

# 卫生服务体系发展不充分不平衡与有效治理：一个理论分析框架

李忠<sup>1,2\*</sup> 李伯阳<sup>1,2</sup> 贺睿博<sup>3</sup> 张亮<sup>1,2</sup>

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030
2. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030
3. 湖北经济学院财政与公共管理学院 湖北武汉 430205

**【摘要】**新医改十年以来,我国卫生服务体系发展不充分不平衡问题仍较为突出,无法充分有效地适应新时代居民的健康需要。在国家治理现代化的大背景下,卫生服务体系的有效治理得到了广泛的呼吁。但是,目前尚未有成熟的理论分析框架。因此,建构卫生服务体系有效治理的理论分析框架具有重要的研究、政策和实践意义。首先,本研究通过文献综述、概念辨析,基于多学科视角界定了卫生服务体系发展不充分不平衡的层次和维度。其次,结合其与卫生治理的逻辑关系,初步探讨了有效治理的内涵逻辑、作用路径和机制,提出了一个“制度—结构—过程—结果”的理论分析框架。最后,基于卫生治理的三大作用靶点,为相关问题的研究和实践提供了新的思路。

**【关键词】**卫生服务体系;健康需要;不充分;不平衡;治理;概念框架

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.09.003

## The insufficient and unbalanced development of the Chinese healthcare system and efficient governance: A conceptual framework

Li Zhong<sup>1,2</sup>, Li Bo-yang<sup>1,2</sup>, He Rui-bo<sup>3</sup>, Zhang Liang<sup>1,2</sup>

1. School of Medicine and Health Management, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China
2. Research Center for Rural Health Service, Key Research Institute of Humanities & Social Sciences of Hubei Provincial Department of Education, Wuhan Hubei 430030, China
3. School of Finance and Public Administration, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China

**【Abstract】** Since the new health reform launched in 2009, the insufficient and unbalanced development of China's health service system is still prominent, which is key factor to the full inability to meet the health needs of residents currently. Under the background of modernization of national governance, the effective governance of healthcare system has been widely appealed. However, no theoretical and analytical framework has ever existed. Therefore, it is of great significance to establish a theoretical framework considering the effective governance of healthcare system from the perspective of research, policy making and implementation. First of all, based on the literature review and concept discrimination, this study defined the levels and dimensions of insufficient and unbalanced development of healthcare system from the perspective of multiple disciplines. Secondly, the logical relationship and mechanism within the framework were preliminarily investigated. An “institution-structure-process-outcome” framework with the logical relationship between healthcare governance and elements of insufficient and unbalance development was proposed. Last but not least, the attempt of new prospective for the research and practice of related issues was provided.

**【Key words】** Healthcare system; Health need; Insufficient; Unbalanced; Governance; Conceptual framework

\* 基金项目:国家自然科学基金重点项目资助(71734003)

作者简介:李忠,男(1994年—),博士研究生,主要研究方向为卫生政策与经济。E-mail:lizhongjs@gmail.com

通讯作者:张亮。E-mail:zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

## 1 问题的提出

新医改以来,各级医疗卫生机构服务能力得到显著提升。然而,各地不平衡的经济发展水平、财政能力、政府治理水平也诱发了卫生服务体系发展的不充分不平衡,无法充分适应居民健康需要新的变化。党的十九大报告对我国社会经济发展进行了系统的论证,指出了“我国社会主要矛盾已经转换为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”。

