

基于史密斯模型医联体党建联盟政策执行研究

——以宿迁市医联体党建联盟为例

王亚洲 陈丽杰*

桂林医学院人文与管理学院 广西桂林 541000

摘要:目的:分析宿迁市医联体党建联盟政策执行过程中存在的现实问题,并提出针对性对策,为政策运行提质增效提供借鉴。方法:利用史密斯模型,从理想化政策、执行机构、目标群体、政策环境四个方面研究宿迁市医联体党建联盟政策执行的影响因素。结论:进一步细化和完善医联体党建联盟相关法规、加强对联盟机构监管与考核力度、提升医疗机构党建与业务融合度,注重人才队伍的双向培养理念是宿迁市医联体党建联盟政策走出现实问题的有效路径。

关键词:宿迁;医联体;党建联盟;史密斯模型

1. 概念界定

医联体是指在一定区域范围内,以一家或多家综合实力较强的大型医院为牵头单位,联合区域范围内级别、类别不同的其他医疗机构,通过纵横两个方向整合区域内优质医疗资源所形成的医疗机构联合组织^[1]。

医联体党建联盟是指医联体合作单位充分发挥党建引领作用,加强党建工作与业务发展相融合,促进医疗机构间资源共享、优势互补、协同发展的一种组织形式和工作机制。加强医疗卫生领域党的建设,提升党对该领域的领导能力和水平,是新时代的新要求。在国内医联体政策广泛推行这一背景下,将党建工作融入医联体建设,推进医联体模式下的党建工作创新机制,已成为目前各地市探索医联体建设的新方向、新热潮^[2]。

2. 宿迁市医联体党建联盟建设现状

2016年9月,由宿迁市委、市政府投资兴建的宿迁市第一人民医院(以下简称“一院”)正式对外运营,目前该院是宿迁全市唯一一所综合性三级甲等公立医院。2022年11月,宿迁市卫健委党委以一院为试点,开始在全市范围内探索推广以公立医院为龙头、民营医院为主体的医联体党建联盟政策。同月,20家医疗机构先后签订了党建协议,成为联盟成员。

截至目前,宿迁市医联体党建联盟先后开展了包括党务培训、党员义诊、进修学习、教学查房、手术教学等活动100多次,惠及基层群众和医务人员多达4000余人。在市

委市政府、卫生行政部门、医疗机构等多方共同努力下,宿迁市医联体党建联盟阵容不断扩大,以一院为核心,25家民营医院为枢纽的城市医联体样板初具规模。该政策的落实推动了宿迁市公立医院与民营医院的融合发展,为当地医联体的建设做出巨大贡献。但经实地调研发现,该政策运行过程仍存在政策机制不健全、医联体党建工作经验缺失、联盟合作关系不紧密、目标群体认知程度偏低等现实问题。因此,本文基于史密斯模型,从理想化政策、执行机构、目标群体、政策环境四个角度全方位审视当前宿迁市医联体党建联盟政策执行中的现实问题,并在此基础上提出切实有效的破解路径。

3. 分析框架

3.1 史密斯政策执行过程模型

美国学者托马斯·史密斯(Thomas B. Smith)在1937年发表的《政策执行过程》中提出史密斯政策执行过程模型(图1)。该模型认为政策执行过程产生偏差的因素往往不是单一的,而是由理想化政策、执行机构、目标群体、政策环境这四个重大因素相互作用产生^[3]。这四大要素从紧张、压力和冲突转变为协调、平缓、高效的过程标志着一项政策从开始实施到达到预期效果的过程。在此过程中,四大要素会出现“紧张”关系,只有“处理”妥当,政策才能顺利执行下去。政策执行结果会通过“反馈”重新作用于政策,以推动政策不断完善,并支持该项政策的进一步执行^[4]。

