

基于共同生产理论的医疗保障经办服务一体化建设研究 ——基于 G 县的案例分析

杨赐然^{1,2*} 崔丹^{1,2} 孙玉³ 毛宗福^{1,2} 乐梅⁴ 李劲松⁵ 文小桐^{1,2} 黄超⁶ 刘雨欣^{1,2}

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071
2. 武汉大学全球健康研究中心 湖北武汉 430072
3. 武汉大学护理学院 湖北武汉 430071
4. 荆州市医疗保障局 湖北荆州 434020
5. 荆州市公安县医疗保障局 湖北荆州 434300
6. 湖南中医药大学人文与管理学院 湖南长沙 410218

【摘要】医保经办服务体系是提升医疗保障制度治理有效性的重要手段。本文以 G 县为例,基于共同生产理论,深入探讨了医保经办服务一体化建设的过程及其复杂性。分析发现,在驱动医保经办服务一体化建设中,多元的需求性、公平性、整体性和环境性等因素起到了关键的触发作用;公众需求反馈、政府政策推动、服务提供者创新和环境积极影响共同构建了一个动态、互动的共同生产过程。此外,本研究还揭示,在 G 县医保经办服务一体化建设中存在五种重要的机制,分别是:价值目标构建机制、多方参与合作机制、绩效考核激励机制、公众反馈调试机制和技术创新赋能机制。这些机制既揭示了共同生产理论在解释公共服务创新过程中的有效性,同时也可以为其他地区或领域的共同生产实践提供有益借鉴。

【关键词】 医保经办服务; 一体化建设; 共同生产; 案例分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.07.003

Study on the integrated construction of medical insurance handling service based on the theory of co-production perspective: Based on the case analysis of G county

YANG Ci-ran^{1,2}, CUI Dan^{1,2}, SUN Yu³, MAO Zong-fu^{1,2}, YUE Mei⁴, LI Jing-song⁵, WEN Xiao-tong^{1,2}, HUANG Chao⁶, LIU Yu-xin^{1,2}

1. School of Public Health, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China
2. Global Health Institute, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
3. School of Nursing, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China
4. Jingzhou Healthcare Security Bureau, Jingzhou Hubei 434020, China
5. Gong'an Healthcare Security Bureau, Jingzhou Hubei 434300, China
6. College of Humanities and Management, Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha Hunan 410218, China

【Abstract】 Medical Insurance Handling Service (MIHS) system is crucial for enhancing the effectiveness of health security system governance. This study discusses the processes and complexities of integrated construction of the MIHS (ICMIHS) based on the theory of co-production, taking G County as an example. The analysis reveals that diverse demands, equity, integrity, and environmental considerations critically trigger the process of ICMIHS. Moreover, a dynamic, interactive co-production process is built, relying on factors such as public demand feedback, government policy initiatives, innovative service provision, and impacts of positive environments. Furthermore, the

* 基金项目:比尔及梅琳达·盖茨基金会(OOP1148464;OPP1199760);湖北省医疗保障“十四五”规划中期评估课题
作者简介:杨赐然(1998年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail: yangciran@126.com
通讯作者:乐梅。E-mail: 414528720@qq.com

study uncovers five fundamental mechanisms during the construction of County G's ICMIHS: value goal construction mechanism, multi-party collaboration cooperation mechanism, performance-based incentive mechanism, public feedback debugging mechanism, and technological innovation empowerment mechanism. These mechanisms not only reveal the effectiveness of co-production theory in elucidating the process of public service innovation, but offer valuable insights for co-production practices in other regions and domains.

【Key words】 Medical insurance handling service; Integrated construction; Co-production; Case analysis

高效的医保经办服务体系在构建高质量医疗保障事业中发挥着支撑性作用。^[1]在当前人口老龄化加剧、人口流动性增加和经济社会急剧转型的宏观背景下,实现医疗保障的提质升级,提升参保人的安全感、幸福感和获得感,更需要改革和完善医保经办服务这一政策抓手。^[2-3]然而,长期以来,我国医保经办服务的碎片化问题严重^[4],琐碎脱节的流程更是极大地限制了医保服务质量和供给效率。

