

医保基金战略购买：基本概念、国际经验与中国镜鉴

李 珍* 陈晋阳 王红波

中国人民大学公共管理学院 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

【摘要】中国特色医保基金战略购买是一个在“前瞻、系统、整体”战略视角指导下,以医保基金为购买主体,医疗服务为购买客体,追求医疗服务体系结构优化、国民健康收益结构优化的动态、循证、优化过程。战略购买在欧洲地区的实践效果不佳,本文以 NHS 英格兰为例对其政策实践和失败原因做了梳理总结,认为其主观上的改革理念彷徨、客观上的供需力量失衡是主要原因。结合国际经验、立足中国情境,本文进一步从“谁来购买、为谁购买、购买什么、如何购买、怎样支付”五个方面对中国特色医保基金战略购买的具体内容做了初步探讨。

【关键词】医保基金战略购买;国民健康服务体系;供需分离;整合型医疗体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.05.001

Strategic purchasing of medical insurance fund: Basic concepts, international experiences and future practices of China

LI Zhen, CHEN Jin-yang, WANG Hong-bo

Health Security Research Center, School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Strategic purchasing of medical insurance fund with Chinese characteristics is an evidence-based and dynamic optimization process under the guidance of a “forward-looking, systematic and holistic” strategic perspective. In this regard, the medical insurance fund is taken as the main purchaser and the medical service system as the purchase object. This helps to pursue the optimization of the structure of medical service system and the equity distribution of national health benefits. Strategic purchasing in Europe is not effective in practice. Taking National Health Service (NHS) England as a research sample, this paper summarizes its policy practice and draws the reasons for its failure. With the results of the research, it is believed that the subjective uncertainty of the reform concept and the objective power imbalance between the supply and demand sides constitute the main reasons for the failure of strategic purchasing NHS England. Combining international experience and basing on native context of China, the specific contents of strategic purchasing of medical insurance fund with Chinese characteristics is further discussed from five aspects, namely, “who buys, for whom, what to buy, how to buy, and how to pay”.

【Key words】 Strategic purchasing of medical insurance fund; National health services; Purchaser-provider split; Integrated care system

1 引言

中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称“中发〔2020〕5号文”)提出,要

发挥医保基金战略性购买作用,推进医疗保障和医药服务高质量协同发展,促进健康中国战略实施,使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。可以看出,中发〔2020〕5号文赋予了医保基金战略购买很高

* 作者简介:李珍(1956年—),女,博士,教授,博士生导师,中国人民大学健康保障研究中心主任,研究方向为社会保障理论与政策。

E-mail:lizhen1113@vip.sina.com

通讯作者:陈晋阳。E-mail:jinyang.chen@ruc.edu.cn

的功能定位,医保基金战略购买(以下简称“战略购买”)作为一种政策手段,直接目标是推动医疗保障体系、医药服务体系的改革发展以及健康中国战略的落地实施,最终目标是提高人民群众的获得感、幸福感与安全感。

自20世纪90年代起,针对医疗服务的战略购买首先在欧洲部分国家启动实施。21世纪初,战略购买得到世界卫生组织等国际组织的关注。^[1-3]近10年来,国际社会围绕战略购买的概念定义、实践效果展开了反思与讨论^[4-6];最近5年,战略购买在中国逐渐受到了关注,并于国家医保局成立之后引发了进一步讨论。^[7-13]

综合全球发展趋势与国内改革进程,对战略购买进行系统研究既是大势所趋,又是改革必要。本文对战略购买的基本概念做了整理概括,对战略购买在英国英格兰地区的政策实践与受挫原因进行了梳理总结,对中国特色医保基金战略购买的理念准备、实践可能与政策内容做了初步探讨。

2 战略购买的基本概念

完整理解战略购买需要理清(一般)购买(purchasing/contracting)、战略购买(strategic purchasing/commissioning)的定义、差异与联系。

(一般)购买是指,在覆盖群体、待遇组合给定的条件下,医疗保险基金在医疗服务供方之间的基金分配过程。^[14]在中文语境下,(一般)购买仅指“购买”一个词汇。而在英文语境下,(一般)购

买包括 Purchasing 与 Contracting 两个词汇。二者的主要区别在于,Contracting 额外关注了货币、商品不可即时交割的特征,强调以合同形式确定购买主体、购买客体、购买标的、支付机制等相关购买细节,从而尽可能应对交易过程中由于不确定性、信息不完全、信息不对称给买卖双方带来的交易风险。

