

中国紧密型城市医疗集团建设：典型模式、关键问题与路径优化

谭华伟^{1*} 彭馨怡¹ 姚辉² 张雪雨¹ 周乐明³ 陈迎春¹

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. 霍邱县第一人民医院 安徽六安 237400

3. 重庆邮电大学计算机科学与技术学院 重庆 400065

【摘要】本文从治理结构、组织再造、运行模式、机制协同四个方面归纳总结了典型地区紧密型城市医疗集团建设的基本特征。在此基础上,从权责归属失配、动态能力演进失序、激励调适失焦、绩效考评失衡四个方面分析了紧密型城市医疗集团建设的关键问题。最后,从治理体系、能力提升、利益整合、绩效考评四个方面提出优化紧密型城市医疗集团建设的响应策略。

【关键词】城市医疗集团; 典型模式; 关键问题; 响应策略

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.01.002

The construction of integrated urban medical groups in China: Typical models, key issues and path optimization

TAN Hua-wei¹, PENG Xin-yi¹, YAO Hui², ZHANG Xue-yu¹, ZHOU Le-ming³, CHEN Ying-chun¹

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

2. Huo Qiu First People's Hospital, Liuan Anhui 237400, China

3. College of Computer Science and Technology, Chongqing University of Posts and Telecommunications, Chongqing 400065, China

【Abstract】This paper outlines the common aspects of constructing integrated urban medical groups, focusing on governance, organizational restructuring, operational modes, and mechanism synergy. It then delves into the challenges in China's group construction, highlighting issues with power-responsibility alignment, capacity evolution, incentive alignment, and performance evaluation. Finally, the paper suggests strategies to enhance China's compact urban medical groups, focusing on governance reform, capacity building, benefit integration, and performance evaluation.

【Key words】Urban medical groups; Typical models; Key issues; Response strategies

1 问题的提出

城市是中国优质高效医疗卫生服务体系建设的重要载体。中国医疗卫生服务体系竞争而无序、分层却断裂,导致优质医疗资源分布的不均衡、不充分^[1-2]。为破解这一难题,2017年国务院办公厅印发

了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发[2017]32号),首次明确提出建设城市医疗集团。2023年国家卫健委等六部门联合印发《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》(国卫医政函[2023]27号),决定在全国开展紧密型城市医疗集团(以下简称“城市医疗集团”)建设试点。

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71974066;72374076)

作者简介:谭华伟(1989年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail: tanhuawei-2009@163.com

通信作者:陈迎春。E-mail: chenyingchun@hust.edu.cn

该文件将巩固分级诊疗制度建设成效、加快完善分级诊疗体系作为政策导向,将新体系、新模式、新格局、新机制作为改革手段,以期实现权责、资源、业务、机制协同。

构建整合型医疗服务体系是中国建设优质高效医疗服务体系的关键途径。作为中国特色的整合型医疗服务组织,城市医疗集团通过网格化布局、体系重塑和模式再造,以期加快完善分级诊疗体系。然而,网格内不同医疗机构的多元属性和复杂要素叠加,导致其集团系统出现治理结构与路径依赖、组织属性模糊、权力流转不畅等问题,需领导体系、管理体制、运行机制、资源配置、政策协同等方面做出适应性变革。尽管早期自发性的紧密型城市医联体探索过程中,在领导体系、管理体制、运行机制、政策供给等方面进行了有益探索,但距离成熟定型仍存在一定距离。^[3]因此,如何重构城市医疗集团网格内的医疗机构自组织机制,适应城市化进程中的全人群健康需求,并最终实现城市医疗集团功能和治理的适应性演进,成为新时期医药卫生体制改革的重要议题。

2 资料与方法

2.1 案例选择

参照紧密型城市医疗集团建设评判标准,按照网格化程度、法人类型两个维度,在国家卫生健康委推介的国家紧密型城市医疗集团试点建设重点培育城市中,选取深圳罗湖医院集团(以下简称“罗湖”)、

湖州市中心医院医疗保健集团(以下简称“湖州”)、徐州市第一人民医院医疗事业集团(以下简称“徐州”)、深圳大鹏新区医疗健康集团(以下简称“大鹏”)四个城市作为研究案例。

