

# 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作影响因素研究 ——基于定性比较分析方法

杨肖光\* 马晓静 代涛

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

**【摘要】**目的:分析公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制的主要影响因素及其发挥作用的机制,提出完善分工协作机制的建议。方法:运用理论分析和文献综述构建分工协作机制影响因素的框架,通过访谈收集9家建立分工协作机制的公立医院的定性资料,并运用定性比较分析方法进行分析。结果:公立医院分工协作的主要影响因素包括体制因素、制度因素、管理因素和技术因素等,并可转化为行政命令、医保制度、协作形式、利益分配机制、技术能力等具体变量。协作形式的紧密程度、基层医疗卫生机构技术水平、政府行政指令、利益协调机制在促进分工协作中发挥了重要的作用,而医保政策作用不明显。结论与建议:在继续推进协作机制建立过程中,应适当运用行政手段,促进不同层级机构的利益协调,并通过制度设计以更好的发挥医保政策的作用。

**【关键词】**公立医院;基层医疗卫生机构;分工协作;影响因素;定性比较分析  
中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.08.003

## Influencing factors of the division and cooperation mechanism between public hospitals and primary health care service institutions: A qualitative comparative analysis

YANG Xiao-guang, MA Xiao-jing, DAI Tao

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

**【Abstract】** Objective: To analyze the main factors that influencing cooperation between public hospitals and primary health care institutions and to make policy recommendations. Methods: We established a theoretical framework by literature interview, and collected qualitative data from nine public hospitals. We also conducted QCA based on the qualitative data. Result: Factors influencing cooperation between public hospitals and primary health care institutions are systemic factors, institutional factors, managerial factors, and technical factors. These can be further specified as the government administrative directives, health insurance system, forms of collaboration, the mechanism for distributing benefits, and technical capacity. The result shows that close collaboration, technical capacity of the primary health organization, government administrative directives, and the interests of the coordination mechanism play an important role. However, the role of health insurance policy is not obvious. Conclusion: Appropriate administrative means should be used to promote the mechanism for coordinating and distributing interests and to strengthen the role of health insurance policy through systematic design.

**【Key words】** Public hospital; Primary health care institutions; Collaboration; Influencing factors; Qualitative comparative analysis

\* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”;中央级公益性科研院所基本科研业务费“深化医药卫生体制改革监测与评价研究”

作者简介:杨肖光,男(1979年—),博士,助理研究员,主要研究方向为卫生政策。E-mail:yang.xiaoguang@imicams.ac.cn

通讯作者:代涛。E-mail:daitao@imicams.ac.cn

公立医院与基层医疗卫生机构之间合理的分工协作是卫生体系有效运转的前提之一。公立医院与基层医疗卫生机构根据各自的功能定位,各司其职,针对不同的服务对象、不同层次的医疗需求提供不同的服务,又互相帮扶、协助,实现卫生系统内资源的充分整合和效率的最大化。<sup>[1]</sup> 改革开放以来,我国医疗卫生服务体系日益呈现出分层次、多元化和竞争式提供的特征;同时,也出现了竞争而无序、分层却断裂等一系列“非整合性”和服务“碎片化”问题<sup>[2]</sup>,导致医疗卫生服务系统整体资源配置效率低下。2010 年 2 月,卫生部等五部委联合发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》中提出了要“建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制”,通过分工协作实现分级诊疗、双向转诊,促进医疗资源合理配置。随着改革的不断深入,各地因地制宜探索了多种医院和基层医疗卫生机构间的协作模式,包括医院直接举办社区卫生服务机构、医院托管社区卫生服务机构、成立医疗集团以及对口支援等<sup>[3]</sup>,一定程度上搭建了医疗机构之间沟通的平台,并为开展连续性医疗服务创造了有利的条件和基础。

