

# View of BPR of the Whole Medical Profession

Shaodong Li

Health Department of Jiangsu Province, Nanjing  
Email: lisd@jswst.gov.cn

Received: Jan. 7<sup>th</sup>, 2013; revised: Jan. 14<sup>th</sup>, 2013; accepted: Jan. 28<sup>th</sup>, 2013

Copyright © 2013 Shaodong Li. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Abstract:** In this thesis, based on the introduction of study among practice in resources of the medical profession, the concept, aims and principles of BPR of the whole medical profession are first raised in China, and the current conditions of BPR of the whole medical profession BPR are analyzed; Secondly, the path, systems design and guarantee measures of BPR of the whole medical profession are raised; Thirdly, the path design of whole processes to have a doctor for citizens, practitioners' system and two-way transfer medical services systems and classification medical service systems are raised. Then the paper analyses the possibilities of carrying out low-cost strategies in the whole medical profession.

**Keywords:** Medical Profession; Business Process Re-Engineering; Medical Services; System; Research

## 论医疗全行业业务流程重组

李少冬

江苏省卫生厅, 南京  
Email: lisd@jswst.gov.cn

收稿日期: 2013年1月7日; 修回日期: 2013年1月14日; 录用日期: 2013年1月28日

**摘要:** 本文在介绍了医疗行业资源重组实践进展的基础上, 第一次提出了医疗全行业业务流程重组概念以及目标、原则, 分析了医疗全行业业务流程重组的现实条件, 提出了医疗全行业业务流程重组的路径、制度设计和保障措施, 提出了居民就诊全流程设计思路, 明确建立家庭医生制度和双向转诊制度、分级医疗制度等。分析了医疗全行业实施低成本战略的可能性。

**关键词:** 医疗行业; 业务流程重组; 医疗服务; 制度; 研究

### 1. 引言

业务流程重组(BPR)分为三种类型, 功能内的BPR、功能间的BPR和组织间的BPR。组织间的BPR指发生在两个以上企业之间的业务重组, 这类BPR是目前业务流程重组的最高层次, 也是重组的最终目标。

医院是组成医疗行业的单元之一。医疗行业是由从小到大、从下至上的各级各类提供医疗服务的医疗

机构及其服务人员所组成的有机统一体。在我国, 医疗行业的构成是十分复杂的, 而当前的结构和布局也是相当不合理的, 必须进行全行业业务流程重组。

### 2. 医疗全行业业务流程重组的概念<sup>[1-16]</sup>

#### 2.1. 概念

我认为行业业务流程是指行业生产、服务的供应链及其相互关系。医疗全行业业务流程重组是一个全

新的概念，与组织间的业务流程重组相似，但由于医疗服务的特殊性，其内涵更广泛，可以算作组织间业务流程重组的一个特例。

可以把医疗全行业业务流程重组初步定义为：以维护居民生命全过程的健康为目标，以提供全方位、全过程医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导等综合卫生服务为手段，以家庭医生及其CHS机构与综合医院或专科医院双向转诊的体系为主体架构，以病人在医疗服务体系内流转的全过程为观察对象，以医疗费用的支付主体和方法为纽带，以落实政府的责任为首要保障条件，有效整合现有医疗卫生资源，努力构建责任明确、可得可及、分级分工、效率效益的新型医疗全行业业务流程。

## 2.2. 目标

医疗全行业业务流程重组的目标是以关注居民的健康为中心，通过优化居民医疗服务提供全过程、构建自下而上、分级分工的新型医疗服务体系，达到预防与医疗相结合、控制医疗服务成本、提升医疗服务效率、提高医疗卫生资源的利用效益，最终整体提升全体居民的健康水平。

## 2.3. 实践探索及不足

尽管到目前为止，尚未有人提出医疗全行业业务流程重组的概念，但迫于医疗服务市场环境的压力，我国从上世纪九十年代末至今，有不少行业内组织间重组探索，如组建医院集团、托管制、城市大医院下伸举办社区卫生服务机构等，可以看成是医疗全行业业务流程重组的实践探索或雏形。

