

# 三明市医共体支付方式改革的协同治理模式及效果分析

## ——以尤溪县总医院为例

钟正东<sup>1\*</sup> 杨孝灯<sup>2</sup> 吴德武<sup>2</sup> 吴锡豪<sup>2</sup> 林坤河<sup>1</sup> 刘 宵<sup>1</sup> 周 津<sup>1</sup> 熊英贝<sup>1</sup> 项 莉<sup>1</sup>

1. 国家医疗保障研究院华科基地 华中科技大学医药卫生管理学院 湖北武汉 430000

2. 尤溪县总医院 福建三明 365100

**【摘要】**目的:系统梳理三明市医共体支付方式改革的协同治理模式,以尤溪县总医院为例分析改革效果。方法:基于协同治理理论,采用主题分析法分析定性资料。采用描述性分析、间断时间序列分析分别评价尤溪县总医院支付方式改革年度数据、月度数据。结果:支付方式改革多元治理主体间、改革政策间存在协同机制。改革后,尤溪县医保基金结余率提高至 2.84%,医共体牵头医院的门急诊人次、住院人次、手术人次上升趋势明显减缓,基层医疗卫生机构的诊疗人次数占比从 50.8% 提高至 68.5%,高血压、糖尿病、重性精神障碍的公共卫生管理指标均呈现上升趋势,城乡居民医保患者出院次均自付费用降幅达 20.1%。结论:政府主导促进了治理主体间协同,多元治理主体间协同促进改革政策协同,明确、协同的改革政策促进医共体、管理者、医务人员的服务行为从以治疗为中心转向以健康为中心,改革具有可持续性。

**【关键词】**三明市医改;医共体;支付方式;协同治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.03.001

## Collaborative governance model and effect analysis of the reform of county medical alliance payment method in Sanming: Taking Youxi General Hospital as an example

ZHONG Zheng-dong<sup>1</sup>, YANG Xiao-deng<sup>2</sup>, WU De-wu<sup>2</sup>, WU Xi-hao<sup>2</sup>, LIN Kun-he<sup>1</sup>, LIU Xiao<sup>1</sup>, ZHOU Jin<sup>1</sup>, XIONG Ying-bei<sup>1</sup>, XIANG Li<sup>1</sup>

1. HUST Base of National Institute of Healthcare Security, School of Medicine and Health Management, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan Hubei 430000, China

2. Youxi General Hospital, Sanming Fujian 365100, China

**【Abstract】** Objective: To systematically sort out the collaborative governance model of the reform of the county medical alliance payment method in Sanming, and analyze the reform effect by taking Youxi General Hospital as an example. Methods: Qualitative data were analyzed by thematic analysis method based on the theory of collaborative governance. Descriptive analysis and interrupted time-series analysis were used to evaluate the annual data and monthly data of Youxi General Hospital's payment method reform. Results: There is a synergy mechanism among the multiple governance subjects and the reform policies in the payment method reform. The balance rate of medical insurance funds in Youxi has increased to 2.84% after the reform. The rising trend of outpatient and emergency visits, inpatient visits, and surgeries in the leading hospitals of the county medical alliance has slowed down significantly. The proportion of visits in primary hospitals increased to 69.2%. The public health management indicators of hypertension, diabetes, and severe mental disorders all showed an upward trend. The out-of-pocket expenses of urban and rural residents' medical insurance patients on discharge dropped by 20.1%. Conclusions: The municipal party committee and the municipal government take the lead to promote the coordination among governance subjects, and the coordination among multiple governance subjects promotes the coordination of reform policies. A clear and coordina-

\* 基金项目:国家自然科学基金(71874058,72174068)

作者简介:钟正东(1997年—),男,博士研究生,主要研究方向为医疗保障、卫生服务体系。E-mail:872412804@qq.com

通讯作者:项莉。E-mail:xlylf@126.com

ted reform policy promotes the service behavior of the county medical alliance, managers and medical staff from treatment-centered to health-centered, so the reform becomes sustainable.

**[Key words]** Sanming healthcare system reform; County medical alliance; Payment method; Collaborative governance

## 1 前言

2022 年中共中央一号文件《中共中央 国务院关于做好 2022 年全面推进乡村振兴重点工作的意见》提出深入推进紧密型县域医疗卫生共同体(紧密型医共体)建设,医共体发展的关键是如何建立激励约束和利益分配机制,发挥支付制度的激励功能。<sup>[1-2]</sup>我国各地均已开始医共体支付方式改革的探索,然而多数地区改革效果未达到预期。<sup>[3-4]</sup>2021 年 11 月国家卫生健康委办公厅再次发文,推广了三明市医共体支付方式改革模式<sup>[5]</sup>,然而现有研究集中于三明市医共体医保支付方式改革的现状及效果分析<sup>[6-7]</sup>,缺乏对三明市医共体外部和内部支付方式改革模式的系统性研究,因此探讨三明市支付方式改革模式的普适性具有重要意义。协同治理模式是国内外公认有发展前景的公共管理模式之一<sup>[8-9]</sup>,已被广泛运用于医疗卫生治理<sup>[10-12]</sup>,研究表明协同治理机制是三明医改模式取得良好效果的关键<sup>[13]</sup>,因此本文将基于协同治理理论,系统梳理三明市医共体支付方式改革的协同治理模式路径,以尤溪县总医院为例分析改革效果。

