

· 家庭医生签约服务专题研究 ·

【编者按】 20世纪60年代，家庭医生服务在西欧、北美等国家和地区相继开展，80年代末，“家庭医生”概念引入中国。近年来，随着我国有关家庭医生签约服务政策的不断出台和推进，我国家庭医生签约服务相关工作逐步完善，并取得一定成效。但须认识到目前我国家庭医生制度仍处于探索阶段，签约服务仍面临诸多挑战，其中“执行难”是其深度推进的一大困境。本期“家庭医生签约服务专题研究”，基于史密斯政策执行过程模型分析了我国家庭医生签约服务政策执行的制约因素和优化路径，并进一步聚焦家庭医生签约服务团队评估这一热点问题，在对国内外相关研究现状进行综述的基础上，提出了基于IMO模型构建团队评估指标的研究建议。本专题研究的内容可以为构建符合我国国情的家庭医生签约服务评估指标，探索家庭医生签约服务可持续发展路径提供参考。

我国家庭医生签约服务政策执行的制约因素与优化路径：基于史密斯政策执行过程模型



扫描二维码
查看原文

刘瑞明^{1,2}，陈琴^{1,2}，肖俊辉^{1,2}，曾理斌^{1,2}，王娜^{1,2*}

【摘要】 深化家庭医生签约服务是深化医药卫生体制改革、强化基层医疗卫生服务、实现“健康中国”战略目标的重要选择，也是当前更好维护人民群众健康的重要途径。为有效推进签约服务工作，国家陆续推出各项政策，全国各地也在积极进行实践探索，成效明显。但是，签约服务仍面临诸多问题，其中“执行难”是签约服务深度推进的一大困境。通过史密斯政策执行过程模型，结合签约服务政策执行过程，发现签约服务仍存在法治性不足、政策执行人员水平不高、激励不足、政策环境影响等诸多制约因素。因此，需要从法律和制度方面进行顶层设计、提升执行人员素质和职业认同、建立医患互信、优化政策执行环境等角度进行政策创新，探索家庭医生签约服务可持续发展的路径。

【关键词】 家庭医生签约服务；卫生政策；政策分析；史密斯政策执行过程模型

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.324

刘瑞明，陈琴，肖俊辉，等. 我国家庭医生签约服务政策执行的制约因素与优化路径：基于史密斯政策执行过程模型[J]. 中国全科医学, 2022, 25(7): 782-790. [www.chinagp.net]

LIU R M, CHEN Q, XIAO J H, et al. Barriers and improving paths to the implementation of contracted family doctor services in China: an analysis using Smith's policy implementation process model[J]. Chinese General Practice, 2022, 25(7): 782-790.

Barriers and Improving Paths to the Implementation of Contracted Family Doctor Services in China: an Analysis Using Smith's Policy Implementation Process Model LIU Ruiming^{1,2}, CHEN Qin^{1,2}, XIAO Junhui^{1,2}, ZENG Libin^{1,2}, WANG Na^{1,2*}

1.School of Humanities and Management, Guangdong Medical University, Dongguan 523808, China

2.Institute of Health Law and Policy, Guangdong Medical University, Dongguan 523808, China

*Corresponding author: WANG Na, Lecturer; E-mail: 86193325@qq.com

【Abstract】 The contracted family doctor services (CFDSs) is a key action selected to be implemented to deepen the reform of the pharmaceutical and healthcare system, enrich primary care services, and achieve the strategic goals of health China. Moreover, the implementation of CFDSs is a main approach to better safeguarding people's health. To effectively promote the development of CFDSs, China has successively launched various relevant supportive policies, and the local governments have been actively exploring practicing approaches. So far, remarkable results have been achieved nationwide, yet there are still many challenges, among which implementation difficulty is a major factor influencing further promotion of CFDSs. We analyzed the implementation process of CFDSs using Smith's policy implementation process model, and identified many barriers to the

基金项目：广东省哲学社会科学“十三五”规划2020年项目（GD20CGL45）；广东省哲学社会科学“十三五”规划2020年学科共建项目（GD20XGL27）；广东省卫生经济学会2020年度项目（2020-WJZD-10）；广东省卫生经济学会2021年度课题项目（2021-WJMZ-40）

1.523808 广东省东莞市，广东医科大学人文与管理学院 2.523808 广东省东莞市，广东医科大学卫生法制与政策研究所

*通信作者：王娜，讲师；E-mail: 86193325@qq.com

本文数字出版日期：2021-11-01

implementation of CFDSs, such as lack of rule of law, low level of policy executors, insufficient incentives, and impact of policy environment. In view of this, we put forward the following recommendations on exploring innovative policies for sustainable development of CFDSs: designing top-level policy objectives for CFDSs development from perspectives of law and system, improving qualities and professional identity of providers of CFDSs, establishing mutual trust between doctors and patients, and optimizing the policy implementation environment.

【 Key words 】 Contracted family doctor services; Health policy; Policy analysis; Smith's policy implementation process model

家庭医生签约服务是以全科医生为核心,以家庭医生服务团队为支撑,旨在通过签约的方式,构建一种长期、稳定的服务关系,为签约家庭和个人提供安全、方便、有效、连续、经济的基本医疗服务和基本公共卫生服务。当前,给我国医药卫生事业带来人口老龄化、城镇化和慢性病高发诸多挑战,传统的医疗卫生服务模式难以满足居民健康服务的需求,而实施家庭医生签约服务不仅有利于推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉,卫生资源合理利用,还能降低医疗费用和改善全民健康状况,增强居民对医改的获得感,为实现基层首诊、分级诊疗奠定基础。2009年《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)的发布是我国把家庭医生政策作为推进分级诊疗制度基本政策的重要标志。2015年国务院颁布《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020)》(国办发〔2015〕14号),为全国各地科学、合理地制定实施区域卫生规划和医疗机构设置规划提供了指导,这是首次在国家层面制定的医疗卫生服务体系规划。2016年国务院深化医药卫生体制改革工作领导小组办公室等七部委联合发布《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》(国医改办发〔2016〕1号),确定了家庭医生签约服务是我国医疗卫生服务的发展方向,并正式成为国家层面的公共卫生政策。之后国家和政府对合理确定签约服务工作的目标任务和内容、家庭医生团队的服务能力、家庭医生签约的激励机制与支持政策、完善吸引居民签约的优惠措施等方面提出了更多精细化的政策指引,家庭医生签约服务得以全面、深入推进。

