

管用高效医保支付二元结构研究:病组分值与健康绩效

于 淼^{1*} 杨燕绥¹ 张 丹^{1,2}

1. 清华大学医院管理研究院 北京 100084

2. 清华大学深圳国际研究生院 广东深圳 518055

【摘要】2020年,中共中央、国务院出台的《关于深化医疗保障制度改革的意见》引领我国医疗保障进入2.0发展时期,并提出建立“管用、高效”的医保支付机制。本文基于全球医保改革的视角,运用卫生经济、结构分析、案例分析等方法对医保支付机制进行研究,描述了病组分值点数付费和结余留用机制抑制过度医疗、紧密型医共体人头加权总额付费和健康绩效评估促进转型的作用机理。管用机制重在管理和控制,高效机制重在调动当事人积极性与绩效考核,由此形成医保支付二元结构及其整体方案,以及从以治疗为中心转向以健康为中心的 implementation 路径。同时,本文进一步描述了总额预算管理、病组分值点数付费、人头加权预算、健康绩效评估几个关键词的核心内容。

【关键词】总额预算管理; DRG/DIP; 人头加权预算; 健康绩效评估

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.07.001

Research on the dual structure of effective and efficient medical insurance payment: DRG/DIP and health performance

YU Miao¹, YANG Yan-sui¹, ZHANG Dan^{1,2}

1. Institute for Hospital Management of Tsinghua University, Beijing 100084, China

2. Tsinghua Shenzhen International Graduate School, Shenzhen Guangdong 518055, China

【Abstract】2020,《The State Council on Deepening the Reform of the Medical Security System》leads China's medical security into the 2.0 development period, putting forward the establishment of “effective and efficient” medical insurance payment mechanism. Based on the perspective of the global health insurance reform, we review the successful layout DRG/DIP payment reform action plan for three years, and apply health economics, policy elements, Clinical Practice, structural analysis, case analysis and other methods to support the research of operation mechanism, we describe the two mechanisms of controlling excessive medical treatment by diagnosis-Intervention packet and retention of surplus in patients group, global payment of intensive medical community and health maintenance by performance evaluation mechanism. Effective mechanism focuses on management and control, and efficient mechanism focuses on mobilizing the enthusiasm of the parties and performance appraisal system. This paper describes the dual structure of medical insurance payment and its overall scheme, especially the total payment mechanism of the compact medical community. And the implementation path of health insurance payment transformation from treatment-centered to health-centered. We further describe several key contents, including global budget management, diagnosis-Intervention packet, cap-weighted budget and health performance evaluation.

【Key words】Global budget management; DRG/DIP; Cap-weighted budget; Health performance evaluation

20世纪70年代以前,国际上社会医疗保险主要关注缴费基准和待遇清单,医疗保险费率维持在工资的5%~14%,分担参保患者医疗费用的比例达到70%左右,属于“建基金、补需方”的发展时期。此

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(17ZDA121);国家自然科学基金项目(72004112)

作者简介:于淼(1986年—),男,博士,助理教授,主要研究方向为医疗保险,劳动经济学。E-mail:yumaio_thu@mail.tsinghua.edu.cn

通讯作者:张丹。E-mail:zhang.dan@sz.tsinghua.edu.cn

后,社会医疗保险开始关注支付方式和监督考核机制,进入“建机制、补供方”的治理时期,以适应科技进步和人口老龄化带来的挑战,建设全生命周期维护健康的卫生体系。2018年以来,中国在医疗保险基金总额预算管理下,成功布局了急性治疗病组分值点数付费(DRG/DIP)改革的三年行动计划,需要及时启动县域紧密型医疗共同体总额付费改革,二者互动与整合是构建“管用、高效”医保支付机制的必由之路。^①