公立卫生服务体系作为履行政府健康责任的主要方式之一,是社会公平正义的重要体现,是社会凝聚力和经济发展的重要保障,其可持续发展与民生和社会治理两大社会建设根本任务密切相关。2008 年的《世界卫生报告》阐述了全民健康覆盖、卫生服务以人为本、将健康融入所有政策、包容性治理四大政策方向。<sup>[1]</sup>2010 年和 2013 年的《世界卫生报告》分别从卫生筹资和研究角度对全民健康覆盖进行了深入研究,提出健康服务包括了疾病预防、健康促进、诊断治疗、康复、缓和医疗。同时,报告提供了一个卫生体系评价的分析框架,包括了人群覆盖(宽度)、服务覆盖(广度)、费用覆盖(深度)三个维度。<sup>[2-4]</sup>2015 年,联合国成员国承诺通过健康相关可持续发展目标实现全民健康覆盖<sup>[5]</sup>,因此,政治和筹资承诺,充足的资源,公平、透明和有效的分配,政策制定和实施能力加强至关重要<sup>[6]</sup>。正如社会经济发展的不充分不均衡,卫生服务体系发展的不充分不平衡也是无法避免的,原因在于不同区域的人口结构不同、不同人群的收入能力和意愿也不同,形成的健康需要、需求与利用也有所差异,对卫生服务体系发展的引导作用和强度也不同。如果卫生服务体系的发展与治理未能够真正从居民健康服务需要出发,则会导致居民的接受度和获得感不高。因此,解释我国的卫生服务体系发展不充分不平衡不仅会对当下的改革提供相应的证据支撑,也对实现卫生服务体系的有效治理,促进健康产出的最大化具有重要意义。目前,该问题尚未得到充分解释和阐述的现象和问题较多,主要包括子系统协同治理不足、社会参与度不高等。<sup>[2, 7-13]</sup>因此,卫生服务体系不充分不平衡发展的形成如何进行理论解释、有效治理的作用路径和机制是什么等核心问题亟待有效的回答。

## 2 概念辨析与内涵界定

健康作为打破社会经济劣势的要素,降低直至

消除健康差异是社会福利的一种体现。<sup>[14, 15]</sup>卫生服务体系发展不充分不平衡的内在矛盾主要表现在卫生服务秩序的混乱、服务体系碎片化、“交易成本”增加、公平性与效率不高等方面。<sup>[16]</sup>不充分不平衡作为两个比较复杂的概念,既往研究中出现了“发展不平衡”、“发展差异”、“发展不平等”等概念的混用。如果不将健康差异和公平等相关概念明确辨析,则可能引发资源投入的偏差,进一步加剧发展的不充分不平衡。

### 2.1 不充分不平衡、健康差异与公平

发展不充分和不平衡并不是两个相互独立的问题,卫生治理的系统思维需要将两者视为一个整体。不充分主要指卫生服务项目覆盖上的不全面、层次上的不综合、提供过程中资源利用不充分带来的效率不高等问题,在高质发展转变的过程中,卫生体系的“局部不充分”问题需要从规模扩张、要素整合和效率提升三大模块同时改善。不平衡则是一个相对的概念,资源投入的不充分不平衡,共同导致了服务提供和体系发展不充分不平衡的加深。既往研究中 variation 和 disparity 主要分别用于指代多样性和差异,卫生服务研究中 variation 这一概念最早于 1973 年提出<sup>[17]</sup>,是一个比较中性的概念。健康差异(health disparity)一词在 90 年代提出,具有一定的价值判断取向,起初并没有用于所有可能人群之间的健康差别(difference),仅限于社会弱势群体,特别是不同种族及其中的低收入群体的相关研究,不同年龄组人群健康状况差别不属于健康差异<sup>[18]</sup>。2010 年,美国政府发布的《Healthy People 2020》,认为健康差异范围进一步扩大,包括了经济、社会和环境劣势相关的健康区别。经济劣势包括了资源和机会缺乏引发的支付能力低下,该劣势可根据最小工资法、累进税等方式进行改善。社会劣势不仅仅包括经济劣势,还包括了性别、种族、宗教、地理、残疾等群体分组“劣势”、居住环境等。<sup>[19]</sup>社会不平等(inequalities)问题在医疗领域也未能避免,比如广受关注的不同种族在卫生服务质量和结果方面的差异,这些差异并不是由于社会经济状况、卫生服务可及性等因素导致的。政策体系设计初衷的违背,使得政策和投入的健康影响“有所折扣”。<sup>[20]</sup>通常情况下,资源投入差异是不充分不平衡发展的原因之一,差距(gap)则是结果。正如 health 和 wealth 互为因果,差异和差距两者也互为因果。与健康差异不同,首先,健康公