学术界对“家庭医生签约服务”的认识褒贬不一,既肯定了其对推动基层卫生服务“兜底”保障制度创新方面所取得的良好效果,又对其成效的有限性进行了反思与质疑。当前我国家庭医生政策的实现主要依靠自上而下的行政命令,但是政府、医院、基层医疗卫生机构及居民的需求和利益并不总是一致,在执行过程中常会出现政策效果偏离政策目标的政策执行偏差现象^[1],而“选择性执行”“政策变通”等现象不同程度地影响政策执行效果^[2-3]。也有学者借助成熟的政策理论或模型框架对政策执行不畅进行解释说明:巴尔达奇(Bardach E)、萨巴蒂尔(Sabatier P)等试图从系统与

作者有言:

20世纪70年代,以美国为代表的西方国家在公共政策研究领域掀起了声势浩大的政策执行研究热潮。这种运动热潮有着深刻的理论渊源和实践诱因,并为早期的政策科学研究提供了肥沃的土壤。史密斯(Smith T B)政策执行过程模型即是其中具有代表性的一种。史密斯政策执行过程模型的一个重要内容,就是基层官僚如何在政策实施过程中通过自己的行为与决策层协商,不断地改进政策的目标优先序,这一理论视角同样适用于解释我国家庭医生签约服务制度在基层的落实过程。因为家庭医生签约服务这一公共政策要实现预期目标,仅有理想化的政策显然不够,还需要密切关注执行机构(具体负责政策执行的各级政府机构及家庭医生团队成员的结构、态度和能力)、目标群体(社区居民对家庭医生签约服务的认知、态度、信任度和满意度)及环境因素(经济、政治、社会、文化)等其他要素,以解决当前政策执行人员水平不高、激励不足、政策环境影响等诸多制约因素,从而推动家庭医生签约服务可持续发展,实现“健康中国”战略目标。

要素间的博弈规则和博弈手段去诠释这种现象^[4];有学者借助韦伯(Weber M)的层级官僚制理论去分析在政策执行过程中官僚制组织形态中各主体之间的互动关系^[5];有学者结合史密斯政策执行过程模型梳理了社区健康教育政策执行偏差的诱因,包括政策本体问题、人力与财力资源的有限及与执行机构的主体多元而互动不足^[6]。总之,政策执行难已经成为制约我国基层医药卫生体制改革的“沉疴痼疾”^[7],如何避免家庭医生签约服务制度“人治”“权治”困境,建立制度化的长效机制,是亟须解决的难题。鉴于此,本研究运用史密斯政策执行过程模型,从政策本身、政策执行主体、政策执行对象及政策执行环境等多角度进行分析和探讨,并为完善家庭医生签约服务政策提出优化途径和决策参考。

1 史密斯政策执行过程模型及分析框架

1973年,美国学者托马斯·史密斯(Smith T B)在*Policy Sciences*杂志上发表文章,提出一个描述政策执行

过程的模型^[8]。其认为有4个重要的因素影响政策执行：理想化的政策（the idealized policy）、执行机构（the implementing organization）、目标群体（the target group）和环境因素（the environmental factors）。该模型认为，在政策执行过程中这4个因素会出现“紧张”情况，只有“处理”好，才能让政策顺利执行。在“处理”过程中，需要根据发现的问题做出“反馈”；假如未发现问题，就通过“建制”来“反馈”，其结果是进入新的政策制定过程。史密斯认为，上述4个因素之间存在互动关系，其系统运动的方向决定了一项政策执行的结果。

史密斯政策执行过程模型的一个重要内容，就是基层官僚如何在政策实施过程中通过自己的行为与决策层协商，不断地改进政策的目标优先序，这一理论视角同样适用于解释我国家庭医生签约服务制度在基层的落实过程。家庭医生签约服务这一公共政策要实现预期目标，仅有理想化的政策（政策的合法、合理和可行性）显然不够，还需要密切关注执行机构（具体负责政策执行的各级政府机构及家庭医生团队成员的结构、态度和能力）、目标群体（社区居民对家庭医生签约服务的认知、态度、信任度和满意度）及环境因素（经济、政治、社会、文化）等其他要素。相对于其他模型，史密斯政策执行过程模型有自己的特点和优势：史密斯政策执行过程模型将家庭医生签约服务政策研究的视角从政策制定转向政策执行，打破了过去强调政策制定研究而忽视政策执行研究的困境；目前结合各地实践视角来研究家庭医生政策的文献比较多，而从政策体系角度进行研究的较少，将史密斯模型与各地实践相结合的研究则更少。鉴于此，运用史密斯模型可以更加全面地诠释家庭医生政策执行效果的不足及其影响因素，从而为家庭医生政策执行提出建设性的政策推进路径，为完善和优化家庭医生签约服务政策提供决策依据，也为我国家庭医生签约服务制度研究提供了一个新的分析框架（图1）。

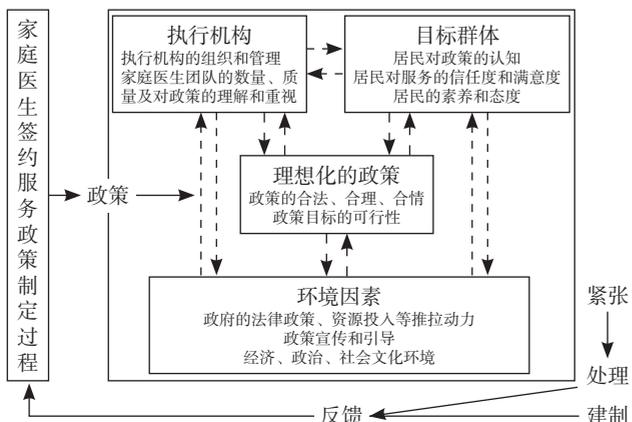


图1 家庭医生签约服务的史密斯政策执行过程模型

Figure 1 The Smith's policy implementation process model for implementing contacted family doctor services

