·调查报告与分析·

健康中国战略下县域医共体高质量发展：基本内涵、策略基础与优化方向

贺睿博[1]，张亮[2]

1. 湖北经济学院财政与公共管理学院，武汉 430205；
2. 武汉大学政治与公共管理学院，武汉 430072
通信作者：张亮，E-mail：zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

【摘　要】高质量发展作为供给侧改革的重要导向，在我国卫生服务体系层面的研究与实践仍处于探索阶段，尚难契合整合型服务体系建设进程。本研究在健康中国战略实施背景下，选择县域医疗服务共同体（简称医共体）为对象，基于“结构—过程—结果”分析框架，结合医共体运行过程中最为核心的服务、体制、机制 3 个维度对其高质量发展进行解读，构建“三维四阶”的内涵框架。通过对 22 个样本地区政策文件进行政策一致性（PMC）指数测算与比较，以反映相关策略的布局。结果呈现出服务、体制、机制的发展架构，并突破了机构的边界，但三者融合程度不足，未理顺策略要素间主动与从动的关系，服务维度严重滞后，且短期发展色彩较重。综合内涵框架及策略基础，提出了县域医共体高质量发展应当塑造“一体两制”的发展格局，以健康为中心建设供需均衡的服务提供模式，以权责适配为导向推进多元协同治理，以同向发力为目标构建多机制联动的优化方向。

【关键词】县域医共体；高质量发展；供需均衡；协同治理；机制联动

Fundamental connotation, strategic basis, and optimization direction for the high-quality development of county medical service communities under the Healthy China initiative

HE Ruibo[1], ZHANG Liang[2] (*1. School of Finance and Public Administration, Hubei University of Economics, Wuhan* 430205, *China*; *2. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan* 430072, *China*)
Corresponding author: ZHANG Liang, E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

【Abstract】 High-quality development, as a key objective of supply-side reform, is still in the early stage of exploration within the research and practice of China′s health service system. There remains a challenge in aligning it with the construction of an integrated service system. In the context of the implementation of the Healthy China initiative, this study focuses on county medical service communities (MSC) as the subject of analysis. Using the "structure-process-result" framework, this study examines the three core dimensions of services, systems, and mechanisms in the operation of the MSC, and constructed the connotation framework. The policy documents from 22 sample regions are assessed via the policy modeling consistency index to reflect the strategic layout. The findings indicate that the services, systems, and mechanisms have transcended institution boundaries, while the integration of these three dimensions is still insufficient and the relationship between active and passive strategic elements is not rationalized, with the service dimension particularly lagging and the focus on short-term development. According to the connotation framework and strategic foundation, we suggest that the high-quality development of MSC should aim to shape a "one body, two systems" development pattern, develop a supply-demand balanced service delivery mode, promote collaborative governance among multiple stakeholders under the matching of power and responsibility, and establish a multi-mechanism linkage tailored to the same objective.

【 Keywords】 county medical service community; high-quality development; balanced supply and demand; collaborative governance; mechanism linkage

新医改以来，卫生服务提供与保障体系逐步建立、规范与完善，为我国居民健康需要的满足提供了坚实基础。但在传统生物医学模式与市场经济理念的长期影响下，出现的偏临床专科或“以疾病为中心”，基层服务发展相对滞后，基层机构与医院、医院之间的无序竞争及服务碎片化等问题，导致卫生服务体系难以及时适应社会的转变，也是医疗费用上升、资源使用效率不高的

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1148443
基金项目：湖北省教育厅青年项目（Q20232201）；国家自然科学基金青年项目（72104073）
第一作者：贺睿博（1988—），副教授，博士，研究方向：基层卫生与健康整合。
收稿日期：2025-07-15　修回日期：2025-09-16　录用日期：2025-11-27
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

