

# 医疗卫生服务体系整合的过程、结构 与治理边界：中国实践

吴素雄 余潇 杨华<sup>1</sup>

**【摘要】** 出于健康支持的效益与连续性需要，医疗卫生服务体系整合日益必要。医疗用户希望通过纵向整合提高服务的连续性与可及性，而服务提供者则希望通过横向整合来降低成本。两种整合可能造成区域性全病种或单一性病种的垄断，从而导致医疗用户就医或医疗机构合作选择性的丧失。医疗卫生服务体系整合的边界在于保证医疗卫生服务传递的连续性与医疗用户就医或医疗机构间合作可选择性的均衡。我国在发展各种类型医疗联合体的同时，也大力推进民营医疗机构的成长，其实质是通过“不完全整合”来避免“完全整合”所造成资源的单一行政控制或市场配置的缺陷，且保证医疗卫生服务的连续性与医疗用户就医或医疗机构间合作的可选择性。发展信息技术有利于克服不完全整合下的医疗卫生服务供给“碎片化残余”的影响，也是克服医疗体系整合悖论的手段。

**【关键词】** 医疗用户整合 提供者整合 不完全整合

## 一、问题的提出

在 20 世纪 80 年代以前，包括中国在内的世界多数国家医疗卫生的重点放在初级保健，所以缺乏整合的需求、要素与动力，但这种将医疗与健康维持相剥离的做法，忽视了健康支持的连续性与多样性，出现了竞争无序、分层断裂的“非整合性”问题，<sup>1</sup>导致了医疗卫生服务体系的碎片化。割裂和碎片化是许多国家与地区健康维持体系绩效低下的主要原因。在卫生服务过程中，医疗、预防、健康促进相分离的现象越来越凸显，<sup>2</sup>而碎片化服务导致各级医疗机构之间分割严重，信息孤岛化，使得当前的医疗卫生服务体系难以适应慢性病防控的需要。为提高健康服务的可及性、公平性、服务质量与健康资源的利用效率，许多国家开始了健康服务体系的整合性改革。

对于医疗卫生服务体系整合的研究，最早始于 Niskanen 对患者整体医疗观的整合型医疗卫生服务的认知。<sup>3</sup>2005 年 Enthoven 提出“整合型医疗服务提供体系”的概念，意指不同级别的医疗机构之间、医务人员之间的合作。<sup>4</sup>随后的研究不限于医疗过程整合，Hasting 强调政府和市场相结合来提升医疗卫生资源整合效率。<sup>5</sup>也有学者认为市场机制使得医疗服务提供者诱导需求，并导致医疗卫生服务体系碎片化。<sup>6</sup>美国的研究较为典型，多集中于医保机构竞争所导致的医保机构与医疗机构的合作关系，即对管理式医疗的挖掘。我国主要强调政府部门在医保整合中的核心作用，<sup>7</sup>强调医保机构及医疗提供方的并轨、衔接等一体化整合方式。<sup>8</sup>整合路径方面，Burns 等提出兼并、建立医疗集团或医疗联合体、集团化采购整合方式；<sup>9</sup>Ginsburg 强调医疗机构整合对地域的要求。<sup>10</sup>Mooss 的研究涉及不同层级机构间的组织、筹资、管理及服务提供等多方面，还包括各类康复及护理机构在其中的中介作用。<sup>11</sup>

显然，上述相关研究对于医疗卫生服务体系整合的研究主要集中在整合的含义、意义、内容、要素及整合模式上，对于整合前存在的医疗服务传递体系的不连续环节作了充分的说明，并解释了当前医疗服务体系整合的几种常见模式以及整合的动力机制。然而，无论是整合的实践还是整合研究都在关注通过整合来克服医疗服务供给碎片化，将整合当作是没有缺陷的当然举措，但是忽视了整合的负面效应，忽视了整合会导致医疗市场竞争主体的减少，并造成医疗用户就医及医疗主体间合作的可选择性降低，这些负相关因素反过来可能引起内部管理成本的增加、官僚主义以及效率降低的损失，这意味着体系整合存在边界。这种

**基金项目：** 国家社科基金项目“农村健康扶贫的治理结构、过程与政策体系研究”（项目号：20BZZ045）阶段性成果

研究的局限性与西方甚至中国 20 世纪 80 年代后不同程度强化市场对医疗卫生服务的塑造有关。特别是在美国，市场逻辑下的医疗卫生服务供给体系整合是一种基于契约关系的自足行为，而在较为充分的市场下，医疗市场主体间的充分竞争一定程度能抑制区域性的完全垄断。因而，在西方的医疗市场中，即使整合存在，垄断以及整合的局限性在短期内也无法呈现出来。然而，中国公立医疗机构是医疗市场主体，政策主导的医疗卫生服务供给有其效能，但容易导致行政管理与市场法治要求背离所造成的治理乱象。政府主导医疗市场有利于政府运用其政策快捷地强化一体化来发挥整合效益的优势，这个优势可从国内学术界呼吁医疗卫生服务供给行政化的声音中略见一斑。学术界的声音与医疗卫生服务治理的现实说明医疗卫生服务体系整合既要符合中国的政治生态与社会语境，又要与中国的市场逻辑相匹配，这就要比较西方的市场逻辑与中国的政策逻辑，探讨中国整合实践的依据与概念框架，这也是本研究的出发点与理论归宿。

