

福建省尤溪县公立医院综合改革路径分析

——基于制度变迁理论

代涛* 王清波 郑英 胡佳

中国医学科学院医学信息研究所 卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】从制度变迁的角度对尤溪县公立医院综合改革的动因与发生机制、主体与动力机制、目标与基本思路、路径与具体过程、成效和问题进行深入分析,认为尤溪县公立医院综合改革的制度变迁具有较好的普遍意义。建议不断优化宏观政策环境,为制度变迁创造条件;进一步完善制度变迁路径,确保制度变迁的可持续性;科学测算,精细管理,增强制度变迁的科学性。

【关键词】公立医院综合改革; 路径分析; 制度变迁

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.003

Study of the public hospitals' comprehensive reform in Youxi county, Fujian province: Pathway analysis based on the Institutional Change Theory

DAI Tao, WANG Qing-bo, ZHENG Ying, HU Jia

Center for Health Policy and Management, Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 From the perspectives of institutional change, the motivation and occurrence mechanism, stakeholders and their dynamic mechanism, goals and basic ideas, paths and specific processes, achievements and challenges faced by the comprehensive reform of public hospitals in Youxi county are analyzed in depth. The results show that the institutional change in the comprehensive reform of public hospitals in Youxi county has a relative good universal significance. This paper proposes the following recommendations: 1) continuously optimize the macro policy environment to create better conditions for the institutional change; 2) further improve the institutional change path to ensure the further sustainability of the institutional change; 3) practice scientific calculation and fine management to enhance the accuracy and scientificity of the institutional change.

【Key words】 Public hospitals' comprehensive reform; Pathway analysis; Institutional change

公立医院改革是医药卫生体制改革中最复杂、最艰巨的任务,也是分歧最为突出的领域。^[1] 县级公立医院改革被视为公立医院改革的重要突破口。2012年6月,国务院出台《关于县级公立医院综合改革试点的意见》,提出选择300个左右县(市)作为试点进行改革路径探索。2015年5月,国务院办公厅印发《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》,要求全国所有县级公立医院破除以药补医,以管理体制、运行机制等为重点,全面推开县级公立医院综合改革。改革启动以来,许多地区结合实际制定具体政策并进行实践探索,取得了阶段性成

效^[2],但政策措施的整体性、系统性、协调性亟需提高,公立医院发展模式仍未根本转变^[3]。

公立医院改革本质上是通过对原有制度安排的调整和创新,促使公立医院与制度环境互动博弈,从而实现向符合公益性和市场经济规律的制度转型和变迁的过程。^[4] 制度设计的合理性、路径选择的适宜性及其与制度环境的耦合性在很大程度上决定了公立医院转型的方向和运行的可持续性。^[5] 福建省尤溪县作为三明医改的试验田和先行者,自2012年正式启动公立医院综合改革以来,在诸多领域进行制度创新,逐步探索出一条政府主导下的,以医疗、医

* 基金项目:国家卫生健康委员会体制改革司委托项目

作者简介:代涛,男(1969年—),博士,研究员,主要研究方向为卫生政策、卫生体系。E-mail: dai.tao@imicams.ac.cn

保、医药“三医联动”为主要特点的改革路径。2016年3月,尤溪县被国务院确认为全国四个县级公立医院综合改革示范县之一,同年4月获得全国县级公立医院综合效果复核第一名。本文基于尤溪县医改办提供的相关文件资料和数据,从制度变迁的视角对尤溪县公立医院综合改革路径进行深入分析,以期为进一步深化县级公立医院综合改革提供参考和借鉴。

