



【全民医保与健康中国专题研究】

签而不约:家庭医生签约服务政策为何阻滞

高和荣

(厦门大学公共事务学院,福建 厦门 361005)

摘要:自政府推行家庭医生签约服务政策以来全国各地形成了五种经验模式,但是各地不同程度地存在着签约率虚高现象,居民对家庭医生签约服务的知晓率不高,即便是签约居民,其家庭医生服务项目利用率也不高,出现了政策供给与政策享用之间的阻滞。这种签而不约现象运用西方公共政策执行过程理论、系统理论、博弈理论以及科层制理论并不能很好地解释这一难题。这就需要考察家庭医生签约服务政策签而不约产生的情境与结构因素,强调政治与文化情境、利益与社会结构等因素导致家庭医生签约服务签而不约。一项政策能否顺利执行不仅在于政策本身是否科学合理可行,更在于是否具备一定的情境与结构因素,政策执行的结构与情境构成了解释中国公共政策执行的一把钥匙。

关键词:家庭医生签约服务;政策执行结构;政策执行情境

中图分类号:C979 文献标识码:A DOI:10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-006

家庭医生签约政策是一项以家庭成员为中心、维护家庭成员身体健康、促进医疗卫生资源向基层倾斜的公共政策。实施家庭医生签约政策有助于整个社会实现从以医院和疾病为中心向以满足群众对长期连续健康照顾需求为中心的医疗卫生服务模式转变,有助于疾病预防以及治未病理念在日常生活领域内的运用,成为分级诊疗得以实现的基础,真正均衡医疗卫生资源,改善就医环境,和谐医患关系,最大限度地解决民众“看病难、看病贵”问题,进而有助于医药卫生体制改革目标的实现。

本世纪以来,政府相继推出分级诊疗以及全科医生制度,并借鉴发达国家的经验推行家庭医生签约制度。2011年国务院《关于建立全科医生制度的指导意见》提出“推行全科医生与居民建立契约服务关系,基层医疗卫生机构或全科医生要与居民签订一定期限的服务协议,建立相对稳定的契约服务关系,服务责任落实到全科医生个人”。2013年《中共中央关于全面深化改革若干问题的决定》明确提出建立全科医生和居民契约服务关系;2015年国务院办公厅颁布《全国医疗卫生服务体系规划纲要》(2015—2020)指出要“推动家庭医生责任制,逐步实现签约服务”;2016年,中央深化改革领导小组会议审议通过了《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》;2017年国家卫生计生委基层司《关于做好2017年家庭医生签约服务工作的通知》详细规定了我国家庭医生签约服务内容。至此,家庭医生签约服务在我国得到全面实施。

收稿日期:2018-03-11

基金项目:2015年国家社会科学基金重点项目(15AZD023)阶段性成果

作者简介:高和荣,男,江苏兴化人,厦门大学教授,台湾研究院兼职教授,博士生导师,从事社会保障、社会政策研究。

一、荣景一片: 家庭医生签约服务政策的推进

为了贯彻落实中央政府的精神,全国各地纷纷出台相关政策文件,在试点基础上全面推广家庭医生签约服务政策。在政府的大力推动下,短短两年时间全国各地创新了许多家庭医生签约服务模式,初步建立起家庭医生签约服务体系,实现了家庭医生签订率的快速提升,其中大多数省份的重点人群特别是贫困人口的签约率更是超过95%以上^[1]。从家庭医生签约服务团队来看,主要由全科医生、社区护士、公共卫生医生以及乡镇卫生院医生和乡村医生组成,由他们接受患者的门诊预约,并上门为签约居民和重点人群诊治。按照卫生部的看法,家庭医生签约服务政策实施以来全国各地在实践过程中形成了五种经验模式^①。

