

安徽省天长市和福建省尤溪县县域医联体建设研究

郑英* 胡佳 代涛 杨越涵

中国医学科学院医学信息研究所 卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】本研究选取安徽省天长市和福建省尤溪县作为典型案例,从服务提供方式、筹资支付、治理规划、协作机制、资源共享等方面,对其县域医联体建设实践进行系统梳理和比较分析。研究发现,天长市和尤溪县医联体建设均比较重视政策措施的综合性、协同性和系统性,以医保支付方式为重点建立相容的激励约束机制,多措并举提升基层服务能力,但一些具体措施和资源整合程度有所差异,面临共性和个性问题。建议持续推动服务体系由“金字塔型”向“网络型”转变;在医联体内建立相容的激励约束机制;以提升基层服务能力为重点,强化人才、药品、信息等共享机制建设;针对特定问题,在措施执行层面不断调整完善、持续探索创新。

【关键词】医联体; 天长市; 尤溪县

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.002

Study of the construction of medical alliances in Tianchang city of Anhui province and Youxi county of Fujian province

ZHENG Ying, HU Jia, DAI Tao, YANG Yue-han

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

【Abstract】 This paper systematically summarizes and compares the reform measures of medical alliances in Tianchang city of Anhui province and Youxi county of Fujian province from five different aspects, namely service delivery model, financing and payment, governance and regulation, organizational collaboration, and resources sharing. The research findings are as follows: 1) the reform measures of medical alliances in the two counties are all comprehensive, synergetic and systematic; 2) the incentive and constraint mechanisms are established centered on the payment model of medical insurance; 3) various measures have been taken to improve the service capacity of primary health care; 4) however, there are some differences in some specific reform measures and the degree of resource integration, and thus the two counties are all facing some collective and individual problems. In conclusion, the policy implications are as follows: 1) the health care system should be transformed from “pyramid” hierarchical system to “network” parallel one; 2) compatible incentive and constraint mechanisms within medical alliances should be established; 3) sharing mechanism of resources such as workforce, medical assets and information should be strengthened, focusing on the improvement of the service capacity of primary health care; and 4) the specific measures against individual problems should be adjusted, improved, explored and innovated constantly.

【Key words】 Medical alliances; Tianchang city; Youxi county

新医改以来,我国出台一系列政策文件,改革完善医疗卫生服务体系,将分级诊疗制度作为基本医疗卫生制度的重要组成部分。构建医疗联合体

(以下简称“医联体”)是建设分级诊疗制度的重要手段,有利于调整优化资源结构布局、促进优质资源下沉、提升基层服务能力和体系整体效能。^[1,2]

* 基金项目: 国家卫生健康委员会体制改革司委托项目;中国医学科学院医学与协同创新工程创新团队项目(2016-I2M-3-018)
作者简介: 郑英,女(1980年—),副研究员,主要研究方向为卫生体系、卫生规划。E-mail: zheng.ying@imicams.ac.cn
通讯作者: 代涛。E-mail: dai.tao@imicams.ac.cn

些地方开展了多种形式的实践探索,也取得了积极进展和成效;但总体来看,我国医联体建设仍然存在整合程度不高、资源配置失衡、全科人才紧缺、缺乏有效的激励约束机制等问题。^[3,4] 县域医疗卫生服务体系是我国医疗卫生服务体系的重要组成部分,一些试点县在推进县域医联体建设、提升基层服务能力、构建县乡村一体化的整合型服务体系方面开展了颇具特色的探索。本研究系统梳理了首批县级公立医院综合改革示范县安徽省天长市和福建省尤溪县的县域医联体改革的做法,分析体制机制等方面存在的问题,并提出相应的政策建议,以期为推进县域医联体建设和公立医院综合改革提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 文献研究

检索 CNKI、万方等文献数据库、世界卫生组织(World Health Organization, WHO)和世界银行(World Bank, WB)等相关网站,查找医联体建设、整合型医疗卫生服务体系构建等相关理论和实践研究报告、论文;检索国内相关政府网站,查找医联体改革的相关政策文件。