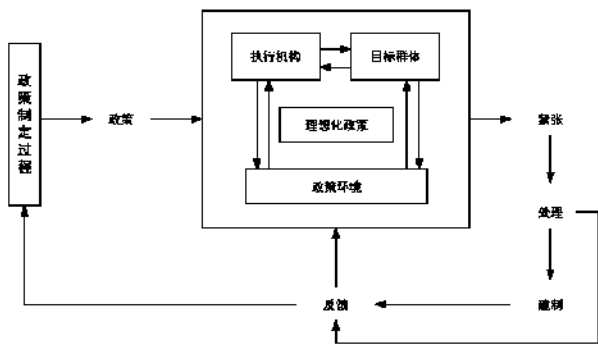


图1 史密斯政策执行过程模型

3.2 宿迁市医联体党建联盟政策执行分析框架

具体到医疗卫生政策领域，医联体党建联盟政策本质上隶属于公共政策的范畴。目前，研究医联体党建联盟政策的相关文献大多基于案例或实践分析，缺乏从政策体系角度出发的研究，将史密斯模型与实践相结合对该政策的研究则少之又少。因此，本文选用史密斯模型，构建宿迁市医联体党建联盟政策执行分析框架(图2)，理想化政策、执行机构、目标群体、政策环境四个因素也同样会对医联体党建联盟政策的执行效果产生影响。引入史密斯模型作为本研究的分析工具，能够从“和谐统一、有机共生”的整体视角系统地理解和分析宿迁市医联体党建联盟政策执行的动态复杂性，有助于我们透过表面看本质，深入探究当前宿迁市该政策执行的现实困境，进而寻得从整体上优化宿迁市医联体党建联盟政策执行实践的切实路径^[5]。

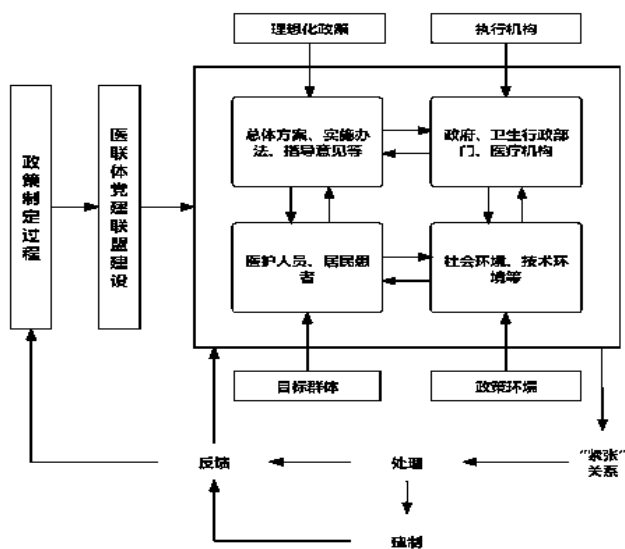


图2 宿迁市医联体党建联盟政策执行分析框架

4. 宿迁市医联体党建联盟政策执行现实问题分析

4.1 理想化政策

4.1.1 政策本体过于笼统致使政策执行力度削弱

理想化政策在史密斯模型分析框架内被视为影响政策执行效果的首要因素。理想化的医联体党建联盟政策应具有合理性和可行性，政策执行是否能够取得预期成果，很大程度上取决于顶层政策本身。2018年6月，国务院办公厅出台《关于加强公立医院党的建设工作的意见》，提出要切实加强公立医院的党建引领作用，健全现代医院管理制度。2021年6月，国务院办公厅印发的《关于推动公立医院高质量发展的意见》文件指出，要坚持和加强党对公立医院的全面领导，把党的领导融入医院现代化管理全过程、全方面，把党的建设延伸到医院各环节各方面。国务院发布的意见虽然对加强公立医院党建工作提出了指导和建议，但仍不属于法律范畴，其本身缺乏法律约束力，仅仅只是具有笼统性的政策指导文件。这种限制因素会削弱地方政府对政策的执行力度，难以全面把握新政的“精髓”。

4.2 执行机构

4.2.1 地方政府尚未完善法规，缺乏对下明确指导

地方政府是政策的主导者和引领者，决定着医联体党建联盟的发展战略和发展方向^[6]。在全面加强公立医院党建工作的背景下，2022年11月宿迁市政府办公室发布《宿迁市“十四五”卫生健康发展规划》，规划指出要坚持和加强党对卫生健康工作的集中统一领导，强化党风廉政建设主体责任和监督责任。这一规划为宿迁市加强医疗机构党建工作，推进医联体党建联盟政策发展指明了方向，坚定了信心。但截至目前，宿迁政府部门仍尚未进一步对其制定更为具体的政策法规，对当地的医联体党建工作缺乏更为明确的指导细则。

