

元治理理论视角下的三明医改经验

杨帆*

中国人民大学公共管理学院 健康保障研究中心 北京 100872

【摘要】三明医改是我国医改领域的典型案例之一,其改革经验已经进入推广阶段,明确三明医改模式中的普适方面具有必要性。本文以元治理理论审视三明医改,认为在我国卫生领域利益主体多元且复杂、政府部门间缺少协商的背景下,由党委、政府担任元治理主体,坚持政府治理机制在宏观决策层面发挥主导作用,并在政府内部建立起跨部门治理机制,是三明改革得以启动并不断持续深入的重要原因,这也恰是三明医改模式的极具推广价值的政策经验。

【关键词】三明医改;元治理;治理机制;跨部门

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.06.001

Experience of Sanming medical reform from the perspective of meta governance theory

YANG Fan

Health Security Research Center, School of Public Administration, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Sanming medical reform is one of the typical cases of medical reforms in China. Sanming's reform experience has entered the stage of promotion, which is clear and deems necessary to clarify the universal aspects of its medical reform model. Based on the meta governance theory, this study examined Sanming medical reform, and holds that under the background of multiple and complex stakeholders in the health field in China and the lack of mutual consultation among government departments, Sanming's Party committee and government should act as the main body of meta-governance, adhere to the governance mechanism to play a leading role in macro decision-making level, and established inter-departmental governance mechanism within the government. These are the most important reasons for Sanming's reform to start and continue to deepen, which also constitute the policy experience of Sanming medical reform model with great promotion value.

【Key words】 Sanming medical reform; Meta governance; Governance mechanism; Cross department

由于各方利益错综复杂、矛盾叠加,我国医疗卫生体制改革推进难度一直较大。“试点—推广”模式是中国渐进式改革的基本路径与经验,三明医改即是在此路径下产生的一种医改模式。目前三明医改经验已经进入政策扩散阶段,虽然很多研究对三明市改革的成效表示肯定^[1],认为其改革政策具有推广价值^[2],但关于三明模式也存在质疑声音,基本聚焦在改革的强行政化使得其难以持续与被复制等方面。并且,从政策推广来看,许多地区对三明医改模式仍旧持观望态度,即使部分地区学习了三明医改的部分措施,也可能只是政策模仿,缺乏后续医改政策本土化与创新的后动力。在此背景下,探讨三明

医改模式的普适方面就极具必要性。

本文以元治理理论重新审视三明医改。20世纪90年代以来,治理成为公共行政领域的重要议题,但源自于西方的治理理论从中存在一个核心争论点,即公共事务处理中国家或政府作用的应然状态^[3,4],元治理是代表性回应观点之一。元治理理论认为处理好公共事务不是靠单一的治理机制,而需依靠次级治理机制即层级治理机制、市场治理机制、网络治理机制的充分协调与配合,国家或政府应当是治理规则的制定者与多元主体、不同治理机制的协调者^[5],同时,元治理理论强调必须坚持政府在治理中的首要作用与控制力。元治理理论在探究三明医改

* 作者简介:杨帆(1996年—),女,博士研究生,主要研究方向为社会保障理论与政策。E-mail:632682623@qq.com

普适经验方面具有适用性。原因是,三明医改模式备受争议的焦点之一就是改革中政府主导的合理性,部分学者认为三明医改中存在政府主导违反“简政放权”的方针,没有解决公立医院改革成本分担以及医生与公众参与权问题,强硬的行政管理会挤压私人部门发展等。熊茂友认为三明启动医改是迫于医保基金穿底压力,当此问题解决后,强行政体制下改革难以持续与再创新。^[6]顾昕指出较强的再行政化特征与改革领导者强烈的个人特色是三明模式难以复制、扩散的重要原因。^[7]朱恒鹏认为三明模式靠强行政力量推动,未形成长效机制,难以持续。^[8]与上述观点不同,王春晓则肯定了三明改革中所建立的党政领导负责体制,认为横向整合是改革中对治理体系做出的有益调整。^[9]政府在医改中应该发挥什么样的作用?政府可采用何种手段促进次级治理机制^①发挥更好的效力?以新的理论视角来分析三明医改模式,或许能够回答上述问题并提供逻辑依据,发现三明医改中具有推广价值的卫生领域治理体系改革经验。

