

doi: 10.15936/j.cnki.1008-3758.2022.03.010

中国家庭医生制度的政策变迁与启示

——基于倡议联盟框架的分析

高鹏, 杨翠迎

(上海财经大学公共经济与管理学院, 上海 200433)

摘 要: 借助倡议联盟框架理论对家庭医生制度从形成初期至今的政策文本进行了梳理,并结合政策子系统内的联盟构成、信念体系、政策学习及政策论坛等进行深入研究。研究发现:家庭医生制度在建立和发展中涉及多个主体,而政策的变迁引发了不同的信仰体系与倡议联盟的对立,阻碍家庭医生作用的发挥,而随着政策的进一步变迁,矛盾的逐步加剧诱发了“签而不约”的现象。家庭医生制度应当建立家庭医生与患者的“契约式”信任关系,明确家庭医生与患者的利益诉求,协同各部门实现良性互动并完善制度性衔接,重视政策学习与政策论坛的作用,从而实现家庭医生制度设计与目标实现的动态结合,切实提高家庭医生制度的效果,推动医疗卫生体制改革的进一步发展。

关键词: 家庭医生; 政策变迁; 签约服务; 医养结合

中图分类号: D 035

文献标志码: A

文章编号: 1008-3758(2022)03-0078-09

Policy Change and Enlightenment of Family Doctor System in China: Based on the Advocacy Coalition Framework

GAO Peng, YANG Cuiying

(School of Public Economics and Management, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China)

Abstract: The policy texts of the family doctor system are analyzed from the initial stage to the present with the help of the advocacy coalition framework, and an in-depth study is made on the coalition composition, belief system, policy learning and policy forum in the policy subsystem. It is found that the establishment and development of the family doctor system involves multiple subjects, and the policy change leads to the opposition between different belief systems and advocacy coalition, which hinders the development of the role of family doctors. With the further policy change, the gradual intensification of contradictions leads to the phenomenon of “signing but not agreeing”. Thus, it is suggested that the family doctor system should establish a “contractual” trust relationship between family doctors and patients, clarify the interests of family doctors and patients, cooperate with various departments to achieve positive interaction and improve institutional

收稿日期: 2021-01-31

基金项目: 国家社会科学基金重大资助项目(20&ZD114); 上海财经大学研究生科研创新资助项目(CXJJ-2020-324); 上海财经大学“千村调查”博士研究生研究资助项目(QCDC-2020-04)

作者简介: 高鹏(1988-),男,甘肃兰州人,上海财经大学博士研究生,主要从事社会保障研究; 杨翠迎(1967-),女,陕西西安人,上海财经大学教授,博士生导师,主要从事社会保障研究。

convergence, and emphasize the role of policy learning and policy forum so as to make the dynamic combination of family doctor system design and objectives, effectively improve the quality of the family doctor system, and promote the further development of medical and health system reforms.

Key words: family doctor; policy change; contracted services; combination of medical care and nursing

家庭医生是医疗服务提质增效、协助推进分级诊疗与医养结合服务、满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求的重要制度。许多国家和地区将家庭医生确定为最基本的医疗服务制度,扮演着健康“守门人”角色。我国在上海、北京、福建等地经过数年实践探索,建立了符合地方特色的家庭医生制度,在合理利用卫生资源、降低医疗卫生费用、改善居民健康状况等方面起到了一定程度的积极作用。

理论上,家庭医生能够扮演居民健康的“守门人”,实现基层首诊、双向转诊,提供连续、有效的医疗健康护理服务。然而,家庭医生服务队伍建设时间短、医疗服务人员数量少、覆盖范围有限,短时间内难以协助构建合理就医秩序。其实践效果不佳、逻辑机制不顺、政策的制定与实践受到多重因素制约,使得家庭医生制度的建立初衷与实际的情况存在偏离。在此背景下,分析家庭医生政策形成过程中的多元利益主体及其主要的联盟策略,识别家庭医生制度政策体系建设过程中不同的联盟信仰体系间的策略与政策学习过程,深入剖析政策制定中内在的复杂因素和主体行为逻辑,对于指导家庭医生政策的设计和执以及提高政策执行质量具有重要的意义。

一、理论基础

1. 倡议联盟框架的理论基础

20世纪80年代,萨巴蒂尔与詹金斯-史密斯在《政策改变和政策学习:倡议联盟的途径》中首次提出了用于分析政策和政策评估的理论框架思想,即倡议联盟框架(the advocacy coalition framework,简称ACF),为政策的变迁和政策的发展提供了一套科学有效的解释与评估框架。萨巴蒂尔于1999年对该理论框架的适用性在原有的基础上进行了更为详细的分析,认为该框架对分析较长时间的政策变迁具有较好的解释力度,有助于更加客观地了解政策的变迁过程。在倡议

