

县域医共体与医保的协同发展：理论缘由、实践困境与优化策略

王红波* 张开然 龚曦

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】本文归纳了医共体与医保协同发展的理论缘由,并运用协同治理理论分析了当下医共体和医保协同发展的实践困境,进而提出了相应建议。研究认为,医共体和医保协同发展是协同治理应对复杂性公共管理问题的理论要求,也是“三医联动”改革实践的理论升华,更是构建整合型医疗卫生服务体系的内在要求。然而,当前二者协同还存在发展目标不明确、缺乏对元主体的清晰界定、多元主体参与不足以及协同措施碎片化的实践困境,未来需要以健康中国作为长期性共同目标,发挥党委、政府启动协同治理的元主体作用,吸纳多元主体参与协同治理并强化协同治理措施的系统性。

【关键词】医疗保障;县域医共体;协同治理;整合

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.09.001

The collaborative development of county medical communities and medical insurance: Theoretical causes, practical dilemmas, and optimization strategies

WANG Hong-bo, ZHANG Kai-ran, GONG Xi

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】The article summarizes the theoretical causes for the collaborative development of county medical communities and medical insurance, then analyzes the practical difficulties in the current conditions of their collaborative development with collaborative governance theory, and then puts forward corresponding suggestions. It suggests that the collaborative development of the county medical communities and medical insurance is a response to collaborative governance theories to deal with complex public management issues, a theoretical sublimation of the "integration of medical treatment, medical insurance and medicines supply" reform practice, and an inherent requirement for building an integrated medical and health service system. However, problems such as unclear development goals, lack of clear definition of meta governance subjects, insufficient participation of multi subjects, and fragmentation of collaborative measures is yet to be dealt with in practice. In the future, Healthy China ought to be taken as a common long-term goal, with Party committees and governments being the meta subjects of starting collaborative governance, absorbing multi subjects to participate in collaborative governance, and introducing the systematic collaborative governance measures.

【Key words】Medical insurance; County medical communities; Collaborative governance; Integration

1 问题提出

医共体是强化基层医疗卫生服务的重要载体,通过整合县域内医疗卫生服务资源,尤其是建立

“权、责、利”一体化的县、乡、村医疗卫生服务供给机制,有利于实现县域内优质卫生资源下沉,强化基层服务能力,可以为居民就近提供高质量医疗卫生服务,逐渐实现为县域内居民提供整体性、连续性的整

* 基金项目:中国人民大学2021年度拔尖创新人才培养资助计划成果;中国人民大学“中央高校建设世界一流大学(学科)和特色发展引导专项资金”支持项目

作者简介:王红波(1989年—),男,博士研究生,主要研究方向为健康保障。E-mail:hbo2016@163.com

合型医疗卫生服务的目标。随着国家级紧密型医共体试点的铺开,截至2021年3月,全国已建成各类医共体4 028个,医共体改革已成为医改领域最重要的热点之一。^[1]

医保作为购买医疗卫生服务的最主要资金来源,其制度设计是影响医共体改革的关键。实践显示,因医保和卫生分属不同行政部门管理,且二者有着不同的制度运行逻辑,医保制度设计往往不易匹配医共体改革的要求,或者双方对于医保如何购买医共体所提供的医疗卫生服务不易达成共识。党的二十大报告明确指出要促进医保、医疗、医药协同发展和治理,但在县域医改中,医共体与医保难以协同发展已成为医共体改革的主要困境。如何认识医共体和医保在改革发展中的关系,以及如何更好地促进二者的协调发展已经成为卫生领域共同关注的议题。

