

县域医共体对新农合参合居民就诊流向的影响分析

——以安徽省定远县为例

刘双^{1,2*} 王芳² 田淼淼² 贾梦² 陈凯³ 赵艳青^{1,2} 蒋祥^{1,2} 谭雯^{1,2}

1. 北京协和医学院 北京 100730

2. 中国医学科学院医学信息研究所 卫生体系与政策研究中心 北京 100020

3. 国家卫生计生委基层卫生司 北京 100191

【摘要】目的:分析安徽省定远县开展县域医共体建设对新农合参合居民就诊流向的影响。方法:开展访谈了解县域医共体主要改革举措,收集 2015—2016 年新农合平台数据及相关政策文件。结果:2015—2016 年参合人员就诊流向发生改变;(1)县域外住院病人减少了 3.31%;(2)县域内县乡两级医疗机构门诊、住院人次显著增加,且乡镇卫生院住院人次数增长幅度大于县级医院;村卫生室诊疗人次数下降。3)县域外诊疗费用远高于县域内,且县级医院次均费用增长明显,而乡镇卫生院基本保持不变。结论:县域医共体建设有助于减少县域外住院人次数、减轻新农合基金压力;进一步改善县域就诊流向面临人才短缺、信息化发展滞后等挑战。

【关键词】县域医共体;新农合;就诊流向

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.04.009

Analysis of the impact of county medical alliance on patient flows under the NRCMS: A case study of Dingyuan county of Anhui Province

LIU Shuang^{1,2}, WANG Fang², TIAN Miao-miao², JIA Meng², CHEN Kai³, ZHAO Yan-qing^{1,2}, JIANG Xiang^{1,2}, TAN Wen^{1,2}

1. Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

2. Institute of Medical Information, Center for Health System and Policy, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

3. Department of Primary Health Care, National Health and Family Planning Commission, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: This study is conducted to analyze the impact of county medical alliance on patient flows under the NRCMS in Dingyuan county of Anhui province. Methods: data on patient-flow were collected through the NRCMS information platform and related policy documents for 2015—2016, and interviews were conducted to study the main reform practices in the county medical alliance. Results: The patient flow under the NRCMS varied in the way of 1) the total number of inpatients seeking treatment outside of the county decreased by 3.31%; 2) the treatment volume of county-level hospitals and township health centers were increasing, and the latter one is growing faster than the former, meanwhile, the treatment volume of the village clinics declined, and 3) the hospitalization expenses per inpatient for patients who seek treatment outside the county are much higher than the expenses incurred within the county. Conclusions: the development of county-level medical alliance has influence on patients with common diseases who used to seek treatment by helping to reduce the number of inpatients outside the county and reduce the pressure of the new rural cooperative fund. However, significant problems still exist such as shortage of talented practitioners, and lagging development of information technology system.

【Key words】 County medical alliance; Patient flow; The New Rural Cooperative Medical Scheme(NRCMS)

* 基金项目:2017 年国家卫生计生委基层司委托重点项目;中国医学科学院医学与健康科技创新工程项目(2016-I2M-3-018)

作者简介:刘双,女(1992 年—),硕士研究生,主要研究方向基层卫生。E-mail:liu.shuang@imicams.ac.cn

通讯作者:王芳。E-mail:wang.fang@imicams.ac.cn

就诊病人流向不合理问题是我国医改过程中需要破解的难题之一。国际经验表明,建立科学有序的分级诊疗制度是提高医疗卫生服务效率、形成合理就医秩序、节约医疗费用的重要途径。^[1]为了“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗制度的建立,从国家到地方层面都在开展多种形式的探索。2013年,全国卫生工作会议在国家层面提出开展“医疗联合体”建设,是深化医改的重要步骤和制度创新。2015年,国务院办公厅印发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中明确提出了分级诊疗工作考核评价标准,其中反映县域就诊流向的指标,如基层医疗诊疗量占比、县域内就诊率是考核指标体系的重点。

