

# 统一大市场背景下区域医疗资源共享路径探析

王超\* 王培刚

武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

**【摘要】**深化医药卫生体制改革以来,我国医疗资源总量不断提升,但一定程度上仍存在配置不合理和使用效率不高导致的医疗资源浪费和闲置并存等问题。这其中暗含了医疗资源供给与需求之间的深层矛盾,也诠释了医疗资源共享的逻辑必要性。然而,医疗资源的共享迫切要求医疗资源配置和使用理念的进一步革新。当前,“统一大市场”建设正成为我国市场经济发展的重要目标,其所蕴含的价值理念和方法论也为区域医疗资源共享提供了新的理论借鉴和实践启示。本文在介绍“统一大市场”理论内涵和发展历程的基础上,总结我国医疗资源共享的理论基础和现实条件,指出需要进一步强化宏观政策设计、破除体制机制障碍、引导多方协同参与、适时进行政策创新,从而有序推进我国区域医疗资源共享。

**【关键词】** 医疗资源; 共享; 统一大市场

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.08.001

## Path analysis of regional medical resource sharing under the background of Unified Big Market

WANG Chao, WANG Pei-gang

School of Public Health, Wuhan University, Wuhan Hubei 470071, China

**【Abstract】** Since the New Medical Reform, the total amount of medical resources in China has been increasing gradually. However, unreasonable distribution and inefficient usage have led to the coexistence of waste and slacking in these resources. This implies the deep contradiction between the supply and demand of medical resources, and explains the logical necessity of medical resource sharing. However, the sharing of medical resources urgently requires further revolution in the concept of medical resource allocation and use. At present, the construction of the Unified Big Market is becoming an important strategic goal of China's market economy development. The value concepts and methodology it contains also provide new theoretical references and implementation guidance for regional medical resource sharing. In this study, we introduced the theorem and development history of the Unified Big Market, based on which we summarized the theoretical basis and practical conditions of medical resource sharing in China, and pointed out the necessity to strengthen macro policy design, break down institutional obstacles, guide multi-party collaborative participation, and timely carry out policy innovation to orderly promote regional medical resource sharing in China.

**【Key words】** Medical resources; Sharing; Unified big market

深化医药卫生体制改革以来,国家和地方加大医疗卫生投入,医疗资源总量显著提升。然而,由于城乡二元体制的惯性和区域间社会经济发展水平的差异,城乡之间、区域之间医疗资源配置并不均衡。加之不同级别医疗卫生机构的医疗资源获取能力和使用效率参差不齐,导致区域内医疗资源闲置和紧缺同时存在。<sup>[1]</sup>在高质量发展新阶段,如何破解区域医疗资源的结构性短缺困局,使有限的

医疗资源发挥出更大的健康效益,成为亟待探究的重要课题。

研究显示,通过盘活闲置资源、统筹多方资源、优化配置资源,推进区域内资源共享,能够以更小的成本获得更大的效益。<sup>[2-3]</sup>党的十八大以来,国家出台多项政策鼓励和引导医疗资源共享,并取得阶段性成效。然而,由于共享系统中的利益各方多是在政府引导、政策鼓励下建立起来的脆弱的合作关系,

\* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(21ZDA104)

作者简介:王超(1992年—),男,博士,副研究员,主要研究方向为卫生政策、社会因素与健康。E-mail:wangch@whu.edu.cn

缺乏强有力的制度约束和共同的利益追求,导致医疗资源共享程度不足且可持续性受限。另外,医疗资源共享必然涉及对既有利益格局的重塑,在推进过程中将面临诸多内在冲突与博弈。如何化解这些矛盾并促进医疗资源共享,成为推进医疗卫生事业高质量发展的政策着力点。

2022年4月10日,中共中央、国务院印发《关于加快建设全国统一大市场的意见》(以下简称《意见》),为加快建设全国统一大市场进行了顶层设计。实际上,国内对统一大市场的呼吁和理论探索早已有之<sup>[4]</sup>,特别是近年来,对其在理念、价值、行动等层面的关注和探讨日趋热烈,且多聚焦在统一大市场的内涵、路径及其带来的经济效益等方面<sup>[5-7]</sup>。总体来看,统一大市场的外延问题,尚未引起学界的足够重视。实际上,虽然统一大市场理念属于经济学范畴,但作为新发展格局的基础支撑和现实需要,其理论价值已经超越了领域界限,其所蕴含的价值立场和方法论亦能为区域医疗资源共享提供一定的理论借鉴和实践启示。换言之,统一大市场能够为区域医疗资源共享创造良好环境并提供理论指引。本研究将论证统一大市场为区域医疗资源共享带来的理论和实践启示,并结合现实条件,提出优化区域医疗资源共享的政策建议。

