



紧密型县域医共体医保打包支付对患者就诊流向的影响

吴宜欣¹, 李跃平²

1. 福建医科大学卫生管理学院, 2. 图书馆, 福建 福州 350122

摘要:为分析紧密型县域医共体医保打包支付对患者就诊流向的影响,选取福建省某国家试点医共体为研究对象,采用描述性分析和间断时间序列分析等方法研究该医共体实行医保打包支付前后患者就诊流向指标变化。结果显示,改革后门诊患者县域内就诊人次、县域就诊率上升,住院患者县域内住院人次占比下降趋势放缓;门诊患者基层就诊率下降,住院患者的基层住院人次及占比下降趋势放缓。医共体实行医保打包支付有助于引导患者回到县域内就诊,但尚未推动患者向基层分流。未来需进一步完善医保打包支付机制,提升医共体整体及基层服务能力,落实配套制度建设,引导患者合理就医。

关键词:县域医共体;医保打包支付;患者流向

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)02-144-006

doi:10.7655/NYDXBSS20230208

习近平总书记2021年在福建考察时强调,“十四五”期间要坚持人民至上、生命至上,继续深化医药卫生体制改革,增加医疗资源,优化区域城乡布局,做到大病不出省,一般病在市县解决,日常疾病在基层解决,为人民健康提供可靠保障。自2017年国务院提出在县域内组建医疗卫生共同体以来,我国县域医共体建设稳步推进^[1]。2019年5月,国家卫生健康委下发《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函[2019]121号)^[2],提出进一步促进紧密型医共体建设,强调深化医保支付方式改革,加强“三医”联动,完善医保总额付费等多种支付方式,探索实行医保按人头总额预算管理。当前,我国各地积极开展县域紧密型医共体医保支付方式改革,助力推进分级诊疗格局构建,并初见成效^[3-4]。本研究对福建省M县紧密型县域医共体实行医保打包支付改革前后的门诊、住院患者流向进行分析,为发挥医保支付方式的经济杠杆作用,促进形成合理就医秩序提供实践经验和对策建议。

一、资料和方法

(一)资料来源与指标选择

福建省M县紧密型县域医共体于2019年1月开始实行医共体医保打包支付。本研究相关政策文件及实施方案来源于福建省卫生健康委员会、福建省医疗保障局及M县总医院。定量数据来源于市医疗保险数据系统,按紧密型县域医共体建设监测指标计算口径提取目标医共体2018年1月—2021年9月的评价指标月度数据。

选取的县域间流向指标为:①县域内就诊人次,即参保人员县域内门急诊人次;②县域就诊率,即参保人员县域内门急诊人次/参保人员门急诊人次;③县域内住院人次,即参保人员县域内住院人次;④县域内住院人次占比,即参保人员县域内住院人次/参保人员住院人次。

选取的县域内流向指标为:①基层就诊人次,即参保人员县域内基层医疗机构门急诊人次;②基层就诊率,即参保人员县域内基层医疗机构门急诊人次/参保人员县域内门急诊人次;③基层住院

基金项目:福建省医改研究会委托课题“三明市公共卫生体系十年改革历程、成效与启示”(2022B030)

收稿日期:2023-02-07

作者简介:吴宜欣(1997—),女,福建南平人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策;李跃平(1974—),男,福建龙岩人,教授,博士生导师,研究方向为卫生政策,通信作者,fmulyp@163.com。

人次,即参保人员县域内基层医疗机构住院人次;
④基层住院人次占比,即参保人员县域内基层医疗机构住院人次/参保人员县域内住院人次。

(二)研究方法

1. 描述性分析

将各项定量指标的月度数据汇总为年度数据进行描述性分析,初步了解其基本变化情况。由于2021年数据收集截至9月,县域内就诊人次及住院人次、基层就诊人次及住院人次2021年的年度数据不完整,不具有可比性,这四项指标2021年数据不纳入描述性分析。

2. 间断时间序列分析(interrupted time series analysis, ITSA)

间断时间序列分析是一种准实验研究设计,通过收集干预实施前后多个时间点上测量的结果指标相关数据,比较结果指标在干预实施前后的水平变化和趋势变化,从而评估干预是否对结果指标产生影响^[5]。在进行间断时间序列分析之前,首先采用Cumby-Huizinga检验分析时间序列是否存在自相关,ADF检验分析时间序列是否平稳。若时间序列不存在自相关且平稳,采用OLS构建模型;其他情况则采用GLSE构建模型,用Prais-Winsten估计实现。具体的ITSA模型及变量说明如下:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times \text{time} + \beta_2 \times \text{intervention} + \beta_3 \times \text{posttime} + \varepsilon_t$$

