

基于SFIC模型的社会办医牵头医共同体建设问题分析*

刘 宵^①, 余庆丰^②, 林坤河^①, 项 莉^①

摘 要 目的: 分析社会办医牵头医共同体建设的协同效果及现存问题。方法: 运用SFIC模型分析潜江市社会办医牵头医共同体建设的关键环节及问题。采用间断时间序列分析改革前后医共同体内就医格局、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用的变化。结果: SFIC模型分析得出潜江市社会办医牵头医共同体建设主要存在社会办牵头医院缺乏财政投入、医共同体内仍存在患者竞争、打包付费预算参照历史基数、公共卫生经费尚未实现医共同体打包支付、社会办医牵头医共同体内缺乏公共卫生指导机构、薪酬制度尚未配套改革等问题。间断时间序列结果显示改革前后医共同体内就医格局、医疗卫生资源利用优化不足, 医疗服务能力有效提升。结论: 社会办医牵头医共同体建设有正向效应, 但社会办医牵头医共同体建设环节仍需优化。

关键词 医疗共同体; 社会办医; 间断时间序列; SFIC模型

中图分类号 R1-9; R-01 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)08-0006-06

Analysis on the Social Medical Institutions Leading Construction of the Medical Community Based on the SFIC Model/ LIU Xiao, YU Qing-feng, LIN Kun-he, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(8):6-10,14

Abstract Objective: To analyze the synergistic effect and existing problems of social medical institutions leading the construction of medical community. **Methods:** The SFIC model is used to analyze the key links and problems in the construction of a medical community led by social medical institutions in Qianjiang City, Hubei Province. Intermittent time series are used to analyze the changes in the medical treatment pattern, medical and health service capacity, and medical and health resource utilization in the medical community before and after the reform. **Results:** The SFIC model analysis shows that the construction of the socially-run medical community in Qianjiang mainly includes the lack of financial investment in the socially-run leading hospitals, the competition for patients still exists in the medical community, the packaged payment budget refers to the historical base, and the public health funds have not yet realized the packaged payment of the medical community. The lack of public health guidance institutions in the medical community led by the community, and the lack of supporting reforms in the compensation system. Intermittent time series results show that before and after the reform, the medical treatment pattern within the medical community and the optimization of medical and health resources utilization are insufficient, and the medical service capacity is effectively improved. **Conclusion:** The construction of a medical community led by socially-run hospitals has a positive effect, but the construction of a community-led medical community still needs to be optimized.

Keywords medical alliances; social medical service; interrupted time-series analysis; SFIC model

First-author's address School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430030, China

Corresponding author XIANG Li, E-mail: xllyf@126.com

2019年6月发布的《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》(国卫医发〔2019〕42号)指出,“各地要完善医共同体网格化布局,社会办医可以选择加入,综合力量或者专科服务能力较强的社会办医可牵头组建医共同体,鼓励适度竞争”。社会办医参与医共同体建设具有重要积极意义。目前针对社会办医参与医共同体建设的研究并不多,已有研究多为必要性、可行性、难点及模式探讨等定性研究,且实例分析多为“公对私”即公立医院牵头社会办医参与模式,少有定量分析及“私对公”即社会办医牵头公立医疗机构参与模式的实例分析^[1-6]。本研究运用SFIC模型分析潜江

市社会办医牵头医共同体建设的关键环节及问题,采用间断时间序列分析改革前后医共同体内就医格局、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用的变化。为我国推进社会办医参与医共同体建设、完善医共同体网格化布局、提高医疗服务体系效率提供科学参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以湖北省潜江市社会办医牵头建设医共同体的牵头医院及其基层医疗卫生机构为样本,通过机构调查法获取潜江市2018年1月—2019年12月的“卫生统计月报表”(2019年1月为政策干预时间点),从报表中提取相应指标的数据,通过访谈获取医共同体建设政策及实施情况。本研究基于文献及国家文件《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》(国卫办基层发〔2020〕12号),选取就医格局、医疗卫生服务能力及医疗卫生资源利用3个维度下的具体指标对社会办医牵头医共同体协同效果进行评价,具体指标及含义见表1。

