

基于 SFIC 协同治理模型的医保基金支付与服务的 路径——以重症医学医疗团队研究为例

齐天¹ 臧学峰² 李学伟¹

¹北京交通大学经济管理学院,北京 100044; ²首都医科大学附属北京世纪坛医院重症医学科,北京 100038
通信作者:李学伟, Email: xueweili@bjtu.edu.cn

【摘要】 目的 探讨政府医保管理部门、医院医保相关部门和医疗专科主诊团队群体在医保基金支付与服务协同治理体系中的实践价值和路径。方法 选择各级政府医保管理部门工作人员、各级医院医保管理相关部门工作人员和重症医学专科主诊团队医护人员群体作为问卷对象。按照 SFIC 协同治理模型的设计,结合目前医保支付与服务协同治理状况,研究设计了 6 个单元的操作化量表,最终形成了医保支付与服务协同治理模型验证调研问卷。问卷分别是调研对象的基本情况和根据医保支付与服务协同治理模型内部单元操作化后的测量题目,包括协同环境、初始条件、催化领导、制度设计、协同过程、协同治理效果 6 个变量 21 个题项,采用李克特 5 级评分量表的形式,设立 1~5 不同等级数值,通过各评分等级的设定量化医保支付与服务协同治理主体的主观感受,使问卷测量具有可行性。通过 SPSS 23.0 版对问卷数据整理汇总得到统计数据并进行处理,采用探索性因子分析方法运用 AMOS 26.0 版进行结构方程式指标验证筛选。**结果** ① 共发放问卷 316 份,回收 316 份问卷,有效问卷 308 份,有效率 97.47%。问卷调查中样本的基本情况和主题内容获得的数据均呈正态分布,能够较为真实地反映目前我国医保支付的基本情况。② 6 个变量下的 21 个题项的数据离散程度较低,偏度和峰度的绝对值均小于 2 和 7,满足单变量的正态分布;6 个变量的信度值 0.827~0.929,稳定性较高,比较变量间简单相关系数(KMO)=0.941>0.6,巴特利(Bartlett)的球形度检验 $P<0.001$,适合进行因子分析。③ 单因素方差分析显示不同主体在初始条件($F=6.758, P=0.001$)、催化领导($F=3.903, P=0.021$)方面存在显著的差异性。④ 协同环境、初始条件、催化领导和制度设计 4 个自变量均以中间变量协同过程为部分中介,对因变量协同治理效果产生正向影响。**结论** 以重症医学医疗团队研究为例的医保基金支付与服务协同治理已形成基于信息化时代源于多元主体责任的多层级结构的新秩序形态,建立医保基金支付与服务协同治理机制符合国家“十四五”期间推进医保治理现代化的总体要求,它的实现可以为我国公共管理变革提供一种新的研究视角和发展方向。

【关键词】 医保基金; 支付; 服务; 路径; 协同治理

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.019

Path in collaborative governance of medicare payment and service based on SFIC model: taking the department of critical care medicine as an example

Qi Tian¹, Zang Xuefeng², Li Xuewei¹

¹School of Economics and Management, Beijing Jiaotong University, Beijing 100044, China; ²Department of Critical Care Medicine, Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

Corresponding author: Li Xuewei, Email: xueweili@bjtu.edu.cn

【Abstract】 Objective To explore the practical value and pathways of government health insurance management departments, hospital health insurance-related departments and medical specialty primary care teams in the collaborative governance system of health insurance payment and services. **Methods** Staff at all levels in departments of governmental medical insurance management, hospital departments related to medical insurance management and medical staff of medical specialists attending teams in critical care medicine were selected as questionnaire subjects. According to the design of the SFIC collaborative governance model, combined with the current state of collaborative governance of medical insurance payment and services, the study designed a 6-unit operationalized scale, and finally a validation survey questionnaire of the collaborative governance model of medical insurance payment and services was formed. The questionnaires were the investigation and survey of the basic information of the research subjects and the used measurement questions were in accord with those after operationalized in the internal units of the health insurance payment and service collaborative governance model, including the collaborative environment, initial conditions, catalytic leadership, system design, collaborative process, and collaborative governance effect, all together 6 variables and 21 questions, and 5-grade Likert scale was applied for scoring to differentiate different levels from 1 to 5. Via the setup of the scoring grade, the subjects' subjective perception of the collaborative governance of health insurance payment and services was quantified to make the questionnaire measurement possessing feasibility. The questionnaire data were compiled and summarized by SPSS version 23.0 and Excel to obtain statistical data for processing, and the exploratory factor analysis method was used and AMOS version 26.0 was applied to carry out the validation and screen of structural

