

基层卫生服务均衡供给与社群治理嵌入策略研究*

傅友^{①②}, 李忠^{②③}, 张亮^④

摘要 目的: 分析我国基层医疗卫生服务供给现状, 提出社群治理嵌入策略。方法: 采用多阶段随机分层整群抽样对6省36县区基层机构展开调查和典型案例研究。结果: 基层机构公共卫生服务项目开展率显著高于医疗服务项目开展率; 外科、精神卫生、安宁疗护等结构性短板和服务供给城乡、区域差异显著。单一行政机制或者市场机制降低了部分服务项目开展的可能性, 社群治理机制一定程度上弥补了此局限性。结论: 基层卫生服务供需结构失衡和区域差异显著; 社群治理嵌入有助于促进政府、市场与社会多主体的互动协同。

关键词 基层卫生服务; 均衡供给; 社群治理; 协同治理

中图分类号 R1-9; R197.1 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)03-0040-06

Analysis on the Strategy of Balanced Supply and Imbedding Community Governance of Primary Health Services/FU You, LI Zhong, ZHANG Liang//Chinese Health Economics, 2023,42(3):40-45

Abstract Objective: To analyze the current situation of the supply of primary care services in China, and propose the embedding strategy of community governance. **Methods:** A multi-stage stratified random cluster sampling was used to investigate the primary care facilities in 36 counties and districts of 6 provinces and case studies were conducted. **Results:** The development rate of public health service in primary care facilities was significantly greater than that of medical services. There were significant structural weaknesses in surgery, mental health, hospice care, and other services; significant differences between urban and rural areas and regions were also observed. The single administrative mechanism or market mechanism reduced the provision of some service, and the community governance mechanism made up for this limitation to some extent. **Conclusion:** The imbalance of supply and need of primary health services and regional differences are significant. The embedding of community governance helps to promote the interaction and coordination among the government, market and society.

Keywords primary care service; balanced supply; community governance; collaborative governance

First-author's address Department of Review and Investigation, Nanjing Medical University, Nanjing, 210029, China

Corresponding author LI Zhong, E-mail: lizhongjs@gmail.com

“没有全民健康、就没有全面小康”。基层卫生服务的有效供给是构建以人为本、价值导向健康服务体系的重要内容之一^[1]。基本医疗卫生服务利用具有明显的竞争性和排他性, 需要各级政府通过特定的治理结构赋予其公共物品属性以促进健康正义的实现^[2-3]。应对卫生服务体系供需矛盾的关键在于慢病管理, 其前提是基层医疗卫生机构(基层机构)具有较强的医疗服务能力^[4-5]。新医改以来, 我国政府对基层机构进行了大量的财政投入, 医疗卫生服务的“底线公平”不断加强, 保证了居民享用最低标准服务的权利^[6]。但是, “管办分离”“法人化治理”等措施为医疗机构,

特别是公立医院创造了通过市场化手段提高运行效率的机会。但是, 不同区域、城乡在部分“本应该”提供的服务项目上仍存在大量的差异^[7]。基层机构人事权和内部薪酬分配的权利往往掌握在上级行政部门。大多数社区既没有行政权利、也没有市场能力, 不同基层机构可调配资源的规模不同, 激励机制的局限性导致医务人员服务积极性进一步减弱^[8]。此外, 市场机制使用过程中的“监管缺位”引发了基层机构和基层医务人员对区域居民健康服务需要响应不足和服务供给项目缺失等问题, 未能够有效处理机构服务能力建设和医疗卫生治理体系变革间的关系。

奥斯特罗姆挑战了公共资源管理“政府失灵”就应当私有化或政府调控的传统, 提出了自主治理在公共领域的可能性。医疗卫生服务的供给既有人群普遍性, 也有特殊性, 既往服务供给决策过程中社群机制参与的缺乏引发了服务供需结构失衡、城乡和区域差异等问题^[9]。目前, 医疗卫生治理相关研究主要集中在公立医院^[10]、医疗保障^[11]、公共卫生^[12]、患者满意度^[13-14]等领域, 尽管有相关研究对基层医疗卫生服务治理进行了探讨^[15], 但缺乏相应的定量数据支撑和服务供给实践层面的深入分析^[16]。事实上, 基层卫生服务供给过程中的社群治理涉及了医学会、基层卫生协会等多行动

