

DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2025.08.012

# 协同治理视域下三明医改的内在逻辑、理论创新与预期扩散效应

王前强<sup>1</sup>

**【摘要】**目的:基于制度经济学与协同治理等理论,系统解构三明医改的制度重构逻辑、理论探索与实践创新。结果:三明医改通过重建共识性、规则性和组织性序参量,打破了“三医”的负向联动路径依赖,构建了正向协同且激励相容的制度体系,其经验蕴含深刻的制度互补性与演化逻辑。结论:推广三明医改经验对重塑我国医疗卫生服务体系、优化资源配置、转变服务模式将产生深远影响;在推广过程中,需构建多层次协同保障体系,遵循因地制宜、分类试点、动态评估与容错等原则。

**【关键词】**三明医改;三医协同;公益性回归;扩散效应

中图分类号:R19 文献标识码:A 文章编号:1004-7778(2025)08-0001-06

## Internal Logic, Theoretical Innovation and Expected Diffusion Effect of Sanming Healthcare Reform in the Perspective of Collaborative Governance

WANG Qianqiang

**Abstract:** **Objective** To deconstruct systematically the logic of institutional restructuring, theoretical exploration, and practical innovation of Sanming healthcare reform based on the theories of institutional economics and collaborative governance. **Results** By reconstructing consensus, rule-based and organizational "order parameters", Sanming healthcare reform broke the negative linkage path dependence of "three-medical" system, and established a positive collaborative and incentive-compatible institutional system. Its experience contained profound institutional complementarity and evolutionary logic. **Conclusion** The promotion of the Sanming healthcare reform experience will have a far-reaching impact on reshaping healthcare service system, optimizing resource allocation and transforming service model in China. In the process of promotion, it is necessary to build a multi-level collaborative guarantee system, and follow the principles of adapting the system to local conditions, classifying the pilot projects, and dynamically evaluating and tolerating mistakes.

**Key words:** Sanming healthcare reform; three-medical coordination; return to public welfare; diffusion effect

**First-author's address:** Guangxi Medical University, Nanning Guangxi 530021, China

**Corresponding author:** WANG Qianqiang, E-mail: wangqq69@126.com

## 1 三明医改的缘起、理论审视与现实价值

### 1.1 问题缘起:体制性痼疾与改革的必然性

我国医药卫生体系长期受困于“以药养医、以耗养医、以检养医”的“泛以药养医”体制性痼疾,其不可持续性因公立医院亏损、管理层腐败与医保基金穿底风险加剧而更加凸显。究其根源,一是“泛以药养医”模式导致医院收入与药品耗材加成深度绑定,形成扭曲的激励机制,侵蚀医疗公益性。二是医疗、医保、医药(“三医”)之间目标冲突与权责割裂,“激励不相容”格局固化且日益深化,政策调适失衡与监管缺位持续放大系统效能耗损。国家卫生健康委

数据显示,2022年全国公立医院亏损比例达43.5%<sup>[1]</sup>,2024年医疗腐败案涉案人数超过6万人<sup>[2]</sup>,医保基金穿底与资金紧平衡问题表现突出。加上近几年我国经济增长速度放缓,以控费为目的的医改措施效果不显,体制性弊端愈加突出。国家统计局数据显示,1978年以来我国卫生总费用年均增速(16.08%)以高于GDP年均增速(13.85%)2.23个百分点高速增长(见图1)。三明医改在政府没有大幅度增加投入的情况下,通过系统性制度重构,取得了医保基金扭亏为盈、医务人员平均收入倍增和患者医疗费用支出下降等正向协同的效果。这样的改革效果非常契合“人民至上”的价值观和中国式现代化发展的要求。在人口老龄化与健康中国战略背景下,“推广三明医改经验”必将从地方探索的“选择题”升级为国家战略层面的“必答题”,也成为卫生健康中国式现代化发展的必然选择。

