

· 博士论文摘登 ·

试点引致政策创新机制研究

——以医保和卫生政策为例

宋云鹏

[摘要] 政策试点是中国政府官员制定政策时经常使用的政策工具。本文围绕政策试点如何引致政策创新这一核心议题,以医保和卫生政策试点为例,采用扎根理论研究方法,分析试点引致政策创新的机制。研究发现,政策导向学习贯穿试点全程,其会带来政策参与者信念体系的变化,推动试点实施进程;政策导向学习具有渐进性特征,即发起试点的官员通常从探索性学习逐步转变为验证性学习,信念体系相应逐步调整,或在试点过程中努力取得政策某一方面的创新,并以此为基础进一步试点,最终实现整体政策创新。基于以上发现,论文提出渐进政策学习理论,以对试点引致政策创新的机制予以解释。

[关键词] 政策导向学习;试点;政策创新

一、引言

政策试点也称政策试验,是中国政府官员制定新政策特别是重大、疑难政策普遍使用、行之有效的政策工具。在社会保障领域,如长期照护、公立医院改革、医疗保险制度改革、新型农村合作医疗制度建立等,无不使用试点这一政策工具。试点发挥积极作用的同时也暴露出一些问题。通过对既往试点进行提炼和反思,形成有益于中国改革的新理论、新指导和新方法,对推进国家各领域深化改革,实现社会主义小康社会决胜阶段的胜利有着积极意义。

(一) 基本概念

本文主要涉及3个基本概念:政策试点、政策导向学习和政策创新。一是政策试点。采用韩博天等的定义^①,即试点是中国政府在正式出台新政策或新法规前,官员筹备、测试和调整新政策和新法规时所采用的由点到面的工作方法。二是政策导向学习。主要参考萨巴蒂尔的观点^②,将政策导向学习定义为,政策试点过程中由试点经验和相关理论引致试点参与者特别是

[作者简介] 宋云鹏,青岛市卫生健康发展研究中心高级经济师,中国人民大学公共管理学博士。主要研究方向:公共政策、卫生政策。

[学位论文] 宋云鹏:《试点引致政策创新机制探讨——以医保和卫生政策为例》,中国人民大学博士学位论文,2018年,指导教师:李珍。

[基金项目] 国家社会科学基金一般项目“我国老年人长期照护多主体合作发展路径研究”(18BSH170)。

① 韩博天、石磊:《中国经济腾飞中的分级制政策试验》,《开放时代》2008年第5期。

② Paul A. Sabatier, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*, Westview Press, 1993, pp. 13-39.

政府官员信念体系变化,进而影响试点实施和政策制定的过程。三是政策创新。主要参考沃克^①和朱旭峰^②等人的观点,将政策创新定义为,发起试点的政府采纳经过试点探索和验证的新政策。其是政策制度化的静态表现形式,与动态的政策扩散、政策变迁等有明显区别。

(二) 文献综述

近几年,国内外学者愈发关注政策试点这一政策现象,学者主要从央地权力结构、组织理论和政治适应性等3个视角对中国政策试点触发和过程进行研究。对政策试点的研究主要集中在试点历史发展脉络、现实经验、发展趋势、存在问题和有关建议等,同时存在以下不足。(1) 试点引致政策创新机制研究不足。现有研究文献主要分析试点和扩散过程,进行阶段划分,少有的几篇文献运用利益相关者理论,从试点地区、中央和待推广地区的互动等视角进行分析,但对参与者行为内在动力缺乏分析,对政策过程缺乏理论分析和提炼^③。(2) 试点分类欠妥。学者大多从试点路径维度将政策试点分为自上而下、自下而上以及上下互动等3种,一旦归为某类则保持不变。此种分类方法脱离现实场景,理论性不足,缺乏动态分析。(3) 政策试点触发影响因素和动力机制研究不足。研究者鲜有研究试点触发影响因素和动力机制,少数此方面的研究带有明显论述性质,缺乏理论支撑和严谨的社会学研究过程。

(三) 研究问题

本文围绕政策试点引致政策创新这一核心议题展开,以医保和卫生政策为例,目的在于厘清试点引发政策创新的动力机制。纵观中国政策试点,大多有实践需求并且基层已经开展探索,上级政府官员发起试点,本文以上级发起试点为研究起点,具体分为3个子议题:试点中政策学习机制是怎样的;该机制如何在试点触发阶段发挥作用;该机制如何在试点实施阶段发挥作用。

(四) 理论基础

本文主要的理论基础是倡议联盟理论和多源流理论。(1) 倡议联盟理论。信念体系是倡议联盟理论的重要内容,政策参与者的信念体系分为深层核心信仰、政策核心信仰和次级信仰等稳定性递减的3部分^④,政策参与者的信念体系和政策制定具有一致性,信念体系是发生政策变迁的关键因素。信念体系形成后并非保持不变,政策导向学习可能改变信念体系次要方面,但很难改变核心信仰。其变化机制为各政策子系统为实现战略目标或诉求,努力掌握新信息,不断积累经验,导致参与者认识、想法、思想等信念发生变化,信念变化又引致子系统政策目标和政策诉求调整,进而引起政策变迁。倡议联盟理论适合于解释一定时间内的政策变迁,运用该理论框架和政策导向学习机制能够解释试点引致政策创新过程。(2) 多源流理论。当问题模糊时,决策者最关心的是如何有效管理时间而不是管理任务,分析单元存在3种源流,包

① Jack L. Walker, "The Diffusion of Innovations among the American States," *The American Political Science Review*, 1969, 63(3).

