

我国分级诊疗政策的推广路径与动因

——基于政策扩散理论的分析

陶磊* 梁海伦

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】我国分级诊疗政策从局部到全国的试点推广过程是一个典型的政策扩散过程。这一政策经历了三个阶段,第一个阶段是从2006—2009年的政策论证期,第二个阶段是从2009—2015年的局部试点期,第三个阶段则是从2016年至今的全面试点期。从政策扩散的角度看,这一过程有三个基本特点,即时间上的S型分布,城乡间的实施差异,区域上的试点推广错位。本文从政策扩散的微观机制出发,认为中央强制推动使得该政策得以在全国迅速出台与推广,模仿在时间压力下减少了政策制定成本,竞争机制下各地政策趋于多样化的实践。然而从实际执行效果来看,这一政策推广的过程存在象征执行、政策趋同、一刀切等现象,使得分级诊疗喊声大、落实小,而缺乏系统的顶层设计与中央投入不足则严重制约了地方积极性的发挥。

【关键词】分级诊疗;政策扩散;路径;动因

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.002

Study on the path and impetus of China's hierarchical healthcare system reform: An analysis based on the policy diffusion theory

TAO Lei, LIANG Hai-lun

School of Public Management and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 The hierarchical healthcare system reform policy development process is a typical policy diffusion process which is conducted from county-level in the policy demonstration and initial piloting phase to national-level promotion for the final stage of development. Generally, the process underwent three phases, namely the policy demonstration period from 2006 to 2009, the partial piloting phase from 2009 to 2015, and the full pilot period from 2016 to present. From the perspective of policy diffusion, the process has got three basic characteristics including the S-type distribution in time, the promotion of differences between urban and rural areas, and the pilots scaling in the region. Starting from the micro-scale of policy diffusion, this paper found that the central compulsory promotion has enabled rapid adoption and promotion of the policy countrywide, imitating the strategy of reduced policy-making costs under time pressure, and practicing the diversification of local policies under the competition mechanism. However, from the perspective of actual implementation effect, this policy's promotion process has been constrained in adapting to local conditions during specific implementation. Some problems occurred during the policy's symbolic implementation, convergence and one-size-fits-all, which made China's hierarchical healthcare system reform loud and small in terms of grading diagnosis and treatment. In addition, the lack of systematic top-level design and insufficient central budgets input has seriously constrained the participation and motivation of local government in the policy diffusion.

【Key words】 Hierarchical healthcare system; Policy diffusion; Path; Impetus

分级诊疗,是指按照疾病的轻、重、缓、急以及根据患者治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗

机构承担不同疾病的治疗。^[1]2015年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(以

* 基金项目:国家自然科学基金(71804183)

作者简介:陶磊,男(1995年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail: taolei@ruc.edu.cn

通讯作者:梁海伦。E-mail: hliang@ruc.edu.cn

下简称《意见》),对我国分级诊疗的建设提出了明确的时间表,即到2020年我国要建成符合国情的分级诊疗制度。自2009年我国新一轮医改启动以来,部分省市就展开了试点,2014年黑龙江省在省一级率先推出推进分级诊疗的指导意见,截至2017年,我国已有30个省级人民政府发布实施分级诊疗相关意见和办法,近300个地级市出台分级诊疗政策措施,覆盖我国近95%以上的地市。在我国分级诊疗政策全面铺开的背后,一个值得关注的问题是,我国分级诊疗政策是如何在全国推广开来的?这一政策推广的路径有何特点?而支撑分级诊疗政策扩散的动因是什么?其在具体执行中还存在哪些问题?本文基于政策扩散的理论分析,力图展现我国分级诊疗政策的实施推广路径与特点,并分析其内在动因及问题,以期深化对这一政策的科学认识,并为下一步医疗卫生体制改革提供有益的经验。

