

医保打包支付对紧密型医共同体运营管理的影响研究*

廖冬平^①, 兰 珍^①, 刘 婧^①, 郑凌云^①, 任 雯^①

摘 要 紧密型医共同体建设与医保打包支付改革都是“以人民健康为中心”的创新举措,一个是体制的保障,一个是机制的突破。三明市12家紧密型医共同体实行医保基金总额包干与C-DRG收付费相结合,实现医保支付“双打包”。通过医保支付改革与医共同体相关政策分析,结合2017—2021年三明市12家紧密型医共同体的运行数据,以医保基金结余、C-DRG执行情况、医疗收入结构、医院职工收入、患者次均费用、平均住院日及住院报销比例等指标作为评价维度,深入评估医保打包支付改革对于紧密型医共同体运行管理的影响,在此基础上,以业务量下滑明显但成效较好的永安医共同体为研究样本,进一步探究医保打包支付改革对紧密型医共同体运营管理的内在影响机制,从而提出优化紧密型医共同体运营管理的政策建议。

关键词 紧密型医疗共同体; 医保打包支付方式改革; 按疾病诊断相关分组收付费

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)05-0029-05

Research on the Impact of Medical Insurance Package Payment for Merged County Medical Alliance/LIAO Dong-ping, LAN Zhen, LIU Jing, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(5):29-33

Abstract Both the construction of merged medical alliance and medical insurance payment reform are innovative measures of “taking residents’ health as the center”, reflecting the guarantee of the system and the breakthrough of the mechanism. The 12 merged county medical alliances in Sanming City implement the combination of lump sum contracting and C-DRG collection and payment fees to achieve the “double package” of medical insurance payment. Through the analysis of the medical insurance payment reform and the relevant policies of the medical community, combined with the operating data of the 12 merged county medical alliances in Sanming City from 2017 to 2021, the impact of the medical insurance payment reform on the operation and management of the tight medical community were deeply evaluated by taking the medical insurance fund balance, the C-DRG implementation, hospital income structure, hospital staff income, average cost per visit, average length of stay, hospitalization reimbursement ratio and other indicators as the evaluation dimensions. On this basis, Yongan Medical Community with obvious decline in business volume but good results was taken as the research sample, to further explore the internal impact mechanism of medical insurance payment reform on the operation and management of merged county medical alliance, so as to put forward policy recommendations to optimize the operation and management of merged county medical alliances.

Keywords merged medical alliance; medical insurance payment reform; Chinese Diagnosis Related Groups

First-author’s address Sanming Second Hospital (Yong’an General Hospital), Sanming, Fujian, 366000, China

本研究通过对三明市医保支付制度以及紧密型医共同体建设的内容与政策进行分析,结合查阅的文献材料,采集2017—2021年三明市12家紧密型医共同体的运行数据,采用横向与纵向的比较方式,深入评估医保打包支付改革对于紧密型医共同体运行管理的影响,在此基础上,以业务量下滑明显但成效较好的三明市永安总医院(医共同体)为研究样本,进一步探究医保打包支付改革对紧密型医共同体运营管理的内在影响机制,从而提出优化紧密型医共同体运营管理的政策建议。

1 医保打包支付与紧密型医共同体建设等改革政策复盘

2012年伊始,三明医改拉开帷幕,在医保赤字两亿多的背景下,要采取什么样的措施才能扭亏为盈?“三医联动”应运而生。“医药”(药品、耗材)零差价

及量价齐下给医疗服务价格调整“腾空间”“调结构”提高了医院医务性收入,“保衔接”确保医疗费用、医保支付、医务性收入、年薪制等政策完整衔接。医保支付制度改革是三明医改的重要内容,也是紧密型医共同体建设的重要支持,这些改革在三明市是逐步推进的。

2014年,三明市以将乐县为试点,按照“一套班子,两块牌子,一套财务”的方式进行县医院与中医院资源整合。2015年根据“三不变,五统一,一推进”的原则,整合县级医院与乡镇卫生院资源,向村所(站)购买服务,当年将乐县的县乡村资源一体化整合试点完毕,紧密型医共同体雏形初成。2016年三明市全市一盘棋完成了“乡办村所”的建设,确保了医保基金在卫生所使用的安全和效率,至此,三明市紧密型医共同体建设(总医院)试点真正完成。2017年3月医共体现场会在将乐县召开,要求到年底所有县市必须完成紧密型医共同体建设。