② Xufeng Zhu, "Mandate versus Championship: Vertical Government Intervention and Diffusion of Innovation in Public Services in Authoritarian China," *Public Management Review*, 2014, 16(1).

③ 刘伟:《政策试点:发生机制与内在逻辑——基于我国公共部门绩效管理政策的案例研究》,《中国行政管理》2015年第5期。

④ Christopher M. Weible, Paul A. Sabatier, "Coalitions Science and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems," *The Policy Studies Journal*, 2009, 37(2).

括问题源流、政策源流和政治源流。当问题较前迫切或政治源流中发生重大变化时,原本独立的3个源流汇合,此时被称为政策之窗,即提案支持者推广其解决方法或吸引别人重视他们所提特殊问题的机会^①。政策之窗开启意味着问题被提上议事日程,政策之窗开启后旋即关上。

(五) 研究方法

主要采用扎根理论研究方法研究试点引致政策创新机制。扎根理论是一种自下而上建立理论的方法,在系统收集资料基础上,从数据中归纳分析^②,寻找反映社会现象的核心概念,然后通过在这些概念之间建立起联系而形成理论,从而解释与参与者有关或与参与者涉及问题相关的行为模式^③。数据资料编码是扎根理论的核心,其编码主要包括开放性编码、主轴编码和选择性编码等3级。

具体政策领域主要关注医保与卫生政策的试点。这一领域的政策涉及医生、医院、病人、药商、政府的医保、卫生等部门,相互间利益冲突明显,政策设计复杂,政策间相互关联大,以此为案例能充分探究试点的运行机制。本文涉及案例主要有新型农村合作医疗制度建立试点,新医改中的公立医院改革试点、三明医改、医生多点执业改革试点、全科医生执业方式和服务模式改革试点、长期护理保险试点等。本文通过深度访谈获取研究数据,共抽样15人,其中承接试点任务的官员6人,发起试点任务的官员6人,专家3人(表1)。

表1 深度访谈样本基本信息

编号	部门	职务	性别
A1	地市级卫生健康委	副主任	男
A2	地市级卫生健康委	处长	男
A3	地市级医改办	处长	女
A4	地市级医改办	处长	男
A5	地市级卫生健康委	副主任	男
A6	地市级卫生健康委	副处长	女
B1	国家卫生健康委	副处长	男
B2	国家卫生健康委	处长	女
B3	国家卫生健康委	副司长	女
B4	国家卫生健康委	副处长	女
B5	国家卫生健康委	副司长	女
B6	国家卫生健康委	副司长	男
C1	人力资源社会保障部研究机构	研究员	男
C2	国内知名高校	教授	女
C3	国家卫生健康委研究机构	研究员	男

① 参见 John Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York, Harper Collins, 1995.

② 凯西·卡麦兹, 边国英译, 陈向明校:《建构扎根理论:质性研究实践指南》, 重庆大学出版社, 2009年, 第236页。

③ 陈向明:《质性研究方法与社会科学研究》, 教育科学出版社, 2000年, 第12、327、391页。

二、试点与政策创新之原动力：政策导向学习

根据萨巴蒂尔的倡议联盟理论，试点成功会改变决策者的信念体系，进而实现政策创新。而试点启动的三源流，即政策源、问题源和政治源，以及试点推进过程都以政策导向学习为动力。本文从政策导向学习的目的、内容、路径和方式等方面进行分析。

(一) 学习目标

基于表 2 所示编码分析，发现政策学习的目标可分为探索性政策学习和验证性政策学习。探索如何设计政策，其实质是通过对试点过程和结果的政策学习，建立和完善信念体系；验证已有政策的正确性和适应性，其实质是通过对试点过程和结果的政策学习，验证信念体系的正确性。

表 2 试点之窗开启主轴编码范畴化

主范畴	对应范畴	关系内涵	初始概念
探索性学习	试点可探索如何实施政策创新	政策框架不明确的需要试点	政策拿不准；思路不清晰；有方向，缺制度；政策模糊的，下级自愿
		改革方向和框架已经明确，但细节缺乏，要求下级按照要求开展试点	对新政策缺乏信心；有制度，缺细节；路径不清
	规避风险	影响重大的改革需试点，即涉及范围广、影响深远、对既有秩序有重大影响的改革事项	政策面宽，复杂；影响既有秩序；重大创新
		触动复杂利益需试点，即利益关系复杂重大，通过试点明确利益再分配的可行性	触动既得利益；触动利益深
验证性学习	检验政策可行性	检验在局部成功的政策能否在其他地方推广，检验下级官僚体系对政策的接受度，检验政策能否达到预期效果	检验政策适应性；检验政策正确性；检验政策能否被接受；检验政策
	统一思想	当不同部门、专家、领导者有相左意见时，统一各方思想	意见不统一；统一思想；部门间对政策认识缺乏共识
	规定动作	担心试点走偏、发散，导致结果多样化，缺乏通用性	验证以便推广

(二) 学习内容

官员作出试点与否的决策主要基于问题是否必须当前解决或当前是否为解决的最佳时机，即必要性；是否有解决问题的方法和条件，即政策成熟度。当两个条件具备时，试点议程建立的可能性更大。

1. 问题的学习

决策者认知到的问题有很多，但只有对决策者有相当冲击力的问题才有可能进入议题。重要的数据、危机以及与决策者有关的经验都有很强的说服力，在议题建立时可单独发挥积极作用。当这三者共同载入问题中时，议题建立就有更大可能性。危机是引起政府和社会关注的重

