

县域医共体总额预付激励效应的影响因素研究

——基于 24 个案例的清晰集定性比较分析

龚光雯^{1,2*} 唐昌敏^{1,2} 郭丹丹³ 陈迎春^{3,4}

1. 湖北中医药大学管理学院 湖北武汉 430065
2. 湖北省高校人文社科研究基地中医药研究发展中心 湖北武汉 430065
3. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030
4. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030

【摘要】目的:发现影响制约医共体医保总额预付改革激励效应的因素,为促进县域医共体医保总额预付改革提供研究证据。方法:以本地区医共体医保总额预付政策文本及其激励效应为研究对象,采用清晰集定性比较分析方法揭示医共体医保总额预付模式的设计要素与其激励效应之间的因果关系。结果:超支分担、购买服务范围、结算方式是影响医共体医保总额预付方案激励效应的决定性因素。结论:采取供方承担超支风险、购买服务范围包含县域外医疗服务和预付制结算方式的设计,有利于提高医共体医保总额预付模式的激励效应。

【关键词】 县域医共体; 医保; 总额预付; 激励效应; 定性比较分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.07.002

A study on the influencing factors of total prepayment incentive effect of county medical communities: A clear set qualitative comparative analysis based on 24 cases

GONG Guang-wen^{1,2}, TANG Chang-min^{1,2}, GUO Dan-dan^{3,4}, CHEN Ying-chun^{3,4}

1. School of management, Hubei university of Chinese Medicine, Wuhan Hubei 430065, China
2. Research Center for the Development of Traditional Chinese Medicine, Key Research Base of Humanities and Social Sciences of Hubei province, Wuhan Hubei 430065, China
3. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China
4. Rural Health Service Research Center, Hubei Key Research Base of Humanities and Social Sciences, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: To identify what factors affect the incentive effect of the reform of total medical insurance prepayment in the medical community, and to provide research evidence for improving the total medical insurance prepayment of the county medical community. Methods: Text of the total medical insurance prepayment policy and its incentive effects in sample regions is taken as the research object, and a clear set qualitative comparative analysis method is used to reveal the causal relationship between the design elements of the total medical insurance prepayment and its incentive effects. Results: It is found that overspending sharing, purchasing service scope, and settlement method are the main factors that affect the incentive effect of total medical insurance prepayment plan of the medical community. Conclusions: Adopting the design of the supplier bearing the risk of overspending, purchasing service scope including medical services outside the county, and adopting a prepayment settlement method are conducive to improving the incentive effect of the total medical insurance of the medical community.

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71974066)

作者简介:龚光雯(1987年—),女,博士,讲师,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:guangwengong@163.com

通讯作者:陈迎春。E-mail:chenyingchunhust@163.com

【Key words】 County medical communities; Medical insurance; Total prepayment budget; Incentive effects; Qualitative comparative analysis

国际经验表明,对不同形式的整合医疗组织采取总额预付下的结余支付(sharing savings)策略能够激励供方减少不必要的门急诊、住院和检查服务,改进服务质量和健康结果。^[1-5]我国自 2017 年《关于推进医疗联合体建设和发展指导意见》(国办发[2017]32 号)发布以来,各地先后探索县域医共体医保总额付费改革,形成了不同的县域医共体医保总额预付模式。

国内已有研究论述了医共体医保总额预付通过改革县域内医疗机构的利益分配机制,将县域内不同医疗机构整合为利益共同体,成为县域医共体建设的关键^[6-7];以阜南、天长、尤溪等县域医共体医保总额预付为研究对象的实证研究,揭示了医共体医保总额预付改革可以通过引导供方服务转变,提高医保资金使用效率,形成总额预付资金结余,但还存在支付标准的科学性和合理性有待提升等问题^[8-13];还有研究比较了不同医共体医保总额预付方案的差异,认为不同医共体在分级诊疗、慢性病管理和协同服务等方面的差异与总额预付方案设计有关^[14-15]。由此可见,已有研究已关注到不同县域医共体医保总额预付模式的激励效应存在差异,还需要通过实证研究进一步揭示哪种医共体医保总额预付模式设计具有良好的激励效应。基于此,本文以样本地区医共体医保总额预付政策文本及其激励效应为研究对象,采用清晰集定性比较分析方法,量化分析医保总额预付模式的设计与激励效应之间的关系,力图从中发现影响医共体医保总额预付改革激励效应的因素。

