

国际社会健康治理的理念与实践

刘丽杭*

中南大学公共管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】基于国际社会健康治理理念的形成与发展,一些典型国家在政府与社会合作治理、组织间的纵向与横向治理方面积累了丰富的经验。在共享价值与政策目标共识的基础上,将健康治理理念转化为政府与社会合作参与的共同实践,不仅体现出平等、多元、信任、合作、参与的多目标价值导向,也促进了国际社会卫生管理体制与健康服务模式的转型发展,这为构建我国健康治理模式提供了经验。

【关键词】健康治理;整体性政府;协同合作;公民参与

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.08.013

The concept and practice of health governance in the international community

LIU Li-hang

Public Administration College, Central South University, Changsha Hunan 410083, China

【Abstract】 Based on the formation and development of health governance concept in international community, some representative countries from the two aspects, namely the cooperative governance of both the government and the society as well as the inter-organizational vertical and horizontal governance made the relevant experience of health governance practice. On this basis of the shared values and policy objectives consensus, the health governance concept was transformed into common practice with the participation of both the government and the society. It not only reflects the multiple objective value orientation of equality, diversity, trust, cooperation and participation, but also promotes the transformational development of the international community health management system and health service pattern, which could provide a valuable experience for the construction of health governance model in China.

【Key words】 Health governance; Integrity in government; Collaboration; Citizen participation

健康作为资本要素的理念,已经渗透到一个国家政治、社会经济及居民生活方式等各个领域,也逐步成为各国政府密切关注的重大民生问题。衡量社会成功的指标是公民的健康和福祉的改善,及其生活质量和环境资源的可持续利用,而不只是狭义上的GDP增长。^[1]因此,从这一角度来看,健康是构成一个充满活力经济体的关键社会要素。许多国家将健康纳入了国家社会经济发展战略目标以及政府的公共政策议程中,并作为评价政府公共政策及社会治理现代化进程的重要指标。^[2]

全球化、城镇化和城市化等使得人类社会结构发生了重大变化,人口老龄化、流行病暴发、生活方

式与疾病谱的改变等众多因素的相互作用显著影响了居民的健康状况;另一方面,众多的社会与个体因素也不同程度地对健康产生一定的影响,并随着分工的日益细化其关系也越来越紧密,导致影响健康的因素与机制呈现出复杂性、动态性。这意味着卫生服务与健康领域亟需一种全新的治理范式。

1 健康治理理念

治理的概念来源于古典拉丁文和古希腊语的“掌舵”一词,含有控制、引导和操纵之意。在公共管理领域采用“治理”这一概念时,强调的是政府分权并向社会授权,以实现多主体和多中心治理,实

* 基金项目:国家社会科学基金(10BGL091)

作者简介:刘丽杭,女(1963年—),教授,博士生导师,主要研究方向为公共管理与卫生政策。

E-mail: lihangu@csu.edu.cn

现国家、社会与市场多维力量对社会公共事务的共治状态。^[3]“健康治理”(health governance)已成为近几年卫生政策研究的热点,卫生系统组织结构、健康管理工具等一系列健康干预的现象或措施均被理解为“健康治理”。但这些均是规范与实证研究中的概念性主题或描述性术语,在健康及其相关政策的研究中能否将其转变为理论与模式还有待探索与完善。^[3-4]从加强初级卫生保健服务到将健康融入所有政策,充分显示出国际社会卫生改革与发展进程正在经历着一场深刻的理念变革。即一种基于共享价值、协商统筹、共同参与、伙伴关系、公共网络、公众导向为特点,以健康为中心的政府与社会协同合作的治理理念正在进入国际社会的医改实践,并重塑或引领国际社会的公共政策议程及价值取向。

