

混合政策工具视角下县域医共体改革效应评估*

蔡秋茂^{①②}, 吴文强^③, 王欣^④, 黄奕祥^④, 朱宏^②

摘要 目的: 基于混合政策工具视角评估县域医共体改革措施及实施效果。方法: 以广东省阳西县为例, 结合定性和定量数据分析其实施医共体改革前后(2017—2019年)的医疗服务能力、医疗资源利用及就医流向等情况。结果: 混合政策工具在县域医共体改革中产生了积极效应。权威性和激励性政策工具的行使优化了县域医共体内部资源配置, 并在医疗费用控制、双向转诊制度、医疗服务格局优化等方面发挥了一定作用。而能力性政策工具则提升了县域医共体在组织、管理、资源、服务等诸多方面的综合能力, 为改革中达成多元目标奠定了基础。同时, 多种政策工具同时使用会形成一定的张力和冲突, 在地方政府主导的县域医共体改革中, 对权威性工具的过度依赖会制约激励性工具的成效。结论: 县域医共体改革应使得权威性和激励性政策工具相得益彰, 在合理地去行政化前提下, 充分发挥医保支付政策中市场激励作用, 并发挥学习性政策工具优势, 加强政府对县域医共体的监管和绩效考核。

关键词 县域医疗共同体; 分级诊疗; 绩效考核; 政策工具

中图分类号 R1-9; R19-0 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)01-0014-05

Evaluation of the Effects of County-level Medical Alliance Reform from the Perspective of Mixed Policy Tools/CAI Qiu-mao, WU Wen-qiang, WANG Xin, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(1):14-18

Abstract Objective: To analyze the reform measures and outcomes of the county-level medical alliance from the perspective of mixed policy tools. **Methods:** Taking Yangxi County in Guangdong Province as the object to carry out a case study, qualitative and quantitative data was applied to analyze the medical service capacity, medical resource utilization and patient flow before and after the reform of the medical alliance from 2017 to 2019. **Results:** Mixed policy tools have produced positive effects in the reform of county-level medical alliance. The authority and incentive tools optimized the internal resource allocation of the county medical alliance, and played a role in the control of medical expenses, the dual referral system, and the optimization of the medical service pattern. The capacity tools enhanced the comprehensive capabilities of the county medical alliance in terms of organization, management, resources, and services, which laid the foundation for the achievement of multiple goals. Meanwhile, the simultaneous use of multiple policy tools will inevitably lead to certain conflicts and tensions. In the county-level medical alliance reform led by local governments, excessive reliance on authoritative tools will restrict the effectiveness of incentive tools. **Conclusion:** Further reform of county-level medical alliance should make authority and incentive tools complement each other. Under the premise of rational de-administration, the government should give full play to the market incentives of medical insurance payment policies and develop learning policy tools, and strengthen the supervision and performance appraisal of the county-level medical alliance.

Key words county-based medical alliance; hierarchical diagnosis; performance appraisal; policy tools

First-author's address School of Public Health, Southern Medical University, Guangzhou, 510515, China

Corresponding author ZHU Hong, E-mail: zhnfy@yeah.net; HUANG Yi-xiang, E-mail: huangyx@mail.sysu.edu.cn

构建县域医疗共同体(以下简称医共体)是我国深化医药卫生体制改革的重点工作之一。2017年,自国家推行医联体建设以来,各地开展了积极探索,并发展出一系列符合地方实情的政策工具,但很多改革尚未形成真正长效的利益、发展、管理、责任和服务共同体^[1]。县域医共体涉及多层级多部门改革,横向融合多个政府部门联动改革,纵向整合包括县、镇、村

三级医疗机构管理体制和内部业务流程重构,属于复杂系统的重构,因此,不同政策工具可能存在协同或拮抗的作用。本研究从混合政策工具视角出发,以广东省阳江市阳西县医共体建设为例,探究不同政策工具组合的逻辑及其产生的实践效果。混合政策工具主要指政府采取一系列政策工具组合成系统的实践工作,以实现某些特定目标^[2]。