在县域内组建医疗共同体是医联体的重要组织模式之一,通过建立县域医共体达到整合县域内的医疗资源、促进优质医疗资源下沉、提高基层医疗服务能力,建立和完善农村三级医疗服务网,推动农村地区分级诊疗模式形成的目的。^[2]安徽省从2015年开始探索建设县域医共体,以县为单位开展医联体试点,促进县域内分级诊疗的形成。目前已有较多关于安徽省县域医共体的运行模式、实施路径、按人头总额预付等方面的文献,还有文献对安徽县域医共体的实施效果进行分析,但是缺乏对就诊流向改变的研究。^[3-4]本文以安徽省“县域医疗服务共同体”首批试点县——滁州市定远县为例,分析定远县2015—2016年开展县域医共体建设对新农合参保居民就诊流向的影响,为进一步有效提高县域内就诊率,促进合理就医秩序的形成提供实践依据。

1 资料和方法

1.1 资料来源

1.1.1 文献研究

通过CNKI、万方和维普等文献数据库以及国家

卫生计生委等相关网站,检索县域医共体、就诊流向影响因素等研究理论和实践进展;并在定远县卫计局收集县域医共体相关的政策文件。

1.1.2 现场调研

现场调研以定性访谈和定量问卷的方法进行。通过自行设计访谈提纲,采用个人深入访谈的方式,主要了解县域医共体具体做法对就诊流向的影响及其作用机制等关键问题。访谈对象包括定远县卫计局、新农合管理中心、医共体内县级医院、乡镇卫生院及村卫生室相关负责人各1人。

定量资料主要通过定远县新农合平台抓取2015—2016年新农合参保居民全部的门诊和住院数据明细,包括居民就诊的机构、次均费用等内容。

1.2 研究方法

针对定性资料,将访谈录音进行word转录,运用主题框架分析法对相关问题进行整理和分析。定量数据采用Excel2010软件录入,并导入SPSS18.0软件中进行统计描述、t检验等。

2 结果

2.1 定远县县域医共体改革实践

定远县位于安徽省东部、属于合肥经济区成员,其区位通达,居民到合肥、南京等地就医便捷。现有常住人口79.5万,辖22个乡镇,是滁州市人口最多的县。2015年,定远县保持机构建制、功能定位、财政投入等方面不变,成立县域医疗服务共同体,以在原县人民医院和县中医院的基础上组建的县总医院为牵头单位(以下简称县医院),27个乡镇卫生院、249所一体化管理村卫生室为成员单位。在医共体外,还有包括县妇幼保健院以及多家民营医院等医疗机构为居民提供服务,居民可以自由选择医疗机构。在管理模式方面,实行理事会领导下的牵头医院负责制,并由相关政府负责人组成监事会(表1)。

表1 定远县县域医共体主要改革内容

改革方面	具体内容
医疗服务	县医院派医疗团队到乡镇卫生院开展对口支援,包括定期坐诊、教学查房、学术讲座、讨论疑难病例等 县医院选派临床主治及以上医生到乡镇卫生院担任副院长并参与业务管理 县医院定期对乡镇卫生院开展医疗质量、慢病管理等工作的检查督导 县医院开展183个病种的临床路径管理,规范诊疗行为
人才交流	县乡村三级医疗卫生机构建立“1+1+1”的师徒带教关系,即1名县级医院专科医生、1名乡镇卫生院全科医生和1个村卫生室结对帮扶,有效提升基层医疗卫生机构服务能力 乡镇卫生院选派骨干人员到县医院进修学习 建立“医共体师徒交流”微信群,加强对基层医疗卫生机构医务人员在线业务指导

(续)

改革方面	具体内容
医保支付方式	将新农合基金全额纳入预算,按照当年筹资标准 10% 的比例上缴省级风险基金,剩余资金按照 95% 的预算转换成参合人头费,交由县域医共体包干,负责承担全年参合农民当年门诊和住院服务、必要的转诊以及新农合补偿方案规定的费用报销。参合病人在县外医院的费用报销、大病保险的报销从总预算中支出。居民在县域内外就医自由,医共体外的县内其他定点医疗机构收治的新农合病人,医共体以“购买服务”的方式互相与之结算。结余资金按照县乡村三级机构 6:3:1 的比例,按照“超支不补,结余留用”的原则自主支配 ^[4] 县医院积极开展按病种付费,目前已有 192 个病种纳入按病种付费管理 确定 59 组疾病为试点病种实行同价补偿,即对同一病种新农合基金定额支付,病人按照实际费用的固定比例自付、超出定额的部分由医疗机构承担
区域医疗资源共享	医共体内建立会诊管理制度。按照实际需求进行申请科室内、科房间会诊,全院疑难重症病例会诊及医共体内部会诊等不同等级的会诊 基于互认原则,县乡两级医疗机构建立检查检验结果互认制度 建立药品的集中采购机制。基层医疗卫生机构可从县级医院采购部分慢性病患者需长期服用的药物;对部分基层医疗卫生机构需要但又不能及时配送的药物,采取集中采购和配送

