

# 基于扎根理论的纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架构建

王曼丽<sup>1\*</sup> 方海清<sup>2</sup> 夏述旭<sup>3</sup> 施楠<sup>3</sup> 高兴民<sup>1</sup> 陶红兵<sup>3</sup>

1. 深圳大学中国经济特区研究中心 广东深圳 518060

2. 深圳市人民医院 广东深圳 518020

3. 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】**目的:探讨纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制,发现影响绩效形成的问题并提出相应对策。方法:按照目的、理论和滚雪球抽样结合扎根理论研究方法对 10 家典型纵向紧密型医疗联合体的 43 名管理实践者进行半结构化访谈,经开放式编码、主轴编码、选择性译码构建纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架。结果:梳理绩效形成机制的 4 类关系:前提条件、行动策略、维持条件、绩效。结论:在政策层面加强对医务人员和居民的宣传;医疗联合体内部应该明确职责分工,健全分级诊疗标准,完善下派专家激励机制,提倡药物和处方延伸;加强信息化建设;政府应该做好医保支付方式改革,完善配套政策措施建设,加强对医疗联合体的绩效考核。

**【关键词】**纵向紧密型医疗联合体;绩效形成机制;扎根理论

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.001

## The construction of a theoretical framework of the performance formation mechanism of vertical and compact medical consortium based on Grounded Theory

WANG Man-li<sup>1</sup>, FANG Hai-qing<sup>2</sup>, XIA Su-xu<sup>3</sup>, SHI Nan<sup>3</sup>, GAO Xing-min<sup>1</sup>, TAO Hong-bing<sup>3</sup>

1. China Center for Special Economic Zone Research, Shenzhen University, Shenzhen Guangdong 518060, China

2. Shenzhen People's Hospital, Shenzhen Guangdong 518020, China

3. School of Meicine and Health Management, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** Objective: To explore the performance formation mechanism of the vertical and compact medical consortium in order to build a string theoretical framework, to find out the problems influencing the performance, and finally propose corresponding strategies and countermeasures. Methods: A total of 43 managers from 10 typical vertical and compact medical consortiums were selected with objective, theoretical and snowball sampling methods, then they were interviewed according to the Grounded Theory. Thereinafter, the interview records were analyzed with open coding, axial or spindle coding and selective coding and used to construct the vertical and compact theoretical framework for medical associations. Results: Four lines of the performance formation mechanism were sorted out including the premise condition, action strategy, maintaining conditions and performance context. Conclusions: The government should strengthen the publicity of medical staff and residents at policy level to enhance their belonging sense; the division of duties and responsibilities should be clearly defined within medical consortiums, the graded diagnosis standard should be improved, the incentive mechanism should be perfected for the dispatching experts, the extension of prescription and drugs should be advocated, and the construction of an effective information technology system should be strengthened. It is also recommended that the government should do a reform in healthcare payment methods, improve the establishment of supporting policies and measures, and strengthen the performance appraisal of the medical consortiums.

**【Key words】** The vertical and compact medical consortium; Performance formation mechanism; Grounded Theory

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71473099);教育部人文社科重点研究基地重大项目(16JJD790041)

作者简介:王曼丽,女(1990 年一),博士,助理研究员,主要研究方向为公共卫生、医院管理、卫生政策评估。E-mail:whpscsc@163.com

通讯作者:陶红兵。E-mail:hhbtao@hust.edu.cn

医疗联合体是我国有效利用现有卫生资源,促进不同层级医疗机构分工协作,形成分级诊疗有序就医格局的有益探索。目前,我国试点了不同类型的医疗联合体实践<sup>[1-3]</sup>,其中纵向紧密型医疗联合体是一类重要而特殊的医疗联合体形式,如深圳罗湖医疗集团、安徽省天长市医疗共同体、宣城市医疗联合体、上海市瑞金一卢湾医疗联合体等。<sup>[4-5]</sup>纵向紧密型医疗联合体是指上下级医疗机构之间以所有权和产权为纽带,通过人财物、信息和技术等资源的统一管理和调配,在实施法人治理管理制度之下所形成的纵向利益和责任共同体。纵向紧密型医疗联合体具备人财物统一管理、上下级医疗机构法人治理和纵向医疗服务协同等重要特征。自其建立和发展以来,在一定程度上缓解了我国医疗资源配置不合理、基层医疗服务水平偏低、群众看病难等问题,取得了一定成绩。<sup>[6]</sup>

绩效是一定组织、群体和个体行使其职责的过程、结果及影响,体现为该组织、群体和个体活动过程的效率和活动结果的有效性。<sup>[7]</sup>纵向紧密型医疗联合体绩效属于系统绩效层次,主要是指纵向紧密型医疗联合体在内外因素作用下,通过一定的措施和服务提供行为所实现的目标内容及其目标实现程度。随着医疗联合体发展,其绩效日益受到决策者和医疗联合体管理者以及研究者的重视,国家和各个地区尝试开展了医疗联合体的绩效评价工作。2018年8月,国家卫健委印发了《医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)》,指导医疗联合体绩效评价实践。然而,纵向紧密型医疗联合体绩效是如何形成的?绩效形成的过程包括哪些环节?各个环节可能出现哪些问题?这些在开展绩效评价之前便应该熟知的问题,在现有理论研究和实践活动中却鲜有人提及。<sup>[8-9]</sup>在这一背景下,开展纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制的研究具有一定的理论价值和实际意义。

