

紧密型县域医共体 来自何方去向哪里

□首席记者 叶龙杰
本报记者 高艳坤

近日,国家卫生健康委等10个部门联合印发《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》,意味着紧密型县域医共体建设在我国全面铺开。从一开始的探索、试点,到如今的全面推进,医共体在新时代的征程中留下长长的足迹,改变着县域内的医疗服务模式,一路走来老百姓的生活中。

医共体来自何方,又将去向哪里?起底医共体的成长历程,可以发现医共体带有鲜明的中国特色。医共体的成功建设,也有望为中国式现代化进一步夯实健康根基。

起源:在县域范围内急需一件“法宝”

医共体开始为外界所了解,来自医改探索。

2015年,安徽省阜阳市阜南县、天长市分别启动医共体改革尝试。阜南县地处皖西北,是传统的人口大县、农业大县。受多方面因素制约,改革前,该县公共卫生事业发展滞后,医疗卫生服务体系不健全,存在大病患者本地就诊率不高、群众医疗费用负担沉重等突出问题。天长市素有“安徽东大门”之称,三面被江苏省环抱,靠着优质医疗资源密集的南京市,县域内患者习惯跨省就医。

城乡医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,基层医疗卫生工作比较薄弱……在新一轮医改的大背景下,当时的安徽省卫生部门相关负责人回忆,从2013年起,安徽省就开始县域医共体探索,经过广泛调研,于2014年提出了改革思路,首批15个县先行探索,阜南县、天长市是第一批试点,后来又增加了第二、第三批试点。

当时,根据新一轮医改总体要求,各地大力发展农村医疗卫生服务体系,进一步健全以县级医院为龙头、以乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络。在这个网络内,县级医院主要负责基本医疗服务及急危重症患者的抢救,并承担对乡镇卫生院、村卫生室的业务技术指导和卫生人员的进修培训;乡镇卫生院负责提供公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗等综合服务,并承担对村卫生室的业务管理和技术指导;村卫生室承担行政村的公共卫生服务及一般疾病的诊治等工作。

然而,患者离开县域前往城市大医院就医的现象仍十分普遍。当时的安徽省卫生部门相关负责人分析,患者就医往外走,主要是因为基层医疗卫生机构的服务能力太弱,很多病不好,得不到上级医院的真心扶持,造成基层医疗卫生机构技术水平提升速度缓慢。

新一轮医改,在基层、在乡村、在县域内都遇到了难题。不仅在安徽,在全国其他地方也呈现这样的景象,县级医院、乡镇卫生院、村卫生室在医疗技术、设施设备、诊疗环境方面,都与城市大医院的差距越拉越大。患者用脚投票,医生跟着患者走,基层医疗卫生服务体系陷入了发展的困境,仅

靠自身的发展意愿难以扭转日益加重的颓势。

另一方面,在医疗服务供给能力大幅提升的同时,卫生支出总体也在水涨船高,给患者个人、家庭、社会都带来压力。坚持防治结合,推进分级诊疗,加快从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变,构建服务生命全周期、健康全过程的整合型医疗卫生服务体系,将有效避免“小病拖成大病、大病拖垮家庭”情况的出现。

在县域范围内,急需一件“法宝”,以强化医疗卫生资源县域统筹,确保“县级强、乡级活、村级稳、上下联、信息通”,让原本“各管一摊”的县、乡、村医疗卫生机构能够攥紧为一个“拳头”,向威胁老百姓的各种健康因素砸去,也能够伸开成一个“大手”,稳稳地为分级诊疗制度托底。

突破:从“医疗联合体”进一步聚焦到“医疗共同体”

2015年,深化医改如火如荼,在加大财政投入、扶持基层医疗卫生机构更新改善设施设备的同时,重构服务体系、建立新的运行机制也被摆到更为突出的位置。尽管早期改革在破解看病难、看病贵问题上取得了成效,但县域医疗卫生还存在基层医疗服务能力薄弱、医疗技术水平不高、患者无序就医、医保基金保障不足、信息化水平相对较低等问题,且“问题比较突出,亟待从根本上解决”。

