

“强基层”导向下县域医保与医疗协同演进的多维嵌入机制研究：以重庆黔江为例

罗琳彬^{1*} 贺睿博² 李浩淼^{1,3} 张亮^{1,3}

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 湖北经济学院医疗保险改革协同创新中心 湖北武汉 430205

3. 武汉大学健康治理研究中心 湖北武汉 430072

【摘要】本文立足基层卫生治理情境,运用嵌入性理论与激励机制理论,构建县域医保与医疗协同多维嵌入机制分析框架,以重庆黔江改革为案例,系统剖析医保基金嵌入基层服务体系的运行机制。研究发现,医保嵌入基层治理是一个以价值理念为牵引、社会结构为基础、制度环境为支撑,贯穿资源重构、关系重塑与利益调节的系统性嵌合过程。构建以基层医疗集团为单元的医保横向整合机制,有利于强化医保支付对基层服务特性的适配性;构建预算约束、结余激励与绩效反馈相衔接的制度闭环,有利于激发基层服务的内在动力;构建职责清晰、协同有序的多部门联动机制,有利于实现基金管理与服务供给的深度融合。

【关键词】基层卫生治理;嵌入性理论;激励机制理论;医保与医疗协同

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.07.001

Multi-dimensional embedded mechanisms in the synergistic development of county health insurance and healthcare services under the “strengthening primary care” strategy: A case study of Qianjiang district, Chongqing

LUO Lin-bin¹, HE Rei-bo², LI Hao-miao^{1,3}, ZHANG Liang^{1,3}

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

2. Medical Insurance Reform Collaborative Innovation Center, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China

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

【Abstract】 This study draws on embedding theory and incentive mechanism theory to construct a multi-dimensional framework for analyzing the integration of county-level health insurance into primary healthcare. Using Qianjiang District, Chongqing, as a case study, it analyses how horizontally bundled funding and service transformation embed insurance into local health governance. The study finds that health insurance is embedded into primary governance through a systemic process driven by values, shaped by social structures, and supported by institutions, involving the reconfiguration of resources, relationships, and interests. Establishing primary care groups as budget units improves alignment between payment and service needs; linking budget limits, surplus incentives, and performance feedback strengthens provider motivation; and coordinated inter-agency mechanisms facilitate integration of fund management and service delivery.

【Key words】 Primary health governance; Embedding theory; Incentive mechanism theory; Synergy between health insurance and healthcare services

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72474162);国家自然科学基金青年项目(72104073)

作者简介:罗琳彬(1997年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生政策与体制改革、医保支付、基层医疗卫生服务。

E-mail:Luolinbin1104@163.com

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

1 引言

完善乡村医疗卫生体系是推进健康中国建设与乡村振兴的应有之义。^[1]2024年中央一号文件《关于学习运用“千村示范、万村整治”工程经验有力有效推进乡村全面振兴的意见》明确提出,推进乡村医疗卫生事业的发展,需持续加强乡镇卫生院和村卫生室的服务能力。^[2]党的二十届三中全会进一步强调,加强以基层为重点的医疗卫生体系改革,构建系统集成、协同高效的卫生治理格局。^[3]县域作为落实“保基本、强基层、建机制”的核心治理单元,是保障乡村居民健康的主要阵地。

随着我国城镇化加速,乡村形态发生巨变,流动化与老龄化叠加^[3],居民健康需求呈现分层化、异质化特征,对基层卫生服务提出更高要求。^[4]基层卫生体系面临发展机遇与挑战并存。一方面,患者与资源向上流动,基金向收费水平更高的医院聚集,基层卫生发展基础遭遇持续破坏。^[5]另一方面,基层医疗卫生机构因激励缺失、能力滞后,难以承接多样化需求。^[6]医保与服务的双重失衡,进一步削弱了基层发展的内生动力,加剧了医保基金配置与基层服务体系之间的结构性摩擦。^[6-7]

既有研究积极探索破解基层困境的路径。其一,聚焦“资源重构”视角,通过医共体整合、医保支付方式改革,重塑基层医疗卫生体系的功能定位。^[8-10]其二,聚焦“组织能力”视角,通过技术赋能、人才下沉、绩效管理、信息化建设等,提升基层服务效能。^[11-14]上述研究为基层医疗卫生体系优化提供了重要支撑,但仍存在一些不足:多数研究将医保改革与医疗卫生体系建设视为相互独立的政策维度,缺乏从系统集成视角揭示二者之间的互动机制与协同路径;多沿用从医院至基层自上而下的分析框架,忽视了基层医疗卫生机构的运行方式与服务特性。鉴于此,有必要从基层实践逻辑出发,从协同互动的视角,将医保资源配置逻辑与基层卫生服务运行逻辑联动考虑,重新审视医保激励机制如何嵌入基层运行过程。

