

新质生产力赋能健康治理现代化： 理论逻辑、历史经验与实践路径

田 勇^{1,2,3}, 张石川³, 陈晓翠^{4*}

(1. 成都理工大学 商学院, 四川 成都 610059;

2. 电子科技大学 计算机科学与工程学院/网络空间安全学院, 四川 成都 611731;

3. 电子科技大学 附属肿瘤医院, 四川 成都 610000;

4. 四川中医药高等专科学校 护理学院, 四川 绵阳 621000)

摘要:以新质生产力赋能健康治理现代化为核心议题,系统构建技术、制度与价值三维分析框架,结合历史演进与多案例比较,剖析技术集群对健康治理要素的重构机制与赋能适应动态博弈规律。研究表明,新质生产力通过协同驱动推动治理模式向协同化、数据化转型,但亦面临数字鸿沟、算法伦理等结构性张力。据此提出以基础设施、协同机制与治理能力为支柱的系统重构路径,强调技术赋能须与制度适配、伦理建设同步推进,为实现中国式现代化健康治理体系提供理论支撑与实践参照。

关键词:新质生产力;健康治理;技术制度适配;赋能悖论;系统性重构

中图分类号:R197.1;D63 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-055X(2026)02-0058-15

在新一轮科技革命的推动下,以人工智能(AI)和大数据为典型的新质生产力正在重塑国家治理体系。党的二十大报告提出,“推进健康中国建设”“把保障人民健康放在优先发展的战略位置,完善人民健康促进政策。”“深化医药卫生体制改革,促进医保、医疗、医药协同发展和治理。促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,坚持预防为主,加强重大慢性病健康管理,提高基层防病治病和健康管理能力。”^[1]在此大背景下,健康治理体系亟需解决慢性病负担不断增多、资源调配不均以及基层能力短缺等结构性问题,从而推动传统零碎化的模式向着全生命周期健康管理转变。健康治理现代化是指在全球化与数字文明双重背景下,通过制度重构、技术赋能与价值重塑,推动健康治理体系从碎片化、被动应对向系统化、主动预

收稿日期:2025-08-10

基金项目:国家社会科学基金青年项目“西部民族地区巩固脱贫成果的内生型社会动员机制研究”(21CMZ014)。

作者简介:田勇,男,四川宜宾人,管理学博士,特聘研究员,硕士生导师,主要从事卫生事业管理、健康治理研究;张石川,男,四川成都人,医学博士,主任医师,博士生导师,主要从事肿瘤放疗基础及临床研究;陈晓翠,女,甘肃金昌人,护理学博士,讲师,主要从事护理教育、健康管理研究。

*通信作者:陈晓翠

防、协同共治和全民健康覆盖的全方位转型。其理论渊源可追溯至世界卫生组织(WHO)提出的“将健康融入所有政策”(Health in All Policies)理念。健康治理现代化进程离不开全球化和数字文明的时代背景,需通过重构制度体系、强化技术支撑、重塑价值理念,推动健康治理体系向更加系统化、注重预防、多方协同以及全民覆盖的方向实现根本性转变,并深深结合了中国式现代化进程中以民为本的发展观念以及健康中国战略所期望达成的目标^[2]。以往的研究大多侧重于技术层面的阐述或者单一案例的剖析,而本文则把新质生产力、制度契合度和治理成果放在同一个因果关联当中展开全面探究。研究采取多案例对比法,挑选出福建三明、浙江德清、上海瑞金这些颇具代表性的实践实例,站在新质生产力理论的角度上,深入剖析其在助力健康治理方面的立体推动机制,力求为形成中国式现代化健康治理体系赋予稳固的理论根基和应用方向。

一、问题的提出

2016年出台的《“健康中国2030”规划纲要》是新中国成立以来,国家层面有关健康领域的第一个长期战略规划,为改善国民健康水平,促使健康和经济社会协同发展指引了方向^[3]。在推进中国式现代化、深入实施健康中国战略的过程中,健康治理从生存型朝着发展型转变,这符合人民全生命周期的健康需求,致使传统治理模式在新型生产力驱动下面临重构挑战。为了界定研究范围,本文对以下几个核心概念予以界定:健康治理(Health Governance)是指政府、市场、社会等多元主体通过制度设计、资源统筹与行为协同等方式,共同应对健康领域挑战、实现全民健康保障的系统性过程。其核心特征体现为多中心参与、政策协同与责任共担^[4]。健康治理走向现代化,重点在于依靠数字化、智能化和法治化方法实现治理体系的快速反应、精准研判和整体韧性。其目的在于加强服务的可达性,推动健康的公正性,改良系统的效率并增进公众的参与度^[5];健康治理的现代化转型在独特的中国背景之下,即由以往以行政为主导、以疾病为中心的监管模式,向以人为本、数据驱动、跨部门协同的现代化治理模式转变的进程^[6]。当下,慢性病负担不断加重、资源分配不均、基层能力短缺等多重问题相互交织,造成健康中国治理体系陷入深层次的结构性困境,所以要从技术、制度和价值这三个方面去寻找系统的解决办法。

(一)健康治理现代化转型的范式挑战

中国特色社会主义进入新时代,中国社会主要矛盾已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。这种矛盾在健康领域表现格外突出,表现出从满足生存型健康需求朝着适应发展型健康需求过渡的范式转换。从治理理论角度看,此次转型实质上是从威权式卫生行政运作朝着整体性健康治理(Whole-of-Government Health Governance)的结构性变革,其内涵涵盖治理主体日益多元,政策工具渐次数字化,服务供给得以整合以及成果评定趋于人性化^[7]。工业化、城镇化进程加快之际,人口老龄化和少子化情况越发严峻,中国疾病谱出现重大改变,慢性非传染性疾病成了主要健康威胁。以往以传染病防控和急性病救治为主的服务形式,已无法适应新的形势需求,且民众的健康观念有了很大转变,不再仅仅满足于避免患病,而是探求覆盖生命全过程,包含生理、心理和社会福祉的优