2.2 资料来源

2023年7—10月,课题组先后对湖州、罗湖、大鹏、徐州开展现场调研或会议调研。收集各试点城市的建设时间、建设内容、经验成效、存在问题等相关资料,并基于此对政策制定者、集团管理者进行座谈或访谈。最后,采用内容分析法,从治理机构、组织优化、运行模式、机制协同等维度比较四种模式的基本特征,并梳理关键问题。

3 典型地区城市医疗集团建设的基本特征

3.1 政府主导健全城市医疗集团治理结构

在组建方式上,实行政府主导下的重组或府院合作模式。在法人地位上,主要采取法人代表模式。在组建原则上,罗湖集团遵循去行政化、管办分开、政事分开原则;湖州集团遵循“四不变”“五转变”原则;徐州集团遵循“五不变”原则;大鹏集团以管理和技术为纽带,遵循“四不变”原则。在治理实体上,主要成立管委会、理事会、监事会等内外部治理主体。在权责分开上,主要是厘清区政府(或卫生行政部门)、管委会、理事会、集团总院的权责关系,实现去行政化、管办分开、政事分开(表1)。

表1 典型地区城市医疗集团的治理结构再造

	罗湖	湖州	徐州	大鹏
组建时间	2015年	2019年	2019年	2017年
网格程度	区—街道两级	市—区—街道三级	市—区—街道—社区四级	市—区—街道三级
组建方式	政府主导的重组	府院合作的联合体	府院合作的联合体	府院合作的联合体
法人类型	法人代表	法人代表	法人代表	法人代表
组建原则	去行政化、管办分开、政事分开、赋予自主权。	四不变:行政管理职责、干部管理权限、人员身份属性、财政投入保障不变; 五转变:转变工作理念、发展方式、组织体系、运行机制、服务模式。	五不变:成员医院具有独立法人资质,保持行政隶属关系、所有制性质、人事关系、拨款渠道、资产所属关系。	以管理和技术为纽带; 3家医院及所辖社康机构隶属关系不变、人员身份不变、资产所有权不变、财政投入不变。
治理实体	医改领导小组、理事会(内部和外部理事)、监事会	管委会、协调小组、工作专班	市属公立医院医管委、理事会、监事会	医院管理委员会
治理方式	区委书记担任医改领导小组组长;区长任罗湖医院集团理事长。	继续保留集团成员单位法人资格,各成员单位法人代表均由集团院长担任。	实行一个法定代表人,由市一院法定代表人兼任,医疗集团内各级医疗机构的独立法人地位不变。	建立统一的法定代表人治理结构,设置3家区级医院为市二院分院,形成跨区域上下联通的责任共同体。

表 1 典型地区城市医疗集团的治理结构再造(续)

	罗湖	湖州	徐州	大鹏
权责分开	区政府履行出资人职责,理事会负责重大决策,区卫健局负责行业监管,医院集团负责管理运作。	管委会作为集团的最高决策机构,统筹规划建设、投入保障、项目实施和考核监管等重大事项;集团对内部人员招聘、岗位管理、中层聘任和收入分配等拥有自主管理权。	理事会负责制定医疗集团发展规划等重大事项;集团总院和分院去行政化改革,由集团总院统一考核聘任分院的院长及其他领导班子成员,原有机构领导班子成员干部身份及职级记入个人档案。	集团与区级卫生健康主管部门厘清责权,实现区属公立医疗机构所有权与经营权分开。

3.2 供给侧结构改革助力城市医疗集团组织优化

在整合方式上,横向整合与纵向整合并行,纵向整合主要以托管手段实现。在功能定位上,主要明确牵头医院、区级医院、社区卫生服务中心的分工协作机制,罗湖集团还进一步明确集团的属性为基层医疗集团。在内部治理上,主要是理顺集团内部的

管理体系。如罗湖集团实行理事会领导下的院长负责制;徐州集团实行理事会治理,理事长由市属公立医院管理委员会任命产生,由徐州市第一人民医院主要负责人担任。在内部管理机构设置上,均建立了资源共享中心和管理中心。如湖州集团设置了 16 个管理中心、8 个资源共享平台(表 2)。

