

# 紧密型医疗联合体运行的关键问题辨析及政策建议

尹述颖\* 陈文 刘稳 蒋虹丽  
复旦大学公共卫生学院 上海 200032

**【摘要】**基于文献分析和归纳辨析,本文就如何构建可持续、有成效的紧密型医疗联合体进行讨论,辨析了四个关键问题,提出六条政策建议:政府就联合体构成策略和结构发挥主导作用,建立适宜的紧密型联合体治理结构,在强化全科建设的前提下借力联合体加强基层人才培养,设计恰当的机制形成内外合力,激励上级医院主动、持续帮扶基层,加快信息联通后价值的深度挖掘等。

**【关键词】**紧密型医疗联合体; 医疗集团; 医疗共同体; 政策建议  
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.006

## Analysis of the key issues and policy prospects on the close-knit medical alliances in China

YIN Shu-ying, CHEN Wen, LIU Wen, JIANG Hong-li  
The School of Public Health Fudan University, Shanghai 200032, China

**【Abstract】** Based on the literature analysis and inductive analysis, this study focused on how to mobilize the enthusiasm of all parties to build up sustainable and effective close-knit medical alliances in China. This article isolates and analyzes four key issues. The following six policy recommendations are put forward: (1) the government should play a leading role in the formation of the medical alliances. (2) Suitable governance structure should be set up. (3) Primary health-care talent training should be strengthened based on the cultivation of general practitioners. (4) Appropriate mechanism should be designed to establish internal and external synergy. (5) High-tier hospitals should be encouraged in the initiative to help the primary healthcare hospitals. (6) Deep mining of the value of information should be speed up.

**【Key words】** Close-knit medical alliance; Hospital group; Medical alliance; Policy recommendations

2017年4月国务院办公厅《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》提出要求“三级公立医院要全部参与并发挥引导作用”,截至2017年6月底,全国已有1764家三级医院牵头组建了多种形式的医疗联合体,占全国三级医院总数的八成。<sup>[1]</sup>与既往改革中多以自发的、专业技术合作为主的松散型联合不同<sup>[2,3]</sup>,一些典型地区在紧密型医疗联合体的建设方面取得进展<sup>[4-6]</sup>,并有更多地区<sup>[7,8]</sup>开始类似改革。紧密型医疗联合体运行的关键问题与长效机制,即如何形成激励相容的条件,调动并维持联合体内各方的积极性尚有待讨论。

本文在明确医疗联合体分类和改革目的的前提下,以“医疗联合体”或“联合体”作为各类联合形态

的统称,检索医疗联合体或整合式卫生服务相关政策文件和期刊论文,基于国内外有关经验总结,辨析结成紧密联合后医院专科导向与基层全科定位的冲突与协调、区域内医疗服务提供的整合和竞争、牵头医院与医生个人的激励相容、紧密型医疗联合体建设借鉴“整合式卫生服务”国际改革进展的适用性四个关键问题,对如何调动各方积极性建设并维持可持续、有成效的紧密型医疗联合体提供政策建议。

## 1 紧密型医疗联合体建设的改革背景

### 1.1 医疗联合体分类

2017年4月国务院办公厅《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》提出四种类型:城市主要

\* 基金项目:国家卫健委体改司项目“引导和规范医疗联合和健康发展研究”  
作者简介:尹述颖(1991年—),女,博士研究生,主要方向为卫生政策经济学分析、医疗保险等。E-mail: yinsy16@fudan.edu.cn  
通讯作者:蒋虹丽。E-mail: jianghl@fudan.edu.cn

组建医疗集团,县域主要组建医疗共同体(以下简称“医共体”),跨区域组建专科联盟以及边远贫困地区发展远程医疗协作网。根据联合形态还有其他分类:(1)纵向与横向:前者是不同层级医疗机构之间的联合,后者是医疗服务市场中同质或同级的医疗服务机构之间产生合作或联盟关系。<sup>[9]</sup>(2)松散型与紧密型:根据医疗机构结成联合的紧密程度,存在以专业或专科技术协作为主的松散型医疗服务联合,以管理或资产重组为纽带的紧密型机构联合形式以及兼有两种特征的混合型联合<sup>[10]</sup>,跨区域的资源整合模式多为松散型的医疗技术合作。图 1 总结了不同分类的交叉组合。

紧密型医疗联合体的长远目标还包括:使大医院承担提高其他机构特别是基层机构医疗水平的责任,通过优化联合体内部管理降低各机构的运行成本,提高病患在联合体内更加便利、高效地获得更优质的预防、诊治、康复服务等。

## 2 紧密型医联体运行的关键问题

有关医联体典型案例分析的文献对于政府在推动紧密型架构形成,信息互联互通对维持多个机构紧密合作运行的重要性等方面,已有普遍共识。以下重点对实践中可能出现的四个问题进行辨析。

