

健康中国视角下医保基金与公卫资金统筹使用路径研究

陈 焯^{1,2*} 丁锦希^{1,2}

1. 中国药科大学国际医药商学院 江苏南京 211198

2. 中国药科大学医药市场准入政策研究中心 江苏南京 211198

【摘要】医保基金和公卫资金的统筹使用是促进服务融合、持续推进“健康中国”建设的驱动力。依据协同优势理论与 PCIC 理论,本研究提出了推动医保基金与公卫资金统筹使用的三大路径,即理顺购买内容、优化购买方式和强化购买能力。基于上述路径视角的研究发现,目前国内统筹使用的探索实践已取得一定成效,但也存在资金来源不明确、购买服务范围不清晰、多主体考核激励协调性不足,与健康产出关联性不强、成本核算与健康测量考核能力不足、信息系统互联互通不足等问题。建议完善顶层设计,建立与健康结果相关的考核支付激励机制,实现资金扩容与信息化的动态建设。

【关键词】 医保基金; 公卫资金; 统筹使用; 协同优势

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.10.001

The path of coordinated use of medical insurance funds and public health funds under the perspective of Healthy China

CHEN Ye^{1,2}, DING Jin-xi^{1,2}

1. School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing Jiangsu 211198, China

2. Center for Policy Research on Pharmaceutical Market Access, Nanjing Jiangsu 211198, China

【Abstract】 The integrated use of health insurance funds and public health funds is the driving force for promoting service integration and continuously advancing the construction of a “Healthy China”. Based on the synergistic advantage theory and the PCIC theory, this paper proposes three paths to promote the integrated use: rationalizing the functional position and service supply of the two parties, optimizing the payment and incentive mechanism, and strengthening the capacity building of service buyers. Based on the above path perspective, this paper finds that the current domestic exploration and practice of coordinated use has achieved certain results, but there are also problems such as unclear funding sources, unclear scope of purchased services, insufficient coordination of multi-subject assessment incentives, weak correlation with health outputs, insufficient cost accounting and health measurement assessment capabilities, and imperfect information system interconnection. It is recommended to improve the top-level design, establish an assessment and payment incentive mechanism related to health outcomes, and realize the dynamic construction of fund expansion and informatization.

【Key words】 Medical insurance funds; Public health funds; Coordinated use; Synergistic advantage

1 引言

《2023 年度国家老龄事业发展公报》最新数据显示,我国 65 岁及以上人口数达 2.2 亿,占总人口数的 15.4%,与 2020 年相比增加 1.9%,标志着我国已

进入快速老龄化时代。^[1]伴随着人口老龄化、慢性病等重大疾病管理形势愈发严峻,《“健康中国 2030”规划纲要》提出“推进慢性病防、治、管整体融合发展,实现医防结合”。由此可见,加强医防融合,促进公共卫生服务和医疗服务的整合,是构建优质高效

* 作者简介:陈焯(1993 年—),女,博士,主要研究方向为医药卫生政策与医疗保障。E-mail:443587675@qq.com

通讯作者:丁锦希。E-mail:13605152326@163.com

的整合型医疗卫生服务体系、推进健康中国建设的重要举措,也是有效应对老龄化和疾病谱变化带来健康威胁的重要方法。由整合医疗相关理论^[2-3]可知,筹资整合是实现服务整合的核心机制之一,如何更好地推进基本医疗保险基金(以下简称“医保基金”)和公共卫生服务资金(以下简称“公卫资金”)统筹使用,是实现医防融合的关键。

现有对医保基金和公卫资金统筹使用的研究主要集中在两个方面,一是从实践经验出发,对二者统筹使用的实践、问题与效果展开论述与分析^[4-6];二是从理论层面出发,对二者统筹使用的必要性和实施路径进行探索。研究发现,医保在公共卫生和疾病预防中具有重要作用^[7],将可降低医疗费用的预防筛查项目纳入医保支付范围,可显著提升健康管理整体效能^[8]。但也需要进一步完善相关机制,支撑双方资金的统筹使用,如加强公共卫生与医疗服务体系筹资机制融合^[9-11],建立一体化的补偿机制,优化绩效考核机制,完善相关法律、践行健康治理理念等^[12-13]。

综上,现有研究主要通过对双方统筹使用地区实践的理论分析与评估,提出针对性建议,但依托相关理论,系统梳理识别提高统筹使用效果关键要素的研究较少。因此,本文试图依托协同优势理论和“以人为本的一体化服务模式(people-centered integrated care, PCIC)”,识别关键要素,构建医保基金和公卫资金统筹使用分析框架,并基于此对我国实践展开分析,以提升两方资金的统筹效率、助力连续性医疗服务的供给。

