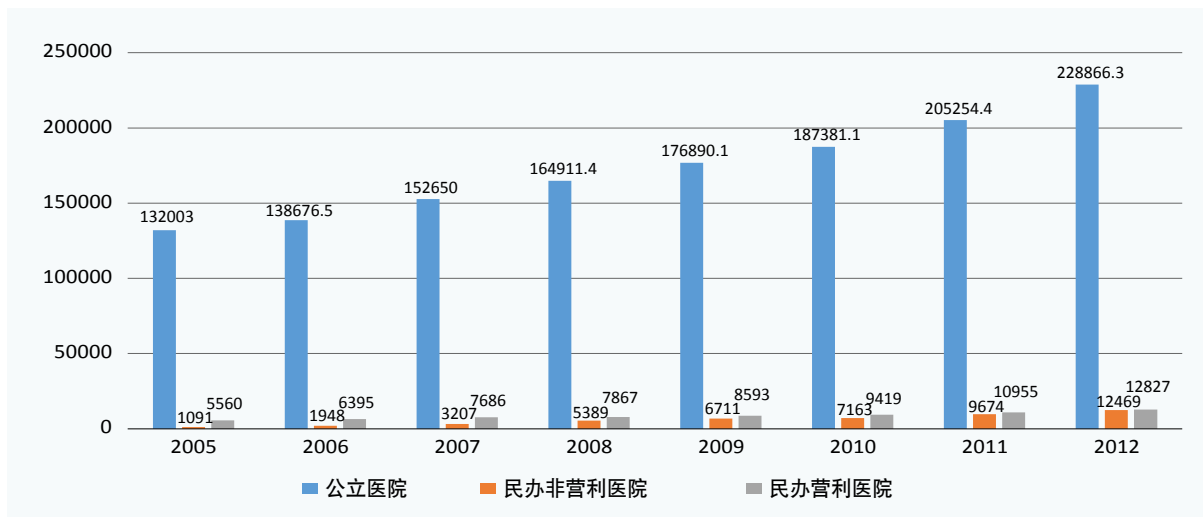


图 8.4 各所有制类型医院门诊人次数增长 2005-2012（单位：万）



是出于对非传统医疗从业者加以限制的考虑，还是担心医生影响服务成本，民营医疗机构的发展正受到中国卫生领域所有利益相关者的密切关注。

这一章分析社会力量办医的相关问题，并就今后如何加强社会力量对医疗卫生服务的参与提出建议。本章首先分析在民营医疗机构管理方面面临的挑战，然后在总结中国自身经验及经合组织国家经验的基础上，就如何加强社会力量参与医疗卫生服务提出一系列可操作的具体建议。

二、主要挑战

尽管中国的法律法规鼓励卫生行业的社会力量办医，但在地方层面民营服务供方进入医疗卫生市场仍面临诸多挑战。近年来鼓励社会办医的政策改革步伐加快，范围扩大，但各方对民营机构在改善医疗服务、实现国家健康目标方面到应发挥何种作用仍没有统一认识。地方政府的政策未能明确阐述民营机构在整个医疗服务提供体系中的定位，且政府各部门对民营机构与公共医疗服务体系的关系尚未形成共识：它们应当是相辅相成，还是民营机构只是对公共医疗体系的补充，或是民营机构是公共医疗体系的一个组成部

分？对市场的监管下放到地方，因此对民营医疗机构的审批手续差别很大，在许多地方手续办理结果难料且成本很高，而且民营机构成为医保定点机构的条件不是很明确。一些量化指标导致民营医疗机构的增长模式不符合国家健康目标。需要进一步加强将民营医疗机构的发展应用于推进卫生重点领域，如提高贫困地区的服务可及性，及对康复、养老和慢病综合管理等政府重点工作发挥互补作用。各省鼓励社会力量投向目前政府供方服务不足的农村偏远地区或新兴的城乡结合部，但社会力量更愿意留在医疗卫生资源已经非常充足的城市地区。下面我们将详细讨论这些问题。

增强对民营机构作用的共识：国家已经出台了一系列关于支持社会办医的政策，但在各省之间、不同政府机构之间、公立与民营医疗机构之间，对于民营部门在实现健康中国目标中的作用的认知存在差异，对政策如何贯彻落实也不明晰。民营部门能对提高健康水平做出贡献的着力点不确定；它们应当成为医疗行业的一个组成部分并提供基层卫生服务和二级服务，还是只限于提供高端医院服务？另一个含糊不清的问题是民营机构应当针对哪些地区开展服务，省级政府希望引

导社会力量投向服务不足的农村和偏远地区，而民营机构则倾向于服务城市地区。

综上所述，各省在推动（或限制）社会力量办医方面拥有非常广泛和灵活的选择。尽管在国家层面出台了有关法规和指南，但各地卫生部门的实施情况各不相同（Brixi, H et al., 2013）。例如：有些地方（如昆明）鼓励所有制转型，却没有建立防止国有资产流失的有力机制。各地对政府向民营机构购买医疗卫生服务也有不同解读，有些地方将补偿选择性地与服务机构的类型挂钩，并设立预算上限，实际上是有利于现有的市场参与者——通常是公立医院，而不利于新进入医疗服务市场的民营机构。各地做法有明显差异的另一个领域是非营利医疗服务机构的纳税义务。比如，云南和湖南两省虽然为鼓励社会办医实施了各种优惠政策，但仍向非营利医疗机构征收企业所得税，而北京、上海和广东的地方政府则不征收。

民营部门发展的监管框架有待健全：民营机构的健康发展，需要政府建立有效的管理机制，监督那些危害病人安全或骗取医保资金的行为，必要时关闭违规机构。但目前各地对医疗服务问责和质量的监管框架各不相同，监管水平各异。人们普遍认为，与公立医疗机构相比，民营机构更有可能出现虚假广告、过度治疗、欺诈性收费等做法。因此，民营机构在中国消费者心目中的口碑欠佳也就不足为奇。尽管一些民营机构已经扭转了这种看法并树立起比公立医院更好的质量信誉（如北京和上海和睦家医院），还有的已经实现了高效运营（如爱尔眼科、武汉亚洲心脏病医院等），但由于政府部门对质量低下或不合格的民营医疗机构的监督、处罚能力有限，人们的这种印象短期内可能不会改变。

另外，民营部门参与政策讨论的能力有限，决策者与民营服务供方之间几乎没有任何直接互

动。不管是设计对民营部门有直接影响的政策，还是设计推动民营部门发展的法规和程序，国家卫计委缺乏让民营部门参与的经验，也没有这方面的培训（Brixi, Mu et al, 2013）。公立和民营医疗机构之间的关系仍然反映了旧体制遗留下来的问题，表现出对民营部门的不信任（Gu, 2006）。

市场准入困难：在中国，与其他行业相比，民营部门在医疗行业的发展仍然面临诸多限制。由于公共部门在卫生行业的隐性垄断地位，民营机构很难聘用合格的医疗卫生专业人员（Gu and Zhang, 2006）。在许多地方，开办一家民营医疗机构是一项不容易的任务。民营医疗机构必须和多个政府机构打交道，提交多项报告，并支付多种费用，才能获得各部门的批准而开业。开办新医疗机构，特别是有外资介入的医疗机构，需要由当地的卫生部门和国家卫计委颁发执业许可，需要商务部、发改委和工商局颁发营业执照，还要在国家税务总局登记注册（Glucksman and Lipson, 2010）。同时鼓励卫生行业的企业家扩大经营的激励机制不足——不论是在同一城市扩展，还是向其他地区扩展业务（Ramesh, Wu et al., 2014）。在本研究开展的与民营机构的座谈中也反映出这些问题。

税收政策不一致：需要制订一致透明的税收政策，以实现促进社会力量参与卫生服务的政策目标。重要的是，要澄清相关政策规定：民营医疗机构是否能享受与其他工业部门相同的税收优惠；医疗行业作为一种基本公共服务，与其他商业企业使用相同的税收政策，这之间是否相互矛盾；对营利性和非营利性民营机构如何征税；应明确是在服务投入还是产出环节征税，例如，民营机构进口医疗设备必须支付 17% 的增值税，而且在使用相同设备提供服务时可能还要二次征税。另外，国家禁止同家医院不同分支机构之间进行有助于抵税的财务整合。

医生多点执业政策的贯彻落实情况不均衡。政府的政策和做法往往使得民营医疗机构相对于公立机构而言处于劣势地位，无法在市场上与公立机构进行公平竞争。直到不久前，人力资源一直是民营医疗机构面临的一个巨大问题。根据相关规定，医生只能在一家医疗机构注册和就业，结果医生都选择在公立医院工作，因为公立医院可以提供已知的、稳定的职业发展路径。职称评定、职业发展、工资报酬和养老待遇等都与医生在特定医疗机构（通常是公立机构）的劳动合同挂钩。陈旧的医疗责任和事故规定是限制医务人员流动的另一制约因素，很少有商业保险公司提供有限责任保险。因此，医生和其他卫生工作者不愿到民营机构就业，因为它们不能提供针对医疗事故的安全保护（表 8.1）。

表 8.1 民营医疗卫生机构各类医务人员占全国总数的比例

医务人员	总数（万）	民营机构占比（%）
医生	261.6	18.5
护士	249.7	13.7
药剂师	37.7	13.6
技师	36.4	11.8
其他	81.5	12.0
村医	109.4	37.3
其他技师	31.9	11.7
行政人员	37.3	15.0
后勤人员	65.4	15.4
总计	910.9	17.8

最近实施的改革开始允许医生多点执业，包括到民营医院执业，这增强了高水平医生的流动性，也使高水平医生的聘用更加便利。省级已经开始对多点执业政策进行试点，但具体落实政策各不相同。例如，广东和福建已经推行了一系列开创性的改革措施，而青海这个人口密度低的西部贫困省份却尚未开始实施多点执业政策，民营医疗行业继续面临人力资源短缺的问题。

民营医院就诊医保报销政策实施情况不均衡。当前的报销制度对公立机构有利。在许多城市，民营机构没有资格成为医保定点医院；而在医保报销涵盖民营机构的城市，对民营机构的报销比例也低于公立医院。有限的医保资金首先向公立机构，只有当资金富余时才包含民营机构。最新的改革措施将改变这种做法，目前正在考虑将越来越多的民营医院列入社会医疗保险网络，将它们与公立医院同等对待。

三、关于促进社会力量参与医疗服务的建议：中外经验启示

中国医疗卫生行业正在迅速发展，以满足因收入增长和人口老龄化而导致的医疗产品和服务需求的上升。政府鼓励民营医疗服务的发展，对社会力量办医的条件也在放宽。这方面的改革在 1997 年开始，在“十二五”规划中强调了其紧迫性，并于 2012 年提出要让社会力量在医疗行业发挥重要作用。中国在改革过程中可以从经合组织国家汲取很多经验，这些国家也经历了对改革的预期、政策、意识形态和行动不断协调的类似阶段。

核心行动领域 1：就社会力量可以为实现医疗体系目标做出何种贡献形成清晰共识

实现这种共同愿景，需要采取以下具体措施：

（1）确定在哪些领域民营部门能够最有效地为健康事业做贡献；（2）将重点放在质量提升而不是数量增长，不再对民营部门的市场份额设立量化目标，而是通过将支持性政策与监管措施相结合，建立与公立服务供方平等的竞争环境，并与卫生体系的目标保持一致；（3）对这一共同愿景和相关阐述公开支持，并广泛宣传；（4）制定实施指导意见，将社会力量办医正规化，各省根据指导意见因地制宜地付诸实施。

对民营企业在中国卫生领域中的作用和地位加以明确阐述是至关重要的，这样既可以向业界发出明确的信息，同时也有助于减轻某些政府部门或社会上对民营医疗机构在伦理或意识形态方面的顾虑。这一愿景应该广泛传达给所有利益相关者，并公开予以支持。在阐述这一愿景的过程中，很重要的一点是清晰地说明民营医疗机构最好采取何种商业组织形式（营利性还是非营利性），以及哪些领域最需要民间参与（门诊还是住院服务）。

在大多数经合组织国家，政府在卫生筹资方面的作用（平均占总筹资的75%）大于在服务提供方面的作用（平均35%，以公立医疗机构床位数和医务人员所占比例衡量）。不过，这些国家在卫生领域中的民营机构的商业组织形式却极为多样。在许多民营医院占较大比重的国家（如比利时、法国、德国、荷兰和美国），民营非营利性医院占主导地位。以德国为例，2013年全国48%的住院床位属于公立医院，34%属于民营非营利医院，18%属于民营营利性医院（经合组织卫生统计，2014）。有些国家，如加拿大和荷兰，只允许非营利性的民营医院存在。各国营利性医院和非营利医院所占比例不同，一方面是因为各国医疗行业有不同的历史发展轨迹，另一个原因是各国在资本动员和合理激励这两方面不同的权衡选择：让营利性公司进入市场最便于动员资本，但营利性公司趋利的本性可能导致它们更频繁地出现机会主义行为——除非建立和实施严格的监管框架。值得一提的是，没有任何经合组织国家采用量化目标来扩大民营部门对医疗行业的参与；它们都是将支持性政策与监管框架相结合，为民营医疗机构创造与公立机构平等的竞争环境，并确保它们的发展符合医疗卫生体系的总体目标。

在民营医疗服务应当集中于哪些亚领域这个问题上，经合组织国家也同样提供了很多可供借鉴的例子。在多数经合组织国家，民营部门在医

疗服务中发挥着很大作用，而它们在某些亚领域（如基层卫生服务）的作用比其他亚行业（如医院服务）更加突出。由民营机构提供的门诊服务比重很大——就是由具有独立执照的医生通过与政府或社会保险系统签订合同而提供服务。这个亚领域（以及其他如零售药店、实验室检测等亚领域）已经建立了行之有效的质量标准，很容易与服务供方订立合同，并开放竞争。住院服务则不具备这些特点，因此经合组织国家中由民营机构提供的住院服务比重相对较低。专科门诊服务的情况介于这两者之间，这个亚领域中公立机构所占比例高于基层卫生服务，对民营部门参与这个亚领域的限制政策也多于基层服务，但少于医院服务。

重要的是，中国政府需要确定并明确阐述希望民营医疗机构采用何种组织形式以及重点参与哪些亚领域。这方面的清晰政策将有助于资本市场和地方政府做出反应，制定恰当的监管机制，引导民营部门以最能补充配合现有公共医疗服务体系的方式健康发展。

核心行动领域 2：强化关键法规和执法能力，确保医疗服务的生产和提供符合社会总体目标

虽然经合组织各国的医疗体系中由民营部门提供服务非常普遍，但服务供方并不是在纯粹的自由市场环境中经营。相反，各国政府采用各种政策工具建立起必要的治理制度来影响供方行为，以实现医疗卫生服务的关键目标，如服务的可及性、经济保护、效率和成本控制等。中国也可以考虑建立有力和有效的监管机制，对卫生服务提供，不论是公立还是民营机构提供的服务进行监督，这一点十分重要。

可用来加强法规和执法能力的策略包括：（1）系统性评估现有法规，增强法规的统一性，消除过时的和不一致的内容；（2）评估现有的制度框

架,赋予有关机构管理一个包括公立及民营部门的多元化医疗卫生体系所需的资源和技能;(3)以上述评估为基础,采用恰当的政策和监管手段,引导民营部门参与卫生服务提供,尽可能地降低劣质民营服务供方增加带来的风险;(4)对关键监管职能出台相关指南;(5)对省市级政府就多元化(公立及民营)医疗卫生体系的间接管理、管理工具、新法规及实施指南开展培训,提高各级政府的监管能力;为法规的实施提供充足资源。

对医院服务的监管面临一系列不同于门诊服务监管的挑战。基层卫生服务中的企业元素在很多国家已经广为人们所接受,但医院服务的营利导向仍是各方大量分析和辩论的一个问题,因为医院服务与基层卫生服务相比更难衡量,因此也就更难进行采购和监管(Preker et al,2000)。而且与基层卫生服务相比,医院更多是公司所有制,更强化了它对利润的追求。毫无疑问,这些顾虑导致经合组织国家民营部门提供的医院服务相对于基层卫生服务而言较为有限。在民营医院占较大比重的国家,非营利医院往往占主导地位。尽管如此,也只有少数国家(如冰岛、新西兰和丹麦)规定了核心医院网络的成员必须是政府所有的公立医院(经合组织,2014)。

经合组织国家有各种不同的所有制形式和组织结构范例,可供中国借鉴。譬如,在加拿大和荷兰,核心医院网络包括非营利性医院和公立医院,而所有营利性的医院活动都不在该网络范围内,而且对它们有不同的治理制度。这种安排利用通过对医院所有制的限制来控制医院对创收的追求,实际上靠的是医院管理者与政府官员双方目标的一致性。这些国家的营利性民营医院被排除在社会医疗保险报销制度之外。用来指导核心医院网络的政策工具的设计和 implement 都是为了引导针对非营利机构的(包括公立和民营机构)的行为;这种做法有时被称为“基于信任的治理”。对营

利性医院提供的服务监管较少,由于它们与政府出资机构之间没有合同关系,因此也就不受那些旨在确保服务的公平分配、可及性和财务可持续性的监管措施的约束(Busse et al 2004)。

而在法国、德国和瑞士,核心供方网络包含了公立医院、非营利医院和营利性医院,它们都在同一治理制度下运行。医院具有相对独立性,公司型医院(营利性)可能在服务中占相当大的份额。因此,治理制度更加注重引导和制约医院的企业行为(谋利),并采用恰当机制来管理各种所有制类型医疗机构的扩张(服务能力和基础设施)(Ettelt et al 2008)。这使卫生管理部门可以确保人们对医疗服务的公平获取,同时也使私立医院在一定程度上对预期的服务量有所把握。这种体系还具有完善的制度化合同程序,为确定服务供方的责任和解决合规问题提供了核心平台。

在澳大利亚新南威尔士州,卫生部对全州私人拥有和经营的医疗机构进行监管。在2007年通过的《私立医疗机构法》指导下,监管的重点是确保私立医疗机构能持续提供恰当的医疗服务,保持专业水准,并为全州规划并提供全面、均衡、协调的医疗卫生服务。这部法律还规定了私立医疗机构的营业许可要求,包括为患者提供安全、恰当和优质服务的最低标准,并对私立医疗机构的安全性、医疗服务和病人生活质量等标准做出了规定。

智利、芬兰、匈牙利、冰岛、以色列、墨西哥、葡萄牙、斯洛文尼亚、西班牙和土耳其等国的门诊服务主要是由公立诊所提供。在这些国家,薪金制下的医务人员组织成多专业的综合诊所,主要提供基层卫生服务。在这种体系下,卫生服务政策的目标是通过对这个公立服务网络的管理而实现的——这种公立服务网络也被称为“服务提供直接政策工具”。

在丹麦，基层卫生服务从业者必须获得卫生和药品管理局的许可，该局是卫生部的一个机构。另外还有一些社会规范影响着医务人员的业务行为。所有从业者都属于全科医师协会，该协会与全科医学院一道不断制订和更新各种指南，并将其分发给所有基层卫生服务从业人员。“全科医学质量机构”——地区协会和全科医师协会的联合机构——负责协调质量改进活动并制订服务质量标准，协会成员必须遵守。协会成员必须向“全科医学质量机构”提交自己的服务质量数据，还要开展标准化用户调查并提交调查数据。

为管理多种所有制混合的卫生服务体系，经合组织国家在建立有效的政策和监管框架方面也遇到了挑战。早期曾尝试推动医疗机构的所有制转型，但结果不尽人意。建立针对具体亚领域的有效的治理制度是一个长期过程，需要对改革措施持续进行监测和调整。经合组织国家在鼓励营部门参与卫生服务的过程中，毫无例外的都采取和加强了对卫生行业进行“间接”治理的政策和程序。

核心行动领域 3：为公立机构和民营机构建立公平的竞争环境，推动社会力量的参与

在公立和民营卫生服务供方之间建立公平的竞争环境，需要采取以下具体行动：（1）对民营医疗机构的发展规划、准入要求、免税条件、盈

余使用和社区服务等做出明确规定；（2）找出并消除在卫生专业人员、土地使用、设备采购、职称评审等方面的限制障碍；（3）对公立和民营机构实行同样的合同标准和支付原则。

与公立机构相比，目前中国的民营医疗机构获得营业执照的手续存在差异且成本较高。因此，中国可以考虑就民营机构的发展规划、准入要求、免税条件、盈余使用和社区服务等向省级政府提供更清楚的指南，并对执行情况进行严格监督。另外，还需要继续推进政策和监管改革来保证民营机构在土地使用、设备采购、职称评审等方面享受与公立机构同等的待遇。

而且，中国还可以考虑取消在政策和实践中仍然存在的对医生多点执业的限制，以增强医生的流动性，让劳动力市场更好地发挥作用。中国国内有很多做法可以推广，尤其是广东、福建等省在这方面进行的试点。

最后，中国可以通过在所有地区均衡同步实施来解除医保对民营医疗机构报销方面的限制，使他们能有与公立机构一样的参与空间，并服务相同的客户群体。有必要对公立和民营机构采用同样的合同标准和支付原则，以建立公平的竞争环境，促进公立和民营医疗服务机构的共同发展。

实现卫生服务规划现代化，引导卫生领域资本投入（推手 8）



一、引言

中国卫生行业正在迅速增长。行业分析人士预测，到 2020 年卫生行业规模将超过 1 万亿美元，占全国 GDP 的 7% 以上。这将是 2010 年规模的 3 倍，也意味着中国将成为仅次于美国的全球第二大医疗市场（Le Deu Franck et al., 2012; EIU, 2015）。卫生行业每年的资本投资在 2020 年前可能会达到 500 亿美元。仅对目前的投资规模来讲，这些投资的“物有所值”问题已经非常突出；而对更多的新投资而言，这个问题就尤为关键，特别是在中国致力于到 2020 年实现可负担、公平和有效的卫生服务的背景下。

《2013 年中国卫生统计年鉴》显示，中国一半以上的首诊是在医院，医院占了全国医疗卫生支出的 70% 以上。近年来医院迅速发展壮大，住院人次年均增幅 12%（国办发 [2015]14 号）。伴随这一趋势，2011-2013 年医院收入年增长 23.6%，而且预计到 2017 年将超过 4 万亿元人民币。推动医院行业增长的是巨额资本投资，这导致整个卫生系统的发展头重脚轻，并进一步推高

了医疗服务成本。正如在第 1 章所指出的，即使是简单的门诊，患者也往往是直接去医院（53% 的患者首次就诊发生在医院），没有基层卫生机构来“守门”。自 2005 年以来，中国的病床人口比增长了 56%，住院率增加了一倍多，高于大部分中等收入国家的水平，接近经合组织国家的平均水平。中国的床位数和住院率不断提高是与全球趋势背道而驰的——现在很多国家都在鼓励由基层卫生机构提供门诊服务，并减少住院服务。开展卫生服务提供体系改革的一个主要目标就是确保资本投资可以强化“以人为本的一体化服务”，使人们能在合适的时间和合适地点获得可负担的卫生服务。

本章讨论中国和一些经合组织国家的资本规划战略，并提出了一个在资本投资规划过程中引入现代服务规划方法的框架。本章首先分析中国当前的资本投资规划做法面临的挑战，然后根据中国和一些经合组织国家的经验，就如何建立更符合中国当前卫生服务需求的投资模式提出一系列可操作的建议。

二、中国卫生领域资本投资面临的主要挑战

中国目前的资本投资规划模式存在两个突出问题：第一，投资缺乏规划，导致超规模投资，特别是医院的扩张；第二，资本支出中过于强调规模扩大，而非提升现有设施的服务能力以更好满足人群的健康需求。城市医院设施的无序扩张的结果是形成了一个以医院为中心的卫生服务体系，其特点是城市医院规模庞大、资源丰富，而农村门诊机构数量少、条件差。

中国各省的卫生资本投入支出占卫生总支出的 5-10%，这与高收入国家平均 7%（经合组织，2015）的水平相仿，但高于欧洲平均 2-6% 的水平（Rechel et al, 2010）。由于现在每一块钱的资本投入还会决定未来的经常性支出分配，这将使以医院为中心的情况进一步加剧，因为目前已有 65% 以上公共投资集中在医院，相比之下，经合组织国家这一比例大都低于 50%。另外，中国大多数省份每千人口的病床数已超过经合组织国家水平。过去 10 年来，中国的医院数量增加了 50%，病床数量翻番⁴⁸。尽管这些医院投资对满足服务需求和人口增长而言可能是必要的，但如果继续扩张，则会在不久的将来给卫生行业带来明显的财政后果。

要解决这些问题，就需要改变中国卫生行业的资本投资规划方式。在原来那种基于投入要素的规划体系中，投资决策不是根据实际需求来做，而是由高层的宏观指标驱动。这种做法应该让位于新的投资规划方法，即充分考虑流行病学因素

和人口结构的不断变化，注重利用新技术实现有效的区域化和服务一体化（专栏 9.1）。这是一种以人为本的服务规划方法，卫生服务的生产和提供是基于人群的需要，公共投资项目的优先顺序是根据疾病负担、人口分布、日常服务需求和健康状况等因素来决定。按这种方式进行资本投资规划可以找出并利用各种筹资机会（包括保险和政府财政补贴），来指导未来卫生服务设施的发展，确保不会因服务提供能力过剩而进一步加剧效率低下和资本错配问题。这种规划是重塑卫生服务提供网络的机会——包括服务网络的设计、文化和服务方式等，以便更好地满足患者和家属的需求以及服务供方的愿望。让民营部门在满足公众服务需求方面发挥作用对于减少公立医院的资本投入需求及优化现有服务能力利用至关重要。