2017年三明市试点医保基金打包支付制度。以实施“全民健康四级共保”试点工程为基础,积极探索医保支付方式改革,发挥医保基金引擎作用。按照“总额包干、超支不补、结余留用”的原则进行医保基

* 基金项目: 2022年度卫生健康政策创新研究课题项目(2022A04)。

① 三明市第二医院(三明市永安总医院)

福建 三明 366000

作者简介: 廖冬平(1968—),男,学士学位,消化内科主任医师;研究方向:医院管理及“三明医改”;E-mail: Jlyyldp@163.com。

金打包支付, 三明市选取尤溪、将乐两县为试点实行^①。“总额包干”是总额预付、是核心主干, 按照辖区内人头总额预算, 提前确定12个月内城乡居民医保和职工医保县域内外(含转外就医和异地安置的病人)就医所需的总额与医疗服务。“超支不补、结余留用”是医保打包支付制度的赋权, 当总额预付金额大于医疗机构实际产生的成本, 医疗机构把堵浪费所获得的医保基金转纳入第二年的医务性收入, 另外, 确定健康促进经费可从医疗机构的成本中列支, 为医院做好健康促进工作提供资金支持, 加强了医院做“预防”的职能。

2018年, 三明市按照“三个不变, 七个机制, 八个统一”的工作原则, 进一步完善横向到边、纵向到底的紧密型医共体建设, 打破市、县、乡、村行政壁垒, 打破机构性质壁垒, 打破经费渠道壁垒, 使得医共体内部各成员单位, 由原来的“竞争关系”变成“一家人、一条心、一本账”。至此, 三明市共有12个总医院, 144个分院, 一体化村卫生所1 047个。

紧密型医共体的建设需要一套与之相适应的医保支付改革制度。2018年始, 三明在全市范围内全面推行医保打包支付, 同时, 把2016年试行的DRGs(按疾病诊断相关分组付费)更换为按C-DRG(按疾病诊断相关分组收付费), 上面两项政策简称医保“双打包”制度。目前, 三明市C-DRG病种组数有839组, 覆盖了所有二级、三级公立医院; 覆盖了所有参保的住院病人(住院天数或费用达到极端值、转院或死亡等特殊状况除外); 覆盖了所有医保类型, 即城镇职工和居民基本医疗保险。

2019年, 建立医保支付改革政策动态调整机制, 修改包干原则为“总额包干、结余留用、超支合理分担”(仅分担年度内因政策调整造成的超支部分)。同年, 三明市制定《关于进一步完善基本医疗保险基金包干工作的实施意见》(明医改组〔2019〕9号), 实行“钱随人走”原则, 推动医共体之间建立竞争机制。设定5 000万元C-DRG奖励资金作为专项工作奖励, 并将C-DRG纳入公立医院院长年薪制考核。

2020年, 根据《关于开展2020年度住院费用按疾病诊断相关分组收付费工作绩效考核的通知》(明医改组〔2020〕6号)文件精神, 除明确公立医院为C-DRG绩效考核对象外, 还将C-DRG绩效专项考核奖励金额提升至7 000万元。

2021年, 三明市将专项奖励资金合并到总额包干基金中, 提高书记、院长年薪方案中C-DRG考核分值, 将正向激励制度化。

2 紧密型医共体医保打包支付的改革成效分析

2.1 医保基金运行情况

从国家卫生健康委发布的2020年度全国三级公立

医院绩效考核国家监测分析情况的通报来看, 753家三级公立医院医疗盈余为负, 占比43.5%, 较2019年增加25.89%。三明市公立医院运营情况又如何?

自2014年起, 三明市21家县级以上医院结余均为正值, 医院运行总体情况良好, 特别从2018年实施医保基金打包支付与按C-DRG分组打包收付费改革后, 医院结余逐年上升, 2017—2021年增长率分别为1.07%、1.80%、2.36%、2.65%、2.69%, 这是三明各家医院在“抗疫”期间的优异表现。同时医保“双打包”政策实施后, 12家医保基金包干总额逐年增加(2017—2021年分别为3.7亿元、22.07亿元、24.47亿元、26.21亿元、29.33亿元), 基金运行平稳。医院职工总额逐年增加(2017—2021年同比增长分别为12.21%、12.52%、13.39%、10.74%、25.63%)、职工平均工资稳步上升(2017—2021年同比增长分别为13.41%、10.97%、6.59%、2.61%、14.24%)。2020年受疫情影响, 12家医共体实际工作量的医药总收入同比2019年下降4.08%, 但由于实施了医保基金总额包干, 包干总额同比增长7.09%, 包干基金结余4.9亿元, 同比增长74.32%, 核定给医院工资总额较2019年同比增长10.74%, 医师实际平均工资同比增长2.61%。收入增加提升了医疗服务内生动力, 推进医疗正向服务, 实现医院运营效率和百姓健康效益“双赢”。

