

健康中国行动政策网络的双模网络分析

——基于时间和层级维度的比较研究

郭胜鹏^{1,2*} 王虎峰² 何博韬² 张慧茹² 景日泽¹

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学医改研究中心 公共健康与疾控文理交叉平台 北京 100872

【摘要】目的:探究健康中国行动政策网络结构特征随时间和层级变迁的演化规律,总结政策网络建设的成果和不足。方法:依托健康中国行动政策文本,基于“行动—部门”隶属关系构建健康中国行动政策网络,运用统计分析、整体网络分析、个体网络分析和核心—边缘分析挖掘不同时间阶段和行政层级的政策网络结构特征。结果:随着健康中国行动从酝酿布局阶段步入全面实施阶段,我国健康中国政策网络框架已基本确立,网络规模和协同格局逐渐明晰。国家政策网络已进入优化升级阶段,省级政策网络尚处于扩充完善阶段,且存在地域发展不均衡、行动兼顾不平衡的问题。结论与建议:基于行动和部门二维导向构建政策网络,从政策管理逐渐实现网络管理,加强地区经验交流和协同机制考核,提升省级整体建设水平和均衡程度,发挥核心部门和核心行动的带动作用,推动健康中国建设全局齐步推进,提升政策网络的整体效能。

【关键词】健康中国;政策网络;双模网络分析;核心—边缘分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.10.001

A dual-mode network analysis of Healthy China Action policy network: A comparative study based on the dimensions of time and administration level

GUO Sheng-peng^{1,2}, WANG Hu-feng², HE Bo-tao², ZHANG Hui-ru², JING Ri-ze¹

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

2. Health Reform and Development Center of Renmin University, Public Health & Disease Control and Prevention, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: To explore the evolution of the structural characteristics of the policy network of Healthy China Action with time and administration level changes, and to summarize the achievements and shortcomings of policy network construction. Methods: Based on the text of the Healthy China Action policy, the policy network of the Healthy China Action is constructed based on the “action-department” affiliation. Statistical analysis, overall network analysis, individual network analysis and core-edge analysis are used to explore the structural characteristics of the policy networks at different time stages and administrative levels. Results: As the Healthy China action moves from the gestation phase of brewing layout to the phase of full implementation, the network framework of China’s Healthy China policy has been basically established, the scale and coordination pattern of the network have gradually become clear. The national policy network has entered the stage of optimization and upgrading, while the provincial policy network is still in the stage of expansion and improvement, and there are problems of uneven regional development and unbalanced action coordination. Conclusions and Suggestions: Build a policy network based on the two-dimensional orientation of actions and departments, gradually realize network management from policy management, strengthen regional experience exchange and coordination mechanism assessment, improve the overall construction level and balance of provincial level, give play to the leading role of core departments and core actions,

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(22ZDA096)

作者简介:郭胜鹏(1997年—),男,博士研究生,研究方向为基层医疗卫生服务、健康医疗大数据。E-mail: guoshengpeng@ruc.edu.cn

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

promote the overall advancement of Healthy China, and improve the overall effectiveness of the policy network.

【Key words】 Healthy China; Policy network; Dual-mode network analysis; Core-edge analysis

1 引言

健康中国行动是实现健康中国战略的基本路径,主要由健康知识普及行动、老年健康促进行动、中小学健康促进行动和健康环境促进行动等 15 项专项行动组成,涵盖健康生活、健康服务、健康环境、健康保障和健康产业等领域,是一项系统、全面、长期的复杂工程,需要卫生、经济、教育、民生和环保等诸多部门的广泛参与和协同合作。^[1] 政策网络理论主张多元参与主体通过组建联盟、交换资源和协调关系等方式形成政策网络,对政策结果发挥基础性、关键性的作用。^[2] 健康中国行动几乎囊括了政府部门所有的部委和单位,参与主体所涉及的行动领域和互动关系复杂多样,因此保障政策网络的科学设计和有效运作,对健康中国行动的稳步推进至关重要。

依照关键政策的出台,健康中国行动可以划分为两个阶段:一是酝酿布局阶段(2016 年 10 月至 2019 年 6 月),以中共中央、国务院发布的《“健康中国 2030”规划纲要》为起始节点,这是“建国以来首次在国家层面提出的健康领域中长期战略规划”,标志着健康中国建设目标和内容的确立;二是全面实施阶段(2019 年 7 月至今),以国务院印发《国务院关于印发〈国务院实施健康中国行动的意见〉为实施节点,从此“健康中国战略有了‘路线图’和‘施工图’”,标志着健康中国行动全面落实启动。一项阶段性评估研究显示,健康中国行动实施三周年以来,“中国特色的健康中国行动政策框架基本建立,联动机制与协同格局正在加快形成”。^[3] 同时,杨欢^[4] 通过指标综合评价和区域差异测算发现,我国健康中国总体建设水平呈现“东部最高,中部和东北次之,西部最低”的空间格局,鉴于政策网络对政策结果的关键作用,政策网络建设状况可能也会呈现与建设水平同样的区域差异。因此,有必要结合时间维度和层级维度,研究健康中国行动政策网络的结构特征和演变规律,旨在总结政策网络建设的成果和不足,为后续优化网络布局、提高治理效能提供理论依据和参考。

