

迈向以人为本的整合型医疗卫生服务体系的国际经验

——德国近年的探索及对我国的启示

我国正在努力探索以人为本的整合型卫生服务体系的发展道路，以期在 2020 年全面建成覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度后，围绕贯彻落实“健康中国”战略，建设优质高效的医疗卫生服务体系。为此我们选取了近年来几个典型国际卫生体系的改革经验加以介绍，以供决策参考。本期简报结合文献综述和现场调查所获得的信息介绍近年来德国整合型卫生服务的实践进展。

一、德国卫生体系背景

德国是社会医疗保险的鼻祖和俾斯麦模式卫生体系的典型国家。基于社会法团主义的传统，德国卫生体系突出自治。在法定医保报销政策下，非营利性、自治性的医保基金（疾病基金会）与医师协会通过谈判制定医保合同。过去二十年来，随着人口老龄化、慢病高发和经济增长放缓，德国卫生体系改革尝试通过竞争提高效率，同时政府也加强了对医疗机构的绩效监测和考核。

实际上，德国卫生体系的资源总量和服务量大，技术效率高，且单位住院日和门诊费用远低于发达国家平均水平（例如，专科门诊费用仅需 30 欧元），但质量和效果欠佳。尽管德国年人均门诊量高达约 18 人次，但糖尿病等慢性病导致的入院率却远高于欧美国家平均水平。与此相关的是卫生体系的碎片化。历史上形成了诊所医生提供门诊与医院提供住院医疗服务的割裂状态，而且在缺乏守门人制度的情况下，患者偏好专科医生。同时，德国医保主要支付个体的、片段式医疗服务，门诊按项目付费和住院按 DRGs 付费的支付方式并未取得良好的健康结局影响，更重要的、更广泛的社会决定因素和服务整合并不在支付范围内。2013 年，在 11 个发达国家排名中，德国的卫生服务协调度排 10 位。

二、整合卫生保健的改革

2000 年开始颁布的多项医改法案都包括了整合卫生保健项目（Integrated Care Programs, ICPs）的改革，包括允许各地疾病基金会提留部分医保费用预算作为整合的启动资金（2004 年到 2008 年，为住院和门诊两部分预算的 1%）。同时，放宽必须与区域医师协会谈判的限制，疾病基金会可直接与服务机构或医生谈判组成整合服务网络（Integrated Care Networks, ICNs）共享结余。此外还拓展了可加入 ICNs 的签约机构资格。比如，有医院与社会工作者、心理咨询师、理疗师等组成 ICNs，联合提供精神分裂症患者的照护以使其避免住院。为吸引参保人，大部分 ICNs 都提供了非经济激励。

绩效监测的强化、规制的放宽、资金的投入营造了有利创新的环境和导向。一些公司利用这一新的空间，开始努力搭建形式多样的 ICNs，包括关注个别疾病比如复发性骨质疏松骨折，也包括人群层面的整合服务体系。根据 2011 年的数据，当时有 6339 个 ICNs，覆盖了近 200 万参保人，年总费用为 1.35 亿欧元。后期由于政府换届，且整合项目能通过科学评估拿出效果证据的比较有限，ICNs 的发展陷入停滞状态。

三、健康 Kinzigtal：模式与做法

下面将重点介绍的“健康 Kinzigtal”是经过各种内部外部评估脱颖而出的人群层面整合服务体系。其用户中 92.1% 愿意推荐他人加入；随机匹配准实验研究发现，增加慢性病防治药品适宜使用，减少多种抗生素过度服用、药品滥用；与预期相比，2013 年节约费用达到 550 万欧元，避免了 17.8% 可通过门诊预防的住院服务；10 年间 ICNs 人群预期寿命增幅较对照组高 1.4 岁。

2006 年，健康数据科学与管理公司

OptiMedis AG（持股 1/3）与德国西南部的 Kinzigtal 区医师协会（持股 2/3）联合成立了健康 Kinzigtal 管理公司（以下简称“公司”）。公司与医保基金公司签订 10 年的结余共享合同，从而建立了健康 Kinzigtal 整合卫生服务体系。主要运营模式如下：