equation indicators. **Results** ① A total of 316 questionnaires were distributed, 316 questionnaires were returned back and 308 questionnaires were valid, the efficiency rate being 97.47%. The overall sample of the questionnaire contents presented normal distribution, which can really reflect the basic situation of current medical insurance payment and service in China. ② The data dispersion degree of 21 questions of 6 variables was relatively low, and their absolute values of skewness and kurtosis were less than 2 and 7, which satisfied the univariate normal distribution; the reliability values of 6 variables were 0.827–0.929, with high stability, the simple correlation coefficient (Kaiser-Meyer-Olkin, KMO) = 0.941 > 0.6 among the comparison variables and $P < 0.001$ of the Bartlett's sphericity test were suitable for factor analysis. ③ One-way analysis of variance showed that at the aspects of different subjects under initial condition ($F = 6.758, P = 0.001$) and catalytic leadership ($F = 3.903, P = 0.021$), there was significant difference. ④ The four independent variables including synergistic environment, initial conditions, catalytic leadership, and institutional design all could positively influence the effect of the dependent variable synergistic governance, due to the partial mediation of the intermediate variable synergistic process. **Conclusions** The collaborative governance of health insurance payment and service, as exemplified by the study of critical care medical team, has formed a new order based on the multi-layered structure of responsibilities and rights of multiple subjects in the information era. The above mentioned new collaborative governance system of health insurance payment and services meets the general requirements of modernization in the 14th 5-year plan to push forward the medical care management, and it can also provide a new research perspective and development direction for the reformation of public management in China.

【Key words】 Medical insurance fund; Payment; Service; Path; Collaborative governance
DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.019

国家投入医保基金是为了解决全民医疗,确保人民生命健康。国家要求至 2030 年医保治理现代化水平必须显著提升以实现“病有所医”的医保目标^[1],而治理的重点之一是医保基金支付与服务的治理。医保基金支付治理中依托的主体是各级医院医保管理相关部门和各种专业医疗主诊团队群体如何在“政府-医院-医疗团队”的三维主体框架下,以各级政府医保管理部门主体治理效力为主导,突出各级医院医保管理相关部门和各种专业医疗主诊团队群体的治理理念、行动及价值,构建起国家医保基金支付与服务的协同治理路径,是一个值得深入研究的问题。本文基于协同治理理论剖析了医保基金支付与服务协同治理机制,尝试构建其分析假设框架,以重症医学专业为研究案例,厘清医保基金支付与服务治理要素间相互协同的作用关系,认识医保基金支付与服务协同治理现状,为进一步提升医保基金支付与服务协同治理水平提供理论支撑。

1 医保基金支付与服务协同治理内涵和主体

1.1 医保基金支付与服务协同治理内涵的界定:构建医保基金支付与服务协同治理体系的目的就是要提高各级政府层面在不同区域的医保基金支付与服务相关部门和行业之间的协同达到治理目标^[2],使医保-医疗-医药联动机制在治理结构、制度设计与执行过程、资源融合方面协同发展^[3],最终建立共建共治共享的医保基金支付与服务治理格局^[4],其定义为各级政府医保管理部门及同级拨款单位作为委托主导主体、各级医院法人及医保管理相关部门和各种专业医疗主诊团队群体作为依托监督和执

行主体,在目标一致、地位平等的基础上相互协同、高效管理的过程,实现国家医保基金支付与服务的高效低耗、合法合规合理使用的治理目标。

1.2 医保基金支付与服务协同治理主体的界定:指从事医疗-医保基金管理、实施、监督、绩效评估等卫生活动进行宏观调控和监督指导的自然人、法人或国家。包括各级政府医保管理部门及同级拨款单位、各级医院法人及医保管理相关部门和各种专业医疗主诊团队群体 3 个层面的利益相关主体,协同治理要求利益相关主体在医保基金支付与服务协同治理中明确角色定位和责权责任界限,为高效协同地完成医保基金支付与服务治理任务提供组织合作框架和运行保障环境。

1.3 医保基金支付与服务协同治理主体的价值:协同治理主体的准确选择是取得实施协同治理效果的前提和后续行为的基础^[5]。而医保基金支付与服务协同治理主体是以多重多级委托代理关系形成了一个复杂的医保基金支付与服务协同治理体系。各级政府医保管理部门及同级拨款单位是各级政府医保政策制度和国家财政拨款的直接供给者,它们参与医保基金支付与服务治理的理由在于担负着国家医保资金基金使用相关的法律法规、医保基金管理政策和各种文件、科学研究方法的质量标准、内部控制管理标准监督并公布质量状况、普及医保基金管理知识和医护人员守信意识、传播国内外科技信息等职责;各种专业医疗主诊团队群体参与治理的理由在于担负着医保基金的具体使用和操作,其医疗工作的高质量、高效率完成和高效低耗使用医保