1.广西医科大学,广西 南宁 530021

基金项目:中国卫生经济学会医药卫生体制改革2025年第二批重点课题“‘三医’政策协同现状及保障机制研究”(CHEATG2502070202)。

通讯作者:王前强,E-mail:wangqq69@126.com

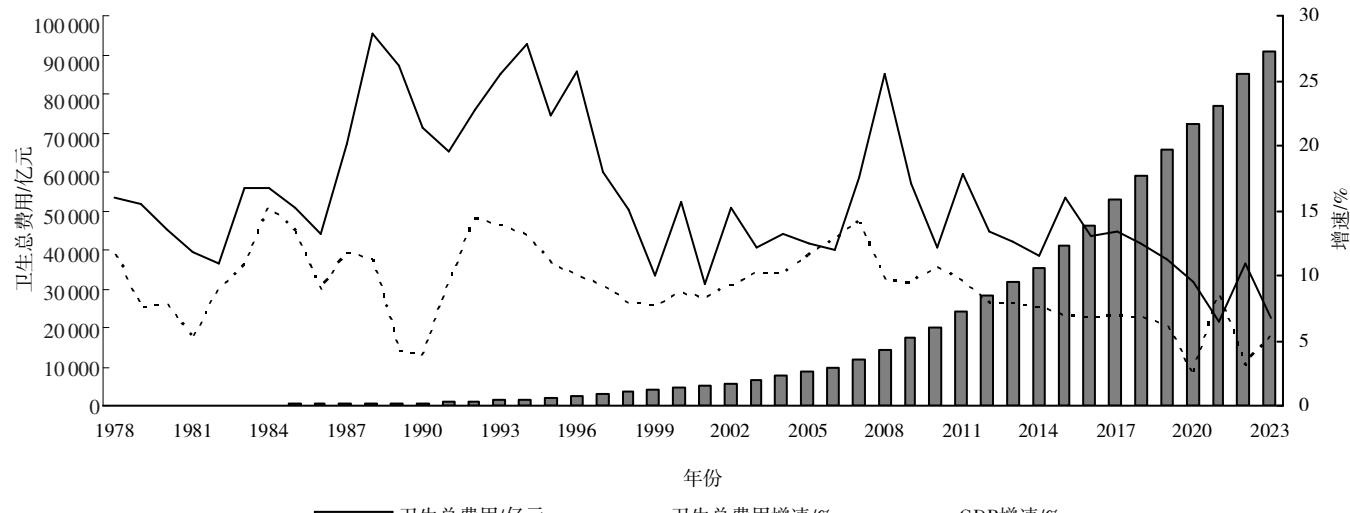


图1 1978—2023年中国卫生总费用、增速以及GDP增速

### 1.2 理论审视:研究局限与核心切入点

三明医改作为中国深化医改的典型范式,始终贯彻以人为本的根本导向,将“大健康”理念融入改革全流程,促进“三医”联动协同与健康治理体系效能提升,旨在逐步消除不合理环节,建立公平、可及、高效的医疗卫生体系<sup>[3,4]</sup>,为化解“看病难看病贵”贡献治理方案<sup>[5,6]</sup>。然而,在肯定三明医改成效的同时,部分研究也揭示了改革推进中可能存在的隐忧。一是关于行政主导模式的集权性与强制性问题。三明医改的“高位推动”模式依赖于地方主政者的强领导力与特殊改革背景<sup>[7]</sup>,而过强的政府主导不仅偏离进一步深化经济体制改革的方向,而且其治理机制也难以适应强势政府的存在,致使公立医院改革成本分担、医生与公众参与权等关键问题未能妥善解决<sup>[8]</sup>。二是人才与患者的流动性问题。三明医改实行年薪制后,原本收入较高的医院核心人才薪酬可能会明显下降,引发人才流失风险<sup>[9]</sup>。同时,三明始终存在周边城市医疗资源虹吸造成的患者外流压力<sup>[7]</sup>。三是经验的推广与可持续性问题。三明医改经验在推广时,可能面临主体利益难协调、配套措施难跟进、地方实际难契合以及信息化建设不同步等方面难题,在实践中容易忽视本地实际和统筹协调,难以形成持久推动力<sup>[10]</sup>。

综上,现有研究既肯定了三明医改经验在价值导向与治理效能上的突破性成就,亦揭示了其可能存在的深层隐忧。多数研究对三明医改经验的总结过于微观,对改革的深层逻辑及其理论创新的研究不足,这正是本文的核心切入点。

