

整合医疗的联盟类型和组织机理

——基于组织理论的联盟识别和治理重审

严晶晶*

南京工业大学法学院 江苏南京 211816

【摘要】整合医疗体现了在正式制度安排下,医疗成员单位之间的相互合作和交换的组织关系,再现了医疗联盟的组织行使权力和配置资源的各种安排。从组织理论的逻辑出发,根据联盟组织面临的任务环境、组织结构和运行机制,把整合医疗分为医共体、紧密医联体、松散医联体和远程医疗协作网等不同类型。依据组织理论的分类策略,识别不同类型联盟组织的机制和运行成效,认为组织学分类逻辑是判定联盟特征,从而识别治理基础的关键。结合不同类别的联盟案例梳理治理要点。

【关键词】整合医疗; 医疗联盟; 远程医疗协作

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.003

Typology and organizational mechanism of integrated healthcare: A study of alliance recognition and governance review based on Organizational Theories

YAN Jing-jing

Law School, Nanjing Tech University, Nanjing Jiangsu 211816, China

【Abstract】Integrated healthcare reflects the mutual cooperation and exchange relationships between member organizations under formal institutional arrangements and regulations, and reproduces the arrangements of how to exercise organizational power and medical resources allocation. According to logic of organizational theory and based on the working environment and task appointed, organizational structure, operational mechanism, and decision-making processes faced by the alliance organizations or associations, the integrated medical organizations are divided into three types of medical community, close type and dispersed type medical associations integration, and telemedicine collaboration network. According to the classification strategy of organizational theory, the mechanism and operational effectiveness of these types of alliance organizations and/or associations are identified. It is considered that the organizational classification logic is the key to determine characteristic of the alliance and thus identify governance. Therefore, a combined body of these types of alliance cases will help to test the typology basis and to sort out the key points to govern integrated healthcare.

【Key words】Integrated healthcare; Medical alliance; Telemedicine Network

由于政府对医疗服务的价格管制未完全放开,医保支付改革的科学化水平仍待提升^[1],各地医保制度长期碎片化状态,医疗技术人员流动机制亟需完善等原因,医疗机构控制成本的动力始终较弱,过度医疗的现象依然存在,医疗资源仍然趋向城市大医院集中^[2]。随着医疗改革持续深化,一些地区的医疗机构通过整合进行了改革和重组,整合医疗制

度在我国已经积累了大量的实践基础。

1 文献述评

整合医疗被视为推动医疗体系转换的机制(mechanism for system transformation)^[3]从功能和机制来看,其在抵御医疗和卫生服务的日益分散、低效和不可持续的现状,提高成本效率、改进疾病治疗和

* 基金项目:教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(18JZD047)

作者简介:严晶晶,女(1987年—),博士,讲师,主要研究方向为组织行为、决策机制、医疗政策。E-mail: jingjing_yan@163.com

改善健康状况等方面有着巨大潜力^[4-5]。

1.1 整合医疗类型

组织关系的整合包括“基于所有权的整合”,医疗伙伴关系作为一个拥有资产和实体的组织提供服务^[6],是“基于合同关系的联盟”,合作伙伴同意按照书面合同的条款提供服务^[7],以及“非正式的互动”,成员组织在信任、合作和互惠的规范基础上提供服务和协调关系^[8];形式方面的整合有“水平整合”和“垂直整合”,水平整合(横向)是发生在生产相同的服务或密切相关的替代品之间的独立组织,通过整合成为强大的组织联盟,实现规模经济和增加市场力量,整合后可能意味着平均成本的降低;垂直整合(纵向整合)是医疗服务的不同阶段或不同层级的组织之间的联盟,将总成本责任集中在单一的组织上,通过共同的愿景和激励来跨越组织的边界^[9]。

“水平整合”的背后是潜在的规模经济和增加市场力量的愿望,对消费者的影响仅仅取决于成本效益是否超过了竞争价格的潜在损失。而“垂直整合”则以共同的组织目标跨越了单元组织的边界,直接成效是降低了沟通和交易成本。因此,更重要的医疗市场的整合现象与垂直整合的发展有关。