1) 医院集团。虽然组建医院集团在现阶段达到了盘活了医疗资源存量、拓展了医疗服务市场、扩大了优质资源受益面、降低了医疗服务成本、促进了医疗服务体系重建的部分效果，但是由于体制、机制的制约，组建医院集团明显存在着以下弊端：一是政府办医战线过长的问题得不到解决；二是组建医院集团如不涉及资产重组和管理体制创新，往往难以真正推动医院内部运行机制的改革，人浮于事、管理低效的问题仍将继续存在；三是有可能进一步加剧医疗市场的垄断状况，医疗服务市场竞争格局难以形成，导致医疗服务的效率不高，医疗服务质量难以满足群众的需

求；四是医院集团化以利益为驱动，注重经济效益，对于协调解决社会关注的诸如控制医疗费用过快增长、大型医疗设备过度配置和使用、服务态度不佳等问题，缺乏内在的利益驱动机制和动力；五是在现有医疗管理体制下，组建医院集团将增多管理层次，加大管理难度，管理效率可能不高；六是由于技术资源特别是人才使用边际效率递减规律的存在，组建医院集团有可能影响集团核心医院的服务质量和效率。

2) 托管制。医疗机构托管制改革是兴起于上世纪90年代以医疗机构内部运行机制改革为核心的改革模式，包括两种类型，一是政府简政放权的一种形式，对公立医疗机构实行目标责任制管理，扩大公立医疗机构经营自主权；二是将城乡基层中、小医疗机构委托给大医院进行管理。我这里所指的是第二种类型。城市大医院受托管理中、小型医院，从业务管理、技术支持、人事分配制度改革、资源共享等方面着手，初步达到了分级医疗、节约成本、拓展市场、提高效益的目的。这种托管制，也存在着无法克服的问题，主要有两方面：一是体量小，难以达到优化全行业业务流程的目的；二是组织的目标不符合全行业的社会目标，即仍以经济效益为追求的主要目标。

3) 大医院办社区卫生服务机构。是指城市大医院为了抢占医疗服务市场，向社区延伸，举办社区卫生服务机构。目前，在全国5000多个社区卫生服务中心中，有11%是由城市大医院举办的。城市大医院到社区举办社区卫生服务机构，可以提高社区居民医疗服务的可及性，提升社区卫生服务水平，扩大优质医疗资源的受益面，降低居民医疗服务费用，但是也存在着与托管制类似的问题。

## 3. 医疗全行业业务流程重组的现实基础(必要性和可行性)<sup>[17]</sup>

### 3.1. 医疗服务体系公有制为主体有利于从全行业实施流程重组

1) 现行所有制构成。虽然全国个体私营医疗机构已占医疗机构总数的近五分之一，但其病床数只占医疗机构病床总数的不足5%，固定资产只占全部医疗机构固定资产的不足6%。其余均为国有、集体、联营和其他所有制性质的医疗机构。由于国有卫生资产占主导地位，有利于以行政区划为单位，自下而上构

建分级分工、双向转诊的新型城乡医疗服务体系。

2) 公立医疗机构是构建新型医疗服务体系的主要载体。既然在整个医疗服务体系中, 公立医疗机构占主导地位是现实的, 也是必要的, 那么, 在重组医疗全行业业务流程、构建城乡新型医疗服务体系过程中, 就减少了资产重组带来的所有制制约, 就可以依托现有的体系, 以行政区划或区域为单位, 以公立医疗机构为载体, 统筹谋划全行业重组。

### 3.2. 医疗服务体系布局不合理必须从全行业思考业务流程重组问题

目前, 我国城乡医疗服务体系架构极不合理。一是优质医疗资源向城市聚集, 城乡基层相当薄弱。从固定资产总额、高级职称人员、病床分布等数据看, 城市医院尤其是三级医院优质医疗资源比较集中, 基层特别是农村乡镇卫生院的设施条件太差, 某省 45 所三级医院的固定资产总值(设备占一半左右)是 1600 多所卫生院固定资产总值的 4 倍多。二是分级分工的医疗服务体系没有形成, 病人就诊流向不合理。从总工作量和人均工作量的分布和工作效率来看, 病人向大医院特别是城市三级医院聚集的现象比较明显, 出现了大医院“门庭若市”, 小机构“门可罗雀”的奇观。这一现象在城市更为明显。某省 45 个三级医院完成的急诊工作量和手术工作量, 是 1600 多所卫生院的所完成工作量的总和还要多。三是农村乡镇卫生院服务能力太弱。由于农村乡镇卫生院人才缺乏, 设施设备落后, 远不能满足农村居民的医疗保健需求。四是医疗服务体系中的所有制结构尚不合理。个体私营医疗机构有了一定的发展, 但规模小, 尚不足以与公立医疗机构形成强有力的竞争态势。因此, 如果只是以医院为单位进行单位内部业务流程重组, 一方面永远达不到业务流程重组的效果, 另一方面克服不了体系存在的问题, 违背了医院组织目标。因此, 必须从全行业来思考重组的问题, 就是要实施医疗全行业业务流程重组。