1 总额预算管理下的二元结构医保支付

总额预算是基于医疗保险基金收支、参保患者及物价等相关增长情况,制定年度医保支出预算总额,即宏观经济学在医疗保险综合治理领域的运用,将需求抑制在总额预算之内以求收支平衡。医疗保障水平应当与国家经济社会发展水平相适应,坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,以区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额管理,通过病组分值点数付费规范专科医疗的医保基金使用行为,通过人头加权总额付费规范全科医疗的医保基金使用行为,促进全专融合,建立“结余留用抑制过度医疗”和“健康绩效奖励实现转型”的二元结构的医保支付机制,实现医疗保障高质量发展和医疗保险基金长效平衡(图1)。

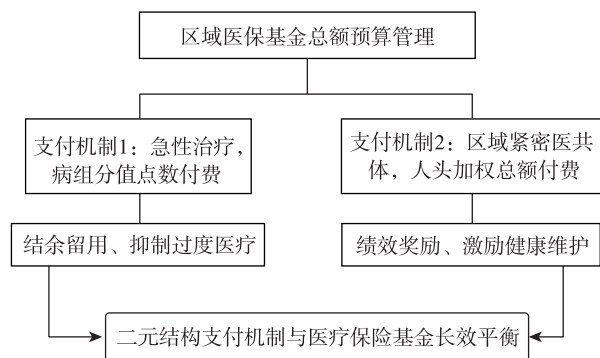


图1 医保基金总额预算管理下的长效平衡机制

1.1 总额预算管理下的激励相容机制

如果将医疗保险基金的年度支出视为“一块蛋糕”,医保支付政策即“切蛋糕”。激励相容机制指在集体行动和市场经济中,每个理性经济人都会有自利的一面,如果能有一种制度安排,使行为人追求个

人利益的行为,正好与企业实现集体价值最大化的目标相吻合,这一制度安排就是哈维茨(Hurwicz)创立的“激励相容”。^[1]在使用医疗保险基金的过程中,基于总额预算管理下,建立风险共担、剩余共享的分配机制,可以产生“激励相容”效果,由此有效地解决医生、医院与医疗保险基金集体利益之间的矛盾冲突,预期实现个人价值与集体价值的两个目标函数实现一致化。

医保支付的“切蛋糕”政策如下:一是考虑上一年支出总额、当期和中期支出增减变化率等因素,给出年内医保支付总额,即“做蛋糕”政策。二是对急性治疗的住院病例实行“病组分值点数付费、结余留用,以抑制过度医疗”;对非急性治疗的慢性病管理、康复护理等维护健康的服务实行人头加权预算、总额付费管理、健康绩效评估与奖励,即医保支付的二元结构;三是根据区域卫生规划和各级医护机构的合理分布情况(见英国《国家卫生与社会照护法(2012)》),按照疾病谱和病组数量(组数)、费用(病组权重)、实际发生病案数据制定医保付费点数和点值,即切蛋糕的政策。^[2-3]

综上所述,医疗保险基金的蛋糕分配逻辑是通过减少患者、病案和医护资源耗费的点数增加医保付费的点值,即提高医护劳务价值,由此形成利益相关者共同承担风险和分享剩余的激励相容的激励机制。为了利益相关者的共同利益,对违约者惩罚是必要的,必要时要让不合作者出局,医疗保障经办机构有权与其解约。

1.2 发挥地市统筹总额预算管理的体制优势

地市统筹即指地市政府依法统一医疗保险收支管理和实现收支平衡的责任和制度。美国凯撒医疗集团模式即集医疗保险和医疗服务于一体的管理理念,凯撒模式提供服务后的结余资金可以在集团内部进行再分配。《关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称《意见》)要求“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”。^[4]我国基本医疗保险实行全覆盖和地方统筹的管理体制,具有医保基金闭环管理的体制优势。只要做好总额预算管理、医保支付机制和结余留用激励机制,地方统筹的医疗

^① 项目付费可在康复、慢性病等较小范围继续使用,本文暂时忽略。

保险基金就只有使用效率高低的風險,没有收支不平衡的風險。各统筹地区想要做好总额预算管理,把握好“做蛋糕”与切蛋糕的相关政策用好健康医疗大数据,建机制、立法治,实现医保医药协同发展。

