

# 县域医保支付与医疗服务结构适配关系与机理

## ——基于云县典型案例的分析

邢怡青<sup>1,2\*</sup> 贺睿博<sup>1,2</sup> 李浩淼<sup>1,2</sup> 张亮<sup>1,2</sup>

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 武汉大学健康治理研究中心 湖北武汉 430072

**【摘要】**医保与医疗系统协同被视为促进卫生服务体系优化的关键手段,现有研究往往忽视了两个子系统之间的协同。本研究以云县医共体为研究范本,以适配理论为依据,构建医保支付与医疗服务的跨系统适配分析框架,纵向梳理系统适配路径,揭示适配机理。研究发现,两个子系统间主要有三种适配模式,呈现向下一阶段演进的特征;跨系统适配是一个多因素调节的互动过程,子系统适配地位具有非对等性,呈现“服务优先变革—保障适应调整—服务结构转变—医保引导行为”的全景。本研究对于中国特色医保支付方式适配改革具有一定参考价值,有利于形成中国式现代化县域卫生治理的有益经验,推进新时代县域卫生服务高质量发展。

**【关键词】**县域; 医保支付; 医疗服务结构; 跨系统适配模型; 适配关系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.05.001

### The relationship and mechanism of county health insurance payment and medical service structure adaptation: Analysis based on a typical case in Yun county

XING Yi-qing<sup>1,2</sup>, HE Rui-bo<sup>1,2</sup>, LI Hao-miao<sup>1,2</sup>, ZHANG Liang<sup>1,2</sup>

1. School of Politics and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. Center for Health Governance Research, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

**【Abstract】** Synergy between health insurance and medical system is regarded as a key means to promote the optimization of health service system, and existing studies have neglected the synergy and reflection between the two subsystems. Taking Yun county Medical Community as a research model, we construct a cross-system adaptation analysis framework of health insurance payment and medical services based on adaptation theory, longitudinally sort out the system adaptation paths and reveal the adaptation mechanism. The study finds that there are three main adaptation modes between the two subsystems, which show the characteristics of evolution to the next stage; the cross-system adaptation is a multi-factor adjustment process, and the subsystem adaptation status is non-reciprocal, showing a panorama of “service priority change-adaptation of coverage, service structure change-medical insurance guiding behavior”. This study is valuable for the reform of health insurance payment method adaptation with Chinese characteristics, and also contributes to the formation of useful experience in modernizing county health governance in Chinese style and promoting high-quality development of county health services in the new era.

**【Key words】** County; Health insurance payment; Medical service structure; Cross-system adaptation model; Adaptation relationship

\* 基金项目:国家自然科学基金重点项目(71734003)

作者简介:邢怡青(1995年—),女,博士研究生,主要研究方向为健康整合与医保支付。E-mail: 578500489@qq.com

通讯作者:张亮。E-mail: Zhangchunliang@whu.edu.cn

## 1 引言

新医改以来,县乡村医疗服务一体化的逐步完善、医疗保障制度的整合,推进了县域医疗服务体系的发展。然而,依然存续的层级机构间梯度挤压效应、县域纵向整合机制不健全、基层医疗机构服务能力较低等问题<sup>[1]</sup>,制约着县域居民获得感、幸福感与满足感的提升。中共中央、国务院《关于做好2022年全面推进乡村振兴重点工作的意见》指出,加强基本公共服务县域统筹,加快推进以县域为重要载体的城镇化建设,深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设,实施医保按总额付费。这不仅意味着县域将成为未来基本公共服务建设的重要单元,更折射出县域医疗服务体系建设应抓住的关键点是医疗服务与医保支付。

县域医疗服务体系是保障农村居民健康权利的载体,对实现“大病不出县”起着关键作用。<sup>[2]</sup>建立优质高效的医疗服务体系对医保与医疗子系统建设也提出要求。一方面,要求着眼于县域居民健康需求,促进县域优质医疗资源下沉,形成整合型服务模式;另一方面,对医保高质量发展提出要求,通过深化改革医保支付制度,提高医保资金使用效率,激发医疗服务体系优化动力。<sup>[3]</sup>对此,如何通过强化医疗服务与医保支付两大子系统关系,推动县域医疗服务体系的建设,成为值得探究的重点议题。