一是上海市的“1+1+1”签约服务模式。居民根据自愿原则选择与1位社区卫生服务中心的医生签约,还可以再选择与1家区级和1家市级医疗机构进行签约。由于上级医院拿出50%的专科和专家门诊预约号源提前向家庭医生与签约居民开放,因此签约居民通过家庭医生可以优先预约就诊,让居民享受更多的便捷服务。不仅如此,签约的患者可以选择任意一家医疗卫生机构就诊,如果需要到其他机构就诊可以通过家庭医生转诊,其中,经过家庭医生转诊到上级医院就诊的签约居民,回到社区就诊时家庭医生可延用上级医院的处方药品;还可以享受社区卫生服务中心门诊检查费减免、药品零差率政策等优惠措施。另外,家庭医生还可以为慢病签约居民一次性开具1—2个月的慢病长处方药,减少患者往返医疗机构的次数。有研究显示,早在2013年末上海市就有70%以上的社区卫生服务中心实施了家庭医生签约制度^[2]。

二是盐城市大丰区的“基础包+个性包”签约服务模式。2013年6月,大丰区探索将基本医疗卫生服务与个性化延伸服务相结合的家庭医生签约服务。签约服务以提供基本医疗和公共卫生服务为基础,以个性化服务为重点,根据不同群体健康需求设计了既有不收费的“基础包”:为签约居民提供包括常见病、多发病的诊疗、疾病康复指导、转诊服务和其他43项免费服务;也有针对老年人、儿童、慢性病患者等群体实行明码标价的“个性包”:其中初级包每年收费50元,签约居民只需缴纳药品个人负担部分的费用,免收一般诊疗费,同时可获得免费上门巡视及健康状况评估等服务;中档包每年收费100元,主要针对慢性呼吸道疾病患者、高血压患者、恶性肿瘤患者、空巢老人等7类人群,为他们提供个性化检查、按月访视等服务。“尊享包”又分为200元、400元和600元3档,为高血压、糖尿病患者等基本药物目录范围内提供针对性免费用药。不仅如此,大丰区拓展签约范围,将49754位健康人群纳入其中。

三是杭州市的“医养护一体化”签约服务模式。2014年9月,杭州市部署实施医养护一体化家庭医生签约服务工作。他们以社区为范围、社区卫生服务机构为平台、各医疗卫生机构纵向协作服务体系为支撑,镇街和社区协同保障,居民到居住地所在的社区卫生服务机构选择1名全科医生签订一定期限的服务协议,全科医生则为签约居民提供连续、综合、有效、个性化的健康管理、社区医疗和双向转诊、家庭病床、健康评估等医养护一体化服务,签约对象主要以年老体弱、行动不便的老人以及慢性病患者为主,家庭医生上门为他们分析、评估患者病情、家庭环境测评以及医保规定开展的家庭病床服务。

四是厦门市的三师共管签约服务模式。2015年起,厦门市在全面推进慢性病分级诊疗试点改革的基础上因地制宜构建了“三师共管”家庭医生签约服务模式。“三师”是指1名社区卫生服务中心的全科医师、1名经培训认证的健康管理师和1名三级医院的专科医师,他们组成共管团队为签约居民提供医疗服务。其中,专科医师负责诊断并制定个体化治疗方案,全科医师负责执行治疗方案并将病情不稳定和控制不良的患者转诊给专科医师,健康管理师负责日常管理和随访并对患者进行健康教育。家庭医

^① 参见刘利群在“国家卫生计生委例行新闻发布会”上答记者问,2017年5月10日。

生签约对象以参加基本医疗保险的户籍人员为主,优先满足65岁以上老年居民、慢性病患者、孕产妇、儿童、残疾人等重点人群。签约服务以老年人为重点,以慢病为突破口,为糖尿病、高血压等慢性病患者提供全程连续性的诊疗和干预等综合性健康管理服务。截至2017年底,厦门市家庭医生签约服务75.18万人,户籍人口签约覆盖率33.97%,重点人群中65岁以上老年人签约服务12.86万人,签约率为65.35%^[3]。