案例选取遵循典型性原则。阳西县于2017年11月启动县域医共体改革,其对先行地区进行了充分的政策学习,并积极探索了管理体制、上下联动机制、服务能力管理、分级诊疗激励等多方面政策举措,集中体现了多种政策工具的叠加、嵌套,符合本研究的理论抽样需求。同时,阳西县政策推进不仅涉及辖区内3家县级公立医院(县人民医院、县中医院、县妇幼保健院)和8个乡镇卫生院,涉及下辖8个镇45.54万常住人口,地区性影响较为明显。其在多医疗

* 基金项目: 国家重点研发计划项目(2020YFC2006400); 国家社会科学基金项目(18BGL218)。

① 南方医科大学公共卫生学院 广州 510515

② 南方医科大学第一临床医学院 广州 510515

③ 福建师范大学公共管理学院 福州 350315

④ 中山大学公共卫生学院 广州 510080

作者简介: 蔡秋茂(1983—),男,博士在读;研究方向: 公共卫生政策与管理; E-mail: caiqiumao@qq.com。

通信作者: 朱宏, E-mail: zhnfy@yeah.net; 黄奕祥, E-mail: huangyx@mail.sysu.edu.cn。

机构基础上组建的阳西总医院（以下简称总医院）也是近年来我国医共体改革的主要尝试方向，以其作为研究对象也更具有政策的启示性。

1 资料与方法

安妮·施耐德的相关研究将政策工具划分为权威性工具、激励性工具、能力性工具、象征性和告诫性工具和学习性工具^[3]。其中，权威性工具是政府在指定的情况下，利用合法性权威授予许可、禁止或要求采取行动；激励性工具包括依赖有形回报的奖励或投入来诱导政策对象（积极地或消极地）遵守政策；能力性工具为政策对象提供了信息、培训、教育和资源，使他们能够开展政府期望的活动；象征性和劝诫性工具是使用政治理念和价值规范来鼓励政策对象遵守、利用或支持政策；学习性工具主要指鼓励或要求政策对象通过正式评价、听证会和交流会等增进学习，从经验中吸取教训。针对政策工具效应，本研究依据国家卫生健康委制定的《紧密型县域医疗卫生共同体建设监测指标体系（试行）》，从就医格局、服务能力、资源利用等维度对医共体实施效果进行评估。

主要研究方法为案例研究法。案例研究是通过多种来源的数据刻画还原或理解现实世界的一种研究路径^[4]。研究数据类型包括：一是定性资料，涵盖对关键知情人的半结构化访谈、政府官方发布的政策文件、相关部门文件汇编等；二是定量数据，主要来源于阳西县总医院信息系统和广东省病案首页系统。数据搜集年度为2017—2019年，将2017年界定为改革前，2018—2019年界定为改革后。2020年，各级医疗机构因突发重大公共卫生事件正常诊疗秩序受到较大影响，诊疗数据变化偏离正常发展趋势，故未纳入统计范围。

2 县域医共体建设的混合政策工具和效果分析

2.1 相关政策工具分类

县域医共体建设主要涉及以下政策工具：（1）权威性工具。包括改革医院管理体制并实施一体化管理。在这方面，阳西县委县政府直接牵头组建医院管理委员会（以下简称医管委），由县委书记担任医管委主任，统筹医共体规划建设、投入保障等重大决策。同时，对既有行政管理体系做出调整，推行公立医疗机构去行政化改革，尝试对医共体下放管理权、经营权、人事权和内部分配权，并以独立法人形式建立现代化的医院管理制度。（2）激励性工具。阳西县“三管齐下”，从增加财政投入、改革人事薪酬和医保支付方式入手，增加对医疗工作者的经济激励和引导。（3）能力性工具。阳西县不仅重新组建医共体内设管理机构，实行政、人、业、药、财、信“六统一”管理，对医共体内成员单位医疗资源进行统筹安排，而且在内部实施了资源共享、技术合