本研究以重庆市黔江区医保基金横向打包与基层服务模式转型协同推进的改革实践为案例,采用案例研究方法,结合嵌入性理论与激励机制理论,深入剖析医保基金通过“总量保障”与“增量激励”嵌入基层运行过程,引导基层卫生服务模式的适应性转变,进而揭示医保与医疗在县域治理单元中的协同

机制与正向反馈路径,为基层卫生服务的可持续发展提供理论支撑与实践参考。

2 理论视角与分析框架

2.1 嵌入性理论

嵌入性理论最早由波兰尼提出,用以分析经济与社会体系的关系。^[15]格兰诺维特进一步提出“结构嵌入”与“关系嵌入”概念。^[16]基于此,学者们基于不同情境构建出多维框架,如“环境嵌入—组织间嵌入—双边嵌入”^[17]、“价值、关系、认知”维度^[18]以及制度与结构嵌入框架^[19],为理解制度运行与组织行为提供了理论工具,可用于解释不同场景的嵌入机制与路径选择。

医疗与医保系统作为卫生治理子系统,也深度嵌入社会结构、制度环境和价值体系中,其协同运行体现为资源配置、组织关系与利益结构的多重嵌入过程。既有医保与医疗协同研究多聚焦于宏观制度分析或政策效果评价^[20-21],对于县域基层卫生治理中嵌入性特征的深入分析较为匮乏。在基层卫生治理场景中,社会结构差异性、制度环境复杂性、资源禀赋不均衡以及价值理念多样性相互交织,构成多层嵌套的治理网络。嵌入性理论为县域医保与医疗协同研究提供了分析视角,有助于揭示多元主体如何在制度空间中互动协商,资源如何优化配置,以及协同机制如何在制度安排与基层实践中不断调整与优化。

2.2 激励机制理论

激励机制理论源于制度经济学与组织行为学,旨在解释如何通过制度设计引导个体或组织行为朝特定目标转变。其基本假设是:行为主体在资源有限与目标理性约束下,会根据制度所设定的权责边界与收益预期进行策略选择。^[22]在医疗卫生领域,该理论主要用于分析医保支付制度如何通过预算边界、收益归属、绩效反馈等^[23]影响医疗机构及服务提供者的行为选择。

已有研究围绕总额测算、支付方式与绩效奖励等方面探讨医保基金的“预算激励”设计^[10,24-25],为医院成本控制与效率提升积累了丰富的经验。然而,研究多集中于大型医疗机构,较少关注基层医疗卫生机构在医保支付制度规则下的行为响应与激励适配问题。激励机制理论强调,制度效果不仅取决于规则设计,还受地方治理结构、资源禀赋、发展阶段

等因素影响。医保基金如何通过激励机制有效嵌入基层运行过程,实现激励传导与行为引导的适配,提升医保与医疗协同效能,尚有待深入探讨。

2.3 分析框架构建

综上,嵌入性理论为理解医保基金配置如何嵌入基层卫生服务体系的运行过程提供了理论支撑。激励机制理论为阐释医保如何通过激励工具引导行为主体的偏好与策略选择,进而调节与优化服务供给行为,提供了分析路径。二者的有机结合,有助于从“制度设计—行为响应—协同反馈”这一动态链条出发,构建一个融合基层运行环境适应性及激励工具可操作性的系统性分析框架,为深入剖析县域基层治理情境下医保与医疗协同的演化逻辑与运行机制提供理论支撑。

据此,本研究尝试构建以“强基层”为导向的县域医保与医疗协同演进的多维嵌入机制分析框架(图1)。在嵌入性理论视角下,医保与医疗协同发展的外部嵌入要素体现为“价值理念—社会结构—制度环境”三位一体的总体架构:其中,理念价值是根

本与先导,体现“保基本、强基层、建机制”的目标导向与价值引领;社会结构是现实基础,反映县域人口结构、就医格局与资源分布的客观条件;制度环境是保障,为医保与医疗协同演进提供制度空间与稳定性。

