

# 紧密型治理影响县域医共体绩效的组态路径研究\*

俞淦泉<sup>①</sup>, 郑彩云<sup>①</sup>, 王欣<sup>①</sup>

**摘要** 目的: 探索县域医共体紧密型治理影响医共体绩效的路径, 为医共体高质量发展阶段精准施策提供依据。方法: 分析广东省县域医共体紧密型治理情况, 基于组态理论、利用模糊集定性比较分析法探究紧密型治理影响医共体绩效的路径及核心条件。结果: 实现高县域医共体绩效的有效路径有3条, 核心条件为医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理落实到位。在实现以上核心条件的情况下, 即使信息互联互通未落实也可能实现高县域医共体绩效; 导致非高县域医共体绩效的有效路径有11条, 核心条件为医共体决策权限、财务统一管理和收入统一管理均落实不力。结论: 为提高县域医共体绩效, 应重点保障医共体决策权限, 全面落实县域医共体考核机制以及财务统一管理、药品统一管理和收入统一管理。

**关键词** 县域医疗卫生共同体; 绩效; 路径; 模糊集定性比较分析

**中图分类号** R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)11-0024-05

The Paths of Merged Governance Affecting the Performance of County Medical Consortia/Yu Ganquan, Zheng Caiyun, Wang Xin//Chinese Health Economics, 2023,42(11):24-27,65

**Abstract Objective:** To explore the paths between construction strategies and performance of county medical consortia and informing policy making for further high-quality development of county medical consortia. **Methods:** It analyzes current development status of county medical consortia in Guangdong Province, and explored the core conditions and configuration paths between construction strategies and performance of county medical consortia using fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis (fsQCA). **Results:** There are three effective paths for achieving high performance of county medical consortia. The core conditions are the effective evaluation of county medical consortia, unified management of finance and drug. Though information sharing is not implemented well, high performance can be achieved with the above core conditions implemented effectively. There are 11 effective paths for non-high performance of county medical consortia. The core conditions for non-high performance include the ineffective implementation of decision-making autonomy, unified management of finance and income. **Conclusion:** The key to improving the performance of county medical consortia is effective implement of decision-making autonomy, evaluation, and the unified management of finance, drugs and income in county medical consortia.

**Keywords** county medical consortia; performance; paths; fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis

**First-author's address** School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510080, China

**Corresponding author** Wang Xin, E-mail: wangxin25@mail.sysu.edu.cn

县域医共体是我国整合县域医疗卫生资源、提升基层卫生服务能力、形成有序就医格局, 构建以人为本的整合型县域卫生服务体系的重要政策选择。截至2021年底, 我国已在827个试点县建成1 276个县域医共体, 实现网格化布局管理。《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》(国卫办基层发〔2020〕12号)提出, 通过责任、管理、服务和利益共同体4个维度11个指标来评价县域医共体的紧密型治理。现有研究表明鲜有县域医共体能够全面落实11个指标<sup>[1]</sup>。虽然各县域经济发展与医疗卫生服务体系背景不同, 但是否存在能够提高大多数县域医共体绩效的紧密型治理核心条件呢?

广东省县域医共体建设已覆盖全省70个县(区、市), 县域整合型卫生服务体系已初步建立, 县域卫生

服务能力得到提升。但现阶段实现县域医共体高质量发展还存在一些壁垒, 各县域医共体需精准施策来全面提升其绩效水平<sup>[1]</sup>。本研究利用2022年广东省县域医共体监测数据, 分析县域医共体紧密型治理影响县域医共体绩效的组态路径, 为深入推进县域医共体高质量发展提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本研究通过广东省县域医共体监测与绩效评价系统选取2022年广东省所有70个县域的医共体监测数据。

### 1.2 方法

组态理论认为某一事件的产生是通过多因素相互组合和影响实现的, 不能以孤立分析部件的方式理解组织, 强调变量间的因果复杂性, 且结果出现与否的原因是而非对称的<sup>[2]</sup>。定性比较分析(Qualitative Comparative Analysis, QCA)基于组态理论, 在案例研究的基础上分析导致某一事件产生的前因条件及条件组合。模糊集定性比较分析(fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis, fsQCA)是定性比较分析的一种类型, 在处理

\* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71804202)。

① 中山大学公共卫生学院 广州 510080

作者简介: 俞淦泉(1998—), 男, 硕士在读; 研究方向: 卫生体系与政策; E-mail: yugq6@mail2.sysu.edu.cn。

通信作者: 王欣, E-mail: wangxin25@mail.sysu.edu.cn。

类别问题、程度变化问题和部分隶属问题上具有优势，适合处理连续型变量<sup>[2]</sup>。在紧密型县域医共体的建设过程中，紧密型县域医共体建设策略相互组合、共同影响绩效，且绩效高低的原因是非对称的。因此，本研究采用基于组态理论的fsQCA方法，在广东省紧密型县域医共体案例研究的基础上，探究紧密型治理提升县域医共体绩效的有效路径。

1.2.1 条件和结果的选择。根据《广东省卫生健康委员会 广东省发展和改革委员会 广东省财政厅 广东省人力资源和社会保障厅 广东省医疗保障局 广东省乡村振兴局 广东省中医药局关于2022年度紧密型县域医疗卫生共同体建设绩效评价工作安排的通知》（粤卫基层函〔2022〕18号）的要求，本研究选取紧密型治理评价11项指标中的8项作为条件变量：医共体决策权限、医共体有效考核、人员统筹管理、财务统一管理、药品统一管理、信息统一管理、促进医防融合和收入统一管理，并按评分标准进行赋分。未纳入党委政府主导、患者有序转诊和医保管理改革的原因是落实率超过90%或低于10%。选取上述文件中全部17个绩效评价定量指标，根据县域医共体绩效评分标准计算各县域医共体得分，并将此得分作为结果变量。

1.2.2 条件和结果的校准。利用fsQCA3.0软件通过直接校准法校准数据，并按原始数据的75%分位数、均值和25%分位数设置3个校准点，分别对应完全隶属点、交叉点和完全不隶属点，如表1所示。fsQCA通过校准将原始数据分为高和非高两类，高县域医共体绩效表示县域医共体绩效得分较为理想，相较于其他试点县水平较高，其他变量同理。

表1 结果变量和条件变量的校准点

变量	完全隶属点	交叉点	完全不隶属点
结果			
医共体绩效	85.93	80.28	75.11
条件			
医共体决策权限	12.00	10.15	8.00
医共体有效考核	8.00	4.69	3.00
人员统筹管理	5.00	3.96	3.00
财务统一管理	5.00	4.41	4.00
药品统一管理	6.57	4.42	2.32
信息互联互通	2.00	1.49	0.00
促进医防融合	5.00	3.70	2.50
收入统一管理	13.00	9.79	8.00

1.2.3 必要性分析。必要性分析旨在探讨单一条件对结果产生的影响，判定指标为一致性和覆盖度。本研究的一致性阈值设置为0.9，覆盖度越大表示对结果的解释力度越大<sup>[3]</sup>，将从高绩效和非高绩效两个角度进行必要性分析。

1.2.4 充分性分析。充分性分析旨在衡量不同前因条件形成的组态对结果产生的充分性。首先确定合适的案例频数和原始一致性阈值以构建真值表，然后通过fsQCA3.0软件对完善后的真值表进行标准分析。通过纳入不同的逻辑余项，可以得到3种解：简约解、中间解和复杂解。简约解与中间解中均存在的条件为核心条件，表明与结果的关系较强；仅存在于中间解的条件为边缘条件，表明与结果的关系较弱。本研究报告合理有据、复杂适中的中间解，解释超过原始一致性阈值的组态，案例频数设置为1，原始一致性阈值设置为0.8<sup>[4]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 必要性分析

由表2可知，各条件的一致性均小于0.9，因此不存在影响县域医共体绩效的必要条件，说明单个因素对结果的解释力较弱，即这些条件相互组合才能最大限度发挥出对县域医共体绩效的影响作用。

