

地方政府分级诊疗政策创新扩散研究

——基于全国地级市数据的事件史分析

梁海伦^{1*} 陶磊²

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 香港城市大学公共政策系 中国香港 999077

【摘要】地方政府卫生政策改革创新对于深化我国医药卫生体制改革具有重要意义。本研究以我国分级诊疗政策为例,收集并构建了全国 170 个地级城市 2014—2018 年五年时间内的数据库,采用事件史方法分析了地方分级诊疗政策出台的影响因素。研究发现,地方政府卫生政策改革创新呈现自下而上政策推广和横向竞争模式;卫生部门、医保部门和大型公立医院在我国地方政府分级诊疗政策制定中存在着显著性影响,而基层医疗卫生机构作用不显著。基于此,本文提出以下政策建议:(1)加强中央政府推进分级诊疗改革协调力度;(2)构建以紧密型医联体为基础的多方主体利益激励共融机制;(3)突出以基层医疗卫生机构为导向的“开源”性改革。

【关键词】地方政府;卫生政策;政策创新;政策扩散;分级诊疗

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.03.002

Innovation and diffusion of local government's hierarchical medical policy: An event history analysis based on prefecture-level data in China

LIANG Hai-lun¹, TAO Lei²

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

2. Department of Public Policy, City University of Hong Kong, Hong Kong 999077, China

【Abstract】The local government's health policy reform initiative is of great significance for the improvement of China's healthcare system reform. Taking China's grading diagnosis and treatment policy as a good example of policy innovation, this study collected and constructed a database of 170 prefecture level cities in China during the period from 2014 to 2018. Factors influencing the local governments' introduction of hierarchical medical policy were examined using the event history analysis based on data mined from the database. The results showed that the patterns followed by the local government during healthcare reform present a bottom-up and horizontal competition model; health, medical insurance departments, and large public hospitals had significant influence in the formulation of the local government's hierarchical medical policy, while the role of primary healthcare institutions was not significant. This study is helpful to the expansion of applicability of the policy diffusion theory in health policy, and also has great practical significance for deepening the reform of China's healthcare system. This paper presents the following policy recommendations: (1) strengthen the coordination role of the central government in promoting hierarchical medical policy; (2) construct seamlessly integrated healthcare systems as incentive mechanisms for stakeholders; (3) highlight the great importance to open up the source of primary cares.

【Key words】Local government; Health policy; Policy innovation; Policy diffusion; Hierarchical medical care

推进分级诊疗建设被视为我国新医改的关键举措与目标之一。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》,对我国分级诊疗建设提出了时间表和任务路线。2020 年中共中央发

* 基金项目:北京市社会科学基金青年项目(18GLC063)

作者简介:梁海伦(1988 年—),女,讲师,主要研究方向为基层卫生政策,慢性病管理。E-mail: hliang@ruc.edu.cn

布《关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》，明确提出要加快建设分级诊疗体系，并将其作为推进健康中国建设的重要措施。在中央政府的政策部署之下，截至2018年，全国31个省级人民政府发布实施分级诊疗相关意见办法，近200个地级市出台分级诊疗政策措施，涵盖我国近75%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迅速推广开来的？哪些因素影响了地方政府对于分级诊疗政策的采纳？

虽然现有政策创新扩散研究一定程度上解释了公共政策制定与执行的外部影响因素和路径，但对于卫生政策创新扩散的影响因素研究主要集中于宏观制度层面，而缺乏对于个体和利益团体的有效关注。^[1] 本文基于政策扩散理论，对于包括卫生部门、医保部门、大型三级医院、基层医疗卫生机构在内的利益相关者，从横向和纵向的政府扩散因素两个层次分析我国地方政府采纳分级诊疗的影响因素。

1 研究框架与研究假设

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] 我国分级诊疗政策从局部到全国，从无到有的推广过程是一个典型的政策扩散过程。^[3] 基于已有相关研究^[4]，在本文中，我们主要将从两个层面即政府间关系因素和利益相关者因素提出本文的研究假设。