专栏 9.1 有效的服务规划方法所具备的特点

- 根据应对具体健康挑战的需要进行规划；
- 依据人口结构、流行病学和城市发展规划，采用长期视角；
- 实现实际需求与供给的平衡；
- 建立为目标人群提供所需服务的一体化网络；
- 对各省的资本投入要着眼于该进服务均等化，帮助落后地区；
- 提高门诊服务份额，包括基层卫生服务、日间手术和日间医院等；
- 增加综合医院，减少专科医院；
- 使用地理信息系统（GIS）进行空间分析，保障服务可及性；
- 综合考虑建筑、人和技术的一体化视角；
- 将民营部门作为实现卫生目标的合作伙伴。

⁴⁸ 卫生总费用数据可以显示资产和资本支出的类型。资本支出可能会每年有所变动，但总的来说，在经合组织国家中基础建设支出（即建造医院和其他卫生服务机构的房屋）与设备支出（医疗器械、救护车以及信息通讯设备）大体相当。两者合计占到资本总支出的 85%，其余的 15% 为有知识产权的产品的研发或创新。资本投资是指购置资本性资产或固定资产，如会长期使用的土地、诊所、医院或设备。（<http://www.investopedia.com/terms/c/capital-investment.asp#ixzz3yIZ8rrWm>）

中国已经认识到有必要建立一种由基于人口需求的服务规划驱动的投资模式，并已经为改善资源配置和投资规划做出了一些努力。自上世纪 90 年代以来，作为卫生政策改革的一部分，中国开展了区域卫生规划来提高卫生部门的绩效。1997 年，国家发改委、卫生部和财政部联合发布《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》，该意见就区域卫生规划的概念、内容、方法、程序和实施进行了详细阐述，反映出有关部门已经认识到资本规划应当由人群健康需求来驱动。地方政府本应按照这些指导意见来预测和规划医疗卫生服务，然而，虽然中央做出了很多努力，但区域和地方层面的卫生规划并未采取高效一体化的服务模式，资本规划策略继续向大医院倾斜。医院投资中有很很大一部分来自债务融资、账外收入或土地置换，这就会削弱政府控制卫生服务价格上涨的努力。而且，政府治理的高度碎片化、透明度和问责机制的缺乏也限制了政府财政补助作为政策工具的有效性。因此，从这个角度来看，公共财政对资本投资的补助未能够被充分利用，以促进建立自上而下的合理的以患者为中心的服务网络，以响应人们不断变化的健康需求，并提供物有所值的医疗服务的目的。

当前面临的关键挑战是，要使各省的投资决策符合中央的指导方针和标准，确保资本投资被用来建立以人为本的卫生服务网络，在恰当的时间、恰当的地点提供恰当的服务。如上所述，卫计委牵头确定总体规划目标，发改委审批项目，但很多投资审批都是基于各省市自下而上提出的发展目标，而并未考虑服务需求或现有（公立和民营）服务能力。向着这个方向迈进的第一步是 2015 年颁布的旨在理顺资本投资的规划纲要，纲要进一步明确了各类医疗卫生机构的功能定位，人员配备标准，不同层次和不同类型医疗机构的整合和统筹（国办发[2015]14 号）。总之资本投资还是应进一步纳入区域服务规划，同时在制订到 2020 年的发展规划目标时要确保考虑到民

营部门的服务能力。

通过对四川、湖北和天津这三个人口、经济、财力和健康指标等各方面情况迥异的省级行政区的资本投资进行分析，可以看出中国卫生行业投资模式存在的一些根本性问题。下文总结了这三个案例呈现出的挑战。

对资本投资规划方法了解有限：对基于服务的卫生规划有全面深入的了解是投资决策人员应当具备的基本条件。调研的三个省份的官员虽然明白投资规划应由需求驱动，了解这样做的重要性和必要性，但三省所采用的方法并不完全反映人口的医疗需求。例如，四川省是用人口规模和医疗机构服务半径作为判断卫生服务需求的主要指标，而天津市则采用疾病模式和发病率以及医疗机构的使用情况（如就诊数量、服务类型、医疗费用等）作为主要指标。但是，这两个地方进行资本投资决策的关键因素都只列出了人口密度这一项，用人均床位数作为医疗资源的主要指标。人口密度和人均床位数都是传统的资本投资规划所采用的指标，与服务需求关系很小或是完全没有关系。

而且，这三个省所采用的医疗机构规划标准也不符合国家标准。虽然国家并不鼓励建设 1000 张以上床位的医院，但各省还在规划建设超过 1000 张床位的医院。这似乎是全国性的一个问题，即区域和地方性医疗机构往往背离中央制订的标准和资本投资决策方针。具体地方数据的使用应纳入区域和城市规划框架。

缺乏评估投资是否物有所值的清晰程序：筹资是资本投资规划的重要组成部分。如果没有适当的财务管理和规划，投资项目就会缺乏明确方向，投资失败的概率也较高。我们所调研的三个省份都缺乏可以清晰的评估长期投资潜在利润率和可持续性、或甄别各个投资项目是否物有所值

的管理分析和经济分析原则。虽然政府开始编制三年滚动预算，但发改委的投资审批程序还未开始基于预测现金流、经营支出和物有所值来评价投资的可持续性，有效性和可负担性。

行政隶属关系与规划审批程序不匹配：中国的规划过程采用行政隶属管理的原则，医院（包括省、市、区和县级）在行政上与相应的政府层级挂钩。各级政府制订自己的资本投资计划，由省政府负责对总体规划做出最终决策。例如，天津医科大学总医院虽然直属于教育部而不是天津市政府，但这家三甲医院的资本投资计划是由天津市财政局管辖。这就容易造成混乱，特别是在不同部门和不同层级的政府机构互不交流信息的情况下，使项目的确定和评估受到影响。

在四川、湖北和天津，医院投资过度的现象仍在继续，尤其是城市医院。除非出台对未来医疗设施发展的指导原则，否则资本投资规划可能只会巩固当前的现状，或者更糟糕的是造成能力过剩，进一步加剧当前已经存在的效率低下和资本错配问题。规划审批还应考虑各省的民营部门能力和已经规划的投资，确保基于服务需求和人群需求来实现总体目标。

三、关于推进服务规划改革的建议：国内外的经验启示

中国正努力将资本投资战略从以宏观投入要素标准为驱动转向基于人口真正需求的服务规划驱动，这样做的国家不只是中国一个。经合组织各国虽然情况各不相同，但在卫生领域资本投资方面面临着许多共同挑战：与老龄化相关的人口结构和流行病学变化，医疗和制药技术的发展，公众对医疗服务预期的不断提高，健康公平性问题等。这些国家和中国一样，都面临着如何在现有资源与人们的健康需求和期望之间进行协调的挑战。有些经合组织国家已经实现或正在进行这

一转变，它们的经验可以为中国提供重要借鉴。

核心行动领域 1：根据区域流行病学和人口概况进行资本投资，而不是传统的投入规划

中国是一个人口结构多元化的大国，应当根据各地区人口的具体需求而不是全国平均状况来进行投资规划，这种方法可以更好地满足人口健康目标。要做到这一点，需要采取的具体行动包括：

- （1）制定监管框架，使卫生事业资本投资以改善服务和提升价值为重点；
- （2）对资本投资采用服务规划的方法，并要求未来所有投资都要以对人群的需求评估为指导；
- （3）开发一个卫生服务能力规划工具，对全国医院体系的资金和物质资源需求按照省份、专科和等级进行评估；
- （4）编制省级“战略计划”，涵盖未来 5-10 年对基础设施、设备、技术和人力资源开发的投资需求；
- （5）将资本规划纳入中期支出框架，并将资本规划与预算编制相结合，同时也要考虑民营部门的能力（已有的和计划的）；
- （6）建立必要的法律框架来支持新的规划和治理安排，确保新规划方法得到切实执行和贯彻。这些行动有助于改变当前卫生规划的思路方法，让人口需要决定卫生服务规划。

荷兰的“地平线”方法就是采用新的方式进行养老服务规划（专栏 9.2），值得研究。荷兰对养老服务的资本投资规划原来是简单地用 75 岁以上人口比例来计算服务需求。到 1998 年，荷兰意识到这种方法存在明显不足，于是转向一种基于具体需要的方式，将其称为“地平线”方法。这种方法将实际的肢体和精神残疾信息用于资本投资项目的规划（Nauta et al, 2009）。这样，荷兰卫生官员就从原来那种线性的需求估算转为采用“地平线”方法，根据更准确的人口健康状况估算，进行更有效的投资。

实践证明，“地平线”方法是荷兰根据需要进行养老服务长期投资的良好模式。中国也面临

人口老龄化，可以探索采用类似的模式，使投资更加高效。

专栏 9.2 “地平线”方法三步骤

第一步是发放调查问卷，了解人们的健康状况、身体能力、生活状况以及处理日常生活事务的能力。关于养老服务情况的信息是从多个渠道收集的，用“潜在类别分析”对健康状况进行分类。根据健康状况分类制定不同的服务类别，针对老年人当中最普遍的健康问题。然后再进行人口随机调查，检验这个服务类别是否对整个人口具有代表性。这项调查每年进行一次，以便对数据进行更新，确保数据反映老年人最新的健康需求。利用当前人口信息和对未来人口结构的预测，可以估算每个区域属于每种服务类型的人数。

第二步是确定每种服务类别需要哪些服务，因为每种类别反映了被调查群体的一个基本状况。这个步骤耗时较短，因为各种类别事先已经进行了分类。

第三步是根据各种服务类别确定最恰当的服务方式。这一步要评估每种类型老人的需要并考察最适宜的服务方式。这一步所进行的分析对资本投资规划十分重要，因为它指导着对养老服务需求的具体规划。

来源：Nauta, J., Perenboom, R. & Garre Galindo, F. (2009) Conference.

核心行动领域 2：让所有利益相关者和社区参与规划过程

让所有利益相关者，尤其是目标服务人群和民营部门参与规划过程，有助于使资本投资决策同时满足人们的健康需要和国家的政策要求。这方面应采取的主要步骤包括：（1）识别各种利益相关者群体及社区和民营部门领袖，针对每个利益相关者群体制订参与策略；（2）按照参与策略举行咨询磋商；（3）要求对所有资本项目进行严格评估和信息披露，包括以慈善捐款和实物捐赠建设的“自有资金”项目；（4）公布各省按照医院级别和单张病床平均所占面积确定每张病床的基准支出，并确保投资满足标准。

澳大利亚东海岸的新南威尔士州为更好地满足残疾人的需要，已经开始使用一种新的资本投资方法。这种方法被称为“部门规划框架”，是

一种可根据各个子群体的需求进行修订的灵活方法，因此可以应用于不同的群体。这种新方法的一个主要特点是，它把当地社区——包括残疾人及其家人和护理人员在内——置于规划过程的中心，使他们成为制订规划的合作伙伴，也使该州能以最适合每个社区需要的方式兑现其对地方社区的服务承诺。这种方法认识到每个社区都有其独特的健康需求，而要想满足这些需求，资本投资就不能采取“一刀切”的方式。

这种方法使得规划过程中各层次可以开展公开、广泛的对话。细致的分析研究和充分的社区参与有助于将那些最适合各类人群健康需要的项目纳入投资计划。这种方法也有助于资本投资瞄准每个社区的独特需求，促进基于服务的投资决策。新南威尔士州已经认识到这种规划方法并不局限于残疾人服务，而是可以面向任何群体加以调整应用。

新南威尔士州的“部门规划框架”为中国提供了很多有吸引力的方案。中国可以采用这种方法，将规划涉及到的各个层级都纳入到投资规划过程中，从而做出兼顾健康需要和政策要求的资本投资决策。“部门规划框架”可以加强各级政府、机构、卫生服务供方和社区之间的协调，以确定优先目标，建立跨机构合作关系和公私伙伴关系，以便将来更易于实现服务整合。中国可以考虑采用这种灵活的方法来满足各种人群的健康需求，而不必每次都重新创造一种程序。

核心行动领域 3：赋予各地区和各省制定本 地资本投资计划的权力和能力

要让地方政府负责制定自己的资本投资规划，就需要采取以下关键措施：（1）建立省级卫生投资和资本开发委员会；（2）制定省级战略规划（或总体规划），其中包括未来 5-10 年在基础设施、设备、技术和人力资源开发方面的投资需求，以确保投资与不断变化的人口健康需求相协

调；(3) 编制区域卫生规划时考虑社会力量投资，使其包含公立和民营部门的总体资本支出。《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）的通知》（国办发〔2015〕14号）为这种规划确立了初步框架，确保框架的实施将是朝着正确方向迈出的重要一步。中国可以深入研究国际上的成功范例来修订自己的资本投资程序。

其中一个例子是法国的资本投资框架。在这个框架下，卫生投资规划是根据人口的服务需求，通过“战略性区域卫生规划”（SROS）而做出的。SROS 提出医疗卫生服务的总体战略目标，明确优先重点、目标和指标，并确定区域内的量化目标和卫生设施布局。SROS 由区域卫生管理局与利益相关者协商制定，利益相关者包括卫生部、医疗保险基金、医院联合会、医疗卫生专业人员和患者代表（《欧洲卫生体系和政策观察》；Ettelt et al, 2008）。法国卫生部起着协调作用，同时还会根据国家层面的需求评估和国家重点目标编写卫生服务目录，各地区的规划中要包含这些服务（Ettelt et al, 2008）。

一般来说，区域卫生管理局负责服务的规划，并授权医院提供社会医疗保险覆盖的服务；他们还负责监督现有医院基础设施的变化，包括医院重组和兼并等。唯一的例外是新医院（包括私立和公立医院）和综合急救中心的建设，这必须由卫生部批准。在战略规划的制订过程中，区域卫生管理局需要根据本地区卫生服务利用数据和相关人口数据（如死亡率、发病率等），对卫生服务需求进行评估。每个区域的数据都要与其他区域进行比较分析，以确定服务需求与供给状况。这些评估分析中也会考虑专家对未来卫生服务需求和技术变革趋势的预测——这些预测的主要依据是流行病学数据和其他国家（主要是美国）观察到的趋势（Ettelt et al, 2008）。

“战略性区域卫生规划”（SROS）是区域性资本投资和卫生服务规划最重要的工具，它主要关注医院规划和由医院提供的昂贵的治疗和技术。自 2003 年实施以来，SROS 已经在各地区取代了法国卫生部原来使用的量化规划工具“国家医疗地图”。这个地图将每个区域划分为不同的医疗服务单位，对每个地理区域按主要专科的床位人口比例设定标准（《欧洲卫生体系和政策观察》；Ettelt et al, 2008）。与原来全国性规划的做法相比，SROS 的目的是使卫生服务更好地面向当地人口的需求。

为了进行资本投资规划，SROS 要明确各地区和分地区每个卫生服务领域（包括全科医疗、外科、孕产保健、事故和急诊治疗、新生儿护理、放疗、心血管病重症监护和精神病护理，以及磁共振扫描仪等昂贵设备）的服务机构数量，从而确定服务能力。SROS 要根据服务类型计算服务量，并确定各个指标的基准以便横向比较。服务量是用病人数量、地点、天数（住院时间）、治疗方法和住院人数等单位进行衡量，表述为数量或比率，或是与以往相比的变化情况。以服务量而不是床位人口比例为基础进行投资规划，主要目的是为了控制供给过剩——这是一些城市（巴黎）和地区（法国南部）长期存在的一个问题（Ettelt et al, 2008）。

核心行动领域 4：实现“需求认证”制度，对卫生行业的新资本投资项目进行评估和审批

中国现有的资本投资项目审批制度要求所有项目提交可行性报告，但这些可行性报告往往使用根据卫生服务规模和范围等宏观指标确定的标准。在这种情况下，向新方法过渡的关键步骤是要求可行性研究以人群的健康需求为基础，结合各个区域的公立和民营服务供给情况说明拟开展的资本投资对满足这些目标需求的必要性。

美国广泛使用“需求认证”来对新的资本投资项目进行评估和审批。1974年美国通过了《医疗资源计划和发展法案》，规定所有50个州在批准任何卫生资本投资项目（如扩建设施或购买新的高科技设备）之前必须进行“需求认证”评估。这项规定的目的是控制医疗设施投入成本，并对卫生服务及相关建设加强统一规划。许多州都实施了“需求认证”制度，以便获得联邦政府拨款。尽管《医疗资源计划和发展法案》及相关资金在1987年被撤消，但有36个州至今仍保留某种形式的需求认证制度，而其余14个州虽然没有这项制度，但也有其他机制来控制服务成本、避免服务重复。

在美国，每个州都制定了自己独特的方法。许多州都认识到了了解人口的健康需求对资本投资规划的重要性，从而应用人口健康需求分析来指导资本投资项目。如在缅因州，“需求认证”的申请人必须证明他们提出的投资项目是为了满足某项明确的公共需求。这项要求有助于减少服务设施的重复建设，也有助于将投资引向最需要投资的领域。公开听证是这个过程中的一个重要特色，它使公民有机会对拟议中的投资项目表达他们的需求和看法。这种做法也增强了卫生官员和公众之间的沟通，进一步强化了投资规划中的“以人为本”原则。中国可以像缅因州那样，建立一个根据人群的健康需求数据进行资本投资决策的工作程序。

美国另一个可供中国借鉴的例子来自密歇根州。该州早就认识到，单纯基于成本的投资计划可能对卫生服务行业造成扭曲，对服务质量和可及性都会产生不利影响。密歇根州卫生行业实施的“需求认证”制度多年来逐步发展演变，促进了服务体系的多样化，不再以医院为中心。该州还为保证资本项目达到相关标准提出了各种要求，这同样也是中国面临的一个挑战。

美国的“需求认证”制度对中国有很大的借鉴意义，因为目前在中国决定医院扩建的主要因素是医疗机构的需求。通过仔细研究四川省眉山市仁寿县医院搬迁扩建项目的可研报告可以看出，建设规划和医院选址都是根据医院的需要而不是人群的需要而决定的。采用一种类似“需求认证”的制度可能是解决这类问题的一个方案。

核心行动领域 5：以社区卫生项目为优先

这方面要采取的关键措施包括：（1）在省、市一级的资本投资预算中划拨一定比例的专项资金用于社区项目；（2）确定重点社区，结合三年预算框架制定多年度社区资本投资计划。

同中国一样，北爱尔兰的资本投资曾经也是以医院为中心，而且投资主要集中于急症治疗。从2007年开始，北爱尔兰开始将投资转向社区层面的卫生机构。新模式试图建立一个由各种服务机构形成的一体化服务体系，从家庭护理到基层服务、社区服务、亚急性/观察病房和急症治疗设施，而这一切都由结构清晰的医疗服务网络提供支持。这一模式背后的战略包含两方面的考虑：增强社区内的卫生服务提供，同时将复杂的医疗服务集中起来。就第一项内容而言，北爱尔兰进行了一次全面的全区域规划，决定新建42个社区卫生服务中心，全部位于人口中心区（参见专栏9.3）。第二项内容要求对某些服务加以集中——从地方综合性医院集中到急症中心或地区级医疗中心。这些复杂的医疗卫生服务对专业技能和知识有很高要求，地方医院难以轻易提供，或是很难以可负担的成本提供。在确定那个医院为急症治疗医院时，所采用的一个关键指标是，患者从北爱尔兰任何一个地方前往提供完整事故和急诊医疗服务的急症中心的行程最多不超过一小时。

这种新模式的一个主要目的就是改善优质、及时的卫生服务的可及性。单个卫生设施的具体

位置是由若干重要因素所决定，包括《区域卫生战略》核心原则、位于城市还是农村、当地人口数量、流行病学因素、出行时间和距离、工作人员数量和专业设备的群聚效应、现有设施的状况和位置、改善可及性、减少等待时间、降低住院率、提高可负担性等多方面考虑。

专栏 9.3 北爱尔兰卫生体系的重新设计

北爱尔兰卫生体系物理位置的重新设计体现了五个特点：

1. 根据卫生服务的空间需求，将“卫生和社会照料信托组织”（供方组织）从 17 个减少到 5 个，每个组织都面向当地人口提供全面的医疗卫生和社会照料服务；
2. 指定或建设区域性中心，将其作为那些适于集中提供的三级医疗服务的唯一供方；
3. 将提供全面急症服务的综合性医院从 18 个减少为 10 个；
4. 将其他 9 家医院中的 7 家重新建设为新的非急症观察治疗机构，以服务本地社区为重点，增强其提供多种中级医疗服务的能力；
5. 新建 42 家一站式社区卫生中心（无病床），主要目的是避免不必要的住院治疗。

来源：Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S. & McKee, M. (2009)。

此外，北爱尔兰一直试图在新模式中引入灵活的设计原则。这包括：采用分期建设的方法从现有设施过渡到新设施；在提供复杂服务（如重症治疗或医学影像）的区域附近留置“软性”空间（如较容易搬迁的办公空间或教学场所），因为这些提供复杂服务的设施将来可能需要扩大，而它们的搬迁成本很高；推行标准化（Rechel et al,2009b）等。

北爱尔兰的例子表明，卫生体系完全有可能实现这种实体性的转型，改变原来那种以医院为中心的体系。北爱居民现在可以更好地获得社区和急症医疗机构的服务，而这两类机构的设计都是以改善人口健康为宗旨。这种以各地区的具体需求为重点的做法可以为中国提供重要借鉴，增加对社区卫生服务的资本投入、提高优质服务的可及性将使中国大为受益。不仅如此，北爱尔兰还将一些资本投资专门用于建设具有灵活性设计的设施（这些设施可以根据未来需要对功能和用途加以调整），提高了投资的长期效率，使卫生系统可以更好地响应未来的人口健康需求，而无需投入新的资本或从头设计新的设施来满足当初未预见的需求。中国可以考虑探索这种灵活的设计方式。

第三部分

推进改革的实施

第十章

加强卫生服务改革的实施



一、引言

中国卫生服务体系下阶段的发展应以提高体系中各级医疗服务的价值为核心。前面的章节已经就八项改革推手中每一项的核心行动进行了详细讨论，或者说，讨论了哪些方面必须改变；同时也根据国内外经验提出了具体实施战略。这一章将着重讨论如何实施这些重要的变革，重点是怎样创造有利的组织环境，将前面章节中提出的核心行动和战略付诸实施并保持下去。创造这种环境是有效实施改革的重要前提，也是改革过程中非常关键的前期步骤。如果没有良好的组织环境，改革将很难取得实际进展。

本章首先分析在中国的制度和组织环境中实施改革面临的障碍，其余大部分内容是讨论前面章节中提出的改革建议在推广过程中面临的具体实施问题。这里首先提出一个具有可操作性的改革实施框架，重点放在四个“实施”体系上：（1）宏观实施与影响；（2）协调与支持；（3）服务提供与学习；（4）监测与评估。然后本章分析了建立这些体系的具体策略和与中国相关的措施，

其中建立促进一线卫生服务改进和相互学习的组织平台尤为重要。比如，如果只靠薪酬激励，没有其他方面的支持，绩效差的机构发生转变的可能不大（Cutler, 2014）。促成改进还要有相应的支持系统，以开展能力建设，并建立有助于推动组织（和个人）做出改变的有利环境⁴⁹。本章最后还就改革实施顺序和全面推广提出建议。有宏伟的愿景和统一的领导，同时又知道如何实施改革，中国将可以继续取得令人瞩目的进展，建立可靠、科学、以人为本和有效的卫生服务体系，恢复公众的信任，将医疗卫生事业推向一个新的阶段。

二、改革实施面临的挑战

虽然中国制定了很好的医改政策，但多数观察家认为，这些政策还没有转化为改进卫生服务提供所需的大规模的推广和持续的行动。在其他领域，中国通常的做法是采用试点来推动改革的实施。这种先由地方政府开展小规模试点的方法虽然对推进经济改革发挥了有效作用（Heilman, 2008），但如何发挥试点在解决供方

⁴⁹ 这种环境也是最终报告里将要提出的实施路径所需要的。

激励、社会办医、公立医院改革和卫生服务再平衡等深层、复杂的问题上的作用还需要进一步探索，因为是从一个指令式治理方式转为“保持距离”的治理方式难度很大，而后者是混合型服务体系通常采用的原则——也就是说，要通过激励、监管和其他制衡手段对卫生体系进行引导或间接管理（Meessen and Bloom,2007）。然而，体制的碎片化、领导权的分散和既得利益使这种转型更具挑战性。在这种情况下，试点项目即使行之有效，也无法继续保持或大规模推广。实施八项改革推手的建议，需要在三个层面上认真管控实施中的各种问题：即中央政府，省级和地方政府，以及一线服务提供方。下面将逐个加以讨论。

中央政府：对改革实施效果的监督监测较为分散。中国通常的做法是，中央政府的政策指令一般是明确方向和原则，并鼓励地方创新，并使地方政府可以根据本地情况灵活实施。创新通常是经中央政府批准后先进行试点。正如本报告研究的一些案例所反映的那样，试点中的确有成功的创新，但能得到广泛推广的创新却较少，而且也很少用严格的方法对创新进行评估。因此，改革政策的讨论往往是由主观认识所主导的。创新和改革的实施往往较为“个人化”，反映的是地方领导的理念和观点。这可能与缺乏对改革进展及问题的实证分析和信息反馈有关。一些贫困地区的地方政府可能也缺乏创新决策与实施所需的知识和领导力。

虽然国务院医改办公室总体负责医改政策制定和监督医改的实施，但对实施的监管责任分散于各个部门，不同的中央政府部门分别根据自己的职能重点负责卫生改革的某个方面（譬如服务定价、保险、药品标准、人力资源、医疗服务等）。监管报告往往是基于收集信息的简短实地考察，这些考察通常由不同机构的代表分别进行。这些考察搜集的数据有时会被用于找出表现不佳者来加以处罚，而不是挑出表现优秀者来进行表彰奖