在内部嵌入要素中,医保与卫生健康部门作为卫生治理统筹协调的制度供给方,分别承担医保基金配置与医疗服务管理的核心职能;基层医疗卫生机构作为县域卫生体系的基础单元,是承接基本医疗和公共卫生服务的关键主体。在县域治理场景中,三类主体通过资源、关系与利益嵌入,构建起协同运行的互动网络:其中,资源嵌入体现为医保基金与基层卫生服务资源的联动配置,强化基层医疗卫生机构的服务承载力与保障能力;关系嵌入体现为医保与医疗部门通过跨部门协作构建组织联结,形成契合基层运行特征的协同管理模式;利益嵌入则通过预算分配、收益归属与绩效反馈等激励工具,将政策目标转化为基层医疗卫生机构的实际行动逻辑,提升其服务响应能力与行为主动性。

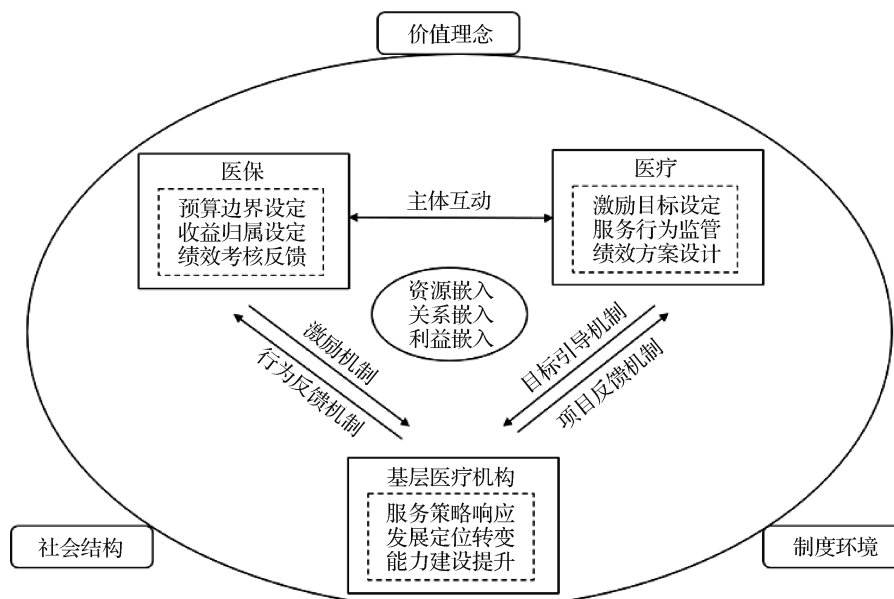


图1 “强基层”导向下县域医保与医疗协同演进的多维嵌入机制分析框架

3 资料与方法

3.1 资料来源与数据收集

本文的资料与数据来源于三个方面:(1)实地调研数据。研究团队于2023年8月—2025年5月多次赴重庆黔江开展现场调查。调研采取半结构式深度访谈与专题座谈相结合的方式,访谈对象涵盖黔江

区医保局、卫健委相关负责人,乡镇卫生院院长及一线基层医务人员,共计收集25份访谈资料。(2)二手数据与政策文件。通过黔江医保信息系统与卫健信息系统,收集全区2017—2024年医保全口径结算数据、医疗机构卫生统计报表数据、人口与经济数据,以及改革相关配套政策文件。(3)文献与公开资料。通过中国知网、万方等数据库搜集关于黔江区医保

与医疗改革的相关研究成果,并结合政府官方发布的政策通报、新闻报道等公开资料,获取案例的补充性材料。

3.2 案例选择

典型性是案例研究的重要前提,能够有效提升研究结论的可靠性与普适性。本文选取重庆市黔江区作为研究案例,主要基于以下三点原因:一是区位特征的典型性。黔江区地处武陵山区,是国家脱贫县域,资源禀赋薄弱,具有中西部欠发达地区的共性特征。二是基层卫生治理的典型性。2022年,辖区农村人口占58.6%,65岁及以上人口占16.1%,部分乡镇老年人口占比高达30%以上,老年人和慢性病患者成为农村卫生服务的主要对象。但基层服务能力受限于资源短缺、人才流失与激励机制不健全,供需结构性失衡突出。第三,改革实践的探索性。作为重庆深化医改重点区域,率先在基层试点“医保基金横向打包”,探索“基金下沉+服务转型”的协同改革路径,具备制度试验性与实践探索价值。