### 2.1 医院专科导向与基层全科定位的协调问题

在基层机构的公共卫生服务与基本医疗服务整合不到位、全科人才存在较大缺口的前提下,以部分疾病为切入点实行对口帮扶或结成专病团队,在提高基层医务人员专科技术的同时,基层资源将更多用于有限的专科化诊疗,不利于其他人群健康干预的开展,将削弱基层的全科定位。由于基层医疗机构尚未与上级医院在其他疾病诊治领域形成稳定合作,且患者认为基层无法提供质量可靠的基本诊疗服务,将继续以较高成本(时间成本和诊疗费用)在大医院就诊,降低服务利用的公平性和效率。

对于转移了部分普通门诊的大医院,一方面接诊更多其他类型患者或是由基层医生甄别上转更多较危重病人,另一方面继续将市场竞争范围扩大到更大区域,以保持医院资源的高效率使用。

### 2.2 区域内医疗服务提供的整合与竞争问题

首先,服务面向全国或辐射周边多(省)市的大型三级医院,不适宜与其他机构结成紧密型联合体,而应与下一层级的市区内医疗中心组成以专科技术为纽带的松散型联合体,或通过远程医疗网络为边远地区医疗机构提供技术支援。顶级的专科医院,在一段时期内可能需要参与规范并加强同区域内的基层机构建设,可以将区域内的综合医院专科作为长期协助对象。

第二,城市医疗集团的牵头医院应为市辖区或城区的医疗中心,如中、小城市的市级医院,超大城市的区级医院等。县域医共体的牵头医院应为县级医疗机构。从城乡三级医疗服务体系的构成看,区域内往往只有 1~3 家规模相近的医疗中心,结成纵

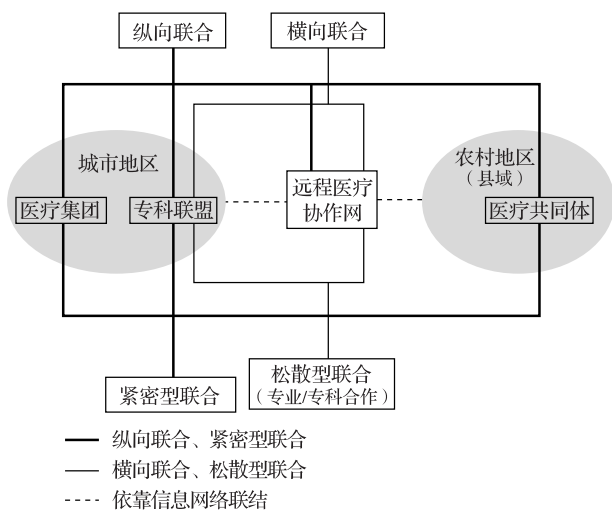


图 1 医疗机构联合形式的不同分类

四种类型中,远程医疗协作网是基于信息网络、技术交流为主的横向松散型联合。本文探讨的“紧密型医疗联合体”包含其他三种类型中以不同层级医疗机构结成的紧密型纵向合作关系,即城市地区的医疗集团和农村地区的医疗共同体,以及城市专科联盟形式下专科医院与同级综合医院、其他专科医院形成的横向紧密联合。

### 1.2 我国推动紧密型医疗联合体建设的目的

当前,推进紧密型医疗联合体建设的目的是:从组织结构上,将大医院、基层医疗机构等不同层级的竞争者联合在一起,以为形成利益趋同的实体结构奠定基础;从功能上,建立有效的内部治理和内外激励激励机制,通盘调度联合体内所有机构的全部资源,提高配置效率,主要依靠大医院主动“输送”常见病、康复患者下沉至基层机构,如强化患者基层首诊、急症期治疗后下转,从而促进分级诊疗秩序。推进紧

向紧密型联合体并不会改变这一格局,但在做实基层机构对常见病诊疗和康复工作的前提下,联合体可能减少区域医疗中心与基层医疗机构对普通门诊的无序竞争。

第三,根据国际经验,促进竞争的做法主要是赋予患者选择权,以往推崇的竞争主要存在于基层医疗服务提供者之间。但曾以“内部市场”增强竞争著称的英国,近年的改革也更加强调合作。并且,竞争的单元扩大为整合服务的提供团队或组织,实现竞争的思路是充分应用质量标准规范等工具测评服务质量,将整合医疗服务的质量与成本尽可能显性化用于辅助患者选择,促进整合服务的创新和竞争。<sup>[10]</sup>