励。这可能会对卫生系统产生不利的影 响，形成一种引发恐惧心理的“责备文化”，而不是鼓励创新和改进。此外，由于中央政府部门与地方上的相应机构并不完全脱离，任何一项评估的独立性都会受到质疑。中国还没有系统性地建立一个用于收集信息、评估改革进展的独立机制。这些情况表明，中央政府可能需要提供针对改革实施的政策指导，整合和强化对实施进程的监督，并建立制度，从更加“全局化”和系统的角度来主动监测核实改革的进展并评估改革实施的效果。

省级和地方政府：缺乏协调，领导分散。由于卫生改革的职能分散在多个政府部门，而且地方层面未将其作为一项优先重点，因此各部门缺乏改革自主意识，领导力分散。在卫生改革的实施方面，尚未建立对地方政府官员问责的有力机制。与推动经济增长相比，地方官员在规划和实施卫生改革方面的动力普遍较弱（Ramesh, Wu and He, 2013; Ratigan,2015）。地方官员的政绩和升迁一般不取决于卫生改革的进展。在这种情况下，地方官员自然不愿意去解决那些复杂的问题——如公立医院的逐利行为等。要建立新的卫生服务模式，就需要使卫生体系中各方面的协调更加稳定和强化，特别是要解决机构分割问题——既包括横向分割（横跨多个政府部门），也包括纵向分割（纵贯市、县、区各级政府）。在当前情况下，各部门往往只从自身利益出发，因而很难开展可持续、可推广的改革。对复杂问题的决策经常是通过机构间的讨价还价做出的，这就削弱了对改革实施的问责（Qian,2015）。有不同利益的多个政府部门通过谈判协商，针对改革问题采取一些零散的行政措施，这种做法短期而言可能有效，但长期来看是不可持续的——除非政府增强自身的协调能力并将其制度化，同时做出必要的组织安排使之具有可操作性（He, 2011）。总之，要想有效地、规模化和可持续地实施卫生改革，就需要落实推动地方官员和政府部门加强协调、切实推行改革的激励措施和问责机制。

第一线的服务提供：缺乏领导组织机制及卫生服务提供者推动医改的共同学习机制。医疗卫生服务的改善发生在一线，无论是在家庭、村卫生室、社区或乡镇卫生所，还是在医院。具有服务体系的转型单靠某个医生或医疗机构难以实现，而是需要一组服务供方相互合作，共同为患者提供服务。政策改革不会在卫生机构层面自动得到实施，必须制定内容明确、重点清晰的实施计划并加以贯彻执行。国际经验已经充分说明了这一点，如英国的基层医疗协作联盟，美国的退伍军人健康管理局，以及美国老人医疗保险（Medicare）和穷人医疗保险（Medicaid）管理中心最近建立的“患者伙伴关系计划”等。国际经验表明，要使医疗机构的组织目标从提供治疗转为改善健康结果，需要组织文化的根本性转变。仅靠“点名批评”来促使卫生服务机构转变做法是不够的，无法形成以价值为导向的卫生服务体系。实证经验证明，应当采取各种方法来改善医疗卫生体系，包括采用绩效报告制度，增强数据透明度，系统性地运用那些能够推动卫生机构做出改变并不断从结果中汲取经验的学习模式（Greene, Ried and Larson, 2012; Schouten, et al., 2008; Garside, 1998）。一些有助于同行机构在宽松环境下相互借鉴成功和失败经验的协作方式，可以推动改革的实施。

三、一个可操作的实施框架

改革的实施是指用来将政策、理念和改革付诸实践的一系列活动、程序和干预措施。越来越多的证据表明，实施情况会影响结果（Meyers, et al., 2012b; Durlak and Dupre, 2008; Aarons et al., 2009; Wilson, et al., 2003）。高质量的实施有助于改革取得预期效果。以大量文献为基础，过去二十年里关于实施的科学已取得了很大进展，出现了一些具有可操作性的框架，可以帮助规划者、实施者和社区推动改革实施（Meyers et al., 2012, a, b; Wandersman, Chien and Katz, 2012;

Wandersman et al.; 2000; Durlak and Dupre, 2008; Damschroder, et al., 2009; Fixsen, et al., 2005）。这些框架以实证为基础，就改革的关键阶段、步骤和要素提供指导，以促进改革的有效实施并最终将成功做法长期化、制度化。尽管实践证明这些框架可以发挥良好作用，但使用时仍需保持谨慎。比如，这些框架并不是只需简单套用的路线图。框架中的有些要素较其他要素有更强有力的实证支持，而且，实施改革本质上离不开改革所处的具体环境。没有什么“放之四海而皆准”的解决方案，因此必须因地制宜地进行必要调整。本文所提出的实施步骤和组织平台（见下文）及其实施顺序和时间安排，需要根据各地的能力、环境和起始条件的不同而加以调整。

消除政策与实践之间的差距，需要具备必要的的能力、资源、问责制度，还要对开展协作、评估和学习做出承诺。本章根据上面提到的实施指南，提出一个简化但可操作的实施框架，它包含了四个适合中国国情的体系。不过，在具体实施中可能还需要根据具体情况进行调整。另外还要说明的一点是，这些体系之间可能存在一些重叠。

- 1. 宏观实施与影响体系：**这个体系指的是通过一些外部“影响因素”来建立推动改革有效和持续实施的有利环境（Fixsen, et al., 2005:59）。高层决策者和领导人重视改革的实施，对卫生服务改革的顺利进行至关重要。研究表明，有利的宏观环境与更好的改革结果和实施“忠实度”具有相关性——所谓实施“忠实度”，是指改革的实施在多大程度上符合改革的预期、设计和规划（Myers, et al., 2012a, b; Fixsen, et al., 2005）。这个体系需要考虑的具体事项包括：建立衡量改革实施绩效的清晰问责体系；展示领导人对实施改革的承诺；确立实施过程中的里程碑和结果；建立监测和反馈体系，用来总结实施经验并及时

调整政策方针；动员支持改革实施进程所需要的资源；就如何开展独立评估做出安排。建立有利宏观环境（详见下文）的策略之一是加强中央政府对改革实施情况的监督和监测。

- 2. 协调与支持体系：**协调与支持体系的目的是为有效实施改革培养能力和构建有利的环境。这个体系被视为实施层面的一个环节，因为它与实行动作的主要环节——服务提供和学习体系（见下文）——有密切联系。该体系与宏观实施环境也有关联，其主要功能包括：与关键利益相关者协调，确保他们对改革的支持；安排培训和技术援助；制定和调整实施方案和时间表；与社区、卫生服务机构和工作人员就改革行动和预期结果进行沟通；就实施进展和改革结果对第一线服务机构问责；确保改革得到足够的行政支持；对改革实施活动开展实地监测，包括记录对原始方案和设计的调整和修改。协调与支持体系的组织结构要靠近第一线的改革实施，这样才能有效行使上述职能，监督实施进展。如下文所述，中国可以考虑在省级或地方政府层面建立医改领导小组或指导委员会来行使以上职能。
- 3. 服务提供与学习体系：**这是改革实施的实际环节，很多卫生改革和服务改进的解决方案都是在这个体系中设计与执行的。它应发生在服务提供的第一线，包括卫生服务机构（如医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心）、服务供方联合体和社区等。该体系涉及个人的行为改变和广泛的组织变革，而且还要推动“组织文化”的改变（Garside, 1998:88）。很显然，这个体系不仅要将从过去的实证经验付诸实践，还要从实践中总结学习。从具体操作来说，需要为解决问题、促进从业人员之间的相互

指导和协作、推动经验分享和持续学习做出必要的组织安排。如下文所述，可以成立“转型学习协作联盟”（TLC），作为服务提供与学习体系的组织基础。

- 4. 监测与评价体系：**对改革实施的有效性和改革的影响进行监测和评价是实施过程中一项十分关键但又常被忽视的内容。中国需要从改革的实施中积累实证经验，并以实证为基础进行调整，指导未来的决策。周密的监测体系有助于了解实行动作是否符合改革的既定目标和路线（或是偏离轨道），以及实施的改革是否与预期的改革相一致。周密的监测体系需要有良好的衡量指标，而这些衡量指标又要符合各种利益相关者的信息需求。另外，对改革实施进行影响评价也是很有益的一项工作。影响评价可以对改革的预期效果以及意想不到的结果进行衡量。影响评价从方法上来说比监测要求更高，但它可以为改革措施与成效之间的因果关系提供有价值的信息。另一个将监测与影响评价相结合的重点环节是分析改革的实施为什么成功或失败（Berwick,2008）。在中国，建立一个有力的监测与评价体系来配合改革实施，需要中央政府高度重视并加强与省级和地方政府的协调。

四、改革推进：以有效和可持续的方式在地方层面实施改革

中国目前正在进行多项医疗卫生改革试点，以使改革政策具有可操作性。但改革要想取得成功并得到推广，就需要做到全面、深刻，并在审慎、协调的基础上加以实施。在建立更好的卫生服务体系的过程中，中国面临的一个重大挑战是怎样做到全面实施：即在每个市、县、乡、村试验和推广卫生服务改革。

根据上一节所提出的框架，本节将讨论中国为推进改革实施可采取的四项战略：（a）宏观实施与影响体系：结合国家发布的政策实施和监测指南，建立强有力的中央政府监督机制；（b）协调与支持体系：在省级和地方层面建立协调和领导机制，培养有效推进改革的能力，建立必要的问责机制；（c）服务提供与学习体系：在地方层面成立“转型学习协作联盟”（TLC），推动服务第一线的改革实施和服务改进；（d）监测与评价体系：确保开展强有力的、独立的实施监测和影响评价。在建立现代化的 21 世纪医疗卫生体系过程中，上述战略反映了制定改革规划、确定改革优先重点和先后顺序等关键事项。所有这些工作都需要得到中央政府长期而有力的支持。

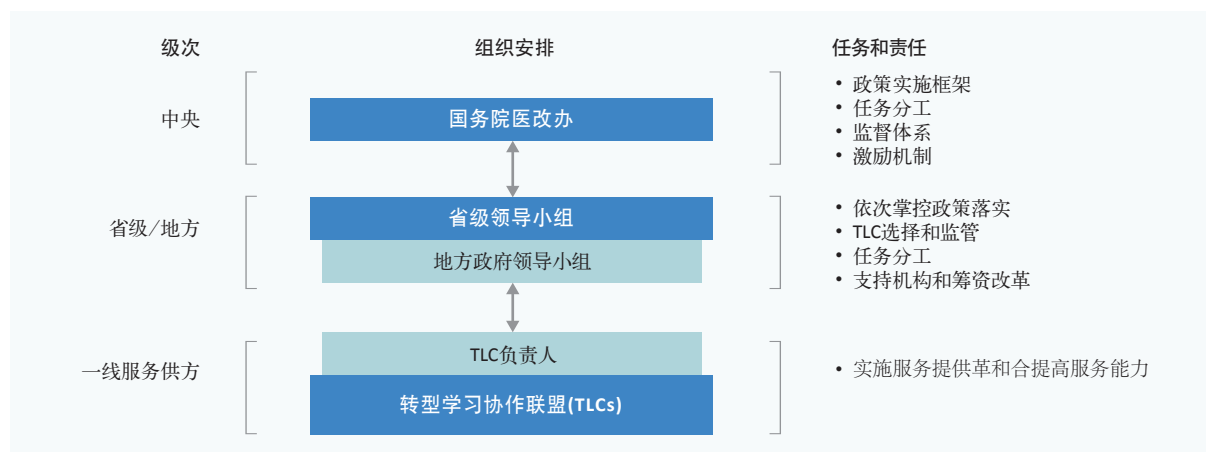
图 10.1 描述了与这四项战略相关的监督、协调和管理体系。如下文所示，在这个模式下，中央政府要制定一个用来指导改革实施的监测框架（如改善服务和降低成本的具体目标、实施的基准指标和统一的结果指标等），同时要建立问责机制以及对实施进展和结果进行独立评估的机制。中央和省级政府要就省级和地方层面的协调与支持体系做出安排，通过这种安排来管理决策的过程，提供技术援助和培训，监督改革实施（结合中央的政策实施框架），并就实施进展对服务供方进行问责。省级和地方政府可以根据本地具体

情况，组织负责改革具体实施的一线服务供方成立学习协作联盟。

A. 宏观实施与影响体系：结合国家的政策实施与监测指南，建立强有力的中央政府监督机制

中央政府可以对改革的实施，包括“八项推手”系列改革，发挥更直接的指导和监督作用。中国可以考虑让国务院承担这项工作，这意味着要扩大目前负责卫生改革政策制定的国务院医改办公室的作用和职能。加强中央监督指导职能的一个途径是制定各项政策的“实施与监测指南”，指导省级和地方政府的改革规划和实施。这些指南可以指订与改革落实相关的要核实的（或可衡量的）任务目标或中期结果，这可以促进改革在各地得以全面落实。这些指南不是具体的实施计划或“放之四海皆准”的行动蓝图，但它们应当具有实操性，从分类上说明“要做什么”。而省级和地方政府应当有充分的自主权决定“怎样做”——根据本地条件制定和执行改革计划，确定改革的先后顺序。根据第二章到第九章提出的核心行动领域，表 10.1 列示了这些指南可能包括的相关内容。国务院医改办还可以考虑建立有力的问责机制，确保省级和地方层面的改革实施。例如，可将上面提到的行动包括在与省级和地方政府订立的“目标责任书”中（图 10.1）。

图 10.1 对服务提供改革实施和扩面的监管、协调和管理的建议



最后，由于卫生领域涉及诸多政府部门，政策的落实又要靠地方，协调各相关部门的立场非常困难，中国可以考虑由一位部长以上级别的官员出任国务院医改办主任，从而可以更好地协调各利益相关部门和省长。尽管仍有争议，但中国也可以考虑授予医改办充分的权力和机构独立性，以期影响资源的配置，以及根据改革实施情况考核各省市领导绩效。鉴于医改办应进一步扩充职能，医改办还应强化能力建设。

B. 协调与支持体系：建立协调和组织机制，确保省级和地方政府支持一线的改革实施，并对实施结果负责。

加强问责制度，特别是省级和地方层面的问责制度，是推动改革有效实施的另一项重要内容。所有问责安排都应具备足够的力度来协调各个机构的立场，在处理与卫生服务供方和既得利益的关系时代表政府的关注点。一种方案是推广一些地方医改领导小组的成功经验：由政府领导（即省长或党委书记）牵头，在省级建立有充分授权的领导小组或医改指导委员会。中国可以利用现有的这类领导小组来监督医疗卫生改革的实施，支持一线的改革行动。各地也可根据本地情况，在地方层面（县、市、地区）成立领导小组。领导小组需要高层官员提供积极有力的领导和广泛的政治支持，还应充分授予他们推动本辖区医疗改革实施的权力（和责任）。这类领导小组应当包括与医疗卫生行业有关的各政府部门代表，同时也应该有民营机构代表和社区领袖。

建立领导小组这种方式的益处在于他是一个大家熟知的机构间协调机制，而且在现有的制度框架下已经取得了成功。尽管如此，“领导小组”仍可能被认为是一个临时部门，虽然在某种程度上可以减少制度碎片化对改革贯彻落实的潜在负面影响，但并没有把机构间的协调予以制度化。一个长远的解决方案涉及到机构整合，可以考虑将其作为整个政府行政管理组织机构改革的一部

分（见专栏 10.1）。

三明市在这方面的经验很有指导意义。如第 5 章所提到的，由于地区级领导小组的协调行动和政府强有力的政治支持，三明市成功地开展了一系列深层改革。然而，中国目前这种领导小组的安排可能使任务过于单一，缺乏长期视角，也不够稳定（人员流动过快），难以支持长期医疗卫生改革（Qian, 2015）。虽然三明经验表明，领导小组这种安排在短期可以有效地协调多个政府部门的决策，规划和实施复杂的改革任务，但要想继续推行改革，就需要建立制度化平台来加强利益相关者之间的协调，将问责机制和激励机制正规化。国际（和国内）经验表明，实施卫生改革是一项长期任务，在技术上和政治上充满复杂性，而且改革过程中还要进行无数次调整。由于存在诸多干扰因素，改革的预期结果可能需要很长时间才能实现，而且改革还可能导致未预见的负面影响。另外，在中国这样一个大国，由于各地改革起点不同，具体条件也存在巨大差异，因此改革还需要具有灵活性。

怎样强化领导小组这种安排来支持更长期的改革实施？首先，可以让省级医改领导小组与国务院医改办公室（见上文）签订绩效协议或任务书，明确衡量改革实施进展的标准、预期结果以及最终的人口健康指标，中央政府可以据此对省级领导小组问责。改革实施情况可以每年或每两年进行一次评估，国务院医改办可以考虑建立基于改革绩效的奖惩措施。其次，可将某些改革实施绩效指标纳入省级和地方官员的考核晋升体系。第三，如前文所讨论的，国务院医改办应当对改革的实施情况进行严密监测，并与学术机构合作进行独立验证。可以通过组织全国性和地区性的研讨会，对各省的实施情况进行评估和对比。这有助于发现一些表现突出的地方，对他们的做法加以认真研究，总结成功经验供其它地方学习复制。

表 10.1	以价值为导向的卫生服务体系改革实施监测指南示例
领域	要素描述
服务提供体系	
根据 PCIC 建立分级诊疗服务提供体系（推手 1）	<ul style="list-style-type: none"> • 加强基层卫生服务，使其成为病人就医的首诊服务点并发挥守门人作用，同时负责提供连续性的综合医疗服务； <ul style="list-style-type: none"> ➤ 由社区卫生工作人员通过电子医疗系统与全科和专科医生建立联系，将医疗服务延伸到社区、社会服务机构和家庭； • 由独立于医院管理层的转型学习协作联盟领导团队负责建立和管理学习网络； • 在网络内，由组织良好的多学科团队（包括临床和非临床人员）为患者提供全面服务； <ul style="list-style-type: none"> ➤ 居民向医疗服务团队登记，并根据其患病风险和健康状况进行分类管理； ➤ 服务团队在疾病治疗、预防及患者参与方面共同承担责任； • 在基层卫生服务层面对个人预防性和治疗性服务进行横向整合 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 疾病控制部门（CDC）侧重公共卫生；个人预防性服务转入基层卫生服务； • 通过成立多学科团队、一体化循证医疗临床路径和转诊制度（如出院后服务）以及对慢病患者的个人服务方案，实现医院、基层卫生服务和社区的纵向服务整合。 • 利用信息通信技术支持不同服务供方之间的整合并加强一线工作人员的服务能力。
卫生服务质量和患者参与（推手 2、3）	<ul style="list-style-type: none"> • 由国家相关部门对所有卫生服务机构的服务质量进行评估、监管和监督； • 慢病患者的自我管理是服务方案的一部分； • 公开披露供方的服务质量信息； • 开展循证医疗知识宣传，鼓励健康行为。
医院改革与服务整合（推手 1、4）	<ul style="list-style-type: none"> • 赋予公立医院更大的管理自主权，但同时需要建立一个强有力的监管和问责框架，确保医院将推动医疗服务整合、降低成本和减少不必要的医疗服务，并将常见病治疗下沉到基层； • 三级医院重点提供疑难杂症治疗，并承担为二级医院和基层医疗卫生服务提供技术支持、科学研究和人才培养的责任； • 二级医院提供必要的专科医疗服务，与基层医疗卫生机构紧密配合，为其提供技术支持、督导和培训。通过与基层医疗卫生机构组建跨学科治疗团队，共享专业医务人员； • 制订专业化医院管理计划。
筹资和制度环境	
服务购买与供方支付（推手 5）	<ul style="list-style-type: none"> • 基于质量和效率标准对卫生服务进行战略购买； • 将服务数量与供方收入脱钩； • 供方支付方式逐渐从向单一供方付费转为向服务网络付费（按人头付费），以及按治疗某种疾病病人的服务包付费（捆绑付费）。
人力资源（推手 6）	<ul style="list-style-type: none"> • 建立对医生、护士和药剂师等所有专业医务人员的科学和标准化的培养和教育制度； • 确保基层卫生服务人员有专业地位和充足收入； • 改革医生薪酬制度和以医院为基础的人员编制制度； • 培养和引入新的不同类别的卫生专业人员。
社会办医（推手 7）	<ul style="list-style-type: none"> • 制订相关规定，促进优质民营机构在与公立机构公平竞争的情况下，提供高效的医疗服务； • 社会保险经办机构向有执业许可并达到质量标准的民营机构购买服务。
服务 / 投资规划（推手 8）	<ul style="list-style-type: none"> • 基于人群健康需求和人口结构的新型服务规划模式； • 在资本投资规划中整合所有公共筹资来源； • 将社会办医纳入规划过程。

专栏 10.1

政府管理体制改革的国际经验

机构重组是多年来中国行政体制改革的重要内容 (Xue and Liou, 2012)。简政放权政策着重于促进部门间协调和减少职责的重叠。这些改革被认为是正在进行的深化经济、社会和其他领域改革，转变政府职能、加强监管和简政放权中的一部分 (李克强, 2015 年 5 月 12 日)。通过简政让政府的机构更加有效，“建立一个统一的监管平台”也是监管和执行的关键。本研究中的这些改革是否会使机构整合或在卫生领域创建一个制度化的部门间协调平台仍是一个期待解决的问题。

中国可以考虑借鉴经合组织国家的卫生管理体制，包括组织架构，责任分工，机构间的职能协调。经合组织国家卫生部门管理结构^a大都由一系列的机构组成，包括中央层面的各部委，自治团体和专业协会，附属机构，独立委员会和地区卫生部门。机构配置取决于：(i) 卫生体系的类型（即：通过税收为国家医疗卫生系统融资或社会保险体系；(ii) 分权的程度；(iii) 国家在医疗卫生领域三个核心功能：监管，筹资和服务提供上的参与程度 (Bohm et al., 2013; Jabukowski, Saltman and Duran, 2013; Mossialos and Wenzl, 2015)。在过去的二十年，中国从通过税收为国家医疗卫生系统融资，由国家主导医疗卫生的监管，筹资和服务提供，转向了社会医疗保险体系为主，国家保留了监管职能，社会保险体系承担了主要的筹资功能，服务提供则由公共机构（和越来越多的）民营机构承担。中国可以探索建立与以社会医疗保险为主要筹资方式的医疗卫生体系的相应的治理管理制度，如德国，奥地利，荷兰和韩国的模式。

在经合组织国家，所有参与卫生领域管理的政府部门一般都在一个机构管辖下，由这个机构负责制定政策、战略和规则。在过去的二十年里，经合组织国家进行了卫生管理体制改革的，增加了国家级机构（即：质量监督，评估和改善；绩效和监管），同时整合了不同级别政府部门之间重复的功能和职责，包括整合各项社会保险基金 (Jabukowski, Saltman and Duran, 2013)。这些改革旨在加大中央政府的影响力。同样，在解决部门协调，成本控制和公平方面，国家增强了中央政府和一些主导管理部门的决策制定权，包括职能的再集中。值得注意的是，这种职能集中的趋势既包括基于税收的医疗卫生系统融资国家（英国），又涵盖了社会保险国家（德国）。但是，对于一些分权制国家，更强的中央级职责并不能保证更好的政策制定和政策执行的完整性。此外，国际经验表明，增强的政府职责不应意味，例如政府对社会保险体系运行的干预。政府医疗卫生机构和社会保险机构之间明确的职能和权利分工，对社会保险机构与政府医疗卫生政策和重点保持一致至关重要 (Savedoff and Gottret, 2008)。

^aInstitutional configurations of the health sectors in OECD countries are detailed in the WHO/Europe's Health in Transition Series: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/>; and Mossialos and Wenzl, 2015. For Asian countries see: http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/chn/en/.