### 1.3 价值呈现:协同治理创新与整体性治理探索

本文基于制度协同视角,剖析三明医改的演进模式,旨在构建可复制、可推广的四维保障机制,为全国推广三明医改经验提供理论依据及实践路径。在理论价值

层面,本文总结提炼三明医改的内在逻辑,深化对制度协同的认识,推动协同治理理论及整体性治理的本土化创新。在实践路径层面,本文总结分析三明医改可复制的制度基础与核心要素,评估全国推广三明医改经验的多维预期效应,构建应对多层次复杂影响的系统性策略框架。

## 2 三明医改的制度重构与核心突破

### 2.1 价值重塑:公益性序参量的三重支配机制

三明医改以公益性作为医疗卫生系统的核心序参量(Order Parameter),通过共识性牵引、规则性约束、组织性保障三重机制,支配“三医”系统协同发展。

(1)共识性牵引。三明医改以“人民健康为中心”,形成“政府主导、部门协同、医院主体、患者受益”的改革共识,以制度重构实现各方利益平衡。一是重塑医院运行价值导向,针对公立医院“以药养医”“以耗养医”等顽疾,切断医院与药品耗材之间的利益链,确立公益性导向的薪酬制度,推动公立医院回归“治病救人”的本质。二是重构医保管理目标,面对“泛以药养医”下过度医疗导致的医保基金穿底困境,通过整合医保职能、创新支付方式、强化基金监管,将医保核心目标从被动报销转变为自主控费与提质增效,确保医保基金的可持续性。三是提升患者体验与获得感,始终将减轻患者负担、改善就医体验置于改革的优先位置,通过系统性降低药价、共享资源、优化服务、强化保障等措施,实现公益性目标<sup>[11]</sup>。

(2)规则性约束。三明医改从改革初期的“摸着石头过河”,到2018年出台《三明市“十三五”深化医药卫生体制改革规划》,2024年实施《三明市深化医药卫生体制改革行动方案》,规则体系逐渐清晰。在医保支付领域,将DRG结余留用与患者满意度指标深度绑定,建立基金支

主运营权,取消公立医院行政级别,重构法人治理结构,建立所有权与经营权分离的综合治理体系<sup>[15]</sup>。

(3)医药:切断灰色链条,破除利益捆绑。实施药品耗材联合限价采购,通过跨区域集约议价,压缩流通环节溢价,剥离非正常价格水分,确保DRG病组成本核算的真实性。推行“两票制”与零差率销售,辅以“一品两规”管理,通过强制流通透明化,治理商业贿赂,彻底斩断了医院收入与药品销售的依存关系。改革成效立竿见影,药品价格和医疗费用实现“断崖式”下降<sup>[16]</sup>。

### 2.3 协同耦合:构建“三医”协同新秩序

三明医改通过制度协同设计,驱动三大子系统由“负向掣肘”转向“正向耦合”,构建相互依存、相互强化的改革闭环。

(1)以医保支付方式改革为撬动点,重塑医疗机构激励机制。三明医改将按项目付费转向以DRG/DIP为核心的预付制,“超支自担、结余留用”,直接引入了强成本约束,有效抑制了医院过度诊疗等逐利行为。同时,将医保支付与医疗质量深度绑定,激励医院优化临床路径、提升诊疗效率与服务品质,取得了显著成效。2018—2023年三明市12家总医院在DRG收付费结算中均实现了结余,相对节约医疗费用3.79亿元<sup>[17]</sup>。

(2)“腾笼换鸟”策略为价值回归提供了物质基础与协同支撑。医药领域通过药品耗材联合限价采购、“两票制”,大幅挤出流通环节水分,释放的资金被精准用于医疗领域价值回归。一方面,大幅提升体现技术劳务价值的医疗服务价格,优化了收入结构;另一方面,为全员目标年薪制改革提供了关键资金池,确保医生收入稳定增长,并与经济创收脱钩。

(3)三明医改经验验证了序参量对“三医”协同演化的支配作用,“三医”协同治理取得显著成效。三明市卫生健康委报告显示,2020年城镇职工患者转外地就医的占比6.2%,较2011年下降了1.14个百分点<sup>[18]</sup>;2025年1—5月三明市基层诊疗量占比47.92%<sup>[19]</sup>;2023年三明市城镇职工和城乡居民患者统筹区内住院医疗费用报销比例(含大病保险)分别达到76.09%和60.79%<sup>[20]</sup>,较2017年分别提高了12个百分点和5个百分点<sup>[21]</sup>。

