

我国县域医共体建设利益相关政策工具的应用和演变

——基于胡德分类

崔月颖^{1,2*} 周 驰¹ 施利杰³ 杨 磊¹

1. 杭州师范大学公共卫生学院 浙江杭州 310036

2. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

3. 浙江省德清县疾病预防控制中心 浙江湖州 313200

【摘要】目的:通过分析 2011—2021 年国家在促进县域医疗服务供给体系建设过程中政策工具,尤其是财力型政策工具的使用情况,探索利益机制在县域医共体建设和发展中的作用。方法:采用 C. Hood(胡德)政策工具分类,结合县域医共体的构建和发展要求,在词频分析的基础上,归纳文件各级标题内容的主题,再利用 Nvivo 软件对政策工具进行节点归类和分析,统计各类政策工具的使用情况。结果:90% 的文件都应用了财力型政策工具,工具出现的参考点占比为 16%,可利用的正式组织工具、权威型工具分别占 31% 和 34%,信息型工具占 19%。与利益相关的“服务价格”“薪酬制度”“医保功能”“政府投入”“绩效考核”等工具合计占 20%。考核对象从“机构”逐步过渡到“医联体”,考核角度和考核内容逐步拓展,并趋向于以健康结果为导向。结论:基于利益机制的财力型政策工具占比在增加;以健康结果为导向的绩效考核是必然的趋势。各地要结合自身的发展实际,遵循原则、体现差异,细化本地县域医共体的改革方案,重视不同政策工具间的协同作用,将康复护理服务作为短板弱项予以加强,逐步明确“健康结果”指标,推动县域卫生服务高质量发展。

【关键词】县域医共体;政策工具;利益;内容分析;绩效考核

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.03.006

Application and evolution of interest-related policy instruments for county health alliance: Based on Hood categorization

CUI Yue-ying^{1,2}, ZHOU Chi¹, SHI Li-jie³, YANG Lei¹

1. School of Public Health Hangzhou Normal University, Hangzhou Zhejiang 310036, China

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

3. Deqing Center for Disease Control and Prevention, Huzhou Zhejiang 313200, China

【Abstract】 Objective: To explore the effect of the interest mechanism in the construction and development of the county health alliance by analyzing the application of policy tools, especially treasure policy tools, in the process of promoting the supply system in county health alliance from 2011 to 2021. Methods: The themes of titles at all levels of documents are summarized based on the classification of C. Hood policy tools combined with the construction and development requirements of county health alliance according to the word frequency analysis, and then Nvivo software is used to classify and analyze policy tools to count the use of various policy tools. Results: The proportion of the policy documents used “Treasure” tools is 90%. The reference points of tools accounted for 16%. “Organization” and “Authority” tools accounted for 31% and 34% respectively. “Information” tools covered 19%. Interest-related tools such as “service price”, “remuneration pattern”, “medical insurance function”, “government investment”, and “performance assessment” accounted for 20% in total. The assessment object has gradually transitioned

* 基金项目:浙江省哲学社会科学规划课题(22NDJC135YB)

作者简介:崔月颖(1985 年—),女,副研究员,研究方向为卫生事业管理。E-mail: cui.yueying@imicams.ac.cn

from “institutions” to “health alliance”, and the assessment content tends to be oriented by health outcomes. Conclusion: The proportion of treasure policy tools based on interest mechanism is going up. Health outcome-oriented performance appraisal is an inevitable trend. All localities should combine their actual development, follow principles, reflect differences, refine the reform plan of local county health alliance, attach importance to the synergy between different policy tools, strengthen rehabilitation nursing services as shortcomings and gradually identify the indicators of “health outcomes”, so as to promote the high-quality development of county health services.

