促进医保、医疗、医药协同发展和治理

刘远立

[摘　要] 围绕党的二十大报告提出的促进医保、医疗、医药协同发展和治理这一重要任务，重点分析医保积极助力医疗医药高质量发展的必要性和实践中存在的问题，并提出相应的对策建议。单纯强调医疗医药费用控制，就会影响人民群众日益增长的优医优药需求的满足，限制医药卫生这个关乎民生福祉、国家安全、宏观经济增长的重要行业的创新发展，不利于调动广大医务工作者的积极性。已经成为我国最大的医疗保健服务购买者的社会医疗保险（医保）可以通过实施战略性购买、探索按绩效付费等措施，更加有效地促进我国医疗服务朝着优质高效的方向发展。

[关键词] 医保医疗医药协同；高质量发展；战略性购买；按绩效付费
[中图分类号] D63　　[文献标识码] A　　[文章编号] 1674-7453（2023）03-0004-10

抗疫三年，我国医药卫生服务系统始终战斗在第一线，涌现出一大批可歌可泣的英雄模范事迹；医药卫生保障系统密切配合，为解决人民群众就医用药过程中的急难愁盼问题作出了不可或缺的重要贡献。在全国疫情防控形势总体向好，平稳进入“乙类乙管”常态化防控阶段，如何有效落实“健康优先发展”战略？如何让抗疫过程中产生的医保医疗医药协同作战、相向而行的实践经验更加成熟定型？如何让医保更好地助力医药高质量发展、从而为全面推进健康中国建设作出更大贡献？要回答好这些时代之问，就必须从提高认识入手。

习近平总书记在党的二十大报告中提出：“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。[1]从卫生体系学的角度看，整个医疗卫生体系中的四个功能子系统相辅相成：资源供应系统，服务提供系统，财务保障系统，规制监管系统。它就像一个人体：用两手提供服务（一手抓预防，一手抓治疗），靠两条腿走路（物质与人力资源的供应，可持续的

[作者简介] 刘远立，国务院参事，北京协和医学院卫生健康管理政策学院执行院长、教授、博士生导师。

财务保障），受一个大脑指挥（有效的规制与监管）（如图 1 所示）。

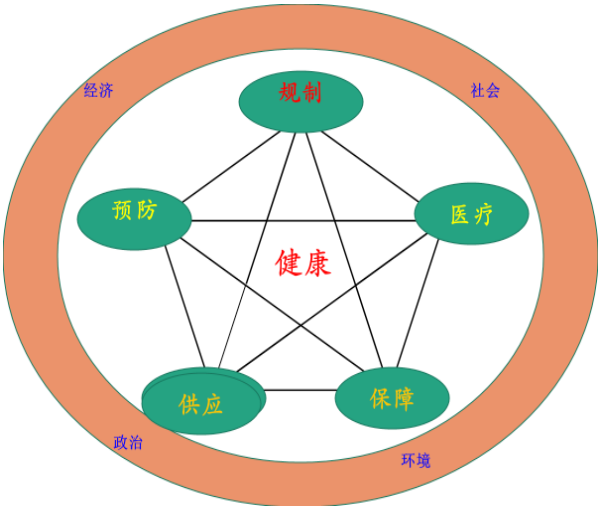


图1 医药卫生体系的组织架构

显然，整个医药卫生体系的高效运转，离不开四个功能子系统的完善以及相互间的良性互动；因此，所有的医药卫生体制改革不外乎通过改变四个功能子系统的互动方式来改良整个体系的运行绩效。医保、医疗、医药协同发展和治理（“三医联动”）涉及三个功能子系统之间的互动（筹资支付、服务提供、资源供应），其中医药卫生服务和医药卫生保障是整个医药卫生体系的两个核心功能子系统，前者负责向有需要的人群和个体采取其所需要的各种类型的健康干预措施（公共卫生、基本诊疗、专科、康复等）、提供各个层次的服务（基层社区卫生、三级综合医院、专科医院及国家区域医疗中心等），这个系统所具有的能力、动力、压力之大小，决定了其在多大程度上能够实现优质高效、患者满意的核心目标；后者负责通过有组织的筹资（包括政府财政投入、社会医疗保险、商业健康保险等渠道）、福利包的设计（覆盖哪些人、覆盖哪些服务项目、覆盖到什么程度）和支付方式（支付单元和定价）的确定，从而决定医药卫生服务提供过程中所产生的费用在多大程度上能够实现成本的合理补偿、财务风险是如何在保方和供方之间分摊的、经济激励和约束机制又是如何促使供方的行为改变以人民的健康福祉为导向的。而医药的生产和流通属于资源供应系统，俗话说，“兵马未到，粮草先行”，由于医药供应的数量和质量受到医保的直接影响（通过纳入、定价、支付等环节）以及间接影响（通过服务提供方的处方行为改变），因此医保对于医疗、医药来说，起着“牵一发而动全身”的作用。