表 2 典型地区城市医疗集团的组织优化

指标	罗湖	湖州	徐州	大鹏
整合方式	横向整合 5 家区级医院及其所属的社康中心	横向整合分院:全面托管或业务托管; 纵向整合院区:法定代表人均由牵头医院担任。	纵向整合区级医院和社区卫生服务中心	纵向整合区级医院和社区卫生服务中心
功能定位	基层医疗集团:由区级综合医院与社康中心组成的紧密型医疗联合体,主要承担区域内的基本公共卫生、基本医疗和家庭医生服务	牵头医院:重点提升急危重症和疑难复杂疾病诊疗能力,加快打造技术高地、人才高地和科创高地; 分院:重点提升常见病和慢性病的诊疗能力; 院区:重点提升基本医疗服务和基本公共卫生服务能力。	区级医院开展常见病多发病以及部分急危重症病人处理工作; 市一院开展疑难、急危重、重大疾病的诊治工作,实现分级诊疗、双向转诊。	牵头单位:承担疑难复杂病例诊疗、急危重症有效救治;高水平学科建设、人才培养、科研教学等职责; 大鹏新区公立医院:强基层、促健康,解决常见病、多发病,推动全科与专科融合,打造全科医学高地;衔接市级医院与社康机构上下融合发展; 社康机构:强基层、促健康,解决常见病、多发病,推动全科与专科融合,打造全科医学高地。
内部治理	理事会领导下的院长负责制	集团领导班子(即牵头医院领导班子)按原干部管理权限选拔任用;成员单位负责人由区卫健局会同集团协商提名,按原渠道任命,成员单位相关人员在集团内的职务由集团负责聘任。	集团受市属公立医院医管委领导,医疗集团实行理事会治理结构,理事长由市属公立医院管理委员会任命产生,由市一院主要负责人担任。	市二院领导班子为集团领导班子,院长兼任集团及各分院院长、法人,同时委派 1 名集团执行院长及数名集团职能部门负责人负责具体工作,集团总会计师由大鹏新区委派。
管理机构	14 个资源共享中心、6 个管理中心	成立集团事业部;16 个管理中心、8 个共享平台	一办八中心	7 个部门、16 个专家委员会

注:湖州集团采取差别化命名,将二级医院命名为集团分院,将社区卫生服务中心命名为集团院区。

3.3 “五化”联动完善城市医疗集团运行模式

在一体化管理上,实现人财物信息统一管理。如罗湖、湖州集团提出建立责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体;大鹏集团提出行政、人员、人才队伍建设、信息建设等十二个一体化。在业务协同上,主要采取联合病房、双向转诊网络、门诊号源下放、科室垂直化管理、全专联合等手段。此

外,湖州集团还设置了 60 种疾病下转目录、5 类疾病上转目录;设置慢病一体化管理、高血压达标中心单元、安宁疗护中心等 9 个一体化业务中心。在数字赋能上,采用信息化赋能城市医疗集团具体运行。如湖州集团通过共建“一朵云”,实现集团内信息互联、互通、互认与互动(表 3)。

表3 典型地区城市医疗集团的运行机制

指标	罗湖	湖州	徐州	大鹏
一体化管理	服务、人员、绩效考核、招标采购和固定资产一体化管理；四个共同体；利益共同体、责任共同体、服务共同体、管理共同体。	三个一体化：运行管理一体化、医疗管理一体化、信息管理一体化；四个共同体：利益共同体、责任共同体、服务共同体、管理共同体。	八统一管理：人力资源、财务、质量、公共卫生服务、信息化、消毒供应、药品耗材和医疗器械配置、后勤服务。	十二个一体化：行政管理、人员管理、人才队伍建设、信息建设、分级诊疗转诊服务标准、家庭医生签约管理、健康管理、检查检验管理、药品管理、绩效考核管理、医学科研资源管理、后勤保障。
业务协同	医防融合、医教结合、医养融合	家庭病床、联合病房、家庭医生签约团队、9个一体化、60种疾病下转目录、5类疾病上转目录、40%门诊号源下沉等。	组织总院和分院实行人员、技术、管理“三下沉”到基层，开设联合病房、冠名专家工作室、专科门诊等。	双向转诊管理网络、预留转诊名额、建设家庭医生联动病房、健康管理等；整合后二级医院重点学科与牵头医院科室一体化管理。
数字赋能	是	是	是	是