1.2 整合医疗治理

整合医疗网络的转变,伴随了显著的医疗机构功能和治理责任的扩展,需要对传统医疗机构治理进行深刻的变革。宏观层面,需要强有力的领导以解决医疗服务提供组织的资源、管理和组织文化相关的障碍,以便确定各个层次的合作模式,加强系统参与者的责任和授权。中间途径如开发集成信息系统、制定通用的专业语言和财务安排、提供明确的愿景、改变激励措施、扩大社区参与、完善评估系统等。一些研究关注费用控制在整合医疗中的重要性,提出把支付机制与激励机制相结合,在整个护理过程中增加对总成本的问责制,以及确保在初级医疗中投入足够的资金。在成员机构方面,还应考虑医疗联盟是否适合区域医疗服务的特定需求,考虑成员单位的相容性,对现有单位机构进行变更的可能性等。

1.3 研究评价

已有的研究大多从整合医疗的案例入手归纳分类依据和提供政策建议,往往局限于案例的内容和结构描述,忽略了对医疗联盟的多样性和运行机制之间差异的因果解释,从而无法对整合医疗的有效治理提供针对性的意见。本文认为,整合医疗是在

特定的正式制度安排下,医疗成员单位之间是相互合作和交换的组织间关系,因此,组织理论为重审整合医疗制度提供了理论来源和分析视角。由于不同类型的联盟存在着成员关系、管理架构和组织运行机制的显著差异,从组织理论出发对医疗联盟的分类研究,能够发现整合医疗组织的结构、类别和成效之间的不同对应关系,从而识别出治理的关键因素,对提高整合医疗的实践水平,应对快速变化的环境和新兴的组织战略也具有一定的现实意义。

我国整合医疗目前仍然由政府主导,特别是新政策不断出台,整合医疗制度的合法性不断提高。但由于整合的机制仍未得到充分关注,组织治理没有切实的章法可循,整合后出现了“拉郎配”、“联体不联芯”等问题,成员利益得不到保障,整合医疗在医疗体系中陷入意义大于内容的境地。国内研究的对策集中在医保支付体系的配套改革、双向转诊的就医秩序、管办分离的管理机制方面的建设上,治理策略多数停留在针对单一的医疗机构,或传统医疗合作模式的组织基础上,但对新兴组织战略下的整合医疗的联盟机制和相应的治理缺乏深入研究。国外研究提出整合医疗治理的关键在建立目标与共识、社区参与对话机制、成本问责等,强调整合医疗合法性和利益共同体的打造。由于国外医疗的市场环境和我国存在较大差异,联盟的合作方式和运行机制同我国的现实情况有较大区别,因此从结构到治理的关联探究和相关治理方案相对缺乏说服力。

当前医疗机构正面临着如何应对日益激烈的竞争和资源稀缺的环境的挑战,大多数情况下,经济变量被视为外生变量,组织变量被视为内生性变量,研究组织整合的机制尤为关键。^[10]由于不同类别医疗联盟的组织形式和运行机制不尽相同,在探索医疗联盟的治理问题时,需要从各自不同的情况区别分析,找出联盟治理的关键因素。因此,本文将依据组织理论视角下的整合机制进行联盟的分类和措辞,不再使用宽泛的“医联体”的名称,并从组织理论出发,分析整合医疗的联盟机制,探究联盟类型和治理成效方面之间的关联,探讨不同模式的医疗联盟的治理问题。

2 分析框架和联盟分类

整合医疗是发生于多个医疗机构之间,为实现特定目的通过一定的途径整合而成的组织形式。整合后的组织结构可以是功能相互补充的综合医院和专科医院,也可以是不同层级的区域中心医院和基