2 理论与分析框架

2.1 协同优势理论

协同优势最早由 Huxham 于 1993 年提出,其认为当协同各方达成单一主体无法实现的目标时,即可认为达成了协同优势。^[14]

有学者对 Ansell 和 Gash 两位教授提出的 SFIC 模型^[15]进行改进,认为协同过程包括协同动因、协同引擎、协同行为以及协同后果四个过程^[16]。协同动因是协同治理的起因,协同引擎则是协同行为产生与维持的动力来源,因此协同引擎是分析框架中的最核心部分。协同引擎包括思想共识、有效参与与协同能力三部分,思想共识强调各参与方主观意识层面的共识,是对协同治理的认可,有效参与强调各方主体在协同行为中的参与广度、深度与有序性,而

协同能力则是提升协同效率、取得协同成果的基础。三者间相互促进,当各方参与协同治理,并取得一定成果后,将更认可并坚定地参与协同治理,提升协同能力,进而形成正向螺旋。

2.2 PCIC 战略框架

2016 年,世界银行、世界卫生组织联合我国多部门共同发布《深化中国医药卫生体制改革》研究报告,提出“以人为本的一体化服务模式(people-centered integrated care, PCIC)”,其中,理顺购买服务和供方支付的激励机制是实现该模式的八个推手之一,推行供方支付改革支持 PCIC 模式、激励机制产生连贯性和一致性以加强医疗服务一体化、按机构级别理顺服务提供、加强服务购买方的能力建设,是重塑激励机制的核心行动和实施策略。^[17]

2.3 本文分析框架

基于协同优势理论中协同引擎的三要素,结合 PCIC 模式的改革导向,本文提出推动医保基金与公卫资金统筹使用路径分析框架(图 1)。

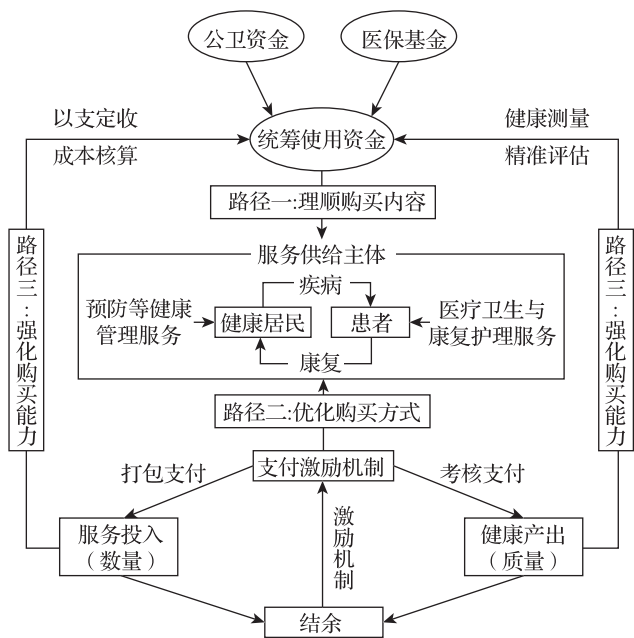


图 1 医保基金和公共卫生资金统筹使用路径分析框架

PCIC 战略框架主要基于医保单一购买主体的角度,出于促进医疗服务整合的目标,探讨医疗服务的购买和激励机制,但在医保基金和公共卫生资金双重资金来源的情况下,还需要明晰不同来源资金的定位与具体的支付激励方式。因此,本研究分析框架在 PCIC 战略框架基础上,进一步延伸策略,增加“理顺购买内容”路径。在具体路径的设置上,融合协同优势理论有效参与、思想共识和协同能力三个

核心要素,以实现资金统筹使用效率的提升。

理顺购买内容是资金统筹使用的基础与前提,目的在于推动双方资金在购买服务中的有效参与,即解决两个问题:一是公卫资金和医保基金哪部分可以用于统筹使用?二是统筹使用购买哪些医疗卫生服务?这将关系到统筹资金来源的稳定性和使用的合法合规性。

优化购买方式是分析框架的核心部分。根据协同优势理论,清晰且受到各方认可的共同目标是协同行为产生并可持续的重要保障。因此,在资金统筹使用中,需要通过优化资金的购买方式,构建合理的支付与激励机制,引导服务供给方形成清晰明确统一的目标,实现不同服务供给方之间的利益平衡。