3.4 机制协同推动城市医疗集团建设实质化

在财政投入上，罗湖集团采取“以事定费、购买服务、专项补助”的补偿机制改革。大鹏集团将集团定位为深圳大鹏新区一级预算单位，由区级财政核拨财政预算，由集团统一调配。在人事薪酬上，罗湖集团将编制管理为全员聘用制，取消医院行政级别和院领导职位数；并将政府办社康中心与其举办医院的工资总额分开管理。对照之下，大鹏集团实行岗位聘用制。在医保支付上，罗湖集团、湖州集团、徐州集团实行“总额包干、结余留用”的支付方式；更进一步，湖州集团建立门诊次均费用增幅、门诊人次人头比、按人头付费结算率的考核体系，并与门诊按人头支付的结余或超支比例挂钩。而大鹏集团实行“总额控制+按病种分值付费+按人头付费+按床日付费+按项目付费+按单元付费”的多元复合支付方式。在绩效考核上，湖州集团建立涵盖医疗服务能力、公共卫生服务能力、综合管理、满意度、深化医疗集团建设综合评价等5个一级指标的评价体系；大鹏集团针对市属医院、区属医院、社康机构实行不同层次的绩效考核；罗湖集团从健康绩效、运行绩效、管理绩效三个维度构建绩效考评体系。

4 城市医疗集团建设的关键问题

4.1 权力让渡下城市医疗集团治理的权责归属失配

区别于县域医共体，城市医疗集团建设跨越了市、区、街道三级政府。政府行政主导下自上而下的城市医疗集团建设，是对城市医疗卫生资源的系统重塑，需要对医疗卫生服务供给侧等进行调整。

然而，由于政府条块间因分工和部门差异，行政法规、行政隶属关系和业务指导关系纵横交错，导致医疗卫生服务供给切割成众多层次和环节。城市医疗集团内部不同单体机构的行政隶属和治理主体分立，在产权、行业管理、医保、编制、财政、价格等方面存在多重差异。条块关系中条块赋能、权力让渡等内部权力流转是城市医疗集团建设的必要条件，内部权力流转的充分性、层级性、预期性、稳定性均能影响城市医疗集团建设。总体来看，条块关系下中国城市医疗集团建设存在权责归属失配的问题，具体表现为：一是市区两级卫健、财政、医保、编办等部门均有其正式的权责结构（图1），参与跨部门、跨层级的城市医疗集团建设已超出其本部门的权责范畴，面临分享权力和承担额外风险的压力，影响了部门间协同治理的积极性。^[4]二是政府行政权力存在不充分让渡现象。“府院合作”模式中更多是区级卫健让渡管理权、经营权、分配权，保留产权和行业监督权，然而城市医疗集团所需的其他权力内部流转不畅。三是建设时效性上，面临主管、主抓政府领导升迁变动后政策的接续性难题。四是作为城市医疗集团的委托方之一的区政府，监督和管理作为医疗集团成员的市级医院，超出了区政府行政权力范畴。权责归属失配的结果是“协同惰性”“多头管理”等现象凸显。^[5]

4.2 组织化过程中城市医疗集团动态能力演进失序

从历史逻辑看，中国城市医疗集团经历了从自主组合探索到政府主导网格化建设、从技术帮扶到整体托管的转型。^[6]实践中，省级医院、医科大附院

牵头成立了大量的区域内和跨区域的医联体。城市医疗集团具有身份多元、主体多位、利益多样、成员权力不均、服务内容多样等特征,决定了其能力形成具有阶段性、动态性、层次性,其能力形成依赖于牵头单位的医疗辐射带动能力、资源集约管理能力,遵循“市级强—区级强—基层活—市域强”的动态路径。然而,在实际的城市医疗集团建设过程中,不仅

网格化建设中存在对内涵的理解不一、自身发展定位不明确、紧密程度难以界定等问题,还存在集团内部成员单位互动机制不健全、与省级医院外部互动机制不健全(特别是省会城市或优质医疗资源充足城市)等问题,导致组织化、赋能化、价值化动态路径演进失序,其结果是“连体不联心”“路径依赖效应”等现象凸显。