1 三明医改中的元治理主体及作用分析

1.1 党委、政府^②为元治理主体

元治理主体即在公共事务的处理中有权参与决策、左右处理方式及结果的行为主体,在三明医改中,党委及政府为元治理主体可体现在以下三个方面:

一是当地党委、政府以强势态度为改革提供了第一推动力。改革之初,三明市市委书记及市长就表示全力支持改革,并将原由四个副市长分管的“三医”相关政府部门交由一人集中管理。在市委、市政府的组织、高度授权下,三明市深化医药卫生体制改革领导小组(下文简称“三明医改领导小组”)得以组建,极易引起利益集团反对的两票制、药品零差率、药品联合限价等政策得以落实。同时,政府也承担起公立医院改革的保障责任,在改革初期加大财政资金的投入力度,2011—2012年三明市各级财政投入到市域内公立医院的发展建设资金增长率达127.7%。

二是党委、政府把控改革方向,自改革启动以来,几乎所有关键性政策文件都由市委、市政府授权下的市医改领导小组制定。政府总揽了改革当中的

决策权,其它利益相关主体如医疗机构、患者在决策环节话语权较弱,党委、政府授权重新制定了对医疗服务机构及医药方的干预规则,并对相关政策负责。

三是党委领导下政府的治理范围广泛。一方面,政府通过大量改革措施对医疗卫生体制当中的“供方”与“需方”进行了全面的利益再分配与运行机制的重构。同时党委、政府授权对各政府部门进行了横向职能整合、权责划分,使得政府部门对整个医疗服务体系中的买方、供方及流通环节都进行全面的治理与监督,并且考核各部门的工作绩效。

1.2 党委、政府担任元治理者使得改革破冰

长期以来,医药卫生领域已经形成了利益固化格局,大医院、部分医生、医药企业是超额经济利益的获得者,医保过去作为“事后付费者”只能为患者的消费买单,使得大量的医保基金被浪费,而患者由于是“信息不对称”中弱势的一方,几乎没有与供方博弈的能力,并且在健康愿望的驱使下,愿意支付自身能力内最高额的医药费,这一方面造成患者看病负担的加重,另一方面也使得患者趋上就医,形成恶性循环。在这种状态下,“医保”、“医疗”、“医药”多利益主体的复杂互动常常形成“政策死结”^[10],利益既得方无改革动力,单一政府部门受其它部门掣肘也难以采取强势改革措施。

三明医改中,是党委、政府的改革决心与强势态度促成了改革破冰。一是在改革初期,市委书记、市长全力支持改革,并高度授权给医改领导小组,使得政策企业家能够在改革中充分发挥价值,领导小组组长詹积富表示:党政一把手才是改革的总司令,如果没有市委、市政府的支持,三明改革难以启动。^[11]二是改革初期医药公司的政治游说加剧省政府对三明改革的反对^[11],而市委、市政府的改革决心使得三明改革未夭折于强利益集团的阻力以及社会舆论的压力。三是市委、市政府的强势改革态度削减了不同政府部门之间的博弈,促进了部门之间的共识形成与相互配合。卫生部门是我国各级政府部门中较为弱势的部门,想要牵头改革难度较大^[11],但在三明改革中,卫生部门与财政门达成共识并主导改革后,包括人社部等其他部门则在党委压力下选择顺水推舟^[12],来自于各政府部门的改革阻力也得以减小。

① 由于三明模式中微观层面上的市场治理机制及社会治理机制有待建立与完善,本文所讨论的主要次级治理机制在于层级治理机制。

② 此处政府是指各国家权力的执行机关——行政机关,即各级人民政府,而非政府部门。

2 元治理主体的治理手段及作用分析

政府作为元治理者可通过创新干预手段、改变协作方式等影响治理效果^[13],其角色应包括:治理的召集者,建设常态化协商平台;治理结构与治理机制的制定者;协商议程及规则的确定者;多元主体及多元利益的协调者。^[14]在三明医改中,政府作为元治理主体重塑了政府内部治理机制,即建立起以“协商”为特征的跨部门治理机制,并授予其高度决策权,破除了传统官僚体制下的政府管理碎片化局面。