表2 条件变量必要性分析

条件变量	高县域医共体绩效		非高县域医共体绩效	
	一致性	覆盖度	一致性	覆盖度
高医共体决策权限	0.745	0.607	0.634	0.444
非高医共体决策权限	0.318	0.505	0.437	0.595
高医共体有效考核	0.585	0.674	0.398	0.393
非高医共体有效考核	0.473	0.478	0.670	0.581
高人员统筹管理	0.589	0.662	0.443	0.427
非高人员统筹管理	0.490	0.507	0.649	0.575
高财务统一管理	0.798	0.670	0.500	0.360
非高财务统一管理	0.237	0.357	0.541	0.696
高药品统一管理	0.644	0.691	0.428	0.393
非高药品统一管理	0.435	0.470	0.664	0.615
高信息互联互通	0.421	0.489	0.587	0.584
非高信息互联互通	0.641	0.644	0.486	0.418
高促进医防融合	0.625	0.688	0.450	0.424
非高促进医防融合	0.477	0.503	0.669	0.605
高收入统一管理	0.523	0.671	0.383	0.423
非高收入统一管理	0.550	0.510	0.701	0.557

### 2.2 高县域医共体绩效的充分性分析

高县域医共体绩效的组态路径见表3。解的覆盖度为0.541，表示5条组态路径可以解释54.1%的高县域医共体绩效案例；解的一致性为0.881，表示满足5条组态路径的案例中，呈现高县域医共体绩效的比例为88.1%。由于路径4和路径5的一致性小于0.8，故不做解释。

路径1：以医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理落实到位以及信息互联互通落实不力为核心条件，以医共体决策权限和人员统筹管理落实到位为边缘条件的组合可以产生高县域医共体绩效，可以解

释38.5%的高县域医共体绩效案例。

表3 高医共体绩效的组态路径

条件	路径1	路径2	路径3	路径4	路径5
医共体决策权限	●		●	●	●
医共体有效考核	●	●	●	⊗	
人员统筹管理	●	●			⊗
财务统一管理	●	●	●	⊗	●
药品统一管理	●	●	●		●
信息互联互通	⊗	⊗	⊗		●
促进医防融合		●	●		⊗
收入统一管理			●	●	
原始覆盖度	0.385	0.355	0.351	0.076	0.073
唯一覆盖度	0.041	0.013	0.042	0.048	0.046
一致性	0.899	0.907	0.912	0.782	0.772
解的覆盖度	0.541				
解的一致性	0.881				

注：●示核心条件落实到位，●示边缘条件落实到位，⊗示核心条件落实不力。

路径2：以医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理落实到位以及信息互联互通落实不力为核心条件，以人员统筹管理和促进医防融合落实到位为边缘条件的组合可以产生高县域医共体绩效，可以解释35.5%的高县域医共体绩效案例。

路径3：以医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理落实到位以及信息互联互通落实不力为核心条件，以医共体决策权限、促进医防融合和收入统一管理落实到位为边缘条件的组合可以产生高县域医共体绩效，可以解释35.1%的高县域医共体绩效案例。

### 2.3 非高县域医共体绩效的充分性分析

非高县域医共体绩效的组态路径见表4。解的覆盖度为0.612，表示11条组态路径可以解释61.2%的非高

县域医共体绩效案例；解的一致性为0.879，表示满足11条组态路径的案例中，呈现非高县域医共体绩效的比例达到87.9%。本研究根据核心条件的异同，对具体路径描述如下。

路径1：以医共体决策权限落实不力，药品统一管理和信息互联互通落实到位为核心条件的组合可以产生非高县域医共体绩效，可以解释13.2%的非高县域医共体绩效案例。

路径2和路径3：以医共体有效考核落实不力，财务统一管理和收入统一管理落实到位为核心条件，以信息互联互通和促进医防融合落实不力或药品统一管理和促进医防融合落实不力为边缘条件的组合可以产生非高县域医共体绩效。路径2和路径3分别可以解释8.7%和6.7%的非高县域医共体绩效案例。

路径4：以医共体决策权限落实不力，财务统一管理、信息互联互通和促进医防融合落实到位为核心条件的组合可以产生非高县域医共体绩效，可以解释8.0%的非高县域医共体绩效案例。

路径5：以医共体决策权限落实不力和收入统一管理落实到位为核心条件的组合可以产生非高县域医共体绩效，可以解释19.1%的非高县域医共体绩效案例。

路径6：以药品统一管理、信息互联互通和收入统一管理均落实不力为核心条件的组合可以产生非高县域医共体绩效，可以解释22%的非高县域医共体绩效案例。

路径7和路径8：以医共体决策权限落实到位，财务统一管理和收入统一管理落实不力为核心条件，以信息互联互通落实不力或医共体有效考核、人员统筹管理和促进医防融合均落实不力为边缘条件的组合可以产生非高县域医共体绩效。路径7和路径8分别可以解释19.8%和16.1%的非高县域医共体绩效案例。