要信息源,特别是对那些在平时难以陈述清楚或无法引起足够重视的政策。如三明医保基金赤字成为其医改的重要推动力。财政部对三明市公立医院改革调研报告提出:三明市财政比较困难,2012年全市财政总收入121亿元,12个区县中仅有2个不是省级困难转移支付县。医保在2009年开始收不抵支,2011年基金缺口高达7552.59万元,欠付全市22家公立医院医药费累计达1748.64万元。而财政紧张,无法补足差额。迫于这一严峻形势,加之三明市发生多起公立医院院长腐败案件,三明医改已经箭在弦上。如果没有基金收不抵支的困境,三明的领导者也不会拿出壮士断臂的决心实施如此彻底的改革。

2. 问题对策的学习

官员对问题如何解决进行政策学习时,会递进考虑3个问题:是否具备解决问题的基础条件;如果具备,是否认可政策建议的方向;如果认可,改革方案是否成熟或比较成熟。如中央领导集体非常关注农民医疗保障问题,但直到2002年认为财力具备一定条件后才决定建立新农合。C3(国家卫生健康委研究机构研究员)是新农合制度建立的核心参与者和见证者,“为了建立新农合,我们联合全国10个医科大学研究了10年,给中央写了很多报告,跟财政部谈了很多次,部长找总理都找遍了,人大代表每年都提案。一开始财政部不同意,中央领导也下不了决心,因为那些年经济困难,国家没有钱办这个事,慢慢的经济发展了,国家有钱了,再加上执政理念的变化,更加强调民生,重视三农,问题就一步步得到解决。”

(三) 学习路径

政策导向学习机制对试点引致政策生成和变迁有较强解释力,基于表3所示编码分析,发现试点参与者的学习方式有通过实践进行学习、学习既有的先进经验以及参与者沟通交流等3种。(1)通过实践进行学习包括两种方式,一是实践可探索试点路径,从而明晰政策如何制定和推行,尤其对失败的学习为政策生成积累负面经验^①;二是实践可检验政策可行性,这是指通过政策导向学习,使用下级政府经验评估某项政策,并据此对这项政策作出采纳或不采纳的决定^②。(2)学习既有的先进经验包括上级学习下级经验和组织间横向学习两种学习方式。为避免走弯路,试点官员会积极向外地、外国学习先进经验,特别是本领域内的成功经验。其前提条件是标杆组织的实践结果得到试点官员认可,试点官员认为试点具备吸纳和运用先进经验的条件和可能。(3)参与者沟通交流主要呈现两种方式,一是官员会晤,可基于政策精英较强的抽象能力,官员间通过有效沟通对信念体系起到软化作用;二是召开论坛,如政府或学术机构举办的学术会议,政府组织的工作会、专家论证会、委托智库等进行专项研究并召开课题汇报会等形式,都对政府官员的信念体系产生一定影响。

① Diane Stone, "Learning Lessons and Transferring Policy across Time, Space and Disciplines," *Politics*, 1999, 19(1).

② Covadonga Meseguer, "Policy Learning, Policy Diffusion, and the Making of a New Order," *Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 2005, 598(1).

表 3 政策导向学习路径主轴编码范畴化

主范畴	对应范畴	关系内涵	初始概念
实践为依据	接受与信念不一致的事实	接受实践结果，改变没有效果的试点方案	接受实践结果；改变没有效果的试点方案
	检验政策可行性	检验政策正确性、适应性、能否被官僚体系接受	检验政策适应性；检验政策正确性；检验政策能否被接受；检验政策
		意见不统一时，通过事实说服对方，形成共识	意见不统一时使用；通过事实说服上级；统一思想；通过实践形成共识
探索政策框架路径	通过试点对政策思路、框架、细节、路径等不清晰的方案进行探索	政策拿不准；思路不清晰；有方向缺制度；有制度缺细节；政策模糊的下级自愿；对新政策缺乏信心；具体措施不清楚；路径不清	
学习先进经验	纵向学习	上级在制定试点方案时，会依赖下级线索，借鉴下级做法	上级试点方案依赖下级线索；下级萌芽在先
		主要方法有：总结提炼下级经验；委托下级课题研究	借鉴下级做法；总结经验，摸索路径；上级学习下级渠道；总结提炼
	横向学习	为避免走弯路，积极向外地、外国学习先进经验，特别是本领域内的成功经验	尝试国外成功经验；学习先进经验积极性高；避免走弯路；学习先进经验进行复制
学习方法	学习先进经验时，结合自身实际；不同信念体系一起学，特别是对政策形成和试点推行有影响的有关部门一起学习	结合自身实际学习；结合自身实际学习先进经验；相关部门一起学	
参与者沟通交流	沟通内容	使沟通对象深刻知悉试点的意义，帮助解决困难，打消试点顾虑	解除顾虑；沟通试点意义
	沟通方法	上级提前摸底，明晰问题所在，必要时由对等领导沟通	上级提前摸底；平级领导间沟通
	沟通前提	在上级权威压力影响下，下级一般情况下会接受上级提出的想法；沟通时，试点双方特别是上级，有开放心态	上级权威影响下级决策；上级开放心态
	信任领导者	领导的看法对下属有很大的影响，下级会主动向领导者的信念体系靠拢；信任领导者做出决策的正确性	领导的看法影响下属观点；信任上级政策设计；相信中央政府
	贯彻领导者意图	围绕领导者关注和支持的事项开展工作；积极贯彻上级的意图	贯彻领导者要求；以顶层设计为标准学习

