

# 如何解释公立医院综合改革政策执行的不平衡性？

## ——基于 EICPHR 评价体系的案例研究

张 静<sup>1,2\*</sup> 王虎峰<sup>2,3</sup> 郭冰清<sup>2,3</sup>

1. 国家神经系统疾病临床医学研究中心(首都医科大学附属北京天坛医院) 北京 100070

2. 中国人民大学医改研究中心 北京 100872

3. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

**【摘要】**为了科学解释各地公立医院综合改革在政策执行中存在的问题以及政策执行不平衡的原因,本研究引入 EICPHR 评价体系,从变革力、可持续性和变革力组合三个角度对 4 个县域公立医院综合改革案例进行评价分析,得出的结论是:优良的政策设计是基础,而执行是关键;一旦政策推开,消除政策执行的不平衡即是落实政策的关键。在几种改革模式中,“高驱动力—低制约力”是最佳组合,也是改革成功的重要经验。据此提出以下政策建议:一是改革既要增加驱动,更要化解阻力;二是选择试点和示范的原则应是既要驱动到位,更要化解阻力有方。三是做好变革—再冻结的衔接,建立健全现代医院管理制度;四是建立更加科学的改革评价和监督制度,考核评价应反映被评价对象的内在运行的规律。

**【关键词】**公立医院综合改革;政策执行;案例研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.04.005

## How to interpret the imbalance in implementing public hospitals' comprehensive reform policies: A case study based on the EICPHR evaluation system

ZHANG Jing<sup>1,2</sup>, WANG Hu-feng<sup>2,3</sup>, GUO Bing-qing<sup>2,3</sup>

1. China National Clinical Research Center for Neurological Diseases (Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University), Beijing 100070, China

2. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

3. Institute of Hospital Management, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】**In order to scientifically elucidate the challenges in the implementation of public hospitals' comprehensive reform policies in various regions and figure out the reasons of the existing imbalance, this study uses the EICPHR evaluation system to analysis 4 county-level public hospital reforms from three differential perspectives, namely transformational force, sustainability, and change forces combination. The results show that, roll out the policies with the goal to eliminating the imbalance of performing, a good policy design is the foundation and a good implementation is the key in eliminating the imbalance of policy implementation. Among several reform models, the “high driving force-low restraining force” model is identified as the best combination and key experience for achieving the reform success. Drawn by the finding, this paper puts forward four policy suggestions. First, the reform should not only increase the driving force, but also meliorate the restraining force. Second, the principle of selecting the pilot location and illustrate examples is the best way to keep the driving and restraining forces balanced. Third, a smooth connection between change and refreeze facilitates a healthy development of modern hospital management. Fourth, it is necessary to establish a more scientific reform evaluation and supervision system to effectively control any potential risks.

**【Key words】**Public hospital reform; Policy implementation; Case study

\* 项目基金:中国人民大学科学研究基金(中央高校基本科研业务费专项资金资助)(16XNL003)

作者简介:张静,女(1971年—),博士,副研究员,主要研究方向为卫生政策与医疗保障。E-mail: luckyzhangjing2014@163.com

通讯作者:王虎峰。E-mail: wanghufeng616@ruc.edu.cn

新医改以来,我国公立医院改革的地位越发突出,公立医院改革的顶层设计也更加清晰。2010年2月原卫生部等5部委下发了《关于公立医院改革试点的指导意见》(卫医管发〔2010〕20号,以下简称“20号文件”),对公立医院改革试点地区和单位提出了具体任务和要求。其中,县级公立医院综合改革从2012年6月第一批试点启动后,先后经历了2014、2015两次扩面,已经先于城市公立医院全面推开<sup>①②</sup>。改革的重点工作由政策制定走向了政策执行,相关政策执行情况也成为了关注焦点。为了科学分析和评价县级公立医院综合改革政策执行情况,本研究基于县级公立医院综合改革变革力测评指标体系(The Evaluation Index of County-level Public Hospital Reform, EICPHR)对4个县域公立医院改革案例进行了跟踪研究。

## 1 理论基础

### 1.1 “整合式”政策执行理论与研究对象的确定

西方第三代“整合式”政策执行研究途径至今已逐渐成为一种趋势,这种潮流与当下现实社会政策执行的复杂性、多元性紧密相关,因此,本文选择第三代整合研究模式作为分析政策执行差距原因的理论框架。其中,温特的“规划过程—执行结果”政策执行模型用极其精简的三个变项,将从政策制定到政策执行再到最终产出执行结果的动态过程呈现了出来。该模型指出中介变项为执行过程,主要受到组织与组织间的执行行为、基层官僚行为、目标群体行为三类因素的影响;执行结果主要受到执行过程的影响,而政策规划过程与立法过程也通过政策执行过程的中介作用,间接影响政策执行的结果。<sup>[1-9]</sup>