### 3.3. 转型期我国卫生事业面临的主要矛盾和问题迫切需要实施全行业业务流程重组

建国以来, 特别是改革开放以来, 我国的卫生事业成就斐然, 但在经济体制转型时期, 也出现了一些

新的矛盾和新的问题, 需要我们认真加以研究解决: 一是医药费用过快增长和个人负担仍然较重, 很重要的原因是由于病人向大医院集中, 而大医院服务成本高, 增加了病人的医疗费用负担, 拉动了医疗费用的快速增长。二是医疗卫生资源配置、结构不平衡, 导致城乡居民健康差距进一步加大, 一些农村地区因病致贫、返贫问题十分突出。三是医疗服务效率不高。我国农村乡镇卫生院近几年来病床使用率平均很少超过 60%的。三是现有卫生服务模式难以适应群众不断增加的卫生服务需求。在经济和社会持续发展过程中, 伴随着生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变, 人民群众对综合、连续以及充满“人情味”的卫生服务需求明显增加。但是, 多年来医疗卫生服务模式单一, 体制性障碍较为突出, 改革力度难以满足群众的需求, 看病难、看病贵的问题日益突出, 从一定程度上引发了医患矛盾。五是双重疾病负担加剧。当我, 我国既面临着新老传染性疾病的威胁, 也面临着慢性非传染性疾病负担加剧的突出矛盾。慢性疾病已经成为我国重要的公共卫生问题。六是人口老龄化进程加快。我国进入 21 世纪后, 60 岁以上老年人口每年以 3.2 倍的速度增长。加快发展的“银发浪潮”必然给广大老年人的身心健康带来新的问题和挑战。七是医疗保障问题较为突出。目前, 城市部分下岗、失业人员生活困难, 无钱就医。新型农村合作医疗制度保障水平低, 难以抵御重大疾病的威胁。以上矛盾和问题涉及众多体制、机制性问题, 但与全行业业务流程不合理都是密切相关的, 因果关系错综复杂。

### 3.4. 大力发展社区卫生服务为行业流程重组创造了体系条件

发展社区卫生服务对现行医疗服务体系是一大革命性冲击, 使医疗服务模式由医院向社区卫生的转变, 这种转变体现在以下方面: 医院基础→社区为基础; 以疾病为中心→以人为本、健康为中心; 以医生为导向→病人导向; 全科医学、全科医师在社区卫生服务中具有核心骨干的作用。因此, 发展社区卫生服务具有十分重要的意义。就医疗全行业业务流程重组而言, 发展社区卫生服务是基础、前提和抓手。这是因为社区卫生服务是提供基本卫生服务, 满足人民群

众日益增长的卫生服务需求,提高人民健康水平的重要保障。社区卫生服务覆盖广泛、方便群众、能使广大群众获得基本卫生服务,也有利于满足群众日益增长的多样化卫生服务需求。社区卫生服务强调预防为主、防治结合,有利于将预防保健落实到社区、家庭和个人,提高人群健康水平。这是医院和医疗行业组织所追求的目标。同时,社区卫生服务可以将广大居民的多数基本健康问题解决在基层。积极发展社区卫生服务,有利于调整城市卫生服务体系的结构、功能、布局,提高效率,降低成本,形成以社区卫生服务机构为基础,大中型医院为医疗中心,预防、保健、健康教育等机构为预防、保健中心,适应社会主义初级阶段国情和社会主义市场经济体制的城市卫生服务体系新格局。这与医疗全行业业务流程重组的目标要求是一致的。因此,可以说,发展社区卫生服务为医疗全行业业务流程重组创造了体系条件。