4 结果

4.1 案例地区的基本情况

4.1.1 改革背景

黔江区下辖24个乡镇,6个街道,全区共有11家区级医院(其中公立3家、民营8家),30家基层医疗卫生机构。随着城镇化加快,农村大量青壮年外流,留守人群以老年人、妇女、儿童及病残者为主,呈现老龄化与健康脆弱群体集聚特征,居民对基层慢病管理、康复照护、心理健康促进等方面的能力提出了更高要求。然而,基层医疗卫生机构未能及时适应这一变化,陷入供需失衡困境。区级公立医院资源集中形成“虹吸效应”;民营医疗通过市场竞争与利益联结,分流基层患者,进一步挤压了乡镇卫生院的服务空间。数据显示,2017—2022年,基层医疗卫生机构诊疗人次占比从43.3%下降至36.9%;住院人数占比从32.3%下降至29.8%;医保基金收入占县域内所有医疗机构收入的比例从17.9%下降到11.3%。

重庆市医保局、黔江区委区政府高度重视基层卫生发展,将改革重心聚焦于医保支付结构性调整,2023年,启动“强基层”为导向的医保支付方式改革,推动基金下沉与服务转型,通过利益调控机制,着力引导基层医疗服务结构优化与功能重塑,增强基层

在机构发展与服务提供方面的自主权。

4.1.2 实践路径

围绕“基金下沉+服务转型”的主线,黔江以医保基金为抓手,以基层医疗集团为责任单元,探索医保基金横向打包预付,逐步构建适应基层卫生服务特征的医保支付机制。

首先,通过改变基金分配方式,充分保障基层基金盘的稳定。横向整合30家基层医疗卫生机构,组建基层医疗卫生集团,建立以基层为单元的“总额打包”机制,在预算编制阶段即将医保基金预留给基层,明确其归属权与使用权。预算总额按“基数+因数”原则测算,以近三年基层医疗卫生机构最高核拨费用为基数,结合区域人口结构、慢病人口增长率、当年基金收支增幅、本年度医疗服务数量增幅等因素,测算居民服务需求量与基层相应的医保基金额度,将服务与基金“双打包”至基层医疗集团。

其次,通过捆绑基层医疗卫生机构利益,保障基层内部的均衡发展。基层总额预算基金实行专户专账、独立核算、按月拨付、年终清算,增强资金流向上的规范化与可预期性。在基金使用方面,鼓励基层医疗卫生机构在医保政策允许范围内扩大服务供给,明确“多劳多得”的正向反馈通道,激励基层拓展服务边界,推动从院内服务向院外服务延伸。为避免基层刻意缩减服务以获取结余的动机,根据既往服务提供量计算“基本线”进行约束。

第三,通过基金超支结余的适宜化调整,引导基层主动识别并满足县域居民服务需要变化。分段式设置超支分担或结余留用办法,采取基层系统横向调剂,以强化基层医疗卫生机构主动提升服务能力与优化服务结构的动机。结余额低于预算总额10%的,结余100%留用,超出10%以上的部分,全额返还基金账户。伴随服务能力提升出现的超支情况,合理超出预算总额10%以内,分担100%,超出10%至20%部分,分担60%,超出20%以上部分,由基层医疗集团自行承担。结余资金中,80%可用于医务人员绩效奖励,20%可用于基层卫生服务能力提升和服务模式转变。为支撑服务项目拓展,基层医疗卫生机构根据前期农村居民健康需求摸底调查,将农事防治服务、居家中医康复服务、老年心理健康风险筛查作为院外拓展性服务。医保同步设计资金补偿方案,明确服务拓展的资金测算口径、补偿标准与补偿方式。

第四,通过集团化考核机制强化绩效导向与基

金使用效率。年终绩效考核由单机构转为基层医疗集团整体,考核突出基金支出增幅、就诊率、人均就诊量、报销率、自费率、患者满意度等关键指标,并将新增服务项目开展情况作为激励性指标,将绩效考核结果与基金留用挂钩。

第五,通过医保与医疗联动机制,整合医保基金管理和服务管理职能。改革小组成立“基层卫生发展医保与医疗联动工作机制”,由区医保局和卫健委负责人组建双组长模式,财政局作为监督单位常态化参与,围绕预算测算、基金拨付、绩效考核、执行监管建立联会议事机制。

