

医疗资源共享与医患关系改善：基于城市医联体建设的考察

何庆红 朱凤梅 王震*

摘要：构建和谐友善的医患关系是推进健康中国建设的重要路径，亦是促进医疗卫生事业协调发展、提高人民群众健康水平的重要条件。本文以城市医联体建设为例，采用2012—2022年三个地级市医疗机构年报数据，运用双重差分模型，考察医疗资源共享对医患关系的影响及作用机制。研究发现，城市医联体建设实施后，医疗纠纷例数显著下降15.8%。机制分析表明，城市医联体建设通过发挥技术效应和管理效应，显著提升了医联体内二级及以下医院的医疗服务能力、临床规范水平和管理效率，有助于改善医患关系。本文研究为区域医疗资源共享促进医患关系改善提供了经验证据。

关键词：医疗资源共享 城市医联体 医患关系 技术效应 管理效应

DOI:10.19506/j.cnki.cn10-1428/d.2024.04.007

一、引言

近年来，医患关系日益紧张，在高风险、高关注度和高传播性特点的影响下，医患危机事件频发，医患关系也备受社会广泛关注，并成为国内外相关研究的重点领域。《中国医师执业状况白皮书》（2015年）显示，约60%的中国医师在工作中遭受不同程度的语言攻击，13%左右经历过直接的身体侵害，未遭遇过暴力事件（包括语言暴力）的医师寥寥无几。《中国社会舆情与危机管理报告（2013）》也显示，医患暴力事件逐年上升，占医疗类舆情事件的8.8%，部分事件甚至演变为群体性事件，引发社会广泛关注。各地医院频现的不同形式医患纠纷，对医院的正常经营秩序和医疗工作者的工作情绪产生了不良影响；部分地区甚至出现了以扰乱医院秩序为生的职业“医闹”，医患关系陷入恶性循环状态，医疗工作者缺乏安全感，不得不回避可能引发风险的治疗方案，即便其可能带来良好的治疗效果。

我国医患关系紧张的情况可分为两种类型：一种是在医疗资源供给充足、医疗质量较高的地区，由于对医师态度、诊疗过程和预后结果等存在分歧而产生纠纷，若有良好的纠纷调解机制和健全的司法体系保障，此类医患纠纷便不会造成大规模冲突或者恶性医闹事件；另一种则是在医疗资源配置不均衡、优质资源匮乏、医疗质量较低的地区，因未能有效满足患者的医疗需求而产生的冲

*何庆红：中国社会科学院经济研究所助理研究员；朱凤梅：中国社会科学院经济研究所副研究员；王震（通信作者）：中国社会科学院经济研究所研究员、中国社会科学院大学教授。

**基金项目：中国社会科学院青年人文社会科学研究中心调研项目（项目批准号：2024QNZX007；2025QNZX021）。

突。研究表明，医疗资源分配不均问题不利于建立医患之间的和谐关系，大量患者涌入大医院，导致医疗资源供需矛盾加剧，患者等待就诊时间延长，与医生沟通时间减少，这种现象恶化了医患关系，有碍于医疗服务质量的提升（石龙等，2024）。有些地区的基层医生缺乏经验或技术水平不足，导致患者对其存在不信任，甚至出现沟通障碍，引发患者不满（Dedding et al., 2011; He & Qian, 2016）。此外，吴海涛（2014）对某三甲医院医生、患者有关医患关系调查发现，58.67% 受访者认为医疗资源分配不合理是促成医患关系紧张的最主要因素，其次是医院乱收费（44.67%）和医生误诊（33.33%）。本文重点关注的是后一类医患纠纷，即由于区域医疗资源配置不均衡、优质医疗资源供给不足而引发的医患纠纷。

为解决现有医疗服务体系布局不完善、优质医疗资源不足和配置不合理等问题，2017年4月，国务院办公厅发布了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号），提出在城市主要组建医疗集团，在县域主要组建医疗共同体，跨区域组建专科联盟，在医疗资源不足的边远贫困地区大力发展远程医疗协作网，实现“大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”^①。其中，城市医联体通过统一管理、合作发展、技术帮扶、人才培养等方式，推进区域医疗资源共享，发挥医联体牵头医院对基层的技术辐射和带动作用。现有文献广泛探讨了医联体建设对医疗费用、就医选择和双向转诊等方面的影响（封进等，2022；王晓菲等，2020；罗小艳等，2020）。然而，现有研究没有关注到医联体建设对医患关系的影响。

本文以城市医联体建设为例，基于2012—2022年三个地级市医疗机构年报数据，采用双重差分模型，探讨医疗资源共享对医患关系的影响。研究表明，城市医联体建设显著降低了医疗纠纷例数15.8%，说明医疗资源共享会显著减少第二类医患冲突，对构建和谐医患关系、推进健康中国建设意义重大。异质性分析显示，二级及以下医院的医疗纠纷例数显著下降12.5%，而三级医院无显著变化；同时，政府办县属/县级市属医院的医疗纠纷例数显著下降41.1%，而地级市属医院无显著变化，表明医疗资源共享显著提升了作为医联体成员单位的二级及以下医院和县属/县级市属医院的医患关系。机制分析表明，城市医联体建设通过发挥技术效应和管理效应，有效改善了医联体内二级及以下医院的医患关系。具体而言，一方面通过资源共享和人才技术帮扶改善了二级及以下医院的医疗服务能力和临床规范水平，另一方面通过构建一体化管理平台、对药品耗材等统一管理，显著降低了二级及以下医院的运营成本，提升了管理效率。

本文的贡献和创新主要体现在以下几个方面。第一，本文利用某市城市医联体建设试点创造的研究机会，构建双重差分模型（Difference-in-differences Model），实证检验医疗资源共享对医患关系的影响，为进一步构建健康和谐的医患关系、推进健康中国建设提供政策参考。第二，不同于以往文献主要探讨城市医联体建设与患者就医选择和医疗负担，本文从医患关系视角出发，考察城市