联盟框架体系中,政策子系统是指参与某项政策活动的组织者,可以是政策制定的主体、企业、利益集团或者学者等^[1]。由于政策的制定和规划处于不断动态变化的过程,因此政策的变迁取决于政策子系统内利益、信念和其他相关的外在因素影响,而联盟成员在政策变迁与政策学习的过程中不断推动政策的变迁。倡议联盟所关注的焦点问题为联盟的政策信仰系统,它是倡议联盟框架内的核心体系,包含了深层核心信仰和政策核心信仰两大主体要素,构成了一个具有等级特征的三角式结构^[2],能够实现政策子系统中参与者政策的干预,推动政策变迁活动的发生^[3]。倡议联盟框架研究和分析的问题需要具有冲突性质的政策变迁与政策问题,它对于问题的研究和分析可以分为倡议联盟框架的提出与分析阶段(政策子系统、政策信仰、中立机构)、联盟体系与政策学习过程阶段(政策核心信仰、深层核心信仰与政策论坛的确立)和政策变迁的发生阶段(政策发展、政策变迁和政策优化),能够形成从发现问题、研究分析问题到解决问题的完整研究路径(如图1所示)。目前,倡议联盟框架已经在政策变迁的分析中得到较好地运用,对于政策的变迁、实施和发展具有较强的分析能力,也为解释政策的变迁和内在逻辑、外在动力机制提供了有力的理论分析工具。

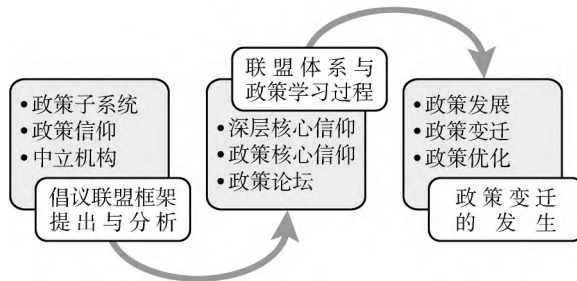


图1 倡议联盟框架

2. 倡议联盟框架的适用性分析

公共政策在内外部复杂因素的交替影响与变化过程中,很少有一项在早期被制定的政策一直处于被采纳的形式,这使得政策过程对于政策的

影响起到至关重要的作用^{[4]115-131}。倡议联盟框架是一种旨在通过对政策制定和形成的不同阶段所存在的矛盾冲突展开分析和讨论来还原政策实施过程的分析工具,在政策变迁和跨联盟的学习过程中提供了一系列供检验的假设,对于识别和分析政策变迁与影响因素之间的关系具有较强的适用性,这与我国的家庭医生制度变迁过程较为契合。结合倡议联盟框架的理论框架和范永茂^[2]的研究,从以下三个方面来论证倡议联盟框架对于我国家庭医生制度的契合性。

第一,基于“政治环境”的分析。倡议联盟框架的理论体系来源于西方国家,这使得该框架体系的政策理念、发展和适用性与中国本土的环境存在差异。家庭医生政策以国家卫生部门的要求为核心,各地政府结合当地实际情况,确定家庭医生政策的实践方式、服务标准并制定具体的实施细则。该政策属于典型的由“中央到地方”,家庭医生的政策制定在中央,而实践由地方政府来负责落实,地方政府会结合当地的实际情况和特点,制定差异化的实施策略。

第二,“联盟”的适用性分析。一项公共政策的改革和治理过程实质上是实现从“国家主导治理”到“地方治理为主”的两阶段治理模式,在治理过程中,公共政策参与主体的信念与意识形态发生变化,这间接导致了政策实践主体中信念不同的联盟群体的产生,如地方政府、中央管理机构与基层人员等^[2]。家庭医生制度虽能从理论上实现对患者的疾病初诊、健康管理并提供连续医疗服务,但大型医疗机构亦需要通过接诊一定数量的病人来提高其治愈率,扩大其声望,这使得大型医疗机构与家庭医生制度对于患者诊疗的利益诉求与利益取向存在冲突与对立,从而形成了不同的联盟体系,这符合倡议联盟框架中联盟存在的前提。

第三,“信念体系”的适合性分析。萨巴蒂尔等认为,倡议联盟框架所关注问题属于倡议联盟的信念体系,因为信念体系相对于其他方面而言更具有包容性和可验证性^{[4]115-131}。另外,联盟的利益在政策的实施过程中也会通过间接的形式转化为政策偏好,最终对政策目标产生影响^[2],这使得倡议联盟框架包含政策核心和非主要层面等信念体系,而利益目标和信念体系会同时影响倡议联盟中的主体内容^{[4]115-131}。家庭医生制度为居民患者提供连续、有效的健康管理服务,提供基层首诊服务,优化医疗资源配置并降低医疗费用经济

负担,大型医疗机构则以提高疑难杂症的诊疗水平和科研能力为主要目标,将提高治愈率、扩大规模面积和提高声誉等作为其信念体系,二者具有相似的“信念体系”。

二、我国家庭医生制度的现状与政策发展路径

1. 我国家庭医生制度的发展现状

自 2016 年起,我国经过数年推广,家庭医生签约服务在许多城市形成了各具特色的实践形式,强化了基层医疗卫生服务能力,对于扩大医疗护理服务供给、优化医疗资源配置、推动医疗卫生体制供给侧改革等起到了积极的促进作用,然而,家庭医生签约服务仍存在较多问题。