1.1.2 现场调研

课题组分别于2015年12月、2016年12月和2018年1月赴天长市和尤溪县开展现场调研,通过召开座谈会和关键人员访谈等方法收集县域医联体改革相关资料。针对2县(市),组织原卫生计生、人社、医保、发改、财政等相关部门负责人,召开座谈会,详细了解其改革思路、主要措施、成效与问题等;设计访谈提纲,对县医改办主任、医联体内各级医疗卫生机构负责人、医务人员和患者等关键知情人进行深入访谈,每次每个县(市)访谈10人左右,重点了解医联体建设的具体做法、面临的主要问题和制约因素及建议等。同时,现场查阅县域医联体改革相关政策文件,并对医联体内部分机构进行实地考察。

1.2 研究方法与分析框架

本文主要采用内容分析法,在借鉴WHO卫生体系框架、WB卫生体系控制柄模型和现有研究基础上,从服务提供方式、筹资支付、治理规制、协作机制、资源共享等方面,对天长市和尤溪县医联体改革措施进行比较分析;其中,筹资支付和治理规制是影

响医联体建设最关键、最核心的激励约束机制^[5-10](表1)。

表1 医联体改革内容分析框架

改革内容	具体方面
服务提供方式	体系架构,功能定位,服务内容
筹资支付	供方:医保支付方式,财政补偿,医疗服务价格调整,薪酬分配 需方:医保支付方式
治理规制	供方:治理结构与内部管理,考核评价与问责 需方:契约
协作机制	双向转诊,技术协作
资源共享	人才引进、培养和使用,药品供应保障,信息共享

2 结果

2.1 服务提供方式

构建以县级医院、乡镇卫生院、村卫生室三级医疗卫生机构为主要服务提供方,专业公共卫生机构、家庭医生服务团队等多方参与的县乡村一体化的县域医联体。其中,天长市以2所县级公立医院和1所民营医院为牵头医院组建了3个医疗服务共同体(以下简称“医共体”),彼此之间相互竞争;2018年基于考核结果,民营医院退出,重新划分为2个医共体。尤溪县医联体建设先后经历了以义务代管为主的松散型医联体和以行政督导为主的半紧密型医联体两个探索阶段,2017年4月整合全县医疗卫生资源组建1个县域医联体,县医院为牵头医院并更名为“尤溪县总医院”。

明确医联体内各级医疗卫生机构功能定位。天长市和尤溪县均制定了不同级别医疗卫生机构诊疗病种目录,其中天长市明确县级医院至少承担122种疾病诊治、镇(中心)卫生院50种、村卫生室28种;尤溪县分别为213种、55种和15种。尤溪县重新定位医联体内2所县级医院功能,县总医院重点承担外科、西医内科、儿科、急救、妇科、产科、传染科等急危重病救治任务,中医院重点承担中医内科、中医外科、骨科、康复理疗科、肛肠科、皮肤科、精神科、血透中心、科教科、规培基地等慢性病诊疗和教学任务,实行差异化发展。

探索建立以健康为中心的医疗卫生服务新模式。天长市和尤溪县均以家庭医生签约服务为切入点,为所有签约居民提供预防、诊疗、康复、护理、健康促进等多层次、多样化、个性化、连续的覆盖全生命周期的健康服务。

2.2 筹资支付

针对供方的医保支付,实行以医联体为单位的总额预付制,开展多元复合式医保支付方式改革。天长市医共体的总额预付制开始只包括新农合基金,2018 年扩大至城乡居民基本医保,实行按人头打包支付,即将提取 10% 省级风险金后的医保基金的 95% 作为总预算,依据参保人数统一打包支付给医共体牵头医院进行管理,选择其他医共体就医患者的医疗费用由其所属医共体以购买服务形式每季度结算;结余按照 6:3:1 在县乡村三级机构间分配,超支由牵头医院承担;同步实行 251 个病种临床路径管理下的按病种付费,53 个按病种付费“浮动定额”支付,12 个日间手术按病种付费,10 个中医药适宜技术和 10 个优势病种的按病种付费。尤溪县医联体的总额预付制面向所有基本医保基金,由市医保基金管理局在扣除预留部分(城乡居民预留 35 元/人、城镇职工 100 元/人,主要用于大病保险和第三次精准补助)后,打包给县总医院统筹使用;结余可纳入医务性收入,用于计算医院工资总额进行分配;同步实行住院费用按全国疾病诊断相关分组(Chinese Diagnosis-Related Groups, C-DRG)收付费制度,同级别医院“同病、同治、同价”,并加强临床路径管理。