本研究旨在运用扎根理论研究方法,从纵向紧密型医疗联合体内部管理实践者的视角出发,通过对典型地区10家纵向紧密型医疗联合体内的43名管理实践者开展深入访谈,构建我国纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制,探索纵向紧密型医疗联合体绩效形成各个环节面临的问题,提出相应的对策,为我国医疗联合体绩效管理研究和实践提供一定的参考和依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

2017年7月—2017年12月,根据我国医疗联合体运行现状,通过典型抽样法选取广东省深圳市、湖北省宜城市和枝江市、天津市河北区共10家纵向紧密型医疗联合体开展调研。然后根据扎根理论对访谈对象选择的要求,通过目的抽样、理论抽样和滚雪球抽样选择访谈对象。<sup>[10]</sup>在研究早期,根据研究主题和目的,综合考虑访谈对象人口统计学特征,通过目的抽样开展访谈;在研究开展过程中,遵循扎根理论边访谈边编码分析的原则,根据编码分析所获得的概念化范畴和主题簇重点方向,通过理论抽样选择接下来的访谈对象;同时,在访谈和编码分析中,还会通过滚雪球抽样,邀请访谈对象推荐他们认为比较熟悉纵向紧密型医疗联合体且符合研究主题的受访者。被访谈者主要为样本所在区域卫健委医疗联合体负责人10名、样本医疗联合体核心医院相关负责人15名和基层医疗机构的医疗联合体负责人9名。访谈对象共43名,信息饱和(访谈对象不能够提供更多的新信息),且符合定性研究样本经验原则。<sup>[11]</sup>访谈对象年龄多在40~50岁(64.71%),文化程度多为本科及以上(88.24%),中高级职称者占79.42%,岗位工作年限多在10年以上(73.53%)。

### 1.2 研究方法

本团队利用自行设计并经预调研修改完善的访谈提纲开展半结构化访谈,访谈提纲主要包括纵向紧密型医疗联合体建设的目标、政府和上下级医疗机构为实现目标所采取的管理制度建设和资源调配等措施、当前纵向紧密型医疗联合体运行效果、面临问题及影响因素、当前已有绩效考核办法的评估框架和指标选择、绩效改进的策略建议等。本团队对搜集的访谈资料由两名团队研究成员进行逐字逐句转录,在Glaser and Strauss扎根理论原理和操作程序的指导下<sup>[12]</sup>,按照开放式编码、主轴编码和选择性编码三个步骤,对原始资料进行阅读、编码、归纳、提炼,进而构建理论的相关概念和范畴。为确保研究的科学可信,本研究在访谈中以半结构化访谈提纲中的问题为主,在必要的情况下,适当追加深层面问题,并采用持续比较方式,对理论结果不断修缮,直到理论饱和<sup>[13]</sup>(图1)。

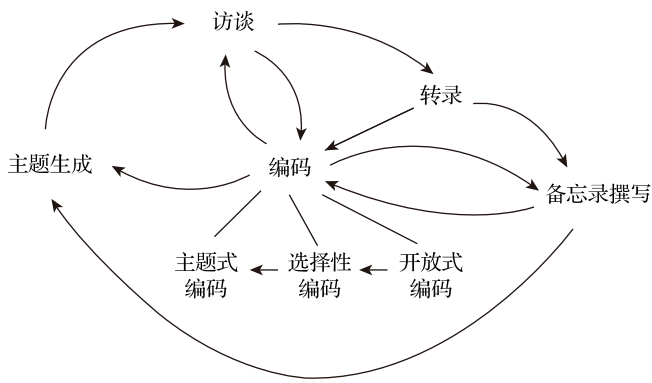


图 1 基于扎根理论的质性资料分析示意图

## 2 研究结果

### 2.1 开放式编码

在文献分析和访谈的基础上,本研究将 43 份访谈录音的转录稿以 word 文档的格式导入件 Nvivo11.0 软件中,作为原始资料逐字逐句阅读和编码,同时将其标记为子节点,放在相应的树状节点下。开放性编码是指对访谈记录的内容逐行逐字阅读、分析和编号;开放性编码要求编码者在“自由思想”的指导下对所有的隐藏和潜在信息保持强有力的“理论敏感性”。<sup>[14]</sup>经过对开放编码内容进行多次反复的整理分析之后,将开放性编码的概念进行归类,得到 24 个频繁出现的初始代码即开放编码形成的范畴(表 1)。

