

基于交易成本的县域医共体医保基金结余形成路径研究

梅思思^{1*} 郝倩² 高洁鸿³ 朱振国⁴ 顾亚明¹

1. 杭州医学院公共卫生学院 浙江杭州 311399

2. 杭州医学院卫生健康政策研究院 浙江杭州 310013

3. 德清县卫生健康局 浙江湖州 313200

4. 德清县疾病预防控制中心 浙江湖州 313200

【摘要】医保基金“总额付费、结余留用、合理超支分担”是推动县域医共体高质量发展的核心制度,从实操角度重点是解决医保基金结余形成的来源渠道和医保基金留用的全过程管理等两个问题。本文基于交易成本理论,从医共体内部组织特征和外部医保支付设计等视角构建了县域医共体医保基金结余形成的分析框架,并结合浙江省德清县的典型研究,提出了厘清医保结余来源渠道、科学预算区域医保总额、医共体总额打包支付、统分结合多元付费、结算考核激励奖惩等五个方面的建议,探索医共体医保基金结余形成路径,以期医保支付赋能县域医共体高质量发展提供理论依据与实践参考。

【关键词】县域医共体; 医保支付; 结余; 形成路径; 交易成本

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.05.003

Formative pathways of medical insurance fund surplus in county medical communities: A transaction cost theory perspective

MEI Si-si¹, HAO Qian², GAO Jie-hong³, ZHU Zhen-guo⁴, GU Ya-ming¹

1. School of Public Health, Hangzhou Medical College, Hangzhou Zhejiang 311399, China

2. Institute of Health Policy, Hangzhou Medical College, Hangzhou Zhejiang 310013, China

3. Deqing County Health Bureau, Huzhou Zhejiang 313200, China

4. Deqing County Center for Disease Control and Prevention, Huzhou Zhejiang 313200, China

【Abstract】The “capitation payment with retained surplus and shared accountability for reasonable overruns” mechanism constitutes a pivotal institutional framework for advancing the high-quality development of County Medical Communities (CMCs). This study addresses two critical operational challenges: identifying the sources of medical insurance fund surplus and optimizing the governance of fund retention processes. Grounded in transaction cost theory, we develop an analytical framework examining the formation of medical insurance fund surplus through the dual lenses of intra-organizational dynamics within CMCs and external medical insurance payment mechanism design. Utilizing Deqing County, Zhejiang Province as an empirical case, this research proposes a five-pronged strategy: Clarifying generation channels of insurance fund surplus, scientifically determining regional medical insurance budgets, implementing bundled payment mechanisms for CMCs, adopting hybrid payment models integrating unified and differentiated approaches, and establishing performance-based incentive systems. These findings elucidate the formative pathways of medical insurance fund surplus while offering theoretical and practical insights for enhancing payment system reforms to support CMC development.

【Key words】County medical communities; Medical insurance payment; Surplus; Formative pathways; Transaction cost

* 基金项目:浙江省软科学研究计划项目(2025C35003);湖州市卫生健康委“公立医院改革与高质量发展示范项目”

作者简介:梅思思(2000年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail:mss158000@163.com

通讯作者:顾亚明。E-mail:wstgym@126.com

医保支付方式改革是促进县域医共体高质量发展的重要杠杆。国外经验已揭示医保结余支付策略(Saving Strategy)能激励整合型医疗组织规范医疗行为、重视预防保健、控制医疗费用和引导分级诊疗等。^[1-3]国内政策多次强调要推进县域医共体医保基金“总额付费、结余留用、合理超支分担”改革,而医保基金的预算充足性、支付兼容性、结算激励性是其发挥作用的重要条件^[4],总额预付方案设计、医共体管理措施、医务人员服务行为等是医保基金结余形成的主要影响因素^[5],但仍需坚持以问题为导向、理论联系实际强化贯彻落实。从实操角度,本文认为医保结余留用政策的有效性依赖于“结余形成—基金留用—行为强化”的正反馈循环,而厘清医保结余形成的来源渠道是前提,细化医共体医保基金留用的全过程管理是保障。因此,本文基于问题导向从医共体内部组织特征和外部医保设计等角度探索医共体医保基金结余形成实操路径:一是聚焦“医保基金结余形成的来源渠道”和“医共体医保基金留用的全过程管理”两个问题,基于交易成本理论构建县域医共体医保基金结余形成的分析框架;二是采用该分析框架对浙江省德清县医共体进行典型案例研究;三是根据分析框架和案例研究,提出县域医共体医保基金结余的形成路径,为医保支付赋能县域医共体高质量发展提供兼具理论创新性与实践操作性的解决方案。

