

贵州省医疗联合体建设和发展的问题及对策

——基于扎根理论的质性研究

张 年^{1*} 余昌胤² 黄辉华¹ 袁成菊¹ 魏 来¹

1. 遵义医科大学管理学院 贵州遵义 563000

2. 遵义医科大学附属医院 贵州遵义 563000

【摘要】目的:应用扎根理论方法探讨贵州省医疗联合体建设和发展的现存问题并提出对策,为医联体改革提供参考依据。方法:2017年7—10月对贵州省9个市(州)39家医疗机构的76名医院管理者、临床医生进行半结构化访谈,采用三级编码提取、归纳医联体建设和发展的现存问题及对策。结果:经过三级编码,梳理出138个概念,21个范畴、6个主范畴,最后形成1条故事线:医联体建设和发展受多种因素的制约,政策支持是外部条件,加强内部组织与管理及学科间联系是内部要素,保障核心医院合理利益诉求是关键环节。结论:医联体应以资源整合和利益共享为基础,学科建设为导向,人才队伍建设为核心,成员单位共同发展为目标。

【关键词】 医疗联合体; 扎根理论; 质性研究; 贵州省

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.04.007

Analysis of existing challenges and countermeasures in the construction and development of regional medical union in Guizhou province: A qualitative research based on Grounded Theory

ZHANG Nian¹, YU Chang-yin², HUANG Hui-hua¹, YUAN Cheng-ju¹, WEI Lai¹

1. School of Management, Zunyi Medical University, Zunyi Guizhou 563000, China

2. Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi Guizhou 563000, China

【Abstract】 Objective: This paper aims to analyze the challenges and countermeasures in the construction and development of regional medical union (RMU) in Guizhou province based on grounded theory, in order to provide practical references for further reform of RMU. Methods: From July to October in 2017, a total of 76 persons including hospital administrators and clinicians selected expediently in 39 medical institutions at 9 districts in Guizhou province were interviewed using semi-structured questionnaire about the construction and development of RMU. In this paper, the existing challenges and countermeasures are extracted and summarized through three-grade coding. Results: After three-grade coding is conducted, 138 concepts, 21 sub-categories and 6 main categories are revealed. The results show that, the construction and development of RMU is constrained by many factors, of which policy support is an external condition, strengthening internal organization and management and interdisciplinary linkage are internal factors, and ensuring the legitimate interests of core hospitals is the key link. Conclusions: RMU should be based on resource integration and benefits sharing, orient to discipline construction, focus on personnel training, with the goal of promoting the development of all member hospitals.

【Key words】 Regional medical union; Grounded theory; Qualitative research; Guizhou province

2017年4月,国务院办公厅发布《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32号),再次掀起医联体建设的高潮,开展医疗联合体(以下简称“医联体”)是调整优化医疗资源结构布

局,促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉,提升基层服务能力及医疗资源上下贯通的重要举措和制度创新。^[1]贵州省人民政府办公厅印发《贵州省推进医联体建设和发展实施方案的通知》,以加快推进医联

* 基金项目:贵州省卫生健康委员会委托课题(gzwjwyzc2015-01);遵义医科大学研究生社会实践项目(zy-ysh009)

作者简介:张年,男(1987年—),硕士研究生,主要研究方向为医院管理。E-mail: zyhangnian@163.com

通讯作者:余昌胤。E-mail: yuchangyin6812@126.com

体建设和发展,进一步提升基层医疗卫生服务能力。^[2]本研究运用扎根理论的研究方法分析贵州省医联体建设和发展中的现存问题并提出相应对策,为医联体的建设和发展提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

采用目的抽样的方法于 2017 年 7—10 月对贵州省 9 个市(州)39 家医疗机构(9 家三级医院,14 家二级医院,16 个乡镇卫生院)的医院管理者、临床医生进行访谈,初步确定 60 人,符合质性研究样本经验原则。^[3]根据信息是否饱和追加至 76 人(即访谈对象不能够提供更多的新信息)。

