

Doi: 10.20063/j.cnki.CN37-1452/C.2026.02.003

马克思主义人民健康观视域下 医改成效的实证分析

杨 婷 婷

首都师范大学 马克思主义学院,北京 100048

摘要:人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。基于马克思主义人民健康观,构建包含“政治引领、制度创新、主体协同、资源整合”四维度的分析框架,可有效揭示我国医改成效转化为人民健康获得感的内在机理。党的政治优势通过强大的政策执行力奠定了获得感生成的根本保证;社会主义市场经济下的政策工具创新优化了激励约束机制;共建共治共享的多元协同践行了群众路线;公有制主导的资源整合则夯实了健康公平的物质基石。中国式医改的关键在于将中国特色社会主义制度优势系统性地转化为治理效能,为深化医药卫生体制改革提供了理论依据与实践路径。

关键词:马克思主义人民健康观;医药卫生体制改革;获得感

中图分类号:R197.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1673-8039(2026)02-0022-11

中国共产党第二十届中央委员会第四次全体会议强调要“加大保障和改善民生力度,扎实推进全体人民共同富裕”,并在此框架下明确提出“加快建设健康中国”^[1]。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志,也是衡量社会主义现代化建设成果的关键维度。在中国特色社会主义进入新时代的背景下,我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾^{[2]11},这一转变在医疗卫生领域表现得尤为突出。

一、问题的提出:健康中国战略下医改成效的获得感审视

随着“健康中国”战略的全面实施与医药卫生体制改革的持续深化,人民群众对健康服务的需求已从“有医可看”的基本保障,升级为对“病有良医”的高品质期待。然而,“看病难、看病贵”仍然是中国医疗体制的“疑难杂症”^[3],医疗资源配置不均、服务供给不充分等问题依然制约着人民健康福祉的提升。在此背景下,如何科学评估医改成效,特别是如何将政策成果有效转化为人民群众实实在在的“获得感”,成为当前理论与实

践共同关注的重大课题。

马克思主义人民健康观强调,健康不仅是人类生存与发展的基本前提,更是实现人的自由全面发展的重要基础。马克思和恩格斯在《德意志意识形态》中明确指出,“我们首先应当确定一切人类生存的第一个前提,也就是一切历史的第一个前提,这个前提是:人们为了能够‘创造历史’,必须能够生活。”^{[4]531}这里的“生活”,内在包含了维持健康的体魄和健全的精神。因而将人民健康视为实现人类解放和发展的必要性条件,奠定了马克思主义人民健康观的价值基石。中国共产党在百年卫生与健康工作实践中,始终坚持把人民健康置于优先发展的战略地位,推动马克思主义人民健康观与中国实际相结合,形成了一条具有中国特色、反映时代要求的健康治理道路。新民主主义革命时期,党在极其艰苦的条件下,将卫生工作视为关系革命成败的大事。毛泽东同志曾明确指出“疾病是苏区中一大仇敌”,并“发动广大群众的卫生运动”^{[5]310}。中国特色社会主义进入新时代以来,以习近平同志为核心的党中央将“健康中国”提升为国家战略,实现了人民健康观的飞跃性发展。习近平总书记创造性提出“没有

收稿日期:2025-10-29

基金项目:北京市习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心重大项目“当代中国马克思主义历史观的理论特质和指导意义研究”(25LLLSA006)

作者简介:杨婷婷(2000—),女,山东菏泽人,首都师范大学马克思主义学院博士研究生。

全民健康,就没有全面小康。要把人民健康放在优先发展的战略地位”^{[6]370}、“树立大卫生、大健康的观念”^{[6]372}等一系列重要论断。党的健康治理理念不断深化,政策体系日益完善,为构建优质高效的医疗卫生服务体系提供了根本遵循。

既有研究多从资源投入、制度覆盖等客观维度评估医改成效,而对人民群众主观感受与实际获得关注不足。获得感作为兼具客观基础与主观体验的复合概念,能够综合反映改革成果的实际落地情况与人民群众的认同程度,是检验医改成效的重要标尺。因此,立足于马克思主义人民健康观及其中国化时代化成果的指导,本文以福建省S市为实证研究对象,基于382份城镇居民问卷调查数据,从“政治引领、制度创新、主体协同、资源整合”四个维度构建分析模型,系统检验医改政策对人民群众健康获得感的影响。

二、分析框架:基于马克思主义人民健康观的四维检验模型

为系统阐释中国式医改如何将制度优势转化为人民的健康获得感,本文基于马克思主义人民健康观的中国化时代化成果,构建一个包含“政治引领—制度创新—主体协同—资源整合”四个维度的分析框架。

(一)政治引领维度:党的领导与人民健康权统一

马克思主义政党理论强调,先进政党的组织领导是社会变革的决定性力量。在中国特色社会主义语境下,党的坚强领导通过强大的政治动员和政策执行体系,将“以人民为中心”的价值导向贯穿于医药卫生体制改革全过程,为实现人民健康权提供了根本政治保障。政治引领的核心在于将党的政治优势和组织优势转化为实际的政策执行力,而政策实施力度正是衡量这种转化效果的关键指标。从马克思主义国家理论出发,可以清晰梳理出政治引领的机制构建路径。马克思主义认为国家是阶级统治的工具,而在社会主义国家中,政党作为先进力量的代表,通过政治引领将人民健康权上升为国家意志,并借助行政体系将其转化为可执行的政策。在我国,党委统领的改革机制构成了政治引领的核心载体,它通过目标设定、资源动员与监督问责,将党的健康治理理念转化为持续而统一的政策输出。政策实施力度正是这一政治势能传导至基层的制度化表现。