*基金项目: 江苏省卫生健康委2022年度科研立项项目(Z2022038); 国家自然科学基金重点项目(71734003); 江苏高校哲学社会科学优秀创新团队“公共健康政策与管理创新研究团队”。

①南京医科大学审查调查处 南京 210029

②南京医科大学健康江苏研究院 南京 210029

③南京医科大学医学院 南京 210029

④武汉大学政治与公共管理学院 武汉 430072

作者简介: 傅友(1979—), 男, 博士学位, 助理研究员; 研究方向: 卫生政策与管理、医疗卫生治理和监管; E-mail: hawksfy@163.com。

通信作者: 李忠, E-mail: lizhongjs@gmail.com。

主体。作为政府职能不断转型的重要组成部分，基层卫生治理如何引入社群机制，如何通过行政、市场和社群机制的相互补充和嵌入以促进基层卫生服务均衡供给成为了重要的研究命题。

1 资料与方法

1.1 数据来源

2018—2019年，课题组对我国基层机构开展了一项多阶段分层整群抽样调查。首先，根据地理位置和经济发展水平从大陆地区31个省份中随机选择6个省份。根据经济发展水平和城乡分布等原则，从6个省份选取了36个县区的乡镇卫生院和社区卫生服务中心展开调查。考虑数据缺失值等实际情况，本研究纳入36个县区的469家机构进行分析。此外，课题组前往G省F区和H省D市进行相关政策文件和资料的收集，对政府管理人员、基层机构管理者、医务人员等群体展开深入访谈，累计访谈17人次^[15]。

1.2 调查工具

根据《关于开展“优质服务基层行”活动的通知》《国家基本公共服务规范》等文件要求^[17]，结合其他研究^[1]，将基层机构服务供给分为：居民健康档案管理等12个基本公共卫生服务项目；内科、外科、儿科等20个基本医疗服务项目。参照既往研究^[18-19]，服务范围分数根据单个机构服务项目累计得分计算得出，范围为1~32分，分数越高代表服务范围越广。

1.3 统计分析方法

研究主要采用Stata 15.0进行描述性分析和分组比较，包括基层机构服务供给与居民健康需要满足间的差距分析、服务项目开展的城乡和区域差异分析。采用Nvivo 11.0对定性资料展开案例研究。

2 研究结果

2.1 基层卫生服务供给的“结构性短板”

469家基层机构中，基本医疗卫生服务供给项目不高于15项为33家（7.00%），供给项目不高于20项为225家（54.40%）。绝大多数基层机构实现了基本公共卫生服务项目的均等化，但严重精神障碍患者的健康管理服务开展率仅为55.20%，卫生计生监督协管服务开展率为73.60%。外科（22.20%）、儿科（67.40%）、产科（21.10%）、口腔科（30.30%）、居家照护（8.30%）、家庭医生（36.00%）、康复（0.20%）、精神卫生（0）、安宁疗护（6.60%）、小手术麻醉（26.90%）、医学检验（14.30%）、医学影像（28.60%）等服务开展率较低（表1和表2）。

2.2 基层卫生服务供给的区域差异

基层机构基本公共卫生服务项目供给城乡整体均衡，但严重精神障碍患者的健康管理和卫生计生监督协管开展率相对较低。农村地区基层机构卫生计生监督协管服务显著低于城市地区基层机构；农村地区基