1.2 研究方法

通过文献研究,采用自制访谈提纲进行半结构

化访谈,内容包括医联体发展与建设背景、组建运行中存在的问题和解决办法、发展前景与方向。遵循 Galsser 和 Strauss 的扎根理论研究方法,通过开放式编码、主轴编码和选择性编码,构建理论的相关概念和范畴。为确保本研究的可靠性,以半结构化访谈提纲中的问题为主,必要时,适当追加更深层面问题,采用持续比较方式,对理论结果不断修正,直至理论饱和(图 1)。

1.3 理论饱和度检验

扎根理论强调从资料中产生理论、持续比较以及数据收集与分析同步进行的思想。为了保证理论有效性,需要进行饱和度检验。在访谈至 63 人时不再出现新的概念,追加至 76 人,仍未出现新的概念,则认为达到理论饱和。

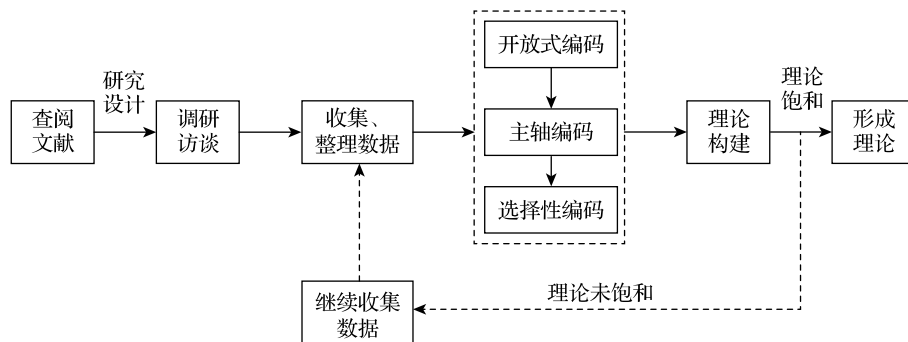


图 1 扎根理论研究流程

2 结果

2.1 开放式编码

开放式编码是将所有相似属性的资料概念化、范畴化的过程。^[4]对原始访谈资料逐字逐句分析并提取资料中的信息,初步确定 733 条与医联体建设

和发展的初始概念,为了工整起见,每条初始概念列举 1 条相关的原始语句,初始概念编号用阿拉伯数字表示(表 1)。

由于概念数量较多且交叉重叠,对 733 个初始概念继续提炼和归类,反复循环、最终梳理出 138 个概念和 21 个范畴,用 a_+ 表示(表 2)。

表 1 开放性编码所形成的概念示例

编号	初始概念	原始例句
1	医联体成员单位功能定位	我们主要是发展自己能力范围内的相关业务,至于高尖端的业务,我们也没有必要开展
2	管理骨干挂职副院长	下派管理人员到下级成员单位挂职副院长,进行分类指导,分类管理
3	核心医院二次分配	医联体帮扶产生的效益按一定的比例反馈给核心医院,由核心医院实行二次分配
4	按纯利润比例分配	在排除自然增长率、药材比、耗材比等后的纯利润,按照相应的比例进行分配
5	核心医院人才锻炼	对核心医院,其实我们现在很多高学历、高职称医生长期在城市,工作的锤炼很单一,下去以后,其实是一种锻炼
6	非工作时间专家指导	根据成员医院的发展需要,下派专家进行业务培训、指导,一般是周末,就是说非工作时间
7	分步建设县域医联体	县域医联体要分步走,首先要将乡镇中心卫生院医共体搞好了后推广,把中心卫生院搞好,很多老百姓看病,在当地就可以解决
8	为下级医院培养人才	松散型的好处主要是对我们医务人员提供免费培养、进修、学习机会
9	整合县域医疗资源	在县域内把中医院、县医院、疾控中心医疗资源统筹起来,从资源的利用和布局上要好的多
10	基层平台建设	基层缺乏相应的发展平台,怎么提高医生积极性,自然就留不住人才
.....