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71874058)。

① 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

武汉 430030

② 湖北省潜江市卫生健康委员会 湖北 潜江 433100

作者简介: 刘宵(1998—),女,硕士在读;研究方向: 卫生政策、医疗保障; E-mail: 1563870730@qq.com。

通信作者: 项莉, E-mail: xllyf@126.com。

表1 各维度下的协同效果评价指标及含义

维度	指标	含义
就医格局	社会办医牵头医共体基层出院人数占比 (%)	基层医疗卫生机构出院人数占比 = 医共体内基层医疗卫生机构出院人数 / 医共体内出院总人数 × 100%
	社会办医牵头医共体基层门急诊人次占比 (%)	基层医疗卫生机构门急诊人次占比 = 医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次 / 医共体内门急诊总人次 × 100%
	社会办医牵头医共体门急诊人次与出院人数比	门急诊人次与出院人数比 = 医共体内门急诊总人次 / 医共体内出院总人数
	社会办医牵头医共体内慢病患者基层医疗卫生机构管理人数 (人)	医共体内慢病患者基层医疗卫生机构管理人数 = 医共体内高血压患者基层医疗卫生机构管理人数 + 医共体内糖尿病患者基层医疗卫生机构管理人数
医疗卫生服务能力	社会办医牵头医共体基层卫生技术人员数	包含基层医疗卫生机构中的执业 (助理) 医师、注册护士、药师 (士)、技师 (士)、其他卫生技术人员
	社会办医牵头医共体全科医生人数	医共体内注册为全科医学专业的人数 + 取得全科医学培训合格证的人数
医疗卫生资源利用	牵头医院医疗收入 (千元)	包含医疗服务收入、药品收入、耗材收入、化验收入、检查收入等
	基层医疗卫生机构医疗收入 (千元)	包含药品收入、医疗服务收入、耗材收入、化验收入、检查收入等
	牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例 = (医疗收入 - 药品、耗材、检查和化验收入) / 总医疗收入 × 100%
	基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例 = (医疗收入 - 药品、耗材、检查和化验收入) / 总医疗收入 × 100%

1.2 方法

1.2.1 间断时间序列。间断时间序列分析是一种准实验研究设计，通过明确政策干预发生时间点从而测量比较干预前后结果指标的变化，评估干预是否对结果指标产生影响，该方法被广泛用于评估卫生服务和政策干预的效果^[7-8]。本研究采用的是间断时间序列分析的分段回归时间序列模型，模型为： $Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times T + \beta_2 \times X_t + \beta_3 \times T \times X_t + et$ 。其中， Y_t 是因变量， β_0 是 $t=0$ 时 Y_t 的取值， β_1 是改革前 Y_t 随时间的变化斜率， β_2 是改革当月 Y_t 变化量， β_3 是改革后 Y_t 随时间变化斜率的变化量，即 $\beta_1 + \beta_3$ 为政策实施后 Y_t 随时间变化斜率。 T 等于时间序列取值 t ； Y_t 在医共体总额付费前取 0，在医共体总额付费后取 1； $T \times Y_t$ 是一个交互项，在改革前取 0，改革后取 T ， et 为误差项，用于解释随机误差。

1.2.2 SFIC 模型。SFIC 模型包含起始条件 (Starting conditions)、催化领导 (Facilitative leadership)、制度设计 (Institutional design) 以及协同过程 (Collaborative process) 4 个关键环节，该模型被国内外学者广泛运用于不同领域，模型的具体框架见图 1^[9-11]。本研究中社会办医牵头医共体涉及多个主体协同治理，从理论上满足 SFIC 模型使用的基本要素。

1.2.3 统计学方法。采用单组间断时间序列分析牵头

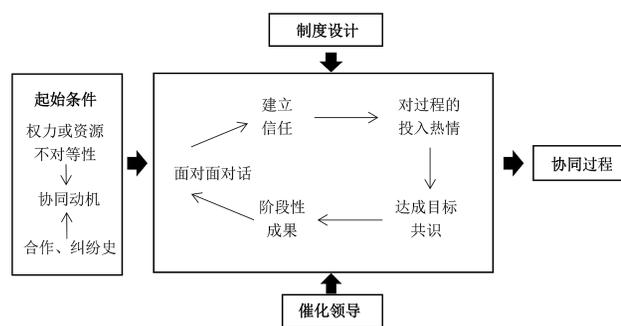


图1 SFIC模型框架

医院住院人数变化，通过 Durbin-Watson 检验对指标变量的自相关性进行检验，当 DW 值在 1.5 ~ 2.5 则认为无自相关性，否则使用广义最小二乘法矫正，通过 Dicky-Fuller 检验进行季节性检验，若存在季节性则进行季节性矫正^[8,12]。运用 Stata 12.0 软件进行统计分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 起始条件