建立与医联体和分级诊疗制度建设相挂钩的财政补偿机制。天长市和尤溪县的财政补偿、医保基金拨付等均依据医联体各级医疗卫生机构职责履行、分工协作、能力提升、家庭医生签约服务等情况确定,但在具体考核指标上有少许差异。逐步理顺不同级别医疗卫生机构和不同类型医疗服务项目的比价关系,两地均多次调整县级公立医院医疗服务价格,如提高诊疗、手术、护理等项目价格,天长市还同步调整乡镇卫生院医疗服务价格。

建立促进人才向基层流动的薪酬分配机制。一是对下派人员在薪酬分配、职称晋升、岗位竞聘等方面予以优先考虑。尤溪县实行年薪计算工分制,通过调整病种在县级医院(下调)和乡镇卫生院(上调)的工分值影响年薪分配,并将驻乡驻村工作完成情况作为年薪分配依据。二是改革基层绩效薪酬制度,给予相应财政补助。天长市允许乡镇卫生院医疗服务收入扣除运行成本后的结余主要用于人员奖励,财政每年给予基层高级职称人员一定工作补贴;尤溪县实行基层奖励性绩效薪酬考核制度,财政补助在岗未入编人员。

调整针对需方的医保支付政策。天长市和尤溪县均降低基层就诊、签约居民及依规转诊患者的起付线,提高封顶线和住院费用报销比例;反之则提高起付线、降低封顶线和住院费用报销比例,适度拉开县域内外、县域内不同级别医疗卫生机构、签约与非签约居民以及依规与违规转诊患者的医保支付水平。

2.3 治理规制

建立健全医联体法人治理结构和内部管理机制。一是转变政府职能,促使卫生健康行政部门由直接管理医疗卫生机构转为行业管理。如原天长市医管会(2018 年改为市医改委)代表政府负责医共体发展方向、规划等政策制定;原尤溪县卫计局负责监督和指导医联体,县医管会负责规划编制、协调事项、协助开展绩效考核等。二是医联体内部实行理事会和牵头医院两级管理体制。理事会负责医联体重大事项决策,牵头医院对成员单位实行不同程度的一体化管理。天长市以技术和管理为纽带,在保持成员单位资产归属、独立法人、功能、财政投入和职工身份不变基础上,实行人事、资产、业务、财务、药品耗材、信息化和绩效考核等一体化管理,权限正在移交过程中。尤溪县以技术、管理和资产为纽带,实现了部分产权整合,县总医院为医联体唯一法人代表,在保持成员单位机构设置和行政建制、承担基本医疗和基本公共卫生服务职能和任务、财政投入保障机制不变基础上,实行人力资源、医疗业务、财务制度、绩效考核、资源配置、集中采购、信息化建设、医保预付等一体化管理,权限移交已完成。

建立以医联体和分级诊疗制度建设为主要内容的考核评价与问责机制。天长市将分级诊疗开展情况纳入医共体和院长的绩效考核内容,将医保基金结算支付业务和基本公共卫生服务中家庭医生签约服务专用经费考核权交给牵头医院,依据考核结果决定分配方案。尤溪县将医疗资源整合工作纳入县委、县政府重点督办事项和绩效考核内容,由县总医院负责组织驻乡驻村工作考核,考核结果较好的团队或个人在薪酬分配、职称评聘、评先评优、进修深造等方面予以倾斜。

与需方签订相关服务契约,明确服务内容、价格、报销比例并予以适当优惠。天长市家庭医生签约服务协议规定,部分基本医疗项目予以价格优惠,免费提供基本及重大公共卫生服务项目,并由新农

合承担“有偿服务包”项目服务价格的40%。尤溪县全民健康共保管理协议规定,提供免费基本医疗和基本公共卫生服务以及个性化付费服务,对付费签约居民给予提高报销比例、连续计算起付线等优惠措施,并由医保基金分担一定比例的个性化付费签约费用。

