

【医疗保障】

健康中国背景下建设县域医共体的现实需求、实践探索与思路对策

刘 莉 张克俊

【摘 要】建设县域医共体是全面落实健康中国战略和国家乡村振兴战略的重要途径。本文阐述了医共体建设的内涵特征、功能价值及现实需求,以紧密型县域医共体建设国家级试点县——四川省平武县为例,探究建设县域医共体的“六个协同机制”和“六个共同体”及经验启示,在进一步分析推进县域医共体建设面临的形势、有利条件和存在主要问题制约基础上,借鉴实践案例经验,提出我国深化县域医共体建设的思路对策,以期为推动我国县域医共体建设提供新思路和新方法。

【关键词】县域医共体;实践探索;思路对策

【作者简介】刘莉,四川省社会科学院农村发展研究所副研究员;张克俊,四川省社会科学院农村发展研究所研究员,博士生导师(成都 610072)。

【原文出处】《农村经济》(成都),2024.2.90~102

【基金项目】本文系国家社会科学基金项目“基于脆弱性分析视角的凉山彝区巩固脱贫成果与后续帮扶机制研究”(编号:21BMZ032)的阶段成果。

一、问题的提出

自新一轮深化医药卫生体制改革实施以来,我国全民医疗保险体系日益健全,基层医疗卫生机构服务条件得到明显改善。^[1]2020年,我国人口预期寿命增加至77.93岁,人民健康水平总体上达到中等收入国家的平均水平。^[2]然而,2020年在全球范围内爆发的新型冠状病毒疫情,让全社会更加关注国家能否提供有效可及的医疗卫生服务和公共卫生服务。在国家层面,确立了“保基本、强基层、建机制”的改革战略,把“强基层”视作缓解“看病难、看病贵”问题的根本途径之一。《“健康中国2030”规划纲要》也明确提出了“以人民健康为中心、以基层为重点、以改革创新为动力”的国家卫生与健康事业发展战略,突出了“强基层”的重要性与迫切性。总体而言,通过各级政府不断加大的财政投入和大力推进的基层医疗卫生机构运行机制综合改革,“以基层为重点”取得了一定的阶段性成效。^[3]但是,当前基层医疗卫生机构仍面临着基本医疗功能弱化、优质

资源配置不足、运行机制不灵活、财政补偿方式单一、激励机制不够合理等突出问题,严重制约着基层医疗卫生服务能力的提升。^[4]以上问题的解决需要通过医疗卫生服务供给侧改革,建立一个运转有序的医疗卫生服务体系,包括初级卫生保健服务、二级医疗卫生保健服务以及针对罕见病和危急难重症病人的三级医疗卫生保健服务。^[5]其中,全科服务一般由自由执业的全科医生或全科诊所提供,专科服务以及三级医疗卫生保健服务则由专科性或综合性的医院提供。^[6]完善的全科服务和各级机构间良好的转诊体系能够有效地控制医疗卫生服务费用并提高健康服务质效。反之,若初级卫生保健基础薄弱,医疗卫生服务体系以专科为主导,则会提升医疗服务费用。^[7]

自21世纪以来,全球医疗卫生供给侧服务模式变革呈现出三个共同趋势:一是日间手术病种范围逐步扩大,住院服务主导的医院呈收缩之势,大医院的优势地位弱化。^[8]二是初级卫生保健体系的重要性日显突出,部分二级医疗服务开始向初级卫生保

健体系转型,人人享有初级卫生保健成为世界各国医疗卫生改革与发展的共同目标。^[9]三是整合医疗兴起,形成健康医疗服务链的纵向一体化,为民众提供从健康管理、疾病预防与诊治到康复的全环节一揽子服务。^[10]但是,我国医疗卫生服务体系在运行上存在网络断裂、转诊机制缺失、机构之间尤其是纵向医疗机构之间由于能力差异造成缺乏分工协作等问题。以医院为主导、以疾病治疗为中心、各机构自给自足的低效率服务提供模式难以满足居民日益提高的卫生服务需求。^[11]在此背景下,兴起于欧美国家的整合型医疗卫生服务实践被引入国内,并逐步成为卫生服务领域的重要话题。国家《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》提出,到2025年要基本建成“体系完整、布局合理、分工明确、功能互补、密切合作、运行高效、富有韧性的优质高效整合型医疗卫生服务体系”。

建立高效协同的整合型医疗服务体系已成为各地解决医疗服务高质量发展的共识,尤其是我国县域基层显得更为需要和紧迫。作为医联体模式之一的“县域医共体”为医疗服务供给侧改革提供了一种可行的解决方案。^[12]2019年国家卫健委要求通过紧密型县域医共体改革,进一步完善县域医疗卫生服务体系,提高县域医疗卫生资源配置和使用效率,加快提升基层医疗卫生服务能力,推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序。同时,我国县域均从全面小康走向了共同富裕的衔接期,人民群众的需求重心从“生存型”转向了对“美好生活追求”,更需要通过实现医疗服务高质量协同发展,促进和维护健康公平。我国县域特别是欠发达县域医疗资源较为贫乏和紧缺,医疗服务质量、能力和水平还处于低水平阶段,更迫切要求整合和使用有限的人财物资源,构建紧密协同的县域医疗服务机制,破解“医疗洼地”带来的发展困境。然而,由于大部分县域特别是欠发达县域的经济水平、资源禀赋和政府现代化治理能力相对薄弱和滞后,通过激发县域内医疗服务各相关要素间的有效协作来实现医疗服务高质量协同发展面临的困难和挑战更多,迫切需要研究新的机制和解决办法。基于此,本文聚焦县域,选取国家首批县域紧密型医共体试点县——四川省平武县,运用案例分析法分析县域医疗服务协同运行的