2.2 C-DRG执行情况

2018年, 三明市全面执行医保基金总额打包和C-DRG病种打包, 这是一套“组合拳”。三明市12家总医院与永安总医院C-DRG执行情况分析如表1所示。发现医保基金运行与C-DRG执行情况二者存在正相关关系。如三明市12家总医院, 2018年, 对C-DRG政策理解还存在认知偏差, 执行上不到位, C-DRG结余仅1 283.52万元(其中职工医保的C-DRG包干还亏损64.42万元), 同步折射出医保打包基金结余转化为医疗服务性的收入就较少, 仅13 615.61万元。永安总医院也一样, 自2019年开始加大对C-DRG的管理, 通过组织学习、病种研究、超额病例跟踪分析等, 当年C-DRG结余情况好转, C-DRG定额包干结余增加至1 196.30万元。医院将C-DRG作为堵住住院病人医疗浪费的重要工具来使用, 2020年医保基金打包结余8 562万元(其中C-DRG定额包干结余3 642.12万元), 2021年打包结余6 447万元。

2.3 医疗收入结构

2017—2021年, 三明市12家医共体药品收入占比分别为23.61%、24.08%、24.57%、23.25%、23.02%, 有小幅降低, 检查化验收入占比分别为26.66%、24.08%、25.81%、26.03%、25.93%, 有小幅波动变化, 耗材收入占比分别为9.04%、9.07%、9.03%、9.26%、9.24%, 有小幅波动提高。2017—2021年, 三

明市医疗服务性收入占比（不含医保基金结算差额和核酸检测费用）为40.69%、42.05%、40.59%、41.46%、41.81%，增长态势呈现小幅增长的趋势。如果把医保基金打包结余部分纳入计算，即2018年有13 615.61、2019年有28 129.51万元、2020年有49 035.93万元、2021年有42 000万元纳入下一年度计算，那么，医疗服务性收入占比增长态势非常明显，即2019—2021年分别为42.96%、46.26%、47.98%。医务性收入占比的提高就是医院收入含金量的提高，为医院发展、年薪制改革和这三年疫情防控奠定了坚实的经济基础。

2.4 患者次均费用

2017—2021年，三明市门急诊患者次均费用同比增长分别为4.43%、11.54%、3.90%、2.00%、-4.29%增长态势呈现逐年下降的趋势；出院患者次均费用同比增长2.11%、10.53%、6.64%、9.01%、3.56%增长态势呈现波动下降趋势。次均费用的下降意味着医疗资源利用更加合理，医保支付改革效果普惠群众。

2.5 平均住院日

从2018年起三明市12家医共体平均住院日增长呈现下降趋势，2017—2021年平均住院增长率分别为2.28%、3.88%、0.45%、-0.79%、-1.14%。这说明三明公立医院的运行效率逐年提高。

2.6 医保基金报销

2017—2021年期间三明市12个紧密型医共体城镇职工医保住院报销比例分别为69.96%、67.67%、72.54%、75.02%、75.64%；城乡居民医保住院报销比例分别为60.59%、59.79%、62.94%、67.55%、67.57%，群众看病负担明显减轻。2021年三明市职工次均个人自付2 090元，居民次均个人自付2 275元，均低于全国平均水平，甚至比三明十年前还低。

2.7 患者转外就医比率

2017—2021城镇职工医保患者转外就医住院比率6.84%、6.63%、6.41%、6.20%、6.14%通过医保打包支付改革前后对比说明，转外就医人数比例下降，没有因为改革导致病人流向出现异常。

