

以人为本整合型医疗卫生服务体系 对医院经济管理的影响

国家卫健委卫生发展研究中心 黄二丹

2019年03月

背景-健康中国战略

十九大对卫生健康事业提出明确要求：实施健康中国战略

- 从供给侧、需求侧两端发力，统筹社会、行业、个人三个层面，形成维护和促进健康的合力。
- 以健康为核心，以预防和减少疾病为根本，提供全方位、全生命周期，全人群的公平可及、连续性的健康服务；

背景-健康中国战略

习近平思想指导卫生健康工作：9个坚持

坚持党的领导；

坚持以人民为中心；坚持人民健康优先发展；

坚持新时期方针：以基层为重点、防治结合、中西医发展；

坚持“大卫生、大健康”发展理念，全方位全周期维护人民健康；

坚持基本医疗卫生事业公益性、坚持发挥广大医务人员主力军作用

坚持医疗卫生国际合作；

背景-健康服务需求变化

表 我国居民死因构成情况、所花费用及占总费用比例

城市			农村			亿元	%
死亡原因 (ICD-10)	死亡专率 (1/10万)	构成 (%)	死亡原因 (ICD-10)	死亡专率 (1/10万)	构成 (%)		
心脏病	138.71	22.58	心脏病	151.20	22.25	3170.3	16.9
脑血管病	126.42	20.58	脑血管病	158.10	23.26		
恶性肿瘤	160.13	26.07	恶性肿瘤	155.74	22.91	2118.4	11.3
呼吸系病	69.04	11.24	呼吸系病	81.76	12.03	2119.6	11.3
损伤中毒	37.34	6.08	损伤中毒	54.50	8.02	1545.5	8.3

数据来源：中国卫生和计划生育统计提要2017及卫生总费用报告

背景-医改进展

公立医院改革正在向省一级推进和深化：

- 1、分级诊疗，完善服务体系；
- 2、三医联动，调整运行机制；
- 3、监管机制，整合信息系统；

但一些重大机制尚未形成普遍推广模式：

- 疾病的预防、急性期处置、康复期和终末期服务的整合机制；
- 医疗机构上下转诊的内在动力机制；
- 医疗服务提供与医保支付之间的动态协调机制；

背景-新技术、新模式、新业态

- 物联网、可穿戴设备；
- 人工智能、
- 云平台、大数据挖掘；
- 基因技术、精准医疗、手术机器人等；

- 共享经济、共享理念；
- 去机构化

整合服务体系-国际经验

2000年开始，随着慢病患者的增加，越来越多的发达国家把推进整合型服务体系作为医改的核心内容：

- 德国的整体医疗计划（2000）；法国针对慢病患者的诊疗网络（2003）
- 荷兰、英国、澳洲、加拿大、法国等发达国家都在建立整合医疗模式；
- 巴西、土耳其、哥斯达黎加等中等收入国家也明确提出要依据整合模式改革卫生服务提供体系；

2015年WHO年对整合进行了专项研究，作为全球战略进行推荐；

2016年“三方五家”健康中国报告中，PCIC作为推手1向中国推荐；

国际近年新案例

- 新加坡、香港的区域医疗体系；
- 葡萄牙北部省份的地方医疗中心；
- 美国的全方位老人照护方案；
- 丹麦慢病患者的一体化服务；
- 法国打造区域医疗集团；

中国案例

- 镇江的卫生一手托两家和医疗集团；
- 阜阳、天长的医保管理体制改革；
- 罗湖的区域医疗集团；

PCIC定义

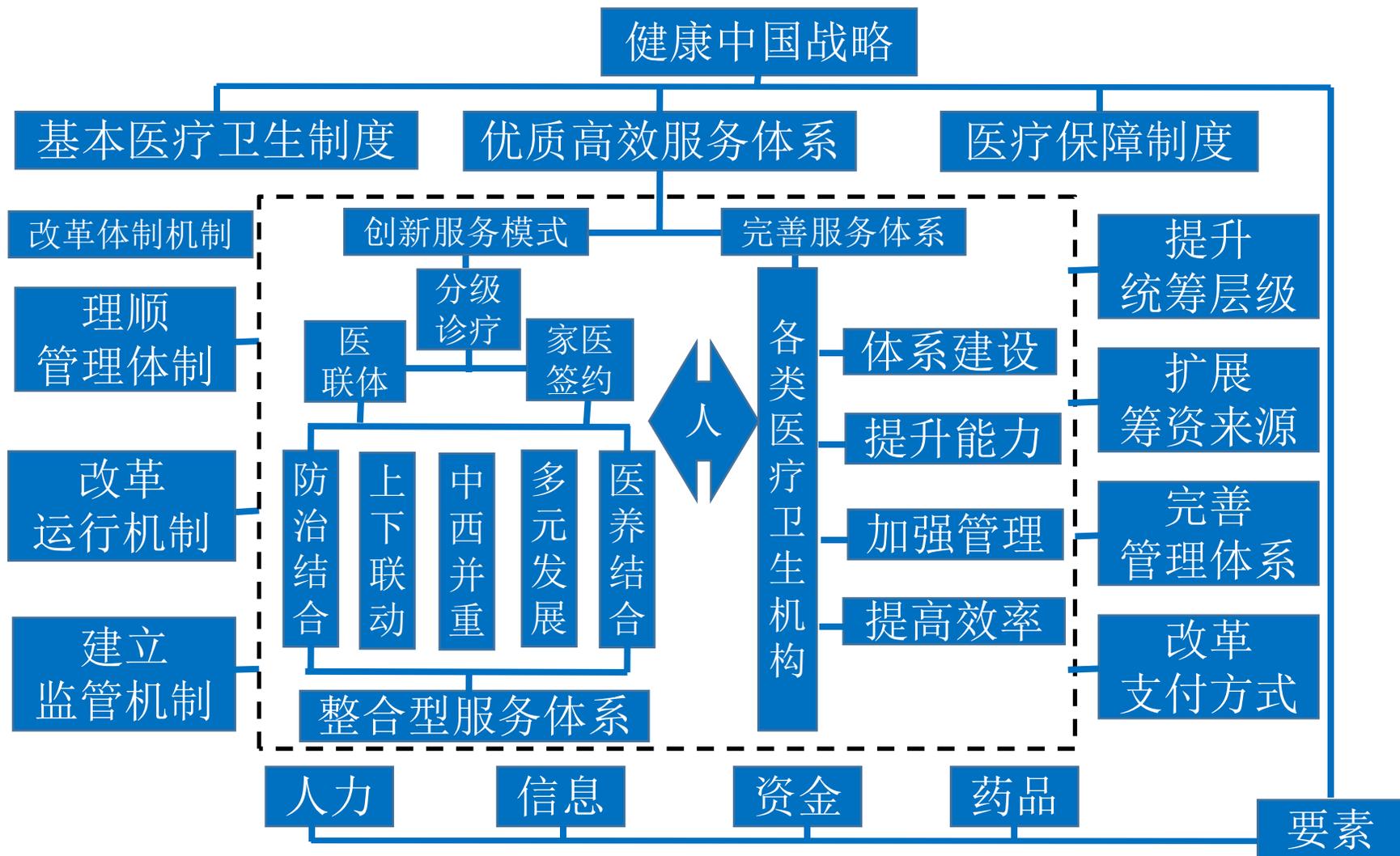
- “以人为本”的卫生服务是让患者、家属和所在社区共同参与诊疗服务中，他们作为卫生服务的受益人，同时也是参与者。他们对服务体系充满信任，同时服务体系也能够以人性化、一体化的方式，根据他们的需求和偏好提供服务。
- 一体化卫生服务（也称整合型卫生服务）是指“将包括健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等在内的各种医疗卫生服务的管理和服务提供整合在一起。根据健康的需要，协调各级各类医疗机构为病患提供终生连贯的服务”