1 理论基础

交易成本是指在一定的社会关系中,交易各方在交易环节发生的成本费用。交易成本理论最初由COASE提出,他认为当来自市场的外部交易成本过高时,组织会倾向于将交易置于组织内部进行(即市场的边界)。^[6]交易成本理论为阐释医共体改革的动态过程提供了一个合适的框架:医共体作为一种整合型医疗卫生服务组织形式,其改革正是通过把外部交易成本转移为内部管控成本(即医共体的边界),进而采用技术赋能和制度赋能降低内部管控成本,实现总体成本降低的过程。弗鲁博顿和芮切特将交易成本分为市场型、管理型和政治型。^[7]在医共体改革中,本文认为主要涉及管理型和市场型交易成本。管理型交易成本指建立和维系医共体组织运行而必须支付的费用;市场型交易成本是医共体与其他交易主体(含医共体之间)获取信息、搜寻、谈判、保障合约执行等所涉及的费用。

2 医共体医保基金结余形成的分析框架

从实践操作性和问题导向出发,医共体医保基金结余的形成需重点厘清两大核心命题:一是医保结余形成的来源渠道,二是医共体医保基金留用的全过程管理。前者让医保基金结余“有预期”,后者让医保基金结余“能落地”,二者共同构成医保基金结余从预期可能到实践落地的完整闭环。医共体医保基金结余指医保部门以总额预算形式将医保基金整体打包分配至医共体后,在预算周期(通常为1个自然年度)内实际支出金额低于预算总额的差额部分。而医保基金结余留用则体现为医共体对该差额部分依法享有的剩余索取权^[4],经财务核算后,该结余资金可转化为医共体的专项业务收入,用于机构可持续发展支出。

2.1 医保结余形成的来源渠道

基于交易成本理论,对医保结余形成来源渠道的解析需聚焦于医共体改革中管理协同、资源整合和技术赋能等核心举措对降低管理型和市场型交易成本的优化路径。具体而言,通过构建管理共同体(行政管理中心)实现组织纵向整合降低管理型交易成本,依托服务共同体(医技共享中心、健康管理中心)促进服务横向协同压缩市场型交易成本,借助数字医共体实现信息贯通提升整体运行效率,这四大中心的成本控制共同构成了医保基金结余的来源渠道(表1)。

表1 县域医共体医保基金结余形成的来源渠道

类型	管理型交易成本	市场型交易成本
	降低	降低
行政管理中心	++	+
医技共享中心	+	++
健康管理中心	+	++
数字医共体	++	++

注:“++”表示对交易成本降低的影响显著;“+”表示对交易成本降低的影响一般。

2.1.1 行政管理中心

行政管理中心将原本分散的市场交易和组织间协调内部化,用层级权威替代市场契约,通过集中化管理显著降低原本各级医疗机构之间各自为政所带来的管理型交易成本,通过将原本分散的市场交易内部化来降低市场型交易成本。其主要建设内容包括:党政综合办、人力资源中心、运营管理中心、医疗

管理中心、药事管理中心、物资管理中心、后勤管理中心、财务核算中心、信息管理中心等。

2.1.2 医技共享中心

医技共享中心将原本分散的、高交易成本的医技服务和碎片化内部管理转化为规模化、集约化的一体供给,通过医疗信息的共享整合和集中使用高频次、高专用性设备以实现规模经济,显著降低市场型交易成本,通过将分散在各医疗机构的医技资源集中管理和制定统一标准规范降低管理型交易成本。其主要建设内容包括:病理、放射、检验、影像、超声、心电、消毒供应、内镜诊疗、中药处方等共享服务中心和各类临床质控中心。