当然，整合边界的限定一方面为多元化竞争与克服垄断提供了空间，另一方面也使得服务碎片化依然存在。市场经济改革以来，我国医疗卫生体系一直存在着资源总量不足、结构不合理以及卫生服务质量不高的问题。<sup>12</sup>医疗卫生服务供给体系规模日益庞大、医疗成本费用上升，供需双方之间的矛盾要求医疗卫生服务必须是一个完整的、协同的体系。<sup>13</sup>正因为如此，我国目前医疗卫生服务供给体系的整合在政府推动下风生水起，几乎不考虑整合的局限性，只考虑如何通过改革或直接的行政干预为医疗服务的整合铺平道路，与此相应，大多数研究也只关注整合中的体制障碍与内部治理问题，较少关注整合对医疗市场的影响，这意味体系整合的潜在风险，但也为进一步的研究留下了空间，其中的内容包括：(1)整合的类型与整合局限性的形成逻辑；(2)如何化解整合提高医疗卫生服务连续性同时降低医疗用户就医及医疗机构间合作的可选择性悖论？在这个悖论中如何找到一个平衡点？(3)如何克服整合的限定性所留下的碎片化残余？基于这些问题，本文着力说明整合性服务在不同体系中的内涵与外观，揭示整合如何有助于人们获得所需要的医疗照护以及整合形成过程中的负相关因素，进而观照中国当前医疗卫生服务体系整合模式的内在逻辑与问题，挖掘解决问题的思路，并在此基础上对医疗卫生服务整合的手段与类型进行概念化归纳，以此作为我国医疗卫生服务体系整合现象的总结，即后文提到的“不完全整合”，这也是对医疗卫生服务体系整合程度的一个限定性概念。

## 二、中国医疗卫生服务整合的实践过程

我国医疗卫生服务体系整合早在 20 世纪 80 年代就已经开始出现，当时的整合主要依靠市场自发调节，改革动力是“危机导向”的短期行为。而近年来，基于社区卫生服务的新型城市卫生服务体系和县级医院牵头的农村三级医疗卫生服务网络的构建，使得医疗卫生服务整合越来越具有战略意义，于是政府开始逐渐成为医疗卫生服务整合的推动力量。<sup>14</sup>在那个年代，随着国家对公立医院经费投入的减少，医院迫于自身发展需要，大医院开始主动与中小医院合作，进行“松散型”整合，最具有代表性的是沈阳市医疗协作联合体，这是我国早期医疗整合的萌芽。20 世纪 90 年代，各地开始全面实施医疗卫生机构改革，“医院集团”“医院联盟”“连锁经营”等新的医疗整合形式开始兴起。最具有代表性的是 1996 年成立的南京鼓楼区区域性医疗集团。<sup>15</sup>进入 21 世纪，医疗卫生服务集团化整合开始在全国范围大量出现，北京市成立了北京大学第一医院集团、北京朝阳医院集团、友谊医院集团、天坛医疗集团、中关村医疗集团、宣武医院集团和首都联合医疗集团等。在上海，2011 年就成立了“瑞金—卢湾”医疗联合体、“新华—崇明”医疗联合体、静安区医联体和闵行医联体等多个医疗卫生服务集团。2013 年国家正式提出了“医联体”的概念，并在全国范围进行深入试点和全面推广，此阶段的医疗卫生服务整合方向和脉络逐渐清晰，在宏观模式上逐渐向紧密型、区域性、专科性等方向发展；在服务内容上越来越注重提供贯穿生命全周期的大医疗、大卫生、大健康一体化服务；在工具上越来越重视信息化手段，基于“互联网+”的远程医疗模式越来越受青睐。

2017 年国务院发布的《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中提出医疗体系的发展方式应由以治病为主转换为以健康为中心，<sup>16</sup>重点推荐城市医疗集团、县域医疗共同体、跨区域专科联盟和远程医疗协作网 4 种医疗服务整合模式。此四种模式出发点均有“以强带弱”的动机，目的是促进基层医疗服务能力提升，改善医疗用户的看病体验，只是在整合形式上不尽相同。前两种模式主要是基于医疗服务的连续性和医疗机构的多层级进行的纵向整合，后两种模式则跳出了传统的医疗机构“等级观”，从专业领域和技术媒介着手，越来越倾向于横向服务的整合和拓展。随后，国务院办公厅颁布《深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务》，提出整合型医疗体系应该使预防、医疗和康复相结合。<sup>17</sup>整合医疗允许医联体在区域范围内与若干家三级医院协作，对无法解决的重大疾病患进行转诊，保证所有患者得到及时、有效的治疗。<sup>18</sup>

总体上看，我国医疗卫生服务体系整合呈现出四个阶段。萌芽发展期始于 20 世纪 80 年代市场化的冲击下少数松散协作，呈现出各医疗机构各自为政的局面。到了 90 年代，随着市场的深化，各医疗机构出于降低成本、占领市场的需要开始出现横向的连锁整合，这时候，仍然以松散型为主。21 世纪初，随着我国经济发展，财政能力增加，国家开始关注医疗资源配置的不均衡与医疗卫生服务的碎片化问题，改变过去医疗市场的被动应对，开始积极推动紧密型、区域性的整合医疗服务。2013 年以后，信息技术运用到医疗卫生服务的供给上来，进一步推动了紧密型、专科性医疗的发展。回顾这个历程，医疗卫生服务的体系整合越来越深入，体系整合由技术协作、资源共享向人事与财务的统一改变，进而由多重法人向单一法人转型，出现了产权统一的高度一体化。在这个过程中，政府也鼓励民营医疗机构参与到公立医疗机构的一体化进程中来，但民营机构参加城市医共体或县域医共体的案例很少，这意味一方面存在着政策推动下医疗卫生服务体系整合的规模与程度在扩大与加深的趋势，另一方面也存在不同性质的医疗机构抵制全方位体系整合的竞争张力，抑制横向与纵向整合之后的再整合。

