

浙江省德清县县域医共体改革措施与效果分析

赵敏捷^{1,2*} 贾梦² 王芳² 田淼淼² 刘瑞^{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 北京 100020

【摘要】目的:分析浙江省德清县县域医共体改革措施及阶段性成效。方法:定性访谈了解医共体整合措施,定量分析医共体建设前后(2016—2018年)各级医疗机构医疗服务利用数据及医共体部分绩效考核数据。结果:医共体在组织、管理、功能、服务方面进行整合,并取得阶段成效:医保基金在县域内支出率有所增加;乡镇卫生院卫生人员数量、医疗收入有所提高,乡镇卫生院住院病人人均医药费有所降低。结论:医共体取得初期成效,应开展以患者健康结局指标为主的长期追踪调查,全面系统评估医共体;保留基层医疗机构地位、功能定位不变;探索实行医共体“总额预付、结余奖励”制度,将医共体发展成以患者健康为中心、基于利益共享机制、分工合作的责任利益共同体。

【关键词】 县域医共体; 整合型医疗卫生; 政策效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.11.010

Measures and effects of the pilot of county-based healthcare network in Deqing county of Zhejiang province

ZHAO Min-jie^{1,2}, JIA Meng², WANG Fang², TIAN Miao-miao², LIU Rui^{1,2}

1. Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

2. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objective: This research is aimed at analyzing measures and outcomes of the county-based healthcare network (in the piloting phase) in Deqing county of Zhejiang province. Methods: Qualitative interview was conducted to understand the integration measures. The 2016—2018 medical service utilization data and performance evaluation results of medical institutions at all levels in the county were collected and analyzed for the status quo before and after the establishment of the county-based healthcare network. Results: The integration measures were adopted in four dimensions of organization, management, function and service in Deqing County. The rate of medical insurance expenditure in the county kept on increasing; the number of health personnel and general income in the township hospitals has increased; and the Per capita medical expenses for inpatients in township hospitals underwent a decreasing trend. Conclusions: Deqing's county-based healthcare network has made initial achievements so far. In order to comprehensively find out the implementation effect of the county-based healthcare network, it is highly needed a long-term follow-up investigation based on patient-level health outcome indicators. The independent legal entity status and function of primary health care institutions need to be insured, and the global prepaid payment method has to be implemented. All those measures are used to develop county-based healthcare network into a network which focuses on the patients' health and based on the benefit sharing and cooperation mechanism.

【Key words】 County-based healthcare network; Integrated health care; Policy effect

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程项目(2016-I2M-3-018);2018年国家卫生健康委基层卫生健康司委托项目
作者简介:赵敏捷,女,(1993年—),硕士研究生,主要研究方向为基层卫生。E-mail: zhao.minjie@imicams.ac.cn
通讯作者:王芳。E-mail: wang.fang@imicams.ac.cn

随着人口老龄化进程的加快、慢性病患率提高、疾病经济负担的加重以及疾病诊断复杂性和居民健康意识的增强,世界各国纷纷提出构建整合型医疗服务体系^[1],旨在提升医疗服务质量并降低医疗成本^[2-3]。整合型医疗服务坚持以人为本,以促进健康为根本目的,通过整合同一层次的医疗机构或不同层级医疗机构间的医疗服务提供主体、药品、医疗支持产品、疾病预防、社会及商业医疗保险、行政管理及与人类健康相关的社会机构等为患者提供更加连续、有效、协调、经济、高质量的医疗服务。^[4]

我国于2009年开始探索建立医疗联合体,旨在逐步解决医疗服务碎片化问题,建立有效的分级诊疗格局,提升医疗资源使用效率^[5-6],更好的满足群众健康需求^[7]。目前,我国医联体组建形式多是尚未涉及资产及管理的松散型^[8],在实践过程逐步显现出一些问题,如激励约束机制不完善,权责利不明确、管理条块状分割、资源整合率低等^[9]。在此背景下,浙江省依据自身实际情况组建了县域医疗卫生服务共同体(以下简称“县域医共体”),并于2017年9月印发《关于开展县域医疗卫生服务共同体建设试点工作的指导意见》,全省选取11个市分别确定1个县(市、区)作为试点。^[10]2018年9月出台《关于全面推进县域医疗卫生服务共同体建设的意见》,提出构建县域医疗卫生服务新体系、县域医疗卫生管理新机制等医共体建设若干实施意见,要求到2020年底实现县域内就诊率90%,基层就诊率65%以上的目标。^[11]至此,浙江省县域医共体由试点阶段进入全面推广阶段。

