

# “嵌入式协同”：一个跨域卫生资源合作治理的解释性框架

## ——基于成渝地区双城经济圈的案例研究

巍 怡<sup>1,2\*</sup> 刘 克<sup>1,2</sup>

1. 西南政法大学成渝地区双城经济圈发展研究院 重庆 401120

2. 西南政法大学政治与公共管理学院 重庆 401120

**【摘要】**跨域卫生资源合作实质上是一个资源重新整合配置与治理流程再造的过程。现有文献多从政府或市场单一视角进行讨论,致使分析范式与理论框架陷入科层制“府际协同”和市场型“政社协同”非此即彼的话语旋涡。本文利用2019年7月—2021年8月共计87份项目数据,采用社会网络分析法对成渝地区跨域卫生资源合作模式进行分析。结果发现,随着区域一体化持续深化,政府、医院和高校等多元主体间互动关系变迁与动态策略选择,呈现出从属地自治到同频共振、从单一利益联结到多重邻近协同、从有限被动合作到多维主动嵌入的特征。进一步引入“嵌入式协同”框架,将区域环境压力与主体关系重构的嵌入动力机制、多维因素叠加的嵌入作用机制和推进区域优质卫生资源整合的嵌入实现机制融入跨域卫生资源合作研究体系,尝试为相关议题提供一个解释性框架。

**【关键词】**卫生资源;成渝地区双城经济圈;嵌入式协同;合作治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.10.002

**“Embedded coordination”: An explanatory framework for cooperative governance of regional health resources: Based on a case study of the Chengdu-Chongqing twin-city economic circle**

WEI Yi<sup>1,2</sup>, LIU Ke<sup>1,2</sup>

1. Chengdu-Chongqing Twin-City Economic Circle Development Research Institute, Southwest University of Political Science and Law, Chongqing 401120, China

2. School of Politics and Public Administration, Southwest University of Political Science and Law, Chongqing 401120, China

**【Abstract】** Inter-regional health resource cooperation is essentially a process of resource reintegration and redistribution and governance protocol reengineering. It was discussed in most existing literature from a single perspective of the government or market, causing the analysis paradigm and theoretical framework to be constrained in the literal “vortex” of following either bureaucratic “intergovernmental coordination” or market-based “government-community coordination”. This article used data from a total of 87 projects from July 2019 to August 2021 and analyzed the inter-regional health resource cooperation model in the Chengdu-Chongqing region with social network analysis method. The results found that as the regional integration continued to progress, the interactive relationship change and dynamic strategy selection of the government, hospitals and universities have manifested a pattern shift from territory autonomy to co-frequency resonance, from single-interest connection to multiplexed proximity coordination, and from limited and passive cooperation to multi-dimensional active embedded cooperation. By further introducing the “embedded collaboration” framework, this work integrated the embedding dynamic mechanism of regional environmental pressure and subject relationship reconstruction, the embedding effect mechanism of multi-dimensional factor superposition, and the embedding realization mechanism that promotes the integration of regional high-quality health resources into the research system of inter-regional health resource cooperation, thereby trying to provide an explanatory framework for related topics.

\* 基金项目:国家社科基金青年项目(19CSH065);重庆市教委科学技术青年项目(KJQN201902101);重庆市研究生科研创新项目(CYS21200);重庆市研究生教育教学改革研究项目(yjg203046)

作者简介:巍怡(1983年—),女,博士,教授,主要研究方向为卫生经济与管理。E-mail:437732120@qq.com

通讯作者:刘克。E-mail:3311856236@qq.com

**【Key words】** Health resources; Chengdu-Chongqing twin-city economic circle; Embedded coordination; Cooperative governance

## 1 引言

在区域一体化发展背景下,地方政府承担着推动本区域发展和扩大区域“公共池塘资源(Common-pool resources)”的双重使命。长期以来,地方政府各自为政造成区域卫生资源总量差异持续拉大<sup>[1]</sup>,实施整合型卫生资源治理模式成为有效的应对之策<sup>[2]</sup>。国家分别于2016年、2017年发布的《健康中国“2030”规划纲要》《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》均强调跨域协同治理模式是整合社会卫生资源,促进区域卫生服务高质量发展的重要方式。随着《基本医疗卫生与健康促进法》的实施,跨域卫生资源协同治理有了法律保障。政府与社会将围绕卫生资源治理问题,在地区或国家层面共建协同治理话语体系。<sup>[3]</sup>

2019年7月,川渝两地(四川省和重庆市,以下简称“川渝”)政府签署了《深化川渝合作推进成渝城市群一体化发展重点工作方案》<sup>①</sup>,两地围绕卫生资源治理迈入了全面合作新起点,开始探索卫生资源治理新的合作模式与协同机制,行政分界的壁垒逐渐消弭。2020年4月,重庆市卫健委和四川省卫健委联合签署《推动成渝地区双城经济圈建设川渝卫生健康一体化发展合作协议》;2020年7月,重庆市卫健委和成都市卫健委联合签署《推动成渝地区双城经济圈建设成渝卫生健康一体化发展合作协议(2020—2025年)》,区域卫生资源走向纵深合作“快车道”。把握成渝卫生资源合作网络情况,可对其合作的特点与缺陷、发展趋势以及合作机理进行有效分析。因此,为准确掌握成渝地区卫生资源合作网络现状,文章尝试利用社会网络分析法,梳理成渝地区卫生资源跨域合作情况。在此基础上,为避免“国家(政府)—社会”分析范式滥用<sup>[4]</sup>,文章从“嵌入理论”视角,解析区域多元主体合作网络结构特征与潜在动因,构建一个全新的统合型“嵌入式协同”<sup>②</sup>分析框架,以回应成渝地区卫生资源合作治理的现实需要。

