

地方政府政策如何促进医疗联合体建设

——基于扎根理论的政策文本研究

刘丽杭* 岳鑫

中南大学公共管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】目的:厘清各省级医疗联合体政策支持体系。方法:通过互联网检索各省(自治区、直辖市)政府出台的医疗联合体政策文件,基于扎根理论研究方法,借助 Nvivo11 软件对政策文本进行编码。结果:经过三级编码,最终提炼出地方政府政策支持医疗联合体建设的 99 个概念、28 个范畴和 12 个主范畴、3 个核心范畴,在此基础上,构建出地方政府政策支持医疗联合体建设的政策支持模型,该模型主要包括理念引导层、内部管理层的三个层次。结论:充分发挥政府主导作用,加强对医疗联合体建设的理念引导,是医疗联合体建设的重要动力。逐步健全成员协作机制,优化医疗联合体建设的内部管理,是医疗联合体建设的重点环节。不断完善相关配套措施,增强医疗联合体建设的外部支持,是医疗联合体建设的重要保障。

【关键词】医疗联合体;政策文本;扎根理论;政府支持行为

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.09.004

How do local government policies support the construction of healthcare consortiums: Research on policy text based on Grounded Theory

LIU Li-hang, YUE Xin

School of Public Administration, Central South University, ChangSha Hunan 410083, China

【Abstract】 Objective: To carry out an investigation and provide clarifications on the provincial government policy support system in the construction of healthcare consortiums in different areas of China. Methods: The policy documents of healthcare consortiums issued by the provincial governments (autonomous regional, municipal) were retrieved through the Internet. Based on the Grounded Theory research method, the policy texts were coded with the aid of Nvivo11 Software. Results: After 3-grade coding, 99 concepts, 28 categories, 12 main categories and 3 core categories of local government policy support for the construction of healthcare consortiums were finally extracted. On this basis, a local government policy support model for the construction of healthcare consortiums was constructed, mainly including three layers, namely the concept guidance layer, internal management layer and external support layer, respectively. Conclusions: Giving full play to the leading role of the government and strengthening the concept guidance is an important driving force for the construction of healthcare consortiums. Gradually perfecting the cooperative mechanism of members and optimizing the internal management of medical consortia are the key links in the construction of healthcare alliance. Continuous improvement of relevant supporting measures and enhancement of external support are important guarantees for the construction of healthcare consortiums.

【Key words】 Healthcare consortiums; Policy text analysis; Grounded theory; Government support behavior

* 基金项目:中南大学中央高校基本科研业务费专项资金资助项目(2019zzts200);中央高校基本科研业务费资助项目(12100-502231801)
 作者简介:刘丽杭,女(1963年—),教授,主要研究方向为公共管理、医改政策。E-mail:1400756817@qq.com
 通讯作者:岳鑫。E-mail:313401045@qq.com

20世纪70年代以来,伴随疾病谱的改变和人口老龄化进程加快,世界各国慢性疾病的患病率越来越高、疾病负担越来越重,对医疗服务体系提供的医疗服务供给量和供给效率提出了更高的要求,而割裂和碎片化是导致许多国家和地区医疗服务体系绩效低下的主要原因。^[1]研究证明,整合型医疗服务体系是以较低成本协调卫生服务提供、提高卫生服务质量的有效策略,因此该理念越来越受到国内外学者和政策制定者的关注。有效解决人们日益增长的对优质医疗资源的需求和优质医疗资源总量不足、分布不平衡的矛盾,为人民群众提供全方位、全周期健康服务是我国政府和医疗卫生机构的重要职责。推进医疗联合体建设可以优化医疗资源的分布格局,促进优质医疗资源的有效下沉,提升医疗服务体系的整体效能。^[2]2017年4月,国务院办公厅发布了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》,对医疗联合体建设的总体要求、组织模式、协作机制、资源互通、保障措施、组织实施等方面提出了实施路径。随后,在不到半年时间里,各省相继出台了推进医疗联合体建设的实施意见和方案,以推进医疗联合体建设进程。地方政府陆续出台的政策是如何推动医疗联合体建设的,这个问题成为学界关注的热点。

