

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

医保支付方式改革

2021年 第5期

(总第112期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2021年8月15日

**编者按** 医保支付方式改革既是激励医疗服务体系整合的主要动力，也是促进医疗服务质量提升的有力保障。本期梳理我国医疗服务共同体的医保制度改革进展并分析其影响；构建以价值为导向的医保支付制度实施路径；总结美国、德国等国家整合型医疗服务体系医保支付方式的经验；基于经济合作与发展组织国家实证数据，分析按疾病诊断相关分组支付实施后对医疗服务体系的影响。谨供领导和同志们参阅。

上海市卫生和健康发展研究中心



## 卫生政策研究进展

2008年11月创刊  
第14卷第5期(总第112期)  
2021年8月15日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生健康委员会

### 主办

上海市卫生和健康发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

### 编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市建国西路602号  
邮编:200031  
电话:021-33262061  
传真:021-22121623  
E-mail: phpr@shdrc.org  
网址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷  
赵丹丹

主 编: 胡善联  
副 主 编: 徐崇勇  
金春林(常务)  
丁汉升  
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 张 敏 楚玉玲

校 对: 周 娜 汪 丽

## 目 次

### 专题研究

我国医共体医保制度改革进展及其影响分析

..... 李 芬, 陆士辰, 顾淑玮, 等 (1)

以价值为导向的医保支付制度实施路径

..... 李 芬, 金春林, 朱莉萍, 等 (10)

### 他山之石

整合型医疗服务体系医保支付方式国际经验研究

..... 王 旭, 李 芬 (20)

按疾病诊断相关分组支付对医疗服务体系的影响分析——基于  
经济合作与发展组织国家实证数据

..... 朱碧帆, 徐嘉婕, 桑培敏, 等 (30)

### 征稿启事

《上海卫生健康政策研究年度报告(2021)》绿皮书约稿函

..... (44)

征稿启事..... (47)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 700本

## 我国医共体医保制度改革进展及其影响分析

李 芬<sup>1</sup> 陆士辰<sup>1</sup> 顾淑玮<sup>2</sup> 金春林<sup>1</sup>

**【摘要】** 文章系统梳理了医共体医保制度的总额测算方式、医保资金在机构间的分配及医保支付方式和标准，分析了医保制度改革对政府部门、医疗机构、医务人员和患者等利益相关方的影响，从而提出了关于完善医共体医保制度的政策建议。

为改善卫生服务碎片化，满足老龄化、慢病化状况下的医疗需求，我国出台了多项举措推进整合医疗服务体系建设。近年来，我国推进“医疗联合体”（以下简称“医联体”）、“医疗服务共同体”（以下简称“医共体”）、“健康管理联合体”（以下简称“健联体”）等建设，其目的是为了增进医疗机构间的协同和合作，从而提高服务的连续性。医共体的整合分为政府部门、服务机构和服务功能3个层面，其最终目标是为患者提供初级卫生保健、全科、专科、康复和护理等连续性服务。然而，即便建立了机构间的“物理联系”，如果没有有效的激励约束机制，独立、割裂地提供服务的惯性较难减小。而与经济激励最直接的医保支付制度是影响医患行为的核心，是实现整合医疗服务的关键政策工具。如果医保支付作用于单个医疗机构，使医疗机构间利益独立，病源数量在一定程度上意味着经济收入，这样难以促进机构间的协作，医共体反而可能

---

第一作者：李芬，女，副研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生政策研究部主任

通信作者：金春林，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040

2. 江西中医药大学经济与管理学院，南昌 330000

成为高级别医院虹吸基层患者的平台。故而，建设与医共体相适应的医保支付制度迫在眉睫。本文聚焦紧密程度最高的县域医共体，综述其医保支付制度的改革进展，分析其对利益相关方的影响并提出政策建议，为进一步推进改革提供参考。

## 一、我国医共体医保制度改革进展

本文对我国 31 个省（市、自治区）医保制度改革的相关文件进行梳理，发现天津、河北、山西、内蒙古、江苏、浙江、安徽、福建、山东、河南、贵州、云南、陕西、青海共 14 个省（市、自治区）明确提出实施医保总额预付制。医保总额预付制是指以医共体为单位，通过合理的测算方法，预先确定一段时间内（通常为 1 年）医共体提供的医疗服务范围及支付总额，预付资金由医共体牵头单位分配和管理。上述地区的医保支付制度，大多实行门诊服务支付按人头付费，结合家庭医生制度，部分地区设签约服务费，对于复杂病例保留按项目付费。住院服务支付从按项目付费逐步转向按床日、病种、病种分值、疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）等预付支付方式。本文以全省大范围推进医共体的浙江省、云南省、山西省为例，总结医共体医保打包支付的具体做法。

### （一）医保总额测算方式

各个医共体医保总额测算方法和纳入因素有所不同。浙江省以医保基金收入为基础，基于历史数量或增长率、经济和消费水平、医改举措影响等确定医保预算总额。例如浙江省德清县门诊和住院预算总额分别测算，基金支出增长率 = （上年度门诊人头增长率 + GDP 指数） ÷ 2 + 消费者物价指数。预算总额 = （上年度本地基金支出总额 + 异地门诊基金支出总额） × （1 + 基金支出增长率）。浙江省丽水市测算医保总额将职工医保和城乡居民医保分别核算。

云南省和山西省将医保收入基金总额作为预付总额，但比例有所不同。例如，云南省将医保基金收入的 90% ~ 99% 的资金打包至医共体，剩余的资金作为调剂或奖励金，山西省文水县和柳县将基金总额全额拨付至医共体。

## （二）医保资金在机构间的分配

医联体内医保资金分配由医共体牵头单位来实施。部分省市建了医联体内机构一体化机制，如浙江省县域医共体为一个法人，医院与基层间的医保额度没有比例划分，按照人头、实际发生费用结算。部分省市为了防止医院虹吸基层，明确规定医保金额基层占比，如云南省禄丰县、云祥县、云县等县域规定 2020 年拨付基层的医保资金不少于 25%。山西省建立了乡、村两级资金合理分配机制，原则上将乡、村两级门诊医药费每人 50 元，按 20 元、30 元分配到乡、村两级；家庭医生使用药品控费在 21 ~ 30 元之间时，形成的结余全额激励家庭医生。

## （三）医保支付方式和标准

医保支付方式大多采用预付制，门诊、住院服务的支付方式和标准略有差异，少数地区由于条件不具备或遇到特殊及复杂病例时仍采用按项目付费。在实施时，会适当拉开不同级别间报销比例，如浙江省规定相邻等级医疗机构之间的报销比例差距原则上不低于 10%。然而对于中医药服务，云南省和浙江省均有一定倾斜政策。

### 1. 门诊支付

浙江省门诊人头支付标准 = 门诊年度预算总额 ÷ 参保人头。本地和异地发生的门诊（含药店配药）医疗费用（含未联网结算自费医疗费用）实行按人头付费结算。云南省禄丰县等相关门诊服务打包支付后由医共体内部管控，取消县级公立医院城乡居民医保普通门诊报销政策，普通门诊应在乡、村两级医疗机构报销，取消城乡居民医保普通门诊报

销 400 元封顶的限制。云南省临沧市云县家庭医生签约服务费由签约机构向医共体牵头单位申报；普通门诊、门诊辅助检查、门诊特殊慢性病按项目付费结算（含村卫生室）。山西省县域门诊统筹实施普通门诊按人头打包支付管理，慢性病单独核算，委托县医疗集团统一管理，门诊按人头付费支付标准设定为 100 元/人，其中，一般常见病、多发病普通门诊 70 元/人（按乡村两级门诊医药费 50 元/人、家庭医生签约服务费 20 元/人分配）；慢性病（含 7 种特殊慢性病病种）30 元/人，慢性病预算不足部分由医保基金分担。

对于患者的引导，山西省县域要求首诊由家庭医生负责免费接诊，并免费提供国家基本药物目录内治疗药品。转诊到乡级医疗机构时，每诊次个人支付 10 元，超出 10 元部分由医保资金负担，一个统筹年度内医保累计最高支付 200 元，超出部分由个人负担。非经家庭医生转诊患者，医疗费用由患者自付。慢病由定点机构提供服务，按照每人 100 元的标准，50% 划入个人账户，50% 用于家庭医生签约服务费和门诊慢病费用。

## 2. 住院支付

浙江省对于住院过程完整的病例，按支付标准结算；对于住院过程不完整的病例，根据实际发生费用结算，最高不超过支付标准；无法分入已有病组的病例、因病施治费用超常的病例和长期住院病例，按“特病单议”原则，其支付标准由医保经办机构专家讨论；出院 10 天后再次以同一病组住院的病例，支付标准减半。为促进机构协作，对在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员，视为一次住院，不再重复计算起付线，起付线按较高等级医疗机构标准确定。云南省部分乡镇卫生院按临床路径、单病种结算。山西省对于患者实行分段支付，县人民医院起付线为 400 元，医保目录内补偿比例为 75%；乡级医疗机构起付线为 100 元，医保目录补偿比例为 85%。

### 3. 医共体外支付

浙江省自行到统筹区域外医疗机构就医的患者，由个人自费 10%。云南省禄丰县对于患者在省、州医疗机构住院费用，及时结报，审核其合理性，相关资金由县医保局从医共体医保资金中扣除；对于医共体之外的县内其他定点机构费用，由医保牵头单位以“购买服务”的方式结算。

### 4. 资金结余分配及超支分担

各地对于结余资金普遍采用留用方式，结合考核结果，按比例用于激励医务人员和超支风险共担，各地实际操作时分配比例有所差别。如浙江省宁波市医保基金出现结余时，结余基金的 85% 用于医疗机构奖励，15% 由医保基金留用；出现超支的，超支金额的 15% 由医保基金补助，85% 由医疗机构承担。云南省禄丰县、安徽省天长县结余资金在县、乡、村三级医疗机构进行分配，结余分配比例为 6 : 3 : 1。云南省禄丰县出现超支也按照 6 : 3 : 1 分担，而大理市云祥县出现基金超支时按各机构基金消耗占比进行分担。

### 5. 配套考核指标

实施总额预付后，政府设立了县域服务量、费用绝对值及比例、患者满意度等配套考核指标。服务指标有县域内就诊比例、首诊门诊转出率。费用指标较多，包括医疗总费用、增速，县域外定点机构费用（旨在控制总体医疗费用和留住患者在医共体内就诊）、医院费用及占比（基层费用及占比考核的是医院和基层的分配情况）、自费费用占比（防止医疗机构提高自费费用比例）。

## 二、医保制度改革对利益相关方的影响

医共体建设背景下，医保制度改革的方向是建立从治疗转向预防的服务模式，以促进机构间协作和连续型服务，引导患者下沉、解决医院虹吸患者的问题。医保制度改革将对利益相关方产生不同程度的影响。