但在当前政策环境下,医疗机构分工协作的推进受到多方因素的影响,既包括体制和制度层面的因素,如管理体制、利益分配机制、转诊标准、财政投入机制、激励约束机制、医疗保险制度;也包括管理和技术层面的因素,如基层医疗卫生机构的技术水平、医院类型和疾病诊断、信息技术支持以及宣传引导等。<sup>[4-8]</sup> 这些影响因素相互交错,影响路径复杂,增加了认识的难度,也凸显了研究方法创新的必要性。定性比较分析 (Qualitative Comparative Analysis, QCA) 是一种以案例研究为取向的研究方法,它在一定理论框架或研究假设基础上,对不同个案证据进行比较分析,探索社会现象的多重条件及其并发原因,广泛应用于工业管理、社会运动等领域<sup>[9-12]</sup>,也被逐渐引入卫生体系的研究<sup>[13]</sup>。本研究运用定性比较分析的思路与方法,基于北京、镇江、鞍山、马鞍山四个城市部分三级公立医院与基层医疗卫生机构开展分工协作的案例调查,结合理论研究,找到影响公立医院与基层开展分工协作的关键作用机制,并分析其影响路径,进而为进一步完善分工协作机制提供

政策建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

研究对象为开展医院与基层医疗卫生机构分工协作的城市三级公立医院,根据前期预调查,选择了 4 个城市 9 家三级甲等公立医院进行案例研究。这些医院情况各异,在行政管理体制、医保管理等制度环境方面差别相对较小,但在分工协作形式、利益协调机制以及与之协作的基层医疗卫生机构的技术水平等差异较大。差异化的情况有助于更好的进行影响因素的比较分析。

用于分析的资料包括:关于医疗卫生机构分工协作的政策文件、研究文献、媒体报导、公立医院管理人员和医务人员的定性访谈。

### 1.2 研究方法

定性比较分析的基本思路是将拟分析的社会现象规定为相对明确的结果变量,如特定事件是否发生、特定效果是否出现等,然后将其潜在的影响因素转化为若干二分类的解释变量,并通过专业软件生成组合,作为分析依据。解释变量取值为 1 表示某个条件发生或存在(在模型中用大写字母表示),变量取值为 0 表示某个条件不发生或不存在(用小写字母表示)。变量之间的关系用数学运算符号表示 (“\*”表示“和”,“+”表示“或”,“=”或箭头表示“导致”,如  $A * B \rightarrow Y$ ,表示 A 和 B 同时存在将导致 Y 的发生。

模型生成的条件组合以覆盖率 (Coverage) 和一致性 (Consistency) 两个指标进行可靠性评估。其中覆盖率和一致性的计算公式为:  $Coverage (X_i \leq Y_i) = \sum (\min (X_i, Y_i)) / \sum (Y_i)$ ;  $Consistency (X_i \leq Y_i) = (\min (X_i, Y_i)) / \sum (X_i)$ 。  $X_i$  表示原因要素(或原因组合)的身份度,  $Y_i$  表示结果要素的身份度。  $Consistency (X \leq Y)$  的值越接近于 1,表明 X 集合属于 Y 集合的把握越大。  $Coverage (X \leq Y)$  的值越接近于 1,表明非 X 集合同时属于 Y 集合的机会越小。<sup>[12]</sup>

定性比较分析的主要步骤是:(1)研究者根据研究问题确定案例,并对研究对象及其影响因素的关系进行理论描述。(2)根据全面、互斥、可控等原则确定解释条件变量,以往研究中解释变量数量多以

4~6个为宜。(3)根据解释条件建构事实表。在这个过程中可能遇到矛盾条件组合,即同样的条件组合对应不同的结果。此时,研究者需通过理论分析或补充证据对矛盾条件组合问题做出解释,最后形成简化的条件组合<sup>[9]</sup>。

目前进行定性比较分析的软件主要有 fs/QCA (2.0), Tosmana, 基于 Stata 的命令 fussy, R 语言程序包 QCA 和 QCA3。各软件包的计算结果基本一致,只是在结果展现形式方面有所差别。本文采用 R 语言程序包 QCA 为分析工具。