一、医保、医疗、医药协同发展和治理的必要性

我国医药卫生服务体系主要包括公共卫生服务体系和医疗服务体系。公共卫生服务体系由疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等部分组成（“八位一体”）。如图 2 所示，在我国县级以上政府辖区内，大都分别设立了承担这八项功能的八类专业机构，其运营经费主要来源于政府经常性和专项拨款以及业务收入。其中，妇幼保健和精神卫生工作由防治融合的专业医疗卫生机构（妇幼保健院、精神卫生中心 / 精神病院）来提供，也就是说，针对妇幼这个特殊群体和在精神健康这个特殊领域，政府将相应的公共卫生工作委托给了以临床医疗为主的专业机构来承担。[2]

医疗服务体系包括初级卫生保健系统（城市社区卫生服务中心、农村乡镇卫生院、基层诊所等）和医院系统（三级综合医院和专科医院）。近些年来，在传统的、政府举办的基层卫生机构数量趋于饱和的同时，我国以提供便捷、个性化基本医疗保健服务为特征的门诊部、诊所（医务室）的数量增加很快，特别是诊所（医务室）的数量从 2015 年的 19.5 万个增加到 2021 年的 27.1 万个。尽管医院的床位数以及民营医院床位数占比在增加，但我国医院系统仍然是以公立医院为主导，2021 年我国医院床位总数为 741.4 万张，公立医院床

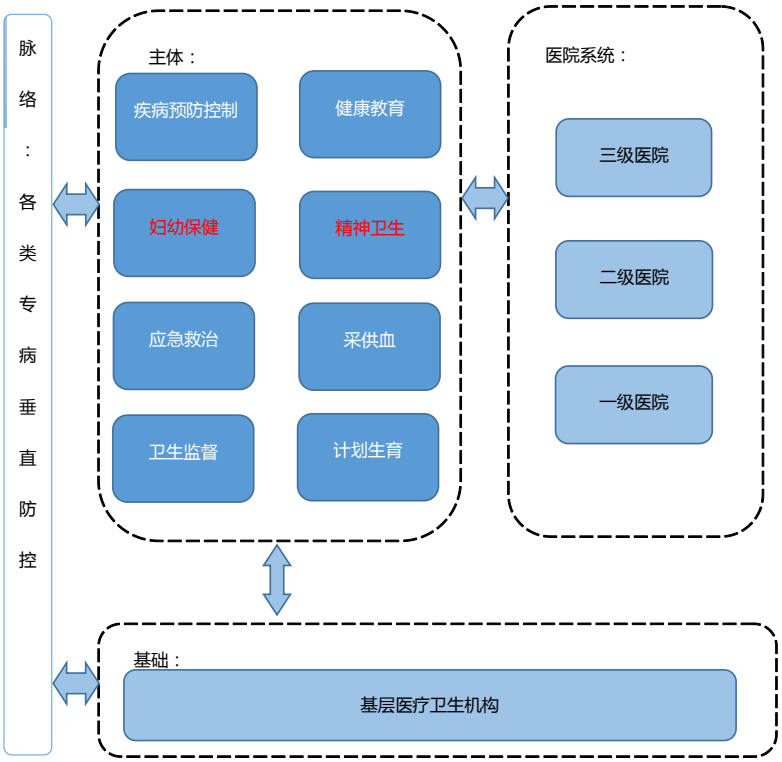


图2 我国公共卫生服务体系的构成

位占比 70.2%。2021 年我国拥有 1398 万名卫生人员，其中包括约 400 万名执业医师（助理医师）和 500 万名注册护士。[3]

我国的医药卫生保障体系主要由政府财政资助、社会医疗保险（含城镇职工、城镇居民医疗保险）、商业补充保险等部分组成（见图 3）。2021 年，我国卫生总费用约为 7.6 万亿元，其中政府卫生支出占比 27.4%，社会卫生支出占比 44.9%，比 10 年前的 36% 增加了近 9 个百分点；社会卫生支出中，社会医疗保险（基本医保）占比 69.2%。2020 年商业医疗保险保费收入达 8172.71 亿元，是 2015 年保费收入的 3.39 倍。商保占社会卫生支出的比重从 2015 年的 14.6% 增至 2020 年的 27%，反映出商业医疗保险在满足社会多层次、个性化的优质医疗保健需求方面有强劲的发展潜力。[4]