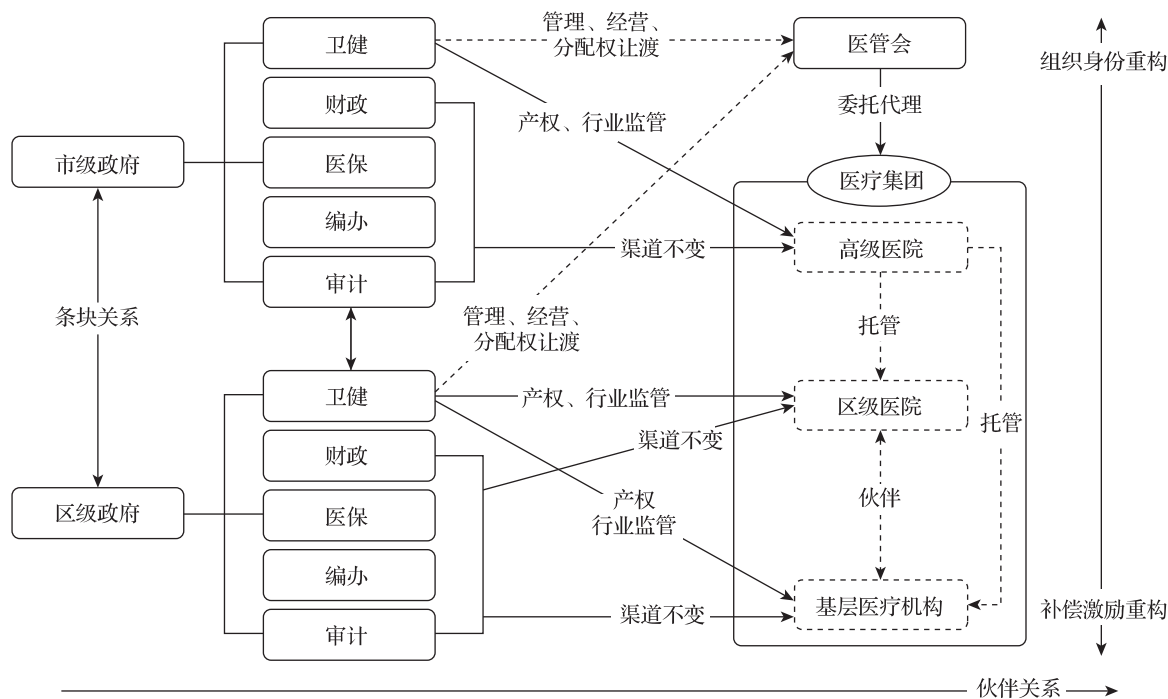


图1 城市医疗集团行政权力让渡过程

4.3 利益整合过程中利益生产和分成的激励调适失焦

早期医联体建设中,牵头医院按照被托管医院的业务收入进行一定比例分成。制度设计上,城市医疗集团拥有自主经营权、资产收益权、用人自主权、自主分配权、剩余控制权等权力,市级医院、区级医院、社区卫生服务中心等单体机构也将实现组织身份重构和补偿激励重构。一方面,作为二类预算单位的市级医院、区级医院与作为一类事业单位的社区卫生服务中心,在补偿来源、补偿方式、补偿结构、补偿水平等方面存在多重差异。另一方面,组织身份重构和补偿激励重构加剧了区级医院和社区卫生服务中心的身份模糊性和激励层次性,同时牵头单位面临成本内部化和风险内部化(图2)。调研中也发现医疗集团整体运营没有额外经费支持,缺乏关键资金保障。

因此,城市医疗集团利益整合依赖于利益生产

和分配两个核心机制。在利益生产机制上,核心是明确“改革红利”来源,如将优质患者留在市域内实现医疗收入增长。利益分配机制包括内部和外部两个方面,外部分配机制需考虑如何与政府、患者进行利益分享;内部分配机制重点在于托管协议、上下转诊、远程医疗、医保结余、检查检验结果互认等关键环节。以结余分成为例,受限于城市医疗集团非单一的法人实体、紧密程度尚未达到完全紧密程度、牵头单位医保基金管理能力不足等,制约了“总额预算、结余留用”的落实,集团内各机构间利益纽带难以建立。^[7]