表4 非高县域医共体绩效的组态路径

条件	路径1	路径2	路径3	路径4	路径5	路径6	路径7	路径8	路径9	路径10	路径11
医共体决策权限	⊗			⊗	⊗		●	●	●	●	⊗
医共体有效考核		⊗	⊗					⊗	●	●	
人员统筹管理								⊗	⊗	⊗	●
财务统一管理		●	●	●			⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
药品统一管理	●		⊗			⊗			⊗		
信息互联互通	●	⊗		●		⊗	⊗			⊗	
促进医防融合		⊗	⊗	●				⊗		⊗	●
收入统一管理		●	●		●	⊗	⊗	⊗			
原始覆盖度	0.132	0.087	0.067	0.080	0.191	0.220	0.198	0.161	0.052	0.056	0.098
唯一覆盖度	0.033	0.030	0.016	0.018	0.076	0.033	0.050	0.059	0.007	0.015	0.016
一致性	0.873	0.834	0.893	0.935	0.907	0.838	0.899	0.974	0.944	0.919	0.935
解的覆盖度						0.612					
解的一致性						0.879					

注：●示核心条件落实到位，●示边缘条件落实到位，⊗示核心条件落实不力，⊗示边缘条件落实不力。

路径9和路径10：以医共体决策权限和医共体有效考核落实到位，财务统一管理落实不力为核心条件，以人员统筹管理和药品统一管理落实不力或人员统筹管理、信息互联互通和促进医防融合均落实不力为边缘条件的组合可以产生非高县域医共体绩效。路径9和路径10分别可以解释5.2%和5.6%的非高县域医共体绩效案例。

路径11：以人员统筹管理和促进医防融合落实到位，财务统一管理落实不力为核心条件，以医共体决策权限落实不力为边缘条件的组合可以产生非高县域医共体绩效，可以解释9.8%的非高县域医共体绩效案例。

#### 2.4 稳健性检验

本研究采用两种方法对高县域医共体绩效的组态路径进行稳健性检验<sup>[9]</sup>。一是将原始一致性阈值调整为0.85，其余不变，得到2条有效路径与调整前路径基本一致。二是随机剔除10%的案例，其余不变，得到2条有效路径与调整前路径仍保持一致。综上，可认为不同的稳健性检验方法得到的路径均与调整前路径之间具有清晰的子集关系，结果稳健<sup>[9]</sup>。

### 3 讨论与建议

#### 3.1 实现高医共体绩效的组态路径

本研究共产生3条高医共体绩效的有效路径，其核心条件均包括医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理落实到位以及信息互联互通落实不力，说明此4项核心条件对高县域医共体绩效的形成产生了重要影响。

首先，现有研究也表明医共体有效考核可提高绩效<sup>[4]</sup>。一是完善的内外考核机制可以厘清政府—管委会—医共体权责，加强政府宏观管控、保障管理制度在医共体内落实。二是以结果为导向的考核指标可以准确监测和评估医共体建设进展，便于实时调整建设策略。三是考核结果的合理利用可以激发成员单位和工作人员的积极性，为实现高县域医共体绩效提供动力。

其次，统一规范的财务制度不仅提高了医共体的工作效率和财务信息质量，还提高了县域医共体财务风险管控和防范腐败的能力<sup>[5]</sup>。同时，实现财务统一管理的医共体作为“单体”与财政、医保等部门对接，可避免各机构重复的硬件和人员配置，通过统一的财务资源配置促进卫生资源有效利用。

再次，统一用药目录可避免病人下转后无法持续用药、治疗的局面，为医共体内双向转诊提供了保障，推动有序就医格局形成。此外，现有研究发现<sup>[6]</sup>，药品统一管理在降低成本的同时，能够提升基层医疗卫生机构的合理用药水平和服务能力。

最后，本研究发现信息互联互通落实不力是高县域医共体绩效的核心条件。这并不是否定信息互联互通在提高县域医共体绩效中可发挥的作用，而是说明目前医共体有效考核、财务统一管理和药品统一管理

