



粤港澳大湾区跨区域联防联控问题研究

杨楚文¹ 卢颂馨^{2*}

1. 杨楚文(1998-), 女, 汉族, 广东广州人, 广东工业大学法学院硕士研究生, 研究方向: 行政管理、区域治理。

2. 卢颂馨(1989-), 女, 汉族, 广东东莞人, 深圳职业技术学院法律事务专业专任教师、辽宁科技大学硕士生导师、澳门大学法学博士, 研究方向: 粤港澳大湾区法律制度。

*通讯作者: 卢颂馨

摘要: 一体化融合发展的粤港澳大湾区, 面临巨大的跨区域疫情防控压力。作为跨区域城市群的建设样板, 粤港澳大湾区开展跨区联防联控协同治理, 依托于制度支持和实践检验, 以达成全方位、全范围遏制疫情蔓延的目的。关于该类公共卫生应急管理的协同治理经验也可以为大湾区后续经济、文化的建设与合作积累经验, 提供参考意义。而大湾区的成功经验也可以推广于全国范围内适合进行协同治理的区域之间, 实现医疗资源最大化利用, 为落实疫情常态化和实现国家财政节流提供思路。

关键词: 粤港澳大湾区, 疫情防控, 协同治理, 应急管理

随着香港地区疫情的愈演愈烈, 第五波疫情截止至 2022 年 3 月 14 日, 单日新增确诊已超过 8000 人, 死亡人数接近 4000 人。民众的高度恐慌和医疗资源的短缺使得从香港入境的人数开始激增, 在内地严格的隔离制度和有限的隔离资源面前, 偷渡入境的情况频发。在近日公布数据中, 偷渡人员非法从珠海市入境, 且偷渡者中已有确诊病例, 且行程路线涉及广州、深圳、佛山、东莞、惠州等地。可见, 粤港澳大湾区若无法作为整体进行协同治理, 则疫情的零点式发作就会演变为散射状爆发, 最终造成不可控的后果。

在严峻的疫情面前, 作为粤港澳大湾区一体化的, 不仅要考虑偷渡的原因, 对症下药,

基金项目: 本文系广东省哲学社会科学规划 2021 年度青年项目“增强港澳同胞国家意识的法律机制研究”(项目编号: GD21YTQ01)的阶段性成果。

基金项目: 广东省社科规划 2022 年度学科共建项目“粤港澳大湾区公共卫生领域协同立法研究”(项目编号: GD22XFX05)。

© Shuangqing Academic Publishing House Limited All rights reserved.

Article history: Received November 1, 2022 Accepted November 6, 2022 Available online November 7, 2022

To cite this paper: 杨楚文, 卢颂馨(2022). 粤港澳大湾区跨区域联防联控问题研究. 科技与社会研究. 第1卷, 第2期, 1-9.

Doi: <https://doi.org/10.55375/tasr.2022.2.1>

减少这类情况的主观意愿；更需要调查偷渡成功的原因，针对各个环节给出解决措施，杜绝再次发生的客观条件。总的来说，要做到医疗资源在区域内调配，防疫制度和管理经验在区域内共享，地方政府各个严防死守行政辖区内的疫情不流动，才是有效的协同治理，真正实现大湾区范围内的疫情早日清零。但基于粤港澳大湾区是跨区域、双制度、多人口的大面积城市群，跨区治理的操作会比理论更加复杂，公共卫生的应急管理又不同于以往的经济文化交流合作，因此本文旨在通过分析大湾区疫情防控的难点，提出可缓解问题的视角，给予湾区内跨区协同治理的方案，以期在实际的联合防疫中给予思路参考。

一、粤港澳大湾区跨区域联防联控动态的概念厘清

在新冠肺炎疫情肆虐的三年中，从起初的武汉，到近日的香港，不同程度的疫情爆发在不同城市呈现出多样的特征，各地政府也采取了例如管控、封城、大规模筛查等不同的应急措施。

（一）区域防疫的基本特征

1. 制度化

对于此次疫情的防控工作，政府都已从上层设计的高度给出了制度化的解决途径，形成了多组织、多部门协同参与的应急治理机制，从市级政府部门到街道办，从官方到社会组织，建立了全方位、大范围的应对网络系统。相较于以往的突发公共卫生事件，此次新冠疫情的信息披露机制更关注隐私保护和法制化的推进，《传染病防治法》(修订草案)力求在合法范围内新增了此次新冠肺炎管控条件，虽没有对信息公开作出详细注释，仍可视为制度化进程中的进展。