## 2 资料与方法

### 2.1 定性资料与方法

本文定性资料来源文献研究和访谈研究。文献研究检索国家卫生健康委员会、三明市深化医药卫生体制改革领导小组办公室、三明市医疗保障管理局等网站,收集医共体支付方式改革相关政策文件。访谈研究于 2021 年 10 月在三明市尤溪县通过与政府相关部门、医共体管理者等利益相关者座谈进行。

本研究以协同治理理论的协同治理主体、协同治理规则、协同治理效果为分析框架,采用主题分析法分析三明市医共体支付方式改革的协同治理模式。

### 2.2 定量资料与方法

#### 2.2.1 样本选择

本文选择尤溪县医共体(即尤溪县总医院)作为样本探讨三明市支付方式改革的协同治理效果。尤

溪县是三明市医共体支付方式改革的第一批试点县,其改革效果较其他县可能更为明显,且改革持续时间更长,更具研究意义。

#### 2.2.2 定量资料来源

2021 年 10 月通过卫生健康信息系统导出数据库和调查表形式收集尤溪县总医院支付方式改革相关年度数据和月度数据。其中年度数据包括尤溪县医保基金使用、公共卫生服务管理、患者负担等指标情况;月度数据包括医共体牵头医院(仅含尤溪县医院和尤溪县中医医院,尤溪县妇幼保健院未参与医共体)的门急诊人次、住院人次、手术次数等指标情况。

#### 2.2.3 定量资料分析方法

本研究首先采用描述性分析描述年度数据。采用间断时间序列回归模型(ITSA),以改革启动的 2017 年 10 月作为总额预算 DRG 支付方式改革政策干预时点,检验改革前(2016 年 1 月—2017 年 9 月)和改革后(2017 年 10 月—2019 年 11 月)月度数据的变化趋势差异。

ITSA 回归模型设定如下:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times timet + \beta_2 \times polycyt + \beta_3 \times postt + b \times Xt + et$$

其中, $Y_t$  为相关指标  $t$  月的平均水平; $\beta_0$  为指标在观察期初始水平的估计值, $\beta_1$  为改革前指标变化趋势的斜率, $\beta_2$  为改革前后指标水平瞬时变化的估计值, $\beta_3$  为改革后指标变化趋势斜率的改变量( $\beta_1 + \beta_3 =$  改革后指标变化趋势的斜率); $timet$  为研究观察期内代表月份的连续性时间变量,取值为范围为 1 ~ 47, $polycyt$  在改革前后分别赋值为 0 和 1, $postt$  在改革前赋值为 0,改革后  $postt = timet$ ;  $Xt$  代表包含固定效应的协变量以解释可能影响部分指标的季节性因素, $et$  代表误差项。采用基于普通最小二乘回归(OLS)的分段回归模型拟合,通过回归系数显著性检验以解释改革前后相关运行指标的变化趋势差异是否有统计学意义。采用移动平均比率法对指标进行季节性处理,利用 BG 检验对指标变量的自相关性进行分析,若  $P > 0.05$  则认为无自相关性,反之则通过 Newey-West 估计调整处理变量模型,以控制自相关对回归模型中参数估计的影响。<sup>[14]</sup> 上述统计分析采

用 stata12.0 实现,以  $P < 0.05$  作为显著性差异的判定条件。

### 3 结果

在协同治理中,规则机制明确了政策主体、政策客体、政策工具的活动方式和行动范围,各种规

则机制应保持协同联动的状态,确保医疗卫生服务整体的有序协同。<sup>[11]</sup> 规则机制间协同主要有两种,治理主体间的协同机制和治理政策间的协同机制。本文将从治理主体和治理政策间的协同机制详细描述三明市医共体支付方式改革的协同治理模式(图 1)。

