

强基层导向下县域医保基金战略性购买的实现路径研究

贺睿博^{1,2*} 罗琳彬¹ 邢怡青¹ 李浩淼¹ 张亮¹

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 湖北经济学院医疗保险改革协同创新中心 湖北武汉 430205

【摘要】医保基金作为医疗机构赖以生存和发展的资源,在县域却呈现出结构性摩擦的发展态势。本研究通过对战略性购买和医保系统功能关系辨析,明确了支付的核心地位,以及基金分配与服务补偿的作用;通过对县域医保基金与基层服务失衡原因的剖析,明确了县域医疗服务的战略性购买需兼顾支付的前端——分配,以及服务的前端——基层。在此基础上,探索性提出了县域基层医保战略性购买,通过改变基金分配方式,以切断医院与基层间基金“竞争”渠道;调整服务补偿方式,以引领基层主动识别并满足县域居民服务需要变化;辅之以“医保+卫健”联动宣讲、协同监管等措施,逐步推动县域基层卫生服务从可持续发展迈入高质量发展。

【关键词】基层卫生; 战略性购买; 医保医疗协同

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.07.001

Research on the realization path of county health insurance strategic purchasing under the orientation of strengthening the primary health services

HE Rui-bo^{1,2}, LUO Lin-bin¹, XING Yi-qing¹, LI Hao-miao¹, ZHANG Liang¹

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. Medical Insurance Reform Collaborative Innovation Center, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China

【Abstract】The health insurance fund acts as the resource for the survival of medical institutions. However, it has shown a development trend of structural friction in the county. By analyzing the relationship between strategic purchasing and the function of health insurance system, this study clarifies the central position of payment and the roles of fund allocation and service compensation. By analyzing the reasons of the imbalance between the health insurance fund and primary services in the county, this study proposes that the strategic purchasing of health care services in the county needs to take into account both the front-end of payment-allocation, and the front-end of service--primary. On this basis, this study put forwards the strategic purchasing of primary health services, which aims to cut off the fund“competition” channel between hospitals and primary health care institutions by changing the fund distribution method; to guide the primary health care to proactively identify and satisfy the changes of the county's residents' service needs by adjusting the service compensation method; and supplemented with joint advocacy and collaborative supervision. The strategic purchasing of primary health services will gradually promote the development of primary health services in the county from sustainable to high-quality.

【Key words】Primary health; Strategic purchasing; Synergy of health insurance and health services

作为我国社会经济高质量发展组成和条件的卫生服务提供与保障体系,二者在功能定位、服务对

象、运行方式等方面具有高度的依存性与融合性,已成为影响彼此效能的关键“变量”。正因如此,二十

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72104073)

作者简介:贺睿博(1988年—),男,博士后,主要研究方向为健康整合与基层卫生。E-mail: heruibo27@163.com

通讯作者:张亮。E-mail:zhangchunliang@whu.edu.cn

大报告将“医保、医疗、医药协同发展”作为深化我国医药卫生体制改革的主要内容与突破口。

县域,是国家治理的基本单元,也是乡村居民健康保障的主要阵地,其具有县乡村三级完整的医疗卫生服务体系,也具备医保基金的独立使用权。伴随全民医保覆盖以及筹资和补偿力度提升,医保基金逐步成为医疗机构赖以生存发展的资源,推动协同成为县域医保系统与医疗系统发展的必经之路。然而,现实中县域医保基金使用与医疗服务提供却呈现出结构性摩擦的发展态势:在控费导向下,医保采取的主要策略是以机构或服务为单元支付方式改革,支付额度往往依据既往服务量测算,此时的服务是在医院与基层“互动”下的相对量,无法真实衡量基层医疗卫生机构的能力,并且单机构支付也无法反映出基层服务的功能定位。有研究显示,基层医保基金呈现逐年下降的趋势,县域平均占比不足20%。^[1]基层医疗卫生机构面对不断减少的医保基金分配,首要应对思路是“如何保住既有医保资金盘”,易引发“门诊转住院”“挂床住院”等不合理行为,甚至衍生出“重公卫轻医疗”的行为。^[2-3]基层医疗服务功能的弱化又导致医保基金进一步流向医院层级,加重了分配结构失衡问题,负向影响着医保系统的效能。也就是说,仅靠对机构或服务支付的改革,无法扭转甚至可能加重基层医疗服务发展乏力的困境,亟需向更为前瞻、主动的战略性购买进行转变,以实现医保基金使用与卫生服务体系“保基本、强基层”产生共振。

