

医保按人头付费对医共体慢病管理的治理机制研究

——基于整体性治理视角

姚轶凡* 林坤河 钟正东 项莉

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 430030

【摘要】目的:探索医保按人头付费对典型地区医共体慢病管理的治理机制,为提升治理效果提出相关建议。方法:收集三个医共体2017—2019年慢病管理数据进行描述性分析。并进行 χ^2 检验;基于整体性治理理论,采用主题分析法分析按人头付费对不同地区医共体慢病管理的治理实践。结果:医共体医保支付方式改革后,A地高血压和糖尿病两病控制率和规范管理率均得到显著提升;B地两病规范管理率小幅下降,两病控制率均先上升后下降;C地高血压规范管理率总体呈下降趋势,糖尿病规范管理率先下降后上升,两病控制率有上升趋势,以上结果均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在整体性治理下医保按人头付费能有效提升医共体慢病管理治理效果,但也会因为医共体治理理念和行为的差异,形成不同程度的激励机制和整合机制,导致按人头付费在不同治理机制下对医共体慢病管理产生不同治理效果。

【关键词】医共体;按人头付费;整体性治理;慢病管理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.03.005

Research on the governance mechanism of capitation for chronic diseases management in medical community: Based on the perspective of holistic governance

YAO Yi-fan, LIN Kun-he, ZHONG Zheng-dong, XIANG Li

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

【Abstract】 Objective: To explore the governance mechanism of capitation for chronic diseases management in typical medical communities, and put forward relevant suggestions for improving the governance effect. Methods: This study collect the chronic disease management data of three medical communities from 2017 to 2019 for descriptive analysis, and the differences of indicators were analyzed by chi-square test. Based on the holistic governance theory, the theme analysis method is used to analyze the governance practice of the medical community's capitation based management of chronic diseases in different regions. Results: The control rate and management rate of hypertension and diabetes were significantly improved after the reform of the medical insurance payment mode in A medical community; The management rate of hypertension and diabetes in B region decreased slightly, and the control rate of hypertension and diabetes both increased first and then decreased; The management rate of hypertension in C region generally showed a downward trend, the management of diabetes took the lead in declining and then rose, and the control rate of hypertension and diabetes showed an upward trend, all the results were statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The capitation of medical insurance can effectively improve the management effect of chronic diseases under the holistic governance of the medical community, but it will also lead to different levels of incentive mechanism and integration mechanism due to the differences in the governance concepts and governance behaviors of the medical community, resulting in different governance effects of capitation on the management of chronic diseases

* 基金项目:国家自然科学基金(71874058;72174068)

作者简介:姚轶凡(1998年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail:yaoyifan@hust.edu.cn

通讯作者:项莉。E-mail:xlylf@126.com

of different governance mechanisms' medical communities.

【Key words】 Medical community; Capitation; Holistic governance; Chronic disease management

随着糖尿病、高血压为代表的慢性非传染性疾病(以下简称“慢病”)患病率逐年上升,慢病防控成为我国重要的公共卫生问题。中国共产党第二十次全国代表大会报告和《“健康中国 2030”规划纲要》中明确强调慢病医防融合的重要性^[1-2],县域医共体作为医联体建设的主要模式,能够合理整合县域内医疗卫生资源,引导优质医疗资源下沉至基层医疗卫生机构,并通过开展家庭医生签约模式,强化公共卫生服务,促进慢病管理。^[3]医保支付方式是促进医共体建设的重要激励手段,其中医保按人头定额付费制度(以下简称“按人头付费”)强调以人民健康为中心,理论上能够对医共体慢病管理产生正积极的效果。^[4]但医保支付方式对医共体慢病防治的治理研究大多聚焦于医疗服务层面,研究主要探索如何促进分级诊疗制度而忽略了对慢病预防的重视。^[5-6]为改善慢病管理治理效果,医共体内部各级医疗卫生机构需要真正建立起以预防为主、重视早期诊断的医防融合服务体系。^[7]按人头付费是否能够有效促进医共体慢病管理,同时各地区医共体内部组织结构存在差异,按人头付费对不同组织结构的医共体慢病管理的治理效果是否存在差异,对于相关治理机制的研究较为缺乏。整体性治理理论强调整体性整合,能有效解决管理中出现的碎片化问题,本研究在整体性治理理论框架下,以三个典型地区县域医共体作为研究对象,基于 2017—2019 年数据,分析按人头付费对各地医共体慢病管理的治理效果,并探索在同样的医保支付政策激励下,不同类型的医共体治理实践对慢病管理治理机制的影响。