实践探索、经验启示及存在的问题,并提出我国深入推进县域医共体建设的思路对策。

二、“医共体”的内涵特征与健康中国背景下建设县域医共体的现实需求

1. “医共体”的内涵特征和功能价值

2017年,国务院发布《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),正式提出衔接乡村一体化管理,全面启动县域医共体建设试点。^[13]借鉴国内外关于“医共体”的概念,“医共体”可以简要概括为:不同医疗机构、医务人员和相关部门之间的合作与协作,以提供综合、连续、高质量的医疗服务。与传统的医疗服务相比,“医共体”具有如下特征和功能价值:一是构建分级诊疗体系和协调转诊机制。“医共体”鼓励建立分级诊疗体系,将不同层次的医疗机构有机地连接起来,通过分级就医和合理转诊,使患者从基层医疗机构到综合医院形成顺畅流程,充分利用各级医疗卫生资源,发挥各级医疗卫生机构的功能优势,避免低效重复检查和过度使用高级医疗资源,优化医疗服务的配置。当患者需要更高级别、更专业的医疗服务时,通过规范的转诊流程和机制,确保患者能够及时得到合适的治疗,并保持医疗服务的连续性与可及性。二是提倡多学科团队合作。“医共体”倡导不同学科医务人员之间的密切合作。通过多学科团队的协同工作,不同专业的医务人员能够共同制定综合治疗方案,提供全面的医疗服务,医务人员之间的密切合作和相互监督,能够减少医疗差错和不良事件的发生,提高医疗过程的规范性和准确性,从而更好地满足患者的需求。三是强调信息共享与互通。通过建立健康档案、电子病历等信息化系统,医疗机构和医务人员可以实时获取和分享患者的医疗信息,促进医疗决策的准确性和连续性。同时,能够为科学研究提供更广阔的平台和更丰富的数据资源,推动医学研究的深入发展,促进医学进步和创新。四是强化质量管理。“医共体”注重质量管理和质量评估。通过建立统一的医疗服务标准、规范的流程和指南,加强医疗质量监测和评估,确保医疗服务的安全性、有效性和高质量。

2. 健康中国背景下建设县域医共体的现实需求

我国县域医共体的建设源自国家的医疗卫生体制改革,目前更是适应健康中国战略实施的需要,旨

在解决基层医疗卫生资源分散、利益格局复杂等问题,以此推动县域医疗卫生服务的整合与优化,提高人民群众的获得感和幸福感。健康中国背景下我国县域医共体的建设需求主要源于以下三方面。

(1)从政府部门来看,建设县域医共体是医疗卫生资源优化配置和集约化利用的迫切需要。当前,县域内医疗卫生服务水平不够均衡,医疗资源配置不合理、利用率低等问题比较突出。建设县域医共体,可以实现医疗资源统筹使用,通过建立信息共享、资源调配机制,促进医疗卫生资源的优化配置,解决医疗卫生服务不均等现实问题。同时,医疗卫生资源也是有限的,合理而高效地利用医疗资源是建设“医共体”的目标之一。通过建立分级诊疗制度和构建医疗服务共同体,将不同级别、不同类型的医疗机构资源有机链接起来,避免资源过度集中或闲置,提高医疗服务的整体效率和可达性。此外,政府部门制定的相关政策法规对“医共体”的发展起着引导和支持的作用。

(2)从医疗服务需求方来看,建设县域医共体是满足人民群众全方位、全生命周期健康服务的应然之举。一方面是患者综合治疗的需求。很多疾病需要跨学科的综合治疗,通过“医共体”,不同学科的医务人员能够及时沟通、共同制定诊疗方案,提供全面、连续的治疗,提高疾病治愈率和患者生活质量。另一方面是患者良好体验与满意度的需求。“医共体”以患者为中心,注重患者的需求和体验。通过建立良好的医患沟通关系,增强患者参与感,提供个性化、连续的健康服务,满足患者的期望,提高患者满意度。

(3)从医疗服务供给方来看,建设县域医共体是县域医疗卫生机构提供高质量医疗卫生服务的必然要求。“医共体”通过不同层级和不同类型医疗卫生机构的密切协作、建立多学科团队、加强质量管理和评估等方式,提高县域内医疗服务的质量。医务人员可以共同研究、讨论疾病诊疗的最佳实践,实施规范的治疗流程和指南,确保患者得到全面、个性化的医疗关怀。应当指出的是,信息技术在县域医共体的形成中起到关键作用。只有通过信息共享与决策支持,建立电子病历系统、医疗信息交换平台等信息化工具,不同医疗机构和医务人员之间才可以实现

快速、准确的信息共享和沟通。

三、县域医共体建设的实践探索—基于四川省平武县的典型调查

1. 我国县域医共体建设的总体概况

县域医共体是能够通过各级各类医疗卫生机构、医务人员以及相关部门之间的合作与协调,实现县域范围内医疗卫生资源共享、疾病诊治互助的一种组织机制,以达到共同推动县域医疗卫生资源的整合与优化配置、提高医疗服务质量和效率的目的。县域医共体的横向拓展,即不同类别医疗卫生机构和不同学科之间的合作与协同,可以实现资源共享、技术交流和人才培养等方面的合作,提升整个区域的医疗服务水平;县域医共体的纵向拓展,即与不同层级医疗卫生机构进行合作与协同,可以促进基层医疗机构和上级医院之间的互动与合作,实现优质医疗资源的下沉,提高基层医疗服务的能力。近年来,中国政府高度重视基层医疗服务的发展和县域医共体建设。截至2021年11月,中国已在试点县建成医共体535个。^[14]在建设模式上,我国县域医共体建设采取以县为单位的建设模式,由县域内的各级各类医疗机构共同组成,包括县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心等,通过联合办公、共享资源和协同诊治等方式,提高基层医疗服务的质量和水平。在建设目标上,主要目标是加强基层医疗机构之间的沟通与协作,实现医疗资源的充分利用和优化配置,推动分级诊疗制度的落实,提高患者的就诊体验和治疗效果。我国县域医共体建设取得了一定的成果,部分基层医疗机构的服务质量得以提升,分级诊疗制度得以一定程度地推行,患者就医负担得以减轻等。我国县域医共体建设对于改善基层医疗服务水平、推动分级诊疗制度落实、加速基本公共医疗服务均等化具有重要作用。然而,其建设尚存在诸多难点,如体制机制壁垒难以打破、人才引进困难、基础设施不足、信息化水平较低等。本文以四川省平武县县域医疗卫生共同体为案例进行具体分析。

2. 案例选择及基本情况简介

(1)案例选择。本文以四川省平武县县域医疗卫生共同体为案例研究对象,主要原因是:一是案例的代表性。平武县2019年8月被确定为紧密型县域医疗卫生共同体建设国家级试点县。平武县委、县

