

县域医共体改革进展情况分析 & 政策建议

——基于 2019 年 200 家县级医院的调研

孙华君^{1,2*} 刘昭¹ 申斗³ 赵琨¹ 窦勇⁴ 冯世强⁵ 刘跃华¹

1. 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100191
2. 天津医科大学公共卫生学院 天津 300070
3. 北京大学中国卫生经济研究中心 北京 100871
4. 中国国际经济交流中心 北京 100050
5. 龙岩紫荆创新研究院 福建龙岩 364000

【摘要】目的:分析县域医共体改革进展情况,提出推进县域医共体建设的政策建议。方法:选取 200 个县级医院作为样本医院,采用问卷调查和聚类分析方法,从资源整合、管理协同、激励约束三个方面,分析 2019 年县域医共体改革进展情况。结果:51.5% 的医院实现药品统一采购,32.0% 的医院实现规章制度统一,72.0% 的医院颁布了医共体实施方案,60.5% 的医院出台了医共体考核机制。聚类结果表明,缓慢推进型医共体占 27.6%,中间型医共体占 53.1%,积极推进型医共体占 19.3%,县域医共体整体推进效果较好。结论:推进紧密型县域医共体建设,可注重从县域医共体资源整合、管理协同、建立激励相容机制入手,集中资源逐步提高基层县域医共体医疗服务能力。

【关键词】县域医共体;资源整合;管理协同;激励约束;改革

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.006

Reform development and policy recommendations of county medical community: Based on survey of 200 county hospitals in 2019

SUN Hua-jun^{1,2}, LIU Zhao¹, SHEN Dou³, ZHAO Kun¹, DOU Yong⁴, FENG Shi-qiang⁵, LIU Yue-hua¹

1. China National Health Development Research Centre, Beijing 100191, China
2. School of Public Health, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China
3. PKU China Centre for Health Economic Research, Beijing 100871, China
4. China Center for International Economic Exchanges, Beijing 100050, China
5. Longyan Redbud Innovation Institute, Longyan Fujian 364000, China

【Abstract】 Objective: To analyze the development of county medical community reform and put forward policy recommendations to promote the construction of the county medical community. Methods: 200 county hospitals were selected as sample hospitals. Through questionnaire surveys among the research objects and cluster analysis, the development of county medical community reform in 2019 was analyzed from the aspects of resource integration, management synergy, and incentives and restraints as well. Results: 51.5% of sample hospitals achieved unified medicine procurement, 32.0% enforced unified rules and regulations, 72.0% promulgated the implementation plan of medical community, and 60.5% introduced evaluation mechanisms of medical community. The clustering results showed that the slow-advancing medical community accounted for 27.6%, the intermediate medical community accounted for 53.1%, the active medical community accounted for 19.3%, and the county medical community had a better overall promotion effect. Conclusions: In order to promote the construction of compact county medical commu-

* 作者简介:孙华君(1998 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与医疗机构、营养与食品卫生学。E-mail: sunhujun@tmu.edu.cn
 通讯作者:刘跃华。E-mail: liuyh@nhei.cn

nity, it is suggested to put more emphasis on resources integration, management coordination and establishment of an incentive compatibility mechanism, and to concentrate resources to gradually improve the medical quality and capacity of county medical community.

【Key words】 County medical community; Resource integration; Management synergy; Incentives and restraint; Reform

2019 年 5 月,国家卫生健康委员会印发《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》,指出要以问题和需求为导向,将县域医疗卫生服务能力提升、医保基金有效利用、居民医药费用负担合理控制、有序就医格局基本形成作为县域医共体建设的工作目标,并从 4 个方面明确了医共体建设的工作内容:一是完善县域医疗卫生服务体系,包括整合县乡医疗卫生资源、加强医联体建设和乡村一体化管理、完善医疗卫生资源集约配置、加强信息化建设;二是深化体制机制改革,包括推进管理体制、推进人事制度改革、推进薪酬制度改革;三是提升服务能力和质量,包括强化医疗服务能力、加强医疗质量管理、做实做细家庭医生签约服务、强化公共卫生服务水平;四是建立健全保障机制,包括深化医保支付方式改革、落实财政投入经费。