主要原因之一，不平衡、不充分的发展桎梏着卫生服务体系效能的提升。为此，国家将整合型卫生服务体系建设作为医改的重要方向，其中，以服务、责任、利益、管理共同体为核心的医疗服务共同体（简称医共体）建设成为优化县域卫生服务体系的重要抓手。伴随医共体推进，在分工协作[1-2]、资源共享[3-4]、改善患者流向与减轻疾病负担等方面显现出积极效果[5-6]。但不论是从医共体命名，还是实践探索与理论研究，所关注焦点多以医疗服务为主，未紧密关联至居民全方位健康需要，存在供需失衡问题；并且，由于涉及利益主体较多，现有策略多停留在组织与管理层面，尚未从服务视角深入探讨体制机制层面的核心问题，难以准确契合健康中国战略。以医疗为主要导向的共同体建设是县域卫生服务体系发展的过渡阶段，而非最终形态。本研究旨在探讨医共体高质量发展的内涵特征，采用政策一致性（policy modeling consistency, PMC）指数分析全国各省份发布医共体相关文件的策略重心，进而提出未来的优化方向。

1 理论分析：医共体高质量发展的内涵框架（图 1）

1.1 医共体高质量发展的基本原则 医共体作为县域居民健康保障的全新模式，其目标是以所提供的服务为载体得以实现。不同于以往单机构内关注疾病诊疗的服务模式，医共体服务范围更广，紧密程度更高，与之配套的运行、管理方式也需做出相应调整。（1）系统性。医共体实施意味着县域卫生服务体系从单机构独立运行迈入多机构整合发展时代，牵头机构与成员单位管理者需突破地域/机构边界束缚，服从并主动嵌入，配套行政推力与经济驱力以形成真正的共同体；服务提供者应突破科室/医疗边界束缚，从加强协作变为真正的一体化服务，并逐步将服务端口向前推进。（2）价值性。多组织整合是一项复杂工程，医共体需从体制机制层面进行优化，消除主体间协作风险，降低各环节交易费用，以增强管理价值；并基于服务资源与服务能力、人口结构与健康需要，明确县域健康服务结构，消除不合理、重复的服务，以提升服务价值。（3）动态性。人口流动、老龄化、疾病谱变化以及信息技术更迭使县域居民健康需要的结构与重心处于变化中，医共体应当准确、及时识别这些改变，从服务模式、服务能力与服务结构出发，调整其功能发挥方式。（4）差异性。鉴于不同县域、不同乡村社会经济环境、居民需要、服务可及性，以及不同医共体、不同机构的资源配置、服务能力存在差别，在明确定位、细化分工、资源存量与增量调整时，尤其是针对基层机构，应当制定差异化策略，避免陷入机械、粗放的发展模式。

1.2 医共体高质量发展的结构特征 结构是各要素相互关联、组合所呈现出的状态，是医共体高质量发展的保障支撑层，主要包括体现功能的服务提供结构，确保功能的组织结构、责任划分结构与资源配置结构，分别对应服务、体制、机制 3 个维度。核心服务层，高质量的服务结构包括合理性与连续性两大属性。合理性是指各级各类卫生服务机构结合自身功能定位为居民提供适宜、对口的服务；连续性则是涉及机构/科室间，既包括技术层面的配合与协作，如双向转诊、医防融合，也包括非技术层面的交流与互动，如不同提供主体间了解、信任与信息共享。体制保障层，以组织结构与权责划分结构为关键。高质量的组织结构既要根据县域实际情况对医共体数量进行设置，又要充分体现疾病防控，尤其是慢性病，以及健康管理的导向，积极将疾控中心、结核病防治中心等纳入医共体框架中；也要考虑民营机构特长和优势，为端口迁移、功能互补的服务机制调整提供保障。高质量的权责划分结构应全面考虑医共体内外部核心利益相关者，除卫生服务体系改革中常见的县级政府、卫生健康委、医保局、服务机构外，还要结合发展过程中亟需攻克的难题，如人员编制问题、服务价格问题、薪酬绩效问题等，将主管部门纳入至医共体管理组织[7]。机制支撑层中资源分配结构，不仅会影响服务机构的获得感与公平性，而且将改变服务机构的发展重心，进而对服务能力、效率、模式等产生影响。高质量的资源分配结构应体现出以下特征：以县域居民健康需要为首要依据，而非既往的资源存量，避免马太效应；向健康服务领域倾斜，加强针对病因的健康管理能力、针对疾病的早筛查、早诊断、早治疗意识与能力等，而非所有机构均盲目追求医疗能力；向基层服务机构倾斜，基于功能定位与服务结构进行强优补弱，同时也要考虑到资源调配内容和方式的可行性与持续性，而非短期、应对式的措施。