政府高度重视卫生健康事业发展和医共体建设,具有改革创新精神;县编办、人社、财政、医保等相关部门协调有力,能够为紧密型医共体建设创造良好的政策环境;县乡村三级医疗卫生服务网络健全,县人民医院作为二级甲等综合医院有条件作为医共体牵头医院。二是案例的契合性。县域医共体建设是县域医疗协同发展的重要模式,是提高县域医疗卫生资源配置和使用效率、加快提升基层医疗卫生机构服务能力和推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序的有效抓手。三是资料可得性。研究者与研究地—绵阳市和平武县相关单位建立了紧密合作关系,而平武县作为四川省绵阳市唯一的国家级县域医共体建设试点,研究者已经对该县医疗卫生机构发展情况进行了多次调研,较容易获得相关的研究资料。本文主要采用半结构化访谈、现场走访调研、召开座谈会、调取信息系统数据、查阅政策文件等渠道进行相关资料和数据的收集与整理(资料获取方式见表1)。

表 1 资料获取方式

资料类型	获取时间	获取方式	资料来源
医共体建设相关政策文件	2023 年 7 月	收集查阅文件	平武县卫生健康局/政府官网
四个专科联盟运行情况	2023 年 6 月	现场走访、座谈交流	县人民医院 县中医医院 县妇幼保健计划生育服务中心 县疾病预防控制中心
片区医疗分中心运行情况	2023 年 6 月	现场走访、座谈交流	江油关镇中心卫生院 平通羌族乡中心卫生院 豆叩羌族乡中心卫生院
一般中心乡镇卫生院运行情况	2023 年 6 月	现场走访、座谈交流	古城镇中心卫生院
医疗服务变化情况	2023 年 7 月	信息系统调取	四川省卫生健康统计数据采集与决策支持系统

(2)基本情况。平武县位于四川盆地西北部,东邻广元市青川县,南连北川羌族自治县,西界阿坝羌族藏族自治州松潘县,西北倚阿坝羌族藏族自治州九寨沟县,北靠甘肃省文县,东南接江油市,是原省定贫困县和少数民族比照县。全县辖区面积 5974 平方公里,县人民政府驻龙安镇东皋村,距绵阳市

164 公里。平武县辖 6 镇 14 乡,16 个社区居委会 85 个居民小组,162 个村 1064 个村民小组;羌族乡 4 个,藏族乡 8 个。2021 年,平武县户籍人口 17.4 万人、常住人口 12.73 万人,其中城镇户籍人口 3.15 万人、常住人口 3.67 万人,农村户籍人口 14.23 万人、常住人口 9.06 万人。全县共有医疗卫生单位 275 个,其中县直医疗卫生单位 8 个,建制乡镇(中心)卫生院 20 个,村卫生室 216 个(含联合村卫生室),个体诊所(医务室)29 个,门诊部 2 个。有二级甲等综合医院 1 家、二级甲等中医医院 1 家、二级乙等综合医院 1 家、二级乙等妇幼保健计划生育服务中心 1 家、二级乙等疾病预防控制机构 1 家。平武县地域辽阔但地广人稀,人口分布密度为每平方公里 21 人,居民所需的医疗资源不仅总量较为缺乏,而且需要更高质量的医疗服务。县域医共体建设前,县域内医疗卫生机构之间的竞争使得基层医疗卫生机构的患者和卫生技术人员流失,进一步减弱基层医疗服务能力,降低县域内就诊率和基层医疗机构就诊率。

3. 平武县建设县域医共体的实践探索

结合四川省紧密型县域医共体建设任务,平武县构建县域医共体采取了建立“六个协同机制”,形成“六个共同体”的做法,分别是建立架构协同、管理协同、责任协同、利益协同、发展协同、服务协同“六个协同机制”,打造组织共同体、管理共同体、责任共同体、利益共同体、发展共同体、服务共同体“六个共同体”。如图 1 所示。

(1)建立架构协同机制,打造“组织共同体”。平武县通过整合全域服务体系,实现县域医疗卫生机构组织架构的同一性和架构共同体。一是成立了平武县医疗卫生共同体管理委员会。主要负责医疗卫生共同体管理体制、运行机制改革,负责决策医疗卫生共同体发展规划、重大项目实施、财政投入、财务预决算、医共体管理人员聘用、医院绩效考核、薪酬制度改革等重大事项及对医共体运行情况的考核监管。二是组建了平武县医院集团。由县卫生健康局统筹,邀请城市三级甲等医疗机构作为业务指导和技术支撑单位,组建以县人民医院为牵头医院,县中医医院、县妇幼保健计划生育服务中心、县疾病预防控制中心、县传染病医院和全县乡镇(中心)卫生院