表1 样本基层机构基本医疗卫生服务供给范围得分分布情况

分值	频数	百分比 (%)	累计百分比 (%)
9	1	0.20	0.20
11	1	0.20	0.40
12	2	0.50	0.90
13	7	1.50	2.40
14	9	1.90	4.30
15	13	2.80	7.00
16	19	4.10	11.10
17	39	8.30	19.40
18	39	8.30	27.70
19	60	12.80	40.50
20	65	13.90	54.40
21	45	9.60	64.00
22	53	11.30	75.30
23	37	7.90	83.20
24	29	6.20	89.30
25	24	5.10	94.50
26	12	2.60	97.00
27	7	1.50	98.50
28	4	0.90	99.40
29	3	0.60	100.00

层机构外科、儿科、妇科、产科、远程医疗、中医、安宁疗护、医学影像服务开展率显著高于城市地区基层机构，家庭医生服务开展率显著低于城市地区基层机构（表2）。

东中西部地区基层机构基本公共卫生服务项目供给整体均衡。其中，东部地区基层机构孕产妇保健服务和卫生计生监督协管服务开展率、中部地区和西部地区基层机构结核病患者健康管理服务开展率较低。东部地区外科、儿科、妇科、产科、远程医疗、中医、急诊、安宁疗护、麻醉服务开展率较低（表3）。

2.3 社群治理嵌入基层卫生服务供给与区域健康管理

在医疗卫生资源相对丰富的F区，政府通过合理的制度安排和政策供给将医疗卫生财政资源优先投入到基层机构，社群机制的有效发挥促进了当地基层机构服务能力的提升，市场机制在提高区域内基本医疗服务效率的同时，也有降低基本公共卫生服务供给的潜在导向（“民营重医生轻护士，护士是医生薪酬的60.00%”，F-lw），大量的社会资本对于机构服务的公益性也有所冲击（“民办非营利，可能会更加倾向于盈利效益更明显的服务”。F-bsq）。此外，F区区域内不同基层组织协同程度较高（“X街道健康促进委员会责权利明确，希望政府能够下文，固化这些内容”，F-zhy），某基层机构医务人员职业认同感较高（“地位和认可度，每个工作都会辛苦，都有幸福感”，

表2 样本基层机构开展基本医疗卫生服务供给项目的城乡差异

服务供给项目	整体(家)	城市地区(家)	农村地区(家)	χ^2	<i>P</i>
基本公共卫生服务					
居民健康档案管理	465 (99.10)	137 (100.00)	328 (98.80)	1.70	0.197
健康教育	464 (98.90)	136 (99.30)	328 (98.80)	0.20	0.649
疫苗接种	459 (97.90)	128 (93.40)	331 (99.70)	18.30	< 0.001
0~6岁儿童的健康管理	456 (97.20)	133 (97.10)	323 (97.30)	0.020	0.900
孕产妇保健	457 (97.40)	127 (92.70)	330 (99.40)	17.50	< 0.001
老年人的健康管理	465 (99.10)	136 (99.30)	329 (99.10)	0.03	0.852
慢性疾病管理	458 (97.70)	133 (97.10)	325 (97.90)	0.30	0.598
严重精神障碍患者的健康管理	259 (55.20)	72 (52.60)	187 (56.30)	0.60	0.455
结核患者的健康管理	448 (95.50)	133 (97.10)	315 (94.90)	1.10	0.295
中医的健康管理	454 (96.80)	130 (94.90)	324 (97.60)	2.30	0.131
报告和应对传染病和公共卫生突发事件	458 (97.70)	132 (96.40)	326 (98.20)	1.40	0.231
卫生计生监督协管	345 (73.60)	308 (92.80)	37 (27.00)	215.70	< 0.001
基本医疗服务					
内科服务	469 (100.00)	137 (100.00)	332 (100.00)	—	—
外科服务	104 (22.20)	7 (5.10)	97 (29.20)	32.70	< 0.001
儿科服务	316 (67.40)	71 (51.80)	245 (73.80)	21.30	< 0.001
妇科服务	358 (76.30)	91 (66.40)	267 (80.40)	10.50	0.001
产科服务	99 (21.10)	4 (2.90)	95 (28.60)	38.50	< 0.001
口腔科服务	142 (30.30)	39 (28.50)	103 (31.00)	0.30	0.584
转诊服务	445 (94.90)	132 (96.40)	313 (94.30)	0.90	0.354
居家照护	39 (8.30)	9 (6.60)	30 (9.00)	0.80	0.379
远程医疗服务	208 (44.30)	41 (29.90)	167 (50.30)	16.30	< 0.001
全科医生服务	451 (96.20)	132 (96.40)	319 (96.10)	0.02	0.892
家庭医生服务	169 (36.00)	59 (43.10)	110 (33.10)	4.20	0.042
中医服务	376 (80.20)	89 (65.00)	287 (86.40)	28.20	< 0.001
康复服务	1 (0.20)	0 (0.00)	1 (0.30)	0.40	0.520
精神卫生健康服务	0 (0)	0 (0.00)	0 (0.00)	—	—
急诊服务	356 (75.90)	91 (66.40)	265 (79.80)	9.50	0.002
安宁疗护服务	31 (6.60)	3 (2.20)	28 (8.40)	6.10	0.013
小手术的麻醉服务	126 (26.90)	8 (5.80)	118 (35.50)	43.60	< 0.001
医学检验服务	67 (14.30)	22 (16.10)	45 (13.60)	0.50	0.481
医学影像服务	134 (28.60)	19 (13.90)	115 (34.60)	20.50	< 0.001
心电图服务	450 (95.90)	132 (96.40)	318 (95.80)	0.10	0.777

