

· 社会保险 ·

医保在三医协同发展及治理中的功能及作用： 理论内涵与政策路径

王 震

[摘要] 本文在三医协同发展及治理框架下分析了医保战略购买引导资源配置的理论内涵及政策路径。医保引导资源配置是现代医学技术进步、医疗资源组织模式变革的必然要求，也是医保推动三医协同发展及治理的内在要求。医保推动三医协同发展及治理的政策路径包括：一是通过战略购买推动医药产业转向创新驱动，促进医药领域新质生产力的形成；二是通过分类分项预算，引导优化医疗资源的宏观配置；三是通过支付方式改革推动医院管理的现代化转型，从分解式管理走向战略管理。要实现上述目标，还需要治理模式的转型与治理能力的提升。

[关键词] 医疗保障；三医协同发展及治理；理论内涵；政策路径

一、引言

党的二十大报告对深化我国医药卫生体制改革提出了“推动医保、医疗、医药协同发展及治理”的意见，党的二十届三中全会又强调“促进医疗、医保、医药协同发展及治理”。这既是对我国医药卫生体制改革经验的总结，同时也是未来一段时期进一步深化医改的总方针。回顾我国医改的历程，医疗保障、医疗卫生服务与药品供应保障体系三个领域改革的推进、联动与协同一直是我国医改的指导方针。20 世纪 90 年代末随着我国城镇职工基本医疗保险的建立而推开的医药卫生领域改革就已经提出了三项改革同步推进的原则：即医疗保险制度建立费用分担机制，医疗卫生体制和药品生产流通体制引入公平、公开、有序的竞争机制。^①2009 年新一轮医药卫生体制改革开始后，在各地医药卫生体制改革实践的基础上，又提出了医疗、医保、医药“三医联动”改革的方针。^②中共十八届五中全会在安排“十三五”规划时首次将“实行医疗、医保、医药联动”改革写入了中央改革的文件；中共十九届三中全会深化结构改革方案中关于组建国家医疗保障局的内容中也专门提出了“深化医疗、医保、医药联动改革”。党的二十大报告在“三医联动”的基础上又提出了三医协同发展及治理的方针。

[作者简介] 王震，中国社会科学院经济研究所研究员、中国社会科学院大学教授。主要研究方向：主要公共经济学、健康经济学。

① 李岚清：《全面推进医药卫生体制改革让群众享有更好的医疗服务》，《中国医院》2001 年第 1 期；王东进：《坚持原则因地制宜积极推动医疗保险制度改革》，《卫生软科学》2000 年第 6 期。

② 应亚珍：《三医联动多方共赢——三明市公立医院改革调研报告》，《卫生经济研究》2014 年第 10 期。

之所以三个方面的改革要联动、协同，背后的一个主要原因是现代医疗卫生体系的制度特征。在现代医疗卫生体系中，医疗保障通过为居民提供医疗服务的方式来实现保障目的。由此就会产生第三方付费，即现代医疗保障制度通过缴费或一般税收的方式形成基金，并通过购买服务的方式向居民提供医药卫生服务。在医保、参保居民以及医药服务供给方的三角关系中，医药服务供给方和参保人没有直接的经济约束关系。在这个过程中，道德风险是首先需要解决的问题。为解决第三方付费产生的道德风险，在国际上逐步演化出了不同的医药卫生制度模式：一是以英国以及部分北欧国家为主的政府通过一般税收建立医疗机构直接向居民提供服务的模式，通过直接控制服务供给机构来遏制道德风险；二是以德国等国家为主建立独立的社会医疗保险通过向医疗机构或药品供应商购买服务的模式，通过市场化的购买来约束道德风险。我国自改革开放以来形成了建立医疗保险并购买服务向参保人提供保障的模式。

而如何购买服务，从国际上现代医疗保险制度功能演变的历史看又有一个逐步演进的过程：即从早期的被动支付逐步走向战略购买，涉入到医疗资源的配置过程中，并引导资源配置。从我国医疗保障制度建设的历程看，也经过了从被动支付到战略购买的阶段。特别是国家医保局成立后，医保通过对药品的集中采购以及对医疗服务的支付方式改革等，发挥战略购买的作用，引导资源配置，赋能医药行业高质量发展。

党的二十大报告提出三医协同发展及治理，适应了现代医疗保险制度功能演变的趋势，同时也提出了医药卫生领域推进中国式现代化的原则和方向。在协同发展及治理的框架下，医保作为主要的服务和药品购买方，不仅要为医疗服务和药品供应提供稳定的财务支撑，而且也要通过战略购买引导医药卫生资源的配置，推动医药领域新质生产力的形成，提高医保基金乃至整个行业的运行效率，最终实现高质量发展。

基于上述背景，本文将主要探讨三医协同发展及治理中医保战略购买引导资源配置的理论内涵以及政策路径。本文第二部分首先梳理国际上现代医疗保险功能的演变过程，并提出医保战略购买引导资源配置、推动三医协同发展及治理的分析框架；之后本文将从医药产业创新驱动形成新质生产力、医疗资源的宏观配置以及医院微观管理模式的现代化转型三个方面具体分析医保推动三医协同发展及治理的理论内涵与政策路径；最后是结语及对一些政策问题的讨论。

二、现代医疗保险的功能演变及医保引导资源配置的内涵

（一）现代医疗保险的制度功能及其演变

医疗保险制度的基本功能是通过大数法则分散风险，为参保人提供保障。在社会医疗保险出现的早期，疾病冲击给参保人带来的最大风险是因病失去收入的损失，因此早期医疗保险所提供的保障内容主要是对因病带来的收入损失的保障。早期发端于德国的社会医疗保险也被称为“疾病保险”，其主要的保障内容是疾病津贴，用以补贴参保人因病带来的收入损失。及至目前，包括德国在内的一些实施社会医疗保险国家的医保待遇包中仍然有疾病津贴的部分。

自20世纪20年代到30年代，随着现代医学技术的进步以及医疗资源组织模式的变革，

医疗费用不断上升，并逐渐成为疾病冲击带来的主要社会风险。20 世纪初期现代医学技术逐步开始普及并得以普遍性应用，现代医院逐渐成为医疗资源的主要组织模式。一些大型的设备及手术只有在医院的环境下才能开展。现代医院的诞生以及成为医疗服务的供给核心，同时也代表了医疗效果的提升，医院真正成为疾病治疗场所，而不仅是提供“安慰和照料”的场所。^①

伴随着医学技术的进步和医疗资源组织模式的变化，医疗费用不断上升。这带来了两个方面的问题：一是对于参保人而言，医疗费用的风险超过了因病带来的收入损失，因此医疗保险的保障内容首先需要覆盖高额医疗费用风险，而不仅是单纯的疾病津贴。^②另一方面，对于医疗服务筹资而言，传统的医院主要依靠教会以及慈善捐助作为筹资来源，而在现代医疗服务供给模式下，这种筹资来源难以为继，需要寻找稳定的筹资来源。美国 1929 年成立的蓝十字计划（Blue Cross）即是医院提供的预付制缴费计划：参保人按月向该计划缴纳固定的费用，当其遭遇疾病需要治疗时，则由医院提供免费的医疗服务。通过这种方式，医院可以获得稳定的收入。1939 年又成立了蓝盾计划（Blue Shield），向预先缴纳固定费用的参加者提供医生服务。这种筹资模式在最初并不被认为是一项“保险”制度安排，一直到 1933 年纽约州地方政府才将蓝十字计划确认为医疗保险的制度安排。^③这标志着传统的以补偿因病带来的收入损失的疾病保险逐步演变成为参保人购买医疗服务的现代医疗保险。在这个过程中，医疗保险也发展出了第二个主要的功能，即为医药行业的发展提供稳定的筹资来源。

二战之后，随着福利主义思潮的兴起以及福利国家的建设，主要发达工业化国家覆盖全民的医疗保障计划逐步建成。甚至市场经济取向浓厚的美国也在 1965 年建立了公共医疗保障制度，即 Medicare 与 Medicaid。医疗保障制度的广泛建立固然为参保人提供了充足的保障，也为医疗服务行业的发展提供了财务支撑，但在第三方付费的制度安排下，以按项目付费为主的支付方式导致医疗费用的上涨失去了控制。1950—1980 年间是美国医疗费用增长最快的一段时期。1950—1980 年美国个人现金卫生支出的年均增长率为 3%，而第三方付费（医保）的增长率高达 7.1%，成为推动整体医疗费用上涨的主要原因之一。^④

为了有效控制医疗费用的上涨，医疗保险开始利用战略购买的力量发挥引导资源配置的功能，以控制不合理的费用增长，提高资源使用效率。美国公共医保引入基于 DRG 分组付费的支付方式可以认为是医保引导医疗资源配置的标志。美国在 20 世纪 60 年代建立 Medicare 与 Medicaid 后，为应对医疗费用的快速上涨，从 20 世纪 70 年代就开始探索新的控制医疗费用上涨的工具和手段，到 1983 年 Medicare 正式使用 DRG 方法对住院服务进行支付。^⑤此后，基于

① B. Burford Rawlings, "The Evolution of the Modern Hospital: the Internal Revolution," *The Hospital*, 1915, 57(1496).

