

# 紧密型县域医共体建设中分级诊疗实施效果的主导作用分析\*

彭 博<sup>①</sup>, 王博文<sup>②</sup>

**摘要** 目的:分析某省紧密型县域医共体建设中分级诊疗实施效果的主导作用,促进分级诊疗的落地实施。方法:采用定性比较分析的方法,以从国家紧密型县域医共体绩效评价监测系统调取的2021年某省数据指标作为研究变量。结果:通过分析5个条件变量对某省紧密型县域医共体建设中分级诊疗实施效果,得出了3种主导作用。影响某省紧密型县域医共体内分级诊疗效果的主导作用分别为:医保基金的主导作用、全科医生的主导作用、县域医共体建设的主导作用。结论:发挥医保基金引领作用,推动分级诊疗实施效果;重视医务人才培养,完善全科医生制度;搭建并完善县域医共体信息化平台,促进紧密县域医共体建设。

**关键词** 定性比较分析;紧密型县域医共体;分级诊疗

**中图分类号** R1-9; F224.5 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)12-0089-05

**Analysis of the Dominant Role of the Implementation Effect of Hierarchical Diagnosis in the Construction of Compact County Medical Community/PENG Bo, WANG Bo-wen//Chinese Health Economics, 2022,41(12):89-93**

**Abstract Objective:** To evaluate the leading role of hierarchical diagnosis implementation in the construction of compact county medical communities in a province. **Methods:** Qualitative comparative analysis was used to retrieve the data indicators of a province in 2021 from the national compact county medical community performance evaluation monitoring system as the study variables. **Results:** By analyzing the effects of five conditional variables on the implementation of hierarchical diagnosis in the construction of compact county medical communities in a province, three dominant effects were derived. The leading role of medical insurance fund, the leading role of general practitioners, and the leading role of county medical community construction were the leading roles influencing the effect of hierarchical diagnosis within a province's compact county medical community. **Conclusion:** It is needed to give play to the leading role of medical insurance fund to promote the implementation effect of hierarchical diagnosis, pay attention to the cultivation of medical talents and improve the system of general practitioners, build and improve the information platform of county medical communities to promote the construction of compact county-type medical communities.

**Keywords** qualitative comparative analysis; compact county medical community; hierarchical diagnosis

**First-author's address** Heilongjiang Health Development Research Center, Harbin, 150036, China

**Corresponding author** WANG Bo-wen, E-mail: pjzxwbw@163.com

紧密型县域医共体是以县为单位,通过整合县、乡、村三级医疗卫生资源,实行县域内集团化经营管理,整体提高县域内医疗资源的配置和使用效率,从而提高县域内医疗机构的服务能力,减少县域内患者外流,最终达到提升县域内就诊率、促进分级诊疗落地的目的<sup>[1]</sup>。2019年,国家卫生健康委、国家中医药局印发的《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)明确要求,要进一步完善县域医疗卫生服务体系,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。2022年,《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》(国办发〔2022〕11号)提

出,要加快推进县域综合医改,推进紧密型县域医共体建设,推进专科联盟和远程医疗协作网发展,从而加快建设分级诊疗体系。紧密型县域医共体作为我国构建整合型医疗卫生服务体系的重要举措,是实现分级诊疗制度落地、下沉优质医疗资源的解决办法。

本研究以某省紧密型县域医共体15家国家级试点县(以下简称试点县)为研究样本,通过样本监测数据综合评价其分级诊疗实施效果的主导作用,为该省的分级诊疗政策实施提出改进对策。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

选取2021年某省紧密型县域医共体15家国家级试点县的数据作为研究样本。本研究数据来源于国家紧密型县域医共体绩效评价监测系统。

### 1.2 研究方法

定性比较分析(qualitative comparative analysis, QCA)是以集合和布尔代数为基础,从小样本数据中建构出研究议题的因果关系,从而处理多个原因与同一结果之间的逻辑关系,以实现对案例的充分比较和分