第一,家庭医生团队数量有限,全科医生数量较少,从业意愿低。全科医生和基层医疗机构医生在功能属性和服务定位上较为相似,二者是家庭医生服务团队的重要来源。我国全科医生的注册率从 2012 年的 33.86% 上升到 2017 年的 38.08%,目前城乡居民每万人的家庭医生覆盖率距每万人口 5 人的目标仍然存在相当大的差距^[5]。根据课题组 2019 年初在上海市 S 区开展的有关家庭医生的一项调研访谈来看,多数受访者认为家庭医生的职业发展规划不如三级医疗机构的医生,在待遇、职称评定、发展晋升等方面家庭医生职业发展都存在局限性,职业成就感不高。从全国医师的数量和结构来看,基层医疗服务机构医生虽在近年来逐步增长,但三级医疗机构的医生数量远远高于基层医院的医生,二者的涨幅差距也在进一步加大。

第二,患者对家庭医生的认知了解和信任程度不高,需求意愿弱。家庭医生签约服务难以发挥首诊作用的原因在于家庭医生提供的服务内容有限,诊疗水平不高、硬件设施不完善使得患者的信任程度不高。有研究以北京、上海、厦门和杭州四地作为家庭医生签约服务的调研对象,发现近年来患者自身对家庭医生的信任程度并没有显著提高^[6]。此外,基层医疗服务医生的诊疗人次并没有随着家庭医生签约服务的推广而提高,反映了家庭医生制度并未切实有效地提高基层首诊的水平,从另一个层面反映了家庭医生制度潜在的问题。

2. 我国家庭医生制度的政策发展路径

我国家庭医生制度的政策发展路径先后经历

了政策发展初期、政策发展过渡期和政策发展确立期(如图2所示)。

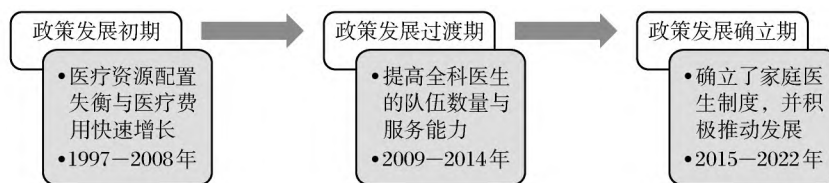


图2 我国家庭医生的政策发展路径

第一,政策发展初期(1997—2008年)。1997年,中共中央、国务院颁布了《关于卫生改革与发展的决定》,明确了全科医生发展的背景和必要性,并就我国医疗卫生体制中结构不合理、分工不明确、医疗费用持续攀升等有关问题作了总结与回顾,明确地提出了加快发展全科医学的有关意见。看病难、看病贵的问题暴露了我国医疗卫生体制结构、规模和分工方面的不合理性,推动全科医学的发展迫在眉睫。2006年,国务院在《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》中强调加大力度高水平培养全科医生人才,从全科医生培养层面为全面发展和推行全科医生制度奠定了基础。

第二,政策发展过渡期(2009—2014年)。2009年,《关于深化医药卫生体制改革的意见》就全科医生的规模、教育水平和人才培养等方面做了要求,但全科医生队伍的数量和服务能力还有待提高。2010年和2011年,国家先后颁布了《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》和《关于建立全科医生制度的指导意见》,明确了全科医生的培养模式、路径发展和制度建设,并建议扩大全科医生队伍的试点。2013年,《全科医学师资培训实施意见》就全科医生培训师资的管理、培养内容的制定和相应的培养基地建设进行了明确的规定,建议发展全科医生与居民就医的签约试点,为家庭医生制度的正式确立提供了基础。

第三,政策发展确立期(2015—2022年)。从总体的效果上来看,全科医生依然难以破解医改中的“顽疾”。国家在总结前期全科医生制度体系建设中的经验基础上,于2016年正式出台了《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》,确立了以家庭医生为核心,通过家庭医生签约服务的推行来实现基层首诊、社区转诊并协助分级诊疗制度的发展,另外,还确立了强化基层医疗卫生服务体系的卫生健康战略,全面推行家庭医生签约制。2018年,中共中央、国务院发布了《关于规范家庭

医生签约服务管理的指导意见》,进一步规范了家庭医生服务的主体、明确签约服务的对象范围和内容。2022年,国家卫健委颁布了《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》,以进一步加快落实家庭医生签约服务为目标,从供给、服务、队伍建设和制度衔接等多角度进一步深入规范和完善家庭医生签约服务。

3. 倡议联盟框架视角下的家庭医生制度变迁分析

第一,政策子系统。政策子系统是倡议联盟框架中为解决问题而形成的一种政策性行为主体组合,包括了多个利益集团以及主要成员等。由于联盟成员的信念体系与政策诉求不同,因而在政策联盟的形成过程当中会产生政策对立联盟^[7-8]。我国在2016年正式颁布《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》以来,明确了家庭医生在就医、转诊、用药和医保制度方面的具体措施。随着家庭医生政策体系的不断完善,其地位和作用也得以显现。与以三级医疗机构为主的大型医疗服务机构在功能属性上具有一定的相似性,家庭医生政策核心信仰为通过家庭医生签约服务的推行实现健康管理及基层首诊,根据病情需要实现向上级医院(三级医疗机构)转诊并由其负责进一步治疗。然而,基于我国现阶段实际的医疗资源配置情况,家庭医生在实践中会受到其他综合实力较强的医疗机构的影响,形成不同的“联盟”。大型医疗服务机构服务联盟包括三级医疗机构、专科医院、疑难杂症治疗中心、急救中心、疾病预防控制中心等;家庭医生基层医疗服务联盟包括家庭医生服务团队、社区基层医疗卫生服务站、全科医生、康复治疗中心等。实践中,家庭医生实现了对患者的基层首诊和双向转诊,并以实现疾病的急慢分治为手段,提高医疗资源的配置效率。在家庭医生签约转诊服务中,同时包含了转诊、初诊等多个环节,而由于技术、资源分布、设备等原因,使得在家庭医生签约转诊服务的发展中出现了“大型医疗服务机构服务联盟”与“家庭医生基