熊尧等^[5] 基于“部门—部门”维度的单模网络,定量分析了国家层面卫生健康政策网络不同历史时期的层次结构及其动态演变,发现网络结构逐渐趋于多元化和扁平化。然而,研究并未追踪到健康中国行动的实施阶段,覆盖的政策主题和部门数量也比较有限,还缺乏行动视角和省级层面的研究。基于此,本文依托健康中国行动政策文本,基于行动和部门的隶属关系,构建“行动—部门”导向的健康中国行动政策网络,运用双模网络分析探究政策网络的协同机制和层次结构,以求解决以下两个问题:一是基于时间维度,探究全面实施健康中国行动是否有效推动了健康中国行动政策网络的发展完善;二是基于层级维度,比较分析国家层面与省级层面政策网络建设策略和水平的差异,并通过省际横向比较验证政策网络建设是否存在区域失衡的问题。

2 资料与方法

2.1 资料收集

资料收集和分析过程如图 1 所示,包括核心政策解读、确定检索对象、政策检索和收集、政策数据清洗处理、构建健康中国行动政策网络和双模网络分析。首先,通过反复阅读和解构核心政策,梳理归纳出整体工作安排、15 项专项行动和其他行动(医药卫生体制改革、中医药和护理事业发展等)共 17 项行动,并为每项行动确定具有排他性和唯一性的检索关键词,例如“师生健康”“体教融合”属于中小学健康促进行动。其次,对于省级层面的检索对象,参照 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》中 2020 年各地区人均预期寿命,东中西部省分别选取广东省、湖北省和陕西省作为省级层面的研究样本,广东省、湖北省和陕西省的人均预期寿命及其地区排名依次为 79.31 岁(6/11)、78.00 岁(3/8)和 77.80 岁(3/12),三者人均预期寿命较为接近且在地区均处于较高水平,三者之间具有较好的可比性。最后,通过政策检索、收集、清洗和处理,共收集有效政策数据 925 件,其中国家层面政策 383 件,省级层面政策 542 件。