2.2 就诊流向变化情况

2.2.1 县域内外就诊流向

2016 年定远县参合居民在县域内住院的比重从 2015 年的 77.02% 增至 2016 年的 80.33%, 县域外住院病人减少了 3.31%。县域内门诊就诊的比重维持在 99% 以上水平, 比重较 2015 年增加了 0.01%。(表 2)。

表 2 2015—2016 年定远县新农合参合居民县域内外门诊情况(n, %)

分类	2015 年	2016 年
门诊		
县外医院	3 693(0.26)	3 252(0.25)
县域医院	1 444 954(99.74)	1 317 304(99.75)
住院		
县外医院	20 263(22.98)	19 481(19.67)
县域医院	67 909(77.02)	79 562(80.33)

2.2.2 县域内各级医疗机构就诊流向

2016 年,定远县县级医院、乡镇卫生院的门诊人次及住院人数较 2015 年均有一定程度增长,其中,乡镇卫生院住院人数增长超过 28%(19 761 人),显著高于县级医院涨幅(13.96%)。同时,到村卫生室就诊的患者人次显著减少,从 2015 年的 785 741 人次减少到 642 004 人次,降幅为 18.29%。

与 2015 年相比,2016 年县域内患者就诊流向在县乡村三级医疗机构之间的分布比例发生以下改变:(1)村卫生室诊疗量占比有所下降,2015 年县域内 54.38% 的门诊患者在村卫生室就诊,2016 年该构成比下降至 48.74%;(2)乡镇卫生院门诊及住院占比分别提升了 4.95 和 2.11 个百分点;(3)县级医院门诊占比 5.59%,较 2015 年略有上升,提高了 0.69 个百分点,住院占比为 75.16%,较 2015 年下降了

2.11 个百分点(表 3)。

表 3 2015—2016 年县域内医疗机构新农合参合人员就诊情况(n, %)

分类	2015 年	2016 年	增长率(%)
门诊			
县级医院	70 859(4.90)	73 683(5.59)	3.99
乡镇卫生院	588 354(40.72)	601 617(45.67)	2.25
村卫生室	785 741(54.38)	642 004(48.74)	-18.29
住院			
县级医院	52 476(77.27)	59 801(75.16)	13.96
乡镇卫生院	15 433(22.73)	19 761(24.14)	28.04

2.2.3 次均费用

实施县域医共体前后,县域外住院患者次均费用均远高于县域内,2015—2016 年县域外住院次均费用分别为县域内的 3.90 倍、3.92 倍。实施县域医共体后,参合人员的诊疗费用发生如下变化:实施县域医共体后,县域内、外就诊患者住院次均费用分别增加了 1.43%、2.06%,且实施前后结果对比均具有统计学意义($P < 0.01$)(表 4)。

表 4 2015—2016 年定远县新农合参合居民县域内外次均住院费用比较

分类	年份	住院人次 (人次)	次均住院 费用 (元)	增长率 (%)	t	P
县域内	2015 年	67 909	3 650.83	1.43	-1.874	0.000
	2016 年	79 562	3 702.93			
县域外	2015 年	20 263	14 228.53	2.06	-1.378	0.002
	2016 年	19 481	14 521.12			

对比不同级别医疗机构发现,医疗机构级别越高,门诊和住院次均费用越高。实施县域医共体后,县级医院的诊疗费用出现较大幅度的增长(门诊次均费用增长 19.80%;住院次均费用增长

8.01%);而乡镇卫生院的诊疗费用仍处于较低水平(门诊次均费用仅68元;住院次均费用约是县医院的1/3),且基本维持不变(环比增长率小于1%)(表5、表6)。

表5 2015—2016年定远县新农合参合居民各级医疗机构门诊次均费用情况

分类	医院等级	门诊次均费用(元)		增长率(%)
		2015年	2016年	
县外医院	省外医院	6 099.76	5 978.46	-1.99
	县外省内医院	2 792.71	3 333.08	19.35
县域医院	县内县级医院	478.50	573.23	19.80
	乡镇卫生院	67.82	67.53	-0.43
	村卫生室	25.22	27.24	8.01