医保与医疗服务作为医疗卫生服务体系内的两个子系统,以其各自的固有逻辑独立发展,呈现出一种结构性矛盾。<sup>[4]</sup>一方面,医疗服务子系统关注供给方的服务行为、数量、资源等要素。在医疗资源数量一定的情况下,不同层级医疗机构的资源配置不均衡<sup>[5]</sup>,造成患者对医疗服务质量满意度低、趋高就医行为普遍<sup>[6]</sup>。另一方面,医保系统以机构费用控制为目标,以服务数量定额度的方式,忽视医疗服务的系统性,对医疗机构行为缺乏有效激励,加剧县域各层级医疗机构之间通过同质性医疗服务竞争来获取更多收入,导致医保支出额度逐年递增。2021年我国城乡居民基本医疗保险基金支出9 148.07亿元,同比增长12.0%<sup>[7]</sup>,医保基金赤字的潜在风险突出。因此,为促进县域医疗服务体系的高质量发展,需要跳出既往两个子系统独自发展的模式,重新审视医保与医疗服务的关系,厘清其互动机制与路径,方可成为县域医疗服务效率提升提供有益指引。

本文使用县域医疗服务体系建设的典型案

例——云南省云县,通过纵向案例研究方法,尝试将适配理论引入中国基层医疗卫生研究领域,探索构建医保支付与县域医疗服务结构的适配模型,不仅为相关研究提供理论基础,还能为中国式卫生健康治理体系现代化提供理论分析框架,并为县域医保支付方式改革与分级诊疗制度落实提供新思路。

## 2 文献回顾

医疗服务结构概念最早来自张亮团队于2008年提出的农村三级医疗预防保健网络层级结构,指的是由县乡村三级通过专业的职能分工形成的层级服务结构。<sup>[8]</sup>基于结构—功能主义理论,结构被描述为在两个或多个主体之间的资源联结,是行动主体为了满足被服务对象需求,选择利用资源的方式以及形成的相互关系。<sup>[9]</sup>由此可知,服务结构的核心是基于功能定位的分工、协作,这也是目前我国推行分级诊疗制度的要义。基于此,本研究认为县域医疗服务结构是县级医院、乡镇卫生院、村卫生室功能合理定位下的主体分工与协作,以及不同层级主体之间由此形成的关系,通过连接形式与强度进行测量。

医保支付与医疗服务的关系研究主要集中在两个方面。一方面,从单一子系统的视角出发,研究一个子系统对另一个子系统的影响效应。医保支付方式不仅会影响某级医疗机构的服务费用、数量与质量等<sup>[10-11]</sup>,还能够通过推动患者向基层回流,优化县域医疗卫生服务体系<sup>[12]</sup>。也有学者基于医疗服务子系统视角,认为医疗服务可及性、规范性、医疗服务整合与医保资金使用效率直接相关。<sup>[13]</sup>另一方面,聚焦两个子系统的相互关系视角,研究两个系统在协同方面存在的问题,承载能力的不匹配导致一方或者双方系统结构失衡。<sup>[14-15]</sup>

适配理论为医保支付与医疗服务关系研究提供分析视角。该理论认为一个系统效率提升的原因在于,其内外部各要素之间达到了相互适配的状态。<sup>[16-17]</sup>目前,该理论被广泛运用到战略管理、人力资源管理等多个学科,形成的“战略—结构—绩效(SSP)”范式成为指导相关研究的基础。<sup>[18]</sup>但在战略与结构“谁先适配谁、如何适配”的问题上产生分歧<sup>[19-20]</sup>,这为本文研究关注适配关系的逻辑起点提供启示。耦合协调模型被广泛运用到两个及以上子系统协调关系的测量,现有研究基于研究对象与数据特点,根据适配值所在的区间将其划分为不同适配层次。<sup>[21-22]</sup>由此可见,适配的核心应包括不同系统