1.3 医共体高质量发展的运行过程 过程作为医共体运行所呈现出的状态，其质量高低决定了医共体发展的结果。服务层面，不同提供方在服务范围与协作内容等方面明确了自身职责，这些服务串联之后能够覆盖居民全生命周期，并且相应的服务能力与服务载体不断提升和完善。体制层面，形成了布局合理、主体多样、权责清晰的运行架构，在落实自主管理过程中形成多主体协同治理，牵头机构以健康服务结构优化以及健康服务能力提升为基本出发点，与其他成员单位就人

员招聘与使用、绩效考核与分配、药耗采购与资源调整等事项平等协商决定。机制层面，在统筹人、财、物、信息等资源配置上，已制定并逐步推行如利益捆绑、人员流动、平台共享等方案与相关的保障性措施，使不同提供主体在卫生服务体系与居民健康需要、基层机构与县级医院、医疗服务与其他健康服务均衡发展中实现激励相容。

1.4 医共体高质量发展的结果呈现　基于“提供服务—利用服务—健康改善”的逻辑，将医共体高质量发展结果概括为间接与最终 2 个阶段：(1)间接结果供方视角下表现为服务模式转变，从医疗转向健康，从被动转向主动，如积极开展健康教育、开展上门服务等；服务能力提升，包括健康管理、疾病防控、疾病诊疗等技术性服务，与患者引导、流程便利、信息公开、协作顺畅等非技术性服务；服务结构优化，以“紧扣居民需要的服务”为主线，通过明确的分工与紧密的协作将不同服务提供方串联为一个整体。需方视角下表现为就诊习惯改变，伴随基层服务能力提升与医患紧密度增强，患者就医决策合理性提高，盲目驱高现象逐步消失；健康素养提升，尤其是慢病患者，健康知识储备的丰富化，生活方式的健康化，具备一定的健康技能等，从而塑造出供需均衡的县域三级健康服务网。(2)最终结果，县域居民健康水平整体提升，具体反映在健康期望寿命提高、慢病控制率提升、婴儿与孕产妇死亡率降低等方面。总之，医共体高质量发展应在系统性、价值性、动态性、差异性原则指导下，形成“以服务体系优化为主，体制机制改革为配套支撑”的发展格局，建设以健康为中心，以服务合理、连续为特征的整合型卫生服务体系为根本任务，体制改革需重新构建政府与医共体以及医共体内部成员单位之间的权责关系，机制改革需围绕服务提供推进医保支付、信息赋能、资源共享与配置等机制联动，逐步实现供需均衡，从医疗服务共同体迈入健康促进共同体。