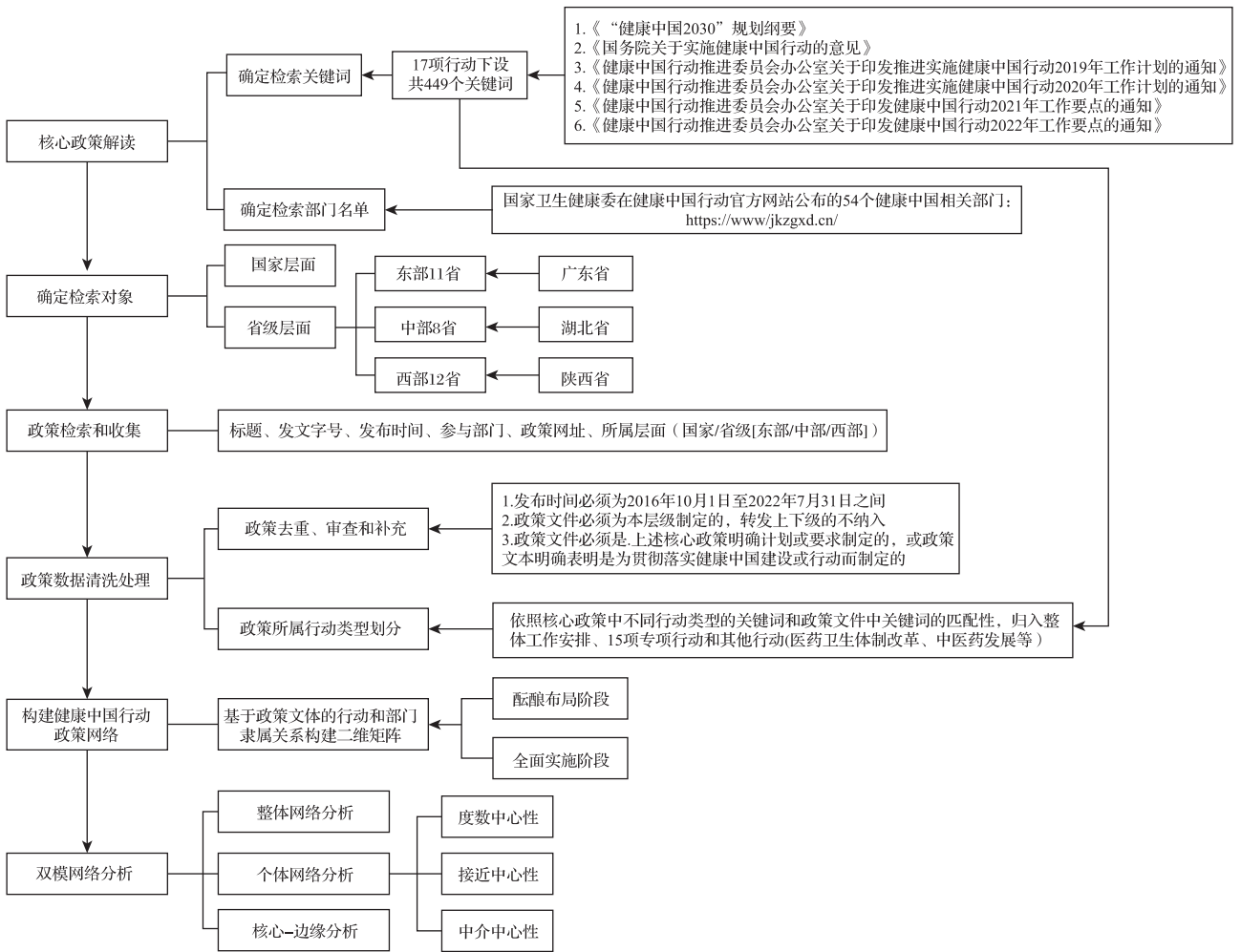


图1 资料收集和分析过程

2.2 研究方法

双模网络分析是指利用双模网络中行动者集合和事件集合之间的隶属关系,探究行动者和事件的互动模式和行动者内部、事件内部关系结构的分析方法。双模网络分析既能从集合层面描述行动者和事件之间的潜在逻辑和结构,又能从单模网络分析的视角分析集合内部的关系结构,对分析复杂网络更具适应性和解释力。因此,本文将健康中国行动的17项行动视为事件,将所有参与部门视为行动者,编写python程序将健康中国行动政策数据处理为“行动-部门”导向的二维矩阵,构建基于“行动-部门”隶属关系的健康中国行动政策网络,利用NetDraw 2.161软件实现双模网络可视化,利用Ucinet 6.645软件完成整体网络分析、个体网络分析和核心-边缘分析。

2.2.1 整体网络分析

整体网络分析从宏观角度描述政策网络的结构特征,其中整体网络密度是指双模网络中行动和部

门连接总数与行动总数和部门总数之积的比值,整体网络密度越高,说明健康中国行动政策网络越紧密,部门协作关系越密切,行动的资源整合就越好。

2.2.2 个体网络分析

个体网络分析包括度数中心性、接近中心性和中介中心性。度数中心性是某一行动(部门)节点直接连接的部门(行动)节点数量与部门(行动)节点总数的比值,反映了节点在局部网络中的活跃程度。度数中心性越高表示行动掌握的资源越多、部门承担的责任越重,在政策网络中扮演的角色就更关键。接近中心性衡量了某一节点到达其他节点的平均最短距离,反映了节点在整体网络中的独立程度和中心位置,节点到达其他节点的平均最短距离越短,获取信息资源的能力和沟通交流的权力就越强,节点越容易处于整个网络的中心位置,越不容易受到其他节点的控制和约束。中介中心性衡量了某一节点出现在其他两个节点连接路径中间的平均次数,反

映了节点在全局网络中对其他节点的控制程度,较高的中介中心性意味着网络中存在桥梁节点,会通过信息垄断限制其他节点之间的沟通交流,从而损害政策网络的运行效率。

2.2.3 核心—边缘分析

核心—边缘分析是将双模网络的二维矩阵分割为核心区块和边缘区块两种类别,核心区块是核心行动和核心部门所组成的高密度区块,边缘区块是边缘行动和边缘部门所组成的低密度区块,非对角线区块(核心行动—边缘部门、边缘行动—核心部门)则不考虑。利用 Ucinet 6.645 软件中 Network 命令目录中双 Mode networks 的 Categorical Core / Periphery 命令即可完成操作。^[6]为保证结果的准确性,研究涉及的 8 个二维矩阵(2 个时间阶段 * 4 个层级单位)均连续操作 20 次,以充分捕捉到算法的优良表现,最终以模型适配度最高的划分结果为准。

3 研究结果

3.1 统计分析

国家层面、东中西部省份在酝酿布局阶段的年均发文量分别为 35.25、28.50、27.75 和 12.00 件,在全面实施阶段分别为 96.33、44.33、36.33 和 39.33 件,可见健康中国行动的正式启动有效推动了国家和省级层面健康中国的制度建设,但是国家层面建设力度明显强于省级层面。

3.1.1 行动维度

行动维度统计分析见图 2。国家层面在酝酿布局阶段和全面实施阶段的轮廓较为平稳,各项行动工作量分布较为均衡,重点行动能够得到良好接续,但省级层面重心行动变动较大,且各项行动工作量分布不平衡。在全面实施阶段,健康知识普及行动、老年健康促进行动和传染病及地方防控行动是国家 and 省级层面共同关注的重点行动,此外国家层面更关注全民健身行动,省级层面则更关注职业健康促进行动。

