



基于米特—霍恩模型的医保经办服务 数智化转型困境与优化

陈湘婉, 汤质如

安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032

摘要:文章基于米特—霍恩模型,以浙江、贵州等为例,从6个维度分析我国医保经办服务数智化转型的政策执行困境,即政策目标模糊且标准不统一、政策资源保障与激励机制存在困境、政策执行方式与适老化尚待改进、执行机构间存在行政化与协同壁垒、政策运行环境复杂多变、政策执行人员价值认知与专业能力存在差异等困境。需通过因地制宜细化政策目标与标准、强化资源保障机制、构建多元治理网络、丰富政策执行方式、优化政策执行环境、进行经办人员差异化培训等举措,推动医保经办服务向高效便捷的数智化方向转型。

关键词:米特—霍恩模型;医保经办服务;数智化

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)01-045-006

doi:10.7655/NYDXBSS250344

随着信息化与经济社会的不断融合发展,2023年《“数据要素×”三年行动计划(2024—2026年)》提出,以数据要素乘数效应赋能经济社会发展。医疗保障是基本的民生工程,与经济社会发展密切相关,医疗保障信息化是医疗保障事业高质量发展的基础,是医保治理体系和治理能力现代化的重要支撑。医保经办服务作为医疗保障服务的“最后一公里”,其数智化转型成为关键任务^[1]。自2018年以来,国家医保局相继出台多项政策推动全国统一的医保信息平台建设,优化医保经办数智化服务。医保经办服务数智化即依托于医保大数据、人工智能、物联网、区块链等数字技术开展的医保筹资、支付、管理、监督等经办服务^[2],数智化转型并非工具和技术的简单叠加,而是从结构、功能、组织到文化的全方位重塑,并通过多元主体的协同运作^[3],实现高效便捷的医保经办服务。近年来,医保经办服务数智化取得了阶段性成效,但也存在跨部门协同等问题。因此,本研究基于经济社会发展水平以及医保经办数智化转型的创新性和典型性,以浙江省和贵州省医保经办数智化转型的政策为例^[4],运用米

特—霍恩模型,从政策执行视角系统分析国家及地方层面出台的政策文件中涉及推动医保经办服务数智化转型的实践和挑战,推进医保经办服务建设更加优质、高效、便捷。

一、理论基础

医保经办服务数智化政策的实施需要自上而下层层落实,医保经办服务数智化转型政策是由国家层面主导规划和强力推动,地方层面的执行实施需要在国家统一的框架和标准下进行,这种中央统筹规划、地方分级落实的模式,其政策制定、资源调配、标准设定、信息平台建设等环节具有“自上而下”的特征,这与米特—霍恩模型自上而下的执行要求相契合^[5]。米特—霍恩模型强调政策运行受多方影响,这些政策既有中央统一制定和推动的公共政策,也有省、市、县等各级地方政府所执行的公共政策^[6],旨在解释政策从决定到实施再到效果转变过程中存在的多种影响因素,分析政策执行过程的复杂和多维度性质。并将这些作用因素分成六类:政策目标与标准、政策资源、执行方式、运行机构特

基金项目:安徽省卫生健康委员会横向合作项目“安徽省卫生费用核算研究”(K2021209)

收稿日期:2025-08-26

作者简介:陈湘婉(2000—),女,安徽安庆人,硕士研究生在读,研究方向为社会保障;汤质如(1971—),男,安徽合肥人,教授,研究方向为卫生经济学、医疗保险,通信作者,tang_zhiru2004668@sina.com。

征、运行环境以及运行者价值取向^[7],各个因素之间动态交互,直接或间接影响政策的执行效果,见图1。此模型是“自上而下”的执行模式,已经在教育^[8]、医疗改革^[9]等领域广泛应用,但在医保经办服务数智化政策的应用中鲜有涉及。因此,本研究根据浙江省、贵州省等地区发布的关于医保信息化、数智

化建设的政策文件等,同时使用“医保数字化”“医保经办服务智能化”等关键词进行文献检索,将该模型应用于医保经办服务数智化政策分析中,总结分析医保经办服务的数智化实施情况,探索医保经办服务数智化政策实行的障碍因素,为政策完善提供参考。