（一） 利用结余共享，创造整合动能

根据国家统一的风险结构补偿系统和参保人群信息计算测算预算年度内的医保费用支出，减去实际支出所得的结余，即为公司的贡献。若医保支出盈余，则公司与医保共享。若医保超支，公司仅承担投资的风险，而不承担超支风险。因而公司有促进健康和控制成本的激励机制。同时，公司具备“财务中间体”的性质，可以利用结余绕开医保支付范围和支付方式的局限，投入对健康和患者体验更有价值的服务及整合相关的基础设施建设等，进而降低费用（如图 1）。

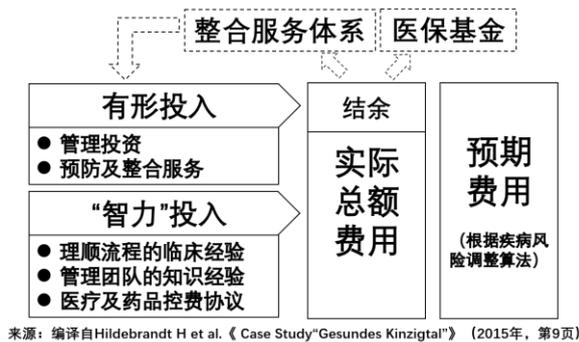


图 1. 医保结余分享与再投资模式

（二） 供方支付体系

对供方采用了四级支付体系：为避免阻力过大，公司对医疗服务供方主要使用通用的支付方式，占支付额约 80%；对特定服务（如“医患共设目标协议”，以及其他具有成本效益的服务和药品），采用按项目付费以促进供给，占约 10%；对特定健康和经济结局采用按绩效付费，占比例较小；约 10% 通过利润分成发给持股的医师协会，由其进一步给到成员医生手中。

（三） 多学科的分层健康管理服务体系

借助相对灵活的支付方式，形成了医生、

医院、药房、理疗师、社会福利机构、健身中心、学校和企业的多学科健康服务体系。公司对参保人群采取健康风险分层管理。近 20 项结构性的预防、保健和照护项目。图 2 以糖尿病为例展示了健康管理的服务内涵。

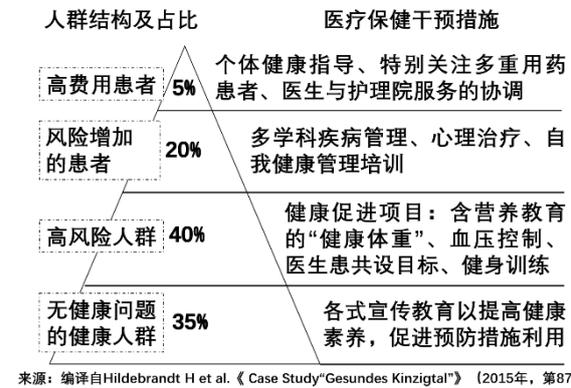


图 2. 健康 Kinzigtal 围绕糖尿病的人群防治

（四） 发挥数据与科学的驱动力

利用卫生服务研究与数据科学的专业技术力量，建立电子病历系统、电子服务应用和集中的数据仓库（包括基础数据、医保、供方和 ICNs 网络数据、额外数据等）。通过数据分析利用和承担卫生服务研究，选择有价值的卫生服务加以利用，并不断优化管理措施。常态化地运用质量指标进行绩效管理。

四、对我国的启示

德国的改革规模仍然有限（Kinzigtal 体系仅覆盖 3 万人）且未触及既得利益的主体，但其实践提供了一些有益的启示：

首先，政策环境向健康为中心的转变是跨越卫生服务整合障碍的前提。

其次，具备“资金池”功能的整合者绕开医保目录的局限，利用医保结余实现以健康为中心购买、搞活服务体系、促进服务整合的可能途径。

第三，科学的管理、证据的利用、数据价值的开发是实现以人为本的整合型卫生服务的现代化手段。

（徐进，于梦根）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。