强化购买能力是协同优势理论和 PCIC 理论中均强调的一点,也是优化购买方式、实现协同优势的重要支撑。购买能力主要体现在两方面,一是成本核算的能力,即能否精准核算医疗卫生服务的成本,以支定收,确保服务供给方不会因为亏本而推诿服务的提供;二是健康测量的能力,即能否有效评估医

疗卫生服务的健康绩效产出,并基于此健康结果进行付费激励,引导服务供给方提供高质量服务。

3 理论与实践分析

3.1 理顺购买内容

3.1.1 资金来源

我国呈现城镇职工基本医疗保险(简称“职工医保”)和城乡居民基本医疗保险(简称“城乡居民医保”)二元化格局,职工医保基金来源于用人单位和职工缴费,其中部分纳入职工医保统筹基金,部分纳入职工个人账户;城乡居民医保基金来源于居民个人缴费和财政补贴,全部纳入居民医保统筹基金。

根据中央政府预决算,公卫资金来源主要包括两级两类,两级是指中央本级与中央对地方转移支付,两类是指供方补助(即用于医疗卫生服务提供方的运转与能力提升)与需方补助(即用于需方服务的购买)。从地方上看,公卫资金预算除了来自中央的转移支付外,也可以根据地方需求由地方财政自行补充(表 1)。

表 1 公共卫生资金主要列支项目

支出级别	列支项目	支出类型	
中央本级	卫生健康支出	事务性支出:卫生健康管理、老龄卫生健康、疾病预防控制等 机构补助:公立医院、公共卫生机构	供方补助
		服务补助:重大公共卫生服务、突发公共卫生事件应急处置、其他公共卫生支出、其他卫生健康支出	需方补助
中央对地方转移支付	基本建设支出	卫生健康支出	供方补助
	一般性转移支付	基本公共卫生服务补助资金等	需方补助
	专项转移支付	重大公共卫生服务补助资金	需方补助
	基本建设支出	社会事业中央基建投资——公共卫生等医疗卫生服务体系建设工程	供方补助

注:作者根据 2024 年中央财政预算整理。

因此,从资金使用性质来看,由于职工个人账户不具备社会共济职能,因此统筹使用的医保基金应以基本医保统筹基金为主。而公卫资金在与医保基金统筹使用时,应作为购买方的角色,符合需方补助的资金性质。从资金管理层级来看,目前我国仅京、津、沪、渝 4 个直辖市以及宁夏、青海、海南等部分区域的居民医保和职工医保、西藏和福建的职工医保实现了省级统筹^[18],大部分地区处于地市级统筹阶段。为实现购买服务对象的统一,双方资金的层级应保持一致,可纳入统筹使用的公卫资金应为中央对地方转移支付的部分,并由各地组织实施本级医保基金与公卫资金的统筹使用。

从目前的国内实践来看(表 2),在以人为核心的

统筹探索中,医保基金以统筹基金为主,公卫资金以基本公共卫生经费为主,资金来源较为明确,如亳州谯城区对于基本公共卫生服务包由基本公共卫生服务经费负担,对于附加其他服务的健康服务包,则由基本公共卫生服务经费、医保基金和个人共同负担^[19],但在以疾病为核心的统筹探索中,统筹资金来源较为多样,如深圳通过医保个人账户基金保障 36 种二类疫苗的接种^[20];四川省对严重精神障碍患者中治疗依从性差、家庭弱监护或无监护的患者,提供第二代长效针剂治疗,治疗费用由财政资金与医保基金共担,其中财政资金主要来源于疾控中心的 686 项目经费以及医疗救助,医保基金主要包括基本医保和大病补充医疗保险。^[21]

表 2 我国医保基金与公卫资金统筹使用的典型地区实践经验

统筹使用模式	探索模式	典型地区实践	资金来源
以“疾病”为核心	预防筛查协同	新疆健康体检项目 ^[22-23]	基本医保统筹基金结余部分、基本公共卫生服务经费等
		深圳二类疫苗支付 ^[20]	基本医保个人账户
	治疗保障协同	四川省重症精神病长效针剂项目 ^[21]	基本医保统筹基金、大病保险基金、医疗救助、868项目经费
		上海市严重精神障碍患者使用长效治疗药物项目 ^[24] 广州市精神分裂症患者长效针注射资助项目 ^[25]	基本医保统筹基金、大病保险基金、财政专项资金 基本医保统筹基金、商业保险(穗岁康)
以“人”为核心	依托家庭医生签约服务包	常州市经开区 ^[26] 、亳州市谯城区 ^[19] 等	基本医保统筹基金、基本公共卫生服务经费
	依托医联体/医共体	安徽省濉溪县 ^[27]	——