2.1 建立政府内部跨部门治理机制

三明医改中政府内部跨部门治理机制的建立主要体现在三明医改领导小组的运行中,医改领导小组是改革的核心领导机构,从成员构成来看,小组组长与副组长通常由市委、市政府分管医改工作的领导干部担任,小组成员由与医改工作关系密切的单位包括卫生局、财政局、医疗保障基金管理中心等负责人或骨干兼任,随着改革重点任务的推进,其包含的成员单位也有所调整。从组织结构上看,小组下设办事机构为秘书处,负责医改中关键性政策以及措施的研究与制定等工作,秘书处成员来自于与医改工作联系最为密切的部分单位,秘书处主任通常由卫健委主要负责人担任。在工作机制上,小组在决策过程中保证各成员的充分沟通与协商,以形成共识性的、各单位一致认可的医改政策^[11],并要求各成员单位协调推进医改工作。

在三明医改经验扩散之前,我国卫生领域中鲜有常态化的跨部门的议事领导小组^[15],各政府部门缺少沟通,卫生部门难以在决策议程中发挥强势作用^[11],而三明医改领导小组是在党委、政府支持下建立起的常态化、有效的沟通与协商平台,其将以往协调不力的政府部门整合为一个决策共同体,并且卫生部门在决策中具有较强影响力,建立起政府部门协同共治的“大卫生”模式。这种政府跨部门治理机制的运行已经超越了“统治”的概念,相关卫生决策不再是单一的由上而下的命令式,体现出治理理论下“协商”的内核。

2.2 跨部门治理机制作用探析

2.2.1 促进治理体系的整合

跨部门治理机制的建立能够促进卫生治理体系的有效整合,在组织结构上解决医疗卫生体制中管理、经办部门的“碎片化”问题。顾昕认为三明医改

从“九龙治水”到“独龙统揽”之路,始于医保办的设立。^[16]王春晓指出三明市治理体系的横向整合使得卫生领域中“购买”、“付费”等要素形成闭环,核心杠杆是医保中心的建立。^[9]也有学者指出解决治理体系碎片化问题的关键在于建立医疗卫生大部门制。^[17]但本文认为,三明市医疗保障基金管理中心的成立只是组织体系的改革,改革得以推进、政府治理组织体系得以横向整合的深层次原因是政府内部治理机制的转变,即医改领导小组中各单位代表的沟通与协商。2014年三明市成立了由财政局代管的医保中心,这源自于医改领导小组成员意识到并一致同意为应对人社部门与卫生部门对基金管理权的争夺,必须为其找一个强大的“中间人”。2016年三明市医疗保障管理局成立,也是基于三明市医改小组的请示。

2.2.2 形成共识型、问题导向型的改革政策

多元利益主体制定的政策存在互相交叠、矛盾的复合目标^[18],因此各政府部门之间常会产生政策上的冲突。但多元化的意见如果能相互交流,则可以加深各利益相关者对政策问题的理解,产生更容易被接受的公共政策^[19],并防止因部门博弈而造成的政策搁置。

从三明医改来看:一是由于地方财政并不充足,所以改革未寄希望于增加政府投入,而是选择从堵住医疗资源的浪费口切入。毫无疑问,控制虚高药价容易赢得老百姓的支持,此政策的形成离不开医改领导小组药监相关工作经验以及跨部门治理中各部门尤其是财政与卫生部门代表者的协商与沟通。二是2016年起三明在全市范围内推动了医联体建设,2017年对医联体实行医保基金“打包支付”,此过程中医联体在对基层医疗机构的管理、医保基金的分配上具有更大的自主权,而卫生及医保部门所掌握的实际权力有所收缩,但部门利益却没能成为医联体建设的阻碍。其三,我国很多地区医保支付方式改革推进缓慢,因为DRGs付费方式改革旨在控费,要求医疗服务供方医疗行为高度透明,因此医疗服务供方与需方存在利益冲突,易引发卫生与医保部门的相互博弈。德国在十年间就实现了DRGs付费制度的全面普及,是由于医院联盟与疾病基金会就支付方式改革细节进行了充分协商。三明市较早开展C-DRG付费方式改革工作,2018年市红头文件《关于试行住院费用按疾病诊断相关分组收付费工作的通知》,由市医疗保障管理局与市卫生计生委