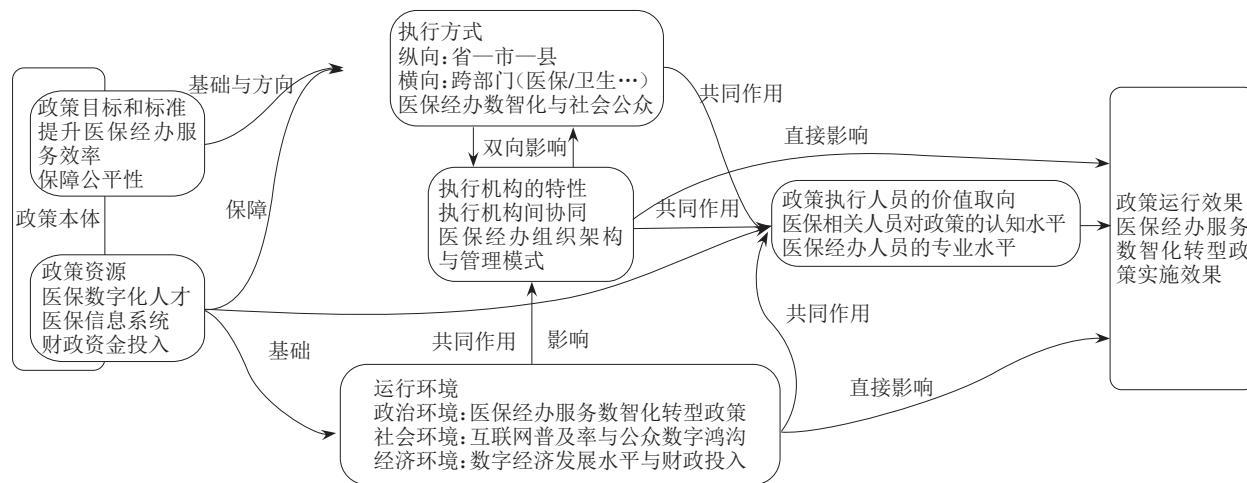


图1 米特—霍恩的政策执行系统模型

二、结果与分析

(一)政策目标与政策标准尚待细化和完善

政策目标体现政策核心价值,指向预期成效;政策标准作为政府部门制定的法定规范与操作标准,为执行效果评估提供基准^[10]。政策标准与目标直接影响组织间的沟通及政策执行^[11]。医保经办服务的数智化目标是以公平、效率为前提,实现医疗保障的可及性与公平性,推动医疗质量提升和公众健康保障效果的改善^[12]。总结梳理近年来相关政策后发现,政策都明确了最终所要达成的目标,这些目标在制定的过程中也逐渐细化,如《浙江省医疗保障事业发展“十四五”规划》提出打造医疗保障30分钟服务圈,公立医院满意度全面提升,医保公共服务事项线上办覆盖率100%,医保电子凭证结算定点医药机构覆盖率100%。但在《关于印发浙江省加快推动“人工智能+医疗健康”高质量发展行动计划(2025—2027年)的通知》中,推动人工智能赋能医管理的目标只是一个定性的总体目标,并未制定细化目标。而在政策目标明确之后,如何衡量政策执行是否符合政策预期,就需要有一整套可以量化的政策标准体系去检验^[13]。国家医保局提出规范全国医保经办服务事项名称与编码、办理材料、时限、环节和服务标准,推进医保经办全流程数智化服务。但医保信息系统处于建设期,各地医保信息数据库缺乏统一数据标准与政策指引^[14],经办服务数智化进程中出现执行标准差异与数据壁垒问题。如2024年贵州省《医疗保障经

办政务服务事项清单》中,异地转诊人员备案所需材料比浙江省多一个“异地就医登记表”,这可能导致异地就诊信息共享不畅,进而降低医保经办服务效率。

(二)政策资源保障与激励机制存在困境

政策资源即系统本身实现目标的条件,包括所有应用于执行活动的人力、经费、信息等^[11]。医保经办服务数智化的政策资源作为政策执行的先决条件,是保障医保经办服务以及构成政治经济与社会环境的基础^[15]。本研究中政策资源是指医保经办服务数智化转型的政策执行过程中所需要的人力资源、财政资源、信息资源等。

