

S省基本医疗服务均等化的时空演化分析

——基于2015~2024年21个市(州)面板数据

次里取初

西南民族大学管理学院, 四川 成都

收稿日期: 2026年5月6日; 录用日期: 2026年6月19日; 发布日期: 2026年6月30日

摘要

基本医疗服务均等化是完善基本公共服务体系、提升居民健康福祉的重要议题。本文基于2015~2024年S省21个市(州)的面板数据, 采用熵值法构建基本医疗服务均等化综合指数, 运用核密度估计、Dagum基尼系数、变异系数及泰尔指数刻画其时空演化特征。结果表明: (1) 研究期内S省基本医疗服务均等化水平持续提升, 综合指数均值由2015年的0.2581升至2024年的0.4600, 增幅达78.2%; (2) 区域差异显著缩小, 变异系数由0.4378降至0.2200, 泰尔指数由0.0913降至0.0239; Dagum基尼系数由0.2384降至0.1188, 分解后组内、组间和超变密度三类分量协同下降但下降幅度不一, 差异主导成分由“组间差异与超变密度并存”转向“组间差异主导”, 组间差异贡献率由42.81%升至59.77%; 核密度估计显示分布呈现“中心右移、波宽收窄、双峰弱化”的动态特征。研究为优化S省医疗资源空间布局、推进基本公共服务均等化提供了经验依据。

关键词

基本医疗服务, 均等化, 时空演化, S省

Spatio-Temporal Evolution Analysis of Basic Medical Service Equalization in Province S

—Based on Panel Data of 21 Prefecture-Level Cities from 2015 to 2024

Liquchu Ci

School of Management, Southwest Minzu University, Chengdu Sichuan

Received: May 6, 2026; accepted: June 19, 2026; published: June 30, 2026

Abstract

The equalization of basic medical services is vital to improving the basic public service system and residents' health welfare. Based on the panel data of 21 prefecture-level cities and autonomous prefectures in Province S from 2015 to 2024, this paper constructs a comprehensive index of basic medical service equalization using the entropy weight method, and explores its spatio-temporal evolution characteristics via kernel density estimation, Dagum Gini coefficient, coefficient of variation and Theil index. The results indicate that: (1) The equalization level in Province S kept rising steadily, with the average comprehensive index increasing from 0.2581 in 2015 to 0.4600 in 2024, an increase of 78.2%; (2) Regional disparities decreased significantly. The coefficient of variation dropped from 0.4378 to 0.2200, the Theil index from 0.0913 to 0.0239, and the Dagum Gini coefficient from 0.2384 to 0.1188. The decomposed intra-group disparity, inter-group disparity and hypervariable density declined collaboratively at different rates. The dominant disparity source shifted from the joint effect of inter-group disparity and hypervariable density to inter-group disparity, whose contribution rate rose from 42.81% to 59.77%. Kernel density estimation presents dynamic distribution features of rightward central shift, narrowed bandwidth and weakened bimodal distribution. This study provides empirical reference for optimizing the spatial distribution of medical resources and promoting basic public service equalization in Province S.

Keywords

Basic Medical Services, Equalization, Spatio-Temporal Evolution, Province S

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

1.1. 研究背景与意义

基本公共服务均等化关乎人民群众的幸福感和获得感、安全感，是提升居民福祉与推动区域协调发展的重要路径。国家近年来在公共服务领域反复强调“健全基本公共服务体系”“增强均衡性和可及性”。其中“均衡性”旨在解决城乡、区域、人群之间的配置不均问题，“可及性”则聚焦使用对象对获得服务的机会和成本评价[1]，二者已成为均等化在新发展阶段的具体化表达。樊果(2025)指出，“十四五”期间基本公共服务扩面提质，均等化程度明显提升[2]。