1.1 政府间关系因素

公共政策的过程不仅仅是一个利益博弈的过程，同时也是一个政治的过程。因此，政府间关系被认为是理解中国政府与政治的关键^[5]，主要表现为自上而下的高位推动机制。除此之外，自下而上的政策吸纳以及横向政府间的政策模仿与学习机制同样存在。

据此，我们提出如下假设：

H1：上级政府出台的分级诊疗政策越多，地级市政府就越有可能推行分级诊疗政策。

H2：下级政府进行了分级诊疗政策改革，地级市政府就越有可能推行分级诊疗政策。

H3：相邻政府进行了分级诊疗政策改革，地级市政府就越有可能推行分级诊疗政策。

1.2 利益相关者因素

利益相关者是影响政策出台的重要影响因素，任何政策均存在潜在的利益受益者和受损者。基于

已有的研究^[4]，我们主要将影响分级诊疗政策出台的利益相关者划分为四类，一是政府部门，其中卫生、发改、财政、医保部门是主要的利益相关方；二是医疗机构，我们将医疗机构划分为大型医疗机构和基层医疗卫生机构两类；三是医药企业，涵盖药物、器械、医药制品等；最后是居民一方。值得说明的是，利益相关者的利益相关度不等同于其政策影响力。在我国公共政策制定体系中，虽然居民和医药企业与分级诊疗政策利益相关度高，但其影响公共政策制定能力弱，主要是分级诊疗政策的接受方而非制定方。因此，本文主要从政府部门和医疗机构两个方面的利益相关者探讨其对地方分级诊疗政策出台的影响。

从政府部门角度看，卫生部门是建立分级诊疗制度的主要推动力量。^[6] 分级诊疗制度一部分措施旨在强化基层医疗卫生机构的力量，例如基层医疗卫生机构的标准化扩建改造、基层卫生人员培训与薪酬激励以及信息化平台建设；上述措施执行的部分资金源自政府财政。在我国现行体制下，财政资金主要通过部门预算形式由卫生部门具体分配，因此卫生部门有强烈动机通过推行分级诊疗政策扩大部门预算和财政资金话语权。从监管层面来讲，卫生部门是分级诊疗制度和医疗机构主管单位，因此更加偏好采用政策指定和行政主导的方式合理界定医疗单位功能、优化资源配置、引导具体措施来推进分级诊疗建设，上述政策措施无疑都会进一步加强卫生部门的行业主导和控制权。

医保部门是卫生财政资源重要的筹集者和分配者，同时其对卫生政策也具有一定的管理权和制定权，因此其政策意愿至关重要。^[4] 医保部门的主要职责是负责医保政策的有效执行，同时控制医疗费用，平衡地方医保收支。分级诊疗旨在引导居民从大型三级医院转向基层医疗卫生机构接受基础卫生服务，从而减轻患者的经济负担，能够有助于控制医疗费用快速增长，提高医保资金使用效率。因此，对于医保收支压力较大的地级市，医保部门更有可能支持并推行分级诊疗政策以控制医疗费用，平衡地方医保收支平衡。

在医院层面，大型医疗机构因利益受损可能性大，是政策的主要阻力。^[7] 分级诊疗政策的本质在于按照疾病的轻重缓急而将患者分流到不同层级的医疗机构进行就诊，从而减少过分依赖于大型公立医院的情形，最终达到缓解看病难、看病贵的问题。因

此,以分流公立医院人数的分级诊疗政策势必会受到大型医院的反对,即公立医院是潜在的利益受损者。相反的是,在分级诊疗政策下有助于患者回流至基层医疗卫生机构,同时也会强化基层医疗卫生机构资金、人员和设备水平。因此,基层医疗卫生机构是分级诊疗政策的重要推动因素。^[8]

结合上述分析,我们提出如下研究假设:

H4:地方政府卫生支出越少,卫生部门就越有动力推行分级诊疗政策。

H5:地方医保部门医保收支压力越大,医保部门就越有动力推行分级诊疗政策。

H6:本地公立医院数量越多,则其越不支持分级诊疗政策出台。

H7:本地基层医疗卫生机构数量越多,则其越容易支持分级诊疗政策出台。

2 研究设计

2.1 数据来源

本文选取我国地级市为主要研究对象。研究时间设定为 2014—2018 年,即取这五年的地级市样本数据。由于没有专门的数据库对地级市分级诊疗政策出台时间进行统一记录和公布,我们主要从各地方政府的官方网站和统计年鉴上识别这一过程并记录相应时间。排除无法识别的地级市后,本文最终的数据样本共包含 170 个地级市样本。自变量数据中的卫生、医保、公立医院以及基层医疗卫生机构数据源自各城市统计年鉴,政府影响数据源自各政府官方网站。