作、人才引进和培养、薪酬分配、联合病房等一系列提升医疗体系管理和服务能力的政策（表1）。

2.2 混合政策工具的评估效果

2.2.1 县域医疗卫生服务能力逐年提升。2018年，县人民医院尚未达到县级综合医院综合能力推荐标准，2019年已经达到这一标准。2017年县人民医院出院患者三四级手术比例为34.64%，2019年为48.22%，增幅39.20%；2017年阳西县全科医生有38人，2019年为59人，增幅55.26%；按照常住人口计算，2017年全县每万人全科医生人数为0.81人，2019年为1.24人，增幅53.57%；总医院组建后，牵头医院开始帮助基层医疗机构开展新技术、新项目，2018年开展10项、2019年增加到16项。混合政策工具的并联使用，促进整体服务能力提升。县政府出资保障县人民医院改造升级、县中医院和县妇幼保健院迁建项目，8个乡镇卫生院及138个村卫生站标准化建设，财政投入提高了“硬实力”。而能力性工具的一些做法，则提升了“软实力”。如阳西总医院与省市级13家医院通过专科联盟、技术帮扶等方式建立了帮扶关系，借助上级医院技术优势，开设了介入科、肿瘤科、心理精神科等多个专科；县级医院轮派科主任到镇卫生院挂职副院长，医护人员晋升职称前被派驻到卫生院担任医护骨干；建立县镇联合病房和专家工作室，组建专家医疗巡诊队伍下乡巡诊，促进医共体内医疗服务同质化。

2.2.2 县域内有序就医格局正在形成。2017年，阳西县县域内住院人次占比为70.40%，2019年为80.20%，增幅13.92%，县域外住院人次逐年减少，2018年、2019年分别减少了3545人次和710人次，住院人数向县内回流趋势较为明显。2017年，基层医疗卫生机构门急诊占比为72.17%，2019年为74.45%，增幅3.16%。2017年，基层医疗卫生机构慢性病患者管理率为46.32%，2019年为69.13%，增幅为49.24%。与此同时，医保先后对医共体实施按病种分值付费和“总额付费，结余留用，合理超支分担”支付方式，激励医共体提升服务水平，将患者留在县域内就诊住院，获取更多结余资金。需要引起注意的是，政府在使用激励性政策工具的过程中，对医务人员的激励有纵向结构性失衡迹象。如2017年阳西县基层医疗卫生机构人均工资收入与牵头医院的比值为57.07%，2019年为50.25%，总医院组建后，基层医疗卫生机构与牵头医院的人均工资差距反而被拉大了（表2）。

2.2.3 医疗费用增长势头得到控制。改革后，阳西县县级医院住院次均费用呈现下降趋势，2018年比2017年下降434.40元（6.20%）。乡镇卫生院住院次均费用略微增长，2018年、2019年分别增长2.30%和3.70%。改革后2018年县域内住院次均费用比改革前下降了246.80元，2019年比2018年增长325.20元，但与2017

表1 阳西县县域医共体建设改革措施

政策工具类别	改革内容	具体措施
权威性工具	改革管理体制	实行公立医院去行政化改革，医共体成员单位全部取消行政级别；成立独立法人、独立账户的阳西总医院，统一管理医共体内成员单位；实行编制备案制，按需设岗，按岗定员，全员聘用
	实施一体化管理	阳西总医院对医共体内医疗机构进行统筹安排，合理分配资源，实行行政、人员、业务、药械、财务、信息“六统一”管理
激励性工具	加大财政投入	县财政部门加大对医共体建设的投入，县级医院医疗卫生重点建设项目和医疗设备采购，以及乡镇卫生院、村卫生站的规范化建设全部由财政负责保障
	改革人事薪酬制度	乡镇卫生院全面推行绩效考核，乡镇卫生院院长的聘用与绩效考核挂钩；卫生人才采取“县招镇用”模式，由总医院统一调配使用，县财政部门按每人每年6万元的标准定额补助；实行全员竞争上岗，实施岗位绩效考核
	改革医保支付方式	2019年8月起，医保对医共体实行“总额付费、合理超支分担、结余留用”，医保资金由总医院统一管理、统一拨付、统一建立收付台账
能力性工具	建立资源共享机制	建立影像诊断、医学检验、远程心电、远程会诊等资源共享平台，实行医共体内检查检验结果互认；建设县域卫生信息化平台，逐步实现县域内卫生健康数据共享、互联互通
	提升县级医院能力	与城市三级医院建立稳定的技术合作关系，针对县域外转率较高的病种，与三级医院优势专科建立专科联盟；建立高层次卫生人才引进绿色通道，引进学科带头人
	建立人才培养机制	为乡镇卫生院派驻管理人才，挂职副院长、科主任和护长。建立县镇联合病房、专家工作室，建立“科对科”帮扶机制。乡镇卫生院业务骨干到县级医院跟班学习；加强对村医培训和业务指导，派出医生到村卫生站带教