1 资料与方法

1.1 研究方法

定性比较分析(qualitative comparative analysis, QCA)能够有效、系统地处理多案例比较的研究数据,相对于回归分析,适用于分析中小样本因果因素的联合效应。^[16]定性比较分析主要包括清晰集、模糊集和多值集三种具体操作方法^[17],由于本文将定性资料转化为 0 或 1 的二分类变量,因而选择处理二分类变量的清晰集定性比较分析。

通过 fsQCA3.0 软件展开清晰集定性分析,主要包括构建真值表、单因素充分和必要性分析、条件组合分析三个研究步骤。在单因素充分和必要性分析步骤中,通过一致性和覆盖率指标值判断单一条件

变量是否为结果变量的必要条件、充分条件。一致性和覆盖率指标值的计算公式如下:

$$Consistency(x_i \leq y_i) = \Sigma [\min(x_i, y_i)] / \Sigma x_i \quad (1)$$

$$Coverage(x_i \leq y_i) = \Sigma [\min(x_i, y_i)] / \Sigma y_i \quad (2)$$

如果某条件变量的一致性指标值大于 0.9,则表示该条件变量是结果变量的必要条件,即结果变量可以被前因条件独立解释。如果某条件变量的覆盖率指标值大于 0.8,则该条件变量是结果变量的充分条件。反之,则说明不能将条件变量看成结果变量的必要条件,即结果变量是多因素共同作用的结果。

在条件组合分析中,将条件组合的一致性阈值设定为 0.8,案例的频数阈值设定为 1,经过标准化分析,得到不同赋值程度的复杂解、简单解和中间解的条件组合,本文采取中间解作为分析结果变量发生的条件组合的依据。以覆盖率作为条件组合分析的主要观察指标,一般认为覆盖率应大于 0.8。覆盖率数值越大,说明条件组合对结果发生的解释能力越好。^[18]

1.2 案例来源与变量设计

1.2.1 案例来源

本文使用的案例资料来源于现场调研和相关新闻报道。其中,枝江、尤溪、大冶、巴东、云县医共体的相关资料来源于现场调研,收集医共体总额预付相关政策文件,并通过访谈了解总额预付资金使用情况;德清和濉溪医共体相关资料来自于百度搜索相关新闻报道,以“德清”“濉溪”“医共体”“总额预付”等为关键词,通过百度搜索引擎进行搜索。以医共体名称和实施总额预付改革的年度作为划分案例的标准,共获得 24 个案例(表 1)。

表 1 医共体医保总额预付方案激励效果的案例

案例序号	医共体名称	年度	案例序号	医共体名称	年度
1	枝江医共体	2017	13	巴东医共体	2020
2		2018	14	德清医共体	2018
3		2019	15		2019
4		2020	16		2020
5	尤溪医共体	2017	17		2021
6		2018	18	云县医共体	2019
7		2019	19		2020
8		2020	20	濉溪医共体	2017
9		2021	21		2018
10	大冶医共体	2018	22		2019
11		2019	23		2020
12		2020	24		2021

1.2.2 变量设计

本文是通过清晰集定性比较分析揭示医共体医保总额预付模式不同维度的设计因素与激励效应的因果关系。因而,清晰定性比较分析的条件变量是医共体医保总额预付模式的设计因素,结果变量是医共体医保总额预付改革的激励效应。

医保总额预付改革指医保经办机构通过某种方式计算预付给医共体的资金总额,同时确定服务范围、结算方式、结余资金的使用和超支资金的分担等内容。因而,医共体医保总额预付模式包含预付总额确定方式、购买服务范围、结算方式、结余资金使用和超支分担 5 个设计维度。由于本文所选择的案例均允许结余资金由医疗机构留用,在结余资金是否留用维度上不存在差异,将其排除。最终,将条件变量设定为预付总额确定、购买服务范围、结算方式、超支部分分担 4 个维度。