4.2.2 卫生部门监管力度不足，缺少完善考核机制

卫生行政部门是联盟合作发展的协调者和监管者，起到承上启下的作用。宿迁市卫生行政部门需要配合当地政府统筹开展辖区内的医联体党建工作，统筹协调辖区各级医疗机构的医联体党建联盟发展，为当地政府、公立医院和民营医院的党建工作搭建高效的信息交流平台。另一方面，作为外部主要监督主体，卫生行政部门还需要对全市医疗机构的服务和价格、医联体党建工作专员的准入以及医联体党建工作落实情况等方面进行严格考核与监管。但由于医联体党建

联盟政策的特殊性、专业性和复杂性，宿迁市卫生行政部门目前还存在监督手段少、监管力量薄、未形成完善的医联体党建联盟考核机制等现实问题。

4.2.3 医疗机构党建经验匮乏，尚未健全共享机制

医疗机构是医联体党建联盟政策的参与者和执行者，各级医疗机构间的紧密合作是联盟政策顺利实施的基础。宿迁一院作为该联盟的核心，创新开展“党建辅导员”制度，制定《医院党建活动阵地建设标准》，通过远程医疗、党员结对、专业骨干人才交流等多项措施加强与其他联盟成员的交流沟通，紧密党建联盟成员之间的关系，助推基层党建工作的的发展^[7]。目前，宿迁市医联体党建联盟成员间相互信任、相互协作，取得了初步成效。但在政策的实施过程中，医疗机构间仍暴露出一些现实问题，如市一院与县（区）民营医院的发展规模与组织机构设置存在差别，导致其党组织建设进展不一致；县（区）民营医院普遍缺乏党建工作专职人员，其医联体党建工作经验不足；市一院与其他联盟成员间仍存在较大的竞争关系，没有形成合理的利益共享机制等，这些问题严重阻碍了宿迁市医联体党建联盟政策的实施和发展^[8]。

4.3 目标群体

4.3.1 医护人员存在认知偏差，政策执行相对滞后

医护人员的职业素养与专业水平对医联体党建联盟政策执行效果至关重要。基于党建引领的优势，宿迁市医联体党建联盟机构将党建工作与医疗业务融合发展指标纳入医护人员的绩效考核。各医疗机构间陆续开展党务培训、党员义诊、远程医疗、专业骨干人才交流等党建特色文化交流活动，并开展先进典型评选，持续增强党组织凝聚力。这一系列举措提升了医护人员，尤其是医护团队中党员干部的工作积极性。然而，面对医联体党建联盟这一新政策，宿迁市部分医护人员仍存在联盟发展模式认知不透彻、存在认知偏差、医联体党建工作经验缺失等现实问题^[9]。

4.3.2 居民患者关注程度不足，政策宣传力度欠缺

组建医联体党建联盟的目的是提高医疗机构的医疗水平和工作效率，进而提升居民患者的就医满意度。宿迁政府、卫生行政部门携手医联体党建联盟单位通过一系列党建特色文化活动帮助了基层医疗水平的提升，实现了部分优质医疗资源的下沉，加强了当地居民患者就近就医的幸福。但通过对随机抽取的居民患者的访谈结果表明，多数居民患

者仍会首选市一院或县（区）大型医院就诊，而非选择离自己居住地较近的社区卫生中心或乡镇卫生室，宿迁市“倒金字塔”的患者就诊格局至今仍难以打破。此外，部分居民患者对当地医联体党建联盟政策的关注和知晓程度偏低，这也侧面反映出相关部门和医疗机构对这一政策的宣传力度仍有欠缺。