德清县作为浙江省县域医共体建设的11个首批试点县市之一,于2017年9月开始实施医共体改革,截至2017年底德清县共有256家医疗卫生机构,其中县级医疗机构3家,乡镇卫生院10家,社区卫生服务中心2家,社区卫生服务站141家,共有1939张床位,卫生技术人员3307名,德清县医共体在服务体系、管理体制、运行机制等方面做法突出,因此本文将其选为研究对象,具体分析医共体的发展现状。

1 资料与方法

1.1 资料来源

采用文献研究法在CNKI、万方等数据库及政府官方网站了解全国及浙江省、德清县县域医共体建设相关政策文件等;针对德清县县域医共体开展现场调研,组织焦点组访谈,访谈对象包括浙江省德清

县相关卫生行政部门主要负责人、德清县县域医共体牵头单位及成员单位负责人;通过问卷调查收集县域医共体建设前后具体情况。数据收集时间节点分别为2016—2018年的12月31日,由于医共体文件发布时间为2017年9月,实际实施时间接近年底,因此本研究将2016—2017年间变化视为医共体政策实施前的自然变化情况。

1.2 研究方法

采用主题框架法分析焦点组访谈结果,将访谈录音及文字转录的文本数据资料进行标记、分类、总结。运用SPSS 24.0对2016—2018年的数据进行统计分析,采用对比分析法,对县域医共体建设前后的效果进行分析,对比维度包括服务数量、医保资金流向、服务效率、资源配置、医疗费用、收入水平(表1)。

表1 县域医共体实施效果分析维度

维度	指标
服务数量	门诊人次;住院人次;各医疗机构间门诊人次;住院人次占总诊疗人次比例
医保资金流向	职工及城乡居民医保基金住院部分县域内支出率;职工及城乡居民医保基金县域内基层医疗机构支出率
资源配置	卫生技术人员数;床位数
服务效率	平均住院日
医疗费用	门诊病人均医药费;住院病人均医药费
收入水平	乡镇卫生院收入;医疗服务收入;平均每院人员经费

2 结果

2.1 县域医共体改革实践

德清县坚持以人民健康为中心,以医共体建设为重要举措,旨在提升基层医疗机构的基本医疗、公共卫生、健康管理服务能力,提升医保基金利用率,形成有序的就医格局。德清县由卫生行政部门主导在全县组建了两个以县级医院为龙头,基层医疗机构为成员的紧密型医疗卫生服务集团,简称“健保集团”(以下分别用“集团A”和“集团B”表示),整合了县乡间的医疗资源,搭建了新型的县域医疗卫生服务体系。在卫生管理体制方面:县政府联合相关部门成立理事会,实行理事会领导下的集团院长负责制,制定了集团内医疗机构唯一法人代表紧密型法人治理架构,通过建立人员统筹使用制度,财务统一管理制等完善相应的运行机制。为全面阐述,将德清县健保集团的整合措施分为以下4个整合维度进行具体介绍(表2)。