2.1.3 健康管理中心

健康管理中心将原本分散在县、乡、村及外部机构的“预防、筛查、诊断、治疗、康复”等进行整合,提供优质、高效、连续的医疗卫生服务,以专业化分工替代市场化碎片协作,通过疾病诊疗流程垂直整合将跨机构协作成本内部化、破除信息壁垒,显著降低市场型交易成本,通过疾病诊疗流程标准化压缩管理型交易成本。其主要建设内容包括:心内、呼吸、急诊急救、创伤、胸痛、卒中、儿科、孕产妇等救治中心,慢病、精神、老年、妇女、儿童等重点疾病/人群健康管理中心以及连续医疗服务中心。

2.1.4 数字医共体

数字医共体通过数据贯通替代人工协调、算法决策替代市场谈判,显著降低跨机构信息搜寻、外部资源协作、契约监督等市场型交易成本和绩效考核、质量控制、资源调度等管理型交易成本,实现交易成本的整体节约。以医共体核心业务需求为导向,其主要建设内容包括:区域医疗服务协同应用、便民惠民服务协同应用、医疗管理服务协同应用、公共卫生服务协同应用、基层医疗卫生综合管理。

2.2 医共体医保基金留用的全过程管理

医保基金“总额付费、结余留用、合理超支分担”是县域医共体医保设计的核心机制。在厘清结余形成来源的基础上(医保结余形成的预期性),细化医共体医保基金留用的全过程管理(图1),重点是:区域医保总额预算要科学合理(区域总额预算的充足性);将区域总额切分给医共体并实行医共体总额打包付费(医共体打包的激励相容性);落实宏观支付与微观支付相结合的混合支付(多元支付的兼容性);强化结算考核的激励奖惩(结算激励性),引导医共体由“被动控费”转为“主动增效”,“被动治疗”转为“主动预防”,促进医疗共同体向健康共同体转型。