### （一）对政府部门的影响

总额管理从“以收定支”到兼顾需求、社会经济发展、服务质量来综合核定，支付方式从根据服务项目费用、按比例报销，转变为预先测算人头、病种、DRG 的支付标准，同时对于超支和结余也需考核后再分配。而实施总额预付之后，特别是医保资金不充足的地区，带来基金面临超额时推诿病人、转为自费病人、减少服务等一系列问题。这对医保部门、卫生行政部门的管理水平提出了很高的要求，管理部门要对病种费用、诊疗过程、相关数据有相当的把控能力，并建立成本可控的管理体系。目前，成熟的事前一事中一事服务及质量监管体系尚未成形，大部分地区考核县域内就诊比例、自费比例等指标以及预留一定比例的奖励金等事后指标，总体监管效力较弱。医保和卫生行政部门的相关人员由于缺乏相应的临床知识也较难胜任监管职责。

### （二）对医疗机构的影响

我国医共体改革整合的层次主要在部门和机构层面。医保建立总额打包至医共体、结余留用、医共体外“购买服务”制度，医疗机构需提高服务能力留住患者，并加强预防和慢病管理，使辖区居民不生病、少生病、不生大病，才能达到合理、有效降低医保费用的目的。重庆市开展的干预对照试验表明，基于绩效的集团总额预付制干预组的协作效果显著提高。

作用于机构间整合的医保制度改革，医保预付总额普遍由医共体牵头医院来分配，但医保部门制定了资金分配规则。浙江省各县域采取资金随人走的方式，根据实际发生情况，门诊按人头、住院按 DRG 来结算，但没有明确医院和基层机构的资金额度比例。云南等省为了防止医院虹吸基层，明确规定医保金额基层占比不少于 25%；部分县普通门诊只能在乡、村两级医疗机构报销。山西省则设定了乡、村两级门诊医药费人

头费直接拨付到对应机构。浙江省的做法使医院、基层机构仍有做大做强冲动，两类机构的行为很大程度上受医共体牵头机构对总体的资源分配、绩效导向和结余分配等影响；而云南省、山西省等地对基层有一定保护作用，但需通过质量、结果等考核来确保服务。

### （三）对医务人员的影响

医生是医疗服务的直接提供者，任何支付制度均要作用于每个医生个体，医务人员的认知才是干预的靶点。总额预付设置了医保支付的封顶线，支付方式从按项目费用的后付制转为预付制，再加上结余留用激励，建立了激励作用很强的反馈回路，使医生有控制医疗费用的动因。

大部分县域基层机构门诊服务按人头支付，有的直接划分出家庭医生签约服务费，基层医生有提升服务来吸引和留住签约居民的内在动力。后付制向预付制的转变，门诊服务按人头付费，可减少重复与无效诊疗。对于住院支付，无论是按病种、按床日还是 DRG 支付，支付的是医生对疾病的某次诊疗费用，可促进节省单次费用。但在服务体系内，还没有建立基于连续性服务内容的规范，没有把急性期、恢复期等多个病程作为整体支付，无力约束重复、低效诊疗，起不到促进全方位的、协调的、连续的、多学科交叉的服务整合效果。

此外，各地预付标准测算方法、精确程度不一。按人头付费的标准多采用次均支付费用，或根据医保总额与服务量核定标准。对住院医保支付，按病种、DRG 等改革各地实际进展不一，大部分地区还没有建立基于实际成本的病种、DRG 组别间的相对价值，易造成医生倾向于收治“经济价值”高的病例，造成不同科室、不同机构间的内部分配不均，还可能导致为节省费用而压缩服务内容的现象。

### （四）对患者的影响

医保制度针对患者也建立了引导下沉的机制。如云南省县域普通门

诊只能在乡、村机构开展，且取消了400元的封顶线。山西省县域患者家庭医生门诊免费首诊并免费提供国家基本药物目录内治疗药品，转诊到乡级医疗机构，设自付金额和封顶线；不经转诊的患者费用自付；住院分段支付，县人民医院提高起付线、降低报销比例。

通过医保制度改革，促进连续性服务、引导有序就医、合理控制成本，这对患者有利。然而，由于疾病的复杂性和诊疗信息的不对称性，医生可能会通过推诿重症患者等来转嫁经济风险，部分患者也可能追求高级别机构诊疗以及新技术、新药品，不理解医生调整治疗方案的原因。因而，在改革过程中也需加强对患者的政策宣教。

### 三、关于完善医共体医保制度的建议

#### （一）精准测算医保预付总额

医保总额既要“以收定支”，还要“以支定标”。医保预付总额测算应纳入年龄、性别、物价水平、人口结构、发病率、患病率等宏观风险因素，以及发病率、主要诊断、次要诊断、并发症与合并症等疾病相关的微观风险因素，并根据测算的需求总量确定医保缴费标准。积累了一定的管理经验和数据信息后，不断调整和细化总额测算方法，如区分家庭医生服务、基层门诊、医院门诊，区分基层住院、医院住院等，细化不同服务内容的支付方式、监管内容。

#### （二）优化医保支付方式和标准

医保支付标准目前存在两个问题：一是当前医保支付还存在预付标准与实际消耗不符的情况，还需进一步根据不同病种成本或消耗的卫生资源设定支付标准；二是医共体内机构费用结算，支付方式逐步从后付转为预付，但结算的单元是单家机构、按人次或病例数和机构。而疾病各个阶段的诊疗均会对预后有影响，如急性期治疗直接影响预后、恢复周期。医保支付应探索以系统为单位，捆绑机构后进行的支付，对多个

提供者联合提供的一整套医疗服务按照预先确定的付款金额支付医疗费用，即根据性别、年龄、病种、病情轻重程度等因素对患者进行分类，利用医疗大数据精准测算每类患者从疾病预防、疾病治疗到预后康复整个过程的总费用，在此基础上制定每类患者合理的门诊和住院费用支付定额，这样可以进一步提高机构间协作质量、促进服务下沉。国际上可参考的模式如荷兰糖尿病打包、住院及住院后服务捆绑支付。前者提供团体预付费，覆盖了糖尿病风险管理和治疗的总体费用（该服务设有固定期限），后者涵盖急性住院服务及出院后的相关服务（包括与该次住院相关的再入院、照护服务等），整个疗程在出院后的30天、60天或者90天结束。

### （三）建立多个层面的考核体系

如果没有配套良好的评估机制，医保制度改革并不一定能获得预期效果。因此，建议建立分层次的考核体系和与之相适应的信息系统，以形成合理的考核、准确的评价和正确的激励。作用于整体的医保总额预付制度，对于医共体的考核应从健康结果层面出发，分析县域内发病率、患病率、治愈率、生存率的变化。对医共体建立机构间协作的过程考核指标，如医院、基层费用及占比，上下转诊率等。对于不同类型的医保支出，与卫生行政部门共同建立基于专业的考核指标，如对家庭医生服务、普通门诊、常见病种住院服务的监测指标。

（责任编辑：信虹云）

## 以价值为导向的医保支付制度实施路径

李 芬 金春林 朱莉萍 覃心宇 朱碧帆

**【摘要】** 文章以价值医疗理论为基础,以各类医保支付方式优势互补为原则,从微观、中观、宏观三个层面出发构建医保支付制度体系:微观层面,实施单家机构以疾病诊断相关分组和基于大数据的病种分值付费为主、多元支付共存的制度;中观层面,探索捆绑支付、以结果为导向的多方风险共担机制;宏观层面,实行医联体内机构的总额预付。该支付体系的实施需要一定的前提和配套政策,包括数据规范、支付标准明确、有效监管、科学考核和激励。通过探索适用于当前中国医疗服务特点、以价值为导向的医保支付制度,旨在提高医疗卫生机构内在动力,优化就诊结构,促进治疗转向预防,最终实现整体健康水平的提升。

医保支付制度是保障群众获得优质医药服务、提高医保资金使用效率的关键机制。2020年,《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“《意见》”)提出,未来10年我国医保制度改革的重点是建立管用高效的医保支付机制,从而增强医保对医药服务领域的激励约束作用。本文以价值医疗的概念出发,从微观、中观、宏观3个维度,提出以价值为导向的医保支付制度实施路径。

### 一、以价值为导向的医保支付制度框架

20世纪90年代,基于价值购买的医疗政策运动将医疗质量引入医疗服务支付方案中,“价值”关注的是质量和成本。2006年价值导向型

---

第一作者:李芬,女,副研究员,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)卫生政策研究部主任

通信作者:金春林,男,研究员,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)主任  
作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所),上海200040

医疗（Value-Based Healthcare, VBH）概念被提出，是指观察特定患者的医疗效果，分析在临床路径中达到该效果所需的资源和成本，以相同费用获得最优医疗价值为目标，采取对治疗方案进行持续改进的一种医疗管理模式。以价值为导向的医保支付模式（Value-Based Payment, VBP）是指以医保费用为经济杠杆，通过质量评价体系和奖惩机制，激励医疗卫生机构提高服务质量、改善患者体验、减少不必要医疗费用的支付策略。价值医疗关注的是整体健康结果，提供的是整合、连续的诊疗服务，对有利于保持和促进健康、减少不必要的服务的行为进行奖励，反之进行惩罚。

医疗服务体系由不同功能、类别、等级的医疗服务机构组成。医保支付可从多个层面调节医疗服务行为，引导医疗资源配置。微观层面，实施单家机构的疾病诊断相关分组（Diseases Related Groups, DRG）和基于大数据的病种分值付费（Big Data Diagnosis intervention Packet, DIP），并辅以质量监控，以提高医院内在合理控费动力，减少浪费，保证临床质量。中观层面，针对病种的全过程诊疗进行捆绑支付，促进疾病治疗、康复不同阶段服务合理组合，提高全病程服务质量和效率，改善疾病预后。宏观层面，实行医联体内机构的总额预付，促进治疗转向预防，优化就诊结构，引导宏观配置效率提升，最终目标是提升全人群健康。

## 二、医保支付制度方案

### （一）微观层面：总额预付下的多元支付方式

总额预付实行医保预算总额协议管理，建立医保预算总额与医疗服务相挂钩的协议管理制度，医保机构与医疗机构协商预算总额，同时签订服务量、结构、质量等目标协议，引导医疗行为改变，实现从服务量驱动转变为价值驱动的改革。《意见》要求大力推进大数据应用，对医

疗卫生机构推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院患者按床日付费，门诊特殊慢性病患者按人头付费。按病种付费目前有单病种、DRG 和 DIP，后两种支付方式已在多地同步开展实践、探索。

