

## 我国公立医疗机构“集团化发展运行问题”的描述性系统评价\*

李洁<sup>1</sup>,冉素娟<sup>2△</sup>,蒋祎<sup>1</sup>,吴元圆<sup>1</sup>,黄海平<sup>1</sup>,张清华<sup>1</sup>

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016; 2. 重庆医科大学附属儿童医院科研处 400014)

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3581-03

医院集团化经营即各级医疗机构根据自身的特点和需求,以地域优势、学科专业、集团资产等为纽带,通过松散协作、联合兼并、连锁经营、资产重组等形式进行企业化经营,集团化管理,利用规模效应来提高医院的经济效益和社会效益<sup>[1]</sup>。自 20 世纪 90 年代后期开始兴起的众多公立医院集团成立不久就因缺乏经验、管理不善等原因而迅速瓦解。本文系统评价国内各公立医院集团在运行中存在的问题,旨在总结出我国公立医院集团化过程中的不足,为公立医疗机构改革提供借鉴。

## 1 资料与方法

**1.1 纳入、排除标准** 纳入标准:纳入描述我国公立医疗机构间各种集团化发展模式问题的文献。排除标准:不涉及我国公立医疗机构间合作相关问题的文献;没有对我国公立机构间合作存在问题进行阐述的文献;国外医疗合作模式相关文献。纳入文献类型为:学位论文、期刊、报纸。文种为中文。

**1.2 检索** 检索中国知网、维普、万方 3 个数据库,自建库以来到 2013 年 10 月 31 日的文献。检索采用主题词与自由词相结合的方式。检索词包括:医院集团、医疗集团、医院联盟、医疗联盟、医疗联合体、医联体、区域医疗、网络医院。将以上 8 个检索词结合各数据库的特点和要求分别制订相应的检索式进行检索。

**1.3 文献筛选** 2 名评价者通过独立阅读题目与摘要初筛、全文筛选的步骤进行筛选,如有分歧,则与第 3 位评价者讨论做出判断,确定最终纳入文献。

**1.4 信息提取与数据整理** 依据研究的目的制订统一的信息提取表。2 名评价者独立阅读纳入文献的全文,对文献内容进行归纳与分类。核实提取结果,对有分歧的部分通过与第 3 位评价者讨论做出最终判断,确定信息提取结果。

**1.5 统计学处理** 采用 Excel 表格对所提信息进行归纳汇总。

## 2 结果

**2.1 纳入文献描述** 通过文献检索及纳入排除标准,纳入的 22 篇文献,共分析了 14 个公立医院集团化发展实体<sup>[2-12]</sup>(医疗集团、医院集团或医联体等,以下统称为集团化发展实体)在发展过程中存在的问题,其合作模式和类型见表 1。

**2.2 质量评价与控制** 借鉴 Clearinghouse 证据级别定义的定性类文献质量分级标准<sup>[13]</sup>,通过专家咨询,自拟本研究文献证据级别评价标准,根据文献论证的缜密性与相关性强弱分为 A、B、C、D、E 5 级。其中,A 级文献有 6 篇,B 级文献有 8 篇,C 级文献有 6 篇,D 级文献有 2 篇,无 E 级文献。由此看来,本次系统评价纳入文献质量中等。

## 2.3 我国公立医疗机构间集团化合作模式的描述

表 1 我国公立医疗机构间合作模式及类型

成立年份	联盟名称	合作类型	文献数
2012	上海金山区中西医结合医院 医疗联合体	松散协作	1
2011	瑞金-卢湾医疗联合体	兼并联合	1
2010	武进区医院集团	松散协作	1
2009	江苏江滨医疗集团	松散协作	4
2009	江苏康复医疗集团	资产重组	5
2008	马鞍山市市立医疗集团	资产重组	1
2005	唐山工人医院集团	托管制	1
2003	大庆石油总医院集团	兼并联合	2
2002	温州医学院附一院医疗联合体	兼并联合	2
2000	瑞金医院集团	兼并联合	1
2000	朝阳医院医疗联盟	松散协作	4
2000	北京复兴医院集团	资产重组	1
2000	上海中冶职工医院集团	资产重组	1
1999	青岛海慈医疗集团	资产重组	1