【Key words】 County health alliance; Policy Instruments; Interest; Content analysis; Performance assessment

2021年,习近平总书记对三明在深化医改的探索之路给予高度肯定。三明市在每个县(市)组建紧密型县域医疗共同体,按照“腾空间、调结构、保衔接”的路径,深化“三医联动”,在促进整合型医疗服务体系的发展上,针对矛盾和问题探索突破,相继实行了如药品耗材联合限价采购、调整医疗服务价格、创新薪酬分配激励、监控费用增长、实施按病种诊断分组收付费改革、按人头对医共体总额付费等基于利益机制的改革政策。

政策工具是达成政策目标的手段和途径,是健康治理的核心内容。是否采取政策干预、选择何种政策工具干预,与当地的经济和卫生发展状况相关,也关乎改革的方向和效果。由于县域医共体的建设和发展涉及不同的组织机构和个体,因此,改革政策是否促进了各机构的发展并提高了区域整体的能力和效率,就成为政策实施需要探讨的问题,特别是政策框架的设计和政策工具的运用情况,对于促进县域整合型服务体系的发展具有重要意义。

在该领域的研究中,崔成森等^[1]、石敏等^[2]分别对我国分级诊疗、医联体政策内容进行分析时,以McDonnell政策工具为主体,结合Schneider的分类将政策工具划分为命令型、象征和劝诫型、能力建设型和系统变化型。梁沥文^[3]、陈皓阳等^[4]、春兰等^[5]、汤少梁等^[6]、张微等^[7]从供给型、需求型和环境型(Rothwell和Zegveld理论)分别对国家层面和某省医联体、医共体建设进行分析,上述相关研究强调了政策的实施应该促进机构和部门间的协同,也提出要完善医保、价格、财政补助等政策保障措施。目前,对医联体、医共体或者整合型医疗服务的政策研究中,基于财政激励和绩效考核等利益机制的政策工具应用研究较少,而这也是三明医共体建设的重点举措之一。

Christopher C. Hood(胡德)^[8]将政府的公共政

策分为“信息型”“权威型”“财力型”和“可利用的正式组织”,将该分类与县域医共体建设相结合,能更好的反映利益相关政策工具的应用情况。因此,本文遵循政策工具分析法的基本步骤,梳理了2011—2021年涉及县域医疗卫生发展、促进县域医共体建设的政策文件,通过文本挖掘的方法,对这些政策文本中与利益机制相关的内容进行量化分析。

1 资料与方法

1.1 文件来源

政策文件的纳入标准:(1)权威发文机构来源,包括国务院办公厅、国家卫生健康委、地方卫健委、地方政府;(2)政策文件的可及性,都是公开颁布的,可以获得全文的文件。(3)政策文件内容有关县级公立医院、县域医共体的意见、通知、纲要、规划、方案等,能够体现政府发展目标的政策。排除标准:与县域医疗卫生发展相关性不强、针对性不强的政策文件。政策文件的检索由2名研究人员完成,按照纳入和排除标准对政策文件进行筛选,分歧之处由二人进一步讨论解决。经过初步检索和分析发现,地方层面的政策与国家层面政策高度相似,缺乏差异性,故只保留国家层面出台的文件,最终遴选出有效政策样本20份(表1)。

1.2 阶段划分

我国医联体、医共体建设在不同的省市呈现出不同的发展阶段,国家出台相关政策是建立在部门试点地区的改革实践之上,正如县域医共体的发展,首先要强县级,再带动县域医疗卫生的发展,因此,根据文件出台的内容可以划分为三个阶段。第一个阶段为2011—2014年,主要是赋能县级公立医院,通过综合改革提高县级公立医院的服务能力。第二阶段为2015—2016年,通过分级诊疗制度的推进和卫生服务体系规划设计,将县域作为一个整体进行服

