

基于PMC指数模型的我国医疗服务价格改革政策文本量化分析

张礼亮* 唐雨荅 韩优莉

首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

【摘要】目的:分析医疗服务价格改革政策的演变特征和逻辑,揭示潜在问题,为政策优化提供参考与借鉴。方法:采用PMC指数模型,对2000—2024年我国23项医疗服务价格改革政策进行量化分析。结果:23项政策PMC指数的均值为5.55,整体处于“良好”水平。分阶段来看,政策由初期的制度建设与监管导向,逐步过渡到机制改革与系统深化阶段。一级变量中,政策力度、政策时效、政策工具等维度得分均值偏低,主要问题包括缺乏中长期目标设计、政策层级不高、政策目标较为单一、政策工具使用不均衡等。结论和建议:整体来看,我国医疗服务价格改革逐步形成了较为系统的政策框架,但未来仍需在强化长远规划、拓展政策目标、优化工具配置和扩大受众范围等方面进一步完善。

【关键词】医疗服务价格改革;政策文本;PMC指数;政策一致性

中图分类号:R197R19-019 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.01.006

Quantitative analysis of medical service price reform policy texts in China: Based on the PMC index model

ZHANG Li-liang, TANG Yu-han, HAN You-li

School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

【Abstract】 Objective: To analyze and understand the evolution characteristics and logic of medical service price reform policies, revealing potential issues and providing references for policy optimization. Methods: A quantitative analysis of 23 medical service price reform policies in China from 2000 to 2024 was conducted using the PMC index model. Results: The average PMC index of the 23 policies was 5.55, indicating an overall "good" level. In terms of phases, the policies transitioned from an initial focus on institutional construction and regulatory guidance to a stage of mechanism reform and system deepening. Among the primary variables, the average scores for dimensions such as policy intensity, policy timeliness, and policy tools were relatively low. Key issues identified include a lack of medium- and long-term goal design, low policy hierarchy, relatively singular policy objectives, and uneven use of policy tools. Conclusions and suggestions: Overall, China's medical service price reform has gradually formed a relatively systematic policy framework; however, further improvements are needed in strengthening long-term planning, expanding policy objectives, optimizing tool allocation, and broadening the scope of beneficiaries.

【Key words】 Medical service price reform; Policy text; PMC index; Policy consistency

1 引言

医疗服务价格改革直接涉及医保部门、医疗机构、医务人员和患者等多方利益主体,关系到医疗费

用负担水平、医疗资源配置效率与医疗服务的可及性和公平性,是推动医药卫生体制改革的关键环节。^[1]长期以来,我国医疗服务价格改革呈现出逐步探索与持续完善的特征。2009年,国家发展改革

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(23ZDA103)

作者简介:张礼亮(2000年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生经济与卫生政策。E-mail:zhangliliang@163.com

通讯作者:韩优莉。E-mail:hanyouli@ccmu.edu.cn

委等部门发布《关于印发改革药品和医疗服务价格形成机制的意见的通知》(发改价格〔2009〕2844号),强调理顺医疗服务比价关系、改革定价方式等,医疗服务价格改革进入以“腾空间、调结构”为主要特征的结构调整新阶段。^[2]此后,随着药品和耗材加成逐步取消,医疗服务价格在公立医院综合改革中的战略地位愈发凸显。^[3]2021年8月,国家医保局等八部门联合印发了《深化医疗服务价格改革试点方案》(医保发〔2021〕41号),明确提出以人民健康为中心、以临床价值为导向,推动形成科学合理的医疗服务价格机制,标志着医疗服务价格改革进入系统性、纵深推进的新阶段。

尽管改革持续深化,但我国医疗服务价格改革仍面临诸多结构性矛盾与现实挑战:技术劳务类服务价格偏低,医务人员技术劳动价值得不到合理体现,缺乏与成本、质量和绩效挂钩的动态调整机制^[4],区域间差异影响政策的公平性与可比性,且与医保支付方式、公立医院补偿机制、薪酬制度改革等政策协同性不足。这些问题表明,医疗服务价格改革亟需在价格形成、动态调整、政策协同等方面实现系统优化。现有研究多聚焦于医疗服务价格改革的历史演进^[2]、实施成效或具体机制^[5],且多数研究停留在定性描述层面^[6-7],难以从整体把握政策的演变特征和逻辑脉络;此外,缺乏针对医疗服务价格改革政策特点而设计的评价指标体系,政策分析框架及内容仍需进一步扩展^[8-9]。

基于此,本文运用PMC指数模型,对2000—2024年国家层面的医疗服务价格改革政策文本进行量化分析,揭示政策的内在特征与演进逻辑,识别其中存在的短板与不足,为未来政策的制定与完善提供参考依据。