1 政策扩散理论

政策扩散是在社会系统中,一项新政策经过一段时间,由成员间通过某种渠道而相互沟通的过程。^[2]政策扩散理论解释了公共政策来源的问题,其着重强调外部因素对政府决策与政策出台的影响。因此,从扩散的影响因素来看,可以将这一过程概括为四种基本模型:全国互动模型、区域扩散模型、领导—跟进模型和垂直影响模型。^[3]也可以简单将其识别为两个方面的因素,即内部决定和外部传播模型。^[4]内部决定模型认为政策扩散的动因是本地因素,涵盖一地的政治、经济、社会文化状况以及问题的严重性等,而外部传播机制则是由外在因素所决定,即上级政府的压力、临近区域的影响等。从微观机制上来看,强制、竞争、模仿和学习是政策扩散的四种外部推广机制。^[5]所谓强制是政府政策的采纳行为,更多源自上级政府的压力或者影响;竞争则是出于对超越其他政府主体的考虑而采纳某种类似政策的行为,即不采纳就会处于不利地位;模仿是一种复制行为,仅仅为了和其他主体保持一致而采取一项已经在别处采纳的政策;学习来自政策制定者对其他政府实施成功的政策考虑,以便采取恰当的本地政策。自20世纪90年代以来,政策扩散理论已在美国得到了大规模的验证,同时,我国学者也开始注意并将这一理论运用于中国语境之下,特别是系列社会政策研究,涵盖医疗卫生、社会保障、基层治理等多个领域。^[6-8]可以说,这一理论

视角已成为研究我国社会政策创新的重要工具和解释模型。

2 我国分级诊疗政策的推广路径与特点

2.1 我国分级诊疗政策的三个阶段

自改革开放以来,特别是20世纪90年代医疗卫生领域的市场化改革,导致我国卫生领域中最突出的矛盾和问题是长期以来的医疗卫生资源投入不足和卫生资源的分布不均。因此,与西方“金字塔”型的就医格局不同的是,在我国城市中,三级医院承担了绝大部分医疗救治,而与此同时,城市社区卫生则基本处于边缘和停滞状态,这一“错位”的医疗资源配置格局加重了群众的医疗负担与医疗救治时间,看病难、看病贵的问题成为医疗领域的首要矛盾。因此,分级诊疗政策的首要目标就是要扭转这一“错位”的资源配置格局。事实上,在改革开放以前我国就已经构建了以三级医疗服务体系为基础的分级诊疗格局,进入新世纪以来,我国试图探索重新建立具有中国特色的分级诊疗制度。总的来看可以将我国分级诊疗政策的重建过程划分为三个阶段,第一个阶段是2006—2009年,这是我国分级诊疗的初步政策论证阶段,该时期重新提出要建立分级诊疗制度,但是具体的政策工具与实施路径尚不明朗;第二个阶段是2009—2015年,该阶段属于从概念到实施的操作化阶段,各地开展了局部试点并进行了有益探索,这一时期在政策工具、政策目标、政策方案上取得了一些成果,为中央层面政策意见的出台提供了重要基础;第三个阶段是从2015年至今的全面试点阶段,在中央层面正式提出了分级诊疗的实施意见,政策目标与政策工具趋于丰富,分级诊疗政策正式在全国范围内基本得到确认并开始实施。

2.1.1 2006—2009年:政策论证期

2006年3月国务院下发《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,要求建立社区卫生服务机构与大医院的分级医疗和双向转诊制度,探索开展社区首诊制试点,这是在中央政策层面首次明确提出要恢复建立“分级医疗”制度。^[9]随后虽然在青岛、深圳、上海、北京等部分地区开展了以社区首诊和双向转诊为主要内容的试点,但这一时期该政策从理念、目标到具体政策实践都属于初步论证状态。政策理念上,将分级医疗作为推进医疗机构分工协作与加强社区卫生建设的举措之一,而并未将其作为系统政策;政策目标上,广大农村地区尚未纳入分级诊疗

