

整体性治理视角下区域医疗机构纵向协作优化研究

魏 来*

遵义医科大学管理学院 贵州遵义 563003

【摘要】近年来,我国新医改通过分级诊疗服务体系的建设,旨在促进医疗服务网络分工协作。但由于政府治理的分散化,区域医疗机构间纵向协作尚缺乏外部支撑环境:监管主体单一化、协作体制不顺畅、激励约束机制不匹配、缺乏有效的法制保障,而区域医疗机构之间的纵向协作松散,又导致协作缺少统一的管理组织、稳健的协作机制、共同的利益凝聚,从而导致区域纵向医疗服务提供陷入裂解性困境。本文以整体性治理理论为视角,深度剖析了我国区域医疗机构纵向协作偏弱的现状,借鉴区域医疗机构纵向协作的国际经验,重新整合政府、社会和医疗机构等主体协作力量,优化区域医疗机构纵向协作的治理方式,重塑我国纵向医疗网络的系统使命。

【关键词】整体性治理; 区域医疗机构; 纵向协作; 以患者为中心; 优化策略

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.001

Study on vertical collaboration optimization of regional medical institutions from the perspective of holistic governance

WEI Lai

School of Management, Zunyi Medical University, Zunyi Guizhou 563003, China

【Abstract】 In recent years, China's new medical reform aimed at promoting the division of labor and cooperation in the medical service network through the construction of hierarchical medical service system. Nevertheless, the government's decentralized governance, there is still a lack of external support environment in vertical collaboration among regional medical institutions in China, and this is explained by the simplification of regulatory body, unsmooth cooperation system, mismatched incentive constraint mechanism and a lack of effective legal protection guarantees. In addition, loose vertical collaboration between regional medical institutions lead to a lack of unified management organization, strong cooperation mechanism and common interests' cohesion, which brought about the decentralization of regional vertical medical services delivery. From the perspective of holistic governance theory, this paper profoundly analyzes the current situation of the weak vertical collaboration among regional medical institutions in China. Therefore, it draws on the international experience in the same domain as a reference to re-integrate the cooperative forces including the government, society and medical institutions. The vertical collaboration approach further optimized the governance mode of regional medical institutions and reshaped its systematic mission in the vertical medical network in China.

【Key words】 Holistic governance; Regional medical institutions; Vertical collaboration; Patient-centered; Optimization strategy

经过 30 多年的改革发展,我国医疗卫生服务体系已经从单一的、计划管理的、分级分工特征明显的

公有制医疗卫生机构转向机构组成多元化、计划和市场管理并重、系统分层和功能分工复杂的组织网

* 基金项目: 贵州省教育厅高校人文社会科学规划项目(2015GH05); 教育部人文社会科学一般项目(13YJA630099)

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

E-mail: weilaichn@aliyun.com

络。^[1]自2009年以来,新医改持续不断的改革旨在对我国医疗服务网络进行系统重塑,以实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗政策目标。对于如此复杂且需要不断调整的医疗系统,自上而下、单向度的行政命令和依靠政府行政权威已经难以对区域医疗机构纵向协作进行有效治理^①,并成为医疗服务系统断裂和服务碎片化的重要原因。因此,区域医疗服务网络需要政府、社会与公私医疗机构的协同治理,以整体性治理方式强化区域机构之间的纵向协作,共同聚焦于患者的健康导向。根据全球治理委员会的定义,治理是个人和制度、公共和私营部门管理共同事务的各种方法的综合,它是使相互冲突的或不同的利益得以调和并采取联合行动的持续过程。罗德(Rhode)认为,治理就是对组织间网络的管理。整体性治理通过多元治理主体的协同和决策、运行、监督和反馈等连续性治理链条,以协调和整合为特征,强调对公共事务的治理,考虑单机构内部、不同层级机构以及公共部门和非营利部门之间的整合,以获得最佳的组织绩效。^[2]可见,整体性治理理论越发展显示其在区域医疗服务体系治理上的重要理论价值和实践诉求。从组织角度来讲,治理包括相互关联的两个核心方面:一是决策或协调,即将工作任务分配到各级机构,并通过协调工作成为一个整体;二是通过激励和控制服从决策。即必须通过分层管理制度、市场机制和网络组织规则等激励约束实现单个组织目标服从系统整体目标。^[3]本文试图从我国区域医疗机构纵向协作的现状出发,探讨在整体性治理视角下区域医疗机构的纵向协作优化策略。