C. 在卫生服务网络和机构层面建立“转型学习协作联盟”（TLC），作为在一线实施、保持和扩大改革的基石⁵⁰。

实现从重疾病治疗向重视健康结果的转变，需要在组织文化上发生根本性变化。采用不断学习和解决问题的做法可以使所有医疗卫生机构——无论是卫生服务网络、医院、社区卫生服务中心或乡镇卫生院——都从中受益，推动改革的成功实施。这要求地方对中央和省级提出的实

施方针加以本地化，以适应一线服务的具体要求。前面章节中建议开展的卫生服务改革包括全国各地服务提供前沿需要发生的变革：使用循证医疗诊疗规范，推广电子医疗创新，实行一体化服务，遵守向专科医生和医院转诊的规则，跟踪和衡量服务结果等。尽管这些变革可以并且应该由中央和省级领导人来推动，但各地医疗机构在实施过程中还需要在学习交流、解决问题和适应调整等方面得到帮助。

⁵⁰ 这部分内容来自以下实证研究：美国卫生服务改进研究院，2003；Hulscher and Schouten, 2009；Schouten, and Grol, 2009；Jones and Piterman, 2008；Franco and Marquez, 2011；Kritchevsky et al., 2008；Brush et al., 2009。

要想以更低成本取得更好的健康结果，中国的卫生服务机构需要学会提供服务的新方法。为支持这一学习过程，公立和民营机构可以联合起来，建立致力于实施 PCIC 的联盟，并推动相关的筹资和制度改革。如果组织和领导方式恰当，那么联盟成员就不必靠自己单打独斗，而是可以相互学习。城市和农村都可以组织这种卫生机构联盟或团体，它们将在省领导小组的监督下，按照国务院医改办制定的政策实施框架负责改革在基层的实施。这种联盟可以推动卫生服务体系更快地发生转变，形成一种提供相互协调的、合作的、以结果为导向的卫生服务的文化。

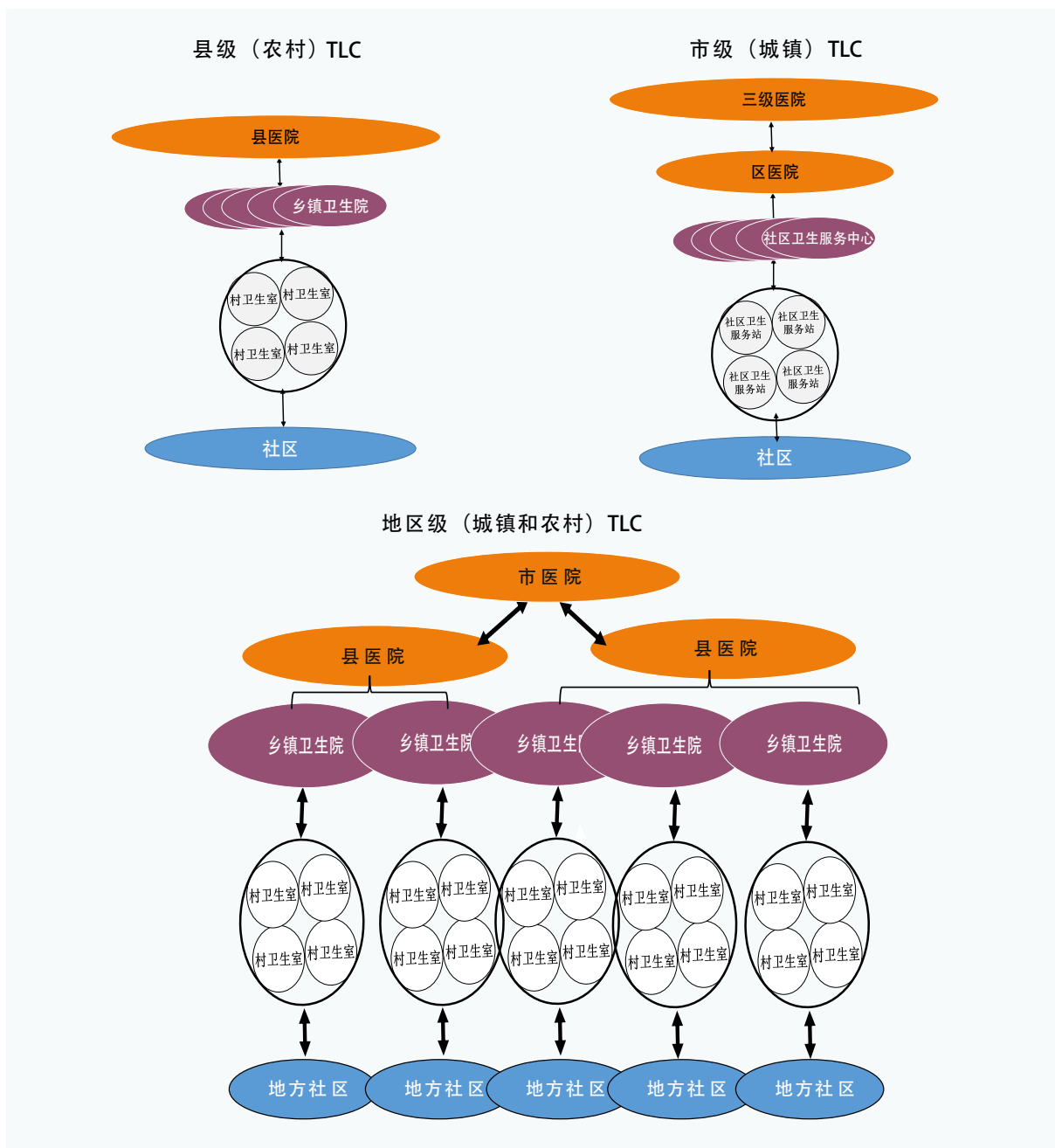
根据国际经验，可采用何种模型来组织这些联盟的活动、推动快速变革呢？我们建议成立“转型学习协作联盟”（TLC）——即一个由县、区或市的卫生服务机构形成的伙伴关系，来实施、管理和保持一线的改革。TLC 概念背后的指导思想是，协助和指导地方医疗机构（如村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县区医院）实施并推广新的服务提供模式，消除“知道”与“执行”之间的鸿沟。省（和地方）领导小组可以挑选参加 TLC 的医联体或网络、医院和基层卫生服务机构。世界上很多国家都对这种推动同一地区所有机构相互学习的方法进行了尝试，包括瑞典、苏格兰、英格兰、美国、智利、巴西、葡萄牙、德国和新加坡等。本节余下篇幅将详细介绍 TLC 的结构和操作，包括：（1）TLC 的基础原则、结构和管理理念；（2）支持 TLC 的分层管理体系；（3）TLC 用来帮助成员实现改进的程序；（4）TLC 内部干预行动顺序的建议。

（1）“转型学习协作联盟”的原则、结构和管理理念

“转型学习协作联盟”（TLC）是用来支持多个卫生服务供方或组织共同学习、加快改革的一个制度。在这个制度下，联盟的成员不用单打独斗，而是可以共同努力，互相交换想法和经验，分享有关改革成果和实施监测指标的信息，并进一步激励相互的交流。TLC 不仅体现了“二人智慧胜一人”的思路，而且强调“集思广益，多多益善”。这样的方式摆脱了那种定期了解绩效指标、找出绩效不佳的机构并公开批评的做法——后者会造成一种恐惧文化，导致数据不完整或被扭曲，损害创新精神，破坏人们的改革意愿。在 TLC 模式下，目标是所有人都不断改进提高，相信每个人都有能力继续改进（包括那些表现最佳者）。这种模式鼓励各个卫生机构的团队在不惧怕失败的环境下，对新体系进行实验和改进。要对数据进行认真分析，但目的不是为了找出表现不佳者，而是为了表彰优秀者并学习他们的经验。对成绩的认可和表彰，而不是对失败的惧怕，是推动 TLC 所有成员实现更好绩效的驱动力。

在中国，哪些机构将参加 TLC 呢？TLC 模式旨在迅速向一个地区内的所有机构介绍更好的做法，不管是农村的一个县还是一个城市。在卫生服务改革实施之初，每个参加改革的省可以选择在哪个行政级别上组织 TLC——县、区、市还是地区。虽然 TLC 应是逐步建立和推广，但省内的所有卫生服务机构——不管是公立还是民营——最终都应当加入 TLC。大多数省份可能都需要采取几种 TLC 类型相结合的做法。例如，农村地区的 TLC 可以包括县医院、乡镇卫生院、村卫生室和民营服务供方；城市的 TLC 则可包括三级医院、区医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站和民营服务供方；其他组合方式也可以考虑。图 10.2 介绍了关于 TLC 合作安排的三个例子：县级（农村）TLC，市级（城镇）TLC，地区级（城镇和农村）TLC。

图 10.2 转型学习协作联盟 (TLC) 的三种不同安排



(2) TLC 的管理系统

根据各地的具体情况，可由省医改领导小组或地方领导小组来负责 TLC 的组建和监督。省级或地方领导小组将确定参加联盟的机构数量和联盟覆盖的地域范围，指定负责人，邀请有关机构和团队加入，并主持联盟的活动。TLC 负责人可

以是受到人们信任的本地医院和诊所领导人，同时由一名系统改进顾问和来自成员医院的管理人员提供辅助。鉴于 TLC 的业务性质，省领导小组应当考虑将 TLC 的管理与政府的行政领导职能分开；而且还应确保各个卫生服务机构都积极参与 TLC，避免 TLC 的领导位置被医院控制。省级或

地方领导小组可与 TLC 领导层签署任务书。

需要指出的是，省级领导小组要跨越多个 TLC，在宏观层面上推动改革和改进（如省级改革），消除阻碍 TLC 发展的具体障碍。例如，在 TLC 成员机构为实现以更低成本提供更好服务而试图推广改革时，他们将遇到使这些改革难以实施的障碍。消除这些障碍需要高于 TLC 成员机构的高层领导和领导小组采取行动。TLC 自己无法解决的问题可能包括：人力资源政策的调整，供应链问题，激励机制的转变，资本规划与投资，鼓励社会办医等。国际经验表明，高层领导（这里指省级领导）的一个关键作用是与 TLC 成员保持联系，着重解决“上游”问题，为 TLC 的运行创造条件。

通过培养必要的管理能力来指导、支持和开展 TLC 的活动，这对所有 TLC 的成功都至关重要，其中包括培养 TLC 成员的能力和技能，以推动体系改革。为获得这些技能，TLC 应当考虑与中国领先的学术机构建立技术合作关系，后者可以提供技术知识，而且它们的声誉也是对 TLC 的一种支持。如果需要的话，还可以通过国内学术机构获得国外合作伙伴和技术援助。

(3) TLC 怎样运作？

每个 TLC 都是一个短期（18-24 个月）学习过程。启动 TLC 之前，省级或地方领导小组要确定将实施哪些改革以及用什么指标衡量参与机构的实施进展。例如，一项改革措施是向团队式服务过渡，这将改善对糖尿病等慢病的服务。所有参与机构都可以通过“过程指标”（如参与临床服务团队的一线工作人员的比例；指定了临床服务团队的患者比例；指定了服务团队的患者每年

就诊次数；药品处方量）和“结果指标”（如糖尿病患者中糖化血红蛋白低于 8 的患者比例）来跟踪进展。

TLC 的参与机构要派代表本机构的团队参加 TLC 会议。这种机构层面的团队可以是每个机构 3-5 人，包括业务领导和核心临床工作人员。来自各参与机构的团队每 4-6 个月举办一次面对面的“学习讨论会”，讨论所取得的成功、遇到的障碍和挑战，分享更好的做法，并分析经验教训。在这些面对面会议之间是“行动阶段”，各团队在各自的机构尝试和实施干预措施并收集和报告数据，以衡量这些措施的影响。各团队将采用一种被称为“计划-执行-研究-行动”（PDSA）周期的方法，反复测试旨在改进系统绩效的方案⁵¹。比如，在行动阶段，各团队将测试开展团队式服务的各种做法。他们可以用不同方法来组织团队；或是采用不同的沟通策略，包括每天早上开“碰头会”，讨论团队负责的所有病人情况；患者服务的时间安排也可以采取不同形式；还可以尝试某种根据病人特征和状况进行分类的新方法，以便发现病情规律。各团队每月通过一个数据收集门户网站，就事先商定的衡量指标提交进展报告——比如前面提到的糖尿病患者中糖化血红蛋白低于 8 的患者比例，以及高血压患者中血压得到控制的比例。这些数据可供所有 TLC 成员查看和审核。

(4) TLC 内部的改革顺序和结果衡量

在所选定的改革省份成立 TLC 的过程中，很重要的一点是要考虑相关的实施顺序。此联合研究的最终报告将包括关键改革推手的实施路径或实施指南。TLC 可以在八个改革领域中选择一个或几个为重点。很难事先预测每个 TLC 会选择

⁵¹ PDSA 周期可以引导个人和组织系统性地测试新想法，并判断变革是否有助于改进服务。PDSA 周期来自科研和工业领域长期以来的假设检验和变革管理这一传统。简单来说，这个周期的运作是：由团队首先根据文化和组织因素，制定检验变革的全面计划；再将变革融入标准工作流程并用量化手段跟踪进展；然后对变革的结果加以认真研究，分析如何进一步改进；接下来是将成功的做法永久化，或是对需要进一步完善的做法进行调整。这是一个不断循环的过程，每个循环周期都做出新的完善。

哪些改革领域，因为他们所处的具体环境将决定 TLC 的负责人会认为哪些改革最重要。在 TLC 成立之初就应当向 TLC 负责人提供完整的改革事项清单，而 TLC 负责人的首要任务是，通过与成员机构代表的协商，设计一个“改革路径”总体规划。

D. 监测评价体系：确保实行有力和独立的监测和影响评价

国务院可以考虑与学术机构合作，建立一个能够对改革实施进展和影响进行独立评估和验证的强有力的监测评价体系。医改办公室可以在上文提出的实施指南和现有监测体系的基础上，制定衡量改革实施情况的标杆及其他用来跟踪实施进展的指标。表 10.2 列举了根据三大改革目标（改善服务、改善健康、降低成本）进行分类的以服务价值为导向的指标。

行动领域	监测指标
目标 1： 改善个人卫生服务	<ul style="list-style-type: none"> 二、三级医院的糖尿病、高血压和慢性肺病并发症住院率，争取两年内降低 20%； 基层卫生服务机构的首诊病人数量，争取两年内提高 20%； 基层卫生服务机构和门诊诊所的抗生素处方量，争取两年内降低 25%。
目标 2： 改善人群健康水平	<ul style="list-style-type: none"> 18-75 岁高血压患者中血压得到良好控制 (<140/90) 的比例，争取两年内提高 20%； 糖尿病患者中糖化血红蛋白 A1c <8% 的比例，争取两年内提高 20%； 16-64 岁妇女中增加一次宫颈癌涂片检查的比例，争取两年内提高 20%。
目标 3： 使服务成本可负担	<ul style="list-style-type: none"> 千人住院率，争取两年内降低 15%； 平均住院日，争取两年内二、三级医院平均住院日降低 20%； 由社会保险机构发布的人均医疗费用季度报告显示，医疗费用上涨与消费价格指数的涨幅大体相当。

不管对现有的改革重点采取何种具体“实施路径”，每项改革都应具备一个清晰且普遍适用的测量框架，来帮助 TLC 负责人和省领导小组了解一线改革所取得的进展。如果医疗机构开展的某项改革已渐趋成熟，通过监测和了解相关进展，TLC 负责人和省领导小组就可以鼓励该 TLC 转入新的改革领域。从具体操作上来说，省领导小组可以对“学习联盟”的进展进行跟踪（见表 10.3），并与中央政府一起监测服务利用率、成本、质量和结果指标等方面的数据。不过，对改革进展的跟踪还要通过影响评价来加以补充，影响评价所使用的方法应有助于对实施类似改革的不同地区进行横向比较。

1	成立	成立 TLC
		确立实施目标，开始衡量基线数据
2	活动	TLC 定期举行会议
		参与团队开始在本地实施改革
3	测试	对新做法进行测试，但尚未看到改进
		定期报告衡量数据
4	程序改进	出现对实现 TLC 目标非常重要的程序改进
5	结果改进	出现与 TLC 目标相关的结果改进

注：对每个 TLC 的实施进展按照上述描述打 1-5 分。这些数据可在各个层面上汇总，供省级和中央部门开展绩效评估使用。

五、全面推开改革的循序实施计划

今后 5-7 年里，建议以省为单位推进 v 改革。每个省要为在全省各地推广改革制定详细计划，确保省内所有卫生服务机构参加 TLC 并实施改革。这一节介绍在全省推行八项改革的“波浪式”过程。

可以分批在所有县、区建立 TLC。根据当地的具体情况和改革起点，每个行政区（如比较大的市或县）可以建立不止一个 TLC。让 TLC 覆盖全省要经历四个阶段⁵²：1) 筹备：包括省级和地方为改革实施采取的准备步骤；2) 建立可推广的 TLC 单元，即原型设计阶段；3) 尝试推广，将核心知识扩展应用于若干不同的环境，这些环境代表着全面推广时将要面临的各种情况；4) 全面推广，迅速在全省铺开，帮助更多地方或机构采用 / 复制相关干预措施。表 10.4 描述了在一个包括 60 个县区的假想省份全面推广 TLC 的时间顺序。

筹备：在筹备阶段，省级领导部门开始设计改革“如何”实施，首先要分析本省的行政管理结构，确定在哪个层次成立 TLC；还要决定分别成立多少城镇和农村 TLC，各个 TLC 将有哪些机构参加，哪些 TLC 先启动，哪些后启动。

省级领导部门将研究所有改革内容和实施事项清单，设计适应本省情况的“改革路径”。针对各个主题领域（病人为中心 / 一体化服务模式的实施，对社会办医的监管，服务与资本规划，人力资源改革，理顺激励机制，质量改善等）的具体实施路径，将详细说明在本领域需要做什么。实施路径要提出清晰的目标、里程碑、可衡量的产出和需要采取的具体行动。各省将根据自身情况选择自己的实施路径，并在改革实施的“总体路径”中对工作顺序进行认真安排，要考虑到在某些临床服务进行改变前，需要先推进人才培养、支付制度和信息系统改革、团队构建等先期措施。没有任何“总体路径”会是完美的，因此这个过程应当具有灵活性，使省领导可以与 TLC 负责人

共同对总体改革路径不断加以修订。这项工作进展较快，可以在三个月内完成。

建立可推广的 TLC 单元：在初期阶段，“推广单元”是体系内可全面推广的最小代表性单位。对一个省来说，县、区或市可能是理想的推广单元。这里是改革实施行动的发生地，也是将 TLC 付诸实施的地方。

第一年里，省内的每个目标地区将至少建立一个、最好不止一个“先期”TLC。这些先期 TLC 的目的是集中测试地方上对最佳做法的各种设想。这项工作的一项重要成果是一套有详细文件记录、针对具体环境的改革实施策略，对这些策略可加以进一步测试和完善⁵³。

表 10.4 分阶段、分地区地在全省建立 TLC

阶段	时间	在县 / 区实施 TLC
1. 筹备	第 0 个月	0 个县
2. 建立可推广的 TLC 单元	第 3 个月	1-2 个“先期”县区
3. 尝试推广	第 12 个月	第 1 波：10 个县区
4. 全面推广	第 24 个月	第 2 波：增加 10 个县区
	第 36 个月	第 3 波：增加 10 个县区
	第 48 个月	第 4 波：增加 10 个县区
	第 60 个月	第 5 波：增加 10 个县区
	第 72 个月	第 6 波：增加 10 个县区

选择哪些机构参加这个阶段的试点至关重要。关于变革管理和创新扩散的研究表明，需要找出那些有改革意愿和动机的领军者。而且国内

⁵² 例如，英格兰就通过类似的方式成功地推广了改革，在候诊时间、心血管病服务和患者满意度等方面都取得了重大改进。

⁵³ 例如，巴西一个旨在降低剖腹产率的项目中，各个团队测试了多种减少剖腹产的财务激励的方法。结果显示，最成功的做法之一是向医生支付固定工资，而不是将薪酬与手术量挂钩。这个办法对降低剖腹产率产生了立竿见影的效果，成为其他机构也努力实施的一项策略。

外的经验显示，领导层必须做出有力的政治承诺，才能克服卫生行业根深蒂固的既得利益，做出困难选择，坚持不懈地为取得目标成果而努力。这个阶段将延续约九个月。

尝试推广：这个阶段要对计划推广的干预行动进行试点。“先期”TLC所采取的成功策略需要在更大范围内试点，然后才能全面推广。根据国际经验，每个选定的改革省份应于改革第2年增加10个TLC进行试点。在这期间，要对所有用来支持改革全面推广的基础设施进行记录、研究和调整，包括人才培养（如领导能力、管理能力和一线服务能力）、信息系统管理和供应链等。该阶段是让领导人和一线工作人员建立改革信心和意愿的重要机会。随着工作的推进，会对改革实施有新的洞察，形成可在全省范围内全面推广的更恰当和更成熟的战略和思路。这个阶段将延续一年时间。

全面推广：这是改革迅速推开的阶段，每个省已对有关做法进行了充分试点，并得到可靠的数据反馈，因此这些做法可向全省的一线人员推广。虽然各地还需根据自身情况对干预措施加以调整，但这不再是该阶段的关注重点。在进入全面推广阶段之前，需要具备改革意愿、知识、经验、基础设施和能力等各方面的条件。此时，每个选定的改革省份都将波浪式地启动新的TLC，每一波的推广将以前一波积累的知识为基础，前几波里表现最佳的TLC将指导后几波的新TLC团队。这种推进步骤需要在改革前期明确说明，使先期成立的TLC可以做好对后续TLC进行指导的准备。这样，成功的做法可在全省复制，从而大幅提高转型速度。

如表10.4所示，一个在全省逐步实施改革的计划建议是，每年按一波10个县区推广改革，直到覆盖全省。第一年每个省建立1-2个先期TLC之后，第二年TLC将在下一波县、区、市进行推广试点。一年后再启动下一波10个县区，然后依次铺开，直到覆盖全省。

附件

附件 1：改革推手与核心行动建议

NO.	改革推手	核心行动领域
1	根据以人为本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系	1: 患者首诊将在基层卫生服务机构
		2: 行之有效的多学科团队
		3: 纵向整合, 调整医院职能
		4: 横向整合
		5: 先进的信息和通信技术 (电子医疗)
		6: 统一的临床路径和行之有效的双向转诊制度
		7: 测量, 标准化与反馈
		8: 认证
2	提高卫生服务质量, 实现以人为本的一体化服务	1: 健全必要的组织框架, 从而来领导有关质量的信息收集和制定质量改进的战略
		2: 系统评估卫生服务质量数据, 并持续将其用于支持质量改进
		3: 改革管理实践, 以改善医疗机构的卫生服务质量
3	加强公众对以人为本的一体化服务模式的参与	1: 提高健康素养
		2: 加强自我管理, 帮助患者管理自身健康
		3: 促进医患共同决策
		4: 创造有利于居民参与, 促进和改善健康行动的有利环境
4	推进公立医院改革, 改善公立医院绩效	1: 为实现自主管理的公立医院建立有力的问责机制以提高绩效
		2: 建立与公众目标及问责制度相一致的激励机制
		3: 建立良好的公立医院治理组织架构
		4: 逐渐把更多的决策权下放给医院
		5: 加强医院职业化管理能力
5	理顺服务购买与供方支付的激励机制	1: 对服务供方的支付方式从以按项目付费为主转向按人头, 病例组合和总额预算付费
		2: 在服务网络中规划统一的支付激励机制, 以促进公众健康, 提高服务质量和控制费用
		3: 改变并调整激励机制, 扭转当前卫生服务利用在各级医疗机构间不合理的分布
		4: 整合和增强医保管理机构的能力, 使其成为服务的战略购买者
6	加强卫生人力建设, 实现以人为本的一体化卫生服务	1: 建立强大的基层卫生服务队伍, 为建立 PCIC 模式创造有利环境
		2: 改善队伍构成, 提高队伍能力, 促进基层卫生服务的提供
		3: 改革薪酬制度, 提供有力的绩效激励
		4: 改革人员编制管理以增强卫生人力市场的流动性并提高卫生人力管理的效率
7	促进社会力量参与卫生服务	1: 就社会力量可以为实现医疗体系目标做出何种贡献形成清晰共识
		2: 强化关键法规和执法能力, 确保医疗服务的生产和提供符合社会总体目标
		3: 为公立机构和民营机构建立公平的竞争环境, 推动社会力量的参与
8	管理卫生行业投资——从资本投资转向卫生服务规划	1: 根据区域流行病学和人口概况进行资本投资, 而不是传统的投入规划
		2: 让所有利益相关者和社区参与规划过程
		3: 赋予各地区和各省制定本地资本投资计划的权力和能力
		4: 通过“需求认证”对卫生领域新资本投资项目进行评估和审批
		5: 以社区卫生项目为优先

附件 2: 与“八合二”推手相关的政府改革政策集锦

8 个推手	政策目录	政策文件
1. 根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系	<ul style="list-style-type: none"> • 坚持以人为本, 把维护人民健康权益放在第一位。 • 坚持医药卫生事业为人民健康服务的宗旨, 以保障人民健康为中心, 以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点。 • 注重预防、治疗、康复三者的结合, 加强对慢病的预防。 • 社区卫生服务承担起“守门人”的职责。加强农村分级诊疗体系建设, 完善以社区卫生服务为基础的医疗服务体系。 • 推进医疗卫生信息化建设。充分利用信息网络技术推进三级医院与社区卫生服务机构的合作。 • 构建协同发展的服务体系, 以基层服务能力建设为基础, 以分工协作机制为支撑, 综合运用法律、社保、行政和市场手段, 提高医疗质量, 引导合理就医。 • 构建基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。 • 加强以全科医生为重点的人才队伍培养, 建立医疗卫生人才培养体系。 	<ul style="list-style-type: none"> • 《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号) • 《国务院关于印发卫生事业发展“十二五”规划的通知》(国发[2012]57号) • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议 • 《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发[2015]38号) • 《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发[2015]33号) • 《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)的通知》(国办发[2015]14号) • 《关于印发以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设的规划的通知》(发改社会[2010]561号) • 《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号) • 关于进一步规范社区卫生服务管理和提升服务质量的指导意见(国卫基层发[2015]93号)
2. 改善卫生服务的专业质量和患者体验	<ul style="list-style-type: none"> • 强化医疗卫生服务行为和质量监管, 完善医疗卫生服务标准和质量评价体系, 规范管理制度和工作流程, 加快制定统一的疾病诊疗规范, 健全医疗卫生服务质量监测网络。 • 加强医疗质量管理与控制, 规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植入类医疗器械行为。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发[2009]6号 • 国发[2012]57号 • 国办发[2015]38号 • 国办发[2015]33号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议
3. 推进公立医院改革, 改善公立医院绩效, 加强服务提供方之间的联系	<ul style="list-style-type: none"> • 转变政府职能, 推动公立医院政事分开、管办分开。 • 完善公立医院治理机制, 落实独立法人地位。 • 推进现代医院管理服务创新, 促进院长队伍的职业化、专业化建设, 提高公立医院的管理水平。 • 落实公立医院人事管理、内部分配、运营管理等自主权。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发[2009]6号 • 国发[2012]57号 • 国办发[2015]38号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议 • 国卫基层发[2015]93号