注：括号中数据为开展率。

F-mlyc)，提高了服务供给的有效性与合意性。在农村地区的D市，供给导向型的基层卫生服务导致了供需结构失衡，市场机制的不合理使用引发了民营医院的无序扩张和医疗卫生资源的浪费，医务人员并不情愿开展基本公共卫生服务项目（“公共卫生没有体现价值”，D-by）。但是D市某机构通过积极主动开展医养结合等服务，有效提升了自身的服务量（“医养结合是私人产品，市场很大”，D-yy）。

3 讨论

3.1 基层卫生服务供给差异现状及形成机制

尽管基层卫生服务均等化水平不断提高，但基层

机构服务供给与居民基本健康需要间结构性失衡特征显著。按照“优质服务基层行”的标准，基层机构外科、急诊、医学检验、医学影像、康复、精神卫生等服务短板特征显著，家庭医生签约服务开展率仅为36.0%。此外，大多数基本医疗服务项目开展率在城乡和区域间差异显著，这可能与东部地区或城市地区更为发达的经济水平和充分的医疗卫生资源、基层机构服务开展动力不强、上级医院虹吸效应更为明显等有关。国外研究也表明：过度市场化的情境下，独立执业医生等群体逐渐被上级医院兼并和整合，形成了卫生系统等新型法人组织机构，农村地区部分医疗卫生