WHO,2015a; pgs.10-11

PCIC的核心特征

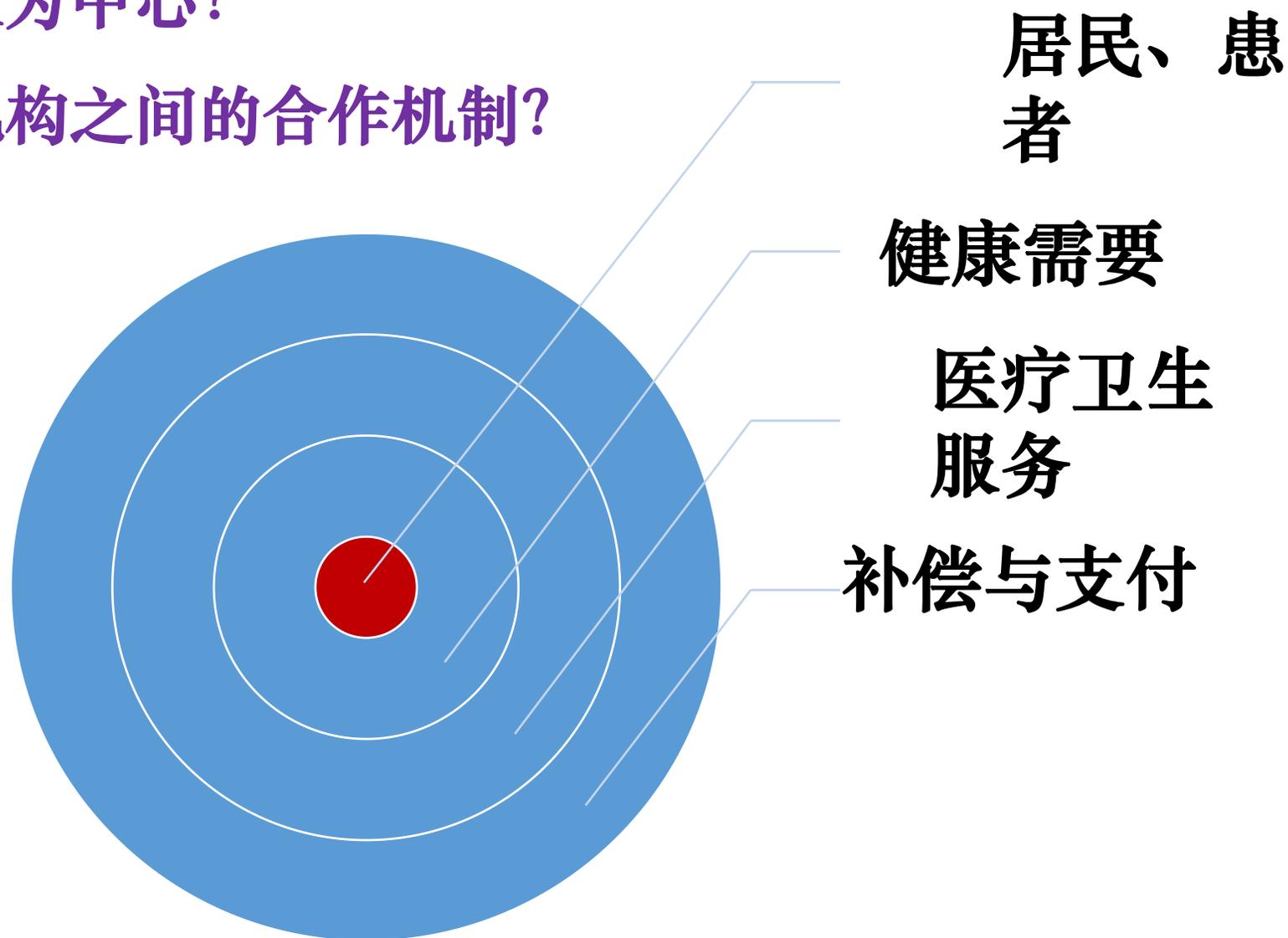
- 关注患者健康需要；
- 强化基层服务；
- 与卫生体系的其他部分整合；

相关概念