8 个推手	政策目录	政策文件
4. 加强公众对自身健康和卫生服务的参与	<ul style="list-style-type: none"> • 加强健康促进和教育。实施健康教育，加强医药卫生知识的传播，倡导健康文明的生活方式，促进公众合理营养，提高群众的健康意识和自我保健能力。 • 构建健康和谐的医患关系。 • 及时查处为追求经济利益的不合理用药、不合理耗材和检查及重复检查行为。 • 加强医院信息公开，建立定期公示制度，运用信息系统采集数据，重点公开财务状况、绩效考核、质量安全、价格和医疗费用等信息。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发 [2009]6 号 • 国发 [2012]57 号 • 国办发 [2015]38 号 • 国办发 [2015]33 号 • 国办发 [2015]14 号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议
5. 理顺服务购买与供方支付的激励机制	<ul style="list-style-type: none"> • 随着经济社会发展，逐步提高医疗保险筹资水平和统筹层次，缩小保障水平差距，最终实现制度框架的基本统一。 • 探索建立城乡统筹的居民基本医保制度。 • 全面推进医疗保险支付方式改革。 • 充分发挥基本医疗保险的基础性作用，强化医保基金收支预算，建立以按病种付费为主，按人头付费、按服务单元付费等复合型付费方式，逐步减少按项目付费。鼓励推行按疾病诊断相关组 (DRGs) 付费方式。 • 建立各类医疗保险经办机构 and 定点医疗机构之间有效、公开、平等的谈判协商机制和风险分担机制。 • 建立对医疗费用增长的控制机制，控制医疗费用不合理增长。 • 推行基本医疗保险费用直接结算，实施成本核算与控制。充分发挥各类医疗保险对医疗服务行为和费用的调控引导与监督制约作用，有效控制医疗成本。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发 [2009]6 号 • 国发 [2012]57 号 • 国办发 [2015]38 号 • 国办发 [2015]33 号 • 《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》(人社部发 [2012] 70 号) • 《关于开展按病种收费方式改革试点有关问题的通知》(发改价格 [2011]674 号) • 《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》(人社部发 [2011] 63 号) • 国办发 [2015]70 号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议 • 国卫基层发 [2015] 93 号
6. 在各个层面培养合格的、有积极性的医疗队伍	<ul style="list-style-type: none"> • 加快实施人才强卫战略，大力推进医药卫生人才制度的完善和机制创新。 • 建立合理的收入分配激励机制，提高医务人员待遇。建立符合医疗行业特点的人事薪酬制度。医务人员工资水平不与医院业务收入挂钩。 • 实行以服务质量及岗位工作量为主的综合绩效考核和岗位绩效工资制度，有效调动医务人员的积极性。 • 深化编制和人事制度改革。在岗位设置、收入分配、职称评定、管理使用等方面，对编制内外人员待遇统筹考虑，按照国家规定推进养老保险制度改革。 • 实行聘用制度和岗位管理制度，形成灵活的用人机制。落实公立医院用人自主权。 • 推进注册医师多点执业。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发 [2009]6 号 • 国发 [2012]57 号 • 国办发 [2015]38 号 • 国办发 [2015]33 号 • 国办发 [2015]14 号 • 《关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知》(国卫医发 [2014] 86 号) • 国办发 [2015]70 号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议

8 个推手	政策目录	政策文件
7. 促进社会力量参与卫生服务提供	<ul style="list-style-type: none"> • 鼓励和引导社会力量发展医疗卫生事业。 • 积极促进非公立医疗卫生机构发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。鼓励社会力量以出资新建、参与改制等多种形式投资医疗。 • 完善鼓励和促进非公立医疗机构发展的政策措施。 • 进一步放宽准入。 • 落实非公立医疗卫生机构的税收政策。 • 纳入医保定点范围的非公立医疗机构执行与公立医疗机构同等政策。 • 完善医疗机构的分类管理政策，出台对非营利医疗机构监管细则，明确对经营性质、资金结余使用等的监管办法。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发 [2009]6 号 • 国发 [2012]57 号 • 国办发 [2015]38 号 • 国办发 [2015]33 号 • 国办发 [2015]14 号 • 《国务院办公厅印发关于促进社会办医加快发展若干政策措施的通知》（国办发 [2015]45 号） • 《国家卫生计生委、商务部关于开展设立外资独资医院试点工作的通知》（国卫医函 [2014] 244 号） • 《国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》（国办发 [2010]58 号） • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议 • 国卫基层发 [2015] 93 号
8. 重新定位并加强服务和投资规划管理	<ul style="list-style-type: none"> • 强化区域卫生规划。 • 优化配置医疗资源。 • 在不同的属地层级实行资源梯度配置。地市级及以下，基本医疗服务和公共卫生资源按照常住人口规模和服务半径合理布局；省部级及以上，分区域统筹考虑，重点布局。 • 根据功能定位、医疗技术水平、学科发展和群众健康需求，坚持资源共享和阶梯配置，引导医疗机构合理配置适宜设备。 • 要把区域卫生规划的落实情况作为医院建设、财政投入、绩效考核、医保支付、人员配置、床位设置等的依据，增强规划的约束力，定期向社会公示规划执行情况。 	<ul style="list-style-type: none"> • 中发 [2009]6 号 • 国发 [2012]57 号 • 国办发 [2015]38 号 • 国办发 [2015]33 号 • 国办发 [2015]45 号 • 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议 • 国办发 [2015]14 号 • 国办发 [2015]70 号

附件 3: 分级诊疗服务的新政策（国办发[2015]70 号）与核心措施建议

NO.	政策方针	支持政策方针的推手	支持政策方针的具体核心措施
1	基层首诊	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	患者首诊将在基层卫生服务机构；
2	双向转诊	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	统一的临床路径和行之有效的双向转诊制度；
3	上下联动	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	纵向整合，调整医院职能；
4	明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	纵向整合，调整医院职能；
5	加强基层医疗卫生人才队伍建设	加强实现 PCIC 所需的医疗卫生队伍（推手 6）	为培养基层卫生服务队伍创造有利环境，以推进 PCIC 模式的实施； 改革薪酬制度，提供有力的绩效激励；
6	大力提高基层医疗卫生服务能力	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）； 理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）； 促进社会力量参与卫生服务（推手 7）；	纵向整合，调整医院职能； 转变激励机制，扭转当前卫生服务在各级医疗机构中的不合理分布； 就社会力量可以为实现卫生体系目标做出何种贡献形成清晰共识；
7	整合推进区域医疗资源共享	理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）	转变激励机制，扭转当前卫生服务在各级医疗机构中的不合理分布；
8	加快推进医疗卫生信息化建设	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	先进的信息和通信技术（电子医疗）；
9	完善医疗资源合理配置机制	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1） 理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）	纵向整合，调整医院职能； 转变激励机制，扭转当前卫生服务在各级医疗机构中的不合理分布；
10	推进医保支付制度改革	理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）	转变并理顺整个卫生服务供方的激励机制，确保其在支持人群健康、服务质量和成本控制方面的一致性； 转变激励机制，扭转当前卫生服务在各级医疗机构中的不合理分布；
11	建立完善利益分配机制	理顺服务购买与供方支付的激励机制（推手 5）	整合和加强保险经办机构的能力，使其成为服务的战略购买者；
12	构建医疗卫生机构分工协作机制	根据以为人本的一体化服务模式构建卫生服务提供体系（推手 1）	纵向整合，调整医院职能；

备注：新政策是指《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见（国办发[2015]70 号）》。

附件 4：22 个 PCIC 绩效改进项目名称及概述

PCIC 绩效改进项目	概述
中国案例研究	
江苏镇江全面医改（大卫生） 报告中称为： <i>镇江医改</i>	镇江市位于中国东部长江沿岸，它于 2011 年在两个主要城区全面实施医改。通过改革成立了两大医疗集团：康复医疗集团和江滨医疗集团。它们采用“3+X 家庭健康服务”模式加强纵向和横向整合，管理所有签约居民的卫生服务。
上海家庭医生制度（FDS）报告中称为： <i>上海 FDS</i>	上海市的黄浦和浦东两区于 2011 年 4 月开始实行家庭医生制度。这个案例研究以这两个区的五个社区卫生服务中心为研究重点。家庭医生制度的主要目的是改善一线服务，加强医生和签约居民的关系，从而建立对疾病的跟踪治疗体系，尤其是加强对慢病管理。
青海湟中医联体报告中称为： <i>湟中医联体</i>	位于中国西北部的青海省湟中县于 2013 年实施了医联体制度，以实现县、乡、村卫生服务机构的纵向整合。改革的重点是实行统一管理、整合人力资源、加强双向转诊安排、建立医疗信息系统（HIS）、共享医疗资源，从而形成一体化的“县—乡—村”医疗服务体系。
浙江杭州“十二五”医改报告中称为： <i>杭州“十二五”医改</i>	浙江省省会杭州市有 800 多万人口，在向居民提供公平和充分的医疗卫生服务方面一直面临重重困难。为克服这些障碍，2011 年实施了“十二五”医改规划，主要改革重点包括一体化电子诊疗服务、非传染性疾病联合中心以及医养结合服务等。
安徽肥西加强基层卫生服务能力 报告中称为： <i>肥西医改</i>	位于中国东部的安徽省肥西县有 85 万人口。2009 年，肥西成为“加强基层医疗卫生服务能力”改革试点县。这项试点主要针对四个方面：1) 人力资源；2) 网络建设；3) 组织和管理；4) 工作条件。
河南息县协作医疗报告中称为： <i>息县协作医疗</i>	在河南息县的协作医疗改革中，2012 年，县医院、乡镇卫生服务中心和村卫生室之间订立协作合同，以解决慢病管理服务质量低以及卫生服务体系的问题。改革重点包括强化转诊机制、向下级卫生机构提供技术支持、调整支付制度以推动成本分担等。所有这些内容在改革初期已经取得了较大成功。
北京朝阳医院医联体，四个案例 报告中称为： <i>北京朝阳医联体</i>	北京朝阳医院医联体成立于 2012 年末，目的是鼓励患者小病要更多地使用社区卫生服务中心，同时加强高级别医院与基层机构之间的协作。朝阳医院医联体包含了一家核心医院和另一家三级医院、一家二级医院和若干社区卫生服务中心，由后者协调对病人的服务。由于采用这个组织形式，2013 年有更多的卫生服务机构加入了该医联体。
北京大学人民医院一体化服务体系， 四个案例报告中称为： <i>北京北大医院一体化服务体系</i>	2007 年起，北京大学人民医院一体化服务体系旨在加强不同卫生机构间的技术援助，并利用信息技术改善供方协作。通过这个体系，供方可以开展远程讨论、专业教育和培训，对一体化服务体系内所有供方提供最新的研究成果。
上海瑞金-卢湾医院集团（RLG）， 四个案例报告中称为： <i>上海瑞金卢湾医院集团</i>	2011 年，上海瑞金-卢湾集团成立。集团以上海交大医院为核心医院，还包括两家二级医院和四个服务于邻近地区居民的社区卫生服务中心。该集团建立了一个便于居民使用的共用医学影像和检测中心，在社区卫生服务中心为病人提供“专家与全科医生联合门诊”，并加强了原来已有的基层服务供方培训基地。
江苏镇江康复医疗集团，四个案例 报告中称为： <i>镇江康复医疗集团</i>	江苏镇江康复医疗集团于 2009 年底成立。它将医学影像、化学检验、病理检验部门整合起来，并要求基层卫生服务机构对慢病门诊服务承担更多责任。另外，该医疗集团还建立“3+X”健康服务团队，并推动集团内机构间加强信息交流。

PCIC 绩效改进项目	概述
国际案例研究	
丹麦——对慢病患者的一体化服务 (SIKS) 报告中称为： <i>丹麦 SIKS</i>	丹麦在哥本哈根四个被称为 SIKS 中心的机构开展了慢病康复项目试点。由于试点较为成功，丹麦实施了全国性的疾病管理项目，提供一体化的慢病综合服务。
英格兰詹姆斯·库克大学医院 (JCUH) 门诊急诊服务 (AEC) 报告中称为： <i>JCUH, AEC</i>	詹姆斯·库克大学医院位于英格兰北部。它是一家半自治的公立医院。2000 年代初，医院成立了门诊急诊服务中心，对某些病情根据事先制定的临床指南向病人提供当日诊疗服务而不需住院。医院同时还制定了病人诊疗路径，明确加强了初级保健医生与医院之间的相互合作。
德国 Kinzigtal 地区——Gesundes Kinzigtal 体系 报告中称为： <i>Kinzigtal, GK</i>	Gesundes Kinzigtal 位于德国黑森林地区，它于 2005 年将由医生经营的非营利组织 MQNK 与医学管理和投资公司 OptiMedis 结合起来。整合后的工作重点是改善人群健康和患者体验，同时开发良好的商业计划来鼓励病人和服务供方加入。
荷兰——马斯特里赫特糖尿病医疗服务 (DTC) 报告中称为： <i>荷兰 DTC</i>	位于荷兰南部的马斯特里赫特地区开发了一个糖尿病一体化服务框架，保险公司与初级保健医生协商达成针对某种疾病的服务包价格。在试点成功的基础上，2010 年荷兰将它推广至全国。
新西兰坎特伯雷——卫生服务计划 (HSP) 报告中称为： <i>坎特伯雷 HSP</i>	坎特伯雷是位于新西兰中部的一个区，它于 2007 年制定了“卫生服务计划”。该计划包括了很多新项目，如急症管理服务、对数百种疾病建立标准化服务流程“HealthPathways”、成立“社区康复支持团队”等。同时，坎特伯雷还实施了一些配套项目来为以人为本、协调的、一体化的医疗卫生服务提供支持，如电子医疗档案系统、电子转诊系统、临床继续教育课程以及服务机构之间的正式联盟等。
挪威佛森——区医疗中心 (DMC) 报告中称为： <i>佛森 DMC</i>	挪威北部峡湾地区的城市佛森开发了一种“区医疗中心” (DMC) 模式。它向社区居民提供一体化、相互协作的急症服务以减少住院。2012 年，挪威将佛森成功的 DMC 模式向全国推广。
葡萄牙——地方医疗中心 (ULS) 报告中称为： <i>葡萄牙 ULS</i>	1999 年，葡萄牙北部一个小省成立了“地方医疗中心” (ULS)，在特定地理区域 (Matosinhos) 提供一体化的初级和二级卫生服务，集中管理，同时加强服务协调。2007 年后又成立了七个 ULS，现在它们所服务的人口占葡萄牙总人口的 10%。
新加坡——区域医疗体系 (RHS) 报告中称为： <i>新加坡 RHS</i>	新加坡对其卫生服务系统进行了重组，成立了六个“区域医疗体系” (RHS)，以便形成具有横向整合和纵向贯穿特性的卫生服务生态环境。每个 RHS 都进行创新，为一体化协调服务开发干预方案，如养老服务过渡、居家养老、急症后居家康复、社区健康帮助计划、家庭医生中心、一体化服务路径等。
土耳其——卫生转型规划 (HTP) 报告中称为： <i>土耳其 HTP</i>	土耳其 2003 年“全国医疗卫生转型规划”的重点是建立高质量的家庭医生中心，在全国各地负责居民个人和人群健康。医院改组、医生薪酬、数据管理和全国医疗保险等方面的举措促进了这一转型。
美国马里兰州——CareFirst 以患者为中心的医疗之家 报告中称为： <i>马里兰州 CareFirst</i>	这个案例研究描述了由马里兰州医疗保险公司 CareFirst 创制的“以患者为中心的医疗之家”模式。该保险公司提供相关支持，并建立了新的经济激励方案，从而推动了全州一线服务的改进，使服务质量得到改善，医院和专科服务的使用下降。
美国——“全方位老人照护方案” (PACE) 报告中称为： <i>美国 PACE</i>	美国各地的 PACE 中心为符合老人院入院资格的衰弱老人提供一体化的全面居家照护服务。这些中心的经费来自老年医疗保险 (Medicare) 和医疗救助 (Medicaid) 按人头支付的费用，每个中心服务约 300 名病人。PACE 模式源于加利福尼亚，现在已经扩展到 30 个州。
美国退伍军人健康管理局 (VHA) ——病人协同照料团队 (PACT) 报告中称为： <i>VHA PACT</i>	“以患者为中心的医疗之家” (PCMH) 模式已经被全美各地用来整合和改善初级卫生服务。退伍军人健康管理局 (VHA) 以 PCMH 模式为基础建立“病人协同照料团队” (PACT)，重组初级卫生保健服务提供模式，与系统内的其他方面进行纵向整合。VHA 的初级卫生服务现在完全采用多学科团队模式，初步证据表明这种做法是较为成功的。

附件 5: PCIC 项目的影响频率 (研究的数量)

模式	影响	住院和急诊的使用	服务过程	即时健康结果和死亡率	病人体验	成本	引用文献
PCIC 一般性研究 (52 个研究)	改进	17	7	21	9	22	Nolte and Pitchforth (2014); Hildebrandt et al. (2015); Schulte et al. (2014); World Bank (2015); Guanais & Macinko (2009); Macinko et al. (2011)
	未变化或恶化	5	4	10	1	2	
	无充足证据/结论不明确, 或未衡量	30	41	21	42	28	
PCMH —— “以患者为中心的医疗之家” (14 项干预)	改进	12	7	4	2	6	Reid et al. (2010); Reid et al. (2013); Gilfillan et al. (2010); van Hasselt et al. (2015); Rosenthal et al. (2013); Nelson et al. (2014); Werner et al. (2014); Hebert et al. (2014); Bitton (2015); DeVries et al. (2012); Fifield et al. (2013); Friedberg et al. (2014); Wang et al. (2014); Friedberg et al. (2015); World Bank (2015)
	未变化或恶化	2	1	1	0	2	
	无充足证据/结论不明确, 或未衡量	0	6	9	12		
PACE —— “全方位老人照护方案” (16 个研究)	改进	9	0	7	1	0	Beauchamp et al. (2008); Chatterji et al. (1998); Weaver et al. (2008); Mukamel, Bajorska, & Temkin-Greener (2002); Temkin-Greener, Bajorska, & Mukamel (2008); Kane et al. (2006b); Kane et al. (2006a); Meret-Hanke (2011); Wieland et al. (2000); Division of Health Care Finance & Policy (2005); Kane, Homyak, & Bershadsky (2002); Mukamel et al. (2006); Mukamel et al. (2007); Wieland et al. (2010); Mancuso, Yamashiro, & Felver (2005); Mukamel, Temkin-Greener, & Clark (1998)
	未变化或恶化	1	0	1	3	0	
	无充足证据/结论不明确, 或未衡量	6	16	8	12	16	
疾病 / 个案管理 (257 个研究)	改进	82	22	64	28	34	Nolte and Pitchforth (2014); Runz-Jørgensen and Frølich (2015); Frølich et al. (2015); Vadstrup et al. (2011); Elissen et al. (2012); Elissen et al. (2015); Struijs et al. (2012); Struijs et al. (2012b)
	未变化或恶化	29	6	25	8	37	
	无充足证据/结论不明确	17	0	14	10	9	
	未衡量	129	229	154	211	178	
中国 (6 个案例研究)	改进	1	6	1	1	2	World Bank (2015)
	未变化或恶化	0	0	0	0	0	
	无充足证据/结论不明确	5	0	5	5	4	

参 考 资 料



Aarons, G. A., D. Summerfield, D. B. Hecht, J. F. Silovsky, and M. J. Chaffin. 2009. "The Impact of Evidence-Based Practice Implementation and Fidelity Monitoring on Staff Turnover: Evidence for a Protective Effect." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77: 270-280.

AHRQ. Potentially preventable hospitalization for acute and chronic conditions. 2010.

<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb99.pdf>.

Aitken, M., and S. Valkova. 2013. "Avoidable costs in US Healthcare." IMS Institute for Healthcare Informatics, Parsippany, NJ.

Allen, Pauline, Qi Cao and Hufeng Wang. 2013. "Public Hospital Autonomy in China in an International Context." *International Journal of Health Planning and Management*, doi: 10.1002/hpm.2200.

Adel, Charles, et al. 2012. "The Economics of Healthcare Quality and Medical Errors." *Journal of Healthcare Finance* 39 (1): 39.

AoMRC, 2014. <http://www.theguardian.com/society/2014/nov/05/nhs-wastes-over-2-bn-on-unnecessary-treatment>.

Audit Commission. 2004. *Implementing Telecare*. London: Audit Commission.

Australia Health Ministers' Advisory Council. 1996. *The Final Report of the Taskforce on Quality in Australian Health Care*. Australia.

Babiarz, Kimberly S., Grant Miller, Hongmei Yi, Linxiu Zhang, and Scott Rozelle. 2012. "China's New Cooperative Medical Scheme Improved Finances of Township Health Centers But Not The Number Of Patients Served." *Health Affairs* 31 (5):1065-1074. doi: 10.1377/hlthaff.2010.1311.

Baicker, Katherine, and Amitabh Chandra. 2004. "Medicare Spending, the Physician Workforce, and Beneficiaries' Quality of Care." *Health Affairs* 23 (3): 291-291.

Barber, Sarah L., Michael Borowitz, Henk Bekedam and Jin Ma. 2013. "The hospital of the future in China: China's reform of public hospitals and trends from industrialized countries." *Health Policy and Planning Advance Access* 1-12, doi:10.1093/heapol/czt023.

Barcelo A, Cafiero E, de Boer M, et al. 2010. "Using Collaborative Learning to Improve Diabetes Care and Outcomes: the VIDA Project". *Primary Care Diabetes* (4):145-53.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., and Hainsworth, J. 2002. "Self-management Approaches for People with Chronic Conditions: A Review." *Patient Education and Counseling* 48 (2): 177-187.
- Barr, Victoria J., Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, and Lisa Underhill. 2003. "The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model". *Hospital Quarterly* 7 (1):73-82.
- Bates, D.W., and A. Bitton. 2010. "The Future of Health Information Technology in the Patient-centered Medical Home". *Health Affairs (Millwood)* 29 (4):614-21.
- Batis, Carolina, Daniela Sotres-Alvarez, Penny Gordon-Larsen, Michelle A. Mendez, Linda Adair, and Barry Popkin. 2014. "Longitudinal Analysis of Dietary Patterns in Chinese Adults from 1991 to 2009." *British Journal of Nutrition* 111 (08):1441-1451. doi:doi:10.1017/S0007114513003917.
- Beauchamp, Jody, Valerie Cheh, Robert Schmitz, Peter Kemper, and John Hall. 2008. "The Effect of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) on Quality." Report submitted to the Centers for Medicare and Medicaid Services. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. 2011. *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199.* (Prepared by RTI International University of North Carolina) AHRQ Publication Number 11. March 2011
- Berkman, Nancy D., et al. 2011. "Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review." *Annals of internal medicine* 155.2: 97-107.
- Liu, Yuanli, Peter Berman, Winnie Yip, Haocai Liang, Qingyue Meng, Jiangbin Qu, and Zhonghe Li. "Health care in China: The role of nongovernment providers." *Health Policy* 77, no. 2 (2006): 212-220.
- Berwick, Donald M. 2008. "The Science of Improvement." *Jama* 299 (10): 1182-1184
- Berwick, Donald M., Thomas W. Nolan, and John Whittington. 2008. "The Triple Aim: Care, Health, and Cost." *Health Affairs* 27 (3):759-769.
- Bhattacharyya, Onil, Yin Delu, Sabrina T. Wong, and Chen Bowen. 2011. "Evolution of Primary Care in China 1997–2009." *Health Policy* 100 (2–3):174-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.005>.
- Bhattacharyya, Onil, Yin Delu, Sabrina T Wong, and Chen Bowen. 2011. "Evolution of Primary Care in China 1997–2009." *Health Policy* 100 (2): 174-80.
- Bhutta, Zulfiqar A. 2010. "Unravelling the Enigma of Health Statistics in China." 2010. *The Lancet* 375 (9720): 1058-60.
- Bi, Yufang, et al. 2009. "Evidence-based medication use among Chinese patients with acute coronary syndromes at the time of hospital discharge and 1 year after hospitalization: results from the Clinical Pathways for Acute Coronary Syndromes in China (CPACS) study." *American Heart Journal* 157.3: 509-516.
- Bieber, Christiane, et al. 2009. "Training Physicians in Shared Decision-making—Who can be reached and what is achieved?" *Patient Education and Counseling* 77 (1): 48-54.
- Bitton, A. 2015. "Taking the Pulse of PCMH Transformation Nationwide." Lecture presented at World Bank Group in Washington DC, May 29.
- Bloom, David E., Elizabeth T. Cafiero, Mark E. McGovern, Klaus Prettnner, Anderson Stanciole,

- Jonathan Weiss, Samuel Bakkila, and Larry Rosenberg. 2013. The economic impact of non-communicable disease in China and India: estimates, projections, and comparisons. . In NBER Working Paper Series. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Bloom, Nicholas, Carol Propper, Stephan Seiler, and John Van Reenen. 2015. "The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals," *The Review of Economic Studies* 82(2):457-489.
- Bloom, Nicholas, Christos Genakos, Raffaella Sadun, and John Van Reenen. 2012. "Management Practices across Firms and Countries," *Academy of Management Perspectives* 26 (1): 12-33.
- Bloom, Nicholas, Rebecca Homkes, Raffaella Sadun, John Van Reenen, Stephen Dorgan, and Dennis Layton. 2010. *Management in Health care: Why Good Practice Really Matters*. London: McKinsey and Centre for Economic Performance. http://cep.lse.ac.uk/_new/events/event.asp?id=114.
- Bloom, Nicholas, and John Van Reenen. 2010. "Why Do Management Practices Differ across Firms and Countries?" *Journal of Economic Perspectives* 24 (1): 203-24.
- Bloom, Nicholas and John Van Reenen. 2007. "Measuring and Explaining Management Practices across Firms and Countries," *The Quarterly Journal of Economics* 122 (4): 1351-1408.
- Blumenthal, David, and William Hsiao. 2005. "Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system." *New England Journal of Medicine* 353 (11):1165-1170.
- Blumenthal-Barby, Jennifer Swindell, and Hadley Burroughs. 2012. "Seeking better health care outcomes: the ethics of using the “nudge”." *The American Journal of Bioethics* 12.2:1-10.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr and Heinz Rothgang. 2013. "Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification." *Health Policy* 113:258-269. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.
- Bonvicini, Kathleen A., et al. 2009. "Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters." *Patient Education and Counseling* 75(1): 3-10.
- Brixi, H., and others (2013). *Engaging Sub-national Governments in Addressing Health Equities: Challenges and Opportunities in China's Health System Reform*. *Health Policy and Planning*. 28(8): 809-824.
- Brush JE, Jr., Rensing E, Song F, et al. 2009. "A statewide collaborative initiative to improve the quality of care for patients with acute myocardial infarction and heart failure." *Circulation* (119):1609-15.
- Busetto, Loraine, Katrien Ger Luijkx, Arianne Mathilda Josephus Elissen, and Hubertus Johannes Maria Vrijhoef. 2015. "A Systematic Literature Review of the Implementation of Integrated Care for People with Diabetes Mellitus Type 2: Context, Mechanisms and Outcomes." *International Journal of Integrated Care* 15 (5).
- Busse, R., and others (2004). *Regulating Entrepreneurial Behavior in Hospitals: Theory and Practice*. Chapter 6 (pp 126-144) in Saltman, Busse, and Figueras (editors), *Social health insurance systems in Western Europe*, McGraw-Hill International.
- Cai, Gao-chen. 2014. "The capitation model of Changde." *China Social Security* (2):76-79.
- Caldwell, John C. 1986. "Routes to Low Mortality in Poor Countries." *Population and Development Review* 12 (2):171-220. doi: 10.2307/1973108.

