

基于 CIMO 模型的紧密型县域医共体改革分析

——以安徽省 S 县为例

吕邦亮, 彭婧, 王淑敏, 宋天煜, 马荣菲

(安徽医科大学 卫生管理学院, 安徽 合肥 230032)

摘要:以安徽省 S 县紧密型县域医共体的建设为例, 利用 CIMO 模型分析建设的政策背景、改革措施、干预机制和取得的成果。S 县通过实行医保基金总额预付、健全人才管理、推动资源下沉、整合信息平台、畅通双向转诊以及推动医防融合等措施, 形成了政府主导的工作推进机制、医保基金总额预付制为核心的利益共享机制和提升医疗服务能力为导向的绩效考核机制, 但是也存在不完善的利益分配方式, 缺乏强有力的监督与管理。最后, 提出要强化政府办医责任, 多部门合作, 共同推进改革; 医共体内“两包”(医保基金和公卫基金打包支付给医共体)和“结余留用”机制要稳定并长期坚持; 强化医共体的监督考核, 加强管理。

关键词:县域医共体; CIMO 模型; 基层医疗服务能力

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1009-4784(2023)01-0024-06

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》和 2021 年国务院发布的《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》都指出要进一步推进紧密型医共体建设, 提高基层医疗服务水平, 优化基层医疗资源配置^[1-2]。县域医共体、医联体建设一直以来都是基层深化医药卫生体制改革的重要部分, 紧密型县域医共体也是改革重点突破之处。但由于紧密型医共体的建设涉及成员单位的管理机制的改变、内部医疗资源的重组、利益分配制度的调整, 各地在推行过程中存在着一定的桎梏, 如相关支持政策不完善、管理体制不齐全、责任和义务不明确等问题^[3]。本研究以 CIMO 模型为基本理论框架, 分析紧密型医共体建设的政策环境、干预措施和机制, 并针对紧密型县域医共体建设过程中存在的不足, 提出合理的对策和建议。

CIMO 模型是由 Van Aken 等学者在 2004 年提出的^[4-5], 主要从政策实施的背景(Context)、干预措施(Intervention)、机制(Mechanism)、结果(Out-

come)4 个方面对公共政策或项目进行评价和评估^[6](图 1)。与其他模型不同的是, CIMO 模型更加强调结果不仅仅是由干预措施所决定的, 而是由背景和干预措施共同决定的, 更加强调结果产生的综合性^[7]。CIMO 模型已经广泛应用于国外的卫生项目评价和公共政策分析, 但国内医疗政策方面少有涉及。CIMO 模型更加契合紧密型县域医共体建设的分析需要, 有利于深入剖析紧密型县域医共体的改革背景、政策干预措施、关键机制和结果。

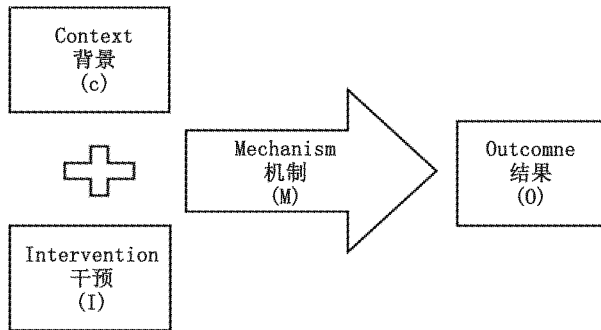


图 1 CIMO 框架

收稿日期: 2022-10-24

资助项目: 国家自然科学基金(71704004)

作者简介: 吕邦亮, 男, 安徽医科大学社会医学与卫生事业管理专业 2021 级硕士研究生。研究方向: 卫生政策与医疗保险。

通信作者: 彭婧, Email: jane429@qq.com

一、资料与方法

(一)资料来源

本研究资料来源于世界银行贷款促进中国医改项目安徽省第三方终末评估座谈会《安徽省S县紧密型县域医共体建设情况汇报材料》和S县医疗服务信息公开数据。通过个人访谈和座谈会的方式,了解S县县域医共体实施的背景、运行机制、具体措施和取得的效果和问题。访谈对象包括当地卫健委负责人(1人)、县医院院长、1所乡镇卫生院院长、医务人员(2人)和访谈村医(2人)。座谈对象包括当地卫健部门的领导、2所医共体牵头医院的院长、部分乡镇卫生院院长、财政局和人社局的相关领导等。

