

紧密型县域医共体建设 的体制与机制创新

国家卫健委卫生发展研究中心
健康战略与服务体系部 黄二丹

紧密型县域医疗卫生共同体的定义

紧密型县域医共体建设是推进分级诊疗的重要手段，旨在立足县域，围绕“县级强、乡级活、村级稳、上下联、信息通”的目标，通过系统重塑医疗卫生体系和整合优化医疗卫生资源，**以城带乡、以乡带村和县乡一体、乡村一体**，着力提升能力、激发活力、优化服务，推动县域医疗卫生机构形成责任、管理、服务、利益共同体，让群众就近享有更加公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。

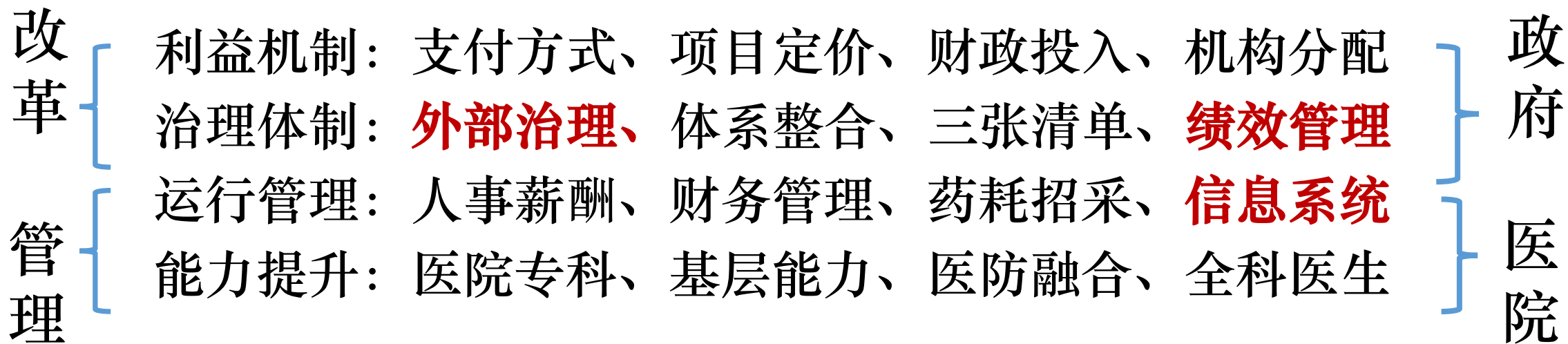
医共体的“紧密”，是县医院与乡镇卫生院通过开展**有利益机制**的合作，促进资源和服务下沉，让医院和基层都获得激励，从而提供**可持续的整合型**健康服务。

紧密型医共体的政策体系

评判维度	评判标准
责任共同体	1.党委政府主导。成立党委、政府牵头的医共体管理委员会，定期研究医共体工作。
	2.医共有决策权。医保经办机构与能够代表医共体的牵头机构签订协议，建立医共体管理章程及相关制度，成员单位参与决策。
	3.针对医共体有效考核。对医共体建设发展情况进行考核，并将考核结果与医共体负责人的聘任和年薪挂钩。
管理共同体	4.人员统筹管理。推动落实医共体内岗位设置、绩效考核、收入分配、职称聘任等自主权。
	5.财务统一管理。医共体内财务统一管理、分户核算，完善预算管理。
	6.药品统一管理。医共体内部药品耗材统一管理、统一采购配送、统一支付货款、统一用药目录等。
服务共同体	7.患者有序转诊。建立医共体内部患者基层首诊、急慢分治和双向转诊范围、流程和分配机制，确保医疗质量统一管理。医共体间形成相互配合、优势互补、错位发展、有序竞争的机制。
	8.信息互联互通。建立医共体内卫生健康信息共享平台，通过远程医疗共享化验和影像设备。
	9.促进医防融合。统筹县域医共体内公共卫生资源与医疗资源，提供全方位、全生命周期的健康服务。
利益共同体	10.收入统一管理。运行补助经费依据公立医院和基层医疗卫生机构的补助政策由财政原渠道足额安排。医疗收入实行统一管理、独立核算。基本公共卫生服务项目等经费依据医共体统一考核结果进行拨付。
	11.医保管理改革。制定适合医共体医疗服务特点的支付方式，医保基金对医共体实行总额付费，加强监督考核，结余留用、合理超支分担。