2. 专业化

与 2003 年非典时期做对比，无论是传染病的监测网络还是依托大数据高新技术下各种“码”的产生，甚至于专业的社会工作组织、医疗机构参与到救援、防疫中，都能看出不再依赖政府单一处理的应急管理模式已经诞生。该模式下，以街道为单位的基层治理工作人员的专业程度得到极大的提升，亦为政府的日常防疫执行工作减轻了负担。

3. 透明化

本着建立“阳光政府”的原则，信息公开与树立政府权威性几乎可以画上等号，面对“数字鸿沟”和“信息壁垒”，需时时警惕“数字利维坦”的发生，透明化是“放管服改革”的必然要求，也是构建政府民众平等对话交流平台的前提。此次疫情防控期间，各类数据的实时更新，即使披露，极大增强了民众对政府的信任，提升了后续防疫措施的配合度，节省行政成本。

4. 多元化

在习近平提出的“全过程人民民主”中，要求加大公民参与，在此次新冠疫情防控中，广州市也大力发动“红棉行动”借助社会组织的力量。多元主体参与是民主最显著的特征，而具有互动性的治理才是有效灵活的，具有生命力的。大多公民缺乏参与城市治理的积极性，是因为话语权的丧失和反映渠道的堵塞，在新冠疫情的防控中，广州市的社区在实行封闭式

管理后,由居委会联合街道办保障居民日常生活的物资供应以及提出对独居老人的心理问题咨询方案获得很大成果,这种良性互动不仅提高了民众生活幸福感,也促进其参与公共事务的积极性,投身志愿者行列贡献力量。

(二) 协同治理的范式反思

关于协同治理,在我国最早是为了缓解城市化进程中,城市群范围大幅度扩张带来的土地资源紧张和区域发展不平衡等不良影响,对区域范围内有效的空间进行二次规划利用的一种工具。随着国家治理能力现代化要求的提出,省域治理现代化走进大家视线,协同发展成为必然趋势。“广佛同城”的提出是广东省较为早期的跨区域协同发展,早期的合作共建集中于城市层面、政府主动的经济建设项目,所以忽略了城乡协同发展和非政府组织参与的必要性,只是停留在表面的“初级协同发展”。而“治理”区别于“发展”的概念,不再停留在市场领域,而是关注于社会问题和公共利益,且作为治理主体的对象从旧模式的单一政府主导演变为多元主体参与的过程,正是在城市治理变革过程中对“政府失灵”“社会失灵”的经验反思中得出的结论。

治理现代化诉求于政府不再当“掌舵人”,而是作为“元治理”的角色,在城市治理中担任多方参与主体的组织者、协调者,努力提升“政府能力”。李汉卿认为,协同治理的主要特征即:多元主体、子系统之间的协调、主体自发性的活动和共同制定并认可的规则。此看法与斯通(Stone)提出的“城市政体”理论有极大相似之处,政府、市场、社会三方经由博弈达成利益诉求,实现社会治理的良性循环。

因此,协同治理是针对区域内资源紧缺性提出的重新对资本要素进行规划、再分配的治理手段。政府在公共危机爆发时整合社会资源,利用府际间子系统的合作,建立在被所有成员认可的规则之上,结合高度的信任,包括决策、信息、资源的公开共享,来解决社会问题。区别于过去政府的单一强制,过去处于“缺席”状态的市民社会,其中包括了各种社会性组织以及具备强大影响力的个人精英,这些要素可以促进协同治理长久处于自发的背景下。而另一个重点即制定拥有统一并被认可的法律,此举是为了避免治理陷入混乱无序的境地。

二、粤港澳大湾区跨区域联防联控动态的现实难点

(一) 复杂多元

粤港澳大湾区内包含了一国两制、三个单独关税区,相比于西方的湾区和我国长三角、珠三角等凭借城市群集合起来的区域有其特殊性。也正是由于其区域内极高的开放程度和起步较早的产业发展造就了高效能的经济活动聚集现象。从大湾区设立之初,就是以谋求省域治理现代化和经济发展的均衡化作为目标的。但鉴于区域内部政策制度和资源分配的差异,深圳依赖政策起步较晚但发展迅猛;广州、香港凭借地理优势,拥有悠久的商业历史,且至今仍处于平稳运行阶段;澳门立足于博彩业实现了全面城市化;中山、惠州等城市则由于人口、产业模式等综合原因无法与中心城市比肩,渐渐和大湾区内其他城市在管理工作经验和经济发展速度层面都拉开了差距。