质健康服务,这就促使健康治理朝着疾病预防、风险防范和康复护理等上游方向全方位拓展,达成了从以疾病为中心到以人民健康为中心的重大变革,不过当前的健康治理体系大多是为了应对生存型需求而搭建起来的,存在碎片化和被动性的状况。碎片化体现在三医系统之间存在政策和信息壁垒,医疗机构由于受行政等级管理以及无序竞争影响,出现了资源虹吸和数据孤岛现象,健康促进和疾病治疗相互分离,导致资源分配结构失衡、治理效能降低。被动性源自以疾病为中心的逻辑,治理往往事后做出应对,缺少针对健康风险的前瞻性判断以及对健康资本的积极投入,在应对人口老龄化和慢病管理这些长期难题时就显得力不从心。

(二)新质生产力赋能健康治理的研究评述

国内外有关新质生产力和健康治理的研究存在技术聚焦与系统缺失的特征,从技术应用角度看,当下的研究大多侧重数字技术,比如AI、大数据对于提高医疗效率的作用,智能诊疗系统优化资源配置,可穿戴设备实现慢性病实时监测等。这些往往止步于工具理性范畴,并未深刻剖析技术应用怎样系统地促使健康治理朝着结构协同、决策科学、服务积极、人本价值等现代方向发生本质变革^[8]。就个案分析而言,健康四川的数字化转型重视地方层面操作中的技术整合,世界卫生组织-美洲卫生组织(WHO-PAHO)框架着眼于数据治理时人员、流程、技术之间的协作,不过常常忽略技术、制度与价值在实现健康治理现代化目标进程中的系统性联合机制及合适途径;至于矛盾难点方面,即便提到算法伦理冲突、数字鸿沟现象,但对于这些因素怎样妨碍健康治理现代化目标达成,譬如算法偏见会损害健康公平,数据隔离会造成服务分散化等情况,尚未从治理现代化内涵角度展开深入探究,也没有纳入技术社会学体系。当下已有的方案大多着眼于局部改良,比如DRG支付改革,缺少针对健康治理现代化整体格局的系统性重建路径,难以解决赋能悖论,把基础设施、战略协同和伦理治理结合并推进。本文的创新之处在于创建起技术、制度与价值三维激发模型,并把这个模型同健康治理现代化的关键维度——协同化、数据化、自主化、人本化实施理论关联,填补单纯技术视角带来的缺陷;揭示出赋能和适应的动态博弈规则,分析制度适配和价值反哺的深层次互动;在路径规划方面给出健康成果债券、数据主权账户等制度与技术相融合的改进措施,目的在于系统地促使健康治理现代化得以达成。

(三)新质生产力内涵与健康治理的契合逻辑

新质生产力的兴起为应对前面提到的诸多挑战带来了一个历史性的契机,这种生产力源于技术的革命性超越,产业的深入转型升级以及生产要素的新式调配,是当代先进的生产力,并非传统生产力的简单升级,而表现出一种崭新的质态^[9]。在健康治理方面,新质生产力包含以智能化、数字化、绿色化、融合化为特点的技术群落及其引发的组织变革,这里牵涉人工智能、大数据、物联网等数字技术、基因组学、合成生物学这样的前沿生物技术,也关乎绿色技术,比如绿色医院建筑、低碳医疗流程等^[10]。这些技术相互融合并加以应用,正在重新塑造健康治理的关键要素。与之相适应,新质生产力和健康治理现代化相契合之处在于,凭借自身的技术群落和组织变革属性,给后者达成目标提供了重要的推动力以及可行的途

径。其核心契合点主要表现在两个方面,一方面,新质生产力借助数据互联和平台协作促使治理结构由碎片化控制向系统性协同过渡,也就是冲破组织及信息隔阂,形成以政府引领,市场、社会、个人等多种主体共同参与的**网络型健康联盟**,这符合健康治理现代化的协同化导向^[11];另一方面,新质生产力凭借算法决策和机制更新助力治理流程从依靠人力经验朝着数据引导、智能决策和机制奖励方向发展,治理的决策根基在于依托大量数据展开挖掘与预判;运作原理则是按照算法执行智能化的资源适配和服务传递;调控方法经由按疾病诊疗相关分组(DRG)和按病种分值付费(DIP)等精确化的支付与成果评定做到精准激励,这与健康治理现代化所探求的决策科学化和服务精准化理念十分切合。

本研究旨在回应核心问题:一是新质生产力如何通过技术、制度和价值协同机制重塑中国健康治理体系并推动其现代化;二是发展进程中有哪些可参考经验和需超越的结构性难题;三是如何创建解决赋能悖论的有效途径,推动健康治理体系全面、协同、以人为本的现代化变革。针对这些问题,按理论逻辑、历史经验、应用途径顺序推进,先说明新质生产力助力健康治理的三个推动机制,再用历史分期和案例对比展现助力与适应相互作用规则及悖论产生原因,最后给出依靠要素根基、制度配合、治理体系和价值引导的系统变革方案,为形成中国特色健康治理体系提供理论支撑和操作指导。

二、理论逻辑:新质生产力赋能健康治理的三维驱动机制

新质生产力赋能健康治理,本质是由技术革命触发、制度适配支撑、价值重构深化的系统性范式变革。其作用遵循从生产力变革到生产关系重构,再到行为文化生态重塑的递进传导逻辑。三维机制相互嵌套,构成健康治理现代化的理论内核。该框架旨在系统回应“健康治理现代化”何以实现这一核心问题,其驱动过程直接对应并推动了治理体系在协同化、智能化与人本化等现代化维度的转型。为直观阐释这一动态演进过程,构建新质生产力赋能健康治理现代化的三维驱动机理框架,如图1所示。