DRG 起源于 20 世纪 60 年代的美国，至今已经在多个国家得到运用和发展。DRG 的分组原理是基于疾病诊断、手术或操作临床过程相似、资源耗费的原则，考虑费用增长的合理因素，如严重程度、合并症、并发症、年龄、性别等，实现分组后同组之间的同质化。DRG 的分组过程大致为：**一是**诊断类别的划分（Major Diagnostic Category, MDC），主要依据临床的系统部位；**二是**按照诊疗方式进行再分组，一般分为手术类、医疗类、其他类；**三是**基本组的划分，根据疾病严重程度和治疗方式的复杂程度，将主要诊断和主要操作分到若干基本组下；**四是**根据患者的个体特征，如其他诊断、患者年龄、出院状态等，在每个基本组下再分若干个细分组。不同国家的 DRG 组数大致在 600 ~ 2000 余组之间，其中分组数最多的荷兰可达 3 万组。在 DRG 的应用方面，西班牙、奥地利、芬兰等国家将其作为预算分配的依据；美国、葡萄牙、澳大利亚、英国等将其用于住院支付，支付比例占住院收入的 50% ~ 70%，一般辅以按服务项目付费（Fee for Service, FFS）。我国的 DRG 分组各地有不同的地方版本，国家医保局成立后，要求统一 DRG 分组、病例信息采集、费率权重测算在内等标准，计划于 2021 年在试点地区推行按 DRG 支付，费用支付标准结合循证医学依据，通过临床路径测算得出，预先支付给医疗服务机构。

DIP 属于中国创新型应用，以大数据技术拓展病种分组分析方法，对数据中疾病诊断、治疗方式进行穷举和聚类快速形成分组，基于随机均值的定价机制确定支付标准。DIP 的分组步骤是：首先是数据准

备，基于住院病案首页和医院疾病诊断与手术操作建立编码库，实时采集医疗保险基金结算清单信息；其次是病种组合策略，基于“疾病诊断+治疗方式”，利用穷举和聚类原理进行病种分组，形成病种组合库；再次是建立标准目录库确定病种分值，核心指标是相对权重（Relative Weight, RW）、医院平均病种组合指数（Case Mix Index, CMI）。RW指以特定病种平均费用与全市所有病例平均费用的比较，作为衡量其难易、资源耗费多少的相对指标。 $CMI = RW \times \text{该病种人数} / \text{医院出院总人数}$ 。CMI越高，提示医院收治的病人难度相对越高，资源耗费量相对越大。最后确定病种分值支付标准，DIP是计算分值单价，预算单价 = 加权平均年度住院总费用 /  $\sum$ （病种组合分值 × 对应病种病例数量），结算单价 = （当年医保支付总额 / 医保支付比例） /  $\sum$ （病种组合分值 × 对应病种病例数量）。

## （二）中观层面：全病程的捆绑支付

捆绑付费，亦称为按治疗事件支付（Episode-based Payment, EBP），是指按照一个预先确定的付款金额对一段时间内由一个或多个不同供方联合提供的一系列医疗服务进行医疗费用支付。捆绑支付主要通过测算，确定一整套包括预防、治疗、康复在内的服务，如住院或手术后90天内所有的医疗卫生服务，核定这些服务总支出即目标预算，医疗卫生机构分享由目标预算与实际成本之间结余，或分担超支部分。捆绑支付可促进急性期治疗、慢性期恢复合理诊疗，也展现出促进多学科协作诊疗（Multi disciplinary team, MDT）的优势，为患者提供综合的、多学科综合服务单元（Integrated Practice Units, IPU）。

合理的门诊和住院费用支付定额是实施捆绑付费的关键。捆绑支付的预算金额包括治疗疾病所需的全部医疗费用，医疗服务结果决定医疗费用的结算金额；但费用标准需根据风险进行调整，将可能影响费用的

病情复杂程度、患者年龄、性别等因素反映到支付中，鼓励医疗卫生机构承担较为复杂的病例。这种支付模式下，医疗卫生机构需承担由于并发症、再入院等引起超出预算的风险。但一般来说捆绑支付应设置“止损”条款，医疗卫生机构不负责无关的护理或灾难性病例，以限制异常高的成本支出。

除了基本医保支付对参保人群在定点医疗卫生机构的全病程费用进行支付外，也可针对特定病种人群的全病程治疗进行捆绑支付，由医药方、医疗卫生机构、医保（包括商业保险）、患者四方建立以治疗效果、健康结果为导向的风险共担机制。第一种是医药企业与医保方签订协议，企业提供有突破性临床价值的产品，医疗卫生机构优化诊疗流程、结构和诊疗方案，并与医保合作达成创新支付模式、临床疗效为标准、三方责任共担的付费模式。第二种是基本医保引入商业保险，对特定人群的疾病全程进行捆绑支付，引入商业保险公司精细化管理，在此基础上，可引入患者共担，投保商业保险时明确健康目标（如无进展生存期），未达到健康目标则对家庭进行补偿，超过目标值再由患者额外支付一定费用。

### （三）宏观层面：紧密型医联体实行总额预付

医保总额预付制是指以医联体为单位，通过合理的测算方法，预先确定一段时间内（通常为一年）医联体提供医疗服务的范围及支付总额，预付资金由医联体牵头单位分配和管理。通过“总额预付管理、结余留用、超支不补（分担）”机制，优化医联体内医疗资源合理分配，促进医疗卫生服务和资源下移至基层，使医联体内医疗服务机构之间的联系更加紧密（见图1）。医联体总额预付下的医保支付方式，不仅需要考虑医疗服务成本控制，更重要的是追求医疗服务单位成本的效用最大化，以患者为中心，做好预防保健和健康管理，实现以价值为导向的整合型医疗卫生服务模式。

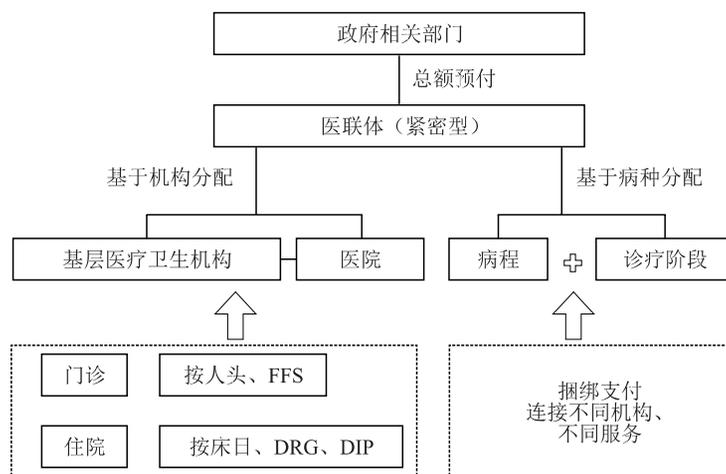


图1 紧密医联体总额预付下多种支付方式

总额预付几个关键环节是总额预付、基金支付、结余留用机制。政府部门将预付总额打包给医联体，总额测算一般以医保基金收入为基础，基于历史数量或增长率、经济和消费水平、医改举措影响等确定。医联体牵头单位在政府部门指导下，统一管理医联体内公共卫生资源、分配预付资金；基金分配可采用多种支付方式，如单体机构以病种为主的多元复合支付方式，以及部分病种和人群的全病程支付。结余资金普遍采用留用方式，根据考核结果，按比例用于激励医务人员；超支风险共担，各地比例有差别。如浙江省宁波市将结余基金的85%用于医疗机构奖励，15%由医保基金留用；出现超支的，超支金额的15%由医保基金补助，85%由医疗机构承担。再如，云南省禄丰市、安徽省天长县等地，对结余资金按照6：3：1的比例，在县、乡、村三级医疗机构进行分配。

### 三、以价值为导向的医保支付的实施前提与配套举措

以价值为导向的医保支付模式，核心是提高医疗机构和医务人员控费、优化诊疗、提高质量的内在动力。支付制度改革总方向是从后付制转向预付制，微观、中观、宏观层面依次是单次住院支付、专病全病程支付到医联体的全人群、全病种支付。但任何支付方式都不是完美的，有其实施前提和潜在问题。预付制的实施，对信息化和管理能力要求高，

准确的病种分组是前提，合理的预付总额、支付标准是核心，有效的过程监测是保障，科学的考核激励是关键。

### （一）前提：标准数据下准确进行病种分组

病种分组决定了支付标准，准确的病种分组是后续支付、监测、考核的前提。首先，确立分组体系。DRG 分组按照国际通用的分类方法，一般每年更新分类体系，调整分组或新增新技术下的病种分组。捆绑支付完整的诊疗、护理阶段难以界定，美国将其界定为住院及出院 30 天、90 天内所有的费用。其次，提高信息化质量。DRG 和 DIP 分组均要求病案首页数据准确性高，病案首页主要诊断、其他诊断、主要手术和操作、其他手术和操作等重要数据标准化。但目前医院使用的病案首页版本有 2011 版、2016 版，还没有完全统一。2019 年，《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39 号）制定了疾病诊断和手术操作、药品、医疗服务项目、医用耗材等 4 项信息业务编码规则和方法，该规范需进一步与卫生健康委员会、医院先行编码系统进行转换、匹配和对接。再次，提升相关人员专业水平。DRG 分组体系基于临床路径规范，本身专业性强、复杂程度高，分组标准需专家组制定，实际应用病例入组也需有专业背景人员判别。DIP 基于医院病案的 ICD 编码疾病诊断与治疗方式聚类成组，对专家审核的依赖程度较低，但需建立大数据分组器。两种方法都需要提高医院病案、信息等部门人员的能力水平。

### （二）核心：合理核定预付总额、明确支付标准

核定预付总额有自上而下、自下而上两种方式，前者基于往年实际费用并结合其影响因素确定当年的预付总额，我国紧密型医联体，比如浙江省、云南省等地采用该方法；后者是各项服务的支付标准与服务量之积的加总，核心是确定支付标准，还需建立合理控制服务量的机制。

在各项支付方式中，DRG 支付标准基于成本、结合专家组确定的病组权重，一方面要加强成本核算，特别是分区域确定成本中人力成本标准，合理设置药品、耗材费用比例；另一方面，支付标准设定对专家依赖较强，即使同一疾病，不同学科专家受专业水平、自身偏好、地域差异影响，存在不同的认知。因而，需国家层面出台指导意见，各地也要在实践中每年进行调整、不断完善。DIP 支付标准基于大数据历史“合理”费用的平均值，有“存在即合理”的意味，设定标准时也需剔除不合理的药占比、耗材占比等因素的影响，不断修正费用标准。而捆绑支付的“打包”程度更高，支付标准也可采用基于成本、专家判断的方法，或基于大数据得出平均费用。

### （三）保障：有效的过程监测纠正潜在问题

一些国家和地区的研究表明，预付制可促使医疗服务提供者加强对患者诊治标准和治疗方法的规范化管理，通过优化患者的电子诊疗记录、主动进行成本管理、缩短住院天数等措施，减少医疗资源浪费，优化资源的合理配置，但预付制也存在一些弊端。一是服务质量欠缺，如分解住院、推诿患者、过早出院或减少必要的服务等，导致服务质量降低。如日本、中国台湾地区研究发现，病人的再入院率有所提高，瑞士在跟踪研究 DRG 实施 2 年后的医疗服务质量情况后，发现医疗服务质量受损。二是提高疾病的诊断分级、成本转移，以得到较高的支付费用。综述 65 项来自美国、澳大利亚等 10 个国家的证据表明，实施 DRG 支付后疾病严重程度有所提高，患者从门诊服务向住院、长期护理机构转移。三是预付制下存在普遍控制成本、阻碍新技术发展、新药品使用的情况。此外，DIP 的费用核定方式可能带来额外问题，因费用标准是医疗卫生机构均值，具有规模效应的医院能压低成本，而诊疗量相对小的机构成本难以控制，可能造成医院专科化发展和集聚，不利于多样化。

