

国家区域医疗中心交易费用的形成机理与政策启示

苗豫东^{1*} 朱东方¹ 胡建平² 吴建¹

1. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

2. 河南省医学会 河南郑州 450003

【摘要】近年来,我国积极推进国家区域医疗中心建设,旨在优化医疗卫生服务体系布局、均衡医疗卫生资源配置、提升医疗服务质量和效率。国家区域医疗中心是宏观环境变迁与多方主体博弈的结果,背后蕴含着复杂的制度谱系及其变迁,因而形成了“隐秘存在”且不容忽视的交易费用。本文在分析国家区域医疗中心建设的宏观环境、利益主体、行为选择的基础上,辨析国家区域医疗中心的形成机理,并依据国家区域医疗中心真实运作情境建构了制度谱系;进而基于“威廉姆森—张五常分析范式”,将国家区域医疗中心交易费用解构为央地协同成本、激励约束成本、业务协作成本、行为变迁成本;最后,从四个方面构建了降低交易费用的应对策略,包括:强化央地政府间制度设计协同、政府与输出—输入医院间运行管理协同、输出—输入医院间服务供给协同、供方和需方间信息搜寻协同。

【关键词】国家区域医疗中心;交易费用;形成机理;政策启示

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.12.003

The formation mechanism of transaction costs in national regional medical centers and policy implications

MIAO Yu-dong¹, ZHU Dong-fang¹, HU Jian-ping², WU Jian¹

1. College of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

2. Henan Medical Association, Zhengzhou Henan 450003, China

【Abstract】In recent years, China has actively promoted the construction of National Regional Medical Centers (NRMCs) with the aim of optimizing the layout of healthcare service systems, balancing the allocation of healthcare resources, and improving the quality and efficiency of medical services. The establishment of NRMCs is the result of macro-environmental changes and the interaction among multiple stakeholders, reflecting a complex institutional spectrum and its evolution, which consequently gives rise to “hidden” yet significant transaction costs. This paper analyzed the macro-environment, interest stakeholders, and behavioral choices underlying the construction of NRMCs, clarified the formation mechanism of NRMCs, and constructed an institutional spectrum based on their real operational context. Drawing on Williamson-Zhang Wuchang Framework for decomposing transaction costs, this study deconstructed the transaction costs associated with NRMCs into four categories: central-local collaboration costs, incentive-constraint costs, business collaboration costs, and behavioral transformation costs. Finally, this paper proposed strategies to reduce these transaction costs from four perspectives: strengthening the coordination of institutional design between central and local governments, enhancing operational management synergy between government and output-input hospitals, promoting service provision synergy between output-input hospitals, and facilitating information search synergy between suppliers and demanders.

【Key words】 National regional medical center; Transaction costs; Formation mechanism; Policy implications

* 基金项目:国家社会科学基金一般项目(21BGL222);河南省医院管理创新研究重点课题(HNYGCX-2023-03)

作者简介:苗豫东(1989年—),男,教授,博士生导师,主要研究方向为卫生政策与管理研究。E-mail:meldon@zzu.edu.cn

通讯作者:吴建。E-mail:wujian@zzu.edu.cn

党的二十大报告提出了“促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局”的战略目标,建设国家区域医疗中心是其中的关键举措。国家区域医疗中心是针对患者流出多、医疗资源薄弱省份,围绕当地薄弱专科,以国家顶级水平的医院为输出医院,以区域整体实力强、综合优势明显的医院为输入医院(依托单位),二者联合组建的医疗服务机构^[1],主要采取输出医院与输入医院合建或者地方政府主建并交由输出医院托管的两种建设模式^[2]。国家区域医疗中心旨在推动优质医疗资源扩容下沉,实现优质医疗资源在区域内的共享和利用,减少患者跨区域就医的需求,提升区域医疗服务能力,与省级区域医疗中心、城市医疗集团、县域医共体共同构成高标准的国家、省、市、县四级医疗卫生服务体系,是我国深入推进分级诊疗制度的又一重要探索,并在整合区域资源、提升区域医疗能力、重大疾病防治、解决患者异地就医等方面发挥了重要作用。^[3-4]

