



# 紧密型县域医共体政府监管的问题探析和对策研究

戴悦<sup>1</sup>, 尚钊<sup>2</sup>, 薛冬羽<sup>2</sup>, 李跃平<sup>1</sup>

1. 福建医科大学卫生健康研究院, 2. 公共卫生学院, 福建 福州 350108

**摘要:**紧密型县域医共体(简称紧密型医共体)是我国现阶段进一步深化医药卫生体制改革、落实分级诊疗制度的重要路径和关键举措。文章基于紧密型医共体的监管现状,以史密斯模型理论为框架,从政策目标、执行机构、目标群体和外部环境四个方面对紧密型医共体的监管困境及问题进行剖析。结果显示,政策目标模糊、执行机构协调性不足、经济与技术环境作用有限等因素一定程度上影响了紧密型医共体监管效果。针对存在问题,应完善监管政策体系、明确执行主体责任、促进目标群体参与、优化社会技术环境来推动紧密型医共体的高质量发展。

**关键词:**紧密型医共体;史密斯模型;监管

**中图分类号:**R197.1

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-0479(2022)01-020-005

**doi:**10.7655/NYDXBSS20220105

医疗卫生共同体(简称医共体)是医疗联合体(简称医联体)的一种重要形式<sup>[1]</sup>,我国县域医共体建设实践始于2015年,近年来各地探索出了多种模式,比如浙江德清保健集团模式、深圳罗湖模式、三明尤溪模式等<sup>[2]</sup>。相关数据显示,截至2018年,我国共组建县域医共体3 129个<sup>[3]</sup>。我国县域医共体现阶段建设的重点在于如何有效构建外部治理、内部运行和监督考核三大体系<sup>[4]</sup>。而外部治理的难点在于厘清政府与医共体的权责关系,促进医共体相关改革措施有效落地。从政策科学的角度来看,公共政策本身并不能自动地达成人们所期望的目标或效果,需要对政策过程加以监督和控制<sup>[5]</sup>。目前,我国县域医共体在运行过程中出现了部分医共体建设尚处于概念状态、患者下转机制运行不够顺畅、按人头总额预付具有一定资金风险、人事编制与薪酬制度尚未厘清、相对独立的组织关系不利于基层医疗机构发展等问题,一定程度上表明政府与医共体之间的监管关系尚未厘清,缺乏对医共体监管体系的顶层设计与制度安排。因此,本研究利用史密斯模型,以紧密型县域医共体(简称紧密型医共体)为研究对象,对紧密型医共体监管过程中存

在的问题或被忽视的问题进行梳理,为改善紧密型医共体监管现状提供一个新的视角,并在此基础上提出相关政策建议。

## 一、资料和方法

### (一)资料来源

本研究以中国知网、万方数据知识服务平台、维普网为检索数据库,以“县域医共体”“县域医联体”“县域医疗卫生共同体”“医联体”为关键词,不限制收集年限条件,选取建库至今的学术论文、期刊类文章,剔除会议论文、报纸、无关文献以及重复文献,并结合符合主题文献后的参考文献,提高查全率。经过筛选与整理,最终纳入274篇符合要求的文献。同时在国家卫生健康委员会、国家医疗保障局等官方网站获取医联体及医疗卫生监管的相关政策文件。

### (二)分析方法

史密斯政策执行模型是分析政策执行问题的理论模型<sup>[6]</sup>,由理想化政策、执行机构、目标群体和执行环境构成。理想化政策是合法、合理、可行的政策方案,是政策执行的核心与前提;执行机构不

**基金项目:**福建省科技厅创新战略项目“基于政策网络理论的紧密型县域医共体协同监管机制及优化路径研究:以福建省为例”(2021R0054)

**收稿日期:**2021-12-14

**作者简介:**戴悦(1987—),女,福建泉州人,博士,副教授,研究方向为基层卫生制度;李跃平(1974—),男,福建龙岩人,教授,博士生导师,研究方向为卫生政策、健康保障制度,通信作者,lyp@fjmu.edu.cn。

仅指负责政策执行的单位或个人,也包括其执行的方式、方法和技术等;目标群体是受政策直接影响和必须做出直接反应的群体,需根据政策目标调整自身行为;执行环境是影响政策执行和受政策执行影响的政治、经济、文化和技术等因素。因此,史密斯模型不仅关注政策执行过程中的关键路径,也认为政策执行是过程与结果的交互作用,各要素在政策执行中不断碰撞与摩擦,从而影响政策执行效果。本研究以史密斯模型为理论框架,综合分析我国紧密型医共体政府监管过程中存在的问题,为优化紧密型医共体政府监管路径提出建议。

