

# 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径

崔兆涵<sup>1,2\*</sup> 王虎峰<sup>1,2</sup>

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学医改研究中心 北京 100872

**【摘要】**县域医共体的构建与运行超越了单一行政部门和服务组织边界,需要运用更加系统化与整体性的视角进行治理。本文基于整体性治理理论,从治理理念、治理结构、治理机制三方面结合安徽省紧密型医共体建设的实践,对紧密型医共体建设过程与关键要素进行分析,归纳总结紧密型医共体整体性治理模式的构建逻辑与实现路径。并进一步对整体性治理模式的适用性、确立“以健康为中心”的共同目标与推进医防融合、探索医共体内医保基金和基本公卫经费打通使用等医共体建设中的关键问题进行了讨论。

**【关键词】**整体性治理;紧密型县域医共体;治理子系统;治理机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.02.001

## The construction logic and implementation path of the merged county medical community from the perspective of holistic governance

CUI Zhao-han<sup>1,2</sup>, WANG Hu-feng<sup>1,2</sup>

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health Reform and Development Center of Renmin University, Beijing 100872, China

**【Abstract】** The construction and operation of merged county medical community goes beyond the boundary of single administrative department and service organization, and needs to be governed from a more systematic and holistic perspective for governance. Based on the theory of holistic governance, this paper analyzes the construction process and key elements of the merged county medical community from the perspectives of governance concept, governance structure and governance mechanism. These key elements combine the practice of the merged county medical community construction in Anhui Province. This paper also summarizes the construction logic and implementation path of holistic governance model coinciding to the merged community health service alliance. Furthermore, the key issues were discussed, including the applicability of the holistic governance model, the establishment of the common goal of “health-centered development concept” and the promotion of integrated medical care and prevention services, as well as the exploration of open use of health insurance fund and basic public health funds in the medical community.

**【Key words】** Holistic governance; Merged county medical community; Governance structure; Governance mechanism

县域医共体是我国医联体建设的重要形式之一,其重要目标就是解决医疗卫生服务提供中“碎片化”问题,包括医疗卫生资源配置效率低下、服务连续性不足、服务质量较差、患者满意度较低等。<sup>[1]</sup> 县域医共体主要是通过和县乡村三级医疗机构之间构

建协同关系,引导分级诊疗格局的形成,同时根据患者需求提供一体化的连续性服务。但是在改革实践中,松散型医共体效果往往不甚理想,“碎片化”问题仍有待进一步解决。究其原因,在于医共体建设涉及的行动主体众多,具有不同的发展目标、利益诉求

\* 基金项目:中国人民大学公共健康与疾病预防控制交叉学科重大创新平台建设成果(2020PDPC2002);中国人民大学科学研究基金(中央高校基本科研业务费专项资金资助)(20XNH022)

作者简介:崔兆涵(1993年—),男,博士研究生,主要研究方向为整合型医疗服务体系,健康治理。E-mail: cui Zhao-han@ruc.edu.cn

通讯作者:王虎峰。E-mail: wanghufeng616@ruc.edu.cn

与行为动机,同时在制度、社会背景等外部因素的影响下,产生了维度多元、层次多样、相互嵌入的复杂互动关系。因此,需要以一种更具系统化与整体性的视角推动医共体的构建与治理。

紧密型医共体通过组织间深度一体化以及外部治理体系的变革,推动了不同行动主体之间良好协同关系的形成,呈现出了整体性治理的基本特征,为解决“碎片化”问题提供了新的思路。本文在对医共体治理协同困境与原因进行分析的基础上,从整体性治理视角出发,并结合安徽紧密型医共体建设的实践情况<sup>①</sup>,对医共体治理中的重点问题进行分析,最终提出紧密型医共体整体性治理的逻辑框架与相应的改革策略。

## 1 医共体治理中的协同困境与原因

### 1.1 医疗卫生机构之间的利益分歧与目标差异

医共体中包括了县乡村三级医疗机构,不同机构具有自身的利益诉求与行动目标,牵头医院的利益诉求与目标在于扩大经营规模,而基层医疗机构的目标在于提升自身能力,同样也是为了获得更多患者,而这就形成了牵头医院与基层医疗机构之间同质化的竞争关系。在松散型医共体框架下,虽然在名义上构建了合作关系,但是并未涉及到深层次的产权、人事、财务等方面的整合,各级医疗机构仍是独立运行的状态。因此,在实际中牵头医院往往会利用其资源、能力等方面的优势从基层“虹吸”患者和医务人员,使得基层医疗机构成为其“引流”的入口,一定程度上进一步削弱了基层能力,与分级诊疗和“强基层”的政策初衷背道而驰。究其根源,主要是医疗机构间并未形成“利益共同体”,难以转变实质上的竞争关系,同时缺乏适当的外部约束与激励机制,导致了机会主义行为的出现。