表 2 德清县县域医共体整合维度及关键措施

整合维度		措施
组织整合	组织形式	县域医疗机构间的纵向整合:集团 A:1 家县医院 + 4 个乡镇卫生院;集团 B:2 家县医院 + 6 个乡镇卫生院 + 2 家社区卫生服务中心。
	内部治理结构	县政府成立健保集团理事会,制定了集团内医疗机构唯一法人代表的紧密型法人治理架构,实行理事会领导下的集团院长负责制,医共体成员单位保留原有法人资格,乡镇卫生院的资金账户仍然独立核算,财政投入保障保持不变。
管理整合	筹资制度	成立医保办,负责医保基金管理和运行,医保办由县医改办管理;制定了以健保集团为单位的医保费用结算管理办法,实行医保基金“总额预算、结余留用、超支合理分担”的门诊按人头,住院按病组(DRGs)为主、项目为辅的多元医保支付方式改革。
	管理制度	人员编制:编委部和卫计局重新核定编制总量,将中高级职称的编制总量核定给医共体统筹使用,医务人员全部由集团统一招聘、培训、调配。 薪酬分配:医共体自行决定职称、薪酬等分配,针对基层机构工作人员优先评定职称,并给予奖励补贴。 绩效考核:县卫健局从体系建设、机构发展、社会责任、加分项等 4 方面对医共体履行考核监管职能。 财务管理:集团成立财务管理中心,财政补贴资金统筹使用,独立核算。
功能整合	资源共享	建立开放共享的县域影像诊断、心电诊断、消毒供应中心;县级医院成立“连续医疗服务中心”,提供省县乡三级医疗机构的转诊服务、预留专家号源、床位调配、入院前检查、出院后反馈、电话咨询、轮椅租借、资料打印等服务。
	信息共享	搭建“健康德清公共服务平台”,实现医共体内县、镇、村所有机构医保费用、自付费用手机端移动支付;集团 A、B 分别创建“纳里医生”手机转诊平台和阿里巴巴钉钉转诊平台;基层医疗机构层面建立 HIS 系统。
服务整合		乡镇卫生院成立全专联合门诊;组建专科医生工作室;县级医院高年资医师到基层坐诊;基层医生到上级医院学习。

2.2 县域医共体运行情况

2.2.1 县域内外就诊流向

在门诊人次方面,县域内医疗机构门诊人次在总诊疗量中的占比在 2017、2018 年逐年下降,分别下降 1.25%、1.78%;在住院人数方面,2017 年县域内医疗机构住院人数在总住院人数中的占比较 2016 年下降 1.93%,2018 年住院人数占比较 2017 年增加 4.74%。整体上,门诊人次呈现由县内流向县外,住院人数向县内回流的趋势(表 3)。

2.2.2 医保基金流向

2016—2017 年,职工及城乡居民医保基金住院部分在县域内支出率及在县域内基层医疗机构支出率均有所降低,2017—2018 年医保基金支出率均有所

增加,其中职工医保基金住院部分在县域内支出率的增长率达 6.20%。总体而言,2016—2017 年实施改革前医保基金呈现县内向县外流转,2017—2018 年改革后呈回流趋势(表 4)。

表 3 2016—2018 年德清县县域内外就诊人次占比(%)

变量	门诊人次		住院人数	
	县域内	县域外	县域内	县域外
2016	93.22	6.78	72.66	27.34
2017	91.97	8.03	70.73	29.27
2018	90.19	9.81	75.47	24.53
2017 构成比变化	-1.25	1.25	-1.93	1.93
2018 构成比变化	-1.78	1.78	4.74	-4.74

注:县域外门诊人次仅统计德清县县域外的定点医疗机构的门诊人次,未包含所有县域外门诊就诊情况。

表 4 2016—2018 年居民医保基金支出率占比情况(%)

医保基金种类	2016	2017(增长率)	2018(增长率)
职工医保基金住院部分县域内支出率	42.98	40.25(-2.73)	46.45(6.20)
城乡居民医保基金住院部分县域内支出率	58.87	57.42(-1.45)	59.09(1.67)
职工医保基金县域内基层医疗机构支出率	10.89	10.32(-0.57)	11.72(1.40)
城乡居民医保基金县域内基层医疗机构支出率	16.60	15.98(-0.62)	17.65(1.67)

2.2.3 县域内各级医疗机构间就诊流向

2017 年乡镇卫生院门诊量出现 6.98% 的下滑,且占县域内门诊总量比例下降至 20.71%;

2018 年医共体成立后,乡镇卫生院门诊人次出现显著回升(增长率超过 12%),且在县域内门诊总量中的占比上升至 23.20%。同期,县医院门诊

人次及在县域总门诊量中的占比未发生显著改变。同时,住院就诊流向变化趋势显著:2017、2018年乡镇卫生院住院人数增长率分别超过13.88%和53.69%,乡镇卫生院住院人数占县域内住院总人数的比例从2016年的1.87%增至3.01%,县域内住院人数明显向乡镇卫生院回流(表5)。

访谈结果显示,医共体建立后双向转诊通道更

加透明,需要转诊的患者必须通过县级医院的连续医疗服务中心筛选为患者匹配最佳的医疗机构完成转诊,遏制了县乡医疗机构间争夺病人情况。医共体内上转人次维持增加趋势,下转至基层医疗机构的就诊人次较2017年有一定增长,但增幅较小。总体上,就诊流向呈现县级医院向乡镇卫生院流转的趋势。