2.8 三明市永安总医院“双打包”典型案例

受新冠疫情的影响，2020年三明市12家医共体医药总收入同比下降4.08%，工作量（门急诊人次）较上一年同期下降6.6%，三明市永安总医院尤为明显。但

得益于10年公立医院改革，永安总医院的医疗浪费空间已被压缩到很小，加上医保“双打包”政策，医院精细化管理，保障基金平稳运行。

2.8.1 改革措施。（1）制定符合医院实际的临床路径：临床科室根据C-DRG定额标准，依照“三合理”原则，参照国家临床路径标准，甄选出比较合适的用药及耗材、检查、治疗方案，制定即保证病人质量和安全又符合医院实际的临床路径。成熟的新技术新项目，是制定临床路径的优先选项。（2）加强收费行为管理：三明市永安总医院在2020年就成立了价格管理科，组建价格管理队伍，每个病区均设置1名价格管理员。通过价格管理培训，规范科室收费行为。此外，价格管理科每月开展院内价格稽核，防范不正确收费的发生。（3）制定医保及C-DRG收付费工作绩效考核方案：每月围绕医疗行为、病案质量、C-DRG费用管理、入院治疗“三合理”管理、患者满意情况等方面，多部门联合对临床科室进行检查考核，考核结果月通报，责成科室整改，将考核结果与科室绩效工资挂钩，强化质量考核的同时，医保包干基金和C-DRG收付费工作得到良性发展。（4）组建医保行政MDT团队：不同职能科室、不同临床科室的专业人员参与医保管理，进一步提高医保管理的能力。

2.8.2 重点内容。对住院病种、转上级医院病种、外地患者住院病种等进行分析，为医院医疗技术和专科发展提供依据。缩短住院天数，提高病床周转率：开设日间病房和日间手术。增加手术、疑难危重病种比例，发展优势学科。控制低难度病种的收治比例。加强信息化建设，让临床科室能实时查看C-DRG出院病历费用结算情况。每半个月对临床科室大额的C-DRG亏损病例逐份进行分析追踪反馈，确保“三合理”贯彻到位。

2.8.3 效果分析。三明市永安总医院2020年业务收入大幅降低，门急诊人次较去年同期下降11.13%，住院量下降23.13%，即下降11 610人次，住院人次的下降，意味着轻症、小病大治的患者住院现象减少或疫情期间因管控较好群众患病减少等，医保基金的支出有效降低或浪费被堵。2020年永安医共体医保基金结余是三明市最多的，较去年同期增长5 298.52万元，医院人员支出同比增加10.75%。2021年门急诊人次较2020增幅为12.89%，住院人数较2020增幅为6.23%，但

表1 2018—2021年C-DRG定额包干费用及医保基金打包结余情况

年份	三明12家总医院			永安总医院	
	入组率 (%)	C-DRG结余 (万元)	医保基金打包结余 (万元)	入组率 (%)	C-DRG结余 (万元)
2018	62.36	1 283.52	13 615.61	60.11	254.30
2019	74.10	2 817.70	28 129.51	71.02	1 196.30
2020	81.58	6 970.69	49 035.93	81.87	3 642.12
2021	80.73	7 759.48	42 899.13	80.76	3 385.94

床位使用率增幅仅为0.48%，医疗服务良性循环效果显著，通过“堵浪费”转化的医疗收入为6 447万元。

此外，由于改革基础较好，特别是在执行“双打包”后，部分指标与国家三级医院绩效考核内涵要求“不约而同”，医院在“国考”运营效率方面成绩较好。2021年，三明市永安总医院在全国1 355家综合医院中排名365位，其中医院运营效率9项指标，总分数为270，永安总医院得分为264分（2019—2021年均得264分），满意度得满分120分。2021年CMI值（病例组合指数）全国1 355家综合医院中排名198位。

3 医保打包支付制度对紧密型医共体运营的影响分析

3.1 对患者诊疗的影响

目前，很多医保机构对医院采用的总额预付还是粗放式的支付，简单粗放地减少费用会导致医院轻症患者居多、患者个人支付比例增加等。为了让患者享受到改革的实惠，三明市的医共体是在总额包干下，以C-DRG收付费为基础，按项目、按床日等多种支付方式并存的复合式支付方式，结算时向疑难杂症、重症等倾斜，如通过调整某些医疗服务的权重，提高医务人员积极性，降低轻症患者住院率，提高基金使用效率，将药品、耗材与检查费等打包到C-DRG里，院长年薪考核设置规定不得诱导患者外购耗材、药品，将创收项目变成控费的成本，迫使医院在管理上由“要我控费”转变成“我要控费”^[2]。不断改进C-DRG收付费措施，参保患者在公立医院结算时，若实际发生医疗费用低于C-DRG分组收费标准的，以实际费用为基数进行结算，按参保险种类别和医院等级确定个人负担费用，由此产生的与分组收费标准的差额部分由统筹基金补偿^[3]。仅此政策调整，2019—2021年，累计释放红利给三明市参保者1.9亿元。医保打包支付改革后，次均费用的增长在合理范围内，2021年三明市12个医共体的门急诊次均费用增长率为-4.29%，费用下降明显，患者经济负担减轻；出院患者次均费用增长率为3.56%，低于2020增长率，有效抑制了不合理费用上涨，勒紧了医保和群众的钱袋子。2021年期间三明市12个医共体城镇职工医保住院报销情况比2017提高5.68%；城乡居民医保住院报销情况比2017年提高6.98%，患者自付比例下降明显，有效发挥了医保基金的互助共济能力。