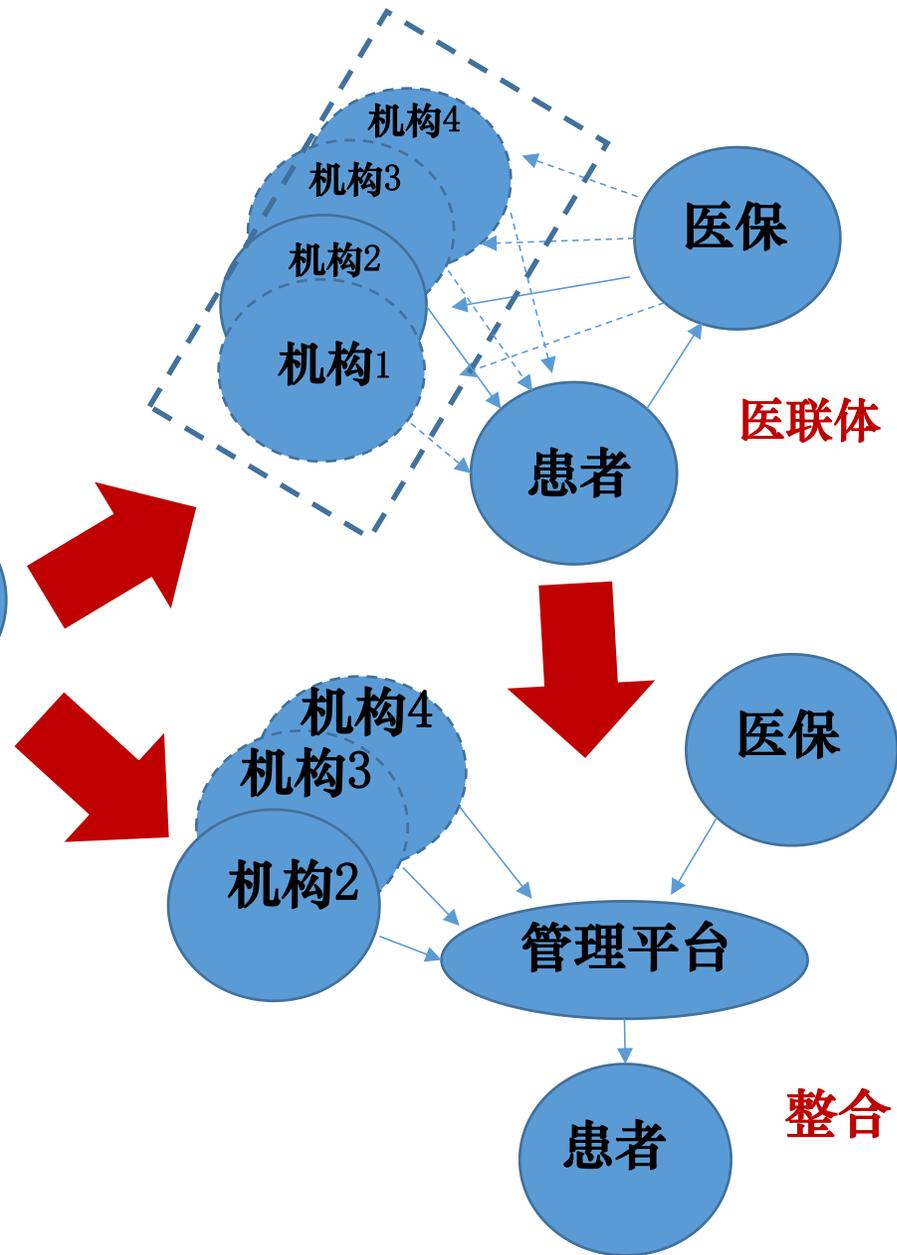
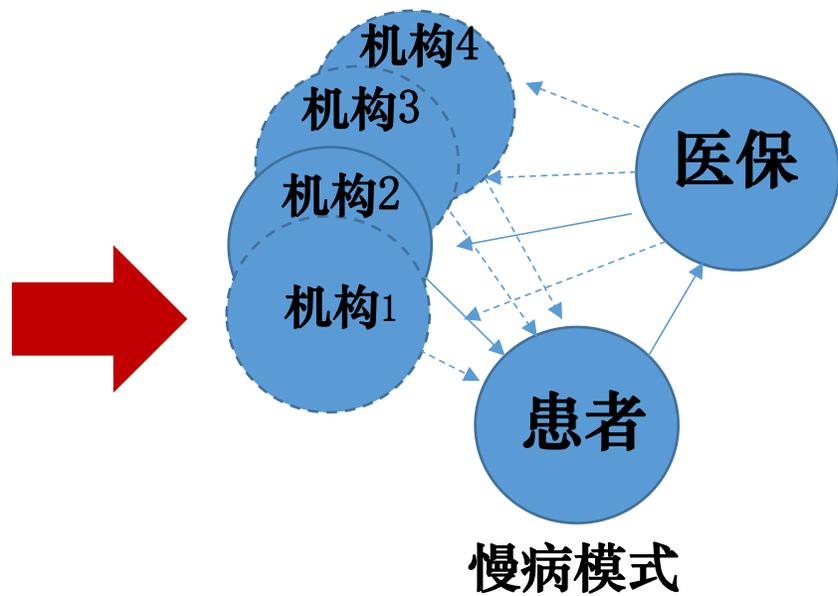
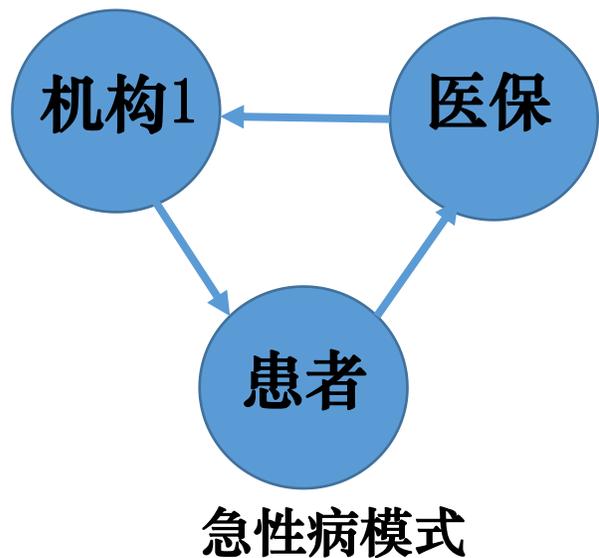


