

与积极性。

**2.3.2 打造信息平台,提高效率** 医疗联合体内应充分利用现代网络和通讯技术,建立卫生信息沟通的平台;同时医疗联合体内可尝试建立“信息化委员会”,负责整个集团内部的信息化建设,运用信息化、网络化手段为医疗联合体的分工协作服务,方便交换患者诊疗信息,有利于在联合体内实现预约诊疗、分流患者以及精细管理的目的。

#### 2.4 解决内的问题,回避外部威胁(WT 战略)

**2.4.1 联合体内层面建立理事会等法人治理结构,实现管理有序化** 无论是对医疗联合体业务水平的整体提升,还是建立整个医疗联合体的利益机制,实际上都指向如何建立医疗联合体的治理机制。因此,在医疗联合体层面建立理事会等法人治理结构,负责联合体所属医疗机构的总体发展规划、资源统筹调配等重大事项的决策,及时处理医疗联合体运行中的问题,有利于实现医疗联合体的有序运转。

**2.4.2 对医疗联合体进行宣传,改变患者传统观念,畅通双向转诊** 对开展医疗联合体试点改革的各区域,医疗联合体通过电视、网络、报刊等媒体对群众进行宣传,使患者意识到在医疗联合体内基层医院就医,可以享受大医院的优质诊疗服务。医疗联合体内为畅通双向转诊通道,确定各级医疗机构的患者收治标准,并统一转诊标准,规范转诊流程。

医疗联合体内可建立双向转诊“联络员”制度,专人负责转诊患者的全程服务,畅通双向转诊绿色通道。同时建立核心医

• **卫生管理** • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.050

院“延伸服务”机制,解除患者对“向下转”的担心,定期组织转诊协作医院召开双向转诊联系会,改进双向转诊工作。真正实现基层首诊、有序转诊、分级诊疗医疗秩序,使患者享受到优质、便捷、连续、有效的医疗服务。

#### 参考文献:

- [1] 夏云,袁青,姜昌斌.上海市“瑞金-卢湾医疗联合体”运行模式的现状调查和对策研究[J].中国全科医学,2012,15(8A):2515-2517.
- [2] 孙中海,孙卫,王继伟.建立区域协同医疗公共服务集成平台和运行机制区域协同医疗服务新模式的探讨[J].中国卫生质量管理,2010,7(4):15-18.
- [3] 陈均.上海市医改探索“区域医疗联合体”[J].中国信息届 e 医疗,2011,3:18.
- [4] 肖燕,阮小明.湖北区域医疗联合体的实践与思考[J].中国医院管理,2012,32(10):12-13.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.北京试点组建多个医疗联合体[NB/OL].(2013-03-6)[2013-7-6].  
http://www.moh.gov.cn/zhuhan/s10006/201304/00fc692197bc4839b34c05435412133b.shtml.

(收稿日期:2014-01-23 修回日期:2014-03-20)

## 对公立医院集团化新热潮的几点冷思考

陈果越,冯泽永<sup>△</sup>

(重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016)

中图分类号:R19-0

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)22-2960-02

中国医院集团化的发展出现了 2 次热潮,第一次是 20 世纪 80 年代以哈尔滨医大一院医疗联合体为代表,第二次是 20 世纪 90 年代中期由南京鼓楼医院集团开始至今的新一轮集团化热潮。第一次热潮在短短几年间由盛转衰,本文对第一次热潮的成功经验和失败教训进行充分总结,以促进新一轮集团化发展产生质的飞跃,而不是历史的重复。

### 1 医院集团的定义和类型

**1.1 医院集团定义** 医院集团是以具有技术、人才、管理、服务优势及良好社会基础的医院为中心,由多个具有法人资格的医院及多个投资、管理机构共同参与,采取资产重组、合并、兼并、合作、合资等形式,通过医疗技术的渗透、管理理念的推广、体制的改革等一系列措施,形成一个技术水平高、管理科学、功能齐全、服务完善、具有规模效益的医疗机构集合体<sup>[1]</sup>。此外,医疗协作联合体、医疗联合体、医院联盟都是对类似的医疗机构集合体的指称。

**1.2 医院集团的类型** 按照整合方向不同可将医院集团划分为横向模式和纵向模式。前者是指规模、功能相类似的医疗机构以扩张市场规模为目的进行的横向整合;后者是医疗水平不同,功能和规模各异的医疗机构按照功能和分工进行的纵向整合。按照医院集团整合的程度不同,可将医院集团分为松散协作型、联合兼并型、资产重组型和连锁经营型。松散协作型以