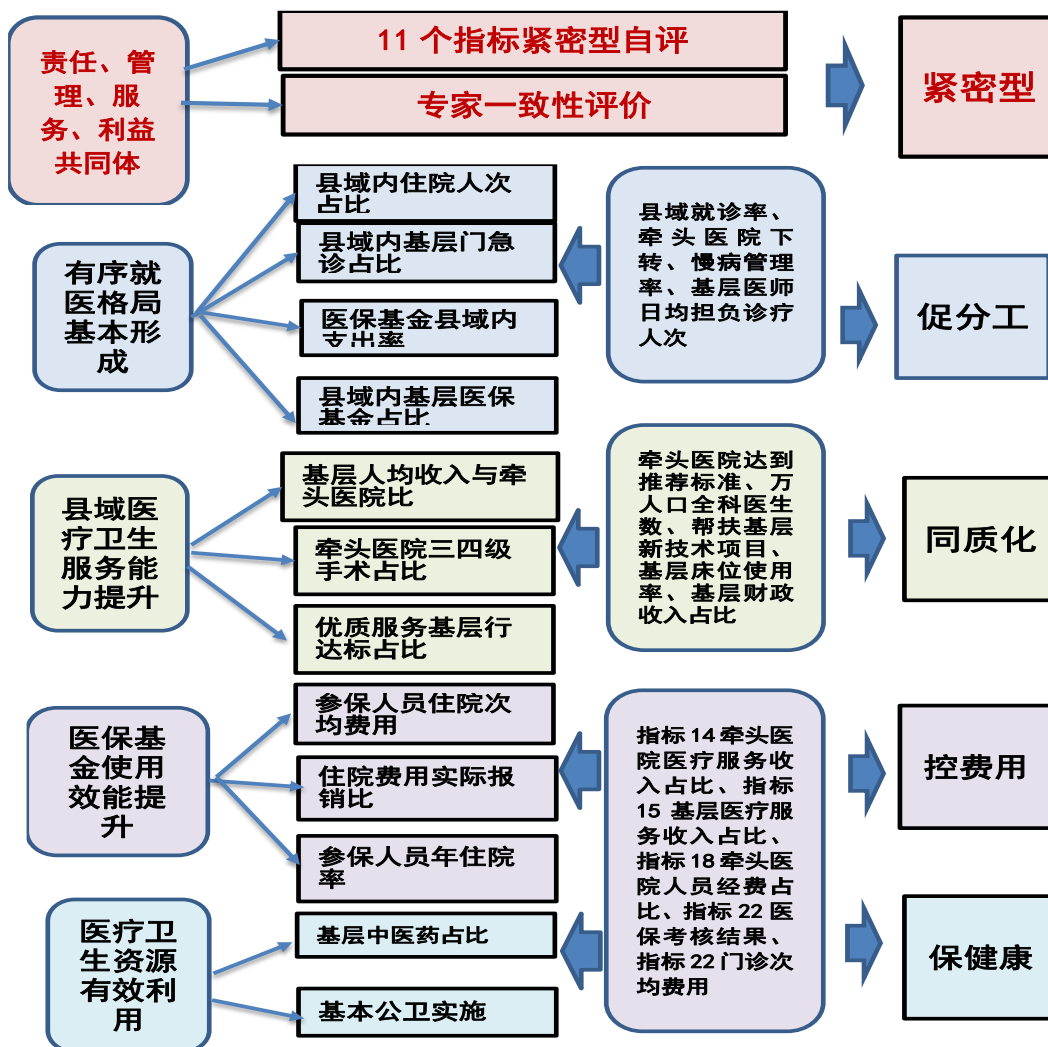
选项说明： A.有明确的制度安排且已经落地实施； B.有明确的制度安排但仍在筹备，尚未落地； C.没有制度安排且不准备实施。