1 按人头付费对医共体慢病管理的影响和整体性治理理论

1.1 按人头付费对医共体慢病管理的影响

医共体是构建整合型医疗卫生服务体系的重要单元,对整合县域内医疗卫生资源、提升基层卫生服务能力起到了关键作用。^[3]医共体实施的关键是如何建立激励约束和利益分配机制,以促进医疗卫生服务的整合和提升服务质量^[8],医保支付方式改革是调节医疗服务行为、促进医疗资源流动的重要激励机制,也是构建医共体的内生动力^[9]。

医共体的建设需要科学的医保支付方式作为支撑,其中按人头付费能够有效推动医共体以健康管理为主的服务模式。^[4]在实行医保按人头付费方式后,医共体从医保支付方获取的人头费是固定的,在实施“结余留用、超支自付、合理分担”机制后,为追求医共体内各方利益最大化,就要确保辖区内居民“不发病”或者“少发病”,防止慢病患者病情向更严重趋势发展,既能保证居民健康,又能减少人头费用的支出,这样按人头付费就会有效激励医共体内各级医疗卫生机构重心转移,实现从“以治病为中心”向“以疾病预防为中心”的转变,使医务人员有动力向患者进行慢病预防服务,有效推进了慢病医防融合,提升慢病管理的治理效果。

1.2 整体性治理理论

整体性治理理论以满足公民需求为治理理念,主要解决政府治理过程中服务裂解性和管理碎片化问题^[10],主张管理从分散走向集中,从部分走向整体,从破碎走向整合,与医共体整合分配医疗卫生资源的建设目的相同。同时,整体性治理理论强调解决人民的生活问题、追求公共利益的实现并注重问题的预防导向,这与医共体建设、慢病管理“以健康为中心”的治理理念一致。

整体性治理理论指出关键的治理行为包含政策、管制、服务和监督行为,这些行为的整体运作要求在三个维度上有机地整合起来,分别为治理层级、治理功能和公私部门,其中治理层级重点强调纵向上不同级别部门和机构协作,治理功能则强调横向上不同职能部门和机构的协作,而公私部门包括公共部门、私人部门和非营利性机构之间的合作。^[10-12]在医共体慢病管理中,内部治理模式主要涉及纵向层级上各医疗卫生机构相互协作提供服务行为、横向功能维度上的各职能部门针对慢病防治工作提供的政策行为和为保证治理效果以及对服务行为和政策行为进行评估所提供的监督行为,目前医共体建设以公立医疗机构为主,较少涉及公私部门联合,本文在该维度不做深入探究。

整体性治理理论同时强调整合机制和激励机制的重要性,整合机制主要运用于政策方案的执行、服务提供的过程和监督考核的评估,政策行为推动服

务行为和监督行为,监督行为评估政策行为与服务行为,以实现整体性治理下不同部门和机构之间在更长周期上更加紧密的合作^[10],提供更有质量的服务。关于激励机制,理论着重强调预算与筹资在促进各机构、部门之间合作与整合方面有着重要的作用,经济激励能够有效提升服务效率,按人头付费是调节医共体内医疗服务行为、促进慢病医防融合的重要经济激励机制,在整体性治理理论中合理运用

激励机制能够实现不同服务行为之间有机结合,形成医共体慢病管理治理的整合机制,保证共同目标的实现。

本研究基于整体性治理理论构建按人头付费对医共体慢病管理治理机制研究的分析框架(图1),分析按人头付费对不同医共体慢病管理的治理实践、治理机制和治理效果,为推动医共体按人头付费机制促进慢病管理提供理论和实践借鉴。