有关医共体和医保改革问题的文献包括三方面:一是讨论如何优化医共体中医保支付问题。医保支付是决定医共体能否成为利益共同体的关键,由于医共体始终存在不同层级医疗机构间、个人和集体间的利益冲突,医保支付可以对参与主体利益关系进行协调和再分配。相关研究讨论了总额预付、总额预算、结余留用等激励形式在实践中的设计逻辑。^[2-3]二是讨论了医保支付如何影响医共体主体的行为。医共体打包付费目的在于调动医疗服务供给主体开展分级诊疗的内生动力,打破通过争抢患者获取更高医疗收入的路径依赖。^[4]但关于总额预付是否真正影响了医共体成员单位和医务人员供给行为的实证研究结果并不一致,有研究证实总额预付对于防范过度医疗和促进分级诊疗有积极作用^[5],但也有研究发现这种改革会带来基层住院服务的不合理增长。^[6]三是讨论医共体与医保支付协同发展问题。如归纳打包支付与医共体协同改革效果的测量准则^[4]、对典型地区医共体与医保协同效果进行案例介绍等^[7]。

上述研究集中于讨论医共体发展中如何优化医保支付方式,对于二者协同发展的分析也仅聚焦于医保支付方式是否顺利推行或产生了何种效果。事实上,医共体与医保的协同发展更需要关注的是应该如何从理论视域下阐释推动医共体和医保协同发展的缘由,如何运用恰当的理论分析医共体和医保协同改革中的实践困境以及如何构建二者协同发展的逻辑架构并提出相应对策。为此,本文基于协同

治理理论和医共体改革实践经验,对医共体和医保协同发展进行系统性分析。

2 协同治理理论的基本内涵

协同治理(collaborative governance)是一个建立在现代治理理论基础上的中观理论概念。爱默生认为协同治理是“公共政策决策、管理的过程和结构,能使人们建设性地跨越公共机构、政府等级以及公共、私人与市政领域的边界,以实现其他方式无法达到的公共目标”。^[8]公共事务治理中之所以强调“协同”,在于传统官僚制或新公共管理都难以应对全球化背景下公共问题复杂化、公民需求多样化等的挑战。^[9]这些复杂的公共问题又被称为“棘手问题”(wicked problems)，“棘手问题”的特点是动态复杂,没有明确的定义和解决方案,而且往往跨越多个管辖区,涉及多个组织和利益相关者。由于长期以来政府机构内部以及各个社会组织的边界分隔,任何单一部门或单一组织均难以应对公共事务中的“棘手问题”,需要跨机构、跨部门、跨边界的协同治理来应对。^[10]

多元主体要走向协同需要把握三个要点:一是明确“协同”的基础是多元主体围绕共同目标长期努力。描述多主体联合行动的概念还包括网络、协调、合作等,这些概念虽然与协同有密切关联,却有着一个关键不同点,即共同目标作为联合行动的起点在协同中表现得更为突出,尤其是协同需要各方围绕一个长期性的共同目标而努力,由此各方之间需要投入更多的精力并具备更高的信任度。^[10]而网络、协调、合作等所需要的共同目标常常是短期性的,各方在联合实现共同目标之后有可能再次走向分散。第二,多元主体走上“协同”需要启动条件,其中至为重要的条件是由元主体发挥领导力。需要走向协同治理的相关主体之间往往存在历史性冲突或对抗,因此,并非任何意图实现协同的治理模式都可以取得成功。在多元主体网络关系中,协同的启动需要有一个角色承担核心主体或元主体功能,对协同网络予以统筹调控。安塞尔和加斯赫在总结了137个协同治理案例的基础上指出,领导力是协同治理模式取得成功的关键要素之一。^[11]范如国认为,复杂网络结构的社会治理协同创新需要政府承担社会网络的核心主体,对协同进行统筹。^[12]这些研究均表明,要实现多元主体协同治理的启动,需要清晰界定协同治理的元主体,并由元主体发挥领导力推动协同的

运转。第三,协同治理需要开放公平的多元主体参与并建立规范的多元主体互动的治理机制。在协同行动启动后,多元主体在平等公平原则下参与到公共治理中来才能发挥各自的治理功能,与此同时,需要形成系统、整体的多元互动治理机制,确保协同行动可持续。

3 医共体和医保协同发展的理论缘由

虽然不少学者和政策制定者都呼吁加强医共体和医保的协同发展,但并未从理论的高度对二者关系进行剖析,以至于人们对二者协同发展的必要性认识不足。本文认为,医共体和医保协同发展的需求主要基于以下三方面的理论缘由。