多个地市就医共体改革积极展开探索,其中安徽、浙江、云南、山西等地县域医共体建设情况值得关注。安徽省按照紧密型县域医共体的建设路径,从以下三个方面,落实紧密型县域医共体建设,促进医疗资源共享、服务能力共同提升。一是打包城乡居民基本医保基金和基本公共卫生服务资金,结余留用,合理超支分担,建立紧密型利益纽带。二是制定政府办医责任、内部运营管理、外部治理综合监管清单,实行清单制管理,厘清责任边界,明晰运行关系。三是围绕乡镇居民看病就医问题,在专家资源下沉基层、常见病多发病诊疗、药品供应保障、医保补偿、双向转诊、优化公共卫生服务等六个方面实现上下贯通,有效缓解基层群众看病难看病贵问题。^[1]浙江省湖州市德清县整合县域内 3 家县级医院和 12 个乡镇卫生院,组建武康健康保健集团和新市健康保健集团两个医共体,基层医疗机构设立全科—专科门诊、专科医生团队、康复联合病房等,解决患者及医保基金长期外流、域内医疗机构恶性竞争等问题。^[2]云南省临沧市云县成立县级公立医院管理委员会,县卫生健康行政部门主动放权,云县人民医院对全县各乡镇卫生院和村卫生室实行统一全面管理,在各乡镇卫生院加挂云县人民医院分院牌子,形

成“以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础”的一体化管理架构。^[3]山西省注重整合与融合,在全省推行县乡医疗卫生机构一体化改革,坚持“三医联动”,实施县域综合医改,整合县域医疗卫生资源,打破体制,组建紧密型县域医共体,构建整合型医疗卫生服务体系,把孕防医、康护养相融合,为群众提供全方位、全生命周期健康服务。2019 年,山西省启动《山西省县域医疗卫生一体化改革促进条例》立法,固化改革成果。^[4]

我国县域医共体建设尚处于起步阶段,距离分级诊疗格局形成及健康中国目标实现,仍存在以下关键问题,诸如在县域医共体建设中重形式轻内容、重数量轻质量、重医疗轻公卫、资源整合不到位、管理协同合力不足、激励约束机制弱化以及外部支持政策不完善。^[5]本研究针对中国 19 省 200 家县级医院的发展现状、医保支付改革现状、县域医共体建设现状等进行调研,从资源整合、管理协同、激励约束等方面,分析县域医共体改革进展,梳理县域医共体改革实施的差异,并提出推动县域医共体资源整合、推进县域医共体管理协同、促进县域医共体激励相容机制等政策建议,以为县域医共体建设提供科学的参考依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

2019 年 9—10 月,本次县域医共体改革发展研究调研组,采用便利抽样的方法,对 19 省 200 家医院进行问卷调查。调查内容主要包括 2019 年县域医院发展现状、县域医院医保支付改革现状、县域医共体建设现状等。调查问卷由经过规范化培训的调研员对样本医院分管县域医共体建设的院负责人及具体管理者进行访谈,并收集相关医院运营数据。

1.2 县域医共体改革进展分析框架

本研究以资源整合、管理协同和激励约束为主线,构建县域医共体改革进展分析框架。

资源整合关注指标包括:医共体内人力资源管

理统一、绩效考核统一、信息化平台统一、药品耗材采购配送统一等方面。人力资源整合方面,在保留人员编制身份、财政投入方式不变的情况下,将管理权交由医共体统一管理。药品耗材采购方面,通过域内采购配送统一,实现区域内药品耗材二次议价,降低药品耗材采购价格。绩效考核方面,以医共体为整体,统一人员的绩效考核。