层医疗服务联盟”,两个联盟存在着一定程度的对立。具体表现为:家庭医生基层医疗服务联盟为签约居民提供基本的健康保健服务及向大型医疗服务机构转诊的服务,大型医疗服务机构服务联盟对家庭医生签约转诊的居民提供专业的疾病和疑难杂症治疗。由于基层医疗卫生机构在规模、实力和技术上与三级医疗机构相差悬殊,使得签约居民会更倾向于直接选择前往大型医疗服务机构就诊,从而打破了家庭医生的基层首诊与转诊

的规律,使得家庭医生制度的既定初衷与实际环境相违背。在实践中,由于三级医疗机构与家庭医生服务在服务主体上存在交叉和重叠,而三级医疗机构的规模与影响范围、发展定位、医疗资源的分布、医生水平和数量以及医保报销比例等因素也会间接影响对家庭医生的需求意愿,制度层面的障碍造成两个联盟的对立(如表1所示),这一事实从近年来各地不断扩大的三级医疗机构的数量就可以看出。

表1 家庭医生制度模式的政策子系统与构成要素

| 类型 | 大型医疗服务机构服务联盟 | 家庭医生基层医疗服务联盟 |
|--------|---|--|
| 政策核心信仰 | 明确了以家庭医生为核心的签约服务模式,通过家庭医生签约服务的推行实现基层健康管理及基层首诊,根据病情需要实现向上级三级或综合医院转诊,三级或综合医院负责进一步治疗 | |
| 联盟成员 | 三级医疗机构、专科医院、疑难杂症治疗中心、急救中心、疾病预防控制中心等 | 家庭医生服务团队、社区基层医疗卫生服务站、全科医生、康复治疗中心等 |
| 联盟资源 | 临床诊疗技术、硬件资源、权威专科医生、医护人员服务团队、权威临床检验、学术科研、药品供给等 | 社区居民、家庭医生签约服务制度、便捷的基础医疗卫生服务团队、轻松的就诊环境等 |
| 深层核心信仰 | 收治需进一步治疗的患者,提高危重症患者和疑难杂症的治愈能力 | 为患者提供连续、便捷的基层的医疗保健和转诊服务 |

第二,政策信仰系统与倡议联盟的划分。政策信仰系统是指不同等级特征的一个多重视角结构^[7]。政策信仰可以分为深层核心信仰和政策要素信仰。深层核心信仰包括对一般事物的本质、价值取向、社会伦理和文化认同等诸多方面的价值性信仰;政策要素信仰则指如何通过深层核心信仰来体现所研究问题的主要价值,包括一般意

义上的基本价值取向、问题的成员以及政策性问题的理论与实践过程^[8-9]。政策信仰系统中,政策的深层核心信仰相比政策要素信仰更具有显著效果,能够成为联盟自身成员与其他联盟保持对立的根源。结合倡议联盟框架理论和本文实际,分别从功能定位、职能分工、管理机构等八个方面分别论述家庭医生倡议联盟的政策信仰体系(见表2)。

表2 家庭医生倡议联盟的政策信仰体系构成

| 类型 | 大型医疗服务机构服务联盟 | 家庭医生基层医疗服务联盟 |
|----------|--|---|
| 功能定位 | 提供转诊、危重症患者与疑难杂症的治疗 | 有利于实现基层首诊,协助有序就医秩序的实现 |
| 职能分工 | 资源和硬件设备方面优势明显,擅长疑难杂症的治疗和各类危重症患者的救治 | 为辖区内居民实现基层首诊、双向转诊 |
| 管理机构 | 规模、业务范围由中央统一部署,地方政府负责建立 | 地方政府或城市行政区域的医疗卫生事业机构负责规划和管理 |
| 机构衔接 | 没有与家庭医生的业务内容实现制度性衔接,也没有在制度层面实现与家庭医生制度的衔接与配合 | 医生数量、服务内容、硬件配置方面较弱,全科医生数量少、培养难度大、待遇低、经验缺乏、临床经验短缺 |
| 机构设置冲突 | 进一步细化服务结构并拓展服务内容,逐步设立和开展全科医学科、慢病管理服务、便民门诊等基层医疗服务内容 | 在硬件、药品、规模等方面整体实力较弱且难以有效提升,签约患者逐渐丧失信任 |
| 观念冲突 | 实力、技术和规模上优势明显,群众就诊意愿强烈 | 在数量规模上不具备优势,被视为最简单基本的医疗服务场所 |
| 资源配置冲突 | 实力雄厚,拥有较强的临床诊断资源与完善的检查流程 | 为患者提供基本、初级的医疗服务和临床检查,对于难以确定的疾病,需要进行转诊,但存在延误病情和治疗的风险 |
| 利益生成机制冲突 | 借助临床和技术优势不断扩大范畴和声望,对病人存在“虹吸效应”,以提高收入为目标 | 解决看病难、看病贵的问题,通过家庭医生签约制与慢病管理来实现家庭医生的实际价值 |