### 三、中国医疗卫生服务整合的治理结构

城市医疗集团和县域医共体是我国目前最主流的纵向医疗卫生服务整合模式，其整合范围主要以县和区(含市本级)为单位，此外也有少量目前正在探索的更大规模的区域性纵向一体化医疗集团形式，如浙江省湖州市正在探索的涵盖市、区、乡镇和村四级网络的“城市医共体”模式。城市医疗集团主要以江苏镇江康复医疗集团、南京市鼓楼医疗集团、深圳罗湖医疗集团等为代表，主要做法为：由三级公立医院或者业务能力较强的医院牵头，联合设区内的区、街道、社区和其他各类医疗卫生服务机构，成立医疗集团。县域医疗共同体主要以安徽天长市医共体、浙江德清县医共体、福建省三明市医共体等为代表，基本做法是：由县级(二级以上)综合医院牵头，整合县、乡镇、村三级医疗卫生服务机构，成立医疗集团。两者均涵盖多层次、多级别的医疗卫生服务机构，将不同的医疗机构进行无缝衔接，这样的整合有利于提高县域医疗卫生服务体系的效率，优化区域资源配置并提高基层医疗卫生服务能力，<sup>19</sup>并满足医疗用户多元化、便捷化看病需求。城市医疗集团和县域医共体是我国目前典型的区域内多层次纵向一体化整合模式，也是当前国内非常热门的公立医疗整合模式，如图 1 所示，理想状态的纵向整合模式应该是不同级别和层次的医疗机构之间自上而下的“垂直”整合，其目的是让具有不同服务内容和功能的医疗卫生机构在医疗卫生服务的供应链上进行密切协作。<sup>20</sup>事实上，在医疗卫生服务整合的实践过程中，因高级医疗机构数量少，基层医疗机构数量多，且两者数量相差悬殊，因此纯粹的纵向一体化并不可行，各地区往往采用的是一个上级医院向下联系多个下级医院的“金字塔”式纵向整合模式。

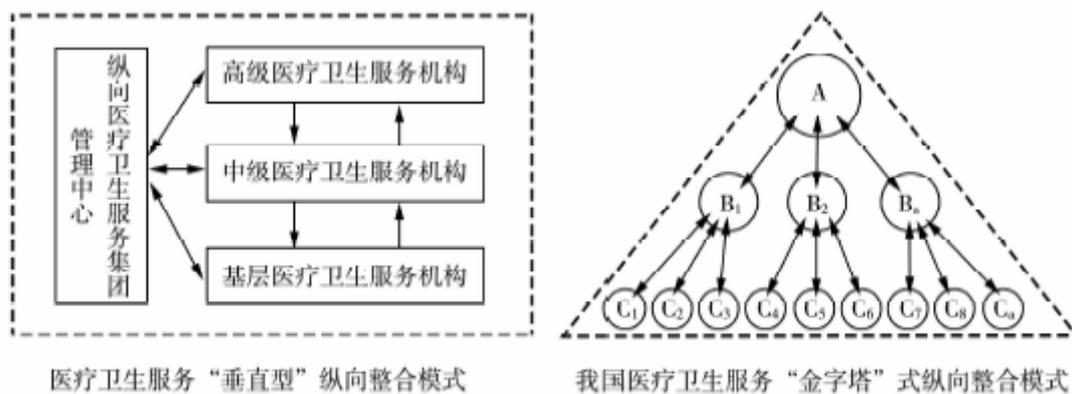


图 1 垂直型纵向整合与金字塔型纵向整合比较

跨区域专科联盟(含民营大型医疗集团，如：跨区域连锁医疗机构等)和远程医疗协作网是目前我国公立性横向医疗服务主流整合模式。除此之外，在民营医疗领域，连锁经营和医生集团也是较为常见的横向整合模式。跨区域专科联盟是一种松散型的医疗整合模式，近年来发展迅速，主要集中在儿科、妇科、中医、胸痛等专科领域，如北京儿童医院牵头的儿科联盟，天津组建的胸痛联盟等。其模式主要以某个医疗机构的特色优势专科资源为依托，以专科协作为纽带，进行跨区域的合作。该模式的整合对象并不单纯只是由上到下的纵向整合，同时也包括了很多横向同级医院，其关注点不是医院的级别，而是医院某个专科实力的