表 1 开放性编码结果

编号	范畴	概念及其频次
a1	政府行政命令	期初的联合是在政府的要求和命令下实行的(24)*
a2	基层医疗机构的需求	地方的基层搞不下去了,基层医疗机构举步维艰(13)
a3	市场竞争	考虑到不要让市场被一家大医院虹吸,因为他的技术力量人才这一块比其他医院都要强(5)
a4	居民医疗卫生服务需求提高	老百姓对医疗的要求确实也越来越高(6)
a5	明确各级医疗机构功能定位和分工协作	部分受访者表示,按照框架,进行分级诊疗是有标准的,如果医院确实能诊疗,不需要转到其它医院。大医院主要还是治疗重大性疾病,危重病人,疑难杂症之类的,二级医院像感冒,头疼脑热,还是都可以治的,进行分级诊疗。分级诊疗最终目的大病去大型医院,小病留在基层。前提的话是首诊是要在基层,确实治不了的,通过检查什么的,会通过互联网通讯和上级医院专家进行联系,专家给与建议,如果基层有能力治疗,就留在基层,如果确实不能治,就转到上级医院去。这是一个双向的过程,但是目前上转肯定是高,下转还是低(25)
a6	医疗联合体内部人财物统一管理	只有人财物之间的紧密交流,才能做实,利益捆绑在一起的话,才可能会有这个动力(23)
a7	人力资源共享	一般受访者均表示,人力资源共享是医疗联合体建设中所采取的最关键和最重要的措施,其共享形式有上级医院专家下派到基层坐诊、查房、基层医疗机构专家向上级医院进修、会诊、专家授课、培训、义诊、通过上级医院名义招聘人才、专家下基层之后获得职称晋升等(32)
a8	绩效分配机制	一般受访者都表示,要完善人才绩效分配机制,给予下派专家补助、明确会诊、远程会诊、检验检查共享等措施的绩效分配机制(37)
a9	物力资源共享	物力资源共享也是医疗联合体建设中经常采取的措施,具体形式有设备下放、检验检查结果互认、药品和处方延伸等(17)
a10	信息化建设	远程诊疗和会诊(11);信息化平台建设和完善(6);影响中心(12);app 软件(3);微信群(2)
a11	管理制度完善	一般受访者表示,医疗联合体建设还有许多空间,其体系构架、政策、制度各方面的管理制度有待完善(14)
a12	利益分配机制	部分受访者认为,解决问题必须解决这个医联体内部利益分配的问题,我们政府下令开展的医疗联合体工作,其实是一种理想的医联体,现实中存在的医联体就是医疗托拉斯公司,之间是纯利益关系,都是为了占有市场,政府组织的医联体不是纯利益关系,只是一个契约关系,在发展过程中会不断遇到新的问题,只要利益产生矛盾,就会出现(21)
a13	双向转诊	医疗联合体建立后,我们医院的患者在康复期可以下转到基层,这样可以节省百姓的医疗费用,同时也给我们医院腾出了床位(7);从下面转上来的患者挺多的,一般是下面医生建议上转,也有患者自己要求上转的(10)

编号	范畴	概念及其频次
a14	连续性服务	我们中心组成了家庭医生团队,每一个团队固定服务一定数量的人群,这样老百姓就和家庭医生熟悉了,一次两次的都是来同一个医生看病(5);好多患者来我们医疗联合体都是奔着其信任的医生去的,这个医生实际上演变成他们的私人医生了,这样患者就能持续的来看病(4);基层首诊后,看不了的病就可以立马转到我们医院来,不用病人折腾(8)
a15	医保政策改革	支付方式改革(12);医保报销政策调整(8);医保资金筹资调整(2)
a16	政府政策支持	我认为一是要加强政府的顶层设计(6);政府要把配套政策制定好(15);政府应该解放思想(2);政府应加大财政补助(5)
a17	文化融合	在一个医联体内真的形成一种文化是最好的(12)
a18	科室的联合和协作	我们根据自己的优势与其他医院的特色专科进行强强联合(5)
a19	借鉴先进医联体经验	去罗湖、天长这些地方学习(2)
a20	基层医疗机构质量、效率和效益	基层医疗机构服务效率提升(4);基层医疗机构服务水平提升(42);基层医疗机构医务人员满意度提升(20);基层医疗机构收入提高(12);医疗纠纷和投诉减少(8)
a21	上级医院质量和效率、效益	上级医院病源扩充(7);上级医院收入增加(12);上级医院服务水平提高(12);上级医院医务人员满意度提高(12);医疗纠纷和投诉减少(8);上级医院服务效率提升(7)
a22	居民医疗服务过程和效果体验	居民医疗费用降低(11);病人下沉(12);居民就医方便可及(25);居民对医疗机构更加信任(14);居民满意度提高(50);居民健康水平提高(10)
a23	政府形象	政府形象得以提升(6)
a24	诊疗环境	诊疗环境改善(5)

注:\* 括号中的数字是其旁边的词汇或者与其相似的词汇在资料中出现的频次

## 2.2 主轴编码

主轴编码主要是通过类聚分析,将开放性编码中被打散和分割的资料,在不同范畴之间构建关联,进而形成更具有概括性、抽象性和综合性的范畴。

为了构建更具有概念化、抽象性和综合性的编码,笔者在上述开放式编码的基础上,进一步对开放式编码结果开展了主轴编码。经过反复的比较分析,形成15个概念类属及主范畴(表2)。