战略购买的本质是“战略化的购买”,它是一个基于经验证据对医疗服务体系的运行绩效进行动态优化的过程。这一过程包含三个重点,一是对特定医疗服务和商品进行优先购买(融资);二是对特定群体的医疗服务需求予以优先满足;三是强调医疗服务供给的公平、质量、效率以及战略购买工作的透明性、回应性。^[6]这是一个“最大公约数”定义,源于对已有定义的归纳总结。为了验证其在当前的概念适用性,本文进一步搜集整理了2000—2020年的相关文献(表1),发现上述“最大公约数”定义仍然最为简洁有力。

(一般)购买、战略购买之间的主要区别在于,前者关注的是资金层面的支出效率,强调既定资金支出应当获得质量尽可能高、数量尽可能多的医疗服务。后者则额外关注了健康层面的国民收益,进一步强调既定基金支出还应当获得总量尽可能高、分布尽可能公平的国民健康收益。对于国民健康收益的强调,既是区别(一般)购买、战略购买的主要标准,也是前者之所以会向后者迭代演进的重要原因。

表1 战略购买概念定义文献索引

序号	作者(年份)	刊物/报告名称	类型
1	World Health Organization (2000)	The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance	R
2	Preker et al (2007)	Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services	R
3	Busse et al (2007)	Healthcare Papers	J
4	McSorley (2007)	Healthcare Papers	J
5	World Health Organization Regional Office for the Western Pacific (2016)	Strategic Purchasing in China, Indonesia And the Philippines	R
6	Kutzin et al (2017)	Developing A National Health Financing Strategy: A Reference Guide	R
7	World Health Organization (2017)	Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Key Policy Issues And Questions: A Summary From Expert And Practitioners' Discussions	R
8	Klasa et al (2018)	Health Policy	J
9	Sanderson et al (2018)	Int J Health Policy Manag	J
10	Paul et al (2020)	Int J Health Plann Manage	J

注:R为研究报告,J为学术期刊;限于篇幅,表1没有详细展示所列文献对战略购买的详细定义,读者如有需要,可以联系作者索取。

3 国际经验

战略购买虽然源于欧洲,但欧洲地区的政策实践却并不十分成功。对于战略购买这样一个“概念在前、实践在后”的公共政策,判断其实践效果的基本标准应当是实践内容与已有定义的匹配程度。然而,不论是以高标准还是低标准^①来判断,德国、法国、荷兰、丹麦、瑞士、埃托尼亚、斯洛文尼亚七个国家和英国英格兰、意大利威内托、西班牙加泰罗尼亚三个地区的战略购买实践均不算成功,其实践内容并不能与已有定义实现高度匹配。^[5]

3.1 战略购买的政策实践

本文选择以英国英格兰地区为主要研究对象,主要原因在于:第一,英国国民健康服务体系(National Health Services, NHS)在过去近 30 年来以供需分离改革著称,是需方以“价格、激励、竞争”等市场化逻辑向供方购买医疗服务的典型样本;第二,英格兰是英国 NHS 的最大主体。并且,也只有英格兰自 20 世纪 90 年代以来坚持推行“供需分离”改革以及战略购买;第三,虽然自 2014 年起, NHS 英格兰开始从供需分离改革逐步向整合型医疗体系(Integrated Care System, ICS)转型,战略购买的地位被大幅削弱。但是,这样大幅度的政策转型对于战略购买的总结性分析是有利的。

NHS 是一个依靠一般税收融资^②、分类诊疗格局明确、居民就医基本免费的医疗服务体系。该体系提供的医疗服务主要由初级医疗服务(主要是全科医疗服务,包括全科医生、牙医、药师服务等)、二级医疗服务(主要是专科医疗服务,包括医院提供的急诊、手术服务等)两部分组成。^[15]

20 世纪 90 年代供需分离改革之前,由于财政供养、供需不分、激励不足等原因,英格兰 NHS 医疗服务递送效率低下,备受批评。因此,英格兰 NHS 启动了供需分离改革,以对医疗服务开展战略购买(commissioning)为主要内容,将原本直接拨付给 NHS 体

系内自有公立医院的预算资金先拨付给全科医师,再由全科医师(或者由全科医师等相关主体组成的某种购买人组织)代表签约患者向公立医院购买专科医疗服务,从而践行“价格—激励—竞争—效率”的市场化改革逻辑。总体而言, NHS 英格兰的战略购买经历了先从弱到强、再由强转弱两个阶段。

