

## 来自美国整合医疗服务系统（IDS）的经验教训

# 医联体：信息化支撑下的利益共同体

▲ 世界华人医师协会美国首席代表 原加州蓝盾医保公司副总裁 邓乔健

在4月12日国务院常务会议上，李克强总理指出，建设和发展医联体，是深化医疗、医保、医药联动改革的重要内容。

建立和推动医联体，通过派遣专家、专科共建、业务指导等方式提升基层医疗水平。在医联体内实现健康档案、病历等互联互通，实行检查结果互认、处方流动、药品共享。同时建立医学影像、检查检验等中心，在医联体内提供一体化服务。这无疑是在医生多点执业，分级诊疗等基础上又迈了一大步。

在大洋彼岸的美国，也有一个“医联体”，就是在美国行之多年的整合医疗服务系统（IDS）。本文为作者根据工作经验和相关研究，对美国整合医疗服务系统的利与弊所做的分析和总结。

## 美国医联体对中国的启示

中国的医联体，初期主要是以大医院带动中小医院，辐射社区。是由政府直接推动的，紧密型的。医联体可以在局部形成诊疗-康复-长期护理连续服务体系，也迫使大医院分享资源和改变思维运营方式，对于改善病人就医途径，提高整体医疗服务质量会起到积极正面的作用。

由于目前中国的医保还是由政府主导的社保为主，医联体的中心大医院也都是公立医院，因此不会出现美国“医联体”的弊端（通过增加和医保机构谈判筹码而实现自己的利益最大化）。但从长远的角度看，笔者认为

应借鉴美国“医联体”的经验教训。同时要明确并理顺医保、医院、医生三者之间互相独立、互相制衡又互相协作的良性互动关系。大医院资源下沉，意味着大医院要勇于自我瘦身，把大量的门诊、检验、诊断等诊疗服务移到院外，移到社区。同时大医院的医生也要走出去，根据患者需要走到中小医院，走到社区。从医保的角度看，要给商业医保松绑，只有社保和商业医保真正从给付机制上改变目前医院独大，住院独尊的模式，为医生服务和其他院外诊疗行为分开定价并直接支付，这样医联体才能持续健康发展。

## 美国医联体：降支出提质量

美国医疗服务自始至终都是围绕着医院和医生这两条主线来进行。早期的合并扩展是在医院与医院之间，医生（集团）和医生（集团）之间所进行的“合并同类项”。后来面临着来自医保机构的控费和患者流失的双重压力，医院和医生（集团）开始合作甚至合并，从而诞生了整合医疗服务系统（IDS）。

一个IDS要包含如下要素：一个或几个医院（一般至少有一家综合医学中心），若干个由医生（集团）管理的诊所，多个诊断化验中心和其他辅助服务机构；服务相当数量的人群；全面承担为该人群综合全面长期服务的医疗和财务责任。

IDS的最大卖点就是降低医疗支出，优化医疗用量，提高医疗质量。

然而，2016年6月一篇文章发表在《医疗服务机构、规则和财务杂志》（Journal of Health Care Organization, Provision and Financing）上，指出大的医院系统（同时也是大的IDS）明显增加了医疗服务

的开支。这篇文章的作者是兰德公司的资深学者 Glenn Melnick 先生，他也是南加大卫生经济的知名教授。

他分析比较了2004年到2013年之间加州蓝盾医保公司支付合同医院的详细数据之后，发现加州凯撒医疗集团之外最大的两个整合医疗系统（Dignity Health 和 Sutter Health）所属的60家医院，在十年间医疗服务价格提高了113%（平均每个住院日花费从2004年的9200美元增加到2013年的19606美元），而其他175家独立或小的医疗系统所属的医院价格同期只提高了70%（从2004年的9200美元增加到15642美元）。

Melinick 教授认为，造成这两家加州最大的IDS每个住院日花费高出其他医院25%（约4000美元）的原因是规模庞大的IDS运用他们较大的医院市场份额和对较多数量患者的控制（通过所属医生集团）获得了强有力的谈判地位，从而迫使医保机构同意并支付他们高出其他医院的服务价格。

## 加州医院的价格上涨



## 美国经验：医联体要遵循的关键原则

虽然美国IDS长期以来并没有完全发挥其应有的作用，甚至增加了医疗支出，很多专家学者和业内人士仍然认为IDS的机制是合理的。IDS要成功，要遵循以下几个关键原则：

★综合全面长期连贯式服务。医疗技术，设备，设施和专业人员配备上可以承担所服务人群从健康保持，慢病管理到急重病诊治、康复的全方位医疗服务；

★IDS的形成和管理要以患者为中心。终极目标是满足服务人群整体和个体的健康医疗需要，而不是为了医疗提供者的方便和利益。在计划和管理医疗服务、信息系统以及各种运营流程时，决策者要处处从服务人群，从患者的角度来考虑。要涵盖可及性，公平性和实效性；

★要制定IDS整体的长短期战略，确保系统内每个组成部分都理解并支持这个战略，同时明确自己所应该扮演的角色，所承担的责任和义务；

★要打破IDS成员原有的管理架构和分隔墙。新的架构要突出系统内部的协调性，一致性和高效性；

★服务适量的，相对固定人群。多数IDS的存

在和发展的目的是为了服务所覆盖区域的人群。只有确立这种服务关系的全面性和长期性，才能使得IDS有更大的动力来服务该人群全面和长期的需要，投入更多的努力来保健防病。曾有美国学者建议一个高效整合的IDS需要至少一百万人口来支撑。(Shamian and LeClair 2000)；

★IDS系统内部要实行跨机构，跨团队，跨专业的服务标准化。各个组成部分分工不同，角色不同，但都是平等的。系统内的医务人员要根据患者的需要在不同的机构和场所流动并从事诊疗活动；

★建立系统内先进的、易用的，可以共享互通的电子病历系统，电子处方系统和其他信息系统；

## 点评

虽然美国的IDS与中国的医联体建设有不同的背景与目的不同，但本文对中国正在大力推进的医联体有重要学习借鉴意义。如，医联体建设中的内容可以借鉴IDS的八项原则。安徽省天长市与阜南县等县域医共体改革模式不同于一般的医联体，有紧密的利益链，是IDS的高级形式，能全面体现这八项原则，最终能实现防治融合、大小医院配合、医患结合，以有限的卫生投入取得群众最大的健康回报。

——安徽省卫生计生委主任于德志

文章提到的八点内容值得有关方面结合中国实际进行研究，选择性吸取。在中国的紧密型医联体是由政府推行，其目的不仅是为了增加与医疗保险机构谈判的筹码，因此要考虑中国的实际，但紧密的医联体必须是利益共同体。

此外，建议必须要在信息化支持下的利益共同体中强调这种模式的医联体。不能仅仅是上级医疗机构对社区卫生机构的技术支持，一定要建立起医疗联合体的运行机制，否则是不可持续的。

中国的情况与美国有所区别，主要由政府推动，政府希望有条件的医院去扶持基层医疗卫生机构，通过建立医联体提高基层机构的服务能力，实现分级诊疗，分流患者。但依我看，目前的基础还不足，机制也比较缺乏，信息化建设跟不上需要，因此还需结合中国情况进行不断探索。

——北京大学医学部公共卫生学院陈育德教授



扫二维码  
看本文更多内容