表2 基于主轴编码的主范畴及其概念内容

编号	主范畴	概念内容
A1	政府行政命令	医疗联合体的构建一般是在政府的行政命令指导下开展的,医疗联合体的建设离不开政府的参与和协调
A2	基层医疗机构需求	基层医疗机构的服务水平以及服务能力偏低,要求建立和发展医疗联合体
A3	上级医疗机构能力和意愿	上级医疗机构具有建立医疗联合体的资源和服务能力条件,方能保证医疗联合体的建设不形同虚设
A4	居民需求	居民多样化的医疗服务需求在一定程度上促进医疗联合体的建设和发展
A5	市场竞争	在一定区域范围内,同级别或者不同级别的医疗机构之间存在利益竞争关系,病源便成为其必争之地
A6	管理制度建设	明确各级医疗机构分工,开展适宜的模式协作;在医疗联合体内部进行人财物统一管理;同时建立明确的转诊标准;建立和完善绩效分配、考核以及利益分配机制
A7	资源共享	人力、财力、设备、药物、处方、文化、信息化等资源在医疗联合体内部合理流动
A8	服务协同	上下级医疗机构之间能够在工作协同的基础上,通过分级诊疗,为患者提供连续性的诊疗服务
A9	医保政策配套改革	医保部门通过改革医疗保险支付方式、调整医疗保险政策报销比例、降低门槛费等方式,促进医疗联合体的发展和完善
A10	政府配套政策制定和落实	政府在做好顶层设计的基础上,落实医疗联合体配套措施,保障医疗联合体的正常和可持续运转
A11	居民医疗服务过程和效果体验	患者可以享受到方便、快捷、适宜的医疗服务流程,患者对其在医疗联合体内的门诊体验和住院体验,感觉良好。同时,医疗机构提供的诊疗服务能够促进居民健康水平改善和健康素养提高

(续)

编号	主范畴	概念内容
A12	上级医院的服务质量、效率、效益	上级医院通过开展纵向紧密型医疗联合体建设,结合其卫生服务提供,改善自身卫生服务质量、卫生服务效率、收入以及给社会带来的效益和正向影响
A13	基层医疗机构的服务质量、效率、效益	基层医疗机构通过参加纵向紧密型医疗联合体建设,结合其卫生服务提供,改善自身卫生服务质量、卫生服务效率、收入以及给社会带来的效益和正向影响
A14	政府公信力	医疗联合体的健康运行有利于侧面提升政府形象,提高社会各方对政府的信任是政府的功绩和公信力体现
A15	社会环境	上述各方面的改进和提高有利于为社会发展创造良好的卫生环境,进而促进社会环境的改善和社会的进步

通过对访谈记录资料的编码分析,归纳、总结、概括上述 15 个主范畴的隐藏关系和层次,最终发现 15 个主范畴之间所存在的逻辑顺序和因果关系。之

后,将这些逻辑顺序和因果关系进行归纳、总结、概括,共形成 4 大类关系即 4 个核心范畴(表 3)。

表 3 基于主轴编码的核心范畴及关系

编号	核心范畴	影响关系的主范畴	关系的内涵
B1	前提条件	政府行政命令、基层医疗机构需求、上级医疗机构能力和意愿、居民需求、市场竞争	考虑中国的国情和市场竞争的结果,基层医疗机构偏低的服务水平导致其面临生存的问题。在此情况下,政府通过行政手段,强制上级医疗机构协同帮扶基层医疗机构,以期通过“大手拉小手”“先富带后富”的方式,促进各级医疗机构的共同发展,从而满足居民日益增长的医疗卫生服务需求,化解因医疗机构之间的市场竞争而给居民和社会带来的不益
B2	行动策略	管理制度建设、资源共享、服务协同	医疗联合体建立之初、之中、之后,其内部医疗机构成员往往通过完善管理制度建设、通过人力、财力、物力、信息、文化等资源的共享,通过上下级医疗机构的服务协同、分级诊疗、连续性医疗卫生服务的开展,促进医疗联合体发展,进而实现前提条件下所提出的目标和展望
B3	维持条件	医保政策配套改革、配套政策制定和落实	医疗联合体建立之初、之中、之后,由于各方利益存在差异和冲突,行动策略的实施往往备受阻力,进而难以维持和前进。在此情况下,各个方面的利益相关者完善配套政策和措施,缓解因利益冲突带来的阻碍力量,进而促进医疗联合体的可持续发展
B4	绩效	居民医疗服务过程和效果体验;上级医院的服务质量、效率、效益;基层医疗机构的服务质量、效率、效益;政府公信力;社会环境	在前提条件的推动下,在行动策略的落实下,在维持条件的保障下,医疗联合体的运行最终朝着其运行目标发展,进而有利于提高居民的医疗卫生服务体验和服务效果,有利于提高上下级医疗机构的卫生服务质量、效率和效益、有利于提高政府形象和公信力,同时有利于改善社会卫生状况,提升社会环境和和谐度,从侧面推进社会的进步和发展。

## 2.3 选择性译码

### 2.3.1 理论借鉴

本文旨在呈现纵向紧密型医疗联合体绩效形成的过程及其内部作用机理,其次认识绩效的表现内容和形式,最后探讨各种条件和行动策略对纵向紧密型医疗联合体绩效的影响路径和结果。在选择性编码中,为了形成最终的理论框架,我们借鉴了传统的“结构——过程——结果(Structure, Process, Outcome)”理论,即 SPO 模型,搭建纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架。