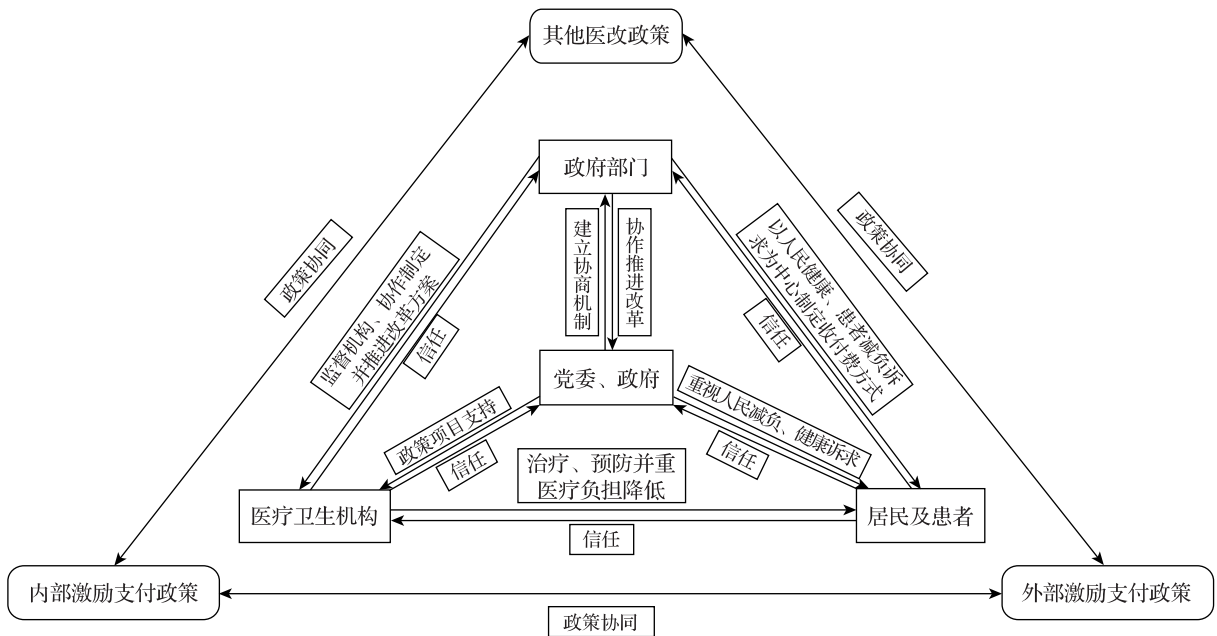


图 1 三明市医共体支付方式改革的协同治理模式

#### 3.1 协同治理主体及多元治理主体间的协同机制

##### 3.1.1 市委、市政府主导

根据协同治理理论,在医改中,政府、卫生行政部门、医保部门、医疗卫生机构和患者等均为治理主体<sup>[8]</sup>,且政府主导制度设计和安排<sup>[9,15]</sup>。三明市医共体支付方式改革政策的政府主导主要表现在两个方面:一是市委、市政府全力支持改革并把控改革方向,关键性文件均由市委、市政府授权下的市医改领导小组制定<sup>[13]</sup>,如 2017 年三明市开展“全民健康四级共保工程试点工作”“总医院组建工作”分别由市医改领导小组、市委市政府制定发布,两个文件明确了三明市医保向健康支付的理念;二是党委、政府整合了各部门职能、权责,建立部门间常态化协调机制,如三明市 C-DRG 相关改革文件多由市卫健委和市医保局联合发布。

##### 3.1.2 多元治理主体间的协同机制

协同治理强调多元治理主体间的协同,政府不再是唯一主体,政府将社会治理的部分权利下放至市场、社会等主体,各治理主体可通过协商、协调、协作等方式制定规则,提供公共服务。<sup>[8]</sup> 三明市多元治

理主体的协同机制主要有三个方面:

一是政府、市医保局、市卫健委等多方联合,与医疗卫生机构协商协作不断完善三明市 C-DRG 支付体系。首先,政府部门与医疗卫生机构联合完善临床路径等标准;同时政府主导帮助机构建立统一 DRG 信息系统,引导医保经办机构和医疗卫生机构间建立谈判协商、风险分担机制;医保中心建立常态化预警沟通机制,由专人负责定期分析 DRG 绩效、与各医疗卫生机构沟通 DRG 管理要点。

二是市医保局、市卫健委将对医保基金、基层医疗卫生机构的管理权限下放至总医院。以尤溪县为例,2017 年 10 月尤溪县总医院实行“总额预付”的支付政策,将医保基金、财政拨款和基本公共卫生经费等统一打包给尤溪县总医院。政府指导尤溪县总医院建立唯一法人制度,实现总医院所有机构统一管理。

三是政府及部门响应患者降低医疗费用的诉求,统一了 DRG 收付费制度,即对医疗卫生机构实施 DRG 付费、对患者实施 DRG 收费。患者住院费用报销不再区分医保目录内外、不设起付线,按照全费用进行医保报销;且患者自付费用设定限额,不超过