大小。由于即使很多低级别的医院也很有可能在某个专科领域走在区域甚至全国前列，因此该模式甚至还存在由低级别医院发起，高级别医院加盟的情况。建立专科联盟是各医院提升专科优势的刚性需求，能有效地实现优质资源共享。远程医疗是依托于互联网信息技术的发展，联通不同地区的医疗机构和患者，进行跨地区、跨机构的诊疗服务，<sup>21</sup>不仅可以整合不同地区的医疗资源，还能推进城乡医疗服务均等化、实现分级诊疗。<sup>22</sup>由于诊疗过程中实行同质化管理，检查结果互认共享，因此还能提高区域内医疗水平。<sup>23</sup>远程医疗协作网主要是通过基于互联网的信息化手段进行的松散型医疗服务整合。近年来，随着“互联网+”技术的快速发展，远程医疗协作模式迎来一个快速发展的新浪潮，远程医疗的发展为我国互联网医疗的发展奠定了坚实的基础。<sup>24</sup>传统的远程医疗协作网的目的是让边远地区或者基层薄弱机构能够就近享受上级医院的优质医疗服务资源，更多的是一种纵向流动，促进优质资源的远程流动，典型代表是中日友好医院远程医疗网络。近年来随着“互联网+”技术的深入推进，远程医疗已经发展成为一种应用更加广泛甚至普遍的“常规性”医疗服务手段，普通民众可以网上预约、挂号、咨询、查看电子档案和检查结果，医生们也可以通过网络进行远程学习交流、远程会诊，甚至是“远程手术”，横向整合的成分越来越高，医疗服务的可及性、时效性和优质性也大大提升。医生集团(medical group)是由多位医生共同组建的团体联盟或者组织机构，可以理解为团体执业(medical group practice)模式，其整合的对象是提供医疗卫生服务的主体——医生，医生之间各自发挥自己的特长，共同分享彼此的经验，共同分担可能的风险，该模式可通俗地理解为医生个体间相互“抱团取暖”以增强市场竞争和风险抵抗力的横向组合。医院连锁经营模式在民营医院中非常常见，且绝大部分都是专科性医疗连锁机构，表现了极强的生命力，比较典型的机构有爱尔眼科集团、通策医疗集团、绿康养老集团等，凭借与国际接轨的医疗运营和管理理念，以及先进的专科医疗技术和设备，良好的社会口碑和品牌效应，不断“攻城略地”，在各地建立众多分院或分支机构，规模不断扩大，是典型的横向整合模式(如图2所示)。

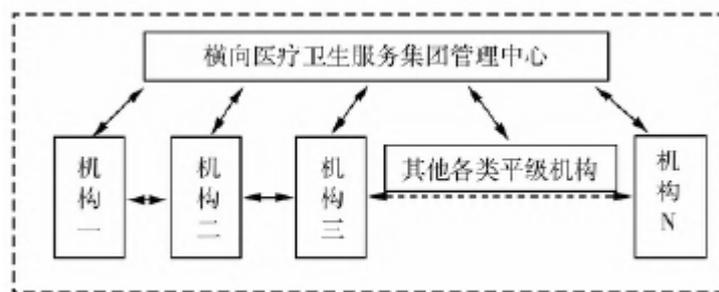


图2 医疗卫生服务横向整合模式

我国医疗卫生服务供给的整合体系按形态结构划分为横向整合和纵向整合。<sup>25</sup>我国医疗卫生服务纵向整合是医疗用户整合，是政府政策推动下的非市场行为，服务于公益目标。纵向整合可以提高医疗卫生服务的连续性与可及性并及时掌握医疗用户的医疗需求，<sup>26</sup>有利于引导合理的分级诊疗次序，调整基层“门可罗雀”、医院“人满为患”的乱象，但产生了三个方面的问题：(1)打破了多元化的竞争格局。我国纵向整合的主要是在政府动员下依据政策形成各种形式的医疗集团，核心牵头医院会根据利益自主选择基层医院，但是由于区域内基层医院数量较多，而核心医院为少数；(2)基层医院往往缺乏选择核心医院的自主权利，纵向整合导致医疗机构合作可选择性丧失。如果大医院把区域内大多数社区卫生服务机构都兼并了，势必要重新指定或重建能够承担社区卫生服务的机构；(3)新成立的医院集团重医疗、轻预防，纵向整合与社区卫生服务存在冲突。

我国医疗卫生服务横向整合是医疗提供者整合，是市场推动下的契约与并购行为，是为利润而生的。横向整合是同级或同类医疗机构之间为追求规模效益和自身利益而形成的整合，有利于节约市场竞争中的交易成本，<sup>27</sup>因此横向整合主要发生在民营医疗机构中间，横向整合往往根据某一专科特色组成联盟，这容易形成单一病种的垄断。公立医疗机构横向整合的情况极少，比较罕见的案例如2006年杭州市拱墅区将社区卫生服务中心横向合并成拱墅区社区卫生服务管理集团，<sup>28</sup>但是这种集团的服务质量、服务内容与总量提升成效并不理想。同时，我国在改革开放前推行基层首诊制度，改革开放后可自由选择医疗机构就医，提高了医疗用户的就医选择，但是同一层次的横向整合又取消了医疗用户的选择性。整合医疗提高效益的同时又会降低医疗用户