SPO 模型是由 Adedis Donabedian 于 2000 年提出的用于评价卫生服务的概念框架,该框架多应用于卫生服务质量评价等领域的研究中。<sup>[15]</sup> SPO 模型

将概念框架主体分为三个维度——“结构、过程和结果”。其中,“结构”指为开展卫生系统活动所发生的环境投入、制度安排和资源消耗;“过程”指在“结构”各要素作用下,卫生系统的各类职能履行和医疗服务提供活动;“结果”指卫生系统通过职能履行和服务提供行为所产生的所有输出以及输出所带来的影响。Adedis Donabedian 认为,在卫生系统中,结构要素是导致过程要素出现的基础,过程要素是产生结果的前提。SPO 模型在学术界得到普遍认可,为世界各国开展医疗服务、公共卫生服务以及其他卫生保健服务的绩效评估提供了切实可行的测量框架。<sup>[16]</sup>

本文借鉴 SPO 模型,综合扎根理论开放式编码和主轴编码两个步骤的分析结果,参考“结构——过

程——结果”的概念框架,构建纵向紧密型医疗联合体的绩效形成机制理论框架。根据扎根理论的三级编码结果,本研究将 SPO 模型的各个维度进一步细化和重组,使其概念框架与扎根理论三级编码的分析结果更加吻合,进而形成新的纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架。在新的概念框架中, SPO 模型中的“结果”指纵向紧密型医疗联合体的绩效,即纵向紧密型医疗联合体目标实现内容和目标实现程度以及由此而带来的结果、产出和影响; SPO

模型的“结构”用以指纵向紧密型医疗联合体绩效产生的前提因素,借指纵向紧密型医疗联合体形成的环境条件;而 SPO 模型的“过程”,则主要借指纵向紧密型医疗联合体为了产生绩效这一结果,而采取的措施和需要的维持性条件。