医保总额预付资金的激励效应是指通过医保总额预付引导供方规范服务行为,控制医疗费用,最终提高医保资金使用效率。^[19] 由于供方服务行为具有一定隐蔽性,本研究以总额预付资金使用情况来衡量医保总额预付方案的激励效应。各变量定义如下。

(1) 预付总额确定方式

预付总额确定是指医保部门根据某种标准确定预先支付给医共体资金总额的方式。目前,预付总额的确定方式有两种:一种是以医共体成员医疗机构过去 3~5 年医疗卫生总费用平均值为基础测算预付总额,即按历史费用确定总额预付资金;另一种是将提取预留资金后的基本医疗保险统筹资金换算成辖区参保人头费用打包给医共体,即按人头费用确定总额预付资金。前者一定程度上延续了后付制方式的激励作用机制和医保资金使用分布格局,后者则通过将疾病经济风险转移给供方促进形成新的激励作用机制。

(2) 购买服务范围

购买服务范围是指医保部门预先支付给医共体的资金可以用于支付医保报销范围内的哪些医疗卫生服务。根据是否超出统筹县域,可以分为县域内和县域外医疗服务。以是否包含县域外医疗服务为标准,将预付资金购买服务范围划分为包含县域外医疗服务和不包含县域外医疗服务两类。

(3) 结算方式

结算方式是指医保部门对医共体及其成员医疗

机构提供的医疗服务采取何种医保支付方式进行结算。医保部门对医共体及其成员单位提供的住院服务结算方式差异较大,主要包括按服务项目付费、单病种付费、DRG 付费,其中按项目付费属于后付制,单病种付费和 DRG 付费属于预付制,因而将结算方式分为后付制和预付制两类。

(4) 超支分担

超支分担是指如果医共体应获得的医保报销资金高于预付资金,超出总额预付资金的部分由谁承担。实践中,超支分担根据分担主体的不同,可以分为合理超支、超支自负(不补)分担两种形式。前者指超出总额预付资金的合理部分,由医保部门和医共体共同分担;后者则全部由医共体自己承担。

(5) 总额预付资金使用情况

总额预付资金使用情况是指经过一个保险年度后,医保部门预付给医共体及其成员医疗机构的总额预付资金与医共体获得的医保补偿资金之间是否存在差额。总额预付资金的使用情况可以分为三种情形:(1)结余,即差额为正值;(2)收支平衡,即差额为零;(3)超支,即差额为负值。根据样本情况,将总额预付资金运行情况分为结余和超支两种类型,分别表示医共体医保总额预付模式具有良好激励效应和不具有良好激励效应。条件变量和结果变量的赋值规则如表 2 所示。

表 2 医共体医保总额预付方案激励效应的变量及其赋值

变量类型	变量名称	分类	赋值
条件变量	预付总额确定方式	按人头费用	0
		按历史费用	1
	购买服务范围	包含县域外医疗服务	0
		不含县域外医疗服务	1
	结算方式	预付制	0
		后付制	1
结果变量	超支分担	超支自负(不补)	0
		合理超支分担	1
	总额预付资金使用情况	结余	0
		超支	1

2 结果

2.1 赋值情况

对案例变量进行赋值后所形成的医共体医保总额预付方案激励效果的原始数据如表 3 所示。

表 3 医共体医保总额预付方案激励效果清晰集定性

比较分析的原始数据					
案例编号	预付总额确定方式	购买服务范围	结算方式	超支分担	总额预付资金运行结果
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	1	1
11	0	0	0	1	0
12	1	1	1	1	1
13	0	0	0	1	0
14	1	1	1	1	1
15	0	0	0	1	0
16	0	0	0	1	0
17	0	0	0	1	0
18	1	0	0	0	0
19	1	0	0	0	0
20	0	0	0	1	0
21	0	0	0	1	0
22	0	0	0	1	0
23	0	0	0	1	0
24	0	0	0	1	0

2.2 单因素充分和必要性分析

如表 4 所示,当结果变量为“结余”时,“超支自负(不补)”条件变量的一致性指标值为 1.00,大于 0.90,即“超支自负”是总额预付资金形成结余的必要条件,可以独立解释总额预付资金结余结果的发生;“包含县域外医疗服务”“预付制”条件变量的覆盖率指标值大于 0.80,即二者是总额预付资金形成结余的充分条件。