表3 样本基层机构开展基本医疗卫生服务供给项目的区域差异

服务供给项目	整体(家)	东部(家)	中部(家)	西部(家)	χ^2	<i>P</i>
基本公共卫生服务						
居民健康档案管理	465 (99.10)	206 (99.50)	70 (98.60)	189 (99.00)	0.7	0.712
健康教育	464 (98.90)	206 (99.50)	70 (98.60)	188 (98.40)	1.2	0.547
疫苗接种	459 (97.90)	199 (96.10)	70 (98.60)	190 (99.50)	5.5	0.063
0~6岁儿童的健康管理	456 (97.20)	203 (98.10)	67 (94.40)	186 (97.40)	2.7	0.257
孕产妇保健	457 (97.40)	197 (95.20)	70 (98.60)	190 (99.50)	7.8	0.020
老年人的健康管理	465 (99.10)	205 (99.00)	70 (98.60)	190 (99.50)	0.5	0.765
慢性疾病管理	458 (97.70)	203 (98.10)	69 (97.20)	186 (97.40)	0.3	0.867
严重精神障碍患者的健康管理	259 (55.20)	116 (56.00)	38 (53.50)	105 (55.00)	0.1	0.931
结核患者的健康管理	448 (95.50)	203 (98.10)	65 (91.60)	180 (94.20)	6.5	0.039
中医的健康管理	454 (96.80)	197 (95.20)	70 (98.60)	187 (97.90)	3.3	0.195
报告和应对传染病和公共卫生突发事件	458 (97.70)	200 (96.60)	70 (98.60)	188 (98.40)	1.7	0.418
卫生计生监督协管	345 (73.60)	96 (46.40)	66 (93.00)	183 (95.80)	141.0	< 0.001
基本医疗服务						
内科服务	469 (100.00)	207 (100.00)	71 (100.00)	191 (100.00)	—	—
外科服务	104 (22.20)	24 (11.60)	39 (54.90)	41 (21.50)	57.6	< 0.001
儿科服务	316 (67.40)	125 (60.40)	57 (80.30)	134 (70.20)	10.7	0.005
妇科服务	358 (76.30)	152 (73.40)	64 (90.10)	142 (74.40)	8.9	0.012
产科服务	99 (21.10)	29 (14.00)	18 (25.40)	52 (27.20)	11.3	0.003
口腔科服务	142 (30.30)	64 (30.90)	28 (39.40)	50 (26.20)	4.4	0.112
转诊服务	445 (94.90)	197 (95.20)	67 (94.40)	181 (94.80)	0.1	0.961
居家照护	39 (8.30)	12 (5.80)	9 (12.70)	18 (9.40)	3.8	0.150
远程医疗服务	208 (44.30)	62 (30.00)	43 (60.60)	103 (53.90)	32.1	< 0.001
全科医生服务	451 (96.20)	200 (96.60)	68 (95.80)	183 (95.80)	0.2	0.901
家庭医生服务	169 (36.00)	74 (35.80)	19 (26.80)	76 (39.80)	3.8	0.148
中医服务	376 (80.20)	153 (73.90)	65 (91.60)	158 (82.70)	11.7	0.003
康复服务	1 (0.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.50)	1.5	0.482
精神卫生健康服务	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	—	—
急诊服务	356 (75.90)	142 (68.60)	62 (87.30)	152 (79.60)	12.5	0.002
安宁疗护服务	31 (6.60)	8 (3.90)	9 (12.70)	14 (7.30)	6.9	0.031
小手术的麻醉服务	126 (26.90)	31 (15.00)	41 (57.80)	54 (28.30)	49.6	< 0.001
医学检验服务	67 (14.30)	34 (16.40)	9 (12.70)	24 (12.60)	1.4	0.500
医学影像服务	134 (28.60)	50 (24.20)	22 (31.00)	62 (32.50)	3.6	0.166
心电图服务	450 (95.90)	194 (93.70)	69 (97.20)	187 (97.90)	4.8	0.090

注：括号中数据为开展率。

服务不断萎缩^[20]。

3.2 超越政府和市场治理：基层卫生服务的社群治理

有研究指出：西方国家机构之间职责冲突、资源浪费使得公众对于公共服务获得感不够^[21]。在此背景下，政府从医疗机构的举办者转变为掌舵者和监管者已成为众多国家医疗卫生改革的重要手段，如英国20世纪90年代引入了内部市场机制，实现了“国家”为主导向“国家与公民社会共同合作”治理模式的转变^[22]。加拿大也开始在基本医疗服务提供过程中引入市场治理和社群治理，通过内部市场机制的运用减少行政治理可能带来的负面效果^[23]。美国政府也倾向于多元