为解决这一问题,近年来各地已开展了诸多优化医保经办服务的探索。医保经办服务一体化建设(以下简称一体化建设)作为一种解决策略,旨在整合资源、优化流程、提高服务质量和效率,以更好地满足参保人员的需求。打破部门壁垒和优化业务流程,可以让参保人员在一个窗口或平台上完成所有医保业务,有效减轻民众的办事负担。尽管不同地区的一体化建设在持续探索和推进,但从学术层面来看,已有研究明显滞后于现实实践,特别是在运用理论视角全面审视和系统总结改革经验方面仍存在明显不足。

基于此,本文以 G 县作为案例,采用共同生产理论(Co-Production Theory),对一体化建设进行深入剖析。共同生产理论强调多方参与者之间的责任共担、彼此合作、资源共享和优化创新^[5],本质上是由服务提供者(公共部门、私营部门或者第三部门)主导和驱动,并与服务使用者(社会公众或者消费者)之间通过多重互动来完成服务生产和价值创造^[6-7]。这些特点与一体化建设的目标、内涵和过程高度契合,具有很强的理论分析适用性。通过对 G 县的案例分析,本研究期望能够揭示基层探索和开展一体化建设的内在逻辑、生产机制、关键要素和成功经验,为其他地区优化医保经办服务提供一定的借鉴和启示。

1 文献回顾与分析框架

1.1 医保经办中的现实问题

医保经办是医保政策落地的载体,其服务水平

的高低和质量的好坏与受众对医疗保障的体验感、获得感和幸福感高度相关。^[8]然而,长期以来,医保经办服务存在明显的碎片化问题,部分经办流程出现服务脱节和阻滞,大体有以下几个方面:一是医保经办机构的信息技术水平偏低,缺乏数据处理和共享能力,难以为医保经办的精细化管理提供有效支撑。^[9]二是医保经办服务的流程较为繁琐,业务办理周期长、成本高、效率低等问题长期存在。^[10]三是经办人员数量有限且业务能力、知识水平不一,对有关政策和操作流程的理解存在差异,加之管理不规范、监管缺位,导致服务质量参差不齐。^[11]四是服务模式创新不足,现有服务模式过度依赖传统手段,便捷化的线上办理和个性化的服务项目的开发与拓展速度滞后于群众新的、快速增长的现实需求。^[12]长期以来,为解决这些难点和堵点,不同层级的医疗保障部门均进行了有益尝试,特别是近年来备受推崇的医保经办服务“一体化”建设,为解决上述问题提供了可行路径。^[2]

1.2 共同生产理论与一体化建设

共同生产理论(Co-Production Theory)是由政治科学家 Elinor Ostrom 于 20 世纪 70 年代提出。^[13]该理论主要用于阐述在政府的主导下,公共服务领域中的多方参与者如何通过协同合作提高服务质量和效率,以达成公共服务的最大价值和增益。^[5, 14-15]共同生产理论的核心观点主要包括以下几点:多方参与与合作、资源共享与整合、多重互动与沟通、持续改进与创新等,即通过构建服务主导而非产品主导的理念,把服务使用者和公众而非决策者置于公共服务供给过程的中心。

这一理论与一体化建设具有内在的逻辑一致性。一体化建设属于政府公共服务项目,有两个典型特征:一是建设对象聚焦于医疗保障的“末梢神经”,是解决居民医保经办服务需求的“最后一公里”甚至是“最后一百米”的关键问题;二是建设目标上突出以公众服务需求为导向,政府主导和多方主体

深度参与,其改革顺应了当前公共服务生产由产品主导逻辑到服务主导逻辑再到公共服务逻辑的变迁趋势。^[16]因此,共同生产理论为我们提供了一个完整的理论视角和系统的分析框架,可以帮助我们深入剖析改革发生和发展的内在演化逻辑和外在经验过程。

2 研究设计

2.1 研究方法与数据来源

本研究采用单案例研究法,遵循典型性原则选择 G 县作为案例。研究主要采取以下多种资料收集策略,通过多重信息实现证据间的相互补充和交叉验证确保研究结果的可信度。一是参与式观察,作者对 G 县乡镇医保工作站、村(社区)医保便民服务室等单位进行实地调研,深度了解一体化建设的具体过程和实际成效。二是非结构化座谈和半结构化访谈,参与人员主要包括 J 市和 G 县医保部门主要负责人、各层级医保经办机构负责人、县乡两级医疗机构负责人等,所有座谈和访谈资料均做了记录与编码。三是搜集了大量相关的档案资料,包括内部或公开的政策文件、工作报告和新闻报道、工作笔记等二手资料,共同构成了本研究的案例数据库。

