

试验性治理与试点嵌套

——中国公立医院改革的政策逻辑

和经纬 苏 芮

[摘要] 经常性的政策试验是中国公共政策过程的典型特征，也是试验性治理进行政策创新、解决难题的主要载体。已有政策试点研究多以单项目试点为研究对象，然而对于长时期、跨部门、多目标的超大规模试点尚缺乏系统总结，在社会政策领域的探讨则更少。本研究以中国公立医院改革为例，通过对新医改 11 年间公立医院改革试点过程壮阔画卷的分析，结合内容分析和主题建模等方法，总结中国公立医院改革、乃至医疗保障体系建设的政策逻辑。研究发现，试点嵌套是在高度不确定性和利益格局高度复杂性约束下推进社会政策领域改革的有效模式。试点嵌套整合了试点空间、内容和过程等多重要素，有效提升了试点主体的学习能力、整合能力、兼容能力，促进了社会政策的创新扩散。

[关键词] 公立医院改革；试验性治理；试点嵌套；医疗保障；医改；政策创新

一、引言

在具有中国特色的公共政策过程中，大范围、多层面、多领域的政策试点无疑是非常重要的特征。改革开放以来，“摸着石头过河”的渐进式改革路径创造了经济增长的“中国奇迹”，其中各种政策试点功不可没。^①以设立经济特区为代表，试点首先成为经济建设领域“试错”、进而推广成功经验的主要路径。政策试点在我国公共部门的广泛应用，已经日益彰显出中国特色试验性治理（Chinese-style experimentalist governance）的重要特征，即中央政府和地方政府在频繁互动中不断界定政策目标并尝试新的政策工具，以实现改革的战略目标。^②需要注意的是，政策试点及其代表的各种创新在不同的政策领域呈现出非常不同的样态。在经济发展为中心的政策导向下，事实上存在的“竞争锦标赛”无疑使得经济领域的政策创新对地方主政官员而言

[作者简介] 和经纬，香港教育大学亚洲及政策研究学系副教授。主要研究方向：医疗卫生政策与治理。苏芮，中山大学政务学院博士研究生。主要研究方向：社会保障与公共政策。

[基金项目] 香港特别行政区研究资助局优配基金 "The Dynamics of Policy Experimentation in the Social Policy Sphere: Policy Innovation and Diffusion in China's Public Hospital Reform" (18605720)。

① 金碚：《中国改革开放 40 年的制度逻辑与治理思维》，《经济管理》2018 年第 6 期；韩博天：《通过试验制定政策：中国独具特色的经验》，《当代中国史研究》2010 年第 3 期。

② Xufeng Zhu, Hui Zhao, "Experimentalist Governance with Interactive Central-local Relations: Making New Pension Policies in China," *Policy Studies Journal*, 2021, 49(1).

具有更强的激励，况且经济领域改革试点能够带来可以量化的“真金白银”——国内生产总值（GDP）。然而与经济领域试点创新的“逐顶竞争”（race to the top）相比，很多研究发现社会政策领域则呈现出“逐底竞争”（race to the bottom）的特点，导致创新和扩散动力不足。^①因此，要深入理解中国特色试验性治理的全貌，需要对社会政策领域各种形式的政策试验做出更加系统的总结。

2003年以来，我国经历了社会政策的快速扩张。在“和谐社会”“科学发展观”和“中国梦”等政治愿景的引领下，社会保障和社会救助事业得到长足发展。^②新农合、新农保、城镇居民医保等社会保险制度陆续建立，农村低保制度也不断发展。在整个社会政策领域，范围最大、影响最广、难度最高、财政投入最大的改革，无疑当属2009年开启、俗称“新医改”的医药卫生体制改革。在中央政府的领导下，这个艰巨的系统性改革10多年来取得了有目共睹的成绩：全民医保基本实现，“看病贵”“看病难”问题得到显著缓解，国家医保局的组建更是从体制上理顺了卫生治理格局，为全面建设“健康中国”打下坚实基础。^③2009年发布的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的若干意见》中，为新医改明确了五大改革任务，其中难度最大、牵涉面最广的就是公立医院改革，被称为医改的“深水区”和“硬骨头”，其原因就在于改革开放初期过度市场化的医改将中国医疗卫生系统的主力——近万家公立医院事实上推向了市场。^④政府财政补助急剧减少，公立医院不得不开始“创收”，加之医疗服务和药品定价政策的失误和粗放型的支付方式，造成了“以药养医”“大处方”“过度医疗”等一系列问题，不但卫生总费用节节攀升，群众的就医负担更是沉重。由于20年间计划经济体制下的医疗保障制度严重退化乃至解体，数亿国人一度无医可保，看病主要靠自费，导致中国卫生筹资的公平性在世纪之交排位全球倒数。^⑤广大公立医院虽然本身是过度市场化的受害者，但也是各种错配的经济激励机制的集中地，是一系列深层次矛盾和社会不满情绪的交汇点，医患关系长期紧张。冰冻三尺非一日之寒，全面改革庞大的公立医院系统谈何容易？既要保证医疗机构正常运行，又要让改革在医院、患者、医保都可以承受的范围内进行。公立医院改革可谓牵一发而动全身，事关医改全局，既无现成经验可以照搬照抄，又要在强有力的医疗保障体系尚未完全建立之前就大力度推进“供给侧”改革，其难度之大可想而知。

就全球范围来看，全国性的公立医院改革要么没有发生过，要么就是教训多于经验。面对如此大的不确定性和技术难度，2010年开始，中央政府指导了4批次的改革试点，期待能够鼓

① 彭浩然等：《中国地方政府养老保险征缴是否存在逐底竞争？》，《管理世界》2018年第2期。

② 郑功成：《中国社会保障70年发展（1949—2019）：回顾与展望》，《中国人民大学学报》2019年第5期；岳经纶、程璆：《新中国成立以来社会福利制度的演变与发展——基于社会权利视角的分析》，《北京行政学院学报》2020年第1期。

③ 仇雨临：《中国医疗保障70年：回顾与解析》，《社会保障评论》2019年第3期。

④ 朱恒鹏等：《财政补偿体制演变与公立医院去行政化改革》，《经济学动态》2014年第12期；李玲、江宇：《公立医院改革如何破题》，《中共中央党校学报》2009年第4期；顾昕：《行政型市场化与中国公立医院的改革》，《公共行政评论》2011年第3期。

⑤ 世界卫生组织著，王汝宽等译：《2000年世界卫生报告——卫生系统：改进业绩》，人民卫生出版社，2000年，第191页。

励地方政府先行先试,探索各种改革方案,积累经验。单单是城市公立医院改革就有两百多个地市参加,其涵盖面之广、试点内容之多,在新中国社会政策领域改革中也是非常少见的。随着著名的“三明模式”横空出世,高层决断把三明医改经验作为范本向全国推广。^①2017年之后,随着第四批国家联系的改革试点告一段落,全国公立医院均全部开展“公立医院综合改革”,标志着医改迈入新阶段。