## 1 统一大市场理论、内涵与本土设计

### 1.1 统一大市场的理论背景

大市场理论(Theory of Big Market)是马克思国际经济贸易理论的重要组成部分。<sup>[8]</sup>所谓大市场是指突破地理和市场界限,在具体商品市场基础上形成的包括整个生产要素和生产方式在内的运转模式。其理论核心是通过将传统市场向更大范围延伸,创造充分竞争的新市场环境。其中,市场要素自由流动并对消费者充分可及,从而实现规模经济效益。在这一理论基础之上发展起来的统一大市场则更加强调其统一性,更加重视统一的制度、规则、标准在市场主体跨区域竞争和生产要素自由流通上的保障作用。<sup>[9]</sup>

“资本按其本性来说,力求超越一切空间界限”<sup>[10]</sup>,而资本(资源)的跨区域流通将进一步带来市场的繁荣。为此,《意见》从社会经济发展的全局出发,强调“打通制约经济循环的关键堵点,促进商品要素资源在更大范围内畅通流动”“以高质量供给创造和引领需求,使生产、分配、流通、消费各环节更加畅通”“推动各领域市场公共信息互通共享”等。可以预见,随着统一大市场建设的不断推进,市场封锁、制度

藩篱、地方保护等制约资源共享的桎梏将逐渐消除,商品、资源、生产要素将在各行业、各地区间实现优化配置和自由流通,从而降低流通和交易成本,提升“投入—产出”效率。<sup>[7]</sup>当前,随着我国市场经济体制改革的深入推进,限制资源流通的各种障碍已大幅减少,区域间和区域内资源流通的速度不断加快、广度不断拓展,且资源配置和流通方式也得以创新并趋于多样化。

### 1.2 统一大市场的内涵

构建统一大市场是与时俱进推进供给侧结构性改革、满足需求侧多元化需求的新尝试。在新发展格局下,“统一大市场”被赋予了新的丰富内涵。

首先,统一大市场建设要坚持并充分发挥市场在资源配置中的决定性作用,同时重视政府的宏观调控。<sup>[11]</sup>统一大市场建设是以现有市场为基础的,这使得统一大市场具有鲜明的市场特性。然而,市场条件下资本天然的逐利性往往会导致“市场失灵”,特别是医疗卫生等(准)公共资源,其公共物品属性要求政府在其中发挥统筹协调作用,而其健康效益的显现也离不开政府的引导和监管。

其次,统一大市场要达到一定规模,体现规模效应。规模拓展是统一大市场建设的主要特征之一。统一大市场的包容性和自由竞争性,为生产要素的扩容、流通、共享提供了良好条件,也在客观上实现了市场规模的延扩。在统一大市场内部,通过要素集聚和充分流通建立起完整产业链,提高资源配置和再生产效率,并最终促进规模效益的释放和规模经济的实现。<sup>[12]</sup>

第三,统一大市场要建立统一的标准。市场分割导致资源配置分散、流通成本增加,因此,提升市场的统一性逐渐成为建设现代化市场体系的重要路径。在社会经济快速发展的当下,统一标准、统一规则、构建责任利益共同体、推进区域资源一体化,是提高社会生产效率的重要保障,可以减少或避免因规则不匹配甚至相互掣肘而导致的低效率。<sup>[13]</sup>

第四,统一大市场建设要以共同富裕为导向。<sup>[14]</sup>一方面,通过畅通资源要素的流通,推进区域融合发展以及基础设施和公共服务的科学配置与共享,改善民生保障,为共同富裕提供现实支撑;另一方面,统一大市场本身暗含了“共建共享”的思想,其中“共建”是共同富裕的动力基础和实践平台,“共享”则是共同富裕的关键环节和本质要求。