2.2 案例选择与成效描述

G 县位于 H 省中南部,随着县域经济发展、人口结构变动和流动性增强,G 县医保经办服务质量低下、效率不佳的现状同当地居民对于医保经办业务的便捷化、个性化需求之间的供需矛盾愈发明显,迫切需要医保治理的转型重塑。

为补齐医保经办服务的短板,建成与群众需求相匹配、与工作要求相适应的医保服务体系,G 县医保部门开始了由内向外、自上而下的思路转型和工作调试。由于先行先试积累下诸多有益经验,G 县在 2020 年被 H 省确定为省级“基层医保经办服务能力建设试点”。以此为契机,G 县人民政府印发了《G 县医疗保障经办服务体系一体化建设工作方案》,组建试点工作领导小组,同时将医保局作为首要责任单位。

经过 3 年多的努力,G 县已建成 3 个县级经办中心,同时依托乡镇卫生院、村卫生室“嵌入式”建立了 16 个乡镇医保工作站和 269 家村(社区)医保便民服务室,基本形成了“管理一体化、经办一站式”的县、乡、村三级医保经办服务体系,实现了基层县域医保

经办服务网点的全覆盖。此外,G 县医保部门大力推行医保经办业务领域的“放管服”,完成了 29 个服务事项的全部下沉下放,实现了所有服务网点的平行受理。根据资料,2022 年 G 县 16 个乡镇医保工作站和 269 家村(社区)医保便民服务室全年总办件量达到 226 681 件,创造了“小事不出村、大事不出镇、难事县级兜底”的一体化、一站式医保经办服务新格局。2022 年 4 月,J 市充分肯定 G 县的改革成效并在全市大力推广;同时,G 县的经验做法和试点举措被 H 省医保部门认定为典型,并参与到全国医疗保障基层服务优秀案例评选中。

3 一体化建设中的共同生产

3.1 共同生产动因

一体化建设的共同生产有其深刻的触发因素,经过分析可以归纳为以下几个方面。

3.1.1 需求性动因

在现代化进程中,人民群众的需求结构和未来期望愈呈现出动态性与多样性特征,而医保经办服务模式及内容也需及时适应这些变化,增加供给数量的同时提升供给质量。正如 JYB-1 所说,“2019 年医保局成立以后,无论是市里还是县里,每个地方都只有一个医保服务大厅且之间相隔很远,老百姓办事确实很不方便。”(JYB-1-1.01)有限、单一和刚性的医保经办服务模式难以满足公众需求,迫切需要更加便捷和灵活的医保经办服务提供方式。此外,集中化的业务办理,容易引起现场的秩序混乱,一方面繁重的业务损耗了经办人员的工作热情,另一方面长时间的等待使得公众可能出现情绪波动甚至焦躁行为,致使医保经办业务供需两方的互动体验感明显下降。

3.1.2 公平性动因

G 县乃至 J 市改革前期的医保经办服务供给数量存在人世间、城乡间和区域间的巨大差异,无法有效满足绝大多数人的合理需求。“农村地区留守老人和儿童数量居多,单纯到县城对他们而言是一件很困难的事,而且医保经办业务所需手续和材料的准备又不方便,如果需要多次往返那就更不容易了。”(JYB-1-1.01、GYB-1-1.01)供给数量的局限以及空间分布的集中,使得医保经办服务的有效覆盖人群十分有限,医保经办服务供给存在不均衡现象。此外,这种不均衡客观上也致使城乡间不同个体对医保报销政策的了解程度存在差异,原本处于经济

和知识弱势地位的群体更难得到待遇保障政策支持。“很多老百姓根本就不知道医保的政策可以给他自己报销,你觉得这对老百姓而言公不公平?”(JYB-1-1.06、GYB-1-1.02)这不仅难以实现对公众合理医疗保险需求的有效满足,也破坏了社会公平原则,成为倒逼改革的重要因素。