^① 2021年3月23日，习近平总书记在福建三明考察时指出，“医疗服务供给要做到大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”。

医联体建设对医疗纠纷的影响，丰富了现有文献。第三，以往研究多采用网络搜索、问卷调查或者调研方式来度量医患冲突程度（Hesketh et al., 2012; Wu et al., 2014），覆盖面小、样本量较少。例如，Cai et al.（2019）基于裁判文书网上的暴力伤医刑事案件数据来评估医患冲突状况；王贞等（2021）则利用 2013—2017 年中国 5 个城市的就诊数据和百度医闹搜索指数，分析恶性医患冲突事件对医疗费用的影响；岳阳和祝嘉良（2020）综合运用主要报纸对医患关系的报道、百度搜索指数、丁香园的恶性医患冲突案例统计以及裁判文书网上的医患纠纷案件记录，系统测度各省医患冲突程度。一方面，问卷调查方法可能存在回顾性偏差和样本选择偏差；另一方面，裁判文书网上主要涉及的是极端恶性伤医事件或者刑事案件，缺少普通医疗纠纷事件信息，比如医疗机构和患者自行协商解决的纠纷。本文基于三个地级市的各级医院年度医疗纠纷数据，结构化程度和质量较高，有助于客观把握我国医患关系的态势，为相关政策制定和制度完善提供科学依据。

后文的结构安排如下，第二部分介绍制度背景和研究假说；第三部分为数据和方法；第四部分报告实证结果；第五部分为主要结论及政策建议。

二、制度背景和研究假说

（一）制度背景

长期以来，我国医疗资源分配不均问题一直存在。大部分优质医疗资源集中于三级医院，而下级医院和基层医疗机构能力有限（Ying et al., 2018; 封进等, 2022）。自 2009 年“新医改”实施以来，医联体被多部门视为构建分级诊疗体系、解决“看病难、看病贵”的关键措施，并在中央文件中被频频提及。2009 年底，镇江市作为公立医院改革试点城市，开始探索医联体建设。2013 年 1 月，全国卫生工作会议提出要通过组建医疗服务联合体等方式推进医院与社区、县乡与乡村的一体化，引导医疗资源下沉。2016 年 12 月，国务院印发的《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》（国发〔2016〕78 号），鼓励跨行政区域建设医疗联合体。2017 年 4 月，国务院办公厅发布《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32 号），全面启动多种形式的医疗联合体建设试点。2019 年 5 月，国家卫健委制定《城市医疗联合体建设试点工作方案》，提出要在不同级别、类别医疗卫生机构间建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，提升区域服务能力，推动构建分级诊疗制度。2019 年 7 月 30 日，国家卫健委和国家中医药局联合发布《关于印发城市医疗联合体建设试点城市名单的通知》（国卫办医函〔2019〕646 号），确定了 118 个城市医联体建设试点城市。样本省份中 A 市自 2019 年起开展城市医联体建设试点，而 B 市和 C 市在 2012—2022 年始终未实行此项建设，因此本文以 A 市城市医联体建设为准自然实验，B 市和 C 市作为对照组，探讨医疗资源共享对医患关系的影响。研究框架如图 1 所示。

（二）医疗资源共享、城市医联体建设与医患关系

医患关系是各国医疗、法治和社会发展状况的综合体现，与当地医疗体制及社会经济环境密切

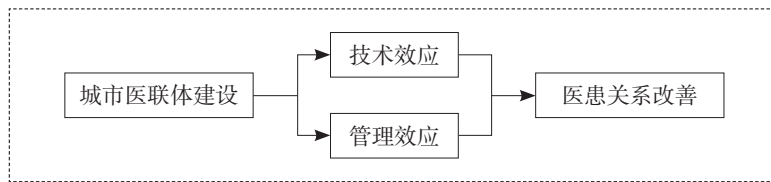


图1 研究框架

相关。研究表明，良好的医患关系能够提高患者的依从性和治疗效果，同时降低医疗交易成本，提升患者对医疗机构及医务人员的满意度和信任度(马志强、吴香兰, 2023),增强患者的再次就医意愿,并通过正面口碑传播促进医院发展(Ford et al., 1997)。随着医患关系评价的提高,医生的职业满足感、动力和自信程度均会随之提升,使得更多优秀的人才愿意投身于医疗卫生事业(Kripalani et al., 2010; Riedl & Schüßler, 2017; Santus et al., 2012)。

相反,医患关系恶化常会导致治疗效果下降和医疗资源浪费等问题(Mendoza et al., 2011)。例如,媒体报道和人员伤害事件对医务人员造成负面影响,引发人才流失、士气低落和医生行为扭曲等(Lu et al., 2020; Somani & Khowaja, 2012)。也有研究发现,在医疗诉讼的压力下,高达93%的医生会采取防御性医疗手段,并可能导致医生拒绝有风险的患者或避免可能导致医疗事故索赔的程序,开具不必要的药物或临床检测处方,以及过度医疗等(Hermer & Brody, 2010; Studdert et al., 2005)。类似地,王贞等(2021)利用2013—2017年我国5个城市的患者实际就诊数据和百度医闹搜索指数,分析发现医患纠纷会引起门诊和住院中的防御性医疗,且住院更为明显。Liu et al.(2023)运用2009—2014年成都市医疗机构数据,发现医院多发生一起医疗事故诉讼后,每名患者当年的医疗总支出会增加2.8%,长期来看则会增加8.8%,表明医疗纠纷诉讼的激增导致了防御性医疗,并助长了我国医疗支出的长期增长。而防御性医疗对医疗质量没有任何积极贡献,反而给医疗预算带来了巨大压力(Adwok & Kearns, 2013)。此外,医患矛盾也会通过降低相关专业的生源数量和质量,对医疗人力供给产生长期不利影响(岳阳、祝嘉良, 2020)。因此,构建和谐医患关系成为医院乃至整个社会亟待解决的问题。