在医疗服务体系中,基层医疗机构是人民获取医疗服务的主要渠道,党的政策在基层的执行效果直接关系到人民对医改成效的感知。政策实施力度作为政治引领的具体体现,通过建立党委主要领导负责的医改领导机制,有效破除部门行政壁垒,形成“三医联动”的系统性改革合力。杨园争等探讨了农村医疗服务空间可及性对居民健康的影响,指出良好的空间可及性可以降低医疗支出,提升居民的健康水平和生活幸福感^[7]。这表明以政策实施力度为表征的政治引领机制,实质是党的健康治理意志在基层的贯彻过程,它通过破除体制障碍、优化服务流程,使人民更直接、更充分地享受到政策带来的医疗福利,从而显著提升其健康获得感。基于分析提出假设H1。

H1:政策实施力度显著正向影响人民健康获得感。

(二)制度创新维度:政策工具优化体现体制创新效能

制度创新维度旨在检验社会主义制度框架下通过政策工具优化实现体制创新的效能。马克思主义政治经济学强调通过生产关系调整解放生产力,在医药卫生体制改革中,政策工具的合理配置正是制度创新的核心体现和关键路径。S市医改通过权威型工具(如药品集采)、激励型工具(如DRG/DIP支付改革)和能力型工具(如人才培养)的协同运用,实现政府主导与市场机制的辩证统一。这既避免了纯市场化带来的公平缺失,又克服了纯计划管理的效率不足,彰显了社会主义市场经济体制的优越性。

在医改语境中,政策工具作为生产关系的调节手段,其优化目标在于释放医疗卫生服务的生产力。习近平总书记所强调的“政府与市场协同”正是对这一原理的时代化发展:权威型工具体现政府规划与监管职能,激励型工具激活市场主体活力,能力型工具夯实服务体系根基。三者协同构成“制度杠杆”,通过调整激励机制、优化行为引导,实现医疗服务供给质量与效率的整体跃升。

政策工具配置作为制度创新的操作性载体,通过权威性工具的强制规范、激励型工具的经济引导与能力型工具的技术赋能协同发力,构成提升健康获得感的“制度杠杆”。合理的配置能推动制度向精细化、精准化转型,从而显著提升人民健康获得感。高秋明等通过对主要医保政策措施

进行梳理和归类,以城乡居民医保整合为背景,使用样本城市数据分离各工具的实际作用效果并进行比较^[8]。研究结果显示,合理的政策工具配置有助于推动医疗保障制度的精细化和精准化转型,从而提升人民的健康获得感。这表明,政策工具的协同运用本质上是对医疗服务生产关系的系统性调整,它通过制度性激励与约束,引导各方行为契合“以人民健康为中心”的发展目标,进而从体制机制层面保障健康获得感的持续生成。基于分析提出假设 H2。

H2:政策工具配置程度显著正向影响人民健康获得感。

(三)主体协同维度:利益互动机制践行群众路线

主体协同维度体现了马克思主义群众史观在健康治理中的实践运用。马克思主义认为,人民是历史的创造者,是社会发展的根本力量。将这一哲学观点贯彻到健康治理中,就必然要求构建多元主体共同参与的“共建共治共享”治理格局。在这一框架下,政府、医疗机构与公众等利益相关者之间的有效互动,成为实现协同治理的核心机制。从理论到实践的关键转化,依赖于群众路线的机制化与程序化。在医改过程中,利益相关者互动作为群众路线的机制化呈现,通过参与式决策、协商式治理与反馈式调整,将人民的健康需求转化为政策议程,将个体的就医体验反馈为制度优化的来源,从而在治理结构中实现“人民健康为人民”的价值回归。因此,主体协同并非简单的管理技术优化,而是关乎是否真正坚持群众路线的政治原则问题。习近平总书记提出的“大卫生、大健康”理念,是马克思主义群众史观在新时代的健康治理中的创造性发展。这一理念要求将健康治理从单纯的医疗卫生服务,拓展为政府、社会、个人共同参与的系统工程。“主体协同”维度的“利益相关者互动”指标,正是检验这一理念落实程度的关键标尺。

在医疗服务领域,政府、医疗机构、患者等利益相关者之间的互动关系复杂而紧密。李乐乐等一发现紧密型县域医共体建设有效兼顾了相关利益主体,使得利益相关者的诉求得到有效整合,从而推进了县域医共体的建设^[9]。徐芳等通过研究进一步提出要充分发挥医疗保障部门与其他行政管理部门的联动性,在医联体内建立利益共享、风险共担的利益分配机制,不断提高基层医疗卫

生机构的服务能力和居民的就医满意度^[10]。这些实践表明,利益相关者互动通过构建政府履职、机构协作与公众参与良性互动的治理生态,使医改真正回应“群众要什么”,从而在源头上夯实健康获得感的社会基础。基于主体协同通过利益相关者互动促进健康治理共同体建设的理论逻辑与实践证据,提出假设 H3。

H3:利益相关者互动效果显著正向影响人民健康获得感。

(四)资源整合维度:资源配置方式彰显公有制优势

资源整合维度体现了社会主义公有制在医疗资源配置中的基础性作用。资源整合配置作为公有制优势的具体实现路径,通过制度设计与技术手段重组优化分散的医疗资源,是破解资源“既短缺又浪费”困境、提升人民健康获得感的关键机制。马克思在《哥达纲领批判》中明确指出:“消费资料的任何一种分配,都只不过是生产条件本身分配的结果。”^{[11]306}这一经典论断揭示了所有制关系对分配关系的决定性作用。生产资料公有制从根本上消除了资源占有的私人垄断性,为资源按需分配与公平配置提供了制度可能。在医疗领域,公有制主导的资源配置,不同于市场逻辑下的“资本逐利”原则,而是遵循“健康需求”导向,通过计划性调配实现资源向基层、农村和弱势群体的优先下沉。紧密型医共体等组织创新通过行政整合、功能协同与利益共享,打破机构壁垒,重构服务链条,使资源流动服从于人民健康需要,而非机构利益最大化,从而将公有制的制度优势转化为区域卫生治理的实效。2024年S市基层诊疗量占比达到65%以上,县域内住院量占比达70%以上,充分证明了其在提升服务体系整体效能方面的显著作用。