2 健康治理理念变革历程

2.1 强化初级卫生保健

1978年,阿拉木图宣言指出,健康是人类的基本权利,政府有责任提供适宜的技术与方法来增进居民健康,获得更高质量的健康状况是全世界共同追求的目标。^[5]此外,该宣言首次系统地阐述了卫生部门与其它政府部门共同合作制定健康发展战略的必要性:跨部门合作是基于卫生服务与健康公平的状况,以健康风险及社会决定因素为指导的多部门共同参与的“健康治理”行动。一些非卫生部门(如财政、教育等)的决策会对居民的健康状况产生较大的影响,如可通过调整酒精、烟草和饮料等税收政策影响人们的消费行为,干预人们的生活方式,进而促进居民健康状况的改善。目前,跨部门合作的健康发展战略已被各国政府所广泛接受并实施。^[6]

基于这一理念,世界卫生组织明确指出,初级卫生保健作为健康治理的理论基础与实践指南,不只是技术指南,而且还包括了具有指导意义的价值理念。^[7]无论是发展中国家还是发达国家,政府在健康治理方面的作用都应该重新界定并明确,充分体现健康治理模式的多元化与多部门决策的协调统筹机制。政府不仅要提供初级卫生保健服务,还需要致力于解决健康风险及社会决定因素。政府各部门以及卫生系统内部各机构之间的协调合作是改善居民健康状况的关键。同时,还需要全社会的广泛参与才能共同创造一个可持续发展的健康环境。

2.2 健康促进

1986年,第一届国际健康促进大会通过了“渥太华宣言”,首次完整阐述了“健康促进”的定义、行动原则以及未来的发展方向,系统提出了“健康的公共政策”、“建立支持健康的环境”、“强化社区参与”、“发展个人健康技能”以及“改革卫生服务模式”5大行动纲领^[8],并明确指出了收入、安全、社会保障等影响健康的8个社会决定因素。“健康促进”不仅要提升居民的健康知识与技能,而且还要在国家层面系统制定促进健康的公共政策,增加对健康的投资,强化社区的参与行为,创造一个健康的支持性环境,并且从预防保健的角度重新定位医疗卫生服务的功能与模式,改革传统的卫生服务管理体制,有计划、有效率地推动健康治理工作。

1988年,第二届国际健康促进大会进一步明确了公共卫生政策所关注的4个关键及优先领域:维护妇女健康、强化食品营养、减少烟草和酒精消费以及创造支持性的健康环境。并指出公共卫生政策的特点之一是明确所有政府部门及其政策都应该关注公共卫生、健康及其相关问题,并对相关的健康风险及社会决定因素承担起责任。^[9]该大会敦促各国政府针对健康风险及社会决定因素采取相关行动,进一步强调公平是健康的重要社会决定因素,并引入相关的问责机制。这一治理理念促进了利用健康风险及社会决定因素的变化来评估政府公共政策的实施效果及其对健康的影响。同时,通过制定“健康城市”、“建立健康促进学校”和“健康的工作场所”等优先发展领域,促进健康环境的改善,既有效弥补了多层次健康治理中众多利益相关者、卫生部门以及与其他政府部门之间的裂隙,也进一步促进了居民健康目标的实现。

1997年,第四届国际健康促进大会提出了通过健康促进帮助人们改善和增进自身健康的战略计划,具体包括:(1)提高个人行动能力,使个人具备所需的知识与技能;(2)改变人们的生活方式并对健康风险及社会决定因素进行干预;(3)强调居民参与健康促进与学习的重要性。基于这一理念,强调自我保健,讲求科学卫生文明的生活行为方式成为了国际社会健康治理的新理念。^[10]

2.3 将健康融入所有政策

1998年世界卫生组织提出引领21世纪健康促进战略,将健康促进纳入公共政策治理的范畴。一

些发达国家特别是欧洲国家开展了规模较大的健康治理项目,通过跨部门的合作参与等措施来改善居民的健康状况。但相关的实证研究发现,唯有芬兰采取了所谓的“政治范式”治理,进一步明确健康作为一个关键要素在所有政府部门工作中的地位,体现了社会整体治理的模式。1972年,芬兰政府的经济委员会将健康作为一个优先领域列入其相关议程,并努力实现卫生服务的公平配置。具体措施包括:在农业和商业领域,减少牛奶等高脂肪产品的农业补贴,将这些补贴转移到鼓励水果和蔬菜等农产品的种植与生产。基于这一实践,1986年,芬兰政府正式颁布了基于跨部门合作参与的国家健康发展战略。^[11]随后,这一实践经验成为世界卫生组织渥太华健康促进宪章中健康治理的一个典型案例。^[7]