务能力提升和促进,促进县域一体化。第三阶段为 2017—2021 年,逐步通过医联体的绩效考核、监测指

标、管理办法等的出台和发布,推动医联体/医共体以健康为中心,更为紧密的合作和发展。

表 1 关于县级医疗卫生发展、县域医共体建设的政策文件

	文件名称	发布机构/时间
1	国务院办公厅印发关于县级公立医院综合改革试点意见的通知(国办发[2012]33号)	国务院办公厅/2012.6
2	关于印发推进县级公立医院综合改革意见的通知(国卫体改发[2014]12号)	卫生计生委、财政部、中央编办、发展改革委和人力资源社会保障部/2014.3
3	国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)的通知(国办发[2015]14号)	国务院办公厅/2015.3
4	国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见(国办发[2015]33号)	国务院办公厅/2015.4
5	国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见(国办发[2015]70号)	国务院办公厅/2015.9
6	国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知(国发[2016]78号)	国务院/2016.12
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(国办发[2017]32号)	国务院办公厅/2017.4
8	国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见(国办发[2017]55号)	国务院办公厅/2017.6
9	关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知(国卫医发[2018]28号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2018.8
10	关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见(国卫医发[2018]29号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2018.8
11	医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)(国卫医发[2018]26号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2018.7
12	关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案(2018—2020年)的通知(国卫医发[2018]37号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2018.10
13	关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知(国卫基层函[2019]121号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2019.5
14	国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广福建省和三明市深化医药卫生体制改革经验的通知(国医改发[2019]2号)	国务院深化医药卫生体制改革领导小组/2019.11
15	中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见	中共中央 国务院/2020.2
16	医疗联合体管理办法(试行)(国卫医发[2020]13号)	国家卫生健康委员会 国家中医药管理局/2020.7
17	关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知(国卫办基层发[2020]12号)	国家卫生健康委员会基层卫生司/2020.9
18	国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知(国办发[2021]20号)	国务院办公厅/2021.5
19	国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验 深化医药卫生体制改革的实施意见(国医改发[2021]2号)	国务院深化医药卫生体制改革领导小组/2021.10
20	“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021—2025年)(国卫办医函[2021]538号)	国家卫生健康委办公厅/2021.10

1.3 文本内容量化分析

1.3.1 政策工具的分类

在县域医共体建设中,胡德政策工具的应用主要体现在:(1)信息型:通过信息的流通和管理,促进了医共体内资源的流动和管理的一体化、标准化。(2)权威型:通过硬性的指标要求或具体工作的时间要求、或主管部门/领导的责任,有效推动县域医共体建设。(3)财力型政策工具:通过政府投入、收入结构、薪酬分配、价格调整等与利益相关的引导方式,促进分级诊疗、资源流动和服务整合。(4)可利用的正式组织:能够支持、辅助、融入县域医共体发展和建设的机构、资源、技术等,如城市公立医院、县

域公共卫生机构、康复、护理机构、人才队伍、药品耗材等资源。

1.3.2 文本内容的提取和编码

首先,对所有文件进行通读,了解所有政策文件的整体层次和架构;然后,利用 Nvivo 软件对文本内容进行词频分析(表 2),再在词频分析的基础上,从所有政策文件的每个条款内容中提取与县域卫生事业发展主题高度相关的主题和关键词,结合专家咨询将其中应用到的政策工具归纳为相对范畴化的类目。最后,将胡德政策工具作为一级维度,将主题归纳的政策工具作为二级维度,利用 Nvivo 软件对政策工具进行节点分类和标记。