(二)研究方法

采用文献研究法和单案例研究方法,查阅相关文献,搜集相关资料,以安徽省S县为分析对象,了解紧密型医共体建设的环境和条件,分析S县紧密型医共体建设的做法以及产生的效果等。在具体分析框架方面,采用CIMO框架分析法,从4个维度对S县紧密型医共体建设的背景、具体措施、干预机制和结果进行分析。

二、结果

(一)改革背景(Context)

1. 政策背景。安徽省于2015年出台的《关于开展县域医共体试点的意见》标志着安徽省正式开展县域医共体试点工作^[8]。2016年原国家卫生计生委颁布了《关于开展医疗联合体试点工作的指导意见》,指出医共体是在农村地区开展医疗联合体的

主要形式^[9]。2019年出台的《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》指出,将在全省37个县(市)开展紧密型县域医共体建设,按照“两包三单六贯通”的建设路径,从资金打包、清单管理、服务群众3个方面,落实紧密型县域医共体建设^[10]。

2. S县的基本情况。S县位于安徽省北部,全县共有医疗机构374家,卫生技术人员4536人,每千人口床位数4.85张,医疗卫生资源较为丰富。但县域医疗发展也存在4个方面的短板:一是资源布局不均衡,服务效率低下。S县域南北跨度大,县城坐落在最北端,医疗资源主要聚集在县城周边。县乡村三级医疗机构之间缺乏分工协作机制,在为辖区居民提供健康管理、医疗服务方面缺少有效的一体化安排。二是服务能力不强,学科建设存在短板。基层服务能力薄弱,服务供给远不能满足居民需求。三是基层活力不足,管理机制不完善。基层医疗机构缺少有效的绩效激励机制,导致基层医疗机构的内生服务动力不足,运行效率低下。作为安徽省第二批县域医共体的试点县,2016年S县的县医院和县中医院与县内18个乡镇卫生院分别组建了2个医共体。2019年S县县委、县政府联合下发《县紧密型县域医共体建设实施方案》,在原有基础上开始紧密型医共体建设。

(二)改革措施(Intervention)

1. 出台相关政策文件。医共体成立初期,S县成立了县域医共体试点工作小组,并紧紧围绕着紧密型医共体建设过程中的职责分工、财政投入、一体化建设等重点领域制定并出台多项相关文件(表1)。这些政策为S县县域医共体的建设奠定了政策基础。

表1 S县紧密型医共体主要文件

年份	颁布部门	文件名称	主要内容
2019	县人民政府	《S县紧密型县域医共体建设实施方案》	规定医共体建设目标、内容、步骤、运行和管理机制以及监管机制和保障措施。
2020	县医改办	《S县紧密型县域医共体综合绩效考核实施方案(试行)》	规范紧密型县域医共体建设,明确医共体内部绩效考核方式,医共体医保基金结余分配方式和超支分担办法。
2020	县卫健委、医保局、财政局	《S县县域医共体城乡居民医保基金按人头总额包干及支付办法》	增强县域医疗服务能力,实行医共体内部城乡居民医保基金按人头总额预算包干支付。
2020	县医院	《S县医院紧密型县域医疗服务共同体章程(2020版)》	明确S县医院紧密型医共体党的建设、管理机构成员、职责分工、医共体成员的权利和义务。
2021	县卫健委、人社局	《S县医共体乡镇卫生院人员管理办法》	明确医共体内乡镇卫生院人员的管理办法。

2. 实行医保基金总额预付制的医保支付方式。医保基金作为医共体改革的指挥棒,也是决定医共体建设和改革成败的关键因素^[11]。S县实行医保基金“总额预算、结余留用、合理超支分担”政策,在扣除基金风险金和大病保险基金之后,将不少于95%的部分作为医共体按人头总额预算基金,交由医共体包干使用,预拨资金由牵头医院管理。年终,医保局、卫健委和财政局对医保基金进行结算,结余部分由牵头医院、乡镇卫生院和村卫生室按照6:3:1的比例进行分配,超出部分则由医共体各成员单位合理分担。

3. 创新人才管理使用模式,推动资源下沉。S县在医共体的人才使用和管理方面,实行“请进来”“送出去”和“沉下去”相结合的模式。利用县域内部的医师培训统筹资金聘请院外专家进行手术、会诊和带教,并按计划将专业技术人员送到上级医院进修学习,提高医务人员的业务能力,提升医共体内医疗机构的诊疗水平。针对基层医疗机构技术力量薄弱、专业人才短缺等问题,医共体牵头医院定期派出部分技术骨干、专科医生前往乡镇卫生院驻点帮扶,开展技术指导。为鼓励医务人员下沉,提升基层医疗服务能力,医共体将职工的晋升与基层医疗服务时间挂钩,并利用“编制周转池”“县招乡用”和“乡聘村用”制度以及农村订单定向医学生培养政策等方式,加强基层医疗卫生人才建设。