2.2 主轴编码

主轴编码指通过对开放式编码过程中得到的范畴进行关联建立,深入梳理范畴之间的内在逻辑关系。^[5]在运用扎根理论典范模型(条件—现象—行动/互动策略—结果)的基础上^[6],对开放式编码所形成的21个范畴进行归类,分析其中的内在关联,

构建医联体建设和发展关系模型(图2)。

对开放式编码中得到的21个范畴进行比较归纳,挖掘各范畴之间的联系,通过典范式模型抽样出6个主范畴,分别命名为内部组织与管理(A_1)、制约因素(A_2)、利益分配(A_3)、人才培养(A_4)、政策支持与监管(A_5)、资源共享(A_6)(表3)。

表2 开放性编码所形成的概念及范畴

编号	范畴	概念	频次
a_1	基层人才培养	为下级医院免费培养人才;多途径对乡镇人员培训;上级医院定期下派人员开展培训;基层人才培养是关键;担心派出学习人员离开;全科医生培养周期长;知名医院进修、学习;分批跟班学习;办理管理培训班;对下级医院中层干部培训	57
a_2	核心医院下派管理人员	管理骨干挂职副院长;护士长下派担任护理部副主任;管理骨干挂职医务科副科长	48
a_3	核心医院下派医务人员	非工作时间专家指导;下派专家以片区为单位;临床科室常驻造成人力资源浪费;核心医院学科带头人下沉;核心医院骨干下派担任指导专家;根据下级医院需求专业团队下派;医技专家常驻	46
a_4	利益分配	各科室平均对比分配;参照相应指标;按股份制分配;法律形式固定利益分配;参照当地工资水平;医院间协商分配机制;返利给核心医院二次分配;核心医院提纯利润15%~20%管理费;按纯利润比例分配;上下级医院各付一半给核心专家;利益分配考核指标	45
a_5	学科建设	科室联盟——学科联合体;按医院等级组建;重点专科建设;示范性学科建设;根据科室发展,逐步开展;根据具体医院特点建设学科;组建差异化学科;把下级医院纳入科室管理;针对性的学科管理	42
a_6	基层医疗卫生机构人员不足	基础人才队伍不稳定;基层持证人员少;医技人员缺乏;人才引进困难;进修机会少;派不出人员学习;晋升职称困难;结构不合理;缺乏团队建设;基层平台建设及待遇差;医务人员积极性不高	41
a_7	体制、机制制约	体制制约;机构职能定位不明确;社会分工不明确;缺乏监管主体;双方责权利没有明确界定;编制不合理;基层“收支两条线”缺乏加入医联体的动力;医保支付方式弱化成员单位间的分工合作;医疗资源布局不合理	40
a_8	核心医院自身条件制约	占领核心医院更多资源;核心医院与多家医院组建医联体;下派专家易出现管理空缺;部分专家商业化;上级医院自身人员紧张	39
a_9	联动机制	以县医院为纽带;医疗机构间顶层设计;以利益为基础;医联体成员单位密切联系;医联体成员单位的功能定位;整合县域医疗资源	39
a_{10}	形式上的医联体	形式上的医联体;政策性的医联体;协议性的医联体;行政命令力推效果不明显;以院长间关系组建	38
a_{11}	利益关系	关系到医院自身生存发展;利益分配没有统一标准;机构间利益相一致;利益共享;利益分配考核指标;医院过度检查;以利益为基础;上下级医院争夺病源	36
a_{12}	内部联动不足	医联体内互联互通不足;核心医院缺乏动力;上级医院争夺病人;转诊机制不通畅	36
a_{13}	运行模式	带目标,带任务;适当放宽对接政策;开展新技术、新业务;设备帮扶;教学、查房、坐门诊;带动下级医院技术提升;三级医院精细化管理;人才资源合理化管理;更新管理理念;对县级医院科主任“换血”;科室与科室对接	36
a_{14}	下派人员条件	晋副高前一年;主治以上;中级以上职称	33
a_{15}	外部投入不足	地方财政投入不足;医疗服务体系补偿不足;国家对企业医院补助较少;对核心医院投入不足;部分县财政补助落实不到位	30
a_{16}	医务人员价值	医生收入合法化;体现医务人员的劳动价值;维护医生的权利;多种形式流动;医联体内多点执业	27
a_{17}	医疗资源共享	医联体内资源共享;医疗资源的合理利用;地域资源利用最大化;优质资源下沉;组建区域性质量诊疗中心;对上下级医院是双赢	23
a_{18}	核心医院人才培养	核心医院人才锻炼;培养核心医院中层干部;丰富核心医院医生专业知识;核心医院人才储备;团队形式相互渗透学习	22
a_{19}	考核指标	是否解决下级医院存在的具体相关问题;上下级医院协商制定考核标准;参照门诊量;按工作量考核	21
a_{20}	内部监管	成立医院相关领导小组;医院层面参与监督与管理;强调医生自我管理	18
a_{21}	政策支持	探索公立医院“养起来”还是“市场化”;政府兜底医疗易形成惰性;适当放宽县医院管理层编制;财政投入到位;法律的形式固定责权利;出台合理化政策;政府规划没有企业医院;缺乏监管主体	16