现有 DRG 病组收费标准乘以政策自付比例。

### 3.2 治理政策间的协同机制

三明市医共体支付方式改革政策间的协同机制主要有两个方面：

#### 3.2.1 医共体外部激励政策的协同机制

三明市医共体外部激励政策主要有三种，医保支付、政府投入、总医院党委书记和院长实行目标年薪制管理。

从医保支付看，三明市明确了总额制定标准与使用，推动医保支付政策与地区健康水平、公立医院薪酬政策的协同。总额确定上，三明市包干基金总额测算充分考虑了县域人口数、不同年龄层次人群健康需求、地区医疗费用水平差异。总额使用上，三明市将医保资金整体打包给总医院，实行“总额付费、超支不补、结余留用”机制，并明确了结余的医保基金可直接纳入医务性收入并可提取作为年终总医院工资总额，将健康促进经费从成本中列支的使用机制。

从政府投入看，2018 年三明市制定了《“健康三明市”体系建设(慢性病一体化管理)工作绩效考核方案》，该方案考核指标设置与分级诊疗、健康促进等政策协同。对积极探索医防融合模式和激励机制、建立并落实双向转诊制度、基层门诊量与住院量达标、落实慢性病健康管理等给予奖励。考核结果与考核奖励资金挂钩，奖励金按 80% 提取总医院薪酬总额，其中 20% 计入总医院工资，其余 80% 计入基层医疗卫生机构薪酬。

从目标年薪制看，三明市对总医院党委书记和院长实行目标年薪制考核，考核指标设置与医保支付、分级诊疗、健康促进等政策协同。对医保基金结余与使用率、县域内住院量占比、基层门(急)诊量占比、疾控改革、基本公卫、健康促进等指标考核，年薪由政府发放，考核得分直接影响书记和院长年薪水平。

#### 3.2.2 医共体内部激励政策的协同机制

三明市医共体内部激励即医共体对医务人员的薪酬分配制度，主要有两种：

一是对医务人员实行“年薪计算工分制”，从微观层面明确了各项服务的工分，工分设置与分级诊疗、健康促进等政策协同。例如，尤溪县总医院规划县级医生下乡帮扶培训、健康宣教等工作工分；确定县级医院下沉乡镇卫生院住院病种，并提高工分，以

阑尾切除术伴合并症、并发症为例，在尤溪县总医院县级医院治疗的工分为 370 分，而县级医院医生到乡镇开展手术治疗工分提高到 770 分。

二是建立明确的医保基金“向健康支付”机制。主要有：(1) 统筹医保基金和公卫资金，促进家庭医生签约，签约服务费由签约居民付费、公卫项目经费和医保基金分担，且明确医保定额标准。(2) 建立签约与非签约居民医保差别化支付机制，明确县总医院医保基金结余可用于家庭医生签约奖励。对于依从性好、病情稳定的慢性病签约居民实施处方制度。对经家庭医生上转再回到基层的签约居民，家庭医生可延长上级医院处方，且康复治疗取消医保报销起付线；对从上级医院转到家庭医生处开设家庭病床的签约居民，家庭病床纳入住院统筹基金报销。(3) 推进乡镇卫生院与村卫生所(室)进行一体化管理，开通医保报销端口、免费提供 39 种慢性病基本药物。(4) 对总医院下派医师坐诊的诊察费按照下级机构标准收取，上下级机构诊察费标准间差额由医保基金补足。

### 3.3 协同治理效果

#### 3.3.1 医保基金使用变化情况

2017 年尤溪县医保基金结余率较高，为 7.31%，2018 年减少到 1.91%。2019 年医保基金结余率提高至 2.84% (表 1)。

表 1 尤溪县 2017—2019 年医保基金使用情况

指标	2017 年	2018 年	2019 年
基金总额(亿元)	2.71	2.98	3.136
结余基金(万元)	1980	570	890
医保基金结余率(%)	7.31	1.91	2.84

#### 3.3.2 尤溪县总医院牵头医院医疗服务提供指标变化情况

尤溪县总医院牵头医院改革前门急诊人次呈明显的上升趋势( $\beta_1 = 664.2, P < 0.001$ )，改革后上升趋势明显减缓( $\beta_3 = -548.2, P < 0.001$ )；改革前住院人次呈明显的上升趋势( $\beta_1 = 21.7, P < 0.001$ )，改革后上升趋势明显减缓( $\beta_3 = -22, P < 0.001$ )；改革前手术人次呈平稳波动趋势( $\beta_1 = 3, P = 0.1$ )，改革后呈明显的下降趋势( $\beta_3 = -8.2, P < 0.001$ )；改革前一二级手术人次占比均呈现下降趋势( $\beta_1 = -0.4, P < 0.001$ )，改革后趋势无明显变化( $\beta_3 = -0.02, P = 0.789$ ) (图 2、表 2)。