第一阶段,从弱到强。这一阶段从 20 世纪 90 年代初撒切尔夫人政府实施供需分离改革开始,到 2013 年临床战略购买组织(clinical commissioning groups, CCGs)覆盖英格兰全境为止。这里的弱与强主要是指两个方面,第一,战略购买主体覆盖范围的从弱到强(或从窄到宽)。起初,战略购买的主体之一是 NHS 英格兰的“带资”全科医生(GP fundholder)^③,当时只有 60% 左右的全科医生愿意转型成为“带资”全科医生代表签约患者向医院信托(autonomous trusts)购买专科医疗服务。^[16]目前,战略购买的主体是 CCGs,它已经覆盖了英格兰全境全民,政策覆盖范围相对而言有了显著提升;第二,战略购买主体独立市场地位^④的从弱到强。在撒切尔夫人政府改革初期,战略购买主体由政府行政部门、NHS 带资全科医生平行扮演、共同组成。在布莱尔政府时期,战略购买主体先由政府行政部门完全承担^⑤,后由 NHS 所属的公法人实体——初级医疗保健服务信托(primary care trusts, PCTs)替换,现被 CCGs 取代。相较改革之初,当前战略购买主体的独立市场地位相对而言有了显著增强。

第二阶段,由强转弱。这一阶段从 2013 年 CCGs 覆盖英格兰全境开始并延续至今,2014 年是战略购买由强转弱的重要转折点。如何理解? 战略购买及其制度母体供需分离的核心机制是选择与竞争,在 2010 年的 NHS 改革白皮书(Liberating the NHS white paper)中,“选择”出现了 39 次、“竞争”出现了 7 次。而在 2014 年的 NHS 五年展望(NHS Five Year Forward View)中,“选择”只出现了 4 次、“竞争”被完全

① 高标准是指,根据以上多种概念定义,分别判断政策实践是否相符。低标准是指,根据以上多种概念定义的“最大公约数”,直接判断政策实践是否相符。

② 虽然英国医疗服务体系以税收筹资、财政供养为主,但是,早期 NHS 较低的运行效率反而使得英国效仿以保险筹资为主的相关国家,构造医疗服务购买人、调用供需市场交易机制。所以,这不影响英国作为观察样本的适用性。

③ 这一时期,传统的全科医师被称为 non-fundholding GP,拥有预算资金、承担战略购买任务的全科医师被称为 GP fundholder。

④ 独立市场地位是指,在 NHS 英格兰这个内部市场上, NHS 所属的法定医疗服务战略购买主体拥有独立预算资金并能够独立制定购买决策。

⑤ 这一时期, NHS 的带资全科医生、非带资全科医生统一被整合为初级医疗保健小组(primary care groups, PCGs),不承担战略购买职能,而是为政府行政部门提供战略购买的政策咨询。

删除。^[17]此后,NHS 英格兰又陆续于 2017 年 5 月、2019 年 1 月颁布了 NHS 五年展望落实计划(Next steps on the NHS Five Year Forward View)^[18]和 NHS 长期发展规划(The NHS Long Term Plan)^[19],战略购买及其制度母体供需分离改革被逐步淡化,NHS 英格兰的运行模式将从以选择与竞争为核心的供需分离模式转向以协作与整合为核心的整合型医疗体系模式。^[17,20]其中,协作是指 NHS 英格兰各相关主体的协商与合作,在相应的行政区域内,NHS 英格兰与地方政府、战略购买人与医疗服务供给人等相关主体会打通预算资金,由两级机构、供需双方协同评估^①属地内国民健康需求的优先级、医疗服务供给的优先级;整合则是指 NHS 服务供给的连续与整合,实现专科医疗服务与初级医疗服务、心理健康服务与生理健康服务、医疗(健康)服务与照料服务(social care)之间的连续、整合型供给。^[19,21]“主体协作、服务整合”是 NHS 英格兰整合型医疗体系的核心内容。

3.2 战略购买失败的原因

第一,理念上,NHS 在激励供方竞争的具体方式选择上出现了理念彷徨,导致了颠覆性政策的出现。20 世纪 90 年代初期的改革理念是创造购买主体、买卖双方议价、激励供方竞争,买卖、价格与交易机制非常重要。所以,在此后近 20 年里,NHS 英格兰将改革重心都放在对战略购买主体的迭代演进上,战略购买主体从最初的带资全科医生到此后的初级医疗服务购买组织(PCGs)、初级医疗服务购买信托(PCTs),再到目前的临床战略购买组织(CCGs),战略购买人组织的强化与升级似乎被认为是激励供方竞争、改善体系绩效的主要办法。

