

基于米特—霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究

光心慧¹, 王珩^{1,2}, 薛俊军¹, 李念念³, 王存慧⁴

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第一附属医院院长办公室, 3. 研究生工作部, 4. 组织部, 安徽 合肥 230022

摘要:目前我国紧密型县域医共体政策运行面临困境,为深度剖析紧密型县域医共体政策运行中存在的困境,以米特—霍恩模型的六大因素:政策目标与标准、政策资源、组织沟通与运行活动、运行机构特征、运行环境以及运行者价值取向为框架进行分析,得出政策运行的困境包括:政策目标涉及范围较广,政策标准落实时间较长,卫生资源配置效率较低,医保支付指挥棒作用弱,分级诊疗上下转诊不畅,信息化建设契合度不高,基层医疗机构能力不足,“三医”联动协调程度低等。为解决紧密型县域医共体政策运行困境,提出建议:制定具体可行政策,优化配置医疗资源,实现信息互通共享,提高基层医疗能力,加强医保改革力度,从而推进紧密型县域医共体稳固建设与长效发展。

关键词:紧密型县域医共体;医疗政策;米特—霍恩模型;政策运行

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)06-533-005

doi:10.7655/NYDXBSS20210603

2019年国家卫健委发布的《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》^[1]和2021年国务院下发的《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》^[2],都强调推进紧密型医共体建设,进一步完善县域医疗服务体系,提高县域卫生资源配置效率,加快提升基层医疗服务能力,有效推动分级诊疗和有效就医新秩序。可见,基层医疗卫生体系改革是我国医疗卫生体制改革的重点,紧密型县域医共体建设是基层医疗卫生体系改革的核心部分。深化医改以来,各地积极探索实践,取得初步成效,但也暴露出一些亟待解决的困境,有待进一步探索解决方案。本研究以米特—霍恩模型为基本理论框架,剖析紧密型县域医共体政策运行中的困境,并基于此提出建议。

一、米特—霍恩模型

米特—霍恩模型于1973年由美国学者米特(D.

S. Van Meter)和霍恩(C. E. Van Horn)提出,强调政策运行中受多方影响,并将这些作用因素归为六类:政策目标与标准、政策资源、组织沟通与运行活动、运行机构特征、运行环境以及运行者价值取向^[3],详见图1。六个因素有序排列于动态模型之中,共同作用于政策执行效果。米特—霍恩模型已广泛应用于婚检政策^[4]、建筑政策^[5]等领域的政策运行分析研究,但在县域医疗政策方面的应用鲜有涉及。

紧密型县域医共体作为促进县域医疗卫生体系发展的新模式,政策运行中受多方因素共同影响,这与米特—霍恩模型的作用因素不谋而合。紧密型县域医共体如何整合现有资源、提高基层医疗卫生服务能力、更好地落实分级诊疗是当前亟须解决的困境,但目前对于紧密型县域医共体政策的研究仍处于初步认知阶段,其政策要素及运行机制尚无有效分析方法。米特—霍恩模型契合了紧密型县域医共体政策运行发展的分析需要,从政策目标与标准、政策资源、

基金项目:国家自然科学基金“基于RBRVS的县级公立医院医生绩效薪酬分配机制研究”(7177400)

收稿日期:2021-08-03

作者简介:光心慧(1996—),女,安徽合肥人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策研究;王珩(1969—),女,安徽合肥人,博士,教授,研究方向为医院管理、卫生政策研究,通信作者, wangheng1969@163.com。

组织沟通与运行活动、运行机构特征、运行环境以及运行者价值取向这六大作用因素,深入剖析紧密型县域医共体政策的运行困境,有利于解决影响我国紧密型县域医共体高效运行的关键问题,探索紧密型县域医共体运行的政策建议。