2.4 协作机制

不断完善双向转诊机制。一是均建立医联体内双向转诊绿色通道,县级医院对乡镇卫生院上转病人优先安排检查、住院、手术等,下转病人由基层医疗卫生机构进行康复治疗、跟踪随访、健康指导等。天长市还选择8~10家县外三级综合医院或专科医院作为合作医院,畅通转诊渠道,协议预留转诊号源和床位,对转诊患者优先接诊、检查和住院等。二是明确转诊标准和条件。天长市确定县级医院下转病种41个、康复期下转病种15个;尤溪县确定县级医院下沉病种11个。此外,天长市落实基层医疗卫生机构首诊负责制,实行转诊转院备案制度。

建立上下联动的技术协作机制。一是建立医联体牵头医院对基层医疗卫生机构的帮扶机制。天长市医共体实行人员交流“双派送”制度,即分别在县级医院和乡镇卫生院设置3%左右的流动送医岗位和5%左右的流动送培岗位,规定县级医院新聘用人员试用期后须在基层锻炼2年;探索设立县级医院名医(专家)驻乡镇卫生院工作站;牵头医院给予基层医疗机构学科建设、绩效奖励、基础设施和基层医疗设备等经费支持。尤溪县建立医联体内医师定期驻乡驻村制度,组建32支76人的基层医疗服务团队,各团队每年驻乡驻村不少于72天,并建立在线专家工作制度。二是建立医联体牵头医院与省内外三级医院的协作帮扶机制。天长市与省内外三甲医院建立院科两级帮扶机制,构建远程视频等绿色通道,邀请专家来县级医院开展手术治疗、会诊等,且会诊费纳入新农合报销,并统一县外定点医疗机构。尤溪县重点与省内三级医院建立协作帮扶机制,开展技术引进、选派人员到市级医院进修培训、邀请专家来县级医院手术和会诊等。

2.5 资源共享

人力资源方面,注重加强医联体尤其是基层卫生人才队伍建设。一是通过简化程序、经济激励等方式,加大人才引进力度。天长市针对基层急需紧缺专业和高层次人才,采取校招或直接考察等方式

招聘,开设用编绿色通道。尤溪县设立卫生人才(学科带头人、中青年专业技术骨干、各专业紧缺人才等)引进专项资金,实行优先入编和住房奖励优惠政策。二是完善医联体人才培养制度。天长市建立基层卫生人员到县级公立医院进修和培训制度,尤溪县注重加强本土化人才培养。三是统筹医联体人才一体化管理和使用。天长市探索县管乡用的乡镇卫生院编制周转池制度,允许达标且通过考核的社会化用人和乡镇卫生院编制周转池人员择优纳入县级医院编制周转池管理,由牵头医院统一管理基层高级职称人员。尤溪县按照功能定位重新整合配置2所县级医院卫生技术人员。四是建立乡村医生养老保险制度。

药品供应方面,加强基层医疗卫生机构与县级公立医院药品采购、配送和使用的衔接,确保用药连续性。天长市实行医共体内药品耗材统一目录、统一带量采购、统一价格、统一配送、统一监管,实行慢性病“双处方”制度(用药处方和个性化健康处方),为高血压、Ⅱ型糖尿病患者提供免费国家基本药物。尤溪县实行慢性病长处方制度,家庭医生可为服务依从性好、病情较稳定的慢性病签约居民一次性开具1~2个月药量;实行延续上级医院处方制度,经家庭医生转诊到上级医院的签约居民返回基层就诊时,可延续上级医院专科医生所开具处方中同样的药品;加强基层医疗卫生机构药品配送;为高血压、糖尿病、重症精神病等患者提供免费药品。

信息资源方面,通过建立统一的信息平台和系统,成立各类医联体技术共享中心等,建立健全医联体信息共享机制。天长市建立了县域全民健康信息平台系统,和以电子病历为主且集成HIS、PACS、LIS、区域心电和公共卫生系统的城乡医疗信息化系统,后期拟集成家庭医生签约和体检系统等;成立医共体检验、影像、远程会诊、远程心电、病理诊断和消毒供应六大中心,市人民医院还建立药品耗材共享平台和知识共享系统,基本实现医共体内检查结果互认。尤溪县在区域卫生信息平台上开发家庭医生签约服务功能模块,并与电子健康档案、区域诊疗、预约转诊等系统相衔接;开发家庭医生签约服务移动客户端;拟成立医联体远程会诊、心电诊断、医学影像、中医药互联网+、病案管理、检验检查、病理诊断、物流及配送管理、消毒供应、120急救调度指挥十大中心;开发药事管理软件系统。