根据医疗纠纷的严重程度,可将其划分为医疗投诉、一般医疗纠纷、极端伤医事件和恶性医闹等类型,并通过医患协商、第三方调解、行政部门调解以及司法途径等方式予以解决。本文聚焦的是由于区域医疗资源配置不均衡引发的医疗纠纷,而非极端的医闹事件或涉及医疗责任损害的诉讼案件。城市医联体建设作为我国医疗卫生体系改革的重要举措,旨在促进医疗资源的共享与优化配置,发挥牵头医院的引领作用,建立不同级别医疗机构的分工协作机制,使优质医疗资源下沉,从而有助于解决医疗资源配置不合理的问题,优化医疗服务体系,改善医患关系。

近年来,学者针对不同形式的医联体建设对优化医疗资源配置、提升运营效率和服务质量的影响进行了广泛研究。袁波英等(2020)发现,医共体建设有助于提高县级公立医院的运行效率和服务水平。李鹏钰(2023)指出,医共体能够提升基层医疗机构的服务质量。徐欣等(2023)也发现,医共体建设有利于优化乡镇卫生院的医疗资源配置和提高服务效率。另有研究发现,医联体建设在

改善转诊体系、规范患者就医行为方面发挥了积极作用。封进等（2022）和段晖等（2020）发现，医联体建设提高了二级及以下医院的就诊人数，缩短了患者的平均住院时间，有利于引导慢性病患者合理就医和推进分级诊疗。王晓菲等（2020）和罗小艳等（2020）的研究表明，医联体还增加了双向转诊服务量，提高了医院的服务能力和管理效率，降低了运营成本，增强了整体竞争力，改善了医疗质量。此外，也有研究发现，医共体建设改善了患者就医体验，提高了患者满意度（王文婷等，2016）。此外，张文娟等（2014）指出，医疗卫生资源分布均衡有助于缓解医患关系紧张。

基于以上分析，本文提出研究假说 H1。

H1：城市医联体建设有助于改善医患关系。

（三）技术效应

试点城市的医联体牵头医院采取定期下派和派驻管理及专业技术团队等多种方式对成员单位进行定点帮扶，推进医疗资源共享和优质资源下沉，提升成员单位的技术能力，促进成员单位发展。以 A 试点城市医联体牵头医院为例，该院按照“以市带县、以县带乡”战略，分别与区/县人民医院、区/县中医院签署医疗合作协议，并委派管理骨干担任副院长等职务，以此助力提升区域内诊疗服务能力和管理水平；同时，聘请学科主任和专家建设“胸痛、卒中”联盟、“检验、心电、影像、病理”四大中心，推进医联体建设并落实分级诊疗制度。此外，医联体牵头医院制定统一的医疗质量管理制度和标准，提升区域内医疗质量同质化水平，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平。该医院还建立开放共享的医学影像、检查检验、病理诊断和消毒供应等中心，为医联体内各医疗机构提供同质化、一体化服务，并推进医疗机构间检查检验结果互认。同时，医联体牵头医院还与市域外医院开展合作，引入优质医疗资源，并推动优质医疗资源扩容和下沉，为基层群众提供连续性、普惠型的医疗服务，实现“大病不出市、看病更省心”的目标。综上所述，城市医联体建设通过资源共享和人才技术帮扶，有助于改善成员单位的医疗服务能力。

既往研究表明，医疗质量是影响医疗纠纷的重要因素。Shi et al.（2015）对我国 5012 例医疗损害纠纷案件进行分析发现，导致医疗损害纠纷的主要原因包括治疗或手术不当、误诊、沟通不足或管理失当、护理不善等。Cai et al.（2019）亦指出，极端医疗纠纷事件最常见的原因是医疗事故、患者无故死亡以及对治疗结果不满意。因此，城市医联体建设所带来的医疗质量提升，可能在一定程度上有助于改善医患关系。

基于以上分析，本文提出研究假说 H2。

H2：城市医联体建设通过医疗资源共享和人才技术帮扶，增强医联体内成员单位的医疗服务能力和临床规范水平，发挥技术效应，进而改善医患关系。

（四）管理效应

另外，试点城市的医联体牵头医院与成员单位建立责权利共享机制，整合设置财务、人力资源、信息和后勤等管理中心，逐步实现城市医联体内行政管理、医疗业务、公共卫生服务、后勤服务和

信息系统的统一管理，统筹基础建设、物资采购和设备配置。医联体内药品耗材实行统一管理，构建一体化管理平台，实现用药目录衔接、采购数据共享、处方自由流动和一体化配送支付。同时，牵头医院加强对下级医疗机构的用药指导，强化药品供应管理和短缺药品监测应对，逐步实现药品供应和药学服务的同质化。研究发现，医院管理的改善可以显著减少医疗纠纷，提高患者满意度，改善医患关系（Wang et al., 2020）。具体而言，医院管理得分每增加一个标准差，医疗纠纷、医疗诉讼和医疗事故赔偿的发生率分别显著下降 13.1%、12.4% 和 51.3%。

基于以上分析，本文提出研究假说 H3。

H3：城市医联体建设通过一体化管理，降低医联体内成员单位的运营成本，发挥管理效应，进而改善医患关系。

三、数据和方法

（一）数据来源

本文采用 2012—2022 年三个地级市医疗卫生机构年报表数据。该数据是由国家卫生健康委组织实施，各地卫生健康委负责数据填报、收集和核查，结构化程度和质量较高（Liu et al., 2023）。该数据涵盖各级医院的基本特征（机构属性、医院级别等）、资源配置情况（在岗职工数、卫生技术人员数、床位数、设备数等）和医疗纠纷例数。