## 2 卫生资源合作治理的文献综述

已有研究基于国家与社会的互动关系总结出科层制“府际协同”<sup>[5]</sup>与市场型“政社协同”<sup>[6]</sup>两类分析视角阐释跨域卫生资源合作的内在逻辑。科层制“府际协同”强调政府位于卫生资源“治理生态圈”的顶端,注重其在达成“社会生态圈”的健康发展利益时,所产生的策略选择与行动轨迹。在这一治理形态中,上级权威组织担负领导者、决策者与监督者三种角色,依托上下级关系将治理目标与任务逐层分流,聚集不同层级组织协同治理,实现合而治之。<sup>[7]</sup>市场型“政社协同”则认为跨域卫生资源治理打破了传统行政管理的主体限制与治理边界,逐渐摒弃以“政府为中心”的治理格局,通过市场机制,吸纳社会组织、公民等多元主体合作治理卫生资源,实现聚而有力。<sup>[8]</sup>但科层制“府际协同”与市场型“政社协同”都存在由治理主体调试带来的内生性问题,即仅从制度或市场等单一机制切入,无法有效阐释多维机制作用下跨域卫生资源协同治理模式的价值追求和实践逻辑。因而,两种视角的研究结论往往缺乏深刻的价值自觉。

从典型实践中发掘行动主体的稳态特征,进而提出新的分析视角与研究框架,成为理论界深入探索相关案例潜在逻辑的重要面向。随着区域卫生资源合作逐渐深化,多元治理主体持续互动,多重资源嵌入性、多向关系嵌入性和多维利益嵌入性等“嵌入式协同”特征日益显现。作为一种阐释当下卫生资源治理样态的新视角,“嵌入性协同”是主体间互动关系的体现,其核心意旨是某一个主体嵌入另一个主体或社会网络中以建立协同关系,通过资源共享互赖,促进合作主体共同发展。由此可知,“嵌入式协同”超越了“制度性集体行动”的单一逻辑,强调合作主体的兼容性、合作行动的动态性和合作关系的灵活性,能够深入发掘当下区域卫生资源合作的典

① 成渝城市群以成都、重庆为中心,是西部大开发的重要平台,其具体范围包括四川省的成都、自贡、泸州、德阳、绵阳(除北川县、平武县)、遂宁、内江、乐山、南充、眉山、宜宾、广安、达州(除万源市)、雅安(除天全县、宝兴县)、资阳15个市;重庆市的渝中、万州、黔江、涪陵、大渡口、江北、沙坪坝、九龙坡、南岸、北碚、綦江、大足、渝北、巴南、长寿、江津、合川、永川、南川、潼南、铜梁、荣昌、璧山、梁平、丰都、垫江、忠县27个区(县)以及开州、云阳的部分地区。

② 现阶段,“嵌入式协同”治理在学界并未形成统一概念,诸多研究者提出了包括“嵌入式”治理、“嵌入式”网络和“嵌入式”合作等治理理论,秉持的观点大致相同,文章将诸类观点统一纳入“嵌入式协同”的理论框架下分析。

型特征和治理价值。

“嵌入”概念最早由波兰尼提出<sup>[9]</sup>,随后格兰诺维特系统论证了个体经济行为嵌入在社会网络中的机制假说<sup>[10]</sup>。早期研究者认为基层医疗筹资应当嵌入适宜的社会环境中,以利于获得外部力量的支持、与医疗服务提供者建立良好的制度化关系,实现合作医疗制度良性治理<sup>[11]</sup>,这项研究为卫生资源“嵌入式协同”治理构建了基础性理论框架。随着理论与实践联系日益紧密,“嵌入式协同”治理框架逐渐应用于区域卫生资源配置与发展议题。其一,受行政科层主导的“条块”治理体系影响,卫生资源配置呈现“双向嵌入”特征。<sup>[12]</sup>其二,受时代变迁影响,卫生资源配置呈现“动态嵌入”的特征,有研究者立足新中国成立以来的“村医”与国家的关系变迁轨迹及逻辑,发现两者关系呈现出“嵌入—脱嵌—自主嵌入”三个阶段的特征。<sup>[13]</sup>此外,“嵌入式协同”治理的内涵也在不断扩展。在新医改“去行政化”的治理变革中,政府、市场与社会的互动协同,行政、市场和社群机制的互补嵌入,被认为将成为中国医疗政策大转型的新范式。<sup>[14,15]</sup>

