

委托代理理论和管家理论融合视角下 三明市紧密型医共体治理研究*

林坤河^①, 刘 宵^①, 钟正东^①, 熊英贝^①, 周 津^①, 项 莉^{①②}

摘 要 目的: 分析三明市医共体模式取得成效的治理内核, 为其他地区医共体建设提供治理思路。方法: 对2016—2020年三明市政府、医共体和医务人员3个层面的利益诉求进行描述性分析, 评价医共体改革成效, 基于委托代理理论和管家理论融合视角探讨三明市医共体模式治理机制。结果: 政府、医共体、医务人员间存在双层次委托关系, 三者间呈现管家行为递减, 代理行为增强的特点。三明市通过优化双层次委托关系, 促进了多方利益主体协同。结论: 要实现医疗服务公益性, 在第1层委托关系, 应积极促成“委托—管家”关系的建立, 在严格的管控手段限制医共体代理行为的基础上, 给予医共体足够的信任和权力, 激发医共体管家行为和主观能动性; 在第2层委托关系, 医共体与医务人员之间以“委托—代理”关系为主, 需要用严格的监管和约束手段来较好地解决因为目标异质和信息不对称出现的代理问题。

关键词 委托—代理理论; 管家理论; 紧密型医疗共同体; 三明

中图分类号 R1-9; R-012 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)08-0001-05

Research on the Governance of Merged County Medical Community in Sanming Based on the Integration of Principal-Agent Theory and Stewardship Theory/LIN Kun-he, LIU-Xiao, ZHONG Zheng-dong, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(8):1-5

Abstract Objective: To analyze the effective governance model of the merged county medical community and provide governance ideas for the construction of the merged county medical community in other regions. **Methods:** It makes a descriptive analysis on the interest demands of the government, the merged county medical community and medical staffs from 2016 to 2020, evaluates the effectiveness of the reform of medical community, and discusses the governance mechanism of Sanming model from the perspective of the integration of principal-agent theory and stewardship theory. **Results:** Through the integration of principal-agent theory and stewardship theory, it is found that there is a two-level entrustment relationship among the government, the merged county medical community and medical staff. Among these three, the housekeeping behavior decreases and the agency behavior increases. **Conclusion:** In order to realize the public welfare of medical services, the first-level entrustment relationship should actively promote the establishment of the entrustment-housekeeper relationship. On the basis of restricting the agency behavior of the merged county medical community through strict control methods, the merged county medical community should be given sufficient trust and power to stimulate the housekeeping behavior and subjective initiative; in the second-level entrustment relationship, the medical staff's public welfare goal motivation is the weakest, and strict supervision and restraint methods can better solve the agency problem due to target heterogeneity and information asymmetry.

Keywords principal-agent theory; stewardship theory; merged county medical community; Sanming

First-author's address School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430030, China

Corresponding author XIANG Li, E-mail: xlyf@126.com

紧密型县域医共体(以下简称医共体)建设是当前我国医疗卫生服务体系治理的重要模式之一, 2017—2020年, 全国组建医共体共4 028个, 但是重数量轻质量的问题尤为突出^[1]。当前, 国内外学者针对三明市紧密型医共体的研究主要围绕在实施现状^[2]、费用控制^[3]、效果评价^[4]等方面进行研究, 较少从理论层面对多方利益主体的行为和医共体治理逻辑进行阐释,

如何有效推广“三明医改”仍需进一步探究。

本研究围绕三明市医共体治理模式, 通过委托代理理论和管家理论融合视角, 深入阐释政府、医共体、医生之间的内在委托关系, 剖析三明市医共体治理模式内在作用机理, 解释医共体代理行为与管家行为的产生和转化, 为各地因地制宜学习三明市紧密型医共体治理总结经验, 为各地医共体建设提供新思路。

1 委托代理理论和管家理论融合视角

1.1 委托代理理论视角

委托代理理论是Wilson^[5]于1969年提出, 该理论强调人为“经济人”, 委托关系即委托人和代理人之间, 由于信息不对称, 代理人存在侥幸心理和机会主义, 从而损害委托人利益来获得个人利益。在该视角下, 政府与医共体之间存在目的异质性。政府作为委托人