### 1.2 行政部门与政策协同程度不足

医共体治理超越了单一行政主体的职能范围,涉及到了多级政府和各类行政部门,需要开展跨层级和跨部门协同治理。在县域内行政权力相对集中,在县乡两级政府和行政部门之间的协调相对较为容易,因此协同困境主要体现为行政部门之间的

协同不足。在科层制行政部门的专业化分工下,各个部门都有其自身职能、目标与相应的行政权力,而跨部门协同则意味着要与其他部门分享权力,同时要付出额外的精力与资源完成协同任务,同时也要承担协同目标失败的风险。<sup>[2]</sup>而这就导致了行政部门之间并无自发的动力参与到医共体协同治理中,而“权力部门化”和“部门利益化”的倾向也往往导致了行政部门更多考虑维护本部门的权力和利益,进而导致医共体治理政策的不协同。

### 1.3 政府与医疗机构之间的关系尚未理顺

在我国医疗卫生体制下,政府同时作为公立医疗机构的所有者和行业的管理者,既负责公立医院的外部治理,同时也通过行政化的手段深度介入了医疗机构的内部管理,包括人事管理、药品器械采购、服务价格等关键领域,导致市场机制难以在医疗资源配置上实现基础性作用,人财物等重要资源要素难以实现自由流动。与此同时,卫生行政部门集所有者和监管者于一身的身份(即“管办不分”)也导致难以对医疗机构实行公正严格的监管。在医共体中,受限于现有管理体制,牵头医院往往也没有对基层医疗机构的管理权限,自然也缺乏相应的动力对基层实施帮扶,一定程度上阻碍了医共体内紧密型协同关系的形成。

由于松散型医共体中在不同层面上存在协同困境,导致其在推动分级诊疗和提供整合式服务等功能性目标的实现上效果不甚理想。国内部分地区陆续开展了紧密型医共体建设的改革试点,虽然各地具体做法具有差异,但是其整体改革思路呈现出较大相似性,包括对县乡村三级医疗卫生机构进行深度整合,推动纵向一体化组织模式的形成,同时对外部行政体系进行变革,加强政策协同性,进而形成了初步具有整体化治理特征的治理格局,在政策设计层面一定程度上解决了县域医共体治理中的协同困境。

## 2 整体性治理的理论基础

英国学者佩里·希克斯提出的整体性治理(holistic governance)理论,主要是解决政府治理中出现的“碎片化”问题以及出现的越来越多超越单一部门和组织边界的“棘手问题”(wicked problems)。整体

<sup>①</sup> 安徽省2019年确定了37个试点县(市),开始按照“两包三单六贯通”的路径试点紧密型县域医共体建设。笔者所在课题组对安徽省医共体建设进行了长期跟踪研究,并于2020年对安徽省开展紧密型医共体试点的全部37个县的建设与治理情况进行了问卷调查与实地调研。“两包”是指城乡居民基本医保基金和基本公共卫生资金打包给牵头医院;“三单”是指政府办医责任清单、内部运营管理清单、外部治理综合监管清单;“六贯通”是指专家资源、医疗技术、药械保障、补偿政策、双向转诊、公卫服务六方面上下贯通。

性治理理论为分析整合型医疗服务体系的治理提供了新的理论视角,对于破解医疗服务体系中“碎片化”治理难题具有较强的适用性。<sup>[3]</sup>

在治理理念层面上,整体性治理在理念层面上强调了以公众需求为核心,追求公共利益的实现以及“预防优先”等,也为所有相关行动者明确了共同的目标以及共同行动的承诺,并指导了协作的方向,同时也为衡量治理绩效提供了最直接的标准。