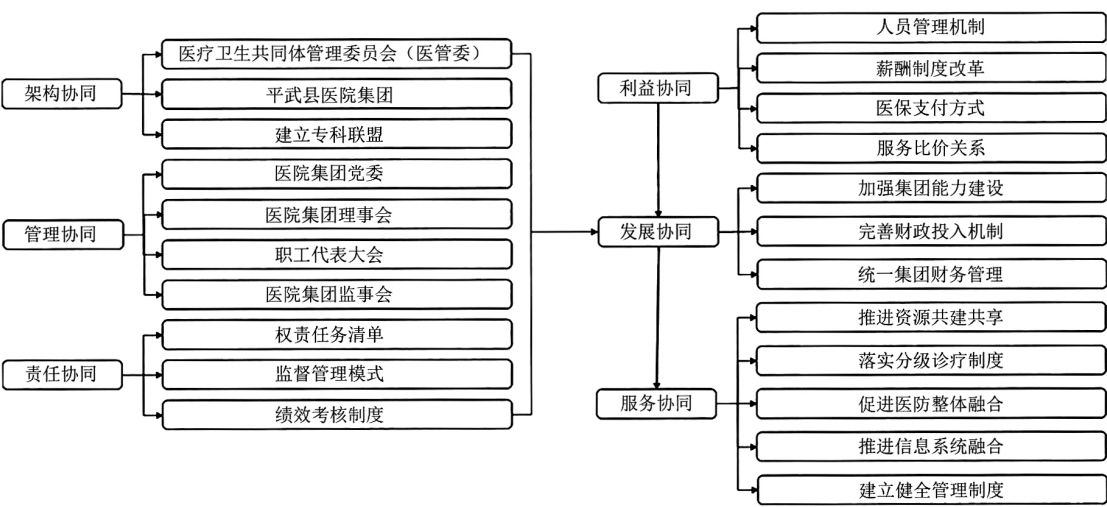


图1 四川省平武县建立县域医共体的框架构建

为成员单位的“平武县医院集团”。鼓励社会力量举办的各类医疗机构加入医院集团。各医疗卫生单位明确功能定位,实行差异化错位发展。医疗资源重点向水晶镇、江油关镇、平通羌族乡、豆叩羌族乡倾斜,形成4个片区医疗分中心,周边乡镇卫生院重点提供公共卫生、健康管理和常见病诊疗服务。三是建立了四个专科联盟。由县人民医院牵头建立的“危急重创联盟”,主要承担危急重症、创伤急救等职责,发挥全县综合医院的龙头作用;由县中医医院牵头的“中医联盟”,主要发展中医特色医疗、中医适宜技术的运用推广、老年病慢性病的康复治疗,发挥中医药防病治病的特色优势;由县妇幼保健计划生育服务中心牵头的“妇女儿童专科联盟”,主要加强全县妇儿科疾病的治疗和预防,逐步建成全县的妇女儿童专科医院;由县疾病预防控制中心牵头的“公共卫生联盟”,主要优化公共卫生服务和管理,实现医防融合,逐步由“治已病”向“治已病”“治未病”转变。充分发挥医院集团及专科联盟的作用,通过临床带教、教学查房、科研和项目协作、业务督查指导、考核评估等方式,提升全县医疗卫生服务能力与管理水平。

(2)建立管理协同机制,打造“管理共同体”。平武县通过健全县域医疗卫生机构管理体制,形成管理共同体。一是成立了平武县医院集团党委。实行医院集团党委领导下的理事会负责制,坚持医院集团党委对医院集团的领导。医院集团党委隶属县卫生健康局党委管理。医院集团各成员单位党组织归口医院集团党委统一管理。落实党建工作责任

制,以党建工作统领医院集团建设方向,发挥党建工作的政治保障和先锋引领作用。坚持民主集中制,“三重一大”(重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额资金的使用)及涉及民生等重要事项,通过医院集团党委集体研究,报县卫生健康局党委审议,由县医管委同意后实施。医院集团党委对党风廉政建设负主体责任,不断深化党建工作,深入推进行业作风建设、党风廉政建设和廉洁医院建设。二是成立了平武县医院集团理事会。在医院集团成立理事会,理事会向医院集团党委负责。医院集团理事长实行公开竞聘或由医管委任命,副理事长按程序产生,报医管委审定后按程序任命。理事长、副理事长实行年薪制,由医管委对其进行考核。理事会制定医院集团章程,以章程为统领,规范内部治理结构和权力运行规则,组织“三重一大”事项的实施,落实人事调配与人员柔性流动、医保资金的精准测算、重要资金资源使用分配等,促进优质医疗资源的下沉,落实分级诊疗制度,确保各项“控费措施”到位,提升基层医疗机构服务能力,提高基层医务人员待遇,降低群众就医负担,提升群众就医获得感。三是成立了职工代表大会。医院集团内成立职工代表大会,定期听取工作报告,评议、监督医院集团管理团队履职情况,并提出任免和奖惩的建议,审议医院集团年度运行计划、职工培训计划、财务预决算、绩效奖金分配和使用方案,审议工资调整计划、奖金分配方案、奖惩办法以及重要的规章制度。四是组建了医院集团监事会。医院集团监事会由县人大代表、县

政协委员、县纪委监委机关、县审计局、县卫生健康局、社会人士代表等组成,负责监督医院集团运行、财务及管理人员履职情况。监事长由县卫生健康局党委提名,报县纪委监委备案,派驻医院集团驻点办公。

(3) 建立责任协同机制,打造“责任共同体”。构建县域医疗卫生机构内责任体系的同一性,通过明晰权责任务清单、落实监管职责和建立绩效评价考核制度,实现责任共同体。一是平武县给出了明晰权责任务清单。共梳理出深化医共体管理体制改、完善医共体运行机制、推进医保支付方式改革、推进薪酬制度改革、理顺医疗服务比价关系、推进县域信息互联互通、加强分级诊疗制度建设、强化家庭医生签约服务、巩固基本公共卫生服务、加强医共体宣传及考核等十项重点工作。制定医管委、医管委成员单位、行业主管部门(卫生健康局)、医院集团、“多个联盟”、集团成员单位的权责任务清单,明确各自权责。二是不断加强监督管理。医院集团监事会切实履行对医院集团运行、财务及管理人员履职情况的监督监管。建立“三医”信息监管工作专家组,提升数据分析、现场核查和裁定判决工作能力。三是建立绩效评价考核制度。按照深化医药卫生体制改革和收入分配制度改革的总体部署和“两个允许”(允许突破现行同级事业单位工资调控水平、允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于医务人员奖励)的工作要求,遵循效率优先原则、公平公正原则和合理分配原则,建立以工作岗位性质、技术含量、风险程度和服务数量等工作业绩为主要依据,以服务效率、服务质量和群众满意为主要内容的综合目标管理责任制考核体系。充分调动区域医共体内各类人员的工作积极性和创造性,体现优秀人才的价值。建立医院集团绩效监测指标体系,制定与医院集团运行相匹配的考核办法,加强年度目标责任制考核,考核结果与管理团队任免、财政补助、医保支付、薪酬总量等挂钩。鼓励第三方机构参与综合监测评价。

(4) 建立利益协同机制,打造“利益共同体”。平武县通过改革运行机制,实现利益共同体,达到县域医疗卫生机构内利益取向的同一性目标。一是建立了人员管理新机制。医院集团内人员编制实行统一管理,在核定的编制总量内由医院集团统筹使用,按规定实现岗位管理,落实“定岗、定编、不定人”的

用人新机制。医院集团内人员编制属性不变,人员统一调配使用、合理柔性流动,缓解基层技术力量薄弱、专业技术人才缺乏的问题。建立专业技术人员招聘、培养和储备新机制。二是持续推进薪酬制度改革。按照“两个允许”的要求,建立符合“公益一类保障与公益二类激励相结合”的运行新机制,合理提高医务人员薪酬水平。医院集团内部实行统一的绩效分配办法,以岗位为基础、绩效为核心,打破医院、层级和身份界限,建立多劳多得、优绩优酬的内部分配机制。重点向临床一线、业务骨干、关键岗位、家庭医生签约服务团队、全科医生及基层医务人员倾斜。适当提高下沉到基层的医务人员收入水平。三是持续改革医保支付方式。完善医保基金综合预算管理,建立以县为单位的“总额付费、打包管理、结余归己、超支不补”的医保支付方式制度,实施家庭医生医保签约服务,完善医共体共享服务纳入医保支付的相关政策,使医疗机构的医疗收入转变为医疗成本,改变医共体的利益生成机制,建立医共体的自我约束机制和激励机制,增强提质增效的内生动力,促使医疗机构从重治疗向保健康转变,最大程度发挥医保资金的杠杆、引导作用。四是理顺医疗服务比价关系。按照“总量控制、结构调整有升有降、逐步到位”的原则和控总量、腾空间、调结构、保衔接、强监管的路径,通过压缩药品耗材虚高价格和不合理使用、控制过度检查等方式腾出空间,动态调整医疗服务价格,逐步理顺医疗服务比价关系。