1 制度变迁的动因与发生机制

制度是由多样、异质性的要素或逻辑构成的,这些异质性要素或逻辑之间的冲突和断裂将可能导致制度的变迁。^[6]我国公立医院相关的制度安排可划分为规制性、规范性、文化认知性三类要素^[7]和行政、市场、职业三种逻辑。^[8-9]改革之前,尤溪县公立医院与全国大部分地区的县级公立医院一样存在诸多共性问题。一方面,公立医院作为单位体制组织形式,隶属关系上是政府部门的下属机构,人事、薪酬、价格等方面受到多部门行政管制,体现出典型的行政逻辑;另一方面,在财政补贴大幅减少之后,公立医院开始自负盈亏,药品、器械、耗材采购和服务提供等交易活动发生在市场环境之中,必须遵循市场逻辑。这种“行政型市场化”的制度安排诱发创收压力机制、成本放大机制和收入挂钩机制^[10-11],使得追逐“经济效益”成为公立医院的最优策略和首要选择。^[5]在公立医院与制度环境互动博弈的过程中,医务人员作为依附于公立医院的“单位人”^[12],激励机制发生扭曲,部分医生利用临床自主性进行过度医疗和防御性诊疗,利用对患者和医药厂商的“双向支配”地位收受红包、回扣^[13],职业伦理遭到侵蚀,职业逻辑受到冲击。最终导致公立医院公益性下降,医疗安全质量受到影响,医药费用不合理增长,患者经济负担加剧,医保基金支出风险加大,医患关系持续紧张,公共利益严重受损。^[14]当行政、市场、职业三种逻辑在公立医院管理运行中发生冲突而无法自恰,当政府对公立医院的规制性要求与医务人员的职业规范难以兼容,同时与全社会普遍的文化认知发生矛盾并导致严重后果时,制度变迁的必要性和紧迫性日渐突显。

在上述诸多矛盾和问题之中,医药费用过快增长导致医保基金穿底成为触发三明市公立医院综合改革的“导火索”。尤溪县作为三明市先行先试地区,于2012年正式启动公立医院综合改革。

2 制度变迁的主体与动力机制

制度变迁是由行为主体或利益集团推动的,制度变迁的方向一般是由处于强势地位的利益集团决定的。^[4]根据制度变迁的推动者不同,可将制度变迁的动力机制分为诱致性制度变迁和强制性制度变迁。诱致性制度变迁是指由于制度的非均衡性促使不同利益集团通过谈判的方式推动制度变迁的进程,较少依赖行政权力,但协商成本高昂。强制性制度变迁则是由政府主导,通过行政命令或法律法规来推动制度变迁的过程,可在短时间内实现制度变迁目标,降低制度变迁成本,但也可能由于政府意识形态和有限理性等因素产生意外后果而导致变迁失败。^[15]在原有制度已经形成“路径依赖”无法自我完善的情况下,通常只能通过强制性制度变迁方式推动新制度的建立和发展,以此缓解各方利益冲突,实现帕累托改进。

公立医院在整个医疗卫生服务体系中占据绝对主导地位,本身并无改革意愿,制度变迁的内生性动力不足;而市场主体尚未形成有效的竞争格局,制度变迁的外部推动力不够。只有政府在行政权力和资源配置权力上拥有绝对优势,能够从更宏观的层面、更长远的角度综合考虑社会整体利益,因此成为制度变迁的主体和“第一行动集团”。^[5]尤溪县公立医院综合改革正是在三明市的统一领导和部署下,由政府主导的强制性制度变迁过程。

3 制度变迁的目标与基本思路

公立医院综合改革最初是为解决“看病难、看病贵”等特定问题而提出的,属于“问题导向型”制度变迁。针对改革之前存在的诸多问题,尤溪县以“百姓可以接受、财政可以承担、基金可以运行、医院可以持续”为原则,以“公立医院回归公益性质,医生回归看病角色,药品回归治病功能”为目标,按照“政府主导、三医联动、腾空间、调结构、保衔接”的思路,推行“公立医疗机构硬件投入依靠政府,软件和日常管理依靠医院自身,降低医疗成本和提高运行效率依靠体制机制创新”的策略。

随着各项措施的推进和完善,尤溪县公立医院综合改革逐步缓解了当初面临的主要问题,并在国家和省市最新政策的引导下,进一步推进为以建立现代公立医院管理制度、实现“健康尤溪”为目标的“目标导向型”制度变迁。

4 制度变迁的路径与具体过程

公立医院改革的路径本质上是通过发挥制度的规制性要素、规范性要素和文化认知性要素的作用,有序调整公立医院管理和运行过程中的行政逻辑、市场逻辑和职业逻辑,促进逻辑互恰和激励相容,实现制度变迁目标的过程。根据路径依赖理论,由于报酬递增和自我强化机制的存在,一旦选择了某种制度路径,这种初始路径将被“锁定”,转换新路径的

成本将变得高昂。^[6]同时由于相关制度安排之间常常相互依存、相互影响,存在连锁效应,制度变迁的推动者只有对核心制度进行变革,才能以最小的成本实现制度变迁目标。^[15]