在治理结构层面上,合理的治理结构是治理系统发挥作用的重要前提。治理结构中包括了三部分内容:一是治理子系统,即功能、性质、目标相近的组织或个体,整体性治理强调了在政策、顾客、组织、机构四个方面实现其治理目标<sup>[4]</sup>,其中机构和顾客更加聚焦于公共服务的整合式提供;政策和组织更加侧重于行政部门的协作与政策的协同性。<sup>[5]</sup>因此,在医共体治理中可以划分为服务子系统和政策子系统。整体性治理的实现需要子系统内部和子系统之间构建良好的协同关系。二是治理维度,即协同关系构建的向度,希克斯提出了层次、功能、公私部门三个治理维度,分别是纵向上不同级别的政府/行政部门或服务机构之间的协作,横向上不同行政部门或服务提供方等具有不同职能组织间的协同,以及与私营和非营利部门等之间的公私合作。三是治理中的功能要素,即镶嵌于治理子系统中,确保子系统功能实现的关键要素。

在治理机制层面上,整体性治理中主要强调了协调机制、整合机制、激励机制,这三个机制同时作用于服务子系统与政策子系统,在不同治理维度上发挥相应的作用,并最终服务于共同的治理目标。第一,协调机制主要是指不同组织通过交换信息、对话等方式对问题与目标达成共识,重点在于行动之前的沟通与协调。第二,整合机制主要侧重于政策方案的执行以及服务提供过程,具体包括联合工作、联合开发、卫星化等方式<sup>[4]</sup>,更进一步则是不同主体之间在更长周期上实现更加紧密的合作,形式包括了策略联盟、同盟、合并等方式。<sup>[6]</sup>第三,关于激励机制,希克斯特别强调了整体性预算与整合型筹资在促进组织间合作方面具有重要作用,能够促进机构间资源流动信任程度提升、增进其对发展目标的共识程度等。<sup>[4]</sup>

### 3 整体性治理视角下的紧密型医共体建设

#### 3.1 “以健康为中心”的治理理念与目标

健康是公众的基本需求,同时也是公民最基本

的人身权利和享受其他权利的基础,在健康中国战略不断深入推进的背景下,医共体建设应当是“以健康为中心”,将其作为所有相关行动者的共同目标,围绕其开展整合与协作,并将区域内居民健康情况的改善作为服务子系统与政策子系统的绩效目标加以考核。

#### 3.2 服务子系统的全面整合

##### 3.2.1 组织纵向一体化与管理改革

紧密型医共体最显著的特点就是实现了较为彻底的纵向一体化。在行政力量的推动下,由县级医院牵头,按照区域规划对乡镇卫生院和村卫生室进行整合,法人原则上由牵头医院法人代表担(兼)任,乡镇卫生院成为县级医院的分院,由此纵向整合为唯一法人代表的一体化机构。纵向的组织间深度整合突破了传统服务组织的边界,扭转了医疗机构之间原有的以争夺患者为导向的非良性竞争关系,形成了利益共同体。并基于深度的利益捆绑,推动医疗机构间共识性发展目标的形成,即必须通过相互协作将本辖区内的患者留在医共体内就诊,以确保本地患者不流失,同时提升服务能力吸引更多患者。

纵向一体化重塑了组织间关系,但是从交易费用理论的角度来讲,同时也将原有组织间的外部交易费用内化为组织内部的管理型交易费用。<sup>[7]</sup>因此,在组织整合的基础上必须要对整合后组织的内部管理进行改革,以降低内部的管理成本。首先需要在紧密型医共体中建立清晰的内部治理结构,成立医共体理事会作为医共体的决策机构,并成立相应的医共体管理职能部门,在此基础上开展一体化管理改革,为人、财、物、信息等关键要素在医共体内的流动与合理配置创造基础。在人事方面,主要是医共体内人员实施统一岗位管理、统筹调配与使用、加强人才交流与培养等;在资金方面,在医共体内医保基金和公卫资金的统筹使用、建立统一的财务制度与绩效管理制度等,资金财务方面的统一管理能够有效通过经济杠杆将医共体整体发展目标内化到各机构的发展目标中,形成利益共享的局面;在资源方面,包括建立统一的信息平台、药品、影像、检验、后勤等中心,能够有效实现资源共享,并降低医共体运行管理成本。