(5) 建立发展协同机制,打造“发展共同体”。平武县明确各级各类医疗卫生服务的功能定位,完善相应的财政机制,打造发展共同体。一是促进统筹发展和功能互补。加强重点学科和专科专病建设,统筹发展医院集团内各成员单位医疗技术,防止牵头医院一家独大造成新的发展不平衡。根据人口结构变化和群众疾病诊治需求,合理确定医院集团成员单位的发展目标,实现因地制宜差异化发展和功能互补,满足常见病、多发病诊治服务需求,鼓励开展与能力相匹配的诊疗项目。鼓励中医联盟积极申报中医类重点专科。二是完善财政投入机制。加大财政对卫生健康事业发展的投入力度,完善乡村医疗机构财政投入机制。继续将公立医院基础设施建设、大型设备购置、重点专科建设、卫生人才培养、离退休人员待遇、政策性亏损补贴、履行公共卫生和

紧急救治救灾、支援基层等公共服务费用定向补助纳入财政预算。三是统一财务管理。医院集团内医疗机构财务实行统一管理、集中核算,各成员单位财务单独设账。建立完善医院集团内审制度,自觉接受审计监督。按照资产管理相关规定,医院集团内统筹调配医疗设施设备,盘活国有资产使用效率。

(6)建立服务协同机制,打造“服务共同体”。平武县通过对县域医疗卫生机构内服务质量制定同一性标准,促进资源协同,实现服务共同体。一是推进医疗资源共享共建。通过整合资源、优化配置,适时建立医院集团内开放共享的县域医学影像、心电图诊断、临床检验、消毒供应、远程会诊中心等,实现县域内基层检查、上级诊断区域互认。建立统一的医疗服务质量控制和评价体系,提升医疗服务质量,降低运营成本,方便人民群众就医,减轻就医负担。鼓励和支持与社会办医疗机构在技术等方面展开合作。二是落实分级诊疗制度。落实“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度,实现优质资源的快速下沉,形成有序的分级诊疗就医格局。制定了基层医疗机构首诊疾病种类指导目录和县级医院下转疾病种类指导目录,明确了90种应当在基层首诊的疾病和30种县级医院应当下转的疾病。鼓励医院集团制定药物治疗方案,在基层实施治疗,处方自由流动,实现县、乡、村医疗机构临床用药协同联动。医务人员在医院集团内执业,不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。三是促进医防整体融合。建立以家庭医生为主体、全科专科有效联动、医防有机融合的健康管理服务模式。医院集团内统筹调配力量,二级以上医院高年资专科医生加入家庭医生签约服务团队,推进家庭医生签约服务工作。进一步推进国家基本公共卫生服务项目的实施,切实做好、做实公共卫生服务。成立平武县公共卫生业务指导服务团,提高基本公共卫生服务均等化、同质化、一体化水平,更好地满足人民群众的健康需求。四是强化信息化运营管理。推进医院集团内各成员单位信息系统融合,实现数据共享及医保结算一体化。推进医院集团资源配置、业务经营、效率监测等数字化运行。大力实施智慧健康大数据平台建设,完善提升信息化协同平台,创新发展“互联网+医疗健康”服务。五是建立制度一体化。医院集团建立健全管理制度,在规章制度、技术规范、人员

培训等方面执行统一标准,进行全面的质量控制和安全管理。实施医疗风险合作共济制度,规范医疗技术操作和临床路径管理,完善医疗质控管理体系。

4. 平武县建设县域医共体取得的成效

平武县医共体改革后,在架构协同、管理协同、责任协同、利益协同、发展协同、服务协同的协同机制下,通过打造四个专科联盟(危急重创联盟、中医联盟、妇女儿童专科联盟、公共卫生联盟)有效推进分级诊疗和双向转诊制度,提高了县域内就诊率和基层就诊率,将患者留在县域内。一是组织管理不断完善。围绕《平武县紧密型县域医疗卫生共同体建设试点重点任务清单》,医院集团各项工作有序开展,组织领导得到强化。医共体推进会议形成固定机制,确定了医院集团四个专科联盟的运行机制和医保支付方式改革相关内容。二是医疗资源得到有效整合。四个专科联盟有效助推医共体走深走实,全县各医疗卫生机构形成了统一的业务指导关系。三是县域医疗服务能力不断提升。平武县人民医院完成业务用房改扩建及设施设备购置,增加核磁共振设备1台、CT设备1台,就医环境得到改善,人民群众就医获得感不断提升。基层医疗机构借助国家级试点项目,设施设备得到完善和充实。信息化惠民应用不断强化,建立了县级卫生信息平台,进一步完善了医疗机构诊间支付逐步实现“基层检查、上级诊断、信息共享、区域协同”的诊疗新模式。四是三医联动模式得到有效体现。平武县在绵阳市内率先开展以高血压、糖尿病为切入点的“基本公卫+医保”的家庭医生签约医保服务包,全力促进医防有效融合。全县共签约7440人,其中开展疾病病程监测评估5916人;进行强化服务23193人次,两病用药保障7305人,切实提高了“两病”患者门诊用药保障水平。五是基层医疗卫生机构诊疗量得到提升。平通、江油关、水晶、豆叩四个片区分中心的诊疗量、业务收入都得到了大幅提升。江油关中心卫生院2022年总门急诊人次达5.7万人,较2020年增长11.5%;2022年总业务收入达811.3万元,较2020年增长45.6%。豆叩中心卫生院2022年总门急诊人次超2万人,较2020年增长48%;住院人数617人,较2020年增长8.6%;职工收入较2020年增长9%以上。