或医疗机构合作的选择性。在这种情况下，拱墅区社区卫生服务中心横向整合的试验很快就取消了。

由此可见，我国医疗卫生服务的整合实践总体上呈现出泾渭分明的特色，公立医疗机构在政府推动下的纵向整合形成区域性医疗集团，私营医疗机构在市场作用下进行横向整合形成特色的专科服务链。虽然在我国存在鼓励民营医疗机构加入公立医疗集团呼声，但少有实质性的合作案例。一般来说，在充分的医疗市场中，无论是横向、纵向或横向与纵向的再整合，只要形成了特定的成熟模式，比如说美国凯撒集团，也会横向跨区域延伸，但在充分的市场中，一个整合性医疗组织无论规模在全国范围多么庞大，在一个特定区域内，即使它有垄断的计划与行动，总会遭遇同类组织的竞争，而更小的组织则会以灵活性来弥补大型组织的规范化与标准化的缺陷，这为医疗用户保留了选择性，也为医疗机构随着社会的变化及用户需求与价值观的改变进行适应性变革与重组提供了条件，因此，在医疗市场不充分的国家与区域，政府对于资源配置有较大的作用，尽管医疗机构的整合有其优势并有其内在的无限规模化整合的动机，但保留医疗用户的就医可选择性以及医疗机构面对未来变化的适应性重组与合作的可选择性是政府整合决策的重要依据与要求。在不鼓励政府重复干预、无限干预的情况下，可选择性是一个基本的要求，但可选择性要包含两个层面，一是医疗用户就医的可选择性，二是医疗机构间合作的可选择性。可选择性是对医疗机构无限整合动力的一个最根本的制约。当前中国医疗卫生服务的集团化现状一定程度体现了政府的意图，也一定程度体现了整合与可选择性的平衡，形成了中国医疗卫生服务供给的特定现象，本文把这种现象概念化为医疗卫生服务的“不完全整合”，这种整合是政府的规划性整合，恰好符合当前中国非充分医疗市场下公立与民营医疗机构功能差异与市场需求。

## 四、我国医疗卫生服务的体系整合边界与矛盾化解

### (一) 医疗卫生服务整合的内在悖论

前面提到，横向整合主要是基于提供者视角，其整合动力主要是追求规模效益和自身利益；纵向整合则主要是基于需求者视角，其目标是有利于用户得到连续性、完整性、高质量的健康维护。从整合的内在逻辑看，一方面，在医疗市场处于较为活跃的发达地位，提供者整合度高，意味着医疗机构积极开展基于契约或并购的专科联盟或专科连锁机构为主要形式的横向整合，当然也包括医生个体维度的相互抱团组建医生集团(如深圳等大城市)，以及医疗服务信息技术和媒介维度的远程医疗整合平台。这些横向整合模式，助推了部分病种的诊疗、医生资源以及技术平台等上升到垄断地位，进而会垄断相关资源的共享和甚至部分服务产品的定价；另一方面，用户整合度高，意味着在特定区域范围内医疗机构积极开展纵向整合，在当前的中国，主要整合形式为城市医疗集团和县域医共体。纵向整合的特点是，跨层级、多功能、连续性、一体化整合，实现了全病种、全周期、全过程服务，这其实是一种垂直性垄断，从商业角度可以理解为区域内健康行业的全产业链垄断。我国在医疗卫生整合上更加注重不同医疗卫生机构之间的技术协同和功能互补，<sup>29</sup>目前我国主要的典型实践形式有院办院管模式、托管模式、医疗服务共同体模式和技术援助模式等。<sup>30</sup>整合从需求侧和供给侧分别表现为纵向整合和横向整合，它们在客观上存在不一致，供方和需方之间的差距有悖于整合的目的，这意味着没有进一步的整合可能会导致就医成本增加，也意味着要求进一步进行横向与纵向的再整合，从根本上解决医疗用户就医的连续性问题并最大程度增加医疗卫生服务的可及性与可获得性。这说明公立与民营医疗机构的整合具有来自医疗本身与社会的内在根源，因而国家积极鼓励社会办医和民营医院纳入医联体统筹管理，在这种情况下，我国医疗卫生服务横向和纵向整合存在进一步的潜在可能，但在目前民营医院合作组建医联体又存在诸多问题。即使有政府政策的支持，但是民营医院与公立医院的运行机制、绩效考核方式、筹资方式等不一致，<sup>31</sup>公立医院的运营模式和管理措施无法直接运用于民营医疗机构。这也说明整合不仅存在着需求，也存在理论上的悖论与实践上的阻碍因素，但这种悖论只是说明了制度的帕累托改进过程中的重复博弈现象，也是中国治理实践的一个特色。

### (二) 整合边界与悖论化解

无论是公共事务还是私人事务，使之协调有序的治理机制可简化为三种模式：一是行政治理，即社会单元通过等级化组织中的上下关系，通过命令与控制的方式组织活动；二是市场治理，即市场主体间通过契约进行自愿交易，其协调机制的基本特征是选择与竞争；三是社群机制，即个体之间通过某种共同价值与规范的认同与遵守以协调活动，即信任与监督。<sup>32</sup>行政机制、市场

机制与社群机制不可或缺的作用说明，在医疗卫生服务中，完全的整合实际是对市场的背离，是行政治理的回归，所以在公共服务市场化的基本趋势中，必须首先避免同时高横向与高纵向的“双高”整合或同时低横向与低纵向的“双低”整合，就后者来说，在区域范围内，基本不整合不是当前的选项，因为不整合背离了医疗服务连续性需求。然而，在区域范围内高度的横向整合，意味着同级医疗机构或单一病种医疗机构的一体化，意味着三级、二级医院及社区卫生服务中心在同一层次的一体化，也意味着每一层次只有一家医疗机构，如果再在三个层次之间不整合，那就仍然不能解决医疗服务的碎片化问题，如果整合，就会造成在一个区域内只有一家医疗机构的垄断局面。即使三个层次的医疗机构不纵向整合，仅仅通过契约来解决合作问题，这种合作缺乏选择，就不能形成竞争关系，这违背了利用市场来提高医疗供给服务的初衷。

