

新医改背景下公立医院改革政策评价

杨赐然^{1*} 毛宗福^{1,2} 崔 丹^{1,2}

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

2. 武汉大学全球健康研究中心 湖北武汉 430071

【摘要】目的:对新医改以来国家层面所出台的 39 份公立医院改革政策进行量化评价,辨析和把握公立医院改革政策设计的优劣之处,从而为政策的优化和创新提供有针对性的研究支撑和对策建议。方法:借助 PMC 指数模型,构建包含 9 个一级指标和 35 个二级指标在内的公立医院改革政策评价体系,以此对各个政策文本进行质量评分测量和质量等级划分,并对公立医院改革政策质量进行整体性和具体性分析。结果:公立医院改革政策 PMC 指数模型得分均值为 7.863,政策文本质量等级为完美、优秀、良好和合格的数量占比分别为 12.82%、41.03%、33.33% 和 12.82%,没有出现不良等级的政策文本。结论:整体而言,公立医院改革政策质量优良,但部分政策在某些指标评分上存在不足;需要从强化政策设计规范和完善政策保障举措等方面更好提升公立医院改革政策质量,促进政策落地。

【关键词】公立医院; 改革政策; 政策评价; PMC 指数模型
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.04.006

Policy evaluation of public hospital reform under the background of new healthcare system reform

YANG Ci-ran¹, MAO Zong-fu^{1,2}, CUI Dan^{1,2}
1. School of Public Health, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China
2. Global Health Institute, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China

【Abstract】 Objective: This study aims to quantitatively evaluate 39 public hospital reform policies issued at the national level since the new healthcare system reform and analyze the quality of public hospital reform policies to provide targeted research support and suggestions for policy optimization and policy innovation. Methods: We first constructed a policy evaluation system consisting of 9 first-level and 35 second-level indicators with the help of the PMC index model, then measured the quality score of each policy text, and finally analyzed relevant policies from the holistic perspective and the specific perspective, respectively. Results: The average score of the PMC index model of public hospital reform policy is 7.863. The percentages of policies of perfect, excellent, good, and qualified grades are 12.82%, 41.03%, 33.33%, and 12.82%, respectively. Meanwhile, there were no policy texts with poor quality grades in the policy evaluation process. Conclusions: Overall, the quality of public hospital reform policies is good, but some policies have shortcomings in some indicator scores. In the next step, it is necessary to enhance the quality of policies by strengthening the norms of policy design and improving policy guarantee measures, and finally realize the effective implementation of public hospital reform policies.

【Key words】 Public hospital; Reform policy; Policy evaluation; PMC index model

健康是人民最关心、最直接和最现实的利益问题,是一种不可或缺的公共需要。^[1] 为了实现保障和增进人民健康水平,诸多国家和地区均采用了以公立医院为主体的医疗卫生服务供给制度安排和政策

* 作者简介:杨赐然(1998 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策分析。E-mail: yangciran@whu.edu.cn
通讯作者:崔丹。E-mail: alyssazz@126.com

设计。^[2]在现有的制度环境下,公立医院在整个医疗卫生服务体系中占据了绝对优势地位^[3],日益成为疾病预防救治、健康服务供给的主力军。从制度建立之初,伴随着市场经济体制改革的推进,公立医院由原来的政府主导模式逐渐转变为“自负盈亏”模式,造成公立医院公益性的逐渐缺失和整个社会的福利损耗^[4],群众就医过程中的“看病难、看病贵”问题频发,严重制约人民卫生健康事业的可持续和高质量发展,再度改革公立医院的紧迫性和必要性空前凸显。

2009 年 3 月《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6 号,以下简称 6 号文)出台,拉开了新一轮医改的序幕。公立医院改革是新医改的重点和难点^[5],是调整医疗资源布局、促进医疗服务公平和提高医疗服务效益的有力杠杆,在有效减轻居民就医费用负担,引导公立医院回归公益性和增强公平性方面具有关键作用^[6]。此后,在前述顶层设计指引下,有关公立医院改革的各项政策细化措施和配套执行方案陆续发布,形成了一定的政策支撑框架。新医改背景下的公立医院改革,政策数量与日俱增且政策体系趋于复杂,那么,国家层面所出台的公立医院改革政策究竟有哪些?改革政策的数量变动和内容演变有什么趋势?这些改革政策的质量评价如何?

为了解决这些问题,本文以新医改背景下国家层面发布的公立医院改革政策文本为研究对象,尝试利用 PMC 指数模型对政策文本进行多维度评价,通过分析整体政策设计质量和评价指标分布特性,力图对前述问题给出合理解释,以期更好地从宏观政策层面把握和总结公立医院改革的完整展开图景,辨析和把握公立医院改革政策的现状与问题,从

而为公立医院改革政策的优化和创新提供有针对性的研究支撑和对策建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 政策文本收集纳排策略