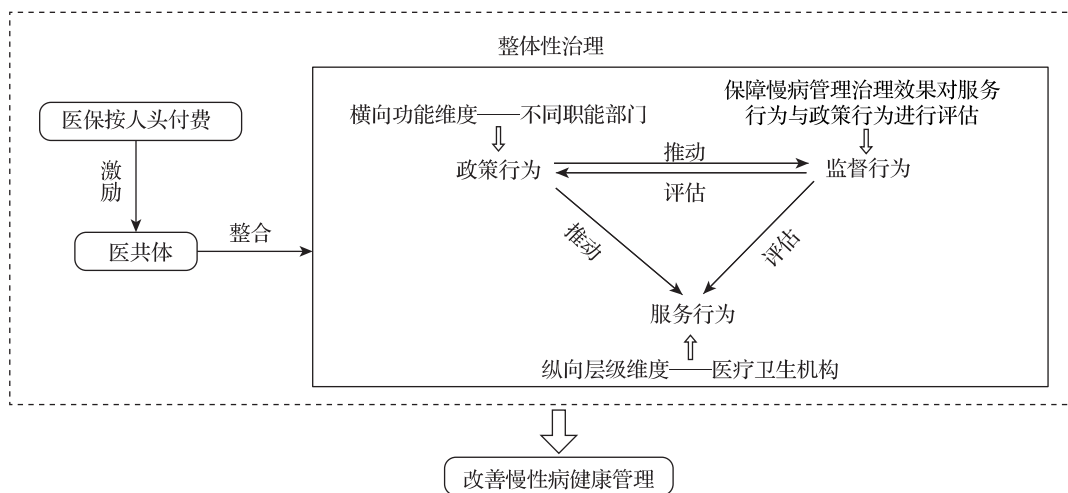


图1 整体性治理理论下按人头付费对医共体慢病管理治理机制研究的分析框架

2 资料和方法

2.1 资料来源

本研究选取三处医共体医保支付方式改革时间相近地区作为研究对象,A县地处闽中,其所在地级市医药卫生体制改革效果明显,被作为典范在全国范围进行推广;B县级市地处鄂西山地,于2017年被命名国家卫生城市,同年入选全国工业百强县(市);C地位于长江中游北岸,是国内首个数字化医共体的试点。A地于2017年4月组建医共体,2017年10月正式实施医保按人头付费,B地于2018年3月成立医共体同步采用医保按人头付费制度,C地于2017年12月组建医共体同步采用医保按人头付费制度。本研究通过机构调查法从卫生健康信息系统收集到三地2017—2019年慢病管理汇总数据,并通过现场调研和文献研究检索收集三地关于医共体体系建设、医保支付方式改革和慢病管理相关政策文件。

2.2 分析方法

根据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》^[13]中高血压、II型糖尿病患者健康管理服务规

范,本研究选取高血压和II型糖尿病规范管理率及控制率分别对三地慢病管理效果进行评估。其中高血压患者规范管理率=按照规范要求进行管理的高血压患者管理的人数/年内已管理的高血压患者人数×100%;管理人群血压控制率=年内最近一次随访血压达标人数/年内已管理的高血压患者人数×100%;血压控制达标值为<140/90mmHg(收缩压<140mmHg且舒张压<90mmHg),65岁及以上患者收缩压<150mmHg且舒张压<90mmHg。II型糖尿病规范管理率=按照规范要求管理II型糖尿病患者管理的人数/年内已管理的II型糖尿病患者人数×100%;血糖控制率=年内最近一次随访空腹血糖达标人数/年内已管理的II型糖尿病患者人数×100%;空腹血糖控制达标值为<7.0mmol/L,随机血糖控制达标值为≤10.0mmol/L。

本研究应用Excel 2019对三地慢病管理数据进行描述性分析,运用R软件(4.0.1)对数据进行统计分析,对2017—2019年同一地区各指标之间进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 作为差异是否有统计学意义的判断标准,并采用主题分析法分析按人头付费对不同地区医共体慢病管理的治理实践。

3 结果

3.1 整体性治理视角下不同地区医共体慢病管理治理实践

3.1.1 医共体组成及医保支付方式

A 地医共体是以县医院为牵头医院,整合全县各级公立医疗卫生机构,实行县乡村一体化、人财物统一管理的县域医共体;B 地医共体是以市人民医院为牵头单位,市、镇、村三级医疗机构为成员单位所组成的县域医共体,C 地整合全区 17 家公立医疗机构,98 家村卫生室资源组建医共体,成立总医院。三地医共体均实施医保基金按人头付费,实行“结余留用,超支不补”的基本原则。