## 2 结果

### 2.1 分工协作机制的影响因素框架构建

从理论上讲,影响公立医院与基层医疗卫生机构分工协作的主要因素大致可以分为四个层面:体制层面、制度层面、管理层面和技术层面。每一层面又包含若干关键影响因素。体制层面主要是行政管理体制、事业单位体制等卫生系统外部的宏观体制框架;制度层面主要包括筹资和支付制度、规制制度、激励约束机制等;管理层面主要包括系统内分工协作的组织形式、利益分配机制、协作的管理水平等。技术因素主要是机构的医疗技术水平、服务环境、硬件设施等。

### 2.2 解释变量选择

从分工协作的相关文献研究来看,部分研究将影响公立医院与基层医疗卫生机构分工协作的因素分为宏观和微观两个层面,宏观上主要是卫生政策因素,包括现行管理体制、筹资机制、补偿和医保支付制度等,微观影响因素主要有学科因素、患者流、机构水平能力的差异以及治理结构。<sup>[14]</sup>有研究从供方、需方、管理方三个角度提出影响分工协作的因素,主要包括居民就医选择偏好、医院与社区卫生资源量比例失调、互动规章制度不全、医疗卫生系统各监督机制缺失等。<sup>[15-16]</sup>也有研究认为影响医疗服务网络及其协同功能的主要因素包括学科因素、医保因素、机构间经营与内部管理水平差异因素、资源处置权因素、患者流因素等。<sup>[17]</sup>部分研究从医院内部和外部两个方面研究了影响分工协作的因素:从医院内部来看,影响因素主要是医院内部管理者的意愿,

而外部影响因素包括分工协作的制度缺失、医保制度调节不力以及群众就医观念问题等。<sup>[18]</sup>

从公立医院管理人员定性访谈的结果(表1)来看,多数管理人员将影响医院与基层医疗卫生机构进行分工协作的因素归为以下几个方面:管理体制、激励机制、技术水平、协作关系、政府行政命令、医保政策和其他因素,其中提及协作关系的人数最多,其次是激励机制和技术水平,有7人提到了行政命令,其他影响因素还包括医保政策、管理体制、管理制度等。总体来看,医院管理者对医院与基层医疗卫生机构开展分工协作影响因素的认识主要集中在宏观政策和制度层面,认为这些制度是影响工作开展的主要原因。

表1 访谈者对公立医院与基层医疗卫生机构分工协作影响因素看法

影响因素	提及人数
管理体制	3
激励机制	8
技术水平	8
协作关系	10
行政命令	7
医保政策	4
管理制度及其他	3

根据概念框架、文献和访谈结果,本研究在每个层次的影响因素中选择最核心的因素,在体制和制度因素中选择医保政策(INSURANCE)和政府指令(GOV);在管理因素中选择协作关系的紧密程度(COMPACT)和利益协调机制(COMPATIBLE);在技术因素中选择基层医疗卫生机构技术水平(SKILL)。将这五个变量作为影响公立医院与基层分工协作的自变量,将访谈人员反映的分工协作的效果(EFFECT)作为因变量,并结合具体案例进行定性比较分析,观察不同的变量组合带来分工协作效果的不同变化。

### 2.3 定性比较分析结果

#### 2.3.1 真值表构建与变量组合分析

根据分工协作各影响因素变量,本文构建了关于分工协作影响因素的真值表(Turth Table)(表2),真值表中各因素并无明显冲突,可以作为分工协作有效性的解释。变量和分析结果见表3。

表 2 分工协作影响因素真值表

技术能力	协作形式	医保政策	政府指令	利益协调机制	结果	个案
0	0	0	1	0	0	1
0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	1	1	2
0	1	1	1	1	1	1
1	0	0	1	0	0	1
1	1	0	0	0	1	1
1	1	0	0	1	0	1
1	1	0	1	1	1	1