\*基金项目:黑龙江省卫生健康委科研课题(20211515020336)。

①黑龙江省卫生健康发展研究中心 哈尔滨 150036

②黑龙江省健康管理服务评价中心 哈尔滨 150030

作者简介:彭博(1987—),男,大学学历;研究方向:卫生经济、基层卫生服务;E-mail:690101880@qq.com。

通信作者:王博文, E-mail: pjzxwbw@163.com。

析，融合了定性和定量研究两种方法的优势<sup>[2-5]</sup>。QCA通过对案例间的条件变量和结果变量进行比较，找出条件变量与结果变量的因果关系，回答“条件的哪些组态可以导致期望的结果出现，哪些组态导致结果的不出现”这种问题。本研究运用QCA中的清晰集定性比较分析，基本思路是将拟分析的社会现象规定为相对明确的结果变量。清晰集定性比较分析是将变量转换为“0”或“1”的二分变量，解释变量取值为1表示某个条件发生或存在，变量取值为0表示某个条件不发生或不存在。本研究将某省内15家国家级紧密型县域医共体试点县作为研究案例，采用QCA，通过识别不同影响因素的因果路径，来分析影响紧密型县域医共体内分级诊疗效果的多重并发因果关系。

### 1.3 变量选择

依据国家卫生健康委基层司、国家卫生健康委卫生发展研究中心发布的《紧密型县域医共体建设监测填报指标参考手册（2022修订稿）》选取如下结果变量：（1）以县域内住院人次占比为结果变量，计算公式为参保人员县域内住院人次/参保人员住院总人次×100%，该结果变量能够表明县域住院患者就近就医的情况，显示医共体住院服务对区县辖区居民和在外务工参保居民的吸引力水平；（2）以牵头医院出院患者三四级手术比例、区域内万人口全科医生数、牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例、基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例、医保基金县域内支出率（不含药店）为条件变量。条件变量中，牵头医院出院患者三四级手术比例是指牵头医院本年

度向基层医疗卫生机构下转住院患者数占总出院患者数的比例。通过该变量主要了解紧密型县域医共体是否促使患者向县域内的基层医疗卫生机构下沉，形成有序就医和分级诊疗新格局；区域内万人口全科医生数是指区域内每万居民拥有的全科医生数量，通过区域万人口全科医生数可以衡量区域内全科医生资源拥有量；牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例是指牵头医院医疗服务性、操作性和劳务性收入占总体医疗收入的比例，能够反映医院的主要收入构成；基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例是指基层医疗卫生机构的操作性、劳务性和诊疗性收入占总医疗收入的比例；医保基金县域内支出率是指医保基金县域内留存率，该变量显示县域医疗卫生服务体系对区县辖区居民及在外居住、务工参保人员的整体吸引力水平，在很大程度上综合体现了紧密型县域医共体牵头医院和基层医疗卫生机构的服务能力以及分级诊疗的实现情况。某省紧密型县域医共体15家国家级试点县的条件变量与结果变量的原始数值见表1。

### 1.4 数据校准

本研究运用查尔斯C.拉金<sup>[6]</sup>提出的数值校准方法进行校准，变量校准后组态真值见表2。表2中“1”是完全隶属，“0”是完全不隶属，“0.5”为交叉点<sup>[6-8]</sup>。“0”表示在该项指标上的得分处于后50%水平，即得分并不理想，该试点县的该项变量相较于其他试点县水平较低；“1”表示在该项变量上的得分处于前50%水平，即该项变量得分较理想，该试点县的该项变量相较于其他试点县水平较高。