### 2.3.2 绩效形成机制理论框架释义

根据 SPO 模型的概念框架,结合扎根理论的三级编码结果,本研究构建了纵向紧密型医疗联合体的绩效形成机制理论框架(图 2)。

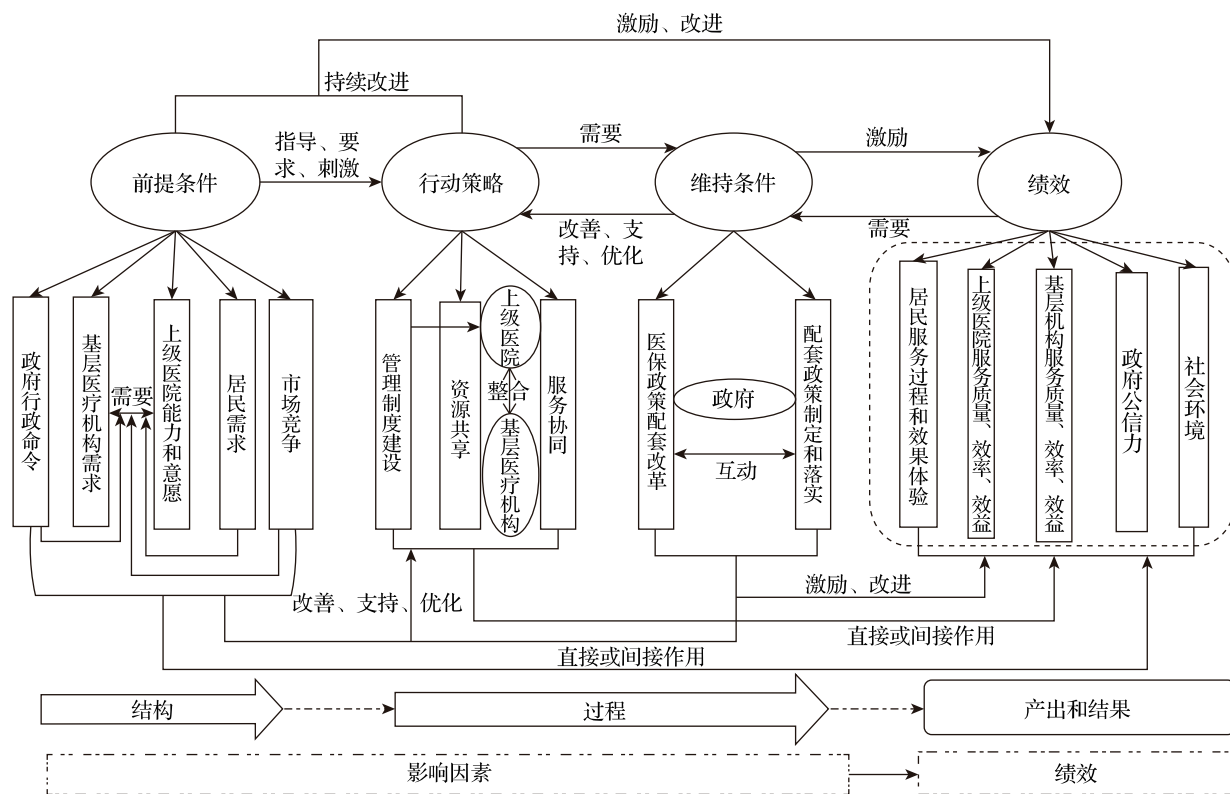


图 2 纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制框架

图 2 呈现了“纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制”理论框架的内部结构以及四大类关系之间的相互作用,由此可以衍生出 5 个理论假设。由三级编码所形成的主范畴分别类属不同的核心关系;四大类关系——“前提条件、行动策略、维持条件、绩效”构成纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架的脊梁,并与 SPO 模型的各个维度相互对应;各类关系之间以及各个主范畴之间的相互作用支撑整个理论框架的平衡和稳定。“前提条件”、“行动策略”和“维持条件”分别对应 SPO 模型的“结构”和“过程”,同时扮演者“绩效”即“结果”的影响因素角色。5 条理论假设则是对理论框架的进一步解释和理论补充。纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架释义详见表 4。

### 3 讨论与建议

本研究基于扎根理论原理和步骤,通过对原始访谈记录资料的整理、分析、比较、归纳、总结,对提取的概念整合归类,最后挖掘出纵向紧密型医疗联合体绩效形成的四条核心关系,其中政府行政命令、基层医疗机构和上级医院意愿和需求、居民需求、市场竞争是绩效形成的前提条件;管理制度建设、资源共享和服务协同是为形成绩效所采取的行动策略;医保政策和其他政策制度配套改革是绩效形成的维持条件;上级医院和基层医疗机构服务结果、居民服务体验变化、政府公信力和社会环境变迁则归属绩效范畴。



表 4 纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架释义

SPO 模型	四类关系	主范畴	理论假设
S(结构)	前提条件	政府行政命令、基层医疗机构需求、上级医疗机构能力和意愿、居民需求、市场竞争	1. 纵向紧密型医疗联合体绩效的形成是多方利益主体的利益博弈结果。其中,前提条件涉及政府、基层医疗机构、上级医院、居民和市场各个利益主体;行动策略则是各主体整合的行为措施反映;维持条件则主要体现在政府的配套政策调整等
P(过程)	行动策略	管理制度建设、资源共享、服务协同	2. 绩效形成的各个环节之间存在复杂的相互影响关系,最终归于利益因素所导致的不同参与主体的行为、利益和结果整合,进而产生医疗联合体系统的运行结果,即绩效
	维持条件	医保政策配套改革、政府配套政策制定和落实	3. 各个参与主体从前期的利益冲突到最终的利益共通,构成整个医疗联合体绩效形成的主流脉络
O(结果)	绩效	居民医疗服务过程和效果体验;上级医院的服务质量、效率、效益;基层医疗机构服务质量、效率、效益;政府公信力;社会环境	4. 前提条件、行动策略和维持条件不仅能够同时对绩效产生影响,发挥生产绩效的本能,同时,它们也能够单一对纵向紧密型医疗联合体绩效产生影响 5. 绩效作为结果,虽然由各方条件集中作用产生,但绩效本身也会反作用于行动策略和维持条件中政策和措施的选择以及实施

### 3.1 纵向紧密型医疗联合体绩效形成的前提条件

纵向紧密型医疗联合体的建立和发展离不开政府推动、基层医疗机构需求、上级医院意愿、居民渴望和市场竞争的综合作用。类似的,纵向紧密型医疗联合体绩效的形成同样离不开前提条件的推动。绝大多数访谈对象对政府行政命令催化绩效形成持乐观和支持态度,并认为在当前基层医疗机构服务能力偏低、居民医疗需求得不到满足的情况下,政府鼓励上级医院带动基层医疗机构发展提升,不仅能够下沉优质医疗资源,还能够缓解当前“大医院人满为患,基层医疗机构门可罗雀”的卫生事业发展瓶颈。这与一些专家学者对医疗联合体建设发展条件及其绩效改进策略的研究结果达到一定程度的吻合。<sup>[17]</sup>基层医疗机构向来乐意接受上级医院的帮扶和指导,但是上级医院在纵向紧密型医疗联合体建设中往往处于被动状态,居民则一直对基层医疗机构缺乏归属感。由此可见,纵向紧密型医疗联合体的建设发展及其后续的绩效形成和改进,急需提高上级医院医务人员以及居民的认知水平。除在政策层面加强纵向紧密型医疗联合体的宣传,使医务人员和居民正确认识并积极参与医疗联合体建设和分级诊疗实施之外,在管理制度中,政府应该适当放权,给与上级医院统一管理基层医疗机构的时机<sup>[18-19]</sup>,营造纵向紧密型医疗联合体内部机构和成员一家亲的文化氛围,提高医务人员和居民的归属感。