那么，医保、医疗、医药为何必须协同发展和治理呢？

（一）全球大趋势：大健康事业和产业的价值以及社保的作用随着经济社会的发展而不断提高

1. 健康经济占国民经济的比重不断提高。健康长寿是人类的永恒追求，习近平总书记强调："健康是幸福生活最重要的指标，健康是 1，其他是后面的 0。没有 1，再多的 0 也没有意义。"[5] 全球发展的趋势表明，随着经济水平的不断提高，个人和社会对健康相关领域的投入逐步加大，不仅反映出人们对国民健康关乎人民幸福、国家安全的重要性认识加深，同时也体现了健康经济对于宏观经济可持续发展的贡献越来越大，特别是通过健康产业就业岗位的提供以及具有健康素养的劳动力的造就。举例而言，从 1970 年到 2010 年，OECD 国家人均 GDP 增加了一倍（从 15000 欧元增加到 30000 欧元），而这 40 年间其卫生总费用占 GDP 比重的平均数也

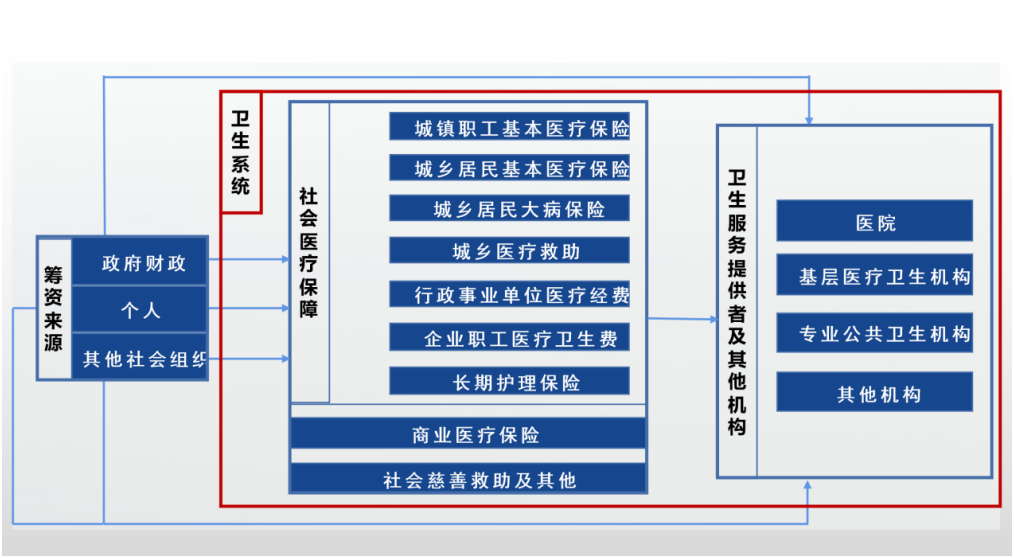


图3 我国医疗保障体系结构

刚好翻了一番（从5%左右增加到10%左右）。[6]同样，我国卫生总费用在1980年为143亿元（占GDP比重为3.12%），而到了2021年，我国卫生总费用达到75593亿元（GDP占比6.5%）。不少人看到这个数字的变化，就片面地认为我国卫生费用“增长过快”，解决“看病贵”的问题就意味着要严格控制卫生费用。其实，卫生费用的增长有其不合理的部分，也有合理的部分，需要区分开来。

作为一个以“救死扶伤”为己任、与人的生命健康息息相关的医药卫生行业，它既是公益性很强的一个特殊服务行业，同时也是一个新兴的朝阳产业。2019年国家统计局首次发布健康产业分类，将健康产业范围确定为医疗卫生服务、健康保障与金融服务、医药制造、健康用品等13个大类，覆盖面广，产业链长。我国健康产业的蓬勃发展，对于人群健康和公共安全水平的提高、人民日益增长的保健需求的满足有着重要的支撑作用；健康产业作为一个新的经济增长点，可以带动我国经济“双循环”新发展格局的实现，并通过提供大量的就业岗位，有利于促进社会和谐稳定发展。