(四) 学习方式

从学习的主观能动性上可以分为自主式、引导式和强制式政策学习等 3 种。自主式政策学习，是指本人主动进行政策学习。如承接试点的官员通过向先进地区学习先进经验，积极探索

如何设计试点方案。引导式政策学习指采用非权威和非强制的手段引导他人学习。如上级通过倡议方式发起试点时,与符合试点条件地区的官员沟通试点的重要性、方案成功的可能性等,使下级官员积极承接试点。强制式政策学习,即依靠领导权威、权力资源等明确要求他人学习。

三、试点形态

当问题较前迫切或政治源流中发生重大变化时,原本独立的3个源流汇合,政策之窗开启^①,问题被提上议事日程。随后试点参与者特别是发起试点和承接试点的官员经过政策导向学习,确定试点组织,制定试点方案,触发试点。试点触发后,决策者会制定试点方案,选择试点地区,正式启动试点。一个具体政策的试点实施过程是无数个试点形态连接而成。试点形态是特定时空下,由上级政府官员推进试点的行为方式和下级政府官员承接试点方式共同形成的试点状态。上下级政府官员在试点中采取的行为即参与方式,共同影响试点形态。不同的因素影响官员参与方式,进而形成相应的试点形态。上级和下级官员实施试点的行为两两相配形成4种试点形态:共促形态意指上级强制推进且下级积极承接;互动形态指上级倡议推进且下级积极承接;强势形态,即上级强制推进而下级消极承接;空转形态是指上级倡议推进而下级消极承接(表4)。

表4 试点形态类型表

分类		上级政府官员推动试点行为	
		强制推进	倡导推进
下级政府官员参与试点行为	积极承接	共促形态	互动形态
	消极承接	权威形态	空转形态

(一) 共促形态

共促形态,即上级政府官员对推进试点非常有决心,对试点路径较为明确,同时下级政府官员期待参与试点。形成因素有试点同时满足上下级工作需要,双方信念体系基本一致,试点目标、方向、路径、步骤等达成普遍共识,试点带来的利益对下级有很强的吸引。发起试点官员密切关注实践进展情况,通过检查、督查、调研、工作会议、上报的数据等获取下级试点推进情况,分析滞后原因,如果是方案问题则进行调整,修改条款,调整路径、步骤和时间节点,进行正向激励或反向调节。承接试点官员组建团队,成员通常为涉及部门人员;制订高效工作机制并严格落实;邀请专家对试点提出政策建议,及时到外地考察学习先进经验,邀请上级政府官员指导工作,有效沟通等。如全科医生执业方式和服务模式改革试点过程呈现出共促形态。在此试点中,国务院医改办的官员对试点方向和内容有明确的规定,10个试点城市是各城市官员激烈竞争得来的,分管市长参与其中,有很强的积极性,因此属于共促形态,系多种因素共

① 参见 John Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York, Harper Collins, 1995.

同促成。(1) 国家医改办和试点城市政府官员都认可全科医生制度。居民健康状况堪忧, 医保基金收不抵支, 而英国等国家的家庭医生既是居民健康的守门人, 又是医保资金的守门人, 发起试点的中央官员和承接试点的地方官员都对全科医生制度有好感。(2) 双方对试点的方向和内容达成一致。国家推进全科医生制度已经 10 余年, 加之有世界银行等的帮助, 制定的方案有很强的针对性和实战性, 经过这一程序制定的方案顺利得到承接试点城市的认可。(3) 双方目标具有相容性。国家医改办官员希望通过试点验证方案的可行性, 以便在全国推广, 而试点城市官员则希望通过试点任务获得政策授权从而有所突破。

(二) 互动形态

互动形态, 即上级发起试点, 软性要求下级参与试点, 同时, 下级积极参与试点, 试点过程中双方良性互动。互动形态形成因素和共促形态有很多相仿之处, 最大不同在于上级对试点事项的倡议推进, 而非强制推进。发起试点官员提出试点倡议, 确定试点目标、方向, 同时未作出明确的试点路径和步骤安排。提供政策窗口, 解决下级自身难以协调的政策束缚, 为下级试点提供制度推动力。试点过程中采用柔性手段推进试点, 一般采用经验交流会、新闻发布会等形式鼓励试点, 引导其他试点地区进行政策导向学习。承接试点官员组建团队, 制订试点推进举措, 到外地学习先进经验等, 在试点内容和路径探索等方面需要发挥更大的积极性, 也承担更大的不确定性风险。如新农合制度发展初期部分城市试点中呈现出互动形态。新农合是一项全新的制度设计, 国外可借鉴之处很少, 国内个别地方的探索对全国缺乏适应性, 但此项工作又必须而为之, 因此中央高层以倡议的方式提出试点任务, 各地要先行试点, 取得经验, 逐步推广, 时任中共中央总书记胡锦涛批示, “完善试点, 因地制宜, 循序渐进”。天津市积极参与, 采取有效措施在本地开展试点。这包括: (1) 积极申报试点县市。中央要求各地选取不超过 3 个县市开展试点, 很多省份选取 2 个县市试点, 天津市则选取北辰区、大港区和静海县等 3 个地方参与试点。(2) 加强组织保障。市里建立联席会议制度, 相关部门共同参与, 负责规划、部署、总结、协调解决困难等; 成立具体办事组织。(3) 加强筹资力度。2007 年实际筹资达到 120 元, 有力保障了新农合报销能力。在此案例中, 中央积极倡导, 同时提出试点方向, 但具体运行体制、机制、筹资等不做硬性规定, 部分城市积极参与, 逐步探索出宝贵经验, 实现了中央和地方良性互动^①。