2.2 变量测量

2.2.1 因变量

本文的因变量是某一城市在某一时间上出台分级诊疗政策文本的概率,本研究据此构造了一个二分类变量,即如果某一城市在某一观察时间年内出台了分级诊疗政策文本,则记为 1,否则为 0。

2.2.2 自变量

根据上述研究假设,我们的主要自变量有两组,包括利益相关者因素变量和政府间关系变量。

(1)卫生部门。本文选择了卫生部门预算支出这一数据来衡量卫生部门对分级诊疗政策的利益相关度,由于卫生支出一方面可以反映卫生部门自身的可调动资源,另一方面也表明其在整个地方政府所受到的重视程度。本研究中按照滞后一期的方式纳入模型。

(2)医保部门。理论上,医保收支压力作为医保部门推进分级诊疗的量化指标最为合适;然而令人遗憾的是,绝大部分地级市在 2013—2018 年没有公布这一指标。因此,我们采用了医保参保率(即当年医保参保人数/户籍人口数)作为替代性指标来估计医保收支压力。在本研究中,我们按照滞后一期的方式纳入模型。

(3)公立医院。采用辖区内公立医院的数量来反映这一情况,公立医院包括大型三甲综合医院、中医医院和专科医院。

(4)基层医疗卫生机构。采用各类基层医疗卫生机构的总和数量来反映这一变量情况,基层医疗卫生机构包括社区服务中心(站)、乡镇卫生院、村卫生室门诊(所)、护理站。

(5)上级政府影响。通过计算中央和省级政府发布的有关分级诊疗政策文件数量衡量。政府文件既包括由人民政府或各主管部门所发布的规范性文件,同时将中央领导人的重要讲话也列入其中。

(6)下级政府影响。通过以一个二分变量来反映是否存在下级政府的压力,即只要下辖有一个县级单位出台了分级诊疗政策文件,我们就将其编码为 1,否则为 0。

(7)同级政府压力。通过计算省内其他地级市出台分级诊疗政策的数量来予以衡量。

2.2.3 实证模型设定

已有创新与政策扩散文献主要使用基于 Logit 模型的事件史分析法,本文也采用该策略,即采用事件史分析中的离散时间模型:

$$\text{地级市政府采纳分级诊疗政策的可能性} = \beta_0 + \beta_1(\text{卫生部门影响}) + \beta_2(\text{医保部门影响}) + \beta_3(\text{公立医院影响}) + \beta_4(\text{基层卫生机构影响}) + \beta_5(\text{上级政府影响}) + \beta_6(\text{下级政府影响}) + \beta_7(\text{同级政府影响}) + \varepsilon$$

3 实证结果

3.1 时间扩散特征

从地级市采纳分级政策的扩散曲线图可以看出,其在扩散时间上呈现 S 形分布,这与大多数政策的扩散模式相同。如图 1 所示,在政策出台的早期,包括三明、衢州、广元等在内的五个地级市首先发布分级诊疗政策文件;接下来的一年内,总共又有 31 个地市出台了相关实施意见;从 2015 年开始,这一

数量猛增,至2016年总共已有131个地级市发布了相关办法;随后的2017和2018年,又分别增加33和6个;至2018年底,全国共有170个地级市出台了分级诊疗的具体实施办法。这一扩散过程,总体上来说,呈现典型的S型扩散模式,即在政策扩散过程的早期,一项创新政策只被少数主体采纳,且增长缓慢;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。