资金来源的不明确可能影响项目的可持续性,以某省重症精神障碍患者长效针剂项目为例,调研发现该项目实施效果良好,已有 3 647 人使用长效针剂,并显著提高了严重精神障碍患者的管理率,但该项目财政资金来源不明确,导致 2022、2023 年均有 3 000 万补助经费,而 2024 年骤降为 680 万元,影响到该项目的持续稳定开展,进而影响相关患者的权益。

3.1.2 服务购买范围

从风险防范效益角度来看,公共卫生旨在疾病发生之前降低疾病发生的概率,而医保是在疾病发生之后对疾病带来的经济风险进行分担,理论上,若疾病不发生或不复发,疾病经济风险也会随之降低,故公卫资金的投入一定程度上也可节约医保基金。因此,对于医保而言,若相关预防或早期干预服务可减少医保支出,则医保基金协同购买相关服务具有成本效益。

因此,英国^[28]、日本^[29]等国家通过公卫资金支持疫苗费用,以实现传染疾病的风险控制;德国^[30]、瑞士^[31]、中国台湾地区^[32]等国家和地区均探索医保基金介入非传染性疾病的健康教育,如爱沙尼亚将基金的 0.3% ~ 1% 用于进行健康的早期管理,并根据疾病流行病学与疾病负担数据确定介入预防筛查的疾病种类^[33]。可见,基于风险防范效益确定双方的职能分工,明晰二者服务购买范围,促进双方在健康管理中的有效参与,具有一定的可行性。

当前我国相关法律法规对医保基金和公卫资金的服务购买范围均有相关规定,《医疗保障法(征求意见稿)》明确“应当由公共卫生负担的不纳入基本医疗保险基金支付范围”,理论上该条款对公卫资金和医保基金的边界进行了划分,但“应当由公共卫生

负担”具体如何理解并不明晰,使得相关资金能否统筹用于购买健康教育、预防筛查等服务存在争议,这也导致个人账户参与统筹使用呈现出明显的地区差异。

3.2 优化购买方式

3.2.1 打包支付

医保基金主要购买医疗服务,支付对象包括公立医院、基层医疗卫生机构等;而公卫资金主要购买预防、健康管理服务,支付对象包括基层医疗卫生机构和其他承担基本公共卫生服务任务的医疗卫生机构、公共卫生机构等。当双方资金统筹使用时,资金支付对象更为多样,因此在统筹使用过程中,尤其是当二者分头管理时,需要优化支付方式,强化不同主体目标的一致性,以及服务的连续性。

可通过扩大付费单元,针对家庭医生团队或医联体/医共体打包支付双方资金,并建立“结余共享、超支共担”的激励约束机制,统一不同服务主体的目标,理顺利益关系,促进横向与纵向服务的整合。同时,服务主体具有更强的资金支配权,总额控制下服务主体会探索更加多样的资金使用安排,在同样产出的情况下,选择成本更低的服务提供主体以及更经济的服务方式。如荷兰将医保基金和公卫资金捆绑支付给全科医生服务团队,全科医生团队与其他健康服务提供者(包括专科医生、理疗师、营养师、检验师等)谈判签约,不断优化服务团队结构与服务模式,为公民提供一体化健康服务。^[8]

我国部分地区也对医保基金和公卫资金的打包支付进行了探索。以安徽省濉溪县(图 2)为例,该县通过对双方资金的打包使用,将公共卫生专业机构融入紧密型医共体建设,促进了服务的整合。同时

建立考核支付机制,牵头医院先向镇卫生院预付 70% 的基本公卫资金,剩余 30% 在绩效考核后根据考核结果发放。医保结余基金经考核后,由牵头医院、镇卫生院、村卫生室按照 6:3:1 比例分配使用。此外,公卫资金和医保结余基金各划拨 5%,按照服务类别、数量、份额以及考核结果,统筹用于专业公

共卫生机构的服务费用。^[34] 濉溪县通过资金打包支付的方式构建了多主体效益共创、利益共享的共同体。2017—2022 年,医共体包干经费连续 6 年实现结余,累计结余约 2.4 亿元,高血压、糖尿病等重点慢病住院人次逐年下降,提升了重点慢病患者的管理率。^[35]

