

# 东阳市医共体绩效整合管理的探索

顾晓春 申屠雪静 金智雄

**摘要：**医共体成立后，医共体内各类性质的业务混合，存在政府与医共体、牵头医院与基层医疗机构、各医疗机构与医务人员等多重利益往来关系，亟待建立与医共体建设发展相适应的绩效整合模式。东阳市医共体从强化人员经费资金统筹管理、完善外部治理方式、建立内部绩效激励制度、形成利益共享绩效整合等方面完善一体化模式，加强医共体绩效管理，取得了积极效果。

**关键词：**县域医共体；绩效整合；管理模式；一体化管理；利益共享

**中图分类号：**F275 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-286X(2025)02-0029-05

随着新医改驶入“快车道”，医共体建设成为新医改重点推进的创新举措，不断整合区域医疗卫生资源，逐步提升卫生健康服务能力。当前，各地以医共体建设为抓手，从治理结构、人员管理、财务管理等多个建设角度积极展开实践探索，并取得了一定成效。无论是紧密型的还是松散型的医共体，医共体成员之间最重要的是处理好整体的经济利益关系，绩效利益分配将直接影响医共体发展的活性和可持续性。因此，制订科学合理的绩效整合方案尤为重要。为更好发挥绩效考核的指挥棒作用，医共体建设需积极探索绩效整合管理模式，均衡协调医共体内各家医疗机构的经济利益，从而形成经济共同体。

## 一、东阳市医共体概况

2018年1月，东阳市打破乡县各级医疗机构的行政壁垒，依托东阳市人民医院、中医院、妇幼保健院、横店医院，以统筹整合优化资源配置为目标，形成了纵向三级绩效整合管理架构（见图1），开启了“利益共享、责任共担、优势互补”的紧密型医共体建设。医共体一体化运营将牵头医院和基层医疗机构共同推入市场经济的“大潮”，复杂的经济利益捆绑使得牵头单位在资源下沉、双向转诊工作中会承担更多的风险，而业绩考核、市场份额竞争等多方压力促使基层医疗机构面临转型升级和生存考验。诚然，医共体绩效整合管理探索之路并非一

帆风顺，出现了许多问题。第一，当前医共体建设大体由政府主导，尚未形成科学合理的政府与医共体、各医疗机构间、医疗机构内部三级利益分配机制，无法有效保障让各方参与主体均享受医共体建设带来的红利。第二，医共体对各医疗机构的外部绩效考核激励机制以及各医疗机构间、单位自身的内部绩效考核激励机制不完善，考核不能体现多劳多得、优劳优筹，公共卫生服务等政府补贴实行一个标准，没有考虑不同地区间工作量的强度和饱和度。第三，卫健局等多方医共体建设主体普遍缺乏绩效监管意识，存在监管主体和方式单一、监管权责不清晰、绩效考核内容不全面等突出问题。