患者流动为纽带进行医疗技术协作;联合兼并型以核心医院兼并或托管其他医疗机构;资产重组型以资产为纽带对医疗机构进行重组;连锁经营型多以某一专科进行统一标准的医疗连锁品牌经营。

### 2 对 20 世纪 80 年代医疗联合体由盛到衰过程的思考

**2.1 医疗联合体主要的内外部矛盾没有得到充分认识及有效解决** 医疗联合体内部矛盾突出,医疗联合体“形合神不合”,内部实行经济独立核算,未能将各方的人、财、物纳入统一的再生产循环中<sup>[2]</sup>。总院向分院收取一定的联合经营管理费、活动经费外以及技术帮扶费用。医院管理水平严重滞后于医疗联合体的发展速度。宏观上讲,改革开放初期,对医院等事业单位是否能够按照市场规则进行集团化发展尚缺乏明确政策支持,只是各地的医疗行政机构牵头开展形式各样的医疗联合体,仅对医疗联合体的命名、基本运行机制和管理进行明文规定,而对整个医疗联合体的发展战略、组织架构、管理体制等缺乏明确的方向;微观上对医疗联合体的准入和退出没有进行严格的规定,随意性较大,医疗联合体的稳定性缺乏保障,且没有明确合理解决有关收费标准、经济收益、劳务补偿等政策问题。

**2.2 “运动式”地进行医疗联合体发展,缺乏长远的战略思考** 在医疗联合体的作用初见成效时,各地纷纷组建医疗联合体,一旦医疗联合体的发展不能满足内部成员的发展期望,则

纷纷退出医疗联合体,加入医疗联合体成为各医疗机构追逐利益的短期行为。调查显示 20 世纪 80 年代北京、上海、浙江等 11 个省市,共建立了 984 个多种类型、多种形式的医疗协作联合体<sup>[3]</sup>。当时医疗联合体的形式有乡村卫生协会、乡村医疗联合体以及城乡医院联合体,因城市和乡村医疗发展水平的差异,最终演变为大医院对小医院的支援帮扶。医疗联合体跨度广、内涵浅,缺乏与其他医疗人才培训机构、科研单位进行联合,发展后劲不足。地域和发展水平对医疗联合体的限制,难以形成长久的紧密联合体。

### 3 对集团化是否有利于回归公益性的思考

#### 3.1 集团化的动机质疑

**3.1.1 “利益导向”促使大型医院建立医疗集团** 根据 2012 年卫生统计年鉴,中国 62% 的医院属于公立医院,2011 年卫生总费用仅占 GDP 的比重的 4.3%,财政补贴收入只占医院总收入的 6.0%~7.0%。全国而言,各类公立医院均存在负债经营的状况,且随着药品加成制度的取消,医院更倾向于扩大医疗市场占有份额,增加医疗服务项目,降低运行成本保证其在医疗竞争中的一席之地。资金、人力、地理空间等条件限制了医院的单体扩张,且国外卫生经济学研究证实,医院床位数在 400~600 张时,医院服务效率最高<sup>[4]</sup>。从经济学角度看,医院之间的联合成为大型公立医院扩张的最佳选择。但是,这种动机下组建的医疗集团并不能保证公益性。

**3.1.2 “危机导向”迫使小型医疗单位加入医疗集团** 中国卫生资源分布呈“倒三角”形态,大部分医疗资源集中于大城市中的大型公立医院,小型医疗机构本身的生存就比较艰难。随着大型公立医院的联合,一、二级医院的市场份额被急剧压缩,面临更大的生存危机,通过与大型公立医院的联合,引进先进的医疗技术、人才、品牌资源和管理水平,提高服务能力和平,实现患者的双向转诊,期望达成共赢。“危机导向”并入医疗集团的小型公立医院能否保持公益性同样值得质疑。

#### 3.2 集团化对消费者福利是否有利

**3.2.1 集团化进一步加剧区域内医疗垄断** 医院集团因其优质的医疗资源,患者来源比较稳定,但其在技术服务上的垄断就极易转化为价格上的垄断,患者只有被动承受升高的医疗价格。有研究者通过 Cournot 对策模型和命题假设得出结论,对于公立医院来说,集团化经营如果不能较大幅度地显著降低医院的运营成本,则必然会损害患者的利益<sup>[5]</sup>。其次,当某一区域内出现了超霸式医疗集团,占有足够的医疗市场份额,政府和卫生行政部门则很难实施全行业管理和必要的宏观干预,医疗保险方的签约定点也很难有选择的余地。另外,随着医疗集团的壮大,对其供应链上游的药品、医疗器械供应商的谈判力不断增强,将形成医院集团一家独大的局面。