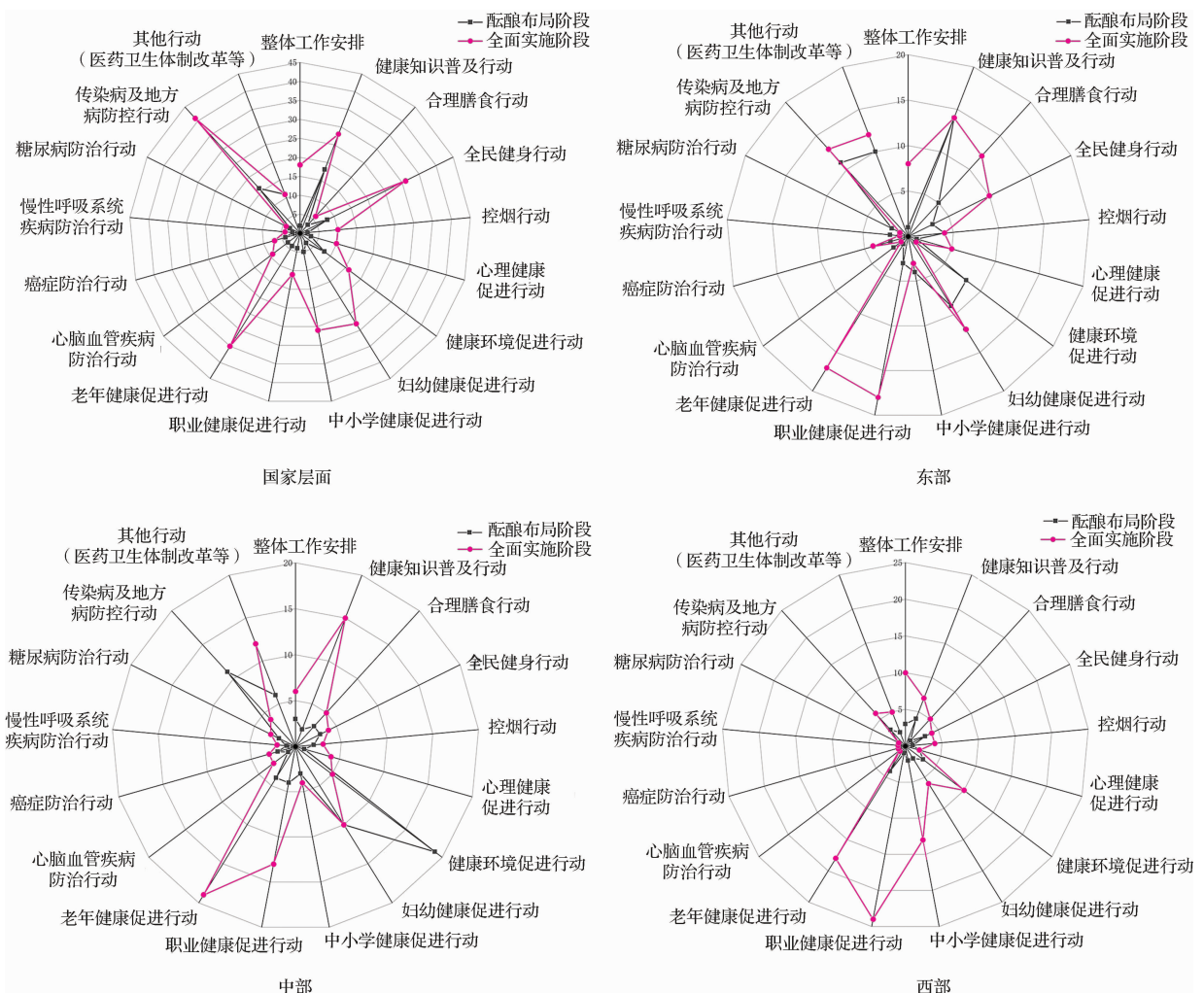


图 2 国家和地方层面健康中国行动雷达图

3.1.2 部门维度

部门维度统计分析见表 1,其中平均协作规模是指平均每件政策文件拥有的发文部门数量,联合发文率是指发文部门数量为 2 个及以上的政策数量占政策总量的比例。无论哪个阶段,国家层面的年均发文量和平均协作规模均明显高于省级层面。从酝酿布局阶段到全面实施阶段,省级层面卫生健康委的参与比例和联合发文率均显著提高,其中中西部地区提升最为明显。

表 1 健康中国行动政策发文情况统计

研究层面	研究阶段	年均发文量(件)	平均协作规模(个)	卫生健康委的参与比例(%)	联合发文率(%)
国家层面	酝酿布局	35.25	2.84	59.57	45.74
	全面实施	96.33	2.57	56.75	37.72
东部	酝酿布局	28.50	2.07	61.84	32.89
	全面实施	44.33	2.56	65.41	37.59
中部	酝酿布局	27.75	1.16	43.24	10.81
	全面实施	36.33	2.49	69.72	41.28
西部	酝酿布局	12.00	1.28	46.88	9.38
	全面实施	39.33	2.19	67.80	41.53

3.2 整体网络分析

整体网络分析结果见表 2。相较于酝酿布局阶段,国家和省级层面的部门节点数和网络密度在全面实施阶段均明显增加,说明健康中国行动启动后政府部门间的协作关系和各项行动的推进落实均得以加强,其中国家层面的部门节点数和网络密度均高

于省级层面。特别地,在全面实施阶段东中西部省份的部门节点数和网络密度依次递减,这与省级层面健康中国建设水平东高西低的现状相吻合,政策网络作为开展健康中国行动的机制载体,对决定健康中国发挥着基础性和根本性的作用,因此省级层面尤其是中西部省份在网络规模和部门协作方面还需要继续加强和完善。

表 2 整体网络分析结果

研究层面	研究阶段	行动节点数	部门节点数	网络密度
国家层面	酝酿布局	17	48	0.176
	全面实施	17	65	0.249
东部	酝酿布局	17	39	0.170
	全面实施	17	54	0.174
中部	酝酿布局	17	15	0.165
	全面实施	17	45	0.173
西部	酝酿布局	17	17	0.152
	全面实施	17	43	0.168