1 医保系统功能与战略性购买

1.1 医保系统的核心功能与衍生功能

对于医保系统而言,其建立初衷为在基金可持续运行的基础上,通过风险分担,减轻患者疾病经济负担(医保维度核心功能);随着医保基金对医疗服务机构生存和发展愈发重要,演化出了服务引导与优化的目标(服务维度衍生功能)。^[4-5]医保基金则是通过对参保患者的报销与服务提供方的支付以确保功能的实现。

需方维度,参加医疗保险对减轻疾病经济负担的积极效应已得到验证,此效应会因不同参保类型而存在差异^[6-7];引导服务利用方面,差异化报销的预期效果并未得到充分体现^[8]。在自由就医的环境中,以及在信息不对称的影响下,医保基金在供方维度“如何支付”更加成为决定功能实现的关键因素,主要包括基金以服务机构、服务体系为单位进行的

“块”状分配,以及基金对具体服务开展进行的“点”状补偿两种方式(简称分配与补偿)。

1.2 医保战略性购买的内涵与载体

战略购买/战略采购(Strategic purchasing)由Ammer在1974年《哈佛商业评论》提出,购买应与企业战略管理相结合,是采购部门以企业竞争力提升为目标进行的购买活动。与传统购买仅关注某次交易中以最低价格获取所需产品不同,战略购买是围绕企业长期需求/目标所进行的主动式反应,通过提高整体组织能力、加强与供应商协作关系,以最低总成本覆盖产品全链条供应的过程。^[9]因其对企业持续竞争优势与长期运行绩效的显著效果,战略购买的理念不断应用至其他领域。世界卫生组织于2000年《改进卫生系统绩效》报告中提出应当转变既往后付制下的消极性购买,并将战略性购买作为主要的改革方向,以最大程度发挥卫生系统的功能。^[10]2020年2月,我国在《关于深化医疗保障制度改革的意见》中首次提出医保基金战略性购买,旨在加强医保与医疗协同,助力健康中国战略。医保基金战略性购买的提出具有强烈的时代必要性与紧迫性:以医保基金为主的社会卫生支出占卫生总费用的比重从2000年25.55%上升至2020年的41.94%,2020年医保基金占医疗机构业务收入比重达到60%左右,医保基金战略性购买“能否发挥战略性”已具备了基础条件;同时,医疗服务供给侧改革面临困境,不合理的服务结构与低效的资源使用稀释了医保不断提升的保障能力,医保购买“如何发挥战略性”亦具备了现实诉求。^[11]

现有研究对医保基金战略性购买进行了总结(表1):与一般性购买相比,战略性购买不再局限于服务结果,即针对某项服务价格或服务成本的被动支付,而是根据参保患者需要以及服务体系发展将购买的重心转移到服务过程与服务周期上;并且应当蕴含着在时间上领先于服务发生、机构运行乃至体系发展的前瞻性,角色上能够通过激励约束机制引导、完善医疗服务提供的主动性,体现出以服务公平、质量、效率为导向的价值性,以体系内服务结构合理与连续为导向的系统性;进而实现医保基金使用与卫生服务体系运行效率的提升,优化参保居民的健康收益。^[12-15]

战略性购买的实施主要由“购买什么、向谁购买、如何购买”三个阶段组成,涉及可支付的医疗服务范围、提供服务的定点医药机构、针对服务的支付方式;具体包括定点机构的准入、退出与协议管理,