2 资料与方法

2.1 资料来源

本文以“医疗服务”“价格”“成本”“收费”等为检索词,在北大法律信息网进行全文检索,选取2000年1月1日—2024年12月31日国家层面的医疗服务价格改革专项政策文件作为研究样本。同时,通过政府网站和已有文献等进行补充,以确保文件完整性。文件纳入排除标准为:(1)国家正式发布的法律法规、通知、意见等规范性文件;(2)文件内容与医疗服务价格改革密切相关,明确涉及医疗服务价格改革的政策条款;(3)排除媒体报道、政策解读、意见答复等简单提及或与研究目的无关的文件。最后通过人工审阅的方式筛选出23项政策文件纳入分析(表1)。考虑到本研究纳入政策的时间跨度较长,不同改革发展阶段政策之间的可比性相对较弱,因此本研究根据我国医疗服务价格改革的两个重要节点,即2009年新医改启动和2018年国家医疗保障局成立,将改革进程划分为三个阶段,从而分阶段对政策的情况和特点进行分析,以确保政策之间的可比性,并反映政策在不同阶段的演变特点。

表1 我国医疗服务价格改革政策部分示例

序号	标题	发布时间	发文单位
1	关于改革医疗服务价格管理的意见(计价格〔2000〕962号)	2000年7月20日	国家计委、卫生部
2	关于开展全国药品和医疗服务价格检查的通知(计价检〔2001〕582号)	2001年4月13日	国家计委、国务院纠风办、卫生部、国家中医药管理局
3	关于加强医疗机构药品和医疗服务价格管理的通知	2001年11月9日	卫生部、国家中医药管理局
4	关于进一步做好全国药品和医疗服务价格专项检查的通知(计办价检〔2002〕1406号)	2002年10月22日	国家计委
.....
21	关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见(医保发〔2019〕79号)	2019年12月31日	国家医疗保障局、国家卫生健康委、财政部、国家市场监督管理总局
22	关于印发《深化医疗服务价格改革试点方案》的通知(医保发〔2021〕41号)	2021年8月25日	国家医疗保障局、国家卫生健康委、国家发展改革委、财政部、人力资源和社会保障部、国家市场监督管理总局、国家中医药管理局、国家药品监督管理局
23	关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知(医保办发〔2022〕16号)	2022年7月19日	国家医疗保障局

2.2 研究方法

2.2.1 政策文本挖掘

借助文本挖掘工具 ROSTCM 6.0 软件对选取的政策文本进行内容挖掘。通过绘制高频词分布词云图、构建关键词共现社会网络呈现文本挖掘内容,从而为选取政策评价指标提供参考。在分词处理时,剔除“应当”“加强”“开展”等对分析结果没有明显作用的动词或副词,并将含义相近的词汇合并。关键词共现社会网络图可直观反映高频词间的内在联系,其中高频词由节点表示,节点越大,连接其他节点的数量越多,则该节点越重要。

2.2.2 PMC 指数模型

医疗服务价格改革是一项复杂的系统工程,其政策内容涉及广泛,需要从多个角度进行分析和评价。政策建模一致性(Policy Modeling Consistency, PMC)指数模型由 ESTRADA 等^[10]提出,通过构建指标体系,实现政策效力的整体性与多维度评价,且在多个政策研究领域显示出良好的适用性。^[11]PMC 指数模型构建的主要步骤如下^[12]:

第一是变量识别与选取。基于政策文本挖掘结果,结合既有研究文献与政策实施现状^[8,13-14],进行变量识别和参数选取,构建政策文本量化分析评价体系。

第二是建立多投入产出表。多投入产出表是一种多维度数据分析框架,能够容纳多个一级变量及其下属的二级变量。若政策文本中明确包含评价指标对应的相关内容,则赋值为1,否则赋值为0。

第三是 PMC 指数计算。按照公式1、公式2分别计算政策的一级变量得分和 PMC 指数,其中, t 为一级变量, j 为二级变量。此外,根据指数将政策划分为四类:得分在8~9之间为完美,6~7.99之间为优秀,4~5.99之间为良好,4分以下则表示不良。

$$X_t = \left[\sum_{j=1}^n \frac{X_{tj}}{T(X_{tj})} \right] \quad (1)$$

$$PMC = \left[X_1 \left(\sum_{j=1}^{11} \frac{X_{1j}}{11} \right) + X_2 \left(\sum_{j=1}^6 \frac{X_{2j}}{6} \right) + X_3 \left(\sum_{j=1}^{10} \frac{X_{3j}}{10} \right) + \dots + X_9 \left(\sum_{j=1}^4 \frac{X_{9j}}{4} \right) \right] \quad (2)$$

第四是 PMC 指数可视化。与曲面图相比,雷达图能够更加清晰地展示和比较各个政策在不同维度的得分高低情况,并且单个图中能够储存更多的政

策信息。因此,本研究使用雷达图对各个政策一级变量的得分情况进行展示,以揭示不同政策在各维度上的特征与差异。

3 结果

3.1 文本挖掘结果

医疗服务价格改革政策文本的前60个高频词的词云图见图1,关键词共现社会网络图见图2。结果显示,医疗、服务、价格等词汇出现频率较高,且与其它分词联系紧密,表明本文筛选的政策文本内容确实主要围绕医疗服务价格改革工作;在政策内容方面,关注动态调整、项目规范、费用控制、定价等关键环节;在政策对象方面,关注政府部门、医疗机构、医务人员、患者、企业等关键主体。这些均应该在指标体系中有所体现。