3.1 复杂性公共管理问题的应对:医共体和医保协同发展的理论起点

协同治理的理论起点是回应复杂性公共管理问题。在世界范围内,医改是一个公认的复杂性公共治理难题,协同治理理念正被广泛运用到该领域中。在我国县域医改中,医共体作为医疗卫生服务供给者也是医疗、医保和医药等多方主体互动的载体。因此,医共体改革是一个涉及医疗、医保、药品监管、人事编办、医药协会等多主体利益互动的过程,其政策过程和改革举措异常复杂,只有充分调动相关主体积极性才能构建长效、稳健的医共体运行机制。从治理理论审视,传统的强调命令、控制的层级制管理和强调竞争的市场机制都难以应对复杂的医共体改革,而必须在改革中以协同治理为起点,加强多元主体的协商共治。在诸多利益相关者中,由于医保是医共体筹资的主要来源,且医保基金购买内容、购买方式及其监管措施都对医共体有着极大影响,医共体和医保的关系是县域医改复杂治理的核心议题。因此,要应对医共体改革的复杂性治理难题,就必须基于协同治理理论视角推动医共体和医保的协同发展。

3.2 长期三医联动改革的启示:医共体和医保协同发展的实践反思

“三医联动”很早就被视为解决我国医改问题的基本方略。不过,整体而言,我国“三医联动”的效果并不突出。从理论分析看,其效果不佳的原因在于:一方面,虽然“三医联动”已经提出 20 多年,但人们对于此概念的内涵并未达成共识^[13],以至于对于如何推动“三医联动”以及其障碍在哪里始终存在分

歧。^[14]另一方面,“三医联动”虽然强调医疗、医保和医药联合改革的重要性,但对于三者的地位关系表述不明,以至于学术界和实践界对于医保还是医疗谁应该占据统领地位争议不断。^[15]由此可以看出,“三医联动”虽然是我国长期以来总结出来的本土化经验,但由于缺乏规范、清晰的理论内涵,其理论化程度仍需持续发展。在此背景下,党的二十大报告明确提出“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”,三医协同治理将逐渐取代“三医联动”成为指导医改的理论原则。与“三医联动”相比,协同治理作为治理理论中的中观理论之一具有两个突出特征:一是协同治理研究在国内外公共管理领域已经非常成熟,学者们对其定义内涵、发展脉络和应用范围等的讨论已经比较清晰;二是协同治理强调多元主体地位上的平等和行动上的一致性,即围绕共同目标一致行动才能实现协同效果,明确了医改需要“三医”共同行动的原则。因此,二十大报告实际上已将理论内涵更清晰、发展更为成熟的协同治理理论作为深化医改的基本理论参考,而这也是医共体和医保走向协同治理的依据。

3.3 整合型医疗卫生服务体系构建:医共体和医保协同发展的内在要求

将碎片化的医疗卫生服务进行整合已成为国际卫生治理的共识,我国也于 2015 年明确提出了构建整合型医疗卫生服务体系的目标^[16],并推出了许多改革举措,其中最为关键的就是发展医联体,通过优化不同层级医疗卫生机构的分工协作,实现服务供给的连续性、整体性,县域医共体是医联体在县域内的实现形式,可以借助县域社会经济水平一致性程度较高的优势实现紧密型整合。不过,医共体只是构建县域整合型医疗卫生服务的组织载体,要真正实现连续性、整体性的服务供给,需要在医共体基础上,优化医保制度设计,充分利用医保资金的战略购买功能激发医共体所代表的医疗、医药服务活力,并提高其服务价值,最重要的是促进其服务从碎片化走向整合化,而整合型医疗卫生服务体系的构建本身也可以实现医保资金购买的健康价值。因此,在县域医改过程中,医共体和医保的发展统一于构建整合型医疗卫生服务体系,而这就迫切需要双方走向协同治理和发展。

4 医共体和医保协同发展的实践困境

自医共体试点以来,国家及地方均出台了创新

医保支付方式以促进医共体发展的政策,如“探索对紧密型医疗联合体实行总额付费”“发挥医保激励、约束作用,动态调整医疗服务价格,为县域医共体建设创造良好的政策环境”等,这些政策均强调了医共体建设需要医保与其协同发展的内在要求,但从协同治理视角可以发现,医共体和医保协同发展在实践中仍有一些关键问题尚未解决。