3.1.2 慢病管理政策行为

整体性治理下,医共体慢病管理政策行为主要体现在横向维度上不同职能部门相互协作,针对医共体慢病管理出台相关政策,形成正向协同效应,构成完善的政策体系。

A 地为积极开展慢病医防融合工作,在资金供给上,统筹基本公共卫生资金和医保基金,以实现基层医疗卫生机构、医院和疾控中心紧密协作,医疗与预防体系横向融合。此外,在人事薪酬制度上,A 地优化疾控中心各级技术岗位结构比例,进行薪酬制度改革,公共卫生医师同样实行目标年薪制,以提高疾控中心公共卫生医师积极性。同时制定医防融合专项考核方案,医防体系中各部门工资与考核结果紧密挂钩。

B、C 两地更注重推进分级诊疗建设工作,各部门主要针对慢病的分级诊疗制定相关政策,并未针对慢病预防和防治结合工作做进一步规定和解释。

3.1.3 慢病管理服务行为

整体性治理下,医共体慢病管理服务行为体现在纵向层次上各级医疗卫生机构在政策行为的推动下,明确责任、合理分工,以牵头医院为中心,充分发挥基层医疗卫生机构的优势,将慢病患者留在基层,形成让群众无病早防、有病早治的慢病医防融合服务整合模式。

A 地为开展慢病管理,全面推行“医院—社区慢病一体化”的管理项目,在总医院设立慢病管理中心,在社区组建由总医院、疾控中心、基层医疗卫生机构医务人员和街道社区工作人员构成的工作团队,对以高血压、糖尿病为主的慢病进行管理。为打破医防之间以及各级医疗卫生机构间信息联通的壁

垒,该地还建立慢病报告管理信息系统,依托区域卫生信息平台,实现居民电子健康档案在医共体内各级医疗机构间互联互通,提高慢病管理的治理效率。

B 地组织市级医疗机构、乡镇卫生院和村卫生室医生开展“1+1+1”组团签约,共同开展家庭医生签约活动,通过市级医疗机构医生下沉基层服务,发挥基层在慢病防治中的优势,推进慢病管理工作。

C 地总医院推出“1+3+X”管理服务模式,其中,1 是总医院内的专科医生,3 是家庭医生签约团队的全科医生、全科护士和公卫人员,X 是村医、计生专干、网格员、妇女主任、营养师、心理咨询师等人员,并建立包括高血压、糖尿病等十家健康管理中心,为居民提供健康指导;同时建立数字化医共体,构建智慧医疗健康云平台,推出医疗卫生专网、医保专网、互联网、总医院云链路“四网合一”,形成防、治、康、宣、管五位一体的健康服务。

3.1.4 慢病管理监督行为

在医共体慢病健康的整体性治理下,监督行为是保证治理效果以及对服务行为和政策行为进行评估的重要行为手段。为提升基层慢病防治管理水平,促进医疗卫生服务行为真正向“以健康为中心”转变,实现慢病医防融合,需要对慢病管理工作开展绩效考核。

A 地针对慢病一体化管理工作制定了考核方案,该考核方案由组织管理、健康管理、管理效果组成。组织管理指标包括医共体内部是否成立公共卫生服务工作机构,并建立相应工作机制;健康管理指标包括是否开展家庭医生签约服务、是否开展健康扶贫工作、基层信息化建设情况、管理培训情况和免费送药服务落实情况;管理效果指标分数占比最大,其中包括开展疾病筛查工作情况、规范化管理落实情况、干预效果等,整体形成较为全面、完善的慢病管理考核评价体系。

B 地为规范医疗卫生服务行为,制定了针对包括慢病在内的不同疾病的分级诊疗制度考核指标,C 地也只针对分级诊疗工作制定了考核评价标准,两地均未对慢病医防融合中预防工作和家庭医生签约等重要指标进行考核。

3.2 慢病管理效果分析

3.2.1 A 地慢病管理效果分析

如表 1 所示,2017—2019 年该地高血压患者规范管理率分别为 69.91%、78.42% 和 81.51%,呈逐

年上升趋势,平均增长速度达到 8.4%,且不同年份差异有统计学意义($\chi^2_{趋势} = 1\ 063.10, P < 0.001$)。血压控制率分别为 65.80%、71.78% 和 68.36%,先上升后下降,总体呈上升趋势($\chi^2_{趋势} = 222.64, P < 0.001$)。II 型糖尿病规范管理率分别为 71.32%、76.90% 和 78.30%,呈逐年上升趋势($\chi^2_{趋势} = 112.01, P < 0.001$),血糖控制率分别为 65.00%、65.92% 和 72.45%,逐年升高,平均增长速度为 5.73% ($\chi^2_{趋势} = 123.31, P < 0.001$)。