② 当时的调查显示对于年收入低于 1200 美元的家庭而言医疗费用要比因病带来的收入损失高出 20%，对于年收入在 1200 美元到 2500 美元的家庭而言则高出 85%。医疗费用已经成为主要的社会风险。参见 Paul Starr, "Transformation of Defeat: the Changing Objectives of National Health Insurance, 1915-1980," *American Journal of Public Health*, 1982, 72(1).

③ Michael A. Morrissey, *Health Insurance (Second Edition)*, Chicago, Health Administration Press, 2013, 6-7.

④ 另一方面，则是供给侧的技术进步和药物创新带动的医疗费用上涨。参见 Fuchs Victor, "Major Trends in The US Health Economy Since 1950," *The New England Journal of Medicine*, 2012, 366.

⑤ Fetter Robert, "Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance," *Interfaces*, 1991, 21(1); Mayes Rick, "The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2007, 62(1).

诊疗路径分组的预付制支付方式成为各国医疗保障体系对住院服务的主流支付方式。DRG 付费方式实际上意味着医疗保险不再单纯依照医院的成本进行支付,而是涉入到医疗服务的供给过程中,要求医疗服务供给方按照事先约定的诊疗路径提供服务,并按照整体的价格(费率)而不是成本进行支付。当然,除了以 DRG 付费制度作为主要的引导资源配置的手段外,其他诸如药品价格的谈判制度、药品的医保支付标准,以及引导建立整合型医疗服务组织等也是医保引导资源配置的主要路径和手段。

现代医疗保险的这三项主要功能既是一个历史发展与演变的过程,也是适应医学技术和医疗资源组织模式变迁的过程,其背后体现了现代医学技术进步以及医疗资源组织模式的变迁。^①当然,这三项功能在很大程度上是并存的,共同提供对参保人的保障。

(二) 我国医改进程与医疗保险制度功能的变化

我国医疗保障制度的主体是社会医疗保险制度。整个医疗保障制度的运行规则与逻辑也是社会医疗保险的运行规则与逻辑。1998 年底我国建立了覆盖城镇就业职工的基本医疗保险制度;2003 年开始在农村建立新型农村合作医疗制度。虽然农村合作医疗制度采取了自愿参保、个人缴费与政府补贴相结合的原则,但从整个制度构架上仍然是医疗保险的构架。2007 年开始又在城镇非就业居民(主要是“一老一小”)中建立了城镇居民的基本医疗保险制度,其制度构建及模式与新农合相同,都是自愿参保、个人缴费与政府补贴相结合的制度原则。随着我国城镇化的快速进展以及人口大规模乡城流动,从 2016 年开始整合新农合与城镇居民医保,建立统一的城乡居民基本医疗保险。自 2018 年国家医保局成立,我国形成了包括职工医保与居民医保的基本医疗保险制度。

基本医疗保险建立之后,除了为参保人提供保障之外,也成为过去二十多年医药产业和医疗服务发展的主要财务支撑力量。截止到 2021 年,我国卫生总费用中社会卫生支出占比达到 45.50%;^② 医疗机构总收入中,来自基本医保的比重达到了 40.10%。^③ 除此之外,基本医保也是我国零售药店快速发展的主要支撑力量。2021 年在零售药店的总销售额(5449 亿元)中来自职工医保个人账户的比重占到了 37.82%。^④

但是,在医保支撑医药产业和医疗服务快速发展的同时,我国医疗费用也出现了不合理的上涨,“看病难、看病贵”成为我国医药卫生行业的一个顽疾,特别是“以药养医”、药品价格虚高等问题。2009 年开启的新一轮医药卫生体制改革所要解决的主要问题也在于此。在 2009 年新医改的政策设计以及之后的改革实践中,药品供应体系的改革以及公立医院改革成为重点。在医疗保障的政策设计中虽然也提到了医保支付方式的改革,但重点还是实现基本医保的全覆盖,并以此作为降低居民医疗负担的主要措施。在这一阶段的改革中,虽然也有学者提出通过支付方式改革来推动医疗服务体系改革和公立医院改革的政策建议,一些地区也开展了

① Starr Paul, "Transformation of Defeat: The Changing Objectives of National Health Insurance, 1915-1980," *American Journal of Public Health*, 1982, 72(1).

② 卫生总费用中的社会卫生支出包括社会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠援助、行政事业性收费收入等,但主体是基本医疗保险基金。数据来源于 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》。

③ 医疗机构不包括社会零售药店。2021 年基本医保(职工医保、居民医保、生育保险基金)的总支出为 24043 亿,扣除在零售药店购药的 2061 亿,即为对医疗机构支付的费用。数据来源于 2022 年《中国卫生统计年鉴》、2021 年《全国医疗保障事业发展统计公报》。

④ 参见商务部:《药品流通行业运行统计分析报告》,2021 年。

支付方式改革的试点，比如北京从2010年起就在5家医院开始DRG支付方式改革的试点，^①但总的来看医保支付方式改革的整体推进比较缓慢。2012年人社部开始推行总额预算，对医疗机构可使用的医保费用总额进行控制；^②2017年国务院办公厅发文要求全面开展医疗保险的支付方式改革，并提出了按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。^③但从各地的改革实践看，按项目付费仍然是主流。除了支付方式改革外，医保对药品供应体系的影响也比较弱。比如我国独家药品的价格谈判是2017年由主管医疗服务的卫生部门组织实施的，而药品的集中采购也是由卫生部门组织实施的。

当然，在这个过程中关于医保功能的认识以及实践也在不断深化，对医保发挥战略购买功能、引导资源配置的共识也在不断形成。^④2018年国家医保局的成立实际上也是医保功能演变的一个结果。医保局成立后组织开展的药品集中带量采购、医保药品目录准入谈判以及全面推行DRG/DIP支付方式改革等，^⑤无不体现了医保利用战略购买能力引导医疗资源配置的功能。2020年中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》首次从中央的角度确立了医保的战略购买功能，“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”。

（三）医保引导资源配置推动三医协同发展与治理的内涵

从我国整个医疗保障制度的建立以及发展进程看，医疗保障对参保人的保障功能已经得到了很好的发挥，实现了全民医保，参保率稳定在95%以上；其次，对于医疗服务以及医药产业发展的财务支撑作用也得到了很好的发挥，医保基金已成为医疗机构主要的收入来源，也是我国医药产业快速发展的主要支撑。在过去几年医保也开始通过战略购买来推动医疗服务以及医药产业的高质量发展，并取得了一定的成效。但是，从医药产业实现创新驱动的高质量发展，以及医疗服务资源的优化配置上仍存在不少短板。从这个角度，在三医协同发展与治理的框架下，医保仍然需要进一步深化对战略购买以及引导资源配置的理论认识，在实践中探索医疗保障引导三医实现高质量发展的政策路径。

从国际上现代医疗保险制度功能演变的历程以及我国当前医药卫生体制改革面临的挑战来看，在三医协同发展与治理的框架下，医保发挥战略购买作用、引导资源配置的理论内涵可以从三个方面进行分析：一是推动医药产业实现创新驱动，促进医药产业新质生产力的形成与发展；二是适应居民需求结构变化以及诊疗技术的变革，优化医疗资源的宏观配置；三是在微观层面推动医疗服务组织模式和管理模式的现代化转型，提升医疗服务运行的微观效率。下文将从这三个维度出发，对医保引导资源配置，推动三医协同发展与治理的政策路径进行分析。

① 谢春艳等：《我国医疗保险费用支付方式改革的探索与经验》，《中国卫生经济》2010年第5期；胡大洋等：《江苏省三种基本医疗保险支付方式改革与探索》，《中国医院管理》2011年第2期；周瑞等：《从北京市DRGs试点看医保费用支付方式改革方向选择》，《中国医院管理》2013年第3期。

② 人社部：《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》，2012年。

③ 国务院办公厅：《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，2017年。

④ 海韵：《医保支付制度改革需要把握的若干关键问题探讨——药品价格形成机制与医保支付研讨会观点综述》，《中国医疗保险》2017年第11期。

⑤ DRG（Diagnosis Related Groups）即诊断相关分组；DIP（Big Data Diagnosis-Intervention Packet）即基于大数据的诊断干预分组。后者是我国医保付费改革过程中产生的基于大数据的分组方案。二者的差别主要是病例分组方式的不同，在运行逻辑和激励机制上二者是一致的。