1. 医保数字化人员存在供需困境

随着各项政策的全面落实与全国统一的医保信息平台建设不断深入,尽管医保经办人员规模持续扩充,但现有数字化人才供给仍难以充分满足医保经办服务数智化转型的需求。从整体数字化人才市场来看,我国数字化人才供需之间存在缺口。《产业数字人才研究与发展报告(2023)》显示,未来三年内,我国数字化人才供需比预计将达到1:2.6^[16]。2023年《中国数字经济人才发展报告》显示,浙江省数字经济人才需求规模排名全国第4位,在这一宏观背景下,医保领域由于其专业性强、政策复杂度高,既具备数字化能力又掌握医保政策的复合型人才较为缺乏^[17]。

2. 信息系统建设尚待完善

医保经办服务体系的完善离不开信息系统建设,虽然全国统一医保信息平台已从技术上缓解省

级系统割裂局面,促进了医保业务“全国一盘棋”的架构整合,但数据资源的深度整合与实时共享仍面临障碍,以贵州省数据开放平台获取的无条件共享数据为例,数据更新速度慢,共享数据质量有待提高。此外,贵州省“一网通办”中仍然有许多事项不能实现网上办理。如电脑端数据与移动端数据未能及时联通,部分高频服务事项只能提供查询功能,不能进行办理^[18]。

3. 财政保障存在区域差距与激励困境

《中华人民共和国社会保险法》规定医保经办机构运行和管理经费由同级财政保障,但根据国家医保局2019—2023年部门决算数据,医保经办事务的财政拨款金额从2019年的2 548万元减少至2023年的1 167万元,呈下降趋势。同时,不同省份之间在医保经办财政保障水平方面存在较大差距,如2023年浙江省医保经办事务的财政收入(1 102.9万元)约为贵州省(67.9万元)的16倍。此外,现有研究指出,当前的财政拨款模式虽有效阻断了经办机构挪用医保基金的风险,但同时也加剧了其对政府财政的依赖^[19]。这种依赖可能导致医保经办机构在目标设定和绩效评价方面更侧重于满足政府部门的即时任务与预算限制,从而在一定程度上弱化了其对医保制度长期发展目标和体系运行效率优化的关注。

(三)政策执行方式与适老化尚待改进

政策执行过程是一个相互交流与互动的过程,是政策执行者之间、政策执行者与目标群体之间的沟通、协调等互动方式。通过对医保经办服务数智化政策文件的梳理发现,贵州省和浙江省相关政策主要通过政府或医保局等部门以行政命令形式自上而下推动落实,政策的执行主要依托文件通知、意见等逐级发布的方式展开。在这种模式下,政府同时扮演着医保政策制定者、监督者和经办事务执行者的多重角色。尽管这种执行方式在一定程度上促进了医保经办服务的数智化转型,但当政策目标与标准不够具体和明确时,其单一的执行模式容易导致信息在层级传递过程中产生损耗,影响政策实施效果。此外,各地探索经办服务创新性优化举措,力图推动服务规范化、便捷化、适老化,但财政投入、经办人员配备不足等问题可能导致目前部分医保经办数智化服务缺乏配套的适老化和简明化,在一定程度上增加了老年人等群体独立操作的难度,拉大与其他群体间的数字健康鸿沟^[19]。如浙江省在民众常用的“浙里办”、微信等平台上线了医保码和亲情账户功能,为子女等可信代理人协助老年人使用医保码服务提供了便捷的平台,但老年人家庭空巢化,使得医保码和亲情账户的应用面临局限,尤其在农村地区,这一方式的实际效果可能受到影响。贵州省在《农村医保电子凭证激活及使用

情况》报告中指出,虽然家庭中的年轻人已经为老年人、儿童激活并绑定了医保码,但年轻人陪同其就诊少,导致医保码适老化仍存在障碍^[20]。

(四)执行机构间存在行政化与协同壁垒

政策执行机构的特性是指执行机构的固有属性。其作为政策执行的关键变量,与组织沟通形成双向关系,且影响执行者价值取向,并对政策执行效果产生直接影响。在医保经办服务数智化政策执行过程中,需要各级财政部门、卫健部门、医疗机构等相互配合协调,以确保政策在执行的每个环节顺利推进。多地尝试引入商业保险机构经办部分服务,以期增强竞争活力^[21]。然而,其政策执行方式的单一可能导致经办服务的关键环节仍由医保经办机构主导,限制了商保机构在精算、风控及技术应用等专业优势的发挥,导致其难以独立高效运作。这种权责不清、主体功能未能有效分离的局面,加剧了政策“碎片化”与管理“部门化”,导致行政决策链条长、经办机构因诱发风险而受害^[22],数据孤岛难以打破制约互联互通,碎片化管理不利于统一智能流程建设,进而阻碍医保经办服务的数智化转型。此外,相关研究发现,部分地区的医保信息系统分散开发、建设,造成医保经办机构与相关部门机构之间信息不对称,使得垂直系统与各横向系统的对接融合困难,制约医保数据各部门共享和协同^[23]。如贵州省虽然大多数地级市信息系统已经实现与省级部门对接融合,但还是存在部分地级市建立不同的数据平台,造成重复建设,加固了部门间数据共享的“柏林墙”^[18]。同时,浙江省的部分地级市尚未实现县内信息数据横向互通,存在“信息孤岛”,使得不同部门间的横向协调面临较大阻力^[24],一定程度上阻碍了医保经办服务数智化转型。