SFIC 模型权力或资源的不对称会弱化弱势群体参与动机。潜江市在建立医共体时对社会办医牵头医共体及公立医院牵头医共体实行统一的制度政策，以此

保障不同类型医共体及机构间的权力公平性。但是潜江市社会办牵头医院没有政府财政投入,而该医共体内公立基层医疗卫生机构及其他医共体牵头的公立医疗机构均有相应的政府财政投入,在资源投入上社会办牵头医院与公立牵头医院尚不平等。

SFIC模型纠纷史会对协同治理过程产生消极影响。医疗机构仍存在提高服务量的逐利行为,一个区域内的医疗机构之间存在服务重叠,导致机构间存在竞争关系,三级医院对基层患者的虹吸一直是我国医疗卫生体系的严重问题。这种历史竞争关系会给基层医疗卫生机构和三级医院的合作带来负面效应。

2.2 催化领导

SFIC模型指出在各方协同动机比较弱、权力和资源地位不平等、前期有过较为激烈的纠纷冲突的时候,领导力可以帮助探索共同收益方面、建立平衡的权力关系,让各方有讨论共赢的可能性。潜江市实行“总额预算、按月核拨、结余留用、超支分担”的医共体打包付费,以分别预算或按人头预算测算出医共体内各医疗机构当年医保基金可支付总量,统一打包支付给牵头医院,在医共体内协议分配使用,形成的收益如医疗收入及医保结余等统一管理分配。潜江市政府部门通过打包付费的形式让牵头医院和基层形成利益共同体,让医共体内部有控制费用的协同动力。但是由于预算总额会一定程度上受历史基数影响,即上一个月医保基金有结余则本月预算总额适度降低。因此导致部分机构可能会因为担心预算总额减少而不注重控制费用。此外由于医疗收入之外的收入如财政补助资金和公共卫生资金等不纳入医共体分配范畴,而社会办医牵头医共体中社会办牵头医院指导基层完成公共卫生服务任务将无法获得相应补偿,基层医疗卫生机构的公共卫生服务中同样也无法体现按劳分配,因此并不能有效激发社会办医及医共体内基层医疗卫生机构提供公共卫生服务的热情与动力。

2.3 制度设计

SFIC模型需要制定清晰且具有可操作性的行为准则,明确各方的角色和职责。潜江市人民政府牵头印发了《潜江市医疗共同体建设工作实施方案》,并在其中明确了组建方式、管理模式、职责分工、运行机制、实施步骤等。潜江市于2019年1月1日起实行医共体改革,共有3个医共体,包括分别以潜江市中心医院、市中医院为牵头医院组成的2个医共体和1个社会办医牵头医共体。社会办医牵头医共体中包含1家社会办牵头医院和7个乡镇卫生院或社区卫生服务中心,社会办牵头医院为三级综合性医院,7个乡镇卫生院或社区卫生服务中心均为公立基层医疗卫生机构。医共体内实行调配人员使用、绩效考核办法、管理分配医疗收入及医保结余资金等“五个统一”,同时医共体内检

查结果互认、建立人才柔性流动机制。

SFIC模型指出制度设计需包含利益各方主体。一是潜江市社会办医牵头组建的医共体中尚未纳入关键利益主体疾病预防控制机构,而潜江市另一个公立医院牵头的医共体中则纳入2家具有疾病防控属性的市级专科医院。目前强调建立整合型医疗卫生服务体系,全专结合、医防融合是促进卫生服务体系的重要途径。由于体制原因,社会办医公共卫生服务职能较弱,难以有效保障医共体内基层医疗卫生机构公共卫生服务能力指导需求,专业公共卫生机构的缺失势必会影响社会办医牵头医共体的整体服务效率。二是尚未配套改革医生薪酬制度,医共体改革的直接目标尚未传达至医务人员。