**3.2.2 集团化不一定增强医疗的可及性及适宜性** 中国现行公立医院收费并非完全“适宜”,有资料显示大型综合医院门诊 64.8% 的病例可以在社区解决,并且可以节省 40.0% 的医疗费用<sup>[6]</sup>。另外,被兼并、托管后的一、二级医院按照三级医院的标准收费,民众的医药费用势必增加。有研究表明上海某著名大型三甲医院托管了二级医院后,次均费用猛增<sup>[7]</sup>。再者,只提高集团内部一、二级医院的医疗收费标准,而未进行统一的医疗质量监管,是对民众医疗权益更大的侵害。

**3.3 集团化不一定提高效率、降低成本** 有调查表明,近 10 年来,80.46% 的公立医院与其他医疗机构建立了联合或协作关系,11.63% 的医院收购兼并过其他医疗机构<sup>[8]</sup>。核心医院在组建医院集团前,没有对自身各方面能力及其他医院资产和运行状况的评估,缺乏严格的准入标准,过度扩张,纳入不良医疗资产,增加运行成本。有研究表明,医院规模扩大 1 倍,其风

险就会扩大 4 倍<sup>[9]</sup>。一旦核心医院没有足够的资金和管理等各方资源的注入,不能产生集团化发展的规模效益和协同效益,必将成为整个医疗集团发展的阻碍。

#### 4 医院集团化发展的几点建议

**4.1 集团化的推进应该“谋定而后动”** 政府和医院在开启集团化发展道路之前,对组建公立医院集团的必要性和可行性进行论证,对国有资产进行评估,避免在集团化的过程中造成国有资产的流失,保证医院集团的公益性,明确医院集团的行政隶属关系和经营管理模式。其次,建立和完善医院的法人治理结构,成立由上级行政领导部门、核心医院和各成员医院组成的董事会,董事会推选出院长,董事会对医院集团的投融资决策、经营者选聘及考核、中长期战略规划具有决定权,院长对董事会负责。另外,充分了解政府对集团化发展的态度,慎重选择集团化的目标医院,分析对各医院的优势、劣势以及面临的机会和挑战,选择适宜的集团化发展战略,降低由于盲目集团化及预期主观性带来的风险。

**4.2 注重集团化过程中及之后的全方位整合** 医院集团化过程中要与当地政府以及目标医院的管理层进行有效的沟通。在目前的医疗体制改革中,集团化仍需借助政府力量协调各方关系,同时也需要摸清各医院管理层对集团化的态度。其次,组建具有号召力的集团化工作领导小组,争取各方医院的信任。另外,有效进行集团化后的协同经营和规模化经济,维持良好的对外关系,保持集团化医院及患者群体的信心。最后,根据各医院文化的差异程度大小,谨慎整合医院文化,达成统一的医院文化。

**4.3 集团化发展应遵循区域卫生规划原则** 中国医疗资源总量不足,且分布不均,若区域内医院集团过度扩张,超出区域内卫生服务需求,则造成医疗资源的闲置和浪费。不考虑医疗市场容量的医院集团也会因聚集过度而造成不经济。政府应结合集团内各医院的特点和专长,根据区域内卫生需求和卫生资源,进行功能定位,对医院集团化的大规模发展进行一定的约束,保证医疗的可及性和平等性,保障区域内较高的健康服务水平。

#### 参考文献:

- [1] 黄国庆. 医院集团财务集中管理研究[J]. 海军医学杂志, 2004, 25(3): 275~277.
- [2] 连耀林. 论农村松散医疗联合体向集约型转变的必然性[J]. 中国卫生经济, 1987, 6(12): 24~27.
- [3] 彭师奇, 李沣. 从“医疗协作联合体”的发展看我国卫生发展战略[J]. 管理世界, 1986, 2(6): 170~184.
- [4] 郭衡山. 组建医院集团的宏观设想—兼谈赴美国考察的启示[J]. 现代医院, 2003, 3(1): 24.
- [5] 孙逊. 公立医院集团化经营的经济学分析及其治理结构研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2007.
- [6] 刘梅, 陈金华, 彭晓明. 社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议[J]. 中国全科医学, 2004, 7(1): 38~39.
- [7] 潘常青. 上海市某医院集团管理模式与运行现状[D]. 上海: 复旦大学, 2010.
- [8] 周萍, 常继乐, 黄金星, 等. 我国公立综合性医院 10 年发展历程研究[J]. 中国卫生资源, 2013, 16(2): 102~105.
- [9] 宋丹, 姚蔚, 于润吉. 医院规模盲目扩张风险大[J]. 卫生经济研究, 2005, 5: 30.