从现有文献梳理来看,当前国内外学者的研究主要围绕整合型医疗服务的内涵^[3],整合型医疗体系的显著特征^[4],整合体系的构建维度^[5],财政激励的作用^[6],整合效果评价^[7]展开。国内研究伴随医疗联合体建设的迅速推进而骤增,探讨维度主要集中在整合型医疗服务的重要意义^[8],医疗联合体模式选择^[9],医疗联合体建设的制约因素^[10]，“互联网+”在医疗联合体的应用^[11],区域医疗服务体系纵向整合效应^[12]等方面。尽管上述研究从不同角度揭示了医疗联合体建设的相关要素,为医疗联合体相关政策分析展开提供了研究支撑,但是,这些研究尚无系统地梳理地方政府政策支持医疗联合体建设的要素框架。基于此,本研究采用扎根理论,基于各省、直辖市政府出台的关于医疗联合体建设和发展的政策文本展开量化分析,以阐释地方政府政策促进医疗联合体建设的内在机理,构建政府支持行为研究框架,为后续研究展开奠定基础。

1 资料与方法

1.1 资料来源

2017年4月,国务院办公厅发布了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》后,各省级政府随之也颁布了推进医疗联合体建设的地方政策。本文主要应用互联网以“医疗联合体”为检索词,系统搜索各省(自治区、直辖市)地方政府官方网站,共检索到30份省(自治区、直辖市)(西藏自治区除外)医疗联合体政策相关的政策文本。政策文件是政府处理公共事务的真实反映和行为印迹,能够有效揭示政府行为逻辑,为一种可观测的政策信息物化载体,为公共政策领域的量化研究提供了一条数据依托的路径。^[13]通过对政策文本解读,可以探索出政策制定者的思想和观点,预测事物未来发展趋势,因此,在业界被形象喻为“公开中萃取的秘密”。

1.2 研究方法

扎根理论研究方法是以文本分析为基础^[14],通过一种自下而上构建实质理论的研究方法。该理论的基本操作方法是,研究者在研究之前一般不带有任何理论和假设,通过对原始资料逐字逐行的层次解读,从中归纳总结出相关概念、范畴,然后上升到理论。^[15]NVivo是目前被学界广泛认可和使用的质性分析软件之一,凭借其强大的编码功能,成为政策文本分析的重要辅助工具。^[16]

2 研究过程

2.1 开放性编码

开放性编码是将所搜集到的材料,在没有任何预设的概念情况下,进行揉碎,将其分割成具有意义的众多词语、句子或者段落,然后用新的概念对其重新整合,进行概念化和范畴化的过程。本文将2017年30个省(自治区、直辖市)发布的推进医疗联合体建设的政策文本导入NVivo11软件,进行开放性编码,如“坚持政府办医主体责任不变,切实维护和保障基本医疗卫生事业的公益性”(语句编号HN-11),提炼出的概念为:政府主导、坚持公益。经过对原始资料的多次整理和分析,最终提炼了186条原始语句。为了保证编码结果的可靠性,本研究只保留2个及以上参考点的概念,进而提炼出了99个概念(表1)和28个范畴(表2)。