1999年,芬兰担任欧盟轮值主席时系统总结了其经验与模式,并提出了将健康融入所有政策,即政府各部门在制定相关政策与战略计划或面临多个决策方案的选择时,都要系统考虑其政策及其相关措施对居民健康状况所产生的影响。其目的是让决策者加强循证决策,系统分析相关政策及其干预措施对健康风险及社会决定因素的影响和效果,从而制定有据可循的公共政策。该建议在欧盟及其成员国之间产生了较大影响。2006年,欧盟理事会通过了这一决议,并形成了法律文件。^[12]这一治理措施是在前两项治理措施(即强化初级卫生保健与跨部门协同合作)基础上整合形成,将传统的健康管理提升到了健康治理的新阶段。世界卫生组织在2010年正式提出了将健康融入所有政策的决议。^[13]

健康治理可分为政府整体治理与全社会治理两类。政府整体治理是通过政府各部门的功能整合与整体行动以实现共同的健康目标。其组织结构不再以特定功能为基础,而是以结果和目标进行组织设计和创新,需要在不取消部门专业化分工的前提下实行跨部门合作。政府整体治理模式可以采取正式或非正式的协同合作方式,也可以专注相关政策的制定、具体项目管理以及市场规制,具体体现在国家、地区和地方各级政府及部门之间复杂的关系,以及各种相关制度与运行机制的协调与统筹。全社会治理是在政府整体治理模式的基础上,强调构建公私合作伙伴关系,鼓励全社会成员共同参与来完善健康治理。因此,决策者的健康理念、部门间合作和社会的参与,构成了大健康理念的核心和基础。随着这些治理措施的不断实践以及相关循证政策体系

的逐步完善,不仅创新了卫生改革与发展的传统模式,促进了居民健康公平性的改善,也奠定了健康治理理念与模式的理论基础。

3 健康治理实践

基于以上健康治理理念和不同的国情及文化,大部分欧洲国家在其实践中逐步形成了不同的健康治理特色与模式:基于健康治理中的政府与社会关系,形成了政府与社会协同治理的模式;基于健康治理中的政府组织结构,形成了纵向治理与横向治理的模式。^[14]

3.1 政府与社会合作治理

政府治理是指政府行政系统作为治理主体对社会公共事务的治理,包含政府对于自身、市场以及社会活动的管理。社会治理是特定的治理主体对于社会的管理,是对社会资源的调整和配置。^[3]在市场经济条件下,健康治理往往涉及社会各方面的利益相关者,这就要求合理定位政府治理行为,构建政府与社会协同合作的治理机制。因此,越来越多的国家通过政府与其他社会组织合作建立卫生政策网络,依托更多的平台和社会联盟,将现代信息技术有机地嵌入到健康治理结构与运行机制中,并动员全社会的广泛参与,从而引导社会形成可持续发展的健康行为及生活方式。

3.1.1 形成共享价值理念

健康治理所面临的最大挑战是企业参与健康治理的方式及其相关问题。如“烟草大战”导致企业与社会利益冲突越来越大。^[15]发达国家特别是一些欧洲国家,其卫生保健服务与健康都是基于宪法所赋予的人权以及经济学中的公共物品等概念、理论,并将其作为引领健康治理的价值规范,也称之为“共享价值”。^[16]在相关政策的制定与实践过程中,基于所形成的共同价值理念来敦促政府与企业共同关注健康及相关问题,并将健康作为一个要素融入到企业的发展战略与经营模式中。这不仅能够改善社会生产力状况,而且也能增进社会的幸福指数,并构建类似于环保指数与消费者偏好指数等模型来评估其“共享价值”的影响及效果。^[17]同时,政府应强化其监管职能,以确保其生产与经营方式遵守法律规范、社会道德以及与之有关的国际与国家标准。在国际卫生领域,企业通过与全球基金会等组织合作,共同抗击艾滋病、结核病和疟疾等,协助解决有关健康、