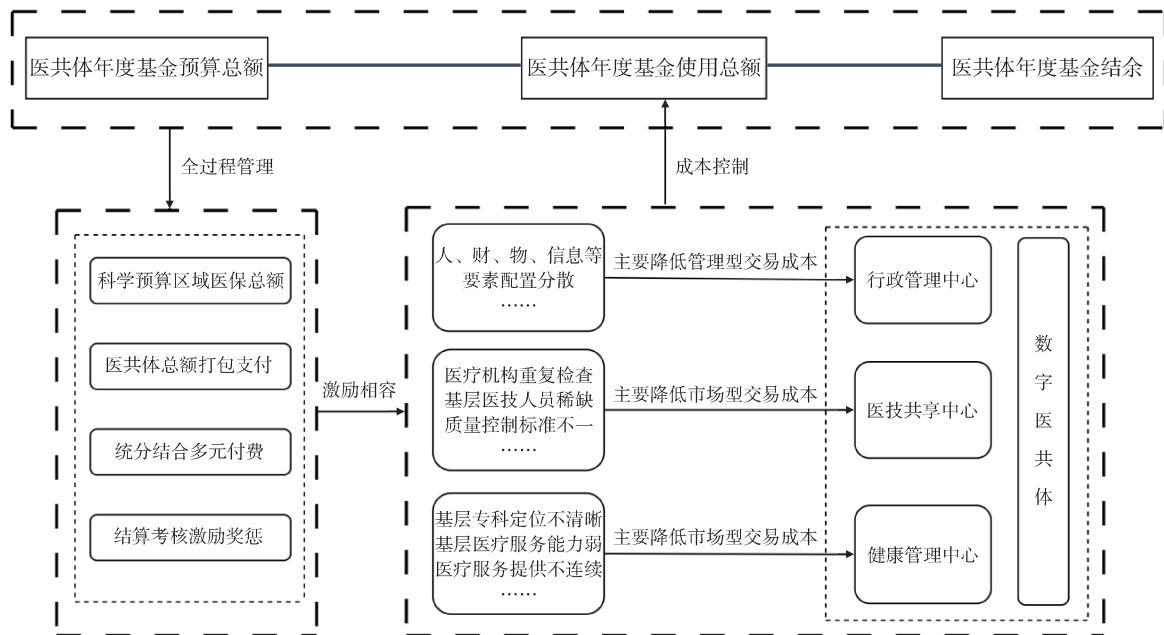


图1 县域医共体医保基金结余形成的分析框架

2.2.1 科学预算区域医保总额

一是科学预算,遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”原则,以当年医保筹资总额为基础,综合考虑

上一年度医保基金支出、当年医保基金支出增长率、GDP增速、居民收入等因素,科学预算县域年度基金总额。二是动态调整,针对年中政策调整与突发事

件等实际情况,动态调整预算,确保预算充足性。三是防止简单化,防止总额预算基数单纯地受历史费用调控,避免医共体为增加下一年预算总额发生策略性超支行为。

2.2.2 医共体总额打包支付

按人头打包是分配各医共体总额预算的主要方式,能够促进医共体加强服务协同、促进居民健康。^[8]合理确定人头费用水平是发挥其激励效应的关键,需综合考虑人口学特征、疾病特征等风险因子对人头费用进行精细划分。医共体服务范围应包括县域内外的门诊和住院服务、服务人群应包括城镇职工和城乡居民,通过全口径打包将医保资金从医疗机构的“收入”变成“成本”,对医共体形成预算约束。

2.2.3 统分结合多元付费

在总额预付制下,针对不同服务类型,结合按项目付费、按人头付费、按床日付费、按 DRG/DIP 付费等不同的微观支付方式,并考虑对慢病管理、健康管理等的附加支付,激励医共体提质控费与健康改善。

2.2.4 结算考核激励奖惩

构建以激励相容为核心的结算机制,对县域内患者的门诊和住院费用进行结算,落实“结余留用、超支分担(或不补)”。以服务质量、服务效率、健康

结果等考核指标引导医共体行为,结合考核结果确定阶梯式留用和分担比例。明确留用基金的具体用途,如医疗服务能力提升、人员激励费用、健康绩效等,并合理规划各自的分配比例。

3 医共体医保基金结余形成的典型案例

3.1 案例概况

2017 年 11 月,德清县被选为浙江省首批县域医共体改革试点之一,正式启动县域医共体改革,整合 3 家县级医院、12 个乡镇卫生院和 131 家村卫生室资源,成立武康、新市两大健保集团;2020 年,推行总额预算下按人头包干(门诊+住院)结合住院按 DRGs 点数付费,落实“结余考核留用、超支合理分担”。德清县在医保设计上体现了基于人群健康绩效的价值支付理念,在组织管理体系创新上重点构建管理共同体、服务共同体和数字医共体,改革成效显著。医疗总费用、医保基金总支出的年均增长率控制在 5% 左右,医共体医保基金显著结余,且留用比例达 85% 以上(表 2)。同时,医疗服务更加优质,体现医生劳务价值的医疗服务收入占比逐年上升,患者满意度长期稳定在 90% 以上,居民健康结果也得到明显改善。

表 2 2020—2023 年德清县医疗费用和医保基金使用情况

年份	医疗总费用(亿元)	医保基金总支出(亿元)	医共体医保基金 结余总额(亿元)	医共体医保基金 留用总额(亿元)	留用比例(%)
2020	16.37	9.58	1.45	1.25	86.21
2021	17.90	11.10	1.26	1.12	88.89
2022	18.68	10.33	0.98	0.87	88.78
2023	21.94	11.91	0.43	0.37	86.05