(五)政策运行环境复杂多变

政策运行环境对执行机构特性、执行人员价值取向与政策效果均具有影响。随着社会经济的发展,我国2024年网民规模为11.08亿人,互联网普及率为78.6%,这为实现医保经办服务“掌上办”“网上办”创造了良好的社会环境,但在医保经办数智化政策执行过程中出现适老化困境,进而导致政策运行的社会环境存在数字鸿沟,如一些农村空巢老人无法熟练使用医保码就医。自2018年国家医疗保障局成立后,颁布了一系列促进医保经办服务数智化转型的政策文件,不断加快我国医疗保障体系的数智化转型,为各地医保经办数智化服务管理与建设标准提供了政策环境。如浙江省在《加快推动“人工智能+医疗健康”高质量发展行动计划(2025—2027年)》《浙江省医疗保障事业发展“十四五”规划》等政策中提到医保经办服务数智化转型路径,但当前医保经办服务数智化政策大多以间接形

式出现在其他政策中,缺乏系统性指导与有效监督,导致出现政策碎片化等问题。此外,区域医保经办数智化政策资源配备存在差异,可能导致其运行的经济环境也存在困境。以浙江省和贵州省为例,2024年贵州省数字产业规模2 549.4亿元,浙江省数字经济核心产业增加值突破1万亿元,数字经济发展存在差距,造成其医保经办服务数智化转型差异。

(六)价值认知与专业能力存在差异

执行者的价值取向是指执行人员对政策的认知程度和专业性。《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出建立我国“1+4+2”医疗保障制度的总体框架,以及强化经办机构人才支撑,培育适应新时代公共服务需求的专业化队伍,以促进医保经办服务的提质增效。在此背景下,各省市聚焦医保领域“高效办成一件事”,不断优化经办流程,提升服务质效,积极开展医保经办服务培训会,如2024年浙江省、贵州省都分别举办了医保经办系统练兵比武活动。此外,浙江省还开展了现代医院医保精细化管理能力提升培训班,促进医保经办服务数智化转型。但此类培训的覆盖面、常态化及与实务结合的深度仍有不足,难以系统性扭转基层经办人员知识结构单一、数字技能薄弱的局面,从而影响了数智化服务举措在“最后一公里”的落地效能和创新活力^[17]。

三、建 议

据此,本研究基于米特—霍恩模型,提出了如图2所示的政策执行优化策略。

(一)细化政策目标,完善政策标准

从上述研究中发现,当前我国的医保经办数智化转型政策多提出定性目标,缺乏具体量化指标,导致各地区执行时标准不一。因此,从宏观层面需立足各地区经济发展状况和信息化建设水平,将政策目标具体化,如经济发达地区可要求更高的医保经办线上可办率。此外,各地在数智化探索中出现标准差异,导致难以实现信息共享,可选取典型省

份先行推进跨区域数据共享,探索医保与医院、药企的数据接口规范。如在国家医保局2024年最新印发的《放射检查类价格项目立项指南(试行)》基础上,南京鼓楼医院依托国家医保信息平台,调用标准接口,推动医疗机构将影像检查结果上传至云端,实现影像跨省调阅。

(二)强化资源保障机制,保证经办服务同质化

1. 完善引才标准和政策,培育复合型人才

当前各地虽通过技能竞赛、专题培训等方式强化队伍建设,但在数智化转型进程中,专业人才供需矛盾愈发突出。因此,建议制定医保经办服务数字人才引进标准与政策,完善相关的医保经办创新人才、管理人才和技能型人才等认定条件,探索人才举荐、人才互认、比赛识才等引才机制。如浙江省在数字经济人才队伍培育方面,先后制定高技能人才倍增行动方案;出台《数字技术工程师培育项目实施方案》,通过“线上+线下”“理论+实操”方式,按照职业、方向和等级开展数字技术人才培养。同时,加强各省市高校医保经办数字人才相关专业建设,大力支持建立医保数字专业院系、交叉学科体系等培养模式,培育跨领域、跨学科、跨专业的医保经办复合型人才队伍。