基于此,本研究需要明确两个问题:其一,本研究针对的政策过程阶段是“政策执行阶段”。即动态地去观察和分析政策执行过程中不同参与者的行为和关系的互动。其二,研究对象是“县政府、县政府相关职能部门、县级公立医院”这一组织单元,它们构成了温特执行模式所指中介变项部分,是所有执行改革政策的参与变项<sup>③</sup>。

### 1.2 卢因组织变革理论与改革进程审视

库尔特·卢因(Kurt Lewin)是组织变革理论的创始人<sup>④</sup>,关于驱动力和制约力与组织变革过程的关系,卢因提出如下观点:增加变革的驱动力会导致制约力增强,组织张力增大,阻碍变革实现;相比之下,降低变革的阻力更为可取,因为它使得变革向我们期望的状态移动,而不会增加组织张力。从而卢因建议,除非这些限制力量被解决,否则,驱动力将会导致更大的紧张,而不是变革。<sup>[10-14]</sup>

本文引入卢因的组织变革理论及其力场模型分析县级公立医院综合改革,从驱动力和制约力两个角度审视在改革政策执行中组织内部变革的情况和阶段,反映政策执行的程度。

## 2 资料与方法

### 2.1 资料

本研究主要通过实地调研的方式收集资料,其中包括地方改革相关政策文件、改革情况汇总、访谈记录、访谈录音、观察记录和客观运行数据等。各类的资料间形成三角互证提高了构念效度。<sup>[15-16]</sup>本研究选取了实地调研的4个案例地区,共涉及被访谈者79人,政策文件459份、总结报告和会议纪要41份、访谈记录9份、历史性数据1846条。

### 2.2 研究方法

#### 2.2.1 案例研究法

本研究组成由多名研究者共同参与的案例分析小组,对案例资料进行分析、评价、指标无量纲化处理,减少独立研究者个人偏见和主观性,有利于获得一致性结论,使研究结果趋向收敛。<sup>[17-18]</sup>

#### 2.2.2 半结构访谈法

本研究采取了规范的半结构化访谈。在访谈开始前,拟定标准化的访谈大纲;对各案例地区访谈对象的结构和数量提出统一要求。均包括县政府主要领导和分管领导各1位、县医改办领导1位、部门分管领导5位、医院管理者若干、一线医生和护士若干;

① 2015年4月《县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发〔2015〕33号)出台,确定全面推开县级公立医院综合改革,以下简称33号文件。该文件为我国县级公立医院改革的纲领性文件。

② 县级公立医院改革自2012年试点开始,到2015年全面推开,至今已有了两年的历程。而城市公立医院改革在2017年9月才刚刚于全国推开。

③ 2010—2015年期间的县级公立医院综合改革中,并没有明确提出县乡村一体化问题,直到2017年国务院办公厅发布《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),医共体建设才正式成为国家政策,因此,本政策执行的评价只涉及县级公立医院,而不涉及乡镇卫生院和村卫生室,医共体建设不作为必须进行评价。

④ 组织变革理论的具体内容见本期《衡量县级公立医院变革力的新视角:基于力场模型的指标评价》一文。

最后,每个案例均采用一对一的深度访谈为主,焦点组访谈为辅的访谈模式。

2.2.3 文本分析法

本研究采用文本分析的方法对访谈资料进行关键词的提炼和统计,并对定性指标进行无量纲化处理,形成了具有横向可比性的实证资料。<sup>[19-20]</sup>

2.2.4 EICPHR 测评法

本研究基于收集的资料,利用 EICPHR 测评方法对四个案例地区的改革驱动力、制约力进行量化分析,与质性研究结论互相印证,提升了研究的科学性。

3 结果与讨论

3.1 案例基本情况

从模式创新性角度看,案例 A、B 的创新度很高,前者通过管理体制的改革实现了“三医联动”,后者通过医共体和“打包付费”再造了医疗服务体系和医保付费机制;案例 C 基本上是按照国家有关政策再结合当地实际落实了改革政策;案例 D 主要在医联体方面有所创新,主要集中在管理层面(表 1)。