2. 有组织的筹资所扮演的角色愈发重要。综上所述，随着经济社会的发展，世界各国对关乎民生福祉、国家安全和经济发展的人群健康越来越重视，在医药卫生领域的投入越来越大。与此同时，没有哪个国家将医药卫生领域完全市场化，即让供需关系决定价格、让支付能力和意愿决定健康服务的可及性。相反，各个国家都是采取有组织的筹资方式（包括政府一般性税收、社会保险、商业保险等）来承担越来越多的卫生成本，从而尽量降低、减少个人和家庭在利用其所需要的健康服务时的经济门槛和财务负担。2019年，OECD38国平均而言，有组织的筹资占卫生总费用的比重为80%（个人支付占比20%）；[7]我国2020年卫生总费用中，个人自付占比为27.6%（这个比例在2001年曾经高达59.9%）。[8]

那么，为什么世界上实行市场经济体制的国家都普遍重视健康服务有组织的筹资？这是与卫生健康行业的六大特殊性紧密相关的，即社会责任重、服务内容广、工作负荷大、职业风险高、成才周期长、知识更新快。[9]

二、医保、医疗、医药协同发展及治理过程中存在的问题和挑战

（一）公立医院的成本补偿问题

公立医院是我国卫生健康服务体系的主体：

2021年，公立医院床位数占全国医院床位数的70.2%，诊疗人次占医院总诊疗人次的84.2%。为推动公立医院高质量发展、更好满足人民日益增长的医疗卫生服务需求，《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）提出以建立健全现代医院管理制度为目标，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，更好提供优质高效医疗卫生服务、防范化解重大疫情和突发公共卫生风险、建设健康中国。

然而，2022年7月初，国家卫健委公布的全国二、三级公立医院绩效考核结果显示，2020年时，全国20个省的医疗盈余都是负数。2500多家参与考核的三级医院中，43.5%都是亏损的，比2019年时多了25%。二级医院相对稍好，亏损面也比2019年增加了16.75%。[10]

影响我国公立医院经济运营的主要原因有二：财政投入少、价格管制多。2009年以前，我国公立医院有三个收入来源：一是财政拨款，二是药品耗材的“批零差价”，三是医疗服务收入。作为2009年开始实施的新一轮深化医药卫生体制改革主要措施的一部分，公立医院实行药品销售“零差率”政策；这样公立医院的生存和发展就主要依赖医保对医疗服务的补偿。“全国改善医疗服务第三方评估”调查显示，在全国136家“头部公立医院”的总收入中，政府财政拨款一直占比很小，基本医保基金年度支出总额与我国医疗机构医疗业务收入总额比值逐年提高（从2012年的34%增加到2020年的59%），从一个侧面反映出基本医保基金正逐渐成为我国医疗机构的主要服务购买者，医保改革对公立医院生存发展的影响日益增大。[11]在医保部门不断加强医疗费用控制的同时，政府有关部门对于非医疗性物品和服务的提供也存在不合理的管理，例如：包括重症监护病房患者所需要的“尿不湿”等生活辅助性用品以及护工服务，不再允许公立医院直接提供，而需要患者家属自己解决；这不仅加大了患者家庭的负担，也减少了医院的合理化服务收入，更不利于整合型医疗照护服务体系的建立健全。

（二）单纯强调费用控制所带来的问题

医保改革迄今为止以控费为主要目的，带来的问题包括：一是现有服务成本的合理补偿没有到位，影响业务经营；二是新药新技术不能及时纳入，影响救死扶伤。

1. 医疗服务系统成本补偿问题。实行“药品零差率”政策后，公立医院的收入渠道减少为两个：财政投入和医疗业务收入，而医疗收入不稳定，因为它随着服务量的大小而波动，加之定价不合理，使得公立医院的运营经常面临捉襟见肘的情况。

2. 新技术新药品的可及性问题。《我不是药神》这部影片之所以能产生如此广泛的影响，是因为它一方面反映了人民群众的需求变化（从仅仅满足于有医有药转变为优医优药），另一方面体现出大家对于及时得到特效药、救命药的强烈渴望。医保如果不能及时纳入确证有效的新技术、新产品，就会影响“人民至上、生命至上”目标的实现。“全国改善医疗服务第三方评估”调查发现，医保报销政策与患者的就医体验也密切相关。

3. 医务人员薪酬待遇问题。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》提出，“十四五”期间的主题是高质量发展。高质量的医疗卫生事业离不开高素质的医务工作者。然而，2016—2021年“全国改善医疗服务第三方评估”调查了20多万名医护人员，结果显示：医护人员面临负荷过重、身心健康不佳、实际收入与期望收入之间差距很大等挑战。更为严重的是，医护人员职业认同感低下，只有13%左右的医生表示愿意让自己的子女从事医务工作。广大医护人员期盼着执业环境和薪酬待遇能够得到切实改善。[12]因此，如何从体制机制上切实做到善待医护人员应该成为下一轮深化医改一系列措施的重中之重。