管理协同关注医院业务统一和管理统一两个方面。业务统一主要指医共体内各项业务统一,包括建立多个中心(影像诊断中心、心电诊断中心、远程会诊中心、临床检验中心、健康管理中心、消毒供应中心),实现人员培训、医疗质量管理、规章制度统一等。管理统一主要指在管理层面上实现医共体的统一,即颁布医共体实施方案、形成资源整合和下沉机制、明确各单位责权利、明确医共体双向转诊标准、实现居民信息共享和检查结果互认等。

激励约束方面,通过出台县域医共体考核机制,将医共体考核结果与医务人员薪酬挂钩,使医院薪酬分配制度与医共体发展趋于一致等。^[5]

1.3 统计学方法

采用二阶聚类方法,分析样本医院县域医共体改革实施差异情况。二阶聚类分成两个步骤完成,第一个步骤是预聚类,对记录进行初步的归类,第二个步骤是正式聚类,对初步聚类进行再聚类,确定最终的聚类方案和聚类的类别数量。

2 结果

2.1 样本医院基本情况

200家样本医院中,东部地区84家(42.00%),中部地区38家(19.00%),西部地区78家(39.00%);三级医院59家(29.50%),二级及以下医院141家(70.50%);综合医院178家(89.00%),其他医院22家(11.00%)。

2.2 县域医共体改革进展分析

资源整合方面,实现程度较高的两个指标为药品耗材采购目录统一和药品耗材统一议价,实现程度较低的两个指标为域内后勤统一管理和域内绩效统一管理;管理协同方面,实现程度较高的两个指标为建立明确的双向转诊标准程序和出台实施方案,实现程度较低的两个指标为规则制度统一和医疗质量管理统一;激励约束方面,实现程度较高的两个指标为薪酬分配制度与医共体发展一致和医共体考核机制,实现程度较低的两个指标为医保基金有结余和医共体考核结果与医务人员

薪酬挂钩。样本医院县域医共体改革进展情况见表1。

表1 样本医院县域医共体改革进展情况(n=200)

	指标	医院数(%)
资源整合	实现域内行政统一管理	78(39.00)
	实现域内人力资源统一管理	50(25.00)
	实现域内信息化平台统一管理	38(19.00)
	实现域内绩效统一管理	26(13.00)
	实现域内后勤统一管理	18(9.00)
	实现药品耗材采购目录统一	127(63.50)
	实现药品耗材统一议价	125(62.50)
	实现药品耗材统一采购	103(51.50)
	实现药品耗材统一配送	88(44.00)
	实现药品耗材统一结算	89(44.50)
管理协同	建立影像诊断中心	109(54.50)
	建立心电诊断中心	101(50.50)
	建立远程会诊中心	94(47.00)
	建立临床检验中心	86(43.00)
	成立健康管理中心	74(37.00)
	成立消毒供应中心	70(35.00)
	实现医疗质量管理统一	65(32.50)
	实现规章制度统一	64(32.00)
	实现人员培训统一	79(39.50)
	建立明确的双向转诊标准程序	145(72.50)
激励约束	出台实施方案	144(72.00)
	明确各成员的责权利	136(68.00)
	实现检查检验结果互认	136(68.00)
	出台资源整合和下沉机制	135(67.50)
	实现居民健康信息共享	123(61.50)
	实现医共体考核机制	121(60.50)
	实现医共体考核结果与医务人员薪酬挂钩	114(57.00)
	实现薪酬分配制度与医共体发展一致	130(65.00)
	实现医保基金有结余	104(52.00)