国家区域医疗中心建设的核心目的是推动优质医疗服务供给由少数地区聚集向区域间同质化转变,其有效运营依赖于一系列重大制度的革新。新制度经济学认为,新制度的建立、执行、监督和修订会导致各利益相关方付出制度相关的“额外成本”,即交易费用^[5],交易费用规模如果远超各方预期收益,则会导致制度失效。国家区域医疗中心相关制度的革新,会给卫生行政部门、输出医院、输入医院以及患者等利益相关者带来额外交易费用,如不能得到有效控制,可能会导致“政策好、执行差,目标多、成效少,上面热、下面凉”的困境。^[6]当前改革实践对国家区域医疗中心的形成机理认知不足,对其交易费用尚未充分关注和估量,可能会导致国家区域医疗中心的发展方向与政策初衷出现偏差。有鉴于此,本文将在解析国家区域医疗中心形成机理的基础上,梳理国家区域医疗中心的制度谱系,剖析国家区域医疗中心的交易费用构成,为国家区域医疗中心下一阶段的政策制定提供参考。

1 国家区域医疗中心的形成机理

我国全国统一大市场趋势和市场细分流行的宏观环境助推了优质医疗资源聚集在少数地区。首先,劳动力、医疗设备、药物制剂等要素的大市场化促成了优质医疗资源集中于少数地区的局面。比较优势理论认为,若产品和要素能够自由地在全国范围内实现市场化配置,必然会在一些经济禀赋更好

的地区实现聚集,在医疗卫生领域,户籍制改革驱动了劳动力市场统一化和自由化,推动了优质卫生人力资源聚集在经济较为发达地区;医疗设备与药品市场化则进一步加剧了这一聚集现象。其次,我国医疗服务供给的市场细分现象限制了优质医疗资源的流动共享,包括以地理空间阻隔为特征的自然性细分、因卫生服务供方技术水平差异导致的技术性细分以及医师多点执业和异地医保报销等制度约束带来的制度性细分^[7],导致优质医疗资源的区域分布失衡,形成医疗服务提供优劣对比显著的市场分割。

高水平医疗服务需求患者无法在本地得到满足,就会跨越区域获取医疗资源,进而导致多方困境。一方面,异地就医会加大居民疾病经济负担,使相关政府部门的政绩受损;另一方面,异地就医会使属地医院病源减少,行业竞争力减弱;此外,由于病源的病情轻重不一、数量激增,导致高水平医院运营压力升高,服务质量和效率受到冲击。为了有效化解集体行动困境,多元行动者围绕自身诉求开展互动与博弈。政府部门要求属地医疗机构与域外同等级别医疗机构达到服务同质化,以满足属地居民日益增长的高品质医疗需求。顶级水平的医院为了缓解运营压力,通过向下联合的形式实现技术扩散,带动各地医院技术水平提升的同时,为自身筛选“高价值”的患者,提高运营效率。属地医院为了提升市场竞争力,通过向上联合的形式,吸收学习高水平医院的医疗技术水平,提升自身能力,达到与高水平医院同质化的医疗服务供给。患者为了减小就医成本,在政府制度的安排下,优先在本地获得医疗服务。在各方主体的利益诉求下,国家区域医疗中心应运而生。

2009年,国家卫生部颁布《区域医疗中心设置原则(试行)》(征求意见稿),对国家区域医疗中心的功能定位、设置原则、规划编制、基本条件等进行了初步设计。随着社会经济发展和新医改的稳步推进,我国医疗卫生领域内的主要矛盾逐渐向城乡居民对优质健康服务需要与医疗卫生发展不平衡、不充分之间的矛盾转变,体现在区域间优质医疗资源分布不均、患者跨域就医、区域间医疗服务质量参差不齐等方面,在此背景下,建设国家区域医疗中心的战略布局再次得到重视。2017年,国家卫生计生委印发《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》(国卫医发[2017]3号),进一步明确了国家区域医疗中心的建设目标和任务。2019年国家卫生健康委办公厅印发《国家医学中心和国家区域医

疗中心设置实施方案》(国卫办医函〔2019〕45号),国家发展改革委、国家卫生健康委等多部门印发《区域医疗中心建设试点工作方案》(发改社会〔2019〕1670号),有效推动了国家区域医疗中心的建设落地。当前,全国已有125个国家区域医疗中心建设项目获批,覆盖所有医疗资源薄弱省份。