图 2 医联体建设和发展关系模型图

表 3 主轴编码所形成的主范畴

编码	主范畴	范畴	频次	占比/%
A ₁	内部组织与管理	a ₂ 核心医院下派管理人员; a ₃ 核心医院下派医务人员; a ₅ 学科建设; a ₉ 联动机制; a ₁₀ 形式上的医联体; a ₁₃ 运行模式; a ₁₄ 下派人员条件; a ₁₉ 考核指标; a ₂₀ 内部监管	51	36.96
A ₂	制约因素	a ₆ 基层医疗卫生机构人员不足; a ₇ 体制、机制制约; a ₈ 核心医院自身条件制约; a ₁₂ 内部联动不足; a ₁₅ 外部投入不足	34	24.64
A ₃	利益分配	a ₄ 利益分配; a ₁₁ 利益关系	19	13.77
A ₄	人才培养	a ₁ 基层人才培养; a ₁₈ 核心医院人才培养	15	10.87
A ₅	政策支持与监管	a ₁₆ 医务人员价值; a ₂₁ 政策支持	13	9.42
A ₆	资源共享	a ₁₇ 医疗资源共享	6	4.35

2.3 选择性编码

通过“故事线”的形式来建立范畴与主范畴之间的逻辑关联,最终构建成实质理论脉络。^[5]通过对 6 个主范畴及原始资料对比分析,可将贵州省医联体建设和发展所有概念和范畴概括为 1 条故事线:医联体建设和发展受多种因素的制约,政策支持是外部条件,加强内部组织与管理,加强学科间联系是内部要素,保障核心医院合理利益诉求是关键环节。

3 讨论与建议

3.1 医联体建设和发展的制约因素

医联体作为缓解“看病难、看病贵”问题的重要举措,在实践中存在的问题也逐渐显露。有研究认为制约医联体发展的主要因素有:行政手段强

制推行、缺乏科学的合作机制和利益分配机制、管办不分、医保政策不配套、财政投入不足、基层医疗机构全额拨款体制阻碍下级医院的积极性。^[7]本研究访谈对象认为:医联体成员单位间由于存在利益冲突、缺乏分工协作;对核心医院投入及补助落实不到位;核心医院与多家医院组建医联体,无偿地派出人员和设备支持成员医院,占用更多资源;对下派专家易出现管理空缺与部分专家商业化等现象,影响了自身工作的开展,支援成员医院的积极性不高;基层人才队伍不稳定、晋升职称困难、待遇低及编制不合理等影响了基层医院加入医联体的积极性。