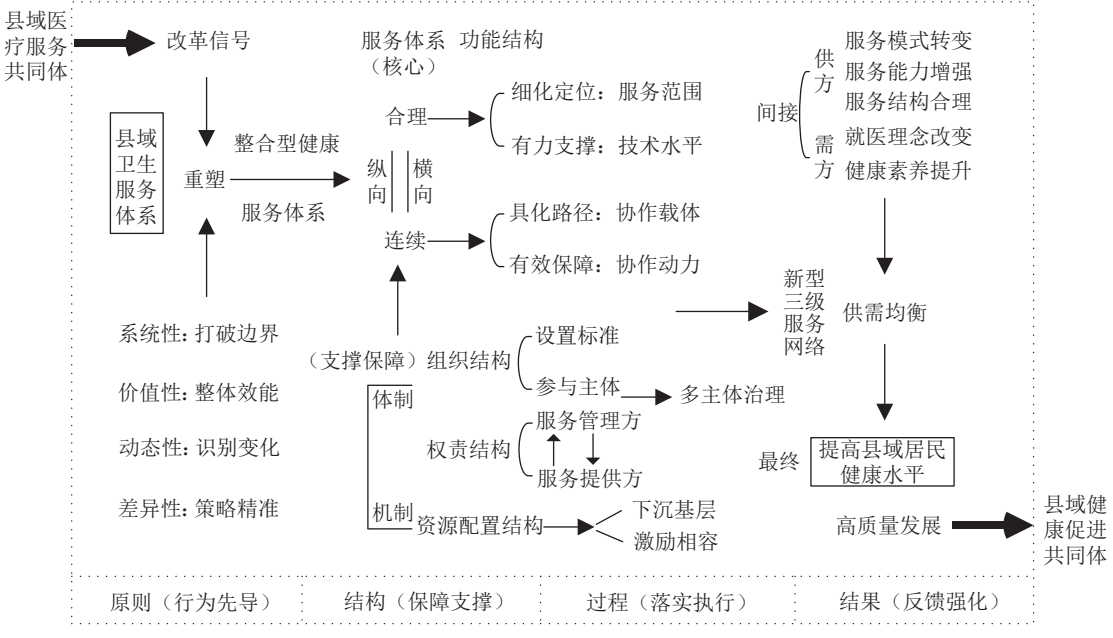


图 1　县域医共体高质量发展“三维四阶”内涵框架

Fig. 1　Connotative framework of "three-dimension and four-stage" for high-quality development of MSC

2 实证检验：医共体高质量发展的策略基础

2.1 数据来源与评价指标　以医共体高质量发展内涵中最为核心的服务、体制、机制 3 个维度为基础，以我国 31 个省(自治区、直辖市)为单位，收集公开发布的以医共体建设为主题的相关文件。为聚焦县域卫生服务体系，保证分析结果的稳定性与可比性，剔除仅发布医联体相关文件地区，最终纳入 22 个地区的政策文件。PMC 指数模型(policy modeling consistency index model)是政策文本量化分析中相对成熟的工具，鉴于其在单项政策重心呈现与多项政策比较方面的优势，选择测算 PMC 指数进行基础策略分析。结合词频分析与医共体高质量发展的内涵，构建包括 10 个一级变量和 56 个二级变量的量化评价体系：服务方式(X1)、服务能力(X2)、服务结构(X3) 3 个一级变量以概括医共体高质量发展在服务维度上的体现；体制维度则是包括组织架构(Y1)与权责划分(Y2)；机制维度从人(Z1)、财(Z2)、物(Z3)、信息(Z4)资源 4 个一级变量入手，揭示激励约束以及运营管理在其中的应用，以及最终的监管机制(Z5)(表 1)。

表 1 县域医共体高质量发展 PMC 评价指标及标准

Table 1 PMC evaluation indicators and standards for high-quality development of MSC