2 国家区域医疗中心的制度谱系

新制度经济学派认为制度便是博弈的规则^[8],国家区域医疗中心各利益主体在前述博弈和互动的过程中并不自由,而是受规则或制度的约束。首先,由于国家区域医疗中心的运营涉及跨地区、跨层级交易,输出医院作为无行政权力的医疗卫生机构,在现有的制度设计下无法协调各方实现异地优质医疗服务供给,并且受行政范围的限制,属地政府无法对位于异地的输出医院形成有效的监管与约束。因此,政府方需要通过规章制度与输出医院形成监管与合作关系,并且赋予输出医院在本地区的合法身份。其次,属地政府基于公共利益角度希望以输入医院为载体实现优质医疗资源扩容,赋予患者就医的便利性,但在公立医院运营普遍存在较大经济压力,无法应对优质医疗资源扩容所需巨额成本的背景下,政府必须在建设和监管方面对输入医院加大投入。最后,输入医院的诉求在于提升自身实力,尽可能地吸收输出医院的优质医疗资源,而输出医院则存在过度资源输出导致自身实力摊薄稀释的担

忧。因此,输出医院与输入医院需要通过签订资源契约、技术契约、管理契约等形式,在人、财、物、信息与管理等方面实现输出与输入的平衡。在政府、输出医院和输入医院三方形成协作或者契约关系后,本区域就具备了高层次医疗服务供给的能力,患者将优先选择在本地获取优质医疗资源,减少医保资金的流出。

如果现有制度不能保障各主体利益,就会催生新的制度需求,推动制度变迁^[9],形成国家区域医疗中心特有的制度谱系(图1)。首先,国家区域医疗中心作为公立医疗机构的形式之一,其建立和运行需要政府部门的组织与协调,包括遴选输出医院、审核属地输入医院等。在此过程中,政府还需对其落实监管与评价的主体责任,制定国家区域医疗中心申报、审核、评审、批准以及考核等相关制度。^[10]其次,患者作为医疗服务供给的对象,其就医体验是检验区域间服务是否同质化的重要标准,由此催生了以提升患者体验为目标,涵盖就诊流程、疾病诊治效果、医患关系等方面的制度标准。第三,输出医院资源与技术真正流向输入医院是实现区域间服务同质化的关键所在,因此制定输出医院向输入医院提供同质化技术服务的制度不可或缺。第四,作为国家区域医疗中心向患者提供高层次医疗服务的载体,输入医院的服务能力提升是保证区域间服务同质化的核心,由此衍生了以提高输入医院医疗、预防、保健服务水平为目的的能力标准制度。