基本医疗服务作为基本公共服务体系的核心组成部分，其均等化水平直接关系到全体居民的健康权益与社会公平。彭建军和汪化睿(2024)指出，基本医疗卫生服务均等化具有作用于国家治理、社会公平和共同体建设的多重逻辑[3]；康健和何雨桐(2025)实证发现，基本公共服务均衡性能够通过能力提升、增强公平感知等机制显著推动居民福祉改善[4]。然而，受自然禀赋、经济发展水平和财政能力差异等因素制约，我国基本医疗服务在地区间、城乡间仍存在显著不均衡，整体呈“东-中-西”梯度递减，近年来又呈现由“东高西低”向“中部塌陷”演变的新趋势[5]；刘凯等(2026)进一步指出，民生领域长期“去中心化”治理造成的“政策碎片化”是区域差异的关键制度根源[6]。S省作为西部内陆经济大省和人口大省，下辖21个市(州)，形成“五大经济区”省域格局，深入考察其内部基本医疗服务均等化的时空演化具有重要的理论与实践意义。

1.2. 文献综述

第一，内涵界定与测度方法。学界普遍认同均等化并非“平均主义”，其内核是机会、过程和结果的相对公平。缪小林和李淼(2026)的扎根理论分析揭示我国均等化价值定位经历了从“普惠覆盖”到“机会均等”再到“均衡可及”的跃迁[1]；代佳欣(2025)指出可及性反映供给侧能力建设与需求侧机会拓展的双向匹配过程[7]。在测度方面，胡晓东等(2025)从七大维度测量 2000~2020 年我国 30 个省市基本公共服务及各子类供给指数、均等化水平，分别从时间演变和空间分布两个角度考察基本公共服务的发展特征，并借助 Kernel 密度估计法对其动态演变进行探究[5]；盛依妮等(2025)对浙江省构建六维度 24 个指标的评价体系[8]；李维露和张明斗(2024)将尺度细化到城乡层面[9]；叶梓等(2026)在长三角研究中采用熵权 TOPSIS 法构建多维评价体系[10]。具体到医疗服务领域，刘凯等(2026)突破单一指标局限，基于地市级医保政策大数据，运用机器学习与“标准病人”等方法构建多元化测度体系[6]。

第二，时空演化特征与差异来源。研究普遍发现我国基本公共服务均等化水平稳步提升。Dagum 基尼系数法因能识别区域间样本交叉重叠效应而被广泛运用：李维露和张明斗(2024)发现城乡均等化总体差异主要源于地区间差异，贡献率达 56.06% [9]；胡晓东等(2025)发现近年来超变密度贡献率上升[5]；叶梓等(2026)运用修正的耦合协调度模型与空间自相关分析考察长三角 41 市 2011~2020 年的耦合协调关系，发现存在明显的高-高与低-低集聚区，表现出空间俱乐部趋同现象[10]。刘凯等(2026)还发现医保政策区域差异指数在 2015 年后持续扩大，直至治理结构调整后才出现明显收敛[6]，提示均等化进程并非自然收敛，需要外生制度安排予以推动。

第三，驱动因素与影响机制。李维露和张明斗(2024)基于 Kaya 恒等式与 LMDI 分解发现经济效应是城乡均等化的主要驱动力；叶梓等(2026)基于面板双固定效应模型发现，经济发展水平产生正向驱动，科教投入呈负向溢出效应，而政府能力与城市建设投入的影响存在显著空间差异[10]。张楠等(2026)以左右江革命老区振兴规划为切入点，发现规划政策显著提升了基本公共服务供给水平；机制上，纵向上规划地区获得了更多中央财政转移支付收入，横向上对口合作城市深圳通过公共服务项目援助、共建产业园区税收利益分享等形式形成激励相容的对口帮扶模式[11]。康健和何雨桐(2025)发现均衡性的福祉效应高度依赖于地方财政支持，在高财政压力下推动效应不显著[4]。

第四，政策演进与治理逻辑。缪小林和李淼(2026)基于“价值-工具-效能”三维框架，梳理了“十二五”至“十四五”政策沿“基础治理-创新治理-协同治理”路径迭代的演进规律[1]。刘伦昊等(2025)对 123 份基本公共卫生服务均等化政策文本编码发现，现行政策环境型工具占比高达 51.62%而需求型仅占 16.00%，机会公平理念占 61.43%而主观感知公平仅 4.61% [12]。刘凯等(2026)以国家医疗保障局成立为自然实验，首次为治理“中心化”在缩小社会政策地方差异中的作用提供了实证证据，通过“抬低抑高”和“路径解耦”两种机制压缩了财力不均与府际竞争对政策碎片化的塑造作用[6]。