表2 基于 Nvivo 软件的政策文本词频分析表

序号	单词	频数	序号	单词	频数	序号	单词	频数	序号	单词	频数
1	医疗	1 750	26	诊疗	257	51	绩效	159	76	费用	126
2	医院	1 040	27	基本	256	52	逐步	157	77	作用	125
3	服务	1 040	28	考核	250	53	情况	156	78	分级	125
4	卫生	995	29	药品	239	54	支付	156	79	促进	123
5	机构	769	30	落实	229	55	实施	151	80	分工	120
6	管理	527	31	合理	222	56	价格	150	81	采购	119
7	加强	421	32	政策	221	57	中心	149	82	医生	118
8	改革	411	33	提升	207	58	信息	147	83	监管	118
9	公立	407	34	社会	202	59	医药	146	84	付费	117
10	建立	400	35	综合	202	60	鼓励	144	85	调整	117
11	健康	397	36	技术	200	61	健全	141	86	人才	116
12	建设	391	37	县域	197	62	疾病	141	87	实现	114
13	机制	388	38	体系	188	63	中医药	140	88	统筹	113
14	基层	361	39	重点	188	64	发挥	140	89	负责	113
15	制度	353	40	公共	181	65	提供	138	90	控制	112
16	县级	334	41	提高	180	66	专科	137	91	基金	110
17	人员	321	42	患者	178	67	指导	137	92	国务院	109
18	完善	316	43	医务	177	68	探索	134	93	引导	108
19	推进	312	44	开展	169	69	水平	131	94	要求	108
20	工作	301	45	政府	169	70	标准	130	95	充分	107
21	能力	296	46	规划	165	71	深化	130	96	结合	107
22	资源	279	47	质量	165	72	临床	129	97	规范	106
23	发展	274	48	部门	164	73	推动	128	98	强化	103
24	保障	263	49	区域	163	74	相关	127	99	地方	102
25	国家	262	50	方式	159	75	试点	126	100	实行	102

2 结果与讨论

2.1 整体情况

分析结果显示,财力型工具编码占 16%,可利用的正式组织工具编码占 31%,权威型工具编码占 34%,信息型工具占 19%。从二级分类视角下,除去目标要求和组织保障类政策必备条目,占比较高的则是“功能定位”和“专科技术”,涉及的内容主要是各医疗机构的功能定位以及各机构与县域其他卫生健康机构(含医疗机构、康复/护理机构、公共卫生机构)、城市公立医院、国家或省级综合/专科医疗机构之间,通过专科联盟、分级诊疗、上下联动、技术帮扶、远程医疗等方式,提高“预防、诊疗、康复护理”等全方位卫生健康服务的能力和服务质量,能力提升确实是深化拓展医共体内涵的关键途径(表 3)。

与石敏等^[2]、陈皓阳等^[4]使用不同工具分类下的“激励型工具”“财政投入”“资金支持工具”使用偏少基本一致,财力型工具使用较少。与崔成森等^[1]对 1997—2017 年政策分析认为“能力建设工具所占比重减少”相比,本研究通过可利用的正式组织工具分析认为,明确各级医疗机构功能定位、加强专科技术带动综合服务能力、强化人才建设在政策工具中所占比例较高,说明在近些年促进县域医共体建设过程中,能力建设在政策内容中所占比例比过去升高,也遵循先强县再强县域的规律,先促进县级公立医院能力提升,再以县级医院为龙头带动县域整体卫生服务水平的提升。

2.2 财力型政策工具的应用

财力型政策工具在县域医共体建设上主要包括服务价格调整、薪酬制度改革、医保支付方式改革、增加政府投入四个方面。在文件中的编码数量以薪

酬制度改革和服务价格调整居多,这两方面主要涉及医务人员的收入。解决医共体内医务人员不足、上级医务人员下不去、基层机构留不住等问题,除了创新管理编制,主要还是提高薪酬待遇问题。要改变过去与业务收入挂钩的薪酬分配模式,提高体现医务人员的劳动价值的费用比重。