三、促进医保、医疗、医药协同发展和治理的可行性与政策建议

（一）医保助力医疗、医药高质量发展的财务可行性

截至2021年年底，全国基本医疗保险（以下简称基本医保）参保人数136297万人，参保率稳定在95%以上。2021年，全国基本医疗保险（含生育保险）基金总收入28727.58亿元，比上年增长15.6%；全国基本医疗保险（含生育保险）基金总支出24043.10亿元，比上年增长14.3%；全国基本医疗保险（含生育保险）基金当期结存4684.48亿元，累计结存36156.30亿元。2012—2021年间，城镇职工基本医疗保险基金年度结余率一直维持在16%以上，有些年份的结余率超过了22%[①]。

笔者并非主张每年的医保基金收入都要花光，但过高的结余率意味着本可以用来助力医疗高质量发展的资金被截留下来了，甚至意味着部分患者的临床需要没有得到满足。当然，全国层面的结余并不意味着每个区域性医保基金都有结余（我国目前仍然以地市级统筹为主），但至少说明在一定条件下（如建立国家医保基金的风险调节机制），医保进一步助力医疗、医药高质量发展的财务可行性是有的。社保加大以提高质量为目标的投入可以称之为“存量改革”，主要措施是实施战略性服务购买。随着经济社会的发展，企事业单位和个人购买补充型商业医疗保险的意愿也在不断增加，我们可以将更加充分地发挥商保促进医疗质量改进的作用称为“增量改革”，这部分的内容将留待另外一篇文章讨论。

（二）社保存量改革：实施战略性购买

1. 战略性购买的目标和手段。鉴于全国每年的基本医疗保险保费收入已经达到2.8万亿元，如果保险基金的管理者转变一下观念（从一个医疗费用的被动赔付者转变为人群健康的主动投资者），就不难意识到：我们没有理由不充分发挥好世界上这个最大规模的、以获得最大健康回报为目标的“健康投资基金”的战略性购买作用。所谓“战略性购买”就是医疗服务的购买者（医保）为了实现价值医疗的极大化这一目标，而在整个采购环节所采取的一系列制度性安排。而所谓的“价值医疗”是近些年来国际上在综合评价医疗保健绩效时所广泛使用的一个理论框架（Value-based Medicine），它提倡以患者为中心，以病症为核心，强调高性价比的医疗服务，并且在结局测量中关注患者的临床指标、功能状态和康复情况。概况而言，就是以实现医疗服务的优质高效为目标导向，有针对性地设计具体的医保政策，从而为医疗服务提供方的相应行为提供激励和约束。[13]

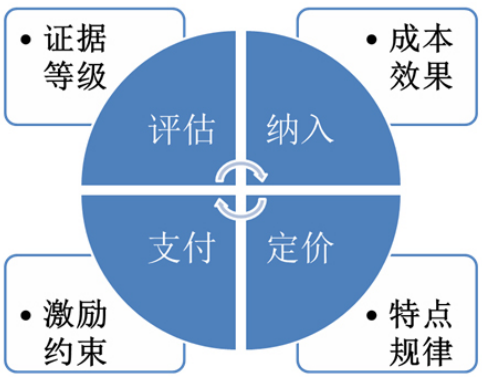


图4 战略性采购的关键环节

如图4所示，战略性购买的具体措施反映在“购买”医疗服务的四个关键环节上的适当把握。

第一，通过成本—效果分析，决定是否将某一项医疗、医药产品或服务纳入医保报销目录。目前，我国对于创新药品的医保纳入，主要是由医保局组织每年一次的专家论证会后决定，专家论证的意见仅供官方参考。相对而言，发达国家创新药品

①数据来源：中国医疗保障统计年鉴[Z]. 中国统计出版社, 2021。

的医保纳入决策流程具有决策主体更加多元化（多方参与）、速度更快等特点。

第二，基于对医疗服务特殊性和复杂性认识的定价。无论是政府主导还是市场主导，各国医疗行业的定价过程都呈现出明显的“路径依赖”,例如：今天的价格总是会参照昨天的价格。然而，我国医疗领域长期以来存在着“价格扭曲”的问题，即医疗服务定价过低，药品价格相对较高，事实上存在“以药养医”的情况。实施公立医院药品销售“零差率”改革措施后，不仅药品购买和仓储、药事服务等成本补偿问题凸显，医疗服务的价格调整更是面临巨大挑战。值得借鉴的国际经验包括：在给某项技术服务定价时，应当考虑它的物耗成本、人力成本（所需专业教育、培训的年限）、体力和脑力劳动强度、执业风险等因素，充分尊重并发挥在第一线工作的临床专家的专业判断和积极性。

