

北京医耗联动综合改革对肿瘤专科医院的影响

——基于北京某肿瘤医院医保数据的实证分析

陈治水* 刘 晶 刘 忆 王 薇 冷家骅

北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所 恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室 北京 100142

【摘 要】目的:分析北京市医耗联动综合改革对某肿瘤专科医院住院医保人群收治产生的政策影响,为改革的深入开展和完善提供参考。方法:检索医保系统与病案首页数据,时间段为 2019 年 3 月~9 月,其中 3 月 1 日—6 月 14 日为改革前。以半月为时间序列,运用间断时间序列回归分析住院人群的费用负担以及费用结构变化,并运用最小二乘法对政策影响进行多因素回归探讨。结果:共 34 015 例住院患者,其中改革后 18 185 例、占 53.46%;患者次均费用存在下降趋势;改革未实际影响患者个人负担金额,且实际报销比例显著提升了 2.198%;药占比的微幅上涨趋势得到控制,材料占比显著下降了 1.940%,手术费占比和病理费占比分别提升了 1.621% 和 0.608%。结论:在不影响个人负担的前提下,改革减弱了医院对物料(药品、耗材)收入的依赖,医务人员的技术劳动(手术、病理)得到了一定程度的体现。但实际报销比例有所提升,需要重点关注基金运行的平稳性和可持续性,同时还要进一步提升医保公平。

【关键词】医耗联动;医疗服务价格;肿瘤专科;医疗保障;间断时间序列

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.03.011

Impacts of medical and consumables linkage reform on tumor hospital: An empirical analysis based on medical insurance data from a tumor hospital in Beijing

CHEN Zhi-shui, LIU Jing, LIU Yi, WANG Wei, LENG Jia-hua

Peking University Cancer Hospital & Institute, Key laboratory of Carcinogenesis and Translational Research (Ministry of Education), Beijing 100142, China

【Abstract】Objective: To analyze the impacts of the medical and consumables linkage reform on a tumor hospital in Beijing, and provide reference for further development and adjustment of the reform. Methods: Data of this research were retrieved from the medical insurance system and medical record system. The research was carried out during the period from March to September 2019, and the date of June 14th was selected as the reform point. Taking half of a month as the time series, interrupted time series segmented regression model was used to analyze the instant change in cost burden and change of trend in cost structure for the inpatients, and the least squares method was applied to explore the multi-factor regression of policy impact. Results: A total of 34,015 inpatients, including 18,185 cases after the reform were enrolled, which accounted for 53.46%. The average cost of patients had a downward trend. The reform did not actually affect the patient's personal burden, and the actual reimbursement rate experienced a significant increase of 2.198%. The trend of the slight increase in the proportion of medicines was controlled while the proportion of materials dropped significantly by 1.940%, and the proportion of surgical expenses and pathological expenses slightly increased by 1.621% and 0.608%, respectively. Conclusions: Under the premise of not affecting the patient's personal burden, the reform has weakened the hospital's dependence on the income of materials (drugs, consumables), but the medical personnel's technical labor (surgery, pathology) has been reflected to a certain extent. However, the actual reimbursement rate has increased. Therefore, it is necessary to focus on the stability and sustainability of the fund operation, and to further improve the fairness of medical insurance.

【Key words】Medical and consumables linkage reform; Medical service price; Tumor; Medical insurance; Interrupted time series

* 基金项目:北京市属医院科研培育计划项目(PG2019024)

作者简介:陈治水(1987 年—),男,硕士,助理研究员,主要研究方向为医疗保险、卫生经济。E-mail:13488735941@126.com

通讯作者:冷家骅。E-mail:lengjyb@126.com

1 研究背景

医疗服务价格是医疗卫生体系的重要组成部分,医疗服务价格改革是当前医改的核心内容之一^[1],其在发挥市场机制、平衡多方利益方面有着积极意义。医疗服务价格的形成演变,整体上是医疗服务提供方、需求方和医疗保险方三者之间的互动与博弈^[2],是引导资源有效配置和规范诊疗行为的制度性安排。

美国设立相对价值更新委员会,动态调整医疗服务价格目录^[3],定期对市场作出反应,当前 Medicare 引入基于资源的相对价值来对医师的服务进行补偿^[4]。澳大利亚的独立医院定价管理局设定全国指导价^[5],并建立住院、非急性、精神卫生、非住院类、急诊、教学以及科研六大类服务分类体系^[6]。日本 1974 年便推进医药分业,加快处方外流^[7],医生诊疗服务报酬不断上调,当前基本形成以实际消耗医疗点数为定价基础的诊疗付费定价体系^[8]。OECD 大多数国家采用基于资源的相对价值法,同时可以通过价格谈判,在中央/联邦层面存在各自的价格规范。^[9]