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71874058; 72174068)。

① 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

武汉 430030

② 国家医疗保障研究院华科基地

武汉 430030

作者简介: 林坤河(1994—), 男, 硕士在读; 研究方向: 卫生政策、卫生经济; E-mail: kunhelin@163.com。

通信作者: 项莉, E-mail: xlyf@126.com。

主要谋求通过委托医共体实现人人享有健康的社会利益。而作为代理人的医共体主要追求私利，即使损害政府的利益也在所不惜。该理论认为，政府应该对医共体掌握绝对控制权和话语权，对医共体进行严格的监管和控制，限制医共体和医生群体行为。Kluvers等^[6]认为委托代理理论更适用于营利组织，而非社会组织。医共体具有非营利组织属性，委托代理理论应用于非营利单位治理，缺乏现实解释力。而且政府事务庞杂，人员精力有限，难以充分发挥对医共体的管理效能。在此基础上建立的“委托—代理”关系，难以维持良好合作状态，易缺乏信任基础，导致排斥对立关系形成，医共体治理模式无法实现最佳效果，医共体动能不足，影响区域医疗服务。

1.2 管家理论视角

由于委托代理理论过于强调“经济人”属性，忽视利他主义的客观存在，Davis等^[7]探索建立管家理论，认为人为“社会人”，有合作精神和自我实现意愿，能够成为忠诚的管家。只有相互信任，充分赋权建立“委托—管家”关系，通过大胆的权柄下移，提供被委托人发挥潜能和优势的平台，推动组织利益和个人利益的有机统一。Salamon等^[8]认为非营利组织的核心目标是提供公共服务和帮助弱势群体并不存在私利，管家理论更能够解释政府与医共体的委托关系。在该视角下，委托双方之间建立信任合作的“委托—管家”关系，能够推动医共体内部的协同优势，实现治理成效。而实践中，医疗机构随着市场化的影响，营利特征逐步凸显，过分放权的医共体将趋于医疗机构实际的私利追求^[9]。逐利心理和实现社会效益的目的并存，仅以管家理论易受委托双方信息不对称和目标异质性影响，导致医疗市场失衡，政府难以真正通过医共体的实现对区域内的医疗机构进行有效治理。

1.3 融合视角

由上述分析可知，医共体该如何治理，不同理论观点有所差异。委托代理理论强调委托关系中，医共体表现为绝对的经济理性，注重对自身利益最大化的追求。此时为实现潜在成本最小化，所有者即委托人应以强有力的手段规范和约束代理行为，政府与医共体之间应该形成高度管控的“委托—代理”关系。但政府管理难度大，对医共体约束性过高，医共体运作的主观能动性降低。管家理论强调被委托人有管家意识，医共体表现为自我实现的情感追求，为实现潜在绩效最大化，政府应和医共体建立一种充分放权的“委托—管家”关系。但在当前医疗市场现状下，可能导致市场机制放大，影响医疗市场公益性。因此，仅以单一的理论应用难以真正推动政府对医共体的有效治理。Boyd^[10]、Albanese等^[11]、Tosi等^[12]指出，委托代理理论和管家理论可以融合应用，二者并不排斥。医共

体可以同时具有代理人和管家两种行为倾向，这也反映了医共体治理的复杂性。政府应该注重不同政策条件下医共体及其内部成员的角色行为转换，将有效合理的权柄下移与严格高效的监管控制相结合，实现医疗服务的公益性和医共体可持续发展。

2 多重委托关系及主体利益阐释

委托关系是指委托人委托其他人并授予被委托人相关权力，让被委托人依据委托人利益从事某些活动的契约关系^[13]。医共体受政府和国家委托，履行公共服务职能。我国医共体治理可认为包含政府—医共体、医共体—医疗机构、医疗机构—医务人员等多层次委托关系。医共体内部医疗机构可视作内在部门，医共体负责人往往由多位龙头医院院长组成，医共体负责人与公立医院的利益保持相对一致，故而本研究医共体治理主要聚焦于政府、医共体、医务人员间的委托关系。

2.1 政府

我国明确提出逐步实现人人享有基本医疗卫生服务，提高全民健康水平的发展目标，政府需要医共体提供整合型医疗服务，提升医疗服务的供给能力和质量，满足人民群众日益增长的健康需要，尤其是低收入人群获取基本医疗服务，让人民尽可能多的享有公平、高效、便宜的医疗服务保障。同时，由于财政和医保有限性的客观存在，又需要医共体内部合理利用医疗资源，提升医疗资源利用效率，降低医疗成本，确保资金安全可持续^[14]。故而政府的利益目标要求医共体在运营过程保持公益性，降低医疗服务费用和医保基金的可持续。