（二）变量说明

1. 被解释变量

本文采用医疗卫生机构年报表数据里各级医院上报的医疗纠纷例数作为本文的被解释变量。

2. 核心解释变量

本文的核心解释变量为城市医联体建设。本文将 2019 年开始实施城市医联体建设的 A 市在政策当年及之后取值为 1，否则为 0，以此产生处理组、对照组及政策实施前后的双重差异。

3. 控制变量

本文选取以下控制变量：一是医院级别。在信息不对称的医疗市场，医院等级成为医疗服务质量的代名词，医院等级越高，对医疗资源及患者的吸引力越强，医院的市场竞争力也就越强（吕国营、赵曼，2018）。可以说，医院级别主要代表了医院的规模，反映了人员配备及医院床位、建筑面积、科室设置等软硬件设施方面的配置水平（周魅等，2021）。二是卫生技术人员，衡量医院的人员配备情况。为了避免控制事后变量引发坏控制变量（bad control）问题导致估计偏误（Angrist & Pischke, 2009; 黄炜等，2022），本文参考张子尧等（2023）的做法，采用医院在城市医联体建设实施之前 2012—2018 年卫生技术人员均值与年份固定效应的交乘项作为控制变量。

4. 机制变量

本文从技术效应和管理效应两个维度探讨了城市医联体建设对医患关系的影响机制。在分析

技术效应时，采用药物不良反应报告例数和住院死亡率作为指标，评估了医联体成员单位的医疗服务能力和临床规范水平。在分析管理效应时，采用总费用、业务活动费用、人员经费、药品费和卫生材料费等指标，评估了医联体成员单位的运营成本和管理效率。表 1 详细列示了本文使用的主要变量的描述性统计结果。

表 1 变量描述性统计

变量	均值	标准差	最小值	最大值	观测值
被解释变量					
医疗纠纷例数（例）	5.263	18.621	0	252	1512
机制变量					
药物不良反应报告例数（例）	31.145	60.814	0	710	1469
住院死亡率（%）	0.431	1.244	0	14.9	1320
总费用（元）	76982.650	192181.8	22	1999801	1476
业务活动费用（元）	65756.851	171816.1	12	1729107	1469
人员经费（元）	27848.252	67592.619	0	772164	1475
药品费（元）	19309.140	48111.944	0	434694	1453
卫生材料费（元）	13139.386	42666.308	0	472491	1434
控制变量					
卫生技术人员（人）	189.222	328.649	0	3182	1510
医院级别					
一级医院	0.308	0.462	0	1	1512
二级医院	0.355	0.479	0	1	1512
三级医院	0.110	0.313	0	1	1512
未定级医院	0.228	0.419	0	1	1512

（三）模型设定

如前所述，本文将城市医联体建设视为一项准自然实验，采用双重差分模型（Difference-in-differences Model）分析城市医联体建设对医疗纠纷例数的影响，具体模型设置如下：

$$y_{it} = \alpha + \beta treat_i \times post_t + X_{it} + X'_i \rho_t + \delta_i + \lambda_t + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

（1）式中： y_{it} 为被解释变量，表示医院 i 在年度 t 的医疗纠纷例数； $treat_i$ 为医院 i 所在地级市是否为城市医联体建设试点的虚拟变量， $treat_i=1$ 代表医院 i 所在地级市属于试点城市， $treat_i=0$ 代表医院 i 所在地级市不属于试点城市； $post_t$ 代表时间虚拟变量， $post_t=1$ 代表 2019 年及之后年份， $post_t=0$ 代表 2019 年之前年份； $treat_i \times post_t$ 为核心解释变量，系数 β 为本文的关注重点，揭示了处理组与对照组间医疗纠纷例数差异在城市医联体建设实施前后的变化； X_{it} 为控制变量医院级别； $X'_i \rho_t$ 为医院事前特征与年份固定效应的交乘项，本文采用在城市医联体建设实施之前（2012—2018 年）卫生技术人员均值来表示医院事前特征； δ_i 为医院固定效应； λ_t 为年份固定效应； ε_{it} 为随机误差项，标准误为聚类在区县层面的稳健标准误。

四、实证结果

(一) 基准回归结果

表 2 报告了城市医联体建设与医疗纠纷的具体回归结果。其中，表 2 (1) 列是未加入控制变量但控制了医院、年份固定效应的估计结果，(2) 列是加入控制变量医院级别且控制了医院、年份固定效应的估计结果，(3) 列是加入控制变量医院级别、事前卫生技术人员均值和年份固定效应的交乘项且控制了医院、年份固定效应的估计结果。表 2 的回归结果显示，无论是否加入控制变量，解释变量城市医联体的回归系数均显著为负。这表明，城市医联体的实施显著降低了处理组医院的医疗纠纷例数。具体而言，加入控制变量后，城市医联体的系数估计值为 0.158，意味着城市医联体的实施使试点医院的医疗纠纷例数显著降低 15.8%。以上结果表明城市医联体建设对医疗纠纷的减缓效应。

表 2 城市医联体对医疗纠纷例数的影响

	(1)	(2)	(3)
	医疗纠纷例数 (log)		
城市医联体	-0.168** (0.079)	-0.159* (0.076)	-0.158** (0.067)
医院级别	NO	YES	YES
事前卫生技术人员均值 × 年份固定效应	NO	NO	YES
医院固定效应	YES	YES	YES
年份固定效应	YES	YES	YES
观测值	1512	1512	1512
R ²	0.841	0.841	0.842

注：*、** 及 *** 分别表示在 10%、5% 及 1% 的水平上显著；标准误为聚类在区县层面的稳健标准误。所有回归均控制了医院级别、事前卫生技术人员均值 × 年份固定效应，以及医院固定效应和年份固定效应。余同。