当结果变量为“超支”时,“不含县域外医疗服务”“后付制”的一致性指标值均大于 0.90,且覆盖率指标值均大于 0.80,即二者既是总额预付资金超支的充分条件,又是总额预付资金超支的必要条件,两个条件变量均可以独立解释总额预付资金超支的结果。“按历史成本”“合理超支分担”条件变量的覆盖率指标值大于 0.80,但一致性指标值均小于 0.90,则说明二者是总额预付资金发生超支的充分条件。

表 4 医共体医保总额预付方案激励效应的单因素充分和必要性分析

条件变量	结余		超支	
	一致性	覆盖率	一致性	覆盖率
按人头费用	0.85	0.75	0.11	0.25
按历史成本	0.14	0.06	0.88	0.93
包含县域外医疗服务	0.85	1.00	0.00	0.00
不含县域外医疗服务	0.14	0.05	1.00	0.94
预付制	0.85	1.00	0.00	0.00
后付制	0.14	0.05	1.00	0.94
超支自负(不补)	1.00	0.41	0.58	0.58
合理超支分担	0.00	0.00	0.41	1.00

2.3 条件组合分析

在条件组合分析中,先分析总额预付资金形成结余的条件组合,再分析总额预付资金发生超支的原因组合,并将二者结果互相验证。一般认为,中间解是 QCA 研究中汇报和诠释的首选,故本文仅列出基于中间解的条件组合分析结果。如表 5 所示,总额预付资金形成结余的解释路径的总体覆盖率为 0.85,表示影响总额预付资金形成结余的 85% 的因素包含在该路径中,总体一致性为 1.00,大于 0.80 的阈值;原始覆盖率和净覆盖率为 0.85,说明本条件组合可以解释 85% 总额预付资金形成结余的案例;一致性指标值为 1.00,大于 0.80,说明“按人头费用”“包含县域外医疗服务”“预付制”“超支自负(不补)”的医共体医保总额预付模式能够提高总额预付资金使用效率。

表 5 总额预付资金形成结余的条件组合

条件组合	原始覆盖率	净覆盖率	一致性
按人头费用 * 包含县域外医疗服务 * 预付制 * 超支自负(不补)	0.85	0.85	1.00
总体解的覆盖率		0.85	
总体解的一致率		1.00	

通过表 6 可以发现,总额预付资金发生超支的两条路径总体覆盖率为 1.00,表示所有影响总额预付资金发生超支的因素均包含在该路径中;总体一致性为 0.94,大于 0.80 的阈值;原始覆盖率分别为 0.88、0.41,说明该条件组合能够解释的个案分别占案例总量的比例为 88%、41%;净覆盖率为 1.00,说明这两条路径组合可以解释所有总额预付资金发生超支的案例;一致性指标分别为 1.00、0.93,均大于 0.80。“不包含县域外医疗服务”“后付制”和历史成本确定预付总额或“(合理)超支分

担”组合设计的医共体医保总额预付模式会发生资金超支,不能有效提高医保资金使用效率。

表6 总额预付资金发生超支的条件组合

条件组合	原始覆盖率	净覆盖率	一致性
按历史成本 * 不含县域外医疗服务 * 后付制	0.88	0.58	0.93
不含县域外医疗服务 * 后付制 * 合理超支分担	0.41	0.11	1.00
总体解的覆盖率		1.00	
总体解的一致性		0.94	

2.4 定性比较分析结果

通过上述分析,最终得到以下定性分析结果:(1)“超支自负(不补)”是总额预付资金形成结余的必要条件,总额预付资金超支部分采取“超支自负(不补)”设计的医共体医保总额预付模式具有良好的激励效应;(2)“包含县域外医疗服务”“预付制”是总额预付资金形成结余的充分条件。“包含县域外医疗服务”“预付制”和“超支自负(不补)”组合的医共体医保总额预付模式具有良好的激励效应;(3)“不含县域外医疗服务”和“后付制”是总额预付资金发生超支的充分必要条件。这意味着“不包含县域外医疗服务”“后付制”的医共体医保总额预付模式的激励效应较差,会发生总额预付资金的超支;(4)“按历史成本”“合理超支分担”是超支发生的充分条件。当“按历史成本”“合理超支分担”分别与“不含县域外医疗服务”和“后付制”结算方式组合时,激励效应较差,如表6所示的原因条件组合1、原因条件组合2。