这就是说，“双高”整合意味着要么区域范围内医疗卫生机构既无纵向分层，亦无横向分列，是区域内医疗机构的完全组合与统一，这是以单一医疗机构的内部分工来消灭医疗市场的做法，这与市场在资源配置中基础性作用的定位是背离的。医疗市场提高医疗服务供给效率的根本原因在于医疗用户的就医及医疗机构间的合作具有选择性从而形成医疗主体间的竞争关系，因此，从这个意义上说，整合的边界就是保留医疗主体间以及客体与主体之间的选择性。然而，纵向整合取消了不同层次医疗机构间的合作选择，在这种情况下，医疗用户还有对纵向整合体的选择空间，而区域内同一层次的横向整合又取消了医疗用户的就医选择。在前面提到杭州拱墅区的社区医疗集团是取消区域内医疗用户就医选择的较为典型的失败案例。除此之外，合作选择空间也很重要，国际上，类似的实践如英国 NHS 模式，除了急诊，患者必须让家庭医生先进行诊治，当家庭医生无法解决时，由家庭医生介绍将患者转诊至专科医院，<sup>33</sup>家庭医生与专科医院之间的合作具有充足的选择权利。相反，美国的凯撒模式中居民通过总额预付的方式注册成为会员，凯撒医疗会通过会员选择的服务项为其选择合适的医护人员、诊所和药房等，<sup>34</sup>凯撒医疗服务体系虽然有效地整合了患者、医疗机构、医保机构实现利益共享，但是却剥夺了医疗用户就医的选择权。此时，区域内的垄断就形成了，为避免这种情况发生，区域内医疗市场的最基本要求就是要避免“双高”整合，即避免高横向整合与高纵向整合同时发生，在这个最低要求下进行医疗市场的调节与整合。事实上，只要有医疗用户就医或机构间合作一个层面的选择，就可以形成对整个体系内部单元的压力并将压力传导到机构的工作成员从而提高服务效率。

如此，可选择性对体系整合提出了基本要求与条件，这就是“一高”整合或整合的中间状态，即要求在医疗市场中，高度横向整合与高度纵向整合只能择其一，要么是两种整合模式不高不低的折中做法，这事实上是刻意保留竞争主体，所以，在区域性医疗卫生服务整合的实际操作过程中，大部分地区都会选择成立至少两家以上的医疗集团，目的是避免“一家独大”的垄断局面出现，让整合后的多家医疗集团之间形成一定竞争性。其次，由于公立医院的国有产权属性，行政干预强，市场作用往往不显著，因此，即使在公立医疗机构占主体地位的国家，往往也会有意识地去扶持私营医疗机构，形成多元化的医疗卫生服务市场竞争格局。这里，我们可以将医疗市场非“双高”整合定义为医疗卫生服务的“不完全整合”现象，作为一个概念化工具来解释当前医疗卫生服务供给的基本情形。

