

三明市医共体内外经济激励对医疗服务供给的影响研究

熊英贝* 钟正东 林坤河 刘 宵 周 津 项 莉

国家医疗保障研究院华科基地 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】目的:了解三明市内部年薪工分制改革与外部医共体打包支付及其他一系列配套政策改革下医疗服务供给的变化情况,以及内外部经济激励政策的协同影响机制。方法:以三明市2015年8月年薪工分制改革、2018年1月医共体打包支付改革为政策干预时点,采用间断时间序列(ITSA)分段回归模型对3个政策时段月度数据的变化情况进行分析。结果:年薪工分制实施后,全市及基层门急诊人次均较改革前有大幅提升,医院门急诊人次仍保持既往上涨趋势。医共体打包支付实施后,全市、基层、医院门急诊及入院人次的上升趋势均明显减缓,基层门急诊人次占比增长速度明显下降。结论:发挥外部经济激励的宏观调控作用,能够规范由不合理内部经济激励引起的过度医疗服务供给行为;内部与外部经济激励联动改革,才能顺利推进分级诊疗制度的实施。

【关键词】三明医改;县域医共体;支付方式;薪酬制度;医疗服务供给
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.07.009

Research on the influence of internal and external economic incentives of Sanming county medical alliance on medical service supply

XIONG Ying-bei, ZHONG Zheng-dong, LIN Kun-he, LIU Xiao, ZHOU Jin, XIANG Li

HUST Base of National Institute of Healthcare Security, School of Medicine Health Management of Tongji Medical college of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: To explore the changes of medical service supply in Sanming under the internal annual salary point system reform, the external county medical alliance package payment reform and a series of other supporting policies, and the synergistic influence mechanism of internal and external economic incentive policies. Methods: Taking Sanming's annual salary point system reform in August 2015, and the package payment reform of county medical alliance in January 2018 as the policy intervention points. The monthly data changes in the three policy periods were analyzed by using the interrupted time series (ITSA) regression model. Results: After the implementation of the annual salary point system, the outpatient and emergency visits of the whole city and grassroots hospitals were significantly increased, and the outpatient and emergency visits of the hospital still kept the upward trend. After the implementation of package payment reform of county medical alliance, the upward trend of outpatient and emergency visits and inpatients in the whole city, grassroots hospitals and hospitals slowed down significantly, and the growth rate of the proportion of outpatient and emergency visits in grassroots hospitals declined significantly. Conclusion: Exerting the macro-control function of external economic incentives can regulate the behavior of excessive medical service supply caused by unreasonable internal economic incentives. Only coordinated reform with internal and external economic incentives can smoothly promote the implementation of hierarchical medical system.

【Key words】 Sanming medical reform; County medical alliance; Payment method; Salary system; Medical service supply

* 基金项目:国家自然科学基金(71874058,72174068);中央高校基本科研业务费(YCJJ202204018)

作者简介:熊英贝(1999年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail:993931849@qq.com

通讯作者:项莉。E-mail:xlyf@126.com

1 研究背景

新一轮医药卫生体制改革以来,为解决医疗费用居高不下、卫生服务体系整体效率较低等现实问题,我国全面推开多种制度改革,改善了医疗服务的可及性和公平性。^[1]然而,受医保支付、公立医院薪酬制度等关联改革不同步的影响,改革合力的叠加效应未能释放,我国医疗服务过度提供和卫生资源浪费的问题仍突出存在。^[2]2019 年,国家卫健委发布《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),指出要通过支付方式改革促进医疗卫生机构强化管理,规范医疗服务行为。2020 年,中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》,提出要协同推进医疗保障制度与医药服务供给侧改革,完善健全人事薪酬制度,促进医疗服务能力提升。

医务人员作为提供医疗服务的主体,其执业行为受到薪酬制度与医保支付制度的双重影响。^[3]研究表明,与创收挂钩的薪酬制度会直接诱导医生采取不合理诊疗的行为增加收入。^[4]而医保支付方式可通过引导医疗卫生机构制定动态绩效考核等正向激励政策,间接鼓励医生合理制定诊疗方案以实现控费与保障医疗服务质量的治理目标。^[5]既往研究大多关注单一薪酬制度或支付方式改革对卫生服务供给的影响,缺乏对政策组合在不同改革时段的协同作用效果分析。而在医改实践中,孤立的政策或制度往往难以取得实效,发挥多项政策的协同作用是实现改革目标的关键。福建省三明市作为全国的医改示范样本城市,其综合改革经验得到了国家的大力推广。2015 年 8 月,三明市实行公立医院“全员目标年薪制、年薪计算工分制”,实现目标年薪全覆盖。2018 年 1 月,三明市对县域医共体实行医保基金总额包干、C—DRG 打包收付费的“双打包”支付方式。本研究探索年薪工分制改革、医共体打包支付改革及其他一系列配套政策改革对公立医疗卫生机构医疗服务供给的内外激励作用,为其他实施薪酬制度或支付方式改革的地区提供参考借鉴。