**基金项目：**浙江省社科联研究项目（2024N163）；浙江省会计学会科研项目（202309）

**作者简介：**顾晓春，东阳市人民医院总会计师，高级会计师；

申屠雪静，东阳市人民医院运营管理会计；

金智雄，东阳市人民医院绩效核算会计。

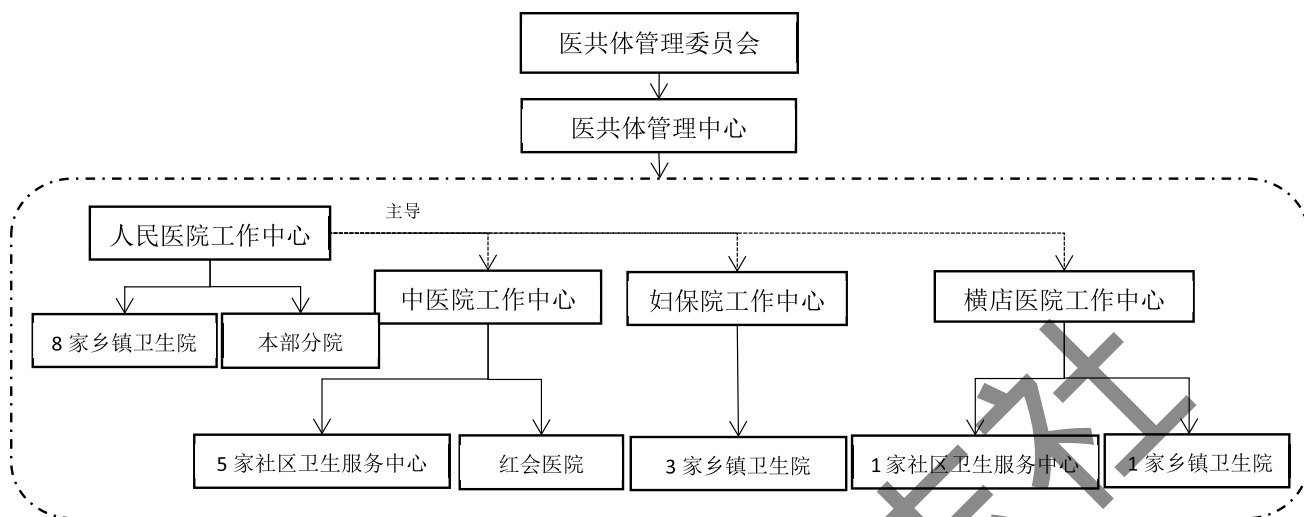


图1 东阳市医共体绩效整合管理架构

## 二、东阳市医共体绩效整合管理实践

### (一) 绩效整合管理总体思路

1. 强化人员经费资金统筹管理,提高资金使用效益。在医共体内,构建“总量控制、结余留用、合理超支分担”的人员经费资金统筹整合机制,增强经费发放托底保障功能。鉴于公立医疗机构财政补助收入占比相对较低,自主营收成为医疗机构发展和运行的主要支撑。在此背景下,东阳市医共体创立了以医疗增加值为核心的经济运营管理模式,医疗增加值是指医院在业务收入扣除变动成本后的价值增加,旨在利用医院边际贡献保障职工薪酬福利和推动医院可持续发展。因此在拓宽医共体整合筹资渠道上,各家基层医疗机构实行利益增量共享机制,即每年按比例提取医疗增加值纳入统筹使用范畴,并在医共体内进行激励性分配,以利益驱动基层医疗机构运行活力。

以此为基,构建合理的统筹资金分配机制,向牵头医院让渡自有资金自主分配权,并统一明确基层医疗机

构经济分配方案。针对基层医疗机构的统筹资金分配,可按照基层医疗机构的经济发展水平等标准划分,赋予相应的差异系数,以弥补服务人口不足和交通不便等因素带来的绩效差异。此外,事先预留部分绩效考核资金,按年终考核结果统一结算拨付,并按考核结果调整下一年度资金分配额度,引导其主动控费。

2. 完善外部治理方式,创造良好发展环境。在医共体建设中,政府加强了绩效考核管理工作的督导力度,由医共体管理委员会领导医共体管理中心履行监督职责,推进医共体网格化管理。在外部考核方案设计上,坚持由政府主导,结合各家医疗机构不同服务功能定位和原有绩效评价方案,实行统一制定、分类考核,建立按绩效购买服务的有效协调和制衡机制。绩效考核范围涵盖经济、社会等多个维度内容,并通过差异化赋分和权重设定体现以健康管理为中心的监管主旨。鉴于牵头医院在整个医共体建设中具有较大的影响力,将各基层医疗机构考核结果运用于牵头医院绩效考核中,主动转化政府监管目标为