之间的关系、作用以及程度。

综合可知,现有研究主要存在三点不足:第一,对县域医疗服务结构研究较为匮乏。关注县域某一级别医疗机构,缺少系统整合思维;第二,从控费角度而非服务导向视角研究医保与医疗服务关系具有局限性;第三,医保支付与医疗服务子系统之间的关系有待深入探索。因此,本文从整体性视角研究多级医疗机构之间形成的服务结构,聚焦县域医保支付与医疗服务结构两个子系统,探索性构建两者的适配关系模型,并基于云县典型案例的实践经验,揭示两者适配关系的样态与动态演进路径。

### 3 理论模型与研究设计

#### 3.1 理论框架

首先,借鉴相关研究,基于“医保支付—服务结构—服务绩效”逻辑链,构建一个医保支付与医疗服务结构的跨系统适配模型(图1)。在跨系统适配模型中,医保支付与医疗服务结构是县域医疗服务结果的前置条件。鉴于医保子系统涉及环节多、覆盖范围大的特点,结合对县域医疗服务结构的界定,聚焦在与医疗服务关联紧密的支付环节。按照医保支付费率确定时间划分为后付制与预付制,以及进一步在总额预付制下细分为按项目付费、按人头付费、按病种付费、打包支付等多元支付方式。县域医疗服务结构则包括三级医疗机构之间由于分工与协作所形成的互动关系与服务模式。由此,刻画医保支付与医疗服务结构适配演化的过程,揭示出两者适配演化的机理,以打开医保支付与县域医疗服务结构适配关系的“黑箱”。

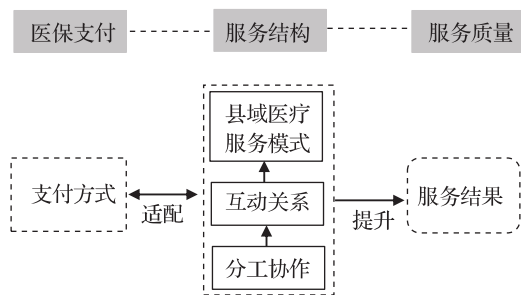


图1 医保支付与县域医疗服务结构跨系统适配模型

#### 3.2 研究方法

本研究采用纵向案例研究方法进行分析。该研究方法是以前实践事实为依据,基于对单案例发展过程的分析,揭示其纵向时间内的演进路径与逻辑,不仅能够识别出实践结果形成的因素组合,还可以弥

补目前定量研究、扎根理论研究与多案例研究等方法对动态现象及时间性关注不足的问题。<sup>[23]</sup>由于本研究的目的在于回答“医保支付与县域医疗服务结构如何适配”“如何提升双系统效能”的问题,本质上属于“如何”型的研究,适宜采用案例研究方法。此外,纵向案例研究方法强调事件之间的时间顺序,采用该方法有利于对两个子系统的动态适配过程进行详尽挖掘。<sup>[24]</sup>

#### 3.3 资料来源

本文的资料与数据来源于三个方面:(1)实地调研数据。课题组于2022年8月前往云南省云县调研,获取该县医共体内县乡村开展医疗服务协作行为、医保支付方式改革的措施与成效等相关政策和数据。(2)官方报道数据。通过国家卫健委、云南省卫健委的官网搜集对云县医共体、医保支付方式改革的相关介绍,获取改革举措和相关政策以及建设成效等资料。(3)相关文献的二手数据。从知网、万方、Web of science 等数据库搜集对云县医疗卫生服务体系、医保支付方式的研究,以及《紧密型县域医疗卫生共同体建设试点省和试点县名单》中对云县改革的介绍,获取该县医疗服务和医保支付改革成效的相关资料。

根据云县医保支付与医疗服务体系改革的动态变化,分成三个阶段:第一,以县级公立医院改革为重点、支付方式延续后付制的阶段(2009—2014年);第二,以县乡村一体化服务改革为主、支付方式由后付制转向预付制的阶段(2014—2018年);第三,以县域医共体建设为主、实施打包支付的阶段(2018年至今),以此分析两个子系统的动态适配过程。