Y_t 为因变量,通常可以是数或率; time 是时间计数变量, $\text{time}=0, 1, 2, \dots, n-1$,其中 n 为观察点的个数; intervention 为干预指示变量,干预前观察点取值为0,干预后观察点取值为1; posttime 为干预后时间计数变量,干预前的观察点 posttime 取值为0,干预后第一个观察点 posttime 取值为0,第二个观察点 posttime 取值为1,依此类推; β_0 是一个常数项,是干预前 Y 的初始水平; β_1 为干预前的斜率,表示干预前的变化趋势; β_2 为干预后的水平改变量; β_3 为干预后的斜率改变量; ε_t 为 t 时刻的残差,表示没有被回归模型解释的变异。

本研究以2019年1月作为政策干预节点,2018年1—12月为改革前阶段,2019年1月—2021年9月为改革后阶段,为消除春节影响去掉各年度的2月数据,前后共计41个观测点,将各项指标作为因变量纳入模型进行回归分析。采用Statis-

tic16.0进行数据统计分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)M县医共体实行医保打包支付总体概况

M县总面积1 503.83平方千米,位于福建省东部,下辖11个镇和5个乡。2021年常住人口25.9万人,地区生产总值389.78亿元。M县于2017年9月组建紧密型县域医共体,挂牌成立M县总医院,2019年开始实施医保支付方式改革。截至2021年末,医共体模式下共有公益性医疗卫生机构258家,其中县级医院4家、社区卫生服务中心1家、乡镇卫生院15家、村级卫生所238个。

M县紧密型县域医共体于2019年开始实施医保支付方式改革,按照“统一预算、总额预付、超支不补、结余留用”的原则,将县域内所有参保人员上年度就医产生的医保基金支出的50%加上本年度医保基金收入的50%作为总额,打包给医共体使用,按月预付,年终统一决算,基金超支由医共体承担,结余由医共体留用,留用的医保基金可纳入医院的医疗服务性收入,由总医院分配。打包支付总额由职工医保基金与城乡居民医保基金按照所占比例进行提取,但不超过本年度县域内医保统筹基金总收入。打包基金的支出范围包括县域内所有参保人员在县域内外就医产生的医保基金支出。医保经办部门对医共体执行医保服务协议及为参保人员提供医保医疗服务等情况进行年度考核,从医共体当年度打包支付总额中提取10%作为年度考核款,年度考核款发放与考核评价结果挂钩。

(二)患者就诊流向变化

1. 县域间就诊流向变化基本情况

从门诊上看,2018—2020年县域内就诊人次呈逐年上升趋势,从280 400人次上升至391 402人次;2018年—2021年9月县域就诊率总体呈上升趋势,从71.224%上升至71.473%。在住院方面,2018—2020年县域内住院人次数总体呈波动下降趋势,从23 141人次下降至20 895人次;2018—2021年9月县域内住院人次占比逐年下降,从60.634%下降至53.246%(表1)。

表1 县域间就诊流向变化基本变化情况

评价指标	2018年	2019年	2020年	2021年(1-9月)
门诊				
县域内就诊人次(人次)	280 400	334 187	391 402	348 243
县域就诊率(%)	71.224	68.631	71.425	71.473
住院				
县域内住院人次(人次)	23 141	25 296	20 895	16 314
县域内住院人次占比(%)	60.634	58.641	55.562	53.246

2. 县域内就诊流向变化基本情况

在门诊方面,2018—2020年M县医共体的基层就诊人次呈逐年上升趋势,从216 628人次上升至233 068人次;2018—2021年9月基层就诊率持续下

降,从77.257%下降至57.594%。在住院方面,2018—2020年基层住院人次呈逐年下降趋势,从637人次降至460人次;2018—2021年9月基层住院人次占比持续下降,从2.753%降至1.715%(表2)。