2.4 协同过程

SFIC模型中的协同过程由“面对面对话”“建立信任”“对过程的投入热情”“达成目标共识”和“阶段性成果”5个部分组成。潜江市在协同过程中明确每个医共体建设由牵头医院和医共体成员单位人员共同组成的理事会,为基层参与医共体管理与决策提供通道,确保基层医疗卫生机构在医共体管理中的平等发言机会。潜江市社会办医牵头医共体的理事会关键成员包括2名牵头医院的成员及2名基层医疗卫生机构成员,理事会成员共同确定医共体的组织机构、运行模式、基本原则、目标任务、工作职责、配套措施和实施步骤等工作内容。潜江市理事会的组建不仅为协同各方提供了面对面对话媒介,同时也通过理事会成员共同决策的方式促进了医共体内各成员单位“建立信任”,通过决策权转移来强化各参与主体尤其是基层医疗卫生机构“对过程的投入热情”,通过理事会共同确定目标任务的形式“达成目标共识”。同时,收入提高等医疗机构关注的直接指标作为“阶段性成果”将为协同治理过程注入了动力。

2.5 协同效果

2.5.1 社会办医牵头医共体内就医格局分析。社会办医牵头医共体基层出院人数占比($\beta_2=3.56, P<0.05$)、基层门急诊人次占比($\beta_2=11.12, P<0.05$)、医共体内门急诊人次与出院人数比($\beta_2=3.67, P<0.05$)均在政策实施当月立刻上升,随后趋势变化不显著;医共体内慢性病患者基层医疗卫生机构管理人数在政策实施当月均立刻上升($\beta_2=26\ 124.50, P<0.05$),随后呈显著下降趋势($\beta_3=-1\ 630.72, P<0.05$),见表2。

2.5.2 社会办医牵头医共体内医疗卫生服务能力分析。社会办医牵头医共体基层卫生技术人员数在改革后显著上升($\beta_2=6.57, P<0.05; \beta_3=3.31, P<0.05$),社会办医牵头医共体内全科医生人数在政策实施当月立刻下降($\beta_2=-7.96, P<0.05$),随后有所增加($\beta_3=1.26, P<0.05$),见表3。

2.5.3 社会办医牵头医共体内医疗卫生资源利用分析。间断时间序列显示，牵头医院医疗收入在改革前后无显著变化，基层医疗卫生机构医疗收入在改革当月显著增加 ($\beta_2=780.24, P<0.05$)，随后趋势无明显变化。社会办医牵头医共体内牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例在改革前后无显著变化。基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例在政策实施当月均立刻下降，随后显著上升 ($\beta_2=-10.35, P<0.05; \beta_3=2.43, P<0.05$)，见表4。

3 讨论

3.1 社会办医牵头医共体建设短期内优化就医格局，长期优化就医格局作用不大

间断时间序列分析显示，改革当月医共体基层出院人数占比、医共体基层门急诊人次占比、医共体门急诊人次与出院人数比、医共体内慢病患者基层医疗卫生机构管理人数均显著提升，这说明社会办医牵头建设医共体后短期内虽可以促进分级诊疗，改善门诊与住院的横向就医结构，促进医防融合，优化就医格局，这与医共体改革预期目标一致。这可能是改革初期，潜江市医共体实行“结余留用、超支分担”的总额付费方式，为了节省医保资金，促进更多结余，医共体内部会产生减少不合理医疗费用的内生动力，促进患者到费用更便宜的基层就医，同时减少了患者不合理住院现象，提高了门诊利用率等，因此改革当月

就医格局向好。

但是改革后的医共体基层出院人数占比、医共体基层门急诊人次占比、医共体门急诊人次与出院人数比趋势均无显著变化，这说明社会办医牵头建设医共体后长期优化就医格局作用不大，这与以往针对公立医院牵头医共体的研究结果一致^[12-13]。由于“总额预算，按月核拨”，且预算总额往往与历史水平挂钩，因此前1个月节省医保资金导致下1个月的总额预算减少，最终医院收入并不能增加。牵头医院收入的间断时间序列分析进一步证实，医共体建设前后，社会办牵头医院收入的确没有增加。结合 SFIC 模型中协同过程相关理论可知，此时将形成1个负向反馈，导致医共体内机构参与优化就医格局，从而实现控费的协同动机减弱。而慢病患者基层医疗卫生机构管理人数改革后出现显著下降，这提示我们社会办医牵头医共体建设长期效果中包含基层公共卫生服务能力下降或供给动机减弱。可能是因为社会办医牵头组建医共体中尚未纳入相应的疾病预防控制机构，而社会办牵头医院由于缺乏财政投入，其指导基层医疗机构行驶公共卫生服务的动机较弱，医共体尚不能满足基层医疗卫生机构公共卫生指导需求，基层医疗卫生机构完成公共卫生服务的能力下降，再加上组建医共体后公共卫生经费尚未纳入打包付费范畴，尚不能体现基层公共卫生资金按劳分配的原则，一定程度上削弱基层公共卫