为了保证研究的一致性和匹配性,本文对政策出台时间和政策颁布层级进行了限定,主要选取自 2009 年新医改启动以来国家层面出台的公立医院改革政策文本作为研究对象。政策文本资料检索和获取主要来源于中央政府及各部委的官方网站和“北大法宝”数据库,同时结合其他主流搜索平台作为资料检索的对比和补充。需要指出的是,为了避免政策文本的重复收集、无效收集和收集遗漏等问题,提高资料获取的有效性、全面性和适用性,本文采用了以下检索策略:(1)政策指向主体需要明确限定为“公立医院”,政策文本内容多次出现“公立医院改革”或“公立医院综合改革”等关键内容表述;(2)政策文本效力范围为国家层面,即发文机构主要包括国务院和各国家部委等正部级或副部级单位;(3)只收集现行有效的政策文本,对废止或修订的原有政策文本加以剔除;(4)主要选取意见、办法和通知等能够充分表征和诠释公立医院改革有关内容的政策文本,剔除了涉及改革培训、现场评估等内容过于简要的政策文本;(5)通过全文浏览,审慎确定符合研究需要、同研究主题密切相关的政策文本,对发生归属模糊的政策文本采用专家咨询法进行确定。遵照上述策略筛选后,最终获得 39 份符合研究需要的政策文本,政策时间跨度为 2010—2021 年,部分政策如表 1 所示。

表 1 纳入分析的公立医院改革政策文本(节选)

政策文本	年份	代码
关于改进公立医院服务管理方便群众看病就医的若干意见	2010	P1
关于确定公立医院改革国家联系试点城市及有关工作的通知	2010	P3
关于开展公立医院改革试点评估工作的通知	2012	P7
关于做好 2012 年公立医院改革工作的通知	2012	P9
关于推进县级公立医院医药价格改革工作的通知	2012	P10
关于开展县级公立医院综合改革试点自评估工作的通知	2013	P12
关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见	2015	P16
关于城市公立医院综合改革试点的指导意见	2015	P18
关于落实完善公立医院药品集中采购工作指导意见的通知	2015	P19
关于印发公立医院综合改革真抓实干成效明显地方激励措施实施办法(试行)的通知	2016	P24
关于全面推开公立医院综合改革工作的通知	2017	P26

续表 1 纳入分析的公立医院改革政策文本(节选)

政策文本	年份	代码
关于建立现代医院管理体制的指导意见	2017	P29
关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知	2019	P32
关于加强公立医院运营管理的指导意见	2020	P33
关于印发公立医院综合改革示范项目工作方案的通知	2021	P34
关于推动公立医院高质量发展的意见	2021	P36
关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021—2025 年)的通知	2021	P39

1.1.2 政策文本发布数量趋势

从发布的年际变动趋势来看,公立医院改革政策自新医改起始次年即处于一个发布数量的小高峰,在“十二五”(2011—2015 年)期间呈现一个波动式上升态势,表明在新医改政策指引下,国家层面对公立医院改革的注意力配置随之增强,开始出台了诸如 P10 和 P18 等一系列详细的改革政策安排。相比之下,在“十三五”(2016—2020 年)期间公立医院改革政策的发布数量出现波动式下降,公立医院改革转向政策全面化推广和精细化补充并存阶段,颁布了诸如 P26、P29 和 P33 等文件。值得注意的是,公立医院改革政策颁布在 2021 年出现拐点,政策出台数量得到回升(图 1)。结合发布政策的实际内容表达来看,一个合理的解释在于经历了新冠肺炎疫情的冲击,公立医院在疾病预防和病患救治(特别是处于重大突发公共卫生事件情境下)方面的主要作用得到有力体现和广泛认同,国家层面强化了公立医院深层次改革和高质量发展的政策衔接,以更大力度推动公立医院更好满足人民对优质全面和便捷便宜的医疗卫生服务的需求。至此,从时间轴整体来看,公立医院改革政策的颁布数量出现起伏式演变,而这也恰恰反映了中央政府在特定时期下改革的实时调整。

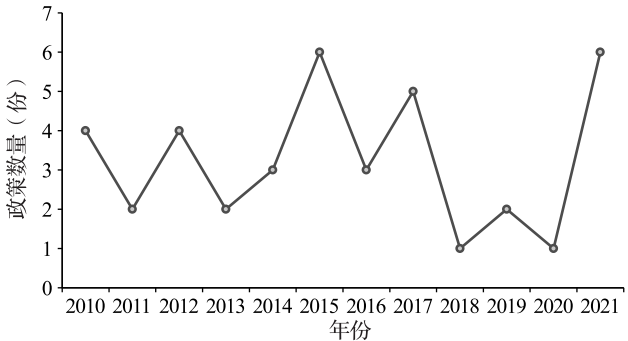


图 1 公立医院改革政策发布数量趋势

1.2 研究方法

1.2.1 评价模型

政策评价需要依赖于一定的指标体系和量化手

段,才能尽量减少主观因素的不稳定性干扰。本文借鉴 Ruiz Estrada 的研究成果^[7],从研究对象出发综合考虑政策文本各个维度特性,构建了 PMC(Policy Modeling Consistency)指数评价体系并以此展开政策量化和分析。PMC 指数模型具有一定的政策评价优势,既能识别政策内部的一致性和比较政策之间的优劣性,还可同时利用三维图形对政策评价结果加以直观呈现^[8],在科技创新^[9-10]和医疗卫生^[11-12]等政策评价领域已经得到广泛使用。本文在开展政策评价时主要遵循以下步骤:(1)获取政策文本并根据研究需要进行预处理;(2)进行政策评价指标选择和参数取值界定,基于此构建政策评价投入产出表;(3)依照评价指标体系和投入产出表逐一测算每一份政策文本的 PMC 指数并进行可视化呈现(图 2)。

