

卫生资源整合和卫生服务整合的比较分析

魏来* 叶婷 张亮

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】资源整合和服务整合是卫生服务提供系统两种整合方式,它们从不同角度体现了整合的本质内涵和卫生服务系统的变革方向。两者的联系在于都是以服务需求为驱动力,具有相同的运行机制,通过交易成本的节约,提高了组织绩效。但两者在理论基础、目标重点、侧重对象、纵向整合顺序、整合方式和条件上区别明显。最后文章简要提出了灵活开展资源整合和服务整合的适用条件和注意要点,旨在为我国卫生领域的整合探索提供指导。

【关键词】卫生资源整合;卫生服务整合;比较分析

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.09.004

Comparative analysis of health resource integration and health service integration

WEI Lai, YE Ting, ZHANG Liang

School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 Resource integration and service integration are the two popular integration patterns in health services delivery system; they embody the essential connotation of integration and reform direction of health services system from different perspective. Taking health services demand as the driving force, having the same operation mechanism and savings the transaction cost are the key linkage in order to improve the organizational performance. But they are obviously different in terms of theoretical foundation, priority focus, object, vertical integration sequence, integrated way and condition. At last, the article briefly puts forward the application conditions and key points in carrying out resource integration and service integration, respectively, so as to direct integration exploration in the field of health services.

【Key words】 Health resource integration; Health service integration; Comparative analysis

在过去 20 多年的卫生改革中,整合一词频频出现在卫生管理学术文章和卫生实践中。20 世纪 90 年代,我国大型公立医院开始了资源整合的探索。2000 年以后,资源整合更多受到政府政策的鼓励和支持。2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,鼓励不同医疗机构开展合作和重组,整合现有卫生资源,提高资源利用效率。这一政策的出台加快了我国卫生资源整合的步伐,上海、辽宁等省市率先垂范,其他地区纷纷跟进。与此同时,随着慢

性病时代的到来,国外卫生服务整合理念及其实践也同时对我国产生影响,如北京西城区医疗联合体、镇江 3+x 模式等,成为时下卫生改革的热点。然而在国内,无论是学术界还是实践界,对资源整合和服务整合概念的认识比较模糊,甚至有学者认为它们并无多大差别以致等同使用。事实上,资源整合和服务整合虽然有许多相似之处,但无论在本质内涵还是在外延上都有区别,本文将对此进行比较研究,为我国开展卫生服务的整合实践提供指导。

* 基金项目:国家自然科学基金(71273099)

作者简介:魏来,男(1973 年—),博士研究生,副教授,主要研究方向为卫生政策与管理、医疗保障制度。

E-mail: weilai@tjmu.com.cn

通讯作者:张亮。E-mail: zhangliang@mails.tjmu.com.cn

1 卫生资源整合与卫生服务整合的内涵

1.1 卫生资源整合

资源整合是经济社会发展到一定历史阶段的产物。在工业经济时代,作为主要传统生产要素的资金、人员和设备具有稀缺性和排他性特征,企业只有经过激烈的竞争才能占有、调配和整合资源。知识经济时代到来之后,知识资源的非稀缺性、共享性和包容性推动了企业间形成既竞争又合作的关系,资源整合现象频繁发生。资源整合是组织从自身发展战略和市场需求出发,通过合理的制度安排和高效的管理运作,重新配置其拥有的或与之相关的内外资源并形成新的组织系统,以求达到“1 + 1 > 2”的整合效果。^[1]

卫生服务领域作为具有高度专业技术性和大量医学信息资源的技术密集型行业,同样具有合作和整合的内在属性。而且卫生服务的垄断性和供方主导性特点容易导致资源配置难以实现有效的均衡以及卫生服务提供领域本身具有的资源稀缺性、层级系统性等特征,区域内不同卫生机构更存在合作和整合的必然性。一般而言,卫生资源整合大多发生在资源配置失衡和利用效率低下的背景下,而其中的结构失衡是导致资源浪费的系统性因素。^[2]