综上,“嵌入式协同”视角深化了现有研究对卫生资源合作治理的认识,但在区域卫生资源协同治理这一具体治理情境所衍生的特殊表现等方面,依然存在许多问题没有回答。同时现有研究基于“嵌入式协同”视角,或是对市场和行政体系在宏观层面的变化轨迹进行探讨,其分析结果难以指导实践;或是聚焦于阐释微观事件中相关主体的互动逻辑,导致研究结论陷入“碎片化”泥淖。基于此,文章尝试从中观层面分析区域卫生资源合作案例,既能揭示一般性规律,又能体现实践价值,以此串联宏观与微观层面的研究发现。

### 3 资料与方法

#### 3.1 研究对象

成渝地区作为西南地区乃至全国范围内的医疗服务重镇,区域内丰富的卫生资源成为地区城市、机构间合作的重要联结“纽带”。成渝地区拥有超过100家三甲医院和80多所医学院校及科研机构;两地中药资源丰富,药材种类和年产量全国领先;区域生物医药企业实力较强,形成了涵盖传统医药和创新研发等领域的生物医药合作产业区。<sup>[16]</sup>总体上,两地卫生资源“质优量大”,为两地卫生资源“产学研”合作创造了优质条件。然而,两地长期存在的卫生资源空间分布不均、辖区思维等阻滞因素,导致了跨

域合作低效问题,始终困扰着区域治理主体,尤其是两地政府。如何实现跨域卫生资源高效合作,成为两地政策实施优化与治理机制创新的重要目标。在此背景下,两地持续深化合作关系,创新协同治理模式,卫生资源合作不断取得新成就,亦呈现出新的典型特征。成渝地区卫生资源合作逐渐成为能够涵养现有理论并催生出“嵌入式协同”新理论框架的一种稳态社会现象<sup>[17]</sup>,为深入挖掘区域卫生资源“嵌入式协同”特征及形成机制提供了现实依据。

#### 3.2 数据来源

本研究的案例资料为区域内各卫生资源治理主体的合作文本,所有数据均源于各组织项目合作公开信息(官网公示信息、新闻媒体信息)。时间跨度为2019年7月—2021年8月,选取2019年7月为起点的原因是2019年7月成渝城市群一体化发展重点方案正式实施,区域内开始了卫生资源的全面合作。最终收集到87项卫生资源合作项目,经统计发现154个组织(机构)参与其中。

#### 3.2 研究方法

沿袭学界对于涵盖多项合作文本案例常采用社会网络分析法进行分析的思路<sup>[18]</sup>,本文案例分析的具体步骤如下:(1)对项目合作文本进行内容编码和概念聚类,进而获得合作主体与主题等特征,包括合作机构类属、合作密集城市和机构以及合作热点的分布;(2)运用社会网络分析法识别合作网络主体结构,借助UCINET软件测算“度数中心度”和“结构洞”等关键指标,并使用NETDRAW工具绘制合作事件网络图谱,进一步基于合作情境,概括合作事件中主体“嵌入”关系,明晰“嵌入”模式与类型。

“度数中心度”指一个合作主体拥有直接合作关系的主体数量,度数中心度的值越大,说明该主体在合作网络中更被其他主体所需要,在合作网络中嵌入程度更深,主导作用也越强。“度数中心度”的表达式为(1),其中*i*与*j*是合作主体者, $C_D(N_i)$ 是合作主体*i*的“度数中心度”。<sup>[19]</sup>

$$C_D(N_i) = \sum_{j=1}^g I(x_{ij}) \quad (1)$$

$$I(x_{ij}) = \begin{cases} 1, & i \text{ 与 } j \text{ 直接合作} \\ 0, & i \text{ 与 } j \text{ 不直接合作} \end{cases}$$

“结构洞”指社会网络中两个主体间存在非重复联系时,连接两者的唯一中介。<sup>[20]</sup>“限制度”指标值越小,表明某一主体在协同网络中所受限制越少,也就拥有更多“结构洞”。此外,“限制度”指标值为0,

表示该主体尚未拥有结构洞,属于孤立点。<sup>[21]</sup>文章借助 Burt 提出的“限制度”指标测算“结构洞”指数<sup>[22]</sup>,其测算公式如下:

$$C_i = \sum_j (P_{ij} + \sum_q P_{iq}P_{qj})^2, (q \neq i, q \neq j) \quad (2)$$

其中,  $C_i$  表示主体  $i$  的限制度,  $P_{ij}$  表示主体  $i$  连接主体  $j$  所耗资源占其到所有主体所耗资源的比重;  $P_{iq}$  表示主体  $i$  连接主体  $q$  所耗资源占其到所有主体所耗资源的比重;  $P_{qj}$  表示主体  $q$  连接主体  $j$  所耗资源占其到所有主体所耗资源的比重。<sup>[23]</sup>在区域卫生资源协同网络中,“结构洞”体现了合作者自身资源优势,“结构洞”越多的合作者,对协同网络的嵌入能力与主导作用更强。

## 4 成渝地区双城经济圈卫生资源合作治理实证描述

### 4.1 基本情况

#### 4.1.1 合作主体分布

其一,区域内卫生资源合作形成了以重庆市和成都市为“双核心”的发展态势。从表 1 可知,在合作城市中,重庆市累计参与项目 56 个,占 64.37%;成都市累计参与项目 54 个,占 62.07%。从合作机构的分布上,排名前十的合作机构中(含并列共 12 个),有 11 个位于重庆市和成都市,仅有 1 个处在遂宁市。其二,区域内医院是卫生资源合作的主力机构。从机构类属上看,排名前十的合作机构中,医院占比最高(50%)。综上,区域内卫生资源协同治理形成了以重庆市和成都市为“双核心”、以医院为“主力”的合作格局,其它城市和机构尚未充分嵌入协同治理网络中,不同类型的主体间合作意愿与能力差异明显。