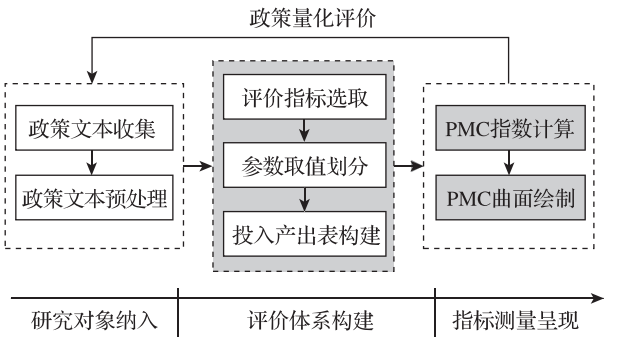


图 2 PMC 指数模型构建过程

1.2.2 指标选定

本文在构建公立医院改革政策评价体系时,一方面立足政策文本特性尽可能考虑并纳入符合研究目标的多维度指标,另一方面结合 Ruiz Estrada 以及国内学者在相关政策评价过程中指标选择的经验,经过适用性修改后最终确定了包括政策结构、政策倾向、政策工具、政策时效、作用领域、政策视角、政策实施、参与主体和发布机构在内的 9 个一级变量指标(分别使用 $X_1 \sim X_9$ 表示),在一级指标下构建了 35 个二级指标,由此构成的评价指标体系能够比较全面地将政策文本的主体内容和信息表达纳入分析。同时,规定一级指标 $X_1 \sim X_8$ 均服从 $[0,1]$ 二项分布,若政策文本内容满足

评判标准,对应的二级指标赋值为 1,否则赋值为 0;又因 X_9 的二级指标存在分类上的互斥性,为了便于指标打分,对其参数赋值做出了单独规定。关于评价指标选定及其相关说明和参考依据详见表 2。

表 2 政策评价指标体系设置及有关说明

一级变量	二级变量	二级变量评价标准	评价参数	来源或依据
政策结构 X_1	依据充分 $X_{1.1}$	是否有充分的政策制定依据	$X_{1.1} \sim B[0,1]$	参考戚湧等 ^[13] (2020) 文章修改
	目标明确 $X_{1.2}$	是否有明确的政策目标指向	$X_{1.2} \sim B[0,1]$	
	方案科学 $X_{1.3}$	是否有科学的政策方案设计	$X_{1.3} \sim B[0,1]$	
	规划详实 $X_{1.4}$	是否有详实的政策规划安排	$X_{1.4} \sim B[0,1]$	
政策倾向 X_2	监管 $X_{2.1}$	是否具有监管性政策倾向	$X_{2.1} \sim B[0,1]$	参考蔡冬松等 ^[14] (2021) 文章修改
	建议 $X_{2.2}$	是否具有建议性政策倾向	$X_{2.2} \sim B[0,1]$	
	描述 $X_{2.3}$	是否具有描述性政策倾向	$X_{2.3} \sim B[0,1]$	
	引导 $X_{2.4}$	是否具有引导性政策倾向	$X_{2.4} \sim B[0,1]$	
政策工具 X_3	权威工具 $X_{3.1}$	是否使用权威型政策工具	$X_{3.1} \sim B[0,1]$	参考 Schneider A 等 ^[15] 文章确定
	激励工具 $X_{3.2}$	是否使用激励型政策工具	$X_{3.2} \sim B[0,1]$	
	能力工具 $X_{3.3}$	是否使用能力型政策工具	$X_{3.3} \sim B[0,1]$	
	符号和规劝工具 $X_{3.4}$	是否使用符号和规劝型政策工具	$X_{3.4} \sim B[0,1]$	
	学习工具 $X_{3.5}$	是否使用学习型政策工具	$X_{3.5} \sim B[0,1]$	
政策时效 X_4	中长期 $X_{4.1}$	推断影响时效是否在 5 年以上	$X_{4.1} \sim B[0,1]$	参考邢金明等 ^[16] (2022) 文章修改
	短期 $X_{4.2}$	推断影响时效是否在 5 年以内	$X_{4.2} \sim B[0,1]$	
作用领域 X_5	医疗资源 $X_{5.1}$	改革是否明确涉及医疗资源	$X_{5.1} \sim B[0,1]$	基于政策文本 有关内容确定
	管理体制 $X_{5.2}$	改革是否明确涉及管理体制	$X_{5.2} \sim B[0,1]$	
	运行机制 $X_{5.3}$	改革是否明确涉及运行机制	$X_{5.3} \sim B[0,1]$	
	药品供应 $X_{5.4}$	改革是否明确涉及药品供应	$X_{5.4} \sim B[0,1]$	
	医保支付 $X_{5.5}$	改革是否明确涉及医保支付	$X_{5.5} \sim B[0,1]$	
	人事薪酬 $X_{5.6}$	改革是否明确涉及人事薪酬	$X_{5.6} \sim B[0,1]$	
	服务能力 $X_{5.7}$	改革是否明确涉及服务能力	$X_{5.7} \sim B[0,1]$	
政策视角 X_6	宏观 $X_{6.1}$	是否涉及宏观层面内容	$X_{6.1} \sim B[0,1]$	参考胡峰等(2020) 文章修改
	中观 $X_{6.2}$	是否涉及中观层面内容	$X_{6.2} \sim B[0,1]$	
	微观 $X_{6.3}$	是否涉及微观层面内容	$X_{6.3} \sim B[0,1]$	
政策实施 X_7	强化组织领导 $X_{7.1}$	是否具备组织领导保障举措	$X_{7.1} \sim B[0,1]$	参考郭强等 ^[18] (2020) 文章修改
	宣传推广动员 $X_{7.2}$	是否具备宣传推广动员举措	$X_{7.2} \sim B[0,1]$	
	监管考核评估 $X_{7.3}$	是否具备监管考核评估举措	$X_{7.3} \sim B[0,1]$	
参与主体 X_8	有关行政部门 $X_{8.1}$	是否有卫生行政部门参与	$X_{8.1} \sim B[0,1]$	参考宋大成等 ^[19] (2021) 文章修改
	公立医疗机构 $X_{8.2}$	是否有公立医疗机构参与	$X_{8.2} \sim B[0,1]$	
	社会其他主体 $X_{8.3}$	是否有社会其他主体参与	$X_{8.3} \sim B[0,1]$	
发布机构 X_9	国务院 $X_{9.1}$	国务院或国务院办公厅	$X_{9.1} = 1$	参考成全等 ^[20] (2021) 文章修改
	多个部委 $X_{9.2}$	多个国家部委联合行文	$X_{9.2} = 0.8$	
	单一部委 $X_{9.3}$	单个国家部委单位行文	$X_{9.3} = 0.6$	
	直属机构 $X_{9.4}$	副部级及以下单位行文	$X_{9.4} = 0.4$	