表2 2017—2019年阳西县有序就医格局情况

%

年份	县域内住院 人次占比	县域内基层医疗卫生机构 门急诊占比	基层卫生医疗机构管理 慢性病患者占比	基层医疗卫生机构人均工资收入 与牵头医院人均工资收入比
2017	70.40	72.17	46.32	57.07
2018	77.40	72.55	61.24	54.09
2019	80.20	74.45	69.13	50.25

年基本持平。从医疗费用流向看，县域内住院费用占比逐年增加，从2017年的49.00%逐步提高到2018年55.50%和2019年的60.60%，2017—2019年，县域外住院费用下降4 490.40万元，降幅达18.67%，医疗费用回流到县域内。在政府宏观层面的权威性工具和激励性工具协同运用下，产生了较好的控费效果。一方面，政府设定医疗费用增长的限定值，并通过药品耗材零加成政策、药品集中采购以及强化财务预算管理等措施，进一步挤掉了医疗费用“水分”；另一方面，医保支付方式较好地发挥了负向激励作用，通过医保总额付费机制引导医院、医生行为，倒逼医共体成员节约医疗成本，控制医疗费用（表3）。

表3 2017—2019年阳西县常住居民住院情况

年份	县域内				县域外			
	住院人次 (人)	次均住院 费用(元)	住院费用 (万元)	住院费用 占比(%)	住院人次 (人)	次均住院 费用(元)	住院费用 (万元)	住院费用 占比(%)
2017	40 916	5 641.10	23 081.10	49.00	17 206	13 975.10	24 045.50	51.00
2018	46 909	5 394.30	25 304.10	55.50	13 661	14 841.30	20 275.10	44.50
2019	52 617	5 719.50	30 094.30	60.60	12 951	15 198.50	19 555.10	39.40

2.2.4 医共体内双向转诊向好发展。改革后，县级医院每年出院下转病人数达到3 500~4 000人次，改革前仅为111人次，乡镇卫生院门诊和住院上转病人数均有所增长，2018年、2019年分别增长45.50%和20.40%。县级医院住院人次占比从2017年62.80%提高到2019年的65.30%，乡镇卫生院住院人次占比从17.30%微降到17.00%，民营医院住院人次占比从19.90%下降到17.70%。改革初期，权威性工具发挥了重要作用，县总医院对卫生院实行“一体化管理”，建立分级诊疗实施机制和分工机制，组建了客户服务中心作为双向转诊服务部门，完善转诊规章制度和流程，安排专人负责协调患者分级诊疗及双向转诊服务，一定程度上促

进了患者下沉到基层就医。同时，成立公共卫生服务部和慢性病管理中心，推动家庭医生签约服务、基本公共卫生服务、基本医疗服务“三融合”，强化病人规范化管理。卫生信息平台、远程医疗、专家下沉等能力性工具的运用为双向转诊创造了条件。但牵头单位与各成员单位间利益分配机制不完善，访谈中发现，尽管总医院制定了统一的人事和薪酬管理方案，仍有约50%中层干部认为人员尚未实现机构间“自由流动”，缺乏支撑双向转诊的绩效奖惩制度，医疗服务提供者微观层面的激励性工具配套不到位，可能一定程度上抵消了权威工具的作用。