2.3 县域医共体改革实施差异分析

为了聚焦县域医共体建设重点领域,监测各地县域医共体建设的进展,从资源整合、管理协同和激励约束3个方面对145家样本医院进行二阶聚类,共选取29个指标作为评价依据(表2)。根据赤池信息准则(Akaike Information Criterion, AIC)、贝叶斯信息准则(Bayesian Information Criterion, BIC)以及类间最短距离的变化情况,确定最优的聚类类别数为3类。第一类别(缓慢推进型)40家(27.6%),改革进展较慢;第二类别(中间型)77家(53.1%),改革进展一般;第三类别(积极推进型)28家(19.3%),改革进展较快。此外,55家样本医院相关指标数据为离群值,未纳入聚类范围。

表 2 不同类别样本医院县域医共体改革实施差异情况 (n,%)

		缓慢推进型	中间型	积极推进型
资源整合	实现域内行政统一管理	1(2.50)	21(27.27)	18(64.29)
	实现域内人力资源统一管理	0(0.00)	11(14.29)	13(46.43)
	实现域内信息化平台统一管理	2(5.00)	4(5.19)	10(35.71)
	实现域内绩效统一管理	0(0.00)	1(1.30)	10(35.71)
	实现域内后勤统一管理	0(0.00)	0(0.00)	9(32.14)
	实现药品耗材采购目录统一	8(20.00)	55(71.43)	27(96.43)
	实现药品耗材统一议价	5(12.50)	57(74.03)	28(100.00)
	实现药品耗材统一采购	3(7.50)	43(55.84)	26(92.86)
	实现药品耗材统一配送	1(2.50)	38(49.35)	25(89.29)
	实现药品耗材统一结算	1(2.50)	40(51.95)	25(89.29)
管理协同	建立影像诊断中心	7(17.50)	41(53.25)	25(89.29)
	建立心电诊断中心	12(30.00)	28(36.36)	26(92.86)
	建立远程会诊中心	11(27.50)	23(29.87)	24(85.71)
	建立临床检验中心	2(5.00)	28(36.36)	26(92.86)
	成立健康管理中心	7(17.50)	22(28.57)	24(85.71)
	成立消毒供应中心	5(12.50)	17(22.08)	24(85.71)
	实现医疗质量管理统一	3(7.50)	20(25.97)	23(82.14)
	实现规章制度统一	5(12.50)	14(18.18)	22(78.57)
	实现人员培训统一	9(22.50)	22(28.57)	25(89.29)
	建立明确的双向转诊标准程序	8(20.0)	72(93.51)	28(100.00)
	出台实施方案	8(20.0)	70(90.91)	26(92.86)
	明确各成员的责权利	2(5.00)	73(94.81)	28(100.00)
	实现检查检验结果互认	7(17.50)	72(93.51)	28(100.00)
	出台资源整合和下沉机制	4(10.00)	70(90.91)	28(100.00)
实现居民健康信息共享	1(2.50)	69(89.61)	28(100.00)	
激励约束	实现医共体考核机制	5(12.50)	68(88.31)	26(92.86)
	实现医共体考核结果与医务人员薪酬挂钩	5(12.50)	60(77.92)	24(85.71)
	实现薪酬分配制度与医共体发展一致	4(10.00)	70(90.91)	26(92.86)
	实现医保基金有结余	5(12.50)	57(74.03)	19(67.86)
合计	40(27.59)	77(53.10)	28(19.31)	

注:括号外的数值为样本医院个数,括号内的数值为结构百分比。

“缓慢推进型”样本医院县域医共体在资源整合方面改革进展较慢,主要体现在实现域内人力资源、绩效、后勤、行政统一管理和药品耗材统一配送、结算等程度较低;在管理协同方面改革进展较慢,主要体现在实现居民健康信息共享、建立临床检验中心、明确各成员的责权利、实现医疗质量管理统一、出台资源整合和下沉机制等程度较低;在激励约束方面改革进展较慢,主要体现在实现薪酬分配制度与医共体发展一致等程度较低。