我国把推进医疗服务价格改革作为深化价格改革和医疗改革的重要任务,发改价格〔2016〕1431 号文件提出了到 2020 年基本理顺医疗服务比价关系的阶段性目标,全国各地的医疗服务价格改革工作逐渐推进与完善。金春林比较分析上海市 2014—2017 年间的价格改革,总结了取消药品加成所取得的良好成效,提出要进一步持续加强成本要素价格监管。^[10]谭华伟分析重庆市价格动态调整的现状,提议量化项目价值相对点值,并构建价格与支付的一体化机制。^[11]侯准科概述了河南省“平移式调价”和“精准调价”策略,同时提出需要关注医院存在的政策性亏损问题。^[12]李金叶以案例形式评估了新疆地区取消药品加成的政策影响,提出价格改革在减轻患者负担和提升医务人员劳动价值方面的积极意义。^[13]杨莉以缺血性心脏病为样本,分析北京市医药分开政策,认为改革在不影响患者负担的前提下实现了收入的平移并且一定程度上规范了医生的行为。^[14]笔者同样以肿瘤专科的视角,对北京市医药分开政策进行过个案评价。^[15]在逐步建立科学合理的医疗机构收入补偿

机制框架下,2019 年 6 月 15 日,北京市再次全面推行医疗服务价格改革,实施医耗联动综合改革,取消医用耗材加成,规范调整中医、病理、精神、康复、检验、手术 6 类共 6 621 项医疗服务项目价格,以进一步理顺医疗服务比价关系,更好地体现医务人员技术劳务价值。

医耗联动改革比上一轮医药分开涉及面更广、影响也将更为深远,其对医疗服务体系和医保支付体系的影响也更值得研究。鉴于此,本研究依旧从肿瘤专科的角度着手,解析医耗联动改革前后医保结算住院数据的运行情况,重点阐明政策变动时费用负担和费用结构的影响,为改革的持续深入推进提供实证证据。

2 资料与方法

2.1 研究对象

本研究以北京市某肿瘤专科医疗机构为单一样本。数据资料来自于病案首页与医保结算系统两个住院患者的资料库,时间跨度为 2019 年 3 月—9 月。通过“病案号+出院日期”作为唯一标识,对两个资料库进行合并。其中病案首页包括患者的基本信息以及费用分项,医保结算系统包括患者的个人自付金额等。

2.2 研究方法

作为 3 700 家参与改革的机构之一,该医院 6 月 15 日凌晨进行了系统切换,该日期之前(2019 年 3 月 1 日—6 月 14 日)的出院数据设定为改革前,该日期之后(2019 年 6 月 15 日~9 月 30 日)的入院数据设定为改革后。利用 Stata 软件进行统计分析,其中根据变量数值类型用卡方或 t 检验对改革前后的患者基线变量进行对比,用间断时间序列回归分析来评价改革对效果变量所产生的即刻影响和长期影响,接下来利用稳健标准误的普通最小二乘法分析政策因素和基线变量对效果变量的影响程度。需要说明的是,间断时间序列分析中,每半月为一个时间段,每月的 15 日进行每月的前后时段拆分。

2.3 研究变量

研究所涉及的基线变量包括患者的性别、年龄、结算类别、手术与否以及住院日。当前跨省异地患者也能实现住院业务的实时结算,故医保实时结算类别区分为北京医保和外地医保两类。研究

的政策变量即根据 6 月 15 日前后分别定义为改革前后。研究的效果变量,包括费用负担指标:次均费用(元)、个人负担金额(元)、实际报销比例(%),也包括费用结构指标:药占比(%)、耗材占比(%)、手术费占比(%)、病理费占比(%)。其中实际报销比例指的是医保支付金额与总医疗费用的比值,体现的是医保承担支付的程度;药占比中的药品费用包括西药、中成药和中草药费用;耗材占比中的材料费用包括手术、检查、治疗和介入使用的医用材料费用。