### 1.3 统一大市场的本土设计

从社会主义市场经济发展的历史来看,统一大市场建设一直是我国经济体制改革的一项重要任

务。1990 年,上海市提出“要确立与上海经济发展战略相适应的大商业、大流通、大市场的发展战略思想”。<sup>[15]</sup>这是“大市场”概念在政策层面首次提出,其重要性也得到了广泛探讨并逐渐形成共识。1992 年,党的十四大明确经济体制改革的目标是建立社会主义市场经济体制,并提出“要大力发展全国的统一市场”。在此基础上,党的十四届三中全会和党的十六大先后提出“建立统一、开放、竞争、有序的市场体系”和“建设现代市场体系”的目标。此后,统一大市场理念逐渐深入人心。

党的十八大以来,统一大市场建设逐渐从理念转向实践。2013 年,习近平总书记在二十国集团领导人峰会上首倡“建设全球大市场”,提出“共同优化全球经济资源配置,完善全球产业布局,建设利益共享的全球价值链,培育普惠各方的全球大市场”的发展理念;同年,党的十八届三中全会明确,建设统一、开放的市场体系是使市场在资源配置中发挥决定性作用的基础。2015 年,李克强总理在国务院常务会议上提出“全国统一大市场”的概念,要求清除妨碍统一大市场建设的“路障”,疏通市场要素流通渠道。2017 年,党的十九大再次强调建设统一大市场的重要意义,明确废除妨碍统一市场建设的各项陈规陋习,革新发展举措。2020 年 7 月,中央政治局会议提出,“要加快形成以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局”,这为统一大市场建设提出了新的要求;同年 10 月,党的十九届五中全会明确“坚持平等准入、公正监管、开放有序、诚信守法,形成高效规范、公平竞争的国内统一市场”的路径。2021 年 12 月,习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第二十三次会议时强调,构建新发展格局,迫切需要加快建设全国统一大市场,促进商品要素资源在更大范围内畅通流动。时隔四个月,《意见》出台,为促进商品要素在更大范围内畅通流动、加快建立全国统一的制度提供了全面指导。至此,我国统一大市场的内涵特征和实践路径基本确立,统一大市场建设进入实质化推进阶段。

从上述分析可知,我国统一大市场建设具有深厚的理论基础、明确的现实诉求和一贯的发展路径,并充满活力且拥有广阔发展空间。统一大市场的建立,将有效破除阻碍市场要素自由流通的潜在障碍,充分激活各类社会生产要素和闲置资源,推进要素资源按需配置和区域共享,并最终实现社会经济的可持续发展和人民福祉的稳步增进。

## 2 区域医疗资源共享的理论基础和现实条件

市场机制的失灵会导致医疗资源供需失衡,甚至出现资源紧缺和资源闲置并存的问题。为提升医疗资源配置和使用效率,充分发挥其健康效益,共享是重要选项。<sup>[1]</sup>区域医疗资源共享是指在特定地域范围内(通常以县、区、市为单位),通过整合闲置医疗资源并合理配置,使区域内患者和居民能够平等获得、无差别享有同质化健康服务的过程。当前,统一大市场建设为区域医疗资源共享提供了良好的理论基础和现实条件。

### 2.1 区域医疗资源共享的理论基础

医疗资源是社会生产要素之一,通过生产、整合、调配、管理和使用,保障医疗服务市场的正常运转。与其他要素一样,医疗资源同样受到市场经济“供需”规律的调节。<sup>[16]</sup>在供给层面,其主体主要是政府和大型公立医疗机构。首先,医疗资源的有限性和医疗机构在资源获取能力方面的差异,会导致医疗资源的定向集中,造成医疗资源的不合理配置;其次,政府的行为选择也可能会受到政策执行效果和政绩的影响。因此,医疗资源供给侧存在“市场失灵”和“政府失灵”的双重风险。在需求层面,其主体主要是基层医疗卫生机构和患者。首先,大医院对医疗资源的“虹吸”将限制基层医疗卫生机构对医疗资源的获取,挤压后者的生存和发展空间;其次,患者出于对自身健康利益的考量,可能会寻求大医院的“过度”医疗而对基层医疗卫生服务置若罔闻,继而导致医疗资源紧缺和闲置并存的问题。上述医疗资源供需矛盾解释了医疗资源共享的逻辑必要性。