(二) 稳健性检验

1. 平行趋势检验

双重差分模型有效的一个重要前提是，在干预发生前，处理组与对照组的发展趋势应基本一致，满足平行趋势条件。即在实施城市医联体建设试点前，各医院的医疗纠纷例数的变化不存在显著差异。为进行平行趋势检验，本文采用事件分析法，模型如下：

$$y_{it} = \alpha + \sum_{m=-6}^{+3} \theta_m D_{i,t+m} + X_{it} + X'_i \rho_i + \delta_i + \lambda_t + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

(2) 式中： y_{it} 为医院 i 在年度 t 的医疗纠纷例数； $D_{i,t+m}$ 为一系列虚拟变量，若第 i 个医院所在地级市在 $t+m$ 年实施了城市医联体建设，则取值为 1，否则为 0； m 代表城市医联体试点实施前后

的期数，2019年A市实施城市医联体建设，因此 m 取值为 $[-6,+3]$ ^①； θ_m 表示第 m 年试点医院与未试点医院之间医疗纠纷例数的差异； X_{it} 为控制变量医院级别。另外，本文进一步控制医院在城市医联体建设实施之前2012—2018年卫生技术人员均值与年份固定效应的交乘项 $X_{it}'\rho_t$ ； δ_i 为医院固定效应； λ_t 为年份固定效应； ε_{it} 为随机误差项，标准误为聚类在区县层面的稳健标准误。平行趋势检验结果如图2所示。

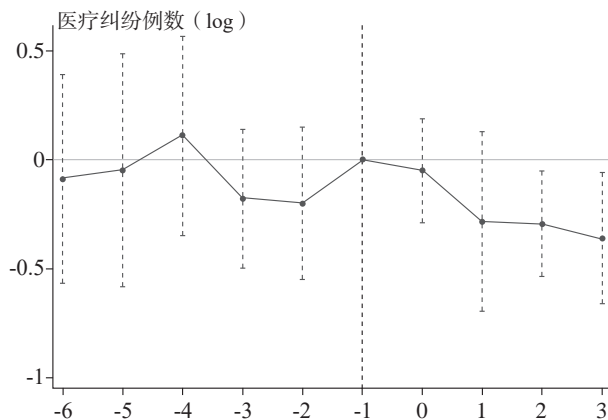


图2 城市医联体对医疗纠纷例数的动态效应

说明：图中点为估计系数，竖线为95%置信区间；标准误为聚类在区县层面的稳健标准误；回归控制了医院级别、事前卫生技术人员均值×年份固定效应、医院固定效应和年份固定效应。

从图2可以看到，在试点政策实施前，估计系数均不显著于0，表明试点医院与未试点医院之间不存在显著差异，满足平行趋势检验。此外， θ_m 的估计值在试点当年和试点后1年不显著异于0，表明城市医联体建设对医疗纠纷例数的影响存在滞后效应。从试点后的第2—3年， θ_m 的估计值均在95%的置信水平下显著小于0，表明城市医联体建设试点显著降低了医疗纠纷例数，初步支持了本文的基准回归结果。

2. 时间安慰剂检验

为排除试点医院与未试点医院之间的医疗纠纷差异是由时间变化导致的，本文参考付阳奇和朱玉春（2024）的做法，将城市医联体建设试点的时间分别提前2年、提前4年和提前5年，构建虚假的实施时间，并对（1）式重新回归。表3第（1）—（3）列显示，在改变城市医联体建设试点的时间后，城市医联体建设的系数估计值均未通过显著性检验，即没有发现试点医院与未试点医院间医疗纠纷例数的时间趋势存在系统性差异。这也从反事实角度证明，确实是城市医联体建设的实施显著降低了处理组医院的医疗纠纷例数。

①三个地级市所有医院的医疗纠纷例数在2016年是缺失的，因此事件分析法的相对年份（-3）是缺失的。为了使相对年份呈现连续性，本文将（-4）期改为（-3）期，（-5）期改为（-4）期，（-6）期改为（-5）期，（-7）期改为（-6）期。故，本文事件分析法的相对年份最终为（-6，3）。

3. 排除其他政策干扰

除城市医联体建设试点外，样本观测期内可能存在其他影响医疗纠纷例数的政策。通过收集和梳理文件，本文发现医药分开改革试点政策可能在样本期内影响医疗纠纷例数。鉴于此，本文通过在回归中加入这项政策的虚拟变量来控制其对基准回归结果的干扰。具体而言，如果医院实施了医药分开改革，则该政策的虚拟变量在当年及以后的年份中赋值为 1，否则为 0。表 3 第（4）列显示，在控制医药分开改革的干扰后，城市医联体建设的估计系数依然显著为负，表明样本观测期内其他政策对基准回归结果的干扰有限，进一步验证了基准回归结果的稳健性。另外，2020 年初突如其来的新冠疫情也有可能影响医疗纠纷例数。为此，本文在基准模型中纳入年度新冠确诊人数这一控制变量，以考察研究结论的稳健性。如表 3 第（5）列所示，在考虑新冠确诊人数因素后，医疗纠纷例数仍显著为负，再次证实了基准结果的可靠性。

表 3 稳健性检验

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	医疗纠纷例数 (log)				
	改革时间提前 2 年	改革时间提前 4 年	改革时间提前 5 年	控制医药分开 改革	控制新冠确诊 人数
城市医联体	-0.155 (0.119)	-0.205 (0.152)	-0.254 (0.186)	-0.148** (0.062)	-0.157** (0.067)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES
医院固定效应	YES	YES	YES	YES	YES
年份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	1512	1512	1512	1512	1512
R ²	0.842	0.842	0.842	0.843	0.842