3 研究结果

3.1 改革前后患者基线对比

2019 年 3—9 月共有患者 34 563 例,排除 384 例红冲与被红冲数据、164 例因结算延滞原因样本无对照病例,共收集有效分析病例 34 015 份,其中改革前后病例数分别占 46.54% 和 53.46%(表 1)。对比可知,改革前后出院样本在性别、手术与否之间无显著统计学差异,而在年龄分组($P<0.05$)、结算类别($P<0.01$)和平均住院日($P<0.01$)上有显著统计学差异。

表 1 改革前后住院患者的基线资料对比

患者基线	改革前	改革后	χ^2/t	P
出院量/例数	15 830	18 185		
性别			0.46	0.499
男	8 601	9 814		
女	7 229	8371		
年龄分组			9.78	0.021 **
0 ~	1 670	2 029		
41 ~	2 174	2 597		
51 ~	4 552	5 306		
61 ~	7 434	8 253		
结算类别			42.65	0.000 ***
北京医保	6 525	6 865		
外地医保	9 305	11 320		
手术			1.15	0.248
是	2 129	2 374		
否	13 701	15 811		
平均住院日	3.26 ± 0.04	3.03 ± 0.04	4.05	0.001 ***

注:*表示 $P<0.1$, **表示 $P<0.05$, ***表示 $P<0.01$ 。

3.2 政策影响的间断序列回归分析

费用负担方面,由表 2 所示,住院次均费用在改革后当即上涨 415.928 元($P>0.1$),在改革前的趋势为每半月下降 181.750 元($P<0.1$),而改革后发生趋势变化、数值为每半月上涨 127.964 元($P>0.1$),综合来看,改革后次均费用趋势变动为每半月依旧下降 53.786 元($P>0.1$)。实际报销比例出现改革时点的当即涨幅 2.198% ($P<0.05$),而改革前和改革后的趋势变化分别为下降 0.034% ($P>0.1$)

和上涨 0.109($P>0.1$),综合来看,改革后实际报销比例趋势变动为每半月上涨 0.075% ($P>0.1$)。而政策变动对个人负担金额的影响均没有显著的统计学意义($P>0.1$)。由图 1 可知,改革前后住院次均费用和个人负担金额均存在一定的下降趋势,改革后也没有对这种下降趋势产生统计学影响;实际报销比例在改革后得到显著提升,并且长期来看这种报销比例提升能够得到维持。

表 2 次均费用、个人负担和实际报销比例的序列回归分析

时间段	次均费用(元)	个人负担金额(元)	实际报销比例(%)
阶段			
改革后	415.928(675.140)	-272.678(253.874)	2.198(0.870) **
趋势			
改革前趋势	-181.750(90.438) *	-69.892(56.151)	-0.034(0.106)
改革趋势变化	127.964(101.106)	33.357(64.758)	0.109(0.271)

