

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^{*}

徐烨云 郁建兴

[摘要] 县域医共体建设是新医改“强基层”战略的新探索,旨在通过推动县级医院与基层医疗卫生机构的一体化,强化基本卫生保健体系的服务能力。然而,单靠行政力量推动,医共体并不能成为真正的“利益共同体”。本文基于对浙江省11个医共体建设试点县的实地调查发现,医保支付制度改革是医共体建设成败的重要影响因素之一。唯有真正落实以打包付费为特征的各项医保支付改革,让行政、市场和社群机制发挥协同作用,才能重构适当的医共体激励结构,实现基本卫生保健体系公共治理的创新。

[关键词] 医共体;医保支付改革;基本卫生保健;公共治理创新;激励机制

[中图分类号] D035 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-0863(2020)04-0102-07

浙江省2017年9月正式启动了县域医疗服务共同体(以下简称“医共体”)建设试点工作,致力于推动基层医疗卫生机构与县级医院的一体化,借此强化基层医疗卫生机构的能力建设,提升基本卫生保健(primary care,又译“初级卫生保健”)^①的服务水平。经过一年多的试点,原本羸弱的基层医疗卫生机构,开启了新一轮的组织与制度变革。^[1]

县域医共体建设的核心目标之一,是通过组织一体化让其组成机构形成一个“利益共同体”。然而,单靠行政手段将原本处于不同行政层级、有不同上下级业务指导关系、业务功能范围各异的机构简单地合并起来,是无法达成这一目标的。医保支付制度、财政补偿制度、人事编制制度等体制性配套改革缺一不可。其中,医保支付方式的改革不仅有助于推动医共体一体化的进程,而且有助于促进医共体激励机制的重构,实现从疾病诊治向健康管理的转型。县域医共体建设涉及多方面的体制改革,限于篇幅,本文仅就医保支付改革对医共体建设的影响,展开系统性的专题分析。

本文作者在2018年8月对浙江省11个医共体试

点县展开了系统的实地调研,获取了大量一手资料数据,并据此进行了研究分析。研究发现,各试点县在推进医保支付制度改革上进展不一。相当一部分只是在既有按项目付费的基础上加上了总额控制、按人头付费、单病种付费等新支付方式,且新医保支付方式所涉金额在医保支付中的占比并不高。如果医保支付依然以项目付费为主,那么所有医共体内各组成单位必然竭力提升各自的医疗服务业务量,陷入争夺病源的既有格局,一体化就变得有名无实。只要以“打包付费”为特征的新医保支付方式未能在医保支付总额占较大比重,医共体就不可能形成真正的利益共同体。在既有的按项目付费的基础上引入总额控制,最多只能定位于医保支付制度改革的准备工作。从总额控制向总额预算转型,才是医保支付制度改革的真

^① 英文概念 primary care 或 primary health care 有两个中译,一是“初级卫生保健”,另一个是“基本卫生保健”。这两个译名无论是在学术文献中还是在政策实践中,含义是等同的,是可以互换使用的。“初级卫生保健”这种译法在20世纪末和21世纪初较为常见,中国农工民主党还在1996年12月发起成立了中国基本卫生保健基金会。但这个译法在中文语境中有贬低之意。随着时间的推移,更为贴切的“基本卫生保健”的译法,开始流行起来。

* 基金项目:国家自然科学基金重点招标项目“提升基层医疗卫生服务能力研究”(编号:71734005);浙江省自然科学基金重大项目“基层医疗卫生机构综合运行机制研究”(编号:D19G030003)

作者:徐烨云,浙江大学公共管理学院MPA研究生;郁建兴(通讯作者),浙江大学公共管理学院教授,浙江大学社会治理研究院院长,杭州 310058

正起步。

影响医保支付方式改革的因素具有多样性和多层次性,有体制层面的顶层设计,如医保支付、医疗监管、价格管理等职能分属不同部门管理,以及国家医保局建立之后对这些政府职能的整合;有制度层面的规则设定,如实行总额控制还是总额预算、确定医保支付基数、组合多种支付方式、差异化报销等多维度的制度建设;更有关键性制度细节的设计,如结余留用与超支分担的比例设定等,而这些制度细节悠关激励机制的建构。