## 3 三明医改的理论逻辑与创新

### 3.1 理论逻辑:多学科理论融合的实践验证

(1)三明医改是强制性与诱致性二维协同的制度变迁。诺斯(Douglass C.North)提出的制度变迁理论认为,制度创新是为了获取潜在利润而对现有规则的调整与替代,包括强制性制度变迁和诱致性制度变迁。三明医改以强制性制度变迁为主,将公立医院从“以药养医”到“医药分开”,通过“两票制”“三保合一”等制度设计,突破路径依赖,打破原有的利益格局。同时,以诱致性制度

付与服务质量挂钩机制,激励医院以患者健康结果为核 心目标。在薪酬制度领域,将服务数量、服务质量等嵌入 医院内部绩效考核体系,医务人员收入直接取决于健康 干预成效而非创收能力,有效规制诊疗行为。在药品供应 领域,健全药品供应保障制度,重点监控高价药、辅助用 药,压缩灰色空间,保障用药精准性。这些改革举措的本 质是将抽象的公益性目标,系统转化为可执行、可量化、 可奖惩的子系统规则,充分验证了序参量对“三医”协同 的支配作用。

(3)组织性保障。三明医改之初,通过设立由市委市 政府主要领导牵头的医改领导小组,直接统筹协调“三 医”各部门工作,有效打破了部门行政壁垒。药品集采降 价资金自动划转至医疗服务调价账户,体现跨部门政策 联动的可行性成效。此外,信息平台强制数据共享,通过 整合医院信息系统、医保结算库、药企流通数据,有效破 除了信息孤岛。因此,组织再造与技术治理手段有利于 确保子系统资源向着公益性目标的发展方向流动。

### 2.2 制度脱嵌:破除历史路径依赖的关键举措

三明医改的核心在于通过系统性制度脱嵌,破除历史 路径依赖,消除“三医”之间的政策壁垒,扫除目标冲突、信 息孤岛与激励扭曲障碍,为协同治理创造制度空间。

(1)医疗:重构激励机制,消除行为扭曲。建立公益 性导向的薪酬体系,对医院负责人实行考核年薪制,对医 院员工实行目标收入年薪制及工分计算制,取代创收分 配模式,将收入与工作量、服务质量、患者满意度等公益 性指标挂钩。此举消除了医生创收压力,使医疗行为更 适配医保控费与合理用药要求,使医生回归“看病”本色。 改革后,三明市公立医院职工工资总额由2011年的3.82 亿元增长至2022年的20.44亿元,在岗职工平均年薪水平 由4.22万元增长至16.34万元,其中医师平均年薪由5.65 万元增长至20.11万元<sup>[12]</sup>。同时,实施公立医院精细化成 本管理,依托临床路径标准化与处方点评制度,驱动医 院主动响应医保支付规则,减少药品耗材浪费,反向巩 固控费成效。因此,薪酬改革奠定了医疗行为价值化基 础,成本管理则为控费提供了可持续性的内生保障。

(2)医保:构建综合治理新范式。一是整合经办机 构,2013年三明市将24个分散的“三保”(城镇职工基本 医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗)经 办机构整合为市级医疗保障基金管理中心<sup>[13]</sup>,实现政策 制定、基金管理、经办服务的集中统一,破解县域分割导 致的效率低下问题。二是创新支付方式,打破传统的按 项目付费,构建总额控制下的多元复合支付体系。核心举 措是通过DRG/DIP支付以及“超支自担、结余留用50%” 的激励约束机制,有效倒逼医疗机构主动控费,取得了显著 成效<sup>[14]</sup>。三是推进管办分离,明确政府监管职责与医院自

变迁为推手，实施全员目标年薪制和健康管理绩效激励，重塑制度分配格局，通过医药带量采购，瓦解医药利益链，倒逼医药企业转向合规经营。

(2)三明医改是吻合制度互补性理论的“三医”协同改革。制度互补性理论认为，制度系统中各要素存在相互依赖与动态匹配关系。医药、医保、医疗三大子系统存在非线性耦合与战略依存关系，任何单一环节的孤立改革都会引发系统性失衡。三明医改实现了制度互补性理论强调的“子系统耦合产生系统乘数效应”，医保基金从2011年赤字2亿多元<sup>[3]</sup>增长至2024年结余2.42亿元<sup>[22]</sup>。