问题的提出，在中国：

- 1、服务体系如何实现以人为中心？
- 2、如何形成不同部门和机构之间的合作机制？



可能的整合模式



PCIC的逻辑推论

PCIC最终目标是在合适时间、适合的地点、提供适当的服务，

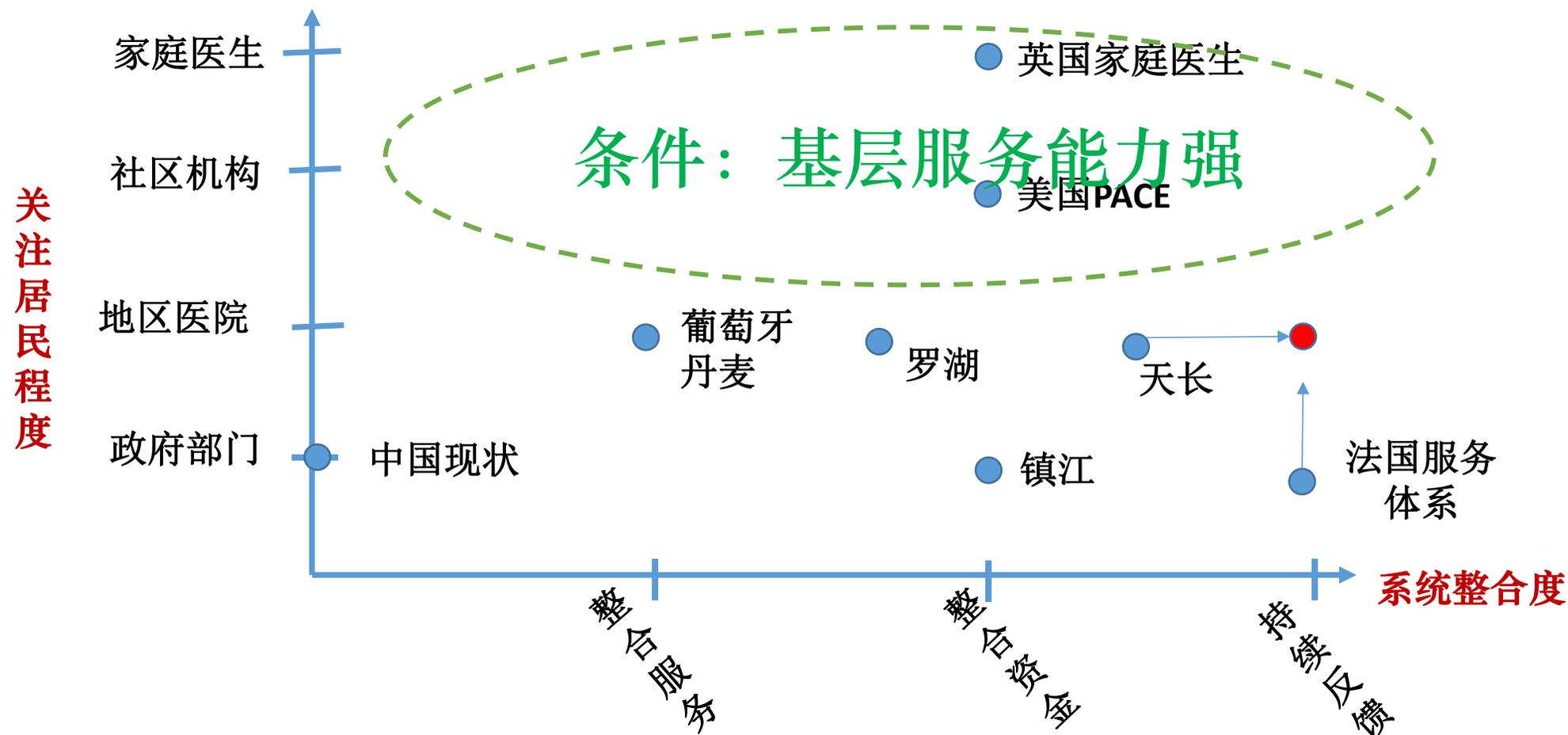
从信息流的角度：

这就意味着其核心是医疗服务需方、供方、支付方三方面信息对接：

对接越紧密，服务体系的整合性就越好；

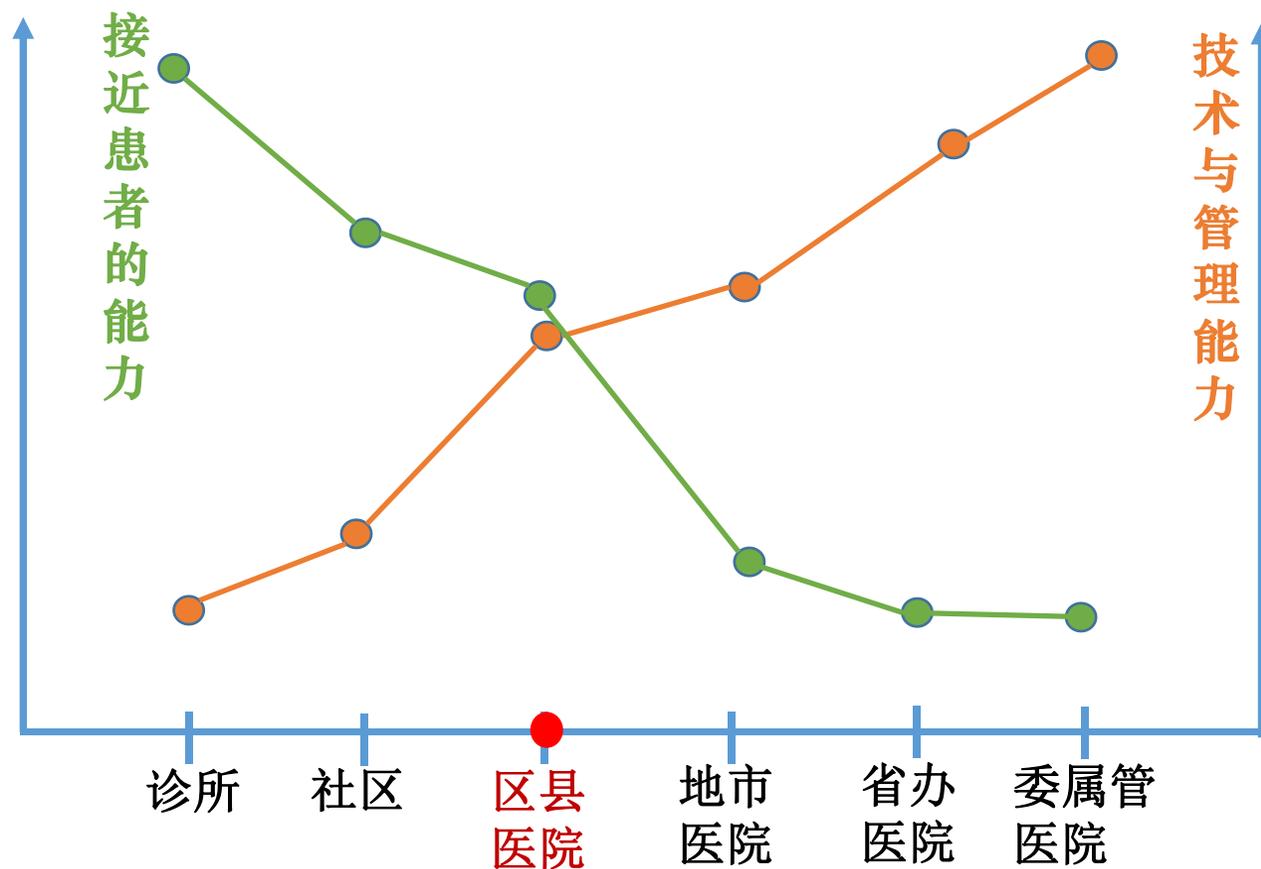
对接越接近居民，就越能关注患者健康；

不同PCIC模式的比较



健康管理平台的选择

行政层级 (个)	对应机构 (个)	服务人口 (万人)
大区 6	委属管医院 44	3143
省级 32	省办医院 448	309
地级 293	地市医院 1897	73
县级 2851	区县医院 6105	23
乡级 40444	卫生院 36640 社区中心 34620	1.94
村级 662238	村卫生室 638390 诊所 206849	0.16