第三,各联盟的策略行为。联盟之间主体行为和行动路径取决于政策联盟主体成员之间的资源配置、运作方式、制度体系建设与财力保障等,并通过完善政策、提高信息化服务能力、加强政府支持、优化合作机制和技术支持等方面制定相应的行动策略,体现出各联盟的利益诉求。

首先,大型医疗服务机构服务联盟。大型医疗服务机构在医疗资源的数量与硬件设备方面拥有强大优势,为基层医疗卫生服务机构提供转诊、疑难杂症治疗等服务。同时,借助其显著的临床和技术优势来提高临床就诊率、手术率和治愈率,进一步提高收入,扩大其声望,这也是现阶段许多大型医疗服务机构的盈利方式之一。大型医疗服务机构无论是在医疗资源数量、业务范围还是在业务水平上都与家庭医生服务存在显著的差异。从机构设置主体上来看,大型医疗服务机构的上级管理部门为国家或省、市的卫生健康部门,其规模和业务范畴均由地方统一部署。大型医疗服务机构能够为家庭医生签约服务人员提供精准有效保障,保障基层转诊人员在就医环节上的连续性,实现分级诊疗。然而,在实践中,大型医疗服务机构并没有与家庭医生制度在机构设置、服务内涵与服务主旨上实现制度衔接,也没有在业务范畴、硬件制度上实现协作,并且随着人民群众健康观念的不断转变与居民对医疗服务需求的不断扩大,大型医疗服务机构在原有的服务框架体系上也进一步细化其服务结构,一些三级医疗机构也逐步设立和开展全科医学科、慢病管理、便民门诊等基层医疗服务。

其次,家庭医生基层医疗服务联盟。以家庭医生为主的基层医疗服务联盟是家庭医生制度的主体,该制度的核心在于通过家庭医生签约制为辖区内的基层居民提供连续性的初级医疗保健服务。然而,家庭医生制度的发展受到了现阶段基层医疗卫生服务体系的限制。虽然国家层面已经明确了家庭医生签约制度建立的目的、意义和方式,但是从实践层面来看,家庭医生制度的建立由各地区卫生事业单位负责,这与大型医疗机构在建设上有较大差异。各地政府部门在家庭医生队伍建设与选人用人考核过程中标准不一,造成临床水平差异大。建设基层医疗卫生服务机构的主要目的是强化基层服务,但一些地方政府会与基层医疗卫生服务机构合作来获取利润,使得既有目标流于形式。相对于家庭医生队伍的数量而

言,签约患者数量较为庞大,家庭医生难以对签约患者实现高效的健康管理职能。与此同时,基层医疗卫生服务机构在硬件、药品、规模等方面的不足,也会使得签约患者逐渐丧失对家庭医生服务职能的信任,使得签约患者逐渐愿意直接前往规模更大的医疗机构就诊,进而造成患者的就诊意愿与家庭医生签约制之间的对立。

最后,中立机构。医保部门、地方政府等扮演了家庭医生制度变迁中的中立机构。家庭医生签约制的推行从理论层面构造了“首诊—转诊—慢病管理”为主的逻辑链条,而地方政府和医保部门等也从其制度层面制定政策,协助家庭医生制度的进一步推广。其中,中央政府进行统一部署和管理,制定各项方针政策来确立家庭医生制度的主旨定位和目标;地方政府贯彻和实践中央政府的主导意见;医保部门等相关机构通过调整医保报销比例等手段来建立合理的患者分流机制。然而,由于大型医疗机构在规模和数量上远远优于基层医疗服务机构,大型医疗机构的“虹吸效应”使患者在疾病治疗这一特殊需求面前,往往会不受报销比例的约束而选择前往大型医疗机构就诊。中央与地方的各项政策也难以对患者实现有效约束。

三、家庭医生制度的联盟力量变化与政策学习过程

目前来看,家庭医生制度没有真正实现制度建立过程的初衷和本质效果,“签而不约”是家庭医生所面临的主要问题。虽然各地开始了家庭医生的实践,但家庭医生的签约和服务流于形式,在对签约患者的健康管理、就诊初诊和分流方面存在不足。无论从效果还是其内在的利益逻辑机制与外在的支持体系来看,家庭医生制度的实际情况与建立的基本初衷都存在偏离,难以切实有效发挥其在我国基层医疗卫生体制改革中的本质属性。

1. 家庭医生制度的二次变迁及其影响

第一,家庭医生制度各主体间的利益与价值诉求相背离。2016年国务院在《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》中明确指出,以家庭医生签约制为主要实现路径,提供初诊、转诊、治疗和康复为一体的医疗服务,形成以家庭医生、患者和医疗机构之间的协同联动,以强化基层医疗机构