### 3.5. 医药卫生体制改革在探索之中逐步为医疗全行业重组提供环境和体制保障

改革开放以来,特别是1994年“两江”改革试点以来,尽管国家没有出台一以贯之的改革方案,但从中央到地方,医疗卫生体制改革的探索方兴未艾。这些改革主要包括:以组建医疗集团等多种方式,盘活城市存量医疗资源;大力发展非公有制医疗机构,与10多年前相比,医疗机构所有制结构发生了重大变化;深化公立医院内部运行机制改革,普遍推行了院(所)长负责制和综合目标管理责任制,全员合同制和人事代理制逐步推开,多种形式分配制度的激励作用日益显现,后勤服务社会化改革步伐加快,还有“托管制”改革等;加快了农村卫生改革步伐,各地认真贯彻《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》精神,在坚持每个乡镇原则有1所政府举办的卫生院基础上,因地制宜,进行了多种形式的改革探索。

以上在医疗卫生体制方面所做的工作,对于促进医疗全行业业务流程重组是有利的。未来中国医疗卫生体制的改革只能坚持两条原则:一是追求公平,要确保所有社会成员都能够得到基本的医疗卫生服务。二是要强调卫生投入的绩效。即在有限的全社会卫生投入水平下,使全民族的健康水平获得最大限度的提

高。这与全行业业务流程重组所追求的目标是不谋而合的。随着医疗卫生体制改革的深化,医疗全行业业务流程重组的环境和体制条件将更加有利。

## 4. 医疗全行业业务流程重组的路径和制度设计

全行业业务流程重组是一个思维创新,没有现成的经验可以借鉴。如何围绕医疗全行业业务流程重组的目标,研究设计全行业业务流程重组路径是一大难题。本人从以下几方面进行考虑。

### 4.1. 居民就诊全流程设计

以保障和提升城乡居民健康水平为最终目标,以城乡居民患病就诊全过程作为考察对象,以提供“安全、有效、方便、价廉”和“综合、系统、连续”的医疗服务为手段,设计如下居民就诊全流程:患病居民(家庭)↔家庭医生和社区卫生服务机构(站、中心)↔二、三医院和专科医院。第一个双箭头表示患者一方面首先向家庭医生或社区卫生服务机构求医,另一方面家庭医生和社区卫生服务机构主动上门服务,一些疾病可以在家庭内诊治。第二个箭头表示社区卫生服务机构与上级医院之间的双向转诊关系。这是一个理想的居民就诊总流程。核心制度有两个,即家庭医生制度和双向转诊制度。要实现这一看似简单的流程,建立这两项制度,是一个相当复杂的系统工程,需要变革目前的体制、机制。

### 4.2. 家庭医生制度

家庭医生(General Practitioner, GP),是居民及家庭相对固定的、在患病就诊和健康预防、保健、康复等方面个人化服务的指导师,为居民及家庭成员建立健康档案,定期上门体检或治疗,24小时接受健康咨询服务;如居民或家中有人生病,则上门诊治或联系医院。此外,家庭医生还向雇主提供治疗方案、指导正确就医,提供养生保健等方面服务。和一般医生不同,家庭医生是一位尽职的“健康管理师”。

世界上许多国家都建立了家庭医生和家庭病床制度。家庭病床是医院病床的延伸,对于手术后在家康复的病人是医院治疗的继续。一些发达国家的实践证明,家庭医生和家庭病床,与社会卫生服务机构和各级医院形成一个医疗卫生服务体系,不仅可以向居

民提供便捷、周到的服务，而且可以大大降低医疗保险费用的开支。在当前进行卫生改革和医疗保险制度改革中，我国也应该积极稳妥地推行家庭医生和家庭病床这一深受广大群众欢迎的制度。

### 4.3. 双向转诊制度

双向转诊制度是指家庭医生及其社区卫生服务机构与区域大中型综合医院、专科医院通过签订协议等形式，让一般常见、多发的小病在社区卫生服务机构治疗，大病则转向二级以上的大医院，而在大医院确诊后的慢性病治疗和手术后的康复则可转至社区卫生服务机构。这样，就可以实现“小病不出社区，大病及时转诊”。双向转诊制度在国外特别是欧洲国家比较成熟。国外大医院几乎没有门诊部，到大医院看病的人都是从社区卫生服务机构转诊，社区医生能根据每名居民的实际情况找到更合适的地方和医生。

### 4.4. 分级医疗制度

家庭医生和双向转诊制度的建立，有赖于分级医疗制度的形成。

分级医疗制度是指城乡社区卫生服务机构与二级以上医院(含专科医院)之间，根据各自的功能和任务，合理分工，优势互补，提供不同层次的医疗服务，促进“小病在社区、大病进医院”，保证城乡居民接受到“安全、有效、方便、价廉”的医疗服务。