3.1.3 整体性动因

医保经办服务在医保政策执行方面发挥着关键作用。G 县推行一体化建设的动因之一,就是 J 市和 G 县将其作为推行“大医改”和“大健康”政策的重要实践抓手,以期实现更有效的整体性医保体系治理和普遍性全民健康覆盖。多位访谈对象对此也均有所提及,“做好经办服务肯定是基础,但最终目的还是为了推动‘大医改’,要把具体的考核指标融入经办服务过程,引导和促进分级诊疗、基层公共卫生等方面政策的落地。”(JYB-1-1.04、GYB-1-1.75、GYL-1-3.65)在一体化建设之初,J 市有关领导和牵头推行改革的医保部门负责人对此具有更为长远和系统的考虑,将此项任务作为联动性举措,给予大力支持。

3.1.4 环境性动因

环境性动因主要涵盖了行政环境因素和技术环境因素两个方面。从行政环境因素来看,上级及本级政府高度重视营商环境的优化工作,而医保经办服务作为民生部门的重要职责,其便捷水平在很大程度上影响了营商环境的优化。在这样的背景下,G 县的一体化建设受到来自上级及本级政府的大力支

持。“现在市委书记非常重视推进‘双优化’工作,分管副市长和各区县领导都参加了启动会,而且领导们都觉得医保经办服务一体化建设在推进营商环境优化方面既有面子,也很有里子。”(JYB-1-1.11)从技术环境因素来看,科技的进步,尤其是信息技术的发展,能够有助于推动服务模式、流程和体验向高效化、便捷化、人性化的转变,对于提升服务的效率、质量和受众满意度起到了关键的推动作用。

基于前面的论述可以看出,G 县一体化建设具有多维度动因,但从共同生产视角来看,其是多元参与主体互动、反馈所驱动形成的结果,既有自上而下的政治推动,也有自下而上的需求反馈;既有由内而外的改革自觉,也有由外而内的环境影响。G 县医保部门在这一过程中充当的角色是服务和满足于公众需求,所要回应的是公众需要的是什么和自身能提供什么的问题。这个回应的过程也是 G 县一体化建设中的共同生产过程,需要在下文进一步分析。

3.2 共同生产机制

多重因素驱动的医保经办服务一体化的共同生产,所需要解决的是基层医保经办领域的一系列新旧问题,打通医保经办服务有效延伸的“最后一公里”乃至“最后一百米”。从本文分析来看,G 县的实践呈现出了五种重要机制来促使共同生产的顺利进行,主要包括价值目标构建机制、多方参与合作机制、绩效考核激励机制、公众反馈调试机制和技术创新赋能机制(图 1)。

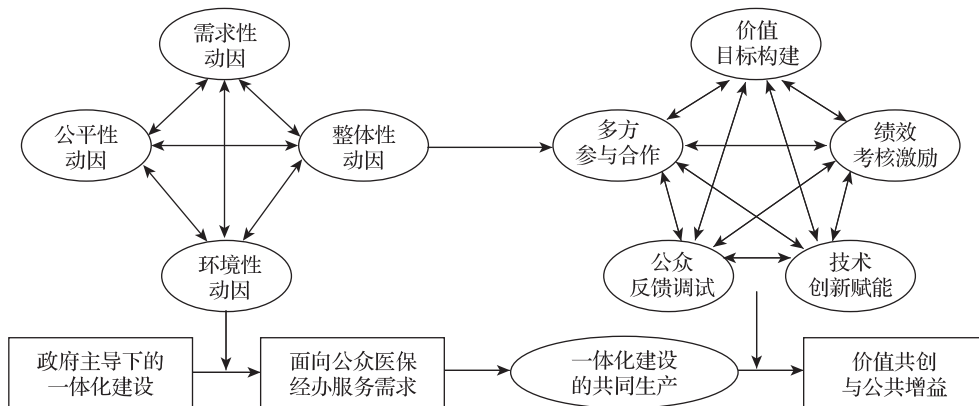


图 1 G 县一体化建设共同生产过程概念模型

3.2.1 价值目标构建机制

在推进一体化建设的初期,J 市和 G 县医保部门能够达成明确的价值目标共识,并相继出台了多份行动方案和政策文件。在制定这些方案和文件的过

程中,J 市和 G 县医保部门能够充分重视社会公众和第三方力量的参与,将来自政府部门之外的声音和意见及时整合和吸纳至政策制定和价值目标的构建中。同时,对参与到改革的各部门、各单位提出了较