##### 3.2.2 服务能力提升

提升医共体服务能力尤其是基层医疗服务能力才能满足县域内居民多样性的健康需求。在紧密型

医共体框架下,向基层进行分流既是落实分级诊疗的政策要求,同时也是优化就诊结构和提高医共体整体运行效率的必然选择,而这就需要基层医疗机构具备相应的诊断和治疗的能力。紧密型医共体框架的构建从“存量优化”和“增量引入”两个路径为解决基层服务能力的问题提供了良好的组织条件。从“存量优化”的角度,牵头医院建立对基层医疗机构的对口帮扶机制,从服务、管理等多个方面为基层“赋能”,包括派出业务专家和管理专家长期担任乡镇卫生院副院长、组织专家定期下基层巡诊、组织基层医务人员培训进修等方式全方位提升基层医疗服务能力。从“增量引入”的角度,重点在于向基层医疗机构引入人才,在外部人事编制改革政策的配合下,通过将人才引进和编制使用的权力下放给牵头医院,根据基层医疗机构的基础与发展需要进行人才引进,并给予相应的绩效薪酬、晋升等多方面的激励,提升基层能力与发展活力。另外,科技发展也为提升基层医疗服务能力提供了新的路径,安徽在全省范围内的村卫生室部署“智医助理”辅助诊断系统,为村医在常见多发病的诊断和治疗方面提供技术支持。

### 3.2.3 重塑服务流程

紧密型医共体内服务流程重塑的主要目标是在落实分级诊疗政策的基础上提升服务的连续性。在着力提升基层医疗服务能力的同时,通过设置病种目录的方式明确了各级医疗机构的适宜服务范围。安徽省规定县级医院的诊疗病种目录为“100 + N”个病种、乡镇卫生院为“50 + N”个常见多发病种,县级医院和乡镇卫生院目录不重叠,病种目录的确定为实现上下转诊明确了依据。与此同时,从供方和需方两方面加强引导,在供方规定了县医院医生收治乡镇卫生院病种目录中的患者将不会被计入绩效工作量,引导医务人员主动向下转诊,同时安排专人负责追踪,确保转诊落实;需方则通过取消下转患者二次住院医保起付线的同时提高报销比例,引导患者下转。与此同时,远程医疗手段的应用也在很大程度上改变了服务流程,县医院可以为基层提供远程影像、心电、检验、会诊等支持,方便患者在基层就诊。

## 3.3 政策子系统的深度协同

### 3.3.1 主要领导推动

在县域内行政层级相对较少,党政权力较为集中,一旦获得县域内主要党政领导的重视,将能够在医共体治理体系中产生强大的推动力,破除当前体

制机制障碍并获取更多的资源和资金支持。例如天长市在县级层面上成立医改领导小组,由县委书记和县长担任“双组长”,将紧密型医共体作为“一把手工程”进行推进,为天长紧密型医共体的建设提供了充足的动力。主要党政领导重视的原因往往来自于两个方面,一是上级政府和行政部门的重视与压力,例如安徽将紧密型医共体建设纳入了对各市县政府的绩效管理绩效考核中,并由省医改领导小组成员分片包干进行跟踪和督导;二是紧密型医共体建设往往以试点的形式开展,会给试点地区赋予额外的权力和资源,试点取得相应成果后,将会产生很强的示范效应和带动效应,促进地方的发展,并为地方主要领导增加晋升的政绩资本,进而形成了党政领导的内生动力。

### 3.3.2 跨部门协作

紧密型医共体改革不仅会对医疗机构之间原有的利益格局造成冲击,同时也会对行政部门之间的权力与部门利益产生影响,往往会导致部门间合作不顺畅的情况出现。安徽省各县市成立了医共体管理委员会,由县主要领导牵头,成员单位包括了卫生、医保、财政、编制等行政部门以及医共体成员单位等主要利益相关方。医管会代表政府行使公立医疗卫生机构出资人的职责,对医共体内建设和改革的重大事项进行决策以及对具体事务进行沟通协调。县域医共体管理委员会作为非正式的行政机构,属于典型的跨部门协调机制,围绕紧密型县域医共体建设这一关键任务开展协作,有效解决了医共体建设中的部门权力分散以及部门利益冲突所导致的政策不协同与落实困难等问题。

### 3.3.3 政策协同

作为领导推动和跨部门协作的结果,各部门针对紧密型医共体的政策可以形成较好的协同效应。卫健委统筹指导医共体建设,推动医疗机构与关键资源的整合并实施监管。医保部门从供需两端发布政策引导医共体的紧密型运行,从供方角度对医共体实施“总额付费”的支付方式改革,激励机构间的协作,并做到医保基金的及时拨付;从需方角度实施差异化的报销政策,对于部分适宜病种实施“同病同保障”,引导患者向基层分流。财政部门落实对医疗机构的补偿政策,并同样按照“打包预付”的方式将基本公共卫生经费及时拨付给牵头单位,促进医防融合开展。与此同时,人事编制方面实施“编制周转池”,破解人才在医共体内流动的难题,另外在药品、信息