资源整合配置效率是衡量公有制优势发挥程度的重要指标,其提升能够显著改善医疗服务的可及性与质量,实现供需精准匹配。研究表明,城乡居民医保统筹通过优化资源配置提升了农村居民获得感^[12],基本公共服务可及性的增强也对农户获得感产生积极影响^[13]。高效的资源整合能够显著改善医疗服务的可及性与质量,使供需匹配更为精准。高效的资源整合能够显著改善医疗服务的可及性与质量,使供需匹配更为精准。从理论机制上看,资源整合之所以能提升获得感,在于它通过公有制所赋予的统筹能力,克服了市场

化配置导致的“资源虹吸”与“服务碎片化”,从而在系统层面保障了基本医疗服务的公平可及与整体效率。S市基层诊疗量占比与县域就诊率的显著提升,正是这一机制运行的实证体现。基于分析提出假设H4。

H4:资源整合配置效率显著正向人民健康获得感。

三、研究设计:马克思主义方法论指导下的实证探索

马克思主义方法论强调理论与实践的具体的历史的统一。为科学检验医改成效向人民获得感的转化机制,在研究方法上综合运用文献研究法、实地调查法、问卷法等方法开展相关研究。资料分析方法采用SPSS 27.0软件,对收集到的数据进行分析处理,包括描述性统计分析、相关性分析、回归分析等,以揭示医药卫生体制改革与人民健康获得感之间的内在联系和规律。

(一)数据来源与样本特征

根据研究问题,编制《S市医改与人民健康获得感情况调查问卷》。S市作为全国医改的“先行示范区”,其改革实践具有典型性和前瞻性,是检验理论指导实践效果的绝佳案例。本文采用滚雪球抽样与分层抽样相结合的方式,最终共回收问卷405份。通过剔除回答时间过短、答案规律性过强、关键信息缺失的无效问卷进行严格的数据清洗,最终获得有效问卷382份,有效回收率达94.3%。根据Cochran样本量公式测算,S市160.1万城镇常住人口在95%置信水平和5%误差幅度下所需的最低样本量为384份,本研究实际样本量接近理论值,具有充分的统计推断基础。

样本的人口学特征显示:性别结构均衡(男性52.36%,女性47.64%);年龄分布以中青年为主(19—30岁占39.79%,31—45岁占34.55%,合计74.34%),这与城镇劳动力主体年龄结构相符;教育程度覆盖各层次,以大专(36.39%)与高中/中专(23.04%)为主,反映出城镇化进程中的教育结构特征;家庭经济状况呈正态分布(“比较宽裕”为24.61%，“一般”为28.27%，“比较困难”为15.71%),体现了样本的社会经济多样性。整体而言,样本结构合理,能够较好地代表S市城镇居民群体。

(二)核心变量及操作化

本节在马克思主义方法论的指导下,设计了一套从理论操作化到实证检验的研究方案。通过

问卷编制、变量测量与假设提出,系统构建了医改四维度与健康获得感之间的因果链条,为后续实证分析奠定方法论基础。

1.因变量:人民健康获得感的理论内涵与测量

人民健康获得感是衡量医改成效的终极标尺。它并非简单的满意度,而是人民群众在共享改革发展成果过程中,基于客观获得与主观体验辩证统一而形成的积极判断。本研究从马克思主义关于人的需要理论和社会关系理论出发,将其操作化为四个维度,构建了反映“以人民健康为中心”价值的测量体系,如表1所示。“充足性”表示卫生服务作为“使用价值”的供给水平,即医疗资源供给能否满足人民基本健康需要。测量题项聚焦于医疗资源供给、候诊时间感知、床位可获得性等,旨在检验医疗卫生服务发展能否满足人民的基本健康需求。“均等性”反映健康权益在不同社会群体间的分配关系,是社会主义公平正义原则在健康领域的具体化。测量题项涉及城乡差距感知、医保覆盖公平性等,旨在揭示生产关系是否有利于实现健康公平。“便利性”关乎医疗服务获取过程中的效率,符合马克思主义关于节约社会必要劳动时间的规律。测量题项包括线上挂号、结果互认、多学科诊疗等,考察技术应用与流程优化是否真正惠及于民。“普惠性”彰显改革发展成果由人民共享的社会主义分配原则,特别是对弱势群体的关怀。测量题项涵盖大病保险、长期护理、预防保健等,检验制度设计是否具有包容性和兜底性。

表1 人民健康获得感的测量指标

一级指标	二级指标	文献来源
充足性	C1 医疗资源供给满意度	陶春海等 ^[14]
	C2 候诊时间缩短感知	
	C3 床位可获得性评分	
均等性	C4 城乡服务差距感知	雷咸胜 ^[15]
	C5 医保覆盖公平性判断	
便利性	C6 线上挂号使用频率	李林等 ^[16]
	C7 检查结果互认体验	
	C8 多学科诊疗便利度	
普惠性	C9 大病保险受益感知	郭林等 ^[17]
	C10 长期护理保险覆盖评价	
	C11 预防保健服务可及性	