资金产生外溢效应会使国家医保资金占 GDP 总额合理,并直接获得经济和社会效益;而各级医院法人及医保管理相关部门是各级政府医保管理部门及卫生行政管理部门下设的一级医疗机构,是医保基金支付与服务治理责任的主要监管者和依托主体,担负着具体落实各级政府医保基金的管理政策与法律法规,并负责管理好本主体的医保基金使用和监督以及他们对医疗工作质量和效率的评价工作,他们参与治理的理由不仅在于能够准确地把握国家医保基金管理的需求及具体信息,还在于能够在一定程度上弥补医保基金支付与服务治理主体信息不对称的“政府失灵”现象,同时,有助于增加各级医院的知名度和社会地位,并推动各级医院医保资金使用效率和转化效益的实施,逐步提升医保基金支付与服务治理能力和治理水平,构建起政府宏观管理、医院具有一定的自主权力、管理部门职能清晰、各专业医疗团队积极参与的“协作共治”的医保基金支付与服务协同治理的新格局^[2]。

1.4 医保基金支付与服务资金协同治理模型的设计:医保基金支付与服务协同治理机制是指在医保基金支付与服务协同治理过程中,相关主体内部、主体之间以及与内外部环境之间相互作用,促使各治理要素进行有机整合和动态调整,确保整体协同效应的最大化。它是推动各级政府医保管理部门和各级医院法人及医保管理相关部门在国家医保管理工作方面持续发展和合作的重要源泉。本研究以协同治理理论为基础,从委托代理理论分析出发,探索性构建“三大主体参与、目标价值引领、治理结构有序、科学运行机制、制度政策保障”的医保基金支付与服务协同治理模型,参照 SFIC 模型^[6],从各级政府医保管理部门、各级医院医保管理相关部门、各专业医疗主诊团队 3 个层面入手,以协同环境、初始条件、促进领导、制度设计、协同过程、协同治理效果 6 个维度进行研究。

1.5 医保基金支付与服务协同治理要素指标诠释

1.5.1 协同环境:医保基金支付与服务协同治理环境包含政治、经济、文化、社会、法律、技术、信息等因素。它是协同治理可否启动的根基,并能影响协同治理中各主体间的关系及是否达成协同治理目标,可以改变协同治理体系内主体结构。虽然影响力强,但各主体并不是被动接受这些影响,而是可以通过自身的努力和战略行为施加反影响。在协同环境和协同过程间比较影响力,前者在强度和广度上

大于后者。故提出假设 H1a、H2a、H3a。

1.5.2 初始条件:在医保基金支付与服务协同治理中,三大主体间对于资金使用管理问题的认知偏差、主体自身资源的不平等、话语权差异等基础条件,都会影响医保基金支付与服务治理中的协同效果。充分的初始条件对协同治理模式的形成有着重要价值,包括工作人员投入、资产设备投入、资金技术投入,其好坏对推动三大主体之间的良好协同以及不断加强它们之间的信任程度,以实现医保基金支付与服务协同治理的终极目标有着重要意义。故提出假设 H1b、H2b、H3b。

1.5.3 促进领导:各级政府医保管理部门的有效引导和授权能提高各专业医疗主诊团队的主观能动性和参与效率。同时,各级医院医保管理相关部门的有效催化和宣传力度能为各专业医疗主诊团队参与提供良好的示范作用,更能促使三大主体的“责权利”协同。同时,各级政府医保管理部门作为主导主体,能确保与各级医院医保管理相关部门和各专业医疗主诊团队建立起思想共识,相互沟通,达成一致的治理目标。故提出假设 H1c、H2c、H3c。

1.5.4 制度设计:医保基金管理制度的创新发展在先才能完善其治理机制和治理效果,在国家医保治理体系现代化背景下,合理的制度设计能够为各级医院医保管理相关部门和各专业医疗主诊团队主体提供公平开放的参与医保基金支付与服务的环境,同时一定的激励相容政策能提高各种专业医疗主诊团队医护人员的能动性和联动性,保证三大主体协调链的坚固稳定。故提出假设 H1d、H2d、H3d。

1.5.5 协同过程:协同过程的初始点在于设立三大主体良好的沟通渠道,通过对参保患者诊疗进入使用医保基金的环节开始,如何通过良好的医疗道德水准、精湛的医疗技术水平、诊疗过程的安全质量、参保就医患者的满意度、三医联动的费用合理、成本核算及费用结算、资金监督及绩效考核环节等一系列活动过程来提高医保基金管理水平和使用效率,整合各专业医疗主诊团队的技术资源,从而取得阶段性成果,经过周而复始的反复循环达到协同治理目标;协同过程中需要加强横向小协同和纵向大协同。因此,协同过程从诊断治疗、成本核算、结算费用、审计监督、绩效评价 5 个方面来评价。