## 5. 医疗全行业业务流程重组的保障措施

以家庭医生制度和双向转诊制度为核心的医疗全行业业务流程重组，在现有的医疗服务体系下是难以实施的，必须进行多方位改革，为医疗全行业业务流程重组提供保障。

### 5.1. 健全社区卫生服务网络

要优化城市卫生资源配置结构，促进优质卫生资源向社区转移，逐步建立起医疗中心与社区卫生服务机构两级分工合理、双向转诊的城市新型医疗卫生服务体系。健全社区卫生服务网络，原则上每3~5万人口由政府举办一个社区卫生服务中心，并根据需要下设若干个社区卫生服务站。对政府办的部分区级综合医院、街道卫生院(所)及企事业卫生机构，原则上要实施重组、改建或功能转换，努力建成符合要求的社

区卫生服务机构。鼓励社会力量举办社区卫生服务机构。要以社区卫生服务机构“六位一体”功能建设和医疗卫生服务重心下移为重点，深入开展社区卫生服务示范区创建活动，大力推进社区卫生服务机构规范化建设。

### 5.2. 合理规划城乡医疗机构设置

医疗机构设置规划是政府调控医疗服务市场的重要手段，必须引起重视。各级政府要以法规的形式，明确各级各类医疗机构的规划设置。要把发展的重点放在农村和社区基层，控制城镇大医院的发展规模。根据全国卫生服务总调查的结果，按照我国和我省二级以下医疗机构承担80%左右的门诊工作量的要求，设置城乡社区卫生服务机构。

### 5.3. 明确政府的办医责任

各级政府要按照保障基本医疗供给和履行公共卫生职能的总体要求，合理确定政府举办医疗机构的数量与规模。对主要承担基本医疗任务、代表区域医疗水平、在医疗服务体系中起重要作用的医疗机构，继续由政府举办，其中省辖市办好1至2所综合医院和1所中医院，县(市)办好1所综合医院和1所中医院。同时要重点办好传染病防治、精神病防治、妇幼保健、急救医疗以及采供血等社会公益性强的医疗卫生机构。行政区划调整后的每个乡(镇)原则上要有1所政府举办的卫生院，提供基本医疗卫生服务的城镇社区卫生服务机构也应以政府举办为主。各级政府要按照建立公共财政的要求，明确对政府举办的公立医疗机构资金补助的范围和方式，确保公立医疗机构稳定、健康发展。同时，改革完善财政投入方式，切实提高财政资金使用效率。各级政府尤其要加大对社区卫生服务机构的扶持力度。

### 5.4. 建立覆盖全体城乡居民医疗保障制度

要通过完善城镇职工医疗保险制度、新型农村合作医疗制度，建立城乡特困人群医疗救助制度等，使全体城乡居民都能享受医疗保障制度。首先，在广大城市地区深化城镇职工基本医疗保险制度改革。将目前单纯覆盖参保职工本人的医疗保险扩展到职工所抚养的直系亲属(主要是未成年子女)，中央和地方政

府对此在财政上应以补贴支持。根据中央“认真解决进城务工人员社会保障问题”的有关指示精神,进一步强化外来人员用工制度的监督管理,将医疗和工伤保险的参保作为各行业雇佣农村进城就业人员的必要条件。抓好混合所有制企业、个体私营等非公有制经济组织从业人员参保,继续加大灵活就业人员参保力度。其次,对于广大农村地区,各级政府也应当按照中央有关指示精神,大力“加强农村公共卫生和基本医疗服务体系建设,基本建立新型农村合作医疗制度”。在增加财政的社会保障投入的同时,采取多渠道筹措社会保障基金的方式,包括社会慈善、社会捐赠、群众互助等社会扶助活动,甚至可以通过发行彩票的方式筹集资金,对于资金提供方则可以进行一定税收减免和其他政策优惠。建议参考发达国家的做法,大力引进商业保险对医疗风险的评估和管理技术,以及委托商业保险公司对基金进行“第三方管理”,以确保基金的合理使用。同时,在部分条件允许的地区(主要是参合率较高的地区),建立农村养老和医疗互助基金管理机构,该机构应不同于传统的政府管理部门,而是一种国外流行的互助合作保险社(公司)模式,对基金的使用、医疗机构和计划的选择、基金保值增值等问题实施有效监控。第三,通过多渠道筹措资金,构建和完善适合我国国情的城乡基本医疗救助制度,切实提高城乡居民医疗救助水平,帮助城乡贫困群众解决就医方面的困难和问题。