(三) 空转形态

空转形态是指上级命令得不到下级认可和执行的情况^②。形成因素包括不能实现上下级共赢; 信念体系冲突; 试点带来的利益对下级吸引力不足; 上级政府官员推进试点强制力弱。上级强制力缺位, 使得下级政府官员在对待试点时有更多自主性, 当下级缺乏主动性时, 在形式上启动试点, 如制定试点方案, 成立工作小组, 选择小的区域开展试点, 但并未动员大部分资源推进试点。例如, 新医改收支两条线管理方式试点时呈现出空转形态。国家推行基层医疗机

① 参见卫生部农村卫生管理司、卫生部新型农村合作医疗研究中心: 《2003—2007 年全国新型农村合作医疗(试点)工作会议资料汇编》, 2007 年。

② 李瑞昌: 《中国公共政策实施中的“政策空传”现象研究》, 《公共行政评论》2012 年第 3 期。

构收支两条线管理方式时,主要以倡议方式,试点任务为“可”“可以”“探索”等,不做硬性规定,在实践中试点进展缓慢。原因为地方财政部门官员对试点不认同,收支两条线的主管部门是财政部门,减少财政供养人员,购买服务是其官员的主导思想,这与收支两条线在政策核心上有根本区别。同时,地方卫生部门官员对试点持保留态度,虽然有上海的成功范例,但更多的地方未实行收支两条线,卫生行政部门官员担心该制度会导致医疗机构工作积极性受挫,以及对行政部门的管理能力和管理投入的加大,积极性也不强。此外中央未强制推行试点。因此,尽管国家政策提倡多年,但少有进展。

(四) 权威形态

权威形态,即上级政府官员对推进试点非常有决心,对试点路径也较为明确,要求下级必须试点,但是,下级政府官员内心不愿接受上级试点任务,又无法拒绝试点工作。发起试点官员检验自身政策设计是否合适,依靠权威影响要求承接试点官员进行政策导向学习。针对下级消极承接采取下列行为,通过文件明确试点目标、任务、路径等,缩小下级执行的弹性空间;加强督导检查。承接试点官员排斥政策导向学习,但不会明确拒绝上级试点要求。首先会基于对上级的服从接受试点任务,同时产生抵触心理,由于上下级之间存在复杂的委托代理链条^①,下级有很多理由消极对待^②。如新医改公立医院人事薪酬政策改革试点时呈现出权威形态。第一阶段,试点初期中央文件提出改革要求并明确要求推进试点改革,由国家卫生健康委官员主导,改革试点的内容是方向性的。文件下发后,试点城市的人社部门官员不愿意改革,卫生部门官员不知道怎么改,而国家刚刚启动新医改,有很多更易于推进的改革事项,因此试点处于停滞状态。第二阶段,医改推进3年左右的时间,单项改革全面推开,政策间牵制作用越来越明显。国家卫生健康委官员越发重视人事薪酬政策改革,提出了更加明确的改革要求,如严禁医院将医生的收入与其开具的药品和检查数量相挂钩。但试点城市推进缓慢,面对必须执行的文件,出现了“以文件贯彻文件”的现象,也就是“假试点”的状态。第三阶段,医改推进6年时,中央认为医生人事薪酬政策的滞后性严重影响整个改革进程,习近平总书记在2016年全国卫生与健康大会上提出有关要求,人社部主动提出提高医生收入水平,突破现行事业单位工资总额,但试点城市改革效果仍不明显。

四、试点形态转换及影响因素

试点形态仅是试点过程中某一时间点的状态,是由多个因素综合作用的结果,当上级参与方式变化而下级参与方式未变时,试点形态会在共促形态和互动形态间,权威形态和空转形态间转换。当下级参与方式变化而上级参与方式未变时,试点形态会在共促形态和权威形态间,互动形态和空转形态间转换。基于表5所示编码分析,发现促进转换的因素可分为政策导向学

① 倪星、梁维东:《中国地方改革的类型学:改革角色与共识基础》,《中山大学学报(社会科学版)》2016年第6期。

② 定明捷等:《地方政府政策创新扩散生成机理的逻辑分析》,《社会主义研究》2014年第3期。

习因素与外部环境因素。

表 5 试点形态转换主轴编码范畴化

主范畴	对应范畴	关系内涵	初始概念
政策导向因素	政策逐渐清晰	当上一轮自主性试点使政策清晰后, 则下一轮试点措施从自主变为强制; 经多个组织自主探索, 路径清晰后上级试点推广	多地自主探索, 清晰后上级试点推广; 上一轮自主试点清晰后, 下一轮试点措施从自主变为强制; 从下级自主试转为必答题; 从自主到必答题的演化过程
	结果未达预期	原因有: 实施环节梗阻, 试点措施脱离实际, 不符合实际	实施环节梗阻; 试点措施脱离实际; 试点不符合实际; 试点效果不好
	认识加深	承接试点时忽视阻力, 逐渐认识到试点任务困难性	逐渐认识到试点任务困难性; 承接试点时忽视阻力
外部环境因素	外部环境变化	相关政策领域变化, 高层领导关注度变化, 试点失去意义	环境变化; 相关政策创新影响; 总体政策导向变化; 试点失去意义
	上级支持缺位	资金缺位和政策授权缺位	政策授权缺位; 资金支持不到位