1.6 医保基金支付与服务协同治理模型指标体系构建(表 1):基于上述的治理要素分析,构建医保基金支付与服务协同治理模型指标体系。

表 1 医保基金支付与服务协同治理模型指标体系

变量	指标体系	各项指标内容
因变量	协同治理效果 (SYE)	医疗安全质量 (SYE ₁) 医保基金支付与服务效能 (SYE ₂) 医保治理水平 (SYE ₃) 医保和医疗内外组织及公众认可 (SYE ₄) 实现医保基金管理价值 (SYE ₅)
自变量	协同环境 (SE) 制度设计 (SD) 催化领导 (CL) 初始条件 (IC)	政策法律 (SE ₁) 信息共享 (SE ₂) 治理制度 (SD ₁) 治理规则 (SD ₂) 公开透明 (SD ₃) 思想共识 (CL ₁) 能力认同 (CL ₂) 职责共担 (CL ₃) 医护人员投入 (IC ₁) 资产设备投入 (IC ₂) 经费技术投入 (IC ₃)
中介变量	协同过程 (SP)	诊断治疗 (SP ₁) 成本核算 (SP ₂) 经费结算 (SP ₃) 审计监督 (SP ₄) 绩效评价 (SP ₅)

1.7 医保基金支付与服务协同治理模型指标问卷：通过阅读相关参考文献，在对 SFIC 协同治理模型理论框架内涵理解的基础上，结合现阶段医保基金支付与服务协同治理状况，设计了包含 27 个题项的《医保基金支付与服务协同治理模型验证调研问卷》。问卷共两部分：第一部分是调研的主体群个人的基本情况，主要是了解其性别、年龄、受教育程度、职称、参加工作年限以及所属主体。第二部分是根据医保基金支付与服务协同治理模型指标的 6 个变量 21 个题项，问卷采用李克特 5 级评分量表，设立 1~5 不同等级数值，通过各评分等级的设定能够量化医保基金支付与服务协同治理主体的主观感受，使问卷测量具有可行性，选择 BJ 市医保局和各区级医保办公室、BJ 市 22 家三级高校附属医院医保办公室、医务处、财务处、物质处、审计处工作人员群体及重症医学专业医疗主诊团队负责人及医护人员群体发放调研问卷 316 份，回收 316 份问卷，其中有效 308 份，有效率 97.47%。

1.8 医保基金支付与服务协同治理要素研究假设关系 (图 1)：将医保基金支付与服务协同治理效果作为因变量，协同环境、初始条件、催化领导、制度设计作为自变量，协同过程作为中介变量^[7]。

1.9 统计学处理：通过 SPSS 23.0 版对问卷数据整理汇总得到统计数据进行处理；采用皮尔逊积差相关分析方法进行相关系数分析；运用 AMOS 26.0 版软件进行结构方程模型路径分析，得出结构方程模型路径系数值和 C.R. 值；同时运行 Bootstrap 法进行中介检验。

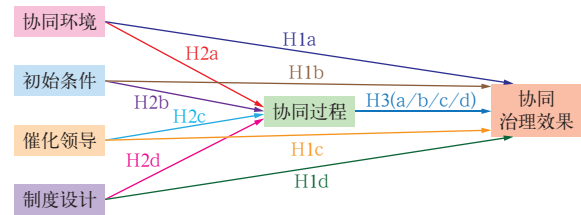


图 1 医保基金支付与服务协同治理要素研究假设关系图

2 结果

2.1 治理三大主体基本情况分析 (表 2)：① 男性：女性比例分别 51.6% 和 48.4%，性别比例平衡；② 年龄 30~40 岁占 39.3%，40~50 岁占 26.3%，50 岁以上占 13.6%，30 岁以下占 20.8%，总体年龄分布符合医保资金治理的三大主体现实情况；③ 受教育程度，博士及博士后占比分别占 33.4% 和 20.1%，硕士占 27.6%，本科占 18.8%，总体人员受教育水平较高，对调研问卷的理解力强，能够有效反映真实情况和表达真实感受，从而提高问卷的整体数据质量；④ 参加工作年限：20 年以下者占 65.9%；⑤ 职业：50 岁以上的多是重症医学专业医疗主诊团队负责人；⑥ 职称：高级职称占 53.5%，主要分布在上述团队；⑦ 所属主体：重症医学专业医疗主诊团队医护人员占 63.6%，各级政府医保管理部门工作人员占 15.3%，三级医院医保管理相关部门工作人员占 21.1%。表明问卷总体上样本分布较为合理，能够较为真实地反映目前我国医保基金管理的基本情况。