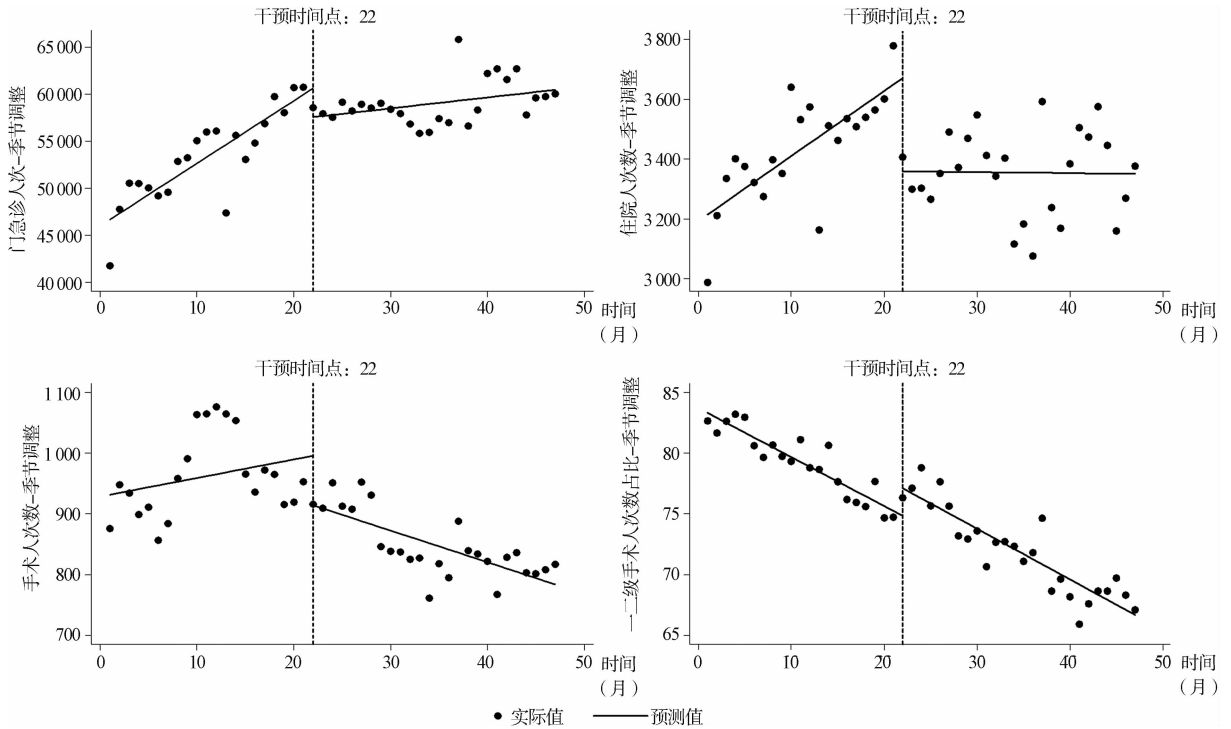


图2 尤溪县牵头医院医疗服务提供指标月度变化情况(实线为模型估计)

表2 尤溪县牵头医院医疗服务提供指标 ITSA 检验结果

指标	改革前		改革时		改革后	
	$\beta_1$	P 值	$\beta_2$	P 值	$\beta_3$	P 值
诊疗人次(人)	664.2	<0.001	-3 058.7	0.007	-548.2	<0.001
住院人次(人)	21.7	<0.001	-311.5	<0.001	-22.0	<0.001
手术人次(人)	3.0	0.1	-81.6	0.007	-8.2	<0.001
一二级手术人次占比(%)	-0.4	<0.001	2.2	0.004	-0.02	0.789

### 3.3.3 基层医疗卫生机构服务提供情况

基层医疗卫生机构诊疗人次数从 2016 年的 68.2 万人提高至 2019 年 176.2 万人,占比从 50.8% 提高至 69.2%,而同期全国基层医疗卫生机构诊疗

人次占比从 55.1% 降至 52.0%。尤溪县基层医疗卫生机构住院人次数从 2016 年 1.99 万人下降到 2018 年 1.71 万人,但在 2019 年提高到 1.83 万人,占比从 32.7% 降至 30.8% (表 3)。

表3 2016—2019 年尤溪县公立医疗卫生机构医疗服务提供情况

指标	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年
公立医疗卫生机构总诊疗数(万人次)	134.2	202.3	190.6	254.6
县级医院(万人次,%)	66(49.1)	74.8(36.9)	74.7(39.2)	78.4(30.7)
基层医疗卫生机构(万人次,%)	68.2(50.8)	127.4(63.0)	115.8(60.7)	176.2(69.2)
公立医疗卫生机构总入院数(万人次)	6.1	6.1	5.7	5.9
县级医院(万人次,%)	4.08(67.2)	4.21(69.5)	4.02(70.1)	4.1(69.1)
基层医疗卫生机构(万人次,%)	1.99(32.7)	1.84(30.4)	1.71(29.8)	1.83(30.8)