### 3.2 纵向紧密型医疗联合体绩效形成的行动策略

行动策略是纵向紧密型医疗联合体绩效形成的核心。本文对行动策略的归纳概括与国内外一些研

究者对医疗联合体绩效研究的结果达成了共识。<sup>[20-22]</sup>绝大多数访谈对象均提到,当前纵向紧密型医疗联合体为实现建设发展综合目标,应采取如下策略,如成立管理委员会和编制管理章程、人财物信息文化等资源共享、双向转诊等。行动策略不仅能够糅合上下级医疗机构,还能够产生纵向紧密型医疗联合体绩效,持续和推动绩效改进和提升。然而,在行动策略中,有部分访谈对象提及纵向紧密型医疗联合体内部成员机构之间职责义务模糊、分级诊疗标准不明确,上级医院花费大量时间诊治应该在基层首诊的病患,有违分级诊疗的初衷。同时,还有访谈对象认为,人力资源下沉缺乏激励机制、药物和处方延伸受阻、信息化建设粗糙、医疗服务缺乏协同和连续性问题在行动策略变现中若隐若现,进而阻碍纵向紧密型医疗联合体绩效的形成。本研究提及的行动策略问题在相关文献中亦有提及。<sup>[23-25]</sup>在调研中,上下级管理者普遍认为应该明确成员机构职责义务,健全分级诊疗标准和制度,避免有分级无分诊现象漫延;上级医院医务人员希望专家下沉能够给予绩效和资金激励;基层医疗机构管理者则渴望上级医院的药物和处方可以延伸至基层,进而方便患者就近就医、降低其疾病负担;上下级医务人员普遍认为应该加强信息化建设和共享,加强上下级医疗机构内部的服务协同和连续性。访谈对象的观点与已有文献对医疗联合体建设发展策略的研究结果相似。<sup>[23]</sup>因此,在纵向紧密型医疗联合体绩效形成过程中,应该持续改进行动策略中的管理制度建设,完善资源共享和服务协同,推动纵向责任、服务、技术和利益共同体的筑成。

### 3.3 纵向紧密型医疗联合体绩效形成的维持条件

在纵向紧密型医疗联合体建设发展和绩效生产过程中,总会遇到各类问题,如上述前提条件和行动策略中突现的问题和矛盾。在多数情况下,这些问题单独依靠纵向紧密型医疗联合体自身,空乏其力,问题难以解决。政府在纵向紧密型医疗联合体建设和绩效形成中扮演着主导角色<sup>[26]</sup>,政府便需要在医疗保险政策改革和其他配套政策制定和落实层面提供一定的维持条件和政策环境。维持条件为纵向紧密型医疗联合体建设和绩效产生提供其不可或缺的外部环境。维持条件能够激励绩效形成和改进,这与一些学者的研究较为接近。<sup>[19]</sup>在调研中,访谈对象曾多次提到政府在顶层设计层面的工作相对缺乏;医保支付方式改革和医保优惠政策缺乏阻碍纵向紧密型医疗联合体吸引患者;财政补助力度薄弱,纵向紧密型医疗联合体缺乏专项资金;配套政策,如家庭医生激励政策、医疗联合体内部多点执业政策、物价政策、基药政策和设备等政策不健全;纵向紧密型医疗联合体医疗服务提供中依然存在医患纠纷和法律缺乏等。因此,政府在纵向紧密型医疗联合体建设和绩效形成及其改进的过程中应该尽力发挥主导作用,在加强各个职能部门分工配合的同时,将纵向紧密型医疗联合体建设和绩效改进工作上升到政府考核范畴,尽快制定适宜纵向紧密型医疗联合体发展和绩效改进的医保政策、家庭医生政策、多点执业政策,设置专项补助基金支持纵向紧密型医疗联合体的建设发展,同时配套物价政策、基本药物政策改革,将医疗联合体建设明确纳入法律法规中,使医疗联合体运行有法可依、有理可言,避免潜在的法律风险,确保纵向紧密型医疗联合体建设和绩效形成的合法性。<sup>[27]</sup>

### 3.4 纵向紧密型医疗联合体绩效

综合基于扎根理论的纵向紧密型医疗联合体绩效形成机制理论框架,本研究认为,纵向紧密型医疗联合体绩效是指其在前提条件、行动策略和维持条件的作用下,所实现的目标结果及其目标实现程度。其中,提高医疗服务提供质量和效率、改善医疗服务利用现状、优化医疗卫生环境以及提高居民健康水平等是纵向紧密型医疗联合体的目标;完善内外部管理制度建设和人、财、物、信息等医疗资源共享是形成绩效所需采取的行动策略;医保等卫生政策的配套改革则是绩效形成的维持动力。纵向紧密型医