**2.3.1 集团内医疗机构合作模式及内涵的描述** 依据我国公立医疗机构间合作的具体内涵和方式的不同,本文把我国公立医疗机构间的集团化合作模式分为以下 4 类。托管制模式(M1):指医院产权所有者将医院(或科室)的经营管理权交由具有较强经营管理能力,并能够承担相应经营风险的机构进行有偿经营,明晰医院所有者、经营者债权债务关系,实现医院效益最大化的一种运营方式<sup>[14-15]</sup>,本文有 1 个集团采用了此模式。松散协作模式(M2):以地域优势或学科专业优势为纽带,以协议或契约方式建立起协作经营关系,集团内部各成员医院没有隶属关系,所有制性质、财务核算形式、现有资产所属关系、人员归属管理权限等均不变,成员医院各自承担相应的民事责任,经营上独立自主<sup>[15]</sup>,本文有 4 个集团采用了此模式。兼并联合模式(M3):以资本和长期经营管理权等为纽带,购买、兼并或联合医院,直接进行经营管理。被兼并的医院纳入核心医院进行统一管辖,建制撤消,产权转移,人员合并;而“联合”医院的隶属关系、产权、级别、人事归属均保持不变。从管理体制和运作来看,原有各医院之间在规模和综合优势上有大、小之分,改革以医院整体实力为纽带,以“大”联“小”或并“小”<sup>[15]</sup>,本文

\* 基金项目:重庆市卫生局医学科研基金资助项目(2012-2-098)。

通讯作者,E-mail:929069024@qq.com。

作者简介:李洁(1989—),在读硕士,主要从事医院管理研究。△ 通

表 2 集团化发展现存问题的描述

一级指标	二级指标	三级指标	存在问题	关联类型	文献数量	
外部环境	医患关系	满意度	患者对下级医疗机构不信任	M2、M4	3	
	政策环境	医疗保障制度	医保总额限制不甚合理;“患者报销制度”管理不当	M2、M3、M4	6	
		其他政策支持	帮扶资金投入不足;对基层医院补偿不到位	M2、M4	8	
内部环境	人力资源	人力资源不足	医生业务水平参差不齐且人员缺乏	M2、M4	3	
	财务	财务管理	“先使用后付款”结算方式不合理;核心医院财务负担加重	M2、M3、M4	3	
	信息化	信息网络平台建设	医疗信息不对称;软、硬件设施质量问题;缺乏专业人员		M2、M4	2
			各机构隶属不同部门,协调难度高;集团内部组织和管理理念不统一;集团总部约束力低		M1、M2、M4	5
	管理运行	行政组织管理制度	产权制度	医院集团不具有真正的法人资格	M2、M3、M4	6
		医院文化再造	医院文化再造	职工对医院集团的认同有差异	M1、M2、M3、M4	5
	技术合作	双向转诊	上下级医疗机构信息不对称;医疗机构间经济利益对立	M2、M3、M4	4	
	发展定位	医院发展规模	发展规模大造成地区垄断;发展规模过大造成规模不经济	M1、M4	2	

有 4 个集团采用了此模式。资产重组模式(M4):以资产为纽带,有多家医院横向或纵向、不分医院级别和专科的全方位的重组联合、合并成一个统一的医院集团,通过医院集团的规模效应:统一管理降低运营成本,共享医疗资源<sup>[15]</sup>,本文有 5 个集团采用了此模式。

**2.3.2 集团化发展中现存问题的描述** 参考李辉<sup>[16]</sup>提出的医疗联合体各要素指标的分类观点,结合本文纳入文献中所包含的各项要素所体现出的问题,将 14 个集团存在的问题进行了分类分析,其中,涉及集团化发展外部问题主要是政策环境和医患关系不良,而内部问题则涉及面较广,主要是产权制度、管理机制与医院文化,其次是双向转诊、人力资源问题。不同的发展模式下,其存在的主要问题有差异:M1 中主要存在运行管理体制与发展定位方面的问题;M3 存在的问题主要集中在管理运行体制与财务方面;M2 与 M4 在所归纳的集团内部发展环境方面均存在问题,详见表 2。