2 基于史密斯政策执行过程模型对我国家庭医生签约服务政策执行情况进行分析

2.1 理想化的政策

2.1.1 政策形成 在史密斯政策执行过程模型中，政策的合法、合理和可行性是理想化政策的首要因素。我国宪法规定，全国人民代表大会常务委员会制定和修改法律。而在立法实践上，通常是国务院主管部门受各专门委员会委托起草法律草案。以家庭医生签约服务政策为例，国务院主管部门，如国务院深化医药卫生体制改革工作领导小组办公室、国家卫生健康委员会、国家发展和改革委员会、民政部、财政部、人力资源和社会保障部、国家中医药管理局等单位，多次沟通协调后制定有关政策。通过中央全面深化改革领导小组审议，经国务院同意颁布实施。这是我国全面推进依法治国、运用法治思维实施家庭医生签约服务政策的必然举措。但是也应该看到，家庭医生签约服务相关内容很多以政策文件的形式进行实践推广，是原则和宏观的规定。不仅家庭医生签约服务的具体行为规范仍然有待细化和完善，而且法律的功能和作用尚未得到充分的尊重和体现。因此，随着家庭医生政策的推进和深化，结合客观现实中已经具备的经验、基础和环境等条件，未来须做好顶层设计，用法治保驾护航，最大限度保障家庭医生签约服务这一公共政策形成的合法性、合理性，执行的可行性、有效性。

2.1.2 政策目标 政策目标是政策执行预期可以达到的目的、要求和结果。政策目标不仅是政策的基本条件，还是政策执行的前提。政策目标必须符合以下条件：可衡量和具体、指出预期的结果、切合实际、指出完成时期。从我国家庭医生签约服务政策的演变及发展趋势来看，其政策目标并非一成不变的，而是在不同阶段从内容到侧重点呈现出差异性的特点。（1）探索阶段（2006—2010年），由于此阶段并未真正提出家庭医生概念，签约服务也未实际开展，相关政策目标还不够具体、明确，但以加强全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设规划正式启动，并且政策重点突出了培养和教育方面。该阶段后期的政策目标愈发具体而明晰：到2020年，通过多种途径培养30万名全科医生，逐步形成一支数量适宜、质量较高、结构合理、适应基本医疗卫生制度的基层医疗卫生队伍，基本满足“小病在基层”的人力支撑要求。（2）提出阶段（2011—2015年），正式提出建立家庭医生制度。全科医生为重点的基层卫生人才队伍建设仍旧是政策目标，并且全科医生首诊制和以家庭为单位的全科医生签约服务模式在探索中推广。（3）细化阶段（2016—2018年），这一阶段政策目标的特点是更加明确、细化。主要表现在：一是范围逐渐扩大，由2016年在200个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务到逐步在全国范围内有序推进；

二是签约服务人群覆盖率和重点人群签约服务覆盖率不断提高；三是内容更加细化，在签约服务的方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面强调做实做细。（4）深化阶段（2019年至今），此阶段在保证服务质量、继续巩固成果的基础上，稳步扩大签约服务覆盖面，真正做到提质增效，着力提高签约居民对服务的获得感和满意度。

尽管我国家庭医生签约服务的政策目标对包括重点人群覆盖率、实现时间、内容等都有明确且具体的规定，取得了不少成效，但是也暴露出一些问题。一是绩效目标问题。2016年国家多部委联合发布《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1号），提出到2020年将签约服务扩大到全人群，基本实现制度的全覆盖。但是从北京、上海等地区实施的效果来看，并未真正实现上述目标^[9-10]。二是绩效管理考核问题。2018年，国家有关部门联合印发《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》（国卫基层发〔2018〕35号），指出以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、签约居民基层就诊比例、居民满意度等为核心考核指标。这样工作重点由以前的“签约服务覆盖率”向“提质增效”方向转变。但是有的社区卫生服务中心家庭医生政策绩效管理体系仍以追求签约率这一数量指标为主基调，而反映履约质量的履约率、签约居民获得感和满意度等依然处于从属地位^[11]。这种过于追求签约数量而质量难以保障的绩效管理考核模式，容易导致执行机构采用变通策略去迎合绩效目标，而忽视公众的切实服务需求。三是签约服务利用率低问题。调查结果显示，目前我国家庭医生签约服务利用情况不容乐观，利用率仅为6.9%，东部和中部地区服务利用率较高，西部地区最低；城市利用率稍高于农村，但在山东、福建、浙江等18个省份则相反^[12]。相对于签约，居民切实获得服务、健康得以保障才是家庭医生签约服务的最终目标。因此，如何因地制宜地开展家庭医生签约服务，成为提高签约服务利用水平的当务之急。

2.2 家庭医生签约服务政策执行机制分析

2.2.1 政策执行机构

我国家庭医生签约服务政策执行机构是指由具体负责政策执行的结构、人员、领导等因素有序联结起来的相对稳定的社会实体单位，是政策执行的重要环节，其在组织管理上按照“政府领导、社区参与、上级机构指导”多元主体参与模式开展工作，是一个多层次的完整体系。横向有国务院深化医药卫生体制改革工作领导小组办公室、国家卫生健康委员会等部门参与；纵向有从国家到地方各级卫生健康主管部门，最后是社区卫生服务机构。因此，政策目标在政策具体化或再规划过程中会经历很多层级，会牵涉多个职能部门，需要部门之间的相互协调与合作。但问题是，我国

各级政府部门之间在家庭医生政策执行过程中的权力、责任和利益边界并不明晰，部门利益成为政策的有力阻碍。“多龙治水”容易导致管理失位、权力越位、监督缺位、关系错位等现象。以社区卫生服务机构为例，由于所处位置和视角的不同，目标与利益的差异，不同部门对上级机构家庭医生签约服务政策的制定、政策目标理解并非总是趋同，不同部门倾向于根据自身的利益偏好和可及性对政策进行组织和安排，于是法律法规就转变为其可以“真实、可感”的政策^[13]。因此，如果政策的有效执行“并没有什么自然法保证……决策与实施的关系再好也是脆弱的”^[14]。