2. 树立医保经办服务标杆,推进医保信息协同共享

当前医保信息化建设已处于从“建平台”“好平台”到“用好平台”,从“有数据”“好数据”到“用好数据”的新阶段,但医保信息化建设仍面临着系统碎片化、标准不统一、安全运维短板等问题。建议进行系统整合与功能优化,制定统一数据标准并实时对接,总结信息化建设标杆地区的经验,以点带面,分层推进,互相借鉴^[25],促进全国医保经办服务标准统一、数据共享、交互协同的一体化信息平台建设。如贵州省引进全国首个数字化医用耗材集采系统,建设省级集中统一的医保影像云中心,实现医保数据赋能应用、跨区域调阅共享及人工智能深

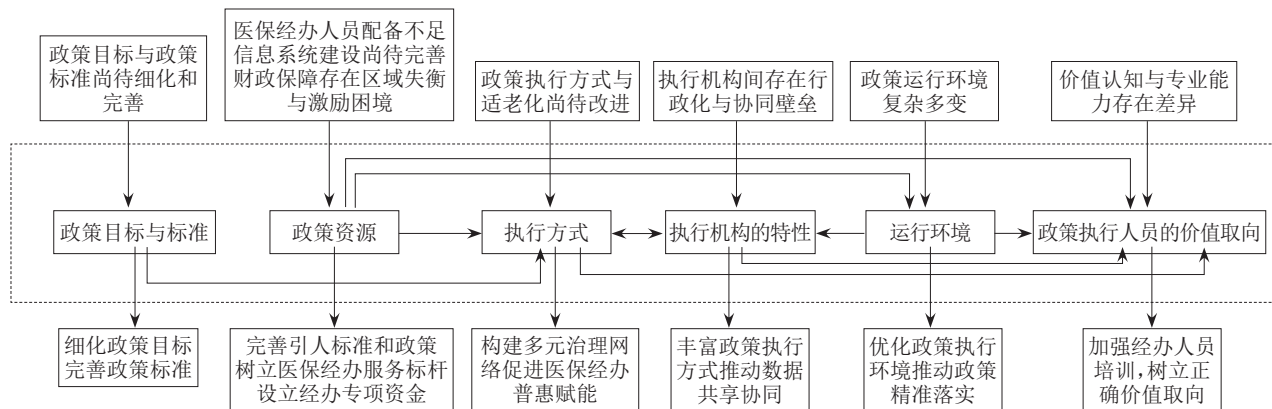


图2 数智化转型政策执行过程的优化调整策略

度应用,探索出了可复制、可推广的区域影像云基地建设“贵州模式”。

3. 设立经办专项资金,优化财政补助结构

医保经办事务、信息系统等基础设施建设的主要资金依赖于财政拨款,在一定程度上造成了区域医保经办服务数智化转型差距。因此,应结合当地实际情况,加大对经济欠发达地区的财政投入,保证其医保经办服务软硬件设施到位,为政策的执行提供物质保障。对于经济发达地区应发挥资源优势强化技术赋能,缩小区域医保经办服务数智化转型差距^[26]。同时,还可设立医保经办专项基金,明确财政拨款与医保基金支出的分担比例,医保基金负责医保经办机构的管理经费,财政负责分担医疗保险制度筹资责任,增强医保经办系统自主性。

(三)构建多元治理网络,促进医保经办普惠赋能

我国医保经办服务数智化转型过程中需要多方协同合作,单一的执行机制容易导致政策弹性不足。因此,建议构建政府主导、多元参与的协同治理网络。积极吸纳街道社区、社会组织、基层医疗机构等多方力量共同参与。例如,可以委托社区网格员、乡村医生或志愿者为老年人提供线下代办、上门激活、使用指导等暖心举措。此外,政策的精细化与适老化改造还要打通医保经办数智化服务“最后一公里”。研究发现部分医保经办数智化服务忽视了服务对象的数智化能力差异,可能加剧健康不平等。建议在不断提升线上智能化服务水平的基础上,发挥传统服务方式兜底作用,避免加剧“数字鸿沟”^[2]。同时,也可在省市级医保信息平台嵌入“长者模式”,通过大字体、简洁语言、强对比色彩和语音导航等功能降低使用门槛。