综上，现有研究为基本公共服务均等化提供了丰富的理论框架与方法支撑，但仍存在以下可拓展空间：多数研究以全国或省际为研究单元，省域内部地市层面的精细化研究相对不足；部分研究采用单一指标刻画医疗服务，难以全面反映医疗资源的多维属性；时空演化分析与差异分解的有机结合尚不充分；针对 S 省“五大经济区”特殊省域空间格局的差异演化分析仍较为薄弱。据此，本文聚焦以下核心问题：(1) 2015~2024 年间 S 省 21 个市(州)基本医疗服务均等化水平呈现何种时空演化轨迹？(2) 总体差距收窄的结构性来源是什么？组间差异、组内差异与超变密度三类分量的相对地位如何变化？(3) 省内“五大经济区”格局下，是否存在俱乐部分化与收敛并存的特征？本文以省域内部地市级单元为分析尺度，并将时空演化描述与 Dagum 分解、核密度估计有机结合，尝试在分析尺度、方法整合与“五大经济区”特殊空间格局三个维度上与既有文献形成对话。

2. 研究设计与数据来源

2.1. 指标体系构建

基本医疗服务均等化的核心是医疗资源的可及性与公平性。本文遵循科学性、可比性、可得性原则，从医疗资源供给的“机构-人员-设施”三个维度选取指标。具体包括(见表 1)：每千人医疗卫生机构数(机构密度，反映可及性)、每千人医疗卫生人员数(人员密度，反映服务能力)、每千人医疗卫生床位数(床位密度，反映服务容量)。三项指标均为正向指标。

需特别说明的是，受限于公开统计数据的可得性，本文的“基本医疗服务均等化”仅指人均医疗资源占有量的均等化，未纳入服务质量、服务效率、居民负担与地理可及性等维度。后续研究若数据条件允许，可进一步纳入每千卫技人员中高级职称占比(反映服务质量)、病床使用率(反映服务效率)、人均自付医疗费用(反映居民负担)、乡镇卫生院覆盖率(反映地理可及性)等指标，从多维度更全面地刻画基本医疗服务均等化水平。

Table 1. Index system and weights of basic medical service equalization

表 1. 基本医疗服务均等化指标体系与权重

一级维度	二级指标	单位	方向	熵值法权重
基本医疗	每千人医疗卫生机构数	个/千人	正	0.4487
基本医疗	每千人医疗卫生人员数	人/千人	正	0.2879
基本医疗	每千人医疗卫生床位数	张/千人	正	0.2634

数据来源：作者根据《四川统计年鉴》(2016~2025 年)原始数据，运用熵值法计算整理。

2.2. 综合指数构建与研究方法

熵值法基于指标信息熵的大小确定权重，能够较为客观地反映各指标对综合评价的贡献。基本步骤为：对原始数据进行 min-max 标准化以消除量纲影响；计算指标在各样本中的比重；进而计算信息熵 $e_j = -k \cdot \sum p_{ij} \cdot \ln(p_{ij}) (k = 1/\ln(n))$ ，差异系数 $g_j = 1 - e_j$ ，指标权重 $w_j = g_j / \sum g_j$ ，最终加权求和得到地区 i 在年份 t 的综合指数。计算结果显示，三个指标权重分别为 0.4487、0.2879 和 0.2634，机构密度权重最高，说明医疗机构的空间分布在本省差异最为显著。

时空演化分析方法包括：(1) 变异系数 $CV = \sigma/\mu$ ，反映总体离散程度并检验 σ 收敛；(2) 泰尔指数，可分解为组内与组间差异；(3) Dagum 基尼系数，可分解为组内差异 Gw 、组间差异 Gnb 与超变密度 Gt 三部分，能够识别区域差异的主要来源；(4) 核密度估计，用于刻画分布形态及其动态演化。