表2 县域内就诊流向基本变化情况

评价指标	2018年	2019年	2020年	2021年(1-9月)
门诊				
基层就诊人次(人次)	216 628	232 422	233 068	200 569
基层就诊率(%)	77.257	69.548	59.547	57.594
住院				
基层住院人次(人次)	637	591	460	281
基层住院人次占比(%)	2.753	2.336	2.201	1.715

3. 县域间就诊流向间断时间序列分析

县域间就诊流向间断时间序列分析的结果见表3。从门诊流向看,门诊的县域内就诊人次在医保打包支付改革前无显著变化,改革后水平增加2 989.155人次($\beta_2=2 989.155, P=0.013$),斜率显著上升,增加540.746人次/月($\beta_3=540.746, P=0.039$);门诊的县域就诊率在改革前平均每月下降0.843%

($\beta_1=-0.843, P<0.001$),改革后水平上升2.753%($\beta_2=2.753, P=0.004$),斜率增加了0.953%/月($\beta_3=0.953, P<0.001$)。从住院患者流向看,县域内住院人次在改革前后无显著变化;县域内住院人次占比在改革前每月下降1.243%($\beta_1=-1.243, P<0.001$),在改革后水平上升了7.964%($\beta_2=7.964, P<0.001$),斜率增加了0.965%/月($\beta_3=0.965, P<0.001$)。

表3 县域间就诊流向间断时间序列分析的结果

评价指标	基线趋势		水平改变量		趋势改变量		拟合 R^2
	β_1	P	β_2	P	β_3	P	
门诊							
县域内就诊人次	58.932	0.806	2 989.155	0.013	540.746	0.039	0.827
县域就诊率	-0.843	<0.001	2.753	0.004	0.953	<0.001	0.933
住院							
县域内住院人次	-17.763	0.361	293.683	0.056	3.242	0.870	0.523
县域内住院人次占比	-1.243	<0.001	7.964	<0.001	0.965	<0.001	0.748

4. 县域内就诊流向间断时间序列分析

县域内就诊流向间断时间序列分析的结果见表4。在门诊流向上,门诊患者的基层就诊人次在改革前后无显著变化;门诊的基层就诊率在改革前无显著变化,改革后水平下降5.465%($\beta_2=-5.465, P=0.001$),斜率下降0.574%/月($\beta_3=-0.574, P<0.001$)。在住院患者流向上,基层住院人次在改革

前平均每月下降5.118人次($\beta_1=-5.118, P<0.001$),改革后水平上升34.405人次($\beta_2=34.405, P=0.001$),斜率增加了4.084人次/月($\beta_3=4.084, P=0.002$);基层住院人次占比在改革前平均每月下降0.189%($\beta_1=-0.189, P<0.001$),改革后水平上升0.830%($\beta_2=0.830, P=0.013$),斜率增加了0.170%/月($\beta_3=0.170, P=0.001$)。

表4 县域内就诊流向间断时间序列分析的结果

评价指标	基线趋势		水平改变量		趋势改变量		拟合 R^2
	β_1	P	β_2	P	β_3	P	
门诊							
基层就诊人次	60.578	0.817	1 406.414	0.325	119.473	0.696	0.512
基层就诊率	-0.069	0.506	-5.465	0.001	-0.574	<0.001	0.897
住院							
基层住院人次	-5.118	<0.001	34.405	0.001	4.084	0.002	0.523
基层住院人次占比	-0.189	<0.001	0.830	0.013	0.170	0.001	0.590

三、讨论

(一)县域医共体实行医保打包支付有助于减少患者县域外就诊

“统一预算、总额预付”的机制设计将县域内参

保人员在本医共体外就诊产生的医保费用也包含进了打包预付给医共体的医保基金中,医保经办机构不再另外支付,而是从预付给医共体的基金中结算划给医共体外医疗机构。一方面,这对医共体而言意味着既得利益的流失;另一方面,医共体无法

控制县域外医疗机构的诊疗行为,也无法控制患者在县域外就诊时产生的医疗费用,给医共体基金节约造成困难,不利于医共体实现基金结余,甚至会带来超支风险。在经济利益的激励约束下,为了占有更多的基金份额,也为了加强对基金使用的控制,医共体会主动采取措施,通过提升自身服务能力和服务质量、加强居民健康管理、推进家庭医生签约等方式努力留住患者,引导患者回流,使县域内参保患者尽可能被本医共体收治^[6]。本研究表明, M 县医共体实施医保打包支付后,门诊和住院患者的县域间就诊流向都发生了积极的变化,这与当前的研究结果一致^[7-8]。门诊的县域内就诊人次和县域就诊率的增长趋势表明,实行医保打包支付后医共体有效地将门诊患者留在县域内就诊,并实现了门诊患者回流。改革后县域内住院人次占比显著上升,且下跌趋势得到了缓解,表明改革对减少县域内住院患者外流有一定积极影响。