基于实地调研,本文对浙江省医共体建设中医保支付制度改革进行分析,并据此就行政机制、市场机制和社群机制在医共体建设及其医保支付改革公共治理创新中的作用加以阐述。鉴于县级政府在医保支付改革的顶层设计上难以发挥作用,因此,本文分析仅限于医保支付制度设计的技术性层面。

一、县域医共体的推进:浙江省的实践

强化基层医疗卫生机构的能力,是浙江省政府多年来矢志努力的结果。2013年以来,浙江省积极探索医联体建设,省市三级甲等综合医院、中医院和部分专科医院,至少与1家县级医院建立医联体。在医联体建设中,浙江省着力推进“双下沉,两提升”,即以“人才下沉、资源下沉”为手段,努力引导优质医疗卫生资源流向基层,支持基层医疗卫生机构“服务能力提升,服务效率提升”,取得了一定的成效。^[2]但在工作的推进过程中,省政府卫生行政部门也发现,“双下沉、两提升”还有一些局限性,主要问题是缺乏长效机制,也没有涉及到医保支付制度改革的深化。^[3]

正是在这一大的背景下,浙江省自2017年末启动了县域医共体建设的试点。这一新举不仅将医联体建设进一步下沉到城乡社区医疗卫生机构,而且进一步突破了基层医疗卫生机构中既有的行政化壁垒,为改变医疗供给侧既有的资源配置格局,为中国基本卫生保健体系的发展与改革,开辟了新的思路,拓展了新的空间。

2017年10月12日,浙江省医改办颁发《关于开展县域医疗服务共同体建设试点工作的指导意见》(浙医改办〔2017〕7号),要求11个地级(及以上)市各选择1个县(市、区)开展医共体建设试点,即“以县级医院为龙头,整合县乡医疗卫生资源,实施集团化运营管理。着力改革完善县级医院、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)的管理体制和运行机制,形成服务共同体、责任共同体、利益共同体、管理共同体”^①。

在2018年上半年,全省11个试点县共组建了31个医共体。各试点县医共体的数量不一,最少者组建1个医共体,最多者4个医共体,有5个地方组建了3个医共体,有3个地方组建了2个医共体。绝大多数医共体有1家牵头单位,但也有2个医共体有2家牵头单位。医共体组成单位的数量也不尽相同,最少者3个,

最多者21个,平均值为7,中位数为6个。其中,东阳市只设立了一个医共体,其中分设四个中心,分别由四家医疗机构作为牵头单位。

2018年9月26日,中共浙江省委办公厅、浙江省人民政府办公厅印发了《关于全面推进县域医疗卫生服务共同体建设的意见》(浙委办发〔2018〕67号)^②,将医共体建设从试点阶段向推开阶段迈进。2019年,浙江省医共体建设将在全省各地全面推开,县域综合医改有望不断深化,整合型医疗卫生服务体系有望初步建成。

无论是在省政府文件还是实践之中,浙江省医共体建设的目标和手段都被概括为“三统一、三统筹、三强化”,即“统一机构设置、统一人员招聘使用、统一医疗卫生资源调配”;“统筹财政财务管理、统筹医保支付、统筹信息共享”;“强化分级诊疗、强化签约服务、强化公共卫生”。这些目标的设置和这些手段的选择,在很大程度上借鉴了国际基本卫生保健体系发展的经验。

在世界上的很多国家和地区,以家庭医生为核心的基本卫生保健体系发达,面向社区的医疗卫生健康服务健全,在此基础上,分级诊疗的运行模式自然实现了制度化。^[4]在中国依然停留在新医改战略目标之一的“强基层”,在很多国家和地区早已变成了现实,而且其基本卫生保健体系还实现了从疾病诊治向健康管理的转型,这其中引入以竞争与选择为特征市场机制,功不可没。^[5]

“三统一、三统筹、三强化”的确立,折射出县域医共体建设成败的关键在于“建机制”。“建机制”是新医改的另一个战略目标,其要害在于推进去行政化,即改变行政机制独大的既有治理格局,在医疗需求侧和供给侧的公共治理体系引入市场机制和社群机制。引入市场机制的核心在于推进医保支付制度改革,^[6]在医保机构与医疗机构之间形成公共契约模式;^[7]引入社群机制的核心在于推进医保机构与医疗机构就医保支付方式选择、医保支付标准确立和医疗质量保障控制展开协商谈判,^[8]并在此过程中发挥医学学会、医院协会的积极作用。