三、医保推动医药产业新质生产力的形成

(一) 医保与医药产业新质生产力的形成

党的二十大提出“高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务”。而要实现高质量发展,推动形成新质生产力是内在要求和重要着力点。生产力是一切社会关系发展的基础,这是马克思主义的基本原理。“新质生产力是创新起主导作用,摆脱传统经济增长方式、生产力发展路径,具有高科技、高效能、高质量特征,符合新发展理念的先进生产力质态。”^①

医药产业是知识、技术和资金密集型产业,是现代化产业体系的重要组成部分、当前国际前沿科技竞争的战略性的产业;同时,医药产业也是重要的民生部门,是大健康产业的支柱。生物医药的创新已成为当前国际产业竞争的主战场之一。中央高度重视医药产业的发展,并将其作为国民经济的战略性产业。在《国民经济和社会发展的第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》中提到的七个科技前沿领域攻关项目中有两个与医药有关:基因与生物技术以及临床医学与健康;同时,也将高端医疗装备与创新药纳入到制造业核心竞争力的八个项目中。中央提出推动新质生产力的发展,于医药产业而言,就是要形成创新驱动的高质量发展。

在这方面,不仅医药产业本身要走向创新驱动,医疗保障也要发挥相应的功能,推动医药产业以创新驱动为主要特征的新质生产力的形成。这主要是基于两个方面的理由:首先,马克思主义的一个基本原理是生产关系要适应生产力的发展,反过来生产关系又影响生产力的发展。医疗保障以及医疗保障的各项公共政策作为生产关系的一环,一方面要适应新质生产力的发展,另一方面又反过来影响新质生产力的发展。医疗保障及其相应的公共政策不仅要适应而且要能够赋能行业发展,从而推动乃至引领医药领域新质生产力的形成。

其次,医疗保障作为主要的医药产品的购买方和支付方,推动医药产业实现创新驱动,也是提高医疗保障的实际保障效能、提高参保人获得感的必然要求。2022年省级医药集中采购平台采购药品10651亿元,其中医保目录内药品7945亿元,按照80%的报销比例,医保实际支付6356亿元。^②该年度公立医院、基层医疗卫生机构以及零售药店三大终端的药品总销售额为17936亿元。以此计算,医保目录内药品占到了总销售额的44.30%,实际支付的额度占到了35.44%。我国医疗保障基金已成为医药产品最大的单一购买方和支付方。如果医药产业仍然处在低水平重复上,那么对于医保基金而言只能花费高额资金购买低水平、低质量的药品,对于参保人而言其对创新药物的可及性也无从谈起。从这个角度,医药产业是否实现创新驱动的高质量发展,直接决定了医保基金的实际保障效能。

(二) 我国医药产业存在的主要问题:以药养医与带金销售

改革开放以来,我国医药产业经过了一个快速发展的阶段,在很短一个时期内解决了“缺医少药”的状况。医药产业在整个国民经济体系中所占的比重越来越高。截止到2021年,我国已成为仅次于美国的全球第二大医药市场,占全球市场份额的11.9%(约1700亿美元)。^③

但是,我国医药产业在其发展过程中也存在着问题:产业发展质量不高,创新性不强,销

① 习近平:《发展新质生产力是推动高质量发展的内在要求和重要着力点》,《求是》2024年第11期。

② 数据来源:《中国医疗保障统计年鉴》,2022年。

③ 薛海宁等:《中国药品供应保障制度概论》,人民卫生出版社,2024年,第33页。

售驱动、带金销售导致的发展模式扭曲。在上世纪 80 年代和 90 年代，为了快速扭转缺医少药的状况，医药产业的政策导向是鼓励各地大干快上，支持各类医药企业的快速发展。在此背景下出现了“百业经药”的发展格局，20 世纪 80 年代初期我国只有 500 家左右的药企，但到 90 年代中期已达到 6000 多家。^①在这样的政策导向下，我国医药产业经历了快速发展，并且在很短的时间内就解决了长期以来的药品短缺问题。但在这些药品生产企业中，各地重复性建设严重，企业以散、乱、小、差为主，超过 90% 以上的都是作坊式小企业，达不到药品生产质量管理规范（GMP）的标准。^②

在药品销售端，药品的销售又与我国医疗服务行业的以药养医相结合，成为以药养医的载体，导致药物滥用、药品价格虚高等问题。当时的调查显示，在药品的总价格中实际生产成本只有 30% 左右，其他各个环节的返利和回扣占到了 70% 以上，其中医生、销售人员的提成等就占到了 30%—40%，医疗机构的折扣以及加价率也在 30% 左右。^③即使到了 2018 年，宏观统计数据中，医药制造业营业成本中销售成本占比也远高于其他行业。在规模以上企业中，医药制造业销售成本占营业成本的比重高达 33.91%，而全部行业的平均占比只有 3.51%，医药制造业是全部行业平均值的 10 倍左右（图 1）。这种带金销售的模式反过来又产生“劣币逐良币效应”，严重抑制了医药产业的质量提升与创新。在带金销售模式下，企业主要的成本是销售成本，挤压了创新投入；而那些投入创新的企业，由于销售费用低，从而无法通过带金销售进入医院、被医生开处方，从而就没有市场。

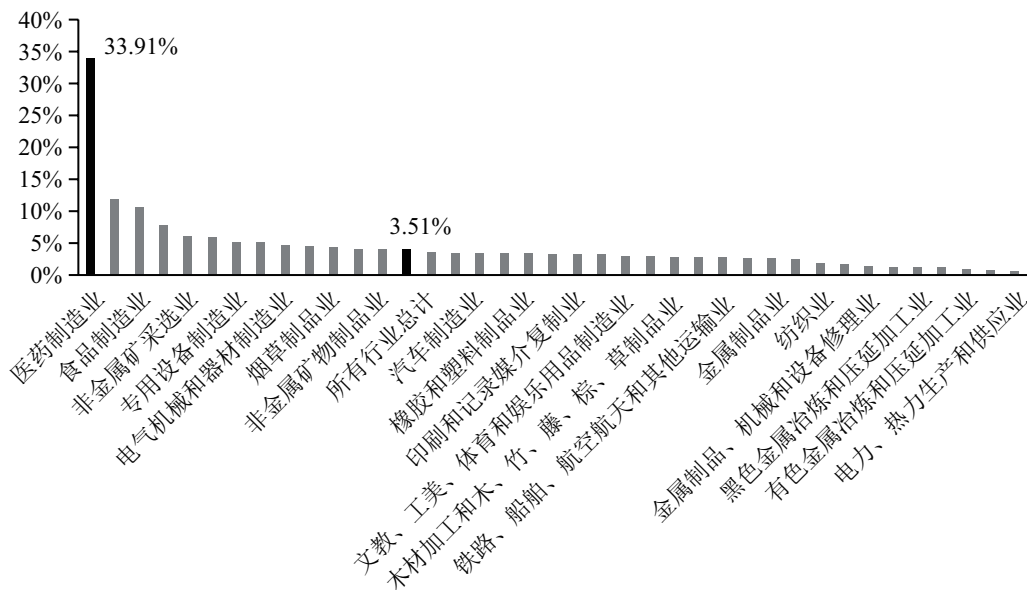


图 1 规模以上工业企业销售费用占营业成本的比重 (2018 年)

资料来源：《中国统计年鉴（2019）》。

（三）医保推动医药产业创新发展的政策路径

针对这种情况，2009 年开启的新一轮医药卫生体制改革的主旨就是解决以药养医、药品价

① 马凯：《深化药品价格改革 整顿药品价格秩序》，《价格理论与实践》1997 年第 2 期。

② 尹力：《药价上涨原因探析》，《价格理论与实践》1997 年第 11 期。

③ 厦门市物价局课题组：《医疗收费为何居高不下？——厦门市医疗收费和药品价格的调查与分析》，《福建改革》1999 年第 3 期；市场与价格研究所课题组：《药品与医疗服务价格问题研究》，《中国物价》2001 年第 5 期。

格虚高以及药品创新不足等问题。新医改开始以来的几项主要措施也都是围绕着这几个问题展开。药品的零差率销售、两票制以及药品的集中（招标）采购等，无不是要切断医疗服务收入与药品销售之间的关系，解决药品带金销售的难题。但是这些政策的实施效果并不明显，药品价格上涨、销售费用高涨、药品过度使用等问题并未得到有效缓解。^①