本文站在卫生治理和政策过程的角度,系统梳理2009年至2019年中央层面有关政策文件,并通过主题建模等方法进行分析,试图归纳这11年公立医院改革试点的宏大画卷,并总结社会政策领域大型试点的重要特征和一般规律,以期深化对具有中国特色试验性治理的认识。我们的研究发现,这项大规模政策试点呈现出多个显著特征,即空间嵌套、内容嵌套和过程嵌套,多重嵌套的试验模式使得试点实现了“要素整合”。第一,空间嵌套构建了地域范围内的试点网络,形成央地之间、横向组织间的信息传递渠道,通过中央引导、地方实践和先进经验等学习路径,提升试点主体的学习能力。第二,内容嵌套则是政策工具和政策目标相匹配的过程,以政策组合来应对改革路径的不确定性。第三,过程嵌套体现的是试验性治理的渐进性特征,无论是综合改革还是单项试点都在多次反复试验中总结经验、减少改革风险,同时以具有典型性和示范性的试点来化解改革阻力,推动政策执行。

二、中国特色的试验性治理与试点嵌套

政策试点是最为典型和普遍的政策试验方式,同时也是中国国家治理策略体系的重要组成部分。^②在局部范围内进行的、旨在发现新型制度和治理工具的政策试验成为中国重要的制度创新源泉。中国的政策试点既不是漫无目的的“试错”,也不是先入为主的“试对”,而是中央主导的“政策求解”过程,^③从而实现“稳中求新求变”的目标。

对于中国政策试点的关注始于德国学者韩博天从经济改革中提炼出的分级制改革(policy experimentation under hierarchy)。周望对政策试点的历史脉络、基本类型和理论框架做了系统研究。^④其中,政策试点的运行机制是试点研究的核心议题,大致分为3类研究视角。首先,央地关系是试点研究的基础,40年来中国改革的核心内容是中央政府与地方政府之间就治理目的和手段的权力配置进行改革。^⑤通常从自上而下、自下而上、上下互动等3个方面定位上级政府与下级政府在试点过程中的角色及责任。相关影响因素包括中央政府推动力、地方试点竞

① 王春晓:《三明医改:政策试验与卫生治理》,社会科学文献出版社,2018年,第206页。

② 韩博天:《通过试验制定政策:中国独具特色的经验》,《当代中国史研究》2010年第3期。

③ 梅赐琪等:《政策试点的特征:基于〈人民日报〉1992—2003年试点报道的研究》,《公共行政评论》2015年第3期。

④ 周望:《“政策试验”解析:基本类型、理论框架与研究展望》,《中国特色社会主义研究》2011年第2期。

⑤ 李文钊:《党和国家机构改革的新逻辑——从实验主义治理到设计主义治理》,《教学与研究》2019年第2期。

争力、非试点地区的学习力、^①央地官员形成的信息网^②等。通常情况下，上级政府承担问题研判、方案斟酌、政策合法化的角色，^③下级政府则负责提供试点方案、承担试点风险，并反馈试点效果。其次是从试点过程来寻找政策变迁的逻辑，刻画试点的宏观运行阶段，以归纳一种全景式的发展历程。总体来说，“先行先试→典型示范→以点促面→逐步推广”成为中国绝大多数新政策在得到正式认可和全面实施之前所必须要经历的固定程式。^④

随着对试点研究的进一步深入，仅仅停留在粗描试点阶段已经不能充分解释多种多样的试点实践，因此学者们开始转向对试点具体阶段的深入挖掘，例如政策试点选择机制、^⑤试验机制、^⑥学习机制^⑦等，对各领域试点过程越来越细致的剖析则为政策试点因果机制的探讨提供了分析思路。第三类研究思路则是探寻试点创新扩散的因果机制，尤其是对于政策扩散的研究非常丰富，包括扩散的关键行动者、影响因素、模式机制等都有详尽的讨论。^⑧虽然试点的最终目的是推广应用，但并非所有试点都以解决全国普遍存在的问题为根本目标。2017年深改组会议上提出了试点本身也是创新的观点，提出了分析各个试点内在联系、加强试点工作统筹、把握改革试点工作节奏的要求。

综上所述，已有对政策试点的研究越来越聚焦于单一试点的解析，而对试点间联系的研究相对薄弱，对于大规模、多层次、多阶段、多内容的“超大规模试点”的理论总结更是有限。中国的政策试点应该作为整体性系统来看待，如果刻意分割试点过程，将无法深刻全面理解试验性治理的根本机制。本文基于新医改中公立医院改革的历程分析，提出“试点嵌套”是中国公立医院改革的政策过程特征；这一模式可以很好阐释超大规模试点和试验性治理的生成机制，并对试点的要素整合能力展开剖析。已有的许多研究虽然没有明确使用“试点嵌套”这一概念，但表达了单一政策试点中常规与非常规政策运行机制相互作用的观点。例如刘义强、李壮发现，扶贫领域的试点体制是一个包含5级领导小组、联席会议、工作专班、项目制、科层体制等的组织嵌套模式。^⑨“嵌套试验”这一概念最早是由李晓芳等明确提出的，作为解释政策试验推动政策创新的重要条件，其基本特征是多区域分级分类试点、双轨制对照学习以及项目化分级

① 周望：《如何“由点到面”？“试点—推广”的发生机制与过程模式》，《中国行政管理》2016年第10期。

② 朱旭峰、张超：《央地间官员流动、信息优势与政策试点——以国家可持续发展议程创新示范区为例》，《公共行政评论》2020年第4期。

③ 李娉、杨宏山：《中国试验治理的注意力转变与制度发展》，《甘肃行政学院学报》2020年第3期。

④ 周望：《政策扩散理论与中国“政策试验”研究：启示与调适》，《四川行政学院学报》2012年第4期。

⑤ 黄飏：《当代中国政府的试点选择》，浙江大学博士学位论文，2018年。

⑥ 赵慧：《政策试点的试验机制：情境与策略》，《中国行政管理》2019年第1期。

⑦ 宋云鹏：《试点引致政策创新机制研究——以医保和卫生政策为例》，《社会保障评论》2020年第3期。

⑧ 马亮：《府际关系与政府创新扩散：一个文献综述》，《甘肃行政学院学报》2011年第6期；朱旭峰、张友浪：《地方政府创新经验推广的难点何在——公共政策创新扩散理论的研究评述》，《人民论坛·学术前沿》2014年第17期。

⑨ 刘义强、李壮：《中国国家治理体系的内在紧张与自我调适——基于湖北省L镇综合扶贫改革的个案研究》，《学习与探索》2017年第8期。

运作。^①陈宇和孙泉坤提出低碳试点在政策执行过程中采用了“多重嵌套的试点示范机制”，主要采用地域范围内的嵌套和行业范围内的嵌套两种形式。^②前者主要指省、市、县、区将低碳试点层层开展，通过城区、园区等区域形成低碳示范建设；后者是以低碳试点为核心，将能源、交通、建筑等项目相结合推动全行业发展，这种模式起到了降低试验风险、弱化阻力以及增强执行主体积极性的作用。

本研究基于已有的试点嵌套研究，根据时空属性、内容特征和过程机制，构建了试点嵌套的分析框架。首先，试点是在一定时间段和一定范围内进行的具有探索与试验性质的改革活动，^③因而具有多元、多维、多层的时间和空间属性。其次，政策制定者不仅仅要瞄准某个单一领域的公共问题，也要注重公共政策可能产生的复杂影响，特别是不同政策之间的相互作用。因而，何时在何地推出某项试点？多项试点前后顺序和推动节奏如何安排？这些都是复杂的政策设计（policy design）问题，事关整个改革效果能否最大化。最后，试点所遵循的“典型经验—合法性认可—组织化扩散”过程是在现实中往往多次反复，并非一蹴而就。^④因此，过程嵌套体现了高度不确定性下最大程度反复试验的核心机制。图1展示的便是以公立医院改革为场景的试点嵌套模式，反映了在卫生政策乃至社会保障领域具有中国特色的试验性治理的作用机制，下文将着重对这一模式进行深入阐释。