五是定远县的按人头总额预付签约服务模式。安徽省定远县通过按人头总额预付方式将家庭医生签约服务与县乡村三级医疗共同体建设“捆绑”在一起,县里将新农合资金全部按人头总额预付给医疗共同体牵头单位的县医院,建立服务、责任、利益和管理“四位一体”的运行机制。村医提供日常访视检查等常规服务,从源头上遏制和减少疾病发生;乡镇卫生院负责重点检查项目和一般治疗,遇到重大疑难杂症和突发重症时向县医院报告;县医院通过到场会诊、向上转诊等渠道介入治疗,乡村医生收入与签约数量、质量和效果挂钩,从而实现了患者、医疗资源及医疗服务下沉基层这一目标。截至2017年底,定远县已经完成家庭医生签约服务25.7万人,常住人口签约覆盖率32.3%^[4]。

除此之外,陕西西安以及青海等其他各地也实施了家庭医生签约服务制度。2012年及2014年,西安市相继实施《家庭医生式健康管理签约服务工作方案(试行)》《西安市乡村医生签约服务实施方案》,全市基层医疗机构以辖区妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人、精神病人为重点服务对象,居民在自愿签约、自由选择的基础上签订卫生服务协议,提供连续、安全、有效且适宜的基本公共卫生服务和基本医疗服务。到2017年底,西安市共组建家庭医生服务团队752个,建成家庭医生工作室35个,签约人数296万人,签约服务覆盖率为33.91%,重点人群签约率达50.62%。在青海省,政府于2017年3月实施了《青海省推进家庭医生签约服务实施方案》,通过组建以医师、护士、公共卫生医师、乡村医生等为主的家庭医生服务团队,采取团队分片包干形式优先与老人、孕产妇、儿童、残疾人及慢性病患者、计划生育与特别扶持对象、建档立卡的贫困人口等重点人群签约,以“打包”的形式为签约对象提供公共卫生、基本医疗和约定的健康管理服务。2017年底,青海省基层医疗卫生机构组建家庭医生团队2076个,常住人口签约服务覆盖率达到54.85%,重点人群签约覆盖率为79.98%,贫困人口签约覆盖率高达97.48%^[1]。

二、签而不约:家庭医生服务资源的较少利用

到2017年底,全国已有27个省(区、市)陆续实施家庭医生签约服务政策方案,家庭医生签约服务覆盖5亿人,全人群签约率达到35%以上^[5]。应当看到,伴随着签约率稳步提升的同时签约对象却尚未充分利用这项惠民政策,集中表现在民众对该政策的知晓率以及认可度方面不是很高,签而不约现象普遍存在。

一是各地不同程度地存在着签约率虚高现象。家庭医生签约服务是一项自上而下的政策供给与政策安排,它不是医患双方自由选择的结果,更不是医院的主动作为,而是政府卫生主管部门的政策强制,甚至以社区首诊、双向转诊为核心的家庭医生签约政策的彻底执行还会损害二、三级医院的经济利益。于是,有的地方为了完成上级政府设定的目标签约率出台优惠政策以吸引家庭医生和居民签约,社区全科医生积极参与到签约服务中去^[6],结果是居民签约的数量及签约率都达到了标准,但后续服务跟不上,只签不约、为签而签等现象层出不穷。同时,有些地方为了提高签约率弄虚作假,将没有签约的居民纳入到家庭医生签约服务系统;有的地方签约群众看不到签约协议,在村卫生室和签约对象家中均查阅不到履约情况等记录;还有的利用健康体检、门诊就诊等机会让居民签约,医生们并没有走进社区、单位及家庭;相当一部分签约居民并不认识签约医生,更谈不上得到有效的服务,“被签约”“代签约”“虚假签约”等现象不断涌现^[7]。