医联体建设要打破现行的行政管理体制,重构医疗服务体系,加大对医联体内核心医院的投入和财政补助;加强基层医疗机构平台建设,加大人才引

进力度,适当放宽编制,多种形式进行人员培训,适当放宽职称门槛,提高医务人员积极性;完善下派人员的监管与考核制度,杜绝部分专家“商业化”现象。

3.2 加强医联体内部组织与管理

医联体的可持续运行需要明确医联体内的组织架构、合作方式及各成员之间的功能定位。^[8]本研究发现贵州省医联体主要是以“技术输出为主,管理为辅”或“对口帮扶”的松散型模式,核心医院专家到成员医院开展新技术、新业务,进行教学、查房、坐门诊等。由于存在行业竞争关系,医疗机构间社会分工体系尚未建立,导致职能、权利与义务界定不清楚,医联体内部联动机制不健全,实质上是政策性、协议性及形式上的医联体。同时缺乏对医联体运行效率的监管主体及措施,难以有效评价医联体效率。

因此,医联体的建设和发展应打破地域行政规划,实行管办分开,按照现代法人结构来加强内部管理,引进第三方监管机制,加强医联体的外部监管。核心医院通过派驻管理团队到成员医院管理部门挂职,实行同质化管理;派驻专家团队入驻临床科室,重点提升成员医院医疗服务能力与水平,以学科联盟为导向,专科协作为纽带,上下级医院间科室与科室对接。县级医院与乡镇中心卫生院建设医联体,逐步扩展至普通乡镇卫生院,不能一蹴而就。县域外和两家以上上级医院建立医联体,以畅通双向转诊通道。

3.3 完善利益分配机制

利益分配问题是影响医联体可持续发展的根本所在,各层级医院间利益难以统一,医生间利益难以协调,参与配合度不高。^[9]访谈中发现,核心医院与成员医院间尚未形成合理的利益分配机制,核心医院直接投入多,难以从直接收入上体现收支平衡。对部分地区企业医院的规划及财政补助较少,医生的合法收入及劳动价值没有得到充分体现,积极性不高。

由于内部利益平衡机制难以形成,导致医联体的发展减缓,自主性和创新性下降,所产生的效果减弱。为此,本研究认为,核心医院和成员单位间应协商制定相应的分配机制,核心医院参与利益分配可提高其积极性;同时,成员医院可根据具体情况对下派专家进行考核,如工作纪律、工作量、是否解决相应的具体问题及学科建设程度等;成员医院在排除

自然增长率后所获得的纯利润的15%~20%返给核心医院,由核心医院二次分配,对核心医院下派的核心管理专家或技术骨干,核心医院和成员医院共商待遇支付比例。

3.4 加强人才培养

人力资源配置与共享已成为制约医联体发展和深入合作的瓶颈。^[10]乡镇卫生院人才培养是强基层的关键,访谈中发现,基层待遇不高、编制不合理,全科医生培养周期长,基层管理者担心员工派出学习后可能离职,不愿派人出去学习,形成人才引进难、培养难的局面。县级医院医生更愿意去国内知名医院进修、学习,希望学习大医院精细化管理理念及学科前沿知识。县级医院管理者大多数为学科带头人发展而来,医院管理者把更多精力放在行政职务上,某种程度上延缓了学科发展进程。核心医院管理者认为下派人员会占用医院大量的人力资源,考虑到自身的发展,不愿派优秀人才到成员医院工作。下派专家由于专科性较强,在基层缺乏患者群体,易导致人力资源浪费,因而把更多的精力用于基层人才培养。

针对基层人才匮乏的现实,访谈对象表示,强化全科助理医生5年以内只能在乡镇医疗机构执业;由于县级及以上医院医生专科性强,不适应基层的全科需求,到基层易造成人力资源浪费。重点加强下级医疗机构在职人员能力提升,通过上级医院定期或不定期的组织学术讲座、技术培训和中层干部管理免费培训,提高基层成员医院的急诊、急救及转运能力,在病情需要时,使病人能及时、安全转运到上级医院。县级医院管理者在从事行政管理的同时,把更多精力放在学科建设上,避免专业人才浪费。通过派出医护团队到核心医院进行专科专病的进修、学习,以系统提高诊疗能力。核心医院派管理团队及专业团队入驻县级医院,锻炼核心医院人才队伍,派驻人员是即将晋升副高主治医师。落实医联体内医师多点执业,注重人才培养和学科建设。