表 1 2019 年 7 月—2021 年 8 月参与成渝卫生资源合作项目排名前十的城市与机构情况

城市名称	项目数(个)	占比(%)	机构名称	项目数(个)	占比(%)
重庆市	56	64.37	重庆市卫健委	9	10.34
成都市	54	62.07	重庆市中医院	8	9.20
遂宁市	6	6.90	重庆医科大学	6	6.90
泸州市	6	6.90	四川省卫健委	4	4.60
资阳市	5	5.75	成都中医药大学	4	4.60
铜梁区	4	4.60	遂宁市中心医院	4	4.60
永川区	4	4.60	成都市妇女儿童中心医院	3	3.45
潼南区	4	4.60	重庆医科大学附属儿童医院	3	3.45
江津区	3	3.45	四川大学华西医院	3	3.45
合江县	3	3.45	四川省中医药管理局	3	3.45
达州市	3	3.45	四川省中医药科学院	3	3.45
宜宾市	3	3.45	成都中医药大学附属医院	3	3.45

### 4.1.2 合作主题分布

目前,区域内卫生资源合作存在着三个热点主题。如表 2 所示,在成渝地区卫生资源合作项目排名前十的主题中,“中医药”合作项目为 18 项,占 20.69%,位居第一;“妇幼健康”为 8 项,占 9.20%,位居第二;而“口腔医学”为 5 项,占 5.75%,处在第三位。结合成渝地区的卫生资源禀赋可知,这三类主题是区域医学领域优势学科和医疗产业“强强联手”的结果,而“弱势”医学学科与医疗产业嵌入协同网络的能力存在明显不足。此外,“大健康产业”和“食品营养与健康”等新兴产业、“生物医药”等传统产业、“预防医学”以及“医疗保障”等制度资源均位于合作项目前十之列。据此可知,合作网络正在向多领域延展。

表 2 2019 年 7 月—2021 年 8 月成渝地区排名前十的卫生资源合作项目主题情况表

项目主题	项目数(个)	占比(%)
中医药	18	20.69
妇幼健康	8	9.20
口腔医学	5	5.75
生物医药	4	4.60
预防医学	4	4.60
护理服务	4	4.60
医疗保障	3	3.45
大健康产业	3	3.45
食品营养与健康	2	2.30
精神卫生	2	2.30

### 4.2 区域卫生资源“嵌入式”协同合作网络分析

#### 4.2.1 区域协同合作网络的“度数中心度”分析

如表 3 所示,2019 年 7 月—2021 年 8 月,成渝地区卫生资源协同网络“度数中心度”排名前十的机构包括地区医院、高校、政府部门和科研院所,说明区域内卫生资源治理实现了“政产学研”嵌入协同发展模式。从机构类属看,“度数中心度”排名前十的机构中,医院占据了 4 个席位,累计“度数中心度”为 51,是嵌入协同治理网络中程度最深亦是最被需要的主体。就机构所属城市而言,“度数中心度”排名前十的机构中,重庆市和成都市“并驾齐驱”,占据 8 个席位,共同构成了区域内卫生资源协同的“双核心”治理格局,说明网络中其他城市大多需要依靠这两个城市产生合作关系。此外,虽然遂宁市中心医院和达州市中心医院分别位于区域内协同网络“度数中心度”的第 7 位、第 10 位,但其合作活跃度远低于所属重庆市和成都市的合作机构。据此可知,区域内卫生资源协同网络存在空间“塌陷区”,说明区域内不同机构、城市嵌入协同网络的程度存在明显差异。

表3 成渝地区卫生资源合作的度数中心度排名前十的机构情况表

区域机构	度数中心度	排序
重庆市中医院	20	1
重庆市卫健委	14	2
重庆医科大学	13	3
四川大学	13	3
成都中医药大学	12	5
四川省中医院	12	5
遂宁市中心医院	11	7
四川省中医药科学院	11	7
重庆市中药研究院	9	9
四川省中医药管理局	8	10
达州市中心医院	8	10

资料来源:作者计算、自制。

4.2.2 区域协同合作网络的“结构洞”分析

2019年7月—2021年8月成渝地区卫生资源协同网络中“限制度”指数值排名前十的机构见表4。从机构类型角度分析,重庆医科大学和四川大学的“限制度”指数值较低,是高校类机构充当区域内卫生资源协同网络中关键“主导者”角色的典型例证;重庆市卫健委作为政府职能部门在“限制度”指数值排名中位列第3,说明地方政府部门同样在用“看得见的手”编织卫生资源协同网络;科研院所也嵌入了区域内卫生资源协同网络中,并发挥着一定作用;最关键的是,医院在“限制度”指数值排名前十的机构中拥有最多席位(5个),是区域卫生资源协同网络的资源集聚地与信息传递中心。此外,区域内企业和社会NGO组织的“限制度”指数值排名均比较靠后,说明该类组织社会资源占有量匮乏,嵌入协同网络的能力较差,难以对卫生资源协同网络进行有力“控制”。