紧密型医共同体建设的基本路径与6个关键



明确改革目标，建立利益机制后，通过先抓“治理-信息-绩效”形成持续推进改革的核心循环，目标是在提升重大慢病管理能力同时，让决策者关注、并持续支持改革，从而为其它改革任务创造条件。

定性定量评价指标--5个维度14个评价指标



- **五个评价维度：**四个共同体、有序就医格局、服务能力提升、医保基金效能、资源有效利用
- **评价指标：**以11个评判标准和26个监测指标为基础，遴选14个评价指标
- **五个工作目标：**紧密型、促分工、同质化、控费用、保健康

明确分级诊疗改革的利益目标

对一个区域而言，分级诊疗就是在医保总额预算管理背景下，通过患者回流和下沉，实现患者、医保、机构三方的利益最大化。

通过回流，做大业务收入；

通过下沉，提高医疗服务收入占比；

不以居民健康为中心的改革是盲目的；

不算清楚经济利益账的改革是空洞的；

区域分级诊疗现状

	总计	基层机构	区内医院	区外医院	备注
门急诊人次					主要外出病种、 所在社区、目标 医院
住院人次					
业务收入					
医保基金					

区域医疗机构业务收入结构

	合计	药品收入	耗材收入	检查化验	服务性收入
总计					
医院合计					
区中心医院					
区人民医院					
区中医医院					
其他县级医院					
基层医疗机构合计					
社区卫生服务中心 1					
社区卫生服务中心 2					
社区卫生服务中心 n					

医共体改革的4个目标

总目标：提升医疗服务收入占比30个百分点

- 通过控制不合理住院产生结余（5%）；
- 通过整合资源带来规模效应产生结余（5%）；
- 通过压缩流通渠道空间（10%）；
- 通过开展健康干预产生结余，进一步调整医疗服务价格（10%）。