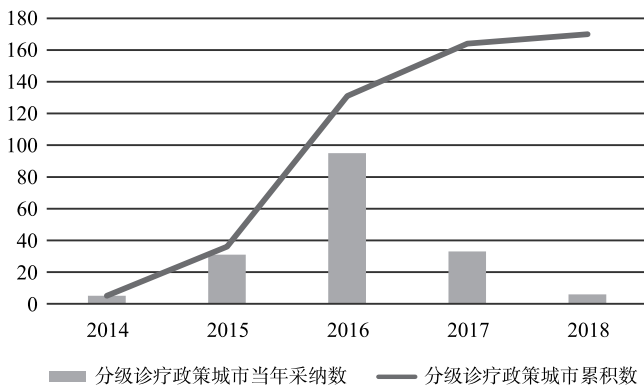


图1 分级诊疗政策扩散曲线图

3.2 变量描述性统计

各变量的描述性统计见下表1。通过报告各个变量间的共线性方差膨胀因子(VIF)来检验变量之间是否存在共线性问题。一般来说,当VIF值小于10时,则说明变量间存在共线性的可能性比较小。表1显示各个变量的VIF值均小于10,说明各变量间不存在严重的共线性问题。

表1 变量的描述性统计

变量	观测值	均数	标准差	最小值	最大值	VIF
上级政策	521	3.52	5.01	0.00	23.00	2.21
下级试点	520	0.20	0.40	0.00	1.00	1.36
同级政府	521	0.79	1.73	0.00	11.00	2.13
公立医院(log)	516	4.36	0.79	1.39	6.26	1.37
基层卫生机构(log)	442	6.91	1.26	4.65	9.36	1.21
卫生部门(log)	520	3.24	0.70	0.24	6.93	1.86
医保部门	500	0.43	0.39	0.01	3.49	1.13

3.3 事件史分析

表2报告了事件史分析的logit回归模型结果,在模型1~5中分别加入不同的利益相关者因素以估计模型的稳健性。在模型5中,伪R²,即模型的

拟合程度为0.379,并且在不同模型下拟合程度均大于0.3,表明该模型的解释力较强。我们在表2中报告了各变量的OR值,即优势比,通过优势比来说明各变量对地方政府采纳分级诊疗政策的影响程度。

表2 Logit回归模型结果

	模型1	模型2	模型3	模型4	模型5
上级政策	0.999 (0.449)		0.999 (0.045)	0.987 (0.046)	0.967 (0.05)
下级试点		1.54 (0.487)	1.523 (0.483)	1.52 (0.500)	1.818* (0.643)
同级政府		0.800** (0.077)	0.804** (0.078)	0.787** (0.77)	0.711*** (0.082)
卫生部门		0.608** (0.194)	0.857 (0.174)	0.921 (0.19)	0.68** (0.22)
医保部门		0.18* (0.081)		0.36 (0.311)	0.143** (0.136)
公立医院		1.410 (0.321)			1.467* (0.339)
基层卫生机构		0.619 (0.319)			1.02 (0.130)
Control	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
N	512	492	512	491	416
Pseudo R ²	0.361	0.357	0.362	0.367	0.379
Log lik.	-203.57	-198.01	-203.28	-194.3	-163.19
Chi-squared	230.42	220.15	231.00	225.28	199.42

注:***,**, *分别表示回归系数通过0.01,0.05,0.1水平的显著性检验,括号内为标准误。

3.3.1 政府间关系因素分析

在政府间关系因素中,横向间的政府关系因素和下级城市的试点影响了分级诊疗政策的出台。与其他类型的政策扩散不同的是,在分级诊疗政策中,自上而下的府际关系对于政策的采纳影响并不显著。其可能的原因在于,卫生政策受到各级领导关注的程度较弱,导致上级政府对于地级城市的政治影响不足。相反的是自下而上的府际关系对于分级诊疗政策影响较为显著,其优势比为1.818。这意味着辖区内有政策试点的县市,地级市政府有接近1倍的可能性出台分级诊疗政策。在横向间政府关系中,当省内越少有城市采纳分级诊疗政策时,地级市会有约2倍的可能性采纳分级诊疗政策,这表明地方政府希望通过率先采纳分级诊疗政策从而作为本地区重要政策创新举措。