4.1 协同治理目标不够明确,制约了协同发展观念形成

长期的共同目标是协同治理得以实现的前提,对于“棘手”公共问题,只有跨边界、跨结构、多主体围绕长期共同目标进行协商共治才能真正应对。^[9]不过,在我国县域医共体改革乃至整个医改中,相关主体对协同治理的内涵认识尚不深刻,关键一点是忽视了对相关主体开展协同治理背后所嵌入的共同目标的强调。就医共体和医保协同发展而言,上述问题集中体现在两方面:

第一,未理解“协同治理”的要义在于各主体为长期共同目标而联合行动。在我国县域医改实践中,往往把医共体和医保相互配合、协调或合作当作协同。然而,这些配合、协调或合作多表现为临时性联合行动。如在医保管理机构看来,医保支付方式改革仅仅是促进医共体发展的外部支持举措,其配合改革的主动性并不高;在卫生行政管理部门和医疗机构看来,医共体改革是医疗卫生体系的内部变革,关于这种变革对医保产生的影响考虑不多。

第二,双方对于长期共同目标未达成共识。如果没有形成对长期性共同目标的共识,彼此之间围绕医共体改革和医保发展很难建立持久的信任关系。在医共体改革中,医保配合医共体改革的短期目标是制定符合医共体组织形式的支付机制,进而达到控制费用、防止基金收不抵支的目的;卫生管理者及医疗机构往往把医保配合下医共体改革的顺利推进作为短期目标。事实上,构建整合型医疗卫生服务体系进而改善居民健康、促进健康中国建设这一长期的共同目标未被双方很好地理解和达成共识。因此,长期以来,二者的改革定位于政策需求下的相互协调,而非主动性的协同。

4.2 协同治理元主体不清晰,影响了协同发展行为启动

协同治理理论表明,由一定的元主体发挥领导

力对于启动协同至关重要。医共体改革中,凡是从松散型医共体转变为紧密型医共体的县域,党委、政府在推进县乡医疗机构一体化整合时均扮演着元主体角色。不过,对于多数松散型医共体以及需要可持续发展的紧密型医共体而言,党委、政府的元主体角色与功能尚未得到清晰认识。许多地方医共体和医保改革难以实现协同的重要原因是忽视了党委、政府在其中需要承担的协同启动功能。长期以来,医保与医疗卫生机构作为监管者与被监管者,往往存在历史性冲突与对抗的思维惯性,而党委、政府又没有为实现二者协同进行理念塑造、机制构建和监督推动,结果是协同难以建立或仅表现为难以持续的临时性协调。

4.3 协同治理参与主体简单,降低了协同发展可持续性

协同治理的关键特征包括参与主体的多元性、各主体参与的平等开放性^[10,17],但二者均未能很好地体现在医共体和医保改革发展中。第一,医共体和医保协同发展所需的参与主体多元性不足。各地实践显示,医共体改革涉及利益主体复杂,即使医共体和医保的协同议题同样关系到复杂主体的利益协调。事实上,各地实践中的参与者主要是政府、医保管理者以及医共体管理者等传统政策制定者及管理主体,医务人员、参保人、社会组织等主体参与缺位。医务人员是医保政策在医共体内部的承载者,且具有关于医疗服务行为的最强信息优势,没有他们的协同参与,其个人利益往往与集体利益相冲突,医共体和医保的政策协同难以实现。^[18]参保人作为医保资金委托人以及医疗服务接受者,是协同治理效果的评价者,但各地实践往往很难看到参保人对于医保与医共体改革的期待。同样,代表医生利益的医师协会、代表医疗机构的医院协会等社会组织也没有参与到医保和医共体的协同改革中。