当年,国务院办公厅印发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,构建医疗卫生机构分工协作机制,以提升基层医疗卫生服务能力为导向,以业务、技术、管理、资产等为纽带,探索建立包括医疗联合体、对口支援在内的多种分工协作模式,完善管理运行机制。2017年4月,国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》,全面启动多种形式的医联体建设试点,明确了分区域分层次组织多种形式的医联体,如在城市主要组建医疗集团,在县域主要组建医疗共同体,跨区域组建专科联盟,在医疗资源不足的边远贫困地区大力发展远程医疗协作网。

这些文件的出台为县域医共体建设指明了方向、提供了突破口。业内人士注意到,对县域内的改革,相关文件从“医疗联合体”进一步聚焦到“医疗共同体”。对医联体,人们并不陌生,但医共体是一个全新的提法。

阜南县、天长市从突破口中冲了出来,在摸索中勾勒出医共体的形象。2016年,健康记者在阜南县采访时发现,该县于2015年按照“防未病、看小病、治大病”的总体思路,分别以阜南县人民医院、县中医医院、县第三人民医院为龙头单位,组建3个医共体。

令人耳目一新的是,当时阜南县就明确,对医共体实行按人头总额预算包干的医保基金支付方式,建立“结余留用、合理超支分担”激励约束机制。具体而言,医共体全面负责辖区居民当年门诊和住院服务的直接提供、必要的转诊,以及医保补偿方案规定的费用报销,县外住院患者(含大病保险享受者)的报销也从当年医保基金包干预算中支付。这种支付方式相当于让医共体对辖区内居民的健康负责。居民越少生病,生病后越早治,医

共体能够省下的钱也就越多。为此,当地改革者坦言,这是“先行先试、敢为人先”。

2016年,《深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务》提出,选择江苏省启东市、安徽省天长市、福建省三明市尤溪县、青海省海东市互助土族自治县,开展县级公立医院综合改革示范工作,带动面上改革完善。天长市的各项医改工作全面向纵深推进,与阜南县一样,建设县域医共体成为闪光点之一,吸引了各路调研队伍的来到。

天长市在对外介绍改革情况时表示,医共体不仅让患者看病更方便、少花钱,也让医院和医保实现共赢。更为触动人心的是,医共体重构了县域医疗卫生服务体系,让原本“形合神不合”的县、乡、村医疗卫生机构,因为共同的责任、共同的利益,从“物理联系”转变为“化学反应”,进而成为“一家人”,内部资源、人才、技术的流动与下沉也就顺理成章。外来的调研队伍也发现,在新的运行机制下,医保基金按人头预付,实行结余留用、超支分担的机制,促使牵头医院从“要我控费”转变到“我要控费”,自觉地从“以治病为中心”转向“以健康为中心”。

这条道路值得探索。

挑战:越过千山万水向纵深发展

2017年之后的近两年,更多的地方加入到探索者行列。山西省、山东省、浙江省、福建省等省份相继启动对县域医共体的探索,全国组建3000余个县域医共体,探索实行人、财、物的统一和集中管理,探索实行医按人头总额预算、结余留用的支付方式,探索如何更好引导优质医疗资源进一步下沉。同时,这项改革让县域基层医疗卫生机构看到了发展的前景,坚定了县、乡、村三级基层医疗卫生机构只有抱团才能共同发展的信念。

2019年,在深入调研的基础上,国家卫生健康委、国家中医药局启动紧密型县域医共体建设试点工作,先后有山西省、浙江省、新疆维吾尔自治区3个省份被确定为试点省(自治区),加上其他省份551个县(区、市)共828个县被确定为试点县。在国家试点的同时,各地对县域医共体建设的认识逐步统一,重视程度和工作力度明显加强。湖北省、安徽省、江西省、广东省、青海省、宁夏回族自治区等省份以省委、省政府名义出台医共体文件;山西省、辽宁省、山东省等省份由医改领导小组印发实施方案;河北省、江苏省、广西壮族自治区、四川省、云南省、甘肃省等省份由多部门联合发文;山西省、辽宁省、江西省、河南省等省份把县域医共体建设工作纳入对地方党政领导的考核内容。