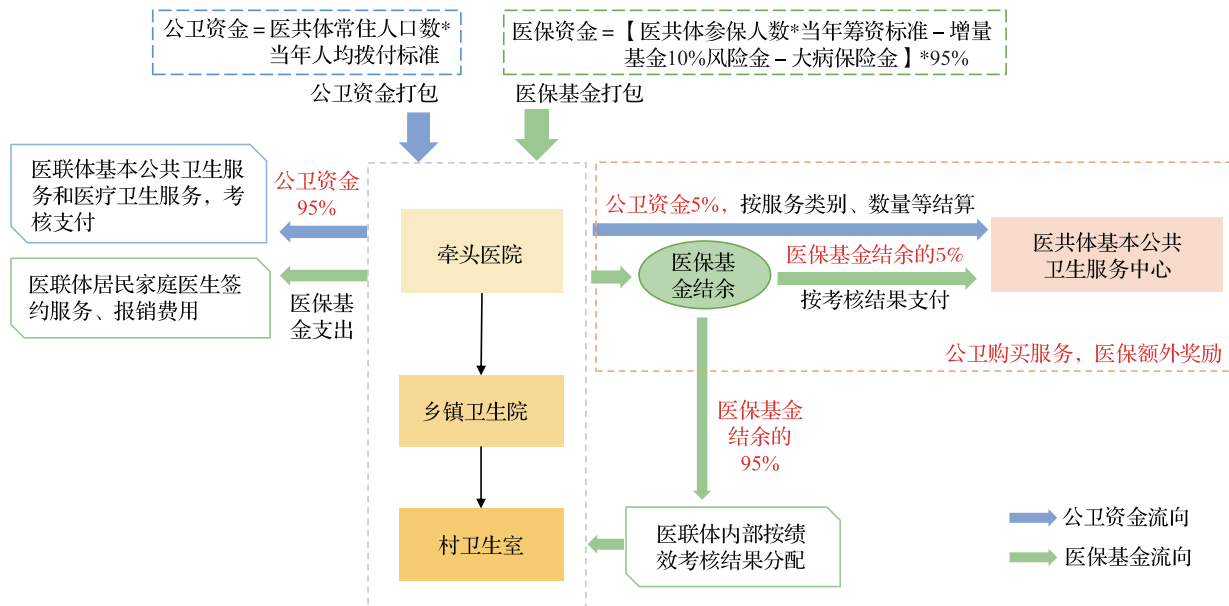


图 2 安徽濉溪县县域医共体资金内部分配示意图

3.2.2 考核激励

公卫资金和医保基金若采用两套考核激励机制,服务主体的行动方向与工作重点可能存在偏差,无法有效促进服务的融合。因此,基于“健康产出”建立统一的考核激励机制,并由医保和公卫共同参与考核激励机制的设计、实施与调整,应当成为政策设计的核心要点。

但从当前实践来看,绩效考核激励机制仍有待进一步完善。一方面,未采用统一的考核激励机制,双方在考核激励中的参与度不平衡。如濉溪县对于医联体采用了包括针对紧密型县域医共体的综合绩效考核、乡镇卫生院的绩效考核、专业公共卫生机构融入医共体建设的绩效考核三级考核体系,对于考核体系内部的协调性和一致性要求较高,可能出现目标重点不一致,使得相关服务主体花费更多时间完成考核任务,而非注重健康绩效的产出。而在家庭医生签约制度的考核中,由卫生健康部门主导,医保部门仅按照政策规定,支付部分家庭医生签约服务费,使其支付的作用大于购买,对于以健康为导向优化家庭医生服务团队结构、服务内容与服务模式

的激励引导作用不足。另一方面,考核指标与健康产出结果关联度较弱。以山东烟台市蓬莱区家庭医生签约服务考核为例,其从组织管理(工作方案建立与否等)、资金保障、签约服务质量(签约完成率、签约居民知晓率等)以及效果评价(签约居民满意度、诊疗量增长情况)四方面进行考核,考核结果作为补助资金及奖励资金发放的依据。但从考核指标来看,以任务完成量为主,与签约居民健康产出结果关联的指标较少。^[36]再如宿州市医共体考核,同样注重任务完成度、医疗卫生资源有效利用等方面的评价,对于医疗服务给患者带来的健康获益评价较少。^[37]

3.3 强化购买能力

3.3.1 成本核算与支付

购买更多的服务不仅需要充足的资金,也需要较强的成本核算能力。基于购买服务内容,以支定收,确保双方资金容量的充足与相对平衡,既能满足购买服务的需求,又能避免一方资金对另一方资金的过度补贴,影响资金对其他服务的购买力。