联合发布,说明关于此政策细节两部门已存在一定程度的共识,而常态化的跨部门协商为这种共识的形成提供了机制保障。

2.2.3 产生协同配合的三医政策

卫生领域改革中针对供方和需方的改革政策必须相互配合,跨部门的治理机制下各相关政府部门的协商与协同行动使得三明医改成为综合性改革。在改革初期,公立医院机构的医药总收入因药品零差率等政策而缩水,医改领导小组随之出台公立医院院长、医生年薪制等政策,同时开展医疗服务价格的调整工作,力使公立医疗机构能够获得合理的收入补偿,重整激励机制。同时,也制定配套的医保政策,使患者就医负担合理化;在“以健康为中心”改革阶段紧密型医联体的建设与支付方式改革同时进行,这些政策的合力才使得公立医疗机构能够产生基层首诊、促进全民健康的内生动力。

2.2.4 跨部门治理是治理理念不断深化的组织基础与保障

跨部门治理机制推动三明医改由“重控费”向“以健康为中心”转变,也同时为改革的深入推进提供了组织保障。

一是在三明早期改革所签发的文件中,控制不合理的医疗费用增速是改革的主要目标,2016年三明市在关于全民健康四级共保试点的工作意见中则指出未来改革重点是构建分级诊疗体系、保障居民健康。三明医改前期注重对医药总费用的控制是由于医保基金的支付压力,而改革理念转变则体现了在医改过程中卫生部门对社会健康的追求,假如三明市医改小组中只有财政部、医保部门的代表者参与,那改革或许就会止步于“控费”目标的实现。

二是随着改革推进,组织部、教育局、发改委等部门成员加入小组,通过三明市年度医改工作重点可见,由市教育局负责的工作重点有高层次医学人才的引进及培养、健康教育的普及等,上述成员单位的加入,有助于全方位推动全民健康目标的实现。

3 三明医改中元治理主体与治理手段的理论逻辑

3.1 宏观层面来看,只有党委、政府有成为元治理者的能力

我国的卫生改革一直以市场和政府主导的卫生系统之间的辩论为框架^[20,21],后来也在公共管理理论范式转变的背景下讨论卫生领域多元主体协同治

理的重要性^[22],这些讨论即在寻找我国医疗卫生领域政府、市场和社会三方治理机制的合理组合。本文认为从宏观层面来看,政府应当作为我国医疗卫生体制改革中的元治理主体,协调各层级治理机制使其相互配合发挥最大效能,即由中央政府与各级政府负责各级医疗卫生政策的制定,把控整体的改革方向。

我国医疗卫生领域利益主体多元且复杂,目前多地医疗体制改革成效不显著的重要原因是利益固化格局的形成,只有政府有动力、有能力打破上述格局,并设计符合社会利益的医改政策。一是从利益诉求来看,经济人假设要求医疗保险参保人希望以最少的医保缴费、医疗花费换取高质量的医疗保障及医疗服务,医保部门最直接的目标是调控供给双方行为,维持医保基金平衡。^[1]医疗服务供给方与医药企业在市场化经济的环境下追求利润最大化与扩大各自的市场份额,在能够攫取超额经济利益的现状下,难以支持改革。只有党与政府在医疗卫生体制改革中以维护人民利益、实现社会福利、推动“健康中国”战略实现为目标。二是就卫生领域政策影响力而言,党委领导全局,政府作为卫生政策制定主体能够直接影响政策目标与政策内容,并且只有党政一把手才能够推动改革破冰。^[1]大医院与大型医药企业作为强利益集团,能够通过政策游说与制造舆论对政府政策的制定产生影响,甚至阻碍医疗卫生体制改革的启动。目前在自上而下的管理体制中,由于卫生政策的专业性与特殊性,民众难以直接进入医疗卫生政策的制定程序中(表1)。

表1 各利益相关体医疗卫生体制改革意愿与政策影响力矩阵图

改革意愿	政策影响力	
	高	低
高	党与政府	医疗服务需方(患者)
低	大医院、大型医药企业	—

3.2 政府管理碎片化要求政府内部跨部门治理

官僚制行政组织在对效率与专业化分工的追求下,形成了部门化的管理方式,不同部门之间有时存在职能重合,政策相互影响,并且学者们已经意识到,各政府部门可能出于对部门利益的追求而忽略政府的整体目标。^[23]政府部门间各自为政的现象同样存在于我国卫生领域中,另外,各部门在政策话语理解体系以及观念上可能不同,例如,基于医保基金的使用效率,医保部门会对医保目录中新研发药品