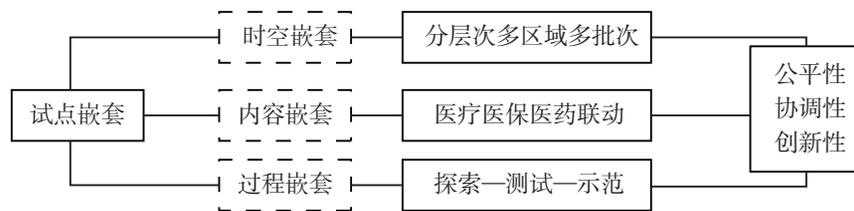


图1 公立医院改革试点嵌套模式

三、研究方法

（一）资料来源

本研究主要收集涉及公立医院改革的中央层面政策文本。首先，我们在北大法宝、中国知网等专业文献库中分别以“公立医院”“医药”“医疗保险”“医疗卫生”作为关键词进行搜索，获得共计1909条记录。其次，在中共中央、中央人民政府、国家卫生健康委员会、人力资源和社会保障部等相关官方网站再次以上述关键词系统收集，查漏补缺共计录得4130条。其后，

① 李晓方等：《嵌套试验与创新涌现：深圳市“织网工程”政策试点的过程分析》，《甘肃行政学院学报》2017年第5期。

② 陈宇、孙泉坤：《政策模糊视阈下试点政策执行机制研究——基于低碳城市试点政策的案例分析》，《求实》2020年第2期。

③ 周望：《中国“政策试验”初探：类型、过程与功能》，《理论与现代化》2011年第3期。

④ 张勇杰：《渐进式改革中的政策试点机理》，《改革》2017年第9期。

我们按照如下原则筛选政策文本：一是发布时间限定在 2009 年至 2019 年之间；二是保留中央层面公开发表的政策，包括党内法规、行政法规、部门规章等，排除司法解释、行业规定、团体规定、政策解读等类型的文件；三是保留在内容上与公立医院改革密切相关的政策文件，剔除批复、通报、人事任免、例行报告、申报表等类型的文件。最终，我们的文本库包含了 2009 年至 2019 年间公立医院改革相关政策文本 242 份。

依据文本内容，样本中的文件可分为综合指导性文本和专项改革性文本（如图 2）。前者是具有纲领性的政策文件，能够帮助我们梳理公立医院改革思路的顶层设计过程和发展脉络，通常以“医药卫生体制改革年度重点工作”“卫生工作年度要点”“公立医院改革试点指导意见”等为题，发文机关一般是中共中央、国务院、国务院深化医药卫生体制改革领导小组。例如：《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》《国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室、卫生部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》《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广福建省和三明市深化医药卫生体制改革经验的通知》等。第二类文本是基于纲领性文件所发布的专项改革政策，在把握改革总方向的基础上，根据需要提出实践中的改革方略乃至具体的政策工具。发文主体以国家卫生健康委员会（原卫生部、国家卫生计生委员会）为主，文件主题涵盖电子病历、按病种付费、薪酬制度改革、医联体建设、现代医院管理制度试点等。从发文数量来看，综合指导性文件占总文本量的 21.5%，专项改革性文件占 78.5%。可以看出，2009 年以后公立医院改革既重视顶层规划设计，又将专项改革的落实作为突破口。自 2015 年城市公立医院改革指导意见开始，宏观政策数量在不断下降，而具体政策数量逐年增加，公立医院改革在渐进探索中逐渐找到一条“往里走、往实走”的道路。

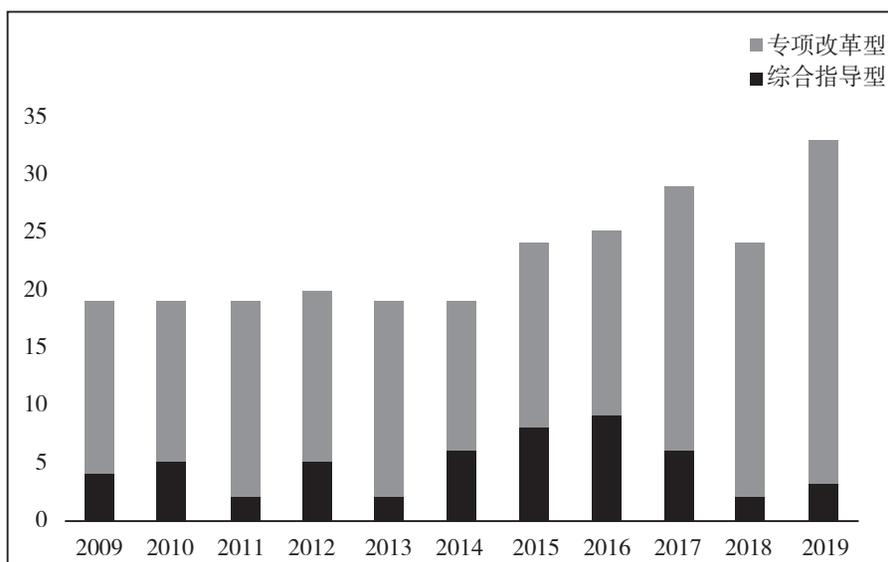


图 2 2009—2019 年公立医院改革政策文本数量

资料来源：作者统计。

（二）分析方法

主题建模 (topic modelling) 在自然语言处理领域中越来越受到关注, 已被广泛运用于图书情报和新闻传播等学科。相较于传统的内容分析通常借用 NVivo 等质性研究软件, 用人工编码的方式对文本内容进行主观拆解和评估, 主题建模则使用文本挖掘更加有效地处理大量文本, 从而更加客观系统地探测潜在的重要主题类别。因此, 该过程更加透明和可复制, 有助于克服手动分类的主观性和可能产生的歧义。^① 在众多主题模型算法中, LDA (潜在狄利克雷分配模型) 是最常用的算法之一, 它是由 Blei 等人提出的基于概率模型的主题模型算法。这种无监督机器学习技术可以用来识别大规模文档集或语料库中潜在隐藏的主题信息。^② LDA 可以集中每篇文档的主题以概率分布的形式输出, 根据主题分布进行聚类, 较好地起到了主题降维的作用。

在开展主题建模前要进行文本预处理, 主要包括以下 3 个步骤: 第一步是建立语料库, 我们先将全部政策文件合并, 剔除发文字号、附件、表格等信息, 创建了具有 242 个文本的语料库, 之后将文本内容按照完整的语义段落分割为 2238 行。第二步是中文分词。本研究使用被广泛应用于中文文本分析中的 Jieba 中文分词包, 同时针对卫生政策中专有名词, 本研究还增加了定制词典, 例如“两票制”“住院医师规范化培训”“临床路径管理”“按疾病诊断相关分组付费”等, 这样有助于提高分词精确度。第三步是删除停用词, 包括常用停用词, 例如标点符号、数字、连词等, 并根据研究主题在停用词典中新增类似于“医院”“医生”“公立医院”“卫生健康委”“卫生部”“上报”“落实”“建立”等经常出现但无实际指向的词汇, 以尽可能减少对于主题建模的干扰。在分析阶段, 我们运用可视化安装包选取前 50 个关键词绘制词云图, 随后运用 Python 软件中 genism 包对完成预处理的文件转变为词向量集, 每一个文档都被表示为若干词语组成的向量。