2.2 医共体

医共体既具有医疗机构的公益属性，同时又需要一定的营利来维持机构的生存与发展，追求营利性是医共体负责人的内在需求。医疗服务价格中卫生人员医疗服务价值体现不显著，一定程度上造成医共体政策性医疗亏损。虽然我国开展了完善价格调整机制、推进基层医疗卫生机构“一类保障二类管理”等改革，但价格调整滞后，多地区改革成效不佳。医共体内部公立医院和基层医疗卫生机构人员待遇保障不足，人员向经济更发达或条件更优渥的地区流失等问题仍待进一步解决。因此从理性行为上，医共体在日常运营过程中会优先满足生存和发展需求的目标，实现利润最大化的情况下进一步推进公益属性要求。

2.3 医务人员

医务人员是医疗服务的直接提供者，同时作为争取家庭收入的劳动者，相较于政府和具有集体利益需求的医共体而言，其“经济人”属性会更为突出。医务人员的满意度与经济因素密切相关，医务人员的效用函数中收入是其主要变量，且收入与效用呈正相关^[15]。

虽然有部分文献加入了声誉等非经济因素，但是经济因素仍旧是最主要的因素之一，缺乏约束制度的情况下，公益性难以成为医务人员行为的动机。

3 三明市医共体治理模式分析

3.1 三明市医共体治理成效

根据“健康三明”网站信息公开平台数据，选取2016—2020年三明市总额预付制下的紧密型医共体改革实施前后数据，其中2020年数据受新冠肺炎疫情影响有所浮动，基于分析可知的政府、医共体、医务人员的利益诉求，从政府层面（医保结余、控费水平和收入占比）、医共体（院长年薪、医保结余奖励）、医务人员（工资总额、平均年薪水平）进行分析。

3.1.1 政府层面。随着人口老龄化和劳动适龄人口增长放缓，三明市养老抚养比逐年下降，基本医疗保险基金的持续风险逐渐增大。但在2016—2019年，城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险每年都有结余，基金运行相对稳定。同时，医疗保险基金结存率从2016年的7.53%上升到2019年的19.98%。自2018年三明模式改革以来，基金结存率增幅更为显著（表1）。

2016—2020年，三明市医院和基层医疗卫生机构次均门诊费用分别由158.54元、54.07元提升至195.70

元、66.86元，三明市医院和基层医疗卫生机构人均住院费用由5 287.11元、698.49元提升至6 936.54元、819.39元，总体增长趋势较为缓慢，保持在全国较低的医疗费用水平（表2）。

三明市医疗机构医药总收入逐年上升，在医院和基层医疗卫生机构收入占比中，医院呈现逐年递减趋势，基层医疗卫生机构呈现逐年递增趋势（表3）。

3.1.2 医共体层面。自2018年全面开展医保打包支付制度以前，三明市基金结余打包奖励自2018年1.36亿元增长至2020年4.90亿元，增长2.60倍（表1）。院长平均年薪呈现逐年增长趋势，自2016年29.32万元增长至2019年达到39.84万元。

3.1.3 医务人员层面。2016—2020年，医务人员工资总额由2016年9.83亿元增加到2020年的15.57亿元，年均增长率超过10%。平均年薪由2016年9.45万元提高到2020年的13.37万元，其中医生平均年薪增加至16.93万元。三明市12家总医院工资额和医务人员平均年薪均呈现逐年递增趋势。

综上所述，三明市的综合政策改革有效促进政府、医共体、医务人员间的利益得到较好的协调，实现医共体、医务人员从主动或被动形式以公益性作为

表1 2016—2020年三明市医疗保障基金运行情况

年份	赡养比	职工医保统筹基金		城乡居民医保统筹基金		医保结余奖励 (亿元)	结余率 (%)
		总额 (亿元)	结余 (亿元)	总额 (亿元)	结余 (亿元)		
2016	1.64 : 1	7.81	0.86	11.98	0.63		7.53
2017	1.56 : 1	13.61	1.69	13.36	0.74		9.01
2018	1.51 : 1	14.13	2.40	14.26	0.54	1.36	15.15
2019	1.47 : 1	14.56	3.23	16.26	0.12	2.81	19.98
2020	1.46 : 1	13.75	-0.14	17.71	1.10	4.90	18.63