1. 2. 3 指数测算

经过前述指标选择和参数设定,可着手进行 PMC 指数的测算,具体步骤包括:结合公式(1)和(2)分别对一级指标 $X_1 \sim X_9$ 下的二级指标进行逐一赋值;根据二级指标和公式(3)计算各个一级指标平均水平;依次按照公式(4)和(5)测算出 PMC 指数与绘制 PMC 曲面。

$$X_{t-k_t} \sim B[0,1]$$

$$X_{t-k_t} = \{PR:[0,1]\} \quad t = 1,2,\cdots,8 \quad (1)$$

$$\begin{aligned} X_{9-k_9} &= 1 - 0.2 \times (k_9 - 1) \\ k_9 &= 1,2,3,4 \end{aligned} \quad (2)$$

$$X_i = \frac{\sum_{j=1}^{n_j} X_{ij}}{n_j} \quad i = 1,2,\cdots,8 \quad (3)$$

$$PMC = \left[\begin{aligned} &X_1 \left(\sum_{j=1}^4 \frac{X_{1j}}{4} \right) + X_2 \left(\sum_{j=1}^4 \frac{X_{2j}}{4} \right) + X_3 \left(\sum_{j=1}^5 \frac{X_{3j}}{5} \right) + \\ &X_4 \left(\sum_{j=1}^2 \frac{X_{4j}}{2} \right) + X_5 \left(\sum_{j=1}^7 \frac{X_{5j}}{7} \right) + X_6 \left(\sum_{j=1}^3 \frac{X_{6j}}{3} \right) + \\ &X_7 \left(\sum_{j=1}^3 \frac{X_{7j}}{3} \right) + X_8 \left(\sum_{j=1}^3 \frac{X_{8j}}{3} \right) + X_9 (1.2 - 0.2k_9) \end{aligned} \right] \quad (4)$$

$$PMC_Surface = \begin{pmatrix} X_1 & X_2 & X_3 \\ X_4 & X_5 & X_6 \\ X_7 & X_8 & X_9 \end{pmatrix} \quad (5)$$

最后,对所测算的 PMC 指数进行等级划分,即当得分等于 9 时,该政策的质量等级为“完美”;当得分处于[8,9)区间时,该政策的质量等级为“优秀”;当得分处于[7,8)区间时,该政策的质量等级为“良好”;当得分处于[6,7)区间时,该政策的质量等级为“合格”;当得分低于 6 时,则该政策的质量等级为“不良”。

2 研究结果

2.1 公立医院改革政策整体性评价

39 份公立医院改革政策的 PMC 指数均值为 7.863,说明政策质量整体上处于良好水平。从各个一级指标的测算结果来看,政策结构(X_1)、政策倾向(X_2)和政策工具(X_3)的均值分别为 0.949、0.981 和 0.949,表明公立医院改革政策具有科学规范、详实全面的结构特征,注重监督考核和建议引导并重的政策影响倾向,同时能够在推进复杂政策议程过程中实现对多类别政策工具的有机组合和衔接运用。