表2 社会办医牵头医共体内就医格局分析结果

指标	改革前				改革瞬时				改革后			
	β_1	SE	t	P	β_2	SE	t	P	β_3	SE	t	P
出院人数占比 (%)	-0.25	0.06	-4.02	0	3.56	0.56	6.31	0	0.12	0.11	1.11	0.28
门急诊人次占比 (%)	-0.05	0.14	-0.38	0.71	11.12	0.99	11.28	0	-0.22	0.16	-1.39	0.18
急诊人次与出院人数比	-0.29	0.14	-2.11	0.05	3.67	1.33	2.76	0.01	0.16	0.19	0.81	0.43
慢性病患者基层医疗卫生机构管理人数 (人)	1 167.36	275.86	4.23	0	26 124.50	4 647.91	5.62	0	-1 630.72	575.21	-2.84	0.01

表3 社会办医牵头医共体内医疗卫生服务能力分析结果

指标	改革前				改革瞬时				改革后			
	β_1	SE	t	P	β_2	SE	t	P	β_3	SE	t	P
卫生技术人员数 (人)	-0.09	0.03	-2.76	0.01	6.57	2.72	2.41	0.03	3.31	0.34	9.79	0
全科医生人数 (人)	0.49	0.16	2.98	0.01	-7.96	2.82	-2.82	0.01	1.26	0.49	2.55	0.02

表4 社会办医牵头医共体内医疗卫生资源利用分析结果

指标	改革前				改革瞬时				改革后			
	β_1	SE	t	P	β_2	SE	t	P	β_3	SE	t	P
牵头医院医疗收入 (千元)	235.28	173.03	1.36	0.19	-253.86	2483.08	-0.10	0.92	18.49	323.91	0.06	0.96
基层医疗卫生机构医疗收入 (千元)	53.78	49.45	1.09	0.29	780.24	351.37	2.22	0.04	-44.62	58.68	-0.76	0.46
牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	0.44	0.23	1.88	0.07	-4.89	2.70	-1.81	0.09	-0.23	0.40	-0.57	0.57
基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	-0.80	0.38	-2.07	0.05	-10.35	3.15	-3.29	0	2.43	0.41	5.99	0

生服务的意愿与热情。该发现进一步证实以往学者指出的我国高血压、糖尿病等慢性病患者健康管理医防脱节的问题十分突出,其中一个重要原因就是医防融合没有得到支付端的有力支撑^[14-15]。

3.2 社会办医牵头医共同体建设有助于医共同体内基层医疗服务能力提升

社会办医牵头组建医共同体后基层卫生技术人员数及全科医生人数长期趋势均为提升,说明社会办医牵头组建医共同体有助于基层人才引进,促进基层能力提升。有研究指出,薪酬是影响基层医生的工作满意度和离职率最重要的因素^[16]。时间序列显示医共同体建立后进一步提升基层医疗卫生机构收入水平,有助于基层人才待遇提高。此外,潜江市医共同体建设方案指出,在医共同体内开展多点执业,医师报酬根据实际工作时间、工作量和作业绩等因素,由执业地点医疗机构按照执业地点医疗机构绩效考核方案兑现,以该制度为前提,基层卫生技术人员能够通过在本医共同体内的牵头医院执业从而提高薪酬收入。收入水平提升将为潜江市基层卫生人才引进提高吸引力。基本的生存需要得到满足后,卫生人员会转向寻求良好的管理制度和职业发展机会,基层医疗卫生机构卫生人员职业发展机会缺乏,职称晋升名额较少等是基层卫生人才流失原因之一^[17]。潜江市通过政策明确医共同体内建立起相应的人才柔性机制,形成“人才使用和管理共同体”,保障基层人才学习、进修、晋升的需要,降低基层人才引进的难度。有学者指出,医疗卫生服务体系整合对医疗服务质量的带动提高了患者的就医满意度,从而使医务人员获得更多的职业肯定,工作满意度提高^[18]。医共同体实行打包付费后,通过疾病预防控制减少医保基金支出成为医共同体目标之一,基层卫生技术人员及全科医生作为费用及健康的双重“守门人”,其社会地位及重要性进一步提高。工作满意度及社会地位提升有助于提升基层医疗卫生机构的岗位吸引力,促进人才引进。