二、浙江省医共体的医保支付方式:总额控制及基数确定

就医共体与基本医疗保险的关系而言,前述浙医改办〔2017〕7号明确了统筹医保支付的原则,即医保机构对医共体实行总额付费制。然而,各试点县对此原则的领会和落实情况大有差别。普遍实施的并非总额付费,而是总额控制。两者在操作上的差别在于,前者是医保机构与医疗机构经过协商核定一个年度总额

① 此文件文本,参见浙江省卫健委官网:http://www.zjwjw.gov.cn/art/2017/10/12/art_1202101_11482882.html

② 此政策文本,参见浙江省卫健委官网 http://www.zjwjw.gov.cn/art/2018/9/26/art_1551291_21698864.html

支付额,在医疗机构完成医保支付契约的各项规定之后按协议额支付;后者则是协商核定一个年度总额上限,最终的实际支付额依然以按项目付费的方式进行结算。医保机构多以上一年度或前三年实际发生费用为基数,综合考虑医疗服务数量、质量以及合理增长等因素,确定当年总额控制标准。

从表1可以看出,尽管总额控制是各地医保经办机构的工作原则,但依然有3种不同做法:(1)面向医共体整体实施总额控制(常山、德清、普陀);(2)分别面向医共体组成单位实施总额控制(淳安、桐乡);(3)对组成单位和医共体整体实施双层总额控制(东阳)。我们查阅分析各地医保支付方式相关文件进一步发现,普陀、常山、桐乡、瑞安、东阳还就门诊和住院分别采取了不同的总额控制方法。

表1 浙江省试点县域医保总额控制的主要做法

试点县域	面向医共体整体	面向组成单位	面向组成单位+医共体
杭州淳安县		√	
衢州常山县	√		
湖州德清县	√		
金华东阳市			√
丽水缙云县	√		
绍兴柯桥区	√		
台州路桥区	√		
舟山普陀区	√		
温州瑞安市	√		
嘉兴桐乡市		√	
宁波余姚市	√		

资料来源:笔者在实地调研中根据各地相关政府文件进行整理。

从表2可以看出,针对住院服务,部分试点县在2018年下半年尝试引入按疾病诊断组付费(DRGs),如东阳、常山、德清。由于金华市在住院服务中开始全面推进病组点数法DRGs付费,东阳市医共体也随之跟进。如东政办发〔2018〕125号^①提出东阳市医共体基本医疗保险住院医疗费用实施总额预算下按疾病诊断相关分组结合点数法医保付费方式,即病组点数法。从点数确定、具体住院病例点数生成、月度预付、年终清算、清算费用五个方面详细规定了点数法的具体规则。在德清,对医共体住院医疗费用试行了DRGs支付^②,其DRGs共有507组,覆盖了当地99.9%的住院服务。衢州市在衢政办发〔2018〕2号^③文件在提出以基金总额为基础,按疾病诊断相关分组(DRGs),并颁发病组点数法付费实施细则,常山县随之加以实施。

部分试点县(普陀、桐乡、缙云、瑞安、柯桥)在以按项目付费为主的医保支付体系中引入了单病种付费,病种数量从最初的几种到百余种不等。普陀区试点106种疾病按病种付费,东阳市试点103种疾病按病种付费,桐乡市试点4类病种17个手术类型按病种付费,瑞安市试点31种疾病按病种付费。按病种付费可以说是DRGs支付的简化版或过渡版。

此外,少数试点县针对住院服务尝试引入按床日

付费,如东阳试行康复、临终关怀、精神病按床日结算,常山县试点精神疾病专科病人住院医疗费用按床日付费结算。淳安、常山、德清、东阳、普陀和瑞安还对门诊服务按人头付费进行了尝试。