### 4 适配关系动态演化分析

#### 4.1 动态适配演化过程

##### 4.1.1 第一阶段:后付制适配割裂型服务结构

新医改之初,由于云县医疗服务长期受到市场经济运行机制的影响,“经济人”假设驱动县域医疗服务供给主体的逐利动机与行为,该县面临整体医疗卫生服务能力弱、医疗服务供给不足、医疗资源浪费与紧缺并存的问题。与此同时,居民对医疗服务可及性与可负担性的需求增加,促使云县加快医疗卫生服务体系改革的力度与进程。

云县将政策注意力配置在县级公立医院。通过增加政府投入支持、深化三级医院对口支援县级医

院、建立长期合作帮扶、加强县级医院人才培养、推进薪酬制度改革等措施,着力提升县级医院的服务能力,使云县人民医院成为县域内医疗卫生中心。此时,从县域医疗服务结构视角来看,强调县级医院能力建设的模式使得医疗资源更多集中在县级医院,乡镇卫生院与村卫生室资源匮乏,加之患者就医决策高度自由,两级机构之间的服务量差不断扩大。同时,县级公立医院作为县域医疗服务体系的龙头,对乡镇卫生院与村卫生室虽有一定的技术帮扶作用,但帮扶强度与频率都较低,形成无序性的“倒三角形”医疗服务结构。在医疗服务系统改革的驱动下,云县开启医保支付改革。相关政策文件提出,推行按病种付费、按人头付费等预付制方式。然而,实际上云县仍延续1998年重建社会医疗保险制度以来的按项目付费方式,这是一种典型的后付制,支付方式改革未取得实质性进展,这一现象在全国也具有普遍性。<sup>[25]</sup>

#### 4.1.2 第二阶段:总额预付、多元支付适配一体化服务结构

云县医疗服务能力在新医改以来的一系列举措下得到提升,但各层级医疗机构功能错位尚未扭转,县域医疗服务结构不合理显著存在。2013年云县人民医院的住院人次为2.10万,是所有乡镇卫生院住院人次的2.83倍,患者县外就诊数量超过全县患者的1/3,阻碍县域医疗服务体系的深化发展。因此,为推动医疗服务结构合理发展,满足患者的医疗服务需求,云县政府对医疗卫生服务体系改革提出要求,着力构建富有理性的集体行动机制。

2014年6月,云县人民医院承担改革责任,院长结合该县医疗卫生情境,开创性提出医疗服务一体化改革设想,在云县卫生局的支持下,云县开启“自下而上”的县乡村一体化改革进程。云县在县域范围内选择六个乡镇卫生院开展一体化改革试点,组建一体化办公室整合县域医疗资源,将乡镇卫生院的人事权、管理权与分配权下放给县人民医院行使。政策方面,《云南省县乡医疗服务一体化管理指导意见》,为云县医疗服务一体化管理的权限范围、帮扶机制、管理程序等内容提供改革方向。县乡互动与协作方面,由县人民医院等托管医院成立的巡回医疗组,每月定期到乡镇卫生院坐诊2次以上,两级定点帮扶模式增加层级机构间的协作性,提高乡镇卫生院的医疗服务质量。县乡两级协作增强,2014年

6月至2015年5月,云县县级医疗机构与乡镇卫生院双向转诊人次为979人次,其中乡镇卫生院上转728人次,县级医院下转251人次。<sup>[26]</sup>伴随医疗服务结构的转变,云县医保支付方式做出适应性调整,积极探索由后付制到预付制转变,突破长期按项目付费的单一方式,实行按病种付费为主,按床日付费、按病种付费、按人头付费等多元支付方式。

#### 4.1.3 第三阶段:打包支付适配整合型医疗服务结构

针对单一机构支付的预付制缺少对医疗机构和医生行为的有效激励,各级医疗机构的医生诱导患者过度使用医疗服务,同一疾病住院患者在县乡两级医疗机构的重复用药比高达40%以上,医保基金使用效率较低。2016—2018年,云县医保基金连续3年严重超支,累计结存的7000万元医保资金逐渐被消耗。<sup>[27]</sup>与此同时,县乡村一体化改革未扭转县域内各级医疗机构功能定位不合理的问题。且伴随人口老龄化加速发展、疾病谱转型等,居民对连续性健康服务的需求旺盛。在此背景下,云县开启县域医共体建设和医保支付方式改革。