表2 2016—2020年三明市与全国人均医疗费用情况

年份	元									
	三明市人均门诊费用		全国人均门诊费用			三明市人均住院费用		全国人均住院费用		
	医院	基层医疗 卫生机构	医院	社区卫生 服务中心	乡镇 卫生院	医院	基层医疗 卫生机构	医院	社区卫生 服务中心	乡镇 卫生院
2016	158.54	54.07	246.51	107.21	63.01	5 287.11	698.49	9 229.68	2 872.40	1 616.79
2017	165.57	51.90	257.15	117.22	66.54	5 398.66	706.98	9 563.19	3 059.14	1 717.12
2018	184.67	56.23	272.22	132.31	71.50	5 967.40	706.54	9 976.43	3 194.02	1 834.20
2019	191.87	64.21	287.63	142.59	77.31	6 363.48	799.51	10 484.31	3 323.87	1 969.57
2020	195.70	66.86	320.27	165.87	84.70	6 936.54	819.39	11 364.30	3 560.33	2 083.01

表3 2016—2020年三明市12家医共体医药总收入情况

年份	医药总收入 (万元)	医院		基层医疗卫生机构	
		医药总收入 (万元)	占比 (%)	医药总收入 (万元)	占比 (%)
2016	284 512.22	259 257.80	91.12	25 254.42	8.88
2017	302 548.79	274 349.16	90.68	28 199.63	9.32
2018	333 749.64	302 237.12	90.56	31 512.52	9.44
2019	365 280.60	327 951.96	89.78	37 328.64	10.22
2020	354 757.60	314 561.92	88.67	40 195.68	11.33

主要职责目标。在政府层面上，一方面，保障了医保基金结余，促进了医保基金的可持续，提高了医保基金的使用绩效；另一方面，仍保证患者医疗费用的稳定，保持在较低水平。在医共体层面上，医共体管理层完成医共体、支付方式、年薪制等考核绩效推动公益性目标实现，既能获得医保奖励又能提升院长个人年薪收入。在医务人员层面上，医务人员在工资总额和工分制的共同约束下，医务人员为获取更高的工资而较好地落实控费责任，遵循医共体目标大局。

3.2 三明市医共体双层委托关系治理分析：基于融合视角

医共体治理中的内在委托关系包含政府—医共体、医共体—医务人员双层次委托关系。在每层委托关系中，按照排列组合原理可知，要实现委托人即政府的公益性目标，被委托人均需要选择公益性，公益性目标动机由政府>医共体>医务人员逐级降低。结合三明市医共体治理经验，医共体治理逻辑需要从两个层次的委托关系进行阐释。

3.2.1 政府—医共体间的委托关系。在第1层关系中，委托人为政府，被委托人为医共体。当政府要求医共体承担公益责任，且医共体需要保障自身生存和发展的情况下，完成公益性任务意味着机构收入水平将会减少，理性行为往往是以营利目标动机占主导，仍旧侧重收入较高的医院层面经营，将患者从基层医疗卫生机构牵引至医院来谋求更高的利润，从而致使医疗资源进一步浪费，分级诊疗难以实现，违背医疗服务公益性。同时，在信息不对称和目标异质性影响下，由于区域内横向上各地区政府治理能力参差不齐，均存在数量和质量的差异^[16]，导致政府对医共体的管控压力巨大。从融合视角来看，政府—医共体间的委托关系中，医共体的管家属性和代理属性并存，如何降低代理风险，改变医共体负责人重医院忽视基层的营利心理，提升管家属性，让医共体的目标动机由营利性为主导转变为以公益性为主导，实现代理人向管家人属性转化是政府—医共体委托关系中需要解决的重要问题。

提升管控能力，约束代理行为。一方面，三明市通过统一领导，明确政府目标的一致性，依托医共体建设以县为单位打造12家总医院，打破县域内医疗机构横纵向壁垒，集中构建横向到边、纵向到底、步调一致的唯一法人代表的一体化机构，降低了三明市政府对代理行为的管控难度。以医保打包支付为主要经济纽带构建同一经济利益关系，进一步减少紧密型医共体内部的分化，实现了目标同质。同时，缓解了原有在政府和医疗机构间医疗机构零散、各自为政的问题，有助于政府通过紧密型医共体实现对医疗机构的集中管控，促进行政手段有效实施。另一方面，监管考核作为医共体的治理的重要手段，医共体由于自身