2 病组分值点数付费、结余留用是抑制过度医疗的“管用”措施

2.1 从按数量付费到按价值付费是必然趋势

按患者人头、人次、医疗项目和住院日的数量计价形成的支付机制,激励医疗机构增加服务和规模化发展。1970 年《财富》出了一期医疗特刊,称医疗行业已经走到了混乱的边缘,对美国经济和美国人追求幸福的追求带来很多间接伤害。^[5]因此,医保支付方式从按数量付费走向按质量和结果付费是必然趋势,但是实现这个目标需要很多条件和时间。病组分值点数付费,俗称“打包定价”,是通往按结果和价值付费的过渡措施。

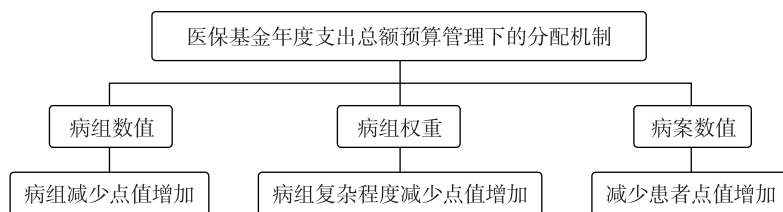


图2 医保基金总额预算下的蛋糕理论、降点增值与长效平衡机制

一是与医疗服务数量和质量挂钩。基于住院病例的病案首页信息进行分组(或者确定病种),形成病组病种点数和分值、权重点数和分值、病案点数和分值,再根据医疗服务机构服务的种类、数量及其形成的点数和点值进行结算,并根据医保服务协议进行合规性检查与监督,辅之以奖励和惩罚制度。

二是剩余索取激励控制成本,即结余留用政策。结余留用即医疗机构的病组/病种实际成本小于医保支付费用的基金差额,允许医疗机构留用和改善医务人员薪酬制度,不允许直接与医生工作绩效挂钩。医疗机构和紧密型医共体,在科学定位、合理接诊、提质增效与维护健康的情况下,可以从病组结余费用、统筹地区病组点值增加两个层面受益。

综上所述,病组分值点数付费和结余留用政策可以引导医疗机构和医务人员在质量和成本之间抉择,推进了临床路径的发展。结余留用具有剩余索取的激励性,推动医疗资源更合理使用,避免不必要的治疗或出现并发症。^[6-7]但是,可能出现如下几

2.2 病组分值点数付费重在实现急性治疗质量与成本的平衡

病组分值点数付费指基于疾病诊断相关组(DRG),制定医保支付标准和预付制的制度安排。DRG实质上是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将患者分入若干诊断组进行医疗管理的工具。此外,中国根据国情推出了基于病种(DIP)制定医保支付标准和预付制的制度安排。

20世纪80年代,美国联邦老人和残障人医疗保险计划实行了DRG付费,适用范围较窄。此后在欧美国家逐渐普及,并形成多种版本。病组分值点数付费即总额预算管理下,基于急性治疗病组的“蛋糕”分配机制(图2),就整体而言具有降点增值的激励相容效果。

种情况:一是克莱顿·里斯坦森等人担忧的,一味打包定价可能形成买方垄断状态,由此导致价格扭曲^[8];二是孤立发展病组分值付费,缺乏系统建设和综合治理,可能出现数量付费的变种,即通过减少单位病组成本和增加病组服务数量增加收入,继续拉高住院率。可见,病组分值点数付费是实现按结果与价值付费的过渡措施,有利也有弊,推动病组分值点数付费需要及时启动区域总额付费和综合治理机制。

3 人头加权总额付费与健康绩效奖励是实现转型的“高效”措施

在互联网时代,社区医疗的缺失将让我们失去实现价值的机会。^[7]2022年7月13日,国家卫生健康委《卫生健康系统贯彻落实以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针若干要求》(以下简称《若干要求》)提出14条要求,其中指出人头加权总额付费与健康绩效评估是促进医保支付从治疗为中心向健康为中心转型的高效措施。