1 我国区域医疗机构纵向协作现状

1.1 政府机构治理的分散化削弱了对区域医疗机构纵向协作的治理合力

奥斯特罗姆所展示的“集体行动逻辑”是“具有共同利益的个人会自愿地为促进他们的共同利益而行动”。她认为政策分析家的工具箱中缺少“一种具体明确的集体行动理论,凭借这一理论一群当事人能够自愿地组织起来以保持自己努力形成的剩余”。^[4]目前,我国对区域医疗机构的治理缺少一个以公众健康利益为根本目标的利益集合,各个利益相关者在多机构利益博弈中以自我利益最大化作为

合作的前提,缺少制度化的协调平台。在政府内部,对区域纵向医疗机构的治理涉及到卫生行政、财政、人事等众多部门。除卫生行政部门外,这项协调工作仅是每个部门的一项职能,治理主体往往以领导小组的名义推动协调,这种临时组织缺乏稳定性,甚至因领导者的变更有名无实。而卫生行政部门协调又缺少第一行动团体协调网络的能力。在政府之外,尚缺少有力的第三部门的治理力量。在政府、市场、社会基本关系明确定位方面存在着界限和责任方面的模糊,忽视了外部多利益主体的协同力量,缺乏跨部门明确的和一贯的政策方向,很难及时对不同层次的医疗服务进行筹资、计划和规制,以协调一致的方式应对新的卫生挑战。治理主体的碎片化导致了组织间协调失灵,协调失灵最终可能破坏整合的效果。^[5]

在区域医疗机构协作治理能力分散的背景下,各级卫生行政部门被迫依赖市场治理的引导力量。这样,区域医疗机构间的纵向协作以利益为导向,无论是松散的协议合作,还是托管等紧密型合作,都是以核心医院的利益最大化作为其出发点,合作内容仅限于低层次的对口支援、技术指导 and 向上转诊安排,无法触及临床路径、标准化下转、医师多点执业等深层次的整合内容,构建有效的保健连续体更是举步维艰,且合作多不稳定。再加上纵向机构间缺少共享的诊疗文化和互通互联的信息系统支撑,无法强化机构间对临床路径和规范共享的价值认同。这样各级医疗机构不能形成利益共同体,无法凝聚合力协调一致以患者需求为目标提供合适的服务。区域医疗机构纵向协作变成了在环境的容忍度范围内依据各自服务能力拓展功能边界,导致区域各级各类医疗机构功能定位模糊,同质化倾向明显,而每家机构只需承担各自范围内的诊疗责任,而由区域医疗系统应该承担的“共同责任”则成了模糊地带,甚至“共同责任”俨然变成“共同缺失”。

1.2 政府治理区域医疗机构协作存在体制性障碍

西迪亚克一里兹卡拉和伯恩的规范研究证明,发展中国家医疗卫生体系中建立良好的治理结构非常重要。尤其是治理主体之间的权力配置、制衡监督关系和利益相关者的介入程度问题。^[6]我国现行政府结构是典型的层级结构且实行分权制。在医疗

① 所谓区域医疗机构纵向协作,本文是指在某一地理区域医疗服务系统中,以患者为中心,为患者提供协调和连续的服务为主要目标,包括公私性质在内的三级医疗机构、二级医疗机构和基层医疗机构在系统层次上的业务协作和整合。

服务领域,预算分配始终是通过自上而下的方式分割到各级卫生行政部门。医疗服务系统由公立和私立、营利和非营利性质的医疗机构并存的复杂网络,呈现错综复杂的联系及其相互影响,需要政府相关部门及其他类型的组织机构密切合作,但由于现行体制障碍,不同层级政府行政部门、同一层级不同相关部门以及医疗机构自身的协作联动机制尚未有效建立,政府各职能部门根据各自职责对医疗机构提供专业化分工管理,缺少维护区域医疗服务系统整体协作的共同职责。这种“各自为政”的行政体制和部门利益的分化,导致以损害医疗服务系统的综合性和连续性来追求专业系统的有效性,既使得部门管理存在大量“缝隙”,又因职责不清和多头管理引致提供系统陷入裂解性困境。