## 二、结果

### (一)理想化政策

本研究通过对我国医联体政策文本和医共体文献研究的系统分析,总结和提炼我国医联体建设的政策目标、主要工具和重点内容,为紧密型医共体监管的理想化政策分析提供思路与依据。由表1可见,2016—2021年我国医联体政策数量不断增

加、覆盖范围逐步扩大、政策目标日益多样。有学者分析发现,近年来我国医联体政策工具以供给型为主,环境型和需求型为辅,政策目标集中在提升基层医疗卫生服务能力和优化区域医疗资源配置,具体可分为专业技能、管理水平、协作机制、共享机制、转诊机制、绩效考核制度、医保支付方式等类目<sup>[3,7]</sup>。从274篇文献的关键词频次来看,我国县域医共体研究聚焦服务能力(125次,32.55%)、服务体系(119次,31.00%)和管理制度(90次,23.44%)三个层面,其中,质量与安全(71次,18.44%)、薪酬制度(61次,15.84%)和资源整合(43次,11.17%)为当前我国县域医共体研究的主要内容(表2)。因此,服务能力和管理制度是我国医联体可持续、高质量发展的重要保障,但目前仍缺乏规范可行的关于医联体(医共体)监管制度的顶层设计和具体指导意见,加之参与医联体(医共体)监管的利益相关者众多、关系复杂,对各方监管主体的权力、义务及责任界定不够清晰,极易对地方政府的监管行为产生误导,甚至造成监管行为的异化或阻滞。

表1 我国医联体政策文件汇总(部分)

序号	文件名称	发布机构	发布时间
1	《关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》	国家卫生计生委	2016
2	《关于推进分级诊疗试点工作的通知》	国家卫生计生委、国家中医药管理局	2016
3	《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》	国务院办公厅	2017
4	《关于做好国家卫生计生委和国家中医药局属管医院参加属地公立医院综合改革有关工作的通知》	国家卫生计生委、财政部、国家发展改革委等	2017
5	《医疗联合体综合绩效考核工作方案(试行)的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	2018
6	《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	2018
7	《关于开展城市医疗联合体建设试点工作的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	2019
8	《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	2019
9	《关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	2020
10	《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》	国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局	2020
11	《关于推动公立医院高质量发展的意见》	国务院办公厅	2021
12	《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》	国务院办公厅	2021

表2 我国县域医共体研究内容类目

一级指标	二级指标	关键词	频次	频率(%)
服务体系	资源整合	服务能力,管理权,民营医院,城市医联体,乡村医生	43	11.17
	资源共享	基本药品,基础设备,检验检查中心	28	7.67
	信息化	投入,管理与规划	28	7.67
管理制度	管理主体	医共体管委会,责权利,规章制度	13	3.38
	人事制度	职称指标,编制分配,岗位设置,管理素质	16	4.16
	薪酬制度	绩效考核,工资待遇,绩效分配	61	15.84
服务能力	质量与安全	服务标准,诊疗指南,同质化管理	71	18.44
	家庭医生	服务方式,激励机制,服务队伍,双向转诊	38	9.87
	公共卫生	资金利用,人才培养,医防融合	16	4.16
财政保障	医保基金	基金监管,支付方式,配套措施	28	7.67
	财政投入	补偿政策,资金投入,监管机制	23	5.97