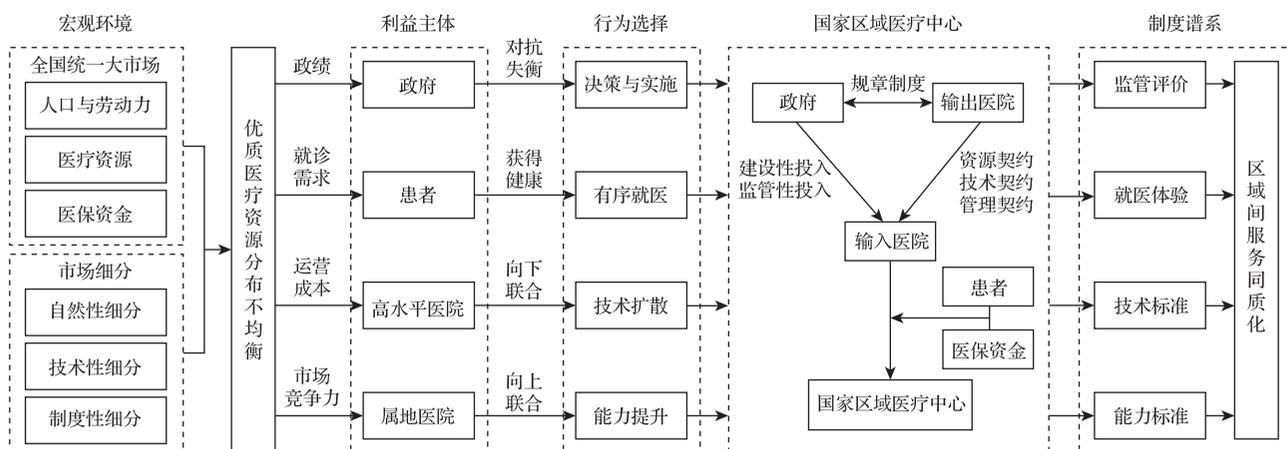


图1 国家区域医疗中心的形成机理与制度谱系

3 国家区域医疗中心的交易费用

制度变迁支配体系变革是我国卫生制度改革的基本规律,且制度变迁的过程中必然伴随成本的

产生^[9],这些成本即新制度经济学中的交易费用^[11]。国家区域医疗中心相关制度的革新也会产生交易费用,并潜在地影响国家区域医疗中心的运行效果。

3.1 国家区域医疗中心交易费用分析框架

Coase 认为,使用价格机制是有代价的,即在寻找交易对象,为达成交易而开展谈判、签订契约以及履约监督等过程中,“额外支出”不可避免,这种“额外的支出”即为交易费用。^[12]威廉姆森以契约签订为节点将交易费用进一步划分为契约签订之前的交易费用和契约签订之后的交易费用。^[13-14]张五常认为新制度的建立与运行一定产生成本,由制度引致的成本即为制度性交易费用。^[15]国家区域医疗中心建立的关键节点之一为政府、输出医院、输入医院之间契约的签订。在契约签订之前,多方主体之间需付出时间、金钱成本进行多轮磋商、谈判、拟定契约;契约签订后,为保证契约的正常履行,政府需实施监督职能,输出医院与输入医院需执行合约。另一方面,国家区域医疗中心是优质医疗资源扩容和下沉等制度变革的产物,在建设运营过程中也伴随了一系列新制度的产生。因此,交易费用理论适用于国家区域医疗中心在建设运行过程中的成本研究。

在微观测量上,威廉姆森从广义视角将交易费用分解为协调成本和激励成本。^[16]协调成本即为推进组织内部或组织间达成交易和合作产生的成本;激励成本指通过激励手段弥补信息不对称问题而造成的成本。张五常提出交易费用包括信息费用、监督管理费用和制度结构变化引致的费用。^[17]本文基于“威廉姆森—张五常分析范式”^[18],结合国家区域医疗中心的真实运作情境,将国家区域医疗中心交易费用解构为央地协同成本、激励约束成本、业务协作成本和行为变迁成本四个部分(图 2)。

3.2 国家区域医疗中心交易费用构成

3.2.1 央地政府之间的协同成本

尽管中央和地方政府在实现优质医疗资源的均衡配置、满足患者多层次的医疗服务需求、树立“有为政府”形象的理念上保持一致,但是在实践中,国家区域医疗中心建设作为跨区域、跨层级的政策实践仍然存在较多央地协同问题,主要包括三个方面:一是责任分工问题,面对国家区域医疗中心可能出现的风险和挑 战,中央和地方政府需要通过协商、谈判,制定明确的责任和权限范围;二是联合决策问题,国家区域医疗中心服务流程的确立、服务技术的规范、经济管理的一体化、服务价格的统一、医疗报销的标准、配套资金额度等制度的制定需要采取联合决策的方式,保证决策既符合国家宏观战略方针,又满足地方实际发展需求;三是信息通畅问题,受限于地理因素,国家区域医疗中心的申报、审核、评审、批准以及考核依赖于央地之间高效畅通的信息互联互通系统,确保信息准确及时地传递。上述问题的解决需要中央和地方开展多轮协商、谈判,以及投入专项资金等,上述活动所产生的成本包括沟通协调成本、计划决策成本、专项投入成本。

3.2.2 地方政府—医院之间的激励约束成本

国家区域医疗中心的多元主体相互博弈的过程中,政府部门需要实施激励和约束以防止机会主义行为的发生,为国家区域医疗中心的建立和运行提供保障。一是地方政府须建立沟通协调机制,通过组织建构、专题会议等,确保各方职责得以协调和落实;二是地方政府须实施必要的外部监督,通过制定与执行输出医院技术输出标准,保证输出医院与输入医院“教”与“学”统一;三是地方政府须建立激励补偿机制,包括定期向输出医院支付“品牌使用费”,对输出医院派驻专家提供薪酬、住房以及子女教育方面的优待条件,对输入医院因业务量不饱满导致的经营性亏损给予兜底补偿等,以确保输出医院和输入医院的利益诉求和协作积极性。上述活动所产生的成本归集为激励约束成本,可以分为沟通协调成本、外部监督成本和专项资金投入成本。

3.2.3 输出—输入医院之间的业务协作成本

输出医院与输入医院存在各自的利益诉求,输出医院顾忌本身的医疗力量因资源、技术等输出而被“稀释摊薄”,而输入医院希望依然保持原有的医院所有权,借助输出医院的品牌,吸收输出医院的人才力量,学习输出医院的技术从而实现自身的发