- Cambridge Health Alliance in VHA Case Study, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Study on “Integrated Services Reform between Community Health Service Centers and Hospitals” in Hangzhou, Zhenjiang Province, China, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Studies on People Centered/Integrated Health Care in the OECD and Middle Income Countries: The CareFirst Blue Cross Blue Shield Patient-Centered Medical Home Model, Maryland USA, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Study in Primary Care Centered Care in Two Districts in Shanghai—Family Doctor System, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Study Research on the Integrated Healthcare System based on Healthcare Groups in Zhenjiang, Jiangsu Province, China, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Study for People Centered Health Care in Turkey, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Case Study of the Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model (in the Veterans Health Administration), 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Cashin, Cheryl, Y-Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz, and Sarah Thomson, eds. 2014. *Paying-For-Performance in Health Care: Implications for Health Systems Performance and Accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care-implications-for-health-system-performance-and-accountability>.
- Chatterji, Pinka, Nancy R. Burstein, David Kidder, and Alan White. 1998. "Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elder (PACE) Demonstration: The Impact of PACE on Participant Outcomes." Report submitted to the Health Care Financing Administration. Cambridge, MA: Abt Associates, Inc.
- 陈飞, “深圳鹏程医院发生菜刀砍医事” <http://health.sohu.com/20120904/n352262739.shtml> (accessed July 7, 2016).
- Chen Gao, Fei Xu, Gordon G. Liu. 2014. "Payment Reform and Changes in Health Care in China." *Social Science & Medicine* (111):10e16.
- Chen, Junshi, and Wenhua Zhao. 2012. "Diet, Nutrition and Chronic Disease in Mainland China." *Journal of Food & Drug Analysis* (20):222-225.
- 陈明, 赵红梅, 贾赛军, “运用全面质量管理方法改进专家门诊诊间加号流程”《中国医院》1 (1)
- Chen, Vivian, YueXia Gao and Yuan Wang. 2015. “Aier Eye Hospital Case Study.” Unpublished report commissioned by the International Finance Corporation, World Bank, Beijing.
- Chen, Vivian and Yue Xia Gao. 2015. “Wuhan Asia Heart Hospital Case Study.” Unpublished report commissioned by the International Finance Corporation, World Bank, Beijing.
- Chen, Zhu. 2009. "Launch of the health-care reform plan in China." *The Lancet* 373 (9672):1322-1324.
- Cheng, H., and Chan, K. 2009. *Public Service Advertising in China: A semiotic Analysis*. In H. Cheng and K. Chan, (Eds.) “Advertising and Chinese Society: Impacts and Issues (pp. 203-221). Copenhagen, Denmark: Copenhagen Business School Press.
- Cheng, H., Kotler, P., and Lee, N. 2011. *Social Marketing for Public Health: Global Trends and*

Success Stories. Jones & Bartlett Learning.

Cheng, Tsung-Mei. 2013. "A Pilot Project Using Evidence-Based Clinical Pathways and Payment Reform in China's Rural Hospitals Shows Early Success." *Health Affairs* 32 (5):963-973. doi:10.1377/hlthaff.2012.0640.

Cheng, Tsung-Mei. 2013. "A Pilot Project Using Evidence-Based Clinical Pathways and Payment Reform in China's Rural Hospitals Shows Early Success." *Health Affairs* 32 (5): 963-73.

Chevreur, Karine, et al. 2010. "France: Health system review." *Health Systems in Transition* 12 (6).

China Medical Tribune. Medical War in 2012. <http://www.cmt.com.cn/detail/111139.html> (accessed Aug 16, 2013).

China Medical Tribune. 2013. Violent Events Against Doctors in the First Half of 2013. <http://www.cmt.com.cn/detail/270013.html> (accessed Aug 16, 2013).

Chinese Medical Doctor Association. 2013. "Four doctors dead within a week: who will guard the physicians' health?" <http://www.cmda.gov.cn/xinwen/redianxinwen/2013-07-14/12299.html> (accessed Aug 16, 2013).

Chisholm, Dan, and David B. Evans. 2010. "Improving Health System Efficiency as a Means of Moving towards Universal Coverage." In *World Health Report 2010 Background Paper*. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Chow, Clara K, Koon K Teo, Sumathy Rangarajan, Shofiqul Islam, Rajeev Gupta, Alvaro Avezum, Ahmad Bahonar, Jephath Chifamba, Gilles Dagenais, and Rafael Diaz. 2013. "Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries." *JAMA* 310 (9):959-968.

Coulter, A. and Magee. H. 2003. *The European*

Patient of the Future. Maidenhead: Open University Press.

Coulter, A. 2004. "When I'm 64: Health Choices". *Health Expectations* 7 (2):95-97.

Coulter, Angela, and Jo Ellins. 2007 "Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients." *BMJ: British Medical Journal* 335.7609:24.

Coulter, Angela, Collins, Alf. 2011. *Making Shared Decision-making a Reality. No Decision about Me, without Me*. The King's Fund. London (UK). http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html.

Coulter, Angela. 2011. *Engaging Patients in Healthcare*. McGraw-Hill Education (UK).

Coulter A, Roberts S, Dixon A. 2013. *Delivering better services for people with long term conditions. Building the house of care*. King's Fund. www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-peoplewith-long-termconditions.pdf.

Craig, Catherine, Doug Eby, and John Whittington. 2011. "Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs". IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, Massachusettes.

Currie, Janet, Wanchuan Lin, and Juanjuan Meng. 2014. "Addressing Antibiotic Abuse in China: An Experimental Audit Study." *Journal of Development Economics* 110:39-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdeveco.2014.05.006>.

Currie, Janet, Wanchuan Lin, and Wei Zhang. 2011. "Patient Knowledge and Antibiotic Abuse: Evidence from an Audit Study in China." *Journal of Health Economics* 30 (5):933-949. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.009>.

- Curry, Natasha and Chris Ham. 2010. *Improving Health Outcomes Through Integration*. The King's Fund (UK).
- Curry, Natasha and Chris Ham. 2010. *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*, The King's Fund (UK).
<https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>
- Cutler, David. 2014. *The Quality Cure: How Focusing on Health Care Quality Can Save Your Life and Lower Spending Too*. University of California Press.
- Curtis, Jessica and Renee Markus Hodin. 2009. "Special Delivery: How Coordinated Care Programs Can Improve Quality and Save Costs". Community Catalyst Inc. Boston, Massachusetts.
- Daermmich, A. 2013. "The Political Economy of Health Care Reform in China: Negotiating Public and Private." *SpringerPlus* 2: 448.
- Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander, and Julie C. Lowery. 2009. "Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science." *Implement Sci* 4, No. 1: 50.
- Dayal, Prarthna, and Krishna Hort. 2015. "Quality of Care: What Are Effective Policy Options for Governments in Low and Middle Income Countries to Improve and Regulate the Quality of Ambulatory Care?" *Policy Brief* 4 (1). World Health Organization. Manila, Philippines.
- Deaton, Angus. 2013. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press.
- de la Maisonnette, Christine, and Joaquim Oliveira Martins. 2013. *A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures*. In OECD Economics Department Working Paper No. 1048. Paris: OECD.
- De Leeuw, Evelyne, et al. 2015. "European Healthy Cities Evaluation: conceptual framework and methodology." *Health promotion international* 30.suppl 1: i8-i17.
- Deming, William Edwards. 2000. *The New Economics: For Industry, Government, Education*. MIT Press. Cambridge, MA.
- DeVries, Andrea, C. H. Li, Gayathri Sridhar, Jill Rubin Hummel, Scott Breidbart, and John J. Barron. 2012. "Impact of Medical Homes on Quality, Healthcare Utilization, and Costs." *The American Journal of Managed Care* 18 (9): 534-544.
- Deyo RA, Cherkin DC, Weinstein J, Howe J, Ciol M, Mulley 10 AG Jr. 2000. "Involving patients in clinical decisions: impact of an interactive video program on use of back surgery." *Medical Care* 38:959-69.
- Division of Health Care Finance and Policy. 2005. "PACE Evaluation Summary." Alexandria, VA. (USA).
- Donabedian, Avedis. "Evaluating the Quality of Medical Care." 2005. *Milbank Quarterly* 83 (4): 691-729.
- Doran, Tim, and Martin Roland. 2010. "Lessons from Major Initiatives to Improve Primary Care in the United Kingdom." *Health Affairs* 29 (5): 1023-1029. doi:10.1377/hlthaff.2010.0069.
- Du, Mingmei, et al. 2014. "Real-time Automatic Hospital-wide Surveillance of Nosocomial Infections and Outbreaks in a Large Chinese Tertiary Hospital." *BMC Medical Informatics and Decision-making* 14.1:9.
- Durlak, Joseph A., and Emily P. DuPre. 2008. "Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting

- Implementation. *Am J Community Psychol*. 41:327-350. DOI 10.1007/S10464-008-9165-0.
- Economic Intelligence Unit. 2015. *China Healthcare, Industry Report*, the Economist, UK
- Edwards, Nigel. 2011. "England." In Richard B. Saltman, Antonio Duran, and Hans. F.W. Dubois, eds., *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eggleston, Karen, Li Ling, Meng Qingyue, Magnus Lindelow, and Adam Wagstaff. 2008. "Health Service Delivery in China: A Literature Review." *Health Economics* 17 (2):149-165. doi: 10.1002/hec.1306.
- Elissen AM, Duimel-Peeters IG, Spreeuwenberg C, Spreeuwenberg M, Vrijhoef HJ. 2012. Toward Tailored Disease Management for Type 2 Diabetes. *The American Journal of Managed Care* 18:619-30.
- Emergency Care across the Primary/Secondary Care Interface, the James Cook University Hospital, England.
- Ettelt, S., E. Nolte, S. Thomson, N. Mays, and the International Healthcare Comparisons Network. 2008. *Policy Brief: Capacity Planning in Healthcare – A Review of International Experience*. World Health Organization in behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Europe, R. A. N. D. "Ernst and Young LLP. 2012. *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*." London: Department of Health.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (n.d.). *Health Systems in Transition (HiT) Profile of France*. Retrieved from <http://hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=4.2%20Planning%20and%20health%20information%20management&Type=Section>.
- 发改社会发, 2010年561号, 国家发展改革委, 以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划.
- 发改价格发, 2011年674号, 国家发展改革委, 卫生部关于开展按病种收费方式改革试点的有关问题.
- Fan, Yunzhou, Zhaoxia Wei, Weiwei Wang, Li Tan, Hongbo Jiang, Lihong Tian, Yuguang Cao, and Shaofa Nie. 2014. "The Incidence and Distribution of Surgical Site Infection in Mainland China: a Meta-Analysis of 84 Prospective Observational Studies" *Scientific Reports* 4, article no. 6783.
- Feng, Jin, Pingyi Lou, and Yangyang Yu. 2015. "Health Care Expenditure over Life Cycle in the People's Republic of China." *Asian Development Review*.
- Feng, Xing Lin, Mingfan Pang, and John Beard. 2014. "Health System Strengthening and Hypertension Awareness, Treatment and Control: Data from the China Health and Retirement Longitudinal Study." *Bulletin of the World Health Organization* 92 (1):29-41.
- Fifield, Judith, Deborah Dausser Forrest, Melanie Martin-Peele, Joseph A. Burlison, Jeanette Goyzueta, Marco Fujimoto, and William Gillespie. 2013. "A Randomized, Controlled Trial of Implementing the Patient-centered Medical Home Model in Solo and Small Practices." *Journal of General Internal Medicine* 28 (6): 770-777.
- Fixsen, Dean L., Sandra F. Naoom, Karen A. Blasé, Robert M. Friedman, and Frances Wallace. 2005. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida.

- Franco LM, Marquez L. 2011. "Effectiveness of Collaborative Improvement: Evidence from 27 Applications in 12 Less-developed and Middle-income Countries." *BMJ Quality & Safety* (20):658-65.
- Frank, J., et al. 2010. "Health professionals for a new Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an interdependent world." *The Lancet* 376 (9756):1923-1958.
- French, J. and Blair-Stevens, C. 2007. *Big Pocket Book: Social Marketing*. London: National Social Marketing Center.
- Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, and Harvey Fineberg. 2010. "Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World." *The Lancet* 376 (9756): 1923-1958.
- Freund, Tobias, Christine Everett, Peter Griffiths, Catherine Hudon, Lucio Naccarella, Miranda Laurant, and Lincoln Chen. 2015. "Skill Mix, Roles, and Remuneration in the Primary Care Workforce: Who Are the Health Care Professionals in the Primary Care Teams Across The World?" *International Journal of Nursing Studies* 52: 727-743.
- Friedberg, Mark W., Meredith B. Rosenthal, Rachel M. Werner, Kevin G. Volpp, and Eric C. Schneider. 2015. "Effects of a Medical Home and Shared Savings Intervention on Quality and Utilization of Care." *JAMA Internal Medicine*.
- Friedberg, Mark W., Eric C. Schneider, Meredith B. Rosenthal, Kevin G. Volpp, and Rachel M. Werner. 2014. "Association between Participation in a Multipayer Medical Home Intervention and Changes in Quality, Utilization, and Costs of Care." *Jama* 311 (8): 815-825.
- Friedberg, M.W., P.S. Hussey, and E.C. Schneider. 2010. "Primary Care: A Critical Review of the Evidence on Quality and Costs of Health care." *Health Affairs (Millwood)* 29 (5):766-72. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0025.
- Frølich A, R. Jacobsen, C. Knai, Denmark. In: Nolte E, Knai C, eds. 2015. "Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems. Country Reports." Copenhagen: World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies): 17-26.
- Fu, Dongbo, Fu Hua, Patrick McGowan, Shen Yi-e, Zhu Lizhen., Yang Huiqin, Mao Jianguo, Zhu Shitai, Ding Yongming, and Wei Zhihua. 2003. "Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial". *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (3), 174-182. <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v81n3/v81n3a07.pdf>.
- Galea, Sandro, and David Vlahov. 2005. "Urban health: evidence, challenges, and directions." *Annu. Rev. Public Health* 26: 341-365.
- Galea, Sandro, Nicholas Freudenberg, and David Vlahov. 2005. "Cities and population health." *Social Science & Medicine* 60.5: 1017-1033.
- Gao, Chen, Fei Xu, and Gordon G. Liu. 2014. "Payment Reform and Changes in Healthcare in China." *Social Science & Medicine* 111:10-16.
- Gao, Tian, and Bruce Gurd. 2015. "Meeting the Challenge in Performance Management: The Diffusion and Implementation of the Balanced Scorecard in Chinese Hospitals". *Health Policy and Planning* 30(2): 234-241.
- Garside, Pam. 1998. "Organisational Context for Quality: Lessons from the Fields of Organisational Development and Change Management". 7 (suppl):S8-S15.
- Gilfillan, R. J., J. Tomcavage, and M.B.

- Rosenthal. 2010. Geisinger Medical Home Pilot Demonstrates Success. *Managed Care* 16:607-14.
- Glasgow, R. E., Emont, S., Miller, D. C. 2006. "Assessing Delivery of the Five 'As' for Patient-centered Counselling." *Health Promotion International* 21 (3):245-255.
- Glucksman, J. and R. Lipson (2010). *Private Health care: A Tough Market to Crack*. China Business Review.
- Gong, Yanhong, Chen Yang, Xiaoxv Yin, Minmin Zhu, Huajie Yang, Yunxia Wang, Yongbin Li, Liqun Liu, Xiaoxin Dong, Shiyi Cao, and Zuxun Lu. 2015. "The Effect of Essential Medicines Programme on Rational use of Medicines in China." *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czv008.
- Gordon-Larsen, P., H. Wang, and B. M. Popkin. 2014. "Overweight Dynamics in Chinese Children and Adults." *Obesity Reviews* 15:37-48. doi: 10.1111/obr.12121.
- Gragnotati, M., M. Lindelow, and B. Couttolenc. 2013. *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: World Bank. https://www.researchgate.net/publication/266969625_Twenty_Years_of_Health_System_Reform_in_Brazil_An_Assessment_of_the_Sistema_Unico_de_Saude
- Green, G., Jackisch, J., & Zamaro, G. 2015. Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. *Health Promotion International*, 30 (suppl 1):i99-i107.
- Green, Sarah M., Robert J. Reid, and Eric B. Larson. 2012. "Implementing the Learning Health System: From Concept to Action". *Annals of Internal Medicine*. 157 (3):207-210.
- Gu, E. and J. Zhang (2006). *Health Care Regime Change in Urban China: Unmanaged Marketization and Reluctant Privatization*. *Pacific Affairs*. 79(1): 49-71.
- Guanais, Frederico C., and James Macinko. 2009. "The Health Effects of Decentralizing Primary Care in Brazil." *Health Affairs* 28 (4): 1127-1135.
- 广州日报, 2014. "医患纠纷 10 年增长 10 倍 医生平均 2.4 分钟看 1 病人" <http://gd.sina.com.cn/news/m/2014-06-30/0726109553.html>.
- Guariguata, L, DR Whiting, I Hambleton, J Beagley, U Linnenkamp, and JE Shaw. 2014. "Global estimates of Diabetes Prevalence for 2013 and Projections for 2035." *Diabetes Research and Clinical Practice* 103 (2):137-149.
- 国家卫生和计划生育委员会, 2014. 全民健康素养促进行动规划。
- 国家卫生部, 卫生部 2012 年第 84 号令, 抗菌药物临床应用管理办法。
- 国务院办公厅, 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见, 国办发 [2015]70 号。
- 国务院办公厅, 关于促进社会办医加快发展若干政策措施的通知, 国办发 [2015]45 号。
- 国务院办公厅, 2015, 关于城市公立医院综合改革试点的指导意见, 国办发 [2015]38 号。
- 国务院办公厅, 关于全面推县级公立医院综合改革的实施意见, 国办发 [2015]33 号。
- 国务院办公厅, 全国医疗卫生服务体系规划纲要 (2015-2020 年), 国办发 [2015]14 号。
- 国务院, 卫生事业发展“十二五”规划的通知。
- 国务院办公厅, 关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知, 国办发 [2015]58 号。
- Guo Shan-shan. 2013. *Study on the Payment Reform of Residents Medical Insurance System in Jilin Province—Based on Abroad and Home Research*. Graduate Student Thesis. Northeast Normal University.

国卫基层发 [2015]93 号关于进一步规范社区卫生服务管理和提升服务质量的指导意见。

国卫医发 [2014]86 号关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知。

国卫医函 [2014]244 号关于国家卫生计生委、商务部关于开展设立外资独资医院试点工作的通知。

国务院，国办发 [2015]33 号 (a)，国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见

国务院，国办发 2015 年 38 号 (b)，国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见。

国务院，国办发 2015 年 70 号 (c)，国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见。

国务院，2015，城市公立医院改革试点评估报告，国务院医改简报第 91 期。

国务院，国发 2012 年第 57 号，卫生事业发展第十二个五年规划。

Guo, Yan, Kenji Shibuya, Gang Cheng, Keqin Rao, Liming Lee, and Shenglan Tang. 2010. "Tracking China's Health Reform." *The Lancet* 375 (9720): 1056-58.

Ham, Chris and Nicola Walsh. 2013. *Lessons from Experience: Making Integrated Care Happen at Scale and Pace*. The King's Fund (UK).

Hancock, T. and Duhl, L. 1986. "The Healthy City: Its Function and Its Future", *Health Promotion* 1 (1):55-60.

Hasselt, Martijn, Nancy McCall, Vince Keyes, Suzanne G. Wensky, and Kevin W. Smith. 2015. "Total Cost of Care Lower among Medicare Fee " for" Service Beneficiaries Receiving Care from Patient" Centered Medical Homes." *Health Services Research* 50 (1):253-272.

He, Jiang, Dongfeng Gu, Jing Chen, Xigui Wu, Tanika N Kelly, Jian-feng Huang, Ji-chun Chen,

Chung-Shiuan Chen, Lydia A Bazzano, and Kristi Reynolds. 2009. "Premature Deaths Attributable to Blood Pressure in China: A Prospective Cohort Study." *The Lancet* 374 (9703):1765-1772.

He, Jingwei Alex, Wei Yang, and Keith Hurst. 2015. "Clinical Pathways in China—an Evaluation." *International Journal of Healthcare Quality Assurance* 28 (4).

He, Alex Jingwei, and Qingyue Meng. 2015. "An Interim Interdisciplinary Evaluation of China's National Health Care Reform: Emerging Evidence and New Perspectives." *Journal of Asian Public Policy* 8 (1):1-18. doi: 10.1080/17516234.2015.1014299.

He, Jingwei Alex. 2013. "Hospitals' Responses to Administrative Cost-containment Policy in Urban China: The case of Fujian Province." *The China Quarterly*. doi:10.1017/S0305741013001112.

He, Jingwei Alex. 2011. "Combating Healthcare cost Inflation with Concerted Administrative Actions in a Chinese Province." *Public Administration and Development* 31: 214-228. doi: 10.1002/pad.602.

He, Jingwei Alex. 2011. "China's Ongoing Public Hospital Reform: Initiatives, Constraints and Prospects." *Journal of Asian Public Policy* 4 (3):342-349.

Hebert, Paul L., Chuan-Fen Liu, Edwin S. Wong, Susan E. Hernandez, Adam Batten, Sophie Lo, Jaclyn M. Lemon et al. 2014. "Patient-centered Medical Home Initiative Produced Modest Economic Results for Veterans Health Administration, 2010-12." *Health Affairs* 33 (6): 980-987.

Heilmann, S. 2008. Policy Experimentation in China's Economic Rise. *Studies Comparative International Developments* (43):1-26. doi:10.1007/s12116-007-9014-4.

Hesketh, Therese, Dan Wu, Linan Mao, and Nan

- Ma. 2012. "Violence Against Doctors in China." *BMJ* 345:e5730.
- Hesketh, Therese, Li Lu, and Zhu Wei Xing. 2005. "The Effect of China's One-Child Family Policy after 25 Years." *New England Journal of Medicine* 353 (11):1171-1176. doi: doi:10.1056/NEJMhpr051833.
- HHS. 2014. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Hibbard, J. H., Greene, J., and Tusler, M. 2009. "Improving the Outcomes of Disease Management by Tailoring Care to the Patient's Level of Activation." *American Journal of Managed Care* 15 (6):353-60.
- Hildebrandt H, Pimperl A, Gröne O, Roth M, Melle C, Schulte T, Wetzl M, Trojan A. 2015. Case study "Gesundes Kinzigtal". People Centred/Integrated Health Care (PCHC). Hamburg: OptisMedis AG.
- Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley and Elena Rusticelli. 2007. "Improved Health System Performance Through Better Care Coordination". OECD Working Paper. No. 3. DELSA/HEA/WD/HWP(207)6.
- Hong Yao (2011): "Discussion on case-based payment practice in Shanghai". *Health economic research*. 2011; (04):30-31.
- Horsburgh, M., J. Bycroft, F. Mahony, D. Roy, D. Miller, F. Goodyear-Smith, E. Donnell. 2010. "The feasibility of assessing the Flinders Program of patient self-management in New Zealand primary care settings." *Journal of Primary Health Care*. 2 (4): 294-302.
- 胡善联, 2013. "总额控制探索前行" 中国社会保障, 2: 73。
- Hulscher M, Schouten LMT, Grol R. Collaboratives. 2009. The Health Foundation. London.
- IHME. 2010. "Global Burden of Diseases Study: China Profile", https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_china.pdf, accessed on July 11, 2016.
- Ikeda, Nayu, David Sapienza, Ramiro Guerrero, Wichai Aekplakorn, Mohsen Naghavi, Ali H Mokdad, Rafael Lozano, Christopher JL Murray, and Stephen S Lim. 2014. "Control of Hypertension with Medication: A Comparative Analysis of National Surveys in 20 Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 92 (1):10-19C.
- Institute of HealthCare Improvement. 2003. *The Breakthrough Series. IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Institute of HealthCare Improvement. Cambridge, MA.
- Institute of Medicine. 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Kindig, David A., Allison M. Panzer, and Lynn Nielsen-Bohlman, eds. National Academies Press. Washington, DC.
- Institute of Medicine. 2001. "Crossing the Quality Chasm".
- Institute of Medicine. 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. edited by Linda T Kohn, Janet M Corrigan and Molla S Donaldson. Vol. 6: National Academies Press. Washington, DC. USA.
- Integrated Care in China: Case Study [Peking, Beijing, Shanghai, Zhenjiang], 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Integrated Care Services in Xi County, Henan Province: Background and Rationale, 2015, Case study commissioned by the World Bank.