从医保的角度，作为最主要的医药服务购买方，带金销售也意味着大量医保资金实际上并未发挥有效的保障功能。2018年国家医保局成立后，在战略购买的基础上开始实施集中带量采购政策，挤压医药销售中的“水分”，净化行业发展生态，推动医药产业转向创新驱动的高质量发展。集中带量采购的前提是仿制药品的一致性评价，即参与集采的仿制药必须与原研药的质量以及疗效一致，在质量一致的前提下进行的集采，将企业竞争聚焦在价格竞争上。纳入集采后药品直接入院，并要求医疗机构按照之前的使用量合理报量，保证采购量与使用量一致。集中带量采购对医药企业而言，意味着不再需要过高的销售费用，可以将之前的销售费用转到研发投入上。集中带量采购政策实施以来，从宏观统计数据看医药制造业企业的销售费用占比出现了下降的趋势，从2018年的33.91%下降到2022年29.90%，下降了4个百分点；与此同时，企业的研发投入占比出现了明显的上升，从2018年的4.10%上升到7.07%（图2）。对于这一转型，也有一些基于微观数据的实证研究加以证实，集中带量采购降低了企业营销支出，同时倒逼企业转向创新驱动，提高研发投入。^②

当然，即使在集中带量采购下，我国医药产业的销售费用占比出现了下降的趋势，但相比于其他行业，这个比重仍然较高。2022年所有行业平均的销售费用占比只有2.71%，医药行业的销售占比仍然是平均值的10倍左右（图2）。这也意味着在医药行业药品的流通、销售过程中仍然存在隐蔽性的带金销售，集中带量采购仍然有较大的实施空间。从这个角度来看，药品集中带量采购的政策取向仍然需要坚持，同时要更多关注带量采购的实施效果，并将其与支付方式改革等其他医保政策进行衔接与协同，提高带量采购的政策效果。

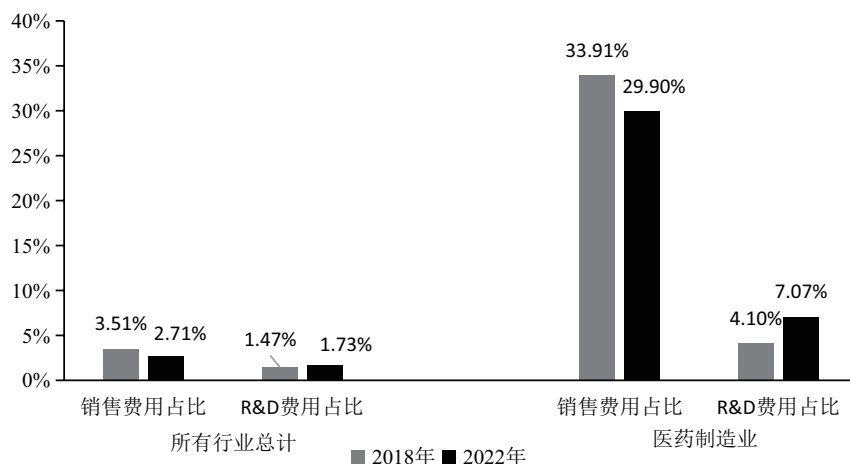


图2 规模以上制造业企业销售费用占营业成本比重变动情况（2018—2022）

资料来源：相关年份《中国统计年鉴》。

① 岳经纶等：《堵还是疏：公立医院逐利机制之破除——基于广东省县级公立医院实施药品零差率效果分析》，《武汉大学学报（哲学社会科学版）》2016年第2期；胡大洋等：《取消药品加成对医保基金的影响分析——基于江苏省的实践》，《中国医疗保险》2017年第7期。

② 刘晓婷等：《从被动支付到战略购买：药品集采对医药企业的影响研究》，《南开管理评论》2024年第6期。

在“挤压”药品采购水分的同时，医保还从政策上拉动医药产业走向创新驱动。如果说集中带量采购政策是“推动”或“倒逼”医药企业走向创新，那么国家医保药品目录准入谈判（“国谈”）则是从“拉力”上拉动医药企业走向创新。医保药品准入谈判通过“以量换价”的方式在降低创新药品价格、提高参保人新药可及性的同时，为创新药品快速打开市场、扩大市场占有率提供了条件，为企业的创新提供了稳定的、可预期的市场前景。从统计数据上看，我国医保药品目录中新上市药品所占的比重从2019年的32%上升到2023年的97.60%；新上市药品进入医保目录的等待期也从2017年的平均5.7年下降到平均只有1年；医保基金对新药的支出也从2019年的只有59.46亿元上升到2022年的481.89亿元（表1）。

表1 国家医保目录药品准入谈判的政策效果

目录新增药品中新上市药品占比	2019年	2023年
	32.00%	97.60%
新上市药品进目录等待期	2017年	2023年
	5.70年	1.00年
医保基金对新药支出	2019年	2022年
	59.46亿元	481.89亿元

资料来源：作者根据相关资料整理。

当然，我国的创新药物研发存在严重的“同质性创新”问题，一些研发热点聚集了大量企业投资，成熟的靶点面临市场饱和，但仍有部分企业同质性投入。要从医疗保障引导资源配置、赋能产业实现创新发展以及从临床价值和患者获益的角度来审慎评估新药的创新价值，作为医保准入的基础条件。

四、优化医疗资源宏观配置

（一）医疗资源的宏观配置释义

医疗资源的宏观配置指的是医疗资源在不同类别、不同部门的医疗服务以及不同诊疗场景之间的分布。在本文中，我们主要关注两个方面：一是医疗资源在不同三级医疗服务体系中的分布；二是医疗资源在住院服务与非住院服务（Ambulatory care）之间的分布。

WHO关于医疗服务的分类，主要是三类：初级医疗（Primary care）、二级医疗（Secondary care）和三级医疗（Tertiary care）卫生服务。初级医疗卫生服务主要是发病率高的常见病、多发病等的诊治，以及健康管理、转诊等服务，以社区全科医学为主；二级医疗和三级医疗服务都属于专科服务，但三级医疗服务更聚焦在重症、疑难杂症等诊疗上。此三类医疗服务的一个理想分布是WHO提出的正三角形分布：以初级医疗卫生服务为基础，覆盖多数人群以及疾病；其次是二级服务，覆盖发病率较高的专科疾病以及康复服务；三级服务着重少数重症的诊疗。^①特别是初级医疗卫生服务，已成为实现健康服务全覆盖的基石，是实现人人享有基本健康服务

^① World Health Organization, *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, 2018.

的最具包容性、最有效和最高效的路径。^①

我国的医疗卫生服务体系的设置,首先是基层社区医疗卫生服务与医院及专业卫生机构;其次在医院体系内,又分为一级、二级和三级医院。基层社区医疗卫生服务,包括城市地区的社区医疗卫生服务中心(站)以及农村地区的乡镇卫生院和村卫生室以及其他诊所等机构,以提供全科服务、基本公共卫生服务为主。医院则根据承担的医疗服务的复杂程度分为一级、二级和三级医院。一级医院包括基层的医院、卫生院等,二级医院是向多个社区提供综合性医疗服务的地区性医院,三级医院是向多个地区提供高水平专科医疗服务以及执行教学、科研任务的医院。^②三级医院重点开展三级和四级手术;二级医院重点开展二级和三级手术;一级医院、乡镇卫生院可以展开一级和二级手术,重点开展一级手术。^③

除了三级医疗服务的分类外,还可以根据医疗服务的场景进行分类。在不同的医疗服务场景中,最主要的一个分类是住院(Inpatient care)与非住院服务(Ambulatory care);非住院服务又可以分为医院提供的专科门诊服务(Hospital outpatient care)、社区的全科医学服务(General practice)、以及药店、诊所、居家医疗服务等。^④

(二) 资源宏观配置格局的变动趋势

判断医疗资源宏观配置需要有一个参照系。实际上,WHO关于三级医疗服务正三角形的配置已经提供了这个参照系。在过去几十年国际医疗卫生体系的发展中,这个以初级医疗卫生服务为基础的正三角形的医疗资源配置格局也已经得到了共识。医保引导宏观资源配置的基本参照系就是这个正三角形的医疗资源分布格局。

在政策实践中,医疗资源的宏观配置格局还需要在这个基本框架中考虑需求结构的变化趋势以及供给侧技术变革与诊疗模式的变化趋势。在需求侧,我国医疗服务需求面临的最大挑战是人口老龄化以及由此带来的疾病谱的变化。我国已经进入到深度老龄化阶段,第七次人口普查数据显示我国65岁以上人口占比已达到13.5%,进入深度老龄化社会。而随着人口年龄结构的变化以及居民收入水平的提高,居民的疾病谱也发生了变化,从传染性疾病为主变动为非传染性疾病(Noncommunicable Diseases)为主。这个过程也被称之为流行病的转型理论。^⑤从我国的情况看,大致处在流行病转型的第四个阶段,慢性非传染性疾病成为导致居民死亡的主要原因。2019年我国因慢性病死亡占到了总死亡人口的88.5%,其中心脑血管病、癌症、慢性呼吸系统疾病死亡比例就占到了80.7%。^⑥这一变化反映到居民的医疗卫生需求上,就是对慢病诊疗及慢病管理的需求快速上升。反映到医疗费用的分布上,慢性病医疗费用占到了整个医疗费用的70%、家庭卫生支出的37%。^⑦而慢性疾病的诊疗及管理对非住院服务特别是社区全

① World Health Organization, *Declaration of Alma-ata*, World Health Organization Regional Office for Europe, 1978.