国家层面酝酿布局和全面实施阶段的健康中国行动政策网络如图 3 和图 4 所示,其中红色菱形的节点代表行动,蓝色圆形的节点代表部门,节点的大小表示行动或部门的发文量占比,节点连线的粗细表示行动和部门的联系紧密程度。从酝酿布局阶段到全面实施阶段,尽管政策网络的核心节点和连线有所变动和差异,国家卫生健康委始终是核心中的核心,承担的发文件最多,涉及的行动范围最广。

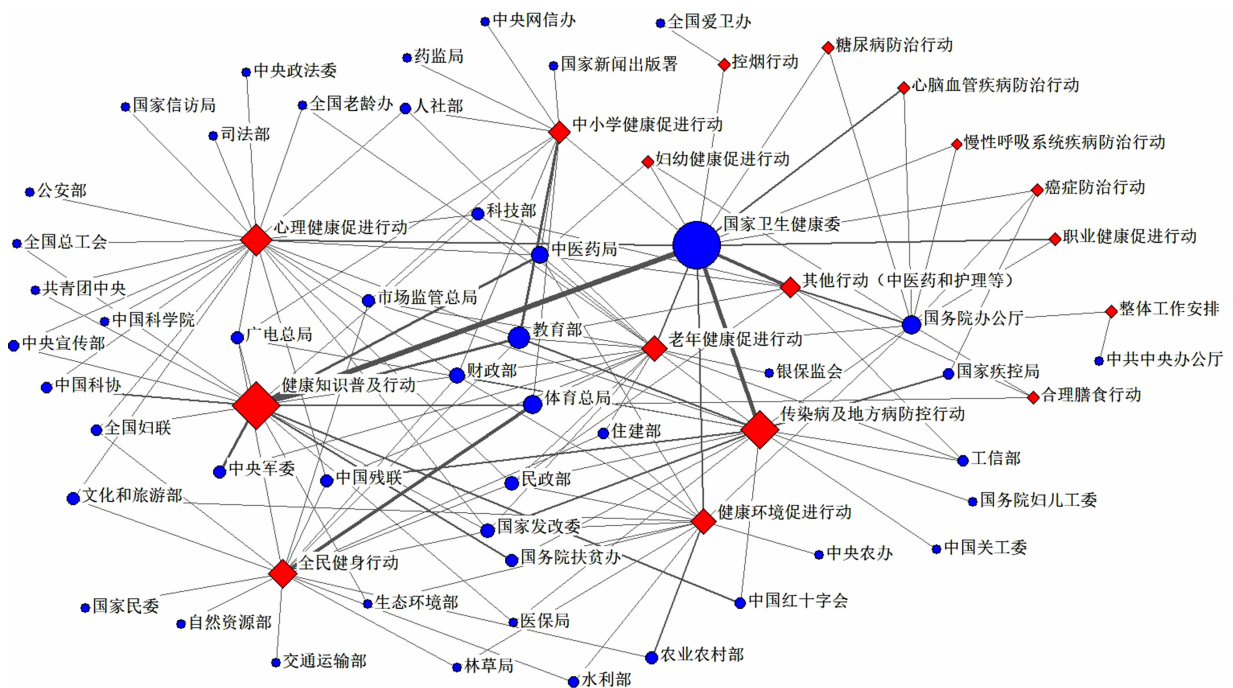


图 3 酝酿布局阶段国家层面的健康中国行动政策网络

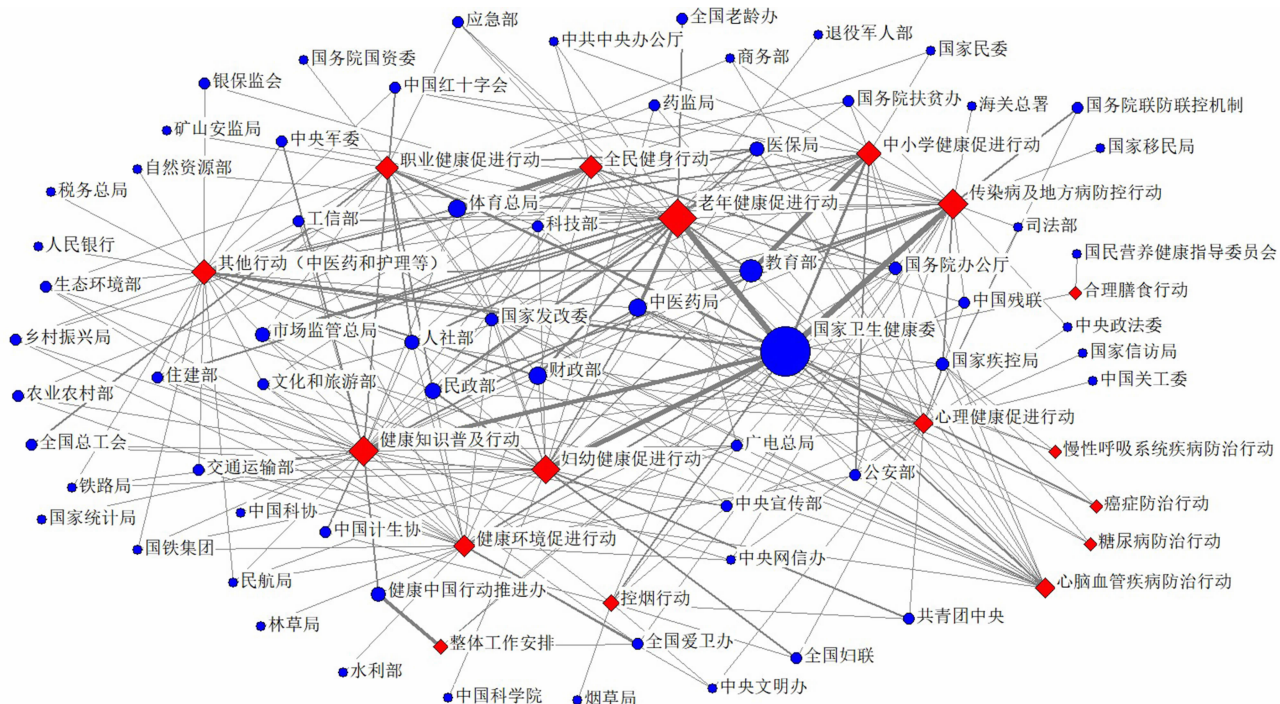


图4 全面实施阶段国家层面的健康中国行动政策网络

3.3 个体网络分析

个体网络分析从微观角度考察政策网络的结构特征,通过定量刻画行动节点和部门节点在政策网络中所处的位置高低和所拥有的权力优劣,分析不同行动的资源聚合程度和不同部门的权力辐射程度,从更细粒度解释健康中国行动政策网络的运行机制,主要包括度数中心性、接近中心性和中介中心性。

3.3.1 度数中心性

(1) 行动节点

对行动节点,度数中心性是某一行动的参与部门数量与参与部门总数的比值,即部门涉及率,涉及部门数量越多,行动的协作规模越庞大,分工协作机制将越复杂。从酝酿布局到全面实施阶段,国家层面部门涉及率最高的行动从心理健康促进行动(0.479)转移到健康知识普及行动(0.492),东部省份从健康知识普及行动(0.410)转移到心理健康促进行动(0.519),中部省份始终为职业健康促进行动(从0.467增加到0.489),西部省份从中小学健康促进行动(0.471)转移到老年健康促进行动(0.628)。

(2) 部门节点

对部门节点,度数中心性是某一部门所承担的行動数量与行动总数的比值,即行动覆盖率,负责的行動数量越多,对部门多线程管理能力、组织协调性和灵活性的要求就越高。国家层面的国家卫生健康

委、教育部、财政部、国家中医药管理局的行動覆盖率最高,行動实施前后行動覆盖率在30%以上的部门数量从7个增加到19个。省级层面的省卫生健康委、省人民政府办公厅、教育厅和民政厅的覆盖率最高,行動实施前后东中西部省份行動覆盖率在30%以上的部门数量分别从4个、2个、3个增加到8个、7个和5个,可见省级层面的多部门协同机制不断完善扩充,但与国家层面还有较大差距。

3.3.2 接近中心性

(1) 行动节点