表2 试点县域医保支付制度改革的进展

试点县域	按项目付费	门诊按人头付费	单病种付费	按服务单元付费	按床日付费	DRGs支付
淳安县	√√√	√	√	√		
常山县	√	√			√	√
德清县	√	√				√
东阳市	√√	√			√	√
缙云县	√√					
柯桥区	√√		√			√
路桥区	√√					
普陀区	√√√	√	√	√		
瑞安市	√	√	√			√
桐乡市	√√√		√		√	
余姚市	√	√				

资料来源:笔者在实地调研中根据各地相关政府文件进行整理。

三、重构激励机制:医保支付制度的细节设计

西谚云:魔鬼藏在细节里。在这里,如果医保支付制度改革在游戏规则的细节上设计不当,就无法形成良好的激励机制,而错误的激励会引致错误的行为。就医保支付制度改革而言,悠关激励机制的制度设计细节有两组:其一,医保拨付采用后付制还是预付制;其二,关于结余和超支的制度安排。

(一) 预付制还是后付制?

医保拨付方式有预付制和后付制之分,两者在供方所造就的激励机制大不相同,简言之,预付制(pro prospective payment system)抑制过度医疗,后付制(retrospective payment system)则诱导过度医疗。^[9]从后付制向预付制的转变,是全球医保支付改革的大趋势。^[10]这一转变不仅是医保支付制度改革的标志性进展,而且也对整个医疗行业产生重构作用。^[11]

从表3可以看出,关于医保拨付方式是实施预付制还是后付制,浙江省各试点县均进行了探索。按项目付费是后付制的典型代表,顾名思义就是根据服务提供者所提供的服务项目进行付费,是目前普遍和主流的医保支付方式,也是诱导供方过度医疗和推高医疗费用的根本原因之一。部分地方(德清、桐乡、常山、普陀)明确实施门诊或者住院按实际发生支付即据实结算。

总额付费或总额预算是一种预付制,其基本原理是医保机构与医疗机构在预算年度之初就特定数量的参保者即将寻求的一揽子医疗服务商定一个年度支付总额,超支医疗机构自理,结余医疗机构留用。^[12]我们发现,一些试点县实施了预付制度,并在相关支付方

①《关于推进医疗健康服务共同体基本医疗保险费用实施支付方式改革的通知》东政办发〔2018〕125号

②《德清县基本医疗保险医疗费用结算管理办法(试行)》(德政办发〔2018〕5号)

③《关于进一步深化医疗保险支付方式改革的实施意见》(衢政办发〔2018〕2号)

式改革文件中明确了试行按月预付,如东阳是典型的“按月预付”方式的典型实践者,分别对门诊按人头付费、住院按床日和按病组(DRGs)付费制定了具体的预付操作程序。

此外,普陀和瑞安同时试点了预付和后付方式。普陀对单病种付费实行据实结算,门诊按人头付费则按月预付。瑞安明确规定医共体内实施“包干总额”的医保资金每月10日前按月度总额的85%预拨,但门诊按人头付费和按单病种付费试点则不纳入“包干总额”管理。

表3 各医共体试点县域医保预付制实施情况

试点 县域	笼统规定	门诊按人 头付费	按单病种 付费	住院按床 日付费	住院按 DRGs
淳安县	X				
余姚市	√				
瑞安市	√√	X	X		
德清县		X			X
桐乡市	X		X		
柯桥区	√				
东阳市		√		√	√
常山县		X		√	√
普陀区	√	√	X		
路桥区	X				
缙云县	√				

注:√:文件写明“按月预付”;√√:文件写明按月预付并且注明具体预付日期;X:明确为据实结算。

(二) 结余与超支处置的游戏规则

通过医保支付改革重构医疗机构激励机制的关键,在于如何处置医保支付的结余和超支。只有建立“结余留用、超支分担”的激励约束机制,才能提高医疗机构加强内部管理、控制非人力成本和提高医疗质量的积极性和主动性,促使医疗机构唯有重视健康管理、唯有向民众提供性价比高的服务,才能实现自身收益的最大化。

根据浙医改办〔2017〕7号,“完善结余留用、合理超支分担的激励约束机制,结余资金由医共体留用,主要用于提高医疗服务质量和医护人员的劳务性收入支出”,是浙江省医改办对于医共体医保激励机制的指导性意见。从表4可以看出,各地均根据指导意见制定了分段结余奖励政策,没有一个地方设定结余全部留用的游戏规则;只有1个试点县(东阳)明确提出超支不补,其余10个地方都制定了分段超支分担政策。