### 3.3.4 公共卫生服务情况

尤溪县高血压规范管理率、控制率自 2017 年到 2019 年分别从 69.91%、65.8% 提高到 81.51%、68.36%。

糖尿病规范管理率、控制率分别从 71.32%、65% 提高到 78.30%、72.45%。重性精神障碍规范管理率从 81.6% 提高到 85.97% (表 4)。

表4 尤溪县重点慢性病2017—2019年管理情况

疾病分类	指标	2017年	2018年	2019年
高血压	规范管理率(%)	69.91	78.42	81.51
	控制率(%)	65.80	71.78	68.36
糖尿病	规范管理率(%)	71.32	76.90	78.30
	控制率(%)	65.00	65.92	72.45
重性精神障碍	规范管理率(%)	81.60	84.49	85.97

### 3.3.5 患者医疗负担情况

尤溪县平均住院费用从2017年的4 319.08元增加到2019年的4 998.67元,增幅15.7%,但城乡居民医保患者出院次均自付费用从2017年的1 587.03元降低到2019年的1 267.33元,降幅20.1%(表5)。

表5 尤溪县2017—2019年患者住院费用情况

指标	2017年	2018年	2019年
平均住院费用(元)	4 319.08	4 725.82	4 998.67
城乡居民医保患者出院次均自付费用(元)	1 587.03	1 344.71	1 267.33
城镇职工医保患者出院次均自付费用(元)	1 567.26	1 686.97	1 728.5

## 4 讨论

### 4.1 “市委、市政府主导,多元主体协同”使得医改易于推开

#### 4.1.1 市委、市政府主导促进治理主体间协同

根据协同治理理论,在宏观政策架构与顶层体系设计上政府应该发挥主导作用。<sup>[8]</sup>其原因在于:支付方式改革的利益主体多元、利益关系复杂,医改治理主体间存在利益冲突,因此需要掌握全局信息和公共权力的主体提供必要的利益平衡机制和协调平台<sup>[15]</sup>,以促进治理主体间相互妥协、信任,在我国治理体制下符合条件的主体仅有政府。

已有研究指出,中国医改之所以进展缓慢其重要原因就是政府不同部门之间的推诿博弈。<sup>[16]</sup>而三明市模式取得效果的核心在于市委、市政府主导改革促使了治理主体间协同协作,与相关研究一致。<sup>[13]</sup>由于市委、市政府高度支持医改工作,并建立了部门间常态化协调机制,破除了部门之间的低效博弈,使得支付方式改革中卫健部门、医保部门、财政部门等关键部门对财政资金、医保基金使用的理念达成一致,即财政投入、医保基金使用应从“向医疗支付”转变为“向健康支付”。同时市委、市政府主导使得改革政策未被利益集团和社会舆论影响,也为后续改

革政策效果凸显以及社会、人民对改革的信任度提高奠定了基础。

#### 4.1.2 多元治理主体间的协同促进改革政策协同推进

根据协同治理理论,多元治理主体间的协同使得各方利益均被满足,因此促进了改革政策平稳推进,多方参与政策制定与实施也促进了改革政策间相互协同。

在政府部门与医疗卫生机构协同上,我国很多地区DRG支付方式改革中由于协作程度低、各方利益不协调等问题<sup>[3-4]</sup>,导致医疗卫生机构、卫生健康部门与医保部门相互博弈,改革进度缓慢<sup>[13]</sup>。而三明市政府、市医保局、市卫健委、医疗卫生机构间的协商协作,则使得各方利益得到妥协,C-DRG制度更容易被推开,也使得C-DRG改革政策无论是方案还是实际执行上都与其他医改政策以及医疗卫生机构实际情况更加协同一致。同时医保部门建立C-DRG常态化预警沟通机制,定期与机构沟通DRG管理要点,既防止医疗不足、分解住院、分解收费等DRG负面效应,也逐步提高了机构精细化管理水平,形成了机构与医保管理者、政府间信任程度不断增加的良性反馈。在“总额预付、结余留用”和C-DRG付费等制度下,医疗卫生机构精细化管理水平越高,越能控制不合理费用,其收益越高,激发了医疗卫生机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力,来自医疗卫生机构的阻力自然较其他地区更小,因此从结果可以看出尤溪县医共体牵头医院的门急诊人次、住院人次、手术人次的增长趋势在改革后明显减缓。