（三）异质性分析

上述回归结果较为全面地揭示了城市医联体建设对医疗纠纷例数的影响，本部分将进一步分析城市医联体建设对不同级别医院、政府办医疗卫生机构隶属关系医院的异质性影响。表 4 第（1）—（2）列汇报的是医院级别的估计结果，可知在二级及以下医院的子样本中，城市医联体建设的回归系数显著下降 12.5%；第（2）列显示，在三级医院的子样本中，城市医联体建设的回归系数为负，但统计上不显著。第（3）—（4）列报告的是不同隶属关系医院的估计结果，可知政府办县属 / 县级市属医院的医疗纠纷例数显著下降 41.1%，政府办地级市属医院的医疗纠纷例数符号为负，但统计上不显著。该结果表明，城市医联体建设对医疗纠纷的减缓效应主要集中在二级及以下医院和政府办县属 / 县级市属医院的子样本中。这可能是由于二级及以下医院和政府办县属 / 县级市属医院作为医联体成员单位，获得了牵头医院的资源共享和技术支持，提升了医疗服务能力，从而改善了医患关系。

表 4 城市医联体对医疗纠纷例数的异质性影响

	(1)	(2)	(3)	(4)
	医疗纠纷例数 (log)			
	二级及以下医院	三级医院	县属 / 县级市属医院	地级市属医院
城市医联体	-0.125** (0.047)	-0.466 (0.272)	-0.411*** (0.128)	-0.487 (0.186)
控制变量	YES	YES	YES	YES
医院固定效应	YES	YES	YES	YES
年份固定效应	YES	YES	YES	YES
观测值	1343	165	503	130
R ²	0.798	0.769	0.760	0.895

(四) 机制分析

根据第三部分异质性分析结果，城市医联体建设对医联体内二级及以下医院和政府办县属 / 县级市属医院的医疗纠纷例数影响更为明显。鉴于本研究样本包括政府办和非政府办医疗机构，其中政府办医疗机构仅占 42%，接下来将重点探讨城市医联体建设对二级及以下医院医疗纠纷例数的影响机制。

1. 技术效应

根据前文分析，城市医联体的牵头医院建立了区域性检查和化验中心，提升了成员单位的诊断能力。同时，医联体加强了人才技术帮扶和质量控制，提高了成员单位的医疗服务能力和临床规范水平，这有助于改善医患关系。为验证上述机制，本文使用药物不良反应报告例数和住院死亡率来衡量二级及以下医院的医疗服务能力和临床规范水平。由表 5 第 (1) — (2) 列的回归结果可知，城市医联体建设使二级及以下医院的药物不良反应报告例数显著下降 27.7%，住院死亡率下降 0.023 个百分点，但统计上不显著。结果表明，城市医联体建设通过医疗资源共享和人才技术帮扶，加强二级及以下医院医技人员的服务能力和临床规范水平，有助于改善医患关系，验证了假说 2。

表 5 城市医联体对二级及以下医院医疗服务能力和临床规范水平的影响

	(1)	(2)
	药物不良反应报告例数 (log)	住院死亡率
城市医联体	-0.277** (0.109)	-0.023 (0.122)
控制变量	YES	YES
医院固定效应	YES	YES
年份固定效应	YES	YES
观测值	1301	1151
R ²	0.834	0.387

2. 管理效应

根据前文分析，城市医联体设有财务、人力资源、信息和后勤等管理中心，并建立一体化管理平台。该平台对区域医疗资源如药品及耗材实行统一管理，有助于提升参与医院的运营效率，降低管理成本。本文采用总费用、业务活动费用、人员经费、药品费和卫生材料费等指标，衡量二级及以下医院的运营成本和管理效率。表 6 第 (1) — (5) 列的回归结果显示，城市医联体建设使二级及以下医院的总费用显著降低 17.4%，其中业务活动费用显著下降 25.1%，人员经费和卫生材料费分别显著下降 14.6% 和 44.9%。药品费下降 0.8%，但统计上不显著。结果表明，城市医联体建设显著降低了医联体内二级及以下医院的运营成本，提升了管理效率，有助于改善医患关系，验证了假说 3。

表 6 城市医联体对二级及以下医院运营成本和管理效率的影响

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	总费用 (log)	业务活动费用 (log)	人员经费 (log)	药品费 (log)	卫生材料费 (log)
城市医联体	-0.174** (0.061)	-0.251*** (0.068)	-0.146** (0.066)	-0.008 (0.128)	-0.449** (0.213)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES
医院固定效应	YES	YES	YES	YES	YES
年份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	1305	1298	1304	1281	1263
R ²	0.935	0.902	0.867	0.844	0.839

五、结论与建议

本文基于 A 市 2019 年开始实施的城市医联体建设试点，采用 2012—2022 年三个地级市医疗机构年报数据，运用双重差分模型分析了城市医联体建设对医疗纠纷的影响及异质性特征，得到如下主要结论：

第一，在样本期内，城市医联体建设降低了医疗纠纷例数，相对于非试点医院，城市医联体建设试点医院的医疗纠纷例数显著降低了 15.8%。在经过平行趋势检验、时间安慰剂检验、排除其他政策干扰等稳健性检验后，城市医联体建设降低医疗纠纷例数的结论依然成立。

第二，城市医联体建设对医疗纠纷例数的影响在医院级别和隶属关系上存在重要的异质性特征。具体而言，城市医联体建设对医疗纠纷例数的减缓效应主要集中在医联体内成员单位二级及以下医院和政府办县属 / 县级市属医院，对三级医院和政府办地级市属医院无显著影响。

第三，在作用机制方面，城市医联体建设一方面通过医疗资源共享和人才技术帮扶改善医联体内成员单位二级及以下医院的医疗服务能力和临床规范水平，发挥技术效应；另一方面通过构建药品耗材等一体化管理平台降低了二级及以下医院的运营成本，提升了管理效率，改善了医患关系。

基于以上分析,本文发现,促进区域内医疗资源共享,帮扶提升县级医院和基层医疗机构等成员单位的医疗服务能力与水平对改善医患关系至关重要。对此,本文建议采取以下措施:

第一,在推进城市医联体建设中,多措并举促进区域内优质医疗资源整合共享,提升医联体成员单位的医疗服务能力。首先,牵头医院应发挥技术引领作用,通过下派专家、提供技术支持、组织培训等方式帮助成员单位改善硬件软件条件,增强其医疗服务能力和管理水平。其次,应构建医联体内医疗资源共享及服务同质化的长效机制,尤其在临床技术、医学检验、病理诊断、医学影像诊断等领域,以提升成员单位的诊疗水平和规范化管理。此外,应优化医疗卫生资源配置,以“强基层”为目标,加强基层医疗卫生服务能力建设,促进医疗卫生资源配置结构、功能、布局的调整与优化。

第二,加强医联体内人员上下贯通。首先,医联体牵头医院应为成员单位提供人才支持,促进人才向基层流动。其次,应加强成员单位的人才培养和引进,提升医务人员整体水平和数量。此外,完善绩效工资和考核制度,健全医疗服务补偿和激励机制,以调动医务人员的工作积极性。同时,加强对成员单位医务人员的业务培训和继续教育,丰富培训渠道,不断提高其专业能力和医疗服务水平。

第三,完善医联体内的分工协作机制。应明确不同级别、不同类别医疗机构的功能定位,形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式。城市医联体牵头医院应主要承担区域内急危重症患者的抢救和疑难复杂疾病的诊治,逐步减少常见病、多发病及病情稳定的慢性病患者。县级医疗机构应不断提升其医疗服务能力和水平,发挥枢纽作用。此外,医联体成员单位应探索创新服务模式,如推广家庭医生签约服务、建立居民健康档案,提供持续、全面的健康管理服务;同时加强预防保健服务,开展健康教育和慢性病管理,提升居民的健康素养和自我管理能力。

参考文献

- 段晖,刘颖,张英楠,等.北京市医联体政策背景下慢病患者就医选择影响因素研究[J].中国卫生政策研究,2020,13(06):14-20.
- 封进,吕思诺,王贞.医疗资源共享与患者就医选择——对我国医疗联合体建设的政策评估[J].管理世界,2022,38(10):144-157+173+158.
- 付阳奇,朱玉春.数字基础设施建设对农产品市场分割的影响——基于“宽带中国”战略试点的准自然实验[J].中国农村经济,2024,(01):62-81.
- 黄炜,张子尧,刘安然.从双重差分法到事件研究法[J].产业经济评论,2022,(02):17-36.
- 李鹏钰.县域医共体背景下基层医疗卫生服务质量提升研究[D].浙江师范大学博士学位论文,2022.
- 罗小艳,刘鸣江,汤永红.基于分级诊疗背景下区域医联体建设的实践与思考[J].现代医院,2020,20(02):175-178.
- 吕国营,赵曼.越评级越失衡?——我国医院等级评定与医生人力资源配置研究[J].经济管理,2018,40(07):110-127.
- 马志强,吴香兰.基于信任源模型的全科医疗服务医患信任问题及对策建议[J].中国全科医学,2023,26(10):1172-1178.
- 石龙,覃灵艳,徐义海,等.构建和谐医患关系的现实困境及应对策略[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(01):33-37.
- 王文婷,陈任,马颖,等.分级医疗背景下的安徽县域医疗服务共同体实施路径[J].中国卫生资源,2016,19(06):470-474.
- 王晓菲,刘婉莹,牛仓林,等.医联体运行效果评价分析——以北京市某区域为例[J].中国医药科学,2020,10(05):225-229.
- 吴海涛.医院医患关系的现状调查及对策[J].卫生软科学,2014,28(03):169-171.
- 徐欣,高红霞,王栋,等.县域医共体建设下的我国乡镇卫生院医疗资源配置效率分析[J].医学与社会,2023,36(05):20-25.
- 袁波英,林凯,董恒进.县域医共体建设对县级公立医院运行的影响——以浙江省为例[J].中国医院管理,2020,40(02):26-29.