本研究以三明市公立医疗卫生机构为研究对象,包含 22 家县级及以上公立医院和基层医疗卫生机构。以三明市公立医疗卫生机构年薪工分制改革、医共体打包支付试行时间,即 2015 年 8 月、2018 年 1 月作为政策干预时点,将纳入的服务量数据分为 3 个阶段:(1)2013 年 9 月—2015 年 8 月为第一阶段,即年薪工分制改革实施前阶段;(2)2015 年 9

月—2018 年 1 月为第二阶段,即年薪工分制改革实施后至医共体打包支付实施前阶段;(3)2018 年 2 月—2020 年 1 月为第三阶段,即年薪工分制改革、医共体打包支付共同实施后阶段。

2 资料与方法

2.1 资料来源

定性资料通过检索三明市卫生健康委员会、三明市医疗保障管理局等网站,收集医共体外部支付方式、内部薪酬制度改革等相关政策文件,采用主题分析法分析三明市医共体内外部经济激励政策的作用机制。

定量资料来源于三明市卫生健康委员会官方网站公开的《三明市公立医疗机构运行情况》。收集三明市公立医疗卫生机构 2013—2020 年的年度服务量数据,以及 2013 年 9 月—2020 年 1 月的月度数据。本研究参考医疗服务供给的相关文献^[6-8],结合全国紧密型县域医疗卫生共同体建设监测指标体系,选取核心指标包括:全市门急诊人次、全市入院人次、县级及以上公立医院门急诊人次比、县级及以上公立医院入院人次、基层门急诊人次及占比、基层入院人次及占比。

2.2 研究方法

间断时间序列设计(Interrupted Time Series Analysis, ITSA)是一种用于评价干预效果的准实验研究,通过比较干预措施实施前后的指标变化情况,评估干预措施的实施效果。ITSA 包括复杂型和简单型,后者无需设立对照组。三明市在全市统一开展薪酬制度改革与支付方式改革,不存在对照组,故本研究采用简单型 ITSA 评估效果。

本研究首先通过 Excel 2019 进行描述性分析,用 Stata 15 统计软件进行间断时间序列的分段回归模型对每个月的服务量数据进行分析,从而分析政策实施后服务量的时间变化趋势。本研究采用 Durbin-Watson 检验是否存在一阶自相关,若存在自相关采用广义最小二乘法进行校正。采用 Dicky-Fuller 检验来确定其是否具有季节性,若存在季节性则进行季节性校正。

3 研究结果

3.1 三明市内外部经济激励政策及作用机制

县域医共体是包含了政府及相关卫生部门、牵头及下级医疗机构、医务人员在内的多主体组织,在理性经济人视角下,各利益主体均会按照符合自身

利益最大化的规则行动。通过合理制定内外部经济激励政策,能够使个体追求个人利益的行为,正好与整体实现集体价值最大化的目标相吻合,实现激励相容。

3.1.1 内部经济激励政策作用机制

2013年,三明市对22家县级及以上公立医疗卫生机构医师(技师、临床药师)试行目标年薪制。2015年,三明市实现公立医疗卫生机构目标年薪全员覆盖,并在县级及以上公立医院实行年薪计算工分制,包含定性考核工分和定量考核工分,其中与职称、职务、工龄挂钩的定性考核工分占比30%,由门(急)诊人次数、出院人次数等进行测算的定量考核工分占比70%,医生工作量越大则工资越高,促使医生通过提高医疗服务供给的方式提高个人薪酬。此外,工分考核中设置医疗质量、患者满意度等奖惩考核指标,考核得分直接影响医生年薪水平,促进医生提升医疗服务质量。而为了进一步解决70%定量工分可能导致的过度提供服务问题,2021年,三明市印发《实施“六大工程”推进医改再出发行动方案》的通知,“六大工程”之一即公立医疗卫生机构薪酬制度完善工程,针对性地制定了全员岗位职责目标年薪制,薪酬分配制度由过去的按医疗数量分配,转变为按岗位职责履职考核情况分配,有效破除了医生通过工作量创收的关系纽带,实现医生目标与机构、政府目标协调一致。