表1 试点县的条件变量与结果变量在校准前的原始数值

试点县	结果变量		条件变量			
	县域内住院人次占比 (%)	牵头医院出院患者三四级手术比例 (%)	区域内万人口全科医生数 (人)	牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例 (%)	基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例 (%)	医保基金县域内支出率 (不含药店) (%)
A	40.05	39.23	1.84	30.35	4.59	38.45
B	64.80	25.98	1.69	29.90	15.42	37.47
C	46.20	40.16	3.66	21.98	22.47	35.05
D	43.78	33.27	3.06	26.28	14.95	42.16
E	67.22	5.44	2.46	29.27	43.97	50.77
F	27.86	96.77	6.68	34.28	71.61	17.57
G	69.20	13.34	3.81	40.74	25.69	36.54
H	35.54	23.81	1.52	21.38	23.90	24.19
I	47.69	0.00	1.80	82.48	68.68	35.25
J	49.37	42.51	2.68	36.85	11.39	36.85
K	67.66	23.99	1.40	33.09	35.46	62.26
L	76.69	44.52	1.58	24.69	32.60	75.89
M	64.87	46.24	4.34	35.48	45.52	51.90
N	65.13	36.14	1.24	31.52	77.75	54.06
O	72.45	31.80	1.71	26.12	28.31	60.33

表2 试点县的条件变量与结果变量在校准后的组态真值

试点县	结果变量			条件变量		
	县域内住院人次占比	牵头医院出院患者三四级手术比例	区域内万人口全科医生数	牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例	基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例	医保基金县域内支出率(不含药店)
A	0	1	0	0	0	0
B	1	0	0	0	0	0
C	0	1	1	0	0	0
D	0	0	1	0	0	0
E	1	0	0	0	1	1
F	0	1	1	1	1	0
G	1	0	1	1	0	0
H	0	0	0	0	0	0
I	0	0	0	1	1	0
J	0	1	1	1	0	0
K	1	0	0	0	1	1
L	1	1	0	0	0	1
M	1	1	1	1	1	1
N	1	1	0	0	1	1
O	1	0	0	0	0	1

2 结果

通过对某省15家紧密型县域医共体1个结果变量和5个条件变量运用QCA软件进行分析,得到维恩图(图1)。

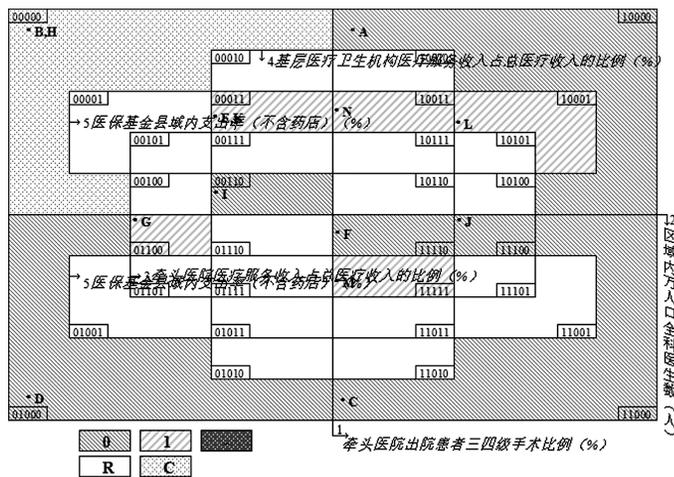


图1 某省紧密型县域医共体试点县QCA软件分析的维恩图

进一步借助Tosmana软件最小化组态,得到如下最小化公式。

(1) 医保基金的主导作用:即区域内万人口全科医生数(人){0} \* 牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例{0} \* 基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例{1} \* 医保基金县域内支出率(不含药店){1},此时对应图1中试点县E、K,或牵头医院出院患者三四级手术比例(%) {1} \* 区域内万人口全科医生数(人) {0} \* 牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例(%) {0} \* 医保基金县域内支出率(不含药

店){1}。此时对应图1中试点县L,其具有高医保基金县域内支出率(不含药店),在紧密型县域医共体实施过程中,医保支付的条件变量为1,对分级诊疗的促进作用较大,因此需要提升医保基金县域内支出率来促进县域医共体的分级诊疗效果。