卫生资源整合,即是资源整合在卫生领域中的运用,除具有资源整合的基本特点外,还有以下几个特点:第一,高频次性。由于存在供给的确定性和服务需求的不确定性,卫生资源配置常常滞后于服务需求的发展,卫生资源的优化整合更为频繁;第二,医疗倾向性。经济学的基本命题是市场配置资源,卫生资源配置遵循价值规律要求,特别注重对资源的经济价值效应进行开发。因此,整合往往更加重视带来更高价值的医疗服务提供;第三,强垄断性。卫生资源市场是一个拥有垄断势力的领域。占有强势资源的服务提供者凭借强大的资源整合能力,通过整合产业(服务)价值链的其他资源,节约了交易成本,实现了组织资源优势互补和合作共赢的目标,获得了更强的垄断优势。

1.2 卫生服务整合

服务整合是需求驱动下服务意识提高和服务模式变革下的新实践方式,是为满足服务对象多元化

需求而建立起来的。20 世纪 70 年代以前,西方国家社会福利多以项目形式提供,在项目执行中造成了资源分散、浪费和效率低下,却又不能满足服务对象多样化需求的状况。于是,政府鼓励不同组织或组织内部不同部门在资源、人员、技术和服务规划等方面合作、连接和整合。^[3]

卫生服务领域同样如此。在生物医学模式以前,由于社会政治、高度专科化的分工以及不同主体在相互冲突中保护其自身利益等原因,不同医疗服务之间、公立和私立机构之间以及各种医疗保险项目之间也存在明显的边界。随着生物—心理—社会医学模式的到来,这种边界障碍导致的服务不可及、不连续、不协调以及偏重医疗服务,无法适应老年人、慢性病人对整体性保健的需求。加上单个卫生项目分别实施导致的浪费,都要求以需求为导向把相关服务整合在一起。而信息系统和管理手段的创新客观上为服务整合提供了技术支撑条件。

所谓卫生服务整合,虽然对不同的服务主体具有不同的含义^[4],但就本质而言,它是指各类专业医疗机构和人员,针对居民(或患者)的健康及医疗卫生服务需求,把相关的服务(医疗、预防、保健、康复、健康教育和健康促进等)进行整合,以提供系统、连续、全方位的服务^[5]。显然该概念有如下几个特点:第一,针对性。服务整合是根据患者的需求做出,如分别针对妇女、儿童、老年人、慢性病、残疾人提供的保健服务,因而这种服务具有量身定制的特点;第二,多维性。多种卫生服务的整合需要组织间形成有效的伙伴关系,并进行多维度的整合。完整的服务整合一般包括组织整合、功能整合、医师整合、规范整合、临床整合和系统整合^[6];第三,整体性。卫生服务由传统的以疾病为中心转变为以患者为中心,服务整合提供不仅考虑到个体单次服务提供合适有效,更考虑到其接受的各种服务之间、不同时间序列服务之间以及不同生命周期服务之间的连贯和衔接,最终形成“从摇篮到坟墓”的连续的保健服务链。另外,WHO 报告指出,服务提供者和病人是整合服务的两端,任何一方未能遵循整合要求,都很难得到高质整合的卫生服务。^[5]因此,服务整合必须鼓励病人的积极参与和互动,特别是疾病管理。因为整合是满足病人的需求和偏好,而不是服务提供者的需求。^[7]

2 卫生资源整合与卫生服务整合的比较

2.1 联系

2.1.1 以卫生服务需求为驱动力

卫生资源整合和卫生服务整合都需要考虑服务对象的消费需求、不同医疗机构之间的资源需求,并对社会经济环境、法律、法规和政策等内外环境做出综合分析,确定整合目标、内容、路径和策略。资源整合是针对资源配置不当、过度使用与浪费并存、活力缺乏和整体绩效不佳的现状,重新配置资源要素,以与居民对卫生服务的需求相适应;服务整合是针对保健离散、系统效率低下以及由此导致的成本难以控制的背景,重新组合服务模式,消除服务碎片化提供与居民对整体性卫生服务需求的对立。尽管两者需求的内涵不完全一样,但都是与外界环境需求和内部环境变化相适应的结构模式。