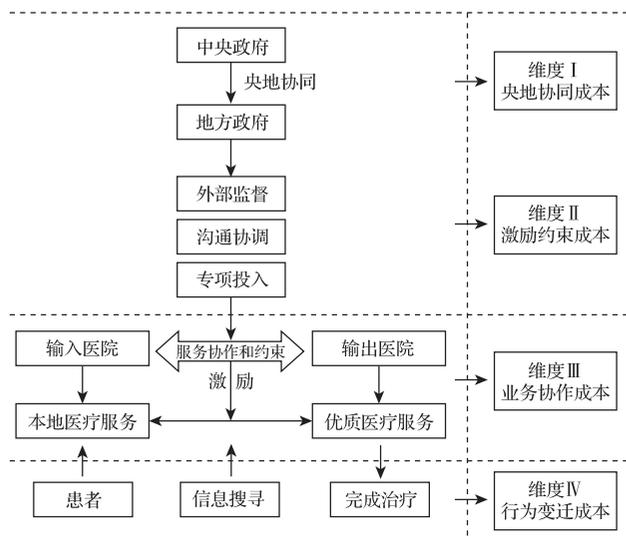


图 2 国家区域医疗中心交易费用解构图谱

展^[19],机会主义行为由此催生。因此,为了实现优质医疗资源下沉,达成医疗水平的同质化,输出医院与输入医院在业务上形成上下联动,建立业务协作机制,由此产生业务协作成本。^[1]第一,输出医院投入人力、资源、技术实现向基层医院的技术扩散,包括派驻专家到输入医院开展临床技术支援、科研指导、教学培训、管理输出等;第二,输入医院花费时间、资金参加教育培训,吸收输出医院技术实现能力提升,包括选派行政、临床、医技人员赴输出医院进修学习;第三,输出医院与输入医院投入专项资金打通信息壁垒,包括建立信息系统、建立线上问诊机制;第四,输出医院与输入医院实现文化制度的融合,包括召开专题会推动文化、品牌、制度的统一等。上述活动所产生的成本归集为卫生资源投入成本、输出医院与输入医院沟通协调与培训学习所付出的时间、交通成本等。

3.2.4 患者的行为变迁成本

国家区域医疗中心的建设和发展不仅提高了区域重大疾病医疗服务的质量和可及性,还对患者的行为产生了显著影响。就诊前,因国家区域医疗中心的建立增加了属地患者的就医选择,患者可能需要花费更多时间查找资料、阅读相关政策和新闻报道、咨询亲友或专业人士的意见以作出就诊机构选择。就诊中,国家区域医疗中心的信息化水平通常起点很高(如大部分输入医院的电子病历等级达到了6级以上),患者往往需要跨越数字鸿沟,对于一些老年人或不熟悉互联网技术的患者而言,使用在线平台或应用程序获取信息存在困难,需要额外的学习成本或求助他人(如导医人员),增加了信息获取的难度。就诊后,国家区域医疗中心通常提供更多的健康教育和预防保健服务,其初衷是促使患者更加重视健康管理和早期筛查,但这些医疗信息往往专业性强,普通患者可能难以完全理解。为了准确判断哪些信息对自己有用,患者需要花费额外的时间和精力去学习 and 理解相关的医学知识。上述与信息搜集相关活动所产生的成本归集为时间、机会、学习和决策成本等。

4 政策启示

4.1 中央和地方政府间应加强制度设计协同,降低央地协同成本

首先,中央和地方政府应共同确立医疗服务连续性制度和分级制度两项核心制度^[20],减少制度制

定所产生的计划决策成本,即引导国家区域医疗中心、省级区域医疗中心、城市医疗集团、县域医共体、专科联盟等机构回归本职,明确功能定位,构建连续且分级的整合型医疗服务供给体系。在该体系设计中,国家和省级医疗中心承担疑难重症诊疗、科研及人才培养,为下级医疗机构提供技术支持;城市医疗集团、县域医共体、专科联盟等则通过资源整合和优势互补,优化患者在不同层级医疗机构间的转诊流程,确保治疗的连续性和一致性。其次,中央和地方政府应协同推进保障制度建设,减少因有限理性和信息不对称导致的外部监督成本和沟通协调成本。一是信息制度,即中央政府主导信息平台的建设和信息统筹,地方政府负责收集和上报本地实际情况,以便监测和指导国家区域医疗中心建设和运营情况;二是监管制度,即中央政府负责建立统一的服务标准和质量控制体系,地方政府负责日常监督,确保医疗服务符合国家标准,提高服务质量;三是医保制度,中央政府应该推进国家区域医疗中心医保结算政策,简化患者就医报销流程,地方政府应该确保区域内医保系统区域联网,实现区域内就医的便捷结算;四是患者培育制度,中央政府制定患者健康宣教方针和健康教育计划,提供标准化健康教育材料,地方政府依据中央层面制定的方针和计划组织实施健康教育活动。

