

# 医共体总额预付对基层医疗服务供给的影响分析

## ——基于湖北省黄冈市黄州区的实证研究

周津<sup>1\*</sup> 贺琼<sup>2</sup> 王军<sup>2</sup> 童惠<sup>2</sup> 钟正东<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. 黄冈市黄州总医院 湖北黄冈 438000

**【摘要】**目的:分析总额预付制改革对黄州区医共体基层医疗服务供给的影响。方法:收集黄州区医共体月度数据,描述性分析基层医疗服务供给能力、效率及数量的变化,利用间断时间序列检验总额预付两次政策改革前后服务供给数量的变化情况。结果:黄州区分别于2018年、2019年开展并完善总额预付制改革。改革后,基层卫生技术人员占比、医师日均诊疗人次及床位使用率总体呈增长趋势。两阶段政策改革后基层门急诊人次及其占比均呈增长趋势( $P < 0.05$ ),第一阶段政策改革后出院人数及其占比显著增长( $P < 0.05$ )。结论:总额预付制促进了基层医疗服务供给增加,但仍存在门急诊服务量增长趋势平缓、住院服务量不合理增长的问题,第二阶段政策改革应进一步扩大总额预付改革成果。

**【关键词】**紧密型医共体;总额预付;医疗服务供给;基层医疗卫生机构

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.08.007

### Analysis of the impact of total prepayment of County Medical Alliance on the supply of primary medical services: An empirical study in Huangzhou District, Huanggang City, Hubei Province

ZHOU Jin<sup>1</sup>, HE Qiong<sup>2</sup>, WANG Jun<sup>2</sup>, TONG Hui<sup>2</sup>, ZHONG Zheng-dong<sup>1</sup>, XIANG Li<sup>1</sup>

1. 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 430000, China

2. Huanggang Huangzhou General Hospital, Huanggang Hubei 438000, China

**【Abstract】**Objective: To analyze the impact of total prepayment reform on the primary medical service supply of County Medical Alliance in Huangzhou District. Methods: The monthly data of the County Medical Alliance in Huangzhou District were collected, and the changes in the supply capacity, efficiency and quantity of primary medical services were analyzed descriptively. The changes in the amount of primary medical service supply before and after the two times of total prepayment policy reform were examined at intermittent time series. Results: Huangzhou District carried out and improved the total prepayment reform respectively in 2018 and 2019. After the reform, the proportion of primary health care technicians, the daily patient visit number per physician and the rate of bed utilization showed an overall increasing trend. After the two stages of policy reform, the number of primary outpatient and emergency visits and their proportion showed an increasing trend ( $P < 0.05$ ), and the number of discharges and its proportion increased significantly after the first stage of policy reform ( $P < 0.05$ ). Conclusions: The total prepayment policy facilitated the increase of primary medical service supply. However, certain problems still remain, such as the slow growing trend of the amount of outpatient and emergency services and the unreasonably fast increase of the amount of inpatient services. The second stage policy reform further improved the effect of total prepayment reform.

**【Key words】** Compact County Medical Alliance; Total prepayment; Medical service supply; Primary medical and health institutions

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(71874058;72174068);中央高校基本科研业务费(YCJJ202204018)  
作者简介:周津(1999年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail:zingzhou10@163.com  
通讯作者:项莉。E-mail:xlyf@hust.edu.cn