(四)丰富政策执行方式,推动数据协同共享

目前医保经办服务数智化转型政策的执行方式单一,仅通过行政手段自上而下执行,政策效果远没有达到预期。因此,为了有效推动政策落实,应坚持自上而下与自下而上相结合的执行方式。可探索动态反馈机制,完善医保经办数智化考核标准,将医疗机构、参保群众的体验评估纳入政策优化体系,进一步完善政策的执行。依托全国统一平台推动跨部门数据共享,探索区块链技术,解决医保经办信息系统协同困境。如浙江省通过建立协调机制和统一的政务大数据平台,有效打破了部门壁垒,实现了各部门数据的标准化共享和业务协同,将传统的部门间协调转化为系统内的流程,极大提升了医保经办服务效率^[27]。

(五)优化政策执行环境,推动政策精准落实

面对医保使用的数字鸿沟,应在积极拓展“网上办”的同时,依托社区服务中心、乡村卫生院等基层,为老年人、农村居民等群体提供面对面协助,确

保数智化成果惠及全社会。此外,政府还应加大对政策执行的支持力度,制定并出台目标清晰、标准统一、责任明确的医保经办服务数智化转型专项政策。面对浙江、贵州等省份的数字经济发展水平差异,财政、医保等部门应加大对数字洼地的资源倾斜力度。鼓励发达地区与欠发达地区建立对口协作机制,共享技术方案、管理经验和培训资源,但也应避免政策“一刀切”。支持各省份探索符合本地实际的医保经办服务数智化转型路径,实现精准化区域赋能策略。

(六)经办人员差异化培训,设立数智化绩效标准

通过加强医保经办人员数字素养的学习和培训,提升经办人员对政策文本的了解和认同感,培养其使用医保数字化平台的能力^[28]。应根据岗位职责设计差异化培养方案,如对于信息化人才,侧重提升其运用大数据进行医保智能监控等专业能力;对于一线窗口人员,聚焦于熟练操作新系统、引导线上办理等服务技能。此外,还应科学制定绩效指标体系,明确各部门指标任务,以量化的形式对工作人员开展定期评估^[29],将参保人满意度、数据质量、医保经办服务的优化创新等纳入绩效考核范畴,调动经办人员的积极性和创造力。鼓励医保经办人员基于实际工作提出的流程优化与技术改进建议,形成“自上而下顶层设计”与“自下而上实践创新”相结合的良性互动格局,促进其树立正确的价值取向。

参考文献

- [1] 高珊珊,马云霞,吴群红. 基于扎根理论的我国医保经办机构内控体系构建研究[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(4): 394-398
- [2] 杨红燕. 数字化时代的数字医保:内涵、价值、挑战与治理思路[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2021, 35(2): 17-24
- [3] 陆岷峰. 数智化赋能实体经济高质量发展的机制与策略研究[J]. 新经济导刊, 2024(12): 51-58
- [4] 蒋敏娟. 地方数字政府建设模式比较——以广东、浙江、贵州三省为例[J]. 行政管理改革, 2021(6): 51-60
- [5] 来庆玲,徐川川,冯园园,等. 基于霍恩-米特模型的医防融合执行影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2024, 27(22): 2700-2705
- [6] 任强. 乡村教师定向培养政策何以执行偏差——基于“米特-霍恩”政策执行系统模型的分析[J]. 教育发展研究, 2024, 44(6): 42-49
- [7] 孙琪,郭锋,翟铁民,等. 我国长期护理保险政策执行困境与路径优化研究:基于米特-霍恩模型的分析[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(12): 18-22
- [8] 徐赟,丁洁琼. 学校如何执行教育政策——基于米特-霍恩框架的课后服务政策执行个案研究[J]. 教育发展