表 2 医保基金支付与服务协同治理模型调研问卷个人基本情况

变量	分类	频数	百分比
性别	男性	159	51.6
	女性	149	48.4
年龄	30 岁以下	64	20.8
	30~40 岁	121	39.3
	41~50 岁	81	26.3
	51 岁及以上	42	13.6
学历	大学本科	58	18.8
	硕士	85	27.6
	博士	103	33.4
	博士后	62	20.1
工作年限	10 年以下	126	40.9
	10 年~20 年	77	25.0
	21 年及以上	105	34.1
职业	各级政府医保管理部门人员	47	15.3
	三级医院医保管理相关人员	65	21.1
	重症医学专业医疗主诊团队人员	196	63.6
职称	住院医师及同级	59	19.2
	主治医师及同级	84	27.3
	副主任医师及同级	95	30.8
	主任医师及同级	70	22.7

2.2 描述性统计分析(表 3):均值最小为 2.90、最大为 3.64,标准差最大为 1.302、最小为 0.984,均与总分 5 分相差较大,数据离散程度较低,偏度和峰度的绝对值均小于 2 和 7,满足单变量的正态分布。

	最小值	最大值	均值	标准偏差	偏度	峰度
SE ₁	1	5	3.34	1.185	-0.300	-0.822
SE ₂	1	5	3.47	1.154	-0.612	-0.433
IC ₁	1	5	3.47	1.072	-0.531	-0.282
IC ₂	1	5	3.44	1.070	-0.472	-0.401
IC ₃	1	5	3.49	1.114	-0.345	-0.637
CL ₁	1	5	3.64	1.123	-0.505	-0.476
CL ₂	1	5	3.46	1.154	-0.353	-0.862
CL ₃	1	5	3.51	1.207	-0.555	-0.592
SD ₁	1	5	3.15	1.132	-0.242	-0.641
SD ₂	1	5	3.21	1.138	-0.375	-0.533
SD ₃	1	5	3.20	1.098	-0.175	-0.590
SP ₁	1	5	3.23	0.984	-0.359	-0.218
SP ₂	1	5	3.29	1.051	-0.515	-0.202
SP ₃	1	5	3.33	1.055	-0.369	-0.200
SP ₄	1	5	3.32	1.140	-0.496	-0.459
SP ₅	1	5	3.34	1.082	-0.416	-0.265
SYE ₁	1	5	3.30	1.016	-0.483	-0.125
SYE ₂	1	5	3.19	1.270	-0.156	-1.121
SYE ₃	1	5	3.23	1.302	-0.277	-1.054
SYE ₄	1	5	3.04	1.277	-0.032	-1.131
SYE ₅	1	5	3.17	1.290	-0.147	-1.105

2.2.1 信度检验(表 4):6 个变量信度值 0.827 ~ 0.929,结果稳定性较高,具有一定的可信度。

变量	题目数	信度	变量	题目数	信度
协同环境	2	0.871	制度设计	3	0.893
初始条件	3	0.830	协同过程	5	0.929
催化领导	3	0.827	协同治理效果	5	0.847

2.2.2 效度检验:因子分析结果可知,比较变量间简单相关系数(Kaiser-Meyer-Olkin, KMO)=0.941 > 0.6,而且巴特利(Bartlett)的球形度检验结果显示,近似卡方 5487.985,自由度 465, P < 0.001,该量表适合进行因子分析。

2.3 医保基金支付与服务治理要素的相关分析(表 5):协同环境、初始条件、催化领导、制度设计、协同过程与协同治理效果存在显著的正相关关系,且 6 个变量两两之间也存在显著的正相关关系,可初步判定协同环境、初始条件、催化领导、制度设计 4 个变量对中间变量协同过程、因变量协同治理效果有正向影响。

变量	协同环境	初始条件	催化领导	制度设计	协同过程	协同治理效果
协同环境	1					
初始条件	0.412 ^a	1				
催化领导	0.356 ^a	0.368 ^a	1			
制度设计	0.336 ^a	0.365 ^a	0.399 ^a	1		
协同过程	0.473 ^a	0.475 ^a	0.433 ^a	0.491 ^a	1	
协同治理效果	0.527 ^a	0.530 ^a	0.535 ^a	0.501 ^a	0.624 ^a	1