表 1 地方政府医疗联合体政策分析:基于开放性编码的概念化

序号	概念	序号	概念	序号	概念	序号	概念
1	落实中央部署	26	专科联盟	51	电子病历记录和共享	76	统一转诊会诊流程
2	推进五位一体	27	远程医疗协作网	52	发展远程医疗服务	77	提供连续性诊疗服务
3	实施四个全面	28	“1+X”医疗联合体	53	远程医学检验	78	建立财政补助资金
4	以人民为中心	29	城乡医疗联合体	54	诊疗信息互联互通	79	落实财政补助政策
5	以健康为中心	30	紧密型医疗联合体	55	基层检查,上级诊断	80	财政拨款渠道不变
6	把健康融入所有政策	31	松散型医疗联合体	56	临床检验结果互认	81	探索医保总额付费
7	政府主体责任不变	32	医疗联合体命名管理	57	制定远程服务收费标准	82	医保总控结余奖励
8	履行政府各项职能	33	制定医疗联合体章程	58	设备资源整合共用	83	探索复合型付费方式
9	维护基本医疗公益性	34	建立管理委员会	59	联合议价采购	84	报销水平差距
10	发挥三级医院辐射作用	35	建立理事会	60	集中采购	85	上转病人可累计起付线
11	提升基层医疗服务能力	36	建立医联体报告制度	61	药品共享与配送	86	下转病人取消住院起付线
12	医疗质量同质化	37	健全内部财务管理制度	62	畅通药品管理机制	87	提高基层首诊医保报销比
13	提升医疗服务整体效能	38	医疗机构产权归属不变	63	建立药品供应保障机制	88	简化报销手续
14	方便群众就医	39	“四体合一”	64	多劳多得	89	加强指导考评
15	减轻疾病负担	40	托管方式	65	优绩优酬	90	加强医疗服务监管
16	改善居民健康状况	41	科室共建	66	同岗同酬	91	落实责任制和问责制
17	增强群众获得感	42	优势学科互补	67	探索绩效工资政策	92	防止大医院资源垄断
18	2017 年搭建制度框架	43	巡诊和会诊	68	对高绩效单位表彰和奖励	93	拓展宣传平台
19	2018 年形成运行体系	44	疑难病例共商	69	考核结果用于评优评先	94	加大舆论引导
20	2020 年形成政策体系	45	科研和项目合作	70	推进家庭医生签约服务	95	让群众了解医疗联合体
21	县域就诊率 90%	46	促进人力资源上下流动	71	方便患者就近就医取药	96	调动医护人员积极性
22	基层首诊率 70%	47	编制人员隶属关系不变	72	改变群众就医观念	97	示范创建
23	重点人群签约 60% 以上	48	县管乡用、乡招村用	73	鼓励上级医院患者下转	98	典型带动
24	城市医疗集团	49	医护人员县招镇用	74	规范上下转诊服务流程	99	推广有益经验
25	县级医共体	50	电子档案记录和共享	75	统一转诊会诊标准		

表 2 地方政府医疗联合体政策分析:基于开放性编码的范畴化

序号	概念	范畴	序号	概念	范畴
1	1,2,3	政策响应	15	50,51,52,53,54	信息共享
2	4,5,6	核心理念	16	55,56,57,58	检查互认
3	7,8	政府主导	17	59,60,61,62,63	药品共配
4	9,10	坚持公益	18	64,65,66	激励原则
5	11,12,13	资源下沉	19	67,68,69	激励措施
6	14,15,16,17	群众受益	20	70,71,72	基层首诊
7	18,19,20	重点环节	21	73,74,75,76,77	上下转诊
8	21,22,23	具体目标	22	78,79,80	财政补贴
9	24,25,26,27,28,29	组织模式	23	81,82,83,84	支付方式
10	30,31	紧密程度	24	85,86,87,88	报销优惠
11	32,33,34,35,36,37	组织制度	25	89,90	服务监管
12	38,39	产权制度	26	91,92	责任追究
13	40,41,42,43,44,45	联动方式	27	93,94,95,96	宣传教育
14	46,47,48,49	人员培养	28	97,98,99	典型示范

2.2 主轴编码

主轴编码是将开放式编码中得到的各个独立范畴加以分解、分析和联结,充分挖掘范畴含义,构建各个范畴之间的关联性,提取出更高统揽层次上的

范畴。^[17]通常各个范畴之间存在因果关系、情景关系、功能关系、过程关系、时间先后关系等,通过反复思考和分析各个范畴之间的内在相互关系,最终归纳形成 12 个主范畴,分别为指导思想、实施原则、实

施目标、模式选择、制度建设、资源共享、人员激励、有序就医、财政支持、医保撬动、监管追责、舆论营造(表3)。其中,材料源、参考点是在编码过程中由Nvivo11软件自动统计得出。材料源表示所有资料中包含该范畴的资料数量,参考点表示该范畴在所有资料中出现的频数。

表3 地方政府医疗联合体政策分析:
基于开放性编码的主范畴

序号	主范畴	参考点	材料源	对应范畴
1	指导思想	176	30	政策响应、核心理念
2	实施原则	120	30	政府主导、坚持公益、资源下沉、群众受益
3	实施目标	118	30	重点环节、具体目标
4	模式选择	149	30	组织模式、紧密程度
5	制度建设	38	30	组织制度、产权制度
6	资源共享	60	30	联动方式、人员培养、信息共享、检查互认、药品共配
7	人员激励	34	30	激励原则、激励措施
8	有序就医	90	30	基层首诊、上下转诊
9	财政支持	35	30	财政补贴
10	医保撬动	70	30	支付方式、报销优惠
11	监管追责	60	30	服务监管、责任追究
12	舆论营造	120	30	宣传教育、典型示范