(一) 政策导向学习因素

1. 试点参与者变化

(1) 领导者关注和评价变化。高层领导视察、批示、会议讲话精神等都会成为试点加速推进的动力。当受访者 A1 (地市卫生健康委副主任) 发现下级推进试点不力, 通常会采用邀请其地方上的领导参加督导检查反馈会、发布试点推进短讯等手段, 目的在于改变地方领导者关注程度。(2) 领导者调整。当作为政策企业家的领导者发生变化时, 试点将受到重大影响, 试点思路、试点内容、路径和步骤等会调整, 甚至终止试点。如宿迁医改随着时任市委书记仇和调离而从极端民营化转向建设公立医院。2003 年起, 仇和推进医疗体制改革, 认为不需要公立医院, 一夜之间, 全市 135 家公立医院 134 家变成了私立医院。2006 年仇和调离宿迁, 2011 年, 宿迁主要领导决定由政府财政全额出资 18 亿, 建造一所 2000 张床位的大型三甲公立医院, 2015 年正式启用。在此案例中, 将全市的公立医疗机构转为民营虽然经过一些程序, 但实际上是由市委书记仇和一人决定, 仇和离任后接替者思路不一致就带来不同的决策。(3) 官员风险偏好变化。当官员风险偏好小时, 官员会对试点项目采取保守行为, 尽量不开展试点或表面开展但实际上不开展; 当风险偏好大时, 官员更倾向于开展试点, 特别是风险大的试点项目。风险偏好受官员成就动机^①和官员风险认知两个因素的影响。

2. 参与者认知改变

(1) 政策清晰化。当政策框架不清晰时, 上级会给下级更多的政策自主性, 探索出各种路径。随着试点深化和扩大, 上级逐步明晰改革框架、内容, 便检验方案科学性及其与既有行政体制的融合度。如随着新农合政策清晰化, 试点从互动形态转变为共促形态。新农合试点初期, 中央对如何解决农民看病就医问题仅有粗略的设计, 但不知晓其是否有可行性。此阶段试点工

① John W. Atkinson, "Motivational Determinants of Risk Taking Behavior," *Psychological Review*, 1957, 64(6).

作是互动形态,即中央倡议基层试点,不提出细致的试点方案,主要靠下级发挥积极性探索而形成经验,如2003年时任国务院总理温家宝批示,“积极探索,随时注意总结经验”。经过5年的发展,中央已经基本清楚该制度的框架。2008年吴仪副总理提出,5年来“新农合已经建立了符合我国农村实际的制度框架和运行机制”。在这种形势下,中央不再放手由试点县市自主探索,而是明确提出工作重点,各地也继续保持高涨的试点积极性。中央对试点从倡议方式转为强制方式,总体试点形态相应由互动形态转变为共促形态。

(2) 试点方案的不足逐渐显现。包括试点方案不符合实际,问题逐渐显现,下级无法执行试点方案;实施设计比较复杂,一线人员增加大量工作,又缺乏激励;承接试点不受到利益群体认同,同时需投入大量资源。如新农合试点中有的试点地区对试点难度认识不足导致试点从互动形态转为空转形态。时任国务院副总理吴仪在2004年全国新型农村合作医疗试点工作会议上提出,“有些试点县市的基层领导和管理者对试点的有关政策和试点目的理解不透,对试点工作难度认识不足,存在急于求成思想,甚至违背农民自愿参加的原则,下指标、强迫村干部和卫生人员垫付合作医疗费,或宣传不到位等。”这些措施导致农民有抵触心理,试点推进不顺,当有的基层领导发现试点并非易事时,积极性也随之下降,试点形态从互动形态转为空转形态。

(3) 工作相关性变化。工作相关性指政府官员认为试点项目与解决问题或实现战略设计的相关性,其影响因素包括引起官员认知问题的现象变化,相邻问题影响,问题重新界定。例如,习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话改变了人社部门认为医生人事薪酬政策改革与他们相关性小的观点,促使试点从权威形态转换为共促形态。医改初期,仅是卫生部门热心医生人事薪酬政策改革,人社部门却不出台操作性政策措施,导致试点流于形式。随着医改深入进行,医生人事薪酬政策对推进改革的阻碍作用越发明显,但“人社是强势部门,卫生拿人家没办法”。直到2016年全国卫生与健康大会上,习近平总书记提出有关要求,人社部领导认为,这是一项应该推进的改革,随即在人社系统内部印发通知,对卫生部门提出的改革措施予以承认,对医生薪酬制度改革提出详细具体要求,改革真正启动。在此过程中,领导人的讲话精神改变了人社部门对医生人事薪酬政策与本职工作相关性的认知,进而传导到试点城市的人社部门,引致试点形态变化。

(二) 外部环境因素

1. 上级导向变化

包括总体政策导向变化和时间限制变化。总体政策导向变化,即当与具体政策相关的总体政策发生变化,具体政策会随之变化,两者的相关性越大,变化越明显;总体政策权威性越高,变化越明显。如中央发文支持家庭医生签约服务费制度促使试点形态从权威形态转换为共促形态。全科医生执业方式试点中,提出要试点家庭医生签约服务费制度,但是社保部门官员以社保法为由,坚持医保基金只能用于病人打针吃药等,不能给医生作为报酬,这导致家庭医生制度试点几乎停滞不前。形势在2016年4月发生转机,中央深改组召开会议,强调家庭医生的重要性,提出“要重点在签约服务方式、内容、收费、考核等方面实现突破”。会后,多部门

联合印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，各地人事部门方才接受这一政策。时间限制变化，即当时间限制变紧迫且明确时，政府官员积极行为的意愿会明显增强。如时间限制变化促使试点城市加速推进试点，共促形态更加明显。国务院第三次新农合试点工作会议结束后，原卫生部等7部委明确提出2008年全国基本推行，2010年实现制度对农村居民全覆盖”。但2007年，国务院组织召开全国新型农村工作会议，要求到2008年新农合全覆盖。广东省政府把新型农村合作医疗制度作为建设农村基本卫生保健制度的重要任务，时任广东省委书记张德江多次批示，亲自调研，顺利完成任务。