注: a 表示显著性水平(双尾检验),^aP < 0.01

2.4 医保资金协同治理要素路径分析(表 6):协同环境、初始条件、催化领导、制度设计对协同过程和协同治理效果均有显著的正向影响,故假设成立。

回归路径	β 值	b	SE	Z 值	P 值
协同过程 <--- 协同环境	0.228	0.230	0.064	3.605	<0.001
协同过程 <--- 初始条件	0.234	0.222	0.062	3.562	<0.001
协同过程 <--- 催化领导	0.168	0.164	0.062	2.621	0.009
协同过程 <--- 制度设计	0.270	0.255	0.058	4.432	<0.001
协同治理效果 <--- 协同过程	0.282	0.310	0.071	4.393	<0.001
协同治理效果 <--- 协同环境	0.203	0.225	0.066	3.428	<0.001
协同治理效果 <--- 初始条件	0.202	0.211	0.064	3.269	0.001
协同治理效果 <--- 催化领导	0.258	0.276	0.065	4.230	<0.001
协同治理效果 <--- 制度设计	0.145	0.151	0.059	2.560	0.010

注: β 为标准化系数, b 为非标准化系数, SE 为标准误

2.5 中介效应检验(表 7):协同环境、起始条件、催化领导、制度设计→协同过程→协同治理效果中介路径上下区间不包含 0, P 值小于显著水平 0.001 ~ 0.01,假设成立,中介效应成立;均为部分中介。

回归路径	效应量	SE	95%CI	P 值
协同环境→协同过程→协同治理效果	0.071	0.030	0.030 ~ 0.133	0.000
起始条件→协同过程→协同治理效果	0.069	0.028	0.026 ~ 0.134	0.001
催化领导→协同过程→协同治理效果	0.051	0.024	0.012 ~ 0.110	0.008
制度设计→协同过程→协同治理效果	0.079	0.028	0.036 ~ 0.146	0.000

注: SE 为标准误, 95%CI 为 95% 可信区间

2.6 不同主体差异性分析(表 8):不同主体在协同环境(F=2.120, P=0.122)、制度设计(F=1.992, P=0.138)、协同过程(F=2.790, P=0.063)间不存在差异性;不同主体在初始条件(F=6.758, P=0.001)、催化领导(F=3.903, P=0.021)存在显著的差异性,说明三大利益相关主体的“责权利”不同,在进行协同治理过程前的初始条件和催化领导上必然存在差异,进一步验证了医保基金支付与服务协同治理的必要性和紧迫性。

表 8 不同主体的差异性分析结果

变量	主体($\bar{x} \pm s$)			F 值	P 值
	各级政府医保管理部门工作人员	三级医院医保管理相关部门工作人员	各种专业医疗主诊团队医护人员		
协同环境	3.160±0.963	3.510±0.869	3.410±0.898	2.120	0.122
初始条件	3.090±0.982	3.730±0.850	3.470±0.929	6.758	0.001
催化领导	3.200±1.022	3.530±0.927	3.630±0.911	3.903	0.021
制度设计	2.940±0.929	3.290±0.900	3.130±0.933	1.992	0.138
协同过程	3.060±0.924	3.450±0.819	3.310±0.878	2.790	0.063

3 讨论

本研究通过选择重症医学专业对医保基金支付与服务协同治理模型治理要素的验证,发现可以对其协同治理过程中出现的失范、失责行为进行纠偏达到有效的监督^[8],确保其协同治理过程按照既定轨道运行,及时化解不良后果使协同治理中存在的问题得到有效解决。最终实现医保基金支付与服务协同治理效果,即取得重症患者满意的医疗质量与安全,提高医保基金支付与服务效能和治理水平,取得医保和医疗内外部组织或公众的认可,实现医保基金管理价值。按上述结果提出以下协同治理机制来实现医保基金支付与服务协同治理路径。

3.1 治理主体合作机制: 医保基金是由各级政府财政拨款和社会筹资开展的民生项目,如何管理好医保基金支付与服务是医保管理的核心问题^[9]。因此,必须通过科学化设定主体协同目标,完善实施医保基金管理制度,加强医保和医疗组织与制度的建设来科学地协同医保政策规定目标;通过加强参与医保基金支付与服务治理的主体思想诚信教育,强化多元合作主体价值协同,强化合作主体平等沟通信任来促进治理主体协同思想共识。各级政府医保管理部门在制定每年的医保基金预算计划时,采用制度性信息传递方法实时准确地公布相关信息,让医院主体全面把握医保政策研究动向和医保基金使用情况。医疗团队主体要主动意识到自身的主体地位,并以积极、平等的姿态参与到医保基金支付与服务协同治理中,利用医院内信息化平台和各级政府医保基金支付信息平台链接,及时动态关注每个参保就医患者在每年每次就诊不同疾病的医疗花费信息、发表个人对医保政策在具体医疗过程中的建议、参与重大疾病医保基金使用合理性的技术讨论,参与新医保制度下各疾病诊断相关组(Diagnosis Related Group, DRG)分类及权重以及具体疾病的诊治技术标准制定,增加参与协同治理的话语权和监督权。各级政府医保管理部门和各级医院医保管理