2.2.5 医疗卫生资源利用效率提高。2019年，牵头医院医疗服务收入占比为31.31%，较2017年25.26%增加了6.05个百分点。2019年基层医疗卫生机构医疗服务收入占比为20.07%，较2017年的18.44%有所增加。2017年基层医疗卫生机构医师日均担负诊疗人次为23.60人次，2018年为24.10人次，2019年为25.20人次，年均增长率3.34%；2017年基层机构床位使用率为51.48%，2019年为54.72%，年均增长率3.13%；2017年牵头医院人员经费占业务支出比例为35.76%，2019年为42.97%，增幅20.16%。2017年基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例为34.87%，2018年最高为50.74%，2019年为40.91%，年均增长率13.07%（表4）。实行医共体改革后，管理体制进一步理顺，资源实行一体化管理，使用统一信息平台，注重业务交流培训，能力性工具的频繁使用，对提高医共体内部人员、技术、资源的流动效率有明显促进作用，资源整体利用效率也得以提高。

3 讨论与建议

3.1 混合政策工具初见成效，但部分政策工具亟待设计优化和执行监督

从阳西县医共体改革过程来看，混合政策工具能够在一定程度上实现医共体的多个短期目标。但进一步改革需要解决部分政策工具的规范性和科学性问题。财政投入的增加以及薪酬人事改革的推进有利于提高医务工作人员的整体性激励。但激励结构的纵向失衡问题将导致医务人员“不患寡而患不均”，部分人员的积极性会受到影响，进而削弱改革成效。因此，如何增加激励性政策工具的科学性成为地方政府建设县域医共体的一大挑战。在对医务人员的激励方面，

一是需建立对院长、副院长的激励机制，围绕医共体发展目标制定绩效工资制，由主管部门对院长进行年度考核；二是要赋予院长经营管理自主权，通过院长推动机构内部人事与绩效分配制度改革，实现多劳多得、优绩优酬，量化考核并向基层医生倾斜。与此同时，政策工具使用的规范性问题也值得重视。部分地方政府可能会因财力薄弱出现“甩包袱”现象，将基础条件较弱的乡镇卫生院和村卫生站“托付”给县级医院。县级医院大多能力不强、财力不足，医共体建设初期需要牵头医院对其投入大量的人力、物力、财力等，如果利益补偿和激励措施不到位，难免使之缺乏改革动力。因此，在使用权威性工具推进改革时，应强化政府的兜底功能，加大各级财政的转移支付力度，对薄弱地区予以专项财政支持，并强化执行监督、跟踪问效，确保改革不偏离目标。

3.2 混合政策工具存在内在冲突，改革尚待进一步加强部门协调

阳西县的改革经验表明，不同政策工具的混合使用可能出现冲突和摩擦。在医疗费用控制方面，增加财政投入和医保支付方式改革的激励作用方向可能是相左的。同时，医保支付政策的行政化控费存在局限性，其可以短期内对医保基金支出进行限制，但是无法合理调和医共体内部不同利益主体（医疗机构、科室之间）的利益分配。换言之，既有的混合政策工具难以确保县域医共体改革的长效目标。主要原因在于这些政策工具的生成源自一个多层级、套嵌式制度结构之中，涉及到人事、财政、医保和价格体制等多个行政管理维度^[5]。行政部门间目标、行动的协调统一往往是相关政策工具是否真联真动的先决条件。因此，进一步改革应该是优化部门管理体制和协调机制。具体而言，地方政府可以主导设立县医院管理委员会，统筹卫生健康、人社、财政、医保等部门职能，理顺政府办医主体和部门监督管理职责^[6]。可由政府负责同志牵头，探索以理事会为主要形式的决策监督机构，建立统一高效、权责一致的政府办医体制。在强化县级公立医院决策与监督的同时，充分落实县总医院独立法人地位和经营管理自主权。