层社区医院,实践中产生的是更为复杂的案例。整合后的协作机制,如涉及医疗技术和资源相互补充、交换关系,或涉及管理和绩效考核的联合监管关系,或涉及财务和资产管理的共同经营关系等。整合后的医疗网络无不关联到任务环境、组织结构、运行机制方面的结构因素和组织特征。由此,可以从整合后面临的任务环境、联盟的组织结构和协作运行的机制三个维度分析制度的内涵逻辑。

2.1 任务环境:问题呈现和匹配程度

由于组织被定义为开放的适应系统,与一定的社会环境交互作用。因此,环境被定义为这个开放系统模型的重要元素,是组织结构和过程的主要决定因素之一。^[11]从环境角度来看,影响医疗整合的因素包括特定环境中的健康问题和联盟功能同环境特征的匹配程度。环境即人群面临哪些健康问题和受影响的特定人数。所面临的问题不同,需要根据如不同的疾病发展情况、影响人群数量、罹患程度、持续时间等进行调整 and 设定组织任务目标。而另一方面是匹配程度,分为健康问题同成员关系的匹配程度以及成员关系同区域特点的匹配程度。匹配水平是联盟治理的一个重要方面,这是维持联盟必要的现实条件,具体来看,如成员贡献、组织的物理空间、联盟外部的合法性、联盟的财务状况等。

2.2 组织结构:伙伴关系和决策结构

在交换关系中,组织领域的行动者可以创建(生产)、体现和制定(再现)该领域的逻辑。治理结构是在合作组织领域中行使权力和配置资源的各种安排,包含了调节和规范的控制机制。^[12]就合作关系的目标、过程和结构而言,是主要参与者之间协商的结果,单位成员在网络中的位置和资源决定了其在组织交换关系网络中的各种权力基础。^[13]组织所控制的资源种类越多,就越需要协调资源的利用和交换活动。^[14]从结构角度来看,合作的范围、程度和目标将决定联盟组织的决策集中化程度。提升医疗服务水平和控制医疗费用是一个综合的目标,决定因素分散在联盟网络的许多节点上,需要成员伙伴的集体行动。不同合作伙伴提供卫生服务的内容在联盟的不同位置上产生了不同的影响力,如在不同的领域有所侧重,像特色专科、先进设备、专家效应等。可以通过伙伴关系的战略选择,匹配联盟需要达到的内涵,促成伙伴成员有效地集体工作。

2.3 运行机制:目标激励和问责程序

组织之间的合作和交换关系的维系、进化通常由新联盟中的强大成员使用说服、财务策略、政治权力和技术影响力来实现^[15],在我国也受到外界政策环境、社会和经济因素的影响。从协作机制来看,合作的内容反映了特定区域卫生需求和参与伙伴成员的利益需求。一旦任务设定,将在很大程度上决定医疗联合体的主要功能范围和内外部利益相关者。用设立特定目标的方法,可以追求渐进性的理性利益最大化,或者由组织之间相互谈判追求一个更为动态的利益成果。问责机制在一定程度上维系了合作关系的协调和进步。多数组织依靠传统的问责机制,如内部审计和收入报表,来提供有效的标准和制度化的措施。新兴的联盟要求有证据表明组织整合和医疗服务的提供、费用控制的正相关,由于缺乏准确验证特定时间段内健康结果、或卫生系统的变化的衡量指标,很难证明联盟和改善健康的因果关系,需要制定中间评判指标来协助建立这样的评价,如采取替代性的指标,设立讨论和对话平台、综合评价区域卫生保健的成效,建立第三方监督机构,锁定经常性问题、多角度反馈健康结果。