## 1 前言

国务院《关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知》(国办发〔2022〕14号)中明确提出“推进紧密型县域医共体总额付费”“提升基层医疗卫生服务水平”。县域医共体是提升基层医疗服务能力的重要抓手,然而当前医共体模式下基层医疗卫生机构仍然存在服务能力提升幅度有限<sup>[1]</sup>、服务供给数量不足<sup>[2]</sup>等问题。研究表明,单纯依靠行政手段整合机构建立医共体无法形成“利益共同体”以提升基层医疗服务水平<sup>[3]</sup>,医保支付制度能够引导资源向基层倾斜,提高基层医疗服务供给水平<sup>[4]</sup>。同时,研究也指出外部医保支付方式改革协同内部激励制度能够更好地提高基层医疗服务供给水平。<sup>[5]</sup>然而目前关于总额预付改革的研究大多关注单一激励政策的影响或是针对政策协同的定性分析,主要围绕经验总结与比较<sup>[3,6]</sup>、运行现状<sup>[7-8]</sup>及对分级诊疗的影响分析<sup>[9-10]</sup>等内容。关于基层医疗服务供给的研究主要围绕县域医共体建设效果<sup>[2,11]</sup>,且研究尚无定论。在我国部分地区已开展医共体监督考核制度及个人绩效制度相关实践的现实基础上<sup>[5,8]</sup>,针对医共体总额预付及配套监督考核、医生激励制度的协同对基层医疗服务供给的作用仍缺乏足够定量证据,因此本研究以黄冈市黄州区紧密型医共体为研究对象,定量分析外部医共体总额预付及内部医生激励制度对基层医疗服务供给的影响,以期为总额预付改革促进基层服务供给提供证据,并提出相应建议。

## 2 资料与方法

### 2.1 资料来源

本研究以黄冈市黄州区紧密型医共体为研究对象,该医共体由1家市级中医医院、5家县级医院、5个乡镇卫生院和5家社区卫生服务中心组成。本研究数据来源于黄冈市卫生健康委,通过发放调查表收集卫生统计月度报表,数据时间跨度为2017年1月—2019年12月。

### 2.2 关键指标选取

医疗服务供给指在一定费用和资源的约束条件下,医疗服务供给方在面对医疗服务需求时所能提供的医疗服务的总和,包含医疗服务能力、效率、数量以及质量等维度的组合。<sup>[12]</sup>本研究结合总额

预付下基层医疗服务供给变化的特点,根据《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》及现有研究<sup>[7,13]</sup>,最终选取三类关键指标:(1)基层医疗服务供给能力指标,包括基层医疗卫生机构卫生技术人员占比<sup>①</sup>;(2)基层医疗服务供给效率指标:医师日均诊疗人次、床位使用率;(3)基层医疗服务供给数量指标,包括医共体门急诊人次、基层医疗卫生机构门急诊人次及其占比、医共体出院人数、基层医疗卫生机构出院人数及其占比。

### 2.3 研究方法

间断时间序列是一种评估政策干预纵向效果的准实验研究设计。现有研究表明间断时间序列回归至少应满足干预实施前后6个时间点<sup>[14]</sup>,当前也有研究利用干预后6~7个时间点进行分析<sup>[15-16]</sup>,且由于受新冠肺炎疫情影响,2020年医疗服务供给数据失真不宜纳入模型。因此,本研究根据黄州区两次政策改革将收集的数据划分为三个阶段:(1)以2018年1月为第一阶段政策干预点,黄州区医共体开展医保总额预付改革,2017年1月—2017年12月为第一次政策干预前,即改革前阶段;(2)以2019年7月为第二阶段政策干预点,黄州区医共体完善医保支付方式监督考核,同时制定医生激励制度,2018年1月—2019年7月为第一、二次政策干预过渡期,即一阶段政策改革后;(3)2019年7月—2019年12月为第二次政策干预后,即二阶段政策改革后。

首先利用Excel 2016对数据进行整理和分析,初步了解黄州区医共体、黄冈市及全国2017—2019年基层医疗服务供给的变化情况。随后利用Stata 15.0进行间断时间序列检验,采用分段回归模型估计政策改革前后黄州区基层医疗服务数量指标的变化趋势及差异,通过回归系数显著性检验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。