- 研究, 2024, 44(8): 70-78
- [9] 方秀斌, 周典, 刘大鹏, 等. 基于霍恩-米特模型的安徽省DRG支付方式改革策略探究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(5): 9-12
- [10] 赵春文, 李子鑫, 柳松艺, 等. 基于霍恩-米特模型的家庭医生签约服务政策执行障碍因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(12): 884-887
- [11] 金慧, 季婧雅, 曹欣, 等. 基于米特-霍恩模型的慢病门诊报销政策执行困境研究——以南通市为例[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(5): 499-504
- [12] 申曙光, 吴庆艳. 健康治理视角下的数字健康: 内涵、价值及应用[J]. 改革, 2020(12): 132-144
- [13] 吴巍. 霍恩-米特模型视角下雄安新区L镇特色小镇政策执行效果研究[D]. 秦皇岛: 燕山大学, 2024
- [14] 华颖. 中国医疗保险经办机构: 现状评估与未来展望[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2020, 50(3): 157-166
- [15] 李娟, 张霭慧. 我国智慧养老政策执行困境及推进策略研究——基于米特-霍恩政策执行模型[J]. 长沙民政职业技术学院学报, 2025, 32(1): 2-9
- [16] 蒋一辉, 杜为公. 以数字职业需求为导向的数字化人才均衡配置问题研究[J]. 郑州师范教育, 2025, 14(3): 92-96
- [17] 张兆阳, 赵允伍, 王晓松, 等. 我国智慧医保政策执行困境及推进策略: 基于史密斯政策执行过程模型视角[J]. 中国医院, 2023, 27(1): 3-6
- [18] 李昊姮. 政府跨部门数据共享的技术结构化困境及应对策略研究[D]. 贵阳: 贵州大学, 2021
- [19] 翟绍果, 徐咪. 数字经济时代医保治理的机制创新与政策路径[J]. 中国医疗保险, 2024(2): 72-82
- [20] 董建坤, 王红妹, 邢以群, 等. 价值共创与技术创新: 卫生健康数字化转型中公平问题何以化解——基于医保码适老化案例的分析[J]. 电子政务, 2025(10): 87-99
- [21] 朱俊生. 让医保经办机构成为真正的“保险人”[J]. 中国医疗保险, 2017(8): 29-31
- [22] 赵云. 医疗保险预付费方式与公立性行政化经办机构错配研究[J]. 医学与社会, 2015, 28(11): 20-22, 30
- [23] 姚涵, 俞清源, 马卓然, 等. 医保治理中的数智化进展与数字形式主义挑战[J]. 中国医疗保险, 2024(7): 51-61
- [24] 林青婵. 浙江省平阳县数字政府建设问题研究[D]. 南昌: 江西农业大学, 2023
- [25] 刘智勇, 叶鸿志, 谭辉艳, 等. 我国医疗保障信息化建设历程与发展趋势[J]. 医学信息学杂志, 2021, 42(8): 2-7
- [26] 周绿林, 白焯斌. 医保经办服务数字化转型的路径研究——基于22个案例的模糊集定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(7): 18-24
- [27] 许峰. 地方政府数字化转型机理阐释——基于政务改革“浙江经验”的分析[J]. 电子政务, 2020(10): 2-19
- [28] 高颖, 吴爽. 京津冀协同发展背景下河北省人才引进研究——基于米特-霍恩模型的分析框架[J]. 现代商贸工业, 2025, 46(15): 11-13
- [29] 农静雅, 朱平华, 刘倩茹, 等. 西部A省医疗保障人才队伍现状及能力提升研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2022, 42(9): 679-684

(本文编辑: 姜 鑫)

Dilemma and optimization of digital intelligence transformation of medical insurance administrative service based on the Meter-Horn model

CHEN Xiangwan, TANG Zhiru

School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: Based on the Meter-Horn model, and using Zhejiang, Guizhou, and other regions as examples, this paper discusses and analyzes the policy implementation difficulties of the digital intelligence transformation of medical insurance administrative services across six dimensions, thereby providing theoretical foundations for optimizing policy formulation and implementation and improving the administrative services efficiency. The policy implementation difficulties include vague policy objectives and inconsistent standards, limitations in policy resource guarantees and incentive mechanisms, needs for improvement in policy implementation methods and elderly oriented adaptation, administrative and coordination barriers between implementing agencies, a complex and unpredictable policy operating environment, and gaps in administrators' perceived value and professional capabilities. Through measures such as refining policy objectives and standards tailored to local conditions, strengthening resource guarantee mechanisms, building a multi-governance network, expanding policy implementation methods, optimizing the policy implementation environment, and conducting customized training for administrative practitioners, we will promote the transformation of medical insurance administration services towards a more efficient and convenient digital intelligence direction.

Key words: Meter-Horn model; medical insurance administrative services; digital intelligence