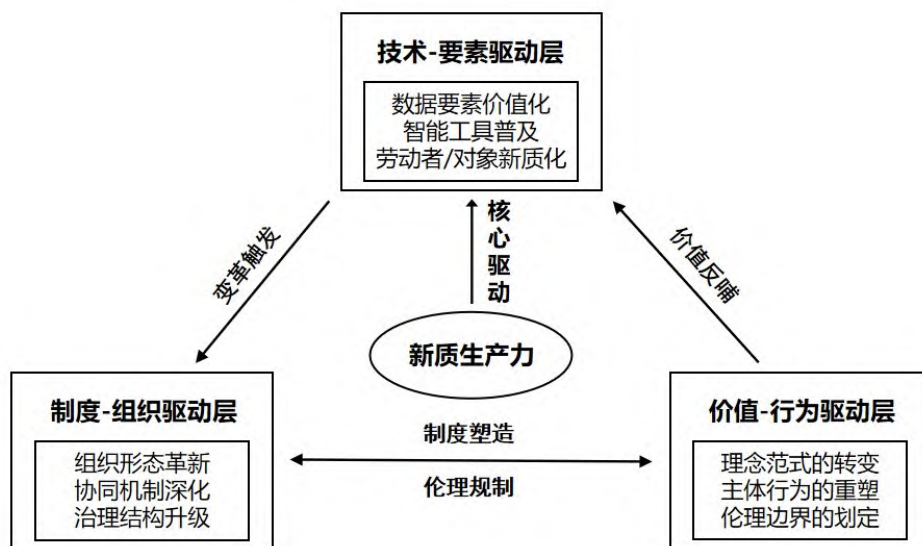


图1 新质生产力赋能健康治理现代化的三维驱动机理

新质生产力处于核心地位并发挥推动作用时,最先在技术-要素层显示出来,这是范式变革的开始及其物质根基所在,之后依靠变革激发机制、技术和要素的改变会促使制度-组织层实施适应性重构。如创建国家级健康医疗大数据中心(属于技术要素方面的改变),这里汇聚了大量迫切等待流通利用的数据资源,所以有关数据权属规则、流通机制等方面的制度必须进行适应性重构,从而打破数据孤岛和权属不清的困境,再往后,新的制度与组织依靠自身塑造的规范及奖励功能,带动价值行为层产生变化,比如实行 DRG/DIP 支付改革(属于制度革新),该改革把医保支付同疾病分组/分值关联起来,采用总额包干、结余留用之类的机制,使得医院由着力谋求服务数量转为关注成本控制、改良临床路径、增进基层合作、重视患者后续照护,如此一来便建立起医疗机构追求价值医疗(Value-based Healthcare)的成果导向观念;而且患者了解到更为透明的费用信息以及成果评价体系以后,自身的健康管理意识和参与积极性(行为方面)也得到了很大激发。这不是单向的线性过程,价值观念的更新和主体行为的重塑,而是经由价值反哺和伦理规制产生逆向反馈,公众对于算法偏见、数据隐私泄露普遍存在担忧情绪,这种担忧借助社会舆论压力、监管要求等机制,一方面推动技术开发者在技术改良过程中改善算法的透明度和可解释性,另一方面也使立法机构制定专门法规,而且经由设立算法伦理审查委员会来完善制度,从而做到效率与公平、革新与安全之间的动态兼顾。这样,整个系统就形成一种动态发展、逐步上升的良性循环,系统性地朝着协同高效、公平普惠、富有韧性的现代目标迈进。

(一)理论根基:与经典理论对话与融合

技术、制度与价值这个三维推进框架不是突然就有的,而是依托经典理论,针对数字时代治理难题展开的更新考察。一方面,这个框架延续并发展了马克思主义政治经济学的基本原理,智能技术、数据要素这样的新质生产力会促使制度规则体系作出适应性调整,从而引发上层建筑领域发生深刻变革。独特之处就在于冲破了单向决定论,采用价值反哺和伦理规制的逆向反馈机制,全面阐释了价值观念重塑以及文化生态改变对于技术发展方向和制度设计协调的重要作用,做到了在数字时代从辩证的角度加深对生产力、生产关系以及上层建筑相互作用关系的认识,为认识健康治理现代化这一上层建筑层面的变革提供了动态的分析手段。另一方面,框架表现出“技术触发-制度重构-价值/行为重塑-反哺”的动态流程,其本质逻辑同制度变迁理论所显示的渐次性、路径依赖性改革逻辑非常贴合,中国健康治理由传统经验模式向现代化范式转变,这是技术冲击助力和制度调节适应持续博弈并呈螺旋式上升态势所形成的成果,典型的例子就是三明、德清等地试点模式的经验经由试错和调适之后变成相关政策,且框架的终极目标和协同治理、网络化治理理论的主要追求一致,目的在于做到系统协同、网络化的健康共同体以及多元共治的治理目标^[12]。这个框架的重要贡献在于,把前面提到的经典理论的理想诉求,变成一个具备确切动力源、传导路径和反馈回路的健康治理现代化达成机制。总之,三维推动框架既有理论阐释功能,又有操作指引意义,可以为应对新质生产力助力过程中的结构性张力提供系统办法。

(二)技术—要素驱动层:生产力系统性变革

新质生产力先要对劳动资料、劳动者、劳动对象这些核心要素进行改造,从而为健康治

理走向现代化奠定物质根基,数据要素价值化是推进转型发展的关键起点。传统治理由于信息被分割,造成资源分配不合理的状况,不过国家级健康医疗大数据中心建立起来以后,促使数据从信息孤岛变成推动决策的战略财富^[13],个人健康数据不断汇聚起来,形成精确的健康或者衰老图谱,这个图谱可以做到对疾病风险预先告知,也可以随时监测公共卫生事件的发展情况,使得治理决策由依靠经验转为凭借数据来驱动;而且有关医疗质量、效率、费用等方面的数据公开之后,就会冲破医患双方之间存在的信息隔阂,促使需求方的资源得到优化安排。当下,急需更新数据确权与流通机制、数据信托、数据银行等模式,能够协调数据利用与隐私保护带来新办法。智能工具日益普及,正在重新塑造劳动资料的形态,依靠 AI 的辅助诊疗系统填补了基层的技术短板,可穿戴设备可全天候监测院外慢病患者,依托区块链的数字健共体则助力跨机构调阅病历并协作转诊,一起促使服务模式由设备升级朝着体系重构迈进,劳动者的新质化是关键依托,单一技能的医护人员很难符合人机协同这种新型工作形式的需求,既懂医学知识又通晓数据科学,还有管理能力与伦理意识的复合型人才成了当下的主要需求^[14]。这类人才要精通算法逻辑分析能力,可以规划个性化健康守护方案,还要有效地组织多学科合作,如果参考国际先进经验去推动医学教育体系变革,着重开办跨学科的诸如数字健康领导力之类的培育项目,新质生产力对健康治理核心要素实施重塑,重点表现在技术工具性质和组织行为模式这两方面的改变上。详见表1、表2。

表1 新质生产力在健康治理中的技术集群特征

核心要素	传统技术特征	新技术集群	健康治理场景体现
劳动资料	听诊器 手术刀等物理工具	智能化工具	AI辅助诊疗 可穿戴监测设备
技术属性	机械性 单一功能	智能化:AI算法决策 数字化:电子病历/物联网 绿色化:远程医疗减碳 融合化:多技术集成	疾病预测模型 低碳医疗流程 跨平台数据池