## 3 结果

### 3.1 黄州区政策改革及作用机制

黄州区总额预付两次政策改革主要作用于医共体及医生两个关键的主体,旨在通过利益共享、上下

① 基层医疗卫生机构卫生技术人员占比 = 基层医疗卫生机构卫生技术人员数/医疗机构卫生技术人员总数;其中,黄州区计算口径为该区医共体内医疗机构;全国和黄冈市由于难于获取医共体相关数据,计算口径为区域内全部医疗机构。

协作、资源配置、规范服务供给等推动医共体内各个医疗机构落实功能定位,从而促进基层医疗服务供

给能力、效率及数量的提升,推动全面建立分级诊疗格局(图 1)。

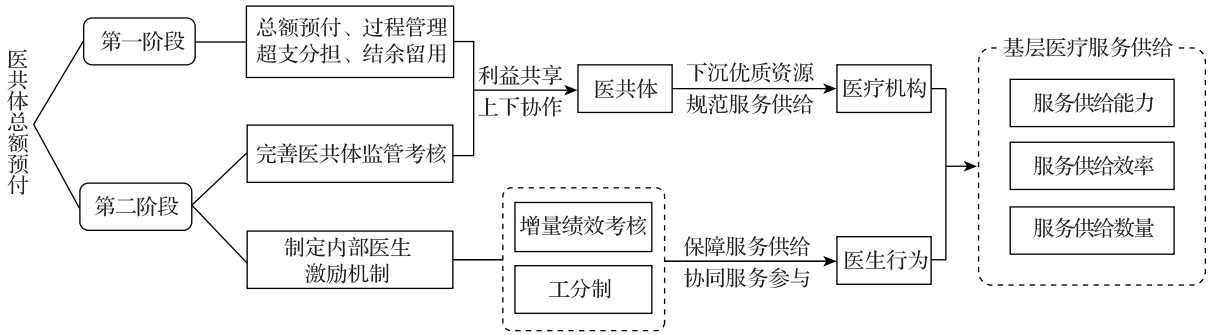


图 1 黄州区总额预付对医共体基层医疗服务供给的作用机制

### 3.1.1 第一阶段政策改革

2018 年黄州区医共体实行医保支付方式改革,医共体内全面实施总额预算管理,建立“总额预付、过程管理、超支分担、结余留用”机制:(1)总额确定及分配。医共体总额的确定根据医共体所管理的参保人员的当期筹资规模,医保局对医共体实行年初预拨、年底清算。实际总额分配由总医院提出初步方案、医保局审核、医管委最后决定,适当增加基层医疗卫生机构年度预算支付总额,其增幅高于年度预算支付总额的总体平均增幅。(2)费用结算与结余。医共体实行按季考核、逐季结算,结余部分由医共体各成员单位自主支配,在总医院、区级医院、基层医疗卫生机构中分配使用。由于实际实施过程中没有产生结余,因此结余分配缺少落地实践过程。第一次政策改革通过引导医共体内医疗机构形成利益共同体,加强协作,促进基层服务供给水平提升。

### 3.1.2 第二阶段政策改革

2019 年黄州区医共体优化考核机制及完善内部政策,控制总额预付实施过程中存在的问题:(1)完善医共体监督考核。黄州区进一步针对医保基金总额预付制度完善监督考核管理办法,在总额预付制度改革基础上,调整绩效考核指标。指标包括基层首诊率、双向转诊率、推诿拒收住院患者或不合理出

院等,考核分为季度考核和年度考核,考核结果与拨款和结算挂钩。促进医保预算的整合优化使用及保证医疗服务质量有效控制。(2)制定内部医生绩效激励机制。为适应整体医疗服务重心的转变,医共体内部推出黄州总医院联体大学学科建设方案,调整医务人员绩效分配。制定“增量绩效”和“工分”制度,将医生下基层查房、会诊、坐诊等记入“增量绩效”、增记工分,推动学科组内开展基层协作帮扶及优质资源下沉;并将与基层医疗卫生机构协作情况、基层诊疗量占比、双向转诊比例等纳入医务人员考核体系,与个人晋升、进修等挂钩。第二次政策改革通过外部监管与个人绩效分配规范各级主体医疗服务供给过程,推进优质资源共享、合理流动,提升基层医疗服务供给。