虽然近年来我国在卫生健康领域的投入不断增加,2024 年基本公共卫生服务补助资金 765.47 亿

元,重大公共服务补助资金预算 208.8 亿元,加上地方财政资金,公共卫生服务投入经费超过 1 000 亿元,但相较于医保基金的 27 110.66 亿元^[38],其体量仍相对较小,对公共卫生服务能力建设的激励可能不足。有学者对四川省基本公共卫生服务费用测算发现,基本公共卫生服务实际人均经费低于测算值^[39],在统筹使用中存在医保基金补贴公卫资金的潜在风险。

3.3.2 健康测量与考核

强化数据抓取与分析模块,通过全流程的追踪,为建立与健康结果相关的评估考核体系提供证据支撑。美国、荷兰、日本和中国台湾等国家和地区均建立了医保和公卫信息系统的共享路径,以实现健康管理全阶段覆盖。以中国台湾地区为例,其建立了全民健保电子信息系统,纳入公众就诊信息,同时实现全民健保电子信息系统与传染病监测统计系统、疾控数据分析系统对接,以此开展数据回顾性分析,将分析结果共享至全民健保电子信息系统,为评估工作的开展与调整提供有力的支撑。^[40-41]

虽然我国多数试点地区均比较重视信息系统的建设与互联互通,实现数据的上传下达,帮助不同服务提供主体及时了解患者信息,如濉溪县建立全民健康信息平台,医生随时调阅患者既往基本医疗、检查检验等信息^[35];四川建立严重精神障碍管理平台,实现筛查上报、疾病治疗、上下流转、随访管理全流程信息管理,同时在管理平台嵌入多种评估工具(如嵌入 MSQ 长效针剂满意度量表、SF-12 生活质量评定量表等),对健康管理产出进行评分。但实地调研发现,由于量表多样、填写较为复杂,部分医生无法引导患者进行完整的量表评分,导致评估工具未能充分发挥作用,无法为考核激励提供充足的证据支撑,评估能力仍有待进一步提升。

4 讨论与建议

4.1 完善顶层设计,明确资金性质与使用范围

进一步从立法层面明晰医保基金与公卫资金的职能与分工:一是从国家层面重新定义医保基金与公卫资金的支付范围,允许医保基金支持非传染性疾病的健康管理,允许公卫资金用于特定疾病、特殊人群医疗服务费用的支付。此外,建立突发公共卫生事件下的统筹保障机制,在突发情况下,医保和公卫资金可以突破常规支付范围,医保基金协同保障疾病筛查,公卫资金协同保障疾病治疗。二是地方

层面出台相应法律法规,进一步细化医保基金支持非传染性疾病健康管理、公卫资金支持医疗服务费用的具体要求。明确医保基金需综合本地区流行病学数据、健康管理方案成本效益等因素开展资金的统筹使用,明确购买的健康管理服务范围,而对于具有社会危害性疾病,可探索公卫资金和医保基金统筹支付。

4.2 建立健康结果相关的考核激励机制

一是精准测算统筹购买服务的支付标准,如家庭医生签约服务包,医保部门对于健康服务包可由支付转为购买,首先理清达成相关健康结果所必需的医疗卫生服务,其次核算相关医疗卫生服务的成本,明确医保基金与公卫资金的分摊比例,通过打包支付的方式,实现服务供给的连续性;二是科学测量统筹购买健康服务的支付标准,如医联体/医共体整合式医疗卫生服务,购买方需要基于各类疾病发病率、平均治疗成本、防范疾病的成本支出等核算个体维持健康所需要的成本,并通过打包支付的方式,实现健康服务整合。

此外,需同步建立与健康结果相关的考核激励机制。激励主体方面,由医保与公卫部门共同参与,建立统一的考核激励机制,并确保考核指标与双方资金目标一致。激励指标方面,可分为两部分,一部分以服务完成率指标为主,主要用于考核支付,激励服务供给方提供完整服务;另一部分以效果效用指标为主,如疾病管理效果(达标率、规范管理率等)、患者健康改善程度(质量调整生命年的改善等)、服务满意度等^[42],主要用于考核激励,以提升服务的产出与效率。