对于结余留用政策,尽管具体分段比例有所差异,各地基本上分三段设定阶梯递减式留用比例,但也有两地采用了单一或分段固定结余留用比例,如普陀规定结余按照75%固定比例留用,路桥规定结余在70%及以上的按照85%的固定比例留用,结余低于70%的不予留用。此外,德清、东阳、常山三地区还就门诊和住院分别制定了结余留用比例。

对于超支分担政策,各地基本上按照每超支5%设定一个分担比例的三段式阶梯递减式分担方式,通常超支一定比例以上医保不予分担或者按固定比例分担,以此约束医疗机构的超支倾向。部分地方设定了附设绩效条件的超支分担政策,如常山根据门诊均次费用的达标情况对门诊统筹费用制定了不同的分担比例;普陀根据年人均费用、区域外就诊费用、医保费用占比等控制指标的达标情况设定分段分担比例,规定超支10%或者任何一项控制指标不达标的,医保基金不分担超支部分;德清区分门诊和住院分别设定了超支分担和结余留用比例,即门诊超支部分医保基金分担15%,住院超支部分医保基金不分担,结余的70%留用,结余超过预算总额15%的,医共体全部留用;东阳规定门诊统筹费用超支不予分担,住院超支部分按照固定比例15%分担。

四、浙江省医共体试点县域医保支付制度存在的主要问题

如前所述,医保支付制度改革是“建机制”的重中

表4 试点县医保支付方式改革激励机制一览表

试点县	结余 奖励	超支 分担	超支医保基金分担比例				结余(预算与实际的差额)留用比例					
			超支5%	5-10%	10%以上	其他	95-100%	90-95%	80-90%	60-80%	60%以下	其他
淳安县	√	√	30%	20%	10%		60%	60%	60%	50%	0%	
余姚市	√	√	50%	30%	0		50%	30%	100%	100%	100%	
瑞安市	√	√	50%	40%	30%	超支15%以上,基金不分担	70%	60%	50%	0	0	
德清县	√	√										
桐乡市	√	√	30%	20%	10%		70%	70%	70%	50%	0	
柯桥区												
东阳市	√	x	-	-	-		-	-	-	-	-	
常山县	√	√	-	-	-		-	-	-	-	-	
普陀区	√	√	50%	30%	0	门诊按人头付费试点,有条件分担50%	-	-	-	-	-	
路桥区	√	√	30%	20%	10%		85%	85%	85%	差额低于70%的,结余不留用		
缙云县	√	√	30%	30%	20%	20%以上,按10%分担。激励:回归县内节省基金分享。	60%	60%	60%	50%	0	

注:常山县:门诊按人头付费:门诊均次费用不超标,医保基金分担60%,均次5%以内,医保基金分担50%,均次超过5%,基金分担40%;门诊按人头付费,结余的50%留用。住院按病组点数法支付。
普陀区:预算总额年度末有结余的,结余额度按75%留用。门诊按人头付费试点,有条件留用50%

之重。医保支付制度并非是唯一控制供方行为的影响因素,但却是重要和可控的影响因素。如果医保体系选择适宜的供方支付方式,那么就能在服务提供者那里建立一种正面的经济激励机制,一方面可以促使其为民众提供可及性较高而且较为平等的基本卫生保健服务以及其他公共卫生服务,另一方面也能促使其为民众提供更多的预防服务和慢性病管理,从而降低住院发生率,以期降低整体医疗费用的增长。如果激励机制设计不当,不仅无法产生上述效果,而且还会引致激励扭曲。可是,由于制度细节设计不当而导致激励扭曲的现象在全国医保支付制度改革中普遍存在,在浙江省医共体建设中也依然是一个亟待加以解决的问题。

(一) 医保支付仍以总额控制下的后付制为主

制度细节设计不当,首当其冲地当属总额控制与总额预算的混淆。两者看起来相似,但其实天差地别。如果仅仅实施总额控制,只不过是按项目付费的一个变种,即带有总额帽子的按项目付费(fee-for-service with global cap),依然是一种后付制,实际上并未让医保支付制度改革向预付制的实施迈进。