平指的是健康的社会公正,即没有人因为其他方面的弱势而丧失健康的可能性,作为承诺减少并最终消除的健康及其影响因素差异的一项基本原则,健康公平要求为所有人争取尽可能高的健康标准,并为社会最弱势群体提供特别关照。绝对或相对健康差异的缩小意味着健康公平的促进和弱势群体健康水平的改善。因此,健康公平指的是按需要供给,而不是健康平等概念提出的均匀提供。<sup>[21]</sup>其次,健康不平等由生物学差别和外部环境引发,前者导致的不平等是无法避免,比如不同性别的人均期望寿命不同,而后者则是可以避免的,这部分的健康不平等导致了健康不公平。健康公平(Equity)最广泛接受的概念由 Margaret Whitehead 于 1990 年提出,即可避免的、不必要的、不公正的健康差别。<sup>[22]</sup>

## 2.2 不充分不平衡的内涵界定

本研究将卫生服务体系发展不充分不平衡划分为时间、空间和群际三个层次。空间层次具有区域、城乡等尺度,与当地的社会环境、政府执政水平、人口规模和密度等因素相关。如地方机构的“相对独立性”发展,未能得到或“配合”更高层面的统一规划和支持,将引发项目建设时间进度的割裂、“物”和“人”间的协同性不高,引发区域间的巨大差异,降低了项目的效益,特别是资源不充分且依赖财政转移支付的地区。再如,区域间基本医疗卫生服务提供内容、结构与层次差异明显,如部分地区居家照护和安宁疗护等“新兴”服务已逐步试点开展<sup>[23-24]</sup>,但个别地区仍存在常见病多发病的诊疗服务物理可及性较差的问题。卫生资源供给、配置和结构的不充分不平衡,已经在众多国家引发了卫生服务供给的公平和效率相关问题。<sup>[25]</sup>静态的不平衡指的是横向水平的差异性,动态的不平衡则指的是发展轨迹和增长速度的差异性。有研究指出不平衡指的是子系统间未能达到功能和结构上的协同。<sup>[9]</sup>本研究借鉴 Donabedian 模型,对不充分不平衡的内涵进行了界定,该模型最初用于卫生质量评价,主要包括了结构—过程—结果(Structure-Process-Outcome)三个维度,即“结构决定过程,过程决定结果”。<sup>[26]</sup>本研究将资源配置、设施、信息系统建设等纳入结构维度,卫生服务提供的公平性、效率、协调性、响应性等纳入过程维度。临床结局、患者满意度、费用、获得感等纳入结果维度,具体表现如下:

结构维度下,不同子系统视角下,综合医院的

“医武竞赛”状态和规模扩张挤压了基层医疗机构的生存和发展空间,医疗—医保、基层—医院、医疗—预防等子系统的协同投入是资源投入充分与平衡的重要指标。边界理论指出,不同责任主体之间出现了角色冲突、增益或促进、平衡三个阶段的演变。边界指的是,一定场域中建立的限度和界限定义了行为的必须性、应允性、合理性、安全性。<sup>[27-28]</sup>过程维度下,基层和医院之间的分工本质是为了提高健康产出的效率,但传统的层级式分化、功能泛化结构的治理模式限制了卫生服务体系的可持续发展。随着居民健康需要的不断转换,外加各方诱导因素,大医院自身“体内循环”并不断侵占“基层体系”,全能型医院使得卫生服务体系整体的“互动和循环”不良。因此,区域卫生服务体系网络作为空间上各组织间的关联,区域或者体系效率一定程度上可以作为衡量卫生系统“整合服务”、“协同产出”、“健康产出承载”的尺度之一。以健康公平为例,多层次平衡要求区域公平、代内和代际公平、不同社会经济状况、家庭结构、种族间的群际公平。从结果指标看,财政部门需要同时补贴需方和供方,但却无管辖权,作为一个涉及多主体部门的公共产品服务体系,要实现多部门的导向性一致、必须建立制度化的协商机制促进健康结果的有效实现。总之,不充分不平衡内容的浅层次是资源投入指标的差距,如医护人员数等;中间部分指的是服务内容的综合性(预防性、治愈性、缓和性、康复性和健康促进)、卫生服务可及性、覆盖程度、服务网络和全生命周期的连续性、公平、效率、服务组织网络的协调性、反应性等过程指标;核心内容则包括了患者需要为中心、患者的充分参与、费用、质量、患者满意度等指标。即,“who”指的是群际不充分不平衡,“where”和“when”分别指的是区域和空间不充分不平衡,“what”指的是不充分不平衡的内容,如服务过程中的效率、公平和质量等,“how”即不充分不平衡产生的机制和有效治理的潜在路径。