4.4 政策环境

4.4.1 社会环境：人口老龄化加剧，老年群体就医问题亟需解决

截至2023年底，宿迁全市共有户籍老年人口112.5万人，占比高达全市户籍人口的19.2%。宿迁市人口老龄化呈现出“增速快、高龄化、农村老人多、特殊困难老人多”的特点。城市人口老龄化进程的加快，势必会引起当地老年群体医疗服务需求的爆发式增长。然而部分老年群体出行不便，渴望在家门口就能享受到优质的医疗服务和资源^[10]。针对这一社会环境，政府相关部门更要加快优质医疗资源下沉基层“最后一公里”的步伐。当前，宿迁市积极组建医联体党建联盟，希望通过区域医疗资源整合，医疗机构协同联动，有效解决这一现状。但是，现阶段医联体党建联盟成员间的合作还不够紧密，合作多为专家问诊、技术交流、基层义诊等技术层面的松散形式，尚未形成长期有效、更为紧密的全方位合作模式，使得医疗资源下沉力度不足，部分县（区）、街道、乡镇等基层地区仍然存在老年群体就医难题。

4.4.2 技术环境：信息化系统建设落后，信息共享效率有待提高

信息化系统建设是医联体党建联盟合作发展的重要纽带。一方面，宿迁市卫生行政部门建立居民电子档案，着力提升联盟成员间转诊的效率。另一方面，宿迁一院建立“仁医桥”信息交流工作群，积极推进联盟成员间医疗信息的互联、互通和互享，努力实现患者健康信息的共享共用，最大限度为患者在基层首诊以及上级医院预约诊疗提供方便^[11]。然而，宿迁市域内目前仅一院信息化系统建设较为完善，大多数基层联盟成员的信息化基础平台的建设严重滞后，无法及时有效地调取需要的居民电子档案，从而形成信息孤岛。另外，有些基层医疗机构缺乏网络信息技术的专业指导，部分医护人员对信息化系统仍存在操作不熟练等问题，这严重阻碍了医联体党建联盟间信息传递效率和信息共享质量。

5. 宿迁市医联体党建联盟政策执行走出现实问题的有效路径

5.1 优化顶层设计，完善医联体党建联盟法制建设

成功的经验需要标准化，从而才能在特定领域和群体内规范化、常态化落实，医联体党建工作也应如此^[12]。当前，宿迁市医联体党建联盟组建工作仍处在萌芽阶段，宿迁政府应优化顶层设计，制定具体的政策法规以及明确的医联体党建工作指导细则，并根据当地医联体党建联盟发展状况和实施效果动态调整、及时完善。同时，宿迁政府要建立健全的联盟管理和监督体制，明确地方政府、卫生行政部门、医疗机构的责任、权利和义务，加强督导医联体党建工作，确保党委在医联体发展中发挥核心引领作用。

5.2 明确党建目标，加强党建与业务发展深度融合

宿迁一院作为牵头医院，首先要明确医联体党建工作的目标，将党建工作与业务发展紧密结合，形成党建引领业务发展的目标，将党建工作与业务发展紧密结合，形成党建引领业务发展的目标，业务发展支撑党建工作的良性循环。其次，要构建党建+业务的“双体系”服务平台，实现党的服务阵地与医疗服务的无缝对接。这包括构建以大型公立医院为龙头、基层医疗机构为基础的一体化纵向管理体系，以及构建“蛛网式”的横向帮扶体系，确保党的领导“纵向到底”、“横向到边”。通过组织联建、资源联享和活动联办，打造党建与业务发展的新纽带。这涉及到优化组织设置、建立党建工作考核机制、打造党员活动阵地、创建党建工作品牌等多项举措。最后，还要定期对党建工作和业务发展进行评估，及时调整和优化内部管理制度，确保党建与业务发展深度融合的持续性和有效性。

5.3 注重党员培养，落实优质人才资源的流动机制

医联体党建联盟要按照“把医疗业务骨干培养成党员，把党员培养成医疗业务骨干”的双向培养理念，共享优质党建资源，促进联盟间的人才交流合作，努力实现高质量发展。同时要注重医疗专家、学科带头人、优秀青年团队党建思想的培养，建立专业人才培养和双向人才流动机制^[13]。联盟单位要根据自身需求，制定针对性的人才培养计划，包括定期的进修学习、专业技能培训、信息化平台管理能力提升等。要推进人才交流项目，鼓励联盟间开展人才交流，通过轮岗、挂职等方式，让基层党员业务骨干有机会上得来，让公立医院党员业务专家有条件下得去，真正提升基层医疗服务水平，实现优质医疗资源下沉，提高基层群众就医便利性。