4. 多措并举畅通县域双向转诊。S县制定了《S县紧密型县域医共体参保病人转诊管理办法》,明确县内双向转诊机制,落实分级诊疗制度。主要包括:医共体为基层医疗机构设置了39种疾病目录,对于目录内的疾病,可通过转诊平台转往分院就诊,非目录内疾病经分院审核后可直接转往县医院就诊;对于县医院无法诊治的疾病,经过所在科室主任的同意后可向县外转诊;县级医院对于病情稳定、符合下转条件的患者及时向下转诊,并且跟踪指导患者后续的治疗和康复;为保证转诊渠道的畅通,县级医院为上转的患者提供绿色通道,并且在专家号源、住院床位以及检查检验等方面提供优先服务。

5. 整合县域信息平台,实现诊疗信息互通共享。基层医疗信息化是实现县乡村三级医疗信息互通共享的基础,也是制约医共体发展的重要因素。S县在全县的乡镇卫生院、村卫生室和社区卫

生服务站安装“智医助理”系统,为基层医生的日常诊疗提供帮助和指导。并利用世行贷款资金搭建县域全民健康信息服务平台,将影像中心、心电图中心、病理中心、检验中心、转诊平台和“智医助理”等平台联通。此举实现了医共体内部检查检验、会诊、消毒、药品供应的统一,县乡村三级医疗信息互联互通,缩小医共体内各级医院间信息水平的差异,增强各级医院间检验结果认可程度,进而杜绝患者不必要的重复检查项目。

6. 推进医防融合,提升疾病预防控制能力。医共体内部不断推动医防融合,并制定《S县公共卫生专业机构融入紧密型县域医共体建设的实施方案》。S县将县疾控中心、县妇幼中心以及县卫生监督局融入紧密型医共体建设,在医共体管理委员会办公室下成立“基本公共卫生管理中心”,牵头医院内部也成立相应的公共卫生管理中心,协同做好医防融合工作。S县于2021年开始试点门诊慢性病按人头付费,即城乡居民常见慢性病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用,结余留用,合理超支分担,结余的资金按照县、乡(镇)、村2:5:3的比例进行分配。同时,鼓励专业公共卫生医师和县级临床医师参与“1+1+1”家庭医生签约服务,实行“医疗处方+健康处方”的双处方制度,结合相关的医保政策加强临床干预服务。此外,S县还利用县域居民电子健康档案收集居民的临床诊疗和公共卫生数据,通过全民健康平台进行智能分析,实现对重点人群健康管理情况的智能提醒,从而提高对重点人群干预的精准度。

(三) 干预机制(Mechanism)

S县域医共体建设过程中形成的机制主要体现在以下3个方面(图2)。

1. 政府重视,多部门合作形成工作推进机制。改革伊始,S县成立了医共体改革试点领导小组,由分管医疗的副县长担任组长,各级相关单位和医疗机构负责人共同参与。领导小组围绕着医共体建设的一系列关键性问题,出台具体的实施方案和意见。此外,S县卫生行政部门与财政局、编办等部门保持良好的合作关系,建立职责明确的组织结构及联动的运行机制,在制定相关政策时,及时协商沟通。在实际建设过程中,领导小组充分放权给医共体,并将编制周转池的使用、人才的招聘、调配等各项人事权以及预算管理、支出审核、支出拨付、收入管理、绩效考核等财务管理权交给牵头医院,增加

了医共体在建设和实施过程中的灵活性。

2. 实行医保基金总额预算,建立利益共享机制。 S 县在医共体建设初期实行医保基金总额预付制,降低医保经费支出,实现了包干经费结余留用。随着医共体建设的推进,S 县开始探索基本公共卫生经费包干和常见慢性病门诊按人头总额包干。医保部门将医保资金打包预付给医共体,年底结算时结余则由成员单位共享,超支部分由各单位合理分担。其中,医保基金结余按照 6 : 3 : 1 的比例、慢性病门诊医保基金结余按照 2 : 5 : 3 的比例在县、乡(镇)、村三级医疗机构之间进行分配。此外,专业公共卫生机构也可以参与医共体包干结余资金分配,份额从所在牵头医院的包干结余资金总量中支出。这种利益共享机制使得医共体内各成员单位成为一个利益共同体,激励医共体内部各级医疗机构主动优化服务,提升医疗服务质量,强化基层医疗服务能力,构建合理的诊疗体系,提高医保资