(3)三明医改是基于中国特色的产权理论的改革实践。科斯(Ronald H.Coase)提出的产权理论强调通过明确界定财产权利结构来降低交易成本，解决外部性并优化资源配置。依据科斯的理论逻辑，公有产权是很难降低交易成本的。三明医改实际上是对公有产权进行了再界定。面对药品流通环节多级代理、灰色利益链导致药价虚高等问题，三明医改重构药品采购权，转为政府主导的药品采购联盟，将药品定价权收归公共领域。对公立医院产权实行所有权与经营权分离，由政府承担公立医院基建、设备购置等投入，明确公立医院的公益属性(国有产权)，在一定程度上切断了医院的创收依赖。

(4)三明医改重建了新的激励相容机制。经济学家哈维茨(Leonid Hurwicz)提出的激励相容(Incentive Compatibility)理论认为，通过制度设计，使个体在追求自身利益的同时，自动促进集体目标的实现，即个人的最优选择与组织目标相一致。三明医改为了实现医师目标年薪制、医保支付方式等目标与公益性目标相统一，创新构建了三级激励相容体系，彻底重构了微观行为逻辑。在个体层面，将慢病管理率、复诊率等公益性指标深度内化；在组织层面，DRG结余50%返还医院用于学科建设；在系统层面，财政补助根据健康寿命增幅，锚定健康改善目标。三明医改实践验证了激励相容机制成功实现公益性目标的内化，充分印证了制度化激励相容设计是实现公益性的重要基础。

### 3.2 理论创新:打造中国特色的医改范式

(1)党政主导的制度设计与系统集成。三明医改始终在党委、政府直接领导下推进，建立了由一位政府领导统管“三医”的领导体制，对基层医改任务亲自部署、重大方案亲自把关、关键环节亲自协调、落实情况亲自督察，切实推动医改向纵深发展。

(2)“三医”协同回归公益导向。三明医改提出“公立医院回归公益属性”的实现路径，挑战传统“市场主导”改革逻辑，整合资源与协调政策，充分释放人才、资金等创新要素活力，形成整体合力。在医药领域常态化开展药品耗材集采，组建跨区域采购联盟，落实国谈药“双通

道”供应。在医保支付领域推行DRG、DIP等改革，实行“三保合一”，理顺医保管理体制，科学设定并动态调整预算总额，激励机构控费，通过报销比例调整引导患者基层首诊和双向转诊。在医疗服务方面建立价格动态调整机制，合理定价，逐步实施年薪制、工分制等绩效模式，激励医务人员优绩优酬。

(3)渐进式改革验证“中国医改方法论”。三明医改通过“三阶段”渐进式改革，探索了中国医改的新路径。2012—2015年的破局阶段，以药品耗材集采为突破口，挤压虚高价格；2016—2020年的深化阶段，推进薪酬制度改革和医共体建设；2021年至今的升级阶段，构建“健共体”和“六病共管”体系。2021年习近平总书记考察三明后，将改革进一步上升为国家战略，形成“中央定调—地方实践—制度定型”的政策闭环<sup>[23]</sup>。三明医改通过高层政治权威突破利益固化藩篱，引导“三医”回归公益导向，以地方试点降低系统性风险，打破部门分割实现“三医”政策协同，将改革成效转化为群众健康获得感，为中国式现代化提供了社会治理的实践样本。

### 3.3 协同治理机制：制度设计的核心创新

(1)高位推动与权威整合机制。三明医改由党政主导构建垂直决策架构，设立深化医改领导小组，涵盖财政、发改、卫健、医保、药监等15个部门成员，共同设计政策、研究方案、落实措施、评估成效，形成了强力的医改综合治理架构，有效破除部门障碍，防止多头管理。同时，三明医改强调首要责任人的领导责任，确保医改政策在市、县、乡、村全域贯通，消除实施梗阻。