3.1.2 外部经济激励政策作用机制

2013年起,三明市在县级及以上公立医院中实行院长年薪制改革,制定严格考评体系对医疗服务质量进行管控。2017年,院长年薪制评分体系中首次加入分级诊疗的考核指标,考核结果直接决定机构收益,旨在降低政府监控成本,促使院长调整医疗机构内部经济激励政策,进而引导医生提升医疗服务质量,促进分级诊疗,实现提高机构及个人收益的目标。2018年初,三明在全市范围内开展医共体打包支付改革。秉承“总额包干、结余留用、超支不补”的原则,建立“双打包”制度:“大打包”针对医共体实施医保基金打包支付制度,将医保基金结余的80%作为奖励金直接奖励给各总医院,由此构建利益共同体,促进区域内形成整合型医疗服务体系,促进各医疗机构改革其内部薪酬考核体系,引导医生合理供给医疗服务,推动分级诊疗制度建设;“小打包”针对病种实行C-DRG打包支付,实现医保和患者与医院同时按疾病诊断相关分组定额结算,通过绩效考核进一步引导医生规范临床路径,在控制成本的同时保障医疗服务质量。

在原有年薪工分制内部经济激励的基础上,院长年薪制、医共体双打包支付制度作为外部经济激励,协同其他政策共同促进医疗机构完善内部经济激励制度,最终实现医生行为与政府目标协同一致(图1)。

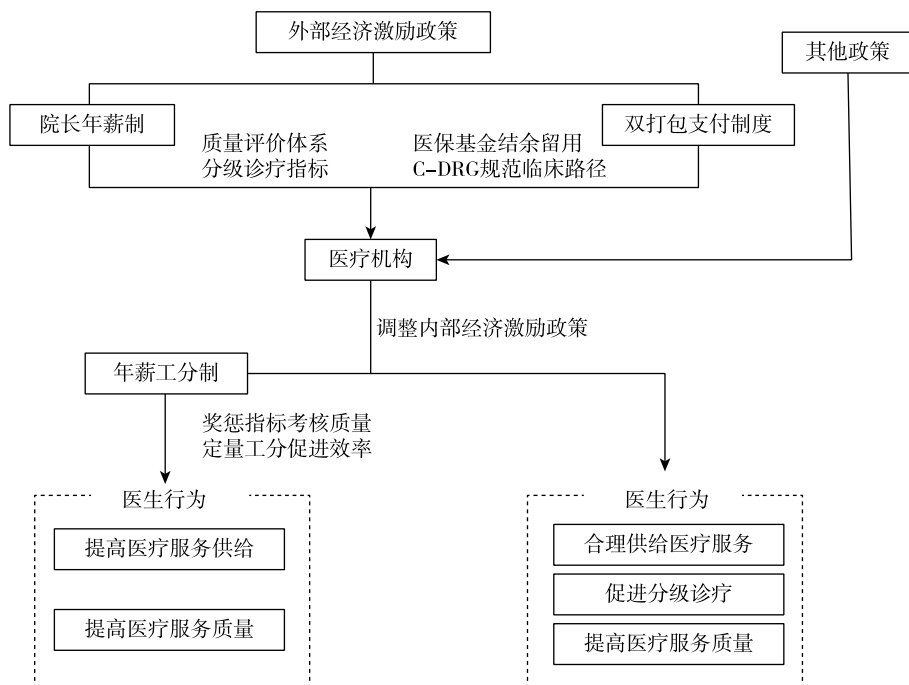


图1 三明市内外部经济激励政策作用机制梳理

3.2 政策影响的描述性分析

2013—2015 年,全市入院人次下降了 2.01%,而全市门急诊人次稳步增长,提高了 14.26%。基层入院人次占比下降 4.8%,基层门急诊人次占比上升 4.72%。2016—2017 年,全市入院及门急诊人次分别增长 1.87%、27.92%,基层入院人次占比减少了 3.05%,基层门急诊人次占比上升 9.46%。2018—

2020 年,全市入院人次大幅下降,共下降 15.04%,全市门急诊人次依旧保持增长趋势,但幅度较前两个阶段有所降低。基层入院人次占比下降幅度逐年趋缓,由第一阶段的 -4.80% 变为 -1.69%,基层门急诊人次占比增长 4.95%,较第二阶段有所降低,略高于第一阶段(表 1)。