2. 相关领域改革

关系密切的政策改革会给试点带来明显的正向或负向影响。受访者B1（国家卫生健康委副处长）说：“基本公共卫生服务项目是从不受到欢迎的过程。原来乡镇卫生院靠药品挣钱，不重视公共卫生，后来实施基本药物，没法靠药挣钱了，公共卫生的钱成了主要资金来源，他们就很重视这项工作。”

3. 突发事件

发生与试点相关的重大事件也将会明显影响官员行为，进而影响试点形态和走向。包括：重大公共事件，民众反对和媒体大量负面报道等。如2002年中央着手启动新农合试点，但2003年初一场突如其来的非典疫情导致多数地区试点启动时间被迫推迟。直到同年5月，非典疫情趋于缓和，各地新农合试点启动工作才再次被提上工作日程。

五、试点结束与政策创新

（一）试点与预期相符的情形

若为简单型政策试点，当试点达到预期，发起试点官员的信念体系得到强化，与事实稍有偏离的次要方面得到完善。上级政府对试点经验进行总结，分析出现的偏离，经过征求专家意见、内部讨论等形成全域推广方案，发文执行。同时，凭借权力、资金、沟通和组织等资源优势影响政策传播，采取对试点认同，召开现场会由试点单位介绍经验，媒体宣传和推广等方式鼓励各地接受政策创新。若为重大复杂的政策试点，当试点事项非常重大、复杂时，上级会采取分批递进的方式进行试点。首先，选取少数单位，对一部分政策进行试点验证。当第一批试点结束后，进行总结，发现问题所在和成功之处，纳入试点方案。再选取单位依照新的试点方案进行试点，再总结经验教训，以此循环，直至信念体系经过实践检验，逐步完善，从而颁布全域执行的新政策，此时整个政策的创新完成。重大复杂政策的创新是在试点中一次次小的创新累积而成。当实现试点使命时，发起试点的官员不再关注并投入资源，试点使命完成，试点结束。如国家试点作为长期照护的核心制度——长期医疗护理保险制度，采用不断推进的路线。为解决我国日益紧迫的老年人长期照护问题，国家相关部委启动政策制定工作，正如青岛市长期照护协会会长姜日进所说，支付体系是长期照护体系的基础和核心，没有支付体系，服务体系就难以发展起来。国家医保部门分阶段逐步推进试点。第一阶段，2000年左右，国家提出鼓励

各地自主试点长期医疗护理保险制度,有些地区试点失败。2012年青岛启动试点并摸索出一条路径,该路径得到国家医保部门的认可。第二阶段,2016年,国家吸纳了青岛的成功经验,制定了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,从全国遴选了10个试点城市,对试点内容提出了较为明确的要求,意在验证全国范围内的政策适应性。

(二) 试点结果与预期不符的情形

如果试点结果与预期不符或基本不符,上级官员信念体系的政策核心受到挑战,次要方面发生改变,多次结果验证比单次影响作用更明显。面对结果,上级政府对试点行动予以终止、暂停,收回试验点的试点权限等。但是,当主导试点的上级官员在各种内外因素影响下,认为该项政策创新是必须为之的,而且有成功的可能,试点失败会增加其对政策复杂性的认识,使其修改试点方案,另行选取试点单位进行试点。

六、总结:渐进政策学习理论与政策含义讨论

(一) 渐进政策学习理论

本文对试点过程进行分析,提出渐进学习理论(图1),也就是试点过程中渐进政策导向学习引致渐进政策创新。政策导向学习路径有实践、学习先进经验和参与者沟通交流。从学习的意愿分为自主式政策学习、引导式政策学习和强制式政策学习。政策导向学习具有渐进性特征。发起试点的官员从探索性学习逐步转变为验证性学习,信念体系相应逐步调整和成熟,随之实现政策创新;试点过程中不断取得政策某一方面的创新,并以此为基础进一步试点,最终实现整体政策的创新。

渐进学习理论内在逻辑为当政策之窗开启时,三源流合流,参与者通过政策导向学习,不断改变自身信念体系,从而实现政策创新。试点议程建立阶段,试点之窗开启时,官员特别是决策者提出建议,建立试点议程。发起试点的官员会通过学习下级经验、沟通交流等学习路径,确定试点方案。试点推进阶段,当试点处于共促形态和互动形态时,上下级政府官员以自主式学习为主,探索政策设计或验证政策可行性,从而有更大的可能性来完善、修改或验证自身信念体系。空转形态和权威形态下,下级拒绝政策导向学习,上级进行政策导向学习的路径也失效,政策创新可能性减小。随着试点推进和深入,官员循序渐进学习,政策的方向、框架、主要内容、细节等递次清晰,最终形成完整的政策并发布实施,由此政策创新完成。重大和复杂政策试点的,则经过“试点-总结经验-颁布成熟的新政策并进一步试点-再次总结经验-再次颁布成熟的新政策并进一步试点”这一循环往复、循序渐进的过程,直到上级政府颁布完整的新政策。