(2)信息联通与数据共享机制。三明医改建设统一信息平台，通过整合医院信息系统强制数据共享，有效破除了信息孤岛对协同的阻滞。同时，以数智化纽带打破地域壁垒，加快形成“防、筛、诊、治、管、康”全生命周期的健康服务新模式。例如，上海瑞金医院选择代谢病、心脑血管病、肿瘤、呼吸病、生殖及老年科六大优势学科，通过技术平移，与三明市共建“六病共管”中心，打造病种防治区域综合示范样板。

(3)健康结果导向的整合考评机制。三明医改自2013年起在22家二级以上医院实行院长及医师(技师)年薪制，2015年将护理、药剂、行政后勤人员纳入目标年薪管理；2024年明确了政府办医、健康管理、医保服务、健康绩效监督等22项重点，并赋予医院人事、财务等自主权；建立按参保人头年度打包支付给县域总医院的激励制度及相应考核标准；实行院长聘任制，院长、书记及总会计师薪酬由财政保障，并将医保基金使用的健康效益纳入其年薪考核指标，实现财政补助额度与健康改善成效的直接关联。

(4)以上三大创新机制构成了相互强化的协同治理

“三角”结构,权威整合为信息共享扫除行政壁垒,数据互通为精准考核提供量化依据,考核捆绑又反向强化部门协作。世界卫生组织将三明医改经验定义为“高效卫生治理的中国方案”<sup>[24]</sup>,认可了协同治理机制对构建“公益目标明确、健康结果导向”的现代医疗卫生服务治理体系具有普适性制度价值。

#### 4 推广三明医改经验的预期影响

三明医改经验作为中国医改的标杆性制度创新,正通过国家战略推动与地方自主探索而加速推广<sup>[25]</sup>。在推广过程中,各地可能会存在地方财政资金制约、领导力与执行力差异、制度环境差异、配套政策滞后等问题,未来唯有通过因地制宜、系统集成、配套改革等方式,方能使三明医改经验从“政策盆景”蜕变为“制度生态”,为中国医改提供兼具原则性与适应性的路径方案。

##### 4.1 宏观层面:“三医”协同的制度重塑

三明医改经验的推广会不断强化政府的主体责任,要求政府在不同部门之间进行有效的政策协调,在一定程度上会促进卫健、医保、药监等部门职能整合,可能会催生“大健康委员会”等新型治理架构。在多元主体协同治理的基础上,医保支付方式改革会不断深化,加速DRG/DIP改革与医疗服务价格动态调整的衔接。对药品及耗材而言,集采政策的实施将会促使医疗机构在保证质量的情况下使用性价比更高的产品,倒逼企业从低端仿制转向研发创新;但同时也会收窄企业的利润空间,加大供应压力,面临“生存和创新”的困境。

##### 4.2 中观层面:医院组织行为与结构的适应性变革

三明医改经验的推广会影响医疗机构的组织行为重塑与结构调适。医院运营模式会从规模扩张、收入驱动转向成本控制、效率提升、质量优化,医院之间的竞争与合作模式也会发生深刻变化。区域医疗资源将不断分化,大型三甲医院虹吸效应增强,市县医院的患者流失问题突出,尤其是学科竞争力不足的医院可能被整合。合理的激励相容机制成为维系不同等级医疗机构之间合作与竞争的关键粘合剂,推动区域内医疗机构从无序竞争走向协同发展。

##### 4.3 微观层面:医务人员激励结构与行为模式的改变

三明医改经验的推广会对不同类型科室产生差异化影响。例如,技术密集型科室得益于服务价格调整,会呈现积极的发展态势;检查检验类科室会因集采降价和检查费用下调而出现萎缩;行政管理科室则受限于薪酬总量,面临减员增效的选择。三明医改经验的外溢效应会重塑医生薪酬结构,医生的固定薪酬占比提高,并与业务收入脱钩,进而锚定服务质量、技术难度、健康结果。这个情况符合激励相容机制的核心观点,通过激励策略,保证医生在自然状态下提供有利于患者的服务。

#### 5 推广三明医改经验的思考与建议

##### 5.1 宏观制度协同:多维政策集成与动态调适

完善顶层设计,形成制度性保障,将“全民健康绩效”依法设为元目标,并建立政策相容性审查制度,制定《三医协同发展促进条例》,赋予国家医改办跨部门政策审查权。建立政策协同执行机制,形成激励性保障,嵌套激励相容制度,斩断灰色利益链条。健全数智赋能支撑机制,形成技术性保障,搭建全国统一的“三医”政策协同监管信息平台,通过仿真推演与循证决策进行政策协同评估,强化技术支持。完善协同监管保障机制,形成监管性保障,成立协同监管委员会,实现“政策制定—执行反馈—动态调整”的闭环管理。