第二,多元参与主体间存在参与能力差异较大及参与原则不清晰的问题。一方面,医共体和医保协同改革中政府部门、医保管理者、医共体代表明显具备较强的参与能力,而医共体成员单位、医务人员、参保人、社会组织等参与能力较弱。其中,参保人和社会组织参与能力弱的特点更明显,许多参保人对相关改革政策不了解,也缺乏将自身诉求提供给医保部门和医共体管理者的能力;代表医生、医疗机构、参保人的社会组织政策参与功能较弱,更多地

扮演着会员交流、技术交流的角色。另一方面,各主体间参与协同时未形成平等对话机制、开放包容原则。具备较强参与能力的主体话语权更大,往往未经平等对话协商就确定了各项政策。上述问题均降低了医共体和医保协同治理的可持续性。

4.4 协同治理措施碎片化,阻碍了协同发展整体效能

协同治理措施应当具有整体性和系统性,在协商对话基础上尽可能考虑到更多参与主体的利益,进而提高协同发展的整体效能。医共体和医保的协同发展措施普遍缺乏整体性和系统性,呈现碎片化治理特征。

第一,没有形成医共体和医保协同发展的整体性设计。现有政策集中于改革医保支付方式以促进医共体发展,且主要涉及宏观层面的打包付费问题,比如按照什么标准核定打包费用、结余留用的分配如何设计等。这些政策往往是为应对医共体改革中出现的问题渐次制定的,虽然能解决医共体改革中的暂时性问题,却时刻面临着因改革变化引致的新政策需求,也没有考虑在医共体改革趋势下医保制度的长远发展规划。比如,要确保医保对医共体的长期支持,不仅要考虑医保支付设计,还要考虑医保筹资改革的问题,进一步讲,医共体改革本身也要考虑医保资金的承受力以及可持续发展问题,而非一味强调医保在医共体改革中的责任。

第二,现有政策设计对与改革相关联的重要因素考虑不周。医共体改革涉及县域内全体居民的就医权益,且与县域内人口结构、疾病谱特征、经济发展水平等密切相关,针对医共体的医保设计也以医保制度自身的整体性调整为背景。因此,这些因素是医共体和医保协同改革不可忽视的。但实践中,仅有个别地区在医保打包付费改革时考虑到不同地区人口年龄、人口流动等因素。随着医保市级统筹以及 DRG、DIP 付费改革的普及,医保支付与医共体改革协同常面临挑战。另外,农村、社区是医共体提供服务的起点,其医保支付及服务供给直接影响着医共体服务效果,但目前的政策设计普遍集中在县级医院和乡镇卫生院层面,对农村、社区层面的就医习惯和医疗卫生供给特征考虑不多。

综上所述,由于在协同目标、启动条件、参与状态和治理措施方面存在的困境,我国县域医共体和医保在县域医改实践中普遍处于协同不佳的状态(图 1)。

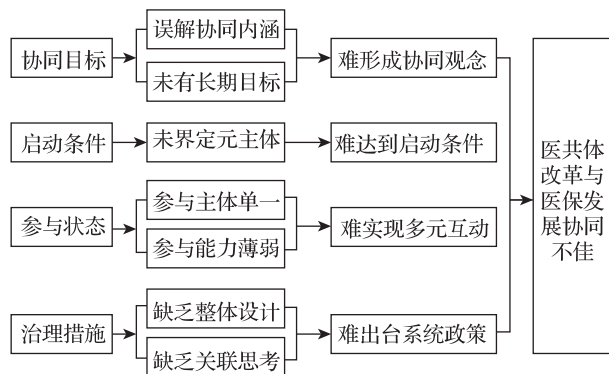


图 1 医共体与医保协同困境逻辑图

5 促进医共体和医保协同发展的政策建议

5.1 明确健康中国为协同治理共同目标,形成协同发展理念

在我国医改中,医疗卫生和医保之间对于各自改革目标的理解并不一致。医保管理部门及经办机构多认为自身作为医保基金的受托人要将医保基金安全作为最重要的追求目标,医疗卫生管理者及医疗机构在市场化发展背景下也多关注所提供服务的经济收益。与此同时,由于医保和医疗卫生的委托代理关系,二者的惯性思维是监督与被监督的对立关系,对于同一目标的认识并不深刻。事实上,不论是医保基金还是医疗卫生服务体系,其最终目标都是增进居民健康。世界卫生组织曾指出,政府是一国健康保障功能的最终责任人。^[19]在我国,不论是医保方还是医疗卫生服务方,均是政府履行健康保障职责的实现载体,因此,双方的共同目标都是改善我国居民健康水平并促进健康中国建设,而这正是双方开展协同治理的长期性共同目标,在此基础上才能形成协同发展理念。