医疗资源共享是兼顾医疗卫生服务市场效率和公平、破解医疗资源供需矛盾的重要举措。近年来,学术界对医疗资源整合进行了广泛探索,如国家大力推行的“医疗联合体”“整合型医疗服务体系”以及社会办医的“医疗商场”和“共享医生”等。<sup>[17]</sup>这些探索虽然不能直接移植到对区域医疗资源共享的理解上,但能够提供一定的理论借鉴。总结发现,区域医疗资源共享的要素趋于一致,即“闲置资源”“互联网”“供需匹配”“效率”“共赢”等。<sup>[18]</sup>其中,闲置资源是共享的物质基础,以“互联网+”为主体的信息平台是共享的运行载体,供需匹配是共享的关键环节,效率是共享的重要特征,双赢或共赢则是共享的潜在动力和根本目标。

统一大市场建设为医疗资源共享创造了良好条

件,也为建设医疗统一大市场提供了思路。统一大市场强调突破壁垒,促进资源的充分流动、互通有无,保障利益相关方公平、有序、高效地获取资源并最终实现高质量发展。医疗统一大市场可以以此为参照,破解医疗机构间的资源壁垒,促进医疗资源在区域内的高效共享,并最终实现区域医疗服务水平的整体提升。

## 2.2 区域医疗资源共享的现实条件

### 2.2.1 资源条件

资源使用效率的提升往往会导致部分资源的闲置,而需求的分散也会造成资源的碎片化布局。这虽然是制约医疗卫生事业发展的重要因素,但客观上也为医疗资源共享创造了条件。

深化医药卫生体制改革以来,我国医疗资源在规模、结构、使用效率等方面均有所改善。在健康服务需求不变的情况下,区域内医疗资源将可能出现闲置或相对闲置,即医疗资源未得到充分利用。统计显示,2009—2021年,我国医疗床位数增长113.95%,但使用率却长期在75%左右。<sup>[19]</sup>在药占比受到严格管制的情况下,检查检验成为药品的替代性收入来源。2009—2019年,我国万元以上诊疗设备台数从252.88万台增加到819.57万台,增幅达224.09%,<sup>[20]</sup>但是多数医院诊疗设备的有效利用率却低于90%,部分中小型医疗器械的利用率甚至不足50%,<sup>[21]</sup>而这一现象在基层医疗卫生机构则更为严峻。<sup>[22]</sup>

医疗资源的碎片化布局同样要求医疗资源共享。一方面,上下级医疗机构之间业务流程和信息系统彼此割裂、互不衔接,制约着分级诊疗的良性运行;另一方面,群众健康需求的释放要求医疗卫生服务范围的拓展和丰富,传统“各自为政”的医疗服务模式已无法适应多元化健康服务需要。针对医疗资源碎片化布局的问题,必须系统性应对。

### 2.2.2 健康需求

随着城镇化和农民市民化速度的加快,部分地区尝试将分散居住的居民集中到自然条件较好的同一区域,推进乡镇治理体系的现代化。这客观上将分散居住的人口集中起来,为区域医疗资源共享提供了更大的消费市场和稳定的服务对象。在这一过程中,乡镇卫生院及村卫生室的空间布局和资源配置将发生较大变化。<sup>[23]</sup>对部分偏远地区而言,“撤乡并镇”也意味着乡镇卫生院健康服务覆盖范围的实际扩大,但也相应地降低了偏远村庄居民的就医可及性。另外,由于医疗卫生资源投入不足,基层医疗卫生机构疾病预防、健康促进、保健康复等功能落实

不到位,偏远地区农村居民面临的缺医少药风险增大。可见,人口集中带来的健康服务需求的集中也进一步突显出区域医疗资源共享的必要性。

### 2.2.3 信息平台

卫生信息化是医改的重要内容,也是影响医改质量和效率的关键因素。<sup>[24]</sup>在信息化建设基础上搭建医疗资源共享平台,可通过发挥其便捷性、即时性以及内容多样性、可及性优势,建立流通、价格、监管、激励、约束等系列机制,提升资源配置和使用效率。