4.1.3 改革效果

黔江改革实践在提升基金使用效率的同时,推动了基层服务优化,提升了居民的获得感。其一,基层发展更稳健。通过基层医保基金一体化包干预算,基层医疗卫生机构获得了稳定且具弹性的基金保障,自2023年以来,基金总量稳步增长,年均增幅达到3%。基金结余部分转化为机构可支配性收入,用于拓展服务内容、提升服务能力,增强了基层发展的内生动力。相较于2022年,基层诊疗人次占比提高了5.8个百分点,门诊量同比增长了7.6%,住院人次同比增长了4.3%。门诊住院比优化,有效遏制过度住院倾向。基层医疗卫生机构在卫健部门、黔江中心医院、黔江中医院的联合指导下,基于辖区居民健康状况与就医诉求开展全方位调查,制定服务能力提升规范并组织针对性培训,最终形成《重庆市黔江区乡村医疗卫生服务规范》。基层医疗卫生机构积极拓展服务边界,累计开展农事防治服务200余人次,居家中医康复服务2500余人次,老年心理健康风险筛查服务4800余人次,进一步强化了医防融合与常见病诊疗能力。

其二,基金配置更高效。通过建立“服务量+服务质+健康绩效”综合考核指标体系,医保基金配置引导性增强,门诊类支付占比上升了8.4个百分点,基金结余率稳中有升,基金使用效率提升。某乡镇院长提到:“原先考核强调诊疗人次和住院服务人次人数比,但实际上农村有很多老年慢病患者,他们一段时间可能多次就诊,年终考核在这项指标上经常不达标,导致扣款,这很打击工作积极性,现在逐渐放宽这些限制要求,鼓励我们多开展服务,对人员积极性有很大提升(20241207ZS4)。”

其三,居民获得感增强。基层医疗机构逐步具备了主动识别并精准回应居民健康服务需求的能

力,服务内容更加多元,服务方式更加灵活,增强了患者对基层医疗的信任感与满意度。同时,患者也能够更加积极参与健康管理和疾病预防。某乡镇卫生院医生提到:“通过院外主动性、拓展性服务,对居民健康行为的指导有很大帮助,特别是对行动不便、健康素养偏低的老年人、还有对家庭及周围有严重疾病的患者,对居民的健康理念和行为改善有很大的促进作用(20241207HX2)。”“按照常规来说,如果我们不去做这些主动服务,可能就只有40%~50%来我们这儿住院,通过这些服务,有80%的人来住院了(20241206FJ5)。”“我们现在不再是等病人来了再看,而是主动思考如何‘走出去’,做些村里的慢病随访、居家康复、康养结合的事情(20240328YZ6)。”

4.2 “强基层”导向黔江医保与医疗协同改革的嵌入性机制分析

4.2.1 外部嵌入机制:价值引领与制度环境的协同支撑

首先,“保基本、强基层、建机制”的价值共识构成了黔江改革的理念起点,为基层卫生服务体系发展提供了明确的方向指引与行动共识。此次改革并非对医保支付方式的技术调整,而是建立在对基层卫生公共价值的重新认知之上,推动医保治理从“事后补偿”向“主动分配”转变。改革通过制度化手段将价值导向内嵌于政策工具与行为逻辑中,重构医保支付的战略定位,使其不再仅仅作为资源配置与费用补偿工具,更是引导基层提供服务、响应政策目标的关键制度接口。一方面,医保部门将“强基层”确立为基金预算、支付规则和绩效考核的核心导向,强化对服务能力与服务拓展的制度激励。另一方面,基层医疗卫生机构在稳定资源保障和明确激励预期下,逐步形成制度认同,管理者将改革理念内化为具体的管理制度与服务规范,推动医务人员从“被动服务”向“主动识别、延伸服务”转变,增强居民服务黏性。

其次,人口老龄化与健康需求多元化的社会结构变迁,为改革提供了强烈的现实动因与内在驱动。黔江区呈现出“人口分布分散、服务半径大、疾病谱以老年慢病为主”的特征,尤其在乡镇,高龄化、高患病率与医疗可及性不足问题突出,使基层卫生服务呈现出“刚性化”需求态势。这些特征不仅凸显了基层服务体系不可替代性,也对以医院为中心、以住院为主的传统供给模式提出了严峻挑战,推动县域