注:*表示 $P<0.1$, **表示 $P<0.05$, ***表示 $P<0.01$;表格中数字为系数(标准误)。

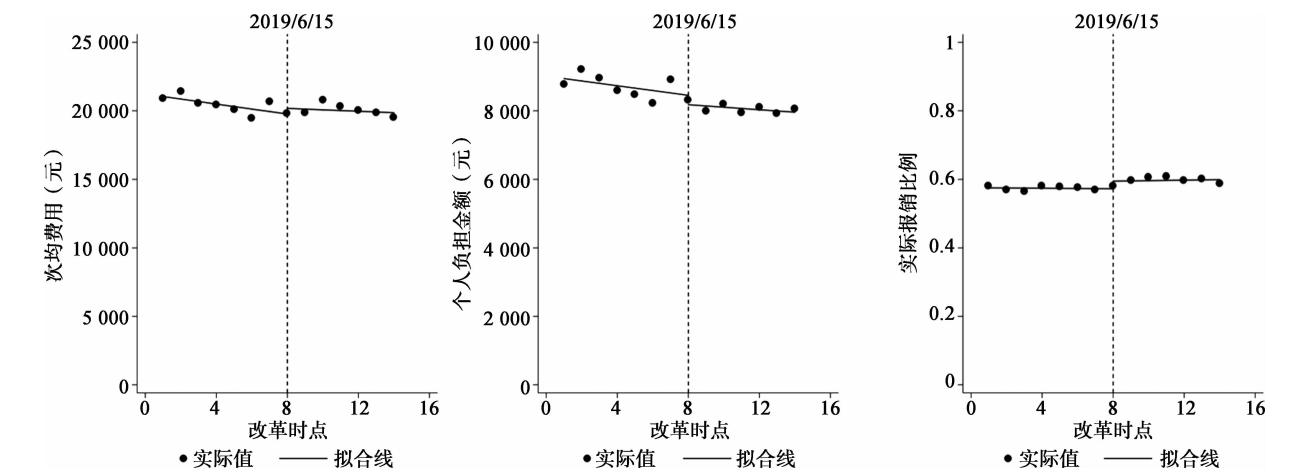


图1 基于序列回归的费用负担变化趋势

费用结构方面,由表3可知,药占比每半月上涨0.367% ($P < 0.01$),但在改革后,药占比即刻下降1.803% ($P > 0.1$),且存在每半月下降0.141%的趋势 ($P < 0.1$)。而从此轮改革的主体内涵来看,耗材占比显著下降1.940% ($P < 0.05$)、手术费占比显著提升1.621% ($P < 0.01$)、病理费占比显著提升0.608% ($P < 0.05$)。结合图2来看这类变动,发现药占比长期来看处于下降状态;手术费用存在潜在的长期增长趋势;耗材占比和病理费占比相对比较

平稳,均没有统计学差异。

3.3 多因素结果分析

进一步考量效果变量的影响因素及其程度大小,保留间断时间序列无统计学价值的次均费用和个人负担金额指标,对费用负担和费用结构全部进行普通最小二乘法回归,并将政策因素和基线变量纳入模型。考虑到费用指标的非正态,对次均费用和个人负担金额进行log对数化处理。

表3 改革各主要费用结构的序列回归分析

时间段	药占比(%)	耗材占比(%)	手术费占比(%)	病理费占比(%)
阶段				
改革后	-1.803(1.283)	-1.940(1.025) **	1.621(0.377) ***	0.608(0.258) **
趋势				
改革前趋势	0.367(0.091) ***	0.088(0.163)	-0.015(0.010)	0.027(0.029)
改革趋势变化	-0.508(0.296) *	0.001(0.171)	0.186(0.086) *	-0.042(0.048)

注: * 表示 $P < 0.1$, ** 表示 $P < 0.05$, *** 表示 $P < 0.01$;表格中数字为系数(标准误)。

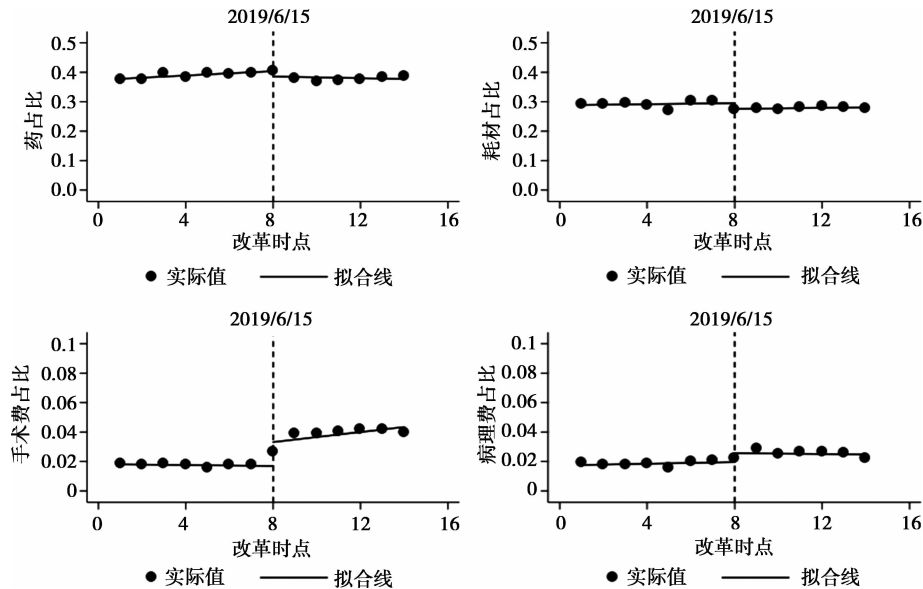


图2 基于序列回归的费用结构变化趋势

费用负担的多因素分析结果如表 4 所示。次均费用的回归模型发现只有年龄分组间没有显著统计学差异($P>0.1$),而个人负担金额的回归模型显示只有在性别间无显著统计学差异($P>0.1$),其他影响因素都具有显著的统计学差异($P<0.01$),其中政策因素的影响为负值,这揭示在医耗联动改革后,次