表 1 案例地区改革情况

初步结果	案例 A	案例 B	案例 C	案例 D
总体印象	“高层主导,县域借势”,“早”,“县级政府支持”,“实质性改革力度大”,“改革逻辑清晰”,“信息透明”“改革张力大”	“充分放权,县域竞争”,“内部市场,深挖活力”,“县医院为主体的医共体模式”,“医保基金波动敏感性”	“小财政、大民生”,“早改革”,“改革内容覆盖面广”	“城市边上的县级医院”“医联体枢纽”,“同质化输入”,“大科制创新”
改革主要过程	2013 年就完成了“三医”归口管理、“三保”经办合一、医保管理体制等重要项目,将医院与药品、耗材供应商之间的资金往来横腰切断;县政府领导、保障责任落地:成立领导小组、增加投入、管理公立医院债务;医保单病种付费管理;公立医院薪酬改革,工资总额控制、院长和医生目标年薪启动;人才、资源、病种资源“三下沉”。为后期的体制、机制转换打下了坚实的基础;2014 年,跟随着所在市改革,医疗服务价格动态调整和其他系列改革步步跟进。作为所在市改革的“试验田”,该县各项改革举措均形成“政府主导 + 三医联动”的特色模式。	2012 年 10 月,取消加成 + 县公立医院补偿机制,将公立医院政策性亏损、离退休人员经费、重点专科建设和人才培养等列入财政预算。完成县级公立医院的编制核定;2013 年成立医管委,权力收归。公立医院“核”而未“用”的编制被核减上收;2014 年首次调价 + 临床路径及表单式管理;2015 年县域医共体初步运转;在 2016 年国家示范县 + 县域医共体改革带动下,县级公立医院改革加速升级。形成后来者居上的局面;2017 年在全国率先实施公立医院编制周转池制度,成为该省编办县级公立医院人事编制改革创新的“第一块试验田”。	改革起步早,2012 年的各项改革覆盖面已较为全面;县委、县政府专题卫生规划、现代医院管理、人事薪酬、医保支付、分级诊疗、信息化建设等 23 个政策文件;县级医院全部取消药品加成;全面推行“先住院后结算”、“出院一站式结算”等服务模式惠民;总额预付控制下按病种付费为主的复合型支付方式改革;电子档案建档,慢病管理规范;核定增加县级卫生编制;县级医院与多所大医院建立帮扶关系;所有乡镇卫生院均体现中医特色。	2014 年之前,完成了 2013—2020 卫生机构设置规划和《药品采购工作制度及流程》,于 2014 年以后,各项改革纷纷行动;2015 年在原托管基础上,组建了市三甲医院牵头的紧密医联体,2016 年医联体建设走向成熟。
改革模式特点	主要特点:“市级领导、县级主推、卫计主导、部门协同”,实质性的改革随所在市改革启动较早,改革逻辑清晰,层层递进,已将改革做到村级层面。但整体改革中指标性任务多元、精细,管理、控费和监管的压力较大,从市到县的改革政策推动比较一致,横向向间的竞争和信息公开透明也形成较大的潜在压力。	县政府及主管行政部门充分放权,县公立医院牵头形成多个医共体,县域内不同的医共体间形成内部市场,竞争与合作共存;医共体通过“整合资源、明确功能、基金包干、医防融合、全面管理”的路径,构建了整合型医疗卫生服务体系,初步建立了县域内分级诊疗新模式。由县级医院与乡镇卫生院建立利益的共同体、发展的共同体、责任的共同体。医共体内的人、财、物统一管理,新农合资金按人头总额预付管理。但医共体内部的责任和发展以利益纽带为基础,对医保基金的波动敏感性更强,因此,医保领域相关改革直接会冲击医共体的稳定性和持续性。	在省内整体医改大背景下,县域改革起步较早,按照 2012 年 33 号文件的县级公立医院改革政策要求和路径,各领域改革同步推开,改革覆盖到各个方面。作为西部地区的贫困县,县政府保证卫生投入不变,体现了医改即为办民生的理念。在 2016 年被确定为国家级示范县后,按照 2015 年 33 号文件的政策精神进一步完善改革,出台了相关政策。但整体改革上没有较为突出的特色和做法。	以市级三甲大医院全面托管县公立医院的模式,组建以市三甲医院为牵头医院,县医院为枢纽医院,纵向整合并带动县域内基层医疗机构的“1 + 1 + N + n”新型紧密型医联体,统筹管理人、财、物,明确各级医疗机构功能定位,实现人才流动、资源共享、学科建设、分级诊疗协同服务。医联体内部实行“大科制”管理,医联体的牵头医院是市里的三甲大医院,而不是县医院。对县医院和基层医疗机构实施同质化的管理、技术标准和规范的输入。

(续)