为明确的要求,理清了多元参与主体的政策困惑和执行疑虑。从试点前期的市县层级的政策酝酿与改革动员,到省医保部门下发正式的试点政策《基层医保经办创建优化营商环境提升服务能力建设试点工作方案》(E 医保发[2021]2号),再到G县快速出台《G县医疗保障经办服务体系一体化建设工作方案》(G政办发[2021]3号)等一系列配套性文件,改革目标和价值取向逐步强化,形成了对市县医保部门、经办中心(站、室)、定点医药机构等多主体的政策引导和激励约束,使其更为清楚地认识到改革推行的现实必要性和重要性。

3.2.2 多方参与合作机制

在G县的实践中,主要建立了三种不同的合作机制。一是水平协同机制。E 医保发[2021]2号文明确要求试点地区成立工作领导小组,组建工作专班和明确职责分工,G县相应地在政府层面形成了改革试点工作组,医保、卫健、财政等部门积极配合,在协调医疗机构和解决人员经费等事项上达成有力合作。二是垂直协调机制。为推进医保经办服务的顺利下沉,G县医保部门还探索出了“医保经办中心(县)—医保工作站(乡镇)—便民服务室(村)”三级垂直协调网络,在下发的《G县医疗保障经办政务服务事项清单》中明确规定了业务经办和“帮代办”协作事项,基本上覆盖了所有医保经办业务。三是第三方合作机制。在前期推行经办业务下沉过程中,积极引入第三方企业力量,开发经办服务系统,同时通过合同签订和协议管理建立互利合作模式,理清了系统使用权限、义务和责任问题,打通县乡村三级经办业务信息传输技术壁垒,实现“一网通办”和受理进程无缝衔接。

3.2.3 绩效考核激励机制

在纳入多元参与主体的基础上,如何更为清晰地界定各方参与共同生产过程的权责关系,有效兼顾各方的利益诉求,调动和引导各主体参与的积极性和主动性,成为G县一体化建设之初所面临的又一挑战。为解决这一问题,G县医保部门制定了多种详细的考核细则和激励措施。一是推出并落实县医保局派驻乡镇医保工作站人员安排和局领导包片制度,把任务分工落实到每一位相关责任人。二是形成了一体化建设成效和进展的定期通报制度,根据系统平台和网点台账及时汇总各成员单位的经办和“帮代办”业务量,对一体化建设成效显著的经办机构给予表扬并提供物质奖励,达到奖优罚劣。制

定和下发《乡镇医保工作站、便民服务室考核管理方案》,规定由医保局党组成员分任组长,对乡镇医保工作站和村(社区)医保便民服务室分别采用普查和抽查形式开展评估验收,对基础设施、经办服务、日常管理等情况进行量化考核和综合评估,最终评选出相应的先进经办机构,并将年度考核结果与门诊(两病)统筹管理奖励相挂钩。三是逐年更新《局机关、中心窗口劳务派遣人员考核管理方案》《乡镇医保工作站劳务派遣人员考核方案》等文件,强化对劳务派遣人员的考核约束和绩效激励,逐步规范经办业务,提升经办服务能力。

3.2.4 公众反馈调试机制

作为G县政府部门主导的经办服务建设工程,在启动之初就高度重视收集公众的满意度评价,定期组织定点医疗机构满意度专项测评。《关于深化“双优化”创建人民满意医保服务“中心(站、室)”的通知》《关于进一步优化政策营商环境 创建人民满意医保服务“中心(站、室)”(2.0版)的通知》等多份政策文件中也都强调了“严格落实医保经办服务‘好差评’‘双评议’制度,对各项医保业务经办情况实行现场服务‘一次一评’,网上服务‘一事一评’。”对于专项测评和线上线下评议的结果,G县均给予公开通报,并督促经办机构优化整改。G县的具体实践中,以公众为中心的反馈机制的建立,本质上体现了一体化建设中以“人民为中心”的共同生产价值导向。一方面,通过渐进式的一体化建设过程不断收集公众的经办意见和看法,将公众基于自身感知偏好和实际体验的评价信息反馈到共同生产过程并最终作用于共同生产结果,成为一体化建设策略调整和服务优化的重要参考;另一方面,公众反馈与绩效考核激励机制相结合,将公众满意度作为医保经办中心(站、室)考核的重要参照指标,进一步强化服务主体对公众需求的关注和响应。