此外,本研究中 M 县医共体改革后门诊县域就诊率的增量小于县域内住院人次占比,但门诊县域就诊率最终转为上升趋势而县域内住院人次占比仍呈下跌趋势,这是由于改革前县域内住院人次占比下跌趋势较门诊更为严峻。究其原因,可能是患者流向不仅取决于供方引导,还与患者的自我判断及就医选择有关^[9]。患者自评病情严重程度和对医疗资源的需求量会影响其就医选择,当患者认为病情较为严重时,出于对医疗资源和医疗服务能力的考量,更倾向于在上级医院就诊。普遍而言,住院患者的病情通常重于门诊患者,对医疗资源的需求也更大,因此住院患者较门诊患者更容易被县域外的上级医院吸引^[10]。这也提示 M 县医共体住院服务能力仍然不足,要重点提升疑难危急重症疾病的诊疗能力,满足住院患者就诊需求,以实现住院患者真正向县域内的回流。

(二)县域医共体实行医保打包支付对患者向基层分流的助力不足

分级诊疗旨在建立“基层首诊,双向转诊,急慢分治,上下联动”的医疗卫生服务体系,形成“健康进家庭、小病在基层、大病到医院、康复回基层”的就诊格局。患者在县域医共体内的无序就医会造成基层医疗资源闲置和县级医疗资源大材小用,本质上都是对医共体内医疗资源的浪费,增加了医共体非必需的医疗成本支出。“超支不补、结余留用”这一机制期望县域医共体在节约医疗成本支出这一目标的驱动下,为实现资源效用最大化而主动优化就医秩序。一方面根据患者疾病的轻重缓急将其分流至医共体内层级合适的医疗机构就诊,以相对较低的治疗成本为患者提供适宜的服

务,以实现分级诊疗的目标;另一方面,主动将医疗卫生服务关口前移,重视健康管理和家庭医生签约服务,变治病为防病,从根源上减少医疗成本支出。

分级诊疗不是一味地强调基层分流,而是应考量患者病情与医疗机构定位、能力,往合适的医疗机构分流。一般来说医共体应将门诊、康复和护理等服务分流至基层医疗机构,危急重症的住院诊疗等服务则主要由县级医疗机构承担。但 M 县整体医疗服务能力不足,基层医疗机构基础尤为薄弱,基层门诊和住院服务供给都尚未实现目标,远低于福建省平均水平,因此就现状而言, M 县医共体内的门诊和住院患者都还侧重于向基层分流,但随着分级诊疗建设的推进,要将重心逐步转为患者在医共体内各层级间的有序分流。

从本研究结果来看, M 县医共体医保打包支付实施后县域内就诊流向并没有实现预期中的正向变化,于亚敏^[11]的研究也发现医共体实施医保打包支付后县域内就诊秩序并未得到改善。改革后 M 县医共体没有实现门诊患者在县域内就诊流向的优化,这与相关研究结果一致^[12-13]。结合门诊患者在县域间流向的变化来看,提示基层就诊率下降是由于医保打包支付实施后门诊的县域内就诊人次增量集中在县级医院,基层服务量没有同步增加。从住院服务看,改革后基层住院人次和基层住院人次占比下跌趋势放缓,但整体上基层住院服务量仍然在减少,2021年住院患者的基层住院人次占比仅为1.715%。M 县医共体患者分流的效果与预期不符,一方面可能是由于该县域此前医疗资源建设投入集中在县医院,基层医疗机构底子薄弱。改革实施后,医共体采取行动引导患者分流到基层,但基层医疗机构本身的服务能力还无法满足患者的医疗服务需求,不能激发患者的下沉意愿。另一方面可能是 M 县医共体当前的利益分配机制导致县级医院下转患者动力缺乏^[14-15]。该医共体根据各单位服务量分配基金结余,同时对医务人员推行绩效分配“工分制”管理,这都与服务量有一定关联。此外,医共体内转诊机制的不完善,也制约了分流患者的路径^[16]。