我们发现少数地方尽管文件上写明实行“总额预算”和“按月预付”,表面看起来实施了预付制,但实际上执行的是据实结算的后付制方式。如淳安在文件中规定实行“总额预算管理”,按月预拨,年终清算,医共体内的各医疗机构每月10日前按要求把上月的医疗费用拨付表报送给县医保经办机构,县医保机构先按要求进行审核,每月月底县医保经办机构按上个月实际审核数的95%拨付给医共体内各家医疗机构。再如,路桥文件规定区社保经办机构对医共体报送的上月医保费用进行审核,在扣除违规费用后,由区社保经办机构在每月25日前按预付费用85%的比例拨付。这说明各医共体建设试点县对“预付”还是“后付”的理解不全面,并且对于“预付制度”的认识存在偏差。

(二) 支付方式仍以项目付费占主导

在实施总额控制或总额预算的过程中,一些细节性制度设计不当产生了重大影响,如《淳安县县域医疗服务共同体基本医疗保险费用结算管理暂行办法》规定“医共体内各医疗机构每月申请拨付的医疗费用在核定的预算总额内,经审核后采用按项目付费的方式预拨”,这导致表面来看新医保支付方式已经从前门引入,但实际上按项目付费还是从后门回来了。其实,这个现象在全国具有一定的普遍性,这也是全国范围内医保支付制度改革推动多年却无法取得实质进展的重要原因之一。在浙江省医共体试点县域,这个问题也几乎普遍存在。

调研过程中我们发现,在推进医保支付制度改革上的进展各试点县有很大的差异。尽管不少地方都开展了多种支付方式改革,但按项目付费无论是范围还

是金额上仍然占据主导地位。所谓的“打包付费”仍然是总额控制下的按项目支付,并没有触及支付制度改革的核心。按项目付费是过度医疗的诱因之一,如果医保支付依然是按项目付费为主,或者本质上是按项目付费的假多元化支付方式,那么必然促使医共体及其组成单位竭力提升各自的医疗服务业务量,以实现利益最大化。所有医疗机构仍然不得不继续参与到“抢病人”的恶性竞争之中,并将丧失积极性去约束与控制过度医疗,缺少促进民众健康的激励积极性,最终医共体难以形成真正的利益共同体。

(三) 总额预算的基数确定主要以增量预算为主

在调研中我们发现,各试点县总额预算基数的确定普遍遵循浙江省医改办的指导意见,即以上一年度的实际发生数或者前三年平均费用为基础,再乘以调整系数核定年度预算总额。调整系数一般包括人次人头比、次均费用等。这种基数确定方式的实质是增量预算,受原有实际发生费用的制约,不利于医保支付方式的未来发展。

具体而言,这一制度设计会导致经济学中所谓的“棘轮效应”(ratchet effects),即计划者、管理者或付费者将未来的目标基于现在或过去的绩效时,被管理一方就没有积极性提升当下的绩效。^[13]医疗机构出于对来年医保支付预算总额核定值下降的担心,不仅丧失了控制成本以获得结余留用的积极性,而且还倾向于每年都让申请核拨的医保支付总额超支,最终使得总额预算的控费目标落空。医共体管理者对这一制度设计的不满,在接受我们访谈时时常表露出来。有一些医共体试点县的医保管理部门意识到这一点,在其权限范围内尝试小修小补,即要么规定在可预见的未来,以2017年医保实际拨付费用作为未来三年内总额控制或总额预算的基数(如柯桥区),要么规定改用前三年最高核拨费用为基数(如普陀区)。这些细节性改革固然减弱了棘轮效应,但依然没有从根本上改变医保支付的激励结构。只有常山县明确提出了总额预算指标一年一签的原则,这接近于零基预算的操作。

零基预算是总额预算制中预算核定的最佳制度安排。零基预算的首要原则“以收定支”为一年一定,即以当年基本医疗保险筹资水平减去必要的基金结余量以及风险调整金,确立当年医保支付预算总额(俗称“总盘子”)。在县域之内,各医共体以及其他非医共体定点医疗机构的年度总额预算,经过医保机构与医疗机构的谈判协商加以核定。年度总额预算的核定必须充分考虑医疗服务能力和医疗服务水平的年度变化。唯有将医共体作为一个医保定点机构开展医保协议管理,对医共体内部组成单位不再另行单独定点并支付,医共体才能真正成为一个“利益共同体”。