### 5.5. 把医疗保险体系与医疗服务体系有机结合起来

西方成熟的市场经济国家在医疗服务方面有一个值得我们学习和借鉴的成功经验,就是做到医疗服务体系架构与医疗保险制度架构的高度统一性,也就是在医疗服务体系的分级分工、布局上与医疗保险支付和管理的分级、分层体系是一致的。要积极以城市医疗保险制度和农村合作制度为载体,通过调整定点医疗机构和参保个人在各级医疗机构的自付比例,促进分级医疗和双向转诊制度的建立。这不失为解决群众看病难的一条有效途径,也是全行业业务流程重组的重要抓手。目前,各级劳动保障部门要将符合条件的社区卫生服务机构纳入城镇职工基本医疗保险定点医疗机构范围,并适当降低参保职工在社区卫生服

务机构就诊的医药费用自付比例。最终的目标是,在完善的医疗服务体系内,通过医疗保险支付手段,形成病人合理就诊的体系、机制,壮大社区卫生服务机构,彻底改变目前居民就诊全流程不合理的格局。

## 6. 医疗全行业业务流程重组的低成本战略

医疗全行业业务流程重组一个很重要的动力就是实现全行业低成本战略,就是要求立足于医疗全行业的业务流程,而不仅仅是单个医疗机构的业务流程,通过全行业业务流程重组,使整个行业的运作成本控制到最理想的水平,从而减轻国家、单位和居民个人的医疗费用负担,有效控制医疗费用的过快增长,使全社会医疗费用总水平与经济发展水平和社会各方面的承担能力相适应。

### 6.1. 控制成本驱动因素

1) 合理确定各级医疗机构的规模和布局。从居民的有效医疗服务需求出发,考虑到医疗机构布局等因素,合理确定各级医疗机构包括社区卫生服务机构的规模、数量和布局,使居民的有效需求能够实现,那么,就可以获得规模经济效益。

2) 控制关键资源的投入成本。强化全行业、全区域大型医疗仪器、设备的配置规划控制等。

3) 协调与医疗服务有联系的活动。如果一项活动的成本受到另一项活动的影响,那么在确保相关的活动以一种协调合作的方式开展的情况下,就可以降低成本。如病人的转运的协调、常规检查的可及性等。

4) 检查、检验结果的共享制度。

5) 辅助服务的一体化或外包。如药品集中招标、医药物流体系的建立以实现药品和辅助材料的零库存管理等。

6) 全行业新技术的引进时机问题。有时候,市场上的先动者能够比后来者以更低成本建立和维持其品牌声誉。而有时候,特别是技术发展很快的时候,设备或技术的随后购买者往往会受益,因为所安装的设备是第二代或第三代的产品,价格反而会便宜一些,运作效率还会高一些。

7) 服务能力利用率。医疗服务能力的利用率的提高可以使得承担折旧和其他固定费用的服务量扩大,从而降低单位固定成本。

8) 战略选择和经营运作决策。如扩大基层机构特别是社区卫生服务机构的服务能力和范围等。与药品、医用材料提供者建立区域性整体合作伙伴关系等。

## 6.2. 改造医疗全行业价值链结构

1) 标准化服务提供。通过对各级医疗机构服务项目的标准化设计,如“合理检查、合理治疗、合理用药”等“三合理”规范的制定,转向“易于提供”的设计方式,规范各级医疗机构的服务提供。

2) 削减医疗服务的附加,只提供基本的、无附加的医疗服务,从而削减多用途的特色和选择,确保居民的基本医疗。

3) 转向更简单的、资本密集度更低的,或者更简便、更灵活的医疗服务过程。如在基层、社区大力推广适宜医疗技术、广泛促进中医药在基层的利用等。

4) 寻找各种途径来避免过渡使用高医疗成本的原材料、设备和技术。

5) 使用“直接到达最终用户(患者)”的服务策略,从而削减由于中间环节而产生的成本费用。如家庭医生和家庭病床制度的实施。

6) 集中化战略。如按区域建立社区卫生服务机构集中统一的检验、检测中心,以减少这类机构的医疗服务成本。

7) 抛弃那种“定制式营销”的经营方式,将核心集中在有限的医疗服务之上,以消除医疗服务中的各种变形所带来的活动和成本。如减少自动化检测项目等。

8) 再造和更新医疗机构内部业务流程,从而统一和联合一些工作步骤,去掉附加值很低的活动。

9) 利用电子通信技术减少笔头工作,减少打印和复印成本,通过电子邮件加快通信,通过电视会议减少差旅成本,通过建立区域性医疗服务通讯网络来传播信息,通过网址和网页同患者和家庭建立联系等。