3.2.5 技术创新赋能机制

如前文所述,G县医保部门在一体化建设初期就迅速引入了第三方力量,成功搭建了县乡村三级联通的经办系统。这一系统为各级经办机构提供了一个共同的协作平台,实现了“数据跑路”替代“群众跑腿”的目标,使得“一网通办”和“一站式服务”从设想变为了现实。然而,技术创新赋能机制并不是一次性的,需要随着业务需求的变化和发展进行持续的优化和升级。例如,2022年5月,G县医保部门便与泰康保险公司开展合作,引进了“OCR 医保零星

报销智能审核系统”。这一系统通过智能识别技术赋能业务经办,显著提高了住院医疗费用资料的识别率,使得结算审核时间减少了 70% 以上,公众对应业务的办结时间也相应缩短到了 10 个工作日。此外,G 县医保部门对“帮代办”平台也进行了优化,推进了传统服务与智能化服务并行的门诊慢性病审核模式,有效避免了慢性病患者需要多次往返经办服务点的问题。

4 结论与讨论

G 县一体化建设中的共同生产动因涉及多个方面,包括需求性动因、公平性动因、整体性动因和环境性动因。这些触发动因相互交织,多元化驱动因素相互关联,但归结起来即是为了在实践中回应公众的需求,实现以“管理为导向”向“以服务为导向”的深刻理念转变,促使融洽、进步和可持续的共同生产关系得以构建和维持。具体而言,需求性动因反映了公众对服务质量和效率的期待,如 G 县居民对医保经办服务的需求和反馈,是推动服务创新和改善的重要驱动力。公平性动因揭示了公众对公平、公正的基本需求,既体现在 G 县对经办服务普惠共享理念的倡导,也体现在针对弱势群体提供人性化经办服务的实践之中。整体性动因体现了医保经办服务创新与“大医改”和“大健康”政策的系统性和整体性关联,即在改革伊始就明确了医保经办服务与顶层、上级医改政策和健康战略融合式推进的思路,力图以医保经办服务优化为支点加速推进全面深化医改和全民健康覆盖两大任务。环境性动因则强调了政策环境和技术环境对医保经办服务整合重塑的影响,即新的政策环境和技术环境为医保经办服务的创新提供了更多的空间和可能性。这些动因不仅反映了一体化建设的复杂性,也揭示了其共同生产过程的多元性。即公众的需求反馈、政府的政策推动、服务提供者的创新努力和环境的积极影响,共同构成了一个动态、互动的共同生产过程。

G 县一体化建设的实践中,还可以明显观察到五个关键机制的作用:(1)价值目标构建机制作为一个基础性机制,体现了公共服务共同生产的目标一致性原则。为了满足公众的多元化需求,G 县通过构建明确的“共享目标”^[17],将所有参与主体的行动统一到提升医保经办服务质量和效率上。(2)多方参与合作机制体现了共同生产理论中的协作性和多元化原则。G 县的经验表明,多元参与不等于混乱无

序,而需要通过合作机制有序地组织和协调。在这一机制下,各个政府部门、各级医保经办机构、医疗机构以及第三方力量共同参与到一体化建设中,形成了协同工作模式。(3)绩效考核激励机制则体现了共同生产理论中的激励和动态管理原则。G 县的实践充分考虑了机制设计是否能够保持外部规制和内生激励的动态平衡,考虑并设置了包括业务绩效、服务质量、民众体验等在内的多类科学合理、详实规范的考核指标,使其具备了长效性。(4)公众反馈调试机制则体现了共同生产理论中的反馈和优化原则,强调了公众反馈在共同生产过程中的关键角色。然而,G 县的实践进一步揭示了公众反馈不仅是共同生产的成果评价,更是共同生产中的过程调试,它通过反馈调整共同生产的策略和服务,使得共同生产的政策理念不断逼近群众的真实期望,也使得经办服务的政策成效更好地满足公众需求。(5)技术创新赋能机制体现了共同生产理论中的技术赋能原则,展示了新型信息技术在推动共同生产的效率和质量上的关键作用。同时,G 县的实践进一步表明,医保经办服务一体化中的共同生产技术赋能并不是一次性的,而是需要随着业务需求的变化和发展进行持续的优化和升级,加以渐进式迭代。综上所述,G 县在一体化建设中的五个机制,既与现有的共同生产理论有所契合,也提供了一些新的视角和实践经验。这些实践经验既是对现代化进程中公众需求变化的积极响应,也是推动公共服务向更高层次发展的重要手段,对于共同生产理论的进一步发展具有重要的参考价值,也对于其他地区或领域的共同生产实践提供了有益的借鉴。