政策体系之中;实践方面,主要是以推动综合医院与社区卫生服务机构开展各种合作为主,而具体职责划分、转诊标准与程序、激励手段、配套措施尚未明确,因此总体收效并不大。

2.1.2 2009—2015 年:局部试点期

2009 年中共中央国务院下发《关于深化医药卫生体制改革的意见》,标志着正式拉开了我国新一轮医改的大幕。我国新一轮医改的近期目标是解决“看病难、看病贵”的问题,而远期目标则是建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。因此,《意见》不仅强调要在城市社区构建分级诊疗的就医格局,同时要求加快农村地区三级医疗卫生服务网络建设,在农村地区也要逐步建立分级诊疗和双向转诊制度。因此,从政策理念上看,分级诊疗已经成为我国探索整合城乡一体化发展,推进基本医疗服务均等化,缩小城乡区域间医疗卫生差距的重要抓手,关系到我国基本医疗卫生体系的构建。至此,分级诊疗开始了从理念构建到实质性探索,从政策论证到多地试点的时期。按照原国家卫计委的总结,分级诊疗制度“地方化”实践中逐渐形成了五种具有代表性的模式:一是以厦门和镇江为代表的,以慢病为突破口的模式;二是以北京、天津、江苏和深圳等地为代表的,以构建医联体为切入点的模式;三是以安徽等地为代表的,以诊疗病种为抓手的模式;四是以上海和杭州为代表的,以家庭医生签约服务为基础的模式;五是以青海为代表的,以医保政策引导的模式。^[10]各地多元化的政策实践为中央层面分级诊疗政策的最终制定提供了实践基础和政策经验。

2.1.3 2015 年至今:全面试点期

2015 年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,提出到 2020 年,要基本构建以基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动为核心的符合国情的分级诊疗制度。这一政策的出台最终标志着我国分级诊疗的总体目标和基本任务已经成型,分级诊疗在全国范围内正式推开。而在具体政策工具与实现路径上,随后的 2016 年和 2017 年,国务院医改办等七部委和国务院办公厅分别下发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》两份文件,明确要求在各试点地区分级诊疗建设中实行家庭医生签约制度和全面推进医联体建设,这事实上是对北京、上海等地方医改成功经验的采纳和在全国范围内的推广。截至 2018 年 1 月,除西藏

自治区以及港澳台地区外的其余 30 个省级行政单位均已出台具体实施意见与办法,虽然在具体内容和现实政策工具的选择上各地略有不同,但从基本的政策理念上看是一致的,这意味着分级诊疗作为一个基本政策制度在全国范围内基本得到确认并开始在各地进行试点实施。

2.2 我国分级诊疗政策推广的特点

2.2.1 扩散时间上呈现 S 形分布

政策出台早期,即从 2014 年 7 月黑龙江省发布首个省级政策文件到 2015 年 7 月,共有 5 个省份出台了相关实施意见或者办法;接下来的一年内,尤其是中央层面政策文件明确要求推进分级诊疗制度建设后,这一数量猛增,2016 年 7 月共有 27 个省份发布相关办法;随后 5 个月,宁夏、上海、贵州相继发布政策文件,至此全国共有 30 个省级行政单位出台分级诊疗的具体实施办法(图 1)。这一扩散过程总体上来说呈现典型的 S 型扩散模式,这也与许多社会政策的扩散路径一致,在政策扩散过程的早期,一项创新政策只被少数主体采纳,并且采纳的数量少,增长缓慢;但是随着时间的推移,尤其是在突破政策“瓶颈期”后,政策采纳者会逐步增加,扩散频率也会逐渐加速;最后随着潜在的政策采纳者数量达到饱和,其扩散速度会逐渐下降,直至结束。