3.3 发展学习性政策工具，拓展政策工具箱

在阳西县的改革中，地方政府综合使用了权威性、激励性和能力性政策工具。其中，权威性政策工

表4 2017—2019年阳西县医疗卫生资源利用情况

年份	牵头医院		基层机构			
	医疗服务收入占 医疗收入的比例 (%)	人员经费占 业务支出比例 (%)	医疗服务收入占 医疗收入的比例 (%)	医师日均担负 诊疗人次 (人)	床位使用率 (%)	财政补助收入 占总收入的比例 (%)
2017	25.26	35.76	18.44	23.60	51.48	34.87
2018	31.61	43.32	20.77	24.10	51.85	50.74
2019	31.31	42.97	20.07	25.20	54.72	40.91

具发挥了至为关键的作用,使得行政权力直接调控了改革中的利益和资源分配。甚至在激励性工具(比如医保支付方式)的使用中,政府也对权威性工具体现出一定的实践依赖,倾向于用行政手段要求医方贯彻落实,而忽视对患方的激励引导。这并不利于解决县域医共体中双向转诊制度衔接不当、患者就医成本增加、患者支持度不高等普遍问题^[7]。医保支付方式改革对县域医共体建设具有积极作用^[8],但在改革初期,牵头医院医疗费用上涨过快,可能存在“虹吸”现象^[9]。即使宏观上权威性和激励性工具的联合运用取得了控费效果,也要关注是否为短期行为,需要将控费的“红利”转化为医务人员个体的激励,才能内化为长期行为,这要求政府发展学习性工具和劝诫性工具。一方面,要设定并完善与医共体发展目标相一致的绩效考核指标,在激励的同时给予压力和监管,从体系建设、机构发展、社会责任等方面完善考核评价指标,将评价结果与医保付费总额相挂钩,基金结余分配中尽可能向基层机构倾斜,构建多方利益协同的经济运行机制。另一方面,要有意识地组织系统性集体学习,通过与医疗机构的定期交流和反馈,修正既有政策工具的不足,不断调整并完善相关政策。

参 考 文 献

[1] 黄胜利. 当前县域医共体建设存在问题及对策思考[J]. 中国

农村卫生事业管理, 2019, 39(12):838-841.

- [2] ROGGE K S, REICHARDT K. Policy mixes for sustainability transitions: An extended concept and framework for analysis[J]. Research policy, 2016,45(8):1620-1635.
- [3] SCHNEIDER A, INGRAM H. Behavioral assumptions of policy tools[J]. The journal of politics, 1990,52(2):510-529.
- [4] YIN R K. Case study research: Design and methods[M]. CA: Sage, 2014.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 辛沁玲, 苏敏, 方鹏骞, 等. 我国医疗联合体激励约束机制的关键问题与路径分析[J]. 中华医院管理, 2017,33(12):889-892.
- [8] 何蓓蓓, 高晶磊, 刘春平, 等. 医保支付方式改革对县域医共体建设效果的影响分析[J]. 医学与社会, 2021,34(8):108-111,116.
- [9] 陈雯, 李锦汤, 李萍. 广东省阳西县紧密型县域医共体医保支付方式改革分析评价[J]. 中国医疗保险, 2021,157(10):51-55.

[收稿日期: 2022-10-30] (编辑: 高非)

(◀◀上接第13页◀◀)

因素分析及其实施路径探讨[J]. 中国现代中药, 2019,21(10):1283-1287.

[17] 舒燕. 我国面向“一带一路”沿线国家中药出口贸易格局的演变和影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(11):68-72.

[18] 万修福, 王升, 康传志, 等. “十四五”期间中药材产业趋势与发展建议[J]. 中国中药杂志, 2022,47(5):1144-1152.

[19] 周绿林, 周云霞, 张心洁, 等. 江苏省健康产业发展升级的驱动因素、问题与对策[J]. 中国卫生经济, 2020,39(1):74-76.

[20] 引领中药材种业发展推进中药追溯体系建设——中药材种业发展报告和追溯标准研讨会圆满召开[J]. 中国现代中药, 2021,23(7):1311.

[收稿日期: 2023-01-03] (编辑: 张红丽)

欢迎关注《中国卫生经济》微信公众号

微信用户可通过搜索“中国卫生经济”公众号或扫描右侧二维码添加关注。

