

基于共生理论的城市医联体绩效的影响因素及路径分析

刘小君^{1*} 刘智勇¹ 张丽芳² 姚强³

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

3. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

【摘要】目的:探索城市医联体绩效实现高水平的影响因素和路径,为我国城市医联体绩效管理提供参考依据。方法:基于共生理论的基本要素构建城市医联体影响因素框架,利用25个城市医联体典型案例,通过清晰集定性比较方法,分析影响城市医联体绩效的关键因素和路径。结果:协作制度、机构间资源互补度、业务关联度、经济关联度、考核激励、政府支持和信息平台均是影响城市医联体绩效的前因条件,并形成了业务融合型、管理融合型、组织合并型3种高水平绩效的城市医联体类型。结论:城市医联体应坚持医保医疗改革协同发展,以学科和健康服务为触点,以资源协同治理为核心,加强信息化建设,完善政府正向考核激励,提高城市医联体建设水平,促进城市医联体成为四个共同体。

【关键词】医疗联合体;绩效管理;定性比较分析;共生理论;分级诊疗

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.05.002

Analysis of influencing factors and paths of urban medical consortium performance based on symbiosis theory

LIU Xiao-jun¹, LIU Zhi-yong¹, ZHANG Li-fang², YAO Qiang³

1. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College of HUST, Wuhan Hubei 430030, China

2. China National Health Development Research Center, Beijing 100044, China

3. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Objective: This study tries to identify influencing factors of performance of urban medical consortium and paths for enhancing its performance, and to provide reference for management of urban medical consortium in China. Methods: Based on the basic elements of symbiosis theory, the framework of influencing factors of urban medical alliances was constructed, and the key factors and paths affecting the performance of urban medical alliances were analyzed by using 25 typical cases of urban medical alliances through Crisp-set of qualitative comparison analysis (csQCA). Results: Performance of urban medical consortium is influenced by factors such as the collaborative system, inter-agency resource complementarity, business correlation, economic connections, assessment incentives, government support, and information platform. Three types of high-level urban medical alliances are formed: operational integration, management integration, and organizational integration. Conclusion: Urban medical alliances should focus on cooperative development of medical insurance and reform, take disciplines and health services as the contact point, prioritize resource coordinated governance, improve informatization construction, promote government assessment incentives, and improve the construction level of urban medical alliances, and promote urban medical alliances to become four communities.

【Key words】 Medical consortium; Performance management; Qualitative comparative analysis (QCA); Symbiotic theory; Hierarchic medical system

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71874059)

作者简介:刘小君(1998年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生信息管理。E-mail:249640076@qq.com

通讯作者:刘智勇。E-mail: zhiyongliu@hust.edu.cn

优质医疗资源短缺、区域资源配置不均衡和医疗资源利用效率不高是当前“看病难”问题的主要原因,也是破解医疗服务体系建设与日益增长的健康需求矛盾的主要方向之一。^[1] 医疗联合体(简称“医联体”)是有效实现医疗资源平衡配置、促进不同层级医疗机构分工合作、推进分级诊疗制度实施的重要政策推手。^[2] 国家出台了一系列文件以促进医联体在全国范围内推广,城市医疗集团便是其典型模式之一。^[3] 尽管有政策的指引,但各地仍处于根据自身优势进行探索的阶段,普遍存在政策落实和运行管理不足等问题,规范性建设和高质量发展仍是城市医联体建设推进的重要内容。^[4] 目前,我国尚未建立完善的城市医联体绩效考核评估方法,其相关研究也较为薄弱。^[5] 《关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)的通知》(国卫医发〔2018〕26号)等系列文件的重点是推动各级政府加快医联体建设,特别强调实施分级诊疗和实现“强基层”效果。^[6]

国际上对医联体有效性研究实践主要是以整合型医疗服务体系为主展开,从单一维度的医疗机构间服务整合发展到围绕全生命周期健康需求的多维度整合。^[7] 虽然各国整合模式多样,但其整合理念和目标基本一致。^[8] 国内学术界也通过不完全契约理论、扎根理论等方法^[9-11] 探讨了医联体绩效问题,并研究了不同层面因素的独立作用,观察视角主要是纵向紧密型整合类型和整体区域(如省、地市)推进效果。然而医联体绩效的影响因素之间并非相互独立,而是相互影响的,其复杂性使得理解城市医联体建设的政策作用和组织互动等多个因素的协同作用颇具挑战。因此,本研究从“组态视角”出发,基于共生理论构建出研究框架,通过对我国 25 个城市医联体案例进行定性比较分析,识别出医联体绩效提升的影响因素和驱动路径。同时,根据我国城市医联体的实际情况,探讨了不同类型医联体绩效差异化的条件和影响机理,并提出相应的对策和建议,为我国城市医联体绩效管理研究和实践提供参考。