4.3 通过资金扩容与信息化建设,强化协同能力

建议“以支定收”,根据统筹使用项目的成本确定统筹使用资金的投入,并确定相关公共卫生列支项目财政资金的预算与投入。

同时,进一步完善信息化建设,一方面建立成本核查信息系统,实现健康管理平台、医院 HIS 系统、医保结算系统等多系统的互联互通,从健康管理平台获取本地区更准确的发病率,从医保结算系统、医院 HIS 系统等获取平均医疗卫生费用,为测算购买服务的支付标准、实现资金精准扩容提供证据支撑;另一方面,可采用技术服务购买的方式,针对服务效果与效用的评估,开发更为适宜且具有可操作性的评估指标与量表,并嵌入信息系统,丰富自动分析模块,为提升购买方评估能力提供技术支撑。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中国青年报. 《2023 年度国家老龄事业发展公报》发布: 全国 60 周岁及以上老年人口超 2.96 亿, 占总人口的 21.1% [EB/OL]. (2024-10-11) [2024-10-12] https://www.news.youth.cn/gn/202410/t20241011_15573277.htm
- [2] 胡佳, 郑英, 代涛, 等. 整合型医疗健康服务体系理论框架的核心要素与演变特点: 基于系统综述[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15 (1): 11-19.
- [3] Valentijn P P, Schepman S M, Ophelij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care[J]. Int J Integr Care, 2013, 13: e010.
- [4] 胡佳, 李力, 郑英. 宁夏盐池县县域医共体建设现状研究[J]. 中国农村卫生, 2022, 14 (6): 20-22.
- [5] 连漪, 刘也良. 安徽濉溪:“两包”中的医共体评价和利益共享[J]. 中国卫生, 2022(6): 102-105.
- [6] 孙杨, 代涛, 郑英, 等. 多源理论视角下县域医共体政策变迁的动力分析: 以安徽省天长市为例[J]. 卫生软科学, 2022, 36 (4): 11-16.
- [7] 梁金刚. 德国医保治理经验及借鉴[J]. 中国农村卫生事业管理, 2019, 39 (12): 847-852.
- [8] 张淑娥, 孙涛. 荷兰医改及对我国构建整合型健康服务体系的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12 (8): 15-22.
- [9] 王俊, 朱静敏, 王雪瑶. 公共卫生体系与医疗服务、医疗保障体系的融合协同: 理论机制与案例分析[J]. 中国科学基金, 2020, 34 (6): 703-711.
- [10] 田淼淼, 王芳, 贾梦, 等. 签约服务费筹资现状及对家庭医生的薪酬补偿作用分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13 (7): 41-45.
- [11] 马月霞. 医保支持家庭医生签约服务按人头打包付费的政策效果评估研究[D]. 镇江: 江苏大学, 2023.
- [12] 应亚珍. 以健康为导向探索基本医保基金和公共卫生服务资金统筹使用[J]. 中国医疗保险, 2020 (5): 7-10.
- [13] 顾雪非, 张美丽, 李秀丽, 等. 医疗保障基金和公共卫生服务经费统筹使用路径研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40 (5): 25-28.
- [14] Huxham C. Pursuing Collaborative Advantage[J]. Journal of Operational Research Society, 1993, 44(6): 599-611.
- [15] Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice[J]. Journal of public administration research and theory, 2008, 18(4): 543-571.
- [16] 田培杰. 协同治理: 理论研究框架与分析模型[D]. 上海: 上海交通大学, 2013.
- [17] 世界银行, 世界卫生组织. 深化中国医药卫生体制改革: 建设基于价值的优质服务提供体系[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2019.
- [18] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第 1339 号建议的答复[EB/OL]. (2020-11-12) [2024-06-28]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/12/art_26_3876.html
- [19] 亳州市谯城区人民政府. 基本公共卫生服务和家庭医生签约服务项目内容及家庭签约人员信息[EB/OL]. (2024-03-27) [2024-05-27]. <https://www.bzqc.gov.cn/XxgkContent/show/2555791.html>
- [20] 深圳市人力资源和社会保障局关于印发《纳入医疗保险个人账户支付范围的预防接种生物制品目录(2018 年修订)》的通知[EB/OL]. (2018-04-03) [2024-08-01]. http://www.sz.gov.cn/zwgk/zfxxgk/zfwj/bmgfxwj/content/post_6575025.html
- [21] 四川省卫生健康委. 四川省开展严重精神障碍患者应用第二代长效针剂门诊治疗试点工作[EB/OL]. (2022-03-17) [2024-06-28]. <https://wsjkw.sc.gov.cn/scwsjkw/gzdt/2022/3/17/80180902b2484835bb9705deff194118.shtml>
- [22] 新疆维吾尔自治区卫生健康委. 关于印发《自治区全民健康体检资金管理暂行办法(试行)》的通知[EB/OL]. (2019-09-11) [2024-03-04]. <https://wjw.xinjiang.gov.cn/hfpc/qmjktj/201909/a9a7dffcecd44878bcb300a5e68c473.shtml>
- [23] 新疆维吾尔自治区卫生健康委. 自治区全民健康体检持续优化体检项目[EB/OL]. (2021-04-08) [2024-03-04]. <http://wjw.xinjiang.gov.cn/hfpc/qmjktj/202104/8a57b0c918ba43da9ffbbe6efa9af2c6.shtml>
- [24] 中国发展改革. 药物费用“零自负”严重精神患者长效针剂走进社区[EB/OL]. (2020-10-14) [2024-08-01] <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1680492877511241014&wfr=spider&for=pc>
- [25] 光明网. 广州精神分裂者长效针剂可全部报销[EB/OL]. (2021-10-26) [2024-08-01]. <https://m.gmw.cn/baijia/2021-10/26/1302653102.html>
- [26] 江苏常州经济开发区. 关于细化落实 2023 年遥观镇家庭医生签约服务工作的通知[EB/OL]. (2023-09-10) [2024-08-01] https://jkq.changzhou.gov.cn/html/jkq/2023/LEQMQIQE_0925/7205.html
- [27] 濉溪县人民政府. 关于印发《濉溪县公共卫生专业机构融入紧密型医联体建设的实施方案(试行)》的通知[EB/OL]. (2020-03-20) [2024-06-29]. <https://www.sxx.gov.cn/zwgk/public/1821/56571701.html>
- [28] Sussex J, Shah K. The publicly funded vaccines market in