2018年,云县在县乡村一体化前期建设的基础上,探索“自下而上+自上而下”的县域医疗卫生服务体系改革。首先,加大县域医疗资源整合力度。成立医共体管理委员,将县人民医院、中医院、妇幼保健院、疾控中心、民营医院、乡镇卫生院与村卫生室都纳入到共同体内,并由委员会统筹财政投入、薪酬制度、人事制度等,在管理、服务、利益与责任维度上构建县乡村共同体。其次,伴随县域医疗服务结构的升级,云县于2019年开始实施总额预付制下的打包支付方式改革,其机制设计具有两大特点。第一,医保基金统筹使用。云县政府打通各个层级医疗机构,将资金打包拨付给县域医共体,依据资金性质与用途,由牵头医院统筹分配与使用。第二,医保基金结余留用。打包支付赋予医共体对医保留用资金的剩余索取权,结余部分按照一定比例在医共体成员单位之间进行分配,超支部分也由医共体承担。

2013—2020年,云县通过不断规范医疗服务行为与改革支付方式,取得一系列改革成效。主要体现在县域内患者就诊率提升,县级医院和乡镇卫生院业务收入大幅增加,县域医保基金结余增加(表1)。医共体与医保支付方式改革后,县域就诊率由2013年的66.4%提升至2020年的94.49%,其中,基层就诊率由2018年的51.79%提高至2020年

表 1 三个阶段医保支付方式变化前后医疗及医保基金变化

| 年份   | 县级医院医疗<br>业务收入<br>(万元) | 乡镇卫生院<br>医疗业务收入<br>(万元) | 医保基金<br>结余<br>(万元) | 县域就<br>诊率<br>(%) |
|------|------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|
| 2013 | 9 860                  | 2 538                   | 958                | 66.40            |
| 2018 | 21 875                 | 4 625                   | -208               | 89.71            |
| 2020 | 27 793                 | 5 195                   | 1 917              | 94.49            |

的 55.13%，增幅为 3.34%。县级医院和乡镇卫生院协作关系增强，县级医院下转患者数量占比由 2018 年的 5.64% 增加到 2020 年的 10.24%，增幅达 44.92%。打包支付有效减少了各级医疗机构的过度医疗行为，次均费用得到有效控制，如 2020 年剖宫产手术的次均费用为 3 513.87 元，较 2018 年降幅

近 20%；县域医保基金使用效率也显著提升，云县医保基金从 2018 年超支 208 万到 2020 年结余 1 917 万元，医保基金结余率达到 7.5%。<sup>[28]</sup>

#### 4.2 动态适配演化机理

从云县的纵向发展过程得知，在患者需求转变、人口结构转型、社会经济发展、资源基础条件等驱动因素下，云县医疗服务结构呈现出由割裂型向整合型演进，相应的医保支付方式由后付制、单一性向预付制、多元化演进，是一个多因素调节与影响的路径（图 2）。从两个子系统的发展与演进过程来看，适配目标的协同度不断增加，并不断驱动县域医疗服务质量优化。