表 1 薪酬制度与支付方式改革前后三明市服务量变化的描述性分析结果

	入院人次		门急诊人次		医院入院人次		医院门急诊人次		基层入院人次		基层门急诊人次		基层入院人次占比(%)		基层门急诊人次占比(%)	
	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量 (万人次)	变动率 (%)	总量	变动值	总量	变动值
第一阶段																
2013	41.82		682.89		28.50		506.32		13.32		176.57		31.86		25.86	
2014	42.08	-2.01	735.02	14.26	30.40	4.99	524.65	7.34	11.69	-17.41	210.37	33.04	27.77	-4.80	28.62	4.72
2015	40.97		783.74		29.89		544.15		11.09		239.60		27.06		30.57	
第二阶段																
2016	41.31	1.87	920.98	27.92	31.30	6.06	583.18	11.75	10.01	-9.58	337.80	61.48	24.24	-3.05	36.68	9.46
2017	41.74		1 016.89		31.72		609.86		10.02		407.04		24.01		40.03	
第三阶段																
2018	40.91		1 051.73		31.11		626.53		9.80		425.20		23.95		40.43	
2019	41.97	-15.04	1 136.10	10.14	31.69	-13.27	660.50	1.55	10.28	-20.46	475.61	22.35	24.49	-1.69	41.86	4.95
2020	35.40		1 121.19		27.50		616.88		7.90		504.31		22.32		44.98	

注:变动率是指绝对值统计量,变动值是指相对值统计量。

3.3 政策影响的间断序列回归分析

3.3.1 改革前后三明市门急诊服务量的变化趋势

薪酬制度改革实施后,全市门急诊人次、基层门急诊人次及占比的瞬时变化不显著($P > 0.1$),但之后均大幅增长($P < 0.001$),其中全市门急诊人次平均每月增长 7 896.669 人次。医院门急诊人次在改革前已呈明显上升趋势($P < 0.01$),薪酬制度改革对其无明显影响。支付方式改革实施后,全市门急诊人次、医院门急诊人次、基层门急诊人次及占比的瞬

时变化不具有统计学意义($P > 0.1$),而后增长幅度均趋为平缓($P < 0.01$)(表 2、图 2)。

3.3.2 改革前后三明市住院服务量的变化趋势

基层入院人次及占比在改革前后始终保持稳定,薪酬制度改革与支付方式改革对于其均无明显影响($P > 0.1$)。薪酬制度改革实施后,全市、医院入院人次的瞬时变化和趋势变化均不显著($P > 0.1$)。支付方式改革实施后,全市、医院入院人次的瞬时变化不显著($P > 0.1$),而后趋势由上升转变为下降($P < 0.05$)(表 3、图 3)。

表 2 薪酬制度与支付方式改革前后三明市门急诊服务量变化的分段回归结果

各阶段变化结果	全市门急诊人次(人次)	基层门急诊人次占比(%)	医院门急诊人次(人次)	基层门急诊人次(人次)
薪酬制度改革				
改革前趋势	3 186.084 (1 616.495)	0.089 (0.067)	1 683.638 (627.163)**	1 502.446 (1 191.518)
改革瞬时变化	-31 199.23 (28 664.65)	-1.735 (1.375)	-5 384.305 (12 180.84)	-25 814.91 (23 928.31)
改革后趋势变化	7 896.669 (2 084.63)***	0.439 (0.106)***	914.146 (729.725)	6 982.52 (1 886.356)***
支付方式改革				
改革瞬时变化	-67 145.46 (38 317.67)	-3.443 (2.043)	-3 578.293 (9 918.245)	-63 567.08 (38 877.78)
改革后趋势变化	-8 148.928 (20 272.94)***	-0.420 (0.111)***	-1 787.73 (609.55)**	-6 361.197 (1 910.113)**