维度	一级变量	二级变量	标准
服务	X1–服务方式	X1.1 向健康倾斜	通过健康教育提升居民健康素养
		X1.2 慢病管理	构建慢病管理中心/团队开展慢病管理服务
		X1.3 远程医疗	医共体内外部开展远程会诊、影像诊断等服务
		X1.4 多学科团队	医共体内部开展多学科团队服务
		X1.5 家庭医生	以家庭医生签约为核心进行专科与全科整合
		X1.6 医养结合	医疗服务与养老服务整合
		X1.7 检查结果	医共体内部检查结果互认
		X1.8 用药衔接	医共体内部处方自由流动
		X1.9 跟踪随访	针对出院、转诊患者开展连续性跟踪、随访服务
	X2–服务能力	X2.1 县级医疗服务	有提升县级医疗服务能力的要求与路径
		X2.2 基层医疗服务	有提升基层医疗服务能力的要求与路径
		X2.3 公共卫生服务	有提升公共卫生服务能力的要求与路径
		X2.4 健康管理服务	有提升健康管理服务能力的要求与路径
		X2.5 中医药服务	有提升中医药服务能力的要求与路径
		X2.6 非技术性服务	规范开展如信息公开、患者引导等服务
		X2.7 质量同质化	医共体内部医疗服务的标准化、同质化
	X3–服务结构	X3.1 功能定位	不同级别服务机构有明确、具体的功能定位
		X3.2 诊疗目录	不同级别服务机构制定相应的疾病诊疗范围
		X3.3 错位发展	同一级别服务机构/学科差异化发展
		X3.4 基层首诊	为居民指定首诊单位
		X3.5 双向转诊	制定统一的转诊流程和转诊管理办法
		X3.6 医防融合	提出医防融合的内容与流程
体制	Y1–组织架构	Y1.1 设置标准	结合实际情况给出医共体设置数量的相关要求
		Y1.2 公共卫生机构	要求/推动公共卫生机构融入医共体
		Y1.3 民营医疗机构	鼓励/支持社会办医疗机构加入医共体
		Y1.4 统一法人代表	建立统一的法人代表
		Y1.5 参与主体	明确管委会/医疗集团的参与主体
	Y2–权责划分	Y2.1 政府主导	落实县级政府办医主体责任
		Y2.2 管办分离	落实医共体经营管理自主权
		Y2.3 行政部门职责	明确行政管理部门责任
		Y2.4 牵头机构职责	明确牵头机构责任
		Y2.5 成员单位职责	明确成员单位责任
机制	Z1–人力资源	Z1.1 人员统一管理	医共体内部编制、岗位统一管理
		Z1.2 薪酬改革	建立够调动医务人员积极性的薪酬分配方案
		Z1.3 人员下沉	有牵头机构人员下沉的要求及配套的激励措施
		Z1.4 基层用人需要	优先保障基层服务机构用人需要
		Z1.5 基层队伍建设	有加强基层卫生队伍建设的要求及配套方案
		Z1.6 基层人员待遇	从收入、养老等方面完善基层人员的待遇
	Z2–财力资源	Z2.1 投入保障	保障原有各类各级的补助、投入及时足额拨付
		Z2.2 财务统一管理	医共体内部成本、预算、会计等统一管理
		Z2.3 向基层倾斜	加大对基层服务机构的投入
		Z2.4 公共卫生经费	公共卫生经费由医共体统筹管理使用
		Z2.5 医保总额预付	医保基金交由医共体包干使用
		Z2.6 医保结余留用	有关于结余资金使用的具体要求
		Z2.7 医保多元支付	医共体内推行多元复合医保支付方式改革
		Z2.8 医保报销比	确定差异化报销比例
		Z2.9 医保起付线	双向转诊起付线的连续计算
		Z2.10 价格调整	能够体现医务人员技术价值的价格调整
	Z3–物力资源	Z3.1 使用权下放	牵头机构为基层预留门诊号源、住院床位等
		Z3.2 统一业务中心	建立县域统一的业务中心，如检验、影像等
		Z3.3 统一药耗管理	医共体内部药品耗材统一管理
	Z4–信息资源	Z4.1 互联互通	医共体内部不同信息系统对接、融合
		Z4.2 便民技术	应用健康卡、发布资讯、提供信息查询等技术
	Z5–监管考核	Z5.1 健康改善	将居民健康改善情况纳入考核体系
		Z5.2 系统优化	关注如整体资源使用、机构协作等综合绩效
		Z5.3 多方参与	要求/鼓励第三方组织参与监管测评
		Z5.4 结果应用	考核结果对医共体的运行具有重要影响

2.2 分析方法与结果

2.2.1 分析方法　将二级变量参数设定为二进制数字(0 或 1)，当政策文本能够体现出二级变量含义时，赋值为 1，否则为 0。借鉴 Mario 关于 PMC 指数测算方法，将 2 个级别的变量置于多投入产出表中，按公式(1)(2)确定各项政策二级变量值，二级变量服从 [0,1] 分布；根据公式(3)计算一级指标得分，一级指标分值介于 [0,1] 之间；最后根据公式(4)计算出各政策的 PMC 指数[8]。本研究并非对政策优劣的评价，而是通过测算 PMC 指数判断策略设置重心。PMC 指数越高，代表策略具备程度越高[9]。

$$X \sim N[0,1] \tag{1}$$

$$X = \{XR : [0 \sim 1]\} \tag{2}$$

$$Xt\left(\sum_{i=1}^{n} \frac{X_n}{T(X_n)}\right) t = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,\cdots \tag{3}$$

公式(3)中 t 为一级变量，j 为二级变量。

$$\mathrm{PMC} = \left[X1\left(\sum_{i=1}^{9} \frac{X_{1i}}{9}\right) + X2\left(\sum_{j=1}^{7} \frac{X_{2j}}{7}\right) + X3\left(\sum_{k=1}^{6} \frac{X_{3k}}{6}\right) + X4\left(\sum_{l=1}^{5} \frac{X_{4l}}{5}\right) + X5\left(\sum_{m=1}^{5} \frac{X_{5m}}{5}\right) + X6\left(\sum_{n=1}^{6} \frac{X_{6n}}{6}\right) + X7\left(\sum_{o=1}^{10} \frac{X_{7o}}{10}\right) + X8\left(\sum_{p=1}^{3} \frac{X_{8p}}{3}\right) + X9\left(\sum_{q=1}^{2} \frac{X_{9q}}{2}\right) + X10\left(\sum_{r=1}^{4} \frac{X_{10r}}{4}\right)\right] \tag{4}$$