表2 新质生产力驱动的组织与行为变革

核心维度	传统模式	新质变革	健康治理实践载体
劳动者	单一技能型医护人员	复合型人才 (医学+数据科学+伦理)	健康数据分析师 AI诊疗协同医师
劳动对象	被动患者	主动健康管理者	使用APP自我监测的慢性病患者
组织方式	科层管理 各自为战	网络协同	数字健共体 体医养融合平台

(三)制度—组织驱动层:生产关系适应性重构

生产力若要发生质变,制度与组织便须达成深度适配,其核心任务在于经由规则与组织的更新,把技术要素潜藏的变革潜能,变成健康治理现代化的持续推动力与稳固框架。组织形态的革新冲破了传统零碎的布局,平台化技术促成了网络化的治理组织,这种组织整合区域医院、基层机构以及药房的资源,做到技术共享和服务下移,体医养融合平台贯通体育、医

疗、养老领域,提供一体化的健康解决方案^[15],此类组织凭借数字关联取代层级运作,充当实体媒介促使系统协同这个现代目标得以达成,协同机制进一步依靠利益共同体创建,以DRG/DIP支付改革为支点,把医、保、患关系转变成风险共担的合作关系。医院想要达成成本控制并改进效益,就会改良临床路径,巩固基层医疗协作,加强患者延续性守护,再加上药品集中采购、动态价格调节,从而创建起价值医疗生态体系,上海瑞金医院的AI诊疗平台同医保支付改革一起开展应用就显示,技术融入应当和制度更新一同推进,这样就能形成技术与制度相互加强的逻辑,治理结构升级朝着跨部门全面治理的方向发展,健康融入所有政策理念要求形成多部门协同网络,环保、城市规划、教育等政策都会影响健康^[16],经由创建跨部门的数据共享机制和健康影响评价制度,把健康因素融入到制定公共政策的各个环节当中,达成健康治理模式从卫生部门向政府多方共治的责任转换,这显示了治理结构现代化水平的大幅优化。

(四)价值—行为驱动层:健康文化生态重塑

技术革新与制度发展会深入推动观念更新,促使行为模式向转型升级方向发展,这是健康治理走向现代化在文化软实力和主体能动性方面的重要体现,关键之处在于形成以民众健康为核心的价值取向,这种观念范式的变化表现为由被动就医向积极关注自身健康的转变,智能手环、健康类应用程序等可以让人量化检测自己的生理指标,尽管存在被技术控制的风险,但从实际效果来看却加强了人们的健康自主意识,一旦不良生活习惯经由数据分析立即表现出来,群众投身健康管理的积极性就会明显增强,从而为以预防为主策略构筑起社会心理根基。主体行为发生重塑时,治理角色也会重新塑造,居民不再是被动的患者,而是成为用数字工具做自己健康管理的健康代言人,政府也非全方位的监管者,而是成为营造规则、助力众多主体参与的平台型服务供应者,治理模式由管控转为共治^[17]。

这一系列行为的改变共同塑造了健康治理现代化所必需的多元共治社会基础。伦理边界的划定是可持续发展的必要条件。算法偏见有可能使少数群体在健康方面的不平等状况固定下来,海量数据的聚集会加大隐私泄露的风险,远程医疗会削弱医患之间的情感纽带,健康码数据滥用引发的争议凸显了技术伦理问题的迫切性。推进治理现代化必须将伦理建设与技术革新置于同等重要地位,通过完善立法明确数据权属与算法责任,构建可解释性审查机制,践行人文技术主义理念,统筹兼顾效率与公平,从而在健康治理现代化进程中实现创新与安全、效率与公平的动态平衡,确保技术进步切实服务于人的全面发展和健康福祉。

三、“赋能悖论”:新质生产力驱动健康治理现代化的结构性张力

(一)赋能悖论的多维呈现:对现代化目标的挑战

新质生产力依靠技术、制度与价值这个三维推动机制,为健康治理走向现代化提供了清晰的发展方向,不过要清楚察觉到,这个赋能过程本身就有矛盾之处,也就是利用技术方法解决传统治理难题的时候,也许还会产生新的、更繁杂的治理麻烦。这种赋能悖论有着全面的表现形式,直接影响健康治理现代化的目标。一方面,技术的应用虽然能改进医疗系统的

运作效率,但是由于数字基础设施设置不均衡,技术应用水平不一样以及资源分配不协调等情况,会在城乡之间、代际之间、不同收入人群之间进一步扩大数字差距,这和健康治理现代化一直秉持的公平普惠理念相违背^[18];另一方面,依靠 AI 的自动化决策既能改善资源调配情况,又暗藏算法偏见、责任不清以及黑箱决策之类的道德风险,要是算法的训练数据没有很好地涵盖某些特定群体,那么作出的决策就会系统性地伤害到这些群体的健康权益,这既同治理的品质及其可获取性相关联,又触及到现代化进程中务必守住的公平正义价值界限;健康大数据的汇聚对于推动协同治理十分关键,不过数据集中化和流动化也会带来一些风险,比如个人隐私泄露、非授权使用之类的情况。公众对于数据滥用感到担忧,这种担忧有可能转变成对治理措施缺乏信任,当推动系统协同、依靠数据执行治理的时候,怎样有效地捍卫个体的数据主权就成了关乎治理体系是否合法的重要课题。

(二)悖论根源的理论透视:结构性张力的生成逻辑

深入分析这些悖论现象,其根源在于技术创新逻辑与健康治理实践逻辑之间存在的深层结构性矛盾。从技术社会学视角看,技术的社会建构理论表明,算法、平台等技术载体并非价值中立,其设计与应用过程必然嵌入特定社会价值取向与权利关系,导致技术异化现象,即技术发展可能反向制约人类福祉。例如,远程医疗技术的普及在提升服务效率的同时,可能弱化医患间的情感联系,反映出技术赋能过程存在偏离以人民为中心发展思想的风险。从治理理论维度分析,健康治理作为涉及政府、市场、社会等多元主体的复杂系统,需统筹效率、公平、质量等多重价值目标。新质生产力的引入虽能优化单一目标绩效,但易加剧目标间的内在矛盾,并因跨部门数据共享机制不健全而造成协同失效,暴露出新型治理工具与传统治理体系间的适配性问题。在制度经济学层面,这种矛盾体现为制度供给滞后,技术迭代快于制度更新,致使数据确权、算法监管等制度规则缺失,构建适应新质生产力的治理体系存在较高制度性交易成本。若矛盾不能有效化解,将制约技术赋能成效,从制度成本与规则供给角度揭示了现代化转型的现实挑战。