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$;表格中数字为系数(标准误)。

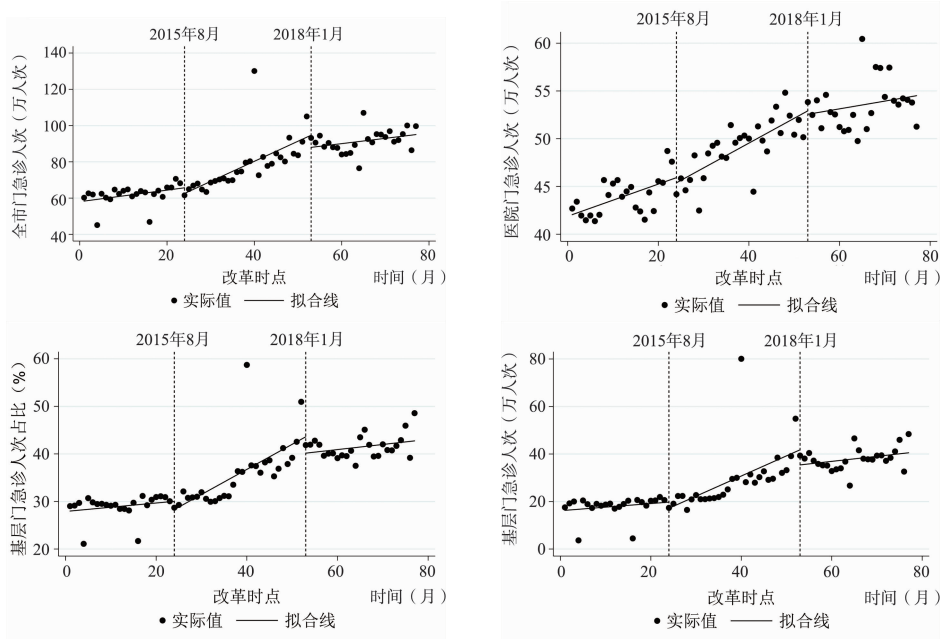
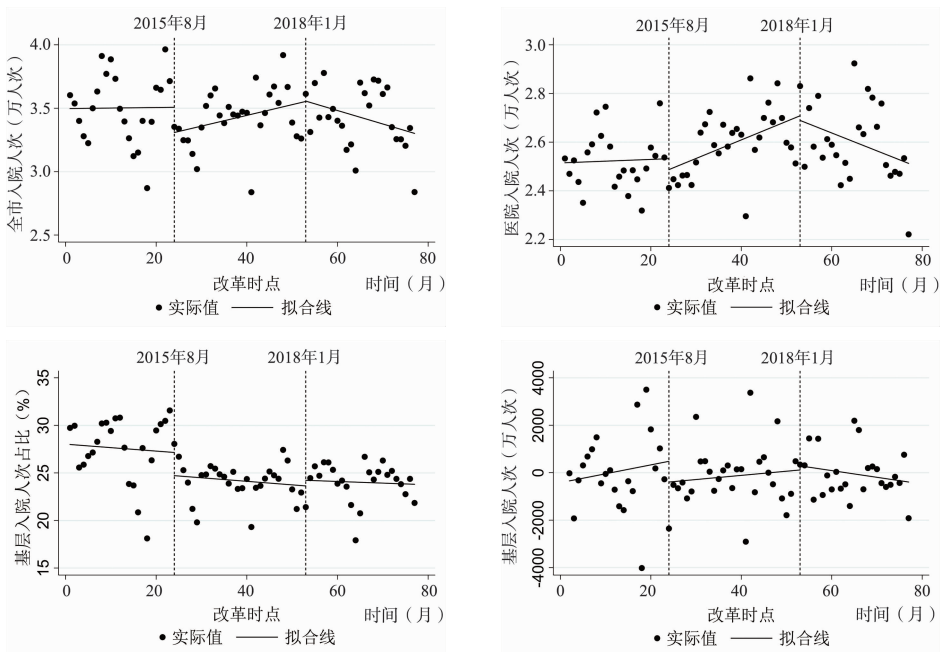


图2 薪酬制度与支付方式改革前后三明市门诊服务量的变化趋势

表3 薪酬制度与支付方式改革前后三明市住院服务量变化的分段回归结果

各阶段变化结果	全市入院人次(人次)	医院入院人次(人次)	基层入院人次(人次)	基层入院人次占比(%)
薪酬制度改革				
改革前趋势	4.168 (100.092)	7.234 (37.263)	37.508 (40.244)	-0.036 (0.122)
改革瞬时变化	-19 888.071 (1789.312)	-448.177 (694.075)	-872.577 (724.542)	-2.436 (2.250)
改革后趋势变化	80.310 (114.281)	69.015 (46.797)	-20.000 (50.528)	-0.001 (0.141)
支付方式改革				
改革瞬时变化	26.886 (1 226.740)	-190.521 (718.818)	172.378 (545.504)	0.590 (1.244)
改革后趋势变化	-190.498 (78.907)*	-149.811 (45.036)**	-45.822 (33.040)	27.988 (1.101)