医疗格局由“中心集聚”向“基层延伸”转变。在医疗服务与居民健康需求矛盾加剧的背景下,地方政府与职能部门重新审视基层医疗在卫生治理体系中的功能定位。黔江改革以社会结构变迁为锚点,明确基层医疗卫生机构在基本医疗与健康管理中的主力地位,进而引导资源配置由“医院优先”向“基层优先”转型,推动服务供给从“单点服务”向“多点分布”转变。

第三,制度环境的适配性与可调节性,为改革提供了稳定的政策支撑与制度弹性。黔江改革嵌入国家“强基层”战略、医保支付方式改革与县域医共体建设等多项政策进程之中,具有良好的政策兼容性与制度延展性。一方面,国家持续释放出向基层倾斜的政策导向,为地方制度创新提供了明确的方向引领。例如,2023年中共中央办公厅、国务院办公厅印发的《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确提出“加大医保基金支持力度,逐步提高县域内医保基金用于乡村医疗卫生机构的比例”^[26],为地方因地制宜开展差异化探索提供了政策依据与试验空间。另一方面,地方政府在尊重国家顶层设计的基础上,通过预算编制、基金拨付、绩效考核等政策工具,构建了具有闭环逻辑的制度执行链条,增强了制度运行的操作性与适应性。制度环境不仅为医保与医疗部门之间的协调运行提供稳定保障,也为基层医疗机构释放服务潜能、推动内部转型创造了有利条件,从而强化了改革目标与制度实践之间的协同耦合。

4.2.2 内部嵌入机制:从资源驱动到行动转化的协同路径

资源配置机制是医保嵌入基层治理的制度支点,构成运行逻辑的基础环节。在黔江改革实践中,资源嵌入不仅体现为基金的空间下沉与总量扩容,更体现为分配机制调整。相较于传统“单机构核算、逐级拨付”的路径^[27-28],黔江以基层医疗集团为统一责任主体,实行医保基金归口管理,跳脱“县—乡—村”行政层级分拨,缩短资金流转链条,弱化县级医院的资源主导权,从而增强了基金直达基层服务前端的精准性与可控性。预算测算环节将服务半径、人口结构、慢病负担等纳入调整因子,依据辖区服务压力与健康风险差异,核定基层年度基金额度,从而使医保基金的分配更加契合基层服务对象特征与服务需要特性。与此同时,补偿模式由传统院内补偿延伸为“院内—院外”融合,鼓励基层充分利用医保

基金存量资源,拓展服务外延,改革初期通过结余基金引导性投入机制,推动多样化、融合性服务内容嵌入基层体系,进一步提升医保基金配置的适配性与指向性。

激励机制作为医保基金制度设计的内核逻辑,有效引导基层功能重塑与能力提升。改革通过设定预算边界、明确结余归属与绩效反馈,构建起“预算约束—行为调节—收益反馈”的制度闭环。虽然基层医疗集团并不承担全额预算风险,但在实际执行中,需在既定预算内自主安排服务内容与资金使用。一方面,通过设定服务“基本线”作为最低门槛,防止因控费或追求结余而压缩必要服务。另一方面,对年终结余按既定比例留用,超支则通过集团内部横向调剂加以分担。通过明确的预算上限与使用自主权,建立起资源使用责任与预算执行结果之间的制度约束关系,促使基层医疗卫生机构在成本控制与拓展服务之间作出理性权衡。结余激励与调剂机制共同构建起稳定的收益预期,强化了机构行为的可持续性。同时,在基层集团内部建立与服务贡献度挂钩的二次分配机制,在强化效率激励的同时,兼顾机构之间的公平性,从而稳定基层医疗卫生机构的改革预期,并推动其优化内部服务结构、提升服务能力。

组织协作机制作为医保运行与基层治理的连接枢纽,为制度协调与执行稳定性提供支撑。黔江改革打破医保与卫健各自为政的治理格局,推动构建职责清晰、运行稳定的联动机制。在基金配置与执行过程中,医保部门不再只是资金拨付方,更承担支付规则引导、服务结构优化等政策制定与过程监督职能;卫健部门则聚焦于基层卫生服务能力建设与医疗供给行为的过程监管;财政部门通过预算控制与绩效联评机制,发挥外部监督与约束作用。通过常态化的、可追责的联席工作机制,明确各部门职责边界,在预算编制、支付方案审议、绩效评估等关键节点建立起稳定的信息流与反馈链条,增强政策执行的协调性。