2.3. 数据来源

本文以 S 省 21 个市(州) 2015~2024 年面板数据为研究对象，共 210 个观测样本。研究区间严格限定为已发布的官方统计数据年份，全文不包含任何预测或模拟数据。基本医疗指标原始数据来自《四川统计年鉴》(2016~2025 年各卷)卫生统计部分；人口数据来自年度年末常住人口统计。所有指标均经过严格的数据清洗与一致性检验，无系统性缺失。

3. S 省基本医疗服务均等化的时空演化特征

3.1. 整体水平：均等化程度持续提升

基于熵值法构建的综合指数，2015~2024 年 S 省 21 个市(州)基本医疗服务均等化指数均值由 0.2581

持续上升至 0.4600，增幅达 78.2% (详见表 2)。从分阶段看，2015~2020 年指数增长较快，由 0.2581 升至 0.4185，年均增长率约 10.1%；2020~2024 年增长趋缓，年均增长率约 2.4%。从极差与最值看，研究期内最大值由 0.5065 (2015 年甘孜州) 升至 0.6664 (2024 年阿坝州)，最小值由 0.0690 (2015 年达州市) 升至 0.2674 (2024 年达州市)。最小值的提升幅度(287.5%)远高于最大值(31.5%)，反映出“低值地区追赶”的典型特征。

Table 2. Descriptive statistics of basic medical service equalization index in Province S from 2015 to 2024
表 2. 2015~2024 年 S 省基本医疗服务均等化指数描述统计

年份	均值	标准差	最大值	最小值	极差	变异系数	泰尔指数
2015	0.2581	0.1130	0.5065	0.0690	0.4375	0.4378	0.0913
2016	0.2794	0.1139	0.5128	0.0678	0.4450	0.4077	0.0816
2017	0.3208	0.1083	0.5214	0.1186	0.4028	0.3376	0.0551
2018	0.3563	0.1139	0.5627	0.1563	0.4064	0.3197	0.0492
2019	0.3970	0.1179	0.6251	0.2065	0.4187	0.2970	0.0421
2020	0.4185	0.1210	0.6519	0.2318	0.4201	0.2891	0.0395
2021	0.4234	0.1148	0.6248	0.2046	0.4201	0.2711	0.0364
2022	0.4288	0.1168	0.6607	0.2176	0.4431	0.2724	0.0365
2023	0.4502	0.1029	0.6517	0.2503	0.4014	0.2286	0.0259
2024	0.4600	0.1012	0.6664	0.2674	0.3991	0.2200	0.0239

数据来源：作者根据《四川统计年鉴》(2016~2025 年)原始数据，运用熵值法计算整理。

3.2. 区域差异：五大经济区分异显著

从五大经济区比较来看，2015~2024 年间各区基本医疗服务均等化水平均呈上升趋势，但相对位置发生明显变化(详见表 3)。川西北生态示范区始终位居首位，由 0.4748 升至 0.6406，但增长相对缓慢(35%)；川南经济区从次低位置(0.2286)跃升至第二位(0.4927)，增幅高达 115%；川东北经济区由最低位置(0.2216)升至 0.3992 (增幅 80%)，但绝对水平仍最低；成都平原经济区与攀西经济区分别增长 90%和 47%。值得注意的是，川西北生态示范区高位的主要原因是其常住人口稀少、单位人口对应的医疗资源相对充足；而川东北等人口大市虽然医疗资源总量大，但人均水平相对偏低。这一空间格局体现了“人口-资源”匹配度的省内差异。