一是在明确共同目标的基础上,形成主动性协同而非被动的协调。双方应该对健康中国作为协同治理的共同目标有更深刻的认识。提高居民健康水平并促进健康中国建设是各项健康保障有关政策存在的起点,而良好的健康效果本身就是医保制度和医疗卫生政策有效运转的体现,既发挥了医保基金最佳效益,也实现了医疗服务供给的最大价值。因此,双方应该主动协同以实现共同目标,而非在一方政策需求的条件下暂时性配合或协调。

二是在县域医共体改革中要不断强化共同目标的宣传,使双方构建协同发展的理念。在管理层充分认识到协同治理的共同目标之后,需要将这一观

念通过持续的培训和交流传递至每位参与医保和医共体改革的成员。使相关主体认识到,医保和医共体协同改革是为了构建以人为本的整合型医疗服务体系,使县域居民获得整体、连续的健康服务,进而促进医保和医疗卫生健康价值追求的实现。

5.2 明确党委、政府为协同治理元主体,启动并维持协同过程

领导力是实现协同治理的关键要素之一。在我国医改中,党委、政府具有推动多元主体协同改革的领导力。同时,由于承担着医疗卫生服务最终责任人角色,党委、政府始终是健康中国战略的践行者,能够超越部门利益或跨领域利益,始终从宏观战略出发,作为元治理主体为医保和医共体协同发展提供组织保障。

第一,党委、政府要为医共体和医保协同发展擘画政策方向。以构建县域整合型医疗卫生服务体系为目标,设计医共体和医保协同发展的政策框架。医共体要以调整组织架构、服务供给方式等手段主动构建整合型医疗卫生服务,提供医保基金战略购买服务内容。医保基金要以发挥战略购买功能为改革原则,通过对整合型医疗卫生服务的战略购买实现医保基金购买价值,并对供给者形成整合型服务供给的激励作用。在此原则上,明确双方协同发展的大致路径和阶段性目标,并对协同改革效果进行监督。对于适合进行组织整合建立紧密型医共体的县域,要发挥高位推动的作用,推进组织整合。

第二,党委、政府要牵头制定医共体和医保协同发展的议事机制。建立医共体和医保定期协商及临时性政策协商机制,避免制约协同发展的信息不对称问题。制定双方协商议事的规则流程,并根据协同效果奖优惩劣。发挥监督调控作用,确保议事过程秉持开放包容、公平平等的原则。

5.3 吸纳多元主体参与协同治理,提高协同发展可持续性

第一,积极培育多元主体融入协同治理的参与能力。具备必要的参与能力是每个主体融入协同发展的前提,在开放包容原则的指导下,政府、医保部门和医疗卫生机构等具备较强参与能力的主体应主动协助医务人员、参保人、社会组织等提高自身参与能力。参与能力包括对协同治理的认同力、对有关政策的学习力、对自身利益的表达力等。培育方式

包括宣讲引导、沟通协商、提供学习机会等。参保人和社会组织等应充分认识到参与医共体和医保协同治理的重要价值,尤其是代表参保人、医务人员和医疗机构的社会组织不能仅将功能定位于联络交流,而要积极发展政策治理能力,合理表达自身诉求,协助公共机构主体实现协同发展。

第二,积极畅通多元主体融入协同治理的参与渠道。在培育参与能力的同时,应畅通多元主体参与渠道。充分利用信息技术实现多元主体政策信息共享,为政策协商提供信息基础。建立联系公共机构管理者、参保人、社会组织等主体间的稳定联络机制。探索实行在医共体和医保协商议事中纳入参保人和社会组织代表的交流机制。此外,对于医共体和医保内部系统而言,也需要积极畅通纵横向组织联络,确保双方之间及内部协同。