## 2.3 不充分不平衡的测量和影响因素

众多学者对上述指标开展了测量和讨论,如采用标准差、变异系数法、泰尔指数、基尼系数、空间相关性等方法。<sup>[29-30]</sup>区域累积因果理论指出区域经济发展的不平衡主要是市场力量作用的结果,持续增强的市场力量加剧了不平衡,发达地区的经济增长是以欠发达地区的衰落为代价的,“累积性因果循

环”导致了二元结构固化。<sup>[31]</sup>非均衡发展理论指出经济增长地区对落后地区的作用分为了“极化效应”和“涓滴效应”，“涓滴效应”长期将会减少区域间的差距，促进落后地区发展，该理论赞同政府的适当干预。<sup>[32]</sup>“倒 U 理论”认为发展成熟阶段的扩散作用将使得地区差距逐渐缩小<sup>[33]</sup>，这与陆铭指出的“从集聚走向平衡”有相通之处<sup>[34]</sup>，边缘理论也指出了区域一体化可减低发展的差异<sup>[35]</sup>。对卫生领域而言，卫生服务体系发展的不充分不平衡主要受财政能力、资源投入、政策制度安排和执行、户籍制度、薪酬和激励机制不足、市场工具应用、问责制不完善、市场和社会缺乏参与等因素影响。<sup>[11, 13, 36]</sup>既往卫生服务体系的快速发展，是基于资源投入代价较大的前提下。但是，如果这种路径依赖未能有效控制或扭转，不仅进一步加剧发展的不充分不平衡，更是政府财政投入无法承受的。

### 3 框架构建

#### 3.1 卫生治理的概念辨析

作为国家治理体制改革和民生建设的重要组成部分，卫生治理是卫生服务体系改革、加强和促进“提质增效”的根本策略之一。<sup>[37]</sup>有研究指出，卫生服务体系财政压力大、社会不满等多重弊端主要由政出多门、问责制不落实等治理不足诱发。<sup>[8, 10]</sup>世界卫生组织提出了加强卫生服务体系主要在于服务提供、卫生人力资源、信息系统、基本药物可及性、筹资、领导力和治理六个模块，其中各要素可能跨部门交叉以形成整体政策和规制的基础<sup>[25]</sup>，不同情境、不同区域对不同层次健康需要满足的程度和范围均应尽可能通过制度化或定量化的指标去衡量。<sup>[38]</sup>因此，有效治理的指标主要分为了政策相关指标和健康产出导向的指标。<sup>[25]</sup>以基层卫生服务能力提升为例，政博策制度供给是有效治理的重要影响因素，包括了是否有体现国家需要和优先级的政策、法律和法规、预算文件、实施指南等。健康产出导向指标则包括了政策或程序是否得到了有效的实施和执行、相应资源投入是否充足、服务是否有效等。

一直以来，我国的卫生服务供给行为是自律为主、他律为辅的管理方式，治理制度并未随治理对象的变化而改变，资源投入或占有的差异性和制度安排的冲突性等带来的问题已经成为了社会治理过程中的重要内容。<sup>[39]</sup>有研究提出了卫生筹资治理需要国家、市场和社会关系的重新设计和有效嵌

入，需要行政治理、市场治理、社群治理三种模式共同作用，避免自费率居高治理失灵问题的出现<sup>[2]</sup>，其本质应是适应政府职能的转变，加强国家、市场和社会的互动。因此，政府行政治理之外，亟需基于社会契约，制定一系列使众多利益主体畏惧并指导其行动以谋求共同利益的制度安排，形成良好的社会秩序<sup>[40]</sup>，减少权力的不平等，确保分配合乎社会公平正义<sup>[41]</sup>。综上，协调利益相关者间利益冲突的制度安排、确保不同群体的协同增效作用是卫生治理的核心问题，卫生治理包括了以社会公平为出发点，通过对多元主体的事权范围、行为边界进行划分与安排、协调利益矛盾和实现共同利益，促进卫生服务资源投入和提供过程的提升，最终促进整体利益，即全民健康水平维持和促进的一系列制度安排。