2.3 选择性编码

选择性编码的主要任务是从主轴编码形成的众多主范畴里,寻求一个或几个具有较强概括能力、关联能力和抽象度较高的核心范畴,是一个更为聚焦的过程。核心范畴通常能够统领其他范畴,在所有范畴中处于核心位置,能够体现出框架构建的雏形。本研究的核心范畴“地方政府政策促进医疗联合体建设”,其中地方政府政策支持可以划分为理念引导层、内部管理层、外部支持层三个维度(表4)。

表4 地方政府医疗联合体政策分析:
基于选择性编码的核心范畴

序号	核心范畴	参考点	材料源	对应主范畴
1	理念引导层	314	30	指导思想、实施原则、实施目标
2	内部管理层	371	30	模式选择、制度建设、资源共享、人员激励、有序就医
3	外部支持层	285	30	财政支持、医保撬动、监管追责、舆论营造

本研究通过运用扎根理论,得到的概念、范畴及其内在逻辑,构建出地方政府政策促进医疗联合体建设的概念模型(图1)。

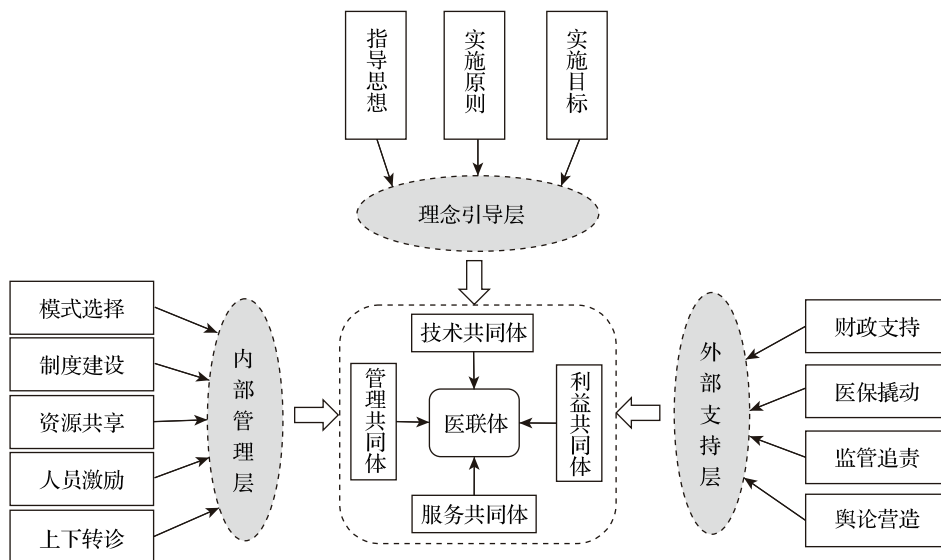


图1 地方政府政策促进医疗联合体建设的政策支持模型

2.4 饱和度检验

饱和度检验是判断数据是否继续或停止的重要标志。当对政策文本进行的分析不再产生新的理论范畴时,理论就饱和了。在正式编码过程中,将30份政策文本分为A、B两组,其中,B组随机抽取3份

政策文本,以检查研究结果的饱和度。当A组政策文本分析完之后,用B组政策文本进行再分析,没有得到新的范畴和关系。因此,本研究的范畴编码和政策支持模型在理论上是饱和的。

3 结论与建议

3.1 研究结论

本研究运用扎根理论,对全国 30 个省、自治区、直辖市颁布的医疗联合体政策文本展开内容分析,构建出地方政府支持医疗联合体建设的政策支持模型。研究结果显示:地方政府促进医疗联合体建设的政策支持模型由理念引导层、内部管理层、外部支持层共同构成。