表4 2019年7月—2021年8月区域限制度指数低值排名前十的机构情况表

区域内机构	限制度指数	排序
重庆医科大学	0.199 0	1
重庆市中医院	0.206 5	2
重庆市卫健委	0.244 2	3
四川大学	0.265 3	4
遂宁市中心医院	0.282 4	5
成都市妇女儿童中心医院	0.333 3	6
四川大学华西医院	0.333 3	7
四川省中医院	0.334 9	8
四川省中医药科学院	0.343 3	9
重庆市中药研究院	0.365 8	10

4.3 区域卫生资源协同主体的嵌入模式与类型

通过归纳协同网络中不同主体嵌入模式与类型,有助于识别中心合作组织与主要嵌入路径。文章对2019年7月—2021年8月成渝地区卫生资源合作文本进行梳理发现,区域内协同主体嵌入模式共27种,嵌入类型有4种,包括互向嵌入、横向嵌入、正向嵌入和反向嵌入,表5呈现了嵌入模式项目数排名前十情况,同类机构间嵌入协同是区域卫生资源主要治理路径。数据显示,同类机构共完成49项合作项目,项目占有率为56.32%,说明同类主体间更易架构合作“桥梁”。从嵌入类型看,互向嵌入是卫生资源协同治理的主要嵌入形式,其核心主体是医院和高校。此外,政府和医院是“嵌入式协同”治理的“主力军”,两类机构涉及63项合作项目,占比超过72%。由此可知,政府与医院是成渝地区卫生资源协同治理网络中最强有力的“嵌入者”。

表5 2019年7月—2021年8月区域内卫生资源治理主体嵌入模式排名前十的情况表

嵌入模式	嵌入类型	项目数(个)	排序
医—医	互向嵌入	23	1
政—政	横向嵌入	22	2
医—校	互向嵌入	6	3
政—医	反向嵌入	5	4
政—校	反向嵌入	3	5
企—企	互向嵌入	3	6
企—政	正向嵌入	2	7
社—社	互向嵌入	2	8
医—校—企	互向嵌入	2	9
校—企	互向嵌入	2	10

注:“政”区域内政府部门的简称,“医”区域内公立医院的简写,“校”是区域内高校的简写,“企”是区域内企业(包括民营医院)的简称,“社”是区域内NGO组织的简称。

综上,“嵌入式协同”已经成为成渝地区卫生资源治理的主要方式,为化解区域内卫生资源配置困境,日益发挥积极作用。区域卫生资源治理呈现出从地方政府属地自治向跨域多元主体同频共振、从单一利益联结向多重邻近型合作、从有限被动合作向多重主动嵌入式全方位合作的新特征、新格局。这是科层制“府际协同”与市场型“政社协同”无法“勾勒”的治理新情景,却为“嵌入理论”提供了一个理想的“理论试验场”。

5 “嵌入式协同”:成渝地区卫生资源合作治理的解释性框架

成渝地区双城经济圈建设不仅形塑了区域卫生

资源“嵌入式协同”治理网络与发展趋势,更赋予了区域治理新的内涵与典型特征。从城市主体看,区域内形成了重庆市和成都市“双高峰”城市合作格局;从机构主体看,区域医院、政府作为“主力”机构“嵌入”合作网络。尤其是跨域多元主体间合作实

践呈现出各具特点的嵌入类型,体现了“嵌入式协同”的内在特征。基于上述,文章遵循“嵌入动因—嵌入机制—嵌入实现”逻辑,构建“嵌入式协同”理论分析框架(图 1),旨在全面阐释成渝卫生资源合作的生成机理。