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$; 表格中数字为系数(标准误)。



注: 基层入院人次原始数据存在自相关, 故采用广义最小二乘法进行了校正。

图3 薪酬制度与支付方式改革前后三明市住院服务量的变化趋势

4 讨论

4.1 外部经济激励宏观调控,遏制内部诱导过度医疗

间断时间序列结果显示,2015 年 8 月目标年薪工分制实施后,全市及基层门急诊人次均较改革前有大提升。另一方面,改革后医院门急诊人次并未下降,仍保持既往上涨趋势。而 2018 年 1 月实行支付方式改革后,全市、基层、医院门急诊人次的上升趋势均明显减缓,医院入院人次明显下降。而由于居民对于住院服务相较于门急诊服务的需求弹性更小^[9],全市及基层入院人次的变化并无显著性差异,但从描述性分析结果来看,第三阶段全市、医院及基层入院人次的增长率(-15.04%、-13.27%、-20.46%)均较第二阶段(1.87%、6.06%、-9.58%)有大幅下降。说明医共体打包支付制度有效控制了医疗卫生服务机构的过度医疗行为,这与既往研究结果一致。^[5,10]自 2013 年起,三明市在全市县级及以上公立医院实行院长年薪制,院长薪酬由基本年薪和医院考核结果共同决定,考评内容涵盖患者满意度、规范门诊和住院管理等多项质量控制指标,连续考核不合格将面临收入降低甚至免职的后果。该政策降低政府监控成本的基础上统一政府社会与公立医院的发展目标,通过激励约束机制促使院长领导医院提升医疗服务质量而非服务量来获取更高的薪酬。2015 年开展全员年薪工分制改革,构建绩效评价与激励约束管理融合机制,医生薪酬主要取决于医疗服务量和年度医院奖惩工分考核结果,在医院等级等基础薪酬比率确定的情况下,患者满意度、医疗质量等年度医院考核分值越高,医生工资总额也越高。打破了既往医生薪酬与经济收入挂钩的模式,一定程度上遏制了公立医院创收冲动。^[11]

然而,在未实行医共体打包支付的情况下,基层医疗卫生机构并没有纳入改革范围,医院由于实施年薪工分制而减少的诊疗服务量转而被基层吸纳,导致基层门急诊人次大幅上涨。同时,年薪工分制中与职务、职称、工龄等挂钩的定性考核工分仅占 30%,与工作量挂钩的定量考核工分高达 70%,门急诊人次、入院人次就属于定量考核工分的考核标准之一。基础年薪占比过低会导致薪酬制度的经济保障效果失灵^[12],医生作为理性经济人,对于薪酬的满意度不足时急需通过其他途径赚取更多收入,而工分考核制中过度的工作量偏好正好激发其逐利心理,促使公立医院医生通过过度医疗服务供给获取更高的薪酬^[13],也会诱导临床科室扩大医疗规模而

降低医疗服务质量。激励机制扭曲使得医生行为偏离政策目标,最终导致医疗机构利益与患者利益或社会公共利益脱节。

自 2017 年起,三明市整合县域内所有公立医疗卫生机构,共成立 12 家医共体,各医疗卫生机构由过去的竞争关系转变为利益共同体,形成责任共担、利益共享的紧密型联合体。因此,前期仅针对医院的年薪工分制、院长年薪制等考核措施也将在基层医疗卫生机构发挥作用,进一步规范了基层的医疗服务行为。此外,整合医疗服务下合理的医保支付方式是调节医疗服务行为的重要杠杆,能够有效减少过度服务供给,鼓励体系内机构提高医疗服务质量。^[14]三明市创新“双打包”制度重构激励机制,“大打包”实施医共体打包支付制度,将医保基金结余的 80% 作为奖励金直接奖励给各总医院,有效引导各医疗卫生机构管理者的治院理念从“以疾病为中心”转变为“以健康为中心”,加强医共体内部医防融合,减少不必要的诊疗服务,提高医保基金利用效率进而获取更高的结余奖励金额;同时,“小打包”针对病种实行 C—DRG 打包支付,医生工资由最终绩效考核结果决定,引导医生医疗服务供给逐步合理化、逐步规范临床路径,在维持质量不变的前提下控制成本、改善服务。此外,为彻底改变因赚工分而过度医疗的行为,三明市尤溪县首先将定性工分由 2015 年的 30% 提高到 2021 年的 50%,又于同年印发《实施“六大工程”推进医改再出发行动方案》,将薪酬分配制度转变为按岗位职责履职考核情况分配,逐渐切断医疗收入与工作量之间的关系纽带。外部激励政策从宏观上统一医保与医疗卫生机构发展方向,内部激励政策通过年薪工分制将机构目标转化为医生行为,内外部激励协同作用共同约束过度医疗服务供给行为。