目前，关于卫生治理的分析尚停留在卫生机构、公立医院、医疗保障、公共卫生、患者满意度等特定领域<sup>[2, 7-8, 12-13, 34, 42]</sup>，尚无一个完整的理论分析框架。在上述概念辨析和内涵界定的基础上，基于多学科视角，本研究从卫生服务体系发展不充分不平衡的内涵出发，遵循多元主体协同治理的原则，构建了一套基于我国情境的“制度—结构—过程—结果”分析框架，尝试拓宽卫生治理的研究视角，给出问题研究和解决的出发点。为从制度安排、资源要素、服务提供、结果产出四个层面开展卫生治理相关研究提供参考。

#### 3.2 卫生治理的要素构成

如图 1 所示，基于既往研究基础<sup>[43]</sup>，本研究提出了一个分析框架。首先，卫生治理的目标是基于特定的社会情境，在一定的社会价值取向和原则的共识下，人人能够达到尽可能高的健康水平，实现公共利益最大化。其次，卫生治理的关键要素在于政策能力、问责制、透明度、公众参与。比如，我国新农合建立之初因缺乏透明度和责任制导致的“信任危机”和满意度低下。<sup>[44]</sup>透明度和责任制的缺失作为有效参与和监督机制缺乏的具体表现，影响了卫生服务体系的可持续发展。最后，框架的主要内容在于通过制度安排、资源投入和服务提供过程三大抓手，实现卫生服务体系发展的目标。对于四个关键要素，通过文献回顾等方式，做如下归纳解释：（1）制度是个体偏好和选择与公众利益的均衡所呈现出来的稳定状态，作为一种规范，它指出了群体

间的互动方式是在特定形势下“适宜”和“不适宜”共同认识的基础上<sup>[45]</sup>,具体包括了具有制度上明确定义的义务、权利、责任,如规制、集体准则、产权制度、网络结构,包括发展中长期规划、法规法案的起草与制定、规范性文件的合法性审查等;(2)结构包括了机构组织、边界划分、筹资、信息建设、卫生

人力资源、设施等要素;(3)过程包括了受制度和结构影响,开展的系统内部改革、优化、过程控制等活动,如标准管理、临床监管、多方参与等,从而提高公平、效率等指标;(4)结果则是在上述体系的基础上,促进费用、满意度、质量、获得感等指标的维持和提升。