牵头医院内部管理策略。

3. 建立内部绩效激励制度,调动工作积极性。各医疗机构立足实际,合理确定内部薪酬结构,量身打造以健康需求为导向、适应医共体发展的薪酬自主分配考核体系。其中牵头医院以DRG为导向,结合工作量考核指标制订综合考评方案,并将该方案细化至各个科室,实现不同岗位差异化薪酬考核分配。与此同时,通过个人绩效积分制、首席医生等绩效考核方式完善激励链条,促使个人利益与整体利益捆绑。

基层医疗机构在绩效分配上与患者满意度等“隐性成本”相结合,以定工作质量、定技术风险补贴系数为原则,按标化工作当量测算绩效工资,并赋以各类奖励基金和专项补贴,以凸显工作人员技术劳务价值。最后,从工作质量和群众满意度角度进行双向考核,并按结果调整薪酬,给予优秀医务人员以职务晋升、岗位调动等非经济性奖励激励。

4. 形成利益共享绩效整合,打造“发展共同体”。在医共体服务整合发展背景下,医共体利用绩效考核激励

发挥牵头医院的“龙头”作用，进一步优化整合各类优质资源。其一，加强远程共享服务中心建设，填补基层医疗机构的医疗资源缺陷。同时，以购买服务形式构建医共体内交互服务的利益结算方式，持续提升优质医疗资源利用率。其二，设立“统招共用”的医共体“人才池”，辅之以绩效考核激励，以工作轮转、下乡坐诊等方式实现人才下沉。一方面，按地区差异情况优化人才薪酬分配，将择优定岗、职称评定作为工作轮转期间绩效考核的激励手段，破解基层人才缺失困境，另一方面，设立专项经费，从出勤考核、个人工作量、转诊人次等激励性产出角度构建绩效评价长效机制，鼓励高素质医疗卫生人才下沉基层就诊帮扶。

### （二）外部绩效整合具体实践

东阳市医共体结合原先的绩效评价体系和上下级医疗机构不同服务功能定位，推行“统一管理、二次分配、定期考核”的外部绩效整合机制。财政局在每年年初将医共体人员经费统一下拨至医共体“零余额账户”，交由医共体管理中心统筹管理，并统一制订基层医疗机构的绩效分配、考核方案，开展年度和月度绩效考评工作。

1. 构筑“资金池”托底薪酬分配。受公立医院补偿机制相关政策因素影响，牵头单位将一定比例的自行创收的医疗增加值纳入到人员经费分配中，而基层医疗机构的人员经费来源除了创造的医疗增加值外，还包括财政差额预算补助、公共卫生服务收入、签约服务收入等财政拨款资金。因此，医共体人员经费“资金池”由自有资金和财政资金共同组成（见图2）。

医共体管理中心以单位、各医疗机构所在区域和服务人口数为基准，赋予不同地区相应系数以进行统筹分

表1 东阳市医共体人员经费“资金池”各类组成部分的计算方式

资金组成	计算方式
差额预算补助经费	各地区工作人员人头系数总和=城区人数×1.0+平原人数×1.1+半山区人数×1.15+山区人数×1.5
	每系数人头补助=补助总额/各地区人员人头系数总额
	单位人头补助总额=每系数人头补助×单位人数×区域系数
	单位最终总额=单位人头补助总额+单位人头补助二次分配总额
公共卫生服务收入	公共卫生服务收入=地区公共卫生人均补贴数×服务人口
签约服务收入	签约服务收入=人均签约服务补贴×有效签约人口数
医疗增加值	有床位机构=医疗增加值×70%；无床位机构=医疗增加值×100%