3.2 对服务能力与效率的影响

医保“双打包”政策既能保证合理支出统筹基金的同时又能提高医疗质量。三明市12家医共体，2017—2021的平均住院日低于全国的平均值，且逐年下降。平均住院日的缩短意味着医疗资源得到合理的利用，服务效率逐渐提高。三明市将平均住院日、三四级手术等指标纳入书记院长年薪制考核指标，对医疗机构和医务人员既形成激励又变成约束。宏观政策

调整，推动中观医疗机构管理变化，促进微观医务人员行为转变，大大提高医务人员个人主观能动性，让医生回归学医的初心，通过提升医疗技术等来实现阳光化收入，促进医疗质量的良性循环。

三明市2017—2021年的转外就医比例不断下降，通过各种举措提升医供体内部服务能力，2015年起三明市各级医院每年从事业发展基金中提取5%的资金作为人才建设专项经费，发展重点学科，鼓励三、四级手术，促进新技术新项目实施。三明市12家医共体的急危重症病人抢救成功率从2017年96.05%提升至2021年97.75%，三、四级手术例数从2017年25 027台上升至2021年41 239例，增长1.64倍。近3年三明市在全省第三方满意度调查排名位居全省第二，群众看病放心，就医安心，体验舒心。

3.3 对医院收入结构和职工待遇的影响

总额包干，结余留用，形成激励约束机制，促进医共体上下连心追求合理的剩余索取权^[4-5]。从源头上预防过度治疗、欺诈骗保等行为，激励因病施治、按需救治，优化收入结构。提高医务性收入，降低耗材药品检查收入，提高收入结构“含金量”，缩短住院天数，提高效率和降低服务成本，加强病种成本精细化成本核算，实现医院从粗放式收入规模增长，向内涵质量效益型增长转型。2017—2021年三明市12家医共体医保基金结余逐年提升，医务性收入逐年提升，2021年占比达47.98%。职工待遇逐年提高，2021年医院工资总额是2017年的1.77倍，2021年医师平均工资是2017年的1.39倍，激发全体医务人员工作积极性，形成医疗服务良性循环。

4 医保打包支付对紧密型医共体运营的挑战和机遇

4.1 挑战分析

总额预付制在提高医保统筹基金使用率、控制医疗费用过快增长等方面确实发挥重要作用。但是在总额预付下，基金超支的风险会转移至医疗机构与医务人员，统筹基金的结余是把双刃剑，特别是在精细化管理不足，政策宣传不够时，会导致医疗服务负向行为，如“推诿病人”“治疗不足”等问题。

4.2 机遇分析

医保打包支付的挑战，对于三明地区来说也是机遇。具体分析如下：（1）从医院的运营角度分析，当患者自付费用不足以抵扣医院运营成本时，医院没有动力收治一个不该收治的患者，因此原来的挂床住院、小病大治等现象逐渐消失。如果出现“治疗不足”，可能产生以下不良影响：患者在没有痊愈的情况下可能需要二次住院治疗，会增加医院医保基金的支出，同时因对医院治疗效果不满意，会导致患者转院或外地就医，其在外地医院所产生的医保基金支出同样由转出医院承担，这将使得包干的医保基金更不受

控制。(2)从满意度角度分析,满意度不仅影响医院年薪,还与医院评价、等级评审、国家三级医院绩效考核挂钩,甚至“一票否决。所以“治疗不足”可能带来的满意度下滑,也是医院不希望看到的。(3)从监管体系来看,三明市已经建设形成了“收付费-绩效评价-医保监管”三位一体的C-DRG应用管理体系,分组、结算、质控、考核、监管等环节均实现了信息化、智能化、可溯化,对医疗机构违规行为按下暂停键。

5 优化医保打包支付制度的政策建议

5.1 加大推广力度

三明市全面执行医保基金总额打包和C-DRG病种打包,是一套“组合拳”。在全国很多地市都开展类似组合运用,如国家医保局试点的区域点数法总额预算下的按病种分值付费(DIP)达70个地市。三明市“双打包”政策的优势上述分析已经非常明显,在全国医共体建设的大潮下,国家医保局推广三明医保基金“双打包”支付方式意义重大。