大湾区内全然不同的文化背景和地理条件也会影响协同治理的推进，例如西方倡导的“群体免疫”本质上和我国对疫情“严防死守”的思路就是不一致的，而制度差异下，香港地区此次疫情爆发不仅暴露了医疗资源问题，源头是管理层思维不一致的结果，香港地区从政府官员到民众，认同“群体免疫论”的均不在少数。而香港多港口的地理环境也产生了阻力，在传染源上更容易接触到外来输入物品，不可控的传播途径就会比内陆更多，防疫难度也就更大。同理，思想文化壁垒对于协同抗疫的阻力远比想象中惊人，上海于 2022 年 4 月爆发的规模性无感染确诊事件也说明了，地方政府的防控策略与手段是受到本地区长久以来社会文化影响的，如果不对症下药、因地制宜地调整防疫措施，协同治理也只是空谈。

因此，如何在大湾区汇聚了传统文化和吸收了外来文化的复杂背景下实施标准化的疫情防控举措，需要克服的不仅是地理的边界，还有全然不同的行政体制、法律体系和政治参与中不同的主体。由于各地政府在制定和执行具体的防疫政策和标准上，有较大的差异，且公共卫生应急管理追求的是社会性利益，因此关于疫情防控的协同治理会比该地区以往的经济合作更加复杂。多元主体必须画出多元利益的最大“同心圆”，各种参与力量之间博弈制衡，才能探索出植根本土的，又可以融于协同的疫情治理方案。

（二）资源分配

在疫情防控的视角下，粤港澳大湾区几个城市的资源力量差异是较大的。广州市的医疗机构超过 5000 家，可以收治病人的总量超过 10 万人，且已经有专门收治新冠肺炎病人的广州市第八人民医院等定点医院。对比香港，总收治人数不到 5 万，难以匹配香港极高的人口密度。且从本次新冠疫情的治疗服务数据来看，住院时长最久的是广州，病床使用率最高的则是深圳^[1]。可见，相较于 2003 年的非典，此次疫情中医疗资源的短缺并非最大的难题，且依赖便捷的交通系统，人员的流通比从前更简单，许多侨胞都选择回国规避疫情的高风险。因此地区间的资源配合难度可以凭借民众自我的配合来减小。资源分配协同最大的困境在于认同性和跨区域的行政上，香港地区医护人员的从业标准与大陆地区不同，从广州、深圳调配医护人员支援香港的想法显然有些“一厢情愿”，而大陆的疫苗在香港地区的民众认同感也并不高，经过了近一年半才打开了部分市场。可见，资源有部分损耗在了打破壁垒，并没有完全用于抗疫，这是资源总量不小却仍显不足的根本原因。

除此之外，医疗资源的不均还体现在广州、深圳等地已经有条件开展“家庭医生”“社区医疗”等项目，等做到一对一的服务，结合互联网的云计算，减少了医护人员的实体消耗，门诊的负荷，节约出更多人力投入疫情必要的实体防控如大规模核酸筛查和疫苗接种中。在疫情门诊数据中，广州市是大湾区中医门诊数量最多的城市，这也是为整体治疗的医疗资源分流，缓解了人力的紧张。中医在此次疫情中的优良表现主要体现在针对市民前期的预防和后期配合治疗的成果巩固作用上，而大湾区范围各城市对中医的认同度并非一致的，导致中医在各个区域内发展的规模和水平上也出现差异，这也是医疗资源不均衡的一个表现形式。

[1]傅桂娥、李瑾、耿佩然等:《医疗视角下粤港澳大湾区典型城市的新冠肺炎(COVID-19)疫情防控力量比较研究》，载《中国生物工程杂志》2021 年第 12 期，第 125-140 页。

香港整体医疗水平并不低，此次出现大规模的疫情，主要囿于难以周转的医护人力和本土大基数人口背景下短缺的医疗资源，无法应对强传染下每日确诊人数的新增，这也与该地区前期没有及时接种疫苗造成防御措施的滞后有关。