四、历史经验:健康治理演进中的赋能与适应动态博弈

本研究立足技术、制度与价值三维驱动框架,系统分析中国健康治理演进过程中赋能与适应的动态博弈机制。这一演进过程并非简单的技术替代路径,而是在新质生产力冲击下,治理体系通过技术革新、制度完善与价值重构的协同推进,实现现代化水平的螺旋式提升。中国健康治理体系历经传统经验制度化改造、信息技术初步融合及数智化系统性转型三个阶段,其发展轨迹深刻体现了治理现代化内涵的递进深化,即从保障基本生存秩序,到优化资源配置效能,最终实现全生命周期系统协同与价值重塑的转型升级。

(一)前信息时代:传统智慧的制度化转化

在技术尚未构建系统支撑阶段,中国健康治理依靠治未病理念和社会主义制度优势,初步搭建起覆盖广、成本低的服务体系。爱国卫生运动在物质条件极度匮乏的情况下,借助群众组织与行政动员,有效遏制了传染病的传播,形成了组织力强、协同性高的治理特征。合

作医疗制度凭借风险共担机制,为农村人口赋予了基本健康保障,其深层逻辑是以治未病的集体健康观念,即以预防为主,互助共济来填补技术空白,经由达成价值共识来削减治理成本。在此阶段,治理更多依赖价值共识和集体协作,并非要素调配和技术支撑,具有很强的组织韧性为后续数字化治理体系形成了精神基础和操作根基^[19]。这种依托价值共识的大规模动员,可被看作健康治理现代化在组织和价值方面较早的探寻,其预防优先的理念同当下积极健康的现代化方向相承接。这个阶段的治理模式存在一些局限之处,过度依赖行政命令,服务体系比较零碎,协同机制较为单一。现在慢性病造成的负担不断加重,城乡结构出现分化,这些新的难点使得治理效能遭遇瓶颈,这表明仅仅依靠价值和行政手段,缺少现代技术要素深入支持的治理模式,在解决复杂健康问题的时候存在明显不足。

(二)信息化探索期:双轨改革与技术嵌入

21世纪初,信息技术初步普及,市场机制逐步融入,健康治理迈进以三医联动为特征的顶层设计时期,这个阶段不同于早期主要依靠群众动员的策略,改革更多着眼于疏通治理链,改进治理效率。地方层面的改革路径出现分化,出现了以福建三明为代表的政治引领型模式和以浙江德清为代表的市场驱动型范例,三明模式以政府引导的制度重建为核心,经由统一药品耗材采购制度,削减流通环节利润空间,把医保结余资金返还给公立医院,从而提升医务人员收入,创建起医、药、保协同治理的激励机制^[20]。这种制度的优势在于可以调动政府资源来推进改革,不过这对地方政府的能力、决心以及行政控制力有着很高的要求。德清模式依靠医保支付方式的改革,凭借总额打包结算和结余留用机制,促使医共体形成利益共同体,使医疗机构从成本控制和服务改良方面出发,渐渐把治理逻辑转到以健康产出为导向的预防干预路径上来^[21]。这种模式具备更强的市场弹性和适配灵活性,但其成果非常依赖医保基金的运行效率和监管透明度。在此阶段,技术慢慢步入治理范畴,传染病网络直报系统、医院信息系统(HIS)、电子病历(EMR)等得到初步实施。不过,技术的融入大多只是停留在信息流通这个层面,没有有效地重新塑造业务流程,也没有冲破数据壁垒以形成系统的协同能力,技术和制度没有达成深层次的契合,这样既限制了治理现代化水平向前发展,又为以后的赋能悖论埋下了隐患。

(三)数智化加速期:平台协同与制度张力

健康中国战略提出之后,AI、大数据、区块链等新的优质生产力加快融入健康治理体系当中,使得治理范式朝着数字化、智能化方向发展,这个阶段的治理操作表现出一些特点,比如技术系统被植入进来,协同模式发生重新塑造并且同健康产业产生融合现象,在分级诊疗方面,数字健共体助力基层提升诊疗能力,打破信息之间的隔阂^[22];在慢病管理过程中,智能可穿戴设备和平台相互配合重新形成个体健康决策体系;从产业角度来看,智慧养老、数字中医等模式促使治理重点发生变化,这些举措体现出健康治理迈向现代化正由概念过渡到实际操作层面,其系统协作和精确智能的特点越发明显。数字化转型过程中,制度约束和要素不协调的瓶颈得以体现,国家标准化改革工具与地方制度灵活性之间存在张力,造成治理目标出现矛盾并带来执行困难。而且复合型人才缺少、城乡数字鸿沟以及技术基础薄弱等

因素影响到技术赋能效果,健康数据集中的情况下,伦理、隐私、算法等新的治理难点变得更为突出,制度滞后反而削减了技术红利,这个阶段遭遇的挑战就是赋能悖论在历史进程中的集中表现,这显示健康治理现代化并非只是技术升级,更是对治理体系应对新型风险能力的最终考量。国际上,英国NHS数字转型存在治理结构失序、数据标准不统一、临床应用缺乏积极性等情况,致使平台创建失败、效果不佳^[23],其中的教训表明,如果技术提升与制度适配、用户参与脱钩,就容易变成面子工程,为展示中国健康治理制度同新质生产力相互作用的途径,体现在三个阶段的特性,具体内容参见表3。

表3 历史分期表:三阶段特征与瓶颈

阶段	时间范围	核心特征	代表机制/模式	赋能悖论	核心问题反思
制度萌芽期	-2000s	预防为先 动员广泛 制度互助	治未病理念 爱国卫生运动 合作医疗制度	行政依赖抑制多元参与	技术缺位 基层人才断层 数据手工采集
信息化探索期	2000s-2010s	顶层设计 地方分化 技术孤岛	三明/德清模式 传染病直报系统 HIS/EMR	技术孤岛加剧碎片化 市场机制诱发资源虹吸	赋能碎片化 医保地方割据 制度协调滞后
数智化加速期	2010s-今	战略引领 平台协同 系统嵌入	数字健共体 AI诊疗 智慧慢病管理	算法固化健康不平等 隐私换便利争议	复合型人才缺口 算法伦理争议 央地标准冲突