金使用率。

3. 绩效考核机制推动医共体各单位均衡发展。 根据县、乡(镇)、村三级医疗机构的各自功能定位,设置不同的考核方式。其中牵头医院由医共体管理委员会办公室进行考核,乡镇卫生院在医共体管理委员会办公室指导下由牵头医院进行考核,村卫生室则由相应的上级卫生院按照季度进行考核。医共体内部明确考核结果应用,牵头医院考核结果与包干结余经费、院长年薪档次、绩效总量核定挂钩;乡镇卫生院考核结果与包干结余经费分配、绩效总量核定、收支结余分配总量挂钩;村卫生室考核结果与包干结余经费、各项财政补助经费分配挂钩。此举既能促进医共体各成员单位以及医务人员主动提升技能水平,达到提升医共体整体服务水平的目的,也能避免医疗资源过多地向县级医院倾斜,从而违背提升基层医疗服务能力的目标,在一定程度上保障了医共体内各成员单位的均衡发展^[12]。

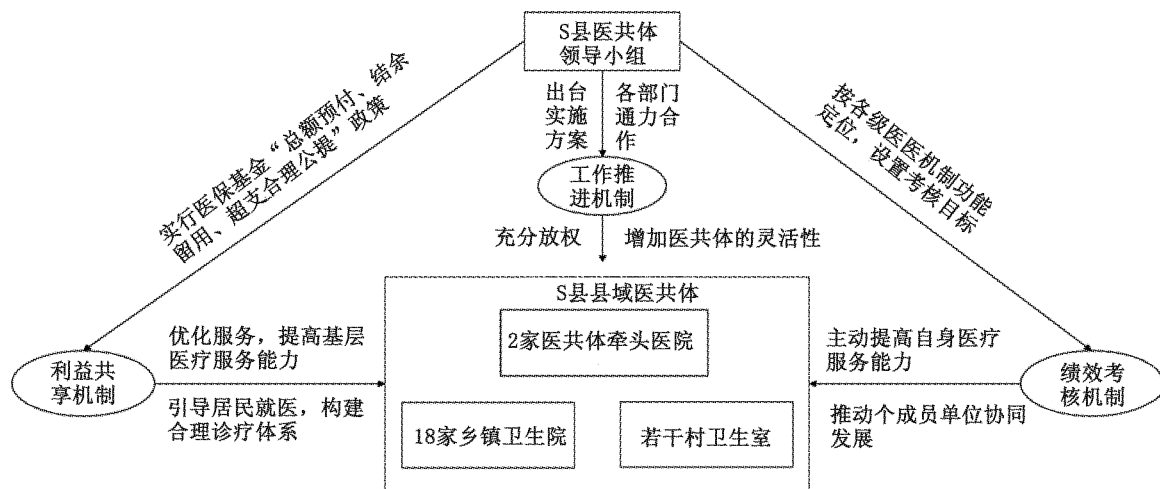


图 2 S 县医共体干预机制

(四)建设成果(Outcome)

1. 县域医疗服务能力有所提升。 整体来看,自 2016 年实施县域医共体以来,S 县的县医院三四级手术量占比从 2016 年的 21.26% 增长至 2020 年的 52.49%,保持稳定增长的趋势。全县全口径住院率(包含住院分娩、外伤)由 2017 年的 13.20% 下降至 2020 年的 11.36%。乡镇卫生院的诊疗人次增长较为明显,2020 年乡镇卫生院的诊疗人次同比 2016 年增加了 48.49%。村卫生室人员收入相对稳定,2019 年全县村卫生室人均收入为 4.5 万元,相较于 2016 年增长了约 80%。此外,村卫生室的各项财政补助性收入也呈现逐年上升的趋势,从

2016 年的 2 597 万元增加到 2019 年的 3 945 万元,增长了约 51.91%。

2. 医保基金结余不断增加。 2017 年、2018 年、2019 年 S 县医保基金分别结余 2 119 万元、3 632 万元、1 426.23 万元,并按照 6 : 3 : 1 的比例分配给了县级医院、乡镇卫生院和村卫生室。2020 年度,2 家医共体的医保基金共结余 6 373.9 万元。笔者认为可能由于新冠肺炎疫情影响,2019 年的医保基金相较于前 2 年的结余较少。