##### 5.2 中观组织韧性:公立医院的适应性转型路径

政府主导,强力统筹协调医保支付方式改革、药品价格与医疗服务价格调整,降低医院对药品耗材的收入依赖,重构医院收入结构与运营模式。通过建立财政风险缓冲基金和风险预警缓冲机制,帮助医院设立过渡期专项基金,建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行新机制。完善医院党委领导的院长负责制,强化公益性运营的组织保障,平衡公益性服务与可持续运营的多元收入模式。推进分级诊疗与优质资源下沉,通过紧密型医联体建设,促进优质医疗资源向基层流动。持续推进医院数智化建设,赋能资源调配和病患管理,实现精细化管理转型。

##### 5.3 微观激励跃迁:医务人员价值实现的制度支持

积极推进薪酬激励改革,优化绩效考核方式,构建以医疗质量、患者满意度、公益性服务能力为主要维度的考核体系。优化医务人员考核晋升渠道,建立基于能力、贡献度和健康结果的医务人员晋升评价体系。强化医联体共建效能,形成层级联动,增加基层医务人员的价值空间和发展机会。营造尊医重卫的社会环境,提升医务人员的尊严感、获得感、幸福感。加强医院医德医风建设,弘扬“敬佑生命、救死扶伤”的职业精神;构建人文关怀体系,加强对医生的正面鼓励;完善医疗腐败预防机制,净化医务人员发展环境,提升医务人员推广三明医改经验的支持力度。

#### 参考文献

- [1] 国家卫生健康委办公厅.关于2020年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报[EB/OL].(2022-07-07)[2025-06-28].<https://www.ahqy.gov.cn/OpennessContent/show/1256186.html>.
- [2] 中央纪委国家监委.“两高”报告看协同推进反腐败斗争全链条惩治凝聚反腐合力[EB/OL].(2025-03-09)[2025-06-28].[https://www.ccdi.gov.cn/yaowenn/202503/t20250309\\_409838\\_m.html](https://www.ccdi.gov.cn/yaowenn/202503/t20250309_409838_m.html).
- [3] 庄琦,翟绍果,黄春柳,等.“三医”联动走向健康治理的实现机制——基于三明医改的纵向案例研究[J].经济与管理研究,2024,45(03):94-108.