表5 2016—2018年县域内各级医疗机构诊疗量变化

分类	2016	2017	2018	2017年增长率(%)	2018年增长率(%)
门诊人次及占比(人次,%)					
县级医院	3 169 429(39.26)	3 425 108(40.76)	3 313 255(40.60)	3.83	-0.39
乡镇卫生院	1 797 351(22.26)	1 740 211(20.71)	1 893 060(23.20)	-6.98	12.01
民营机构	3 106 789(36.48)	3 238 085(38.53)	2 954 773(36.21)	0.14	-6.04
住院人数及占比(人,%)					
县级医院	31 250(97.27)	33 251(97.11)	36 102(96.67)	-0.16	-0.46
乡镇卫生院	640(1.87)	730(2.13)	1122(3.01)	13.88	53.69
民营机构	294(0.86)	258(0.75)	123(0.33)	-12.39	-56.29

注:括号内数据为门诊人次及住院人数在各级医疗机构间的分布比例。

2.2.4 乡镇卫生院运行指标

2017年医共体实施后乡镇卫生院卫生技术人员总量有所增加,执业(助理)医师数比2016年增加了22名(8.43%),但一年后医师数量出现明显回落,减少至实施前水平,全科医生及护士人员各增加了10.08%,且在之后的一年内队伍基本保持稳定;卫生设施方面,2017年乡镇卫生院床位数较2016年增加72张(83.72%),2018年略有减少;卫生机构数量无变化;乡镇卫生院服务效率有所提高,平均住院日由2016年的10.40天下降至2018年的6.60天。

乡镇卫生院的门诊次均医药费在实施改革前后均增加,2017年增长率为3.63%,2018年增长率为24.60%,住院病人人均医药费在实施改革前(2016—2017年)有所增加,增加率为4.25%,2017年改革后(2017—2018年)明显降低,下降率为16.64%。

各乡镇卫生院平均总收入2017、2018年连年增加,增长率分别为14.05%、22.16%,其中医疗收入在2017和2018年的增长率分别为13.51%、24.76%。乡镇卫生院医务人员的平均经费支出费用在2017年增加了33.13%,2018年增加了15.07%(表6)。

表6 2016—2018年乡镇卫生院资源配置及服务效率

类别		2016	2017	2018
卫生技术人员	职业(助理)医师(人)	261	283(8.43)	264(-6.71)
	注册护士(人)	129	142(10.08)	143(-0.70)
	全科医生(人)	129	142(10.08)	143(-0.70)
卫生设施	床位数(张)	86	158(83.72)	155(-0.19)
	机构数(家)	12	12(0.00)	12(0.00)
	平均住院日(天)	10.40	7.50(-2.90)	6.60(-0.9)
医疗费用	门诊病人次均医药费(元)	63.9	66.22(3.63)	82.51(24.60)
	住院病人人均医药费(元)	2 804.7	2 924.01(4.25)	2 437.46(-16.64)
收入情况	每院平均总收入(元)	1 740.23	1 984.68(14.05)	2 424.51(22.16)
	医疗服务收入(元)	898.65	1 020.03(13.51)	1 272.6(24.76)
	平均每院人员经费(万元)	510.74	679.96(33.13)	782.45(15.07)

注:括号内为该指标的年增长率,单位为%。

3 讨论与建议

3.1 德清县医共体整合措施的影响意义

医共体改革涉及管理体制、服务体系、利益分配等众多问题^[11],真正开展落实难度较大,医共体建设应同德清县一样由政府主要领导部门牵头实施,突破顶层制度设计,为医共体的真正开展扫清政策障碍。在内部治理结构方面,可以继续保持医共体内成员单位法人资格,基层医疗机构的性质、财政投入渠道、人员身份等要素维持不变,保证县级医院与乡镇卫生院在医疗服务体系各自的功能定位,避免县域各级医疗机构因定位不清而造成的功能缺位与越位。但也有一些地区取消了乡镇卫生院的法人地位^[12],优势在于医共体可以更高程度实现人财物统一管理,乡镇卫生院与县医院将不存在竞争关系;劣势是削弱基层医疗机构自主性,弱化了基层机构全科医疗服务和公共卫生服务职能。因此,在医共体建设中应明确提出,无论是否取消乡镇卫生院的法人地位,都应继续保持基层医疗机构功能定位、职责不变,保证基层医务人员不能流转至医共体县级医院。同时,明确政府、卫计局、医共体之间的权责关系,卫计局执行行业监管职能,给予医共体人事任免、收入分配、业务发展等经营管理自主权,激发医共体的运行活力、服务效率及发展积极性。