2.1.2 运行机制相似

传统的卫生服务提供方式由于严格遵循自上而下或自下而上的层级提供,不同机构及其医务人员缺少协作、联系和沟通,资源既无法实行共享,也无法按照区域卫生规划要求系统性配置,因而不能及时回应患者的需求,最终难以获得良好的整体组织绩效。而卫生资源整合和卫生服务整合都是以资源为载体,通过资源优化使用来提高系统绩效。开展资源整合,是根据患者的需求调配资源,通过一线医务人员的协同,为病人的每一次就诊提供适宜的服务;开展服务整合,也是通过医务人员的协同医疗,但是以病人的整体需求为目标考虑前后服务提供的连贯性。因此,无论是资源整合还是服务整合,两者都是通过资源要素或服务要素的重组整合和共享,借助区域医疗市场,协调组织专业化分工与多元化需求的匹配,为患者提供卫生服务。

2.1.3 彼此依赖,互相促进

卫生资源整合和卫生服务整合虽然不可相互替代,但作为资源优化的路径,两者存在相互依赖和促进的关系。卫生服务整合以卫生资源整合为前提和手段,比如机构间功能重新布局、服务流程再造等都有利于降低交易成本,提升服务质量和水平,增强整体服务提供能力,满足消费者需求和提高资源利用率。因此卫生资源整合可以看作是卫生服务整合的

基础,而后者是前者的进一步深化,是以人为本理念的真正落实。所以自卫生服务整合概念提出之后,欧美许多发达国家由于树立以病人为中心的服务理念,无论在理论上还是在实践中更多开展的是整合的服务提供;而中国由于资源配置的失衡导致系统性浪费,往往更看重通过卫生资源整合实现提高资源利用率,并以此促进良好的服务提供的目标。

2.2 区别

2.2.1 理论基础不同

卫生资源整合的理论基础主要是资源依赖理论、战略管理理论和行业价值链理论。资源依赖理论是指每个组织虽然在环境中希望保持各自的自主性和相对独立性,但也希望通过联合或网络实现资源共享和交易成本节约以获得额外资源,提高竞争能力。战略管理理论要求组织在其环境和竞争对手中适当定位,根据人群需求、自身能力和对其他组织的控制能力来安排战略和服务,以提升组织内部的核心竞争力。行业价值链理论则指组织应该从战略角度开展企业间合作和整合,以降低生产(服务)成本,实现资源价值增值。上述三种理论分别从资源共享、组织环境和组织间关系的不同视角指导资源进行整合。此外种群生态理论、供应链管理理论等都可解释卫生服务组织结构和职责的变革。

卫生服务整合的理论基础主要是医学整体论和组织间网络理论。生物—心理—社会医学模式的提出颠覆了传统的生物医学模式。相应的,医学整体论也扬弃了还原论思想并成为服务整合的医学基础。它强调两个鲜明观点:健康整体和医学整合。自此以后,卫生服务回归了以人的整体健康,而不仅是单个器官或解剖系统为中心,同时卫生服务整合也成为实现医学整合的理想路径。^[8]组织间网络理论是指组织间由于长期的相互联系和相关作用而形成的基于相互信任和互惠而建立相对比较稳定的合作状态,并通过契约、职责和行为规范进行集体决策和联合行动生产产品(或提供服务),共同降低交易成本和机会主义行为,实现风险分摊和知识共享,根据公众整体需要提供合适的产品(服务)。这一理论超越了市场机制和科层制的理论束缚,试图通过第三条路径即“握手”(组织间的协调)来分析组织的生存和发展问题,为信息时代卫生服务组织的整合提

供了科学的理论诠释。由于卫生资源的有限性、服务的系统性、多元办医主体的性质复杂性、信息不对称以及慢性病时代对整体性服务的需求强烈等特征,卫生系统中组织分工下的合作更体现了当今卫生服务提供领域最本质的关系,因而更需要组织间形成网络结构并通过协商、谈判、博弈等策略以及组织责任确立、服务规范和临床路径形成具有稳定性的网络行为模式及其结构特点。^[9]