### 2.3 医院与专科医生的激励相容问题

“优质资源下沉”不应是指专科医生在基层机构开展专科治疗或是指导基层医生掌握更先进的专科诊疗技术,而是通过介绍最新的常见疾病诊疗指南,指导基层医生开展规范化、同质化的基本医疗服务,及时、正确识别转诊指征。

与医院参与医疗联合体所受到的激励不尽一致,医生更多依赖于额外补贴、医院或科室绩效考核下的要求完成工作,包括与基层机构有关的部分。在我国当前的人事与薪酬分配管理制度改革允许多点执业,但上级医院医务人员在联合体成员机构的灵活流动受到设岗限制,也缺乏考评体系的支持,优先晋升职称、医院补贴等临时性手段不足以形成稳定支撑上级医生培养基层全科人才的长效机制。如果全科观念在基层机构弱化,联合体内专科医生带教基层医生的方式将加剧上级医院虹吸专科能力增强的基层医生。

### 2.4 紧密型医疗联合体与国际上“整合式卫生服务”的异同

多国正在探索发展的整合式卫生服务(integrated care),其改革目的和实现方式与紧密型联合体不同。前者是通过促进不同专科、专业及其他社会资源的合作与共享,以需方健康结果的影响和改善为导向。后者强调上级医院与基层机构的联合治理和共同激励导向,强化医院带动提升基层机构服务能力,实现服务利用的下沉和更有效率的资源配置。

但是,二者可能产生相近的结果,即在一定程度上加强了不同服务提供方的合作,同时促进了医疗

服务质量和结果的改进。在多地实践的典型案例中,如厦门<sup>[8]</sup>和镇江<sup>[6]</sup>的探索已涉及区分病患的精细化管理及其绩效激励,与“整合式服务”的国际改革趋势不谋而合。例如,英国通过协调多学科联合和持续更新“质量结果框架”以实现患者不同病程在不同机构接受服务的连续性<sup>[11]</sup>,德国通过法制和机制创新探索用于整合服务的质量评价工具<sup>[12]</sup>,美国责任医疗组织赋予患者就诊选择权以维持供方竞争,结合医疗保险的激励引导组织成员合作改善质量与成本<sup>[13]</sup>。这也是我国紧密型医疗联合体实质运作后将要探讨的问题,值得关注相关的国际进展。

## 3 我国发展紧密型医疗联合体的政策建议

我国规范和发展医疗联合体的改革逻辑在于,将上、下联合作为扭转区域内医疗资源配置不合理现象的破局之举。在已有的医疗联合体实践中,紧密型医疗联合体比松散型更能促进医疗资源的下沉、医疗卫生工作的重心下移和基层服务能力的提高。

### 3.1 发挥当地政府主导作用,因地制宜,因时而谋,因势而动

政府可就联合体构成策略、结构发挥“牵线搭桥”作用,但不应参与对联合体日常运营的干预。启动建设阶段,应主导判断医疗服务供需情况及其主要矛盾、基层机构在当地医疗服务体系中的作用、区域医疗中心参与意愿和利益诉求、政府愿意投入和调动的行政资源等。政府或其授权部门代表参与理事会,与各方共同决策联合体发展战略与运行机制,建立法人治理结构。在联合体内推进有效、长久的多点执业和人才流动机制及对应的薪酬分配制度。积极开发对联合体形成长效外部激励的政策工具,对联合体综合绩效进行定期评估并与其他地区实践及进展进行比较,执行以质量、安全为主的行业监管。

### 3.2 建立法人治理结构,走出不同级别机构联合的第一步

建立法人治理结构可以作为联合体建设的首要步骤。搭建内部治理的结构框架,制定章程,设计体现各机构实际情况的合作、分工运行机制,渐进完善相应的制度规范。结构上,建议各成员机构与出资人代表、区域内其他利益相关者组成理事会,建立联

席会议制度,履行重大事项决策权,确保联合体发展方向与当地医药卫生体制改革相适应。形式上,建议探索管办分开,实行理事会领导下的联合体院长负责制。院长履行联合体运营管理职责,建设机构联动、基层人才培养培训、资源共享和信息联通、服务衔接及基本诊疗质量规范等内部机制,并接受绩效考评。

### 3.3 以联合体之力强化规范基层机构全科建设,促进落实分级诊疗

为较快提高普遍薄弱的基层机构规范诊疗水平,可以通过上级带教、基层进修促进基层提供同质化的基本医疗服务,同时培训家庭医生团队基于临床指南识别转诊指征,向合适专科及时转出病患,强化双向转诊次序。以上级医院参与、基层机构为平台、家庭医生团队为主力,在社区吸引人、财、物、信息等资源,探索基于服务项目或重点人群的服务整合。开展基于循证的疾病筛查,健康促进,慢病高危人群生活方式干预、健康管理、随访和诊疗。接收病情稳定的急重症病人在社区或家中进行康复训练,提供长期护理、舒缓服务等,强化基层全科建设。