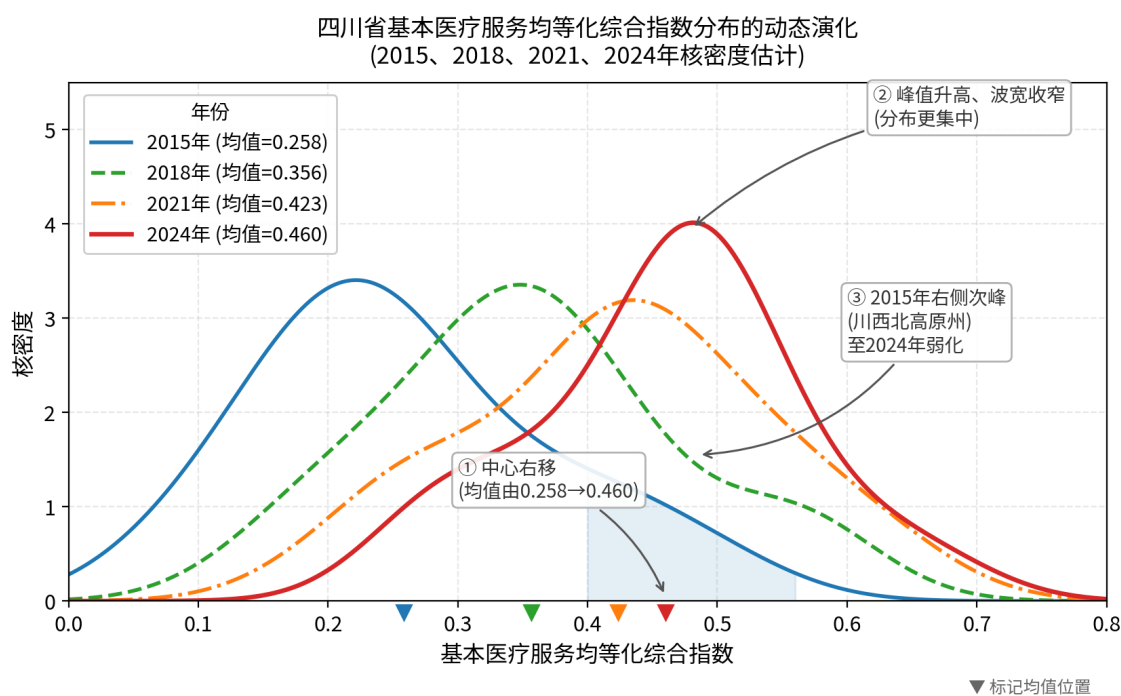
Table 3. Basic medical service equalization index of five major economic zones (2015~2024)
表 3. 五大经济区基本医疗服务均等化指数(2015~2024)

经济区	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
成都平原经济区	0.2378	0.2566	0.2983	0.3294	0.3686	0.4019	0.4081	0.4196	0.4394	0.4511
川南经济区	0.2286	0.2541	0.3019	0.3433	0.3796	0.3940	0.4220	0.4506	0.4829	0.4927
川东北经济区	0.2216	0.2504	0.3025	0.3452	0.3818	0.3936	0.4095	0.3732	0.3966	0.3992
攀西经济区	0.2729	0.2815	0.3027	0.3175	0.3462	0.3622	0.3599	0.3532	0.3796	0.4017
川西北生态示范区	0.4748	0.4916	0.5118	0.5570	0.5949	0.6213	0.5856	0.6373	0.6328	0.6406

数据来源：作者根据《四川统计年鉴》(2016~2025 年)原始数据，运用熵值法计算整理。

3.3. 分布动态：差异持续收窄

核密度估计结果显示：(1) 分布中心明显右移，主峰位置由 2015 年的 0.22 附近持续右移至 2024 年的 0.48 左右，表明整体水平持续提升；(2) 峰值高度逐渐升高、波宽逐渐收窄(峰值密度由约 3.4 升至约 4.0)，表明地区间差异在缩小；(3) 2015 年呈双峰特征，川西北部分高原州与其他地区形成明显分化，至 2024 年双峰特征显著弱化，分布趋向单峰偏右形态，提示俱乐部分化态势趋于缓解。从极差与变异系数的协同变化看，极差由 2015 年的 0.4375 波动下降至 2024 年的 0.3991，变化幅度有限；而变异系数由 0.4378 大幅下降至 0.2200。这一现象说明，全省最高水平与最低水平的绝对差距并未明显缩小，但中等水平地区向均值收敛的速度更快，整体分布更加集中。



数据来源：作者根据《四川统计年鉴》(2016~2025年)原始数据，运用熵值法构建综合指数，采用高斯核函数估计绘制。三角形标记为各年综合指数均值。

Figure 1. Dynamic evolution of kernel density estimation of comprehensive index of basic medical service equalization in Province S (2015, 2018, 2021, 2024)

图 1. S 省基本医疗服务均等化综合指数核密度估计动态演化(2015、2018、2021、2024 年)