图1 医疗服务价格改革政策文本主题词词云图

3.2 PMC 指数结果

3.2.1 变量识别与选取

本文在 ESTRADA 提出的 PMC 指数模型的基础上,参照多位学者基于中国政策特性对 PMC 指数模型的修订^[15-17],并根据政策文本挖掘内容,构建统一的医疗服务价格改革政策评价指标体系。共设置9个一级变量和77个二级变量,具体评价指标设置及来源见表2。

3.2.2 构建多投入产出表

基于已经构建的评价指标体系,从不同维度对单个变量进行测度评价,并构建多投入产出表以实现数据的存储、计算与分析,如表3所示。

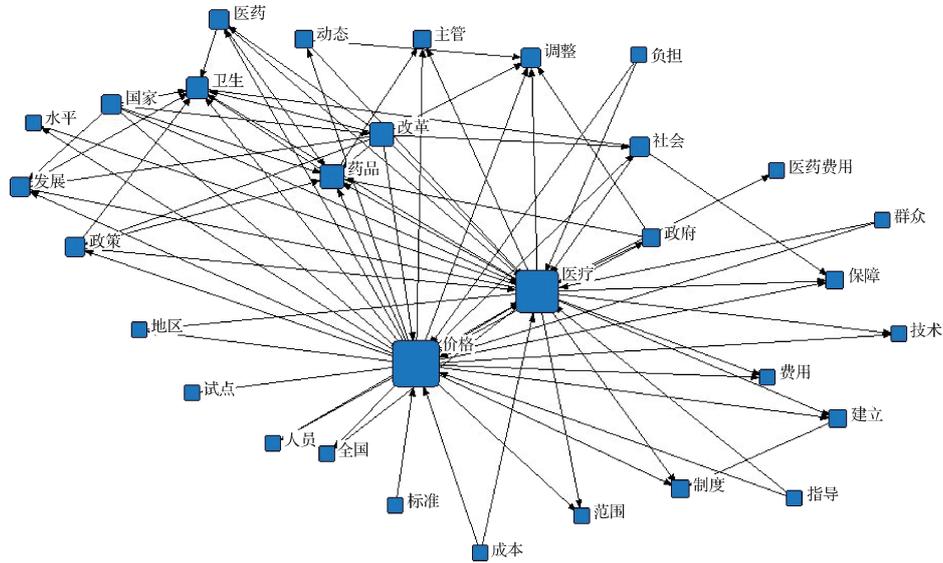


图2 医疗服务价格改革政策高频词共现网络图

表2 医疗服务价格改革政策PMC评价指标体系

一级变量	二级变量	指标来源
政策性质 X ₁	X ₁₁ 预测、X ₁₂ 描述、X ₁₃ 建议、X ₁₄ 支持、X ₁₅ 指导、X ₁₆ 监管、X ₁₇ 规划、X ₁₈ 试验、X ₁₉ 规范、X ₁₁₀ 要求、X ₁₁₁ 引导	参考文献 ^[11]
政策力度 X ₂	X ₂₁ 全国人民代表大会及其常务委员会发文、X ₂₂ 中共中央和国务院联合发文、X ₂₃ 中共中央或国务院单独发文、X ₂₄ 国家部委联合发布的意见、办法、方案、指南、规划、目录、标准等、X ₂₅ 国家部委联合发布的通知、公告、X ₂₆ 国家部委单独发文	参考文献 ^[8]
政策目标 X ₃	X ₃₁ 减轻患者经济负担、X ₃₂ 控制医疗费用不合理增长、X ₃₃ 提高医疗机构和医务人员积极性、X ₃₄ 强化公立医疗机构公益性、X ₃₅ 提升医疗服务质量与效率、X ₃₆ 优化医疗资源配置、X ₃₇ 促进医疗、医保、医药协同发展	参考文献 ^[1,18] 政策文本
政策工具 X ₄	X ₄₁ 人才建设、X ₄₂ 资金投入、X ₄₃ 信息化建设、X ₄₄ 技术指导、X ₄₅ 制度建设、X ₄₆ 激励约束、X ₄₇ 协商谈判、X ₄₈ 社会参与、X ₄₉ 试点示范、X ₄₁₀ 宣传推广、X ₄₁₁ 体制机制、X ₄₁₂ 目标规划、X ₄₁₃ 组织建设、X ₄₁₄ 政策协同、X ₄₁₅ 法规标准、X ₄₁₆ 监测评估	参考文献 ^[8-9] 政策文本
政策时效 X ₅	X ₅₁ 长期(5年及以上)、X ₅₂ 中期(3~5年)、X ₅₃ 短期(1~3年)、X ₅₄ 年度内	参考文献 ^[10-11]
政策对象 X ₆	X ₆₁ 医保部门、X ₆₂ 卫生部门、X ₆₃ 经办机构、X ₆₄ 医疗机构、X ₆₅ 医务人员、X ₆₆ 医药企业、X ₆₇ 第三方组织、X ₆₈ 参保对象、X ₆₉ 其他政府部门	参考文献 ^[12,19] 政策文本
政策评价 X ₇	X ₇₁ 目标明确、X ₇₂ 依据充分、X ₇₃ 内容详实、X ₇₄ 权责清晰、X ₇₅ 可操作性强、X ₇₆ 配套支持、X ₇₇ 创新机制、X ₇₈ 协同推进、X ₇₉ 公众参与、X ₇₁₀ 监督机制	参考文献 ^[11,20]
政策环节 X ₈	X ₈₁ 价格项目管理、X ₈₂ 价格总量调控、X ₈₃ 价格分类形成、X ₈₄ 价格动态调整、X ₈₅ 价格监测考核、X ₈₆ 价格管理支撑、X ₈₇ 协同改革	政策文本
政策过程 X ₉	X ₉₁ 政策规划、X ₉₂ 政策实施、X ₉₃ 政策监督、X ₉₄ 政策评价	参考文献 ^[21]