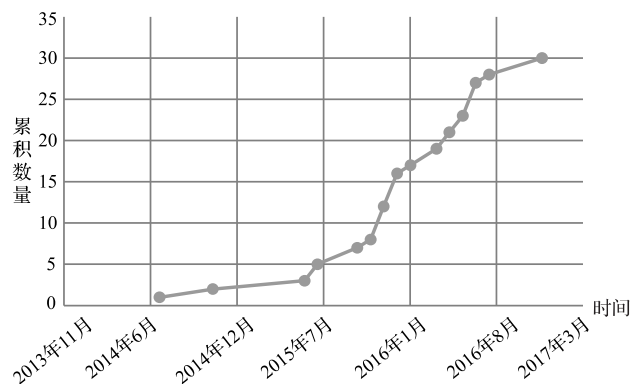


图 1 分级诊疗政策扩散曲线图

2.2.2 扩散区域上的城乡差别

分级诊疗的概念最早见于 2006 年国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,首次在国家文件中提出分级诊疗并要求在城市社区进行首诊试点;而在 2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》中,这一表述更新为推行基层首诊,并在城市和农村地区开展分级诊疗。从“城市社区”到“基层”这一政策的变化,不仅是概念外延的扩张,也表明我国分级诊疗的政策理念设计上有一个从城市到农村的

转移过程。实践上,我国于2010年首先进行城市公立医院改革,选取了17个城市,并相应配套分级诊疗试点,随后逐步在农村地区推广。这一实践逻辑在于,市场化改革使得农村原有三级卫生服务趋于瓦解,而长期以来政府投入不足使得农村医疗卫生资源严重不足,许多地区连县级医院都无法保证急危重症抢救与多发病诊治,村卫生室与乡镇卫生院基本无法提供一般医疗服务,与此同时新型农村合作医疗体系也尚在构建之中。因此,加强投入与构建新型农村卫生体系仍是农村卫生事业的首要任务,在这样的背景下,以优化资源合理配置为主要目标的分级医疗自然未在农村推行。同时,由于我国医疗卫生资源主要集中于城市,城市三级医疗资源配置问题更为突出,因此在城市地区先行试点推广,既是现实需要,也为后续农村地区医疗卫生改革提供经验借鉴。

2.2.3 试点扩散上的东西部地区错位

试点阶段,最早开始分级诊疗试点的城市主要包括北京、上海、深圳、镇江、厦门等,分别围绕家庭医生签约服务、医联体建设、急慢分治等几个方面进行。从地域上看,这批城市主要分布在东部地区。这一原因部分在于东部地区财政收入高、经济实力强,城市发展成熟,思想较为活跃,往往具有改革与政策创新的实力;另一方面,东部地区医疗资源更为丰富,资源配置矛盾更为突出,政策创新的动力较强,在这两方面驱动下,东部地区成为我国分级诊疗政策的最初实验区。但是从省级指导性文件的发布来看,即在全省正式推开分级诊疗政策实践上看,黑龙江最早,而后是甘肃、陕西、安徽等地。呈现出东部试点早,西部推出早的现象。其原因可能在于东部地区改革牵涉利益广、矛盾多、难度大,分级诊疗是一个利益重新分配的过程^[11],三级医院医务人员与管理者、患者、医疗企业都是潜在的阻碍者。^[12]大量潜在利益受损者的抵制使得分级诊疗作为整体政策推出的时间延缓。

3 我国分级诊疗政策扩散的动因分析

3.1 分级诊疗政策推广的三种动因

政策扩散机制内含三种动因,强制是自上而下的影响,模仿是时间压力所导致的策略行为,竞争是横向政府间的对比与选择。对我国分级诊疗政策执行中存在问题的分析可以从上述动因出发。

3.1.1 中央强制推动使得该政策迅速出台

原国家卫计委是分级诊疗政策的重要推动力,

因为卫生部门有着强烈的愿望通过推动政策的落地来维护自身利益和话语权。^[13]中央有两个政策工具影响地方政策选择,一是惩罚,二是奖励。例如将医保定点医疗机构执行双向转诊和分级医疗情况列为考核指标,并将考核结果与医保支付挂钩;或是给予积极试点地区以政策倾斜和配套资金支持,从而推动这一政策在全国扩散。除了选择性惩罚和激励,原卫计委还主动介入和推广,通过座谈会、经验会、推进会不断推进这一政策扩散。这一强制因素使得每次中央政策文件的出台都使地方分级诊疗有文件出台与政策实践。从图1看,有一个明显时间节点或者说政策扩散的“瓶颈点”,即2015年10月,而9月是中央正式推出分级诊疗标志性文件的时间点,这可以在一定程度上说明中央政策的出台有力的推动了地方出台与实施政策的积极性与速度。从地方角度来看,与经济性政策等发展性政策可以带来持续性财税收入不同,医疗卫生政策是典型的消耗型政策,地方政府缺少动力推动本地区公共服务与医疗水平的改善,分级诊疗政策尤其如此。分级诊疗政策的本质是加强基层医疗资源建设,分流三级医院就医人数,从而实现医疗资源的相对合理配置。要实现这一目的,地方财政投入是关键,中央政府的强制推动在一定程度上抵消了地方推广意愿不足的问题,是分级诊疗政策能够迅速推开的主要因素。