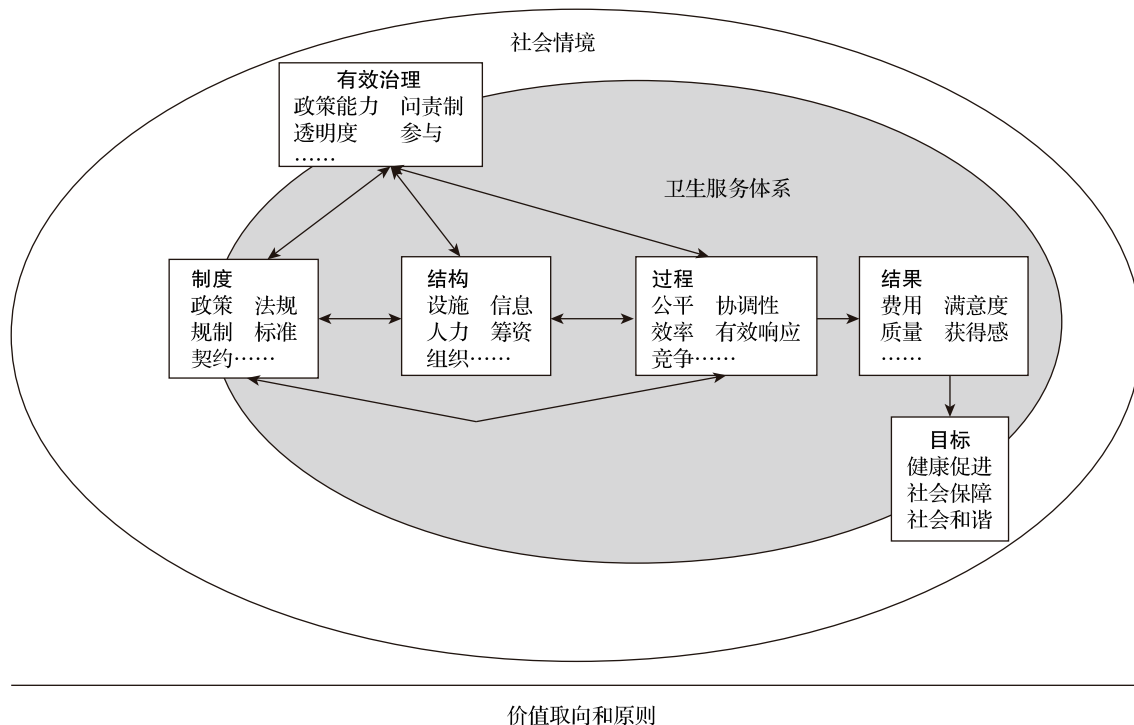


图1 卫生治理的要素构成与内在逻辑

### 3.3 有效治理的内在逻辑

目前,我国卫生政策的制定和执行过程往往依据既往经验或专家论证等方式。然而,作为一个复杂系统,卫生体系的加强和提升建设需要政策制定者和研究人员从更加宏观的视角对待。同时,我国的卫生体系建设阶段与国外并不完全相同,尽管相应的研究范式和思路较为相同,但优先级研究问题可能差距较大,因此,我国的健康政策研究的网络体系亟需进一步提升。<sup>[46]</sup>卫生治理涉及到社会发展的方方面面,制度安排作为公共产品,其与资源投入的不对接,抑或资源投入与服务提供过程出现了隔离或错误,则将不能充分符合现实的需要,降低了整体治理的效能。因此,有效治理必须着力提升健康政策间的契合、衔接和完整,符合社会发展的价值理念,通过“健康融入所有政策”将卫生治理嵌入到卫生体系发展和社会发展中,发挥体制优势,对健康相关因素进行综合治理。财政作为国家治理的基础,财政转移支付是推动区域基本公共服务均等化的重

要途径。总之,有效的资源分配和利用与个体、家庭、社区、政府和非政府组织、私营部门及其他实体利益相关者密切相关。因此,在不同区域间的不同社会文化情境下,提高各级政府和组织、特别是基层政府和组织的透明度、关键数据和信息公开是形成自下而上问责制,避免自由裁量权可能引发的寻租行为,促进各类协会等社会组织、公民参与和监督的关键。有研究基于结构理论<sup>[47]</sup>和强化结构理论<sup>[48]</sup>,将卫生宏观治理和微观治理进行了桥接,在微观尺度上,主要是个人内在的自我意识和认同感<sup>[49]</sup>。为打造共商共建共治共享的卫生体系,有效满足居民健康需要,需要认识到患者作为国家公民,有权力对卫生服务如何提供发表自身看法,提高决策的信服力,增强认同感。<sup>[47]</sup>

对于卫生治理的抓手而言,首先,交易成本理论指出不同层级结构形成的交易关系具有减少和降低交易费用的潜力,从而广泛地保护公民的正当利益。<sup>[50]</sup>作为政府行政权力、市场、社会组织三重作用的主要区域,如何通过决策权、控制权、管理权、人事

薪酬制度等权力分配,明确并巩固各利益主体的可问责性,预防不当干预,形成网络结构、功能分化的整体治理模式是制度安排和资源投入过程中首先需要解决的问题。为缓解和避免区域“自治”和全国范围内的均衡有冲突<sup>[51]</sup>、用好自由裁量权、充分体现“自治”和“德治”,确保政策法规制定程序的透明度和连贯性,其核心在于界定政府、市场、社会在卫生治理中的参与模式,形成信任机制、利益机制、合作机制、监督机制,减少委托代理的负面影响。<sup>[52]</sup>其次,资源投入和服务过程提供中,组织和提供模式、资源投入和利用应能够满足人的健康需要,卫生领域的“市场失灵”主要由信息不对称导致,单纯的政府购买行为可能无法控制医疗服务提供方的行为。因此,一方面,要确保各级政府和组织做到积极“有为”,避免“乱为”和“不为”。另一方面,子系统和内部资源分配模式应良性分配。对于供方体系,有效治理的指标主要体现在公平性和效率兼顾,市场化运作具有提高内部竞争性或“医武”竞赛推高医疗服务利用等双重影响。再次,医疗提供方的信息优势使得服务购买方无法对医疗服务进行有效监督,且分工协同过程中出现了高昂的管理成本和“公地悲剧”的发生。在服务提供过程中,需要将社会情境和体系特征内嵌到供给过程中,建立考核制度、加强过程和质量评估、提高患者参与,确保监管的独立自主性,从而达到公平和效率的统一。最后,居民健康需要与实际分配间的差距评估应不断用于改进不充分不平衡,通过关键信息和数据的公开,做好健康影响评估,不断对照标杆、找准差距、改善提升,实现健康结果的维持和提升。