四、新医改以来公立医院改革试点的历程分析

如前所述, 公立医院是 20 世纪 80—90 年代医疗过度市场化造成的一系列问题的主要聚集地。2005 年国务院发展研究中心课题组著名的研究报告指出过去 20 多年中国医疗卫生体制改革“基本不成功”, 其中主要的问题都在公立医院的服务中得到体现。2006 年 6 月, 国务院成立的深化医药卫生体制改革部际协调工作小组对于一些地方性的公立医院改革举措开展调研, 例如北京大学课题组曾前往江苏宿迁展开独立调研, 之后完成《宿迁医改调查报告》, 并上交卫生部讨论, 为下一步改革总结经验。2007 年中共中央总书记胡锦涛在十七大报告中明确要求“深化公立医院改革”。虽然只有短短 8 个字, 却是在中共党代会的政治报告中第一次正式提

① Paul DiMaggio, et al., "Exploiting Affinities between Topic Modeling and the Sociological Perspective on Culture: Application to Newspaper Coverage of U.S. Government Arts Funding," *Poetics*, 2013, 41(6); Richard M. Walker, et al., "Topic Modeling the Research-practice Gap in Public Administration," *Public Administration Review*, 2019, 79(6).

② David M. Blei, et al., "Latent Dirichlet Allocation," *Journal of Machine Learning Research*, 2003, 3(1).

出这一任务，足见最高层对这项改革的重视程度。2008年，国务院参事室成立了公立医院深化改革专题调研组，对北京、天津、上海、江苏、河南、辽宁、四川、浙江等9省市开展专题调研，形成了《关于大力推进城市公立医院改革试点的建议》，并向国务院领导汇报。^①2009年，国务院总理温家宝在政府工作报告中提出推进公立医院改革试点作为医药卫生事业发展的重点工作之一。至此，党和政府以及卫生部门开始从顶层设计的高度看待公立医院改革工作，但由于参与医改决策的部门众多、意见不够一致，且改革复杂性空前，改革方案难以达成择优共识，因此，新医改伊始的公立医院改革政策方案是笼统而模糊的，这也客观上为改革模式的探索提供了更广空间和更多的可能性。

在新医改中，公立医院改革的顶层设计是怎样的？政策目标与政策工具又是如何匹配的？公立医院改革与医药卫生体制改革其他领域如何配合？根据关键性文件出台的标志性意义，我们可以将改革过程划分为3个阶段。以《关于公立医院改革试点的指导意见》为标志，第一阶段从2009年至2013年，以2010年第一批公立医院试点的确立为核心，开始了改革的“试点探索”阶段。第二阶段从2014年至2016年，以《国务院办公厅关于城市公立医院试点的指导意见》和第二、三、四批试点的确立为特征，构成两百个城市参加的改革试点网络，由点到面，可称为“试点扩大”阶段。接下来第三阶段则是从2017年至2019年，国务院要求在总结前几批全国试点经验、尤其是三明模式的基础上，全面推开公立医院综合改革，称为“全面推开”阶段。2009年以来改革的基本历程如图3。

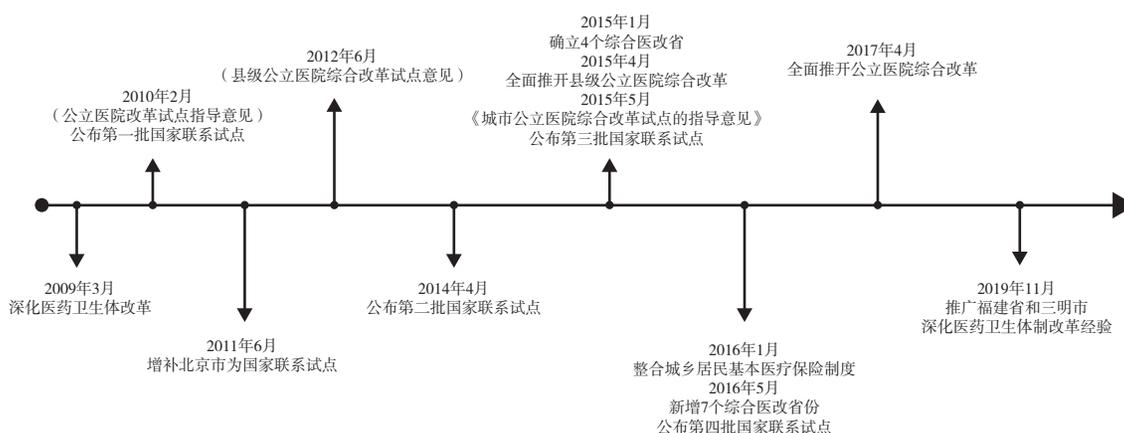


图3 公立医院改革的发展历程图

(一) 试点探索期

2009年是新医改开局之年，中共中央、国务院发布了关于深化医药卫生体制改革的若干意见的权威性文件，指出当前我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发

^① 国家卫生健康委员会体制改革司：《国务院参事到卫生部调研公立医院改革试点工作进展情况》，国家卫生健康委员会官网：<http://www.nhc.gov.cn/tigs/s10006/201011/87600b7c4ad5400caa1ba31daaca67fc.shtml>，2010年11月16日。

展要求不适应的矛盾还比较突出,主要体现在城乡医疗卫生服务资源配置不均衡、医药购销流通过程不规范、医保体系不完善、政府卫生投入不足、医院管理体制不合理、医药费用上涨过快、个人负担过重等。针对以上问题,同年7月国务院公布了医药卫生体制改革5项重点任务,分别是:加快推进基本医疗保障制度建设、初步建立国家基本药物制度、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务均等化、推进公立医院改革试点,其中公立医院改革是唯一的以试点形式展开的改革任务。相较于其他改革所具有的清晰目标和明确时间节点,公立医院改革则显得目标模糊并且所提出的要求极为宽泛。2010年2月,卫生部、中央编办、国家发改委、财政部和人社部发布了《关于公立医院改革试点的指导意见》,这是新医改中首次针对公立医院改革试点所发布的中央层面指导性文件,提出坚持公立医院的公益性质和主导地位。2月22日,确定了首批16个城市作为国家联系试点,之后2011年7月增补北京市进入首批试点。经过一年的试点探索,2012年到2013年城市公立医院改革进入“评估反思期”,同时县级公立医院综合改革拉开序幕,与城市公立医院改革相互配合。