政策时效(X_4)均值为 0.859,说明公立医院改革的长期性和艰巨性需要主要政策能够具有和保持潜在或者现在的长久影响。作用领域(X_5)均值为 0.853,印证了公立医院改革政策涉及环节和领域的多样性、系统性和关联性,相关举措应该尽可能实现政策目标的多点发力和协同推进。由于公立医院改革具有前述特征,其政策涉及层次更具宏观性,因而政策视角(X_6)指标的得分也相应达到了 0.786。政策实施(X_7)均值为 0.863,说明公立医院改革政策十分注重从组织、宣传和考核等环节入手,赋予政策执行过程明确的保障、约束和激励。参与主体(X_8)均值为 0.838,可见改革政策能够充分重视并实际引入社会多元主体,形成有助于改革推行的合作共治局面。在发布机构(X_9)方面,因为政策发布主要以多个国家部委联合行文为主(26 份,占比 66.67%),由国务院、单一部委或直属机构发文的数量较少,所以指标均值也达到了 0.785。从政策评价质量等级来看,政策文本质量为完美、优秀、良好和合格等级的数量占比分别为 12.82%、41.03%、33.33% 和 12.82%,且在评价过程中没有出现质量等级为不良的政策文本。不难看出,公立医院改革政策质量分布趋于良好和优秀,但也有部分政策存在一定的改进空间(表 3)。

此外,为了直观呈现政策量化评价结果,本文展示了部分公立医院改革政策的 PMC 曲面图(根据 PMC 指数分值由低到高排列)。其中,PMC 曲面图的平缓程度与政策质量正相关,曲面越平缓,则政策质量得分较高,反之亦然(图 3)。

表 3 公立医院改革政策 PMC 指数测量情况(节选)

代码	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC	等级
P1	0.750	1.000	1.000	1.000	0.571	0.667	0.333	0.667	0.600	6.588	合格
P3	1.000	1.000	0.600	1.000	0.857	0.667	0.667	0.667	0.800	7.258	良好
P7	1.000	1.000	0.800	0.500	1.000	0.333	1.000	1.000	0.400	7.033	良好
P9	1.000	1.000	1.000	0.500	1.000	1.000	1.000	1.000	0.800	8.300	优秀
P10	1.000	1.000	1.000	1.000	0.714	0.667	0.667	0.667	0.800	7.515	良好
P12	1.000	0.750	0.800	0.500	1.000	0.333	0.667	0.667	0.800	6.517	合格
P16	1.000	1.000	1.000	1.000	0.571	1.000	0.667	1.000	1.000	8.238	优秀
P18	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	9.000	完美
P19	1.000	1.000	1.000	1.000	0.714	1.000	1.000	1.000	0.600	8.314	优秀
P24	1.000	0.750	0.800	0.500	0.571	0.333	0.667	0.667	0.800	6.088	合格
P26	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.667	0.800	8.467	优秀
P29	1.000	1.000	1.000	1.000	0.714	1.000	1.000	1.000	1.000	8.714	优秀
P32	0.750	1.000	1.000	0.500	0.571	1.000	1.000	0.667	0.800	7.288	良好
P33	1.000	1.000	1.000	1.000	0.857	1.000	0.667	1.000	0.800	8.324	优秀
P34	1.000	1.000	0.600	1.000	0.714	0.333	1.000	0.667	0.800	7.114	良好
P36	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	9.000	完美
P39	1.000	1.000	1.000	1.000	0.857	1.000	1.000	0.667	0.800	8.324	优秀
Mean	0.949	0.981	0.949	0.859	0.853	0.786	0.863	0.838	0.785	7.863	—