建议成立诊疗行为、医疗费用审查机构。建立基于大数据的实时监测体系，对服务量、服务结构以及与潜在副作用相关的指标均纳入监测范围，主要发现和纠正服务不足的问题。除一般费用审查之外，抽样进行专业审查，如疾病诊断是否正确、检验和检查是否必要，治疗和手术与诊断病情是否一致，用药的种类和剂量是否符合规定等，主要防范分组“高套”、转移成本问题。与此同时，鼓励医疗卫生机构使用新技术，短期内增加按服务项目付费目录、建立专项基金支付异常高成本等，同时建立长期改进机制，不断调整分组方法、提高新技术组别费用，支付费用标准分级分类，综合考虑多种影响因素，辅以绩效指标进行决算。

#### **（四）关键：科学绩效体系和正向激励机制**

价值医疗追求的绝对不是低费用，而是相同费用的高价值。提高医保支付价值，绩效考核显得尤为重要，三个核心是绩效体系、绩效目标、激励水平和方式。第一，绩效指标设定与价值追求目标一致，过程性指标放在监测体系中，绩效体系以结果指标为主，临床疗效指标、健康结果指标、成本效果指标、患者满意度等维度。第二，绩效目标的设定可以显著影响绩效支付金额，从而决定激励的效果。医疗卫生机构间差异大，可以将绩效目标设定为绝对绩效、改进绩效或相对绩效。可设定绝对绩效，达到最优绩效的一定程度，如80%、90%即可获得绩效奖励。相对绩效考查医疗卫生机构改进程度，激励水平与绩效提升程度挂钩。相对绩效则是选择一个相对合理的基准，高于基准的奖励，低于基准的惩罚。三种绩效目标既可以单独设定，也可同时设定，以达到更好的绩效水平。第三，合理的激励方式和水平。在精细化的管理系统的监控下，为了在保证医疗服务质量的前提下降低成本，医疗卫生机构和医护人员需同时兼顾成本控制和提高效果，执业压力增加，需配备相应的经济和非经济激励措施。可采用单边、双边的激励模式。单边即控制成本，达

到绩效目标即可获得奖励，单边模式奖励水平一般设定较低；双边模式是风险共担、结余共享，没达到目标需扣减费用，但高出绩效激励水平设定更高。

（责任编辑：信虹云）

## 整合型医疗服务体系医保支付方式国际经验研究

王 旭 李 芬

**【摘 要】** 近年来,美国、德国等国家对整合型医疗服务体系医保支付方式进行了探索和实践,取得了积极进展。文章在文献复习的基础上,通过总结不同形式医保支付方式的设计思路、操作步骤和实际应用,为研究制定符合我国整合型医疗服务体系的医保支付方式提供参考。

人口老龄化、慢性病患病的持续上升,导致居民医疗服务需求日益增高。然而,受制于医疗服务体系的割裂和分散,居民的医疗服务需求难以得到满足,医疗服务的质量也无法得到保证。2018年,《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务的通知》(国办发〔2018〕83号)明确提出,要建立优质高效的医疗卫生服务体系,研究提出整合型医疗服务体系的框架和政策措施,促进预防、治疗、康复服务相结合。医保支付方式作为引导和调节医疗服务供需方行为的重要政策工具,是促进医疗服务体系整合的主要激励因素,有助于医疗服务体系横向、纵向服务提供机构产生内在协作动力。自20世纪70年代起,美国、英国、德国、日本等国家对整合型医疗服务体系开始了探索。综合国际上通过医保支付方式改革促进整合型医疗服务体系形成的研究与实践经验,可以为构建符合我国整合型医疗服务体系特点的医保支付方式提供参考。

---

第一作者:王旭,男,研究实习员

通信作者:李芬,女,副研究员,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)卫生政策研究部主任

作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心(上海医学科学技术情报研究所),上海200040

## 一、基于整合型医疗服务的医保支付方式

为了应对卫生服务体系碎片化带来的医疗服务质量低下、医疗费用不合理上涨等问题，英国探索建立整合医疗网络（Integrated Care Systems Network），通过开展初级卫生保健之家和一站式医疗与社会照护服务推进医疗服务体系的整合化。美国探索建立了责任医疗组织（Accountable Care Organizations, ACOs）、以患者为中心的医疗之家（Patient-centered medical home, PCMH）等新型整合型医疗卫生服务体系，通过整合医疗资源增加医疗服务的协调性，给患者提供及时和适当的服务。

### （一）基于人口总额付费（population-based payment）

美国医疗保险和医疗救助服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）针对“先锋型 ACO 计划”（Pioneer ACO Model），在以按服务付费为主要支付模式的基础上引入了按人头付费。其具体方式是：先确定年度人口总额付费标准，即以 CMS 上一年为 ACOs 签约参保人支出的人均医疗费用为依据，设定一个控制费用标准并根据参保人的人均医疗费用上涨率以及参保人群的标准化风险系数进行动态调整。标准化风险系数主要由 ACOs 根据参保人群的身体状况和患病概率进行测算，如果参保人群中很多人患病概率较高，则标准化系数会相应提高，以确保基于人口总额付费支付水平适当地反映参保人群的预期医疗费用。在每一个绩效考核期结束后，医疗保险和医疗补助创新中心会通过按服务付费的方式，结合 ACOs 的医疗服务量计算实际医疗费用。如果实际医疗费用未超过设定的控制费用标准，并且设定值高于节约率，那么 ACOs 就能获得结余分成；如果造成费用超支，则 ACOs 要承担超支费用。

此外，为了激励服务质量的改进，CMS 和州政府保留了部分人口

总额费用，如果 ACOs 达到一定的质量标准，则可以获得这些质量保证费用。质量标准分为核心质量指标以及体现各州特色的特定指标，主要包括医疗服务者的经验、医疗合作和患者安全、高危人群的临床医疗服务、预防保健等 4 个方面，可以在一定程度上反映 ACOs 的实际医疗服务质量以及其负责参保人群的健康状况。CMS 会通过各单项评价分数计算出综合质量得分，并以此为依据确定结余分成比例。质量保证金额通常会随着时间的推移而增加，通常从第一年付款金额的 1% 开始。

## （二）结余共享项目（Shared Savings Program）

结余共享项目是针对“医疗保险共同节约型 ACO 计划”（Medicare Shared Savings Program, MSSP）设立奖励或惩罚的方法，以促使其控制成本。其具体操作方式是由 CMS 依据分配到某个 ACO 中参保人员前 3 年的人均年化医保支出费用，测算特定人群在未参加 ACOs 情况下可能产生的费用，从而得出风险调整基准值。若风险调整基准值高于当年实际医疗费用，则 ACOs 结余，否则 ACOs 亏损。如果 ACOs 服务质量达到规定标准，并且项目资金能够有结余，则 ACOs 内的医疗机构和医疗服务者可以依据协议比例共同分享结余资金，如果项目资金出现赤字，医疗机构和医疗服务者也需要共同分担损失。同时，为降低 ACOs 成员的财政风险，CMS 也设立了财政损失封顶线。

医保费用支出受到很多因素的影响，如经济发展水平、人口老龄化、参保人群疾病风险等。因此，CMS 充分考虑到这些医疗服务机构无法控制的因素及其可能导致的支出变化，通过设置结余 / 超支比例的阈值为参与共享结余项目的 ACOs 规避风险。在此模式下，ACOs 若想获得分享结余的资格，则必须满足或者超过规定的最低结余率（minimum savings rate, MSR）。

参与结余共享项目的 ACOs 可以选择两种协议模式。第一种是单边

风险模式，这种模式仅适用于小规模或缺乏经验的 ACOs，如果 ACOs 服务质量达到标准且超过最低结余率，就能够共享结余；如果支出高于最低损失率（minimum loss rate, MLR），不需要承担超支风险，每年最多共享结余的 40%。第二种是双边风险模式，即参与该模式的 ACOs 不仅分享收益，还需要承担亏损风险。如果 ACOs 服务质量达到标准且超过最低结余率，就能够共享结余；如果支出高于最低损失率，则 ACOs 共同承担损失。一旦参保人群的医保支出费用超出最低损失率，路径 C、D、E 的罚金分别为 ACOs 收入的 2%、4%、8%，最高罚金分别为“基准”的 5%、7.5% 和 10%；如果选择了增强路径，则每年最高可共享结余的 75%，最高罚金也达到了“基准”的 15%。

为了保证 ACOs 医疗服务的质量，MSSP 建立了一套评价指标体系用以评估医疗服务质量，通过绩效考核的方式将考核结果用于确定结余共享的比例。ACO 医疗服务质量评价指标体系共包含 5 个领域、35 个指标，5 个领域分别是医患双方体验、预防保健、患者安全、高危群体健康和服务协调度。在每个年度的绩效考核中，MSSP 要求 ACOs 绩效标准必须达到最低水平，即每个领域中 70% 以上的指标必须达标。如果任何一个领域的指标达标率不到 70%，则被列入纠正行动计划，并于下一个年度重新评估；如果下一个年度仍然没有达到最低水平，则合约将被终止。

## 二、基于连续性医疗服务的医保支付方式

医疗服务体系各机构、各环节之间相互协作，是医疗服务连续性、协调性形成的关键，可以优化医疗资源配置，改进医疗服务质量，降低医疗费用。英国医疗服务体系（National Health Service, NHS）严格实行双向转诊制度，全科医生对患者进行首诊，若患者病情需要则可逐层转诊到上级医院，同时 NHS 通过设置转诊管理中心，协助初级医疗服

务与二级医疗服务之间的双向转诊。美国医疗服务体系同样由家庭医生作为医疗服务的守门人，医院承担疾病基本治疗和高级治疗，不提供普通门诊服务。

## （一）捆绑付费（Bundled payment）

### 1. 内涵

捆绑付费，亦称为按治疗事件支付（episode-based payment）、打包付费（packaged pricing），是指按照一个预先确定的付款金额对一段时间内由一个或多个不同供方联合提供的一系列医疗服务进行医疗费用支付。合理的门诊和住院费用支付定额是实施捆绑付费的关键，具体方式是根据患者的年龄、性别、病种和病情轻重程度等因素进行分类，之后通过大数据分析的方式精准测算每类患者从疾病预防、治疗到预后康复整个过程的总费用。

### 2. 模式

2007年，荷兰开始医保捆绑支付改革，针对2型糖尿病的预防、治疗和康复在10个卫生服务团队（care group）中试点实施了捆绑支付，后于2010年在全国范围内推广捆绑支付，覆盖范围也扩展到了慢性阻塞性肺疾病和心血管疾病等。