### 3.2 基层医疗服务供给现状

2017—2019 年三阶段,黄州区基层卫生技术人员占比逐年上升,第三阶段占比 18.71%。基层医师日均诊疗人次、床位使用率先降后升,第三阶段分别为 5.86 人次和 40.63%,总体水平较黄冈市及全国平均水平低。黄州区基层门急诊人次占比先降后升,出院人数占比呈上升趋势,逐渐缩小与全国平均水平的差距(表 1)。

表 1 基层医疗服务供给现状

指标			改革前	一阶段政策改革后	二阶段政策改革后
服务供给能力	基层医疗卫生机构卫生技术人员占比(%)	全国	18.22	17.76	17.43
		黄冈市	36.38	34.53	34.04
		黄州区	17.35	17.36	18.71
服务供给效率	医师日均诊疗人次(人次)	全国	11.25	11.07	11.19
		黄冈市	6.84	6.32	7.17
		黄州区	5.78	4.31	5.86
床位使用率(%)	床位使用率(%)	全国	60.28	58.41	56.30
		黄冈市	80.88	74.42	73.07
		黄州区	33.22	33.01	40.63

续表 1 基层医疗服务供给现状

指标			改革前	一阶段政策改革后	二阶段政策改革后
服务供给数量	基层医疗卫生机构	全国	23.16	23.15	23.26
	门急诊人次占比(%)	黄冈市	28.96	27.86	29.41
		黄州区	19.31	17.58	20.97
基层医疗卫生机构 出院人数占比(%)		全国	18.17	17.16	16.11
		黄冈市	36.62	33.96	33.60
		黄州区	7.33	9.96	12.64

注:1. 黄冈市数据来源于黄冈市卫生健康委 2017—2019 年卫生统计年报表;全国数据来源于 2018—2020 年《中国卫生健康统计年鉴》。

2. 黄州区是黄冈市中心城市,其地理位置决定了其拥有较多市级医疗机构,住院服务供给能力较强,从而有可能造成基层医疗卫生机构使用率偏低的情况。

### 3.3 基层医疗服务供给间断时间序列分析

分段回归模型分析结果显示,政策改革前后,黄州区医共体门急诊人次及出院人数瞬时变化有统计学意义( $P < 0.05$ ),出院人数在两次改革后先升后降( $P < 0.05$ )。基层门急诊人次及其占比在第一次改

革后从下降趋势转变为小幅度上升( $P < 0.05$ ),第二次政策改革后呈现明显的上升趋势( $P < 0.05$ )。基层出院人数及其占比在第一次改革后呈上升趋势( $P < 0.05$ ),第二次政策改革后出院人数呈下降趋势( $P < 0.05$ )(图 2、表 2)。