比较本研究中门诊和住院患者基层分流结果发现, M 县医共体住院基层分流效果优于门诊,基层住院人次占比下跌趋势有所缓解。一方面可能是由于门诊患者的流动性强,门诊就诊时间短,医共体难以对门诊患者进行持续的引导和追踪患者就诊选择,而住院服务周期较长,便于医生与患者接触展开引导和准备转诊;另一方面住院患者的医疗费用通常高于门诊患者,下转后支出减少得也更多,受到的经济利益驱动大于门诊患者。

四、建 议

(一)坚持医保打包支付改革方向,进一步完善机制设计

首先要坚持医保打包支付这一医保支付方式改革方向,“统一预算、总额预付、超支不补、结余留用”的原则能有效激发医共体的内在动力,主动采取措施留住患者在医共体内就诊。但当前的医保打包支付机制设计较为粗放,仍需进一步完善,将县乡之间的竞争关系彻底转为协作关系,激发成员单位及其医务人员在纵横双向上的协作动力,有助于合理就诊格局的形成。

首先要扩大资金打包的范围。除了核定的医保统筹基金,要将公共卫生服务经费也纳入打包范围。这意味着将公共卫生服务也纳入打包服务中,进一步激励医共体服务重心由治病向防病转变,一方面有利于医共体内各成员单位明确各自在医疗服务、慢病管理、家庭医生服务等方面需承担的职责,分工协作;另一方面有助于从根源上实现医疗成本支出的控制。

其次要制定合理的结余分配方案。按一定比例将结余分成总院发展、员工薪酬、风险防范金三部分,保障医共体的平稳发展。用于员工薪酬的结余也要提前明确各成员单位的分配比例以及考核标准,只有完成相应的考核要求才能获得分配的份额,超支的资金也要由各成员单位按一定比例共同承担。完善医共体、医共体成员单位及医务人员的绩效考核制度,弱化服务量与绩效分配的关联,提高成员单位及医务人员在医疗服务质量和与其他成员单位协作等方面的考核比重。通过这一结余分配机制促进成员单位间的利益捆绑,强化医共体内单位成员间的协作意愿,激励医共体内各成员单位主动引导患者有序就诊。

(二)推动医共体内各级医疗机构错位发展,提升医共体整体服务能力

各级医疗机构要根据自身职能定位的不同,有重点地错位发展医疗服务能力,同时各医疗机构之间在服务功能上要相互衔接,以实现医共体整体服务能力的提升,进而推动患者在县域间和县域内的有序就诊。

在纵向上,县级医疗机构要侧重住院服务,加强危重症抢救、疑难疾病诊治和复杂手术开展的能力,除了更新医疗设备配置,还要强化人才队伍的建设,寻求大型医院结对帮扶,引进和培养高层次卫生技术人才。县级医疗机构的医疗服务能力提升是使患者回流县域内的重要引力,基层医疗机构则要提升常见病、多发病门诊诊治和疾病康复护理的服务能力。一方面通过让县级医院医务人员

下基层服务,在短期内快速地弥补基层能力缺口;另一方面要加大对基层的资源投入,实现基层服务能力长足发展。

在横向上,各医疗机构可以根据自身所长以及所在区域疾病谱重点发展专科,相邻的医疗机构错位发展,协作互补,扩大医共体的服务能力覆盖,使医共体形成健康服务网,能够承接县域内居民的健康需求。通过医共体服务能力的整体提升、各成员单位的错位发展,吸引患者回流县域内并在医共体内有序就诊。

(三)发挥健康管理团队及家庭医生的健康管理和引导患者的作用

在医保打包支付这一机制设计下,医共体为了获得结余会主动控制医疗费用支出,而减少医疗费用支出的关键在于提升居民的健康水平,这要求医共体服务从以“治病为中心”向以“健康为中心”转变^[16]。医共体要重视健康管理团队和家庭医生签约服务,一方面发挥健康管理团队和家庭医生“治未病”的作用,通过健康教育、定期健康随访等方式帮助居民保持健康、预防疾病;另一方面通过健康管理团队和家庭医生加强对慢性病、常见病的管理,延缓病程,早发现早治疗,以相对较低的资源消耗获得适宜的治疗。