服务能力,促进有序就医秩序,是家庭医生制度的主要价值取向。家庭医生制度中各行为主体的利益与家庭医生制度模式的运行逻辑却呈现出相互背离、相互矛盾的困境。家庭医生签约制虽然从理论上构造出了从初诊到转诊、复诊、康复治疗等服务模式,实际中却出现了“签而不约”的尴尬局面。对于家庭医生而言,工作内容缺乏较好的绩效引导机制,难以提高其工作效率;而对于患者而言,转诊服务是患者对于家庭医生的主要诉求,患者更倾向于三级医疗机构提供的临床治疗和健康干预,“签而不约”现象较为普遍,家庭医生自身的职业价值与家庭医生制度的核心价值都难以真正得到体现。

第二,家庭医生制度的主体行为逻辑与既有的卫生评价政策体系相矛盾。2017年《家庭医生签约制度模式总结》明确了家庭医生的推行主体和主要目标:以家庭医生为第一主体责任人,在其区域范围内提供以家庭为单位的疾病初诊、转诊、康复、治疗与卫生保健的连续性医疗卫生服务,从理论上构建了家庭医生制度的主体行为逻辑。然而,家庭医生制度的主体行为逻辑与大型医疗机构的发展相矛盾,家庭医生的诊疗工作也受到了基层医疗机构硬件设备的限制。对于规模较大、诊疗技术较好的三级医疗机构而言,患者的就诊数量是影响其自身发展与排名的重要因素,若患者仅通过遵循家庭医生的签约转诊制而前往大医院就医,则会影响三级医疗机构的就诊率,这与其利益模式相违背。同时,疾病的特殊性与不可预见性使得家庭医生难以切实有效实现基层首诊,在偏远地区,由于条件的限制,基层医疗机构与家庭医生难以具备完善的疾病筛查与治疗能力。

第三,家庭医生的本位价值难以依靠家庭医生签约制实现。我国家庭医生签约制实质在于将家庭医生作为医疗服务主体,实现“患者—医生—医疗机构”功能的发挥,逐步规范就医秩序,强化基层医疗服务网络。然而,家庭医生难以真正与患者建立深度的医患信任。家庭医生的本位价值除了需要发挥自身的临床优势外,更重要的是需要实现其自身的人文情怀、建立契约式信任与提供多重健康医疗关怀服务,以及针对不同的签约人群制定个性化方案,从多重角度入手,实现家庭医生不同于大型医疗机构医生的本位价值,但从家庭医生签约制的模式来看,难以切实有效发挥上述功能。

2. 家庭医生制度的政策学习过程

第一,政策学习是倡议联盟框架的重要组成部分。萨巴蒂尔沿用了赫克罗的观点,认为政策学习是相对持久的想法或行为目的转变,这个转变是由一定经历引起的,并与政策目标的实现或修正有关^[10]。政策学习的发生受三个条件的制约:中等程度的冲突、问题具有可分析性和存在活跃的政策论坛。其中前两个条件是既定的、基础性的条件,这个转变是由一定经历引起的^[11-13],而既有的研究也认为中等程度的冲突可能发生在两个联盟信念体系之间,或者在一个联盟信念体系的核心方面和另一个联盟信念体系的次要方面之间^[11]。通过前文的分析可以看出,家庭医生制度中的两个联盟之间虽然存在一定程度上的对立和冲突,但是冲突并不激烈,属中等程度的冲突,这亦符合两个联盟之间存在对立要素的特点。另外,政策子系统内部的波动降低了原有政策的实施效率,使得原有的政策理念和主导核心随着政策环境和政策子系统效果的变化而发生改变,实现对政策变迁过程中矛盾的调节,对缓解既有的政策矛盾和政策冲突提供理性的思考性借鉴和改革路径。

第二,家庭医生制度政策学习。一是分级诊疗制度。分级诊疗制度的服务内涵与家庭医生具有相似性,能够协同联动家庭医生制度的发展,缓解“签而不约”的问题。另外,从分级诊疗的实践范畴来看,分级诊疗在功能上与家庭医生有较多相似之处,尤其在基层首诊与转诊的功能上和家庭医生制度可以实现互补,能够推动家庭医生制度的发展。而家庭医生基于对患者的健康管理职能,在慢性病管理和疾病康复方面与分级诊疗制度相似,在功能上实现了与家庭医生制度协同配合,推动了家庭医生政策的发展。二是医疗联合体。医疗联合体发展致力于医疗资源的纵向整合,实现和扩大医疗资源的整体使用效率,进而提高家庭医生制度对医疗资源的整合力度。国家力争在推进医疗联合体建设的过程中协同家庭医生制度实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的基层医疗机构模式,推动了家庭医生服务的发展。医疗联合体的建设能有效推行家庭医生制度,从资源整合与提升效率方面协助了家庭医生制度的推行,进一步为家庭医生政策的发展提供了良好的渠道。三是“互联网+医疗”信息化的建设。随着医疗服务模式水平的提升与信息化,家