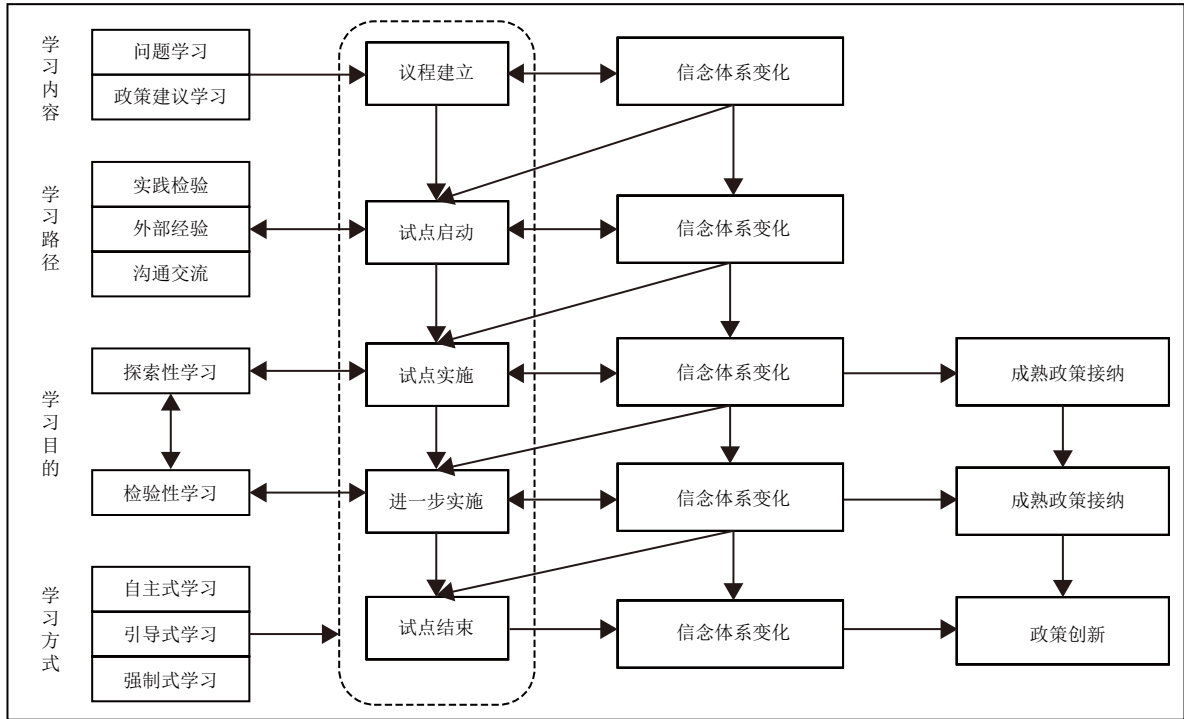


图1 渐进政策学习模型图

（二）政策含义讨论

政府官员在运用政策试点这一政策工具时，可通过科学设计试点，优化试点方法，把握好探索性试点和检验性试点时机以及规范试点参与者的行为和动机，来提高试点有效性，从而推进试点成功后的政策扩散。（1）科学设计试点。一是试点前科学论证试点举措，以提高试点方案合理性和适应性。二是提高试点承接者的样本代表性，从而利于下一步政策扩散。需要对认知进行研究、分类，从而有效取样，确保试点的外部效度。依据大样本和相关理论，建立模型库，对政策进行分类，归纳影响因素，为不同政策试点提供参考和借鉴。三是界定下级自主探索的空间和权责关系，明确下级可以开展哪些类别、哪些性质的探索。（2）优化试点方法。一是运用推进会、协调会、督导会等手段提高下级领导者重视程度，增强试点过程协调性。二是进一步发挥开放性论坛的作用，政府官员在发起或参与试点时，主动公开试点方案、实施过程、数据等，培养沟通交流的意识和素养，加强理论学习和应用。三是及时提炼经验，下级自我提炼和上级帮助提炼相结合，形成政策参考，实现试点目的。（3）把握好探索性试点和检验性试点的时机。当对政策方向、框架、措施不明确时，进行探索性试点，激发下级积极性，探索出有效路径；当为了检验方案科学性，与既有行政体制的融合度以及统一不同部门官员信念体系时，宜采用检验性试点，对试点内容进行较为明确细致的规定。（4）规范试点参与者的行为和动机。一是端正试点动机，加强官员教育，完善正负激励机制，以引导和约束官员试点动机。二是针对承接试点官员报喜不报忧和假试点，上级部门官员可加强试点前甄别和试点中追责，同时建立科学的评估标准、严谨的评价过程和严格的追责机制。三是促进各种角色特别是试点的多方利益主体参与其中，是试点有序推进的有效手段。

A Study on the Mechanism of Policy Innovation Led by the Pilot Projects

—Taking the Medical Insurance and Health Policy as Examples

Song Yunpeng

(Qingdao Health Development Research Center, Qingdao 266000, China)

Abstract: Policy piloting is a policy tool frequently used by Chinese government officials when formulating policies. Taking pilot programs of medical insurance and health policy as examples, this study employed a grounded theory approach to explore how policy-oriented learning could play a role in the implementation of pilot programs and policy innovation. The study found that policy-oriented learning brings about changes in the belief systems of policy participants and thus promotes the implementation of the pilot programs. Policy-oriented learning is gradual, that is, the officials who initiated the pilots usually gradually change from exploratory learning to confirmatory learning, and their belief systems are gradually adjusted accordingly; or they make efforts to bring innovations in some aspect of the policy, which serve as a basis for further pilots and eventually lead to complete policy innovation. Based on the above findings, this study proposes a progressive policy learning theory to explain the underlying mechanism of pilot programs and policy innovation.

Key words: policy-oriented learning; pilot; policy innovation

(责任编辑:李莹)