表3 医疗服务价格改革政策多投入产出表

一级变量	二级变量
X ₁	X ₁₁ 、X ₁₂ 、X ₁₃ 、X ₁₄ 、X ₁₅ 、X ₁₆ 、X ₁₇ 、X ₁₈ 、X ₁₉ 、X ₁₁₀ 、X ₁₁₁
X ₂	X ₂₁ 、X ₂₂ 、X ₂₃ 、X ₂₄ 、X ₂₅ 、X ₂₆
X ₃	X ₃₁ 、X ₃₂ 、X ₃₃ 、X ₃₄ 、X ₃₅ 、X ₃₆ 、X ₃₇ 、X ₃₈ 、X ₃₉ 、X ₃₁₀
X ₄	X ₄₁ 、X ₄₂ 、X ₄₃ 、X ₄₄ 、X ₄₅ 、X ₄₆ 、X ₄₇ 、X ₄₈ 、X ₄₉ 、X ₄₁₀ 、X ₄₁₁ 、X ₄₁₂ 、X ₄₁₃ 、X ₄₁₄ 、X ₄₁₅ 、X ₄₁₆
X ₅	X ₅₁ 、X ₅₂ 、X ₅₃ 、X ₅₄
X ₆	X ₆₁ 、X ₆₂ 、X ₆₃ 、X ₆₄ 、X ₆₅ 、X ₆₆ 、X ₆₇ 、X ₆₈ 、X ₆₉
X ₇	X ₇₁ 、X ₇₂ 、X ₇₃ 、X ₇₄ 、X ₇₅ 、X ₇₆ 、X ₇₇ 、X ₇₈ 、X ₇₉ 、X ₇₁₀
X ₈	X ₈₁ 、X ₈₂ 、X ₈₃ 、X ₈₄ 、X ₈₅ 、X ₈₆ 、X ₈₇
X ₉	X ₉₁ 、X ₉₂ 、X ₉₃ 、X ₉₄

3.2.3 PMC 指数计算

PMC 指数计算结果见表 4。总体来看,2000—2024 年我国医疗服务价格改革政策的 PMC 指数均值为 5.55,处于“良好”水平,表明政策整体设计能够覆盖各政策维度,但仍存在改进空间。具体而言,有 2

项政策(P12、P22)属于“完美”政策,6 项为“优秀”政策,9 项为“良好”政策,还有 6 项政策得分不足 4 分。分阶段来看,各阶段 PMC 指数均值呈现明显上升趋势,且政策评价结果表现出一定的异质性。因此,本研究进一步分析各阶段政策的具体评价情况。

表 4 医疗服务价格改革政策 PMC 指数情况

阶段	序号	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	得分	等级
2000—2008	P1	0.64	0.50	0.86	0.50	0.00	0.67	0.90	1.00	0.75	5.81	良好
	P2	0.73	0.33	0.00	0.50	0.25	0.67	0.80	0.29	1.00	4.56	良好
	P3	0.55	0.33	0.00	0.06	0.25	0.44	0.50	0.43	0.75	3.31	不良
	P4	0.82	0.17	0.00	0.44	0.25	0.44	0.60	0.29	0.75	3.75	不良
	P5	0.82	0.17	0.00	0.44	0.25	0.56	0.70	0.14	0.75	3.82	不良
	P6	0.82	0.33	0.29	0.69	0.00	0.67	0.80	0.57	0.75	4.91	良好
	P7	0.82	0.33	0.86	0.75	0.50	0.67	0.90	1.00	1.00	6.83	优秀
	P8	0.64	0.17	0.14	0.38	0.25	0.56	0.60	0.29	0.75	3.76	不良
	P9	0.82	0.67	1.00	0.50	0.00	0.67	0.80	0.71	0.50	5.67	良好
	P10	0.64	0.50	0.57	0.56	0.00	1.00	0.90	0.71	0.50	5.38	良好
	P11	0.82	0.17	0.29	0.69	0.25	0.78	0.80	0.43	0.75	4.96	良好
	均值	0.74	0.33	0.36	0.50	0.18	0.65	0.75	0.53	0.75	4.80	良好
2009—2017	P12	0.82	0.50	1.00	0.94	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.26	完美
	P13	0.64	0.33	0.57	0.50	0.50	0.56	0.80	0.57	0.50	4.97	良好
	P14	1.00	0.33	1.00	0.75	0.75	0.78	1.00	1.00	1.00	7.61	优秀
	P15	0.64	0.33	0.43	0.56	0.25	0.56	0.80	0.86	0.75	5.17	良好
	P16	0.45	0.17	0.57	0.19	0.00	0.33	0.20	0.29	0.25	2.45	不良
	P17	1.00	0.50	0.86	0.75	0.75	0.89	1.00	1.00	1.00	7.75	优秀
	P18	1.00	0.17	0.43	0.94	0.25	0.89	1.00	1.00	1.00	6.67	优秀
		均值	0.79	0.33	0.69	0.66	0.50	0.71	0.83	0.82	0.79	6.13
2018—2024	P19	0.82	0.17	0.86	0.69	0.00	0.67	0.80	1.00	1.00	6.00	良好
	P20	0.55	0.17	0.29	0.50	0.25	0.44	0.60	0.43	0.75	3.97	不良
	P21	0.82	0.50	1.00	0.88	0.50	0.78	1.00	1.00	1.00	7.47	优秀
	P22	0.91	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.41	完美
	P23	0.82	0.17	1.00	0.69	0.00	0.78	0.90	1.00	0.75	6.10	优秀
	均值	0.78	0.30	0.83	0.75	0.35	0.73	0.86	0.89	0.90	6.39	优秀
	总体均值	0.76	0.33	0.57	0.60	0.32	0.69	0.80	0.70	0.79	5.55	良好