而 21 世纪初,当局陆续启动了三项重要改革:作为定价工具的 DRGs、引入非公立医疗机构、放松患者就医约束。由此带来的变化是,不论医疗机构是公立还是非公立,只要其愿意按照 NHS 英格兰通过 DRGs 确定的服务价格接诊,患者均可以前往就医而不受限制,医疗机构也都可以获得资金偿付。如此,激励供方竞争的目标依然可以实现,但是并不需要战略购买组织在这一过程中发挥显著作用。所以,NHS 英格兰对于是否还有必要继续保留战略购买组织产生了动摇。毕竟,既没有确凿证据认为,

NHS 英格兰运行绩效改善的主要原因是供需分离改革及其建立的战略购买组织。^[17,22]又有明确结论指出,第一,放松患者就医约束带来的选择、激励与竞争,才是导致医疗服务供方绩效提升的主要原因^[23,24];第二,战略购买组织的存在提高了交易成本并大幅消耗了 NHS 英格兰本已紧缩的预算。^[25]最终,NHS 英格兰选择弱化战略购买机制,走向整合型医疗体系。

第二,实践上,对供需双方信息、政治、市场、财务势力不对称的问题要重视和解决,避免战略购买政策效能下降。战略购买人与医疗机构之间在信息、政治、市场、财务势力四个方面显著不平衡弱化了战略购买的实践效果,这是欧洲各国的共性问题。^[5]具体而言,战略购买组织对于医疗机构诊疗数据的获取和分析能力不够,对医疗机构施加的“退出市场”威胁可以被其借助政治势力干预轻松摆脱,而且医疗机构凭借区域垄断势力并不会与战略购买组织开展平等协商谈判,战略购买组织由于零散分布而分散的资金规模更加重了上述问题。

除此之外,老龄化、带病生存长期化、慢性病、心理健康等新的国民健康风险因素,也是迫使 NHS 英格兰走向整合型医疗体系的重要原因。^[19,21]

4 中国镜鉴

中国特色的医保基金战略购买面临三个基本问题:改革理念、实践可能与政策内容。

4.1 改革理念

从改革理念看,要着眼于国民健康收益而非部门政策效益,推动医疗服务供需双方协商、合作、共治。国际对于战略购买的讨论重点在于两个方面,一是作为购买内容的医疗服务,二是作为购买目标的国民健康,且一致认为前者服从于后者。目前,国内对于战略购买的讨论核心在于作为购买主体的医疗保险基金。这种关注重点的差异在一定程度上反映出对长期国民健康收益、即期部门政策效益的相对偏好,长此以往,既有可能出现过去 NHS 英格兰认为战略购买人不断强化升级就能提升制度运行绩效的谬误,又有可能导致部门间博弈关系的隐性生成与社会资源的无谓损耗。如此,即便能够取得阶段

① 在此之前,战略购买人与服务供给人没有预算资金打通和协商合作的政策安排,二者互动的机制是,战略购买人单方面确定属地内国民的健康需求并据此安排服务购买的优先级,然后通过选择、竞争与支付实现自身的战略购买目标。

性战役成果,可能也较难通过较低成本达成长远性战略目标。

4.2 实践可能

从实践可能看,导致欧洲各国战略购买效果不佳的共性问题——供需双方信息、政治、市场、财务势力不平衡——在中国情境下均有一定程度的克服可能。

在信息势力的平衡上,虽然供方与患者之间的信息不对称仍然存在,但是供方与保方之间的信息不对称已经削弱,CHS-DRG 的有力推进就是佐证,信息不对称不会是导致战略购买无法实施的核心因素。

在政治势力的平衡上,欧洲实践的基本问题是,医院通过高层政治干预和基层群众运动转“倒闭”为“合并”^[5],阻止了优胜劣汰市场机制的运行。解决这一问题的本质在于,如何避免行政介入市场。关键是向前改革——追求良好的供需双方交易过程治理,让市场机制与行政机制界限分明、清爽运行,而不是向后倒车——仅仅提升战略购买人行政级别,让“权力”匹配“权力”、“级别”对应“级别”。中发〔2020〕5 号文提出推进医疗保障经办机构法人治理,这既是政之所向、也是学界共识,上述战略购买的负面影响因素正在向积极影响因素转化。

在市场势力的平衡上,战略购买人只需在社会医疗保险全民覆盖前提下,强化对参保人就医流向、流量的干预,并在医疗服务(单位)价格管制的基础上通过支付制度改革实现对医疗服务的总价格管制(区域总额预算、按病种(组)付费)并注重调节供方策略性行为(结合点数法)。