5.2 注重体制增效

医保支付“双打包”改革前,由于财政投入不足和“以药养医”政策的影响,医院走的是一条规模扩张型的发展道路^[6]。因此小病大治、分解住院等常有发生。2018年1月起实施C-DRG收付费,与单病种付费、DRG、DIP相比,C-DRG收付费制度多了一个“收”字,但所带来的影响差距甚大。C-DRG即限制了“医保支付端”,又限制了“病人收费端”,这对于县、市级的医院来说,在没有大量外地病人的补充下,医院收入触到了“天花板”,C-DRG执行不好,医保基金包干结余相应减少,可转化的医务性收入随之降低。同时医院的“创收”能力也受到限制,医院必须“通过增加业务数量收入获利”转向“通过控制运行成本增加效益”,破除“病人越多,收益越大”的路径依赖^[7],走一条精细化高质量发展道路。通过上述三明市永安总医院典型案例分析看出,病人减少了,统筹基金支出也减少,医疗质量并没有相应降低,反而在2021年CMI值最高,这也得益于三明市永安总医院及时调整了治院理念,精细化管理,提质增效。

5.3 加强信息化建设

政策的推行离不开智能化信息的支持,加强薄弱地区信息化建设,实现区域大数据的共享,方便居民就诊;提升医共体内信息智能化程度,精简就医流程,建立智能化审核病例,抓取患者信息等重要平台,实现信息辅助医疗,医疗靠信息提升的期望,提升就医体验,实现医疗服务的便利性和高效性。

5.4 鼓励多元化支付方式改革

坚持总额包干下以C-DRG收付费为基础,按项目、按床日等多种支付方式共存的多元复合式支付方式。摒弃粗放型管理模式,制定精细化管理方案,形

成医共体内激励约束机制,提高医务人员的积极性,确保医保支付改革制度运行的长久性。

5.5 发挥政策合力

发挥政策合力,在政策顶层设计时平衡患者、医疗机构、医保三者的利益,实现医疗服务供给平衡。深入推进医保“双打包”支付改革,不断调整差异化报销政策,引导县域内居民分级诊疗,维护居民权益。完善医保支付政策,从政策与制度上鼓励医务人员劳动价值与技术的提升,提高医疗服务供方的积极性,如调整C-DRG支付费时,充分考虑新技术、新项目的引进;及时调整危重病的付费标准;合理设置特需服务项目为自费,平衡患者需求与医疗机构管理的矛盾等。完善绩效考核项目,将医疗质量、患者安全与医疗支出充分结合,赏罚分明,规范医疗行为,确保公立医院的公益性。

5.6 促进医共体建设发展

始终秉承“以人民健康为中心”的理念,通过进一步改革,逐渐加强了医院做“预防”的职能。通俗讲,就是实现老百姓少得病、晚得病、不得重病,医院照样有“饭吃”、吃得了“好饭”。这也可视为,新冠疫情触发了一个较为理想的社会健康管理研究模型,是医院治理理念的升华,是三明医改最终的目标,也是三明医改最伟大之处。可以说,三明的医改实现了老百姓的所需所盼和医共体的所作所为相一致,这是近30年来我国医疗界未有的新成就、新局面。

参 考 文 献

- [1] 廖冬平. 医共体下医保打包支付与C-DRG的实践探索[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):49-52.
- [2] 高晶磊. 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.
- [3] 江芹, 徐志鑫, 于丽华, 等. 三明市C-DRG收付费对医疗机构的费用影响分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(4):13-16.
- [4] 何蓓蓓, 高晶磊, 刘春平, 等. 医保支付方式改革对县域医共体建设效果的影响分析[J]. 医学与社会, 2021,34(8):108-116.
- [5] GUIDI M, HILLIER J, TARBERT H. Successfully reshaping the ownership relationship by reducing moral debt And justly distributing residual claims: the cases from Scott Bader common wealth and the John -Lewis partnership[J]. Critical perspectives on accounting, 2010,21(4):318-328.
- [6] 张振忠, 江芹, 于丽华. 全国按疾病诊断相关分组收付费规范的总体设计[J]. 中国卫生经济, 2017,36(6):5-8.
- [7] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜. 医保打包支付与医共体协同改革监测指标体系的逻辑关系分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(7):33-36.

[收稿日期: 2023-02-05] (编辑: 张红丽)