3.3.2 利益相关者因素分析

在利益相关者的影响因素中,卫生部门、医保部门和大型公立医院对分级诊疗政策的采纳具有显著性影响。具体而言,卫生部门对于分级诊疗政策影响的优势比为 0.68,这表明,卫生部门的财政预算越低,越有可能以推动分级诊疗政策来扩大其部门利益,从而推动地方政府出台分级诊疗政策。医保部门对于分级诊疗政策具有显著性影响,其优势比为 0.143。这表明,医保部门的收支压力越大,其越有可能以推动分级诊疗政策来减少医保平衡压力,从而推动地方政府出台分级诊疗政策。值得注意的是,虽然大型公立医院对分级诊疗具有显著性影响(优势比 = 1.467, $P < 0.10$),但这一影响的方向与我们的假设不符。可能的原因在于,大型医疗机构同样希望通过改革来改变目前普遍存在的高负荷工作压力以提升大型医疗机构的良性运转。相反,基层医疗卫生机构对于地方政府分级诊疗政策出台不具有显著影响,原因可能在于上述主体在政策制定中影响力不足,使得其不足以成为推动分级诊疗政策的重要力量。

4 讨论

4.1 地方政府分级诊疗政策扩散呈现自下而上和横向竞先模式

本研究结果表明,在政府间关系因素上,自下而上的政策制定和同级间政府的因素对于卫生政策影响大,自上而下的影响力较弱。这一特点表明在我国政治体制之下,中央政府并非对所有政策具有完全的掌控力,对于不同属性的政策,央地关系的复杂性使得具体推广机制有所不同。^[9]具体到本文所讨论的分级诊疗政策,虽然分级诊疗首先在中央层面被提及并作为医疗卫生体制改革的突破口,但分级诊疗政策主要由地方政府实施,这客观造成了“中央点菜,地方买单”的局面,在中央财政并不能给予地方激励时,许多地级以上市政府就没有动力推动相关政策的出台。相反,分级诊疗政策呈现出了典型的“试点—推广”模式,即分级诊疗首先在县级政府推行,先行先试,当探索出较为成熟且适合本地的经验时,再由地市级政府采纳推广到全域,在这一过程中,地方政府间的相互学习也是影响政策出台的重要因素。^[10]

4.2 卫生部门、医保部门和大型公立医院在分级诊疗政策制定中存在着显著性影响

由于卫生政策的制定利益牵涉广,其政策出台

必然受到多个层面的影响,本研究证实了这一点。卫生部门作为卫生政策的主管者和倡议者,其并非完全具有对政策的主导和掌控。许多研究表明,医保部门的配合程度对于分级诊疗政策的出台至关重要^[11],本文也证实了这一点。以医保收支压力作为医保部门的主要利益进行的测量表明,医保收支压力较大的地区比压力较小的地区有更高的可能性采纳分级诊疗政策。此外,公立医院是分级诊疗重要的支持因素,在地市层面,公立医院的数量越多,分级诊疗政策越有可能出台。其原因部分在于在许多地区的分级诊疗建设,事实上仍然是以大型三甲医院为主导的改革,大型三甲医院通过托管或直接接入的方式入主基层卫生机构,从而作为强基层和畅通双向转诊的方式,在这一改革方式之下,大型公立医院事实上是分级诊疗的受益者。^[12]

4.3 基层医疗卫生机构在分级诊疗政策制定过程中作用不明显

虽然理论分析表明基层医疗卫生机构是分级诊疗政策的重要利益相关者,但本研究发现,基层医疗卫生机构在影响地方政府是否出台分级诊疗政策中并非显著的因素。这表明在我国行政主导式改革下,由于基层医疗卫生机构行政级别低,在政策制定过程中其影响政策的话语权偏弱,只是分级诊疗政策的被动接收方。这一问题的可能后果是,基层医疗卫生机构的关键核心利益不能够得到很好的表达,因此其参与分级诊疗的动力弱,同时也直接影响分级诊疗政策执行的状况。