2.2.2 整合目标侧重点有别

卫生资源整合和卫生服务整合虽然都是满足病人需求和卫生资源利用等多种目标下的集合体,但前者整合目标是提高资源的利用效率,最大化资源的经济价值,并以此提高组织的市场竞争力和市场份额。因此,主要是通过提升资源管理、技术水平,注重效率、效益以及供方的产出,从而尽可能扩大服务量和业务收入。甚至有时为提高单个资源利用效率,通过整合组织还会提供非必要的服务,以获取更高的垄断价值。那么,对于不完全的医疗竞争市场,卫生资源整合很难完全实现以病人为中心的优质优价服务提供,因为组织间的资源整合关注的目标包括:增加规模经济、降低交易成本、分散风险和实施组织革新。^[10]所以,尽管卫生资源整合是为应对市场需求提供相对完整的产品(服务)组合,有利于提高服务的可及性和连续性,增加消费对象的收益和满意度,但关注病人需要和需求只是它的重要动因,而非其根本目标。换句话说,这些只是在实现资源最大化价值目标下派生的子目标,或者说是从属目标。

卫生服务整合是以人的整体保健需求为导向,强调通过项目整合以及项目成员之间的协调互动,为患者提供综合、无缝隙、物有所值的卫生服务,以促进服务提供系统获得更大的整体效率。显然卫生服务整合不仅需要费用控制良好,还要求服务提供合适有效,甚至在为病人提供服务时尽可能考虑到患者的家庭情况,且服务结果符合质量、患者健康和满意度。因此,它需要对服务对象接受的保健进行评估,以获得其健康产出的实际效果。同时由于病人需求得到了合理满足,在相当程度上也促进了资源的优化使用,但并非所有整合的服务提供都具有经济学上的成本效率,或者其成本效率难以确定。

总之,卫生服务整合更多涉及为病人提供合适

服务的问题,所以更加注重疾病管理和增进患者就诊的连续性和协调性;而卫生资源整合首先要考虑产权和管理权问题,包括财产使用权、收益分享权、财产处置权等。^[11]

2.2.3 整合方式差异

卫生资源整合的主要方式是协议、合同、托管、并购和合并等。不同整合机制反映了资源整合的程度。协议、合同的整合程度较低,属于松散型整合;托管的整合程度较高,属于紧密型整合,但其共同特点是所有权不变,彼此独立。并购和合并整合程度最高,所有权归于统一,成为一个新的组织实体。有研究表明,产权高度一致,资源利用效率更高。但若居民就诊选择权过大,基层机构容易重视医疗服务,造成服务升级,服务效率反而并不一定很高^[10]。同时由于资源整合主要以营利为目的,更多地是通过市场机制配置资源,政府主要是做好引导和规制。如果政府强制干预而违背相关主体的利益,容易出现低效的“拉郎配”现象^[12]。另外,资源整合只是缓解资源配置不公、优化存量的一种方式,而不是解决资源不公的根本路径。

卫生服务整合方式包括服务计划、临床规范和保健指南等。因此特别注重疾病管理和标准化的临床路径、流程化的诊疗过程,以减少服务重复提供和过度医疗。所以它首先强调的并不是组织整合,因为整合的组织并不一定带来整合的服务。有文献认为,美国的管理型医疗组织能够提供整合的保健^[13];但有学者研究其整合过程却发现,它仅仅整合了组织结构,很少整合对病人实际卫生保健的提供^[14]。专业人员在服务提供过程中并没有更好结盟,未能从根本上改变他们的操作方式和协调方式^[15];还有研究表明,如果建立了连续性服务路径,虚拟(网络)整合往往优于并购整合,同时也能做到效率和公平兼顾,而不要总是强调规模经济和产权^[16]。另外,WHO 指出^[4],服务整合虽然有可能在某种程度上节约交易成本,但并不能弥补资源不足。