由于政府不同职能部门分割导致医疗卫生服务所包含的公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品供应之间彼此分割,造成区域医疗服务体系难以发挥协同效应和整体优势。同时,管办不分的管理体制进一步模糊了对区域医疗机构纵向协作的共同治理空间,区域内的各级医疗机构在各自监管主体的监管下,呈现独立特行发展趋势,拥有市场势力及技术优势的大型公立医院具有单兵突进的开拓能力,他们无需与下级机构进行有效的业务合作。即使合作,也往往是以占有市场份额为目标,既蚕食下级医疗市场的患者资源,又虹吸基层医疗机构的人力资源,这种“双占有”效应既无法推动以患者为中心的服务纵向整合,也无法推动以资源有效利用为导向的资源纵向整合。且在区域医疗体系内部,卫生行政机构有意无意地将公私医疗机构区别对待,而不是将其纳入到统一的区域卫生规划下面,导致大多民营医疗机构游离于区域体系协作之外。事实上,WHO 早就指出,在整合的服务网络中,管理者需要考虑患者的哪些服务由哪一层级机构提供合适的问题,而不论其公立或私立性质。而在整体性治理视角下,政府在大多数情况下只要提供资金和开展服务监管而不承担具体服务的提供职责,医疗保险机构负责区域居民的服务购买,医疗服务提供完全可以通过购买合同让渡到大量的非营利医院、营利性私立医院及社区卫生服务机构等多元化的社会组织行动者,社会政策的实施也因此由科层权威为中心转移到包括政府组织在内的多种类型组织之间的相互依赖^[7],从而促成各利益主体形成统一协调的治理主体群。

1.3 现有治理主体的协调机制不耦合

目前我国区域医疗服务提供缺少一个整体性整合框架,各级医疗机构协作呈现竞争和合作并存的局面,而各级政府的政策制定和实施仍然注重在各自管辖范围内对单一机构群体的调适,如大型公立医院改革、县级公立医院改革、基层卫生综合改革,尚缺乏统一的纵向协调机制,无法形成针对同一区域不同层级医疗服务连续性提供的系统性政策联动机制,造成了竞争同质和资源的非均衡性配置,降低了区域医疗机构纵向协作的动力。即使在同一层级,政府也过多重视单个医疗机构的小系统管理而忽视整个区域机构网络的整体性治理,注重把单个医疗机构分工功能发挥到极致而忽略了各机构在整个区域网络中的功能互补衔接。即使进行某种程度的协作政策鼓励,如实行医疗联合体或医疗一体化,却往往过度注重机构间组织要素的重组而忽略了它们在业务技术要素上的协调和整合及其运行机制的配套跟进,甚至强化核心医院作为系统整合者的作用,而不加强甚至忽视基层医疗机构协调网络的作用,最终导致区域医疗机构的纵向协作跟随大医院的利益导向亦步亦趋,远离了系统功能的整体发挥,导致较差的系统绩效和有限的公众健康改善。

事实上,协调和整合是整体性治理的主要特征,而良好的协调机制是保证整体性治理的必需路径。目前政府间协调机制不畅,医疗、医保、医药和医政联动机制尚未建立,同级政府各职能部门针对区域医疗机构间协作缺少协同管理,涉及到的集体决策、执行、评估等链条并非连续,其内容包括筹资、支付、服务提供、绩效评估等多个方面的职责分工并不清晰,社会力量的协同参与机制远未形成,缺少对区域医疗机构实施精准的干预手段,博弈过程分离了多机构之间的协调和沟通。诚然,政府虽有统一强制的行政权力,但往往会注重强化对区域中各个医疗机构的碎片化行政治理如行政命令和威慑替代原本属于不同机构之间的技术性管理。这样即使区域医疗机构之间为协作而建立某种统一的管理机构,比如通过建立公立医院或医疗集团的法人治理结构来加强医联体内部管理,通过乡村一体化加强对基层医疗机构的统一管理,但由于缺乏外部的环境支撑和有效的制衡机制,卫生资源的下沉仍然呈现零碎化、点状式特征,导致基层医疗机构承担综合保健服务的“守门”角色和协调患者转诊的权限无法落实,家庭医生签而不约,其疾病管理功能遭遇患者信任

危机,双向转诊也只能沿着传统的单向上转路径继续运作。区域不同层级医生间的沟通和协调由于缺少互通性信息平台支撑而名存实无,医师多点执业遭遇“单位人”的影响根深蒂固,无法有效促进医务人员进行纵向协同医疗。同时,由于需方自由择医缺少有效规制和管理协调,加上医疗市场信息的天然不对称,居民就医必然造成理性趋高和非理性趋高交互影响^[8],使得协调机制的发挥差强人意。