（三）府际关系

面对应急管理的协同治理应该是府际协同的，这一点不仅是跨区治理的要求，也吻合区域治理现代化的目标。而在粤港澳大湾区区域范围内，则应该是横向的地方政府及纵向的政府间部门的协同^[2]。内地的纵向府际关系在抗疫中已经得到了很好的诠释，对于上级指令的传达，下级部门的执行以及防疫政策的落实都能很好体现，尤其在广州、深圳这样的一线城市中，从政府部门的决策到街道办、居委会的执行，打破了原有的管理层级多的弊端，政府部门结构改革扁平化趋势明显，基本实现了上下一心，上行下效的结果。且信息传递与指令传达于传统科层制政府结构中已具备深远的影响，被适应普及，因而纵向的府际关系并不是抗疫协同治理的症结所在。且研究大湾区府际关系，不能忽视央地关系，中央政府承担稳定性和收入分配职能，而地方政府承担提供公共产品和服务职能。简而概之，区域间府际关系要善用中央财政，提供区域内公共服务最优解，不能因为一味追求经济效益，无视本身的服务职能。

鉴于“一国两制”背景下，两地不同的制度导致政治、文化背景的差异，大湾区府际关系的横向沟通协商，产生了诸多行政症结。我国地方政府间受到了明显的行政辖区范围的影响，形成了边界明晰的意识，各主体习惯在资源问题上进行博弈，长时间处于竞争思维下，缺乏整合资源互利互惠的条件。这种固有的思维壁垒也是源于地方政府间长久以来经济发展的差距，所谓“不患寡而患不均”，我国提倡“先富带动后富”“定点帮扶”的共同富裕政策使得长时间处于“单向给予地位”的地方政府在承担“地方债”压力的同时，又很难与受到帮助的地方政府各取所需，获得回报。长此以往，即使通过官方组织产生合作，也容易在此过程中由于地位不平等导致权责不明或因盈利的分割与亏损的赔偿问题互相博弈，最终冲击其合作及互动的积极性，造成政府间协同合作的失败。然而疫情之下，府际关系相比以往任何合作都更加困难，绝不可能继续建立在单边利好的基础上进行，因此建立新型的良性府际关系，构筑平等对话沟通渠道才是大湾区协同治理的大前提。粤港澳大湾区倾注了国家大量的资金和心血，占据了东南沿海最为发达的经济与地理优势，若无法将利益最大化，各地方政府面临的损失都将是惨重的，唯有区域范围内，所有地区都能用其长板补短板，积极推动主导产业改革和区块优势拓展，共同为区域经济发展贡献力量，才能减轻走在前面驱动“马车”的压力，不出现长短脚走路的现象，最终实现长久稳定的区域协同治理。

三、粤港澳大湾区跨区域联防联控动态的优化进路

（一）法律制度的建立

粤港澳大湾区的疫情防控工作缺乏规范的统一标准和机制保障。例如香港爆发的疫情，

[2]林彬：《粤港澳大湾区府际应急协同的信息流通机制》，载《城市观察》2021年第3期，第28-37页。

无法用内地的应急管理举措和制度来应对，内地关于防疫除偷渡外在香港、澳门地区并无域外效力。协同治理的当务之急是健全一套针对公共卫生应急管理的体制，通过立法的形式推动大湾区区域内不同法律体系形成交汇点，从而建立统一的司法治理体系。大湾区内还需要签订完善的协议，明确几级负责制度，才能在关于应急的协同治理中，避免地域界限带来的壁垒，明晰各地方政府需要承担的责任，形成长久有效的约束力。

此外，在跨区的疫情防控中，除了制度支持，还涉及到行政执行的实际问题，不同制度下的协同治理，具备其各自的权限，如在海关工作的执法过程中，针对香港偷渡人员的非法入境，不能依照原有的处理流程遣返或处罚，应该遵循大陆地区关于疫情防控的“14+7”隔离制度，统一集中管理，这一类公共卫生应急的管理标准应该获得制度上的确认与统一执行，与常规化执行区分开来。另还需关注地理界线层面上的法律责任划分，由于法律上的地界线和民众认知上是存在差异的，最为典型的就是“江浙沪闽”地区，因为历史渊源和相似的口音、文化习俗，使得这一片区域在划分上相对复杂、不稳定，“散装江苏”的说法就非常形象呈现出这一问题。湾区协同治理也有同样的困境，广府文化、客家文化的交融，使得区域内的立法必须明确其各市的行政区域和权责，否则模糊的地理范围会极大加重两市交界处的管理工作难度。