② 卫生部:《医院分级管理办法》,1989年。

③ 卫生部办公厅:《关于印发医疗机构手术分级管理办法(试行)的通知》,2012年。

④ Mukim Mohammad, "Ambulatory Care: A Review," *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 2020, 60(2).

⑤ Omran Abdel, "The Epidemiologic Transition: A Theory of The Epidemiology of Population Change," *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, 49(4).

⑥ 国家卫健委:《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》,人民卫生出版社,2021年。

⑦ 傅卫:《改革构建优质高效卫生服务体系》,《中国经济体制改革研究会第十六届中国改革论坛论文集》,2018年。

科医疗服务的需求更高。

从供给侧的角度，现代医学技术和药物创新的一个总的趋势是去医院化以及非住院化，非住院的医疗服务（Ambulatory care）越来越成为主流的诊疗模式。^①包括微创手术、手术机器人在内的新的诊疗技术对住院的依赖在下降；药物创新，例如恶性肿瘤治疗的靶向药物等也极大降低了对住院的依赖。技术进步与药物创新的方向导致了诊疗模式的变化，大量之前必须住院治疗的疾病可以在门诊乃至在社区全科诊所完成。^②

（三）当前我国医疗资源宏观配置存在的主要问题

由此，医保引导医疗资源的依据，首先是匹配正三角形的医疗服务供给框架；其次是要顺应需求结构和供给侧的技术变革，扩大对非住院服务的保障。当然，医保引导宏观资源配置的依据是动态的，需要根据需求变化以及供给侧技术变革进行相应的调整。但从当前我国宏观医疗资源配置存在的主要问题看，这两个方面是影响我国医药资源运行效率的主要问题。

首先，我国目前的三级医疗卫生服务体系格局“头重脚轻”，大量资源集中到高等级医疗机构中，初级医疗卫生服务特别是社区全科服务不断弱化。医生是医疗卫生领域最重要的资源，在医生资源的分布和配置中，相比于基层社区医疗卫生服务机构，医生（包括执业医师和助理执业医师）向医院集中（图3）。随着资源的向上集中，患者也出现了向上集中的趋势。基层医疗卫生机构的诊疗人次占比不断下降，在不同等级医院中诊疗人次也向高等级医院集中，特别是集中到三级医院中（图4）。在住院服务中，向三级医院集中的趋势更为明显（图5）。

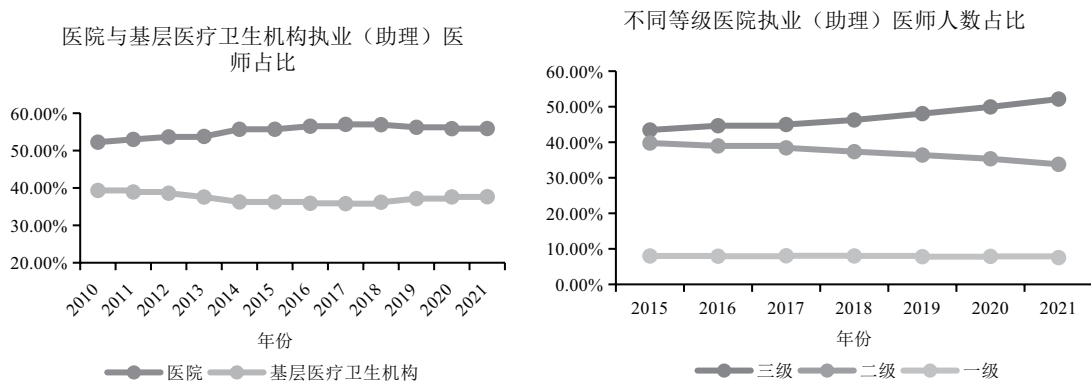


图3 执业（助理）医师在基层医疗机构与不同等级医院之间的分布情况

资料来源：相关年份《中国卫生健康统计年鉴》。

注：基层医疗机构包括社区医疗卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室、诊所等。我国医疗机构分为四类：医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构、其他医疗卫生机构。本表中为医院和基层医疗卫生机构的医师占总数的比例，二者相加不等于1。

① Liu Nan., "Ambulatory Care," in Tinglong Dai, Sridhar Tayur (eds.), *Handbook of Healthcare Analytics: Theoretical Minimum for Conducting 21st Century Research on Healthcare Operations*, Chapter 10, 2018; Baumann Aron, Kaspar Wyss, "The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence," *Health Policy*, 2021, (125).

② Zimlichman Eyal, et al., "Health Care 2030: The Coming Transformation," *NEJM Catalyst*, 2021, (3).

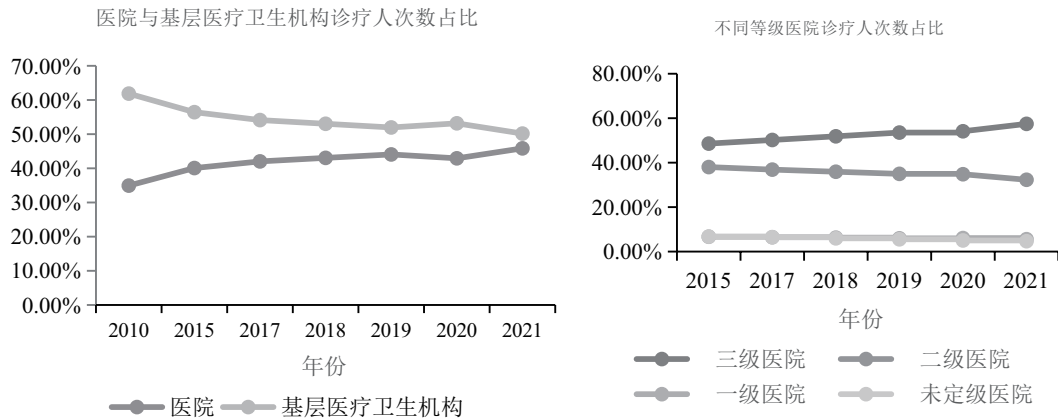


图4 基层医疗卫生服务机构与不同等级医院诊疗人次分布情况

资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》相关年份。

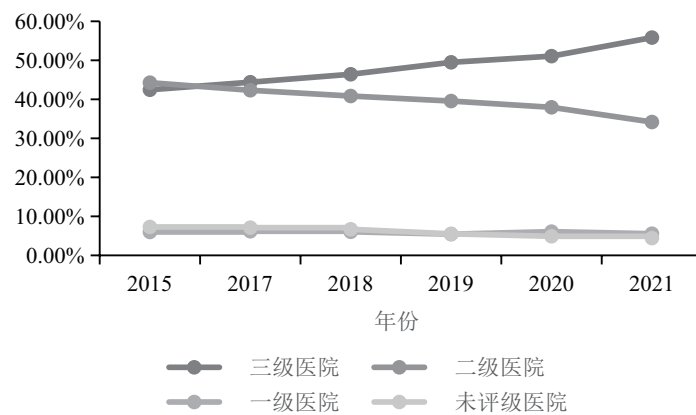


图5 不同等级医院入院人次分布情况

资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》相关年份。

按照医疗资源配置正三角形的配置格局，医院尤其是高等级医院主要是重症的诊疗。但我国三级医院并未表现出重症诊疗的特征。三级医院作为重资产配置的医疗机构，诊治了大量轻症、乃至接诊了大量本应该在社区诊疗的全科性疾病。从职工医保住院费用的分布看，三级医院在低费用组的占比高达76.4%，在中间偏下组费用占比高达76.9%。按照三级医院的功能定位，诸如此类低费用住院病例应该在二级和一级医疗机构解决。图6展示的职工医保不同费用组病例的分布显示三级医院“大小通吃”，诊治了大量轻症患者。三级医院接诊的病种权重低于1的病例占到了25%左右，接近80%的病种权重在2以下（图7）。

其次，我国医疗资源的分布中，“住院化”倾向严重，居民住院率快速上升。这种资源向住院集中的趋向与当前需求结构及供给侧诊疗模式变动的趋势是不相符的，也与国际上住院率和住院时长下降的趋势不相符。在过去十多年间我国居民医保和职工医保的住院率不断上升，在2013年居民医保和职工医保的住院率只有8.10%和14.60%，2023年快速上升到了20.70%和21.86%（图8）。以2019年的数据比较，中国的住院率远高于同等收入OECD国家的平均值，也高于一些高收入国家（图9）。从人均的住院使用率来看，我国为每年0.14人次入院，日本为0.1次、韩国为0.17次、美国为0.11次，全球平均为0.10次。^①

① Moses Mark, et al., "Funding and Services Needed to Achieve Universal Health Coverage: Applications of Global, Regional, and National Estimates of Utilization of Outpatient Visits and Inpatient Admissions from 1990 to 2016, and Unit Costs from 1995 to 2016," *The Lancet*, 2019, 4(1).