2.4 联盟分类:基于组织理论的逻辑

从联盟所面临的任務环境,依据健康问题的广度、影响人数的幅度、同社区和健康问题匹配程度,将联盟所处的环境分为复杂任务环境和简单任务环境两种。从联盟面临的问题分布和匹配程度的每一个细节出发,实际情况都非常复杂。为了作进一步的分析,仅把环境问题的复杂和简单作出一个相对的参照向度,并且指明复杂和简单是两个相反方向上衍生的不同区域,在中间布满的若干区域也按照程度更为接近复杂任务或简单任务。以下的决策集中或分散,正式或非正式联盟的分析也如此。按照伙伴成员数目、提供医疗服务的内容分布,和决策方式的集中化、形式化程度,把决策结构分为决策集中和决策分散两种类型,并认为集中决策的联盟拥有较整齐的决策结构,形成紧密联合的组织联盟,分散决策的联盟拥有较为松散的决策结构,形成松散联合的组织联盟。最后,按照是否拥有明确目标共识、正式的问责制度,把伙伴的合作关系分为正式联盟和非正式联盟,并认为正式联盟拥有相对较高程度的协调机制。

从正式联盟出发,按照决策是集中还是分散,分为紧密联合关系和松散联合关系,再按照所面临的任务环境相对复杂或者简单,分为医疗共同体、紧密医联体、松散医联体。认为医疗共同体是简单任务环境下组成的紧密联盟形式,并且拥有较为整齐的组织结构,决策过程较为集中。紧密医联体是在相对于医共体来说更为复杂的任务环境中组成的紧密联盟形式,但是也具有较为整齐的组织结构,决策过程较为集中。松散医联体是相对复杂任务环境下组

成的松散联盟形式,组织结构较为松散,决策过程较为分散。而认为简单任务环境中,通过松散的组织关系、松散决策结构形成的组织联盟几乎无存在可能,为了防止形式化联盟的蔓延,也无发展的必要。这里的非正式联盟关系仅讨论当下具有践行潜力的远程协作网,既面对复杂任务环境中医疗机构之间的协作关系,拥有较为分散的决策结构,决策过程比较分散,仅具有技术资源的协作关系,在数据载体、云平台上实现医疗技术资源共享。

表1 联盟的组织逻辑

| 组织逻辑 | 环境复杂性 | 结构整齐度 | 机制协调度 | 参考类型 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| 复杂任务/决策集中/正式联盟 | 高 | 高 | 高 | 紧密医联体 |
| 复杂任务/决策集中/非正式联盟 | 高 | 高 | 低 | — |
| 复杂任务/决策分散/正式联盟 | 高 | 低 | 高 | 松散医联体 |
| 复杂任务/决策分散/非正式联盟 | 高 | 低 | 低 | 远程协作网 |
| 简单任务/决策集中/正式联盟 | 低 | 高 | 高 | 医疗共同体 |
| 简单任务/决策集中/非正式联盟 | 低 | 高 | 低 | — |
| 简单任务/决策分散/正式联盟 | 低 | 低 | 高 | — |
| 简单任务/决策分散/非正式联盟 | 低 | 低 | 低 | — |

3 联盟案例和相关治理

按照上面的分类和依据,分别选取了浙江省桐乡市医共体、江苏省镇江市康复医疗集团和江滨医疗集团、某品牌远程病理协作网作为代表案例进一步讨论。其中浙江省桐乡市是在市级层面上组建而成的医疗联盟。江苏省镇江市境内成立了相互竞争的两大医疗集团,分别是紧密医联体的康复医疗集团和松散医联体的江滨医疗集团。某远程病理协作网的实践提供了非正式联盟中远程协作网的研究证据。

3.1 浙江省桐乡市医共体

桐乡市是浙江省“医疗服务共同体”(“医共体”)的试点市,它打破了成员各自为战的利益格局,在区域内构建了医疗网络的责任共同体。首先,在战略和管理层面,成立了统一部署的决策结构,由市政府主要领导担任联盟主任,有关部门领导任成员,多部门参与协调出台配套政策。集团理事会负责制定发展规划、运营章程、考核办法。在医共体成立后,由于有统一的领导机制和决策结构,在面对任务问题时,能够迅速达成共识,确定发展的战略方向,及时调整发展中面临的方向问题,使医疗网络的布局和建设,同区域流行病特征和人群就医发展相匹配,同当地的经济发展和建设结构相适应。