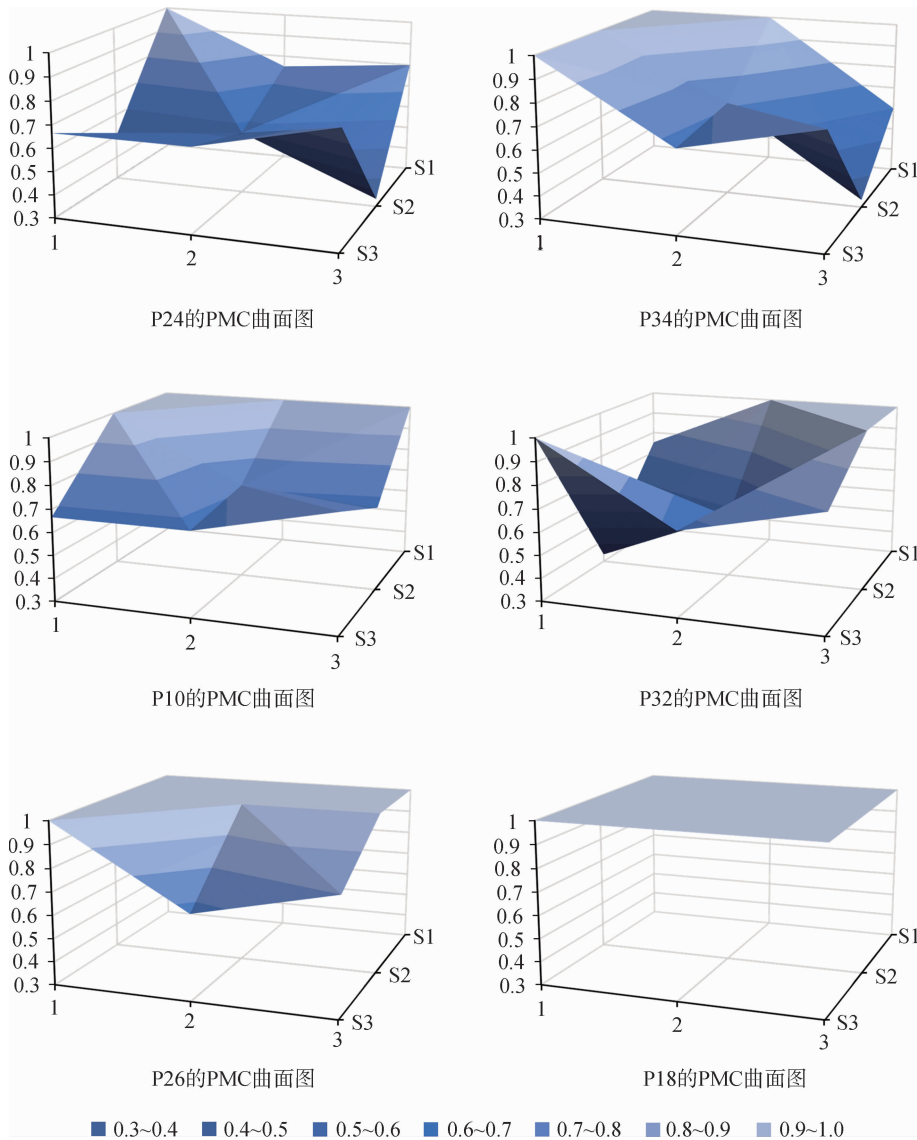


图3 部分公立医院改革政策 PMC 曲面图

2.2 公立医院改革政策具体性评价

政策结构(X_1):所有政策二级指标 X_{1-2} 和 X_{1-3} 的均值均为 1, X_{1-1} 和 X_{1-4} 均值分别为 0.923 和 0.872, 也都接近于 1,表明本研究所关注的公立医院改革政策绝大部分具备完善和规范的内容结构,改革政策具有明确的目的性和设计的科学性,政策的出台具备明显的意图承接性和目标关联性,超过九成的政策以已有的顶层设计、战略布局、会议精神或者其他政策作为发布基础和参照依据,并能够围绕既定政策指向给出完整的落实举措。但是,也有部分政策内容过于简要,忽视了对政策依据的说明和政策方案的细化。

政策倾向(X_2):92.31% 的政策文本同时包含了监管、建议、描述和引导的倾向性表征,能够对公立医院改革给出激励与约束并重、过程与结果结合的

原则说明和策略安排,即一方面可以做到采用刚性制度约束和动态监督考核推动有关单位从思想上认识和行动上落实改革措施,通过任务导向和问题阐释提升有关单位参与改革的积极性和主动性,另一方面又将前述做法有针对性、连贯性地部署至改革全过程和各环节,形成改革过程和改革成果链条的有机衔接,为实现改革任务提供有力的政策保障。但也有少数政策(如 P12)因其目的在于开展改革评估,因而在一定程度上弱化了政策引导性作用的发挥。

政策工具(X_3):79.49% 的政策文本综合使用了权威型、激励型、能力建设型、符号和规劝型和学习型政策工具,说明中央政府在推行公立医院改革过程中重视不同类型政策工具的组合搭配和综合运用,以便应对可能出现的复杂利益关系调整 and 有效

解决可能发生的多元主体协同问题。如在涉及公立医院改革的子领域医保支付方式调整方面,多数政策使用了医保监管引导医疗等权威型政策工具、医院医务人员积极性调动等激励型政策工具和典型经验总结与推广等符号和规劝型政策工具。但从个别离群点政策样本(如 P3)来看,在确定改革试点城市中较多使用了激励型、符号和规劝型以及学习型政策工具,而相对弱化了权威型以及能力建设型政策工具的使用。

政策时效(X_4):71.79%的政策文本潜在或现在的影响时效为中长期,而28.21%的政策文本时效仅为短期。结合具体的政策文本可以发现,宏观改革方案、具体实施意见和专项改革工作(如 P16 和 P33 等)都具有实际或者可能的长期影响;而临时工作开展、年度改革计划和短期政策行动(P9 和 P12 等)的政策影响时效则较短。由此可见,自新医改以来,国家层面在公立医院改革整体政策体系构建上能够做到兼顾长期性顶层设计和短期性行动策略,为长期改革推进、中期改革评估和短期政策试点提供良好的政策接续和政策支撑。

作用领域(X_5):从测量结果可以看出,多数政策文本同时涉及多个公立医院改革领域,特别是公立医院管理体制、运行机制和医保支付等方面改革在政策制定过程中得到普遍关注,成为公立医院综合改革的重点;相比之下,也有政策文本(如 P16)仅对公立医院改革的某一特定领域(如药品供应)做出专项指导,虽能够详细说明政策执行路径和改革发力指向,但其文本内容仅从原则层面说明了专项改革在综合改革中的衔接作用,并未在政策文本中阐明具体联动方式和策略措施。

政策视角(X_6):一般来说,国家层面的政策文本较多关注于宏观层面的政策议程,但从政策评价结果来看,有超过半数的政策文本兼具宏观、中观和微观视角,从此也可以看出公立医院改革涉及层面广,在政策执行过程中应该尽可能地实现覆盖全国范围的整体制度安排、推动区域和省级政策实践和指导县(区、市)开展改革试点三者的有机结合。但也有相当一部分政策文本(如 P7 和 P12 等)仅仅具备微观视角,着重从改革试点地区出发,虽对公立医院改革给出了符合地方原有改革经验的针对性举措,但欠缺同省级层面和国家层面的政策协同。