生存和发展需求，代理行为往往难以避免，三明市对全市各医共体规范使用医保基金进行考核，同时依托线下队伍和线上智能监管系统，实时监测医共体的门诊和住院费用的变化情况，防止住院患者向门诊转移，防止医院通过使用不能报销的项目增加患者的负担，三明市医疗费用控制情况较好，始终保持在全国较低水平，医保基金结余情况持续向好，有效约束医共体的代理行为。

激励与放权可以激发管家行为。医共体院长的目标是否与政府利益目标相一致，是医共体是否能够以公益性为主导目标，建立委托—管家关系的关键问题之一。一方面，三明市医共体院领导班子实行目标年薪制，由财政部门支付院长薪酬，且根据运营考核情况逐年上涨，将医共体负责人与政府利益捆绑，同时大胆授权，赋予医共体负责人较大的自主管理权力，激发医共体负责人的主观能动性，逐步恢复院领导信托意识，激发医共体发展潜能、发挥其优势。另一方面，通过医保打包支付约束激励机制，以基金结余奖励激励医共体落实政府目标，2020年，三明市医共体医保基金结余奖励达到4.90亿元，一定程度保障了医共体自身发展需求，推动政府与医共体间构建委托—管家关系，医共体由代理行为向管家行为转化。

3.2.2 医共体—医务人员间的委托关系。在第2层的委托关系中，委托人为医共体，被委托人为医务人员。医务人员作为独立个体，代理属性突出，会尽可能地从自身的利益出发，可能采取利己主义的行为。从融合视角来看，医务人员的管家属性较弱，以代理属性为主，个体层面较难以集体利益作为行为动机，管家属性与代理属性间转化难度较大，在医共体—医务人员间的委托关系中，医共体需要将医务人员作为代理人进行有效的行为管控。

调整薪酬测算规则，促进目标一致。一方面，三明市医共体在医务人员尤为关注的薪酬水平上着手，将医共体的工资总额的高低与院长考核总分、医务性收入、医保基金包干结余资金等挂钩，要求医务人员行为与医共体考核目标即政府的期望结果相一致。另一方面，当医务人员档案工资医共体难以实现时，可由财政补齐。从制度上，一定程度破除医务人员的逐利手段，又通过财政保障了医务人员的收入水平，根据结果显示，医共体工资总额自2016—2020年年均增长率高达10%，医生年均年薪增加至16.93万元，约为三明市城镇居民年收入的4.3倍，医务人员薪酬水平提高，一定程度缓解和规范医务人员的代理行为。

优化监管模式，削弱代理行为。医共体在总额预付的制度基础上，应用C-DRG支付体系落实医务人员绩效考核，同时依托C-DRG医保信息系统和医保在线智能监管系统，以智能化手段规范和考核医务人员行

为,促进医务人员自我规范和自我约束,医务人员逐利行为由于严格的监管和考核限制,反而成为劣势策略,影响医务人员正常收入。医务人员在与医共体形成的委托—代理关系中,代理行为将会被遏制,起到促进医疗服务公益性和卫生资源优化配置的作用。

4 结论

根据委托代理理论、管家理论来看,仅以单一视角难以应对医共体治理需求。通过三明市医共体治理模式和内在委托关系分析,剖析政府、医共体、医务人员间的双层次委托关系,可知政府、医共体、医务人员呈现管家行为递减,公益性目标动机逐级下降的特点。在医共体治理过程中,委托人即政府要实现医疗服务公益性,促进医疗市场健康有序发展的目标下,需要医共体和医务人员均选择以公益性为目标。根据委托代理理论和管家理论融合视角来看,代理行为和管家行为可以并存和相互转化,但由于管家行为在双层次委托关系中逐层递减,不同层次的委托关系上选择和应用会存在差异。