2.2.4 纵向整合顺序不同

卫生资源整合大多遵循市场规律,可以分为横向整合和纵向整合。横向整合一般是处于同一层次资源之间的联合或合并(如不同专科医院之间),其主要目的是扩大市场半径,拓展规模经济,提高市场

竞争和谈判能力。纵向整合的逻辑顺序主要是通过自上而下的整合,以资源的优化使用为目的,通过某种整合方式,实现同一产业(服务)链上各环节主体的合作、协调,实现资源优势互补和价值增值。但这种整合仍然没有脱离过去那种线型的、带有浓厚官僚式的协调特征^[17]。

根据服务产品的替代性,卫生服务整合也包括横向和纵向整合两种。横向整合是相同或不同服务项目之间(如专科化的诊断、治疗和康复之间、初级保健和社会保健服务之间)的水平整合,其主要目的是减少提供的碎片化,向某一人群提供一站式服务。但纵向整合的逻辑顺序一般却是通过自下而上的改革方式,为服务对象提供不同层次、相互补充的服务^[18]。这种整合聚焦于病人的整体需求,不同层级组织形成伙伴关系为病人在合适的地点、合适的时间提供适宜的保健(right-sited)。它强调整合不能遗漏社区保健、首诊导向、疾病管理和基层激励^[16],以通过初级保健机构的协调控制过度的住院或专科服务,引导病人在基层解决大量基本保健服务。

2.2.5 整合条件不一样

前面已经说过,卫生资源整合要依靠外部环境的支持,特别是政策的支持,但主要依赖市场机制进行资源重组。根据整合程度不同,其整合条件也不一样。国内实践经验表明,成功整合的条件主要包括:产权体系顺畅、以服务提供为中心、利益均沾、产品供应链管理、组织文化认同和领导能力、信息系统、治理结构、绩效管理。可见,卫生资源整合非常重视组织间产权联系和利益共享,并通过治理结构、产品供应链优化和文化认同等条件的具备来实现资源价值战略目标。^[19-21]

卫生服务整合更强调当地环境的适应及整合策略的支持,尤其需要政府的整体性治理。根据程度不同,其整合条件也有差异。国际实践表明,成功的服务整合应该具备10个条件^[22]:在连续性保健统一体中提供综合性服务、以病人为中心、地理覆盖和注册、通过跨学科团队提供标准化服务、绩效管理、信息系统、组织文化和领导、医师整合、治理结构、筹资管理。可见,卫生服务整合的要求更为苛刻,复杂性更强,系统性更高,强调注重患者利益。

虽然两者在信息系统、治理结构和绩效管理方

面的条件相同,但其实质内涵却有一定差别。比如绩效管理,卫生资源整合更强调资源利用率的高低评估,卫生服务整合则侧重是否给患者带来健康产出以及满意度如何。

3 结论与建议

通过比较来看,卫生资源整合和卫生服务整合在整合的驱动力、运行机制和交易成本节约等方面有较多的一致性,都强调通过机构的联合和合作来提高系统绩效,以提高资源利用效率,为患者提供良好的卫生服务。但两者在整合背景、内容、方式、顺序和条件等方面差异明显。这决定了前者的本质是一种组织管理整合,并不必然带来整合的卫生服务;而后者本身就是以病人为导向提供连续的、协调的保健,所以必然要求卫生资源的配置及其使用更加符合人的整体性需求。