政策实施(X_7):分别有61.54%和35.90%的政策文本使用了强化组织领导、宣传推广动员和监督

考核评估中的三项或者两项政策执行保障措施,而只有 P1 单独使用强化组织领导一项政策执行保障措施。公立医院改革作为一项复杂、深层次和广范围的系统工程,相关政策的设计不应该只涉及特定性的改革举措,还需要提供有助于改革举措落地的保障性内容。因此,从所研究的政策文本来看,整体上都能根据政策目标提供组织架构、宣传动员和考核评估等保障举措,符合改革政策执行需要。

参与主体(X_8):由于公立医院改革的参与主体和作用客体限定性,所有政策文本均涉及了相关行政部门和公立医疗机构(主要为公立医院)。此外,还有51.28%的政策文本将商业企业、科研院所等市场性和社会性主体纳入政策改革互动范畴,例如 P7 聘请科研院所的专家学者参与公立医院改革试点的评估工作;P19 对企业参与公立医院药品招标采购进行了规定性说明;P29 鼓励、支持和引导社会资本进入医疗服务领域,促进多元化办医格局的形成;P36 同样希望依托社会力量参与构筑商业保险经营生态。

发布机构(X_9):公立医院改革政策的颁布主体分布较为集中,主要包括国务院(办公厅)和包括国家卫健委、财政部、国家发改委、人社部、中医药局、医保局等在内的9个国家部委及其下属单位。66.67%的政策文本由多个国家部委联合颁布,而国务院、单一部委或直属机构颁布的政策则分别仅有7份、2份和4份,数量占比较小,这也从侧面上说明公立医院改革的政策制定和执行对打破部门间沟通壁垒存在现实性需要,只有形成跨部门的合作机制才能保证相关改革的步调一致,避免政出多门和政策效应相互抵消。

3 结论与建议

3.1 主要结论

3.1.1 公立医院改革政策具备整体性优良质量

经过前述测量和分析可知,一方面,公立医院改革政策文本的 PMC 指数整体平均水平接近于质量优秀等级,质量为良好等级及以上的政策文本数量占比为87.18%,且未出现质量等级为不良的政策文本;另一方面,所有一级评价指标的平均水平都超过0.780,仅有部分政策的个别指标表征出离群倾向。综上所述,大多数政策文本设计具有内容合理和结构规范等优点,能够对复杂化和长期性的公立医院改革问题做出政策内容上的体系性建构和承接性回

应,具体而言有如下几点:一是大多数公立医院改革政策文本都具有完整的政策结构和多维的政策倾向,二者的有机组合共同促成了政策的清晰表达;二是注意政策影响时效和切入视角的正确匹配,即在已有的政策文本中既包括中长期宏观性规划,也包括短期微观性策略;三是强调多类政策工具的组合运用和政策作用领域的关联关系以及二者之间的有机结合;四是政策制定主体和作用客体相对多元,能够较好地协调公立医院改革过程中出现的多个责任、权力和利益相关方的复杂关系,并就政策实施给出了较为健全的保障举措。

3.1.2 公立医院改革政策存在特异性优化空间

整体上公立医院改革政策具有优良质量,但也存在部分政策在设计之初没能对公立医院改革要素、过程和目标给予统筹考虑,导致在某些评分指标上面出现一定程度短板和缺陷。这部分政策文本在各个评价指标上存在明显的特异性表现,必须进行具体性分析。PMC 指数得分较低的政策文本所存在的些许欠缺主要涉及以下几个方面:一是部分政策出台依据不够充分或规划方案不够详实,政策衔接性和可行性模糊;二是部分政策文本未能实现多种政策工具灵活而全面地使用(如学习型政策工具),忽略了政策工具之间的有效衔接和合理搭配;三是部分政策对公立医院改革的宏观性和长期性政策效应关注度不够,单一关注改革试点地区的短期工作开展和考核评估,弱化了对改革政策前瞻性作用的发挥,不利于长期改革工作的有序展开和系统集成;四是部分政策未能充分和合理引导社会性和市场性力量参与改革,且在实施保障环节对宣传推广动员手段的运用不够,不利于形成多元主体理解改革、支持改革和参与改革的整体性合力。

3.2 政策建议

3.2.1 强化政策设计规范提升公立医院改革政策质量

在新医改过程中,公立医院具有特殊主体性地位,是医疗、医药、医保三大体系的主要交互中心,承担指导与协调角色,公立医院改革更是具有内生的复杂性,改革任务的推行往往涉及重大利益调整 and 重要关系重塑。正是基于此,国家层面自新医改以来的公立医院改革都遵循顶层设计与基层实践相结合的审慎式推行路径,大部分政策都具备优良的政策质量。所以,必须总结已有的政策制定经验,对不