3.2.2 B 地慢病管理效果分析

如表 1 所示,2017—2019 年 B 地高血压患者的

规范管理率分别为 86.90%、86.52% 和 83.98%,总体呈下降趋势,且不同年份差异有统计学意义($\chi^2_{趋势} = 152.69, P < 0.001$)。血压控制率分别为 68.44%、72.72% 和 71.49%,先上升后下降,总体呈上升趋势($\chi^2_{趋势} = 161.86, P < 0.001$)。II 型糖尿病规范管理率分别为 86.53%、86.63% 和 85.35%,2018 年略微升高后 2019 年小幅度下降,总体呈现小幅下降趋势($\chi^2_{趋势} = 8.97, P = 0.011$);血糖控制率分别为 67.95%、70.85% 和 66.06%,先上升后下降,总体呈小幅下降趋势($\chi^2_{趋势} = 54.86, P < 0.001$)。

表 1 2017—2019 年 A、B、C 三地高血压和糖尿病管理效果

病种	城市	时间	已管理患者数	规范管理患者数	规范管理率(%)	χ^2	P	增长速度(%)		控制数	控制率(%)	χ^2	P	增长速度(%)	
								环比	定基比					环比	定基比
高血压	A 地	2017	25 077	17 532	69.91	1 063.10	<0.001			16 500	65.80	222.64	<0.001		
		2018	27 798	21 799	78.42			12.17	12.17	19 954	71.78			9.09	9.09
		2019	28 370	23 123	81.51			03.94	16.59	19 395	68.36			-4.76	3.89
	B 地	2017	34 647	30 109	86.90	152.69	<0.001			23 713	68.44	161.86	<0.001		
		2018	33 498	28 981	86.52			-0.44	-0.44	24 361	72.72			6.25	6.25
		2019	38 509	32 338	83.98			-2.94	-3.36	27 529	71.49			-1.69	4.46
	C 地	2017	21 062	16 287	77.33	182.60	<0.001			11 243	53.38	296.86	<0.001		
		2018	20 605	16 020	77.75			0.42	0.42	12 690	61.59			8.29	8.29
		2019	20 784	15 098	72.64			-5.11	-4.69	12 202	58.71			-2.88	5.41
糖尿病	A 地	2017	7 096	5 061	71.32	112.01	<0.001			4 613	65.00	123.31	<0.001		
		2018	8 178	6 289	76.90			7.82	7.82	5 391	65.92			1.42	1.42
		2019	8 559	6 702	78.30			1.82	9.79	6 201	72.45			9.91	11.46
	B 地	2017	9 408	8 141	86.53	8.97	0.011			6 393	67.95	54.86	<0.001		
		2018	9 581	8 300	86.63			0.12	0.12	6 788	70.85			4.27	4.27
		2019	11 181	9 543	85.35			-1.48	-1.36	7 386	66.06			-6.76	-2.78
	C 地	2017	6 755	5 115	75.72	53.29	<0.001			3 533	52.30	19.78	<0.001		
		2018	6 303	4 544	72.09			-3.63	-3.63	3 537	56.12			3.82	3.82
		2019	6 194	4 809	77.64			5.55	1.92	3 314	53.50			-2.62	1.20

3.2.3 C 地慢病管理效果分析

如表 1 所示,2017—2019 年 C 地高血压患者的规范管理率分别为 77.33%、77.75% 和 72.64%,总体呈下降趋势,且不同年份差异有统计学意义($\chi^2_{趋势} = 182.60, P < 0.001$)。血压控制率分别为 53.38%、61.59% 和 58.71%,先上升后下降,总体呈上升趋势($\chi^2_{趋势} = 296.86, P < 0.001$)。II 型糖尿病规范管理率分别为 75.72%、72.09% 和 77.64%,2018 年显著下降后 2019 年显著上升($\chi^2_{趋势} = 53.29, P < 0.001$);血糖控制率分别为 52.30%、56.12% 和 53.50%,逐先上升后下降,总体呈现小幅上升趋势($\chi^2_{趋势} = 19.78, P < 0.001$)。