家庭医生服务团队作为签约服务的提供者，承担着社区居民健康“守门人”的角色，其服务能力是签约服务能否有效推行的突破点和关键。但是我国基层家庭医生团队存在数量不够、服务质量偏低、激励不足、考核与引导不够等问题^[15-17]。首先，经规范化培训的家庭医生数量少，且多数是以短期转岗培训为主；有的由其他部门人员兼任，身兼数职、岗位职责模糊；加之地区不同，医生团队的成效也不同，一定程度上影响了政策的执行。其次，团队成员激励不足、考核与引导不够、职业发展受限等共性问题的存在，导致家庭医生积极性、主动性受到抑制，而这也可能成为其在政策执行过程中“敷衍塞责”或“变通执行”的根源。调查表明，在20项激励因素中家庭医生偏好排名前5位的依次是绩效工资比例、声誉、社会地位、福利保障和补助水平^[18]。再次，服务质量偏低加剧了社会对家庭医生的不信任，诱发医生的职业认同感下降。职业认同感低下不仅降低其工作热情，引发医生的离职倾向及医患冲突，而且不利于家庭医生制度的可持续发展和社区居民的健康^[19]。

作为社区卫生服务机构的领导者与管理者，有效的领导风格和领导行为是基层医疗卫生机构政策执行的重要保障，也是保持自身竞争优势和可持续发展的重要动因。由于体制和历史原因，我国社区卫生管理人才，尤其是社区卫生服务中心主任或乡镇卫生院院长等主要负责人大多源自技术人才，因此对其胜任情况的考察涵盖态度、行为及医疗技术能力。“医而优则仕”的职业生涯通道，“双肩挑”的常态化模式下，由于缺少相关的管理技能和培训，单一和僵化的领导方式和方法，导致了医疗技术人才被提拔到管理岗位后，既难以胜任管理岗位，又减弱其在临床和社区服务等方面的贡献，一定程度上也影响政策执行力和效果^[20]。

2.2.2 政策执行监督

我国家庭医生签约服务政策执行的监督评价主要有3个层次。一是上级督查。这是最重要的监督方式，督查内容包括家庭医生签约指标和数据，如团队组建、内容、形式、费用、筹资、激励、考核等，

特别强调时间节点、覆盖率、重点人群覆盖率。上级监督优势明显,因为考核结果常与激励奖惩有关,容易达成预期效果。二是机构互评、自评。机构互评可达到互相监督的效果,但考虑到利益关系,可能出现高分导向;机构自评方面,机构管理者利用评估对成员进行引导和规范具有一定的优势,但是也有集“教练员、裁判员和运动员”于一身的弊端和尴尬^[11]。三是以签约居民为主体的社会监督评价。签约居民对家庭医生签约服务的满意度评价是社会监督的主要形式。通过社会监督,可增强签约居民对家庭医生的信任度和满意度,提高签约服务的质量。但是需要注意几个方面:一个上级部门管辖多个单位,如果督查繁多、频率过高,不仅成本高且难以安排,而且下级单位“疲于应付”,反而可能耽误“签约服务”;如果评估人员太少,由于时间、精力不济,只能在办公室查阅部分记录和居民建档材料,服务现场考察难免流于形式,从而使监督效力削弱和软化^[11];因为决策者、执行者和目标群体的信息不对称,上级和下级、家庭医生和居民之间可能存在“合谋”现象,进而导致执行出现偏差和变形,监督效力被削弱和软化。

合谋(collusion),也叫共谋,其行为的目的是以牺牲委托人的利益为代价来提高共谋者的效用状态。在家庭医生签约服务过程中,合谋主要以两种方式存在:

(1)医患合谋。家庭医生通过为慢性病患者开具长处方、教导其自行使用血压计或血糖仪等方式,相应地减少了健康随访、体格检查或血糖检测等服务的次数;同时,由于家庭医生开具了长处方,患者减少了多次往返社区卫生服务机构带来的烦扰。家庭医生通过这种“自我减负”式的服务方式,不仅给自己节省了资源与时间,而且让居民获得了便利和某些需求的满足,从而实现“医患互惠”式的合谋^[11]。(2)上下合谋。地方政府与社区卫生服务机构这种监督者与代理人之间的共谋行为属于上下合谋,也叫层级共谋行为。上下共谋的诱因:一是地方政府财政投入不够、激励不足、监督缺位,导致基层医疗卫生机构和家庭医生团队的工作量和责任增加,但是上级部门却不能争取或提供更多政策资源,只好在一定范围内默许和包容下级机构在政策执行中的一些变通行为^[11];二是中央政府政策的一统性与刚性,比如家庭医生规定时间内完成的签约率、重点人群签约率等指标,由于不同地区就医观念、政府资源、设施条件的不同,其政策执行的难度和实现目标的可能性存在差异,导致微观层次上的差异性和不合理性。在政策执行过程中,各级政府身处双重角色,为了使不同的认知得以同化,形成共识,常允许和默认这些行为的合法性和合理性,从而蜕变成事实上参与了“共谋行为”^[21]。

2.3 目标群体 家庭医生签约服务政策的目标群体是指政策执行的对象。2020年6月,《中华人民共和国

基本医疗卫生与健康促进法》正式实施,其中第三十一条明确指出,国家推进基层医疗卫生机构实行家庭医生签约服务,建立家庭医生服务团队,与居民签订协议,根据居民健康状况和医疗需求提供基本医疗卫生服务。很显然,目标群体就是居民,居民是政策目标的最终受益者。在政策执行过程中,居民对政策的认知、对基层医疗卫生机构(包括家庭医生团队)签约服务提供者的信任度与满意度及自身的经验、看法等都会对政策产生一定的影响,因而居民个人态度问题需得到关注^[22]。作为理性人的社区居民,由于掌握的资源和信息较少,其最大诉求是“能看病、看好病、少花钱”,对政策的态度主要取决于对利益得失的权衡和判断。从实践总体情况来看,居民对家庭医生签约服务的知晓率、支持率和满意度比较高,但实际签约率和履约率比较低^[23-24]。在缺乏强制性政策安排的情形下,居民希望得到高质量的医疗保障,这就导致家庭医生签约服务理想化的政策本身蕴含的价值、行为和规范在具体执行过程中发生了性质、程度和方向上的偏差和背离^[3]。

2.4 环境因素 公共政策的产生、存在和发展受到公共政策环境的作用和影响,二者之间存在交换和互动。史密斯认为,政策在执行过程中可能会受到文化、社会、政治和经济等环境的影响。