3.2 德清县医共体医保结余形成的来源渠道分析

3.2.1 管理共同体

一是统一业务管理,成立医疗质量、人力资源、护理、财务和后勤等 17 个业务管理中心,统一决策与资源配置,降低协调成本。二是统一人员管理,医共体设唯一法定代表人,与县级医院共用一套领导班子,核定编制总量并由集团统一管理、统筹使用,优化人力资源分配。三是统一财务管理,由集团对各成员单位财务实行统一管理、集中核算、统筹运营,通过标准化流程减少审计监督成本,提升资源配置效率。四是统一药品管理,统一县乡医疗机构药品目录 830 种,实行统一招标、集中采购,减少重复谈判、分散采购的交易成本。

3.2.2 服务共同体

一是建立医技共享中心,主要包括检验、影像、心电诊断和消毒供应等,实现检查检验结果互认共享,打破机构间信息壁垒,避免重复检查,通过规模效应降低单位服务成本,“云胶片”累计节省超 3 000 万元。二是建设诊疗服务中心,主要包括胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇和危重新生儿救治等中心,通过专业化分工降低重复建设成本;开设全科—专科联合门诊、专科医生工作室、康复联合病房等,强化多学科诊疗,通过内部协同替代外部转诊交易。三是强化医防融合,设立“健康指导门诊”“两慢病”一体化门诊、公共卫生管理部 and 心脑血管病、糖尿病、肿瘤、呼吸疾病、口腔疾病等慢病防治指导中心,通

过提升人群健康水平减少长期治疗支出。四是推进连续性服务,通过连续医疗服务中心整合省、县、镇三级医疗机构转诊资源,将碎片化服务转化为标准化流程,大幅降低医患双方的协调成本。

3.2.3 数字医共体

一是区域医疗服务协同应用,整合县域内影像诊断、心电诊断、医学检验、消毒供应、医疗急救等资源共享中心,如建设数字120急救云平台,提供报救、调度、赴援、急救、入院和事后回溯的全流程医疗急救服务,实现医疗急救资源共享,降低急救信息流转成本。二是便民惠民服务协同应用,开发临床决策辅助系统和影像辅助诊断系统,实现“基层检查、上级诊断”,降低临床决策成本;通过智慧健康驿站提供24小时云诊室便民就医服务,降低医疗信息获取和医患信息沟通成本。三是医疗管理服务协同应用,创新搭建医共体数智协作平台,抓取不同医院信息管理系统、实验室信息管理系统、影像储存和传输系统、健康体检系统等数据,打破信息孤岛,降低信息成本;率先搭建“全科医生教学共同体”平台,打造以1个县级医院实训中心为主体、12个乡镇卫生院为支持的三级培训网络,通过远程医学教育降低信息获取、共享成本和组织协同成本。四是公共卫生服务协同应用,建立以“健康指数”为核心的老年人“两慢病”管理平台,通过健康画像、健康干预、健康响铃、分级协同和智慧监管等核心应用,智能匹配医疗资源,减少人工筛查和监管成本。五是综合管理应用,搭建“三医”协同治理平台,通过精准分析参保人员病人流、基金流、疾病流,智能监控诊疗合理性,降低监管和谈判成本;开发“联医廉”智慧监管系统,通过对医疗收费行为进行事前、事中和事后的全流程智能监管降低人工监管成本,提升医保基金使用绩效。

3.3 德清县医共体医保基金留用的全过程管理分析

3.3.1 区域医保总额预付

预付的医保基金应满足合理的医疗卫生服务需求,避免预算不充足造成的服务供给不足或质量下降等问题。^[8]德清县按照“以收定支”原则,以医共体服务人头的医保筹资总额为基础,剔除健康体检费等非就诊相关费用,结合上一年度医保基金支出、医疗费用刚性需求、GDP发展水平等综合因素进行总额预算,确保医保基金覆盖参保人基本医疗需求,同时避免超支风险。此外,引入多方协商机制,由医

保、卫健、财政、医共体等多方协商确定年度预算总额,平衡多方利益诉求。针对临时重大政策调整、突发公共卫生事件等影响医保支出的情况,可“一事一议”调整预算,避免医共体因不可控因素产生亏损。