2.自变量:基于“四维一体”分析框架的测量医药卫生体制改革的自变量体系直接源于上

文构建的“政治引领—制度创新—主体协同—资源整合”分析框架。每个维度的测量目的均旨在反映出马克思主义人民健康观在实践中的关键体现,如表2所示。“政治引领维度”操作化为“政策实施力度”。该维度测量公众对政策的知晓度与感知到的执行强度,其理论内核是检验党的政治优势和组织优势能否转化为强大的改革执行力,确保“以人民为中心”的方向不偏。“制度创新维度”操作化为“政策工具配置”。该维度借鉴政策工具理论,细分为权威型、激励型、能力型工具,其理论目的在于检验在社会主义制度框架内,如何通过政府与市场的辩证统一来优化激励机制、破解体制障碍。“主体协同维度”操作化为“利益相关者互动”。该维度测量公众参与度和机构配合度,其理论价值在于检验是否在实践中形成了共建共治共享的健康治理共同体,是马克思主义群众路线的具体应用。“资源整合维度”操作化为“资源整合配置”。该维度测量资源下沉度和投入精准度,其理论意义在于检验社会主义公有制主导下,能否超越市场逻辑,实现资源向基层和弱势群体的优化配置,夯实健康公平的物质基础。

表2 医药卫生体制改革指标体系表

一级指标	二级指标	文献来源
政策实施力度	B1 政策知晓度	王红漫等 ^[18] 、 陈丽君等 ^[19]
	B2 政策执行强度	周小梅等 ^[20]
政策工具配置	B3 权威性工具	陈皓阳等 ^[21]
	B4 激励型工具	
	B5 能力型工具	
利益相关者互动	B6 公众参与度	李鹤 ^[22]
	B7 机构配合度	徐芳等 ^[23]
资源整合配置	B8 资源下沉度	杨欢 ^[24]
	B9 投入精准性	李中凯等 ^[25]

3.控制变量

考虑到医药卫生体制改革对人民健康获得感的影响不仅受制于直接因素,如改革措施的实施力度和效果等,还可能受到其他多种变量的共同作用,为确保研究的严谨性和深入性,有必要引入控制变量以削弱非核心因素的干扰。本文借鉴了郭冰清等(2023)^[26]学者的研究成果,为最大限度地控制个体特征对健康获得感的影响,提升研究的精确度和可信度,本文选取了城镇居民的性别、年龄、健康状况等基本信息作为控制变量。

除了上述基本控制变量外,当前有研究指出社会信任作为隐性态度的代理变量,显著影响公众的医疗卫生服务满意度^[27]。综上,本文设置的控制变量包括性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、收入状况、社会信任、邻里关怀等。

(三)分析方法与模型设定

本研究采用SPSS 27.0 统计软件进行数据分析,遵循“从抽象上升到具体”的辩证思维路径,按照描述性统计、相关性分析、回归分析的逻辑顺序展开实证检验。一是采用李克特量表的5点计分法,通过描述性统计分析把握样本的整体特征和变量分布情况,计算各变量的均值、标准差、中位数等统计量,对研究数据形成初步认识。二是采用皮尔逊相关分析检验变量间的初步关联,为后续回归分析提供基础。三是采用分层回归分析作为核心分析方法,通过构建嵌套模型来检验医药卫生体制改革各维度对健康获得感的因果关系。

分层回归模型的设定体现了马克思主义方法论中关于普遍性与特殊性相统一的原理。具体而言:首先建立仅包含控制变量的基准模型(模型1),该模型反映了不考虑医改因素时,个体特征对健康获得感的基础影响。随后,遵循“控制变量—核心自变量”的分析逻辑,分别将医药卫生体制改革的四个维度作为自变量加入基准模型,建立四个扩展模型(模型2)。通过比较加入自变量前后模型解释力(R^2)的变化(ΔR^2),可以准确识别各改革维度对健康获得感的独立贡献。

四、实证检验:医改政策对人民群众健康获得感的实际影响

在正式调查前进行预调研以完善问卷,确保测量工具的可靠性(Cronbach's α 均>0.9)。随后基于福建省S市382份城镇居民的有效问卷数据,通过描述性统计、相关分析和分层回归模型,系统揭示医改影响人民健康获得感的内在机制。

(一)核心变量的基本特征

描述性统计分析显示,人民健康获得感的总体均值为2.89,处于中等偏上水平,表明医改成效获得了居民的初步认可,但仍存在较大提升空间。从四个分维度来看(见表3),充足性感知最高($M = 2.939$),普惠性感知相对较低($M = 2.862$),反映出基本医疗服务的供给保障成效较为显著,但普惠性制度安排仍有待加强。在医药卫生体制改革的四个维度中,资源整合配置的感

知最强 ($M=2.921$), 政策工具配置的感知相对较弱 ($M=2.830$)。这一分布表明, S 市在推动优质医疗资源下沉、促进区域均衡布局方面的改革措施效果较为明显, 但在政策工具的创新运用与协同配置方面仍需深化。各变量的标准差均小于 1, 表明数据波动性较小、分布相对集中, 满足进一步统计分析的要求。

表 3 各研究变量的描述性统计

名称	最小值	最大值	平均值	标准差	中位数
政策实施力度	1.000	5.000	2.846	0.947	3.000
政策工具配置	1.000	5.000	2.830	0.797	2.667
利益相关者互动	1.000	5.000	2.848	0.841	3.000
资源整合配置	1.000	5.000	2.921	0.961	3.000
充足性	1.000	4.667	2.939	0.731	3.000
均等性	1.000	5.000	2.895	0.824	3.000
便利性	1.000	5.000	2.894	0.800	3.000
普惠性	1.000	5.000	2.862	0.768	2.667

(二) 变量间的相关性检验

皮尔逊相关分析结果为研究假设提供了初步支持。从表 4 可知, 医药卫生体制改革的四个维度与人民健康获得感均呈现出显著的正相关关系 ($p<0.01$), 其中政策实施力度与获得感的相关性最强 ($r=0.406$), 资源整合配置次之 ($r=0.302$), 政策工具配置 ($r=0.240$) 和利益相关者互动 ($r=0.141$) 也表现出显著关联。这一结果初步验证了理论框架中关于医药卫生体制改革各维度与人民健康获得感存在内在联系的假设, 为后续回归分析奠定了基础。同时, 各自变量之间存在中等程度的相关性且 VIF 值均小于 5, 表明医药卫生体制改革的四个维度既相互区别又密切联系, 共