均费用和个人负担金额数值上存在不同程度的降低。从实际报销比例来看,影响因素前三顺位分别是结算类别($P<0.01$)、性别($P<0.01$)和政策因素($P<0.01$)。由此可知北京医保人群的报销比例显著高于外地医保实时结算人群,女性患者的报销比例显著高于男性,医耗联动改革后报销比例显著提升。

表 4 费用负担的普通最小二乘法回归模型结果

因素	log 次均费用(元)	log 个人负担金额(元)	实际报销比例(%)
常数项	8.794(0.024)***	8.014(0.027)***	47.967(0.508)***
政策因素	-0.035(0.013)***	-0.082(0.015)***	1.594(0.283)***
性别	-0.038(0.013)***	0.022(0.015)	-1.891(0.289)***
年龄分组	0.006(0.006)	-0.034(0.008)***	0.569(0.140)***
结算类别	-0.350(0.013)***	-0.678(0.016)***	10.534(0.293)***
手术	1.093(0.023)***	1.198(0.026)***	0.454(0.328)
平均住院日	0.095(0.002)***	0.092(0.002)***	0.334(0.024)***

注: * 表示 $P<0.1$, ** 表示 $P<0.05$, *** 表示 $P<0.01$;表格中数字为系数(标准误)。

费用结构的多因素分析结果见表 5。影响药占比的前三顺位影响因素分别为手术($P<0.01$)、结算类别($P<0.01$)以及性别($P<0.01$);影响耗材占比的前三顺位影响因素分别为手术($P<0.01$)、性别($P<0.01$)和政策因素($P<0.01$);影响手术费占比

的前三顺位影响因素分别为手术($P<0.01$)、政策因素($P<0.01$)以及性别($P<0.01$);而影响病理费占比的前三顺位因素则为手术($P<0.01$)、政策因素($P<0.01$)和结算类别($P<0.01$)。

表 5 主要费用结构的普通最小二乘法回归模型结果

因素	药占比(%)	耗材占比(%)	手术费占比(%)	病理费占比(%)
常数项	70.228(1.696)***	7.587(0.838)***	0.123(0.078)	0.168(0.133)
政策因素	-0.272(0.824)	-1.320(0.390)***	0.730(0.038)***	0.706(0.069)***
性别	-2.981(0.811)***	1.877(0.378)***	-0.331(0.036)***	-0.027(0.071)
年龄分组	-0.721(0.463)	-0.376(0.238)	-0.082(0.021)***	0.041(0.038)
结算类别	4.149(0.995)***	0.023(0.316)	0.118(0.033)***	0.146(0.067)**
手术	-5.287(1.340)***	37.935(1.517)***	7.155(0.156)***	2.838(0.191)***
平均住院日	-1.349(0.134)***	0.463(0.134)***	0.016(0.078)	0.078(0.015)***

注: * 表示 $P<0.1$, ** 表示 $P<0.05$, *** 表示 $P<0.01$;表格中数字为系数(标准误)。

4 讨论与建议

4.1 改革没有增加患者的个人实际负担

从多因素分析来看,医耗联动改革后患者的次均费用和个人实际负担金额出现了一定程度地下降,且间断时间序列分析结果提示改革并没有改变个人负担金额在政策实施前的下降趋势,初步实现了肿瘤患者的改革成果共享。综合改革的初心是坚持改革与改善同步,推动合理使用医用耗材提升安全性,规范医务人员行为减少浪费,依托医保等政策手段,保持费用总量的基本平衡,让广大百姓获益。医患保三方主体存在复杂的博弈关系^[16],患者信息

最为缺乏,博弈能力最低,通过政府的指导调节,医耗联动下患者达到了最优均衡,实现了整个体系的非零和博弈。博弈论在医疗卫生领域,特别是在考虑患者主体时,有很大的应用价值。Agee 指出,当医疗供方以非合作方式自主定价进行博弈时,医疗市场将容易出现价格持续上涨。^[17]Gao 通过构建博弈模型,表明参考价格的效应提高了医疗保险的杠杆作用,进而指导患者作出理性选择。^[18]而且通过合作性的价格框架,供方和保险方将持续获益,患者方的保障成本也同样下降。^[19]本研究结果类似,通过政府的主导,在各方充分合作博弈的基础上,肿瘤患者方并未受到政策的影响而均衡失灵。