（二）信息库的共享

自2003年非典期间粤港澳三地就已经有防治传染病的合作先例，当时建立的传染病疫情通报机制发挥了重要作用^[3]，可见在突发性的应急管理中，信息的有效传递极为重要。目前的政府信息共享渠道和手段已经相对成熟，但针对此次新冠肺炎疫情多了一个要求——及时性，这是基于奥密克戎等变异后的强传染性毒株所提出的新考验。大湾区涉及多个地方政府关于疫情实时的数据，对于信息的共享就要做到“同”，此处的“同”不局限于一致的发布时间和发布平台，还有信息种类的同质性，便于更好做横向对比，从而进行网络数据的维护和整体的数据分析和传递。政府部门通过汇总这些数字，更好调派专家组、物资运输，发挥数据在协同治理中的指导作用。

大数据的建立还有助于更新现有的技术，迎合民众的日常生活需求。例如针对往返于香港和内地之间的学生、复产复工的人员，研发使用可共用的健康码和行程码等凭证，可以避免重复检验的人力损耗，实现“一码通”式的便民生活。除此之外，还要建立全覆盖三地的疫情信息网络，以确保在合法范围内信息的完整公开披露，追溯个人在大湾区范围内的行动轨迹，结合大数据筛查与确诊案例密集接触的人群信息。但现阶段的疫情信息披露机制尚不完善，即信息仅在政府间纵向传递，这样一来，难免落入信息壁垒的循环。疫情进入常态化阶段后，数据可推进至横向的府际公开，作为防疫的指引性保障，便于跨区域的信息流通，这一阶段目标的实现离不开制度的配合，即民众让度部分隐私权的边界界定为何，地方政府制定怎样的管理标准来确保制度落实不被削弱消解，以上都是信息共享平台真实发挥作用过

[3]邢益强：《试论完善粤港澳防控传染病合作机制》，载《暨南学报(哲学社会科学版)》2006年第3期，第106-109页。

程中无法避免的问题。

(三) 建立产业化合作

现阶段粤港澳大湾区内部的协同治理大致分为三种模式：机构合作、外部采购和联席会议^[4]。联席会议一般探讨的是政治性的决策，因而能够被疫情防治借鉴的是前两种模式。如若将经济合作模式套用于公共事务管理中，产业化即类比于医疗资源的支援合作。第一种机构合作，即是由政府或医疗机构之间缔结合作，进行长期的医疗资源(包括物资、人力资源)的对口支持，这一类的好处是合作程度深，关系稳定，也可以承接大型的疫情爆发救治，适用于抗疫经验少，人口密度大，医疗资源较为紧张的区域。该合作的缺点在于成本过高，对于大湾区内 GDP 较低，经济发展较为落后的地方政府出于财政负担需要慎重考量。而第二种外部采购是合作双方以合约方式进行长期或周期性的有偿支持，这样做更加灵活，成本低，可以参与合作的主体范围更大，不再限定是大型的医院。考虑到香港地区目前疫情爆发的现状，第二种方案相较于前者更加可行，在长时间防疫政策下，地方政府的医疗负担都到达极限，此时追求区域范围内数量庞大的支援是不现实的。外部采购可以将区域内的资源更合理地分配，且相对于呼吸机、疫苗这类物资，医护资源也非常紧缺，私立医院、小型医疗结构参与这种模式的合作，这种产业化的合作作为医疗背景下的协同治理能更全面调动大湾区内所有医疗资源。此类合作还能避免由于地区医疗资质认同差异出现的“无效帮扶”，香港地区与大陆对于医护执照的考评体系不同会在跨区的人员流通过程中产生阻力，造成医护资源帮扶的浪费。然而将参与主体扩大范围后，很多从私立医院或中外合资医疗机构中调配符合资质的人员进行跨区协同的抗疫管理工作，做到有效支援，同时减小不同区域间民众因不认同带来的抵触情绪和反对力量。

(四) 社会力量的参与

协同治理从某种程度上来说就是融合了多元主体的治理模式，近年来“多元治理”诉诸于市民社会参与的呼声水涨船高，在疫情防治上也应该注重社会力量的参与，这不仅是民主的要求，也是实践的检验中得出的真理。由于防疫的第一线是基层，基层治理是社会治理的基石，从国家普及疫苗接种、核酸排查等大范围的事前干预手段可知，防治的关键还是侧重于“防”。对此广州市在 2020 年推行的“三人小组”做法值得参考，此举在医疗卫生服务和甄别上由专业人员实施，在居民的日常隔离和管理中则动员了社区和街道的人力，充分发挥了不同群体的特长优势，有针对性地防治疫情传播。但应当警惕的是多元主体的参与容易造成分工碎片化的问题，即各主体之间互动不强，各说各话的现象明显，防治疫情工作过于割裂会造成管理的非人性化、效率低下、人员冗杂等等弊端。中国独有的“单位制社区”此次在新冠疫情防控中起到了重要的作用，这里要提到单位在社区自治中的“隐形在场”^[5]，单位通过有影响力的个人或组织嵌入社区治理，从而影响居民对某件事的决策结果。单位作