5.4 强化协同治理措施的系统性,改善协同发展整体效能

第一,强化医共体和医保协同改革政策的整体性设计。在医共体发展背景下,医保制度改革不只是变革支付方式,而是要对医保筹资机制、基金管理、基金监督等一系列政策进行整体性设计。比如,如果没有筹资端的纵向缴费负担公平,医共体追求医疗卫生服务供给公平性的目标就会大打折扣。以居民医保为例,其定额筹资机制已经成为制约医保基金筹资总量的重要因素。再如,当下医共体医保支付方式改革主要以宏观的总额预付制改革为主,促进医共体内部医疗服务行为整合的支付方式改革滞后,而这就需要加强宏观总额预付和微观支付方式的结合。

第二,优化医共体和医保协同改革政策的系统性设计。医共体和医保的协同发展要注重治理要素之间的系统性关系,避免因某些关键要素的缺失而制约整体效能。如在医保基金市级统筹的背景下,结合不同县域人口结构、经济发展水平、疾病谱等因素制定基金分配方案和医共体打包方案。医保管理者要处理好对紧密型医共体和松散型医共体的差别支付政策,在未实现组织整合的医共体中强化对服务整合的支付引导。^[20]医共体在配合医保制度改革过程中,要着重关注对农村、社区基层医疗服务机构和供给者的激励,处理好不同层级、类型医务工作者的协调工作,为医保政策的出台提供条件。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中国政府网. 我国已建成县域医共体 4 028 个[EB/OL]. (2021-06-04)[2023-03-01]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-06/04/content_5615449.htm
- [2] 徐烨云, 郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施: 浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4): 102-108.
- [3] 宋佳杭. 区域总额预算下开展紧密型县域医共体打包付费的思考[J]. 中国医疗保险, 2022(11): 50-53.
- [4] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜. 医保打包支付与医共体协同改革监测指标体系的逻辑关系分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7): 33-36.
- [5] 熊英贝, 钟正东, 林坤河. 三明市医共体内外经济激励对医疗服务供给的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(7): 66-73.
- [6] 周津, 贺琼, 王军, 等. 医共体总额预付对基层医疗服务供给的影响分析: 基于湖北省黄冈市黄州区的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 41-47.
- [7] 钟正东, 杨孝灯, 吴德武. 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(3): 1-8.
- [8] Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An Integrative Framework for Collaborative Governance [J]. Journal of Public Administration Research and Theory, 2012, 22(1): 1-29.
- [9] 蔡岚. 协同治理: 复杂公共问题的解决之道[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2015(2): 110-118.
- [10] Emerson K, Nabatchi T. Collaborative Governance Regimes [M]. Washington D C: Georgetown University Press, 2015.
- [11] Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice [J]. Journal of Public Administration and Theory, 2008, 18(4): 543-571.
- [12] 范如国. 复杂网络结构范型下的社会治理协同创新[J]. 中国社会科学, 2014(4): 98-120.
- [13] 王东进. 从三医联动改革到融合创新协同发展[J]. 中国医疗保险, 2020(2): 1-3.
- [14] 王震. “三医”联动的治理结构特征与实践模式[J]. 探索, 2017(5): 72-77.
- [15] 高和荣. 医保统领“三医联动”改革的内在矛盾及消解[J]. 南京社会科学, 2019(6): 65-72.
- [16] 王俊, 王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究: 政策演变与理论机制[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 152-167, 176.
- [17] 田培杰. 协同治理概念考辨[J]. 上海大学学报(社会科学版), 2014(1): 124-140
- [18] 李力, 郑英. 总额预付制下县域医共体激励约束机制分析: 个人利益与集体利益的冲突[J]. 公共管理与政策评论, 2023(1): 140-155.
- [19] Health Systems: improving performance [R]. Geneva: The World Health Organization, 2000.
- [20] 王红波, 龚曦. 国外整合型医疗研究: 演变、进展与启示[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(9): 15-19.

[收稿日期:2023-07-10 修回日期:2023-08-10]

(编辑 赵晓娟)