医保目录的动态调整、药品耗材的集中采购,医疗服务的价格调整,以多机构集团式购买为代表的多元支付等措施。其中,因提供方在服务系统中的主导

地位,以及购买内容与购买对象的相对固定,使得支付方式成为战略性购买的决定性要素。^[11,16]

表 1 医保基金战略性购买的概念与要素

内涵	属性	目标	内容/组成	措施
以价值为取向对医疗服务的整体性购买	系统性	提升医保基金使用效率	购买什么(服务范围)	集中采购 协议管理
医保风险平衡能力与集团购买能力的综合体现	前瞻性	提升医疗服务体系运行绩效	向谁购买(定点机构)	准入与退出 目录调整
对特定服务优先购买与特定群体需求优先满足	主动性 价值性	优化参保居民健康收益	如何购买(支付方式)	价格调整 多元支付(核心)

1.3 战略性购买与医保系统功能的关系

战略性购买作为未来一定时期医保基金使用的指导思想,将会从不同方面影响医保系统功能的实现(研究聚焦于核心的支付要素)。医保系统运行的基础为基金可持续,需保持“尽力而为、量力而行”的原则,从基金分配与服务补偿两个环节提升基金的使用效率。尽管分配与补偿均会对医疗服务产生影响,但影响机制存在差别。分配作用于一个区域或一个体系,首先被医疗机构管理者感知,通过影响机构的发展规划、运营管理、绩效考核、服务规范等,进而传导至医生群体;而补偿因与服务密切关联(如单病种支付、按床日支付),其激励约束作用能够快速被医生群体感知,从而引发行为的转变。^[17-19]

在主动性导向下,补偿的重心逐步由服务费用转向服务效率与服务质量层面,如采用权重/分值及费率的结算,辅之病例组合指数、费用/时间消耗指数、再入院率等考核,推动提供方注重服务价值,进一步提升基金的补偿效率。在前瞻性导向下,分配的方式逐步从单机构预付转向服务体系层面,如实施医疗机构的集团式购买,推动系统内功能定位的落实与服务结构的合理,进一步提升基金的分配效率。而上述“服务补偿—服务价值”与“基金分配—服务结构”良性闭环中所形成的服务提供与基金使用,能够通过合理满足需求与提升保障力度两个方面综合作用于减轻疾病经济负担的核心功能(图 1)。

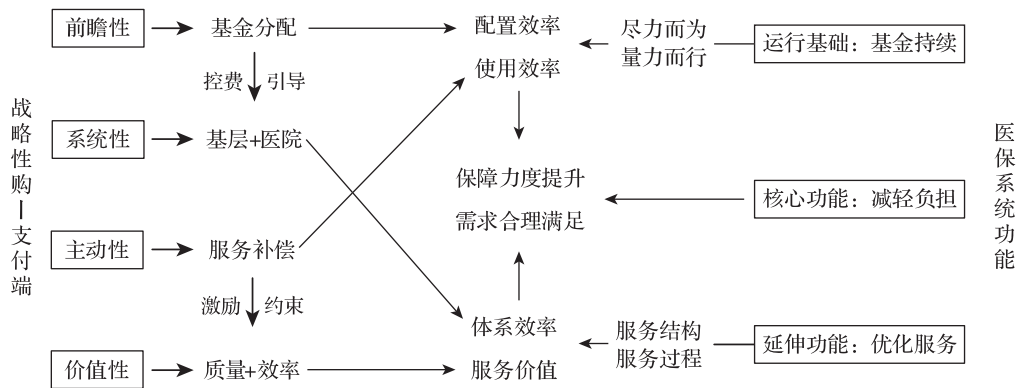


图 1 战略性购买在实现医保系统功能中的路径

2 县域医保基金使用与基层服务提供的失衡

2.1 县域基层卫生服务发展困境

自新一轮医药卫生体制改革提出“保基本、强基层、建机制”基本原则,到《“健康中国 2030”规划纲要》确定以基层为重点的新时代卫生与健康工作方针,县域基层卫生在资源配置、标准化建设、服务覆盖、服务规范等方面均取得显著进展。^[20]然而,在服