2.4.1 体制环境中的制度设计有待完善 持续深化医改,需要明确政府和市场在医改中的作用,以及发挥好政府和市场的积极性^[25]。但是政府不是万能的,这就要求在强化政府主导的同时,还要充分发挥各类市场主体和社会组织的作用。当前我国家庭医生签约服务制度主要是政府强制性的政策供给与政策安排,政府公权力的介入是家庭医生签约服务活动开展的必要条件。但是由于家庭医生签约服务相关人才激励制度、培养制度、保障制度、监督制度不健全或缺失,使得家庭医生签约服务在“强政府”体制下失去发展动力,难以满足人民群众多样化、多层次的医疗卫生需求,容易出现“用脚投票”现象。

2.4.2 经济环境中的财政支持压力大且差异明显 作为一项公共政策,家庭医生签约服务需要政府财政强有力的支撑。当前我国家庭医生制度中,政府拨款是医保基金及居民个人支付资金的主要经济来源,少部分资金则是社会机构的捐赠。尽管政府卫生投入力度每年仍在持续加大,但“十二五”以来中国卫生总费用增长速度始终快于国民经济总体增长速度,卫生费用增长相对于国内生产总值(GDP)增长的弹性系数保持在较高水平,财政补偿机制的不完善使财政资源投入难以落到实处,阻碍了家庭医生签约服务的推进^[26-27]。

2.4.3 社会文化环境的影响不容忽视 社会文化环境是指在一种社会形态下形成的带有社会普遍性的信念、价

价值观、宗教信仰、道德规范、审美观及风俗习惯等心理、思想和行为规范。首先,受传统就医观念影响,很多居民对基层医疗卫生机构有“技术水平差、报销比例低、医疗环境差”的刻板印象,所以在患常见病时,仍有 1/3 左右的居民首选到地理位置较远的二、三级医院就医,这在一定程度上阻滞了家庭医生签约服务政策的执行和成效^[28]。其次,中华民族文化实质上是重感情、尚人伦、讲关系的人伦文化,个体的人被视为集体的一分子,个人从属于群体和集体,更多的是对组织、规则及政策的接纳,较少表现出对集体的对抗、规则的否定及政策的拒绝。就家庭医生签约服务政策来说,即使居民对该政策不是很了解,或者基于刻板印象并不看好该政策,但是可能因为人伦文化情景因素使然,碍于“面子”、恪守服从文化观念签订了服务协议^[3],从而呈现出典型的中国特色情景:利益关系虽然分化但是仍然以利益一致为价值取向;在市场经济条件下,政府干预、人际关系和社会传统仍然会有相当的作用;在开始注重个人和群体价值实现的情况下,仍然以追求社会和谐、一致为主要的文化价值标准;在全国各地家庭医生服务签约率持续升高的同时出现“签而不约、签而难约”的尴尬景象。再次,医患双方的信任关系。我国医患间的“关系信任取向”明显,医生被赋予高角色期待,不同科室、不同等级医院及城乡医疗机构的医患信任水平差异明显^[29]。家庭医生制度很重要的一点是确保能够提供综合、连续的服务,达到和居民的一种契约关系,建立医生和患者之间长期、稳定的信任关系,这样有助于更好地开展个性化的服务。

3 家庭医生签约服务政策的困境突破与路径选择

3.1 基于理想化的政策,加强政策顶层设计 考虑到我国各地区经济发展不平衡现状,需要做好政策目标合理性的顶层设计。准确的政策目标定位是公共政策执行的起点,是政策执行的方向,也是防止政策执行偏离和阻滞的重点。既要考虑政策目标的一统性,也要同时兼顾差异性;允许地方有根据实际适度自由裁量的空间,强化政策的操作性。

3.2 完善政策执行机制,加大政策资源整合

3.2.1 确保政策执行过程中的协同发展 所谓协同发展,就是政策执行过程中重视医疗、医保、医药等多个部门政策执行的协同治理。可借鉴来自南澳大利亚成熟的实践典范——健康治理的整体政府模式,其围绕国家战略规划,构建了一个以目标为导向的跨部门协同治理框架^[30]。我国家庭医生签约服务政策执行的整体政府模式见图 2^[31]。

国家通过法律、国家战略规划及其配套的行动方案等方式确立家庭医生治理的蓝图、方向和行动步骤。协同治理框架可分成 3 个层面:一是水平(横向)合作,

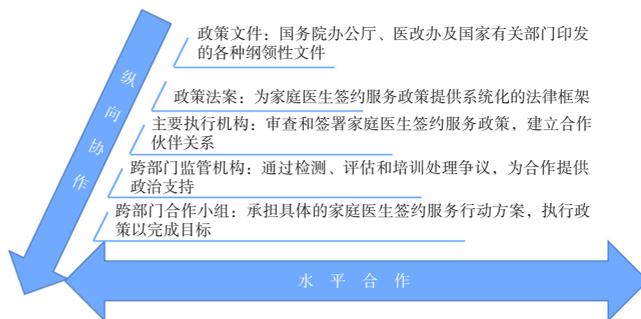


图 2 我国家庭医生签约服务政策执行的整体政府模式
Figure 2 The overall government involvement in the implementation of family doctor policy in China

各级政府跨部门的合作,主要以各级卫生健康委员会(局)、医药卫生体制改革办公室为主,同时与发展改革委员会(局)、财政厅(局)、人力资源和社会保障厅(局)、药品监督管理局、民政厅(局)、物价局等多部门有效沟通,共同推进政策执行;二是纵向协作(垂直管理),主要是不同级别政府之间的纵向协作(垂直管理),这种科层制的垂直管理表现为地方各级政府到社区卫生服务机构,依据各种纲领性文件和政策法案,从制度上建立一套自上而下的政策执行体系,主要包括执行机构、监管机构、跨部门合作小组等,以确保各项政策的有效推进;三是政府部门与非政府部门之间(社区组织、社会团体、民办非企业单位、事业单位)的合作,大多以协议方式建立伙伴关系。

3.2.2 建立家庭医生的职业认同和激励机制,提升决策参与 在保障家庭医生数量的同时,重点提高其素质和职业认同。一方面,通过完善激励政策和政策引导,增强家庭医生的职业认同,在编制、聘用、待遇、晋升、培训、评奖推优等方面,给予合法、合情、合理的关切和照顾,以增强其职业吸引力、职业认同感,提升其职业前景;另一方面,完善考核机制,实施约束政策,调整、制定家庭医生签约服务精细化绩效考核方案,对家庭医生签约服务的水平、能力、效果、满意度等定期开展考核,保障服务质量,从而更大程度上保证基层执行者的决策参与,提升决策质量^[32]。