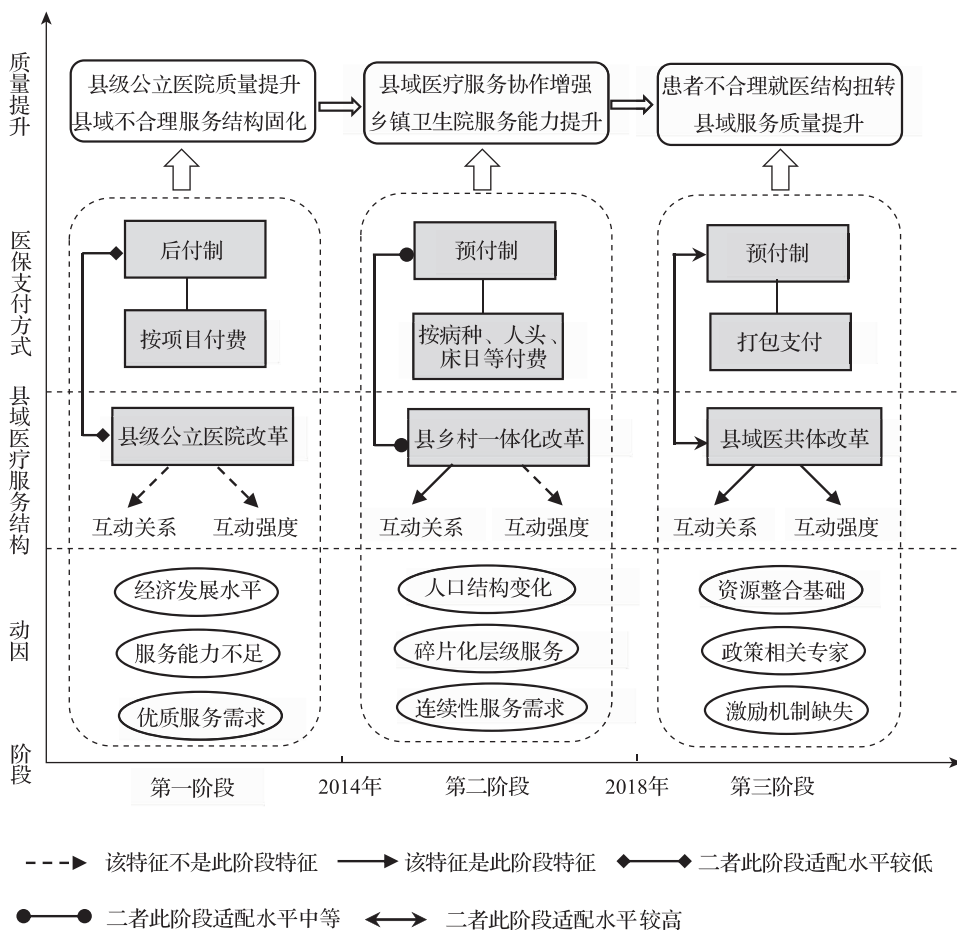


图 2 医保支付与县域医疗服务结构适配演化路径

医保支付与医疗服务结构适配关系呈现渐进性演进特征。在不同发展阶段，医保支付与县域医疗服务结构的适配形式、程度与水平具有差异性，呈现向下一阶段演进发展，这为未来跨系统适配提供指引与思考。云县自新医改以来，两个子系统适配水平呈现平缓上升趋势。在第一阶段，医保后付制虽然适应了单层级医疗机构独立提供医疗服务模式，

但后付制因缺少激励相容机制，对县域医疗服务合理结构形成发挥抑制效应，两者适配方向不对等，此阶段适配水平较低。在第二阶段，两个子系统在具备适配关系的基础上，内含激励机制的预付制对医疗服务结构发挥协同效应。然而，由于路径依赖与惯性，层级机构医疗服务能力差距较短时间内难以被扭转，同时仍以单机构医疗费用为依据的支付方



式无法缓解县级医院“虹吸”效应,此阶段两个子系统适配水平提升,但适配作用强度有限。在第三阶段中,医保支付不仅与县域医疗服务机构具有正向适配关系与协同适配方向,同时,打包支付方式改革激励医疗机构从“收入导向”转向“效率导向”,引导医共体内各个层级医疗机构之间形成服务与利益共同体。县域内存量患者结构得以优化,两个子系统之间的适配强度得以增强,适配水平进一步提升。未来,继续延循云县三个阶段的跨系统适配演变规律,医保支付方式不断进行调适与优化,以达到与县域医疗服务结构高度适配的目标,进一步提升两个子系统的适配与协同发展水平。