庭医生制度的推广也借助信息化医疗服务体系的推行而发生转变。“互联网+医疗”则是第三类政策学习过程。“互联网+医疗”以智能化的手段大大优化了家庭医生工作流程,在电子信息化管理病史和慢性病方面,发挥了“互联网+医疗”对家庭医生制度的推动作用。在“互联网+健康”的有关实践决策中,通过信息化技术改善患者的就医感受,发挥家庭医生制度的优势实现远程医疗,远程服务与家庭医生的作用推动了政策的学习,促进了家庭医生在实践层面的发展。

3. 政策论坛与政策变迁

政策论坛是政策子系统的参与者讨论与政策相关的事实与价值的平台,而论坛的开放性对其效果也有影响,通常开放规范的论坛效果最佳^[12]。面对家庭医生制度的背景、变迁历程和所遇到的问题,政策制定者从制度层面完善政策的变迁,通过政策论坛推动政策的学习和变迁。2018年的《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》就家庭医生签约的服务主体、对象、签约内容和未来的优化方式等多项内容进行了总结,发挥了政府层面的导向作用,并力争于2020年实现家庭医生制度的全覆盖。2022年国家卫健委颁布了《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》,以进一步加快落实家庭医生签约服务为目标,从供给、服务、队伍建设和制度衔接等多角度规范完善了家庭医生签约服务,通过政策论坛促进政策的变迁。

随着政策的学习与政策论坛的推动,我国各省市的家庭医生制度的发展也取得了拓展和进步。以上海为例,早在2011年就开始致力于家庭医生政策制度的建立,全面推广家庭医生制度的建设,并率先从长宁区、闵行区等多个地区启动了家庭医生制度的试点工作,136家社区卫生服务中心共计2277名家庭医生完成了374万常住居民的签约,并逐步扩大签约范围与签约内容,结合上海市的实际特点,设立了“1+1+1”的签约服务模式,从签约内容、范围、家庭医生的招募与培养和相对应的个性化服务举措等方面进行改善^[14]。与此同时,部分家庭医生制度的典型示范地区,如江苏盐城、浙江杭州、湖北武汉、福建厦门等,均推出了诸如医养护一体化、总额预付制等多种家庭医生签约服务模式,并针对家庭医生制度中存在的主要问题和基本公共服务的资源配置,通过建立乡村—城市的医疗共同体、专科联盟的家庭医

生签约机制等多项举措,推动家庭医生制度朝着正向的属地化模式发展^[15-17],实现家庭医生与大型医疗服务机构在功能和资源上的供需匹配,提高家庭医生签约制度的推广和实施效果。

四、家庭医生制度的优化路径

政策的学习与政策论坛的推动以及外部因素的影响会推动联盟力量的变化,为进一步提升制度的优化和发展提供了新的思考与启示,但是,除了政策的变迁发展之外,更应当注重家庭医生制度在政策设计层面的优化。目前来看,家庭医生制度处于一个不断变化发展的过程。在既有政策制度下,我国的家庭医生制度应当进一步认知并发挥其本位价值,在不断强化基层医疗卫生服务体系建设的同时,回归家庭医生制度的本位属性,并基于政策、主体行为逻辑与利益导向、医患个体利益等多角度,探析家庭医生制度的优化。

首先,应当以家庭医生签约制为主体,建立家庭医生与患者的“契约式”信任关系,逐步建立家庭医生与患者间的多元化服务体系,根据患者的不同需求提升服务质量,形成与传统公立医院不同的差异化服务,并在服务细节上进行创新,实现家庭医生制度的信任机制与服务导向的本位回归。

其次,以家庭医生的长期发展与职业激励机制为抓手,回应家庭医生主体的利益诉求,在现有的激励机制基础上,进一步探寻家庭医生的利益诉求逻辑,结合家庭医生的服务层级和内容,全面提升家庭医生薪资待遇的同时提升其价值地位,实现家庭医生个体利益诉求的本位回归。

再次,需理清制度层导向对家庭医生的影响。完善医疗机构、医疗保险与家庭医生间的制度性衔接,理顺三方主体之间的利益诉求,实现家庭医生制度多方逻辑主体间的本位回归和“利益顺同”。

最后,应当重视政策过程、政策论坛发挥的中介调节作用,注重外部环境因素的变迁,推动政策的学习发展,鼓励政策主体之间的相互学习,落实好政策的制定与实践,寻找推动政策变迁的良性机制,切实有效与分级诊疗、医疗联合体建设以及“互联网+医疗”制度相结合,为加速推动家庭医生制度的健康发展奠定基础。

参考文献:

- [1] 田华文,魏淑艳. 政策论坛: 未来我国政策变迁的重要动力——基于广州市城市生活垃圾治理政策变迁的案例研究[J]. 公共管理学报, 2015,12(1):24-33.
- [2] 范永茂. “异地高考”: 倡议联盟框架视角下的政策变迁分析[J]. 中国行政管理, 2016(5):94-101.
- [3] 保罗·A. 萨巴蒂尔. 政策过程理论[M]. 彭宗超, 钟开斌, 译. 北京: 三联书店, 2004.
- [4] 萨巴蒂尔, 詹金斯-史密斯. 政策变迁与学习: 一种倡议联盟途径[M]. 邓征, 译. 北京: 北京大学出版社, 2011.
- [5] 赵春文, 李子鑫, 柳松艺, 等. 基于霍恩-米特模型的家庭医生签约服务政策执行障碍因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020,37(12):884-887.
- [6] 景日泽, 方海. 中国家庭医生签约服务中激励机制对医生行为影响的理论研究[J]. 中国全科医学, 2021,24(4):387-391.
- [7] Elliott C, Schlaepfer R. The Advocacy Coalition Framework: Application to the Policy Process for the Development of Forest Certification in Sweden [J]. Journal of European Public Policy, 2001, 8(4): 642-661.
- [8] 李金龙, 乔建伟. 改革开放以来出租车行业政府规制政策变迁及其启示——以倡议联盟框架为视角[J]. 中国行政管理, 2019(12):80-86.
- [9] 田华文, 魏淑艳. 作为治理工具的政策网络——一个分析框架[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2015,17(5):502-507.
- [10] Sabatier P A. Policy Change Over a Decade or More[M]. Boulder: West View Press, 1993.
- [11] Sabatier P, Jenkins-Smith H. The Advocacy Coalition Framework: an Assessment[J]. Journal of Public Policy, 1999,19(2):175-203.
- [12] Weible C M, Sabatier P A, McQueen K. Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework[J]. Policy Studies Journal, 2009,37(1):121-140.
- [13] 朱春奎, 严敏, 曲洁. 倡议联盟框架理论研究进展与展望[J]. 复旦公共行政评论, 2012(1):186-215.
- [14] 鲁於, 吴忠. 家庭医生制度实施效应评估——基于上海市 8 区 21 街道的实地调研[J]. 科学决策, 2015(11):18-34.
- [15] 芦伟, 张宜民, 梁鸿, 等. 家庭医生签约服务与医保支付联动改革的理论基础及政策价值分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016,9(8):3-9.
- [16] 马晴, 王高玲. 家庭医生制度思考与对策探讨——以上海和厦门为例[J]. 医学争鸣, 2019,10(3):72-75.
- [17] 巫蓉, 朱亚, 陈家应, 等. 家庭医生签约服务下社区居民就医选择的相关因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2019,19(4):286-290.

(上接第 77 页)

- [14] 郭圣莉. 加入核心团队: 社区选举的合意机制及其运作基础分析[J]. 公共行政评论, 2010,3(1):81-105.
- [15] 包涵川. “模范式行动”: 理解中国应对重大灾害的分析视角[J]. 公共管理与政策评论, 2021,10(5):105-114.
- [16] 张欢. 整合型精英结构及其基层治理的有效性[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2019,19(4):78-86.
- [17] 孙萍, 张春敏. 再组织化与民族地区农村基层治理创新[J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版), 2020,41(11):205-211.
- [18] 贾海薇, 刘志明, 刘辉. 基层治理能力现代化: 结构模型与操作策略[J]. 治理研究, 2020,36(6):54-65.
- [19] 吴晓林. 党如何链接社会: 城市社区党建的主体补位与社会建构[J]. 学术月刊, 2020,52(5):72-86.
- [20] 乔纳森·H. 特纳. 社会学理论的结构[M]. 邱泽奇, 张茂元, 译. 北京: 华夏出版社, 2006:395.
- [21] Garfinkel H. Studies in Ethnomethodology[M]. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1967.
- [22] 郑震. 论日常生活[J]. 社会学研究, 2013,28(1):65-88.
- [23] 吴飞. 浮生取义: 对华北某县自杀现象的文化解读[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2009.
- [24] 翟学伟. 是“关系”, 还是社会资本[J]. 社会, 2009,29(1):109-121.
- [25] 刘建军. 论中国社区精神[J]. 广西师范大学学报(哲学社会科学版), 2021,57(1):22-42.
- [26] 理查德·博克斯. 公民治理: 引领 21 世纪的美国社区[M]. 孙柏瑛, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2005.
- [27] Rontraub M S, Harlow K S. Public/Private Relations and Service Delivery: the Co-production of Personal Safety [J]. Policy Studies Journal, 1983,11(3):445.
- [28] 罗伯特·帕特南. 独自打保龄: 美国社区的衰落与复兴[M]. 刘波, 译. 北京: 北京大学出版社, 2011.
- [29] 皮埃尔·布迪厄. 实践感[M]. 蒋梓骅, 译. 南京: 译林出版社, 2003.
- [30] 毛一敬. 重建社会交往: 农村老年人精神慰藉的组织化实践路径[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2021,23(5):73-80.
- [31] 格里·斯托克. 新地方主义、参与及网络化社区治理[J]. 游祥斌, 译. 国家行政学院学报, 2006(3):92-95.
- [32] 米歇尔·福柯. 规训与惩罚[M]. 刘北成, 杨远婴, 译. 北京: 三联书店, 1999.
- [33] de Certeau M. The Practice of Everyday Life [M]. Berkeley: University of California Press, 1984.
- [34] 亨利·列斐伏尔. 日常生活批判[M]. 叶齐茂, 倪晓辉, 译. 北京: 社会科学文献出版社, 2018.
- [35] 中共中央整党工作指导委员会. 毛泽东同志论党的作风和党的组织[M]. 北京: 人民出版社, 1983:13.