表 3 基于胡德分类的县域医共体政策工具编码及占比

一级分类	二级分类	文件来源及占比(%)	编码数量及占比(%)	
财力型	服务价格	11(55)	25(4)	
	薪酬制度	13(65)	33(6)	
	医保功能	8(40)	17(3)	
	政府投入	9(45)	20(3)	
	小计	18(90)	95(16)	
可利用的正式组织	功能定位	15(75)	48(8)	
	人才建设	12(60)	29(5)	
	商业保险	2(10)	2(0)	
	社会办医	7(35)	14(2)	
	药品采购	7(35)	16(3)	
	专科技术	16(80)	49(8)	
	资源配置	9(45)	22(4)	
	小计	19(95)	180(31)	
	权威型	目标要求	16(80)	40(7)
		人事制度	15(75)	37(6)
运行管理		15(75)	42(7)	
绩效考核		11(55)	25(4)	
监督管理		2(10)	2(0)	
组织保障		16(80)	51(9)	
小计	20(100)	197(34)		
信息型	互联互通	13(65)	30(5)	
	统一标准	15(75)	44(8)	
	资源整合	11(55)	31(5)	
	其他	2(10)	3(1)	
	小计	17(85)	108(19)	
合计		20	580	

医保功能主要体现在支付方式改革,实行多元复合式医保支付方式,将医保基金直接划分给各个医疗机构,无法发挥医保基金的激励作用。^[9]对县域医共体实施总额预算管理在多地实施结果显示,能够促进医共体从管疾病向保健康转变、提高服务质量、优化患者流向、控制病种费用增长^[10-11],通过与具体支付方式和考核配套调整,避免出现服务内容不足和服务质量降低等^[12]问题。

政府投入可以是直接的财政补偿,也可以通过设施和项目投入支持县域医共体建设,国家层面关于政府投入工具的应用更偏向于引导,各地仍需结合本地实际情况,尤其关注基层医疗机构,细化具体的投入方向,落实重点学科发展、人才引进和培养、政策性亏损等方面的政府投入。

2.3 绩效考核内容演变

在纳入的 20 个政策文件中,绩效考核工具的应用出现在 11 个政策中,以“绩效考核”为文本检索内容,结果显示,所有文件中共出现 103 次,文本覆盖占比 6.49%。对涉及考核内容或指标进行了梳理(表 4),可以发现,三个阶段的考核内容也随着关注重点发生了演变,以需方角度进行考核的指标逐步从患者满意度过渡到居民健康改善,并提出“逐步探索将健康结果作为考核指标”。从供方角度进行考核的指标从控费、服务质量、效率扩展到资源共享和分工协作,继而提出了医联体“以人民健康为中心”进行绩效考核的总方向,这与县域医共体的发展阶段基本一致,也是引导不同阶段建设和发展的重要工具。

表 4 政策文件中“绩效考核”工具涉及的内容/指标

文件名称	发布时间	对象	考核内容/指标
关于县级公立医院综合改革试点的意见(国办发[2012]33号)	2012年	人员/医院	健全以服务质量、数量和患者满意度为核心的内部分配机制;把控制医疗费用、提高医疗质量和效率以及社会满意度等作为主要量化考核指标。
关于推进县级公立医院综合改革意见的通知(国卫体改发[2014]12号)	2014年	医院/人员	将医院的公益性质、运行效率、群众满意度等作为考核的重要指标。把医务人员提供服务的数量、质量、技术难度和患者满意度等作为重要指标,建立以社会效益、工作效率为核心的人员绩效考核制度。
关于推进分级诊疗制度建设的指导意见(国办发[2017]32号)	2015年	分级诊疗	基层医疗卫生机构建设达标率;基层医疗卫生机构诊疗量占比;县域就诊率;每万名居民全科医生数量;全科医生签约覆盖率;首选基层医疗卫生机构比例;远程医疗服务覆盖;转诊人数增长率;慢病管理率等。
关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见(国办发[2018]29号)	2017年	医联体	建立医联体考核指标体系,重点考核医联体技术辐射带动情况、医疗资源下沉情况等,不单纯考核业务量,要将三级医院医疗资源下沉情况、与基层医疗卫生机构协作情况以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等指标纳入考核体系。
关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见(国卫医发[2018]29号)	2018年	医联体	完善医联体绩效考核机制和指标体系,将基层医疗卫生机构能力提升列为重点指标,逐步探索将健康结果作为考核指标。
关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知(国卫医发[2018]28号)	2018年	医联体	重点考核医疗资源下沉情况,要将三级医院医疗资源下沉、对基层医疗卫生机构帮扶以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等纳入考核指标。