#### 4 研究展望

卫生服务体系发展不充分不平衡与有效治理的研究作为一个新的命题。本研究所构建的分析框架创新之处突破了既往碎片化的解释方式,将既往卫生治理割裂的要素进行了整合。首先,本框架一方面有助于全面清晰地认识到卫生服务体系发展与演变的整体性、动态性和系统性,与社会政治经济变迁的高度关联性;另一方面则有助于认识不充分不平衡发展的客观规律和差异,并以差异的系统性和层次化作为有效治理的出发点。其次,分析框架的内部逻辑、作用路径和机制的初步探索为后续相关研究提供了思路,而各要素关键变量的有效归纳加强了后续政策分析等研究的整体性、系统性和稳健性。最后,不同治理模式、

多种政策与制度的相互交织也为分析框架的进一步延展提供了依据。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 世界卫生组织, 初级卫生保健:过去重要,现在更重要 [R]. 2008.
- [2] 顾昕. 走向全民覆盖:金砖五国健保筹资体系的制度与治理变革[J]. 天津行政学院学报, 2017(6): 89-97.
- [3] WHO. World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage [R]. 2010.
- [4] WHO. Research for universal health coverage: World health report 2013 [R]. 2013.
- [5] WHO. What is universal health coverage? [R]. 2014.
- [6] Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, et al. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing [J]. Health policy and planning, 2014, 30(9): 1152-1161.
- [7] 王小万, 许敏, 刘丽杭. 卫生部门治理的基本逻辑架构与要素[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(8): 5-11.
- [8] 顾昕. 中国公共卫生的治理变革: 国家-市场-社会的再平衡[J]. 广东社会科学, 2014(6): 180-192.
- [9] 苗豫东. 医疗—医保协同管理模型与策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2017.
- [10] Ramesh M, Wu X, He A J. Health governance and health-care reforms in China [J]. Health Policy and Planning, 2014, 29(6): 663-672.
- [11] 刘凯, 和经纬. 激励机制、资源约束与监管成本——医保经办机构组织能力影响医疗费用增长的实证研究 [J]. 公共行政评论, 2018, 62(2): 123-145.
- [12] 顾昕. 走向协同治理: 公立医院治理变革中的国家、市场与社会[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2017(5): 36-45.
- [13] 顾昕. 中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道[J]. 学海, 2017(1): 82-87.
- [14] WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report [M]. World Health Organization, 2008.
- [15] Mechanic D. Disadvantage, inequality, and social policy [J]. Health Affairs, 2002, 21(2): 48-59.
- [16] 顾昕. 走向准全民公费医疗: 中国基本医疗保障体系的组织和制度创新 [J]. 社会科学研究, 2017(1): 102-109.
- [17] Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery: a population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making [J].