同类型的改革政策要有科学合理和有效达意的政策设计策略,如在规划类、方案类和意见类等政策的设计上,要尽可能在政策文本对涉及公立医院改革各个领域的重要体制机制与工作方式方法的部署和创新要给予结构性、倾向性、时效性和层次性等多维度的规范化和具体化的说明,对政策意图给出兼具各方面信息要素的全景式呈现;而在通知类、公告类等政策设计上,同样应该在有限的篇幅中权衡好各种政策构成要素的体现程度,可以在具体的政策设计过程中对政策工具、作用领域和组织保障等方面要素做出内容布局上的适当取舍,特别是针对同一改革事项所做出的多份连贯性和配套性政策设计方面,要尽可能减少冗余性表述和冲突性条款,以此在规范化的政策设计中不断提升公立医院改革政策质量,健全公立医院改革政策体系。

3.2.2 完善政策保障举措促进公立医院改革政策落地

公立医院改革政策的落地,除了文本的规范性前提条件之外,同样离不开相应的保障性举措。结合前述分析,部分政策文本 PMC 指数(含其中的部分一级指标)得分较低,在一定程度上应当归因于其在保障性维度上的不足。关于完善政策保障性,本文建议需要立足于具体的政策文本,从如下方面进行有针对性的优化:一是完善政策工具运用保障,推行不同的公立医院改革任务,需要具有充分的政策工具支撑,要适当扩大短板政策工具的使用范围,强化“工具—任务”和“工具—工具”之间的匹配程度,进一步弥补政策工具联动缺口;二是完善政策实施举措保障,对于宣传推广动员和监督考核评估两类需要贯穿于公立医院改革政策执行全过程的保障性措施应该加以更多关注,逐步建立起常态化的公立医院改革跟进机制和评估机制;三是完善政策参与主体保障,既要重视政策设计之初的行政部门主体之间的配合,在保障卫生健康部门核心主导地位的基础上,根据任务需要纳入更为多元的政策制定部门主体,增加政策联合发文数量,达成政策协同,同时要注意政策执行中作用对象之间的互动,协调好有关行政部门、医疗卫生机构和社会其他力量之间的关系,探索建立协调统一的冲突管控机制和利益协调机制,进一步凝聚改革共识,汇聚改革合力。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 任飞, 王俊华. 基于差异的正义:我国基本医疗服务资源合理配置与实现路径[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2019, 40(5): 27-33.
- [2] 代涛. 公立医院改革的国际趋势与思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 1-3.
- [3] 伍凤兰, 申勇. 公立医院改革:历史演进、制度困境与路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 34-39.
- [4] 何谦然, 邓大松, 李玉娇. 中国公立医院改革历程的公共政策评估[J]. 社会保障研究, 2014(1): 3-13.
- [5] 李玲, 江宇. 关于公立医院改革的几个问题[J]. 国家行政学院学报, 2010(4): 107-110.
- [6] 代涛. 我国公立医院改革的进展与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(8): 1-7.
- [7] Estrada M A R. Policy modeling: Definition, classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling, 2011, 33(4): 523-536.
- [8] 张永安, 耿喆. 我国区域科技创新政策的量化评价:基于 PMC 指数模型[J]. 科技管理研究, 2015, 35(14): 26-31.
- [9] 张永安, 鄯海拓. 国务院创新政策量化评价:基于 PMC 指数模型[J]. 科技进步与对策, 2017, 34(17): 127-136.
- [10] 刘纪达, 麦强, 王健. 基于扎根理论和 PMC 模型的军民科技政策评价研究[J]. 科技管理研究, 2020, 40(23): 38-47.
- [11] 张文静, 张丽, 姚俊. 长期护理保险制度政策评价:基于 PMC 指数模型[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(2): 103-108.
- [12] 赵思琦, 刘栋梁, 夏毓琦, 等. 基于 PMC 指数模型的我国慢病管理政策量化评价[J]. 中国药房, 2021, 32(13): 1627-1633.
- [13] 戚湧, 张锋. 基于内容分析的战略性新兴产业政策评价研究[J]. 科技进步与对策, 2020, 37(17): 118-125.
- [14] 蔡冬松, 柴艺琳, 田志雄. 基于 PMC 指数模型的吉林省数字经济政策文本量化评价[J]. 情报科学, 2021, 39(12): 139-145.
- [15] Schneider A, Ingram H. Behavioral assumptions of policy tools[J]. The journal of politics, 1990, 52(2): 510-529.
- [16] 邢金明, 张宝军. 基于 PMC-AE 指数模型的我国体教融合政策量化评价[J]. 体育学刊, 2022, 29(1): 84-90.
- [17] 胡峰, 戚晓妮, 汪晓燕. 基于 PMC 指数模型的机器人产业政策量化评价:以 8 项机器人产业政策情报为例[J]. 情报杂志, 2020, 39(1): 121-129, 161.
- [18] 郭强, 刘冬梅. 中国农业农村科技服务政策量化评价[J]. 中国科技论坛, 2020(8): 148-158.
- [19] 宋大成, 焦凤枝, 范升. 我国科学数据开放共享政策量化评价:基于 PMC 指数模型的分析[J]. 情报杂志, 2021, 40(8): 119-126.
- [20] 成全, 董佳, 陈雅兰. 创新型国家战略背景下的原始性创新政策评价[J]. 科学学研究, 2021, 39(12): 2281-2293.

[收稿日期:2022-02-23 修回日期:2022-04-15]

(编辑 薛云)