化、宣传等方面出台了针对医共体的政策,形成了较完善的政策体系。

### 3.4 政策子系统与服务子系统的关系调整

#### 3.4.1 权力关系调整

在紧密型医共体框架下,牵头医院承担了对医共体的管理职责,“权责一致”要求必须赋予其相应的管理权力,这意味着权力在行政部门和医共体之间的转移。安徽省通过政府办医责任清单、医共体内部管理运行管理清单以及外部治理综合监管清单(即“三单”)明确划分了政府与医共体的权责范围,政府应当负责指导方向、把握关键、创造环境、监督考核,而医共体则负责具体的运营管理与服务提供,在此基础上政府应当向医共体“让渡”必要的管理权力,并为其创造良好的政策环境。以天长市为例,市卫健委将乡镇卫生院周转池编制统筹使用、人才招聘、职称晋升、人事推荐任命等 6 项人事权和预算管理、收入管理、绩效考核等 5 项财务管理权下放给牵头医院,有效激发了牵头医院的管理活力与动力。在向医共体“让渡”管理权力的同时,政府通过医管会保留了对医共体重大事项决策权、牵头医院院长任命权等关键权力,做到对宏观方向的把控,并且加强了对紧密型医共体建设中党的领导以及对医共体的监管。

#### 3.4.2 激励机制的构建

外部行政力量为组织间整合提供了推动力,而适当的激励机制设计能够使医疗机构之间产生协作的内生动力,进而产生长期的协同行为,并在确保管理权力向医共体转移的基础上确保医共体能够按照既定的方向发展并实现预期的政策目标。按照希克斯整体性治理理论,整合型的筹资模式能够对机构

参与协同产生较强的激励作用。紧密型医共体建设中最核心的激励机制则是将医保基金和基本公共卫生服务经费打包给紧密型医共体统筹使用,即通过“两包”这一整合型筹资的模式加以实现。医保基金按人头总额预付制控制了医共体中医疗机构规模的盲目扩张,同时医保结余部分能够留在医共体内使用,激励医共体进行主动控费以获得更多医保结余。另外,患者在医共体外就医所消耗的基金需要从本医共体总额中扣除,由于这部分费用难以控制,使得医共体尽可能将患者留在县域内就诊。因此医保总额预付可以实现三方面的激励作用:一是提升医共体内医疗水平和服务能力,将更多患者留在县域内就诊;二是加强机构紧密协作,通过管理优化,形成规模效益,控制成本,提高运营效率;三是加强预防和健康管理的,降低区域内的发病率,进而实现费用控制。医保基金支付方式的改革激励医共体形成“利益共同体”,促使其从相互竞争、规模扩张的发展模式向紧密协同、精细管理、注重健康的新模式转变。基本公卫经费同样对医共体实施人头总额预付,其激励机制与医保支付方式相似,不同之处在于规定结余部分主要用于医防融合服务人员的奖励,更加激励了医疗与公共卫生服务的结合。两部分经费的总额预付对健康结果的激励导向是一致的,在健康导向方面形成了激励合力。