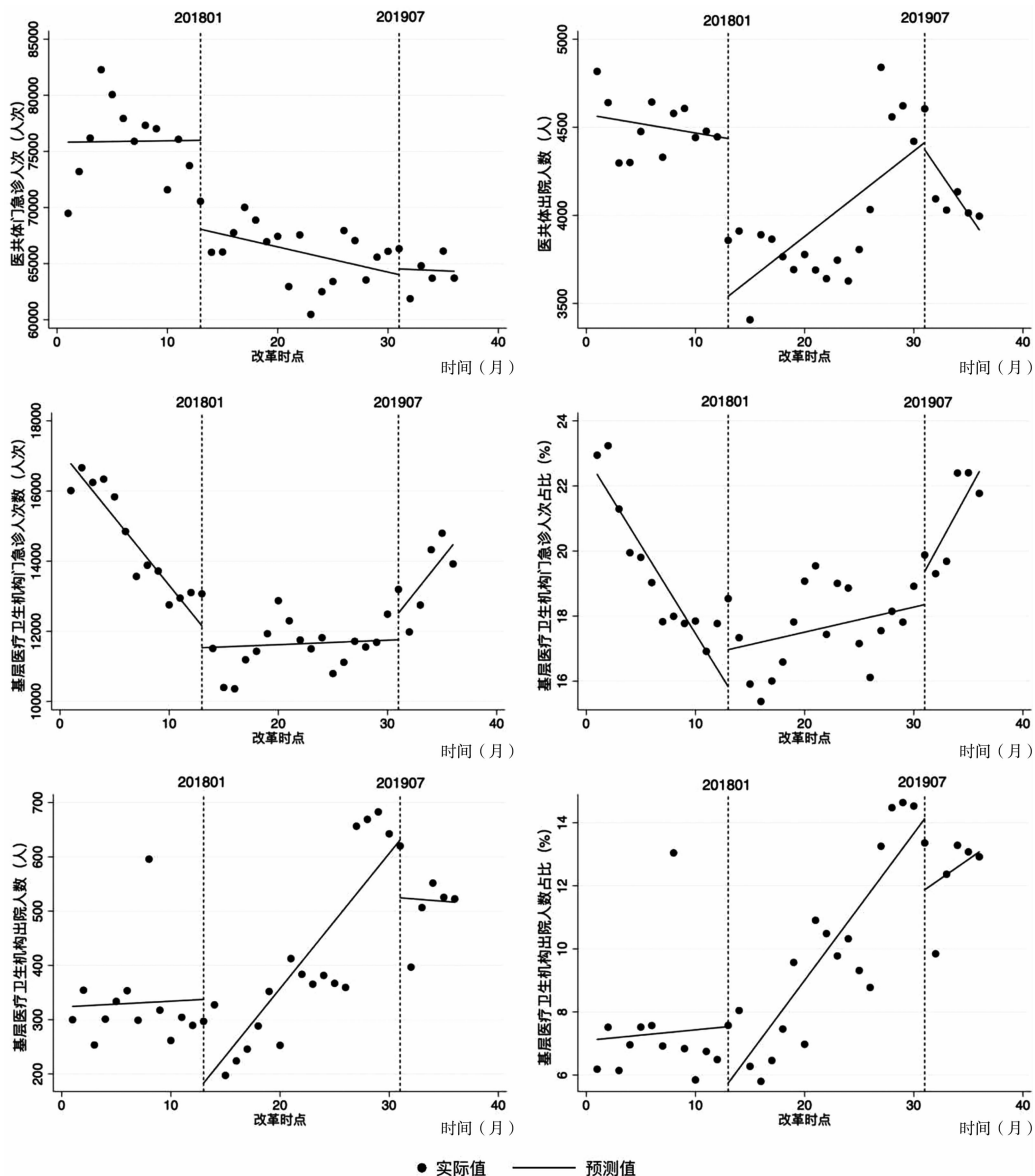


图 2 黄州区医共体医疗服务供给数量间断时间序列检验结果

表 2 黄州区医共体医疗服务供给数量间断时间序列检验结果

各阶段变化	门诊服务量			住院服务量		
	医共体总门急诊 人次(人次)	基层门急诊 人次(人次)	基层门急诊 人次占比(%)	医共体总 出院人数(人)	基层出院 人数(人)	基层出院 人数占比(%)
改革前趋势	13. 561	-384. 994 ***	-0. 543 ***	-10. 515	1. 070	0. 034
第一阶段政策改革						
改革瞬时变化	-7923. 392 **	-627. 217	1. 134	-895. 418 ***	-152. 849	-1. 792
改革后趋势变化	-238. 323	397. 723 ***	0. 620 ***	58. 993 *	23. 545 **	0. 432 **
第二阶段政策改革						
改革瞬时变化	509. 352	759. 893	1. 019	-40. 672	-86. 129	-2. 253
改革后趋势变化	183. 316	377. 522 **	0. 537 **	-139. 443 *	-31. 700 *	-0. 225