- the UK[R]. London: Office of Health Economics, 2010.
- [29] 厚生劳动省. 予防接種に関する基本的な計画[EB/OL]. (2014-11-21) [2024-06-29]. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/kihonteki_keikaku/index.html
- [30] 陆晓农. 从德国医疗保险公司参与健康教育的做法看健康教育在我国医疗保险制度中的地位和作用[J]. 中国健康教育, 2000, 16(12): 738-740.
- [31] Strategie Gesundheitsförderung Schweiz 2019-2024 [EB/OL]. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/6-ueber-uns/stiftung/auftrag-ziele/Strategie_Gesundheitsfoerderung_Schweiz_2019-2024.pdf
- [32] 台湾卫生福利局. 传染病防治法及其相关规定[EB/OL]. https://www.cdc.gov.tw/Category/NewsPage/F78mL5_IaidySvnoiIGIgw
- [33] Eesti Haigekassa kommunikatsiooni ja tervise edenduse arengukava 2018-2021 [EB/OL]. <https://www.haigekassa.ee/inimesele/haiguste-ennetus/tervise-edendamine>
- [34] 濰县人民政府. 关于印发《濰溪县公共卫生专业机构融入紧密型医联体建设的实施方案(试行)》的通知[EB/OL]. (2020-03-20) [2024-06-29]. <https://www.sxx.gov.cn/zwgk/public/1821/56571701.html>
- [35] 孙东海. 压实政府责任 推进县域卫生工作高质量发展[EB/OL]. (2023-05-26) [2024-06-29]. <https://hywemsht.91huayi.com/ncwsxh/upload/files/2023/6/a72dd3c46d8d4240.pdf>
- [36] 烟台市蓬莱区人民政府. 关于印发《2023年蓬莱区家庭医生签约服务工作绩效考核实施方案》的通知. (2023-10-27) [2024-05-28]. https://www.penglai.gov.cn/art/2023/10/27/art_100850_72083.html
- [37] 宿州市卫生健康委员会. 宿州市人民政府办公室关于印发进一步深化紧密型县域医共体建设若干措施的通知[EB/OL]. (2022-01-13) [2024-08-01]. <https://wjw.ahsz.gov.cn/public/2655613/192528791.html>
- [38] 国家医疗保障局. 2023年1-12月基本医疗保险和生育保险主要指标[EB/OL]. (2024-02-02) [2024-08-01]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2024/2/2/art_7_12062.html
- [39] 张静靖, 梁锦铭, 金必辉, 等. 基于2022年四川省基本公共卫生服务费用的成本测算分析[J]. 预防医学情报杂志, 2023, 39(11): 1394-1398, 1408.
- [40] Yan Y H, Lu C L. An Assessment of the Application of Pharma Cloud System to the National Health Insurance Program of Taiwan and the Result in Hospitals[J]. Stud Health Technol Inform, 2016, 225: 959-960.
- [41] Lin C, Braund W E, Auerbach J, et al. Policy Decisions and Use of Information Technology to Fight COVID-19, Taiwan of China [J]. Emerg Infect Dis, 2020, 26(7): 1506-1512.
- [42] 杜奕欣, 周大创, 王文娟, 等. 基于价值定价的服务激励模型初探:以基层整合型健康服务为例[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(6): 1-4, 17.

[收稿日期:2024-05-31 修回日期:2024-10-13]

(编辑 赵晓娟)