2013年，美国CMS提出捆绑式支付服务改善计划（bundled payments for care improvement, BPCI），包括四种类型的支付模式。**模式一**是住院服务的回顾性捆绑支付，根据美国老年保健医疗制度（Medicare）的收费标准向医师单独支付服务费用，该模式已于2016年底失效。**模式二**是住院及住院后护理服务（即与该次住院相关的再入院、照护服务等，即出院后30天、60天或90天所有相关服务）的回顾性捆绑支付，该模式已于2018年底失效。**模式三**是住院后护理服务的回顾性捆绑支付，护理服务的利用是由于住院治疗所引发的，但主要包括

长期护理医院、住院康复机构或家庭保健机构等提供的住院后护理服务，开始时间具体为住院出院后 30 天内首次使用护理服务，截止时间是在服务利用的 30 天、60 天或者 90 天内，该模式同样已于 2018 年底失效。**模式四**是住院服务的前瞻性捆绑支付，具体包括医院、医生和其他从业人员在整个医疗护理过程中所提供的所有服务，以及出院后 30 天内的再入院服务。

前三种模式均采用后付费的形式，具体方式是由 Medicare 首先依据历史费用次均水平确定打包服务项目的支付定额，然后通过按服务项目付费的形式支付给医疗机构、医生和其他从业人员。第四种模式采用预付费形式，由 Medicare 按照事先制定的打包服务定额支付费用给医院，再由医院支付医生和其他服务人员的费用。CMS 对打包付费模式下发生的实际费用与支付定额进行比对，如果实际费用低于支付定额，节省的费用可以由医疗机构和医务人员分享。评估报告显示，BPCI 不仅可以有效减少医疗费用支出，而且可以保证医疗服务的质量，但是 Medicare 支付服务提供方的费用后仍出现净亏损。为了解决 BPCI 带来的一些挑战，更好地协调不同医疗服务提供方并减少医疗费用支出，2018 年 1 月 CMS 与医疗保险和医疗补助创新中心又提出一种新的捆绑付费计划——BPCI 高级计划（BPCI Advanced），采用回顾性捆绑支付，将捆绑付费的方式从住院服务逐步扩展到门诊服务，共涵盖脊椎融合术、肾功能衰竭等 31 个住院病种和经皮灌装动脉介入治疗、心脏除颤器等 4 个门诊病种。同时，CMS 的支付金额也与质量衡量指标挂钩，指标包括 7 个维度，如 CMS 患者安全指标，冠状动脉搭桥手术后医院 30 天全死因风险标准化死亡率等。

## （二）按协作付费（pay for coordination, PFC）

按协作付费是指对初级医疗机构与二级医疗机构等不同服务提供方

提供的协同服务付费，目前在德国和奥地利等国家都有探索与应用。其支付的对象是提供医疗协作服务（care coordination services）的不同供方机构，而按项目付费和按人头付费等支付方式往往未能覆盖此类协作服务的费用。

2002年，德国实施了结构风险补偿改革计划，即将每年每位患者的初级医疗保健和二级医疗费用作固定费用支付给医疗保险机构。这种补偿机制一方面可以避免保险机构针对长期患病的人出现所谓“撇奶油”问题，即把患病风险较高的人排除在参保范围外，尽量选择那些患病风险较低的人来参保；另一方面，这种机制旨在促进疾病管理项目的产生，从而改善慢性病护理服务的质量。最初，慢性病管理项目仅适用于乳腺癌、糖尿病、冠心病、哮喘和慢性阻塞性肺病，随后不断扩展到更多的疾病领域。为了促进更多慢性病患者参与疾病管理项目，保险机构会减少或免除患者的自付费用。按协作付费计划为医疗保险机构和医疗服务提供方之间引入了经济激励措施，每年每位参加疾病管理项目的慢性病患者都可以为医疗保险机构和承担协调服务的医生提供补贴。

2005年，奥地利卫生部实施了医疗改革以促进不同机构之间慢性病管理服务的整合，通过优化资源分配进一步提高慢性病管理服务效率。其具体方式是通过将社会医疗保险预算的1%~2%与地区政府的预算相结合，在州一级建立了资金池，用于初级医疗保健和二级医疗服务之间的整合型医疗服务项目。该项改革通过社会医疗保险的资助促进了疾病管理项目的实施，同时积极促进全科医生参与整合医疗服务的协调。在国家层面，针对糖尿病实施了疾病管理项目，同时纳入了心血管风险评估指南。按协作付费计划的实施使患者加入疾病管理项目时医生会获得初始保费，同时每季度也会收到一定的费用以补贴传统按服务付费。

### 三、医保支付方式改革促进医疗服务整合的经验与启示

#### (一) 助力医疗服务体系整合

医保支付方式对医疗机构的诊疗行为及观念具有导向作用，适当的支付方式可以促进不同层级医疗保健服务的连续性，促进医疗服务体系的整合。

基于人口总额的付费方式操作相对简单易行，仅需与服务提供方提前确定支付额度。在此类支付方式的作用下，医生为了控制不必要的医疗服务产生的费用会主动加强疾病管理工作，同时也鼓励各学科之间的合作，促进卫生服务提供方之间的整合。结余共享项目的引入，通过激励机制的建立极大地促进了不同机构之间协作联动，以确保需要长期治疗的慢性病患者可以获得适宜的诊疗和良好的随访管理，减少不必要的重复医疗检查，降低再入院率和医疗差错。

捆绑支付方式在促进不同医疗机构协作、医疗服务体系整合方面显示出了优越性。捆绑支付通过覆盖住院诊疗服务、出院后康复护理以及再入院服务等一整套流程，促使住院、护理、康复等不同服务提供方之间加强合作，共同制定治疗—康复—护理服务计划，优化不同阶段服务之间的衔接，减少不合理医疗检查等服务的重复和医疗费用的浪费。当存在多个个体服务提供方时，按协作付费相对更容易实施，通过对参与医疗协作服务的机构进行额外的费用支付，建立直接针对提高不同服务提供方之间服务协调性的激励机制。在此作用下，不同卫生服务提供方之间产生相互协作、信息共享的内部动力，从而提高了卫生服务的连续性。

#### (二) 激励医疗机构提供高质量服务

医保支付方式通过利益激励，可直接引导医疗服务提供方围绕患者健康相互协作，改进医疗服务质量，降低医疗服务成本。已有初步研究

表明，ACOs的组织形式以及基于人口总额的付费方式展示出控制成本和效率优化的积极性，医生有动力在平时增加预防保健服务，从而控制医疗费用的快速上涨。因此，除了Medicare以外的很多私人保险公司也在学习和采纳上述模式。此外，结余共享计划的实施，特别是通过建立医疗服务质量评价指标体系，将考核结果用于确定结余共享的比例，对于未能达到标准的机构实行退出机制。这种方式从组织地位和经济分配上激发了卫生服务提供方参与计划和提供满足质量标准服务的积极性，促进ACOs卫生服务提供方诊疗模式从以治病为中心转向以健康为中心。

在捆绑支付的设计过程中，突出了对从住院到出院以及出院后一段时间内医疗服务费用的支付，一定程度上减少了不同服务提供方推诿重病患者的可能性，提高了服务质量，降低了治疗费用。此外，捆绑支付也展现出了促进多学科协作诊疗（multi-disciplinary team, MDT）的优势，例如坐落于美国波士顿乔斯林糖尿病中心，通过聚集内分泌、肾病、内科、神经科、眼科以及心理科等各类专家以及护士、训练师、营养师等辅助人员，一起协商提供高质量的糖尿病护理服务。当前，“健康中国”战略目标要求我国医疗服务模式进行转变，而医保支付方式改革是促进整合型医疗服务体系形成和转变医疗服务模式的重要切入点和推动力。在此过程中，借鉴国际经验，我国应注重建立医保支付方式与医疗服务质量评价的协同机制，通过构建达到服务质量标准的合理费用补偿模式引导医疗服务提供方提高服务效率和质量。

### （三）推动整合型医疗服务体系建设

国际整合型医疗服务体系形式多样，如美国的健康促进组织（Health Maintenance Organization, HMO）和ACOs，英国的国家医疗服务体系、初级卫生保健之家以及新加坡公司化、市场化的医疗集团等。我国在推

进整合型医疗服务体系建设的过程中也形成了多种形式的整合型医疗服务。2017年，国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号），明确提出了医联体组织模式的组建要因地制宜、分类指导，依据地区特点可分为医疗集团、县域医疗共同体、跨区域组建专科联盟、远程医疗协作网等模式。目前我国医保支付仍以按项目付费、按病种付费、按次均费用定额支付为主，多以控费为主要目的，忽视多机构间医疗服务整合的问题，未能发挥促进医疗服务整合的积极作用。虽然目前安徽天长、深圳罗湖等部分地区探索实施了集团内总额预付，但由于缺少质量考核标准，医疗服务的质量无法得到规范，可能诱发医疗服务提供方为节约成本而减少服务的不合理行为。因此，我国有必要借鉴国际经验，针对不同形式整合型医疗服务体系，探索完善多种医保支付方式，推动服务体系实现整合，从而为民众提供更加连续、协调、经济的高质量服务，改善民众的健康结果。

（责任编辑：张革）

## 按疾病诊断相关分组支付对医疗服务体系的影响分析 ——基于经济合作与发展组织国家实证数据

朱碧帆<sup>1</sup> 徐嘉婕<sup>1</sup> 桑培敏<sup>2</sup> 李 芬<sup>1</sup>

**【摘要】** 目前全球已有 40 多个国家和地区实施按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 支付住院服务费用。文章基于经济合作与发展组织 (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 国家实证数据, 分析 DRG 实施以后对于医疗服务体系的影响。文章根据以往的研究结果以及数据可获得性, 结合结构—过程—结果框架, 构建了包含 5 个维度 11 个指标的指标体系, 分析部分国家实施 DRG 支付前后各指标的变化情况。从结果来看, 实施 DRG 后, 大部分国家的千人口床位数、出院后 30 天死亡率以及平均住院天数均有所下降, 然而这种下降趋势在引入 DRG 前就已经出现, 可能与医疗技术水平的发展有关。总的来说, DRG 支付制度对于医疗费用控制的影响较为有限。前瞻性付费体系依然会为医疗服务提供方提供负向的激励机制, DRG 支付制度在不同的医疗体系环境下可能产生诸多不可预料的后果, 因此需推出配套监管措施, 以达到预期的控费效果。

### 一、DRG 的内涵和实施进展

DRG 将住院病人按照临床相似性以及资源消耗相似性 (即按照病人的疾病严重程度、治疗方法的复杂程度及资源消耗程度) 分成一定数目的疾病组, 是病例组合 (casemix) 中最常见的针对急性住院病人的一种病人分类体系 (patient classification system, PCS)。

---

第一作者: 朱碧帆, 女, 助理研究员

通信作者: 李芬, 女, 副研究员, 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所) 卫生政策研究部主任