由于总医院建设及支付等改革由市委市政府或市医改领导小组制定,是政府、各个部门间协商的最终产物,因此政策方案能保障权威性、科学性以及与医改价值目标、各改革政策间的协同,在此基础上市医保局、市卫健委等部门才会愿意将对基层医疗卫生机构、医保基金管理分配的权利下放至总医院。医共体机构间组织关系独立不利于发展<sup>[4]</sup>,总医院实行唯一法人制度破除了县乡村所有医疗卫生机构间的博弈,形成真正的协同合作、责任共担、利益共享的紧密型医共体,总医院医疗卫生机构间协商、政府部门与总医院间协商难度降低,也使相应支付方式改革更易推开。

在与患者协同上,由于信息不对称,患者就医处于弱势,与医疗服务提供方几乎没有博弈能力,因此

三明市卫健委和医保局从降低患者医疗负担的诉求出发实施 C-DRG 收费, C-DRG 收费控制了患者负担水平, 也避免了医疗卫生机构通过提供非目录外服务或低报销服务牟利, 因此 2017—2019 年尤溪县城乡居民医保患者出院次均自付费用降幅高达 20.1%, 在此基础上, 患者也更愿意接受相关改革政策。

## 4.2 改革政策间的协同与明确使得政策效果显著, 具有可持续性

### 4.2.1 医共体内外部激励政策协同使改革政策效果显著

从研究结果可以看出, 基层医疗卫生机构的诊疗人次数、住院人次数总量均有改善趋势且诊疗人次数占比有大幅度提升, 同时尤溪县高血压、糖尿病、重性精神障碍的规范管理率等指标在支付方式改革后均呈现上升趋势。主要原因在于三明市建立了明确的内外部激励协同的利益协调机制, 促进了医保支付、医疗服务体系和公共卫生服务体系间融合。

首先, 三明市医共体外部支付方式间存在相互协同。按人口和健康需求测算医保基金总额、结余医保基金作为医务性收入等机制意味着区域人口越健康、居民医疗总费用越低则医疗卫生机构收入越高, 破除了居民就医费用越多、医疗卫生机构收入越高的弊端。三明市建立了医保基金、政府投入、院长年薪制等“向健康支付”机制, 均明确了经费使用办法、健康促进考核指标, 使得各外部支付政策间的协同具有可操作性, 因此各级医疗卫生机构有了主动从事健康促进与健康教育工作的动力, 开始依据相应政策践行“小病在社区, 康复回社区”、以“治已病”为中心转向“治已病与治未病”并重、以“健康管理”为中心等行为。

其次, 三明市医共体外部和内部支付方式间存在相互协同。协同治理中, 评估体系应体现目标理念和价值追求, 完整的评估体系是衡量协同治理水平和矫正医疗卫生机构行动偏差的有效途径, 清晰的绩效分配有助于医共体目标实现。<sup>[11]</sup>从内外部激励考核评估体系来看, 三明市政府投入、总医院党委书记和院长实行目标年薪制考核, 年薪计算工分制也贯彻了“向健康支付”的价值理念, 从总医院、管理者、医务人员三个层面激励了行为从“以疾病治疗为中心”向“以健康管理为中心”转变。慢性病一体化

管理考核、目标年薪制考核均设置了分级诊疗、健康促进、医保结余等考核指标, 这意味着相关改革实施的效果直接影响医疗卫生机构利益相关者的薪酬水平, 激发了管理者认真实施相关改革, 促进效果提升的动力。对于医务人员, 从微观层面明确了分级诊疗等服务的工分, 为医务人员参与分级诊疗、健康促进提供了可操作性的路径, 如确定县级医院下沉乡镇卫生院住院病种并提高工分, 不仅从利益分配上鼓励县级医院专家下基层, 而且引导百姓小病、常见病留在乡镇卫生院就诊, 进一步减轻百姓看病负担、降低医疗成本、结余医保资金。

### 4.2.2 支付方式改革政策与其他医改政策协同使得改革可持续

卫生领域改革中针对供方和需方的改革政策必须相互配合<sup>[13]</sup>, 不同医改政策前后的渐进协同是三明市模式取得明显效果的关键。原因在于理性的决策应当通过社会中多元决策主体的互动与对既往政策的渐进改动实现, 长期来看, 渐进政策效果更加明显、稳妥并符合实际, 且保证了改革政策的合理性、科学性、有效性与可持续性。<sup>[17-18]</sup>

首先, 2010 年左右三明市由于医保基金收不抵支, 地方财政不足, 因此三明市选择从减少医疗资源的浪费为医改切入点, 逐步渐进地实施了取消药品(耗材)加成、实行药耗联合限价采购、治理流通领域药价虚高、规范医疗行为等改革措施, 挤压了药品耗材成本、实现了“腾笼换鸟”, 为后续医保基金结余奠定了基础。其次由于公立医院收入因取消药品(耗材)加成等政策而减少, 三明市随之出台院长年薪制、医务人员年薪计算工分制等政策, 同时开展医疗服务价格的调整, 使公立医疗卫生机构能够获得合理的收入补偿。<sup>[13]</sup>最后, 由于三明市医疗服务浪费减少, 医保收入大于支出, 医疗卫生机构对于医保基金结余有确定的预期, 同时在年薪制基础上, 医务人员薪酬有了充分保障, “结余留用”的机制才能发挥激励效果, 公立医疗卫生机构有了通过基层首诊、促进全民健康等措施促进医保结余、进一步提高收入水平的内生动力, 针对医共体支付方式的改革方能持续。