3. 主要健康指标不断改善。 S 县医共体成立以来,县域居民的主要指标在持续改善。其中人均期望寿命由 2017 年的 81.82 岁增长至 2020 年的

82.79岁,孕产妇死亡率下降至2020年的9.89/10万,婴幼儿死亡率由2017年的0.40%下降至2020年的0.26%,5岁以下儿童死亡率由2017年的0.52%下降至2020年的0.35%(表2)。

表2 S县2017—2020年主要健康指标

主要健康指标	2017年	2018年	2019年	2020年
人均期望寿命/岁	81.82	82.59	82.09	82.79
孕产妇死亡率/(/10万)	26.72	18.62	7.38	9.89
婴幼儿死亡率/%	0.40	0.32	0.38	0.26
5岁以下儿童死亡率/%	0.52	0.46	0.54	0.35

三、讨论

(一)S县紧密型县域医共体的经验做法

1. 政府重视,多部门合作是改革顺利推进的政治保证。医共体的建设和改革涉及管理体制、财政投入、编制改革以及利益分配等问题^[13]。没有政府高度重视,主导顶层设计,卫生部门无法开展医共体建设,更无法将改革政策落到实处。改革伊始,S县成立了医共体改革试点领导小组,围绕着医共体建设的一系列关键性问题,出台具体的实施方案和意见。在安徽省天长市、浙江省德清县以及山西省等其他地区,医共体改革都得到了政府的高度重视^[14]。政府重视,主要领导牵头,带领多部门合作为医共体建设政策效果奠定了基础。此外,S县委县政府坚持“人民为中心”的发展理念,不断加大对医疗卫生事业的民生领域的投入,将医共体建设作为“医疗服务一体化”的关键举措,补齐基层医疗服务的短板,落实政府办医责任。

2. “结余留用”的有效使用是医共体良性发展的保证。要实现医保基金的有效利用、居民医药费用负担的合理控制、有序就医格局的形成,就要以医保支付方式改革为切入点,以医保基金按人头总额预付促进医共体协同发展,这也是当前县域医共体建设普遍采取的措施。S县实行的医保基金的“结余留用”机制不仅让各成员单位看到了获利的动力,使得医共体内部各医疗机构成为了利益共同体,避免年底各医疗机构之间出现推诿病人的现象。而且有利于形成后续资金结余更多的良性循环,促进各级医疗机构进一步探索结余资金的高效使用,避免了将资金一分了之的现象。值得借鉴的是,在落实分级诊疗政策情况下,S县利用考核结余

资金对城乡居民基本医保的非贫困人口患者予以再保障。这样既防止边缘人群因病致贫,又进一步促进分级诊疗的落实。

3. 医防融合是提高居民健康水平的重要举措。医保支付制度是决定卫生系统绩效的关键因素,也是规范医疗服务行为、提高医疗服务质量和促进医疗卫生合理资源配置的重要杠杆。相较于山西、浙江地区的医共体模式^[15],S县医共体不仅实行医保基金按人头总额预付制,还将基本公共卫生经费打包支付给医共体,并开展门诊慢性病按人头付费方式试点工作。以基本公共卫生经费的打包支付促进县域内“防治结合”,医疗机构和公卫机构共同为辖区居民提供预防保健、疾病管理、治疗、护理、康复连续协同的服务,实现由“治病为中心”向“以健康为中心”预防为主工作模式的转变,形成整合型卫生服务模式。

(二)当前面临的主要挑战

目前,S县的医共体的建设仍然存在一定的问题和挑战。一是医共体内部利益分配制度有待完善。目前,对于结余资金,S县医共体按照6:3:1的比例进行分配,但是随着基层医疗机构诊疗量的增加,当前的分配制度在一定程度上可能会影响医共体成员单位的积极性,对于基层医疗机构,尤其是乡镇卫生院和村卫生室,激励作用不能充分发挥。二是S县医共体实行的是医保基金按人头总额预付制,这种支付方式可以让医疗机构主动优化服务,提升医疗服务质量控制医共体内部医疗费用的不合理增长。但是这种单一的支付方式缺乏一定的约束机制,其激励作用不能充分发挥,存在着一定的基金风险,对于县域内患者回流也有一定的影响。三是医共体缺乏一定的监督和管理。S县在人事、经营以及绩效考核管理等方面充分放权给医共体进行自我管理,这一举措有利于提高医共体运行效率。但是由于缺乏有效的监督管理手段和技术能力,运行过程中依然存在监管不力的现象。四是基层医疗资源配置需进一步加强,县域内专科建设相对于群众的就医需求相对滞后,尤其是精神专科和肿瘤专科的配置相对短缺。