3 讨论

3.1 医联体建设需要改革政策措施的综合性、协同性和系统性

从服务提供方式、筹资支付、治理规制、协作机制、资源共享等多方面综合施策,实施联动改革,是天长市和尤溪县医联体建设的亮点。卫生服务体系是一个复杂的动态系统,要实现医疗卫生服务体系的整合,应具备一系列结构和过程要素,包括必备的体制环境以及相应的机制和功能,以确保提供服务的连续性。^[11]作为医疗卫生服务体系整合的重要途径,医联体建设需要综合施策,强化政策措施间的协同联动。天长市和尤溪县在出台县域医联体改革方案的同时,制定医保、薪酬、医疗服务价格、人才培养、药品供应、信息共享等配套政策,涉及卫生健康、人社、财政、物价等多个部门,并通过医改领导小组、医管会等组织协调多部门利益,通过政策的叠加效应和部门间分工协作形成合力,推动县域医联体改革和医疗卫生服务体系整合进程。

3.2 医保支付方式为重点的激励约束机制对县域医联体运行至关重要

天长市和尤溪县均以医保支付方式为核心,不断健全针对供需双方的激励约束机制,促使医务人员转变服务供给行为、引导患者合理就医,一定程度实现医联体内各级医疗卫生机构间的利益相容,有效促进县域医疗卫生服务体系整合和分级诊疗制度建设,这与张妍^[11]、魏来^[12]等人的研究结果相似,也与国家提出的“深化医保支付方式改革,发挥医保的调控引导和监督制约作用”等政策要求相一致。天长市和尤溪县针对供方,以医联体为单位,在总额预付制基础上,探索按病种、按 C-DRG 等多种支付方式改革,建立基于机构提供与功能定位相符的服务数量和质量的医保支付机制,允许结余留用、自主分配,从而形成有效的经济激励,使医联体注重初级卫生保健、疾病预防、健康教育和健康管理等,控制医疗费用不合理增长、节约成本。针对需方,实行差异化报销政策,对基层首诊、签约及依规转诊患者降低起付线或提高报销比例,反之则提升起付线或降低报销比例,通过经济杠杆促进形成合理的就医秩序^[7]。同时,医保支付机制需要与其他机制相互协同才能产生更加有效的激励约束作用。天长市和尤

溪县同步调整财政补偿、薪酬分配、医疗服务价格、绩效考核等政策,使之与机构功能定位落实情况、机构间技术协作、双向转诊等医联体建设相关指标挂钩,实行不同程度的一体化管理,对供需双方形成有效激励约束。

3.3 基层服务能力对县域医联体和分级诊疗制度建设至关重要

多措并举提升基层服务能力,是天长市和尤溪县医联体建设取得阶段性进展的重要举措。国内外实践均表明,基层医疗卫生服务在医疗卫生服务体系中扮演着重要角色。^[3]提升基层服务能力,是形成科学合理就医秩序、促进医疗卫生资源整合、提升服务体系整体绩效的重要基础,也是我国医联体和分级诊疗制度建设的重点。天长市和尤溪县通过加大基层财政投入力度,加强基础设施建设和设备配置;短期通过加强县级医院对基层的技术帮扶、经费支持等措施,如天长市的“双派送”制度和尤溪县的“驻乡驻村制度”,并建立相应奖惩制度,将服务基层作为职称晋升、岗位竞聘、绩效考核等的依据,以资源下沉辐射带动基层服务能力提升;长期通过建立健全基层卫生人员培养体系、改革基层卫生人员薪酬分配制度等措施,留住现有并吸引更多基层卫生人才,提升基层卫生人员服务能力和水平。同时,建立与签约数量、服务数量及质量相结合的家庭医生签约服务考核与问责机制,调动基层卫生人员积极性;加强基层医疗卫生机构与县级公立医院药品采购、配送和使用的衔接,如天长市实行医共体内药品耗材统一目录、统一带量采购、统一价格、统一配送、统一监管,尤溪县实行慢性病处方和延续上级医院处方制度,以保障患者基层就诊时用药的连续性和便利性,提高基层就诊意愿。