务功能重叠与患者自由就医的环境中,县域基层卫生服务无法充分发挥其优势,医疗资源与患者选择趋于集中的问题日益加剧。数据显示,2010—2019 年,尽管乡镇卫生院诊疗人次增加了 2.96 亿人次,但远低于同期县级医院的增幅(5.90 亿人次),且在县乡总诊疗人次占比中持续下降;乡镇卫生院住院人数呈先升后降的趋势,但在县乡总住院人数占比中总体减少 14.26%(表 2)。

表2 2010—2019年乡镇卫生院与县级医院卫生服务提供变化情况

年份	乡镇卫生院		县级医院	
	诊疗人次 (%)	住院人数 (%)	诊疗人次 (%)	住院人数 (%)
2010	8 740(55.88)	3 630(45.23)	6 900(44.12)	4 396(54.77)
2011	8 660(53.26)	3 449(40.84)	7 600(46.74)	4 995(59.16)
2012	9 680(52.67)	3 865(39.21)	8 700(47.33)	5 992(60.79)
2013	10 070(52.26)	3 937(37.69)	9 200(47.74)	6 507(62.31)
2014	10 290(50.47)	3 733(34.41)	10 100(49.53)	7 114(65.59)
2015	10 550(50.60)	3 676(33.51)	10 300(49.40)	7 294(66.49)
2016	10 820(50.05)	3 800(32.62)	10 800(49.95)	7 849(67.38)
2017	11 100(49.33)	4 047(32.61)	11 400(50.67)	8 364(67.39)
2018	11 200(48.48)	3 985(31.30)	11 900(51.52)	8 744(68.70)
2019	11 700(47.76)	3 909(30.97)	12 800(52.24)	9 135(70.03)

注:数据来源《卫生事业发展统计公报》、《卫生健康统计年鉴》;诊疗人次单位为10万,住院人数单位为万。

导致基层卫生发展困境的深层原因在于供需失衡与系统失衡两个方面。首先,县域基层卫生服务的提供未能有效匹配居民服务需要的特性:在城镇化、老龄化、信息化、疾病谱转变的背景下,县域居民的服务需要也发生相应变化^[21],而基层医疗卫生机构因没有意识到或没有能力应对,亦或是具备能力但因缺少激励而没有动力,导致基层卫生服务仍维持以往被动的模式,滞后于且无法有效满足需要的变化。其次,县域基层卫生服务能力的提升缺少结构性思维,且未能有效兼顾基层服务特性:与医院相比,综合性与可及性是基层卫生服务的主要特性与优势,以基层为出发点,结合服务内容与服务方式,明确并落实其功能定位,而医院则是以“错位、互补”为原则进行相应调整,从而形成分工合理、协作紧密的服务格局;当前“自上而下”的研究或实践路径,无法构建出适宜、常态化的基层卫生发展路径,甚至桎梏服务系统效能的发挥。

鉴于县域基层卫生服务的重要性,理论与实践层面均在积极探索相关的优化路径,既包括对服务价值、服务功能、服务治理等进行研究^[3,22-23],也涉及优质服务基层行、医共体技术帮扶、信息化赋能等措施。出发点虽有不同,但策略多集中于如政府投入、资源下沉等增量所带来的改变,忽略了存量的充分

利用,尤其是以医保基金的使用为载体,通过相应激励机制化解基层的困境。

2.2 典型支付方式对县域基层卫生服务影响

在医保支付从后付转向预付的进程中,经历了单病种付费、按诊断相关分组付费(DRG)、按病种分值付费(DIP)、总额预付等多种方式的改革,根据对象的不同,大致可以划分为以服务为单元的补偿、以机构或体系为单元的分配三种类型。其中,部分方式会直接作用于基层卫生服务,部分则是产生间接影响(表3)。