作者单位: 1. 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200040

2. 成都市成华区疾病预防控制中心, 成都 610057

DRG 于 20 世纪 60 年代末起源于美国，并在 1983 年被全面应用于 Medicare 住院预付系统中，随后相继被澳大利亚、德国、法国等国家以及我国台湾地区引入，目前全球有 40 多个国家和地区实施了 DRG。除了英国、加拿大、奥地利等少数国家以外，全球大多数引入 DRG 的国家和地区都沿用了美国 DRG 分组体系的基本思路，对病例分组时主要考虑以下 5 个因素：主要诊断、次要诊断、治疗手段、病例的人口学特征、出院时的状况。大多数国家病组数在 500 ~ 2 300 组之间，一般都控制在 1 000 组以内。基于 DRG 的预付费制度以向医疗服务“产品”付费的预付制度代替了向医疗服务项目付费的后付制度，将同类型疾病、同类治疗方式、相似个体特征的患者归为一类，对同一诊断组中的每个住院病例按固定偿付额（flat rate）支付，以此对医院进行预算拨款，控制医疗费用的上涨。

大部分国家和地区在开展 DRG 支付的同时依然采用其他支付方式，包括总额预算、按服务项目支付、按人头支付、按服务单元支付等。DRG 支付的费用占医院住院收入的比例在 20% ~ 80% 之间，其中美国、葡萄牙、澳大利亚、爱尔兰、奥地利、德国、日本、法国和荷兰等国家 DRG 支付占比较高。除了支付功能以外，作为一种现代医院管理工具，DRG 还可以用于定价、预算分配或筹资、绩效评价等多个领域。

## 二、实施 DRG 对医疗服务体系的影响

### （一）有利影响

来自发达国家和若干发展中国家的研究表明，实行 DRG 支付制度可以提高医院绩效管理的透明度，促使医疗服务提供者加强对患者诊治标准和治疗方法的规范化管理、优化患者的电子诊疗记录、主动进行成本管理，缩短住院天数，减少浪费，优化资源的合理配置。美国、澳大利亚、西班牙、英国、日本的研究均认为实施 DRG 支付后平均住院

天数及住院费用均有所下降，或费用增幅下降。周伟丽等对沈阳一家三甲医院产科患者的住院费用进行分析，发现实施 DRG 付费后，患者住院总费用略高于实施 DRG 前，内科患者住院总费用则显著低于试点前。北京市对 6 家开展 DRG 付费试点的三甲医院开展分析，发现试点医院的次均住院费用降低了 6.2%，参保人员次均自付医疗费用降低了 10.5%，表明 DRG 有效控制了医疗费用增长。

## （二）不利影响

虽然 DRG 制度有较多优点，但仍不可避免存在一些不足和负面影响。一是实行 DRG 支付制度管理难度大，需根据技术进步、通货膨胀、成本结构变化等因素提高管理能力。支付标准测算难度大，很多情况下无法反映实际成本，导致医疗机构补偿不足。二是医疗机构为降低患者的治疗成本、减少单次住院费用，采取分解住院、推诿患者、过早出院和减少必要的服务等手段，导致服务质量降低。日本的研究者认为 DRG 支付制度降低了医疗总费用和平均住院日，但提高了再入院率。我国台湾地区实施 DRG 支付制度后，DRG 组 180 天内再住院率显著高于非 DRG 组。瑞士的一项研究采用问卷调查的方式分析了引入 DRG 支付体系 2 年后的医疗服务质量情况，研究认为由于 DRG 对医疗服务提供者施加了过多经济压力，导致服务质量受损。韩国研究者发现强制实施 DRG 的医院其平均住院日、再入院率均低于自愿实施 DRG 的医院。三是为提高收治患者的收益，医疗机构在提供医疗服务的过程中有可能通过过度诊疗、提高疾病的诊断分级，以得到较高的支付费用。PalmerK 等综述了 65 项来自美国、澳大利亚、奥地利、英国、德国等 10 个国家的研究，发现实施 DRG 支付后疾病严重程度有所提高。四是尽管 DRG 支付制度的实施有一定的控费效果，但目前大部分国家和地区仅在急性期治疗服务中实施，或仅在某项医疗保险范围内实施，不同

部门之间可能存在成本转移。美国 DRG 支付制度促使医院将患者和服务成本从住院服务向门诊和长期护理机构转移，出院后入住护理机构的比例提升 24%。广西柳州的一项研究表明，实施 DRG 支付后，住院人均费用增幅放缓，但部分医生为避免亏损，采取增加门诊服务、减少出院带药量等行为，导致门急诊费用增幅加剧。广东中山的一项研究则发现，对本地医保患者实施 DRG 支付后，医疗服务成本向自费患者转移的趋势较为明显。

### （三）小结

从目前的研究结果来看，研究者普遍认为 DRG 的实施有助于提高医疗服务效率、降低平均住院天数。然而，其对患者健康结果和医疗服务质量的影响则存在诸多争议，甚至对同一指标产生相反的作用。这主要是由于具体的政策以及环境不同，导致 DRG 支付制度产生不同的激励效果（见表 1）。美国引入 DRG 支付体系后在一定程度上提高了服务提供者的组织效率和服务质量，然而由于 DRG 支付带来的控费压力，对于患者健康结果造成一定副作用，如再入院率以及死亡率的上升。尽管欧洲在 21 世纪伊始就广泛引进了 DRG 支付制度，但是对于患者健康结果的影响研究却较为少见。DRG 支付制度对于医疗质量的影响很大程度上取决于当地的卫生系统环境以及监管体制。例如，欧洲大部分国家采取的 DRG 支付制度并未取代按项目付费（fee-for-service, FFS），而是取代了按单元支付以及总额预付制，其对于服务质量的影响也与美国不同。

表 1 DRG 支付制度的激励机制以及对医院质量和效率的影响

激励机制	医院应对策略	效果	
		质量	效率
1. 降低患者平均成本	1) 缩短住院天数		
	• 优化内部临床路径	↑	↑
	• 转移至其他服务提供者		
	- 加强与其他服务者的合作 / 整合	↑	↑
	- 转移 / 推诿低价值的病患	↓	
	• 过早出院	↓	
	2) 降低服务强度		
	• 避免提供不必要的服务		↑
	• 用低成本服务替代高成本服务		↑
	• 跳过必要的服务 (服务不足)	↓	
2. 提高患者平均利润	3) 选择患者		
	• 专注于医院具有竞争优势的专科	↑	↑
	• 选择低成本患者 (“撇奶油”)		↓
	1) 改变编码规则		
	• 完善诊断和操作编码	↑	
	• 欺诈性的从新分类 (提高编码)		↓
3. 增加患者数量	2) 改变诊疗模式		
	• 过度治疗以将患者分入收益更高的组别	↓	↓
	1) 改变入院标准		
	• 减少等候人员		↑
	• 分解住院	↑ ↓	↑ ↓
	• 收治患者提供不必要的服务 (诱导需求)		↓
	2) 提高医院声誉		
	• 提高服务质量	↑	
	• 将精力集中在可测量的领域	↑ ↓	

注：无升降符号代表对服务质量 / 效率无明确影响。

### 三、基于实证的 DRG 实施效果分析

#### (一) 指标体系构建

目前研究者对于 DRG 支付制度的评价集中在其对医疗费用、服务效率、服务质量和患者健康结果的影响方面。PalmerK 等的研究从死亡率、再入院率、出院后入住护理机构的比例、疾病严重程度、服务量等方面评估 DRG 支付方式对医疗系统的影响。李菲利用人均医院费用、医院

费用增长率、住院天数、病床利用率等指标分析了英国、德国、美国开展 DRG 支付后的医院费用水平、服务效率变化情况。本文基于前期综述结果以及数据可获得性，结合结构—过程—结果链，构建 DRG 支付制度评价指标体系，共包含 5 个维度 11 个指标（见表 2）。选择 DRG 支付占比较高的 9 个国家（美国、葡萄牙、澳大利亚、爱尔兰、奥地利、德国、日本、法国和荷兰），利用 OECD 网站统计数据，分析各国实施 DRG 支付前后各指标的变化情况。

表 2 DRG 支付对医疗服务体系影响的指标体系

维度	评价维度	评价指标
结构	医疗资源	千人口床位数
		康复床位数（含长期护理）占比
		治疗性床位占比
过程	服务利用	人均门诊人次数
		人均治疗服务出院人数
	医疗费用	人均经常性卫生费用
		人均医院经常性卫生费用
结果	质量	人均药品销售额
		出院后 30 天死亡率
	效率	治疗服务平均住院天数
		治疗床位利用率

## （二）结构层面

### 1. 千人口床位数

实施 DRG 之后，大部分国家的千人口床位数呈现下降的趋势。美国自 1983 年起实施 DRG，其千人口床位数由 1983 年的 5.8 降至 2016 年的 2.8。爱尔兰 1992 年的千人口床位数为 7.6，自 1993 年开始实施 DRG 以来，其千人口床位数有明显的下降趋势，到 2017 年降至 3.0；其中，2009 年下降幅度较大，可能是由于分类方式、变量定义或覆盖范围等统计口径发生变化。实施 DRG 之后，可能由于各国医疗机构为了控制

成本，并且有些国家如德国开始实施门诊守门人制度，减少了对住院服务的需求，从而使病床利用率下降，千人口床位数也持续下降（见图 1）。

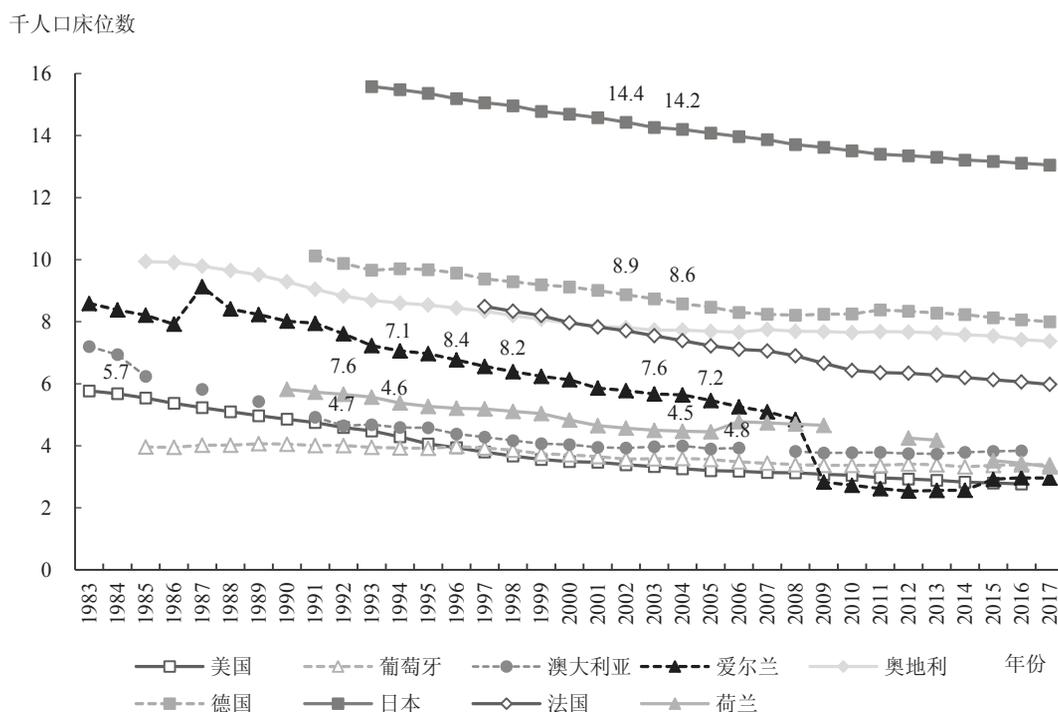


图 1 1983—2017年部分实施DRG国家千人口床位数变化情况

## 2. 康复床位（含长期护理）占比

既往研究表明，实施 DRG 后，部分国家的医疗机构为降低患者的平均成本，存在将患者和服务成本从住院服务向长期护理机构或其他部门转移的情况。如奥地利，1997 年引入 DRG 后，其康复床位（含长期护理）占总床位的比重持续增长，至 2017 年康复床位（含长期护理）占比增长了 92.61%。此外，爱尔兰的康复床位（含长期护理）占比在实施 DRG 的早期也呈缓慢增长趋势。美国、德国、法国的康复床位占比波动幅度较小，但总体有所下降。