二是居民对家庭医生签约服务的知晓率不高。知晓率反映了民众对一项公共政策是否了解以及了解程度,它是开展这项工作的前提。居民只有知晓这项政策、清楚这项政策内容才有可能加入进来,才有可能寻求服务。家庭医生签约服务政策推行以来尽管签约率逐年提高,特别是重点群体的签约率超过了90%,但是,迄今为止所有的抽样调查都显示每一个签约地居民对这项政策了解不多,甚至没有听说过家庭医生,有些居民即使知道有家庭医生或是已经签约了,他们对签约服务项目及内容也不甚了解。例如,胡霞等人2013年底对南京市529名签约居民的调查发现,17.0%的居民明确表示“了解家庭医生制度”,30.4%的居民表示“听说过”,52.6%的居民则表示“不知道”该制度^[8];又如,沈世勇等人对上海8个区、近1000个样本调查显示,只有16.6%的签约居民表示“很了解”政策内容^[2];再如,莫海韵等人对广东省2887名居民的问卷调查发现有42.7%的居民不知晓家庭医生签约服务^[9],刘姗姗等人对上海市长宁区10个街道的签约居民进行家庭医生签约服务认知情况调查,结果发现签约居民对家庭医生签约服务的认知仍较模糊^[10]。徐京波关于郑州市社区居民的调查显示,56.3%的受访者不知道什么是“片医”^①、片区,61.9%的受访者不知道他们的工作职责是什么,58.8%的受访者没有见过家庭医生,82%的受访者没有其联系方式,58.3%的受访者不知道他们可以提供上门服务^[6]。这表明,我们的签约群众对这项惠民政策并不熟悉。

三是签约居民的家庭医生服务项目利用率不高。如果说知晓率是一项公共政策得以实施的基础,那么,利用率反映了该项公共政策的利用效果。凡是利用率高的,要么是政策供给者愿意实施,要么是政策对象主动索要实施,要么就是政策具有强制性。凡是利用率低的,或者政策供给者不愿实施,或者政策对象对此不感兴趣,或者政策实施路径不畅,特别是在缺乏强制性约束机制下更是如此。从指标测量角度看,家庭医生签约政策利用率可以用转诊患者就医首选医疗机构情况以及签约服务的利用情况等指标来测量。邱宝华、黄蛟灵、梁鸿等人的研究发现,签约服务后患者就诊首选社区医院的比例并未显著增长,他们到社区就诊很大程度上基于“配药的需求”,特别是厦门市实行了参保居民每年在社区医疗机构就医可以享受500元的免费药品补贴政策,使得包括签约家庭医生服务的患者前往二、三级医院就诊完备后、带着处方单到社区医疗机构拿药。同时,对患者的转诊也没有发生显著性影响,居民前往二、三级医院就医仍然是个人的自主决定,而不是“经家庭医生筛查后”转诊到二、三级医院,未发生转诊的高达95.3%^[11],居民就医选择不受是否签约家庭医生这一行为影响。胡霞、黄文龙等学者对南京等地的调研也佐证了这一观点^[6]。

上述情况表明,借鉴西方发达国家经验基础上建立起来的家庭医生签约服务政策在推行过程中存在着签约率快速增长与签约服务没有很好提供之间的矛盾问题,存在着居民对签约服务政策认同度及利用率普遍不高的问题,存在着家庭医生签约服务政策“有名无实”问题,实际上就是政策供给与政策享用之间出现了阻滞。这就需要从理论上反思现行的政策实施理论,分析作为一项惠民政策的家庭医生签约服务在实践过程中何以受阻,从而构建具有理论解释力与实践说服力的政策执行理论,推进公共政策理论在地化。

三、难以解释: 家庭医生签约服务政策的阻滞

分析作为一项公共政策的家庭医生签约服务政策为何难以很好地实施,政策享用者为什么没有对这项政策“投桃报李”,医疗机构有声有色地开展签约服务为什么却换来了居民仍然采取过去的就医方式?西方政策执行过程理论、互动理论、循环理论、博弈理论、系统理论、综合理论以及组织理论能否有效地解释这一现象?