1.4 尚未建立系统、有效的激励和约束机制

当前我国促进区域医疗机构的协作以强化行政措施的硬约束而忽视经济激励的软约束,使得政府在市场经济条件下对纵向医疗体系的监管一直处于被动应付状态。当前筹资的制度化分割、医保基金的分散支付无法对区域医疗机构的纵向协作实施系统激励,比如对基层医疗机构缺少综合激励,医疗和预防服务提供分开支付,分散了其综合保健优势,存在激励标的不融合。甚至在资金的偏向诱导下基层医疗服务功能出现了严重偏移。比如公共卫生服务均等化项目实行后,基层医疗机构高度重视公共卫生工作,而放弃或减少基本医疗服务提供,由此造成了“重防轻医”态势。而缺少医疗服务支撑的基层医疗机构其综合服务能力继续下降,侵蚀本来就很脆弱的基本医疗功能,导致基层医疗机构既不能扩大区域患者首诊的比例,又无法承接上级机构转下来的病人。而在专科医疗机构,费用补偿继续享受按项目付费为主、其他预付方式为辅的宽松支付红利,充其量只能作为一种简单的费用控制工具,其对服务协作和体系优化几乎没有效果。在充满信息不对称又缺少外部有效监督的医疗市场中,甚至其对费用的控制边界都会不断的被突破,仅是延缓了时间而已。

事实上,区域上级医疗机构如果没有基于临床路径的 DRGs 和预付制的结合,即使建立医疗联合体也仅会在结构上而非功能上进行整合,并不能倒逼专科机构围绕患者的利益(比如为康复期的患者寻找出口)和基层机构结盟和协作。同时,医保支付方式改革也是仅针对医疗机构进行补偿而在薪酬制度设计上没有致力于改善医生的多机构协作行为提供激励。^[9] 医保对需方的激励也仅是通过对区域医疗机构间自下而上进行递减式报销等级诱导,仅能算作是分级补偿下的按项目付费方式,甚至因其对区域不同医疗机构间的补偿差异不明显,引导患者

理性由低到高的就医行为激励作用非常微弱。同时,目前政府部门唱独角戏导致政府的行政权和事权不分,而行业和社会团体等第三方约束力量薄弱甚至缺失,导致目前对区域医疗机构的协作效果尚缺少一个专业的评估机构加以约束。事实上,社会组织的参与可弥补政府反应缓慢、程序复杂等诸多不足,但现有行业自律能力薄弱,未能发挥应有约束作用,甚至有时成为医疗机构垄断利益的极力维护者。即使在政事分开的背景下,由于没有建立长效约束机制,一些地方政府通过自身或委托专业机构对医疗机构进行绩效评价,但前者容易出现过多行政干预代替技术性评估,而后者容易出现临时组织,评完即解散的现象,无法进行持续性跟踪评估。更为重要的是,目前关注单个医疗机构的评估指标人为地或技术性忽略了区域医疗机构纵向协作和连续性服务质量内容,从而不能把握各机构通过整体性治理后服务提供的内在逻辑和系统效率特征,无法促进纵向机构在整合服务行为的规范框架下协调和互动。

1.5 缺乏立法保障

随着疾病谱的改变,现代医疗卫生服务体系越来越要求以人的健康为中心,而健康权本身就是一项基本人权,政府负有筹资和监管责任。因此政府有必要以法制手段要求医疗保险、医疗机构以及药品保障机构等的改革适应居民的健康需求目标。然而,由于我国对区域医疗机构纵向协作的治理,政府过多依赖行政命令、突击检查等权力干预式监督管理,导致治理随意性大,稳定性差,持续性弱。由于政策的延续性弱以及政策之间缺少统一的目标函数,当环境变化或当医疗服务体系出现断裂问题的时候,政府只得采取头痛医头脚痛医脚的治标性、补丁式政策,这样导致与卫生相关的政策碎片化和缺乏相互协调的问题比较突出,各级政府及同级政府各职能部门的权利和责任不明确,不能有效规范他们的协调职责和问责要求,居民平等的医疗保障权、获得医疗记录和信息的权利、自主和隐私的权利以及参与医疗决策的权利等无法达到有效保障。甚至在政府系统,政策供给往往偶有矛盾现象,如各级卫生行政部门强调建立基层首诊、分级诊疗,但基本药物管理部门却在遴选基本药物目录,实行零差率销售时出于控费目的,对基层医疗机构的基本药物使用进行极大限制,而对二级以上医院用药却给予较

多宽泛,造成患者在基层机构就医却要到上一级机构买药的现象。

同样,在区域医疗体系内部,各利益主体由于缺少有效的法律约束,也无法形成常规化的合作协调机制。目前,我国对于区域医疗机构建立的分工协作制度,多以政策鼓励为主,且政策目标锁定于结构和过程目标远重于结果目标,即过多强调资源要素和过程机制的整合,而构建整体性医疗服务体系的终极目标,即患者的健康结果保障目标远未受到优先关注。这样区域不同医疗机构对于患者健康权的共同责任不明确,不能有效规范区域医疗机构间的协作责任和连带责任。这样,即使区域医疗机构被纳入医联体等框架,他们仍然只需承担患者在自己医疗机构就诊的有限责任,而不论患者是直接就诊还是转诊就诊而来,从而无法促进区域医疗机构致力于患者健康和服务质量的整体改善进行协作。实际上,公众健康权和医疗保障权等国家医疗卫生福利制度只有采取立法进行固定化、规范化和统一化,通过法律推行相应的卫生改革,并为医疗服务供方设计适宜的、循证的激励和制约机制,才能向建立整合的协同医疗服务体系方向努力。^[10]