3.2.3 善用政策执行工具 家庭医生签约服务政策工具对政策的有效执行和政策目标的顺利达成具有决定性的影响。首先,强制性政策工具(如目标规划、法律法规、管制等)依然占优势地位,但需要辩证地看。政府作为公权力的代表,实施目标规划、法律法规和一定的管制等“自上而下”(top-down approach)的强制性工具,既是家庭医生签约服务活动开展的必要条件,也是为居民权利保驾护航的重要保障。预计未来很长时期仍然需要一定比例的强制性政策工具^[33]。其次,混合型工具(如价格指导、财政拨款、医保支付等)很重要,同时应该重视和增加使用自愿性工具(如家庭与社区引导、

非政府组织、市场等)。随着全球化、信息化的推进,新公共管理运动所倡导的社会化手段,如社区和家庭管理、非政府组织、公私合作伙伴关系影响不断增强,市场和社会力量在政策执行中的作用日益凸显。特别是目标群体的权利观念、利益诉求日益增强,开始注重社区卫生服务的参与式治理(居民自由选择的余地很小但不能忽视),这种“自下而上”(down-top approach)政策工具的选择,使得传统政府垄断的纵向控制式政策工具面临巨大挑战。政府应进行政策工具协同,直接表现就是强制性工具的比例下降,自愿型工具的比例上升,混合型工具始终占据着重要位置^[33]。总之,对于家庭医生签约服务政策执行而言,可采取的政策工具很多,其分布在一个以完全自愿提供和完全强制提供为两端的轴上,绝对自愿的政策工具几乎是不存在的,完全强制的工具则没有留给私人任何回旋余地,大多数的政策都位于二者之间,多元化政策工具的使用是大势所趋^[34]。

3.3 强化宣传,提升目标群体的理性认知与政策认同

3.3.1 强化政策宣传,提高政策认知 社区居民对家庭医生签约服务政策知晓与否,与政策执行者的宣教水平和政策执行力度密不可分,这是弥补政策认知不足的主要手段。需充分利用广播电视、网络、报刊、入户等各种途径,介绍家庭医生签约服务政策的定义、内容、流程和模式,提高居民的知晓率和利用率;推介其他地区的先进做法,学习其在就医、转诊、用药、医保、信息化等环节的管理经验;也可以树立优秀家庭医生团队、优秀家庭医生、社区(医院)合作典范,增强签约质量,引导居民自愿签约。

3.3.2 协调多元利益,实现政策认同 政策认同在政策执行过程中有着极为重要的作用,是政策执行成功的关键因素之一^[35]。在政策执行过程中,决策者、执行者和专家可以就政策问题征询目标群体的意见和建议,毕竟个体利益有差异,多样化的利益诉求可能是诱发矛盾和冲突的导火索,因此,灵活有效的利益协调机制是化解冲突的最重要的途径。通过沟通协调,增强互动,消除认知误区和困惑,满足居民合法、合理、合情并且可行的诉求;协调个人、群体和组织的关系,兼顾国家、社会和个人的“契约”利益,实现多元利益的有机整合,从而让其拥有对家庭医生政策的认同、决心和行动。这种以民意为基础的高度认同,将使政策和法律的施行更为有效且施行的成本更低,使政策得到最大限度的认同、支持^[36]。

3.4 优化政策执行环境

3.4.1 完善法律制度 我国传统医疗服务模式下的法律对家庭医生签约服务政策的规范和指引还不够清晰,需要对相关法律进行修改、补充与完善。比如界定家庭医生签约服务的内涵与外延,明确各级政府及发展和改革

委员会、卫生健康委员会、财政部等部门的权利和义务,以及政策执行机构、目标群体及其他政策的利益相关者之间的权利和义务,规范政策执行主体的行为,以确保目标群体的利益。

3.4.2 强化政府对政策执行的推拉力 与西方国家不同,中国的公共政策具有高位推动、层级性与多属性的特点,由于强有力的行政资源的保障,各地方常会按照上级设定的政策目标完成任务^[37]。家庭医生签约服务政策实施亦是如此,主要是通过政府对政策执行的推拉力来实现的。一是上级政府凭借其财权和人事权的优势,通过纵向高位推动,动员下级执行政策,如增加财政预算,用于信息化平台建设、基层硬件和软件建设、家庭医生的激励,以提高基层医疗服务能力,改变过去资金投入不足、公共服务较少使用的情况。二是加强政府对家庭医生的拉动力,政府采取各种方式监管、调节、参与甚至规划市场,通过采购、价格补贴、示范/试点项目、服务外包等措施减少市场不确定性,积极开拓并稳定家庭医生签约服务的市场,减少外部干扰对家庭医生签约服务的影响^[38]。当然这种政府强化的干预恰恰应该是参与医疗市场的运作,而不是取代市场化本身。

3.4.3 建立良好的社会文化环境 首先,宣传、普及正确的就医观念,正确的就医观念深入人心是实施健康治理的要件之一。观念决定健康,观念的健康才是真正的健康。政府各部门应“齐抓共管”,呼吁全社会重视,进而促进“价值共识”凝聚的社会环境形成:通过广播、电视、网络等渠道科普家庭医生服务资讯,合理引导居民在基层社区就诊;通过政策宣讲、健康科普等形式,告知居民基层社区的服务范畴;通过多途径、多形式的宣教,让居民转变观念,树立理性而科学的就医理念,就近就医,进而实现合理分流。

其次,营造根植于中国情景的人伦文化和信任环境。中国民族文化是重感情、尚人伦、讲关系的人伦文化。随着医联体建设和家庭医生签约服务执行,在分级诊疗制度得以落实的环境下,大多医生对所在社区也已形成了共同体认同,因而衍生出主动改善服务的利他动机,居民也逐渐愿意选择在基层就医^[39]。借助家庭医生签约服务和社区首诊政策平台,家庭医生和居民之间可能建立一种重复博弈的关系,形成了以基层社区为场域的“圈子社会”与“人情社会”。由于存在着重复博弈的关系,由于长期扎根基层,部分街头管理者也对所在社区形成了共同体认同,因而衍生出主动改善服务的利他动机。家庭医生会尽可能提供优质的服务,一定程度上防范了道德风险,从而推动居民持续选择基层就医。因此,各级政府部门应该优化政策和制度,提升服务意识和质量,建立和健全医患信任体系;不仅要动员居民“签”,更要关注如何让居民“约”。