第三，支付。支付方式指的是医疗服务购买方与提供方就结算方式在两个方面（支付单元和支付额度）所做出的约定。不同的支付方式反映在所采用的不同付费单元（如：以每一项服务为单元还是每一个住院天为单元）和每一个单元的付费额度（就是价格）。支付方式之所以重要，是因为它同时具有成本补偿功能（决定在多大程度上让服务过程中所发生的总成本得到合理的补偿）、风险分摊功能（决定在实际成本超过预期付费标准时由谁来承担主要的财务风险）以及经济激励功能（决定怎样提供以及提供什么样的服务可以得到更多补偿）。支付制度就是各种支付方式的制度性组合，支付制度的设计者需要清楚地了解各种主要支付方式的优缺点。

目前世界上主要有三种支付方式：

（1）按项目付费。这是一种典型的“后付制”，即在服务发生以后服务购买方按照事先定下来的价格和服务的数量予以结算。采取这种支付方式，财务风险基本上由购买方承担，服务提供方就会尽量多提供价格定得相对较高的项目（“有利可图”），甚至是不必要的服务（“过度医疗”），而尽量少提供价格低的项目。当我们的物价部门将服务价格定得低于成本，而让你卖药可以加价销售的时候，出现“以药养医”的“价格扭曲”问题就不难理解了。总之，如果政策目标是刺激供方提供需大于供的服务，那么按项目付费就是帮助实现这一政策目标的有效手段，带来的问题则可能是供应过度。

（2）总额预付。这是一种典型的“预付制”，即在服务发生之前服务购买方按照事先定下来的标准（以一个机构,或者以一个服务对象为测算单元）将相对固定的一笔经费拨付给服务的提供方。无论是按照一个机构过去历史上所发生的总成本为依据实行真正意义上的总额预付，还是实行“按人头付费”基础上的总额预付（总额 = 人头费 X 人头数），财务风险都转移到了服务的提供方。这时候，服务提供方就会有最大动力节约成本,甚至出现“挑选”患者、减少必要服务等问题。例如：不少地区的社保部门为了保证医保基金不“穿底”而对医院采取低定额的次均费用或年度总费用控制、超支不付这种粗暴、粗放式的支付方式，使得很多医院当支出临近控费标准时（通常在每年的 10 月份左右），就会出现推诿社保病人的现象。总之，如果政策目标是控制医疗费用，那么总额预付不失为一种有效手段，但带来的问题则可能是服务不足。我国首个总额预付的试点是在深圳市罗湖区。2016 年罗湖医疗集团成立，将 6 所医院和 13 家社区健康服务中心整合成“一家人”，医保对住院费用实行按人头付费、结余让集团留用的政策（总额预付额 = 参保人数 X 人头费），而人头费的确定参照了罗湖区社保人群近些年平均住院报销支出以及来年医疗成本的预期增长率。在这种制度安排下，罗湖医疗集团从原来的重治疗转变为重预防，例如：针对消耗医疗资源大多因为跌倒引发的老年骨折病人这一流行病学研究发现，罗湖医疗集团主动给 900 多个住有高危老人的家庭免费安装了防跌倒设施。[14]

（3）按病种或按疾病诊断相关组付费（Diagnostic

Related Groups，DRGs）。DRGs（Diagnosis Related Groups）即“疾病诊断相关分组”，是一种按病例服务强度和复杂程度进行分类比较的方法。它的主要特点是以病例诊断和（或）操作为病例组合基本依据，综合考虑病例的年龄、主要诊断、并发症等个体特征，将临床过程相近、费用消耗相似的病例分到同一组（DRG）中。卫生管理部门可基于DRGs系统对医疗机构进行较为客观的医疗服务绩效评价，而将DRGs扩展至医疗费用支付领域，即DRGs-PPS（Prospective Payment System）是指基于DRGs分组支付标准建立“按疾病诊断分组定额预付制”，是一种基于病例组合的付费制度和一套相对合理的医疗费用管理方法。