3.1.2 模仿减少了政策出台成本

政策模仿意味着分级诊疗政策没有按照本地实际展开。政策模仿的主要体现在于政策文件的趋同,从某种程度来看,是对中央政策的消极应付与选择性执行。在我国,医疗卫生服务基本上属于地区性事务,80%以上的医疗支出由地方政府承担,分级诊疗政策的推广在一定程度上形成了“中央点菜、地方买单”的格局。中央政策规定,到2017年基本形成分级诊疗的资源配置格局,而到2020年制度要基本建立,而这无疑对各个地方政府是一个极大的挑战。从各地出台的政策文本来看,许多地区基础薄、财力弱,在基层医疗卫生机构尚未健全的情况下强制实施基层首诊与推行家庭医生制度,是典型的模仿做法,其消极后果在于不能因地制宜推广这一政策,使得政策趋于失败或者无效。许多学者分析了我国分级诊疗政策存在的问题,概括起来包括基层医疗体系投入不足,具体配套体制机制有待完善,信息化程度不高,就医心理仍需引导等。^[14-15]但究其深层次原因,仍是我国医疗资源地区差异大,农村与城

市医疗资源差别大。这一模仿策略一方面可能使得政策不符合当地具体情况,另一方面使得政策可执行性差,往往是高要求,低落实,这是我国分级诊疗政策效果不佳的一个重要深层次原因。

3.1.3 竞争机制下各地政策出台趋于多样化的实践

竞争机制使得各地都想在这一政策竞争中取得胜利。一般来说,经济政策的竞争性明显,因其有典型的外部溢出性;而社会保障政策的竞争机制弱,因为卫生与福利政策主要是消耗性支出,从短期来看,一般不会给本地政府带来正面经济效应。但是,地方竞争并不总是为了经济收益的最大化,政治和社会收益也是其重要考虑。一般来说,当地方试点政策取得的效果越明显,即政绩越好,则地方官员受到上级领导关注的可能性越高,潜在政治收益就会越大。随着我国社会发展转型,过去以 GDP 为核心的绩效考核越来越转变为注重地区内涵发展,其中公共服务成为重要的考核内容。因此如果将出台成功的分级诊疗政策作为良好的地方“政绩”,那么地方政府一定会想方设法构建“特色”,从而形成典型经验,在地方竞争中取得优势。在分级诊疗政策的出台过程中,各试点地方表现积极,设计了几套特点鲜明的分级诊疗方案,例如 2011 年上海市率先试点家庭签约医生制度,随后 2012 年北京在朝阳等地开始试点医联体模式,同年厦门也开始以慢性病管理为主的地方试点。三地各有侧重的实践模式一方面可以看作是地方政府竞争的“有意”为之,但另一方面也结合了本地实际情况,例如北京市医疗资源丰富,但布局和利用相对分散,医联体方案试图对这一格局进行重新配置;而上海早在 1997 年就已经开始有意识地加强社区卫生服务建设,一定数量的全科医生是试点家庭医生模式的基础;而厦门市就医人群中慢性病患者占大部分,解决这一人群就医实际成为当务之急。这表明在竞争机制下,各地会在一定程度上结合本地经济发展状况、卫生事业发展状况而采取相应政策。^[16]