当前,我国卫生信息系统发展已趋于成熟,5G、大数据、云计算等为医疗资源共享信息平台的建设提供了有力的技术支撑。与此同时,国家也高度重视发挥“互联网+”等信息技术在医疗卫生服务中的作用,如《“十三五”全国人口健康信息化发展规划》(2017年)、《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》(2018年)等,为卫生信息化建设提供了良好的政策环境。在实践层面,互联网医院、线上医疗和E-Health等为医疗资源共享信息平台的运维进行了“先行先验”,远程医疗协作网也为区域医疗资源共享构建起了相对完整的组织架构。

### 2.2.4 外界环境

#### (1) 统一市场的建立与区域合作加深

医疗资源共享涉及多个利益相关者的互动与博弈。其中,资源供给者通过共享闲置的医疗资源、诊疗技能、管理理念等,丰富了医疗资源供给;供需双方通过直接接触、比较和双向选择,短时间内即可完成跨时间、空间的高效匹配,保障居民和患者对多样化医疗资源的无差别可及,增强健康获得感。

近年来,国家日益重视医疗服务体系系统化改革。<sup>[25]</sup>从“城乡医院对口支援”到“医疗联合体”,再到“整合型医疗服务体系”,其目的都是强化区域医疗机构协作,构建责任、利益、发展共同体。其中,医疗联合体建设通过引导卫生工作重心下移和优质医疗资源下沉,为患者提供疾病预防、治疗、康复、保健等全流程健康服务。目前,我国分别在18个城市和827个县开展了城市医疗联合体和县域医疗共同体建设试点,共组建各种形式的医联体15万个。<sup>[26]</sup>这为区域医疗协作提供了制度保障,也为医疗资源的充分流动和整合共享创造了良好平台。

#### (2) 指导性政策的出台

《意见》将“立破并举,完善制度”作为统一大市场建设的重要原则,要求强化基础制度的统一性、规则的一致性、执行的协同性,为资源流通创造有利环境。在实践层面,对于共享条件成熟的医疗资源,我

国已出台针对性政策加以引导,如“整合城乡居民基本医疗保险”(2016年)“人体器官分配与共享”(2018年)“检查检验结果互认”(2021年)等。

然而,我国现有医疗资源共享政策的密度和约束力仍然不足。一方面,指导医疗资源共享的现有政策较少,尚未涵盖丰富多元的医疗资源及医疗活动;另一方面,医疗资源共享政策的可操作性有限,部分政策在实践中的应用较少。另外,医疗资源共享政策对利益相关方的激励作用不足,未形成利益主体自愿参与资源共享的格局。但值得期待的是,医疗资源共享正成为指导“十四五”医疗卫生事业发展的重要原则,后续配套政策及措施将陆续出台,为构建医疗统一大市场和医疗资源共享提供有利的政策环境。

### (3) 共享实践和环境成熟

2021年,我国的共享经济市场交易规模约为36881亿元,同比增长9.2%。其中,共享医疗服务交易规模为147亿元,仅占总体规模的0.40%。<sup>[27]</sup>尽管如此,我国医疗领域的共享理论研究和实践并不少见,包括医疗卫生系统内部的医疗器械、诊疗信息、防治技术、卫生人力等资源共享。<sup>[28]</sup>而共享医院、共享医生以及以互联网为依托的共享医疗等,正在奠定区域医疗资源共享的实践基础。

交通基础设施特别是广大乡村地区交通条件的改善是经济社会发展的重要条件,也是突破医疗资源流通物理障碍、促进医疗资源共享的基本要素。2018年,中共中央、国务院《关于实施乡村振兴战略的意见》要求把基础设施建设重点放在农村并促进城乡基础设施互联互通。党的十八大以来,我国新建改建农村公路235.7万公里,具备条件的乡镇和建制村100%通硬化路,建成了规模庞大的交通基础设施网络。这将进一步密切城乡空间联系,为区域医疗资源共享准备重要载体。<sup>[29]</sup>

## 3 统一大市场背景下区域医疗资源共享路径

### 3.1 强化顶层设计,完善制度保障

当前,我国指导医疗资源共享的政策法规尚较少,需要结合区域特点和医疗卫生现实需要加快相关政策设计。

首先,强化医疗资源共享的宏观设计与调控。受利益竞争的影响,同类型医疗资源供给主体和需求主体之间难以自发地共享现有资源,加之医疗资源的分类、分级管理导致单个的行为主体并不具备医疗资源共享的决策能力和行为能力,必须依赖科学的宏观设计与调控,增强各主体的资源共享意识和共享意愿。<sup>[30]</sup>