卫生服务市场历来是一个比较复杂的领域,卫生资源整合和卫生服务整合都在不断的探索当中,两者存在一定的交叉和融合趋势。由于我国各地经济、社会发展、卫生服务提供系统和医保筹资差异较大,目前这两种方式都适合中国的国情。但是整合作为一项复杂的系统工程,从我国卫生资源配置和服务利用的现况观察,虽然可以灵活开展两种整合实践,但是应该注意各自的适用环境和注意要点。开展卫生资源整合,应该以资源配置严重不公,资源浪费和过度利用并存的背景。整合过程中,在协调利益均衡的基础上,重视慢性病、老年患者的服务需求,并将医疗资源的配置关口前移下沉,明确机构功能定位和职责,强化机构文化认同和临床服务规范共享以及重视患者服务质量和健康产出评价。运用医保支付手段,加强整合后机构间的激励性约束,将财政投入和医保资金流向基层保健倾斜,以壮大初级保健系统,促进自下而上的服务整合,增加多机构服务提供的连续和协调。如果存在初级保健系统能力基本能够满足当地需要、互通性信息系统建立、医保筹资水平相对较高、地方政府重视改革创新但整体服务提供系统断裂的环境,则可以开展服务整合。在整合过程中,要在满足服务对象整体性需求的基础上,加强系统性政策制定和对整合后机构的整体性治理,不断增进服务的协调、连续和物有所

值,提高资源利用效率,最终实现患者、卫生机构、政府、医保机构以及其他相关主体的利益均衡。

参 考 文 献

- [1] 瞿介明,李卫平,晏波,等.上海市开展医疗资源纵向整合的改革探索[J].中华医院管理,2011,27(7):499-503.
- [2] 孙慧竹,于润吉.辽宁省医疗资源纵向整合的方式及效果[J].中国医疗前沿,2009,4(22):115-116
- [3] 邓锁.政策实施的网络视角与社会服务整合[J].江苏社会科学,2011(1):26-31.
- [4] WHO. Integrated health services: what and why? [R]. Geneva, 2008.
- [5] Mur-veeman I, Hardy B, Steenbergen M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries [J]. Health Policy, 2003, 65(3): 227-241.
- [6] Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere [R]. London: The NHS Confederation, 2005.
- [7] Rittenhouse D, Shortell S. The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? [J]. Journal of the American Medical Association, 2009, 301(19): 2038-2040.
- [8] 吴敏,李士雪.浅析整合型医疗卫生服务系统[J].医学与哲学:人文社会医学版,2010,31(4):9-11.
- [9] Powell W. Neither market nor hierarchy network forms of organization[J]. Research in Organizational Behavior, 1990, 27(10): 295-336.
- [10] James C, Lawrence P. Vertical integration and organizational networks in health care [J]. Health Affairs, 1996, 15(1): 7-22.
- [11] 赵丹丹.上海医疗资源纵向整合研究[D].上海:复旦大学,2008.
- [12] 许仙忠.对当前我国医疗集团组建有关问题的分析[J].医院管理论坛,2003,20(6):29-30.
- [13] 夏炆.从美国联邦医疗卫生体系谈我国医疗卫生改革[J].特区理论与实践,2009(4):42-45.
- [14] Burns L, Pauly M. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? [J]. Business of Health Care, 2002, 21(4): 126-143.
- [15] Burns L, Walston S, Alexander J, et al. Just how integrated are integrated delivery systems? results from a national survey [J]. Health Care Management Review, 2001, 26(1): 20-39.
- [16] Alison P. The evidence base for integrated care[J]. Journal of Integrated Care, 2009, 17(3): 23-25.
- [17] WHO. 2008 世界卫生组织报告[R].日内瓦,2008.
- [18] Johnson C. Health care transitions: a review of integrated, integrative, and integration concepts[J]. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 2009, 32(9): 703-713.
- [19] 侯占伟,吴焯.浅析我国医疗资源纵向整合中存在的问题及建议[J].中国卫生事业管理,2009,26(4):249-250.
- [20] 赵丹丹.上海市医疗资源及其纵向整合现状分析[J].中国卫生资源,2008,11(6):259-262.
- [21] 周建莹.提高医疗卫生资源使用效率—上海探索构建区域性医疗联合体[J].医院院长论坛,2009,6(6):12-15.
- [22] Sether S, Nelly D, Oelke, et al. The key principle for successful health systems integration[J]. Health care quarterly, 2009, 13(special issue): 16-23.

[收稿日期:2012-08-23 修回日期:2012-09-06]

(编辑 刘 博)