通过2009年至2013年中央政策文本的词云图(图4)可以较为清晰地看到“基层医疗卫生机构”“基本药物”“非公立医疗机构”“公共卫生服务”“全科医生”等词汇,这些关键词在很大程度上反映出这一时期改革的重点内容。在试点探索期,改革的要求是重点抓好对缓解群众看病难、看病贵问题作用直接、效果好、易于操作的任务。这一阶段改革的特点是“基础为主,边试边推”,重点包括3个方面。一是基层医疗卫生机构、基层医疗卫生、对口支援、乡镇卫生院等关键词指向了一个共同主题就是医疗服务体系,这也正是新医改“四梁八柱”之一,目标是强基层,将患者从三级医院中分流回基层,解决三甲医院门庭若市、基层机构门可罗雀的问题。与此相联系的就是全科医生队伍建设,目标是为“强基层”培养一大批合格的居民健康和控制医疗费用的“守门人”,这项试点可谓是构建分级诊疗体系的“必答题”。试点探索期的第二个重点方面是医疗卫生管理的基础性工作。公立医院改革比医保、药品等改革更为困难,需要调整复杂的利益格局,改革许多体制机制甚至潜规则,还要为更深层次的改革做许多基础性工作。^①例如,临床路径管理一方面旨在规范诊疗行为,提高服务标准化水平和效率,同时也是为更大范围的按病种为基础的付费方式改革创造条件。再比如,电子病历系统建设也是精细化医院管理和临床服务的基础性工作,且不直接与形形色色的物质利益相冲撞,属于较易推进的改革。这一时期改革的第三个重点方面是药品改革。20世纪80年代以来,我国药品生产流通、定价、采购和临床使用的全过程问题频发,积累了深层次矛盾。不但造成了以药养医的痼疾,也为很多腐败行为创造了机会;大处方和药物不当使用问题非常突出,使得我国卫生总费用中一度有高达四成来自药品支出。新医改以来,中央政府以极大的政治勇气决心根治药品领域的一系列乱象,国家基本药物制度出台,实行了近30年的药品加成逐步取消。在我们的政策文本库中,可以看到与药品有关的政策内容一直居于非常显著的位置,且贯穿这11年改革的3个阶段。在试点探索期,药品改

^① 李玲、江宇:《公立医院改革如何破题》,《中共中央党校学报》2009年第4期。

革强调国家基本药物制度在公立医院“落地”，同时探索药品集中采购，上述的试点工作对于药品领域一系列深层次改革能够陆续开展起到了基础性作用。



图 4 2009—2013 年政策文本词云图

总体来说，试点探索期的改革内容偏重于公立医院管理服务工作和为医药领域的其他系统性改革做好基础和配套工作，改革在思路并没有过多调整，在实践上主要还是沿着过去的路径稳步前行，涉及体制机重的重大改革相对较少。值得一提的是，改革试点初期，中央层面的指导文件曾多次强调非公立医疗机构的重要作用，政策意图明显指向鼓励民营医院发展，但是这一主题在后来的几年中逐步淡出，反映了政策制定者对于非公医疗机构在我国医疗体系中角色定位的认识也在逐步调整。

（二）试点扩大期

2009 年到 2013 年的 5 年医改历程，许多改革初见成效，尤其是基本医疗保障（三大社会医保）体系和基本药物制度等，都从“初步建立阶段”进入“巩固完善阶段”。^①在 2014 年深化医药卫生体制改革重点工作中，公立医院改革首次成为第一项改革工作。在原有 5 项重点工作中，基本医疗保险基本覆盖城乡居民，其中新型农村合作医疗有 8.02 亿人参保，参保率达 98%；城镇居民和职工基本医疗保险参保人数总计 5.73 亿，参保率近 80%。^②基层医疗卫生机构数量从 2009 年的 88.2 万个增长至 2013 年的 91.5 万个，占全国医疗卫生机构的 94%，^③机构的分布比例也在渐渐调整。

2014 年是新医改的第六年，到了利益调整的“深水区”，需要实质性突破。2015 年 5 月，首次以国务院办公厅的名义发布《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，这是时隔 5 年中央层面对公立医院改革又一次作出明确战略指导的文件。其中较为明显的变化是，改

① 仇雨临：《中国医疗保障 70 年：回顾与解析》，《社会保障评论》2019 年第 3 期。

② 参见国家卫生和计划生育委员会：《中国卫生统计年鉴（2014）》，中国协和医科大学出版社，2014 年，第 333-334 页。

③ 参见国家统计局：《中国统计年鉴（2020）》，中国统计出版社，2020 年，第 697 页。

革任务中首次出现了建立适应医疗行业特点的人事薪酬制度、理顺医疗服务价格等内容，对于补偿机制、分级诊疗则提出了更高要求。为了在更大范围内进行探索，国家卫计委在2014年、2015年和2016年分3批增加了183个城市为公立医院改革试点城市，至此共计两百个地市参与城市公立医院改革。中共十八届五中全会明确提出，深化医药卫生体制改革，实行医疗、医保、医药联动。2015年全国卫生计生工作会议确定江苏、福建、安徽、青海等4省为全国综合医改试点省，改变了以往以县市为医改试验田的做法，旨在更大范围内为医改取得突破积累经验。2016年5月，国务院医改领导小组增加了7个省级行政单位（上海、浙江、湖南、重庆、四川、陕西和宁夏）作为综合医改试点省份。在试点扩大期，改革试点的地理和行政范围都有巨大拓展。

通过2014年至2016年的政策文本词云图（图5）可以看出，分级诊疗、基层医疗卫生机构、医疗服务价格、医疗费用等词出现频率较多，也与2015年指导意见中许多重点工作相呼应。这一时期的改革特点在于“有破有立，改革联动”。围绕破除以药补医、创新体制机制、调动医务人员积极性等3个关键环节，在政策实践领域也开始出现医疗保障配合公立医院改革的内容，可见社会医保日益增强的分量为这个“第三方购买者”撬动医疗服务提供者的改革创造了条件。试点扩大期的改革仍然把基层医疗卫生机构建设摆在非常突出的位置，为构建基层首诊、双向转诊、急慢分治以及上下联动的分级诊疗模式创造条件，积累经验。国家卫计委主要领导曾强调，“分级诊疗制度实现之日，乃是我国医疗体制改革成功之时”。这个领域的政策试点也取得了不少经验，例如河南省建立贯通市、县、乡、村四级医疗机构的智能分级诊疗平台。厦门“三师共管”的分级诊疗改革探索针对慢性病患者的健康管理新模式，不但提高了社区首诊率，也推进了家庭医生医生的发展。东莞市健全与分级诊疗相适应的医保政策，推行“社区首诊”，优化在不同级别医疗机构就诊时的医保阶梯化报销比例，力图通过经济杠杆进一步引导患者合理就医。至2016年，全国总诊疗人次中基层医疗卫生机构占55.1%，医院占41.2%，服务下沉初见成效。^①



图5 2014—2016年政策文本词云图

^① 《2016年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》，国家卫生健康委员会官网：<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201708/d82fa7141696407abb4ef764f3edf095.shtml>，2017年8月18日。

试点扩大期的改革逐步开始触及深层次的改革难点，尤其是调整畸形的医药价格体系。随着药品零加成规定的实施，破除长期存在的以药养医问题已具备基本条件，但是剧烈的改革需要考虑医疗机构的承受能力以及长远健康发展，因此医疗服务价格调整成为改革的重要内容，按照“腾空间、调结构、保衔接”的思路破除旧机制、建立新机制。2015年公立医院改革评估中，以三明医改为核心的福建医改成为典型经验，以其“两票制”为代表的药品耗材招标采购改革在中央的认可下逐步实现政策扩散。试点扩大期的改革与探索期相比的一个重要特征就是，很多在早期没有精力做的重要工作，在这一时期快速展开试点，最有代表性的就是异地就医和远程医疗。这些工作虽然不似前面分析的重点改革任务那样具有全局性地位，但事关医疗资源配置的公平性，并非可改可不改的“自选动作”，可见在试点扩大期，改革导向越来越强调效率和公平的辩证统一。