## 3. 治疗性床位占比

治疗性床位占总床位的比重是体现医院服务量的重要指标。在实施 DRG 后，有些国家为了控制患者的治疗成本，会将部分住院服务转移

到门诊治疗，减少治疗性床位占比，如日本、奥地利。其中，奥地利在 1997 年实施 DRG 后，其治疗性床位占比由 1996 年的 86.44% 降至 2017 年的 73.94%，美国、爱尔兰、德国、法国和荷兰在引入 DRG 后，其治疗性床位占比均有小幅上升。其中，爱尔兰在 1993 年实施 DRG 后治疗性床位占比从 1992 年的 41.12% 增至 2008 年的 52.07%。

### （三）过程层面

#### 1. 服务利用

##### （1）人均门诊人次数

由于 DRG 支付主要针对急性期住院费用，部分医疗机构为了控制成本，会将部分住院服务转移到门诊，如奥地利、荷兰、葡萄牙在引入 DRG 支付后人均门诊次数均呈现上升趋势；德国、澳大利则呈现先下降后上升的态势，德国在 2003 年实施 DRG 支付后，其人均门诊人次数从 2002 年的 8.0 降至 2004 年的 7.4，至 2017 年则增至 9.9，增长 23.75%；而日本、法国的人均门诊人次数则呈现下降趋势，日本在 2003 年引入 DRG 后，其人均门诊人次数由 2002 年的 14.1 降至 2016 年的 12.6，法国则由 2003 年的 7.2 降至 2016 年的 6.1。

##### （2）人均治疗性服务出院人数

实施 DRG 之后，部分国家的人均治疗性服务出院人数在短时间内出现了增长，5～10 年后开始降低，如奥地利、荷兰；德国、日本在引入 DRG 支付后，人均治疗性服务出院人数总体呈现增长趋势；法国和爱尔兰实施 DRG 后，人均治疗性服务出院人数出现波动下降。

#### 2. 医疗费用

##### （1）人均经常性卫生费用

德国、爱尔兰、澳大利亚实施 DRG 后 1 年、3 年、5 年及 10 年的人均经常性卫生费用增速不断增长；而美国、奥地利、葡萄牙实施

DRG后,则出现人均经常性卫生费用增速持续降低的情况;日本先下降后上升;法国、荷兰则呈现先上升后下降的趋势。总的来说,实施DRG后,澳大利亚、爱尔兰的人均经常性卫生费用增速大于实施DRG前,而奥地利、德国、日本、法国、荷兰增速小于实施DRG前(见图2)。

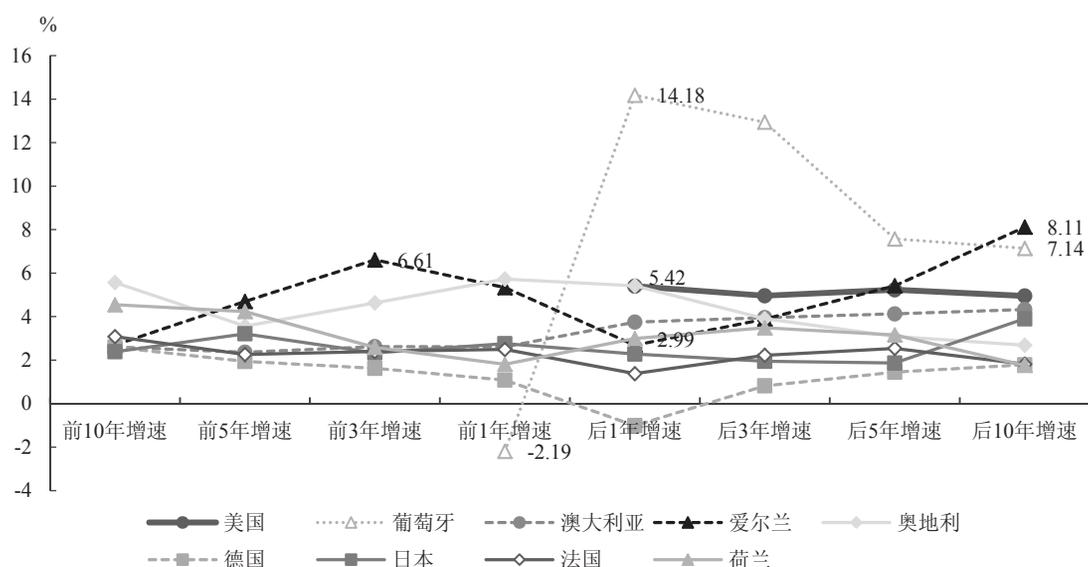


图2 1983—2017年部分实施DRG国家人均经常性卫生费用增速变化情况

## (2) 人均医院经常性卫生费用

实施DRG前,德国、澳大利亚、日本的人均医院经常性卫生费用在近10年、5年、3年和1年的增速都在逐渐减缓,实施DRG之后均呈现出人均医院经常性卫生费用增速增长的趋势;奥地利、日本先下降后上升;法国、荷兰、美国先上升后下降。总的来说,实施DRG后澳大利亚、德国、法国的人均医院经常性卫生费用增速大于实施DRG前,日本、荷兰小于实施DRG前。

## (3) 人均药品销售额

DRG付费改革的实施促使医疗机构开展成本管理,因此药品销售不一定对医院有利,甚至会成为医院的负担,部分医院会通过减少出院带药量等方式减少药品的销售。部分国家如荷兰、爱尔兰、法国等在实施DRG后,药品销售额的增速在不断递减。德国在实施DRG后的第一

年，药品销售额降低，增速为负，随后的第3年、第5年和第10年药品销售增速均在增长。

#### **（四）结果层面**

##### **1. 服务质量**

服务质量层面采用主要病种（急性心肌梗塞、出血性脑卒中、缺血性脑卒中）的出院后30天死亡率进行测量。已有研究显示，部分医疗机构为降低患者的治疗成本、减少单次住院费用，采取分解住院、推诿患者、过早出院和减少必要服务等手段，可能导致服务质量降低。本文分析了部分国家实施DRG后急性心肌梗塞、出血性脑卒中、缺血性脑卒中的出院后30天死亡率，大多呈现逐年降低的趋势。

##### **2. 服务效率**

###### **（1）平均住院天数**

平均住院天数是反映医疗资源利用情况和医院总体医疗服务效率的综合指标。实施DRG付费，综合考虑了患者病情严重程度和复杂性，能够控制医疗费用的不合理增长，区分治疗方式的难易程度，是针对短期住院病例的管理工具。日本、德国、奥地利、澳大利亚在实施DRG之后，平均住院天数稳步下降，荷兰呈现出波动下降的趋势，法国、爱尔兰的平均住院天数变动趋势较小（见图3）。

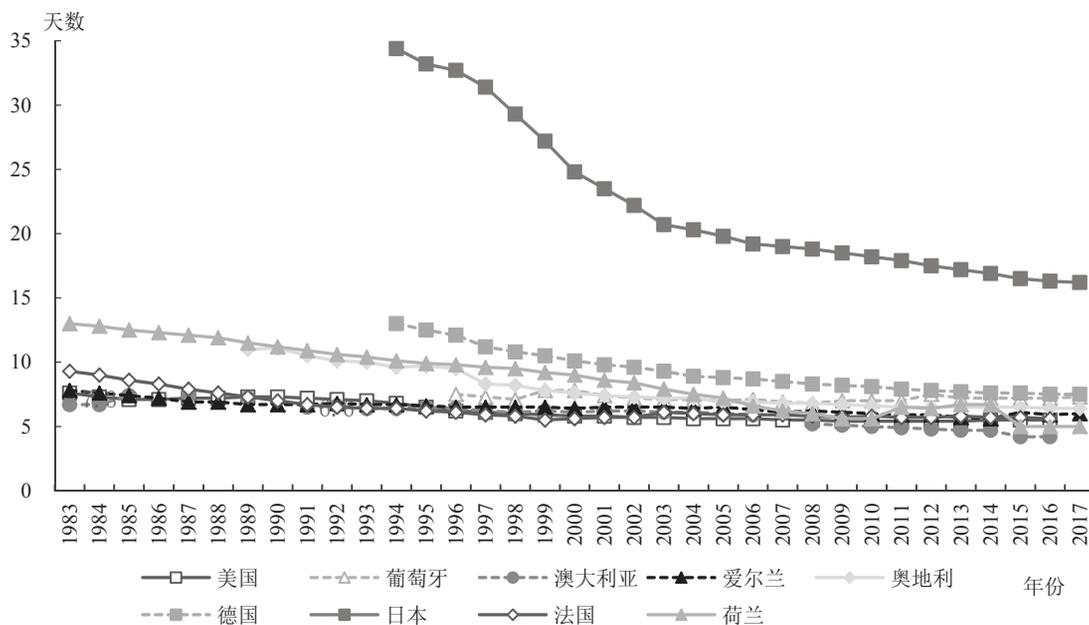


图3 1983—2017年部分实施DRG国家平均住院天数变化情况

## (2) 治疗床位利用率

如果以 85% 为合理的治疗床位使用率，则大多数国家的医院正在经受空床太多的窘境。实施 DRG 之后，医院为了控制成本，可能会存在减少住院服务或者减少住院天数的情况。荷兰、日本、美国在引入 DRG 之后，治疗床位利用率开始波动下降；而爱尔兰、葡萄牙和德国的治疗床位利用率呈现动态增长的趋势（见图 4）。