其次,完善医疗资源共享的政策法规体系。无

论是对医疗资源共享宏观设计的呼应,还是为推动医疗资源共享从理念向实践转化提供保障,都需要借助政策法规的张力将医疗资源共享的经验稳定下来。譬如,将医疗资源共享写入相关的法律法规或管理条例,出台更具操作性的指导性政策,如托底保障政策等,为协调和规范区域医疗资源共享提供利益引导、软性约束以及具有法律效力的操作指南。

### 3.2 破除共享障碍,建立协调机制

当前,制约我国医疗资源共享的体制机制障碍较多,供需双方也缺乏有效的利益协调,需要进一步为医疗资源共享创造有利的制度环境。

首先,需要从全局视角系统谋划区域医疗资源共享。一方面,破除政策碎片化,建立集咨询、监管和评估于一体的政策支持系统,强化正向引导,提高医疗资源共享的规则一致性和执行协同性。另一方面,破除市场分割化,建立集发展规划、体制机制、程序流程于一体的政策保障系统,破除妨碍医疗资源共享的市场壁垒,增强市场的整体性和敏捷性。

其次,医疗资源共享涉及对既得利益格局的调整,因此需要借助利益显现机制激励相关主体主动参与。在供给侧,通过制度设计,调节利益相关者的预期成本和收益,同时加快完善社会信用体系,保障供给者的合法权益;在需求侧,逐步将医疗资源共享纳入医保报销范畴,对积极参与医疗资源共享的服务对象,适时适度提高医保报销比例<sup>[31]</sup>,引导居民和患者对医疗资源共享的参与。

### 3.3 做好政策宣传,引导多方参与

共享是对传统医疗资源配置和使用模式的创新。由于对医疗资源共享缺乏了解,各主体参与医疗资源共享的积极性和主动性普遍不足。对此,需要通过政策宣教,引导利益主体转变思想观念,协同参与医疗资源共享。

首先,出于对自身利益的保护,部分利益相关者特别是广大居民可能会对医疗资源共享的效果持观望态度。此时,需要通过加大政策宣教力度,让各利益主体认识到医疗资源共享既有利于增加社会福利,又能够提升居民的健康获得感,进而转变思想观念,营造积极参与医疗资源共享的社会环境。

其次,鼓励相关主体共同参与医疗资源共享,以跨越资源权属纠纷,提高资源共享通达性,特别需要借助利益显现机制调动“供给侧”医疗资源共享的积极性和主动性。同时,在合理规划医疗资源布局的基础上,加大共享医疗资源的同质性和有效性,增进“需求侧”对共享医疗资源的信任度和参与度。

### 3.4 革新发展思路,推动适时创新

首先,我国在资源禀赋、社会经济条件、政策环境等方面存在较大的区域差异,因此在推进医疗资源共享过程中应结合各地区的基础条件和群众健康诉求,因地制宜开展医疗资源共享。

其次,通过完善投入及制度保障机制,为医疗资源共享创造有利环境。一方面,要根据区域医疗资源共享的需要加大相应资源的投入,并根据经济社会发展保持一定的递增幅度,不断夯实医疗资源共享的物质基础;另一方面,要革新发展思路,围绕医疗资源共享中的新情况、新问题适时推动制度创新,不断优化医疗资源共享的制度环境。

第三,完善支持医疗资源共享的配套措施。如推进财税制度改革,通过税收优惠政策引导利益主体主动参与医疗资源共享;借鉴统一大市场建设经验,构建“医疗统一大市场”,为医疗资源共享提供组织保障;建立过程反馈机制,强化质量管理,确保医疗资源共享政策效益的有效发挥。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

[1] 夏登杰,战焰磊. 医疗卫生资源共享:内在逻辑与实现路径[J]. 学术交流, 2010(12): 115-118.

[2] 杨健. 京津冀基本公共服务共建共享:理论逻辑、实践经验与发展路径[J]. 天津行政学院学报, 2020, 22(5): 79-87.