续表 4 政策文件中“绩效考核”工具涉及的内容/指标

文件名称	发布时间	对象	考核内容/指标
关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)的通知(国卫医发[2018]26号)	2018年	医联体	重点考核医联体技术辐射带动情况等,综合考虑三级医院医疗资源下沉情况、基层服务能力提升情况、居民健康改善情况和服务对象满意度等因素。
关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知(国卫医发[2020]13号)	2020年	医联体	主要考核医联体运行机制情况、医联体内分工协作情况、区域资源共享和下沉情况、发挥技术辐射作用情况、医联体可持续发展情况,以及公共卫生和居民健康改善情况。
国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验 深化医药卫生体制改革的实施意见(国医改发[2021]2号)	2021年	医联体	加强对医疗联合体以人民健康为中心的绩效考核。

我国在2020年9月发布了紧密型县域医共体建设评判标准和监测指标体系,对试点县分别从有序的就医格局、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用、医保基金使用四大领域进行监测,这些指标为紧密型医共体建设提供了行动方向,是医共体建设必经之路的过程指标。随着疾病谱演变和老龄化的加剧,发展多元化、多层次、多类型的卫生健康服务也逐渐丰富到发展较为成熟的县域医共体建设内涵中。在与国家政策要求保持一致的同时,县域医共体可以与全市实际相结合,以区县为单位,探索以健康结果为指标,以价值为导向的绩效考核指标,并将考核结果与医保支付、财政资金分配、院长和职工薪酬挂钩,更能充分发挥考核的激励作用。

3 结论与建议

3.1 政策覆盖服务内容逐步扩大,康复护理服务要作为短板弱项予以加强

在2011—2014年促进县域公立医院发展时,鼓励通过整合、转型等途径将其他公立医院改造为基层医疗机构、老年护理和康复机构;在2015年促进分级诊疗文件中,对于老年护理、医疗康复、家庭病床等服务,则是通过医联体内与基层医疗卫生机构联合提供。2015年的医疗卫生服务体系规划纲要中,高血压、糖尿病等慢病的联防联控由专业公共卫生机构和医疗机构共同承担,康复和护理等服务逐步由基层承担,并发展和加强康复、老年、长期护理等持续性机构。在2017年推进医联体建设文件中,提出要吸纳康复医院、护理院参加医联体,基层医疗卫生机构和专业康复、护理院联合提供老年医疗照护、家庭病床、居家护理等服务,形成错位发展的良好秩序。

老年照护、家庭病床、居家护理等延伸服务是构建全生命周期服务不可缺少的组成部分。2020年全国护理院758个,康复医院739个^[13],面对脑卒中患者基数1300万^[14],且75%的患者存在不同程度的功能障碍^[15],加快专业机构建设和转型也无法满足这基数大、增长快的患者需求,实践也证明通过综合医院—康复医学科/康复机构—社区构建的三级康复能够有效促进患者神经功能、运动功能的改善^[16]。而且,距离患者家庭较近的基层医疗卫生机构在提供康复护理服务上,能更好的满足需求,利用度也较高。^[17]县级医院要将康复护理服务作为补短板强弱项的重点领域予以加强,充分利用专科联盟和远程医疗获得技术和人员帮扶,提升自身康复护理水平,继而以此为依托,带动社区和乡镇全科医生参与,是当前建立健全县域康复护理网络的重要途径。

3.2 基于利益机制的政策工具逐步增加,不同工具间的协同作用亟待发挥

政府已经逐步意识到县域医共体建设是一个基层医疗系统重构的过程,涉及管理、运行、投入、医保、医药等多方面。^[18]因此,从政策工具的使用上也能体现政府的引导路径。