\* : $P < 0.05$ ; \*\* : $P < 0.01$ ; \*\*\* : $P < 0.001$ 。

## 4 讨论

### 4.1 第一阶段医共体总额预付制改革促进基层医疗服务供给提升

根据本研究结果可知,2018 年黄州区医共体实行医保支付方式改革后,基层医疗服务供给数量增加。黄州区基层门急诊人次及其占比呈小幅度增长,这与其他学者的研究结果一致<sup>[9]</sup>,住院人次及其占比在改革数月后变化明显,且与黄冈市及全国平均水平变化相反,呈现良好发展趋势。这表明在医院迅速发展的同时,黄州区由于总额预付制改革的推行,基层医疗服务供给数量呈现上升趋势,优质医疗资源及就诊格局集中于医院的态势得到一定程度的缓解。

具体来看,黄州区医保支付方式改革建立“总额预付,结余留用”的机制,总额的确定基于当年筹资标准,医共体需要通过聚集资源形成规模优势以获取更多的基金总量<sup>[10]</sup>,避免了医疗卫生机构因追求服务数量出现恶性竞争,降低了基层医疗卫生机构因处于弱势地位而市场份额进一步萎缩的可能性。同时由总医院提出总额分配方案的管理机制赋予了医共体内医疗机构更大的主动权,以利益为纽带调节各级医疗机构冲突,医疗机构间利益共同体观念逐渐形成,合理的利益空间促进了就医流向趋于合理<sup>[17]</sup>,同时通过总额分配向基层的倾斜带动利益格局和资源配置的改变,增加了基层服务供给。按季考核、逐季结算的机制使得医疗机构能够及时了解考核结果,并反映在医疗机构的实际医保份额的获取上,通过经济约束的手段一定程度上遏制了上级医疗机构虹吸基层的行为。因此,第一次改革后黄州区基层医疗卫生机构获得了良好的发展机会。但同时本研究也发现,黄州区基层医疗服务供给较黄

冈市及全国平均水平仍有较大的差距,服务供给能力提升幅度不明显,服务供给效率下降。表明短期内总额预付改革的效应并不突出,基层就医格局未形成,提示应进一步深化医共体内纵向合作。

### 4.2 第二阶段内外部约束与激励政策改革进一步促进基层门急诊服务量提升

黄州区第一次医保支付方式改革后单一政策改革产生的激励效果有限。改革后基层门急诊人次及其占比总体提升幅度较小,基层医师日均诊疗人次及门急诊人次占比未能达到改革前水平。可能的原因是其他政策未能及时更新,政策不协调使得矛盾显现。具体来看,2018 年总额预付制度改革后,实际运行过程中医保基金并未产生结余。结余是医共体运行的动力,在无结余的情况下医共体之间的合作将减少<sup>[18]</sup>,不利于基层医疗服务供给的增加。个体层面,实际上黄州区在总额预付制改革后针对医生的配套绩效考核并未同步调整,医生绩效薪酬分配建立在以岗位工作量和服务质量为主要指标的考核基础上,可能导致牵头医院的医生以增加服务量的方式获取更多薪酬。

在第二次政策改革后,黄州区基层门急诊人次占比提升幅度明显,且总体服务数量水平较改革前提高,表明机构层面的监督考核机制及医生层面的激励机制使得总额预付机制发挥了更有效的激励作用,进一步释放上级医疗机构服务量。具体来看,2019 年黄州区完善了医保支付方式监督考核指标,通过设置基层首诊率及双向转诊率等指标,规范上级医疗机构服务供给行为。利用约束手段,一定程度上弥补了无结余造成的上下级医疗机构合作不足的问题,引导患者向下流动,基层医疗服务供给效率提供、数量增加。同年黄州区制定内部医生激励机