3.1 人头加权总额付费的国际经验

1971年,英国开始实行人头加权预算总额付费,资金分配原则进行周期性调整,指标权重也会变化。NHS 资金分配考虑人口、性别、年龄3个因素,20世纪90年代增加了贫穷程度,当前权重计算公式增加了服务半径、健康状况等。2012年,英国颁布了《健康和社会保健法案》(the Health and Social Care Act),2013年4月停止基本保健基金会(Primary Care Trusts, PCTs),启动临床委托服务委员会(Clinical Commissioning Groups, CCGs),作为NHS的法定机构,负责规划和采购基本保健服务,其代表主要是全科医生和诊所经理。NHS 预算的60%以上由CCGs 进行分配,由此形成全科医师联合诊所(二级医院),可以满足大部分基本保健需求和具有支付专科医生服务的能力。为此,医院减少了床位和增加了计划内的手术(全科医生联合诊所上传的患者)。综上所述,在夯实社区医疗与实现服务可及性的基础上,在全科医生团队具备支付专科医生服务能力,实现全专融合的基础上,是否建立区域紧密型医共体是个体选择,不是公共选择问题。

3.2 人头加权总额付费的中国实践

《意见》提出“探索对紧密型医疗联合体实行总额付费,加强监督考核,结余留用、合理超支分担”的要求是医保支付改革的重头戏。中国基层医疗服务是个短板,实现医疗服务可及性、全专融合需要区域紧密型医共体。国务院办公厅发布《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号),要求加强全科医生的培养,让全科医生和家庭医生(可以与专科医生对话)团队做好基本医疗保健和医保控费方面的“守门人”。紧密型医共体总额付费是实现全专融合、赋能基层与抑制虹吸效应的公共选择。反之,非紧密型医共体不具有这个功能。克莱顿·里斯坦森在谈及美国医疗保健体系时说,归根结底,我们把巨额资金浪费在了全世界最臃肿低效的管理体制和服务体系上。^[8]中国将大量患者资金(包括间接成本)、时间和医疗资源浪费在不同级别医院重复就医方面,全科、专科和专家之间等级分明、合作不足。要实现方便可及、质量安全、成本可控的三角价值链,必须从管理体制、运行机制和服务体系上下功夫。

紧密型医共体具有利益相关人闭环管理的主要

特征:(1)一个区域,即按居民区域设置,根据经济发展水平配置医疗卫生资源,努力将患者留在社区和域内,实现基本保健的可及性;(2)一个利益目标,即社区、大区和县市三级医院一个法人治理,人财物资源统一配置、合理分工,统一绩效考核,域内相关医疗机构资源共享,提高服务质量与绩效;(3)一个责任人,即首诊、急诊、门诊、住院及康复统一服务流程,整合就诊模式,提供连续服务和维护健康,实现基本保健的安全性和可支付性。在实行总额付费与结余留用的条件下,专科医生参与全科学科建设,共同做好疾病预防工作,减少患者可以使得整体医共体受益。2017年,深圳市医保按照参保患者的往期医养费用实施了人头加权预算(仅有1个指标)与结余留用的政策,在罗湖医疗集团实施试点。罗湖医疗集团的运行机制如下:一是社区医院(社康中心)院办院管,域内医疗机构和辅助机构资源共享;二是一个全科医生组合公卫医师、护理师、药剂师、中医师、康复医师、专科医师和医务社工,提供基本公共卫生、基本医疗保健和健康管理的签约服务(包括诊所、家庭病床等);三是专科医生进社区实现全专融合服务,社区专科医生收入可以高于三级医院医生收入;四是医防融合的服务小组延伸到了学校、企业、商场、居民楼等地;在基层就诊率和疫情防控能力两个方面交出了让政府和居民满意的成绩单。同时,在成本管理与合理使用医保基金等方面积累了经验。2020年,金华市医保对签约服务参保人实施了人头加权预算,嵌入年龄、疾病谱和往期费用三个指标,再将人头费用总额支付给提供签约服务的基层定点医疗机构,基层就诊率和医保基金支付占比逐渐提升。