同时,健康管理团队和家庭医生签约制度有助于引导患者有序就诊,助力分级诊疗。以乡镇(街道)为单位划分健康管理团队和家庭医生签约服务范围,有助于加强医共体对患者健康状况和就诊流向的掌握、管理,通过与患者的接触增加患者对基层医疗机构和基层医务人员的信任感,教育引导患者建立有序就医的观念;将家庭医生签约服务与医保报销挂钩,提高接受家庭医生团队服务(在基层首诊、经家庭医生团队转诊)患者的医疗费用报销比例,通过经济利益驱动引导患者在基层就诊。

(四)完善双向转诊机制,提高医疗服务连续性

建立有序的就医格局不仅是明确落实各级各类医疗机构的功能定位,更重要的是实现各级各类医疗机构在服务功能上的连续衔接。提高医共体内医疗服务连续性,关键在于完善医共体内的双向转诊制度,首先要制定明确的转诊标准和转诊流程方案,制定清晰的转诊疾病种类、分级目录,对符合要求的患者按规定流程转诊;其次,医共体内各级各类医疗机构间要实现患者信息共享,以提高医疗服务的连续性,既能更准确地为患者提供无缝衔接的治疗,又能减少资源浪费,提高工作效率。

参考文献

[1] 郁建兴,涂怡欣,吴超.探索整合型医疗卫生服务体系

- 的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020, 36(1): 5-15
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知[EB/OL]. [2023-01-08]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/08/content_5437020.htm
- [3] 李芬, 陆士辰, 顾淑玮, 等. 我国医共体医保制度改革进展及其影响分析[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(8): 30-33
- [4] 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
- [5] 于石成, 王琦琦, 毛凡, 等. 中断时间序列设计及其分析方法[J]. 中华预防医学杂志, 2019, 53(8): 858-864
- [6] 赵慧童, 代涛, 杨越涵. 天长市县域医共体新农合按人头总额预付制ROCCIPI分析[J]. 中国医院管理, 2018, 38(5): 42-44
- [7] 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): 108-111, 116
- [8] 刘双, 王芳, 田森森, 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
- [9] 张纯洁, 贾金忠, 杜鹃, 等. 整合医疗的动阻力分析: 基于北京市某区改革试点的研究[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(3): 185-190
- [10] 叶锋. 大型公立医院患者就医选择行为及影响因素研究: 以上海为例[D]. 上海: 中国人民解放军海军军医大学, 2015
- [11] 于亚敏. 县域医共体模式下新农合住院患者医疗费用研究——以安徽省天长市为例[D]. 北京: 北京协和医学院, 2018
- [12] 劳颖谦, 李继宏, 刘梦青, 等. 紧密型县域医共体对县乡医疗机构运行效率影响研究[J]. 中国医院, 2022, 26(12): 5-8
- [13] 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, 33(7): 493-496
- [14] 赵瑞娜. 县域医共体的政策效应和实施机制研究[D]. 北京: 中国社会科学院研究生院, 2021
- [15] 王清波, 高晓彤, 代涛, 等. 福建省尤溪县公立医院薪酬激励机制改革研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 32-37
- [16] 胡晓梅, 陈迎春, 胡锦梁, 等. 按人头总额预付下医共体内部纵向协同要素研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(5): 30-33

(本文编辑: 姜 鑫)

Effect of medical insurance package payment in compact county medical community on patient flows

WU Yixin¹, LI Yueping²

1. School of Health Management, 2. Library, Fujian Medical University, Fuzhou 350122, China

Abstract: This study analyzed medical insurance package payment in the county medical community on patient flows by selecting a national pilot county medical community in Fujian as a sample population through descriptive analysis and interrupted time series analysis to study changes in the patient flow before and after the implementation of medical insurance package payment. The results showed that the outpatients' treatment volume and visit rate of the county were increasing, the decreasing trend of inpatient visit rate of the county slowed down; the outpatients' visit rate of basic-level medical institutions decreased, and the inpatients' treatment volume and visit rate of basic-level medical institutions also slowed down. Implementing medical insurance package payment in the county medical community helps to guide patients back to the county, while not yet promoting the patient flow to basic level medical institutions. It is necessary to further improve the mechanism of medical insurance package payment, the overall service capacity of the medical community, basic level medical institutions and implement the construction of the supporting systems to guide patients towards proper healthcare.

Key words: county medical community; medical insurance package payment; patient flow