图 1 直观呈现了三大动态特征。第一，“中心右移”：综合指数分布的主峰位置由 2015 年的 0.22 附近持续右移至 2024 年的 0.48 左右，均值由 0.258 升至 0.460，反映全省整体均等化水平显著提升。第二，“波宽收窄、峰值升高”：2024 年密度曲线较 2015 年更“高瘦”，峰值密度由约 3.4 升至约 4.0，分布的左右尾均明显内收，说明地区间相对差距持续缩小。第三，“双峰弱化”：2015 年密度曲线在 0.40~0.55 区间存在明显的右侧次峰，对应川西北高原州(阿坝、甘孜)以及部分小规模人口地区构成的“高水平俱乐部”；至 2018 年次峰已明显平滑，至 2024 年仅余微弱右肩，整体趋向单峰偏右形态，提示俱乐部分化态势持续缓解，全省正向更高均衡稳态收敛。

3.4. 差异来源：Dagum 基尼系数分解

为更精确地识别 S 省基本医疗服务均等化差异的来源构成与演化路径，本文以五大经济区为分组依

据,对2015~2024年综合指数实施Dagum基尼系数分解(详见表4)。

分解结果显示:第一,总量层面,三类分量协同下降。总体基尼系数由2015年的0.2384降至2024年的0.1188,下降50.2%;组内差异 G_w 由0.0421降至0.0197,下降53.2%;组间差异 G_{nb} 由0.1020降至0.0710,下降30.4%;超变密度 G_t 由0.0943降至0.0281,下降70.2%。三类分量的“协同收敛”表明全省医疗均等化水平的整体提升并非以“以高就低”的简单平均化方式实现。第二,结构层面,差异主导成分由“组间差异与超变密度并立”转向“组间差异主导”。研究期初2015年,组间差异贡献率为42.81%,超变密度贡献率为39.54%;研究期末2024年,组间差异贡献率上升至59.77%,超变密度贡献率降至23.66%。第三,超变密度的快速下降(70.2%)远超其他分量,表明经济区间的“边界”愈发清晰,组间相对位置趋于稳定。未来推进基本医疗服务均等化的重点已从“消除经济区内碎片化”转向“弥合经济区之间结构性落差”。

Table 4. Decomposition results of Dagum Gini coefficient for basic medical service equalization in Province S (2015~2024)
表 4. S省基本医疗服务均等化Dagum基尼系数分解结果(2015~2024年)

年份	总体基尼 G	组内 G_w	组间 G_{nb}	超变密度 G_t	G_w 贡献率(%)	G_{nb} 贡献率(%)	G_t 贡献率(%)
2015	0.2384	0.0421	0.1020	0.0943	17.65	42.81	39.54
2016	0.2226	0.0401	0.0831	0.0994	18.00	37.35	44.65
2017	0.1846	0.0344	0.0593	0.0909	18.64	32.14	49.22
2018	0.1740	0.0324	0.0650	0.0766	18.64	37.36	44.00
2019	0.1626	0.0315	0.0616	0.0695	19.38	37.89	42.73
2020	0.1585	0.0318	0.0661	0.0606	20.04	41.71	38.25
2021	0.1492	0.0311	0.0500	0.0682	20.81	33.49	45.70
2022	0.1487	0.0272	0.0803	0.0412	18.26	54.01	27.73
2023	0.1224	0.0208	0.0728	0.0288	16.98	59.45	23.56
2024	0.1188	0.0197	0.0710	0.0281	16.57	59.77	23.66

数据来源:作者根据《四川统计年鉴》(2016~2025年)原始数据计算整理。分组依据为S省“五大经济区”。

4. 研究结论与政策建议

4.1. 主要研究结论

第一,整体水平显著提升,并呈现“前期快速、后期趋稳”的阶段特征。最小值地区涨幅显著高于最大值地区,呈现典型的“低值地区追赶”特征。第二,区域差异持续收窄。变异系数、泰尔指数与Dagum基尼系数三类离散指标协同下降。Dagum分解揭示了一项关键的结构变化:差异主导成分由研究期初“组间差异与超变密度并立”转向研究期末“组间差异主导”,未来均等化推进的政策重心需从“消除经济区内碎片化”转向“弥合经济区之间结构性落差”。第三,分布形态由“双峰分化”向“单峰偏右”演化,揭示俱乐部分化态势趋于缓解。然而,最高值(高原州)与最低值(人口大市)之间的绝对差距仍有待进一步缩小,省内中等水平地区的“中部抬升”是这一过程的主要表现。