(1)理念引导层。理念引导层是医疗联合体建设的动力源泉,为医疗联合体建设提供了时间表、路线图,在医疗联合体建设中发挥着宏观统领的作用,是各不同参与主体在解决问题时坚持的原则性共识,能够最大限度减少政策执行过程中的阻滞。理念引导层主要包括指导思想、实施原则、实施目标三个主范畴。其中,指导思想与党的十九大精神和全国卫生与健康大会精神一脉相承,是落实“健康中国 2030 战略”的重要举措。实施原则重点强调发挥政府主导作用,坚持基本医疗卫生事业的公益性,鼓励优质医疗资源有效下沉,让群众看病更便捷。实施目标主要表现为地方政府描绘了医疗联合体建设的路线图,制定了医疗联合体建设的时间表。

(2)内部管理层。医疗联合体建设是一项系统复杂的工程。^[18]内部管理层是医疗联合体实现资源整合的核心环节,是打破医疗卫生机构各自为政,实现技术、设备、信息的共享,医护人员合理流动,患者有序就医的制度安排。^[19]内部管理层包括医疗联合体组织模式选择、制度建设、资源共享、人员激励、有序就医五个主范畴,这五个主范畴是对医疗联合体内在协作机制的有效探索。^[20]目前医疗联合体常见的模式有城市医疗集团、县域医共体、专科联盟、远程医疗四种模式。^[21]根据联合体内医疗机构之间联系的紧密程度,可分为松散型、半紧密型和紧密型。^[22]制度建设是对医疗联合体组织架构的行政许可,是医疗联合体内部成员获取身份认同的重要途径。资源共享是医疗联合体建设的核心使命。实现资源共享包括采取有效的联动方式、人才的有效流动、信息的共享、检查结果互认、药品统一配置等环节。人员激励是实现优质医疗资源流动的重要手段,是医疗联合体内动态流动机制和薪酬平衡机制的集中体现,是实现优质医疗资源流动的重要手段。实现患者有序就医是医疗联合体建设的重点目标之一,能有效促进分级诊疗目标的实现。这五个主范

畴有助于不同层级的医疗机构之间形成体系完整、分工明确、功能互补、密切协作的服务、责任、利益、管理共同体。

(3)外部支持层。外部支持层是医疗联合体建设的重要保障。外部支持层主要包括财政支持、医保支付、社会监管、舆论营造四个子范畴。财政支持主要表现为建立财政补助资金,提升三级医院的公益性,加大对基层医疗机构的扶持,落实政府办医主体责任。医保支付主要通过拉开不同级别医疗机构间报销水平差距,探索医保支付方式改革,从而对供需双方进行合理引导。社会监管是动员社会各方对医疗服务和医保使用进行监管。舆论营造主要通过宣传培训提高全体社会成员对医疗联合体建设的认知度和认可度,逐步形成有序的就医格局。

3.2 政策建议

推进医疗联合体建设,可以打破传统行政管理体制的束缚,扭转优质医疗资源配置过程中存在的结构性失衡困境,有效盘活现有优质医疗资源,促进优质医疗资源的上下流动,有助于形成有序的公众就医新秩序。本文基于对地方政府医疗联合体政策文本分析研究结论,结合地方政府在推进医疗联合体实践中遇到的现实问题,提出进一步完善医疗联合体建设的政策建议。

在理念引导层方面,医疗联合体建设主要是探索上级医院和下级医院有效联动,以促进区域内医疗资源使用的优化配置。在上下级医院联动过程中,要高度警惕大医院借政策东风抢抓机遇,上演“跑马圈地”,放大“虹吸效应”。同时,也要防止基层医疗机构“坐等靠要”等被动消极思想出现。医疗联合体成员之间应该坚持“以人为本,便民惠民”的改革理念,主动搭建资源共享平台,实现优质资源合理流动,让改革的成果普惠百姓。

在内部管理层方面,实现医疗联合体内部一体化管理是医疗联合体顺利发展的前提。目前,医疗联合体内部管理过程中要重点克服“联而不动、动而乏力”的现象。建议医疗联合体成立专门管理机构,出台相关政策,逐步实现人、财、物的统一化管理,探索内部成员集中采购药品、医用耗材、器械、物资,通过以量折价,进一步降低医疗成本。在区域行政主管部门主导下,搭建区域卫生信息平台,实现患者信息有效共享。通过人事薪酬制度改革,不断调动医护人员工作积极性,在医疗联合体内部形成共建、共