## (二) 执行机构

针对县域医疗服务体系的改革发展,需清晰界定政府外部治理和医共体内部自主管理的职能边界。政府部门应以激发县域医共体发展活力、提高县域医共体运行效率为政策目标,通过财政、人事、价格、医保、薪酬等手段发挥政府监管作用<sup>[4]</sup>。从部门间的横向协作机制来看,卫生健康、医保、编办、发改、财政、市场监管等部门是县域医共体监管的执行机构,卫生健康行政部门虽然作为主要监管主体,但对于县域医共体的整体性监管缺乏明确指导内容和实施思路,使当前卫生健康行政部门的监管力量薄弱、监管方式单一。各地积极探索并出台县域医共体建设方案和配套措施,但医保、编办、发改、财政等部门尚未真正参与进来,导致部门间政策目标不一致、“非综合性”问题较为突出,在监管时出现互相推诿“扯皮”的现象,使政府监管职能存在“缺位”“越位”等情况,不仅大大增加了被监管单位的负担,也严重影响了政府对紧密型医共体的监管实效<sup>[8]</sup>。从部门间的纵向协作关系来看,由于不同层次的政府部门仍注重对县域医共体内单一医疗机构的监管,其政策制定和执行忽视了医共体的整体性,停留在各自管辖范围内对单一机构群体的调适,未能充分发挥不同层次政府部门间的分工协作机制,一定程度上阻碍了对县域医共体监管政策的执行<sup>[9]</sup>。

## (三) 政策目标群体

政策目标群体一般指因特定政策执行需作出行为调整的群体,该群体对政策的认知、信任与参与均影响政策执行效果<sup>[10]</sup>。首先,从宏观组织角度来看,县级医院处于医共体内部治理网络的核心地位,被政府赋予更多自主治理权,拥有较多资源和较大影响力,代表紧密型医共体对乡镇卫生院和村卫生室进行人事、财务、医疗、药品等方面的监管,是执行与监督政府政策落实情况的主体<sup>[11]</sup>。因此,县级医院对政府监管政策执行较为积极,可主动将政府监管目标转化为内部管理策略。乡镇卫生院和村卫生室作为优质资源下沉的重要承接者,具有争取县级医院支持的强烈愿望,因此,接受县级医院的监管符合自身对制度环境与技术环境的期望<sup>[12]</sup>。其次,从微观个体来看,广大医务人员是紧密型医共体可持续运行的主力军,也影响着政府监管政策的有效执行。有学者以公立医院医务人员为研究视角,探讨医务人员对内外部监管策略的认知与评价,研究表明,大部分医务人员认为有必要加强公立医院内外部监管,对现有监管制度、管理人员监管意识以及当前医院监管存在问题的认识较为清晰,认为应当积极探索和建立内外部多元化监管模式,但整体参与度不高<sup>[13-14]</sup>。医务人员

虽然对医院内外部监管的认知度较好,但还需进一步提升参与度来推动政府监管的执行。

## (四) 环境因素

环境因素主要指与政策执行相关的政治、经济、技术、文化等因素<sup>[15]</sup>。在政治环境方面,自发展紧密型医共体以来,国家发布了一系列相应地支持和促进性的政策文件。随着紧密型医共体建设的推进,指导文件逐渐细化,专项政策的出台明确了紧密型医共体的发展方向和阶段性目标,为监管的执行创造了良好的政治环境。然而,由于紧密型医共体建设涉及部门较多、范围较广,势必会影响紧密型医共体监管制度的约束力。在经济环境方面,医保支付是紧密型医共体发展的重要激励机制,不仅有助于推动医共体统一的进程,也利于政府借助其杠杆效应对医共体建设实施监管<sup>[16]</sup>。有学者在全国范围内筛选出33个县域医共体,对医保支付改革影响进行分析,结果表明实施医保打包支付后,医共体内基本实现资源下沉目标,牵头医院辐射带动作用明显,县域内各级医疗机构的服务能力得到有效提升<sup>[17]</sup>。但目前医保支付方式改革相对医共体的发展稍显滞后,没有充分发挥医保支付的激励与约束作用,尤其在推进过程中往往采用行政化的手段,阻碍了政府—市场—社会三方互动协同,一定程度上弱化了医保制度的经济监管作用。在技术环境方面,信息化平台是紧密型医共体监管实施的重要抓手,例如《全国按疾病诊断相关分组收付费规范》(Chinese diagnosis related groups, C-DRG)的“1311”体系、医保智能在线监控、人员薪酬改革工具、慢性病一体化信息平台、专业公共卫生机构与医疗机构信息系统数据融合等,成为当前卫生健康综合监管的科技手段,不仅提高监管效能,也有助于实现医共体内部优质资源的流动与共享。然而,当前医共体监管部门的信息尚未实现互联互通,各部门监管信息的采集、储存、共享及平台的搭建仍处于割裂或封闭状态,导致医共体监管信息的利用率低、效果差。