- 岳阳, 祝嘉良. 医患关系与医学专业报考和录取 [J]. 经济研究, 2020, 55(04): 184-200.
- 张文娟, 郝艳华, 吴群红, 等. 我国医患关系紧张的原因及对策 [J]. 医学与社会, 2014, 27(04): 44-46.
- 张子尧, 黄炜, 丁相元, 等. 企业社保缴费负担与劳动收入份额: 理论分析与经验证据 [J]. 世界经济, 2023, 46(12): 167-196.
- 周魅, 赵绍阳, 付明卫. 公立医院规模扩张与过度医疗——来自医院等级变化的证据 [J]. 经济科学, 2021, (01): 109-121.
- Adwok J. A., Kearns E. H. Defensive Medicine: Effect on Costs, Quality, and Access to Healthcare [J]. Journal of Biology, Agriculture and Healthcare, 2013, 3: 29-35.
- Angrist J. D., Pischke J. S. Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- Cai R., Tang J., Deng C. et al. Violence Against Health Care Workers in China, 2013-2016: Evidence from the National Judgment Documents [J]. Human Resources for Health, 2019, 17(1): 1-14.
- Dedding C., Van Doorn R., Winkler L. et al. How will E-Health Affect Patient Participation in the Clinic? A Review of E-Health Studies and the Current Evidence for Changes in the Relationship Between Medical Professionals and Patients [J]. Social Science & Medicine, 2011, 72(1): 49-53.
- Ford R. C., Bach S. A., Fottler M. D. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations [J]. Health Care Management Review, 1997, 22(2), 74-89.
- He A. J., Qian J. Explaining Medical Disputes in Chinese Public Hospitals: The Doctor-Patient Relationship and Its Implications for Health Policy Reforms [J]. Health Economics, Policy, and Law, 2016, 11(4): 359-378.
- Hermer L. D., Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment, And Reform [J]. Journal of General Internal Medicine, 2010, 25(5), 470-473.
- Hesketh T., Wu D., Mao L. et al. Violence against Doctors in China [J]. BMJ, 2012, 345, e5730.
- Kripalani S., Jacobson T. A., Mugalla I. C. et al. Health Literacy and the Quality of Physician-Patient Communication during Hospitalization [J]. Journal of Hospital Medicine, 2010, 5(5): 269-275.
- Liu G., Yi J., Yuan Y. et al. The Short- and Long-Run Effects of Medical Malpractice Lawsuits on Medical Spending and Hospital Operations in China [J]. Journal of Comparative Economics, 2023, 51(4): 1142-1161.
- Lu L., Dong M., Wang S. B. et al. Prevalence of Workplace Violence against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys [J]. Trauma, Violence, & Abuse, 2020, 21(3): 498-509.
- Mendoza M. D., Smith S., Eder M. et al. The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship [J]. Family Medicine-Kansas City, 2011, 43(2): 83.
- Riedl D., Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review [J]. Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 2017, 63(2): 131-150.
- Santus P., Picciolo S., Proietto A. et al. Doctor-Patient Relationship: A Resource to Improve Respiratory Diseases Management [J]. European Journal of Internal Medicine, 2012, 23(5): 442-446.
- Shi M., Zhang H., Cheng Q. Analysis on the Causes, Distribution and Compensation of 5012 Medical Damage Disputes [J]. Med Jurisprud, 2015, 7(6): 42-48.
- Somani R. K., Khowaja K. Workplace Violence towards Nurses: A Reality from the Pakistani Context [J]. Journal of Nursing Education and Practice, 2012, 2(3): 148.
- Studdert D. M., Mello M. M., Sage W. M. et al. Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in A Volatile Malpractice Environment [J]. JAMA, 2005, 293(21): 2609-2617.
- Wang M., Liu G. G., Zhao H. et al. The Role of Mediation in Solving Medical Disputes in China [J]. BMC Health Services Research, 2020, 20: 1-10.
- Wu D., Wang Y., Lam K. F. et al. Health System Reforms, Violence against Doctors and Job Satisfaction in the Medical Profession: A Cross-Sectional Survey in Zhejiang Province, Eastern China [J]. BMJ Open, 2014, 4(12), e006431.
- Ying C., Cheng W., Long T. et al. Exploration and Consideration of the Medical Alliance Modes [J]. Iranian Journal of Public Health, 2018, 47(8): 1160.

and respond to the "externalities" brought about by social enterprises, to prevent their undue impact on market order and the allocation of public resources. The focus of social enterprise legislation should first be on the selection of its foundational organizational form: for nonprofit social enterprises, regulation should prioritize preventing the introduction of commercial mechanisms that could compromise their nonprofit nature; for for-profit social enterprises, the emphasis should be on necessary regulations concerning purpose, profit distribution, asset lock, and governance structure through special legislative means. A feasible model for social enterprise legislation in China is to enact a Social Enterprise Promotion Law, adopting a rational and restrained legislative approach to promote the healthy and orderly development of social enterprises.

Research on the Constraints and Potential Risks of the New Real Estate De-stocking Policy*Chen Youhua, Yang Huikang* 91

Abstract: The introduction of the current round of real estate de-stocking policies is deeply rooted in both industry and policy cycles, and differs significantly from the previous de-stocking measures. It is characterized by broader coverage, stronger regulation, and more innovative initiatives. In terms of expected outcomes, it appears unlikely that the new policies will achieve their goals in the short term, as the previous round did. Besides current market characteristics, factors outside the market, such as demographic changes, urban differentiation, housing condition improvements, weakened consumer expectations, income levels, and leverage ratios, limit the effectiveness of the policy. The real estate de-stocking policy is neutral and may marginally improve the supply-demand situation in the current market. However, specific regulatory measures such as "increasing leverage," "lowering interest rates," and "government land purchases" may bring unexpected consequences and risks during implementation, which deserve our attention, caution, and further research.

Medical Resource Sharing and Improvement of Doctor-Patient Relations: An Examination Based on Urban Medical Consortiums

.....*He Qinghong, Zhufengmei, Wang Zhen* 105

Abstract: Building harmonious and friendly doctor-patient relationships is a crucial path to advancing the Healthy China initiative and an important condition for promoting coordinated development in healthcare and improving public health. Using the construction of urban medical consortiums as a case study, this paper examines the impact and mechanisms of medical resource sharing on doctor-patient relations, based on annual report data from medical institutions in three prefecture-level cities between 2012 and 2022.

Employing a difference-in-differences model, the study finds that the implementation of urban medical consortiums led to a significant 15.8% reduction in medical disputes. Mechanism analysis reveals that the construction of these consortiums significantly enhanced the medical service capacity, clinical standards, and management efficiency of secondary and lower-tier hospitals within the consortium through technical and managerial effects, contributing to improved doctor-patient relations. This research provides empirical evidence on how regional medical resource sharing can help improve doctor-patient relations.

Reshaping and Differentiation: A Cluster Analysis of Social Investment Welfare States (1990–2019)..... *Yuan Xiaoliang* 119

Abstract: Since the 1990s, social investment has emerged as a new paradigm guiding the economic and social transformation of welfare states. To capture the similarities and differences among social investment welfare states, this paper constructs a panel dataset of 19 welfare states from 1990 to 2019, using the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) social expenditure database. After classifying all policy expenditures of welfare states into compensation and investment categories, the study finds that compensation policy expenditures are more than twice the size of investment policy expenditures in the sample countries. Through hierarchical clustering analysis based on policy expenditure, policy outcomes, and a combined expenditure-outcome variable, the welfare states are consistently clustered into "five worlds." This clustering reflects the reshaping of European and East Asian welfare states under the social investment paradigm, while also identifying the differentiation of Japan, Portugal, and the Netherlands within this framework. However, these five clusters do not entirely break away from the traditional welfare regime classifications, indicating that while welfare states have undergone reshaping and differentiation under the social investment paradigm, the transformation remains incomplete.