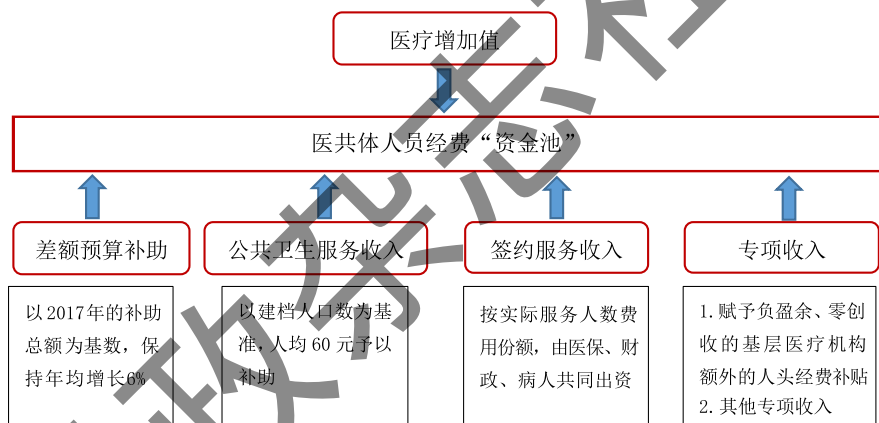


图2 东阳市医共体人员经费“资金池”构成

配（见表1）。首先，将地区主要划分为城区、平原、半山区和山区四类，差额预算补助经费分别按1、1.1、1.15、1.5系数优化分配。在充分考虑山区医疗服务不便捷、人数少、资源稀缺等因素后，医共体管理中心按地区公共卫生人均补贴标准予以公共卫生服务补助。签约服务收入实行按人头总额预付，按有效签约人口数发放资金。医疗增加值结合医疗机构有无床位情况，分别将资金总额的70%、100%列入分配。其次，结合各医疗机构实际发展进行二次分配。有床位的基层医疗机构在第一次分配中按资金总额的80%纳入分配范围，剩余20%资金在所有基层医疗机构间进行再次分配。

2. 强化定期考评推动外部激励。东阳市医共体管理中心坚持对基层医

疗机构进行月度考核和年度全方位总评，采取定性定量相结合的方式，督查考评医共体建设实际成效。医共体管理中心每月编制月运行分析表，其考核内容包括但不限于门急诊人次、医疗增加值、检查检验控费、公卫质量季度考核情况等，以考核结合质控的形式，实时督促其工作进展。此外，建立统一化的质量管理制度体系，管理中心内设质量评价科，协同财务核算科人员展开年度考核。各质量评价员围绕党建廉政指标、医疗质量指标、运行管理指标、后勤保障指标、公共卫生指标五大维度量化考核并评价结果。最终，将年月度考核结果作为牵头医院的考评指标、单位人员经费总额、院长及其领导班子年度考评的依据。

### （三）内部绩效整合具体实践

1. 医疗机构内部绩效分类考核。  
牵头医院每年将部分医疗增加值用于人员薪酬分配，采用院科两级分配模式，推行内部岗位绩效工资制(见图3)。在院级绩效分配中，各科室绩效总额涵盖工作量、医疗增加值、DRG和质量等绩效板块，并由财务科按劳差异化分配资金。在科内绩效分配中，各科室负责人依据个体承担的风险和工作强度、技术含量等因素，设定岗位和个人系数，并结合个人工作量和出勤情况，进一步核发绩效工资。此外，创新设立员工个人绩效积分、首席医生评选的年度考核方案，细化个人工作量、工作质量、个人基本情况、科研教学与个人成长四大考核积分指标，从学科技术发展、解决临床难题能力、医学教学与科研能力、学术影响和技术创新四个方面建立医疗骨干考评指标，既保证了医疗骨干的收入水平，又将考核结果应用于年终分配、人事任免、评优评先与职称聘任，进一步优化内部薪酬分配为管理服务。

基层医疗机构统筹兼顾服务质量与服务数量，建立了岗位职责与绩效相匹配、以群众满意度为核心的绩效考核分配制度，致力于形成以人民健康为中心的全生命周期健康服务薪酬体系。其医务人员薪酬由基本工资、职务工资、公共卫生服务绩效、医疗服务绩效、家庭医生签约服务绩效和基层各项补贴组成。财务人员按照定质量、定满意度、定卫材消耗比率和定技术风险补贴系数四项基础原则，采用标化工作当量法进行分配。并且采用工作质量考核方法和群众满意度考核方法进行月度考评，结合考核结果增减工资发放额度。