行动节点接近中心性的排名结果与度数中心性分析结果基本保持一致,说明关键行动在政策网络全域具有更高的独立性和优先级。国家层面行动节点的平均接近中心性从0.486增加到0.504,行动的关键节点往中心位置更进一步靠拢,可能是国家政府部门通过完善协同机制、扩大资源供给和有效资源整合等,对重点行动予以及时扶持和重点建设,从而政策网络实现整体升级和优化。然而,东中西部省份行动节点的平均接近中心性分别从0.551、0.591、0.523下降到0.491、0.503和0.509,可能是行动实施后,行动总量增加、重心转移,省级政府部门由于资源整合能力有限、机制路径依赖等原因,现有的协同机制和网络难以适应新的形势和要求,关键行动无法及时获得充足的发展资源和条件,导致行动的关键节点偏离中心位置,因此省级层面应及

时创新协同机制,紧跟国家政府部门的步伐,主动应对健康中国建设过程中的困难和挑战。

(2) 部门节点

部门节点的接近中心性的分析结果与度数中心性基本保持一致,卫生健康委、民政部(厅)、教育部(厅)、省人民政府办公厅和财政部(厅)的接近中心性普遍较高,实施前后政府部门的具体排名情况有所变动,说明部门责任定位和规划随着新的行动需要存在动态调整。国家层面部门节点的接近中心性从 0.617 增加至 0.685,省级层面东中西部分别从 0.615、0.501、0.485 提高至 0.634、0.602、0.631,可见行动实施后越来越多的政府部门向政策网络的中心位置聚拢,凝聚为健康中国行动的中坚力量。然而,省级层面的平均接近中心性均低于国家层面,说明省级层面在政策网络中心建设方面仍落后于国家层面。

3.3.3 中介中心性

(1) 行动节点

行动节点的中介中心性分析结果与度数中心性、接近中心性分析结果基本一致,说明政策网络中的重要行动节点如健康知识普及行动、传染病及地方病防控行动等摆在了优先发展的位置,可以轻松获得充足的信息和资源。在资源条件和资源整合能力有限的前提下,重点行动和其他行动存在竞争关系,优先发展重点行动可能会导致其他行动的进度滞后,这种挤出效应导致行动间发展的不均衡。国家层面行动节点的平均中介中心性在行动实施前后从 0.070 下降至 0.067,省级层面东中西部分别从 0.064、0.057、0.063 升高至 0.070、0.070、0.066,对于实施阶段省级层面排名第一的行动节点,中介中心性分别为 0.338、0.287 和 0.436,明显高于国家层面的 0.168,可见省级层面政府部门统筹协调各项行动均衡发展的能力不足,因此需要优化协同机制和资源分配格局,避免行动间的挤出效应。