按病种付费作为服务补偿的主要方式,经历了单病种向DRG/DIP转变。在单病种付费影响下,覆盖病种的医疗费用显著下降,费用结构与住院时间得到优化,但因病种范围有限和服务定价未能有效考虑疾病复杂程度,无法有效控制县域医保基金整体支出,也难以作用于县域服务体系与服务结构^[24];而DRG/DIP虽然解决了上述问题,并在医疗费用、服务效率、不同级别医院间患者流向等方面发挥积极作用^[25-27],但仍是以医院住院服务为主的设计,尽管部分地区考虑基层发展设置了基础病种,由于医院存在编码升级的动机和能力,患者基层就诊以及按医嘱转基层的情况没有发生显著变化^[28],服务补偿维度向基层倾斜的效应未能显现。

在机构总额打包影响下,医疗机构面对增量预算下所确定的基金额,首要动机在于如何发挥技术优势、信息优势以维持或提高自身分配额度^[29],机构之间形成相互独立甚至竞争的关系;相对于基层,县级医院更具有突破医保预算额度的能力,而能力较低的基层医疗卫生机构,只能被动式地选择“门诊转住院”“挂床住院”等不合理行为^[3],阻碍“保基本”目标的实现。按体系分配的典型代表为县域医共体基金打包,对于改善县域内外医保基金分布不合理的问题,提高县域内就诊率具有积极作用;然而,基金与患者流向却呈现出向县级医院集中的趋势,加重医院和基层间失衡程度,县域基层卫生服务发展基础与发展空间受到挑战。^[30-31]

表3 典型医保支付方式对基层服务的影响

分类	方式	对医保功能影响	对基层卫生服务影响
服务补偿	单病种付费	控制覆盖病种费用上涨,优化费用结构,提升服务效率	不足以改变县域服务结构,加速基金流入医院
	DRG/DIP 付费	控制医疗费用上涨,提升服务效率	难以消除医院“侵占”基层服务空间的动机
基金分配	机构总额预付	控制医保基金支出,提升服务效率与医院运行效率	形成了基层服务量、服务能力降低与基金额度减少的恶性闭环
	体系打包预付	控制医保基金支出,扭转基金县外流向,提升医院服务能力与服务效率	基层机构的服务空间与医保基金使用空间被进一步压缩

2.3 县域医保基金使用与基层服务提供失衡及原因

医保支付因能够影响医疗机构运行与医生服务提供,被认为是战略性购买的核心手段。^[16]然而,医保支付改革重点集中在以服务为单元的补偿维度,在控费导向下不可避免地将重心放在医院系统。虽然费用标准或病组权重事先予以明确,但具体的支付仍是以实际服务发生为依据,本质上滞后于服务;虽然为保障基层卫生服务加大了单病种基层住院报销额度或设置了基于基础病种的同病同价,但并未从医保基金层面阻断医院和基层之间的“竞争”渠道,医院可以凭借已具备的规模优势不断“挤占”基层赖以生存的医保基金,进而抵消了服务补偿对基层倾斜措施的效应。

究其原因,首先在于处在医保支付更为前端的基金分配并未得到同等重视。与补偿相比,分配所形成的“基金盘子”更大程度上决定了医疗机构的发

展基础、发展空间以及发展动力。分配的导向与约束作用缺失,导致医保支付无法真正发挥引领服务与优化体系的作用,加剧了医院与基层功能的重叠,也使得医保基金进一步流向医院层级,呈现出基金分配与服务提供结构失衡的双向恶性循环。其次在于未意识到基层卫生服务对医保系统功能实现的重要性。基层不仅是县域卫生服务体系的“本”,居民90%的卫生需要可以通过基层卫生服务得到满足。^[32]在服务从医院合理前移至基层的过程中,参保患者疾病经济负担会有效缓解,医保基金运行稳定性与使用效率也会相应提升。可以认为,基层卫生服务的发展是县域医疗系统与医保系统良性循环的交汇中枢(图2)。因此,医保支付端若要对县域医疗服务的战略性购买,需要兼顾支付的前端——分配,以及服务的前端——基层,以实现“保基本、强基层”的目标。