(1)2000—2008 年:制度规范与监管导向阶段

这一阶段共出台 11 项专项政策(P1—P11),PMC 指数均值为 4.80,整体处于“良好”水平。其中,有 1 项“优秀”政策、6 项“良好”政策,还有 4 项政策得分低于 4 分。《关于进一步加强医药价格监管减轻社会医药费负担有关问题的通知》(P7)得分最高(6.83),在政策目标、改革环节、政策过程、政策评价等方面较为完善,但政策力度和时效性较弱,涉及政策对象有限。“良好”政策的内容主要集中于医疗服务价格管理。低于 4 分的政策主要聚焦于价格检查与专项治理,内容较为单一、针对性强,对于各维度指标涉

及较少,因此得分较低。这一阶段政策以制度规范和监督管理为核心,重点关注规范医疗服务价格管理和加强价格检查,尚未形成系统化的价格形成与调整机制,政策在不同维度的覆盖度相对有限,反映出我国医疗服务价格改革仍处于早期的制度建设阶段。

(2)2009—2017 年:机制改革阶段

本阶段共出台 7 项专项政策(P12—P18),PMC 指数均值提升至 6.13,整体达到“优秀”水平。其中,有 1 项“完美”政策、3 项“优秀”政策、2 项“良好”政策,还有 1 项政策得分低于 4 分。《关于印发改革药品

和医疗服务价格形成机制的意见的通知》(P12)的得分最高(8.26),该政策是在2009年医改总体部署下出台的阶段性文件,明确了未来较长一段时间改革医疗服务价格形成机制的目标任务和措施,具有较强的宏观指导作用。优秀政策方面,《关于推进县级公立医院医药价格改革工作的通知》(P14,7.61分)接近完美政策,明确将医疗服务价格改革与县级公立医院综合改革试点同步推进,但在政策工具方面对协商谈判、信息化建设等新型工具的运用不足,影响了政策的全面性。“良好”政策的内容主要集中于规范医疗机构医疗服务价格管理方面;低于4分的政策关注新增价格项目的受理审核工作,内容简单,多为原则性的政策条目。这一阶段政策内容从管理规范 and 价格监管转向价格形成机制等机制性改革,重点体现为制度设计与结构优化,但在执行层面尚缺乏长效机制与多元工具支撑。

(3)2018—2024年:系统深化阶段

本阶段共出台5项专项政策(P19—P23),PMC指数均值上升至6.39,表明政策整体质量持续提升,但距离“完美”政策仍有较大提升空间。其中,有1项“完美”政策、2项“优秀”政策、1项“良好”政策,还有1项政策得分低于4分。《关于印发<深化医疗服务价格改革试点方案>的通知》(P22)的得分最高(8.41),这一文件由国家医保局等八部门联合发布,是我国新时期深化医疗服务价格改革的纲领性文件,其政策内容全面,政策受体广泛,政策工具运用多元,并兼顾短期措施与长期目标。优秀政策中,《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》(P12,6.10分)虽然属于优秀政策,但其评分相对较低,政策力度、政策工具、政策时效维度得分均低于均值,内容上缺乏对于人才、资金、信息化和技术等供给型政策工具的覆盖,且在政策时效方面未考虑长短期结合的政策规划。良好政策主要关注“互联网+”医疗服务价格和医保支付等医疗服务价格管理内容。这一阶段政策更注重系统设计与机制创新,政策内涵转向动态调整和优化。

3.2.4 PMC指数可视化

总体及各阶段一级变量均值见图3。总体来看,政策力度、政策时效的得分均值偏低,是影响整体PMC指数的关键维度。分阶段看,政策力度、政策时效得分持续偏低,政策性质、政策对象、政策评价、政策过程评分较高且相对稳定,政策目标、政策工具、政策环节得分提升幅度较大。