均落实到位对于县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用和有序就医格局形成的促进作用可以弥补信息化建设缓慢对提高医共体绩效的阻碍作用。

#### 3.2 导致非高县域医共体绩效的组态路径

本研究共产生了11条非高县域医共体绩效有效路径。对比发现，医共体决策权限、财务统一管理和收入统一管理落实不力作为核心条件出现的频率较高，这3个条件对非高县域医共体绩效的形成影响较大。

首先，医共体决策权限落实不力可能妨碍医共体对成员单位的统一管理，不利于县域卫生服务体系资源配置和运行机制的优化。

其次，县级医院和基层医疗卫生机构不同的财务管理标准和规范，会降低组织内工作效率和财务信息质量，阻碍医共体财务资源的优化配置。当财务统一管理落实不力时，往往伴随着较低的预算管理水平和，这可能增加医保基金风险<sup>[5]</sup>。

最后，收入统一管理落实不力，从而制约基本公共卫生服务项目的实施，使提升基层医疗卫生机构服务能力受阻。现有研究认为，收入统一管理下合理的绩效激励可以激发医共体服务主体活力，为成员单位按需使用财政补助资金、非基层医疗卫生机构参与基本公共卫生服务提供保障<sup>[7]</sup>。

#### 3.3 建议

为实现2023年底60%医共体达到紧密型的目标<sup>[8]</sup>，广东省还需从政府层面和医共体层面共同落实医共体有效考核、财务统一管理、药品统一管理、医共体决策权限和收入统一管理。

政府层面。(1) 医共体有效考核。一是考核指标密切围绕医共体建设目标，以有序就医格局形成、县域卫生服务能力提升等相关指标为重点；二是考核结果与医共体的财政补助、医保支付、管理人员的职务任免等挂钩。(2) 财务统一管理。医共体管理委员会要加强监督；可由政府牵头，引入社会第三方对医共体财务管理进行长效监督。(3) 药品统一管理。药监、医保等多部门参与制定用药目录，同时加强对成员单位规范用药的监督检查。(4) 信息互联互通。一是从地市层面统筹设计，确定信息化建设的技术规范和标准；二是政府应关注信息化建设的落实，通过时时监督和阶段性因地制宜推进信息化建设。(5) 医共体决策权限。政府应加大改革力度，通过医共体管理委员会协调相关部门、逐步突破权力下放的难点，如编办和人社部门共商员额制改革。(6) 收入统一管理。财政部门探索实行基本公共卫生服务经费按县域医共体常住人口总额预算，由医共体统筹管理和使用。

医共体层面。(1) 医共体内部考核，应加强考核指标与医务人员在医共体中所承担角色的关联，

(▶▶下转第65页▶▶)