在卫生运行机制方面,可以借鉴德清县成立医保办,将医保基金按总额预付方式打包给医共体,建立结余留用、超支分担机制,医共体自主支配资金,增强了医共体的权利与权限,但应明确规定各个医疗机构不能为降低医保费用而出现推诿疑难杂症病人的现象,要着力加强对医共体服务质量、效率、支付制度结余资金的监督考核。^[12]在人员编制及使用方面,由编委及卫生行政部门重新核定编制总量,将部分职称的编制总量核定给医共体统筹使用,由医共体统一招聘、培训、调配医务人员,并自主决定如何定职称、定薪酬。

3.2 医共体建设对“强基层”目标的实现作用

在当前分级诊疗成效尚未实现^[13],基层医疗卫生机构整体运行变差的环境下^[14],县域医共体对基层医疗卫生机构结构和功能要素产生的影响作用备受关注。本研究结果显示医共体运行 1 年多,虽尚未扭转县域内就诊格局(县域内门诊人次仍在向外流转),但对基层医疗卫生机构确实产生一定程度的

影响:医共体实施后,医保基金在基层医疗机构的支出率有一定增加,乡镇卫生院人员数量、服务效率、乡镇卫生院总体收入水平有所提升,该结果与国内学者研究^[15-16]结果一致。此外,在双向转诊方面,由于医共体纵向整合现阶段主要关注机构整合,即政策着力点集中在组织整合层面,在服务整合维度上仍缺少有效探索,主要体现在医疗服务上下转诊的连续性未得到有效改善。

本研究分析医共体建设后乡镇卫生院服务数量增加的原因可能是德清县医共体在乡镇卫生院建立了专科医生工作室,县级医院下派高年资专科医师每周到基层定期坐诊,提升了乡镇卫生院某项专科医疗能力,大量患者指定到乡镇卫生院就诊该名专科医生,一定程度提升了乡镇卫生院诊疗量,但对基层常见病、多发病、全科医疗的诊疗能力并未产生积极影响或作用尚未显现。该结果也提示存在以下风险,即医共体通过对基层医疗机构的管辖扩张实现垄断,县级医院提供的专科服务帮扶逐步促使乡镇卫生院转型为其下属的专科分院,从而限制乡镇卫生院的全面发展。

国际上对于整合型医疗服务实施效果的研究时长至少是 3~5 年^[17-18],甚至更长时间。而浙江省全面推开县域医共体运行时间不足 2 年,相关政策的落实、运行指标的结果都处于“过渡期”,依据两年的数据尚且无法准确判断医共体在提升医疗服务质量及医保控费方面的作用,而且,数据的变化涉及的原因较为复杂,不能单纯的将其归结为医共体的实施。当前,国内现有关于医共体效果评价的研究多数以机构为单位,今后可以探索开展以患者为中心的长期跟踪评价研究,评价患者的健康结局指标、医疗利用、医疗质量、医疗成本^[19],更加全面的评价整合效果。

3.3 医共体作为中国式“责任医疗组织”的未来发展路径

医共体在实际运行中仍面临众多问题,如政府财政补助尚未落实、医共体内部治理结构不够完善、医保打包支付并未真正实施、基层医疗机构的全科医生数量少、能力较差、医疗信息化建设落后等。^[20]基于以上问题,我国县域医共体可以探索构建中国式责任健康维护组织,该组织根本目的是在降低医疗费用的同时为患者提供连续、高效、优质、综合的医疗服务。医共体需转变就医办医格局,将初级