5 讨论与建议

本研究在基层卫生治理视域下,基于嵌入性理论与激励机制理论,构建了“强基层”导向下县域医保与医疗协同演进的多维嵌入机制分析框架,结合重庆黔江改革案例,系统探讨了医保基金嵌入基层服务体系的运行逻辑及其在资源配置、组织协同与

激励传导中的作用机制。研究结果表明,医保基金嵌入基层卫生治理是一个以价值理念为牵引、社会结构为基础、制度环境为支撑,贯穿资源重构、关系重塑与利益调节的系统性嵌合过程。在乡村振兴与基层治理体系现代化背景下,探索医保支付制度与基层服务体系的深度融合,构建适应基层医疗情境的医保与医疗协同机制,具有重要的意义。

首先,医保基金横向整合机制增强了支付制度与基层服务的适配性,有效回应了基层治理结构分散、资源基础薄弱的现实困境。当前我国多数地区医保支付改革依托县级医院为牵头单位,通过“县乡村一体化”整合服务资源,实行总额打包、统一管理和结余留用,往往导致县级医院在预算分配中形成主导地位,出现基金“层级吸附”与“激励截流”等问题。^[9-10,27]相较而言,以基层医疗集团为整体预算与责任单元,实行横向整合打包预付,弱化了行政层级干预,缓解资源挤出效应。这一机制提升了基金流向基层服务前端的可控性,也强化了资源与服务单元的对应关系,为类似资源薄弱型县域提供了可复制路径。因此,在医保基金预算分配中应适度向基层倾斜,改变既往单机构预付或纵向打包为基层横向打包支付,结合辖区人口结构、疾病谱变化与服务半径等因素进行精算测算,合理确定基层基金总额,逐步构建“稳基金、强能力”的渐进式资源配置机制,夯实基层服务支撑能力。

其次,医保嵌入基层体系并非单向传导,而是制度激励与服务响应相互嵌合、动态适配的过程。其嵌合程度既取决于制度设计所构建的外部激励,也有赖于基层服务体系在理念认知与能力建设上的自我调适与能动适应。当前全国多地医保支付改革试点普遍存在政策导向模糊、制度弹性不足的问题^[9,24],基层卫生服务体系因缺乏清晰预期与执行支持,难以实现有效响应。因此,在推进医保与医疗改革过程中,应提升激励机制的操作性与服务适配性。为保障激励制度的有效运行,还需系统加强对基层管理者与服务提供者的政策认知与执行能力培训,提升其对制度规则的理解、吸收与转化能力。只有实现制度激励与组织响应之间的良性互动,医保政策才能从外部规则转化为驱动服务行为改进的内在动因,从而增强改革的可持续性与内生动力。

第三,构建职责清晰、常态化的多部门联动机制,是医保制度有效嵌入基层治理体系的重要保障。在既有改革实践中,医保与卫健部门在考核制度上

统筹协调不足,医院与基层普遍采用同一套绩效考核方案,难以体现对不同服务功能与人群特征的差异化要求,进而制约了激励机制的有效性。为提升医保制度与基层治理之间的协同适配,应依托联席机制,推动医保、卫健、财政等部门在预算编制、绩效考核与支付执行等关键环节形成常态化协作,构建“职责共担、目标共识、闭环运行”的政策运行体系。在考核监管方面,应充分考虑基层服务特性,优化清算与考核体系,强化人均就诊量、门诊住院比等结构性指标的权重,减少或消除住院服务人次指标的限制。在激励力度上,应扩大基金激励的适用范围,赋予基层医疗卫生机构医保结余资金的使用自主权,支持人员激励与能力建设。同时,应结合基层发展阶段与服务能力差异,探索差异化的绩效激励模式,增强医保制度与基层服务体系之间的协同性与联动性。

6 本文局限性

本研究基于重庆市黔江区的实践经验,从医保与医疗协同视角下提出了促进基层卫生服务发展和优化县域医疗服务体系的潜在路径。然而,鉴于改革实施仅两年时间,当前的成效主要反映短期的变化,其可持续性和长期影响尚待进一步验证。未来应该通过更深入的调查、更扎实的数据支撑、更大规模的研究,全面评估改革制度的生命力与可持续性,为探索基层卫生服务高质量、可持续发展路径提供更加坚实的理论与实践支持。