表 3 分工协作影响因素组合

条件组合	覆盖率
1 COMPACT * GOV * COMPATIBLE	0.800
2 SKILL * COMPACT * compatible	0.200

注:大写字母表示该条件在案例中出现,小写字母表示该条件不出现,下同。

由此可推导出,导致良好分工协作效果的影响因素条件组合为:(1)协作紧密程度 \* 政府指令 \* 利益协调机制(覆盖率 0.8);(2)基层医疗卫生机构技术能力 \* 协作紧密程度 \* 无利益协调机制(覆盖率 0.2)。这一结果显示出:一是在有政府指令和具有共同的利益协调机制的情况下,公立医院与基层医疗卫生机构采取紧密型的分工协作形式,能够实现有效的分工合作;二是即便没有共同的利益协调机制,在基层医疗卫生机构技术水平较高、大医院和基层医疗卫生机构采取紧密的协作形式下,分工协作工作也能达到较好效果。上述组合显示,协作形式的紧密程度、基层医疗卫生机构技术水平、政府行政指令、利益协调机制在促进分工协作中发挥了重要的作用,而医保政策在分工中没有发挥明显作用。

### 2.3.2 影响因素覆盖率分析

定性比较分析中影响因素的“必要性”程度通常用覆盖率来表示,也就是分析某一现象出现时,单一条件或条件组合出现的比例。表 4 列举了有效分工协作效果出现时,影响分工协作有效性的必要条件组合及其相应的覆盖率。从表中可以看出,分工协作形式的紧密程度 (COMPACT) 的覆盖率达到 0.833,这表明公立医院和基层医疗卫生机构的分工协作的紧密程度影响分工协作的有效与否,同时, gov + COMPATIBLE 也是覆盖率较高的必要条件组合,同样达到 0.833。这表明,在政府未进行明确行政干预的情况下,公立医院与基层医疗机构的利益协调

性也是一个较强的影响因素,而其他条件(组合)覆盖率相对较低。

表 4 影响整合模式有效性的必要条件组合

	影响因素(组合)	覆盖率
1	COMPACT	0.833
2	gov + COMPATIBLE	0.833
3	GOV + compatible	0.625
4	insurance + COMPATIBLE	0.625
5	insurance + GOV	0.556
6	skill + insurance	0.556
7	SKILL + COMPATIBLE	0.714
8	SKILL + GOV	0.556

## 3 讨论

### 3.1 政府行政命令有利于分工协作机制的建立

研究结果表明,政府指令在分工协作中发挥了主导和推动作用。而在医改实践过程中,多数地区的分工协作都是在政府主导下开展的,如镇江医疗集团的组建、各地的对口支援、双向转诊协议的签订等。虽然有些政策执行力不强,流于形式,但是政府实施的一些治理手段,如建立绩效考核机制,将分工协作任务与机构领导人任免等相挂钩的制度促进了分工协作工作的开展。因此,政府制定政策的同时,建立相关的激励和监督约束机制是推进分工协作的有力手段。

### 3.2 资源整合的紧密程度是实现良好分工协作的关键条件

一般来说,资源整合越紧密,越能实现体系内部资源的合理顺畅流动,从而加快信息的传递,降低协调成本,节约资源,提高体系的整体运行效率和绩效。而资源整合越松散,越会出现各机构之间目标不一致,大医院与基层医疗卫生机构为争夺病人进行恶性竞争,分工协作关系也难以建立,资源浪费和配置低效率问题也较为严重。

### 3.3 共同的利益协调机制是建立可持续的分工协作机制的基础

利益协调机制是实现分工协作的必要条件,即使在没有政府强制指令的情况下,只要组织间存在协调的利益机制,就可以实现良好的合作。没有共同利益保障,很难保证合作可持续性。虽然在定性比较分析的充分条件组合中提出,即便没有共同利