4.2 政府与输出、输入医院间应加强运行管理协同,降低激励约束成本

首先,国家层面应坚持系统观,紧密围绕《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》等重要文件精神,加快研究制定国家区域医疗中心绩效考核方案,激励约束国家区域医疗中心朝着优化布局、提升质量、丰富内涵、均衡需求等高质量特征方向发展,全面降低各地因“摸石头过河”而产生的额外成本。其次,地方政府应立足“健康中国一盘棋”的长远战略,真正赋权输出医院对国家区域医疗中心运营管理的职能并建立保障机制;同时,进一步拓展国家区域医疗中心建设的“绿色通道”,在资金投入、土地批复、人员引进、编制管理、医疗新技术准入等方面给予扶持和便利,减少行政审批过程中的沟通协调成本。再次,输出医院应在政府支持和输入医院配合下,切实履行对国家区域医疗中心的运营管理职能,认真调研输入医院属地重大医疗需求的现况和趋势,用高质量的证据指导和帮扶输入医院的学科建

设、技术创新、科研教学、经济管理、数智化转型等。最后,输入医院作为优质医疗资源扩容的载体,应以“契约精神”指导国家区域医疗中心的建设和发展,杜绝机会主义行为,从而减少外部监督、激励约束成本等。

4.3 输出、输入医院间应加强服务供给协同,降低业务协作成本

首先,建立动态紧密的服务合作机制。输入医院属地的医疗服务需求会伴随着社会、经济、人口、医疗生态的变迁而产生新的特征,过去一个时期的重大疾病需求所催生的输出、输入医院间的服务协作,未必能适应下一个时期的需求变化。因此,双方应以发展的眼光,就重大疾病病种、医疗需求、技术发展、学科建设等服务协作的关键内容展开联合研判,不断统筹优化服务供给的一致性、适用性,及时变更不适宜的合作内容,以此降低业务协作所需的监督管理成本。其次,建立上下统一的标准化服务流程。输出、输入医院间应针对双方认可的重大医疗需求所对应的病种,制定统一的医疗服务质量标准 and 操作流程,确保二者在服务提供上的一致性。同时,对服务开展定期质量评估,及时发现和解决问题,持续改进输出医院的技术适用性和输入医院的医疗服务水平。再次,推动需求导向的数智化转型。输出、输入医院间应围绕共识性需求,如医疗服务效率、优化资源配置、提升患者满意度等,明确建设一体化信息系统的目标和规划,通过建立统一的信息标准(数据、接口、安全)、统一的信息平台(HIS、LIS、PACS)、统一的业务流程(院前、院中、院后)三类关键措施,实现国家区域医疗中心的数智化转型,全面降低业务中的信息壁垒及其成本。

4.4 供方和需方间应加强信息搜寻协同,降低行为变迁成本

供方层面,应围绕区域重大疾病需求及其变化,加强特色学科和优势专科内涵建设,在根本上减少患者为获取有效的医疗服务所花费的信息搜集成本。同时,还应简化预约挂号、在线咨询等服务流程,提高患者互联网就医体验;通过线上线下结合的形式,定期举办健康讲座、义诊等活动,增强公众对国家区域医疗中心的认知度和认可度,减少不必要的就医信息搜寻。患者层面,对首诊患者而言,应形成分级诊疗、合理就医的观念,根据病情选择相应级别的医疗机构,避免盲目性趋高就医^[21],从而减少交

通、时间成本;对于转诊患者,应尽量遵循接诊医生有关转诊的指导建议,尽快完成转诊流程,避免因转诊延误导致的机会成本。同时,就诊患者可以积极参与反馈,对国家区域医疗中心各类信息系统使用中发现问题提出建议,从而不断优化供需信息搜寻协同,降低相关交易费用。