4.2 内外经济激励衔接程度不足,对分级诊疗优化不明显

由间断时间序列结果可知,2018 年支付方式改革实施后,基层门急诊人次占比增长速度明显下降,但仍保持上升趋势。且从描述性分析结果来看,排除第二阶段由于年薪工分制覆盖面不全造成的基层门急诊人次暴涨的影响,第三阶段基层门急诊人次占比的增长幅度(4.95%)实则略高于 2015 年之前(4.72%)。但与 2020 年国家层面数据(53.2%)对

比,三明市基层门急诊人次占比(44.98%)仍具有上升空间。基层住院人次占比在两次改革前后均无显著性变化,但描述性结果显示其各阶段的变动值分别为-4.80%、-3.05%、-1.65%,下降幅度逐渐减缓。说明改革后分级诊疗得到一定优化,但作用有待提升。既往研究结果显示,医保打包支付制度与县域医共体协同改革是实现医院资源有效合理配置、促进分级诊疗的重要举措,能够有效激励优质医疗资源下沉,推动医联体以居民健康为中心,主动控制医疗服务成本、提高医疗服务质量。^[15]但是,在医共体相关医疗组织整合的过程中,当相关配套政策系统性设计与支持不足时,基层医疗卫生机构资源被上级强组织进一步虹吸的问题就会显现。^[16]另外,从疾病预防以及医疗服务链的角度来说,门诊服务和住院服务的功能定位不同,需要住院的疾病治疗难度更高并且各级医疗机构之间医疗服务水平差异较大,因此居民住院普遍会选择医疗技术水平更有保障的上级医疗机构,其就医流向受政策影响较不显著。^[17]

三明市于2018年实施医共体打包支付,将医院和基层医疗卫生机构的利益相连接,从外部宏观激励医疗卫生机构实施分级诊疗,形成区域一体化的整合型医疗服务体系,明确医共体内各成员单位的功能定位,医院主要负责居民的危急重症抢救与疑难杂症治疗及住院服务,并对基层提供技术帮扶或下沉服务。基层医疗机构主要负责常见病的门急诊服务、接收下转康复患者,并继续做好公共卫生工作。建立起居民越健康、患者越少,医疗机构收入越多、医生薪酬越高的运行机制。2017年在院长年薪制考评体系中首次纳入分级诊疗相关指标,考核结果直接与负责人年薪挂钩,保障总医院负责人代表政府充分履行医院管理责任,将分级诊疗纳入医院发展目标,运用约束手段破除上级医疗卫生机构的虹吸机制,以中观政策调节医疗卫生机构利益目标,促进分级诊疗目标实现。院长年薪制与医共体打包支付作为外部经济激励手段,能够在一定程度上改善医疗服务供给结构。^[10]然而,医生作为经济理性人天然存在逐利动机,年薪工分制中工作量工分占比过高的问题未得到解决,仍会诱导医疗卫生机构医生产生冲点行为,此时更具备竞争优势的上级医疗卫生机构则会挤占基层医疗资源,对分级诊疗的实施产生不利影响。此外,薪酬制度考评体系中并未设置针对医生的分级诊疗考核指标,缺少直接作用于医生的内部经济激励措施,因此无法从根本上激

发医生开展分级诊疗的内生动力。由此提示,还需要继续加强内外经济激励政策协同改革,对具体的医生考核体系进行完善,从根本上提升医生群体分级诊疗意识。

5 建议

综上所述,医共体打包支付作为外部经济激励方式,能够对内部不合理薪酬制度所造成的过度医疗服务供给行为进行宏观调控,并对分级诊疗制度建设起到正向作用。而年薪工分制作为内部经济激励手段直接决定医生的诊疗行为,在工分设置上也应与分级诊疗等政策协同从而提升整体治理效果。改革措施缺乏统筹设计、协调联动,是我国医改收效不佳的重要原因,也是地方推广三明医改经验的重要障碍。^[18]提示今后在进行政策改革时,要重视外部经济激励与内部经济激励的协同调整。

5.1 发挥外部支付方式约束激励机制

实现内外协同,首先应发挥外部支付方式如医共体打包支付作用,实现政府和各级医疗机构协调统一,均以提高医保基金利用效率、促进分级诊疗、提升医疗服务质量为总目标。一方面可通过建设紧密型县域医共体统一激励约束机制,形成一定程度“行政管理统一”和“医疗服务同质化”的利益联合体,促进双向转诊和技术指导,促进基层医疗服务能力提升,促进医院合理下转患者,为医共体内部机构间医保基金合理分配奠定基础;另一方面,各地在推广紧密型医共体时还应发挥医保支付杠杆作用,科学制定医保支付总额,基于当地实际情况实行DRG或DIP的“小打包”支付方式改革,并结合支付方式绩效考核结果对医共体总额付费,鼓励医疗机构在控制总成本的同时保障医疗服务质量,提升保健以及健康人群疾病预防的优先级,以医保基金为纽带推动医防融合,控制医疗服务过度供给。