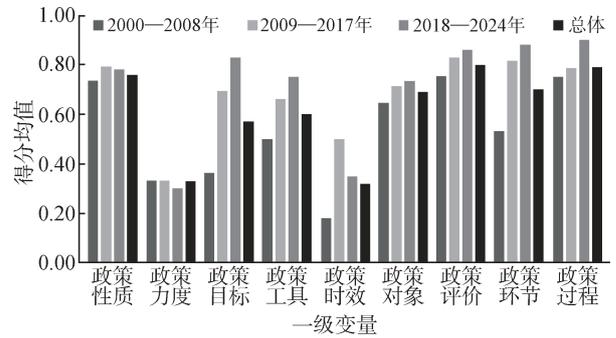


图3 一级变量均值情况

采用雷达图对23项政策的各维度得分进行可视化(图4)。具体而言,在政策目标方面,2000—2008年主要关注减轻患者负担、提高医疗机构和医务人员积极性,对其他目标涉及较少;2009—2017年涉及各项目的政策占比均有所提高,其中主要关注控制医疗费用、提升质量与效率、促进三医协同发展;2018年后涉及的目标更加全面,更加注重强化公益性和减轻患者负担这两个目标,涉及控制医疗费用的政策占比相对较低。政策工具方面,2000—2008年主要运用制度建设、激励约束、组织建设和监测评估政策工具,后两个阶段中大部分政策工具使用占比均有所提升,但总体上各阶段人才建设、资金投入、信息化建设、技术指导、目标规划和试点示范等供给型工具运用偏少。政策时效方面,早期以年度内政策设计为主,中期政策时效设计更加完善,但近年来多数政策未明确时效或缺乏长期规划。政策作用对象方面,2000—2008年主要涉及卫生、发改、医疗机构和医务人员,后两个阶段逐步增加医保部门、参保对象和其他政府部门,而涉及医药企业和第三方组织的占比较低且不断下降。政策评价方面,在创新机制、协同推进方面有所提升,但在配套支持、公众参与方面仍存在不足。改革环节方面,早期主要聚焦于价格项目管理、价格监测考核和价格管理支撑,后两个阶段各改革环节的政策占比均有所提升,涉及改革环节更加均衡,逐步体现总量调控、分类形成、动态调整和协同改革。

4 讨论与建议

4.1 完善政策时效设计,增强改革的持续性与前瞻性

结果显示,政策时效维度得分偏低,且在各阶段均未出现明显改善,政策安排集中于短期任务与阶段性举措,如价格规范、行为治理、专项改革部署等

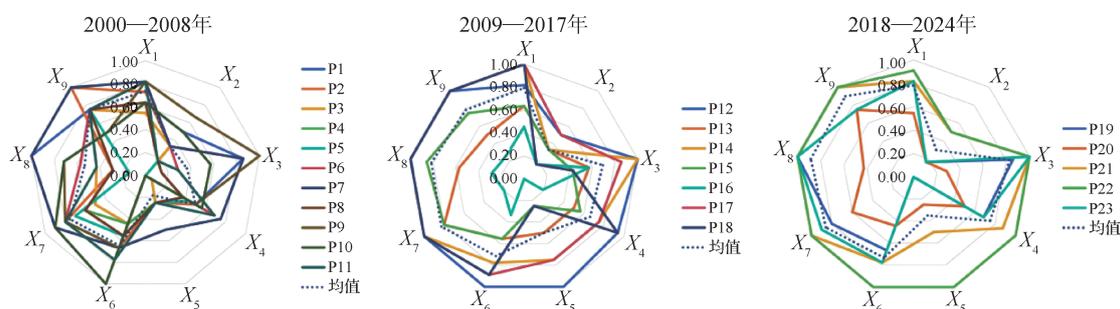


图4 分阶段医疗服务价格改革政策PMC指数雷达图

具体事项,缺乏对价格形成与动态调整机制、长期制度目标的系统性设计。一定程度上反映出我国医疗服务价格改革存在问题导向叠加专项推进的演进特征,制度连续性和前瞻性略显不足。从医疗服务价格改革的政策属性来看,其本质是涉及成本补偿、技术价值评估、比价关系调整和多方利益协调的长期制度性改革。如果政策时效和目标规划设计过于短期,容易导致价格改革呈现碎片化特征,不利于形成稳定、可预期的价格运行机制,也难以发挥价格改革在三医协同中的关键激励约束作用。

因此,未来在政策设计中,应更加突出医疗服务价格改革的制度属性,构建系统、持续、协同,且与改革阶段相适应的分层次政策体系。具体而言,一方面应在国家层面强化中长期政策安排,围绕三医协同的发展目标,针对医疗服务价格形成机制、动态调整规则和政府定价边界等关键问题,明确改革的总体方向、阶段目标和制度路径,为地方改革提供稳定的政策预期和制度遵循;另一方面,应在中短期政策中突出弹性特征,围绕医疗技术进步、成本结构变化和医保基金运行情况等,建立常态化的价格评估与调整机制,避免价格政策频繁以专项通知的方式大幅修订。通过将短期政策工具嵌入长期制度框架中,推动医疗服务价格改革由阶段性调整向制度化运行转变。

4.2 拓展多元政策目标,推动价值导向的医疗服务价格改革

分析表明,政策目标维度得分偏低,多数政策为专指性政策,针对性较强,政策目标设置呈现出明显的单一化倾向。同时,政策目标多集中于“减轻患者负担”,而对其他方面的目标和功能关注不足。这种目标设定与我国医改早期以控制医疗费用过快增长、解决“看病贵、看病难”问题为核心的政策背景密切相关,在一定阶段内具有其现实合理性。然而,随着医改进入系统性、协同性不断增强的深化阶段,单