5. 平武县建设县域医共体的经验启示

一是政府统筹规划与组织。政府承担起统筹规

划的责任,制定县域医疗服务协同的方针、政策和工作计划。卫生健康行政部门在协同机制中发挥重要作用,负责组织协同会商、协调工作,并加强对县域协同服务的监督与评估。二是整合与共享医疗卫生资源。各级各类医疗卫生机构按照功能定位和医疗服务能力进行合理布局,形成优势互补、资源共享的格局。通过建立分级诊疗制度,让县域内的患者在适当的层级就医,减少对高级医疗机构的过度依赖,提高基层医疗机构的服务能力。三是县域内实现科学有序转诊与联合诊疗。建立健全转诊机制,实现县域内基层医疗卫生机构与较高层级医疗卫生机构之间的顺畅转诊。通过联合诊疗、团队会诊等方式,实现多学科协作,提供全面的诊疗服务。四是构建有力的绩效评价与激励机制。建立科学的评价体系,评估县域医疗服务协同机制的实施效果。根据绩效评价结果,给予相应的激励和奖励,推动县域医疗服务协同的可持续发展。五是利益相关方形成共识与合作。各级各类医疗机构、医务人员以及相关门之间甚至与患者之间,都形成共识和合作,加强沟通与协调,共同推动县域医共体的建设。总之,县域医共体的建立需要政府、医疗卫生机构、专家学者和社会界的共同努力,通过合作与协调,优化医疗资源配置,提高基层医疗水平,让患者能够在家门口获得更好的医疗服务。

四、我国深入推进县域医共体建设面临的问题制约及思路对策

1. 我国深入推进县域医共体建设面临的问题制约

我国推进县域医共体建设存在政策支持、基层医疗机构发展潜力、分级诊疗制度改革、信息化技术支持以及医保支付方式改革等有利形势和条件。中央政府出台了一系列支持县域医共体建设的政策文件和指导意见,明确提出鼓励和支持县域医共体建设,并给予相应的政策、财政和人力资源支持。随着医疗技术的进步和医疗人才的培养,越来越多的基层医疗机构将逐渐积累丰富的临床经验和专业知识,具备更好地承担基本医疗服务和初级诊疗任务的能力。分级诊疗制度改革将患者的就医流程从大医院引导到基层医疗机构,为县域医共体建设提供了客观条件和需求基础。信息化技术的充分应用能够促进医共体之间的信息共享和协同工作,有助于

提高县域医共体的管理效能和服务质量。国家在医保支付方式上进行了改革,鼓励按病种付费、按人头付费等多元化的支付方式,提高基层医疗机构的收入保障并完善激励机制。这些条件为县域医共体建设提供了良好的环境和前提,有助于提高基层医疗服务水平,推动健康中国建设。然而,从四川省平武县的实践来看,结合既往研究成果,我国推进县域医共体建设尚面临如下主要现实制约:

(1) 县域医共体资源要素建设整体薄弱。一是县域医疗资源紧缺与匮乏。一些县域医共体建设起点较低,医疗设备、人才和诊疗水平相对薄弱,面临提升基础条件和能力的艰巨任务,需要克服资源不足的问题。二是县域人才队伍建设基础薄弱。县域医疗卫生机构缺乏较高水平的医疗人才,尤其是高水平的专科医生和技术人员。例如,平武县医疗卫生人才总量不足,在专业技术人才引进方面缺乏具体的措施和优惠政策,受交通不便、经济不发达、人员待遇较低等因素影响,队伍极不稳定,“招不来、留不住”问题突出,且乡镇医务人员收入参差不齐,且不稳定,待遇不好,人才引进难的问题一直未得到有效解决。加之受单位财力和人力条件限制,职工外出进修学习等提高专业技术水平的机会相对较少,导致服务能力与居民健康需求还有很大差距。三是县域医共体建设资金缺乏。紧密型县域医共体建设是卫生健康重点工作和深化医改的重要内容,事关医改全局、事关百姓福祉,在推进过程中需要耗费大量的财力、人力、物力,但是县级财力保障困难。例如,平武县受当地经济发展和财政实力方面的限制,很难提供充足的资金支持医共体建设。

(2) 县级龙头医院服务能力有待加强。县级龙头医院的服务能力在县域医共体建设中是一个重要的环节,承担了较多的医疗任务和复杂疾病诊疗需求,但相对于一些高水平医院,在技术力量和专业医疗水平上还存在很大差距,一些高难度疾病的诊治可能需要转诊到更高级别的医疗机构。例如平武县人民医院、平武县中医医院均为二级甲等医院,且距离申报创建三级医院还有较大差距。平武县域内存在较多疾病诊疗空白点,如肿瘤放化疗等,县域内居民不得已前往江油市或绵阳城区就诊。

(3) 信息化赋能县域医共体效应尚未充分发挥。一方面在开展“医共体”时,需要解决信息共享和远

程会诊等技术难题,加强医疗数据管理,建立起高效的信息交流渠道,确保医务人员之间的顺畅沟通与合作。然而,县域特别是欠发达县域的交通和通信条件相对较差,医疗机构之间的沟通和协调会受到一定的限制。另一方面在数字乡村建设下,数字健康服务在县域医共体应用场景的搭建和操作运用上仍然有较大优化空间,以释放数字技术的赋能效用。

(4) 医疗卫生体制机制尚存在一定程度的壁垒。首先是系统性问题。县域医共体建设涉及医疗机构的运营管理、人事关系、医学诊疗等多个方面,需要全面深入地改革整合医疗卫生体制机制,这需要政府相关部门和医药卫生行业的广泛合作。其次是利益分配问题。县域医共体建设意味着各级各类医疗卫生机构的资源整合,但由于利益分配机制尚未完善,难以保障合理的收益分配,不同级别医院之间往往存在较大的利益冲突,制约了整合的进程。例如,受制于公益一类和公益二类医疗卫生机构的人事关系限制,平武县医共体内各成员单位无法做到完全的人员统筹使用。各级医疗机构的收费标准不同也导致了医院间科室共建的矛盾。医保的总额付费制度尚不完善,对于医疗机构内的控费主要以惩罚性质为主而不是激励机制。最后是综合治疗模式问题。由于综合治疗模式涉及到医务人员和不同层级医疗机构协作能力的培养,其推动和落地面临困难,需要政府、医疗机构和相关部门共同努力,提供更多的政策支持和资源保障。