治理保护公共产品的提供，以促进医务人员的自我成长和 Organization Development^[24]。

目前，我国政府已经从全能型政府逐渐过渡到服务型政府，公共产品的供给也从政府单一供给转换到政府、市场和社会多元供给的方式^[25]。相关试点和推广案例包括了安徽天长的医共体、深圳罗湖医院集团模式、三明医改等^[26]。研究发现：部分政府官员适应了医疗卫生体制改革的发展要求，党政“一把手”的高度重视有效降低了政府、市场、社会等多主体之间的摩擦。但部分政府并未对上下级机构服务协作过程中的成本进行充分补偿。因此，如果由单一的政府官员实

施“垄断性”协调,就有可能出现效率下降、政府失灵等现象。F区家庭医生服务购买、部分基层机构内部薪酬分配的适当拉开体现了政府作为基层卫生服务供给协调者的重要性。部分发达国家扩大护士的执业范围与F区“互联网+护理”等改革举措以提升基层医疗卫生服务能力有共通之处^[27-28]。同时,多种协会也发挥对基层卫生服务治理过程中的“智库”作用,部分街道通过基层机构与街道居委会成立了健康促进委员会,实现了信息交换和服务协同的制度化。

医疗卫生服务供给过程中政府责任边界、行政机制、市场机制、社群机制的微妙关系、技术进步和有限资源之间的冲突加剧了当前改革的难度,体现了政策创新的重要性和迫切性^[29]。比如D市基层卫生服务供给过程中存在的诸多问题,在缺乏有效激励和约束机制的前提下,决策者可能会首先迎合上级的考核要求。但是,市场机制也同样存在问题,国外经验表明:市场机制导向下的整合引发了兼并、收购等行为,引发服务价格的上升、加剧了卫生总费用的不合理增长^[30]。一项针对新加坡公立医院的研究也表明,提高机构的自主权并不一定能够取得高的绩效,医疗机构绩效改进的核心仍然在于管理者与一线医务人员的激励和约束机制^[31]。本研究表明:虽然部分区域的改革逐步引入了市场机制和社群机制,通过听取行业诉求界定利益和调试行动,弥补了上级政府信息弱势、制度安排和政策供给激励不足等问题。比如,F区街道办等基层自治组织与社区卫生服务中心通过紧密联系、建立契约等方式推进了多方协同,为基层卫生服务有效供给领域激活社群机制提供了新的思路。但是,政府与基层机构间的关系仍有很多潜在的空间,基层机构并无充分的结余分配权,无法在职责范围内通过更合理的制度安排以充分响应居民健康服务需要。因此,基层卫生服务供给过程中,政府需要重视财政补偿和医保支付协同改革,抑或是按绩效进行服务购买,通过激活社群机制赋能基层机构和医务人员以实现管理实践与协同治理内涵的切合。

4 结论

第一,尽管我国政府“保底线”的制度优势一定程度上保证了基层卫生服务供给的总体有效,但是基层机构基本公共卫生服务项目开展率显著高于基本医疗服务项目开展率,外科、急诊、医学检验、医学影像、康复、精神卫生、安宁疗护等服务供需结构性失衡特征显著;服务供给城乡、区域差异明显。行政机制、市场机制和社群机制三者相互独立、支撑和制约的互动关系在基层卫生服务治理实践过程不断体现,实现了多个部门的跨越和有效的集体行动,激活了协同治理效能的要素。第二,在基层卫生服务治理过程中,社群治理的合法性、价值导向、公正性等问题在

改革过程中不断加深,社群组织通过自律与他律、法律和道德的双重约束和引导促进了公共价值的生成,统一了公平与效率的价值标准,自由裁量权的合理分配有助于降低组织间的交易成本,有效避免单一行政机制和市场机制对于医疗卫生资源潜在的、可预防的浪费。第三,有为政府、有效市场和专业社会组织等融入治理体系超越了既往基层卫生服务能力提升过程中单一的技术性能力提升,推动了相关制度设计和政策供给合理性的提升。