(2) 全科医生的主导作用:即县域内住院人次占比(%) {0} \* 区域内万人口全科医生数(人) {1} \* 牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例{1} \* 医保基金县域内支出率(不含药店) (%) {0}。此时对应图1中试点县G,其具有高区域内万人口全科医生数和牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例,在紧密型县域医共体实施过程中,区域内万人口全科医生数的条件变量为1,对分级诊疗的促进作用较大,因此需要提升区域内万人口全科医生数和牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例来促进县域医共体的分级诊疗效果。

(3) 县域医共体建设情况主导作用:即牵头医院出院患者三四级手术比例{1} \* 区域内万人口全科医生数{1} \* 牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例{1} \* 基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例{1} \* 医保基金县域内支出率(不含药店) {1}。此时对应图1中试点县M,其5个条件变量水平较高,因此需要提升牵头医院出院患者三四级手术比例、区域内万人口全科医生数、牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例、基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例、医保基金县域内支出率(不含药店)来促进县域医共体的分级诊疗效果。

3 结论与建议

本研究分析某省紧密型县域医共体建设中分级诊

疗实施的效果。基于QCA，以从国家紧密型县域医共体绩效评价监测系统调取的2021年某省数据指标作为变量，通过分析5个条件变量对该省实施紧密型县域医共体内的分级诊疗效果进行评价，得出3种主导作用。影响紧密型县域医共体内分级诊疗效果的主导作用有：医保基金的主导作用、全科医生的主导作用、县域医共体建设的主导作用。分析不同主导作用促进分级诊疗的路径和效果，有助于我们探索紧密型县域医共体作为推进分级诊疗的载体有哪些具体的主导作用，不同主导作用之间的效果差异是什么。

医保基金起主导作用的试点县E、K、N、L的医保基金支出率都高于50%，说明医保支付在紧密型县域医共体的建立过程中发挥了重要作用。全科医生起主导作用的试点县G的区域内万人口全科医生数、牵头医院医疗服务收入占总医疗收入均高于50%，说明区域内万人口全科医生数、牵头医院医疗服务收入在紧密型县域医共体的建立过程中发挥了重要作用。县域医共体建设起主导作用的试点县M的牵头医院出院患者三四级手术比例、区域内万人口全科医生数、牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例、基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例、医保基金县域内支出率（不含药店）均高于50%，说明这5个条件变量在紧密型县域医共体的建立过程中发挥了重要作用。

3.1 发挥医保基金的作用，进一步提升基层医疗服务能力

3.1.1 发挥医保支付方式改革的激励作用，适当提高医保基金支出率。根据QCA分析结果，建议该省医药卫生体制改革以医保支付方式改革为抓手，以健康管理为目标，响应国家政策号召，实施医保基金总额包干付费政策，健全“结余留用、合理超支分担”的激励型医保支付机制。重点是以DRG/DIP支付改革为契机，改变牵头医院以患者数量为主的传统营收理念，倒逼牵头医院改变管理理念和运行机制，鼓励牵头医院对基层医疗机构慢性病指导，并予以医保专项资金支持。另外，牵头医院应精益核算成本，把慢性病患者、轻症患者留在基层医疗机构，从而提高基层医疗机构的医保支付额度，把更多的医保资金留在县域内，促成“上下联动、急慢分治”的有序分级诊疗格局。

3.1.2 进一步提高医保基金使用效率，拓宽思路，满足居民多样需求。我国多年来一直实行的是以疾病治疗为主的医疗保险制度，至今尚未确立针对慢性病管理的健康保障制度<sup>[9]</sup>。为更好满足居民对健康管理和预防保健服务的多样需求，某省医改相关部门应该拓宽医保支付思路，推动医保基金更多为价值付费。县域内牵头医院应该充分利用医保基金的打包支付政策，