相关部门应当高度重视各种专业医疗主诊团队的言论与诊疗信息、数据、资料的收集整理,及时予以反馈和应对;按病种付费等支付方式的合理完成需要各种专业医疗主诊团队积极参与,更需要与医院医保管理相关部门之间良性互动,这样有助于医院医保管理相关部门对各种专业医疗主诊团队医疗实践活动实施有效的监督。医院财务和审计部门可通过事前、事中、事后监督帮助各种专业医疗主诊团队和医保管理相关部门把好医保基金使用关口,就医保基金支付与服务相关问题的解决进度、结果等进行了解并反馈,明确医保基金支付与服务协同治理过程中存在的一些具体问题与困难。由于医保基金管理有着其自身规律的特殊复杂性,因此很难制定绝对完善的法律法规保障制度。因此,可能会影响到各个主体因各自利益的因素而使协同治理难度增加。故应建立动态核算和成本精细化的治理模式来评估使用效率以推进医保基金支付与服务的全程协同治理,通过建立协同审计监查方式,强化诊疗主体责任意识、协同监督问责约束机制以实施医保基金支付的全方位监督;通过明确三大主体规章制度,提升主体协同治理能力,规范建立治理评价体系,组建“政府-医院-医疗主诊团队”三级协同治理体系并推动其发展。

3.2 治理过程运行机制: 多元主体之间通过相互合作、资源整合、沟通交流、信息反馈等作用产生协同治理所期望的序参量,并对其进行管理控制,进而由序参量主导的医保基金支付与服务协同治理过程能够平稳有序的完成,并实现协同治理预期目标。过程运行机制就是各级政府医保管理部门主体及各级医院医保管理相关部门主体、各种专业医疗主诊团队主体在不同的就诊参保患者医保基金管理阶段根据收集到的管理信息,制定相应的对策和实施方案,落实相应的部门、人员,整合配置相应的资源,包括医疗场所、医用设备、专业人员、所需的技术、医保基金支付政策等,它是以一个动态的过程来实现医保基金支付与服务治理中主体-资源-过程协同,通过建立科学合理的医保基金财务管理制度,强化医疗协议管理,从纵、横向的变化与差异对医保基金筹资、结余、支付流向、就医总人次、住院就医流向等细节方面进行内部控制,建立跨部门、跨区域、跨层级的医保基金支付与服务协同治理机制的联动和连贯性,用以全程展现协同治理,从开始制定医保基金支付与服务治理目标,到贯彻执行现有的医保

基金管理办法、发现目前医保基金管理的问题,建立三大主体群的信任沟通和价值理念的协同,通过治理要素有机整合、支配、约束、监督直至最终达成协同治理效果,并在三大主体间相互反馈,在它们的共同作用下最终确保医保基金支付与服务协同治理效应实现。为持续深化医保资金支付改革,各级政府医保管理部门在现有的实施 DRG 付费为主的多元复合支付方式下,通过动态调整医保药品目录,建立医用耗材医保准入制度,提升医疗服务项目管理水平,引导并规范医疗服务行为,促进基层医疗服务有效利用,宣传引导参保患者有序就医,让各级医疗群体有动力合理诊疗,提高医保基金使用效能,并发挥三大主体齐抓共管的强效监管和绩效评价功能^[10],以促进医保与医疗服务体系的良性互动。着眼于让人民群众享有高质量、有效率、能负担的医药服务,构筑坚实的医保基金支付与医疗业务服务大融合的协同治理支撑体系(见图 2)^[11]。推动医保高质量的可持续发展。