[4]赵辰霖、徐菁媛：《粤港澳大湾区一体化下的粤港协同治理——基于三种合作形式的案例比较研究》，载《公共行政评论》2020 年第 2 期，第 58-75+195-196 页。

[5]李东泉、王瑛：《单位“隐形在场”对社区集体行动的影响研究——以广州市老旧小区加装电梯为例》，载《公共管理学报》2021 年第 4 期，第 93-104+172 页。

为社会组织的一种，应该在疫情防控中积极发挥这种嵌入式作用，引导居民配合防疫，在协同治理中，也要善用具有广泛影响力的组织和“精英个人”，即区域内的“名人效应”，譬如钟南山为广州市拍摄的抗疫宣传，就在广东省都取得了明显的成效。

此外，大湾区跨区的疫情协同治理在实施时，除了要借力于社会组织和市民个人，还要讲求结合式的交叉工作，推进参与也要推进交互。中国注册在案的民间组织数量庞大，但并没有完全将工作落到实处，发挥作用，积极性活跃在实际社会工作中，可见社会组织在运行过程中也有其无法预测的损耗，存在大量的“无效参与”，这样不仅会给民众带来社会组织“无能”的不信任感，更加是对社会力量参与公共事务进程的打击。因此，要想将社会力量最大化发挥出来，除了要关注湾区内起步早、制度成熟的社工组织、公益组织，实行用优秀高效的区域带较为被动的区域策略外，还需进行更深入的组织经验交流，实践案例分享，不能停留在表面的帮扶、支援。将广州、深圳积累下来的丰富基层抗疫经验与港澳地区进行交流探讨。因制度文化差异，经验的共享并不能粗暴认定其可推广性，地方政府管理的异质化也注定了社会力量参与疫情防控形式与程度的不同，但经验的反复比对虽无照搬的可能，亦可规避一些未知的风险，减少试错概率。

四、结语

疫情防控需要国家、社会与个人付出高昂的成本，中国对于疫情的动态清零策略，除了本身中央集中领导的制度支持，也需要政府与个人之间共同的配合来达成。在巨大的财政负担和民众日常生活受到限制的双重压力下，新冠疫情终究会走上常态化管理的道路，而疫情之下，“空气是没有墙的”，即跨区域的协同治理将不再是粤港澳大湾区的独家专利，而极有可能成为中国未来抗疫路上的常态。政府间的对话也需要加入公民的视角和社会组织的力量，以此获取防疫的基层力量和减少政府的压力与阻力。疫情防控的协同治理相当于资源的一体化程度加深，物质上的趋同也会起到稳定社会的作用，减少偷渡现象，降低新增确诊和死亡人数，推动疫情实现国家层面的常态化。探索出“常态化防疫”的新手段仍是我国当务之急，最终是为了避免在今后可能发生的一切公共卫生应急事件中再次面临新冠肺炎这样巨大的冲击。

参考文献：

- [1] 傅桂娥、李瑾 、耿佩然(2021). 医疗视角下粤港澳大湾区典型城市的新冠肺炎(COVID-19)疫情防控力量比较研究. 中国生物工程杂志, 12, 125-140.
- [2] 林彬(2021). 粤港澳大湾区府际应急协同的信息流通机制. 城市观察, 03, 28-37.
- [3] 邢益强(2006). 试论完善粤港澳防控传染病合作机制. 暨南学报(哲学社会科学版), 03, 106-109.
- [4] 赵辰霖、徐菁媛(2020). 粤港澳大湾区一体化下的粤港协同治理——基于三种合作形式的案例比较研究. 公共行政评论, 02, 58-75+195-196.
- [5] 李东泉、王瑛(2021). 单位“隐形在场”对社区集体行动的影响研究——以广州市老旧小区加装电梯为例. 公共管理学报, 04, 93-104+172.