“中间型”样本医院县域医共体在资源整合和管理协同方面改革较慢,而在激励约束方面改革进展较快,主要体现在实现薪酬分配制度与医共体发展一致等程度较高。

“积极推进型”样本医院县域医共体在资源整合方面改革进展较慢;在管理协同方面改革进展较快,主要体现在建立明确的双向转诊标准程序、明确各

成员的责权利、实现检查检验结果互认、出台资源整合和下沉机制、实现居民健康信息共享等程度较高;在激励约束方面改革进展较快,主要体现在实现医共体考核机制、实现薪酬分配制度与医共体发展一致等程度较高。

3 讨论

3.1 构建县域医共体改革进展分级评价体系

依据县域医共体改革进展分析框架、聚类分类结果以及各类别的主要特点和覆盖指标,可以进一步构建县域医共体改革进展的三级评价体系。其中,一级应具有正式成立县域医共体的批复文件;二级应在满足一级条件的基础上,至少在激励约束等某一个方面上改革进展较快;三级应在满足二级条件的基础上,至少在激励约束、管理协同等两个方面改革进展较快。激励约束、管理协同、资源整合等方

面下,分别有若干监测指标,每个方面的监测指标符合率超过一定比例,即可认为该方面改革进展较快。每个监测指标是否符合标准,可由医院管理等方面的专家组成专家组,通过现场观察、访谈、查阅资料等方式,作出专业判断。县域医共体改革进展的三级评价体系的建立,可为县域医共体改革的评价与持续推进提供科学的参考依据。

3.2 推动县域医共体资源整合

“积极推进型”、“中间型”和“缓慢推进型”县域医共体在资源整合方面进展均较慢,需进一步推动县域医共体资源整合。部分县域医共体实现域内信息化平台统一程度较低,可能与信息化系统需与原有信息网络互联互通,方案设计较为复杂,且需投入大额资金,完成招投标流程有关。县域医共体实现域内绩效统一管理程度较低,可能与县级卫生健康行政部门缺少主动放权意识,不愿将公共卫生服务经费拨付至医共体牵头单位统筹使用有关。县域医共体实现域内人力资源统一管理的形式较为简单,以医共体牵头单位的医生下派到成员单位坐诊和医共体成员单位的医生到牵头单位进修为主,医共体牵头单位与成员单位间人员流动的刚性不强,所发挥的整体效益有限。县域医共体实现域内后勤统一管理的程度较低,可能与医共体牵头单位与成员单位间地址分布较为分散,难以发挥规模效应,降低运行成本有关。^[6]

对此,建议进一步推进县域医共体资源整合,加大信息化建设的资金投入水平,提高医共体协同服务及质量控制水平,明确县级卫生健康行政部门与医共体牵头单位的职责边界,通过编制周转池制度对医共体人员统一管理的效果固化,对有利于发挥规模效应的医疗卫生资源集约配置,提高服务效率,避免医共体成员单位间重复建设。^[7]

3.3 推进县域医共体管理协同

“中间型”和“缓慢推进型”县域医共体在管理协同方面进展均较慢,需进一步推进县域医共体管理协同。部分县域医共体在建立临床检验中心、心电图诊断中心、远程会诊中心、消毒供应中心、健康管理中心的程度较低,这可能与医共体牵头单位与成员单位间难以就相关服务的收费方式等达成一致、部分服务需求量低有关。县域医共体实现医疗质量统

一管理、规章制度统一、人员培训统一程度较低,可能与医共体牵头单位与成员单位间文化理念存在差异有关。^[8]

对此,建议进一步推进县域医共体管理协同,合理制定各类服务中心的服务收费方式等,使医共体牵头单位与成员单位合理分担服务成本,共享服务收益,成为利益共同体,通过应用各类服务中心的服务,贯穿医疗卫生服务链,减少患者重复检查的困扰,培育建设适宜基层发展的文化理念及规章制度,加强医疗业务统一管理,促进医共体医疗质量同质化。^[9]