此外,医保支付与医疗服务结构动态适配演进的地位具有不对等性,在各子系统自主性发展的同时,呈现“医疗→医保→医疗→医保”演化规律(图3)。在这一过程中,医疗服务子系统处于适配演进中的先发地位,医疗驱动医保发展,这是两者适配路径的起点与基础。纵向观察各个阶段,县域医疗服务优先于医保支付方式改革,医保支付方式随之进行适应性调整,但响应速度与时效存在差异。2014年在县乡村一体化改革后,医保支付没有及时向整合支付方式转变;2018年医共体改革后,打包支付于2019年才开始实施,医保支付方式响应具有一定的滞后性。其次,医保支付在适配关系中发挥关键引导地位。以县域医疗服务系统设计为前提条件的医保支付方式调整,与医疗服务子系统不断达到适配关系,通过引导医生行为与患者就医选择行为,对医疗服务结构发挥积极效应。

## 5 讨论与建议

本研究在县域医疗卫生服务治理体系视域下,基于适配理论与模型的分析,结合云县医疗服务体系改革的纵向案例研究,探讨了医保支付与县域医疗服务结构的动态适配演进过程。研究表明,第一,县域医保支付与医疗服务结构有三种适配模式,割裂性服务结构与后付制适配,一体化服务结构与预付制适配,整合型服务结构与打包支付适配,当两者达到高适配水平时,才能推动县域医疗服务的高质量发展。第二,两个子系统之间的适配关系不具有对等性。在各个阶段,医疗服务结构总是优先于医保支付变革,医保支付引导医疗服务结构,呈现出“医疗变革—医保调整—医疗转变—医保引导—医疗服务质量提升”的持续适应过程。第三,两者适

配过程受到政策企业家、医生感知、人口结构、社会经济发展水平、医疗资源紧密程度等条件影响,是一个多因素调节与影响的互动过程。

对此,在乡村振兴背景下,如何建设与优化县域医疗服务体系,以助推乡村卫生振兴,本文研究具有一定的启示意义。首先,应立足于系统性视角,突破目前以机构为单位进行支付的单一视角,以优化县域医疗服务结构为导向,重点关注县级与基层医疗机构的互动关系与形式,促进县域整合型医疗服务模式的组建,推动形成县域内合理化的就医格局。其次,在支付设计上,应及时结合县域医疗服务结构进行适配性优化,聚焦层级服务结构而非服务费用单一指标,推进适应于整合型医疗服务模式的纵向医保支付改革,并探索县域医共体总额预算多元支付方式改革,深化打包支付“结余留用”的激励效应。最后,未来县域医疗服务体系改革与医保支付方式改革应关注两个子系统之间的目标协同,跳出医保支付的控费目标与医疗服务子系统的服务量扩增目标,以满足人民健康需求为导向,将各自的短期目标上升到健康价值引领、县域医疗服务质量提升的长期目标,以此推动两个子系统的主动性适配。

然而,目前医保支付与医疗服务两个子系统适配存在的问题仍需要审慎对待。一方面,打包支付对健康结果与服务质量考核不足,缺少对结余基金的科学分配设计等,影响医保支付对县域医疗服务结构合理性的引导效应;另一方面,云县医共体整合型服务机制仍以医疗服务为中心,生命周期健康服务未得到重视,且在乡村数字建设下,云县尚未充分发挥数字技术对医共体发展的赋能效应,数字健康服务在该县的应用场景搭建和操作运用仍有较大优化空间。因此,在此基础上,未来需要进一步对打包支付方式进行适配性改革,深入探索县域健康服务共同体的结构与模式,释放数字技术的赋能效应,推动医共体向健共体转型,进而达到县域健康服务质量优化、居民健康水平提升的目的。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 赵黎. 发展还是内卷——农村基层医疗卫生体制改革与变迁[J]. 中国农村观察, 2018(6): 89-109.
- [2] 王哲, 范宪伟, 关博, 等. 县域医疗卫生资源: 评估、功能定位及优化路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(9): 62-68.