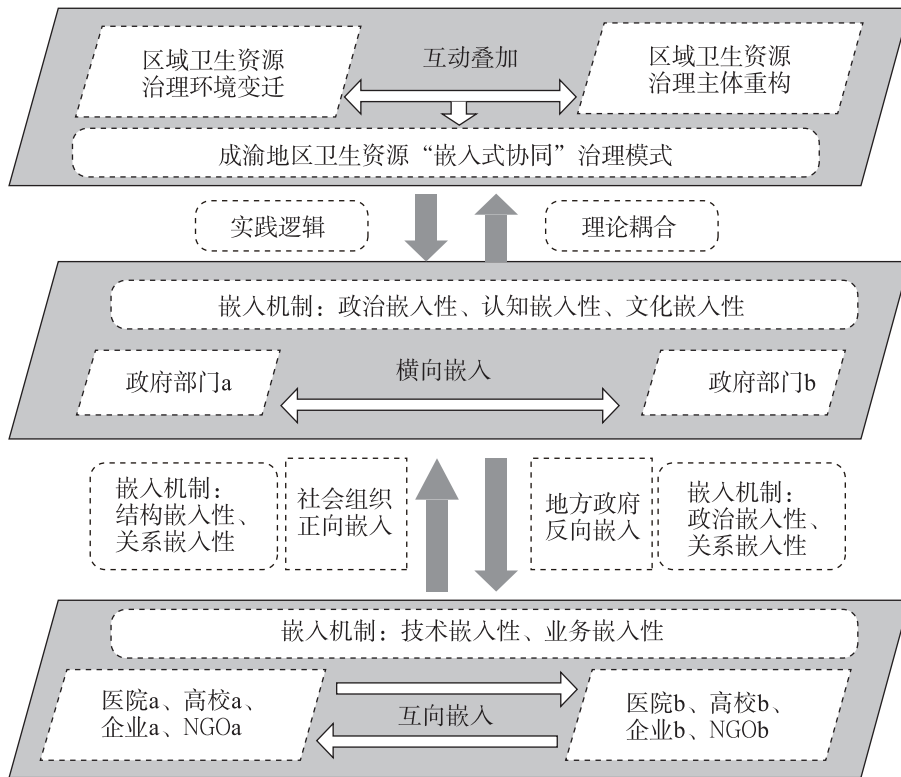


图 1 成渝地区卫生资源“嵌入式协同”治理解释框架图

### 5.1 环境变迁与主体重构：“嵌入式协同”的双重动力

区域治理环境生成了卫生资源“嵌入式协同”治理的外部动力。随着成渝地区双城经济圈建设上升成为国家战略,区域地方政府“属地任务型”治理逐渐向多元主体跨域“嵌入式协同”治理转型。在此过程中,原有治理主体间固态规则与协同秩序正在重新建构,新兴社会主体不断参与治理体系的变革进程,以争夺跨域卫生资源治理行动“话语权”,治理“联盟”核心成员不断“轮值”成为“嵌入式协同”治理的内在动力。成渝地区卫生资源合作实践亦呈现出此类特点。如案例显示,在 2019 年 7 月—2021 年 8 月成渝地区 87 个卫生资源合作项目中,共有 26 种合作主体组合形式。其中,跨主体类型合作有 20 种组合形式,共 35 个项目,占比 40.23%。说明在区域一体化背景下,多元主体间频繁合作,以往“府际协同”治理卫生资源的单调局面不断丰富。随着区域政府持续扩展“政治机会结

构”,新兴治理主体在卫生资源合作领域日益发挥着建设性作用。

### 5.2 多维嵌入性：“嵌入式协同”的作用机制

多维“嵌入性”包括结构、关系、认知、文化和政治、业务、技术等嵌入机制。<sup>[9,10,24,25]</sup> 在多维“嵌入性”影响下,成渝地区卫生资源治理主体间嵌入形式存在较大差异,存在横向嵌入、正向嵌入、反向嵌入和互相嵌入四种类型。

第一,在政治嵌入性、认知嵌入性以及文化嵌入性影响下,成渝地区政府间横向嵌入协同得以生成。政治嵌入性体现为在国家建设成渝地区双城经济圈的统筹安排下,区域卫生资源合作行动被赋予了权威价值,即政治合法性。认知嵌入性体现为成渝一体化战略的社会认知度与参与感,在成渝地区双城经济圈建设“高歌猛进”的同时,区域卫生资源合作亦“如火如荼”地展开。成渝历史同源、风俗相近也

使得文化嵌入性在区域协同过程中发挥了积极作用。由案例可知,在累计 154 个合作机构中,有 52 个政府部门,占比超 30%;在 87 个合作项目中,政府间横向合作项目共 22 个,占比超过 25%,说明在政治嵌入性、认知嵌入性和文化嵌入性叠加作用下成渝政府横向协同成为卫生资源合作的重要路径。

第二,在政治嵌入性与关系嵌入性影响下政府对医院、高校和企业以及社会 NGO 组织等主体在成渝卫生资源治理过程中存在反向嵌入的情况。在政治嵌入性和关系嵌入性作用下,政府部门通过构建政策激励机制、社会信任机制和非正式的制度机制<sup>[26]</sup>,联合各类社会主体,共同实现区域卫生资源的治理目标。此外,反向嵌入的成渝跨区域卫生资源合作贡献率正在逐渐提升。具体而言,反向嵌入的合作贡献率从 2019 年 7—12 月的 1.15%,上升到了 2021 年 1—8 月的 5.75%。据此说明,在跨区域卫生资源合作领域,区域政府反向嵌入社会主体的合作步伐正在加快。

第三,在结构嵌入性与关系嵌入性作用下,成渝地区的医院、高校和企业、社会 NGO 组织等主体在跨区域卫生资源治理过程中呈现出正向嵌入政府的情况。结构嵌入是社会机构获取资源、信息的重要渠道。关系嵌入是某一机构为获得其他主体认可的主要渠道。政府是社会资源高度集聚主体,医院、高校等主体参与政府治理任务的直接动机是为了获取政策资源和权威认同。政府作为威权部门,在合作过程中明显占据主动地位,反向嵌入成为开展政社合作的主要形式。当然,政府为激励其他社会主体参与政府主导的治理行动,亦会考虑他们的利益,正向嵌入也是合作的重要形式。但在 87 份成渝卫生资源合作项目中,政府直接参与了 37 项,占 42.53%,而社会组织正向嵌入政府部门的合作项目仅有 6 项,占比 6.90%,政府部门在协同网络中的“控制力”由此体现。

第四,在业务嵌入性和技术嵌入性作用下,成渝地区的医院、高校和企业、社会组织之间在跨区域卫生资源治理实践中,形成了互向嵌入的协同关系。<sup>①</sup> 这些机构作为成渝地区卫生资源的实际建设者、直接参与者,在业务邻近与技术邻近的领域具有很大的合作空间。数据显示,社会机构中跨主体类型合作