2 区域纵向医疗机构整体性协作的国际经验

为了解决区域医疗机构间的纵向协作不畅所带来的碎片化问题,不少西方发达国家往往建立了整合的医疗服务体系或网络治理模式。

英国政府对区域医疗服务体系的治理变革力求将集权型统包统揽的全能政府管理体制,向分权改革、建立内部市场机制以及医疗机构法人治理等措施转变,促成了初级保健托拉斯和医院托拉斯的良好协作关系。首先,联邦政府按照地理区域规划因地制宜将全国分为十个战略区域,分别组建一个 NHS 所属的医疗联合体,如区域综合性医疗集团(NHS Trust)和信托基金医疗联合体(Foundation Trusts, FTs),并采用法人治理结构。其所属医疗机构必须对董事会和理事会负责,接受监管局、购买者、地方政府以及相关社会团体与居民代表的监督管理。同时成立初级保健信托机构(PCT),政府将预算资金直接分配给 PCT,由其代理统一购买社区和医院专科服务,PCT 可以保留每年收入的盈余部分,但只能用于设备优化和服务质量提高方面,因而 PCT 更加重视服务规范、预防服务和健康教育。^[11]后期 PCT 被家庭医生协会取代,该协会规定费用补偿

标准,并根据注册人数向全科医生支付酬金,有效加强了对全科医生的监督。同时,建立一个全国性的理事会负责监管家庭医生协会的工作,同时承担监管医疗机构准入和推出、促进竞争和核定医疗服务价格等职责。^[12]国家临床卓越研究院制定了类似于 DRGs 的健康资源分组(Health Resource Groups, HRGs)和注重绩效评审的国家健康治理框架(Quality Outcome Framework, QOF),有效防止了全科医生转诊不规范,促进了专科医生双向转诊标准化。

2013 年,为强化整体性治理,英国政府实施最新的《健康和社会保健法案》,对 NHS 组织架构及服务提供方式进行变革,精简了管理层级和机构,调整和优化了职能,扩大了由全科医生主导的临床服务委托团体(受 NHS 委托委员会委托)的作用。该组织和地方政府结成伙伴关系,在后者广泛的授权下,规划及使用 NHS 的经费和资源。新建立的信托发展局、公共卫生署、治疗质量委员会、英格兰卫生教育署、监控局和地方政府分别在信托管理、公共卫生、医疗服务绩效、教育培训、服务价格、竞争和效率的规划、公共财政资源配置等方面发挥各自作用,他们以居民需求为导向,通过地方政府主导的健康与福利委员会促进了社区卫生服务、社会保健服务与公共卫生服务的整合以及社区诊所服务与医院专科服务的协调。^[13]同时政府允许私立医院以 NHS 的价格标准开展服务,与公立医院开展竞争,并在公立医院建设电子病历、移动医疗、云计算以及直拨电话系统(NHS Direct),引入公众参与医疗决策。^[14]

美国区域医疗机构能够进行良好的纵向协作,首先得益于其实行有管理的医疗保健体系,将医疗保险计划和医疗服务提供者紧密结合,通过经济激励和制度约束的联动机制调控供需双方行为。对供方,美国采用的是与医疗机构纵向协作相配套的复合支付方式,对初级保健机构实行按人头付费,对医院实行 DRGs 预期支付,迫使专科医疗机构和初级保健机构形成网络,组成了医疗集团或多医院系统(Multihospital Systems, MHS),各医疗保险机构和这些医院系统签约,形成了众多的区域 HMO 网络组织^[15],促进 HMO 在合理控费下形成一个有激励的联盟。处于联盟上层的医院根据 DRGs 将康复期患者或疾病稳定期的患者转往下层社区医疗机构,联盟之间通过高质量的交流和资源共享,减少了专科服务层次上的浪费。对于患者,医疗保险机构将医院和医生等医疗资源分成核心、推荐和非推荐三个