3.4 促进县域医共体激励相容机制

“缓慢推进型”县域医共体在激励约束方面进展较慢,需进一步促进县域医共体激励相容机制。而县域医共体若要实现医共体考核机制、医共体考核结果与医务人员薪酬挂钩、薪酬分配制度及医共体发展一致,首先需保障医共体医保基金有结余,确保绩效薪酬的真实存在,其次需医疗保障部门将医共体医保基金交由医共体牵头单位包干使用,保证医共体牵头单位对绩效薪酬的分配权,再次需医共体合理制定与服务量、质量挂钩,而与药品耗材和检查检验等收入脱钩的绩效薪酬制度,形成多劳多得、优绩优酬的激励机制。^[10]

对此,建议进一步促进县域医共体激励相容机制,提高医共体整体医疗服务能力,合理确定医保资金筹资水平及统筹层次,赋予医共体医保资金的分配权,完善与医共体改革目标相一致的绩效薪酬分配制度,将基层首诊比例、县域就诊比例、公共卫生服务水平、患者满意度等纳入医共体考核指标,允许医共体在一定范围内突破事业单位工资总额,将收入扣除成本部分用于职工激励。^[11]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 申丽君,黄成凤,李乐乐,等. 县域医共体模式的探索与实践——以安徽省天长市为例[J]. 卫生经济研究, 380(12): 9-13.
- [2] 江蒙喜. 县域医共体改革发展效果的评价指标体系构建——基于浙江省德清县的案例研究[J]. 卫生经济研究, 2018(12): 11-13.
- [3] 刘毅鹏,徐晓峰. 云南云县创新县域医共体管理模式

- [J]. 中国卫生, 2019(1): 40.
- [4] 冯立忠. 山西 立法保障紧密型县域医共体建设[J]. 中国卫生, 2020(2): 94.
- [5] 谷佳伟, 张翔, 张祖仪, 等. 新旧动能转换下县域医共体建设问题与发展策略研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(1): 34-37.
- [6] 赵敏捷, 贾梦, 王芳, 等. 浙江省德清县县域医共体改革措施与效果分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(11): 53-58.
- [7] 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.
- [8] 袁波英, 林凯, 董恒进. 县域医共体建设对县级公立医院运行的影响——以浙江省为例[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 26-29.
- [9] 郭科, 陈训军, 宋伯宏, 等. 委属委管医院托管下的县域医共体建设模式探索[J]. 中国医院, 2019, 23(11): 42-44.
- [10] 郑英, 胡佳, 代涛, 等. 安徽省天长市和福建省尤溪县县域医联体建设研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 11-17.
- [11] 胡重明. 浙江医疗卫生服务领域“最多跑一次”改革政策分析[J]. 中国医院管理, 2019, 39(5): 7-9.
- [收稿日期:2020-07-15 修回日期:2020-09-17]
(编辑:薛云)

· 信息动态 ·

世界卫生组织和联合国儿童基金会： 在全民健康覆盖等方面采取重要行动

2020 年 9 月 18 日,世界卫生组织和联合国儿童基金会签署了一项新的合作框架,该框架重点关注四个战略领域:通过初级卫生保健和卫生系统方法实现全民健康覆盖;精神卫生和社会心理健康与发展;突发公共卫生事件;孕产妇和儿童营养。

此外,这两个组织还签署了一项新的儿童和青少年精神卫生和社会心理健康及发展联合规划。这项为期 10 年的规划将促进精神卫生和社会心理健康与发展,加大获得精神卫生服务的机会,并减少儿童和青少年及其护理人员的痛苦和提高其生活

质量。

70 多年来,世界卫生组织和联合国儿童基金会携手合作,在世界每个地区,包括脆弱和冲突地区,提供高效的卫生、计划免疫、营养、艾滋病和儿童早期发育干预以及安全饮用水和卫生设施服务。时至今日,二者共同努力阻止 COVID-19 大流行,并确保每个妇女和儿童都能获得所需的基本卫生服务,包括免疫接种和健康检查。

(来源:世界卫生组织网站)