益协调机制,基层医疗卫生机构技术水平较高、大医院和基层医疗卫生机构采取紧密的协作形式下,分工协作工作也能达到较好效果,但是这一组合的覆盖率较低,说明其结果并不十分可靠。因此,下一步分工协作工作中,应建立大医院与基层医疗卫生机构之间的利益协调和分配机制,确保各方在协作和发展中都有所收获,而不只是付出。

### 3.4 医保制度在分工协作中的引导协调作用尚未充分发挥

医保制度在引导分工协作过程中应该能够发挥经济杠杆作用,但有研究显示,医保制度的作用尚未充分发挥<sup>[19]</sup>,这与本课题中关于医务人员对分工协作满意度的影响因素研究结果一致。无论从医院管理人员还是医务人员的角度看,目前的医保制度尚未发挥杠杆作用。一方面,由于患者长期形成的自由就医习惯,加之基层医疗卫生机构技术水平有限,患者就医时考虑更多的是医疗机构的技术水平,因此一般直接前往大医院就诊,另一方面目前医保报销政策在医院和基层医疗卫生机构之间差距并不明显,很难起到经济杠杆作用。

### 3.5 研究的局限性

从研究内容上看,本研究主要是从公立医院角度分析分工协作机制的影响因素,对于分工协作的另一方基层医疗卫生机构并未进行调查,一定程度上影响了分析的完整性。在方法学方面,由于研究条件所限,相对于一般的定性比较分析研究<sup>[10,13]</sup>,本研究所选取的案例较少,使得形成的解释变量组合相对简单,对于影响因素分析的深度有一定影响。

## 4 政策建议

### 4.1 充分发挥政府的宏观规划和行政指导作用

在分工协作机制的推进过程中,政府应在合理规划的前提下,积极引导,参与配合,建立长效的激励和监督机制。近期分工协作机制的建立应以政府行政主导为主,同时建立科学合理的工作质量考核体系,将协作医院的绩效考评纳入大医院工作评估中,考核结果作为对大医院核拨专项经费补助的参考依据之一,同时作为考核医院院长的重要指标。从远期来看,政府应出台相关政策,使大医院与基层

医疗卫生机构形成可持续的协作机制。

### 4.2 探索建立以紧密型为主、多种形式并存的医疗服务网络

在下一步推进分工协作机制的过程中,应整合医疗服务网络,提高医疗服务的连续性和协同能力,降低医院与基层医疗卫生机构的整合难度,提高医院主动整合的积极性,以点组线,形成纵向一体化的医疗集团,使医疗服务在集团内部实现管理的协同,加强服务流程和患者流的管理,降低重复与浪费,通过集团内双向转诊制度的落实,增加共享程度,加快医学知识和技能向基层传播速度,逐步提高服务的连续性。

### 4.3 建立大医院与基层医疗卫生机构之间的利益协调和分配机制

激励相容是各方能够继续维持分工与合作的前提条件和基础,没有共同的利益协调和分配机制,很难实现协作的可持续。因此,应建立相关机制,使大医院与基层医疗卫生机构成为利益共同体,自发形成分工和协作关系,使双方都能在协作中受益。如通过建立人财物统一管理的协作架构,一方面提高基层医疗卫生机构的医疗技术水平,另一方面,不断提升大医院在高端服务和疑难杂症诊疗方面的水平,合理分流不同病源。同时,政府可以设立专项资金,对基层医疗卫生机构和大医院给予不同程度的补偿。

### 4.4 合理确定不同级别医疗机构支付标准,推进医保支付方式改革

应在医疗条件和技术水平较好、经济实力较强的部分城市开展社区首诊试点探索,使病人向基层医疗卫生机构倾斜,同时还应适当拉大基层医疗卫生机构与大医院医保报销的起付线和报销比例,推进医保支付方式改革,使医保政策真正发挥调节作用。