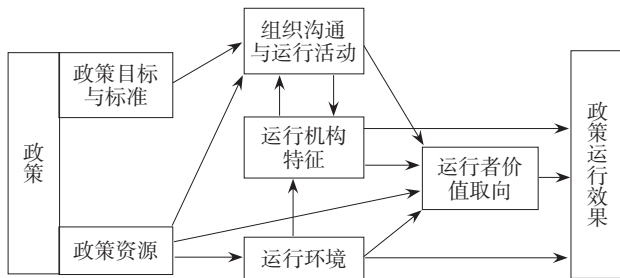


图1 米特—霍恩模型

二、政策运行困境分析

(一)政策目标与标准

政策目标是按照政策标准运行预期可达到的成效。政策标准即国家相关部门的文件规定和运行标准。紧密型县域医共体政策在政策标准和目标方面存在以下困境。

1. 政策目标涉及范围较广

2019年5月,国家卫健委发布《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》^[1],要求到2020年底,在500个县初步建成目标明确、权责清晰、分工协作的新型县域医疗卫生服务体系,逐步形成服务、责任、利益、管理的共同体。2019年8月,国家卫健委、国家中医药管理局正式发布《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设试点省和试点县名单的通知》^[6],将试点县数量增加了60多个,同时增设山西省和浙江省为省级试点。加强紧密型县域医共体建设已成为各省市重大民生工程。500多个省、县试点区域涉及全国范围,各地区前期紧密型县域医共体发展程度不一,且社会经济状况存在较大差异,这些因素制约着政策目标的最终达成度。

2. 政策标准落实时间较长

2020年9月,国家卫生健康委发布《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)》^[7],明确了紧密型县域医共体建设的评判标准和检测指标,采取定性和定量结合,定性指标评价医共体紧密程度,定量指标测量医共体建设成效。目前紧密型县域医共体建设程度较为缓慢,远远没有达到政策标准。由于医共体内部存在着利益牵扯,各机构在责任分配、资源共享、人员调配上并没有实现同质化管理^[8],所以暂时还达不到定性评判中“责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体”的政策标准。同时还存在着分级诊疗的就医格局未完全形成、县域医疗基层医疗服务能力弱、卫生资源利用效率低、医保基金使用效能低等问题,定量监测的政策标准也不尽如人意。以上方面短时间内难以快速提升,但却是政策标准衡量的核心内容,因此,政策标准真正落实还任重道远。

(二)政策资源

政策资源是政策运行中所需的各类资源,包括人力资源、财物资源、信息资源等,紧密型县域医共体的政策资源方面存在以下困境。

1. 卫生资源配置效率较低

我国人口基数大,加之近年来人口老龄化和慢性病发病率升高等问题,人民群众的医疗需求扩展至预防保健、愈后康复等卫生服务,但卫生资源的相对有限且配置效率较低,制约了卫生服务发展多样化,使得人民群众的医疗需求得不到完全满足。据2019年全国卫生资源总体分布情况,可估计出基层医疗卫生机构数约为医院数的28倍,但基层医疗卫生机构的床位数仅为医院床位数的1/4,基层医疗卫生机构的卫生人员数仅为医院床位数的1/2,基层医疗卫生机构卫生人员中执业(助理)医师数和注册护士数也仅为医院卫生人员中执业(助理)医师数和注册护士数的3/5和1/5,详见表1。同时城村存在着资源配置过度和资源配置不足的问题,一方面,城市大医院配备有高端医疗设备、优质医学人才,供给者诱导需求等又造成消费者过度消耗卫生资源,造成了极大的资源浪费;另一方面,我国基层农村卫生资源相对匮乏,卫生医疗人员、护理人员、管理人员等配备不足。如何优化卫生资源配置、提高卫生资源配置效率是亟待解决的根本问题。

表1 2019年全国卫生资源总体分布情况

机构类别	机构数(个)	床位数(张)	卫生人员数(人)	执业(助理)医师数(人)	注册护士数(人)
医院	34 354	6 866 546	7 782 171	2 174 264	3 237 987
综合医院	19 963	4 532 676	5 403 262	1 526 797	2 308 777
中医医院	4 221	932 578	1 069 481	323 268	409 416
专科医院	8 531	1 158 126	1 089 329	262 373	437 666
基层医疗卫生机构	954 390	1 631 132	4 160 571	1 436 619	960 374
社区卫生服务中心(站)	35 013	237 445	610 345	220 271	202 408
卫生院	36 112	1 381 996	1 460 035	508 271	301 384
专业公共卫生机构	15 958	285 018	896 554	242 188	235 220

数据来源:2020年中国卫生健康统计年鉴。

2. 医保支付指挥棒作用较弱

医保支付方式改革的真正目的是引导医疗服务方式规范化、合理配置医疗资源和控制医疗费用不合理增长,是医保改革的重要组成部分,同时对县域医共体改革起到指挥棒作用。但是,就现实情况看,医保局直接将医保基金划分给各个医疗机构,只是简单地进行经济风险转移,没有将医保基金的激励作用发挥出来。对于普遍存在的这种情况,一些省市采取了一刀切政策,即使达到减少不必要的医疗费用的最初目标,但可能导致诸如服务内容不足和服务质量降低等问题^[9]。实际上通过医保打包付费、结余留用的医保支付方式可以形成一种有效的经济激励方式,使得紧密型县域医共体能够真正地运作起来。