### 3 讨 论

**3.1 医院集团化发展中存在的问题具有普遍性,问题差异与合作发展模式差异有关** 从仅有的文献分析,有外部政策问题和内部环境问题,基本上能够反映出目前我国公立医疗机构间集团化运行中普遍存在的问题与困惑,其中最根本的是医院集团合作的内、外部管理体制机制存在问题,并且这些问题大多不是孤立存在的,而是相互渗透、相互影响的。M1 存在的问题相对较少,主要体现在行政组织管理制度、医院文化再造及发展规模三方面。由于运行中仍有政事不分现象,这种行政组织管理制度的缺陷就导致集团内部管理协调难度高、约束力低等问题,而不易协调还会导致各成员医院固有文化间产生冲突,致使医院集团文化融合困难。同时,集团内外部考核与监管体系不健全容易导致上级医疗机构因逐利而盲目扩大托管范围,造成医疗集团的规模不经济和垄断,忽略公立医院的公益性。M2 由于不涉及成员医院的财产权,仍为自主经营的独立法人,因此对于集团的规模控制方面没有太高的要求和影响。也正是因为该模式集团内部成员间“各自为政”,无法对其进行统一的管理和协调,成员间由于没有一致的利益分配机制,很容易因各自趋利而产生恶性竞争,无法达到集团共同发展、优化地区资源配置的目的。M3 存在的问题主要体现在财

务管理制度、产权制度、医院文化再造及双向转诊 4 个方面。该模式相当于将兼并、联合两种方式结合,给成员医院提供了更多的合作选择。但是联合兼并之后的产权归属划分不清,成员间关系不好界定,所以管理无法完善,尤其体现在财务管理、文化重组管理等方面。而由于上下级医疗机构间诊疗技术和医疗设备的差距,以及各医疗机构间利益的冲突,致使双向转诊不畅,究其原因,仍与其产权不清,管理制度不完善相关。M4 是这 4 种模式中问题最多的一个,此模式的医疗集团以资产为纽带,成员医院“不分大小”,“不分性质”,“纵横结合”,采取全方位的合作。而正是这样全方位的合作,覆盖面过大,在目前相关政策和制度还不完善的情况下,发展中的众多问题就突显出来了。

**3.2 优化医院集团化发展的内外部环境,用发展解决发展中的问题** 在建立与发展医院集团化的道路上,需要通过继续解放思想,不断完善与优化内外部发展环境,逐步建立完善的、适应中国特色的公立医院集团化发展管理体制,通过促进发展来解决发展中的具体问题。首先,政府完善区域医疗卫生规划是医院集团化良性发展的必要的“顶层设计”;良好的卫生政策环境和充分的财政支持是集团化可持续发展必需的合作前提。其次,各医疗机构间秉承自由自愿、互惠互利、协调发展的原则,“因地制宜”的选择集团化发展模式,明确各方成员的权责利分配,构建良好的内部管理机制,合理控制发展规模,于内部实现各成员医院利益需求,于外部实现社会公益性。本研究严格按照系统评价的方法进行,文献筛选与提取过程严格执行设计方案,控制可能产生的偏倚。从文献筛选中可以看出,目前国内对公立医疗机构间集团化合作开展了大量实践,但相关文献以回顾性的经验总结或定性分析为主,其方法学存在局限性,在一定程度上影响了研究结果的准确性。此外,本次文献主要来源于 3 个常用中文数据库,可能会对研究结果的完整性产生影响。

### 参考文献

- [1] 王健,韩光宇. 团结协作构筑医疗合作平台资源共享推进医药卫生事业发展[J]. 江苏卫生事业管理, 2010, 21(4): 28-29.

- [2] 曾耀莹. 京医疗联盟重构诊疗秩序[J]. 中国医院院长, 2013,9(1):52-53.
- [3] 关昕. 基于区域性医疗集团下的双向转诊模式探讨——以“北京复兴模式”与“大庆模式”为例[J]. 中国社会医学杂志, 2009,26(5):303-305.
- [4] 朱夫, 杨扬, 万祥波. 江苏康复医疗集团探索法人治理结构的实践与体会[J]. 中华医院管理杂志, 2013,29(4):253-255.
- [5] 翟洪源, 孔小庆. 镇江市医疗机构双向转诊的实践与思考[J]. 社区医学杂志, 2012,10(19):17-19.
- [6] 王懂燕, 谭忠良. 医疗联合体模式下家庭医生制服务的实践与思考[J]. 社区医学杂志, 2013,11(1):22-23.
- [7] 冯立中. 医疗联合体的“马鞍山样本”[N]. 健康报, 2013-04-03(8).
- [8] 武锋, 孙强, 巢宝华. 青岛市海慈医疗集团实行药房托管的操作模式与效果[J]. 中国医院管理, 2003,23(9):12-13.
- [9] 朱凡, 高卫益, 马捷, 等. 新医改背景下瑞金-卢湾医疗联合体实践与思考[J]. 中国医院管理, 2013,33(5):10-12.
- [10] 孙胜伟, 周岚, 赵列宾, 等. 瑞金医院集团实施多元化办医策略的初步研究[J]. 中国医院管理, 2003,23(11):10-12.
- [11] 王文斌. 联合重组图强提升实力为本[J]. 中国医院, 2003,7(2):24-27.
- [12] 徐英, 张卫东. 唐山工人医院集团化经营的现状、问题及对策分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2011,14(1):129-132.
- [13] California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Rating Scales Overview. [DB/OL]. [2014-12-07]. <http://www.cebc4cw.org/ratings/>
- [14] 陈钧. 上海医改探索“区域医疗联合体”[J]. 中国信息界: e 医疗, 2011,10(3):18.
- [15] 邹俐爱, 丘金彩, 冯丽仪, 等. 公立医院集团化运营模式剖析[J]. 现代医院, 2010,10(12):106-107.
- [16] 李辉. 医疗联合体可行性评价指标体系构建[D]. 石河子: 石河子大学, 2013.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-05-10)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.25.045