及进口药品的纳入持谨慎态度,而卫生部门可能出于医疗质量提升的考虑更支持医保目录的扩张。以往已经有学者指出,中国医改之所以进展缓慢其重要原因就是政府不同部门之间的推诿博弈^[24],当前国家医保局的成立虽然在体制上横向整合了分散的医保职能,但政府部门之间难以协同治理的问题仍难解决。在部门间缺乏协商的情况下:一是部门各自出台政策,政策间难以形成合力甚至效果对冲;二是政策搁置,文件在各个部门间“团团转”,反复博弈;三是容易造成决策资源的浪费,例如在按病种付费方式改革中,卫生与医保部门缺乏沟通,原国家卫计委自 2014 年已牵头对 DRGs 付费方式进行研究,并形成了相关成果,2018 年末,国家医保局又开始着手制定统一的 DRGs 标准;四是难以形成针对性的政策,例如对于地区内居民外流就医,如果卫生部门可以提供外流就医居民的疾病类型、就医需求等数据,医保部门就可以配合采取相应政策以保障这些患病群体的当地就诊水平与疾病负担,但当前我国的实际情况是,政府部门间尤其是医保与卫生部门间在决策时缺少沟通,想要实现医保相关数据共享并不容易。

因而从卫生领域的宏观决策层面来看,政府部门之间缺少协商谈判机制,单一政府部门对其它行政等级相同的政府部门没有命令与管理的权力,因此在国家、市、县各个层级,都应当由党政或者政府领导出面,建设常态化、制度化的政府部门之间的协商沟通平台,各个政府部门代表就当地卫生领域改革中的决策进行直接沟通,有利于矛盾的正面解决,从而制定更符合公共利益的相关政策。

4 讨论

在国内研究中,卫生治理的内涵以及如何将治理理论本土化应用还未被深入讨论,并由此产生了卫生领域内治理要义模糊、滥用与泛用治理话语等问题。学者们对西方治理理论“多元共治”的理论内核已基本形成共识,认为相较于统治,治理要求以上下互动的管理取代自上而下的单向命令,需要政府与公民的合作管理以及多元治理主体间的有效协商^[25-27],因而我国治理机制似乎难以与强势政府并存,以强政府推动为特色的三明医改作案例讨论我国卫生领域治理机制的转变可能会有质疑声音。但是,西方治理理论并不是排斥行政机制的作用,而是希望寻求一种政府、市场与社会各司其职的治理

机制组合,元治理理论对政府角色的强调即是对网络治理机制中“社会中心”倾向的批判与反思。此外,我国学者们也早开始反思西方治理理论解决中国现实问题的局限性,认为不能对西方治理理论盲目照搬^[28],一是我国缺少成熟的多元治理主体与传统的民主合作精神,二是在现阶段还难以证明一元治理结构的不合理性^[29]。王绍光认为我国政策文件中所使用的“国家治理现代化”中的治理并不能用西方主流治理理论中“无需政府的治理”来理解,而是指能够更好的实现国家事业目标、人民利益的公共管理的方法途径。^[30]因而,在我国卫生领域谈治理,并不是一味强调“去行政化”,治理机制是指政府、市场、社会的更优组合,在某些微观层面的事务中,市场治理机制或社会治理机制应当发挥主要作用,例如药品定价以及医保事务的经办与管理,但在宏观医改政策制定、改革方向把控层面,需要政府治理机制发挥主要作用,政府治理机制的变革也意味着政府旧有行政体制以及管理工具的改变。

本文并不否认三明政府作为元治理主体还应继续探索如何合理安排各层级治理机制的治理范围,比如在医保方社会治理主体仍旧处于缺位状态,作为医保基金所有者的缴费企业与缴费个人无权参与医保事务决策等。但是,以元治理理论审视三明医改,宏观层面上三明市政府作为元治理主体以及元治理主体领导下建立起的政府内部跨部门治理机制是符合理论逻辑的,这是我国的政治体制特点、卫生领域利益相关方多元且复杂的现实背景使然,是当前值得推广的重要政策经验。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王春晓. 三明医改: 政策试验与卫生治理[M]. 社会科学文献出版社, 2018.
- [2] 钟东波. 三明医改模式推广只欠决心[J]. 医学界, 2014 (7): 14.
- [3] Jon Pierre, Guy Peters. Governing Complex Societies: Trajectories and Scenarios[M]. Palgrave Macmillan, 2005.
- [4] Rhodes Aw R. Understanding Governance: Ten Years On [J]. Organization Studies, 2007, 28(8): 1243-1264.
- [5] Bob Jessop. Capitalism and Its Future: Remarks on Regulation, Government and Governance [J]. Review of International Political Economy, 1997 (4): 561-581.
- [6] 熊茂友. 三明医改应避免昙花一现[J]. 中国卫生, 2015