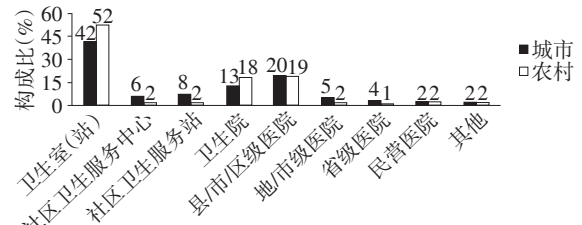
(三)组织沟通与运行活动

组织沟通是政策运行机构之间的信息共享与沟通平台。运行活动是政策运行机构之间的运行机制。紧密型县域医共体政策在组织沟通和运行活动方面存在以下困境。

1. 分级诊疗上下转诊不畅

通过“分级诊疗、双向转诊”实现“大病到医院,小病回社区”是深化医疗改革的重要内容,但目前分级诊疗过程并不通畅。一是基层首诊落实

不到位^[10]。由2018年调查地区两周患者首诊机构构成图看出,居民首选基层就诊的约占五成,卫生院、县/市/区级医院约占四成(图2),可知基层首诊初有成效但仍未全面落实。基层医疗卫生机构的医疗技术水平难以使群众信服,加之基层医疗卫生人员积极性不高且“虹吸”现象严重,基层首诊政策难以进行。二是双向转诊呈现上转容易下转难的局面^[11]。据2014—2019年医疗卫生机构诊疗人次数,不难看出基层医疗卫生机构诊疗人次所占比例逐年缓慢下降,医院诊疗人次所占比例逐年缓慢上升(表2)。上下级医院没有建立专门负责双向转诊协调的部门,缺乏明确的可操作性转诊标准,使得患者得不到优质的连续性医疗服务。



数据来源:2020年中国卫生健康统计年鉴。

图2 2018年调查地区两周患者首诊机构

表2 2014—2019年医疗卫生机构诊疗人次数

(万人次)

机构	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
医院	297 207	308 364	326 956	343 892	357 738	384 241
基层医疗卫生机构	436 395	434 193	436 663	442 892	440 632	453 087
专业公共卫生机构	26 046	26 392	29 300	31 240	32 154	34 471
其他医疗卫生机构	539	394	251	288	279	189

数据来源:2020年中国卫生健康统计年鉴。

2. 信息化建设契合度不高

信息化水平已然成为紧密型县域医共体建设的制约因素。信息化建设契合度不高体现在:县域内医疗信息化建设相对滞后,各地各医疗机构各自为战,成为“信息孤岛”。主要原因:一是资金投入不足,前期信息化建设和后期维护需要投入巨大资金成本,县域内信息化资金投入有限,导致县域内各医疗机构间、医疗机构各科室没有建立互通的有效信息平台,内部信息交流与共享不畅^[12]。二是缺乏完善的信息化标准规范体系,没有信息技术标准规范信息平台的结构和条目,不同医院间患者电子健康信息的无法共享,不便于健康信息大数据的收集。

(四)运行机构特征和运行者价值取向

运行机构的特性是指运行机构的固有属性。运行者价值取向是运行者的能力与意愿方面。目前紧密型县域医共体政策在运行机构特征和运行者价值取向方面存在的困境主要是基层医疗机构服务能力不足。

基层能力不足是县域医共体的固有缺点。从农村和城市2014—2019年每千人口卫生技术人员数明显看出,城市一直是农村的近两倍(图3)。再由2019年社区卫生服务人员学历构成图明显看出,基层卫生服务人员学历为大专、大学本科、中专的占近九成,研究生学历的卫生服务人员稀缺(图4)。综合可得,基层医疗机构能力不足主要体现在卫生服务人员人数不够,以及卫生服务人员年资不够,缺乏高学历人才。主要原因有:基层医疗机构人才“难引进、难留住”,高校毕业生不愿意到条件艰苦的基层工作;发展空间受限,培训和继续教育机会少,相当一部分人在上级医院规培后选择留院,不愿意继续回到基层工作^[13]。