- Science, 1973, 182(4117): 1102-1108.
- [18] Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear[J]. Public health reports, 2014, 129(s2): 5-8.
- [19] Office of Disease Prevention and Health Promotion. Disparities [EB/OL]. [2019-06-07]. <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>.
- [20] Trubek L G, Das M. Achieving Equality: Healthcare Governance in Transition [J]. American Journal of Law & Medicine, 2003, 29(2-3): 395-421.
- [21] Braveman, Paula. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement[J]. Annu Rev Public Health, 2006, 27(1):167-194.
- [22] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health [J]. Health promotion international, 1991, 6(3): 217-228.
- [23] 姜姗, 李忠, 路桂军, 等. 安宁疗护与缓和医疗:相关概念辨析、关键要素及实践应用[J]. 医学与哲学, 2019, 40(2): 41-46.
- [24] Li Z, Pan Z, Zhang L, et al. End-of-life cost and its determinants for cancer patients in urban China: a population-based retrospective study [J]. BMJ open, 2019, 9(3): e026309.
- [25] WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010 [EB/OL]. [2019-06-07]. [https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)
- [26] Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? [J]. JAMA, 1988, 260(12): 1743-1748.
- [27] 吴新叶, 袁铭健. 医患冲突治理: 法治的缺席及其矫治——一个基于身份冲突的解释框架[J]. 社会科学, 2017(12): 13-20.
- [28] 涂炯, 亢歌. 医患沟通中的话语反差: 基于某医院医患互动的门诊观察[J]. 思想战线, 2014, 44(3): 28-36.
- [29] Anselmi L, Lagarde M, Hanson K. Equity in the allocation of public sector financial resources in low-and middle-income countries: a systematic literature review [J]. Health policy and planning, 2014, 30(4): 528-545.
- [30] Wu Y, Zhang L, Liu X, et al. Geographic variation in health insurance benefits in Qianjiang District, China: a cross-sectional study [J]. International Journal for Equity in Health, 2018, 17(1): 20.
- [31] 王圣云. 区域发展不平衡的福祉空间地理学透视 [D]. 上海: 华东师范大学, 2009.
- [32] Myrdal G, Sitohang P. Economic theory and under-developed regions [J]. 1957.
- [33] Aghion P, Williamson J G. Growth, inequality, and globalization: theory, history, and policy [M]. Cambridge University Press, 1998.
- [34] 陈钊, 陆铭. 在集聚中走向平衡: 中国城乡与区域经济协调发展的实证研究 [M]. 北京: 北京大学出版社, 2009.
- [35] Friedmann J. Regional development policy: a case study of Venezuela [R]. 1966.
- [36] 顾昕. 中国社会政策支出的筹资模式: 收入结构的公平程度与激励效应 [J]. 河北经贸大学学报, 2016, 37(2): 8-17.
- [37] 申曙光, 马颖颖. 新时代健康中国战略论纲 [J]. 改革, 2018(4): 17-28.
- [38] 欧阳康, 熊翔宇. 迈向共享: 新时代国家治理的价值范畴、行动逻辑与实现机制 [J]. 河南师范大学学报(哲学社会科学版), 2018, 45(6): 12-17.
- [39] 周沛. 基于“增进民生福祉”的制度性福利与服务性福利整合研究 [J]. 东岳论丛, 2018, 39(5): 56-62.
- [40] 刘海军, 王平. 社会公正: 新时代国家治理的特征与进路 [J]. 江西财经大学学报, 2018, 118(4): 5-14.
- [41] 王名, 蔡志鸿, 王春婷. 社会共治: 多元主体共同治理的实践探索与制度创新 [J]. 中国行政管理, 2014(12): 16-17.
- [42] 郑国管, 王小合, 钱宇. 患者满意度测评问题与治理路径思考 [J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(3): 8-16.
- [43] Van Olmen J, Criel B, Van Damme W, et al. Analysing health systems to make them stronger [J]. Tropical Medicine & International Health, 2010, 27(4): 93-93.
- [44] 刘远立, 任苒, 陈迎春, 等. 中国农村贫困地区合作医疗运行的主要影响因素分析—10个县干预试验结果 [J]. 中国卫生经济, 2002, 21(2): 11-16.
- [45] Ostrom E. A grammar of institutions [J]. American Political Science Review, 1995, 89(3): 582-600.
- [46] 孟庆跃. 卫生政策与体系研究回顾与展望 [J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(7): 1-5.
- [47] Giddens A. The constitution of society: Outline of the theory of structuration [M]. Univ of California Press, 1986.
- [48] Stones R. Structuration theory [M]. Macmillan International Higher Education, 2005.
- [49] Bodolica V, Spraggon M, Tofan G. A structuration framework for bridging the macro-micro divide in health-care governance [J]. Health Expectations, 2016, 19(4): 790-804.
- [50] 苗豫东, 张亮, 钱东福. 交易费用视角下的慢性病医疗服务协作 [J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2017(17): 186-189.
- [51] Fredriksson M, Winblad U. Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden [J]. Social Science & Medicine, 2008, 67(2): 271-279.
- [52] 张长东. 国家治理能力现代化研究——基于国家能力理论视角 [J]. 法学评论, 2014(3): 25-33.

[收稿日期:2019-06-08 修回日期:2019-08-01]

(编辑 赵晓娟)