卫生保健作为卫生体系发展的主导方向,以基层医疗机构为依托,充分发挥基层医疗机构全科医生团队职能,将居民“少生病、不生病”作为发展目标,关注慢性病管理、康复、护理、预防保健和中医药等服务,提高基层医疗机构全科医生公共卫生、预防保健意识,真正实现医防融合,让基层医务人员成为健康守门人、费用守门人。医共体应由政府主导,明确各个部门职责,实行管办分开,给予医共体一定管理自主权。改革医保基金管理办法,将医保基金打包支付给医共体,实行“总额预付、结余奖励”制度^[21],探索实行将医保资金的10%作为医务人员绩效补贴,90%总额预付给医共体的激励制度^[22],绩效发放根据医生的医疗服务质量、服务效果及患者满意度,实行“多劳多得、优绩优酬”的内部分配机制,同时不与药品、耗材和检查检验挂钩,如果上级医生下派到基层单位帮扶,可以打破原有工资总额管控制度,提高医生绩效补偿额度,充分激发医生的工作积极性,上述发展路径促使医共体逐步发展成为一个以患者健康为中心的基于利益共享机制、分工合作的责任利益共同体。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Enthoven A C, Tollen L A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency[J]. Health Affairs, 2005(5): W5.

[2] 李伯阳, 张亮. 断裂与重塑: 建立整合型医疗服务体系[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(7): 16-19.

[3] Schmitt M. Do Hospital Mergers Reduce Costs? [J]. Journal of Health Economics, 2017, 52(3): 74-94.

[4] 叶江峰, 姜雪, 井淇, 等. 整合型医疗服务模式的国际比较及其启示[J]. 管理评论, 2019, 31(6): 199-212.

[5] 王虎峰, 刘芳, 廖晓诚. 适应分级诊疗新格局创新医保支付方式[J]. 中国医疗保险, 2015(6): 12-15.

[6] 邢春利. 从社区角度分析医联体模式下分级诊疗的实施现状[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.

[7] 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[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017, 24(13): 14-18.

[8] 徐建德. 医联体的模式及未来发展趋向研究[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(2): 29-32.

[9] 冯林华. 松散型医联体发展中存在的问题与展望[J].

中医药管理杂志, 2019, 27(5): 3-4.

[10] 浙江省卫生健康委员会 浙江省医改办关于开展县域医疗服务共同体建设试点工作的指导意见[EB/OL]. (2017-10-12) [2019-07-12] http://www.zjwjw.gov.cn/art/2017/10/12/art_1202101_11482882.html

[11] 顾昕. 财政制度改革与浙江省县域医共体的推进[J]. 治理研究, 2019, 35(1): 12-20.

[12] 程念, 汪早立. 典型地区医联体模式与成效对比研究[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(7): 12-15.

[13] 国家卫生健康委员会. 2018 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2018.

[14] 秦江梅. 社区医院建设试点数量服从质量[J]. 中国卫生, 2019(6): 25-26.

[15] 覃娟静, 徐婷婷, 高洪达, 等. 县域医共体改革后乡镇卫生院医疗服务能力的变化[J]. 广西医学, 2018, 40(24): 2932-2935.

[16] 刘双, 王芳, 田森森, 等. 县域医共体对新农合参保居民就诊流向的影响分析——以安徽省定远县为例[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 45-49.

[17] Pimperl A, Schulte T, Mühlbacher A, et al. Evaluating the impact of an accountable care organization on population health: the quasi-experimental design of the German Gesundes Kinzigtal[J]. Popul Health Manag, 2017, 20(3): 239-248.

[18] Scuffham PA, Mihala G, Ward L, et al. Evaluation of the gold coast integrated care for patients with chronic disease or high risk of hospitalisation through a non-randomised controlled clinical trial: a pilot study protocol[J]. BMJ Open, 2017, 7(6): e01677.

[19] 陶文娟, 李为民, 文进, 等. 国内外医疗联合体评价的研究概述[J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19(3): 368-372.

[20] 曹艳芳. H市县域医共体建设问题与对策[D]. 合肥: 安徽大学, 2018.

[21] 宫芳芳, 孙喜琢, 李文海. 罗湖医保支付方式改革模式与HMO医疗服务模式比较研究[J]. 中国医院, 2017, 21(11): 7-9.

[22] 常飞飞, 陈先辉, 王强. 美国“以患者为中心的医疗之家”模式发展现状及对我国家庭医生服务的启示[J]. 中国全科医学, 2017, 20(28): 3463-3467.

[收稿日期:2019-10-10 修回日期:2019-11-12]

(编辑 刘博)