(五)运行环境

运行环境主要是政策运行的社会环境的支持与协同。紧密型县域医共体政策在运行环境方面存在的困境主要是“三医”联动协调程度较低。随着医疗卫生体制改革的深入,改革过程中暴露了医

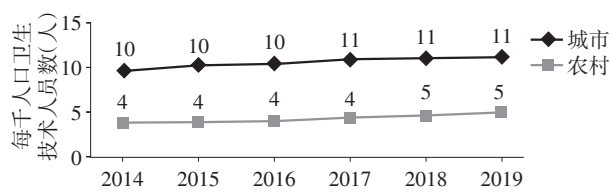


图3 2010—2019年每千人口卫生技术人员数

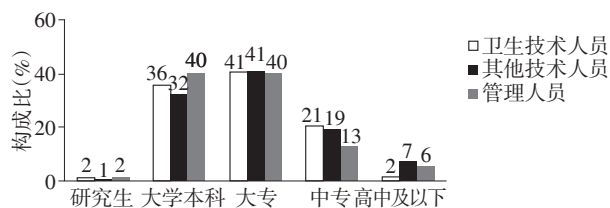


图4 2019年社区卫生服务中心人员学历构成

疗、医药、医保政策协同程度低的问题。主要表现在:一是医疗、医药、医保政策管理职能分配方面有交叉,破坏了应有的职能定位,没有做到相互制衡监督,因而部门之间常常有越俎代庖的现象出现^[14];二是缺少与社会机构联动,实现“三医”联动不仅仅是医疗、医药、医保政策的协同,更需要社会医疗机构、慈善机构等的支持和配合,构建多层次合作协调。

三、建 议

(一)制定具体可行政策,加快实现县域发展目标

县域医疗卫生改革发展在深化医改中具有重要地位和作用。国家关于紧密型县域医共体政策涉及范围广,具有宏观指导意义,无法顾及每个地区实际情况。建议:一是涉及县域医共体政策落实时要注意灵活变通,结合各地区不同的实际情况因地制宜地制定切实可行、操作性强的具体政策,细化到各机构、各部门甚至到个人,使其明确责任分工,确保政策有效实施;二是完善相关配套政策,针对医疗机构员工尤其是基层一线工作者,保障其基本薪酬、工作调休、进修培训等需求,针对妇女、儿童、老年人等特殊人群,加强基本保障和关爱服务。

(二)优化配置医疗资源,保证医疗服务同质化

强化县域医共体运营管理能力,重点就是优化县域内医疗资源。建议:一是优化基层医疗设备利用率,对于长期闲置的基础设施进行普查,登记其使用情况,进行合理配置;二是优化基层人员的配备率,基层机构数量多但质量低的关键是配备的医疗人员尤其高级技术人员数量少,专注于培养技术和管理人才是有效提升服务质量的优选;三是实现县域内医院卫生服务质量同质化,在县域医共体内部建立标准化操作流程、规范化管理措施,尽可能使患者在基层医院也能获得同综合医院同等优

质的医疗服务。

(三)实现信息互通共享,推进分级诊疗制度建设

以信息建设为纽带,以分级诊疗为通道推进县域医共体长效运行。建议:一是县域医共体应当加强牵头医院重点学科、专科和专病中心建设,在基层成员单位开设联合门诊和联合病房,通过远程医疗等先进科技手段共同提升区域医疗服务能力;二是县域医共体应当落实分级诊疗制度,引导非急诊患者首先到基层医疗卫生机构就诊,实行首诊负责制和转诊审核责任制,加快形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的有序就医格局;三是持续补齐医疗信息化建设短板,打造县域内健康信息电子化平台,实现县域医共体内部医疗信息、病案管理、家庭签约等数据的互联互通^[15]。

(四)提高基层医疗能力,推动医共体高质量发展

基层医疗卫生机构直接面向群众,是满足群众健康需求的第一道防线。建议:一是完善人才引进机制,通过公开向社会招聘医务人员、出台优惠政策鼓励医学院校毕业生基层就业等方式吸引人才、留住人才,努力建设优秀的基层医疗卫生队伍;二是建立符合基层需要的培训机制,如国家培训项目、上级医院的人才培养等中长期培养规划;三是建立基层卫生人才的稳定机制,乡镇卫生院、村卫生室在条件相对艰苦的农村,工作条件差,要建立相应的优惠政策和奖励制度,适当提高乡镇医技人员薪资待遇,对长期在一线的基层工作人员给予表彰和奖励。