通过加大对县域内居民健康的管理，减少重病、大病的发生率，将更多县域内的医保资金留在县域范围内使用，提高医保资金的使用效率，进而提升医院效益和保障居民健康。

3.1.3 进一步转变基层医疗机构观念，健全机制，发挥医保引导作用。要想实现用紧密型县域医共体推动分级诊疗的目的，基层医疗机构就要主动转变传统观念，从提供简单的公共卫生服务转向为患者提供诊疗、慢性病管理等服务；要健全医保门诊报销的相关制度，引导患者到基层首诊，然后根据患者病情需要进行转诊；利用医保付费的经济杠杆作用，引导患者合理就医。此外，相关卫生健康行政部门和牵头医院要协同合作考核基层医疗机构的诊疗工作，根据考核结果将医保基金支付给基层医疗机构，从而提高基层医疗机构的诊疗积极性，提升其医疗服务能力。

3.2 重视对医务人才的激励，增强居民对基层医疗机构的信任度

3.2.1 进一步提高基层人员薪酬待遇，多元激励，保障人才服务积极性。由QCA分析结果可见，试点县E、F、I、K、M、N的基层医疗机构收入对县域医共体建设产生了重大影响。因此，改革基层医务工作者的薪酬制度确有必要，优秀的医疗人才是紧密型县域医共体建设的关键。为此，一方面可以通过健全薪酬激励机制与人才吸纳、培养机制，增加全科医生数量，同时提高医务人员获得感，激发其服务积极性，从而提升县域整体医疗水平；另一方面要建立因地制宜的绩效考核体系，使医生薪酬更多体现其劳动技术价值，实现收入分配的科学合理化。

3.2.2 进一步完善全科医生的相关制度，提高居民信任感和满意度。随着居民生活水平的不断提高，居民对高质量医疗服务的需求也不断增加。分级诊疗制度自提出以来实施效果并不理想，很大原因是患者对基层医疗卫生机构卫生技术人员的能力缺乏信任<sup>[10]</sup>。全科医生作为基层居民健康的“守门人”，是增强患者信任程度的重要一环，全科医生在慢性病管理、健康教育、疾病诊疗等环节都起着不可替代的作用。全科医生为患者提供具有专业性的常见病多发病诊治、慢性病管理方案，从而潜移默化地增加患者对于基层医疗机构的信任度，实现全科医生作为基层医疗的执行者的作用。由于现阶段该省全科医生队伍建设属于起步阶段，依然存在医生签约形式化、医生医疗水平薄弱等问题，建议政府加快全科医生相关政策的配套，建立“全科+专科”完备的全科医生团队，从而让全科医生真正成为群众健康的守门员<sup>[10]</sup>。

3.3 推进紧密型县域医共体建设，促进形成分级诊疗格局

综上所述，通过提高牵头医院与基层医疗机构的

收入,进一步加强紧密型县域医共体的紧密性是形成有序的分级诊疗格局的重要前提。以紧密型县域医共体建设推进分级诊疗建设是趋势也是关键。一方面要不断整合医疗资源,提高医疗资源使用效率。紧密型县域医共体内部的各级医疗机构之间,可以共享医疗信息、合理配置医疗设备资源,使患者能够享受到在紧密型县域医共体内部同质化的规范诊疗、化验检查结果互认、专家到基层出诊、疑难杂症远程问诊等医疗服务,从而逐步形成“基层首诊、双向转诊”的良好就医格局,实现分级诊疗。另一方面要使各级医疗机构明确定位、权责清晰,提升整体医疗服务质量。紧密型县域医共体实施推进中,牵头医院可以赋予各级医疗机构明确的分工,从而在各级医疗机构之间形成有效的衔接合作,提高医疗服务效率。通过实行以“县医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础”的县、乡、村一体化管理,充分发挥县级医院的城乡纽带作用和县域龙头作用,形成县、乡、村医疗卫生机构分工协作机制,构建县、乡、村三级联动的县域医疗服务体系。同时可以开展牵头医院优势临床科室“传、帮、带、教”业务,更精准有效地提升基层医疗服务能力<sup>[1]</sup>。