东莞市医疗保险实行社区统筹和首诊制近30年,大社区均具有二级医院,正在形成社区医疗联合体。居民已经习惯于在社区就诊,每次自付金额几十元人民币。东莞市医保在加强家庭医生团队的支付力度,培育家庭医生购买专科医生服务的支付能力。

3.3 紧密型医共体总额付费机制的构建

坚持“以人为本、维护健康”目标,强化总额预算管理,在病组分值点数付费的基础上,进一步嵌入人头加权预算、家庭医生信息平台和健康绩效评估与奖励三个工具(图3),促进社区医疗发展,实现全专融合。

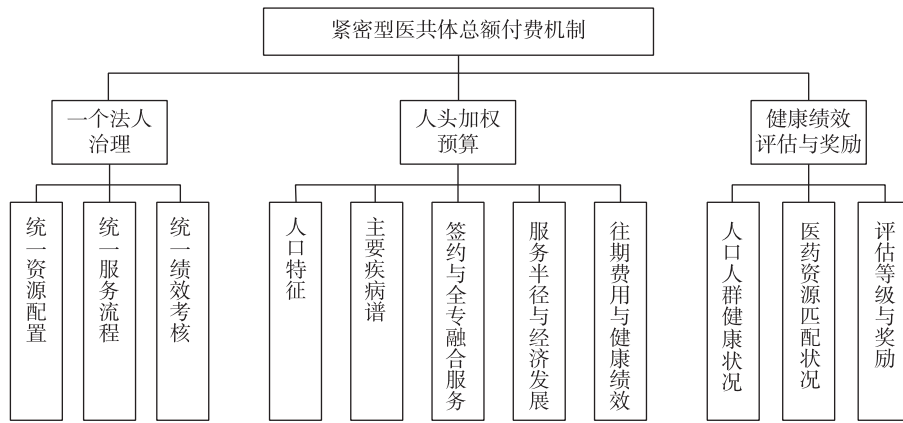


图3 紧密型医共体总额付费机制及其架构

一是强化区域总额预算管理,激励紧密型医共体提高医疗服务的可及性。预算总额是医保支付的预期承诺,结算科学性更加重要。结算管理要考虑预付款、结算周期、钱随人走(在紧密型医共体、统筹地区之外就医)、结余留用、监督考核与奖励等问题。紧密型医疗共同体的预算总额包括按人头发生的住院(DRG/DIP)和门诊费用(如APG)、家庭医生团队和社区医院慢性病管理、康复护理(非长期照护)等服务费用,即大总额。积极的医保支付政策需要考虑急性治疗和非急性治疗,特病是社区医疗的医保资金分布问题,建立相关指标和绩效考核制度,通过积极的结算制度引导医院赋能基层医疗机构,留住患者、全专融合,以整合式服务替代重复就医。

二是人头加权预算,确保实现改革目标。人头加权预算是基于参保人头(签约人头、参保患者等)附加绩效考核指标的预算制度,在区域间建立适度竞争机制。在个人往期医药费用的基础上附加相关引导性指标和权重,由此形成更加科学的激励机制和结算制度,避免陷入按人头拨款的误区。借鉴英国经验,人头加权指标如下:(1)人口特征,特别是地区之间年龄结构;(2)疾病谱及其变化;(3)就医模式,家庭医生签约和全专融合服务情况;(4)往期费用;(5)健康绩效评估;(6)地区服务半径和经济发展水平,向贫困地区倾斜。

三是完善家庭医生信息平台。家庭医生是全专融合的载体,具有全科医生与专科医生的对话能力。家庭医生团队可以控制居民健康档案、体检档案和门诊病案,医保支付延伸到家庭医生层面,需要规范与整合全科病案、健康档案和签约服务的信息平台。在此基础上制定预算、考核与支付政策。发挥补偿服务与奖励绩效的功能,如续约、代际同签、健康绩效考核等。医保基金非行政费用,不应当仅用于支