3.3.2 医共体总额打包支付

国内大部分县域医共体按人头打包模式未覆盖县域外就医,导致基金外流加剧。^[9]而德清县通过将区域医保总额按辖区参保人头打包给各医共体来购买县域内外的门诊和住院服务,变医保总额为医共体总额,县外就医产生的费用将从所属医共体年度预算中扣减,从而将控费责任转移给医共体。此外,将参保人员依据单位或户籍所属镇(街道)划分至医共体,根据年龄结构(60周岁及以下和60周岁以上)、参保险种(城镇职工和城乡居民)等因素评估健康风险,精细划分人头月支付标准,避免资源错配,实现健康风险对冲。

3.3.3 统分结合多元支付

人头总额预付与DRG付费的协同可以影响政策行为、监督行为以及各级医疗机构的服务行为,推动实现医共体资源整合和构建“以健康为中心”的医疗服务模式。^[10]德清县正是采用了总额预算下门诊按人头付费与住院按DRGs点数付费相结合的多元复合支付模式。其中,门诊按人头付费激励医共体加强预防保健,减少疾病发生;住院按DRGs点数付费倒逼医共体规范临床诊疗路径,降低单次诊疗成本。结算方式上,在统筹区外发生的住院费用按实结算,相应的住院医保基金支出从所属医共体年度预算中扣减;在县域内其他医共体就医的,由医共体之间交叉结算;在两大医共体外门诊和药店配药发生的费用按实结算。由于区域内外支付方式缺乏协同(县外住院按实结算),加上大医院“水平高”和患者“喜欢去”等,外流病人和医保资金居高不下^[4],不利于医共体结余形成。实地调研发现,2020—2023年德清县县级医院医疗服务能力稳步提升,但患者外流情况未见改善,县域外就医费用从6.57亿元增至9.26亿元,县域就诊率从89.04%降至87.56%。究其缘由,德清县紧邻杭州市,其县域参保人员更倾向于选择市级、省级等优质医疗机构,且该县医共体对县外就医管控较弱,可能是该县医共体医保基金结余总额逐年降低的重要原因之一。

3.3.4 结算考核绩效支付

德清县以月度和年度两种方式进行医保基金结算,按照“结余考核留用、超支合理分担”原则,建立

以医保基金流向、医疗技术水平、患者实际报销比和社会功能等指标为主的绩效考核机制,从而引导供方推动慢病管理、分级诊疗、提高医疗服务水平和患者满意度。将考核结果与医共体医保基金留用分担比例挂钩,结余部分70%直接给予留用,30%按考核结果浮动;超支部分按85%为基准分担,15%按考核结果浮动。在总额预算和绩效考核的约束下,促进医共体平衡控制医疗费用与产出健康绩效之间的关系。此外,考核后的医共体医保结余基金实际留用比例稳定在85%以上,并明确留用基金的用途和比例限制。一是用于医疗卫生事业发展比例不得低于70%,如德清县将部分结余基金转化为医疗服务收入,改革以来,其医疗服务收入占比提升至37.83%,医务人员通过优化临床路径、减少过度医疗实现结余直接转化为个人收入。二是基层成员单位留用比例不低于30%,且需优先兑现各基层医疗机构慢病管理绩效,有助于激励各基层单位强化慢病全周期管理。2017—2023年,“两慢病”医保支出占比从5.30%增加到14.20%,重大慢病过早死亡率从8.93%降至7.43%,反映了德清县对慢病管理的投入不断增加,并取得一定成效。

4 建议

4.1 明确医共体医保结余的来源渠道

医共体组织特征是医共体医保基金结余形成的前提,整合县域内医疗卫生资源和破除支付、体制、服务、信息等壁垒是医共体建设的重点。^[11] 研究表明,医共体医保基金结余的形成主要来源于行政管理中心、医技共享中心、健康管理中心和数字医共体建设过程中降低的交易成本。建议:一是成立行政管理中心,统一规划县域医疗决策和调配资源,实行单一法定代表人制度统筹编制使用管理,统一药品耗材目录,实施财务集中管理核算。二是构建县域共享服务中心,实现检查检验结果互认,成立慢病防治中心促进医防融合,设立连续医疗服务中心整合转诊资源。三是聚焦医共体业务需求,通过数字化赋能医疗服务、便民服务、公共卫生服务协同及综合管理协同,重点建设智慧健康驿站、慢病管理平台等为居民健康管理全过程赋能。建设医疗资源共享中心、辅助诊断系统等为医务、医技人员临床诊疗、检查检验赋能,建设“三医”协同治理平台为管理者综合治理、智能监管赋能。