同构成了一个系统性的改革框架。

表 4 各变量与人民健康获得感的相关分析

名称	人民健康获得感		VIF
	相关系数	p 值	
政策实施力度	0.406**	0.000	1.111
政策工具配置	0.240**	0.000	1.054
利益相关者互动	0.141**	0.006	1.165
资源整合配置	0.302**	0.000	1.201

注: * 代表 $p<0.05$, ** 代表 $p<0.01$ 。

(三) 分层回归结果与假设检验

为严格控制混杂因素的影响, 精确识别医药卫生体制改革各维度对人民健康获得感的独立贡献, 本研究采用分层回归分析方法。首先建立仅包含控制变量(教育水平、家庭经济状况、社会信任、邻里关怀)的基准模型(模型 1), 该模型对健康获得感的解释力为 54.7% ($R^2=0.547$), 且所有控制变量均达到统计显著水平 ($p<0.05$), 表明这些个体特征变量确实是影响获得感的重要因素。在此基础上, 分别将医药卫生体制改革的四个维度纳入回归模型, 得到四个扩展模型(模型 2)。

政策实施力度对人民健康获得感存在显著正向影响, 假设 H1 成立。如表 5 所示, 在控制教育水平、经济状况等变量后, 加入政策实施力度的模型 2 较基准模型解释力显著提升 ($\Delta R^2=0.056, p<0.01$)。政策实施力度的回归系数为 0.121 ($p<0.01$), 表明该变量对人民健康获得感具有显著促进作用, 且 $\Delta R^2=0.056$, 贡献度在四个维度中最大, 表明党的政治优势通过政策执行力转化为治理效能是获得感生成的核心路径。

表 5 政策实施力度与健康获得感的线性回归

因变量: 健康获得感	模型 1				模型 2			
	B	t	p	β	B	t	p	β
常数	1.693**	25.844	0.000	—	1.449**	20.704	0.000	—
最高学历	0.127**	7.946	0.000	0.292	0.120**	7.998	0.000	0.276
家庭经济状况	0.090**	6.332	0.000	0.246	0.083**	6.162	0.000	0.225
社会信任程度	0.140**	10.606	0.000	0.411	0.129**	10.341	0.000	0.379
邻里关怀程度	0.038**	2.713	0.007	0.099	0.031*	2.381	0.018	0.081
政策实施力度					0.121**	7.262	0.000	0.243
R^2	0.547				0.602			
调整 R^2	0.542				0.597			
F 值	$F(4, 377) = 113.682, p=0.000$				$F(5, 376) = 113.971, p=0.000$			
ΔR^2	0.547				0.056			
ΔF 值	$F(4, 377) = 113.682, p=0.000$				$F(1, 376) = 52.730, p=0.000$			

注: * 代表 $p<0.05$, ** 代表 $p<0.01$ 。

政策工具配置对人民健康获得感存在显著正向影响,假设 H2 成立。如表 6 所示,在控制教育水平、经济状况等变量后,加入政策工具配置的模型较基准模型解释力显著提升($\Delta R^2 = 0.014, p < 0.01$)。政策工具配置的回归系数为 0.071 ($p <$

0.01),表明其对人民健康获得感具有显著促进作用,验证了社会主义市场经济条件下的政策工具创新对优化激励机制、提升服务效率具有不可忽视的作用。

表 6 政策工具配置与健康获得感的线性回归

因变量:健康获得感	模型 1				模型 2			
	B	t	p	β	B	t	p	β
常数	1.693**	25.844	0.000	—	1.531**	19.183	0.000	—
最高学历	0.127**	7.946	0.000	0.292	0.127**	8.088	0.000	0.293
家庭经济状况	0.090**	6.332	0.000	0.246	0.082**	5.803	0.000	0.225
社会信任程度	0.140**	10.606	0.000	0.411	0.139**	10.669	0.000	0.408
邻里关怀程度	0.038**	2.713	0.007	0.099	0.034*	2.451	0.015	0.088
政策工具配置					0.071**	3.448	0.001	0.121
R^2	0.547				0.561			
调整 R^2	0.542				0.555			
F 值	$F(4,377) = 113.682, p = 0.000$				$F(5,376) = 95.951, p = 0.000$			
ΔR^2	0.547				0.014			
ΔF 值	$F(4,377) = 113.682, p = 0.000$				$F(1,376) = 11.891, p = 0.001$			

注:*代表 $p < 0.05$, **代表 $p < 0.01$ 。

利益相关者互动对人民健康获得感存在显著正向影响,假设 H3 成立。如表 7 所示,在控制相关变量后,加入利益相关者互动的模型较基准模型解释力显著提升($\Delta R^2 = 0.011, p < 0.01$)。利益

相关者互动的回归系数为 0.059 ($p < 0.01$),这一结果印证了马克思主义群众史观在健康治理中的实践价值,共建共治共享的协同机制为获得感生成奠定了社会基础。

表 7 利益相关者互动与健康获得感的线性回归

因变量:健康获得感	模型 1				模型 2			
	B	t	p	β	B	t	p	β
常数	1.693**	25.844	0.000	—	1.539**	18.776	0.000	—
最高学历	0.127**	7.946	0.000	0.292	0.126**	7.946	0.000	0.289
家庭经济状况	0.090**	6.332	0.000	0.246	0.088**	6.276	0.000	0.241
社会信任程度	0.140**	10.606	0.000	0.411	0.141**	10.792	0.000	0.414
邻里关怀程度	0.038**	2.713	0.007	0.099	0.035*	2.577	0.010	0.093
利益相关者互动					0.059**	3.050	0.002	0.105
R^2	0.547				0.558			
调整 R^2	0.542				0.552			
F 值	$F(4,377) = 113.682, p = 0.000$				$F(5,376) = 94.810, p = 0.000$			
ΔR^2	0.547				0.011			
ΔF 值	$F(4,377) = 113.682, p = 0.000$				$F(1,376) = 9.304, p = 0.002$			