2. 医共体内交互服务绩效考核。  
自推行县乡村一体化管理后，由市医

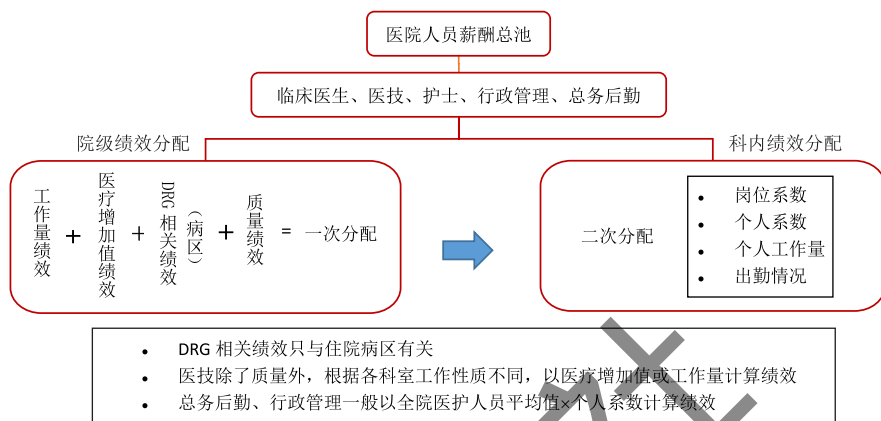


图3 内部岗位绩效工资制

疗中心医院牵头设立了五大远程共享提升  
服务中心，为基层医疗机构提供业务服务和指导等一体化服务。为促进医疗资源的合理流动，远程共享服务中心实行有偿服务，建立了绩效分配结算机制。例如，医学临床检验中心和病理诊断中心按比例分配业务收入，并从中提取少部分收入作为全市各质控中心开展质控活动经费以加强质量管理。

此外，东阳市医共体内建立了柔性流动、双向交流的人才下沉机制。医共体内医务人员实行工作单位轮转调换机制，即由医共体管理中心统一调配人员，设定服务年限，按需在山区、半山区、平原地区、城区进行工作轮换。按照地区差异情况分配绩效工资，并视考核结果提供择优定岗、提前定岗等考核激励。此外，牵头医院每年派驻4~5名高年资医生下乡坐诊、参加手术和技术培训。财政设立相应专项经费，并辅之以绩效考评激励，将出勤考核结果与个人工作量的统计相结合，严格跟进考核评估。

### 三、东阳市医共体绩效整合管理成效

(一) 医院效益和员工待遇稳步

自推行绩效整合管理后，东阳市医共体整体医疗盈余能力增强，总体呈现增长趋势，2018~2022年间年均增长率达4.11%。2020年各家医疗机构的营收均在不同程度上受新冠肺炎疫情影响，医院医疗盈余普遍减少。在此背景下，医共体统筹管理人员经费资金，高效配置总体资源，促使市内某基层医疗机构快速适应现有环境，于2022年产生了425万元医疗盈余，比2017年增长1.78倍。某牵头医院也力破多方运营压力难题，其医疗盈余相比2021年同比增长4.95倍，2022年同比增长20.96%。

在“多劳多得、优劳优酬”内外绩效考核激励的影响下，2017~2022年全市医共体职工年均薪酬稳步增长。其中，某牵头医院职工年均收入已由18.8万元上升至24.5万元，增长了30%。某基层医疗机构职工年均收入已由10.3万元上升至17万元，年均增长率达13.42%。由此可见，虽然受疫情影响，但绩效整合使得各医疗机构在确保有医疗盈余和后续发展能力的前提下，能够足额保障医务人员的收入水平，并且逐步提升个人薪酬待遇。