初步结果		案例 A	案例 B	案例 C	案例 D
主要数据指标	2017 县域就诊率/%	90.83	92.34	92.3	93.06
	2011—2017 年卫生支出占财政支出均值/%	8.46	15.79	10.39	3.28
	2011—2017 年公立医院支出占财政支出均值/%	1.44	2.15	1.06	0.36
	医院收入结构优化综合排名(2011—2017)	2	1	4	3
	2011—2017 年平均年收入增速/%	15	18	16	13
	2012—2017 医保住院患者自付比例均值/%	职工 31.5 城乡居民 38.8	职工 19.3 城乡居民 36.3	职工 21.3 城乡居民 28.0	职工 22.5 城乡居民 40.3
社会评价借鉴价值	所在市的改革模式“政府主导 + 三医联动”以及许多创新性的改革举措,在全国范围内进行推广,起到了政策学习和扩散的作用,同时,2015 年 33 号文件中的许多政策要点也借鉴了该市的改革经验。该县 2016 年被确定为县级公立医院综合改革的国家级示范县	该县作为全国县域医共体“B 模式”的创造者,其“医共体”的改革模式和创新性举措在全国范围内得到推广和学习,也具有较弱的政策学习和扩散作用。该县 2016 年被确定为县级公立医院综合改革的国家级示范县	该县是西部贫困县,其主动积极执行 33 号文件,全面开展各领域改革,县政府给予足够重视和财政支持,服务民生需求。对全国贫困地区的县级公立医院综合改革具有典范作用。该县 2016 年被确定为县级公立医院综合改革的国家级示范县	该县紧邻大都市,周边城市三甲医院资源丰富。受市级改革政策带动,将城市大医院的卫生资源下沉,管理、技术、服务规范同质化传递,县级医院成为整个连续服务的重要连接,这种改革模式,对于城市公立医院改革和县域公立医院改革的连接具有较强的启示作用。	

从改革的初步成效看,案例 A、B 在实施医药分开改革的基础上,对医疗服务价格动态调整及补偿机制建立、行业薪酬、人事编制创新管理,以及医共体及信息化等领域都实施了较大力度的探索,改革综合性体现充分。改革地区政府、医疗机构和医务人员对改革的积极性、认同感和理解度均优于案例 C、D,呈现出良好的改革局面。

从社会评价角度看,四个案例有所不同。虽然都为国家级试点县(市),但是案例 A、B、C 为国家级示范县,案例 A 和 B 还被广泛学习借鉴,国家有关部门曾在 A、B 地区召开现场会,推广经验,多次举办培训和研讨班,请 A、B 地区介绍经验。

从综合资料可以得出初步评价结论:案例 A、B 表现更优,但仍有一些问题需要进一步回答:第一,不同的案例在力场模型中究竟评价结果如何? 定量表达的差距究竟多大? 第二,先验经验普遍认为驱动力充足的地区,制约力状况如何? 驱动力和制约力的不同组合又将意味着什么? 第三,是否能够通过力场模型的定量评价,精确找到不同案例地区的长处和短处,继而提出针对性建议? 因此,本研究将继续使用 EICPHR 测评方法对案例地区进行定量评价。

### 3.2 案例 EICPHR 测评结果

应用 EICPHR 指标体系,将采集的数据输入,测评结果显示案例 A 驱动力 96.75 分,制约力 35.5 分;案例 B 驱动力 95 分,制约力 49.88 分;案例 C 驱动力 86.5 分,制约力 75.63 分;案例 D 驱动力 77.25 分,制约力 67.19 分(表 2)。

#### 3.2.1 案例 A 变革力综合得分

案例 A 有显著的驱动力优势:3 项驱动力得分最高,竞争和人力维度的驱动力满分。新技术维度被扣 2 分,总体得分 96.75 分。阻力分值最低(35.5 分),两者相差 61.25 分。

#### 3.2.2 案例 B 变革力综合得分

案例 B 有较强的驱动趋势:新人力维度满分,激励和管理压力几近满分,为 20.75 分。阻力化解较好,既有管理体制、既有运行机制和技能缺乏的阻力分值较低,得分 49.88 分。两者相差 45.12 分。

#### 3.2.3 案例 C 变革力综合得分

案例 C 驱动力两项得分较高,管理压力得 20.75 分,竞争得 19.25 分。激励维度得 20.5 分。新技术和新人力两项得分较低,为 13.5 分和 12.5 分;制约力最高(75.63 分),既有管理体制和既有运行机制两个维度分别为 19.25 分和 15.75 分。两者相差 10.87 分。