- [4] 赖海榕,李竞平.中国医疗卫生体制改革突破路径——基于福建省三明市的做法和经验[J].福建论坛(人文社会科学版),2021(10):115-126.
- [5] 李玲.探索中国式医疗保障制度——三明医改实践[J].社会保障评论,2024,8(02):12-23.
- [6] 钟正东,杨孝灯,吴德武,等.三明市医共体支付方式改革的协同治理模式及效果分析——以尤溪县总医院为例[J].中国卫生政策研究,2022,15(03):1-8.
- [7] 刘晓婷,吕豪.“三医”协同:中国健康治理的改革路径[J].浙江工商大学学报,2025(02):12-24.
- [8] 杨帆.元治理理论视角下的三明医改经验[J].中国卫生政策研究,2021,14(06):1-6.
- [9] 周正荣,汪卓贊,王玉,等.推广三明医改经验对各方利益相关者的影响及其阻滞因素研究[J].卫生经济研究,2025,42(06):5-8.
- [10] 邓晓欣,姚中进.三明医改经验推广的阻滞因素与整体性治理路径研究[J].中国医院管理,2022,42(04):1-4.
- [11] 三明医改的实践与启示[EB/OL].(2024-11-20)[2025-06-28].  
https://www.sm.gov.cn/zw/zwxx/sjdt/202411/t20241120\_2078990.htm.
- [12] 三明市人民政府.探索中国式医疗保障制度——三明医改实践(下)[EB/OL].(2024-04-28)[2025-06-28].  
https://www.sm.gov.cn/zw/ztzl/shyywstzgg/gzdt/202404/t20240428\_2021123.htm.
- [13] 阮志农.福建省三明市积极探索医疗保险“三保合一”经办机构改革[J].机构与行政,2017(08):36-37.
- [14] 福建省卫生健康委员会.三明:收付费改革进入3.0阶段[EB/OL].(2023-03-20)[2025-6-28].  
https://wjw.fujian.gov.cn/jggk/csxx/tzgc/gzdt/202306/t20230605\_6182496.htm.
- [15] 三明市人民政府.关于建立现代医院管理制度的实施意见[EB/OL].(2018-08-22)[2025-06-28].  
https://www.sm.gov.cn/smsrmzfblgs/smsrmzf/zfxxgkml/fpjyylshbzccjjydfmdzccsjqssqk/201808/t20180828\_1194791.htm.
- [16] 国家医疗保障局.“星星之火”燎原神州后,三明医改再出发[EB/OL].(2021-03-30)[2025-06-28].  
https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/3/30/art\_52\_4793.html.
- [17] 福建省卫生健康委员会.三明:用价格杠杆撬动协同发展[J/OL].中国卫生杂志,(2024-07-04)[2025-06-28].  
https://wjw.fujian.gov.cn/jggk/csxx/tzgc/gzdt/202408/t20240816\_6502624.htm.
- [18] 三明市人民政府.医改前沿 看三明医改数字答卷[EB/OL].(2021-07-02)[2025-06-28].  
https://www.sm.gov.cn/zw/ztzl/shyywstzgg/mtbd/202107/t20210707\_1682039.htm.
- [19] 三明市人民政府.2025年5月三明市公立医疗机构运行情况.[EB/OL].(2025-06-25)[2025-06-28].  
https://www.sm.gov.cn/zw/ztzl/shyywstzgg/ygyxbb/202506/t20250623\_2132918.htm.
- [20] 三明市医疗保障基金中心.三明市基本医疗保障参保与基金运行情况分析(2023年1-12月)[R].三明:三明市医疗保障局,2024:9-14.
- [21] 三明市医疗保障基金中心.三明市基本医疗保障参保与基金运行情况分析(2017年1-12月)[R].三明:三明市医疗保障局,2018:5-11.
- [22] 三明市医疗保障基金中心.三明市基本医疗保障参保与基金运行情况分析(2024年1-12月)[R].三明:三明市医疗保障局,2025:2.
- [23] 三明市人民政府.三明医改十二年 璀璨星火燎原[EB/OL].(2024-11-21)[2025-06-28].  
http://www.sanming.gov.cn/zw/ztzl/shyywstzgg/gzdt/202411/t20241127\_2081524.htm.
- [24] 柳叶刀.三明模式:正在引领中国卫生体系改革进程[J/OL].(2025-06-21)[2025-06-28].  
https://www.fjtv.net/haibo5/folder8620/folder8559/2025-06-26/6753130.html.
- [25] 国家卫生健康委.介绍推广三明医改经验、深化以公益性为导向的公立医院改革有关情况发布会[EB/OL].(2025-05-27)[2025-06-28].  
http://www.scio.gov.cn/xwfb/bwxwfb/gbwfbh/wsjkwyh/202506/t20250609\_899399.html.

【收稿日期 2025-06-28】【责任编辑 胡希家】

## 欢迎订阅《卫生经济研究》杂志

《卫生经济研究》杂志创刊于 1984 年,系中文核心期刊,中国卫生经济学会系列杂志,国内外公开发行。杂志已被多家数据库收录,主要栏目有:理论研究、医院管理、医疗保障、服务体系、改革探索、成本与费用、数智健康、健康老龄化、财务与审计、药械管理、他山之石等。杂志系月刊,每期 96 页;定价 15 元/期,全年 180 元。自办发行,可随时订阅。

1.银行转账 先付款,再扫码填写基本信息和开票信息,然后点击“银行转账”按钮,完成信息提交。

户名:浙江省人民医院,账号:1202020209014444466,开户银行:工商银行杭州庆春路支行。

2.支付宝、微信扫码支付 先扫码填写基本信息和开票信息,再点击“立即支付”按钮,完成付款。

3.集体订户 可统一付款并另附清单(发送至 wsjjyj@126.com),由杂志社按清单将杂志直接寄给各订户。

4.征订单 可在杂志网站(<http://www.wsjjyj.com>)下载。

扫码订阅