^① 郑州市实行的是“片医”责任制,实际上就是“家庭医生”签约服务制度。

史密斯(T. B. Smith)的政策执行过程理论认为影响政策顺利执行的因素很多,包括合理可行的政策方案、政策执行者的方式与技巧、政策对象的自我调适以及其他环境因素等^{[12] P789}。政策能否得到执行不仅在于政策本身是否科学合理,也在于政策实施对象本身并兼顾到执行机构与环境因素的影响。在他看来,如果政策执行不力、执行方式不当,再好的政策也难以实施。然而问题就在于:家庭医生签约政策在均衡医疗资源、合理控制医疗费用、推动医疗卫生工作重心下移等方面具有史密斯所说的“合理可行性”,作为“政策执行机构”的政府大力推动以及医院的认真执行,还具有良好的“政策实施环境”,然而家庭医生签约政策却得不到“目标群体”的认同与接纳。史密斯的四要素理论显然解释不了中国的家庭医生签约政策的执行不畅问题。实际上,政策执行是政策执行者与实施对象之间就政策目标、政策内容、政策手段及实施方式之间的互动与调适,他不是基于自上而下的行政命令而是建立在共同的政策利益基础上。可是,家庭医生签约服务政策却出现了政府卫生主管部门、医院、基层卫生服务中心以及患者在“观点、态度、需求、利益”等方面的不一致:卫生主管部门希望实现医疗资源合理配置,引导患者看病首选社区医院,解决民众“看病难、看病贵”问题,认真推行家庭医生签约政策;二、三级医院既要执行卫生主管部门的这一政策,又要保证较为充足的患者以维护自身的利润,因而他们从一开始就不会认真执行家庭医生签约政策;基层卫生服务中心受到上级医院的人员、设备、技术甚至工资等多因素的制约,虽然坚决执行该项政策但却无能为力;作为理性人的患者都希望得到名医的服务,在缺乏强制性政策安排的情形下他们不会自愿接受基层医疗机构签约医生提供的服务,家庭医生签约政策徒有“签”之名而无“约”之实。

当政策过程理论解释不了家庭医生签约政策何以“签而不约”之时,一些学者试图从系统与要素间的博弈视角去解释这一社会现象,认为政策执行受到“政策目标与标准”“政策资源”“执行者属性”、“执行方式”以及“环境”等多因素的循环影响^{[12] P392},是政策执行主体与政策实施对象之间就政策目标与手段不断博弈以达成相互“妥协”与“平衡”的过程,能否通过协商与谈判将各利益相关者的利益最大化诉求达成必要的平衡是某项政策能否顺利实施的关键。政策执行不畅不仅在于政策执行主体之间、政策实施对象之间以及政策执行主体与实施对象之间的利益与价值诉求难以达成一致,而且也在于巴尔达奇(E. Bardach)、萨巴蒂尔(P. Sabatier)等人所说的“博弈规则”及“博弈手段”的单一^{[12] P393}。在他们看来,当各相关主体的利益与诉求出现不一致而难以妥协的时候,博弈规则与博弈手段等就显得非常重要。根据这一理论,在现行的家庭医生签约服务政策各主体中,政府对二、三级医院只采取了命令与要求、政治动员与遵照执行这一强制性手段,政治动员构成了家庭医生签约服务政策执行的鲜明之处。二、三级医院对基层医疗服务机构主要采取了下发通知与适当奖励等半强制性方式。而政府、各级医疗机构对于城乡居民则采取“积极鼓励”“用药优惠”等诱导性办法,缺乏各种办法及策略的组合使用,缺乏调动各方积极性与主动性手段。另外,在政策执行过程中政府、各级医疗机构更多地设法让居民“签”而较少地关注如何让他们更多地“约”,如何通过提高自身服务质量以激发居民在主动“签”基础上积极“约”的办法不多。

近年来,政策能否顺利执行以及执行的条件等问题也逐渐为国内学界所关注,有学者为此发展了韦伯(M. Weber)的科层制理论以便分析政策执行中各主体与制度、官僚制之间的互动关系。在他们看来,包括家庭医生签约政策在内的众多公共政策都是依靠党和政府自上而下的组织、推动得以执行的,这就可以运用这个理论去解释家庭医生签约服务政策为何出现“签而不约”问题^{[13] P181}。科层制强调,在家庭医生签约服务政策执行过程中各政策执行主体间有着明确的责权界限,体现出服从与被服从关系。下级政府机构对上级负责、根据上级政府设定的签约目标推进工作,上级政府则根据本地区的人口、医疗卫生资源等情况制定签约进度及签约目标。完成上级政府的政策目标或上级医院的签约任务有助于下级医疗机构乃至基层医疗机构获得上级机构的各种资源,密切上下级之间的互动关系。在这