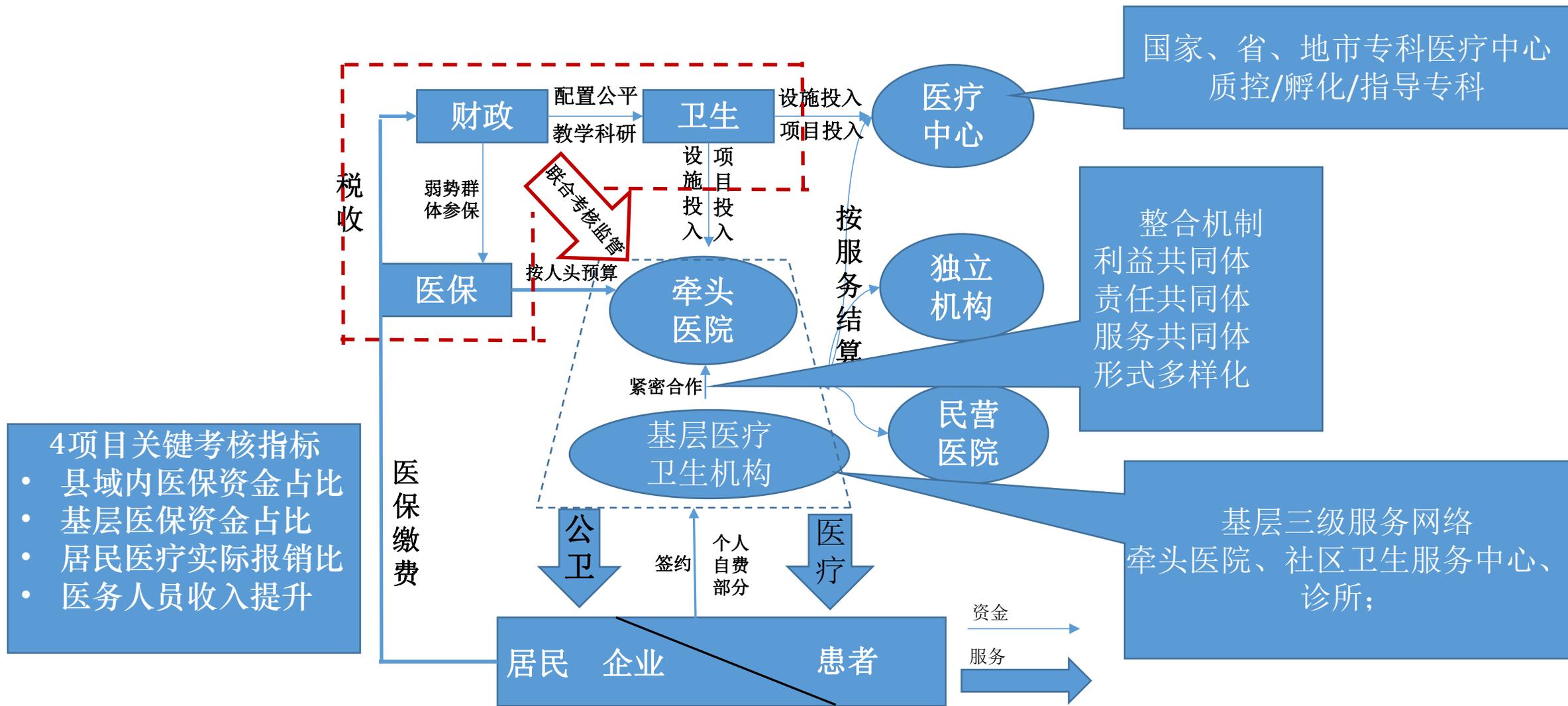
中国PCIC的突破口

- 中国目前的健康管理平台应该在区县医院；

西部可以上升到地市级医院；

东部可以下沉到社区

从长远来看，最终由全科医生或者是医生团队来管理；



两层六级整合型医疗卫生服务体系

整合机制多样，支付方式是关键

我国目前医联体的机制多样化，具体包括

行政推动：政府主导的医疗服务体系整合，如山西省；

医保改革：以医保管理体制改革为突破口的利益机制整合，如天长；

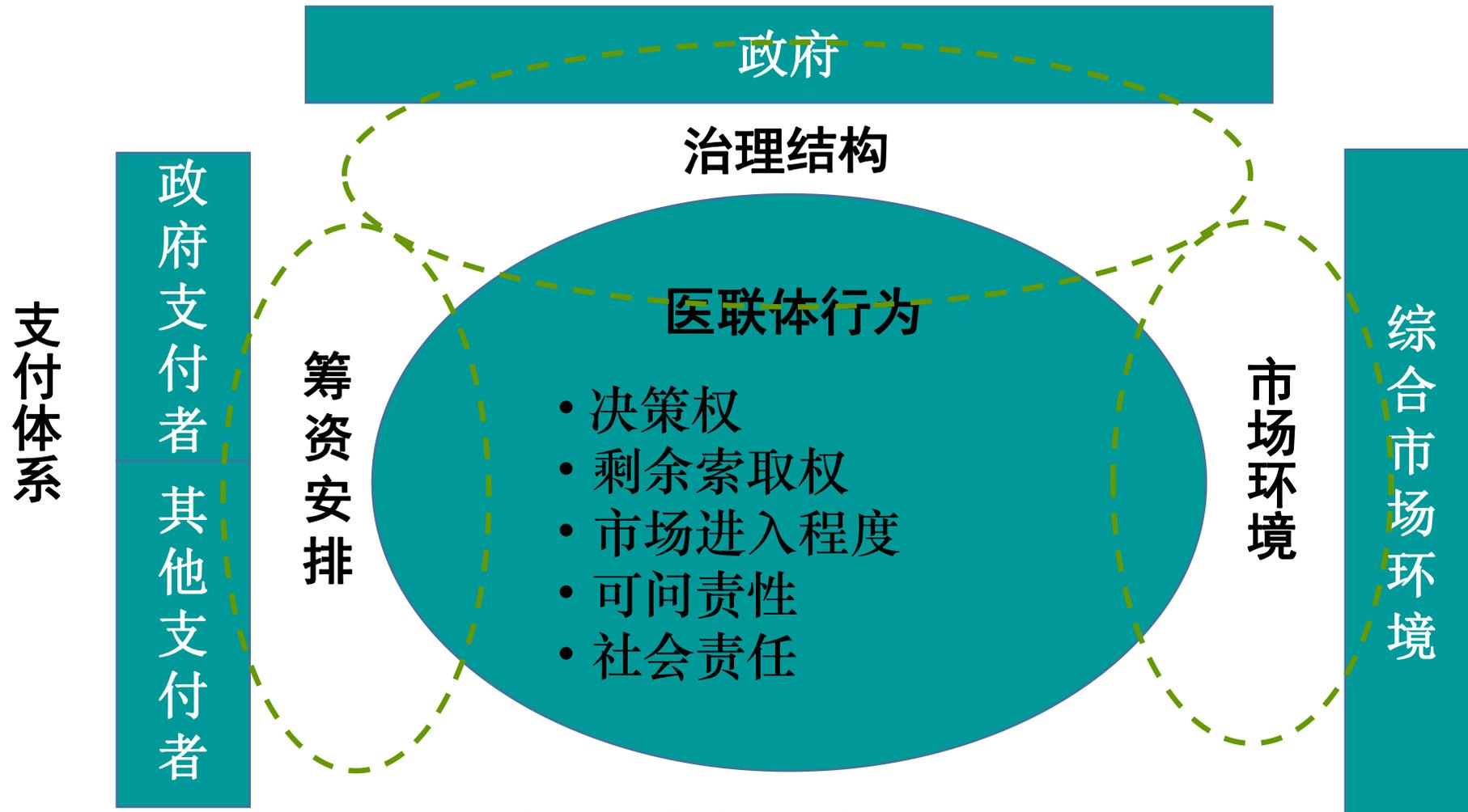
管理提升：管理精细化程度提高，推动的整合，如上海；

整合财政：加强基层财政资金进行管理，推动整合，如东阳；

专科模式、传统帮扶模式；