注:*代表 $p < 0.05$, **代表 $p < 0.01$ 。

资源整合配置对人民健康获得感存在显著正向影响,假设 H4 成立。如表 8 所示,在控制相关变量后,加入资源整合配置的模型较基准模型解

释力显著提升($\Delta R^2 = 0.032, p < 0.01$)。资源整合配置的回归系数为 0.089 ($p < 0.01$),凸显了社会主义公有制在保障资源公平配置、克服市场“虹吸效应”方面的制度优势。

表8 资源整合配置与健康获得感的线性回归

因变量:健康获得感	模型 1				模型 2			
	B	t	p	β	B	t	p	β
常数	1.693**	25.844	0.000	—	1.480**	19.826	0.000	—
最高学历	0.127**	7.946	0.000	0.292	0.123**	7.990	0.000	0.284
家庭经济状况	0.090**	6.332	0.000	0.246	0.087**	6.292	0.000	0.236
社会信任程度	0.140**	10.606	0.000	0.411	0.133**	10.355	0.000	0.390
邻里关怀程度	0.038**	2.713	0.007	0.099	0.037**	2.743	0.006	0.096
资源整合配置					0.089**	5.347	0.000	0.182
R^2	0.547				0.579			
调整 R^2	0.542				0.573			
F 值	$F(4,377)=113.682, p=0.000$				$F(5,376)=103.321, p=0.000$			
ΔR^2	0.547				0.032			
ΔF 值	$F(4,377)=113.682, p=0.000$				$F(1,376)=28.594, p=0.000$			

注:*代表 $p<0.05$,**代表 $p<0.01$ 。

五、机理阐释:中国特色社会主义制度优势如何催生健康获得感

实证分析清晰地表明,以S市为代表的医改实践显著提升了人民群众的健康获得感。这一成效的背后,是中国特色社会主义制度优势向治理效能的系统性转化。深入剖析其内在机理,对深化医疗卫生现代化实践具有重要启示。

(一)根本保证:党的领导的政治优势转化为改革定力与执行力

马克思主义政治经济学认为,上层建筑对经济基础具有能动的反作用。实证结果显示,政策实施力度($\beta=0.243, p<0.01$)是健康获得感最强的预测变量。在中国特色社会主义制度框架下,党的领导作为政治上层建筑的核心要素,通过制度化的方式转化为推动社会变革的强大动力。S市医改的实践充分证明,党的政治优势通过三个相互关联的机制实现了向治理效能的正向转化。

一是政治势能的形成机制。S市委将医改确立为“一把手工程”,建立党政主导、公益导向、四级联动的医改推进体系,通过顶层设计产生强大的改革推力。这种政治势能不是简单的行政命令,而是基于以人民为中心的发展思想形成的价值共识。当改革触及深层次利益调整时,党委的权威性为打破部门壁垒提供了合法性基础,确保改革方向不偏离公共利益轨道。二是组织体系的传导机制。党的组织网络具有全覆盖、高效率的特征,能够确保政策意图准确传递和执行。S市通过建立党委领导、政府负责、部门协同的工作机制,形成了纵向贯通、横向联动的执行体系。特别

是在推进“三医联动”过程中,党组织协调各方利益关系的能力得到充分体现,使医保、医疗、医药改革形成有机整体。三是意识形态的凝聚机制。党组织通过持续的政策解读和思想引导,帮助各方主体形成改革共识。这种意识形态工作不仅体现在宣传层面,更通过制度化的参与渠道,使医务人员和群众理解改革、支持改革。当改革获得广泛认同时,执行成本显著降低,改革成效得以放大。

此外,这三种机制不是孤立存在的,而是相互强化、协同作用的有机整体。政治势能为改革提供初始动力,组织体系确保动力持续传导,意识形态工作则降低传导过程中的阻力。S市的实践表明,坚持党的全面领导不仅是政治原则,更是具有可操作性的治理模式,它通过系统化的机制设计,将制度优势转化为实实在在的改革成效。

(二)内生动力:制度创新的体制优势优化激励与约束机制

马克思主义政治经济学强调,生产关系必须适应生产力的发展。S市医改的成功实践,充分体现了社会主义制度自我完善的能力。没有陷入“要么政府、要么市场”的二元对立思维,而是创造性地探索出了“政府主导、市场机制”的新型关系模式。

在宏观层面,建立了政府主导与市场机制相结合的框架体系。政府通过规划制定、标准确立和监管执行,确保医疗卫生事业的公益性方向。S市通过“三医联动”的系统性重构,将政府主导权集中于医保支付方式改革,以其战略性购买力塑造医疗服务市场。同时,在服务提供和资源分配环节,S市也注重引入竞争机制,以提高资源配置效

率。这种“政府做加法、医院做减法”的保障模式,为改革提供了稳定预期,从宏观制度基础上确保了医改不偏离公平轨道。

在中观层面,创新了政策工具的组合使用。S市将权威型工具、激励型工具和能力型工具有机结合起来。S市首先从整治药品流通领域乱象入手,整治药品耗材利益链,累计降低药耗支出超100亿元,有力地“腾出空间”。特别是通过医保支付方式改革,建立了“结余留用、超支共担”的激励机制,使医疗机构从被动执行者转变为主动管理者。据统计,2023年,S市按C-DRG入组结算率达到82.3%,相对节约医疗费用1.32亿元。在薪酬方面,全市县级以上公立医院医生的平均年薪从5.65万元上升到20.11万元,医务人员工作积极性大幅提升。这种激励相容的制度设计,有效引导医疗行为向价值医疗转型。