种情形下,负责签约的各责任主体都会设法完成甚至超额完成上级机构所设定的签约率目标。在科层制理论看来,医院、医疗机构与居民之间既不是上下级关系,也不存在资源交换,主要是一种市场行为。居民是否愿意“签”、签完后是否去“约”医生不受行政资源的制约而在于医疗机构提供的服务能否满足其需求。但令人质疑的是:政府与居民之间、各级医疗机构与居民之间不存在“科层”,政府及医疗机构对居民签约行为的制约性较弱,因此,科层制理论难以解释居民为何愿意签署这项服务。这就需要发展出一种新的政策执行理论,克服西方公共政策执行理论的局限性,以便诠释中国社会复杂的公共政策抉择行为。

四、情境与结构: 家庭医生签约服务政策签而不约解释

政策执行是在特定社会情境下通过一定的手段与方法将那些根据政策议程而制定的政策方案予以实施以实现政策目标的行动过程。一项公共政策能否执行、执行是否彻底以及能否完成政策目标固然需要政策方案本身的科学合理可行,同样也需要采取一定的手段与方法让政策实施对象自发地认同这项政策并按其要求做出理性的选择。在那些非强制性的政策执行中,政策实施对象的观念、态度以及执行该政策可能带来的收益预期决定着他们是否愿意接受该项政策,某种程度上可以这么说,政策执行对象左右着政策的执行。因此,公共政策的执行依赖于政策实施对象所生活的特定情境与结构,他们成为解释政策能否顺利执行的两类关键变量。

政策与统治密切相关,它是用来分析统治过程中所运用的一个概念。政策出自于权威并依赖权威,权威,特别是政治权威为政策执行提供了合法性基础。不仅政策的制定需要权威机关的参与,作为政策制定必不可少的专业知识能否运用到政策制定中也需要“权力的支持”,政策执行同样也需要权威作为支撑,它是通过“以等级原则联结的组织自上而下地贯彻”^{[14][P13]}。所以,政策的执行离不开它所赖以生存的政治情境。特定的政治体制、政治架构及政治组织运行方式等情境因素决定了政策执行的强度、力度与速度,它构成了政策得以执行的政治情境要素。与西方国家不同,当代中国的公共政策执行主要在党的领导下各级政府加以组织实施和贯彻的,因而既有韦伯科层制政策执行理论所说的共性特性,更具有作为社会主义中国自身所拥有的个性特征。它注重政策制定的科学合理,采取政策试点与逐步推行,强调个人服从集体、下级服从上级、全党服从中央,具有很强的政策执行力。于是,包括家庭医生签约服务在内的各项政策一旦需要执行就容易得到上至国家卫生健康委员会、中至地方卫健委及二、三级医院、下至基层卫生服务机构等所有体制内的政策执行部门的认同,按照上级部门设定的签约目标完成签约任务。也正因为有了坚强有力的行政资源作为保障,各政策执行部门就可以动员行政资源去鼓励工作人员多签约、激励政策实施对象愿意签字,从而快速完成签约任务。因此,家庭医生签约服务政策之所以形成很高的签订率是中国特有的政治情境的产物。