(四) “超支分担、结余留用”的激励机制有待完善 在实践中,绝大多数医共体试点县域医保机构的

做法都深深地留有总额控制时期的烙印。即便出现了“总额预算”的提法,但其制度设计中包含了“超支合理分担、结余适当留用”的游戏规则。这种做法并非“总额预算”,而是总额控制,所产生的激励效应与真正的总额预算是完全不同的。

无论“合理分担”中的“合理”如何界定,只要医共体申请核拨的金额超过预算,那么医保经办机构为了确保没有过度医疗,只能继续进行按项目审核并结算,有些地方(如淳安)还聘请了第三方机构进驻医院开展医保审核业务,这一方面说明医保经办机构的业务重心依然是医保费用审核,这一点在“总额预算制”实施之后并没有改变;另一方面也暴露了所谓的“多元化支付”方式改革其根本仍然离不开按项目付费的实质。

同样,无论“适当留用”中的“适当”如何界定,在种种规则和程序的限制下,供方经过艰辛的成本控制而产生的结余,最后可能仅有微不足道的一部分增加为医务人员的收入,这使得医共体控制非人力成本的积极性大受打击。

此外,我们在调研中发现,无论是结余留用比例还是超支分担比例,各试点县域的设置规则大同小异,亦均没有给出比例如何确定的依据。比例确定通常是由医保管理部门根据上级有关精神单方面确定的,很少有地方会事先征询医疗机构的意见。换言之,医保机构与医疗机构之间的谈判协商机制并没有建立起来,社群机制并没有在医保支付改革的公共治理中发挥其应有的作用。

五、结语:医保支付改革的公共治理创新

医共体要形成一个利益共同体,关键在于医疗卫生资源是否能统一调配,其中对医保支付是否能进行统筹管理,是重中之重。医保支付在医共体收入中的占比逐年增大,医保支付制度改革的推进对于医共体内利益格局的改变,是关键中的关键。

在中国,医保支付方式的主干依然是按项目付费。尽管医保支付制度改革战略意义已经得到越来越多人的重视,而且中央政府自2011年以来每年都通过颁发文件的方式试图强力推进,但这一改革总体上进展迟缓。全国各地大多以零散的方式进行了混合型支付模式的试点,但缺乏规范性和制度化,对于供方激励结构的重构也收效甚微。基本上,在很多发达国家面向初级卫生保健(内含普通门诊)所采用的按人头付费,在中国迟迟无法落地,其根源在于门诊统筹尚未在中国的基本医疗保障体系中落实,这间接地阻碍了“健康守门人”和分级诊疗在中国医疗供给侧的发展。针对住院服务,在国际上得到普遍采用且形成经验的按疾病诊断组付费(DRG-based payment),在中国历经5-6年的医保付费改革进程中依然处于局部试点的阶段。^[13]

浙江省在县域医共体建设过程中,也把医保支付

制度改革作为配套措施之一加以强调,但实质性的进展是有限的,而这恰成为医共体建设顺利前行的一个制约因素。由于医保支付具有高度专业性,不同地方医保管理部门对新医保支付方式运行原理和操作方式,有着不同的理解。与此同时,在推进医保支付制度改革的进程中,普遍存在着神秘主义、精英主义和科学主义的行为取向,即把新医保支付方式(尤其是DRGs)的设计视为少数管理层和医界精英再加上研究团队经过科学计算的产物,在推进新医保支付方式时往往采用行政化的手段。实际上,作为一种市场行为,医保支付是医保机构与医疗机构就参保者医疗费用的费用订立契约的行为。在这一过程中,推动医保经办的去行政化改革,实现医保机构与医疗机构谈判协商的制度化,至关重要。^[14]由于新医保支付方式具有“打包付费”的特征,因此就支付方式的选择、支付标准的确定和服务品质的保障,需要供方的广泛参与,而参与的组织载体是医学学会和医院管理协会,这对于基本医疗保障体系治理的创新,是至关重要的。^[15]简言之,行政机制的积极作用在于创造条件,让市场机制运转起来,让社群机制运转起来,医保支付制度改革才能顺利前行。