- (3): 43-45.
- [7] 顾昕. 突破去行政化的吊诡: 剖析三明模式的可复制性和可持续性[J]. 中国医院院长, 2016(22): 81-85.
- [8] 沈念祖, 赵燕红. 三明医改孤岛: 改革好榜样, 模式难复制[N]. 经济观察报, 2015-04-19.
- [9] 王春晓. 卫生治理体系整合的政治学: 三明模式再研究[J]. 中国公共政策评论, 2018, 15(2): 75-87.
- [10] 和经纬. 大国医改的治理逻辑: 评《三明医改: 政策试验与卫生治理》[J]. 公共行政评论, 2018, 11(5): 182-185.
- [11] HE A J. Manoeuvring within a Fragmented Bureaucracy: Policy Entrepreneurship in China's Local Healthcare Reform[J]. The China Quarterly, 2018(236): 1088-1110.
- [12] 岳经纶, 王春晓. 三明医改经验何以得到全国性推广? 基于政策创新扩散的研究[J]. 广东社会科学, 2017(5): 186-197.
- [13] Sorensen E. Meta governance: The changing role of politicians in processes of democratic governance[J]. American Review of Public Administration, 2006, 36(1): 98-114.
- [14] 丁冬汉. 从“元治理”理论视角构建服务型政府[J]. 海南大学学报: 人文社会科学版, 2010, 28(5): 18-24.
- [15] 周望. 大国治理中的领导小组: 一项治理机制的演化与精化[J]. 中共天津市委党校学报, 2019, 21(5): 48-55.
- [16] 顾昕. 让医改回归正道[EB/OL]. (2016-11-14)[2021-02-12]. http://www.sohu.com/a/118886962_452205
- [17] 江宇. 如何治理公立医院: 福建三明的启示[J]. 中国机构改革与管理, 2016(1): 37-38.
- [18] H. K. 科尔巴奇. 政策[M]. 张毅, 译. 长春: 吉林人民出版社, 2005.
- [19] Maarleveld M, Dabgbegnon C. Managing Natural Resources: A Social Learning Perspective[J]. Agriculture and Human, 1999, 16(3): 267-280.
- [20] 曹海东, 傅剑峰. 中国医改 20 年[N]. 南方周末, 2005-08-04.
- [21] Yip W, Hsiao W C. The Chinese Health System at A Crossroads[J]. Health Affairs, 2008, 27(2): 460-468.
- [22] 顾昕. 新时代新医改公共治理的范式转型: 从政府与市场的二元对立到政府—市场—社会的互动协同[J]. 武汉科技大学学报, 2018, 20(6): 589-600.
- [23] 蔡立辉, 龚鸣. 整体政府: 分割模式的一场管理革命[J]. 学术研究, 2010(5): 33-42, 159.
- [24] Wu G, Lansdowne H. Socialist China, Capitalist China: Social Tension and Political Adaptation under Economic Globalization[M]. New York: Routledge, 2009.
- [25] 俞可平. 治理与善治[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2000.
- [26] 何增科. 治理、善治与中国政治发展[J]. 中共福建省委党校学报, 2002(3): 16-19.
- [27] 陈振明. 公共管理学: 一种不同于传统行政学的研究途径[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2003.
- [28] 孙萍, 耿国阶, 张晓杰. 中国治理研究: 引介、应用、反思与转化: 本土化视角的文献回顾[J]. 南京社会科学, 2008(3): 50-56.
- [29] 臧志军. “治理”: 乌托邦还是现实[J]. 探索与争鸣, 2003(3): 8-12.
- [30] 王绍光. 治理研究: 正本清源[J]. 开放时代, 2018(2): 153-176.

[收稿日期:2021-04-07 修回日期:2021-05-27]
(编辑 赵晓娟)