## 致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目和国家卫生计生委给予课题的支持;感谢北京市、镇江市、鞍山市和马鞍山市卫生局和医疗卫生机构的协助;感谢参与调研的中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的研究人员和研究生在资料收集整理和分析过程中付出的辛勤劳动。

## 参 考 文 献

- [1] 代涛, 陈瑶, 韦潇. 医疗卫生服务体系整合: 国际视角与中国实践[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 1-9.
- [2] 李玲, 徐扬, 陈秋霖. 整合医疗: 中国医改的战略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 10-16.
- [3] 李睿. 医院和社区卫生机构间不同协作模式对连续性医疗服务的影响[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [4] 陆琳, 马进. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制研究及政策建议[J]. 中国医院管理, 2011, 31(11): 17-19.
- [5] 郑大喜. 新医改背景下构建公立医院与基层医疗机构分工协作机制探讨[J]. 医学与社会, 2011, 24(8): 42-45.
- [6] Abel-Smith B. An introduction to health: Policy, planning and financing[M]. London: Longman Press, 1998.
- [7] Basch P F. Textbook of international health[M]. New York: Oxford University Press, 1999.
- [8] Fuchs V R. The Future of health economics[J]. Journal of Health Economics, 2000, 19(2): 141-157.
- [9] 黄荣贵, 桂勇. 互联网与业主集体抗争: 一项基于定性比较分析方法的研究[J]. 社会学研究, 2009(5): 29-56.
- [10] Cristofoli D, Markovic J. How to make public networks really work. A Qualitative Comparative Analysis[R]. University of Lugano, 2011.
- [11] 李健. 民营企业政治行为有效性影响因素研究——一项定性比较分析法的应用[D]. 大连: 东北财经大学, 2011.
- [12] 李健, 西宝. 管制俘获成因的定性比较分析[J]. 哈尔滨工程大学学报, 2012, 33(7): 923-928.
- [13] Blackman T, Wistow J, Byrne D. A Qualitative Comparative Analysis of factors associated with trends in narrowing health inequalities in England[J]. Social Science & Medicine, 2011, 72(12): 1965-1974.
- [14] 程晓明. 卫生经济学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [15] 马迎贤. 资源依赖理论的发展和贡献评析[J]. 甘肃社会科学, 2005(1): 116-119.
- [16] 卢杨. 我国城市医院与社区互动建模与干预研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2009.
- [17] 陈斌. 区域医疗协同管理模型研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [18] 杨坤蓉. 三级医院与社区卫生服务机构的互动现状及良性互动机制研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2007.
- [19] 陈金甫. 发挥全民医保在医改中的基础性作用[J]. 中国医疗保险, 2012(2): 12-14.

[收稿日期:2013-07-03 修回日期:2013-08-01]

(编辑 赵晓娟)

## · 信息动态 ·

## 世界卫生组织敦促各国针对肝炎采取行动

2013年7月24日为世界肝炎日,世界卫生组织发布了针对126个国家的肝炎调查情况。结果显示,37%的国家具有病毒性肝炎国家战略,但需要在肝炎治疗方面开展更多工作。虽然82%的国家已经建立起肝炎监测规划,但仅有半数国家将慢性乙肝和丙肝的监测工作囊括其中,而这两种肝炎与大多数严重疾患和死亡相关。报告还指出,有38%的国家纪念世界肝炎日(自2010年开始的年度活动),预计今年会有更多国家纪念这一活动日。

世界卫生组织于2013年6月启动了全球肝炎网络,目标之一就是支持国家制定计划并落实防控病毒性肝炎计划和规划。目前其正在制定新的丙型肝炎筛查、保健和治疗指南,并将在检测方法、行为干预(减少酒精)、对肝硬化实施非创伤性评估、选择丙型肝炎药物组合等七项重点领域提出建议。

(来源:世界卫生组织网站)