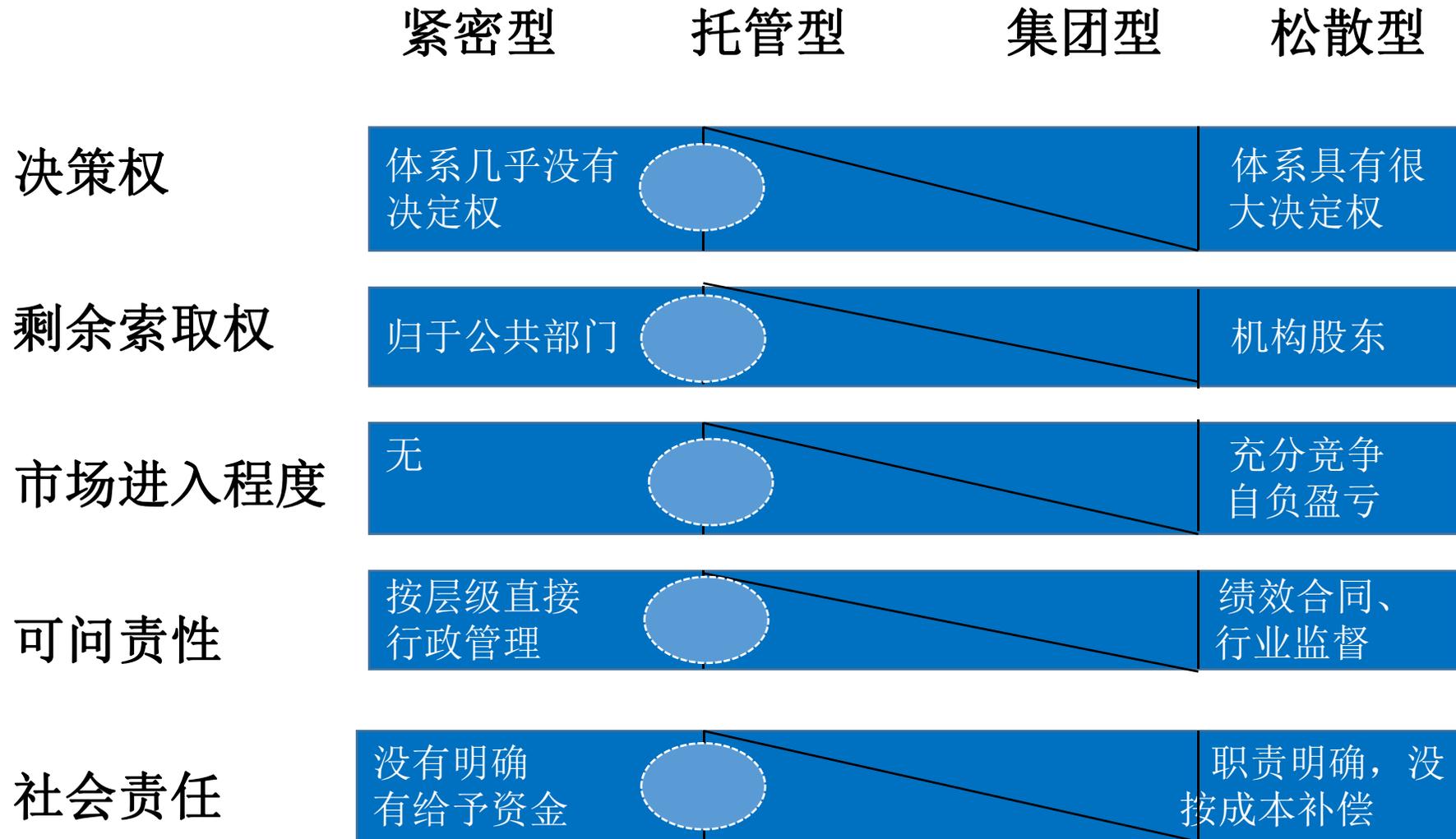
但只有针对居民健康的整合的购买才有以人为本的整合服务。

整合模式可以不同，权责对等是关键



整合模式取决于外部治理因素

整合模式可以不同，权责对等是关键



公立医院运行机制改革进展

2012-2017年公立医院医药收入主要构成

年份	药品收入占比	卫生材料占比	检查化验收入占比	医疗服务收入占比
2012	44.3	8.9	21.2	25.6
2013	42.7	10.3	21.9	25.1
2014	41.6	11.2	22.5	24.7
2015	40.2	12.0	23.1	24.7
2016	38.1	12.7	23.8	25.4
2017	34.7	13.3	24.5	27.5