作者贡献：刘瑞明、王娜负责文章的构思与设计、结果的分析与解释、论文撰写；陈琴、肖俊辉、曾理斌负责研究的实施与可行性分析、数据与资料收集；所有作者参与了论文的修订和审校；肖俊辉为文章提供信息支持，并进行监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 何东平. 关于近年来政策执行偏差问题研究述要 [J]. 行政论坛, 2006, 13 (5): 50-53. DOI: 10.3969/j.issn.1005-460X.2006.05.015.
- [2] O'BRIEN K J, LI L J. Popular contention and its impact in rural China [J]. *Comp Polit Stud*, 2005, 38 (3): 235-259. DOI: 10.1177/0010414004272528.
- [3] 高和荣. 签而不约: 家庭医生签约服务政策为何阻滞 [J]. 西北大学学报 (哲学社会科学版), 2018, 48 (3): 48-55. DOI: 10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-006.
GAO H R. Signed without agreement: why family doctor service policy hindered [J]. *Journal of Northwest University (Philosophy and Social Sciences Edition)*, 2018, 48 (3): 48-55. DOI: 10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-006.
- [4] 张金马. 公共政策分析概念过程方法 [M]. 北京: 人民出版社, 2004.
- [5] 丁煌. 政策执行阻滞机制及其防治对策 [M]. 北京: 人民出版社, 2002.
- [6] 邓大松, 徐芳. 当前中国社区健康教育的政策执行过程: 基于史密斯模型的分析 [J]. 武汉大学学报 (哲学社会科学版), 2012, 65 (4): 5-12.
- [7] ROTHSTEIN B. Just institutions matter: the moral and political logic of the universal welfare state [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 65-160.
- [8] SMITH T B. The policy implementation process [J]. *Policy Sci*, 1973, 4 (2): 197-209. DOI: 10.1007/BF01405732.
- [9] 田永峰, 滕宇新, 王卫, 等. 2020年北京市某区家庭医生签约服务居民签约率、满意度与中医服务需求调查 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (5): 953-956. DOI: 10.13935/j.cnki.sjzx.210531.
TIAN Y F, TENG Y X, WANG W, et al. Survey on the signing rate, satisfaction and TCM service demand of family doctor in a district of Beijing in 2020 [J]. *World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*, 2021, 16 (5): 953-956. DOI: 10.13935/j.cnki.sjzx.210531.
- [10] 上海市卫生健康委员会. 关于印发《2021年上海市基层卫生健康工作要点》的通知 [EB/OL]. (2021-03-10) [2021-05-12]. <http://wsjkw.sh.gov.cn/zxghjh/20210310/85449142fdf84eb89fc09b3c8039afa7.html>.
- [11] 李伟权, 黄扬. 政策执行中的刻板印象: 一个“激活-应用”的分析框架 [J]. 公共管理学报, 2019, 16 (3): 1-15. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.2019.03.001.
LI W Q, HUANG Y. Stereotypes in policy implementation: an analysis framework of "activation-application" [J]. *Journal of Public Management (Quarterly)*, 2019, 16 (3): 1-15. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.2019.03.001.
- [12] 邓余华, 王超, 甘勇, 等. 我国家庭医生签约服务利用现状及影响因素分析: 基于全国31个省市的调查 [J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13 (9): 47-54. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.008.
DENG Y H, WANG C, GAN Y, et al. The current status of family doctors' contracting service utilization and its influencing factors: based on a survey of 31 provinces and cities in China [J]. *Chinese Journal of Health Policy*, 2020, 13 (9): 47-54. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.008.
- [13] KOSAR K R. Street level-bureaucracy: the dilemmas endure [J]. *Public Admin Rev*, 2011, 71 (2): 299-302.
- [14] GESTON L N. 公共政策的制定: 程序和原理 [M]. 朱子文, 译. 重庆: 重庆出版社, 2001: 104.
- [15] 熊纪洪, 傅晓坚, 蔡彦之, 等. 我国家庭医生签约服务发展刍议 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (s1): 329-332. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.z1.137.
XIONG J H, FU X J, CAI Y Z, et al. Rustic opinion on the development of family doctor contracted service in China [J]. *Chinese General Practice*, 2018, 21 (s1): 329-332. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.z1.137.
- [16] MA C T A. Health care payment systems: cost and quality incentives [J]. *JEMS*, 1994, 3 (1): 93-112. DOI: 10.1111/j.1430-9134.1994.00093.x.
- [17] 李彤, 朱继武, 张秋. 我国家庭医生签约服务的分析: 基于横向对比与动态发展的视角 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (33): 4041-4046. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.281.
LI T, ZHU J W, ZHANG Q. Analysis of contracted family doctor services in China: from the perspective of lateral contrast and dynamic development [J]. *Chinese General Practice*, 2018, 21 (33): 4041-4046. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.281.
- [18] 沈郁淇, 陈作森, 王金萍, 等. 供方视角下家庭医生签约服务激励机制分析 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35 (4): 423-426. DOI: 10.11847/zgggws1122971.
SHEN Y Q, CHEN Z S, WANG J P, et al. Incentive system for medical staff engaged in contracted family doctor services from providers' perspective [J]. *Chin J Public Health*, 2019, 35 (4): 423-426. DOI: 10.11847/zgggws1122971.
- [19] 姜茂敏, 郭佩佩, 叶俊, 等. 家庭医生职业认同状况及社会弹性对其影响研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (11): 1425-1430. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.168.
JIANG M M, GUO P P, YE J, et al. Influence of social resilience on professional self-identity in family doctors [J]. *Chinese General Practice*, 2020, 23 (11): 1425-1430. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.168.
- [20] 蔡雨阳, 张君闻, 李际, 等. 上海市社区卫生管理人才胜任力模型研究 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2011, 31 (2): 229. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2011.02.025.
CAI Y Y, ZHANG J W, LI J, et al. Study on managerial talent's competency model of community health service in Shanghai [J]. *Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science)*, 2011, 31 (2): 229. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2011.02.025.