之所以是“紧密型”+“试点”,国家卫生健康委卫生发展研究中心的一位专家表示,“紧密型县域医共体”有别于以往松散的“医疗联合体”模式,体现了医防融合导向和以健康为中心的理念,需要在实践中进一步探索成熟的工作路径。早在2017年,研究人员便在国家卫生健康委的指导下以暗访方式,对安徽省天长市医共体建设情况进行调研。总体情况是令人振奋的,天长市将新农合基金按人头预



日前,湖北省黄冈市黄梅县开展家庭医生“叩门行动”。图为黄梅县第二人民医院(孔家镇卫生院)医生杨盛权入户为患者看CT影像等检查检验结果。本报记者潘松刚 孙勃摄影报道

付给县域内3个医共体,改革以来医保基金域外支出占比明显下降。但是研究人员也发现,天长市的县、乡、村三级尚未形成利益和责任共同体,医保基金域内支出效率和资源下沉基层改善效果尚不明显。牵头医院向乡镇卫生院下转的患者主要是不符合住院标准的门诊患者和手术后接近出院的患者,一线科室医护人员没有内生动力推进改革,“对医保基金能否实现结余没信心,况且,结余能否用来发绩效,当时在合法性上存在争论”。

“医共体牵头医院、乡镇卫生院管理者普遍反映,对外报道过多宣传利益、责任、发展和服务共同体,这实际上是改革成功的最终目标,一开始并未全部实现。”上述专家表示,天长市医共体建设框架设计是正确的,但医共体建设是一项涉及诸多旧体制破除和新机制建立的复杂综合改革,新机制建立后对政府的管理能力和医共体自身管理能力都是很大挑战。

这些挑战,后续一些地方在探索中也会遇到。比如,医共体牵头医院对乡镇卫生院的人、财、物均没有实质管理权,形式上的技术帮扶只是迫于完成行政指标任务,医共体和地方政府主管部门之间的关系表现为“放权不放手,放手不放心”;医保管理部门按人头总额将医保资金预付给医共体,是确保医共体新机制运转的关键举措,但医保资金拨付的实质权限仍在医保管理部门;在机构运行保障和人员管理方面,县级医院的性质为公益二类,乡镇卫生院性质为公益一类,人事、编制和财政政策的差异导致管理难度大、资源流动难。

对一个新事物,人们在抱有期待的同时,对各个方面可能产生的影响也存有疑虑。比如,阜南县、天长市在县域内各组建了3个医共体,形成了相互竞争、彼此制衡的关系,防止出现一家独大的局面。而三明市选择在县域内组建一家总医院,实现对县域内乡镇卫生院、社区卫生服务中的“人、财、物、事、绩、管”等统一管理。不同的组建形式,立足的是各地对人口规模、医疗卫生资源总量、监督管理能力的评估分析。到底哪种形式才是最优解,只有持续探索才能给出答案。

“无论如何,医共体在一定程度上更加激励牵头医院提升自身技术并诊治更多患者,以减轻患者外出就医负担、医保基金支出压力。”专家们在天长市得出结论,医共体的前景是美好的,也将越过千山万水,一路向纵深发展。

画像:列出了11条评判标准和26条监测指标

医共体这盘棋,牵动县、乡、村三级医疗卫生机构,触动财政、卫生健康、医保、人事、编制等部门的管理健康,就如一条流水线,每一个环节都需要积极地配合,才能够产出“人民健康”的高质量产品。

在启动紧密型县域医共体建设试点工作的同时,国家卫生健康委同国家医保局、国家中医药局印发《紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标

准》《紧密型县域医疗卫生共同体建设监测指标体系》,重点围绕建设责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体,列出了11条评判标准、26条监测指标,回答了“要建成什么样的医共体”“如何有效评价医共体”这两个各界普遍关注的问题,给紧密型县域医共体画出了具体的形象,更加明确了具体操作——

明确权责清单。坚持党委政府主导,成立由党委政府牵头的管理委员会,定期研究县域医共体工作,统筹推进医疗和公共卫生服务。赋予医共体牵头机构决策权,自主开展对成员单位绩效考核和负责人任命提名。统筹资源管理。按照“按需设岗、竞聘上岗、以岗定薪”的原则,在医共体内统一岗位设置,加强人员聘用管理。推动药品耗材统一管理,统一用药目录、采购配送和支付货款。实行财务统一管理,成员单位集中核算。