表 2 案例地区评分结果

一级指标	二级指标	测评结果			
		案例 A	案例 B	案例 C	案例 D
驱动力		96.75	95.00	86.50	77.25
管理压力(22 分)	组织领导架构(4 分)	21.25	21.50	20.75	17.75
	成立县级专职医改工作部门(4 分)				
	医院和医院管理者外部绩效考核(4 分)				
	药品、耗材和用药跟踪(3 分)				
	患者负担监控(4 分)				
	政策管理精细化(3 分)				
激励(24 分)	政府投入责任到位(4 分)	23.50	23.50	20.50	15.00
	调整医疗服务价格(8 分)				
	医院自主运营管理(4 分)				
	行业薪酬(4 分)				
	县医院内部绩效考核建立(4 分)				
竞争(20 分)	外部考核的结果应用(11 分)	20.00	17.00	19.25	12.75
	同行竞争和信息透明(9 分)				
新人力(18 分)	管理人才(9 分)	18.00	18.00	13.50	15.75
	编制人事管理(9 分)				
新技术(16 分)	信息化建设(4 分)	14.00	15.00	12.50	16.00
	上联三甲医院提升能力(6 分)				
	下扶乡镇顺畅连通机制(6 分)				
制约力		35.50	49.88	75.63	67.19
既有运行机制(22 分)	以药养医机制导致收入结构的惯性(7 分)	7.25	8.00	15.75	12.00
	粗放式管理和绩效分配方式(8 分)				
	上下机构联动机制未形成(7 分)				
既有管理体制(23 分)	有关部门间缺乏联动协作(23 分)	0	11.50	19.25	19.25
安于现状(20 分)	原有思维方式(20 分)	10.00	11.25	14.38	14.38
职业不安全感(17 分)	职位和职业危机(17 分)	8.50	9.56	12.75	9.56
技能缺乏(18 分)	管理能力薄弱(10 分)	9.75	9.56	13.50	13.00
	业务能力不足(8 分)				

### 3.2.4 案例 D 变革力综合得分

案例 D 驱动力最弱,77.25 分。新技术维度满分 16 分。管理压力和新人力维度表现平庸,为 17.75 分和 15.75 分。两项分值较低,分别为激励和竞争维度(15 分和 12.75 分);制约力分值较高,67.19 分。其中既有管理体制得分最高,为 19.25 分。其他维度与案例 C 得分极其接近,分别为 14.38、9.56 和 13 分。既有运行机制得 12 分。驱动与制约两力相差 10.06 分。

## 3.3 讨论

### 3.3.1 案例变革力的角度

案例 A 所在市新领导有改革魄力,全国率先实现了三医联动的管理体制变革,彻底扭转以药补医的旧有机制,因此将改革的阻力降到最低。在此基础上,A 高位推动改革,传递改革压力,在信息化支撑医疗服务价格动态调整,院长年薪制,医院全员目标年薪制,同行考核、排名、社会公开,分级诊疗延伸

到村等。各项综合改革依逻辑、深度、联合推进,得到了国家和社会各届广泛认可和学习;案例 C 重视改革,执行 33 号文件,逐条落实政策措施,驱动力也较大,高于案例 D,但 C 对于 5 个维度的阻力化解无力,尤其是在三医联动的管理体制和旧有机制的改革中缺乏措施与深度改革,使得阻力最高,最终分值差距与 D 持平。由此,驱动力固然重要,但若不充分化解阻力,改革推进也十分艰难,且张力较高。

### 3.3.2 组织变革可持续的角度:解冻—变革—再冻结

我们已经分析了案例地区的公立医院综合改革为何能启动,需要更进一步分析这种改革能否持续。卢因的三阶段组织变革理论指出,变革后能否持续,会受到很多干扰,如原有的组织思想、行为和运行习惯等,一旦已形成的稳态受到这些影响因素的干扰,已经发生的变革也可能退回原来状态。

回顾 4 个案例地区的实践,发现这些地区的变革都已经发生,也就是说这些案例都已经了解冻

和变革阶段,驱动力一直维持在高位状态,使得变革的成果相对形成了平衡。从两种力量对比中分析:案例 A 和案例 B 经过多年的改革,其改革推动力逐步稳定固化,政策制度化、常态化较好。多年的公立医院综合改革中,两个案例地区通过增强驱动力和削弱制约力使组织解冻,改革顺利推动,并取得了显著成效。改革的两种力量对比渐趋平衡,各种改革措施制度化,常态化,再冻结过程基本完成,改革具有较好的可持续性;案例 C 和案例 D 的改革局面已经全面打开,变革的驱动力仍在加强。因此,总体上看,几年的改革实践使得后两个案例地区的变革稳态已经形成,各项制度已初步建立。许多改革已经稳定落实到政策执行的层面,两个案例地区通过增强驱动力和化解部分阻力使组织解冻,改革得以推动,改革的两种力量对比渐趋平衡。但案例 C 整体改革上没有较为突出的特色和创新性做法,案例 D 政府各部门联动不足、上级政策支持还有待提高,这些改革中的问题,使得变革后形成的稳态较为脆弱。