- of adjuvant therapy with atezolizumab in Chinese patients with stage IB–IIIA resectable NSCLC after adjuvant chemotherapy[J]. *Front oncol*, 2022,12(9):894656.
- [14] HU S, TANG Z, HARRISON J P, et al. Economic evaluation of nivolumab versus docetaxel for the treatment of advanced squamous and non-squamous non-small cell lung cancer after prior chemotherapy in China[J]. *Pharmacoecon open*, 2023,7(2):273–284.
- [15] ZHENG Z, ZHU H, FANG L, et al. Cost-effectiveness analysis of sugemalimab vs. chemotherapy as first-line treatment of metastatic nonsquamous non-small cell lung cancer[J]. *Front pharmacol*, 2022,13(9):996914.
- [16] CAI H, XU B, LI N, et al. Cost-effectiveness analysis of camrelizumab versus chemotherapy as second-line treatment of advanced or metastatic esophageal squamous cell carcinoma[J]. *Frontiers in pharmacology*, 2021,12(11):732912.
- [17] RUI M, LI H. Cost-effectiveness of osimertinib vs docetaxel-bevacizumab in third-line treatment in EGFR T790M resistance mutation advanced non-small cell lung cancer in China[J]. *Clinical therapeutics*, 2020,42(11):2159–2170.
- [18] GUAN H, WANG C, ZHAO Z, et al. Cost-effectiveness of donafenib as first-line treatment of unresectable hepatocellular carcinoma in China[J]. *Adv ther*, 2022,39(7):3334–3346.
- [19] LOONG H H, WONG C K H, LEUNG L K S, et al. Cost-effectiveness analysis of ceritinib vs. crizotinib in previously untreated anaplastic lymphoma kinase (ALK)-positive non-small cell lung cancer (NSCLC) in Hong Kong[J]. *Cost effectiveness and resource allocation*, 2020,18(1):50.
- [20] WANG H, WANG Y, LI L, et al. Economic evaluation of first-line nivolumab plus cabozantinib for advanced renal cell carcinoma in China[J]. *Front public health*, 2022,10(9):954264.
- [21] WANG H, LIAO L, XU Y, et al. Economic evaluation of first-line sugemalimab plus chemotherapy for metastatic non-small cell lung cancer in China[J]. *Front oncol*, 2022, 12(12):1081750.
- [22] LIU S, DOU L, WANG K, et al. Cost-effectiveness analysis of nivolumab combination therapy in the first-line treatment for advanced esophageal squamous-cell carcinoma[J]. *Front oncol*, 2022,12(6):899966.
- [23] WHITTINGTON M D, MCQUEEN R B, OLLENDORF D A, et al. Long-term Survival and Cost-effectiveness Associated With Axicabtagene Ciloleucel vs Chemotherapy for Treatment of B-Cell Lymphoma[J]. *JAMA Netw Open*, 2019, 2(2):e190035.
- [24] DE ANGELIS R, CAPOCACCIA R, HAKULINEN T, et al. Mixture models for cancer survival analysis: application to population-based data with covariates[J]. *Stat Med*, 1999, 18 (4):441–454.

[收稿日期：2023-08-17] (编辑：高非)

(◀◀上接第27页◀◀)

并将考核结果与人员的岗位聘用、绩效收入和职称评定挂钩。(2) 财务统一管理。医共体可在统一核算体系、财务制度和数据标准等基础上，落实预算管理主体责任，将预算执行结果纳入考核。(3) 药品统一管理。牵头医院可定期派驻药师到基层医疗卫生机构开展用药指导和处方抽查审核等。(4) 信息互联互通。一是培养人员信息化思维，增强其网络信息处理能力；二是加强宣传，让群众了解借助远程医疗系统在基层医疗卫生机构也能够接受和县级医院同质的服务。(5) 医共体决策权限。医共体应完善和落实各管理中心制度，明确各管理中心的职、权、责。(6) 收入统一管理。医共体可制定财政补助资金使用管理办法，在保障基本公共卫生服务均等化的前提下提高经费使用效率。

本研究存在以下不足：一是虽然纳入了广东省所有县域医共体案例，但未纳入其他省份案例，研究结果的普适性有限，仅供其他省份参考。二是本研究主要分析紧密型治理各因素与医共体绩效之间的静态关系，未分析各因素随时间的变化与医共体绩效之间的动态关系，未来可进一步分析多因素协同影响医共体

绩效的动态演变机制。

## 参 考 文 献

- [1] 郑彩云, 黄奕祥, 王欣. 广东省县域医共体建设现状分析与运行效果评价——基于二阶聚类和秩和比法[J]. *现代预防医学*, 2022,49(22):4132–4138.
- [2] 杜运周, 贾良定. 组态视角与定性比较分析(QCA): 管理学研究的一条新道路[J]. *管理世界*, 2017(6):155–167.
- [3] 张明, 杜运周. 组织与管理研究中QCA方法的应用: 定位、策略和方向[J]. *管理学报*, 2019,16(9):1312–1323.
- [4] 高强. 安徽省县域医共体综合绩效考核指标体系研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2020.
- [5] 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.
- [6] 朱良荣, 金优阳, 唐玲琳, 等. 县域医共体药品统一采购管理的实践效果[J]. *中国乡村医药*, 2020,27(23):66–68.
- [7] 蔡秋茂, 吴文强, 王欣, 等. 混合政策工具视角下县域医共体改革效应评估[J]. *中国卫生经济*, 2023,42(1):14–18.
- [8] 王美华. 以医共体之“通” 破解看病之“痛”[N]. *人民日报(海外版)*, 2023-05-23(009).

[收稿日期：2023-07-16] (编辑：彭博)