在财务势力的平衡上,中国社会医疗保险已经接近实现全民覆盖。2019 年,公立医院医药收入中有 50% 左右来自于医保直接结算,县级医院和基层机构收入中来自于医保基金的收入分别占 56%、65%。^①

4.3 政策内容^②

结合国际定义,借鉴国外经验,立足中国实际,本文对中国特色医疗保险战略购买的政策框架及其具体内容进行了初步讨论。本文认为,中国特色医疗保险战略购买的政策框架主要包括“谁来购买、为

谁购买、购买什么、如何购买、怎样支付”五个方面。

4.3.1 谁来购买

国家和地方医疗保障局是战略购买的设计、监管主体,医保经办机构应当是战略购买的执行主体。国家局从全体国民利益出发,基于“前瞻、整体、系统”视角做顶层决策,解决“为谁购买、购买什么、如何购买、怎样支付”四个问题,地方局在政策允许的前提下因地制宜做政策微调。统筹区医保经办机构负责政策执行,体现国家意志。

医保经办机构作为医保基金直接管理者,有必要参与到战略购买决策之中。面对医保行政管理、经办机构管办一体,后者动力、能力不足的问题,中发〔2020〕5 号文提出了推进经办机构法人化治理的基本思路。遵循这一思路,本文认为应当建立医保经办机构社会公法人治理机制。本质上,社会保险是一种以特定群体风险分担为目标、以公法形式组织运行的共同体,社会保险组织属于政府、市场之间的社会治理主体,应当在行政、市场机制之外调用社会机制,建立社会法人性质的医保经办机构,实现医疗保障领域政府、市场、社会机制之间的协同耦合。^[26,27]

4.3.2 为谁购买

国家医保局是全民、全体医疗费用的代理人。一方面,政治经济学视角下的人民是具象概念,战略购买要对规模庞大的中低收入参保人给予更多关注,提高这部分群体的就医经济可及性,促进医疗服务的公平利用;另一方面,战略购买不仅仅需要关注参保人待遇目录内、医保报销后的自付医疗费用,还需要关注参保人待遇目录外、医保报销外的自费医疗费用。此外,在继续推进全民参保工作之余,要重视尚未参保群体能否以及如何享受战略购买政策红利的问题。

4.3.3 购买什么

一是购买连续、整合的医疗服务体系,即购买前预防、事中医疗、事后康复(安宁)的横向连续型医疗服务,以及基层全科机构、高层专科机构之间分工明确、上下联动、流转顺畅的纵向整合型医疗体系;二是购买多元、协调的资源配置格局,适当加大对基层医疗机构、民营医疗机构、医师与药师劳务的购买

① 来自某医疗保障研究院相关研究人员于 2020 年 12 月在第二十一期健康保障圆桌会上的报告内容。

② 该部分详细内容可参见李珍、王红波、陈晋阳收录于《医改蓝皮书:中国医改发展报告(2021)》中的研究成果《论医保基金战略购买的国内内涵》,该书于 2021 年 5 月由社会科学文献出版社出版。

权重;三是在“为谁购买”环节提出的政治经济学理念指引下,打造包容性医保待遇组合,以适当减少药物耗材可选品种、合理剔除高值药物耗材的方式收紧待遇目录,这既能够为中低收入群体公平利用服务、药物和耗材创造条件,又能够为基本医疗保险实现相对充分保障预留合理空间。

4.3.4 如何购买

如何购买包括购买机制的选择与购买工具的使用。在购买机制选择上,健全医保经办机构社会公法人治理机制,推动多元利益主体在战略购买事务上的协同参与,强化医保经办管理机构的社会公法人属性,促进医疗保障领域行政、市场、社会三大机制的协同运行;在购买工具使用上,利用好医保目录、定点医药机构协议管理两种医保购买工具。一是继续用好卫生技术评估方法调整基本医保药品目录,并基于药品类别分类施策。二是动态权衡国际趋势、国内需求,综合考虑市场准入、医保准入,审慎把握基本医保药品目录纳入高新技术药品的节奏。三是注意带量采购等购买工具对相关利益群体形成的效应分析,减少购买工具产生的负面影响,平衡战略购买的即期、长期收益。