4.4 跨部门、跨区域合作治理下城市医疗集团建设的绩效评价失衡

目前城市医疗集团绩效考评在考核主体、对象、内容、结果运用等方面尚不健全,亟需建立“部门—集团—单体”的全口径、立体式、捆绑式绩效考评和结果运用体系。一是由于城市医疗集团建设涉及政

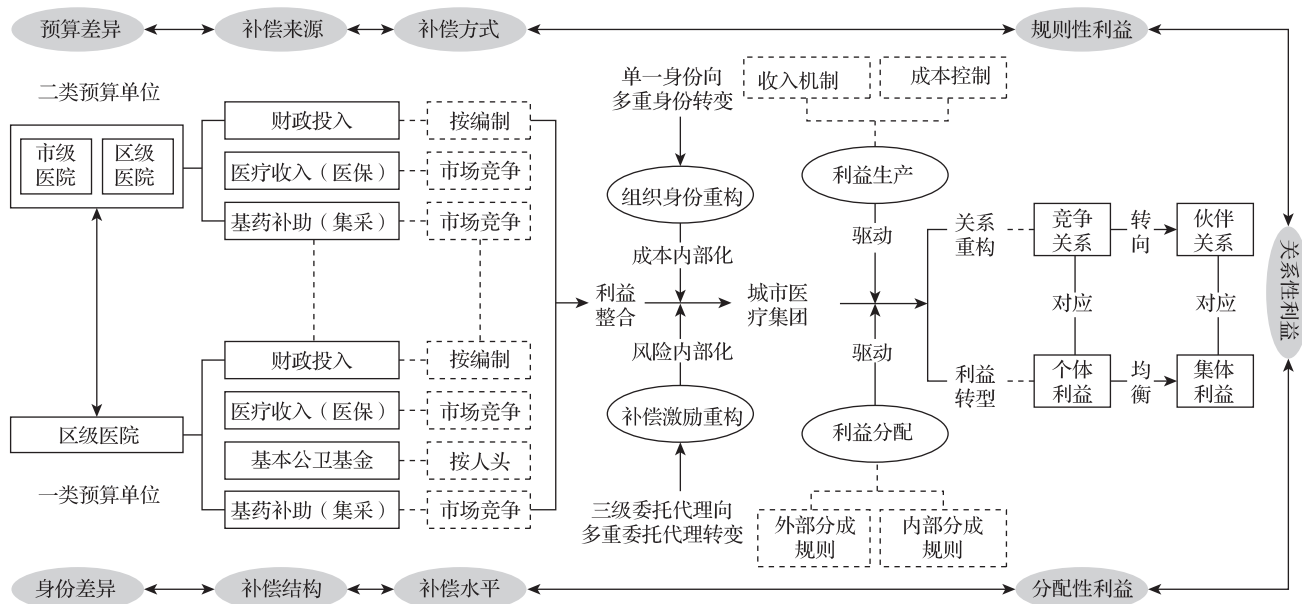


图2 城市医疗集团利益整合过程

府条块关系和跨部门治理,需将城市医疗集团建设工作纳入部门年度工作目标。调研中部分牵头医院多次提到亟需借鉴“新冠”网格化治理经验来压实各方责任。二是城市医疗集团内部“市级—区级—基层”机构绩效考核缺乏统一口径,目前仍是针对不同层级的机构进行独立的绩效考核,缺乏针对责权协同、资源协同、业务协同、机制协同落实情况和工作成效的定量和定性指标,也缺乏对城市医疗集团建设的整体成效评价。三是缺乏各成员单位对医疗集团建设成效贡献的量化指标体系,不利于医疗集团内利益分配。四是现有的绩效考核指标重过程、轻健康结局和绩效,重定性、少量化指标。调研中发现,部分牵头医院、区级医院提到以过程为主的二、三级医院考核与以健康结果、分级诊疗为主的城市医疗集团建设存在一定的冲突。五是考核主体与对象在行政管理上存在错位,考核约束力不强。^[8]六是考评结果的运用仍有待拓宽,亟需与财政补助资金投入、基本公共卫生基金拨付、医保资金拨付、绩效工资总量核定、医院等级评审、领导班子评价、城市医疗集团建设专项资金等挂钩。