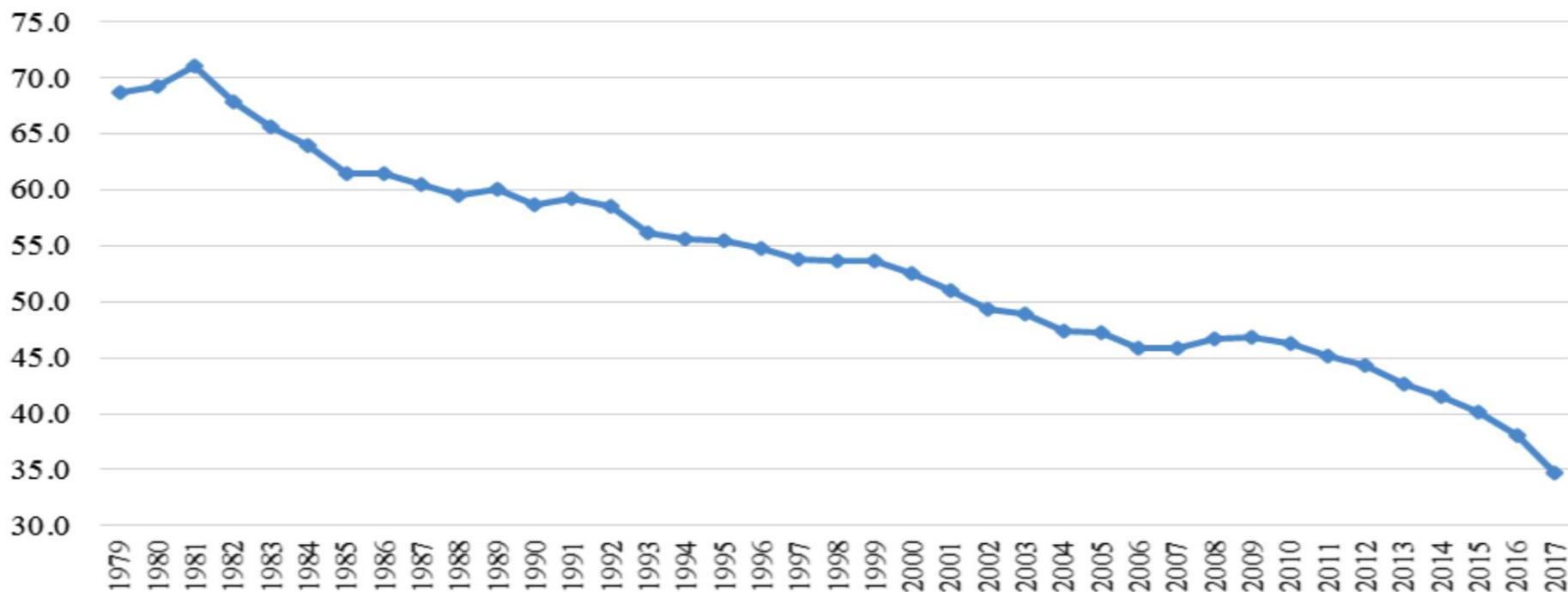
2017年，公立医院总收入和总支出分别为24,850亿元和24,200亿元，较2016年分别增长10.0%和10.6%。

其中医药收入21,820亿元，较2016年增长9.7%，低于10%。

2017年药品收入7,577亿元，占医药收入的34.7%，为1979年以来最低值，比2012年(开始实施取消药品加成政策)下降9.6个百分点。

公立医院运行机制改革进展

2017年公立医院药品收入7,577亿元，占医疗收入34.7%，为1979年以来最低值。
(1979年开始分别统计医疗服务收入和药品收入数据)



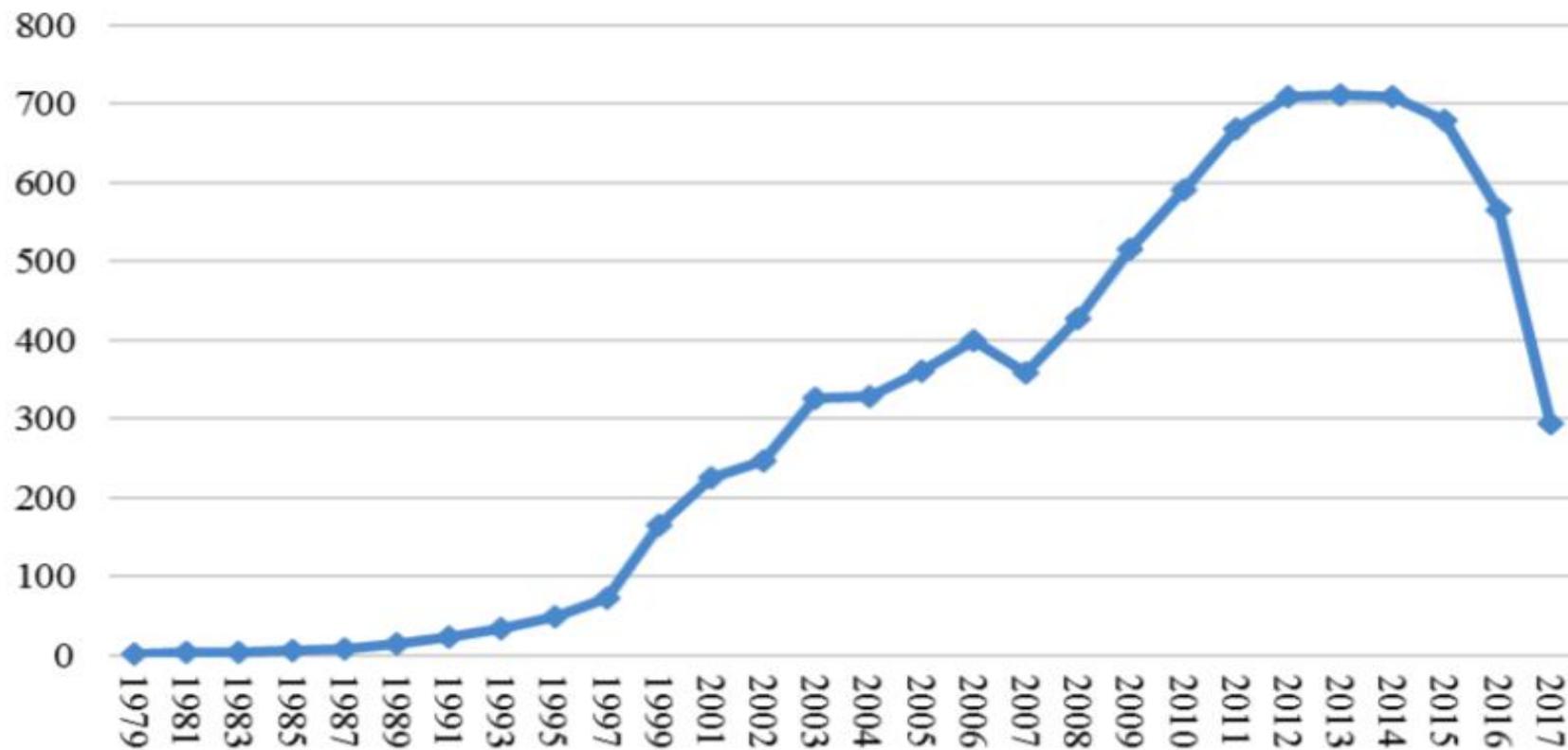
公立医院运行机制改革进展

类型	合计	30%以下	30%-35%	35%-40%	40%-45%	45%以上
公立医院	8675	2598	1975	1827	888	1387
其中:地市级及以上	2739	834	604	545	294	462
区级医院	1430	494	296	269	134	237
县级医院	4506	1270	1075	1013	460	688

其中地市级及以上医院药占比35.1%。药占比30%以下的医院数量占29.9%。需要说明的是，药占比为45%及以上的1,387家医院中，有636家为中医院(占45.9%)，以及一些主要依靠药物治疗的专科医院(如精神病、传染病、皮肤病等专科医院)