4.3.5 怎样支付

在支付流程上,战略购买人对于医疗机构的医保支付、医疗机构对于药物耗材供应商的费用支付均应做到及时、足额。此外,对于医保支付清算后的结余资金,有必要在医务人员绩效奖励和医疗服务价格调整之间灵活选择;在支付方式与支付标准上,针对独立执业医师、单体医疗机构、区域医疗集团等不同支付对象以及门诊服务、住院服务等不同支付内容,要继续推进区域点数法总额预算下的多元复合型支付方式改革,综合运用DRGs、DIP等服务定价(支付)工具和独家品种谈判、非独家品种竞价等药物定价机制,实现对医疗服务、药物耗材的价值支付。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Paul E, Brown G W, Ridde V. Misunderstandings and ambiguities in strategic purchasing in low-and middle-income countries[R]. 2020.
[2] Preker A S, Langenbrunner J C. Spending wisely: buying health services for the poor[R]. The World Bank, 2005.

[3] World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance [M]. Geneva: WHO, 2000.
[4] Cashin C, Eicher R, Hartel L. Unleashing the potential of strategic purchasing[R]. HFG Series: Advances in Health Finance & Governance, the U. S. Agency for International Development (USAID), 2018.
[5] Greer S L, Klasa K, Van Ginneken E. Power and Purchasing: Why Strategic Purchasing Fails [J]. The Milbank Quarterly, 2020, 98(3): 975-1020.
[6] Klasa K, Greer S L, Van Ginneken E. Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries[J]. Health Policy, 2018, 122(5): 457-472.
[7] 傅鸿翔. 主动的战略性购买: 试论医疗服务的基金购买策略[J]. 中国医疗保险, 2012(9): 9-11.
[8] 傅鸿翔. 主动的战略性购买: 试论医疗服务的基金购买策略[J]. 中国医疗保险, 2016(12): 21.
[9] 朱恒鹏. 发挥医保基金战略性购买作用 推进医疗保障和医药服务高质量协同发展[J]. 中国医疗保险, 2020(2): 4-6.
[10] 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.
[11] 王宗凡. 强化战略性购买作用 促进医保医药服务协同发展[N]. 中国医药报, 2020-06-15(004).
[12] 赵斌. 国际社会医疗保障制度发展趋势: 走向“战略性购买”[J]. 中国医疗保险, 2016(12): 17-21.
[13] 陈金甫. 实施价值导向的医保战略性购买[EB/OL]. (2017-12-13) [2021-03-12]. <https://www.cn-healthcare.com/article/20171213/content-498204.html>
[14] Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance[M]. McGraw-Hill Education (UK), 2005.
[15] Wikipedia contributors. National Health Service (England) [R]. Wikipedia, The Free Encyclopedia, Wikimedia Foundation, 2021.
[16] Cashin C, Chi Y-L, Smith P (Peter C), et al. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability [M]. OECD Publishing, 2014.
[17] Timmin N. Commissioning: barking up the wrong tree? [EB/OL]. (2017-06-05) [2021-03-12]. <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2017/06/commissioning-barking-wrong-tree>
[18] NHS England. Next steps on the NHS Five Year Forward View [EB/OL]. (2017-03-31) [2021-03-12]. <https://www.england.nhs.uk/publication/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/>

- [19] NHS. The NHS Long Term Plan[EB/OL]. (2019-01-07) [2021-03-12]. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
- [20] Iacobucci G. STPs will end purchaser-provider split in parts of England, says NHS chief[J]. BMJ, 2017; j1125.
- [21] NHS England. Breaking down barriers to better health and care[EB/OL]. (2018-06-06) [2021-03-12]. <https://www.england.nhs.uk/publication/breaking-down-barriers-to-better-health-and-care/>
- [22] Goddard M, Bloor K. Alan Maynard: A Sceptical Economist and His View of Health Care and Health Policy[J]. The Political Quarterly, 2018, 89(4): 714-718.
- [23] Gaynor M, Propper C, Seiler S. Free to Choose? Reform, Choice, and Consideration Sets in the English National Health Service[J]. American Economic Review, 2016, 106(11): 3521-3557.
- [24] Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service[J]. American Economic Journal: Economic Policy, 2013, 5(4): 134-166.
- [25] Himmelstein D U, Jun M, Busse R, et al. A Comparison of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far[J]. Health Affairs, 2014, 33(9): 1586-1594.
- [26] 李珍, 王怡欢, 杨帆. 论新时代医疗保险公法人治理体制的创新: 基于多中心治理理论[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(11): 16-22.
- [27] 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.

[收稿日期:2021-03-16 修回日期:2021-05-14]

(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2021 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696、52328697