制,利用绩效考核与分配机制将激励约束作用延伸至医疗服务提供者行为中。设计可统计、可量化的绩效考核方案衡量医生增量绩效,指标包括专家定期到基层进行坐诊等。与其他地区直接调整医生个人薪酬的绩效考核改革不同,黄州区增量绩效的形式在不改变原有绩效基础上增加医生的绩效工资,能够减少医生为了规避风险而减少帮扶基层的可能。<sup>[19]</sup>同时,将基层首诊率和双向转诊率与个人未来发展直接挂钩,能够在一定程度上抑制医生的逐利行为。医生对于利益的诉求强烈<sup>[20]</sup>,在经济因素推动下将积极参与医共体建设,保障了基层医疗服务供给,以点带面最终引起医共体整体就医格局的改变。

#### 4.3 第二阶段内外部约束与激励政策协同使基层住院服务量回归平稳

黄州区第一次医保支付方式改革后医疗机构不合理医疗行为使得基层住院量的增长存在不合理问题。结果显示,第一次改革后医共体出院人数短期内下降幅度较大( $P < 0.05$ ),而基层住院服务量及占比呈增长趋势。可能的原因是在总额预付模式下,上级医疗机构可能存在减少服务量、降低治疗患者数量的情况<sup>[21-22]</sup>。相比于基层,上级医院更有动机在总额约束下引导部分病种患者到基层就诊<sup>[9]</sup>,并且可能存在将康复期患者转诊至基层以控制医保额度的行为。因此,尽管促进了基层住院服务量占比提升,但是可能会降低患者的服务质量。

在第二次政策改革后,黄州区基层住院服务占比总体上仍呈增长趋势,但第三阶段峰值(13.5%)低于第二阶段峰值(15%),床位使用率上升幅度明显。表明黄州区一定程度上控制了住院服务提供过程中存在的问题,使得基层住院服务量提升回归平稳。具体来看,第二阶段政策改革后,机构层面针对医共体内住院服务完善绩效考核指标,设置拒收及不合理出院情况等指标,以季度考核及年度考核的形式评估,规范上级医疗机构服务供给行为。同时,考核结果与拨款和结算挂钩,决定了医共体内的利益分配,上级医疗机构不合理的医疗行为将会直接影响其最后的基金分配。消除医共体内部机构间的利益冲突,加强机构间的合作,发挥有效的调控与监督制约作用,医共体内住院患者流向更加合理,基层住院服务量呈现下降趋势。同年内部医生激励机制的调整,推动学科组内协作帮扶基层,包括专家下沉

查房、远程会诊、实操演练等实现医共体内医疗服务的同质化、规范化、优质化,提高基层医疗卫生机构的软实力、增加吸引力,保障基层医疗服务供给水平,促进住院服务数量及效率的提升。

## 5 建议

### 5.1 强化总额预付激励作用,完善绩效考核机制

继续推进“总额管理,结余留用”的医保支付方式改革。根据不同医共体的实践情况,总额指标可按当年筹资规模确定,同时设置调整系数核定年度预算总额,可增加对门急诊人次及住院人次等服务量的考量,避免医疗机构拒诊及推诿病人等现象<sup>[21]</sup>;也可基于零基预算,充分考虑医共体的服务能力和水平的变化,按照“以收定支”的原则一年一定<sup>[3]</sup>。在结余较少甚至无结余的改革初期,可利用配套相关绩效考核机制,以刚性的制度增加上下级医疗机构间的合作。考核指标应关注对基层服务供给的提升,增加基层首诊率、拒诊或不合理出院等指标,促进上下合作的同时提高医疗服务质量。增加绩效考核的频次,及时反馈考核结果。绩效考核结果与医保基金分配及结余留用直接挂钩,将医共体内上下级医疗机构利益捆绑,并在市场环境中激发基层医疗卫生机构的主体意识及主观能动性。