1 理论框架与研究假设

德国生物学家德贝里提出了共生理论,该理论指出了不同生物之间密切共存的概念。^[12] 共生理论被理解为各种共生单元和共生环境之间相互作用的关系。^[13] 随着学科的发展,共生理论在生态学、管理

学、社会学等领域得到广泛应用。^[14-15] 本研究基于共生理论,结合医联体的发展现状和文献研究,构建了影响医联体绩效的理论框架模型(图 1)。

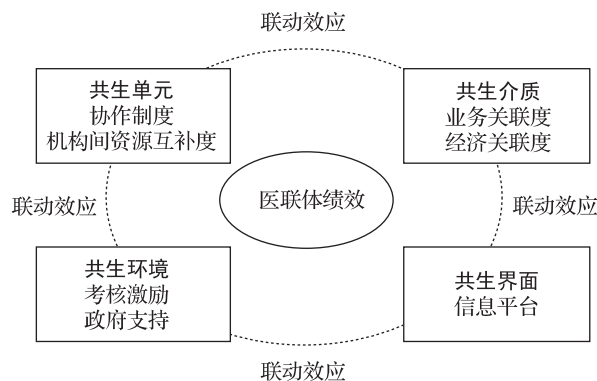


图 1 研究框架

1.1 共生单元

包括协作制度和机构间资源互补度两个条件。共生单元是共生系统中的基本能量生产和交换单位。在城市医联体中,共生单元是指核心医院、次级医院和基层医疗机构等。在医联体内,医疗机构之间的协作制度是“联”的基础条件,而医疗机构资源互补度是“医”的基本要素。^[16] 基于资源依赖理论,医疗机构的资源诉求是医联体组建的动因。^[17] 然而,由于部分医联体是由政府或卫生健康行政部门主张而非自主组建形成,医疗机构间协作机制和资源互补度则成为影响医联体绩效的关键要素。

1.2 共生介质

包括业务关联度和经济关联度两个条件。共生介质是共生单元交流的媒介,包括物质、能量和信息。在医联体内,医疗协作和统一管理的相关媒介在各个医疗机构间不断流动,其业务关联度和经济关联度是关键因素。基于交易成本理论,医联体治理结构选择恰当与否直接关系到医联体绩效高低。^[18] 共生介质可分为技术和管理(业务)以及资产(经济)两大类。^[19] 医联体的绩效取决于纽带连接的质量,业务和经济关系越紧密,则效益效率越高。

1.3 共生环境

包括考核激励和政府支持两个条件。共生环境是除了共生单元自身因素以外,其他所有决定共生关系存在和发展的外部因素。政策环境、经济环境等是决定医联体持续发展的重要因素。政府的支持投入弥补牵头医院所花费的成本,适当的考核激励机制能够提供协作的内生动力,这都是影响医联体绩效持续发展的重要因素。^[11]

1.4 共生界面

包括信息平台一个条件。共生界面是共生单元间进行资源传递的总渠道,其中信息平台是医联体内成员医院进行资源共享和传递的通道。因此医联体的信息平台需要实现互联互通、规范化和功能健全,以改善信息共享和促进资源整合,从而为提供便捷有效的整合型医疗服务提供重要支持。^[20]

2 资料与方法

2.1 资料来源

本研究选取了25个城市医联体作为案例研究对象。案例选择原则包括:(1)选择政府主导型医疗集团,其以区域内二、三级医院为核心,由若干基层医疗机构参与整合,以分级诊疗、强基层以及满足当

地居民健康需求为发展目标;(2)国家118个城市医联体试点城市;(3)具有典型代表性,且当地医疗资源相对丰富,医联体建设网格化布局较好。本研究基于当地卫生健康行政部门的医联体绩效考核数据、问卷调查和对医联体负责人的访谈获得了完整的案例数据,案例基本情况如表1所示。