### 3.3.3 变革力组合模式的角度

#### (1) 变革力组合象限图启示

图 1 显示,案例 A 和案例 B 落在了第 II 象限中,属于高驱动、低阻力型的改革模式(变革驱动力明显大于制约力),改革呈现出推进力度大、阻力化解好、改革政策执行顺畅的特点,而两个案例的改革创新点却各有不同,因此,改革模式均成为全国典范;案例 C 和案例 D 落在了第 I 象限中,属于高驱动、高阻力型的改革模式(驱动力较大,制约力也较大,均超过了 50 分),改革可以推进,阻力化解不是很有效,政策可以执行,但成效不显著。其中案例 D 在政府投入有限的背景下,县域医疗服务能力却提升明显,此种改革模式有一定的借鉴及启示意义;可以肯定的是,如果改革地区的得分落在第 IV 象限,即属于低驱动、高阻力型的改革,则变革前状态很难发生解

冻,变革难以发生,改革便很难推进,改革政策执行不力很难避免;如果案例地区的得分落在第 III 象限,即低驱动、低阻力型改革,那么变革是否会成功解冻,改革是否能够顺利推进,则要看两种力量最终较量的结果。

#### (2) 不同匹配模式的启示

高驱动、低阻力型改革模式的启示:案例 A 和案例 B 均属于高驱动、低阻力型的改革模式,即变革驱动力明显大于制约力,改革呈现出推进力度大、阻力化解好、改革政策执行顺畅的特点。从两个案例的共性要素本研究发,成功驱动变革,推进改革的过程中政府尽责、科学履职非常关键。通过落实政府对公立医院的领导、保障、管理和监督责任,传递驱动改革的管理、监管和控费等压力。

共性阻力问题及启示:(1)无论哪种模式的案例地区,县级公立医院的院长和医务人员均存在不同程度的对改革持续性的担忧。但高驱动、低阻力型案例地区能有效、充分化解阻力,尤其是对既有管理体制和运行机制做彻底变革的改革地区,将院长和医务人员由改革之初的制约者、怀疑者转变为改革后期的受益者和积极参与者,这种转变成为改革的原动力;(2)作为国家级第二批试点县,或者是国家级的示范县,医疗服务价格调整的权限均没有下放到县级。其中案例 C 的调价权在省级层面,医疗服务价格的动态调整既缺乏制度和联动部门支撑,也欠技术支撑;(3)推进人事编制和薪酬制度改革中受到卫生体制改革外制度的限制较大;(4)县级公立医院、乡镇卫生院等基层医疗机构相互间和各层级间,信息系统各不兼容,既是成本浪费,也是对互联互通的掣肘;(5)不管建立了何种形式的医联体,案例地区的基层专业技术人才和专业技能都存在一定的欠缺,今后建设医联体过程中要特别关注;(6)医共体的法律地位没有确认,职责界定缺乏规范;(7)有些地区未将医改相关的职能部门统一到主管医改的县长职责内。这些阻力的存在将是影响变革稳态的隐性风险,需要在今后的改革中补齐短板。A、B 有效化解阻力的共性,体现在对 33 号文改革路径实施有逻辑、有步骤、有深度,展示了改革的综合合力,放大了改革效应。