加强服务协同。明确县、乡两级疾病诊疗目录,建立完善医共体内、医共体之间和向县外转诊的管理办法,逐步形成县域医共体成员单位间相互融合、优势互补、错位发展的良性机制。推动信息互联互通,推进化验、影像等资源,实现县域检查检验结果互认。促进医防融合,统筹医共体内公共卫生与医疗资源。

坚持利益共享。根据县域医共体建设的发展需要,依据公立医院和基层医疗卫生机构补助政策,原渠道足额安排对医共体成员单位财政补助资金。探索实行基本公共卫生服务经费按常住人口总额预算,由医共体统筹管理和使用。制定适合医共体特点的医保支付政策,探索医保基金对医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担。

一系列要求,总结起来就是“县域一盘棋、管理一本账、服务一家人”。“县域医共体建设要强化整体意识,评判、监测要以县域整体为对象,而不是对单个医共体进行监测。要坚决避免盆景式改革,绝不能做大了牵头医院、弱化了基层机构,更不能割裂了医疗和公共卫生。”建设试点工作启动之初,国家卫生健康委基层卫生健康司相关负责人就表示,监测指标体系由有序就医格局基本形成、县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用、医保基金使用效能提升4个方面26条指标构成,定量衡量医共体建设成效,有助于及时发现问题,完善试点方案,协调调整财政、医保等政策,形成政策合力。

国家医保局在紧密型县域医共体建设上也形成了充分共识。2020年,在推进紧密型县域医共体和社区卫生建设视频会议上,国家医保局相关负责人表示,在医共体建设中,各级医保部门既要积极支持相关部门的医共体建设推进工作,也要切实履行好医保基金监管使用的责任,管好、用好医保基金;在对医共体推行总额付费管理中,决不能简单打包付费、一包了之,必须加强对医共体医保费用执行情况的监督考核。

作为医共体核心机制之一的“结余留用”政策,在此次视频会议上,也获得了国家医保局的肯定。“对于这些结余资金,医保部门要制定适宜的结余留用政策。对符合医保规定的结余留用资金,年度清算后留给医共体内统一调配使用,要协调有关部门落实‘两个允许’的要求,让医共体拿到结余资金的