(四)案例启示:多元镜鉴与路径差异

要深入理解新质生产力推动健康治理过程中技术与制度相互作用的复杂性以及推动与适应的动态博弈规则,按照模式的代表性、区域的覆盖性、阶段的跨越性、正反对比性的挑选标准,选了一些国内外典型案例展开对比分析,挑选这些案例是因为具有代表性而且模式存在差别:福建三明属于强势政府引领的制度重塑模式;浙江德清是受医保支付改革激发的市场协作模式;上海瑞金医院表现出技术融入与制度更新协同推进的机构操作情况;某个城市的健康云平台以及英国NHS都是技术助力效果差或者成效有限的反面例子,可以从中吸取教训。把健康治理现代化当作一个共同的目标变量,放在不同的制度背景和技术运用水平之下做对比,这些案例就能有效地显现出推动与适应博弈所具有的普遍规律及其路径上的差别。

三明模式 vs 德清模式:制度适配路径差异。三明模式以强大行政主导力,通过顶层制度再造打破利益藩篱,为新质生产力落地扫清障碍,但依赖地方主政者能力决心,可持续性存挑战。德清模式依托医保支付机制创新,如总额包干、结余留用,构建市场化利益共同体,驱动医疗机构自发优化行为、前移资源,不过成效依赖医保基金运转效率与监管透明度,有潜在风险。两者对比表明,新质生产力赋能核心是找到适配本地治理生态的制度创新路径,实现技术赋能与制度适配动态平衡。二者虽路径迥异,但共同指向健康治理现代化所必需的制度重构核心,即通过强有力的制度创新破除系统协同的壁垒。

瑞金案例:技术与制度协同的双向强化效应。上海瑞金医院同步推进技术嵌入,如 AI

诊疗平台与制度创新,医保 DRG/DIP 支付改革等。AI 提升诊断效率精准性,支付制度改革将费用与病种/绩效挂钩,激励医院应用技术、优化流程、加强协作。这种技术提供工具,制度创造动力的双向强化逻辑,破解技术应用与系统协同难题,是新质生产力赋能治理典范。该案例生动诠释了健康的治理现代化范式:技术要素与制度要素不是简单的嵌入与被嵌入关系,而是相互塑造、协同演进的双向强化关系,共同驱动治理绩效提升。

某市健康云平台 vs 英国国民医疗服务体系(National Health Service, NHS):制度不匹配导致赋能失灵。某市健康云平台废弃与英国 NHS 数字转型挫折,虽层面和语境不同,但根源相同,即技术与制度严重脱节,均面临治理结构失衡、关键用户参与不足或意愿低等问题。技术系统生硬嵌入既有制度结构和行为惯性,建设成本无法转化为治理效能。这些案例表明脱离制度适配、忽视主体参与和价值认同的纯技术赋能必陷入赋能悖论。从反面证明,缺失了制度协同与价值认同的单轮驱动,无法驶向健康治理现代化的彼岸。

上述案例显示,瑞金医院双向强化逻辑可用于支付机制创新,某市健康云平台失败警示基座工程要同步数据权属立法,英国 NHS 困境凸显治理能力升级需填补算法伦理审查缺口。中国健康治理现代化路径呈螺旋式,经验提炼既要关注平台技术落地,更要反思制度机制变革,以形成治理主体、工具与理念合力。只有将新质生产力嵌入制度治理与文化语境,才能成为可持续治理现代化的核心动力。

五、实践转化路径:新质生产力驱动下的健康治理系统性重构

在推进中国式现代化进程当中,健康治理要由碎片化的局部修复转为系统性的重塑,把新质生产力当作内在激发因素,创建起四层转型路径框架,此框架覆盖基础设施、协同机制、治理能力以及国家战略,清除掉技术提升与制度重塑难以落实的阻碍,促使全民健康治理体系朝着高质量方向发展。操作路径的设计遵循以下逻辑顺序:以基座支撑为前提,以引擎带动为动力,以能力保障为依托,以战略协同为引领,通过技术、制度与价值的协同重塑,夯实并推进健康治理现代化的操作基础。

(一)基座工程:构建智能普惠的数字健康基础设施

基础设施是新质生产力融入健康治理体系的前提。从数据、能力和场景这三个维度协同创建安全、普惠又相互联通的数字健康新基座,从而为技术向治理能力的转变给予支持。创建数据底座的时候,要解决数据孤岛和权属不清这些问题,按照国家级健康医疗大数据中心分级布局的情况,尽快制定有关法律法规,把个人、机构和平台各自的权利责任范围界定清楚,创建以共享共用为导向的数据权属体系^[24]。尽早完成全国二级以上医院的数据双清单,也就是统一公布共享清单和负面清单,还要设立国家级健康数据交易所,形成“登记-确权-评定-流通-伦理审查”这样一条完整的链条,组建由医学、法学、伦理学等专家构成的独立审查委员会,针对像基因数据交易这种高风险的数据应用展开准入评价,探寻数据信托和数据银行的模式,达到既挖掘数据价值又保护隐私的目的。能力底座创建目的在于缩小数字鸿沟,开展全民数字健康素养提升工程,着重涵盖老年人、农村低学历等弱势群体^[25],开发国家数字健康素养小程序,整合方言语音讲解、AR 辅助操作等功能,并把数字健康教育归入

基础教育体系当中,构建家庭、社区志愿者援助网络,经由技术适老化、操作简易化来保证健康红利得以共享。场景底座要促使全域服务连贯起来,制定电子病历、医学影像等统一标准,构建智慧医院、公共卫生预警、智慧社区相配合的场景网络,提议以县域为单位搭建云药房,达成处方外流和药品配送依靠区块链溯源,把基层检查、上级诊断以及药品直送到手的全过程时间缩减到24小时,借助体征数据随时上传、干预方案精确下达,创建起全生命周期健康管理模式^[26]。