(二) 医共体医疗控费能力增强

医疗机构内部绩效激励和外部绩效考核约束有效引导了医疗机构加强控费节费管理。2017 ~ 2022年期间,某牵头医院的门诊均次费用由228元/人增长至281元/人,年均增长4.22%,某基层医疗机构的门诊均次费用由134元/人至160元/人,年均增长4.52%。相较于全国总体年均增长率的5.9%,东阳市医共体门诊均次增长较为缓慢,且大体上保持全国较低水平。总体上,东阳市住院均次费用年均增长率1.53%也远低于全国总体4.08%水平。

### (三) 医共体内医疗服务量增长

外部绩效考核激励和内部交互服务绩效整合让医共体内更关注医疗服务质效,门诊和住院人次得以显著增加。其中某牵头医院门诊人次从2017年170万人次上升至2022年190万人次,住院人次从2017年7万人次增加至2022年9万人次,并且同期某基层医

疗机构门诊人次和住院人次分别增长21.74%、19.9%。受疫情因素影响,2020年牵头医院与基层医疗机构的门诊和住院人次均有大幅下降,但自下一年起人次变化情况就由降转升,增长幅度普遍大于医共体成立初期水平,且基层医疗机构特征表现更为明显。□

责任编辑 任宇欣

### 主要参考文献

[1] 胡晓梅, 陈迎春, 胡锦梁, 等. 按人头总额预付下医共体内部纵向协同要素研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(5): 30-33.

[2] 陈浩, 周睿, 顾仁君, 等. 基于合作博弈夏普利值法的县域医共体利益分配研究[J]. 卫生经济研究, 2022, (6): 39.

[3] 李兴贵, 马军, 梁小华, 等.

“互联网+”医共体“石棉模式”经验与成效探析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(9): 653-656+697.

[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] 卓丽军, 陶红兵. 县域医共体内县级专科医师下沉基层的激励机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(3): 24-29.

[6] 谷佳伟, 张翔, 张祖仪, 等. 新旧动能转换下县域医共体建设问题与发展策略研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(1): 4.

[7] 熊英贝, 钟正东, 林坤河, 等. 三明市医共体内外经济激励对医疗服务供给的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, (7): 15.

(上接第28页)的有效管理实现了费用的控制。

### (二) 医疗服务效率提升

通过医共体医保基金管理的有效整合,医共体的员工工作效率提升明显。2024年1~4月,医共体在职工平均门急诊人次增长8.98%,其中牵头医院增长14.22%,分院增长7.2%;医共体在职工平均出院人次增长7.84%,其中牵头医院增长6.54%,分院增长21.55%。医共体平均住院天数有效缩短,2024年1~4月医共体较上年同期缩短0.26天,其中牵头医院缩短0.39天,分院缩短0.12天,说明医共体病床周转次数加快,服务效率不断提升,同时减轻了患者的负担。

### (三) 医保年度清算产生结余

2023年度,医共体结余合计金额

为3566万元,其中牵头院结余1696万元,分院结余1870万元。

### (四) 患者满意度提升

作为医疗服务的对象与直接受益者,患者对医院的体验感以及医院提供医疗服务的质量将会直接影响患者以后对医院的选择。患者满意度提升实际上与多方面的原因有关,费用的有效控制使患者在享受同等医疗服务的同时减轻了负担,患者满意度持续上升。

### (五) 管理水平提升

通过从医共体层面、科室层面、员工层面层层监控并分析医保运营数据,实现了医共体医保基金精细化管理。信息化管理水平的提升实现了数据的双向读取、实时共享,实时跟踪和反馈业务活动的实际动态,帮助医院管理

者全面掌握医院的医保管理状况。□

责任编辑 任宇欣

### 主要参考文献

[1] 王冬, 郭渝成, 任国荃, 等. 谈临床路径开展过程中的教育[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(11): 830-830.

[2] 吕朋朋, 杨风, 罗光强, 等. 我国县域医共体建设热点问题研究进展[J]. 中国医院, 2022, 26(12): 2-4.

[3] 刘华. 医改新政下医保基金有效管理举措[J]. 时代金融, 2020, (21): 165+177.