- [3] 龚松柏, 陈兰. 乡村振兴视域下中国紧密型县域医共体建设探究[J]. 成都行政学院学报, 2022(6): 56-65, 118.
- [4] 张研, 张亮. 医疗保障体系与服务供给体系的摩擦与整合[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(1): 21-23.
- [5] 李玲, 陈剑锋. 新医改的进展评述: 基于历史视野和全球视角的分析[J]. 社会保障研究, 2012(1): 107-115.
- [6] 黄严, 张璐莹. 激励相容: 中国“分级诊疗”的实现路径: 基于 S 县医共体改革的个案研究[J]. 中国行政管理, 2019(7): 115-123.
- [7] 2021 年医疗保障事业发展统计快报[EB/OL]. [2023-02-22]. [http://www.gov.cn/guoqing/2022-03/23/content\\_5680879.html](http://www.gov.cn/guoqing/2022-03/23/content_5680879.html)
- [8] 张洁欣, 张翔, 王成增, 等. 基于系统论的农村三级医疗预防保健网络的适宜层级结构设想[J]. 医学与社会, 2008(10): 30-32.
- [9] Oliver C. Determinants of Interorganizational Relationship [J]. *Integration and Future Directions in Academy of Management Review*, 1990, 15(2): 241-265.
- [10] 何文, 申曙光. 医保支付方式与医疗服务供方道德风险: 基于医疗保险报销数据的经验分析[J]. 统计研究, 2020, 37(8): 64-76.
- [11] 陶红兵, 卓丽军. 总额预付背景下公立医院医疗服务质量与效率的形成机制研究: 基于扎根理论分析[J]. 宏观质量研究, 2022, 10(2): 76-85.
- [12] 陈雯, 李锦汤, 李萍. 广东省阳西县紧密型县域医共体医保支付方式改革分析评价[J]. 中国医疗保险, 2021(10): 51-55.
- [13] McWilliams J M, Chernew M E, Zaslavsky A M, et al. Delivery System Integration and Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries[J]. *JAMA Intern Med*, 2013, 173(5): 1447-1456.
- [14] John Maa. Harnessing the Affordable Care Act to Catalyze Delivery System Reform and Strengthen Emergency Care in America[J]. *The Permanente Journal*, 2015, 19(1): 86-89.
- [15] 黄华波. 找准政策立足点, 完善制度防范基金风险[J]. 中国医疗保险, 2020(8): 29-30.
- [16] Vande Ven A H. Review of Aldrich's book-Organisations and Environments[J]. *Administrative Science Quarterly*, 1999, 44(3): 320-26.
- [17] 苏敬勤, 崔森. 核心技术创新与管理创新的适配演化[J]. 管理科学, 2010, 23(1): 27-37.
- [18] Rumelt R P. Strategy, structure, and economic performance [M]. Harvard University Press, 1974.
- [19] Williamson H F. Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise by Alfred D. Chandler, Jr. (Book Review)[J]. *Technology and Culture*, 1964, 5(1): 107.
- [20] Fredrickson J W. The Strategic Decision Process and Organizational Structure [J]. *Academy of Management Journal*, 1986(11): 280-297.
- [21] 李二玲, 崔之珍. 中国区域创新能力与经济发展水平的耦合协调分析[J]. 地理科学, 2018, 38(9): 1412-1421.
- [22] 王福. 移动图书馆情境与信息行为的生态适配模型构建[J]. 情报理论与实践, 2017, 40(11): 80-85, 95.
- [23] 王凤彬, 张雪. 用纵向案例研究讲好中国故事: 过程研究范式、过程理论化与中西对话前景[J]. 管理世界, 2022, 38(6): 191-213.
- [24] Chaiklin H. Case study research: design and methods[J]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179(2): 115.
- [25] 郁建兴, 涂怡欣, 吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案: 基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020, 36(1): 5-15, 2.
- [26] 沈仕春. 云县实现城乡医疗一体化[N]. 云南法制报, 2015-05-12.
- [27] 黄二丹. 打包-回流-调价 = 医共体下的“腾笼换鸟”[J]. 中国卫生, 2019, 411(11): 24-25.
- [28] 朱静敏, 段晖. 县域医共体何以实现卫生绩效: 政策企业家、再组织化联盟与激励兼容[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 125-138, 174-175.

[收稿日期:2023-02-22 修回日期:2023-04-18]

(编辑 薛云)