享、共赢、共同发展的局面。

在外部支持层方面,医疗联合体的发展离不开强有力的外部支持。政府应该建立专项财政补助基金,加大对公立医疗机构的补助和家庭医生签约服务费的支持力度。在保证医疗质量的前提下,探索以“总额打包、结余奖励”为核心的医保支付方式改革,提高医保基金的使用效率。逐步建立集政府、医疗机构自身、行业协会、公众为主体的多元监督主体。加强舆论引导,对典型示范单位进行舆论宣传,推广有益实践经验。

本研究为理解我国医疗联合体建设的政策体系提供了一个有效分析框架,可以为政府、医疗机构以及其他部门进一步完善医疗联合体政策及配套措施提供有益参考,具有一定的理论意义和实践价值。政策文本是各方利益冲突与妥协的结果,政策文本自身并不等同于政策自身所涵盖的政策成效。地方政府在政策执行时候,往往受政策场域和利益主体利益诉求的影响而产生政策偏差,这也是今后研究需要进一步探讨的问题。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Kim J Y, Farmer P, Porter M E. Redefining global health-care delivery [J]. *The Lancet*, 2013, 382 (9897): 1060-1069.

[2] 张述存. 新医改背景下医疗资源整合模式研究[J]. *东岳论丛*, 2018, 39(11): 76-82.

[3] Gillies R R, Shortell S M, Anderson D A, et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study[J]. *Journal of Healthcare Management*, 1993, 38(4): 467.

[4] Suter E, Oelke N D, Adair C E, et al. Ten key principles for successful health systems integration [J]. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 2009, 13(Spec No): 16.

[5] Shortell S M, Hull K E. The new organization of the health care delivery system[J]. *The Baxter health policy review*, 1996(2): 101-148.

[6] Tsiachristas A. Financial incentives to stimulate integration of care[J]. *International journal of integrated care*, 2016, 16(4).

[7] Shortell S M, Conrad D A. Integrated health systems: prom-

ise and performance[J]. *Front Health Serv Manage*, 2007, 13(1): 3-40.

[8] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2010, 50(1): 119-130.

[9] 林闽钢, 张瑞利. 医疗服务体系的纵向整合模式及其选择[J]. *苏州大学学报(哲学社会科学版)*, 2014, 35(4): 15-20.

[10] 于挺, 吴聪睿, 李含伟, 等. 制约上海医疗联合体顺利推进的主要因素与对策分析[J]. *上海交通大学报(医学版)*, 2015, 35(2): 248-252.

[11] 肖斌, 陆晓琳. 基于“互联网+”的新型医联体建设分析[J]. *山东社会科学*, 2016(S1): 241-242.

[12] 韩优莉, 常文虎. 区域医疗服务体系纵向整合效应研究——不完全契约理论模型及应用[J]. *中国行政管理*, 2017(11): 128-134.

[13] 黄萃, 任弢, 张剑. 政策文献量化研究: 公共政策研究的新方向[J]. *公共管理学报*, 2015, 12(2): 129-137.

[14] 邵海亚, 陶鹏. 新医改下社区卫生服务机构的行为逻辑——基于扎根理论视角的研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2017, 10(3): 54-60.

[15] 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.

[16] 王宏新, 邵俊霖, 张文杰. 政策工具视角下的中国闲置土地治理——192篇政策文(1992~2015)分析[J]. *中国行政管理*, 2017(3): 108-112.

[17] 费晓冬. 扎根理论研究方法论: 要素、研究程序和评判标准[J]. *公共行政评论*, 2008(3): 23-43.

[18] Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and barriers in implementing integrated care[J]. *Health Systems & Reform*, 2015, 1(4): 250-256.

[19] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2010, 50(1): 119-130.

[20] 梁鸿, 刘强, 芦炜. 构建医疗联合体协同服务体系的 政策价值与现实意义[J]. *中国卫生政策研究*, 2013, 6(12): 1-5.

[21] 胡善联. 医联体的新意义新内涵[J]. *中国卫生*, 2017(4): 52-53.

[22] 肖俊辉, 陈琴, 安然, 等. 从新医改政策效果论医联体模式选择[J]. *西安电子科技大学学报(社会科学版)*, 2016, 26(4): 22-29.

[收稿日期:2019-05-20 修回日期:2019-07-15]

(编辑 赵晓娟)