(二)核心引擎:深化关键领域的协同机制创新

基础设施给健康治理以支持,不过要想改善治理效能,还是要依靠支付、服务和生态机制协同推进才行。支付机制若要更新,就要重视健康成果这个方向,在DRG/DIP控费改革的大背景下,探索价值医疗支付模型3.0,也就是把按人头付费覆盖的人群、DRG/DIP控制病种成本以及成果支付奖励健康结果这些结合起来的复合激励机制,建立起牵涉预防、诊疗一直到康复整个过程的支付系统^[27],在县域医共体范围里实行总额包干、结余留用的制度,而且把慢病控制率、再住院率之类的指标同资金结余联系起来,促使资源朝着健康管理往前调动;还要在试点城市研究健康成果债券,经由公众参与机制来优化政策的适应性。服务模式革新重点在于推进向主动健康方向的转变,启动“中国人健康/衰老图谱计划”,整合多组学数据来形成疾病预测模型,从而为个体赋予精确的营养和筛查方案,对于数据异质性和算法透明度这些问题,要搭建国家级健康大模型开放革新平台,开放脱敏数据和算力,还要创建算法伦理审查机制,以此协调好技术更新和隐私保护之间的关系^[28]。生态模式革新要拓展“健康+X”相融合的界限,要促使中医药、文旅、农业等领域相互配合,把治未病的理念纳入康养产业当中,创建健康食品溯源系统并推进智慧体育和社区慢病管理关联起来,从而构建起健康价值协同发展的生态网络^[29]。

(三)治理升级:提升系统性、法治化、科学化的治理能力

新质生产力的提升不仅体现为技术更新换代,而且促使治理方式朝着系统治理方向深入变革,形成动态仿真及反馈体系以提升科学决策水平,创建起覆盖健康效果、费用管理、患者满意度等方面的多维度评价指标,并将其纳入地方政府考核范围^[30],搭建健康政策数字孪生实验室,针对DRG支付改革等重要政策展开万人规模的Agent仿真,需要提前六个月预估医保基金收支缺口以及资源调配难题,经由情景模拟防止政策出现断裂和执行偏差,急需弥补技术应用规则方面的空白,在推动制定《AI医疗应用法》时把算法可解释性列为强制性规定,所有应用于临床诊断的AI模型都要向监管机构报送可解释性文件,一旦违规就予以下架处理;明确远程医疗质量控制标准和数据跨境分级授权规则,组建国家级别的AI伦理审查委员会,使得技术沿着安全有益的方向发展^[31]。人才支撑能力对于可持续转型来说很关键,要冲破传统医学教育的障碍,在高校体系开设智能医学工程、健康数据科学等交叉专业,经融合医学、数据科学和伦理法学的课程体系塑造跨学科治理的能力^[32];提议设置数字健康博士后专门项目,由卫健委、工信部和教育部三方共同资助跨学科研究,这些博士后出站之后就直接安排到省级健康大数据中心工作,成为既懂临床操作又懂数据治理的复合型中坚力量。

(四)战略协同:融入国家战略与全球健康伦理规则参与

健康治理的系统性变革不能仅仅停留在技术层面,其应当成为助力国家战略协同以及形成全球话语权的核心推动力量,可以把数字健共体的创建当作一个平台载体,促使优质资源朝着县域方向下沉,从而为巩固脱贫成果和推进乡村振兴注入健康动力。可以考虑把数字健共体纳入东西部协作的考量范围之内,东部地区每个被指定帮扶的西部县域,都要做到把远程影像、心电、检测这三大中心实施数字化移交,经由推动智能照护、康养管理平台向前迈进,切实减轻人口老龄化的负担,并挖掘银发经济所蕴含的潜力^[33]。探讨把健康影响评价机制融入到重大工程审批体系当中是否可行,促使健康观念同绿色低碳发展紧密结合,为达成双碳目标提供政策支持和健康收益,中国要积极参加全球健康治理规则的制定,针对数据跨境流动、人工智能医疗伦理、知识产权保护这些前沿话题给出中国办法,推动中医药数智化的国际化进程,探寻塑造带有中国特色的人类健康命运共同体,比如成立“一带一路”数字健康标准联盟,促使中国在健康数据分类分级、跨境传输、伦理审核等方面的标准和操作成为国际共识^[34]。

六、结语

本文立足技术、制度与价值协同的社会学分析框架,详细探究新质生产力促使健康治理走向现代化的理论逻辑及应用途径,研究发现新质生产力依靠技术要素更新、制度体系重建以及价值观念引领,同现存治理体系产生助力和适应的动态互动关系,这实质上就是技术提升和社会结构复杂交织的过程。研究表明数字鸿沟、算法伦理等赋能悖论情况,原因是革新逻辑和应用逻辑存在结构性冲突,这显示健康治理现代化必须超越技术工具主义束缚,达成整体性社会构建。经过案例研究和历史分析,本项研究认定三维协同机制是治理体系变革的关键动力,解决赋能悖论要着重加强智能普惠的健康基础设施营造,推进以成果为导向的机制革新,完善法治与伦理治理体系,而且建议把健康治理纳入国家战略和全球规则体系。即便案例的代表性以及路径的有效性还要进一步证实,不过中国在数字健共体创建、中医药国际化方面取得了一些成果,为全球健康治理提供了有用的参照。随着全球健康治理格局的演变,如何通过新质生产力推动健康领域的国际规则制定与标准互认,将成为持续探索的重要方向。唯有在技术创新与制度完善的双轮驱动下,新质生产力才能真正成为健康治理现代化的核心引擎,为构建人类卫生健康共同体贡献更大力量。

参考文献:

- [1] 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗:在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[M]. 北京:人民出版社,2022:61-62.
- [2] 韩淞宇. 健康治理:通向健康现代化之路:评《健康治理学导论》[J]. 人口学刊,2024,46(2):126-128.
- [3] 孙婧,郑雨凌. 新质生产力推进全民健康产业高质量发展的逻辑机理、关键问题与实现路径:基于“健康四川”的个案调研[J]. 成都理工大学学报(社会科学版),2025,33(3):72-88.
- [4] 中共中央 国务院. “健康中国2030”规划纲要[N]. 人民日报,2016-10-26(001).