其次是管理共同体的建设。以区域大医院为中

心,成立负责辖区内医疗机构业务运营和管理的核心节点单位。桐乡市第一人民医院、第二人民医院和市中医院为龙头单位,牵头负责所辖区域内基层医疗机构的业务管理,同时负责区域内的资源调配、业务管理、医保支付、信息平台的统一管理。使得病人能够在医共体网络内,被适时地分配到最适当的关节点上,就医环节的设计同疾病的发生、发展、康复周期相一致,使得整个就医流程更为人性化。服务网络相对顺畅和简易,服务的体验好感度随之提升。显著的成效还体现在费用的控制上,交易成本不断降低,额外费用负担得到控制。

最后是利益共同体的建设。以往医疗技术人员的业务晋升空间和福利保障是人员流动困难的重要原因,基层医疗机构人员业务水平提升缓慢,整体服务能力得不到群众的认可。在桐乡市医共体内,实现人员招聘使用、晋升评价、信息互联互通。医疗资源在集团内部统一调配,打通优质医疗资源上下贯通的渠道,人员、资源在医共体网络上实现了流通。统一采购配送、后勤服务,费用全盘统一,通过医共体建设,费用和资源配置难题同时得到了解决。

3.2 江苏省镇江市康复医疗集团和江滨医疗集团

江苏省镇江市境内,成立了江苏康复医疗集团、江苏江滨医疗集团两大医疗联合体,整合的类型不同,整合的成效各有特色,在同一区域内形成了良性

竞争。前者以资产联合为纽带,组成了紧密医联体,整合了区域中心医院(镇江市第一、二、四人民医院)、专科医院(精神卫生中心)、基层医疗卫生机构(新区医院和新区所辖的 4 所基层医疗机构、京口区 2 个社区卫生服务中心和区妇保所,润州区 3 个社区卫生服务中心等)。康复医疗集团制定了集团章程,在此依据上,卫生行政主管部门履行出资人职责,实施集团理事会、监事会和医院院长负责的管理层,建立了集中化的决策机构和议事程序。组成决策、监管和运营相互制衡的法人治理结构,实现了政事分开、管办分离、经营权与所有权相互分离。经营管理层分为行政和专业委员会两个部分,分别负责集团内的行政事务和临床工作的统一管理。精简各医院职能部门,减少相互之间职能交叉,实施会计师和财务负责人委派制度,优化财务管理。同医共体所区别的是,紧密医联体由于决策权集中在集团理事会层面,只能对本集团内的资源和人才实施一定程度的调配,覆盖的范围和程度限定在医疗机构覆盖的边界。

江滨医疗集团以技术合作为纽带联合,组建方式为松散型,整合了中心医院(江苏大学附属医院、市中医院、三院、解放军某医院)、基层医疗卫生机构(京口区 4 个社区卫生服务中心、润州区 3 个社区卫生服务中心)。其中部分中心医院都是原业务和运营庞大、关系错综复杂的医疗单位,松散型的整合形式,能够保持其多个法人均保持各自主体地位不变,成员单位法人、财务、性质隶属关系不变。集团内各院长各自负责,独立承担经济和民事责任。江滨医疗集团认为各伙伴成员隶属关系复杂,紧密医疗集团不易实现,而松散医联体避免了资产整合上的冲突,更易实现,从而集中力量发挥出技术优势。通过成立医疗质量委员会和护理质量委员会,规范诊疗过程,实现了集团内的技术优势互补,提高了社区卫生服务的质量和效率。

3.3 远程病理协作网

远程医疗协作网是在复杂任务环境下,分散决策的医疗协作平台,同上面的整合类型相比,远程医疗协作网只涉及技术资源的互补和共享,各成员伙伴参与贡献或接受技术支援,不参与管理和临床决策。如某远程病理协作网,由 600 多名国内外病理医生通过协作网平台,向全国 1.3 万多家医疗机构提供医学检验和病理诊断服务,提供精准诊断服务,服务网络延伸至乡镇、社区一级,覆盖了全国 90% 以