营养和保健等问题。目前,一些企业已经成为社区卫生的重要合作伙伴,越来越多的企业积极参与到具体项目的管理,并探索建立可持续的发展关系。^[18]

3.1.2 建立沟通机制

当一个国家的政府要出台相关卫生政策时,应尽可能邀请所有利益相关者进行广泛性磋商,共同确定其目标与相关监督评价指标,明确具体实施措施以及相关的问责机制等。如美国健康 2020 战略规划即是在联邦政府跨机构工作组的领导下,由美国健康与人类服务部与其它联邦政府机构、社会团体以及众多利益相关者协作完成。^[19-21]各方均为健康 2020 的战略目标及其相关优先领域献计献策,为最终战略规划的形成提供了科学的决策依据。欧盟许多卫生政策在制定时也都遵循类似做法。基于所构建的目标框架,从上至下与相关政府部门、社会团体以及学术组织进行广泛沟通,并建立同行评审以及绩效评估机制,不定期公布政策制定与实施效果。同时,政府卫生部门在与其它部门和社会团体进行协商与沟通时,将自己视为众多跨部门参与者的一员,运用新的领导方式和信息沟通技能,建立新型的战略伙伴关系。

3.1.3 构建网络平台

基于现代网络技术促进健康治理主要体现在以下几个方面:(1)基于健康治理信息服务平台,不仅能够增加健康治理及相关政策的透明度,有助于规范企业行为,促进其主动调整生产方式与经营理念,还能进一步强化问责机制。政府部门通过调查数据来判断社会公众对卫生服务质量的评价,分析评估国内各地区卫生系统的绩效以及本国与世界各国之间的绩效差异,促进政府各部门及其决策者重视卫生系统所存在的问题,并采取相关的改革措施以促进卫生系统的可持续发展。尽管有些数据存在可比性问题,评价指标体系及方法还不够完善,但仍能产生一定的促进作用。如世界卫生组织 2000 年的世界卫生报告《卫生系统:改进绩效》产生了较大的社会反响,吸引了社会、公众以及大众媒体的关注。通过卫生系统绩效评估结果的排序,促使公众及大众媒体关注更为宏观的卫生系统绩效比较,同时也强化和完善了相关的问责机制。^[22](2)卫生信息平台不仅有助于全社会疾病防治、公共卫生与健康促进等信息的交流,也可以协调与统筹全社会的力量应对传染病与慢性非传染病的双重挑战。目前,柬埔寨、爱尔兰、马来西亚等国家已经建立了国际化的卫

生信息平台。^[23]这种由多元组织、多级政府和多种部门参与并逐步形成的网络治理模式,解决了诸多跨国界传染性疾病的传播。

3.1.4 公民参与及合作

公民参与健康及相关事务是尊重公民健康权利的重要表现。如美国通过公民参与制定年度预算,荷兰政府通过消费者调查等方式确定政府财政(包括卫生财政)的优先领域;瑞典通过议会的优先权委任制,委托政府或大学的相关研究机构进行调查与研究,提供以循证研究为基础的决策依据。^[24]

健康知识素养作为健康治理的一个关键因素,不仅需要合作生产与创新更多的健康知识及教育模式,而且也需要通过发展社区认知文化构建一种更有亲和力与本土文化特点的健康教育及健康促进方式。特别是在健康食品、安全饮用水、临床诊断与药物利用等方面均需采取协作行动。加拿大政府向全社会公开健康 2020 发展战略及其评估指标体系,通过系统监测、开放数据,加强全民的健康素养,有效监督该战略的具体实施及进程。

欧洲各国通过采取“授权给病人”等方式,促进患者参与临床治疗决策。患者的有效参与已成为欧洲卫生改革的重要措施,也成为公民参与政府决策的有效模式。需要注意的是,应区分好作为消费者的病人和作为社会公民的角色转换。^[25]移动医疗与穿戴式保健技术的发展,正在逐步颠覆传统的医疗卫生服务模式及其医患关系。^[26]