[3] 陈第华. 公共卫生资源的分配正义:以共享发展为中心的考察[J]. 探索, 2016(3): 124-129.

[4] 特别关注. 全国统一大市场的提出过程和内涵[J]. 中国总会计师, 2022(4): 24-26.

[5] 丁俊发. 关于建设全国统一大市场的理论与实施[J]. 中国流通经济, 2022, 36(6): 3-9.

[6] 刘志彪. 建设国内统一大市场的重要意义与实现路径[J]. 人民论坛, 2021(2): 20-23.

[7] 陈朴,林垚,刘凯. 全国统一大市场建设、资源配置效率与中国经济增长[J]. 经济研究, 2021, 56(6): 40-57.

[8] 薛荣久. 习近平总书记对马克思主义大市场理论创造性的发展[J]. 国际贸易问题, 2018(1): 1-2.

[9] 王小广. 建设全国统一大市场要坚决拆除两道“围墙”[J]. 国家治理, 2022(9): 23-27.

[10] 马克思,恩格斯. 马克思恩格斯全集:第30卷[M]. 北京:人民出版社, 1995.

[11] 王曙光,王彬. 双循环战略、政府—市场关系与国家治理现代化[J]. 党政研究, 2021(1): 122-128.

[12] 黎峰. 双循环联动的大国特质与一般规律:贸易视角的考察[J]. 世界经济研究, 2022(5): 102-116.

[13] 张清俐. 统一大市场筑基新发展格局[N]. 中国社会科学报, 2022-05-24.

[14] 谢晶晶. 推进共同富裕需要准确把握其科学内涵[N]. 金融时报, 2022-06-20.

[15] 林文益. 马克思主义论大市场、大流通和大商业[J]. 商业经济文荟, 1993(3): 33-34.

[16] 范宪伟,王阳. 我国医疗服务供需矛盾及发展建议[J]. 宏观经济管理, 2018(8): 40-46.

[17] 张述存. 新医改背景下医疗资源整合模式研究[J]. 东岳论丛, 2018, 39(11): 76-82.

[18] 高素英,张焯,马晓辉. 共享经济内涵及研究领域的定量分析[J]. 技术经济与管理研究, 2019(9): 98-102.

[19] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 2021年我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL]. (2022-07-12)[2022-07-20]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml>

[20] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2020)[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2020.

[21] 马祥,张蕊,李爽,等. 辽宁省医疗机构七类常用影像设备利用水平及其相关因素分析[J]. 中国医疗设备, 2020, 35(12): 129-132, 141.

[22] 何金露,陶红兵,喻文茜,等. 基层医疗机构设备配置和利用现状研究:以深圳市福田区社区健康服务中心为例[J]. 中国卫生资源, 2017, 20(5): 418-421.

[23] 李玮琦,刘娟,谭星驰. 乡镇撤并政策对乡镇卫生院的影响研究[J]. 科教文汇, 2019(15): 189-192.

[24] 郝晓宁,马骋宇,刘志业,等. 中国基层卫生信息化改革的成效及问题研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(7): 3-5.

[25] 费太安. 健康中国百年求索:党领导下的我国医疗卫生事业发展历程及经验[J]. 管理世界, 2021, 37(11): 26-40.

[26] 国家卫生健康委员会. 中共中央宣传部2022年9月7日新闻发布会介绍党的十八大以来卫生健康事业发展成就有关情况[EB/OL]. (2022-09-07)[2022-09-21]. <http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11476&gectype=1>

[27] 国家信息中心. 中国共享经济发展报告(2022)[R]. 北京:国家信息中心, 2022.

[28] 王锐,梁旭,马月丹. 整合型医疗卫生服务体系功能定位、建设现状与经验[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(8): 9-12.

[29] 蒋海兵,韦胜. 城乡交通一体化驱动下江苏农村医疗卫生服务可达性[J]. 长江流域资源与环境, 2020, 29(9): 1922-1929.

[30] 肖薇薇. 共享发展理念的三重逻辑[J]. 广西社会科学, 2017(4): 6-11.

[31] 邴程程. 我国医疗分享的现状、问题及进一步发展的建议[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(4): 28-30.

[收稿日期:2022-07-17 修回日期:2022-08-15]

(编辑 赵晓娟)