一旦所患疾病有了明确诊断，服务购买方就按照事先定下来的基于不同疾病诊断相关的成本分级分组的付费标准（通常是按诊断相关组测算的全国或地区的平均成本）而拨付给供方。这是一种有条件的预付制，财务风险由服务的提供方和购买方共同承担。采取这种支付方式，由于是根据治疗不同种类疾病的不同投入成本而设定不同的付费额度，所以服务提供方虽然也会有动力和压力控制成本，但其节约成本的压力不像总额预付情况下那么大，有效的监管也可以防止和减少“诊断造假”和“挑选”病轻患者、拒绝病重患者的现象，从而让供方兼顾控制费用和保证质量。这种支付方式最早是在20世纪80年代由美国的科学家研制出来并由社保部门用来作为跟医院进行结算的主要方式。在不断得到完善后，这种支付方式被很多国家和地区采纳，目前所覆盖的疾病诊断相关组达700多种。

自2012年以来，我国开始重视医保支付制度的改革，出台了一系列文件，用以DRGs为代表的“打包式付费”来代替传统的“按项目付费”办法，旨在通过将一部分财务风险分摊给医疗服务的提供方，以促使其有动力和压力自觉地控制医疗成本。

战略性购买医疗服务的第四个环节是评估，也就是看有无证据表明（需要考虑证据的等级高低），采取了新的纳入、定价、支付措施之后，优质高效的战略目标有没有真正实现。大量研究表明，以控制医药费用过快上涨而采取的“零差率”“打包式付费”等医改政策确实取得了预期的控费效果：药品费用增速明显减缓，医疗费用增加的主要原因已经不再是价格上涨，而是医疗服务的利用率增加。[15]因此，医保战略性购买的重点目标和手段需要从单纯强调高效和约束转变到优质和激励。

2. 探索按绩效付费。近些年来，为了促进医疗服务提供方（特别是医院）不断改善患者安全、提高医疗质量、控制医疗成本，不少国家积极探索“按绩效付费”（Pay-For-Performance, P4P）模式。例如：美国社保部门（CMS）在跟医院结算出院患者费用时，会扣留按DRGs应支付给医院的报销总额的2%作为年末采取横向和纵向考核后“按绩效付费”的奖励基金池，评价指标包括住院患者死亡率、院内感染、患者安全、就医体验、医疗服务效率和成本控制等。[16]

英国于2004年4月正式实施的“按绩效付费”（QOF）改革旨在量化全科医疗服务质量指标体系、激励全科医生通过提供高质量的医疗服务来获得在家庭医生签约服务“人头费”的基础上更多的收入；所谓“人头费”是指每签约一人英国政府给家庭医生（英国卫生服务体系的“守门人”）支付300英镑左右用于补偿签约人群的首诊服务、基本诊疗服务和转诊服务成本。“按绩效付费”（QOF）的评价指标涵盖临床医疗服务、组织管理、患者体验、补充服务四大领域的内容，共有146个指标，总分1050分，“按绩效付费”（QOF）的收入占家庭医生总收入的20%~30%。2022年最新版QOF涵盖了临床医疗服务、公共卫生服务、质量改进三大领域的内容，考虑到“考核疲劳症”的问题，总分降低为635分，其中临床医疗服务由20个临床疾病（如房颤、心力衰竭、高血压）的57项指标组成最高401分；公共卫生服务由4项公共卫生服务（血压、肥胖、吸烟、接种疫苗）和附加服务（宫颈筛查）

的11项指标组成，最高160分。[17]

受英国鼓励签约服务经验的启发，上海市长宁区是我国首先开展家庭医生签约服务“按人头付费”改革探索的区域。2013年，上海市长宁区出台《关于家庭医生签约服务与医保支付制度改革的试点方案》，医保按“有效签约人数”每月给家庭医生支付10元“人头费”，“有效签约”考核包括使用率，饱和签约人数为2500人。假设一个家庭医生（或团队）能够实现辖区内2500人的签约，那么仅签约服务费年收入就可达30万元，这无疑对家庭医生服务团队的签约和服务的主动性、积极性带来极大的激励作用。[18]

我国医保按绩效付费的实践案例还包括：浙江省2017年11月开展肝移植术基本医疗保险按绩效（生存时间）支付试点工作，例如：18周岁以下（含18周岁）患者出院时结清个人承担费用，医保按应支付费用的70%结算；患者出院后存活满1年的，医保按应支付费用的20%再次结算；患者出院后存活满3年的，医保按应支付费用的10%再次结算；[19]上海市医保局2022年12月针对Septin9基因甲基化检测、超选择脑动脉腔内血栓取出术（血管再通成功率）、机器人X射线立体定向放射治疗（肿块缩小情况）等三个诊疗项目开展P4P试点（5%倒扣）。[20]