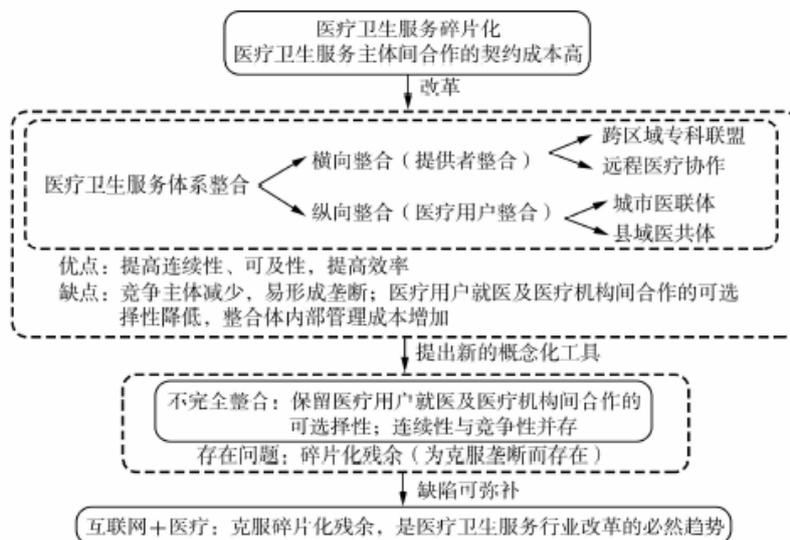


图 3 体系整合的悖论与化解

出于竞争的需要，医疗市场的“不完全整合”要求意味着医疗市场依然保留医疗行为与医疗能力的非连续性与重复性，会形成整合后残余的碎片化，我们将这种现象称之为医疗卫生服务供给领域的“碎片化残余”，这种残余是为克服医疗市场主体的垄断而存在的，是一种缺陷，但这种缺陷并不是不可弥补的，可以通过基于“互联网+”的信息技术手段来解决。比如，医院与医生的非一体化状态，有助于医疗提供机构、医生与医保的平衡与竞争，由此可以克服垄断造成的服务效益降低，这是一种基本趋势，特别是在中国这样医疗竞争市场缺失的国家，医生与医疗机构关系紧密，医保提供机构的监督功能缺失，医疗市场的垄断趋势很难逆转，构建以互联网为媒介的平台，可以实现居民的医保信息化建设和管理，<sup>35</sup>在这种情况下，基于前述的“双高”整合是整合的天花板，也是整合的边界，这就是说，“不完全整合”，可以作为一个实践边界，但只要有整合边界存在就有整合的不连续性，比如当民营医疗机构的特色治疗在特别情况下需要转诊，但会由于体制差异形成医疗卫生服务的连续性不完全，此时求助于信息链就成为一个次优的弥补性选择。这就是说，在可整合机构间的整合可以深入到单一法人、单一产权的高度一体化状态以克服整合中各种体制障碍，而整合边界之外的机构间可以以信息技术为手段、以技术援助为目标，以契约为媒介形成合作关系以解决“不完全整合”下的医疗服务“碎片化残余”。另外，管理医院和医生之间的技术整合必不可少，这样医院与医务人员经常分享成本和利用数据，整合临床和财务信息，制定和传播实践指南，确立临床部门主管对其临床单位的损益和相关机制的问责，是系统取得成功的关键。这意味着要发展信息基础设施，搭建整合型的“互联网+”医疗卫生服务信息化平台，利用信息平台在传递系统各要素之间建立联系，将不完全整合中的“孤岛”“盲点”和“断端”相互联通，使得医疗服务系统各个部分或环节得以有序衔接和高效运转。这样就可以很好理解医疗卫生服务供给的“不完全整合”在学理上与“碎片化残余”“互联网+”所形成的共生关系(如图 3 所示)，从而形成了解释当前医疗卫生服务传递实践的一个新的理论基础，并形成概念化的解释框架，不仅要解释不完全整合发生的原因与机理，还要研究“不完全整合”的作为一种固定模式的意义以及其遗留问题的解决方案。

“连接、智能和体验”是互联网的三大特性，而这些特性恰恰能非常好地解决当前医疗卫生服务行业普遍存在的资源不平衡、用户体验差等整合不充分导致的不良问题，<sup>36</sup>对于推动和促进医疗卫生服务模式的转变，打破体制壁垒以弥补不完全整合缺陷具有重要意义。事实上，近年我国医疗卫生服务供给体制改革的实践正验证了信息技术在医疗合作上的运用对于我国体系整合不完全性的弥补。医疗行业正日益显示出服务网络化、数字信息化、物联网终端设备普及化的变革趋向，这为克服医疗卫生服务体系“不完全整合”提供了条件，也是在当前信息化社会和互联网时代背景下医疗卫生服务行业的必然发展趋势。习近平总书记在 2016 年 4 月网络安全和信息化工作座谈会上就提出，要推进“互联网+医疗健康”建设，让百姓少跑腿、数据多跑路，提升公共服务均等化、普惠化和便捷化水平。<sup>37</sup>李克强总理强调，发展“互联网+医疗健康”，让人民群众在家门口就能够享受到优质便捷的医疗卫生服务。<sup>38</sup>尤其是 5G 技术的推广应用可以将“互联网+医疗健康”的衔接作用推进到更高水平从而保证医疗卫生服务供给的体系整合达到最佳的平衡。

## 五、结论

要改变医疗卫生服务由于部门或组织间的分割造成服务的非连续性，就要整合，纵向整合试图将管理原则从系统的一个部分应用到另一个部分，横向整合体现为提供者间基于契约的交互关系，而不是单元内部的行政操作。在用户层面，人们希望通过纵向整合无限制提高服务的连续性，而在服务提供者层面，供应商则希望通过紧密的横向整合来降低成本，然而，无论是用户整合还是提供者整合都会造成区域性全病种或单一性病种的垄断，从而导致医疗用户就医或医疗机构间的合作的可选择性降低或消失，进而使得市场机构失灵，因而，医疗服务应避免高度的用户整合与提供者整合同时出现。这意味着整合的程度处于两种整合的高与低之间或其中一种的单一高水平。避免完全的体系整合的目的是对医疗资源的单一行政控制或市场配置缺陷的回应，也是为了保证医疗照护的连续性与竞争性并存。避免完全体系整合意味着在医疗资源整合的大潮中要刻意培植整合体之外的医疗照护实体，尽管这一目的使得医疗照护的碎片化与重复性依然存在，但这一做法有助于竞争与参照，特别是公立医疗机构占主体地位的医疗市场尤其重要。为了弥补“不完全整合”的碎片化残余问题，充分利用信息技术以克服医疗资源整合的内在悖论是基本出路，也是医疗卫生服务行业改革发展的大势所趋。