4.2 改革进一步调整了医疗服务比价关系

一是改革减弱了医院对物料收入的依赖。肿瘤患者的药占比和耗材占比出现客观直接的下降,体现的是零加成政策的即刻政策影响。药品和耗材占费用总支出的很大比例,耗材管理也一直是卫生行业管理的难点,其临床使用专业度高、流动性强、品规繁多、高值耗材价值高^[20],管理成本和监管难度都很大,需要调查出厂、周边、口岸等成本售价,需要通过科学手段评估高值医用耗材的规范合理使用、并逐步将其纳入病种或医疗服务打包支付。取消耗材加成,对不同病种的效果也不一样,由于肿瘤病种药物治疗特色,本研究的耗材占比降幅低于老年医院的5.53%。^[21]值得一提的是,由于谈判药纳入医保等政策因素,药占比在改革前存在潜在的上涨趋势,但是在进一步完善价格改革后,药占比的数值呈现下降并逐渐回归合理区间。可见全面、系统、持续的医疗服务价格调整,削弱对物料收入的依赖,挤出空间,是理顺医疗服务比价关系的前提。

二是改革一定程度上提升了医务人员的技术劳动价值。健康中国战略对公立医院提出了明确的要求,要建立充分体现医务人员劳动技术价值的薪酬制度,引导公立医院回归公益性。自由市场框架下医疗价格是具体医疗行为的指挥棒,医疗服务价格改革所产生的腾笼换鸟效应^[22],核心便是改变医院的补偿机制,进一步规范诊疗活动、用药行为和耗材使用。美国 Medicare 在 2017 年的私人计划保险改革,预计对病理专业带来 20 亿美元的政策影响^[23],其学术和私人病理服务使用的是专业相对价值单元(relative value unit, RVU)工作量价值来衡量临床产出,并与工资、绩效相挂钩^[24]。Jason 研究利用边际价格策略对加拿大医疗机构的手术情况进行财务激励,发现较为昂贵的劳务支出也能为医院带来盈余和手术量,同时提出要定位到均衡价格以防止激励过度。^[25]另外, Faiz 指出,手术费用在区域间、不同术式间的差异较大,需要对手术价格进行更严格的审核并提升透明度。^[26]可见,在当前基本理顺价格比价关系的同时,对比价关系的逐步合理调整与完善,对费用腾挪的流向及幅度,也是在今后改革中需要进行明确与规范的。

4.3 改革一定程度需要政府的持续投入

医保是我国最大的医疗服务购买方。本研究显示,次均费用变化不大、但实际补偿比显著上升,可

见医保的兜底作用得到了切实体现。我国的医保战略购买是通过价格杠杆,调节供求关系,关注资源消耗的成本和总价值,追求以价值为导向的整体性购买。^[27]在全民医保水平较高的德国,不仅公立医院,而且一部分私立非营利医院的主要运营收入也来自于公共保障体系^[28],在尚未全民医保的美国,政府投入不是公立医院主要收入来源,但对部分低收入或特殊人群患者提供医疗服务,政府亦给予一定的投入补偿。^[29] Panagiotis 对塞浦路斯经济危机五年间的医改总结到,全民卫生保健必须作为优先事项,修订基本医保覆盖标准以重新评估自付费用,引入 DRG 和临床路径,以提高整体卫生服务体系的效能和效率。^[30] Wang 分别在 2017 年和 2018 年对北京的医疗服务价格改革进行过两次问卷评估,大多数患者认为总体费用没有变化,但认为当前医疗服务费用水平相对较高,指出政府有关方面需要进一步调整与完善医疗改革。^[31]可见,医疗行业具有一定特殊性,国内外来看都需要政府的强有力支持,特别是我国人群对医疗环境和保障水平的追求,更是需要我国政府持续增加投入,同时关注医改财政投入的实际效果,提升基金使用的科学性和公平性。

4.4 要逐步提升跨省异地实时结算患者的公平获得感

跨省患者的公平获得感与当前跨省异地报销政策以及北京市缴费水平和医保待遇直接相关,本研究显示外地医保患者的实际补偿比和手术费占比、药占比等相比北京市医保人群均相对较低。一般认为,社会经济地位和医疗保健服务利用是相关的。^[32]仇雨临指出,在我国从全民医保到公平医保的进程中,分档缴费并与待遇挂钩,医保在城乡地域间存在差距和不公平,需要提高统筹层次并均衡医疗资源。^[33]李扶摇等对京津冀居民进行调查,提出统筹城乡要打破二元三维分立,要给居民一定的医保自由权。^[34]可见,在提升区域间就医公平性的进程中,需要全国层面的制度设计,对不同经济水平和区域医疗特点,结合规范统一的经办服务,进行系统性调整。