4.2 强化区域医保总额的科学预算

总额预算方案设计是医共体医保基金结余形成的重要保障,不同预算方法及总额预算水平对供方将产生不同激励效应^[4],充足的医保预算是发挥医保支付的价值取向和激励作用的关键^[12]。建议:一是采用“基准+增量”方式进行科学预算,综合考虑经济发展水平、技术发展、老龄化率、疾病谱变化等因素,基于医疗服务成本核算建立医保总额预付标准^[8]。二是建立风险调整机制,从医保统筹资金中预留风险调节资金以应对突发公共卫生事件或重大政策调整。三是完善多元主体参与的沟通协商机制^[13],平衡医保部门、财政部门、卫健部门、医共体、患者等多方利益。

4.3 开展医共体总额打包的精细支付

一是对医共体实施按人头打包付费,综合考虑医保险种、参保属地、年龄结构、疾病临床特征等因素对人头费用进行精细划分,如按年龄结构初步分为60周岁及以下和60周岁以上,对60周岁以上进一步细分为低、中、高风险等级;按疾病风险对糖尿病、心脑血管病等高危人群单独设定预算权重,提高医保基金的抗风险能力。二是实施涵盖城镇职工和城乡居民参保者、县域内外门诊和住院服务范围的全口径打包,进一步纳入统筹基金与患者自付的统一预算,避免“医保补偿比率提高,患者自付比例下降,但医生开具更多目录外药品和诊疗项目”现象发生。

4.4 构建统分结合的多元支付体系

医保基金总额预付结合DRG付费的支付设计可以激励医院精细化管理^[14],引导医疗服务行为^[15],激活结余形成的内在动力。建议:一是宏观层面实施按人头总额付费,结合住院按DRG点数、门诊结合家庭医生签约按人头、长期慢性病住院患者按床日、不宜打包付费的复杂病例按项目付费等微观支付方式。二是设置附加支付,重点人群、重点疾病管理是医共体结余形成的重要路径^[4],通过附加支付精准激励医共体对县域重点人群和疾病开展健康管理服务。针对患者、基金外流导致的医共体医保基金结余逐年减少现象,建议:一是扩大DRG支付“同病同价”的病种范围,实施省内异地DRG病种“同病同价”直接结算,规范外转患者费用结算标准。二是加强对县外就医的管控,提高医共体牵头单位对县域外就医的审核权限,降低未经审批的县外就医患者的报销比例,未严格按照规定审批的医疗机构需承担

患者产生的医保费用;引导患者树立正确的就医观念,理性选择医疗机构,避免盲目外转就医。三是加强薄弱专科建设,通过患者流向、基金流向分析识别重点病种,对应提升县级医院医疗服务能力,减少患者外转需求。

4.5 健全结算考核的激励奖惩机制

结算方式是影响医共体医保总额预付方案发挥激励作用的决定性因素^[16],与考核挂钩的“结余留用、超支分担”机制有助于形成医共体医保基金结余。建议:一是强化考核激励,将机构协作紧密度、服务连续性、健康结果、公众满意度等相关指标纳入医保绩效考核体系,如建立慢病管理绩效评价机制,对慢病管理成效好的基层医疗卫生机构进行额外奖励。二是结合考核结果设置阶梯式留用分担比例,限制医共体亏损和收益范围,引入商业健康保险与医共体进行风险分担。三是明确留用基金的具体用途和限制比例,建立结余基金向基层与预防服务倾斜的分配规则,推动形成“资源下沉、重心下移,预防为主”的诊疗格局。