在第1层委托关系中,政府和医共体间同时存在委托—代理关系和委托—管家关系,医共体代理行为和管家行为并存,要进一步落实医共体公益性特征,需要推动医共体代理行为向管家行为转化,通过管控手段限制医共体代理行为的基础上,给予医共体足够的信任和权力,激发医共体管家行为和主观能动性。如三明模式构建的紧密型县域医共体,在依托医保支付方式和合理有效的监管模式削弱紧密型医共体的代理行为同时,建立医共体管理层激励约束机制和补偿医共体合理利益,给予足够的信任和放权,将公益性发展纳入医共体核心发展指标,促进医共体管家行为产生,实现代理行为的管控和管家行为的释放,达成委托—管家关系,推动医疗市场合理有序的治理。

在第2层委托关系中,医务人员作为被委托人,公益性目标动机最弱,无论医共体是否有公益性目标动机,医务人员难以实现代理行为向管家行为转化,尽管通过考核监管在一定程度上促使医务人员行为与医共体需求一致,但医务人员的出发点还是会以自身利益为先,当医务人员公益性任务可衡量性较弱或代理行为监管不足时,仍难以确保医生追求公益性目标,如不当的激励或医务人员通过某些可观测的工作量能够获得绩效薪酬的情形下,医生就会选择代理行为,以过度医疗获取其他可观收入。故而在第2层委托关系中,医共体与医务人员之间仍以委托—代理关系为主,需要以严格的监管和约束手段,较好地解决目标异质和信息不对称问题,如加大公益性的考核力度和考核指标的可测量性,使医务人员的收入、晋升与公益性指标和非营利性活动息息相关;运用信息化手段,加强医务人员的行为监管,减少医务人员代理行

为;提升医务人员劳动价值,给予医务人员合理的劳动补偿等,医共体以严格的约束、管控手段,降低医务人员代理行为,实现医疗服务公益性。

参 考 文 献

- [1] 熊季霞,崔婷婷,宋晓庆,等.医联体的共生要素分析与可持续发展对策[J].中国卫生事业管理,2021,38(7):484-486.
- [2] 邓冬英,陈菊新,欧阳瑛.三明医改模式下的医联体实施现状及对策分析[J].现代医药卫生,2019,35(3):470-471,480.
- [3] 李鑫梅,李跃平.三明市医联体内公立医院医疗费用增长的结构分析[J].中国卫生经济,2021,40(1):30-35.
- [4] 曾微.福建省分级诊疗模式及效果评价研究[D].福州:福建医科大学,2016.
- [5] WILSON R. The structure of incentives for decentralization under uncertainty. La Decision[M]. Paris: Editions Du Centre National De Le Recherche Scientifique, 1969.
- [6] KLUVERS R, TIPPETT J. An exploration of stewardship theory in a not-for-profit organisation[J]. Accounting forum, 2011,35(4):275-284.
- [7] DAVIS J H, SCHOORMAN F D, DONALDSON L. Towards a stewardship theory of management[J]. Academy of management review,1997(22):20-47.
- [8] SALAMON L M, ANHEIER H K. In search of the non-profit sector. I: The question of definitions[J]. Voluntas international journal of voluntary & nonprofit organizations, 1992,3(2):125-151.
- [9] 谭申生.规模化建设将公立医院带入畸形发展[J].中国医疗保险,2015(5):27-28.
- [10] BOYD B K. CEO duality and firm performance: a contingency model[J]. Strategic management journal, 1995,16(4):301-312.
- [11] ALBANESE R, DACIN M T, HARRIS I C. Agents as stewards[J]. A cademy of management review, 1997,22(1):609-611.
- [12] TOSI A L, BROWNLEE A L, SILVA P, et al. An empirical exploration of decision-making under agency controls and stewardship structure[J]. Journal of management studies, 2003(40):2053-2071.
- [13] 曹瑞,付敬,王华明,等.基于委托代理理论的公立医院公益性回归补偿机制研究[J].中国卫生经济,2014,33(6):15-17.
- [14] 朱静敏,段晖.县域医共体何以实现卫生绩效?——政策企业家、再组织化联盟与激励兼容[J].公共管理学报,2021,18(3):125-138,174-175.
- [15] 张卫东,李华.基于双层多任务委托代理模型的公立医院公益性研究[J].中国医院管理,2014,34(4):21-23.
- [16] 邵岩.运用整体性治理理念推进服务型政府建设[J].中国党政干部论坛,2019(9):71-73.

[收稿日期:2022-05-06] (编辑:高非)