4 讨论

4.1 A 地整体性治理机制完善,实现了较好的慢管理治理效果

研究结果显示,该地在 2017 年底进行医共体医保支付方式改革后,高血压和糖尿病的控制率和规范管理率均得到显著提升。A 地慢病管理治理实践中,三种治理行为都能落实到位,并且能够有机结合,政策行为形成完善的政策体系推动了监督行为和服务行为,监督行为有效评估了政策行为和服务行为,保证医共体内能提供高质量的慢病医防融合服务,医共体内部形成了针对慢病管理良好的整合机制,由此充分发挥了按人头付费的经济激励机制,

使该地整体性治理机制完善,从而实现显著的慢病管理治理效果的提升。

具体来看,政策行为上,以往研究中提出,预防服务和医疗服务的筹资来源、利益机制和激励考核不同是导致医防脱节的重要原因^[14-16],预防服务资金通常是定额分配的而医疗服务资金与服务量挂钩,服务提供越多,收入越多。但 A 地通过实行医共体按人头付费、统筹基本公共卫生资金和医保基金的政策后,让基层医疗卫生机构在上级医院指导下同时注重医疗服务和基本公共卫生服务,并且通过完善慢病管理,减少慢病医疗支出,提升了慢病管理医防融合的动力。此外,该地医共体总医院在人力资源、绩效考核等不同职能部门针对慢病管理进行政策支持,形成较为完善的政策体系,推动了慢病管理的服务和监督行为。

在监督行为上,该地建立了针对慢病一体化管理详细的绩效考核方式,根据考核结果,分配绩效考核资金,资金向管理效果更明显的地方倾斜,有助于激励各机构之间形成良性竞争,保障良好的慢病管理治理效果,同时能够有效评估政策行为和服务行为。

服务行为上,该地实现了医共体内人财物一体化管理,在实行按人头付费并采取“结余留用”机制后,真正促进了纵向层次上各级医疗卫生机构利益统一的关系,在慢病管理政策行为的推动下,让各级医疗卫生机构主动接受预防为主的治疗理念,上级医院医生也更愿意参与提供疾病预防服务,主动下沉基层进行慢病筛查工作,同时疾控机构也有效参与到慢病预防服务中,提升了慢病管理医防融合的服务能力。在绩效评估的监督下,促进各级医疗卫生机构间纵向层次上的深度协作,实现慢病管理“关口前移、重心下沉、预防为主”,以节省更多医保基金留在医共体内部进行分配。在政策行为的推动和监督行为的评估下,实现了慢病管理的高质量服务行为,保证了慢病管理治理效果的不断提升。

4.2 B、C 两地治理理念偏倚,整体性治理机制欠缺,导致慢病管理治理效果不明显

B 地在 2017 年被评为全国卫生城市,慢病管理指标数值较高,但在 18 年构建医共体,实行按人头付费后,各项指标并未得到改善;C 地在实行医共体医保支付方式改革后,两病规范管理率并未得到改善,甚至有下降趋势,虽然两病控制率有上升趋势,但是改善效果也不明显,从整体性治理角度来看,这

与 B、C 两地慢病管理的治理方式与治理理念有关。

尽管 B 地建立家庭医生签约服务“1+1+1”团队,C 地推出“1+3+X”管理服务模式,但由于两地在慢病治理上重“医”轻“防”,与“以预防为主”的整体性治理理念相偏倚。两地仅针对分级诊疗工作制定政策,没有提供针对慢病预防工作有效的政策行为,没有形成慢病医防融合完善的政策体系,导致无法推动慢病管理的服务行为和监督行为,上述服务工作无法得到落实。

此外,两地并没有针对慢病管理制定详细的绩效考核方案,缺乏有效的监管行为,不能对慢病管理的政策行为和服务行为进行评估,医共体内各治理行为没有很好地结合,难以形成整合机制,按人头付费也未能充分发挥其经济激励机制的作用,导致慢病管理的治理效果欠佳。