结合S省政策文件比对,可初步勾勒“政策-效果”传导的时间链条:2015~2020年综合指数年均增长率约10.1%,与“十三五”期间S省深入实施《“健康四川2030”规划纲要出台》、加大基层卫生投入、推进县级公立医院综合改革的政策节奏高度吻合;2020年后增速放缓至约2.4%,反映出“十四五”时期医疗资源总量大幅扩张后边际效应递减的客观规律。Dagum基尼系数的关键转折点出现在2022年前后(超变密度贡献率由45.70%骤降至27.73%),与S省“十四五”卫生健康发展规划提出的“优化区域

医疗资源布局、推进紧密型县域医共体建设、加强基层卫生人才队伍建设”等举措的落地时点基本吻合，初步揭示了“规划目标-资源配置-均等化效果”的传导路径。

4.2. 政策建议

① 构建差异化财政转移支付与投入保障机制。对收敛速度最慢的攀西经济区和水平最低的川东北经济区加大省级一般性转移支付和医疗卫生专项转移支付力度，重点补齐基层医疗机构数量短板和卫生人员配置短板；对川西北生态示范区，应在保持高位稳定的同时优化资源配置结构，避免硬件冗余而软件不足。借鉴张楠等(2026)关于横向对口帮扶机制的研究启示，鼓励省内成都市与川东北、攀西重点县市建立“对口共建”关系，通过专项基金、共建医联体、产业园区税收分享等激励相容形式注入财政与服务资源。

② 构建“成都都市圈-区域中心城市”两级辐射格局。依托成都市优质医疗资源，通过远程医疗、双向转诊、专科联盟、医生柔性流动等机制向德阳、绵阳、眉山、资阳等环成都地区辐射；培育宜宾、泸州、南充、达州等区域中心城市作为川南、川东北医疗高地，形成“省级-区域级-县级”三级医疗服务网络；探索攀西经济区与成都都市圈的“飞地医联体”模式，通过托管运营、专家轮驻、信息系统对接等方式弥补该区收敛动力不足的短板。

③ 加强基层医疗能力建设与人才长效保障。一是实施基层医疗卫生人员“县管乡用、乡聘村用”用人机制改革，通过编制统筹、薪酬倾斜、职称单列等方式稳定基层队伍；二是扩大订单定向医学生培养规模，重点为攀西、川东北原贫困县定向培养全科医生、儿科、产科、精神科等紧缺专业人才；三是依托四川大学华西医学中心、成都中医药大学等高校优质资源，建立“省-市-县-乡”四级远程医疗培训体系；四是健全村医队伍建设的财政保障机制，确保村卫生室运转和村医基本收入。

④ 强化医保治理协同与制度衔接。一是加快推进基本医保省级统筹，缩小市(州)间报销目录、待遇水平、缴费标准的差异；二是深化医保支付方式改革(DRG/DIP)，通过总额预付、点数法等支付工具引导医疗资源向欠发达地区合理流动；三是完善异地就医直接结算和省内跨市就医保障机制，提升省内医疗服务的便利性；四是加强基本公共卫生服务、基本医疗保障、医疗救助“三医联动”，使弱势群体能够无差别享受基本医疗服务。

⑤ 建立常态化监测评估与政策动态调整机制。建议S省卫生健康委、医保局、财政厅等部门联合建立基本医疗服务均等化年度监测评估制度。将本文构建的综合指数、变异系数、泰尔指数和收敛速度等纳入常态化监测指标体系；探索引入服务可及性、居民满意度等需求侧和主观感知指标；建立“红黄绿”分级预警机制，对连续三年收敛速度明显低于全省均值的地区启动专项调研和政策响应。