3.2 组织间的纵向与横向治理

基于健康治理中的组织结构,国际社会形成了纵向治理与横向治理模式。纵向治理是指从地方、州(省)及中央政府以至相关国际组织等各层级部门之间在体制框架、法律法规以及相关政策等方面进行的有机整合。横向治理是指政府各部门之间职能的整合,是指政府内各部门机构功能的整合(如各部委功能的整合),或功能性机构之间的整合(如医疗卫生与社会福利功能的整合),比较典型的做法是组建协调委员会。

3.2.1 纵向治理

欧盟通过建立欧洲疾病预防和控制中心、欧洲职业安全与健康管理中心以及欧洲食品安全局等机构,协调统筹欧盟各国及其公民的健康权益,以应对欧洲健康及其相关问题。其特点体现在 3 个方面:(1)建立国家和区域层面的公共卫生与卫生政策报

告议会制度,卫生部长与公共卫生机构负责人及其他部门代表定期召开相关会议,以协调统筹区域健康及相关事务;(2)组建长期性的部门合作委员会,监督与评价各国健康发展战略及其相关项目的实施情况;(3)建立多部门的协调与统筹机制,以提供更多的非正式协商渠道,构建相关的契约机制来完善各部门之间的协作关系。通过评估相关政策对健康风险及社会决定因素的影响及效果来改变传统的“以疾病为中心”的治理模式。如世界卫生组织的“烟草控制公约”,联合国的“千年发展目标”,都对人们的生活方式和行为产生了巨大影响。^[27]

在国家层面,实行中央集权制的国家与实行分权制的国家相比,更容易推进卫生体制及其相关制度的改革。一些分权制国家开始借鉴集权式国家模式的经验。^[28]如澳大利亚、丹麦、芬兰、德国等实行社会保险体制的国家,基于传统的分权式管理体制与决策机制,中央政府一直寻求在卫生及其相关问题方面获得更大的决策控制权。而以中央政府、地方政府和非政府组织(如医师协会)共享权力的联邦制国家,则试图通过统筹健康保险基金或调整州(省)与基层政府的体制结构与职能以简化其管理流程与治理程序。2010年,法国的大区卫生局逐步兼并了区域医院管理局的相关职能,这也标志着在一定区域范围内的“大健康”的管理体制与健康治理模式已逐步形成。荷兰把健康保险基金及相关事务的协调与统筹提到了卫生管理体制改革的优先地位,以进一步强化中央政府的管理权限。而英国将初级卫生保健组织划归到区域卫生局管理,以促进医疗卫生服务与养老、残疾照顾等资源的协调与统筹。部分国家也采取了其他合作措施,如西班牙通过建立各种协调与统筹机制来解决 17 个地区的卫生资源配置不均衡问题。^[29]

3.2.2 横向治理

(1) 组建协调委员会

在国家层面设立专门的健康管理与协调机构是一些国家实现大健康治理的重要措施。如在中央政府层级设置专门的战略性健康治理机构,负责跨部门的健康发展战略与项目以及承担一些与卫生有关的具体事务,这些机构一般设在总理办公室或国务院。如芬兰所组建的公共卫生政策咨询委员会,是一个由 17 名成员所组成的跨部门专门委员会,其成员主要来自于各政府部门、非政府组织以及相关的大学及研究机构。董事会以论坛的形式来讨论分析

所面临的健康问题和挑战。目前,该委员会已逐步树立了一定的社会形象,并形成了一定的凝聚力与引导力,其相关的决策方案可以直接报送总理办公室,为高层领导在大健康治理方面提供了科学的决策依据。^[30]

(2) 强化项目管理

英国政府曾实施了一项跨政府部门的社会健康促进项目,首相办公室专门组建了一个委员会来协调各政府部门的相关事务。如交通运输部负责社区交通改造和拓宽自行车车道的资金;农业部负责食品卫生监督,并为 12 个样本社区构建社区花园和健康餐厅。而在一些发展中国家,中央政府利用相关的国家发展战略计划(如扶贫战略规划与中长期发展框架),为政府各部门在协调与统筹健康及相关问题方面提供了一个政策工具。相关实践表明,一些与健康有关的综合性规划项目(如健康 2020 战略),如果没有一个高层次的领导与协调机构,其项目将难以实施,且相关战略目标也不可能实现。^[31]