5 小结

国家区域医疗中心在优化医疗卫生服务体系布局、均衡医疗卫生资源配置、提升医疗服务质量和效率中举足轻重。国家区域医疗中心的形成,是宏观环境变迁与多方主体博弈驱动的结果,背后蕴含着复杂的制度谱系及其变迁,因而形成了交易费用,包括央地协同、激励约束、业务协作和行为变迁成本。下一阶段,国家区域医疗中心建设应坚持系统观,将单一的建设成果导向扭转至兼顾成本导向,通过强化中央和地方政府间制度设计协同、政府与输出—输入医院间运行管理协同、输出和输入医院间服务供给协同、供方和需方间信息搜寻协同,降低国家区域医疗中心交易费用,实现国家区域医疗中心的可持续高质量发展。

作者贡献:苗豫东负责概念设计、搭建分析框架、提供理论见解、资源获取;朱东方负责背景资料收集、完善模型、初稿撰写、文章修改;胡建平负责文献检索、资料收集、提供指导;吴建负责项目管理、审阅与修改。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 曹琦,严则金.我国优质医疗资源扩容改革主体行为逻辑和机制优化:基于行动者中心制度主义的分析[J].中国卫生政策研究,2022,15(2):1-10.
- [2] 赵锐,付强.均衡发展视角下我国构建国家区域医疗中心价值内涵和推进路径[J].中国医院管理,2023,43(10):1-4.
- [3] 郑英.我国区域整合型医疗健康服务体系的治理逻辑与路径分析:基于多中心治理视角[J].中国卫生政策研究,2022,15(1):20-28.
- [4] 武启峰,赵要军.新形势下推进国家区域医疗中心建设的实践探讨[J].中国医院管理,2021,41(10):11-14.
- [5] Hajli M N, Shanmugam M, Hajli A, et al. Health care development: integrating transaction cost theory with social support theory[J]. Informatics for Health & Social Care,

- 2015, 40(4): 334-344.
- [6] 崔兆涵, 王虎峰. 紧密型医联体是否可以持续运行: 一个交易费用经济学分析框架[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(10): 15-19.
- [7] 朱燕, 马玉龙, 王佳怡, 等. 2011—2020年我国卫生资源配置的地区差异和动态演进[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(4): 417-423.
- [8] 聂辉华. 交易费用经济学: 过去、现在和未来: 兼评威廉姆森《资本主义经济制度》[J]. 管理世界, 2004(12): 146-153.
- [9] 汪波. 间隔性制度变迁与比较制度优势: 诺斯“路径依赖”理论之中国区域经验实证检验[J]. 江苏社会科学, 2007(1): 65-69.
- [10] 王虎峰, 张昱, 张琪, 等. 从创新扩散视角看优质医疗资源扩容影响因素: 基于中国胸痛中心建设的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(2): 32-37.
- [11] 王耀光. 交易费用的定义、分类和测量研究综述[J]. 首都经济贸易大学学报, 2013, 15(5): 105-113.
- [12] Coase R H. The Nature of the Firm[J]. Economics, 1937, 4(16): 386-405.
- [13] Williamson O E. The Economic Institution of Capitalism [M]. New York: Free Press, 1985.
- [14] 宋宪伟, 童香英. 交易成本的一个新定义[J]. 江淮论坛, 2011(1): 31-37, 61.
- [15] Cheung S N S. Transaction Costs, Risk Aversion, and the Choice of Contractual Arrangements [J]. Journal of Law and Economics, 1969, 12(1): 23-42.
- [16] 王洪涛. 威廉姆森交易费用理论述评[J]. 经济经纬, 2004(4): 11-14.
- [17] 张五常. 科斯与我的和而不同处[J]. 社会科学战线, 2014(7): 35-39.
- [18] 周惠华, 徐霞, 钱东福, 等. 医疗服务体系整合的交易费用分解及分析框架[J]. 医学与社会, 2016, 29(3): 13-14, 26.
- [19] 马良, 罗睿, 丁雯, 等. 资源整合视角下国家区域医疗中心建设现状和思考[J]. 中华医院管理杂志, 2022, 38(7): 477-481.
- [20] 苗豫东, 吴建, 牛亚冬, 等. 分级诊疗制度变迁回溯及“十四五”期间的关键政策建议[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(3): 1-6.
- [21] 何达, 顾一纯, 金春林. 上海市区域性医疗中心建设的政策环境和现状分析[J]. 中国卫生资源, 2022, 25(2): 239-243.

[收稿日期:2024-08-26 修回日期:2024-11-18]

(编辑 赵晓娟)