等级,规定不同的起付线和费用报销差异,激励患者根据家庭医生意见选择合适的服务提供者。

在管理型医疗内部治理中,美国通过严格的利用评估,充分利用家庭医生的健康管理,以减少住院率;通过分析医生的医疗行为方式,调整支付方式,减少了重复服务提供。在外部治理方面,美国通过联邦、州(县)市的合理分工,特别赋予地方部门强大权力,集中对医院和医疗保险计划进行监管。各级监管机构通过政府授权各负其责,且独立于政府部门,其管理人员是专业人士而非公务员,因此专业性较强。^[16-17]2010年后出现的责任保健组织(Accountable Care Organization, ACO)在整个网络内虽然放宽了病人的就医选择权,但并没有改变医保和服务提供者之间的整合结构。ACO通过制定内部诊疗规范等措施确保提供者之间协同。^[18]

从英美两国对区域医疗机构纵向协作的治理经验看,两国都采用系统整合的整体性治理框架及其运行机制。首先在服务提供层面,都建立相对强大的初级保健服务系统和专科服务系统,两者各自(或统一)通过委托管理或集团法人治理增强自治权,并以良好的功能分工为前提,通过强制或有激励的守门机制、规范有效的转诊机制、科学严格的临床路径和规范,开展持续的首诊和转诊服务协调。其次,在筹资和经济激励方面,政府通过严格的预算投入、公共卫生和医保支付方式的激励约束变革,促进基层提供综合保健,并将DRGs从一个纯粹的核算机制和工具转为检测临床效果和服务提供行为的有效工具引入到专科医疗系统,倒逼区域专科医疗和初级保健形成纵向协作网络(集团)。最后,在政府体制上,一般实行中央集权和地方分权有机结合,形成有效的协调体制和监督机制,政府通过连贯的政策、法律引导注重发挥行业组织、团体组织自我管理以及公众主动参与医疗决策的作用,再加上医疗机构的自我评估监督,形成了一个多元化的协调主体群。多方治理主体各司其职,共同聚焦于区域医疗机构的纵向协作和整合,从而为患者在区域内就诊提供整合的无缝服务。

3 我国区域纵向医疗机构整体性协作的优化策略

结合英美两国针对区域医疗机构协作的治理经验,以及我国政府治理区域医疗机构协作的现状,特提出促进我国区域医疗机构整体性协作的优化策略。

3.1 建立区域整体性协调组织机制

针对当前区域各政府机构多头管理的现状,以管办分开为原则,区域内各级政府要成立相应的专门协调管理机构,区域(省、市和县)三级卫生行政管理层次之间建立以问责结果为导向的管理框架,明确区域各级政府相关职能部门在医疗服务系统建设方面的职能定位和职责分工,使功能性的层级结构转化为跨功能服务的团队。在省市一级,协作管理机构协调同级政府相关部门在各自职责范围内协同制定系统性的政策实施方案和涉及解决本地区的优先政策问题的推进方案,围绕以人的健康为中心,推动本区域内纵向医疗服务网络建设和管理所涉及的投入、医疗、医保、医药和人力资源方面具体的协同政策配套,指导县(区)级协调管理机构开展医改综合政策的落实,进行政策跟踪评估,通过评估各地区的医疗、医保、医药、药价和人力资源的政策实施效果及其相关政策的协同程度,发布政策评估报告,引导区域医疗服务体系的一体化发展方向。同时,加强省、市、县(区)域医改政策的同步联动机制,确保对区域医疗机构协作在政策方面的上下协调。该机构要吸纳一定公民、专家学者参与政策咨询,以提高政策实施方案的科学性和有效性。在县(区)一级,协调管理机构旨在打造针对本区域医疗机构协作形成权责一致、分工合理、决策科学、执行顺畅和监督有力的整体性管理体制,实现医疗、医保、医药、医政、人事等部门协调合作的无缝隙管理网络,各部门协调旨在以完善区域医疗服务连续链的就诊流程为主轴,配套各项政策跟进,实现与区域整合的医疗服务系统相对接,并将解决居民健康问题的着力点放在基层社区,促进社区卫生服务与社区保健服务的有效衔接与融合,不断强化基层综合保健,逐渐通过基层医疗保健网络协调与专科保健的互动和整合。同时,政府鼓励区域内初级保健机构和各专科医疗机构分别(或统一)建立相应的联盟组织或医疗集团,实行法人治理结构,就平时机构间事务合作进行协调,并加强临床服务提供的自我评估和监督。

3.2 建立有效的协调机制

各级协作管理机构要建立部门会商联动机制,根据职责和社会发展变化定期或不定期召开协调工作会议,就相关政策选项、监督等事务加强沟通。由于县级协调管理机构在整体协调管理网络中的基础作用,该组织要致力于区域医疗机构的合作目标,就