### 3.5 紧密型医共体整体性治理的逻辑与实现路径

通过上文对紧密型医共体建设过程的分析,可以对医共体实现整体性治理的逻辑与实现路径进行归纳总结,形成紧密型医共体整体性治理逻辑框架(图 1)。

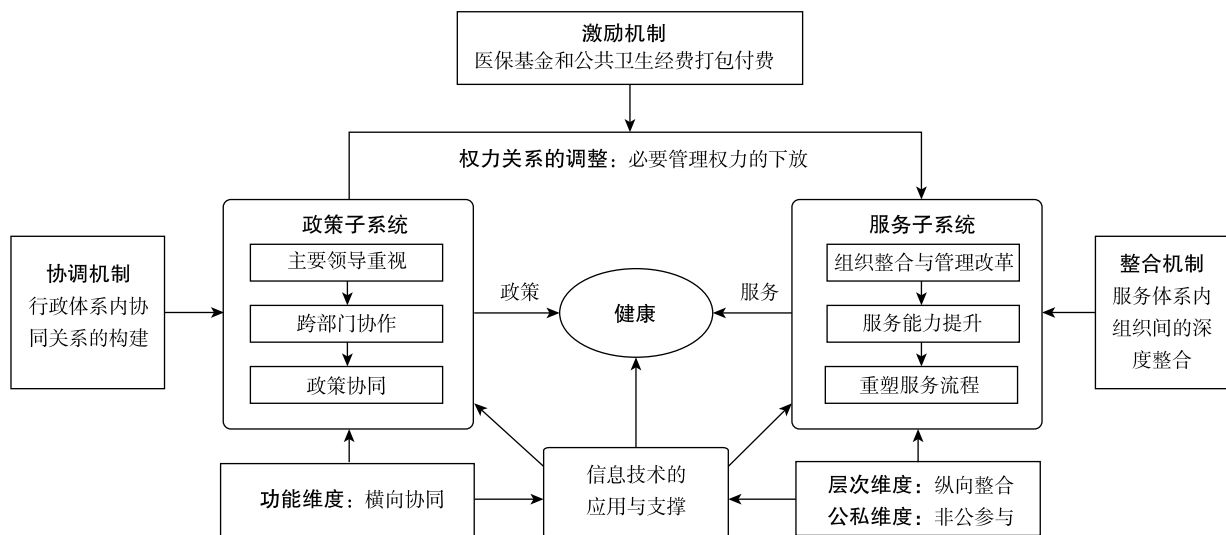


图 1 紧密型医共体整体性治理逻辑框架

首先,明确“以健康为中心”的治理理念是推进紧密型医共体建设的重要前提,并应当在所有相关者中形成明确的共识性目标,两个子系统内部及其之间的协同关系构建以及相应的政策机制设计等都应当围绕这一重要目标开展。

在服务子系统中,其功能实现主要依靠三个关键要素:一是深度的纵向组织整合,在此基础上开展医共体内部的一体化管理改革;二是通过“存量优化”和“增量引入”以及技术赋能的方式提升基层医疗机构的服务能力;三是在机构整合和能力提升基础上重塑服务流程,引导合理就诊秩序的形成和加强服务的连续性。这三个关键要素在逻辑上是互相递进的,服务子系统的目标是提供整合式的连续性服务,机构整合是转变组织间关系并开展服务模式变革的基础,而一体化管理改革则是提高机构间协作效率的关键,同时也是提升服务能力的支撑,在此基础上对服务流程进行重塑以满足公众的健康需求。服务子系统的深度整合主要体现了整体性治理中整合机制的应用,其整合主要是发生在纵向的层次维度上。在公私维度上,安徽省有部分地区由非营利性民营医院牵头紧密型医共体的建设,并取得了一定的成效,是医共体建设中公私合作的有益探索。

在政策子系统中,其功能实现同样需要实现三个条件:一是主要领导推动,为跨部门边界和跨机构协作提供推动力,同时有助于在组织中创造协同的文化氛围。<sup>[8]</sup>二是构建跨部门协作机制,通过协调部门冲突以实现利益均衡,并加强沟通与协作,实现更加有效率的行政过程。三是政策协同,在部门协作的基础上实现政策协同,包括实现政策问题与目标的共识、政策过程的整体性管理以及政策工具的适配与协同。<sup>[9]</sup>政策子系统的三个关键要素也是互相嵌入并支撑的,在我国的行政体制中主要领导的关注与推动确立了共同行动目标,在此基础上克服部门协作障碍,构建跨部门的协作机制,并且实现政策协同。政策子系统中主要体现了整体性治理中协调机制的应用,主要是发生在功能维度上的横向协同。

与此同时,需要对服务子系统与政策子系统的关系进行调整,包括:一是明确政策子系统和服

务子系统之间的权责关系,将必要的管理权力向牵头医院进行“让渡”,同时保留相应的重大决策权力并加强监管;二是通过医保基金与公共卫生资金的“打包支付”构建对医共体的激励机制,引导其实现政策目标。除此之外,需要在两个子系统中以及不同维度上加强信息化建设,包括在不同医疗机构和行政部门间建设统一的信息平台,加强数据与信息互联互通。同时,进一步推进远程医疗、智能诊断系统等创新技术工具的应用,助力基层医疗服务能力的提升。

## 4 讨论与建议

医共体治理作为一项系统性工程,涉及到体制、机制、管理、服务等多个维度和层面的变革,紧密型医共体建设中所体现出的整体性治理理念为解决医疗服务提供与治理的“碎片化”问题提供了新的思路。基于以上对紧密型医共体的分析,进一步对医联体整体性治理中的关键问题进行讨论,并提出相应的政策建议。