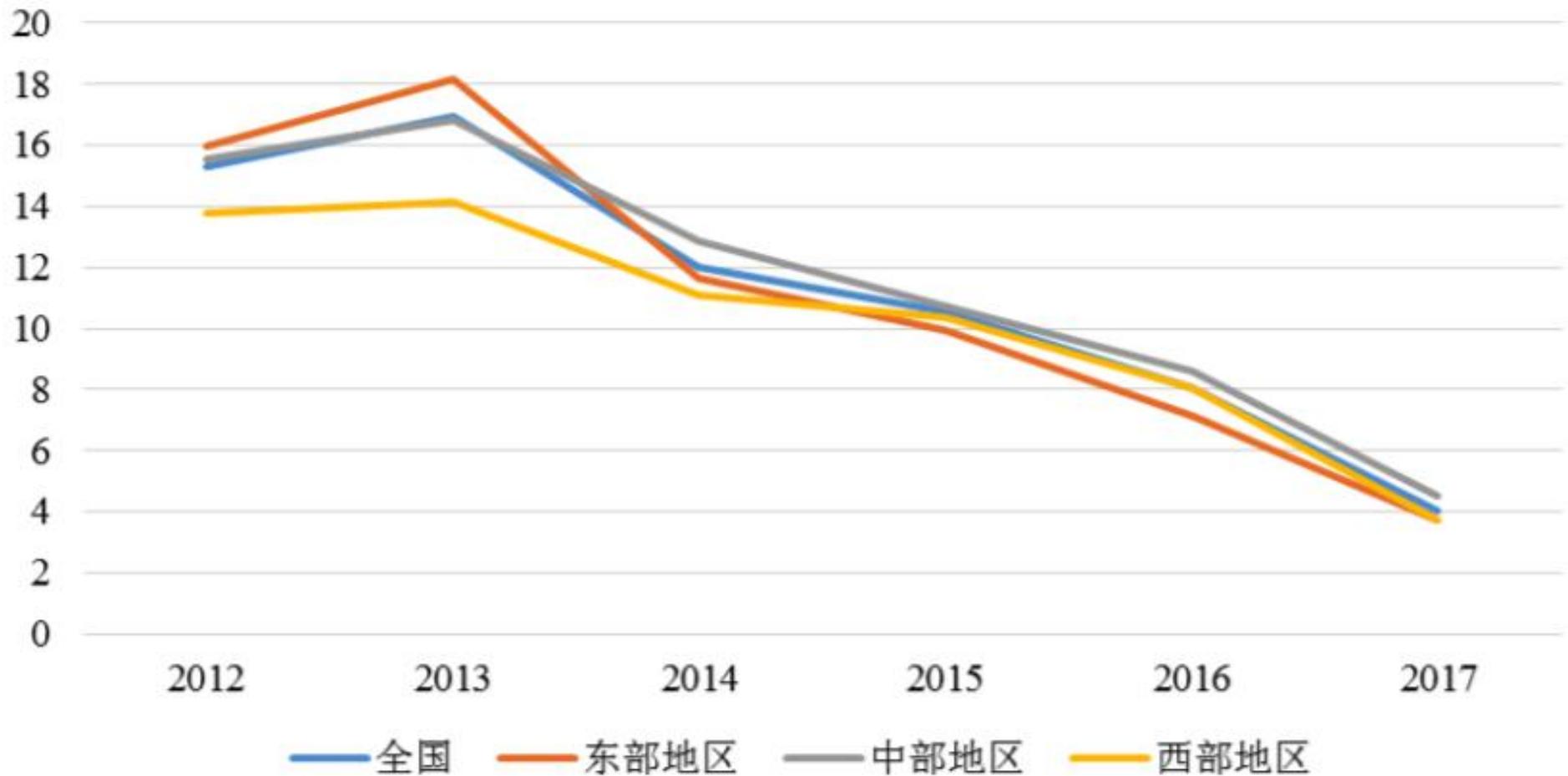
公立医院运行机制改革进展

1979年以来公立医院药品加成收入(单位:亿元)



公立医院运行机制改革进展

不同地区药品加成率变化(单位:%)



公立医院运行机制改革进展

2012-2017年公立医院主要业务支出构成

指标	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
人员支出	29.8	30.3	31.0	33.2	34.1	35.9
卫生材料费	14.9	15.6	16.3	16.5	17.2	17.4
药品费	37.6	36.9	36.4	34.8	33.6	31.6

公立医院人员支出占业务支出比重保持上升趋势，从2012年的29.8%上升至2017年的35.9%。卫生材料费占业务支出比重从14.9%提高到17.4%，药品费占业务支出比重从37.6%下降到31.6%。

我国医疗卫生发展的基本判断

两个判断的基本前提

一是以社会医疗保险为主体的筹资与支付体系；

二是以公立医疗服务体系为主体的服务提供体系；

我国医疗卫生发展的基本判断

判断1:

社会医疗保险将不断提升统筹层级，近期内实现医院业务收入总控，远期实现患者医疗支出的总控；

我国医疗卫生发展的基本判断

判断2:

随着社会医疗保险管理的升级，医疗服务体系将不断地解构和重构，从医联体向整合型医疗服务体系过度。

PCIC下新经济运行机制

- 政府为区县医疗集团规定明确的绩效指标（满意度、健康、费用）；
- 区县医院为了最求绩效、控制费用会重视慢病管理，完善诊疗流程，提升与大医院的议价能力；
- 大医院为了争取县医院的合作，会提升服务的性价比；

PCIC下新行为模式

- 区县医院成为医疗服务体系的中心：

医保的守门人和区域公共卫生的主要责任人；

供方具有内在动力将服务前提，强化健康预付工作；

专科医院和独立设置医疗机构成为县医院这个平台上的“插件”，医疗服务在区县医院的调配下依据患者需求进行调整；

实现预防、急性病诊治、康复、终末期服务的延续性；

- 大医院住院和门诊服务量大幅度下降，患者就医体验明显提升，医疗费用快速增长得到遏制；
- 患者就医有机构进行全程指导，医疗费用得到有效控制；

PCIC下新经济管理挑战

- 区域医共体的整合程度还存在争议；
- 区县医院的医疗与管理能力不足；
- 大医院经济运行和行为模式剧烈变化；
业财融合的精细化管理、调整学科重点、作为平台开展对外合作
- 区域卫生行政管理模式需要创新；

PCIC的政策发动点

- **医保管理体制改革**：医保支付方式改革；
- **医疗服务体系改革**：财政投入方式改革；
医联体：医疗机构间合作；
人事制度改革；
- 政府综合监管改革**：机构评级认证；
医院信息化标准；
医院绩效评价；

谢谢聆听！