服务价格的调整、薪酬制度的改革、医保支付方式改革、政府投入、绩效考核等,都是通过利益机制,促进资源和服务的下沉,同时县级医院和基层医疗卫生机构能够获得激励,提升能力。通过改革医保支付方式、调整医疗服务价格等方式改革薪酬来源和结构,通过增加政府投入和医保支付范围,确保基层开展预防、康复、护理等服务的经费保障。通过以健康结果为导向、与薪酬分配相挂钩的绩效考核促进医防融合、医养结合。^[19]

利益机制也是“医疗、医药、医保”三医联动的依据,国家医保局的成立也是为了推动三医联动,随着药品耗材集中带量采购,相关价格和诊疗成本降低,医疗服务价格的动态调升和调降要同步进行,并与医疗费用控制、医院收入结构变化相协调。

通过优化和调整不同政策工具的组合方式和结构形式,可以产生不同的效果,没有一个政策工具可以单独发挥作用,也没有一个组合可以适用于所有的地方,因此,各地要因地制宜选择政策工具,并通过工具的组合发挥协同作用。

3.3 以健康结果为导向的考核机制已明确,具体指标需逐步明确

绩效考核虽然不是直接的利益机制,但通过与薪酬、医保基金的挂钩,也能起到引导或者指挥棒的作用,促进资源的整合和服务的持续性。虽然“绩效考核”在政策文件中出现的频次和文本内容占比不高,但通过考核内容或指标的时间演变,从促进上下联动到以居民健康结果为指标,说明政府已经开始着手建立以整体“健康结果”为引导方向的考核机制,因为一个区域的“健康结果”不是单独靠一个机构的服务能力支撑的,而是通过不同机构共同落实预防、诊疗、康养服务而取得的,所以,健康结果具有多维性、短期安全性和长期功能性的特点^[19],能够让公共卫生机构、康复机构、护理机构更好的发挥专业作用。

英国通过 NHS 结果框架、公共健康结果框架和成人社会保健结果框架覆盖了包含医疗卫生、公共卫生、社会支持与服务、健康决定因素等多方面与个人、群体健康相关的评价指标,并以“关注结果”“指标数量最小化”“易理解可行动”“数据可及”和“可添加性”等为标准,进行指标的纳入和排除。如出生低体重、5 岁以下儿童龋齿、15 岁儿童吸烟、个人自报健康状况、成人超重、65 岁以上髌关节骨折/摔倒/伤害、接受康复/护理服务患者生活质量的提高、出院后 30 天内再入院等覆盖预防、诊疗、康复/护理等多维度的指标^[20-22],为健康结果的评价提供了可参考的指标体系。

3.4 县域医共体政策逐步完善,细化方案要体现原则性和差异性

截至 2020 年底,全国共组建县域医共体 4 028 个,呈现全面推开的趋势。^[23]受经济发展和人口分布

的影响,县域医共体的建设也呈现多样化特点,西部欠发达地区“县不强、乡不弱”,处在提升县级医院专科能力阶段,中部地区“县大/强、乡弱”,处在提升乡镇卫生院的积极性和服务能力阶段,东部发达地区“县乡双强”处在满足居民个性化健康需求,加强连续性服务的阶段。

因此,各地政策要结合实际,遵循原则但不机械照搬,细化改革方案中的每一步操作,打通“堵点”、解决“难点”、消除“痛点”,处理好政策的顶层设计与分层对接,政策统一性与差异性之间的关系。通过与政策实施前后的比较,同县域不同医共体、不同县域医共体等多种参照系的比较,及时了解政策的实施效果,发现“症结”,适宜调整。