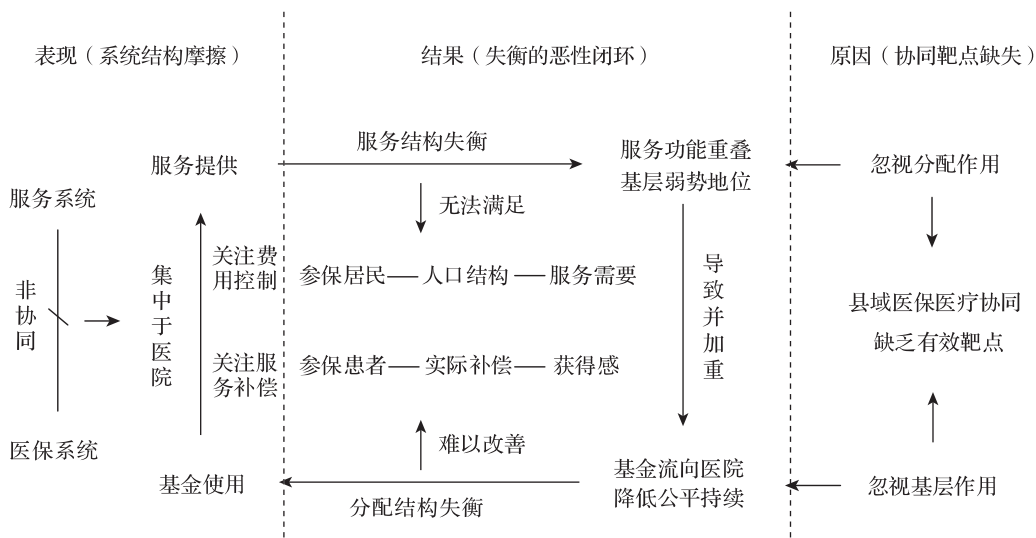


图2 县域医保基金使用与基层服务提供失衡及原因

3 县域医保基金战略性购买的实现路径

县域基层医保基金战略性购买是在遵循“收支平衡”以及“提升参保患者获得感”原则的基础上,通过支付方式的调整,解决县域基层卫生服务提供和基金使用结构失衡的问题,包括基金分配与服务补偿两条核心路径以及政策宣讲与协同监管两个配套措施。

3.1 发挥基金分配的保障作用,满足县域基层卫生服务发展空间

改变既往的单机机构预付或体系纵向打包为基层

横向打包支付,切断医院与基层机构“竞争”医保基金的渠道,合理测算基层分配总额,保障基层服务生存与发展空间,也可以带动县级医院服务合理性的提升;辅之确定各基层医疗卫生机构服务提供的基本线,保障基层内部的均衡发展,避免马太效应从县域维度转向基层维度,以体现战略性购买的前瞻性与系统性。

为保证改革的易接受性,可采取分步走的策略:磨合适应期,采用“基数+因数”的测算方式,选择上一年度基层医保基金结算支付总额为基数,参照既往基层卫生服务数量增幅、医保基金收入预算增长

幅度等因素,以基层卫生服务系统为单位,从相对占比或绝对额度方面向基层倾斜,确定预付总额;基层横向打包支付运行一定时期,当基层卫生服务量呈现出稳定饱和状态后,采用“能力+人口”的测算方式,参照老幼人群、慢病人群、一般人群等服务需求情况,从人均就诊次数、就诊费用与报销率确定预付总额,且额度可根据常住人口结构的变化进行动态调整。同时,分段式设置相应的结余留用或超支分担办法。在改革初期,为避免基层医疗卫生机构刻意缩减服务以获取结余的动机,根据既往服务提供量计算“基本线”进行约束,符合考核要求的合理结余部分,若低于预算总额10%的,可100%留用;结余额度过高应降低留用比,如结余达预算10%~20%,仅留用40%;结余超出20%以上的部分,返还基金账户。伴随服务能力提升出现的超支情况,合理超出预算包干基金总额10%以内,可100%分担,若超出10%~20%部分,分担60%,超出20%以上部分,由基层医疗卫生机构自行承担。