3 讨论与建议

3.1 供方承担超支风险的设计,有利于提高医共体医保总额预付模式的激励效应

本研究发​​现包含“超支自负(不补)”设计的医共体医保总额预付模式具有较好的激励效应。“超支不补”机制能够引导供方选择采取“结余”行动的策略,而“超支分担”机制可能使得供方选择超支。“超支自负(不补)”的设计是医保部门将总额预付资金超支的风险完全转嫁给医共体及其成员医疗机构,已有研究揭示在按项目付费机制下,作为信息优势方的医共体及其成员医疗机构,会利用其信息优势诱导患者利用更多的医疗服务,进而获得更多的经济收益,最终带来医保基金的超支。^[20-21]然而,在医保总额预付“超支自负(不补)”的设计下,医共体及其成员医疗机构如果通过诱导需求增加医疗服务数

量会增加可变成本和医疗总成本,最终降低医共体及其成员医疗机构的收益。相反,医共体及其成员医疗机构通过控制医疗服务数量来降低可变成本和总成本,才能获得结余收益。因而,医保总额预付“超支自负(不补)”的设计,有利于促进供方采取加强成本控制、规范服务行为、减少供方诱导需求等行为,进而提高医共体医保总额预付模式的激励效应。因此,建议在合理确定预付总额的基础上,通过“超支自负(不补)”的设计,将超支风险转移给医共体及其成员医疗机构,以实现医共体总额预付改革激励效应的最大化。

3.2 服务范围包含县域外医疗服务的设计,有利于提高医共体医保总额预付模式的激励效应

服务范围包含县域外医疗服务设计的医共体医保总额预付模式具有较好的激励效应。这与刘双等人将县域内参保人员在本医共体外就诊产生的医保费用打包预付给医共体,有利于形成结余的观点一致。^[22]总额预付资金购买服务范围“包含县域外医疗服务”的设计是医保部门将过去用于县域外医疗服务尤其是住院服务补偿的医保资金预付给医共体,用于参保患者县域外就诊服务的补偿。患者外流是影响医保基金可持续的重要因素^[23],参保患者在县域外医疗机构就诊,会增加医共体及其成员医疗机构的成本负担和支出,进而减少医共体获得总额预付资金结余的收益。购买服务包含县域外医疗服务的设计,通过潜在的经济利益,驱使医共体及其成员医疗机构采取提高医疗服务能力、改善服务质量等措施,引导患者回流县域,进而提高医共体医保总额预付模式的激励效应。因此,建议将参保人县域外就诊补偿的资金纳入总额预付资金总额内并打包给医共体,激励医共体自发控制总额预付资金的支出,尽量将患者留在县域内医共体就诊。

3.3 采取预付制结算方式的设计,有利于提高医共体医保总额预付模式的激励效应

本研究发​​现采取预付制结算方式的医共体医保总额预付模式具有较好的激励效应。廖冬平等人也认为医保基金总额预付和DRG结算“双打包”,能够发挥激励医院精细化管理的政策合力,进而形成结余。^[24]以按项目付费为代表的后付制,激励医疗机构提供更多医疗服务项目,导致供方诱导需求,进而导致医疗费用上涨,而事先约定不同病种、病组支付标准,结余由供方留用、超支由供方承担的预付制可以有效控制医疗费用的不合理增长。^[25-27]采取预付制