4.5 要合理引导医疗服务需求和规范管理技术劳务类医疗服务

医疗需求,特别是肿瘤的医疗需求存在多维度因素影响,包括患者个体因素,还包括社会政策因素。性别间、不同病种差异、手术治疗倾向、文化层

次以及医疗价格、报销比例等都是潜在的诱因。^[35-36]所以在合理引导就医需求时,一方面需要满足尚未满足的医疗需求(unmet medical need, UMN)^[37],特别是首先要以患者为中心,使得多方利益相关者利益一致;另一方面需要尽量减少无效的医疗需求(futile care, FC)^[38],特别是在外科,无效医疗是一个复杂而主观的概念,在权衡治疗获益和可能负担时需要告知患者某些治疗选择可能是徒劳的^[39],因此需要加强有效沟通,组建咨询团队和建立相应机制^[40],既使得确实需要治疗的患者需求得到满足,又使得合理规范的医疗服务得到有效利用。

5 结论

医耗联动综合改革是上一轮医药分开综合改革的深化与完善,此轮改革通过综合施策,在不影响肿瘤患者个人负担水平的前提下,减弱了医疗机构对药品与耗材收入的依赖,医疗机构的手术、病理费用得到了一定程度的补偿,费用实现了良好的平移,比价关系得到进一步理顺。另外,实际报销比例有所提升,医保基金承担了更多的改革成本,同时由于异地结算人群的政策所产生的费用影响差异,提示着还需进一步提高统筹层次并建立完善更加公平和可及的医疗和医保机制。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 田丽芳,裴晓勇. 医疗服务价格规制的利益关系分析[J]. 卫生软科学, 2019, 33(9): 78-82.
- [2] MJ L. The resource-based relative value scale and physician reimbursement policy[J]. Chest, 2014, 146(5): 1413-1419.
- [3] 王海银,彭颖,金春林. 美国医疗服务价格动态调整机制及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 54-59.
- [4] JS B, HP N, HP F, et al. Future considerations for clinical dermatology in the setting of 21st century American policy reform: The Relative Value Scale Update Committee[J]. Journal of the American Academy of Dermatology, 2018, 78(4): 816-820.
- [5] 彭颖,李潇骁,王海银,等. 澳大利亚公立医院服务价格管理经验及启示[J]. 中国卫生资源, 2017, 20(3): 276-280.
- [6] J K, DI B-T, CT P, et al. The efficient price: an opportunity for funding reform[J]. Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association, 2011, 35

- (4): 501-506.
- [7] 胡琦,唐卫平. 日本诊疗费用定价方式对我国的启示[J]. 价格理论与实践, 2018(10): 65-68.
- [8] S F, T N. Effect of combination of pre- and postoperative pulmonary rehabilitation on onset of postoperative pneumonia: a retrospective cohort study based on data from the diagnosis procedure combination database in Japan[J]. International journal of clinical oncology. 2019, 24(2): 211-221.
- [9] Tenn, Steven. The Price Effects of Hospital Mergers: A Case Study of the Sutter - Summit Transaction[J]. International Journal of the Economics of Business, 18(1): 65-82.
- [10] 王美凤,王海银,王力男,等. 上海市医疗服务价格调整后公立医院医疗收支构成变动分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(3): 23-26.
- [11] 张培林,颜维华,谭华伟,等. 重庆市医疗服务价格动态调整的现实困境和推进路径研究[J]. 卫生经济研究, 2019(10): 25-29.
- [12] 侯准科,王仲阳,刘强,等. 河南省城市公立医院医疗服务价格改革实践与体会[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 75-77.
- [13] 李中凯,金国强,李金叶. 基于取消药品加成的医疗服务价格改革对患者就医费用的影响分析——以新疆某三甲公立医院为例[J]. 价格月刊, 2019(6): 85-89.
- [14] 王俊锋,陈正超,崔斌,等. 北京市医药分开政策对住院费用的影响——以五家试点医院为例[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(7): 42-48.
- [15] 冷家骅,刘忆,陈治水,郭军. 北京市医药分开综合改革对肿瘤专科医院的影响——基于北京某肿瘤医院医保数据的实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(12): 15-21.
- [16] 李相荣,李汶广,汤榕. 基于博弈论视角下的社会医疗保险市场中道德风险防范分析[J]. 中国药物经济学, 2018, 13(11): 69-71, 84.
- [17] MD A, Z G, PM I. Effect of Medical Nutrition Therapy for Patients With Type 2 Diabetes in a Low-/No-Cost Clinic: A Propensity Score-Matched Cohort Study[J]. Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association, 2018, 31(1): 83-89.
- [18] L G, X W. Healthcare Supply Chain Network Coordination Through Medical Insurance Strategies with Reference Price Effect[J]. International journal of environmental research and public health, 2019, 16(18): 3479.
- [19] MD A, Z G. Lessons from game theory about healthcare system price inflation: evidence from a community-level case study[J]. Applied health economics and health policy, 2013, 11(1): 45-51.
- [20] 王悦. 关于公立医院医用高值耗材管理的创新思考