2. 我国深入推进县域医共体建设的思路对策

根据县域医共体建设面临的有利条件和存在的问题制约,借鉴实践经验,进一步推进我国县域医共体建设的思路对策如下。

(1) 用深化纵横联合拓展县域医共体建设的广度深度。新医改后,随着“强基层”战略的推进,“基层医疗卫生服务”成为官方的统计口径,“基层医疗卫生机构”限定为城市社区卫生服务中心(站)以及乡镇卫生院(村卫生室)这类公益一类事业单位。公立医院与基层卫生机构形成了不同的运行机制与考核办法,其中最显著的差别即是财政补偿机制和编制管理,这也是医共体改革推进组织管理一体化的最大掣肘。需探索建立适应医共体运作的新型人事管理制度,或调整灵活应用现行人事管理制度。强

调县域卫生服务能力,不仅需要强化基层卫生机构的能力,还需要在“纵向”和“横向”上做文章,也就是说目前县域医共体在横向整合专业公共卫生机构、纵向衔接高水平医联体上做得还不够。首先,医共体要探索医防融合、医养结合的有效模式和途径。例如,创新疾控专业管理人员派驻医共体工作机制、利用乡镇卫生院资源托管养老服务中心等。其次,在县级人力资源和医疗资源相对恒定的情况下,县级医院的长期下沉必会导致“牛奶的稀释”,自身医疗服务能力无法保障,因此城市优质医疗卫生资源要精准下沉县级医院,做好县域外部高水平医疗技术资源嫁接。同时,推动城市优质医疗卫生资源下沉乡村,加强对口帮扶,“从输血到造血”,让乡村基层群众不出乡村就能享受到优质高效的医疗卫生服务。^[15]

(2) 用利益分配机制调动县域医共体建设的积极性。从构建区域内“利益共享、风险共担”的利益分配机制,医保总额预付“结余留用、超支分担”机制,科学制定结余资金分配方案等三个方面促进高效协同的实现。一是构建区域内“利益共享、风险共担”的利益分配机制。通过制定合理的收入分配政策,确保县域医共体成员单位获得合理的收益,可以根据业务量、质量和服务水平等因素进行分配,激励医疗机构积极参与协同发展。建立成本分摊机制,将医疗服务成本按照一定比例分担,通过确定合理的花费比例,实现风险共担。可以考虑建立风险基金,用于补充参与协同发展的县域在医疗服务中可能面临的额外成本。二是构建医保总额预付“结余留用、超支分担”机制。实施总额预付机制,在医疗保险制度下,提前从医保基金中划拨一定比例的资金作为预付款项,这部分资金可用于支付参与医共体的县域医疗机构的医疗费用和药品费用等。建立结余留用机制,当县域医共体的医疗费用和药品费用等低于预付款时,剩余的资金即为结余,结余资金可以留用于下一年度,避免资金浪费,提高资金使用效率。建立超支分担机制,当医疗费用和药品费用等超过预付款时,超支部分需要由各县域医疗机构按照一定比例进行分担。三是科学制定结余资金分配方案。缺少对结余资金的科学设计和分配,会影响医保支付对县域医疗服务结构合理性的引导效

应。^[16]因此,在制定结余分配方案时,需广泛征求县域医共体参与医疗机构和相关部门的意见,充分考虑多方利益和合理平衡,以确保结余资金的公正分配和科学利用。首先,做好结余归集。设立专门的账户或基金,将结余资金及时归集到该账户中,确保资金的统一管理和监控。其次,科学制定分配原则。综合考量医疗卫生机构的绩效、服务质量、参与度等因素,制定结余分配原则,充分考虑卫生资源的均衡发展,保障基层医疗卫生单位的可持续发展。再次,合理制定分配比例。根据医共体参与医疗机构的规模、贡献度等指标,制定不同医疗机构的结余分配比例,可以采用绩效指标评估和相对公平原则,合理确定比例。最后,确定分配方式。可以按年度或季度进行结余分配,确保及时有效地利用结余资金;可以采用资金直接拨付、项目资助、设备投入等方式进行分配,鼓励医疗机构改善服务能力和提高医疗质量。

(3)用数字技术赋能破除县域医共体建设的信息壁垒。数字化改革背景下,数字技术如何运用到提升医疗、医药、医保服务的发展中,是对全民健康需求高涨的重要回应。在中央全面深化改革委员会第十四次会议上,习近平总书记指出,要高度重视新一代信息技术在医药卫生领域的应用,重塑医药卫生管理和服务模式,优化资源配置,提升服务效率。医疗卫生健康数字化改革能够为构建中国整合型卫生服务体系提供全方位的技术支撑。推动医疗卫生健康数字化改革,政府的角色与功能体现在以下几点:第一,以数字化认知增加政府回应力度,创新便民服务模式。立足解决群众“病有所医”的需求,以“互联网+”思维优化医疗资源配置,重构就医服务流程,重建服务模式。利用机器学习等数字技术实现迭代升级应用场景,实现服务链条的延长与连续性,向人民群众提供精准化、个性化、定制化的医药健康服务,实现全生命周期的健康服务共享。第二,以数字化思维完善体制机制,创新“三医”联动体系。真正实现医疗、医保、医药等相关信息系统的整合融合,建立实时、动态、连续的综合监管服务平台和监管机制。开发应用基于DRGs的软件系统,用于医共体的绩效管理 with 评价。利用大数据和机器学习实现科学分组,加强对医疗质量、病种结构、药品耗材和医疗费用等的常态监管和动态分析。升级医院管理

系统,采用智能手段进行医保审核与监控,同时嵌入临床路径、合理用药、制度政策等规则。第三,加强信息化的运营管理,打造数字化医共体。以医共体为单位,统一运营管理信息系统。利用大数据在服务运营中的作用,在资源调配、业务经营、质量评价、财务分析、效率监测等方面加强医共体数字化管理,从而进一步优化服务流程、降低运行成本、提高服务质量和资源利用效率。