## 4.3 本研究的局限性

由于研究地区的部分指标数据是以年度数据的形式进行统计, 因此本研究对此类数据仅做了描述性分析。虽然医保基金使用情况、基层医疗卫生机



构服务提供情况、公共卫生服务情况、患者医疗负担情况等年度数据的指标表现在一定程度上可以解释医共体支付方式改革政策的影响,但年度数据的指标表现仍可能受其他医改政策影响。本研究不能完全排除其他医改政策影响,对部分结果尚不能完全解释。

## 5 结论

三明市医共体协同治理模式实现路径总结有四点:(1)三明市委、市政府主导医共体支付方式改革政策,保障了改革政策的权威性、科学性,促进了各部门间、各治理主体间的协作,引导了“向健康支付”的价值理念形成;(2)政府、市医保局、市卫健委等与医疗卫生机构、患者的协商协作,增加了主体间信任程度,使得相应改革政策相互协同,更容易推开;(3)协同、明确的医共体内外部激励政策,使得政策落实具有可操作性,从总医院、管理者、医务人员三个层面激励了服务行为从“以疾病治疗为中心”向“以健康管理为中心”转变,因此改革指标效果显著;(4)医共体支付方式改革政策与其他医改政策协同,保证了改革政策的合理性、科学性、有效性与可持续性。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

### 参 考 文 献

[1] 胡善联. 医联体怎么“联”:医联体的新意义新内涵[J]. 中国卫生, 2017(4): 51-53.

[2] 郭凤林, 顾昕. 激励结构与整合医疗的制度性条件:兼论中国医联体建设中的政策思维模式[J]. 广东行政学院学报, 2015(5): 12-18.

[3] 张嘉文, 李霞, 张梦然, 等. 我国典型医联体模式下医保支付方式实施效果研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 15-17, 29.

[4] 牛亚冬, 张亮. 县域医共体的发展现状与问题分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(2): 22-25.

[5] 中华人民共和国中央人民政府. 国家卫生健康委办公厅关

于推广三明市分级诊疗和医疗联合体建设经验的通知[EB/OL]. (2021-10-29) [2022-1-22]. [http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-11/22/content\\_5652558.htm](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-11/22/content_5652558.htm)

[6] 胡佳, 朱晓丽, 郑英, 等. 福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 25-31.

[7] 江芹, 徐志鑫, 于丽华, 等. 三明市 C-DRG 收付费对医疗机构的费用影响分析[J]. 中国卫生经济, 2021(4): 13-16.

[8] 徐嫣, 宋世明. 协同治理理论在中国的具体适用研究[J]. 天津社会科学, 2016(2): 74-78.

[9] 余亚梅, 唐贤兴. 协同治理视野下的政策能力:新概念和新框架[J]. 南京社会科学, 2020(9): 7-15.

[10] 王有强, 李海明, 王文娟. 卫生体系和服务能力现代化的实现路径:基于协同治理视角[J]. 中国行政管理, 2017(4): 35-39.

[11] 黄妮. 分级医疗服务协同治理的行动偏差与秩序调适[J]. 甘肃社会科学, 2020(1): 46-52.

[12] 魏娜, 郭彬彬, 张乾瑾. 协同治理视角下基金会开展儿童医疗救助研究:基于 Z 基金会 J 项目的案例分析[J]. 中国行政管理, 2017(3): 38-43.

[13] 杨帆. 元治理理论视角下的三明市医改经验[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 1-6.

[14] 陈强. 高级计量经济学及 STATA 应用[M]. 第二版. 北京: 高等教育出版社, 2014: 101-109, 402.

[15] 张振波. 论协同治理的生成逻辑与建构路径[J]. 中国行政管理, 2015(1): 58-61.

[16] Wu G, Lansdowne H. Socialist China, Capitalist China: Social Tension and Political Adaptation under Economic Globalization[M]. New York: Routledge, 2009.

[17] 刘文. 渐进主义的认识论审视:指向渐进理性的建构[J]. 中国行政管理, 2020(3): 72-77.

[18] 沈莘. 从先验理性到经验理性:对林德布洛姆“渐进主义”决策理论的解读[J]. 政治思想史, 2020, 11(3): 123-130.

[收稿日期:2022-02-08 修回日期:2022-02-28]

(编辑 薛云)