区域医疗服务网络的协调运行所涉及到的投入、医药、医保、价格、人事等事项进行沟通,共同促进区域内各级医疗机构的协调和整合,以共同分担本区域人口健康的责任。在此基础上,逐步建立基层医疗机构的首诊制度,稳步提高家庭医生的签约比例,明确各级医疗机构的功能定位和责任范围,优化双向转诊机制和纵向医师团队合作机制,强化区域医疗机构间的功能衔接与互补,在各级医疗机构协同发展中推动分级诊疗制度的建立。同时,政府引入民营医院参与竞争,鼓励加入区域医疗网络,医保机构以服务标准购买相应服务,以促进和引导区域医疗机构联盟开展竞争性的功能互补性的合作业务,逐步实现区域医疗服务一体化。在目前情况下,切实打破公立医院医师的单位制身份认同,落实聘任制和区域注册制,比如在部分医院或科室试点优质医师 4 天工作制,真正落实多点执业。在当前可以利用强大的行政命令手段和其他经济激励相互配套,将医疗技术、康复技术延伸到下游网络医院或节点医院,并将协作效果作为上级医院的目标绩效内容,促进与下级医疗机构真正开展业务对接,逐步推进布局合理、功能明确的分工协作诊疗格局,提升区域纵向医疗机构整体性协作的系统绩效。

3.3 建立有效的激励约束机制

医保支付和经济激励是促进区域医疗机构协作的杠杆,中国单一的财政控制体系有利于对医疗保健费用的增长进行合理控制,并以供方控制为重点,适当加强需方控制,实行总量控制优先、服务效率优先、兼顾均衡发展和质量。经济激励首先要根据区域医疗机构设置规划,以构建协同发展的服务体系为目标,财政资金在纵向医疗服务网络中合理配置,切忌厚此薄彼。特别是财政资金的投入要在持续改进基层服务能力不足的现状下功夫,壮大基层基本保健系统的综合服务优势,管控区域大医院床位规模。医保支付方式改革要与区域医疗机构协作的体系适配。一般的做法是,注重区域大医院的支付方式管理,包括本土化的 DRGs、平均床日、平均住院日以及鼓励日间手术等的推广,倒逼大医院和下级医疗机构进行协作和联合,并将康复期患者下转到基层。同时,加强监督评估,对区域医疗机构包括协作质量在内的服务效果进行持续的跟踪评价和改进,重点将资源下沉度、基层医生培训度、基于标准化的双向转诊数量、连续性服务质量、患者在多机构的服

务满意度和健康改善效果作为考核的重要依据,克服目前主要针对单机构内部质量考核的弊端。在基层医疗机构,可以实行按人头付费或总额付费制度,辅以必要的按项目付费手段,将目前的基本医疗服务和基本公共卫生服务费用打包,购买综合性卫生服务,加强预防保健、健康管理和基本医疗服务提供的高度整合。在条件成熟时,还可以探索将分属于卫生、民政、残联等不同部门的与整合型服务提供相关的预算进行合并,设计出跨部门、跨服务提供机构的整合型服务提供和费用支付方式,着眼于整体,对同一个人所需要的不同类型、不同层级的服务进行整合型的打包支付。^[19]同时,建立面向整合型医疗系统的人事薪酬制度,包括团队服务激励、多点执业激励等,加大对基层医疗机构医务人员的补贴激励和责任约束机制。只有将激励手段与监管手段有效结合起来,才能促进区域医疗机构进行有效的整体性协作。

3.4 发挥社会组织的治理作用

整体性治理理论将整合作为其重要的治理机制,鉴于政府作用的有限性和市场的多元化,加上医疗服务的不确定性和复杂性,社会组织的监督管理至关重要,以弥补政府管理庞大医疗机构的专业能力欠缺。社会监督主要是行业管理和第三方评估机构的监督管理。由于医疗服务领域是需要高度专业技术的行业,政府必须赋予行业组织对本行业的组织监督责任。借鉴国外医疗服务体系协作治理的经验,我国要建立权威性的独立评审机构对医疗机构进行监督考核,发挥中华医学会、中国医院协会、中国医师协会等专业团队参与监督评估等治理作用,将行业自律权交给医院协会,将医生执业审核权转至医师协会。第三方组织、卫生行政部门、医保部门以及政府其他部门在各自职责范围内加强治理联动,致力于强化区域医疗机构间服务提供的协调和连续。同时可以在行业或高等院校研究机构成立专门的协作质量评估中心,如临床路径研究中心、医疗质量数据评估中心,支撑通过大数据分析评估引导区域医疗机构更好地进行整体性协作。

3.5 建立共享型服务系统

整体性治理理论的实践离不开信息技术的支撑平台,现代组织实际上是一个扁平化的信息系统。如果没有发达的电子化和多组织之间的沟通平台,就无法实现多利益治理主体的及时协调,也无法促