3.2 分级诊疗政策推广实施中存在的问题

上述分析表明,各地分级诊疗政策出台主要受到三种因素的影响,即上级强制因素、同级间的模仿和竞争压力。公共政策的制定与执行密不可分,显然,现阶段由政府主导的分级诊疗在具体实施中存在着的许多问题都受到上述因素的影响。中央强制虽然可以推动地方政府政策出台,然而顶层设计的

不完善和乏力的中央财政支持使得地方执行动力仍然不足;模仿在短期内可以减少制度出台成本,但导致各地政策文本趋同,不能因地制宜;竞争导致各地多样化的实践,但也存在着虚构特色,盲目抬高标准,政策可操作性较弱等问题。具体来看,我国分级诊疗政策在各地实施中存在的问题主要有四个。

3.2.1 政策目标关心指标而非问题

首诊率和转诊率是评价分级诊疗效果的重要指标,各地均将这两项指标作为分级诊疗的重要政策目标,甚至是唯一目标,例如通过强制首诊、取消基层医疗机构非常规检查科室,从而使病人只能到上级医院检查,以此提高转诊率;或是通过人为设置比例门槛控制转诊率。这一结果导向的指标追求与分级诊疗本身提倡的优化资源配置、提高医疗服务效率背道而驰。首诊率的提升有赖于基层医疗卫生服务的提高和群众就医习惯的改变,在许多地区,基层医疗卫生服务机构仍然不具备首诊条件,强制实施基层首诊,势必将增加群众医疗负担,导致首诊流于形式,同时导致转诊随意化。同时,人为控制转诊率将使得患者可能无法得到有效的医治,造成医疗资源浪费和服务质量的降低。

3.2.2 政策工具单一趋同而缺乏综合手段

多数地区强调使用经济工具来引导居民首诊在基层,例如给予赴基层医疗卫生机构就医人员一定数额的经济补贴,提高基层医疗卫生机构门诊住院报销比例或是降低未经转诊人员的报销比例。但是居民就医心理和行为是复杂的,就医行为尤其涉及自身健康安全,在基层医疗卫生服务水平尚未有实质性提高的背景下,很难仅仅通过经济激励来影响患者的就医选择和转诊积极性。

3.2.3 政策主体尚未形成合力

我国政府与部门间关系十分复杂,仅仅依靠卫生部门难以实现有效的卫生资源整合。以医联体建设为例,大多仍停留在松散的整合之上,很少能够实现有效的属地化管理,也难以在日常运营、资源调配等方面实行统一管理,更没有实现医疗技术的兜底与托管。这是因为不同层次和归属的医疗机构横向上受到卫生、发改、财政、物价等不同机构的约束,纵向上受到不同层级政府的管理,导致政府部门间、医院之间难以有效联动形成合力。

3.2.4 政策资源方面缺乏中央财政投入

我国不同地区经济发展阶段和水平差别较大,部分地区财政状况本身就难以为继,在基层医疗卫

生机构的建设上长期投入不足,基层医疗卫生机构检验水平低、大多数基层医疗卫生机构缺少儿科、信息化投资建设更无从谈起。而实现基本医疗公共服务均等化、建设标准化基层医疗卫生机构本应是中央财政应有的职责,但现实情况是,医疗卫生经费主要由地方政府和医疗机构自身筹措。

4 讨论

自2006年我国在国家层面首次提出构建分级诊疗制度以来,分级诊疗政策走过了由点到面,从局部试点到全国试点并推广的过程,至今这一政策已覆盖我国95%以上的地市,按照“十三五”规划,这一政策要在2020年基本成熟。从政策扩散的角度看,这一扩散过程呈现S形分布,并且在农村与城市、东部与西部区别明显。在我国全面推广分级诊疗政策的背后,主要有三种动因,上级强制推动是影响分级诊疗政策推广的主要因素,模仿在时间压力下成为分级诊疗政策的最优现实选择,竞争机制下各地政策出台趋于多样化的实践。显然,强制和模仿不利于分级诊疗的完善和推广。事实上,我国分级诊疗政策的推广是上述三种机制的混合,而非某单一因素的作用,在各地激烈竞争之下,不单单存在着创新的可能,又往往孕育着模仿的机会,将一种机制与另一种机制在实践上进行明确区分是困难的。但作为一项公共政策创新,分级诊疗政策的产生与推行本应是“问题”的产物,但任何政策都必然处于整个政府架构之中,受到外部多样化因素尤其是各级政府自身的影响。作为系统工程,这既不利于对现行分级诊疗政策实施与推行的全面科学认识,也不利于下一步医疗卫生体制的改革与发展。