纯依赖价格压缩费用空间难以从根本上解决“看病贵、看病难”问题。医疗服务价格不仅是患者支付的重要依据,更是调节医疗资源配置、引导医疗服务供给结构和补偿医疗机构合理成本的关键政策工具。如果价格改革目标过度聚焦费用控制,容易弱化价格对医疗服务供给结构、行为模式和质量效率的激励作用,甚至可能加剧医疗机构对其它非价格管制领域的依赖,形成新的结构性矛盾。

因此,未来应在坚持患者负担可承受原则的基础上,进一步拓展医疗服务价格改革的政策目标体系,构建以“价值导向”为核心的价格管理逻辑,从而强化价格对医疗服务供给和质量效率的激励作用。^[13]具体而言,一是应在政策目标中进一步明确医疗服务价格对医疗技术价值和人力劳动价值的体现功能,将合理补偿成本、体现技术难度和质量差异纳入政策目标框架,引导医疗机构从依赖药品和耗材收益向依靠技术服务获取合理报酬转变。^[22]二是应强化医疗服务价格改革与医保支付方式、公立医院补偿机制和薪酬制度改革之间的目标协同,避免价格政策与支付政策目标错位,并推动形成价格、支付及绩效之间相联动的激励机制,实现“价值提升”的战略转变。^[23]三是应在目标体系中更加突出对基层医疗服务、紧缺专科服务和老年医疗服务的结构性引导功能,通过差异化价格政策促进分级诊疗和医疗资源合理配置。

4.3 优化政策工具配置,提升政策执行的支撑性

尽管结果显示政策工具维度得分相对较高,但进一步分析发现,其在工具配置上仍存在结构性失衡问题,环境型与需求型工具占主导,而围绕价格形成技术基础和执行能力建设的供给保障型工具使用不足。这一问题在不同政策阶段均有所体现,一定程度上影响了价格改革政策的执行深度和实施效果。医疗服务价格改革具有较强的技术复杂性和专业性,高度依赖成本核算、技术评估和信息支撑,如

果缺乏相应的供给保障和技术支持,价格政策在执行过程中容易简化为“行政调整”,难以实现精细化定价和动态管理。此外,试点示范工具应用比例偏低,未能充分发挥改革的经验推广和地区引领作用。

因此,未来应围绕价格形成和调整的技术基础,进一步优化政策工具组合,增强改革实施的系统支撑能力。具体而言,一是应加大供给型政策工具投入,重点加强医疗服务成本核算体系建设、价格测算方法研究和专业人才培养,为科学定价提供技术基础。二是应完善保障型工具体系,依托医保信息系统和医疗服务价格监测平台,加强对价格执行情况、医疗行为变化和基金运行影响的动态评估,提升政策反馈与调整能力。三是应进一步强化试点示范工具的制度化运用,在定价方式创新、价格调整机制和部门协同改革等方面支持地方先行探索,通过总结可复制、可推广的经验,推动改革由点到面的有序进行。

4.4 拓展政策主体范围,构建多元协同的政策生态

PMC 指数分析显示,政策作用对象多集中于卫生健康、医保、发改等政府部门,以及医疗机构和医务人员等主体,对医药企业、第三方专业机构、参保人等社会参与主体的制度性安排相对不足,政策主体结构仍以行政体系和供给侧主体为主。这在一定程度上反映出价格改革在利益协调和社会参与方面仍有拓展空间。从改革实践来看,医疗服务价格改革是一项典型的利益协调型政策,涉及政府、医疗机构、医保基金、患者和市场主体等多方利益,其政策效果高度依赖不同主体之间的协同和互动。^[4]如果政策设计中过度依赖行政推动,忽视社会主体的参与和反馈,容易在执行过程中产生理解偏差和改革阻力,影响政策的可持续推进。

未来应在保持政府主导地位的同时,进一步拓展政策主体范围,构建多元参与、协同治理的政策生态。一方面,应通过制度设计将第三方评估机构、行业组织和专家团队更系统地纳入价格制定与评估过程,提升价格决策的专业性和透明度;另一方面,应完善公众参与和信息公开机制,通过听证、公示和政策解读等方式增强参保人对价格改革逻辑和目标的理解,提升政策认同度,减少改革阻力。同时,可探索引入社会监督和评估机制,增强政策执行的外部约束。通过拓展政策受众和完善协同机制,为医疗服务价格改革的持续推进奠定更加稳固的社会