3.3 社会办医牵头医共同体建设优化基层收入结构,对牵头医院收入结构优化作用较小

基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例在改革当月下降,但是长期趋势显著增加,这说明社会办医牵头医共同体建设有助于促进医共同体内基层医疗卫生机构收入结构优化,但是社会办医牵头医院医疗服务收入结构优化作用尚未体现。这可能是因为基层医疗卫生机构通过引进人才、获得牵头医院的技术指导、牵头医院聘用骨干人员向乡镇派驻等途径,使得基层诊疗能力有效提升,它导致基层在诊疗过程中大处方大检查的现象减少,更多提供技术性服务,因此基层医疗服务收入占医疗收入的比例增加。而社会办医牵头医院的医疗服务收入占医疗收入的比例在改革前

后无明显变化,可能是因为对应的薪酬制度改革尚未落实,而医保的支付方式和医生的薪酬制度是影响医生行为最重要的两个制度,只有其相互协同,才具备扭转医生过度提供服务这一行为模式。

4 建议

可以通过政府战略性购买社会办医服务、专项资金投入等实现对社会办医一定程度的财政支持,减小社会办医与公立医疗机构资源不对等性,加强社会办医协同参与医共同体建设的动机。可参照三明市等地,实施公共卫生资金与医保资金的双打包或前置一部分医保基金作为防病资金^[19]。社会办医牵头组建医共同体的社会办医牵头医院完成公共卫生服务指导等任务时,可通过该资金予以补充,同时,基层医疗卫生机构的公共卫生任务完成情况与公共卫生资金及医保资金分配额度挂钩,以提升基层提供公共卫生服务的积极性。还可以通过促进公共卫生机构参与指导社会办医牵头医共同体建设,加强社会办医牵头医共同体建设履行公共卫生职责的能力。此外,医共同体总额预算时与上个核算时间内的实际结余脱钩,不因上个月医保基金结余而减少本月的预算,提高医共同体内优化就医格局、减少医保费用支出的积极性。参考三明市建立与医共同体改革及医保支付激励相容的医生薪酬制度,确保医共同体改革及支付方式改革的激励作用传达至医生群体。

参 考 文 献

- [1] 麻若蒙,方鹏骞.公私合作组建医疗联合体的探讨[J].中国医院管理,2018,38(5):10-12.
- [2] 栾伟,朱珠,程洁,等.上海某公立医院与社会办医机构建立医疗联合体利益相关性实例分析[J].中国医院,2020,24(5):39-42.
- [3] 张毓辉,王荣荣.让社会办医登上医共同体舞台[N].健康报,2019-10-30(007).
- [4] 张贝贝,陶帅,路伟,等.博弈论视角下社会办医疗机构加入医疗联合体研究[J].中国医院管理,2020,40(10):36-38.
- [5] 赵云.我国社会办医疗机构参与医疗联合体建设的模式和认识[J].中国医院,2020,24(1):10-12.
- [6] 郑大喜,王茜,梅路瑶,等.医疗卫生机构间医疗联合体的主要合作形式及其特点[J].中国卫生经济,2018,37(12):26-29.
- [7] 朱星月,林腾飞,米源,等.间断时间序列模型及其在卫生政策干预效果评价中的应用[J].中国药事,2018,32(11):1531-1540.
- [8] 蒋俊男,李璐,王雪峰,等.大病保险对降低老年人脑血管疾病负担效果研究——基于间断时间序列模型[J].中国医院管理,2020,40(6):83-85.
- [9] 陈小华.基于SFIC模型的中老跨境生物多样性联合保护协同治理研究[J].思想战线,2021,47(5):110-118.