---

**注释:**

- 1 蔡立辉:《医疗卫生服务的整合机制研究》,《中山大学学报》(社会科学版)2010年第1期。
- 2 朱海江等:《临床医学与公共卫生整合行动势在必行——首届中美医学与公共卫生整合行动研讨会纪要》,《中国公共卫生》2004年第12期。
- 3 N. Joun, “Finnish Care Integrated?” *International Journal of Integrated Care*, Vol.2, 2002, pp. 1-10.
- 4 A. C. Enthoven, L. A. Tollen, “Competition in Health Care: it Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency,” *Health Affairs*, No. 5, 2005, pp. 420-433.
- 5 S. E. Hastings, G. D. Armitage, N. S. Mallinson, “Exploring the Relationship between Governance Mechanisms in Healthcare and Health Workforce Outcomes: A Systematic Review,” *BMC health services research*, Vol. 14, No. 1, 2014, p. 479.
- 6 王淑、王恒山、王云光:《面向资源优化配置的区域医疗协同机制及对策研究》,《科技进步与对策》2010年第20期。
- 7 王东进:《整合城乡居民医保的关键在于认识自觉与责任担当》,《中国医疗保险》2015年第8期。
- 8 王丽丽、孙淑云:《整合城乡基本医保制度研究范畴之诠释》,《中国行政管理》2015年第9期。
- 9 L. R. Burns and M. V. Pauly, “Integrated Delivery Networks: a Detour on the Road to Integrated Health Care?” *Health Affairs*, Vol. 21, No. 4, 2002, pp. 128-143.
- 10 P. Ginsburg, C. Lesser, *Understanding Health System Change: Local Markets, National Trends*, Chicago: Health Administration Press, 2012, pp. 19-36.
- 11 A. Mooss, M. Hartman and G. Ibañez, “Manual Development: A Strategy for Identifying Core Components of Integrated Health Programs,” *Evaluation and Program Planning*, Vol. 53, 2015, pp. 57-64.
- 12 许兴龙、周绿林、魏佳佳:《医疗卫生服务体系整合研究的回顾与展望》,《中国卫生经济》2017年第7期。
- 13 Savigny, Donald de, Adam. Taghreed, “Systems Thinking for Health Systems Strengthening,” *Public Health*, Vol. 125, No. 2, 2011, pp. 117-118.
- 14 代涛等:《医疗卫生服务体系整合:国际视角与中国实践》,《中国卫生政策研究》2012年第9期。
- 15 关昕:《基于区域性医疗集团下的双向转诊模式探讨》,《中国社会医学杂志》2009年第5期。
- 16 《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》,《中华人民共和国国务院公报》2017年4月23日。
- 17 《深化医药卫生体制改革 2018年下半年重点工作任务》,《中华人民共和国国务院公报》2018年8月28日。

- 
- 18 许兴龙、周绿林、魏佳佳:《医疗卫生服务体系整合研究的回顾与展望》,《中国卫生经济》2017 年第 7 期。
- 19 尹红燕等:《安徽省医共体模式的探索和实践》,《中国卫生政策研究》2017 年第 7 期。
- 20 柴建军等:《医院联合体》,《国外医学》(医院管理分册)2000 年第 4 期。
- 21 王楠等:《远程医学在北京大学肿瘤医院的实践与思考》,《中国医院管理》2014 年第 10 期。
- 22 王省等:《山东省远程医疗现状及存在问题分析》,《山东大学学报》(医学版)2016 年第 2 期。
- 23 周彬等:《基于数据中心的远程医疗协同平台建设与实践》,《中华医院管理杂志》2016 年第 4 期。
- 24 马锡坤:《网络医疗发展历程与应用现状》,《中国医疗设备》2013 年第 8 期。
- 25 S.M.Shortell, et al., “Building Integrated Systems—the Holographic Organization.,” *Healthcare Forum Journal*, Vol. 36, No. 2, 1993, p. 20.
- 26 代涛等:《医疗卫生服务体系整合:国际视角与中国实践》,《中国卫生政策研究》2012 年第 9 期。
- 27 梁鸿、王云竹:《公共财政政策框架下基本医疗服务体系的构建》,《中国卫生经济》2005 年第 10 期。
- 28 2006 年,拱墅区社区卫生服务管理集团成立,对辖区内 8 家社区卫生服务中心实施集团化管理。集团根据具体需要统一人员调配,药品和器械等采购事项由集团管理中心采购部统一采购,在集团内推行绩效管理和标准化社区卫生服务,在收支两条线管理的基础上,统一委派会计,并根据各个中心特点,基本建设一体化,同时组建科研培训部门,对全系统的科研项目进行统一规划、整合和管理。
- 29 刘谦等:《我国医院与社区卫生资源互动整合模式与政策研究》,《中华医院管理杂志》2007 年第 10 期。
- 30 李玲、徐扬、陈秋霖:《整合医疗:中国医改的战略选择》,《中国卫生政策研究》2012 年第 5 期。
- 31 江上:《医联体:民营医院发展的机遇》,《卫生经济研究》2014 年第 4 期。
- 32 顾昕:《公立医院的治理模式:一个分析性的概念框架》,《东岳论丛》2017 年第 10 期。
- 33 于靖一:《英国 NHS 对我国社区卫生服务建设的启示及意义》,《劳动保障世界》2019 年第 23 期。
- 34 钱晨、王珩、李念念:《凯撒医疗及其对我国紧密型县域医疗卫生共同体建设的启示》,《中国卫生资源》2020 年第 2 期。
- 35 CA Lin, DJ Atkin, C. Cappotto, “Competition in Health Care:It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency,” *Health Affairs*, No. 5, 2005, p. W5.
- 36 孟群、尹新、梁宸:《中国互联网医疗的发展现状与思考》,《中国卫生信息管理杂志》2016 年第 4 期。

---

37 习近平:《在网络安全和信息化工作座谈会上的讲话》,2016年4月25日,<http://cpc.people.com.cn/n1/2016/0425/c64094-28303260.html>,2021年4月1日。

38 国家卫生健康委员会:《“互联网+医疗健康”发展等有关情况》,2018年4月16日,[http://www.gov.cn/xinwen/2018-04/26/content\\_5286067.htm#1](http://www.gov.cn/xinwen/2018-04/26/content_5286067.htm#1),2021年4月1日。