表6 2015—2016年定远县新农合参合居民各级医疗机构住院次均费用情况

分类	医院等级	住院次均费用(元)		增长率(%)
		2015年	2016年	
县外医院	省外医院	16 566.61	20 150.42	21.63
	县外省内医院	13 046.92	13 237.33	1.46
县域医院	县内县级医院	4 145.78	4 477.85	8.01
	乡镇卫生院	1 343.67	1 353.00	0.69

3 讨论

3.1 县域医共体建设有助于减少县域外住院人次数

3.1.1 新农合支付方式改革是减少病人到县域外住院的关键

从医疗服务供方角度,定远县医共体内通过开展“按人头总额预付,超支不补,结余留用”的医保支付方式改革,对医共体内所有医疗机构建立了有效的“利益捆绑”机制^[5],促进医共体在保证医疗质量的前提下主动控费。2016年,定远县医共体新农合结余资金达到2 819万元,是2015年的2.13倍,结余资金考核后原则上按照6:3:1的比例分配给县乡村三级医疗机构。

从卫生行政部门角度,医共体内部实行例会制度,定期对各成员单位的新农合资金运行情况、基本医疗开展情况进行通报。此外,卫生行政部门还通过严格的绩效考核机制促使医共体成员单位完成相关指标,其中反映就诊流向的相关指标是考核的重点,如县域外住院人次数、参合居民总住院率、向下转诊率等指标。定远县卫计局相关负责人表示,“原来基层卫生机构实行收支两条线,基层医生没有积极性;现在打破收支两条线,收支结余可用于分配,医生愿意提高自身能力接诊病人。”

3.1.2 乡镇卫生院服务能力提升吸引患者基层就诊

2016年定远县乡镇卫生院的医疗服务利用率有所提高,其门诊、住院诊疗量均较2015年有所增加,尤其是在住院人次数方面增长显著。分析其原因,一是落实对口支援,乡镇卫生院医疗服务能力得到一定程度提升。本次调研的定远县某乡镇卫生院,同县级医院建立了长期对口支援关系,2016年接受到专家定期坐诊共计166天,期间同步开展临床带教和培训,并建立“1对N的师带徒”关系加强县乡两级医疗机构医务人员的业务交流。同时,乡镇卫生院上派业务骨干到县医院参加免费进修。医共体内建立了通畅的县乡人才双向流动机制,为提升乡镇卫生院服务能力创造了有利条件。二是乡镇卫生院次均费用较低且基本保持稳定。定远县开展了“同病同价”等新农合医保改革试点,有效的降低了居民在乡镇卫生院住院次均费用。数据显示,2016年定远县县乡村三级医疗机构门诊次均费用环比增长率排序为:县医院(19.80%)>村卫生室(8.01%)>乡镇卫生院(-0.43%)。乡镇卫生院医疗服务可及性较强,在此基础上,相对较低的诊疗费用对居民有一定的吸引力。三是加强县域医疗资源共享,促进优质医疗资源下沉到乡镇卫生院。定远医共体内建立多级会诊制度,通过县级医院专家的培训和指导,乡镇卫生院对疑难危急重症疾病的诊断和识别能力有所提高,当乡镇卫生院医生遇到能力范围外的病人,可以根据实际需求启动不同级别的会诊。这样既能保证患者安全,也减少了乡镇卫生院推诿病人的现象。此外,还建立了县乡两级医疗卫生机构检查检验结果互认制度、药品集中采购和配送制度,保障并促进了乡镇卫生院业务的开展。

3.1.3 村医借助签约服务发挥居民健康“守门人”作用

在改革以前,定远县存在村医“卖病人”的现象,即利用医疗服务的“信息不对称性”将病人介绍到特定的医疗机构从中牟取利益。改革后,村医一方面成为开展家庭医生签约服务的主体,基于签约情况获得相应的签约费用,积极性得到极大程度的调动;另一方面村卫生室作为医共体成员单位纳入医共体统一管理,村医将签约村民的管理情况列入县域医共体考核,并参与县域医共体新农合结余资金的分配,进一步增加村医收入从而提高其积极性。通过村医的引导,群众逐渐形成“有序就医、履约转诊”的习惯,乡村医生作为居民健康的“守护人”的作用逐渐得以显现。