2.1.1 前因变量

本研究使用模糊综合评价法,根据医联体绩效参考资料和前人研究设置指标项^[9,11,18],由5位医联体管理、医院管理领域专家,按照指标项对25个城市医联体根据好、较好、一般、较差、差五个等级进行评分打分,采用“积一和”模糊算子计算隶属度分值,并根据最大隶属度法则确定前因变量原始数值(表2)。

表1 城市医联体案例基本情况

案例名称	所属行政区域	成立年限	牵头医院等级	案例名称	所属行政区域	成立年限	牵头医院等级
BC	北京市	9	三级甲等	HZ	浙江省	7	三级甲等
BH	北京市	9	三级甲等	JX	浙江省	5	三级甲等
TH	天津市	8	三级甲等	NH	浙江省	5	三级甲等
TX	天津市	8	三级甲等	ZH	浙江省	3	三级甲等
HT	河北省	10	三级甲等	TL	安徽省	5	三级甲等
DC	辽宁省	4	三级甲等	ST	湖北省	8	三级甲等
DZ	辽宁省	5	三级甲等	WH	湖北省	12	三级甲等
SW	江苏省	5	三级乙等	WJ	湖北省	3	三级乙等
SZ	江苏省	3	三级甲等	BY	广东省	2	三级甲等
XZ	江苏省	3	三级甲等	LH	广东省	7	三级甲等
YZ	江苏省	5	三级甲等	DY	四川省	5	三级甲等
ZB	江苏省	11	三级甲等	JN	四川省	4	三级乙等
HS	浙江省	7	三级甲等				

表2 前因变量的指标描述及指标项

指标名称	指标描述	指标项
协作制度	医联体内机构建立双向转诊标准与规范以及医疗质量同质化管理制度情况。	双向转诊标准与规范;医疗质量同质化管理制度。
机构间资源互补度	医联体内机构的功能定位围绕政府与核心综合医院共建的程度。	包括市、县级医院、专科医院和基层医疗机构;包括专业公共卫生机构;包括社会力量举办的医疗机构、护理院或康复医院等。
业务关联度	医联体联合共建学科专科、家庭医生团队参与业务协同的关联程度。	联合共建学科专科情况;家庭医生团队构成情况及其服务情况。
经济关联度	医联体内人、财、物等资源实现统一管理的程度。	人事调配权统一调配;经营管理权统一调配;资产使用权统一调配。
考核激励	针对医联体内促进医疗资源整合和下沉的考核和激励机制建立情况。	与医联体相适应的绩效工资政策和落实情况;向基层倾斜的绩效工资制度情况和落实情况。
政府支持	当地政府以财政资金投入、技术援助等手段支持医联体内各医疗机构发展的程度。	医联体建设累计投入专项资金情况;政府对于医联体政策倾斜情况;政府激励机制。
信息平台	医联体内依托新建或现有信息化平台改造,实现医联体信息互联互通、资源共享的程度。	信息化建设标准与规范;电子健康档案和电子病历系统互联互通;诊断、病理、影像资源共享;信息平台功能实现情况。

2.1.2 结果变量

本研究依据医联体建设目标来评判医联体绩效^[3],在具体指标的选择上,依据SMART、可行性等

原则,以双向转诊指标(上转/下转病人比例)反映分级诊疗实现效果;以基层效益提升(基层诊疗量、基层业务增加量、高血压/糖尿病/肺结核规范化诊疗

规范率)、基层能力提升(社区医院/基层建设达标比例)指标反映“强基层”的实现效果;以患者满意度反映是否满足当地居民的健康需求。

为保证医联体绩效指标分档的客观性,本研究采用熵值法计算指标权重。根据熵值法权重计算结果,医联体绩效的各维度计算权重分别为分级诊疗效果(0.413 7)、“强基层”效果(0.584 5)、当地居民健康需求(0.001 7)。在熵值法权重的基础上,本研究采用非整次秩和比法进行分档排序后,得到 25 个城市医联体绩效 5 档原始数据。