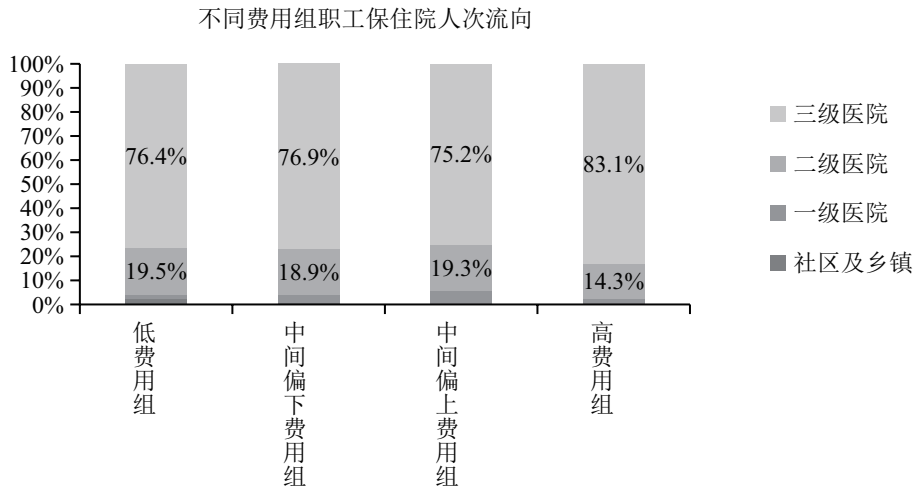


图6 不同费用组职工医保住院费用分布情况

资料来源：中国医疗保险研究会 2017 年 CHIRA 数据。

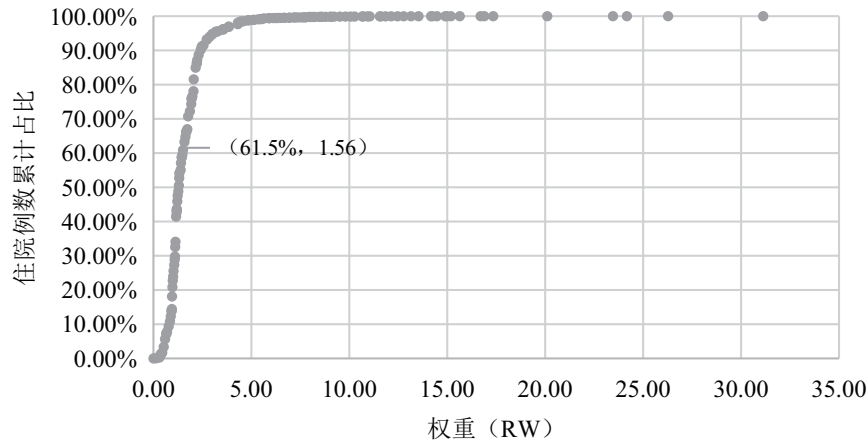


图7 三级医院住院例数累计占比与病种权重的关系

资料来源：中国医疗保险研究会 2017 年 CHIRA 数据。

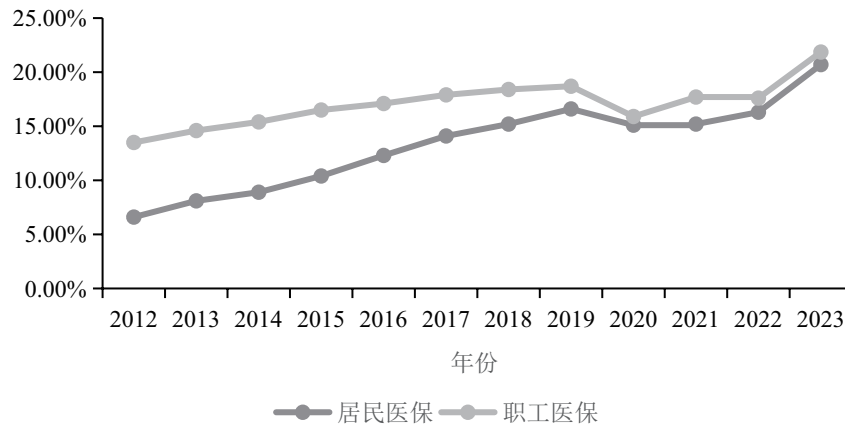


图8 居民医保和职工医保住院率变动情况

资料来源：历年《全国医疗保障事业发展统计公报》。

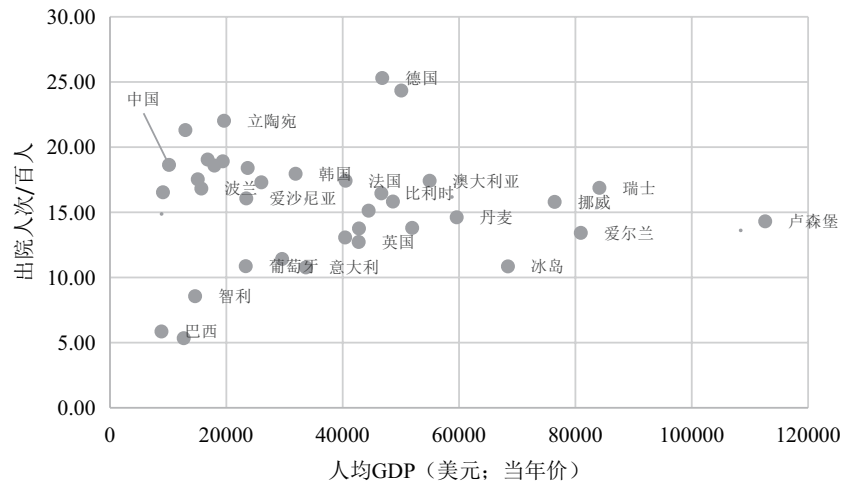


图9 中国及部分OECD成员国住院率情况比较 (2019年)

资料来源: <https://stats.oecd.org/>.

(四) 医保引导宏观资源配置的政策路径

对于医疗资源宏观配置上的这两个突出问题,新医改以来也在采取一些措施,比如分级诊疗政策,即是专门针对资源及患者向上集中的问题。但从政策效果看,并未扭转资源和患者向上集中的趋势。图3、图4和图5的数据显示2015年以来资源仍然在向上集中。

在三医协同发展及治理的框架下,医保发展战略购买功能引导医疗资源的宏观配置,需要与分级诊疗结合起来,通过战略购买来实现分级诊疗的目标。从政策路径的角度,应充分发挥医保分类分项预算的功能,通过分类预算来引导资源下沉。关于分项分类预算,在《十四五全民医疗保障规划》中也专门提出了要求“统筹考虑住院与门诊保障、药品(医用耗材)与医疗服务支付、地区内就医与转外就医等情况,完善分项分类预算管理办法”。分项分类的预算管理,要求医保要依据分级诊疗的目标,充分考虑参保人需求结构的变化以及供给侧诊疗模式的变化,通过对不同类别医疗服务的预算来引导资源的配置与再配置。在政策目标上,分类分项预算首先要扩大对基层社区医疗卫生服务的预算,逐步减少对医院特别是高等级医院的预算,通过扩大预算来引导资源向基层倾斜。特别是要结合当前医疗服务供给侧紧密型医联体建设,以分类预算作为战略购买供给,引导资源下沉。

其次,分类分项预算要与制度改革相结合,扩大对门诊、社区全科服务的保障,引导资源配置到非住院服务上,以适应当前需求结构及供给侧诊疗模式的变化趋势。我国医保制度在设计之初以“保大病”为基本理念,而在政策实践中“保大病”被当做“保住院”,以住院保障为主。职工医保的门诊服务是以个人账户来保障的,而个人账户缺少共济功能,保障效能较低;居民医保也以住院保障为主,门诊保障水平低。这种以“住院保障”为主的制度安排也是导致不合理住院的原因之一。对此,医保也在进行相应的制度变革,包括职工医保门诊共济保障机制的改革以及居民医保高血压、糖尿病的“两病保障”等。

但从目前的情况看,医保对门诊、社区全科等非住院服务的保障仍然是不足的。这背后既有制度依赖产生的惯性,还有医保治理能力方面的问题。我国医保长期以来形成的治理模式主要是针对医院和住院服务的,在门诊、社区全科等非住院服务的管理及监管上还存在短板。这