作者贡献:罗琳彬负责构思与设计文章研究框架,收集、整理与分析资料,论文撰写;贺睿博、李浩淼提供分析支持,并参与论文修改;张亮对文章整体框架构思和写作提供指导。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 张亮,邢怡青,马希望.基层医疗卫生体系现代化的理论逻辑、历史演进与未来进路[J].社会科学研究,2023(4):111-121.
- [2] 中共中央 国务院关于学习运用“千村示范、万村整治”工程经验有力有效推进乡村全面振兴的意见[EB/OL].(2024-02-03)[2025-05-22].https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11186/202402/content_6934551.html
- [3] 中国共产党第二十届中央委员会第三次全体会议公报[EB/OL].[EB/OL].(2024-07-18)[2025-05-15].https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202407/content_6963409.htm

- [4] 叶欣. 我国老年健康差异解构与健康政策优化策略[J]. 学术论坛, 2025, 48(2): 66-80.
- [5] 陆杰华, 孙杨. 中国农村老龄健康:特征、成因与应对方略[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2024, 41(2): 49-67.
- [6] 贺睿博, 罗琳彬, 邢怡青, 等. 强基层导向下县域医保基金战略性购买的实现路径研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(7): 1-7.
- [7] 黄亚新, 王长青. 从失配到适配:农村医疗卫生服务可及性的逻辑转换[J]. 学海, 2022(5): 90-97.
- [8] 王震. 医保在三医协同发展及治理中的功能及作用:理论内涵与政策路径[J]. 社会保障评论, 2024, 8(6): 70-88.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 许兴龙, 周绿林. 主动健康视角下基层卫生服务价值实现:前沿探索与政策启示[J]. 中国行政管理, 2023, 39(11): 102-108.
- [12] 周忠良, 范小静. 西部地区基层医疗卫生服务质量及提升策略[J]. 西安交通大学学报(社会科学版), 2023, 43(6): 188-200.
- [13] 曹成霖, 曹文文, 孟飞跃, 等. 增权赋能视域下基层医疗卫生服务质量持续改进及实现路径研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(1): 9-14, 26.
- [14] 李浩森, 李腾旭, 张亮. 基层卫生服务从供需接触到“粘性”形成的路径与效应:基于重庆市黔江区X镇的经验[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(3): 1-8.
- [15] POLANYI K. The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time [M]. Boston: Beacon Press, 2001: 67.
- [16] HAGEDOORN J. Understanding the cross-level embeddedness of interfirm partnership formation [J]. Academy of Management Review, 2006, 31(3): 670-680.
- [17] 符平. “嵌入性”:两种取向及其分歧[J]. 社会学研究, 2009(5): 1-23.
- [18] 张雨薇, 武晋, 李小云. 村医与国家:从深度嵌入到偏差嵌入[J]. 湖北社会科学, 2020(4): 85-92.
- [19] 贺芒, 邱兴颖. 治理转型下政府嵌入与乡村自治双轨耦合机制:基于“价值—制度—角色”的分析框架[J]. 农林经济管理学报, 2022(6): 90-101.
- [20] 刘远立. 促进医保、医疗、医药协同发展和治理[J]. 行政管理改革, 2023, 3(3): 4-13.
- [21] 王珩, 蒋心梅, 赵允伍, 等. 公立医院医保—医疗协同发展问题分析与对策探讨[J]. 中国医院, 2023, 27(12): 5-8.
- [22] JENSEN M C, MECKLING W H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure [J]. Journal of Financial Economics, 1976, 3(4): 305-360.
- [23] VLAEV I, KING D, DARZI A, et al. Changing health behaviors using financial incentives: a review from behavioral economics [J]. BMC Public Health, 2019, 19: 1059.
- [24] 单莹, 赵洋, 李士雪. 利益相关者视角下总额预付制在紧密型县域医共体中实现策略研究[J]. 中国社会医学杂志, 2023, 40(2): 129-132.
- [25] 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.
- [26] 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》[EB/OL]. (2023-02-23) [2025-05-15]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2023/content_5745285.htm
- [27] 宋桂杭. 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.
- [28] 卢芸芝, 陶红兵, 黄亦恬, 等. 总额预付制下医保基金分配的问题及对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(4): 25-27.

[收稿日期:2025-06-04 修回日期:2025-07-10]
(编辑 赵晓娟)