- Washington, DC: World Bank.
- Integrated Health Care for People with Type 2 Diabetes in Maastricht region [Netherlands], 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Institute of HealthCare Improvement. 2003. *The Breakthrough Series*. IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge, MA: IHI.
- International Monetary Fund. 2010. *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*. Policy Paper, December. IMF. Washington, DC. Available at: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/122810.pdf>.
- Jakubowski, Elke and Richard B. Saltman. 2013. *The Changing National Role in Health System Governance: A Case-based Study of 11 European Countries and Australia*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Jian, WY, W. Yip, W. C. Hsiao, W. Chen, and M. Hu. 2014. "A Win-Win-Win-Provider Payment Policy Innovation: The Case of Yanchi County Hospital". *China Health Economics* (in Chinese). 11:8-10.
- Jiang, Lixin, et al. 2015, "Achieving best outcomes for patients with cardiovascular disease in China by enhancing the quality of medical care and establishing a learning health-care system." *The Lancet* 386.10002: 1493-1505.
- Jiang Ji-yuan, Sun De-yao, QI qi, et al. 2011. "Research on Payment System Based on Diagnosis Related Groups in Beijing." *Chinese Journal of Hospital Administration* 27 (11):587-589.
- Jing, Limei, Zhiqun Shu, Xiaoming Sun, John F. Chiu, Jiquan Lou, and Chunyan Xie. 2015. "Factors Influencing Patients' Contract Choice With General Practitioners in Shanghai: A Preliminary Study." *Asia-Pacific Journal of Public Health* 27 (2 suppl):77S-85S.
- Johnson, E.J. and D.Goldstein.2003. Do defaults save lives? *Science* 302(5649): 1338-1339.
- Jones K, Piterman L. 2008. "The Effectiveness of the Breakthrough Series Methodology." *Australian Journal of Primary Health* (14):59-65.
- Kane, Robert L., Patricia Homyak, Boris Bershadsky, and Shannon Flood. 2006a. "Variations on a Theme Called PACE." *Journal of Gerontology* 61a (7):689-693.
- Kane, Robert L., Patricia Homyak, Boris Bershadsky, and Shannon Flood. 2006b. "The Effects of a Variant of the Program for All-inclusive Care of the Elderly on Hospital Utilization and Outcomes." *Journal of the American Geriatrics Society* 54:276-283.
- Kane, Robert L., Patty Homyak, and Boris Bershadsky. 2002. "Consumer Reactions to the Wisconsin Partnership Program and Its Parent, the Program for All-Inclusive Care of the Elderly (PACE)." *The Gerontologist* 42 (3):314-320.
- Kebede, S. et al. 2010. "Educating Leaders in Hospital Management: A New Model in Sub-Saharan Africa." *International Journal for Quality in Health Care* 22 (1):39-43.
- Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, Dwyer N, Rees M, 8 Abrams KR, et al. 2002. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA* 288:2701-8.
- Kinsella, Kevin, and David R. Phillips. 2005. "Global Ageing: The Challenge of Success." *Population Bulletin* 60 (1):5-42.
- Kringos, D. and others (2013), "The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study", Netherlands Institute for

- Health Services Research (NIVEL), Utrecht.
- Kritchevsky SB, Braun BI, Bush AJ, et al. 2008. "The Effect of a Quality Improvement Collaborative to Improve Antimicrobial Prophylaxis in Surgical Patients: A Randomized Trial". *Annals of Internal Medicine* (149):472-80.
- Kroneman, Madelon, et al. "International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010." *BMC health services research* 13.1 (2013): 1.
- Kurtz, Suzanne, et al. 2003. "Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides." *Academic Medicine* 78 (8): 802-809.
- La Forgia, Gerard Martin, and Bernard Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*. World Bank Publications. Washington, DC. USA.
- La Forgia, Gerard Martin and April Harding. 2009. "Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in Sao Paulo, Brazil." *Project HOPE*, doi:10.1377/hlthaff.28.4.1114.
- La Forgia, Gerard Martin, April Harding, Loraine Hawkins and Eric De Roodnebeke. 2013. "Framework for Developing and Analyzing Public Hospital Reforms Involving Autonomy." *World Bank HD Learning Week*.
- Lan Xue and Kuotsai Tom Liou. 2012. "Government Reform in China: Concepts and Reform Cases". *Review of Public Administration* 32(2):115-133.
- Langley, Gerald J., et al. 2009. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. John Wiley & Sons, New Jersey (USA).
- Laurance, Jeremy, Sarah Henderson, Peter J. Howitt, Mariam Matar, Hanan Al Kuwari, Susan Edgman-Levitan and Ara Darzi. 2014. "Patient Engagement: Four Case Studies That Highlight the Potential For Improved Health Outcomes And Reduced Costs." *Health Affairs* 33 (9):1627-1634.
- Le Deu Franck, et al. 2012. *Healthcare in China: Entering Uncharted Waters*. McKinsey & Company, Shanghai.
- Lee, Clara N., et al. 2010. "Development of Instruments to Measure the Quality of Breast Cancer Treatment Decisions." *Health Expectations* 13 (3): 258-272.
- Lega, Federico, Anna Prenestini, and Peter Spurgeon. 2013. *Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies*. *Value in Health*. 16:S46-S51.
- Lei, Xiaoyan, and Wanchuan Lin. 2009. "The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?" *Health Economics* 18 (S2):S25-S46. doi: 10.1002/hec.1501.
- Li Keqiang. 2015. "Streamline Administration, Delegate Power, Strengthen Regulation and Improve Services to Deepen Administrative Reforms and Transform Government Functions". The State Council, the People's Republic of China. http://english.gov.cn/premier/speeches/2015/05/23/content_281475113213526.htm.
- Li, Yongbin, Jing Xu, Fang Wang, Bin Wang, Liqun Liu, Wanli Hou, Hong Fan, et al. "Overprescribing in China, Driven by Financial Incentives, Results in Very High Use of Antibiotics, Injections, and Corticosteroids." *Health Affairs* 31, no. 5 (2012): 1075-82.
- Li, Min-zhi, Li Su, Bao-yun Liang, Jin-jing Tan, Qing Chen, Jian-xiong Long, Juan-juan Xie, Guang-liang Wu, Yan Yan, and Xiao-jing Guo. 2013. "Trends in Prevalence, Awareness,

- Treatment, and Control of Diabetes Mellitus in Mainland China from 1979 to 2012." *International Journal of Endocrinology*.
- Li, Weiping and Jianxiu Wang. 2015. "China's Public Hospital Governance Reform: Dongyang Case Study." China National Health Development Research Center, Beijing.
- Li, Weiping and Mengzi Jiang. "China's Public Hospital Governance Reform: Case Study of Zhenjiang." China National Health Development Research Center, Beijing.
- Li, Xin, and Wei Zhang. 2013. "The Impacts of Health Insurance on Health Care Utilization among the Older People in China." *Social Science & Medicine* 85:59-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.037>.
- Li, Ye, Qunhong Wu, Ling Xu, David Legge, Yanhua Hao, Lijun Gao, Ning Ning, and Gang Wan. 2012. "Factors Affecting Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment from Medical Expenses in China: Policy Implications of Universal Health Insurance." *Bulletin of the World Health Organization* 90:664-671.
- Li, Yongbin, Jing Xu, Fang Wang, Bin Wang, Liqun Liu, Wanli Hou, Hong Fan, et al. 2012. "Overprescribing in China, Driven by Financial Incentives, Results in Very High Use of Antibiotics, Injections, and Corticosteroids." *Health Affairs* 31 (5): 1075-82.
- 梁鸿, 王峦, 荆丽梅, 姜继权, 崔欣 (2013) “上海市城镇职工基本医疗保险支付方式改革的历程及启示”, 《中国卫生资源》, 4:265-267.
- Liang, Lilin, and John C. Langenbrunner. 2013. *The Long March to Universal Coverage: Lessons from China*. In UNICO Studies Series. Washington, DC: The World Bank.
- Liang, Xiaoyun, Hong Guo, Chenggang Jin, Xiaoxia Peng, and Xiulan Zhang. 2012. "The Effect of New Cooperative Medical Scheme on Health Outcomes and Alleviating Catastrophic Health Expenditure in China: A Systematic Review." *PLoS ONE* 7 (8):e40850. doi: 10.1371/journal.pone.0040850.
- Liao, Xinbo. 2015. "An Ethical Analysis of over-Treatment." *Clinical Misdiagnosis and Mitherapy* 28 (1): 1-5.
- 《生命时报》, 2014年1月24日, “不信任是医患鸿沟”
http://paper.people.com.cn/smsb/html/2014-01/24/content_1382292.htm.
- 林枫, 王海荣 (2014) “镇江市慢病管理与医疗保险支付方式探索”, 《中国卫生资源》3:211-212.
- Lindenauer, Peter K, Denise Remus, Sheila Roman, Michael B Rothberg, Evan M Benjamin, Allen Ma, and Dale W Bratzler. 2007. "Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement." *New England Journal of Medicine* 356 (5): 486-96.
- Linkenbach, J., and H. W. Perkins. 2003. Most of us wear seatbelts: The process and outcomes of a 3-year state wide adult seatbelt campaign in Montana. Presented at the National Conference on the Social Norms Model, Boston, MA.
- Liu, Dongying, Qingchun Hou, and Haiyan Zhou. 2013. "Appropriate Technology for General Practice in Township Health Centers." *Chinese Journal of General Medical Practice* 16 (12A): 4027-30.
- Liu, Gordon. 2015. "Quality of Hospital Management Practices in China". *China Hospital Management Survey (CHMS)* [Unpublished Manuscript].
- Liu, Gordon and Jiefu Huang. 2014. "Global Hospital Management Survey". *China Management in Healthcare Report (Beijing, China: China Centre for Health Economic*

Research, Peking University).

Liu, Hong, and Zhong Zhao. 2014. "Does Health Insurance Matter? Evidence from China's Urban Resident Basic Medical Insurance." *Journal of Comparative Economics* 42 (4):1007-1020. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jce.2014.02.003>.

Liu, Dongying, Hou Qingchun, and Zhou Haiyan. "Appropriate Technology for General Practice in Township Health Centers." *Chinese Journal of General Medical Practice* 16, no. 12A (2013): 4027-30.

Liu, Kai, Qiaobing Wu, and Junqiang Liu. 2014. "Examining the Association between Social Health Insurance Participation and Patients' Out-of-pocket Payments in China: The Role of Institutional arrangement." *Social Science & Medicine* 113:95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.011>.

刘石柱, 詹长春, 周绿林, 2012, “支付方式对医疗保险费用控制的实证研究——以江苏镇江市为例”, 《中国卫生事业管理》2012; (12):909-912。

Local Health Units in Portugal – Vertical Integration with Freedom to Innovate.

Long, Qian, Ling Xu, Henk Bekedam, and Shenglan Tang. 2013. "Changes in Health Expenditures in China in 2000s: Has the Health System Reform Improved Affordability." *International Journal for Equity in Health* 12:8.

Lorig, Kate R., et al. 2008. "The Expert Patients Programme online, A 1-year Study of an Internet-based Self-management Programme for People with Long-term Conditions." *Chronic Illness* 4 (4): 247-256.

Lorig, Kate R., et al. 2001. "Chronic Disease Self-management Program: 2-year Health Status and Health Care Utilization Outcomes." *Medical Care* 39 (11): 1217-1223.

Ma, Jin 2015. "China's Public Hospital

Governance Reform: Case Study of Shanghai." Unpublished case study commissioned by the World Bank.

Ma, Jin. 2014. "On Public Hospital Reform: Case Study on Health Reform in Sanming City - A Breakthrough Progress." *Health Economics Studies* 330.

Ma, Jin, Mingshan Lu, and Hude Quan. 2008. "From a National, Centrally Planned Health System to a System based on the Market: Lessons from China." *Health Affairs* 27 (4):937-948.

Macinko, J., V. B. D. Oliveira, M. A. Turci, F. C. Guanais, P. D. F. Bonolo, and M. F. L. Costa. 2011. "The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999-2007." *American Journal of Public Health* 101 (10):1963-1970.

Macinko, J. B. Starfield, and T. Erinosho. 2009. "The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low – and middle-income Countries." *Journal Ambul Care Manage* 32(2):150-71. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994221.

Maeda, Akiko, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, and Michael R. Reich. 2014. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*. The World Bank. Washington, DC.

Makoul, Gregory, et al. 2010. "Using an Online Forum to Encourage Reflection about Difficult Conversations in Medicine." *Patient Education and Counseling* 79 (1): 83-86.

Management Sciences for Health (MSH). 2005. "Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services." Management Sciences for Health. Cambridge, MA.

Mancuso, David, Greg Yamashiro, and Barbara

- Felver. "PACE: An Evaluation. 2005. " Washington State Department of Social and Health Services Research and Data Analysis Division. Report Number 8.26, June 29, 2005.
- Marchildon, Gregory. 2013. Canada: Health System Review. Health Systems in Transition, European Observatory of Health Systems and Policies, 2013. 15(1):1-179.
- Maryland CareFirst Case Study, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Marteau, Theresa M., et al. 2011. "Judging nudging: can nudging improve population health?" *Bmj* 342.
- McCollum, Rosalind, Lieping Chen, Tang ChenXiang, Xiaoyun Liu, Barbara Starfield, Zheng Jinhuan, and Rachel Tolhurst. 2014. "Experiences with Primary Healthcare in Fuzhou, Urban China, in the Context of Health Sector Reform: A Mixed Methods Study." *The International Journal of Health Planning and Management* 29 (2):e107-e126. doi: 10.1002/hpm.2165.
- McConnell, K. J., R. C. Lindrooth, D. R. Wholey, T. M. Maddox, and N. Bloom. 2013. "Management Practices and the Quality of Care in Cardiac Units." *JAMA Internal Medicine* 173 (8): 684-92.
- Meessen, Bruno and Gerald Bloom. 2007. "Economic Transition, Institutional Changes and the Health System: Some Lessons from Rural China". *Journal of Economic Policy Reform* 10 (3):209-231.
- Meng, Qingyue. 2015. Overview of Efforts to Improve Primary Health Care and Enhance Integration in China. edited by The World Bank. Washington, DC.
- Meng, Qingyue, and Shenglan Tang. 2010. Universal Coverage of Health Care in China: Challenges and Opportunities. In *World Health Report (2010) Background Paper*, edited by World Health Organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- 孟庆跃, 2009 "中国初级卫生保健从业人员的流动性" 《中国卫生人才》7 (24): 5。
- Meng, Qun, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J. Ties Boerma, and Sarah L. Barber. 2012. "Trends in Access to Health Services and Financial Protection in China between 2003 and 2011: A Cross-sectional Study." *The Lancet* 379 (9818):805-814. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60278-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60278-5).
- Meret-Hanke, Louise.2011. "Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use." *The Gerontologist* 51 (6):774-785.
- Meyers, Duncan C., Joseph A. Durlak and Abraham Wandersman. 2012. "The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process". *American Journal Community Psychology* 50:462-480. DOI 10.1007/s10464-012-9522-x.
- Meyers, Duncan C., Jason Katz, Victoria Chien, Abraham Wandersman, Jonathan P. Scaccia and Annie Wright. 2012. "Practical Implementation Science: Developing and Piloting the Quality Implementation Tool". *American Journal Community Psychology* 50:481-496. DOI 10.1007/s10464-012-9521-y.
- Million Hearts Campaign. <http://millionhearts.hhs.gov/aboutmh/overview.html>, accessed on July 10, 2016.
- Moore M. Female Doctor Axed to Death in Chinese Hospital. *The Telegraph* (Nov 29, 2012). <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/china/9711408/female-doctor-axed-to-death-in-chinese-hospital.html> (accessed Aug 16, 2013).

- Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, et al. 2000. "Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease." *Journal General Internal Medicine* 15:685-93.
- Mossialos, Elias, Martin Wenzl, Robin Osborn and Chloe Anderson. 2014. *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund. United Kingdom.
- Mukamel, Dana B., Derick R. Peterson, Helena Temkin-Greener, Rachel Delavan, Diane Gross, Stephen J. Kunitz, and T. Franklin Williams. 2007. "Program Characteristics and Enrollees' Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)." *The Milbank Quarterly* 85 (3):499-531.
- Mukamel, Dana B., Helena Temkin-Greener, Rachel Delavan, Derick R. Peterson, Diane Gross, Stephen Kunitz, and T. Franklin Williams. 2006. "Team Performance and Risk-Adjusted Health Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)." *The Gerontologist* 46 (2):227-237.
- Mukamel, Dana B., Alina Bajorska, and Helena Temkin-Greener. 2002. "Health Care Services Utilization at the End of Life in a Managed Care Program Integrating Acute and Long-Term Care." *Medical Care* 40 (12):1136-1148.
- Mukamel, Dana B., Helena Temkin-Greener, and Marleen L. Clark. 1998. "Stability of Disability Among PACE Enrollees: Financial and Programmatic Implications." *Health Care Financing Review* 19 (3).
- Mulley, Albert, Tessa Richards, and Kamran Abbasi. 2015. "Delivering health with integrity of purpose." *BMJ*. 2015:351:h4448. doi: 10.1136/bmj.h4448. <http://www.bmj.com/content/bmj/351/bmj.h4448.full.pdf>.
- Mulley, Al., Chris Trimble, and Glyn Elwyn. 2012. "Patients' Preferences Matter: Stop the Silent Misdiagnosis." *BMJ* 345:e6572.
- Mulley, A. 2009. "Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice." *BMJ* 339:b4073.
- Munton, Tony, Alison Martin, Isaac Marrero, Alexis Llewellyn, Kate Gibson and Alan Gomersall. 2011. *Getting Out of Hospital? The Evidence for Shifting Acute Inpatient and Day Case Services from Hospitals into the Community*. The Health Foundation. United Kingdom.
- Nanshan, Zhong. 2015. "Shared Decision-making is the Core of Humanistic Spirit". *Health News*, June, 19, 2015. <http://www.jkb.com.cn/medical/Humanities/2015/0619/372485.html>.
- National Health and Family Planning Commission (NHFPC). 2015. *Report on Development of Deepening Health Reform to the 18th meeting of the Standing Committee of the 12th National People's Congress*, December 22, 2015.
- National Health and Family Planning Commission (NHFPC). 2014. *Annual health and family planning development statistics bulletin*. Preliminary data.
- National Voices. 2011. *Prioritising Person-centered Care – The Evidence*. Accessed on September 16, 2015 at: <http://www.nationalvoices.org.uk/evidence>.
- Nauta, J., R. Perenboom, and F. Garre Galindo. 2009. *A New Horizon for Planning Services and Health Care Infrastructure for the Elderly*. [Proceedings]. HaCIRIC International.
- Nelson, Karin M., Christian Helfrich, Haili Sun, Paul L. Hebert, Chuan-Fen Liu, Emily Dolan, Leslie Taylor, et al. 2014. "Implementation of the Patient-centered Medical Home in the Veterans

- Health Administration: Associations with Patient Satisfaction, Quality of Care, Staff Burnout, and Hospital and Emergency Department Use." *JAMA Internal Medicine* 174 (8): 1350-1358.
- Ng, S. W., A. G. Howard, H. J. Wang, C. Su, and B. Zhang. 2014. "The Physical Activity Transition among Adults in China: 1991–2011." *Obesity Reviews* 15:27-36. doi: 10.1111/obr.12127.
- NHFPC, Medical Quality Management System, public consultation draft, May 2014. <http://www.nhfpc.gov.cn/fzs/s10602/201405/5edc2cfe1d154e5d83f6836a2f99a0f5.shtml>.
- 聂晓敏, 魏永祥, 崔筱燕, 2014, PDCA 框架下公立医院战略管理的实施, 《中国医院管理》34 (3)。
- Nolte, Ellen, and C. Martin McKee. 2012. "In amenable mortality—deaths avoidable through health care—progress in the US lags that of three European countries." *Health Affairs* 31 (9): 10-1377.
- Nolte, Ellen, and Martin McKee. 2011. "Variations in amenable mortality—trends in 16 high-income nations." *Health Policy* 103 (1): 47-52.
- Nolte, Ellen, and Emma Pitchforth. 2014. *What is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care*. WHO Europe. Copenhagen.
- Nutbeam, Don. "The Evolving Concept of Health Literacy." *Social Science & Medicine* 67.12 (2008): 2072-2078.
- Nutbaum, D. 2008. *Health literacy: Perspectives from Australia*. Health Literacy Group. Available online at <http://healthliteracy.org.uk/publications/148-health-literacy-perspectives-from-australia-don-nutbaum-nov-08>.
- OECD Case Study (1): Shared-Care between Fosen District Medical Centre and St Olav's Hospital, Norway, Commissioned by the World Bank, Washington DC.
- OECD. 2015. *OECD Health Statistics 2015*, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GREECE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>.
- OECD. 2014. *Update on OECD's Health Care Quality Indicator Project: Measurement, Information Systems, Policies and Governance in OECD Countries*.
- OECD/WHO, 2014, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2014*: OECD Publishing.
- Opinion on Carrying out Global Control on Basic Medical Insurance Payment. Ministry of Human Resources and Social Security [2012] No. 70.
- Opinion on Setting up Pooling Fund for Outpatient Services for URBMI. Ministry of Human Resources and Social Security [2011] No. 59.
- Opinion on Promoting Payment Reform of Medical Insurances. Ministry of Human Resources and Social Security [2011] No. 63.
- Opinion on enforcement of payment management for UEBMI. Ministry of Labor and Social Security [1999] No. 23.
- Osborn, Robin and David Squires. 2012. "International Perspectives on Patient Engagement Results from the 2011 Commonwealth Fund Survey." *J Ambulatory Care Manage* 35 (2):118–128.
- Øvretveit, John. 2011. *Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money? Volume 1: Summary Review of the Evidence*. The Health Foundation. London (UK).
- Parand, Anam, Sue Dopson, Anna Renz and Charles Vincent. 2014. "The Role of Hospital Managers in Quality and Patient Safety: A Systematic Review". *BMJ Open* doi:10.1136/bmjopen-2014-005055.

- Peng, Yingchun, Wenhua Chang, Haiqing Zhou, Hongpu Hu, and Wannian Liang. 2010. "Factors Associated with Health-seeking Behavior among Migrant Workers in Beijing, China." *BMC Health Services Research* 10:10.
- People Centered Health Care in Canterbury, New Zealand, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- People-Centered Health Care: A Case Study from Feixi County, Anhui Province, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- People-Centered Health Care: A Case Study from Huangzhong County, Qinghai Province, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- People-Centered Health Care Case Study – Singapore’s Experience with Care Integration, 2015, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Picker Institute Europe. 2010. Invest in Engagement: Self-management. <http://www.investinengagement.info/SelfManagementtop>.
- Porignon, Dennis, et al. 2011. "The Role of Hospitals within the Framework of the Renewed Primary Health Care (PHC) strategy." *World Hospital Health Service* 47 (3):6-9.
- Preker, Alexander S. and April Harding. 2003. *Innovations in Health Delivery Service: The Corporatization of Public Hospitals*. The World Bank. Washington, DC.
- Preker, A. S. A. Harding and P. Travis, 2000. "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory." *Bulletin of the World Health Organization* 78(6): 779-790.
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Baltimore, MD. USA.
- Qian, Jiwei. 2015. "Reallocating Authority in the Chinese Health System: An Institutional Perspective". *Journal of Asian Public Policy*, 8 (1): 19-35 <http://dx.doi.org/10.1080/17516234.2014.1003454>.
- Qian, Xu, et al. "Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views." *BMC Pregnancy and Childbirth* 1.1 (2001): 1.
- Rabin, R.C. 2008. New Yorkers try to swallow calorie sticker shock. MSNBC, July 16. Available at: http://www.msnbc.msn.com/id/25464987/ns/health-diet_and_nutrition.
- Ramesh, M., Xun Wu and Alex Jingwei He. 2013. "Health Governance and Healthcare Reforms in China". *Health Policy and Planning*, 1-10. doi.10.1093/heapol/czs109.
- RAND, Europe and Ernst & Young LLP. 2012. "National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots: Appendices." Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2012. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2012/RAND_TR1164z2.pdf (accessed June 2016).
- Ratigan, Kerry. 2015. "Too Little, but Not Too Late? Health Reform in Rural China and the Limits of Experimentalism." *Journal of Asian Public Policy*. <http://dx.doi.org/10.1080/17516234.2015.1009407>.
- Rechel, B., S. Wright, B. Dowdeswell, and M. McKee. 2010. Even in Tough Times: Investing in Hospitals of the Future. *Euro Observer* 12 (1):1-3.
- Rechel, B., J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright, and M. McKee. 2009. Capital Investment for Health: Case Studies from Europe. Observatory

- Studies Series No. 18. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen, Denmark.
- Reid, Robert J., Eric A. Johnson, Clarissa Hsu, Kelly Ehrlich, Katie Coleman, Claire Trescott, Michael Erikson et al. 2013. "Spreading a Medical Home Redesign: Effects on Emergency Department Use and Hospital Admissions." *The Annals of Family Medicine* 11 (1):S19-S26.
- Reid, Robert J., et al. 2010. "The Group Health Medical Home at Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, and Less Burnout for Providers." *Health Affairs* 29.5: 835-843.
- 人力资源社会保障部, 财政部, 卫生部, 人社部发 2012 年第 70 号, 关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见。
- 人力资源社会保障部, 人社部发第 2011 年 63 号, 关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见。
- 人力资源与社会保障部, 人社部发 2012 年 70 号, 关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见。
- 人力资源与社会保障部, 人社部发 2011 年 63 号, 关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见。
- 人力资源与社会保障部, 人社部发 2011 年 59 号, 关于普遍开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹有关问题的意见。
- Roland, M., B. Guthrie, and D. Thomé. 2012. "Primary Medical Care in the United Kingdom." *Journal of the American Board of Family Medicine* 25 (1):S6-S11. doi:10.3122/jabfm.2012.02.110200.
- Rollnick, S., Miller, W. R, and Butler, C. C. 2002. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Press. New York.
- Rosenthal, Meredith B., Mark W. Friedberg, Sara J. Singer, Diana Eastman, Zhonghe Li, and Eric C. Schneider. 2013. "Effect of a Multipayer Patient-centered Medical Home on Health Care Utilization and Quality: the Rhode Island Chronic Care Sustainability Initiative Pilot Program." *JAMA Internal Medicine* 173 (20):1907-1913.
- Runz-Jørgensen S. and A. Frølich. 2015. "SIKS – The Integrated Effort for People Living with Chronic Diseases. A Case Study of People Centred/Integrated Health Care in Denmark." Copenhagen: The Research Unit for Chronic Conditions, Bispebjerg Hospital.
- Rydin, Yvonne, et al. 2012. "Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century." *The Lancet* 379.9831: 2079-2108.
- Edwards, Nigel. 2011. "England" in Richard B. Saltman, Antonio Duran and Hans. F.W. Dubois (eds). *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Saltman, Richard B., Antonio Duran and Hans F.W. Dubois. 2011. *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization (UK).
- Sanming Prefecture. 2014. *Summary of Public Hospital Comprehensive Reform in Sanming Municipality, 2015*, Case study commissioned by the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- Savedoff, William D., and Pablo Gottret. 2008. *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. The World Bank. DOI:10.1596/978-0-8213-7548-8.
- Schouten LMT, Hulscher MEJL, van Everdingen JJE, Huijsman R, Grol RPTM. 2008. "Evidence for the Impact of Quality Improvement Collaboratives: Systematic Review." *BMJ* 336:1491-4.