政策既是一个服务于特定时空环境、满足人的需要的社会科学概念,也是人类从事的“一项实践活动”^{[14][P145]},政策执行需要有特定的环境与之相适应,分析政策执行离不开它所赖以生存的特定环境,这样的环境包含人们的政策观念、政策态度及生活习惯等文化情境因素。可以这么说,文化情境是政策执行的重要变量,它成为解释家庭医生签约服务政策签订率高不等于遵照执行率高的重要因素,能够很好地解释公共政策如何以及能否制定、实施与执行。中国文化把人看作集体的一个分子,个人属于群体和集体,从个体出发可以推演出家庭、国家及天下,强调有天有地有家才有“我”,因而在公共政策制定、实施及执行等所有环节都十分注重对组织、规则以及政策的接纳,而较少地表现出对集体的对抗、规则的否定以及政策的拒绝。正因为有了这样的政策执行情境与政策执行文化,不仅各级医疗卫生管理机构之间很快地开展签约服务政策,形成所有下级机构对上级机构的无条件的支持与服从,而且就连城乡居民明知签订这项服务并未能够获得他所希望的服务,也碍于面子、恪守服从文化观念签订了服务协

议,尽管居民与政府医疗机构之间不存在韦伯所说的科层关系。居民签订服务协议后约不约医生、去不去基层医疗机构则完全取决于他对医疗服务及自身病情的综合判断。所以,这就形成了中国家庭医生签约政策特有的景象:签而不约、签约分类。原因就在于中国人的文化情境因素在其中发挥着作用。

按照经济决定论的看法,利益是政策能否执行以及执行程度的决定性因素。无论是马丁雷恩(M. Rein)、马兹曼尼安(D. Mazmanian)还是巴雷特(S. Barrett)、爱德华佩奇(E. C. Page),他们的政策执行理论模型虽然不尽相同,但都无一例外地强调利益因素在政策执行中的核心作用。当然,西方政策科学家们从简单的市场主义出发把利益等同于经济利益,等同于物资资源的配置,关注利益在政策执行中的作用,而忽视了政治利益以及个人发展机会因素。在笔者看来,影响政策执行的利益概念内涵比较丰富,是经济利益、政治利益以及机会收益的综合,各政策执行方从中选择适合自身的利益组合以便决定在多大程度上执行政策。笔者认为,只要存在任何一种利益都会有助于政策的执行,利益的种类越多、利益的总量越大,政策执行得越彻底。反过来,如果没有利益、利益较为单一或者利益很小,那么则不利于政策的推行。在家庭医生签约服务政策执行时,政策执行的主体利益诉求不尽相同,各级政府及其卫生主管部门更多地考虑政令畅通、执行上级要求等政治及发展机会利益,二、三级医院需要考虑到政治、经济及自身发展机会等利益,基层卫生服务机构主要衡量经济利益和社会利益,而政策实施对象也就是城乡居民则考虑有没有经济利益。在这一理论框架中,各级政府、医院及基层医疗机构如果执行了签约政策将获得两种以上的利益,只有城乡居民有且可能只获得一种经济利益,他们签约的积极性显然不会太高,自然就会出现签而不约现象。

任何一项政策都是在社会中形成的,是“社会行为和社会交往的持续过程”^{[14] [P18]},因而政策的执行绝对离不开特定的社会结构。某种程度上说,西方的政策执行理论之所以难以解释清楚中国的家庭医生签约服务政策为何“签而不约”,就在于他们没有搞清楚公共政策在中国执行时要依附于自己的社会结构。按照社会学家的看法,中国是一个以家为核心的圈子社会与人情社会,整个社会结构就像丢石头到水里“形成的同心圆波的性质”,“一圈圈推出去,愈推愈远,也愈推愈薄”^[15],在这情境下,上级政府与医院之间以及医院与基层医疗机构间就容易形成一个熟人关系结构,在没有利益受损的前提下各主体很容易相互支持,形成推进家庭医生签约服务政策落实的合力。另外,基层医疗机构往往通过熟人引荐、朋友推介以及小区动员等方式与居民签约,居民之所以签约主要受到熟人关系的影响。因此,正是中国特有的“人情一面子”等熟人社会结构,才使得城乡居民在尚未感受到这一政策带来好处前就快速地签订了服务协议,在减少政策动员成本的同时保证了目标签约率的实现。但由于上级部门没有考核该政策被居民“约”也就是使用的情况,于是,“约”的情况就被各级政府、二、三级医院以及基层卫生服务机构所忽视,居民在“约”的过程中也没有熟人的介入与干预,他们仍旧按照自己的判断选择如何就医,这就出现了政策执行的中国景象:签而不约。