## 6.3. 培养低成本的行业文化

实施低成本战略的企业还应该着力培养低成本的行业文化,即在整个医疗全行业培养医务人员的低成本意识。一粥一饭,常思来之不易;一丝一缕,恒念物力维艰;小数怕加,大数怕减等等。把类似的理

念贯彻到全行业医务人员教育中去,形成全行的共享价值观,就会有更多降低成本的途径。例如,能不用贵的药品和检查的就不用,像在自己家一样使用水电。如果低成本理念成为全行业每个员工的思想,就会有丰富多彩的低成本行为发生,从而给医疗全行业带来更持久的低成本。当前,要着重加强医疗全行业职工的职业道德教育,增强其全心全意为人民健康服务的理念,规范医疗服务行为,减少并进一步消除单位和个人的逐利倾向,以增进和保护居民的健康为己任。

本方从医疗行业资源重组实践进展的基础上,首次提出了医疗全行业业务流程重组概念以及目标、原则,初步分析了医疗全行业业务流程重组的现实条件,提出了医疗全行业业务流程重组的路径、制度设计和保障措施,提出了居民就诊全流程设计思路、明确建立家庭医生制度和双向转诊制度、分级医疗制度等,分析了医疗全行业实施低成本战略的可能性,目的是对目前医药卫生体制改革特别是医疗服务体系改革提供浅见。

## 参考文献 (References)

- [1] B. Hilton. The benefits of business process mapping. *Administrative Radiology*, 1993, 12(11): 31-34.
- [2] D. Lack. Real-time claims resolution. Re-engineering how we process and pay for healthcare. *Health informatics*, 1998, 15(6): 176-178.
- [3] D. Kohn. The role of business process reengineering in health care. *Health Information Management*, 1994, 14(3): 1-6.
- [4] R. Bergman. Reengineering health care. A new management tool aims to transform the organizational processes and stir discussion. *Hospitals & Health Networks*, 1994, 68(3): 28-30, 32-34, 36.
- [5] M. M. Yasin, L. W. Zimmerer, P. Miller and T. W. Zimmerer. An empirical investigation of the effectiveness of contemporary managerial philosophies in a hospital operational setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 2002, 15(6-7): 268-276.
- [6] M. Wright, E. Scott and R. Cockerill. Surviving the management game: Workload measurement systems in a cost-conscious environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1993, 60(1): 23-28.
- [7] G. L. McManis. Reinventing the system. The re-engineering process will launch a new era of health care delivery. *Hospitals & Health Networks*, 1993, 67(19): 42, 44, 46-48.
- [8] D. W. Chambers. How the Japanese work. *Journal of the American College of Dentists*, 1998, 65(4): 49-54.
- [9] J. R. Griffith. Reengineering health care: Management systems for survivors. *Hospital & Health Services Administration*, 1994, 39(4): 451-470.
- [10] M. G. Trisolini. Applying business management models in health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 2002, 17(4): 295-314.
- [11] B. Bigelow, M. Arndt. Transformational change in health care:

- Changing the question. *Hospital Topics*, 2005, 83(2): 19-26.
- [12] R. C. Coile Jr, S. Gray. The second wave of health care re-engineering: New focus on processes and growth. *Russ Coile's Health Trends*, 1997, 9(8): 1-8.
- [13] S. M. Shortell, K. E. Hull. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Review*, 1996, 2: 101-148.
- [14] J. A. Johnson, R. W. Boss. Management development and change in a demanding health care environment. *Health Manpow Manage*, 1993, 19(4): 7-10.
- [15] L. Glasson. Change in the health care field: Confronting the issues. *Journal of Healthcare Protection Management*, 1993, 9(2): 40-43.
- [16] R. L. Simpson. Reengineering for a new millennium: The year 2000 problem in health care. *Nursing Administration Quarterly*, 1998, 23(1): 94-96.
- [17] 李少冬. 医疗机构改革面临的形势和任务[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2000, 10: 5-8.