3.2 强化服务补偿的引导功能,激发县域基层提升能力的主动性

紧扣县域人口结构与居民卫生服务需要的变化,通过服务补偿方式的调整,激发基层主动识别居民需要的意识,并从服务数量提升、服务内容拓展、服务模式转变三个方面提升基层卫生服务的供需匹配程度,改变居民对基层卫生服务的信任感和利用率,以体现战略性购买的主动性和价值性。

延续传统的院内服务补偿方式,在“多劳多得”理念下鼓励基层医疗卫生机构充分利用存量资源,在合理范畴内多提供服务,新增有居民需要但尚未开展的基层诊疗病种,如常见妇科疾病、精神类疾病。同时关注老年人群和慢病人群卫生服务需要的特征,针对老年人群健康素养偏低与行动不便等问题,考虑出行成本制定院外服务的补偿标准;针对慢病人群多次与多机构就诊的特征,从起付线与转诊前后费用等制定连续性服务的补偿标准。^[33]

3.3 建立医保—医疗联动机制,推进基金管理与服务管理深度融合

建立“医保+卫健”部门的联动工作机制,由双方共同落实配套措施。政策宣讲阶段,为保障改革理念被充分认识,需对机构管理者与服务提供者进行全方位培训,既要告知基层战略性购买的目标与导向,又要从识别居民需要、拓展服务内容、转变服

务模式等方面协助基层探索适宜的实施路径。协同监管阶段,明确“合理的服务提供是提升基金使用效率前提”的原则,结合基层的特性,对清算与考核指标进行调整,如考虑县域人口结构的变化以及保证基层卫生服务的“基本功能”,调整绝对服务量指标为人均就诊量,并设置幅度下限;考虑老年慢病人群需多次就诊的特征,减少或消除住院服务人次人数比指标的限制;为提高服务机构合理性,提升门诊住院比指标的权重等。以季度和年为单位分别就服务提供、基金使用、患者获得感(疾病经济负担、满意度)等方面进行评估;事中监管重心在于发现和解决问题,年度考核的结果则可用于结余留用或超支分担的依据。

4 县域医保基金战略性购买的可行性

以支付为主要抓手的县域医保基金战略性购买旨在发挥基金分配的作用以保障基层的发展空间,配合服务补偿的调整以满足县域居民卫生服务需要的变化,以及医保、卫健部门协同监管以推动基金使用和服务提供的良性互动。政策方面,可为医保强基层提供切实可行的路径,高度契合分级诊疗制度与医保系统功能,响应二十大“医保医疗协同治理”的导向;同时既落实了2023年《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》中“合理提高医保基金对乡村医疗卫生机构的总额控制指标”的要求。现实方面,基层战略性购买与紧密型医共体的总额打包并不矛盾,它是兼顾县域医疗服务环境与基层服务特性对纵向总额打包的一种细化与改良,推动县域基层卫生服务逐步从可持续发展迈入高质量发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 孟业清,李思思,秦江梅,等. 县域医共体建设典型地区乡镇卫生院效率变动分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(10): 1212-1217.
- [2] 周津,贺琼,王军,等. 医共体总额预付对基层医疗服务供给的影响分析:基于湖北省黄冈市黄州区的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 41-47.
- [3] 王思远,杭苒枫,韦莹珏,等. 基层医疗卫生机构发展困境分析:基于桂林市的扎根理论研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(31): 3856-3862.