进区域医疗机构的协作优化,也就不能建立以患者为中心来提供整合的医疗卫生服务。在政府内部,要大力实施电子政务和信息化建设,逐渐实现无缝隙政府(Seamless Government),打破各级政府相关部门之间的信息壁垒,促进政府治理主体群的进一步协作。在区域医疗服务体系中,我国区域纵向医疗机构之间的节点往往比较薄弱,由此造成了重复检查、重复检验以及其他不当服务提供的产生。因此,要建立患者健康管理系统、专科服务电子病历系统,并实现互通互联,打通患者医疗信息的传递与共享通道,并依据法律法规对患者和社会公众开放,减少信息不对称的影响,促进区域医疗机构之间进行更好的沟通、协作以及保健连续体的形成,以提高区域医疗机构间纵向协作和整合的速度和深度。同时开通远程医疗服务,由基层医疗机构控制的网络预约也为纵向医疗机构协作提供了平台支撑。

3.6 制定促进区域医疗机构纵向协作的法律法规

分工协作是任何系统具有的基本秉性。区域医疗机构纵向协作是医疗服务系统发展的固有规律。目前我国区域医疗机构纵向协作是今后医改必须长期坚持的方向,因而弥补区域纵向医疗机构间的缝隙是我国医疗服务体系优化的着力点。但是,由于没有明确多主体在区域医疗机构整体性协作上的职责分工和协作安排,很容易因利益的阻碍,无法形成常规化的合作协调机制。因此,必须建立约束力更强的法律法规,以明确各个治理主体就各自在促进区域医疗机构协作中的责、权、利,同时法律法规要融入以患者为中心的服务理念,从而有助于各利益主体以患者健康目标为中心形成共同利益协作体。同时,法律法规的建立,比如建立分级医疗制度以及建立机构间伙伴关系的法律规范,促进区域医疗机构之间形成长期有效的合作关系,从而超越偶尔非正式的伙伴关系并提出对提供连续性和协调性服务的严肃承诺,加快我国区域医疗机构纵向协作优化在整体性治理视角下走向更高水平的整合。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究[J]. 中山大学学报(哲学社会科学版), 2010, 50(1): 119-130.
[2] 竺乾威. 从新公共管理到整体性治理[J]. 中国行政管理

理, 2008(10): 52-54.

[3] Saltman R B, Rico A, Boerma W. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care[M]. Buckingham U K: Open University Press, 2006.
[4] 埃莉诺·奥斯特罗姆. 公共事物的治理之道[M]. 上海: 上海三联书店, 2000.
[5] Perri C, Diana L, Kimberly S, et al. Governing in the Round, Strategies for Holistic Government [R]. London: Demos, 1999.
[6] Shediak-Rizkallah M, Bone L. Planning for the Sustainability of Community-based Health Programs: Conceptual Framework and Future Directions for Research, Practice and Policy[J]. Health Education Research, 1998, 13(1): 87-108.
[7] 邓锁. 政策实施的视角与社会服务整合[J]. 江苏社会科学, 2011(1): 26-31.
[8] 黄丞, 张录法. 医疗服务供求矛盾: 透视和破解[M]. 上海三联书店, 2009.
[9] 张研, 张亮. 医疗保障体系与服务供给体系的摩擦与整合[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(1): 21-23.
[10] 孙静, 金平阅, 张春瑜, 等. 卫生立法的国际经验对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(10): 66-71
[11] 连鸿凯, 郝义彬, 丁凡. 国内外医疗服务体系及分级诊疗管理现状[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2016.
[12] 王小万, 陈丽萍, 刘丽杭. 英国国民卫生服务制度(NHS)的结构性改革与治理模式[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(11): 27-35
[13] The Kings Fund. NHS reform[EB/OL]. [2014-08-29]. <http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform>
[14] 魏来, 刘国琴, 刘岚, 等. 英美澳整合型医疗服务系统的演进逻辑与借鉴[J]. 中华医院管理, 2014, 30(5): 396-400.
[15] 夏场. 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.
[16] Walshe K. Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement [M]. Philadelphia: Open University Press, 2003.
[17] 徐兰飞, 陈伟. 美国的医疗服务监管体系[J]. 卫生经济研究, 2006(3): 33-34.
[18] 朱坤, 张小娟. 美国责任保健组织的发展及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(12): 40-45.
[19] 谢春艳, 金春林, 王贤吉. 英国整合型保健发展经验及启示[J]. 中国卫生资源, 2015, 18(1): 71-74.

[收稿日期: 2018-02-23 修回日期: 2018-12-23]
(编辑 刘博)