(2) 部门节点

部门节点的中介中心性分析结果与度数中心性、接近中心性分析结果基本一致,说明卫生健康委、民政部(厅)、教育部(厅)和财政部(厅)等重要部门节点不仅要承担大量重要的本职行动,还要领导和协助其他部门开展其他领域的工作行动,发挥联络枢纽的作用,如中医药管理局不仅要提供中医药健康和康复服务,还要协助卫生健康委、民政部(厅)、医疗保障局、药品监督管理局等多个部门开展

养老护理、健康扶贫、儿童救助和药品保障等工作。国家层面部门节点的平均中介中心性在行动实施前后从 0.015 下降至 0.009,省级层面东中西部分别从 0.018、0.068、0.065 下降到 0.012、0.016、0.016,国家和省级层面部门节点的平均中介中心性整体水平较低且均呈下降趋势,中西部省份下降幅度最大,可见健康中国行动的启动有效促进了政府部门之间的互联互通,但省级层面整体网络的连通程度仍不如国家层面,需要通过科学精准分工和优化机制设计,提高政策网络的连通性。

3.4 核心—边缘分析

3.4.1 核心行动识别

行动实施前后国家层面核心行动数量始终为 5 个,健康知识普及行动、传染病及地方病防控行动和老年健康促进行动始终为核心行动,妇幼健康促进行动和其他行动(医药卫生体制改革等)新纳入为核心行动,健康环境促进行动和心理健康促进行动则退化为边缘行动,省级层面主要关注健康知识普及行动、职业健康促进行动和其他行动(医药卫生体制改革等)。虽然中部省份核心行动数量从 3 项增至 4 项,但是省级层面总体依旧呈现减少趋势,说明行动间存在挤出效应,省级政府部门较难实现行动的全面统筹,这与省级层面行动节点平均接近中心性降低、平均中介中心性升高的论证假设相吻合。

3.4.2 核心部门识别

行动实施前后,国家层面的核心部门数量从 10 个增加到 13 个,东、中、西部省份分别从 3 个、3 个、3 个增加到 20 个、6 个和 5 个,这与部门节点平均接近中心性升高、平均中介中心性降低的论证假设相一致,说明健康中国行动的实施有效推动了国家乃至省级层面政策网络的迅速扩充和完善,一方面政策网络规模大幅增加,越来越多的部委和单位加入到健康中国建设的队伍,另一方面核心部门数量显著增加,健康中国建设的中坚力量也在不断发展壮大。在个体网络分析中,体育总局(省体育局)、健康中国(广东)行动推进办公室、中国(省)红十字协会、农业农村部(厅)等核心部门从未被纳入到重要位置,并非意味着上述部门对健康中国建设不重要,而是这些部门在极少行动类型中承担了极高份额的工作量,在其专职负责的行动起到了关键性的作用,比如体育总局主要负责全民健身行动,这是由部门职能范围和行动内容的相互匹配决定的。

4 讨论与建议

4.1 讨论

4.1.1 健康中国行动政策网络框架基本确立,网络规模和协同格局逐渐明晰

健康中国行动政策网络在层级维度和时间维度上均呈动态演变趋势,但是演变过程中健康中国行动建设的重点行动和核心骨干趋于稳定,健康中国行动政策网络的“行动—部门”二元框架已基本确立,其中行动以健康知识普及行动、传染病及地方病防控行动和其他行动(中医药等)等为核心代表,部门以卫生健康委、教育部(厅)、民政部(厅)和财政部(厅)等为核心代表。行动实施后,国家层面和省级层面政策网络的网络规模、网络密度和核心部门数量增长显著,国家层面参与部门数量从48个增加到65个,省级层面东中西部分别由39个、15个、17个增加到54个、45个、43个,几乎所有的部委和单位囊括其中,可见“将健康融入所有政策”理念已得到有效贯彻和落实。

4.1.2 国家政策网络进入优化升级阶段,省级政策网络尚处于扩充完善阶段

从层级维度看,国家层面网络整体的网络规模、网络密度、网络连通性以及核心节点的数量、活跃度、行动覆盖率、部门涉及率均高于省级层面,说明国家层面政策网络的整体效能优于省级层面。从时间维度看,国家层面的发文联合率、平均协作规模和国家卫生健康委的参与比重均呈下降趋势,省级层面却为相反趋势,说明国家层面政策网络建设策略已经从早期的队伍建设转移到精细化的效能建设,更加注重网络的运作效率和互联互通,但是省级层面仍采取规模扩充和路径完善的发展策略,网络建设进度滞后于国家层面。这与杨赐然等^[7]对医药卫生体制改革领域政策网络的研究结果不同,相较于国家层面,省市层面具有更高的网络规模和网络密度,医药卫生体制改革涉及面较窄,在国家层面由国务院医改办和国家卫生健康委主导,多为卫健系统其他部门配合,省市层面在执行落地时需要寻求其他领域更多部门给予支持,而健康中国行动涉及领域广泛,在国家层面几乎所有的部门必须要参与顶层设计和任务规划,省级层面则会尽可能聚焦部门,保证权责清晰、高效落实。