应当指出，国内外的经验表明，要指望采取了“按绩效付费”的改革措施后，就能在短时间内看到医疗服务提供方在优质高效上的明显改善是不现实的，因为供方的行为改变以及组织绩效的改善过程受到多种因素的影响，包括科技发展水平、不同地区的人群结构和环境特点、医疗卫生人员的专业素养与职业精神等，经济激励只是影响因素之一。然而，在市场经济条件下，“按绩效付费”的改革方向无疑是应当得到肯定的，因为它代表了医保积极助力医疗医药高质量发展的积极探索。（郭然、杜昕昱、黄登敏等为本文的相关研究提供了帮助，特此致谢）

[参考文献]

[1]习近平.高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[EB/OL].中国政府网，2022-10-25http://www.gov.cn/zhuanti/zggcddescqgdbdh/sybgqw.htm.

[2]国务院公报.2009年第11号.中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL].中国政府网，http://www.gov.cn/gongbao/content/2009/content_1284372.htm.

[3]国家卫生健康委员会. 2013-2021中国卫生统计年鉴[M].北京：中国协和医科大学出版社,2013-2021.

[4]中国医疗保障统计年鉴 [Z].中国统计出版社,2021.

[5]新华社.习近平：健康是幸福生活最重要的指标[EB/OL].新华网，http://www.xinhuanet.com/politics/leaders/2021-03/24/c_1127248361.htm.

[6][7]OECD Health Statistics[Z].2021.

[8]2021年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].国家医疗保障局，http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html.

[9]刘远立. 医疗行业到底特殊在哪?[N].健康报，2015-01-12.

[10]国家卫生健康委.国家卫生健康委办公厅关于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[EB/OL].医政医管局，http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202207/04928bbf79e64bc3a49b2248f1f97978.shtml.

[11]张羽欧，程汉超，孙静，刘远立.我国136家三级公立医院实施药品零差率政策及经济运行情况分析.药物流行病学杂志[J].2022(8).

[12]胡琳琳,马晶,孙静,刘远立.进一步改善医疗服务行动计划(2015—2020年)：第三方评估结果[J].中华医院管理杂志,2021(6).

[13]PORTER M E, LARSSON S, LEE T H. Standardizing

Patient Outcomes Measurement[J/OL]. New England Journal of Medicine, 2016(6). DOI:10.1056/NEJMp1511701.
[14]官芳芳,孙喜琢,李亚男,李文海.以健康为导向的医保支付方式改革实践研究[J].中国医院管理,2020(6).
[15]Yan X, Liu Y, Rao K, et al What is the major driver of China's hospital medical expenditure growth? A decomposing analysis BMJ Open 2022;12:e048308. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048308.
[16]Hospital Value-Based Purchasing | CMS[EB/OL]. [2022-12-18]. https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing.
[17]Mendelson A, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2017;166(5):341-353.
[18]葛敏,江萍,贺小林,赵德余,吴琼,曹新君.社区卫生服务改革的模式演进与版本升级研究——以上海市长宁区为例[J].中国卫生政策究,2017(10).
[19]浙江省医疗保障局.浙江省人力资源和社会保障厅关于开展肝移植术基本医疗保险按绩效支付试点工作的通知[EB/OL].浙江省医疗保障局, http://ybj.zj.gov.cn/art/2019/12/11/art_1229113757_607338.html.
[20]上海市医疗保障局.关于部分诊疗项目试行按绩效支付的通知[EB/OL].上海医保局,http://ybj.sh.gov.cn/qtwj/20220120/d85cb2c5f04c44cd8fa871b2ad904003.html.

责任编辑：刘翠霞

Promoting Coordinated Development and Governance of Healthcare Financing, Medicine and Provision

Liu Yuanli

[**Abstract**] The 20th National Congress of CPC established the goal of promoting coordinated development and governance of healthcare financingand provision (including prescription and dispensing of medicines).This paper analyzed necessityas well as practical problems for healthcare financing system to help with high-quality development in healthcare services and medicine. Healthcare financing reforms in China so far focused on cost control, and inadequate attention has been paid to people's increasing demand for higher quality services and medicine. This hindered innovative development process of the health sector, which is important for security and wellbeing of the people and state, economic growth. Provider's enthusiasm was also dampened by covert cost-control measures. In order to enhance healthcare quality, China's healthcare financing administrators should try to be more innovative, including undertaking strategic purchasing and pay-for-performance measures.

[**Key Words**] Healthcare Financing and Provision Collaboration; High Quality Development; Strategic Purchasing; Pay-for-Performance