2.2 研究方法

本研究采用基于集合思想的定性比较(Qualitative comparative analysis, QCA)方法,以组态视角探究城市医联体绩效背后的复杂作用机制。QCA 方法可以揭示影响城市医联体绩效的前因条件之间的相互依赖性,同时适用于医联体提升路径的选择问题。本研究受限于前因变量指标项的二分类特性和部分城市医联体发展现状,采用清晰集定向比较方法(Crisp-sets qualitative comparative analysis, csQCA)。根据 csQCA 的赋值原则和相关研究^[21],本研究使用均值锚定法将前因变量和结果变量进行二分化处理。采用 fsQCA 3.0 软件进行分析,一致性阈值设为 0.8,案例阈值设为 1,进行 Quine-McCluskey 检测。

3 结果

3.1 单个条件的必要性检验

当进行 QCA 分析时,需逐一检验各条件的必要性。当某前因条件始终存在于结果发生时,称之为必要条件。一般当条件变量的一致性大于 0.9 时,视其为结果变量的必要条件。^[21]必要性检验结果如表 3 所示,高协作制度、非高机构间资源互补度、非高经济关联度、非高考核激励、高政府支持、高信息平台一致性均大于 0.7,高业务关联度一致性大于 0.9。业务关联是医联体发展历程中最基本的影响因素^[3],因此将本研究对业务关联度处理设为“存在”,其他条件设为“存在”或“缺乏”。

3.2 充分条件组态分析

QCA 路径分析包括三类解:复杂解、中间解、简答解。其中,中间解不允许消除必要条件,具有启示

性和普适性。^[22]通过路径分析可以发现(表 4),业务融合型、管理融合型和组织合并型是实现城市医联体高水平绩效的主要类型,整体覆盖率为 1,说明这些类型几乎可以解释我国所有城市医联体高水平绩效的原因。

表 3 单个条件变量的必要性分析

条件变量	一致性	覆盖率
高协作制度	0.714	0.455
非高协作制度	0.286	0.143
高机构间资源互补度	0.286	0.286
非高机构间资源互补度	0.714	0.278
高业务关联度	1.000	0.467
非高业务关联度	0.000	0.000
高经济关联度	0.286	0.500
非高经济关联度	0.714	0.238
高考核激励	0.286	0.250
非高考核激励	0.714	0.294
高政府支持	0.714	0.357
非高政府支持	0.286	0.182
高信息平台	0.714	0.417
非高信息平台	0.286	0.154

表 4 高水平城市医联体绩效组态分析

路径	业务融合型	管理融合型	组织合并型
协作制度	⊗	●	●
机构间资源互补度	⊗	⊗	●
业务关联度	●	●	●
经济关联度	⊗	⊗	●
考核激励	⊗	⊗	●
政府支持	⊗	●	●
信息平台	⊗	●	●
一致性	1	1	1
原始覆盖率(%)	28.57	42.86	28.57
唯一覆盖率(%)	28.57	42.86	28.57
整体一致性		1	
整体覆盖率(%)		1	

注:●或●表示该条件存在,⊗或⊗表示该条件不存在;●或⊗表示核心条件,●或⊗表示边缘条件;空白代表该条件的水平高低不影响结果。

3.2.1 业务融合型

路径 1: ~协作制度 * ~机构间资源互补度 * 业务关联度 * ~经济关联度 * ~考核激励 * ~政府支持 * ~信息平台。^①在路径 1 中,业务关联度发挥核心作用。在城市医联体绩效实现中,高水平业务关联度是其必要和充分条件。该类型本质是服务整合,因此命名为“业务融合型”。业务融合型以技术为联结,建立难度小,机构间关系较松散,通过分工

① * 是表示“与”的逻辑运算符,它用于表示两个条件或变量之间的逻辑关系是“同时满足”的关系;~是表示“非”的逻辑运算符,它用于表示一个条件或变量的否定,即与该条件相反或不满足该条件。下同。

协作机制实现患者合理流动。^[18]代表性案例为北京市朝阳区中部医联体和海淀区中东部医联体。其主要策略是借助资源下沉和双向转诊,加强各医疗机构之间的联系,以家庭医生签约为核心,全科医疗人才培训和健康管理为重点,区域内专科联盟建设为同步措施,建立了涵盖多个专科领域的联合病房和康复护理服务一体化体系,实现医疗救治能力和质量的提升以及连续性的健康服务。