(3) 构建大部委

在政府大部制改革趋势下,虽然各国政府卫生机构设置因各国国情不同存在一定差异,但卫生管理部门整合仍然是当今国际社会卫生改革与发展的重要发展趋势。主要表现为准大部委、大部委、超级部委制三种模式。^[17,28]

准大部委制。卫生部门职责范围并非完全意义的大部制体系,但经历了多次磨合与反复的整合正朝着大部制方向推进。德国联邦卫生部在 1961 年创建时作为一个单一的职能机构,随后与联邦家庭及青年部合并,1991 年再次调整为单一的卫生部;2002 年又涵盖了“社会福利”这一部分职能,称为联邦卫生与社会保障部(2005 年恢复为联邦卫生部),主要承担医疗卫生、法定医疗保险等 10 项核心职责。我国医疗卫生、中医药管理、药品食品监督管理以及计划生育管理等职能也在经历多次调整与变迁后,在 2013 年组建国家卫生和计划生育委员会,承担医药、食品安全等 17 项主要职能。

大部委制。美国的大部委制建于 1953 年,当时称为健康、教育与社会福利部,1979 年调整为人口健康与社会福利部,是联邦政府部门中一个最大的管理机构。承担公共卫生、社会福利、疾病监督与控制,以及食品和药物安全等 300 多项职能,每年管理约 6 万个政府财政支持项目,农业部则在食品安全等方面给予配合。^[32]

超级部委制。法国、瑞典及匈牙利等东欧国家普遍是超级部委制。法国于1921年成立的卫生部涵盖了劳动、养老、计划生育、老年人和残疾人以及少数民族等相关事务的管理。目前,法国卫生部还负责管理体育运动和妇女事务。大区卫生管理体制的改革也是法国卫生改革的主要内容之一。^[33]瑞典卫生和社会事务部涵盖了社会福利与保障、卫生保健与医疗服务、公共卫生与儿童权利保障、老年和残疾人管理等事务。该政府机构设有4个部长,分别负责卫生和社会福利、公共管理和住房管理、社会保障、儿童和老人事务。匈牙利于2010年组建了国家资源部,其职能包括卫生、教育、青年、体育和文化等社会事务。^[34]

4 小结

国际健康治理的理念以及在不同国家的实践,为中国提供了有利的借鉴:一是不断完善社会政策体系。保障社会成员的基本权利,协调社会群体之间的利益关系,促进社会的健康和可持续发展,是健康治理的基本法治保障与制度基础;二是整合国家各层级组织与政府各部门的功能,是满足社会成员享有健康公共产品的一系列制度安排及整体行动;三是发挥社会组织在促进健康中的积极作用。鼓励与培育社会组织在提供公共卫生与医疗服务、扩大公众参与监督管理等方面发挥积极作用,使其成为构建健康治理新格局的重要力量;四是动员公众参与合作,共同建立健康行为规范体系,调整人们各个方面的社会行为并维护一定的社会秩序;五是创新社区健康治理体系。以社区为健康治理的单元细胞,依托信息网络构建健康治理的基层综合服务平台。

推进国家治理体系和治理能力现代化是解决当前中国各方面难题的长效之策。^[35]健康治理作为化解健康及其相关问题的工具,其与所面临的相关问题复杂性的磨合度越高,其治理能力也就越强。中国的健康治理体系及模式仍处于由一元向多元、由单独向协同治理的转型,在借鉴国外健康治理体系和治理能力所取得的成功经验基础上,坚持基于我国国情探索适宜的健康治理体系和服务模式,已经成为我国卫生改革可持续发展的必然要求。

参 考 文 献

[1] Stiglitz J E, Sen A, Fitoussi J P. Report by the Commission

on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress[R]. Paris, 2009.

[2] MarcDanzon. The Health for All policy framework for the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe [R]. Copenhagen, Denmark; 2005.