参 考 文 献

- [1] 李忠,贺睿博,张亮,等.基层医疗卫生服务供给有效治理的国际经验及启示[J].中国卫生经济,2022,41(2):44-48.
- [2] 任飞,王俊华.基于差异的正义:我国基本医疗服务资源合理配置与实现路径[J].苏州大学学报(哲学社会科学版),2019,40(5):27-33.
- [3] World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report[R]. Geneva: World Health Organization, 2021.
- [4] Organization for Economic Co-operation and Development. Health care systems: Getting more value for money[R]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2010.
- [5] 李忠,张亮.新时代下的健康需要、卫生服务需求与利用:一个新的分析框架[J].中国卫生政策研究,2019,12(9):5-11.
- [6] 龚锋,余锦亮.平等与激励权衡下的地方公共服务均等化评估——内涵及实证分析框架[J].经济评论,2015(5):21-58.
- [7] 吕炜,王伟同.我国基本公共服务提供均等化问题研究——基于公共需求与政府能力视角的分析[J].经济研究参考,2008(34):2-13.
- [8] LI X, LU J, HU S, et al. The primary health-care system in China[J]. The lancet, 2017,390(10112):2584-2594.
- [9] 李忠,李伯阳,贺睿博,等.卫生服务体系发展不充分不平衡与有效治理:一个理论分析框架[J].中国卫生政策研究,2019,12(9):12-18.
- [10] 顾昕.走向协同治理:公立医院治理变革中的国家、市场与社会[J].苏州大学学报(哲学社会科学版),2017(5):31-40.
- [11] 顾昕.走向全民覆盖:金砖五国健保筹资体系的制度与治理变革[J].天津行政学院学报,2017,19(6):87-95,102.
- [12] 顾昕.中国公共卫生的治理变革:国家-市场-社会的再平衡[J].广东社会科学,2014(6):180-192.
- [13] 郑国管,王小合,钱宇,等.患者满意度测评问题与治理路径思考[J].中国卫生政策研究,2019,12(3):8-16.
- [14] 王小万,许敏,刘丽杭.卫生部门治理的基本逻辑架构与要素[J].中国卫生经济,2017,36(8):5-11.
- [15] 赵盼盼,贺睿博,唐文熙,等.基层医疗卫生机构服务的均衡供给与有效治理[J].中国卫生经济,2022,41(3):66-72.
- [16] 顾昕.“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新[J].中国社会科学,2019(12):121-138,202.
- [17] 国家卫生健康委员会、国家中医药管理局,关于开展“优

- 质服务基层行”活动的通知. 2018. <http://yzs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2018-09-26/7925.html>.
- [18] BAZEMORE A, PETERSON S, PETERSON L E, et al. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations[J]. The annals of family medicine, 2015,13(3):206-213.
- [19] COUTINHO A J, COCHRANE A, STELTER K, et al. Comparison of intended scope of practice for family medicine residents with reported scope of practice among practicing family physicians[J]. Jama, 2015,314(22):2364-2372.
- [20] HUNG P, HENNING-SMITH C E, CASEY M M, et al. Access to obstetric services in rural counties still declining, with 9 percent losing services, 2004-14[J]. Health affairs, 2017,36(9):1663-1671.
- [21] 竺乾威. 从新公共管理到整体性治理[J]. 中国行政管理, 2008(10):52-58.
- [22] 丰华琴. 公共治理模式与福利国家发展: 国际经验与启示[J]. 改革, 2010(6):85-90.
- [23] MOUNTFORD N, GEIGER S. (Re)-Organizing the evolving healthcare market: collaborative governance in bureaucratic contexts[J]. Academy of management annual meeting proceedings, 2018(1):10510.
- [24] ERICKSON J I, HAMILTON G A, JONES D E, et al. The value of collaborative governance/staff empowerment[J]. JO-NA: the journal of nursing administration, 2003,33(2):96-104.
- [25] 袁媛. 我国农村基本公共服务供给制度变迁中的政府行为研究[J]. 农业经济问题, 2014,35(11):51-57.
- [26] 岳经纶, 王春晓. 三明医改经验何以得到全国性推广基于政策创新扩散的研究[J]. 广东社会科学, 2017(5):186-197,256.
- [27] BARNES H, RICHARDS M R, MCHUGH M D, et al. Rural and nonrural primary care physician practices increasingly rely on nurse practitioners[J]. Health affairs, 2018,37(6):908-914.
- [28] GRAVES J A, MISHRA P, DITTUS R S, et al. Role of geography and nurse practitioner scope-of-practice in efforts to expand primary care system capacity[J]. Medical care, 2016, 54(1):81-89.
- [29] 林闽钢, 张瑞利. 医疗服务体系的纵向整合模式及其选择[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2014,35(4):15-20.
- [30] CHERNEW M E, HE H, MINTZ H, et al. Public payment rates for hospitals and the potential for consolidation-induced cost shifting: study examines public payment rates for hospital care and the potential for consolidation-induced cost shifting[J]. Health affairs, 2021,40(8):1277-1285.
- [31] 钟东波. 公立医院治理模式改革的国际经验和趋势[J]. 中国机构改革与管理, 2016(7):34-36.