同时,也能够把资金用于提高医务人员待遇,支持医共体持续健康发展。”上述国家医保局相关负责人表示。

激活:这一招棋就像卒子过河

2021年11月,国家卫生健康委统计,全国29个省份已制订省级医共体建设文件。

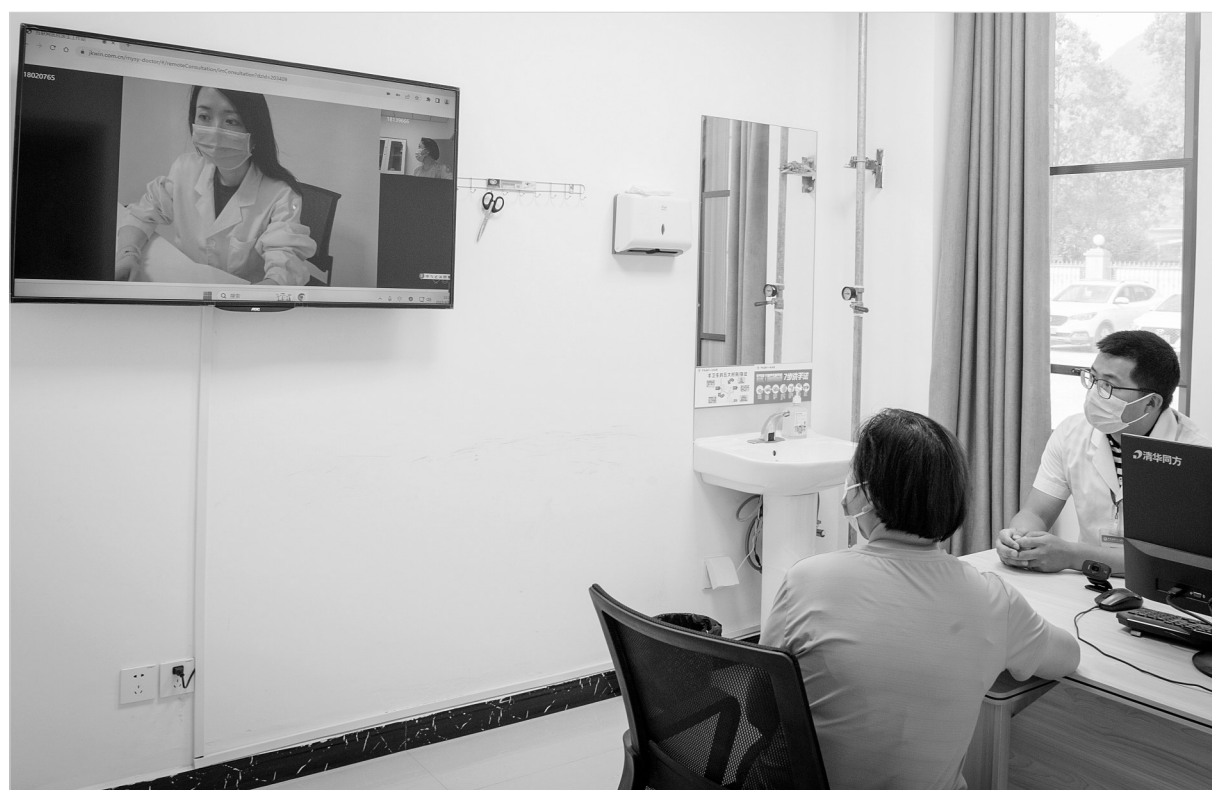
在试点过程中,针对难点问题,需要敢于创新。如何高位推动改革?山西省于2020年颁布了全国首部关于“紧密型县域医共体建设”的地方性法规——《山西省保障和促进县域医疗卫生一体化办法》。如何防止改革流于形式?浙江省宁波市鄞州区成立由区委、区政府主要领导牵头的县域医共体管理委员会,出台医共体医保总额付费和医共体内统一人事招聘、职称评审、绩效分配等方面政策。如何健全利益共享机制?安徽省淮北市濉溪县建立三级分配、利益共享的医保基金使用机制,在县、乡、村医疗卫生机构间按比例落实“结余留用”政策,并试点门诊慢性病按人头付费,城乡居民常见慢性病医保支付费用由卫生院按人头包干使用。

医共体关键是利益共同体,要让辖区百姓、医疗卫生机构、医务人员均从中获益,关键在于实现从“以治病为中心”向“以健康为中心”的转变,从注重“治已病”向注重“治未病”转变,从单纯诊疗行为向全方位全周期健康服务转变,实现更多人的健康状态长期可持续,进而减少看病花钱以产生医保资金结余。各地在探索过程中,最终都会触碰到医防融合这项工作。为了让公共卫生机构充分融入医共体,许多地方积极探索疾病预防控制工作与县域医共体深度融合。比如,在福建省三明市,各总医院与疾控中心、妇幼保健院等机构的相关人员,组建由疾控中心、医务人员、街道社区工作者融合而成的健康管理队伍,实行网格化摸底,全面掌握辖区居民健康状况,实施高危人群患病风险评估和危险因素干预指导。

国家卫生健康委对试点地区的监测发现,医共体牵头医院和基层医疗卫生机构医疗业务收入占总医疗收入的比例逐步提高;县域医保基金回流显著;通过实行医保总额付费、结余留用激励机制,医共体将更多工作转向健康管理,试点地区参保居民住院率下降,医疗费用负担减轻。

医改正在路上,紧密型县域医共体在经试点积累足够的经验后,还在向更广泛的范围、更高的层次奋进。

“这项改革,在县域内只有受益者,没有受损者。随着紧密型县域医共体的运行机制进一步完善,患者外流将会持续减少,还将会倒逼城市医院向下寻找发展空间,主动推进资源下沉、技术下沉。”国家卫生健康委卫生发展研究中心的专家表示,推进紧密型县域医共体建设,出现了连锁反应,省级、市级大医院都动起来了,主动联系、帮扶县级医院,建设紧密型县域医共体这一招棋,就像卒子过河,激活了棋局。



四川省绵阳市平武县平通羌族乡中心卫生院内,医生在为一名反复头痛的患者与上级医院医生进行远程医疗会诊。本报记者潘松刚 孙勃摄影报道