- Schulte T, Pimperl A, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H. Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal - quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen: Eine quasi-experimentelle Kohortenstudie: Propensity-Score-Matching von Eingeschriebenen vs. Nicht-Eingeschriebenen des Integrierten Versorgungsmodells auf Basis von Sekundärdaten der Kinzigtal-Population. URL: <http://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2014/Mortalitaetsstudie-2014/Mortalitaetsstudie-2014.pdf> (accessed July 2015).
- Selvin, Elizabeth, Christina M Parrinello, David B Sacks, and Josef Coresh. 2014. "Trends in Prevalence and Control of Diabetes in the United States, 1988–1994 and 1999–2010." *Annals of Internal Medicine* 160 (8):517-525.
- Shen, Yuqi., Wang, Liyong., Liu, Zheng., Zhang, Jianhua., Ma, Anning., Sheng, Hongqi. 2014. "Analysis on the Changing Tendency of Visits among Patients Participating in the New Rural Cooperative Medical Insurance after the Implementation of the Essential Medicine System." *Chinese Health Economics* 33 (11): 50-53.
- Shortell, Stephen, Rachael Addicott, Nicola Walsh, and Chris Haim. 2014. *Accountable Care Organisations in the United States and England*. The King's Fund (UK).
- SIKS – The integrated Effort for People Living with Chronic Diseases: A Case Study on People Centered / Integrated Health Care in OECD – Denmark.
- Smith, James P., John Strauss, and Yaohui Zhao. 2014. "Healthy Aging in China." *The Journal of the Economics of Ageing* 4:37-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjeoa.2014.08.006>.
- Smith, Sheila, Joseph P. Newhouse, and Mark S. Freeland. 2009. "Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?" *Health Affairs* 28 (5):1276-1284.
- Sowden, Amanda J., and L. Arblaster. 1998. "Mass media Interventions for Preventing Smoking in Young People." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.
- Stacey, Dawn, et al. 2014. "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions." *Cochrane Database Systematic Reviews* 1.1.
- Stacey, Dawn, et al. 2011. "Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions." *Cochrane Database Systematic Reviews* 10.10.
- Struijs J, de Jong-van Til J, Lemmens L, Drewes HW, de Bruin S, Baan C. 2012. *Three Years Bundled Payment System for Diabetes Care. Effects on Care Process and Quality of Care*. National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven, The Netherlands.
- Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA. 2012b. *Effects of Bundled Payment on Curative Health Care Costs in the Netherlands: An Analysis for Diabetes Care and Vascular Risk Management based on Nationwide Claim Data, 2007–2010*. National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven, The Netherlands.
- Sun, Zesheng, Shuhong Wang, and Stephen R. Barnes. 2015. "Understanding Congestion in China's Medical Market: An Incentive Structure Perspective." *Health Policy and Planning*. 1-14, doi: 10.1093/heapol/czv062.
- Sylvia, Sean, Yaojiang Shi, Hao Xue, Xin Tian, Huan Wang, Qingmei Liu, Alexis Medina, and Scott Rozelle. 2014. "Survey Using Incognito Standardized Patients Shows Poor Quality Care in China's Rural Clinics." *Health Policy and Planning* 30 (3):322-33. doi: 10.1093/heapol/czu014. Epub 2014 Mar 20. 014.

- Szmedra, Philip, and Li Zhenzhong. 2013. "Implementing a Healthy Cities Plan in China: The Impact of Focused Public Health Education on a Diabetes Epidemic." *Southeast Review of Asian Studies (SERAS)*. 35:230-240. <http://www.uky.edu/Centers/Asia/SECAAS/Seras/2013/16SzmedraZhenzhong.pdf>.
- Tam, Wai-keung. 2008. "Failing to Treat: Why Public Hospitals in China Do Not Work." *The China Review* 8 (2):103-130.
- Tang, Shenglan, John Ehiri and Qian Long. 2013. "China's Biggest, Most Neglected Health Challenge: Non-communicable Diseases." *Infectious Diseases of Poverty* 2(2):7.
- Temkin-Greener, Helena, Alina Bajorska, and Dana B. Mukamel. 2008. "Variations in Service Use in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Is More Better?" *Journal of Gerontology* 63A (7):731-738.
- Thaler R. and Sunstein C. 2008 *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin Books. London (UK).
- The Opinion on Enforcement of Payment Management for UEBMI. Ministry of Labor and Social Security [1999] No. 23.
- Tsai, T. C., A. K. Jha, A. A. Gawande, R. S. Huckman, N. Bloom, and R. Sadun. 2015. "Hospital Board and Management Practices are Strongly Related to Hospital Performance on Clinical Quality Metrics." *Health Affairs* 34 (8).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2015. *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. . In Working Paper No. ESA/P/WP.241. United Nations. New York.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2013. *World Population Ageing 2013*. United Nations. New York.
- United States Department of Health and Human Services. 2011. *Report to Congress: National Strategy for Quality Improvement in Health Care*.
- USAID Health Care Improvement Project. 2008. *The Improvement Collaborative: An Approach to Rapidly Improve Health Care and Scale-Up Quality Services*. University Research Co., LLC (URC). Bethesda, MD.
- Vadstrup E, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. 2011. "Effect of a Group-based Rehabilitation Programme on Glycaemic Control and Cardiovascular Risk Factors in Type 2 Diabetes Patients: The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project." *Patient Educ Couns* 84:185-190.
- Van Hasselt, M., McCall, N., Keyes, V., Wensky, S. G., & Smith, K. W. 2015. Total Cost of Care Lower among Medicare Fee-for-Service Beneficiaries Receiving Care from Patient-Centered Medical Homes. *Health Services Research*, 50(1), 253-272.
- Wagner, Edward H., et al. "The Effect of a Shared Decision making Program on Rates of Surgery for Benign Prostatic Hyperplasia Pilot Results." *Medical Care* 33.8 (1995): 765-770.
- Wagstaff, Adam, and Magnus Lindelow. 2008. "Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China." *Journal of Health Economics* 27 (4):990-1005. doi:
- Wagstaff, Adam, Magnus Lindelow, Gao Jun, Xu Ling, and Qian Juncheng. 2009. "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme." *Journal of Health Economics* 28 (1):1-19.
- Wandersman, Abraham, Victoria H. Chien, and Jason Katz. 2012. "Toward an Evidence-Based System for Innovation Support: Tools, Training, Technical Assistance, Quality Assurance / Quality

- Improvement for Implementing Innovations with Quality to Achieve Desired Outcomes." *American Journal of Community Psychology* 50 (3-4):445-59.
- Wandersman, A. J. Duffy, P. Flaspohler, R. Noonan, K. Lubell, L. Stillman, M. Blachman, R Dunville and J. Saul. 2008. "Bridging the gap between prevention research and practice: The Interactive Systems Framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*. 41, 171-181.
- Wang, X., H. Xue, et al. (2011). "Analysis of the stock of equipment and human resources at township health centers in Guizhou Province." *Chinese Journal of Public Health Management* 27(2): 117-120.
- Wang, Jin-cai, J Zhen, W Fan, Q Zhang, and Guo-li Zhang. 2013. "Investigation and Analysis of the Effects of National Essential Drug System on Medical Expenses in Different Levels of Medical Institutions." *China Pharmacy* 23:2982-84.
- Wang Kun, Wu Hua-zhang, Du Yu-kai, et al. 2013. Analysis on the Modes of Medical Insurance Payment of Mental Health Institutions. *Chinese Journal of Social Medicine* (01):57-59.
- Wang, Qiuyan Cindy, Ravi Chawla, Christine M. Colombo, Richard L. Snyder, and Somesh Nigam. 2014. "Patient-centered Medical Home Impact on Health Plan Members with Diabetes." *Journal of Public Health Management and Practice* 20 (5):E12-E20.
- Wang, S, P. Marquez, and J. Langenbrunner. 2011. "Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-communicable Diseases. Human Development Unit. East Asia and Pacific Region, The World Bank. Washington, DC.
- Wang, Shan, Lihua Liu, and Jianchao Liu. 2014. "Comparison of Chinese Inpatients with Different Types of Medical Insurance Before and After the 2009 Health Reform." *BMC Health Services Research* 14 (443):8.
- Wang Xiang. 2011. "The Strategy Choices of Payment Reform: Bbased on 17 Years Reform in Zhenjiang." *China Health Insurance* (07):35-36.
- Wanless, Derek, John Appleby, Anthony Harrison, and Darshan Patel. 2007. *Our Future Health Secured? A Review of NHS Funding and Performance*. King's Fund. London (UK).
- Wagner, Edward H., et al. 1995. "The Effect of a Shared Decisionmaking Program on Rates of Surgery for Benign Prostatic Hyperplasia Pilot Results." *Medical Care* 33 (8): 765-770.
- Wranik, D. W., & Durier-Copp, M. 2010. Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. *Health Care Analysis*, 18(1), 35-59.
- Weaver, Frances M., Elaine C. Hickey, Susan L. Hughes, Vicky Parker, Dawn Fortunato, Julia Rose, Steven Cohen, Laurence Robbins, Willie Orr, Beverly Priefer, Darryl Wieland, and Judith Baskins. 2008. "Providing All-Inclusive Care for Frail Elderly Veterans: Evaluation of Three Models of Care." *Journal of the American Geriatric Society* 56:345-353.
- Wee, Shiou "Liang, et al. 2014. "Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use." *Journal of the American Geriatrics Society* 62 (4):747-753.
- Wei, Jade W, Ji-Guang Wang, Yining Huang, Ming Liu, Yangfeng Wu, Lawrence KS Wong, Yan Cheng, et al. 2010. "Secondary Prevention of Ischemic Stroke in Urban China." *Stroke* 41 (5): 967-74.
- Weiping Li and Jianxiu Wang. 2015. *China's Public Hospital Governance Reform: Dongyang Case Study*. National Health Development Research Center, Beijing. Unpublished report commissioned by the World Bank.

- Weiyiguan Fa. 2011. No. 33. Accreditation standards for tertiary general hospitals.
- Weiyiguan Fa. 2011. No. 4. Temporary regulation on medical errors and adverse events reporting.
- Weiyizhen Fa. 2012. No. 65. Guiding opinions on the implementation of clinical pathways during the twelfth Five Year Plan period.
- Wennberg, John E. 2010 *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.
- Wenqiang Yin, Zhongming Chen, Hui Guan, Xuedan Cui, Qianqian Yu, Haiping Fan, Xin Ma, and Yan Wei. 2015. "Using Entropy Weight RSR to Evaluate Village Doctors' Prescription in Shandong Province under the Essential Medicine System." *Modern Preventive Medicine* 42(3):465-67.
- Wenzel, Richard P., and James E. Rohrer. 1994. "The Iron Triangle of Health Care Reform." *Clinical Performance and Quality Health Care* 2 (1):7-9.
- Werner, Rachel M., Anne Canamucio, Judy A. Shea, and Gala True. 2014. "The Medical Home Transformation in the Veterans Health Administration: An Evaluation of Early Changes in Primary Care Delivery." *Health Services Research* 49 (4): 1329-1347.
- Wieland, Darryl, Rebecca Boland, Judith Baskins, and Bruce Kinosian. 2010. "Five-Year Survival in a Program of All-Inclusive Care For Elderly Compared With Alternative Institutional and Home- and Community-Based Care." *Journal of Gerontology* 65 (7):721-726.
- Wieland, Darryl, Vicki L. Lamb, Shae R. Sutton, Rebecca Boland, Marleen Clark, Susan Friedman, Kenneth Brummel-Smith, and G. Paul Eleazer. 2000. "Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Rates, Concomitants, and Predictors." *Journal of the American Geriatrics Society* 48:1373-1380.
- Werner, Rachel M., Anne Canamucio, Judy A. Shea, and Gala True. 2014. "The Medical Home Transformation in the Veterans Health Administration: An Evaluation of Early Changes in Primary Care Delivery." *Health Services Research* 49 (4): 1329-1347.
- Werner, Rachel M, R. Tamara Konetzka, Elizabeth A .Stuart, Edward C. Norton, Daniel Polsky, and Jeongyoung Park. 2009. "Impact of Public Reporting on Quality of Postacute Care." *Health Services Research*, 44 (4): 1169-87.
- WHO. 2015a. *WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services*. WHO/HIS/SDS/2015.6.
- WHO. 2015b. *People-Centred and Integrated Health Services: An Overview of the Evidence*. WHO/HIS/SDS/2015.7.
- WHO. 2014. "Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, China." http://www.who.int/nmh/countries/chn_en.pdf.
- WHO Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Geneva: World Health Organization, accessed online at http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Geneva: World Health Organization, accessed online at http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
- Peters, David H. Nhan T. Tran and Taghreed Adam. 2013. *Implementation Research in*

- Health: A Practical Guide. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO. (find the source in Reference-Implementation, but not sure).
- WHO Commission on Social Determinants of Health. 2007. "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: Commission on Social Determinants of Health, Interim statement." World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- WHO Western Pacific Region. 2007. People-centered health care: a policy framework. World Health Organization. Manila, Philippines.
- WHO/World Bank. 2015. Technical Roundtable Discussions, Joint Health Study.
- Wilson, S. J., M. W. Lipsey, and J. H. Derzon. 2003. "The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: 136-149.
- Woodhead, M. 2014. "How Much Does an Average Chinese Doctor Earn?" *China Medical News*, 31 March. <http://www.chinesemedicalnews.com/2014/03/how-much-does-average-chinese-doctor.html>.
- World Bank. 2015. World Development Indicators. The World Bank. Washington, DC USA.
- World Bank. 2010. China Health Policy Notes: Fixing the Public Hospital System in China. The World Bank. Washington, DC USA.
- World Health Organization. 2015. World Health Expenditure Database.
- 吴显儒, 骆书秀, 陈斌, 卢运康, 甘翠容, 杨勇, 王卡琳, "村卫生室医师高血压防治指南知识掌握及实施情况现状", 《内科》2009年第4期(6): 910-12
- 卫生部办公厅, 2004, 关于开展接病种收费管理试点工作的通知, 中国协和医科大学出版社
- 卫生统计中心, 2010, "医患关系全国调查研究", 国家卫生与计划生育委员会。
- Wang, Xiang (2011): "The strategy choices of payment reform: based on 17 years reform in Zhenjiang. *China health insurance*", 7:35-36.
- Xiao Yin, Fujian Song, Yanhong Gong, Xiaochen Tu, Yunxia Wang, Shiyi Cao, Junan Liu, and Zuxun Lu. 2013. "A Systematic Review of Antibiotic Utilization in China." *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 68 (11):2445-2452. doi: 10.1093/jac/dkt223.
- Xiaoyun Sun, Sukhan Jackson, Gordon A. Carmichael and Adrian C. Sleight. 2009. "Prescribing behaviour of village doctors under China's New Cooperative Medical Scheme." *Social Science & Medicine* 68:1775-1779.
- Xu, Jin, and Qingyue Meng. 2015. *People Centered Health Care: Towards a New Structure of Health Service Delivery in China*. edited by The World Bank. Washington, DC USA
- Xu, Y., T. Shu, W. Yang, M. Liang, and Y. Liu, Y. 2015 "Variations in Quality of Care at Large Public Hospitals in Beijing, China: A Condition-based Outcome Approach." *PLoS One* 2015; 2(10).
- Xu, Y, L Wang, J He, Y Bi, M Li, T Wang, L Wang, Y Jiang, M Dai, and J Lu. 2013. "Prevalence and Control of Diabetes in Chinese Adults." *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 310 (9):948.
- Xu, D., B. Sun, X. Wan, and Y. Ke. 2010. "Reformation of Medical Education in China." *The Lancet* 375: 1502-04.
- Yan, Xue-feng and Wang Hai-yang. 2012. "An Exploratory Discussion on the Payment Method of Medical Insurance in Wuxi City." *Jiangsu Health Care Management* (02):1-3.

- Yang, Gonghuan, Lingzhi Kong, Wenhua Zhao, Xia Wan, Yi Zhai, Lincoln C. Chen, and Jeffrey P. Koplan. 2008. "Emergence of Chronic Non-communicable Diseases in China." *The Lancet* 372 (9650):1697-1705.
- Yang, Gonghuan, Yu Wang, Yixin Zeng, George F Gao, Xiaofeng Liang, Maigeng Zhou, Xia Wan, Shicheng Yu, Yuhong Jiang, and Mohsen Naghavi. 2013. "Rapid Health Transition in China, 1990–2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 381 (9882):1987-2015.
- Yang, Huajie, Xiang Huang, Zhiheng Zhou, Harry H. X. Wang, Xinyue Tong, Zhihong Wang, Jiayi Wang, and Zuxun Lu. 2014. "Determinants of Initial Utilization of Community Healthcare Services among Patients with Major Non-Communicable Chronic Diseases in South China." *PLoS One*, 9 (12):e116051.
- Yang, Wei. 2015. "Catastrophic Outpatient Health Payments and Health Payment-induced Poverty under China's New Rural Cooperative Medical Scheme." *Applied Economic Perspectives and Policy* 37 (1):64-85.
- Yang, Wei, and Xun Wu. 2014. "Paying for Outpatient Care in Rural China: Cost Escalation under China's New Co-operative Medical Scheme." *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czt111.
- Yang, Wenying, Juming Lu, Jianping Weng, Weiping Jia, Linong Ji, Jianzhong Xiao, Zhongyan Shan, Jie Liu, Haoming Tian, and Qiuhe Ji. 2010. "Prevalence of Diabetes among Men and Women in China." *New England Journal of Medicine* 362 (12):1090-1101.
- Yang, Zhao-Jun, Jie Liu, Jia-Pu Ge, Li Chen, Zhi-Gang Zhao, and Wen-Ying Yang. 2011. "Prevalence of Cardiovascular Disease Risk Factor in the Chinese Population: the 2007–2008 China National Diabetes and Metabolic Disorders Study." *European Heart Journal*:ehr205.
- Yao Hong. 2011. Discussion on Case-based Payment Practice in Shanghai. *Health Economic Research*, (04):30-31.
- Yi, Hongmei, Grant Miller, Linxiu Zhang, Shaoping Li, and Scott Rozelle. 2015. "Intended and Unintended Consequences Of China's Zero Markup Drug Policy." *Health Affairs* 34 (8):1391-1398. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1114.
- Yi, Hongmei, Linxiu Zhang, Kim Singer, Scott Rozelle, and Scott Atlas. 2009. "Health Insurance and Catastrophic Illness: A Report on the New Cooperative Medical System in Rural China." *Health Economics* 18 (S2):S119-S127.
- 尹文强, 陈钟鸣, 管晖, 崔雪丹, 于倩倩, 范海平, 马欣, 魏艳, 2015, “基于熵权 RSR 法的山东省村卫生室处方用药评价,”《现代预防医学》42 (3): 465-67。
- Yin, Xiaoxv, Fujian Song, Yanhong Gong, Xiaochen Tu, Yunxia Wang, Shiyi Cao, Junan Liu, and Zuxun Lu. 2013. "A Systematic Review of Antibiotic Utilization in China." *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 68 (11):2445-2452. doi: 10.1093/jac/dkt223.
- Ying, Yazhen. 2014. "Achieve Win-win-win Situation by Jointly Reforming the Drug Sector, Health Service Sector and Health Insurance Sector: Field Study Report on Public Hospital Reform in Sanming." *Health Development Research Center, NHFPC*.
- Yip, Winnie Chi-Man, et al. 2015. "Payment Reform Pilot in Beijing." *Health Affairs*. Forthcoming.
- Yip, Winnie Chi-Man, and William C. Hsiao. 2014. "Harnessing the Privatisation of China's Fragmented Health-Care Delivery". *Lancet* 384(9945):805-818.

- Yip, Winnie Chi-Man, Timothy Powell-Jackson, Wen Chen, Min Hu, Eduardo Fe, Mu Hu, Weiyang Jian, Ming Lu, Wei Han, and William C. Hsiao. 2014. "Capitation Combined With Pay-For-Performance Improves Antibiotic Prescribing Practices In Rural China." *Health Affairs* 33 (3):502-510. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0702.
- Yip, Winnie Chi-Man, William C. Hsiao, Wen Chen, Shanlian Hu, Jin Ma, and Alan Maynard. 2012. "Early Appraisal of China's Huge and Complex Health-care Reforms." *The Lancet* 379:10.
- Yip, Winnie Chi-Man Yip, William Hsiao, Qingyue Meng, Wen Chen, Xiaoming Sun. 2010. "Realignment of incentives for health-care providers in China." *Lancet* 375:1120-30.
- Yip, Winnie Chi-Man, and William C. Hsiao. 2009. "Non-Evidence-Based Policy: How Effective Is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment?" *Social Science & Medicine* 68 (2): 201-09.
- Yip, Winnie Chi-Man, and William C. Hsiao. 2008. "The Chinese Health System at a Crossroads". *Health Affairs* 27(2):460-468.
- Yip, W. and Eggleston, K., 2004. Addressing government and market failures with payment incentives: hospital reimbursement reform in Hainan, China. *Social Science and Medicine*, 58, 267-277.
- Yongbin Li, Jing Xu, Fang Wang, Bin Wang, Liqun Liu, Wanli Hou, Hong Fan, Yeqing Tong,
- Juan Zhang, and Zuxun Lu. 2012. "Overprescribing In China, Driven By Financial Incentives, Results In Very High Use Of Antibiotics, Injections, And Corticosteroids." *Health Affairs* 31 (5): 1075-1082.
- Yu, Baorong, Qingyue Meng, Charles Collins, Rachel Tolhurst, Shenglan Tang, Fei Yan, Lennart Bogg, and Xiaoyun Liu. 2010. "How does the New Cooperative Medical Scheme influence health service utilization? A study in two provinces in rural China." *BMC Health Services Research* 10:9.
- Yuan, T. 2012. Man with a knife stabbed four doctors in China (in Chinese). <http://www.chinanews.com/fz/2012/03-24/3769439.shtml>.
- “医殇 2012：盘点年度医院血案 路人三思，闻者足戒” <http://www.cmt.com.cn/detail/111139.html>. (accessed Aug 16, 2013).
- 翟建 (2013), “北京试点新农合支付方式改革”,《中国农村卫生》3:33
- Zhang, J. 2010. "The impact of a diagnosis-related group-based prospective payment experiment: the experience of Shanghai." *Applied Economics Letters* 17:1797-1803. doi:10.1080/13504850903317347
- Wagstaff A, Lindelow M, Wang S, Zhang S (2009) Reforming China's rural health system. Washington (D.C.): The World Bank. (find the source from references for PCIC, but not sure)
- Zhang, Linxiu, Hongmei Yi, and Scott Rozelle. 2010. "Good and Bad News from China's New Cooperative Medical Scheme." *IDS Bulletin* 41 (4):10.
- Zhang, Lufa, and Nan Liu. 2014. "Health Reform and Out-of-pocket Payments: Lessons from China." *Health Policy and Planning* 29 (2):217-226.
- Zhang Peipei, Lianyi Zhao, Jing Liang, Yan Qiao, Quanyan He, Liuyi Zhang, Fang Wang, and Yuan Liang. 2014. "Societal Determination of Usefulness and Utilization Wishes of Community Health Services: A Population-Based Survey in Wuhan City, China." *Health Policy and Planning*: czu128.

Zhang ying, Wu Yong-ling. 2013. "Changshu URBMI (NCMS) Payment Reform Practice and Exploration." *Business* (22):238-239.

张再生，徐爱好，2014，糖尿病“按人头付费”支付模式效果分析，《中国农村卫生事业管理》9:1058-1060。

郑杰（2009），北京市医疗保险多元化费用支付方式改革之路，《中国医疗保险》5:34-35。

Zhijun Lin, Zengbiao Yu, and Liqun Zhang. 2014. Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. *China Economic Review* 30: 1-15.

Zhou, R. 2015. "Responsible Utilization of Antibiotics Should Be a Societal Responsibility." *Health Affairs* 27 (2467).

中共中央国务院，中发 2009 年第 6 号，中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见。

中国统计年鉴，2014，国家统计局出版。

中国卫生总费用研究报告，2014，国家卫计委卫生发展研究中心，北京。

钟南山，2015，医患共同决策，是人文精神的核心体现，健康报 2015 年 6 月 19 日。

“2010 中国高血压管理指南” 2011. 中国心血管病杂志 39 (7) : 579-615。