尤溪县按照改革行政逻辑—改革市场逻辑—改革职业逻辑的总体顺序^①,持续推进管理体制、药品流通、医保制度、服务价格、薪酬制度、服务体系等领域改革,形成鲜明的公立医院综合改革路径(图1)。

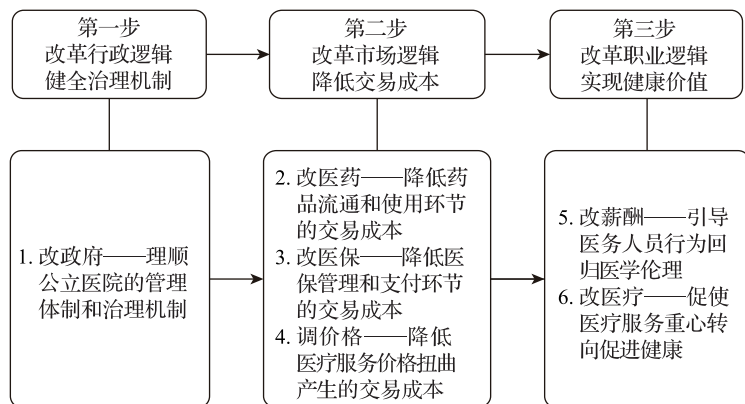


图1 尤溪县公立医院综合改革路径

4.1 第一步:改革行政逻辑,健全治理机制

作为制度变迁的主体,政府自身职责的履行对公立医院综合改革的推进至关重要。改革之前,政府办医职责的缺位、错位、越位是导致公立医院诸多问题的根本原因^[16],也是造成制度非均衡的重要因素。因此,尤溪县以“改政府”为逻辑起点,落实政府对公立医院的领导责任、保障责任、管理责任和监督责任,切中要害。首先,落实领导责任,由党政主要负责人亲自领导医改工作,组建公立医疗机构管理委员会,把分散在编办、卫生、人社、药监等部门的相关职能进行整合,形成高效的改革决策和推进机制。其次,落实保障责任,政府负责公立医院的基本建设和设备购置、重点学科发展、公共卫生服务等方面的投入,将符合规划要求、经确认的债务纳入政府性债务统一管理化解,缓解公立医院改革发展的后顾之忧。再次,落实管理责任,实行公立医院院长聘用制,由县医改领导小组聘任;扩大医院自主经营权,赋予院长内部组织机构设置权、人事自主招聘权、副职推荐权、中层干部聘任权、年度预算执行权、收入分配权等权力,以提升医院管理的专业化、精细化水

平。最后,落实监督责任,由市级政府统一对公立医院院长进行公开绩效考核,考核结果与院长年薪直接挂钩。

尤溪县通过改革行政逻辑,理顺和健全县级公立医院的管理体制和治理机制,在政府和院长之间建立起新的委托—代理关系,提升了政府对公立医院的治理能力,为市场逻辑和职业逻辑的改革奠定了基础。

4.2 第二步:改革市场逻辑,降低交易成本

交易成本是衡量和比较不同制度绩效的根本。^[17]由于有限理性和投机行为的存在,任何交易活动都会产生交易成本。^[18]交易成本分为搜寻成本、信息成本、议价成本、决策成本、监督成本、违约成本等具体类型,受到资产专用性、交易环境和行为的不确定性以及交易频率的影响。^[19]我国公立医院在市场经济环境中运行,涉及诸多交易活动,遵循市场基本逻辑,因此降低交易成本是推进公立医院相关制度变迁的重要内容。改革之前,医药领域由于交易链

① 本研究认为尤溪县的改革总体上符合“行政—市场—职业”的逻辑顺序,但并非是指严格意义上的时间顺序。事实上,在具体实践中许多政策措施是陆续出台、持续完善的,不同领域的政策在时间上难免会有交叉。

条过长、交易环节过多,为层层设租、层层寻租提供了条件^[20],导致药品流通环节交易成本高企、药品价格虚高,最终将额外的成本转嫁到患者身上。医保领域由于实行分散化管理、基金统筹层次较低、支付方式不合理,导致决策成本和监督成本过高,存在资金浪费现象。医疗服务价格在政府管制下长期扭曲,远低于服务成本,难以准确反映公立医院的服务质量和医生的劳动价值^[21],大大增加了医疗服务过程中的交易成本,成为医院和医生行为失范的重要诱因。因此,尤溪县着重从医药、医保、价格等领域发力,完善市场机制,降低交易成本。