5 小结

本文从交易成本视角切入,构建医共体医保基金结余形成的分析框架,结合典型案例分析,提出厘清医保结余来源渠道、科学预算区域医保总额、医共体总额打包支付、统分结合多元付费、结算考核激励奖惩等建议。同时,本文具有一定局限:一是研究聚焦县域医共体层面,尚未深入分析医务人员个体行为;二是结余形成的影响因素很多,本文从实操角度选取了医共体组织特征和医保设计这两个因素进行研究,提出的结余形成路径具有局限性;三是对交易成本进行量化十分复杂,尚不能解释各因素对结余的贡献程度。

作者贡献:梅思思负责文献检索、资料收集及整理分析、论文撰写;郝倩负责文献检索、论文修改;高洁鸿负责访谈及数据资料收集;朱振国负责资料收集;顾亚明负责研究设计、论文撰写与修改、经费支持。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] BOUR S S, RAAIJMAKERS L H A, BISCHOFF E W M A, et al. How Can a Bundled Payment Model Incentivize the Transition from Single-Disease Management to Person-Centred and Integrated Care for Chronic Diseases in the

Netherlands? [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2023, 20(5): 3857.

[2] STUART E A, BARRY C L, DONOHUE J M, et al. Effects of accountable care and payment reform on substance use disorder treatment: evidence from the initial 3 years of the alternative quality contract [J]. *Addiction*, 2017, 112(1): 124-133.

[3] KOOHI R Z, JAFARI M, GORJI H A. A systematic review of strategies used for controlling consumer moral hazard in health systems [J]. *BMC Health Serv Res*, 2022, 22(1): 1260.

[4] 陈迎春, 谭华伟. 中国紧密型县域医共体医保支付的财务脆弱性与风险保护: 风险识别、经验镜鉴与政策路径 [J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(11): 1-10.

[5] 龚光雯. 价值导向的县域医共体医保总额预付中结余的形成机制研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2021.

[6] COASE R H. The nature of the firm: origin [J]. *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 1988, 4(1): 3-17.

[7] 弗鲁博顿, 芮切特. 新制度经济学: 一个交易费用分析范式 [M]. 姜建超, 罗长远, 译. 上海: 上海三联书店, 上海人民出版社, 2006.

[8] 朱晓丽, 郑英, 王清波, 等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析 [J]. *中国医院管理*, 2020, 40(2): 21-25.

[9] 黄二丹. 建设县域医共体要重点防范六个认识误区 [J]. *中国卫生*, 2024(3): 42-45.

[10] 张梓洵, 尹刚, 边颖, 等. 紧密型县域医共体下人头总额预付与 DRG 付费协同机制研究: 基于整体性治理视角 [J/OL]. *中国全科医学*, 1-8 [2025-05-04]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/13.1222.r.20250123.2203.016.html>

[11] 崔珑严, 王敏, 陶红兵. 推进紧密型县域医共体建设: 破解协同治理壁垒, 优化体系生态 [J/OL]. *中国全科医学*, 1-6 [2025-03-20]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/13.1222.r.20250123.1749.008.html>

[12] 谭华伟, 陈迎春. 紧密型县域医共体对医保患者住院成本分担的效应研究: 基于双重差分法的实证经验 [J]. *卫生经济研究*, 2023, 40(8): 45-49.

[13] 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, 12(1): 140-155.

[14] 廖冬平, 兰珍, 刘婧, 等. 医保打包支付对紧密型医共体运营管理的影响研究 [J]. *中国卫生经济*, 2023, 42(5): 29-33.

[15] 伍琳, 李梦颖. 医保支付激励与医生多任务执行偏差: 新的解释框架和政策启示 [J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(1): 37-42.

[16] 龚光雯, 唐昌敏, 郭丹丹, 等. 县域医共体总额预付激励效应的影响因素研究: 基于 24 个案例的清晰集定性比较分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2023, 16(7): 10-15.

[收稿日期:2025-04-15 修回日期:2025-05-10]

(编辑 薛云)