- [5] Sun T Q, Feng X, Long Y, et al. Deepening Digital Technologies to Enable Modernization of China's Governance of Health[J]. Bulletin of Chinese Academy of Sciences (Chinese Version), 2022, 37(12): 1705-1715.
- [6] 翟绍果, 徐天舒. 走向健康现代化的战略转型与实现路径: 从“三医”联动到健康治理[J]. 山东大学学报(哲学社会科学版), 2025(1): 110-121.
- [7] Ortenzi F, Marten R, Valentine N B, et al. Whole of government and whole of society approaches: call for further research to improve population health and health equity[J]. BMJ Global Health, 2022, 7(7): 1-4.
- [8] Magaji M M, Magaji U A. AI-Driven Optimization of cloud resource allocation for personalized medical imaging in hospitals: a case study from a major medical center[J]. CyberSystem Journal, 2024, 1(2): 32-40.
- [9] 张应武, 李家文. 人工智能驱动新质生产力: 理论逻辑与实证检验[J]. 成都理工大学学报(社会科学版), 2025, 33(3): 51-71.
- [10] 龚胜生, 潘稼佳, 曹凡, 等. 中国健康可持续的时空特征与结构演化及提升路径[J]. 地理学报, 2025, 80(3): 620-642.
- [11] 庄晰尧. 中国式现代化视域中的新时代人民健康观[J]. 湖南社会科学, 2025(2): 105-115.
- [12] 陈晓东, 郭淑洁. 基于协同治理视域“五社联动”助力城市基层社区治理研究[J]. 六盘水师范学院学报, 2025, 37(2): 32-40.
- [13] 汪青松, 张才华. 健康中国战略下医疗数据孤岛的平衡治理机制研究[J]. 社会科学研究, 2025(4): 92-100.
- [14] 范平, 李明. 医疗科技伦理治理的法治化路径选择[J]. 南宁师范大学学报(哲学社会科学版), 2023, 44(1): 69-75.
- [15] 张蕾. 网络化治理与东盟区域卫生合作的延展[J]. 东南亚研究, 2024(2): 25-44.
- [16] 上海瑞金医院. 向延展融合创新要效率[N]. 健康报, 2022-10-08(1).
- [17] 黄泽成, 郭彩琴. 国家健康治理: 逻辑基点、现实困境与应对策略[J]. 东岳论丛, 2025, 46(2): 149-155.
- [18] 杨程, 朱佩怡. 健康治理视域下的数智化精神健康服务: 情景、实践与挑战[J]. 华东理工大学学报(社会科学版), 2024, 39(5): 30-45.
- [19] 许源源, 杨凯伊. 聚合与耦合: 乡村健康韧性治理的双重逻辑: 基于乡镇卫生院的双案例扎根分析[J]. 中南大学学报(社会科学版), 2025, 31(3): 169-184.
- [20] 庄琦, 翟绍果, 黄春柳, 等. “三医”联动走向健康治理的实现机制: 基于三明医改的纵向案例研究[J]. 经济与管理研究, 2024, 45(3): 94-108.
- [21] 刘晓婷, 吕豪. “三医”协同: 中国健康治理的改革路径[J]. 浙江工商大学学报, 2025(2): 12-24.
- [22] 梁超, 宋振鹏, 汤立许. 数智赋能主动健康管理: 实践样态、建构策略与驱动路径[J]. 武汉体育学院学报, 2024, 58(4): 72-81.
- [23] Elizondo A. Governance intricacies in implementing regional shared care records: A qualitative study in the national health service, England[J]. Health Informatics Journal, 2024, 30(4): 1-14.
- [24] 满洪杰. 健康医疗大数据治理的健康权面向[J]. 求是学刊, 2024, 51(2): 103-112.
- [25] 刘斌志, 苏海瑞. 新世纪中国特色公共卫生社会工作研究的反思与展望[J]. 长江师范学院学报, 2023, 39(6): 1-11.
- [26] 孔少楠. 《中国数字医学》服务于医疗信息化的实践及成效[J]. 编辑学报, 2024, 36(5): 587-590.
- [27] 刘晓婷. 长期护理保险与医疗保险的协同效应研究: 兼论构建整合型老龄健康福利体系[J]. 社会保障评论, 2025, 9(4): 32-45.

- [28] 张萌,牟冬梅,邓君,等. 医疗数据共享利益相关者协同机制研究:基于四方演化博弈分析[J]. 情报学报,2025,44(1):61-74.
- [29] 赵亚宁. 多层次医疗保障的体系整合与制度衔接:以健康权实现为中心[J]. 保险研究,2025(3):19-30.
- [30] 刘凯,和经纬. 医药卫生体制改革的政策协同:“三医协同”如何影响医疗费用[J]. 吉林大学社会科学学报,2025,65(1):119-136.
- [31] Mennella C, Maniscalco U, De Pietro G, et al. Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: A narrative review[J]. Heliyon, 2024, 10(4):1-20.
- [32] 田勇,赵悦彤,陈晓翠,等. 人工智能(AI)在医学院校交叉学科中的探索与实践[J]. 河北北方学院学报(自然科学版),2025,41(5):24-34.
- [33] 邓敏,姚峥嵘. 新质生产力赋能银龄健康福祉改进:内在机理与实践路径[J]. 现代经济探讨,2024(12):16-23.
- [34] 缪章艳. 基于人类命运共同体视角的中医药文化全球传播模式研究[J]. 学术界,2025(3):202-209.

New Quality Productive Forces Empower the Modernization of Health Governance: Theoretical Logic, Historical Experience, and Practical Pathways

Tian Yong^{1,2,3}, Zhang Shichuan³, Chen Xiaocui⁴

(1. Business School, Chengdu University of Technology, Chengdu 610059, China;

2. School of Computer Science and Engineering / School of Cyberspace Security, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 611731, China;

3. Affiliated Tumor Hospital, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610000, China;

4. Sichuan College of Traditional Chinese Medicine, School of Nursing, Mianyang 621000, China)

Abstract: This study examines how new quality productive forces empower the modernization of health governance, systematically constructing a three-dimensional technology-institution-value analytical framework. Through historical evolution analysis and multi-case comparison, it analyzes the restructuring mechanism of technological clusters on the core elements of health governance and reveals the dynamic game of empowerment and adaptation. Research indicates that new quality productive forces, through synergistic drivers, promote the transformation of governance models towards collaboration and data-driven approaches, yet also face structural tensions such as the digital divide and algorithmic ethics. Accordingly, a systematic reconstruction path centered on infrastructure, synergy mechanisms, and governance capacity is proposed, emphasizing that technological empowerment must advance in parallel with institutional adaptation and ethical development. This provides theoretical support and practical reference for constructing a Chinese-style modernized health governance system.

Keywords: new quality productive forces; health governance; technology-institution adaptation; empowerment paradox; systemic reconstruction

[责任编辑:张俊英 杨 洪]