在微观层面,构建了持续优化的制度演进机制。S市医改不是一次性的制度变革,而是根据实践反馈不断调整完善的动态过程。S市医保部门每月对医保基金运行情况进行分析,动态监控医保基金收入支出的增长趋势和变化情况,定期监测住院率、次均住院费用等关键指标。同时,卫健部门每月对公立医院医药收入构成情况进行分析,公立医院也每月对内部运行情况进行分析,动态监控医院内部收支盈余情况、门急诊人次、住院人次、患者满意度等关键指标。这种制度学习能力体现在建立政策评估机制、畅通信息反馈渠道等方面,使制度创新能够及时回应实践中的新问题、新挑战。S市的实践表明,中国特色社会主义市场经济体制具有强大的制度创新能力,能够根据实践需要不断调整生产关系,更好地适应生产力发展要求。

(三)力量源泉:群众路线的工作优势凝聚社会共识与合力

历史唯物主义认为,人民是历史的创造者和社会变革的决定性力量。S市医改的成功实践,生动诠释了党的群众路线在新时代治理实践中的创新应用。这种应用不是简单的工作方法移植,而是通过制度化的参与机制,将“从群众中来、到群众中去”的根本方法转化为具体的治理效能。

一是公众参与机制的创新确保改革符合民意。S市在医改过程中,通过多种渠道广泛听取群众意见。例如建立医改政策听证制度,邀请居民代表参与政策讨论;开展满意度调查,将群众评

价作为改革成效的重要衡量标准。这些制度化的参与机制,使群众路线从原则要求转化为可操作的实践规范。这使得医改从“政府的改革”转变为“人民群众自己的改革”。

二是利益协调机制的完善促进社会共识的形成。医改本质上是利益格局的重新调整,必然会产生不同群体间的利益博弈。S市通过建立协商对话平台,促进政府、医疗机构、医务人员和患者之间的理解互信。特别是在推进薪酬制度改革过程中,通过多轮协商找到各方都能接受的方案,既调动了医务人员积极性,又保障了患者权益。这种基于协商的利益协调机制能够有效化解改革阻力,形成最大公约数。

三是社会监督机制的强化确保改革不偏离方向。S市充分发挥群众监督作用,建立医疗服务价格公示制度、医保基金使用公开制度等,让改革在阳光下运行。这种深深植根于人民之中的治理模式,为获得感的生成培育了坚实的社会根基。S市的医改实践深刻表明,群众路线不仅是价值立场和工作方法,更是一种重要的治理资源。通过制度化的参与机制、艺术性的利益协调和社会资本的持续积累,群众路线能够有效动员社会力量、凝聚改革共识,形成推动社会变革的持久动力。

(四)物质基石:公有制的经济优势保障资源公平可及

马克思主义指出,生产资料所有制决定分配关系。我国以公有制为主体的基本经济制度,为实现医疗资源的公平配置与合理流动提供了根本性的制度保障。S市医改的实践充分证明,公有制经济的内在属性能够有效克服资本逻辑主导下资源配置的固有缺陷,为构建公平可及的医疗卫生服务体系奠定坚实的物质基础。

一方面,公有制经济的主体地位赋予资源整合与统筹调配制度合法性及实施可行性。S市通过构建紧密型县域医疗卫生共同体,实现了区域内人、财、物等核心医疗资源的统一管理、集中配置与协同使用。这种系统性的整合模式突破了机构所有制壁垒与部门分割局限,促使优质医疗资源得以依据区域卫生规划与实际健康需求,实现跨机构、跨层级的有序流动与高效利用。更为重要的是,以公有制为基础的经济结构确保了资源配置决策能够坚定不移地贯彻公平正义原则。S市在财政投入、设施建设、人才引进等方面持续向

农村地区与基层机构倾斜,着力扭转资源向城市大型医院过度集中的“虹吸效应”。目前,S全市144家公立基层医疗卫生机构中,已有139家服务能力达到“优质服务基层行”活动基本标准(含推荐标准),占比达96.52%。这种具有鲜明计划性与导向性的资源配置策略,本质上是社会主义制度追求共同富裕内在要求的具体体现。

另一方面,公有制经济为医疗卫生事业的可持续发展提供了稳定可靠的投入保障机制。S市通过优化公共财政支出结构,确立了政府对医疗卫生事业的投入增长与经济发展水平相适应的长效机制。同时,通过改革医保基金筹资与使用政策,强化其战略购买与价值导向功能,提升了公共资金的使用效率。这种基于公有制经济的投入保障体系,能够有效规避市场波动带来的不确定性,确保医疗卫生事业发展的连续性与稳定性,特别是在应对重大公共卫生突发事件时,更能彰显其强大的资源动员与保障能力。在此基础上,S市将健康服务重心由后端医疗向前端预防延伸,2024年对高血压、2型糖尿病、严重精神障碍、肺结核患者的规范管理率分别达到88.04%、87.54%、97.97%、99.1%。同时全力推进全民健康管理,开展示范县(区)创建试点。全市已有12家全民健康管理中心和12家总医院疾病管理中心投入运行,共培训健康管理医师和疾病管理师1420名,标志着其全民健康管理体的初步建成。

结语

本文基于马克思主义人民健康观的理论视角,通过对S市医改实践的实证考察,系统阐释了医疗卫生体制改革影响人民群众健康获得感的深层机理。研究表明,中国式医改的成功实践本质上是一套制度优势系统性转化的过程,这一过程通过“政治引领—制度创新—主体协同—资源整合”的四维框架得以实现。本文也存在若干局限。一方面,基于横截面数据的分析难以完全捕捉改革效果的动态演变过程;另一方面,单一案例研究虽然具有典型性,但其经验的普适性仍需通过更多区域的比较研究加以验证。未来研究可以进一步探讨不同区域背景下四个维度作用机制的差异性,以及数字化等新技术对健康治理模式的影响。