2.2.2 PMC 指数测算结果　既有实施策略体现出了服务、体制、机制的发展架构，但重心聚焦在体制、机制维度，服务维度相对滞后，未能理顺策略要素的主动与从动关系，停留在高质量发展的准备阶段。具体来说，服务维度一级变量 PMC 指数均值为 0.51，远低于机制维度(0.69)与体制维度(0.72)，其中，服务维度一级变量 X1 服务模式(0.49)、X2 服务能力(0.45)、X3 服务结构(0.57)，PMC 指数均<0.6，而机制维度中仅有 Z5 监管考核 PMC 指数<0.6。服务维度突破了机构的边界，二级变量远程医疗、双向转诊 PMC 指数>0.9；但短期发展色彩较重，仍以疾病诊治为重心，没有体现出从医疗向健康转变迹象，也缺乏针对老龄化、慢病化的适应性调整，尚未形成供需均衡导向下的发展模式，向健康倾斜(0.46)、用药衔接(0.46)、慢病管理(0.41)、医养结合(0.32)的政策注意力明显不足且逐项递减；同时，尽管所有样本均涉及基层医疗服务(1.00)，但其他关联策略的关注度严重欠缺，尤其是公共卫生(0.41)、中医药(0.32)、健康管理(0.14)以及非技术性服务(0.00)，并且未能有效兼顾基层服务的功能特征，基层首诊与错位发展 PMC 指数仅为 0.09。体制维度二级变量 PMC 指数得分前 3 位分别是政府主导(0.96)、管办分离(0.86)、行政部门职责(0.82)，属于权责划分，后 3 位则是公共卫生机构(0.64)、设置标准(0.55)、统一法人代表(0.50)，属于组织架构方面，反映出医共体体制建设仍处于“搭架子”的探索阶段，在高质量发展进程中，医共体应涵盖哪些主体，主体间如何互动，进而实现协同治理需进一步明确。机制维度二级变量 PMC 指数得分体现出较高的系统性，财务统一管理、医保总额预付、统一药耗管理、信息互联互通均>0.9；但仍有部分与服务提供密切相关的变量得分较低，向基层倾斜、医保起付线、信息便民技术、结果应用、多方参与监管<0.5，反映出机制与服务配套融合程度较低的问题，难以对服务体系的改善产生支撑作用。

3 讨论与建议：医共体高质量发展的优化方向

3.1 以健康为中心，建设供需均衡的服务提供模式　策略分析结果显示，相对于健康管理、公共卫生，服务的发展愈发重视短期成效和收益更为显著的临床医疗，尤其是医院西医类服务，而发展规划、资源投入以及绩效考核等对医疗服务的倾斜又进一步固化此路径，逐步形成了供需趋高的医疗闭环。为突破传统服务模式的局限，应当以健康为中心，围绕居民服务需要从以下 2 个方面进行调整。(1)转变过度关注医疗，提升需要识别能力。对占人口多数的未病、将病、慢病人群而言，如何通过科学的生活方式、优良的服药依从性等管理健康风险与疾病风险更加重要。医共体可依托于健康档案、健康教育等基本公卫项目，做实覆盖人群健康状况、健康素养与健康偏好的摸底与更新工作，尤其关注如空巢/丧偶/失独老年、孕产妇与婴幼儿、多重或高龄慢病等特殊群体；借鉴卫生服务需要的结构模型，从需要的内容、满足者、满足方式制定一般性与特异性服务清单[10]，并有针对性地向中医“未病先防、既病防变、瘥后防复”以及其他预防保健类倾斜；基于此，以需要内容为纽带，以家庭医生团队为载体，切实打通防与医之间的割裂，而非仅仅建立起形式上互联互通的信息系统。(2)转变被动型服务，提升需要满足能力。服务内涵边界的延伸作为医共体高质量发展的核心子路径，服务方式与服务空间的边界也应当跟进式拓展，并以基层为出发点进行“自下而上”的改革，充分发挥基层服务综合、近民的优势。针对乡村交通相对不便利，以及乡村居民多由健康意识较差、服务可及性较低的老年群体构成的特征，基层机构需要通