上人口所在区域,向基层输送病理诊断技术。

对于一般的患者来说,先进医疗设备只能提供更为清晰的病灶影像,而最终诊断结论则要靠临床经验丰富的病理医师参考出具,病理医师的水平对诊断结果的影响重大,许多疾病在发病早期从影像中不易察觉,甚至有可能发生被漏诊误诊,因此精确的病理报告在临床诊断中具有十分核心的地位。远程医疗协作网通过建立分散的专科联盟,把国内重点实验室病理科医生、海外知名病理科专家、区域中心医院病理科医生在联盟的平台上相互连线,不仅向合作的医疗机构提供病理诊断服务,也向全国的医疗机构开放数据共享权限,形成了一个开放的病理诊断云平台、病理资料数据库,且提供远程质控、远程会诊、资料共享,对基层医疗机构和边远地区的医疗机构的工作开展也起到了有力地支撑。

3.4 相关治理情形的讨论

不同模式的医疗整合在不同程度上实现了有限医疗资源的配置,提高了服务质量、控制了医疗费用。结合特定情形,各自整合程度和达到的成效不完全相同。从上述四种类型的整合机制和成效来看,整合任务目标的层级、处理内部壁垒和冲突的组织结构、资源共享的层级水平解释了不同医疗联盟的组织类型和运行机制。理解组织的整合类别和运行过程,有助于识别联盟治理中的关键因素,从而提升联盟的治理水平。

第一,在各自明确的层级上确立合作伙伴的任务目标。目标共识有助于识别适当的伙伴成员,增加成员达成目标共性。任务应当反映外部的医疗需求,目标相关的现实资源也是良好伙伴关系的基础,否则目标将无法长期维持,或无法实现可衡量的结果。持续的联盟过程塑造了新的任务和目标,此时任务和目标可能不完全相同,这取决于伙伴关系的特点和外部环境条件的变化。虽然联盟的目标通常是长期的,但展示短期成功也被视为维护成员动机和联盟可信度的指标,短期成就有助于获得合法性和对设定复杂操作的支持,有效的联盟治理必须既能达到一定的短期目标又能实现长期的成效。

实践表明,目标的层级越高,联盟的决策结构越集中。医共体统筹整合目标任务,主要领导负总责,把医疗机构通过管理委员会、理事会整合成一片网络。但由于统领层面负责了伙伴成员的目标共识,对局部环境的变化较为不敏感,建议设立医疗责任

委员会,增加对局部问题问责的合法出口。紧密医联体和松散医联体由于面临的任務环境复杂,任务目标的设定同医共体相比层级略低,除了提升医疗服务的整体质量、降低医疗成本等规范性目标外,可以根据外部环境的变化适时调整伙伴成员各自的行动目标,如根据社区内流行病特征调整和分配注意力和资源。远程医疗协作网由于分散决策,只涉及技术资源的互补和共享,联盟的共同目标较为单一,一般在规范性的目标下原则性地指导各项工作地开展。

第二,积极面对伙伴关系之间发生的冲突,建立有效化解冲突的机制。明确伙伴关系与合作的过程的分工和责任,不同类型的组织之间的权力分配可以促进选择最具有建设性的解决方案。伙伴成员生产产品和提供服务,既有合作也存在竞争,涵盖了医务人员、医疗资源和服务人群等多个方面,将会经历一定的冲突,因此必须努力协调它们的活动,以达成合作的妥协。目标上的共识可以减少成员之间的分歧,帮助它们识别目标达成合作,这需要处理好共同目标和个体成员目标之间的关系。明确不同区域成员机构的规划可以帮助更好的建立合作伙伴之间的利益关系,将冲突转化为建设性对话。成熟的信息系统也是减少误解和缓解冲突的有效机制。然而,冲突也可以视为必要的影响重要变革的催化剂,促进设计更有效的协调机制、决策结构来管理冲突。