项目共 19 项,占比 21.84%。随着业务嵌入性与技术嵌入性持续发力,成渝地区卫生资源“产学研”一体化发展不断加速,为跨域业务开拓与技术创新等合作创造了新机遇。此外,案例显示,公立医院在限制性指数低值排名前十的机构中占据了一半席位。作为政府部门或高校的隶属机构,公立医院亦是卫生资源“产学研”一体化发展的核心主体,因而在协同网络中表现出比政府和其他主体更强的“控制力”。

### 5.3 优质卫生资源合作:“嵌入式协同”的主要实现形式

卫生资源“嵌入式协同”是在“利益共融”前提下,各个主体“嵌入”共同确定的为解决区域卫生资源配置问题的总目标中,“认领”属于自己应该采取行动去完成的分目标和子目标的过程。<sup>[27]</sup> 这一过程将不断促进区域卫生资源融通互补、协同发展。而从社会合作关系角度看,“嵌入式协同”是社会互补性资源交换与优质资源协同发展的结果。换言之,成渝地区卫生资源集中的城市或主体更容易实现“嵌入式协同”。

由案例可知,成渝地区形成了优质卫生资源合作核心城市、机构和主要领域:第一,成渝地区卫生资源合作形成了重庆市和成都市“双高峰”城市治理格局。原因是这两个城市拥有区域内总量最大、质量最高的卫生资源,“嵌入式协同”能够带来更大的社会效益。第二,四川大学(华西医学院)和重庆医科大学在协同网络中具有很强的控制力,根源是两者开展合作所带来的技术创新与资源整合可以引领区域卫生资源发展态势。进一步说明,区域内影响力大、专业水平高的机构之间更易开展“嵌入式协同”。第三,中医药合作成为成渝地区卫生资源协同发展的最主要领域。川渝自古就是优质药材重要产地,同时也是传统中医重要发源地,依托丰富的中医药资源和长期合作渊源,相关主体利益深入相融、发展目标高度趋同,“嵌入式协同”成为发展两地中医药卫生资源主流。由此可知,优质卫生资源合作是成渝地区卫生资源“嵌入式协同”的主要实现形式。

综合上述三个层面的探讨形成了成渝地区卫生资源“嵌入式协同”治理的解释框架图(图 1)。成渝

<sup>①</sup> 需要说明的是,科研院所也是成渝地区卫生资源协同治理的重要主体。根据案例及相关信息发现,这些组织是挂靠在校或医院的附属机构,因此按照隶属关系,文章将其归为高校或医院机构类属进行分析。

地区多元主体为实现卫生资源发展与健康一体化目标,在区域环境压力与治理主体重构的动力机制和多维“嵌入性”的交互机制作用下,通过跨域、跨主体类型合作路径,形成了成渝地区“嵌入式协同”模式。“嵌入式协同”框架首次将合作主体与社会网络的嵌入关系纳入了跨域卫生资源合作分析框架,以此消弭宏观与微观层面研究缝隙。

## 6 “嵌入式协同”——成渝地区卫生资源的善治之道

“嵌入式协同”是在区域一体化背景下,为实现区域协调发展提供的一种思维启迪:区域卫生资源治理并非社会单一主体非此即彼的简单治理,而是在多维“嵌入性”影响下,多元主体互补协同的整合型治理。作为成渝地区跨域卫生资源合作新的典型模式,“嵌入式协同”可以避免科层制“府际协同”过度中心化和市场型“政社协同”分散碎片化,带来的区域卫生资源合作治理低效问题。在成渝跨域卫生资源“嵌入式协同”框架下,多元主体受到正式制度与非正式规范以及信任关系激励作用,嵌入于区域卫生资源治理网络中,构建组织一体化和区域融合一体化的机制协同<sup>[28]</sup>,共同实现区域卫生资源发展利益。由此可知,“嵌入式协同”能够构建一个激励多元治理主体在跨域卫生治理治理过程中深入合作的行动机制和社会环境,实现治理工具的价值理性。

治理主体具备良好的主动嵌入合作网络的意识与能力是实现成渝地区卫生资源善治的前提条件。由案例分析可知,不同主体的嵌入意愿与能力存在“断层式”差距,这是成渝地区卫生资源“嵌入式协同”治理无法回避的问题。归根结底,地方政府是跨域卫生资源治理行动的主导者,可从两个方面为化解上述问题做出贡献:第一,区域地方政府通过加强政策激励,提升其他主体的参与意愿,同时注重地区间激励政策的制定与实施协调有序,营造不同城市或组织嵌入机会公平的治理环境,从而有效化解协同网络中的“塌陷”问题;第二,区域地方政府要主动与其他组织建立良好的合作关系,有利于降低社会组织参与合作的门槛限制,减少信息不对称对主体间合作关系建立的影响。区域政府主动开拓合作渠道,将促使跨域卫生资源治理的抽象理念追求转变为整个治理群体“用脚投票”的逐利行动。这一过程将会提升“嵌入式协同”治理的机制韧性,有助于实