一是“改医药”,降低药品流通和使用环节的交易成本。尤溪县从 2013 年 2 月起全面取消药品(包括耗材、器械)加成,在省级药品集中招标采购的基础上进行药品联合限价采购和统一配送,实行“一品两规”、“两票制”和“药品采购院长负责制”。通过推动药品采购从分散交易向集中招标的变迁,使得药品交易的搜寻成本和信息成本大幅下降,公立医院采购药品的决策成本明显降低,政府对药品的追溯难度和监督成本也显著下降。^[22]同时,由于药品流通环节大幅缩减,分销企业之间以及企业与医院之间的议价成本明显减少。除此之外,尤溪县严格控制抗菌药物使用,对辅助性、营养性、高回扣药品实施重点监控;严格控制检查费用,明确对大型设备检查阳性率和大型医疗设备检查费用占医疗总费用比例的要求;建立企业黑名单制度,对出现商业贿赂行为的药品生产企业取消供货资格。通过上述措施,进一步切断药品耗材厂商与公立医院之间的利益链条,降低药品耗材领域交易成本。尽管改革初期由于交易环境的改变以及经销配送网络的重构可能在一定程度上影响了药品配送效率,增加了违约风险,但总体来说药品流通领域的交易成本呈现较大幅度下降,为医保制度改革和医疗服务价格调整腾挪了空间。

二是“改医保”,降低医保管理和支付环节的交易成本。首先,推进医保管理经办整合。2013 年,三明市将城镇职工医保、城镇居民医保、新农合等三类医保经办机构整合成隶属于市政府的“医疗保障基金管理中心”(后改为“医疗保障基金管理局”),医保基金实行全市统筹,包括尤溪在内的各区县成立相应分支机构,实行垂直管理,由单一经办机构直接与医院进行结算。通过整合,医保部门的决策成本和监督成本显著下降,医保部门和公立医院之间的

议价成本明显降低。其次,推进医保支付方式改革。尤溪县目前按照“定额包干、超支自付、结余归己”的原则,对公立医院住院费用全部实行按病种付费,同时推进住院病人临床路径管理和按疾病诊断相关分组(Diagnosis Relative Groups, DRGs)支付。与以往按服务项目支付的方式相比,总额预付制下的按病种支付和按 DRGs 支付减少了交易频率,降低了议价成本,也有利于遏制提供过度服务的动机^[23];临床路径管理则通过提升诊疗服务的规范化和标准化水平,减少了相应的决策成本和信息成本。最后,建立医保在线监管机制。启用基本医疗保险在线监控审核系统,实施医保医师代码管理,通过信息化等手段加强医保监管,大幅降低医保监督成本。通过以上综合措施,医保领域的交易成本得到一定控制,也为规范医院和医生的服务提供行为,缓解医疗费用过快增长提供了有利条件。

三是“调价格”,降低医疗服务价格扭曲产生的交易成本。尤溪县基于药品领域改革的预留空间和对劳务性医疗服务成本的测算,先后 6 次调整 4 700 多项医疗服务价格,提升医师诊疗费标准,拉开不同级别医师收费差距,调低检查化验项目价格,调高手术治疗及诊查护理项目价格,新增药事服务费等项目。医疗服务价格的调整,使公立医院因取消药品加成减少的收入得到约 80% 的补偿,同时更合理地体现了医务人员的劳动和知识价值,显著降低医患双方的决策成本和议价成本^[24],也为职业逻辑的改革奠定了重要基础。

4.3 第三步:改革职业逻辑,实现健康价值

医疗卫生体系的绩效在很大程度上直接取决于医疗卫生机构和医务人员的服务提供行为是否符合职业逻辑,遵循医学伦理。如前所述,改革之前公立医院和医务人员的职业逻辑在不适当的行政逻辑和不规范的市场逻辑双重影响下发生严重扭曲——公立医院在逐利动机驱使下与基层医疗卫生机构形成不良竞争关系,造成资源配置的低效率和服务提供的碎片化;医务人员薪酬水平总体偏低,薪酬结构不合理,薪酬考核普遍与医院和科室经济收益挂钩,诱发医生失范行为,职业道德受到侵蚀。为此,尤溪县在进行行政逻辑和市场逻辑改革的基础上,以薪酬制度和服务体系为重点,进一步改革职业逻辑。