5 完善城市医疗集团建设的优化路径

5.1 治理体系:法人治理下的体系重塑与模式再造

实践中,我国先后涌现出以上海申康为代表的集合式法人治理结构、罗湖医疗集团为代表的集团式治理结构、东阳市人民医院为代表的单体式法人

治理结构,呈现唯一法人、二级法人、唯一法人代表、平行新增管理或资源共享中心法人单位等法人主体。合理配置委托人和代理人的权责,明确责任主体和具体治理目标,确保治理模式与主体相匹配,并规范医疗集团内部治理结构的层级,平衡剩余控制权和索取权,对于完善城市医疗集团的治理体系至关重要。^[9]第一,健全政府权力让渡机制。在明确城市医疗集团政府办医和国有资产运营管理两个责任主体基础上,市区两级政府继续放权,进一步做实去行政化、管办分开、政事分开、赋予自主权。第二,政府部门归口管理向一体化管理转型,实现“九龙治水”向“一龙治水”转变。同时,强化权责清单治理,厘清市、区、街道三级政府的财权和事权匹配的权责清单。第三,鼓励探索区级卫健部门作为市级卫健部门分局(委)的市级层面的机构改革。第四,健全城市医疗集团法人治理结构和权责,真正落实城市医疗集团的法人地位,鼓励探索从法人代表向集团法人转变。在财政上,从预算软约束向预算硬约束转变、从单体预算向集团整体预算转变;在人事编制管理上,鼓励探索编制备案制、医疗集团专项虚拟编制池,建立编制动态调整机制等;用人自主权上,需统一设置岗位、统一公开招聘、统一岗位竞聘、统一人员使用、统一高级职称评聘等。

5.2 能力提升:夯实城市医疗集团动态能力建设路径

城市医疗集团建设旨在巩固分级诊疗制度,加快完善分级诊疗体系。因此,亟需增加城市医疗集

团优化卫生资源配置的能力,夯实城市医疗集团动态能力建设路径,实现“市级强—区级强—基层活—市域整体强”的目标。一是需明确城市医疗集团的能力跃迁路径,即“组织化、赋能化、价值化”。借鉴资源编排理论,城市医疗集团能力形成分为三个阶段:组织化(建立治理体系和管理机构,重构组织身份,整合资源能力),赋能化(推行管理扁平化、业务垂直化、数字化、质量同质化、防治管一体化,重构补偿激励和资源管理),价值化(基于城市医疗集团平台,实现公共、集体、个体价值的人群健康生产和一体化服务)。二是多体贯通丰富市域整合型医疗服务体系内涵。向上贯通,与省级医院、医科大学附属医院建立专科联盟、专病联盟、远程医疗等组织形式。向下贯通,以整体托管、专病联盟等手段实现城市医疗集团和紧密型县域医共体的“双体贯通”。三是分步分类推进城市医疗集团建设。如针对卫生资源充足和一般的城市,建立差别化的城市医疗集团建设路径和模式。省会城市可先整合区级医疗机构在区级层面形成实体法人组织,然后以整体托管、唯一法人等方式再与市级医院建立城市医疗集团。一般地级市可先整合市级医疗机构形成实体法人组织,然后以整体托管、唯一法人等方式再与区级医疗机构建立城市医疗集团。

5.3 利益整合:整合多源流资金健全利益生产和分成机制

城市医疗集团的利益整合核心在于筹资、支付、分配利益的重新分配,以实现“部门—组织—个体—个人”层面上的差异均衡,调整激励补偿机制,避免扭曲集团内在动力,实现利益内部化。^[9-10]一是可借鉴美国的责任医疗组织,在省级或市级层面设立专项资金支持城市医疗集团建设。二是对筹资、补偿、支付、薪酬分配等微观机制进行整体安排。将政府补助、医保基金、公共卫生资金、家庭医生经费、编制保障等打包给城市医疗集团,营造利益捆绑的共享环境。三是聚焦医疗集团内利益分配关键环节,明确内部利益分配规则。以联合病房绩效工资核算为例,可根据牵头医院近三年基于病种分值核算的绩效单价与区级医院、社区卫生服务中心的业务收支结余情况,对病种进行成本核算,再核定出联合病房的病种绩效分值;然后根据联合病房收治病种的收入结构、病种成本与上下级医院医务人员的劳动价值以及医疗成本,结合联合病房产生的成本和收益,