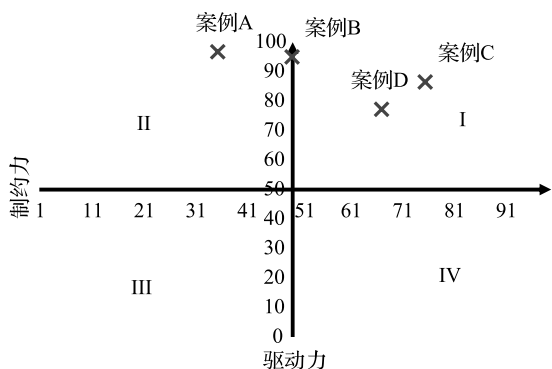


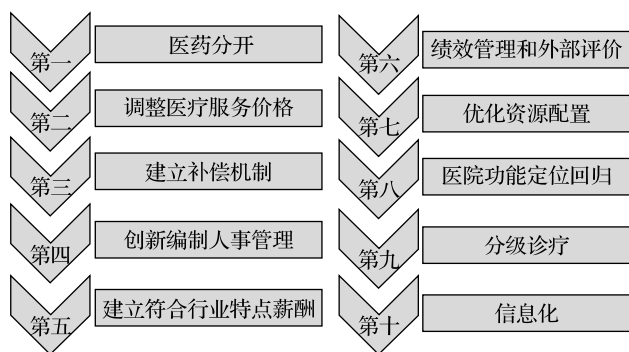
图 1 案例地区变革驱动力与制约力匹配图

## 4 结论

### 4.1 优良的政策设计是基础,执行是关键

科学的制度设计是政策执行的基础,但“执行”仍是关键,否则再科学的政策也没有意义。2015 年

国办发“33 号文件”是在总结前我国前两批县级公立医院改革试点经验基础上进行的制度设计,改革路径清晰,富有逻辑(图 2)。实践证明表面上执行政策而不触及既有管理体制和运行机制的灵魂,改革将遇到巨大阻力,许多地区在医疗服务价格调整和建立补偿机制的改革环节难以落实,人事编制和薪酬制度改革更是没有实质进展,因此激励不足。改革之所以强调综合性、系统性、协调性和逻辑性,就是针对性地指出了这些问题。同样的政策,在执行中却产生了不同效果,因此,如何执行同样也是一个值得重视的关键问题。



资料来源:王虎峰.中国医改的逻辑和行动 ppt

图 2 33 号文改革路径及逻辑

#### 4.2 消除政策执行的不平衡是落实政策的关键

不同案例中改革政策执行的差距较大,说明客观上政策执行的不平衡是存在的。纵观我国县级公立医院综合改革的情况,仍然有相当多地区政策执行流于形式,政府投入不到位,人事薪酬改革无实质性突破,影响了“改革主力军”医务人员的积极性,三医联动机制脆弱,使得激励约束不足,机构间联动掣肘,改革内在逻辑和顺序把握不到位,形成了政策执行“得力”与“不得力”非常不平衡的态势。这说明政策执行环节出现了问题。

#### 4.3 改革政策执行“高驱动力—低制约力”是理想的改革模式

通过扎实的案例分析,本研究得出结论,在改革政策执行过程中,在增加变革驱动力的同时,也要尤其注重降低变革的制约力量(阻力)。这与卢因组织变革理论的原理是完全一致的。在过去的改革经验

中,我们发现重视改革驱动的为多,但并没有把消减和化解变革中的阻力放在与改革驱动同等重要的地位上,因此,即使驱动变革发生,形成的新的组织变革形态也仍然不稳定,这就是为什么有些地方出现领导一调任,改革就停滞的现象。因此,本研究认为驱动改革固然重要,但消减和化解改革阻力更为重要。

## 5 政策建议

### 5.1 医改既要增加驱动,更要化解阻力

从组织变革理论的视角来看,若要使变革成功发生,并维持新的稳态,需要驱动和制约之间的平衡,因此,推进公立医院综合改革要驱动与化解阻力并重。案例分析已经得出几条结论:从增加驱动力来看,县域主要领导对医改的重视和推动,确实在“组织构建”、“专职人员”、“绩效考核”甚至“精细化管理”方面直接影响了得分,医改看“三长”<sup>①</sup>,即能够推动并实现变革的关键是“三长”,得到了验证,而研究如何选用、任用、培养和造就适应医改的县长(市长)、局长和院长(简称“三长”)则是驱动改革的重要条件;二要充分争取改革过程中的“相关利益方”,使得医疗机构、医生和患者成为变革的积极力量。在化解阻力方面,医务人员的人员编制、薪酬以及对医疗机构服务价格的调整,确实成为了关键点,评价结果显示化解阻力是否有效主要区别在于这些政策是否得到了落实,因此,采用组织变革理论模型,通过对政策执行的系统评价,清楚地找出了问题的症结所在,推动改革就要在增加驱动和化解阻力上下功夫。<sup>[12]</sup>

### 5.2 选择试点和示范的原则是既要驱动有力,更要化解阻力有方

我国的公立医院改革向来遵从试点引路,积累经验,政策学习和扩散,最终总结形成顶层设计的框架和逻辑。因此,试点和示范地区的选择十分重要,要能够起到以点带面、示范引领的带动作用。我国的县级公立医院综合改革涉及管理体制、运行机制、医保支付、人事编制和薪酬制度等诸多敏感领域,触及诸多深层次的利益矛盾,若在改革中一味增加驱动力,容易触动盘根错节的矛盾和利益,也必将付出

<sup>①</sup> “三长”是指市长(即市领导)、局长(意指相关部门负责人)、院长(即核心医院的负责人),这三个层面的领导如果有强烈的愿望和能力投入改革,就能很好推动。