一是“改薪酬”,引导医务人员行为回归医学伦理。首先,实行院长年薪制和总会计师年薪制。年

薪考核侧重评价医院发展方向和管理服务,与医院经济收入脱钩,由财政部门根据考核结果全额支付。同时将院长和总会计师考核结果与医院工资总额挂钩,促使院长和医务人员形成内部契约,共同实现公立医院改革目标,维护和改善患者健康。其次,实行全员目标年薪制和年薪计算工分制。确定医院工资总额核定办法,切断工资总额与药品、耗材、检查化验等收入的联系,仅与医院医务性收入^①挂钩,从源头上遏制医务人员“大处方”、“大检查”等不合理诊疗行为。按照当地事业单位平均工资 2-3 倍的标准核定医生目标年薪,提高医生合法薪酬水平,弱化医生收受回扣、红包的动机。根据不同职业团队和不同服务项目的特点划分工资总额,运用以资源为基础的相对价值比率(Resource Based Relative Value Scale, RBRVS)、疾病诊断相关组(DRGs)和关键业绩指标(Key Performance Indicator, KPI)等方法分别计算年薪工分,以更科学地衡量不同团队、不同岗位之间的相对价值^[25],充分体现劳动强度和复杂程度,提高薪酬分配的公平性。最后,以科室为单位开展工作质量考核。从医疗质量、费用控制、医德医风等指标对医务人员进行质量考核,考核结果与每月预发年薪挂钩,以进一步规范医务人员行为,保障医疗服务质量。

二是“改医疗”,促使医疗服务重心转向促进健康。首先,组建县域内紧密型医联体。尤溪县整合全县所有公立医院、乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心,共同组建尤溪县总医院,形成紧密型医联体,赋予总医院人事、分配、经营及财务自主权。成立远程医疗会诊、心电诊断、医学影像等十大中心,促进县域医疗卫生资源整合和共享,提高服务效率,提升医疗卫生服务能力和质量。其次,完善医联体内分工协作机制。明确各级医疗机构职责分工和诊疗病种,畅通双向转诊通道,通过调整病种在县级医院和乡镇卫生院工分值,带动人才和病种下沉,形成有序的分工协作机制。最后,打造以健康为中心的服务模式。完善家庭医生签约服务制度,为签约城乡居民提供健康咨询、健康体检、健康管理等服务,制定多元化、个性化的家庭医生签约服务包。构建县域健康教育与健康促进网络,在卫生行政部门和医联体内设立健康促进和管理部門,组建全民健康协管员队伍,多部门协同实施健康促进与健康教

育专项行动计划,逐步将以治病为中心的服务模式转变为以健康为中心。

5 制度变迁的成效和问题分析

在历时几年的制度变迁过程中,尤溪县通过改革行政逻辑、市场逻辑和职业逻辑推进公立医院综合改革,在一定程度上缓解了规制性、规范性和文化认知性三种制度要素之间的矛盾,取得了阶段性成效。改革以来,医院收支结构趋于合理,管理运行效率有所提升;医药费用增长速度放缓,费用控制效果初步显现;医务人员薪酬有所增加,技术劳务价值逐步得到体现;医保基金运行基本平稳,患者就医负担有所减轻;县域内就诊率明显提升,患者就医流向更加合理。^[26]逐步接近“公立医院回归公益性质,医生回归看病角色,药品回归治病功能”的改革目标。同时,尤溪县公立医院综合改革也面临一定挑战。

从制度变迁的环境来看,改革仍面临宏观制度瓶颈。一是现行公立医院人员编制、职称晋升等人事制度僵化,实名制编制与备案制编制人员在养老保险等方面依然无法统一,用人自主权难以充分落实。二是在现有公立医院等级评审制度下,城市大型三级医院人才“虹吸效应”显著,县级公立医院人才队伍稳定性受到较大影响。三是尤溪县地处山区,经济发展条件欠佳,同时受分税制财政体制、经济整体下行等因素影响,财政对公立医院投入的可持续性面临考验。