5 建议

5.1 统筹医保基金和公共卫生资金,各部门政策整合促进医防服务融合

统筹医保基金和公共卫生资金是解决医防脱节、实现医防融合的有效途径^[14],借鉴 A 地医共体慢病管理经验,在医共体内实现医保基金和基本公共卫生资金统筹使用并按服务人口进行资金打包总额预算后,医共体总医院或理事会下的人力资源、绩效考核、财务等部门也应当针对慢病管理制定相应的政策,各职能部门分工协作,为慢病医防融合提供更多政策支持,整合形成完善的政策体系,促进医疗服务和预防服务的融合。

5.2 强化“以预防为主”的治理理念,通过激励机制引导形成慢病医防融合服务共同体

虽然建立医共体能有效推进医防融合工作^[17],但医共体内部如果没有形成“以预防为主”的治理理念,也可能像 B、C 两地一样导致慢病管理的治理效果不明显。所以,要在医共体内部强化“以预防为主”的治理理念,再通过按人头付费的激励机制促进各级医疗卫生机构形成利益共同体,引导上级医院的医生加入医防融合服务团队^[16],吸纳县级疾控中心参与到医共体中,参与基层或社区慢病管理工作,为团队提供技术指导和服务,形成分工明确、利益相容、高效协作的慢病医防融合服务共同体。

5.3 完善绩效考核方式,实现慢病管理的整合机制

借鉴 A 地慢病管理以及国内其他典型地区慢病医防融合的考核方式^[18],优化绩效考核维度和指标。

首先是组织管理维度,考核指标应包含医共体内成立慢病管理工作机构情况、相关政策制定情况、建立相关工作机制情况等;第二个维度针对健康管理模式,指标应包含家庭医生签约情况、上级医院医生参与慢病管理服务团队情况、慢病信息化建设情况等;第三个维度是管理效果,也是考核主体部分,应包含慢病规范管理情况、健康管理干预效果及居民满意度等指标。绩效考核结果与医保基金和公共卫生资金补助情况挂钩,利用激励机制完善医共体慢病管理整体性治理行为^[11],实现整体性治理下慢病医防融合的整合机制。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 新华社. 习近平:高举中国特色社会主义伟大旗帜 全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[EB/OL]. (2022-10-26) [2022-11-20]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/mtbd/202210/3fdcbd91a68c4da989fcb99fd33ae58.shtml>

[2] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-11-20]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm

[3] 郁建兴,涂怡欣,吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020, 36(1): 5-15.

[4] 赵云,潘小炎. 以按人头付费方式强化基层医疗机构健康管理功能研究[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(8): 39-41.

[5] 程洁,徐向天,王哲,等. 医联体“专全结合”慢病管理模式及其对开展分级诊疗的作用研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(34): 4178-4182.

[6] 王虎峰. 我国医联体的功能定位与发展趋势——以罗湖医疗集团为例[J]. 卫生经济研究, 2018(8): 3-6.

[7] 吕兰婷,邓思兰. 我国慢病管理现状、问题及发展建议[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(7): 1-7.

[8] 胡善联. 医联体的新意义新内涵[J]. 中国卫生, 2017(4): 52-53.

[9] 魏来,唐文熙,孙晓伟,等. 医保支付和经济激励:整合的医疗服务系统形成的“引擎”[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(5): 35-38.

[10] Perri D S K S G. Towards holistic governance: the new reform agenda[M]. New York: Palgrave, 2002.

[11] 崔兆涵,王虎峰. 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 1-7.

[12] 曾凡军,韦彬. 后公共治理理论:作为一种新趋向的整体性治理[J]. 天津行政学院学报, 2010, 12(2): 59-64.

[13] 国家卫生计生委. 关于印发《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的通知[EB/OL]. (2017-03-28) [2022-11-20]. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>

[14] 应亚珍. 以健康为导向探索基本医保基金和公共卫生服务资金统筹使用[J]. 中国医疗保险, 2020(5): 7-10.

[15] 刘宵,余庆丰,林坤河,等. 基于SFIC模型的社会办医牵头医共体建设问题分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8): 6-10.

[16] 苗艳青,孙华君,杜灼. 防治结合:内涵、问题与实施路径[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(10): 1-5.

[17] 单莹,马方恩,张立恒,等. 县域医共体的医防融合实践进展研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(9): 10-12.

[18] 王显君,唐智友,杨文梅,等. 基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(31): 3924-3929.

[收稿日期:2022-11-02 修回日期:2023-02-22]

(编辑 薛云)