### 3.4 重视区域医疗机构牵头联合体的意愿,以激励机制持久助力

在城市地区和农村地区,均建议以当地辖区的医疗中心——中、小城市的市级医院,超大城市的区级医院等为牵头医院,主导联合体运营。为避免基层机构出现专科化倾向,一是可改变绩效考核方式,持续加强并做实基本公共卫生与基本医疗整合的家庭医生团队工作;二是从外部激励机制入手,如区域内实行总额预付或按人头付费,引导上级医院参与以“人”为中心的资源整合合作,避免“收编”基层机构资源以占领市场份额;三是由政府持续加强对基层资源投入,短期如体制机制改革形成支持性环境,长期如全科人才培养、学科建设。

此外,在医共体服务连接的内部激励方面,县级医院作为区域龙头,可以深入乡、村医疗机构进行管理,强化乡、村规范化诊疗和全科建设,同时总额预付操作简单,对县级医院激励效果好,起效快。专科联盟形式也可由专科医院先行统管各类资源、统筹服务提供、统一管理制度及医疗服务标准等。随着专科医院更多资源转向提升综合医院专科能力,可以逐步退出与基层机构的直接合作。

### 3.5 实践、探索适合推动医疗联合体建设的支付方式

首先,建议分别针对基层医疗卫生服务和不同类型的医院服务,继续推进复合支付改革。其次,在区域医疗资源垄断,主要服务对象流动性有限,缺少支付方式改革经验的情况下,可以将当地可用保险基金预付转化为联合体内部的分配机制。可预见医保管理风险降低,费用控制效果好,但需观察服务提供不足、质量下降等潜在风险。最后,对基层签约对象实行按人头支付,及进一步探索整合服务的捆绑支付,都是与医疗服务精细化管理相适应的支付方式,但应注意其适用条件。

### 3.6 加快信息联通后深度挖掘健康大数据的价值

从长远看,信息化建设的程度、进度尚有很大的提升空间,存在潜在的巨大价值。当前试图在医疗联合体各方联通部分诊疗信息的做法,如牵头医院设立影像检查中心、基层电子健康档案、医院电子病历、患者在基层预约上级医院、跨机构查询检查结果、健康促进相关 APP 与公众号开发等。以患者为中心,分散在不同机构、通过系统联通的连续服务信息,可以为行政管理、疾病的临床决策与健康、科学研究等提供真实的大数据资源。建议由基层机构妥善管理签约对象信息并初步整理,在联合体内部信息共享的基础上,根据居民健康需要,联合上级医院及第三方科研人员开展研究,开发以“人”为中心的健康大数据并发挥其潜在价值。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 逢增志. 多措并举,推动医联体 2.0 建设[J]. 医师在线, 2018, 8(9): 6-7.
- [2] 徐甫. 构建深圳区域医疗联合体的实践与思考——以福田区医联体为例[J]. 中国农村卫生, 2016(2): 8.
- [3] 陶然, 吴华章. 国外医疗联合体模式研究概述[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2015, 32(3): 97-100.
- [4] 陈志仙. 镇江市分级诊疗制度的运行机制及效果研究[D]. 南京中医药大学, 2018.
- [5] 张苗. 罗湖试点:改医院还是变观念[J]. 中国社会保障, 2017(6): 24-27.
- [6] 林枫. 镇江市公立医院治理机制改革的实践与探索[J]. 中国机构改革与管理, 2015, 20(3): 26-28.
- [7] 申丽君, 黄成凤, 李乐乐, 等. 县域医共体模式的探索与实践——以安徽省天长市为例[J]. 卫生经济研究,

- 2018(12): 7-11.
- [8] 曾巧宁. 厦门市分级诊疗改革的实践探索与思考[J]. 卫生经济研究, 2016(7): 7-9.
- [9] 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.
- [10] 程跃华, 刘子锋, 王宇. 我国医联体构建模式分析及政策建议[J]. 医学与法学, 2015, 7(5): 67-69.
- [11] Janus K, Brown L D. Physician integration revisited-An exploratory study of monetary and professional incentives in three countries[J]. Health Policy, 2014, 118(1): 14-23.
- [12] Milstein R, Blankart C R. The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany [J]. Health Policy, 2016, 120(5): 445-451.
- [13] 张嫚, 徐洪海. 美国责任医疗组织的反垄断约束及其对中国供给方医改革的启示: 中国工业经济学会 2012 年学术年会[C]. 长沙, 2012.
- [收稿日期:2019-09-10 修回日期:2019-12-05]  
(编辑 刘博)

## 欢迎订阅 2020 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:刘博

电话:010-52328696、52328697