5 政策建议

5.1 加强中央政府推进分级诊疗改革协调力度

现有分级诊疗政策推进协调整合力度偏弱,政策实施效果不理想。虽然中央在指导性文件层面对构建分级诊疗体系提出了具体要求和时间进度表,但操作性不强,配套资金不充分,也没有涉及对重大医疗卫生制度的调整和医疗资源分配的改革,因此容易受到现有利益集团影响。具体到地方政府实践层面上往往收效甚微,分级诊疗建设整体推进不佳。在我国行政主导改革模式下,中央政府理应发挥更大作用。具体来说,中央政府可以构建更高层次的医改和分级诊疗建设领导小组,进一步搭建分级诊疗制度框架和政策体系,降低部门间协调成本;进一步加大对地方政府尤其是卫生、医保等主管部门分

级诊疗建设的考核和绩效评估机制,尤其加强政治性激励措施;充分运用中央财政财税优势,统筹建立健康信息服务平台,加强对各级医疗卫生机构的经济性激励,充分调动积极性。

5.2 构建以紧密型医联体为基础的多方主体利益激励共融机制

多方利益主体,包括卫生部门、医保部门、大型公立医院、基层医疗卫生机构、执业医师以及居民,及其相互间的博弈对于分级诊疗政策的实施与落地有着显著作用。一个稳定有效的分级诊疗制度应尽量使各利益主体能够追求自身合理利益诉求,从而达成“利益一致”,最终实现制度内生动力。因此,构建具有多方主体利益“一体化”与激励共融的医联体实践应成为实现分级诊疗的重要改革方向。通过央地卫生筹资分担体系改革、医保基金筹资改革、医保支付改革、医生薪酬体系与执业改革、家庭医生签约体系建立等多个方面,实现对卫生部门、医保部门、大型医疗集团、基层医疗卫生机构、执业医师与居民利益进行激励共融整合,从而减少由于激励机制不协调导致多方委托代理关系失效的现状,实现分级诊疗真正落地生效。

5.3 突出以基层医疗卫生机构为导向的“开源”性改革

在我国三级管理体制下,基层医疗卫生机构级别处于行政管理体制的最末端,级别低,话语权少;因此,在历次行政主导的医疗卫生体制改革中,往往主要是政策的接受方,其实质利益往往很难反映在政策体系之中,导致基层卫生体系参与分级诊疗政策积极性不强。在现有资源投入和行政管理体制中,片面强调通过转移大型医疗机构医疗资源、资金、技术等节流措施往往效果有限,也难以得到大型公立医疗机构支持。因此,有必要突出以基层医疗卫生机构为导向的“开源”性改革。具体来看,鼓励新设民办基层医疗卫生机构、诊所,推进各类社会化办医,突破条块化卫生管理体制;给予基层尤其是社区卫生机构更大自主权,尤其是人事薪酬政策,调动工作积极性;最后允许符合资格卫生工作人员自由执业,打破职业枷锁,兼

顾社会资源配置和个人收入最大化。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 朱旭峰. 政策创新研究的国际前沿[J]. 公共管理评论, 2019, 1(3): 139-152.
- [2] Everett R. Diffusion of innovations[M]. Free Press, 2003.
- [3] 陶磊, 梁海伦. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 9-14.
- [4] 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.
- [5] 王浦劬, 赖先进. 中国公共政策扩散的模式与机制分析[J]. 北京大学学报(哲学社会科学版), 2013, 50(6): 14-23.
- [6] 朱丽, 刘丽杭. 分级诊疗体系建设动力机制与路径选择[J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版), 2019, 41(3): 57-64.
- [7] 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(02): 31-35.
- [8] 杨森, 王朝昕, 金花, 等. 基于利益相关者的上海市分级诊疗现状系统评价[J]. 中国全科医学, 2018, 21(22): 2672-2678.
- [9] 朱亚鹏, 丁淑娟. 政策属性与中国社会政策创新的扩散研究[J]. 社会学研究, 2016, 31(5): 88-113, 243.
- [10] 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, 12(1): 11-23, 153-154.
- [11] 王会川. 医改典型案例分析: 医改中的进与退——财政角度透视医改方式的抉择[J]. 经济研究参考, 2013(52): 35-39.
- [12] 王虎峰. 联动整合 分级诊疗方能落地[J]. 中国卫生, 2017(7): 4.

[收稿日期:2020-12-23 修回日期:2021-03-23]

(编辑 薛云)