导致一些扩大门诊、社区全科保障的改革措施受到限制。从推动三医协同发展与治理的角度，医保的治理方向也要向门诊、社区全科服务转移，以优化医疗资源的宏观配置。

五、支付方式改革推动医院管理现代化转型

医保引导资源配置不仅体现在宏观资源的配置格局上，而且也体现在微观管理层面。这主要表现为支付方式改革推动医疗机构管理模式的现代化转型，从按项目付费下的分解式管理转型到按病组付费下的战略管理。

（一）DRG/DIP 支付方式的激励机制

医保对医院的支付方式传统上是按项目付费（Fee for Service），即医保按照医疗机构进行的项目进行支付，医院完成一个项目医保即支付一份费用。按项目付费对医疗服务的供给具有强激励效应，医疗机构和医生每完成一个项目即可得到一份收入。在这样的激励机制下，医疗机构和医生倾向于多干活、多完成项目，以获得更多的收入，从而激励医疗服务的供给。但是，这种强激励机制与医疗服务领域中信息不对称引发的供给诱导需求相结合，则造成了过度诊疗、过度用药、过度检查等问题。2009年新一轮医药卫生体制改革的主旨即是通过改革来解决过度诊疗的问题。在这其中，医保支付方式的改革被提到日程。国家医保局成立后即开始全面推开以 DRG/DIP 为代表的住院费用的支付方式改革，并列出了 2021—2024 年三年行动计划的时间表。

不论是 DRG 还是 DIP，其本质都是对医院产出的一个测度。^① 在按项目付费下，医院的产出就是投入，因此对医院服务的付费实际上是对医院投入的成本的支付。最早出现的 DRG 分组实际上是重新对医院产出进行测度，以一个在临床上有诊断和操作区别、在费用上存在统计性差异的诊疗路径作为产出单元。以此产出单元作为医保购买的依据，并根据多个医疗机构对同一个 DRG 病组的费用均衡值作为医保的支付标准。这就是医保按照 DRG 进行的前瞻性付费（Perspective Payment System）。DIP 支付方式的运行逻辑也是如此，其差异在于病例分组的原理有差别。

在按病组打包进行支付的情况下，医院的收入不仅取决于医保的支付，还取决于医院的成本管理。因为医保的支付不是按照医院的实际成本进行支付，而是按照不同医院给出的同一个 DRG 或 DIP 病组的平均费用进行支付，在这样的情况下，如果医院的实际成本能够控制在均衡值之下，那么就会出现收入上的盈余；如果医院成本高于这个均衡值，那么就会出现亏损。也就是说在打包付费下，医院的成本不一定能够得到补偿。这显然与按项目付费是不同的：在按项目付费下，医院的每一项成本都会得到补偿，因为医保是根据医院投入的项目进行支付，也就是按照成本进行支付。

此外，DRG/DIP 的支付是医保对医院服务的购买，是对医院的支付，而不是对医生的支付。美国作为最早开发 DRG 以及作为 Medicare 的支付工具，实际上购买的是医院服务。至今为止，美国的 DRG 支付内容中也不包括医生的费用。当然这一点在不同国家有所区别，欧洲国家的 DRG 支付方式中则包含了医生的费用。但不管是否包含医生的费用，有一点是确定的，即 DRG 的支付是面向一个整体的医院进行的支付。

^① Fetter Robert, "Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance," *Interfaces*, 1991, 21(1).

上述两点,按照不同医院相同病组的均衡值确定支付标准以及对医院整体进行支付,会出现一个问题,即医院的收入与医生个人收入之间的关系问题。在按项目付费下,医院的收入与医生个人的收入可以理解为简单的线性关系,单个医生财务目标的加总即等于医院的财务目标;反过来,医院的财务目标则可以分解为单个医生财务目标的简单加总。但在 DRG/DIP 打包付费的情况下,这种简单的分解式管理难以为继。

(二) 按项目付费与医院的“分解式”管理的弊端

按项目付费的激励机制是按照成本进行支付。对于医院而言,医院的总的财务目标就等于每个项目投入的简单加总。从医院管理的角度,医院最优的管理模式是将总的财务目标分解到各个科室,科室的最优管理模式是将医院分解下来的财务目标分解到每个医生,而每个医生的财务目标加总就等于科室的财务目标,每个科室财务目标的加总就等于医院的财务目标。这种医院-科室-医生财务目标的分解依赖于项目可分解性。这种分解式管理可以将医保的支付激励直接传导到每个医生,医生的收入直接跟医保的支付挂钩,从而实现按项目付费的强激励机制。

分解式管理与按项目付费相适应。但是在 DRG/DIP 打包付费下,由于医保的支付是按照病组作为产出单元进行支付的,这种分解式管理就出现了不适应的状况。首先,打包付费意味着一个诊疗病组的完成需要各个部门的协作,医院不同部门、不同人员都会参与到该病组的完成过程中,其对作为产出单元的贡献不等于单纯的财务贡献,也就是仍然存在大量在财务上不能表现的贡献。这些贡献不能依据成本进行分解。其次,在打包支付的过程中,DRG/DIP 病组的支付标准或者价格是根据一个地区所有医疗机构的均衡值确定的,并不等于某个医院完成 DRG/DIP 病组的实际项目成本的加总。因此,医院也难以根据病组的成本投入进行分解。某医院某个病组根据病组项目成本加总得到的病组费用与医保根据均衡值确定的支付标准不仅在性质上不同,而且在总费用上也不一致。上述两点导致医院难以对 DRG/DIP 病组支付的费用按照成本进行分解。如果医院仍沿用分解式管理的模式,一个选择是将 DRG/DIP 病组作为一个独立的项目分解到医生个人。

但如前所述,DRG/DIP 病组的费用是根据不同医疗机构的均衡值来确定的,如果按照项目付费下的成本测算思路,就意味着有一半的病组实际上是必然“亏损”的,也即必然有一半的医生处在“亏损”状态。而在按项目付费下,由于医保是对所有成本进行支付,因此医生只有“赚多”“赚少”的差别,而不会出现医保支付的费用低于成本的“亏损”。在推行 DRG/DIP 支付方式改革过程中,一些地区的医院仍然按照之前分解式的管理模式进行管理,根据医保的支付标准,将 DRG/DIP 病组直接“承包”给医生,从而导致一些医生出现了“亏损”,严重影响了临床诊疗行为,特别是一些重症患者,要么医生“推诿重症”,要么医生个人承担这种“亏损”。^①需要指出的是,这种“亏损”并不是实际上的亏损,而是由于 DRG/DIP 支付标准的确定方式与按项目确定医院成本的方式之间的冲突。究其缘由,就在于 DRG/DIP 病组支付的不可分解性,以及病组支付标准(价格)的形成方式:不可分解意味着只能将病组作为一个整体进行管理,而不能分解成项目;支付标准的形成依据的是同一地区同一个病组的平均费用,不等于该医院对该病组的实际成本加总。

^① 廖藏宜等:《DRG/DIP 付费下异化行为表现及监管建议》,《中国医疗保险》2023年第2期;顾昕:《医保支付改革中国探索的历史回顾与反思——以按疾病诊断组(DRGs)支付为案例》,《中国医院院长》2020年第12期。

（三）医院管理模式的现代化转型：走向战略管理

医院是一个多目标单位，这是医院与其他市场经济组织最大的不同。^① 这些目标可以总结为三个：一是财务目标，即维持组织财务收支的平衡，能够补偿各种成本；二是临床目标，即保证临床诊疗效果以及临床安全；三是社会影响力目标，包括临床、学科建设的社会影响力，以及面向社会公众提供的公益性服务，即公益性的目标。虽然也有一些营利性医院以资本的营利作为单一目标，但从国际上普遍情况看，多数医院还是非营利性机构。西方国家多以非公立的非营利性机构为主，而我国医疗服务供给的主体是非营利性的公立医院。

在多目标的情况下，如果不同产出目标的可测度性不同，那么这种组织就不适合使用强激励的管理模式。^② 在强激励的管理模式下，成员的努力将集中在可测度的、个人收入最高的目标上，从而导致其他目标投入过少。强激励的机制要求成员的投入与产出之间存在较强的联系。计件工资制就是一种典型的强激励机制。按项目付费下的分解式管理也是一种强激励机制，其运行机制类似于计件工资制，完成一个项目即获得一项收入。当然，分解式管理也有其优势，即试图将市场交易的原则延伸至组织内部管理中以提高组织运行效率，实现组织内部的“市场化”。但是，这种强激励机制是有前提的，即组织目标单一且产出容易测度。

在医院作为多目标组织的情况下，这种强激励机制导致医生将主要的精力投入到可以测度的、收入最高的产出方向上。在我国医院的各类项目中，相比于医疗服务，药品属于可以测度且收入高的项目，因此分解式管理下医生的最优选择就是偏向于用药量和用药额度高的项目。而这实际上也是“以药养医”“过度用药”的根源之一。此种分解式管理的另一个后果是那些用药少的科室出现短缺，比如儿科服务的短缺以及儿科医生的短缺。