（三）全面推开期

2009年以来，公立医院改革通过单项试点、试点城市、试点省份等形式不断积累经验，寻找可以推广的改革方案。但是在两百个城市试点所形成的改革经验难免“碎片化”，在一时一地收获的初步成效，能否在全国范围内推广，仍有相当的不确定性。一分政策，九分实践。2017年国家卫计委计划全面推开公立医院综合改革工作。为了使改革向纵深推进，同年8月确定公立医院综合改革首批15个国家级示范城市。2018年3月的国务院机构改革成立了国家医疗保障局，集医保支付和补偿、药品招标、价格谈判和监督管理于一体，以强势“第三方购买者”的角色进入医改。^①从4批次200个城市的大范围全国性试点，到公立医院综合性改革全面推进，其中的分水岭即是闻名全国的三明模式。虽然多批次的试点积累了不少有益的经验，但是无论在改革的全面性、措施手段的力度和改革成效方面，都无法和三明医改相提并论。2019年国务院深化医药卫生体制改革领导小组专门发布文件，鼓励各地学习三明经验，深改组也多次要求将这个成功模式推广全国，这是新医改以来最高层首次明确提出对某一地方经验的学习推广要求。三明医改通过地方自主改革所取得的显著成效得到了中央政府的青睐，并进一步向全国辐射。^②三明模式的推广既明确了公立医院综合改革的路径，又在一定程度上形成了督促各地对标落实的必要压力。

2017年至2019年政策文本词云图(图6)出现了新的高频词语，如“医联体”“互联网”“医共体”等，为公立医院改革注入了新内容；也有不少多次出现的高频词，如“药品”“医疗服务价格”“基层医疗服务”等，这些关键词的反复出现意味政策的延续，也体现公立医院改革走向纵深。全面推开期改革的关键特征是“全面推开、绩效导向”。从2012年开始，城市公立医院改革目标中提出了把根除“以药补医”作为关键工作，以改革补偿机制和建立现代医院管理制度为抓手。继2017年全面推开取消药品加成工作后，2018年国家卫健委联

① 郑功成：《“十四五”时期中国医疗保障制度的发展思路与重点任务》，《中国人民大学学报》2020年第5期。

② Alex Jingwei He, "Manoeuvring within a Fragmented Bureaucracy: Policy Entrepreneurship in China's Local Healthcare Reform," *The China Quarterly*, 2018, 236(11).

合多部门发文要求巩固破除以药补医改革工作的成效，把改革延伸到高值医用耗材领域，继续为医疗费用“挤水分”。在前两个阶段改革成效的基础上，全面推开期的公立医院改革将重点任务转向“健全现代医院管理制度”。国务院办公厅、国家卫健委等机构相继开展薪酬制度试点、现代医院管理制度试点、国家组织的药品集中采购试点、城市医疗联合体试点等多个单项试点，同时也加大综合试点的改革力度，从局部试点转向省域推进。2020年9月，国务院深化医药卫生体制改革领导小组简报中对于各个综合医改省份推动重点工作的做法予以总结肯定。2019年是自2010年公立医院改革首个指导方案颁布后的第10年，国家卫健委等部门通过一系列绩效考核以评估总结改革的实际成效。与此同时，把群众需求和政府意志有效传递给医院，并通过医院内部绩效考核再传递到科室和个人，以期最终引导医院更好地履行公益性职责。这个时期的改革赶上了“互联网+”医疗和健康大数据技术的快速发展，凭借改革前两阶段在信息化建设和电子病历方面打下的基础，进一步通过科技手段助推公立医院改革。此外，在4批次的城市公立医院改革试点中，很多地方涌现出不同形式的医联体、医共体创新，虽然未必都具有全国范围内的推广价值，但也为医疗服务体系的结构优化提供了新的思路和模式。



图6 2017—2019年政策文本词云图

五、试点嵌套框架下公立医院改革逻辑

(一) 时空嵌套：多批次分级试点

试点的选择是政策试验运行过程的重要环节。政策试验虽然具有各种优势，但并非所有的试点都能够实现创新和扩散。因此，试点设计和选择不能随意而为。^①由于公立医院改革方案的模糊性，使得初步的试点经验在改革初期就全面推行存在一定风险，因而在试点选择机制中

^① 刘宏玉、范炳良：《政策试点的产生机制及偏离效应分析——以中央发动的政策试点为例》，《领导科学》2019年第4期。

存在明显的空间嵌套，具体表现为两个方面。一方面是试点在不同层级政府间的不断扩大，改革进程分为城市公立医院改革和县级公立医院改革两条主线。2017年后公立医院综合改革全面推开，选拔了11个综合改革试点省，至此形成了“县级-市级-省级”三级空间范围的嵌套。2010年选拔的16个城市公立医院改革试点，既可以在全市范围内县级（二级）以上公立医院开展，也可以选取部分有代表性的医疗机构进行试点。2014年至2016年间3批城市公立医院改革试点则要求试点城市范围内县级（二级）以上公立医疗机构都要开展综合改革。2016年新增的7个综合改革试点省则要求对于国家层面明确的重点任务要坚决推进，并在全省（区、市）范围内推广；对于暂时条件不成熟、把握不准的问题，可选择部分地区先行试点，积累经验后逐步推开，确保改革能够积极稳妥推进。由此可见，在公立医院改革过程中，通过自下而上的机制，将地方创新不断总结升华，用于完善中央政策；同时通过自上而下的机制，以中央要求的方式将顶层设计付诸地方实践。

另一方面，在横向区域扩展中，在东中西地区间，改革试点呈现出“自东向西”的扩散趋势（如图7）。第一批试点中，东部地区城市数量较多，随后逐渐向中部地区增加。直到第四批中，西部地区城市数量占一半左右。在区域之间，试点呈现“中心扩散”的邻近效应。例如，在第三批试点中，安徽省有14个城市、江苏省有11个城市、福建省有7个城市、青海省有7个城市，其中芜湖、镇江、三明、西宁在基本医保多元化经办、引导医联体建设、三医联动综合改革、推进分级诊疗等方面成为典型案例，并且这些省份后来均成为综合改革试点省。从改革的时空分布可以看出，公立医院改革试点的选择具有“中心带动、区域均衡”的特征，以典型经验城市为中心将政策率先在周围城市扩散，同时中央层面也注重东中西部地区间的分布，确保每个省份都有城市加入试点。

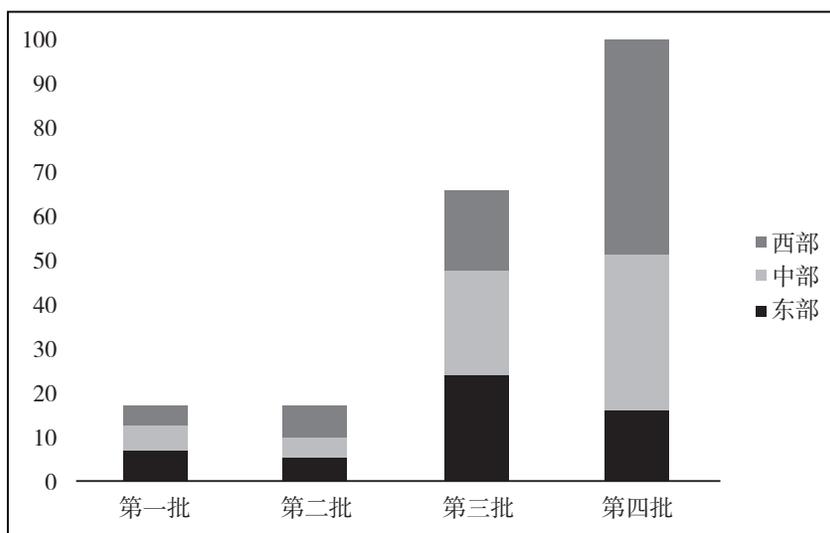


图7 不同地区公立医院改革试点的各批次数量分布

资料来源：作者整理。

（二）内容嵌套：三医联动

为了对11年3个阶段改革做出宏观把握，我们按照主题建模中最佳主题个数的研究，对属于某个主题的文档数占总文档数的主题概率做出分析。经过输出关键词的筛选，去除干扰词汇，我们最终保留18个主题；从主题内容来看（图8），改革实现了医疗、医保、医药的三医联动，公立医院改革的政策文件中既涉及基层医疗服务、医保支付方式、药品集中采购等，又有对公立医院内部管理机制的关注，包括医疗质量、现代医院管理、信息化建设、医院护理服务等。