- [J]. 中外企业家, 2019(31): 30.
- [21] 郑函, 韩昱, 许涛, 等. 北京市医耗联动综合改革对公立医院经营状况的影响及对策[J]. 卫生经济研究, 2019(11): 29-31.
- [22] 赵建国, 李自炜. 政府医疗服务价格规制是否提升了公共福利——基于中国省际动态面板数据的实证研究[J]. 财贸研究, 2019, 30(7): 53-62.
- [23] DM C, S B-S, F S, JL M. Medicare's New Quality Payment Program Has Started-Are You Ready? [J]. Archives of pathology & laboratory medicine, 2017, 141(6): 741-745.
- [24] JH S. Accounting for the professional work of pathologists performing autopsies[J]. Archives of pathology & laboratory medicine, 2013, 137(2): 228-232.
- [25] Sutherland JM. Pricing hospital care: Global budgets and marginal pricing strategies[J]. Health Policy, 2015, 119(8): 1111-1118.
- [26] Gani F, Makary MA, Pawlik TM. The price of surgery: markup of operative procedures in the United States[J]. Journal of Surgical Research, 2017, 208: 192-197.
- [27] 王东进. 概论医保的战略购买与购买战略[J]. 中国医疗保险, 2018(9): 1-4.
- [28] Pendzialek J B, Danner M, Simic D, et al. Price elasticities in the German Statutory Health Insurance market before and after the health care reform of 2009[J]. Health Policy, 2015, 119(5): 654-663.
- [29] Maruthappu M, Ologunde R, Gunarajasingam A. Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care[J]. Annals of Medicine and Surgery, 2013, 2(1): 15-17.
- [30] Petrou P, Vondoros S. Healthcare reforms in Cyprus 2013-2017: Does the crisis mark the end of the health-care sector as we know it? [J]. Health Policy, 2018, 122(2): 75-80.
- [31] Wang Y, Zhang Y, Ma C, et al. Limited effects of the comprehensive pricing healthcare reform in China [J]. Public Health, 2019, 175: 4-7.
- [32] Pulok M H, Uddin J, Enemark U, et al. Socioeconomic inequality in maternal healthcare: An analysis of regional variation in Bangladesh[J]. Health & Place, 2018, 52: 205-214.
- [33] 仇雨临, 张鹏飞. 从“全民医保”到“公平医保”: 中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2019, 44(2): 128-138.
- [34] 李扶摇, 王红漫. 京津冀社会基本医疗保险公平性研究[J]. 中国软科学, 2016(6): 129-135.
- [35] 刘美, 刘进, 吴梅利洋, 等. 武汉市某医院癌症患者照顾者未满足需求状况及影响因素[J]. 医学与社会, 2018, 31(11): 68-70.
- [36] 张卫东, 孔慧芳. 我国城镇居民医疗需求影响因素的实证分析[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(4): 53-54.
- [37] Vreman R A, Heikkinen I, Schuurman A, et al. Unmet Medical Need: An Introduction to Definitions and Stakeholder Perceptions[J]. Value in Health, 2019, 22(11): 1275-1282.
- [38] Palda V A, Bowman K W, McLean R F, et al. “Futile” care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses[J]. Journal of Critical Care, 2005, 20(3): 207-213.
- [39] Hickman S, Gangemi A. Going beyond “bad news”: A surgical case report and systematic review of the literature surrounding futile care[J]. International Journal of Surgery Case Reports, 2019, 59: 35-40.
- [40] Grant S B, Modi P K, Singer E A. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas[J]. World Journal of Surgery, 2014, 38(7): 1631-1637.

[收稿日期:2019-11-19 修回日期:2020-03-01]

(编辑 薛云)