### 5.2 衔接内部医生绩效分配激励机制

紧密型医共体应注重机构内部精细化管理,特别是衔接医务人员绩效分配机制。及时调整与总额预付目标一致的个人绩效考核制度,相关考核指标的设置可包括下社区坐诊、远程会诊、临床带教、定期查房等,与个人经济收益直接挂钩,也可与职业发展挂钩。根据不同地区医共体发展基础,可借鉴黄州区经验,探索在当前绩效薪酬的结构上,增设“增量绩效”,以增量的经济收益转变医生追求服务数量的观念,设置可量化的绩效考核指标合理衡量医生工作绩效,促进医共体上下医疗机构间的医疗资源整合。

## 6 本研究的局限性

尽管本研究的结果能在一定程度上验证总额预付制改革对黄州区医共体医疗服务供给能力、效率及数量的影响,但是由于资料限制,对医疗服务质量的影响缺乏进一步论证。同时,本研究部分指标(如基层卫生技术人员占比、基层医师日均诊疗人次)不

宜进行间断时间序列检验,仅以年度数据的形式比较政策改革的效果,可能会受到其他政策的影响。

### 作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 魏景明,高奇隆,黄敏卓,等. 基于 DEA 模型的浙江省县域医共体运行效率研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 23-27.
- [2] 刘桔铭,陈琰姝,杨一青,等. 县域医共体改革对区乡医疗机构卫生服务效率的影响评价[J]. 中国医院管理, 2021, 41(1): 11-14, 18.
- [3] 徐烨云,郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4): 102-108.
- [4] 谭清立,林岱衡,陈静仪. 医保付费制度改革推进医疗联合体建设的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(8): 631-635.
- [5] 钟正东,杨孝灯,吴德武,等. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(3): 1-8.
- [6] 朱晓丽,郑英,王清波,等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 21-25.
- [7] 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.
- [8] 高晶磊,肖洁,赵锐,等. 我国县域医疗卫生共同体医保总额付费运行现状分析[J]. 中国医院管理, 2021, 41(9): 64-68.
- [9] 刘向容. 总额预付和增加基层医疗资源对分级诊疗的影响: 基于 CHARLS 数据的实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 16-22.
- [10] 赵慧童. 天长市县域医共体新农合按人头总额预付制对分级诊疗影响研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2018.
- [11] 袁姣,叶霖,陈训军,等. 基于间断时间序列分析的紧密型医疗共同体卫生服务效率评价[J]. 中国医院管理, 2021, 41(12): 69-72.
- [12] 梁万年. 卫生事业管理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012.
- [13] 张晓云,贺川. 财政投入强度是否提升了医疗卫生服务供给[J]. 当代财经, 2021(11): 28-40.
- [14] Huitema B E. Simple Interrupted Time-Series Designs [M]. John Wiley & Sons, Inc. 2011.
- [15] 徐阅,刘黎明,程薇. 基于间断时间序列的北京市冠心病住院费用变化研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(9): 53-57.
- [16] 王俊,孙树学,张福康,等. 新型冠状病毒肺炎疫情对公立医院服务供给的影响: 基于北京市 F 医院的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 28-35.
- [17] 施利群,陈迎春,高红霞,等. 安徽省县域医疗服务共同体新农合按人头总额预付制度初探[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(7): 489-492.
- [18] 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.
- [19] 陈叶烽,姚沁雪. 医生薪酬激励的行为和实验经济学研究进展[J]. 南方经济, 2018(4): 58-72.
- [20] 林伟龙. 基于利益相关者分析的安徽省天长市县域医共体实践研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2017.
- [21] 李诗晴,褚福灵. 医疗保险支付总额预算管理改革是否提高了医疗服务效率? ——基于某省级职工医疗保险的证据[J]. 济南大学学报(社会科学版), 2021, 31(3): 140-150, 160.
- [22] 李小菊,毛璐,张梅,等. 总额预付制改革对职工医保患者住院服务的影响分析[J]. 卫生经济研究, 2018(11): 46-49.

[收稿日期:2022-07-13 修回日期:2022-08-20]

(编辑 刘博)