疗联合体绩效是前提条件、行动策略和维持条件是绩效形成的影响因素,绩效是三者共同作用的结果和最终目的,三者作用的结果也是纵向紧密型医疗联合体目标的体现和实现程度。绩效的形成离不开上述三类关系的共同影响。这与相关研究对医疗联合体绩效影响因素的研究结果相似。<sup>[28-30]</sup>多数访谈对象认为,医疗联合体建设以来,改善了居民就医服务体验和诊疗结局、提高了基层医疗机构的服务质量和服务效率以及服务效果、树立了上级医院的形象声誉和扩大了上级医院的辐射范围、提高了政府的公信力,改善了社会的医疗环境等。这与部分研究者对医疗联合体实施效果评价的研究结果接近。<sup>[31-33]</sup>目前,我国各个区域尚缺乏对纵向紧密型医疗联合体的绩效考核,本研究建议国家或者地方政府相关部门应该开展对医疗联合体的绩效考核,在了解绩效形成机制的基础上,通过绩效考核结果反馈,促进上下级医疗机构对其自身绩效的认知。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 鲍勇,徐卫国. 新医改视角下的医院社区联动体制与机制探索[J]. 中华健康管理学杂志, 2012, 6(5): 289-290.
- [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] Xu J, Pan R, Pong R W, et al. Different Models of Hospital-Community Health Centre Collaboration in Selected Cities in China: A Cross-Sectional Comparative Study[J]. International Journal of Integrated Care, 2016, 16.
- [4] 林伟龙,代涛,朱晓丽. 安徽省天长市县域医联体改革实践分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(4): 74-77.
- [5] 朱凡,黄千浪,高卫益,等. 上海瑞金-卢湾医疗联合体实施现状与对策[J]. 中国医院管理, 2014, 34(9): 21-23.
- [6] 沈晓明,丁汉升,张勤,等. 纵向整合资源,创建区域医疗联合体,提高服务质量与绩效——中国上海的探索[J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(5): 527-530.
- [7] Bates R A, Holton Iii E F. Computerized performance monitoring: A review of human resource issues[J]. Human Resource Management Review, 1995, 5(4): 267-288.
- [8] 张研,唐文熙,孙晓伟,等. 健康整合的评价及评价体系初探[J]. 医学与社会, 2014(8): 23-26.
- [9] 孙自学,龙俊睿,段光锋,等. 不同类型医疗联合体绩效评估的靶向性分析[J]. 中国医院管理, 2016(10): 8-10.



- [10] 叶旭春. 患者参与患者安全的感知及理论框架的扎根理论研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2011.
- [11] Fassinger R E. Paradigms, Praxis, Problems, and Promise: Grounded Theory in Counseling Psychology Research [J]. 2005, 52(2): 156-166.
- [12] C U. Grounded theory for qualitative research: A practical guide[M]. London: Sage, 2012.
- [13] 黄辉华, 余昌胤, 喻田, 等. 医生视角下医师多点执业问题及对策研究——基于扎根理论[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 42-47.
- [14] Bg G. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory [M]. Mill Valley, C A: Sociology Press, 1978.
- [15] Chang L C, Lin S W, Northcott D N. The NHS Performance Assessment Framework: a "balanced scorecard" approach? [J]. J Manag Med, 2002, 16(4-5): 345-358.
- [16] Daher M. Overview of the World Health Report 2000 Health systems: improving performance[J]. J Med Liban, 2001, 49(1): 22-24.
- [17] 杨莉, 程伟, 张云, 等. 区域“医疗联合体”几个机制建设问题的实践与研究[J]. 重庆医学, 2015 (24): 3450-3451.
- [18] 宋文舸. 组建医院集团的基础与政府的作用[J]. 中国医院管理, 2001(1): 9-11.
- [19] 王成. 构建以制度建设为核心的医联体管理体系[J]. 卫生经济研究, 2016(9): 17-19.
- [20] Carlin C S, Dowd B, Feldman R. Changes in Quality of Health Care Delivery after Vertical Integration[J]. Health Services Research, 2015, 50(4): 1043-1068.
- [21] Tricco A C, Antony J, Ivers N M, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: systematic review and meta-analysis [J]. Canadian Medical Association Journal, 2014, 186(15): E568-E578.
- [22] 刘丹. 医疗服务体系资源整合促进策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2014.
- [23] 杨曼茹, 王志伟, 赵桐, 等. 北京市区域医联体探路分级诊疗的实施困境与对策建议[J]. 中国医院, 2016 (11): 43-45.
- [24] 张雷, 顾民, 王晓东, 等. 区域医疗联合体的发展策略研究[J]. 中国卫生质量管理, 2014(2): 74-76.
- [25] 吕健. 医疗联合体发展过程中的阻力分析[J]. 中国医院管理, 2013, 33(10): 5-6.
- [26] 李伯阳, 张亮, 张研. 不同支付方式促进卫生服务整合的作用分析[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(2): 32-34.
- [27] 刘雯婧, 王琼. 论医疗联合体运行中所存在的法律风险[J]. 医学与法学, 2017(2): 45-48.
- [28] 万晓文, 石应康, 杜陵江. 医院战略联盟绩效影响因素分析及评价模型[J]. 华西医学, 2012(7): 1085-1090.
- [29] 葛运运. 医院与社区纵向服务整合影响因素研究[D]. 南京: 南京医科大学, 2015.
- [30] 杨肖光, 马晓静, 代涛. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(8): 14-19.
- [31] 何思长, 赵大仁, 孙渤星, 等. 基于Topsis法和RSR法模糊联合的医疗联合体实效评价[J]. 中国医院管理, 2016(5): 7-9.
- [32] 杨银学. 医院集团促分级诊疗[J]. 中国卫生, 2016 (7): 102.
- [33] 陈瑶, 代涛, 马晓静. 医疗集团改革实施效果研究——以江苏省某市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6 (8): 8-13.

[收稿日期:2019-02-16 修回日期:2019-06-25]

(编辑 刘博)