基础。

作者贡献:张礼亮负责研究设计、政策分析、论文撰写与修订;唐雨荅负责政策文本检索与整理、论文撰写;韩优莉负责研究设计、研究经费支持、论文修订与审校。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 孟庆跃. 我国医疗服务价格政策的功能、问题和政策选择[J]. 中国卫生经济, 2000(8): 5-7.
- [2] 刘艳瑞. 我国公立医院医疗服务价格形成机制及其改革进程[J]. 价格理论与实践, 2019(5): 31-34.
- [3] 王虎峰, 崔兆涵. 医疗服务价格动态化调整: 大转折与新思路[J]. 价格理论与实践, 2017(6): 30-35.
- [4] 朱正, 韩润之, 巩超, 等. 深化医疗服务价格改革的内在逻辑与实践经验[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(10): 51-55, 68.
- [5] 郑大喜. 新增医疗服务价格项目管理政策回顾、实施难点及建议[J]. 现代医院管理, 2024, 22(1): 92-96.
- [6] 刘春雨, 邸金平, 杨思秋, 等. 部分地区医疗服务价格动态调整机制比较研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2022, 33(7): 918-921.
- [7] 邱恒, 朱宏, 张远妮, 等. “史密斯模型”视角下的取消医用耗材加成政策研究[J]. 广西医学, 2021, 43(5): 643-645.
- [8] 李乐乐, 王曦. 中国医疗服务价格改革的政策文本量化分析: 基于政策主体、政策工具、政策过程的三维框架视角[J]. 价格月刊, 2023(6): 1-9.
- [9] 陈楚颖, 程银霞, 魏来. 政策工具视角下我国医疗服务价格改革政策量化分析[J]. 中国医院管理, 2023, 43(7): 30-33.
- [10] ESTRADA M A R. Policy modeling: Definition, classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling, 2011, 33(4): 523-536.
- [11] 翟运开, 郭柳妍, 赵栋祥, 等. 基于PMC指数模型的远程医疗政策评价[J]. 信息资源管理学报, 2022, 12(2): 112-122, 137.
- [12] 张治国, 向晨. 基于PMC指数模型的我国医疗保障基金使用监管政策文本量化评价[J]. 社会保障研究, 2023(4): 57-70.
- [13] 刘冠宏, 黎珍羽, 许光建. 以人民为中心的医疗服务价格改革理论逻辑与实践路径[J]. 价格理论与实践, 2024(12): 41-46.
- [14] 梁松, 吴亚链. 我国医疗服务价格监管的政策、实践及改革建议: 基于北京、广东、黑龙江等典型地区改革实践探索[J]. 价格理论与实践, 2024(5): 77-81.
- [15] 胡峰, 戚晓妮, 汪晓燕. 基于PMC指数模型的机器人产

- 业政策量化评价:以8项机器人产业政策情报为例[J]. 情报杂志, 2020, 39(1): 121-129, 161.
- [16] 臧维, 李甜甜, 徐磊. 北京市众创空间扶持政策工具挖掘及量化评价研究[J]. 软科学, 2018, 32(9): 56-61.
- [17] 张永安, 耿喆. 我国区域科技创新政策的量化评价:基于PMC指数模型[J]. 科技管理研究, 2015, 35(14): 26-31.
- [18] 周锦芳. 医疗服务价格的合理化调整与政策研究[J]. 商讯, 2024(9): 171-174.
- [19] 林鹏, 徐爱军, 叶蕊, 等. 基于PMC指数模型的中医医保支付方式改革政策文本分析[J]. 中国医院, 2023, 27(12): 14-18.
- [20] 胡宏伟, 龚曦, 马迎花. 地方医疗服务价格改革政策体系预评估:指标体系与价值讨论[J]. 中国医疗保险, 2022(3): 11-15.
- [21] 时生辉, 游茂, 李瑞锋, 等. 政策工具视角下我国中医药基本医疗保险政策文本量化研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(4): 16-22.
- [22] 李乐乐, 陈自清, 侯方圆, 等. 利益传导视角下医疗服务价格改革对医务人员薪酬水平的影响[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(10): 24-28.
- [23] 王东进. 关于我国药品价格改革的几点认识与思考[J]. 价格理论与实践, 2015(8): 5-6.
- [收稿日期:2025-12-03 修回日期:2026-01-14]
(编辑 赵晓娟)

全球承诺加速应对非传染性疾病与精神卫生问题

在联合国大会第八十届会议期间,全球领导人通过了题为《公平与融合:通过发挥领导力和采取行动应对非传染性疾病及促进精神卫生和健康,改变生活和生计》的政治宣言,承诺以全面综合的治理路径应对非传染性疾病与心理健康挑战。

相较于以往承诺,本次政治宣言实现了显著进展,首次制定了三项需在2030年前达成的全球核心目标:(1)将烟草使用者减少1.5亿人;(2)高血压得到有效控制的人数增加1.5亿人;(3)获得心理健康服务的人数增加1.5亿人。为确保各国能够实现这些目标,宣言还为各国设定了到2030年需实现的一系列可量化进程指标,其中包括:(1)至少80%的国家建立健全相关政策、立法、监管与财政措施;(2)至少80%的基层医疗卫生机构配备符合世界卫生组织

标准、价格可负担的非传染性疾病与心理健康基本药物及基础诊疗技术;(3)至少60%的国家推行财政保障政策或措施,以覆盖或限制非传染性疾病与心理健康基本服务的费用;(4)至少80%的国家制定并实施跨部门国家行动计划,统筹应对非传染性疾病与心理健康问题;(5)至少80%的国家建立并运行健全的非传染性疾病与心理健康监测评估体系。

该政治宣言认识到,当前严峻的经济形势正在冲击全球卫生筹资体系。为此,宣言呼吁各国通过增加国内卫生投入、深化国际伙伴关系、协同多边合作框架等途径,全力构建充足、可预期且可持续的筹资体系。

(摘编自:世界卫生组织网站)