过网格化的服务方式，主动开展如农事损伤防控、居家躯体康复、心理健康促进等院外服务，实现全人群、全方位的服务覆盖，而非仅仅机构覆盖[11-12]；县级医院则应根据基层适宜服务区间提供针对性帮扶，并结合县域外就诊病种分布，有针对性提升专科能力，而非盲目地升级为三级医院，在县域内逐步实现“控制疾病增量，削减疾病存量”的目标。

3.2 以权责适配为导向，推进多元主体协同治理 结合医共体的外部环境和发展诉求，与其密切相关的政府部门涉及卫生健康局、医疗保障局、财政局、机构编制委员会办公室等。尽管医共体日常推进与管理工作由县卫生健康局负责，但多数资源配置权分散于其他平级部门，呈现出职能型组织结构，易导致医共体面临多头指挥的困境，延长政策制定周期，增加交易成本，也为政策衔接提出了挑战，甚至可能衍化出政策执行矛盾[13]。针对此，需要建立起县委、县政府牵头，多部门参与的联席工作机制：由县长或分管卫生副县长统筹，定期组织职能部门与牵头医院负责人召开协商会议，对高质量的内涵与价值达成共识，并根据县域实际情境对高质量路径进行“本土化”修订；围绕组建、运行、考核等医共体发展全过程，尤其关注其中的堵点卡点，如设置数量、机构参与、人员任命、资源投入、监测考核，从内部职责出发，制定职能部门权责清单，涉及交叉职责时则应防止多头、重复、扎堆、推诿等问题的出现。在此期间职能部门需明确其角色定位是为了医共体高质量发展提供支撑和保障，而非管控或束缚，逐步从管理者转变为引导者；由牵头医院收集成员单位的意见与诉求，职能部门积极听取、有效反馈，建立重要事项集体决策模式，在医共体外部形成“上位推动，平等对话，快速响应”的治理态势。结合医共体功能结构和高质量朝向，内部主体应涵盖公立和民营、基层和医院、综合和专科、医疗和公卫服务提供机构，以及患者与一般居民的服务利用群体。为了扭转基层与医院、医疗与预防、供给与需求之间割裂的困境，塑造医共体内部协同治理的良性循环，需要做到：(1)根据不同类型机构的服务职责与服务区间，由县级医院牵头，统筹调配卫生资源，包括人力、物力、医保基金与公卫资金，充分发挥出不同主体的优势，如基层的服务综合性，中医院、妇幼保健院与民营医院的专科特长，通过错位互补形成相互依赖的发展格局。(2)基层以“横向一张网，纵向多条线”为方向，通过公共卫生与健康管理承担起对居民健康生活方式培养以及健康诉求掌握的责任，以基本医疗为载体衔接公共卫生和医院专科服务。(3)在技术与资源交流过程中，不能局限于西医临床服务，应向预防和中医倾斜，技术帮扶与资源下沉也应当紧扣基层发展和居民需要，不能流于应对考核或满足晋升的形式主义；在此期间需要调动服务利用方参与治理的积极性，主动收集意见与建议并作出反馈与改进，在医共体内部形成“县级统筹、基层串联、需方介入”的治理格局，并以县级牵头医院为纽带，实现内外部治理融合。