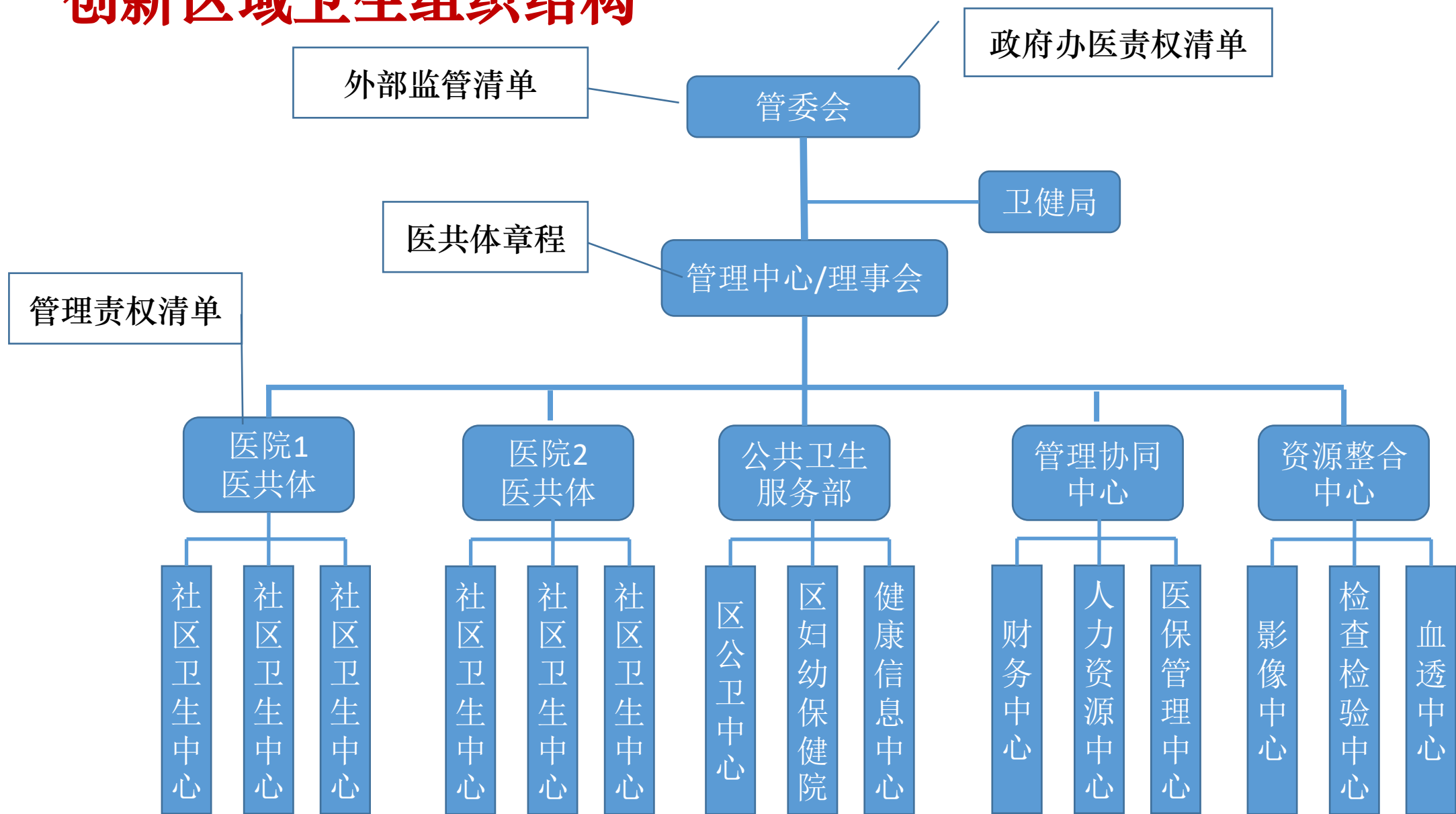
目的不同则模式不同

- **保平衡-强县模式。**基金面临穿底，改革目标是防控医保基金风险，应采取以县医院为核心的医共体模式，鼓励县医院与大型医院开展深度合作，快速提升县医院专科能力和县域内住院率。
- **提效能-强基模式：**基金主要留在县域，改革目标是进一步提升基金效能，应强化县医院与基层医疗卫生机构开展实质业务合作，快速提升乡镇卫生院的医疗服务能力，推进门诊、慢病、康复患者下沉。
- **高需求-转变服务模式。**“县强、乡活”基本实现，改革目标是满足居民快速增长个性化健康需求，应探索以乡镇卫生院为核心的医共体模式，做实全科医生签约服务。

构建权责对等的管理体制

- 建设几个医疗集团？
- 区级医院牵不起来怎么办？
- 县域其它医疗卫生机构（中医院、妇保院、县CDC、社会办医…）
如何参与？
- 管委会、卫健局、党委、院长、成员机构负责人的关系怎么处？
- 如何争取领导支持：开发、再开发、持续开发…