改变这种将财务目标分解至医生的传统管理模式也是我国公立医院高质量发展的主要目标。从医保推动三医协同发展与治理的角度，医保从按项目付费到 DRG/DIP 为主的支付方式，也是在推动医院传统的分解式管理的现代化转型。这也是三医协同发展与治理的本来含义。

战略管理要容纳现代医疗服务供给的多元目标以及医疗服务的不确定性。^③ 具体而言，现代医院的战略管理首先是多目标管理，对财务目标、临床目标与社会影响力目标整合起来，形成医院的战略目标。这些子目标在管理过程中是总目标的有机组成部分。其次，在医院的组织设计以及管理过程中，不同的部门要专责不同的目标，比如财务部门专责全院的财务目标，对不同科室的财务进行统一管理和平衡；临床科室与医生专责临床目标，将财务目标从科室特别是从医生身上分离出来，由医院专门的财务部门统一负责。第三是薪酬制度的设计，这是战略管理的关键环节。在分解式管理模式下，医院薪酬制度的基本逻辑是医生的收入与医生自身的创收能力相关，医生个人既要完成临床目标又要完成财务目标，医生既负责临床诊疗同时也是“账房先生”。这种模式固然能够给医生以经济上的强激励，但也导致医生的目标冲突，为了财务目标而损害临床目标。因此，战略管理下的薪酬制度设计原则，一是要分离医生的财务目标，

① Perrow Charles, "Hospitals: Technology, Goals, and Structure," in James March (ed.), *Handbook of Organizations*, Chicago, RandMcNally, 1971.

② Holmstrom Bengt, Paul Milgrom, "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design," *Journal of Law, Economics, and Organization*, 1991, (7); Roberts John, "Designing Incentives in Organizations," *Journal of Institutional Economics*, 2010, 6(1).

③ Huebner Claudia, Steffen Flessa, "Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19(14).

由医院专门的财务部门统筹平衡；二是要建立依赖于对医院总目标贡献度的新的绩效管理新模式，医生的薪酬依赖于对医院总目标的贡献。

由此，医保 DRG/DIP 支付方式下医疗资源的微观配置格局可以概括为：医保通过市场购买的原则向医院支付，以保证医保资金的运行效率；医院通过战略管理的原则来设计和安排医生的薪酬，以保证医院战略目标的实现（图 10）。医生的薪酬不依赖于医保对某个病组的直接支付，医保不对医生个人进行支付，而是对医院整体进行支付。在分解式管理下，医生的薪酬直接与医保对项目的支付挂钩；但在战略管理下，医生的薪酬不应与医保对某个病组的支付挂钩。在图 10 中，在分解式管理的情况下，医保与医生之间存在直接支付的关系，这个关系是以医院的分解式管理作为途径的；但是，在 DRG/DIP 支付方式下，这种直接支付关系不能通过分解式管理完成，需要医院通过战略管理的模式来确定医生的薪酬。

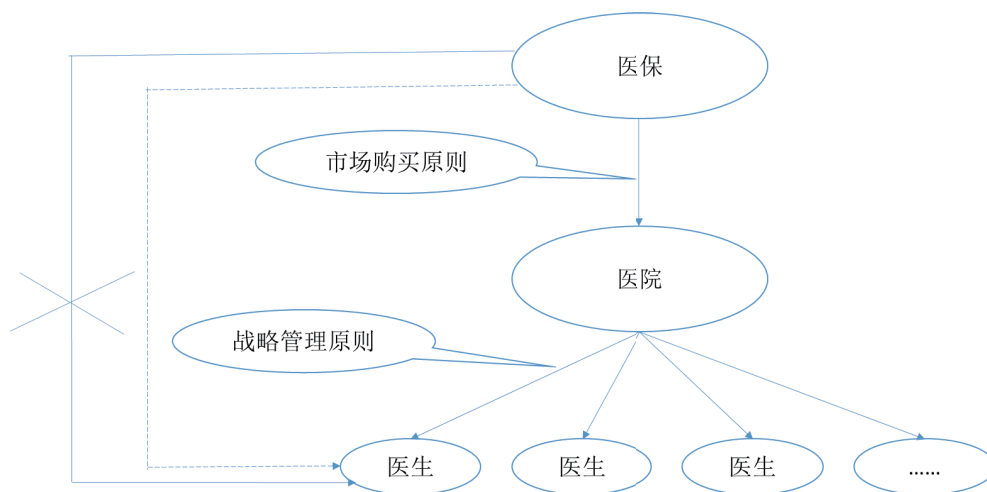


图 10 DRG/DIP 支付方式下的微观资源组织与管理

六、结语

三医协同发展与治理是现代医药卫生体系的内在要求。现代医药卫生体系的三个部分之间所遵循的原则是不同的：医药作为市场化的竞争品，其运作逻辑遵循的是市场竞争原则；以医生为主导的医疗服务则以医生的专业权力主导；医保作为最大的支付方，占据了垄断购买的位置，以参保人的购买权为主导。医药卫生领域中的诸多问题都可以追溯到三者之间所遵循的不同原则的冲突上。要保障医药卫生体系的运行效率，必然需要在三者之间构建相应的协同发展与治理机制。我国医药卫生体制改革从三改并举、三医联动，再到三医协同发展与治理，也是在实践中不断探索三者协同发展机制的过程。这些探索已然构成了中国式现代化的重要组成部分，并在党的二十大报告中得以体现。

从医保的角度，医保在三医协同发展与治理中的功能是随着医疗技术进步、医疗资源组织变革以及医药创新而不断演变的。不论是从国际经验还是我国医改的进程看，医保都进入到了通过战略购买引导资源配置的阶段。如何理解三医协同发展与治理框架下医保引导资源配置的理论内涵和政策路径，这是本文要着重回答的问题。对于医药产业而言，医保引导资源配置体现为推动医药产业走向创新驱动，形成新质生产力，实现高质量发展。在这方面，医保已经做

出了探索，即通过集中带量采购挤压药品价格水分、打击带金销售，倒逼企业扩大研发投入；另一方面通过医保目录准入谈判，拉动医药企业走向创新驱动。在医疗服务供给侧，医保引导资源配置首先体现为优化宏观资源的配置格局，推动实现分级诊疗，并通过制度变革扩大对非住院服务的保障，引导资源流入符合居民消费结构及诊疗模式变化的领域。其次，在微观层面，医保通过支付方式改革推动医院从分解式管理转向战略管理，实现管理模式的现代化转型。

从当前我国医改的进展情况看，上述这些政策路径并未完全得以实施，有些政策虽然实施了，但效果并不明显，这也表明三医协同发展与治理的机制仍然需要在实践中进一步探索。从政策实践的角度，一个很重要的影响因素是治理模式的变革与治理能力的提升。一个体系的运行不仅需要良好的制度设计，而且也需要运行过程中相应的治理模式和治理能力。三医协同发展与治理本身即对医药卫生体系的治理能力提出了要求。从医保的角度，在治理模式与治理能力提升上，首先要坚持效率思维，以提高医药卫生体系整体运行效率作为出发点，改变僵化的控费思维；其次要坚持价值购买的原则，从成本补偿的被动支付转向以价值购买为准则的战略购买，引导资源的配置；第三，要适应人口结构与疾病谱变化带来的需求结构变化以及技术进步和药物创新带来的诊疗模式变化，推动治理模式转型和治理能力提升。当然，从医疗和医药角度，也需要治理模式转型和治理能力提升，特别是医疗服务机构，要适应支付方式改革，转变组织模式和管理模式，走向战略管理。

The Role and Function of Medical Insurance in the Coordinated Development and Governance of Medical Care, Medical Insurance, and Medicine: Theoretical Implications and Policy Pathways

Wang Zhen

(Institute of Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100836, China)

Abstract: This article analyses the theoretical implications and policy pathways of strategic purchasing in medical insurance within the framework of coordinated development and governance across the sectors of medical care, medical insurance, and medicine. Guiding resource allocation through medical insurance is not only essential for advancing modern medical technology and reorganizing medical care resources but also critical for promoting the coordinated development and governance of these three sectors. The policy pathways to enhance coordination include: first, leveraging strategic purchasing to drive innovation-led growth in the medicine sector, fostering the emergence of new productive forces; second, adopting categorized budgeting to optimize the macro-level allocation of medical resources; and third, reforming payment methods to modernize hospital management by transitioning from fragmented to strategic management. Realizing these objectives also necessitates transforming governance models and strengthening governance capacities.

Key words: medical insurance; coordinated development and governance of medical care, medical insurance, and medicine; theoretical implications; policy pathways

(责任编辑：仇雨临)