更多的改革成本。因此,在今后选择试点地区时,既要选择驱动力较高的地区,更要选择化解阻力有方的地区。

### 5.3 做好变革一再冻结的衔接,建立健全现代医院管理制度

当前公立医院改革正处于“解冻和变革”阶段,上升到制度的“再冻结”的任务仍十分艰巨,因此,应科学分析和要判断哪些改革已经形成机制,哪些改革只是临时性政策,从而有针对性地加强和改进。再冻结的形成有赖于医改政策的升华,33号文件和38号文件作为公立医院改革的顶层设计,为改革提供了良好指引,这些改革需要再冻结,将改革政策上升为制度,即通过立法建立健全现代医院管理制度,使得建立的公立医院新运行机制能够稳定持久,这样改革才能最终成功。现代医院管理制度只有在公立医院这一组织层面稳固下来,完成了再冻结,才能具备深厚的土壤,否则难免流于形式,这正是许多试点地区公立医院法人治理结构改革推进迟滞,难以取得实质性进展的深层次原因。<sup>[21]</sup>

### 5.4 建立更加科学的改革评价和监督制度

既往对改革的评价视角较为单一,认为只要有高驱动就能推进改革,认为领导协调力度到了,压力足够大就会水到渠成,这与我国自上而下的行政管理体制思维有关。但组织变革理论以及研究的结果表明,高驱动就会产生高张力,甚至产生负面影响。因此,在今后的改革督查和测评中,督查和测评的指标既要包括对改革驱动力的检查和评价,也要重视对消减和化解阻力方面举措的评估,使督查和测评的取向更加立体、系统和科学。未来考核评价体系的建立,应多采用定量的方法,定性和定量相结合,既增加科学性,又要立体反映被评价对象改革运行的内在规律。同时,政府部门应当意识到,对全国的改革进行督查、监测和测评,不仅是一种现实的工作,亦是一种方向引领,因此评价和监督过程中也应按照改革政策落实的规律,做出更加科学和有利于可持续发展的评价结论。

### 致谢

感谢在测评指标体系构建过程中,35位专家所给予的专业、无私的支持与帮助。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 丁煌. 政策执行阻滞机制及其防治对策[M]. 北京: 人民出版社, 2002.
- [2] 林永波, 张世贤. 公共政策[M]. 台北: 五南图书出版公司, 1976.
- [3] 李允杰, 丘昌泰. 政策执行与评估[M]. 北京: 北京大学出版社, 2008.
- [4] 陈喜乐, 杨洋. 政策执行研究的范式转变[J]. 厦门大学学报(哲学社会科学版), 2013(1): 1-8.
- [5] 丁煌, 定明捷. 国外政策执行理论前沿评述[J]. 公共行政评论, 2010, 3(1): 119-148.
- [6] 定明捷. 中国政策执行研究的回顾与反思(1987—2013)[J]. 甘肃行政学院学报, 2014(1): 17-28.
- [7] 贺东航, 孔繁斌. 公共政策执行的中国经验[J]. 中国社会科学, 2011(5): 61-79.
- [8] 刘伟忠. 现代西方政策执行研究的路径与意义[J]. 江海学刊, 2006(4): 211-216.
- [9] Winter S. New Directions for Implementation Research[J]. Policy Currents, 8(4): 1-5.
- [10] Lewin K. Action Research and Minority Problems[J]. Journal of social Issues, 1946.
- [11] Lewin K. Group Decision and Social Change[M]//Swanson G E, New-combe T M, Hartley E L. Readings in Social Psychology. 2nd ed. New York: Holt.
- [12] 齐先朴. 当代西方领导组织变革的若干新理论研究综述[J]. 长江论坛, 2007(5): 64-68.
- [13] 林忠, 刘亦飞. 组织变革理论变迁[J]. 产业组织评论, 2013(3).
- [14] 李作战. 组织变革理论与研究评述[J]. 现代管理科学, 2007, 2007(4): 49-50.
- [15] 王金红. 案例研究法及其相关学术规范[J]. 同济大学学报(社会科学版), 2007, 18(3): 87-95.
- [16] 谢芳. 案例研究方法[J]. 北京石油管理干部学院学报, 2009, 16(3): 25-30.
- [17] 苏敬勤, 李召敏. 案例研究方法的运用模式及其关键指标[J]. 管理学报, 2011, 8(3): 340-347.
- [18] 黄岩, 文明超. 案例研究方法评述[J]. 金融教育研究, 2008(4): 137-138.
- [19] 李宇飞, 王虎峰, 李颖, 等. 患者视角下北京市某区基层首诊制影响因素质性研究[J]. 中国医院管理, 2016, 36(2): 4-6.
- [20] 邓雪琳. 改革开放以来中国政府职能转变的测量——基于国务院政府工作报告(1978—2015)的文本分析[J]. 中国行政管理, 2015(8): 30-36.
- [21] 张静, 王虎峰. 新时代现代医院管理制度的演进路径及政策衔接[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 37-41.

[收稿日期: 2019-01-29 修回日期: 2019-03-15]

(编辑 刘博)