从制度变迁的路径来看,改革的协调性和系统性仍需加强。一是尤溪县公立医院综合改革和其他政府主导下的强制性制度变迁类似,具有有限理性和多重后果等特征^[27],不同政策之间的协调性有待加强。比如改革初期医药领域的药品集中限价采购触动了医药流通厂商的既得利益,部分医药企业退出当地市场;同时药品集中配送存在滞后现象,使得部分药品供给不足,对医保和医疗领域的相关改革产生负面影响。二是尤溪县公立医院综合改革的路径着重强调行政命令、监督、奖惩等规制性要素,但对职业规范、职业道德等规范性要素以及健康观、生命观等文化认知性要素的重视程度相对不足,改革的系统性有待提高。如根据第一批国家级公立医院综合改革示范县的评估结果,尤溪县在医务人员满

① 尤溪县公立医院工资总额中的医务性收入包括诊察、护理、手术、治疗、药事服务费、中医辨证施治费等收入之和。

意度和患者满意度方面的得分显著低于其他示范县,可能与当地医务人员的职业认知和患者的就医观念等因素有关,若不引起足够重视将可能影响制度的持续稳定运行。

从制度变迁的过程来看,部分改革措施的适宜性有待提高。一是目前的医院工资总额形成机制尚不能充分保障工资总额持续增长,不少医务人员难以达到目标年薪;薪酬结构中浮动薪酬占比较高(目前为 65%),长期来看不利于发挥薪酬的保障作用,甚至可能导致医务人员内部收入差距过大的问题;薪酬考核虽然与药品、耗材、检查化验等收入脱钩,但仍与医务性收入挂钩,可能诱导医生通过提供不必要的诊疗服务获取更高薪酬,产生新的过度医疗。二是尤溪县紧密型医联体建立时间较短,在外部治理结构、内部管理运行等方面尚不健全,尤其需要注意县域单一医联体可能形成的资源垄断、缺乏良性竞争而引起监管难度加大、组织成本上升等问题;公立医院与基层医疗卫生机构之间尚未实现互联互通、信息共享,已建成的信息系统存在设备老化、网络不畅等问题,难以有效发挥信息技术对管理决策和医疗服务的支撑作用。

6 小结

6.1 尤溪县公立医院综合改革的制度变迁具有较好的普遍意义

作为三明医改的先行先试地区,尤溪县以政府为制度变迁主体,以问题为导向,统筹推进公立医院综合改革。通过改革行政逻辑,落实政府责任,健全公立医院管理体制和治理机制;通过改革市场逻辑,完善市场机制,降低药品流通和使用环节、医保管理和支付环节以及医疗服务价格扭曲产生的交易成本;通过改革职业逻辑,转变薪酬激励机制,推动医疗卫生服务体系整合,引导医务人员行为回归医学伦理,促使医疗服务重心转向促进健康。改革目标明确,路径清晰,注重政策措施的系统性、整体性、协同性,效果初步显现。尤溪县经济社会发展处于全国中等水平,其经验具有较好的代表性和普遍意义。

6.2 不断优化宏观政策环境,为制度变迁创造条件

一是遵循医疗卫生事业发展规律,加快推进事业单位编制管理制度改革,突破编制总额限制,盘活编制存量、优化编制结构、提升编制使用效益,强化公立医院用人自主权。二是弱化公立医院等级评

审、取消医院行政级别,防范城市大型三级医院人才虹吸效应,稳定县级公立医院和基层卫生人才队伍。三是从长远出发,建立与经济社会发展水平相适应、科学、稳定、可持续的卫生投入制度,合理划分各级政府投入责任,充分保障财政对公立医院的投入。

6.3 进一步完善制度变迁路径,确保制度变迁的可持续性

一是在政府主导的强制性制度变迁路径框架下,结合当地实际情况,引入诱致性制度变迁机制,更好发挥市场机制和社群机制的作用,避免单纯由“行政化”带来的弊端,为公立医院自发改革创造条件,提高制度设计和执行的适当性、协调性和可接受性。二是对规范性要素和文化认知性要素给予更多重视,提高改革的系统性。如加强医务人员医德医风建设和行风自律,提高医务人员人文素养;加强对医学规律、局限性以及生命观、健康观的宣传教育,正确引导群众就医观念;通过更有效的方式宣传公立医院综合改革相关政策,增强医务人员和患者对政策的理解和认同,营造良好的舆论环境,提高制度运行的稳定性。