创新区域卫生组织结构



紧密型医共体的3类9种体制内涵

一、管理内涵

- 1.牵头医院主导；
- 2.卫生行政部门主导；
- 3.医保部门主导；

紧密型医共体的3类9种体制内涵

二、资源内涵

1. 服务流程、信息平台整合；
2. 床位、设备等硬件整合；
3. 人员认证后统筹使用；

紧密型医共体的3类9种体制内涵

三、服务内涵

- 1.明确的转诊关系；
- 2.专科的紧密合作：联合病房等；
- 3.专病连续性服务；

主动开发领导

提升高度：安全底线、共同富裕、弱势群体、健康产业…

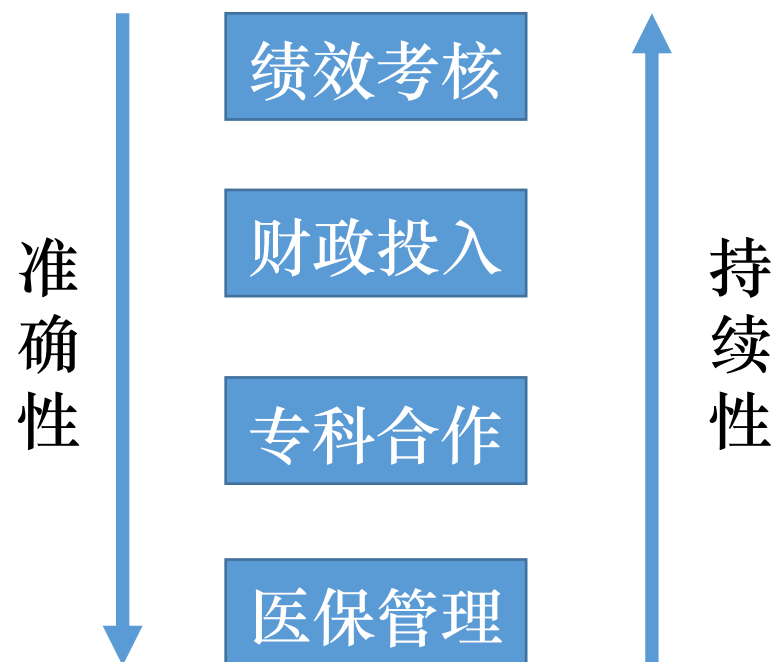
利用工具：健康中国、卫生事业规划、健康产业规划；

明确目标：理顺政策逻辑、细化相关工具、**突出改革的经济效益；**

做好宣传：充分利用试点/培训/考察/监测/评选等活动

讲好改革故事-总结提炼/聚焦重点/应用场景

形成持续有效的利益机制



紧密型医共体的4类15种激励机制

一、以绩效考核为基础的激励机制

- 1.评价后确定年薪的实际发放水平；
- 2.评价后与主要管理者的任免挂钩；
- 3.评价后与机构的绩效薪酬总量发放挂钩；
- 4.评价后进行财政奖励；

紧密型医共体的4类15种激励机制

二、以财政投入为基础的激励机制

5.财政投入区域信息化建设；

6.财政投入支持上级医院托管牵头医院；

7.财政投入购买县乡之间的远程服务：影像、心电、会诊等；

紧密型医共体的4类15种激励机制

三、以业务合作为基础的激励机制

8.业务合作把潜在的患者筛上来；

9.业务合作把健康管理起来；

10.业务合作后的服务规模化产生效益：影像、检验、消供等；

11.联合病房与多点执业下的利益分配机制

紧密型医共体的4类15种激励机制

四、以医保支付方式为基础的激励机制

12.总额预算管理下的协同协作机制；

13.结余留用后的分配机制；

14.单病种打包让住院和门诊一体化；

15.医疗服务价格调整让医疗服务成本与价格一致；

完善医保管理之1：总额预算管理VS总额预付控制

- 易混淆：预算必然是总额，但不动基金；预付是资金垫付，不能以此控机构；
- 不矛盾：管理/支付、预算总额/住院总额、县域预算/地市总控；
- 相补充：预算后需要各种方式进行支付，多种方式支付后需要预算把控方向；
- 转机制：DRG/DIP推进标准化，提升效率；总额预算管理实现价值医疗和战略购买，落实新时期卫生工作方针。

完善医保管理之2：当年结余留用，次年精准“调价”

- 规范药品管理——增加药事服务费补偿药事服务成本；
- 规范住院指征——增加大额门诊费补偿基层住院收入；
- 提升专科能力——对重大慢病患者打包支付：透析、COPD、肿瘤；
- 优化患者流向——提升基层机构重点人群签约服务标准；
- 规范执业行为——提升门诊挂号与住院床位费、护理费价格；

完善医保管理之3：总额预算结余留用VS总额控制下DRG/DIP

- 不矛盾：管理/支付、预算总额/住院总额、县域预算/地市总控；
- 相补充：预算后需要各种方式进行支付，多种方式支付后需要预算把控方向；
- 转机制：DRG/DIP推进标准化，提升效率；总额预算管理实现价值医疗和战略购买，落实新时期卫生工作方针。

三种医保管理方式的对比

	筹资总额	总支出	县域支出
上一年	5.0	5.0	3.0
当年	5.0	4.5	3.5
“双控”	预付3.0	滚存	扣0.5
DRG/DIP	预付3.0	滚存	不扣0.5
总额预算	预算5.0	结余留用0.5	不扣0.5

请批评指正！