本研究以 G 县医保经办服务一体化建设案例为研究对象,旨在描绘其实践中的共同生产过程并建构一个全面的解释性框架。然而,尽管此案例提供了丰富的细节,但依然存在一些局限性。由于实证材料的限制,本研究主要聚焦基层,对于市域乃至省域案例的深度探究和对比分析尚未进行,研究的外部效度有所不足。因此,需谨慎解读和推广本研究的结果。未来的研究可以进一步扩展地理范围,更多纳入同类条件案例以及不同行政层级案例,并在此基础上发展出更多可验证的假设,以此丰富和完善有关探讨,增强研究的广度和深度。此外,本研究主要使用共同生产的理论框架开展分析,但应认识到,其他的理论观点,如公共选择理论、公共服务理论等,也可以提供有用的视角和有力的工具来解释一体化建设的过程。因此,未来的研究可以尝试采

用多维度的研究视角,以提供更为全面和深入的理解。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 翟绍果,徐顺锋,郭锦龙.基本医疗保险经办服务满意度及优化路径研究:基于镇江、东莞、成都、神木、银川的实证分析[J]. 保险研究, 2013(10): 87-93.

[2] 顾海,吴迪.“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J]. 管理世界, 2021, 37(9): 158-167.

[3] 郑功成,赵明月.面向未来的高质量医疗保障制度建设[J]. 中共中央党校(国家行政学院)学报, 2022, 26(6): 108-117.

[4] 孙淑云,郎杰燕.中国城乡医保“碎片化”建制的路径依赖及其突破之道[J]. 中国行政管理, 2018(10): 73-77.

[5] Bovaird T. Beyond engagement and participation: User and community coproduction of public services[J]. Public Adm Rev, 2007, 67(5): 846-860.

[6] Verschuere B, Brandsen T, Pestoff V. Co-production: The State of the Art in Research and the Future Agenda[J]. Voluntas, 2012, 23(4): 1083-1101.

[7] Landi S, Russo S. Co-production ‘thinking’ and performance implications in the case of separate waste collection[J]. Public Manag Rev, 2022, 24(2): 301-325.

[8] 褚雷.城乡居民医保整合背景下农民医保服务的改善及其优化策略研究[J]. 理论学刊, 2022(3): 141-149.

[9] 胡晓毅,詹开明,何文炯.基本医疗保险治理机制及其完善[J]. 学术研究, 2018(1): 99-106,178.

[10] 王日珍,吴群红,单凌寒,等.我国门诊慢病医保经办精细化管理服务典型模式:基于医保管理增效案例的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(3): 16-21.

[11] 刘杰,王静思,张欣欣.我国社会保险经办服务体系存在的问题及对策研究[J]. 北京化工大学学报(社会科学版), 2014(4): 25-29,20.

[12] 申曙光.我们需要什么样的医疗保障体系?[J]. 社会保障评论, 2021, 5(1): 24-39.

[13] Ostrom E, Parks R B, Whitaker G P, et al. The public service production process: a framework for analyzing police services[J]. Policy Studies Journal, 1978, 7: 381.

[14] Parrado S, Van ryzin G G, Bovaird T, et al. Correlates of Co-production: Evidence From a Five-Nation Survey of Citizens[J]. Int Public Manag J, 2013, 16(1): 85-112.

[15] Voorberg W H, Bekkers V, Tummers L G. A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey [J]. Public Manag Rev, 2015, 17(9): 1333-1357.

[16] Osborne S P. From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? [J]. Public Manag Rev, 2018, 20(2): 225-231.

[17] Ostrom E. Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development[J]. World Dev, 1996, 24(6): 1073-1087.

[收稿日期:2023-05-16 修回日期:2023-06-20]

(编辑 赵晓娟)