3.2.2 管理融合型

路径2:协作制度 * ~机构间资源互补度 * 业务关联度 * ~经济关联度 * ~考核激励 * 政府支持 * 信息平台。在路径2中,协作制度、政府支持和信息平台发挥了核心作用,业务关联度的存在发挥了辅助作用。这种医联体的共同驱动因素包括政府、资源、平台等管理层面因素,因此将其命名为“管理融合型”。管理融合型的特点是以管理为纽带,在保持各机构独立所有权的基础上,采用同一套管理制度进行协同工作。^[18]代表性案例为杭州市第一人民医院医联体、杭州师范大学附属医院医联体和浙江嘉兴市第一人民医院医联体。管理融合型医联体一般由政府主导,按照区域医疗卫生服务体系规划建设,旨在完善城乡医疗卫生服务体系,推动医疗资源下沉,并通过牵头医院专科技术提升和医联体信息平台的支持,实现小病和康复在基层医疗机构治疗,大病和疑难重病在大型医疗机构就诊。

3.2.3 组织合并型

路径3:协作制度 * 机构间资源互补度 * 业务关联度 * 经济关联度 * 考核激励 * 政府支持 * 信息平台。在路径3中,协作制度、业务关联度、经济关联度发挥核心作用,机构间资源互补度、信息平台、考核激励和政府支持发挥了辅助作用。这种医联体呈现出高度组织化的特征,需要7种前因条件的共同驱动作用,缺一不可,因此被称为“组织合并型”。代表性案例为深圳罗湖医院集团和宁波市海曙区医联体。宁波市海曙区医联体近年来向深圳罗湖医院集团方式转型,实现人才物紧密统一管理。综上所述,组织合并型医联体的主要特征是不同医疗机构之间有共同的法人代表,并通过紧密的人财物整合实现高度组织化。^[18]这种组织化的表现主要在于业务和经济的一体化。业务一体化需要根据当地居民健康需求调整医疗资源,并实施同质化的管理制度和技术规范;经济一体化则要求共享医联体内由业务一体化带来的经济利益,并制定统一的利益分配方案。^[23]

此外,通过删除所属行政区域为直辖市的案例以及将结果变量和前因变量的赋值标准提高10%,发现组态分析结果路径一致,说明本研究具有良好的稳健性。

4 结论与启示

4.1 结论

本研究采用csQCA方法对25个城市医联体典型案例进行条件组态分析,并以共生单元、共生介质、共生环境和共生界面为视角,探究其对城市医联体绩效的联动效益和驱动路径。研究结论如下:第一,共生介质中“业务关联度”是城市医联体成功与否的必要条件,这与城市医联体早期自我组合到政府主导有序推进的发展历程相吻合,而且早期地方报道的创新案例实践中也强调了加强上级医疗机构与基层医疗机构之间的业务交流;第二,城市医联体绩效存在3条驱动路径,本文将之归纳为“业务融合型”“管理融合型”和“组织合并型”,分别对应为城市医联体的不同整合程度。业务融合型属于低程度整合,管理融合型属于中等程度整合,组织合并型属于高程度整合。城市医联体的整合程度不同,其治理模式也不同。根据QCA方法的核心特征和假设,多重并发因果关系具有等效性。因此,这些城市医联体类型并无优劣之分,应与其自身情况相适应,构建“以人为中心”的整合型医疗卫生服务体系。另外,通过这3条城市医联体驱动路径发现,协作制度、业务关联度、经济关联度、政府支持和信息平台是实现高水平城市医联体绩效的核心前因条件。

4.2 启示

4.2.1 以学科和健康服务为触点,深化分工协作机制,促进协同共生

我国城市医联体建设虽已初具成效,但政策落实和运营管理方面存在地区差异。不同核心医院的临床学科能力、学科影响力和行政级别也导致了城市医联体的影响力不同。^[24]城市医联体的高水平发展面临多重制约,无法统筹提升所有结构要素。业务关联度是不同城市医联体发展的共同前因条件,尤其是对于“业务融合型”,更是必不可少的唯一核心因素,可以作为突破当前城市医联体发展问题的关键。为有效解决城市医联体的发展问题并提供更便捷的医疗卫生服务,应将基层作为重心,以学科和卫生服务为触点,加强医联体内各成员机构之间的