第一,整体性治理模式能够较好适用于医联体网格化管理的趋势。2020年发布的《医疗联合体管理办法(试行)》中提出了“推进医联体网格化布局管理”,“网格化管理”是指将服务区域按照地缘关系、人口分布、群众就医需求、医疗资源分布等因素将服务区域划分为若干网格,每个医联体负责一个网格的服务供给。<sup>[10]</sup>网格化管理为紧密型医联体的构建创造了良好的条件,在县域中主要是紧密型医共体,在城市中主要是基于特定行政区域组建的紧密型城市医疗集团。在特定网格中的服务子系统中,医疗服务资源分布相对集中,便于进行深度整合与资源共享,同时区域内服务对象及其健康需求相对较为明确。政策子系统中基于行政区划的网格中行政权力同样相对较为集中,能够产生较强的推动力促进医联体相关改革,包括医疗卫生机构的深度整合以及行政部门之间的协同,这些与整体性治理模式都是相吻合的。

第二,确立治理体系“健康”的共识性目标,并基于此推进横向上的医防融合工作。确立共同目标是不同系统及组织间开展跨边界协作与整合的重要前提,因此政府行政部门和医联体都需要树立健康治理的观念。当前医联体与医共体建设中更多侧重于不同级别医疗机构之间的纵向整合,仍然是偏重于

医疗服务方面的协同,而在“健康”的导向下,应当进一步在横向上进行拓展,推进医疗与公共卫生服务的协同与融合,真正建立预防、治疗、康复、管理全周期的连续性服务体系。

第三,激励机制的整合与升级,探索紧密型医联体内医保基金和基本公卫经费打通使用。当前政策对基本公卫经费和医保基金的使用范围进行了明确的规定,但是模块化的筹资使用方式限制了健康目标导向下打破服务组织边界、构建连续性服务模式等整合型服务模式的改革。建议进一步探索在医共体内医保基金和基本公卫经费打通使用,能够加强医防融合服务提供的资金支撑,强化对医防融合的激励,有利于解决资金分配固化、服务主体责任分割等问题,进一步促进医共体内医防资源配置整体效率的提升。<sup>[11]</sup>与此同时,需要医共体内部和外部绩效考核模式的转变相配合,以健康结果为导向对服务提供机构、人员以及行政部门进行考核,实现内外部激励机制的衔接。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

#### 参 考 文 献

- [1] 苗豫东,张研,李霞,等.我国医疗服务体系“碎片化”问题及其解决途径探讨[J].医学与社会,2012,25(8):28-30.
- [2] 周志忍,蒋敏娟.中国政府跨部门协同机制探析——一个叙事与诊断框架[J].公共行政评论,2013,6(1):91-117,170.

- [3] 魏来.整体性治理视角下区域医疗机构纵向协作优化研究[J].中国卫生政策研究,2019,12(6):1-8.
- [4] Perri D, Seltzor K, Stoker G. Towards holistic governance: the new reform agenda[M]. New York; Palgrave, 2002.
- [5] Kagan Sharon. Toward systemic reform: service integration for young children and their families[M]. Washington; Eric, 1995.
- [6] Perri 6. Joined-Up Government in the Western World in Comparative Perspective: A Preliminary Literature Review and Exploration[J]. Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART, 2004, 14(1): 103-138.
- [7] 崔兆涵,王虎峰.紧密型医联体是否可以持续运行:一个交易费用经济学分析框架[J].中国卫生经济,2019,38(10):15-19.
- [8] Ching-peng Peng. Strategies to Build Up Holistic Governance[C]. Network of Asia-Pacific Schools and Institutes of Public Administration and Governance (NAPSIPAG) Annual Conference, Beijing, 2005.
- [9] 谢微.整体性治理的核心思想与应用机制研究[D].吉林大学,2018.
- [10] 国家卫生健康委员会.医疗联合体管理办法(试行)解读[EB/OL]. [2020-12-15]. [http://www.gov.cn/zhengce/2020-07/31/content\\_5531670.htm](http://www.gov.cn/zhengce/2020-07/31/content_5531670.htm)
- [11] 应亚珍.以健康为导向探索基本医保基金和公共卫生服务资金统筹使用[J].中国医疗保险,2020(5):7-10.

[收稿日期:2020-11-01 修回日期:2021-02-21]

(编辑 刘博)