3.4 两县(市)医联体建设各有特点

由于地区经济社会发展状况、卫生健康事业发展水平、改革思路等不同,天长市和尤溪县医联体改革的具体形式和资源整合程度有所差异。从组织形式看,天长市在县域内构建多个纵向合作、横向竞争的医共体,允许居民自由选择,一定程度促使各医共体通过竞争提升管理和服务水平,吸引患者、降低成本、提高效率;而尤溪县组建 1 个县域紧密型医联体,2 所县级医院实行差异化发展,一定程度促进更大范围的资源集约化配置、避免恶性竞争。从资源

整合程度看,天长市医共体以技术和管理为纽带;尤溪县医联体以技术、管理和资产为纽带,具有唯一法人代表,实现了部分产权整合,较天长市更为紧密,拥有更强的资源配置能力,但也对医联体治理结构和治理能力提出了更高的要求。

3.5 医联体建设仍面临诸多挑战

天长市和尤溪县医联体建设存在一些共性问题。一是医联体框架仍呈现“金字塔型”,以高级别医疗机构为主,基层服务能力薄弱、全科医学人才缺乏等问题短期内难以根本解决,虽然正在向国际成熟做法“网络型”医疗卫生服务体系发展,但仍有不小差距^[4,13]。二是由于基层卫生人员待遇相对较低、个人发展空间有限、省市大型三级医院的人才虹吸效应、本土人才培养需要漫长过程等原因,难以吸引和留住优秀人才。三是医保支付标准主要参照医疗机构历史费用水平,缺乏完善的成本核算体系,科学性和合理性有待提升^[14],如天长市病种分类及其收费标准不够精确、尤溪县医保基金预留部分和统筹部分的比例设置需要进一步科学测算。四是医联体治理体系有待完善,政府、理事会、各级医疗卫生机构间的责权利关系需进一步理顺,治理能力有待提升。

天长市和尤溪县也面临各自特定问题。天长市医共体之间存在功能定位重叠,若监管不力,可能因恶性竞争导致资源和医保基金浪费,损害患者利益;滁州市整合城乡居民基本医保并实行市级统筹,可能对天长市原有的新农合基金按人头总额预付制产生影响。尤溪县单一医联体可能导致资源垄断、缺乏良性竞争、监管难度加大、管理成本上升、持续改革创新动力降低等问题;医联体内各级医疗卫生机构的利益分配、风险共担、监督考核等机制有待进一步细化。

4 结论与建议

4.1 持续推动服务体系由“金字塔型”向“网络型”转变,构建协同整合的医疗卫生服务体系

政策上要注重构建以功能为导向规划的医疗卫生服务体系,调动各级各类机构的积极性,提升服务能力和水平,尤其是基层服务能力,大力推动全科医学发展和人才培养,弱化等级评审、取消行政级别。天长市和尤溪县应进一步明确并落实医联体各医疗卫生机构的功能定位、配置标准以及机构间协作关

系等,整合不同类型主体和不同服务的技术、流程和结构,如开展家庭医生团队式服务,逐步构建起以居民健康需求为中心、以全科和专科为分工依据、以基础保健为核心的协同整合的“网络型”医疗卫生服务体系。^[4,7,13]

4.2 建立医联体内的激励相容机制,促进县域医疗卫生资源有效整合

以筹资支付和治理规制改革为核心,不断完善医保支付、薪酬分配、绩效考核等机制,强化政策措施的协同联动,使医联体内各机构实现激励相容。一是科学制定不同类型医保支付方式的支付标准,逐步建立成本定价机制,完善医疗机构成本核算体系^[14],建立健全医保经办机构 and 定点医疗机构间的谈判协商和风险分担机制,使支付标准真正体现疾病治疗的实际成本;并与临床路径、医疗质量、患者满意度等结合,规范医疗服务行为。二是继续完善天长市的绩效薪酬制度和尤溪县的年薪计算工分制,充分体现不同类型医疗卫生机构的功能定位和特点以及不同岗位的要求和价值,并与医联体和分级诊疗制度建设效果相挂钩,重点向基层倾斜;建立与医联体和分级诊疗制度建设目标相一致的指标明确、可操作的绩效评价体系,依据评价结果给予适当奖惩。三是逐步健全医联体法人治理体系,理顺政府和各级医疗卫生机构间的责权利关系,发挥医联体理事会作用,完善并落实内部管理制度。