付签约费用。

四是健康绩效评估与奖励,引导紧密型医共体维护健康。2020年6月1日开始实施的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》中提出“要进行健康绩效评估,并根据评估结果制定、完善与健康相关的法律、法规、政策和规划”。健康绩效评估是临床医疗资源耗费情况和患者临床状态匹配的客观结果,不同于任务指标型评估和满意度评估。健康绩效评估是实现按结果进行价值付费的基础。基于成本和绩效的补偿模式研究早已开始。1989年,哈佛大学萧庆伦教授等人研制了“基于资源消耗的相对价值参数”(RBRVS)计算的支付方案,但最终因为相对价值被政治化而非临床化,未能与实际价值联系在一起。^[8]健康绩效评估结果可以计入人头加权预算和绩效奖励制度。其主要特征如下:(1)基于临床数据(采集实行病组分值付费两年以上的临床数据)建立绩效模型,评价参保人健康状况和医药资源配置情况,评价家庭医生团队、紧密型医共体的工作绩效,甚至评价地方政府及其不同部门维护健康的工作绩效。(2)根据健康绩效评估等级实施差别奖励,有利于在家庭医生团队之间、紧密型医共体之间引入竞争机制,将维护健康落到实处。(3)实现医保支付从以治病为中心向以维护健康为中心转变的必由之路。将病组分值付费抑制过度医疗产生的节余费用用于健康绩效评估奖励,可以避免医院对医保因费用管理导致“黑色陷阱”的担忧,激励紧密型医共体,维护居民健康。

4 主要挑战和应对措施

4.1 病组分值付费的成绩、挑战与应对措施

2018年国家医保局成立以来,从制定15套基础标准入手,夯实缴费基数、统一待遇清单制度、规范

医药谈判和定价机制,组织专业力量研究适合我国国情的病组分值付费方案(DRG/DIP等)和结算清单制度,开发医保智能监控系统和建设知识库,引导我国社会医疗保险进入建设全民医疗保障体系、体制和机制的阶段。2020年的《意见》也提出了“推广按疾病诊断相关分组付费”的要求。2021年底,国家医疗保障局制定了《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,要求2022—2024年全面完成DRG/DIP付费方式改革任务,到2025年底覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构,基本实现病种、医保基金全覆盖。目前,有100多个城市开展了试点工作,各试点城市政府部门高度重视,建立健全工作机制和配套措施。

在试点地区的城市中心医院普遍出现病例组合指数(CMI)值上升、人均次均医药费用增长率下降的发展趋势。以较早实施按病组分值点数付费的金华市为例,2020年医保年度与2019年相比,三级医疗机构费用占比下降4.9%、二级医疗机构费用占比下降0.7%、基层医疗机构费用占比增长7%。推行门诊病组分值付费(APG)之后,门诊特病占比增长,普通病组下沉基层医疗机构。医疗机构管理和临床数据质量逐步提高,为实施健康绩效评估奠定了基础。以广西壮族自治区为例,2021年11月底,全区15个统筹地区、464家定点医疗机构实施了病组分值点数付费,覆盖全区88.21%的二级以上定点医疗机构和79.40%的住院医保基金支出。改革实现“三降一升”,次均住院费用、平均住院日、个人费用负担同比分别下降16.40%、14.33%和13.35%,病例组合指数同比上升15.87%。激发了定点医疗机构规范临床路径、提质增效,在减轻群众医药负担方面取得了初步成效。

主要挑战与应对措施如下:一是建立复杂病组分担机制。病组分值付费只能覆盖急性治疗的一般情况,遇到复杂病组时医院可能出现亏损并导致推诿重症患者(CMI值降低),需要科学界定复杂病组的影响因素和测算模型,建立申报、评估和医保分担机制,支持三级医院引导专医专科联盟的发展。二是针对持续出现亏损的病组,特别是与三级医院专家团队、设备设施和职责分工不匹配的病组,部分服务会转向门诊,门诊应当在哪里?应当通过紧密型医共体赋能基层和促进社区首诊制的发展。如果找不到持续提质增效的路径,可能影响公立医院参与改革的积极性,也可能导致夯实基层的医改大目标