(4)用体制机制改革培育县域医共体建设的发展动能。在财政补偿方面:第一,全面落实以政府购买为原则的财政补偿制度改革,进一步深化“专项补助与付费购买相结合、资金补偿与服务绩效相挂钩”的补偿机制改革,将基层医疗卫生机构财政补偿机制改革试点的经验有效整合到医共体改革之中。第二,政府购买的方式有两种:一是设置岗位,按岗位拨付;二是不计岗位多寡,按工作当量支付。前者实际上是设置了底薪,而后者则是按绩效支付。与编制制度改革相配合,财政补偿制度改革可以将原来的按编制拨付,改为按岗位支付。第三,在保持对县域内医共体原组成单位财政补偿力度不变的前提下,改变补偿渠道,进入医共体的统一财务账户,由医共体统一管理和分配。医共体则可以为其不同组成单位设立分账户。第四,财政预算按原渠道拨付。实行经费预算制,基本公共卫生服务专项经费单独列支,专款专用。第五,政府财政和审计部门有必要设立专门的研究项目,为医共体制定一整套统一的新会计、审计制度,建立第三方社会审计监督制度。在医保支付制度改革方面:第一,全面推行针对医共体整体的总额预付制,废止针对医共体原组成单位的总额控制。预算核定的规则应由医疗机构与医保经办机构谈判制定。总额应当一年一议,根据当年的实际情况,充分考虑年度医疗服务能力和业务量的变化予以核定。第二,真正实行“超支自理、结余留用”的激励机制。医共体对结余部分能够自主分配,对于留用分配的一些不合理的限制予以取消。第三,实行门诊按人头付费,提高医保门诊统筹的力度。依据人群的健康状况,根据风险分层原则对人头费进行核定,并对高风险人群的人头费进行权重倾斜。第四,医保机构将医保稽核工作的重心从审查费用转移到监测品质。有关医疗服务品质监测的

指标及其分析办法,需要医保机构与医疗机构谈判协商,医学专业学会和医药企业协会以及学术研究机构均可以在这一谈判中发挥积极作用。在人事编制制度改革方面:第一,赋予医共体充分的用人自主权,医共体各法人管理层的任命职能由相应的理事会行使。党和政府对于医共体重要人事任命的管理权,可以通过理事会的专项制度建设加以解决。第二,实行全员合同聘任制,统一招聘,统一职称评聘,统一参加事业单位社会保险。第三,借助国家推进医务人员薪酬分配制度改革的契机,赋予医共体完整的薪酬制度建设自主权。薪酬制度审批制可改为备案制。第四,将县、乡两级原有和新增编制统一归口给医共体管理和使用。新增编制由医共体根据业务发展申请,实行“定编定岗不定人”的备案制管理方式。第五,创造条件,积极鼓励县(市、区)政府进行去编制化改革,“老人老办法、新人新办法”。对于既有编制内人员,如在县域甚至市域内公立医疗卫生机构流动,县(市、区)政府机构编制委员会办公室可依然承认其编制身份。

五、主要结论和展望

在健康中国战略和国家乡村振兴战略视域下,县域医共体的建设必将成为构建整合型医疗服务体系和县域医疗服务高质量发展的关注重点。本文阐述了健康中国背景下建设县域医共体是政府部门集约高效配置医疗卫生资源,满足人民群众全方位、全生命周期健康服务,医疗服务供给方提供高质量医疗卫生服务的现实需求。通过对紧密型县域医共体建设国家级试点县——四川省平武县的典型案例研究,分析其在建立县域医共体的“六个协同机制”、打造“六个共同体”方面探索出的实现路径和取得的成效、经验启示,并在此基础上针对我国县域医共体建设存在的问题和制约,从深化纵横联合、完善利益分配、数字技术赋能、体制机制改革四个方面提出进一步深化县域医共体建设的思路 and 对策。

四川省平武县紧密型医共体的建设取得了阶段性成效,也展示了县域医疗卫生服务协同发展的优越性和功能价值,然而,在新的条件下也会出现新的发展难题,其发展态势尚处于动态变化之中,未来需要持续关注以验证和丰富本文的研究结论。结合上述局限和实际调研中发现的问题,一方面,未来期待

更多的单案例纵向研究和多案例比较研究去观察具体制度环境和发展条件下的县域医共体建设路径,寻求从“盲人摸象”到“理论拼图”的跨越。另一方面,未来需要设计实证研究,对研究结果的普适性进行大样本检验,采用多样化的方法和数据更加全面探究建设县域医共体的前因、过程、结果和情景问题。

参考文献:

- [1]梅丽,肖帆,姜全保. 中国人口预期寿命的区间估计[J]. 人口与发展,2023,(02).
- [2]李一陵. 优质高效医疗卫生服务体系建速须加速[J]. 中国卫生人才,2022,(01).
- [3]祁鸽,刘文轩,李亦兵. 新医改前后我国基层医疗卫生机构服务能力研究[J]. 中国药物经济学,2022,(02).
- [4]刘笑,闵锐. 基层医疗卫生机构医疗服务能力态势分析及提升对策研究[J]. 中国医院,2020,(07).
- [5]陈曦. 我国分级诊疗制度现状分析和对策建议[J]. 就业与保障,2021,(20).
- [6]吉鹏,翟高峰,张涛. 供给侧改革视角下我国分级诊疗发展策略分析[J]. 现代医院管理,2021,(05).
- [7]程银霞,魏来,周丽,等. 分级诊疗背景下患者就医机构选择意愿及其影响因素研究[J]. 卫生软科学,2022,(08).
- [8]俞德梁,刘小南. 日间手术发展展望[J]. 医学与哲学,2022,(22).
- [9]白家圆,陆伟. 国外以社区为导向的初级卫生保健规划——对我国的启示[J]. 城市规划,2023,(02).
- [10]刘俐,冷瑶,邓晶. 美国整合医疗对我国医联体建设的启示[J]. 卫生软科学,2021,(02).
- [11]李惠. 协同理论视域下我国分级诊疗制度研究[J]. 国际公关,2021,(04).
- [12]赵鑫,王鸿妮,程偲雨,等. 县域医共体多体共治的行动路径:聚焦供给侧结构性改革[J]. 中国初级卫生保健,2022,(03).
- [13]欧晏辰,左延莉,韦雪,等. 我国县域医共体实施效果评价研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2023,(06).
- [14]陈迎春,谭华伟. 中国紧密型县域医共体医保支付的财务脆弱性与风险保护:风险识别、经验镜鉴与政策路径[J]. 中国卫生政策研究,2022,(11).
- [15]刘莉. 健康中国视域下乡村健康治理:逻辑基点、现实制约与现代化路径[J]. 农村经济,2022,(11).
- [16]邢怡青,贺睿博,李浩森,等. 县域医保支付与医疗服务结构适配关系与机理——基于云县典型案例的分析[J]. 中国卫生政策研究,2023,(05).