3.5 实现医疗资源共享

共享设备资源及建立覆盖所有成员机构的信息系统,实现内部信息实时采集与共享,有助于整合各机构及其服务过程。^[11]田翠姣等人认为医联体的协作方式、利益协调和补偿机制、人才储备与流动及硬件设施的配置与分配影响为医联体医疗资源共享的

主要因素。^[12]本研究访谈发现,医联体内部由于信息化水平建设参差不齐、信息化不对称、端口不一致、软件不匹配、系统不兼容、诊疗信息不能互通、检查结果不能互认、重复检查现象仍然突出。内部资源整合难度大,医联体内资源利用率不高,区域医疗卫生信息平台及诊疗中心尚未形成,信息孤岛仍存在。

因此,探索医联体分工协作模式,县域内医疗资源统筹,构建以县级医院为龙头的县域医联体,统一资源配置,加强信息化建设,建立医联体医疗网络信息平台,开展下级医疗机构检查,上级诊断;同时,通过平台开展业务培训,提高成员医院的服务能力。县域外,和大医院搭建信息化共享平台,组建区域医疗信息平台与区域医疗质量控制中心,实现医联体内设备共享、结果互认。建立远程医疗服务体系,整合医疗机构间的互补职能,畅通双向转诊通道,为转诊患者提供连续性的医疗服务,实现核心医院和成员医院的互利共赢,促进医联体健康发展。

本文的不足之处在于,一是医联体建设和发展的概念、范畴提取存在一定的主观性。二是研究结果有待后续的实证研究。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅. 关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见[EB/OL]. (2017-04-26) [2018-04-26]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm.
- [2] 贵州省人民政府办公厅. 关于贵州省推进医疗联合体建设和发展实施方案的通知 [EB/OL]. (2017-09-30) [2018-04-26]. <http://www.gzgov.gov.cn/xxgk/jbxxgk/fgwj/>

szfwj_8191/qfbh_8197/201709/t20170930_1073835.html

- [3] FASSINGER R E. Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research [J]. *J Couns Psychol*, 2005, 52(2): 156-166.
- [4] 景怀斌. 扎根理论编码的“理论鸿沟”及“类故理”跨越 [J]. *武汉大学学报(哲学社会科学版)*, 2017, 70(6): 109-119.
- [5] 夏立明, 王丝丝, 张成宝. PPP 项目再谈判过程的影响因素内在逻辑研究——基于扎根理论 [J]. *软科学*, 2017, 31(1): 136-140.
- [6] Woods P, Gapp R, King M A. Generating or developing grounded theory: methods to understand health and illness [J]. *Int J Clin Pharm*. 2016, 38(3): 663-670.
- [7] 李念念, 赵允伍, 尹红艳, 等. 医联体发展困境与策略浅析 [J]. *中国卫生事业管理*, 2017, 34(8): 561-562.
- [8] 芦炜, 梁鸿. 如何构建医疗联合体: 组织模式、利益机制和服务内容 [J]. *中国卫生政策研究*, 2013, 6(12): 6-11.
- [9] 林娟娟, 陈小嫦. 构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议 [J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2014, 14(2): 104-108.
- [10] 陈静, 夏述旭. 紧密型医疗联合体人力资源配置与共享关键问题分析 [J]. *中国医院管理*, 2018, 38(2): 50-52.
- [11] 梁思园, 何莉, 宋宿杭, 等. 我国医疗联合体发展和实践典型分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9(5): 42-48.
- [12] 田翠姣, 张茨. 医疗联合体资源纵向整合模式的探索 [J]. *中国医院管理*, 2016, 36(6): 11-12.

[收稿日期: 2018-05-06 修回日期: 2018-12-11]

(编辑 刘博)