3.2 县域医共体实施有助于减轻新农合基金压力

新农合住院实际补偿比、新农合住院病人“三费”(包括人均药费、材料费、检查费)的控制情况也是医共体对新农合基金绩效考核体系中的重要指标,同时,通过积极推进按病种付费、实施临床路径等措施,2016 年定远县新农合居民县域内医疗机构整体居民住院次均费用基本保持稳定,涨幅仅 1.43%。

以往研究显示,在报销比例相差不大的情况下,县域外住院费用远高于县域内,新农合病人外流增多使得新农合基金支出增加。^[6]本研究也显示县域外住院次均费用远高于县域内,2015—2016 年定远县域外就诊费用约为县域内的 3.9 倍。2016 年,定远县县域外住院病人出现小幅度的回流趋势,同年,新农合基金结余较 2015 年增加了约 1 倍。实践证明,县域内住院率的提高有助于减轻新农合基金的压力。

3.3 进一步提高县域内就诊率、改善县域就诊比例仍面临挑战

首先,基层医疗卫生服务人员是影响服务提供数量、质量和效果的核心要素,基层人才队伍的建设是政府“强基层”的核心内容。^[7]定远县卫计委相关负责人表示,“有的卫生院真正能看病的医生很少,医保结余分配的利好政策在卫生人力不足的机构也难以真正发挥作用”。随着乡镇卫生院的诊疗量不断增加,其面临的骨干医务人员短缺的问题也日益严峻。目前,县医院根据各中心乡镇卫生院的实际需求情况,安排了 15 个临床科室,组建了 5 个医疗团队,分别对口支援 5 所中心乡镇卫生院。医疗团队的专家除完成对口支援任务外,也同样承担着院内的诊疗服务。定远县医共体内仅一所县级医院,如果下一步计划推行紧密型医共体建设,其在人才短缺方面将面临更大的挑战。

其次,目前与东部发达地区比较,定远县的医疗卫生信息化发展较为滞后,基层医疗卫生机构仅依靠专家坐诊等形式的技术帮扶难以实现同上级医疗机构的协同发展。在医联体建设过程中,信息化建设是促进医联体内部分级诊疗体系建设的重要支撑,信息化系统建设、远程医疗的实施可以促进医联体内医疗机构间信息互联互通、优化服务流程,同时促进优质医疗资源纵向流动,提升基层医疗卫生机构的服务能力。^[8]同时,区域医疗信息化的发展水平也直接影响到区域资源共享的程度。信息化是区域化

的影像诊断、检查检验、药品配置、后勤管理等中心建立和运行的基础。^[9]访谈过程中,县医院行政人员认为,“县医院对乡镇卫生院的帮扶,单纯通过专家坐诊无法解决他们的关键问题,需利用信息化手段,通过开展远程医疗,实现数据的实时传送和技术的指导,为乡镇卫生院医生提供技术支撑”。

3.4 本研究的局限性

本文是基于医疗服务供方视角对县域内就诊流向进行研究和分析,数据和资料均来源于卫生行政部门及医共体内部,未收集需方相关的数据。目前定远县域医共体在减少新农合参保居民县域外住院方面初步显示出效果,但这种效果的可持续性有待继续观察,同时进一步加强对县域内就诊流向的引导。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “gate keeper” and an “open access” health care system[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003, 38(12): 690-697.
- [2] 孟令锋. 县域医共体, 构建诊疗模式新格局[J]. 中国农村卫生, 2017(1): 15-16.
- [3] 苏岱, 陈迎春, 李浩森, 等. 安徽省阜南县医疗服务共同体模式下分级诊疗效果分析[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(7): 493-496.
- [4] 尹红燕, 谢瑞瑾, 马玉龙, 等. 安徽省医共体模式的探索和实践[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(7): 28-32.
- [5] 王文婷, 陈任, 马颖, 等. 分级医疗背景下的安徽县域医疗服务共同体实施路径[J]. 中国卫生资源, 2016, 19(6): 470-474.
- [6] 王芳, 朱晓丽, 丁雪. 我国基层卫生人力资源配置现状及公平性分析[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(2): 108-110.
- [7] 吕剑楠, 王芳, 田森森, 等. 江苏省常州市区域医疗机构服务协同案例分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(4): 37-41.
- [8] 姜立文, 宋述铭, 郭伟龙. 我国区域纵向医联体模式及发展现状[J]. 医学与社会, 2014, 27(5): 35-38.

[收稿日期:2017-10-18 修回日期:2018-01-10]

(编辑 薛云)