4.1.3 省级政策网络建设水平存在地域发展不均衡、行动兼顾不平衡的问题

省级层面政策网络的网络规模、网络密度、核心

部门数量和网络连通性从东到西依次递减,虽然行动实施前后中西部省份的网络规模和网络密度等增长幅度最为明显,与东部省份的差距正在缩小,但省级政策网络地域间的发展水平依然不均衡,这与杨欢^[8]的研究结论相类似,即健康中国建设水平存在区域间差异,但这种差异呈缩小趋势。同时,省级层面核心行动数量和行动节点平均接近中心性呈下降趋势,行动节点平均中介中心性呈上升趋势,说明省级层面存在重点行动对一般行动的挤出效应,难以兼顾各项行动的全面发展,省级层面行动雷达图的高波动性和高偏向性更直观地反映了这一问题。

4.2 建议

4.2.1 基于行动和部门二维导向构建政策网络,从政策管理逐渐实现网络管理

要提升健康中国政策网络的整体效能,需要实现行动导向和部门导向的双向优化。既要按照行动本身的急迫性、重要性和复杂性确定科学合理的协作规模和权责分配,保障行动所需的各项资源和队伍建设,又要结合部门职能和能力等特质予以综合考虑,科学分派其承担行动的类型和数量,注重培养部门的多行动管理和应对能力。提升政策网络效能应从微观的政策管理转移到宏观的网络管理,即从健康中国行动整体布局出发,参考和借鉴行动和部门在政策网络中的位置和定位,兼顾行动和部门的匹配度、适合性和协调性,从核心行动和核心部门的局部优化开始,逐步实现政策网络的全局优化。如可对卫生健康委所承担的行动任务进行结构性调整,将常规性和易操作的行动如健康知识普及等分拨给有能力承担的其他部门,从而腾出更多资源和力量应对复杂性的、多层次、关键性的领域难题,如老年健康和慢病防治等。

4.2.2 加强地区经验交流和协同机制考核,提升省级整体建设水平和均衡程度

健康中国行动实施以来,省级政府部门予以积极响应并结合实际开拓创新,积累了大量的实践经验,涌现了一批典型经验案例,譬如健康中国行动推进办2021年所推介的18个地方案例从健康家庭、中医药康复服务、社区营养厨房等各个方面取得了一定成就。东部省份的政策网络建设进度与发展优于中西部省份,可以借鉴推介健康中国行动推进办典型经验案例的做法,从东部省份选取有代表性的、发展较为成熟完善的省份作为示范标杆,搭建地区经验交流和帮扶平台,向中西部省份传播先进经验和做法。在《健康中国行动推进委员会办公室关于印发

健康中国行动 2021—2022 年考核实施方案的通知》中,协调推进机制在组织实施的六项机制中权重最高为 20%,但是考核内容只涉及推进办是否在整体工作安排中发挥作用,还未有政策网络建设的衡量指标。因此,应强化和完善对省级层面政策网络设计和建设水平的考核,综合考虑行动推进协调性和部门分工科学性,系统全面地评估协同机制是否满足健康中国行动的政策需要,督促省级政府主动发现问题和及时整改。

4.2.3 发挥核心部门和核心行动的带动作用,推动健康中国建设全局齐步推进

卫生健康委、教育部(厅)、民政部(厅)和财政部(厅)等核心部门的行动渗透量和合作部门数量最多,在对核心行动负主要责任的同时,还需要领导其他部门完成核心行动,或者辅助其他部门完成非核心行动,对政策网络的效率和效益起到关键性作用。健康知识普及行动、传染病及地方病防控行动和其他行动等核心行动具有丰富的整合资源和优先发展权,可以将非核心行动与核心行动有机融合,既能够提高资源利用效率和政府办事效率,又能促进健康中国建设整体协调发展,避免或减缓核心行动对非核心行动的挤出效应。如将慢性病系列防治行动融合到健康知识普及行动、老年健康促进行动等核心行动中,打造高质量、广覆盖和易获得的重点人群健康管理服务体系,推动慢性病系列防治领域迅速发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 申曙光,曾望峰. 健康中国建设的理念、框架与路径[J]. 中山大学学报(社会科学版), 2020, 60(1): 168-178.
- [2] 孙柏瑛,李卓青. 政策网络治理:公共治理的新途径[J]. 中国行政管理, 2008(5): 106-109.
- [3] 王虎峰. 健康中国行动三周年评估显示阶段性成效明显[J]. 健康中国观察, 2022(8): 44-45.
- [4] 杨欢. 多维度视阈下中国健康建设水平的区域差异与极化研究:基于“健康中国 2030”战略视角[J]. 人口与经济, 2022(5): 48-64.
- [5] 熊尧,徐程,习勇生. 中国卫生健康政策网络的结构特征及其演变[J]. 公共行政评论, 2019, 12(6): 143-165, 202.
- [6] 陈世荣,钟隶娜. 社会网络分析方法:UCINET 的应用[M]. 北京:知识产权出版社, 2019.
- [7] 杨赐然,崔丹. 医改重点工作任务分解下部门协作层级对比研究:社会网络分析的视角[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 34-41.
- [8] 杨欢.“健康中国”发展水平的测度、地区差距及时空收敛性研究[J]. 统计与信息论坛, 2022, 37(9): 106-116.

[收稿日期:2023-08-30 修回日期:2023-09-28]

(编辑 赵晓娟)