的结算方式,能够激励医疗机构主动控制医疗成本,采取各种方式控制医疗费用的不合理增长,进而提高医共体医保总额预付模式的激励效应。因此,建议在确定预付总额的同时,采取 DRG、DIP 等预付制的结算方式,以“双打包”下潜在“双结余”经济收益激励医共体转变服务行为。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Fendrick A M, Chernew M E. Value-based insurance design: aligning incentives to bridge the divide between quality improvement and cost containment [J]. The American journal of managed care, 2006, 12: SP5-SP10.
- [2] Harald S, Ezekiel J E. Lowering Medical Costs Through the Sharing of Savings by Physicians and Patients: Inclusive Shared Savings [J]. JAMA Internal Medicine, 2014, 174 (12): 2009-2015.
- [3] McWilliams J M, Landon B E, Chernew M E. Changes in health care spending and quality for Medicare beneficiaries associated with a commercial ACO contract [J]. JAMA, 2013, 310(8): 829-836.
- [4] Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, et al. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract [J]. Int J Integr Care, 2010(10): e46.
- [5] Frazee T K, Lewis V A, Tierney E, et al. Quality of Care Improves for Patients with Diabetes in Medicare Shared Savings Accountable Care Organizations: Organizational Characteristics Associated with Performance [J]. Popul Health Manag, 2018, 21(5): 401-408.
- [6] 徐焯云, 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.
- [7] 吴琼, 马晓静, 王珂瑜. 责任制医疗组织医保制度对紧密型医联体建设启示 [J]. 中国医院, 2022, 26(5): 34-37.
- [8] 陈迎春, 李浩森, 高红霞, 等. 安徽省县域医改模式探讨及成效分析 [J]. 中华医院管理杂志, 2017 (7): 481-485.
- [9] 苏岱, 陈迎春, 李浩森, 等. 安徽省阜南县医疗服务共同体模式下分级诊疗效果分析 [J]. 中华医院管理杂志, 2017(7): 493-496.
- [10] 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.
- [11] 任贵明, 戴先才, 朱晖, 等. 安吉县“按人头包干”医保支付方式改革的实践探索与思考 [J]. 中国医疗保险, 2021(7): 65-68.
- [12] 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.
- [13] 苗艳青. 激励相容: 医保打包支付对紧密型县域医共体建设的机制设计 [J]. 中国医疗保险, 2020 (7): 13-18.
- [14] 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.
- [15] 吴宜欣, 李跃平. 紧密型县域医共体医保打包支付对患者就诊流向的影响 [J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(2): 144-149.
- [16] 唐世平. 观念、行动和结果: 社会科学的客体 and 任务 [J]. 世界经济与政治, 2018(5): 33-59.
- [17] 李蔚, 何海兵. 定性比较分析方法的研究逻辑及其应用 [J]. 上海行政学院学报, 2015, 16(5): 92-100.
- [18] 张驰, 郑晓杰, 王凤彬. 定性比较分析法在管理学构型研究中的应用: 述评与展望 [J]. 外国经济与管理, 2017, 39(4): 68-83.
- [19] 龚光雯. 价值导向的县域医共体医保总额预付中结余的形成机制研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2021.
- [20] 李乐乐, 俞乔. 政府规制、标尺竞争与医保支付方式改革 [J]. 中国行政管理, 2022(10): 90-98.
- [21] 王震. 医保支付方式改革须与公立医疗机构改革并行 [J]. 中国医疗保险, 2020(6): 31-32.
- [22] 刘双, 王芳, 田淼淼, 等. 县域医共体对新农合参保居民就诊流向的影响分析: 以安徽省定远县为例 [J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 45-49.
- [23] 金廷君, 陈迎春, 吴妮娜, 等. 县外住院流向调整对新型农村合作医疗基金及居民受益的影响分析: 以湖北省某县为例 [J]. 中国卫生经济, 2015, 34(12): 36-39.
- [24] 廖冬平, 兰珍, 刘婧, 等. 医保打包支付对紧密型医共体运营管理的影响研究 [J]. 中国卫生经济, 2023, 42 (5): 29-33.
- [25] 朱凤梅. 医保预付制改革的效果研究: 来自中国 CHIRA 数据的实证检验 [J]. 保险研究, 2021(3): 112-127.
- [26] 颜玉炳, 郑秀萍, 徐航. C-DRG 和 DIP 在公立医院控费效果的对比研究 [J]. 中国医院管理, 2023, 43(3): 30-33.
- [27] 陈晨, 臧文斌, 赵绍阳. 医保预付制改革对医院行为和医疗费用的影响研究: 基于单病种定额付费的改革 [J]. 经济评论, 2023(3): 133-151.

[收稿日期:2023-05-28 修回日期:2023-06-29]

(编辑 赵晓娟)