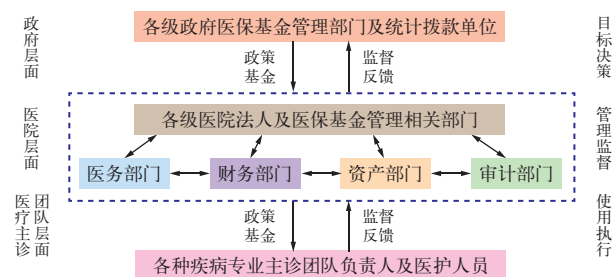


图 2 医保 - 医疗大融合的协同治理服务支撑体系

3.3 治理效应保障机制：它是过程治理运行机制得以实现的重要保障,贯穿于整个医保基金支付与服务协同治理过程之中,它包含政策、信息、守信、奖惩、薪酬、疗效、安全等一系列保障机制。各级政府和医院医保管理部门通过建立医保信息平台主动公开有关 DRG 的付费标准等相关信息,为每种专业医疗主诊团队参与医保资金治理中主体协同提供重要的方式和路径;同时,积极推进每种专业医疗主诊团队对自己的医疗“言论和守信”管理和对医疗安全质量公开承诺^[12],开辟更加多元化的保障供给机制,维护每种专业医疗主诊团队获取医保信息的相关权利和合理薪酬。利用各级政府医保信息平台网站对每种专业医疗主诊团队开展宣传咨询、教育培训工作,提升他们的合法合规意识。并逐步引入了第三方的社会监督力量协同监管医疗花费,不断提升对每个病种 DRG 付费标准的合理性及保障能

力。各专业医疗主诊团队应建立健全医疗质量保障体系,提供高于国家标准更优质的医疗护理技术和服 务,促使各专业医疗主诊团队的整体医疗能力达到国内先进水平,从而确保医保基金支付与服务治理中三大主体协同策略及思想目标的实现。三大主体群间的“信息壁垒”是医保基金支付与服务协同治理的关键所在,通过医护人员诊疗服务理念创新,强化医保基金管理人员培训,转变医院财务人员管理职能,统一医保业务和技术标准来形成医保和医疗之间双向业财融合的新模式^[13];通过实现医保费用报销的电子化、健全医保全国联网统一体制、医保政务服务窗口全天候等措施来提供优质服务;形成医保支付与临床医疗服务的自反馈的一体化系统,加强对医疗保障基础信息数据、结算数据、定点医药机构管理数据的采集、存储、清洗、使用,完善校正支付制度过程细节设计的协同共享机制。

综上所述,建立医保基金支付与服务协同治理机制符合国家“十四五”期间推进医保治理现代化的总体要求,它的实现可以为我国公共管理变革提供一种新的研究视角和发展方向。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 李珍,刘小青,王超群.关于“十四五”期间推进医疗保障治理现代化的思考[J].中国医疗保险,2020(11):11-15. DOI: 10.19546/j.issn.1674-3830.2020.11.004.

[2] 翟绍果.“三医”联动的逻辑、机制与路径[J].探索,2017(5):78-83. DOI: 10.16501/j.cnki.50-1019/d.2017.05.011.

[3] 方洁.我国医疗服务价格与医保支付方式改革政策协同性研究[J].现代医院,2019,19(3):313-316. DOI: 10.3969/j.issn.1671-332X.2019.03.001.

[4] 胡静林.坚持规划引领 加强统筹推进 汇聚奋进合力 开启“十四五”医疗保障高质量发展新征程[J].人民论坛,2021(33):6-11.

[5] Bryson JM, Crosby BC, Seo D. Using a design approach to create collaborative governance[J]. Policy Politics, 2019, 48(1): 167-189. DOI: 10.1332/030557319X15613696433190.

[6] Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice[J]. J Public Adm Res Theory, 2007, 18: 543-571. DOI: 10.1093/jopart/mum032.

[7] 吴明隆.结构方程模型:AMOS的操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2010.

[8] Price JM, Silberman J, Nixon K, et al. Collaborative scenario modeling reveals potential advantages of blending strategies to achieve conservation goals in a working forest landscape[J]. Lands Ecol, 2016, 31(5): 1093-1115. DOI: 10.1007/s10980-015-0321-2.

[9] 张森琳,杨燕绥.DRG支付方式改革对医院管理的影响分析[J].中国医药科学,2020,10(17):189-192. DOI: 10.3969/j.issn.2095-0616.2020.17.051.

[10] Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, et al. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital: an longitudinal interview study[J]. BMC Health Serv Res, 2017, 17(1): 169. DOI: 10.1186/s12913-017-2104-8.

[11] 许光建,乔羽莹.我国医疗服务价格调整与医保支付方式改革的联动机制研究[J].中国卫生政策研究,2021,14(5):8-14. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2021.05.002.

[12] 赵士兵,邹琪,张超,等.重症医学科质量控制核查表的设计及应用研究[J].中华危重病急救医学,2021,33(4):466-471. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20210207-00225.

[13] 翟绍果,陈兴怡.医保待遇调整与支付改革协同治理研究[J].北京航空航天大学学报(社会科学版),2021,34(1):69-75. DOI: 10.13766/j.bhsk.1008-2204.2020.0517.

(收稿日期:2022-01-12)