大力推进医保支付制度改革的公共治理创新,让行政、市场和社群机制嵌入在一起,发挥互补协同作用,建构政府-市场-社会三方互动协同的新治理格局^[8],既是医保支付改革本身的内在要求,也是推动县域医共体建设的制度保障,而且在更大的范围,亦是中国新时代新医改的必由之路。^[16]

【参考文献】

- [1] 张平. 县域医共体建设的浙江承载[J]. 卫生经济研究, 2018(12).
- [2] 马伟杭, 俞新乐, 孙建伟, 孟强. 浙江省全面推进双下沉两提升工程以优化城乡医疗资源配置[J]. 中国医疗管理科学, 2017(1).
- [3] 杨敬. 浙江省公立医院综合改革的实践探索与思考[J]. 卫生经济研究, 2015(8).
- [4] Diana Guzys, Rhonda Brown, Elizabeth Halcomb, and Dean Whitehead. *An Introduction to Community and Primary Health Care*. 2nd Edition. New York: Cambridge University Press, 2017.
- [5] Julian Le Grand. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- [6] 顾昕. 建立新机制: 去行政化与县医院的改革[J]. 学海, 2012(1).
- [7] 顾昕. 走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革[J]. 经济社会体制比较, 2012(4).
- [8] 胡晓毅, 詹开明, 何文炯. 基本医疗保险治理机制

- 及其完善[J]. 学术研究, 2018 (1).
- [9] XinzhuLiu and Anne Mills. "Payment Mechanisms and Provider Behavior," in Preker, A. S., X. Liu, E. V. Velenyi, E. Baris. *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services*. Washington, D. C.: The World Bank, 2007.
- [10] David M. Cutler. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature*, 2002, 40 (3).
- [11] Rick Mayes and Robert A. Berenson. *Medicare Prospective Payment and the Shaping of U.S. Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2006.
- [12] Robert Dredge. "Hospital Global Budgeting", in John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty (eds.). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manuals*. Washington, D. C.: The World Bank, 2009.
- [13] Xavier Freixas, Roger Guesnerie, and Jean Tirole. Planning under Incomplete Information and the Ratchet Effect. *Review of Economic Studies*, 1985, 52 (2).
- [14] 杨燕绥, 胡乃军, 陈少威. 中国实施 DRGs 的困境和路径[J]. 中国医疗保险, 2013 (5).
- [15] 何文炯, 杨一心. 医疗保障治理与健康中国建设[J]. 公共管理学报, 2017 (2).
- [16] 郁建兴, 任泽涛. 当代中国社会建设中的协同治理[J]. 学术月刊, 2012 (8).
- [17] 顾昕. 新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同[J]. 武汉科技大学学报(社会科学版), 2018 (6).
- (责任编辑 周逸群)

Provider Payment Reforms and Implementation of "Enhancing Grassroots Strategy": Case Studies on County Health Service Communities in Zhejiang

Xu Yeyun Yu Jianxing

- [**Abstract**] Building County Health Service Communities is a new exploration in implementing the strategy of "enhancing grassroots" in new health reforms, so as to upgrade the service capacities of primary care system by integrating county-level hospitals and a variety of health service centers at the grassroots. Yet, solely relying upon the administrative forces, county health service communities cannot integrated into communities of common interests. Based on field works in 11 pilot counties in Zhejiang, we find that provider payment reforms cast significant impacts upon the success or failure of building county health service communities. Only when a series of provider payment reforms characteristic of "bounded charge" take place and bureaucratic, market, and community mechanisms function in synergistic way, can the appropriate incentive structure take in shape in county health service communities, and public governance innovation for primary care system be achieved.
- [**Keywords**] health service communities, provider payment reforms, primary care, public governance innovation, incentive structure
- [**Authors**] Xu Yeyun is MPA student at School of Public Affairs, Zhejiang University; Yu Jianxing is Professor at School of Public Affairs and Dean of Academy of Social Governance, Zhejiang University. Hangzhou 310058