- [21] 周雪光. 基层政府间的“共谋现象”: 一个政府行为的制度逻辑 [J]. 社会学研究, 2008, 23 (6): 1-21.
- [22] 陈皓阳, 李翔逸, 闫如玉, 等. 文献分析视角下影响家庭医生签约服务的问题及其严重性研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (7): 789-794. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.080.
CHEN H Y, LI X Y, YAN R Y, et al. Problems affecting contracted family doctor services and their severity based on literature analysis [J]. Chinese General Practice, 2020, 23 (7): 789-794. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.080.
- [23] 王冬阳, 陈永年, 方佩英, 等. 江苏省家庭医生签约服务工作现状及满意度研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (19): 2297-2302. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.00.19.
WANG D Y, CHEN Y N, FANG P Y, et al. Current status of family doctor contracted services and its satisfaction degree in Jiangsu Province [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (19): 2297-2302. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.00.19.
- [24] 祝嫦娥, 周丹丹, 圣孟飞, 等. 南京市居民家庭医生签约服务的满意度与签约现状调查 [J]. 医学与社会, 2019, 32 (11): 97-101. DOI: 10.13723/j.yxsh.2019.11.024.
ZHU C E, ZHOU D D, SHENG M F, et al. Survey on the satisfaction degree and the status quo of family doctor contract service in Nanjing [J]. Medicine and Society, 2019, 32 (11): 97-101. DOI: 10.13723/j.yxsh.2019.11.024.
- [25] 胡善联. 新医改十年的回顾与展望: 战略、政府、市场、激励 [J]. 卫生软科学, 2019, 33 (8): 3-6.
HU S L. Review and expectation of new health care reform in China: strategies, role of government, market and incentives [J]. Soft Science of Health, 2019, 33 (8): 3-6.
- [26] 郭锋, 张毓辉, 万泉, 等. 2015 年中国卫生总费用核算结果与分析 [J]. 中国卫生经济, 2017, 36 (4): 13-16. DOI: 10.7664/CHE20170403.
GUO F, ZHANG Y H, WAN Q, et al. Results and analysis of national health accounts in China in 2015 [J]. Chinese Health Economics, 2017, 36 (4): 13-16. DOI: 10.7664/CHE20170403.
- [27] 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.
ZHAO C W, LI Z X, LIU S Y, et al. Analyzing the difficulties to implement family doctor contract service policy based on Horn-Meter model [J]. Chinese Health Service Management, 2020, 37 (12): 884-887.
- [28] 张霄艳, 王雨璇, 张晓娜. 基于互动模型的家庭医生签约服务政策执行效果评价研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (31): 3786-3791. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.601.
ZHANG X Y, WANG Y X, ZHANG X N. Interactive model-based evaluation of the implementation effect of contracted family doctor services policies [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (31): 3786-3791. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.601.
- [29] 汪新建, 王丛. 医患信任关系的特征、现状与研究展望 [J]. 南京师大学报 (社会科学版), 2016, 62 (2): 102-109.
WANG X J, WANG C. Doctor-patient trust in contemporary China: characteristics, current situation and research prospects [J]. Journal of Nanjing Normal University (Social Science Edition), 2016, 62 (2): 102-109.
- [30] Government of South Australia, WHO. Progressing the sustainable development goals through health in all policies [EB/OL]. [2021-05-12]. http://www.who.int/social_determinants/publications/Hiap-case-studies-2017/en/.
- [31] 任洁, 王德文. 健康治理: 顶层设计、政策工具与经验借鉴 [J]. 天津行政学院学报, 2019, 21 (3): 86-95. DOI: 10.16326/j.cnki.1008-7168.2019.03.012.
REN J, WANG D W. Health governance: top-level design, policy tools and practical experience [J]. Journal of Tianjin Administration Institute, 2019, 21 (3): 86-95. DOI: 10.16326/j.cnki.1008-7168.2019.03.012.
- [32] 张明吉, 李丽. 家庭医生政策执行方式的行为逻辑 [J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13 (5): 31-38. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.005.
ZHANG M J, LI L. Behavioral logic action in choosing modes of policy implementation modes from family doctors [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2020, 13 (5): 31-38. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.005.
- [33] 熊焯. 政策工具视角下的医疗卫生体制改革——回顾与前瞻: 基于 1978—2015 年医疗卫生政策的文本分析 [J]. 社会保障研究, 2016, 8 (3): 51-60. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2016.03.007.
XIONG Y. Medical and health system reform from the perspective of policy tools: retrospect and prospect based on the text analysis of the 1978—2015 health policies [J]. Social Security Studies, 2016, 8 (3): 51-60. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2016.03.007.
- [34] HOWLETT M. 公共政策研究: 政策循环与政策子系统 [M]. 庞诗, 译. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 2006: 433.
- [35] HORN V, METER V. Public policy making in federal system [M]. Beverly Hills: Sage Publications, 1976: 48.
- [36] ALMOND G A, POWELL B. 比较政治学: 体系、过程与政策 [M]. 曹沛霖, 译. 上海: 上海译文出版社, 1987.
- [37] 贺东航, 孔繁斌. 公共政策执行的中国经验 [J]. 中国社会科学, 2011, 32 (5): 61-79.
HE D H, KONG F B. China's experience in public policy implementation [J]. Social Sciences in China, 2011, 32 (5): 61-79.
- [38] 张招椿, 胡海源, 陈川, 等. 政策工具视角下我国家庭医生政策量化分析 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (10): 1139-1146. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.465.
ZHANG Z C, HU H Y, CHEN C, et al. Quantitative analysis of family doctor policies in China from the perspective of policy tools [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (10): 1139-1146. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.465.
- [39] 黄扬, 陈天祥. 街头官僚如何推动政策创新: 基层卫生服务领域中的创新案例研究 [J]. 公共管理学报, 2020, 17 (4): 74-86. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.20200817.001.
HUANG Y, CHEN T X. How do street-level bureaucrats promote policy innovation: case study of innovation in the field of basic-level health services [J]. Journal of Public Management, 2020, 17 (4): 74-86. DOI: 10.16149/j.cnki.23-1523.20200817.001.

(收稿日期: 2021-06-21; 修回日期: 2021-10-20)

(本文编辑: 张亚丽)