3.3 以同向发力为目标，构建多机制联动模式 鉴于机制偏离服务的问题，需要围绕卫生服务提供全过程进行配套机制设计与完善：(1)需要识别的驱动机制。识别和满足居民需要作为医共体高质量发展最基础的行动逻辑，推动着政策制定、机构管理、服务提供各阶段理念的更新。以卫生健康委和医保局为主的政府部门可以从发展规划、考核评价、服务补偿设置上释放出明显的信号，如考虑人口结构变化的机构调整与资源投入，增加能够体现对辖区居民服务需要掌握程度的考核指标，鼓励院外服务开展的补偿标准等，推动卫生服务机构，尤其是基层主动与服务对象接触；牵头医院与成员单位管理者则通过宣讲培训、绩效考核与薪酬改革等措施进行思想传导并逐步扭转服务提供者的行为重心[14]。(2)能力提升的保障机制。卫生服务属于技术、劳动密集型行业，人力资源的数量和素质对技术水平起决定性作用。除既往人员招聘与引进计划外，开发人力资源存量的使用效率更为重要。对外既可组建专科联盟，通过派驻团队、进修学习、临床带教等方式；又可以远程医疗为载体，通过远程会诊、远程教学培训等手段定向增强专业能力；对内则是应兼顾居民诉求、功能定位、能力短板与乡镇差异，打通横向与纵向维度人员流动的渠道，实现人力存量的均衡布局和技术知识机构间共享。(3)服务合理的引导机制。组织认同与利益共享作为打破机构间壁垒，形成合理服务格局的关键。一方面，牵头医院负责联系机构管理者、服务提供者，选择发展、管理、业务等不同主题，定期召开例会加强交流，以增进了解与信任。另一方面，落实医保基金打包预付，而非仅仅在预算数字下的总额控费[15]；真正地实现变医保结余基金为可使用资金，而非仅将结余数字增加至次年预算额度；并充分开发基金使用效能，如拓展“同病同价”基础病种范围、尝试对基层和医院进行基金再次分配[16]、探索按价值付费等。(4)服务连续的激励机制。协作主体、协作内容的明确

是基本，还需要配套相应的资源为服务整合注入活力，尤其是信息系统与医保资金。各地结合既往信息化水平与财政状况制定递进式的互联互通实施方案，所构建的信息平台也要注意功能全面性与操作适用性[17]。连续性服务能够降低服务成本，但也会对长期固化的服务提供/利用模式造成冲击，因此需要配套改变服务收费与补偿标准，以实现主观能动与客观规定的统一，如在双向转诊中，将县乡起付线的双次支付转变为上转仅补差额或下转无需再缴，并显著提高有效转诊后端服务的报销比；参照县级医院服务费用标准，由转诊产生的县乡费用标准差额与成本节省额可用于奖励服务提供方。

数据可用性声明　本研究所使用相关数据均来源于官方公开平台，未使用受限访问或内部数据。

参考文献

[1] 何晓泳, 毛凡, 孔灵芝, 等. 县域慢病管理中心建设水平评估指标体系构建 [J]. 中国公共卫生, 2024, 40(8): 985-990.

[2] 申红娟, 崔兆涵, 史二敏, 等. 紧密型医共体推动县域医疗卫生高质量发展案例研究 [J]. 中国医院管理, 2022, 42(5): 16-20.

[3] 尹红燕, 谢瑞瑾, 马玉龙, 等. 安徽省医共体模式的探索和实践 [J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(7): 28-32.

[4] 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.

[5] 袁浩文, 吴晓燕, 魏霞, 等. 县域医共体改革对患者住院服务利用的影响研究——以安徽省芜湖市为例 [J]. 中国医院管理, 2021, 41(7): 30-33.

[6] 赵敏捷, 贾梦, 王芳, 等. 浙江省德清县县域医共体改革措施与效果分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(11): 53-58.

[7] 顾昕. 财政制度改革与浙江省县域医共体的推进 [J]. 治理研究, 2019, 35(1): 12-20.

[8] ESTRADA M A R. Policy modeling: Definition, classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling, 2011, 33(4): 523-536.

[9] 吴建, 左一博, 蒋帅, 等. 基于 PMC 指数模型的临床专科建设政策质量评价研究 [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(12): 17-25.

[10] 贺睿博, 刘雪娇, 邢怡青, 等. 结构性视角下中国居民卫生服务需要理论建构与实践向度 [J]. 中国公共卫生, 2024, 40(7): 892-898.

[11] 董忆晗, 李伯阳. 面向未来初级卫生保健新内涵构建 [J]. 中国公共卫生, 2022, 38(11): 1499-1504.

[12] 李浩淼, 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.

[13] 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.

[14] 杨孝灯, 黄晨晶. 紧密型县域医共体薪酬制度改革与绩效考评实践 [J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 53-55.

[15] 封进, 吕思诺, 王贞. 医疗资源共享与患者就医选择——对我国医疗联合体建设的政策评估 [J]. 管理世界, 2022, 38(10): 144-157, 173.

[16] 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.

[17] 李建涛, 王思琦, 张利宏. 信息化赋能: 紧密型县域医共体流程优化机制研究 [J]. 管理案例研究与评论, 2022, 15(4): 359-370.