(▶▶下转第14页▶▶)

医疗机构提升肿瘤防治能力的积极性，又合理控制医疗费用的增长幅度，成为卫生健康部门、医保部门和医疗机构的待解难题。

5 政策建议

5.1 探索多渠道的费用分担机制

将国家抗癌药谈判机制和经验拓展到其他药品和耗材领域，从源头降低患者的医疗费用负担。在基本医疗保险筹资能力有限的情况下，鼓励商业健康保险公司制定多样化的保险产品满足居民的医保需求，防范重大疾病风险。政府应给予适当补贴，并鼓励有经济困难的癌症患者购买“穗岁康”“莞家福”等补充医疗保险产品。可资助贫困人口免费参保。引导社会慈善组织有针对性的开展恶性肿瘤免费赠药和免费救治手术。确有“因病致贫，因病返贫”风险的患者，政府通过医疗救助建立兜底保障机制，减轻患者疾病负担。

5.2 合理提升肿瘤诊疗服务能力

随着恶性肿瘤发病率的逐年增加，防治形势愈发严峻。如何提高区域内医疗机构肿瘤诊疗技术服务能力，需要遵循各区域卫生规划的基本原则做好预先谋划。医保和卫生健康的相关政策要共同推动区域内肿瘤专科建设。推广肿瘤治疗适宜技术，引导各级医疗机构开展特色专科建设，走差异化发展路线，避免盲目配置大型医疗设备扩张业务，导致恶性竞争。鼓励医疗机构按恶性肿瘤诊疗规范配备药品，强化合理用药考核，促进抗癌药的临床规范并合理使用。加强医疗质量监管，避免重复诊治、多次转院等不合理行为，加重患者疾病经济负担。

5.3 加强医保的精细化管理

支付方式改革和公立医院绩效考核，倒逼医疗机构加强医保精细化管理^[8-9]。在需求侧方面，合理制定医保政策补偿范围，加强转外就医的审核审批，有序引导患者在区域内就医。在供给侧方面，科学合理制

定医保总额和医保控费指标，在取消药品加成后医保付费方式应考虑不同层级医疗机构和不同科室的具体特征及谈判药品的实际使用情况，合理调整病种权重，并定期调整完善支付方式改革方案。可探索将广东省内异地就医按就医地支付方式结算做法，逐步拓展到跨省异地就医患者，发挥支付方式改革的控费作用。对国谈抗癌药的使用，应严格按照“双通道管理”机制，处理好外地患者备药和处方外流问题，满足癌症患者的用药需求。

参 考 文 献

- [1] 谢金平, 胡紫馨, 王苑如, 等. 国家药品集中采购政策对四直辖市药品价格、费用及仿制药替代的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(9):24-28.
- [2] 陈焯, 丁锦希, 柳婷, 等. 国家谈判药品门诊医保待遇现状、问题及完善措施[J]. 中国药科大学学报, 2020, 51(5): 628-634.
- [3] 蒋和胜, 王振平, 方锐. 我国医保机构主导的药品价格谈判机制研究[J]. 价格理论与实践, 2015(4):25-27.
- [4] 常峰. 我国医保药品价格谈判机制与管理创新研究[J]. 价格理论与实践, 2017(5):18-22.
- [5] 尹世全, 张弘, 刘跃华. 肿瘤创新药纳入全国医保目录的政策实施效果与思考[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(1):22-24.
- [6] 尚波波, 徐伟, 胡紫馨, 等. 恶性肿瘤放、化疗异地就医费用与就医地本地费用结构比较分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(12):41-44.
- [7] 郑先平, 吴超男, 童潇, 等. 全域化视角下医疗保险门诊费用异地结算政策完善思考[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(10):35-38.
- [8] 张博锴, 康正, 梁秀坤, 等. 基于时间序列分析的跨省异地就医医保预付金支付研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2):24-27.
- [9] 宋静, 吉雅玲. DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2):77-79.

[收稿日期: 2022-05-12] (编辑: 杨威)

(◀◀上接第10页◀◀)

- [10] 孙乔乔. 基于SFIC模型的网约车协同治理研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2019.
- [11] 田培杰. 协同治理: 理论研究框架与分析模型[D]. 上海: 上海交通大学, 2013.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.

- [16] 曹阳, 宋雨佳. 基于结构方程的基层医生工作满意度及离职意愿影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35(1): 24-26, 43.
- [17] 田森森, 张小娟, 朱坤. 我国乡镇卫生院人力资源流动现状、问题与对策研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(6): 32-37.
- [18] 于亚航, 孔晨, 袁蓓蓓. 医疗卫生服务体系整合型改革对医务人员工作动机及行为影响的系统综述[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2):15-22.
- [19] 胡盟, 肖世宣. 福建三明一体化的医防融合新模式[J]. 中国卫生, 2021(1):92.

[收稿日期: 2022-05-06] (编辑: 高非)