(五)加强医保改革力度,构建“三医联动”良好环境

以县域医共体为平台,加强医保支付制度的改革力度,强化医疗、医保、医药“三医”联动。建议:一是加大医保支付方式改革力度,在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付相结合的多元化医保支付方式,充分考虑医院的经济水平、医疗水平,选择适合其适用范围的支付方式,增强医保对医联体财政的激励约束作用;二是调整药品价格、抵制药品价格盲目虚高、优化医药费用结构,控制医药费用快速增长^[16]。联合医药、医保政策,深化县域医共体内部医疗体制改革,落实“三医联动”改革要求,构建医疗、医保、医药协同发展的良好政策环境。

参考文献

- [1] 国家卫健委,国家药监局. 关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知[EB/OL]. [2021-07-12]. <http://bgs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2019-05-30/9902.html>
- [2] 国务院. 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[EB/OL]. [2021-07-12]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/17/content_5618799.htm

- [3] METER D S V, HORN C E V. The policy implementation progress: a conceptual framework [J]. *Administration and Society*, 1975, 12(6):445-488
- [4] 陈永超,王芳,丁雪,等. 我国婚检政策执行分析——基于米特—霍恩模型[J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9(5):24-29
- [5] 陈婉菁,吴泽斌. 我国装配式建筑政策执行的现实困境与完善路径——基于米特—霍恩政策执行模型的视角[J]. *建筑经济*, 2021, 42(8):77-80
- [6] 国家卫健委,国家中医药管理局. 关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设试点省和试点县名单的通知[EB/OL]. [2021-07-12]. <http://bgs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2019-09-04/10778.html>
- [7] 国家卫健委. 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[EB/OL]. [2021-07-12]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=4ef05c4d525f4a61bb4178681627a82d>
- [8] 林娟娟,陈小婵. 构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2014, 14(2):104-108
- [9] 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
- [10] 李霞,苗豫东. 推进分级诊疗制度的思考与建议[J]. *中国医院*, 2018, 22(7):31-33
- [11] 蒋恩,许道婧,曹洋,等. 紧密型医联体建设体系研究[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2021, 21(4):378-382
- [12] 俞建明,郑加明,林星. 基于县域医共体管理的信息系统规划与设计[J]. *中国卫生信息管理杂志*, 2019, 16(4):432-436
- [13] 张平. 推进县域医共体基层卫生的眼前与远方[J]. *中国卫生*, 2020(4):90-93
- [14] 陈仰东. 新体制下的“三医联动”及实现路径[J]. *中国医疗保险*, 2018(11):17-20
- [15] 张洁,唐旭东,苗春霞,等. 分级诊疗下医联体信息化平台建设的问题及对策——以徐州市为例[J]. *卫生经济研究*, 2021(7):28-32
- [16] 熊婷,胡丹,陈家应. 我国公立医院改革进展、问题及对策浅析[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2018, 18(3):215-219

(本文编辑:姜鑫)

Research on the operational dilemma of compact county medical alliances based on the Meter-Horn model

GUANG Xinhui¹, WANG Heng^{1,2}, XUE Junjun¹, LI Niannian³, WANG Cunhui⁴

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032;

2. Dean's Office, 3. Graduate Work Department, 4. Organization Department of the CPC Party Committee, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: At present, the policy operation of compact county medical alliances in our country is facing difficulties. In order to deeply analyze the difficulties existing in the policy operation of compact county medical alliances, the six factors of Meter-Horn model were used as the framework for analysis, which were policy objectives and standards, policy resources, organization communication and operation activities, operating organization characteristics, operating environment and operator value orientation. The results showed that dilemmas of policy operation included a wide range of policy objectives, a long time for implementation of policy standards, low efficiency in the allocation of health resources, weak effect of medical insurance payment, and unsmooth referrals in the tiered system of diagnosis and treatment, unmatched information construction, insufficient capacity of primary health care institutions, and the low level of coordination between medical services, medical insurance and pharmaceuticals. In order to solve the dilemmas of policy operation of compact county medical alliances, the following suggestions were proposed to promote the stable construction and long-term development of compact county medical alliances. Specific and feasible policies should be formulated. The allocation of medical resources should be optimized. Information exchange and sharing should be realized. The primary health care capacity should be improved. The medical insurance reform should be strengthened.

Key words: compact county medical alliances; health policy; Meter-Horn model; policy operation