- [4] 叶初升, 倪夏. 医疗保险治理现代化与医疗供给侧改革: 国外前沿研究文献述评及启示[J]. 国外社会科学, 2020(3): 132-144.
- [5] 应亚珍, 李欣芳, 曹人元. 双重变革: 医疗服务体系与医保支付[J]. 中国医疗保险, 2022(6): 5-8.
- [6] 马梅燕, 李叶, 王念诗, 等. 医保减贫视角下中老年慢性呼吸道疾病患者的健康贫困特征与影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(25): 3125-3130.
- [7] 王志华, 张析哲, 曲建卫, 等. 不同医保类型慢性住院患者直接医疗费用负担及影响因素分析[J]. 预防医学, 2018, 30(8): 780-784.
- [8] 李星蓉, 高广颖, 胡星宇, 等. 医保差异化补偿政策下北京居民就医流向的影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(12): 23-29.
- [9] 张学志, 史卫. 战略采购的运作机理及项目定位模型[J]. 软科学, 2010, 24(8): 48-52.
- [10] World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance [R]. Geneva: WHO, 2000.
- [11] 王宗凡. 新时代医保改革, 关于战略性购买你还需要了解这些[EB/OL]. (2020-05-21)[2024-03-31]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20200521/content-1114986.html>
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 王东进. 医保战略性购买与管用高效的医保支付机制[J]. 中国医疗保险, 2021(9): 16-18.
- [15] 李珍, 陈晋阳. 从“预算式配置”到“战略性购买”: NHS 英格兰医疗服务购买方式的改革、理论与绩效[J]. 中国行政管理, 2023, 39(11): 115-124.
- [16] 张小娟, 施文凯. 我国医保战略性购买的实践与关键问题分析[J]. 中国医疗保险, 2021(2): 48-54.
- [17] 袁素维, 刘燕, 朱建征, 等. 我国医保支付方式改革的有效性边界研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(9): 24-27.
- [18] 张明, 喻丹, 李敏, 等. “十四五”时期医保支付方式改革对我国公立医院经济运营的影响与思考[J]. 中国医院管理, 2021, 41(3): 18-20, 25.
- [19] 贺睿博, 张亮, 殷晓露. DRG 实施背景下公立医院高质量发展路径研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(10): 1-9.
- [20] 张亮, 邢怡青, 马希望. 基层医疗卫生体系现代化的理论逻辑、历史演进与未来进路[J]. 社会科学研究, 2023(4): 111-121.
- [21] 张研, 林施晴, 刘雪娇, 等. 新时期居民健康服务需要发展与演化分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(5): 5-7.
- [22] 许兴龙, 周绿林. 主动健康视角下基层卫生服务价值实现: 前沿探索与政策启示[J]. 中国行政管理, 2023, 39(11): 102-108.
- [23] 傅友, 李忠, 张亮. 基层卫生服务均衡供给与社群治理嵌入策略研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(3): 40-45.
- [24] 刘加卓, 刘国祥, 高熹, 等. 新型农村合作医疗制度下单病种付费方式的实施状况研究[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(7): 47-49.
- [25] 陶芸, 陈驰昂, 韩勇. 我国按病种分值付费实施效果分析及对 DRG 试点医院的启示[J]. 中国医院, 2021, 25(6): 16-19.
- [26] 王春雨, 陈维雄. 按病种分值付费对住院患者费用负担影响的实证研究[J]. 中国医疗保险, 2022(9): 23-28.
- [27] 郭在新, 冯文. DRG 支付方式改革对某市分挽患者流向和费用的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(8): 653-657.
- [28] 张晓玉, 应晓华, 钱梦岑. 按病种分值付费改革对患者离院方式的影响[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(5): 483-488, 502.
- [29] 徐烨云, 郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4): 102-108.
- [30] 吴宜欣, 李跃平. 紧密型县域医共体医保打包支付对患者就诊流向的影响[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(2): 144-149.
- [31] 高晶磊, 肖洁, 赵锐, 等. 我国县域医疗卫生共同体医保总额付费运行现状分析[J]. 中国医院管理, 2021, 41(9): 64-68.
- [32] 世界卫生组织. 中国的初级卫生保健/基层医疗服务[EB/OL]. [2024-03-31]. <https://www.who.int/china/zh/health-topics/primary-health-care>
- [33] 贺睿博, 牛亚冬, 王静, 等. 连续性服务: 实现县域内分级诊疗的策略选择[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(11): 881-884.

[收稿日期:2024-05-14 修回日期:2024-06-11]

(编辑 赵晓娟)