此外,要重视县域医共体内部的人才队伍建设,以薪酬激励制度引导专业人才更多向基层下沉。紧密型县域医共体内部可以调整医务人员的薪酬分配方案,比如从事卫生专业技术工作的医学专业人才在晋升主治医师或副主任医师职称之前,必须到基层医疗机构进行坐诊服务及相关业务指导,帮助开展新技术、新项目,提升社区的医疗服务能力和诊疗水平<sup>[2]</sup>。同时,紧密型县域医共体可以打开晋升渠道,对具有执业资格和素质良好的基层医务人员,根据其从事的岗位和专业开展继续医学教育培训,委派基层医务人员去大医院进修,进行相关医疗技术培训;被委派进

修的医务人员履行完基层医疗任务后,可以被直接提拔到牵头医院成为医生或者管理者,从而建立起“双向联动”的晋升机制。

#### 参 考 文 献

- [1] 马晓峰,张华.县级医院医疗联合体建设探索与思考[J].中国医院,2018,22(2):36-39.
- [2] SCHNEIDER C Q, WAGEMANN C. Set-theoretic methods for the social sciences: A guide to qualitative comparative analysis[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- [3] 伯努瓦·里豪克斯,查尔斯C.拉金. QCA 设计原理与应用[M]. 北京:机械工业出版社,2017:22-33.
- [4] 王文娟,任鑫,蔡媛青,等.基于定性比较分析方法的公立医院绩效评价作用机制研究[J].中国卫生经济,2021,40(12):82-86.
- [5] 李蔚,何海兵.定性比较分析方法的研究逻辑及其应用[J].上海行政学院学报,2015,16(5):92-100.
- [6] RAGIN C C. The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitative strategies [M]. Berkeley: University of California Press, 1987.
- [7] 门洪华.中国:软实力方略[M].杭州:浙江人民出版社,2007.
- [8] 项久雨.硬实力与软实力的关系之辨[J].武汉大学学报(哲学社会科学版),2010,63(6):812-817.
- [9] 高广颖.以支付为手段,发挥医保基金引领作用,助推分级诊疗落地[J].中国医疗保险,2022(7):22.
- [10] 肖伟,支哲明,石飞飞.县域医共体下家庭医生服务模式探讨[J].中国农村卫生事业管理,2020,40(3):221-223.
- [11] 秦江梅,林春梅,张丽芳,等.基层卫生综合改革重点联系区县患者基层就诊满意度研究[J].中国全科医学,2018,21(1):36-40.
- [12] 杨立成,鲍琳辉,田义娟,等.医联体模式下构建双向转诊机制的探讨[J].中国医院,2015,19(7):33-35.

[收稿日期:2022-09-06] (编辑:杨威)

## 《中国卫生经济》在线投稿、查稿说明

首先,请您登录《中国卫生经济》网站: <http://www.cn-he.cn>。

如果您是新作者(即第一次在线投稿),请先点击“作者登录”和“新用户注册”来在线填写作者信息,注册成功后请记住您的E-mail和密码。如果您忘记了密码请电话咨询本刊编辑部(0451-87253040、87253041、87253042、87253048)。

如果您曾经给本刊投过稿,您可以通过点击“作者登

录”用您的用户名和密码直接登录即可在线查稿或再次投稿,您也可以登录后自行修改您的登录密码。

在投稿之前,请您先浏览《中国卫生经济》网站上的“作者园地”中的中国卫生经济例:“《中国卫生经济》杂志编排:刊例”和“投稿须知”中的“《中国卫生经济》杂志稿约”,然后,按要求完善您的文章并完成投稿。

最后,在您投稿成功后,您注册的E-mail里会立即收到一封已分配稿号的“《中国卫生经济》收稿通知”信件。