## 重庆市九龙坡区基层医疗机构绩效考核问题及对策研究\*

邓梦露, 林 幻, 胡新业, 蒲 川<sup>△</sup>

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

[中图分类号] R197

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3583-03

科学合理的绩效考核机制是实现和维护基层医疗卫生机构公益性、调动员工积极性的重要措施之一<sup>[1]</sup>。2010年起,重庆市九龙坡区开始探索基层医疗机构绩效考核机制,初步建立“以岗定责、层级考核、标量比对、团队协作、多元激励”的内部岗位绩效考核模式,绩效考核的实施有效提高了基本医疗服务和基本公共卫生服务的服务质量和水平,进一步提升了群众满意度。为此,本文通过与重庆市卫生和计划生育委员会(简称卫计委)、九龙坡区卫计委相关处室负责人进行深度访谈,并结合对九龙坡区卫计委进行的问卷调查,分析九龙坡区绩效考核实施过程中存在的主要问题,并提出相应的对策建议。

### 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 九龙坡区位于重庆市主城区西部,全区幅员面积 431.86 平方公里,拥有基层医疗卫生机构 537 个,其中含社区卫生服务中心(站)57 个,乡镇卫生院 9 个,村卫生室 76 个,门诊部 16 个,诊所、卫生所、医务室和护理站共 379 个(数据来源于重庆市卫生统计年鉴 2013)。本研究将该区基层医疗机构作为调查对象,调查内容主要包括机构卫生服务运行、绩效工资分配、财政补助情况、卫生技术人员工作积极性及居民的满意度等。

**1.2 数据来源与调查方法** 研究数据主要来自:(1)重庆市医改简报(九龙坡区卫计委上报数据);(2)重庆市卫生统计年鉴 2013;(3)根据研究目的设计调查表收集数据。与重庆市卫计

委分管基层卫生工作的领导、九龙坡区卫计委分管绩效考核工作的领导进行深度访谈,初步了解绩效考核现状以及遇到的困难。通过对九龙坡区卫计委分管绩效考核人员、基层机构卫生技术人员、居民进行问卷调查,分析绩效考核实施后服务数量、质量的变化,卫生技术人员工资以及工作积极性的变化,居民满意度的变化。

### 2 结 果

**2.1 绩效考核的主要做法** 由基层医疗机构内各职能科室负责人和相关工作干事成立绩效考核工作小组,根据基层医疗机构职责任务设定公共卫生、基本医疗、综合管理三大评价类别,并分类制订考核指标体系,依据“标准服务量法”<sup>[2]</sup>进行绩效考核。

#### 2.2 绩效考核实施成效

**2.2.1 基本医疗服务质量明显提高** 首先,2013年九龙坡区基层医疗机构门诊人次和住院人次较 2010 年上升 38.59%、24.05%。其次基层医疗机构医药费用的过快增长得到有效抑制,确保居民看病实惠,2013 年门诊患者次均医药费用为 21.50 元,与 2010 年的 37.31 元比较,减少 15.81 元,下降 42.37%,住院患者次均医药费用 392.78 元,与 2010 年的 1 823.62 元相比,减少 1 430.84 元,下降 78.46%。此外,门诊处方书写合格率达到 98.57%,护理文书书写合格率达到 98.21%,门诊患者抗菌药物处方比例为 18.67%。见表 1。