具体来看,医共体在统领层面确立了伙伴成员的目标共识,决定了成员伙伴的业务管理的合法性,权威的领导结构有助于伙伴成员进一步达成业务和管理内容的共识,增加人群的参与度和接受度,有利于减少冲突的发生。在松散医联体层面,如镇江市的江滨医疗集团,“伙伴成员隶属关系复杂”,通过松散联合的形式,避免了资产整合带来的组织冲突,而康复医疗集团通过决策、监管和运营相互制衡的法人治理结构,建立了更加紧密的合作模式,把共同利益作为协调合作的润滑机制,紧密医联体的冲突化解更依赖于正式的制度。远程医疗协作网方面,技术上的冲突可以采取数据发包和汇总,综合专家意见的方式来解决,管理中的冲突则需要不断优化数据平台,完善管理规则。

第三,建立标准化的数据库和信息共享平台,探索分散医疗机构的有效接入机制。各医疗机构完善自身数字化建设工程,完成原有信息数据的升级工作,实现医疗技术协同。利用现代服务行业信息系统的完善,使不同来源、不同层级的医疗机构之间相

互协作,实现资源共享。对医疗行业的信息活动做好采集、标准化、上传、分享,能够实现为不同区域的医疗活动提供及时、有效、广泛的信息,以类型匹配的联盟为平台、卫生信息和医疗资源为内容、共行技术和关键技术为核心概念,建设健康事业的服务信息综合体,实现有限医疗资源的高效利用。

医共体和紧密、松散医联体需要完善病历信息的共享水准,跟随病人随诊赋予读取和写入的权限,要注意的是对病人隐私的保护,和读写记录的可追溯性,防止病案问责事件的发生,信息的共享应尊重医患伦理。同样,远程病理协作网实现了通用的载体和格式化写入的程序,把病理知识资源和分析技术在平台上互通共享,为所有可接入伙伴提供了标准化水平的高质量医疗服务,消除了地域和机构壁垒带来的资源接入障碍,实现了知识共享互通,对于整体医疗质量的提升意义重大,医疗伦理和信息安全工作亦不容忽视。

4 结论与不足

医疗联盟的治理面临的挑战包括正确的战略方向、有效的内部协调机制、结构的整齐程度,重要的治理环节包括利益相关者的关系、合作目标和经验、管理和问责机制。每个因素都必须在联盟层级上被予以合法性并得到成员单位的理解。问题越复杂,就越需要建立以任务为导向决策层级、以专业为主导的组织过程和以过程为导向的组织结构。联盟的模式取决于设计和战略意图,并可能随着时间而改变,这样一来,多样性和复杂性问题的增加将伴随着更大的集体理性。因此需要研究不断深入,实践不断调适。

近年来,整合医疗已成为医疗机构改革的发展趋势,在顶层设计的推动下,地方发起和推进了一系列医疗联盟的试点工作。已有文献对一些成功的联盟实践进行了研究,并指出了整合医疗在改善医疗服务方面的积极影响。部分学者认为,随着整合医疗的进一步发展,我国医疗体制将实现资源的上下流通。也有部分学者对勉强联合的“拉郎配”表示担忧,认为伙伴成员利益得不到保障,伙伴关系难以长久维系,医疗联盟呈形式化特征,没有起到资源整合的实质影响。这些研究展现了医疗联盟在整合方式和期待效果方面存在一定差异,但没有进一步追问差异背后的机制原因。本研究在已有文献的基础上,以组织理论中的组织合作交互关系为切入点,从任务环境、决策结构、运行机制的角度出发,探究了联盟整合的类型和特点,有助于