6.4 科学测算,精细管理,增强制度变迁的科学性

一是科学测算医务人员薪酬水平,建立公立医院薪酬动态增长机制,保持对优秀人才的吸引力;适当提高固定薪酬占比,更好发挥薪酬的保障作用;探索建立具有中长期效应的薪酬激励机制,维护医生职业道德和专业精神。二是完善医联体法人治理结构,推进理事会实质性运作,落实县总医院独立法人地位和经营管理自主权,同时加强综合监管;探索按健康结果支付、按价值支付等医保支付方式,建立适宜的医联体内利益共享和风险共担机制;健全医院医疗质量安全、财务资产等各项管理制度,提高医院管理的精细化、专业化水平;加快推进医联体内部资源共享和信息互联互通,提高管理运行效率和科学决策水平;在医联体建设的基础上,构建县域内以人为中心的一体化医疗卫生服务体系,更好地实现健康尤溪目标。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 钟东波. 公立医院改革的概念框架[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(4): 5-10.

- [2] 张福来, 饶江红, 石丹, 等. 我国县级公立医院改革的进展、挑战和对策[J]. 卫生经济研究, 2017(2): 27-30.
- [3] 代涛. 我国公立医院改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(8): 1-7.
- [4] 朱云湘, 熊季霞. 制度变迁视角下我国公立医院政府监管制度研究[J]. 中国医药导报, 2015, 12(34): 146-149.
- [5] 伍凤兰, 申勇. 公立医院改革——历史演进、制度困境与路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 34-39.
- [6] 河连变. 制度分析:理论与争议[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2014.
- [7] W. 理查德·斯科特. 制度与组织:思想观念与物质利益[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2010.
- [8] 姚泽麟. 行政、市场与职业:城市分级诊疗的三种治理模式及其实践[J]. 社会科学, 2016(6): 84-93.
- [9] 顾昕. 走向协同治理:公立医院治理变革中的国家、市场与社会[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2017(5): 31-40.
- [10] 顾昕. 行政型市场化与中国公立医院的改革[J]. 公共行政评论, 2011(3): 15-31.
- [11] 钟东波. 破除逐利机制是公立医院改革的关键[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(9): 1-5.
- [12] 谢宇, 朱晓丽, 王禅, 等. 试析单位制度对我国公立医院的影响[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(12): 41-45.
- [13] 姚泽麟. 国家控制与医生临床自主性的滥用对公立医院医生执业行为的分析[J]. 社会, 2017, 37(2): 166-192.
- [14] 徐书贤. 包著彬:“三医联动”建制改制[J]. 中国医院院长, 2015(4): 68.
- [15] 黄鑫鼎. 制度变迁理论的回顾与展望[J]. 科学决策, 2009(9): 86-94.
- [15] 王广兵. 我国公立医院管理中的政府角色研究[D]. 重庆:西南政法大学, 2013.
- [17] 孙国峰. 交易成本与制度成本的关系分析[J]. 西南师范大学学报(人文社会科学版), 2004(2): 68-72.
- [18] 王洪涛. 威廉姆森交易费用理论述评[J]. 经济经纬, 2004(4): 11-14.
- [19] Williamson, Oliver E. The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach [J]. The American Journal of Sociology, 1981, 87(3): 548-577.
- [20] 熊平, 吴颀. 从交易费用的角度谈如何构建药品流通的良性机制[J]. 中国物价, 2005(8): 42-45.
- [21] 方福祥. 医疗服务价格改革机制和路径探析[J]. 卫生经济研究, 2018(7): 23-26.
- [22] 苏涛, 崔佳. 药品集中招标采购价值的思考——基于新制度经济学理论的分析[J]. 药学与临床研究, 2011(4): 370-372.
- [23] 吕国营, 帅起先. 费用支付方式的交易成本分析——兼论医疗、教育等领域的支付方式[J]. 财政研究, 2009(11): 75-78.
- [24] 郑红. 我国医疗行业中的租值耗散及其规避[J]. 科学经济社会, 2014(3): 64-68.
- [25] 方鹏骞, 李璐, 殷晓旭. 三明市公立医院年薪制改革实践与思考[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(4): 267-270.
- [26] 中国医学科学院医学信息研究所县级公立医院综合改革评估研究课题组. 县级公立医院综合改革示范工作评估报告[R]. 北京, 2018.
- [27] W·理查德·斯科特, 杰拉尔德·F·戴维斯, 斯科特, 等. 组织理论:理性、自然与开放系统的视角[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2011.

[收稿日期:2019-03-18 修回日期:2019-05-09]

(编辑 赵晓娟)