5.2 加强内部薪酬制度体系联动改革

宏观统筹实现了政府和医疗机构目标统一,在此基础上,实现内外协同还需加强微观政策的联动改革。一是通过中观政策承上启下,对医共体管理层人员实行年薪制,根据各地区经济发展水平的不同制定适宜的薪酬水平,并根据医疗服务情况动态调整年薪基数。将医保治理指标纳入绩效考核体系,财政根据绩效考核结果支付人员薪酬,鼓励管理层人员将医院管理与提升医疗技术水平等工作有机

结合,引导优质资源下沉基层、节约医保资金、提高工作待遇,实现医疗机构和医务人员目标统一;二是联动微观政策改革,探索上级医疗机构医生下沉基层待遇保障及激励政策,对于基层医疗服务能力显著薄弱的地区,要强化基层医生进修培训制度,从根本上逐步提升基层医疗服务能力水平。而在借鉴三明年薪制改革经验时,应注意基于当地本身的经济水平科学制定年薪制评分体系,提高基础工资标准满足医务人员个人利益,逐渐弱化绩效工资主导地位遏制其创收及冲点动力,使其目标由“以疾病治疗为中心”转向“以健康管理为中心”,真正实现需方和供方的互利共赢。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王朝才,查梓琰.综合医改试点缓解了“看病难”和“看病贵”问题吗?[J].财政研究,2021(12):79-92.
- [2] 关博.“十四五”时期“全民医保”的风险挑战与改革路径[J].宏观经济管理,2021(3):41-45,53.
- [3] 孙杨,顾雪非,冯友梅.医保支付方式与公立医院薪酬制度改革协同机制研究——基于期望理论的领薪医生行为分析[J].中国卫生政策研究,2018,11(12):45-50.
- [4] Meng Q, Mills A, Wang L, et al. What can we learn from China's health system reform? [J]. Bmj, 2019, 365: 1-5.
- [5] 朱铭来,王恩楠.医保支付方式改革如何减轻道德风险?——来自医保基金支出的证据[J].保险研究,2021(4):75-90.
- [6] 杨帆.职工门诊保障水平提升对医疗服务利用、医保基金支出的影响——基于福建省三明市的案例分析[J].中国卫生政策研究,2021,14(9):8-13.
- [7] 王奕婷,王坚强,莫显昆.长沙市城乡居民基本医疗保险病种分值付费改革对分级诊疗的影响[J].经济地理,2021,41(12):94-99.
- [8] 秦江梅,林春梅,董亚丽,等.我国公立医疗机构落实分级诊疗制度情况分析[J].中国卫生经济,2018,37(12):23-25.
- [9] 朱凤梅,张小娟,郝春鹏.门诊保障制度改革:“以门诊换住院”的政策效应分析——基于中国职工医保抽样数据的实证检验[J].保险研究,2021(1):73-90.
- [10] 朱静敏,段晖.县域医共体何以实现卫生绩效?——政策企业家、再组织化联盟与激励兼容[J].公共管理学报,2021,18(3):125-138,174-175.
- [11] 詹积富.以人民至上的理念推进公立医院改革——以三明医改为例[J].行政管理改革,2021(12):50-57.
- [12] 吴正一,郑基华,崔迎慧.国内临床医师绩效分配模式的现状、不足与对策[J].中国医院管理,2017,37(12):12-14.
- [13] 陈晔,董四平.我国三级公立医院绩效考核指标体系解读与评析[J].中国卫生政策研究,2020,13(2):19-25.
- [14] 朱晓丽,郑英,代涛.医保支付方式对促进整合医疗卫生服务激励机制分析[J].中国卫生经济,2018,37(9):24-26.
- [15] 农圣,黄二丹,江蒙喜,等.医保打包支付与医共体协同改革监测指标体系的逻辑关系分析[J].中国卫生经济,2021,40(7):33-36.
- [16] 高和荣.健康治理与中国分级诊疗制度[J].公共管理学报,2017,14(2):139-144,159.
- [17] 何文,申曙光.医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制?[J].保险研究,2018(11):93-106.
- [18] 邓晓欣,姚中进.三明医改经验推广的阻滞因素与整体性治理路径研究[J].中国医院管理,2022,42(4):1-4.

[收稿日期:2022-05-04 修回日期:2022-07-08]

(编辑 赵晓娟)