的流失。三是探索和实施健康绩效评估制度,抑制医疗服务不足问题,激励医疗机构维护健康。四是培育病组分值点数付费文化。在试点的统筹地区,医保经办机构和主要公立医院之间通过增加点值和平滑系数等方法达成妥协措施,给予主要公立医院两到三年的改革适应期,避免西方国家发生的医院倒闭现象,但这种妥协是有限的。医疗机构应当以病组分值点数付费改革为抓手强化临床路径管理和绩效管理,加强医生提高质量和控制成本意识和行为习惯,不能将结余留用机制直接与医生的绩效挂钩,怂恿医生套高编码的趋利行为。

4.2 紧密型医共体总额付费机制的案例、挑战与应对措施

目前,基于中共中央决策和国务院的部署,东莞市社区统筹和首诊制、深圳市罗湖医疗集团医保总额付费、金华市签约人头加权预算和基层医疗机构总额付费取得成功,三明市紧密型医共体和医保人头打包付费正在推进。主要经验是管办分离的体制保障和医保医疗协同机制。

主要挑战与应对措施如下:一是认识不到位。对人口老龄化和后疫情时代社区医护基础设施和服务体系建设的重要性认识不足,区域卫生医护发展规划的科学性和执行的权威性不到位。《若干要求》已将此提到新时期党的卫生医疗工作方针的高度,还需要制定党政工作绩效考核指标,以促进转变理念和落实行动计划。例如,2022年四川省人民政府办公厅发布《关于成立四川省卫生健康工作领导小组的通知》,并由省长担任组长。二是体制性障碍。农村三级医疗机构是职能分工,不是体制安排,城区县卫健部门要实行管办分离,支持和监督紧密型医共体的运行。三是医保与医疗协同发展不足。长期以来医保基金主要支付三级医院,不利于社区医疗的发展。2022年,我国千县紧密型医共体建设正在成为地方政府的重点项目,医疗保险也启动了门诊统筹改革,医保支付如何支持县域紧密型医共体建设的问题已提上议程,需要二者协同发展。

5 小结

高质量发展的必要条件之一即关注结构效应。医保支付整体、战略和二元结构特征来自急性治疗住院和非急性治疗门诊/社区的临床实践。在总额预算管理条件下,既要通过病组分值付费和结余留用政策控制急性治疗的住院成本,也要通过区域紧

密型医共体总额付费建立以健康为中心的预算管理、考核机制、分配与激励机制,二者相辅相成与整体推进,才能构建高效管用的医保支付机制,确保实现医疗保障高质量发展的大目标。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Hurwicz L. On informationally decentralized systems [M]. Decision and Organization: A Volume in Honor of Jacob Marschak. North-Holland Editors: C. B. McGuire and Roy Radner, 1972: 297-336.
- [2] 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.
- [3] Iacobucci, Gareth. STPs will end purchaser-provider split in parts of England, says NHS chief [J]. Bmj, 2017: j1125.
- [4] 李珍, 陈晋阳, 王红波. 医保基金战略购买: 基本概念、

国际经验与中国镜鉴 [J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14 (5): 1-7.

- [5] 菲利浦·朗曼. 最好的医疗模式 [M]. 李玲, 徐进, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2011.
- [6] Calciolari S, Ortiz L G, Goodwin N, et al. Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework [J]. Journal of Interprofessional Care, 2021(1): 1-9.
- [7] Christopher Morites, Vineet Arora, Neel Shah. 以价值为导向的医疗服务 [M]. 杨莉, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2018.
- [8] 克莱顿·里斯坦森, 杰罗姆·格罗斯曼, 黄捷升. 创新者的处方: 颠覆式创新如何改变医疗 [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2015.

[收稿日期: 2022-06-25 修回日期: 2022-07-16]

(编辑 薛云)

欢迎订阅 2023 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) 核心期刊、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