专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、联合门诊和病房等合作,建设全专联合、闭环管理的家庭医生团队模式和基于城市医联体的区域专科联盟,深化当前分工协作机制,更好地满足辖区内群众的就医需求,为人们提供更便捷的医疗服务。

4.2.2 以资源协同治理为核心,完善政府正向考核激励

资源依赖理论认为,医联体组建的核心动因是机构间的资源互补和对政府资源的一致性诉求。^[17]未来随着医学技术进步和优质高效服务体系的发展,医联体内部质量、费用和患者需求等关键资源要素的协同治理是医联体成功的关键。良好的协作制度是推动医联体发展的关键,尤其是对于“管理融合型”医联体。实现医联体协同共生的重要制度策略包括标准化和合理的绩效管理制度^[25],其中驱动型绩效管理更是实现医联体精细化管理的必要条件^[26]。另外,政府支持也是医联体发展的关键因素。医联体专项资金是医联体建设和发展的基石,通过充足的投入可以弥补牵头医院技术支援所需成本,有利于医联体的良性发展。因此,政府必须完善医联体内考核制度,发挥财政经费的正向导向作用,激发基层发展动力,最终实现医联体可持续发展,成为区域整合型医疗卫生服务体系的有机组成部分。

4.2.3 加强城市医联体信息化建设,促进机构间信息共享共享

城市医联体不同于县域医共体,更受限于行政管理的体制制约。^[27]因此,利用数字化技术赋能医联体是打破当前发展困境的有效途径,同时也对医疗卫生服务体系的整合和医疗资源的合理配置提供了重要的驱动作用。^[28]城市医联体信息化建设核心在于支持医联体内机构间连续服务、业务量记录和绩效管理。加强城市医联体信息化建设,主要包括以下三方面措施:一是建设医联体信息共享平台,实现数据充分汇聚并通过大数据管理中心高效持续管理;二是促进医联体与区域健康信息平台的互联互通,促进紧密型医联体、松散型医联体、远程医疗协作网同步发展,形成一体多面的发展格局;三是充分利用新兴技术支持,建设影像、检查检验、药品和消毒供应以及后勤服务等信息共享平台,并建设互联网医院和远程医疗服务平台,提高医疗服务的便民惠民水平。

4.2.4 坚持医保医疗改革协同发展,促进城市医联体成为四个共同体

“组织合并型”是高度整合的医联体,由服务、责

任、利益和管理四个共同体构成。这种类型的医联体需要七个前因条件共同作用,缺一不可。为了形成服务、责任、利益、管理四个共同体,除了将医联体文化融入整个发展建设中以作为软性支持^[20],医保支付改革是推动医联体优化改进的重要抓手和驱动因素^[29-30]。医联体医保管理应关注以下四个方面:第一,将医保支付方式和绩效考核相结合,推动医联体内采用以价值医疗为核心的医保支付方式,同时合理设置绩效管理制度,激励医护人员以患者为中心,促进以健康为中心的良性发展;第二,基于 DRG/DIP 等支付方式改革,构建医保医疗服务评价标准体系,有利于将医联体内机构间的契约化转变为医生之间的行为动力;第三,利用新兴技术支持医保基金智能监管,使用大数据和人工智能技术来识别无法直接观察或量化的医疗行为,提高对上下级医疗机构间不同医疗行为分工的评价^[23];第四,推动指导政策扩散,当前我国医联体内医保支付政策差异较大,应加强医保与医联体建设的协同,逐步推动向医联体医保总额预付制转变^[30]。

5 本研究的局限性

本研究的局限性包括:(1)数据来源的限制,仅有 25 例城市医联体案例,在一定程度上可能影响组态分析结果的代表性;(2)部分原始数据来源于专家打分,存在一定主观性;(3)本研究案例数据收集时间为 2021—2022 年,2020 年新冠疫情爆发以来医联体运作的工作重点转向了疫情防控,但本研究未纳入新冠疫情相关指标对医联体绩效的影响,希望后续研究能够补充这方面的探讨。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 代涛. “以人为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 2-10.
- [2] 肖洁, 高晶磊, 赵锐, 等. 我国城市医疗联合体实施现状及综合评价[J]. 中国医院管理, 2021, 41(2): 9-13.
- [3] 王俊, 王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究: 政策演变与理论机制[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 152-167, 176.
- [4] 高晶磊, 刘春平, 孙海燕, 等. 基于协同治理理论的城市医联体网格化管理模式研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(11): 18-22.