总之,政策执行离不开特定的情境与结构因素,前者包括政治情境和文化情境,而后者则包括利益结构及社会结构,他们整合在一起共同作用于公共政策的执行。一项政策能否顺利执行不仅在于政策本身是否科学合理可行,更在于是否具备一定的情境与结构因素。政策执行的结构与情境构成了解释中国公共政策执行的一把钥匙。

参考文献

- [1] 青海省卫生和计划生育委员会. 2017年综合改革:多亮点力推健康青海建设(二) [EB/OL]. <http://www.qhwjw.gov.cn/zhxw/xwzx/2018/01/31/1517360049967.html> 2018-01-031.
- [2] 沈世勇. 上海市家庭医生制度的实施效应研究[J]. 中国全科医学, 2015(10).
- [3] 厦门市卫生和计划生育委员会 [EB/OL]. http://www.xmhpc.gov.cn/xwzx/mtbd/201712/t20171226_1835810.htm,

2017-012-026.

- [4] 家庭医生签约安徽定远模式为何会被广泛点赞 [EB/OL]. <http://www.chuzhou.cn/2017/0525/316164.shtml>.
- [5] 中华人民共和国中央人民政府 [EB/OL]. http://www.gov.cn/xinwen/2017-12/15/content_5247485.htm 2017-12-15.
- [6] 高和荣. 社区首诊与健康中国分析报告(2017) [M]. 北京: 社会科学文献出版社 2017.
- [7] 吕巍. 家庭医生签约服务求“量”还得问“质” [EB/OL]. <http://www.rmzxb.com.cn/c/2018-03-03/1976862.shtml>.
- [8] 胡霞, 黄文龙. 社区居民家庭医生签约意愿影响因素实证研究 [J]. 南京中医学大学学报 2014 (3).
- [9] 莫海韵. 广东欠发达地区居民家庭医生式服务签约现状及服务需求的影响因素研究 [J]. 中国全科医学 2017 (28).
- [10] 刘姗姗, 葛敏, 江萍, 等. 签约居民对家庭医生签约服务的认识与利用研究 [J]. 中国全科医学 2018 (4).
- [11] 邱宝华, 黄蛟灵, 梁鸿, 等. 家庭医生签约服务利用与满意度的比较研究 [J]. 中国卫生政策 2016 (8).
- [12] 张金马. 公共政策分析概念过程方法 [M]. 北京: 人民出版社 2004.
- [13] 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.
- [14] H. K. 科尔巴奇. 政策 [M]. 长春: 吉林人民出版社 2005.
- [15] 费孝通. 乡土中国 [M]. 北京: 北京大学出版社 1998.

[责任编辑 陈萍]

Signed Without Agreement: Why Family Doctor Service Policy Hindered

GAO He-rong

(School of Public Affairs, Xiamen University, Xiamen 361005, China)

Abstract: Since the government promoted the Family Doctor's Signing Service policy, five kinds of experience models have been established throughout the country. However, there are various degrees of signing ratios in various parts of the country. The degree of residents' awareness of family doctor services are relatively low, even if they have already signed up. Residents of family doctors also have low utilization of family doctor services and there are obstacles between policy supply and enjoyment. In order to explain this phenomenon, Western public policy implementation process theory, system theory, game theory, and bureaucratic theory do not work. Therefore, it is necessary to examine the situational and structural factors arising from the signing of the family doctor's signing service policy, emphasizing that factors such as political and cultural situations, interests, and social structure leading to signing service contracts for family doctors. Whether or not policy can be implemented smoothly depends not only the policy itself is scientific, reasonable, and feasible, but also it has certain contextual and structural factors. The structure and context of policy implementation constitutes a key to explaining the implementation of China's public policy.

Key words: family doctor service; policy implementation structure; policy implementation context