4 小结

医联体建设是我国促进整合型卫生服务体系构建的实践路径,县域医共体作为医联体在县域的组织模式,通过责任、管理、服务和利益的整合,让不同的医疗和健康服务机构更紧密的“联”在一起,因此,所有促进医联体建设的文件都适用于县域医共体建设。与现有研究相比,本文基于胡德的政策工具分类,可以更客观、更详细地了解基于利益机制的“财力型”政策工具、与其挂钩的“绩效考核”工具应用情况,通过该视角的解读,对地方县域医共体建设所面临的挑战有一定提示或启发,更有效的推动不同发展阶段县域医共体相关改革政策的制定,推动县域卫生服务高质量发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 崔成森,左旭,孟开. 基于政策工具的我国分级诊疗政策内容分析[J]. 中国医院管理, 2018, 38(9): 24-27.
- [2] 石敏,徐梦丹,许星莹,等. 我国医联体政策量化研究: 基于政策目标、工具和力度的内容分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(5): 352-356.
- [3] 梁沥文. 四川省医联体建设的政策工具选择研究[D]. 成都: 电子科技大学, 2020.
- [4] 陈皓阳,闫如玉,高镜雅,等. 政策工具视角下我国医联体建设政策量化分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(11): 20-23.
- [5] 春兰,刘智勇. 我国医联体政策文本量化分析[J]. 中

- 国医院, 2019, 23(12): 4-6.
- [6] 汤少梁, 斯颖航. 政策工具视角下我国医联体相关政策量化研究[J]. 卫生软科学, 2020, 34(1): 32-36.
- [7] 张微, 舒涛, 李航, 等. 医共体背景下我国乡镇卫生院医疗服务能力提升的政策量化分析[J]. 卫生软科学, 2021, 35(6): 35-39.
- [8] Hood C. The Tools of Government [M]. London: THE MACMILLAN PRESS LTD, 1983: 21-81.
- [9] 光心慧, 王珩, 薛俊军, 等. 基于米特—霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2021, 21(6): 533-537.
- [10] 黄二丹. 打包—回流—调价 医共体下的“腾笼换鸟”[J]. 中国卫生, 2019(11): 24-25.
- [11] 宋生来, 胡小波, 胡晓彦. 湖州市医共体综合付费方式改革的经验和启示:以德清县为例[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(12): 25-28.
- [12] 周绿林, 张心洁. 加快医保支付方式改革的对策建议[J]. 中国医疗保险, 2018(4): 18-21.
- [13] 国家卫生健康委员会. 2021 中国卫生健康统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [14] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告(2020)[M]. 北京: 科学出版社, 2021.
- [15] 赵一莎, 吕雨梅, 周郁秋, 等. 大庆市社区脑卒中患者残疾状况及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(1): 82-85.
- [16] 阿丽亚, 刘丽欢, 梅春丽. 三级康复治疗对脑卒中患者康复效果的 Meta 分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2020, 28(4): 312-317.
- [17] 杨杰. 脑卒中患者的社区护理需求与影响因素研究[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(11): 143-144.
- [18] 何振喜, 方伟岗. 医疗蓝皮书:中国县域医共体发展报告[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2021.
- [19] 孙辉, 王海银, 金春林. 发展以价值为导向的医保支付方式:健康结果测量方法、进展与启示[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(1): 41-44.
- [20] England Public-Health. Public Health Outcomes Framework 2019/20: a consultation[R]. London: England, 2020.
- [21] Group NHS. Refreshing the NHS Outcomes Framework: 2015-2016: Technical Appendix[R]. London: Department of Health, 2014.
- [22] Department of Health. The Adult Social Care Outcomes Framework 2015/16[R]. Department of Health, 2014.
- [23] 国家卫生健康委. 卫生健康委新闻发布会介绍紧密型县域医共体建设有关情况 [EB/OL]. (2021-11-30) [2022-01-12]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-11/30/content_5654999.htm. CNKI: PCN: 11-0287. 0. 2021-12-06. 0080
- [收稿日期:2022-01-25 修回日期:2022-03-10]
(编辑 薛云)