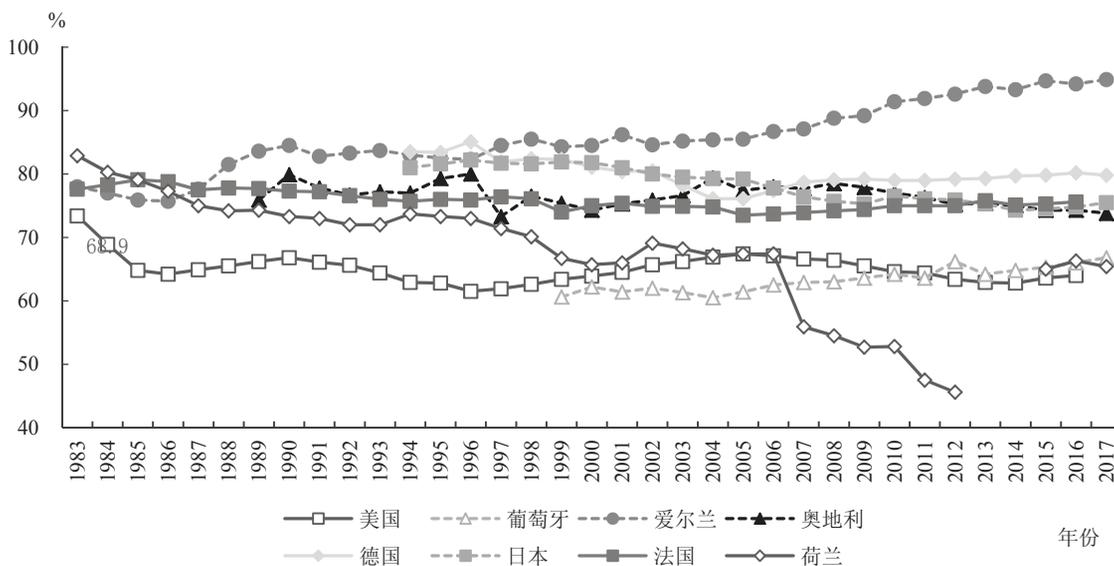


图4 1983—2017年部分实施DRG国家治疗床位利用率变化情况

### （五）小结

从实证分析结果来看，DRG 的实施效果在各个国家不尽相同，甚至对同一指标产生相反的作用，主要是由于具体的政策以及环境不同，导致 DRG 支付制度产生不同的激励机制。

从共性指标来看，实施 DRG 后，大部分国家的千人口床位数、出院后 30 天死亡率以及平均住院天数均有所下降。然而这种下降趋势在引入 DRG 前就已经出现，可能与医疗技术水平的发展有关；从服务数量来看，德国、日本的人均住院量有所上升，而法国则有所下降；从费用控制情况来看，澳大利亚、德国、法国的人均医院费用增速有所上升，而日本、荷兰则有所下降，DRG 支付制度对于医疗费用控制的影响较为有限。

前瞻性付费体系依然会为医疗服务提供方提供负向的激励机制，在 DRG 支付制度改革开展的同时，医院和医生为自保会快速应对变化。该制度在不同的医疗体系环境下可能产生诸多不可预料的后果，因此需推出配套监管措施，以达到预期的控费效果。

## 四、讨论和建议

实施 DRG 支付制度不仅仅是制定分组器或病组权重，同时需要制定支持性的规制措施，包括服务数量封顶、平均费率调整、数据审计、监测服务过程、患者满意度和健康结果测量等。DRG 支付体系需要持续的完善和调整，同时对政府能力建设提出了更高的要求，包括建设完善的信息系统、灵活透明的管理和治理架构。

### （一）利用信息化手段开展持续监测

推行 DRG 支付制度是个循序渐进的系统工程，数据基础建设是 DRG 支付制度成功改革的重要基础，也是最终合理确定地区乃至全国费率的基础。DRG 制度本身的持续进化和更新也需要大量的数据积累，

以更好地实现对病种分类的不断改进、对疾病严重程度的评价与监督以及对数据规律的总结与验证等。

一方面，整合碎片化的医院信息体系，建立严格的病案信息控制管理体系，为 DRG 开发应用和定期更新提供数据支撑。英国医疗资源分组（Healthcare Resource Groups, HRGs）、德国疾病诊断相关分组（German Diagnosis Related Groups, G-DRG）、美国医疗保险严重程度诊断相关分组（Medicare Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG）的建立都是以医院的病案资料为基础，需要定期收集医院基础数据（床位数、人员数、成本等）和出院病人的临床治疗信息（主要诊断、治疗过程、住院天数等），建立 DRG 数据库系统。因此，对分散于各个医院的碎片信息应进行系统整合，进而为 DRG 开发应用和定期更新提供基础；另一方面，对医院入院标准、诊疗质量、推诿病人、高编码、病人隐性负担等负面影响加强监管、开展持续监测，对于 DRG 支付带来的负面影响建立预警机制，并及时调整配套举措。

### （二）完善医疗机构内部考核制度

引导医疗机构建立以合理诊疗为核心的绩效考核评价体系，不仅应考虑次均费用、住院床日等反映资源消耗的指标，还应当纳入诊疗规范程度、患者临床效果、健康结果等反映质量的指标，将 DRG 管控的关键指标纳入医院院长绩效考核，以提升规范医疗服务质量和效率，减少道德风险。为充分调动院方的积极性，落实结余留用机制，对按 DRG 支付标准执行略有结余的病例，给予院方适当奖励。同时建立体现多劳多得、优绩优酬的收入分配制度，应建立有效的奖惩机制来约束医务人员的行为。

此外，DRG 支付制度有利于更好地测量医疗机构的服务质量，以 DRG 技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医

疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。

### **（三）强化医保对医疗行为的监管**

医保支付方式的改革要与质量控制、考核评估相结合，兼顾费用控制与质量提升，防止因费用控制降低医疗服务质量。根据各级各类医疗机构的功能定位和服务特点，完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩，对经专家审核判定为负面影响的医疗行为，医保对病例支付标准予以扣除并行惩罚性措施。积极探索将医保监管延伸到医务人员医疗服务行为的有效方式，探索将监管考核结果向社会公布，促进医疗机构强化医务人员管理。

（责任编辑：张革）

## 《上海卫生健康政策研究年度报告（2021）》 绿皮书约稿函

尊敬的专家：

您好！

为进一步加大大市卫生健康政策研究信息发布力度，为卫生健康系统营造良好的改革氛围和舆论环境，更好地推进医改工作，上海市卫生健康委员会自2012年起开始组织编写《上海卫生健康政策研究年度报告》系列绿皮书（简称“绿皮书”），并成立了编委会。该绿皮书每年一辑，定位于打造本市卫生健康政策信息发布的“制高点”、医改成效评价的“权威版”和卫生健康政策导向的“风向标”。此书由市卫生健康委、市医药卫生发展基金会、市卫生和健康发展研究中心共同编制，由市卫生和健康发展研究中心承担具体工作。在各位专家的大力支持下，绿皮书已完成2012—2020年度编纂发行工作，并分别于次年的全市卫生工作会议上作为会议材料发放，取得了良好的反响。

目前，2021年度绿皮书约稿工作已正式启动，诚邀您分享您在卫生健康政策研究方面的优秀成果。本年度拟定的绿皮书内容包括但不限于以下方面：战略与规划、疫情防控、公共卫生、综合医改、医疗服务与监管、基层卫生与老龄健康、医学科技创新与人才发展、中医药发展、人口与家庭发展、筹资与保障等方面的优秀研究成果。稿件要求如下。

### 一、主题要求

稿件应把握卫生健康事业改革与发展形势，紧紧围绕当前上海市卫生健康工作的重点、难点，反映卫生健康政策研究成果与进展，体现对卫生健康政策问题的理性分析与思考；反映卫生健康改革成效与进展、

卫生健康政策实施及落实案例与经验，对卫生健康改革与发展提出积极的政策建议，具有较高的研究水准和一定的学术价值。

## 二、体例和内容要求

文章应包括题目、导读（包括文章的起由、主要内容介绍等）、文章正文和参考文献等部分。正文部分建议至少含有但不限于以下内容：引言（研究背景）、现状和问题分析、结论或思考、政策建议等。

文章要求论点明确、论据可靠、数据详实、文字精炼。

请确定文章作者及作者信息，包括第一作者和通讯作者（如有）姓名、性别、职称/职务（可择一填写）、单位名称及其他作者单位；项目基金（如有）信息（包括基金及项目名称、项目年份、项目编号）。

## 三、字数要求

每篇稿件正文字数应控制在 5000 字左右，导读部分字数控制在 300 字以内。

## 四、格式标准

请参照附件 1（《上海市卫生健康政策研究年度报告》文章格式标准）及附件 2（《上海市卫生健康政策研究年度报告》文章样张）。附件可联系工作组索取，下同。

## 五、截止日期

请在 2021 年 9 月 30 日前提交文章题目及 300 字左右的摘要和联系人信息等（附件 3《上海市卫生健康政策研究年度报告》约稿函回执）附件可联系工作组索取；10 月 18 日前提交完整稿件。

## 六、其他（内容重要，请您务必阅读）

1. 请各位专家对稿件质量进行把关。如为已发表或已被杂志社采纳的论文，请注明发表或即将刊发的刊物名称及卷期号，避免版权争议。

2. 为确保绿皮书内容的权威性、导向性和合理性，编委会及市卫生

健康委员会相关业务处室将对上报的文章进行审阅和筛选，根据文章主题、质量决定是否录用。

3. 稿件录用和相关工作推进情况将在微信公众号：卫生政策研究进展（微信号：gh\_a3c0e8697eb2）即时推送，您可关注公众号，以便随时了解相关信息。

4. 为确保图书编纂工作进行顺利，请在规定时间内提交稿件。

5. 绿皮书工作组将对录用稿件进行必要的编辑修改，并在稿件排版后请作者进行最终确认，请配合后续的稿件修改及确认工作。

6. 请将所有反馈信息发送至：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)，邮件标题请写明绿皮书投稿。

7. 稿件录用出版后，每篇文章赠送样书 1 本。

### 七、联系方式

王 瑾：33262063 17721334524

信虹云：33262061 18917769205

上海市卫生健康委员会规划发展处  
上海市医药卫生发展基金会  
上海市卫生和健康发展研究中心  
2021年9月16日

## 征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

### 一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

### 二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

### 三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成

刊。每篇文章 5000 ~ 8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

#### 四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 1 本。本刊不收取任何版面费。

#### 五、联系方式

地 址：上海市徐汇区肇嘉浜路 789 号      邮 编：200032

网 址：[www.shdrc.org](http://www.shdrc.org)

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)



发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处  
国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、  
国家卫生健康委员会统计信息中心  
中国医学科学院医学信息研究所  
美国中华医学基金会合作项目单位  
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门  
各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处  
上海市卫生健康委员会领导及有关处室  
上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会  
相关医疗卫生单位  
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China