现成渝地区卫生资源良政善治。

成渝地区卫生资源合作实践呈现出一种较为复杂的多主体互动关系,区域治理主体嵌入社会合作网络的程度与途径差异,形成了各具特点的“嵌入式协同”形式。“嵌入式协同”根植于川渝地区文化底蕴,以多维“嵌入性”为路径依赖,与科层制“府际协同”和市场型“政社协同”等旧有跨域协同模式存在明显不同。作为传统治理价值的延续,“嵌入式协同”衍生出了新的治理动因与治理可能,顺应了区域发展的现实需要与治理流程再造的时代感召。显然,这一跨域治理实践是具有重要意义的,它为跨域卫生资源合作治理提供了新的经验借鉴;同时它又是一种治理模式的诠释,具有较高理论价值,可以为相关研究提供一个新的分析视角与解释框架。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 彭宅文. 改革开放以来的社会医疗保险制度改革:政策范式转移与制度约束[J]. 社会保障评论, 2018, 2(4): 56-74.
- [2] 王俊, 王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究:政策演变与理论机制[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 152-167, 176.
- [3] 陈兴怡, 翟绍果. 中国共产党百年卫生健康治理的历史变迁、政策逻辑与路径方向[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2021, 51(4): 86-94.
- [4] 应星. “把革命带回来”:社会学新视野的拓展[J]. 社会, 2016, 36(4): 1-39.
- [5] 吴金群. 网络抑或统合:开发区管委会体制下的府际关系研究[J]. 政治学研究, 2019(5): 97-108, 128.
- [6] 李晓燕. 产业扶贫何以更好?:一个均衡协同治理框架[J]. 公共管理与政策评论, 2021, 10(4): 61-71.
- [7] 锁利铭, 廖臻. 京津冀协同发展中的府际联席会机制研究[J]. 行政论坛, 2019, 26(3): 62-71.
- [8] 杨燕绥, 秦晨, 李超凡. “十四五”期间提升老龄人口医养服务路径的思考[J]. 行政管理改革, 2021(1): 11-17.
- [9] Polanyi K. The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time [M]. Boston, MA: Beacon Press, 1944.
- [10] Granovetter M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness[J]. American Journal of Sociology, 1985, 91(3): 481-510.



- [11] 顾昕, 方黎明. 自愿性与强制性之间: 中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J]. 社会学研究, 2004(5): 1-18.
- [12] 时保国, 吴少龙. “看病难”的空间分析: 嵌入分层理论视角的中国三甲医院地理分布[J]. 甘肃行政学院学报, 2019(5): 94-103, 128.
- [13] 张雨薇, 武晋, 李小云. 村医与国家: 从深度嵌入到偏差嵌入[J]. 湖北社会科学, 2020(4): 44-54.
- [14] 顾昕. 治理嵌入性与创新政策的多样性: 国家-市场-社会关系的再认识[J]. 公共行政评论, 2017, 10(6): 6-32, 209.
- [15] 顾昕. 新中国70年医疗政策的大转型: 走向行政、市场与社群治理的互补嵌入性[J]. 学习与探索, 2019(7): 1-13, 174.
- [16] 李婧, 宫庆彬, 张志强, 等. 成渝地区双城经济圈培育世界级生物医药产业集群研究[J]. 中国西部, 2021(1): 12-20.
- [17] 侯志阳, 张翔. 作为方法的“中国”: 构建中国情境的公共管理案例研究[J]. 公共管理学报, 2021, 18(4): 126-136, 174.
- [18] 黄崑, 王文娟, 徐程. 社会网络分析在卫生领域的应用[J]. 公共管理与政策评论, 2019, 8(1): 20-30.
- [19] 宋潇, 张龙鹏. 成渝地区双城经济圈优质跨域合作创新的驱动逻辑: 基于区域科技进步奖获奖数据的分析[J]. 中国科技论坛, 2021(10): 143-152.
- [20] Burt R S. Structure Holes: the Social Structure of Competition[J], Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- [21] 宋潇. 成渝双城经济圈区域合作创新特征与网络结构演化[J]. 软科学, 2021, 35(4): 61-67.
- [22] Burt R S. Structural Holes: The Social Structure of Competition[J]. Economic Journal, 1995, 42(2).
- [23] 翟东升, 张京先. 基于专利技术共现网络的无人驾驶汽车技术融合演化研究[J]. 情报杂志, 2020, 39(4): 60-66, 19.
- [24] Zukin S, Dimaggio P. Structures of Capital: The Social Organization of Economy[M]. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1990.
- [25] Andersson U, Forsgren M, Holm U. The strategic impact of external networks: subsidiary performance and competence development in the multinational corporation[J]. Strategic Management Journal, 2002, 23(11): 979-996.
- [26] 峻怡. 卫生资源配置决策的非正式制度的影响研究: 基于对隐性优先分配规则的思考[J]. 中国行政管理, 2019(3): 99-103.
- [27] 王春婷. 社会共治: 一个突破多元主体治理合法性窘境的新模式[J]. 中国行政管理, 2017(6): 30-35.
- [28] 曹琦, 崔兆涵. 我国医联体协同关系的构建和完善: 制度约束和策略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(6): 7-13.

[收稿日期:2021-09-30 修回日期:2021-10-20]

(编辑 薛云)