因此,完善和推行分级诊疗政策必须要放在整个政府体系的视野之下,推动加强顶层设计,具体来说,一是我国分级诊疗政策必须给予地方更大的自主权,在具体政策落实的时间设定上可以更加灵活,不必追求全国统一的模式。尤其是各项考核指标设置上尤其需要谨慎灵活。二是中央必须加强财政资金投入,尤其是对欠发达地区基层医疗卫生机构的标准化建设和转移支付;同时可以考虑在中央层面设立深化医改领导小组,以调动更大范围力量对涉及医院管理体制、医药价格机制、医保筹措方式与补偿标准等方面进行实质性改善,以推动建立现代医院管理制度,理顺行政管理体制,有效推进三医联动建设。三是应该强调运用多种政

策工具,加强基层医疗卫生服务建设,强化正面宣传与引导,从而提高居民基层首诊意愿。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 吕健. 论深化医改进程中分级诊疗体系的完善[J]. 中国医院管理, 2014, 34(6): 1-3.
- [2] Everett R. Diffusion of innovations[M]. Free Press, 2003.
- [3] Berry F S. Sizing up state policy innovation research[J]. Policy Studies Journal, 1994, 22(3): 442-456.
- [4] Berry F S, Berry W D. State lottery adoptions as policy innovations: An event history analysis[J]. American political science review, 1990, 84(2): 395-415.
- [5] Shipan C R, Volden C. The mechanisms of policy diffusion[J]. American journal of political science, 2008, 52(4): 840-857.
- [6] 岳经纶, 王春晓. 三明医改经验何以得到全国性推广? 基于政策创新扩散的研究[J]. 广东社会科学, 2017(5): 186-197.
- [7] 朱旭峰, 赵慧. 政府间关系视角下的社会政策扩散——以城市低保制度为例(1993—1999)[J]. 中国社会科学, 2016(8): 95-116.
- [8] 林雪霏. 政府间组织学习与政策再生产: 政策扩散的微观机制——以“城市网格化管理”政策为例[J]. 公共管理学报, 2015(1): 11-23.
- [9] 谢宇, 于亚敏, 余瑞芳, 等. 我国分级诊疗发展历程及政策演变研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(3): 24-27.
- [10] 仇逸. 多地分级诊疗制度雏形显现[N]. 经济参考报, 2016-10-27(05).
- [11] 王虎峰. 联动整合 分级诊疗方能落地[J]. 中国卫生, 2017(7): 42-43.
- [12] 卢慧, 魏来, 余昌胤, 等. 分级诊疗相关利益主体的损益分析[J]. 卫生经济研究, 2018(2): 31-35.
- [13] 王清波, 胡佳, 代涛. 建立分级诊疗制度的动力与阻力分析——基于利益相关者理论[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 9-15.
- [14] 马小利, 戴明锋. 新医改背景下我国分级诊疗实践及问题分析[J]. 中国医院管理, 2017, 37(10): 22-24.
- [15] 杨坚, 卢珊, 金晶, 等. 基于系统思想的分级诊疗分析[J]. 中国医院管理, 2016, 36(1): 1-5.
- [16] 郑英, 李力, 代涛. 我国部分地区分级诊疗政策实践的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 1-8.
- [17] 王虎峰. 用分级诊疗统筹医改 实现强基层 促健康 可持续——厦门市分级诊疗跟踪调研报告(节选)[J]. 现代医院管理, 2016, 14(4): 13-14.

[收稿日期: 2018-05-23 修回日期: 2018-11-28]

(编辑 刘博)