- [5] 陈多, 李芬, 朱碧帆, 等. 城市医疗联合体绩效考核现状、问题及对策分析[J]. 中国卫生资源, 2019, 22(6): 415-419, 424.
- [6] 国家卫健委, 国家中医药局. 关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)的通知[EB/OL]. (2018-08-09) [2023-04-02]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/201808/570358dbf0af41238f46bb89e4af538b.shtml>
- [7] 胡佳, 郑英, 代涛, 等. 整合型医疗健康服务体系理论框架的核心要素与演变特点: 基于系统综述[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 11-19.
- [8] 叶江峰, 姜雪, 井淇, 等. 整合型医疗服务模式的国际比较及其启示[J]. 管理评论, 2019, 31(6): 199-212.
- [9] 王振宇, 胡亚娣, 林凯. 不完全契约理论视角下医联体绩效评价及改进策略[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(8): 75-78.
- [10] 龙俊睿, 孙自学, 段光锋, 等. 基于 PLS-BP 神经网络模型的上海医联体绩效评估研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(1): 30-33.
- [11] 王曼丽, 方海清, 夏述旭, 等. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(8): 1-9.
- [12] 洪黎民. 共生概念发展的历史、现状及展望[J]. 中国微生态学杂志, 1996(4): 50-54.
- [13] 袁纯清. 共生理论: 兼论小型经济[M]. 北京: 经济科学出版社, 1998.
- [14] 李晓斌, 胡胜利, 孙岩, 等. 共生理论视角下整合型医疗卫生服务协同供给研究[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(7): 487-489, 499.
- [15] 宋晓庆, 熊季霞. 基于共生理论的纵向型医联体利益协调机制研究[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(1): 13-16.
- [16] 肖瑾, 刘影, 张青, 等. 紧密型医联体模式下成员单位护理质量同质化的实践[J]. 护理学杂志, 2019, 34(13): 71-74.
- [17] 郭冰清, 王虎峰. 基于资源依赖理论的医疗联合体组建动因与模式选择[J]. 中国医院管理, 2019, 39(8): 1-4.
- [18] 姚芳. 医联体治理结构与绩效关系研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2021.
- [19] 何鹤, 陈银海, 何井华, 等. 我国医联体进展现状研究[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(24): 4193-4196.
- [20] 杜羽茜, 宋宝香, 沈艳, 等. 基于共生理论的国家医联体绩效考核指标分析及优化[J]. 中国医院管理, 2022, 42(2): 44-46.
- [21] Ragin C C. The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies[M]. University of California Press, 2014.
- [22] 杜运周, 贾良定. 组态视角与定性比较分析(QCA): 管理学研究的一条新道路[J]. 管理世界, 2017(6): 155-167.
- [23] 倪沪平. 组织型医联体发展背景下的医保支付方式改革路径[J]. 中国医疗保险, 2020(6): 30-31.
- [24] 杨刘军, 才让, 王虎峰. 城市医疗集团带动公立医院高质量发展案例研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(5): 12-15.
- [25] 王虎峰. 医联体推动公立医院高质量发展的作用和路径研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(5): 1-6.
- [26] 张秀, 崔兆涵, 王虎峰. 基于驱动型理论的绩效战略管理平台应用研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(4): 10-14.
- [27] 闵锐, 刘冠军, 王伟国, 等. 城市医疗集团多元化发展模式的创新探索与评价[J]. 中国医院管理, 2022, 42(7): 5-9.
- [28] 简兆权, 谭艳霞, 刘念. 数字化驱动下智慧医疗服务平台价值共创的演化过程: 基于服务生态系统和知识整合视角的案例研究[J]. 管理评论, 2022, 34(12): 322-339.
- [29] 吴晓丹, 张晓亚, 岳殿民, 等. 基于医保支付方式的基层医疗服务签约策略[J]. 系统工程理论与实践, 2021, 41(10): 2548-2560.
- [30] 谭清立, 林岱衡, 陈静仪. 医保付费制度改革推进医疗联合体建设的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(8): 631-635.

[收稿日期:2023-02-02 修回日期:2023-04-12]

(编辑 薛云)