5.4 强化系统建设，携手共建利益相关者共享机制

卫生行政部门应进一步强化信息系统建设，尤其要重点帮扶信息化基础平台的建设相对薄弱的联盟成员。要利用信息化平台、行业主流媒体、公众号等多种网络形式对医联体党建联盟政策进行宣传推广，提升目标群体的认知程度。同时，还应当进一步明确各方职责义务和利益分配，通过制定更加全面细化的合作协议，建立公正合理的利益共享机制，确保各利益相关方的权益得到最大保障。最后，对医联体党建联盟机构要加强监管与考核力度，定期评估，通过客观公正的奖惩手段，激发联盟成员的积极性，提高医联体党建工作的整体效率和服务水平。

结语

总之，医联体党建联盟政策的执行是一项系统的、复杂的工程。宿迁市医联体党建联盟政策的落实、目标的实现不仅需要制度的优化与内容的完善，还需要在执行机构执行力度的加大、目标群体认知偏差的纠正、良好政策环境的构建等方面持续作出努力。只有这样，才能促使医联体党建联盟政策沿着正确的方向前进，最终在解决宿迁市医疗资源分布不均问题、促进医疗卫生机构高质量发展中打造出符合中国特色的城市医联体党建联盟新样板。

参考文献：

- [1] 李莉,黄河,翟建金,等.中医医联体背景下医学检验技术人才培养模式的探讨[J].中国医药,2024,19(03):456-459.
- [2] 许贤雄,林琴棋,李跃明.大型三级公立医院医联体模式下的党建工作机制创新实践[J].现代医院管理,2023,21(01):122-125.
- [3] SMITH T B.The policy implementation process [J]. Policy sciences,1973,4(2):197-209.
- [4] 王再进,徐治立,刘辉,等.基于史密斯模型的企业研发费用加计扣除政策分析及建议[J].中国科技论坛,2015(12):120-125.
- [5] 李人杰,王燕,段从宇.首轮“双一流”建设政策执行的现实困境与破解之道——基于史密斯政策执行过程模型的分析[J].教育与经济,2022,38(03):17-24.
- [6] 袁浩文,吴晓燕,魏霞等.县域医共体改革对患者住院服务利用的影响研究——以安徽省芜湖市为例[J].中国医院管理,2021,41(07):30-33.

[7] 祁子欣,蔡博,惠艳玲. 公立医院医联体党建联盟建设的持续实践与探索 [J]. 现代医院,2024,24(01):34-37.

[8] 唐翔,朱佳祎,张蕾. 专科医联体党建工作路径探析——以H医院康复医联体为例 [J]. 现代医院,2023,23(09):1331-1333+1337.

[9] 陈有兰,李伟,陈渝. 我国医联体现状研究及发展策略 [J]. 中国医院,2020,24(08):1-3.

[10] 李超红,韩胜昔,张晓丽等. 构建学科项目型专科医联体的PEST模型分析 [J]. 中国医院管理,2019,39(12):6-7+10.

[11] 高玉娇. 宿迁市第一人民医院实施医联体的做法与思考 [J]. 江苏卫生事业管理,2018,29(07):742-744.

[12] 杨福彪,顾炜,刘泽威等. 公立医院推进党医深度融合的党建品牌建设新路径探索 [J]. 现代医院,2024,24(01):20-22+25.

[13] 宫芳芳,罗思易,刘胜男. 健康中国行动背景下创建基层党建联盟的实践与思考 [J]. 现代医院,2023,23(04):514-516.

作者简介:

王亚洲(1994-),男,汉族,江苏宿迁人,硕士,研究方向:公共(卫生)政策及卫生事业管理。

通讯作者:陈丽杰(1982-),男,瑶族,广西桂林人,博士,讲师,研究方向:伦理学。E-mail: 523283170@qq.com