四、建议与对策

(一)医共体内“两包”机制和“结余留用”要稳定并长期坚持

将医保资金总额打包预付给医共体,同时将管

理权和使用权交由医共体,使得医共体内各医疗机构明确医保基金的边界,才能有主动控费意识。医保基金结余留用机制,让医疗机构看到获利的动力,使得医疗机构主动优化服务,提升服务质量,控制内耗,增加结余。因此,医共体的建设过程中,应充分发挥医保基金经济杠杆的作用^[14]。医共体内医保“两包”机制要稳定并长期坚持,以医保支付方式改革为切入点,以医保基金按人头总额预付促进医共体协同发展,以公卫基金打包支付促进医防融合,同时在提高医保统筹水平后,不能切块过细,降低医保打包总额。探索适合县域医共体的按照疾病诊断相关分组(DRG)付费或按病种分值(DIP)付费等更加合理的医保支付方式,赋予医共体内更多医保支付创新改革的自主权。

(二)优化县域医疗资源配置

基层医疗卫生服务能力在县域医共体的运行中有着至关重要的作用。一是进一步加强乡(镇)村医疗机构基础设施、人才队伍建设。进一步配齐配强家庭医生签约服务和公共卫生管理服务的设施和设备。二是加大村医、全科医生以及家庭医生的引进和培养,探索“县管乡用”的人才招聘和管理模式,提升基层医疗服务能力。三是进一步加强乡镇卫生院特色专科建设,降低县域内主要疾病的发病风险,借助医共体平台,制定县级专科建设发展规划,以专科带全科,为县域居民提供全周期的健康服务管理体系。

(三)强化对医共体的考核监督,加强管理

在医共体的推进过程中,实行“管办”分开,充分放权给成员单位,有利于提升医共体的灵活性。但也需要完善内外的监督考核机制,使得医共体更加规范地运行。首先,在县域医共体内开展全面的质量管理,完善治理机制,借鉴国内外经验,引入科学、规范和标准的管理体系。其次,在医共体内部全面开展临床路径管理,定期抽查各级医疗机构,推动县域医共体全面高质量发展。最后,强化医共体的监督考核机制,“放权”并不等于放任不管,充分落实卫生行政部门、审计部门等相关部门对于县域医共体运行情况的外部监督,可适时引入第三方机构进行监管,以弥补相关部门在技术能力上的不足。

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(国卫基层函[2019]121号)[EB/OL].(2019-05-28)[2022-09-21].<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2021年重点工作任务的通知(国办发[2021]20号)[EB/OL].(2021-06-17)[2022-09-21].http://www.gov.cn:8080/zhengce/content/202106/17/content_5618799.htm.
- [3]冯林华.松散型医联体发展中存在的问题与展望[J].中医药管理杂志,2019,27(5):3-4.
- [4]VAN AKEN J E. Management research based on the paradigm of the design sciences: the quest for field-tested and ground-ed technological rules[J]. Journal of Management Studies,2004(41):219-246.
- [5]DENYER D, TRANFIELD D, VAN AKEN J E. Developing design propositions through research synthesis[J]. Organizational Studies,2008(29):393-413.
- [6]衡驰.基于CIMO框架的典型地区社区卫生服务机构编制管理创新研究[D].北京:北京协和医学院,2016.
- [7]陈永超.云南怒江儿童健康综合干预效果及机制研究[D].北京:北京协和医学院,2014.
- [8]蒋祥,王芳,田森森,等.县域医共体背景下安徽省定远县家庭医生签约服务进展分析[J].中国卫生政策研究,2019,12(4):50-55.
- [9]刘也良.县域医共体建设的五个问题[J].中国卫生,2019(8):66-69.
- [10]安徽省人民政府.安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见(皖政办[2019]15号)[EB/OL].(2019-05-28)[2022-11-16].<https://www.ah.gov.cn/public/1681/7939021.html>.
- [11]光心慧,王珩,薛俊军,等.基于米特-霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究[J].南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(6):533-537.
- [12]赵敏捷.基于CIMO模型的浙江省典型地区县域医共体发展现状研究[D].北京:北京协和医学院,2020.
- [13]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.
- [14]周倩,鞠珂,赵晓恒,等.我国紧密型县域医共体典型模式比较及实现条件分析——基于“三圈理论”视角[J].卫生软科学,2022,36(1):12-16.
- [15]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,2020,36(1):2,5-15.

(编辑:陈越)