【收稿日期：2022-12-06】（编辑：张红丽）

（◀◀上接第19页◀◀）

3.3 三级公立医院患者费用与MIE间存在关联性

三级公立医院患者费用与MIE在受到对方冲击后，均会做出响应；但MIE受到OE的冲击后产生的波动幅度更大，这可能与报销比例不同有关。随着分级诊疗制度的深入实施，以及互联网医疗的快速发展，加上突发重大公共卫生事件的冲击，三级公立医院诊疗服务量有所下降，期间的住院患者急危重症占比较大。受医保分级报销的影响，且缓冲病房、ICU病房的医保报销比例相对较低，加之突发重大公共卫生事件防控的核酸检测需要、发热患者的各项检查增多，在一定程度上提升了患者人均费用。建议三级公立医院对其部分医疗服务探索灵活定价方式，在政策允许的范围内开展试点，动态评估价格调整结果，建立符合医改方向的新型投入产出模式；规范诊疗和处方行为，合理用药，减少医疗机构与患者合谋而产生的转移住院现象，进而减轻患者费用对医保基金支出的冲击。

4 不足与展望

本研究所选取的是2019—2021年数据，期间受突发重大公共卫生事件的影响，对医保基金可持续性的冲击主要集中在短期，加之季节调整、对数变换和差分处理后的数据与原始数据之间存在一定差异，因此其分析结果仅具参考作用。未来可以从以下两方面优化研究：（1）增加各变量的样本含量，延长所分析的

时间序列；（2）拓宽分析角度、增加分析变量、选取多重分析方法进行全面研究，以期在调整三级公立医院患者费用的同时也可以为基本医疗保险基金可持续发展提供保障。

参 考 文 献

- [1] 李春枝. 我国基本医疗保险基金支出影响因素的灰色关联分析[J]. 中国物价, 2021(12):65-67.
- [2] 曹俊山, 许宏, 吕大伟. 医疗保障部门应对新型冠状病毒肺炎疫情的策略及经验[J]. 中国卫生资源, 2021,24(6):700-704.
- [3] 邵丽娜, 吴晶, 杜倩倩, 等. 学术研究文献视角下我国医疗服务价格研究现状与发展趋势[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(10):63-66.
- [4] 郑大喜. 基于全生命周期视角的医疗服务价格项目管理探索[J]. 中国卫生经济, 2020,39(9):45-50.
- [5] 舒之群, 李明, 顾建钧, 等. 基于时间序列的按人头支付对门诊医疗费用的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2017,36(7):38-40.
- [6] 舒之群, 李明, 顾建钧, 等. 基于时间序列的按人头支付对住院医疗费用的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2017,36(7):44-46.
- [7] 万广圣, 阎建军, 施毓凤, 等. 普惠型补充医疗保险意愿及其影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(12):16-21.

【收稿日期：2022-12-29】（编辑：毕然，滕百军）