## 三、建 议

### (一) 完善紧密型医共体监管政策体系

政策推动是紧密型医共体监管顺利实施的主要方面,需要政府根据其发展阶段不断提高政策的合理性和可行性,进而提升医共体监管政策的总体功效<sup>[18]</sup>。国家也发布了一系列相应文件促进医疗卫生行业的综合监管,其中,2018年国务院办公厅印发《国务院办公厅关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》和2020年国家卫生健康委等部委印发《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)》两份文件,为紧密型

医共体监管创造了良好的外部环境。因此,应进一步推进对紧密型医共体监管的政策顶层设计,包括监管目标、监管内容和监管实践的系统性筹划,改变现有政策内容简单模糊或针对性不强的现状,全面系统把握医共体监管的政策进程。另一方面,由各地执行部门出台相关配套实施的主体政策,避免顶层设计出现制度冲突或制度真空。此外,政府还应完善当前相应的监管制度,加强行业自律和市场监管,不断促进紧密型医共体良性发展。

#### (二)明确紧密型医共体监管执行主体权责

作为紧密型医共体监管执行的主要力量,卫生健康行政部门和医保部门的作用不可或缺,监管主体职责的界定不仅关系到两个部门的核心利益,也是监管政策执行的动力之源。因此,首先强调建立政府领导下的卫生健康行政部门牵头联动工作机制,由卫生健康行政部门统筹协调解决医共体在监管过程中的各类问题,强化卫生健康行政部门的监管力度,提升部门协同监管的政策执行效果<sup>[19]</sup>。其次,提升医保部门精细化管理程度,重点加强对患者医保支付报销、医生医疗行为、药品供应流通、医疗服务价格形成等方面的监管,并发挥医保支付方式改革所带来的利益共享作用,不断激励牵头医院为基层医疗机构提供专家资源和技术帮扶。最后,构建多元化、动态化的监管体系,卫生健康行政部门应加强与发改、财政、人社、物价等部门的密切合作,基于紧密型医共体建设与发展的实际需求,共同制定医共体监管的标准和规范,明确各相关部门的监管职权,实现协同效应最大化。

#### (三)提升紧密型医共体监管目标群体参与度

作为一种新型的县域医疗卫生服务治理模式,县级医院和乡镇卫生院对其认知程度是影响政府外部监管顺利推进的重要因素,应加大对紧密型医共体监管的宣传力度,提升县级医院和乡镇卫生院对监管目标和内容的了解程度,有助于将政府外部监管目标转化为医共体内部管理行为。此外,根据紧密型医共体建设目标,县级医院主要承担急诊和部分疑难重症的诊疗工作,慢性病患者将逐渐下沉到乡镇卫生院,对于县级医院而言,有可能面临门诊量流失、业务收入减少的风险,县级医院管理人员和医务人员对紧密型医共体建设的阻碍和抵触有可能加大。因此,在监管体系的顶层设计中,应充分考虑医务人员“经济人”“理性人”和“社会人”的三重属性,在县域医共体人事薪酬制度改革的基础上,建立权衡县乡村三级服务主体利益与风险的监管指标体系,提升监管目标群体对政府外部监管的推动力。