[3] Brinkerhoff D W, Bossert T J. Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options[R]. Bethesda, 2008.

[4] Smith P C, Anell A, Busse R, et al. Leadership and governance in seven developed health systems[J]. Health Policy, 2012, 106(1): 37-49.

[5] World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care [R]. Alma-Ata, USSR; 1978.

[6] Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice[J]. Journal of Public Administration Research and Theory, 2007, 18: 543-571.

[7] World Health Organization. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies [R]. 2008.

[8] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion[R]. Copenhagen, 1986.

[9] World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Geneva[R]. 1988.

[10] World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century[R]. Geneva, 1997.

[11] Puska P, Ståhl T. Health in all policies-the Finnish initiative: background, principles, and current issues[J]. Annual Review of Public Health, 2010, 31: 315-328.

[12] Ministry of Social Affairs and Health. Health in all policies: prospects and potentials, Helsinki[R]. 2006.

[13] World Health Organization, Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies[R]. Geneva, 2010.

[14] Perri 6, Diana Leat, Kimberly Seltzer, et al. Towards Holistic Governance: The New Reform Agenda [M]. New York: Palgrave, 2002

[15] Bull B, McNeill D. Development issues in global governance[M]. London: Routledge, 2007.

[16] Porter M, Kramer M. Creating shared value[J]. Harvard Business Review, 2011, 89(1): 1-17.

[17] Raynaud O, Jané-Llopis E. Partnering for health governance transformation [M]. //Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health. Berlin, 2012.

[18] Murthy N R N. Corporate connections: the value of private sector partnerships [J]. Harvard International Review, 2011, Spring: 69-73.

- [19] Davis R M. Healthy People 2010: National health objectives for the United States [J]. *British Medical Journal*, 1998, 317(7171): 1513-1517.
- [20] Federal Interagency Workgroup Healthy People 2020 framework [R]. Washington D C: 2010.
- [21] United States Department of Health and Human Services. HHS announces the nation's new health promotion and disease prevention agenda [R]. Washington D C: 2010.
- [22] Health Consumer Powerhouse [R]. *The Euro health consumer index*, 2008.
- [23] Christensen T, Laegreid P. The whole of government approach to public sector reform [J]. *Public Administration Review*, 2007, 67(6): 1059-1066.
- [24] Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in health care* [R]. Stockholm, 1998.
- [25] Paterson R. *The Good Doctor: What Patients Want* [M]. Auckland: Auckland University Press, 2012.
- [26] Institute of Medicine. *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*, Committee on Patient Safety and Health Information Technology, Institute of Medicine [R]. Washington D C: 2012.
- [27] World Health Organization. *The Health for All policy framework for the WHO European Region* [R]. 2005.
- [28] Christine Brachthäuser. *Global Governance as a multi-level process, the Sixth Pan-European International Relations Conference* [C]. Turin: 2007.
- [29] World Bank. *What is our approach to governance?* [R]. Washington D C: 2011.
- [30] Wismar M, Ernst K. *Health in all policies in Europe* [R]. // Kickbusch I, Buckett K. *Implementing health in all policies*. Adelaide, 2010.
- [31] United Nations. *Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General: follow-up to the outcome of the Millennium Summit* [R]. New York, 2011.
- [32] Louise G, Trubek. *New Governance Practices in U.S. Health Care, Law and New Approaches to Governance in the European Union and the United States* [M]. Princeton University, 2005.
- [33] Rhona Macdonald, Richard Horton. *Global health and the G8-is power just too sweet to share?* [J]. *The Lancet*, 2008, 327(9633): 99-100.
- [34] Inez Mikkelsen-Lopez, Kaspar Wyss, Don de Savigny. *An approach to addressing governance from a health system framework perspective* [J]. *BMC International Health and Human Rights*, 2011(11): 13.
- [35] 江必新. 国家治理现代化基本问题研究 [J]. *中南大学学报: 社会科学版*, 2014, 20(3): 139-148.

[收稿日期:2015-05-21 修回日期:2015-07-16]
(编辑 赵晓娟)