4.3 以提升基层服务能力为重点,强化人才、药品、信息等共享机制建设

一是加强基层卫生人才尤其是全科医学人才的引进、培养和使用。加快建立院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接、标准化和规范化的基层卫生人才培养体系^[7],并重点发展全科医学教育;短期可通过加大人才引进力度、探索“县招乡用、乡招村用”等人才柔性流动机制、提高基层卫生人员待遇和保障水平等措施,吸引和留住优秀人才,长期可通过全科专业住院医师规范化培训、全科医生转岗培训、农村订单定向医学生免费培养等途径加大本土全科医生培养力度,建立稳定的人才储备机制。二是根据地方疾病谱及治疗特征,进一步调整和扩充基层常见病、慢性病相关药品种类,建立与双向转诊相适应的药品配送机制^[15],确保基层用药连续性和配送及时性。三是进一步扩充区域信息平台系统功能,加快推进医联体各大技术共享中心建设和功

能完善,促进信息互联互通。

4.4 针对问题不断调整完善政策措施,持续探索创新

天长市在应对医保管理体制改革的新情况时,要加强沟通协调,确保按人头总额预付制的延续和信息系统的有效对接;深化医保支付方式改革,科学测算、动态调整医共体医保基金人均支付金额,完善按病种付费制度,科学制定定额付费标准。同时,要通过合理规划、加强监管,促进医共体间的良性竞争和差异化发展;以完善医共体内部管理运行机制和家庭医生签约服务为重点,提升基层医疗卫生服务能力。

尤溪县应通过加大医联体管理人才引进和培养力度、建立精细化的管理制度,提高管理运行效率和科学决策水平;强化政府监管和社会监督,建立有效的问责机制,提升医联体持续改革创新动力。完善医联体总额预付制和 C-DRG 收付费制度改革,与临床路径、医疗质量、患者满意度等结合,兼顾医疗费用控制和服务质量。通过技术引进、与专家签订多点执业协议、选派人员到上级医院进修培训等方式,以点带面促进医院学科发展和服务能力提升;进一步提高基层卫生人员待遇,扩大工分调整的下沉病种范围,引导人才和资源下沉。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 梁思园,何莉,宋宿航,等. 我国医疗联合体发展和实践典型分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(5): 42-48.
- [2] 国务院办公厅. 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[EB/OL]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm, 2017-04-26/2018-07-30.
- [3] 张翔,齐静,高梦阳,等. 医疗联合体国内外研究现状及发展动态[J]. 中国医院管理, 2017, 37(12): 9-11.
- [4] 王荣华,李云涛,葛瑶琪,等. 医疗机构联合体建设的

现状及思考[J]. 医学与哲学, 2018, 39(2A): 59-62.

- [5] World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [6] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems[M]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [7] 郑英,李力,代涛. 我国部分地区分级诊疗政策实践的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 1-8.
- [8] 陈至柔,郑英,代涛,等. 一体化医疗卫生服务体系评价框架研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 29-35.
- [9] Hsiao W C, Li KT. What is a health system? Why should we care? [R]. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health, 2003.
- [10] International Health Partnership, World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [11] 张研,张亮. 医疗保障体系与服务供给体系的摩擦与整合[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(1): 21-23.
- [12] 魏来,唐文熙,孙晓伟,等. 医保支付和经济激励:整合的医疗服务系统形成的“引擎”[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(5): 35-37.
- [13] 匡莉, Lili. 全科医疗特征功能视角下分级诊疗的定义及制度层次[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 19-26.
- [14] 程念,汪早立,付晓光,等. 医保支付方式改革定价机制分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(9): 28-31.
- [15] 张皓,王林浩,余海,等. 基本药物制度对基层医疗机构服务能力和分级诊疗的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(12): 928-930.

[收稿日期: 2019-03-18 修回日期: 2019-04-26]

(编辑 刘博)