4.3. 研究不足与展望

本文在选题、方法与结论方面尝试做出贡献，但受研究条件与篇幅限制，仍存在以下不足，可作为后续研究的拓展方向。

第一，在指标体系层面，本文以“机构密度-人员密度-床位密度”三维度刻画医疗资源的人均占有量，未能纳入服务质量、服务效率、居民负担与地理可及性等深层维度。这一处理符合公开统计数据的可得性，但在一定程度上限制了“均等化”内涵的完整呈现。后续研究若能借助S省卫生健康统计年报的微观数据、医保结算大数据和地理信息系统(GIS)等多源数据，纳入每千卫技人员中高级职称占比、病床使用率、人均自付医疗费用、乡镇卫生院30分钟覆盖率等指标，将能更全面地刻画基本医疗服务均等化的多维属性。

第二，在分析方法层面，本文以描述性的时空演化分析与差异分解为主，对均等化水平的驱动因素

仅做了文献层面的扩展讨论与“政策-效果”时间链条的初步勾勒。后续研究可在本文构建的综合指数基础上,进一步收集人均GDP、地方财政医疗卫生支出、人口密度、城镇化率、老龄化率、转移支付强度等市级面板数据,构建固定效应面板回归模型或空间面板模型,系统识别驱动S省基本医疗服务均等化变迁的关键因素与异质性效应,并量化政策冲击的因果效应。

第三,在研究尺度层面,本文以21个市(州)为分析单元,仍属于较为宏观的层级。受人口规模与地理空间禀赋差异影响,市域内部的县(区)之间、城乡之间的均等化差异可能远大于市际差异。后续可下沉至县级单元乃至乡镇尺度,结合多尺度地理加权回归(MGWR)等方法考察“省-市-县-乡”多层次均等化格局的空间分异规律,为精准政策的层级设计提供更细颗粒度的实证依据。

基金项目

西南民族大学中央高校基本科研业务费专项资金资助(2026SYJSCX46)。

参考文献

- [1] 缪小林,李淼.从普惠均等到均衡可及:中国基本公共服务均等化政策演进的治理逻辑[J].河北大学学报(哲学社会科学版),2026,51(2):1-15.
- [2] 樊果.完善我国基本公共服务制度体系实现路径——为“十五五”期间我国加快提升城乡基本公共服务均等化水平建言[J].价格理论与实践,2025(10):15-21.
- [3] 彭建军,汪化睿.公共服务均等化促进中华民族共同体建设的内在逻辑——以医疗卫生为例[J].中南民族大学学报(人文社会科学版),2024,44(3):28-37.
- [4] 康健,何雨桐.基本公共服务均衡性推动共同富裕:效应检验与机制探索[J].中国行政管理,2025(7):48-58.
- [5] 胡晓东,朱子伊,杨艺斐.中国基本公共服务供给水平、均等化测度及动态演进——面向全体人民共同富裕的研究[J].中南民族大学学报(人文社会科学版),2025,45(9):108-121+186-187.
- [6] 刘凯,罗焱,王天宇.治理中心化能否推动基本公共服务供给的均等化?——以医疗保障局成立为例[J].管理世界,2026,42(3):156-171.
- [7] 代佳欣.基本公共服务可及性概念:理论释义与本土建构[J].政治学研究,2025(5):77-93+218-219.
- [8] 盛依妮,殷为华,马仁锋,等.浙江省基本公共服务均等化水平的时空特征及驱动因素[J].世界地理研究,2025,34(10):90-104.
- [9] 李维露,张明斗.城乡基本公共服务均等化的时空格局及驱动效应[J].郑州大学学报(哲学社会科学版),2024,57(4):71-80.
- [10] 叶梓,李天宇,孔翔.长三角地区新型城镇化与基本公共服务耦合关系的时空演化及影响因素[J].世界地理研究,2026,35(2):186-202.
- [11] 张楠,姜丽雪,杨奕,许丽萍.兴边富民、财力保障与基本公共服务供给——来自左右江革命老区振兴规划的启示[J].数量经济技术经济研究,2026,43(4):29-52.
- [12] 刘伦昊,程靖逸,李金海,等.我国基本公共卫生服务均等化政策文本量化研究[J].健康发展与政策研究,2025,28(6):724-730.