#### (四)优化紧密型医共体监管社会经济环境

政策执行的环境因素是政策能否有效执行的保障。首先,应不断完善紧密型医共体基金使用和分配的监管措施,由牵头单位统筹医共体内的薪酬、财政补助、公共卫生资金等资源分配,切实发挥牵头单位的引领作用,提高基金使用效率。其次,政府不过多干预医共体医保基金“结余留用”的权限,并通过监管机制充分发挥总额打包付费的激励效应,推动医共体把工作重心从疾病治疗转向健康管理,在基金结余分配中尽可能向基层医疗机构倾斜。最后,由政府牵头逐步建成贯通县域医共体监管部门的市级集成化信息平台,将医共体的财务、人事、医疗、药品等纳入监管体系,真正实现政府对医共体运行的多层次、全方位监管。

#### 参考文献

- [1] 任飞. 完善纵向区域医联体建设的思考——基于制度理性选择[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(10): 1-10
- [2] 郁建兴, 涂怡欣, 吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020(1): 5-15
- [3] 石敏, 徐梦丹, 许星莹, 等. 我国医联体政策量化研究: 基于政策目标、工具和力度的内容分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(5): 352-356, 374
- [4] 江蒙喜. 县域医共体建设中促进“共”的实践路径探讨[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(6): 3-5
- [5] 李晓勇. 完善我国公共政策监控机制的思考[J]. 中共四川省委省级机关党校学报, 2009(4): 48-50
- [6] SMITH T B. The policy implementation process[J]. Policy Sci, 1973, 4(2): 197-209
- [7] 春兰, 刘智勇. 我国医联体政策文本量化分析[J]. 中国医院, 2019, 23(12): 4-6
- [8] 芦欣怡, 都率, 王亚东. 我国医疗卫生行业综合监管制度建设初探[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(1): 1-4
- [9] 魏来. 整体性治理视角下区域医疗机构纵向协作优化研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 1-8
- [10] 周航, 徐建中, 孙涛. 基于史密斯模型的乡村医生对新型农村合作医疗政策执行的评价研究[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(6): 49-51
- [11] 薛俊军, 钱晨, 王存慧, 等. 现代医院管理制度视角下的紧密型县域医共体建设探讨[J]. 卫生软科学, 2021, 35(2): 20-22
- [12] 尹文强, 黄冬梅, 陈钟鸣, 等. 医疗共同体建设中乡镇卫生院的参与动因与策略研究: 以山东省为例[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(2): 105-109
- [13] 李璐, 方鹏骞. 基于医务人员视角的公立医院多元监管策略与路径分析[J]. 中国社会医学杂志, 2014, 31(4): 234-237
- [14] 何桂香, 王丽, 王小玉. 公立医院临床医生对医疗监管

认知的调查与分析[J]. 中国医院管理, 2013, 33(1): 33-36

[15] 吴倩倩, 尹文强, 马赫, 等. 基于史密斯模型的家庭医生政策执行情况研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(22): 2655-2659

[16] 徐焯云, 郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4):102-108

[17] 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):108-110, 116

[18] 陈志鹏, 杨金侠, 章凯燕, 等. 基于史密斯模型的医养结合政策执行效果研究[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(7):515-517, 546

[19] 罗益佳, 周典, 徐慧, 等. 基于史密斯模型的远程医疗政策执行分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(3):210-214

(本文编辑:接雅俐)

## Problems and solutions of medical alliances regulatory : an analysis based on the Smith model

DAI Yue<sup>1</sup>, SHANG Zhao<sup>2</sup>, XUE Dongyu<sup>2</sup>, LI Yueping<sup>1</sup>

1. Institute of Health Research, 2. School of Public Health, Fujian Medical University, Fuzhou 350108, China

**Abstract:** Medical alliances was the important path and key implement of the reform of medical and health system and hierarchical medical system at present in China. Based on the current status of regulatory implementation, this study used the Smith model as a framework to analyze the implementation of medical alliances regulatory policy from four aspects: policy itself, policy implementation subject, and policy implementation object and policy execution environment. The results showed that fuzzy policy objectives, insufficient coordination of implementing subject and limited economic and technological environment influence regulatory effect. It is necessary to improve the regulatory policy system, clarify the rights and responsibilities of the subject, promote the participation of objectives, and optimize the social and technological environment to promote the high-quality development of the medical alliances.

**Key words:** medical alliance; regulatory implementation; Smith model; regulatory implementation