按一定比例在牵头医院、区级医院、社区卫生服务中心进行利益分成。四是优化预算总额打包方式、优先秩序、结算方式,做实结余留用机制。首先,需完善市域内医保基金的分级预算。按照市域内医疗机构功能定位,对市—区—街道三级机构设定医保预算总额。其次,完善市域内医保基金的分项预算。按照门诊、住院、慢特病实现医保基金池的分项分类的大预算,同时鼓励探索市域内常见慢性病、基层病种、地方高发病等病种小预算。再次,市域外结算参照市域 DRG/DIP 点值标准据实结算,市域内医疗集团之间进行交叉结算。最后,需明确城市医疗集团结余属性、结余形成路径、结余评价、结余分配、结余转化等关键环节。在明确结余的具体用途上,可用于人员奖励性绩效、事业发展经费、人员培训费、患者参与奖励、参与健康管理的专业公共卫生机构奖励等。在明确结余转化路径上,可与医疗服务价格动态调整联动,将结余金额转化为以劳务技术价值消耗为主的医疗服务项目价格调整。^[11]

5.4 绩效考核:健全跨区域、跨部门的捆绑式健康绩效考核和运用体系

一是健全城市医疗集团外部治理成效的考评体系。首先,将城市医疗集团建设工作纳入各地市区政府年度高质量发展考核目标,考评结果与干部选拔、评先评优、资源配置挂钩。其次,建立运行监督机制,党委政府督查机构会同卫生健康部门常态化开展督导和阶段性评估,纪检监察和审计部门聚焦财政投入、医保打包拨付、人财物统管等工作重点和关键环节,开展专项监督检查和审计。二是健全城市医疗集团内部单体机构差异化的考核体系。依据城市医疗集团功能定位,建立与之相适应的集团内部单体机构差异化的考核体系。三是健全成员单位对医疗集团建设成效贡献的量化指标体系。以成本控制、健康效果、医疗质量、医疗效率等量化指标为基础明确集团内各成员单位具体贡献。四是建立紧密型医疗集团整体考核体系。重点考核责权协同、资源协同、业务协同、机制协同落实情况和工作成效。如市域内总住院率、慢病发生率、区级医院医保基金占比等。考核评价结果与财政投入、医保支付、薪酬总额和大型医用设备配置、医院评审评价、医学中心和区域医疗中心设置等挂钩。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Yip W, Fu H, Chen A T, et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage[J]. The Lancet, 2019, 394(10204): 1192-1204.

[2] 封进, 吕思诺, 王贞. 医疗资源共享与患者就医选择: 对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界, 2022, 38(10): 144-157, 173.

[3] 纪凯, 桑凌志, 颜羽赫, 等. 共生理论视角下安徽省紧密型城市医联体建设路径分析[J]. 中国医院, 2022, 26(12): 12-16.

[4] 董建新, 张永梅, 李国栋, 等. 湖州市城市医疗联合体建设实践[J]. 中华医院管理杂志, 2022, 38(5): 327-331.

[5] 曹琦, 崔兆涵. 我国医联体协同关系的构建和完善: 制度约束和策略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 7-13.

[6] 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.

[7] 陈迎春, 谭华伟. 中国紧密型县域医共体医保支付的财务脆弱性与风险保护: 风险识别、经验镜鉴与政策路径[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(11): 1-10.

[8] 李芬, 陈多, 朱碧帆, 等. 大城市整合医疗卫生服务实施路径探讨: 以上海为例[J]. 中国卫生资源, 2019, 22(6): 420-424.

[9] 崔兆涵, 王虎峰. 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 1-7.

[10] 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.

[11] 代涛. “以人民为中心”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.

[收稿日期:2023-10-06 修回日期:2023-12-27]

(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2024 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,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、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

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、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、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

电话:010-52328696、52328697