总之,S市医改的实践充分证明,以马克思主义人民健康观为指导,中国特色社会主义健康治

理道路具有显著的优越性。这条道路的成功不在于某个单一因素的突出作用,而在于各种制度优势的系统性整合和创造性转化。这不仅为持续推进健康中国建设提供了实践范本,也为全球健康治理贡献了中国智慧。

参考文献:

- [1] 中国共产党第二十届中央委员会第四次全体会议公报[N].人民日报,2025-10-24(1).
- [2] 习近平.决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告[M].北京:人民出版社,2017.
- [3] 寇宗来.“以药养医”与“看病贵、看病难”[J].世界经济,2010(1).
- [4] 中共中央马克思恩格斯列宁斯大林著作编译局.马克思恩格斯文集:第1卷[M].北京:人民出版社,2009.
- [5] 中共中央文献研究室.毛泽东文集:第1卷[M].北京:人民出版社,1993.
- [6] 习近平.习近平谈治国理政:第二卷[M].北京:外文出版社,2017.
- [7] 杨国争,上官霜月,郑晓冬,等.公平视野下农村医疗服务空间可及性的健康效应[J].中国农村经济,2024(11).
- [8] 高秋明,王震.完善社会医疗保障的政策工具选择——基于城乡居民医保整合的实证研究[J].中国特色社会主义研究,2019(4).
- [9] 李乐乐,徐莹,王曦,等.基于利益相关者理论分析的县域医共体建设对利益整合的影响[J].中国医院,2024(5).
- [10] 徐芳,王伟,严非.分级诊疗背景下医疗卫生机构分工协作的利益相关者分析:基于苏州市两区的实证研究[J].中国卫生资源,2020(6).
- [11] 中共中央马克思恩格斯列宁斯大林著作编译局.马克思恩格斯选集:第3卷[M].北京:人民出版社,1995.
- [12] 储怡菲,吴方卫.从机会公平到结果公平:城乡居民基本医疗保险制度的演进逻辑[J].农业经济问题,2025(1).
- [13] 李东平,田北海.基本公共服务可及性如何影响农户获得感——基于湖北省1036个农户样本的实证分析[J].中国农村观察,2024(1).
- [14] 陶春海,郭同济,许可.我国医疗卫生资源配置均等化水平测度[J].统计与决策,2019(24).
- [15] 雷咸胜.城乡居民医疗服务满意度比较研究——基于CGSS(2015)数据的实证分析[J].农业技术经济,2019(4).
- [16] 李林,郭宇畅.医疗卫生服务与农村居民幸福感

的关系——基于CGSS 2013和CGSS 2015调查数据的实证分析[J].西北农林科技大学学报(社会科学版),2019(1).

[17]郭林,管理定.健康中国建设背景下医疗服务满意度的实证评价与政策优化[J].中山大学学报(社会科学版),2020(1).

[18]王红漫,杨乐,普秋榕.基本医保城乡统筹新政策实施状况研究——基于北京市居民政策知晓度与满意度的实证分析[J].科学决策,2019(8).

[19]陈丽君,郁建兴,张瑶琼.基于知晓度的政策绩效评价:以浙江省湖州市城乡统筹就业促进政策和服务为例[J].公共行政评论,2009(6).

[20]周小梅,刘建玲.医改背景下医疗服务价格管制效果研究[J].经济与管理,2021(6).

[21]陈皓阳,闫如玉,高镜雅,等.政策工具视角下我国医联体建设政策量化分析[J].中国卫生经济,2019

(11).

[22]李鹤.政策形成过程中的公众参与:以中国医疗政策改革为例[J].华东政法大学学报,2014(3).

[23]徐芳,王伟,严非.分级诊疗背景下医疗卫生机构分工协作的利益相关者分析:基于苏州市两区的实证研究[J].中国卫生资源,2020,(6).

[24]杨欢.中国优质医疗资源配置水平的区域差异及动态演进研究[J].西北人口,2022(4).

[25]李中凯,李金叶.中国医疗资源配置效率测度及影响因素分析[J].统计与决策,2021(19).

[26]郭冰清,姚强.新时代中国居民健康保障获得感变化趋势及影响因素研究[J].统计与信息论坛,2023(9).

[27]刘成,李秀峰.制度绩效、隐性态度与公众医疗卫生服务满意度——基于多层线性模型的宏观、微观互动分析[J].华东理工大学学报(社会科学版),2020(1).

Empirical Analysis of the Effect of Healthcare Reform from the Perspective of the Marxist View on the People's Health

YANG Tingting

School of Marxism, Capital Normal University, Beijing 100048, China

Abstract: The people's health stands as a vital indicator of national prosperity and strength. Based on the Marxist view on the people's health, this study constructs a four-dimensional analytical framework encompassing "political leadership, institutional innovation, stakeholder coordination, and resource integration", which can effectively reveal the intrinsic mechanism of our country's healthcare reform outcomes that have been transformed into the people's sense of gain in health. The CPC's political strengths, manifested through robust policy implementation, provide a fundamental guarantee for generating the sense of gain. The policy tool innovation under the socialist market economy optimizes incentive-constraint mechanisms. The pluralistic collaboration through joint construction, governance and sharing embodies the mass line. The resource integration under the public ownership consolidates the material foundation for health equity. China's healthcare reform hinges on systematically transforming the institutional strengths of socialism with Chinese characteristics into governance efficacy, and provides both theoretical underpinnings and practical pathways for deepening healthcare system reform.

Key words: Marxist view on the people's health; healthcare system reform; sense of gain

(责任编辑 昭 衢;实习编辑 刘 宇)