结合文件关键词的时区分布图（图9），我们发现在不同时期公立医院改革与医疗、医保、医药改革都有密切联系。在试点探索时期，改革主要围绕基层医疗服务、基本药物制度、临床护理服务等基础性工作着力，为核心的体制机制改革做准备。在改革扩大时期，医保支付方式、分级诊疗、医疗服务价格成为新的重点工作，为改革补偿机制提供了具体的行动方向。在全面推开时期，现代医院管理制度、健康中国、医联体等主题的突显，说明政府为改革提出了新的要求，从“治疗疾病”向“预防疾病”和健康管理转变，实现更高水平的全民健康。与此同时，与公立医院改革相关的公共卫生体系、医疗服务体系、药品供应流通体系正逐渐成型，公立医院改革开始往“深”里走。经过政策试点的经验积累，开始了涉及众多利益主体的现代医院管理制度的改革实践。

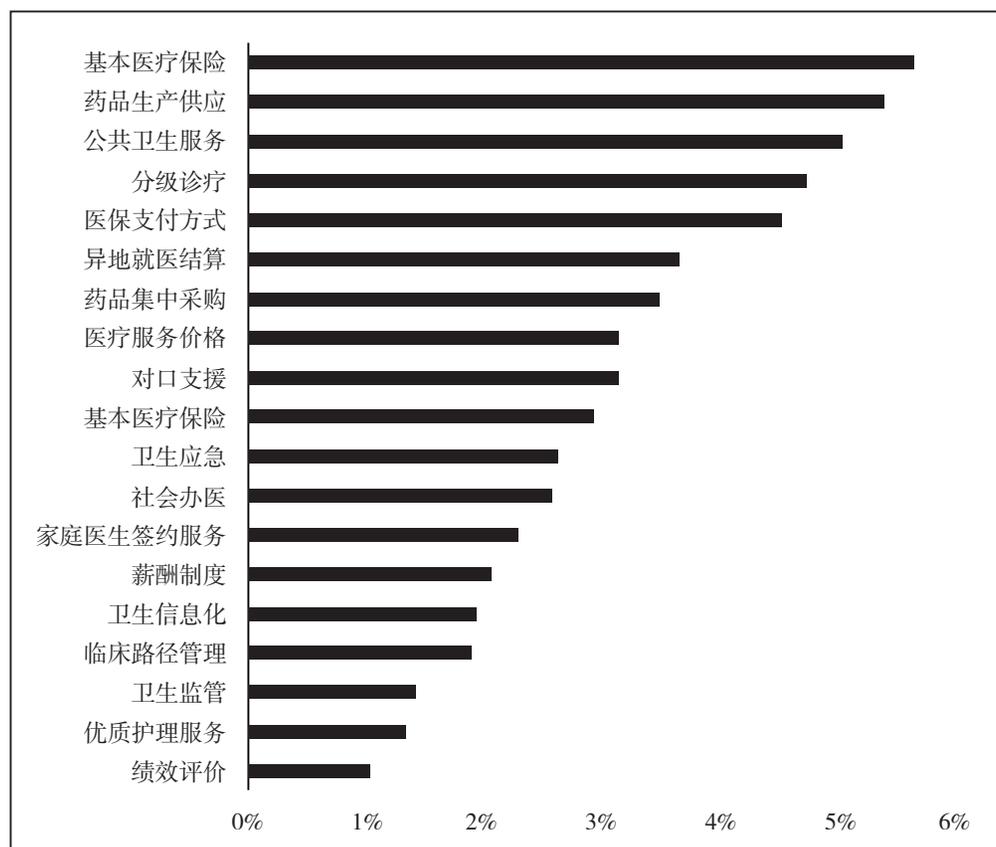


图8 18个公立医院改革主题概率



图9 公立医院改革政策关键词时区图

（三）过程嵌套：公立医院改革的创新与策略

阶段性的政策试点过程往往表现为从地方经验到国家政策调试与试点铺开再到政策试点的反馈。在试点探索期，公立医院改革的策略是“边试边推”，中央层面要求试点探索不断加速，力图尽快总结出行之有效的经验，为全国范围内的改革明确道路。首先，从试点选拔来看，卫生部共选拔出17个城市作为国家联系试点，其中很多城市也曾是过去各种医改的试点城市，例如著名的“两江模式”之一的江苏镇江。也有不少试点城市自主开展改革，并且在某些方面取得成效，例如山东潍坊自2005年底实行公立医院管理体制变革，创造了“管办分开不分家”的模式。2008年，安徽马鞍山开始尝试公立医院治理结构改革，分离了市属5家公立医院和市卫生局的隶属关系，组建起市立医疗集团。这些试点城市具有较好的改革经验，有利于公立医院改革“出效果”。其次，从试点时间来说，通过文件中的时间点可以窥见，2009年《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案》中将3年作为改革探索期限，之后提速到“一年试点，一年推开”。2011年公立医院改革试点工作安排中提出试点进入“点面结合、边推边试”的新阶段，改革探索时间越来越短。从试点策略来看，坚持“两条腿走路”，既要在全国实施一批看得准、见效快的改革措施，又要大力推动试点城市在管办分开、政事分开、医药分开等重大体制机制改革方面的积极探索；将实施便民惠民措施与推进综合改革、探索解决体制机制问题相结合，使两者相互支持、相互促进，形成持续内在动力，建立长效机制。从工作安排来看，卫生部出台的公立医院试点评估政策作为一种自上而下的行政压力，包括基线调查、派驻联络员制度、工作协调组制度、信息报送制度，以及卫生部长多次带队实地调研、第三方参与评估工作、试点领导机制等，以上围绕试点所开展的各项工作彰显了改革的紧迫性。

第一批试点着重于单项改革，因此各个试点尚未形成可推广的改革模板，于是开始陆续增补新的批次加入试点。在此期间，凭借上一阶段在医疗、医保、医药制度改革中取得的初步成果，加之对第一批城市公立医院改革试点和县级公立医院改革试点的总结反思，顶层的改革目标逐

渐清晰,将管理体制、运行机制、服务价格调整、医保支付、人事管理、收入分配等改革作为重点任务,试点策略转化为“稳中求变”;在中央确定的方向和原则下,鼓励地方发扬首创精神,大胆探索、锐意创新,突破政策障碍和利益藩篱,建立符合实际的体制机制。在总结经验的基础上,形成了一些具体的政策目标和行之有效的政策工具。2015年城市公立医院综合改革指导意见出台,改革的基本路径确定为“建立现代医院管理制度和科学补偿机制并且构建协同发展的医疗服务体系。”第三批和第四批试点所颁布的各地医改方案逐渐具有同质性特征,将相对清晰的政策方案在不同地方继续试点,希望能够检验试点方案的可推广性,对于不符合地方实际的政策则鼓励所在地进行因地制宜的修正。