在实践中根据实际情况选择不同的整合方式,组建匹配任务环境的联盟类型。

具体而言,本文以环境复杂性、结构整齐度、机制协调度为整合的组织逻辑,把整合医疗按照任务复杂与否、决策集中与否、形成正式联盟与否,将医疗联盟分为医共体、紧密医联体、松散医联体、远程医疗协作网,随后分别举例在实践中出现的各种类型的医疗联盟,并区别梳理了治理要点。研究发现,各地联盟的实践除了在首诊、转诊等制度方面,还存在着较大差异,影响的因素比如决策结构的设计、有无绝对权力的管理机构对联盟的实际成效起到决定作用。受到专业性、稀缺性、技术信息壁垒性、生命价值不可比拟等因素影响,医疗服务市场需要政府扮演规则的制定者、秩序的维护者、行为的监管者等角色,具体做好配套政策的出台和落实、市场秩序的监管和惩处等。其次是问责制度的设计,医疗服务提供模式的变化,产生了新的实施医疗服务的形式,从问责角度来看,有社会监督的外部问责,更依赖于医疗机构规范的内部监督机制和体系,能够对医疗服务的质量进行更直接的问责。减少信息差距,增加问责部门和患者之间的直接沟通,减少信息层级,综合行政监督和内部问责程序。

但本文的研究也存在一定的局限性,研究中的分类是初步和探索性的,目的是作为进一步讨论和检验的起点,显然,并非所有问题都得到解决,如在实践中伙伴关系可能很难自由互选,分类中交叉情况也会存在。其次,治理的过程以任务环境、组织结构和运行机制为切入点,不能完全穷尽实践中出现的各类问题,如在分析中所提出的各成员单位的资产和隶属关系十分复杂,想解决好伙伴成员的利益问题实为不易,管理和运行就更为复杂和盘根错节。因此,整合医疗的治理需要实践中经验的不断累积,更多研究工作的加入,以实现提升医疗卫生服务质量、降低医疗费用成本的目标。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 胡霞,黄文龙. 医保付费机制改革障碍的经济学分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(1): 19-22.
- [2] 顾昕. 付费机制需走向公共契约模式[J]. 中国社会保障, 2013(1): 81.

- [3] Nicholas G, Viktoria S, Volker A. What Is Integrated Care in Integrated Care? [A]. In Volker A, et al. (eds.). Handbook Integrated Care[C]. Switzerland: Springer International Publishing, 2017.
- [4] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost[J]. Health Affairs, 2008, 27(3): 759.
- [5] World Health Organisation. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services: Interim Report[C]. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [6] Robinson J C, Casalino L P. The growth of Medical Groups Paid through Capitation in California. [J]. New England Journal of Medicine, 1995, 333(25): 1684.
- [7] Conrad D A, Shortell S M. Integrated Health Systems: Promise and Performance. [J]. Frontiers of Health Services Management, 1996, 13(1): 3.
- [8] Butterfoss F D, Goodman R M, Wandersman A. Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation, and Planning[J]. Health Educ Q, 1996, 23(1): 65-79.
- [9] Conrad D A, Shortell S M. Integrated Health Systems: Promise and Performance[J]. Frontiers of Health Services Management, 1996, 13(1): 4-36.
- [10] Shortell S M, Wickizer T M, Urban N, et al. Evaluation of Hospital-Sponsored Primary Care Group Practice: A National Demonstration[J]. Annals of the New York Academy of Sciences, 1982, 387(1): 69-89.
- [11] Zald M N, Denton P. From Evangelism to General Service: The Transformation of the YMCA[J]. Administrative Science Quarterly, 1963, 8(2): 214-234.
- [12] Goodrick E, Salancik G R. Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births[J]. Administrative Science Quarterly, 1996, 41(1): 1-28.
- [13] Lehman E W. Toward A Macrosociology of Power[J]. American Sociological Review, 1969, 34(4): 453-465.
- [14] Chatfield M. Coordinating Health Care: Explorations in Interorganizational Relations[J]. Health Care Management Review, 1976, 1(3): 75-76.
- [15] Scott R W, Meyer J W. The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence[M]. Chicago: University of Chicago Press, 1991: 108-140.

[收稿日期:2018-07-25 修回日期:2019-03-25]

(编辑 刘博)