在全面推开期,改革则是以“树立典型”为策略。树典型作为一种政府治理机制,权力的集中和有限分配性决定了趋近单一且符合治理需要的典型符号更能得到上行下效的贯彻。^①2016年12月,国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发了深化医药卫生体制改革典型案例的通知,其中介绍了福建省强化医改领导体制以及该省三明市“三医联动”推进综合改革、实行“两票制”等典型案例。2019年12月,国务院深化医药卫生体制改革领导小组提出进一步推广福建省和三明市改革经验,首次以正式文件的形式提及具体的经验典型,充分发挥典型经验对全局改革的示范、突破、带动作用,推动医改向纵深发展。在某种意义上,三明模式的横空出世为公立医院改革闯出了血路,其后得到来自高层的认可,最终为2017年全国范围内推开的综合改革定下了方案。

六、结论

公立医院改革是社会政策领域系统性改革的典型案例。2009年到2013年是增量改革时期,政府力图构建以基本医疗卫生服务体系、基本医疗保障制度、基本药物制度、公共卫生服务均等化为核心的改革基础,在公立医院改革中则选择局部地区深入探索专项改革的试点经验。2014年后,改革走向了存量改革,开始对利益格局进行重新分配,以破除以药补医机制为核心环节,通过降低药品耗材费用、取消药品加成、深化医保支付方式改革、规范药品使用和医疗行为等工作,在费用结构上留出空间,同步改革医疗服务价格和医务人员薪酬制度,形成医药卫生体制改革联动机制,逐步细化分级诊疗、按病种付费、药品集中采购等单项改革的政策工具。2017年公立医院综合改革全面推开后,将三明医改树立为典型,以各综合医改试点省为扩散中心,从局部试点、单项突破转化为省域推进、综合改革。综上所述,公立医院改革的嵌套试验可以理解为:以试点网络为基础,在“探索-测试-示范”的逻辑下,在综合改革和专项改革的循环往复中,整合医疗、医保、医药领域各要素,不断完善改革方案,深化改革力度。走向深入的公立医院改革,已经和医疗保障体系的建设完善紧密嵌套,密不可分。尤其是2018年

^① 许中波:《典型治理:一种政府治理机制的结构与逻辑》,《甘肃行政学院学报》2019年第5期。

以来，医疗保障体系和公立医院改革紧密配合，互相促进，实现了学界和实务界期待多年的良性卫生治理格局。因此，公立医院改革目前取得的初步成效，以及未来的进一步深化，医疗保障的“助推”和“倒逼”作用，至为关键。

随着试点应用领域在我国公共部门改革中不断拓展，试验性治理愈加体现出综合性和整体性特征。越来越多的多批次、多地区、跨行业、跨部门协同的超大规模试点不断涌现（例如智慧城市改革试点、低碳城市改革试点等），这是国家治理体系不断完善和治理能力不断提高的表现。但与此同时，设计与推进这样复杂的系统工程极具挑战。透过本文总结的公立医院改革试验嵌套模式（见图 10），我们可以看到改革从前期的模糊性决策逐渐探索出了一条三医联动的改革方案。

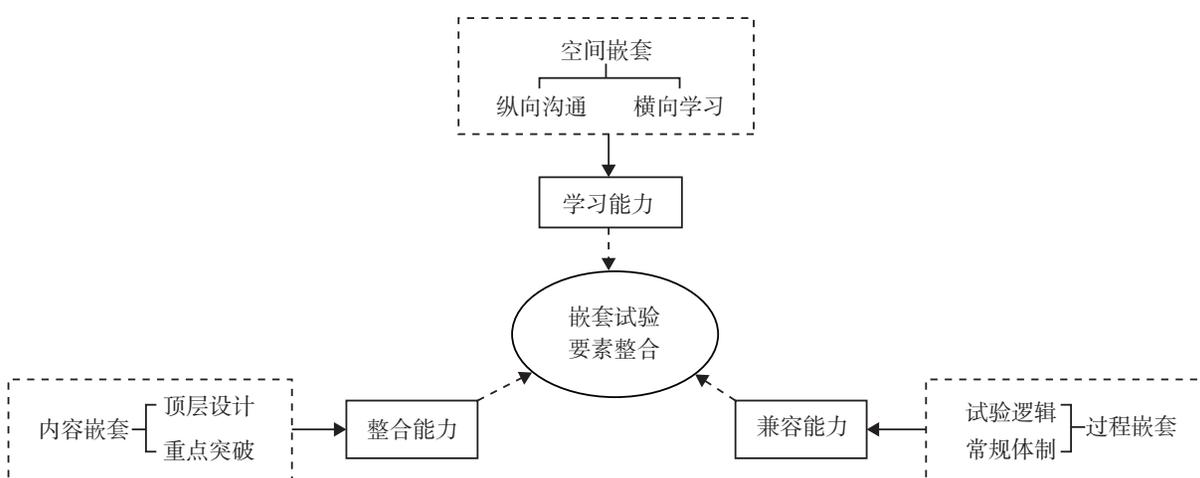


图 10 嵌套试验模式

我们的研究发现，多重嵌套的试验模式首先将超大规模试点视为一个整体的“政策系统”，通过顶层设计提升不同领域政策试验的协同性、系统性、整合性。其次，在面对不确定性时中央政府在不同阶段安排改革的优先顺序和重点任务，将整个改革过程分解为多个单项改革目标，在进行总体布局的基础上分别开展重点突破，然后再重新进行整合。改革可以针对特定领域而展开集中探索，同时通过政策间的相互组合提升改革效果。最后，试验性的政策制定机制尝试与常规性的政策执行机制相结合，注重试验治理的“兼容能力”。内容嵌套本质上也是组织间协作的过程，通过综合改革将不同部门主体形成政策网络，为了实现组织合作，试验方案要被不断优化调整以满足更多利益主体的诉求，减少改革阻力，使得方案更容易从局部经验上升为全局方略。总体来看，这些年公立医院改革波澜壮阔的画卷为具有中国特色的试验性治理提供了完整生动的案例，试点嵌套是在高度不确定性和利益格局高度复杂性约束下推进社会政策领域改革的有效模式，我们期待本文可以进一步推动新时期社会政策领域试验性治理的研究。

Experimentalist Governance and Nested Policy Experimentation: The Policy Logic of Public Hospital Reform in China

He Jingwei¹, Su Rui²

(Department of Asian and Policy Studies, The Education University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China;
School of Government, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510275, China)

Abstract: Frequent policy experiments are a hallmark of China's public policy process, through which experimentalist governance generates policy innovations and solves thorny problems. The existing literature predominantly focuses on single pilot programs, and there is a paucity of scholarly knowledge on long-term, cross-sectoral, multi-objective, and large-scale policy experimentation. Focusing on the case of public hospital reform in China, this paper analyzes the dynamics of this eleven-year grand reform program. The underlying policy logic of the public hospital reform and the broad health-care security reform is elucidated through content analysis and topic modelling. This paper reveals that nested policy experimentation serves as an effective approach for undertaking policy reforms in the social welfare sphere under extraordinary uncertainties as well as intertwined vested interest. The nested approach integrates geographic, substantive, and processual elements of policy experiment, and significantly improves policy learning capacity, coherence of policy design, and policy compatibility, eventually accelerating social policy innovations.

Key words: public hospital reform; experimentalist governance; nested experimentation; health-care security; health care reform; policy innovation

(责任编辑: 仇雨临)